

| P02-1 チック症とゲーム行動症の理解と支援：ADHDの日常診療でよく出会う2つの併存症へのアプローチ 井上 建 先生への質問（LIVE配信時のQ&Aリストです。オンデマンド配信視聴の方の質問は受け付けておりません。） | |
|---|---|
| Q | 小学校の教員です。どうしてもゲームに関しては、課金や依存的な悪い面からの話をしがちなのですが、伝えたいことがもつと心に残るような伝え方は先生だったらどのようにされますか。 |
| A | 先ほどお話があったように、心に残る「同期づけ」をしてもらうことは、どんな取り組みにおいてもとても大切だと思います。ゲームについて私たちが介入しようとする、どうしても最後に申し上げたように、「この人と会うとゲームのことを言われる」「怒られる」という印象が残ってしまい、良い関係が続かなくなってしまうことがあります。そのため、まずはゲームの楽しさや面白さについて一緒に話すことが大切です。もしご自身が若い頃にゲームをしていたのであれば、「自分も子どもの頃にこんなゲームで遊んでいたよ」と話してあげるのも良いと思いますし、今実際に子どもが遊んでいるゲームが分かる場合には、その話題を取り上げてよいと思います。ご紹介したリーフレットにも、最初のパートに「ゲームの楽しさ」という視点が盛り込まれています。「音楽が素敵」「映像がきれい」「新しいキャラクターを見つけるのは楽しい」など、ゲームには多くの魅力があります。しかし、楽しいからこそやめにくく、時に依存につながってしまうこともあります。だからこそ、「一緒に工夫していこうよ」という流れで話を進められると、子どもたちも「確かに楽しい」「でも確かにやりすぎているかもしれない」と自然に気付くことができるようになります。外来診療では、このように子どもたちが自分の気持ちを素直に言えるような声のかけ方を心がけています。 |
| Q | ゲーム症と、長時間のネット利用、SNSの頻回の確認（気になって仕方がなくて夜でもスマホを手放せない）は地続きの連続する状態と考えてもよいのでしょうか、それともまた別のアディクションだと考えた方がよいでしょうか |
| A | 元々、ヤングらがアディクション（依存症）として定義し始めたのは「インターネット依存」です。これは1990年代頃のこと、当時は SNS の利用や掲示板への書き込みなどが大きな問題になっていた時代でもあります。一方、ICD で採用されている用語は「ゲーミングディスオーダー（ゲーム行動症）」であり、ここには「インターネット」という言葉が含まれていません。その理由としては インターネット利用に関する依存症は、ゲーミングディスオーダーほど学術的な裏付け（academic backbone）がまだ十分でないと考えられているため、ICDではまず「ゲーム行動症」が正式に採用された、と理解しています。インターネット利用とゲーミングディスオーダーに関連性やスペクトラムとしての連続性があるかについては、明らかに関係があるといえます。というのも、ゲーム行動症と診断される方の約95%がオンラインゲームを利用している。ゲーム行動症の方は、動画視聴時間・インターネット利用時間が明らかに長い。といった報告があり、インターネット利用とゲーム行動症の間に強い関連があることが示されています。現状では、DSM では「インターネット・ゲーミング・ディスオーダー（Internet Gaming Disorder）」という名称ですが、これはあくまでも「インターネットを介したゲーム行動」に焦点を当てたものであり、より広い意味での「インターネット依存」については、ゲーム依存以上に 科学的理解がまだ不十分 というのが現時点での整理だと思います。 |
| Q | ゲーム行動症では、本や漫画などの紙媒体をずっと読んでいるような場合と比べて、脳の働かせ方、使われ方が明らかに異なるのでしょうか。 |
| A | ゲーム行動症と脳科学的な知見に関するご質問かと存じます。ご質問いただいたとおりゲーム行動症では他のメディアの使い方は脳科学的な違いも報告されています。ギャンブル性ディスオーダーのことを少しご紹介しましたが、報酬系の脳の活動の違いはむしろギャンブル性ディスオーダーと似たようなところがあり他のアディクションと同じようなドーパミン系の異常があることが報告されています。そのような背景もあってICDやDSMで疾患基準として用いられるようになってきたという背景がございます。簡単ですけれどもありがとうございます。 |
| Q | 小学校教員です。チック症について、医療機関への受診の目安はなんなのでしょうか。以前からストレスがかかるとチックが出るお子さんがいるのですが、最近チックの頻度が増えて常に出ている状態なので、受診を進めた方がよいか迷っています。 |
| A | ご相談いただきありがとうございます。チック症で医療機関への受診を検討する際のポイントは、**「生活への支障があるかどうか」**が最も大切です。たとえば、 ・チックのために痛みがある ・音声チックが周囲の学習に影響している ・まばたきが強く、学習に集中できない といったように、日常生活や学校生活に具体的な困りごとが生じている場合は、受診を勧める目安になります。今回のお子さんのように、チックの頻度がかなり増えて常に出ている状態のことですので、たとえ軽度であっても生活への影響がみられるようであれば、一度医療機関の受診を勧めていただくとよいと思います。なお、チックはストレスや環境変化で一時的に増悪することも多いため、学校では過度に注意せず、自然に見守る姿勢も大切です。どうぞよろしく願いいたします。 |
| Q | 【座長】チックの方ですけれども、CBITについて先生は素晴らしい結果を出され、これを論文にされておられますけれども、先生がこれを導入しようと思われたその辺のきっかけというのを少し教えていただければと思います。 |
| A | 私がチックに興味を持ったきっかけは、初期研修医2年目のときに小児神経学会へ入会し、そこでチックに関する講演を聴く機会があったことでした。心理療法に関わるようになったきっかけは、チックの診療ガイドラインを作るグループに参加した際に、心理療法がこれほど効果のある方法なのかと知ったことです。そして実際に自分自身で心理療法を実施できるようになった転機は、トロントへの留学でした。現地で実際に治療が行われている様子を見て、子どもたちがみるみる変わっていく姿を目の当たりにし、「これは自分も学んで、日本でも実践しなければならない」と強く感じたことが最大のきっかけだったと思います。 |

| | |
|---|--|
| Q | <p>【座長】先生が標準化されているスケール、インターネット・ゲーミング・スケール・ショートフォームの方のJCでしたでしょうか「J」はJapanですか。これはもう標準化されているということでしょうか。</p> |
| A | <p>J版、JC版ともに標準化作業はすでに完了しています。 JC版については、6歳から12歳のお子さんを対象に標準化が行われており、小学校1年生から6年生までの児童に対して、学校現場でも医療現場でも活用していただけたと思います。 ご覧いただいたとおり、項目数はわずか9項目と非常に少なく、回答は5段階の変異尺度で行う形式になっています。また、特定の領域スコアがあるわけではなく、トータルスコアのみでゲーム行動症のリスクを評価する構造になっているため、とても理解しやすい尺度だと思います。</p> |
| Q | <p>【座長】ゲーム行動症の治療は正直申しますと徒労に終わることが多いと申しますか、いくら頑張ってもそのうち受診されなくなる場合もあたりとか多くの子がやはり不登校になっているということもありますけれども、そういう中でモチベーションを高めてやっていくところは本当に大変だと思うんですけども先生がそのケース・フォーメーションを作られて、やはり発達障害の併存がある場合にはやはり神経発達症、もしくは睡眠からのアプローチというところを表現系がゲームであったとしたとしてもそっちから入っていくというところがかなり効果的であるというようなご説明・理解でよろしいでしょうか。</p> |

A

先生からご指摘いただいたように、医療機関につながるゲーム行動症の方の多くは、背景に睡眠や生活習慣の問題、また神経発達症の特性を持っているケースが非常に多いと感じています。

そのため、いきなり「ゲーム行動症」に焦点を当てるのではなく、まずは生活習慣や神経発達症の特性といった、私たち医療者が得意としている領域からアプローチし、そこにプラスアルファとしてゲームに関するコメントを加えていくやり方が、実際の臨床では有効ではないかと思っています。

一方で、ゲーム行動症そのものに対する直接的な介入としては、国際的には認知行動療法（CBT）の有効性が繰り返し報告されています。ただ、こうした治療法の多くは、必要な回数や時間が多く、現場で実際に患者さんに導入することはまだ難しい部分が多いというのが現状です。

先生のご質問のとおり、まずは私たちが得意とする領域でしっかり治療を行うことが重要だと思います。特に睡眠を整えるアプローチは、保護者の方にもお子さん本人にも理解されやすく、取り組みやすい方法として非常に有用だと感じています。