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