



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**
2024

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
2024

巻頭特別対談

佐藤 まみ × 金 吉晴 × 西 大輔
何が足りない！
当事者と専門職が共に考える支援の在り方

CONTENTS

1 所長ごあいさつ

2 巻頭特別対談

佐藤 まみ × 金 吉晴 × 西 大輔

何が足りない！

当事者と専門職が共に考える支援の在り方

研究部紹介

10	公共精神健康医療研究部	26	地域精神保健・法制度研究部
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6年度精神保健に関する技術研修課程
18	精神薬理研究部	32	創立の趣旨及び沿革
20	精神疾患病態研究部	34	組織図
22	睡眠・覚醒障害研究部	35	センター内連携図
24	知的・発達障害研究部		

所長ごあいさつ

精神保健研究所は、昭和27年に精神衛生研究所として千葉縣市川市国府台に発足して以来、大学精神科ではなかなか取り組むことのできない、日本全体の精神保健医療の向上に取り組んで参りました。今では当たり前になっている精神科デイケアにいち早く取り組み、保険医療に根付かせてきたことは、当研究所の大きな業績です。昭和61年に国立精神・神経センターの一組織となり、現在の名称に変更され、その後、現在の東京都小平市の同センター本部地域に移転しました。

今日まで70年以上の歴史のある当研究所の使命は、精神疾患の研究、精神障害者の社会参加の研究、精神医療に関する制度の研究から得られる成果を有機的に組み合わせ、その複合的な視点を患者さんの回復のために生活の場で統合し、社会に実装することにあります。この使命のために、当研究所には9つの研究部（公共精神健康医療、薬物依存、行動医学、児童・予防精神医学、精神薬理、精神疾患病態、睡眠・覚醒障害、知的・発達障害、地域精神保健・法制度）と1つのセンター（ストレス・災害時こころの情報支援）が設置されており、常に当事者、そのご家族、地域社会の支援者皆様方の視点にたち、それぞれの課題に取り組んでおります。

2020年から顕在化した新型コロナウイルス感染症の影響もようやく下火になりました。しかしその心理社会的な影響がどれほどの広がりを持っているのかは未知数です。この期間、教室での講義をほとんど経験せず、同級生ともあまり会わずに大学を卒業するといった今までにない経験をした世代が生み出されています。こうした経験によって中長期的に社会全体にどのような影響が生じるかは今後の研究を待たなくてはなりません。そのような大局的な視座に立って前述のさまざまな研究成果を統合し、新たなこころの支援・回復のモデルを創り上げることは、当研究所に最も期待される役割といえます。

私たちは、厚生労働省や自治体、精神保健福祉センター、関連学会、そしてWHOなどの国際機関と連携し、研究開発・情報発信を行っております。当研究所の最大の利害関係者（ステークホルダー）は、精神の不調や障害を抱えた方々はもちろん、そのような方々の支援に尽力されている方々、ひいては社会の精神的な健康を願う国民の皆様方です。私たちは、皆様からの幅広い期待に応えるべく研究所の総力を挙げてこれからも研究に取り組んでまいります。皆様のご指導、ご協力をお願い申し上げます。

2024年1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



巻頭特別対談

佐藤 まみ × 金 吉晴 × 西 大輔

株式会社グラファ―

精神保健研究所 所長

公共精神健康医療研究部
部長

何が足りない！

当事者と専門職が共に考える支援の在り方

佐藤 まみ Mami Sato

【略歴】埼玉県出身。虐待や精神障害など、必要なときに支援を活用できず何度も事態が悪化した実体験をもとに、在学中に支援を使いやすく案内するウェブサイトを構築。2019年株式会社グラファ―と出会い、支援の利用に必要なプロセスの一部をテクノロジーと情報設計で自動化、本人の意思決定をサポートする支援情報案内サイト「お悩みハンドブック」を立ち上げ、2022年に公開。個人の意思や努力ではどうしようもない困難に直面したときにこそ社会の仕組みに頼れる世界の実現を目指す。

金 吉晴 Yoshiharu Kim

【略歴】長野県出身 1958年生まれ。京都大学医学部を卒業。1990年に研究員として国立精神・神経センター（当時）精神保健研究所に入職、英国ロンドン精神医学研究所在外研究を経て、2002年より部長。2019年に国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の所長に就任した。行動医学研究部長、ストレス・災害時こころの情報支援センター長を併任。1996年のペルー日本大使公邸占拠事件では医療救助活動に参加し厚生大臣表彰を受けた。国際トラウマティック・ストレス学会理事、ニューヨーク大学非常勤教授などを歴任。

西 大輔 Daisuke Nishi

【略歴】神戸市出身。九州大学医学部を卒業。国立病院機構災害医療センター精神科科長などを経て、2021年より国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所公共精神健康医療研究部部長、2022年より東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻精神保健学分野教授、2023年より東京大学医学部健康総合科学科科長に就任。日本行動医学会理事、日本トラウマティック・ストレス学会理事などを歴任。

金：今日は佐藤まみさんにお出で頂きました。佐藤さんは虐待のサバイバーであり、お母様が統合失調症に罹患されたという経験を踏まえて、現在は福祉支援制度を検索するための、お悩みハンドブックというウェブサイトを作成し、いくつかの自治体に採用されています。今日は、当事者ならびに家族の視点から、精神保健全般の課題と、私たちの研究所の役割について、お話し合いが出来ればと思い、対談にお招きいたしました。私と西部長とでお相手したいと思います。早速ですが、どのようにして、このテーマに関心をもたれたのか、お教え頂けますでしょうか。

「必要なときに支援は使いづらく、本来なら避けられるはずの困難が生じる現状に納得いかなかった」

佐藤：私は幼少期から社会的に孤立した閉鎖的な家庭で育ち、支援の対象となる困難を多く経験してきました。物心ついたころには各種虐待があり、父の暴力や怒鳴り声、視線から逃れるため、荒れ始める兆候（飲酒、大声、雰囲気）が現れるたびに、押入れやカーテン裏、屋根瓦の上など、家中を死にものぐるいで逃げ隠れる毎日でした。小学6年からは、統合失調症を発症した母の看病と、妹の世話をしながら育ちました。父から母へのDV（Domestic Violence）から始まり、そのストレスが大きな引き金となり母は統合失調症を患い、両親から子への虐待も生じ、私自身もうつと複雑性PTSDを患い…当事者としても家族としてもさまざまな立場を経験してきました。一時保護やシェルター、障害年金や福祉サービスまで、その時々で使っていれば助かったであろう支援を知ったのは、大学入学後のことでした。それも、運と偶然、場当たりに知る機会があっただけで、いつも事態が悪化しきったあとでした。必要なときに支援は使いづらく、本来なら避けられるはずの困難が生じる現状に納得いかなかったことが、制度の見逃しを防ぎ、相談準備までできるお悩みハンドブックを作成する動機になりました。

金：佐藤さんは、現在、西部長が併任されている東京大学のSPH（School of Public Health, 東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻）を見学・訪問されたこともあるそうですね。

西：勉強も本当は継続したいという希望が少しあったと聞いていますが、両方に取り組みされると今以上に忙しくなります。

佐藤：確かにそうです。難しいところです。体系的に知識が無いというところがコンプレックスなので、学ばせていただける機会があるのならばぜひやりたいと思っています。

金：佐藤さんが行っているお悩みハンドブックを拝見したのですが、とても丁寧で作られていました。こういうお仕事に役立つために、まだまだ勉強されたいということでしたら、もっとそのような機会があっても良いとは思っています。

西：先ほど少しお話をしたのですが、エビデンスを出した後に社会実装をする実装科学がSPHでもよく取り上げられています。ただ、既に成功されているのであれば必要ないかもしれません。

佐藤：とんでもないです。

西：いくつかの自治体で採用されているとのこと、とても素晴らしいと思います。

金：そこを目指して私たちも取り組んでいるのですが、佐藤さんはそれを既に達成しているんですね。

佐藤：運が良かっただけです。金先生との出会いを改めて説明します。私はこのサービスを作りたいと在学中に思っていました。在学中に筋肉の病気（重症筋無力症）を発症し、普通の労働基準法の正規雇用では雇用することができないということでした。どうしようかと思っているうちに無職無資格25歳のまま卒業してしまいました。限界の状態で自殺未遂もしました。お金が無さすぎました。その頃、NCNPの神経研究所の疾病研究第三部の研究の被験者になるために、NCNPを訪問しました。そこで行動医学研究部を紹介していただき、トラウマ関係の研究に出会いました。

金：あのときに最初にお会いしましたね。疾病研究第三部で行動医学研究部のことを教えてもらったんですね。

佐藤：そうです。

金：そのときは一番悩んでいるときだったんですね。

佐藤：病んでいました。実現したいサービスはあるけれども自分の制約があり、実現するための力もお金も学力も体力も無いと思い、どうしたらよいのかと思いがちでさまよっていたところでした。

金：まだ会社に入っていなかったのですか。

佐藤：入っていませんでした。ちょうど金先生の初診と会社に入ったのが同じ頃です。数か月くらいの差です。SPHの受験もその2ヶ月くらい前です。2018年は様々なことがありました。

「制度があるけれども申請しないと使うことができない」

金：会社に入って一緒に立ちあげようという形だったのですか。

佐藤：もともとこのようなサービスを作りたいと思っており、ないならば起業しようと思っていました。しかし資金



も無く、どうしたら良いのかと思っていました。無職で資金が無く、そのさまよっている中で偶然参加した福祉系のイベントで今の会社の代表がプレゼンをしていました。そのイベントは申請主義を考える会、というものでした。

金：申請主義ですか。

佐藤：はい。制度があるけれども申請しないと使うことができないことをテーマにしたイベントでした。

金：福祉の制度をいかにして使い始めてもらうか、ということに関して様々な人が集まって話をしていたのですか。

佐藤：そうです。申請主義という「制度があるにも関わらず申請をしなければ利用者に届かない、どのようにして乗り越えるのか」をテーマにして皆さんで話をしていました。そこで弊社は手続きガイドというもので結婚や転入転出というような人生のイベントでやらなければならない、必ずやらなければならない手続きに際して、質問に答えるに必要な手続きを洗い出す、というサービスを紹介していました。行政手続きを使いやすくするという観点で申請主義の解決にも役立ててれば、というお話を弊社の代表がしており、「これだ。この福祉版を作りたい。」と思いました。

金：それは何月ごろだったのですか。

佐藤：2019年の10月23日が入社日で、イベントは9月だったと思います。

金：一番病んでいるときですね。

佐藤：非常に危ないときでした。

金：私たちの治療研究への参加を通じて元気になったのかと思っていましたが、会社に入ったから元気になったのかもしれませんね。

佐藤：いいえ、どちらも必要でした。本当に分岐点でした。入社や治験参加の本当に直前に自殺未遂をしていましたので救っていただきました。

金：世の中にアルバイトは沢山あるのですが、NCNPの研究参加に来たということは非常に大きな選択のようだと思います。

佐藤：確かにそうです。

金：支援者側や治療者側の情報も知りたい、という気持ちもあったのですか。

佐藤：はい。様々な立場の方からアドバイスをいただきたくて、積極的にイベント等への参加していました。NCNPの研究協力の存在は、2018年頃にNPO法人地域精神保健

福祉機構コンボが主催する「リカバリーフォーラム」という精神障害当事者や家族、医療福祉関係者などが集い議論する場に参加した際に知り合った方が教えてくれました。

金：NPO法人コンボに行って教えてもらい、そのとき卒業はしたけれど職についておらず、自分のやりたいことがあるけれども具体的にどうしたら良いかわからない、という気持ちだったのですね。

佐藤：そうです。作りたいサービスをSPHの研究課題として作っていく道を考えていか、リカバリーフォーラム等で当事者の人たちに「このようなものがあればどう思いますか?」といった話を聞きに行くなどです。そのときに高名な精神科の先生方もおられたので、素案を見せに行くなどしていました。今思えば、「やばい患者だ」と思われていたと思います。

金：そうですか?

佐藤：25歳、無職、無資格、「こういうサービスが作りたいです」という絵だけ持って渡り歩いていたのでやばい奴だったと思っています。

金：やばくないです。25歳は渡り歩く時期です。

佐藤：そのような感じでやっていました。

「個人の意思や努力ではどうにもならなかった困難のために社会の制度やシステムがあると思います」

金：株式会社グラファーマも起業したばかりだったのですか。

佐藤：そうです。まだ数年しかたっていませんでした。

金：社員も少ないですね。そこに思い切って飛び込んで福祉系の支援開始のサービスを作るのですか。

佐藤：はい。

金：一部の自治体では、行政のバスが巡回し、住民はそのバスに行けばすべての行政手続きがすべてできます。先ほど、弱っている人がわざわざ窓口に来て、自分で調べて書類を書かなければいけないという申請主義の話がでしたが、こういうアウトリーチ的なワンストップ行政サービスはよいですね。

佐藤：それは便利ですね。

金：3.11の震災の後にも、ある会社の補償を得るために膨大な手引き書が配られました。それを読まないと支援が受けられない。やはり支援をもらう人が努力をしなければいけないということはおかしな仕組みです。



金：佐藤さんは、必要な人が自ら動かなければ福祉サービスが受けられないというところに矛盾点を感じていて、それが原体験とつながっているのですね？

佐藤：はい。

金：お悩みハンドブックを作って、当事者から「助かった」というようなフィードバックは来ていますか。

佐藤：来ています。それが一番うれしいです。個人の意思や努力ではどうにもならなかった困難のために社会の制度やシステムがあると思います。人間は昔サルだったのです。サルだった時代から一つの制度を作ることはものすごく大変だと皆さんは私よりご存じだと思います。複雑で難しい合意形成を重ねて、膨大な時間をかけようやく社会保障制度が作られているにも関わらず届かないということは、非常にもったいないと感じています。それには様々なレイヤーがあると思っています。受験のときに公衆衛生を勉強し、本人レイヤー、周りの人レイヤー、組織レイヤー、環境レイヤーや政策レイヤー等様々なレイヤーがあると思います。先ほどの話で言えば、行政が手続きそのものをよりやすくする、と考えると環境レイヤーの話だったと思います。どの層にも課題があり、それぞれが協力し解決していかなければならないと思います。抽象的で、すみません。

金：住民に十分な情報があれば、様々なサービスを受けられます。しかし、情報がどこからも提供されなければ、わからないですよ。

『あなたは一人じゃない』というメッセージは、そういうあなたにとっては他人事なの？

佐藤：本当におっしゃる通りだと思います。スティグマとも関係があると思います。人間は立場を切り替えて語ることはとても苦手なのだとこの数年で感じています。例えば、啓発関係などで「あなたはひとりじゃない」というような「孤独は誰にでもあるもの」というメッセージがあります。こんなことを言うと怒られてしまうかもしれま

せんが。

金：いいえ。

佐藤：そのような啓発イベントで語られる孤独や精神疾患でもそうですが、全員一人称で語っているのだからかと、気になっています。社会課題として語ってしまうと、本当は身近な啓発キャンペーンなのに自分とは異なるものとして考えているのではないかと、少しもったいないと思っています。個人的には「あなたは一人じゃない」というメッセージは、そういうあなたにとっては他人事なの？という印象を受けてしまいました。

「発信の企画プロセスに患者やDV被害者といった本人の視点が入っていない、行政のサービスに当事者からのフィードバックが入っていない」

金：佐藤さんが支援について非常に強い問題意識を持つようになったのは、家族のご病気が背景にあるということでした。

佐藤：そうです。繰り返し話していることなので恐縮ですが、必要なタイミングで適切な支援情報が届くことが大切で非常に肝要だったと思います。それがあれば負の連鎖のようなものは食い止められると考えています。健康と社会格差というのも良くある話です。複雑に絡み合う前にその手前で回復することがあるべき姿だと思うのですが、そうはならなかった。私が福祉系の支援制度を知る度に「なぜあのときに使えなかったのだろう」「あのタイミングで使えていれば今PTSDになっていない」と思うことはたくさんあります。それは私個人としても家族代々伝わっている構造でもあると思っています。父は発達障害気味で、暴力がありました。アルコール依存症でもあり、身内の母や娘に身体的暴力等をふるっていました。母は専業主婦で暴力を受け続け、そのストレスで統合失調症になったと断言はできませんが、大きなストレスだったと思います。私は性的虐待を含めて受けたためにメンタルがおかしくなりました。妹も似たような状況で精神面も含めて苦しんでいます。私の家で考えれば、最初にDVがあったはずですが、DVはある日突然DV被害者になるわけではないと思います。最初は仲の良い恋人同士だったはずでケガや事故とは異なります。事故のようにいきなり血が噴き出し、自分も周りも危険を感じてどうにかしなければならぬと認識するのですが、そのような分かりやすい困難ではなく、徐々にだんだんと深刻になるため、日常との境界が分かりにくいのです。精神疾患等、目に見えない障害全般に言えますが気づきにくい、ということがあります。そうすると、本人が気づきにくいことも支援が届きにくい要因の一つだと思います。一方で行政系の支援サイトを見ると「DV被害者の方はこちら」というようにサイト上に「DV」というタグがあります。本人はDVされているという自覚がない場合もあり、それは支援を考え運用する側の専門的な概念

であり、診断名やツールとしての概念です。そのツールに対して、原因や症状、対処法というものが一つの体系としてあります。夫から家で殴られる、無視されるというレベルの具体度・抽象度の言葉であれば理解できると思いますが、DV被害という専門的な言葉では理解していないので、このキーワードにたどり着くことができず、支援にもたどり着けません。行政側もDV被害という単語で情報を発信するので、当事者に届きづらいという構造があると思っています。なぜそのようなミスリードの発信がされているのかと言えば、その発信の企画プロセスに患者やDV被害者といった本人の視点が入っていない、行政のサービスに当事者からのフィードバックが入っていないためだと思います。民間企業のサービスであれば利用者評価が当たり前に行われていると思うのですが、そういったことが行われないので専門家の自己満足になっているところがあると思っています。そこがもったいないと思います。もう少し、利用者本人の視点を入れると良いと思います。患者側からの研究もそうだと思うのですが、この研究所でそのような研究をされている皆様がいるので、本当にありがたいと思っています。

金：今、佐藤さんが「ありがたい」とお話しされ、頭を下げてくれたのですが、このようなことは患者や当事者が頭を下げるべきことではなく、私たちが一番乗り越えなければいけないところです。DVという言葉もそうですが、多くの専門用語は外国から入ってきた言葉です。たとえば権利はrightです。Rightは右や正しいと言った意味で、that's right というように普通に使っています。権利という難しい訳になっていますが、普通に当たり前生きていくことを指しているのです。DVにしても、ドメスティックやバイオレンスは普通に使っている言葉ですから、「お家で誰かが暴れている」といったニュアンスです。日本全体で専門用語が難しすぎ、上から目線のサービスになっています。そこで「にも包括」^{*1}などができつつあり、どこの窓口でもとりあえずワンタッチすれば本人が必要とする支援を提供できるように、支援者の側で調整しようとしています。

佐藤：それはそうなれば理想的な社会、そうなったら良いな、と思っていました。最近「にも包括」や「重層的支援」^{*2}の動きが広がっていてありがたいと思っています。

金：まだまだです。以前佐藤さんから、小学校のときに担任の先生から電話相談窓口の番号を覚えてもらったとお聞きしました。夜中に必死の思いで声を潜めて電話をしたのですが、暴力の話をうち明けたところ、「それは大変ですね。気をつけてください」だけで終わってしまったそうですね。各窓口はそれぞれ背景や得意分野があります。「にも包括」が最終的に目指しているのは、包括的な支援サービスの提供ですが、なかでもトラウマ被害は、命に係わる、生存の危機に関することなので、西先生が取り組んでいる行政サービスにおけるトラウマインフォームドケア^{*3}を基本的なスキルとして普及できればと願っています。生存の危機から発せられているSOSには応えられるようにしたいと

思います。

共同参画を進めるため、行政レベルでは失敗を認める文化のようなものが大切だと思っています。

西：今のお話の流れで、トラウマインフォームドケアについて様々な方にお話を伺った中で、「トラウマ」という言葉が強すぎるという声をいただいています。「心のケガに配慮したケア」というワードに変えて動画などを作っているところなのですが、もっと良いネーミングがあるかもしれないのですが、お二人にもご意見をいただきたいと思っています。金先生からはトラウマインフォームドケアについてということだったのですが、私から伺いたいことがあります。先ほど当事者と一緒に行政がサービスを作っていくことが大事だと思っているというお話があったと思います。その研究や政策においても当事者共同参画と一緒にやっていこうという共同創造やコ・プロダクション等が重要だと言われてはいるのですが、様々な問題や難しさがあり、十分に広がっている訳ではないと思います。佐藤さんから見て、両方ともやる気がある場合でも様々なハードルがあると思いますが、どの様なハードルが一番問題だと思うのか、このように乗り越えられたら良いという思いはありますか。

佐藤：両方にやる気があってもハードルが生じるというのはどのような場合ですか。

西：例えば、行政の方と当事者の方が会えないということ。行政側にやる気があっても当事者の方を入れてサービスを作りたいと思っても、フィードバックをいただける当事者の方と出会えないということなのかもしれないし、出会えたとしてもそこからミッションを作っていく上で、考え方の違いがあり一緒に進めていきにくいのではないかな等です。もしかすると、時間間隔として、行政の場合は、年度内に予算を使い切って終わらせなくてはならないという事情がありますが、当事者の方からすると、再発などで状態が悪くなってしまい、ここまでが締め切りと言われても難しいということがあるかもしれないといったことです。今あげ





きれないのですが、様々にやっていく中で考えられる課題は出てくると思います。どのようなところが一番大きな課題だと思われますか。また、どのようにして、その課題を乗り越え、研究と一緒にしたいということを考えますか。

佐藤：自分が当事者になったときに、当事者の権利擁護をすることで社会を変えられるという自己効力感が日本の社会では得にくい文化があると思っています。北欧等では、自分の学校のルール・校則から合意形成等でみんなで話し合って、このように変えていけば良いのではないかという教育もされているようです。そのように、日本では周りや同じ立場の人が集まって自分の権利を自分で開拓していく文化があまり根付いていません。特にメンタルヘルス領域ではそのような状況だと思っています。そのような先行事例が大きいということもあります。当事者会や家族会のみなさまでこれまで取り組まれてこられていますが、全体的にみると若年層が少ない点も懸念しています。そのようなことができるためには、教育レベルで成功体験が必要だと思います。また、共同参画を進めるため、行政レベルでは失敗を認める文化のようなものが大切だと思っています。絶対に失敗してはいけない、失敗を許さない前提は社会にとって悪だと思っています。ビジネス文脈のお話をすると、プロダクト開発においては、失敗はするものだという大前提で試行回数を増やすことが重要視されます。まずは試してみて、問題点を明らかにする。失敗が明らかになったら、すぐにそれを受け入れて、要因を分析し、次はどうするかという前向きな改善をして、また試して問題を明らかにする…というサイクルを高速で繰り返すことが推奨されます。一方で政策や行政になる瞬間に責任の押し付け合いのような形になってしまい、失敗は許容されない、国民としても許さないという風潮があるように思います。日本全体として、失敗を許さなければスピード感が遅くなるので、「失敗してもこのように変えていきます」ということが認められ、評価されるような先行事例があればいいのではないかと思います。

金：エビデンス・ベイスド・ポリシーで様々なデータを見て良かった悪かったということは失敗の評価ではないと思

います。それをマイナス評価にされてしまうと、失敗だとおびえてしまうことがあるのかもしれない。私たちが大学で講義をした後で学生から評価を受けますが、スライドの作り方など、素直に意見を聞く方が良いことが多いと感じています。学生に修正して貰ったら、とても良いスライドになったことがあります。西先生のスライドは統一感があって見やすいですね。

西：ありがとうございます。フォントもこだわる方は非常にこだわっています。先ほどお話されたことは、非常に当てはまることがいくつもありました。一つはNPO法人コンボさんの『私たちの精神疾患』（YPS 横浜ピアスタッフ協会ら、2023）という本が今月出版されました。当事者の方が書かれた本です。その本の中でお医者さんは、再発してはいけないからチャレンジするなということと言われるけれども、そのようなことが積み重なっていくうちに、自分の人生が自分で決められなくなっているという話がありました。私の記憶をたどっているので正確な引用ではないかもしれませんが。再発をしたとしても、その人なりのリカバリー、自分の人生を歩いていきたいという気持ちがあります。自分で決めて行ったことは、本当に喜びが大きいということが書いてありました。多くの私たちの仲間は、それを体験できていないということが書かれていました。先ほどの話の失敗を認めてということと、非常につながると思いつながっていました。少しレイヤーとしては異なるかもしれませんが。

佐藤：勉強になります。患者レベル、行政レベル、組織レベルとしても失敗を許容する文化が浸透すれば良いと思います。

「人間は誰でも、すべての側面でマジョリティであることはできません。患者というのは一つの側面、立場だと思っています。」

金：お母様のご病気と関連しますが、統合失調症はかつて精神分裂病と呼ばれており、私も所属していた、精神神経

学会の委員会での取り組みを通じて、統合失調症に変更されました。

佐藤：それは非常に驚きました。

金：統合失調症は私が考えた病名ではありません。市民からの意見などを聞いて合議の上で考えた名前なのです。そもそも精神分裂病は翻訳としても誤っています。

佐藤：そうなのですか。

金：schizophrenia なのですが、言語連想が分裂しているという特徴を持った精神疾患という意味です。ところが、精神分裂病という特徴を持った病気だと思われてしまい、同じ病院の先輩の中には「精神が分裂しているのだから話をしても無駄だ」という方もいました。しかし、実際に話をしてみるとそのようなことはないのです。話は通じるのです。おかしいと思いつながり調べていくと、精神分裂病の翻訳が誤っているのではないかと思いつながり、そのような論文を書いたりもしました。一つの大きな問題として、精神分裂病の患者に対して医者がしっかりと病名を伝えていないのです。告知率が20～30%しかありませんでした。自分が、なぜ病院に来ているのかとアンケートをしたところ、高血圧や糖尿病できていると答えた人がいるのです。そのような状態で自己決定権と言っても自分の病名も知らなければ情報の検索もできません。もう一つの背景として、「精神病は了解不能だ」ということをドイツの偉い先生が言ったのですが、あれは幻覚や妄想という現象に対して了解不能ということがあっていて、疾患やその人間が了解不能だとは言っていないのです。

佐藤：誰でしたか？

金：ヤスパースです。これも日本での解釈としては「精神病は了解不能だと偉い先生が言っているのだから、精神分裂病は了解不能なのだ」というように誤解をされました。精神病の症状ではなく、病気そのものや病気を持っている人間そのものを了解不能だと思ってしまうのです。精神分裂病については、このように、精神医学の概念そのものにまつわるスティグマが根強くありました。

佐藤：確かに、怖い印象がある状態像の名前だと思います。



本当に精神分裂病から統合失調症という名前になってよかったですと思っており、母も感謝しておりました。同時に精神疾患に対するスティグマを軽減させるアプローチも必要だと思います。「少し怖い」「自分がそれになったときに、周りからどのように思われるのだろう」というような空気を少しでも和らげられていくような、患者側の立場に立ったアプローチが必要だと思います。人間はさまざまな側面の混じり合った、グラデーションのような存在だと思います。人間は誰でも、すべての側面でマジョリティであることはできません。患者というのは一つの側面、立場だと思っています。白黒的な二元論ではなく、グラデーションとしての多様性を持った存在だということです。

金：本当にその通りですね。最後になりますが、この研究所や精神医療研究に期待することを教えていただけますか。

佐藤：「本人参画や当事者と一緒に」ということを、皆さんが取り組んでいると分かったのですが、ただそれが届いていないところもあると思いました。日本でも本人参画をしているところがあるということは、当人にとっては希望だと思うのです。私も驚きました。それを知ってほしいと思いました。

金：本人参画や患者参画は精神保健研究所の全ての部が行っているとは限らないのですが、研究プロジェクトを考えるときにも、本来は患者や当事者が参画すべきです。これからは当事者参画をしなければ非難されるという状況にだんだんとなっていくと思います。

佐藤：それは良い方向性に進むのではないかと思います。

金：この研究所は本当にその先頭に立たないといけませんね。

【注釈】
*1「にも包括」
「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の略称。精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保されたシステムを指す。

*2「重層的支援」
「重層的支援体制整備事業」の略称。市町村全体の支援機関・地域の関係者が断らず受け止め、つながり続ける支援体制を構築することをコンセプトに、「属性を問わない相談支援」、「参加支援」、「地域づくりに向けた支援」の3つの支援を一体的に実施することを指す。

*3「トラウマインフォームドケア」
支援対象としている人たちに「トラウマがあるかもしれない」という観点をもって、トラウマに関する知識や技術を身につけ、対応する支援の枠組

【参考図書】
YPS 横浜ピアスタッフ協会、認定 NPO 法人地域精神保健福祉機構、蔭山正子：生きづらさをひも解く：私たちの精神疾患、認定 NPO 法人地域精神保健福祉機構、市川、2023。

編集部スタッフ 住吉 太幹
大沼 麻実
山口 創生
フォトグラファー 一ノ谷信行

公共精神健康医療研究部

西 大輔 部長



精神保健医療福祉の現状のモニタリングと中・長期的な計画策定をするために 様々なデータを用いて「いま」を見る

データを使った社会状況のモニタリング

わが国では、地域共生社会の実現に向け「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」という精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療・障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保されたシステムを目指して整備が進められています。「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を実現していくためには、地域の特性を踏まえつつ、保健・医療・福祉の各領域の地域基盤を整備していくことが求められています。そして、その基盤を作っていくためには都道府県や市区町村などの自治体が中長期的な視点で計画策定することが求められていますが、そのためには「地域ごとに異なる課題の把握」「目標の設定」「成果の評価」の状況をデータで捉えていくことが不可欠です。

当研究部では、精神科と他の診療科との連携や、地域の多様な生活支援と連動した良質かつ適切な精神医療の持続的な確保のための要件を明らかにすることを目的として、2024年度から始まる第8次医療計画に向けた指標案の作成、都道府県ごとの必要病床数の基準値の提案（基準病床算定式）、精神保健医療福祉に関する全国悉皆調査、それらを行政機関が利活用しやすいように可視化す

るための研究などを行い、EBPM (Evidence Based Policy Making) に貢献するための研究活動を行っています。

また、第8次医療計画からは、現行の第7次医療計画の多様な精神疾患への対応する指標に加えて、「普及啓発・相談支援」という観点が新たに加わります。これは主に保健、予防、地域支援といった点のモニタリングに重きを置いている評価軸です。

上記の「普及啓発・相談支援」の1つの指標となっている「心のサポーター養成事業（通称：NIPPON COCORO ACTION）」は、2021年度から当研究部が中心となって、NCNPが実施している事業です。心のサポーターとは、メンタルヘルスや精神疾患への正しい知識と理解を持ち、地域や職域でメンタルヘルスの問題を抱える人や家族等に対してできる

範囲で手助けをする人のことを指します。各地域で心のサポーターが養成されていくことで、地域における精神疾患に対する正しい理解やサポート方法の普及啓発に寄与するとともに、メンタルヘルス不調等の予防、さらには早期介入に繋がることが期待されており、2033年までに100万人のサポーターを養成することを目指しています。

このように当研究部は、厚生労働省や各自治体（都道府県・市区町村）を中心としたわが国の精神保健医療福祉に関する施策の推進やその進捗のモニタリング、そして日本全体へのプログラムの普及など、国民全体の精神健康増進および精神疾患の予防や精神疾患からの回復を目指して、その基盤を整備するための政策研究および政策に資する事業を実施しています。



公共精神健康医療研究部紹介

西 大輔 [医学博士、精神保健指定医、社会医学系専門医・指導医、上級疫学専門家]

わが国では、これまでに精神疾患を経験した人が総人口の約20%に上ることが疫学研究で指摘されている一方で、精神疾患を体験している人のなかで医療機関での治療を受けている人は半分に満たないことが分かっています。

そのため、重症の精神疾患の方が、エビデンスに基づいた医療を受けられる仕組みを作っていくことと同時に、医療以外の方法でメンタルヘルスを良くしていく方法を見出していくことも必要であると考えています。

当研究部では、学術的・政策的な研究・事業を通してこれらの課題に取り組み、さまざまな専門職や市民の方々と協働してわが国のメンタルヘルス向上に貢献していくことを目指しています。



薬物依存研究部

松本 俊彦 部長



性差を考慮した女性のための薬物依存症治療モデル構築

現場の課題を解決するために、基礎・疫学・臨床の3つの研究が連動する研究部

薬物問題をもつ人々の性差

同じように薬物問題を抱えていても、女性には男性と比べて異なる点が多くあるといわれています。とりわけ重要なことは、薬物以外の問題の多さや深刻さで、女性は男性と比べて、身体的健康、精神的健康、就労、被虐待経験など広範囲にわたる問題をより多く抱えていることが過去の研究によって明らかにされています。このような性差を踏まえて、男性を中心に考案された従来の薬物依存症治療をそのまま女性に用いることは適切でなく、女性に対する治療は、その特徴や性差を考慮した治療モデルにもとづいておこなわれるべきであるという考え方が世界的に広がりつつあります。わが国の薬物依存症臨床も変化が求められています。

わが国の薬物問題をもつ女性たち

薬物依存研究部では、法務省矯正局成人矯正課の協力を得て、覚醒剤取締法違反の罪により女子刑事施設に収監された受刑者107名を対象とした実態把握調査を行いました。

結果によると、対象者の55.1%が薬物問題について集中治療が必要な状態にあり、64.9%が、過去にDSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) による物質関連障害および嗜癖性障害群以外の精神障害の診断を受けたことがあると回答していました。また、PDS-5 (The Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5) という尺度を用いてトラウマ体験の有無やPTSD重症度評価をおこなった結果、対象者の72.5%が過去にトラウマティックな体験があると回答していました。PDS-5では、PTSD診断の可能性を識別するためのカットオフポイントが28点とされていますが、トラウマティックな体験があると回答した人のうち、31.6%が28点以上に分類されました。

これらの結果から、覚醒剤事犯女性の多くは、暴力や児童虐待などのトラウマ体験を有しており、そのなかには、PTSD診断を満たすほどの症状を抱えている人も少なくないことがわかります。また、抑うつ障害など物質使用障害以外の障害をもつ人の割合も高いこと

から、薬物問題の解決に向けた治療や介入をおこなう際には、薬物問題とその他の精神障害との関連性をよく理解し、その人の状態に見合った目標や方法を慎重に検討していくことが必要といえるでしょう。

女性のための治療プログラムの開発

薬物依存研究部では、実態調査の結果も踏まえつつ、「女性のためのリカバリー・プログラムSERA (Seeking to Recover from Addiction)」のワークブックとファシリテーターマニュアルを作成しました(図1および図2)。薬物とトラウマ双方の問題を併せもつ女性たちが、多くの困難を生き延びてきたこれまでの人生を振り返り、今までは異なる言葉で語りなおし、これからの人生に役立つ道具を得ることを目的としたプログラムです。

今後は、他施設共同研究でプログラムの効果を評価し、研修等を通じて全国の医療機関に普及を進めることで、女性のニーズに基づく女性に特化した治療と支援の実現を目指します。



薬物依存研究部紹介

松本 俊彦 [医学博士、精神保健指定医]

当研究部は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、薬物の広がりや使用者の背景を明らかにすべく疫学研究を、依存性薬物研究室では、薬物の毒性・依存性を明らかにするために行動薬理学研究を、そして診断治療開発研究室では、センター病院で診療しながら臨床研究を行っています。

薬物依存症は多面的な病気です。というのも、時代や文化によって刻々と変化する「環境」の中で、脆弱性を抱える「個体」が依存性のある「物質」と遭遇し、相互に影響を及ぼして生じるからです。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、薬物依存症をめぐる諸問題と向き合い、研究を続けています。



図1. 女性のためのリカバリー・プログラムSERA (Seeking to Recover from Addiction)



図2. 女性のためのリカバリー・プログラムSERA ファシリテーターマニュアル

行動医学研究部

金吉晴 部長



人生におけるストレスの解明と治療

脳神経科学研究と心理社会的治療、社会支援研究の連携

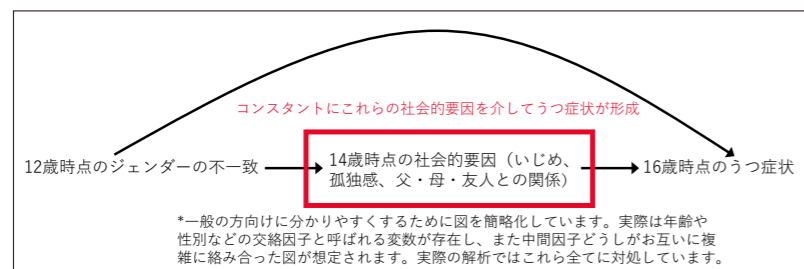
私たちは重度のストレスによっても生じる種々の精神疾患の病態解明、治療研究、治療研修、社会啓発に取り組んでいます。これまで PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) に対する持続エクスポージャー療法、複雑性 PTSD に対する STAIR (Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation) / NST (Narrative Story Telling) 療法を初めて日本に導入し、治療効果を検証してまいりました。また海馬における恐怖情動記憶の処理回路に関与すると思われる NMDA 受容体の拮抗薬であるメマンチンに PTSD 治療効果を見出し、関与する物質の特定も行うなど、神経メカニズムに踏み込んだ治療開発も行っています。

さらに、国の重要事業である摂食障害治療支援センター設置運営事業による摂食障害全国支援センターの事務局作業を当部で担当しています。厚生労働省とも連携しつつ、研究成果を臨床的に還元するための研修にも熱心に取り組んでおり、PTSD 研修事業、持続エクスポージャー療法研修、強迫性障害の治療研修、災害時心理的応急処置研修、摂食障害治療研修を開催いたしました。

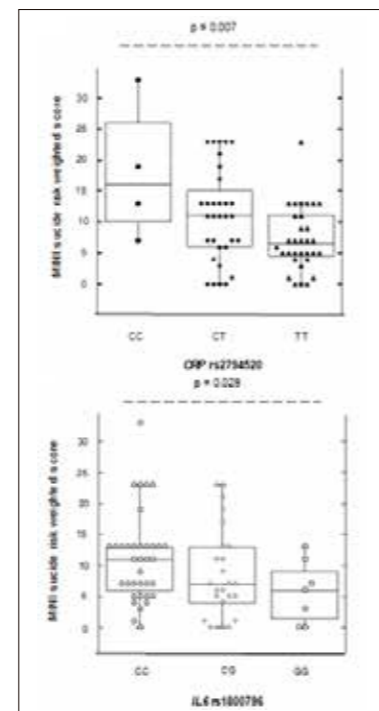
ジェンダーの不一致がある当事者を責めるのではなく、いじめ防止などの対策を

ジェンダーの不一致がある人はメンタルヘルスの問題を抱えやすいとされていますが、これは社会における生き辛さなどが原因なのではないか、ということが言われてきました。私たちはランダムサンプリングした 3171 人のデータを解析し、12 歳時点のジェンダーの不一致、14 歳時点のいじめや友人関係などの社会的要因、16 歳時点の精神症状の関連を評価しました。解析の結果、いじめ、孤独感、父・母・友人との関係などの社会的要因が重要であることが明らかになりました (図 1)。当事者を責めるのではなく、例えばいじめ対策をする、周囲の人間がありのままの当事者を受容していく、など社会の側が変化することの重要性が示唆されました。こうした研究成果により、当事者のスティグマや生き辛さが軽減される社会へと成熟していくことが期待されます。

PTSD による自殺を予防するために
PTSD は自殺の明確なリスク因子です。本研究では、PTSD 女性



患者 83 名を対象に、自記式質問紙と構造化面接によって評価した自殺念慮・自殺リスクと、炎症によって増加するタンパク質 (高感度 CRP・IL-6) の血中濃度の関連を調べ、さらに炎症系遺伝子の影響を検討したところ、自殺念慮・リスクには、これらのタンパク質の濃度が関連しており、また、そうした濃度に影響する CRP 遺伝子・IL6 遺伝子多型は、自殺リスクと関連していることが明らかになりました (図 2)。さらに、潜在的交絡要因を統制した多変量解析により、これらの遺伝子多型は自殺念慮・リスクを有意に予測することが見いだされました。炎症系遺伝子の多型を調べることで、PTSD 患者の自殺予防や治療開発に貢献できることが期待されます。



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、PTSD や摂食障害などのストレス関連疾患を扱っています。PTSD の病態解明のために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、心理特性、認知機能などを活用し、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。摂食障害については厚生労働省と連携して支援拠点病院を取りまとめ、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。

トラウマに関する基礎的な研究を推進するだけでなく、治療研究を通じた治療法の開発と実証、研修を通じた臨床家の育成、疫学研究を通じたトラウマやスティグマの影響の解明にも取り組んでいます。



児童・予防精神医学研究部

住吉 太幹 部長



気分障害を対象とした認知機能検査バッテリーの日本への導入 精神疾患の早期介入・予防のための新しい評価方法の導入を多施設・多職種共同で推進する

統合失調症や気分障害（躁うつ病やうつ病）など精神疾患患者の社会生活上の回復を左右する要因として、記憶、実行機能、注意、処理速度、語流暢性など、いわゆる認知機能の障害が注目されています。統合失調症と比べて気分障害における認知機能障害は軽微であるとされていますが、日常生活の質や持続的な就労、主観的な幸福感といった、生活を営むうえで大切な社会機能を妨げることがわかってきました。たとえば、物忘れが増えて仕事や家事の能率が悪くなったり、不注意によるミスが増えるので気を張って疲れたりイライラしやすくなったり、思うように言葉が思いつかなくなったり、話についていけなくなることで会話への参加が怖くなってしまったり……など様々なかたちで生活全般に影響し、以前であればできていたことができなくなってしまうということがあるようです。こうした事実が明らかになってきたことで、気分障害における認知機能障害をターゲットとした治療法の開発や、日々の診療のなかでの認知機能評価が世界規模で奨励されるようになりました。

しかし、気分障害の認知機能障害が重要視されるようになったのは比較的最近のことで、いまは研究者ごとに異なった検査を使って調査が行われているために、一貫した知見を集積できていないという課題があります。そこで、国際双極性障害学会は多くの研究者が

共通して用いることのできる検査の組み合わせ(テストバッテリー)として、ISBD 神経認知評価バッテリー (International Society for Bipolar Disorders - battery for assessment of neurocognition: ISBD-BANC) や精神疾患認知機能障害簡易評価尺度 (Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry: SCIP) をまとめあげました。また、気分障害には他の疾患にはみられない特有の情報処理の傾向 (hot-cognition) があり、これを評価するための有力な評価法として感情障害認知機能簡易評価尺度 (Brief Assessment of Cognition in Affective Disorders: BAC-A) という検査が作成されました。当部ではこれら国際標準のテストバッテリーの日本語版作成にかかわり、なかでも SCIP と BAC-A の日本語版について尺度としての妥当性・信頼性を確かめ

るための調査をただいま進めているところです。

日常診療で簡単に実施のできる評価法が実用化されれば、社会機能の悪化の兆候に早くから気が付くことができますし、臨床家自らが治療の有効性を数値として客観的にとらえることにも役立ちます。さらに、多くの国や研究者間で共通の評価方法を用いるようになれば、治療法開発のための臨床試験を多くの国で協力し合って大規模化できますし、病態を明らかにするための研究も調査結果の比較や統合を進めることができ、より確からしい知見を予防医療の実践へ提供できると期待しています。

上記の取り組みを NCNP 病院の専門疾病センターである気分障害センターや、他の複数の医療機関との協働によりおこなっています。



図1 SCIPは特別な道具を必要とせず、記録用紙と筆記具、ストップウォッチだけで実施できる15分程度の検査で、実用化されれば幅広く普及することが予想されます。



児童・予防精神医学研究部紹介

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のトランスレーショナルな研究を手がけています。その際、機能的予後を軸としたリカバリーの指標を主眼とすることが、当部の臨床研究の特徴です。また、児童・青年期の精神科的障害のコホート研究や、新型コロナウイルス感染拡大防止抑制下のメンタルヘルスに関するオンライン調査などを展開しています。



精神薬理研究部

金吉晴 部長



トランスレーショナルリサーチによる精神疾患研究の新展開

独創的な発想と最先端の神経科学研究を活かして精神疾患の克服を目指す

分子精神薬理研究室

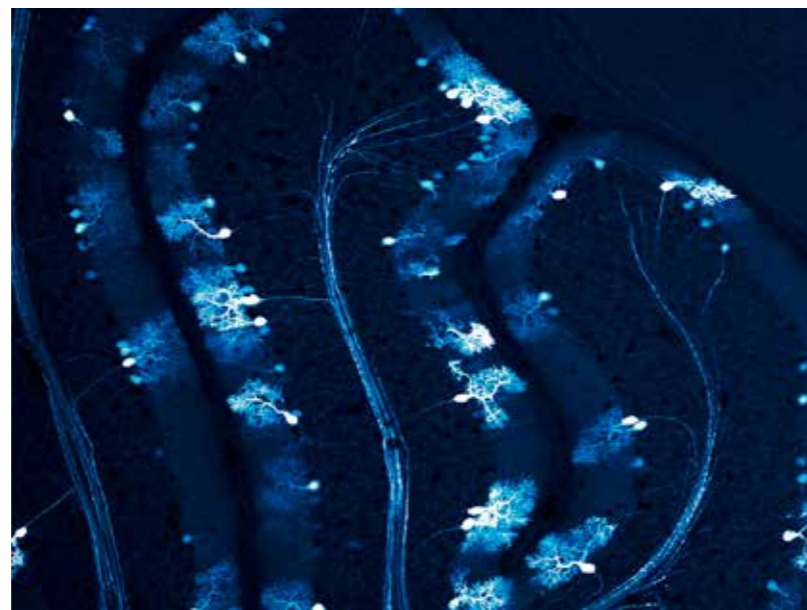
近年の精神医学の目覚ましい発展に伴い、精神疾患のリスクファクターとして、様々な遺伝要因や環境要因が報告されています。しかし、多くの精神疾患は遺伝学的にも症候学的にも異なる疾患群の集まりであり、また、個々の関連遺伝子が発症に及ぼす影響は極めて限定的です。さらに、人間と異なり、モデル動物は主観的体験である精神症状を言葉を使って表現することができないという問題点もあります。そこで、当研究室では、ヒトと実験動物で共通に観測できる客観的な神経生理学的指標として、脳波測定により検出されるガンマ帯域オシレーション及びノンレム睡眠スピンドル波に注目した実験を行っています。実際、統合失調症のGABA仮説をもとに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ョ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。

向精神薬研究開発室

精神疾患は患者本人にとってつらい経験であるだけでなく、社会的にも大きな課題となっています。精神疾患の治療として薬物治療が一般的に行われていますが、現行の治療薬には副作用の問題や治療抵抗性を示す症例が少なくないなどの問題もあり、より良い治療薬の開発が望まれています。向精神薬研究開発室では、マウスやラットを用いて、うつ病や統合失調症に類似した症状の背景にある生物学的メカニズムの解析と様々な化合物の薬効評価を通じて新規治療薬の開発と探索に貢献するこ

とを目指しています。近年、私たちは、仲間が大きなマウスから攻撃されている場面をマウスに見せることで、身体的苦痛を与えずに心理的ストレスを与える方法を確立しました。心理的ストレスを与えられたマウスはうつ病とよく似た症状を示し、従来のモデルよりも妥当性に優れていることが確認できました。現在、このモデルに光遺伝学による特定ニューロンの活動操作を組み合わせることで、心理的ストレスによって行動が変容していくメカニズムの解析を進めています。こうした精神疾患により近い動物モデルの開発と利用により、新規医薬品開発に貢献できるものと強く期待されます。



子宮内エレクトロポレーションを用いたマウス・ブルキン細胞蛍光ラベリング



精神薬理研究部紹介

金吉晴 [医学博士、精神保健指定医]

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

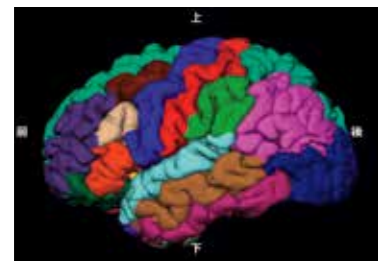


精神疾患の克服とその障害支援のための先駆的研究活動

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、日本全国43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。多施設共同研究にて、統合失調症を中心に三次元脳構造画像解析、拡散テンソル画像解析、安静時機能的MRI解析などを行い多数の業績をあげています。2023年には14施設の精神疾患患者と健常者合わせて5549例の大脳皮質構造画像を用いて、4大精神疾患における大脳皮質の厚みと、大脳皮質の表面積について、パターンの共通点、相違点を見出すという成果もあげ、世界的な



脳MRI画像の68の大脳皮質領域の図。各領域毎に皮質厚・表面積を算出して患者群と健常群を比較した。

学術誌の「Molecular Psychiatry」に論文が掲載されました。

統合失調症の診断を補助する医療機器プログラムの開発

精神疾患の診断は医師の問診に基づく主観的評価が主体となるため、症状が不明確な発症早期での診断の一致率は低くなることが知られています。代表的な精神疾患である統合失調症は早期治療によりその予後が改善することが知られていますが、発症早期は症状がはっきりせず、その経過も短く診断が困難です。このことから、発症早期に現れる客観的なマーカーを明らかにし、診療現場で測定することが望まれています。われわれは、統合失調症に頻繁に見られる認知機能の低下と視線の異常に着目して診断マーカーの研究に取り組み、これらの検査結果の組み合わせが統合失調症の診断マーカーになることを示しました。その成果を踏まえて現在は、認知機能と視線の異常をタブレットで簡便に測定し、統合失調症の診断を補助することのできる医療プログラム機器の開発研究を進めています。

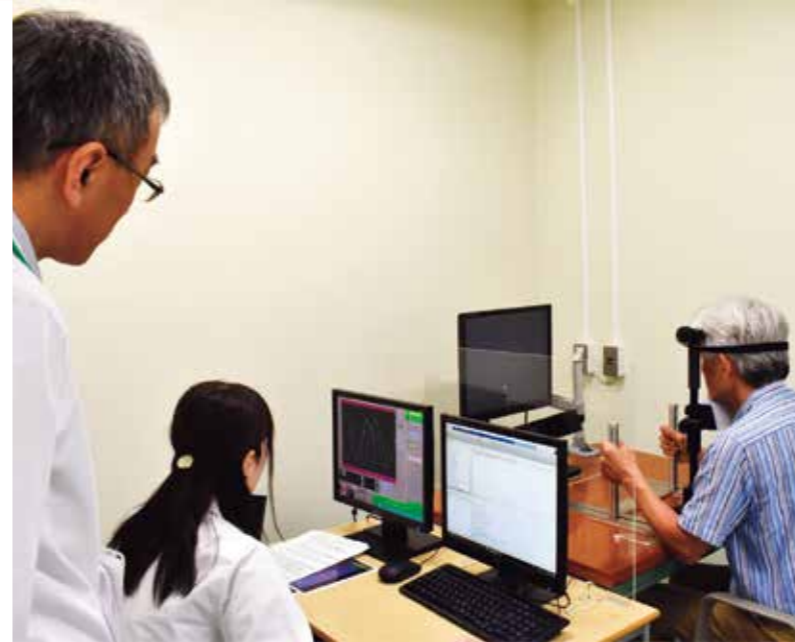
精神科治療ガイドラインの普及・教育・検証活動

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 (Effectiveness of Guideline for Dissemination and Education in psychiatric

treatment) 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 プロジェクトには47大学301医療機関が参加しており、統合失調症とうつ病のガイドライン講習を全国で150回以上行い、延べ3500名以上が受講し、その理解度と実践度が向上することを示してきました。更に、受講者はガイドラインが推奨する治療を行うようになりました。ガイドラインは患者さん・ご家族・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。これらの講習を通じて得た経験を踏まえて、患者さん・ご家族・支援者と共に2022年には「統合失調症薬物治療ガイドライン2022」を公表し、患者さん・ご家族・支援者と共に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ことを目指しています。



現在、精神病態セミナーを現地とウェブのハイブリッド開催しております。セミナー後にたこ焼き懇親会も行っておりますので是非ご参加ください。



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]

私たち精神疾患病態研究部では、精神疾患の克服とその障害支援のために、新たな疾患分類による病態解明と診断・治療法の開発や、既に確立している精神科治療ガイドラインの普及・教育・検証活動を行っています。新たな診断・治療法の開発を目指した研究や、質の高い医療の普及には時間がかかりすぐに効果が現れるものではありませんが、現在の問題点を根本的に解決し、精神科医療に貢献するものであると信じ日々活動しています。私たちの研究活動は、大学の精神医学教室との人的交流による人材育成と、センター内の病院、トランスレーショナルメディカルセンター、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



国民の健康増進施策における睡眠健康増進のための新指針開発

質が担保された適切な睡眠時間を確保するための年代別目標設定

2024年度より、次期国民の健康づくり施策である、健康日本21（第三次）が始まります。健康日本21（第2次）では、大多数の健康増進のための行動目標が達成されましたが、残念ながら「睡眠による休養が得られていない人の減少」という、睡眠目標は達成に至らず、むしろ増加に転ずる傾向が示されました。

健康日本21（第2次）では、睡眠健康増進を目指した啓発資料である「健康づくりのための睡眠指針2014～睡眠12箇条～」が作成されました。健康日本21（第三次）では、睡眠目標達成に向けて指針をアップデートし、「健康づくりのための睡眠指針2023」を作成することになりました。我々は、この「健康づくりのための睡眠指針2023」案作成のための研究班（厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究 21FA1002）の代表研究機関として令和3年より活動しています。

「健康づくりのための睡眠指針2023」（案）では、前指針以降に明らかとなった科学的エビデンスを取り入れた上で、12箇条のポイントを5つの大原則に整理しました（図）。さらに、前指針より取り入れた年代別の注意点をより強調するために、成人、子ども、高齢者の世代ごとに、注意すべき5原則の優先順位を明確にし、年代ごとに異なる対策法を具体的に

示しました。<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/162447>

健康日本21（第三次）では、第2次で掲げられた目標である「睡眠による休養が得られていない人の減少」を「睡眠で休養がとれている者の増加」に修正するとともに、「睡眠時間が十分に確保できている者の増加」を新たな睡眠目標に加えることとなりました。ここでの十分な睡眠時間とは、成人においては6時間以上9時間未満を指します。この背景には、睡眠時間の充足に加えて睡眠休養感が担保されていることが将来の死亡率を減少させるという、我々の研究成果が根拠として採用されています（Yoshiikeら, Sci Rep 12(1):189, 2022）。そして、高齢者においては睡眠時間の充足よりも、床上時間の抑制（必要以上に長く床の上で過ごさないこと）が将来の死亡率抑制に寄与することから、高齢者の十分な睡眠時間は、成人より1時間少ない、6時間以上8時間未満と定義されています。

「健康づくりのための睡眠指針2023」（案）では、第1原則の中で、睡眠時間と睡眠休養感を両立させることの重要性和、成人、高齢者の目指すべき睡眠時間確保の方針を説明し

ました。さらに、こどもにおいては、米国睡眠医学会（American Academy of Sleep Medicine）の示す指針を参考に、成長段階に合わせて成人よりも長い睡眠時間を参考値として示しました。そして、第2原則では主に光、温度、騒音に関する睡眠環境について、第3原則では運動、食事、リラクゼーションに関する生活習慣について、第4原則ではカフェイン、アルコール、ニコチンなどの嗜好品について、そして第5原則では睡眠障害に関して概説してあります。

我々は「健康づくりのための睡眠指針2023」が十分活用され、健康日本21（第三次）の睡眠目標が達成されるために、さらに必要な睡眠健康増進のための環境整備に関し、引き続き研究を進めていく予定です。



新・睡眠指針を職場で活用するためのコホート研究を進めている



日本睡眠学会第45回定期学術集会、シンポジウム29：健康づくりのための睡眠指針2023（仮）の要旨と国民の睡眠健康改善目標（2023年9月16日、パシフィコ横浜にて）終了後にシンポジスト・指定発言者と撮影

毎日をすこやかに過ごすための睡眠5原則

1. からだとところの健康に、適度な長さで休養感のある睡眠を
2. 光・温度・音に配慮した、良い睡眠のための環境づくりを心がけて
3. 適度な運動、しっかり朝食、寝る前のリラクセスで眠りと目覚めのメリハリを
4. カフェイン、お酒、たばこなど、嗜好品とのつきあい方に気をつけて
5. 眠れない、眠りに不安を覚えたら専門家に相談を

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-kousei_127752_00006.html

睡眠・覚醒障害研究部紹介

栗山 健一 [医学博士、精神保健指定医]

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を解明すべく活動を行っています。

3名の常勤研究員（部長：栗山健一、室長：北村真吾、吉池卓也）、3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：伏見もも、岡邨しのぶ）および多数の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、ヒトを対象とした基礎生理研究、NCNP 病院睡眠障害センターと連携した臨床研究を行っています。さらに睡眠障害診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、健康・医療施策に還元するための疫学研究に取り組んでいます。



知的・発達障害研究部

岡田 俊 部長



認知神経科学から挑む神経発達症の病態解明

神経発達症の生物学的基盤を多様なアプローチで解明しテーラーメイドな治療を切り拓く

認知神経科学に基づく神経発達症の病態解明

自閉スペクトラム症や注意欠如・多動症などの神経発達症の背後にある神経基盤を、視線や表情などの社会認知、実行機能、報酬系機能、時間知覚の障害と脳構造・脳機能画像との関連から解明する研究を推進しています。本研究は、NCNP 病院児童精神科、脳病態統合イメージングセンター (IBIC)、国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科、京都大学、筑波大学などとの共同で実施しています。



注意欠如・多動症のペアレントトレーニングの有効性の検証と社会実装

東京大学と共同で、ペアレントトレーニングのランダム化比較試験を実施するとともに、治療効果に関連する神経基盤の解明に取り組んでいます。また、本邦におけるペアレントトレーニングの普及



を図るべく、医療機関におけるペアレントトレーニング実施者養成研修を実施するとともに、本治療の普及の阻害要因を同定し、ペアレントトレーニングの社会実装を進める研究を展開しています。

神経発達症の親子行動療法の有効性の検証と普及

親子相互交流療法 (PCIT) は、2歳～7歳の注意欠如・多動症、反抗挑発症、素行症などの児童を対象にした親子行動療法であり、養育者の養育能力の向上や、児童の行動上の問題の減少に有用であることが確認されています。当部では、PCIT 実施における前方視的データ蓄積し、PCIT の治療適応やアドヒアランスに関連する要因を明確化する研究を推進しています。



自閉スペクトラム症の齧歯類モデルの確立と動物モデルを用いた治療法開発

自閉スペクトラム症の齧歯類モデルは複数提案されているものの、その効果判定の指標となる行動はいまだ同定されていません。人間環境大学との共同で、リーチング行動を用いた齧歯類の社会性

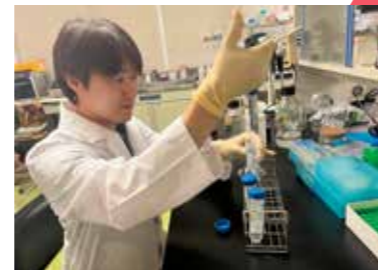
を検討することのできる新規行動指標を確立するとともに、他個体の存在が齧歯類の行動に及ぼす影響について知見を蓄積しています。

神経発達症の支援の拡充を図る研修事業の実施

神経発達症に関わる医師を拡大し、地域連携を構築するため、全国で実施される「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」の講師となる医師等の医療関係者や行政関係者を対象に年4回(各2日間)の発達障害支援者研修を実施しています。

強度行動障害者の一般医療の受診実態に関する調査

強度行動障害がある当事者は、チャレンジング行動のために必要に応じて適切な一般医療を受けられていない可能性があります。その実態は明確ではありません。アンケートとヒアリングを通してその実情を明らかにするとともに、一般医療受診の円滑化を促進する方略を明確化します。



知的・発達障害研究部紹介

岡田 俊 [医学博士、精神保健指定医]

児童精神医学、小児科学、臨床心理学、実験心理学、神経生理学、動物実験学など、基礎から臨床まで多様な専門性を持つ専門家が、自由闊達な雰囲気のもと、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。国内外のプロフェッショナルが客員研究員として在籍しており、多機関連携を推進し、国際競争力のある研究活動を展開しています。また、千葉大学大学院医学研究院(精神医学)との連携大学院として研究者育成を行っているほか、博士号既取得者においてもキャリアパスを意識し、国内外の研究機関でネクストリーダーとして活躍できるよう支援することをミッションに掲げています。



地域精神保健・法制度研究部

藤井 千代 部長



当事者主導研究の実施ガイダンスの開発

患者・市民参画の実装と普及のさらなる推進に向けて

疾患や障害をもつ人の「経験知」から学ぶ

疾患や障害をもつ当事者が主体となって研究を行う「当事者主導研究」が注目されています。当事者主導研究の特徴は、当事者が研究テーマや研究計画を立案し、集めたデータを分析して結果を公表するといった、研究のあらゆる段階の意思決定に関与しながら進めていくことです。当事者主導研究の起源は、研究者が行う研究が必ずしも当事者の権利や生活上のニーズに沿った変化をもたらさないことに対する当事者が抱く不満や問題意識であるといわれており、研究のあり方が問われていました。そのような背景の中、近年では当事者・市民と研究者が一緒に、あるいは当事者・市民によって研究を行うことを意味する患者・市民参画（Patient and public involvement: PPI）の考え方が欧米諸国を中心に拡がりを見せています。PPIの機運の高まりによって、研究から得られた研究者の専門知だけでなく、当事者が疾患・障害の体験や保健福祉サービスの利用経験を通して得た経験知も重

要視されるようになりました。当事者主導研究は、研究者が持ち合わせていない経験知による新しいアイデアや研究知見が生み出される可能性があるとして期待が寄せられています。

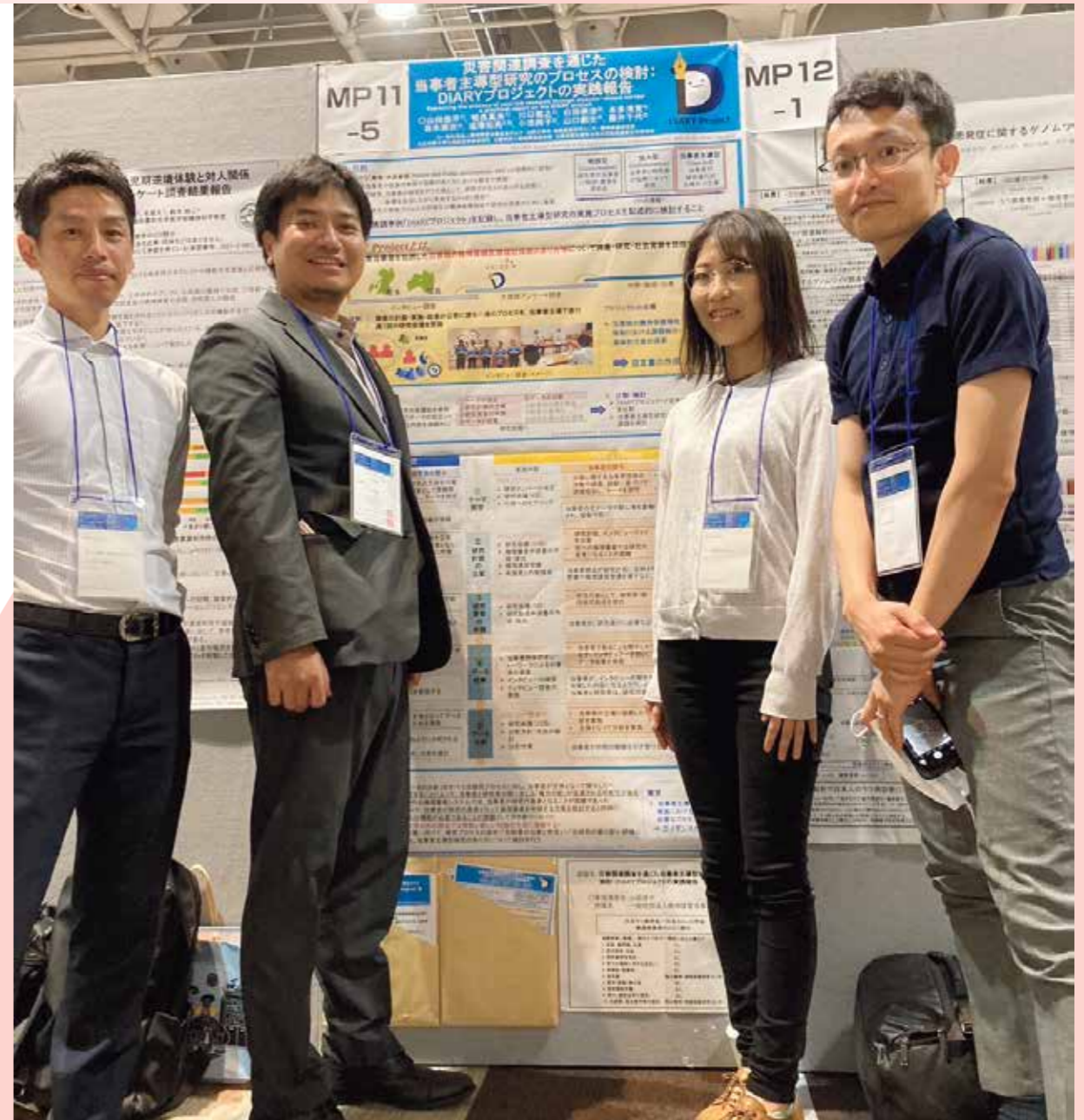
当事者主導研究の実践事例の記録

地域精神保健における当事者主導研究の発展が望まれる一方、当事者主導研究の実施にあたって、どのようなシステムや支援が必要かについては明らかになっていませんでした。研究倫理指針や財政基盤が国によって異なることから、参照できる当事者主導研究の文献や資料が少ないことも課題となっています。そこで当研究部では、当事者が主導する調査研究に研究者が参加する実践事例を記録することを通して、当事者主導研究の解像度を高め、今後の実践の広がりを展開するための課題の把握等を行うこととしました。

従前から当事者主体で調査活動を行っている一般社団法人精神障害当事者会ポルケに依頼し、同団体が行う DIARY（Disability Inclusive Action and Disaster Risk

Reduction surveyY）プロジェクトに参画しています。このプロジェクトは、精神障害をもつ当事者が災害時に抱える困難に対する支援のあり方や、より良い防災のあり方等についての社会実装を目的に熊本県と福島県で調査等をこれまで行っています。

DIARY プロジェクトに伴走することを通して、当事者主導研究の“強み”が見えてきました。例えば、調査の対象者から「日頃、参加する当事者コミュニティからの紹介により、インタビューが参加しやすい」などの声が聞かれました。一方で、当事者主導研究を普及するために、いくつかの課題があることが分かってきました。具体的には、研究倫理審査の応募や、当事者主導研究をサポートする研究者の育成などです。引き続き、当事者主導研究の実施プロセスを記録することによって、当事者がもつ経験知を支援サービスや政策立案に活かすために、どのように当事者主導研究を実施するとよいかに関するガイダンスを開発し、研究におけるPPIの発展を推進していきます。



地域精神保健・法制度研究部紹介

藤井 千代 [医学博士、精神保健指定医]

地域精神保健・法制度研究部では、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により、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



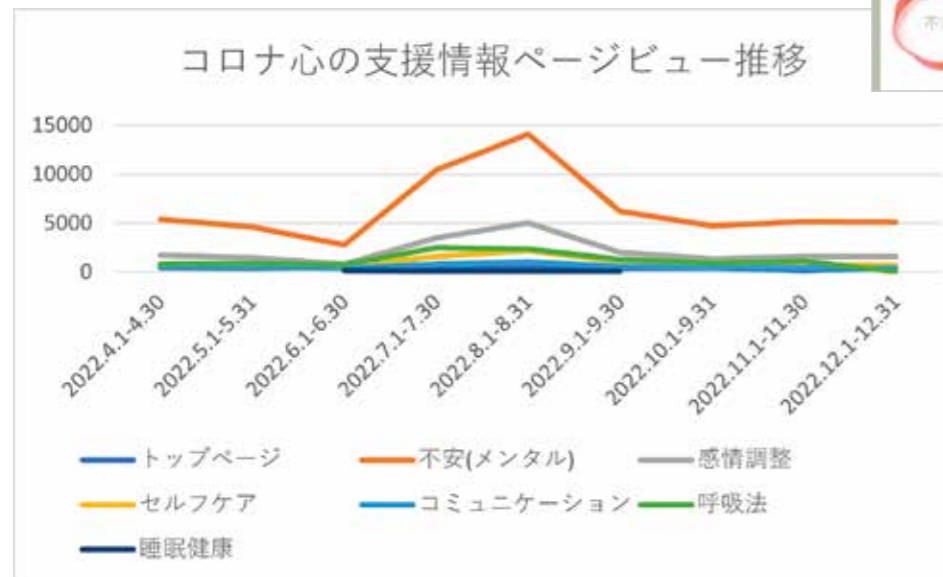
災害時に手の届く心のケアを提供するために

日頃の備えとエビデンスのある対応

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。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に協力するとともに、その活動を総括し、将来の指針を策定する厚生労働省事業に協力をしています。またCOVID-19感染拡大を受け、厚生労働省の「新型コロナウイルス感染症に係るメンタルヘルスに関する調査」にも協力し、調査項目の策定、解析、報告書作成に関わってきました。NCNPでは本年春からこころの情報サイトを開設しましたが、そのトップページに「コロナ心の支援情報」というウェブページが開設されています。その中の不安の項目を当センターで担

当しました。当センターでは世界保健機関(WHO)と連携して、災害時の心理的応急処置(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、これまでで2万人を超えています。コロナの猛威がようやく収まりつつあることを受けて、対面での研修会も徐々に再開され、特にPFAの指導者育成のための四日間研修を国際協力NGOワールド・ビジョン・ジャパンに協力して開催することができました。PFAのマニュアルの日本語版は当センターのHPから簡単にダウンロードすることができます。日本ユニセフ協会と協力して開発した、災害時の子どもの居場所を確保するための「子どもにやさしい空間 child's friendly spaces」のパンフレットとともに、広く活用さ

れています。当センターでは行動医学研究部と連携して、厚生労働省と連携したPTSD対策の普及に協力し、PTSD対策専門研修事業を受託しています。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、これまでにおよそ1万5千人が受講され、日本のPTSD対策の向上に大きく貢献してきました。



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。災害後の心理社会的回復のためのより効率的な支援のあり方を検討しています。災害直後の心のケアとして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。症状が長引いた場合の対処方法としてオーストラリアのPTSDセンター(フェニックスセンター)と連携してSOLARプログラムを検討しており、またPTSDを発症した場合の対応として、厚生労働省のPTSD対策専門研修事業を受託してPTSD治療の向上に努めています。



令和6年度精神保健に関する技術研修課程



QRコードは2024年1月下旬よりアクセス可能

研修日程	課程名	定員	担当部署名
【オンライン開催】 [1日目：オンデマンド配信] 4月22日(月)～5月31日(金) [2日目：ライブ配信] 5月17日(金)	(第3回) 摂食障害入院治療研修 ～入院治療の留意点とコツ～	300	行動医学研究部
【オンライン開催】 6月26日(水)～6月27日(木)	(第5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
【対面・オンライン開催】 [1日目：対面開催] 7月2日(火) [2日目：オンライン開催] 7月9日(火)	(第13回) 災害時PFAと心理対応研修	50	行動医学研究部
【オンライン開催】 7月2日(火)	(第3回) 医療機関における注意欠如・多動症 (ADHD) 児の親へのペアレント・ トレーニング実施者養成研修	30	知的・発達障害研究部
【オンライン開催】 7月10日(水)～7月12日(金)	(第21回) 摂食障害治療研修 (後援：日本摂食障害学会)	100	行動医学研究部
【オンライン開催】 [1日目：オンデマンド配信] 7月11日(木)～8月2日(金) [2日目：ライブ配信] 8月3日(土)	(第8回) 摂食障害治療研修 ～初心者が知っておくべき外来治療～	300	行動医学研究部
【オンライン開催】 7月24日(水)	(第3回) 強迫症対策医療研修 基本コース	100	行動医学研究部
【対面開催】 7月26日(金)	(第1回) 入院者訪問支援事業研修	50	地域精神保健・法制度研究部
【オンライン開催】 9月1日(日)	(第3回) 統合失調症の標準治療研修	50	精神疾患病態研究部
【オンライン開催】 9月4日(水)～9月6日(金)	(第37回) 薬物依存臨床医師研修	50	薬物依存研究部
	(第25回) 薬物依存臨床看護等研修	50	
【オンライン開催】 9月15日(日)	(第3回) うつ病の標準治療研修	50	精神疾患病態研究部
【オンライン開催】 9月25日(水)～9月26日(木)	(第5回) 発達障害者支援研修： 指導者養成研修パートⅡ	50	知的・発達障害研究部

研修日程	課程名	定員	担当部署名
【オンライン開催】 10月～11月頃 2回開催	令和6年度PTSD対策専門研修 A.通常コース(1日間)	200	行動医学研究部
【オンライン開催】 [1日目：オンデマンド配信] 10月～11月頃(5週間) [2日目：ライブ配信] 11月～12月頃(平日2時間)	(第4回) 摂食障害入院治療研修 ～入院治療の留意点とコツ～	300	行動医学研究部
【対面開催】 11月4日(祝・月)～11月6日(水)	(第16回) 認知行動療法的手法を活用した 薬物依存症に対する集団療法研修	60	薬物依存研究部
【オンライン開催】 11月上旬頃	(第2回) 精神保健医療福祉データ 行政活用研修	100	公共精神健康医療研究部
【オンライン開催】 11月13日(水)～11月14日(木)	(第5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
【対面・オンライン開催】 [1日目：対面開催] 12月18日(水) [2日目：オンライン開催] 12月24日(火)	(第14回) 災害時PFAと心理対応研修	50	行動医学研究部
【オンライン開催】 [1日目：オンデマンド配信] 12月頃(3週間) [2日目：ライブ配信] 1月頃(土曜又は日曜)	(第9回) 摂食障害治療研修 ～初心者が知っておくべき外来治療～	300	行動医学研究部
【対面開催】 12月～1月頃 2回開催	令和6年度PTSD対策専門研修 B.専門コース(2日間)	60	行動医学研究部
【オンライン開催】 令和7年 1月15日(水)～1月16日(木)	(第5回) 発達障害者支援研修： 行政実務研修	50	知的・発達障害研究部
【対面開催】 1月31日(金)	(第2回) 入院者訪問支援事業研修	50	地域精神保健・法制度研究部
【オンライン又は対面】 1月～2月頃	令和6年度PTSD対策専門研修 C.犯罪・性犯罪被害者コース (2日間)	300 又は 60	行動医学研究部
【オンライン開催】 2月8日(土)	(第4回) 精神科救急医療体制整備研修	60	地域精神保健・法制度研究部

◆最新情報は、ホームページにてご確認ください(2024年1月下旬より公開予定)

2024年1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附属機関として設立されました。

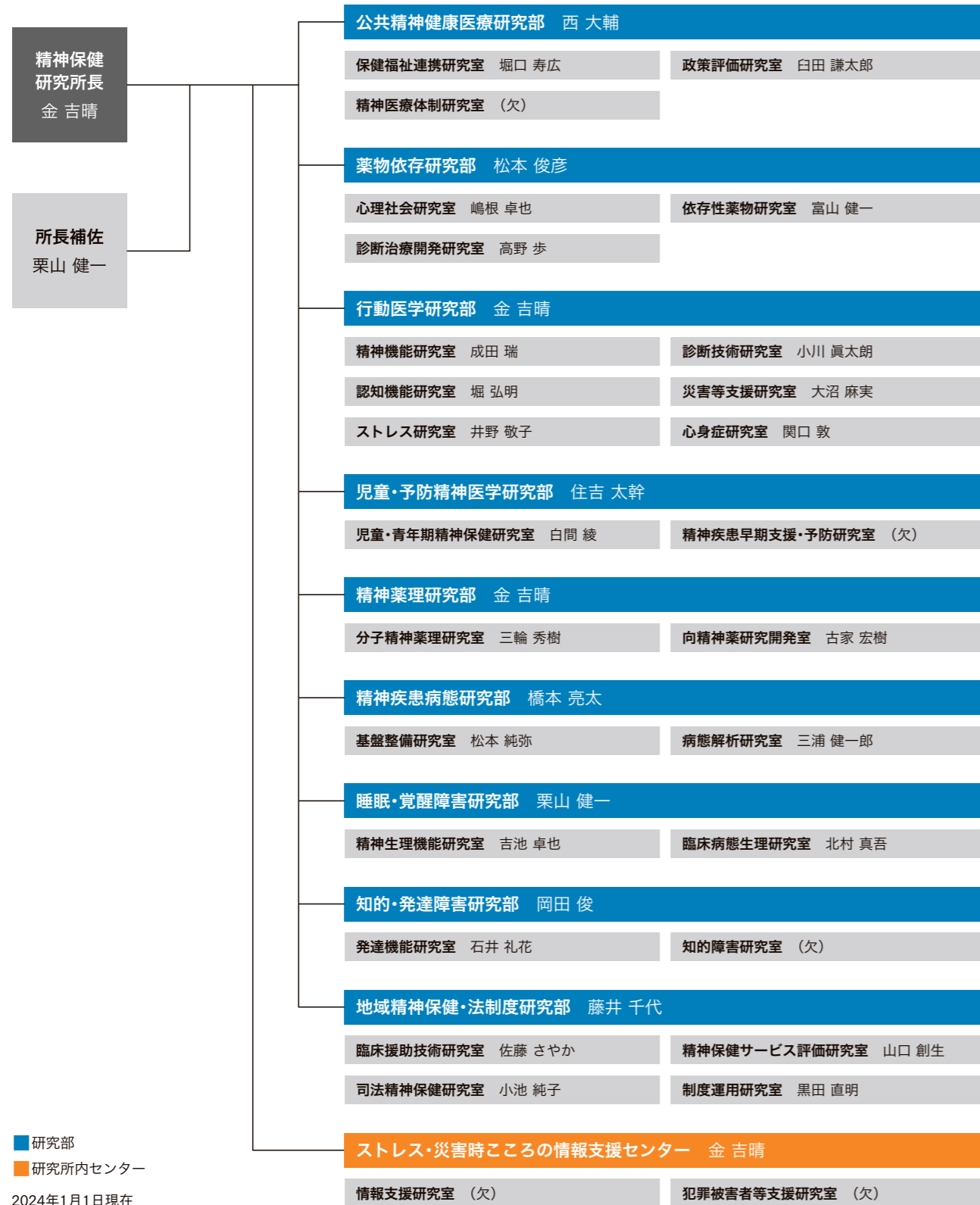
沿革

年次	事項	所長	組織等経過
昭和25年05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03月			厚生省公衆衛生局庶務課が設置の衝にあたる
27年01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04月			4室を新設
36年06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04月		尾村 偉久 (公衆衛生局長兼任)	
38年07月		若松 栄一 (公衆衛生局長兼任)	
39年04月		村松 常雄	主任研究官を置く
40年07月			社会復帰部及び精神発達研究室を新設
41年07月			本館改築完成（5カ年計画）
44年04月			総務課長補佐を置く
46年04月		笠松 章	
46年06月			社会精神衛生部に1室新設
48年07月			老人精神衛生部を新設
49年07月			老人精神衛生部に1室新設
50年07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03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04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04月			研修庁舎完成（講義室・図書室・研修生宿舎）
58年01月		土居 健郎	
58年10月			老人精神衛生部に1室新設
60年04月		高臣 武史	
61年05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09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04月		島薗 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
62年06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



年次	事項	所長	組織等経過
平成元年10月			社会復帰相談部に1室を新設
6年04月		大塚 俊男	
9年04月		吉川 武彦	
11年04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01月		堺 宣道	
14年01月			精神保健研究所創立50周年
14年06月		高橋 清久 (総長兼任)	
14年08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04月		金澤 一郎 (総長兼任)	
16年07月		上田 茂	
17年04月			市川市（国府台）から小平市（武蔵地区）に移転
17年08月		北井 曉子	
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06月		加我 牧子	
21年10月			精神生理部に1室を新設
22年04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04月		野田 広	
25年07月		福田 祐典	
27年04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09月		富澤 一郎	
27年12月		中込 和幸	
28年04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04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7研究部の名称を変更（地域・司法精神医学研究部、行動医学研究部、ストレス・災害時こころの情報支援センター、精神医療政策研究部、児童・予防精神医学研究部、知的・発達障害研究部、睡眠・覚醒障害研究部）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01月		金 吉晴	
令和2年04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）法人のちを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
4年04月			地域・司法精神医療研究部を地域精神保健・法制度研究部に名称変更

組織図

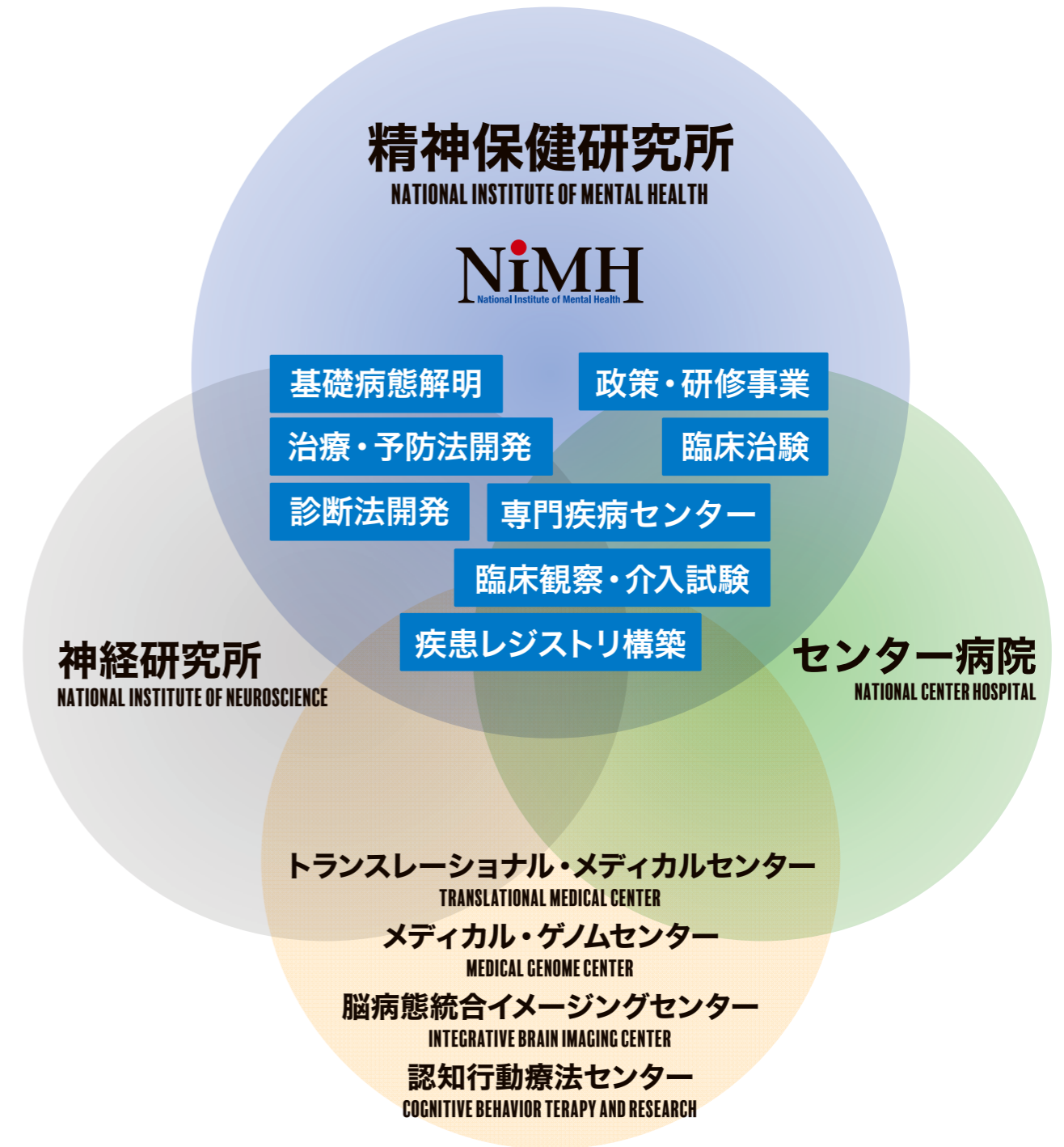


当研究所では一緒に研究する仲間を募集しています。
詳細につきましては、国立精神・神経医療研究センターホームページの採用情報ページでご確認ください。

精神保健研究所の採用情報はこちら
<https://www.ncnp.go.jp/recruitment/index.html#7>



センター内連携図





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」、正しいことをはっきり「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
2024

発行者
金 吉晴

編集長
住吉 太幹

編集委員
山口 創生
大沼 麻実

印刷・デザイン
株式会社アトミ

発行
2024年1月1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]
<https://www.ncnp.go.jp>

本誌に掲載した内容（写真、文章等）の無断での複写、転載を禁止します。