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