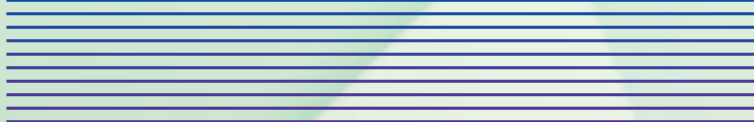




NiMH 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
National Institute of Mental Health **精神保健研究所**
2021


国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター **精神保健研究所**

NiMH
National Institute of Mental Health
2021

CONTENTS

1 所長ごあいさつ

2 巻頭特別対談

尾身 茂×金 吉晴

新型コロナウイルス流行下における、
メンタルヘルス・精神医療の在り方

研究部紹介

10	公共精神健康医療研究部	26	地域・司法精神医療研究部
12	薬物依存研究部	28	ストレス・災害時こころの情報支援センター
14	行動医学研究部		
16	児童・予防精神医学研究部	30	令和2年度 精神保健研究所 研究報告会
18	精神薬理研究部	31	平成31・令和元年度受賞歴
20	精神疾患病態研究部	32	令和2年度 精神保健に関する技術研修 開催実績 (予定)
22	睡眠・覚醒障害研究部	33	組織図
24	知的・発達障害研究部	34	創立の趣旨及び沿革
		36	センター内連携図

所長ごあいさつ

精神保健研究所の使命は時代のニーズに合わせて柔軟に変遷を遂げていますが、大きく分けると、精神疾患患者の生活に寄り添い支える研究と、精神疾患の本態を解明する研究に分けられます。この両タイプの研究がバランス良く組み合わせられることによって、効果的な精神保健医療の実現が可能になります。いずれの研究においても厳密な方法論に基づき、成果を学術論文の形で提出するとともに、社会に普及・実装するための啓発活動が求められております。精神保健研究所の学術業績は順調に発展しており、毎年、原著論文、総説論文の発表数が増え、若手研究者を中心に様々な学術賞を受賞するなど評価をいただいております。また社会普及・実装を目指した活発な研修活動を行っており、例年多くの精神保健医療関係者が受講されております。

令和2年度はコロナ禍の影響により、多くの方々に精神健康上の影響が生まれました。当研究所に国民から寄せられる期待も一層大きくなっております。感染防止の観点から、研究活動にも少なからぬ制約が生じておりますが、その中で研究効率を高め、時代のニーズに応える研究成果をあげるべく、努力を重ねており、例えば研修会も小人数開催や遠隔開催などの方法を採用しております。

精神保健研究所は、昭和25年に制定された精神衛生法に基づいて昭和27年に発足した精神衛生研究所を前身としております。精神衛生研究所は、大学病院等を中心とした重度の精神疾患の治療・研究とは異なり、コミュニティの精神健康と疾病予防を扱う新しい発想に基づき作られた研究所です。昭和61年には国立武蔵療養所、同神経センターと統合して国立精神・神経センターが発足したことから、精神衛生研究所は国立精神・神経センター精神保健研究所と改称されました。

現在、当研究所は、1センター（ストレス・災害時こころの情報支援センター）、9研究部からなり、そのほか摂食障害全国基幹センターとして研究開発・情報発信を行っております。

研究部は時代のニーズに合わせて柔軟に変遷を遂げていますが、研究所の「生活に即した治療と支援」「精神保健の向上を図る」というミッションは、時代を経ても変わりなく追求しています。精神保健研究所の調査・疫学研究成果はしばしば政策に反映され、社会に還元されています。また基礎研究や疾病研究を通し、精神疾患の病態解明や、支援プログラム・治療法の開発に寄与しています。医学研究は日進月歩で進歩しており、様々な新しい技術や、新たな概念が取り入れられています。私たちは先入見なしに、新規技術・概念を導入し、最先端の調査・研究開発に取り組んでおります。近年はこうした役割を国際社会においても果たせるよう、国際化にも精力的に取り組んでおります。

研究所の最大のステークホルダーは精神疾患やストレス社会への適応に悩んでいる当事者の方々であるとともに、そのような方々の支援に努力されている人々、そして何よりも、社会の精神健康を願う国民の皆様です。私たちはこうした幅広い期待に応えるべく、研究所の総力を挙げ、また国内外の様々な方々と協力し研究に取り組んでおります。皆様のご指導、ご協力をお願い申し上げます。

2021年3月

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 所長

金 吉晴

医学への志における精神医学との出会い

金：尾身先生は世界的に有名な感染症のご専門であられるわけですが、内村祐之先生の『わが歩みし精神医学の道』をお読みになって医学部に進まれたとインターネットで拝見しました。その当時、先生の目に映っていた精神医学とはどういうものだったのでしょうか。

尾身：内村先生の本を読む前は、医師になるなど考えたこともありませんでした。昔流のいわゆる文科系・理科系でいうと、もともと私は文科系のタイプでした。実験などはあまり好きではなくて、生徒会をしたりワイワイするのが好きでした。高校3年生の夏、1年間アメリカへ留学しました。1967年のことです。

当時、アメリカと日本の差はものすごくありました。ビジネスマンでもそれほどしょっちゅう外国に行くことはない時代で、多くの日本人にとって海外渡航は憧れだったと思います。そんな時代に高校生がアメリカに留学したわけです。たった1年ですが、17歳の青春の頃ですからとても楽しくて。今でもあの1年の思い出は、古い言葉でいうと天然色、カラー写真で残っています。いま71歳ですが、あの1年以外の70年間はモノクロ写真のようです（笑）。そのくらいすべてが新しい経験でした。

金：アメリカのどちらへ留学されたのですか。

尾身：ニューヨーク州北部の、カナダ国境に近い町で、ドイツのポツダムからの移民がつくった町です。留学中はいろいろな国の留学生と話せましたし、アメリカ中をたくさん旅行して楽しかった。帰国後に、あんなことを一生でできればいいなと思いました。それで外交官にでもなろうかと。英語は好きでしたし、アメリカで毎日話して高校生としては上達していましたので。東大の法学部に行こうと思って勉強していたら、安田講堂事件がありました。そのせいでその年の入学試験がなくなってしまったんです。

そんなことがあって慶應大学に入学しましたが、慶應もストに入ってしまった。いまでは信じられないことですが、当時は外交官が人民の敵だと言われました。学生運動で、権威に対して学生が反抗していた時だったので。いま考えると妙な時代です。私も若かったので影響を受けましたけど、ストはしたことはありませんし、石を投げたこともありません。そんな時代背景で、大学にいても面白くなかった。なりたかった外交官は人民の敵なのでなってはいけませんし。適当にレポートを書いて、進級だけはしました。

そこで心の問題です。何とかこの悩みを解決したい。インターネットのない当時、我々の世代は解決のために本を読みました。いまは場所が移りましたが、渋谷に大盛堂という書店がありまして、ありとあらゆる本が揃っており、大学へは行かず、通学途中の渋谷駅で降りて良く通いました。一般書の書棚に、先ほど先生がおっしゃった『わが歩みし精神医学の道』がありました。その本を読むまでは、生物や化学の実験をやって何の意味があるのか、男の人生はもっと大きいことを考えないと、と思っていたんです（笑）。そんなことをしても別に社会は良くならないだろうと。

たまたま内村先生の本をペラペラとめくってみると、精神医学というよりも、人生について書かれた本でした。内村先

メンタルヘルス・精神医療の在り方

巻頭特別対談

尾身 茂

独立行政法人
地域医療機能推進機構
理事長

金 吉晴

国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 所長



新型コロナウイルス流行下における

生は、アイヌの精神病理を研究されたり、プロ野球のコミッショナーもされた学識の広い方です。お父様も有名な方で、明治時代に初めてクリスチャンになられ、『余は如何にして基督信徒となりし乎』という本を書かれた、札幌農学校の二期生です（内村鑑三氏）。内村先生の本には、このお父様のことや、御自身の人生についても書かれており、こういう世界があったのかと知りました。自分の悩みを解決してくれるのが医学ではないかと。これが20歳の頃です。恐らく、この時手にした本が内科学や外科学だったら心が動かなかったと思います。

そういうことがあって、すぐに大学を辞め、医学部受験を志しました。憑りつかれたような感じですね。人間とは思えないもので、慶應を受けるときもほとんど入試勉強をしていなかった上、新たに数学Ⅲなどの理系教科を勉強しないといけないのですが、親の反対を押し切って退学届けを出し、背水の陣で1年ほど猛勉強しました。

その年の秋頃、翌年の春に自治医大（自治医科大学）が設立されるという記事が新聞の一面に出ました。一期生を無料で募集する上、教授陣も優秀で、お小遣いまでくれると書いてありましたので、これは良いと思って第一志望にしました。長くなりましたが、私にとっては精神医学との出会いが、現在の仕事に導ききっかけと言えるかもしれません。

国際的感染症対策における 社会的視点の重要性

金：文科系ならではのパースペクティブを持てたことが、政策とタイアップして地域社会の感染症対策をするうえで役立っているのでしょうか。

尾身：個性、遺伝子、環境、育ち方もそれぞれありますから、それぞれの道を歩めばいいと思います。私自身は若い時期にできた多くの経験が影響したと思います。文科系は人と議論するのが好きですし、それこそマルクスの『資本論』の影響がまだあった時代ですから。臨床もしましたが、一対一で患者さんを診るよりは、社会全体を見るということに惹かれます。もともと外交官という夢があったので、自治医大の義務年限が終わる頃にはWHOに行ってグローバル社会で働きたいと決めていました。まだ30代の頃です。思い切ったことをしようと。

WHOで最初に与えられた仕事が、アジアにおけるポリオの根絶でした。壮大な、難しい仕事を任せられ、のめり込んでいった感じです。これが感染症と関わるきっかけですが、行く前からポリオをやりたいと思っていたので分子生物学を知っておかないといけないと思い、B型肝炎で世界的に有名な自治医大の研究所で博士号を取りました。

他のポジションを選べばもっと給料が高かったのですが、ポストが低い課長補佐レベルのポジションを選びました。給料が高いけれど面白くないポジションも提案されたのですが、どちらか選べと言われたので面白味を感じたポリオ根絶の担当官を選んだのです。

金：自分の話をするのはお恥ずかしいのですが、私も文科系だったんです。精神医学をやりたくて医学部に入りました。一人ひとりの治療も好きですが、社会の中で患者さんたちは



文科系タイプの医療者として、社会を良くすることに医学を活用したい

いったいどうなっているのかということにかなり関心があり、現在のキャリアを選んだので、先生のお話を伺って驚きました。

尾身: それは奇遇ですね (笑)。そういう方が今の先生のポジションにおられることは非常に良いことだと思います。

金: 日本の六年制医学部では文科系は少数派だと思いますが、アメリカでは四年制の学部を出た後でメディカルスクールに行きますから、四年制は文学部を出ている方がけっこういるんですね。それがアメリカの医学のスケールの大きさとか、違いだと思います。

尾身: おっしゃるとおりです。WHOにいた頃、いろいろな国のお医者さんに会いましたが、リベラルアーツを学んだ方も多く、人間としての素養が高いと感じます。日本の医師も優秀です。しかし、社会への医学の応用という点においては少し課題があると思います。

金: そういった背景のある先生が感染症という非常に社会的な事象に取り組みされると、細菌学者による病原体の分子生物学的研究とは異なる、社会のいろいろな側面が目に入ってくるのではないかと思います。感染症対策の中で、人間の心や暮らし、社会についてどういうことを感じられましたか。

尾身: 我々はコロナの専門家会議でやってきて、いま分科会へと形態が変わりましたが、感染症の専門家として、社会への影響や、国民が協力してくれるかなどは政治家に任せて、専門家としての立場を貫けばいいという意見があります。

ただ、そこについては当初から私には明確なイメージがありました。感染症対策というものは医学の基礎がないといけません、医学の理屈だけを社会に応用するわけにはいきません。そこには説得があり、共感を得ないといけませんし、インパクトがどうであるかを総合的に考えなければいけません。たとえばポリオの根絶に必要なのは、医学的にはワクチンをしてサーベイランスをして、ということですので、研究所でウイルスを分離・同定することに尽きます。しかし、実はそれ以外に社会・経済・心理学的なバリアがごまんとある。まずは戦争の問題。たとえばカンボジアではボルボト、フィリピンではミンダナオ、そして独立運動。そこにはワクチンが行かない。政治・社会問題をどうするかという問題です。中国では一人っ子政策があり、二人目、三人目の子は登録されておらず、ワクチンが行かない。こうした中国の国内問題をどうするか。あとはワクチンをするにも資金がないので、どうやって資金を確保するか。そもそもアジアでポリオが根絶できるなんて誰も信じていませんでした。説得する過程においては医学以外の問題のほうがむしろ多かったんです。

今回のコロナでも、社会・経済との両立という課題があります。緊急事態宣言が終わり、国民の皆さんの協力があって感染は下火になりました。ただ、緊急事態宣言当時と比べては少し状況が違います。当時はとにかく感染が拡大して、文字どおり医療崩壊の寸前だったと思います。ところが今は状況が変化し、多くの人が社会・経済と感染の両立を主張します。これを4月の時点で言ったとしても、理屈はわかりますが心には響かないですね。いまだから実感を持って語られ、Go To キャンペーンなどが始まっています。

緊急事態宣言で人の流れをぐんと抑えることができたので感染が下火になりました。最近、また少し感染者数が増えて

きている状況です。では人の流れはどうかといえば、以前に比べて多少抑えられています。つまり、人の流れ以外にも、感染者数に影響を与える要素がありそうなんです。では何が影響しているかということ、実は心の問題なんです。感染がある程度抑えられている現在の状況を、人々がどう受け取るかで変わってくるのではないかとデータが出てきつつあります。

新型コロナウイルス対策における精神医学との邂逅

尾身: 一つわかりやすい例でいえば、4月7日に緊急事態宣言が出ました。ところが、その1週間ほど前に実効再生産数がいったん下がっています。緊急事態宣言でさらに下がりました。これはどういうことかということ、感染が拡大していることを多くの人が感じて、国が何か言う前に何とかなくちゃいけないという感覚を持ったのではないかとことです。それを手助けするものとして、都知事がロックダウンと言ったり、緊急事態宣言が出されるかもしれないというニュースが流れました。つまり、緊急事態宣言が出される前から行動の変容が多少起きていたということです。お盆の時も、感染が拡大しているからなるべく移動はやめてほしいと言われて人が動いていません。ところが今回(9月)の連休では、感染が徐々に下火になってきているため、人々はちょっとくらい動いていいんじゃないかと考えるわけです。その上Go To キャンペーンなどと言うので余計に人が出ていきます。どういうふうになんか感じるかというのが、国の政策以上に重要ではないかということです。

これから長丁場になりますが、緊急事態宣言が再び出される状況は誰も望んでいないでしょう。そこで何が重要になってくるかということ、国や専門家が正しい情報を出すということです。日本はロックダウンをせずにここまで来ました。同調圧力と言われますが、基本的には法的な罰則や強い権限なしに、要請ベースで多くの人が受け入れました。日本人のメンタリティというものについて、ぜひ先生たちに研究してもらいたいと思います。

そして国が何か言う前に、自分たちで危険を判断するという部分。感染症に限ってはこれ、つまり心のあり方が効いているのではないかと一つの仮説が出てきています。これが公衆衛生、感染症拡大防止のほうへはうまく働いていますが、極端に不安が強まると差別や偏見につながる懸念があります。精神医学の分野においては、私はそのように感じています。

金: おっしゃるとおりだと思います。私たちの分野では、福島原発災害や長崎の被爆体験者の調査があります。長崎で閃光を目撃した人々の中には、その後50数年経ってもまだ調子が悪い方がおり、目に見えない被害があります。コロナも今は正しい医学的知識がありますが、最初はどういうウイルスかわかりませんでした。どの程度気をつけなければいけないか常識的な線がわからなかったのが、不安が不安を生んでいったと思います。ウイルスは目に見えないので、今まで安全だと思っていたエリアに危険が侵入してくるという恐れが非常に強くなりがちです。ウイルスを持ち込んだ人が、

社会における患者さんの生活や医療のあり方に関心があり精神医学を志した



合理的な隔離とは別の意味で、社会から排斥されてしまうことにもなりかねません。

エボラ出血熱では、心理的対応プラス疾患教育を目的としたサイコロジカル・ファーストエイドというものをWHOでつくっています。知識の裏付けに基づくメンタル対策が重要だということです。長崎での調査で一番印象的だったことは、原爆の放射線は電磁波ですので遠くへ行くと弱くなるとか、自然界にもある程度存在するとか、病院のレントゲンにも含まれるとか、そういう基本的なことを知らない住民が過半数だったんです。50年間にもわたって被爆のことを気にしていた人たちが、なぜこうした知識を身につけていないのかと、長崎県と長崎市の人に聞きました。すると、自分たちは教育したいが、そういうことをすれば怒られると言われました。知識があったとしても、おそらく住民がそれを選ばな

かったと言うんですね。先生もおっしゃられましたが、こうすればいいとわかっているにもかかわらず行動しない。知識としてはわかっているでも自分のなかでそれを受け入れないということなんです。

実はいま、このような問題が、がんや精神医学などで多くの分野で注目され、インプリメンテーション・サイエンス（実装科学）という大きな学問分野になっています。たとえば、タバコを吸わなければがんになりにくいとわかっているのに吸う。つまりその知識を自分で受け入れて行動を変えるところまでいかない。それは何なのかということが学問の対象になっています。知識や知見を持ち寄って、効果的に装備していただくことが研究と見なされるようになりました。こうした活動を実装といっていますが、それができるように、6つのナショナルセンターの共同研究事業として取り組んでいる

感染症対策においては、正しい情報を国民に提示した上で、人々がどう感じ行動するかを予測し対策を講じることが重要



ところなんです。知識だけでなく、それを実際の生活の変化に結びつけるためには心が大切だというのは先生のおっしゃるとおりだと思います。私たちもこれから精力的に研究していきたいと思っています。

尾身：今回、医療関係者や保健所の方たちの頑張りでもここまで抑え込んでいるのですが、課題もはっきりしてきたと思います。おっしゃるように、未知の病気だったので極めて強い不安感が社会にありましたよね。知識が共有されてもそれがなかなか受け入れられないという部分があります。なぜ受け入れられないのか私は精神科のプロではないのでわかりませんが、受け入れてしまうと自分の行動を変えないといけないということがあると思うんです。つまり現状を維持したい。受け入れると自分の価値観を変えることになる。そこで不安というもので防御したいという部分がありますので、どうし

ても極端に走る。

今回のコロナも、ここまで来るとどこかで折り合う覚悟がないといけないというのは明らかです。言葉はあまり科学的ではないんですが、100%の安全はないのですが、どうしても100%の安全を求める人がいます。これは政策立案の原則だと思いますが、極端なものを一つの基準にすると政策は間違いなく破綻します。極端は例外を基本にすることです。破綻させないためには、残念ですが受け入れたくないリアリティがあります。そのリアリティは何かというと、ゼロリスクはあり得ないということなんです。これがSARSなんかとは少し違う点です。物事を白黒ははっきりさせたいという衝動に誰もが駆られますが、この不安定な状況にどれだけ耐えられるかという部分があるんですね。これが実は心の問題です。

ポストコロナ、ウィズコロナと言われます。いままで日本はお金が神様でやってきました。お金が宗教になっていた。今回のコロナでは、それと同時に人間がどう考えるのかという心の問題が言われています。感染症対策とは最も離れているような、心のありようが実はリスクコミュニケーションに関係してくるということです。自然科学とは違った証明の方法はなかなか同じ定義ではできないと思いますが、AIなどを使ってできる時代になっているはずなので、精神科の先生たちにぜひとも期待したいと思います。

金：私たちの同僚にも、かつて国境なき医師団に所属していた女性がおりました。彼女はエボラ出血熱のシエラレオネなどリスクの高い地域に行っているんですが、まったく怖くなかったと話しています。教えられたとおりに感染防御をしているので、それで感染したら仕方がないと。リスクがゼロで

はないというのをわかっているんです。いまの科学で求められることはすべて対策しているからと割り切って活動している。そういうことができる人もいるわけですね。

私たち精神科医は、不安だったら不安を治療しよう、鬱だったら鬱を治療しよう、ネガティブな気持ちを悪いものとして扱ってしまう傾向があります。実はそうではなくて、そういう気持ちと折り合いをつけ、きちんと行動する事のほうが重要なんです。そういった、バネのように押さえつけても跳ね返ってくるポジティブな柔軟性、レジリエンスと呼びますが、そうしたレジリエンスとは何かというのが大きな研究テーマになっています。ぜひこういうものも解明しながら、疾患だけでなく社会の現象にも応用できるようにしていきたいと思っています。

尾身：今のレジリエンスのお話もそうですが、これから日本

正確な情報を適切な行動に反映させるためには、メンタルヘルス対策が必要となる



の社会に生きる人が「生きてきて良かった」と思って死ぬるような社会がいいですね。いろいろ大変だったけれど充実した人生だったと各自が思えるような社会。100%の幸せはないかもしれませんが、やはり心の持ちようが大事ですね。

社会と医療における心のあり方、哲学的理念の重要性

尾身：心の柔軟性を高めるためには教育が重要だと思っています。個性があることを認めようという教育のあり方です。若い頃に心から興味を持てるような、面白いことに早いうちに目覚める機会があるといいですね。好きこそもの上手なれとか、得手に帆を揚げよと若い人に私は言うんですが、日本は何でも金太郎飴にしようというのが多少ありますが、人

それぞれに個性がありますよね。

裕福な層では子どもの頃から塾へ行って良い学校へ入ってとなります。しかし、そうした機会に恵まれない人たちがだんだん出てきているわけです。良い学校に入ることが人生すべてを決めるという一つの価値観がありますが、そういう人がいてもいいし、違うところで活躍できる人がいても良い。その人にとって良いだけでなく、社会の活性化にもつながるはずなんです。

人間の生産性みたいなことが言われています。OECDのなかで日本は一人ひとりの生産性がかなり低いんです。これだけ勤勉なおかしいですね。おそらくお役所の問題もあると思いますが、個の責任で働くよりも、周囲と仲良く働くことを重視する弊害もあると思います。感染症のほうではそれが良い面が出ていますが、アジア的な良さと欧米の個人

新型コロナウイルス感染症は、個人の心のあり方や国のあり方といった、これまで論じられなかった問題点をあぶりだした



主義をどのようにブレンドして教育するかが課題です。両極端に針が振れるのではなく、真ん中でどうまくやれるかというのが実はレジリエンスだと私は思います。極端に振れるというのは意外と簡単ですが、それでは本物には出会えないと思います。そういった研究はたぶん今までなかったと思います。

金: また個人的な話ですが、私は学園紛争真っただ中の大学の精神科に入局しましたので、大学で研修ができない状況でした。そこで地域のいろいろな病院を巡って研修をしたのですが、アルコール依存や認知症の病院に行って身体管理をしていました。この時期は非常につらかったのですが、これを乗り切ったことが自分の人生にとって大きな経験になったと思っています。その後はたいいていのはできるだろうと思えました。ずっと大学にいたら、おそらくそういう体験はできなかったと思います。以前は遠回りした人間がまた戻ってくるというループが社会の中にあっただけですが、最近は遠回りしたらなかなか戻ってこれないし、中にいる人間ははみ出さないようにしなきゃいけない。そのあたりがずいぶん堅苦しくなったように感じます。研究にもそういう余裕というか、溜めのようなものがなくなっているなと思っています。研究が楽しいから皆さん研究所に来ているわけで、お金がほしいければもっと良い仕事に他にあります。その研究所が、ノルマを果たす工場のような感じになってきています。競争的研究費を獲得すると、場合によっては逐一作業の進み具合をチェックされ、遅れていると怒られますし、会計書類も厳しくなっています。これは昨年、山中伸弥教授ともお話したのですが、この方式は技術の応用には良いが、ゼロから何かを生み出すには向いていないと思います。本当に楽しいというか、無駄でも良いということを許容できるような仕組みが失われていっているのではないかと思います。

尾身: そうですね。今回のコロナでは、これまでの日本社会の問題点が顕在化したとよく言われます。先ほどの偏見や差別の問題も含めて、薄々感じていたけれどこうした機会がなかったので正面からあまり取り組んでこなかった課題です。この組織がこれからどういうものでありたい、またあるべきなのかという指針が意外に無かった。

これだけ時代が本質的な変化の真ただ中にあるわけでは、社会主義のように一律にやるというわけではなく、基本的な考え方、寄って立つところ、これがない社会はあり得ません。

例えば感染症の問題で、特措法を改正しようという人もいます。個人の自由・権利と、公共の福祉のバランスをどうとるかという話です。かたや強制力がないから法律を変えてしまえ、かたや人権問題だと議論されていますが、これは単に法律論ではなく、どこかで国のコンセンサスをつくらないといけない。人間とはそもそもどういふもので、社会はどういふ生き方を求めているかという議論がないままやっても表面的な議論に終わります。

これまでは精神医学的なことが国の議論の主流にはなっていません。そろそろ内村祐之先生が取り上げたような精神医学的な問題に対して、心を扱う精神科や心理学の人たちも入って国の大きなあり方を考えないといけないと思います。人間の基本なのに、人間のあり方、生き方みたいなものを国

が議論するのは全体主義としてタブー視されてきました。結局、若い子たちがどう生きるべきかなど誰も教えません。単にスマホをどういじるかなどを教えることが教育になってきている。人間は、「自分はこういうふうに生きたい」という方針がないままでは生きられない動物です。それがなければ、別の情報が入ってくると今日と明日で変わってしまいます。そういった社会問題についても、精神医学の学会や組織、専門家の方がもう少しコミットしていただければというのが心からの強い願いです。

金: ありがとうございます。私どもとしましては、そうしたご期待に応えていきたいと思っています。災害時の被災者や犯罪被害者の心のケアは精神科医療が担っています。また重大事故や事件の背景に、実は睡眠障害や精神医学的な問題があったケースも多いのですが、そういうことが義務教育の教科書に書いてあるかというところまで書いてないんですね。阪神淡路大震災以降、これだけ災害・心のケアと言われ続けているのに、心のケアをみんなでどう考えるのかについて一言も書かれていない。基本的な教育にそれが入っていませんので、人間の心をどう扱っていくのかという大きな指針、コンセンサスが必要だと思います。先生のお話を伺って、私たちも、そうした視野を持って発信していかないと改めて考えさせられます。

尾身: そうですね。感染症でもそうですが、やはり二つの側面があります。プリペアードネス (preparedness)、つまり普段からの準備。そして何か起きたときにどう迅速に初期対応するか。精神科の先生たちのケアは、どちらかといえば対応のほうですね。しかし予防的な観点も絶対に必要です。

金: 伝統的には、精神医学は精神科の医学でした。特に非常に重度な精神疾患をお持ちの方をどう処遇するかが中心となっていました。しかし予防医学の観点も含めると、精神の領域を広く扱って、いかに健全に保っていくかを本来の使命にしないとおかしいわけですね。

感染症対策も病原菌対策ではなく、おそらく暮らしやシステムの対策ですね。

尾身: おっしゃるとおりです。これは釈迦に説法ですが、昔は精神と身体は別物とされてきました。デカルトの二元論です。しかし、いまはもう精神と身体は不可分です。医学部にも、各科に行く前にそういう講義があれば良いと思います。

若い人にぜひお願いしたいのは、難しいことにチャレンジしてほしいということです。政策もそうですし研究もそうですが、やりやすいところ、すぐに結果が出るのではなく、あえて難しいテーマにチャレンジしてほしい。研究費の予算配分なども、そうした気概を育てるような配慮をしてほしいと思います。

たとえば政策についても、暴言かもしれませんが「人間はこういうものだ。だからこうだ」というものがあれば説得力があります。こういう社会にしたいのはなぜかというような話があると議論が深まります。そろそろ哲学的なことがないところの中は難しいですよ。技術論だけでは。ポストコロナとはそういう時代ではないかと私は思います。

金: 今日は長いお時間を頂きまして、ありがとうございました。

(2020年9月29日、地域医療機能推進機構にて)

これからの精神医学は、いかに健全なところを保っていくかを使命にし、教育や国の政策に反映していかないといけない



公共精神健康医療研究部

金吉晴 部長

精神保健医療福祉制度・機能の実態把握とその科学的検証

メンタルヘルスの見える化をデータを通して考える



写真：岡山保養所本館（昭和24年）、個人蔵、転載許可済

公共精神健康医療研究部では、精神医療の質のモニタリングや時代に即した精神医療の提供に寄与する調査・研究をしています。

精神医療に関する施策が社会に実装され持続していくためには、医療制度の評価、患者や施設の数把握、医療機能の地域特性など、幅広い視点から実情を把握する取り組みが不可欠です。近年、精神科の入院医療をめぐる環境は変化してきており、医療の質を考える際に外部から把握しやすいプロセスやアウトカムの評価を求められるようになってきました。当部では精神医療を「見える」ようにするシステムを構築し、研究を通じたモニタリングと現場へ

のフィードバックをしています。

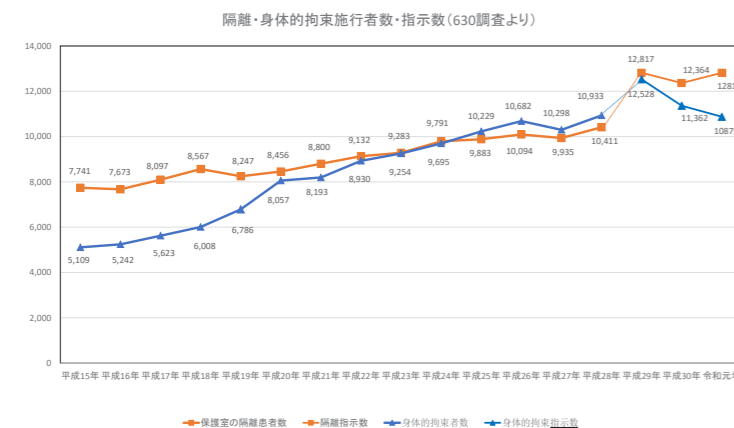
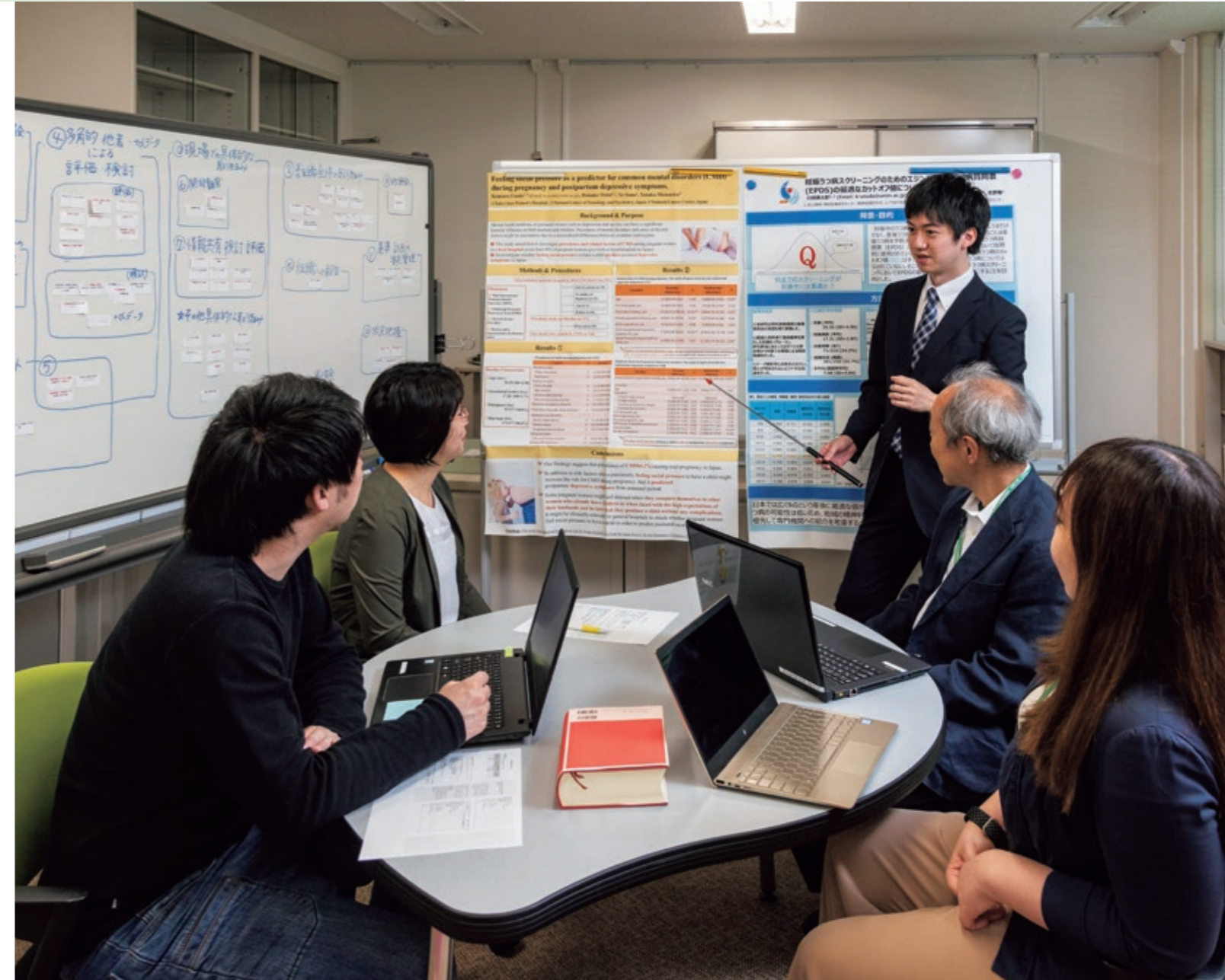
電子カルテが普及する中で国際的な疫学研究に活用できるようレセプトのデータなど医療情報を用いた研究が国際的に進んでいます。当部では精神疾患の診断に関して医療情報を用いた研究をしています。

また、公認心理師制度が施行されたことに伴い、チーム医療における心理職の役割を明確にすることが社会的な要請課題となっています。そこで、精神科の入院医療における心理職の活動状況の実態を明らかにするため、全国の精神病床を有する病院に勤務する公認心理師や臨床心理職等を対象とした調査研究をしています。

さらに、「心神喪失等の状態で重

大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）」による入院病棟のデータベースを用いて新規入院者の入院期間や退院に要する日数などを推計する手法を開発し、長期にわたる医療の必要度を評価することを旨とした研究をしています。

ところで、わが国の精神医療の歴史は平安時代の京都にまでさかのぼることができるかとされています（右上写真）。当部では精神医療に関する歴史的な資料等の保管や検証をしています。これらを次世代に継承することは、今後の精神医療の質をよりよいものにしていくうえで欠かせない役割のひとつと考えています。



公共精神健康医療研究部紹介

白田 謙太郎 [部長補佐・博士(学術)]

精神医療では一般的な身体の疾患の医療とは異なり、心という可視化しにくいものを扱うことが多くなります。そのため、ケアの過程や結果もまた外から見てもなかなかわかりにくいものです。公共精神健康医療研究部では精神医療の「質」に目を向け、モニタリングやデータの分析を通して、少しでも目にみえる形でわが国の実態を把握し分析するとともに、国際的な状況を踏まえつつ時代のニーズに即した精神医療の提供に寄与することを目指しています。



薬物依存研究部

松本 俊彦 部長

危険ドラッグ規制の最前線－イタチごっこを断ち切るために

基礎研究から探るその有害作用

危険ドラッグの乱用・依存が社会問題化しています。危険ドラッグとは、新規精神活性物質 (New Psychoactive Substances, NSP) とも呼ばれ、その薬理作用は麻薬や覚せい剤に類似しているにも関わらず、流通時には未規制の薬物を指します。現在も、特定の危険ドラッグが規制されると、別の新規危険ドラッグが登場するという規制と流通のイタチごっこは続いています。その対抗策としては、危険ドラッグの薬物依存性および細胞毒性などの有害作用を迅速に評価する技術の開発が必要です。また、危険ドラッグ使用が原因で救急搬送された場合、危険ドラッグのタイプを同定する検出手法が存在しないため、危険ドラッグの検出技術開発も喫緊の課題となっています。当研究部では、危険ドラッグをターゲットに、薬物の有害作用評価研究と検出手法開発に関する研究を進めています。

薬物の精神依存性を知る

条件付け場所嗜好性試験は、操作が簡単であり、短時間で薬物精神依

存性の評価ができるため広く利用されています。当研究部では、本法を合成カンナビノイドやカチノン系化合物といった危険ドラッグをはじめ、吸入による有機溶剤の依存性評価にも応用しています。危険ドラッグの包括指定（合成カンナビノイド＝775物質、カチノン系化合物＝840物質）の導入などに寄与しています。

細胞毒性

危険ドラッグの毒性評価では、マウスの脳由来初代神経培養細胞を利用することで、迅速かつ高感度検出が可能になります。細胞に合成カンナビノイドを添加すると、わずか2時間後に細胞数の減少および神経線維の消失が確認され、非常に強力な細胞毒性を示すことを確認しました。また、合成カンナビノイドの細胞毒性発現には、カンナビノイド CB₁ 受容体—カスパーゼシグナルを介するアポトーシス誘導シグナル伝達経路が関与することを明らかにしました。本解析データは、危険ドラッグは「毒物」としての性格を持

つことを示す科学的資料として、薬物乱用防止教室などで利用されています。

心理社会研究室

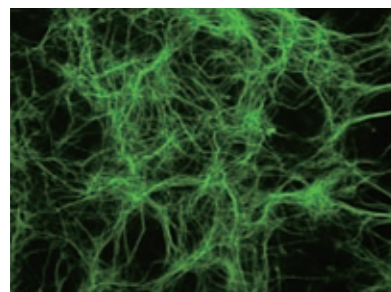
薬物乱用・依存の実態把握のための疫学研究を担当。



民間回復支援施設ダルクの利用者を対象としたコホート研究の成果をまとめた小冊子。全国の刑務所、保護観察所、精神保健福祉センター、依存症拠点病院などに配布。



正常細胞



合成カンナビノイド添加

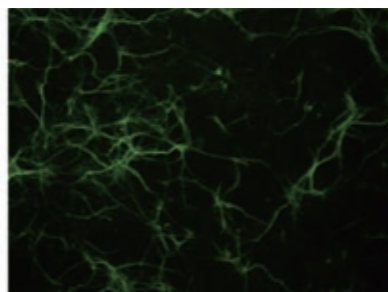


図1: マウスの脳由来初代神経培養細胞に合成カンナビノイドを添加すると、2時間後に細胞数の減少および神経線維の消失が観察された。

薬物依存研究部紹介

松本 俊彦 [医学博士・精神保健指定医]

薬物依存研究部は、わが国における薬物乱用防止と薬物依存症回復支援に資する研究をミッションとし、3つの研究室から構成されています。心理社会研究室では、薬物乱用者の実態を明らかにするために様々な疫学研究を、依存性薬物研究室では、次々に登場する脱法的薬物の成分や毒性・依存性を明らかにするための基礎研究を、そして診断治療開発研究室では、薬物依存症の治療法の開発を行っています。

薬物依存症は多面的な病気です。薬物依存症という病気が成立するには、まず依存性薬物という「物質」の存在は欠かせませんが、加えて、薬物を入手しやすい「環境」において、何らかの脆弱性を持つ「個体」が「物質」と出会う必要があります。私たちは、「物質」「環境」「個体」という3つの観点のいずれもおろそかにすることなく、薬物問題と向き合い、日夜研究を続けています。



行動医学研究部

金吉晴 部長

ストレス・トラウマから心を守る:効果のある治療と回復のために

科学的エビデンスと心理治療のコラボ

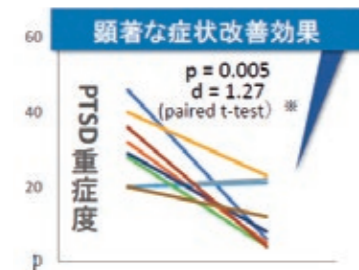


図1: PTSD 根治療法としてのマメンチンの有効性

現代社会にはストレス、トラウマがつきものです。一生のあいだに生命に関わる危険に直面する率は60%に上るといふ調査もあります。過労や育児ストレスを含めると、ほぼ全ての人間がこの問題とは無縁ではないといえます。そこから生じるPTSD、摂食障害、心身症などのストレス関連疾患は大きな国民的課題ですが、残念ながら専門の治療、研究機関は限られています。私たちは最先端の治療研究を推進すると共に、全国の関連施設と連携し、全国の医療水準の底上げを目指しています。PTSDや摂食障害については認知行動療法や薬物療法の保険適用の実現に貢献し、治療研修も精力的に進めています。また犯罪被害の現場や医療刑務所に部員を派遣し、被害者のケアや受刑者の再発防止に協力しています。心身症についても認知行動療法の研究・開発を進めていま

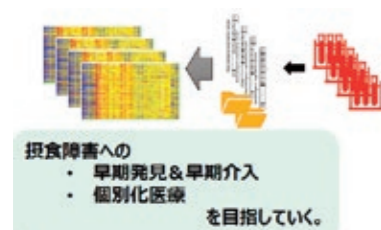


図2: 摂食障害治療前後の遺伝子発現マーカーの探索



図3: 摂食障害全国基幹センター

す。PTSDについては厚生労働省のPTSD研修事業を通じて、これまで1万人以上の専門家を育成してきました。記憶が断片化し、部分的に強い恐怖が結びつき、そのために体験の整理ができず、過去の記憶と現在の自分の区別がつきにくくなっています。その治療には構造化された認知行動療法で丁寧に体験を受け止め、自然の回復の道筋を取り戻すことが必要です。摂食障害については、厚生労働省の摂食障害治療支援センター設置運営事業の統括機関である摂食障害全国基幹センターが設置され、治療支援センターを取りまとめ、患者や診療の実態把握、普及啓発や支援の拡充に取り組んできました。また、認知行動療法などの有効性が示されている治療法の導入を進めて

これらの疾患のメカニズムの解明

と新しい治療の開発のために、ゲノムや脳画像を通じた研究も推進しています。特に大脳辺縁系の機能異常、免疫炎症系、遺伝子発現などの解析を通じて、治療の役に立つ病態の解明が進んできています。



行動医学研究部紹介

金吉晴 [医学博士・精神保健指定医]

私たちの部は、災害や犯罪、虐待によるPTSDや、摂食障害、過敏性腸症候群などの心身症といった、ストレス関連疾患の研究を大きな柱としています。これらの病態解明のために認知機能、心理特性、児童期からのライフイベント、遺伝子発現、脳機能画像、免疫炎症系、認知バイアスなどを活用すると共に、これらの指標を認知行動療法や新規薬物への治療効果研究にも取り入れ、治療反応の予測を検討しています。摂食障害の一部は難治性であり専門施設も限られていることから、厚生労働省と連携して治療支援センターを取りまとめています。トラウマに関しては、トラウマなし、あり（PTSDあり、PTSDなし）の3群比較によってトラウマの影響とPTSD発症のメカニズムを検討しています。摂食障害については厚生労働省と連携して、治療支援体制モデルを全国に広めていくことに取り組んでいます。いずれの疾患についても、教育、研修、治療者の育成に努めております。



児童・予防精神医学研究部

住吉 太幹 部長

経頭蓋直流刺激を用いた統合失調症の治療

トランスレーショナルな視点に基づく新しい評価・治療法の創出を多職種協働で推進する

研究紹介

統合失調症は一般人口の約1%が罹患する、原因不明の精神疾患です。主な症状として陽性症状（幻覚、妄想など）、陰性症状（感情の平板化、引きこもりなど）、認知機能（記憶、注意、問題解決能力など）の障害などが挙げられます。抗精神病薬による治療が基本とされていますが、効果のばらつきや副作用の予測がしにくいなどの問題点の改善が望まれています。

経頭蓋直流刺激（tDCS）は頭皮上に2つのスポンジ電極を置き、電極間に1-2 mA程度の微弱な電流を流す方式のニューロモデュレーション（脳の神経活動を修飾する治療法）で、麻酔の必要がなく、副作用のリスクが小さいなどの利点があります。今までtDCSによる統合失調症の精神病症状に対する効果が示されてきた一方で、その効果を予測する指標は確立されていませんでした。われわれはこれまでに、tDCSが統合失調症の精神病症状や認知機能障害を改善することを見出しました。

近赤外線分光法（near infrared spectroscopy, NIRS）は、生体組織に対して透過性が高い

近赤外光の反射光を測定して血中の酸素化ヘモグロビンを調べ、脳活動を捉える検査です。安価かつ低侵襲に脳活動を測定することが可能な検査で、統合失調症の精神病症状との関連が示唆されてきました。そこで、NIRSで測定される脳活動が、tDCSによる統合失調症の症状変化を予測し得るという仮説を立てました。

われわれは、tDCSによる精神病症状の変化値と、NIRSで測定される酸素化ヘモグロビンの積分値との関連を解析しました。その結果、左頭頂側頭部の酸素化ヘモグロビン積分値と、精神病症状の変化値の間に、有意な相関が示されました。以上から、ニューロモデュレーションの統合失調症への治療効果において、NIRSで測定される酸素化ヘモグロビンがバイオマーカーとなる可能性を、世界で初めて見出しました。

さらに、患者の機能的予後（社会復帰の成否など）に影響が大きい重要な症状である統合失調症の認知機能障害に対するtDCS効果を、複数の無作為化比較試験（RCT）の結果を統合したメタ解析を用いて検討しました。その結果、ワーキングメモリーへの有意な効果を、統計学的

に初めて実証しました。簡便で副作用の少ないtDCSが、統合失調症のワーキングメモリーに対して有効な治療法となり得ることが示され、統合失調症患者の社会復帰を促進すると期待されます。

以上の研究は、NCNP病院の専門疾病センターである統合失調症早期診断・治療センターや、トランスレーショナル・メディカルセンターとの密な協働のもとに行われました。



図1: 経頭蓋直流刺激装置



図2: 当tDCS研究グループのロゴ



児童・予防精神医学研究部

住吉 太幹 [医学博士、日本精神神経学会精神科専門医・指導医]

統合失調症、気分障害、発達障害などにみられる認知機能障害を、1) これらの精神疾患の早期発見指標、2) 患者のQOL向上に直結する治療の対象、などと位置付けた研究を展開しています。具体的には、認知機能の精緻な評価法の開発と神経生物学的指標との関連や、薬物あるいはニューロモデュレーションを用いた認知機能障害に対する治療法の開発について、ヒトや霊長類を用いたトランスレーショナルな研究が挙げられます。また、児童・青年期の精神科的障害について、発達障害における知覚異常の新たな客観的マーカーの開発やコホート研究などを展開しています。さらに、アンドロイド・ロボットを用いた自閉症の治療・支援に関する先駆的な研究開発にも取り組んでいます。



精神薬理研究部

山田 光彦 部長

トランスレータブル脳指標による神経回路病態の理解

精神症状を生み出す脳の仕組みを最先端の技術を駆使して解明し新規治療法を開発する

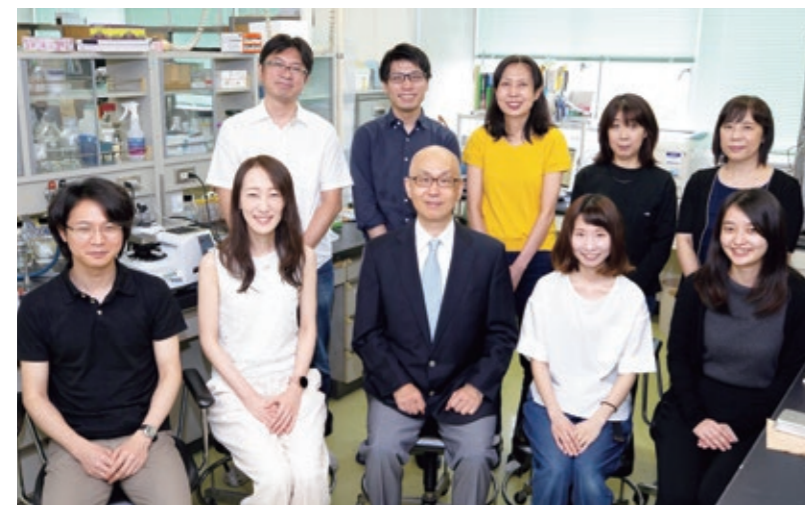
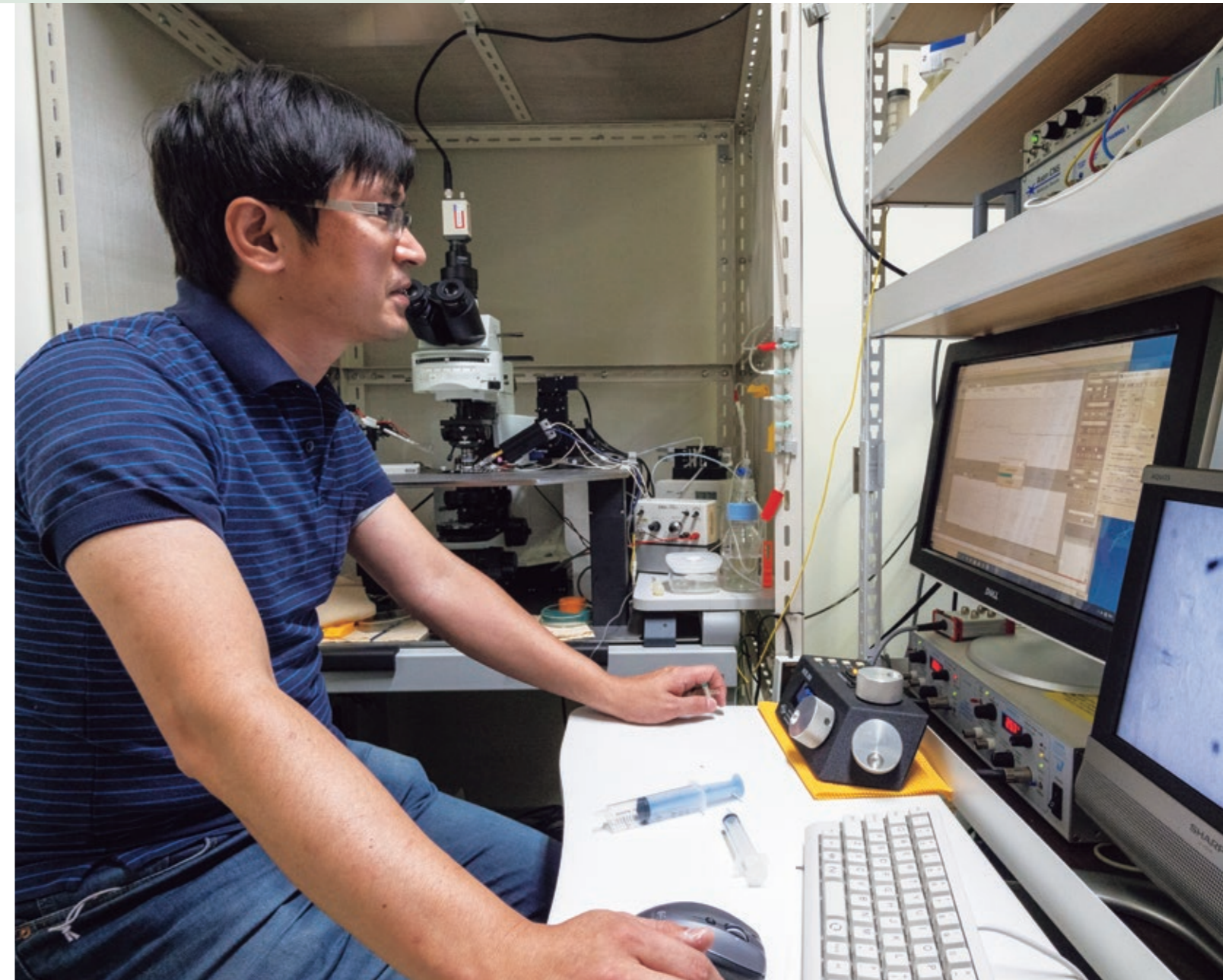
近年の精神医学の目覚ましい発展に伴い、精神疾患のリスクファクターとして、様々な遺伝要因や環境要因が報告されています。しかし、多くの精神疾患は遺伝学的にも症候学的にも異なる疾患群の集まりであり、また、個々の関連遺伝子が発症に及ぼす効果は極めて限定的です。さらに、人間と異なり、モデル動物は主観的体験である精神症状を言葉を使って表現することができません。そのため、モデル動物研究では「行動の変化」を解析することがとても重要な研究手法となるのですが、モデル動物における「精神疾患患者と類似の行動」が「患者の精神症状」とどのように関連するのかが検証することは困難です。そのため、現在でも精神疾患の病態や病因は十分解明されておらず、効果が高く副作用の少ない新規治療法を開発するためには様々な工夫が必要とされています。

近年、米国国立精神衛生研究所

NIMHは、精神疾患を理解するための生物学的妥当性のある枠組みとして、Research Domain Criteria (RDoC)を提唱しています。RDoCでは、精神症状を遺伝子・分子・細胞・神経回路といった複数の階層において多角的に評価することで、臨床研究とモデル動物研究とをトランスレーショナル研究として橋渡しすることができると考えています。当研究部の三輪秀樹室長は、RDoCの考え方を念頭に、最先端の遺伝子組換え技術を駆使して作製した新規モデルマウスを用いて果敢に研究を進めています。具体的には、神経生理学的な「トランスレータブル脳指標」として、脳波測定により検出されるガンマ帯域オシレーション及びノンレム睡眠スピンドル波に注目した実験を行っています。実際、統合失調症のGABA仮説をもとにした新規モデルマウスを用いて解析した結果、患者で報告されているような脳波異常、ガンマ帯域オシレーシ

ン及びノンレム睡眠スピンドル波における特徴を実際に観察することができました。現在、こうした神経生理学的変化の詳細を明らかにするために、脳スライス標本を用いたパッチクランプ法による電気生理学的解析を行っています。このように、遺伝子組換えモデルマウスの単一神経細胞の機能変化、神経回路の病態、脳波の特徴、個体レベルの行動変化を、臨床研究で得られる生理学的指標と照らし合わせることで、これまで人間に固有と考えられてきた精神症状を生み出す脳の仕組みをモデル動物を用いて解明することができるものと考えています。

精神疾患の有病率は高く、国民の健康的な生活を脅かす大きな原因となっています。当研究部の研究成果が、より効果が高く、より副作用の少ない新規治療法開発の一助になれば幸いです。



精神薬理研究部紹介

山田 光彦 [医学博士]

精神薬理研究部には、分子精神薬理研究室（三輪秀樹室長）及び向精神薬研究開発室（古家宏樹室長）が設置され、精神医学、薬理学、神経科学、心理学といった多彩なバックグラウンドを有する研究スタッフが様々なステージの研究を実施しています。具体的には、統合失調症やうつ病などの精神疾患を対象に、神経回路の理解に基づく病態解明と新規治療法の開発研究を進めています。さらに、精神疾患の最適治療戦略の確立を目指した臨床研究を実施しています。実験動物や培養細胞などを対象とした研究から得られた知見が、ベッドサイド、ひいては日常臨床と相互にトランスレーションされて行くことが強く期待されています。



精神疾患病態研究部

橋本 亮太 部長

精神疾患の克服とその障害支援のための先駆的研究活動

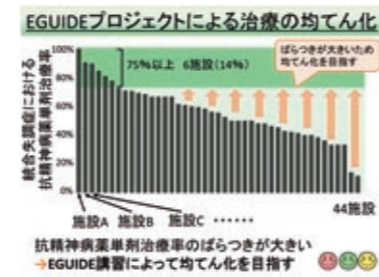
新たな疾患分類による病態解明と診断法・治療法の開発、精神科治療ガイドラインの普及・教育・検証活動を通じ、精神医療の世界を変えることを目指す

オールジャパンの生物学的精神医学の多施設共同研究体制を牽引

認知社会機能、脳神経画像、神経生理機能などの中間表現型及びゲノムなどの生体試料を用いて、統合失調症、気分障害、発達障害などの幅広い精神疾患について疾患横断的に検討することにより、精神疾患の病態を解明し、新たな診断法・治療法の開発を目指しています。この研究は我々が、大阪大学をはじめ日本全国 39 の精神疾患関連研究機関の共同研究体制である COCORO (Cognitive Genetics Collaborative Research Organization: 認知ゲノム共同研究機構) を運営して行っています。12 施設の精神疾患患者と健常者合わせて 2937 例の拡散テンソル脳画像を用いて大脳白質微小構造のメタアナリシスを行い、統合失調症と双極性障害における共通の異常を見出すという成果もあげてきました。日本の精神医学領域では、多数の研究機関が協力した多数例の研究は少なく、その先駆けとなるものです。

統合失調症の認知社会機能の臨床現場における評価法を確立

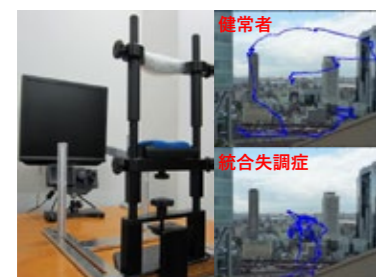
統合失調症をはじめとする精神疾患では認知機能が病前と比較して低下することが知られていますが、個々の患者において低下の程度を測定する方法はありませんでした。そこで我々は、統合失調症の認知機能障害の測定法を開発し、臨床現場で実際に使用するために 15 分で測定できるよう簡略化しました。この認知機能障害指標は、統合失調症患者の最も重要な社会機能である労働時間の推定にも役立つことを示し、これらを臨床現場で行って行くための講習を行っています。また、統合失調症の眼球運動異常による補助診断法を開発し、その眼球運動異常が認知機能や労働時間に関連する成果を得て、眼球運動指標の臨床的な有用性を示唆しています。これらの研究は COCORO の成果ですが、精神医学領域の臨床研究の成果を臨床現場にて応用するものであり、目の前の患者さんに役立つものとなっています。



が、現在は 44 大学 215 医療機関が参加する巨大なプロジェクトになり、統合失調症とうつ病の治療ガイドライン講習を全国で延べ 2000 名以上が受講し、その理解度が向上することを示してきました。ガイドラインは患者さん・家族・支援者・医師が共同意思決定を行うための参考となる資料です。我々は日本神経精神薬理学会などでガイドラインの作成を行うだけでなく、患者さん用の簡単なガイドを患者さんと一緒に作成し普及活動を行っています。このように医師と患者さんの双方の理解を向上させることにより、よりよい医療が行われるように社会実装研究を行っています。

精神科治療ガイドラインの普及・教育・検証活動

我々は精神科治療ガイドラインの普及・教育・検証活動である EGUIDE プロジェクトを牽引し、精神科医療の普及と均てん化を行っています。EGUIDE プロジェクトは、精神科医に対してガイドラインの教育の講習を行い、ガイドラインの効果を検証する社会実装研究です。EGUIDE プロジェクトでは 2016 年に 22 医療機関で始めました



眼球運動検査のセットアップ（左）と、モニタ上に表示される写真を見ている時の視線の動き（青線、右上：健常被験者、右下：統合失調症患者）



精神疾患病態研究部紹介

橋本 亮太 [医学博士・精神保健指定医]

精神疾患の克服とその障害の支援のための先駆的研究活動を展開しています。日本を代表する精神医学多施設共同研究体である COCORO を牽引し、統合失調症、気分障害、発達障害等の臨床研究データ、バイオリソース等の収集、蓄積及び管理を行い、新たな疾患分類による病態解明と診断法・治療法の開発を行っています。更に、精神科治療ガイドラインの普及・教育・検証活動である EGUIDE プロジェクトを牽引し、精神科医療の普及と均てん化を行っています。これらの研究活動は、大学の精神医学教室との人的交流による人材育成と、センター内連携、精神科関連学会との連携によって、実現化しています。



睡眠・覚醒障害研究部

栗山 健一 部長

概日リズム睡眠・覚醒障害の病態解明と適切な光環境評価法の提案

睡眠・覚醒リズム習慣確立のための適正な光曝露を評価する

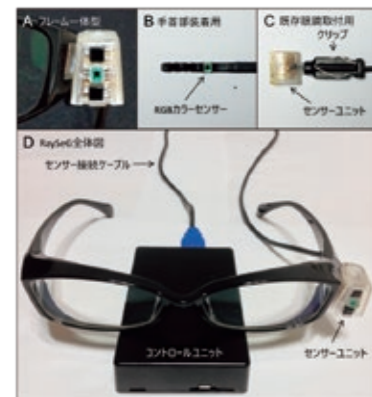


ヒトの概日リズムは24時間よりもやや長い周期を示します。このため、地球の自転により形成される24時間の明暗周期から逸脱しないよう日々の同調（時刻合わせ）が行われます。リズム同調の主要因子は眼球から入る光情報です。網膜では光受容体メラノプシンを含有する光感受性網膜神経節細胞が、光情報を概日時計中枢である視交叉上核へ直接伝達されます。メラノプシンは480nmの青色光に最も強く反応し、長波長（赤色光）では反応が弱いことがわかっています。また、本来自然界に存在しない夜間の人工照明は概日リズムをかく乱しますが、これも短波

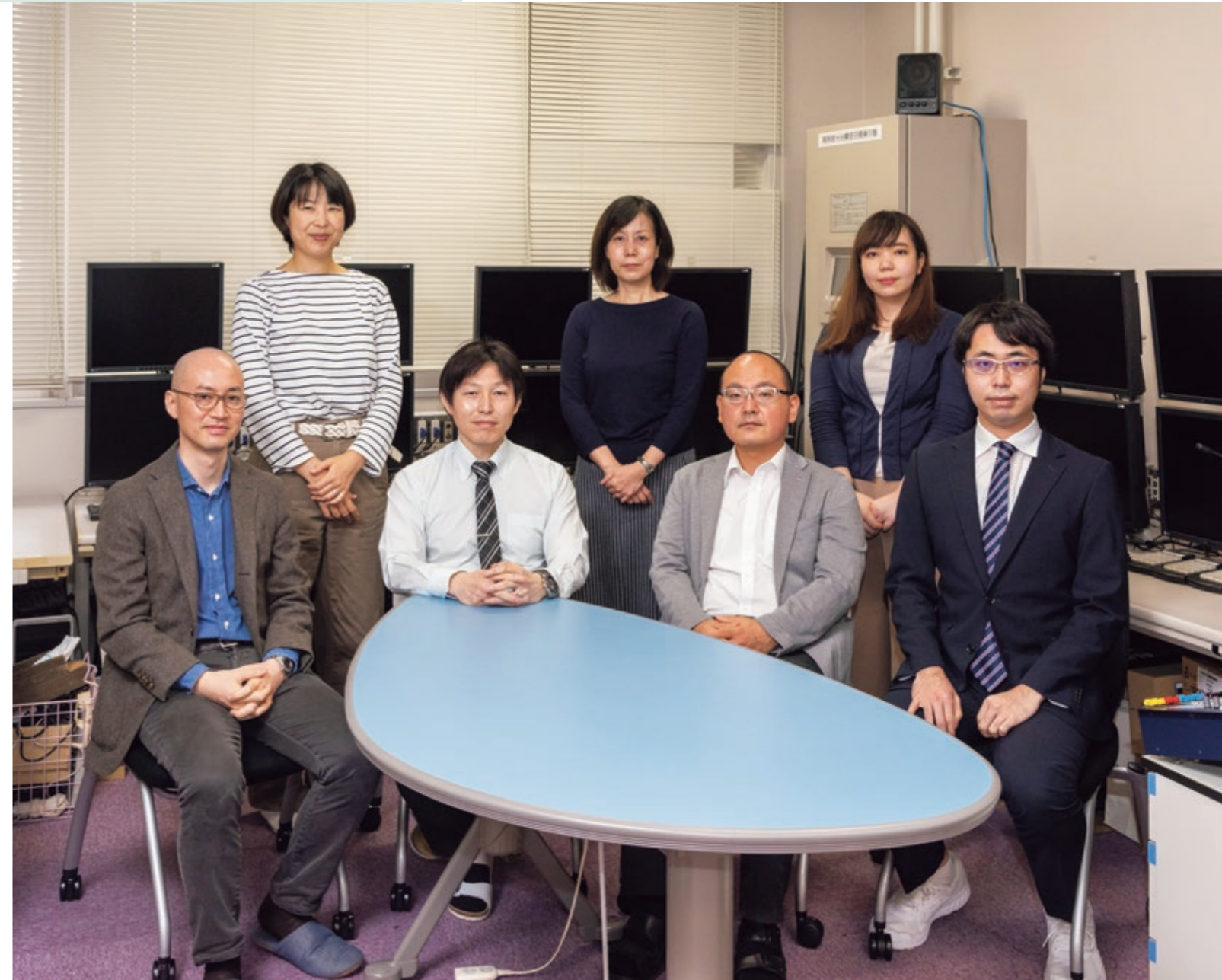
長光成分の量が問題となります。視覚障害など、光同調機能に障害があると概日リズムは同調せず、生体固有の周期を保った自由継続（フリーラン）周期を示し、明暗周期をはじめとした外的環境とのズレが徐々に生じます。視覚が正常でも、洞窟のような自然光が存在しない環境では自由継続周期が観察されるため、我々の時間隔離実験室は上記の環境を再現してヒト概日リズム機能の精密評価に活用しています（上部写真）。

現代生活では屋外での自然光曝露の機会が少ない反面、夜間の人工照明やLED画面への曝露機会は多く、睡眠障害や睡眠問題を抱える方は不適切な光環境の改善が必要です。このため、不適切な光曝露の評価が必要となりますが、従来の照度計はメラノプシンの感度に基づいて設計されていないため、概日リズム位相同調反応を正確に予測できません。また、従来の研究の多くは手首に装着する機器で照度計測が行われており、視周辺での光曝露量は検討されていません。当研究部の北村真吾室長グループは、東海大学の江藤研究

室で開発された赤・緑・青（RGB）の各波長帯域の照度を測定できる「RaySeG」(図)を用いた共同研究で、屋内生活を模した光曝露評価を行い、手首・視の部位間差や、RGB光曝露と概日リズム位相同調との関連を調べました。この結果、RGBすべての波長帯域において、視では手首よりも光曝露量が少なく、一定量の青色（400-540nm）帯域光の曝露が概日リズム位相同調と有意に相関しました。これらは、光によるヒト概日リズムへの影響を評価するためには、測定部位（視周辺）と波長帯域（青色光）を考慮する必要がありますを示しています。



図：RaySeG 東海大学工学部 衛藤憲人先生提供



睡眠・覚醒障害研究部紹介

栗山 健一 [医学博士]

睡眠・覚醒障害研究部はヒトの睡眠制御機構、概日リズム制御機構、脳と心の機能への睡眠の役割解明をミッションとして活動しています。睡眠は脳と体の健康を維持するための恒常性維持の中心的役割を果たすと考えられていますが、眠りの詳細な役割および睡眠-覚醒を制御するメカニズムにはまだ分からないことがたくさんあります。

3名の常勤研究員（部長：栗山健一、室長：北村真吾・吉池卓也）、2名の非常勤研究員（リサーチフェロー：河村葵、科研費研究員：岡部しのぶ）および他施設所属の研究員、教員、大学院生や大学学部生が在籍し、上記ミッションを果たすべくヒトを対象とした基礎生理学研究、NCNP病院睡眠障害センターと連携した臨床研究を行っております。さらに睡眠障害診療・治療に関わる臨床ガイドライン作成や、国民の健康増進を旨とした睡眠健康指針の策定、医療施策に還元するための患者コホートをを用いた疫学研究に取り組んでおります。



知的・発達障害研究部

岡田 俊 部長

病態・診断から治療・支援まで一貫性のあるモデルの確立を目指して

—学際的なアプローチと多機関連携で知的・発達障害研究の最前線を切り拓く

神経生物学的病態の解明を目指して

当研究部では、認知科学、神経生理学的アプローチを中心に据えてきました。自閉スペクトラム症の対人関係障害の背後にある情動的表情や視線方向の認知障害、注意欠如・多動症における実行機能、報酬系機能、時間知覚の障害に焦点を当て、これらを起点とする神経生物学的病態の解明を進めています。また、臨床症状や適応行動を評価し、これらの認知機能との関係を評価するほか、精神疾患を併存しやすい22q11.2欠失症候群や自閉スペクトラム症の薬物療法や心理社会的介入について検討しています。さらに、研究機関連携によってゲノム解析によって得られた知見とも照合し、病因・病態モデルの確立を目指しています。

知的・発達障害の

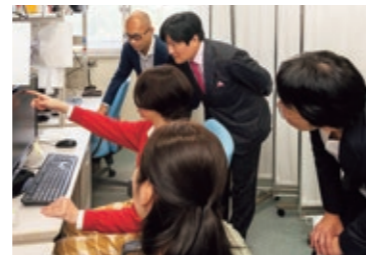
治療・支援法を開発する

注意欠如・多動症の不注意、多動性・衝動性には薬物療法が実施されていますが、自閉スペクトラム症においては中核症状に有効性を示す薬物すら開発されていません。オキシトシンは有望とされている候補物質であり、機関連携によってその有効

性と安全性、治療反応性を規定する生物学的マーカーの検討を進めています。また、注意欠如・多動症の薬物療法を継続/中止に伴うリスク・ベネフィットに関するメタ解析を実施しました。その結果を反映したデザイン・エイドを作成し、患者と十分に話し合い共有意思決定を進められるよう資材を開発しています。また、重篤なチック症状が認められ、治療抵抗性の難治性トゥレット症への脳深部刺激療法の有効性と安全性、レジストリ構築を目指す研究も行っています。

多機関連携中核を担い、国際競争力のある知見を発信

当研究部では、児童精神医学、小児神経学、臨床心理学、実験心理学、神経生理学、動物実験学、生化学など、多様な専門性を持った専門家が、知的・発達障害の病因・病態解明、診断法、治療・支援法開発という共通の目標に向けて取り組んでいます。さらに日本全国のプロフェッショナルが客員研究員として在籍するほか、多機関連携により精緻かつ

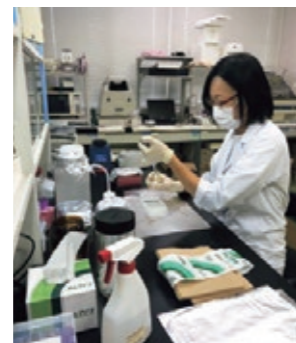


毎週おこなわれるリサーチミーティングで進行中の全研究の進捗を確認し、全員で討議しています。

大規模な研究を展開し、国際競争力のある研究活動を展開しています。厚生労働科学研究、日本医療研究開発機構（AMED）研究費、日本学術振興会研究費などのご支援を頂き、国内研究の中核を担い、当事者、社会に還元性の高い知見を獲得したいと考えています。



新規研究の立ち上げでは、メンバー同士でフラックに意見を出し合いながら研究プランを詰めています。多様な専門性が活かされます。



当研究部には、ウェットラボを有し、生体内物質の測定を行っているほか、モデル動物を用いた研究も実施しています。

知的・発達障害研究部紹介

岡田 俊 [博士(医学)・精神保健指定医]

私たちの研究部は、知的障害研究室と発達機能研究室の二室からなり、部長、室長に加え、リサーチフェロー3名、客員研究員19名、外来研究員1名、研究生6名、科研費研究補助員1名が、センター内外の多数の研究者と共同して、トランスレーショナルなアプローチや多機関連携を重視して、活発な研究活動を展開しています。しかし、そのなかでも大切なことは、当事者、社会に寄与することを大切に臨床的な視点です。また、かかりつけ医研修を各地で行える人材育成を行う研修事業も我々の使命です。私どもは、自由闊達な研究部の雰囲気のもと、常に対話と協働を重んじながら、知的・発達障害研究の中核的役割を担うべく日々取り組んでいます。



地域・司法精神医療研究部

藤井 千代 部長

精神障害をもつ人の地域生活を支えるシステムを創る

— 医療機関が実施するケースマネジメントで支援者間の顔の見える連携を構築 —

地域・司法精神医療研究部では、精神障害をもつ人々のリカバリーを支援するためのサービスや政策についてエビデンスに基づく提言を行っています。私たちが実装に力をいれているサービスのひとつに、「集中的ケースマネジメント」があります。ケースマネジメントとは、ケースマネジャーが住宅や経済的支援、日常生活支援、就労支援、医療サービスといった、様々な社会資源の間に立って複数のサービスを適切に結びつけて調整を図り、当事者のニーズに応じた包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法のことです。特に、ケースマネジャーが利用者の生活圏にアウトリーチし、直接サービスを提供するモデルは「集中的ケースマネジメント (Intensive care management: ICM)」と呼ばれ、国際的にその効果が認められています。

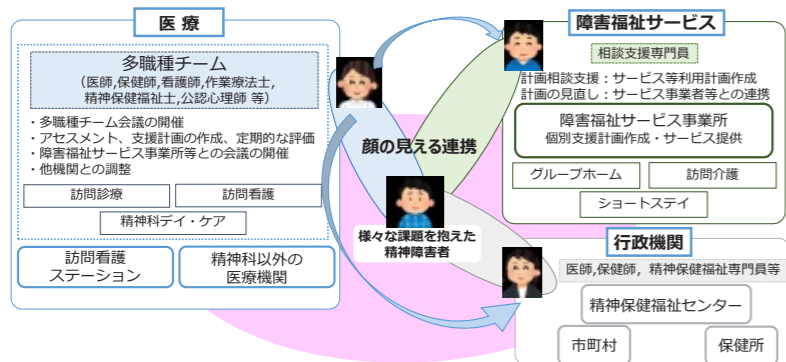
英国など、精神科の地域ケアが発達している国では、ICMは通常のサービスとして広く普及していますが、日本ではまだ限られた医療機関でしか実施されていません。その

理由のひとつとして、ICMが診療報酬外のサービスであることが挙げられます。つまり、精神保健福祉士などが外来で患者さんの生活上の困りごとの相談を受けたり、ケア会議を行ったり、福祉サービスの担当者との連携を図ったりしても、医療機関の収入には結びつかないのです。この状況を改善するため、私たちは「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」(平成30年度厚生労働行政推進調査事業補助金)において、先駆的にICMを行っている複数の精神科医療機関との協働により、ICMを必要としている人の特徴やICMで提供するサービスの内容、そしてICMの効果を検証しました。

研究から、ICMを必要としている人の特徴を明らかにし、スクリーニングのためのツール「包括的支援マネジメント導入基準」を開発しました。また、精神科外来や精神科デイ・ケアにおいて行われるICMの具体的な内容は、患者さんとの面談(関係性の構築、日常生活自立支援等)が最も重要であり、業務量と

しては連携業務(他機関との連携、ケア会議等)が最多であることがわかりました。さらに、ICMの提供により平均入院日数や入院回数が減少し、精神障害をもつ人々が地域での生活を維持することに貢献できることが示唆されました。これらの結果を踏まえてICMの具体的手順を示した「包括的支援マネジメント実践ガイド」を作成しています。

令和2年度の診療報酬改定では、精神科病床に入院した人が「包括的支援マネジメント導入基準」を満たし、入院先の多職種チームと退院後療養を担当する医療機関のチームが共同で「包括的支援マネジメント実践ガイド」に基づいて退院後の療養上必要な説明や指導を行った場合に算定される「精神科退院時共同指導料」が新設されました。また、「精神科退院時共同指導料」を算定した方について、外来で多職種支援を行った場合に「療養生活環境整備指導加算」を算定できるようになりました。これにより、ICMの実装が進むことが期待されています。



インテンシブ・ケースマネジメントによる支援のイメージ

地域・司法精神医療研究部紹介

藤井 千代 [医学博士、精神保健指定医]

地域・司法精神医療研究部では、生物・心理・社会的観点から精神障害を多面的に捉え、地域に暮らす精神障害をもつ人とその家族が主体的な生活を送るための支援技法やシステムの開発、その効果に関する実証的研究を活動の中心としています。また、医療観察法に基づく医療の検証を通じて、医療観察法の対象者への支援や権利擁護のあり方、それらの一般精神科医療への適用に関する検討を行うことも重要な柱のひとつです。研究活動を通じて政策としても取り入れることが可能な支援モデルを提示し、自治体や専門職、市民への教育研修等を実施してそれらの普及を図ることで、研究成果の社会への還元を行っています。



ストレス・災害時こころの情報支援センター

金吉晴 センター長

心のケアを根づかせるために

日頃の備えとエビデンスにもとづく対応

ストレス・災害時こころの情報支援センターは東日本大震災（2011）を受けて「災害時こころの情報支援センター」として発足し、災害時の精神保健医療対応に関する対策、人材育成、各種調査を受け持ってきました。現在は、3.11 震災の被災地に設立された心のケアセンターでの活動への協力を継続するとともに、自然災害だけでなく犯罪などの人為被害を含めた広義の災害への対応に取り組んでいます。その一環として、PTSD 対策研修、心理的応急処置の普及と研究、web を通じた情報提供、また災害対応に関する基礎資料の収集と国際的コンセンサス形成への貢献を行い、被災、被害が生じたときには現地の担当者への助言、人員派遣を行っています。

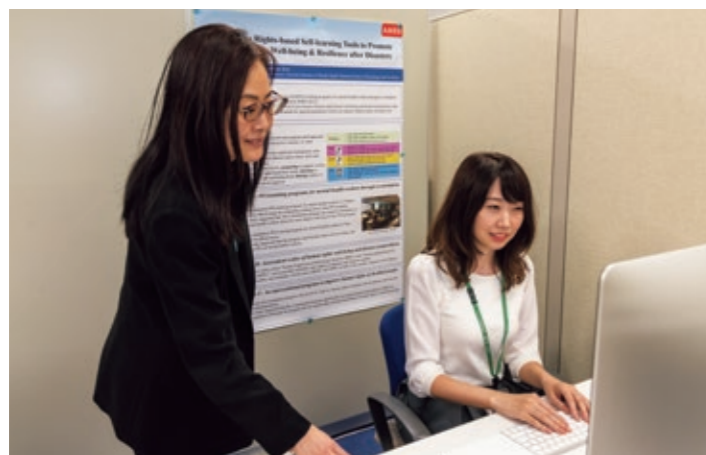
災害は精神健康に対する危機的な出来事です。多くの場合は支援を提供する側も被害を受けており、平時とは大きく異なった体制の中で被災者を支えていかななくてはなりません。そのためには多くの支援者が被災者の心理を適切に理解し、ケア

にあたる必要があります。当センターでは世界保健機関（WHO）と連携して、災害の心理的応急処置（Psychological First Aid: PFA）を日本に導入し、マニュアルの翻訳、指導者の育成を行い、当センターだけではなく全国で年に数十回開催される研修会に講師を推薦するなどの協力を行い、これまでで1万3千人以上を超える人々が受講をされています。さらにこのPFAをアジアの国々に普及させるために、タイ国保健省と連携して、タイ語のe-learningを作成し、同国の保健医療で活用される予定となっています。またユニセフ協会と協力して開発した「子どもに優しい居場所 child's friendly space」のパンフレットは、災害時の避難所などで子どもの安全な居場所を作るためのものですが、現在でもPFAと合わせて広く活用されています。またオーストラリア国立PTSDセンターと連携して、災害後の心理的回復プログラム（SOLAR）の効果検証を開始しています。

自然災害に限らない人為被害を含

めた出来事への対応のために、厚生労働省のPTSD対策研修事業を受託し、合計5回の研修会を開催しました。これは池田小学校児童殺傷事件を機にセンター長である金が当時の厚生省担当者と相談して発足した事業ですが、これまでに1万人以上が受講され、日本のPTSD対策の向上に大きく貢献してきました（平成23年から当センターが受託）。現在ではwebを活用した情報発信にも務めており、災害に関する各種資料、動画を用いたweb講座、中越震災の後で活動した新潟県心のケアセンターを初めとする各種報告書、トラウマなどの症状のための評価尺度など、多彩な資料を見ることができます。

実際の災害や事件が起きたときの支援としては、福祉施設で生じた殺人事件の後で職員のケアのためにスタッフを派遣したり、医療刑務所内でトラウマの症状が犯罪につながっている受刑者を対象にしたトラウマの認知行動療法にも取り組んでいます。



ストレス・災害時こころの情報支援センター紹介

金吉晴 [医学博士・精神保健指定医]

当センターは3.11震災を受け、精神保健研究所の中に設置されました。より効率的な支援のあり方を検討しています。以前は災害の直後にトラウマ体験を集中的に聞き出す「デブリーフィング」が将来のPTSD予防に効果があると信じられていましたが、かえって悪化させることがわかりました。災害時には誰でも人道支援をしようと思いますが、思わぬ落とし穴のあることにも注意する必要があります。災害直後には社会心理支援としての心理的応急処置（Psychological First Aid: PFA）が国際的にも推奨されており、私たちはWHOと契約の上、日本で精力的に普及しています。また疾患と言うほどではないが不安、不眠などの症状が残った人には、心理的リハビリのためのSOLARプログラムの検証を行っています。PTSDを発症した場合には、行動医学研究部と連携して専門的治療を提供できるための研究を進めています。



令和2年度 精神保健研究所 研究報告会

会 期：令和 3年 3月15日（月） 9:30－17:00

会 場：オンラインにて開催

【開会の辞】…………… 国立精神・神経医療研究センター理事長 水澤 英洋

【ご挨拶】…………… 精神保健研究所所長 金 吉晴

【報告1】薬物依存研究部…………… 座長 松本 俊彦
大麻と危険ドラッグの有害性評価：アルコール併用の危険性…………… 船田 正彦
合成カンナビノイドによる骨格筋細胞障害誘発機序の解析…………… 富山 健一

【報告2】精神疾患病態研究部…………… 座長 橋本 亮太
人工知能技術を活用した精神疾患の層別化
— 病態の理解と新たな診断体系の構築に向けて —…………… 三浦 健一郎
統合失調症とうつ病の治療に対するEGUIDEプロジェクトの効果…………… 長谷川 尚美

【報告3】精神薬理研究部…………… 座長 山田 光彦
GABA仮説に基づく統合失調症モデルマウスにおける
海馬歯状回顆粒細胞の未成熟化について…………… 三輪 秀樹
幼少期の社会隔離ストレスはマウスの情動行動と
眼窩前頭皮質-扁桃体経路のシナプス伝達の異常を引き起こす…………… 國石 洋

【報告4】児童・予防精神医学研究部…………… 座長 住吉 太幹
統合失調症の高次認知機能に対する経頭蓋直流電気刺激の効果…………… 住吉 太幹
発達性強調運動障害特性をもつ子どもの情緒と行動の問題：
自閉的行動特性の影響…………… 白間 綾

【報告5】睡眠・覚醒障害研究部…………… 座長 栗山 健一
一般高齢男性における不眠、睡眠時間の誤認、
およびレム睡眠出現率と総死亡リスクの関連…………… 内海 智博
中年群における短時間睡眠に伴う非休養感、および高齢群における
長時間臥床に伴う非休養感と総死亡リスクの関連…………… 吉池 卓也

【報告6】知的・発達障害研究部…………… 座長 岡田 俊
自閉スペクトラム症を持つ成人の多感覚統合と時間分解能…………… 魚野 翔太
漢字熟語逸脱検出時の脳磁図活動の検討…………… 江頭 優佳

【報告7】地域・司法精神医療研究部…………… 座長 藤井 千代
情報曖昧性と時間的圧迫状況における意思決定パターンと自律系生理活動のモデリング…………… 曾雌 崇弘
日本ラグビートップリーグ選手におけるメンタルヘルスに関する知識、態度、援助希求行動の関係
—アスリートのメンタルヘルス支援策の開発に向けて—…………… 小塩 靖崇

【報告8】行動医学研究部…………… 座長 金 吉晴
炎症と記憶に着目したPTSDの遺伝学的検討…………… 堀 弘明
摂食障害治療支援センター設置運営事業の成果と課題…………… 安藤 哲也

【閉会の辞】…………… 精神保健研究所所長 金 吉晴

平成31・令和元年度受賞歴

山口創生（地域・司法精神医療研究部）、他：【演題発表奨励賞（ポスター）】
第14回日本統合失調症学会、2019.4.19.

上田理誉（知的・発達障害研究部）、他：【第52回日本てんかん学会学術集會みなとみらい賞】
第61回日本小児神経学会学術集會、2019.5.31.

熊崎博一（児童・予防精神医学研究部）：【学術賞】
第41回日本生物学的精神医学会、2019.6.22.

吉池卓也（睡眠・覚醒障害研究部）：【ベストプレゼンテーション賞（優秀賞）】
日本睡眠学会第44回定期学術集會、2019.6.28.

宇野洋太（精神疾患病態研究部）：【第14回学会奨励賞】
第16回日本うつ病学会総会、2019.7.6.

長谷川尚美（精神疾患病態研究部）：【日本精神薬学賞（一般の部 ポスター部門）】
第3回日本精神薬学会総会学術集會、2019.9.22.

田中美歩（知的・発達障害研究部）：【Excellent Presentation Award for As CNP 2019】
6th Congress of Asian College of Neuropsychopharmacology、2019.10.12.

中武優子（精神薬理研究部）：【優秀発表賞】
第6回アジア精神神経薬理学会総会、2019.10.13.

長谷川尚美（精神疾患病態研究部）：【一般演題奨励賞】
第49回日本神経精神薬理学会、2019.10.13.

吉池卓也（睡眠・覚醒障害研究部）：【優秀ポスター賞】
第26回日本時間生物学会学術大会、2019.10.13.

山口創生（地域・司法精神医療研究部）、他：【第5回野中賞 最優秀賞】
日本精神障害者リハビリテーション学会第27回大阪大会、2019.11.24.

橋本（小市）理恵子（地域・司法精神医療研究部）、他：【奨励賞（ポスター）】
日本精神衛生学会第35回大会、2019.12.8.

小塩靖崇（地域・司法精神医療研究部）、他：【優秀論文賞】
第9回日本社会精神医学会、2019.12.22.

斎藤良彦、加賀佳美（知的・発達障害研究部）、他：【福山幸夫アワード】
小児医学研究振興財団、2020.3.10.

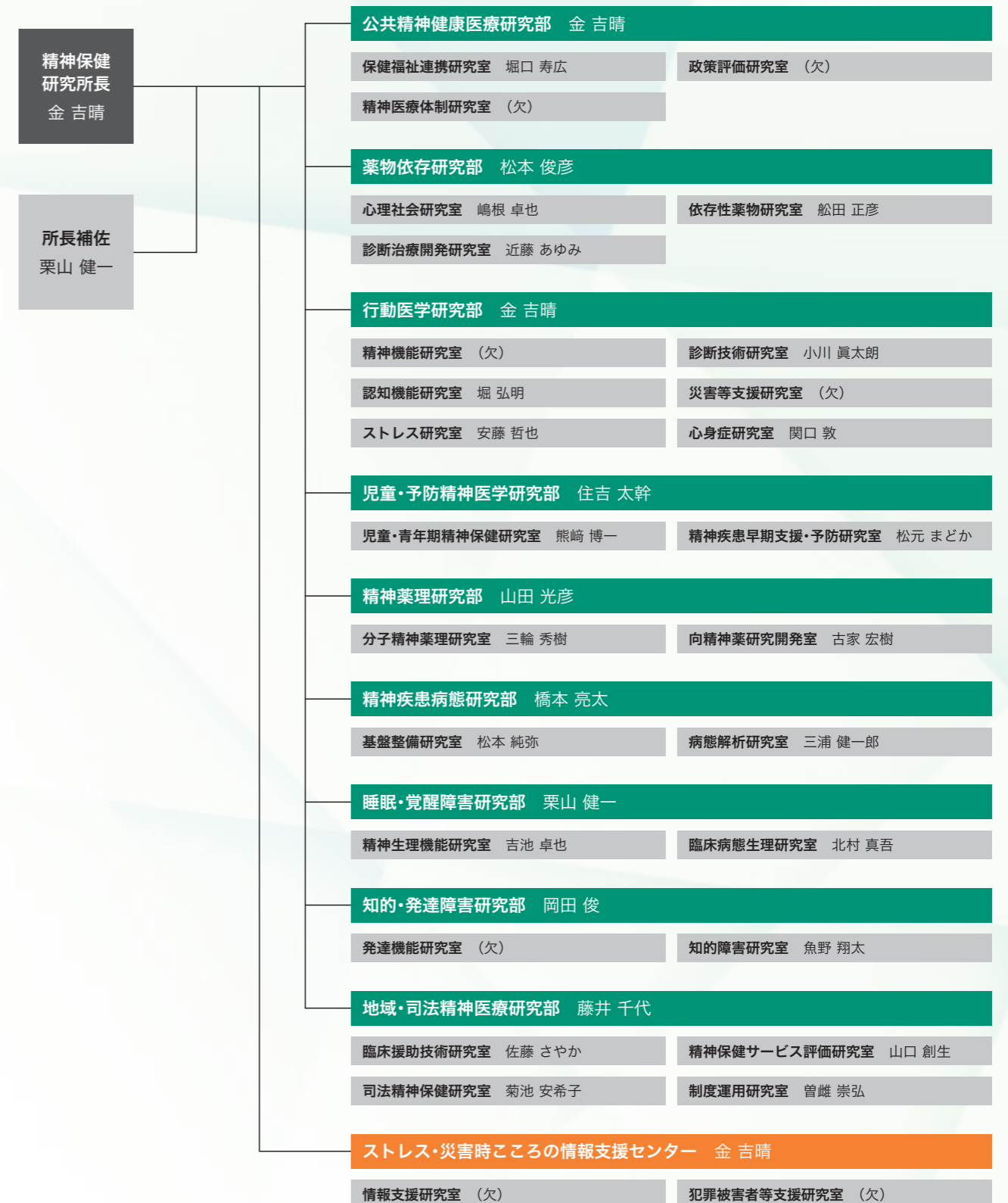
令和2年度 精神保健に関する技術研修 開催実績(予定)

研修日程	課程名	定員	担当部署名
① 令和2年 7月8日(水)～9日(木)	(第1回) 発達障害者支援研修：指導者養成研修パートⅠ	50	知的・発達障害研究部
② 9月8日(火)～9日(水)	(第5回) 災害時PFAと心理対応研修	50	行動医学研究部
③ 9月8日(火)～11日(金)	(第34回) 薬物依存臨床医師研修	20	薬物依存研究部
	(第22回) 薬物依存臨床看護等研修	30	
④ 9月11日(金)	(第58回) 精神保健指導課程研修	35	精神医療政策研究部
⑤ 9月15日(火)～18日(金)	(第18回) 摂食障害治療研修	60	行動医学研究部
⑥ 9月29日(火)～30日(水)	(第1回) 発達障害者支援研修：指導者養成研修パートⅡ	50	児童・予防 精神医学研究部
⑦ 11月10日(火)～11日(水)	(第1回) 発達障害者支援研修：指導者養成研修パートⅢ	50	知的・発達障害研究部
⑧ 11月11日(水)～13日(金)	(第16回) 摂食障害看護研修	60	行動医学研究部
⑨ 11月16日(月)～18日(水)	(第12回) 認知行動療法の手法を活用した薬物依存症に対する集団療法研修	100	薬物依存研究部
⑩ 12月15日(火)～16日(水)	(第6回) 災害時PFAと心理対応研修	50	行動医学研究部
⑪ 令和3年 1月19日(火)～20日(水)	(第1回) 発達障害者支援研修：行政実務研修	67組	児童・予防 精神医学研究部

● COVID-19感染拡大に伴う変更

- ①令和3年3月23日～24日に延期、オンライン開催とした
- ②令和3年3月16日に延期、研修日を2日から1日、定員を50名から80名に変更しオンライン開催とした
- ③中止
- ④中止
- ⑤中止
- ⑥中止
- ⑦オンライン開催とした
- ⑧中止
- ⑨定員を100名から30名に変更
- ⑩研修日を2日から1日(12/15のみ)、定員を50名から80名に変更しオンライン開催とした
- ⑪オンライン開催とした

組織図



■ 研究部
■ 研究所内センター
2020年11月1日現在

創立の趣旨及び沿革

創立の趣旨

本研究所は、精神衛生に関する諸問題について、精神医学、心理学、社会学、社会福祉学、保健学等各分野の専門家による学際的立場からの総合的、包括的な研究を行うとともに、国、地方公共団体、病院等において精神衛生業務に従事する者に対する精神衛生全般にわたる知識、技術に関する研修を行い、その資質の向上を図ることを目的として、昭和27年1月、アメリカのNIMHをモデルに厚生省の付属機関として設立された。

沿革

年次	事項	所長	組織等経過
昭和25年	5月		精神衛生法国会通過（精神衛生研究所設置の附帯決議採択）
	26年		3月 厚生省公衆衛生局庶務課が設置の衝にあたる
	27年	1月 黒沢 良臣 (国立国府台病院長兼任)	厚生省設置法並びに組織規程の一部改正により精神衛生に関する調査研究を行う附属機関として、千葉県市川市に国立精神衛生研究所設置総務課、心理学部、生理学形態学部、優生学部、児童精神衛生部及び社会学部の1課5部により業務開始
	35年		10月 心理学部を精神衛生部に、社会学部を社会精神衛生部に、生理学形態学部を精神身体病理部に、優生学部を優生部に名称変更し、精神薄弱部を新設
	36年		4月 4室を新設
	36年		6月 厚生省設置法の一部改正により精神衛生技術者の研修業務が追加され、医学科、心理学科、社会福祉学科及び精神衛生指導科の研修開始
	36年	10月 内村 祐之	
	37年	4月 尾村 偉久 (公衆衛生局長兼任)	
	38年	7月 若松 栄一 (公衆衛生局長兼任)	
	39年	4月 村松 常雄	主任研究官を置く
	40年	7月	社会復帰部及び精神発達研究室を新設
	41年	7月	本館改築完成（5カ年計画）
	44年	4月	総務課長補佐を置く
	46年	4月 笠松 章	
	46年	6月	社会精神衛生部に1室新設
	48年	7月	老人精神衛生部を新設
	49年	7月	老人精神衛生部に1室新設
	50年	7月	社会復帰部を社会復帰相談部に名称変更 1室を精神衛生部から社会復帰相談部の所属に改編
	52年	3月 加藤 正明	
	53年	12月	社会復帰相談庁舎完成（2カ年計画）
	54年	4月	研修課程の名称を医学課程、心理学課程、社会福祉学課程及び精神衛生指導課程に名称変更し、精神科デイ・ケア課程を新設
	55年	4月	研修庁舎完成（講義室・図書室・研修生宿舎）
	58年	1月 土居 健郎	
	58年	10月	老人精神衛生部に1室新設
	60年	4月 高臣 武史	
	61年	5月	厚生省設置法の一部改正により、国立高度専門医療センターの設置を決定
	61年	9月	厚生省組織令の一部改正により、国立高度専門医療センターの名称と所掌事務が決定
	61年	10月	国立高度専門医療センターの一つとして、国立武蔵療養所、同神経センターと国立精神衛生研究所を統合し、国立精神・神経センター設置 国立精神・神経センター精神保健研究所に改組、精神身体病理部と優生部を統合し精神生理部を新設、精神保健計画部及び薬物依存研究部を新設、1課9部19室となる
	62年	4月 島菌 安雄 (総長兼任)	厚生省組織規程の一部改正により、国立精神・神経センターに国立国府台病院が統合し、2病院、2研究所となる



創設時の国立精神衛生研究所



現在の精神保健研究所（NINP含む）

年次	事項	所長	組織等経過
	62年	6月 藤縄 昭	
	62年	10月	心身医学研究部（2室）と精神保健計画部に1室を新設
	平成元	年10月	社会復帰相談部に1室を新設
	6年	4月 大塚 俊男	
	9年	4月 吉川 武彦	
	11年	4月	薬物依存研究部で研究室の改組あり、1室を新設 精神薄弱部を知的障害部に名称変更
	13年	1月 堺 宣道	
	14年	1月	精神保健研究所創立50周年
	14年	6月 高橋 清久 (総長兼任)	
	14年	8月 今田 寛睦	
	15年	10月	司法精神医学研究部を新設（3室）
	16年	4月 金澤 一郎 (総長兼任)	
	16年	7月 上田 茂	
	17年	4月	市川市（国府台）から小平市（武蔵地区）に移転
	17年	8月 北井 暁子	
	18年	10月	自殺予防総合対策センターを新設（3室）、成人精神保健部に2室増設
	19年	6月 加我 牧子	
	21年	10月	精神生理部に1室を新設
	22年	4月	独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所となる 8研究部の名称を変更（精神保健計画研究部、児童・思春期精神保健研究部、成人精神保健研究部、精神薬理研究部、社会精神保健研究部、精神生理研究部、知的障害研究部、社会復帰研究部）し、知的障害研究部に1室新設、11部33室となる 所長補佐及び自殺予防総合対策センター副センター長を置く
	23年	12月	災害時こころの情報支援センターの新設（1室）
	25年	4月 野田 広	
	25年	7月 福田 祐典	
	27年	4月	国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所となる
	27年	9月 富澤 一郎	
	27年	12月 中込 和幸	
	28年	4月	自殺予防総合対策センターを廃し自殺総合対策推進センターを新設（4室）
	29年	10月	社会精神保健研究部を廃止 精神疾患病態研究部を新設（2室）、精神保健計画部に1室増設
	30年	4月	司法精神医学研究部と社会復帰研究部を統合、成人精神保健研究部と心身医学研究部を統合、また部名及び室名変更等再編し、2センター9部33室体制となる
	31年	1月 金 吉晴	
	令和2	年4月	自殺総合対策推進センター（4室）を廃止、厚生労働大臣指定（調査研究等）法人のち支える自殺対策推進センターに業務を継承
	2	年11月	精神医療政策研究部を公共精神健康医療研究部（1室を廃止）に名称変更し、現在の1センター9部28室となる



精神という漢字のつくりから生まれた青申（あおざる）たち。ものごとをしっかりと「見きわめ」、正しいことははっきり「伝える」とともに、周囲の声を十分に「聴く」、という精神保健研究所のスタンスを表しています。

国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所
2021

編集委員長・編集責任者
金 吉晴

編集委員
栗山 健一
松元 まどか
白田 謙太郎
堀口 寿広

印刷・デザイン
株式会社アトミ

発行
2021年3月31日

発行者
国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所
〒187-8553
東京都小平市小川東町4丁目1-1
TEL.042-341-2711 [代表]
<http://www.ncnp.go.jp/>