

大阪商業大学学術情報リポジトリ

ギャンブル依存症に関する実証研究と政策決定について

メタデータ	言語: ja 出版者: 大阪商業大学アミューズメント産業研究所 公開日: 2018-10-29 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 谷岡, 一郎, TANIOKA, Ichiro メールアドレス: 所属:
URL	https://ouc.repo.nii.ac.jp/records/632

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



ギャンブル依存症に関する実証研究と 政策決定について

ーメタ・アナリシスによる総合的知見ー

谷 岡 一 郎

I ギャンブル依存症とは何か

いわゆる「ギャンブル依存症」ーギャンブルにのめり込み、やめられなくなる病気ーが定義されたのは1980年、アメリカの精神医学会による『DSM-Ⅲ（精神疾患診断基準）』によってである。「ギャンブル依存症」という名称は正式のものではないが、日本における認識として定着していると考えため、本書でもその使用法に従うことにする。現在ではそもそも依存症ではなく、障害の一形態と考えられている。

DSM-Ⅳから DSM- 5 へ

1980年の DSM-Ⅲ から10年後、1990年の DSM-Ⅳ ではマイナーな定義上の変化があったのみであるが、2010年の DSM- 5（ローマ数字ではなく、算用数字である点に注意されたい）では大きく分類が変わり、ギャンブル依存症は「addiction（依存）」ではなく「disorder（障害）」に含まれることとなった。ただし診断基準の内容自体はほぼ同じであり、従来使用された基準はそのまま有効と考えてよい。

DSM-Ⅳ時代の病的ギャンブリングの評価基準は（日本語で示せば）次のようなものである。

(図表 I ー①)

病的ギャンブリングの評価規準 (DSM - IV)

- 1 . ギャンブリングのことが頭を離れない。
- 2 . 今より大きな金額でギャンブルしようと考えがちである。
- 3 . ギャンブルを減らす、もしくはやめる努力を何度もしたが、成功しなかった。
- 4 . ギャンブルを減らそうとすれば、ストレスがたまりイライラしたりする。
- 5 . 問題から逃げるためや、悪いムードを解消するために、ギャンブルをすることがある。
- 6 . 負けを取り戻すための挑戦をする／負けをとんとんにするため、ギャンブル場に戻るが多い。
- 7 . ギャンブルをしていたことに関連して、他人にウソをついたことがある。
- 8 . ギャンブルの資金とするために、違法行為を行なったことがある。
- 9 . ギャンブルのせいで、重要な人間関係や仕事を危険にさらしたり失ったりしたことがある。
- 10 . ギャンブルで作った借金の解決を他人に頼ったことがある。

このうちのいくつに該当すれば病気のレベルであるか、ということは実は DSM の中に書かれていない。この基準を援用して、スクリーニングしたり診断したりする時点において、だいたいのラインを引いているにすぎない。大多数の採用する意見として、10の質問に対し5個以上に「イエス」と答えるレベルを「病気」とし、3～4個のケースをその「予備軍／危険性のある」レベルと考えているようだ。

現場の判断基準

DSM-IVなどの基準は、あくまで全体的・抽象的なものであり、患者を扱う「現場」では、よりわかりやすい具体的な項目を利用している。現場にもいくつかの種類があり、電話での相談窓口、カウンセラー、精神医による診断、治療施設など別によりそれぞれ異なるのは、その目的が同じでないため仕方のないことである。

最も多くの調査・研究で使われているのは、「SOGS (South Oaks Gambling Screen)」である。日本でも後述の厚生労働省の研究班が使用しているが、質問事項は DSM に準拠し、比較的細かく尋ねるスクリーニングである。

医療現場でよく利用されるのが、「ASI-G (Addiction Severity Index - Gambling)」と呼ばれるものである。その名称が示唆するように、このインデックスはアルコール依存や薬物関連も存在する。他にもあるが、医療現場で最もよく使われるため ASI-G を紹介しておこう。

ギャンブル依存症に関する実証研究と政策決定について

(図表Ⅰ－②)

ASI－G

1. 過去30日間、あなたは何日ギャンブルしましたか。非合法の賭け、宝くじ（スクラッチを含む）購入、スポーツ・イベントへの賭け、カジノ・ギャンブルなど、あなたが行なったどんな形態のギャンブルも含まれます。（回答：①にち）
2. 先月1ヶ月間で、あなたはいくらくらいギャンブルで消費しましたか。（回答：②ドル）
3. 過去30日間で、あなたは何日くらい「ギャンブルに関連する問題」を経験しましたか。（回答：③にち）
4. 過去30日間、ギャンブルに関連する問題によって、どのくらい悩まされ、困難（トラブル）を経験しましたか。（回答：0～4scale ④）
5. ギャンブルに関連する問題に対処することは、あなたにとって現在、どのくらい重要ですか。（回答：0～4scale ⑤）

$$\text{Composit Score} = \frac{\text{①}}{150} + \frac{\text{③}}{150} + \frac{\text{④}}{20} + \frac{\text{⑤}}{20} + \frac{\log_{10}\text{②}}{36.5}$$

(混合スコア)

(出典：N.M.Perry, 2003, 谷岡による訳)

SOGS はどちらかと言えば、入口におけるスクリーニングツールつまり、初めて相談を受ける人々の Q & A で使用されることが多い。しかし相談窓口から紹介を受けて、対面して診断をする医者は、より深く個別事情を尋ねる必要がある。何の客観的テスト・ディバイスを使用せず、主観的に話を聴く－そして判断する－医者も少ないが、海外などギャンブル依存症が保険医療の対象となりうるケースでは、より客観的な指標が求められたりする。

医療現場ではこれ以外にも、いろいろなことを尋ねなければならないこと、けだし当然である。家族構成や収入の手段（仕事）などの属性に加え、そもそもどんな種目のギャンブルにはまっているのかなど、尋ねることはいくらでもある。対象ギャンブルが競馬のケースと宝くじのケース、あるいはカジノ・ゲーミングや仲間うちのポーカーなどの別によって、その治療や対応は自ずと異なるものだからである。

ギャンブル依存症や、その周辺の問題をトピックとする調査では、SOGS のような何項目にもわたる質問をすることができるが、社会科学分野における汎用データ－たとえばアメリカの GSS (General Social Survey)－のように、変数が数百あり、特定の質問にそれほどのスペースが割り当てることができないケースがある。つまり、より縮小したバージョンの質問群しか使用できないケースである。

DSM の10項目は重複する部分があくつもあり、重要度も同じではない。幸い主成分分析や

ファクター分析によって、その重要性は分かっており、最も重要な2つの項目によって10項目で判断される診断と似通ったレベルに達することが判明している。その結果使われることの多い質問は次の2つである。

(図表Ⅰ－③)

「Lie/Bet Questionnaire」

1. あなたは、ギャンブルで使った(賭けた)金額に関し、あなたにとって重要な人にウソをつかざるをえなかったことがありますか。
2. あなたはもっと回数を増やしたり、大きな金額の賭けが必要だと感じたことがありますか。

つまり DSM の10項目のうち、ギャンブルに関し「ウソをついた」か否かという項目と、「賭け金が増大しているか」という項目が最重要の2項目—そして異なる主成分／ファクターを持つ—で、この1.5個以上に「イエス」と答えたケースは、10項目の診断と70%以上の相関を持っていることが判明しているのである。この2つの質問ペアはその性質から、「Lie-Bet Scale」と呼ばれている。

ギャンブル依存症進行プロセス

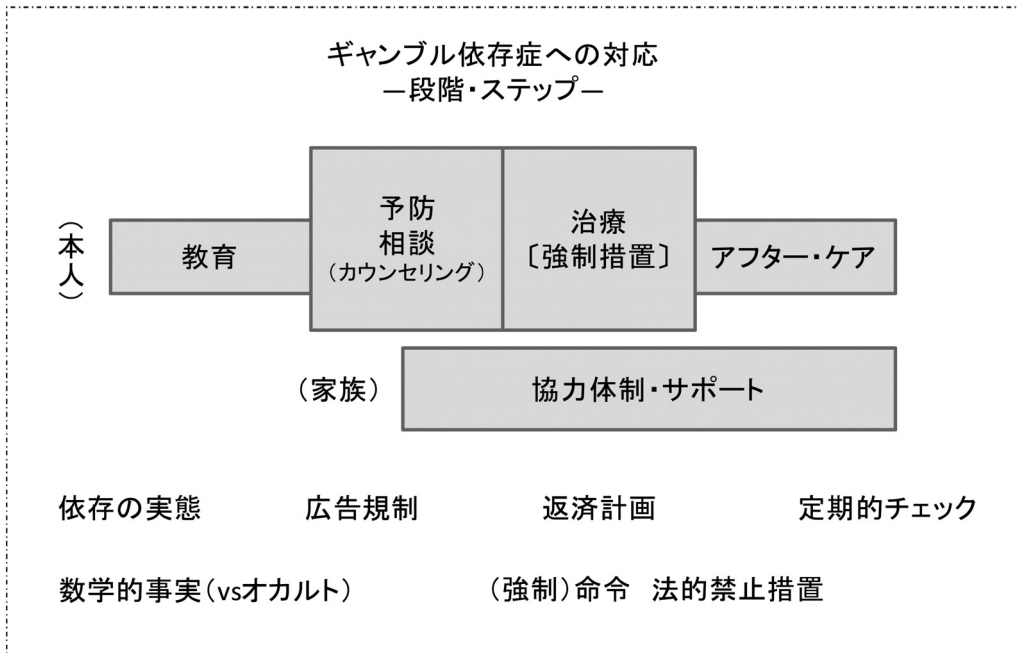
DSM やその他の診断ディバイスは、すでに疾患レベルが高まった人々に使用されることが多い。つまり治療を前提とした重篤レベルや進行レベルを判断することが主目的である。しかしギャンブル依存を他の病気と類似のものと考えるなら、単に治療だけを目的とするのでは充分ではない。予防、早期発見、手当なども研究対象であり、さらに事後の再発などにも注意が必要である。

ギャンブル依存症をプロセスで考えるなら、予防としての「教育」、早期発見・手当に相当する「カウンセリング」という段階を経て「発症・治療」に至る。疾患が治まった状況における「再発予防」もプロセスの終わり部分として忘れるべきではない。

ギャンブル依存症は、家族を劣悪な生活環境に至らせることの多い病である点で、他の病理現象とは少々趣を異にする。逆に発症・治療や再発予防のプロセスにおいて、家族の協力は重要な鍵となることが多いとも言える。最初にカウンセリングの扉をたたきかけは、圧倒的に家族—特につれあい—による示唆が多いとされるほどである。その点でプロセス全体像には、家族のステップも加えるべきであろう。

ここまでの内容を図示するなら、次のようになる。

(図表Ⅰ－④)



国や地方公共団体が「ギャンブル依存症対策」を議論するとき、現状のように重い疾患状態と治療に集中するのではなく、こうしたプロセスの各段階を本人や家族の視点で考えることが必要となる。少なくとも研究者は、どの段階におけるどんな施策が有効であるかを、分けて考えなくてはなるまい。それが次に問題とすべき点である。

資金投入のロジック

海外の知見によれば、ギャンブル依存症対策に（統計的に有意に）効力を発揮する施策は、第1に「セルフ・イクスクルージョン（self-exclusion：自己除外）」と呼ばれる特定個人排除システム、そして次に「早期発見を目途とした（カジノ内）従業員教育」であると言われている（Bo Bernhard、2017年の講演などによる）。

セルフ・イクスクルージョンは、自発的な登録を受けたカジノ側による排除であるから、カジノ入口でまずチェックされるシステムである。家族による特定個人の登録と排除も「セルフ」に含まれることが多い。多くのケースですでに病気が進行し、借金も膨らんだ状況にあり、段階的には治療の一環として強制的に排除されるものと考えてよい。

従業員教育は、早期発見を主目的としており、客体の賭け方や時間の使い方を観察し、「ギャンブル依存症の疑いアリ」と従業員（特にディーラー）が判断した際、ピット・ボスやフロア・マネジャーに報せるシステムである。報告を受けた現場責任者は、さらに観察・調査が必要ならばそのようにし、たしかに依存症の可能性が高いと判断されたなら、その種の専門部署に対応を求めることとなる。

他にも有効もしくは条件次第で有効とされる施策はいくつかあるが、それらは機会を改めて解説することとし、今は本来のトピックに戻ることにしよう。ここにおける焦点は、「誰がその施策を実施するのか」、「そしてその原資は誰が支払うか」、という疑問である。

セルフ・イクスクルージョンも従業員教育も、客体への施策が実行されるのは、カジノ・フロア（入口とギャンブルの現場）である。現在考えられている法案に従えば、「民営」の主体であり、つまりこの実施には「公的機関」は表面上関与していないのである。むろんその原資を出すのが民か公かとうのは、さらに別の問題である。

客体への施策の実施が「公」の立場のケースでも、それが国の法律に準拠するものと、（特にIRのある）地方自治体によるものとは同じではない。たとえば「ギャンブルに関する広告の規制」という施策を考えるなら、国全体で規制すべきテレビや雑誌の広告もあれば、地方の実情に即した（たとえば）立て看板の規制もありうるだろう。その費用負担も同じ問題ではありえない。

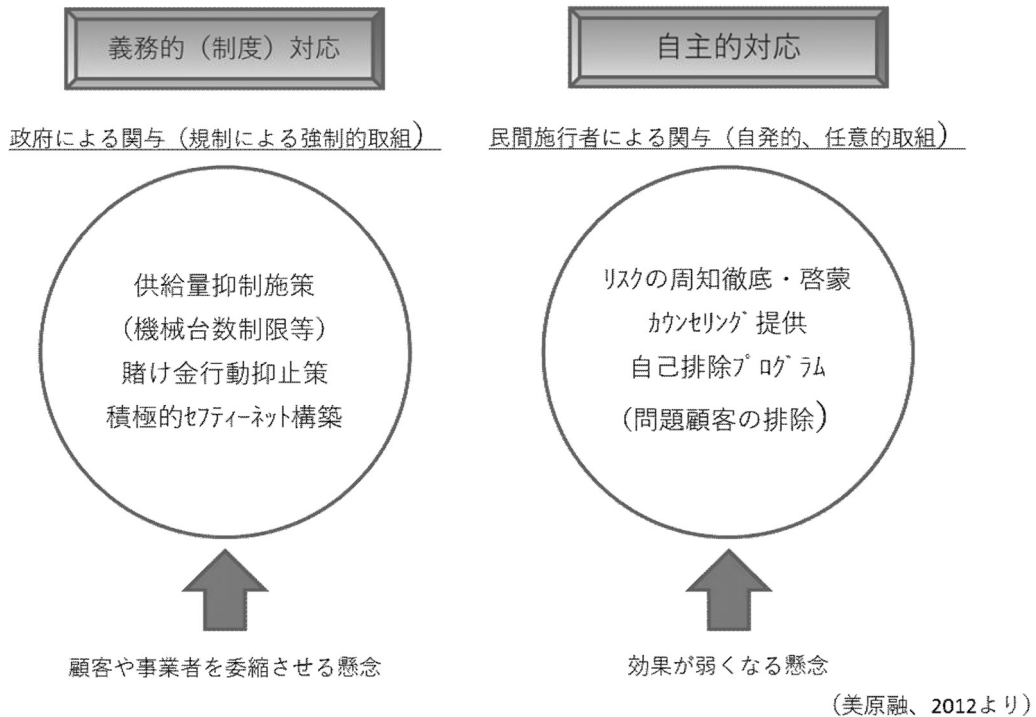
ここまでの議論で明らかのように、民、国（公）、地方（公）の3主体が実施すべき施策および費用負担の分担を決める必要があるが、簡単なことではない。特に公の立場で使われる費用が、税金であることから、その背後には費用負担のロジック（哲学）が存在しなくてはならないのである。

費用負担のロジックとして、国は長期視野を中心とする国民全体の利益を考えて行動する必要がある、地方自治体は地方独自の視点で地方の利益を考えつつ、国の施策の不十分な部分をも補完することが中心となる。いずれも代表者で構成される議会で決議された範囲でしか行動は許されない。ところがカジノを含むIRの経営主体は民間であり、法律に違反することさえなければ、比較的自由にいろいろな施策を実施することができる。公が介入しづらい個人の領域は民間の分野と考えられるが、時として、公がやるべきことも率先して行うことすらあるだろう。

以上のロジックを美原（2012）がわかりやすく図示したのが、次図表である。

(図表Ⅰ－⑤)

義務的対応と任意的・自主的対応

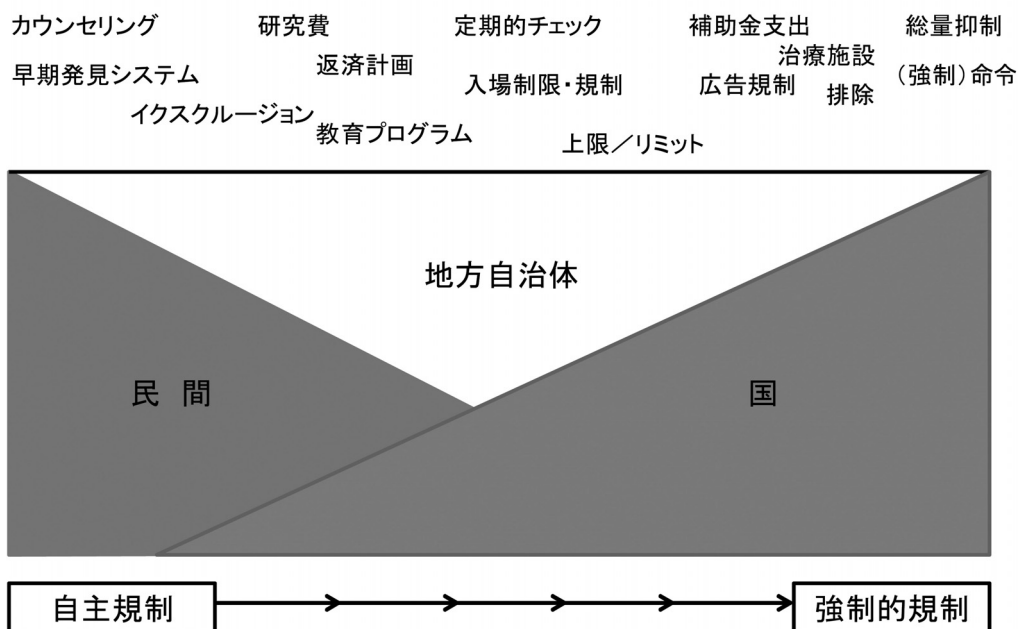


実施されるべきギャンブル依存症対策の前に、こうしたロジックが存在しなくては、どんな施策に対しても全体の賛同を得ることは困難であろう。さらにそのロジックに従った施策のうち、どの部分に集中して資金を投入するべきかは、社会を実験場とした調査・研究が不可欠であるが、この点で日本が貢献できるデータは多くない。今のところ、海外の研究にフリー・ライドするしかないのが現状と言える。日本人が海外と同じ有効性を示すか否かは不明であるがゆえに、一刻も早く日本独自の研究が待たれているのである。

ロジックを基にした費用負担の概念図は次のようになるだろう。

(図表Ⅰ－⑥)

費用負担のロジック



Ⅱ メタ・アナリシス

厚労省の研究班による記者発表

厚生労働省が研究費を設定し、研究代表者らが2013年夏に結果を記者発表して、大センセーションを生み出した調査がある。図表－1に示されているように、「日本には536万人ものギャンブル依存症患者およびその疑いある者がいる」というもので、研究・調査企画代表者は、久里浜医療センター長（当時）樋口進教授である。

ギャンブル依存症に関する実証研究と政策決定について

(図表Ⅱ－①)

【ギャンブル依存の推計値（2012年）】

		祖率	年齢調整率	推計数
病的賭博の疑い	男性	8.0%	8.7%	438万人
	女性	1.6%	1.8%	98万人
	合計	4.5%	4.8%	536万人

※年齢調整率とは、人口比による調整のこと

その推計値では、男性の8.7%、つまり100人中8～9人が「病的賭博の疑い」のレベルと考えられているが、常識で考えて、「そんなバカな」という数値である。何らかの会合で男性50人も集まれば、そのうち4～5人が病気もしくはその危険ある人物ということになる。ちなみに女性は1.8%で約98万人を占めるとのことであるが、これも海外の調査結果と比較して、とてつもなく巨大な数値となっている。男性と女性合計数値（年齢調整済）が536万人ということらしい。



8月21日付朝日新聞

調査方法は、（表面上は）まずまず正当なものであり、図表Ⅱ－②がその概要である。

(図表Ⅱ－②)

抽出方法：層化2段無作為抽出
 サンプル数：7,052人
 有効回答(%)：4,123人(55%)
 調査方法：訪問間接調査法

ギャンブル依存症および疑いのある者（予備軍）の判断は、「修正 SOGS（South Oaks Gambling Screen）」を使用しているが、この方法はギャンブル依存症の計測をするツールとして、世界的にポピュラーなものであり、この点でも正当な方法論である。正当な方法論による調査・研究であるがゆえに、この記者発表のインパクトは多大で、以後この536万人という数値は、至るところで引用され一人歩きしている。特に2013年に議員立法で発案された、カジノ合法化を含む「IR 法案」（正しくは「特定複合観光施設区域の整備に関する法律」）に反対するグループが、反対理由として好んで引用・利用した実態数値がこれである

この調査・研究の「いいかげんさ／いかがわしさ」は、本章後段部で詳しく述べることにするが、結論から言えば、その後の（2016年）同じく厚労省によるほぼ同様の調査ですら、その半分の数値になっている－ただし、現時点（2017年夏）で方法論を含めた詳しい発表はない－ことだけを見ても明らかである。まさか何の政策も実行されていない4～5年のうちに、半分になったと主張するのではないと思うが、それなら過去2回－実は2008年のデータも580万人レベルの数値を示している－の調査・研究のどこがどう間違っていたのかを公表してくれない限り、536万人というとてもない数字は使われ続ける可能性が消えない。消えないどころか実際に政治利用されている（たとえば、2017年1月の参議院による質問など）のが現状である。

反対派のおかしな論理

少し考えると誰にでもわかる理屈であるが、日本ではまだ合法のカジノが存在していないのであるから、ギャンブル依存症を生み出したのは、日本の合法のカジノではありえない。あるとすれば、違法の闇カジノくらいのものだが、あっても依存症はそれほど数ではないだろう。さらに言えば、闇カジノの存在はなくするのが筋で、その点で合法化を進める理由にはなりえても、そもそも反対する理由ではない。

4 ケタはかるく存在するとされる闇カジノの世界は、満足のいく統計がないのでわからない点が多いが、控え目に見ても組織暴力団の有力な資金源である。ゲーム上のイカサマも横行しているようであるし、合法化されたカジノに比べて、テラ銭率（控除率）も高い。禁止することで儲けるのは組織悪、そして損をするのが「まともなゲームが約束されない一般人」であることを勘案するなら、合法化とそれによる健全な競争状態の出現は悪いことではない。それは実際にイギリスやアメリカ、その他の多くの国々で行われた施策であり、それらの国において闇カジノは、組織悪の資金源としてすでに重要な役割を果たしていないことを強調しておこう。

むろん、カジノ合法化に賛成する理由と反対する理由は、それに留まるわけではないため、ギャンブル依存問題だけを理由にすべてを決めるわけにはいかないが、少なくとも避けて通るべき問題ではないことは間違いない。本稿はギャンブル依存問題を取り上げる。

本稿が取り上げるギャンブル依存症のトピックは、大きく分けて次の2つである。

- ① ギャンブル依存症関連調査を概観し、その内容を論評する（メタ・アナリシス）
- ② メタ・アナリシスの結果、将来日本でカジノが合法化されるという前提で、ギャン

ギャンブル依存症に関する実証研究と政策決定について

ブル依存症問題に対し、どのような対策が採られるべきかを考察する。

メタ・アナリシスとは、「一定のトピックに関する論文や報告書を比較し、内容を吟味し、一定の総合的知見を打出す方法論」でなされる研究である。特定のリサーチ・クエスチョンに対し、相反する仮説が存在する時など、一定数の論文・報告がなされた後に行われることがある。

まずは、厚生労働省の報告（および記者会見）について言及してみたい。なお、多くの依存症的現象には、正式には別の専門用語が使用されることが多いが、本報告書では、俗称を使用することとする。

厚労省データ（2013年）

厚生労働省が主導したギャンブル依存関連データは、2003年、2008年、2012年に全国規模でなされた調査が報告されており、その後2016年にもう一度データを集め、集計している。記者発表用中間とりまとめの報告書は、2017年9月29日に6枚もので配布された。この最新のものと、2003年のものは詳細を見ていないので不明だが、2008年の集計では、男性のギャンブル依存症（予備軍を含む）が、9.6%、女性1.6%、2012年では男性8.2%、女性1.1%としており、後者の2013年のデータですでに「推定536万人がギャンブル依存症もしくは疑われる状況」であることを勘案するなら、2008年はさらに多くの人々が、「ギャンブル依存が疑われる対象となっていた」ことになる。

不思議なことに、この2つの調査の元々のメインテーマは、「アルコール依存の研究」であり、報告書に名をつらねる研究者らもアルコール依存関連がほとんどで、ギャンブル依存症に関する論文執筆や報告書を業績として持つ研究者は見当たらない。筆者が知らないか、あるいは見落としていた可能性もあるが、大半がアルコール依存症関連研究者であるのは間違いない。

依存症などの研究対象として、「共依存（comorbidity / cross addiction）」という分野があり、その名のとおり2種類以上の依存状況について研究する学問である（共依存の調査については、今回はふれない）。たとえば（いわゆる）「アルコール依存」と「薬物依存」とが同時に起こるようなケースであり、その点で言えば、ギャンブル依存症の質問項目が、アルコール依存症の調査票に登場すること自体は、不思議でも何でもない。充分納得できることである。

ここにおける疑問は、しかし、アルコール依存に関する最終報告書（2012年、研究代表者、樋口進、久里浜医療センター長）に、1つの図表と計49文字の一文（句読点を含む）しか説明

のないギャンブル依存の記述を－しかもメイン・トピックたるアルコール依存ではなくギャンブル依存だけを－「記者会見までして発表した動機」である。

ちょうどカジノを含む IR 法案が話題になっていた頃であり、政策作成プロセスにおけるエビデンスの提供だったとすれば、それはそれでありうることであり、必要とすら考えられる。ただその記者発表が「エビデンス」でも何でもなく、単なる「ミスリーディング」（実は「ミスリーディング」というのは、学術上のお上品な表現にすぎない）であったことは、調査に詳しい人間の目には明らかだったのである¹⁾。

新たに作成された図表

元々の報告書では、1つの図表と49文字しか存在しなかったギャンブル依存症に関する言及に、2013年の記者会見では、新たな図表が加えられていた。新しい図表はいくつかあったが、代表的なものをひとつだけあげておく（図表Ⅱ－③）。

（図表Ⅱ－③）

【病的賭博の疑いがある者が「週に1回以上」したことがある賭博等の種類】			
種 類	男 性	女 性	合 計
パチンコ	51.3	35.1	48.1
スロットマシン、 ポーカーなどのゲーム機	19.3	18.9	19.3
ナンバーズ、宝くじ、 サッカーくじなど	10.7	2.7	9.1
競 馬	10.0	0.0	8.0
競 輪	4.0	0.0	3.2
競艇、オートレース	3.3	0.0	2.7
その他（賭け麻雀、カード 賭博など）	13.3	2.7	11.2

（注・病的賭博の疑いがある層：SOGS 5点以上の者）

この図表はかなり不思議なもので、調査を少しでも齧った人間にとって、いくつかの問題点がすぐに指摘されうる。以下、Will、2014年12月号に掲載された、筆者（谷岡）による「カジノ反対厚労省調査の嘘」という記事の一部を再掲する形で、問題点を浮き彫りにしたいと思う。

『WiLL』の記事（一部）

問題がもし文化の違いとヴァリデーションだけなら、（その測定を当て嵌める可否は別として）問題はパチンコ産業の抱える課題と大きく重なることになる。

しかし筆者の見たところ、調査の方法論にかなり意図的とも思える不可思議な点が存在するのだ。それを順に説明していきたい。

今回、使用されたギャンブルの経験に関する具体的な質問と、その問題点を指摘していこう。

問題点1 ギャンブル依存の「時期」が特定されていない

質問の〈E1〉にはこうある。

〈今までに、あなたは次のタイプのギャンブルのうち、どれをしたことがありますか。それぞれのギャンブルについてどのくらいやっていたかを、「全くしたことがない」「週に一回未満」「週に一回以上」から選んで○をつけてください〉

そして、(1)パチンコ(2)スロットマシン(3)ポーカーマシンなどのゲーム機から(15)上記以外のギャンブルまでを答える質問だ。

だが、この質問が過去一年とか半年とか期限（「レファレンス・ピリオド」と呼ぶ）を限定していない点に着目してほしい。

「どれをしたことがありますか」とか「どのくらいやっていたか」など、たとえ現在はギャンブルをやめた人や人生で一、二回やった程度の人でも「全くしたことがない」とは回答しないようにできている。期間を限定することがどの程度の差をもたらすかを具体的に示すには、同時期に行われたJGSSデータ（大阪商業大学と東京大学共同で行われている総合的社会調査）と較べることで一目瞭然となる（後述する）。

ギャンブル依存症の問題とは「現在どのくらいの人々が苦しんでいるのか」がより大きな関心事であって、やめてしまった人々を調べる重要性は劣る。（中略）

意味のないムダな調査

アルコールの質問は、たとえば「あなたは、ふだん酒類（アルコール含有飲料）を、平均するとどのくらいの頻度で飲みますか」と尋ね、回答肢として「①まったく飲まない ②1ヵ月に1回以下 ③1ヵ月に2～4回 ④1週間に2～3回 ⑤1週間に4回以上」が示されている。

アルコール類は「ふだん」で尋ね、ギャンブルについて過去すべての経験で尋ねることは、

そもそも原因となる（アルコールと関連する）共通因子を調査する目的でギャンブルも調査したという厚労省の説明と、まるで相容れない。共依存の実態を調べることの重要性自体は認めるが、これではあまりに杜撰で共依存の研究になっていない。わかりやすく言うなら、単なる税金のムダ遣いである。

問題点 2 恣意的な誘導？

ギャンブルのいままでの経験を尋ねたあと、2008年の調査ですぐに20問ほどの SOGS の質問群に入っているが、今回、2012年の調査では両者の間に数問、入れている。

その質問は〈E2・上記（E1）のギャンブルを最初にしたのは何歳ですか〉から、パチンコ、競馬に関する E5、E6の質問である。

E5とE6では、〈あなたがパチンコ・競馬を最も頻繁にしていた頃のことを思い出してください〉という文言がある。

そして、すぐそのあとの質問は〈E7「ギャンブルで負けた時、負け分を取り戻すためにまた、ギャンブルをしたことがありますか」〉と過去形で書かれているため、回答者は E5、E6で思い出した「人生でパチンコ・競馬に一番はまっていた頃の経験」を念頭に置いたまま続けて答えるのが自然な流れとなる。

意図していたか否かは別として、質問票のレイアウト（質問の並び）によって一定方向の回答が引き出される現象は「キャリアオーバー・イフェクト」として知られている。

調査方法論のイロハを学ぶ者は、必ずこの「キャリアオーバー・イフェクト」を教わるはずで、何人いたかは知らないが、国の役所から調査を依頼された学者たちが知らなかったはずがない。

知らなかったとすればもとより調査費を使う資格はなく、知っていたとすれば特定の意図があったはずで、より資格はない。どちらにせよ、恣意的に、あるいは無知によって行われた調査は、やはり「税金の無駄使い」と言っていだろう。

問題点 3 情報の公開／非公開の基準が不可思議

発表と同時に記者向けに配布された資料には、質問表（一部）や調査方法、概要が示されているが、そのなかに次の2点の情報もある。

〈SOGS で問題ある者（5点+）にとって回答頻度が高かった項目《スコア平均点が高いものの》

SOGS による病的ギャンブラーとその他の人の差が大きい項目は、E10・意図していた以上にギャンブルをしたことがありますか。E12・自分のギャンブルのやり方や、ギャンブルに

ギャンブル依存症に関する実証研究と政策決定について

よって生じたことによって生じたことについて罪悪感を感じたことがありますか。 E13・実際にはやめられないと分かっている、ギャンブルをやめたいと思ったことがありますか。 E11・あなたのギャンブルについてまわりの人から非難されたことがありますか。 E14・ギャンブルをしていることを配偶者や子供、その他あなたにとって大事な人に知られないようにギャンブルの券や宝くじ、賭博用の資金などを隠したことがありますか

回答頻度の高い項目をあえて示す意図はよくわからない。筆者が調査者であれば、この内容を示す手間を別の情報の提示に費やすだろう。

さらに、病的賭博の疑いがある者が「週に一回以上」したことの賭博等の種類の情報もあった（図表Ⅱ－③）。

（図表Ⅱ－③）（再掲）

【病的賭博の疑いがある者が「週に1回以上」したことの賭博等の種類】			
種 類	男 性	女 性	合 計
パチンコ	51.3	35.1	48.1
スロットマシン、ポーカーなどのゲーム機	19.3	18.9	19.3
ナンバーズ、宝くじ、サッカーくじなど	10.7	2.7	9.1
競 馬	10.0	0.0	8.0
競 輪	4.0	0.0	3.2
競艇、オートレース	3.3	0.0	2.7
その他（賭け麻雀、カード賭博など）	13.3	2.7	11.2

（注・病的賭博の疑いがある層：SOGS 5点以上の者）

あえて誤解を誘導？

以前に示した図表を再掲するが、この表を見てすぐに気がつくのは、調査で得られた「実数」が書かれていないことである。

学者が調査結果を発表する時、特定質問に対して何人が回答し、そのうち何人が各選択肢に該当したか、といった情報を最低限度（ほとんどのケースで男女別や年齢層別で）書くものがある。わざと省いたと考えるのは穿^{うが}った見解だろうか。

このスペースで SOGS で 5 点だった者、6 点だった者、7 点だった者…と示せばより多く

の情報が得られるし、パチンコとか競馬とかのアイテム毎に何人が5点以上であったかを示せばよい。

ふつうなら出るはずのデータは示さず、海外との比較のできない、数字のないランキングのみを出すのは一体、誰のアイデアだったのか。

問題点4 実数を明らかにせず誤解を誘発

図表Ⅱ－③では、他にも気づいたことがある。それは女性のパーセンテージがすべて2.7の倍数になっている点である。

調査に慣れた人にはすぐにピンとくることであるが、これは極端に数字の小さいセル（升目）がある時によく起こる現象である。その後、別ルートより手に入れた実際数は次のようになっていた（図表Ⅱ－④）。

（図表Ⅱ－④）

【ギャンブル依存調査の実数】			
種 類	男性 (人数)	女性 (人数)	合計 (人数)
パチンコ	77	13	90
スロットマシン、ポーカーなどのゲーム機	29	7	36
ナンバーズ、宝くじ、サッカーくじなど	16	1	17
競 馬	15	0	15
競 輪	6	0	6
競艇、オートレース	5	0	5
その他（賭け麻雀、カード賭博など）	20	1	21
回答数（回収％）	1,875 (±11人) (約53％)	2,315 (±72人) (約65％)	4,153 (58.9％)
【うち SOGS 5点以上】人	【150】	【37】	【187】

※この表は、与えられた情報をもとに筆者が作成した予想である。

善良な科学者なら、一人しか実数がないものを「2.7%」などと表記することはまずない。どうしても2.7%と書くなら分母を示し、実際には一人しかいないことをわかりやすくする。

あえて分母のわからない表をつくり、記者や読者が誤解するであろう推計数を出した理由を

知りたいものである。

「データ保管していません」

今回のデータが発表される8月21日から遡^{さかのぼ}ること約2ヶ月。6月18日の衆院内閣委員会において、前回（2008年）のデータが厚労省の役人によって開陳された。

「（厚労科学研究のデータによると）日本のギャンブル依存症は『男性が9.6%、女性が1.6%と報告されたところでございます』と。この言葉はその後、多くの人に引用され、結果としてカジノ反対の根拠として利用された。

筆者は7月初め、厚労省に手紙を書いて追試のプロセスを尋ねてみた。追試できないデータを国会で証言することなど、この文化国・日本でありえないと考えていた筆者は、次の（電話での）伝言を受けとってびっくりさせられた。

「以前のデータなので保管していません。調査代表にお尋ね下さい」

「保管していないって、衆院で答えていたはずなのに」と思いつつ、その代表者に連絡をとろうと苦労したが、その代表者はすでにこの世の人ではなかったのである。そうこうするうち、8月に新しいデータが発表されたため、もう一度、追試の申込みをお願いしてみた。

返事は「厚生労働科学成果データベースをごらん下さい」というものだった。個票を見て自分で分析したいから申し込んでいるのに、報告書の類を見せて済ませようとするのは、学者の心がまるでわかっていないとしか言いようがない。

ちなみにそのデータベースを開けると300ページ以上の報告書があり、「ギャンブル依存の割合」という半ページの表が一つあって、テキストはトータルで2、3行。目的として説明されたアルコール使用と比較したものはゼロ。300ページのなかには質問票すら省かれていた（ちなみに、2008年の報告書には少なくとも質問票が掲載されていた）。

ナントカ細胞ではないが、社会科学でも自然科学でも、追試できないデータ（再現性のない主張）は学問上、何の意味も持たないものとみなされる。

たとえば海外の学者がデータを請求してきたとして、「提供できません、追試もできません」では国辱ものであろう。

以上、「Will」の記事の一部を再掲したが、この厚労省研究の一番の問題は、（内容の非道さもさることながら）研究者によるデータ請求に応じない点であると考える。どのまともな国においても、追試のできない研究発表が、学問上何の意味ももたないことは常識である。2016年

に世の中を騒がせた「STAP 細胞事件」にしても、誰にも（本人にも）追試ができなかった時点で、研究は存在しないことと同義となる。以後そのトピックや証明されていない（学会で認めていない）結果を記事にしたりするマスコミは、ウラのないヨタ記事を世に出すことで恥をかくだけの可能性が高い。しかるにこの「536万人」調査は、日本で何度、（そのいいかげんさが表面化したのちも）マスコミに取上げられたり、特定論点の前提となったことか。ここに日本のマスコミのレベル、そして大衆の一部のレベルを見る思いである。

2017年の厚労省調査

2017年9月29日、厚生労働省は成人1万人を対象とした調査の中間発表を行った。その新しい推定値は危険ある者を含めて320万人とのことである。前回2013年の「536万人」調査に、かなりの疑義・批判が集まったことを受けて、新たに全国で集めたデータであるが、研究班は「調査方法が違い増減は評価できない」と述べているそうである（日本経済新聞、2017年9月30日の記事）。今回のデータは過去1年以内の有病率も調べており、成人の0.8%が「疑われる者」も含めた数値であった。

生データも質問票も報告書も発表・公開されていないため、現時点での分析は不可能であり、良いとも悪いとも言いようがないのであるが、気になる点をいくつか指摘しておこう。

まず指摘すべきは、今回も前回と同様、過去において「最も頻繁にギャンブルをやっていた頃、ギャンブル依存もしくはそれに近い状況であったもの」を含んでいることで、320万人と推計していることである。つまり学生時代などの一時期、週に3回もパチンコに行ったり、麻雀をやっていた経験を持つ者は、現在はまったくやらない状態であっても、予備軍（危険のある人）に含まれてしまう。過去に風邪をひいたことのある者が、すべて風邪の予備軍だとする考え方もありえないではないが、それが何百万人何千万人いようがそれがどうしたというのだろうか。「今困っている人がどれくらいいるのか」、と考えるのがまともな研究者の普通の思考であると信じる。

次に指摘すべき点は、前回の推定値から216万人も減少していることである。記事の中で研究班が「調査方法が違い増減は評価できない」と述べているのは、おそらくこの点を追求されると返答に困るからではないか、というのが筆者の推測である。記事を見る限りにおいて、前回の調査から大きく変化した部分は見あたらない。

かりに方法論的に大きく変化した部分があるなら、どこがどう異なるのかを示すのが研究班の礼儀であり、人さわがせな数値を迷走させた厚労省の責務であろう。また調査方法が変わっ

ギャンブル依存症に関する実証研究と政策決定について

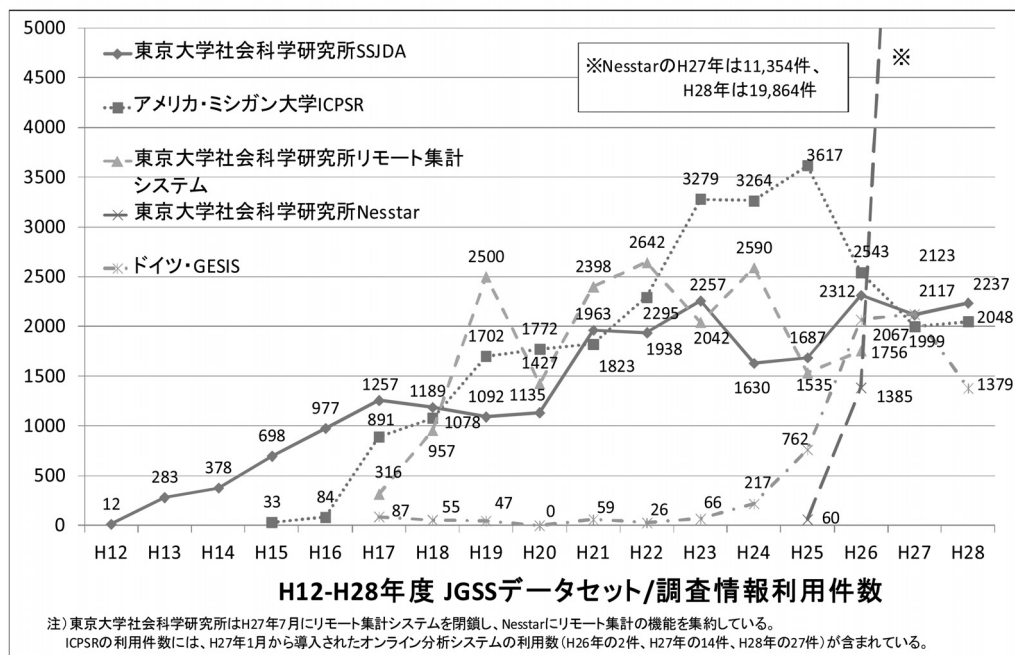
ただで、日本全体の推定値が40%も変化するのは、いずれかの調査がかなりずさんであったことを告白しているのと同じことである。少なくともどちらかの調査は、国の税金を使ってなされるレベルに達していないことは間違いない。

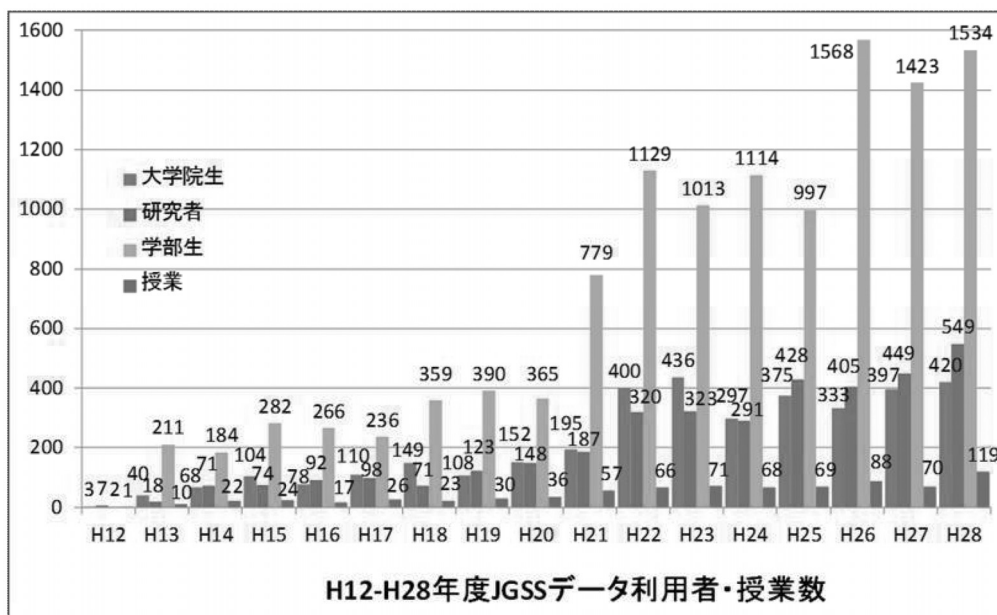
JGSS/EASS・データ

JGSS・データは、大阪商業大学が中心となって集め、加工し、発信している汎用社会データであり、スタートして20年になろうとしている。今では予算や人員の都合により2年に1回の頻度に減ってしまったが、それでも全国を対象に5,000人規模のサンプリングで行われる。変数の多い(500以上)社会調査であるため、各研究者のトピックに使用される変数が含まれる可能性が高い。そのものズバリの変数でなくとも、類似・援用できる変数があれば、最低ラフなモデルの検証に使用できる。そのため研究者や院生、最近では学部生などの利用も増加しているようだ。

ネット上でもデータが利用でき、海外研究者向けに英訳されているため、データ請求数は年々上昇傾向にあり、データ発信数の少ない日本の社会学界－海外からは、日本の社会学者が、海外データに「フリー・ライド」状態であるとの批判がある－の中でも際立った発信数

(図表Ⅱ－⑤)





を誇っている。

厚労省の「536万人」データを集めていた同じ頃に、JGSSが尋ねた「パチンコを行う頻度」を尋ねた質問がある。「過去1年間に」と限定した上で、「週に数回」「週に1回程度」…から、「まったくしていない」までの6段階の回答肢があるが、「週に1回程度」以上の2つの回答をした割合は、男性8.2%、女性1.1%であった。

(図表Ⅱ－⑥)

	今回の厚労省	JGSS2013
パチンコを週1回以上* a やっていたと回答した比率	男：15.6 女： 2.6	男：8.2 女：1.1
レファレンス・ペリオド	過去すべて(lifetime)	ふだん(現在)
	N=4153(M:1869)	N=718(M:282)

* a JGSS2013では、回答肢が6個あり、頻度の高い2つは「週に数回」と「週に1回程度」で、「週1回以上」ではないが、JGSSがより多くなるはずなので比較において問題はない。

(JGSS-2011より)

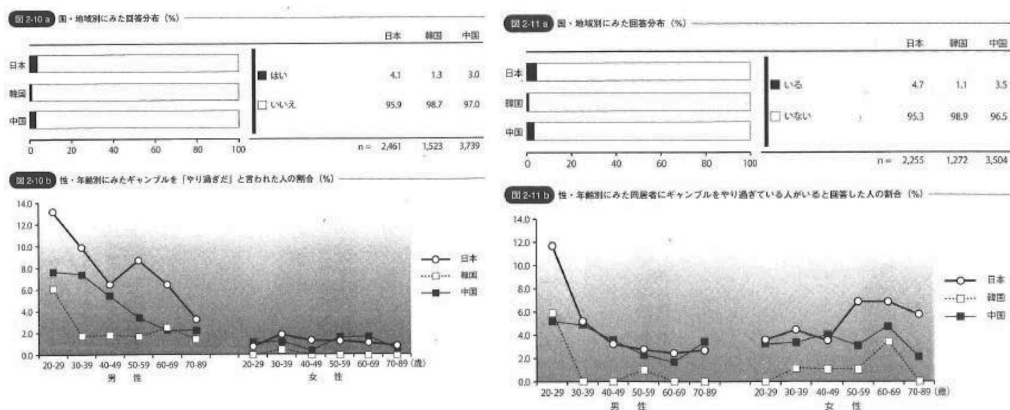
このように「過去1年間に」に限定した場合、とても病気とは思われない「週1回程度」を含

めても、厚労省データの推定数の半分に過ぎなかった。

アメリカの GSS (General Social Survey) をプロトタイプとして、日本が JGSS をスタートしたのが1998年。次いで韓国 (KGSS) と中国 (CGSS) が類似のデータを集め、発信し始めた。台湾 (TSCS) は日本よりずっと以前から、その種のデータを発信していたため、この4ヶ国・地域が共同モジュールのセット (東アジアに特化した問題) をそれぞれの調査に入れ、比較しようとする試みが2006年からスタートした。このプロジェクトは EASS (East Asia Social Survey) と呼ばれているが、ICPSR よりも東アジアに特化して共通の話題を取り上げている。トピック (モジュール) を変えて2年毎に行っているが、他の変数もなるべく揃えてあるため、比較は容易である。

EASS は JGSS と同じく汎用であり、SOGS のような多くの質問をする余裕は存在しない。つまり本人のスクリーニングは行わず、代わりにギャンブル (パチンコを含む) を「やり過ぎた」と言われたかどうかを尋ねている。その結果を図表Ⅱ-⑦に示す。ただし台湾はこの質問 (モジュール) に参加していないため比較できていない。

(図表Ⅱ-⑦)



岩井紀子・埴淵知哉 編 1 2013より

日本で4.1%、韓国で1.3%、中国で3.0%が「ギャンブル (パチンコを含む) をやり過ぎた」と言われたことがあると答えている。日本男性に限定すれば、約 1 割がその経験を持っていることになる。これは過去 1 年間と限定された質問であるが、2017年の厚労省の推定 (0.8%) より多い。

視点を変え、同居者にギャンブルを「やり過ぎている」人がいるか否かを尋ねた回答も、前

問の数値の信頼性を裏打ちしている。日本4.7%、韓国1.1%、中国3.5%が「いる」と答えており、ほぼ同じ割合と考えてよいだろう。これらのデータに関する限り、韓国はあまりギャンブルをしない国民であるように見える。おそらく、韓国民が入場できるギャンブル施設がどれくらいあるのか、という環境的な要因によるところが大きいのだろう。同時に尋ねた質問に「ギャンブル」ではなく「ゲーム」についてのものがあり、そちらは「やり過ぎだ」と言われたと回答した割合は韓国が7.0%でトップ、次いで日本（4.7%）、中国（2.8%）だった。

海外の研究でも、厚労省調査のように「ライフタイム（人生すべての経験）」の経験を尋ねるケースは、かなり存在する。また同様にJGSS／EASSのように、「過去1年」とか、もしくはより短い期間についてのみ尋ねる調査もある。両方尋ねるケースも少なくない。ただ最近のトレンドとして、過去1年間のスタンダードになりつつあると考えてよいだろう。特に日本のように、はやりすたりに一時期特定種目に没入した経験を持つことはあるものという前提である。このようにいまは何の問題もないにせよ、過去に経験をした者が多い国もあり、現状を的確に表すケースは少ないと考えてさしつかえないだろう。その点でJGSSやEASSの数値の方が、より実体に近いと考えてよい。

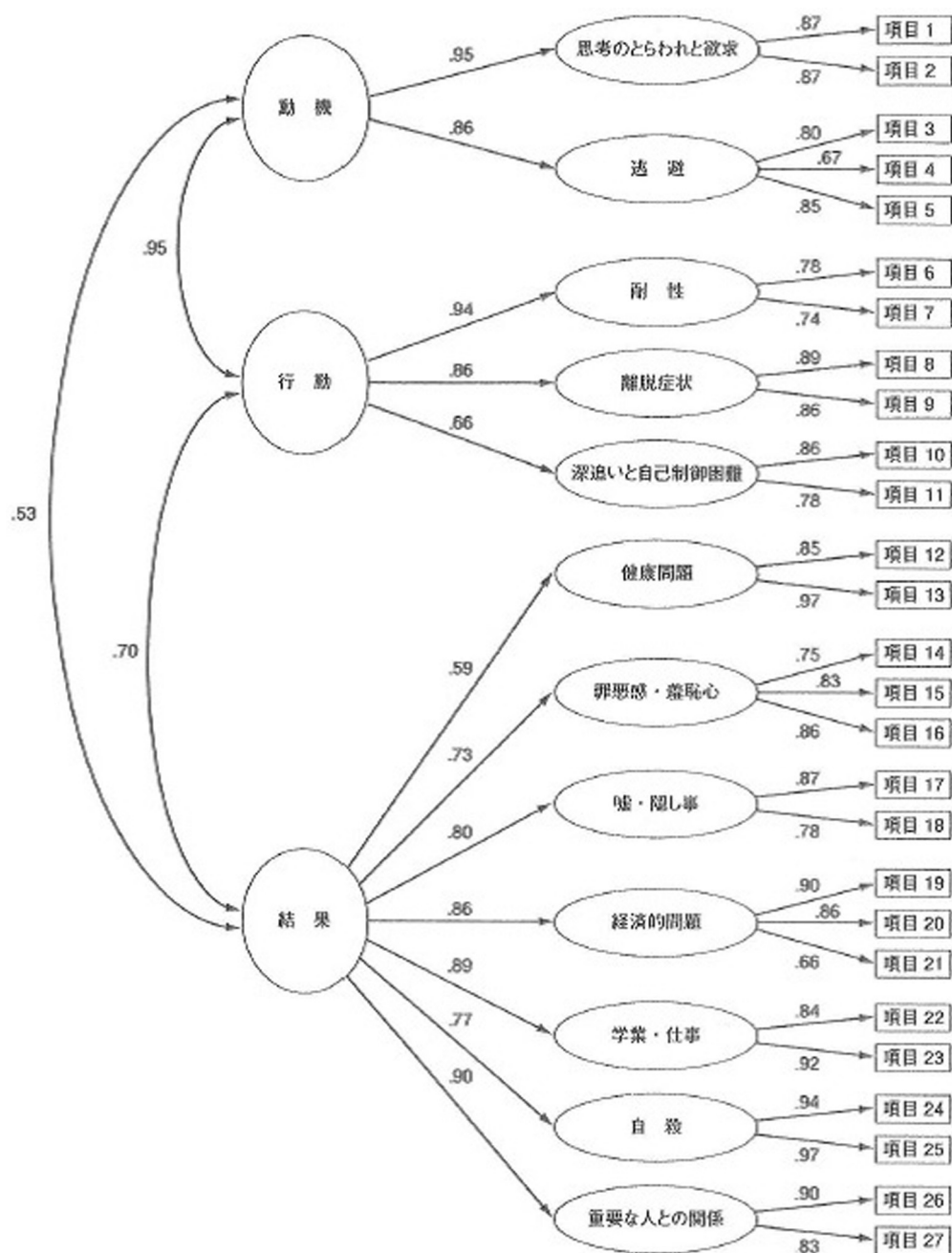
日工組の「遊技障害尺度」研究

パチンコ／パチスロの機器メーカーらで構成される日工組傘下の「日工組社会安全研究財団（以下「財団」）」が中心となって行われた調査研究がある。メンバーは秋山久美子（財団〔非常勤〕）、祥雲暁代（お茶の水女子大学〔院生〕）、坂元章（お茶の水女子大学）、河本泰信（国立病院機構久里浜医療センター）、佐藤拓（成瀬メンタルクリニック）、西村直之（ぱちんこ依存問題相談機関リカバリー・サポート・ネットワーク）、篠原菊紀（諏訪東京理科大学）、石田仁（日工組社会安全研究財団）、牧野暢男（日本女子大学）の9人。主目的は、パチンコ・パチスロの遊技障害を測定する新尺度を作成することと、それに関して信頼性・妥当性を検討することである。この調査は以下、「日工組調査」と呼ぶことにする。

日工組調査は2014年2月に1,000人（パチンコ経験者）、同年5・6月には1,000人（パチンコ経験者500人／未経験者500人）を対象として行われた。過去の研究を参考として、27の項目別質問を行い、最終的に3つの主成分としての因子（大項目）－「動機」、「行動」、「結果」と名付けられている－が抽出された。3因子モデルを図表Ⅱ－⑧に示す。

ギャンブル依存症に関する実証研究と政策決定について

(図表Ⅱ-⑧)



3因子モデルと標準化パス係数
注：誤差は省略した

(日工組調査、2016、P.313より)

図表中の数字は「標準化されたパス係数」であるが、詳しい意味は別の参考書をあたってほしい。調査論の専門見地から考えて、適格になされた調査であると思う。

ギャンブル依存などの症状が進んだ人に介入する前提として、どのようなメカニズム（原因・進行）によってそのようなになったのかを知ることが必要である。つまり、どの段階でどのような介入が効果的であるかを知らずに、やみくもに治療施設を大量に作ったとしても、税金の正しい使い方にならない可能性があるということである。その点でもこの調査の意義は高いものとする。

日工組調査では、現在（いわゆる）ギャンブル（パチンコ）依存症だと言えるレベルの人が約40万人、予備軍を含めると約80万人と推定している。これは過去1年間の数値であるが、ライフタイムでしかも規準点を少し下げた推定でも、約90万人に過ぎなかった。何人であろうと、問題は残るのはそのとおりであるが、現状の問題として正しい推定は最低必要である。

パチンコ・パチスロのみの数値であるため、ギャンブル全般ではないが、日本の問題の大多数（ほとんど？）が、パチンコ・パチスロを原因とするものであることはまず間違いのないため、残りのギャンブル種目で増えた分を考慮しても、この数字が20%も上昇することはないだろう。つまりここでもまた、厚労省の発表した数値がいかに突出したもの（ミスリーディングなもの）であるかを示しているわけである。

リサーチの方向性 ―海外の報告によるヒント―

ギャンブル依存症の問題には、多くのギャンブル関連産業が興味を持っている。ギャンブルの収益の一定部分が、研究費に廻ることは少なくない。それらの理由により、海外にはいろいろな論文が存在するのも事実である。ただし、地域によって法律や規制の内容が異なるため、一律の比較は簡単・正当とはいえない。

方法論上の問題も内在する。複数の施策が同時に実行された場合、かりに依存症患者や予備軍が50%減少したとしても、どの施策がどのようなパーセントに寄与しているのかはわからない。また複数で実行された時のみ、プラスやマイナスの効果の出るものもあるかもしれない。この種のリサーチは他変数をコントロールした状況で分析されなくては判断できないことが多く、複数の政策が実施される一過性の歴史の舞台で効果を判断することは、極端に難しいのである。

NCRG（National Center on Responsible Gaming）のNothan Smith氏がまとめたメタアナリシスがある。次図表はKen C. Winters博士が日本の講演で紹介していたメモをそのまま掲

ギャンブル依存症に関する実証研究と政策決定について

載させてもらった。

(図表Ⅱ－⑨)

Summary of Countermeasures (4.10 draft)

Ken C. Winters, Ph.D. (Acknowledgement to Nathan Smith at the National Center on Responsible Gaming for his assistance)

Type of Countermeasure (alphabetical order)	# of peer-reviewed published articles ¹	Evidence ²	Comments
Employee Training	3	inconclusive	Some evidence that knowledge among casino venue staff can be increased; no evidence that gamblers' behavior is changed
Entry Fee for Access	0	unknown	
Helplines	0	unknown	
Minimum Legal Age	0	unknown	Minimum legal age quite variable; enforcement likely inconsistent
Modifying Game Features	4	inconclusive	Includes slowing down the rate of play on a machine, having a machine display a warning message, or provide feedback on money/time spent at some point
Public Awareness Programs	4	inconclusive	Typically involves making the general public aware of potential health risks of gambling and available treatment resources
Screening and Assessment	numerous	strong psychometric data ³	Includes brief screening and comprehensive diagnostic instruments
Self-Exclusion Programs	4	limited effectiveness ⁴	Evidence suggests these programs can be safe and beneficial for some people
Serving Alcohol in Casinos	1	inconclusive	Laboratory analog study: Showed that following beverage consumption, participants increased the time spent playing and rate of power-bets, and more so among probable pathological gamblers
Setting Gambling Limits	4	inconclusive	Involves the opportunity to predetermine a limit to the amount of time or money on gambling
Tracking Behavioral Characteristics	1	inconclusive	Involves an algorithm that can predict who is going to experience harm from gambling and then introduce the person to a resource
Treatment Services	numerous	strong data on effectiveness ⁵	Includes GA, brief intervention and intensive treatment
Youth Prevention Programs	3	inconclusive	Limited to school-based programs

¹ Limited to English language journals

² Key:

unknown = no published research

inconclusive = the published research is mixed regarding positive impact of the countermeasure

³ Both youth and adult studies exist.

⁴ Not included are studies from New Zealand (Townsend, 2007) and select European countries (Hayer & Meyer, 2011) due to prohibitively small samples; the literature also contains several descriptive studies.

⁵ However, no studies on long-term outcome (e.g., several years after treatment).

挙げられた施策のうち何らかの効果のあるものは、「トリートメント・サービス（治療サービス）」、「セルフ・イクスクルージョン（自己除外）プログラム」、「スクリーニングおよびアセスメント」などであるが、どれも欄外などに「ただし書き」があり、決定的とは言い切れていない。これは前述したように、まず各国・地域の条件が同じでないこと、そして特定変数の効果を証明することの困難さにもよるだろう。

UNLV（ネヴァダ州立大ラスベガス校）のBo Bernhard教授も同様に多くの研究をまとめ、比較研究を発表しているが、それによると、強い効果を示した施策として、「Self-exclusion」と「Employee training」の2つを挙げている。他の施策、たとえば「Third party exclusion（第三者〔たとえば妻〕によるイクスクルージョン）」や「Visit limit（入場回数制限）」、「負け額上限設定」、「外国人のみの入場」などは、弱いエビデンスを示すのみか、効果なしとしている²⁾。

シンガポールのNCPGのサーベイでは、自己除外プログラムによって2014年のPathological

（病的）ギャンブル依存症割合は0.2%にまで下がり、problem（問題ある／予備軍）レベルを含めても0.7%にすぎない状況であることが報告されている。つまり多くの試行の中で、「self-exclusion」が有効であることは、ほぼ間違いないことだと信じてよさそうであるが、Bernhard 教授のように、第三者によるイクスクルージョンが有効か否かの判断は分かれるところである。おそらくラスベガスのように、1ヶ所で禁止されても代替ギャンブル場が多くある地域では、第三者による登録はそれほど有効でないのかもしれない。日本もパチンコ／パチスロ・パーラーのオプションから考えて、カジノ単独のイクスクルージョンは、治療機能が薄れる可能性がある。

なお現在、ラスベガスのカジノのオプションは多いが、もし客体がカジノでなくネヴァダ州のRG カウンシルに登録して自己排除をしたケースでは、州内のすべてのカジノに写真と名前のデータが送られ、どのカジノでも排除されることになっているそうである³⁾。

Nathan Smith の一覧表では「決定できない」レベルとされているが、「従業員教育」も比較的有効な施策であると考えてよいだろう。何とんでも、行きすぎた賭けやおかしな行動にまっ先に気づくのは従業員（特にディーラー）であり、その点で早期発見の鍵を握るのは従業員である。シーザース・パレス社傘下のすべてのカジノで採用されているのは、3段階に分けられた従業員トレーニングである。シーザース・パレスで働くすべての従業員は、まず1時間以上の講習を受けなければ、どんな職種でも働くことが許されない。その上にギャンブル客と「直接対面する職種」の者に課せられた、一段階上の講習（認定証）があり、さらに最上位に「RG Ambassador」という、個別の対策を考える段階もある。

何かなされるべきか

日本でのギャンブル依存への対策はどうあるべきか。これはこれまでの議論から、簡単なものでないことは明らかである。まずもって、ギャンブル依存症には病気の進行とプロセスがあり、それぞれについて有効な施策が同じでないことを、認識することからスタートしなくてはならない。たとえば若い頃の教育はどうあるべきか。早期発見はどうすればいいのか、などなど、問題は山ほど存在する。

次に日本の施策を考えると、海外の知見はゲーミング環境が同じでなく、かつ文化的背景も異なるという前提で施策が考えられる必要がある。海外では成人年齢は異なるし、宗教などもいろいろある。ましてや日本にあるパチンコや公営賭博を考えると、海外で有効な施策がそのまま使用できる保証はない。

それより何より、本章の前半部で見てもらったように、実態の把握—何人くらいが病気で、予備軍は何人くらいいるのか—があやふやでは、何もスタートできない状況にあると言って過言ではない。税金を使った調査が一般研究者に分析できないものである状況が日本の社会科学のレベルだとすれば、エビデンスに即した施策など夢のまた夢というのが正直なところであろう。

Ⅲ 「ギャンブル依存等」の対策に関する 3 党の考え方

三法案

平成29年、その前年に成立したいわゆる「(カジノを含む) IR 法案(後述)」を受ける形で、略称「ギャンブル依存等対策法」と呼ばれる法案が提出された。IR 法案が施行されるに先立ち、負の社会効果が大として IR 反対派が主張する、(最大の論点たる)いわゆる「ギャンブル依存症」の増加に対応するためである。

ギャンブル依存症の危険性に対し、必要な施策を講じることは、カジノを含む IR 法案の附帯決議にも謳われているが、それに関する各党間の調整はあえてなされていない。そのこともあって、ギャンブル依存症対策に関する法案は別の党が別のものを提出している。具体的には次の 3 法案である。

政党名	提出日 (2017年)	提出先 (衆・参)	略称	付録
A 日本維新の会	2月9日	参議院	「維新案」	A
B 自由民主党・公明党(共同提出)	6月12日	衆議院	「自・公明案」	B
C 民進党・自由党(共同提出)	6月19日	衆議院	「民・自由案」	C

本稿は、この 3 法案の類似点と相違点につき論ずることを主目的とするが、特に相違点を詳しく述べる。表面的な文言の違いに限定せず、背景にある思想・哲学や政治力学にも言及することになろう。場合により、隠された意図をも推理(邪推?)することがあろう。特定党にとっては、不満のあるものである可能性もある。

IR 法とギャンブル依存等対策

IR 法案の基本法、正確には「特定複合観光施設区域の整備の推進に関する法律(以後、「IR

基本法」)は、2014年6月に提出された。自民党の政調会長(当時)だった細田博之氏を筆頭人とする議員立法として、衆・参合計222名の議員が名を連ねていた。提出後は他の法案の審議日程や、(野党による)有形無形の審議引き伸ばしなどにより、実質的な審議は開催されていなかったが、2016年12月、やっと審議がスタートし、自民・公明(与党)などの賛成多数により可決した。

IR 基本法

IR 基本法はいわゆるプログラム法であり、これとは別に細目や詳しい内容を具体的に決めるための実施法(以後「IR 実施法」)が作られなくてはならない。IR 基本法には「1年以内に...」という文言が条文で明記されており、IR 実施法作成および国会への上程は行政府の義務である。

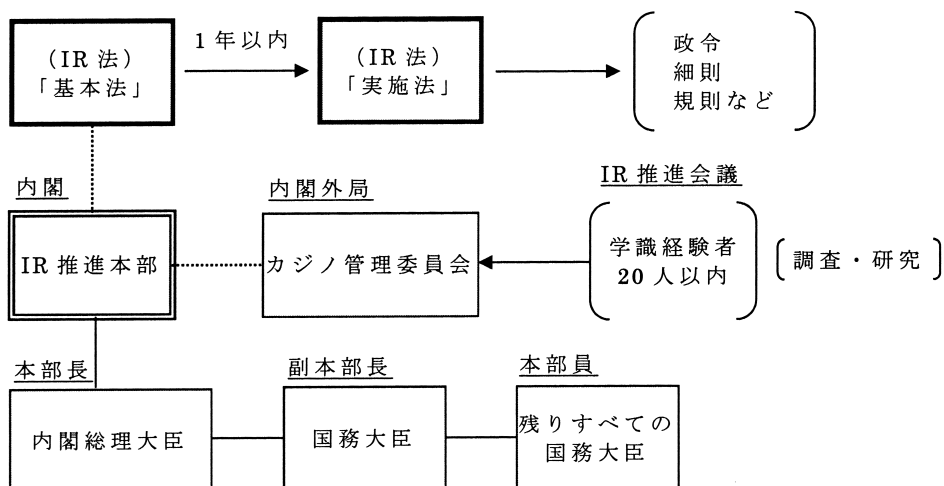
IR 法案はー基本も実施法もー内閣府が中心となって推進しているが、それは警察庁(公安)、国土交通省(観光庁)、文部科学省(文化庁)、財務省(金融庁)、法務省、経済産業省、厚生労働省...などなど、多くの省庁との協議を必要とするからであり、その取りまとめは内閣府が最適だからである。IR 実施法の上程は行政府の義務であるため、内閣府内にオフィスが置かれ、各省庁からの出向者たちが細目を検討することになっている。1年以内という短い期間しか与えられていないため、大変忙しいスケジュールで動いているようだ。

スケジュールを力強く確実に進めるためであろう、IR 基本法では推進本部の長には内閣総理大臣(首相)をあてると法律で決められており、その他すべての国务大臣もメンバーである。またその本部に助言する目的で学識経験者20人以内による推進会議が作られ、定期的に意見を述べることになっている。

図示するなら、IR 基本法による推進体制は次のようになる。

ギャンブル依存症に関する実証研究と政策決定について

(図表Ⅲ―①)



依存症の対策

IR基本法は、プログラム法であるがゆえに、本来なら細目や懸念事項などには言及する必要はない。ギャンブル依存症対策に関しても、必要ならその方法やプロセスも含め具体施策はIR実施法に盛り込まれるべき事項である。しかしいくつかの野党や（カジノ）反対グループの意見も吸収する形で、加えてギャンブル依存症への取組みが進むことを念押しする目的もあって、あえてIR基本法内にも繰り返し明文化されたようだ。IR基本法には次のような条文がある。

第十条 八 カジノ施設の入場者がカジノ施設を利用したことに伴い悪影響を受けることを防止するために必要な措置に関する事項。（修正案として「伴い」のあとに「ギャンブル依存症等の」を加える）

加えて附帯決議でも、ギャンブル等依存症患者への対策を求める項目が複数存在するが、説明は省略する。

前述のギャンブル（等）依存症対策関連3法案は、これら条文や附帯決議を受けて作られ、提出された。一部関係者の間では、IR実施法の前に、もしくは同時に成立することが求められているようであるが、それはIR基本法による条件ではない。「可能なら・・・」、「望ましい」といったレベルと考えてよいが、審議プロセスではそれが前提条件となる可能性を持つ。国会運営の話し合いが関係していくだろう。

IR 実施法

2017年9月28日、第3次安倍内閣は衆議院を解散した。10月22日には総選挙があり、本稿を執筆している11月（2017年）現在、すぐに組閣がなされ、臨時国会が開かれようとしている。いわゆる与党（自民＋公明）が議席の3分の2を占めたこともあって、今後の国会は与党の思惑が働きやすい環境であり、IR実施法も比較的進めやすい状況と言えるだろう。

本題に戻ることになるが、9月22日の解散を受けて、衆議院に提出された法案は、廃案になってしまっている状態。従って現在有効に審議対象となるのは、参議院に提出された維新案のみである。あとで詳しく述べるが、維新案には、不十分な個所や改善すべき点が多々あり、少なくとも自・公案は（手直しの上）再提出される可能性が高い。民・自由案は、その中核となる民進党が衆議院において当選者がいなかったこともあって、今後どのような扱いとなるかは分からないが、立憲民主党がほぼ同じ内容で提出すると聞いている。参議院にはまだ民進党議員が存在するという点も、予想しにくい状況のひとつである。

IR法案を提出したのは、超党派による議員団連盟（「IR議連」）であり、参議院議員の顔ぶれは同じとしても、衆議院議員は幾人かの入れ替えが生じることになる。当然ながら新たな議員団連盟を組み、役員を決定し直し、そして改めて法案（IR実施法）を提出しなくてはならないわけである。

当初IR基本法から1年以内とされた法案提出は、総選挙による環境変化により少しは猶予期間が設けられるにせよ、臨時国会、もしくは次の通常国会には再提出されなくてはならない。そして超党派議連はそれまでに再スタートする必要があるのである。

ギャンブル依存症等

本稿が主題とするギャンブル等依存症対策関連法案は、IR実施法と不可分とは言わないまでも、密接に関係しているのは間違いない。それはさておき、ここまでわざと触れなかったポイントがある。それは法案に使用されている「ギャンブル等依存」という文言に関してである。

まずもって「ギャンブル等依存症」という病理状況を表現する言葉は、何度か述べたように精神医学の世界で使用される正式な用語ではない。多くの人々におぼろげに共有されているだろう「ギャンブル依存症」という症状は、現代の定義では病気というより障害の一種とされており、しかもその新解釈は、比較的最近のことである。本来なら本稿でも「ギャンブル障害」とすべきところであるが、これまでの慣例によるわかりやすさを優先し、加えて法案の文言にも使用されていることに鑑み、主として「ギャンブル依存症」という言葉を使用することにす

る。

より説明が必要な点は、「ギャンブル等依存」においえる「等」という文字についてである。まずもってこの「等」という文字は、「パチンコ／パチスロ（以後「パチンコ等」）」を対象として包摂するために加えられた。

法律の定義上、パチンコ等は風俗営業適正化法で定められた「遊技」にすぎず、刑法で予定するところの「賭博行為（刑185～187条）」ではない。いかに多くの現金が失われようと、プレイヤーたちがギャンブルをしているつもりであらうとなかろうと、法解釈上はあくまで遊技行為にすぎない。そのため「ギャンブル依存」の対象ではない、という物言いもまったく理由なしというわけではない。たとえパチンコ等が実質上のギャンブルであることは、（警察以外の）誰もが認識しているにせよである。

「等」の文字が加わったもうひとつの理由は、日本における「ギャンブル依存症の疑われる者」たちを作り出している大半がパチンコ等の遊技機であることによる。統計値についてはもう少しあとで述べるつもりであるが、どの調査においても、パチンコ等が日本人のギャンブル依存状態の一番の原因であることは、何の疑問もなくそのとおりである。パチンコ等を含まずして、この3法案の意義はほぼなくなってしまう。IR法案で予定している日本における合法のカジノは、まだ存在していない。つまり1人の患者も出していないことを強調しておくべきだろう。

3 法案の比較検討

基本フォーマット

3法案を分類した今井清富のメモによると、維新案を基本としたフォーマットは次のようになっている（ただし谷岡による一部変更あり）。

基本フォーマット

第Ⅰ章 総則（本稿の分類）

- ・ 目的
- ・ 定義
- ・ 基本理念
- ・ 併依存への配慮

Ⅰ-（1）
Ⅰ-（2）

- ・ 国の責務
 - ・ 地方公共団体の責務
 - ・ 関係事業者の責務
 - ・ 国民の責務
 - ・ 関連業者（事業実施者）の責務
- I- (3)
- ・ 問題啓発週間
 - ・ 関係者の連携・協力
- I- (4)
- ・ 法制上の措置
- I- (5)

第Ⅱ章 対策推進基本計画

- ・ 対策推進基本計画
 - ・ 関係行政機関への要請
 - ・ 都道府県
- II- [1]
- II- [2]

第Ⅲ章 基本的施策

- ・ 教育の振興等
 - ・ 予防
 - ・ 健康診断及び保健指導
 - ・ 医療提供体制の整備
 - ・ 相談支援等
 - ・ 社会復帰の支援
 - ・ 経済的負担の軽減
- III- (1)
- ・ 民間団体の活動に対する支援
 - ・ 連携協力体制の整備
- III- (2)
- ・ 人材の確保等
 - ・ 調査研究の推進等
 - ・ 実態調査
- III- (3)

第Ⅳ章 対策推進本部

- ・ 設置・体制 Ⅳ- (1)
- ・ 所掌事務
- ・ 関係者会議／その他 Ⅳ- (2)

むろんすべての項目が同一ではないため、以上の分類は便宜的に記述されたものである。本来ならばすべての項目を議論すべきであるが、項目はあまりに多岐にわたる。そのため本稿では具体的な比較は行わない。これに関しては、稿を改めて解説することになる。

なお、この研究は、平成27～28年度大阪商業大学アミューズメント産業研究所研究費を受けて行ったものである。

〔注〕

- 1) 筆者(谷岡)は、大学で社会調査方法論を10年以上教え、関連著作3冊の他、論文も多くある。
- 2) Bo Bernhard (2016) の報告および本人とのインタビューによる。
- 3) Jennifer Shatley (2018) の冊子および本人とのインタビューによる。

〔参考文献〕

- 岩井紀子・埴淵知哉(編)『データで見る東アジアの健康と社会 ― 東アジア社会調査による日韓中台の比較3 ―』ナカニシヤ出版 2013年
- 美原融「カジノ施行に伴う社会的対応施策」『カジノ導入をめぐる諸問題〈3〉 ― ギャンブル依存症の実態とその予防 ―』大阪商業大学アミューズメント研究叢書第14巻 2014年
- 秋山久美子、祥雲暁代、坂元章、河本泰信、佐藤拓、西村直之、篠原菊紀、石田仁、牧野暢男「パチンコ・パチスロ遊技障害尺度の作成および信頼性・妥当性の検討」『精神医学』58巻・4号 2016年
- 谷岡一郎「カジノ反対厚労省調達の嘘」『WiLL』12月号 2014年 PP.282-291

〔学会等発表資料〕

- Jennifer Roberts, Brett Abarbanel, Bo Bernhard (編)「実践的視点からみるカジノ賭博規制制度とその成り立ち：ネバダ州カジノにおける犯罪組織排除のケース(筆者訳)」米日経済協議会(2017年8月23日)
- Kahlil Philander, Brett Abarbanel, Bo Bernhard, Ray Cho (編)「日本の統合型リゾートの社会経済的影響について ― レビューと提言 ― (筆者訳)」米日経済協議会(2017年9月2日)：
- Caesars Entertainment (編)“Responsible Gaming”(2017年1月、Jennifer Shatley氏より入手、掲載許諾)
- Bo J. Bernhard “Integrated Resorts: Academic Perspective” 16th International Conference on Gambling & Risk Taking 2016
- Ken C. Winters “Summary of Countermeasures” 16th International Conference on Gambling & Risk Taking 2016
- 今井清富「3 法案比較表」(大阪商業大学大学院提出資料) 2017

