

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド」
（H25 - 精神 - 一般 - 006）
総括研究報告書

精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド

主任研究者 川上憲人 東京大学大学院医学系研究科・教授

研究要旨：【目的】本研究の目的は、第1回「こころの健康についての疫学調査」(世界精神保健日本調査ファースト)から10年が経過した2010年代半ばにおけるわが国の地域住民の精神疾患の頻度、受診行動、関連要因、社会生活・自殺などへの影響を日本人の代表サンプルにおいて明らかにすること、WHO 統合国際診断面接法(CIDI)3.0を見直しその診断評価の妥当性を明らかにすること、精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究およびその行政施策への応用についての国際会議を開催しその成果をまとめることである。【研究方法】本年度は関東地方1都6県の20歳以上75歳未満男女1,900人を対象に面接調査を行った。双極性障害および物質関連障害についてのCIDI診断の妥当性検討を行うための準備を進めた。世界精神医学会(WPA)疫学・公衆衛生セクションミーティング(以下WPASEPH2014、会期は2014年10月15-18日、開催場所は奈良市)に国内外の研究者に参加してもらい、精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究およびその行政施策への応用について検討するための準備を行った。【結果】長期不在、死亡・病気・入院などを除いた1,750人を母数とした回答率は30%であった。DSM-IV-TR 大うつ病性障害、社交不安障害の有病率はファースト調査より高かった。大うつ病性障害を経験した者の精神科医、一般医への受診率はファースト調査の受診率の2倍以上となっていた。過去12ヶ月間に本気で自殺を考えた者は全回答者の1.2%であり、ファースト調査と同じであった。倫理的な手続き、調査に用いる調査票の作成、面接調査員のトレーニングを完了した。調査のフィージビリティを検討した。WPASEPH2014 国際委員会との協議の結果、WPA に承認されたテーマである「トラウマとメンタルヘルス」に加え、日本において精神医学、公衆衛生学の双方の精神保健疫学への関心を高めるためのプログラムを充実させることを念頭に国内委員会を組織し、プログラム骨子をまとめた。【結論】本年度調査は関東地方に限定した調査であり、かつ回収率が高くないため回答者が偏った可能性があり注意が必要である。しかし10年前に比べて、わが国において大うつ病性障害等がいくらか増加し、また大うつ病性障害による受診率が大幅に改善している可能性を示している。回答率を向上させる工夫を行い、2014および2015年度には国内の他地域の調査を進めることで、2010年代におけるわが国における精神疾患の有病率、受診率などが明らかになると期待される。CIDIの診断評価の妥当性検討の準備を完了し、来年度から調査を開始することが可能となった。WPASEPH2014において本研究に関連したプログラムを実施することは、日本における精神医学と公衆衛生学の精神保健疫学への関心を高め、それを持続的に発展させる重要な機会になるため、関係する学会、団体等に広く参画を呼びかけるとともに、その成果を公表していくことが望まれる。

分担研究者

竹島正（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・部長）

立森久照（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・室長）

A. はじめに

2002-2006年に実施された第1回「こころの健康についての疫学調査」(世界精神保健日本調査ファースト)(主任研究者 川上憲人・東京大学大学院医学系研究科)は、わが国の地域住民における非精神病性精神障害の頻度、受診行動の実態を明らかにし、こころの健康づくりに関する厚生労働行政およびわが国の精神障害の疫学研究の発展に大きく貢献した。例えば精神疾患の有病率の国際比較(WHO WMH Consortium, JAMA, 2004)、子供時代の困難が精神疾患の罹患に与える影響(Kesslerら, B J Psychiatry, 2010)、精神疾患がその後の社会経済状態に与える影響(Kawakamiら, Biol Psychiatry, 2012)、精神疾患と身体疾患の合併(Scottら, J Affect Dis, 2007)、精神疾患が自殺行動に与える影響(Nockら, B J Psychiatry, 2009)などを明らかにし、世界の疾病負担の推定にも貢献した(Murrayら, Lancet, 2012)。

本研究の目的は、第1回調査である世界精神保健日本調査ファーストから10年が経過した2010年代半ばにおけるわが国の地域住民の精神疾患の頻度、受診行動、関連要因、社会生活・自殺行動などへの影響を、国民から無作為抽出された日本の代表サンプルにおいて明らかにすることである。特に2002-2006年に実施されたファース調査の結果と比較することで、この10年間のわが国の精神疾患の頻度、受診行動、生活への影響、自殺行動の頻度の変化を明らかにすることを目的としている。このために3年間の研究期間に、日本全国から二段階無作為抽出により選択された150市町村の20歳以上の地域住民から日本人の代表サンプル約5,000人を抽出し、調査を実施する計画である。平成25年度は調査項目を確定し、予備調査

を踏まえた上で、関東地方における調査を実施した。

また本調査で使用される統合国際診断面接法(CIDI)3.0は、WHOが開発した世界的に標準化された精神疾患の構造化面接による診断評価法である。CIDIは日本語版も作成され、2002年から2006年に実施されたファースト調査でも使用された。しかしCIDI日本語版の妥当性はうつ病セクションなど一部のセクションにおいて検証されているのみである。そのため日本語版の診断評価の妥当性を確認しておく必要がある。本研究では、診断が比較的困難である双極性障害および物質関連障害についてCIDI3.0日本語版による診断評価の妥当性を検討することとした。

さらに世界精神保健日本調査セカンド調査と連動して、精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究の推進およびその行政施策への応用についての国際的な視点から検討し、特にアジア太平洋地域における国際連携を構築する必要がある。世界精神医学会(WPA)疫学・公衆衛生セクションミーティング(WPASEPH2014)が2014年10月15-18日に奈良で開催されることから、この国際会議に精神保健調査に関連する海外研究者、精神保健疫学に関心をもつ国内研究者等に多数参加してもらい、精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究の推進およびその行政施策への応用についての意見交換を行うために、その準備を行った。

B. 対象と方法

1. 世界精神保健日本調査セカンド2013 関東地方調査の概要と結果

1) 調査対象

調査地域は、日本全体を3つのブロック(関東、北陸・東北・北海道、九州・西日本・中部)に分け、各年1ブロックずつ実施する。各ブロックの抽出人数は1,600人で、予定回答者1,000人とした。平成25年度は、関東1都6県(東京都、千葉県、埼玉県、神奈川県、群馬県、栃木県、茨城県)に居住する日本国籍を持つ20歳以上75歳

未満男女 1,650 名を対象とした。また、長期不在や、転居/空家/更地、住所不明、死亡・入院などの状況により対象者の抽出が不可能な場合に備え、予備サンプル 250 名（各地点 5 名）を抽出した。調査地点・対象者のサンプリングおよび実査は、入札を経て、株式会社日本リサーチセンター（NRC）に委託して実施した。

2）調査方法

調査は面接調査と自己記入式調査紙を用いた留置調査の 2 つの方法を用いて実施した。面接調査には、WHO 国際統合診断面接（WHO-CIDI）3.0 版の日本語版のコンピューター版（CAPI）を用いた。本調査では、WMHJ で使用された WHO-CIDI 3.0 版の日本語訳を見直し、国内専門家アドバイザーボードに意見を求めながら、表現等の改善を図った。第一回調査との比較可能性を確保した上でより正確な精神疾患の評価ができるようにするため、本年度の調査では修正前の質問項目と修正後の質問項目を合わせて測定した。自己記入式調査票は、WHO-CIDI による面接調査の時間を短縮し、対象者の回答に伴う負担を軽減するために導入された。CAPI で実施した WHO-CIDI には精神疾患の診断を中心とした主要な質問群が含まれており、自己記入式調査票は本調査で新たに追加された日本独自の項目を中心に構成された。

3）調査員訓練

調査の実査は、CIDI の公式トレーナーによる研修を受けた本研究調査会社の調査員 40 名（1 地点担当 30 名、2 地点担当 10 名）が実施した。調査員トレーニングは、計 3 日間で、調査の目的と手順、WMH-CIDI の概要、CAPI の使用法、模擬面接で構成された。

4）データ収集

対象者となった個人に対し、研究協力依頼文書を郵送し、その後調査員が対象者の自宅に訪問した際に、再度研究の目的・内容・方法について文書を用いて口頭で説明を行った。上記の手順により研究協力に関するインフォームドコンセントを行

い、書面で同意が得られた者に面接調査を実施した。面接調査後、自己記入式調査票を対象者に手渡しし、後日調査員が回収した。調査員が回収できない場合は、郵送で回収した。

（倫理的配慮）

本調査は、東京大学大学院医学系研究科の研究倫理審査委員会で審査を受け、必要な修正等を行った上で承認され実施された（審査番号 10131）。

2．こころの健康に関する方法論の検討と改善，統計解析

1）調査対象

研究全体の主幹機関によって、双極性障害を有する患者のうち、主治医の許可が取れた患者に対し診療時に研究の説明と協力依頼を医師の協力のもと書面で行い、これに同意した者を対象者として収集されたデータを主幹機関から提供を受けて用いる。

2）調査方法

双極性障害を有する患者 40 名程度とそれと同数の双極性障害を有しない者に対して実施された CIDI，SCID などのデータを用いて、双極性障害の診断評価を行う。SCID による診断をゴールドスタンダードとし、CIDI による双極性障害の診断評価の妥当性を係数などにより評価し、質問票の妥当性検討を行う。さらに同時に収集されている状態評価尺度（HAM-D，YMRS）やアドヒアランス（BMIB）と人格傾向（TCI）のデータを用いて面接法と質問紙法の（診断，症状の）評価が異なる場合に、それを修飾する可能性因子についての検討も行う。なお当該研究に用いるデータは研究全体の主幹機関において個人情報と切り離すことにより連結可能匿名化されたものを用いる。物質関連障害についても、SCID による診断をゴールドスタンダードとし CIDI 診断評価の妥当性を評価することを検討中である。

（倫理面への配慮）

本研究のうち、双極性障害の診断評価の妥当性については、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会の承認（承認番号：25-512）ならびに名古屋大学医学部倫理審査委員会の承認（承認 No. 237-4）を得て実施する。物

質関連障害の診断評価の妥当性については、来年度に独立行政法人国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会に審査を申請し、承認が得られてから調査を開始する予定である。

3. 国際連携

WPASEPH2014ミーティングに、世界精神保健調査に参加する海外研究者、精神保健疫学に関心をもつ国内研究者等の参加を促し、精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究およびその行政施策への応用についてのプログラムを組み込むこととして、テーマ、プログラムの検討を行った。なお、検討に当たっては、WPASEPH2014の国際委員会等と連携を取るとともに、研究分担者が国内委員会の会長を務めることにより、プログラム全体との整合を図った。

C. 結果

1. 世界精神保健日本調査セカンド 2013 関東地方調査の概要と結果

有効回答数は、面接調査が 525、自己記入式調査票が 583 であった。予備サンプルを含めた総サンプル数(1,900人)のうち、長期不在や転居、死亡などで接触できなかった者(150人)を除く、有効総サンプル数(母数)を 1750 人とした場合、面接調査の回答率は 30.0%であった。

DSM-IV-TR 精神疾患の 12 ヶ月有病率は、大うつ病性障害(2.7%)、社交不安障害(社会恐怖)(2.3%)、アルコール乱用(1.5%)が比較的高かった。ファースト調査に比べて大うつ病性障害の有病率はいくらか、社交不安障害の有病率は大幅に増加していた。精神疾患を経験した者の受診率はファースト調査とくらべて増加していた。特に大うつ病性障害では顕著であり、過去 12 ヶ月の経験者のうち 28.6%が精神科医を、21.4%が一般医を、合計すると 42.9%が医師を受診していた。これはファースト調査での受診率の 2 倍以上である。これと関連して大うつ病性障害では薬物療法を受けた者の割合が増加していた。こころの健康問題への意識・態度はファースト調査と大きな変化はなかった。過去 12 ヶ月間に本気で自殺を考えた者は

全回答者の 1.2%であり、ファースト調査と同じであった。

2. こころの健康に関する方法論の検討と改善、統計解析

本年度は研究実施のための準備の期間に位置づけられる。CIDI による双極性障害の診断評価の妥当性検討のための調査の準備を行った。具体的には、倫理的な手続き、調査に用いる調査票の作成、面接調査員のトレーニングを完了した。本年度研究により、調査の準備が完了した。

3. 国際連携

WPASEPH2014 の開催期間を 2014 年 10 月 15 日(水)～18 日(土)とし、開催場所を奈良県新公会堂(〒630-8212 奈良市春日野町 10)とした。

WPA 疫学・公衆衛生セクションにおいては、すでに WPA(世界精神医学会)に WPASEPH2014 のテーマを「トラウマとメンタルヘルス」にすることを報告し、その承認を得ていた。協議の結果、WPA に承認された「トラウマとメンタルヘルス」はそのまま使用することとして、日本において、精神保健疫学への関心を高めるためのプログラムを充実させるため、下記の取組を行うこととした。

- 1) 精神医学と公衆衛生の両者の積極的な参加協力を得ることができるよう LC を構成するとともに、関連する学術団体等に働きかける。
- 2) 10 月 16-18 日の 3 時間を IC と LC の共通シンポジウムとして、後の時間帯に、LC 主導のプログラムを設けることとした。そして、メイン会場のほか、第 2 会場を設け、2 つのシンポジウム等が同時進行できるようにする。また、1 日のプログラムのうちの 2 時間程度は日本語プログラムを設ける。
- 3) 一般演題の募集においては、「メンタルヘルス・アクションプラン 2013-2020」に掲げられた 4 つの達成目標を参考にする。

D. 考察

1. 世界精神保健日本調査セカンド 2013 関東地方調査の概要と結果

1) 回答率と回答者の偏りについて

本年度の調査では、回収率が30%と高くなかった。この原因として、面接時間が長かったこと、調査テーマの「こころの健康」に対象者が拒否的な態度をとった可能性があること、自宅で調査したためプライバシーの確保が難しかったこと、依頼状の送付から訪問までに時間がかかったこと、調査員がCAPIの使用に馴れず面接に手間取ったことなどが考えられた。次年度以降には50%の回答率を達成すべく、改善を行う予定である。

本年度調査への回答者は、性別、年齢分布はほぼ全国の分布と同様であった。しかし一人での外出が可能な者がほとんどであったこと、自覚的な心身の健康度が良好な者がファースト調査よりも多かったことから、健康な状態にある者がより多く参加した可能性があり、その点を考慮して本調査の結果を解釈する必要がある。また本年度調査は関東地方に限定したものであり、精神科医療機関などの精神保健資源が他地域よりも潤沢である条件下での結果である点にも注意が必要である。

2) 主要な調査結果

DSM-IV-TR診断による精神疾患の12ヶ月有病率では、大うつ病性障害、社交不安障害、アルコール乱用の頻度が高かった。大うつ病性障害についてはファースト調査における12ヶ月有病率2.1%から2.7%とわずかに高かったが有意な差ではなかった。一方、社交不安障害の有病率はファースト調査の0.7%から2.3%に3倍程度に増加していた。東京を含む本調査の対象者の特性によるものかもしれない。

全回答者および精神疾患を経験した者における受診行動はファースト調査とくらべて増加していた。特に特に大うつ病性障害ではこれが顕著であり、過去12ヶ月の経験者のうち28.6%が精神科医を、21.4%が一般医を、精神科医あるいは一般医の合計では42.9%が医師を受診していた。これはファースト調査受診率の2倍以上である。観察された大うつ病性障害の受診率の高さが、精神医療

機関の多い東京周辺自治体を含む本調査の特性による可能性もある。しかしファースト調査では、横浜市の回答者においても受診率は全国と比べて高くなかった。また受診率の高さは大うつ病性障害に特徴的であり、不安障害などの精神疾患ではその改善は明確でなかった。このことから大うつ病性障害の受診率の高さは、過去10年間にわたり行われてきた地域および医療機関におけるうつ病の気づきと早期受診のための啓発活動の成果によるものである可能性が高いと考える。

しかしながら本調査の回答率の低さ、地域が限定されていることなどの限界を考慮し、最終的な結論を出すには最終年度の全国調査の結果を待つ必要がある。

2. こころの健康に関する方法論の検討と改善，統計解析

CIDIによる物質関連障害の診断評価の妥当性検討のための調査に関しては、研究協力者および研究実施施設の候補を選定し、研究協力者と調査のフィジビリティを検討した。その結果、調査の実施が可能と判断し、来年度から具体的な調査の準備を始めることとした。

CIDIによる双極性障害の診断評価の妥当性検討について来年度は実査を予定している。また、来年度は双極性障害に加えて、物質関連障害のセクションのCIDI診断の妥当性を評価する研究にも着手する予定である。

3. 国際連携

国民のかかえるメンタルヘルスの問題は増大しており、WPASEPH2014と本研究に関連したプログラムが、国際的な精神保健疫学の発展と、日本における精神医学と公衆衛生学の共同研究を持続的かつ強固に発展させる機会になること、それによって国民の福祉に貢献していくことが期待される。

E. 結論

本研究の目的は、第1回「こころの健康についての疫学調査」(世界精神保健日本調査ファースト)から10年が経過した2010年代半ばにおけるわが国の地域住民の精神疾患の頻度、受診行動、関連要因、社会生活・自殺行動などへの影響を日本人の代表サンプルにおいて明らかにすること、

統合国際診断面接法(CIDI)3.0による双極性障害と物質関連障害の診断評価の妥当性を明らかにすること、精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究およびその行政施策への応用についての国際会議を開催しその成果をまとめることである。

本年度は関東1都6県の20歳以上75歳未満男女1,900人を対象に面接調査を行った。長期不在、死亡・病気・入院などを除いた1750人を母数とした面接調査の回答率は30.0%であった。双極性障害および物質関連障害を有する患者とこれを有しない者に対してCIDIおよびSCIDを実施し、CIDIによる診断の妥当性検討を行うための準備を進めた。WPA(世界精神医学会)疫学・公衆衛生セクションミーティング(2014年10月15-18日、奈良)に海外研究者、精神保健疫学に関心をもつ国内研究者等を招へいし、精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究およびその行政施策への応用についての国際会議を開催するために準備を行った。

DSM-IV-TR 大うつ病性障害、社交不安障害の有病率はファースト調査より増加していた。精神疾患を経験した者の受診率はファースト調査とくらべて増加していた。特に大うつ病性障害ではファースト調査の受診率の2倍以上となっていた。過去12ヶ月間に本気で自殺を考えた者は全回答者の1.2%であり、ファースト調査と同じであった。倫理的な手続き、調査に用いる調査票の作成、面接調査員のトレーニングを完了した。調査のフィージビリティを検討した。WPASEPH2014の国際委員会との協議の結果、WPAに承認されたテーマである「トラウマとメンタルヘルス」はそのまま使用することとして、日本において、精神医学、公衆衛生学の双方の精神保健疫学への関心を高めるための

プログラムを充実させることを念頭に、国内委員会、プログラム骨子等をまとめ

本年度調査は関東地方に限定した調査であり、かつ回収率が高くないため回答者が偏った可能性がある。しかし10年前に比べて、わが国において大うつ病性障害等がいくらか増加し、また大うつ病性障害による受診率が大幅に改善している可能性を示している。回答率を向上させる工夫を行い、2014および2015年度には国内の他地域の調査を進めることで、2010年代におけるわが国における精神疾患の有病率、受診率などが明らかになると期待される。CIDIの診断評価の妥当性検討のための調査の準備を完了し、来年度から調査を開始することが可能となった。WPASEPH2014において本研究に関連したプログラムを実施することは、日本における精神医学と公衆衛生学の精神保健疫学への関心を高め、それを持続的に発展させる重要な機会になるため、関係する学会、団体等に広く参画を呼びかけるとともに、その成果を公表していくことが望まれる。

F. 健康危機情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 川上憲人. 精神疾患の疫学,頻度. 日本医師会(編). 神経・精神疾患診療マニュアル. 南山堂, 2013(日本医師会雑誌142 特別号(2)), S30-S31.

2) 川上憲人. 地域および職場における心の健康の実態、関連要因解明および対策に関する研究. 日本医師会雑誌 2014; 142(10): 2273-2277.

3) Kawakami N, Tsuchiya M, Umeda M, Koenen KC, Kessler RC; World Mental Health Survey Japan. Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: Results from the World Mental Health Japan Survey. J Psychiatr Res. 2014 Jun;53:157-65. doi: 10.1016/j.

jpsychires.2014.01.015.

3) Stein DJ, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Bruffaerts R, de Jonge P, Liu Z, Miguel Caldas-de-Almeida J, O'Neill S, Viana MC, Al-Hamzawi AO, Angermeyer MC, Benjet C, de Graaf R, Ferry F, Kovess-Masfety V, Levinson D, de Girolamo G, Florescu S, Hu C, Kawakami N, Maria Haro J, Piazza M, Posada-Villa J, Wojtyniak BJ, Xavier M, Lim CC, Kessler RC, Scott KM. Associations between mental disorders and subsequent onset of hypertension. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014 Mar-Apr;36(2):142-9. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.11.002.

4) Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, Kessler RC, McLaughlin KA, Petukhova M, Sampson L, Shahly V, Angermeyer MC, Bromet EJ, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Ferry F, Florescu SE, Haro JM, He Y, Karam AN, Kawakami N, Kovess-Masfety V, Medina-Mora ME, Browne MA, Posada-Villa JA, Shalev AY, Stein DJ, Viana MC, Zarkov Z, Koenen KC. Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depress Anxiety*. 2014 Feb;31(2):130-42. doi: 10.1002/da.22169.

2. 学会発表

該当なし

H. 引用文献

1. Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A, et al. Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *J Affect Disord*. 2007 Nov;103(1-3):113-20.
2. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health

Surveys. *JAMA*. 2004 Jun 2;291(21):2581-90.

3. Kawakami N, Abdulghani EA, Alonso J, et al. Early-life mental disorders and adult household income in the World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2012 Aug 1;72(3):228-37.
4. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2010 Nov;197(5):378-85.
5. Murray CJ, Vos T, Lozano R, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2197-223.

I. アドバイザリーボード

1. 世界精神保健調査アドバイザリーボード
Ronald Kessler 教授 (米国ハーバード大学)
Somnath Chatterji 博士 (WHO)
Evelyn Bromet 教授 (ニューヨーク市立大学)
Shin Lee 教授 (香港大)

2. 第一回世界精神保健日本調査共同研究者

大野 裕 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター長

中根允文 長崎大学・名誉教授

中村好一 自治医科大学・教授

深尾 彰 山形大学大学院医学系研究科・教授

堀口逸子 長崎大学東京事務所・准教授

岩田 昇 広島国際大学心理科学部臨床心理学科・教授

宇田英典 鹿児島県鹿児島地域振興局保健福祉環境部長 (兼) 伊集院保健所長

中根秀之 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科・教授

大類真嗣 仙台市精神保健福祉総合センター・主幹

吉川武彦 清泉女学院大学・学長

3. 国内専門家アドバイザーボード

笠井清登 東京大学医学部附属病院・教授

秋山 剛 NTT東日本関東病院 精神神経科・部長

尾崎紀夫 名古屋大学大学院医学系研究科・教授

加藤忠史 理化学研究所脳科学総合研究センター・プロジェクトリーダー

鈴木友理子 国立精神・神経センター精神保健研究所・室長

永田利彦 なんば・ながたメンタルクリニック院長（元大阪市立大学大学院医学研究科・准教授）

古川壽亮 京都大学大学院医学研究科・教授