

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業

ゲームに関連した生活障害等の問題、併存する疾患及びその対応等の実態把握
に資する研究

令和6年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 治徳 大介

令和7（2025）年 5月

目 次

I. 総括研究報告

ゲームに関連した生活障害等の問題、併存する疾患及びその対応等の実態把握 に資する研究	1
---	---

研究代表者 治徳 大介（東京科学大学）

II. 分担研究報告

1. ゲームに関連した問題で医療機関を受診した患者の実態調査	30
松崎 尊信（久里浜医療センター）	
2. ゲームに関連した問題で医療機関を受診した患者の年齢 によるゲーム行動や対応法の実態調査	80
館農 勝（札幌医科大学）	
3. 小学校低学年向けゲーム依存評価尺度の開発と全国調査の準備	100
井上 建（獨協医科大学埼玉医療センター）	
4. 相談家族等の実態調査	120
高野 歩（国立精神・神経医療研究センター）	
5. インターネット依存専門治療外来の治療転帰に関する研究	60
三原 聡子（久里浜医療センター）	
6. 文献reviewと対応法に関する提言	120
治徳 大介（東京科学大学）	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	140
---------------------	-----

令和6年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
総括研究報告書

ゲームに関連した生活障害等の問題、併存する疾患及び
その対応等の実態把握に資する研究（24GC1014）

研究代表者 治徳 大介 東京科学大学 サイバー精神医学講座 ジョイントリサーチ准教授

研究要旨

オンラインゲームの急速な普及により ゲーム行動症（Gaming Disorder: GD）やゲーム関連問題 が若年層を中心に深刻化している。患者は主にオンラインゲームに依存し、遅刻や欠席、成績低下、家族への暴言・暴力、昼夜逆転、引きこもり等の健康障害や社会問題を呈する。患者数・相談件数とも年々増加傾向にあり、ゲーム行動症に対する相談・治療ニーズに適切に対応できる体制整備が喫緊の課題であるが、そもそもゲームに関連した問題の実態には不明確な点が多く、患者や家族等の実態や、医療機関・相談機関の課題、年齢層による違いなどが不明である点が体制整備の障害になっている可能性がある。

本研究では、これらの課題を解決するため、

- ゲームに関連した問題で医療機関を受診した患者の実態調査
- ゲームに関連した問題で相談に来た家族等の実態調査
- ゲームに関連した問題で医療機関を受診した患者の年齢によるゲーム行動や対応法の実態調査
- ゲームに関連した問題の文献 review

を実施し、ゲームに関連した問題に対する相談・治療ニーズに適切に対応できる体制整備に資することを目的とする。

令和6年度の成果概要について、以下に示す。

- 1) 全国 111 専門医療機関の抽出・調査票作成・オンライン回答体制を整備した。
- 2) 児童精神科外来患者 203 名に、GAMES Test と IGDT-10 の比較スクリーニングを行った。
- 3) 思春期 ASD 患者 74 名に対し、PHQ-9・IGDT-10・IAT を用いた依存度とうつ症状の関連解析を行った。
- 4) 小児科・精神科医 60 名に対し、診療現場でのゲーム関連問題への対応実態調査を行った。
- 5) 小学校低学年向け評価尺度 IGDS9-SF-JC を開発し、Cronbach's α と CFA で信頼性・妥当性検証を行った。
- 6) 全国 287 医療機関（精神科・小児科）の協力体制を確保し、未成年者の全国調査の体制を整備した。
- 7) 精神保健福祉センター69 か所に対し、家族相談の実態・支援資源に関する調査を行った。
- 8) 治療転帰研究として、インターネット依存外来で患者・家族 23 組をリクルートし縦断的評価を行った。

分担研究者氏名・所属機関

松崎尊信 久里浜医療センター

館農勝 札幌医科大学・ときわ病院

井上建 獨協医科大学埼玉医療センター

高野歩 国立精神・神経医療研究センター

三原聡子 久里浜医療センター

研究協力者氏名・所属機関

尾崎米厚 鳥取大学大学院
原田豊 鳥取県精神保健福祉センター
金城文 鳥取大学大学院
樋口進 久里浜医療センター
北湯口孝 久里浜医療センター
小林七彩 東京科学大学
用松涼子 東京科学大学
鈴木遥香 東京科学大学
藤城聡 愛知県精神保健福祉センター
徳重誠 東京大学大学院
大野昂紀 東京大学大学院
大森希望 獨協医科大学埼玉医療センター
小木曾梓 獨協医科大学埼玉医療センター

A. 研究目的

インターネットの普及とオンラインゲームを中心としたゲームの隆盛により、自らのゲーム行動をコントロールできず、日常生活に支障をきたす人々の問題が世界中で生じている。世界保健機関は、2019年「ゲーム行動症」を精神疾患に収載した ICD-11 を承認した。諸外国と同様に、わが国でもゲーム行動症は若者を中心に深刻化している。患者は主にオンラインゲームに依存し、遅刻や欠席、成績低下、家族への暴言・暴力、昼夜逆転、引きこもり等の健康障害や社会問題を呈する。患者数・相談件数とも年々増加傾向にあり、ゲーム行動症に対する相談・治療ニーズに適切に対応できる体制整備が喫緊の課題であるが、そもそもゲームに関連した問題の実態には不明確な点が多く、この点が体制整備の障害になっている可能性がある。また、18歳未満と18歳以上といった、年齢による実態の相違についても明らかになっていない。

本研究では、これらの課題を解決するため、

○ゲームに関連した問題で医療機関を受診した患者の実態調査

○ゲームに関連した問題で相談に来た家族等の実態調査

○ゲームに関連した問題で医療機関を受診した患者の年齢によるゲーム行動や対応法の実態調査

○ゲームに関連した問題の文献 review

を実施し、ゲームに関連した問題に対する相談・治療ニーズに適切に対応できる体制整備に資することを旨とする。

B. 研究方法

1. ゲームに関連した問題で医療機関を受診した患者の実態調査

・対象機関の抽出とリスト整備

全国の都道府県・政令市における精神保健福祉センターのアンケート調査をもとに、ネット・ゲーム依存の診療を実施している専門医療機関を同定する。

・調査票の作成

班内の専門メンバーと協力して調査票を作成する。回答の利便性と集計効率を考慮し、Google フォームによるオンライン回答方式を採用する。対象機関に送付する調査依頼文書と URL を整備する。

2. ゲームに関連した問題で医療機関を受診した患者の年齢によるゲーム行動や対応法の実態調査

研究1：ゲーム行動症をスクリーニングするための自記式質問紙に関する研究

精神科臨床において診断は、アメリカ精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル (DSM)、あるいは、WHO による国際疾病分類 (ICD) に基づき行われる。DSM と ICD において、いわゆるゲーム依存の取り扱いは異なっており、DSM-5-TR (2022) では、今後の研究のための病態としてインターネットゲーム行動症 (Internet Gaming Disorder: IGD) の診断基準が提示されている。一方、ICD-11 (2019) では、ゲーム行動症 (Gaming Disorder: GD) が嗜癖行動症群のひとつとして、ギャンブル症とともに精神疾患として定義されている。DSM-5-TR の診断基準に基づき作成された

スクリーニングツールが the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10) (Király O, et al., Addict Behav 2017) であり、ICD-11 に基づき対面診断を含む信頼性の高い方法により我が国で作成されたのが GAMing Engagement Screening test (GAMES Test)(Higuchi S, et al., J Behav Addict 2021)である。これら2つの質問紙を用いて児童精神科を受診した思春期患者を対象に陽性率の違いについて検討を行った。IGDT-10 の採点は、Király et al. が提唱するオリジナルの採点法 (IGDT-10-OV) に加え、我が国においてスクリーニングを目的に使用する際の採点法として久里浜医療センターの研究グループが提唱した修正型採点法による採点 (IGDT-10-MV) (Mihara S, et al., J Behav Addict 2022) も行い、結果を比較した。

研究2：思春期自閉スペクトラム症におけるゲーム・ネット依存度とうつについての調査

発達障害（神経発達症）は、ゲーム・ネット依存のリスク因子であることが知られており、とりわけ、自閉スペクトラム症（ASD）と注意欠如・多動症（ADHD）に関する報告が多い。発達障害は、ゲーム・ネット依存の有病率が高いだけでなく、うつ病や不安症の併存も多い。様々な生きづらさや日常生活における失敗体験の積み重ねから生じる自尊心の低下、自己肯定感の低下は、二次障害と称されるうつ病や不安症を引き起こす。それに関係するのが、ゲーム・ネットの過剰使用、および、ゲーム・ネット依存であるとされている。本調査では、児童精神科を受診した10～18歳の思春期ASDを対象に、ゲーム・ネット依存度とうつについて調べた。具体的には、ゲーム依存度の評価には前述したIGDT-10、ネット依存度の評価にはInternet Addiction Test (IAT) (Young K. Caught in the net. 1998)、そして、うつ症状の評価にはThe Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) (Johnson J, et al., J

Adolesc Health 2002) を用いた。

研究3：小児科、精神科医療機関でのゲームの問題への対応についての医師対象調査

ゲームは、子どもから大人まで、あらゆる年齢においてプレイされているが、小児期と成人期では、そのプレイ方法や依存するゲームコンテンツ、ゲームがもたらす問題においても様々な違いがあることが想定される。しかし、小児期GDと成人期GDの実態の違いは十分には把握されていない。

次年度、18歳未満のGDと18歳以上のGDでどのような違いがあるのか全国調査を施行予定である。本研究では、次年度に予定している全国調査の予備的調査として、小児科と精神科でゲームの問題を抱えた患者への診療実態にどのような違いがあるのか、札幌市内の小児科、精神科医療機関で診療に従事する医師にアンケートを郵送し、GDへの対応について調査した。調査票は、クリニック院長、診療部長等の個人宛に郵送し、相応しい回答者によって記入いただくよう依頼した。アンケートは、小児科104施設、精神科87施設、そして両科を標榜する5総合病院の合計196施設に郵送した。

倫理的配慮として、全ての調査に関し、ときわ病院倫理審査委員会の承認を得て行った。また、個人情報保護に配慮した。

3. 小学校低学年向けゲーム依存評価尺度の開発と全国調査の準備

・IGDS9-SF-JCの開発

IGDS9-SF-Jをもとに小児科学・小児精神医学・臨床心理学の専門家3名が質問紙を作成し、小学校教諭2名と協議・修正のうえ、小学校低学年向けの評価ツール (IGDS9-SF-JC) とした。千葉県内の公立小学校1校の全校生徒590名を対象にWebフォームで調査を実施した。併せて、年齢・性別・ゲーム利用状況・生活習慣（食事、睡

眠等)も収集した。

信頼性・妥当性を評価するため、Cronbach の α 係数および確認的因子分析 (CFA) を実施し、因子負荷量と GFI, CFI, NFI, AGFI, RMSEA, SRMR などの適合度指標を算出した。

統計解析には、GraphPad Prism (9.5.0) と RStudio (3.6.0) を用い、記述統計、Mann-Whitney の U 検定、Kruskal-Wallis 検定、Spearman の相関分析を行った。

(倫理面への配慮) 本研究は、当施設の臨床研究倫理審査委員会の承認 (研究番号 22042) を得て実施した。回答する児童と保護者には事前に書面で本研究の目的を示し、同意が得られた方にのみ調査を依頼した。

・全国調査に向けての準備

分担研究者が所属する小児神経学会および小児心身医学会のメーリングリストを活用し、ゲームに関連する問題の診療に従事しており、メールでの連絡に同意する医師を募った。倫理審査の申請は、報告者が所属する獨協医科大学埼玉医療センター臨床研究倫理審査委員会へ申請した。

4. 相談家族等の実態調査

全国の精神保健福祉センター69カ所を対象に、ゲーム関連問題の相談状況等に関するアンケート調査を2024年11月から2025年1月にかけて実施した。アンケートの内容は、過去に実施された精神保健福祉センター向け調査¹⁾の内容を参考に作成し、相談の有無、相談件数、相談者の属性、併存問題、地域資源の有無、マニュアル活用状況、相談内容や支援内容等について調査した。調査内容について、記述統計分析を行い、自由記述の内容を類似する内容ごとにまとめた。

本研究は、全国精神保健福祉センター長会の倫理審査の承認を得て実施した。

5. インターネット依存専門治療外来の治療転帰に関する研究

1) 調査対象

久里浜医療センターインターネット依存専門治療外来を受診し、精神科主治医によりゲーム障害とされた方とその家族。

① 年齢：6 歳以上のゲーム障害者とその家族。

② 性別：男女

③ 対象者に対して、主治医より、初診から2回目の受診時に、研究説明書を用いて、説明をする。治療転帰調査のためのインテーク情報と心理検査の結果の使用と、計4回のアセスメントのためのアンケートへの回答に同意した方を調査対象者とした。未成年者の場合は保護者の同意も得られた者とした。

④ 対象者数は、本人とその家族100組を目標とする。

2) 介入方法

治療は、①と、②から⑥の複数の組み合わせから構成されていた。

① 精神科主治医による診察。

② 公認心理師による個別カウンセリング。

③ 週1回開催されるデイケア。

④ 約8週間の入院治療 (集団認知行動療法も含まれる)。

⑤ 5泊6日の治療キャンプ (集団認知行動療法も含まれる)。

⑥ 家族会

3) 研究参加継続への措置

研究協力者には、初診から2回目の受診時、初診から3ヶ月後、6ヶ月後、1年後の全4回のアンケート実施ごとに、ご本人とご家族それぞれに対して1,000円のクオカードが渡された。

4) 追跡

効果測定のための調査は3回実施した。アンケート用紙には研究用のIDを記入した。まずベースラインデータとして初診時のインテーク情報と初診から2回目、3回目に実施する心理検査結果から得られた情報を使用した。また、初診から2回目の診察時に、研究協力への同意が得られた患者とその家族に質問紙を渡し、外来の待合室で記入していただいた。追跡調査は、

初診から 3 ヶ月後、6 ヶ月後、1 年後の診察時に外来の待合室でアンケートを実施した。通院が終了または中断している患者とその家族には質問紙を郵送で送付した。回収方法は、記入済みの質問紙を無記名で厳封し、本人と家族別々に郵送で回収とした。

6) 評価項目

- ① 主評価項目は、ベースラインと比較して、初診から 3 カ月後および 6 か月後の Games Test によるゲーム依存度。
- ② 副次評価項目は、ベースラインと比較して、初診から 3 カ月後および 6 か月後の平日のゲーム使用時間、休日のゲーム使用時間、日本語版 IGDТ-10、Sheehan VAS スケールとする。評価は、本人のみならず家族にもお願いする。

(倫理面への配慮)

文書により研究の説明を行い、対象患者である本人とその家族から文書による同意を得る。患者の年齢が 18 歳未満の場合には、本人の研究参加に関して保護者からも同意を得る。同意が得られない場合には、本研究への参加は見送る。

ベースライン、追跡調査は紙ベースの調査票となるため、その管理は鍵のかかる所に保管する。データは PC に入力するが、その PC は外部からアクセスできない物を使用する。いずれにしても、情報が外部に漏洩しないよう管理を徹底する。

得られたデータは速やかに解析して公表する。紙ベースの資料は公表後速やかに破棄する。デジタルデータは、研究終了後 3 年間保管してその後に適切な方法で廃棄する。

研究に伴う補償の発生する研究内容ではない。

6. 文献reviewと対応法に関する提言

R6 年度は、ゲーム行動症の年齢層による違いを明らかにするために、国内外の研究論文をレビューした。本研究の基本文献は、令和 2 - 4 年度の厚労科研「ゲーム障害の診断・治療法の確立に関する研究」(松崎班) で集めたこれまでの系統的

レビュー文献に加え、その後に発表された、ゲーム行動症の最新の文献を加えたものから整理する方針とした。

(倫理面への配慮)

本研究は、レビュー研究であり、人を対象とする医学系研究の適用範囲外として扱うこととした。

C. 研究結果

1. ゲームに関連した問題で医療機関を受診した患者の実態調査

本年度は、全国の専門医療機関を対象とした質問票調査の実施に向けて、

- ・対象施設を 111 施設同定した。(ゲーム・ネット依存の治療施設リスト)

- ・調査票の作成

- ・オンライン回答体制の整備 (Google フォームによるオンライン回答方式)

を行った。

調査票作成にあたっては、令和 2~4 年度の厚労科研の成果物等を参考に、診療現場の実態把握と政策提言の双方に資する設問構成を重視した。

2. ゲームに関連した問題で医療機関を受診した患者の年齢によるゲーム行動や対応法の実態調査

研究 1 : 合計 203 名から回答が得られたが、そのうち、42 名 (20.7%) が GAMES Test 陽性であった。IGDT-10 に関しては、IGDT-10-OV で陽性であったのはわずか 8 名 (3.9%) であり、IGDT-10-MV で陽性であったのは 55 名 (27.1%) であった。今回、GD の診断を目的とした面接を行っていないため、詳細の検討は困難であるが、スクリーニングテストとして、GAMES Test、IGDT-10-MV とともに同程度の有用性であると考えられた。なお、結果を回答者の診断別で群間比較したところ、ADHD 群において、ASD 群、不安抑うつ群よりも、GAMES Test と IGDT-10-MV の平均合計得

点が、統計学的に有意に高かった。

研究2：合計 74 名から回答が得られた。うつ症状に関しては、PHQ-9 合計得点に基づき、74 名のうち 24.3%が中等度または重度の抑うつ症状を有していた。ゲームの問題に関して、8.1%が IGDT-10-OV により GD の可能性ありとされ、また、39.2%が IGDT-10-MV により GD の可能性ありとされた。ネット依存については、27.0%が IAT 陽性(20 項目 5 件法、100 点満点中 50 点以上を陽性とする)であった。PHQ-9 の合計得点によるうつ症状の重症度と、IGDT-10-OV、IGDT-10-MV、IAT の 3 つの合計得点との相関について調べたところ、うつ症状は GD よりも IA とより強く相関していた。

研究3：合計 60 件の回答が得られた(回収率 30.6%)。ゲームに関連した問題を抱えた症例を診療したことがあると回答した者の割合は、小児科医(n=26)では 53.8%(n=14)、精神科医(n=23)では 52.2%(n=12)であった。そのうち、(多くは精神科も選択していたが)児童精神科で診療する医師(n=11)では 81.8%(n=9)がゲームの問題に対応していた。受診患者全体に占めるゲームに関連した問題を抱える患者の割合をたずねたところ、小児科医の平均は 0.6%、精神科医は 2.9%、また、児童精神科医では 8.7%であった。GD の併存症として最も多い回答は ASD であり、次いで ADHD が僅差で続いた。うつ病と不安症は 3 番目に多かった。ゲームの問題を抱えた症例の初診時主訴についてたずねたところ、生活リズムの乱れと不登校は、小児科、精神科ともに多く、課金の問題は精神科で有意に多かった。小児科では身体愁訴を訴える症例が多い傾向にあった。

3. 小学校低学年向けゲーム依存評価尺度の開発と全国調査の準備

・IGDS9-SF-JC の開発

557 名(94.4%)から回答を得、無効回答を除外した 525 名(89.0%)のデータを解析対象とした。

IGDS9-SF-JC の総スコアは以下の通り：平均 16.6、標準偏差 6.34、中央値 15、歪度 0.96、尖度 0.86。

9 つの設問項目における Cronbach の α 係数は 0.849 で良好な内的一貫性を示した。CFA の結果、因子負荷量は 0.481~0.723 で全項目が 0.4 以上。GFI=0.942、CFI=0.931、NFI=0.916、AGFI=0.903、RMSEA=0.085、SRMR=0.049 と、適合度はおおむね良好であった。

総スコアは、電子機器所持者>非所持者

($p<.001$)、男児>女児($p<.001$)、朝食未摂取者>摂取者($p<.05$)で有意差があった。また、ゲーム時間・動画視聴時間・就寝時間と総スコアとの間に正の相関を認めた($r=0.27\sim0.49$)。起床時間、勉強時間、欠席日数、年齢には相関を認めなかった。

・全国調査に向けての準備

287 の医療機関(主に小児科・精神科)から調査協力の同意を得た。地域・施設種別を今後の分析に活用予定。また、2025 年 1 月に臨床研究新規審査依頼を行い、同年 2 月に臨床研究倫理審査委員会より承認された。

4. 相談家族等の実態調査

67カ所のセンターから回答を得た(回収率97.1%)。相談件数や相談内容に関する結果を表1に示す。67センターのうち65センター(97.0%)が令和5年度にゲーム関連の相談を受け、相談件数は「変化なし」(47.8%)または「増加傾向」(34.3%)であった。相談者は「母親」(94.0%)が主で、ゲームに関する問題を抱える本人は「男性」(97.0%)が大半だった。本人の年代は「大学生・成人等」(40.3%)が最多で、次いで「高校生」(26.9%)、「中学生」(23.9%)であった。

ゲームに関連する問題以外によくある相談内容は(複数回答)は、「課金や経済的問題(54件)」、「親子関係の悪化(53件)」、「不登校(52件)」、「本人からの暴言(46件)」、「ひ

きこもり（40件）」、「本人の精神的不調（40件）」が上位を占めた。

社会資源として、センター管轄内に専門治療を提供する医療機関があるのは56.7%、家族会があるのは23.9%だった。相談機関向け「ゲーム依存：相談対応マニュアル」を活用しているセンターは、55.2%であった。

相談内容と対応に関する自由記述からは、ゲーム没頭による昼夜逆転や生活破綻、多額課金のための家庭内窃取や借金、ゲーム制限時の暴力・暴言など深刻な事例が見られた（表2～5）。相談の際に困ることとして、ゲームに関連する問題に対応する医療機関や社会資源がなく、支援体制が確立されていないこと、精神疾患・発達障害・知的障害の併存や問題の複雑さ、家族との関係性の構築の難しさ、教育機関との連携の難しさなどが挙げられた。

5. インターネット依存専門治療外来の治療転帰に関する研究

現在までの途中経過を報告する。

1) 調査協力者

現在までに本研究への参加に同意し、初診時のアンケートに記入した23名についてその属性をTable 1に示した。

年齢は10才から26才、平均年齢は17.1才、性別は男性19名女性4名であった。

現在、調査を継続中である。

Table 1 研究協力者の属性

調査協力者数	23 名
平均年齢	17.1 才（10～26 才）
性別	
男性	19 名（82.6%）
女性	4 名（17.4%）
職業	
小学生	3 名（13.0%）
中学生	6 名（26.1%）
高校生	5 名（21.7%）
大学生	3 名（13.0%）
無職	4 名（17.4%）
社会人	2 名（8.7%）

6. 文献reviewと対応法に関する提言

・有病率

ゲーム行動症の世界的な有病率は 3.05%と報告されている（Stevens et al,2021）。未成年と成人を直接比較した報告はないが、若年者で増加していることが示唆されている。8-21 歳を対象とした最近の大規模メタアナリシスでは、若年者のゲーム行動症の有病率は 8.6%で、発表年が新しい研究ほど有病率が高い傾向にあることが示された

（Satapathy et al, 2024）。青少年から若年成人（AYAs）を対象とした 155 の研究のメタ分析では、IGD の統合有病率は 9.9%で、男性（15.4%）が女性（6.4%）よりも有意に有病率が高いことが示された（Gao et al, 2022）。

一方、未成年の中での比較はほとんどされていない。ヨーロッパ、中央アジア、カナダの 44 の国と地域の 11 歳、13 歳、15 歳の青少年に関する

Health Behaviour in School-aged Children

(HBSC) 調査では、11 歳、13 歳、15 歳を比較し、11 歳では、問題のあるゲーム行動のリスクがある子供の割合が 13%と最も高く、15 歳が 10%と最も低かった。（Meyran Boniel-Nissim et al, 2024）。また、同調査では、問題のあるゲーム行動は、男児が 16%、女児が 7%と性差があり、年齢とともに性差が拡大することが示された。

・経過

発症年齢と問題行動への進行速度において、年齢層による明確な違いが確認されている。若年患者（青年および若年成人, AYA）は平均 14 歳で問題のあるゲーム行動を開始したのに対し、成人患者の開始年齢は平均 21 歳であった（Hofstedt et al, 2024）。またゲームを開始してから問題のあるゲーム行動に至るまでの期間は、若年患者が約 7 年であったのに対し、成人患者は約 11 年と若年患者のほう約 4 年早く発症し、進行速度はほぼ 2 倍で、この進行速度はこの進行速度の差は、ADHD の影響を調整した場合でも統計的に有意

であった., 以上のことからゲーム開始年齢が若いほど, GD の発症リスクが高まり, より重篤な状態につながる可能性が示唆された.

・併存疾患

併存疾患自体は年齢層を問わず見られるが, 青年期における症状の相互作用パターンには年齢段階による違いが認められる. GD は不安症, うつ病, 注意欠陥・多動性障害 (ADHD), 社交恐怖症, 自閉スペクトラム症 (ASD) と強く関連する (Koncz et al., 2023). ADHD は, 問題のあるゲーム行動を持つ青年期において特に高い併存率を示し, ADHD 症状が GD の発症リスクを高めると同時に, GD によって ADHD 症状が悪化するという双方向的な関係にある (Coutelle et al., 2024).

Gao らは, IGD, 抑うつ, 不安症の症状の相互作用パターンは, 青年期中期 (12-14 歳) と後期 (15-18 歳) で異なることを報告した (Gao et al., 2025). 青年期中期では抑うつ症状が次の抑うつ症状の増加に繋がりやすいといったように, 同一症状内で次の症状予測の傾向があったのに対し, 青年期後期では IGD の症状が不安症の症状を予測するなど併存疾患間の相互接続を認め, より複雑な関係性を認めた. この知見は, 青年期の GD における併存疾患の複雑な関係性を強調し, 年齢段階に応じたより精密な診断と治療計画の必要性を示唆している.

・心理社会的背景と家族機能

児童・青年期において, 自己制御力や社会的スキルの未熟さが GD の脆弱性を高める要因となる. 家族機能の影響は特に大きく, 親の適切な介入 (parental mediation) が子どもの IGD レベルと負の相関を持つこと, また, 親による監督の欠如が GD レベルと正の相関を持つことが報告されている (Petrescu et al., 2025). 家族関連のリスク因子として, 学業困難, 家族機能不全, 家族間の高い葛藤, 低い心理社会的サポートが挙げられる (Gao et al., 2022; Ünal et al., 2022). また, 青年期では, 青年期特有の親からの自立志向や家族と

の葛藤も影響しやすい. 一方, 心理社会的リスク因子には, 低い自尊心, 対人関係の困難, 高いストレスレベル, 不安, 抑うつが含まれる (Gao et al., 2022). 青年期の GD 患者に関する質的研究として, 青年期の問題あるゲームに対する再発防止治療の認識に焦点を当てた研究では, 治療で家族の関与とサポートが不可欠であると感じる傾向や, 家族からの支援に強く依存する側面が指摘されている (Gurdal et al., 2023). 一方, 成人期の GD に関しては, 青年期とは異なる特性や影響要因が存在する可能性があるが現時点では明らかにはなっていない.

・画像研究

GD の画像研究では, 成人患者と共通の神経基盤の異常が見られるものの, 青年期においては脳の発達段階に起因する脆弱性 (衝動性, 感情調整の困難) が強調されている (Niu et al, 2022; Khor et al, 2024). IGD の青年期および成人患者は, 実行機能, 報酬系, 情動制御に関連する脳領域の機能的・構造的変化を伴う (Niu et al, 2022). 一方で, 青年期患者は意思決定, 行動抑制, 感情調節に関連する脳領域で白質整合性低下や機能的連結性障害といった明確な脳変化を示した (Khor et al, 2024). このような違いは, 青年期が報酬処理を担う辺縁系が急速に発達する一方で, 高次実行機能を担う前頭前野の発達が比較的遅いという発達上の不均衡によるものと考えられており, このような青年期特有の神経学的不均衡が GD 発症リスクをより高めている可能性がある (Khor et al, 2024).

・治療と予後

治療介入の基本的な有効性は年齢層間で類似する可能性が示唆されているが (Hofstedt et al., 2024), 未成年に対しては家族療法や親への心理教育といった年齢特有の介入が特に有効である (Gurdal et al., 2023). 未成年患者の治療経験に関する研究は, 治療の成功において, ゲーム利用に関する調整だけでなく, より包括的なアプローチ

の重要性を強調している。Gurdal ら (2023) の半構造化面接研究では、GD の治療を受けている青年期の患者にとって、自分の問題は「ゲームだけではない」と感じているという側面が非常に重要であることを浮き彫りにした。患者たちは、治療を通じて自己理解を深め、感情の調整能力を向上させ、現実世界での活動や社会関係を再構築することの重要性を強調した。また、家族の関与とサポートが治療の成功に不可欠であると感じていることも示された。

認知行動療法 (CBT) は、GD に対する最も広く研究されている治療法であり、年齢層を問わず有効性が示されている (Dong et al., 2024)。若年成人 (~25 歳) と成人 (26 歳以上) を比較した臨床研究では、青年期・若年成人は成人よりも問題的ゲーミングへの進行が速い傾向があるが、治療時の臨床プロフィールや併存症は両群で類似しており、治療介入の内容は年齢層を問わず共通して適用できる可能性が示唆されている (Hofstedt et al., 2024)。青年期 (12~18 歳) においては、CBT やモチベーション強化を組み合わせた介入 (ICBT) が、GD 症状の改善だけでなく、抑うつや不安症状の軽減にも有効であることがランダム化比較試験で示されている (Ji et al., 2023)。また、スウェーデンの児童・青年精神科外来を対象とした RCT では、CBT ベースの再発予防療法が通常治療よりも GD 症状の改善に優れていた (André et al., 2023)。このように標準的な CBT に加えて、動機づけ、感情調整、社会的スキル訓練、親の参加といった多面的なアプローチが推奨されており、青年期患者の治療経験を質的に調査した研究では、感情調整能力の向上や現実世界での活動再構築、さらに家族の関与が治療成功の鍵となることが強調されており、治療の現場ではこれらを組み合わせた包括的な介入が重要視されている (Wendt et al., 2021)。

治療効果に関しては、若年成人の方が青年期よりも非薬理的介入による GD 症状の軽減が有意に大きいことが示された (Ock, 2024)。

予後に関する縦断研究は不足しているものの、早期発症や若年層における急速な進行が、より重篤な予後と関連する可能性が示唆されている (Hofstedt et al., 2024)。

D. 考察

1. ゲームに関連した問題で医療機関を受診した患者の実態調査

準備作業を通じて得られた知見として、以下の点が確認された：

ゲーム行動症の対応機関は全国的に限られており、地域差が大きい。今回抽出された111機関は都市部に偏在しており、地方での支援アクセスには課題があると推察される。医療機関によって専門的治療プログラムの有無などが推察され、治療ガイドラインや連携体制の整備が必要である。これらの準備段階での知見をもとに、次年度に実施予定の本調査の意義をさらに高める必要がある。特に、医療機関における対応体制の多様性、困難の共通項、求められる支援の方向性を明らかにすることが、全国的な体制整備の第一歩となると考えられる。

また、今回作成した調査票では、患者の受診動機、併存症、治療の困難さといった診療上の課題だけでなく、家族支援・地域連携・診療報酬の問題なども設問として網羅しており、今後の分析においては医療政策上の提言に結びつける視点が重要となる。

2. ゲームに関連した問題で医療機関を受診した患者の年齢によるゲーム行動や対応法の実態調査

GD を精神疾患のひとつとして収載した ICD-11 は 2022 年 1 月に正式発効したが、その有病率を含め、実態は明らかになっていない。従来、ゲームは子どもの遊びというイメージが強く、不登校との関連も指摘されてきた。しかし最近、ゲームコンテンツが充実し、スマホを用いて気軽に隙間時間にプレイできるゲームが増えたことから大人のゲーム時間も増えている。以前から、発達障害やメンタルヘルスの問題を抱えた子どもで GD のリスクが高いといわれてきたが、近年の雇用不安や生活の先行きへの不透明感、大人の孤立やストレスを助長し、現実逃避の手段としてのゲーム過剰使用につながるリスクが高まっている。と

くに中高年層の GD においては、失業や社会的役割の喪失が背景にあることも少なくないといわれる。実際、我が国で行われたゲームに関する調査では、非就労成人が、ひきこもりを開始した当初に一定の役割を求められるロールプレイングゲームを好んでプレイし、ゲーム依存傾向を示すことが報告されている (Kubo T, et al., Psychiatry Clin Neurosci. 2024)。これは、現実世界で失った役割やつながりを補おうとする目的でゲームに没頭する行動と考えることもでき、興味深い知見である。

今回の調査から、発達障害の子どもでは GD の有病率が一般人口よりも高い可能性が示され、ゲーム依存度はうつ症状をはじめとしたメンタル不調とも関連していることが分かった。また近年、ゲームに関連した問題で医療機関を受診する者は増えているが、小児科と精神科ではその相談内容にも相違があることが示唆された。

次年度は、より対象を広げ、子どもと大人の GD の臨床症状や背景要因の相違、ゲームの問題を抱えて医療機関を訪れた子どものみならず、健常な子どもにおけるゲーム依存傾向についても調査する予定である。

3. 小学校低学年向けゲーム依存評価尺度の開発と全国調査の準備

・IGDS9-SF-JC の開発

作成した IGDS9-SF-J 低年齢版は十分な内的一貫性を認め、CFA での適合度指標も良好だった。総スコアとゲーム利用時間には正の相関があり、Halley et al.(2015)と同様の結果が示された。また、IGD と睡眠の問題については関連があると報告されている(Rehbein et al., 2015)が、本研究でも総スコアが高いほど就寝時間は遅く、それらの関連性が示唆された。これらの結果から、IGDS9-SF-J 低年齢版は小学校低学年児童を対象とした IGD の評価ツールとして有用であると考えられた。

・全国調査に向けての準備

ゲーム行動に関する臨床的関心は限定的と考えられていたが、今回の募集では287施設の協力が得られたことは注目に値する。全国的な実態把握と年齢別の比較解析に資する十分なサンプル確保が見込まれる

4. 相談家族等の実態調査

ほとんどの精神保健福祉センターがゲーム関連問題に対応しており、相談件数は増加・横ばい傾向だった。相談は主に母親からで、問題を抱える本人は男性、特に大学生・成人等が多かった。ゲーム行動症はより若年層での発症傾向が指摘されており問題の長期化・深刻化が示唆される。

ゲームに関する問題の専門的治療を提供する医療機関がある地域は半数程度にとどまり、家族会がある地域は、1/4程度であった。他の依存症と異なり、若年層の発症が多いこと、家族が相談機関につながるケースが多いことを考えると、家族を支える社会資源の充実が求められる。

相談内容や支援に関する自由記述からは、ゲームに関する問題だけでなく、金銭的な問題や暴力・暴言に発展するケース、不登校や引きこもりの状態にあり支援につながりにくいケース、精神障害や発達障害等の併存により問題が複雑化しているケースなどがあり、多岐にわたる問題をアセスメントし適切な支援につなげることが難しい状況にあることが考えられた。現時点では、ゲーム行動症に関する診断方法や治療ガイドラインが公表されておらず、支援者の教育や情報交換の場も限られると思われる。また、専門医療機関や家族会等の社会資源は不足しており、支援体制の強化が急務であると考えられた。

5. インターネット依存専門治療外来の治療転帰に関する研究

現在、調査を継続中である。

6. 文献reviewと対応法に関する提言

本研究は、ゲーム行動症が年齢層によって異なる特性を示すことを明らかにした。

有病率は青年期にピークを迎える。これは、青年期に特有の神経発達上の脆弱性、特に報酬処理を担う辺縁系の急速な発達と、高次実行機能を担う前頭前野の比較的遅い発達という神経生物学的不均衡に起因していると考えられた。さらにこの神経生物学的不均衡が、衝動性の増加や報酬追求行動の強化につながり、GD の発症リスクを高めると考えられた。

発症形式においても、未成年および若年成人で

は問題のあるゲーム行動への進行が成人よりも著しく速いことが示され、ゲームを始める年齢が若いほど、より重篤な GD につながるリスクが高いという知見は、早期介入の重要性を強く裏付けている。

並存疾患においては、ADHD は青年期の問題のあるゲーム行動において高い併存率を示した。

ADHD 症状が GD の素因となると同時に、GD によって悪化する双方向的な関係にあった。さらに青年期中期と後期では、併存症の症状の相互作用パターンが異なることが示されており、年齢段階に応じたより精密な診断と治療計画の必要性が示唆される。

画像研究に関しては青年期に特化した神経画像研究はほとんどなく、依然としてギャップが存在し、年齢特異的な神経生物学的基盤のさらなる解明が望まれる。

治療介入に関しては、認知行動療法 (CBT) が主要な治療法として確立されており、青年期においてもその有効性が示されている。一方で、若年成人の方が青年期よりも非薬理学的介入による GD 症状の軽減が有意に大きいという報告もあり、青年期特有の治療の困難さを認める。青年期患者への質的研究では、単なるゲーム使用の制限に留まらず、家族からのサポートや現実世界での活動の再構築といった多角的な側面が治療の成功に不可欠であることが示唆され、家族環境が極めて重要な役割を果たすことが示されている。そのため、CBT と動機づけや家族支援などを組み合わせた包括的介入が特に有望である。

本研究の限界として、GD の診断基準や評価ツールの多様性という点で、異質性が高い研究を検証している点があげられる。今後の展望としては、標準化された診断・評価方法の確立、年齢層別の縦断研究の推進、神経生物学的知見に基づいたより標的型の治療介入の開発、そして家族や学校といった社会環境を巻き込んだ包括的な予防プログラムのさらなる検証が挙げられる。

E. 結論

1. ゲームに関連した問題で医療機関を受診した患者の実態調査

本研究によって、以下の点を明らかにしている。

- ・診療科や施設種別による対応の差異、年齢層別の傾向、併存疾患の頻度などを明らかにすることで、全国的な支援ニーズを具体化し、全国規模での診療実態を可視化する。

- ・各施設の取り組みや課題を抽出し、支援体制の整備、診療報酬上の位置づけ、ガイドライン策定など、行政施策への提言につながる知見の基盤となる。

2. ゲームに関連した問題で医療機関を受診した患者の年齢によるゲーム行動や対応法の実態調査

すでに多くの小児科医、精神科医がゲームに関連した問題への対応を求められていることが分かった。その一方で、一般小児科医、一般精神科医に比べ、より多くの児童精神科医がゲームに関する問題に対応していることが分かった。児童精神科に通院している子どもにおいては GD のスクリーニングを目的とした自記式質問紙の陽性率が高く、ゲーム依存度はうつ症状の重症度とも相関する傾向があったことから、診察室での早期発見・早期介入のためのスクリーニングは有用であると思われる。さらには、非臨床サンプルにおけるゲーム行動の実態を把握し、早期徴候を理解することが、予防的観点からも重要であると考えられた。

3. 小学校低学年向けゲーム依存評価尺度の開発と全国調査の準備

小学校低学年向けのゲーム行動評価尺度 IGDS9-SF-JC は、十分な信頼性と構成概念妥当性を有し、若年層におけるインターネット・ゲーム

依存傾向のスクリーニングに有用であることが示された。また、令和7年度に実施予定の全国調査に向け、287施設から調査協力の同意を得ており、倫理的準備も整った。今後、年齢群間の比較を含む全国的な実態調査を通じ、より有効な支援策の構築が期待される。

4. 相談家族等の実態調査

ほとんどの精神保健福祉センターがゲームに関する問題の相談支援を担っていた。ゲームの問題以外にも複雑で多様な問題を抱えるケースが一定数存在し、手探りで支援を行っていることがうかがえた。ゲームの問題に対応する専門医療機関や社会資源などがほとんどなく、支援体制が整っていない地域が多かった。また、深刻なケースへの介入、親子関係への介入、教育機関との連携等において、対応に困難を感じる支援者が多いことが考えられた。問題の長期化を防ぐためにも、早期支援・介入が行えるような支援体制構築が必要であり、支援者の教育や専門医療機関や家族会等の充実が求められる。

5. インターネット依存専門治療外来の治療転帰に関する研究

現在、調査を継続中である。

6. 文献reviewと対応法に関する提言

本研究により、ゲーム行動症の診断・治療においては、発達段階に応じたアプローチが不可欠であることが再確認された。特に青年期は、神経発達上の脆弱性、急速な発症と進行、および併存疾患との複雑な相互作用により、GDに対して特に感受性が高い年齢層である。治療介入においては、認知行動療法に加え、未成年に対する家族療法や親への心理教育が有効であることが示された。早期の特定と年齢層に応じた予防・治療戦略の実施は、GDの長期的な負の帰結を軽減し、健全な発達を支援するために不可欠である。以上、文献レビューを通じてGDに関する年齢の違いによる知見を整理した結果、年齢層ごとに異なる特性に基づいた診断・介入が求められることが示唆され、今後の支援体制の整備、診療報酬上の位置づけ、ガ

イドライン策定など、行政施策への提言につながる知見の基盤となると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Yokoyama A, Yokoyama T, Yumoto Y, Takimura T, Toyama T, Yoneda J, Nishimura K, Minobe R, Matsuzaki T, Kimura M, Matsushita S: Associations of ADH1B and ALDH2 genotypes and alcohol flushing with drinking history, withdrawal symptoms, and ICD-10 criteria in Japanese alcohol-dependent men.

Pharmacogenet Genomics 2024, 34(5): 139-148

Tateno M, Matsuzaki T, Takano A, Tateno Y, Kato TA, Higuchi S: The rate of patients screened positive for gaming disorder/Internet gaming disorder among adolescents with mental health issues assessed by two screening tests: A nine-item screening test for GD (GAMES Test) and the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10). PCN Rep 2025, 4(1): e70080.

松崎尊信: 物質使用症の気づきと病識. 精神医学 2024, 66(6):841-848.

松崎尊信: リアルな専門病棟の声(強みと悩み, そして対策・工夫) 入院と依存症. 臨床精神医学 2024, 53(10): 1259-1263.

Tateno M, Tateno Y, Shirasaka T, Nanba K, Shiraishi E, Shimomura R, Kato TA: Depression, Gaming Disorder, and Internet Addiction in Adolescents with Autism Spectrum Disorder. Behav Sci (Basel) 2025, 15(4): 423

Tateno M, Tateno Y, Shirasaka T, Furuta H, Takahashi Y: Current Clinical Practices for

Gaming Disorder and Related Issues in Primary Care Settings in Northern Japan: A Regional Survey in Sapporo. *Cureus* 2025, 17(3):e80721.

Tateno M, Matsuzaki T, Takano A, Tateno Y, Kato TA, Higuchi S: The rate of patients screened positive for gaming disorder/Internet gaming disorder among adolescents with mental health issues assessed by two screening tests: A nine-item screening test for GD (GAMES Test) and the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10). *PCN Rep* 2025, 4(1):e70080.

Ono K, Tokushige M, Hiratani N, Kaneko K, Hamamura T, Miyamoto Y, **Tateno M**, Ito M, Takano A: Reliability and validity of the Japanese version of the Internet Gaming Disorder Scale for children (IGDS-C). *Neuropsychopharmacology Reports* 2025, 45:e12518.

館農勝: ひきこもりとネット・ゲーム依存ー共通した背景要因. *医学のあゆみ* 2025, 292(11):25622-25625.

館農勝: 不登校とゲーム依存・ネット依存. *精神医学* 2024, 66(10):1310-1316.

館農勝: ひきこもりおよびインターネット依存と発達障害臨床ー精神療法的視点からー. *精神療法* 2024, 50(4):534-537.

館農勝: 発達障害とアルコールやカフェインなどにはどのような関係がありますか? 発達障害 Q&A (金生由紀子編), 東京, 医学書院; 2024: 176-177.

Ayumi Takano, Chiaki Hiraiwa, Erina Oikawa, Akiko Tomikawa, Kyosuke Nozawa: Validity and reliability of the Japanese version of the Substance Use Stigma Mechanism Scale. *PLOS ONE* 19(10): e0310514- e0310514,2024.

Ayumi Takano, Kunihiro Takahashi, Tatsuhiko

Anzai, Takashi Usami, Shiori Tsutsumi, Yuka Kanazawa, Yousuke Kumakura, Toshihiko Matsumoto: Predictors for recurrence of drug use among males on probation for methamphetamine use in Japan: a one-year follow-up study. *Drug and Alcohol Dependence Reports* 100316-100316,2024.

Koki Ono, Makoto Tokushige, Nanami Hiratani, Kyosuke Kaneko, Toshitaka Hamamura, Yuki Miyamoto, Masaru Tateno, Masaya Ito, Ayumi Takano: Reliability and Validity of the Japanese Version of the Internet Gaming Disorder Scale for Children (IGDS - C). *Neuropsychopharmacology Reports* 45(1),2025. Masaru Tateno, Takanobu Matsuzaki, Ayumi Takano, Yukie Tateno, Takahiro A. Kato, Susumu Higuchi: The rate of patients screened positive for gaming disorder/Internet gaming disorder among adolescents with mental health issues assessed by two screening tests: A nine - item screening test for GD (GAMES Test) and the Ten - Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT - 10). *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports* 4(1):2025.

Shixian Geng, Ginshi Shimojima, Chi-Lan Yang, Zefan Sramek, Shunpei Norihama, Ayumi Takano, Simo Hosio, Koji Yatani: When Group Spirit Meets Personal Journeys: Exploring Motivational Dynamics and Design Opportunities in Group Therapy. *arXiv:2410.18329v1 Human-Computer Interaction*. 2024.

<https://doi.org/10.48550/arXiv.2410.18329>

齋藤 利和, 宮田 久嗣, 高野 歩: ハームリダクションの広がりについてー物質使用障害治療への応用ー. *精神神経学雑誌* 126(5) : 309-315, 2024.

水野聡美, 堤 詩織, 新田慎一郎, 高野 歩: イン

ドネシアの精神科病院における薬物使用障害患者への治療と支援の実践 59(3) : 109-117, 2025.

堤 史織, 宇佐美貴士, 高野 歩, 熊倉陽介, 金澤由佳, 武林 亮, 杉山大典, 松本俊彦 : 薬物犯罪の更生保護施設利用者における健康格差. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 59 (3) : 53-66, 2025.

高野歩 : アルコール問題に対するハームリダクションアプローチ ―職場での応用―, 産業精神保健「特集 : 職場のアルコール問題の解決」, 32 (2) : 178-183, 2024.

高野歩 : アルコール問題に対する ハームリダクションアプローチ, 大学のメンタルヘルス, 6: 25-25, 2024.

Fujimoto Yuka, Fujino Junya, Matsuyoshi Daisuke, Jitoku Daisuke, Kobayashi Nanase, Qian Chenyu, Okuzumi Shoko, Tei Shisei, Tamura Takehiro, Ueno Takefumi, Yamada Makiko, Takahashi Hidehiko, Neural responses to gaming content on social media in young adults, Behavioural Brain Research, 467, 115004, 2024 年.

2. 学会発表

Takanobu Matsuzaki: National survey on treatment facilities of Gaming Disorder in Japan. the 9th International Conference on Behavioral Addictions, Gibraltar, 2024, 7 (シンポジウム)

Takanobu Matsuzaki: International comparison of behavioral addictions, from gambling to gaming. the 3rd World Congress on Alcohol and Addictions, Merborne, 2024, 9 (シンポジウム)

松崎尊信 : 日常診療でゲーム・ネット依存に対応するために. 第 120 回日本精神神経学会学術総会, 札幌, 2024, 6 (シンポジウム)

松崎尊信 : Gambling Disorder(ギャンブル障害)治療プログラムの長期的な有効性について : 日本

における多施設共同研究, 第 78 回国立病院総合医学会, 大阪, 2024, 10 (一般口演)

Tateno M: Youth hikikomori and Internet Gaming Disorder in the Digital Urbanized Society [Symposium: Mental Health Challenges in the Digital Urbanized Society]. The 24th World Congress of Psychiatry, Mexico City, 2024, 11 (シンポジウム)

Tateno M, Matsuzaki T, Tateno Y, Nanba K, Shiraishi E, Shimomura R, Higuchi S: Screen-positive rate for Gaming Disorder among teenage patients who visited child psychiatry clinic. The 24th World Congress of Psychiatry, Mexico City, 2024, 11 (一般口演)

館農勝 : ADHD とゲーム行動症―診断・支援と世界の動向―. 日本 ADHD 学会第 16 回総会, 東京, 2025, 3 (特別講演)

松崎尊信, 西村光太郎, 三原聡子, 北湯口孝, 館農勝, 樋口進 : 日常診療でゲーム・ネット依存に対応するために. 第 120 回日本精神神経学会学術総会, 札幌, 2024, 6 (シンポジウム)

館農勝 : 思春期のゲーム・ネット依存.第 42 回北海道思春期研究会学術集会, 札幌, 2024, 7 (教育講演)

館農勝 : 児童精神医学におけるゲーム行動症へのアプローチ. 第 46 回日本アルコール関連問題学会 (2024 年度 アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会), 東京, 2024, 9 (シンポジウム)

Ayumi Takano, Koki Ono, Futaba Umemura, Makito Sato, Kayo Okuda, Jun Sese, Toshihiko Matsumoto : Development of a Model to Distinguish Methamphetamine Use from Alcohol Use Based on Sleep and Heart Rate Conditions Assessed by a Wearable Activity Tracker. The College on Problems of Drug Dependence (CPDD) 86th Annual Scientific Meeting, Montreal ,2024.6.15-19.

高野歩, 大野昂紀, 奥田華代, 瀬々潤, 湯本洋介, 松下幸生, 松本俊彦: 飲酒が心拍数および睡眠に与える影響: ウェアラブル活動量計とスマホアプリを用いた計測、第 59 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会、東京、2024.9.19-21

高野歩, 水野聡美, 新田慎一郎, 堤史織: インドネシアの薬物政策と医療: 保健省の役割と保健所における活動、第 59 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会、東京、2024.9.19-21

松枝 美智子, 光永 憲香, 脇崎 裕子, 植田 愛, 倉持 裕子, 増満 誠, 高野 歩, 中本 亮, 池田 智, 児玉 裕子, 安保 寛明: COVID-19 に罹患した利用者をケアした経験を持つ訪問看護師の Moral Injury につながる状況、第 44 回日本看護科学学会学術集会、熊本、2024.12.7-8

杉山 孔亮, 目黒 巧巳, 多屋 優人, 本庄 勝, 小林 七彩, 治徳 大介, 内田 真人, スマートフォン依存患者の利用傾向の変化点検知と変化要因推定, 第 23 回情報科学技術フォーラ (FIT2024), 広島, 2024 年.

治徳 大介, ゲーム行動症関連をターゲットとした産学連携とデジタルヘルス, 2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024 年.

治徳 大介, ログアプリを用いたゲーム行動症に

対するアプローチ, 2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024 年.

古澤 駿, 浜村 俊傑, 米山 昭夫, 本庄 勝, 小林 七彩, 治徳 大介, 内田 真人, Predicting Device Usage Patterns in Patients with Problematic Smartphone Use Through Individualized Hidden Markov Models, 2024 IEEE International Conference on E-Health Networking, Application & Services (HealthCom 2024), 奈良, 2024 年.

林 海斗, 目黒 巧巳, 浜村 俊傑, 多屋 優人, 本庄 勝, 小林 七彩, 治徳 大介, 内田 真人, Estimating Smartphone Orientation for Visualizing Behavior Around Sleep Periods in PSU Patients, 2024 IEEE International Conference on E-Health Networking, Application & Services (HealthCom 2024), 口頭, 奈良, 2024 年.

林 海斗, 桐山 知彦, 尾崎 理沙, 目黒 巧巳, 多屋 優人, 本庄 勝, 小林 七彩, 治徳 大介, 内田 真人, ローカル LLM と RAG を用いた PSU 診療支援対話システムの検討, 言語処理学会第 31 回年次大会 (NLP2025), 口頭, 長崎, 2025 年.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

令和6年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

ゲームに関連した生活障害等の問題、併存する疾患及び
その対応等の実態把握に資する研究（24GC1014）

ゲームに関連した問題で医療機関を受診した患者の実態調査

研究分担者 松崎 尊信
国立病院機構久里浜医療センター精神科

研究要旨

ゲーム行動の制御困難により日常生活に支障をきたすゲーム行動症（Gaming Disorder）は、2019年 WHO の ICD-11 に記載されたが、国内外を通じて医療・相談支援体制（service delivery）に関する実態報告は乏しい。さらに COVID-19 の影響により、治療ニーズの増大、対面からオンライン支援への急速な移行、地域によるアクセス格差など、対応体制には大きな変化と課題が生じた。英国の NCGD や日本の久里浜医療センターの事例からも、制度的・地理的な違いによる支援体制の差異が示されている。

本研究では、令和 2～4 年度の厚労科研「ゲーム障害の診断・治療法の確立に関する研究」の成果を基に、全国の専門医療機関・相談支援機関に対して質問票調査を実施し、ゲームに関連した問題の医療・相談対応の実態を明らかにすることを目的とした。令和 6 年度は、ネット・ゲーム依存の診療を実施している 111 機関を同定し、班員と協力して調査票を作成、Google フォームによるオンライン回答体制を整備した。

調査準備を通じて、対応機関の地域偏在や治療プログラムの不均質性、体制整備の必要性などの課題が見えてきた。調査票は、診療上の困難、家族支援、地域連携、診療報酬制度なども網羅している。次年度にはこれらをもとに実態を把握し、柔軟かつ持続可能な支援体制の構築に資する政策的提言を目指す。

研究協力者

なし

A. 研究目的

ゲーム行動の制御困難により日常生活に支障をきたすゲーム行動症（Gaming Disorder）は、世界保健機関（WHO）により 2019 年国際疾病分類第 11 版（ICD-11）に精神疾患として正式に収載された。これを契機に、国際的にも治療・支援体制の構築に向けた関心が高まりつつあるが、現時点において、ゲーム障害に関する医療・相談支援サービスの提供実態（Service Delivery）に関する報告は、国内外ともに極めて限られている。また、COVID-19 パンデミックは、ゲーム行動症の

治療・支援体制にも大きな影響を及ぼした。

King ら（2022）は、ドイツ、スイス、日本、英国の 4 カ国の専門医療機関の 2019～2021 年のデータをもとに、パンデミック中に治療ニーズが医療提供能力を上回ったこと、対面からオンライン支援への急速な移行、そして受診アクセスの困難化などを報告した。英国で 2019 年に設立された National Centre for Gaming Disorders

（NCGD）では、オンライン化によってむしろ通院しやすくなったケースがある一方、日本の国立病院機構久里浜医療センターでは都道府県をまたぐ移動制限の影響によって新規受診が困難になるなど、地域や制度によって対応に大きな差が生じたことが指摘されている¹⁾。

ゲーム行動症専門の全国治療拠点である英国 NCGD の 2024 年の報告では、若年男性を中心とした相談・受診傾向、併存精神疾患、家庭内暴力や過度な課金行動といった臨床的特徴が報告されている²⁾。

一方、日本ではゲーム行動症の専門外来を有する施設は一部に存在するものの、それらがどのような診療体制をとり、どのような患者を受け入れているのかについて、体系的な把握はなされていない。そのため、相談や治療ニーズがあるにもかかわらず、支援につながるプロセスや体制がわかりにくいといった状況が続いている。

本研究では、令和 2～4 年度実施された厚生労働科学研究「ゲーム障害の診断・治療法の確立に関する研究」で得られた知見を基に、全国の専門医療機関および相談支援機関を対象とした質問票調査を実施し、ゲームに関連した問題への医療・相談対応の実態を明らかにすることを目的とする。得られた結果は、COVID-19 による影響も含めた国際的知見と照らし合わせながら、我が国における持続可能かつ柔軟な相談・治療体制の整備に資する実践的・政策的提言に繋げることを目指す。

参考文献)

- 1) King, D. L. *et al.* Gaming disorder and the COVID-19 pandemic: Treatment demand and service delivery challenges. *J Behav Addict* 11: 243–248, 2022
- 2) Piper, T., Silva Youngs, M. Da, Tomy, H., Lockwood, R. & Bowden-Jones, H. The National Centre for Gaming Disorders – the Demographic Profile and Clinical Characteristics of Individuals Accessing Our Service. *BJPsych Open* 10: S203–S203, 2024

B. 研究方法

- ・対象機関の抽出とリスト整備

全国の都道府県・政令市における精神保健福祉セ

ンターのアンケート調査をもとに、ネット・ゲーム依存の診療を実施している専門医療機関を同定する。

- ・調査票の作成

班内の専門メンバーと協力して調査票を作成する。回答の利便性と集計効率を考慮し、Google フォームによるオンライン回答方式を採用する。対象機関に送付する調査依頼文書と URL を整備する。

C. 研究結果

本年度は、全国の専門医療機関を対象とした質問票調査の実施に向けて、

- ・対象施設を 111 施設同定した。(ゲーム・ネット依存の治療施設リスト)
- ・調査票の作成
- ・オンライン回答体制の整備 (Google フォームによるオンライン回答方式)

を行った。

調査票作成にあたっては、令和 2～4 年度の厚労科研の成果物等を参考に、診療現場の実態把握と政策提言の双方に資する設問構成を重視した。

D. 考察

準備作業を通じて得られた知見として、以下の点を確認された：

ゲーム行動症の対応機関は全国的に限られており、地域差が大きい。今回抽出された 111 機関は都市部に偏在しており、地方での支援アクセスには課題があると推察される。医療機関によって専門的治療プログラムの有無などが推察され、治療ガイドラインや連携体制の整備が必要である。これらの準備段階での知見をもとに、次年度に実施予定の本調査の意義をさらに高める必要がある。特に、医療機関における対応体制の多様性、困難の共通項、求められる支援の方向性を明らかにすることが、全国的な体制整備の第一歩となると考えられる。

また、今回作成した調査票では、患者の受診動機、併存症、治療の困難さといった診療上の課題だけでなく、家族支援・地域連携・診療報酬の問題なども設問として網羅しており、今後の分析においては医療政策上の提言に結びつける視点が重要となる。

E. 結論

本研究によって、以下の点を明らかにしていく。

- ・診療科や施設種別による対応の差異、年齢層別の傾向、併存疾患の頻度などを明らかにすることで、全国的な支援ニーズを具体化し、全国規模での診療実態を可視化する。

- ・各施設の取り組みや課題を抽出し、支援体制の整備、診療報酬上の位置づけ、ガイドライン策定など、行政施策への提言につながる知見の基盤となる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Yokoyama A, Yokoyama T, Yumoto Y, Takimura T, Toyama T, Yoneda J, Nishimura K, Minobe R, Matsuzaki T, Kimura M, Matsushita S.:

Associations of ADH1B and ALDH2 genotypes and alcohol flushing with drinking history, withdrawal symptoms, and ICD-10 criteria in Japanese alcohol-dependent men.

Pharmacogenet Genomics 2024, 34(5): 139-148

Tateno M, Matsuzaki T, Takano A, Tateno Y,

Kato TA, Higuchi S: The rate of patients

screened positive for gaming disorder/Internet

gaming disorder among adolescents with mental health issues assessed by two screening tests: A nine-item screening test for GD (GAMES Test) and the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10). PCN Rep 2025, 4(1): e70080.

松崎尊信: 物質使用症の気づきと病識. 精神医学 2024, 66(6):841-848.

松崎尊信: リアルな専門病棟の声(強みと悩み, そして対策・工夫) 入院と依存症. 臨床精神医学 2024, 53(10): 1259-1263.

2. 学会発表

Takanobu Matsuzaki: National survey on treatment facilities of Gaming Disorder in Japan. the 9th International Conference on Behavioral Addictions, Gibraltar, 2024, 7 (シンポジウム)

Takanobu Matsuzaki: International comparison of behavioral addictions, from gambling to gaming. the 3rd World Congress on Alcohol and Addictions, Merborne, 2024, 9 (シンポジウム)

松崎尊信: 日常診療でゲーム・ネット依存に対応するために. 第 120 回日本精神神経学会学術総会, 札幌, 2024, 6 (シンポジウム)

松崎尊信: Gambling Disorder(ギャンブル障害)治療プログラムの長期的な有効性について: 日本における多施設共同研究, 第 78 回国立病院総合医学会, 大阪, 2024, 10 (一般口演)

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

治療施設リスト

1	北仁会 いしはし病院	41	新潟県立精神医療センター	81	雇の巣病院
2	医療法人北仁会 旭山病院	42	新潟大学医歯学総合病院	82	医療法人和光会一本松 すずかけ病院
3	医療法人耕仁会札幌太田病院	43	医療法人明生会関病院	83	社会医療法人聖ルチア会聖ルチア病院
4	医療法人深仁会手稲深仁会病院	44	佐潟公園病院	84	のぞみ総合心療病院医療法人コシュノテ風と虹
5	特定医療法人さっぽろ悠心の郷ときわ病院 ときわこども発達センター	45	かとう心療内科クリニック	85	こころこころクリニック
6	札幌こぶしクリニック	46	医療法人社団博啓会アイ・クリニック	86	医療法人遊行会藤川メディケアクリニック
7	札幌西区ともメンタルクリニック	47	石川県立こころの病院	87	うえむらメンタルサポート診療所
8	札幌白石ともメンタルクリニック	48	社会医療法人財団 松原愛育会松原病院	88	独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター
9	医療法人社団ほっとステーション大通公園メンタルクリニック	49	地方独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立北病院	89	さがセレニティクリニック
10	四季メンタルクリニック	50	独立行政法人国立病院機構小諸高原病院	90	虹と海のホスピタル
11	医療法人社団さっぽろ麻生メンタルクリニック	51	長野県立こころの医療センター 駒ヶ根	91	医療法人見松会あきやま病院
12	社会福祉法人榆の会こどもクリニック	52	松南病院	92	松元リカバリークリニック
13	津軽保健生活協同組合藤代健生病院	53	独立行政法人国立病院機構天竜病院	93	医療法人心療内科 新クリニック
14	未来の風せいわ病院	54	福田西病院	94	医療法人社団松本会希望ヶ丘病院
15	東北会病院	55	聖明病院	95	医療法人横田会向陽台病院
16	医療法人大香会みやの杜クリニック	56	辰部病院	96	有明メンタルクリニック
17	西真岡こどもクリニック	57	マリアの丘クリニック	97	医療法人山本記念会山本病院
18	那須こころの医院	58	あつた白鳥クリニック	98	医療法人緑心会馬場クリニック
19	宇都宮東口ストレスクリニック	59	医療法人杏野会各務原病院	99	真央クリニック
20	群馬県立精神医療センター	60	滋賀県立精神医療センター	100	こころの先生クリニック
21	埼玉県立精神医療センター	61	大阪府立病院機構大阪精神医療センター	101	大分駅南クリニック
22	白峰クリニック	62	大阪市立大学医学部附属病院	102	Medical Empowerment Station陣屋の里
23	東京医科歯科大学医学部附属病院	63	神戸大学医学部附属病院	103	河村クリニック
24	昭和大学附属 烏山病院	64	垂水病院	104	大悟病院
25	東邦大学医療センター大森病院	65	幸地クリニック	105	森口病院
26	医療法人財団青溪会駒木野病院	66	まついこころのクリニック	106	指宿竹元病院
27	成城墨岡クリニック分院	67	すずろメンタルクリニック	107	いこまクリニック
28	医療法人社団アパリアバリアクリニック	68	岡山県精神科医療センター	108	医療法人 増田クリニック
29	医療法人社団学風会さいとうクリニック	69	医療法人翠星会松田病院	109	独立行政法人国立病院機構琉球病院
30	医療法人社団こころの会タカハシクリニック	70	医療法人正雄会呉みどりヶ丘病院	110	田崎病院
31	ライフサポートクリニック	71	医療法人せのがわ 瀬野川病院	111	絆愛こころクリニック
32	独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター	72	藍里病院		
33	横浜市立大学附属病院	73	宮内クリニック		
34	地方独立行政法人神奈川県立病院機構神奈川県立精神医療センター	74	医療法人社団五色会こころの医療センター五色台		
35	北里大学病院	75	医療法人社団光風会三光病院		
36	大石クリニック	76	愛媛大学医学部附属病院		
37	医療法人綾の会川崎沼田クリニック	77	医療法人敬愛会久米病院		
38	川崎メンタルクリニック	78	Dクリニック		
39	おまもりクリニック	79	ひねのクリニック		
40	独立行政法人国立病院機構さいがた医療センター	80	医療法人青峰会チヨダクリニック		

令和6年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

ゲームに関連した生活障害等の問題、併存する疾患及び
その対応等の実態把握に資する研究（24GC1014）

ゲームに関連した問題で医療機関を受診した患者の年齢によるゲーム行動や対応法の実態調査

研究分担者 館農 勝

札幌医科大学・訪問研究員/ さっぽろ悠心の郷ときわ病院・理事長

研究要旨

目的：ゲームは、子どもから大人まで、年齢を問わず最も身近な娯楽のひとつである。ICD-11で精神疾患のひとつとされたゲーム行動症（Gaming Disorder: GD）は、他のアディクションとは大きく異なり中高生を中心とした若年男性に多いことから子どものゲーム行動に不安を抱く保護者は多い。また近年、成人期 GD の報告も多く、中高年を含めあらゆる年齢に発生しうる。しかし、小児期 GD と成人期 GD の実態の違いは十分に把握されていない。**方法：**本研究では、(1) GD をスクリーニングするための日欧で開発された 2 つの自記式質問紙の陽性率の相違について、(2) GD の発症リスクが高いとされる思春期の自閉スペクトラム症におけるゲーム・ネット依存度とうつ症状の重症度について、そして、(3) 小児科と精神科でゲームの問題を抱えた患者への診療実態にどのような違いがあるのかについて地域調査を行った。全ての調査に関し、ときわ病院倫理審査委員会の承認を得て行った。**結果：**(1) GAMing Engagement Screening test (GAMES Test) と Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10)の陽性率を比較したが、GAMES Test は 20.7%の陽性率であったが IGDT-10 オリジナル採点法 (IGDT-10-OV) の陽性率は著しく低く (3.9%)、久里浜医療センターの研究グループが提唱する修正型採点法 (IGDT-10-MV) を用いることが良いと考えられた (陽性率 27.1%)。(2) 思春期自閉スペクトラム症 (ASD) 74 名において PHQ-9 合計得点に基づく 24.3%が中等度または重度の抑うつ症状を有していた。ゲームの問題に関して、IGDT-10-MV により 39.2%が GD の可能性ありとされたが、ゲーム依存度とうつ症状の重症度は相関傾向にあった。(3) ゲームに関連した問題への対応経験を有するのは、小児科医で 53.8%、精神科医で 52.2%であったが、そのうち児童精神科も標榜する医師では 81.8%がゲームの問題に対応していた。ゲームの問題を抱えた症例の初診時主訴についてたずねたところ、生活リズムの乱れと不登校は、小児科、精神科ともに多かったが、精神科では課金の問題がより多く、小児科では身体愁訴を訴える症例が多い傾向にあった。**考察：**発達障害（神経発達症）やメンタルヘルスの問題を抱えた子どもは GD のリスクが高いといわれているが、近年の雇用不安や生活の先行きへの不透明感は孤立やストレスを助長し、大人でも現実逃避の手段としてのゲーム過剰使用のリスクが高まっている。今回の調査結果から、発達障害の子どもでは GD の発症リスクが高いこと、ゲーム依存度はうつ症状をはじめとしたメンタル不調と関連していることがわかった。また、ゲームに関連した問題で医療機関を受診する者は増えているが、小児科と精神科ではその相談内容に相違があることが示唆された。次年度はより対象を広げ、小児期 GD と成人期 GD の臨床症状や背景要因の違いについて調査し、また、ゲームの問題を抱えて医療機関を訪れる子どものみならず、健常な子どもにおけるゲーム依存の早期徴候についても調査することで GD 発症予防のために有効な早期介入について検討する予定である。

研究協力者

井上 建（獨協医科大学埼玉医療センター 子どものこころ診療センター センター長）

A. 研究目的

ゲームは、子どもから大人まで、年齢を問わず最も身近な娯楽のひとつである。とりわけ、10代、20代の若者ではゲームをプレイする者が多く、久里浜医療センターが平成31年に行った全国の10～29歳（5,096名）を対象とした調査において、過去12ヵ月の間にゲームをプレイしたと回答した者の割合は85.0%であり、男性においては92.6%にもおよんだ（女性77.4%）。インターネットが広く普及し、低年齢からオンラインゲームをプレイすることが一般的となっているが、同調査ではゲームをする機器に関し、最も多い回答はスマートフォン（以下、スマホ）で、およそ8割がスマホでゲームをプレイしていた。スマホ所有開始年齢は年々低下しており、令和7年3月に公表されたこども家庭庁による「令和6年度青少年のインターネット利用環境実態調査」では、0～17歳の年齢別の専用スマホ所有率が報告されているが、すでに10歳で65.7%が自分専用のスマホを所有していると回答している。また、同じくこども家庭庁が行った「こども・若者の意識と生活に関する調査（令和4年度）」は、調査の対象年齢がより広く、10～39歳（8,555名）を対象としているが、ひきこもり群と非ひきこもり群との比較で、自宅での活動内容に関して差が大きいのはゲームであった。ひきこもりは我が国における重要な社会問題のひとつであり、近年、その高齢化が指摘されているが、ゲームの問題がひきこもりの長期化に関係しているのかもしれない。また、我が国において非就労成人を対象に行われた調査で、ひきこもり期間が3ヵ月以内である病的ひきこもり（機能障害が生じているひきこもり）において the 7-item Game Addiction Scale (GAS-7)を用いて評価したゲーム依存度が有意に高かったことが報告

されており（Kubo T, et al., Psychiatry Clin Neurosci. 2024）、ゲームの問題は成人期のひきこもりとも関連していることが示唆される。

ICD-11で精神疾患のひとつと定義されたゲーム行動症（Gaming Disorder: GD）は、思春期を中心とした若年男性に多いとされているが、成人期の症例も報告は多く、あらゆる年齢において発生しうる。小遣いでゲームソフトを購入しゲーム機やスマホで仲間とプレイすることの多い小児期症例と、通勤時間や仕事の合間にスマホでプレイする他、自宅ではゲーム専用パソコンでのプレイも多く、課金への経済力がある成人期症例ではGDの様相が異なることが推察される。しかし、小児期GDと成人期GDの実態の違いは十分には把握されていない。

本研究では、令和7年度に施行予定の「ゲームに関連した問題で医療機関を受診した患者の年齢によるゲーム行動の実態調査」に向け、(1)GDをスクリーニングするために開発された2つの自記式質問紙の陽性率の相違について、(2)GDの発症リスクが高いとされる思春期の自閉スペクトラム症におけるゲーム依存度、ネット依存度とうつ症状の重症度について、そして、(3)小児科と精神科でゲームの問題を抱えた患者への診療実態にどのような違いがあるのか、次年度に予定している全国調査に向けた予備的調査として、札幌市内の小児科、精神科医療機関でのGDへの対応についての医師対象調査を行った。

B. 研究方法

研究1：ゲーム行動症をスクリーニングするための自記式質問紙に関する研究

精神科臨床において診断は、アメリカ精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル（DSM）、あるいは、WHOによる国際疾病分類（ICD）に基づき行われる。DSMとICDにおいて、いわゆるゲーム依存の取り扱いは異なっており、DSM-5-TR（2022）では、今後の研究のための病態としてイ

ンターネットゲーム行動症（Internet Gaming Disorder: IGD）の診断基準が提示されている。一方、ICD-11（2019）では、ゲーム行動症（Gaming Disorder: GD）が嗜癖行動症群のひとつとして、ギャンブル症とともに精神疾患として定義されている。DSM-5-TR の診断基準に基づき作成されたスクリーニングツールが the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10) (Király O, et al., Addict Behav 2017) であり、ICD-11 に基づき対面診断を含む信頼性の高い方法により我が国で作成されたのが GAMing Engagement Screening test (GAMES Test)(Higuchi S, et al., J Behav Addict 2021)である。これら2つの質問紙を用いて児童精神科を受診した思春期患者を対象に陽性率の違いについて検討を行った。IGDT-10 の採点は、Király et al. が提唱するオリジナルの採点法 (IGDT-10-OV) に加え、我が国においてスクリーニングを目的に使用する際の採点法として久里浜医療センターの研究グループが提唱した修正型採点法による採点 (IGDT-10-MV) (Mihara S, et al., J Behav Addict 2022) も行い、結果を比較した。

研究2：思春期自閉スペクトラム症におけるゲーム・ネット依存度とうつについての調査

発達障害（神経発達症）は、ゲーム・ネット依存のリスク因子であることが知られており、とりわけ、自閉スペクトラム症（ASD）と注意欠如・多動症（ADHD）に関する報告が多い。発達障害は、ゲーム・ネット依存の有病率が高いだけではなく、うつ病や不安症の併存も多い。様々な生きづらさや日常生活における失敗体験の積み重ねから生じる自尊心の低下、自己肯定感の低下は、二次障害と称されるうつ病や不安症を引き起こす。それに関係するのが、ゲーム・ネットの過剰使用、および、ゲーム・ネット依存であるとされている。本調査では、児童精神科を受診した10～18歳の思春期ASDを対象に、ゲーム・ネット依存度とうつに

ついて調べた。具体的には、ゲーム依存度の評価には前述したIGDT-10、ネット依存度の評価にはInternet Addiction Test (IAT) (Young K. Caught in the net. 1998)、そして、うつ症状の評価にはThe Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) (Johnson J, et al., J Adolesc Health 2002) を用いた。

研究3：小児科、精神科医療機関でのゲームの問題への対応についての医師対象調査

ゲームは、子どもから大人まで、あらゆる年齢においてプレイされているが、小児期と成人期では、そのプレイ方法や依存するゲームコンテンツ、ゲームがもたらす問題においても様々な違いがあることが想定される。しかし、小児期GDと成人期GDの実態の違いは十分には把握されていない。

次年度、18歳未満のGDと18歳以上のGDでどのような違いがあるのか全国調査を施行予定である。本研究では、次年度に予定している全国調査の予備的調査として、小児科と精神科でゲームの問題を抱えた患者への診療実態にどのような違いがあるのか、札幌市内の小児科、精神科医療機関で診療に従事する医師にアンケートを郵送し、GDへの対応について調査した。調査票は、クリニック院長、診療部長等の個人宛に郵送し、相応しい回答者によって記入いただくよう依頼した。アンケートは、小児科104施設、精神科87施設、そして両科を標榜する5総合病院の合計196施設に郵送した。

倫理的配慮として、全ての調査に関し、ときわ病院倫理審査委員会の承認を得て行った。また、個人情報保護に配慮した。

C. 研究結果

研究1：合計203名から回答が得られたが、そのうち、42名（20.7%）がGAMES Test 陽性であった。IGDT-10に関しては、IGDT-10-OVで陽性で

あったのはわずか8名(3.9%)であり、IGDT-10-MVで陽性であったのは55名(27.1%)であった。今回、GDの診断を目的とした面接を行っていないため、詳細の検討は困難であるが、スクリーニングテストとして、GAMES Test、IGDT-10-MVとも概ね同程度の有用性であると考えられた。なお、結果を回答者の診断別で群間比較したところ、ADHD群において、ASD群、不安抑うつ群よりも、GAMES TestとIGDT-10-MVの平均合計得点が、統計学的に有意に高かった。

研究2：合計74名から回答が得られた。うつ症状に関しては、PHQ-9合計得点に基づき、74名のうち24.3%が中等度または重度の抑うつ症状を有していた。ゲームの問題に関して、8.1%がIGDT-10-OVによりGDの可能性ありとされ、また、39.2%がIGDT-10-MVによりGDの可能性ありとされた。ネット依存については、27.0%がIAT陽性(20項目5件法、100点満点中50点以上を陽性とする)であった。PHQ-9の合計得点によるうつ症状の重症度と、IGDT-10-OV、IGDT-10-MV、IATの3つの合計得点との相関について調べたところ、うつ症状はGDよりもIAとより強く相関していた。

研究3：合計60件の回答が得られた(回収率30.6%)。ゲームに関連した問題を抱えた症例を診療したことがあると回答した者の割合は、小児科医(n=26)では53.8%(n=14)、精神科医(n=23)では52.2%(n=12)であった。そのうち、(多くは精神科も選択していたが)児童精神科で診療する医師(n=11)では81.8%(n=9)がゲームの問題に対応していた。受診患者全体に占めるゲームに関連した問題を抱える患者の割合をたずねたところ、小児科医の平均は0.6%、精神科医は2.9%、また、児童精神科医では8.7%であった。GDの併存症として最も多い回答はASDであり、次いでADHDが僅差で続いた。うつ病と不安症は3番目

に多かった。ゲームの問題を抱えた症例の初診時主訴についてたずねたところ、生活リズムの乱れと不登校は、小児科、精神科ともに多く、課金の問題は精神科で有意に多かった。小児科では身体愁訴を訴える症例が多い傾向にあった。

D. 考察

GDを精神疾患のひとつとして収載したICD-11は2022年1月に正式発効したが、その有病率を含め、実態は明らかになっていない。従来、ゲームは子どもの遊びというイメージが強く、不登校との関連も指摘されてきた。しかし最近、ゲームコンテンツが充実し、スマホを用いて気軽に隙間時間にプレイできるゲームが増えたことから大人のゲーム時間も増えている。以前から、発達障害やメンタルヘルスの問題を抱えた子どもでGDのリスクが高いといわれてきたが、近年の雇用不安や生活の先行きへの不透明感は、大人の孤立やストレスを助長し、現実逃避の手段としてのゲーム過剰使用につながるリスクが高まっている。とくに中高年層のGDにおいては、失業や社会的役割の喪失が背景にあることも少なくないといわれる。実際、我が国で行われたゲームに関する調査では、非就労成人が、ひきこもりを開始した当初に一定の役割を求められるロールプレイングゲームを好んでプレイし、ゲーム依存傾向を示すことが報告されている(Kubo T, et al., *Psychiatry Clin Neurosci.* 2024)。これは、現実世界で失った役割やつながりを補おうとする目的でゲームに没頭する行動と考えることもでき、興味深い知見である。

今回の調査から、発達障害の子どもではGDの有病率が一般人口よりも高い可能性が示され、ゲーム依存度はうつ症状をはじめとしたメンタル不調とも関連していることが分かった。また近年、ゲームに関連した問題で医療機関を受診する者は増えているが、小児科と精神科ではその相談内容にも相違があることが示唆された。

次年度は、より対象を広げ、子どもと大人のGDの臨床症状や背景要因の相違、ゲームの問題を抱えて医療機関を訪れた子どものみならず、健全な子どもにおけるゲーム依存傾向についても調査する予定である。

E. 結論

すでに多くの小児科医、精神科医がゲームに関連した問題への対応を求められていることが分かった。その一方で、一般小児科医、一般精神科医に比べ、より多くの児童精神科医がゲームに関する問題に対応していることが分かった。児童精神科に通院している子どもにおいてはGDのスクリーニングを目的とした自記式質問紙の陽性率が高く、ゲーム依存度はうつ症状の重症度とも相関する傾向があったことから、診察室での早期発見・早期介入のためのスクリーニングは有用であると思われた。さらには、非臨床サンプルにおけるゲーム行動の実態を把握し、早期徴候を理解することが、予防的観点からも重要であると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Tateno M, Tateno Y, Shirasaka T, Nanba K, Shiraishi E, Shimomura R, Kato TA: Depression, Gaming Disorder, and Internet Addiction in Adolescents with Autism Spectrum Disorder. Behav Sci (Basel) 2025, 15(4): 423
Tateno M, Tateno Y, Shirasaka T, Furuta H, Takahashi Y: Current Clinical Practices for Gaming Disorder and Related Issues in Primary Care Settings in Northern Japan: A Regional Survey in Sapporo. Cureus 2025, 17(3):e80721.

Tateno M, Matsuzaki T, Takano A, Tateno Y, Kato TA, Higuchi S: The rate of patients screened positive for gaming disorder/Internet gaming disorder among adolescents with mental health issues assessed by two screening tests: A nine-item screening test for GD (GAMES Test) and the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10). PCN Rep 2025, 4(1):e70080.

Ono K, Tokushige M, Hiratani N, Kaneko K, Hamamura T, Miyamoto Y, **Tateno M**, Ito M, Takano A: Reliability and validity of the Japanese version of the Internet Gaming Disorder Scale for children (IGDS-C). Neuropsychopharmacology Reports 2025, 45:e12518.

館農勝: ひきこもりとネット・ゲーム依存—共通した背景要因. 医学のあゆみ 2025, 292(11):25622-25625.

館農勝: 不登校とゲーム依存・ネット依存. 精神医学 2024, 66(10):1310-1316.

館農勝: ひきこもりおよびインターネット依存と発達障害臨床—精神療法的視点から—. 精神療法 2024, 50(4):534-537.

館農勝: 発達障害とアルコールやカフェインなどにはどのような関係がありますか? 発達障害Q&A (金生由紀子編), 東京, 医学書院; 2024: 176-177.

2. 学会発表

Tateno M: Youth hikikomori and Internet Gaming Disorder in the Digital Urbanized Society [Symposium: Mental Health Challenges in the Digital Urbanized Society]. The 24th World Congress of Psychiatry, Mexico City, 2024, 11 (シンポジウム)

Tateno M, Matsuzaki T, Tateno Y, Nanba K, Shiraishi E, Shimomura R, Higuchi S: Screen-positive rate for Gaming Disorder among

teenage patients who visited child psychiatry clinic. The 24th World Congress of Psychiatry, Mexico City, 2024, 11 (一般口演)

館農勝：ADHD とゲーム行動症－診断・支援と世界の動向－. 日本 ADHD 学会第 16 回総会，東京，2025，3 (特別講演)

松崎尊信，西村光太郎，三原聡子，北湯口孝，**館農勝**，樋口進：日常診療でゲーム・ネット依存に対応するために. 第 120 回日本精神神経学会学術総会，札幌，2024，6 (シンポジウム)

館農勝：思春期のゲーム・ネット依存. 第 42 回北

海道思春期研究会学術集会，札幌，2024，7 (教育講演)

館農勝：児童精神医学におけるゲーム行動症へのアプローチ. 第 46 回日本アルコール関連問題学会 (2024 年度 アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会)，東京，2024，9 (シンポジウム)

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

令和6年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

ゲームに関連した生活障害等の問題、併存する疾患及び
その対応等の実態把握に資する研究（24GC1014）

小学校低学年向けゲーム依存評価尺度の開発と全国調査の準備

研究分担者 井上 建
獨協医科大学埼玉医療センター

研究要旨

小学校低学年児を対象としたゲーム依存評価尺度（IGDS9-SF-JC）を新たに開発し、その信頼性・妥当性を検証した。良好な内的一貫性と構成概念妥当性が確認された。さらに、全国調査に向けて 287 施設から協力の同意を得た。

A. 研究目的

A. 研究目的

本研究の最終的な目的は、ゲームに関連した問題を扱う専門医療機関や相談機関（精神保健福祉センター等）を対象に全国調査を行い、患者のゲーム行動の特徴、社会的背景、併存疾患、対応法などの実態を把握することである。これらのゲーム関連問題には年齢による差異があると予想されるため、18 歳未満と 18 歳以上の区分で比較検討を行う。

この目的達成のため、令和 6 年度は以下の 2 点を実施した。

1. 小学校低学年のゲーム行動の問題の評価尺度（IGDS9-SF-JC）の開発
2. 全国調査に向けての準備（調査対象機関の選定および倫理審査申請）

B. 研究方法

1. IGDS9-SF-JC の開発

IGDS9-SF-JC をもとに小児科学・小児精神医学・臨床心理学の専門家 3 名が質問紙を作成し、小学校教諭 2 名と協議・修正のうえ、小学校低学年向けの評価ツール（IGDS9-SF-JC）とした。千葉県内の公立小学校 1 校の全校生徒 590 名を対象に Web フォームで調査を実施した。併せて、年齢・性別・ゲーム利用状況・生活習慣（食事、睡

眠等）も収集した。

信頼性・妥当性を評価するため、Cronbach の α 係数および確認的因子分析（CFA）を実施し、因子負荷量と GFI, CFI, NFI, AGFI, RMSEA, SRMR などの適合度指標を算出した。

統計解析には、GraphPad Prism（9.5.0）と RStudio（3.6.0）を用い、記述統計、Mann-Whitney の U 検定、Kruskal-Wallis 検定、Spearman の相関分析を行った。

（倫理面への配慮）本研究は、当施設の臨床研究倫理審査委員会の承認（研究番号 22042）を得て実施した。回答する児童と保護者には事前に書面で本研究の目的を示し、同意が得られた方にのみ調査を依頼した。

2. 全国調査に向けての準備

分担研究者が所属する小児神経学会および小児心身医学会のメーリングリストを活用し、ゲームに関連する問題の診療に従事しており、メールでの連絡に同意する医師を募った。倫理審査の申請は、報告者が所属する獨協医科大学埼玉医療センター臨床研究倫理審査委員会へ申請した。

C. 研究結果

1. IGDS9-SF-JC の開発

557 名（94.4%）から回答を得、無効回答を除外

した 525 名 (89.0%) のデータを解析対象とした。

IGDS9-SF-JC の総スコアは以下の通り：平均 16.6、標準偏差 6.34、中央値 15、歪度 0.96、尖度 0.86。

9 つの設問項目における Cronbach の α 係数は 0.849 で良好な内的一貫性を示した。CFA の結果、因子負荷量は 0.481~0.723 で全項目が 0.4 以上。GFI=0.942、CFI=0.931、NFI=0.916、AGFI=0.903、RMSEA=0.085、SRMR=0.049 と、適合度はおおむね良好であった。

総スコアは、電子機器所持者>非所持者

($p<.001$)、男児>女児 ($p<.001$)、朝食未摂取者>摂取者 ($p<.05$) で有意差があった。また、ゲーム時間・動画視聴時間・就寝時間と総スコアとの間に正の相関を認めた ($r=0.27\sim0.49$)。起床時間、勉強時間、欠席日数、年齢には相関を認めなかった。

2. 全国調査に向けての準備

287 の医療機関（主に小児科・精神科）から調査協力の同意を得た。地域・施設種別を今後の分析に活用予定。また、2025 年 1 月に臨床研究新規審査依頼を行い、同年 2 月に臨床研究倫理審査委員会より承認された。

D. 考察

1. IGDS9-SF-JC の開発

作成した IGDS9-SF-J 低年齢版は十分な内的一貫性を認め、CFA での適合度指標も良好だった。総スコアとゲーム利用時間には正の相関があり、Halley et al.(2015)と同様の結果が示された。また、IGD と睡眠の問題については関連があると報告されている(Rehbein et al., 2015)が、本研究

でも総スコアが高いほど就寝時間は遅く、それらの関連性が示唆された。これらの結果から、IGDS9-SF-J 低年齢版は小学校低学年児童を対象とした IGD の評価ツールとして有用であると考えられた。

2. 全国調査に向けての準備

ゲーム行動に関する臨床的関心は限定的と考えられていたが、今回の募集では 287 施設の協力が得られたことは注目に値する。全国的な実態把握と年齢別の比較解析に資する十分なサンプル確保が見込まれる。

E. 結論

小学校低学年向けのゲーム行動評価尺度 IGDS9-SF-JC は、十分な信頼性と構成概念妥当性を有し、若年層におけるインターネット・ゲーム依存傾向のスクリーニングに有用であることが示された。また、令和 7 年度に実施予定の全国調査に向け、287 施設から調査協力の同意を得ており、倫理的準備も整った。今後、年齢群間の比較を含む全国的な実態調査を通じ、より有効な支援策の構築が期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 特記なし
2. 学会発表 特記なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

令和 6 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

研究分担報告書

ゲームに関連した生活障害等の問題、併存する疾患
及びその対応等の実態把握に資する研究（24GC1014）

相談家族等の実態調査

研究分担者 高野 歩

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

薬物依存研究部 室長

【背景】本研究は、全国の精神保健福祉センターにおけるゲーム関連問題の相談状況、相談者の特徴、併存する問題、支援体制の実態を明らかにすることを目的とした。

【方法】全国のセンター69 カ所を対象に、ゲーム関連問題の相談状況等に関するアンケート調査を 2024 年 11 月から 2025 年 1 月にかけて実施した。有効回答は 67 カ所（回収率 97.1%）であった。相談の有無、件数、相談者の属性、併存問題、地域資源の有無、マニュアル活用状況等について記述統計分析を行った。

【結果】67 センターのうち 65 センター（97.0%）が令和 5 年度にゲーム関連の相談を受け、相談件数は「変化なし」（47.8%）または「増加傾向」（34.3%）であった。相談者は「母親」（94.0%）が主で、ゲームに関する問題を抱える本人は「男性」（97.0%）が大半だった。本人の年代は「大学生・成人等」（40.3%）が最多で、次いで「高校生」（26.9%）、「中学生」（23.9%）であった。併存する問題（複数回答）は、「課金や経済的問題」（54 件）、「親子関係の悪化」（53 件）、「不登校」（52 件）、「本人からの暴言」（46 件）が上位を占めた。社会資源として、センター管轄内に専門治療を提供する医療機関があるのは 56.7%、家族会があるのは 23.9%だった。自由記述からは、ゲーム没頭による昼夜逆転や生活破綻、多額課金のための家庭内窃取や借金、ゲーム制限時の暴力・暴言など深刻な事例が見られた。

【結論】ほとんどのセンターがゲーム関連問題に対応しており、相談件数は増加・横ばい傾向だった。相談は主に母親からで、問題を抱える本人は男性、特に大学生・成人等が多かった。専門医療機関や家族会等の社会資源は不足しており、支援体制の強化が必要である。

研究協力者

藤城 聡 愛知県精神保健福祉センター
徳重 誠 東京大学大学院医学系研究科
精神看護学分野 博士課程

大野昂紀 東京大学大学院医学系研究科
社会医学専攻 臨床情報工学
分野 博士課程

A. 研究の背景と目的

近年、ゲーム行動に関する問題は国内外で深刻な健康課題となっている。過度なゲームへの没頭は、日常生活への支障、ひきこもり、不登校、精神的不調、家族関係悪化、多額課金、暴力・暴言などを引き起こす。また、ゲーム行動の低年齢化と共に、支援対象となる年齢層は拡大している。支援体制の強化が求められるが、精神保健福祉センター（以下、センター）におけるゲーム関連問題に関する相談実態や支援状況の情報は限られている。本研究は、全国のセンターにおけるゲーム関連問題の相談状況、相談者の特徴、併存する問題、支援体制の実態を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

全国の精神保健福祉センター69カ所を対象に、ゲーム関連問題の相談状況等に関するアンケート調査を2024年11月から2025年1月にかけて実施した。アンケートの内容は、過去に実施された精神保健福祉センター向け調査¹⁾の内容を参考に作成し、相談の有無、相談件数、相談者の属性、併存問題、地域資源の有無、マニュアル活用状況、相談内容や支援内容等について調査した。調査内容について、記述統計分析を行い、自由記述の内容を類似する内容ごとにまとめた。

本研究は、全国精神保健福祉センター長会の倫理審査の承認を得て実施した。

C. 結果

67カ所のセンターから回答を得た（回収率97.1%）。相談件数や相談内容に関する結果を表1に示す。67センターのうち65センター（97.0%）が令和5年度にゲーム関連の相談を受け、相談件数は「変化なし」（47.8%）または「増加傾向」（34.3%）であった。相談者は「母親」（94.0%）が主で、ゲームに関する問題を抱える本人は「男性」（97.0%）が大半だった。本人の年代は「大学生・成人等」（40.3%）が最多で、次いで「高校生」（26.9%）、「中学生」（23.9%）であった。

ゲームに関連する問題以外によくある相談内容は（複数回答）は、「課金や経済的問題（54件）」、「親子関係の悪化（53件）」、「不登校（52件）」、「本人からの暴言（46件）」、「ひきこもり（40件）」、「本人の精神的不調（40件）」が上位を占めた。

社会資源として、センター管轄内に専門治療を提供する医療機関があるのは56.7%、家族会があるのは23.9%だった。相談機関向け「ゲーム依存：相談対応マニュアル」を活用しているセンターは、55.2%であった。

相談内容と対応に関する自由記述からは、ゲーム没頭による昼夜逆転や生活破綻、多額課金のための家庭内窃取や借金、ゲーム制限時の暴力・暴言など深刻な事例が見られた（表2～5）。

相談の際に困ることとして、ゲームに関連する問題に対応する医療機関や社会資源がなく、支援体制が確立されていないこと、精神疾患・発達障害・知的障害の併存や問題の複雑さ、家族との関係性の構築の難しさ、教育機関との連携の難しさなどが挙げられた（表6～7）。

D. 考察

ほとんどの精神保健福祉センターがゲーム関連問題に対応しており、相談件数は増加・横ばい傾向だった。相談は主に母親からで、問題を抱える本人は男性、特に大学生・成人等が多かった。ゲーム行動症はより若年層での発症傾向が指摘されており問題の長期化・深刻化が示唆される。

ゲームに関する問題の専門的治療を提供する医療機関がある地域は半数程度にとどまり、家族会がある地域は、1/4程度であった。他の依存症と異なり、若年層の発症が多いこと、家族が相談機関につながるケースが多いことを考えると、家族を支える社会資源の充実が求められる。

相談内容や支援に関する自由記述からは、ゲームに関する問題だけでなく、金銭的な問題や暴力・暴言に発展するケース、不登校やひきこもりの状態にあり支援につながりにくいケース、精神障害や発達障害等の併存により問題が複雑化しているケースなどがあり、多岐にわたる問題をアセスメントし適切な支援につなげることが難しい状況にあることが考えられた。現時点では、ゲーム行動症に関する診断方法や治療ガイドラインが公表されておらず、支援者の教育や情報交換の場も限られると思われる。また、専門医療機関や家族会等の社会資源は不足しており、支援体制の強化が急務であると考えられた。

E. 結論

ほとんどの精神保健福祉センターがゲームに関する問題の相談支援を担っていた。ゲームの問題以外にも複雑で多様な問題を抱えるケースが一定数存在し、手探りで支援を行っていることがうかがえた。ゲームの問題に対応する専門医療機関や社会資源などがほとんどなく、支援体制が整っていない地域が多かった。また、深刻なケースへの介入、親子関係への介入、教育機関との連携等において、対応に困難を感じる支援者が多いことが考えられた。問題の長期化を防ぐためにも、早期支援・介入が行えるような支援

体制構築が必要であり、支援者の教育や専門医療機関や家族会等の充実が求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

論文発表

- 1) Ayumi Takano, Chiaki Hiraiwa, Erina Oikawa, Akiko Tomikawa, Kyosuke Nozawa: Validity and reliability of the Japanese version of the Substance Use Stigma Mechanism Scale. PLOS ONE 19(10): e0310514- e0310514,2024.
- 2) Ayumi Takano, Kunihiko Takahashi, Tatsuhiko Anzai, Takashi Usami, Shiori Tsutsumi, Yuka Kanazawa, Yousuke Kumakura, Toshihiko Matsumoto: Predictors for recurrence of drug use among males on probation for methamphetamine use in Japan: a one-year follow-up study. Drug and Alcohol Dependence Reports 100316-100316,2024.
- 3) Koki Ono, Makoto Tokushige, Nanami Hiratani, Kyosuke Kaneko, Toshitaka Hamamura, Yuki Miyamoto, Masaru Tateno, Masaya Ito, Ayumi Takano: Reliability and Validity of the Japanese Version of the Internet Gaming Disorder Scale for Children (IGDS - C). Neuropsychopharmacology Reports 45(1),2025.
- 4) Masaru Tateno, Takanobu Matsuzaki, Ayumi Takano, Yukie Tateno, Takahiro A. Kato, Susumu Higuchi: The rate of patients screened positive for gaming disorder/Internet gaming disorder among adolescents with mental health issues assessed by two screening tests: A nine - item screening test for GD (GAMES Test) and the Ten - Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT - 10). Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports 4(1):2025.
- 5) Shixian Geng, Ginshi Shimojima, Chi-Lan Yang, Zefan Sramek, Shunpei Norihama, Ayumi Takano, Simo Hosio, Koji Yatani: When Group Spirit Meets Personal Journeys: Exploring Motivational Dynamics and Design Opportunities in Group Therapy. arXiv:2410.18329v1 Human-Computer Interaction. 2024.
<https://doi.org/10.48550/arXiv.2410.18329>
- 6) 齋藤 利和, 宮田 久嗣, 高野 歩: ハームリダクションの広がりについて—物質使用障害治療への応用—. 精神神経学雑誌 126(5): 309-315, 2024.
- 7) 水野聡美, 堤 詩織, 新田慎一郎, 高野 歩: インドネシアの精神科病院における薬物使用障害患者への治療と支援の実践 59(3): 109-117, 2025.
- 8) 堤 史織, 宇佐美貴士, 高野 歩, 熊倉陽介, 金澤由佳, 武林 亮, 杉山大典, 松本俊彦: 薬物犯罪の更生保護施設利用者における健康格差. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 59 (3): 53-66, 2025.
- 9) 高野歩: アルコール問題に対するハームリダクションアプローチ —職場での応用—, 産業精神保健「特

集: 職場のアルコール問題の解決」, 32 (2): 178-183, 2024.

- 10) 高野歩: アルコール問題に対する ハームリダクションアプローチ, 大学のメンタルヘルス, 6: 25-25, 2024.

学会発表

- 1) Ayumi Takano, Koki Ono, Futaba Umemura, Makito Sato, Kayo Okuda, Jun Sese, Toshihiko Matsumoto : Development of a Model to Distinguish Methamphetamine Use from Alcohol Use Based on Sleep and Heart Rate Conditions Assessed by a Wearable Activity Tracker. The College on Problems of Drug Dependence (CPDD) 86th Annual Scientific Meeting, Montreal ,2024.6.15-19.
- 2) 高野歩, 大野昂紀, 奥田華代, 瀬々潤, 湯本洋介, 松下幸生, 松本俊彦: 飲酒が心拍数および睡眠に与える影響: ウェアラブル活動量計とスマホアプリを用いた計測、第 59 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会、東京、2024.9.19-21
- 3) 高野歩, 高橋邦彦, 安齋達彦, 宇佐美貴士, 堤史織, 金澤由佳, 熊倉陽介, 松本俊彦: 男性の覚醒剤使用者における違法薬物再使用リスク: 保護観察対象者の前向きコホート研究、第 59 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会、東京、2024.9.19-21
- 4) 高野歩, 水野聡美, 新田慎一郎, 堤史織: インドネシアの薬物政策と医療: 保健省の役割と保健所における活動、第 59 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会、東京、2024.9.19-21
- 5) 松枝 美智子, 光永 憲香, 脇崎 裕子, 植田 愛, 倉持 裕子, 増満 誠, 高野 歩, 中本 亮, 池田 智, 児玉 裕子, 安保 寛明: COVID-19 に罹患した利用者をケアした経験を持つ訪問看護師の Moral Injury につながる状況、第 44 回日本看護科学学会学術集会、熊本、2024.12.7-8

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 引用文献

- 1) 原田豊. 令和 3 年度厚生労働科学研究費補助金 (障害者政策総合研究事業) ゲーム障害の診断・治療法の確立に関する研究 (20GC102 2分担研究報告書) https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202118027A-buntan2_0.pdf

表1. 精神保健福祉センターにおけるゲームに関連した相談件数や内容

	N	%
回答数	67	97.1
「令和5年度」にゲームに関連した相談(電話、メール、来所)はありましたか。		
ない	2	3
あった	65	97
ゲームに関連した相談が「あった」と回答された方にうかがいます。		
「令和5年度」のゲームに関連したおおよその電話相談実数を教えてください。		
1-10 件	24	36.9
11-30 件	29	44.6
31-50 件	7	10.8
51-100 件	5	7.7
100 件以上	0	0
ゲームに関連した相談が「あった」と回答された方にうかがいます。		
「令和5年度」のゲームに関連したおおよその来所相談実数を教えてください。		
0 件	5	7.7
1-10 件	46	70.8
11-30 件	12	18.5
31-50 件	1	1.5
51-100 件	1	1.5
100 件以上	0	0
ゲームに関連した相談件数はこの2～3年で増えましたか、それとも減りましたか。		
減少傾向	12	17.9
変化なし	32	47.8
増加傾向	23	34.3
相談者として一番多いのは、誰ですか。		
母親	63	94
父親	0	0
祖父母	0	0
きょうだい	0	0
配偶者	1	1.5
教育機関職員	0	0
その他	3	4.5
ゲームに関する問題を抱える本人の性別		
男性	65	97
女性	2	3
その他の性	0	0
不明	0	0
ゲームに関する問題を抱える本人の年代		
修学未満	0	0
小学生	0	0
中学生	16	23.9
高校生	18	26.9
大学生・成人等	27	40.3
不明	6	9
ゲームに関連する問題以外によくある相談内容として当てはまるものをすべて教えてください。(複数回答可)		
ひきこもり	40	-
不登校	52	-
本人の精神的不調	40	-
本人の身体的不調	17	-
本人からの暴力	36	-
本人からの暴言	46	-
本人の注意欠如・多動性(ADHD)傾向	39	-
本人の自閉スペクトラム症(ASD)傾向	33	-
課金や経済的な問題	54	-
相談家族の精神的な不調	33	-
相談家族の身体的な不調	13	-
親子関係の悪化	53	-
夫婦関係の悪化	30	-
家族間でのゲームに関する意見の不一致	30	-
その他	8	-
貴自治体内に、ゲーム行動症に関する治療を専門的に提供している医療機関はありますか。		
ない	28	41.8
ある	38	56.7
わからない	1	1.5
貴自治体内に、ゲーム行動症やゲーム問題に関する家族会はありますか。		
ない	42	62.7
ある	16	23.9
わからない	9	13.4
相談機関向け「ゲーム依存:相談対応マニュアル」を活用されていますか。		
活用していない	27	40.3
活用している	37	55.2
わからない	3	4.5

表2. ゲームへの没頭が激しく日常生活に支障を来している場合の相談内容と対応

分類名	相談内容	対応
1. 学業への支障と不登校(59 件)	不登校・行き渋り・学校を休みがち・遅刻が増える (37 件) 成績低下・学業不振・授業に集中できない・授業中寝る (11 件) 進級困難・単位不足・留年・退学・転校 (8 件) 宿題ができない・提出物が出せない (2 件) 学校から配布されたタブレットの不適切使用で注意を受ける (1 件)	継続的な家族面接や本人面接を実施し、学校との連携 (SC・SSW・担任への相談) を促す。必要に応じて専門医療機関や教育相談機関の情報提供、家族の対応方法に関する助言を行う。 学校と連携し本人の状況を把握、学習支援や環境調整を検討する。生活リズムの改善やゲーム以外の活動への関心を促す。 本人の意思を尊重しつつ、進路相談や専門機関と連携し、具体的な対策 (単位修得支援、代替学習機会の提供等) を検討する。 家庭内での声かけの工夫や、本人が取り組みやすい環境設定について助言する。学校と協力し、課題遂行のサポート体制を検討する。 学校と家庭でタブレット使用に関するルールを再確認し、守れる範囲での見直しを一緒に行う。
2. 生活リズムの著しい乱れ(68 件)	昼夜逆転している・朝起きられない (43 件) 食事や入浴をしない・しぶる・食事内容の偏り・不規則な食事 (10 件) 睡眠不足・不眠・夜中に騒ぐ (6 件) 保清行動の低下 (着替えない、歯磨きしない、入浴しない等) (5 件) 部屋にこもる・ゴミ屋敷状態 (4 件)	継続的な家族面接や本人面接を通じ、生活リズム改善指導 (起床時間の統一、日中活動の推奨、睡眠環境整備) を行う。医療機関の受診も検討する。 健康面への影響を伝え、まずは本人が受け入れやすい形での改善 (好きなものを取り入れる、時間を区切る等) を試みよう助言する。必要に応じて栄養指導や医療機関との連携を検討する。 睡眠衛生に関する指導や、リラックス方法の提案を行う。騒音問題については近隣への配慮を促し、場合によっては専門機関に相談するよう助言する。 本人の抵抗が少ない部分から少しずつ清潔行動を促す声かけを助言する。自尊心を傷つけない配慮をしつつ、必要性を伝える。 本人のスペースとして尊重しつつ、健康や衛生面での問題を伝え、片付けや清掃について段階的な目標設定や協力体制を一緒に考える。
3. 対人・家族関係の悪化と行動の問題(33 件)	家族への暴言・反抗的な態度・親子関係の悪化 (10 件) ひきこもり状態・自室への引きこもり (11 件) イライラしやすい・感情的に荒れる・物に当たる・暴力行為 (6 件) 家族との会話がない・コミュニケーション不全 (4 件) 家出を繰り返す (2 件)	継続的な家族面接を実施し、CRAFT の要素を含めた家族の対応方法 (傾聴、メッセージ、肯定的なフィードバック) を助言する。家族会や自助グループを紹介する。 本人の安心できる空間を確保しつつ、外部との接点を持つ機会 (デイケア、フリースペース、趣味の活動等) を情報提供する。ひきこもり支援センター等専門機関との連携を検討する。 本人の感情の背景にある困りごとやストレスを傾聴し、アンガーマネジメントの方法やクールダウンの方法と一緒に探す。暴力行為には毅然とした対応と安全確保を最優先とし、必要に応じて警察や児童相談所への相談を助言する。 家族が本人の話を聞く姿勢を示し、ゲーム以外の共通の話題を見つける努力を促す。コミュニケーションスキル向上のためのプログラムやカウンセリングを提案する。 家出の原因や本人の気持ちを丁寧に聞き、家庭内の問題解決に向けた話し合いを促す。安全確保のための連絡手段や避難場所の確認、関係機関との連携を検討する。回復プログラム (SAT-G 等) を紹介する。
4. 就労・経済的問題 (17 件)	仕事に行けない・仕事が長続きしない・欠勤・解雇・休職 (9 件) ゲーム課金による多額の支払い・借金・金銭要求 (6 件) 日中何もしることがなくゲームばかりして転職先が決まらない (1 件) 光熱費の支払いができていない (1 件)	本人の状態に合わせて、就労継続支援、就労移行支援、デイケア、若者サポートステーション等の社会資源を紹介し、段階的な社会復帰を支援する。 依存症専門医療機関やカウンセリング、自助グループを紹介する。金銭管理能力向上のための助言や家計簿指導を行う。借金問題については弁護士や消費生活センター等の専門機関への相談を促す。 ハローワークや転職エージェントへの登録、職業訓練、資格取得など具体的な行動計画と一緒に立てる。自己分析やキャリアカウンセリングを勧める。 生活困窮者自立支援制度や社会福祉協議会など、公的支援や相談窓口の情報を提供する。家計管理の見直しを支援する。
5. 複合的要因と専門的介入の必要性が高いケース(17 件)	発達障害の疑いや診断があるケース (7 件) ひきこもりとゲーム依存が深刻に合併している (4 件) 他の精神疾患 (うつ、強迫性障害等) を合併・またはその疑い (3 件) 「ゲーム以外の息抜きの方法がわからない」等、本質的な生きづらさを抱える (1 件) 育児や家事に支障をきたしている (ゲームに夢中で育児をしない等) (2 件)	発達障害の特性を理解した関わり方について家族に助言し、専門医療機関 (児童精神科等) や発達障害者支援センターとの連携を強化する。本人の特性に合った支援計画を作成する。 本人の状態や希望に応じて、訪問支援、居場所支援、就労支援など多角的なアプローチを検討する。地域のひきこもり支援機関や NPO と連携し、社会とのつながりを再構築する支援を行う。 かかりつけ精神科医との情報共有と連携を密にし、治療を優先しながらゲームへの関わり方を調整する。本人の精神的負担を軽減するための心理教育やカウンセリングを提供する。 本人の興味関心が持てる他の活動 (趣味、スポーツ、ボランティア等) を一緒に探し、試す機会を提供する。自己肯定感を高める関わりや、小さな成功体験を積み重ねられるような支援を行う。 母子保健や児童福祉担当課、子育て支援センター等と連携し、育児支援サービスやペアレントトレーニングの利用を勧める。本人の心身の健康状態への配慮とサポートを行う。

表3. 多額の課金により、日常生活に支障を来している場合の相談内容と対応

分類名	相談内容	対応
1. 未成年者による課金と家庭内金銭トラブル (24 件)	クレジットカード(親のもの)の無断使用やキャリア決済等による高額課金 (11 件) 親や祖父母の財布・貯金からの金銭抜き取り、家庭内窃盗 (10 件) お小遣い以上の金銭要求、または金銭を得るための嘘 (2 件) ゲーム課金による学業成績低下や受験への影響 (1 件)	家庭内での金銭管理ルール(小遣い帳、使用上限設定等)の話し合いと設定を助言。カード会社への連絡、キャリア決済の利用制限設定を案内。専門医療機関や消費生活センターの情報提供。 お金の価値や管理について家庭で教えることの重要性を伝え、本人の行動の背景(なぜ盗んでしまうのか)を丁寧に聴くよう促す。児童相談所や専門医療機関への相談を提案。 金銭要求への具体的な対応方法(一律で渡さない、定額にする等)を家族と考え、本人の行動の背景にある欲求や問題を把握するよう助言する。 ゲーム依存が学業に与える影響について本人・家族と共有し、学習習慣の再構築と進路についての話し合いを促す。学校や教育相談機関との連携を検討する。
2. 成人による高額課金と家計・生活への影響 (15 件)	自身の収入以上の多額の課金、貯金の取り崩し、衝動的な課金 (8 件) 家族のクレジットカード無断使用、家計からの持ち出し、家計圧迫 (6 件) 給与の過少報告など、金銭問題に起因する夫婦・家族関係の悪化 (1 件)	依存症専門医療機関の受診勧奨、オンラインミーティング(自助グループ)や家族教室を紹介。家計管理の見直しと、ゲーム以外のストレス発散方法や楽しみを見つけることを支援。 家族面談を通じて、現状の共有と今後の金銭管理について話し合う。家族が本人の尻拭いをしないよう助言し、家計への影響を具体的に示す。 夫婦・家族カウンセリングを提案し、信頼関係の再構築とオープンなコミュニケーションを促進する。金銭問題の解決に向けた協力体制を築く。
3. 借金と多重債務(25 件)	消費者金融、友人、金融機関等からの借金、借金の繰返し (18 件) 借金による返済困難、家計圧迫、生活資金不足 (6 件) 自己破産に至ったケース (1 件)	法テラス、司法書士会、弁護士会、多重債務相談窓口等、債務整理に関する専門相談窓口を紹介。貸付自粛制度の情報提供。 依存症専門医療機関、回復支援施設(NPO 法人等)、自助グループ(GA 等)を紹介し、借金問題の根本解決と生活再建を支援。家族による借金の肩代わりはしないよう助言。精神的なケアと共に、生活再建に向けた具体的な計画(家計管理、就労支援等)をサポート。消費生活センターや寄り添いサポートセンター等、利用可能な社会資源を案内。
4. 窃盗・詐取・脅迫行為を伴う深刻な金銭問題(8 件)	家庭内での金銭窃盗の常習化・悪質化、家財の無断売却 (6 件) 家族(特に判断能力の低下した高齢者など)を騙して金銭を得る (1 件) お金を渡さないと暴力的になったり脅したりする(犯罪に発展する可能性) (1 件)	継続的な家族面接と本人面接(SAT-G 等を活用)を実施。家族への心理教育とイネイブリングにならない関わり方を助言。法務少年支援センター等、専門機関との連携を検討。 高齢者虐待防止センターや地域包括支援センター等と連携し、被害を受けている家族の保護と本人の行動変容を促す。成年後見制度等の利用も視野に入れる。 家族の安全確保を最優先とし、危険を感じる場合は警察への相談も検討するよう助言。脅しに屈して金銭を渡さない毅然とした対応と、そのための具体的なコミュニケーション方法を指導。
5. 複合的背景や生活破綻に至る金銭問題(8 件)	発達障害(ADHD 等)、知的障害、精神障害が背景にある衝動的な課金や金銭管理困難 (3 件) 借金と生活困窮によるライフライン停止、ゴミ屋敷化 (1 件) 課金を断ると自殺をほのめかすなど、精神的に不安定な状態を伴う (1 件) 家族が借金を肩代わりし続けている、または家族がお金を渡し続けてしまう共依存的状況 (4 件)	依存症専門医療機関への受診を勧め、背景にある精神疾患や発達障害への対応を主治医と相談。障害特性を理解した金銭管理方法(デビットカード利用、都度現金払い等)の検討や、福祉サービスの利用を提案。 多重債務相談窓口、ひきこもり支援機関、生活困窮者自立支援制度等、多機関連携による包括的支援を行う。本人の状態に応じた生活環境の改善と安全確保を優先。本人の精神状態を最優先に考え、精神科医療機関への緊急相談や受診を強く勧める。家族の精神的負担を軽減するため、カウンセリングや家族教室への参加を促す。 家族に対し、共依存のリスクと肩代わりの問題点を説明し、「本人の問題」と「家族の問題」を分離する作業を支援。依存症家族教室や自助グループへの参加を強く勧め、家族自身の回復と適切な対応方法の習得を促す。

表4. 暴力・暴言がある場合の相談内容と対応

分類名	相談内容	対応
1. ゲーム制限等に対する暴言・反抗(13件)	ゲームの中止やルールについて注意・指摘されると、暴言や大声で反抗する (8件) オンラインゲームの対戦相手やゲームの話題になると暴言が出る (2件) 親(特に母親)に対して暴言を吐き、親子間の言い争いや関係悪化が生じている (3件)	継続的な家族面接を実施し、本人とのコミュニケーション方法(メッセージ、声かけの工夫、心配していることを伝える等)や家族の関わり方について助言する。 継続面接の中で暴言への対応を検討し、対戦相手とは距離を置くよう促す。 本人と親双方からの相談を電話や面接で受け、依存症専門医療機関への受診や家族支援プログラムの利用を勧める。
2. ゲーム制限等に対する物損行為(12件)	ゲームを制限されたり、うまくいかないといらいらし、物を投げる・壊す、壁に穴を開けるなど物にあたる (9件) ゲーム機やスマホを取り上げようしたり、Wi-Fiを切ったりすると物を壊す (3件)	暴力や物損に至る前のきっかけの言葉や状況を把握するよう助言し、それでも行為に至る場合は警察対応も視野に入れることを伝える。家庭裁判所の対応についても情報共有する場合がある。 ゲーム機を無理に取り上げるとは効果が薄いことを説明し、落ち着いている時に双方が納得するルールを再設定するよう助言する。必要に応じて医療機関や教育相談機関を紹介する。
3. ゲーム制限等に対する家族への直接的暴力(18件)	ゲームを取り上げようしたり、注意したりすると、家族(親、兄弟)に対して殴る、蹴る、突き飛ばすなどの暴力を振るう (13件) ゲームの課金支払いを断られたり、金銭を要求して断られたりすると暴力を振るう (2件) 暴力により家族が怪我をする、またはその危険性が高い状況がある (3件)	家族へ暴力時の対応方法(安全確保、避難)を助言し、危険な場合は警察を呼ぶよう伝える。児童相談所や専門医療機関への相談・連携を提案する。 本人及び家族面談を継続し、暴力時は警察への通報を助言する。専門機関への紹介や家族教室への参加を勧める。 暴力がエスカレートする場合は警察を呼ぶことを強く助言し、家族の安全確保を最優先にするよう伝える。少年サポートセンターや一時保護の選択肢も提示する。
4. 緊急性の高い暴力・脅迫(4件)	「殺してやる」「死ぬ」などと脅迫的な言葉を伴う暴言や暴力がある (3件) 家族を包丁で脅すなど、生命の危険を感じさせる行為がある (1件)	家族の会やペアレントトレーニングを紹介し、暴力や脅迫がある場合はためらわずに警察を呼ぶよう強く助言する。家族の精神的回復も支援する。 直ちに警察に介入を求めるよう指示し、安全確保を最優先とする。精神科医療機関への緊急相談も検討する。
5. 複合要因があるケースにおける専門機関との連携(8件)	発達障害が疑われる、または診断されており、ゲームに関する注意で暴言・暴力、器物破損が生じる (3件) 複数機関に相談歴があるが改善せず、暴力や暴言が悪化。家庭内暴力として深刻な状況 (3件) いじめ、不登校、ひきこもり、離婚、失業など、ゲーム依存の背景に複数の困難や生活上の大きな変化があり、それが暴力や暴言の引き金になっている (2件)	主治医や専門医療機関(児童思春期外来等)に現状を相談し対応方法の助言を得るよう促す。家庭内での対応(父親に対応してもらう等)や児童相談所との連携を助言する。 家庭内暴力に特化した家族教室や自助グループを紹介し、暴力に屈せず危険時は避難・警察通報するよう伝える。必要に応じて依存症専門医療機関や地域の福祉機関と連携する。 本人を含めた家族の安全確保を最優先とし、警察介入も視野に入れる。依存症家族ミーティングや専門医療機関を紹介し、家族としての適切な距離の取り方やコミュニケーション改善を支援する。地域の社会資源(若者サポートステーション等)も情報提供する。

表5. その他（精神疾患との鑑別・ネット上でのトラブル等）の相談内容と対応

分類名	相談内容	対応
1. オンライン上の対人関係・情報トラブルとそれに伴う精神的不調(9 件)	ゲームや SNS で知り合った相手との関係悪化、トラブル（金銭要求、個人情報流出含む）による精神状態の不安定化（7 件） オンラインゲーム上での暴言や、ゲームのことで頭がいっぱいになり仕事等に集中できない（2 件）	電話や来所による継続的な面談を実施し、主治医やカウンセラーへの相談を勧奨する。警察、弁護士等への相談も視野に入れ、トラブル回避のための対処法やクライシスプランを一緒に検討する。学校や関係機関と連携する。 継続的な家族面接や本人面談を通じて、感情コントロールや集中力維持の方法を助言する。必要に応じて専門機関を紹介する。
2. 発達障害・知的障害の背景とゲーム関連問題(10 件)	発達障害(ADHD 等)や知的障害の診断・疑いがあり、衝動性、こだわり、対人関係の苦しさ等がゲーム問題や関連トラブル(浪費等)に影響（9 件） 発達障害の診断や適切な処方が得られず対応に苦慮している（1 件）	発達障害を診療できる専門医療機関を紹介・情報提供し、本人の特性に合った支援や関わり方について家族と共に検討する。Dr.による診立てや助言、継続的な家族面接、障害者基幹相談センター等の専門機関を紹介する。 複数の医療機関や相談機関の情報を提供し、セカンドオピニオンの検討を促す。診断がつかない場合の対応や、本人の特性に応じた関わり方について一緒に考える。
3. 精神疾患(うつ等)・希死念慮・自傷行為(10 件)	うつ状態、うつ病の診断・疑い、気分の落ち込み、無気力（4 件） 希死念慮、自殺未遂、自傷行為がある（3 件） 不眠、身体症状(痩せ、体調不良、市販薬での自己対処)（2 件） ゲーム中の暴力や独り言が激しく精神疾患を疑う（1 件）	精神科医療機関の紹介、受診勧奨、または通院中の場合は主治医への相談を強く促す。休養の必要性を伝え、回復支援プログラム等の社会資源を情報提供する。 緊急性が高い場合は精神科救急や警察との連携も視野に入れ、速やかな医療機関受診を勧奨する。本人と家族の安全確保を最優先とし、具体的な対応方法を助言する。個別面談を早急に設定する。 まずは内科等身体科の受診を勧め、身体的な問題がないか確認する。その上で、精神科医療機関への相談や生活習慣の見直しを助言する。 精神科医療機関の受診を勧め、専門家によるアセスメントと診断を促す。家族の不安軽減のための相談も並行して行う。
4. ひきこもり・社会的孤立(4 件)	ひきこもり状態でゲームに依存し、食事を忘れるほど没頭、体調面の心配がある（3 件） 受診や入院を希望するが本人が拒否し、強制的な対応は困難である（1 件）	ひきこもり相談窓口、ユースプラザ、青少年相談センター等の相談先情報提供を行う。本人が助けを求められるような関係づくりや家族の関わり方を助言し、健康状態に応じて身体科受診を勧奨する。 強制的な受診や入院は困難であることを伝え、本人の意思を尊重しつつ、根気強く関わることの重要性を説明する。家族の不安に寄り添い、利用可能な社会資源やアプローチ方法を一緒に探す。
5. 家族の深刻な疲弊と共倒れのリスク(4 件)	本人の対応に家族が疲弊し、うつ状態や不調をきたしている（2 件） 親が子育てへの失敗感や自責の念を抱えている、または親子関係が共依存的である（2 件）	家族自身の精神科受診やカウンセリングを勧め、主治医への相談を助言する。家族が休息を取れるようなレスパイトケアやサポートグループの情報を提供する。 家族が抱える感情を受容し、問題は誰か一人の責任ではないことを伝える。家族としての問題と本人の問題を分けて考えるよう助言し、適切な距離の取り方やコミュニケーション方法を一緒に学ぶ機会を提供する。
6. 複合的な問題(就労困難、逸脱行動リスク等)(5 件)	会社でのパワハラによる休職、その後の支払い滞納や、仕事に身が入らない等の就労問題（2 件） 隣家の無線 LAN 盗用、家出、ネット上への個人情報開示による犯罪被害リスクなど、逸脱行動や法的問題のリスクがある（3 件）	本人の状態に応じた休養の必要性を認めつつ、今後の就労や居場所支援に関する情報提供（ハローワーク、地域若者サポートステーション等）を行う。金銭問題については財務事務所の多重債務相談窓口等を案内する。 問題の深刻度に応じて、警察、弁護士、児童相談所、保健所等の専門機関への相談を助言・仲介する。行動の背景にある問題をアセスメントし、再発防止に向けた支援を行う。

表6. 相談を受ける際に困ること

分類名	困りごと
1. 医療・相談資源の不足と連携の困難(51 件)	専門医療機関や専門の相談機関、自助グループが少ない、地域偏在、予約困難(待ち時間が長い) (26 件) 連携できる機関がない、または連携が取りにくい(学校、医療、他機関との連携体制未整備含む) (19 件) ゲーム依存に特化したプログラムや社会資源(家族教室等)がない、または情報が少ない (6 件)
2. 相談の継続と効果的な介入の難しさ(26 件)	相談が継続しない(単発で終わる、本人や家族が途中で来なくなる、動機が低い等) (13 件) 問題の個別性や複雑性(ゲーム以外の問題が多い、背景要因が多様等)が大きく、対応や介入方法、ゴール設定に悩む (7 件) 相談者が早期解決を期待するが、問題解決には時間がかかることへの理解が得られにくい (4 件) 本人に問題意識がない、または相談・治療への動機が低い (4 件) 自殺未遂行動があった場合など、危機的状況への対応に悩む (1 件) プログラム内容が対象者(特に若年層)に馴染みにくい (1 件)
3. アセスメントと問題把握の困難(15 件)	相談者(特に家族)からの情報が不足・主観的・偏っており、本人の状態やゲーム以外の背景要因、何に本当に困っているかの把握が難しい (5 件) 精神疾患や発達障害との鑑別、ゲーム問題以外の問題(家族関係等)との主訴の切り分けが難しい (5 件) 本人不在(家族のみの相談)で本人の状態把握やアセスメントが難しい、または本人と会う機会がない (4 件) 高校生相応のゲーム利用時間等の基準がわからず、家族への声かけに悩む (1 件)
4. 家族の理解・協力に関する困難(12 件)	家族が「ゲーム依存」という言葉や表面的な問題に固執し、問題の本質(本人の生きづらさ、発達特性、家庭環境等)や背景要因の共有、視点の変更が難しい (5 件) 家族のニーズ(ゲームをやめさせたい等)と、支援の方向性(背景へのアプローチ、本人の意思尊重等)が噛み合わない (2 件) 家族が本人の特性(発達障害等)に気づいていない、または理解が乏しい (2 件) 家族自身が心情不安定であったり、恐怖心から一貫した対応が取れなかったり、家族の関わり方が問題に影響している可能性を伝えるのが難しい (3 件)
5. 相談員の専門性・体制に関する課題(8 件)	ゲーム依存に関する専門知識・スキル不足、対応方法がわからない、知識のアップデートの必要性 (4 件) 相談員のマンパワー不足で継続相談が困難 (2 件) 研修で示されるような重症例が少ない、またはゲーム依存と明確に捉えられるケースが少なく、研修内容が参考になりにくい、経験を積みにくい (2 件)

表7. ゲームに関する相談における課題や意見

分類名	意見
1. 連携体制の構築と多機関協働の必要性(15 件)	学校や教育機関との連携が非常に重要だが、現状では難しい、または体制が未整備である (9 件) 多機関(医療、福祉、行政、警察、児相等)との連携や継続的な支援体制の重要性、日頃からの関係構築の必要性 (3 件) 精神保健福祉センターだけでは対応が困難なため、児童相談所や保健所、その他関係機関と連携した地域全体の支援体制構築が望まれる (2 件) 精神保健福祉センターが、主な対象である子ども分野のネットワークに関わりが少なく、またアクセス面からも身近な相談窓口として機能しにくい (1 件)
2. 社会資源の拡充とアクセス改善の必要性(14 件)	専門の相談窓口、専門医療機関、自助グループ、家族会などが少ない、または地域にない (9 件) 低年齢層へのアプローチや支援の受け皿が不足している(義務教育期間は教育機関が対応という現状への言及含む) (2 件) 2 次予防(スクリーニング、進行防止、医療への紹介等)や 3 次予防(重症例対応、発達障害合併等)の担い手や体制が十分でない、または整理されていない (1 件) 身近に相談できる場所が増える必要性を感じる (1 件) オフラインキャンプのような、ゲームから離れて集団生活を送る体験型プログラムの設置要望 (1 件)
3. 問題の本質的理解とアプローチの転換(15 件)	「ゲーム依存」という言葉が一人歩きし、背景にある問題(本人の生きづらさ、発達特性、家庭環境、親子関係、学校問題、思春期の心の動き等)が見えにくくなっている、または注目されにくい (7 件) ゲームの問題だけでなく、その背景にある本質的な課題(家族関係、本人の疾病や特性、環境、本人の困り感など)に取り組む必要があり、それが問われていると感じる (5 件) 問題が起きてからではなく、幼少期からの育児やネット環境の与え方、金銭管理など、予防的視点(1 次予防)や社会全体で考えていく必要性を感じる (2 件) ゲームが本人にとって社会との大事な窓口になっている場合もあるなど、ゲームの持つ意味の多様性を理解する必要性がある (1 件)
4. 対象者の特性に応じた支援と家族支援の強化(7 件)	本人が登場することは少なく、家族からの相談が中心。家族支援が重要であり、家族教室の必要性を感じるが実施に至っていない、展開の課題 (3 件) 母親からの相談が多く、父親や学校の協力が得られず母親が孤立しがちである (1 件) 未成年と成人では背景が異なるため、対応を考慮する必要がある (1 件) 親がゲーム＝悪と決めつけ、ゲームをやめさせることを目的としがちで、本人の背景や家族関係を見つめ直す支援が必要である (1 件) 成人のゲーム相談は課金問題が絡むことが多く、ギャンブル依存に近い対応が必要となることがある (1 件)
5. 相談員の専門性向上と情報共有の促進(6 件)	ゲームに関する知識(種別ごとの特徴、課金対象や支払い方法の多様化・複雑化等)のアップデートや情報収集の必要性 (2 件) 相談員のスキルアップのための研修機会の充実や、好事例・対応事例の情報共有の必要性 (2 件) 相談件数が少ないため経験を積みにくい、または既存のマニュアル活用に至らない現状がある (2 件)

「インターネット依存専門治療外来の治療転帰に関する研究」

研究分担者 三原 聡子 久里浜医療センター主任心理療法士

研究要旨 ゲーム障害の効果的な治療法の開発が各国において試みられている。しかし、ADHDなどの合併精神障害の有病率の高さや、低年齢化が指摘されるゲーム障害において、様々な背景をもつ患者の治療転帰や、どのような背景をもつ患者にどのような治療法を組み合わせると効果であるのかといった、効果的な治療法の開発が待たれているところである。本研究では、ICD-11におけるゲーム障害の定義に該当するゲーム障害患者を対象とし、初診時の心理社会的な背景や選択した治療法によって治療転帰がどのように変わるのか、検証を行った。初診時、初診から3か月後、6か月後、1年後のゲーム障害症状、依存度、ゲーム使用時間、ゲーム使用による問題をゲーム障害者本人とその家族に質問紙を用いて訊ねた。また、精神科主治医の診察に加え、公認心理師による個別カウンセリングや、デイケア、治療キャンプ、入院治療、家族が家族会に参加した場合といった治療法の選択を追跡し、それによって治療転帰がどのように変わるのか検証を行った。

研究分担者
三原 聡子 国立病院機構久里浜医療センター
主任心理療法士
研究協力者
北湯口 孝 国立病院機構久里浜医療センター
心理療法士
松崎 尊信 国立病院機構久里浜医療センター
精神科診療部長
樋口 進 国立病院機構久里浜医療センター
名誉院長

しかしながら、Lampropoulou ら（2022）は、若年者のゲーム行動症に対する治療エビデンスが欠落していることを指摘している。そして、若年者においては、ゲーム行動症による問題の理解が乏しく、改善や治療に対する動機付けが低いこと、衝動コントロールが発達していないこと、認知行動療法などの治療プログラムがうまく理解できないことなどから、治療が困難であることを指摘している。

今後も増加、低年齢化が見込まれるゲーム障害において、効果的な治療法の開発は喫緊の課題であり、既存の依存症治療の方法論などを参考にしながら各国において様々な取り組みがなされはじめているところである。一方でゲーム障害はICD-11 に収載されてからまだ歴史の浅い疾患なので、その治療に関しては、その方法や有効性に関する研究の蓄積も未だ世界的に乏しい状況にある。

本研究では、久里浜医療センターインターネット依存専門治療外来を受診し、精神科主治医によりゲーム障害とされた患者に対して、初診時の年齢や依存度、合併精神障害といった背景、選択した治療法や通院した回数によって、治療転帰にどのような違いが生じるのか調査を行う。

A. 研究目的

ゲーム障害は各国の子どもたちや青少年の間で増加している（Stevens et al.2021; Chang CH, Chang YC, Yang L, et al.2022）。さらに、Lampropoulou ら（2022）は、小児および青年を対象とした治療的介入のレビューから、人生の早期にゲーム行動症に罹患することで、重篤な健康、家族、社会問題に直面することを指摘している。

Mihara & Higuchi(2017)の縦断研究のレビューにおいても、若年層でのインターネット依存の発症は自然寛解率が低いことを指摘している。これらのことから、特に若年発症のケースにおいては早期に介入してゆくことの必要性が示唆される。

B. 研究方法

1) 調査対象

久里浜医療センターインターネット依存専門治療外来を受診し、精神科主治医によりゲーム障害とされた方とその家族。

- ① 年齢：6歳以上のゲーム障害者とその家族。
- ② 性別：男女
- ③ 対象者に対して、主治医より、初診から2回目の受診時に、研究説明書を用いて、説明をする。治療転帰調査のためのインテーク情報と心理検査の結果の使用と、計4回のアセスメントのためのアンケートへの回答に同意した方を調査対象者とした。未成年者の場合は保護者の同意も得られた者とした。
- ④ 対象者数は、本人とその家族100組を目標とする。

2) 介入方法

治療は、①と、②から⑥の複数の組み合わせから構成されていた。

- ① 精神科主治医による診察。
- ② 公認心理師による個別カウンセリング。
- ③ 週1回開催されるデイケア。
- ④ 約8週間の入院治療（集団認知行動療法も含まれる）。
- ⑤ 5泊6日の治療キャンプ（集団認知行動療法も含まれる）。
- ⑥ 家族会

3) 研究参加継続への措置

研究協力者には、初診から2回目の受診時、初診から3ヶ月後、6ヶ月後、1年後の全4回のアンケート実施ごとに、ご本人とご家族それぞれに対して1,000円のクオカードが渡された。

4) 追跡

効果測定のための調査は3回実施した。アンケート用紙には研究用のIDを記入した。まずベースラインデータとして初診時のインテーク情報と初診から2回目、3回目に実施する心理

検査結果から得られた情報を使用した。また、初診から2回目の診察時に、研究協力への同意が得られた患者とその家族に質問紙を渡し、外来の待合室で記入していただいた。追跡調査は、初診から3ヶ月後、6ヶ月後、1年後の診察時に外来の待合室でアンケートを実施した。通院が終了または中断している患者とその家族には質問紙を郵送で送付した。回収方法は、記入済みの質問紙を無記名で厳封し、本人と家族別々に郵送で回収とした。

6) 評価項目

- ① 主評価項目は、ベースラインと比較して、初診から3カ月後および6か月後のGames Testによるゲーム依存度。
 - ② 副次評価項目は、ベースラインと比較して、初診から3カ月後および6か月後の平日のゲーム使用時間、休日のゲーム使用時間、日本語版IGDT-10、Sheehan VASスケールとする。
- 評価は、本人のみならず家族にもお願いする。

（倫理面への配慮）

文書により研究の説明を行い、対象患者である本人とその家族から文書による同意を得る。患者の年齢が18歳未満の場合には、本人の研究参加に関して保護者からも同意を得る。同意が得られない場合には、本研究への参加は見送る。

ベースライン、追跡調査は紙ベースの調査票となるため、その管理は鍵のかかる所に保管する。データはPCに入力するが、そのPCは外部からアクセスできない物を使用する。いずれにしても、情報が外部に漏洩しないよう管理を徹底する。

得られたデータは速やかに解析して公表する。紙ベースの資料は公表後速やかに破棄する。デジタルデータは、研究終了後3年間保管してその後に適切な方法で廃棄する。

研究に伴う補償の発生する研究内容ではない。

C. 効果研究結果

現在までの途中経過を報告する。

1) 調査協力者

現在までに本研究への参加に同意し、初診時

のアンケートに記入した 23 名についてその属性を Table 1 に示した。

年齢は 10 才から 26 才，平均年齢は 17.1 才，性別は男性 19 名女性 4 名であった。
現在、調査を継続中である。

D. 考察

現在、調査を継続中である。

E. 結論

現在、調査を継続中である。

F. 健康危険情報

総括研究報告書に記入した。

Table 1 研究協力者の属性

調査協力者数	23 名
平均年齢	17.1 才（10～26 才）
性別	
男性	19 名（82.6%）
女性	4 名（17.4%）
職業	
小学生	3 名（13.0%）
中学生	6 名（26.1%）
高校生	5 名（21.7%）
大学生	3 名（13.0%）
無職	4 名（17.4%）
社会人	2 名（8.7%）

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 国内

原著論文による発表	0 件
口頭発表	0 件
それ以外（レビュー等）の発表	0 件

2) 国外

原著論文による発表	0 件
口頭発表	0 件
それ以外（レビュー等）の発表	0 件
・論文発表	

Addictive Behaviors Reports 投稿予定。

2. 学会発表

第 47 回日本アルコール関連問題学会熊本大
（2025 年 9 月 5 日～6 日）にて口頭発表予定。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし。

2. 実用新案登録

特になし。

3. その他

特になし。

令和6年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

ゲームに関連した生活障害等の問題、併存する疾患及び
その対応等の実態把握に資する研究（24GC1014）

ゲームに関連した問題の文献review

研究分担者 治徳 大介 東京科学大学 サイバー精神医学講座 ジョイントリサーチ准教授

研究要旨

ゲーム行動症（Gaming Disorder : GD）は、日常生活に支障をきたすまでにゲーム行動の制御が困難となる状態であり、特に若年層を中心に有病率の上昇が指摘されている。

本研究では、国内外の最新の文献をレビューし、GD の年齢層による臨床的特性の違いを整理した。青年期 GD はゲーム開始年齢がより早く、ゲーム開始から問題行動に至るまでの進行速度が速い傾向が確認された。また、青年期では神経発達上の脆弱性（報酬系と前頭前野の発達不均衡）が GD リスクを高める要因とされ、実行機能・感情制御に関連する脳領域に特異な変化が示された。併存疾患では ADHD や不安症、抑うつとの関連が強く、青年期中期と後期でその相互作用パターンが異なることが明らかとなった。さらに、家族機能や心理社会的背景が未成年の GD に大きく影響しており、家族の関与やサポートが治療成功の鍵を握る。治療では、年齢を問わず認知行動療法（CBT）が有効であるが、未成年では家族療法や動機づけ支援の併用が推奨される。若年成人は非薬理的介入により比較的高い改善を示す一方、青年期では現実世界での活動の再構築や自己理解の促進が必要とされる。GD は年齢層ごとに異なる発症機序や治療ニーズを持つことから、発達段階に応じた精密な診断・介入が求められる。以上より、本研究は、年齢別の特性を踏まえた支援体制の整備や、診療報酬上の位置づけ、ガイドライン策定に向けた行政施策への基盤的知見を提供するものである。

研究協力者

小林 七彩（東京科学大学）

用松 涼子（東京科学大学）

鈴木 遥香（東京科学大学）

期）と成人の間での疫学的特徴、臨床像、併存症、治療、予後などにおける違いを明らかにし、本邦の行政施策につながる知見の基盤となる情報を整理した。

A. 研究目的

ゲーム行動の制御困難により日常生活に支障をきたすゲーム行動症（Gaming Disorder, 以下、GD）は増加しており、その対策は喫緊の課題である。本研究では、ゲーム行動症に関する最新の研究論文の review を行い、最終的にゲーム行動症の支援体制の整備、診断報酬上の位置づけ、ガイドライン策定など、行政施策につながる知見の基盤となることを目的とする。R6 年度は、年齢層による臨床的差異に着目し、未成年（児童・青年

B. 研究方法

R6 年度は、ゲーム行動症の年齢層による違いを明らかにするために、国内外の研究論文をレビューした。本研究の基本文献は、令和 2 - 4 年度の厚労科研「ゲーム障害の診断・治療法の確立に関する研究」（松崎班）で集めたこれまでの系統的レビュー文献に加え、その後に発表された、ゲーム行動症の最新の文献を加えたものから整理する方針とした。
(倫理面への配慮)

本研究は、レビュー研究であり、人を対象とする医学系研究の適用範囲外として扱うこととした。

C. 研究結果

・有病率

ゲーム行動症の世界的な有病率は 3.05%と報告されている (Stevens et al, 2021) . 未成年と成人を直接比較した報告はないが、若年者で増加していることが示唆されている. 8-21 歳を対象とした最近の大規模メタアナリシスでは、若年者のゲーム行動症の有病率は 8.6%で、発表年が新しい研究ほど有病率が高い傾向にあることが示された (Satapathy et al, 2024) . 青少年から若年成人 (AYAs) を対象とした 155 の研究のメタ分析では、IGD の統合有病率は 9.9%で、男性 (15.4%) が女性 (6.4%) よりも有意に有病率が高いことが示された (Gao et al, 2022) .

一方、未成年の中での比較はほとんどされていない. ヨーロッパ、中央アジア、カナダの 44 の国と地域の 11 歳、13 歳、15 歳の青少年に関する Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 調査では、11 歳、13 歳、15 歳を比較し、11 歳では、問題のあるゲーム行動のリスクがある子供の割合が 13%と最も高く、15 歳が 10%と最も低かった. (Meyran Boniel-Nissim et al, 2024) . また、同調査では、問題のあるゲーム行動は、男児が 16%、女児が 7%と性差があり、年齢とともに性差が拡大することが示された.

・経過

発症年齢と問題行動への進行速度において、年齢層による明確な違いが確認されている. 若年患者 (青年および若年成人, AYA) は平均 14 歳で問題のあるゲーム行動を開始したのに対し、成人患者の開始年齢は平均 21 歳であった (Hofstedt et al, 2024). またゲームを開始してから問題のあるゲーム行動に至るまでの期間は、若年患者が約 7 年であったのに対し、成人患者は約 11 年と若年

患者のほうが約 4 年早く発症し、進行速度はほぼ 2 倍で、この進行速度はこの進行速度の差は、ADHD の影響を調整した場合でも統計的に有意であった. , 以上のことからゲーム開始年齢が若いほど、GD の発症リスクが高まり、より重篤な状態につながる可能性が示唆された.

・併存疾患

併存疾患自体は年齢層を問わず見られるが、青年期における症状の相互作用パターンには年齢段階による違いが認められる. GD は不安症、うつ病、注意欠陥・多動性障害 (ADHD)、社交恐怖症、自閉スペクトラム症 (ASD) と強く関連する (Koncz et al., 2023). ADHD は、問題のあるゲーム行動を持つ青年期において特に高い併存率を示し、ADHD 症状が GD の発症リスクを高めると同時に、GD によって ADHD 症状が悪化するという双方向的な関係にある (Coutelle et al., 2024).

Gao らは、IGD、抑うつ、不安症の症状の相互作用パターンは、青年期中期 (12-14 歳) と後期 (15-18 歳) で異なることを報告した (Gao et al., 2025). 青年期中期では抑うつ症状が次の抑うつ症状の増加に繋がりやすいといったように、同一症状内で次の症状予測の傾向があったのに対し、青年期後期では IGD の症状が不安症の症状を予測するなど併存疾患間の相互接続を認め、より複雑な関係性を認めた. この知見は、青年期の GD における併存疾患の複雑な関係性を強調し、年齢段階に応じたより精密な診断と治療計画の必要性を示唆している.

・心理社会的背景と家族機能

児童・青年期において、自己制御力や社会的スキルの未熟さが GD の脆弱性を高める要因となる. 家族機能の影響は特に大きく、親の適切な介入 (parental mediation) が子どもの IGD レベルと負の相関を持つこと、また、親による監督の欠如が GD レベルと正の相関を持つことが報告されている (Petrescu et al., 2025) . 家族関連のリスク因子として、学業困難、家族機能不全、家族間の

高い葛藤、低い心理社会的サポートが挙げられる (Gao et al., 2022; Ünal et al., 2022). また、青年期では、青年期特有の親からの自立志向や家族との葛藤も影響しやすい。一方、心理社会的リスク因子には、低い自尊心、対人関係の困難、高いストレスレベル、不安、抑うつが含まれる (Gao et al., 2022). 青年期の GD 患者に関する質的研究として、青年期の問題あるゲームに対する再発防止治療の認識に焦点を当てた研究では、治療で家族の関与とサポートが不可欠であると感じる傾向や、家族からの支援に強く依存する側面が指摘されている (Gurdal et al., 2023). 一方、成人期の GD に関しては、青年期とは異なる特性や影響要因が存在する可能性があるが現時点では明らかにはなっていない。

・画像研究

GD の画像研究では、成人患者と共通の神経基盤の異常が見られるものの、青年期においては脳の発達段階に起因する脆弱性（衝動性、感情調整の困難）が強調されている (Niu et al, 2022; Khor et al, 2024) . IGD の青年期および成人患者は、実行機能、報酬系、情動制御に関連する脳領域の機能的・構造的変化を伴う (Niu et al, 2022) 一方で、青年期患者は意思決定、行動抑制、感情調節に関連する脳領域で白質整合性低下や機能的連結性障害といった明確な脳変化を示した (Khor et al, 2024) . このような違いは、青年期が報酬処理を担う辺縁系が急速に発達する一方で、高次実行機能を担う前頭前野の発達が比較的遅いという発達上の不均衡によるものと考えられており、このような青年期特有の神経学的不均衡が GD 発症リスクをより高めている可能性がある (Khor et al, 2024) .

・治療と予後

治療介入の基本的な有効性は年齢層間で類似する可能性が示唆されているが (Hofstedt et al., 2024), 未成年に対しては家族療法や親への心理教育といった年齢特有の介入が特に有効である

(Gurdal et al., 2023). 未成年患者の治療経験に関する研究は、治療の成功において、ゲーム利用に関する調整だけでなく、より包括的なアプローチの重要性を強調している。Gurdal ら (2023) の半構造化面接研究では、GD の治療を受けている青年期の患者にとって、自分の問題は「ゲームだけではない」と感じているという側面が非常に重要であることを浮き彫りにした。患者たちは、治療を通じて自己理解を深め、感情の調整能力を向上させ、現実世界での活動や社会関係を再構築することの重要性を強調した。また、家族の関与とサポートが治療の成功に不可欠であると感じていることも示された。

認知行動療法 (CBT) は、GD に対する最も広く研究されている治療法であり、年齢層を問わず有効性が示されている (Dong et al., 2024) . 若年成人 (～25 歳) と成人 (26 歳以上) を比較した臨床研究では、青年期・若年成人は成人よりも問題的ゲーミングへの進行が速い傾向があるが、治療時の臨床プロフィールや併存症は両群で類似しており、治療介入の内容は年齢層を問わず共通して適用できる可能性が示唆されている (Hofstedt et al., 2024) . 青年期 (12～18 歳) においては、CBT やモチベーション強化を組み合わせた介入 (ICBT) が、GD 症状の改善だけでなく、抑うつや不安症状の軽減にも有効であることがランダム化比較試験で示されている (Ji et al., 2023) . また、スウェーデンの児童・青年精神科外来を対象とした RCT では、CBT ベースの再発予防療法が通常治療よりも GD 症状の改善に優れていた (André et al., 2023) . このように標準的な CBT に加えて、動機づけ、感情調整、社会的スキル訓練、親の参加といった多面的なアプローチが推奨されており、青年期患者の治療経験を質的に調査した研究では、感情調整能力の向上や現実世界での活動再構築、さらに家族の関与が治療成功の鍵となることが強調されており、治療の現場ではこれらを組み合わせた包括的な介入が重要視されている (Wendt et al., 2021) .

治療効果に関しては、若年成人の方が青年期よりも非薬理的介入による GD 症状の軽減が有意に大きいことが示された (Ock, 2024)。

予後に関する縦断研究は不足しているものの、早期発症や若年層における急速な進行が、より重篤な予後と関連する可能性が示唆されている (Hofstedt et al., 2024)。

D. 考察

本研究は、ゲーム行動症が年齢層によって異なる特性を示すことを明らかにした。

有病率は青年期にピークを迎える。これは、青年期に特有の神経発達上の脆弱性、特に報酬処理を担う辺縁系の急速な発達と、高次実行機能を担う前頭前野の比較的遅い発達という神経生物学的不均衡に起因していると考えられた。さらにこの神経生物学的不均衡が、衝動性の増加や報酬追求行動の強化につながり、GD の発症リスクを高めると考えられた。

発症形式においても、未成年および若年成人では問題のあるゲーム行動への進行が成人よりも著しく速いことが示され、ゲームを始める年齢が若いほど、より重篤な GD につながるリスクが高いという知見は、早期介入の重要性を強く裏付けている。

並存疾患においては、ADHD は青年期の問題のあるゲーム行動において高い併存率を示した。

ADHD 症状が GD の素因となると同時に、GD によって悪化する双方向的な関係にあった。さらに青年期中期と後期では、併存症の症状の相互作用パターンが異なることが示されており、年齢段階に応じたより精密な診断と治療計画の必要性が示唆される。

画像研究に関しては青年期に特化した神経画像研究はほとんどなく、依然としてギャップが存在し、年齢特異的な神経生物学的基盤のさらなる解明が望まれる。

治療介入に関しては、認知行動療法 (CBT) が

主要な治療法として確立されており、青年期においてもその有効性が示されている。一方で、若年成人の方が青年期よりも非薬理的介入による GD 症状の軽減が有意に大きいという報告もあり、青年期特有の治療の困難さを認める。青年期患者への質的研究では、単なるゲーム使用の制限に留まらず、家族からのサポートや現実世界での活動の再構築といった多角的な側面が治療の成功に不可欠であることが示唆され、家族環境が極めて重要な役割を果たすことが示されている。そのため、CBT と動機づけや家族支援などを組み合わせた包括的介入が特に有望である。

本研究の限界として、GD の診断基準や評価ツールの多様性という点で、異質性が高い研究を検証している点があげられる。今後の展望としては、標準化された診断・評価方法の確立、年齢層別の縦断研究の推進、神経生物学的知見に基づいたより標的型の治療介入の開発、そして家族や学校といった社会環境を巻き込んだ包括的な予防プログラムのさらなる検証が挙げられる。

E. 結論

本研究により、ゲーム行動症の診断・治療においては、発達段階に応じたアプローチが不可欠であることが再確認された。特に青年期は、神経発達上の脆弱性、急速な発症と進行、および併存疾患との複雑な相互作用により、GD に対して特に感受性が高い年齢層である。治療介入においては、認知行動療法に加え、未成年に対する家族療法や親への心理教育が有効であることが示された。早期の特定と年齢層に応じた予防・治療戦略の実施は、GD の長期的な負の帰結を軽減し、健全な発達を支援するために不可欠である。以上、文献レビューを通じて GD に関する年齢の違いによる知見を整理した結果、年齢層ごとに異なる特性に基づいた診断・介入が求められることが示唆され、今後の支援体制の整備、診療報酬上の位置づけ、ガイドライン策定など、行政施策への提言につな

る知見の基盤となると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

小林七彩, 高橋英彦. (2024). アディクションの脳科学. 精神医学, 6(7), 882-888.

Fujimoto Yuka, Fujino Junya, Matsuyoshi Daisuke, Jitoku Daisuke, Kobayashi Nanase, Qian Chenyu, Okuzumi Shoko, Tei Shisei, Tamura Takehiro, Ueno Takefumi, Yamada Makiko, Takahashi Hidehiko, Neural responses to gaming content on social media in young adults, Behavioural Brain Research, 467, 115004, 2024 年.

2. 学会発表

杉山 孔亮, 目黒 巧巳, 多屋 優人, 本庄 勝, 小林 七彩, 治徳 大介, 内田 真人, スマートフォン依存患者の利用傾向の変化点検知と変化要因推定, 第 23 回情報科学技術フォーラム (FIT2024), 広島, 2024 年.

治徳 大介, ゲーム行動症関連をターゲットとした産学連携とデジタルヘルス, 2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024 年.

治徳 大介, ログアプリを用いたゲーム行動症に対するアプローチ, 2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024 年.

古澤 駿, 浜村 俊傑, 米山 昭夫, 本庄 勝, 小林七彩, 治徳 大介, 内田 真人, Predicting Device Usage Patterns in Patients with Problematic Smartphone Use Through Individualized Hidden Markov Models, 2024 IEEE International Conference on E-Health Networking, Application & Services (HealthCom 2024), 奈良, 2024 年.

林 海斗, 目黒 巧巳, 浜村 俊傑, 多屋 優人, 本庄 勝, 小林 七彩, 治徳 大介, 内田 真人, Estimating Smartphone Orientation for Visualizing Behavior Around Sleep Periods in PSU Patients, 2024 IEEE International Conference on E-Health Networking, Application & Services (HealthCom 2024), 口頭, 奈良, 2024 年.

林 海斗, 桐山 知彦, 尾崎 理沙, 目黒 巧巳, 多屋 優人, 本庄 勝, 小林 七彩, 治徳 大介, 内田 真人, ローカル LLM と RAG を用いた PSU 診療支援対話システムの検討, 言語処理学会第 31 回年次大会 (NLP2025), 口頭, 長崎, 2025 年.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考文献

- 1) André F, Kapetanovic S, Einarsson I, Trebbin Harvard S, Franzén L, Möttus A, Håkansson A, Claesdotter-Knutsson E. Relapse prevention therapy for internet gaming disorder in Swedish child and adolescent psychiatric clinics: a randomized controlled trial. Front Psychiatry. 2023 Oct 20;14:1256413.
- 2) Coutelle R, Balzer J, Rolling J, Lalanne L. Problematic gaming, psychiatric comorbidities, and adolescence: A systematic review of the literature. Addict Behav. 2024 Oct;157:108091.
- 3) Dong GH, Dai J, Potenza MN. Ten years of research on the treatments of internet gaming disorder: A scoping review and directions for future research. J Behav Addict. 2024 Jan 5;13(1):51-65.
- 4) Gao T, Chen Y, Gai Q, D'Arcy C, Su Y. The co-occurrence between symptoms of internet

- gaming disorder, depression, and anxiety in middle and late adolescence: A cross-lagged panel network analysis. *Addict Behav.* 2025 Feb;161:108215.
- 5) Gao YX, Wang JY, Dong GH. The prevalence and possible risk factors of internet gaming disorder among adolescents and young adults: Systematic reviews and meta-analyses. *J Psychiatr Res.* 2022 Oct;154:35-43.
 - 6) Gurdal S, Kapetanovic S, Einarsson I, Boson K, Claesdotter-Knutsson E. Adolescents' Perceptions of a Relapse Prevention Treatment for Problematic Gaming-A Qualitative Study. *Healthcare (Basel).* 2023 Aug 22;11(17):2366.
 - 7) Hofstedt A, Söderpalm Gordh A. Young and adult patients with gaming disorder: Psychiatric co-morbidities and progression of problematic gaming. *Front Psychiatry.* 2024 Dec 10;15:1423785.
 - 8) Ji Y, Wong DFK. Effectiveness of an integrated motivational cognitive-behavioral group intervention for adolescents with gaming disorder: a randomized controlled trial. *Addiction.* 2023 Nov;118(11):2093-2104.
 - 9) Khor E, McNamara N, Columb D, McNicholas F. Neuroimaging findings in adolescent gaming disorder: a systematic review. *Ir J Psychol Med.* 2023 Jul 27:1-13.
 - 10) Koncz P, Demetrovics Z, Takacs ZK, Griffiths MD, Nagy T, Király O. The emerging evidence on the association between symptoms of ADHD and gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2023 Dec;106:102343.
 - 11) Meyran Boniel-Nissim, Claudia Marino, Tommaso Galeotti, Lukas Blinka, Kristine Ozoliņa, Wendy Craig, Henri Lahti, Suzy L. Wong, Judith Brown, Mary Wilson, Jo Inchley, Regina van den Eijnden, et al. A focus on adolescent social media use and gaming in Europe, central Asia and Canada. *Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey.* Volume 6, 2024, World Health Organization, European Region..
 - 12) Niu X, Gao X, Zhang M, Yang Z, Yu M, Wang W, Wei Y, Cheng J, Han S, Zhang Y. Meta-analysis of structural and functional brain alterations in internet gaming disorder. *Front Psychiatry.* 2022 Oct 25;13:1029344.
 - 13) Ock CM, Lee HS, Chae J, Kim H. Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions on Gaming Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatry Investig.* 2025 May;22(5):490-503.
 - 14) Petrescu TC, Błachnio A, Enea V. Internet gaming disorder in children and adolescents: A systematic review of familial protective and risk factors. *Addict Behav.* 2025 Aug;167:108345.
 - 15) Satapathy P, Khatib MN, Balaraman AK, R R, Kaur M, Srivastava M, Barwal A, Prasad GVS, Rajput P, Syed R, Sharma G, Kumar S, Singh MP, Bushi G, Chilakam N, Pandey S, Brar M, Mehta R, Sah S, Gaidhane A, Serhan HA, Samal SK. Burden of gaming disorder among adolescents: A systemic review and meta-analysis. *Public Health Pract (Oxf).* 2024 Dec 20;9:100565.
 - 16) Stevens MW, Dorstyn D, Delfabbro PH, King DL. Global prevalence of gaming disorder: a systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry.* (2021) 55:553–68.
 - 17) Ünal E, Gökler ME, Turan Ş. An Evaluation of the Factors Related to Internet Gaming

Disorder in Young Adults. Addict Health.
2022 Oct;14(4):279-287.

- 18) Wendt LM, Austermann MI, Rumpf HJ,
Thomasius R, Paschke K. Requirements of a
Group Intervention for Adolescents with

Internet Gaming Disorder in a Clinical
Setting: A Qualitative Interview Study. Int J
Environ Res Public Health. 2021 Jul
23;18(15):7813.

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Yokoyama A, Yokoyama T, Yumoto Y, Takimura T, Toyama T, Yoneda J, Nishimura K, Minobe R, Matsuzaki T, Kimura M, Matsushita S.	Associations of ADH1B and ALDH2 genotypes and alcohol flushing with drinking history, withdrawal symptoms, and ICD-10 criteria in Japanese alcohol-dependent men.	Pharmacogenetics and Genomics	34(5)	139-148	2024
Tateno M, Matsuzaki T, Takano A, Tateno Y, Kato TA, Higuchi S	The rate of patients screened positive for gaming disorder/Internet gaming disorder among adolescents with mental health issues assessed by two screening tests: A nine-item screening test for GD(GAMES Test) and the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10)	Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports	4(1)	e70080	2025
松崎尊信	物質使用症の気づきと病識	精神医学	66(6)	841-848	2024
松崎尊信	リアルな専門病棟の声(強みと悩み,そして対策・工夫) 入院と依存症	臨床精神医学	53(10)	1259-1263	2024
Tateno M, Tateno Y, Shirasaka T, Nanba K, Shiraishi E, Shimomura R, Kato TA	Depression, Gaming Disorder, and Internet Addiction in Adolescents with Autism Spectrum Disorder.	Behav Sci	15(4)	423	2025

Tateno M, Tateno Y, Shirasaka T, Furuta H, Takahashi Y	Current Clinical Practices for Gaming Disorder and Related Issues in Primary Care Settings in Northern Japan: A Regional Survey in Sapporo	Cureus	17(3)	e80721	2025
Tateno M, Matsuzaki T, Takano A, Tateno Y, Kato TA, Higuchi S	The rate of patients screened positive for gaming disorder/Internet gaming disorder among adolescents with mental health issues assessed by two screening tests: A nine-item screening test for GD(GAMES Test) and the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10)	Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports	4(1)	e70080	2025
Ono K, Tokushige M, Hiratani N, Kaneko K, Hamamura T, Miyamoto Y, Tateno M, Ito M, Takano A	Reliability and validity of the Japanese version of the Internet Gaming Disorder Scale for children (IGDS-C)	Neuropsychopharmacology Reports	45(1)	e12518	2025
館農 勝	ひきこもりとネット・ゲーム依存ー共通した背景要因	医学のあゆみ	292(11)	25622-25625	2025
館農 勝	不登校とゲーム依存・ネット依存	精神医学	66(10)	1310-1316	2024
館農 勝	ひきこもりおよびインターネット依存と発達障害臨床ー精神療法的視点からー	精神療法	50(4)	534-537	2024
Ayumi Takano, Chiaki Hiraiwa, Erina Oikawa, Akiko Tomikawa, Kyosuke Nozawa	Validity and reliability of the Japanese version of the Substance Use Stigma Mechanism Scale	PLOS ONE	19(10)	e0310514	2024

Ayumi Takano, Kunihiro Taka hashi, Tatsuhiko Anzai, Takashi Usami, Shiori Tsutsumi, Yuka Kanazawa, Yousuke Kumakura, Toshihiko Matsumoto	Predictors for recurrence of drug use among males on probation for methamphetamine use in Japan: a one-year follow-up study	Drug and Alcohol Dependence Reports	—	100316	2024
Koki Ono, Makoto Tokushige, Nanami Hiratani, Kyosuke Kaneko, Toshitaka Hamamura, Yuki Miyamoto, Masaru Tateno, Masaya Ito, Ayumi Takano	Reliability and Validity of the Japanese Version of the Internet Gaming Disorder Scale for Children (IGDS - C)	Neuropsychopharmacology Reports	45(1)	—	2025
Masaru Tateno, Takanobu Matsuzaki, Ayumi Takano, Yukie Tateno, Takahiro A. Kato, Susumu Higuchi	The rate of patients screened positive for gaming disorder/Internet gaming disorder among adolescents with mental health issues assessed by two screening tests: A nine - item screening test for GD (GAMES Test) and the Ten - Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT - 10)	Psychiatry and Clinical Neuroscience Reports	4(1)	—	2025
Shixian Geng, Ginshi Shimojima, Chi-Lan Yang, Zefan Sramak, Shunpei Norihama, Ayumi Takano, Simo Hosio, Koji Yatani	When Group Spirit Meets Personal Journeys: Exploring Motivational Dynamics and Design Opportunities in Group Therapy	arXiv	—	arXiv:2410.18329v1	2024
齋藤 利和, 宮田久嗣, 高野 歩	ハームリダクションの広がりについて—物質使用障害治療への応用—	精神神経学雑誌	126(5)	309-315	2024
水野聡美, 堤 詩織, 新田慎一郎, 高野 歩	インドネシアの精神科病院における薬物使用障害患者への治療と支援の実践	日本アルコール・薬物医学会雑誌	59(3)	109-117	2025

堤 史織, 宇佐美貴士, 高野 歩, 熊倉陽介, 金澤由佳, 武林 亮, 杉山大典, 松本俊彦	薬物犯罪の更生保護施設利用者における健康格差	日本アルコール・薬物医学会雑誌	59(3)	53-66	2025
高野歩	アルコール問題に対するハームリダクションアプローチー職場での応用ー	産業精神保健(特集：職場のアルコール問題の解決)	32(2)	178-183	2024
高野歩	アルコール問題に対するハームリダクションアプローチ	大学のメンタルヘルス	6	25	2024
Fujimoto Yuka, Fujino Junya, Matsuyoshi Daisuke, Jitoku Daisuke, Kobayashi Nanase, Qian Chenyu, Okuzumi Shoko, Tei Shisei, Tamura Takehiro, Ueno Takefumi, Yamada Makiko, Takahashi Hidehiko.	Neural responses to gaming content on social media in young adults	Behavioural Brain Research	467	115004	2024

厚生労働大臣殿

機関名 国立大学法人東京科学大学
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 大竹 尚登

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 ゲームに関連した生活障害等の問題、併存する疾患及びその対応等の実態把握に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) サイバー精神医学講座・ジョイントリサーチ講座准教授
(氏名・フリガナ) 治徳 大介・ジトク ダイスケ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年4月15日

厚生労働大臣 殿

機関名 独立行政法人国立病院機構
久里浜医療センター
所属研究機関長 職 名 院長
氏 名 松下 幸生

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 ゲームに関連した生活障害等の問題、併存する疾患及びその対応等実態把握に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 精神科・医長
(氏名・フリガナ) 松崎尊信・マツザキタカノブ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	久里浜医療センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年4月7日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 札幌医科大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 山下 敏彦

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 ゲームに関連した生活障害等の問題、併存する疾患及びその対応等の実態把握に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 神経精神医学講座 訪問研究員
(氏名・フリガナ) 館農 勝 (タテノ マサル)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 獨協医科大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 吉田 謙一郎

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 ゲームに関連した生活障害等の問題、併存する疾患及びその対応等の実態把握に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 獨協医科大学埼玉医療センター 子どものこころ診療センター 准教授
(氏名・フリガナ) 井上 建 (イノウエ タケシ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒	☐	☒	獨協医科大学埼玉医療センター 臨床研究倫理審査委員会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 国立精神・神経医療研究センター
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 中込 和幸

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 ゲームに関連した生活障害等の問題、併存する疾患及びその対応等の実態把握に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部 室長
(氏名・フリガナ) 高野 歩・タカノアユミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	国立精神・神経医療研究センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年4月15日

厚生労働大臣 殿

機関名 独立行政法人国立病院機構
久里浜医療センター
所属研究機関長 職 名 院長
氏 名 松下 幸生

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 ゲームに関連した生活障害等の問題、併存する疾患及びその対応等実態把握に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 心理部門・主任心理療法士
(氏名・フリガナ) 三原聡子・ミハラサトコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	■ □	■	久里浜医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□ ■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□ ■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	□ ■	□		□

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■ 未受講 □
-------------	------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ■ 無 □ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 □ 無 ■ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。