

平成22年度業務実績に係る 評価シート説明資料

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター

目 次

資料	1	専門疾病センターの概要について	...	1 頁
資料	2	Remudyの概要について	...	27 頁
資料	3	若手育成カンファレンス	...	31 頁
資料	4	IBIC設立準備室の概要等について	...	40 頁
資料	5	知的財産及び利益相反等の諸規程	...	43 頁
資料	6	大学法人等との協定書等について	...	69 頁
資料	7	大学法人等との合同シンポジウムについて	...	83 頁
資料	8	TMC臨床研究支援体制について	...	85 頁
資料	9	自ら治験を実施しようとする者による治験実施の準備に係る標準業務手順書について	...	86 頁
資料	10	臨床研究に関する業務手順書	...	89 頁
資料	11	出願中特許見直し状況について	...	119 頁
資料	12	倫理審査申請システムログイン画面	...	120 頁
資料	13	倫理委員会規定	...	121 頁
資料	14	CRT-web (Clinical Research Track Web) トップ画面	...	131 頁
資料	15	原著論文等発表一覧表	...	132 頁
資料	16	リサーチリソースネットワーク (RRN) について	...	172 頁
資料	17	認知症のゲノムリソースについて	...	176 頁
資料	18	eCODOシステムの概要について	...	178 頁
資料	19	メディアカンファレンスについて	...	180 頁
資料	20	ミトコンドリア病の診断について	...	184 頁
資料	21	光トポグラフィ検査を用いたうつ症状の鑑別診断補助について	...	185 頁
資料	22	L-dopa製剤の薬物血中濃度モニターについて	...	186 頁
資料	23	難治性てんかんの外科治療について	...	188 頁
資料	24	脳深部刺激療法について	...	191 頁
資料	25	専門外来について	...	194 頁
資料	26	統合失調症におけるコンピュータを用いた認知機能改善プログラム	...	203 頁
資料	27	家族会の年間スケジュールについて	...	204 頁
資料	28	遺伝カウンセリングの実績について	...	205 頁
資料	29	認知行動療法について	...	206 頁
資料	30	平成22年度患者満足度調査について	...	217 頁
資料	31	電子カルテシステムについて	...	219 頁
資料	32	登録医療機関リスト	...	220 頁
資料	33	精神科転倒転落アセスメントシート	...	224 頁
資料	34	医療安全研修会等について	...	225 頁
資料	35	行動制限に関する一覧性台帳を用いた隔離・身体拘束施行量を示す質指標の開発	...	226 頁

資料	36	病院機能評価スケジュールについて	・・・	232 頁
資料	37	医療観察法病棟の概要について	・・・	233 頁
資料	38	TMC臨床研究研修制度(Clinical Research Track)開催案内	・・・	235 頁
資料	39	モデル研修について	・・・	239 頁
資料	40	精神科医療評価・均てん化研修について	・・・	242 頁
資料	41	診療のご紹介	・・・	244 頁
資料	42	こういう患者さんをご紹介します	・・・	250 頁
資料	43	抑制手法への臨床姿勢質問票日本語版を用いた実態調査	・・・	264 頁
資料	44	東北地方太平洋沖地震メンタル情報サイトについて	・・・	269 頁
資料	45	独立行政法人国立精神・神経医療研究センター組織規程(抄)	・・・	271 頁
資料	46	事務部門の組織について	・・・	272 頁
資料	47	病院経営説明会資料	・・・	273 頁
資料	48	内部監査計画書	・・・	303 頁
資料	49	寄付金について	・・・	305 頁
資料	50	職場アピールコンテストについて	・・・	306 頁
資料	51	提案窓口について	・・・	311 頁

専門疾病センターの概要について

多発性硬化症センター	・・・ 1頁
筋疾患センター	・・・ 5頁
てんかんセンター	・・・14頁
パーキンソン病・運動障害疾患センター	・・・18頁
地域精神科モデル医療センター	・・・24頁

多発性硬化症センター(Multiple Sclerosis Center)

ご挨拶

多発性硬化症 (MS)は厚生労働省の指定する特定疾患で、日本国内の患者数は1万3000人と推定されています。MSは代表的な神経難病ですが、この10年間の研究の進歩は著しく、治療法も格段に進歩しています。

NCNPでは、最先端の治療技術や患者個々の特性を考慮した医療を確立し広く普及させるために、多発性硬化症センター(MSセンター)を開設することになりました。

MSセンターでは、神経内科、精神科、放射線科、内科、小児科の医師と、免疫学や神経科学の研究者が連携して、現時点で最新・最善の医療を提供できるように努めるとともに、画期的な治療法や診断技術を開発するために研究を進めます。NCNPはMSの研究や臨床で日本を代表する人材をこれまでに多数育成していますが、さらに力を入れていきたいと考えています。

センターの機能は、これから徐々に充実させていきたいと考えますが、当面は、MSに関連する様々な問題で悩む患者さんの診療、ご家族に対する援助、若手医師や研究者の育成、新薬開発の促進などで日本の中核として機能していきたいと考えています。皆様のご理解とご協力をお願い致します。

NCNPのMS治療の特色ですが、インターフェロンβ療法はもとより、患者様の生活の質を上げる、外来通院ステロイドパルス療法、免疫吸着療法、精神症状や痛み・しびれなどの治療などに実績があります。また新薬の臨床治験にも積極的に取り組み、MSと近い関係にある視神経脊髄炎 (NMO)や慢性炎症性脱髄性多発神経炎 (CIDP)の診療にも力を入れています。

受診を希望される方は、予約センターへご連絡を御願ひ致します。

平成22年4月1日
神経研究所免疫研究部 部長 MSセンター長 山村 隆

患者様へ

多発性硬化症センターでの診療をご希望の方へ

当センターでは一般的なMS診療の他に、治験中の医薬、新薬などによる治療を行いながら、新たな治療法の開発につながる研究を推進していることが特色です。また血液浄化療法や外来パルス療法など、まだ全国的に見ると普及が進んでいない医療も提供しています。当院での診療を希望される方は、外来予約センター（電話042-346-2190）を通して予約をお取り下さい。医師、患者団体などからの紹介を受けて受診をされることが望ましいですが、まだ専門医にかかったことのない方や、特殊な事情がある方については、紹介状がなくても診察予約をお取りしています。

備考

- 1) 医師を指名することは可能ですが、診察までの待ち時間が長くなることをご了解下さい。
- 2) 診療体制には変更が加えられることがあります。
- 3) MSセンター外来初診の診察時間は30分ですので、遠方から一度だけお越しになる患者さんについては、診察時間が不足する嫌いがあります。質問されることの多い患者様には、1時間以上の診察時間が約束されているセカンドオピニオン外来を活用していただければ幸いです。セカンドオピニオン外来（http://www.ncnp.go.jp/hospital/s_opinion/index.html）は通常の診察枠とは異なる診察日、時間帯に設定されています。
- 4) 事情により患者様ご本人が来院できない場合には、代理の方に来院していただき、セカンドオピニオン外来を利用していただくことになります。
- 5) MSセンターでは臨床と研究を並行して進めていますので、研究のために血液の提供などをお願いすることがあります。

MSセンター専門医診療体制

(初診)

火曜	
11:00 - 12:30	山村
10:00 - 12:00	小川
木曜	
15:00 - 16:00	岡本
金曜	
11:00 - 12:00	山村
13:00 - 14:00	林

医師・医療関係の方へ

研究員・研究生募集

免疫研究部では、「免疫性神経疾患の診断に有用なバイオマーカーの探索と新規治療法の開発」をテーマに、患者様から頂いたヒト末梢血および髄液検体を用いた臨床研究を行っています。当施設は8～12カラーフローサイトメトリーアナライザー&セルソーターを保有しており、国内有数のハイスループットの細胞解析能力を有しております。ヒト検体を用いたトランスレーショナルリサーチ技術の習得や学位取得、海外留学を目指す医師の方は、是非一度お問い合わせ下さい。

活動状況

業績

神経研究所免疫研究部の荒浪利昌室長、山村隆部長らは、病院および多発性硬化症センターなどと共同で、多発性硬化症の類縁疾患である視神経脊髄炎（NMO）において、神経を障害する抗体の産生機序を解析し、インターロイキン6（IL-6）が重要な治療標的となることを明らかにしました。論文は米国科学アカデミー紀要（PNAS）に掲載されました。

MSセンターレポート

(http://www.ncnp.go.jp/pdf/hos_disease_c01_MS_report_j.pdf) (PDF:88KB)

MSセンターレポート(English)

(http://www.ncnp.go.jp/pdf/hos_disease_c01_MS_report_e.pdf) (PDF:57KB)

第7回多発性硬化症フォーラム開催

2010年12月12日に、六本木アカデミーヒルズにて、第7回多発性硬化症フォーラムを特定非営利活動法人MSキャビンとともに主催しました。このフォーラムは一般向けのMS講演会としては日本最大で、今年も453人の参加者をむかえ、19演題の発表に加えパネルディスカッションが開催されました。神経センターならびに神経センターで研究指導を受けた医師からは、若手研究者による研究発表、MSセンター開設シンポジウム、パネルディスカッションなど、多岐にわたる発表が行われました。

MS センター開設シンポジウム

MSの予防と治療（山村）

(http://www.ncnp.go.jp/pdf/hos_ms_confe_071_yamamura.pdf) (PDF:323KB)

生物製剤のインパクトとこれからの免疫療法（三宅）

(http://www.ncnp.go.jp/pdf/hos_ms_confe_072_miyake.pdf) (PDF:285KB)

フローサイトメトリーによって病態解明の研究が前進（荒浪）

(http://www.ncnp.go.jp/pdf/hos_ms_confe_073_aranami.pdf) (PDF:190KB)

若手研究発表

血液細胞から脳のグリア細胞をつくる

(http://www.ncnp.go.jp/pdf/hos_ms_confe_074_noto.pdf) (PDF:379KB)

腸内細菌のコントロールでMSの病状を改善

(http://www.ncnp.go.jp/pdf/hos_ms_confe_075_yokote.pdf) (PDF:360KB)

MSの病態に関係するリンパ球の特徴

(http://www.ncnp.go.jp/pdf/hos_ms_confe_076_tomita.pdf) (PDF:423KB)

IL-6阻害薬がNMJの治療となる可能性

(http://www.ncnp.go.jp/pdf/hos_ms_confe_077_chihara.pdf) (PDF:309KB)

NCNP 多発性硬化症カンファレンス

第五回 NCNP多発性硬化症カンファレンス

(http://www.ncnp.go.jp/pdf/hos_disease_c01_confe_05.pdf) (PDF:156KB)

第四回 NCNP多発性硬化症カンファレンス

(http://www.ncnp.go.jp/pdf/hos_disease_c01_confe_04.pdf) (PDF:117KB)

第三回 NCNP多発性硬化症カンファレンス

(http://www.ncnp.go.jp/pdf/hos_disease_c01_confe_03.pdf) (PDF:144KB)

第二回 NCNP多発性硬化症カンファレンス

(http://www.ncnp.go.jp/pdf/hos_disease_c01_confe_02.pdf) (PDF:144KB)

第一回 NCNP多発性硬化症カンファレンス

(http://www.ncnp.go.jp/pdf/hos_disease_c01_confe_01.pdf) (PDF:144KB)

筋疾患研究センター (Muscular Disease Research Center)

わたしたちは、

1. 筋疾患全般を対象に包括的かつ先進的診療を提供します
2. 筋疾患の克服を目指して、臨床研究・臨床試験を積極的に進めます
3. 国内外機関との連携を進め、筋疾患医療の進歩に貢献していきます

筋疾患の診療を包括的に行う、多部門連携の診療・研究チーム (multidisciplinary team) です。

国立精神・神経センターは、数十年にわたる筋疾患の診療、研究の実績を有しています。また筋ジストロフィー研究班でも中心的な役割を担ってきました。筋疾患センターは、その経験をもとに、かつさまざまな部門がうまく連携することで、筋疾患の医療の進歩に貢献していくことを目的としています。以下に診断・治療部門、療育・ケア部門、先進医療推進部門に分けて解説します。



診断・治療部門

筋疾患が疑われる患者さんの診断や、筋疾患の診断を受けた患者さんに対する治療を最新の知見に基づき提供していきます。

特徴

1. 診断：電気生理学的検査、画像診断、筋病理、遺伝子診断などの方法を用いて正確な診断を行い、その後の診療に役に立つ結果を提供していきます。特に筋病理診断に関しては、1978年以来1万例を超える診断実績を誇るとともに、20種類以上の組織化学染色による詳細な解析を全例に施行しており、質・量ともに世界最高の水準にあります。筋病理診断件数：平成19年530件、平成20年543件（疾病研究第一部）。また、遺伝子診断に関しても、特に顔面肩甲上腕型筋ジストロフィーの遺伝子診断が可能な施設は、本邦で唯一であるのみならず、世界でも数カ所しかなく、重要な診断拠点となっています（疾病研究第一部）。

2. 遺伝カウンセリング:臨床遺伝専門医、認定遺伝カウンセラーによる最新の知見に基づく遺伝カウンセリングを提供します。主治医と遺伝カウンセリング外来が連携し、心理面にも十分配慮いたします。出生前診断の相談も、ご希望に応じ提供いたします。

3. 治療:ステロイドなどの薬物療法、人工呼吸療法、心筋症に対する治療などを提供します。筋ジストロフィー研究班でも中心的な役割を担っており、治療法の向上や標準化を検討しています。

4. 2007年より専門外来(小児筋ジス、成人筋ジス、整形外科筋ジス)を開設しています。

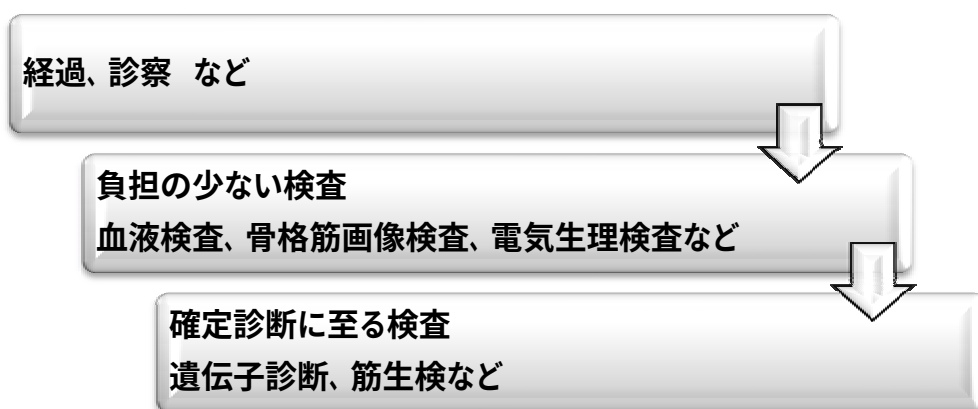
5. 筋ジストロフィー市民公開講座を定期的に開催しています。毎回異なるテーマをもって開催し、毎回100名を超える参加をいただいています。2009年6月までに6回開催しており、これまでの開催記録が国立精神・神経センターホームページ(<http://www.ncnp.go.jp/>)にあります。加えて各地での講演活動、本の出版、研究班での活動などを通して筋疾患医療の均てん化(情報を広く伝えていく)に関する活動を展開しています。

6. 日本で最も多く筋疾患の診療を担当している病院の一つであり全国各地から患者紹介の実績があります。診療実績:筋生検施行数:平成19年55例、平成20年55例(小児神経科・神経内科)。筋疾患新患者数:平成20年度249名(小児神経科・神経内科)。大まかな目安として16歳未満の患者さんの初診は小児神経科、それ以上の場合には神経内科が担当します。

専門外来の受診方法:筋疾患が疑われている患者さん、筋疾患と診断を受けておられる患者さんが診察を希望される場合の受診はまず必ず外来予約センター(電話番号:042-346-2190、受付時間:平日9~15時)にて小児神経科、ないしは神経内科の新患の予約をお取りいただいたうえ受診ください。予約の際には、筋疾患が疑われている、診断を受けているなどの情報を予約センター担当者にお伝えください。当センターから遠方に居住の患者さんで入院での検査、治療が必要な場合には外来受診を経ずに入院する手配も状況により対応していますがこの場合は主治医を通した依頼とさせていただきます。

診断・治療部門の関連部署:小児神経科、神経内科、疾病研究第一部、疾病研究第二部、DNA 診断治療室、遺伝カウンセリング室、リハビリテーション科

筋疾患の診断の流れ



療育・ケア部門

多部門が連携し、生活の質の向上、対症療法の向上などをめざします

特徴

1. 多部門が連携を密にして多面的なケアを提供していきます。
2. 自然経過に対応するべく先を見越した、時期に応じたりハビリテーションの提供を行っていきます。
3. 呼吸障害、排痰困難の合併に対して、呼吸リハビリテーションを提供しています。
4. よりよい在宅療養ができるようなサポート体制構築に関する相談を行います。
5. 客観的な方法を用いた栄養評価と栄養相談を提供します。
6. 各診療科での診療
 - A) 噛み合わせが悪い、口腔ケアなどの問題に対する歯科治療を提供します。
 - B) 安静時エネルギー消費量などをもとに栄養士による栄養相談を提供します。
 - C) 誤嚥や飲み込みの問題に対して「飲み込み外来」による正確な評価と対応を検討します。
 - D) 経口摂取のみで体調維持が困難となった場合など、外科を中心とした胃ろうの造設・管理を行います。
 - E) 筋疾患に対する理解のある整形外科による診療を提供します（2009年9月現在非常勤医対応）。
 - F) 筋疾患をもつ麻酔にはいくつかの注意点があります。麻酔科では筋疾患をもつ患者さんに対し、適切な麻酔法を提供します。
7. センター病院筋ジストロフィー家族会の運営をサポートしています。

療育・ケア部門の関連部署：リハビリテーション科、小児神経科、神経内科、外科、歯科、整形外科、麻酔科、療育指導室、ソーシャルワーカー

先進医療推進部門

筋疾患の多くは病因や病態が不明で、根本的治療法也没有。また、全ての筋疾患が希少疾病ですので、情報収集や臨床試験実施には多くの困難を伴います。このような状況を打破するためには、研究所での研究成果をいち早く応用することに加え、国際的ネットワークの形成とそのネットワークへの積極的な参加が必要と考えます。私達は、筋疾患の先端的診断法開発や根本的治療法開発などの先進医療を、世界と協調する中で、進めていきます。

特徴

1. 研究所で得られた新たな知見（新たな原因遺伝子同定など）をいち早く診断に応用し、他施設で行うことが出来ない診断を行います。
2. 研究所と病院が緊密に連携し、希少疾患である筋疾患の臨床試験を含む先進医療を開発していくための体制作りを2007年より本格的に行っています。
 - A) 治験に向けた準備の一環として、筋ジストロフィー研究班を通して筋ジストロフィー患者登録システムの計画立案に参画しました。まずジストロフィン異常症患者から2009年7月より正式に本シ

ステムは稼働を始め、当センターにある筋ジストロフィー患者登録センターにて管理運営を担当しています (Remudy: <http://www.remudy.jp/>)

- B) 臨床試験に備えるべく、遠位型ミオパチーなどの難治性筋疾患の実態調査を行っています。
- C) 米国小児医療センターを中心とした筋ジストロフィー臨床研究グループ (CINRG) に所属し、エクソスキッピング療法の治験などを推進していく基盤体制作りを行っています。2009年7月にCINRGの正式メンバーとなりました (CINRG: <http://www.cinrgresearch.org/>)
- D) ヨーロッパの神経筋疾患臨床研究グループ (TREAT-NMD: <http://www.treat-nmd.eu/>) との連携を積極的に行っています。2007年より、TREAT-NMDのミーティングに毎年参加し情報交換を行っており、今後はTREAT-NMDの活動に正式に参加することを検討しています。
- E) アジア・オセアニア筋学センターならびに世界筋学会で中心的な役割を果たし、先端医療情報の交換を積極的に行っています。
- F) 研究所と病院内のみでなく、規制当局 (厚生労働省や医薬品機構などの医薬品の認可を担当する組織) や製薬関連企業などとも積極的に意見交換を行っています。

先進医療推進部門の関連部署

遺伝子疾患治療研究部、疾病研究第一部、小児神経科、神経内科、リハビリテーション科、治験管理室、臨床研究支援室、筋ジストロフィー患者登録センター

筋疾患研究センターの関連部門とコアメンバー

筋疾患センター長:

小牧宏文

小児神経科:

小牧宏文、佐々木征行

神経内科:

大矢寧、森まどか、村田美穂

リハビリテーション科:

小林庸子

外科:

三山健司

麻酔科:

中井哲慈

飲みこみ外来：

山本敏之

DNA 診断治療室、遺伝カウンセリング室：

後藤雄一

筋ジストロフィー患者登録センター：

中村治雅

神経研究所遺伝子疾患治療研究部：

武田伸一

神経研究所疾病研究第一部：

林由起子、西野一三

これ以外にも50名を超えるメンバーが筋疾患の診療・研究に関わっています

筋疾患研究センターに対するお問い合わせ (komakih@ncnp.go.jp)

メールをいただいても必ずしもご返信できるとは限りません。また患者さんの個人的な医療のご相談に対するお返事は、メールでは難しいので基本的にはお断りしています。また携帯電話からのメールの返信ができない(携帯電話がパソコンからのメールを受けつけない設定に自動的になっている)場合が多いのでご注意ください。

リンク、筋疾患の情報を得るのに有益なサイト

※リンク先は当センターが直接関与しているとは限りません。したがってその内容について保証するものではありません。基礎知識をお持ちでない場合には理解が難しい場合もあるかもしれません。その場合にはそれぞれの主治医などに直接聞いていただいたほうがよい場合もあります。

筋ジストロフィー患者登録センター (REMUDY, レムディー)

<http://www.remudy.jp/>

筋ジストロフィーの中で、ジストロフィン異常症(デュシェンヌ型、ベッカー型)を対象にして、患者情報を登録するという制度が運営されています

筋ジストロフィー臨床研究班 (川井班)

<http://www.pmdrinsho.jp/>

筋ジストロフィーに対する臨床研究を展開するオールジャパンの研究班です

日本筋ジストロフィー協会

<http://www.jmda.or.jp/>

筋ジストロフィーを持つ患者さんや家族の団体です

遠位型ミオパチー患者会 (PADM)

<http://enigata.com>

独立行政法人国立病院機構

<http://www.hosp.go.jp/>

筋ジストロフィー専門病院が全国に存在します

TREAT-NMD (トリートエヌエムディー)

<http://www.treat-nmd.eu/>

ヨーロッパを中心として、神経・筋疾患の診療、患者登録、研究を効率良く進めていくことを目標としたグループです。国立精神・神経医療研究センターは正式メンバーとして参加しています。

CINRG (シナジー)

<http://www.cinrgresearch.org/>

米國小児医療センターを中心とした、筋疾患の研究グループです。国立精神・神経医療研究センターは正式メンバーとして参加しています。

参考：筋疾患の医療情報

筋疾患の分類

筋ジストロフィー

Duchenne 型筋ジストロフィー

Becker 型筋ジストロフィー

肢帯型筋ジストロフィー

Emery-Dreifuss 型筋ジストロフィー

顔面肩甲上腕型筋ジストロフィー

眼咽頭型筋ジストロフィー

先天性筋ジストロフィー

福山型先天性筋ジストロフィー

メロシン欠損型先天性筋ジストロフィー

ウルリッヒ型先天性筋ジストロフィー など

先天性ミオパチー

ネマリンミオパチー

セントラルコア病

ミオチューブラーミオパチー

先天性筋線維不均等症 など

遠位型ミオパチー

埜中病

三好遠位型ミオパチー

筋強直性疾患

筋強直性ジストロフィー

Thomsen 病

Becker 型筋強直症

Schwartz-Jampel 症候群

先天性パラミオトニア など

炎症性筋疾患

皮膚筋炎・多発筋炎

封入体筋炎

ウイルス感染に伴う筋炎

マイコプラズマ感染に伴う筋炎 など

周期性四肢麻痺

低カリウム性、高カリウム性

代謝性筋疾患

脂肪蓄積性ミオパチー

糖原病Ⅱ型 (Pompe 病)

糖原病Ⅲ型

糖原病 V 型 (McArdle 病)

糖原病 VII 型 (垂井病)

重症筋無力症

先天性筋無力症候群

ミトコンドリア病

その他の筋疾患

ミオフィブリラーミオパチー、ダノン病

挫滅症候群、悪性高熱、横紋筋融解症

特発性高CK血症 など

筋ジストロフィーとは

筋ジストロフィーは筋線維の変性・壊死を主病変とし、進行性の筋力低下をみる遺伝子の疾患であると定義されています。筋肉がもろく壊れやすい状態であり、筋肉の再生が追いつかなくなることで次第に筋肉量が減少し、その結果として筋力が進行性に低下してくる病気です。根本的な治療法は未だ確立されておらず、遺伝子治療、再生医療などの治療研究の応用が強く望まれています。

ジストロフィノパチーとは

ジストロフィノパチーとは日本語にするとジストロフィン異常症、つまりジストロフィン異常による筋ジストロフィーを指します。X 染色体に存在するジストロフィン遺伝子が欠損しているために発症する遺伝性疾患で、重症度の違いなどからデュシェンヌ型筋ジストロフィーとベッカー型筋ジストロフィーに分けられます。

デュシェンヌ型筋ジストロフィーとは

デュシェンヌ型筋ジストロフィーは筋ジストロフィー症の中でも、頻度が高い病型であり、出生男児約3500人につき1人の割合で発症し、日本では約5000人の患者がいると推測されています。3-4歳で転びやすい、走れないなどの症状で発症することが多いのですが、たまたま血液検査を行ったことがきっかけで、症状のないうちに発見されることもあります。5歳頃から運動機能は徐々に低下して、10歳頃に歩行が困難になります。その後呼吸機能低下や心臓機能低下が出現してきます。

ベッカー型筋ジストロフィーとは

デュシェンヌ型筋ジストロフィーに症状は似ていますが、症状の出現時期はデュシェンヌ型に比べると遅く、中には中年以降になってもほとんど症状がみられない場合もあります。

ジストロフィノパチーの診断

ジストロフィノパチーが疑われた場合には、筋ジストロフィーの診療の経験のある病院・医師の診察をおすすめします。具体的には子供さんであれば小児（神経）科、成人のかたであれば神経内科で対応することが一般的です。ジストロフィノパチーの確定診断には MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) という方法を用いたジストロフィン遺伝子診断や筋生検による筋肉の病理検査によって正確な診断を行っていただくことがまず一歩です。それぞれの検査の利点とともに問題点を理解していただいた

うえで検査に臨んでいただくことが重要です。

ジストロフィノパチーの治療（デュシェンヌ型を基準に記載していますが、他のタイプにも適用が可能なものも多いです）

リハビリテーション

病気の性質をふまえて将来を見越して、リハビリテーションによって予防できる可能性のあることへの対応と、家庭や学校生活への対処の工夫を中心に行っています。足首の関節の動きが固くなるのを防止するマッサージやストレッチから開始し、座る姿勢の調整、起立訓練などを行っていきます。下肢や脊柱の変形をできる限り少なくし、歩く、座る、寝るなどの動作や姿勢保持をできるだけ保っていくことが目標です。状態に合わせた車椅子の作成は、姿勢保持と活動性の維持のため大変重要と考えています。

ステロイド療法

特にデュシェンヌ型で病気の進行を遅らせることに有効であることが示されている治療法です。ステロイド内服薬（錠剤、散剤）を毎日、または一日おきに服用していきます。副作用に対する配慮も必要であり、特に肥満を生じやすい点には注意が必要です。ステロイドの内服量の調整、いわゆるさじ加減が重要となってきます。

呼吸機能低下に対する治療

呼吸をするのも筋肉の力が大きく関わっています。呼吸筋と呼ばれる肋間筋（肋骨と肋骨の間にある筋肉）や横隔膜（胸とお腹を分けている筋肉）の力が弱くなることにより換気が十分にできなくなり、深呼吸ができなくなり、咳の力が弱くなることから風邪をひいたときに痰をうまく出せなくなり重症化する場合があります。呼吸リハビリテーションは、小学校高学年を目安に開始し、本人やご家族に毎日できるように覚えていただくことを目標として、ます。深呼吸や痰を出す練習が、呼吸機能の維持や肺炎などの予防につながります。必要に応じて鼻マスク人工呼吸を行います。

心臓機能低下に対する治療

心臓も心筋という筋肉からできていますので、心臓機能が低下してくる場合がありますが、心臓は非常に予備力がありますので少々悪くなくても自覚症状に乏しいことが多いです。そのために定期的に心臓機能をチェックしていき、軽い機能低下が見られたところから、薬物療法を始めることが重要です。

てんかんセンター(Epilepsy Center, National Center of Neurology and Psychiatry)

ようこそ(welcome!)

てんかんセンターのご案内 (http://www.ncnp.go.jp/pdf/hos_disease_c03_01.pdf)

当施設は、乳幼児・小児から成人までのてんかんの患者さまを対象に、より良い医療サービスを提供できるよう、小児神経科、精神科、脳神経外科、神経内科の専門医が診療科の垣根を取り払い、一致協力しててんかん診療にあたっています。また付属の研究所と協力し、先進的な基礎的・臨床的研究を推進することで、ナショナルセンターとして、てんかん医療の進歩に貢献することを目指しています。

てんかんセンターの紹介 (introduction)

当てんかんセンターでは、MRI、SPECT、PET、MEG、NIRS などの充実した先端診断装置を備え、10 名以上の日本てんかん学会てんかん専門医を中心に、経験豊富なスタッフによる薬物治療から外科治療までの質の高いてんかん診療を行っています。

当センターの外来は、小児は小児神経科、成人は精神科と脳神経外科が窓口になっており、年間の外来新患数は約700名で（平成22年現在）、関東一円及び全国各地から患者様を受け入れています。てんかんセンター外来では、脳波、画像検査、神経心理検査などをもとにしたてんかんの診断と、薬物治療及び新規薬剤による治療が行われています。

入院は、小児神経科、脳神経外科、精神科全体で年間約400名の新入院があり、発作時ビデオ脳波モニタリングなどによるてんかんの診断、薬物治療、外科治療、あるいは精神症状への対応が行われています。難治性てんかんの外科手術は、乳幼児から成人までを対象に年間約50件が行われています。

外来(outpatientclinic)

予約：予約センター**042-346-2190**（受付：平日 9:00～15:00）で「てんかんセンター外来」受診をお申し込み下さい。原則として紹介状が必要です。紹介の宛先は、「てんかんセンター外来宛」、「各診療科（精神科、脳神経外科、小児科）宛」、あるいは「特定の医師名宛」、のいずれかとして下さい。原則として成人は精神科か脳神経外科、小児（15 歳以下）は小児神経科で診察します。

てんかんセンター外来・初診担当医表

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
小児神経科	齋藤	佐々木		須貝	中川
精神科	加藤	岡崎	渡辺（雅）		渡辺（裕）
脳神経外科		大槻 （外科治療）	金子	開道	高橋

てんかんセンター・外来担当医師(staffs)

てんかん専門医

大槻泰介	脳神経外科部長	（成人・小児）	センター長
渡辺雅子	精神科医長	（成人）	てんかんセンター外来統括
須貝研司	小児神経科医長	（小児）	てんかんセンター病棟統括
中川栄二	小児神経科医長	（小児）	てんかんセンター研究統括
渡辺裕貴	精神科医長	（成人）	
岡崎光俊	精神科医長	（成人）	
高橋章夫	脳神経外科医長	（成人）	
金子 裕	脳神経外科医師	（成人）	
開道貴信	脳神経外科医師	（成人）	
斎藤義朗	小児神経科医長	（小児）	

小児神経専門医

佐々木征行	小児神経科部長	（小児）	
-------	---------	------	--

てんかん診療について

てんかんの検査と診断（準備中）

てんかんの薬物治療（準備中）

難治性てんかんの外科治療

(<http://www.ncnp.go.jp/hospital/sd/noushinkei/detail03.html>)

てんかんセンター・レジデントプログラム(epilepsy center resident program)

てんかんセンターでは、てんかん診療の習得を目的としたレジデントを募集しています。 (http://www.ncnp.go.jp/hospital/disease/center_03_resident.html)

研究(research projects)

てんかんセンターにおける臨床と研究の連携



リンク

脳波検査：

脳波検査室では、てんかんの検査に対応するため、最新の脳波計（４台）（新棟移転時導入予定）を取り揃え、緊急脳波検査対応のため、昨年まで１２枠だった脳波検査枠を２４枠まで増やして、いつでも検査できるよう対応している。また、ビデオ・モニタリング脳波計も増設し、補助業務を担当し対応している。

パーキンソン病・運動障害疾患センター(Parkinson disease & Movement Disorder Center)

パーキンソン病・運動障害疾患センター（Parkinson disease & Movement Disorder Center：略称 PMD センター）とは

パーキンソン病、進行性核上性まひ、大脳皮質基底核変性症、多系統萎縮症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、ジストニアなど、脳・神経系の障害により、体が動かしにくい、勝手に体が動く（不随意運動）、ふらつく、などの症状が出る病気を運動障害疾患（Movement Disorder）と呼んでいます。パーキンソン病・運動障害疾患センター（Parkinson disease & Movement Disorder Center; PMD センターと略します）は、これらの疾患を対象に、神経内科、リハビリテーション科、脳外科、精神科などの診療科や、看護部、検査部などが、それぞれの専門性を生かして協力し、一人ひとりの患者さんに最も適した診療を行うために、設立されました。

PMD センターでは、これらの疾患の診療とともに、神経研究所との連携で新たな治療法や早期診断法の開発などの臨床研究や基礎研究を進めるとともに、国内外の医療スタッフの研修及び患者さんやご家族にこれらの疾患について正しく理解していただくための公開講座などを開催いたします。

PMD センターでは多数の患者さんの診療経験を次の患者さんの治療や診断にいかすために、患者さんの臨床データや検査結果、血液、脳脊髄液、DNAなどを収集し、研究に使用させていただくことがあります。趣旨をご理解の上、ご協力をお願いいたします。

また、PMD センターでは生前同意に基づくブレインバンク (<http://www.brain-bank.org/>) の推進にも力をいれております。

PMD センターのミッション

- 1)パーキンソン病・運動障害疾患の患者さんに国立精神・神経医療研究センター病院及び研究所の総力を挙げて、その疾病だけでなく、その疾病をもつ一人の人間である患者さん一人ひとりに適切な最高の医療を提供する。

2)パーキンソン病・運動障害疾患の新しい治療法、診断法を開発する。

3)患者さん、ご家族、医療関係者、国民全体にパーキンソン病・運動障害疾患に関して正しい知識をもっていただけるよう、また研究開発にご協力いただけるよう、公開講座、出版物、IT などを通じて情報を発信する。

コアメンバー

コアメンバーは以下の 17 人ですが、このほか各診療科や、検査部、看護部、リハビリテーション部のスタッフが参加しています。

氏名		PMD センター内の活動
村田 美穂	神経内科診療部長	センター長
岡本 智子	神経内科医長	パーキンソン病グループ
塚本 忠	神経内科医長	レビー小体型認知症グループ
小川 雅文	神経内科医長	脊髄小脳変性症・ハンチントン病グループ
坂本 崇	神経内科医長	ジストニアグループ
山本 敏之	神経内科医師	嚥下障害グループ
小林 庸子	リハビリテーション科医長	PMD リハビリテーションチーム
開道 貴信	脳神経外科医師	PMD 脳外科治療チーム
岡本 長久	精神科医長	PMD の精神症状診療チーム(不安、抑うつ等)
野田 隆政	精神科医師	PMD の精神症状診療チーム(幻覚等)
斉藤 祐子	臨床検査部医長	PMD の病理診断チーム、ブレインバンクの推進
後藤 雄一	神経研究所疾病第 2 部部長 遺伝カウンセリング室長	遺伝子診断、遺伝カウンセリング
池上 弥生	認定遺伝カウンセラー	遺伝カウンセリング
三好智佳子	看護師	PMD 看護チーム
和田 圭司	神経研究所疾病第 4 部部長	パーキンソン病、脊髄小脳変性症の診断・治療法開発
永井 義孝	神経研究所疾病第 4 部室長	パーキンソン病、脊髄小脳変性症の診断・治療法開発
北条 浩彦	神経研究所遺伝子工学研究部室長	ハンチントン病の治療法開発

概要

1.診療

PMD センターの診療部は疾患及び病態により以下の5つのグループがあります。それぞれのコアメンバーは以下の通りです。それぞれのグループはたがいに密接に関連、協力していますが、とくに嚥下障害グループはすべての疾患グループにかかわっています。

パーキンソン病・パーキンソン症候群グループ

(神経内科) 村田美穂、岡本智子、(精神科) 岡本長久、野田隆政、(検査科) 斎藤祐子、(リハビリテーション科) 小林庸子、(脳外科) 開道貴信、(看護部) 三好智佳子

パーキンソン病、進行性核上性まひ、大脳皮質基底核変性症、多系統萎縮症(特に線条体黒質変性症)などが対象です。運動症状のみならず、抑うつ、不安、睡眠障害や、腰曲がりなどの姿勢障害などにも対応しています。

初期には、正確な診断、適切な薬の種類と量の選択、リハビリテーション、疾患の正しい知識を得ていただくことが重要です。短期入院により、適切な薬の量を決定するために、必要に応じて L-dopa の血中濃度と症状の変化を評価する L-dopa test や、ご自宅でしていただくリハビリテーションの指導、疾患を正しく理解していただくための教育などを行っています。

その後も、疾患の状態に合わせ、経過の評価とそれに合わせてその時必要な医療の選択、リハビリテーション指導などのために、外来診療とともに、定期的な短期評価入院をお勧めしています。特にパーキンソン病でウェアリングオフ現象や不随意運動が出現している方には L-dopa test にて、薬の効果と症状との関連を評価し、薬剤調整を適切に進めることができます。

パーキンソン病や不随意運動症では必要に応じて、脳外科的治療(脳深部刺激術など)も行い、術後の刺激調節や薬剤調整を脳外科と神経内科が共同で行っています。

レビー小体型認知症グループ

(神経内科) 塚本 忠、(精神科) 岡本長久、野田隆政、(検査科) 斎藤祐子

パーキンソン症状と共に認知症状、幻覚、妄想などの精神症状が出現しやすいために、神経内科と精神科の協力が不可欠です。患者さん及びご家族の QOL の向上をめざし、適切な治療を選択しています。

小脳失調・ハンチントン病グループ

(神経内科) 小川雅文、村田美穂、(遺伝カウンセリング室) 後藤雄一、池上弥生、(リハビリテーション科) 小林庸子

多系統萎縮症などの孤発性の小脳失調症とともに、ジョセフ病など家族性の脊髄小脳変性症、ハンチントン病などが対象です。小脳症状、自律神経症状、その他いろいろな症状の組み合わせがあるので、まず正確に診断し、またその時々々の症状を評価して、経過に合わせて適切な薬剤の選択やリハビリテーション等とともに、社会資源の活用のご紹介も含め、一人ひとりの状態に合わせた医療を提供いたします。

ジョセフ病、歯状核赤核淡蒼球ルイ体萎縮症(DRPLA)、ハンチントン病などの遺伝性の疾患では、遺伝相談が大変重要です。診療科と遺伝カウンセリング室が一体となって対応しています。

ジストニアグループ

(神経内科) 坂本 崇、(リハビリテーション科) 小林庸子

痙性斜頸、眼瞼スパズムなどへのボツリヌス治療の他、パーキンソン病グループと共同して、パーキンソン病関連疾患の姿勢異常（腰曲がり、頸下がりなど）に対する治療を行っています。

嚥下障害グループ

(神経内科) 山本敏之、(リハビリテーション科) 小林庸子

パーキンソン病を始めとする運動障害疾患では、嚥下障害は大変重要です。このグループでは NST(栄養サポートチーム)と協力して、嚥下障害の評価とともに、嚥下指導、食形態の選択、さらに必要なら胃ろうなども含め、ご本人、ご家族のご希望を伺いながら、最も安全かつ適切に栄養が摂取できるように工夫しています。

2.臨床研究

現在、当センターでは以下のような臨床研究を進めています。

- ①パーキンソン病の薬物動態に関する研究
- ②パーキンソン病の不安、抑うつの実態調査のその治療についての研究
- ③パーキンソン病、レビー小体型認知症の幻覚等精神症状の実態とその治療についての研究
- ④パーキンソン病、多系統萎縮症、進行性核上性麻痺の早期診断、経過評価のためのバイオマーカー検索についての研究
- ⑤パーキンソン病のオーダーメイド医療確立のための研究
- ⑥新規抗パーキンソン病薬ゾニサミドの効果の個体差に関する研究
- ⑦パーキンソン病の自然歴に関する研究
- ⑧パーキンソン病・不随意運動における脳深部刺激療法の刺激条件最適化に関する研究
- ⑨ボツリヌス神経毒素製剤の改良・開発研究

3.基礎研究

現在、当センターでは以下のような基礎研究を進めています。それぞれ疾患ごとに、診療グループと密接な関係を取りながら研究を進めています。

- ①ハンチントン病の治療法開発
- ②パーキンソン病発症における UCH-L1 の病態生理学の解明
- ③たんぱく質の凝集抑制による脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病の治療法開発

4.教育、研修

1. ①パーキンソン病・運動障害疾患専門コース（対象：医師）
2. ②遺伝性脊髄小脳変性症等遺伝性神経疾患を中心とした臨床遺伝専門医養成コース（対象：医師）
3. ③コメディカルのためのパーキンソン病・運動障害疾患講座（計画中）
（対象：コメディカルスタッフ）
4. ④在宅療養のためのリハビリテーション講座（対象：リハビリスタッフ）（計画中）
5. ⑤パーキンソン病・運動障害疾患の病気と治療（対象：患者、家族等）
（計画中）

5.公開講座・出版物等

やさしいパーキンソン病の自己管理 医薬ジャーナル社 1800 円
当センターパーキンソン病チームによる、患者さんやご家族のための解説書です。



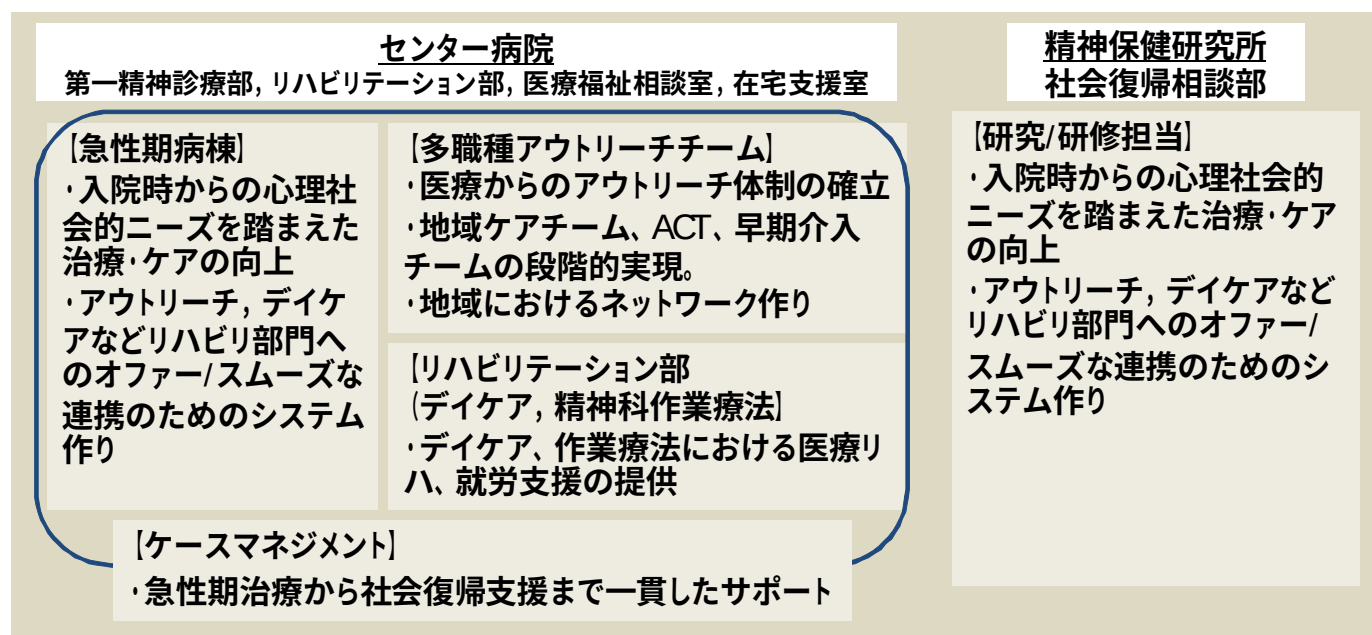
(独) 国立精神・神経医療研究センター 地域精神科モデル医療センターのご案内

【はじめに】

統合失調症、双極性障害、重症うつ病などに罹り、重い障害を抱えていても、人はさまざまな支援や治療を受けるなかで、地域生活を維持する力を獲得し、自分の希望を大切にしながら、その人の長所や能力を伸ばしていく人生を手に入れることが出来ます。

このたび(独)国立精神・神経医療研究センターの中に設置された地域精神科モデル医療研究センターでは、そのような人々の応援に役に立つ「地域生活中心の精神科医療」を展開し、小平市を中心とした圏域で「地域生活中心の精神保健医療福祉モデル」の実践に努め、その成果を全国に発信します。

【地域精神科モデル医療センターの組織】



地域精神科モデル医療センターは(独)国立精神・神経医療研究センター病院の第一精神診療部, リハビリテーション部, 医療福祉相談室, 在宅支援室の各部門と精神保健研究所社会復帰研究部が連携して活動を実施します。各部門の役割は上記の通りです。

【活動紹介】

地域精神科モデル医療センターの主な活動はセンター病院のリハビリテーション部（以下リハ部）で実施されています。具体的には下記のような活動をおこなっています。

1) デイケア・ショートケア

精神科に通院中の方々が、仲間と共に病気について学んだり、運動や創作活動などのさまざまなプログラムを通じて「こころ」と「からだ」のリハビリテーションを行う場です。

2) 訪問支援活動（アウトリーチ活動）

デイケアや地域活動支援センターなど通所型のサービスを利用することが難しい方を対象に、その方の自宅など地域での生活の場や活動の場にセンター病院のスタッフで構成される多職種チームが出かけて、病気や薬に関すること、生活に関することなどの支援を行います。

【デイケア・ショートケアについて】

☆どんな人が通っていますか？

- 病院から退院した後、地域での仲間や居場所を探している方
- 病気や薬、利用できる社会制度についてもっと詳しく知りたい方
- 就労を希望されている方

☆どんな支援が受けられますか？

- デイケア・ショートケアに通所される方ひとりひとりに、専門家がチームをつくり、このチームが地域生活や社会復帰のための支援を行います。このチームをMDT (Multidisciplinary team) と呼びます。MDTには、医師の他に看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士などさまざまな職種のスタッフなども参加します。
- チームの窓口となる専門家を「ケアマネージャ」と呼びます。病気のことも、生活に関すること、心配なことはすべて「ケアマネージャ」に相談すれば大丈夫です。みなさんから相談をうけた「ケアマネージャ」がチームのスタッフと相談して必要な支援をアレンジします。
- 希望があれば、仕事さがしも一緒に行います。必要な場合には、スタッフも一緒にハローワークや企業にも一緒にいって、仕事探しや仕事を覚えることのお手伝いも行います。

☆どんなプログラムがありますか？

現在、2011年4月に向けてデイケアプログラムの改訂作業を行っています。決定次第お知らせいたします。

☆デイケアスケジュール

—

【訪問支援活動（アウトリーチ活動）について】

☆どんな人が利用していますか？

- 小平市周辺にお住まいの方（概ねセンター病院から車で 30 分程度の範囲内）
- 統合失調症，大うつ病，双極性障害等の精神障害をお持ちで通所型サービス（デイケア，地域活動支援センターなど）を利用することが難しい方

☆どんな支援が受けられますか？

病気や薬など医療に関することから，一人暮らしでの困りごとなどの生活に関すること，働きたいといった利用者の方の将来の希望に関すること，などさまざまな事柄について支援を行います。支援の過程で必要があれば，センター病院以外の機関とも連携して，利用者の方をサポートします。

☆訪問支援活動（アウトリーチ活動）はどんな風に行うの？

- 週 1 回～月 1 回程度の間隔で，センター病院の看護師，精神保健福祉士，作業療法士等が利用者の方のご自宅など生活の場や活動の場に伺い，相談や支援を行います。ご家族の相談をお受けすることも可能です。

【リハビリテーション部（デイケア・訪問支援活動）の利用にあたって】

- 本活動は研究活動の一環として実施されるため，参加にはいくつかの約束事があります。
- 参加にあたっては同意文書への署名をお願いいたします。（参加にあたって危険や不利益はないと思いますが、何か心配があればスタッフにおたずねください）
- 本活動にかかる費用は診療報酬と研究費によってまかなわれます。皆さんが現在支払っている診療報酬以外に費用の負担はいっさいありません。

【リハビリテーション部（デイケア・訪問支援活動）を利用したい方は・・・】

- 今後開設される予定の「精神科リハビリテーション専門外来」を受診して頂くことになります。同外来は現在開設準備中です。詳細が決まりましたら，当ホームページにてお知らせいたします。

Remudyの概要について

Remudy

Registry of Muscular Dystrophy

円滑な治験・臨床試験の実施のために

- 1 効果的な治験の計画を作成できるように**
 - 2 短期間で患者組み入れができるように**
- 信頼できる臨床情報と遺伝情報を登録する**

対象患者

- ☐ **すでに治験が計画、実施されている疾患**
- ☐ **海外でも、患者登録が開始されている疾患**



**遺伝子変異が確定した
男性ジストロフィン異常症
(デュシェンヌ型DMD、ベッカー型
BMD)**

難治性神経・筋疾患の治療研究は臨床試験の段階に入りました。

製薬関連企業・研究者と患者さまの間の情報の橋渡しをいたします。



メールマガジンのご登録

Remudyより、この登録サイトに関連した最新の情報をお届けいたします。

✉ メールマガ登録

▶ Remudyのご紹介

患者登録サイトRemudyは、これまで治療法が少ないとされた筋ジストロフィーを含む神経筋疾患の患者さまのために、新しい治療法を開発するための患者登録サイトです。



▶ ジストロフィノパチー患者さま登録サイト

ジストロフィノパチーとは、ジストロフィン遺伝子の異常による筋ジストロフィーです。こちらのサイトは、ジストロフィノパチーであるデュシェンヌ型とベッカー型筋ジストロフィーを対象とした患者登録サイトです。



ジストロフィノパチー登録サイトへ

ジストロフィノパチーに関するメールマガ登録

▶ お知らせ・最新医療情報

登録に関する最新情報、筋ジストロフィーに関係した治験などの最新医療情報をお届けします。

2010年11月24日

▶ 2010年 筋ジストロフィー関連研究班のご紹介

2010年11月24日

▶ 2010年度川井班ワークショップ プログラム

2010年10月14日

▶ ホームページを改定しました

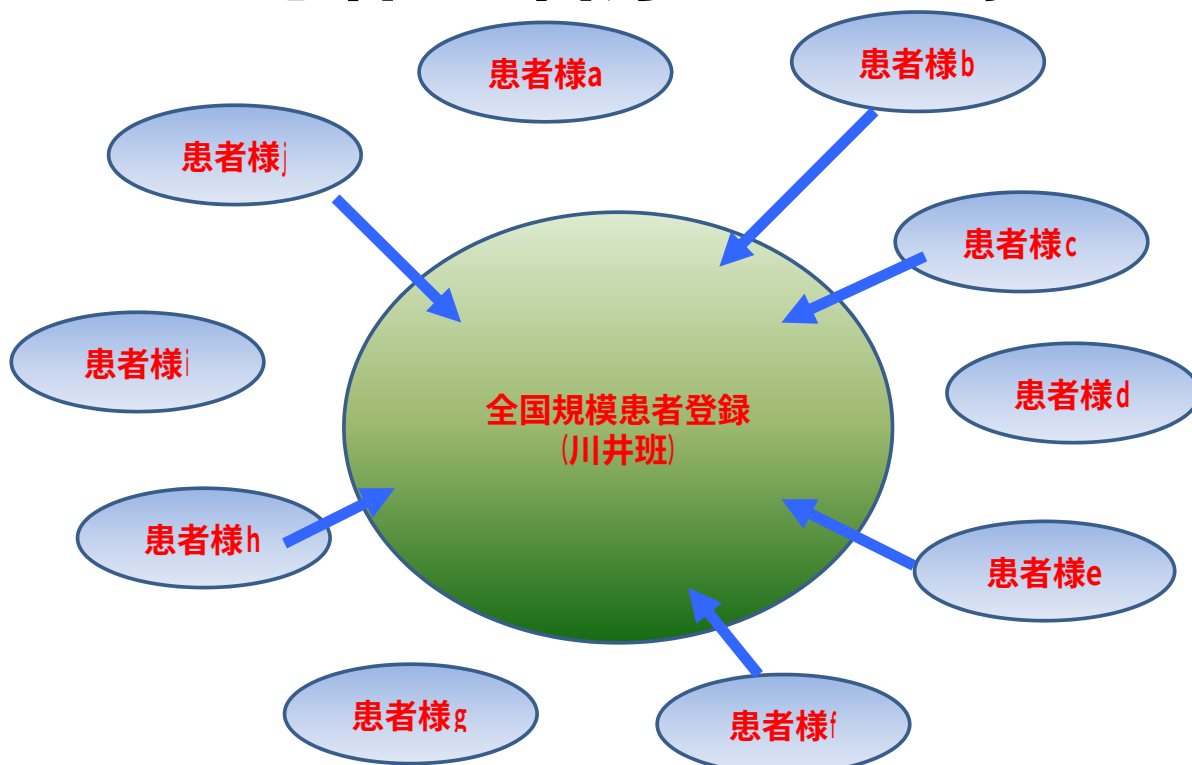
2010年07月29日

▶ 「筋ジストロフィーの臨床試験実施体制構築に関する研究班」ホームページ

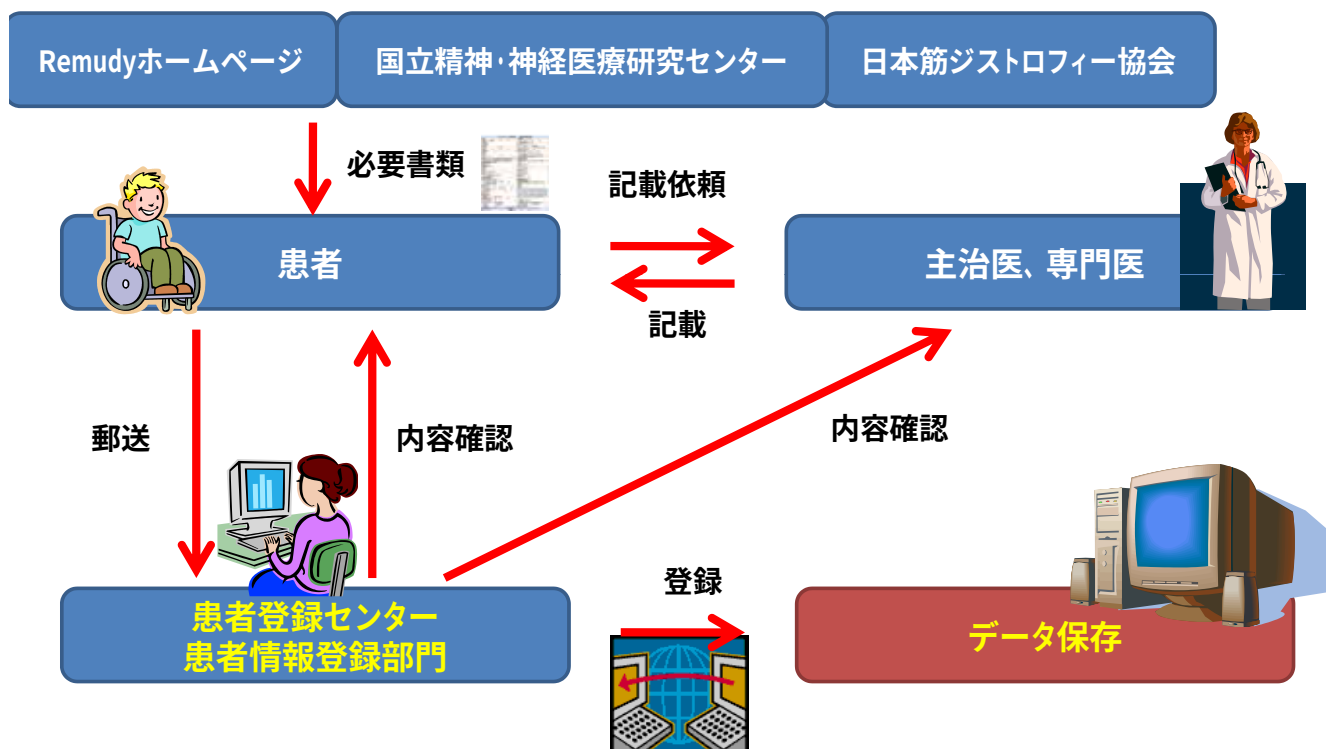
2010年07月29日

▶ TREAT-NMDのご紹介

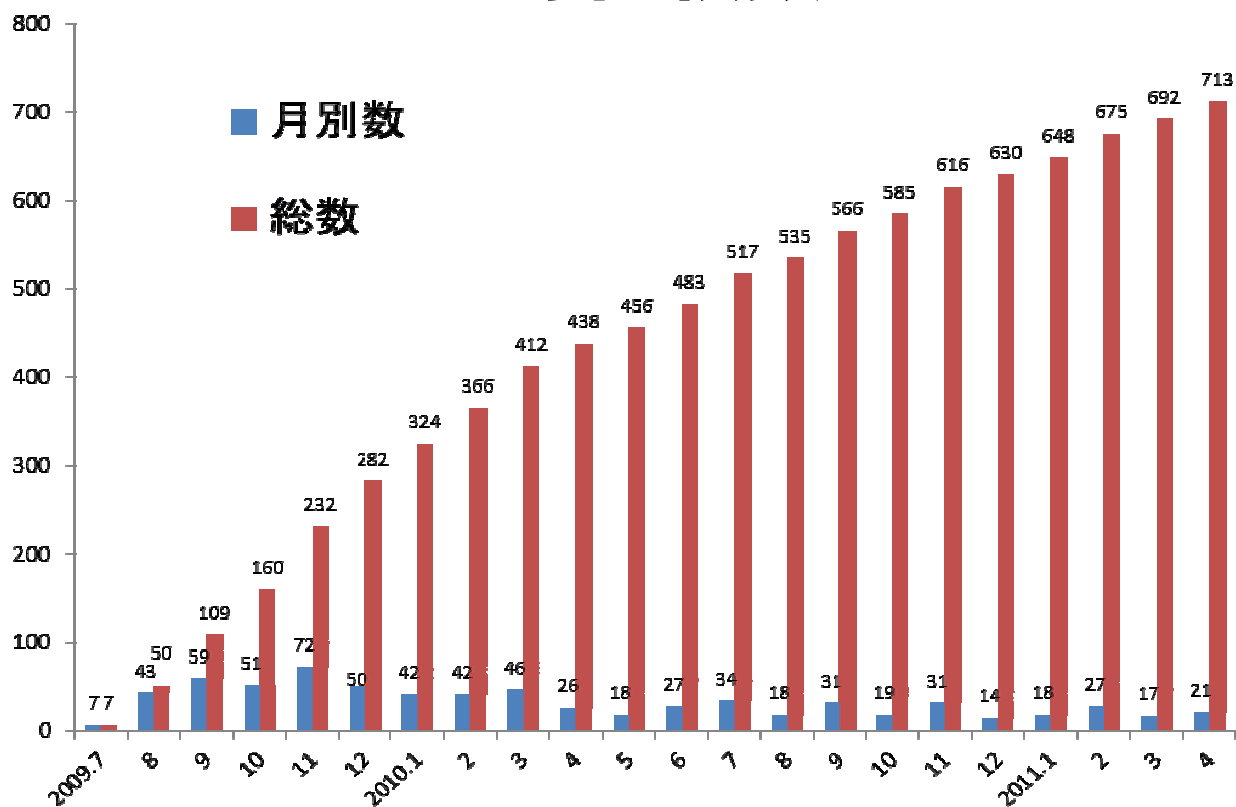
患者さま自身による登録



登録の手続きは患者様の自由意思にて行う



登録依頼数

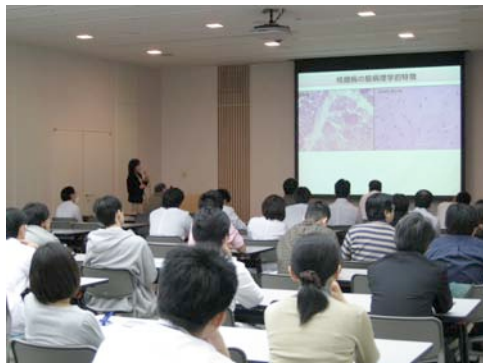


若手育成カンファレンス

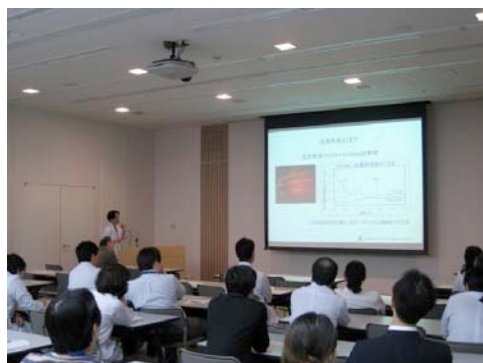
第1回若手育成カンファレンス報告書

2010年4月9日、国立精神・神経医療研究センター（研究所三号館）にて、第1回若手育成カンファレンス（略称：金曜カンファ）が開催されました。病院や二つの研究所のスタッフが会場一杯に集まりました。各発表後には十分な質疑の時間が設けられ、熱気あふれる意見交換となりました。

まず最初に、神経研究所疾病研究第一部室長の林由紀子さんが発表されました（座長は村田美穂部長と山田光彦部長）。林さんは、「研究っていったい何なの？」「臨床とどう違うの？」という素朴な疑問から始まり、気がついてみれば筋疾患の研究を通して生命現象の不思議に迫っているという、ご自身の研究生生活を振り返りながら、筋疾患に関する最新の知見を分かりやすく説明されました。



二演題目は、病院精神科医師の野田隆政さんが発表しました（座長は後藤雄一部長と松岡豊室長）。野田さんは、2009年3月に先進医療として承認された「光トポグラフィー検査を用いたうつ症状の鑑別診断補助」の概要を紹介され、センター病院での自験例のデータを交えて今後の臨床研究の展望についてお話しされました。



名称こそ「若手育成」ですが、年長研究者も若いスタッフも大勢が集まり、新しい臨床研究のヒントが生まれ育つ場として発展していくことを期待しています。

第2回若手育成カンファレンス報告書

2010年5月7日、国立精神・神経医療研究センター（研究所三号館）にて、第2回若手育成カンファレンス（略称：金曜カンファ）が開催されました。今回は、将来の臨床研究へとつながる基盤的研究が発表され、刺激的な意見交換が行われました。

まず、精神保健研究所精神薬理研究部協力研究員の山田美佐さんが発表されました（座長は後藤雄一部長と村田美穂部長）。山田さんは、抗うつ薬によるうつ病治療では効果発現までに数週間かかるという臨床的特徴に着目し、その治療メカニズムについての仮説と新規治療法開発の可能性について、分子薬理学的研究の結果を用いてわかりやすく説明されました。



二演題目は、神経研究所疾病研究第四部室長の永井義隆さんの発表でした（座長は山田光彦部長と有馬邦正部長）。神経変性疾患の発症メカニズムの解明を目指し、なかでも遺伝子異常と表現型との相関がつよいポリグルタミン病に焦点を当てた基盤的研究の成果について説明されました。豊富な自験データを用いて、新規治療法開発の可能性についても説明されました。



二演題とも、精神・神経疾患の病態解明と新規治療法開発の可能性を示唆する基盤的研究の紹介であり、若手研究者のみならず熟練した研究者にとっても新たなアイデアの創出のきっかけとなる場であったと思います。更なる発展で臨床研究への応用が待たれます。

第3回若手育成カンファレンス報告書

2010年7月9日、国立精神・神経医療研究センター（研究所三号館）にて、第3回若手育成カンファレンス（略称：金曜カンファ）が開催されました。今回は、日常臨床に問題に焦点をあてた臨床研究と、今後の疾患の病態解明にむけた探索的研究の2課題が発表されました。

最初の演題は、病院神経内科医師で若手研究・グループリーダーでもある山本敏之さんが発表されました（座長は、西野一三部長と松岡豊室長）。山本さんは、レヴィー小体病患者（パーキンソン病やレヴィー小体型認知症）において、肺炎の合併や経口摂取ができなくなるといった臨床上の重要な問題に注目し、そのリスク因子の解明のためにコホート研究を行い、その結果を中心に発表されました。そして、さらにそれらの結果を踏まえ、今後の研究の展望についてお話されました。



二演題目は、精神保健研究所精神生理研究部研究員の北村真吾さんが発表されました（座長は、西野一三部長と吉田寿美子部長）。北村さんは、生物時計調整機能と情動の関連を示す様々な知見を踏まえ、朝型や夜型などの生体時計の異常と抑うつとの関連を検討する探索的研究を行い、そのデータを中心に発表されました。さらに、生体時計と気分調節をつなぐメカニズムの解明にむけた、今後の研究の展望についてもお話されました。

両演題とも、その発表後、様々なバックグラウンドをもつフロアの参加者から、研究手法から病態・治療などの臨床まで広範なディスカッションが活発に行われました。こうした多面的ディスカッションが展開されるのも、この金曜カンファの醍醐味といえます。

第4回若手育成カンファレンス報告書

2010年9月17日、国立精神・神経医療研究センター（研究所三号館）にて、第4回若手育成カンファレンス（略称：金曜カンファ）が開催されました。将来の診療に向けた研究が二課題発表されました。座長は松岡豊室長と田中剛課長が務めました。



最初の演題は神経研究所疾病研究第7部、花川隆さんより発表がありました。花川さんからは神経イメージングを用いた運動時、想像時、計算時の脳の活動領域の差異について、脳波でカーソルをコントロールするBMI（脳マシンインターフェイス）について発表頂きました。特にBMIについては、手などの身体部位の延長として以上の可能性を秘めているかもしれない、といった非常に夢のあるお話をして頂きました。

二つ目の演題は病院臨床検査部より齊藤 祐子さんが発表を行いました。パーキンソン病では錐体外路系の障害による運動症状に焦点が当てられてきましたが、自律神経障害と病理の関係についてご発表頂きました。特に末梢自律神経系へのレビー小体病変のひろがりについて詳しくお話をして下さいました。皮膚生検や既往手術材料などを用いる事で臨床症状の出現以前から形態病理学的診断が可能であることを、例を挙げてお話下さいました。



病院の移転や学会シーズンと重なりやや寂しい参加人数ではありましたが、両演者の刺激的な発表を受けてむしろ普段より活発な質疑応答が行われました。最先端の研究を身近に感じ、それに対して積極的に疑問を投げかける事ができるのはこの金曜カンファレンスの大きな魅力の一つだと思います。

第5回若手カンファレンス 報告書

2010年10月15日に研究所三号館にて第五回若手カンファレンスが開催されました。今回は精神保健研究所 知的障害研究部の崎原ことえさん、そして神経研究所 疾病研究第二部の井上健さんからの発表がありました。

崎原さんは、健常成人の顔面像の自己、既知、他己認知について注目し、顔の認知に関連する脳機能イメージング技術を用いた研究結果の報告を行いました。そのなかで、顔面であると認識して符号化する脳活動領域、顔の既知性を判断する脳活動領域、自他識別を行う脳活動領域がそれぞれ異なっていることが示されました。今後は、対象を広汎性発達障害者等にひろげ、顔のもつ意味情報の処理や意味情報の統合の解明に応用できればと述べられました。



井上さんからはペリツェウス・メルツバッヘル病 (PMD) に対するクルクミン (ウコンに含まれる黄色い色素成分) を用いた治療開発への取り組みについて発表がありました。PMDはX染色体上に原因遺伝子を持つ遺伝病であり、髄鞘を形成するオリゴデンドロサイト中に異常タンパクが集積し、髄鞘の形成が阻害されることが知られています。クルクミンを経口投与することでPMDモデルマウスの寿命の延長が観察された結果を基に、今後の治療への応用についての展望が述べられました。

両演題とも臨床応用への期待がなされ、それを踏まえて活発な質疑応答が行われました。

今回で若手カンファレンスは五回目の開催となり、回を追うごとに自由闊達な雰囲気での意見交換がなされています。今後もますます臨床家や研究者の交流が盛んに成る事が期待されます。



第六回若手カンファレンス報告書

2010年11月5日、第六回若手育成カンファレンスとして、病院 治験管理室の中林さん、精神保健研究所 精神薬理研究部の斎藤さんのお二人により発表が行われました。



中林さんは厚生労働省の「抗うつ薬の臨床評価方法に関するガイドライン（案）」の作成に携わった経験を基に、本ガイドラインが作成された背景についてお話されました。

日本での抗うつ薬の市販は海外と比較して10年程度の遅れ（ドラッグ・ラグ）が存在し、問題となっております。この問題の解決が本ガイドラインの大きな課題であり、何が問題の原因で、解決のためにどのような規定を設けたのかについて、具体的に解りやすく解説が行われました。

斎藤さんからはうつ病時におけるグルタミン酸神経系の役割の解明を目指した研究について発表がありました。

グルタミン酸神経調節薬（リルゾール）と既存抗うつ薬（イミプラミン）をうつ病モデルラットに投与し、行動性や遺伝子発現の変化についての報告が行われ、既存の抗うつ薬とは異なる作用動態をもつ抗うつ薬の可能性が示されました。

質疑応答も活発に行われ、うつ病モデル動物の妥当性や遺伝子研究の今後の在り方についてなど、幅広い議論が交わされました。



今回の若手カンファレンスでは参加者同士で議論が交わされる場面もありました。また内容もうつ病薬の「市場に出すまでの段階」と「薬品候補を発見した段階」という対照的な発表となり、聞きごたえのあるカンファレンスとなりました。

第七回若手育成カンファレンス報告書

2010年12月3日、第七回若手育成カンファレンスとして、神経研究所 疾病研究第七部の森本雅子さん、病院 小児神経科の齋藤貴志さんより発表が行われました。



森本さんからは、人間の可聴域上限を超えて耳には聞こえない超高周波音を用いた、気分障害治療を視野に置いた研究についてご発表がありました。

複雑に変化する超高周波音を含む音に晒される事で脳深部の活性が上昇するデータを元に、脳深部活性に影響を与える超高周波音の特性の解明と、脳深部活性を測定するための測定法の開発、また実際に身体の中で超高周波音が受容されているかを調べた検討データについて解説が行われました。

齋藤さんからは、大脳皮質の層特異的に発現する分子マーカーによる、ヒト大脳層構造の解析手法について発表がありました。

動物実験で用いられる大脳皮質層特異的分子マーカーがヒト脳で確かに層特異的に発現している事を示し、次に実際に大脳皮質構造に異常を生じた滑脳症患者様のご献体を用いた研究データを用いて、層特異的マーカーがヒト大脳の形態形成異常の研究に有用であることを示しました。



両研究とも新しい分野の研究や治療、診断にかかわる発表となり、様々な質疑応答が飛び交いました。レジデントの方からも質疑があり、若手育成カンファレンスらしい充実した会となりました。

第8回若手カンファレンス報告書

2011年1月7日、新年最初となる第8回若手カンファレンスが開催されました。神経研究所 疾病研究第三部の沼川忠広さん、若手研究グループの坂元千佳子さんより発表が行われました。また、開始前にTMCの松岡室長より若手研究グループ全体の進捗状況について報告がありました。



沼川さんからは、脳由来神経栄養因子BDNFについて、ストレスホルモンであるグルココルチコイドとの相互作用を培養ニューロンを用いて解析した結果についての発表がありました。

BDNFがニューロン上の受容体に結合してからの分子機構についての解析結果が、判りやすく整理されて解説されました。

精神的な抑うつ状態に至る過程を細胞生物学的な視点から解明するとのこととお言葉通り、将来的な分子ターゲットを予測させる発表でした。

坂元さんからは、パーキンソン病に対する運動療法で、自己感覚の校正に焦点をあてたLSVT®BIGの有効性と安全性を調べるオープン試験についての発表が行われました。

実際にLSVT®BIGを受ける前後の患者さんの歩き方を比較した動画に始まり、現在までに試験を終了した5例のデータについて解説されました。

若手研究グループとしてはトップバッターとしての発表となりましたが、堂々とプレゼンテーションでした。



最初にPCに関してのトラブルこそありましたが、参加人数も多く充実した会となりました。今後もコンスタントに若手研究グループの発表が予定されており、本カンファレンスのより一層の活性化に繋がると期待しております。

第9回若手育成カンファレンス 報告書

2011年2月4日に研究所三号館にて第9回若手カンファレンスが開催されました。今回は若手研究グループの廣實真弓さん、そして精神保健研究所精神生理研究部の榎本みのりさんからの発表がありました。



廣實さんからは、米国で開発されたパーキンソン病患者に対する声音治療で、自己感覚に焦点をあてた Lee Silverman Voice Treatment™ LOUD の日本語話者に対する有効性を予備的に検討した結果についての発表がありました。この治療法は、声の大きさだけにアプローチし、大きな声を出す集中訓練を通して声量低下を改善する訓練とのことでした。測定データの解説にとどまらず、実際に LSVT™ LOUD を受けた患者さんの治療前後の声量検査で録音した生の声も披露されるなど分かりやすいプレゼンテーションでした。

榎本さんからは、2005～2009年の大規模診療報酬データを用いて日本における向精神薬、特に睡眠薬の処方率とその経年変化についての発表が行われました。若年から中年期では精神疾患を背景に、そして中年から高齢期では身体疾患を背景にした睡眠薬が処方されている実態が紹介されました。2005年の3か月間における睡眠薬処方率は4%弱ですが、経年的に増加していること(特に65歳以上の女性で顕著)が示されました。今後は睡眠薬の長期処方についての更なる実態解明が期待される発表でした。



今回は、平成22年度における最後の若手育成カンファレンスでした。参加者数の増減こそありましたが、三施設の皆さまのご協力により1年間通して会を開けたことを感謝しております。平成23年度からは、新病院とのアクセスを考え、会場をコスモホールに移します。今後も本会が、若手研究者や臨床家の皆さまの研究交流の場として、すくすくと育っていくことを期待しています。

文責：松岡豊

IBIC設立準備室の概要等について

脳病態統合イメージングセンター（IBIC）設立準備室の活動概要と次年度への課題について

I 研究目的で使用する大型画像機器の有効活用について

当センターに高度画像診断や非侵襲脳機能計測に要する医療機器等（以下、「大型画像機器」という。）が導入され、統合的画像研究の推進及び精神・神経疾患、発達障害、筋疾患の病態解明や診断治療技術の開発に大きく貢献することが求められている。

IBICは、大型画像機器を使用した研究を自らが中心となって推進するとともに、大型画像機器の効率的な稼働を図り、大型画像機器を用いた研究がより一層高い成果となるよう、IBICとして研究計画段階より臨床研究活用のための指導及び教育等を行う。

については、上記の大型画像機器に含まれる医療機器・研究機器の範囲については、以下のよう

※ 大型画像機器に含まれる医療機器・研究機器の範囲について

- 1) IBIC棟 研究用3テスラ磁気共鳴画像撮像装置（MRI）
- 2) MRI棟 研究用1.5テスラ磁気共鳴画像撮像装置（MRI）
- 3) センター病院 臨床用3テスラ磁気共鳴画像撮像装置（MRI）
- 4) センター病院 ヒト用ポジトロン断層撮像装置（PET）
- 5) センター病院 ヒト用シングルフォトン断層撮像装置（SPECT）
- 6) センター病院 診療用サイクロトロン
- 7) センター病院 近赤外線光トポグラフィー（NIRS）
- 8) MEG棟 脳磁場計測装置（MEG）
- 9) 動物PET棟 動物用ポジトロン断層撮像装置（PET）
- 10) 動物PET棟 動物用サイクロトロン
- 11) 総合実験動物棟 動物用磁気共鳴画像撮像装置（MRI）

（注）

- 1 診療と研究の両方に使用する機器の場合、診療を優先する方針で運用する。
- 2 動物用ポジトロン断層撮像装置、動物用サイクロトロン及び動物用磁気共鳴画像撮像装置を用いた研究については、当面の間、神経研究所が中心となって管理・運営をおこない、IBICの必要なメンバーがそこに参画するものとする。将来的には施設間の垣根を越えた使用を推進する。

II IBIC棟企業用貸しラボの設置・運営について

IBIC棟1Fに整備される企業用貸しラボ2室（貸しラボ①42.96㎡、貸しラボ②40.1㎡）について、IBICとして以下のとおり企業用貸しラボの業者選定及び運営管理を担っていく。

- 1) 企業用貸しラボの業者選定方法について

- ①プロポーザル入札方式により、一般公募（別途、起案）
- ②応募のあった業者の企画書にて「IBIC 棟企業用貸しラボ審査委員会（※2）」により選定（※2 後述の IBIC 運営委員会規程（案）を参照）
- 2) 貸しラボ業者の大型画像機器の使用料の徴収について
貸しラボ業者においても、当センターの大型画像機器を有償で 사용할 ことができる。
（ただし、大型画像機器の利用者は、IBIC が定める安全講習を受講しなくてはならない。）
- 3) 2)にかかる使用料の金額設定について
・・・引き続き、IBIC にて検討

III 画像情報研究部の活動概要

精神・神経疾患、発達障害、筋疾患の画像を中軸とした統合的研究により、新しい病態解明と診断に貢献すると同時に、全国からオンラインで脳病態画像・臨床情報を統一的に集約するシステムを開発して症例情報を集積できる脳画像データベースを構築し管理・公開することにより、日本における多施設共同研究の中核的臨床研究実施拠点となる体制を整え、画像・統計解析手法の開発や広く国内外の臨床研究や教育に貢献するために、WEB システムの開発に着手し下記プロジェクトを推進するための検討を行った。

将来的には治験画像診断として、ハイレベルな脳画像のクオリティチェックを実現するための検討を行う予定。

1) 多施設共同研究

研究に必要な情報を共有できる Virtual Community を提供し、ネットワークによる多施設共同研究の円滑な進行と論文制作を支援する。

2) 希少疾患研究

一つの施設では限界のあった希少疾患の脳画像・臨床情報を全国から収集、BIB に蓄積・管理し、症例報告に止まらない統一的な研究が成される可能性を広げる。

3) 読影

難度の高い脳画像の読影や中枢神経疾患に特化したセカンドオピニオン読影の依頼をオンラインで受け、1～2週間で読影する。読影は IBIC が選んだ高度な技術を持った医師が担当する。課金制とする。

4) 教育

多量の画像データを閲覧できる WEB の特性を生かし、実際の読影に近い形の画像教育用教材を作成・公開する。特に、NCNP の所有する希な症例を基に上級者向けのコンテンツも作成する。

5) 脳画像データベースの構築

脳画像を中心とした画像データベースを構築し、研究や教育のための二次利用を行う。蓄積されたデータを管理・公開することで臨床研究のサポートを行う。

＜次年度への課題＞

- 1) 各プロジェクトを運用管理するための規程等の整備
- 2) WEB システムを運用管理するための契約書等の整備
- 3) WEB システムの利便性の向上
(多施設共同研究・希少疾患研究・読影・脳画像データベースのバージョンアップ)
- 4) WEB システムの開発(教育)
- 5) IBIC ホームページの更新

III IBIC 運営委員会等諸規程の策定について

(各委員会の審議事項は、IBIC 運営委員会規程により定める)

- 1)IBIC 運営委員会規程の策定
- 2)IBIC 大型画像機器研究推進委員会規程の策定(引き続き、IBIC にて検討)
- 3)IBIC 多施設共同研究推進委員会規程の策定(引き続き、IBIC にて検討)
- 4)IBIC 棟企業用貸しラボ審査委員会規程の策定(別途、起案)
- 5)IBIC 研究室長候補者選考委員会規程の策定(引き続き、IBIC にて検討)
- 6)部長選考規程及び部長選考小委員会細則の改訂(引き続き、IBIC にて検討)
- 7)IBIC 部長選考小委員会に関する内規の策定(引き続き、IBIC にて検討)

知的財産及び利益相反等の諸規程

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター職務発明等規程

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター職務発明等規程

目次

- 第1章 総則（第1条・第2条）
- 第2章 研究成果物の帰属、発明の届出及び出願（第3条―第11条）
- 第3章 職務発明審査委員会（第12条―第14条）
- 第4章 優先実施権（第15条）
- 第5章 プログラム等著作物の取扱い（第16条―第21条）
- 第6章 ノウハウの取扱い（第22条―第26条）
- 第7章 雑則（第27条―第37条）
- 附 則

第1章 総則

（目 的）

第1条 この規程は、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター（以下「センター」という。）において職務に従事し、又は従事した職員がした発明等研究成果物の取扱いについて必要な事項を定めることによって、発明を行なった職員（以下「発明者」という。）の権利を保障するとともに知的財産権の適正な管理を実現することにより、発明等の促進、研究意欲の向上及び成果の普及を図り、もって医療の向上に資することを目的とする。

（定 義）

第2条 この規程において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- 一 「職員」とは、センターにおいて職務に従事し、又は従事した職員をいう。
- 二 「発明」とは、特許法（昭和34年法律第121号）に規定する発明をいう。
- 三 「プログラム等著作物」とは、著作権法（昭和45年法律第48号）に規定するプログラムの著作物及びデータベースの著作物をいう。
- 四 「考案」とは、実用新案法（昭和34年法律第123号）に規定する考案をいう。
- 五 「意匠」とは、意匠法（昭和34年法律第125号）に規定する意匠をいう。
- 六 「ノウハウ」とは、第2号から第5号までに掲げるもの以外の技術情報のうち秘匿することが可能なものであって、かつ財産的価値を有するものをいう。
- 七 「職務発明」とは、職員がした発明であって、発明の性質上センターの業務範囲に属し、かつ、その発明をするに至った行為がセンターにおける職員の現在又は過去の職務に属するものをいう。
- 八 「職務プログラム等著作物」とは、センターの発意に基づき職員が作成したプログラム等著作物をいう。

九 「職務ノウハウ」とは、職員が案出したノウハウであって、ノウハウの性質上センターの業務範囲に属し、かつ、そのノウハウを案出するに至った行為がセンターにおける職員の現在又は過去の職務に属するものをいう。

十 「研究成果物」とは、研究ノート、研究材料（生物系材料を含む。）、研究試料、実験装置、試作品、各種計測データ等を記録した紙・電子記録媒体等、職務としての研究遂行にあたり、有体物として得られた成果をいう。

十一 「特許権等」とは、特許法（昭和34年法律第121号）に規定する特許を受ける権利及び特許権をいう。

第2章 研究成果物の帰属、発明の届出及び出願

（研究成果物の帰属）

第3条 研究成果物は、センターに帰属するものとする。

2 研究に従事する職員は、センターの総長（以下「総長」という。）が必要と認める研究課題にかかる研究において、前条第十号に掲げる研究ノートを作成するものとする。

3 研究ノート作成の要否及び研究ノートの取扱いについては別に定める。

（発明届の提出）

第4条 発明者は、当該発明の特許化及び実用化の可能性を知ったときは速やかにその発明の内容を詳記した様式1に定める発明届を総長に提出しなければならない。

2 発明の学会や刊行物への発表等、特許法（昭和34年法律第121号）第29条第1項に抵触する、発明の新規性を損なう行為（以下「公表」という。）を為す必要があるときは、様式2に定める研究成果公表承認申請書を発明届と同時に提出し、事前に総長の承認を得なければならない。

3 発明届提出後、次条第1項に規定する職務発明でないことの認定を受けた場合、センターが特許を受ける権利を承継しないと決定された場合、又は第7条第3項及び第5項に規定する認定TLO等への譲渡手続若しくは特許出願の手続を行うまでの期間において、新たに公表する必要があるときは、前項の規定に準ずるものとする。

4 複数の職員が共同して発明を行なった場合には、各発明者は、それぞれ前各項の規定に従うものとする。

5 共同研究、受託研究及び委託研究に係る契約（以下「共同研究契約等」という。）に基づき、職員が職員以外の者（客員研究員及び協力研究員を含む。）と共同して発明を行なった場合には、当該共同研究契約等に特段の定めがある場合を除き、この規程を適用する。

（認定及び承継）

第5条 総長は、前条の発明届を受理したときは、発明届を受理した日から起算して30日以内にその届出に係る発明が職務発明であるか否かの認定をし、職務発明であると認定したときは、認定した日から起算して30日以内に当該発明の特許化及び実用化の可能性等を評価し、当該発明に係る特許を受ける権利をセンターが譲り受けるか否かを決

定するものとする。

- 2 総長は、前項の認定、評価及び決定をしようとするときは、第12条に定める職務発明審査委員会（以下「委員会」という。）に諮問することができる。
- 3 委員会は、発明者を招致し、説明を求めることができる。
- 4 総長は、第1項の認定、評価及び決定をしたときは、7日以内にその旨、理由を付して発明届を提出した者に書面により通知するものとする。
- 5 第1項の規定により職務発明と認定され、かつ、当該発明について特許を受ける権利をセンターが承継しないと決定された発明について、その職務発明をした職員（以下「職務発明者」という。）が特許権を取得したとき、又はその取得した特許権について特許の無効その他の事由に基づく変動があったときは、当該職務発明者は、速やかにその旨を総長に報告しなければならない。
- 6 前各項の規定は、職務発明者が前条の規定による届出をしない場合において、総長が、特許公報、特許目録その他の資料によりその旨を知ったときに準用する。

（認定又は決定の取り消し）

- 第6条 総長は、前条第1項の規定により職務発明と認定され、かつ、当該発明について特許を受ける権利をセンターが承継すると決定した発明について、いつでも当該発明に係る認定又は決定を取り消すことができる。
- 2 総長は、前項の取消しをしようとするときは、委員会に諮問することができる。
 - 3 総長は、第1項の規定による取消しをしたときは、7日以内にその旨、理由を付して発明者に書面により通知するものとする。
 - 4 第1項の規定により、当該発明について特許を受ける権利をセンターが承継するとした決定が取り消された発明については、前条第1項の規定により当該発明について特許を受ける権利をセンターが承継しないと決定されたものとみなす。
 - 5 第1項の規定による取消しは、第34条第1項及び第35条第1項の規定による決定についても準用する。
 - 6 第1項の規定による取消しが当該発明に係る特許権の設定登録の後になされたときは、特許権の帰属については、発明者と協議の上、総長が決定する。この場合、総長は、第28条の規定による発明者への補償金について、支払い済みの補償金の返還を発明者に求めないこと及び未請求の補償金を発明者に支払わないことができる。

（センターが承継する職務発明）

- 第7条 職務発明者は、総長が当該発明に係る特許を受ける権利をセンターが承継することを決定したときは、その権利をセンターに譲り渡すものとする。
- 2 前項の規定により特許を受ける権利を譲り渡すこととなった職務発明者は、様式3に定める譲渡証書を総長に提出しなければならない。
 - 3 総長は、センターの職員以外の共同発明者（客員研究員及び協力研究員を含む。以下同じ。）がない場合であって、前項の譲渡証書の提出を受けたときは、当該譲渡証書に記載された特許を受ける権利について、譲渡証書の提出を受けた日から起算して60日以内に、大学等における技術に関する研究成果の民間事業者への移転の促進に関する法

律（平成10年法律第52号）第13条第1項の規定により厚生労働大臣が認定する者（以下「認定TLO（技術移転機関）」という。）への譲渡の手續又は特許出願の手續を行うものとする。

- 4 総長は、前項に係る決定をしようとするときは、委員会に諮問することができる。
- 5 総長は、センターの職員以外の共同発明者がある場合であって、第2項の譲渡証書の提出を受けたときは、当該譲渡証書に記載された特許を受ける権利について、当該共同発明者（当該共同発明者から特許を受ける権利を承継した者を含む。以下同じ。）と協議の上、認定TLO（技術移転機関）又は当該共同発明者若しくは当該共同発明者が指定する者への譲渡又は特許出願の手續を行うことができる。
- 6 総長は、第3項及び前項の規定にかかわらず、センターが有する特許権等を譲渡又は放棄することができる。この場合、総長は事前に委員会に諮問するものとする。

（拒絶査定等の通知）

第8条 総長は、前条第3項又は第5項の譲渡に係る発明について、認定TLO（技術移転機関）から拒絶査定若しくは出願無効の処分を受けた旨の通知を受け、又は前条第3項若しくは第5項の特許出願に係る発明について拒絶査定若しくは出願無効の処分を受けたときは、速やかにその旨を書面により、職務発明者に通知するものとする。

（センターが承継しない職務発明）

- 第9条 センターは、第5条第1項の規定により特許を受ける権利を承継しない旨を決定した場合であっても、当該職務発明に係る権利につき通常実施権を有するものとする。
- 2 職務発明者は、第5条第1項の規定により特許を受ける権利をセンターが承継しないと決定された職務発明に係る特許権を取得したときは、速やかに様式4に定める通常実施権確認書を総長に提出しなければならない。
 - 3 総長は、前項の通常実施権確認書の提出を受けたときは、当該通常実施権確認書に記載された権利について、速やかに、通常実施権設定登録の手續を行うものとする。

（第三者への譲渡等）

- 第10条 職務発明者は、総長が当該発明に係る特許を受ける権利をセンターが承継しないと決定した場合であって、共同研究契約等に基づき職務発明に係る特許権等について優先的に実施し得る者（以下「優先実施権者」という。）があるときは、優先実施権者以外の者に対し当該特許権等を譲渡し、それを目的として質権を設定し、又は当該特許権等について専用実施権を設定し、若しくは通常実施権を許諾することはできない。ただし、職務発明者が当該優先実施権者から同意を得た場合はこの限りでない。
- 2 前項の規定は、当該特許権等の譲渡若しくは質権の設定又は当該特許権について専用実施権の設定若しくは通常実施権の許諾を受けた者が、第三者に対し、当該譲渡を受けた持分又は設定若しくは許諾された権利の譲渡、それを目的とした質権の設定、当該特許権について専用実施権の設定又は当該特許権等若しくは専用実施権について通常実施権の許諾を行う場合について準用する。

(職務発明者の出願及び権利譲渡の制限)

第 11 条 発明者は、当該発明について、第 5 条第 4 項の規定により、職務発明でないと認定された旨の通知又は特許を受ける権利をセンターが承継しないと決定された旨の通知を受けた後でなければ、当該発明に係る特許を出願し、又は特許を受ける権利の一部若しくは全部を第三者に譲り渡してはならない。ただし、特許出願を緊急に行う必要があるときは、この限りでない。

第 3 章 職務発明審査委員会

(設 置)

第 12 条 この規程を実施するため、職務発明審査委員会（以下「委員会」という。）を置く。

(審議事項)

第 13 条 委員会は、総長の諮問に応じ、この規程に定める事項その他職務発明に関する重要事項について審議する。

(組織及び運営)

第 14 条 委員会は、委員長、副委員長及び委員若干名をもって組織する。

2 委員長は、神経研究所長の職にある者がこれにあたるものとし、委員会における会務を総括するものとする。

3 副委員長は、精神保健研究所長の職にある者がこれにあたるものとし、委員長を補佐し、委員長に事故あるときはその職務を代行する。

4 委員は、企画戦略室長、トランスレーショナル・メディカルセンター長、副院長、研究所の部長の職にある者及び企画医療研究課長の職にある者の中から総長が指名する。

5 委員会は委員の過半数が出席しなければ開会することができない。

6 委員会の議事は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは委員長が決する。

7 委員長は、必要があると認めるときは、委員会に関係者の出席を求め、その意見を聴くことができる。

8 委員が職務発明等の届出を行なったときその他当該審議事項に係る当事者又はそれに準ずる立場となったときは、当該委員は、当該発明等に関する委員会の会議に出席することができない。

第 4 章 優先実施権

(優先実施権)

第 15 条 総長は、発明に係る権利をセンターが譲り受けた場合にあっては、当該職員の申出により、当該職員又はその指名する者（以下「実施職員」という。）に限り、実施契約締結の日から 7 年を超えない範囲内の当該契約で定める期間内において、当該権利を優先的に実施させることができるものとする。ただし、実施職員の申出の日よりも前

に第三者に対し実施の許諾があった場合又は共同研究契約等に基づき当該権利について優先的に実施し得る者がある場合は、この限りでない。

- 2 前項の場合において、実施職員が当該権利を優先的に実施できる期間の2年目以降において正当な理由なく実施しないとき又は当該権利を優先的に実施させることが公共の利益を著しく損なうと認められるときは、総長は、実施職員以外の者に対し、当該権利の実施を許諾することができるものとする。ただし、共有に係る権利の実施を許諾しようとするときは、当該権利の共有者の同意を得るものとする。
- 3 センターは、実施職員に対し当該権利について専用実施権を設定し、又は通常実施権を許諾するに当たっては、第10条の規定に準じた扱いをするものとする。

第5章 プログラム等著作物の取扱い

（著作物届の提出）

- 第16条 作成したプログラム等著作物又は作成中のプログラム等著作物が次の各号のいずれかに該当するに至った職員（以下「プログラム等創作者」という。）は、当該各号に該当するに至った後、速やかに当該プログラム等著作物の内容を詳記した様式5に定める著作物届を、総長に提出しなければならない。
- 一 プログラム等著作物を公表し、又は職員以外に移転する必要性が生じた場合
 - 二 プログラム等著作物に関連してこの規程に定める他の届出を行う場合
- 2 複数の職員が共同してプログラム等著作物の創作を行なった場合には、各プログラム等創作者は、それぞれ著作物届を総長に提出しなければならない。
 - 3 共同研究契約等に基づき、職員が職員以外の者（客員研究員及び協力研究員を含む。）と共同してプログラム等著作物の創作を行なった場合には、当該共同研究契約等に特段の定めがある場合を除き、この規程を適用する。

（認 定）

- 第17条 総長は、前条の著作物届を受理したときは、著作物届を受理した日から起算して30日以内にその届出に係るプログラム等著作物が職務プログラム等著作物であるか否かの認定をするものとする。
- 2 総長は、前項の認定をしようとするときは、委員会に諮問することができる。
 - 3 委員会はプログラム等創作者を招致し、説明を求めることができる。
 - 4 総長は、第1項の認定をしたときは、7日以内にその旨、理由を付してプログラム等創作者に書面により通知するものとする。
 - 5 前四項の規定は、プログラム等創作者が前条の規定による届出をしない場合において、総長が、資料等によりその旨を知ったときについて準用する。

（帰 属）

- 第18条 前条において、総長が、プログラムの著作物について、職務プログラム等著作物であると認定したときの著作者は、センターとする。
- 2 前条において、データベースの著作物について、職務プログラム等著作物であると認

定し、かつ、センターが自己の著作の名義の下に公表するものの著作者は、センターとする。

（著作者人格権）

第 19 条 職務プログラム等著作物を作成した職員（以下「職務プログラム等創作者」という。）は、著作権法（昭和 45 年法律第 48 号）に規定する著作者人格権を行使しないものとする。

（権利譲渡の制限）

第 20 条 プログラム等創作者は、作成したプログラム等著作物について、第 17 条第 4 項の規定により職務プログラム等著作物でないと認定された旨の通知を受けた後でなければ、著作権を第三者に譲り渡してはならない。

（準 用）

第 21 条 第 13 条、第 27 条から第 33 条まで及び第 37 条の規定は、プログラム等著作物について準用する。この場合、「発明」とあるのは「プログラム等著作物の創作」と、「発明者」とあるのは「プログラム等創作者」と、「発明届」とあるのは「著作物届」と、読み替えるものとする。

第 6 章 ノウハウの取扱い

（ノウハウ案出届の提出）

第 22 条 ノウハウを案出した職員は、案出したときは速やかにそのノウハウの内容を詳記した様式 6 に定めるノウハウ案出届を、総長に提出しなければならない。

- 2 複数の職員が共同してノウハウの案出を行なった場合には、各ノウハウを案出した職員は、それぞれノウハウ案出届を総長に提出しなければならない。
- 3 共同研究契約等に基づき、職員が職員以外の者（客員研究員及び協力研究員を含む。）と共同してノウハウの案出を行なった場合には、当該共同研究契約等に特段の定めがある場合を除き、この規程を適用する。

（認 定）

第 23 条 総長は、前条の届を受理したときは、ノウハウ案出届を受理した日から起算して 30 日以内にその届出に係るノウハウが職務ノウハウであるか否かの認定をするものとする。

- 2 総長は、第 1 項の認定をしようとするときは、委員会に諮問することができる。
- 3 委員会はノウハウを案出した職員を招致し、説明を求めることができる。
- 4 総長は、第 1 項の認定をしたときは、7 日以内にその旨、理由を付してノウハウ案出届を提出した者に書面により通知するものとする。
- 5 前四項の規定は、ノウハウを案出した職員が前条の規定による届出をしない場合において、総長が、資料等によりその旨を知ったときについて準用する。

(帰 属)

第 24 条 前条において、職務ノウハウであると認定した場合、当該ノウハウを使用する権利はセンターに帰属する。

(権利譲渡の制限)

第 25 条 ノウハウを案出した職員は、当該ノウハウについて、第 2 3 条第 4 項の規定により、職務ノウハウでないと認定された旨の通知を受けた後でなければ、ノウハウを使用する権利を第三者に譲り渡してはならない。

(準 用)

第 26 条 第 1 3 条、第 2 7 条から第 3 3 条まで及び第 3 7 条の規定は、ノウハウについて準用する。

第 7 章 雑則

(異議の申立)

第 27 条 発明者は、第 5 条第 1 項の認定、評価及び決定に対して異議があるときは、同条第 4 項の通知を受けた日から起算して 3 0 日以内に、その旨を書面により総長に申し立てることができる。

2 総長は、前項の異議の申立てについて、遅滞なく決定を行い、その結果を当該申立てをした職員に通知するものとする。

3 総長は、前項の決定をしようとするときは、予め委員会に諮問するものとする。

(補償金の請求)

第 28 条 総長は、第 7 条の規定に基づき、認定 T L O (技術移転機関) への譲渡又は特許出願の手続を行なった発明について、認定 T L O (技術移転機関) から特許権設定登録を受けた旨の通知を受け、又は特許権の設定登録を受けたときは、速やかにその職務発明者に対しその旨を通知し、様式 7 に定める登録補償金請求書を提出させ、登録補償金請求書の受領後、センターは、当該職務発明者に対して、別表第 1 に掲げる額の登録補償金を支払うものとする。ただし、職務発明者が 2 名以上あった場合には、それぞれの職務発明者に対し、登録補償金請求書を提出させるものとし、この場合においては、センターは、各職務発明者に対して、別表第 1 に掲げる額の登録補償金を当該職務発明者の持分に応じて按分した額を支払うものとする。

2 総長は、センターが承継した職務発明に係る特許権の実施(認定 T L O (技術移転機関) が民間事業者に実施させる場合を含む。)又は特許権等の譲渡によりセンターが収入(当該特許権等の出願、登録及び維持等に要した費用を差し引いて得た収入をいう。)を得たときは、その職務発明者に対し、毎年度 4 月 1 日から 3 月 3 1 日までの間の収入実績を通知し、様式 8 に定める実施補償金請求書を翌年度 4 月末日までに提出させるものとし、実施補償金請求書の受領後、センターは、当該発明者に対して、別表第 2 に掲

げる額を実施補償金として支払うものとする。ただし、職務発明者が2名以上あった場合は、それぞれの職務発明者に対し、収入実績を通知し、実施補償金請求書を提出させるものとし、この場合においては、センターは、各職務発明者に対して、別表第2に掲げる額の実施補償金を発明者の持分に応じて按分した額を支払うものとする。

3 前二項の補償金の請求手続き及び支払い方法は別に定める。

（秘密の保持）

第29条 職務発明者及び当該発明の内容を知り得た関係職員は、センター及び職務発明者の利害に関係ある事項について、必要な期間中、その秘密を守らなければならない。

（外国における権利）

第30条 この規程によりセンターが取得する権利は、外国法の適用によりその外国法において定める権利となるものを含むものとする。

（海外の研究機関等における成果の取扱い）

第31条 職員が、海外の研究機関等において客員研究員等（センターにおける職員の身分を保有して一定期間海外の研究機関等で研究等に従事する者をいう。）として挙げた成果は、当該研究機関等の内部規程及び当該国における関係法令に従う。

（職員以外の者の取扱い）

第32条 研究生、実習生及び臨時職員等が、センターの業務に関連して行なった発明には、センターの職員の発明とみなして、この規程を適用する。

2 客員研究員及び協力研究員が、センターの業務に関連して行なった発明の取扱いについては、センターの職員の発明とみなして、この規程を適用する。ただし、別に定める共同研究契約等に基づいて、この規程と異なる取り扱いをすることを妨げない。

（職員の転職及び退職等並びに死亡の場合の取扱い）

第33条 職員が転職又は退職した後も、本章に定める補償金を受ける権利は、当該職員に存続する。

2 職員が死亡した場合は、本章に定める補償金を受ける権利は、相続人に帰属する。

（職務発明でない発明）

第34条 総長は、第5条第1項の規定により職務発明でない旨の認定がなされた発明について、発明者から当該発明に係る特許権等をセンターへ譲渡することを希望する旨の申し出があった場合は、当該特許権等をセンターが譲り受けるか否かを決定するものとする。

2 第5条第2項及び第3項、第7条から第11条まで、第28条から第33条まで並びに第37条の規定は、前項の発明について準用する。この場合において、第5条第2項中「前項の認定、評価及び決定」とあり、及び第5条第4項中「第1項の認定、評価及び決定」とあるのは、「第34条第1項の決定」と読み替えるものとする。

（センターが承継しない職務発明に係る特許権）

第 35 条 総長は、第 5 条第 1 項の規定により特許を受ける権利をセンターが承継しないと決定された職務発明（次項において単に「職務発明」という。）について特許権を取得した職務発明者から、当該職務発明に係る特許権をセンターへ譲渡することを希望する旨の申し出があった場合は、当該特許権をセンターが譲り受けるか否かを決定するものとする。

2 職務発明者は、職務発明について共同発明者がある場合であって、前項の申し出を行うときは、当該共同発明者の同意を得なければならない。

3 第 5 条第 2 項及び第 3 項、第 7 条第 1 項及び第 2 項、第 28 条から第 33 条まで並びに第 37 条の規定は、第 1 項の発明について準用する。この場合において、第 5 条第 2 項中「前項の認定、評価及び決定」とあり、及び第 5 条第 4 項中「第 1 項の認定、評価及び決定」とあるのは、「第 35 条第 1 項の決定」と読み替えるものとする。

（考案及び意匠への準用）

第 36 条 この規程は、職員がした考案及び意匠に準用する。

（その他）

第 37 条 この規程に定めるもののほか、職務発明の取扱いについて必要な事項は、総長が委員会の審議を経て別に定めるものとする。

附 則

（施行期日）

第 1 条 この規程は、平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

（経過措置）

第 2 条 この規程の施行前にされた職務発明の取扱いについても、この規程を適用する。

附 則（平成 22 年規程第 79 号）

（施行期日）

この規程は、平成 22 年 12 月 1 日から施行する。

別表第1

特許 1件につき20,000円（外国は1国10,000円）

考案 1件につき5,000円

意匠 1件につき5,000円

ノウハウ等 1件につき5,000円

別表第2

実施収入（毎年4月1日～3月31日）＝収入－必要経費

〔必要経費〕 知的財産権の出願、登録及び維持保全並びに技術移転活動のために負担した費用（TLOの成功報酬を含む）

- ・ 実施収入10,000万円以下の金額については、100分の50を作成者に支払う。
- ・ 実施収入10,000万円を超える金額については、上限を5,000万円として作成者に支払う。

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター
成果有体物取扱規程

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター成果有体物取扱規程

(目 的)

第1条 この規程は、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター（以下「センター」という。）の職員等がセンターの業務として作製した成果有体物の取扱い等を規定することにより、成果有体物の適正な管理、外部機関との円滑な研究協力及びセンターの研究促進を図ることを目的とする。

(定 義)

第2条 この規程における用語の定義は、次の各号に定めるところによる。

(1) 「職員等」とは、次に掲げるものをいう。

イ センターの職員及び非常勤職員

ロ イに掲げる職員以外の者であって、従事する業務と作製した成果有体物の取扱いにつき、センターと契約を締結している者

(2) 「その他の研究者等」とは、職員等以外の者であって、教育、研修及び研究を目的としてセンターが受け入れている者をいう。

(3) 「成果有体物」とは、職員等がセンターの業務として、又はその他の研究者等が職員等の指導に基づき研究活動の一環として、創作、抽出又は取得したものであって、有形かつ学術的・技術的価値を有するものをいう。ただし、論文、講演その他の著作物に関するものを除く。

(4) 「作製」とは、成果有体物の創作、抽出又は取得をいう。

(5) 「提供」とは、成果有体物を有償又は無償で外部機関において使用させるために譲渡又は貸与することをいう。ただし、分析依頼のための譲渡又は貸与及び特許出願のための生物寄託を除く。

(6) 「施設長」とは、神経研究所、精神保健研究所、トランスレーショナル・メディカルセンター、病院及びその他、センターの総長（以下「総長」という。）が必要と認める組織の長をいう。

2 この規程において、成果有体物が増殖・繁殖可能なものである場合には、その子孫・増殖物も成果有体物とみなす。

3 この規程及び関係書類等において、「標品」、「有体物」等の表現がふさわしくない場合は、柔軟に対応する。

(帰 属)

第3条 成果有体物の所有権及び成果有体物にかかる全ての権利は、特段の定めがない限りセンターに帰属する。また、成果有体物を一部改変したものについても、原成果有体物の権利者たるセンターの権利が及ぶものとする。

(管 理)

第4条 職員等は、成果有体物を作製したときは、適正に管理しなければならない。

(届 出)

第5条 職員等は、成果有体物について次の各号のいずれかに該当するときは、別に定めるところにより、当該成果有体物につき速やかにセンターに届け出なければならない。

- (1) 作製した場合
- (2) 提供する場合
- (3) 外部機関から成果有体物を提供しよう要請があった場合
- (4) 有償で提供を行う用意がある場合
- (5) その他届出が必要であると判断した場合

2 届出は、所定の様式により行うものとする。

(処 理)

第6条 センターは、前条の届出を受理した時は、速やかに第16条に規定する委員会を開催し処理するものとする。

(施設における管理)

第7条 施設長は、第11条により提供した成果有体物について適正に管理しなければならない。第13条により譲渡又は貸与を受けた第三者の成果である有体物についても同様とする。

(成果有体物提供契約)

第8条 センターは、成果有体物を提供するときは、提供先と成果有体物の提供に関する契約を締結するものとする。当該契約における契約書の雛形は、別に定め、柔軟に対応する。

- 2 提供する成果有体物に第三者の知的財産権等の権利が含まれていることが明らかである場合、センターは、第三者の権利を侵害しないよう適正な成果有体物提供契約を締結するものとする。
- 3 総長は、前各項に係る契約事務を第三者に委任することができる。

(学術・研究開発を目的とする提供)

第9条 センターは、学術・研究開発を目的とする成果有体物を提供する場合は、提供先との間で成果有体物の提供に関する契約を締結した後、成果有体物を提供先に有償で提供することができる。

- 2 センターは、総長が必要と認めた場合は、成果有体物を提供先に無償で提供することができる。この場合、センターは、当該提供に係る成果有体物の作製及び提供に必要な経費を、成果有体物の提供先から徴収することができる。

(産業利用・収益事業等を目的とする提供)

第10条 センターは、産業利用・収益事業を目的とする成果有体物を提供する場合及び前条の目的以外を目的とする成果有体物を提供する場合、提供先との間で成果有体物の提供に関する契約を締結した後、成果有体物を提供先に有償で提供することができる。

（提供の決定）

第11条 第9条又は前条に基づく提供の決定は、総長が行うものとする。ただし、総長は、第9条又は前条に基づく提供の決定を施設長に委任できるものとする。

（収入の分配）

第12条 センターは、成果有体物を提供することにより収入を得たときは、作製及び提供に必要な経費を控除の上、収入総額の70%を所属する研究部の活動経費に、収入総額の20%をセンターの経費に、収入総額の10%をトランスレーショナル・メディカルセンターの活動経費に分配する。

（第三者の成果有体物）

第13条 センターは、第三者の成果である有体物の譲渡又は貸与を受ける場合、適正な成果有体物提供契約を締結するものとする。

2 前項に基づく受入れの決定は、総長が行うものとする。ただし、総長は、当該受入れの決定を施設長に委任できるものとする。

（守秘義務）

第14条 職員等は、成果有体物に関して、その内容並びにセンター及びその職員等の利害に関係ある事項について、必要な期間、それらの秘密を守らなければならない。

2 前項の規定は、職員等がセンターを退職した後も適用するものとする。

（業務の委託）

第15条 センターは、成果有体物を提供する、又は第三者の成果である有体物の譲渡又は貸与を受ける場合、提供又は譲渡若しくは貸与に係る業務をTLO（技術移転機関）等の第三者に委託することができる。

（成果有体物審査委員会の設置）

第16条 この規程の目的を達するため、センターに成果有体物審査委員会（以下「委員会」という。）を置く。

（審議事項）

第17条 委員会は、総長の諮問に応じ、この規程に定める事項及びその他の成果有体物に関する重要事項について審議する。

2 委員長が必要と認めた場合には、メール又は書面による持ち回り決議により決裁することができるものとする。

(組織及び運営)

第 18 条 委員会は、委員長、副委員長及び委員若干名をもって組織する。

2 委員は、次の各号に掲げる者のうち総長が指名する者により構成されるものとする。

(1) 神経研究所長

(2) 精神保健研究所長

(3) トランスレーショナル・メディカルセンター長

(4) 副院長

(5) 研究所の部長の職にある者

(6) 総務部長

(7) 企画医療研究課長

3 委員長は、神経研究所長の職にある者がこれにあたるものとし、委員会における会務を総括するものとする。

4 副委員長は、精神保健研究所長の職にある者がこれにあたるものとし、委員長を補佐し、委員長に事故ある時はその職務を代行するものとする。

5 委員長は、必要があると認める場合は、委員会に関係者の出席を求め、その意見を聴くことができる。

(委 任)

第 19 条 この規程に定めるもののほか、成果有体物の取扱いについて必要な事項については、総長が委員会の審議を経て定めるものとする。

(庶 務)

第 20 条 委員会の庶務は、企画経営部企画医療研究課において処理する。

附 則

この規定は平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター
利益相反マネジメント規程

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター利益相反マネジメント規程

（趣 旨）

第1条 この規程は、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター利益相反マネジメントポリシーに則り、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター（以下「センター」という。）並びにセンターの役員及び職員（非常勤職員である者を含む。以下「職員等」という。）の利益相反状態の発生による弊害を防止するため、センター及び職員等の利益相反の適切な管理（以下「利益相反マネジメント」という。）に関し必要な事項を定め、もってセンターにおける産学官連携活動を適正かつ効率的に推進することを目的とする。

（用語の定義）

第2条 この規程において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

（1）産学官連携活動

センターと企業等との間で行う協力研究（共同型協力研究、受託型協力研究）、技術移転（実施許諾、権利譲渡、技術指導）、職員等の兼業、研究助成金・寄付金の受入れ、施設、設備の利用の提供及び物品の購入等をいう。

（2）利益相反

産学官連携活動によって生じる次のいずれかの状況により、センターの社会的信頼が損なわれ得る状況をいう。

イ 職員等が得る利益（兼業報酬、特許に係る収入、未公開株式の保有等）と、センターにおける責任が衝突・相反する状況

ロ センターが得る利益とセンターの社会的責任が相反する状況

ハ 職員等の企業等に対する職務遂行責任とセンターにおける職務遂行責任が両立し得ない状況

（3）企業等

企業、国若しくは地方公共団体の行政機関又はその他の団体をいう。

（4）部局

神経研究所、精神保健研究所、トランスレーショナル・メディカルセンター、病院及び事務局（監査室及びコンプライアンス室を含む。）をいう。

（利益相反マネジメントの対象）

第3条 利益相反マネジメントは、職員等が次の各号に掲げる場合に該当するときに行うものとする。

（1）兼業活動（技術指導を含む。）に従事する場合

（2）ベンチャー企業の職務に関連し、報酬、株式保有等の経済的利益を有する場合

（3）企業等に自らの発明等を技術移転する場合

（4）企業等との協力研究に参加する場合

（5）企業等から寄付金、設備又は物品等の供与を受ける場合

（6）前各号に掲げるもののほか、職員等への便益を供与する企業等（以下「便益供与者」という。）に対し、センターの施設、設備の利用の提供、又は便益供与

者から物品を購入する場合

- 2 前項に規定するもののほか、前項各号に掲げる場合等に関連し、センターが組織として利益を得る場合は、利益相反マネジメントを行うものとする。

（職員等の責務）

第4条 職員等は、利益相反の発生が懸念される場合は、第15条に規定する利益相反相談室に相談する等、利益相反の回避に自ら努めるものとする。

- 2 職員等は、利益相反に関する自己申告を1年に1回行うものとする。
- 3 前項に規定するもののほか、第6条に規定する委員会が特に必要と認めるときは、職員等に利益相反に関する申告を行わせることができるものとする。
- 4 職員等は、第6条に規定する委員会が行う調査等に協力するものとする。

（各部局における対応）

第5条 部局の長は、当該部局の職員等に対し、利益相反を生じさせないように指導するものとする。

（利益相反マネジメント委員会）

第6条 センターに、利益相反に関する重要事項を審議・審査するため、利益相反マネジメント委員会（以下「委員会」という。）を置く。

（所掌事項）

第7条 委員会は、次に掲げる事項を行う。

- (1)利益相反の防止に関すること。
- (2)利益相反に係る調査及び審査に関すること。
- (3)利益相反ポリシーに関すること。
- (4)利益相反マネジメントガイドラインの制定及び改廃に関すること。
- (5)その他利益相反マネジメントに関すること。

（調査結果に基づく処置）

第8条 委員会は、前条第2号の調査の結果、利益相反の疑義が生じることが懸念される場合は、必要に応じて当該職員等に対し事情聴取等を行い、改善を要すると認めたときは、総長に報告するものとする。

- 2 委員会は、前条第2号の調査の結果、利益相反の疑義が生じた場合は、更に必要な調査を行い、問題の有無及び必要な処置について総長に報告するものとする。
- 3 総長は、第1項又は前項の報告に基づき、必要な処置を決定し、当該職員等及び部局の長に通知するものとする。
- 4 委員会は、前条第2号の調査の結果及び事情聴取等の情報をセンター内の倫理審査委員会に適宜提供するものとする。

（異議申立て）

第9条 職員等は、前条第3項の処置に対し不服がある場合は、総長に対して書面により異議申立てを行うことができる。ただし、異議申立ては、1回を限度とする。

- 2 総長は、異議申立てに関する書面を受理したときは、委員会に再審議を指示するものとする。
- 3 総長の指示を受けた委員会は、再度審議を行い、速やかに審議の結果を総長に報

告するものとする。

- 4 総長は、前項の報告に基づき、異議申立てに対する処置を決定し、当該職員等及び部局の長に通知するものとする。

（組 織）

第 10 条 委員会は、次の各号に掲げる委員で組織する。

- （１）神経研究所長
 - （２）総務部長
 - （３）病院部長 1 名、神経研究所部長 1 名、精神保健研究所部長 1 名
 - （４）外部の有識者若干名
 - （５）その他総長が必要と認める者若干名
- 2 前項の委員の任期は、2 年とし、再任を妨げない。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（利益相反マネジメント委員会）

第 11 条 委員会に、委員長、副委員長をおき、委員長は、神経研究所長の職にある者、副委員長は総務部長の職にある者とする。

- 2 委員長は、利益相反マネジメント委員会（以下「委員会」という。）を招集し、その議長となる。ただし、委員長に事故がある場合は、副委員長がその職務を代行する。

（委員会の開催）

第 12 条 委員会は、原則として年 1 回開催するほか、必要に応じて開催する。

（議 事）

第 13 条 委員会は、委員の 3 分の 2 以上の出席により成立し、議事は、出席者の過半数によって決する。

（意見の聴取）

第 14 条 委員会が必要と認めたときは、委員以外の者の出席を求め、その意見を聴くことができる。

（利益相反相談室の設置）

第 15 条 委員会に利益相反相談室を置き、相談員を配置する。

- 2 相談員は、職員等からの利益相反に関する相談に応じる。
- 3 相談員は、委員会の委員長が委嘱する。
- 4 前 3 項に定めるもののほか、利益相反相談室に関し必要な事項は、委員会が別に定める。

（センター外への周知）

第 16 条 委員会は、利益相反に関する意識の向上を図るため、利益相反マネジメントの理念、方法等を職員等に周知するとともに、適宜啓発活動を行うものとする。

- 2 委員会は、定期的にセンターにおける利益相反に対する取組状況（個人のプライバシーに係る部分を除く。）を公表するものとする。

（専門委員会）

第 17 条 委員会に、専門の事項を調査又は審議するため、専門委員会を置くことができる。

2 専門委員会に関する事項は、委員会が別に定める。

（専門委員会の委員等の義務）

第 18 条 専門委員会の委員は、その任期中及び任期満了後において、職務上知り得た秘密を他に漏らしてはならない。

2 第 14 条の規定により委員会に出席を求められた者及び専門委員会の事務に携わる者は、前項の規定を準用する。

（事 務）

第 19 条 委員会の事務は、企画経営部企画医療研究課において行う。

2 利益相反相談室の事務は、企画経営部企画医療研究課において行う。

（雑 則）

第 20 条 この規程に定めるもののほか、この規程の実施に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

（施行期日）

この規程は、平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

大学法人等との協定書等について

早稲田大学および国立精神・神経センターとの 教育研究協力に関する協定書

早稲田大学（以下「大学」という。）と国立精神・神経センター（以下「センター」という。）は、相互に連携（以下「連携大学院方式」という。）し、大学の研究科（以下「研究科」という。）の修士課程及び博士後期課程における教育研究活動の一層の充実をはかるとともに、センターの研究活動を推進し、その成果の普及を促進することによって、わが国における学術および科学技術の発展に寄与するために、次のとおり協定を締結する。

（客員教員の委嘱）

第1条 大学は、その教育研究活動を一層活性化するために、センターとの協議の上、十分な見識・専門知識を有するセンターの研究者を、大学の「客員教員の受け入れに関する規則」に基づき、研究科の客員教授（非常勤扱）または客員准教授（非常勤扱）（以下「客員教員」という。）に委嘱するものとする。この場合の客員教員候補者の資格審査は、大学の人事手続きに則して行う。

（客員教員の委嘱の要件）

第2条 客員教員の委嘱にあたっては、次の各号を要件とする。

- 一 報酬を支給しないこと。
- 二 センターの業務に支障を生じさせないこと。
- 三 研究科の管理運営については、一切の責任を負わせないこと。

（研究科の学生への研究指導等）

第3条 客員教員は、研究科の要請に応じて、センターにおいて必要と認める場合には、センターの定める諸規定等の範囲内で受け入れるものとし、研究科の学生（以下「学生」という。）に対して研究指導を行うことができる。

（研究科への協力）

第4条 客員教員は、研究科の要請に応じて、センターにおいて必要と認める場合には、国家公務員法等関係法令の範囲内において、研究科の教育活動に対する協力を行うことができる。

（学生の指導教員）

第5条 客員教員が学生を研究指導する場合には、研究科に当該学生の指導教員を置くこととする。

2 客員教員および指導教員は、学生の研究活動に関し、相互に補完的な役割を担当する。

（学生のセンターにおける身分）

第6条 センターにおいて研究指導をうける場合の学生の資格・身分は、センターの定めるところによる。

（学生の授業科目の履修）

第7条 センターにおいて研究指導を受ける学生は、課程修了に必要な授業科目を研究科で履修する。

(研究成果の公表)

第8条 学生がセンターにおいて研究指導を受けて得た研究成果は、原則として公表するものとする。

2 研究成果の公表に関する個々の案件については、センターの定めによるものとし、必要と認められる場合には、研究科の了承を得るものとする。

(工業所有権の取り扱い)

第9条 学生がセンターにおいて研究指導を受けて、なした工業所有権等の権利（特許権・実用新案権・意匠権および商標権ならびにこれらの権利を受ける権利）の帰属は、センターの定めるところによる。

(連携大学院方式連絡協議会)

第10条 大学とセンターは、連携大学院方式に関する事項を協議するため、連携大学院方式連絡協議会（以下「協議会」という。）を設置する。協議会は、大学とセンターが定める事項について協議する。

2 協議会の委員は、大学とセンターがそれぞれ選出する。

(協定の見直し)

第11条 この協定は、連携大学院方式に関わる事業の進展によって生じた問題点に対応するとともに、諸制度等の改正に応じて、随時見直しを図るものとする。

(協定に定めのない事項)

第12条 この協定書に定めのない事項、またはこの協定書の解釈に疑義を生じた事項については、必要に応じてその都度大学とセンターが協議の上、決定するものとする。

(協定の発効及び更新)

第13条 本協定書は、平成20年4月1日から平成23年3月31日まで有効とする。ただし、平成22年度にセンターが独立法人化した場合においても効力は有効とする。

2 本協定書は、有効期限の6か月前までに大学およびセンター双方において異議なき場合は、さらに1年間延長するものとし、以後についても同様とする。

本協定書は、2通作成し、大学とセンターで各1通を所持するものとする。

平成20年5月2日

早稲田大学総長

白井克彦

国立精神・神経センター総長

樋口 輝彦

山梨大学大学院医学工学総合研究部の連携講座に関する協定書

山梨大学大学院医学工学総合研究部(以下「甲」という)並びに、国立精神・神経医療研究センター(以下「乙」という)は、甲の乙との連携による講座(以下「連携講座」という)に関し、以下のとおり実施する。

(連携講座)

第1条 連携講座を山梨大学大学院医学工学総合研究部に設置する。

2 連携講座は乙の部長級医師のうちから甲が選考した客員教授(以下「連携講座教授」という)によって構成する。連携講座教授の任期は1年とし、必要に応じて更新できる。

第2条 連携講座教授は山梨大学大学院博士課程医学領域委員会の委員として加わる。

2 連携講座教授は、学位論文の審査を担当することができる。

3 連携講座教授は、山梨大学大学院医学工学総合教育部博士課程に在籍する大学院生(以下「連携講座配属学生」という)の研究指導を乙において行うことができる。

第3条 甲は連携講座教授に対し、連携講座の運営に関する費用、研究指導に関する経費及び手当を支給しないものとする。

(施設・設備の便宜供与及び安全管理等)

第4条 乙は、連携講座配属学生に対しては、乙の定めるところにより、乙の施設・設備の使用について便宜供与を行うものとする。

2 乙は、連携講座配属学生に対し、乙の定めるところにより、乙の施設・設備の使用に係る安全教育等の研修を行うものとする。

(研究成果の公表)

第5条 連携講座教授が甲の教員と共同で行う研究成果を公表する場合の取扱いは、当該教員間の協議による。

(研究成果の帰属等)

第6条 連携講座教授が甲の教員と共同で行う研究成果による知的財産権の取扱いは、甲乙協議により定める。

(事故の報告)

第7条 連携講座配属学生が研究指導等を受けている際、その他乙内において事故にあった場合は、乙は遅滞なく甲に報告するものとする。

(協定の見直し)

第8条 この協定の内容については、甲乙いずれかから修正等の申し出があった場合は、甲乙協議によりこれを見直すことができる。

(雑則)

第9条 この協定に定めるもののほか、連携講座の運営等に関し必要な事項は、別に定める。

2 この協定(前項の規程に基づく取決め等を含む)に定めるものの他、新たに協議する事項が生じた場合には、甲乙は協議するものとする。

本協定締結の証として、本書2通を作成し、甲乙押印の上、各自1通を保有するものとする。

平成 22年 9月 1日

山梨大学大学院

医学工学総合研究部長 有 田 順



国立精神・神経医療研究センター

総長 樋口 輝彦

