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７年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　治徳　大介

令和８（２０２６）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 ------- 16

松﨑　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 ---------- 20

館農　勝（札幌医科大学）

３．IGDS9-SF-Jの標準化と小学校高学年から中学生における適用可能性の検討 ---------- 26

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：ゲーム行動症当事者家族へのインタビュー調査 ---------- 28

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 ------- 38

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 ---------- 41

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 ---------- 48

別添３

令和７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

研究分担者　松﨑　尊信（久里浜医療センター）・館農　勝（札幌医科大学）・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）

研究要旨

ゲーム行動症（Gaming Disorder：GD）は若年層を中心に深刻化しているが，患者・家族の実態，医療機関・相談機関の対応体制と地域差，年齢段階による相違，評価方法や治療転帰の情報が十分に整理されておらず，相談・治療ニーズに適切に対応できる体制整備の障壁となっている．本研究は，全国の専門医療機関・精神保健福祉センター等を対象とした量的調査，児童思春期外来・学校・一般人口を対象とした調査，治療転帰の縦断研究，国内外文献 review を組み合わせ，ゲーム関連問題の実態と対応上の課題を多面的に整理し，年齢段階に応じた対応と支援体制の検討に役立てることを目的とする．令和 7 年度の主な成果は次のとおりである．精神保健福祉センターの紹介枠による専門医療機関 29 施設の調査では，患者は中学生を中心とする児童思春期層に集中し，ADHD・ASD の併存が多く，家庭内暴力の経験(75.9%)や警察連携(41.4%)が高頻度で，家族支援と多機関連携が中核課題であった．日本児童青年精神医学会・久里浜医療センター掲載リストを枠とする全国医療機関調査 247 施設では，ゲーム診療の実施は 42.4%，専門外来の設置は 6.1%，初診待ち 1 か月以上が 58.3%と供給・アクセスのギャップが示され，併存は ADHD 93.2%・ASD 92.2%が突出し，CBT 実施 29.8%・標準尺度使用 14.7%にとどまった．一般若年人口(15〜29 歳)調査では ICD-11 の GD が 4.9%で平日 3 時間以上のゲームが関連し，親子 58 組では本人評価と保護者評価が乖離した．評価尺度では，標準日本語版 IGDS9-SF-J を小 4〜中 3 の 6,247 名で標準化(Cronbach's α=0.820)，小学校低学年向け児童版 IGDS9-SF-JC を児童で開発・検証(α=0.849)した．別途実施した栃木県提供データの二次解析(小 4〜高 3, 13,322 名)では，GD 13.4%・問題的インターネット使用(PIU)13.2%が部分的に異なるプロファイルを示し，睡眠困難が両者の共通関連因子で，保護者の利用制限を回避する知識をもつ子では陽性率が約 2 倍であった．精神保健福祉センター67 か所の調査では相談の増加・母親中心・支援資源不足が示され，当事者家族 17 名のインタビューから親の困難と回復プロセスの 5 テーマが抽出された．治療転帰の縦断研究(N=52)では，対照群を設けない前後比較ながら，入院治療を受けた群で短期的なゲーム依存度の改善が認められた．文献 review では「評価→併存症への対応→家族支援→治療介入→連携」の枠組みで国内外のエビデンスと各国政策を整理し，確定的な政策提言は控えつつ体制整備に向けた論点(導線・地域差・資源不足等)を整理した．

分担研究者氏名・所属機関
松﨑尊信　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
大野昴紀　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

小木曽梓　獨協医科大学埼玉医療センター

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（GD）は，特に若年層を中心に有病率の上昇が指摘され，その対策は喫緊の課題である．世界保健機関（WHO）は ICD-11（2019）で GD を精神疾患として位置づけたが，本邦では患者・家族の実態，医療機関・相談機関の対応体制と地域差，18 歳未満と 18 歳以上を含む年齢段階による相違，評価方法や治療転帰の情報が十分に整理されておらず，相談･治療ニーズに適切に対応できる体制整備の障壁となっている．本研究は研究計画書に記載した 4 項目（①医療機関受診患者の実態調査，②相談家族等の実態調査，③年齢によるゲーム行動や対応法の実態調査，④文献 review と対応法に関する検討）に沿い，評価尺度の開発・標準化，学校・一般人口調査，治療転帰の縦断研究を組み合わせて実施した．各調査の目的は以下のとおりである．

ア．専門医療機関の患者実態調査（松﨑）

全国の専門医療機関を対象に，ゲーム行動症患者の特徴，診療体制，診療上の課題および今後必要とされる支援体制を明らかにする．

イ．全国医療機関の診療体制・臨床像調査（治徳）

ゲーム行動症の診療提供体制（供給とアクセス），臨床像（患者背景・併存症・治療内容）および医療機関が報告する患者の年齢構成を全国規模で把握する．

ウ．年齢によるゲーム行動の実態調査（館農）

親子間のゲーム依存度評価の相違，一般若年人口における DSM-5・ICD-11 基準の GD 関連症状，小児科・精神科医の対応実態を通じ，年齢段階によるゲーム行動と対応の相違を明らかにする．

エ．評価尺度の標準化（井上）

標準日本語版 IGDS9-SF-J および小学校低学年向け児童版 IGDS9-SF-JC を標準化・検証し，発達段階に応じた早期発見に資する評価尺度を整備する．

オ．学校ベースの一般人口調査（治徳）

学齢児の一般人口を対象に，問題的インターネット使用（PIU）とゲーム行動症の重複・差異および関連要因を明らかにし，受診層に偏らない実態把握を行う．

カ．相談家族等の実態調査（高野）

精神保健福祉センターにおける相談･支援の実態と社会資源の状況，ならびに当事者家族が経験する困難と回復のプロセスを明らかにする．

キ．治療転帰の縦断研究（三原）

GD 患者を対象に，初診時の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かを縦断的に検証する．

ク．文献 review と対応法に関する提言（治徳）

国内外の査読論文と公的一次資料を整理し，年齢段階別の対応の枠組みと，支援体制整備に向けた論点を明らかにする．

B．研究方法

令和 6 年度に整備した調査基盤を用い，令和 7 年度は以下の各調査・解析を実施した．

ア．専門医療機関の患者実態調査（松﨑）

精神保健福祉センターから情報提供を受けたネット・ゲーム依存患者を診療する施設は前年度調査で 111 施設であったが，その後さらに同センターから回答を得た施設を追加し 181 施設を対象として質問票調査を実施した．調査項目は，施設特性，診療体制，患者背景，問題となるサービスや利用機器，診療内容，課金問題，家庭内暴力，家族背景，地域連携，今後必要と考えられる支援体制等とした．調査は Google フォームを用いて実施し，回答施設のうち重複を除いた 29 施設を解析対象とした．（倫理面への配慮）本調査は施設単位で実施し，患者個人を特定できる情報は収集していない．調査協力は任意とし，研究目的を説明した上で回答を得た．

イ．全国医療機関の診療体制・臨床像調査（治徳）

研究代表者は，日本児童青年精神医学会会員および久里浜医療センターHP 掲載のネット依存診療機関リストを抽出枠として，医師（医療機関）を対象にオンライン質問票調査を実施した．調査項目は，施設種別，診療体制（児童思春期診療・ゲーム行動症診療の実施の有無，専門外来の有無，初診の待ち時間），併存疾患，主訴，治療内容（疾病教育・カウンセリング・認知行動療法・標準化症状評価尺度の使用），課

金，暴力症例の経験と契機，連携先，医療機関が報告した患者数の年齢・性別構成等とした．有効回答 247 施設を解析対象とし，記述統計，施設種別とゲーム診療実施の関連（χ^2検定・Cramér's V），ゲーム診療実施を目的変数とした多変量ロジスティック回帰を，原データから再計算して検証した．本標本は児童・思春期診療やネット依存診療に関与的な施設に偏った有意抽出であり，母集団を代表するものではない．（倫理面への配慮）本調査は医療機関（医師）を対象とし，患者個人を特定できる情報は収集していない．

ウ．年齢によるゲーム行動の実態調査（館農）

4 つの調査を実施した．研究 1（親子間の認識の相違）：児童精神科外来を受診した 10〜18 歳の子ども 58 名とその保護者を対象に，DSM-5 の IGD 診断基準 9 項目に基づく Internet Gaming Disorder Scale（子ども用 IGDS-C・保護者用 PIGDS）への回答を求め，ゲーム時間との相関に加え，開発者設定のカットオフ（5 点以上）による親子それぞれの陽性率と評価の一致度（κ 係数）を解析した．研究 2（DSM-5 IGD 関連症状）：オンライン調査会社を通じ全国の 15〜29 歳 420 名（10 代・20 代×男女の 4 群に均等割付）のうち，週 1 回以上ゲームをする習慣のある 337 名を対象に，IGDT-10 の修正型採点（IGDT-10-MV）で IGD 関連症状を評価した．研究 3（ICD-11 GD 関連症状）：同様に 15〜29 歳 528 名のうちゲーム習慣のある 386 名を対象に，ICD-11 の GD 4 症状への同意を 5 段階 Likert scale で評価した．研究 4（医師の対応調査）：札幌市内の小児科 104・精神科 98・両科標榜 5 の計 207 施設（到達 198 施設）の医師に，オンライン（Google フォーム）で対応実態を調査した．（倫理面への配慮）全ての調査につきときわ病院倫理審査委員会の承認を得て行った．

エ．評価尺度の標準化（井上）

標準日本語版 IGDS9-SF-J の標準化のため，千葉県 A 市の全公立小中学校のうち予備的調査を実施した 1 校を除く 26 校の小 4〜中 3 の児童生徒 10,675 名を対象とし，学校で配布されたタブレット端末により Web フォーム上の質問紙に回答を得た．調査項目は基本属性，IGDS9-SF-J，生活習慣（睡眠・食事・ゲーム利用状況等），Strength and Difficulties Questionnaire（SDQ），Family APGAR とした．統計解析は SPSS ver.29 で行い，Cronbach's α 係数，確認的因子分析（CFI・TLI・RMSEA 等），群間比較，Spearman の順位相関を算出し，無効回答を除く 6,247 名を解析対象とした．これに先立ち，IGDS9-SF-J をもとに専門家 3 名と小学校教諭 2 名が表現を調整した小学校低学年向け児童版 IGDS9-SF-JC を開発し，千葉県内公立小学校 1 校の全校児童を対象に信頼性・妥当性を検証した．（倫理面への配慮）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の承認（研究番号 22042）を得て実施し，児童・保護者に書面で説明し辞退の機会を設けた．

オ．学校ベースの一般人口調査（治徳）

研究代表者は，栃木県が依存症対策計画に基づき実施した「栃木県こどものゲームやインターネット利用に関する実態調査」（2024 年 11〜12 月，小 4〜高 3，N=13,322）の匿名化データの提供を受け，二次解析を行った．問題的インターネット使用（PIU）は Young's Diagnostic Questionnaire に準じた 8 項目（DQ，カットオフ 5 点以上），ゲーム行動症は ICD-11 準拠の GAMES test（9 項目，カットオフ 5 点以上，常習ゲーマーのみに実施）で評価した．共変量は性別・学校種・平日インターネット使用時間・睡眠困難・抑うつ気分・不安・運動頻度・保護者の利用時間制限とし，4 群分類（両尺度の重複），多変量ロジスティック回帰（モデル A〜D），感度分析を行った．解析には Python 3.13（pandas, statsmodels）を用いた．（倫理面への配慮）匿名化済み既存データの二次解析であり，東京科学大学医学系倫理審査委員会の承認を得て，情報公開（オプトアウト）により対応した．本調査は栃木県提供データに基づく二次解析として実施したものである．

カ．相談家族等の実態調査（高野）

前年度に，全国の精神保健福祉センター69 か所を対象に，相談の有無・件数・相談者属性・併存問題・地域資源・マニュアル活用状況・相談内容・支援内容等に関する質問票調査を実施した（回答 67 か所）．本年度はこれに加え，ゲームに関連する問題を抱える人と同居する親・保護者 17 人（父親 3 人・母親 13 人・配偶者 1 人）を対象に半構造化インタビューを実施した．対象者はゲーム行動症の治療を行う医療機関を通じて募集し，逐語録を Braun & Clarke による再帰的テーマ分析を用いて分析した．（倫理面への配慮）所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施し，

文書による説明と同意を得た.

キ．治療転帰の縦断研究（三原）

久里浜医療センターの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GDとされた6歳以上の患者とその家族を対象とした．公認心理師が初診から2回目の受診時に研究を説明し，インテーク情報･心理検査結果の使用と計4回のアンケートへの回答に同意した者（未成年は保護者の同意も得た者）を対象とした．治療は，精神科主治医による診察を基本に，公認心理師による個別カウンセリング，週1回のデイケア，約8週間の入院治療（週2回の集団認知行動療法や心理教育を含む），5泊6日の治療キャンプ，家族会への参加を組み合わせた．主評価項目は初診から3か月後･6か月後のGAMES testによるゲーム依存度，副次評価項目は平日･休日のゲーム使用時間，日本語版IGDT-10によるゲーム依存度，Sheehan VASスケールによるゲーム関連問題とし，本人と家族の双方に評価を求めた．評価は初診から3か月後・6か月後・1年後に行い，入院例は入院直後を起点とした．（倫理面への配慮）文書により研究を説明し本人と家族から文書による同意を得た（18歳未満は保護者の同意も得た）．

ク．文献 review と対応法に関する提言（治徳）

国内外の査読論文および政府･国際機関の公的一次資料を対象に，「評価→併存症への対応→家族支援→治療介入→連携」の枠組みで系統的に整理した．基本文献は前年度までに収集したレビュー文献に，その後発表された最新の文献および各国の政策動向（WHO・各国規制等）を加えたものとした．新聞・一般誌･百科事典等は引用対象から除外し，査読論文と公的一次資料のみを採用した．また，ゲーム行動症が年齢層によって異なる特性を示す点と，評価尺度の選択が有病率推定･支援対象の同定に与える影響に着目して整理した．（倫理面への配慮）本研究はレビュー研究であり，人を対象とする生命科学･医学系研究の適用範囲外として扱った.

C．研究結果

ア．専門医療機関の患者実態調査（松﨑・29施設）

解析対象の29施設は，精神科病院18施設（62.1%），大学病院5施設（17.2%），診療所5施設（17.2%）等で，児童思春期診療を実施する施設が26施設（89.7%），ゲーム行動症専門外来を有する施設が10施設（34.5%）であった．報告総患者数は1,301例で，13〜15歳が最も多く男性が多数を占めた．問題となるサービスはオンラインゲームが最多で動画サイト･SNSが続き，利用機器はスマートフォンが最も多かった．受診契機は不登校･学業不振･家族関係の悪化･家庭内暴力・課金問題が高頻度で，併存疾患はASD・ADHDが最も多く不安障害・うつ病も高頻度であった．家庭内暴力を経験した施設は22施設（75.9%），警察との連携を経験した施設は12施設（41.4%）で，ひとり親家庭や両親不和など家庭機能の低下がしばしば認められた．診療上の課題は家族への対応・本人の治療動機づけの困難さ･併存症への対応が多く挙げられた.

イ．全国医療機関の診療体制・臨床像調査（治徳・247施設）

児童・思春期精神疾患の診療実施は221/245施設（90.2%）と高い一方，ゲーム行動症の診療実施は104/245施設（42.4%）にとどまり，専門外来の設置は診療実施施設内でも15/102施設（14.7%），全体では15/247施設（6.1%）に過ぎなかった．主たる診療科は精神科（68.3%）に偏在し，初診の待ち時間は1か月以上が58.3%，当日〜1週間未満は8.7%のみであった．併存疾患（医療者の認識）はADHD 93.2%・ASD 92.2%が突出し，不安障害40.8%・うつ病28.2%が続いた．主訴は遅刻･欠席が90.4%で最多，睡眠・家族関係悪化・暴言暴力が各74.0%であった．治療は疾病教育73.1%・カウンセリング59.6%が中心で，認知行動療法は29.8%，標準化症状評価尺度の使用は14.7%にとどまった．暴力症例の経験は80.6%で契機は機器・ゲームの取り上げが70.5%，連携先は学校が74.3%で最多であった．施設種別とゲーム診療実施は有意に関連し（χ^2=22.55, df=4, p<0.001, Cramér's V=0.314），多変量ロジスティック回帰では精神科病院（調整OR=3.11）・大学病院（OR=3.60）・児童思春期診療（OR=3.98）が独立した予測因子であった．医療機関が報告した患者数の92.0%が18歳未満（ピーク13〜15歳）であった．なお専門外来の有無による施設の自己申告（報告指標）の改善率に明確な差は検出されなかったが，専門外来ありの施設数が少なく検出力が低いため，専門外来の有効性について結論することはできない．本調査は有意抽出標本で医師の主観的回答に基づく横断

データであり，寛解の定義や追跡期間も施設間で標準化されておらず，有病率・患者割合や治療成績を直接示すものではない．

ウ．年齢によるゲーム行動の実態調査（館農）

研究 1：親子 58 組の IGDS 得点には中等度の正の相関（r=0.61, p<0.001）が認められたが，保護者評価（平均 3.8 点）は子どもの自己評価（平均 2.7 点）より有意に高く，カットオフ判定の一致率は 63.8%・κ 係数 0.16 と低く，不一致の大部分は「親は陽性，子は陰性」であった．研究 2：IGDT-10-MV 得点はゲーム時間と有意な正の相関（ρ =0.36）を示し，カットオフ 5 点以上のスクリーニング陽性は 128 名（38.0%），ゲームに関連した機能障害を認めた者は 19 名（5.6%）であった．年齢群・性別・就労状況による有意差は認めなかった．研究 3：ICD-11 の GD 4 症状すべてを満たす者は 19 名（4.9%）で，1 症状以上は 44.3%・2 症状以上は 22.8%・3 症状以上は 10.1%と診断閾値下の症状保有者が広く存在した．GD 該当者の割合はゲーム時間とともに増加し（1 時間未満 0.7%→5 時間以上 25.0%），平日 3 時間以上のプレイが GD の関連因子であった．研究 4：52 名から回答（回収率 26.3%）を得，ゲーム関連問題の診療経験は児童精神科医 85.7%・精神科医 50.0%・小児科医 47.1%で，併存症は ASD・ADHD 等の神経発達症が最多であった．

エ．評価尺度の標準化（井上・IGDS9-SF-J／IGDS9-SF-JC）

標準日本語版 IGDS9-SF-J は，小 4〜中 3 の計 10,675 名中 7,315 名（68.5%）が回答し，無効回答を除く 6,247 名を解析した．総得点の平均は 15.7（SD 5.96，中央値 14）で右に裾を引く分布を示し，9 項目の Cronbach's α 係数は 0.820 と高い内的一貫性を認めた．確認的因子分析（1 因子モデル）は CFI=0.936・TLI=0.915・RMSEA=0.074 と許容できる適合を示し，因子負荷量は 0.50〜0.81 であった．総得点はゲーム機・タブレット所持群や朝食非摂取群で有意に高く，男児が女児より有意に高い一方，年齢との有意な関連は認めなかった．総得点はゲーム時間（平日・休日）・動画視聴時間・SDQ の情緒症状・行為問題・多動不注意・総困難度と正の相関，Family APGAR と負の相関を示した．これに先立つ児童版 IGDS9-SF-JC は，児童 525 名で Cronbach's α =0.849，確認的因子分析で良好な適合（GFI=0.942, CFI=0.931 等）を示し，総得点はゲーム時間・就寝時刻と関連した．以上より，IGDS9-SF-J は小学校高学年から中学生において，IGDS9-SF-JC は小学校低学年において，信頼性・妥当性を備えた評価尺度であることが確認された．なお，既存尺度に対する有用性・優位性の直接比較は今後の課題であり，文献 review（項目ク）で論点を整理した．

オ．学校ベースの一般人口調査（治徳・13,322 名）

有効回答中，DQ による PIU 陽性は 13.2%（1,700/12,833），常習ゲーマー中の GAMES test 陽性は 13.4%（1,084/8,075）であり，いずれも学年とともに上昇した（DQ：小 4 の 6.5%→高 3 の 18.3%，GAMES：8.5%→18.9%）．性差は PIU が女性で高く（女 14.6%・男 11.9%），GD は男性で高かった（男 13.6%・女 12.8%）．両尺度に有効値をもつ常習ゲーマー（n=7,928）では，いずれも陰性 79.7%・DQ のみ陽性 6.9%・GAMES のみ陽性 6.4%・両方陽性 7.0%と重複は限定的であった．多変量解析では睡眠困難が両者の最も強い関連因子（DQ：OR=1.44, GAMES：OR=1.53）で，抑うつ・不安も両者に関連した．保護者の利用時間制限は GD 陽性と逆相関（OR=0.81）した一方 PIU とは関連せず，制限を回避する方法を知る子では陽性率が約 2 倍であった（DQ 20.0% vs 9.0%, GAMES 15.8% vs 8.1%）．非ゲーマーでも DQ 陽性が 12.0%認められた．

カ．相談家族等の実態調査（高野）

精神保健福祉センター調査では 67 か所から回答（回収率 97.1%）を得，65 か所（97.0%）が前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%）が多かった．相談者は母親（94.0%）が中心で，本人は男性（97.0%）・大学生や成人等（40.3%）が多かった．管轄内に専門治療提供医療機関があるのは 56.7%，家族会は 23.9%，相談対応マニュアルの活用は 55.2%にとどまった．家族インタビューでは，「子どものゲーム行動に支配される親・家族の生活」「張り詰めた家族関係と会話のすれ違い」「親の慢性的な心理的負荷と心身の消耗」「家庭以外の場との関わり」「親の関わり方の転換と距離の再調整」の 5 テーマが抽出され，家族は外部支援との関わりを通じて本人との距離を再調整していた．

キ．治療転帰の縦断研究（三原・N=52）

研究参加に同意した 52 名（平均 18.4 歳，男性 82.7%）を解析した．このうち診察＋カウンセリングを 3 か月受けた者 21 名，これに家族会参加が加わった者 8 名，入院治療を受け 3 か月経過した者 8 名を検討した．ゲーム依存度については，入院治療を受けた群で治療開始 3 か月後に GAMES test（本人・家族評価とも）および日本版 IAT（本人・家族評価とも）が有意に改善した一方，診察＋カウンセリング群・家族会参加群では有意な改善を認めなかった．平日・休日のゲーム使用時間は，全ての治療群で本人・家族評価とも 3 か月後に有意に低減した．ゲーム使用による仕事・学業・社会生活・家庭生活への悪影響（Sheehan VAS スケール）も，おおむね全治療群で 3 か月後に低減した（社会生活・家庭生活の一部はカウンセリング群で有意差なし）．

ク．文献 review と対応法に関する提言（治徳）

評価では，DSM-5 準拠で国際的に広く検証された IGDS9-SF の標準日本語版・児童版が整備された一方，採用基準（DSM-5／ICD-11）により同定症例が変わる多数の尺度が併存し，既存尺度に対する優位性の直接比較が課題として残ることを整理した．併存症では神経発達症（ADHD・ASD）・不安・抑うつとの双方向的関連を，家族支援では親の関与の保護的役割を確認した．治療では CBT を中心とする心理療法に有効性のエビデンスが蓄積するが確立した標準治療と断ずるには時期尚早であり，GD 自体への薬物療法は未確立であることを整理した．連携では段階的ケアと学校起点の早期介入・予防が有望で，中国の未成年者ネット保護条例（2024 年施行），EU のデジタルサービス法下の未成年保護ガイドライン，英国 Ofcom の子ども保護実務規範など近年の各国政策が，利用時間の制限から嗜癖を助長しうる設計への対処へ広がっていることを整理した．これらを踏まえ，確定的な政策提言は控え，評価の標準化，治療・支援の整理，家族支援体制の充実，学校を含む連携導線の整備，地域偏在への対応を体制整備に向けた論点として整理した．

D．考察

ア．専門医療機関の患者実態調査（松﨑）

本調査は，ゲーム行動症患者を診療する全国の医療機関を対象に診療実態と課題を把握したものである．患者は中学生を中心とする児童思春期層に集中し，多くの施設が児童思春期精神医療の枠組みで対応していたが，専門外来を設置する施設は限られ専門的支援体制の地域格差が示唆された．医療機関が直面する課題はゲーム使用そのものへの対応よりも家族支援・本人の治療動機づけ・複雑な家庭環境への対応に集中していた．実臨床では本人が問題を自覚して受診する例は少なく家族の困窮を契機に医療につながることが多いため，家族支援は補助的介入ではなく治療導入・継続を支える中心的支援として位置づける必要がある．家庭内暴力や虐待が疑われる例，警察・児童相談所との連携を要する例も少なくなく，ゲーム行動症が家族システム全体に影響する問題であることが示された．

イ．全国医療機関の診療体制・臨床像調査（治徳）

児童・思春期診療やネット依存診療に関与的な施設に偏った有意抽出標本であってもなお，ゲーム診療の実施・専門外来・標準尺度の使用が限られ初診待ちが長いことが示された点は，全医療機関での供給ギャップがこれより大きい可能性を示唆する．臨床像は神経発達症の併存が中核で，暴力や課金など家庭内の生活課題と直結し，連携先として学校が最多であった．標準化症状評価尺度の使用が 14.7%にとどまる現状は，標準化スクリーニング導入の臨床的必要性を示す現場側の傍証である．専門外来の有無による施設の自己申告（報告指標）の改善率に明確な差は検出されなかったが，専門外来ありの施設数が少なく検出力が低く，寛解定義も非標準であるため，専門外来の有効性について結論することはできない．本調査は医師の主観的回答に基づく 1 時点の横断データであり，報告患者数も概数・推計を含むため，有病率や患者割合を直接示すものではない点に留意が必要である．

ウ．年齢によるゲーム行動の実態調査（館農）

ゲーム依存度の本人評価と保護者評価には中等度の相関がある一方カットオフ判定の一致度は低く，多くは保護者のみが陽性と判断していた．これは子どもがゲーム過剰使用による問題を自覚していない可能性を示し，GD の評価では本人評価のみでなく保護者からの情報収集が重要であることを示唆する．一般人口調査では，ゲーム時間とくに平日3時間以上のプレイが GD 関連症状と関連する一方，性別・年

代・就労状況との関連は明らかでなく，従来思春期男子に多いとされた GD 症状が社会人を含む若年成人や女性を含め幅広い層に連続的に分布することが示された．医師調査からは，GD が神経発達症の臨床像の一部として認識されている可能性が示唆され，ゲーム時間の管理にとどまらず Bio-Psycho-Social な多面的理解の必要性が示された．

エ．評価尺度の標準化（井上）

IGDS9-SF-J は高い内的一貫性と良好な構成概念妥当性を示し，小学校高学年から中学生を対象としたゲーム行動評価尺度として十分な信頼性・妥当性を有することが確認された．総得点が動画視聴時間や SDQ（とくに多動不注意・総困難度）と関連したことは，ゲーム行動の問題と心理社会的問題との関連を示唆し，家族機能との関連はゲーム行動の問題を理解するうえで家庭環境が重要であることを示す．年齢との有意な関連を認めなかったことから，少なくとも本対象では年齢によらず同一の尺度で評価しうる可能性が示された一方，性差は明瞭であり，カットオフ値や標準値の設定には年齢より性差を考慮した検討が重要と考えられた．低年齢向けの IGDS9-SF-JC とあわせ，発達段階に応じた早期発見の評価基盤が整備された．

オ．学校ベースの一般人口調査（治徳）

両尺度がともに約 13%を陽性としながら両方陽性は常習ゲーマーの 7.0%にとどまり，GD と PIU のスクリーニングが学齢児において部分的に異なるプロファイルを同定することが示された．睡眠困難が両者に共通する最も強い関連因子であり，横断データのため因果は特定できないものの，縦断研究で検討すべき共通の修正可能な標的となりうる．保護者の利用時間制限が GD 陽性と逆相関する一方，制限を回避する知識をもつ子で陽性率が約 2 倍であった知見は，時間制限などの技術的管理のみでは不十分でメディア教育を含む対応が必要であることを，本邦の大規模データで示すものである．非ゲーマーでも PIU 陽性が一定数認められたことは，GD 単独のスクリーニングでは把握できない問題層の存在を示し，GD・PIU 双方の評価を併用する意義を支持する．

カ．相談家族等の実態調査（高野）

ほとんどの精神保健福祉センターがゲーム関連問題の相談支援を担う一方，専門治療を提供する医療機関や家族会等の社会資源は不足し地域差が大きかった．他の依存症と異なり若年層の発症が多く家族が相談機関につながる例が多いことを踏まえると，家族を支える社会資源の充実が求められる．家族インタビューからは，親が子どものゲーム問題によって生活・家族関係に大きな影響を受ける一方，学校・医療機関・家族会などの外部資源との関わりを通じて状況に対処し，関わり方を是正・統制から適切な距離の模索へと変化させていたことが示された．家族支援においては本人への支援だけでなく親自身の回復過程に着目する必要性が示唆された．

キ．治療転帰の縦断研究（三原）

現時点では 1 年以上経過した協力者が 12 名，入院から3か月以上経過した者も限られ，対照群を設けない治療前後比較であるため，併存精神障害の有無による転帰の差を検証するに足る人数には至っていない．このような制約のなかで，入院治療を受けた群ではゲーム依存度・ゲーム使用時間・生活への悪影響のいずれにも低減を認めた．ただし対照群を設けない前後比較であり，入院治療が短期的な改善と関連する可能性が示唆されるにとどまる．一方，診察＋カウンセリング群は 3 か月時点で有意差を認めないものの多くの指標で改善傾向を示しており，外来での介入は効果発現に時間を要する可能性がある．入院治療には環境調整に加え集団認知行動療法・心理教育など多様な要素が含まれ，どの要素が有効かは今後の検証課題である．本研究は対象者数が少なく単施設の研究であるが，多職種による多彩な支援が有効でありうることを示唆している．

ク．文献 review と対応法に関する提言（治徳）

文献 review と各調査の知見は整合し，ゲーム行動症が神経発達症の併存を中核とし家族・学校環境と密接に関わる発達段階依存的な問題であること，治療は CBT を中核としつつ家族支援・併存症対応・連携を組み合わせる包括的アプローチが必要であることが示された．評価尺度の多様性と採用基準による同定症例の差は研究間の異質性をもたらし，既存尺度に対する優位性の直接比較が課題として残る．各国政策が利用時間規制から設計への対処へ広がっている動向は，本研究の学校調査で示された「時間制限の回避による無効化」という本邦の実データと整合する．以上を踏まえ，現時点での確定的な政策提言は控え，

体制整備に向けた論点を整理することが妥当と考えられた.

E．結論

ア．専門医療機関の患者実態調査（松﨑）

全国のゲーム行動症診療施設の調査により，患者は児童思春期層に集中し，不登校・家庭内暴力・課金問題等を契機に受診する例が多く，発達障害や精神疾患の併存が高頻度で，家族支援や本人の治療動機づけが診療上の大きな課題であることが明らかとなった．ゲーム行動症を本人のみの問題ではなく家族全体への支援を要する問題として理解し，家族支援を中核に学校・児童相談所・行政・警察等との連携を前提とした地域支援モデルの構築が求められる．

イ．全国医療機関の診療体制・臨床像調査（治徳）

関与的施設に偏った標本でさえ，ゲーム診療の実施・専門外来・標準尺度の使用が限られ初診待ちが長く，供給とアクセスのギャップと地域差が大きいことが示された．臨床像は神経発達症の併存を中核とし家庭内の生活課題と直結し，連携先として学校が最多であった．標準化スクリーニングの導入，専門的対応の地域的整備，学校を含む連携体制の構築が，今後の体制整備の論点である．

ウ．年齢によるゲーム行動の実態調査（館農）

GD の評価では本人評価のみでは問題が過小評価される可能性があり，とくに小児では保護者からの情報収集が重要である．ゲーム時間とくに平日3時間以上のプレイは GD 症状と関連し，GD 症状は性別・年齢・社会的属性を問わず広く分布し診断閾値下の症状保有者も一定数存在することから，予防的観点からの早期把握が重要である．医療機関では神経発達症等の併存が多く，心理社会的背景を含めた包括的評価と支援が求められる．

エ．評価尺度の標準化（井上）

IGDS9-SF-J は小学校高学年から中学生を対象としたゲーム行動評価尺度として十分な信頼性・妥当性を有し，児童版 IGDS9-SF-JC とあわせて発達段階に応じた評価基盤が整備された．これらの尺度はゲーム利用時間・心理社会的問題・家族機能との関連を示し，ゲーム行動症の実態把握と早期支援への応用が期待される．今後はカットオフ値の検討を進める．

オ．学校ベースの一般人口調査（治徳）

学齢児において GD と PIU のスクリーニングは部分的に異なる集団を同定し，両者の併用が望ましい．睡眠困難は両者に共通する強い関連因子であり修正可能な標的の候補である．保護者の利用時間制限は GD 陽性率の低下と関連するが回避知識をもつ子では陽性率が上昇し，技術的管理のみでは不十分であることが示された．学校・一般人口における早期徴候の把握と，メディア教育を含む予防的対応の重要性が示唆された．

カ．相談家族等の実態調査（高野）

ほとんどの精神保健福祉センターがゲーム関連問題の相談支援を担う一方，専門医療機関や家族会等の社会資源が不足し支援体制が整っていない地域が多く，早期支援・介入が行える体制構築と支援者教育・社会資源の充実が求められる．家族支援においては症状の改善のみでなく，問題がすぐには解消しない状況の中で家族が本人との距離や関わり方を調整していく過程に着目する必要がある．

キ．治療転帰の縦断研究（三原）

これまでの結果から，入院治療を受けた群で短期的なゲーム依存度の改善が認められたこと，各介入（通院・カウンセリング・家族会・入院）の後に平日・休日のゲーム使用時間およびゲーム使用による仕事・学業・社会生活・家庭生活への悪影響の低減が認められたことが示唆された．ただし対照群を設けない治療前後比較であり，因果関係の確定には至らない．治療転帰の最終解析と，併存精神障害の有無や年齢による差の検討は継続課題であり，最終解析後に国際学会での発表および論文化を進める予定である．

ク．文献 review と対応法に関する提言（治徳）

ゲーム行動症の診断・治療には発達段階に応じたアプローチが不可欠であり，評価の標準化，治療・支援の整理，家族支援体制の充実，学校を含む連携導線の整備，地域偏在への対応が体制整備に向けて残された課題である．本研究で整理した論点は，今後，支援体制の整備，診療ガイドラインの策定，診療報酬上の位置づけを検討する際の基礎資料となる．なお治療転帰の縦断研究・家族インタビュー・全国医療機関調査の最終解析と成果公表は継続課題として論文化・発表を進める．

F．健康危険情報

なし.

G．研究発表

1．論文発表

1) Kitayuguchi T, Matsuzaki T, Nishimura K, Mihara S, Higuchi S. Evolution of specialist treatment of gaming disorder and internet addiction in Japan. Front Psychiatry. 2025;16:1577135.

2) 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.

3) 松﨑尊信. 精神医療は何を目指すのか―アウトカムとエンドポイント　依存症治療のアウトカムとエンドポイント. 精神医学. 2025;66(6):841-848.

4) Koga Y, Shibasaki M, Nitta C, Okada H, Furuno S, Nishimura K, Matsuzaki T, Matsushita S. Causal impact of gambling-related cognitive distortions on the severity of gambling disorder: A one-year multicenter longitudinal study in treatment-seeking patients in Japan. J Behav Addict. 2025;14(3):1267-1280.

5) Ogiso A, Inoue T（equal contribution）, Kitajima T, Ujiie Y, Oto Y, Sakuta R. Development and validation of the internet gaming disorder scale-9 short form Japanese version for children for early screening in elementary school children. Front Child Adolesc Psychiatry. 2025;4:1622000.

6) 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). Neuropsychopharmacol Rep. 2025;45(1):e12518.

7) Hiratani N, Takano A, Ono K, Kaneko K, Hamamura T, Ito M, Taniguchi M. How parental mental health is connected to internet gaming disorder in adolescents: The role of family functioning. J Psychiatr Res. 2025;190:11-16.

8) Tateno M, Shimode T, Ono K, Shimomura R, Shiraishi E, Nanba K, Tateno Y, Takano A. Parent-child discrepancies in screening for Internet Gaming Disorder: Evidence from a clinical sample of Japanese adolescents. PCN Rep. 2026;5(1):e70314.

9) Tateno M, Imamura A, Inoue T, Matsuzaki T, Jitoku D. Internet gaming disorder symptoms and functional impairment in a non-clinical sample of adolescents and young adults in Japan. PCN Rep. 2026;5(1):e70315.

10) Shimomura R, Tateno Y, Oyatani K, Nanba K, Shiraishi E, Tateno M. Re-evaluating age-related attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptom trajectories using the Japanese ADHD Rating Scale-5. PCN Rep. 2026;5(1):e70301.

11) 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;293(2):138-141.

12) 館農勝. 子どものメンタルヘルスに関するさっぽろ悠心の郷・ときわ病院の取り組み―神経発達症への早期介入とゲーム・ネット依存への対応を中心に―. 日本精神科病院協会雑誌. 2025;44(11):1147-1152.

13) 館農勝. アディクションと発達障害. 診断と治療. 2025;113(12):1447-1450.

2．学会発表

1) Matsuzaki T. Implementation sites for the DISDAB validation (Japan). IFGC-WHO Meeting, Istanbul, 2025.12.9.

2) Matsuzaki T. National survey on prevalence of Gaming Disorder in Japan. 10th International Conference on Behavioral Addictions (ICBA2025), Nantes, 2025.7.7.

3) 松﨑尊信. ゲーム行動症の疫学について. 第121回日本精神神経学会学術総会, 神戸, 2025.6.20.

4) 館農勝. ゲームやネットの世界にひきこもる子どもたちを支援するための多職種連携. 第 121 回日本精神神経学会学術総会, 神戸, 2025.6.

5) 館農勝. 神経発達症を中心としたネット・ゲーム依存の精神科併存症について. 第 47 回日本アルコ

ール関連問題学会, 熊本, 2025.9.

6）小木曽・井上建ら. Internet Gaming Disorder Scale-Short-Form 低年齢版の標準化と有用性に関する研究. 子どもの心とからだ. 2025;34(2).

7）井上建・小木曽ら. Internet Gaming Disorder Scale-Short-Form 日本語版の標準化と有用性に関する研究. 子どもの心とからだ. 2025;34(2):316.

8）Takano A, Kaneko K, Hamamura T, Ono K, Tokushige M, Hiratani N, Ito M. Validity and Reliability of the Japanese Version of the Parental Internet Gaming Disorder Scale (PIGDS). 10th International Conference on Behavioral Addictions (ICBA2025), Nantes, 2025.7.7.

9）徳重誠, 大野昴紀, 藤城聡, 高野歩. 精神保健福祉センターにおけるゲーム関連問題に関する相談・支援の実態と課題. 第 60 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2025.10.24.

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

別添４

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　松﨑　尊信
国立病院機構久里浜医療センター精神科

研究要旨
ゲーム行動症（Gaming Disorder）は、2019 年に WHO の国際疾病分類第 11 版（ICD-11）に収載されたが、わが国における診療実態や支援体制については十分な実態把握がなされていない。本研究では、精神保健福祉センターから情報提供を受けたネット・ゲーム依存患者を診療する 181 施設のうち、調査協力に同意し、重複を除いて回答が得られた 29 施設を対象として質問票調査を実施した。
その結果、患者は中学生を中心とする児童思春期層に集中しており、受診契機として不登校、学業不振、家庭内暴力、家族関係の悪化、課金問題などが高頻度に認められた。併存疾患としては ADHD および ASD が多く、診療上の課題として家族支援や本人の治療動機づけの困難さが挙げられた。また、家庭内暴力を経験した施設は 75.9%、警察との連携を経験した施設は 41.4%であり、家族支援および多機関連携が重要な課題として認識された。
これらの結果は、ゲーム行動症が単なる過度のゲーム使用の問題ではなく、不登校、家庭内暴力、発達障害や精神疾患の併存を伴う家族や社会的な問題であることを示唆している。今後は、家族支援を中核とし、学校、児童相談所、行政および警察等との連携を含めた地域支援モデルの構築が必要であると考えられた。

A. 研究目的

ゲーム行動症（Gaming Disorder）は、ゲーム行動の制御困難により学業、家庭生活および社会生活に重大な支障を生じる疾患であり、2019 年に WHO の国際疾病分類第 11 版（ICD-11）に正式収載された。近年、ゲーム行動症に対する社会的関心および治療ニーズは高まりつつあるが、実際にゲーム行動症患者を診療する医療機関の体制や患者背景、診療上の課題は十分明らかではない。
令和 6 年度には全国の診療機関を対象とした調査体制の整備を行った。本年度はその調査票を用いて全国調査を実施し、ゲーム行動症患者の特徴、診療体制、診療上の課題および今後必要とされる支援体制を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

精神保健福祉センターから情報提供を受けたネット・ゲーム依存患者を診療する施設は、昨年度調査で 111 施設であったが、その後、さらに同センターから回答を得た施設数を追加し 181 施設を対象として質問票調査を実施した。
調査項目は、施設特性、診療体制、患者背景、問題となるサービスや利用機器、診療内容、課金問題、家庭内暴力、家族背景、地域連携および今後必要と考えられる支援体制等とした。
調査は Google フォームを用いて実施し回答施設のうち重複を除いた 29 施設を解析対象とした。
（倫理面への配慮）
本調査は施設単位で実施し、患者個人を特定できる情報は収集していない。調査協力は任意とし、研究目的を説明した上で回答を得た。

C. 研究結果

解析対象は 29 施設であった。施設種別は精神科病院 18 施設（62.1%）、大学病院 5 施設（17.2%）、診療所 5 施設（17.2%）等であった。児童思春期診療を実施している施設は 26 施設（89.7%）であり、ゲーム行動症専門外来を有する施設は 10 施設（34.5%）であった。
29 施設からの報告総患者数は 1,301 例であり、13～15 歳が最も多く、男性患者が多数を占めた。問題となるサービスは、オンラインゲームが最も多く、動画サイトおよび SNS がこれに続いた。利用機器はスマートフォンが最も多かった。
受診理由として、不登校、学業不振、家族関係の悪化、家庭内暴力、課金問題などが多く認められ

た。併存疾患として ASD および ADHD が最も多く、不安障害やうつ病も高頻度に認められた。家庭内暴力を経験した施設は 22 施設（75.9%）、警察との連携を経験した施設は 12 施設（41.4%）であった。また、ひとり親家庭や両親不和など家庭機能の低下がしばしば認められた。診療上の課題としては、家族への対応、本人の治療動機づけの困難さ、発達障害や精神疾患の併存への対応が多く挙げられた。

D. 考察

本研究は、ゲーム行動症患者を診療する全国の医療機関を対象として、その診療実態と課題を把握した全国規模調査である。

その結果、患者は中学生を中心とする児童思春期層に集中しており、多くの施設が児童思春期精神医療の枠組みの中で対応していた。一方で、専門外来を設置している施設は限られており、専門的支援体制の地域格差も示唆された。

本研究では、受診契機として不登校、家庭内暴力、家族関係の悪化、課金問題などが高頻度に認められたことである。医療機関が直面する課題も、ゲーム使用そのものへの対応よりも、家族支援や本人の治療動機づけ、複雑な家庭環境への対応に集中していた。

ゲーム行動症では、実臨床において本人が問題を自覚して受診するケースは必ずしも多くなく、家族が困窮した結果として医療につながることがほとんどである。そのため、家族支援は補助的な介入ではなく、治療導入および治療継続を支える中心的な支援として位置づける必要がある。

さらに、家庭内暴力や虐待が疑われる症例、警察や児童相談所との連携を要する症例も少なくなかった。これらの結果は、ゲーム行動症が単なる個人の行動上の問題ではなく、家族システム全体に影響を及ぼす問題であることを示唆している。

つまり、ゲーム行動症への対応は医療のみで完結するものではなく、教育、福祉、行政および司法機関との連携を前提とした包括的支援体制の構築が必要であると考える。特に児童思春期の症例では、学校との連携、児童相談所との協働、必要に応じた警察との連携を含む多機関連携モデルの整備が重要である。

E. 結論

全国のゲーム行動症診療施設を対象とした調査により、ゲーム行動症患者は児童思春期層に集中し、不登校、家庭内暴力、課金問題などを契機として受診するケースが多いことが明らかとなった。また、発達障害や精神疾患の併存が高頻度に認められ、家族支援や本人の治療動機づけへの対応が診療上の大きな課題となっていた。

本研究は、ゲーム行動症を本人のみの問題として捉えるのではなく、家族全体への支援を必要とする問題として理解する重要性を示した。今後は、家族支援を中核とし、学校、児童相談所、行政および警察等との連携を前提とした「ゲーム行動症地域支援モデル」の構築が求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

１．論文発表

松崎尊信, 精神医療は何を目指すのか-アウトカムとエンドポイント 依存症治療のアウトカムとエンドポイント, 精神医学. 66(6), p841-848, 2025.

Tateno, M., Matsuzaki, T., Takano, A., Tateno, Y., Kato, T. A., & 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 reports, 4(1), e70080.,2025.

Koga, Y., Shibasaki, M., Nitta, C., Okada, H., Furuno, S., Nishimura, K., Matsuzaki, T., & Matsushita, S., Causal impact of gambling-related cognitive distortions on the severity of gambling disorder: A one-year multicenter longitudinal study in treatment-seeking patients in Japan., Journal of behavioral addictions,14(3), 1267-1280, 2025

Kitayuguchi T, Matsuzaki T, Nishimura K, Mihara S, Higuchi S. Evolution of specialist treatment of gaming disorder and internet addiction in Japan. Front Psychiatry. 2025;16:1577135.

２．学会発表

Takanobu Matsuzaki, Implementation sites for the DISDAB validation (Japan), IFGC-WHO MEETING, Istanbul, December 9, 2025.

Takanobu Matsuzaki, National survey on prevalence of Gaming Disorder in Japan, the 10th ICBA2025, Nantes, July 7, 2025

松崎尊信, ゲーム行動症の疫学について. 第 121 回日本精神神経学会学術総会, 神戸市, 2025 年 6 月 20 日.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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：ゲームは日常的な娯楽として広く利用されているが、ICD-11 においてゲーム行動症（Gaming Disorder: GD）が精神疾患として定義されたことから、ゲーム過剰使用によるメンタルヘルスへの影響に対して関心が高まっている。GD は他のアディクションとは異なり思春期を中心とした若年層に多いが、近年は成人期 GD の報告も増えている。本研究では、児童思春期と若年成人、男女でのゲーム行動や GD 症状の相違、両者の背景要因等について調査を行った。

方法：本研究では、**(1)** 思春期の子どもとその保護者によるゲーム依存度評価の相違について、**(2)** 一般人口における DSM-5-TR のインターネットゲーム行動症の症状について、**(3)** 一般人口における ICD-11 の GD の症状について、そして、(4) 小児科と精神科でゲームに関連した問題への対応の相違ついて調査を行った。全ての調査はときわ病院倫理審査委員会の承認を得て行った。

結果：(1) 親子 58 組の Internet Gaming Disorder Scale（IGDS）の得点には中等度の正の相関が認められたが（r=0.61, p<0.001）、カットオフ判定では κ 係数 0.16 と低い一致度であり、不一致例の大部分は“親は陽性、子どもは陰性”であった。(2) 15～29 歳の 420 名のうちゲーム習慣のある 337 名を対象に解析したところ、Ten-Item Internet Gaming Disorder Test（IGDT-10）修正型採点によるスクリーニング陽性は 128 名(38.0%)であり、機能障害を認めた者は 19 名(5.6%)であった。(3) GD の 4 症状について 5 段階の Likert-scale で回答を求めたところ、GD の可能性があるもの（GD 陽性率）は 4.9%で、ゲーム時間の延長に伴い GD 症状数および GD 陽性率が増加し、とりわけ、平日 6 時間以上ゲームをするものでは GD 陽性率が高かった。(4) 合計 52 名の医師から回答が得られたが、ゲーム・ネット依存の対応経験を有する者は 55.8%であり、小児科医（50%）と精神科医（52%）で有意な差は認めなかった。ゲームの問題に対して専門的な診断・治療を行っていると回答したのは 4 名（7.7%）のみで、小児科医では皆無であった。

考察：本研究では、小児から成人までを対象にゲーム行動に関する認識、GD 関連症状の実態、医療機関におけるゲームの問題への診療実態を多面的に調査した。小児では、ゲームの問題に関し、本人評価と保護者評価に乖離があり、本人の申告のみではゲームの問題が過小評価されうる可能性が示唆された。全国の一般人口を対象としたオンライン調査では、平日 3 時間以上のゲームプレイが GD 関連症状と有意に関連し、また、GD 症状は性別、年齢・年代、学生・社会人といった社会属性によらず広く分布していた。自記式質問紙による IGD スクリーニング陽性者や ICD-11 の GD 症状を満たす者に加え、診断閾値下の GD 症状を有する者も一定数認められた。医療機関調査では、神経発達症、うつ病、不安症の併存が多く、GD には心理社会的背景を含めた包括的評価が必要であることがわかった。今後は、医療・教育・地域支援機関が連携し、早期発見、早期からの予防的介入が可能となるような、支援体制を整備することが必要であると考える。

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）、治徳 大介（東京科学大学サイバー精神医学講座）、松﨑 尊信（国立病院機構久里浜医療センター）

A. 研究目的

ゲームは年齢や性別を問わず日常的な娯楽として広く利用されているが、インターネット環境の著しい向上やデジタル機器の普及に伴い、その遊び方は大きく変わっている。とりわけ、スマートフォン（以下、スマホ）の普及により、スマホ所有者は常時インターネットに接続された状態となり、移動時間やわずかな休憩時間にもオンラインゲー

ムを楽しむことが可能となった。その結果、ゲームの過剰使用が大きな社会問題となっている。

2019 年に採択され 2022 年に正式発効した世界保健機関（WHO）による ICD-11 においてゲーム行動症（Gaming Disorder: GD）が精神疾患のひとつとして定義された。GD は、1）ゲームのコントロール障害、2）ゲームが他の日常活動よりも最優先される、3）ゲームの不適切な使用のために良くない結果が生じているのにゲームを続ける、そして、4）それらの症状のために日常生活に著しい支障を来している場合に診断可能である。子どものゲーム過剰使用に不安を抱える保護者を中心に、ゲームの問題によるメンタルヘルスへの影響に対して社会の関心が高まっている。特に GD は他のアディクションとは異なり思春期を中心とした子どもに多いことから、子どもを持つ家庭に限らず、学校等の教育現場や小児科医療機関からも不安の声が聴かれている。

ゲームに関する問題は、中高生を中心とした思春期男子に多いことが以前から報告されているが、スマホの普及やゲームコンテンツの充実、人気キャラクターとのコラボ企画やイベント等、ゲームの多様性が増したことから、成人期 GD の報告や女性の GD に関する報告も増えている。

本研究では、上記のような背景を踏まえ、親子でのゲームの問題の認識の相違、児童思春期と若年成人でのゲーム行動の相違、学生と社会人でのゲーム行動の相違、男女でのゲーム行動や GD 症状の相違、GD 関連症状の出現様式や背景要因の相違、小児科と精神科での GD の診療実態の相違等について調査を行った。

B. 研究方法

研究１：質問紙を用いた親子間でのゲーム依存度の認識の相違に関する研究

過年度、児童精神科外来を受診した 10～18 歳の子ども 58 名とその保護者を対象とし、データ収集を行った。対象は、調査期間に外来受診した全例としたが、自記式質問紙を用いた調査であるため、主治医が診断や精神症状を考慮し調査への協力が難しいと判断した者、中等度以上の知的発達症を有する者は除外した。DSM-5 において“今後の研究のための病態”として提示されたインターネットゲーム行動症（Internet Gaming Disorder: IGD）の診断基準 9 項目に基づき作成された Internet Gaming Disorder Scale（IGDS）を含む調査用紙を作成し回答を求めた。年齢、性別等の回答者基本情報、平日・休日における一日当たりの平均ゲーム時間、使用デバイス等の質問に続き、子どもには、子ども用自記式質問紙・IGDS-C、親には保護者用質問紙・PIGDS への回答を求め、得られたデータを統計解析した。今年度、ゲーム時間と合計得点との相関の他、開発者により設定されているカットオフ（5 点以上）を用いて、親子それぞれにおけるスクリーニング陽性率や親子間の評価の一致度についても解析を行った。

研究２：一般人口における DSM-5-TR インターネットゲーム行動症（IGD）関連症状の実態調査

オンライン調査会社の協力を得て、全国の 10 代・20 代合計 420 名を対象にゲームについてのアンケートを行った。対象は 15～29 歳の 420 名で、10 代（15～19 歳）男性、10 代女子、20 代（20～29 歳）男性、20 代女性の 4 群に均等割付を行い、協力者を募集した。420 名のうち週 1 回以上ゲームを行うと回答したゲーム習慣のある 337 名のデータを解析対象とした。平日・休日の平均ゲーム時間、ゲームに使用するデバイス等の質問に続き、DSM-5 の IGD の診断基準に基づき Király et al. により作成された IGD スクリーニング質問紙 The Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10)（Király O, et al., Addict Behav 2017）の 10 項目の質問への回答を求めた。IGDT-10 では、IGD の診断基準項目に関して、「全くなかった」、「ときどきあった」、「よくあった」の三件法で回答を求めるが、質問 9、10 は同じ診断項目（機能障害）

を二つに分けて聞いているため、質問 9 または 10 のどちらか、または両方が該当した場合に 1 点となる。9 点満点中合計 5 点以上の場合、「インターネットゲーム行動症の疑い」と評価される。その採点に関しては、Király et al.によるオリジナル採点法（IGDT-10-OV）では「よくあった」のみ、その項目を満たすと判断し、一方、日本においてスクリーニングを目的に使用する場合には、「ときどきあった」も当該項目を満たすと判断する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（IGDT-10-MV）も汎用されている（Mihara S, et al., J Behav Addict 2022）。本研究では IGDT-10-MV を採用して評価した。

研究３：一般人口における ICD-11 ゲーム行動症（GD）関連症状の実態調査

オンライン調査会社の協力を得て、全国の 10 代・20 代合計 528 名を対象にゲームについてのアンケートを行った。対象は 15～29 歳の 528 名で、10 代（15～19 歳）男性、10 代女子、20 代（20～29 歳）男性、20 代女性の 4 群に均等割付を行い、協力者を募集した。528 名のうち週 1 回以上ゲームを行うと回答したゲーム習慣のある 386 名のデータを解析対象とした。平日・休日の平均ゲーム時間、ゲームに使用するデバイス等の質問に続き、ICD-11 の GD の診断ガイドラインに記載されている症状、つまり、1) ゲームのコントロール障害、2) ゲームが最優先されている、3)良くない結果が生じているのにゲームを続ける、4) ゲーム行動のために生活に支障を来している、の 4 症状にどの程度同意するかを 5 段階の Likert scale で回答してもらい、「そう思う」、「非常にそう思う」との回答を該当すると判断した。

研究４：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、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、好まれるゲームが異なっており、課金における経済力や長期にわたり自宅にこもってゲームに没頭した際の日常生活への影響などは異なることが推察される。しかし、小児期 GD と成人期 GD の嗜癖行動の様相の違いや関連する要因の相違については十分に把握されていない。

今年度、共同研究者らと協力し、全国の小児科医、精神科医、児童精神科医を対象としたが、併せて、前年度同様、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 98 施設、そして両科を標榜する 5 総合病院の合計 207 施設に郵送した。なお、9 施設には届かず返送となったため、対象は 198 施設とした。また、前年度は郵送での返送を依頼したが、コスト削減のためにオンラインアンケートの QR コードを記載した協力依頼書を郵送し、オンライン（Google フォーム）で結果を回収した。

倫理的配慮：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：子どもの自己評価（IGDS-C）と保護者による客観評価（PIGDS）の得点には中等度の正の相関が認められ（r=0.61, p<0.001）、症状の相対的な重症度については一定の一致がみられた。しかし、保護者の評価得点（平均 3.8 点）は子どもの自己評価（平均 2.7 点）より有意に高く、保護者の方がゲーム関連問題を重く評価する傾向が認められた。平日・休日のゲーム時間については親子間でその回答に有意差はなか

った。一方、5 点以上を陽性とするカットオフ判定では一致率 63.8%、κ 係数 0.16 と低い一致度であり、不一致例の大部分は「親は陽性、子どもは陰性」であった。

研究２：IGDT-10-MV の合計得点はゲーム時間と有意な正の相関を示し（ρ=0.36, p<0.001）、ゲーム時間が長い群ほど症状が重度であった。カットオフ値 5 点以上の IGD 陽性者は 128 名（38.0%）であったが、これはスクリーニング陽性を示すものであり、臨床診断を意味するものではないことに留意すべきである。10 代と 20 代の年齢群、性別、学生・社会人による比較において有意差は認められなかった。一方、ゲームに関連した問題から機能障害を認めた者は 19 名（5.6%）おり、これらの参加者の IGDT-10-MV 得点中央値は 8 点であり、機能障害のない群の 3 点より有意に高かった。
（結果の詳細は資料 1 を参照）

研究３：ICD-11 の GD の診断に必要な 4 症状すべてを満たした者は 19 名（4.9%）であった。一方、GD 症状を 1 つ以上有する者は 44.3%、2 つ以上有する者は 22.8%、3 症状以上有する者は 10.1%であり、診断閾値下ではあるものの一定の GD 症状を有する者が広く存在していることが示唆された。ゲーム時間と GD 症状には有意な関連が認められ、GD に該当する者の割合は、1 時間未満群で 0.7%、1～3 時間群で 4.5%、3～5 時間群で 7.8%、5 時間以上群で 25.0%（28 名中 7 名）と、ゲーム時間の増加に伴いその割合は増加した。とりわけ、平日 3 時間以上のゲームプレイは GD の関連因子であった。一方、性別、10 代と 20 代の年齢群、学生・社会人の職種、使用デバイスとの関連は明らかではなかった。これらの結果から、一般人口においても GD 症状は広く連続的に分布しており、ゲーム時間の増加が GD 発症リスクと強く関連することが示唆された。
（結果の詳細は資料 2 を参照）

研究４：52 名から回答が得られた（回収率 26.3%）。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（不明との回答や未記入を除くと）、小児科医 47.1%（8/17）、精神科医 50.0%（12/24）、児童精神科医 85.7%（6/7）であった。GD の併存症としては、自閉スペクトラム症（ASD）と注意欠如多動症（ADHD）をはじめとした神経発達症が最も多くあげられた。また、うつ病や不安症との回答も少なくなかった。特に児童精神科医の回答では神経発達症を併存する症例が多く、ゲームに関する問題が、神経発達症の臨床像の一部として認識されている可能性が示唆された。

D. 考察

本研究では、小児期から成人期までを対象として、ゲーム行動に関する認識、GD 関連症状の実態、そして、小児科・精神科医療機関におけるゲームに関する問題への診療状況について多面的に検討した。

研究１：ゲーム依存度に関して、子どもの自己評価と保護者評価との間に中等度の相関が認められた一方、保護者の方がより重症に評価する傾向がみられた。カットオフ値を用いたスクリーニング陽性・陰性の比較では一致度は低く、多くは保護者のみが陽性と判断していた。これは、保護者は、ゲームによる生活上の問題や家庭内での影響を強く認識し、子どもが依存状態であり日常生活に悪影響を与えていると考える一方、ゲーム時間の長さの理解は親子とも変わらないものの、子どもはゲーム過剰使用による問題を自覚していない可能性を示唆している。アディクションの臨床において、その診断は、診察室での本人からの報告による部分も大きいが、GD の評価においては本人評価だけではなく保護者からの情報収集が重要であると考えられた。

研究 2 および研究 3：全国の一般人口を対象に調査を行ったが、いずれの調査においても、ゲーム時間と GD 関連症状との間に有意な関連が認められた。特に平日 3 時間以上のゲームプレイは GD 症状の出現と関係しており、一般人口においてもゲーム時間は重要なリスク指標であると考えられた。一方で、性別や年代（10 代・20 代）、学生・社会人といった属性との関連については統計学的に有意な所見は認められなかった。従来、GD は思春期男子に多いことが報告されてきたが、今回の調査結果から、社会人を含む若年成人や女性を含め、幅広い層に GD 症状が分布していることがわかった。スマートフォンの普及やゲームコンテンツの多様化により、GD が特定の集団だけではなく一般人口全体の課題となりつつある可能性が考えられる。

DSM-5-TR の診断基準に基づき作成された質問紙 IGDT-10-MV（修正型採点法）を用いて評価した場合、IGD スクリーニング陽性は 38.0%であった。これはスクリーニングを目的としカットオフを下げた採点法であるが、そのうち、ゲームに関連した問題のために日常生活において機能障害を認めた者は 19 名（5.6%）であった。この割合を IGD の推定有病率と考える場合、海外からの報告に近いものとなっている。また、自記式回答において、ICD-11 の GD の診断に必要な 4 症状を全て有していた者は 4.9%であった。両者の差は、GD 症状が重症例だけでなく軽症例や診断閾値下の症例を含めて連続的に分布していることを示している。予防的観点からは、GD または IGD の診断基準を満たす前段階の症状や行動にも着目する必要があると考えられた。

研究 4：小児科医（47.1%）および精神科医（50%）のおよそ半数（有効回答のみ解析）、児童精神科医の 85.7%がゲームに関連した問題を抱える症例の診療経験を有していた。また、GD の併存症についてたずねたところ、小児科医、精神科医とも神経発達症との回答が最も多く、また、うつ病や不安症が続いた。これらの結果は、GD を単なるゲーム時間の問題として捉えるのではなく、神経発達症の特性、精神症状、家庭・学校環境などを含めた Bio-Psycho-Social Model の視点から多面的に理解する必要性を意味している。

今後は、GD の早期発見と早期介入体制の整備に加え、小児科、精神科、児童精神科、教育機関および様々な地域支援機関が連携した包括的支援体制の構築が求められる。

E. 結論

本研究では、ゲームの問題に関して、小児から成人までを対象にゲーム行動と GD 関連症状を多面的に検討した。その結果、児童精神科を受診した様々な診断の子どもを対象とした調査では、本人評価のみでは問題が過小評価される可能性があり、特に小児では保護者からの情報収集が、ゲームに関連した問題のアセスメントには重要であることが示された。また、ゲーム時間、とくに平日 3 時間以上のプレイは GD 症状と有意に関連し、GD 症状は性別や年齢、学生や社会人といった社会的属性を問わず広く分布していた。さらに、診断閾値下の GD 症状を有する者も一定数存在し、予防的介入の必要性が示唆された。

医療機関調査では、神経発達症やうつ病、不安症との併存が多く、GD が疑われる症例には単なるゲーム時間の管理だけではなく、心理社会的背景を含めた包括的評価とそれらへの支援が求められる。

今後は、医療・教育・地域支援機関が連携し、早期発見と継続的支援体制を整備することが重要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Tateno M, Shimode T, Ono K, Shimomura R, Shiraishi E, Nanba K, Tateno Y, Takano A: Parent-child discrepancies in screening for Internet Gaming Disorder: Evidence from a clinical sample of Japanese adolescents. PCN Rep. 2026;5(1):e70314.

Tateno M, Imamura A, Inoue T, Matsuzaki T, Jitoku D: Internet gaming disorder symptoms and functional impairment in a non-clinical sample of adolescents and young adults in Japan. PCN Rep. 2026;5(1):e70315.

Shimomura R, Tateno Y, Oyatani K, Nanba K, Shiraishi E, **Tateno M**: Re-evaluating age-related attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptom trajectories using the Japanese ADHD Rating Scale-5. PCN Rep. 2026;5(1):e70301.

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;293(2):138-41.

館農勝：子どものメンタルヘルスに関するさっぽろ悠心の郷・ときわ病院の取り組み―神経発達症への早期介入とゲーム・ネット依存への対応を中心に―. 日本精神科病院協会雑誌. 2025;44(11):1147-52.

館農勝：アディクションと発達障害. 診断と治療. 2025;113(12):1447-50.

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）

館農勝：ゲームやネットの世界にひきこもる子どもたちを支援するための多職種連携．第 121 回日本精神神経学会学術総会，神戸，2025，6（シンポジウム）

館農勝：神経発達症を中心としたネット・ゲーム依存の精神科併存症について．第 47 回日本アルコール関連問題学会，熊本，2025，9（シンポジウム）

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

資料１

調査：一般人口を対象とした IGDT-10 を用いたゲーム行動に関するオンラインアンケート
対象：10 代（15～19 歳）・20 代（20～29 歳）の男女 420 名
調査期間：2025 年 12 月 23 日～2025 年 12 月 25 日

対象群	協力者数	ゲーム使用者	ゲーム使用割合(%)	ゲーム使用者内割合(%)
10 代男性	105	94	89.5	27.9
10 代女性	105	80	76.2	23.7
20 代男性	105	92	87.6	27.3
20 代女性	105	71	67.6	21.1
合計	420	337	80.2	100

項目	カテゴリ	回答者数	割合(%)
平日ゲーム時間	1 時間未満	126	37.4
	1～3 時間	156	46.3
	3～6 時間	46	13.6
	6 時間以上	9	2.7
休日ゲーム時間	1 時間未満	78	23.1
	1～3 時間	128	38
	3～6 時間	90	26.7
	6 時間以上	36	10.7
	ゲームはしない	5	1.5
ゲームに使用する機器	家庭用ゲーム機	70	20.8
	スマートフォン	228	67.7
	タブレット	12	3.6
	PC	24	7.1
	その他	1	0.3
	不明	2	0.6

問１：ゲームについて質問します。あなたは、一週間(こ 1 回以上ゲームをしますか？
(ゲーム時間の長さは問いません)

はい　　327 名（77.86%）
いいえ　93 名（22.14%）

問２：あなたは、一週間に 1 時間以上ゲームをしますか？

はい　　295 名（70.24%）
いいえ　71 名（16.9%）
ゲームはまったくしない　54 名（12.86%）

問３：あなたは、平日(学校、仕事のある日)、平均してどれくらいの時間、ゲーム をしますか？

1 時間未満　126 名（30.00%）
1 時間以上～3 時間未満　156 名（37.14%）
3 時間以上～6 時間未満　46 名（10.95%）
6 時間以上　9 名（2.14%）
ゲームはしない　83 名（19.76%）

問４：あなたは、休日(学校、仕事のない日)、平均してどれくらいの時間、ゲームをしますか？

1 時間未満　83 名（19.76%）
1 時間以上～3 時間未満　131 名（31.19%）
3 時間以上～6 時間未満　91 名（21.67%）
6 時間以上　36 名（8.57%）
ゲームはしない　79 名（18.81%）

問５：あなたは、主にどのような機器(デバイス)でゲームをしますか？

家庭用ゲーム機(スイッチ、プレステなど）　79 名（18.81%）
スマートフオン(スマホ）　239 名（56.9%）
タブレット　12 名（2.86%）
ノート･デスクトップパソコン　24 名（5.71%）
ゲームはしない　65 名（15.48%）
その他　1 名（0.24%）

問６～問１５：IGDT-10（質問数 10）

		全くなかった	ときどきあった	よくあった
1	ゲームをしていないときにどれくらい頻繁に、ゲームのことを空想したり、以前にしたゲームのことを考えたり、次にするゲームのことを思ったりすることがありましたか。	0	1	2
2	ゲームが全くできなかったり、いつもよりゲーム時間が短かったとき、どれくらい頻繁にソワソワしたり、イライラしたり、不安になったり、悲しい気持ちになりましたか。	0	1	2
3	過去 12 ヵ月間で、十分ゲームをしたと感じるために、もっと頻繁に、またはもっと長い時間ゲームをする必要があると感じたことがありますか。	0	1	2
4	過去 12 ヵ月間で、ゲームをする時間を減らそうとしたが、うまく行かなかったことがありますか。	0	1	2
5	過去 12 ヵ月間で、友人に会ったり、以前に楽しんでいた趣味や遊びをすることよりも、ゲームの方を選んだことがありますか。	0	1	2
6	何らかの問題が生じているにもかかわらず、長時間ゲームをしたことがありますか。問題とはたとえば、睡眠不足、学校での勉強や職場での仕事がはかどらない、家族や友人と口論する、するべき大切なことをしなかったなどです。	0	1	2
7	自分がどれくらいゲームをしていたかについて、家族、友人、または他の大切な人にばれないようにしようとしたり、ゲームについてそのような人たちに嘘をついたことがありますか。	0	1	2
8	嫌な気持ちを晴らすためにゲームをしたことがありますか。嫌な気持ちとは、たとえば、無力に感じたり、罪の意識を感じたり、不安になったりすることです。	0	1	2
9	ゲームのために大切な人間関係をあやうくしたり、失ったことがありますか。	0	1	2
10	過去 12 ヵ月間で、ゲームのために学校での勉強や職場での仕事がうまくできなかったことがありますか。	0	1	2

IGDT-10	全くなかった (%)	ときどきあった (%)	よくあった (%)	IGDT-10-OV 該当率	IGDT-10-MV 該当率
質問 1	29.1	55.2	15.7	15.7	70.9
質問 2	63.8	29.7	6.5	6.5	36.2
質問 3	57	34.4	8.6	8.6	43
質問 4	64.4	26.4	9.2	9.2	35.6
質問 5	74.8	19.9	5.3	5.3	25.2
質問 6	49.6	37.1	13.4	13.4	50.5

質問 7	75.1	20.2	4.7	4.7	24.9
質問 8	45.1	38.9	16	16	54.9
質問 9	88.4	8.9	2.7	2.7	11.6
質問 10	80.1	15.7	4.2	4.2	19.9

注：IGDT-10 は、DSM-5 のインターネットゲーム行動症（Internet Gaming Disorder: IGD）の診断基準 9 項目に準拠して作成されている。質問 9、10 は同じ診断項目（機能障害）を二つに分けて聞いているため、質問 9 または 10 のどちらか、または両方が該当した場合に 1 点となる。9 点満点中合計 5 点以上の場合、「インターネットゲーム行動症の疑い」と評価される。

IGDT-10-Origival Version（IGDT-10-OV）では、「よくあった」のみを該当と判断し、IGDT-10-Modified Version（IGDT-10-MV）では、「ときどきあった」または「よくあった」を該当すると判断する。

評価方法	陽性人数	陽性率(%)
IGDT-10-MV 陽性	128	38.0
IGDT-10-OV 陽性	13	3.9

資料２

調査：一般人口を対象としたゲーム行動と ICD-11 ゲーム行動症に関するオンラインアンケート
対象：10 代（15～19 歳）・20 代（20～29 歳）の男女 528 名
調査期間：2026 年 3 月 11 日～2026 年 3 月 13 日

問１：あなたは、平日(学校、仕事のある日)、平均してどれくらいの時間、ゲームをしますか？

問２：あなたは、主にどのような機器(デバイス)でゲームをしますか？

（以下の４つの質問に関しては、ICD-11 のゲーム行動症（Gaming Disorder: GD）の診断に必要とされる 4 症状について、どの程度、同意するかを質問）

問３：ゲームの使い方を自分でコントロールできないと感じますか？(早朝や深夜にプレイする、長時間プレイするなど)

問４：ゲームが、ほかの関心事や日常活動よりも優先されていると感じますか？(友人や家族と過ごすよりもゲームをする、風呂にも入らずゲームをするなど)

問５：ゲーム(こ関連した問題が起きているのにゲームを続けていますか？(問題とは、生活リズムの乱れ、遅刻・欠勤、高額な課金、家族との関係悪化などです)

問６：ゲームをし過ぎているために、日常生活(こ支障をきたしていると思いますか？（学校や職場、家庭、友人関係などにおける問題をいいます)

設問	回答内容	回答者数	割合(%)
平日のゲーム時間	ゲームはしない	142	26.89
	1 時間未満	153	28.98
	1 時間以上～3 時間未満	154	29.17
	3 時間以上～6 時間未満	51	9.66
	6 時間以上	28	5.3
主なゲームのための使用機器	家庭用ゲーム機	88	16.67
	スマートフォン	307	58.14
	タブレット	16	3.03
	ノート・デスクトップ PC	19	3.6
	ゲームはしない	98	18.56
	その他	0	0
コントロール障害	全くそう思わない	108	20.45
	そう思わない	135	25.57
	どちらとも言えない	125	23.67
	そう思う	126	23.86
	非常にそう思う	34	6.44
ゲームを最優先する	全くそう思わない	171	32.39
	そう思わない	167	31.63
	どちらとも言えない	92	17.42
	そう思う	81	15.34
	非常にそう思う	17	3.22

問題が生じているがゲームを続ける	全くそう思わない	247	46.78
	そう思わない	131	24.81
	どちらとも言えない	83	15.72
	そう思う	52	9.85
	非常にそう思う	15	2.84
ゲームのために機能障害が生じている	全くそう思わない	248	46.97
	そう思わない	144	27.27
	どちらとも言えない	75	14.2
	そう思う	47	8.9
	非常にそう思う	14	2.65

令和７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

IGDS9-SF-Jの標準化と小学校高学年から中学生における適用可能性の検討

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4年生から中学3年生6,247名を対象にIGDS9-SF-Jの標準化と有用性を検討した。Cronbachのα係数は0.820であり、確認的因子分析でも良好な適合度を示した。ゲーム利用時間、SDQ、Family APGARとの関連を認め、妥当性と有用性が支持された。また年齢との有意な関連は認められず、小学校高学年から中学生において共通の評価尺度として活用できる可能性が示唆された。

研究分担者氏名・所属研究機関名及び所属研究機関における職名

（分担研究報告書の場合は、省略）

A．研究目的

本研究の目的は、小児・思春期におけるゲーム行動の問題を適切に評価できる標準化された質問紙を整備し、ゲーム行動症（Gaming Disorder : GD）の早期発見および実態把握に役立てることである。

Internet Gaming Disorder Scale–Short Form（IGDS9-SF）は、ゲーム行動に関する問題を評価する自己記入式質問紙であり、国際的に広く使用されている。しかし、本邦における標準化研究は限られており、特に小学生も含む大規模な検証は十分に行われていなかった。

そこで令和 7 年度は、以下の 2 点を目的として研究を実施した。

1. Internet Gaming Disorder Scale–Short Form 日本語版（IGDS9-SF-J）の標準化
2. IGDS9-SF-J と生活習慣、心理社会的要因との関連の検証、および年齢・性差による際の検討

B．研究方法

千葉県 A 市にある全公立小中学校のうち、予備的調査を実施した 1 校を除く 26 校の小学 4 年生から中学 3 年生までの児童生徒 10,675 名を対象とした。児童生徒は学校で配布されたタブレット端末を用いて Web フォーム上の質問紙に回答した。調査項目は、年齢・性別などの基本属性、IGDS9-SF-J、生活習慣（睡眠、食事、ゲーム利用状況等）、Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)、Family APGAR であった。

統計解析には SPSS Statistics ver. 29.0 を使用した。IGDS9-SF-J の信頼性を評価するため Cronbach の α 係数を算出した。また構成概念妥当性を検討するため確認的因子分析（Confirmatory Factor Analysis : CFA）を実施し、CFI、TLI、RMSEA 等の適合度指標を算出した。さらに群間比較および Spearman の順位相関係数を用いて外部因子との関連を検討した。

（倫理面への配慮）本研究は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の承認を得て実施した（研究番号 22042）。対象児童及び保護者に対して事前に研究の目的と方法を書面で説明し、調査への参加を希望しない場合には辞

退できる機会を設けた。回答は匿名化して収集し、個人を特定できる情報は取得しなかった。

C．研究結果

小学4年生から中学3年生の計10,675人中、68.5%にあたる7,315名から回答を得た。そのうち無効回答を除外した6,247名（58.5%）を解析対象とした。

IGDS9-SF-J総スコアの平均は15.7、標準偏差は5.96、中央値は14であり、右に裾を引く分布を示した。9項目のCronbachのα係数は0.820であり、高い内的一貫性が確認された。

確認的因子分析では、1因子モデルを仮定した場合の適合度指標はCFI=0.936、TLI=0.915、RMSEA=0.074であり、許容できる適合度を示した。因子負荷量は0.50～0.81の範囲であり、全項目で十分な負荷量が認められた。

群間比較では、ゲーム機所持群およびタブレット所持群の総スコアは非所持群と比較して有意に高かった。また朝食を摂取しない群では総スコアが高かった。性別では男児の総スコアが女児より有意に高かったが、年齢との有意な関連は認められなかった。

相関分析では、総スコアはゲーム時間（平日・休日）、動画視聴時間、SDQの情緒症状、行為問題、多動・不注意、Total Difficulties Scoreと有意な正の相関を示した。またFamily APGARとは有意な負の相関を認めた。

D．考察

IGDS9-SF-Jは高い内的一貫性を示し、確認的因子分析でも良好な適合度が得られたことから、小学校高学年から中学生を対象としたゲーム行動評価尺度として十分な信頼性および構成概念妥当性を有することが示された。

また、総スコアはゲーム利用時間との関連に加え、動画視聴時間やSDQとの関連も認めた。特に多動・不注意や総困難度との関連は比較的強く、ゲーム行動の問題と心理社会的問題との関連を示唆する結果であった。さらに家族機能との関連も認められ、ゲーム行動の問題を理解するうえで家庭環境の重要性が示唆された。

年齢との有意な関連は認められなかった。この結果は、少なくとも本研究の対象である小学校高学年から中学生においては、ゲーム行動の問題を評価する際に同一の質問紙を用いて検討できる可能性を示唆している。一方、既報と同様に性差は明瞭であり、今後、カットオフ値の設定や標準値の作成を行う際には、年齢よりも性差を考慮した検討が重要であると考えられた。

E．結論

IGDS9-SF-Jは、小学校高学年から中学生を対象としたゲーム行動評価尺度として十分な信頼性および妥当性を有することが確認された。また、ゲーム利用時間、動画視聴時間、心理社会的問題および家族機能との関連が示され、その有用性が支持された。今後はカットオフ値の検討を進めるとともに、本尺度を活用したゲーム行動症の実態把握および早期支援への応用が期待される。

F．研究発表

1. 論文発表

Ogiso A, Inoue T (contributed equally to the work), et al. Development and validation of the internet gaming disorder scale-9 short form Japanese version for children for early screening in

elementary school children. Frontier in Psychiatry. 2025 Jul 10;4:1622000.

2. 学会発表
1) 小木曽、井上建ら、Internet Gaming Disorder Scale-Short-Form 低年齢版の標準化と有用性に関する研究. 子どもの心とからだ(0918-5526)34巻2号 P2. 学会発表
2) 井上建小木曽ら、Internet Gaming Disorder Scale-Short-Form 日本語版の標準化と有用性に関する研究. 子どもの心とからだ(0918-5526)34巻2号 Page316(2025.08)

G．知的所有権の取得状況
1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3.その他
なし

令和 7 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：ゲーム行動症当事者家族へのインタビュー調査

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】
ゲーム行動症に関する家族研究では、親や家族は主として本人の問題行動に影響を与えるリスク因子・保護因子として扱われてきた。しかし、家族自身がどのような困難を経験し、どのように生活や関係性を再構築していくのかは十分に明らかにされていない。本研究は、ゲームに関連する問題を抱える人の親・保護者が経験する困難と家族の回復プロセスを明らかにすることを目的とした。
【方法】
ゲームに関連する問題を抱える人と同居する親・保護者 17 人（父親 3 人、母親 13 人、配偶者 1 人）を対象に半構造化インタビューを実施した。得られた逐語録を Braun & Clarke による再帰的テーマ分析を用いて分析した。
【結果】
分析の結果、①子どものゲーム行動に支配される親・家族の生活、②張り詰めた家族関係と会話のすれ違い、③親の慢性的な心理的負荷と心身の消耗、④家庭以外の場との関わり、⑤親の関わり方の転換と距離の再調整、の 5 テーマが抽出された。
【結論】
ゲームに関連する問題を抱える親・家族は、生活や関係性の変化による負担を抱えながらも、外部支援との関わりを通じて本人との距離を再調整していた。家族の回復とは症状の改善ではなく、問題を抱えたまま関係を維持しながら生活を再構成していくプロセスであることが示唆された。

研究協力者

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
館農　勝　ときわ病院・ときわ子ども発達センター　理事長
治徳大介　東京科学大学サイバー精神医学講座　准教授
大野昴紀　慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室　助教

A．研究の背景と目的

ゲーム行動症に関する研究では、家族は主として本人の問題行動に影響を与える要因として扱われてきた。しかし、ゲームに関連する問題を抱える人の家族自身が経験する困難や、家族関係の変化、回復の過程については十分に明らかにされていない。本研究は、ゲームに関連する問題を抱える人の親・保護者が経験する困難の構造と、家族の回復プロセスを明らかにすることを目的とした。

B．研究方法

ゲームに関連する問題を抱える人と同居する親・保護者 17 人を対象に半構造化インタビューを実施した。対象者はゲーム行動症の治療を行う医療機関を通じて募集した。インタビュー内容を逐語録化し、Braun & Clarke による再帰的テーマ分析を用いて分析した。

C．結果

分析の結果、①子どものゲーム行動に支配される親・家族の生活、②張り詰めた家族関係と会話のすれ違い、③親の慢性的な心理的負荷と心身の消耗、④家庭以外の場との関わり、⑤親の関わり方の転換と距離の再調整、の 5 つのテーマが抽出された。

D．考察

親は子どものゲーム問題によって生活や家族関係に大きな影響を受ける一方で、学校や医療機関、家族会などの外部資源との関わりを通じて状況に対処していた。また、親の関わり方は問題行動の是正やコントロールから、本人との適切な距離を模索する方向へ変化していた。これらの結果から、家族支援においては本人への支援だけでなく、親自身の回復過程に着目する必要性が示唆された。

E．結論

ゲームに関連する問題を抱える親・家族は、生活や関係性の変化による困難を経験しながらも、関係を維持するための試行錯誤を行っていた。本研究は、ゲームに関連する問題を抱える家族の経験と回復過程の一端を示す知見を提供するものであり、今後の家族支援のあり方を検討する上で有用な示唆を与えると考えられた。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

論文発表

1) 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.
2) 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.
3) 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.
4) Nanami Hiratani, Ayumi Takano, Koki Ono, Kyosuke Kaneko, Toshitaka Hamamura, Masaya Ito, Maki Taniguchi: How parental mental health is connected to internet gaming disorder in adolescents: The role of family functioning. Journal of Psychiatric Research 190:11-16, 2025.
5) Masaru Tateno, Takaki Shimode, Koki Ono, Ryotaro Shimomura, Eri Shiraishi, Kotaro Nanba, Yukie Tateno, Ayumi Takano: Parent-child discrepancies in screening for Internet Gaming Disorder:

Evidence from a clinical sample of Japanese adolescents. Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports 5:e70314, 2026.

学会発表

1) Ayumi Takano, Kyosuke Kaneko, Toshitaka Hamamura, Koki Ono, Makoto Tokushige, Nanami Hiratani, Masaya Ito：Validity and Reliability of the Japanese Version of the Parental Internet Gaming Disorder Scale (PIGDS). 10th International Conference on Behavioral Addictions, Nantes, 2025.7.7.

2) 徳重誠，大野鼎紀，藤城聡，高野歩：精神保健福祉センターにおけるゲーム関連問題に関する相談・支援の実態と課題、第 60 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会、東京、2025.10.24

G．知的財産権の出願・登録状況

なし

H．文献

なし

令和７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）

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　国立病院機構久里浜医療センター　心理部門　主任心理療法士

研究要旨

ゲーム行動症（Gaming Disorder：GD）の効果的な治療法の開発は各国の課題であるが，ICD-11 収載後まもない疾患であり治療法とその有効性に関する研究の蓄積は乏しい．本研究では，久里浜医療センターの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 GD と診断された患者とその家族を対象に，初診時の心理社会的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かを縦断的に検証した．初診時，初診から 3 か月後・6 か月後・1 年後に，ゲーム依存度（GAMES test・日本語版 IGDT-10・日本版 IAT），平日・休日のゲーム使用時間，ゲームに関連する問題（Sheehan VAS スケール）を本人と家族に質問紙で評価した．あわせて，精神科主治医による診察に加え，公認心理師による個別カウンセリング，デイケア，約 8 週間の入院治療（集団認知行動療法を含む），5 泊 6 日の治療キャンプ，家族会への参加といった治療法の選択を追跡した．令和 7 年度までに研究参加に同意した 52 名（平均 18.4 歳，男性 82.7%）を解析した結果，入院治療を受けた群では治療開始 3 か月後に GAMES test および日本版 IAT によるゲーム依存度が有意に改善した一方，診察に加えカウンセリングを実施した群および家族会に参加した群では依存度の有意な改善は認めなかった．平日・休日のゲーム使用時間，ならびにゲーム使用による仕事・学業・社会生活・家庭生活への悪影響は，いずれの治療群でも 3 か月後に低減した．以上より，入院治療は短期的なゲーム依存度の改善と関連する可能性が示唆された一方，他の治療法は効果発現に時間を要する可能性が考えられた．本研究は対照群を設けない治療前後比較であり，今後，協力者数を増やし，併存精神障害の有無や年齢による転帰の差，より長期の転帰について多角的に分析を進める．

A．研究目的

ゲーム行動症（GD）は各国の子ども・青少年で増加しており，とりわけ若年発症例は重篤な健康・家族・社会的問題に直面し自然寛解率が低いことから，早期介入の必要性が指摘されている．一方で，若年者の GD に対する治療エビデンスは乏しく，問題理解や治療動機づけの乏しさ，衝動制御の未発達などから治療が困難であることも報告されている．GD は ICD-11 に収載されてまもない疾患であり，その治療法や有効性に関する研究の蓄積は世界的になお乏しい．本研究では，久里浜医療センターの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 GD と診断された患者を対象に，初診時の年齢・依存度・併存精神障害といった背景，選択した治療法や通院回数によって治療転帰にどのような違いが生じるかを検証することを目的とした．

B．研究方法

調査対象は，久里浜医療センターの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 GD とされた 6 歳以上の患者とその家族である．公認心理師が初診から 2 回目の受診時に研究を説明し，インテーク情報・心理検査結果の使用と計 4 回のアンケートへの回答に同意した者（未成年は保護者の同意も得た者）を対象とした．治療は，精神科主治医による診察を基本に，公認心理師による個別カウンセリング，週 1 回のデイケア，約 8 週間の入院治療（週 2 回の集団認知行動療法や心理教育を含む），5 泊 6 日の治療キャンプ，家族会への参加を組み合わせた．主評価項目は初診から 3 か月後・6 か月後の GAMES test によるゲーム依存度，副次評価項目は平日・休日のゲーム使用時間，日本語版 IGDT-10 および日本版 IAT によるゲーム依存度，Sheehan VAS スケールによるゲーム関連問題とし，本人と家族の双方に評価を求めた．評価は初診から 3 か月後・6 か月後・1 年後に行い，入院例は入院直後を起点とした．統計解析は，治

療開始前と治療開始 3 か月後の値の比較に対応のある t 検定を用い，有意水準は両側 5%とした．（倫理面への配慮）文書により研究を説明し本人と家族から文書による同意を得（18 歳未満は保護者の同意も得た），調査票は施錠管理し，データは外部からアクセスできない PC で管理して情報漏洩を防いだ．

C．研究結果

令和 7 年度までに研究参加に同意し初診時アンケートに記入した 52 名を解析した．年齢は 10〜42 歳，平均 18.4 歳，男性 43 名（82.7%）・女性 9 名（17.3%）で，中学生（23.1%）・高校生（19.2%）・大学生（17.3%）・無職（15.4%）・小学生（15.4%）・社会人（9.6%）であった．このうち，3 か月時点で主に受けていた介入に基づき，診察＋カウンセリング群 21 名，診察＋カウンセリング＋家族会群 8 名，入院治療群 8 名の相互に重複しない3群に分類して検討した．なお，デイケアおよび治療キャンプについては，3 か月後評価が可能な対象者数が少なかったため，本年度の解析対象から除外した．

ゲーム依存度については，入院治療群で治療開始 3 か月後に GAMES test（本人評価・家族評価とも）および日本版 IAT（本人評価・家族評価とも）の平均値が有意に改善した一方，診察＋カウンセリング群および診察＋カウンセリング＋家族会群では，GAMES test・日本版 IAT のいずれにも有意な改善を認めなかった．平日および休日のゲーム使用時間は，3 群すべてにおいて本人評価・家族評価とも 3 か月後に有意に低減した．ゲーム使用による仕事・学業・社会生活・家庭生活への悪影響（Sheehan VAS スケール）も，おおむね 3 群とも 3 か月後に低減した（社会生活・家庭生活の一部は診察＋カウンセリング群で有意差を認めなかった）．

D．考察

本研究は，治療開始から 1 年後までの効果と，治療法および併存精神障害の有無による転帰の差の検証を目標としているが，現時点では1年以上経過した協力者が 12 名，入院から 3 か月以上経過した者も限られ，対照群を設けない治療前後比較であるため，併存精神障害の有無による差を検証するに足る人数には至っていない．このような制約のなかで，入院治療群ではゲーム依存度・ゲーム使用時間・生活への悪影響のいずれにも低減を認めた．ただし対照群を設けていないため，入院治療が短期的な改善と関連する可能性が示唆されるにとどまる．家族会への参加は家族が本人の肯定的変化を捉えやすくする可能性が示唆された．一方，診察＋カウンセリング群は 3 か月時点で依存度に有意差を認めないものの多くの指標で改善傾向を示しており，外来での介入は効果発現に時間を要する可能性がある．入院治療には環境調整に加え集団認知行動療法・心理教育など多様な要素が含まれ，どの要素が有効かは今後の検証課題である．本研究は対象者数が少なく単施設の研究であるが，多職種による多彩な支援が有効でありうることを示唆している．今後，対象者数の増加，複数機関での実施，より長期の転帰調査，併存精神障害の有無や年齢による差の多角的分析が必要である．

E．結論

本研究のこれまでの結果から，入院治療群では治療開始 3 か月後に短期的なゲーム依存度の改善が認められたこと，各介入（通院・カウンセリング・家族会・入院）の後に平日・休日のゲーム使用時間およびゲーム使用による仕事・学業・社会生活・家庭生活への悪影響の低減が認められたことが示唆された．ただし，本研究は対照群を設けない治療前後比較であり，因果関係の確定には至らない．治療転帰の最終解析，ならびに併存精神障害の有無や年齢による差の検討は継続課題として進める．

F．健康危険情報

なし（総括研究報告書にまとめて記入）．

G．研究発表

1. 論文発表：なし．
2. 学会発表：なし（治療転帰研究の成果について，APSAAR Congress 2026（Jakarta, 2026 年 7 月 31 日〜8 月 2 日）および ICBA 2026（Istanbul, 2026 年 8 月 24〜26 日）にて発表予定）．

H．知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

令和７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 と対応法に関する提言

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，ゲーム行動の制御困難により日常生活に支障をきたす状態であり，ICD-11 への収載を契機に評価・治療・体制整備の標準化が国際的課題となっている．令和 6 年度は年齢層による臨床的差異を整理したが，令和 7 年度は前年度の知見を基盤に，「評価→併存症への対応→家族支援→治療介入→連携」という対応の枠組みに沿って国内外の最新エビデンスを整理し，本邦の体制整備に向けた論点を抽出した．評価では，DSM-5 準拠で国際的に最も広く検証された尺度の一つである IGDS9-SF の標準日本語版（IGDS9-SF-J）・児童版（IGDS9-SF-JC）をはじめ本邦の評価尺度が整備され普及基盤が整う一方，多数の尺度が併存し，採用する基準（DSM-5／ICD-11）により同定される症例が大きく異なるため，既存尺度に対する優位性を直接比較により明確化することが課題として残る．併存症では ADHD・ASD・抑うつ・不安・睡眠障害・ひきこもりが高率に併存するが，近年のメタ解析は併存症の有無が治療転帰を必ずしも左右しないことを示した．併存症に対する薬物療法は IGD 症状にも波及しうるものの，GD そのものに対する薬物療法は確立しておらず，睡眠・レジリエンス・逃避動機等も含めた多面的対応が求められる．治療では認知行動療法（CBT）を中心とする心理療法に有効性を示すエビデンスが蓄積しており，統合的動機づけ CBT や遠隔・デジタル介入の有効性も無作為化比較試験で示されたが，効果推定は研究の異質性・出版バイアスにより慎重な解釈を要する．家族支援は未成年 GD の治療成功の鍵であり，多次元家族療法や親トレーニングの有効性が示された一方，制限よりも家族関係の質が重要であり年齢・自律性に応じた関与が求められる．連携・体制では，段階的ケア（stepped care）と学校を起点とした早期介入・予防（PROTECT 等）が有望であり，中国の未成年者ネット保護条例（2024 年施行），EU のデジタルサービス法下の未成年保護ガイドライン，英国オンライン安全法・Ofcom 子ども保護実務規範など近年の各国政策は，利用時間の制限に加えて嗜癖を助長しうる設計への対処へと広がっている．一方で，時間規制のみでは心理社会的リスクや併存症への対応には不十分である．年齢差の最新知見は，若年成人も顕著に脆弱であること，早期思春期が症状固着前の介入機会であることを示した．以上より，評価の標準化，治療・支援の整理，家族支援体制の充実，学校を含む連携導線の整備，地域偏在への対応が，今後の診療ガイドライン・診療報酬上の位置づけを検討する際の論点として整理された．

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）

A．研究目的

世界保健機関（WHO）は，ICD-11 において，ゲームに対する制御の障害，他の活動よりゲームを優先する傾向，および負の結果が生じてもゲームを継続・増悪させる行動パターンとしてゲーム行動症（Gaming Disorder，以下 GD）を定義し，その診断には個人・家族・社会・教育・職業等の機能に重大な障害を生じる重症度が通常 12 か月以上にわたり明らか

であることを要件とした（World Health Organization, 2020）．ゲーム行動の制御困難により日常生活に支障をきたす GD は，特に若年層を中心に有病率の上昇が指摘され，その対策は喫緊の課題である．本研究の最終目標は，GD に関する最新の研究論文の review を通じて，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につながる知見の基盤を提供することにある．

令和 6 年度は，年齢層による臨床的差異（疫学・経過・併存症・心理社会的背景・神経基盤・治療予後）に着目し，未成年と成人の臨床像の違いを整理した．これに対し令和 7 年度は，前年度の review の結果を踏まえ，「対応法」に重心を移すこととした．すなわち，GD に対する評価・治療・支援が国内外でどこまで体系化されているかを整理し，本邦で実現可能な対応法と体制整備の論点を抽出することを目的とした．整理にあたっては，治療戦略を明確にすること，現時点での確定的な政策提言は控え診療ガイドラインの検討につながる論点整理に重点を置くこと，医療・相談機関にとどまらず学校等の教育関連機関との連携を重視することを念頭に，治療を「評価→併存症への対応→家族支援→治療介入→連携」という枠組みで統合的に把握する方針とした．前年度の主題であった年齢差についても，その後に発表された最新文献を加えて更新した．

B．研究方法

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」（松﨑班）で集積した系統的レビュー文献を基本文献とし，これに令和 6 年度以降の最新文献を加え，対応の枠組みに対応する 6 つの観点（①評価・スクリーニング，②併存症への対応，③家族支援，④治療介入，⑤連携・体制と各国の取り組み事例，⑥年齢差の更新）から整理した．PubMed では「gaming disorder」「internet gaming disorder」に treatment, cognitive behavioral therapy, family therapy, comorbidity, screening/scale, adolescent, young adult, policy 等を組み合わせ，原則 2023 年 1 月以降の系統的レビュー・メタ解析・無作為化比較試験・大規模縦断研究および本邦の尺度検証研究を採用した（尺度の原版など概念上不可欠な基盤文献は年を問わず含めた）．政策・法制度は世界保健機関・各国政府・規制当局・欧州委員会・欧州評議会・本邦の関係省庁等の公式一次資料に限定し，新聞・一般報道・百科事典類・商業的治療案内は除外した．採用した各文献・資料は PubMed・出版社ページ・DOI・PMID または発行機関の公式サイトで書誌を確認し，記載内容・数値を一次資料に当たって二重に確認した．なお対象期間（令和 7 年度，2026 年 3 月まで）に合わせ，2026 年 4 月以降に初出した文献は採用しなかった．

（倫理面への配慮）本研究は公表された文献を対象とするレビュー研究であり，新たに人を対象とする情報・試料を取得するものではないため，「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」の適用範囲外として扱った．

C．研究結果

1．評価（スクリーニングと診断尺度）— 尺度の比較と本邦版 IGDS9-SF の位置づけ

GD の評価は多数の自己記入式尺度に依存し，その大半は DSM-5 のインターネットゲーム障害（IGD）基準，または ICD-11 の GD 基準に基づく．ICD-11 は中核基準すべての充足を求めるより厳格な方式で診断閾値が高く（Yen ら，2023），採用基準は同定症例数を大きく左右する．22 研究のメタ解析では DSM-5 基準の有病率 7.9%に対し ICD-11 基準は 3.0%（Zhou ら，2024），青少年 84 研究のメタ解析でもプール有病率 8.6%（I^2=100%）とスクリーニングツール・カットオフ選択の影響が大きく（Satapathy ら，2024），どの基準・尺度を用いるかは有病率推定と支援対象の同定に体系的影響を与える重要な選択である．

DSM-5 の枠組みでは，9 項目短縮版 IGDS9-SF が国際的に最も広く用いられる尺度の一つで（Pontes & Griffiths, 2015），15 言語 21 研究で一次元構造と良好な信頼性・測定不変性が支持され（Poon ら，2021），ラテンアメリカ 7 か国でも異文化間不変性が確認された（Blandón-Castaño ら，2024）．本研究班は標準日本語版 IGDS9-SF-J を開発・公表し（井上ら，2024），これを基盤に低年齢児向けの児童版 IGDS9-SF-JC を公立小学校児童 525 名で検証した（Cronbach's α=0.849）（Ogiso ら，2025）．すなわち IGDS9-SF-J は標準日本語版，IGDS9-SF-JC はその児童版にあたる．別系統の児童版 IGDS-C 日本語版も計 746 名で妥当性が確認されている（Ono ら，2025）．本邦には DSM-5 準拠の IGDT-10 日本語版

（Mihara ら, 2022）や ICD-11 準拠の GAMES test（Higuchi ら, 2021）も整備され，国際的には ICD-11 準拠の GDT（Jahrami ら, 2024）, GADIT（Chan ら, 2024）, ACSID-11（Oelker ら, 2024）も利用可能である．

一方, IGD の評価尺度は国内外で多数開発されており，新規尺度の既存尺度に対する有用性・優位性の学術的明確化が求められる．17 尺度の内容妥当性分析は基準操作化の不完全さと新尺度乱立（「歯ブラシ問題」）を批判し（Karhulahti ら, 2023）, 32 尺度・320 研究のレビューも単一の最良尺度は存在しないとした（King ら, 2020a）. 29 尺度・417 項目の表面的妥当性評価では一部項目の過剰病理化が指摘され，過剰診断の回避も重要である（King ら, 2020b）．直接比較では，成人 544 名で ICD-11 準拠 GDT が DSM-5 準拠 IGDS9-SF より安定した測定不変性・増分妥当性を示し，IGDS9-SF は逃避項目の負荷が低く（Wang & Cheng, 2020）, Mokken 分析でも両尺度は妥当だが GDT がやや弁別力に優れた（Maldonado-Murciano ら, 2024）．本邦の思春期臨床でも GAMES test と IGDT-10 で陽性率が大きく異なった（GAMES 20.7%, IGDT-10 原版 3.9%／改変版 27.1%）（Tateno ら, 2025）．

以上を総合すると，IGDS9-SF-J／IGDS9-SF-JC の意義は，DSM-5 に準拠した簡便かつ一次元的で国際的に広く検証された尺度を，児童を含む本邦の集団に適用可能にした点にある．他方で，既存尺度（IGDT-10 日本語版や ICD-11 準拠尺度，さらには旧来広く用いられてきたインターネット依存度テスト〔IAT〕のような汎用尺度）と比較した本邦における優位性は，head-to-head の直接比較，臨床診断を基準とした感度・特異度，および DSM-5／ICD-11 基準間の一致度の検討によって今後実証的に明確化すべき課題であり，評価尺度を診断・臨床の導線に位置づけるうえでの前提条件となる．

2．併存症への対応

GD は ADHD・自閉スペクトラム症（ASD）・抑うつ・不安・睡眠障害・社会的ひきこもり等を高率に併存し，特に青年期で問題ゲーミングと併存精神疾患の関連が強い（Coutelle ら, 2024）. ADHD は成人においても GD の発症・重症度と有意に関連する危険因子と位置づけられ，抑うつ・不安等のメンタルヘルスを介して IGD に影響することが示された（Zhou ら, 2026）. ASD・ADHD を持つ児童・青年の比較研究では, IGD カットオフ超過率は ADHD 群 72.3%・ASD 群 45.5%・対照群 9.5%と高く，とりわけ ASD 例では全般機能が改善してもゲーム症状が残存し，回復予後が不良となりうることが示唆された（Simonelli ら, 2024）．

併存症への薬物療法に関する系統的レビューでは，ADHD 併存にメチルフェニデートやアトモキセチン，抑うつ併存にブプロピオンやエスシタロプラムが用いられ，いずれも併存症と IGD 症状の双方の改善が報告された（Clorado de Sá ら, 2023）（ただし対象研究はほぼ韓国・男性に偏る限界がある）．これらは併存症への薬物療法が IGD 症状にも波及しうることを示すものであって，GD そのものに対する薬物療法が確立しているわけではない．治療学的に重要な知見として，GD 治療 21 試験・1,360 名のメタ解析は，介入が GD 症状（g=1.38）・ゲーム時間（g=0.90）に加え抑うつ（g=0.65）・不安（g=0.66）も改善し，その効果は 90 日後も持続する一方，併存症の有無は治療転帰を有意に調整しなかったことを示した（Harpas ら, 2025）．すなわち，抑うつ・不安を併存する症例でも標準的治療の効果は同等に期待でき，併存症の存在は治療導入を妨げる理由にはならない．

連鎖機構の理解も進んだ．中国の中学生 4 万名超の 3 波縦断研究では, IGD-抑うつ関連を睡眠苦痛とレジリエンス低下が 3〜6 割媒介し（男子で強い）（Peng ら, 2025），香港の 3,430 名のネットワーク解析では「気分の逃避としてのゲーミング」が IGD・抑うつ・ひきこもりをつなぐ橋渡し症状であった（Fong ら, 2024）．すなわち併存症対応は薬物療法にとどまらず睡眠・レジリエンス・逃避動機を標的とする多面的対応を要する．本邦の専門治療施設では併存症対応への習熟が進み（約 78%が薬物療法併用）（Kitayuguchi ら, 2025），児童青年精神科医の役割が増大している（Tateno ら, 2022）．

3．家族支援

家族要因は GD の発症・経過に強く関与する．69 研究・約 11.9 万名のメタ解析では良好な親子関係がゲーム依存と負の相関（r=-0.177，中学生・韓国で最強）を示し（You ら, 2025）, 77 論文のレビューでも否定的家族機能・親のメンタルヘルス不良・脆弱な愛着・

否定的養育がリスク因子とされた（Atalan Ergin & Essau, 2025）. 中国の高校生 1,200 名の縦断研究では親のサポートが保護的, 虐待がリスクとして新規発症・寛解の双方に影響し（She ら, 2022）, これらは単なる利用制限よりも家族関係の質を支えることの重要性を示す.

家族を介した介入の有効性も蓄積している. 多次元家族療法（MDFT）は通常の家族療法に優越し 12 か月時点で IGD 該当 0%・症状消失 54.5%・完遂率 100%（Nielsen ら, 2021）, 集団形式の親トレーニングは子の症状と家庭内の身体的衝突をともに減少させた（Brandhorst ら, 2022）. 本邦でも親へのビデオ会議型 CBT のパイロットで親の QOL が改善し遠隔親介入の実行可能性が示され（Horita ら, 2024）, 当事者の青少年も個人 CBT と家族療法の統合を高く評価した（Bore ら, 2025）. もっとも関与の最適形態は症例により異なり, 30 研究・2,157 名のレビューは単独の親トレーニングの効果が一貫せず一部の青少年が自律を望むと指摘した（Park ら, 2025）. したがって未成年では家族を治療単位としつつ, 後期青年・成人では自律性に配慮した調整が求められる.

４．治療介入

GD に対して現時点で最も検討が進んでいる介入は認知行動療法（CBT）であり, 中核的な介入候補と位置づけられる. CBT に特化したメタ解析（13 試験・1,115 名）では, CBT が嗜癖症状を中等度に改善し（g=0.72）, 介入期間が長く実践量の多い CBT ほど効果が大きい用量反応関係が示された（Reangsing ら, 2025）. 非薬物的介入 18 試験・1,950 名のメタ解析でも, GD 重症度が有意に低下し（g=-0.82）, とりわけ CBT を中心とする心理療法の効果が最大で, 治療目的の介入が予防目的を上回った（Ock ら, 2025）. 青年を対象とした統合的動機づけ CBT（ICBT）の無作為化比較試験では, 興味・強みの再発見と現実生活活動の構築を組み込むことで, 6 か月後の GD 症状に大きな効果（g=1.15）を示すとともに抑うつ・不安も改善した（Ji ら, 2023）. デジタル・遠隔介入も有望であり, ウェブカメラを用いた短期遠隔治療 OMPRIS の多施設無作為化比較試験では大きな効果（d=0.92）とネット利用時間の顕著な減少が 6 か月後も持続した（Dieris-Hirche ら, 2023）. 非侵襲的介入のメタ解析では中〜大の効果（SMD=-0.8）が示された一方, 経頭蓋直流電気刺激（tDCS）は渇望を一過性に低減するのみで長期効果は限定的であった（Byeon ら, 2025）.

ただし効果推定は慎重な解釈を要する. 38 試験・9,524 名の大規模メタ解析は全体の効果が控えめ（modest）で, 出版バイアスや標準化の欠如が確信度を損なうと警告し（Danielsen ら, 2024）, ネット・スマホ・ゲーム嗜癖を包括したアンブレラレビューもゲーム嗜癖への効果（SMD=-0.82）を示す一方, 含有レビューの 86.2%が方法論的質が低かった（Zhang ら, 2026）. 比較メタ解析では対面が遠隔を, 短期が長期をやや上回るが, 多くの研究が併存症評価を欠く（Wang ら, 2025）. 本邦では専門治療施設が 2016〜2023 年に 28→127 施設へ 4.5 倍増し, 都道府県カバーも 36→70%へ拡大した. 施設の 96%は完全断ゲームより使用量低減を, 83%はゲーム以外の活動充実を主目標とし, 個人・集団 CBT・疾病教育・家族プログラム・治療キャンプが主介入であった（Kitayuguchi ら, 2025）. すなわち本邦臨床では「使用の低減と現実生活の再構築」を志向する包括的アプローチが標準となりつつある.

５．連携と体制（国内外の取り組み事例と学校連携）

対応の体系化には, 重症度に応じた多層的な体制が要件となる. 段階的ケア（stepped care）モデルは, 低強度（自助資源・オンラインスクリーニング・簡易介入）, 中強度（オンライン個別・集団カウンセリング, モニタリング）, 高強度（併存症対応を含む対面臨床）を重症度に応じて柔軟に移行する枠組みであり, 妥当なスクリーニング, ゲームに精通した実践者, 多様な介入へのアクセスを要件とする（Park ら, 2021）. この体制において学校は早期発見・予防の重要な起点となる. ドイツの 33 校で実施された CBT 基盤の予防的集団介入 PROTECT のクラスター無作為化比較試験では, リスク群の青少年において 12 か月後の症状減少が対照より大きく（Cohen d=0.67）, 学校を基盤とした選択的予防の有効性が示された（Lindenberg ら, 2022）. 医療・相談機関に来談する層が氷山の一角にとどまることを踏まえると, 教育機関との連携は早期発見・予防の要となる.

各国は未成年保護を近年急速に制度化している. 中国は 2021 年に未成年のオンラインゲームを週末・

祝日の 1 日 1 時間に制限し全ゲームに実名認証を義務づけ（国家新聞出版署, 2021），高い遵守率（93.6%）でゲーム時間は減少したが（Zhou ら, 2025），地方部では情緒的問題が残存し時間規制の限界が示された（Yang ら, 2023）．これらは 2024 年 1 月施行の「未成年人网络保护条例」に統合され，統一的な実名認証・年齢段階別の利用時間/課金制限・依存防止機制の構築が法的に義務づけられた（中華人民共和国国務院, 2023）．EU は 2025 年，欧州委員会がデジタルサービス法第 28 条に基づく未成年保護ガイドラインで「問題的・嗜癖的行動」や自動再生・通知の既定無効化，説得的デザインへの対処を求め（European Commission, 2025），英国はオンライン安全法に基づく Ofcom の子ども保護実務規範でゲーム等を含むサービスに児童リスク評価と保護措置を義務づけた（Ofcom, 2025）．これらは規制が利用時間の一律制限から嗜癖を助長しうる設計への対処へと広がりつつあることを示す．

公衆衛生の観点では，ICD-11 収載後の国際比較が人材育成・標準化スクリーニング・文化適応型プロトコルの不足を共通課題として指摘し（Long ら, 2022），欧州評議会も関連政策文書を採択した（Pompidou Group, 2024）．本邦では，こども家庭庁の令和 6 年度調査で青少年の 66.5%がゲーム機でインターネットを利用し家庭でのルール設定が課題とされ（こども家庭庁, 2025），未成年のオンラインゲーム課金相談は小学生で累計 1 万 2,000 件を超え高額化している（国民生活センター, 2025；現行の相談対応指針は消費者庁, 2022）．一方で支援体制は追いついておらず，札幌の予備調査では回答臨床医 33 名中に専門治療提供者がなく，発見経路の多くが不登校（84.8%）や偶発的発見（48.5%）であった（Tateno ら, 2022）．専門治療施設は増加するも地理的偏在が顕著で（Kitayuguchi ら, 2025），学校・相談機関・専門医療をつなぐ導線整備と地域差是正が課題である．

6．年齢差の最新知見（令和 6 年度の更新）

前年度の年齢差レビューはその後の文献で更新された．従来 GD は思春期の問題とされてきたが，18-35 歳を対象とした 93 研究・約 15 万名のメタ解析は若年成人の IGD 有病率を 6.1%（ゲーマー限定 8.1%）と推定し，この年齢層も顕著に脆弱であることを示した（Gisbert-Pérez ら, 2026）．10-18 歳を 5 時点で追跡した出生コホート研究では，重度関与症状は 10-16 歳で増加し 18 歳で急減する一方，負の帰結は持続し早期の重度関与が後の負の帰結を予測することから，早期思春期が症状固着前の介入機会であることが示された（Wichstrøm ら, 2026）．治療希求患者の比較でも，若年群は約 14 歳発症・進行約 7 年，成人群は 21 歳・約 11 年と若年で進行が速いが臨床プロフィールは類似し同種介入が適用可能であった（Hofstedt ら, 2024）．

本邦の東京ティーンコホート（約 3,171 名）は，12 歳時の ADHD 傾向が 14 歳時の問題的ゲームを介して 16 歳時のメンタルヘルス不調を予測し，問題的ゲームが媒介経路となることを示した（Narita ら, 2025）．同一年齢帯でも経過は不均質で，大学生 5,787 名の 5 時点追跡では IGD 経過が安定-低（87.4%）・増加（6.8%）・減少（5.8%）の 3 群に分かれ，自己制御・セルフコンパッションが保護的，抑うつ・仲間葛藤が時変的リスクであった（Qiao ら, 2024）．神経基盤も，思春期 IGD の fMRI 研究 21 件のレビューが前頭-線条体回路の機能障害・報酬系過活動・白質微細構造障害を一貫して報告し，前年度の発達不均衡仮説を画像面から更新した（Zhu ら, 2025）．

D．考察

本研究は，GD への評価・治療・支援の体系化を「評価→併存症への対応→家族支援→治療介入→連携」の枠組みで整理した．評価では本邦版 IGDS9-SF-J／JC や IGDT-10 日本語版が整備され標準化スクリーニングの基盤は整いつつあるが，多数の尺度が併存し採用基準で同定症例が変わるため，既存尺度との直接比較と基準間一致度の検証なしに特定の尺度を診断・臨床の導線へ位置づけることは難しい．治療では CBT を中心とする心理療法に有効性のエビデンスが蓄積し，併存症の有無が治療転帰を必ずしも左右しないという知見は併存症を理由に治療導入をためらうべきでないことを示す．もっとも効果推定は研究の異質性・出版バイアスの影響を受け，いずれの介入も確立した標準治療と断ずるには時期尚早である．

家族支援では利用の「制限」より家族関係の「質」が効果をもたらし，自律を望む青少年もあることから年齢・自律性に応じた調整を要する．連携・体制では段階的ケアと学校起点の早期介入・予防が有望な一

方，各国の規制型政策は行動を変えても根本的な心理的脆弱性までは届かなかった．本邦では専門治療の地域偏在が大きく，患者の多くが不登校や偶発的発見で見いだされる現状は導線の未整備を示す．年齢差では若年成人を含めた脆弱性の捉え直しと早期思春期の固着前介入が重要である．本研究の限界として，採用文献のアジア圏偏在，横断研究・高異質性研究の混在，尺度多様性による直接比較の制約が挙げられる．

対応法に関する提言（体制整備に向けた論点整理）

現時点での確定的な政策提言は控え，今後の診療ガイドラインおよび診療報酬上の位置づけの検討に向けた論点を，対応の枠組みに沿って以下に整理する．

（1）評価の標準化と尺度の比較検証：本邦で整備された DSM-5 準拠尺度（標準日本語版 IGDS9-SF-J・児童版 IGDS9-SF-JC, IGDT-10 日本語版）および ICD-11 準拠尺度を，学校・一次医療・相談機関の共通スクリーニングとして位置づけ，カットオフと運用を標準化する．同時に，採用する診断基準（DSM-5／ICD-11）が有病率推定と支援対象の同定を大きく左右することを踏まえ，これらの尺度を同一集団で直接比較し臨床診断を基準とした診断精度を検証することで，各尺度の有用性・優位性と適用場面を学術的に明確化する．

（2）治療の体系化：CBT を中心とする心理療法を中核的介入候補として位置づけ，併存症を有する症例でも心理療法を中心とした治療導入を妨げないことを原則とする．治療目標は完全な断ゲームではなく，使用の低減と現実生活・社会関係の再構築に置く．併存症はそのタイプに応じて薬物療法を含め対応し，睡眠・レジリエンス・逃避動機といった媒介要因も標的とする．

（3）家族支援の制度化：未成年では家族を治療単位として位置づけ，家族療法・親プログラム・親への心理教育を治療パッケージに組み込む．遠隔・集団形式の親支援はアクセス向上に資する．ただし関与の強度は年齢・自律性に応じて調整する．

（4）連携導線の整備：学校（不登校対応・予防教育・スクリーニング）から相談機関，専門医療へと至る段階的ケアの導線を整備し，教育機関との連携を制度的に担保する．学校を起点とした選択的予防プログラムの本邦への適用可能性を検討する．

（5）地域偏在の是正：専門治療施設の地理的偏在を踏まえ，遠隔医療・遠隔相談の活用や非専門職への研修（mhGAP 型の教育資材を含む）により，地域資源の格差を縮小する．

（6）年齢層に応じた対応：早期思春期を症状固着前の予防的介入の窓と位置づける一方，若年成人への対応も拡張する．年齢層ごとに発見経路・関与形態・予防戦略を最適化する．

（7）ガイドライン・診療報酬検討の土台：標準化された評価，治療パッケージ，アウトカム指標を整備し，縦断データの蓄積を進めることで，将来の診療ガイドライン策定および診療報酬上の位置づけの検討につなげる．確定的な政策提言は，縦断的・多面的データの蓄積を待って行うことが適当である．

E．結論

令和 7 年度の文献 review を通じて, GD に対する評価・治療・支援が国際的に体系化されつつあり，本邦でも評価尺度の整備と専門治療体制の拡大が進んでいることを確認した．治療は認知行動療法を中心とする心理療法で有効性のエビデンスが蓄積しており，併存症を併発する症例にも効果が示唆される一方，研究の異質性を踏まえると確立した標準治療と断ずるには慎重を要する．他方，評価尺度の標準化と既存尺度との比較検証，学校を含む連携導線の整備，地域偏在への対応は，体制整備に向けて残された課題である．年齢差の最新知見は，若年成人を含めた脆弱性の捉え直しと，早期思春期における固着前の介入の重要性を示している．本研究で整理した論点は，今後の支援体制の整備や診療ガイドライン・診療報酬上の位置づけを検討する際の基礎資料となると考えられる．

F．健康危険情報

なし（分担研究報告書には記入せず，総括研究報告書にまとめて記入する）．

G．研究発表

1. 論文発表：該当なし（研究班全体の成果は総括研究報告書の刊行一覧に記載）．

2. 学会発表：該当なし（研究班全体の成果は総括研

究報告書の刊行一覧に記載）．

H．知的財産権の出願・登録状況

なし．

参考文献

1) World Health Organization. Addictive behaviours: Gaming disorder (Questions and answers). 2020. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/addictive-behaviours-gaming-disorder
2) Pontes HM, Griffiths MD. Measuring DSM-5 internet gaming disorder: Development and validation of a short psychometric scale. Comput Human Behav. 2015;45:137-143. doi:10.1016/j.chb.2014.12.006
3) Poon LYJ, Tsang HWH, Chan TYJ, Man SWT, Ng LY, Wong YLE, Lin CY, Chien CW, Griffiths MD, Pontes HM, Pakpour AH. Psychometric Properties of the Internet Gaming Disorder Scale-Short-Form (IGDS9-SF): Systematic Review. J Med Internet Res. 2021;23(10):e26821. doi:10.2196/26821. PMID:34661543
4) Blandón-Castaño JA, Puerta-Cortés DX, Carmona A, Ivern J, Vilca LW, Carbonell X, Caycho-Rodríguez T. Cross-cultural Invariance of the Internet Gaming Disorder Scale-Short-Form (IGDS9-SF) in Seven Latin American Countries. Int J Ment Health Addict. 2024. doi:10.1007/s11469-024-01376-z
5) Ogiso A, Inoue T, Kitajima T, Ujiie Y, Oto Y, Sakuta R. Development and validation of the internet gaming disorder scale-9 short form Japanese version for children for early screening in elementary school children. Front Child Adolesc Psychiatry. 2025;4:1622000. doi:10.3389/frcha.2025.1622000. PMID:40708836
6) 井上建，森下菖子，椎橋文子，北島翼，松島奈穂，大戸佑二，大谷良子，東美穂，渕上真裕美，村山美優，小木曽梓，岩波純平，吉田有希，黒岩千枝，作田亮一. Internet Gaming Disorder Scale-Short-Form 日本語版の開発および有用性. 日本小児科学会雑誌. 2024;128(10):1320-1322.
7) 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). Neuropsychopharmacol Rep. 2025;45(1):e12518. doi:10.1002/npr2.12518. PMID:39792022
8) Mihara S, Osaki Y, Kinjo A, Matsuzaki T, Nakayama H, Kitayuguchi T, Harada T, Higuchi S. Validation of the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10) based on the clinical diagnosis of IGD in Japan. J Behav Addict. 2022;11(4):1024-1034. doi:10.1556/2006.2022.00070. PMID:36194503
9) Higuchi S, Osaki Y, Kinjo A, Mihara S, Maezono M, Kitayuguchi T, Matsuzaki T, Nakayama H, Rumpf HJ, Saunders JB. Development and validation of a nine-item short screening test for ICD-11 gaming disorder (GAMES test) and estimation of the prevalence in the general young population. J Behav Addict. 2021;10(2):263-280. doi:10.1556/2006.2021.00041. PMID:34232907
10) Jahrami H, Husain W, Lin CY, Björling G, Potenza MN, Pakpour A. Reliability generalization Meta-Analysis and psychometric review of the Gaming Disorder test (GDT): Evaluating internal consistency. Addict Behav Rep. 2024;20:100563. doi:10.1016/j.abrep.2024.100563. PMID:39282470
11) Chan GCK, Saunders JB, Stjepanović D, McClure-Thomas C, Connor J, Hides L, Wood A, King D, Siste K, Long J, Leung JK. The Gaming Disorder Identification Test (GADIT): A screening tool for Gaming Disorder based on ICD-11. J Behav Addict. 2024;13(3):729-741. doi:10.1556/2006.2024.00038. PMID:39088282
12) Oelker A, Rumpf HJ, Brand M, Müller SM. Validation of the ACSID-11 for consistent screening of specific Internet-use disorders based on ICD-11 criteria for gaming disorder: A multitrait-multimethod approach. Compr Psychiatry. 2024;132:152470. doi:10.1016/j.comppsych.2024.152470. PMID:38631271
13) King DL, Chamberlain SR, Carragher N, Billieux J, Stein D, Mueller K, et al. Screening and assessment tools for gaming disorder: A comprehensive systematic review. Clin Psychol Rev. 2020;77:101831. doi:10.1016/j.cpr.2020.101831 （本文 King ら 2020a）
14) King DL, Billieux J, Carragher N, Delfabbro PH. Face validity evaluation of screening tools for gaming disorder: Scope, language, and overpathologizing issues. J Behav Addict. 2020;9(1):1-13. doi:10.1556/2006.2020.00001. PMID:32359228 （本文 King ら 2020b）
15) Karhulahti VM, Martončik M, Adamkovič M. Measuring Internet Gaming Disorder and Gaming Disorder: A Qualitative Content Validity Analysis of Validated Scales. Assessment. 2023;30(2):402-413. doi:10.1177/10731911211055435. PMID:34726084
16) Wang HY, Cheng C. Psychometric Evaluation and Comparison of Two Gaming Disorder Measures Derived From the DSM-5 and ICD-11 Frameworks. Front Psychiatry. 2020;11:577366. doi:10.3389/fpsyt.2020.577366. PMID:33391047
17) Maldonado-Murciano L, Pontes HM, Barrios M, Gómez-Benito J, Guilera G. Mokken scale analysis of the Internet Gaming Disorder Scale-Short-Form and the Gaming Disorder Test. Addict Behav Rep. 2024;20:100567. doi:10.1016/j.abrep.2024.100567. PMID:39611105
18) 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. doi:10.1002/pcn5.70080
19) Yen JY, Chou WP, Liao HY, Ko CH. Comparing the Approaches and Validity of ICD-11 Criteria for Gaming Disorder and DSM-5 Criteria for Internet Gaming Disorder. Curr Addict Rep. 2023;10(1):60-68. doi:10.1007/s40429-022-00459-y
20) Zhou R, Morita N, Ogai Y, Saito T, Zhang X, Yang W, Yang F. Meta-Analysis of Internet Gaming Disorder Prevalence: Assessing the Impacts of DSM-5 and ICD-11 Diagnostic Criteria. Int J Environ Res Public Health. 2024;21(6):700. doi:10.3390/ijerph21060700. PMID:38928946
21) Satapathy P, Khatib MN, Balaraman AK, Roopashree R, Kaur M, Srivastava M, et al. Burden of gaming disorder among adolescents: A systematic review and meta-analysis. Public Health Pract (Oxf). 2024;9:100565. doi:10.1016/j.puhip.2024.100565. PMID:40115446
22) Harpas I, Stevens M, Radunz M, Williamson P, Hamamura T, Svendsen O, King DL. Treatment of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2025;354:116783. doi:10.1016/j.psychres.2025.116783. PMID:41187384
23) Clorado de Sá RR, Coelho S, Parmar PK, Johnstone S, Kim HS, Tavares H. A Systematic Review of Pharmacological Treatments for Internet Gaming Disorder. Psychiatry Investig. 2023;20(8):696-706. doi:10.30773/pi.2022.0297. PMID:37559452
24) Zhou X, Chen J, Yao J, Chui DT, Tang SK. Internet gaming disorder, attention deficit hyperactivity disorder and learning in adults: a systematic review. Front Psychiatry. 2026;16:1735922 (Epub 2026 Jan 22). doi:10.3389/fpsyt.2025.1735922. PMID:41659171
25) Simonelli V, Narzisi A, Sesso G, Salvati A, Milone A, Viglione V, Tolomei G, Masi G, Berloffa S. Internet Gaming Disorder in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Brain Sci. 2024;14(2):154. doi:10.3390/brainsci14020154. PMID:38391728
26) Peng P, Chen ZM, Ren SL, He Y, Li JG, Liao AJ, et al. Internet gaming disorder and depression mediated by impaired resilience and sleep distress: a three-wave longitudinal study among Chinese adolescents. Epidemiol Psychiatr Sci. 2025;34:e16. doi:10.1017/S2045796025000046. PMID:39965936
27) Kitayuguchi T, Matsuzaki T, Nishimura K, Mihara S, Higuchi S. Evolution of specialist treatment of gaming disorder and internet addiction in Japan. Front Psychiatry. 2025;16:1577135. doi:10.3389/fpsyt.2025.1577135. PMID:41450843
28) Wang R, Zhang Y, Liu Z, Dong H, Zhang Z, Yang K, et al. Comparative efficacy of psychological interventions for internet gaming disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. Front Psychiatry. 2025;16:1619138. doi:10.3389/fpsyt.2025.1619138. PMID:40708593
29) 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;22(5):490-503. doi:10.30773/pi.2024.0358. PMID:40404379
30) Fong TCT, Junus A, Wen M, Yip PSF. Comorbidity among symptoms of internet gaming disorder, social withdrawal, and depression in 3430 young people in Hong Kong: A network analysis. J Affect Disord. 2024;359:319-326. doi:10.1016/j.jad.2024.05.091. PMID:38777272
31) Coutelle R, Balzer J, Rolling J, Lalanne L. Problematic gaming, psychiatric comorbidities, and adolescence: A systematic review of the literature. Addict Behav. 2024;157:108091. doi:10.1016/j.addbeh.2024.108091
32) Tateno M, Matsuzaki T, Takano A, Higuchi S. Increasing important roles of child and adolescent psychiatrists in the treatment of gaming disorder: Current status in Japan. Front Psychiatry. 2022;13:995665. doi:10.3389/fpsyt.2022.995665. PMID:36339875
33) Nielsen P, Christensen M, Henderson C, Liddle HA, Croquette-Krokar M, Favez N, Rigter H. Multidimensional family therapy reduces problematic gaming in adolescents: A randomised controlled trial. J Behav Addict. 2021;10(2):234-243. doi:10.1556/2006.2021.00022. PMID:33905350
34) Brandhorst I, Lahres P, Hanke S, Batra A, Renner T, Barth G, Lindenberg K, Vonderlin E, Petersen K. Randomized Controlled Evaluation of a Group-Based Training for Parents of Adolescents with Gaming Disorder or Social Network Use Disorder. Int J Environ Res Public Health. 2022;20(1):272. doi:10.3390/ijerph20010272. PMID:36612593
35) Horita H, Seki Y, Yamaguchi T, Shiko Y, Kawasaki Y, Shimizu E. Videoconference-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Parents of Adolescents With Internet Addiction: Pilot Randomized Controlled Trial. JMIR Pediatr Parent. 2024;7:e60604. doi:10.2196/60604. PMID:39361415
36) You S, Wang X, Hu Z, He J. Parent-child Relationships and Gaming Addiction: A Systematic Review and Meta-analysis. J Youth Adolesc. 2025;54(11):2713-2729. doi:10.1007/s10964-025-02263-z. PMID:41042461
37) Atalan Ergin D, Essau CA. Family Factors and Internet Gaming Disorder among Adolescents: A Systematic Review.

Int J Dev Sci. 2025;19(3-4). doi:10.1177/2192001X251352496
38) Park JJ, Stryjewski A, Chen B, Potenza MN. Treatment of Gaming Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review. J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry. 2025;36(3):106-121. doi:10.5765/jkacap.250014. PMID:40631626
39) She R, Zhang Y, Yang X. Parental Factors Associated With Internet Gaming Disorder Among First-Year High School Students: Longitudinal Study. JMIR Serious Games. 2022;10(4):e33806. doi:10.2196/33806. PMID:36346660
40) Bore P, Leo J, Garpenhag L, Claesdotter-Knutsson E. Adolescents' experiences of psychological treatment for gaming disorder: a qualitative study. Front Psychiatry. 2025;16:1601851. doi:10.3389/fpsyt.2025.1601851
41) Reangsing C, Wongchan W, Trakooltorwong P, Thaibandit J, Oerther S. Effects of cognitive behavioral therapy (CBT) on addictive symptoms in individuals with internet gaming disorders: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2025;348:116425. doi:10.1016/j.psychres.2025.116425. PMID:40054044
42) Zhang M, Lan T, Song T, Wang X. Effectiveness of Interventions for Internet, Smartphone, and Gaming Addictions: Umbrella Review and Meta-Meta-Analysis. J Med Internet Res. 2026;28:e81705 (Epub 2026 Mar 5). doi:10.2196/81705. PMID:41813233
43) Danielsen PA, Mentzoni RA, Låg T. Treatment effects of therapeutic interventions for gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. Addict Behav. 2024;149:107887. doi:10.1016/j.addbeh.2023.107887. PMID:37826910
44) Ji Y, Wong DFK. Effectiveness of an integrated motivational cognitive-behavioral group intervention for adolescents with gaming disorder: a randomized controlled trial. Addiction. 2023;118(11):2093-2104. doi:10.1111/add.16292
45) Dieris-Hirche J, Bottel L, Basten J, Pape M, te Wildt BT, Wölfling K, et al. Efficacy of a short-term webcam-based telemedicine treatment of internet use disorders (OMPRIS): a multicentre, prospective, single-blind, randomised, clinical trial. eClinicalMedicine. 2023;64:102216. doi:10.1016/j.eclinm.2023.102216
46) Byeon H. Effectiveness of non-invasive interventions for internet gaming disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. World J Psychiatry. 2025;15(11):110759. doi:10.5498/wjp.v15.i11.110759. PMID:41281510
47) Park JJ, Wilkinson-Meyers L, King DL, Rodda SN. Person-centred interventions for problem gaming: a stepped care approach. BMC Public Health. 2021;21(1):872. doi:10.1186/s12889-021-10749-1
48) Lindenberg K, Kindt S, Szász-Janocha C. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy-Based Intervention in Preventing Gaming Disorder and Unspecified Internet Use Disorder in Adolescents: A Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2022;5(2):e2148995. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.48995. PMID:35179587
49) 国家新聞出版署. 国家新聞出版署关于进一步严格管理切实防止未成年人沉迷网络游戏的通知（国新出発〔2021〕14号）. 2021. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-09/01/content_5634661.htm
50) Zhou X, Liao M, Zhou S, Liu W, Chen X, Li Y. High compliance and reduced online gaming time among Chinese adolescents after the 2021 gaming policy. J Behav Addict. 2025;14(3):1119-1123. doi:10.1556/2006.2025.00080. PMID:40952795
51) Yang Q, Wang H, Wu H, Li W, Zhang Y, Yao Y, et al. Effect of online game policy on smartphone game play time, addiction, and emotion in rural adolescents of China. BMC Psychiatry. 2023;23(1):814. doi:10.1186/s12888-023-05325-3. PMID:37940898
52) 中華人民共和国国務院. 未成年人网络保护条例（国務院令第 766 号、2024 年 1 月 1 日施行）. 2023. https://www.cac.gov.cn/2023-10/24/c_1699806932316206.htm
53) European Commission. Guidelines on measures to ensure a high level of privacy, safety and security for minors online pursuant to Article 28(1) of Regulation (EU) 2022/2065 (Digital Services Act), C/2025/5519. 2025. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ:C_202505519
54) Ofcom. Statement: Protecting children from harms online — Protection of Children Codes of Practice. 2025. https://www.ofcom.org.uk/online-safety/illegal-and-harmful-content/statement-protecting-children-from-harms-online
55) Long J, Bhad R, Potenza MN, Orsolini L, Phan V, Kanabar M, Achab S. Public health approaches and policy changes after the inclusion of gaming disorder in ICD-11: global needs. BJPsych Int. 2022;19(3):63-66. doi:10.1192/bji.2021.57. PMID:36287819
56) Pompidou Group, Council of Europe. Policy paper on strategies and regulatory options aimed at reducing risks and harms related to online gaming and online gambling (Document P-PG(2024)7). Strasbourg: Council of Europe; 2024.
57) こども家庭庁. 令和 6 年度「青少年のインターネット利用環境実態調査」報告書. 2025. https://www.cfa.go.jp/policies/youth-kankyou/internet_research/results-etc/r06
58) 独立行政法人国民生活センター. 未成年者の消費者トラブルについての現況調査 調査報告書（令和 7 年 3 月）. 2025. https://www.kokusen.go.jp/news/data/n-

20250305_1.html
59) 消費者庁. オンラインゲームの課金トラブルにご注意ください！／オンラインゲームに関する消費生活相談対応マニュアル（令和４年６月）. 2022. https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer_policy/caution/caution_022/
60) Tateno M, Takano A, Matsuzaki T, Higuchi S. Current status and future perspectives of clinical practice for gaming disorder among adolescents in Japan: A preliminary survey in Sapporo. PCN Rep. 2022;1(1):e4. doi:10.1002/pcn5.4. PMID:38868800
61) Gisbert-Pérez J, Longobardi C, Martí-Vilar M, Mastrokoukou S, Badenes-Ribera L. Prevalence of Internet gaming disorder in young adults: a systematic review and meta-analysis. Addict Behav. 2026;174:108576 (Epub 2025 Nov 26). doi:10.1016/j.addbeh.2025.108576. PMID:41317410
62) Wichstrøm L, Hygen BW, Kuss DJ, Stavropoulos V, Skalická V, Rodríguez-Cano R, et al. Structure and stability of internet gaming disorder from childhood to late adolescence: a 5-wave birth cohort study. Addiction. 2026;121(2):413-422 (Epub 2025 Sep 20). doi:10.1111/add.70195. PMID:40974257
63) Hofstedt A, Söderpalm Gordh A. Young and adult patients with gaming disorder: Psychiatric co-morbidities and progression of problematic gaming. Front Psychiatry. 2024;15:1423785. doi:10.3389/fpsyt.2024.1423785. PMID:39720435
64) Narita ZC, DeVylder J, Knowles G, Ando S, Yamasaki S, Miyashita M, et al. Problematic online gaming mediates the association between attention-deficit/hyperactivity and subsequent mental health issues in adolescents. Commun Psychol. 2025;3(1):117. doi:10.1038/s44271-025-00296-5. PMID:40759741
65) Zhu M, Liu M, Wang X, Li C, Ba J, Liu X, Yang W, Wu S, Zhong J. Functional magnetic resonance imaging in adolescent Internet gaming disorder: A systematic review. Addict Behav Rep. 2025;22:100637. doi:10.1016/j.abrep.2025.100637. PMID:41158443
66) Qiao X, Chen X, Zhu Y, Shi X. Developmental trajectories and predictors of Internet gaming disorder across the university years: A person-centered five-wave cohort study. Addict Behav. 2024;149:107898. doi:10.1016/j.addbeh.2023.107898. PMID:37907034

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
Koga, Y., Shibasaki, M., Nitta, C., Okada, H., Furuno, S., Nishimura, K., Matsuzaki, T., & Matsushita, S.	Causal impact of gambling-related cognitive distortions on the severity of gambling disorder: A one-year multicenter longitudinal study in treatment-seeking patients in Japan	Journal of behavioral addictions	14	3	1267–1280
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 Report	13	4	e70080
Kitayuguchi T, Matsuzaki T, Nishimura K, Mihara S, Higuchi S..	Evolution of specialist treatment of gaming disorder and internet addiction in Japan.	Front Psychiatry.	16	1577135	2025
Tateno M, Shimode T, Ono K, Shimomura R, Shiraishi E, Nanba K, Tateno Y, Takano A	Parent-child discrepancies in screening for Internet Gaming Disorder: Evidence from a clinical sample of Japanese adolescents	PCN Rep	5(1)	e70314	2026
Tateno M, Imamura A, Inoue T, Matsuzaki T, Jitoku D	Internet gaming disorder symptoms and functional impairment in a non-clinical sample of adolescents and young adults in Japan	PCN Rep	5(1)	e70315	2026

Shimomura R, Tateno Y, Oyatani K, Nanba K, Shiraishi E, Tateno M	Re-evaluating age-related attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptom trajectories using the Japanese ADHD Rating Scale-5	PCN Rep	5(1)	e70301	2026
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	293(2)	138-141	2025
館農　勝	子どものメンタルヘルスに関するさっぽろ悠心の郷・ときわ病院の取り組み―神経発達症への早期介入とゲーム・ネット依存への対応を中心に―	日本精神科病院協会雑誌	44(11)	1147-1152	2025
館農　勝	アディクションと発達障害	診断と治療	113(12)	1447-1450	2025
Ogiso A, Inoue T (contributed equally to the work), et al.	Development and validation of the internet gaming disorder scale-9 short form Japanese version for children for early screening in elementary school children. Front Child Adolesc Psychiatry	Frontier in Psychiatry.	Jul 10;4:1622200.		2025
Nanami Hiratani, Ayumi Takano, Koki Ono, Kyosuke Kaneko, Toshitaka Hamamura, Masaya Ito, Maki Taniguchi	How parental mental health is connected to internet gaming disorder in adolescents: The role of family functioning.	Journal of Psychiatric Research	190	11-16	2025
Fujimoto Y, Fujino J, Matsuyoshi D, Jitoku D, Kobayashi N, Qian C, Okuzumi S, Tei S, Tamura T, Ueno T, Yamada M, Takahashi H.	Effects of gaming content from social media on individuals with internet gaming disorder: an fMRI study.	Cerebral Cortex	35(4)	bhaf096	2025

Kobayashi N, Jitoku D, Nishihara M, Fujimoto Y, Qian C, Okuzumi S, Tei S, Tamura T, Takahashi H, Ueno T, Yamada M, Fujino J.	Facial Emotional Expression in Reaction to Internet Gaming Videos Among Young Adults: A Preliminary and Exploratory Study.	Neuropsychopharmacology Reports.	45(2)	e70031	2025
Fujimoto Y, Fujino J, Matsuyoshi D, Jitoku D, Kobayashi N, Qian C, Okuzumi S, Tei S, Tamura T, Ueno T, Yamada M, Takahashi H.	Neural Correlates of Resistance to Gaming Desire Induced by Social Media Content.	Addiction Biology.	30(9)	e70085	2025
Kobayashi N, Jitoku D, Hamamura T, Honjo M, Yamaguchi Y, Shimizu M, Takagi S, Fujino J, Sugihara G, Takahashi H.	Difficulty in Attention Switching and Its Neural Basis in Problematic Smartphone Use.	Brain Sciences.	15(10)	1100	2025
Jitoku D, Kobayashi N, Fujimoto Y, Qian C, Okuzumi S, Tei S, Tamura T, Takahashi H, Ueno T, Fujino J.	Psychophysiological response of individuals with internet gaming disorder to gaming content from social media.	Addictive Behaviors Reports.	22	100641	2025
小林七彩, 治徳大介.	ゲーム行動症と栄養.	臨床精神医学	55(1)	79-84	2025

別添６

厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告

令和８年１月２４日

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７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）	□　■	□		□
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８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７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）　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８年４月７日

厚生労働大臣殿
(~~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　俊彦

次の職員の令和７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 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）	□　■	□		□
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８年４月２２日

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７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 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）	■　□	■	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８年４月8日

厚生労働大臣殿
(~~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７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) 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８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７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）　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。