目次

■診療科

１．消化器内科　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　p.3

２．循環器内科　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　p.3

３．心療内科　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　p.4

４．てんかんセンター　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　p.4

５．筋疾患センター　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　p.5

６．神経内科とパーキンソン病・運動障害疾患(PMD)センター　・・　p.6

７．リハビリテーション科　・・・・・・・・・・・・・・・・・・　p.7

８．脳神経外科　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　p.7

９．小児神経科　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　p.8

10．精神科　　睡眠障害・認知症・気分障害・統合失調症

　　薬物依存症・精神科リハビリテーション・・・・　p.9

■検査

１．放射線診断（画像診断等）　・・・・・・・・・・・・・・・・　p.12

■診療科

１．消化器内科

こういう患者さんをご紹介ください	こういう診療を行います	私たちが担当します
1．腹痛や便通異常など一般的な消化器症状を有する患者さん 2．上部、下部内視鏡検査が必要な患者さん 3．炎症性腸疾患が疑われる、または治療に難渋している患者さん 4．過敏性腸症候群などの機能性消化管障害が疑われる、または治療に難渋している患者さん	1．理学所見、血液検査に加えて内視鏡検査、CT・MRI 検査などを適宜用い、正確な診断と適切な治療を行います。 2．大腸内視鏡検査、ポリープ切除術なども積極的に行っています。 3．炎症性腸疾患、過敏性腸症候群の診療には特に力を入れており、最先端の治療法を含めて、その人に合う治療を総合的に行います。	3名の消化器科医師（うち 2 名は消化器病および消化器内視鏡専門医）が担当します。

２．循環器内科

こういう患者さんをご紹介ください	こういう診療を行います	私たちが担当します
1．心電図異常について精査を希望する患者さん 2．心雑音、胸部 X 線写真で心拡大を認める患者さん	1．心電図の判読を行い、必要な精査を行います。 2．心エコーによる心機能評価、弁膜症のチェックを行います。 3．薬物治療による血圧のコントロールを行います。二次性高血圧（原発性アルドステロン症、クッシング症候群、褐色細胞腫など）の鑑	循環器内科医 1 名で診療します。循環器内科医として 25 年以上の臨床経験があり、循環器専門

3．高血圧症でコントロール困難な患者さん、二次性高血圧の鑑別を要する患者さん 4．心房細動、人工弁でワーファリン治療を希望する患者さん	別診断を行います。 4．危険因子の評価、ワーファリンについての説明、治療を行います。合併する危険因子（心不全、高血圧、糖尿病）があれば合わせて診療します。必要に応じてリズム・コントロール、レート・コントロールを行います。紹介医、患者さんの希望があれば、当院で継続的に診療します。	医、総合内科専門医です。

３．心療内科

こういう患者さんをご紹介ください	こういう診療を行います	私たちが担当します
1.病気の発症及び持続に心理社会的な要因の関与が認められ、一般的な治療のみでは改善が困難な患者さん（心身症をはじめとするストレス関連疾患） 2.他に、摂食障害(主に神経性食欲不振症)や単純性肥満などの患者さん	診察・検査を行い、心身両面から病態を評価した上で、身体治療や薬物療法をはじめとして、日常のストレス状態から開放されるための工夫（リラックス法の習得など）やストレッサーへの対処法の指示と学習、健康の維持・増進を可能にする生活習慣や行動様式の習得、家族や職場の人々の理解と支援が得られるような援助、を主に治療として行います。	心療内科医師

４．てんかんセンター

こういう患者さんをご紹介ください	こういう診療を行います	私たちが担当します
1.薬物治療を行ってもてんかん発作が治まらない成人、小児及び乳幼児の患者さん	てんかんセンターとして、小児神経科、精神科、脳外科等の診療科がチームを組み	総勢 12 名（小児神経 5 名、精神科 4 名、脳外科 4 名）のてん

2.MRI で病変があるなど、てんかん外科治療の適否につき相談したい場合 3.てんかん患者で精神症状合併例の患者さん 4.てんかんの高度な医療（検査、診断、薬剤選択、外科治療等）に関するご相談	1.脳波、MRI、MEG、PET、SPECT、発作時ビデオ脳波記録装置等の最新の診断機器を用い 2.必要に応じて入院の上、最新のガイドラインに基づく診断と治療を行い 3.出来る限り状態を改善した上で、ご紹介頂いた医療機関にお返しし 4.双方向性の治療連携を大切にして長期追跡を行います	かん専門医が対応します。

５．筋疾患センター

こういう患者さんをご紹介ください	こういう診療を行います	私たちが担当します
1.高 CK 血症、筋力低下などの症状から筋疾患が疑われている患者さん 2.確定診断を受けている患者さんで包括的診療を希望する患者さん（筋疾患、脊髄性筋萎縮症、末梢神経疾患などの患者さん） 3.筋疾患の最新の医療情報の提供を希望する患者さん	1.筋疾患の診療に熟知した医師による評価 2.電気生理学的検査、画像検査、遺伝子解析、筋生検、末梢神経生検などの方法を用い、正確な評価、確定診断を行います 3.筋疾患患者に対する経験が豊富なスタッフによるリハビリテーションの提供 4.多部門が連携した包括的診療の提供 5.治療研究など最新の知見に関する情報提供 6.遠方の患者さんに対しては、主治医からの依頼のもと、外来を通さず入院診療をすることも可能です	小児神経科、神経内科医師、リハビリテーション科医師などが対応します。

６．神経内科とパーキンソン病・運動障害疾患（PMD）センター

こういう患者さんをご紹介ください	こういう診療を行います	私たちが担当します
神経変性疾患　神経難病（例、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、多発性硬化症、神経筋疾患、筋ジストロフィー）と診断され治療、対応に苦慮されている患者さん	根治療法がない場合でもその時々の状態にあわせて必要な治療があります。適切な評価と治療、リハビリテーション、福祉関係などできる限りの対応をいたします。	神経内科（外来担当医は全員神経内科専門医です）
神経内科の問題のように思えるが、診断がはっきりしない、診断がつかないといわれている患者さん	基本の問診、診察から、3TMRI，SPECT，PET,その他最新の検査を行い可能な限り診断を確定します。	神経内科
身体のいろいろな箇所が勝手に動いてしまって困る(不随意運動)という患者さん	不随意運動の病態を精査の上、服薬調整、ボツリヌスその他の注射薬も含め、対応いたします。	神経内科
1.在宅診療中の神経筋疾患患者で嚥下障害が疑われる患者さん 2.体重減少が続く神経筋疾患患者さん	医師，歯科医師，摂食嚥下障害認定看護師，言語聴覚士のチームで，嚥下機能の評価と治療方針の設定を行います．当院で行った嚥下造影検査の結果は CD-R でお渡しできます。	飲みこみ外来（神経内科）
声が小さくなり困っているパーキンソン病患者さん	米国で資格を取得した言語聴覚士がパーキンソン病患者の言語治療プログラム（LSVT®）を行います．国内で行っている施設は多くありません。	窓口は神経内科。リハビリテーション科と協力して進めています。
歩きづらい初期のパーキンソン病患者さん	米国で資格を取得した理学療法士が病初期のパーキンソン病患者の歩行リハビリテーションプログラム（LSVT®BIG）を行います．このプログラムを国内で行っている施設は多くありません。	窓口は神経内科。リハビリテーション科と協力して進めています。

７．リハビリテーション科

こういう患者さんをご紹介ください	こういう診療を行います	私たちが担当します
進行性の筋疾患・神経難病の患者さんで以下の場合 1.リハビリテーションの手段があるのか、どこでどのようにすればよいのかわからない 2.生活上の道具、環境整備について知りたい 3.一般的な補装具・車椅子が適合しない 4.意思伝達装置の導入、通常の手段でのパソコン入力が困難	運動メニュー作成、自助具・補装具・特殊な電動車椅子や座位保持装置・住宅改修などについて、疾患の状態に合わせた情報提供を行います。お近くの医療機関や介護・福祉サービス機関と連絡をとり、支援が継続できる体制を考えながら対応させていただきます。	リハビリテーション科医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が対応します。

８．脳神経外科

こういう患者さんをご紹介ください	こういう診療を行います	私たちが担当します
1．成人、小児及び乳幼児のてんかん外科対象例（腫瘍、血管種、皮質形成異常、瘢痕、MRI 異常なし等）の患者さん 2.成人及び小児の不随意運動症（パーキンソン病、ジストニア等）の患者さん 3.中枢性疼痛（脳卒中後、脊椎手術後等）の患者さん	1.MRI、MEG、PET などの最新の診断技術をもとにてんかんの原因を探しだし、てんかんを根治する手術を行います 2.脳深部刺激治療(DBS)などの定位脳手術により症状を改善させます 3.痛みの原因を評価し、外科治療を含めた対応を行います 4.タップテスト等による診断と治療（シャント術）を行います 5.精神科、神経内科、小児神経科との連携のもとに脳神経外科的治療を	総勢 4 名の脳神経外科専門医（全員てんかん専門医）が対応します。

4.正常圧水頭症の患者さん 5.成人及び小児の慢性あるいは亜急性の脳神経外科的疾患（特に精神・神経疾患合併例）の患者さん	行います	

９．小児神経科

こういう患者さんをご紹介ください	こういう診療を行います	私たちが担当します
1.運動発達が遅れている 2.身体が非常に柔らかい 3.無熱性けいれんを起こしたなどで、てんかんが疑われる 4.言語発達が遅れている 5.できたことができなくなった（運動退行、知的退行が疑われる）など、小児神経疾患が疑われる患者さん	当小児神経科は小児の神経疾患の専門診療を行っております。 詳細な問診と小児神経学的診察を行います。その上で必要に応じて、精密検査を行い、専門的治療を行います。 左記のような患者さんがおられましたら、ぜひご紹介下さい。	小児神経専門医が担当します。

（次ページに小児神経科の続きがあります）

また、現在治療中でも、以下の患者さん 1.てんかん治療が奏功しない場合 2.筋疾患や末梢神経疾患が疑われ、確定診断が必要な場合 3.先天代謝異常や中枢神経変性疾患などが疑われる場合 4.神経疾患の確定診断を希望される場合 5.在宅人工呼吸療法を開始したい場合（ご相談に応じます） 6.小児神経疾患のお子さんをもつご家族が、レスパイト入院を希望しておられる場合	詳細な問診と小児神経学的診察を行います。その上で必要に応じて、精密検査を行い、専門的治療を行います。 外来治療と検査入院・治療入院を行います。 てんかんで薬物治療が奏功しない場合は、脳神経外科的治療適応についても検討します。 その他、小児神経疾患の診断・治療・継続的外来診療・専門的入院治療などが必要な場合は、ぜひご紹介をお願い申し上げます。	小児神経専門医が担当します

１０．精神科（睡眠障害、認知症、気分障害、統合失調症、薬物依存症、精神科リハビリテーションの各診療部門）

精神科・部門	こういう患者さんをご紹介ください	こういう診療を行います	私たちが担当します
睡眠障害	1.日中眠くてしかたない 2.いびきがひどくて寝ている間に息がとまっているようだ 3.足がむずむずして眠れない 4.ねぼけ行動がある 5.寝付けず、朝も起きられないなどの患者さん	日本睡眠学会の睡眠医療認定医師が、過眠症、睡眠時無呼吸症候群、むずむず脚症候群、睡眠時随伴症（ねぼけ行動）、リズム障害などについて専門的診療いたします。必要に応じて、１泊２日の検査入院などを実施し、適切な診断・治療を行います。	睡眠医療認定医師

精神科・部門	こういう患者さんをご紹介ください	こういう診療を行います	私たちが担当します
認知症、および 認知症疑い	1.外来で認知症の早期の検査を行います。 2.パーキンソン病で治療しているが最近は忘れっぽい（神経内科医師が担当します）	認知症の専門医療機関として、 1.CT、MRI、SPECT、脳波検査、脳脊髄液バイオマーカー等を用いて評価 2.最新のガイドラインに基づく診断と治療方針の策定 3．診断後の継続的診療はかかりつけ医にお願いします	精神科専門医および神経内科専門医（パーキンソン病など）が担当します。
気分障害	1.うつ状態か躁状態があるが気分障害かどうか診断が難しい患者さん 2．躁うつ病かうつ病かの鑑別が困難である患者さん 3.初期認知症かうつ病かの診断がつかない患者さん 4.入院が必要である重症ないし治療抵抗性のうつ状態・躁状態の患者さん 6.現在の気分障害の重症度の評価をしたい患者さん 7.修正型電気けいれん療法の適応がある患者さん 8.うつ病の補助的診断である光トポグラフィーなどの各種の補助的検査を希望する患者さん 9.治療抵抗性のうつ状態ないし躁状態、また再発しやすい患者さん	気分障害を専門とする専門医が診察し、より客観的な診断と適切な治療方針を検討します。 診断や重症度に関する構造化面接 CT、MRI、SPECT などの脳画像検査 光トポグラフィーなどの補助的検査（高度先進医療） 各種の神経心理学的検査 最新のエビデンス・ガイドラインに基づく診断と治療方針の策定 必要があれば診断、薬物療法・修正型電気けいれん療法などを包括的に行う入院治療を行います。	気分障害を専門とする精神科専門医が担当します。

精神科・部門	こういう患者さんをご紹介ください	こういう診療を行います	私たちが担当します
統合失調症	1.統合失調症が疑わしい方 2.自分の統合失調症の状態を知りたい方 3.統合失調症がすすんでないかどうか知りたい方 4.治療の方向性を相談したい方 5. mECT を受けたいが、現在の施設では行っていない方 6.当院のデイケアに通いたい方	必要に応じて、 1.認知機能検査を含めた精神症状の評価 2.CT、MRI のほか MRS、DTI、NIRS などのバイオマーカー等を用いた評価 3.最新のガイドラインに基づいた治療方針の策定 4.入院患者様の mECT 目的の転院・治療 5.地域ケアを中心とした包括的な心理社会的サポートを含めたデイケア通所 6.経時的な受診による認知機能・画像的変化の評価を行います。	精神科専門医が担当します
薬物依存症	1. 覚せい剤、シンナー、大麻などの薬物の使用をやめたいが、やめられなくて、外来治療を受けたいと自ら希望される方。 入院治療が必要な方や、ご家族のみのご相談を希望されている方は、当院の診療対象外となります。もよりの保健所にご相談ください。	1.精神保健研究所薬物依存研究部の医師が初診診察を行い、依存症専門の病院医師が 2 回目以降の外来治療を担当します。 2.週 1 回の外来集団認知行動療法により、具体的な「薬物のやめ方」を学んでもらいます。 3.原則として自ら通院治療を希望している方のみが対象です。入院治療が必要な患者の場合は保健所にご相談ください。	薬物依存研究部の医師 2 名、精神科専門医の病院医師 1 名。 申し込み先が異なります（メールで受付）。 ホームページの薬物依存症欄をご覧いただき、質問票にご記入の上、下記のメールアドレスにお送りください。 yakubutsuizon@ncnp.go.jp ホームページはこちらです。 http://www.ncnp.go.jp/hospital/guide_s_outpatient/detail10.html

精神科・部門	こういう患者さんをご紹介ください	こういう診療を行います	私たちが担当します
精神科リハビリテーション	1.薬物療法で精神症状は改善したが、病気の特徴、服薬の必要性、再発予防などについて理解させてほしい方 2.デイケアに通所させたいという方 3.就労させたい方 4. うつ病と診断されたが、症状緩和・再燃予防のための知識・ストレスの解消・リラクゼーションについて学びたい方 5.心理検査をしてほしい方	包括的精神科リハビリテーションセンターとして、多職種チームによる 1.疾病教育や服薬心理教育 2.ストレスコーピング 3.デイケア 4.うつ病に対する集団認知行動療法 5.就労支援プログラム などを行います。 なお、デイケア体験参加も受け付けています。ご依頼に応じて、心理検査を実施し、結果を報告します。	精神科リハビリテーション

■検査

１．放射線診断（画像診断等）を希望される方をご紹介ください

こういう患者さんをご紹介ください	こういう診療を行います	私たちが担当します
放射線診療部では右記の検査を実施しています。 記録と判定結果（報告書）でご返事します。 ぜひ検査をご依頼ください。	単純写真、骨密度、CT、MRI、RI(脳血流シンチなど) PET（当面は糖代謝の FDG-PET）	放射線診療部

独立行政法人　国立精神・神経医療研究センター　病院　　周辺案内図

独立行政法人　国立精神・神経医療研究センター病院
医療連携室　renkei@ncnp.go.jp
平日 9：00～17:00　電話　042-346-1845(直通)　FAX 042-346-1681(直通)

〒187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1
電話 042-341-2711（病院代表）

電車をご利用の場合

◆西武新宿線拝島行または西武遊園地行にて萩山駅（南口）下車、徒歩7分
◆JR 中央線国分寺駅乗換え、西武多摩湖線萩山駅下車、徒歩7分
◆JR 武蔵野線新小平駅下車、徒歩 10 分

国立精神･神経医療
研究センター病院
診療のご案内
平成２３年２月版

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

資料

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*

野田寿恵[1)] 杉山直也[2)] 松本佳子[3)] 辻脇邦彦[4)]
長谷川利夫[5)] 伊藤弘人[1)]

Key words

Containment measures, Attitude, Acute psychiatric settings

はじめに

精神科の入院医療において，不穏症状を示す患者の治療やケアを安全に進めるための対処法として，種々の制限処遇が用いられる[13,14]。制限性の高い対処法としては，身体拘束や隔離，強制的な投薬による鎮静，逆に低い手法としてはタイムアウトや言語的介入によるディエスカレーションなどがあるが，それぞれの効果についての比較検討は，対象となる不穏症状が多様であることから介入研究の実施が難しく，ほとんど行われていない[1)]。対処法の選択は，もっぱら倫理の観点から制限性の高いものを最小限にし，制限性の低い代替方法が推奨されているのが現状である。

しかしながら，身体拘束より隔離を多用する，あるいは隔離より身体拘束を多用するなどの使用パターンについて，国によって，あるいは1つの国であっても地域によって異なっていることが明らかになってきている[10,11]。また筆者らは，同一の架空症例シナリオの提示に対し，わが国の医師が身体拘束，強制投薬の適切性判断に3つのパターンを示すことを見いだした[15]。これらの研究において，強制的な対処法の用いられ方の相違は文化によると論じられており，詳細は明らかにされていない。

この課題を検討していくために，Bowersらは「抑制手法への臨床姿勢質問票(attitudes to containment measures questionnaire；以下，ACMQ)」を開発し，不穏症状を示す患者への対処法についての考え方(承認度の高さ)という側面

* Approval Ratings Survey Using the Japanese Version of Attitude to Containment Measures Questionnaire (ACMQ) in Acute Psychiatric Settings

1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 社会精神保健研究部(〒187-8553 小平市小川東町4-1-1)，Noda Toshie, Iro Hiroto：Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan
2) 財団法人復康会沼津中央病院，Sugiyama Naoya：Fukkokai Foundation, Numazu Chuo Hospital
3) 日本赤十字看護大学，Matsumoto Keiko：Japanese Red Cross College of Nursing
4) 医療法人社団翠会成増厚生病院，Tsujiwaki Kunihiko：Midorikai Healthcare Group, Narimasu Kosei Hospital
5) 新潟医療福祉大学医療技術学部 作業療法学科，Hasegawa Toshio：Department of Occupational Therapy, Niigata University of Health and Welfare

0488-1281/11/¥500/論文/JCOPY

から調査する試みを行っている。この質問票は，制限性の高い身体拘束や隔離，強制的筋注の他，観察の程度を高めること，タイムアウトといわれる自室内静養を促すことといった制限性の低い対処法まで11種類を抽出し，その定義を行うとともに，それらの対処法の有効性や患者の尊厳などについて5段階評価を用いて得点化し，その合計得点によって承認度を算出するものである[2]．Bowersらは，ACMQを用いて精神科医療スタッフの国際間での比較のみならず，医療消費者にまで対象を広げて抑制手法への考え方の相違を明らかにしてきている[4,12,18]．

本研究の目的は，まずACMQの日本語版を作成し，これ用いて精神科急性期治療を担っている病棟を対象に，スタッフの持つ抑制手法への承認度の実態を検討することにある。

対象と方法

1. ACMQ日本語版の開発

ACMQは，イギリスの看護師Bowersによって開発された。不穏症状を持つ患者に対してヨーロッパで行われている対処法を11種類に集約し，その定義をしたうえ，各対処法の「有効性」「容認性」「患者の尊厳」「スタッフへの安全性」「患者への安全性」「施行準備性」の6つの側面について，「全く同意しない」の1点から「強く同意する」の5点の5段階評価を行い，それらの合計得点をもってその対処法の承認度とし，同時にその対処法を用いた経験を問うものである。各対処法の得点は6～30点に分布し，得点が高いほど承認度が高いとみなされる。

ACMQの日本語版作成にあたっては，まず原著者より翻訳の許可を得た。引き続き，英語に堪能な2名の精神科医が独立に和訳を行い，その2つの和訳から，精神科医3名，精神科看護師2名，作業療法士1名による話し合いを経て日本語訳案を作成した。この案に対して日本語に堪能な英語を母国語とする独立した2人によって英訳がなされ，それを原著者が内容的等価性を確認し，最終調整を行って日本語版が確定した(図1)。

この11手法の日本とヨーロッパの実践についての相違を整理した。まず「ネットベッド」については，筆者の知る得る限りでは日本での実施はないと思われる。次に「精神科集中治療」については，「病床数が少なく，患者に対して多くのスタッフがいる特殊な閉鎖病棟」と定義されており，その国や地域の現状において相対的に小規模で手厚いスタッフ配置になっている病棟がここに該当することになる。したがって，イギリスと日本の「精神科集中治療」に該当する病棟について比較した場合，絶対数として日本において病床数が多く，スタッフが少ないと考えられる。同様に「間歇的観察」についても，「どの患者も受ける通常観察より強化し」とあり，相対的な変化を定義としている。イギリスよりスタッフ患者比の低い日本においては，絶対的な観察密度が低い可能性がある[5]。その他の8つの手法については，ケア内容の細部を除いてはおおむね同じ実践がなされていると考えられる。

2. 対象

対象は，調査への協力が得られた精神科病院4施設にある精神科救急入院料病棟(3か所)と精神科急性期治療病棟(3か所)に勤務する病棟スタッフである。2008年12月時点でその病棟の業務にかかわっていることを看護師長が判断したうえ，対象者に調査票を配布した。対象となったスタッフの総数は233人で，そのうち227人(回答率97.4%)から回答が得られ，これを分析の対象とした。

3. 方法

調査票は，ACMQ日本語版の他に，スタッフの属性として年齢，性別，職種，職種経験年数，精神科経験年数，管理職該当の有無，常勤ないし非常勤について尋ねるスタッフ特性調査票からなる。調査は無記名で行われ，統計解析結果の形で発表がなされること，調査票への回答をもって調査への同意とみなすことを書面にて説明した。

なお，本調査は国立精神・神経センター(当時)倫理委員会の承認を得て行った。

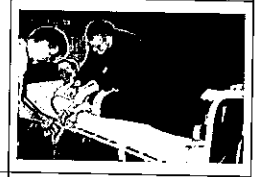
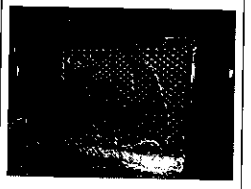
頓服薬：定時薬に追加して，看護師判断によって与えられる薬。患者自身がそれを受け入れている。投薬経路は問わない。		精神科集中治療：不穏な患者のための特殊な閉鎖病棟(病床数が少なく，患者に対し多くのスタッフがいる)に患者を移すこと。	
徒手拘束：患者が動かないように，スタッフが体を使って抑えること。		身体拘束：動きを制限するために，拘束帯やベルト，他の道具を使用すること。	
間歇的観察：観察レベルを上げること。どの患者も受ける通常の観察より強化し，1人の看護師(ないしスタッフ)を責任者として配置すること。間隔をおいた定期観察。		常時観察：観察レベルを上げること。どの患者も受ける通常の観察より強化し，1人の看護師(ないしスタッフ)を責任者として配置すること。常時とは，常に観察者の視野内，もしくは観察者の手が届く範囲で観察すること。	
隔離：施錠された部屋に1人で入室させること。		ネットベッド：施錠された網で包囲したベッドに患者を入れ，そこから出られないようにすること。	
タイムアウト(休息)：施錠されていない部屋ないし場所で，ある時間，過ごすよう促すこと。		開放的空間での隔離：施錠された場所に1人の患者を入室させ，看護師が付き添うこと。	
強制的筋注による鎮静：患者の同意なく，鎮静のための筋肉注射を行うこと。			

図1　抑制手法への臨床姿勢質問票(ACMQ)定義と写真

4. 統計解析

回答したスタッフの属性についての記述統計を行い，ACMQについては，評価のための6つの側面の得点分布のCronbach's α係数を，11種類の各対処法それぞれについて求めた。なお，統計解析にはSPSS ver 15.0を用いた。

結果

調査票に回答したスタッフの属性は，平均(標準偏差)年齢37.4(10.0)歳，欠損データを除いて男性が110人(48.7%)，職種別に医師22人(9.7%)，看護師137人(60.6%)，薬剤師7人

表 各抑制手法の承認度得点，経験のあるスタッフの割合

	承認度得点			実施経験あり (%)	Cronbach's α
	平均値	標準偏差	度数		
精神科集中治療	23.6 (23.5)	3.2 (3.1)	211 (133)	39.2 (45.9)	0.882
タイムアウト	23.6 (23.7)	3.0 (2.7)	213 (134)	67.6 (88.0)	0.862
間歇的観察	23.3 (23.3)	3.4 (3.4)	209 (131)	62.1 (78.8)	0.892
常時観察	22.7 (22.9)	3.3 (3.1)	210 (132)	54.0 (69.5)	0.860
頓服薬	22.3 (22.5)	3.6 (3.5)	210 130	74.8 (99.3)	0.882
隔離	22.0 (21.7)	3.8 (4.1)	211 (132)	73.1 (97.0)	0.876
身体拘束	20.8 (20.9)	3.2 (3.2)	213 134	76.5 (100)	0.803
強制的筋注による鎮静	19.6 (19.4)	3.8 (4.0)	211 (133)	70.6 (93.2)	0.845
徒手拘束	19.4 (19.3)	3.6 (3.6)	213 (133)	70.6 (90.7)	0.833
開放的空間での隔離	19.2 (19.0)	4.1 (4.6)	210 (133)	29.4 (38.5)	0.913
ネットベッド	14.8 (14.1)	4.5 (4.7)	203 (129)	0.9 (0.7)	0.925

下段のカッコ内は，看護師に限った場合の数値を示す

(3.1%)，作業療法士19人(8.4%)，精神保健福祉士13人(5.8%)，准看護師7人(3.1%)，臨床心理技術士3人(1.3%)，看護補助9人(4.0%)，病棟クラーク3人(1.3%)，その他6人(2.7%)であった。職種の経験年数の平均は11.5(8.7)年，精神科経験年数の平均は10.1(8.0)年，管理職は17人(8.4%)，常勤は213人(94.7%)であった。

抑制手法への臨床姿勢質問票にある各対処法の承認度得点の平均，標準偏差，手法の用いた経験のあるスタッフの割合と，そのうち看護師に限った場合の平均承認度得点と経験のある割合を表に示した。承認度の高かったもの上位3つとその得点は，「精神科集中治療」の平均(標準偏差)23.6(3.2)，「タイムアウト」平均23.6(3.0)，「間歇的観察」平均23.3(3.4)，低かったもの下位3つは，「徒手拘束」の平均19.4(3.6)，「開放的空間での隔離」平均19.2(4.1)，「ネットベッド」平均14.8(4.5)であった。

また，内的一貫性を示すCronbach's α係数は最も低い値を示した「身体拘束」の0.803から，最も高い「ネットベッド」の0.925の間に分布していた(表)。

考察

1. 各手法の承認度

ACMQは隔離や身体拘束といった制限性の高いものから，隔離や身体拘束の代替方法として用いられる制限性の低いものまでを含めたものを抑制手法ととらえた調査票であることが特徴である。今回の急性期治療を担う病棟を対象とした調査では，その承認度の上位は，制限性の低いものであった。

「不穏な患者のための特殊な閉鎖病棟(病床数が少なく，患者に対して多くのスタッフがいる)に患者を移すこと」と定義された「精神科集中治療」は承認度が最も高かった。しかしこの対処法を実施した経験のあるスタッフは39.2%，看護師だけでみても45.9%と少なく，実施経験がなくても，高いスタッフ配置の中で実施できるきめ細かな見守りや，危機的状況に際して多くのスタッフで対応できることへの安心感や期待が高いためと考えられる。今回の実施ありと回答したスタッフは，おそらく日本国内での勤務経験について回答したと考えられ，わが国において10対1とスタッフ配置が最も高い精神科救急入院料病棟へ患者を転棟させた経験などが想定される。しかしながら，イギリスの急性期病棟(平均病床数21)では看護スタッフ配置が1床あたり0.99人(有資格看護師に限ると0.63人)であり[5]，アメリカペンシルバニア州立病院の報告では32床のベッドに常時2人の有資格看護師と4人の看護助手が勤務している[17]。このように，この項目について国際間比較を行う際は，平時のスタッフ配置が大きく異なっている点にも注意をして評価する必要がある。

次に高い承認度を示したものは，「施錠されていない部屋ないし場所で，ある時間，過ごすように促すこと」と定義された「タイムアウト」であった。今回の調査では，多くの看護師(88%)が実施経験のありと回答しており，おそらく，患者との治療契約の中で自室内静養と言われてきたものをとらえていると考えられる。タイムアウトとは，小児の発達障害の治療に際し用いられ[16]，最近では包括的暴力防止プログラム(comprehensive violence prevention and protection program，以下CVPPP)の中で紹介されている[7]。またタイムアウトは，アメリカで開発された精神保健施設における隔離・身体拘束の最小化のためのコア戦略の中で取り上げられており，ここではタイムアウトを，コンフォートルームといった，患者本人の意思でストレスから離れて安らぐことを目的として入る部屋に，毛布，CD，本，ヘッドフォン，ぬいぐるみなどを置き，それらを自由に利用できる空間で行う手法として紹介している[8]。タイムアウトを行いながら，ディエスカレーションにて攻撃性の静穏化を図り，続いて，スタッフと患者の治療関係作りといったさまざまな応用が期待できる。こういった手法の技術向上とともに，タイムアウトの承認度がさらに高まることが望ましいと考えられる。

続いては，間歇的観察と常時観察の承認度が高かった。しかし，こういった観察レベルを上げる方法の看護師の実施経験はそれぞれ78.8%，69.5%と低く，隔離(実施経験97.0%)や身体拘束(実施経験100%)といった制限性の強い対処法とは対照的であった。文献によれば，スタッフ配置の高い欧米においては必要時において日常的に行われている手法とされており[3]，今回のわが国の調査結果からは，不穏行動のある患者に寄り添い見守るといった人的対応の実践が現治療環境では十分に行えない可能性が示唆される。

2. 先行研究との比較

ACMQはヨーロッパ間(イギリス，オランダ，フィンランド)で，看護学生ないし看護師を対象とした調査に用いられ[4]，また，Whittingtonらによって，精神科スタッフのみならず医療消費者である精神科入院患者にまで調査が広げられている[18]。これらの結果に今回の日本の精神科スタッフ227名の承認度得点を重ね合わせて図2に示した。

図に示されているように，イギリスの精神科スタッフの結果では，徒手拘束と強制筋注の承認度が高く，身体拘束の承認度が顕著に低い値をとっている。イギリスでは身体拘束が実施されないため，これらが代替として用いられているという臨床状況が反映された結果と考えることができる[14]。一方，同じイギリスでも看護学生の結果をみると，徒手拘束と強制筋注による鎮静が精神科スタッフほど高く承認されていない。これは，学生からスタッフとして臨床現場に出てさまざまな対処法を経験することによって，承認度が変化していく可能性を示唆するものと考えられる。

フィンランドの結果は，触法病棟の精神科専門看護師を調査対象にしていることに留意する必要があるが，ネットベッドを除き，隔離・身体拘束をも含めて全般に高い承認度を示している。

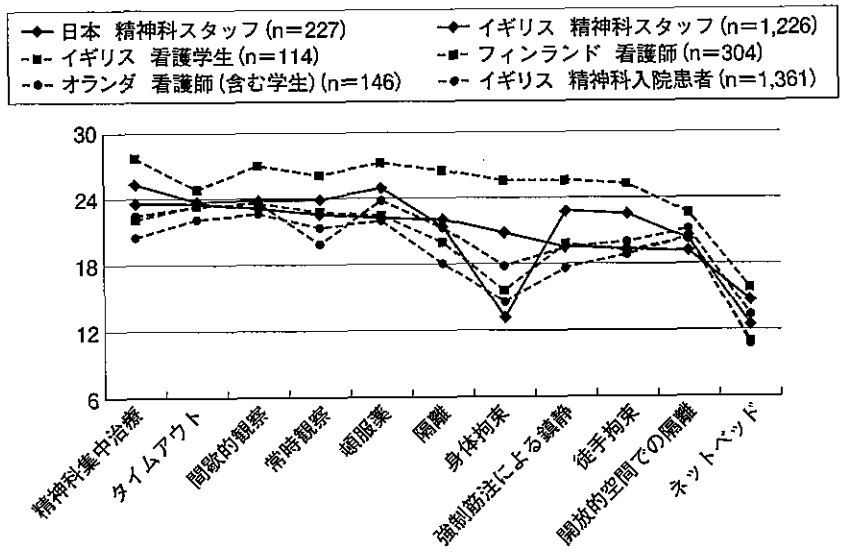


図2 先行研究[4),18)]と本調査の各抑制手法の承認度得点
日本 精神科スタッフ：看護師の占める割合 60.6%
イギリス 精神科スタッフ：看護師の占める割合 68.0%
イギリス 看護学生：精神科専門看護師の資格取得のために研修中の看護学生
オランダ 看護師(含む学生)：精神科病棟に勤務中で看護学校に通う有資格看護師および看護学生
フィンランド 看護師：触法病棟に勤務する精神科専門看護師

オランダの結果では，常時観察の承認度が他国より低いことが特徴である。オランダは，隔離の施行量と施行期間(平均16日，中央値6日)がともに他のヨーロッパ諸国より長いことを受け[9)]，近年，隔離を含めた行動制限について10～30%の削減を目標にプロジェクトが立ち上げられた。その中ではコンフォートルームとエンゲージメントモデル(患者中心に，なぜ攻撃性に至ったのか，どのように対処したらいいのかの洞察を行う)を用いた看護介入の実施が推奨され，患者との協働という病棟文化への変換を目指している[6)]。こうした介入によって，常時観察への承認度に変化が生じるのかどうかについて，今後興味が持たれる。

多国間調査において注目に値する事項の1つに，イギリスの精神科スタッフとフィンランドの精神科専門看護師では高い承認度を示した徒手拘束が，今回のわが国での調査結果において，低い承認度であったことが挙げられる。徒手拘束は，十分に訓練を受けたスタッフによって行われないと，患者スタッフともに怪我を負うリスクのある対処法といえる。したがって，十分な訓練を行わないままの実施には，大きな不安や，対象者を力で押さえつけることへの心理的抵抗感，嫌悪感を生じる可能性がある。この対処法について看護師の実施経験が多い(90%)ことを考え合わせると，承認度の低さには，訓練の不足を想定することが可能と考えられる。近年わが国において，イギリスでの実践をもとにしたCVPPPが紹介され，その中でリーダとなるスタッフのもと，ディエスカレーションを行いながら患者と交渉しつつ，最終手段として徒手拘束をより安全に行う「チームテクニクス」が示されており[7)]，その研修も行われるようになった。しかし，まだ広く現場にまでこうした専門技術が取り入れられている可能性は低く，十分に行きわたった場合に承認度が変化するのかどうかの検証が期待される。

最後に，イギリスの精神科入院患者の承認度について調査した結果は，全般に精神科スタッフより低い値であった。この中で特にイギリスの精神科スタッフと承認度の差が大きかったものは，強制筋注による鎮静，徒手拘束，隔離，頓服薬であった。隔離・身体拘束の最小化議論において，医療消費者の視点の導入が必要とする意見があり[8)]，制限の強い手法について一般の視点を知っておくことは，今後の精神科医療のあり方を考えるうえで非常に重要となる可能性が高く，わが国でもこうした取り組みが望まれる。

3. 本研究の限界と今後の課題

11種類の対処法とも内的一貫性は十分なACMQではあるが，先行研究を含め再テスト信頼性は行われておらず，安定性の検証は今後の課題である。次に，併存妥当性については，類似の調査票がないため行われておらず，また実際の実施率との関連を検討した予測妥当性の検討もなされていはいない。したがって，妥当性については，残された課題は多い。

しかしながら，制限性の低い手法がより安全に有効に利用できるよう技術を向上させることによって承認度が上がり，相対的に制限性の高い手法の承認度が下がる方向への変化が望ましいと考えられることから，隔離・身体拘束の代替手法の導入前後において，ACMQを用いた評価を行うことには意義がある。

まとめ

十分な内的一貫性を有したACMQを用いて，精神科急性期治療を担うスタッフを対象に，11の抑制手法の承認度を問うACMQを実施した。承認度の高い上位3つは，「精神科集中治療」「タイムアウト」「間歇的観察」であった。制限性の低い手法の技術の向上により承認度が上がり，相対的に制限性の高い手法(隔離・身体拘束・強制筋注による鎮静)の承認度が下がるといった変化が望ましく，スタッフの考え方の評価に有用な調査票と考えられる。

本研究は平成20年度厚生労働省 精神・神経疾患研究委託費(課題番号：20委-8，課題名：「地域中心の精神保健医療福祉」を推進するための精神科救急および急性期医療のあり方に関する研究，主任研究者：伊藤順一郎)の支援を受け実施した。なお，本調査は，日本フィンランド隔離・身体拘束調査研究プロジェクト(SAKURAプロジェクト)の一環として行われた。本調査にご協力くださいました精神科病院の医師，看護師ならびにスタッフの皆様に心よりお礼申し上げます。

文献

1) Bergk J, Einsiedler B, Steinert T：Feasibility of randomized controlled trials on seclusion and mechanical restraint. Clin Trials 5：356-363, 2008
2) Bowers L, Alexander J, Simpson A, et al：Cultures of psychiatry and the professional socialization process：The case of containment methods for disturbed patients. Nurse Educ Today 24：435-442, 2004
3) Bowers L, Park A：Special observation in the care of psychiatric inpatients：A literature review. Issues Ment Health Nurs 22：769-786, 2001
4) Bowers L, van der Werf B, Vokkolainen A, et al：International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients：A comparative questionnaire survey. Int J Nurs Stud 44：357-364, 2007
5) Bowers L, Whittington R, Nolan P, et al：Relationship between service ecology, special observation and self-harm during acute inpatient care：City-128 study. Br J Psychiatry 193：395-401, 2008
6) Hamel CJG, Jackson DS：Highlights of the 2007 Institute on Psychiatric Services. Psychiatr Serv 59：8-13, 2007
7) 包括的暴力防止プログラム認定委員会：医療職のための包括的暴力防止プログラム，医学書院，2005
8) Huckshorn KA：Reducing seclusion restraint in mental health use settings：Core strategies for prevention. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 42：22-33, 2004
9) Janssen WA, Noorthoorn EO, de Vries WJ, et al：The use of seclusion in the Netherlands compared to countries in and outside Europe. Int J Law Psychiatry 31：463-470, 2008
10) Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, et al：A 15-year national follow-up：Legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. Soc Psychiatry Psy-

chiatr Epidemiol 42 : 747-752, 2007
11) Martin V, Bernhardsgrutter R, Goebel R, et al : The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia : A comparison of the practice in Germany and Switzerland. Clin Pract Epidemol Ment Health 3 : 1, 2007
12) Muir-Cochrane E, Bowers L, Jeffery D : Comparison in attitudes between nursing and other students in relation to containment measures for disturbed psychiatric patients. Nurse Educ Today 29 : 83-90, 2009
13) Muralidharan S, Fenton M : Containment strategies for people with serious mental illness. Cochrane Database Syst Rev 3 : CD002084, 2006
14) National Institute for Health and Clinical Exellence (NICE) : The short-term management of disturbed/violent behaviour in inpatient psychiatric settings and emergency departments, 2005
15) 野田寿恵, 藤田純一, 三澤史斉, 他：精神科急性期治療における身体拘束と強制投薬の類型化の試み. 精神科治療学 23 : 341-345, 2008
16) 榊原洋一：注意欠陥多動障害(ADHD)治療と指導—行動療法. 小児科診療 65 : 949-953, 2002
17) Smith GM, Davis RH, Bixler EO, et al : Pennsylvania State Hospital system's seclusion and restraint reduction program. Psychiatr Serv 56 : 1115-1122, 2005
18) Whittington R, Bowers L, Nolan P, et al : Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England. Psychiatr Serv 60 : 792-798, 2009

Summary

Approval Ratings Survey Using the Japanese Version of Attitude to Containment Measures Questionnaire (ACMQ) in Acute Psychiatric Settings

Noda Toshie[1], *Sugiyama Naoya*[2]
Matsumoto Keiko[3], *Tsujiwaki Kunihiko*[4]
Hasegawa Toshio[5], *Ito Hiroto*[1]

This study assessed the attitudes of staff attitudes to containment measures in the emergency and acute wards of four psychiatric hospitals in Japan. The Japanese translated version of the Attitude to Containment Measures Questionnaire, developed by Bowers was used. This questionnaire is designed to determine the levels of approval of 11 containment measures used for disturbed patients in European countries (the internal consistency of each containment measure ranged from 0.803 to 0.925 in the Japanese version). The containment measures with the highest approval ratings were those that involved less restrictive interventions namely intensive psychiatric treatment, time-out and intermittent observation in the descending order of the ratings. These results were compared with previously reported approval ratings of staff in some countries and psychiatric inpatients in the UK. The influence of environmental and culturaly differences was discussed and suggested to be significant for the improvement of these restrictive interventions in hte future.

1) Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan
2) Fukkokai Foundation, Numazu Chuo Hospital
3) Japanese Red Cross College of Nursing
4) Midorikai Healthcare Group, Narimasu Kosei Hospital
5) Department of Occupational Therapy, Niigata University of Health and Welfare

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

理事長ご挨拶
受診される方へ
医療・研究関係の方へ
各種研究等申請書
中期目標・中期計画
ご寄付のお願い
治験等の相談・案内
治験や臨床研究に協力してくださる方へ
研修・レジデント募集
看護師募集
よくあるご質問(Q&A)
個人情報取り扱いについて

東北地方太平洋沖地震メンタルヘルス情報サイト

携帯サイトはこちら
携帯サイトができました。
詳しくはこちら。
東北地方太平洋沖地震 メンタルヘルス情報サイト
イベント情報
医療活動
研究活動
研修活動
情報公開
産官学連携
各種委員会
調達情報
職員募集
図書情報
いきる 自殺予防対策支援ページ

東北地方太平洋沖地震に係るセンターの対応について

この度の大地震による被害につきまして、心よりお見舞いとお悔やみを申し上げます。

この未曾有の災害による犠牲の大きさは私たちの想像を遙かに超えるものでした。この被害に遭われた方々の心痛と生活を奪われた悲しみに接する時、私たちは言葉を無くします。と同時に私たちは、被災者並びに支援者の方々が不眠不休の努力を重ね、この試練を乗り越えようとされている姿を目の当たりにする時、大きな感動を覚えます。

私たちは、この筆舌に尽くしがたい災害がもたらす健康被害に対して、被災者の方々に備わっている回復力をご信頼申し上げると同時に、その歩みにどのように寄り添うべきか、どのように支援すべきか、ということを考えております。

急性期に生じる多くの症状の回復には個人差があり、様々な回復の経過を示します。私たちはその歩みを見守りながら、必要な時に手をさしのべることが出来るような支援を行いたいと考えています。また被災者を支えている地元の医療、援助関係者が、中長期的な「心のケア」を提供できるよう支援していきたいと思います。

そのためには適切な情報を提供し、復旧、援助、医療にあたられている方々が被災者のお気持ちを十分にくみ取って活動できるような基盤を作ることが必要です。

そこで私たちは、精神・神経分野のナショナルセンターとしての使命を果たすべく、ここに支援医療関係者向けのメンタルヘルスに関する情報サイトを開設する予定です。この内容は、ペルー大使公邸人質事件、和歌山カレー毒物混入事件、新潟中越大地震、などの様々な自然及び人的災害に専門家を派遣してきた経験を反映したものです。

最後に一日も早い災害からの復興を心より祈念いたします。

平成23年3月14日
独立行政法人国立精神・神経医療研究センター総長
樋口　輝彦

医療関係者向け

- 急性期のこころのケアについて (2011.3.16更新) (PDF)
- 災害救援者メンタルヘルス・マニュアル (2011.3.31更新) (PDF・HTML)
- 死亡告知・遺体確認における遺族への心理的ケアダイジェスト (2011.3.30更新) (PDF・HTML)
- 心のケアチームマニュアル (2011.4.25更新) (PDF)
- 災害時地域精神保健医療活動のガイドライン (2011.3.16更新) (PDF)
- 災害精神保健医療マニュアル：東北関東大震災対応版 (2011.3.16更新) (PDF)
- マニュアル解説スライド(医療関係者用) (2011.3.16更新) (PDF)
- 原子力災害の心のケア (原子力安全協会より提供) (2011.3.17更新) (PDF)
- 災害時地域精神保健医療活動ロードマップ (2011.3.16更新) (PDF)
- 災害被災者の不眠症への対応 (2011.4.6更新) (PDF・HTML)
- 被災者の飲酒問題への対応 (2011.4.5更新) (PDF・HTML)
- 死亡告知・遺体確認における遺族への心理的ケア (2011.3.30更新) (PDF・HTML)
- 災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドライン (2011.4.25更新) (PDF)
- 災害・紛争等人道的緊急時における精神保健・心理社会的支援 (保健医療版) (PDF)

■ 被災認知症支援マニュアル（2011.5.12更新）（医療用・介護用）

■ 災害　子どもの悲嘆ガイドブック（教育者、保護者向け）（2011.6.10更新）（PDF）
■ 災害　子どもの心のケア（一般支援者向け）（2011.3.18更新 3.29名称変更）（PDF）
■ 災害　被災した子どもを支援する方々へ（医療者、教育者向け）（2011.3.29更新）（PDF）
■ 災害　子どものトラウマ支援5原則（2011.3.18更新）（PDF）
■ 災害　子どもの保護者向けリーフレット（2011.3.18更新）（PDF）
■ 災害　障害児への対応の手引き（2011.3.18更新）（PDF）
■ 災害　発達障害をもつ保護者の方へ（2011.3.18更新）（PDF）

記入シート等

■ 診断病名シート（2011.4.20更新）（PDF・HTML）
■ （抜粋）災害直後見守り必要性のチェックリスト（2011.3.16更新）（PDF）

一般向け説明用

■ ガイドライン解説スライド（一般向け説明用）（2011.3.16更新）（PDF）

こころの健康を守るために（厚生労働省）

■ ほっと安心手帳（内閣府）（2011.5.10更新）（PDF）

関係学会・団体リンク

社団法人日本精神神経学会

日本トラウマティック・ストレス学会

社団法人日本精神科病院協会

参考となるリンク集

精神医療支援 内科医のための災害医療活動 精神医療支援 日本内科学会

サイコロジカル・ファーストエイド 実施の手引き第2版日本語版

全国精神保健福祉センター長会

社団法人日本精神保健福祉士協会　災害支援ガイドライン

日本赤十字社 こころのケア活動

日本精神衛生学会

多文化間精神医学会

メンタルヘルスケア協議会

社団法人日本心理学会．東北関東大震災関連ページ

日本心理臨床学会 緊急刊行「危機への心理支援学」オンライン版

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　成人精神研究部ガイドラインページ

[TOPへ戻る]

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）

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター組織規程(平成22年規程第2号)（抄）

第７節　病院

第１款　病院の組織

（病院の院長及び副院長）

第１４３条　病院に、院長及び副院長を置く。

２　院長は、病院の業務を掌理する。

３　副院長は、上司の命を受け、院長を補佐し、病院の業務を整理する。

（特命副院長）

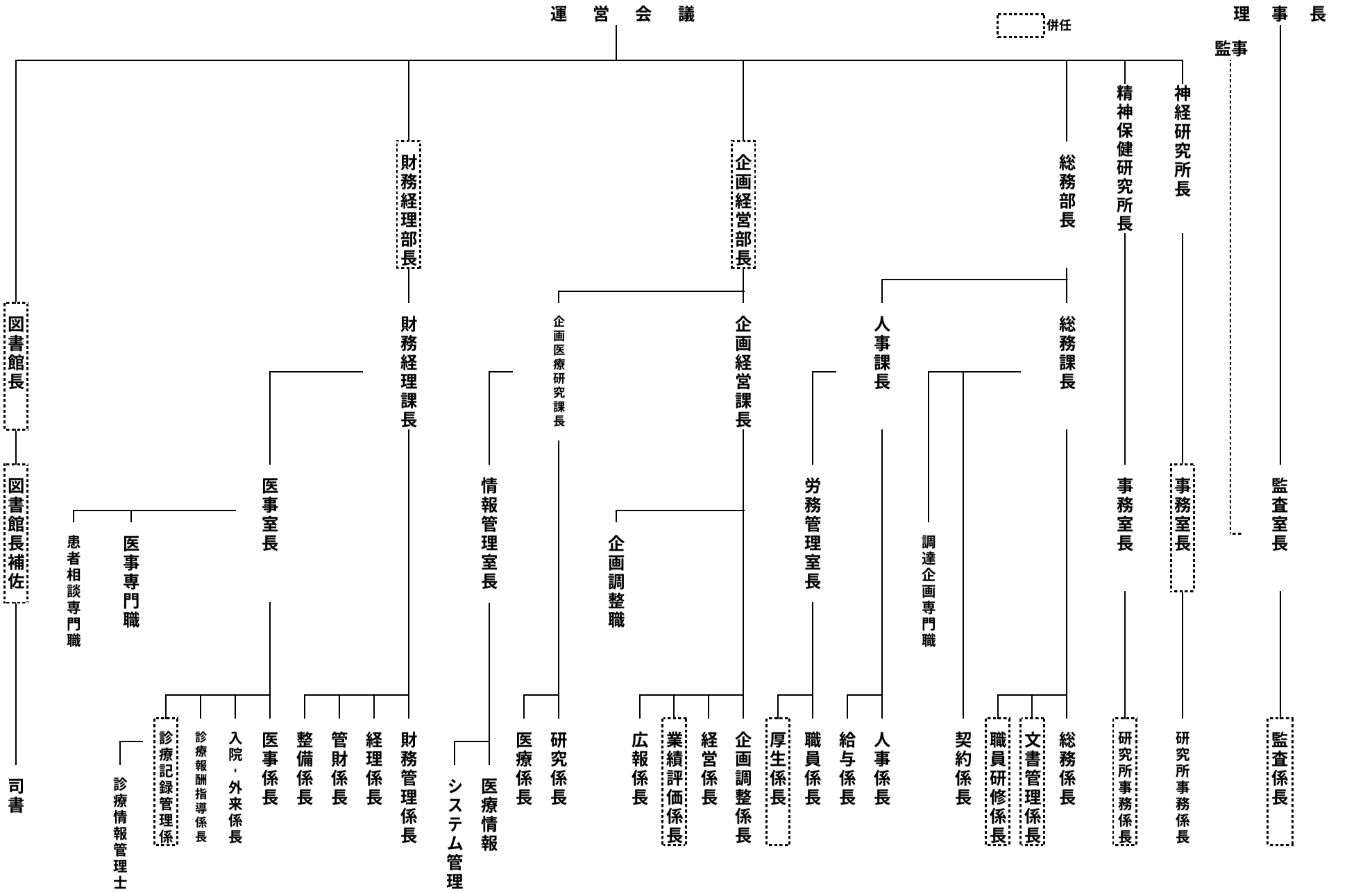
第１４４条　前条の規定によるほか、特命副院長（関係のある他の職を占める者をもって充てられるものとする。）を置くことができる。

２　特命副院長は、上司の命を受け、特命事項に関する業務を総括整理する。

事務部門の組織について

（事務部門）

（平成２３年3月３１日現在）



資料　47

病院経営説明会資料

センター病院の財務状況

～我々はどのように努力したら良いのか～

平成２３年２月８日

企　画　経　営　部

はじめに

＜ＮＣＮＰ重大トピック＞

平成２２年度より･･･独立行政法人化

１法人での独立採算が求められる！

- 従来は、診療収入に関係なく（収入以上の）支出も可能
- 今年度以降は、支出＞収入は倒産（組織廃止）に繋がる･･･
- 設備投資は自前で行わなければならない
- 民間病院に比べて優遇されている（ＮＣであるから）
- どのような努力が必要か？

本日は、財務諸表（キャッシュフロー計算書と損益計算書）を基にこれらのことを考えていきたいと思います。

何を知る必要があるか？

- 経営の現状
  - 実情（キャッシュの出入り＝キャッシュフロー）
  - 健全性の度合い（持続可能性、将来性＝損益計算）
- 客観的な評価・位置
  - 他者との比較（民間病院等と同等の競争条件設定）
  - 生産性の比較（マンパワー一人当たりのアウトプット等）
- 目標とすべきレベル
  - 上記の分析を基に考えよう
  - その際にＮＣの特性を十分考慮に入れる必要あり

損益計算書とキャッシュフロー計算書との相違点

基本的性格

・キャッシュフローが実際の金の出入りを示す（赤字になれば支払いができなくなる）のに対し損益計算は将来に向けての運営の健全性評価を示す（収支0であれば借金も返しつつ将来の施設、設備の更新が可能である）という違いがある。したがって、キャッシュフローが黒字（翌年への繰越金がある）でも、損益計算が赤字になる場合がある（当センターがそうである）。従って、損益計算書での黒字化を目指すことが必要である。もっとも区分経理が採用されているのでセンター全体の損益計算として評価することが必要であろう。

まずはキャッシュフロー計算書を

- 最も基本的な経営状況の理解
  - 家計と同じ
  - 赤になれば給料その他必要な払いが行えない
  - 借金するか破産となる

- 将来に向けた持続可能性を教えてはくれない
  - 損益計算書を見ることが必要 (後述)

ＣＦ（キャッシュ・フロー計算書（センター全体））

平成２２年度資金計画

（単位：百万円）

区　別	金　額
資金支出	**23,101**
業務活動による支出	**10,856**
研究業務による支出	2,582
臨床研究業務による支出	1,382
診療業務による支出	5,439
教育研修業務による支出	506
情報発信業務による支出	191
その他の支出	755
投資活動による支出	**11,577**
財務活動による支出	**207**
次年度への繰越金	**462**
資金収入	**23,101**
業務活動による収入	**10,845**
運営費交付金による収入	4,595
補助金による収入	240
研究業務による収入	382
臨床研究業務による収入	663
診療業務による収入	4,922
教育研修業務による収入	6
その他の収入	36
投資活動による収入	**1,618**
施設費による収入	**1,618**
財務活動による収入	**805**
その他の収入	805
前年度よりの繰越金	**9,833**

■　当該年度の資金（お金）の出と入を示したもの

■　「業務活動」、「投資活動」、「財務活動」の３区分で算出

■　「次年度への繰越金」が、当該年度末の資金残高であり、
『「次年度への繰越金」－「前年度よりの繰越金」』が、当該年度の資金の増減額となります。

ＣＦ・支出の部（センター全体）

（単位：百万円）

区　別	金　額
資金支出	23,101
業務活動による支出	10,856
研究業務による支出	2,582
臨床研究業務による支出	1,382
診療業務による支出	5,439
教育研修業務による支出	506
情報発信業務による支出	191
その他の支出	755
投資活動による支出	11,577
財務活動による支出	207
次年度への繰越金	462

センター本業による資金の出
研究（研究所等）、臨床研究（病院等）、診療（病院）、教育研修（研究所等）、情報発信（センター）、その他（センター）

臨床研究に係る資金の出
・人件費（Dr.、Ns.、Co－Me.　等・・・按分）
・材料費、委託費、賃借料　等

病院運営に係る資金の出
・人件費（Dr.、Ns.、Co－Me.　等　事務部門（医事室を除く。）は按分）
・材料費、委託費、賃借料　等

資産取得・資金運用による資金の出
建物、医療機器等の取得、定期預金の預入　等

資金調達による資金の出
借入金の返済、債券の償還、リース債務の償還等

上記業務に含まれない資金の出
・支払利息支払　等

長期借入金の返済、医療機器等のリース料金等

新病棟の完成代金、医療機器の購入代金　等

は、センター病院に関する資金の動きを示しています。（次頁も同。）

ＣＦ・収入の部（センター全体）

（単位：百万円）

区　別	金　額
資金収入	**23,101**
業務活動による収入	**10,845**
運営費交付金による収入	4,595
補助金による収入	240
研究業務による収入	382
臨床研究業務による収入	663
診療業務による収入	4,922
教育研修業務による収入	6
その他の収入	36
投資活動による収入	**1,618**
施設費による収入	1,618
財務活動による収入	**805**
その他の収入	805
前年度よりの繰越金	**9,833**

センター本業による資金の入り
運営費交付金（主に研究所）、補助金（今年度は病院）、研究（研究所等）、臨床研究（病院等）、診療（病院）、教育研修（研究所等）、その他（センター）

神経難病患者在宅医療支援経費、精神医療経費

医療観察法病棟の負担金

外部研究委託費　等による収入

治験、受託研究、競争的資金の間接経費　等による収入

病院本業（診療行為）による収入
入院診療収入、外来診療収入、文書料　等

土地・建物貸付料、宿舎貸与料　等

設備投資・資金運用による資金の入り
施設費補助金（主に研究所）、定期預金の払い戻し　等

資金調達による資金の入り
借入金の借入、債券発行による収入　等

国から承継した債権（平成２２年２月、３月の診療収入）による収入

ＣＦ・年度計画に基づく平成２２年度のセンター病院分の決算見込（第１表）

平成２２年度決算見込

（単位：百万円）

区　別	金　額
資金支出	**13,746**
業務活動による支出	**5,589**
研究業務による支出	0
臨床研究業務による支出	0
診療業務による支出	5,588
教育研修業務による支出	0
情報発信業務による支出	0
その他の支出	1
投資活動による支出	**7,066**
財務活動による支出	**0**
次年度への繰越金	**1,091**
資金収入	**13,746**
業務活動による収入	**5,258**
運営費交付金による収入	98
補助金による収入	112
研究業務による収入	0
臨床研究業務による収入	0
診療業務による収入	5,022
教育研修業務による収入	0
その他の収入	26
投資活動による収入	**0**
施設費による収入	**0**
財務活動による収入	**821**
その他の収入	821
前年度よりの繰越金	**7,667**

給与費(3,578)、**材料費**(888)、**委託費**(479)、**設備関係費**(360)、**経費**(283)

繰越金のうち２３年5月支払予定の補正予算繰越分(524)

診療収入(4,894)、**特室料**(51)、**文書料**(33)、**その他**(44)

民間病院との比較は可能か？

- 現在（年度計画）のやり方では不可能
  - 病院の収入・支出のうち診療業務収入・支出に含まれないものがある
  - 病院建設の借金の多くが免除されている

- これらを修正して比較しよう
  - ただし、ＮＣの特性は別途考慮する必要あり（研究、教育、情報発信等）
  - 生産性の分析は今後の課題

ＣＦ・民間病院との比較を目的とした平成２２年度のセンター病院分の決算見込（第２表）

平成２２年度決算見込

（単位：百万円）

区　別	金　額
資金支出	13,847
業務活動による支出	6,411
研究業務による支出	0
臨床研究業務による支出	0
診療業務による支出	6,410
教育研修業務による支出	0
情報発信業務による支出	0
その他の支出	1
投資活動による支出	7,066
財務活動による支出	672
次年度への繰越金	△302
資金収入	13,847
業務活動による収入	5,359
運営費交付金による収入	98
補助金による収入	112
研究業務による収入	0
臨床研究業務による収入	96
診療業務による収入	5,022
教育研修業務による収入	5
その他の収入	26
投資活動による収入	0
施設費による収入	0
財務活動による収入	821
その他の収入	821
前年度よりの繰越金	7,667

教育研修セグメントからレジデントの給与を計上(215)
共通セグメントから事務部門の給与を病院と研究所の職員割合で計上(354)
給与費を発令ベースに置き換えて計上(103)
共通セグメントから病院職員の退職金を計上(150)

共通セグメントから長期借入金（新棟の建設費用等）を全額承継した場合の元金及び利息を計上(672)

繰越金のうち２３年５月支払予定の補正予算繰越分(524)

臨床研究セグメントから治験や競争的資金等の間接経費を計上(96)

教育研修セグメントから病院にかかる受託研修収益を計上(5)

□は、第１表よりも増加する額
支出（1,494）、収入（101）

ＣＦ・平成２３年度のセンター病院分の計画見込（第３表）

平成２３年度計画見込

（単位：百万円）

区　別	金　額
資金支出	**7,540**
業務活動による支出	**6,035**
研究業務による支出	0
臨床研究業務による支出	0
診療業務による支出	6,034
教育研修業務による支出	0
情報発信業務による支出	0
その他の支出	1
投資活動による支出	**601**
財務活動による支出	**0**
次年度への繰越金	**904**
資金収入	**7,540**
業務活動による収入	**6,449**
運営費交付金による収入	1
補助金による収入	0
研究業務による収入	0
臨床研究業務による収入	0
診療業務による収入	6,412
教育研修業務による収入	0
その他の収入	36
投資活動による収入	**0**
施設費による収入	**0**
財務活動による収入	**0**
その他の収入	0
前年度よりの繰越金	**1,091**

給与費(3,714)、**材料費**(1,074)、**委託費**(624)、**設備関係費**(250)、**経費**(372)

繰越金のうち２３年5月支払予定の補正予算繰越分(524)

診療収入(6,197)、**特室料**(123)、**文書料**(41)、**その他**(51)

ＣＦ・民間病院との比較を目的とした平成２３年度のセンター病院分の計画見込（第４表）

平成２３年度計画見込

（単位：百万円）

区　別	金　額
資金支出	6,248
業務活動による支出	6,893
研究業務による支出	0
臨床研究業務による支出	0
診療業務による支出	6,892
教育研修業務による支出	0
情報発信業務による支出	0
その他の支出	1
投資活動による支出	601
財務活動による支出	673
次年度への繰越金	△1,919
資金収入	6,248
業務活動による収入	6,550
運営費交付金による収入	1
補助金による収入	0
研究業務による収入	0
臨床研究業務による収入	96
診療業務による収入	6,412
教育研修業務による収入	5
その他の収入	36
投資活動による収入	0
施設費による収入	0
財務活動による収入	0
その他の収入	0
前年度よりの繰越金	△302

教育研修セグメントからレジデントの給与を計上(215)
共通セグメントから事務部門の給与を病院と研究所の職員割合で計上(354)
給与費を発令ベースに置き換えて計上(103)
共通セグメントから病院職員の退職金を計上(186)

繰越金のうち２３年５月支払予定の補正予算繰越分(524)

２３年度単年で見た場合△1,084(前年度からの繰越金△302、補正予算繰越分△524を除く)

共通セグメントから長期借入金（新棟の建設費用等）を全額承継した場合の元金及び利息を計上(673)

臨床研究セグメントから治験や競争的資金等の間接経費を計上(96)

教育研修セグメントから病院にかかる受託研修収益を計上(5)

□ は、第３表よりも増加する額
支出（1,531）、収入（101）

次は損益計算書で見ていこう

- 経営の健全性がわかる
  - 将来の投資余力があるか否か
  - 経常収支が黒であればgood!
  - 黒字の達成を目標とするべきであろう

- 損益計算書（ＰＬ）の見方は勉強が必要
  - キャッシュフロー計算書との比較
  - 計上される項目とされない項目がある

ＰＬ（損益計算書（センター全体））

平成２２年度収支計画

（単位：百万円）

区　別	金　額
費用の部	13,001
経常費用	12,488
業務費用	12,439
給与費	6,728
材料費	1,382
委託費	1,038
設備関係費	1,095
その他	2,196
財務費用	44
その他経常費用	5
臨時損失	513
収益の部	12,150
経常収益	11,846
運営費交付金収益	4,369
資産見返運営費交付金戻入	89
補助金等収益	240
業務収益	7,111
医業収益	5,967
研修収益	6
研究収益	1,126
その他	12
土地建物貸与収益	13
宿舎貸与収益	17
その他経常収益	6
臨時利益	305
（経常利益）	△642
純利益（当期純利益）	△851
目的積立金取崩額	0
総利益（当期総利益）	△851

■　当該年度に発生した債務（費用）　と債権（収益）の動きを示したもの

資金の動きではなく、当該事実が発生した時点で当該費用、収益を認識する（発生主義）

（例：診療３月・入金５月→３月で収益認識、
納品３月・支払５月→３月で費用認識）

■　「経常費用」、「臨時損失」、「経常収益」、「臨時利益」の４区分で算出

■　資金の動きを伴わないものについて費用又は収益として認識するものがある

（例）

・減価償却費（固定資産の経年による資産価値減分の費用化）
・固定資産除却損（解体撤去や廃棄に伴い滅失する固定資産の簿価分を費用化するもの）
・不良債権となる診療収益　etc

■　資金の動きを伴うものについて費用又は収益と認識しないものがある

・固定資産（高額な建物、医療機器　等）の取得
・長期借入金（財投）の返済
・固定資産の売り払い時の簿価分　etc

15

ＰＬ・費用の部（センター全体）

（単位：百万円）

区　別	金　額
費用の部	13,001
経常費用	12,488
業務費用	12,439
給与費	6,728
材料費	1,382
委託費	1,038
設備関係費	1,095
その他	2,196
財務費用	44
その他経常費用	5
臨時損失	513

経常費用
業務費用（研究所、病院等の運営に必要な費用）、財務費用（消費税や支払利息　等）、その他経常費用（上記に属さない費用）で構成される、センターの業務を行うために必要な費用

本表は、センター全体の金額を計上していますが、センターの会計規程第５条において、区分経理を行うことと規定しており、
・研究
・臨床研究
・**診療（病院）**
・教育研修
・情報発信
・その他（役員や事務部門（医事室を除く）等の管理部門）
に分けて経理しています。

研究所の研究者が診療を行ったり、違う区分で同じ建物を使ったりと一区分で完結しない費用があり、このような場合、勤務時間数等の妥当と考えられる計数で按分した金額をそれぞれの区分に計上することで整理しています。

臨時損失
固定資産除却費等の固定資産を処分することで発生する費用やセンターの不法行為等で相手方に損害を与えた場合の賠償金又は、自然災害等で発生した費用等、ある事業年度だけに臨時的に発生する費用

ＰＬ・収益の部（センター全体）

（単位：百万円）

区　別	金　額
収益の部	12,150
経常収益	11,846
運営費交付金収益	4,369
資産見返運営費交付金戻入	89
補助金等収益	240
業務収益	7,111
医業収益	5,967
研修収益	6
研究収益	1,126
その他	12
土地建物貸与収益	13
宿舎貸与収益	17
その他経常収益	6
臨時利益	305

経常収益
運営費交付金等の国から資金を措置される収益（主に研究所）、業務収益（研究所、病院等の運営により生み出される収益）、貸与収益（主に病院）、その他経常収益（上記に属さない収益）で構成される、センターの業務運営により発生する収益

神経難病患者在宅医療支援経費、精神医療経費

医療観察法病棟の負担金

病院本業（診療行為）による収益
入院診療収益、外来診療収益、文書料　等

治験等の収益

売店への貸付料、職員宿舎の貸与料　等

臨時利益
固定資産売却益や貸し倒れ処理をした未収金が収納されたとき又は、引当金の戻入益等の、ある事業年度だけに臨時的に発生する収益

国から承継した固定資産とならない物品の承継額

ＰＬ・年度計画に基づく平成２２年度のセンター病院分の決算見込（第５表）及び民間病院との比較を目的とした平成２２年度のセンター病院分の決算見込（第６表）

平成２２年度決算見込（第５表）

（単位：百万円）

区　別	金　額
費用の部	7,085
経常費用	6,842
業務費用	6,841
給与費	3,695
材料費	1,073
委託費	579
設備関係費	1,165
その他	329
財務費用	0
その他経常費用	1
臨時損失	243
収益の部	6,284
経常収益	6,284
運営費交付金収益	98
資産見返運営費交付金戻入	0
補助金等収益	112
業務収益	6,039
医業収益	6,037
研修収益	0
研究収益	0
その他	2
土地建物貸与収益	16
宿舎貸与収益	18
その他経常収益	1
臨時利益	1
（経常利益）	△558
純利益（当期純利益）	△801
目的積立金取崩額	0
総利益（当期総利益）	△801

※設備関係費のうち減価償却費　758

平成２２年度決算見込（第６表）

（単位：百万円）

区　別	金　額
費用の部	8,182
経常費用	7,939
業務費用	7,663
給与費	4,517
材料費	1,073
委託費	579
設備関係費	1,165
その他	329
財務費用	276
その他経常費用	1
臨時損失	243
収益の部	6,386
経常収益	6,385
運営費交付金収益	98
資産見返運営費交付金戻入	0
補助金等収益	112
業務収益	6,141
医業収益	6,037
研修収益	5
研究収益	96
その他	2
土地建物貸与収益	16
宿舎貸与収益	18
その他経常収益	1
臨時利益	1
（経常利益）	△1,554
純利益（当期純利益）	△1,797
目的積立金取崩額	0
総利益（当期総利益）	△1,797

給与費：レジデント給与(215)、事務部門の給与(354)、発令ベースに置き換え(103、病院職員の退職手当(150)

財務費用：長期借入金を全額承継した場合の利息(276)

研修収益：受託研修収益を計上(5)

研究収益：治験や競争的資金の間接経費を計上(96)

※設備関係費のうち減価償却費　758

ＰＬ：平成２３年度のセンター病院分の計画見込（第７表）及び民間病院との比較を目的とした平成２３年度のセンター病院分の計画見込（第８表）

平成２３年度計画見込（第７表）

（単位：百万円）

区　別	金　額
費用の部	7,099
経常費用	7,099
業務費用	7,098
給与費	3,752
材料費	1,146
委託費	630
設備関係費	1,189
その他	381
財務費用	0
その他経常費用	1
臨時損失	0
収益の部	6,440
経常収益	6,440
運営費交付金収益	1
資産見返運営費交付金戻入	0
補助金等収益	0
業務収益	6,404
医業収益	6,402
研修収益	0
研究収益	0
その他	2
土地建物貸与収益	16
宿舎貸与収益	18
その他経常収益	1
臨時利益	0
（経常利益）	△660
純利益（当期純利益）	△660
目的積立金取崩額	0
総利益（当期総利益）	△660

※設備関係費のうち減価償却費　938

平成２３年度計画見込（第８表）

（単位：百万円）

区　別	金　額
費用の部	8,220
経常費用	8,220
業務費用	7,956
給与費	4,610
材料費	1,146
委託費	630
設備関係費	1,189
その他	381
財務費用	263
その他経常費用	1
臨時損失	0
収益の部	6,541
経常収益	6,541
運営費交付金収益	1
資産見返運営費交付金戻入	0
補助金等収益	0
業務収益	6,505
医業収益	6,402
研修収益	5
研究収益	96
その他	2
土地建物貸与収益	16
宿舎貸与収益	18
その他経常収益	1
臨時利益	0
（経常利益）	△1,679
純利益（当期純利益）	△1,679
目的積立金取崩額	0
総利益（当期総利益）	△1,679

給与費：レジデント給与(215)、事務部門の給与(354)、発令ベースに置き換え(103、病院職員の退職手当(186)

財務費用：長期借入金を全額承継した場合の利息(263)

研修収益：受託研修収益を計上(5)

研究収益：治験や競争的資金の間接経費を計上(96)

※設備関係費のうち減価償却費　938

平成２３年度センター病院のＰＬ・ＣＦの作成にあたっての医業収益の各項目に係る積算内訳について

・入院診療収益・・・「平成２３年度　各病棟の目標患者数（案）」により以下の病床利用率により算出
精神科病棟１２４床（８８．６％）、一般病棟（筋ジス含）１５４床（７７．０％）、
重心病棟５９床（９８．３％）、医療観察法病棟５８床（８７．９％）、
合計３９５床（８４．４％）
また、診療単価については２２年４月～１２月までの実績により平均単価を求めて算出
精神（１，９６７．４点）、一般（４，５５３．８点）、筋ジス（３，９１６．０点）、
重心（３，４８２．８点）、医療観察法（５，５７５．９点）

・外来診療収益・・・患者数については２２年４月～１２月までの平均患者数（４５０．９名）としている。診療単価も同様に１２月までの平均単価（９６６点）により算出

・室料差額収益・・・１２月の実績（約10百万円）を置き算出
・保健予防活動収益・・・２２年４月～１２月までの平均により算出
・文書料、その他・・・２２年４月～１２月までの平均により算出

おさらい

★ＣＦとＰＬの相違点

事　項		CF	PL
認識時点		資金移動時 (診療費を収納した、物品代金を支払った)	費用、収益の発生時 (診療を行った、物品を受け取った)
認識の異なる主な項目	減価償却費	認識しない	認識する
	借入金の返済	認識する	認識しない
	資産の購入	認識する	認識しない
見れること		支払能力 (資金力)	当該事業年度の頑張った度

※ＣＦは▲で倒産、ＰＬは単年度▲では潰れないが、続けば自ずとＣＦも▲となる。

（参考１）平成２２年度（年度計画、年度末見込）及び２３年度（見込）病院部門の財務諸表について

○平成２２及び２３年度の病院部門（セグメントでは診療１及び診療２）の決算状況を以下により算出したものを第１表から第８表に示した。
①キャッシュフロー計算書（第１表、第２表、第３表、第４表）
②損益計算書（第５表、第６表、第７表、第８表）
　上記の算定にあたり、別添の「各勘定科目に計上している内容一覧」により算出している。
　以下により、①キャシュフロー計算書（第１～４表）と②損益計算書（第５～８表）はそれぞれ対応した表となっている。

（第１表及び第５表）平成２２年度決算見込み
　この表の作成に当たっては、当センターの月次決算を実施した実績（４月～１１月）のうち、病院部門（診療１及び診療２）に係る実績を置き、１２月以降については別添の「各勘定科目に計上している内容一覧」により１２月は実績見込み、１月以降は１２月までの平均値として算出している。
　第１表及び第４表については、月次決算を行ってるものと同様に、通常の診療にかかる収益及び費用を算出している。

（第２表及び第６表）、（第４表及び第８表）民間病院との比較を目的としたもの
　上記の（第１表及び第４表）、下記の（第３表及び第７表）をもとに、以下の変更点により算出している。
＜収益＞
・受託研修収益のうち、看護師等の学校、養成所の学生の実習経費にかかる収入を計上（教育研修セグメントで計上）
・医療技術開発等研究収益のうち、治験や競争的資金の間接経費を計上（臨床研究セグメントで計上）
＜費用＞
・レジデント医の給与を計上（教育研修セグメントで計上）
・事務部門の給与を計上。なお算出にあたっては病院と研究所の職員の割合による。（共通セグメントで計上）
・給与費について発令ベースで計上
・病院職員の退職手当を計上（共通セグメントで計上）
・支払利息については、病院建替に伴う長期借入金の利息償還分を計上。ただし、センター承継時に長期借入金のうち約８２億を免除してもらった経緯があり、その免除がなかったこととして利息分を算出。第１表のキャッシュフロー上は元金及び利息償還分を計上。（共通セグメントで計上）
　第２表及び第６表、第４表及び第８表については、第１表及び第５表、第３表及び第７表で算出している診療にかかる収益及び費用の他に別セグメントで経理している上記の内容について、診療に関連するものとして、収益及び費用を算出している。

（第３表及び第７表）平成２３年度決算見込み
　第１表及び第５表をベースに、平成２３年度のキャッシュフロー計算書及び損益計算書を作成した。この算出にあたり、以下の変更点に　より算出している。
＜収益＞
・「平成２３年度　各病棟の目標患者数」により、精神病床88.6%、一般病床77.0%、重心病棟98.3%、医療観察法病棟87.9%の病床　利用率で患者数をおいた。
・外来患者数については、２２年度１２月末までの平均患者数(450.9人)とした。
・入院及び外来ともに２２年度１２月末までの平均診療単価をおいた。
＜費用＞
・病棟移転に伴った費用を削減。また、移転後に委託費等で追加となった費用を年間分計上している。
・１月から採用の循環器科の医師や、病棟クラーク等の人件費等を年間分計上した。
　第１表及び第４表と同様に、通常の診療にかかる収益及び費用を算出している。

(参考2) 各勘定科目に計上している内容一覧 (PLベース)
(22年度決算見込 (第1表及び第5表)、民間病院との比較を目的としたもの (第2表及び第6表))

勘定科目等	勘定勘定等の説明	具体的に計上しているもの (第1表及び第5表)	具体的に計上しているもの (第2表及び第6表)
経常収益	医業収益のほか研究収益、研修収益、その他経常収益を足したもの (臨時利益を除く)		
医業収益	病院部門の収益		
入院診療収益	入院患者の診療収益	11月までは実績。12月は実績見込み。1月の患者数についてはほぼ実績見込で、一般75%、精神85%、重心98%、筋ジス74%、医療観察法60床で算出。2月以降は一般80%、精神85%、重心100%、筋ジス80%、医療観察法60床で算出。診療単価については12月実績で算出。(4,869,878)	11月までは実績。12月は実績見込み。1月の患者数についてはほぼ実績見込で、一般75%、精神85%、重心98%、筋ジス74%、医療観察法60床で算出。2月以降は一般80%、精神85%、重心100%、筋ジス80%、医療観察法60床で算出。診療単価については12月実績で算出。(4,869,878)
室料差額収益	特別室を設定しているところの収益	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は12月実績を置いた。(56,411)	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は12月実績を置いた。(56,411)
外来診療収益	外来患者の診療収益	11月までは実績。12月は実績見込み。1月の患者数についてはほぼ実績見込で473.6人で算出。2月以降は22年度の平均患者数で453.2人としている。診療単価については12月実績で算出。(1,042,059)	11月までは実績。12月は実績見込み。1月の患者数についてはほぼ実績見込で473.6人で算出。2月以降は22年度の平均患者数で453.2人としている。診療単価については12月実績で算出。(1,042,059)
保健予防活動収益	健康診断、人間ドック、予防接種などの保健予防活動の収益	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は12月までの平均値としている。(4,171)	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は12月までの平均値としている。(4,171)
文書料	文書料による収益	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は12月までの平均値としている。(39,039)	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は12月までの平均値としている。(39,039)
その他	上記に属さない医業による収益 (駐車場使用料、自動販売機販売手数料等)	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は12月までの平均値としている。(44,558)	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は12月までの平均値としている。(44,558)
研修収益			
受託研修収益	看護師、臨床検査技師等の学校、養成所の学生の受託実習経費にかかる収益及び各種養成機関からの受託実習以外の研修受入にかかる収益		11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は12月までの平均値としている。(5,305)
研究収益	外部研究費や治験等による研究に係る収益		
医療技術開発等研究収益	治験や受託研究などメーカーから委託を受けて行う研究経費に対する収入		11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は見込み。(間接経費のみ) (96,300)
その他経常収益			
運営費交付金収益	運営費交付金を財源として業務を実施した場合に運営費交付金収益を計上する	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は1／12で計上している。(98,351)	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は1／12で計上している。(98,351)
補助金等収益	補助金を財源として業務を実施した場合に補助金等収益を計上する	12月までは実績なし。3月に1億円程度の収入見込み。(112,260)	12月までは実績なし。3月に1億円程度の収入見込み。(112,260)
経常費用	医業費用のほか医業外費用、その他経常費用を足したもの (臨時損失を除く)		
医業費用	病院部門の費用		
給与費	職員に対する給料、手当、賞与、退職給付費用、法定福利費	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は12月までの平均値としている。(3,606,109)、次年度の6月賞与分の引当金を計上(192,557)	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は12月までの平均値としている。(3,606,109)また、レジデントの給与(214,955)、共通セグメントに計上している事務部門の給与について病院と研究所の職員の割合で計上している。(353,576)、病院職員の退職手当を計上(150,000)次年度の6月賞与分の引当金を計上(192,557)
材料費	診療にかかる医薬品費、診療材料費、医療消耗器具備品、給食用材料費	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は12月までの平均値としている。(1,073,476)	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は12月までの平均値としている。(1,073,476)
委託費	外部委託した検査業務、給食業務、医事業務、洗濯業務等の対価	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は直近3ケ月の平均値としている。(578,844)	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は直近3ケ月の平均値としている。(578,844)
設備関係費	建物等の減価償却費、器機賃借及び保守料、修繕費などの費用	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は直近3ケ月の平均値としている。(1,165,220)	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は直近3ケ月の平均値としている。(1,165,220)
研究研修費	診療業務に係る研修会等に職員を参加させるための経費	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は12月までの平均値としている。(529)	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は12月までの平均値としている。(529)
経費	旅費交通費、通信費、消耗品費、水道光熱費などの費用	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は12月までの平均値としている。(328,282) ※間接経費を費消したものについて計上(10,369)	11月までは実績。12月は実績見込み。1月以降は12月までの平均値としている。(328,282)
その他経常費用			
支払利息	長期借入金償還にかかる利息返済分		11月までは実績。12月以降は見込み。ただし病棟建替等の長期借入金を全額承継した場合(275,570)

(参考3)

★第５表及び第７表（年度計画に使用しているＰＬ）の区分経理による費用の按分方法

項　目	按分方法	備考
給与費	医師等の診療、臨床研究、教育研修に係る業務割合により按分	
材料費	医薬品、診療材料、医療消耗器具備品は診療収益により按分、給食材料費は患者数により按分	それぞれ診療1と診療2の実績に応じて按分
委託費	検査委託、医事委託は診療収益、給食委託、寝具委託は患者数、清掃委託、保守委託、廃棄物処理委託は面積でそれぞれ按分	それぞれ診療1と診療2の実績に応じて按分
設備関係費	減価償却費、修繕費は固定資産の区分、器機賃借料、器機保守料は患者数または診療収益により按分	
経費	通信費、広告宣伝費、消耗品費、消耗器具備品費、会議費、交際費、諸会費は発生した区分、福利厚生費、旅費交通費、職員被服費は、該当職員の区分、水道光熱費は面積按分	

目標をどのように設定するか？

- 基本は
  - Ｈ２３年のキャッシュフロー計算書（ＣＦ）の次年度繰越額＝904百万円
  - 同損益計算書（ＰＬ）の経常収支＝△660百万円

- これらを民間病院との比較でみると
  - Ｈ２３年のキャッシュフロー計算書（ＣＦ）の次年度繰越額＝△1,919百万円
    （Ｈ２３単年度の繰越額では、△1,084百万円）
  - 同損益計算書（ＰＬ）の経常収支＝△1,679百万円

目標設定の考え方

- ＮＣの役割を考慮したうえで、民間と同じ競争条件での損益計算書経常収支を、本来目指すべき目標と位置づけてはどうか。
- そこで重要なのはＮＣの役割を考慮をどのように斟酌して目標値を設定するかである
- 斟酌すべきもの（案）：借金負担の軽減、退職金、臨床研究に当たる経費
- 斟酌すべきでないもの（案）：人件費（レジデント、事務）

そうすると目標は（試案）

・ＮＣの役割を考慮した損益計算書を黒字にすること
と考えるならば

（△1,679（民間と同等とした場合の23年度経常収支）
－　△263（借入金利息）　－　△186（退職手当）
－　△103（臨床研究に当たる給与費）
＝　△1,679　－　△552　＝　△1,127）

・Ｈ２３年度の経常収支は△1,127となるので約11億の収支赤字となる。これを黒字化していくことが目標となるのではないか。

これらの目標を達成するには

- 病院経営指標の何を改善していくか？
  - 病床利用率
  - 平均在院日数の短縮
  - 上位基準の取得
  - 患者一人当たり単価の上昇
  - 請求漏れの防止

（
- 経営の効率化＝支出の合理化
- コストカット（？）
）

- これらについて、皆で検討していきましょう。

最後に

センター病院の発展は、本日、集まってくださった情熱に溢れる皆さんの双肩にかかっています

職員一人一人が胸を張って、
「素晴らしい我々のナショナルセンター病院だ！」と言えるように

・医療の面
・経営の面

の両面を見つめながら、さらなる向上を目指しましょう

そして、患者さんが診てもらいたい、職員が働きたい病院を作り上げていきましょう！！！

ご静聴ありがとうございました！
終

資料　48

内部監査計画書

内 部 監 査 計 画 書

１　実施方針

独立行政法人国立精神･神経医療研究センターの業務の適正かつ能率的な執行を図るとともに会計処理の適正を期すことを目的とし、諸規程に対する合規制、業務運営の適正性及び効率性を監査し、問題点の検討及び改善を図る。

２　実施期間

平成２２年度内部監査の実施時期については、以下のとおりとする。

自　平成２２年７月　～　至　平成２３年２月

※書面監査については、平成２２年８月～９月に実施

※実地監査における具体的日程については、被監査部門と調整のうえ計画する

３　監査の区分（内部監査細則第２条）

平成２２年度内部監査における監査区分等については、以下のとおりとする。

（１）業務監査指導

①業務の実施状況に関する事項

②経営管理に関する事項

③医療管理に関する事項

④防災及び安全に関する事項

⑤その業務の実施に関し、必要と認められる事項

（２）会計監査指導

①財務及び会計に関する事項

②資産に関する事項

③会計に係る内部牽制組織に関する事項

④その他の会計処理に関し、必要と認められる事項

４　重点事項

平成２２年度内部監査における重点事項については、以下のとおりとする。

（１）契約に関する事項（競争契約の実施状況、随意契約基準の適合状況、契約審査委員会の実施状況、競争性・公正性・透明性の確保状況、１者随契の適正性）

（２）支払いに関する事項（ファームバンキングの実施体制、確認体制、検収体制）

（３）収入管理に関する事項（窓口収納現金の取り扱い状況）

（４）債権管理に関する事項（記録・管理状況、督促実施状況、未収金対策）

（５）投資効果に関する事項（増員に伴うものを含む）

（６）現金等の管理に関する事項（病院外現金、簿外経理、診療費の返金に伴う出金ルールの取扱）

（７）コンプライアンスの推進に関する事項（事業者等への周知状況）

（８）個人情報保護に関する事項

（９）医療安全管理に関する事項（規制医薬品の管理）
（10）給与、勤務時間管理に関する事項
（11）診療報酬管理に関する事項（レセプトチェック体制）
（12）運営費交付金の管理・執行に関する事項

５　対象監査部門

平成２２年度における対象監査部門については、以下のとおりとする。

（１）書面監査について

全部門

（２）実地監査について

書面監査の結果、必要と認める部門及び、監事及び会計監査人からの意見等を踏まえ必要と認める部門、会計に関する非違行為があった部門、その他必要と認める部門

６　実施方法

平成２２年度内部監査については、書面監査、実地監査をもって実施する。

（１）書面監査について

自己評価チェックリストに基づき、各書面監査対象部門で自己評価を行い、監査室において自己評価の内容を監査する

（２）実地監査について

重点事項を中心に実地による監査を行う

７　その他

（１）監査の実施に際しては、監事による監査、会計監査人による監査又は会計検査院等による検査の時期と調整するよう努めるものとする。

（３）この計画書に定めるもののほか、監査に必要な事項は別途通知する。

寄付金について

理事長ご挨拶
受診される方へ
医療・研究関係の方へ
各種研究等申請書
中期目標・中期計画
ご寄付のお願い

治験等の相談・案内
治験や臨床研究に協力してくださる方へ
研修・レジデント募集
看護師募集
よくあるご質問(Q&A)

個人情報取り扱いについて

ご寄付のお願い

当センターでは、独立行政法人として、企業や個人の皆様からのご寄付をお受けしています。当センターの使命を達成するための貴重な財源とさせていただきますので、ご協力頂くようお願い申し上げます。いただいたご寄付は、研究開発や教育研修、先進医療機器整備など、当センターの機能向上に活用させていただきます。

なお、当センターは特定公益増進法人として定められていますので、下記のように税法上の優遇措置があります。

① 寄付者が個人の場合
その年中に寄付した合計額（総所得金額の40%を限度）から5千円を差し引いた額について、所得控除を受けることができます。（所得税法第78条）

② 寄付者が法人の場合
寄付金額の全額を損金に算入することができます。（法人税法第37条）

※税務署への寄付金控除又は損金算入手続きにあたっては、国立精神･神経医療研究センターの発行する「寄付金領収書」を添えて申告していただくこととなります。

寄付の申出方法について

ご寄付をしていただける方は、下記の様式に従い、必要事項を記入の上、お申し込みください。なお、申出にあたっては寄付目的を指定する、しないの2通りがあるため、その旨を明記してください。

問合せ先：企画経営部　企画医療研究課　医療係
TEL：042-341-2711　E-mail：kikaku2@ncnp.go.jp

<<個人の方>>
寄付申出書（様式1）WORD版
寄付申出書（記入例）PDF版

<<法人の方>>
寄付申出書（様式1）WORD版
寄付申出書（記入例）PDF版

寄付規程

寄付受入規程(PDF:67KB)
寄付受入審査委員会細則(PDF:47KB)
寄付受入審査委員会構成員(PDF:30KB)

様式一覧（参考）

寄付受入書(様式2－1)(PDF:38KB)
寄付辞退書(様式2－2)(PDF:29KB)
寄付金領収書(様式3－1)(PDF:33KB)
寄付受領書(様式3－2)(PDF:24KB)
寄付金別金銭受払簿(様式4)(PDF:23KB)
寄付金使途･目的変更同意依頼書(様式5)(PDF:32KB)
寄付金使途･目的変更承認申請書(様式6)(PDF:26KB)
研究結果概要報告書(様式7)(PDF:32KB)

携帯サイトはこちら
携帯サイトができました。詳しくはこちら。
東北地方太平洋沖地震 メンタルヘルス情報サイト

イベント情報
医療活動
研究活動
研修活動
情報公開
産官学連携
各種委員会
調達情報
職員募集
図書情報

いきる 自殺予防対策支援ページ

職場アピールコンテストについて

第2回　職場アピールコンテスト！

このコンテストは、みなさんの職場をもっと広く知ってもらうことで、新しい職場を探している仲間が当院に興味をもつ『きっかけ』をつくることを目標にしています。

自分たちの力で
一緒に働く仲間を増やそう！

ポスター画像：H22 年度看護の日ポスター入賞作品

日時　：　平成 23 年 2 月 1 日　　13:30～15:30

場所　：　コスモホール

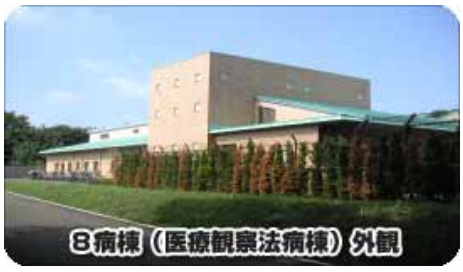
第２回 職場アピールコンテスト

平成 23 年 2 月 1 日（火）13：30～15：30
コスモホール

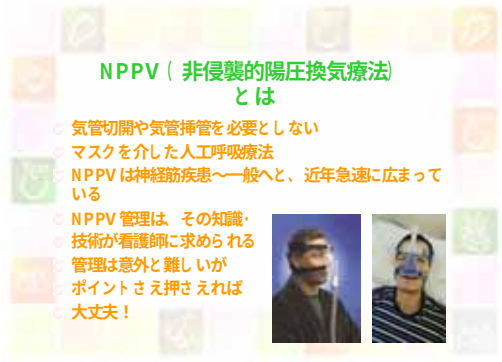
開　催　次　第

１．開会
看護職員確保プロジェクト委員（岸看護師長）挨拶

２．発表

当日時間進行予定	発表病棟	テーマ
13：35～	①　在宅支援室 	在宅支援室は、ACT を目指した精神科訪問看護、退院調整、在宅支援に関連した相談などを「本人の強み」「希望」自己実現」を目指しています
	②　５南　病棟（DVD） 	5 階南病棟は、うつストレスケア病棟ととして、うつ病、躁うつ病の治療を始め難治性気分障害に対する電気けいれん療法を行っています
	③　４北　病棟 	4 階北病棟は、精神科救急の入院受け窓口になっているため様々な精神疾患や合併症を持った患者さんの看護ができるやりがいのある病棟です
	④　８病棟（DVD） 	8 病棟がアピールしたいのは、多職種との連携とマンパワーを生かして、個別性に応じた必要な医療を丁寧に提供される医療です

14：00～	⑤　３北　病棟 	３階北病棟は神経内科、外科、消化器内科、心療内科の混合病棟です。緊急入院をいつでも受け入れる総合診療科です
	⑥　９病棟（DVD） 	９病棟は、日本初となる身体合併症に対応できる医療観察法病棟です 手術対象者の受け入れや、病棟の小手術室でｍ－ＥＣＴも行っています
	⑦デイケア 	平成22年9月の引っ越しと共に、理学療法・作業療法・言語療法・デイケア外来が一体となったリハビリテーション部が完成しました
	⑧２北　病棟 	２階北病棟は、神経難病病棟で、全国的にも症例の少ない疾患の理解と看護ができます
	⑨６　　病棟 	重症心身障害児（者）病棟である６病棟は、生命を維持するための医療ケアから何らかの摂食・嚥下障害を有する患者さんの看護を行っています

14：30～	⑩３南　病棟（DVD） 	３階南病棟は、小児神経・脳神経外科病棟です熱く燃えた引っ越しを終え早４ヶ月、当病棟には数多くの有名人の利用があります。今回の DVD はアンパンマン様とプー様とのコラボレーションが見ところとなっています
	⑪５北　病棟（DVD） 	テーマは「愛」 愛あふれるスタッフが働く５階北病東は、難治性精神病の患者さんの受け入れを行っている、明るい精神科閉鎖病棟です
	⑫２南　病棟 	２階南病棟は、筋ジストロフィー病棟です。この疾患は、呼吸筋も低下していくため、生命の維持には呼吸管理、排痰援助などが不可欠です。病棟のスタッフ全員が呼吸管理のエキスパートを目指して、日々頑張っています
	⑬外来　病棟（DVD） 	外来には 28 名の女子がいて、こう見えてもほとんどが子育て中のママです。家庭と仕事を両立させているパワフルなスタッフ達でチームワークはばっちりです。

	⑭治験管理室 	皆さんは「ちけんコーディネーター」を知っていますか?ブルーの白衣を着て、何やら重い資料を持ってパタパタ院内を忙しく歩いている人？付きっきりで患者さんと楽しそうに話している人。そんなイメージでしょうか？
15：00～	⑮４南　病棟 	４階南病棟は、てんかんの診断と発作コントロールのため薬物調整をはじめ、精神病症状や問題行動などを伴う複合障害者に対する専門治療を行っています。新棟移転に伴って開放病棟となりました
	⑯認定看護師(映像) 	今年度、待望の認定看護師が新たに誕生しました。「皮膚・排泄ケア認定看護師」「摂食・嚥下障害看護認定看護師」「感染管理認定看護師」「精神科認定看護師」の４分野に拡がり、それぞれが専門分野のエキスパートとして活動を開始しました！

３．看護部長挨拶

４．表彰

優勝　　５階南病棟

２位　　外来

３位　　６病棟

５．閉会

提案窓口について

平成22年8月吉日
企 画 戦 略 室

センターで働くすべての皆様の声
『ご提案窓口』の新設

このたび、センターで勤務されるすべての皆様にセンターの運営改善やミッション達成に役立つご提案をいただく窓口として、『ご提案窓口』 を設けました。
皆様からのご提案を、患者様をはじめより多くの方々のために活かしてまいります。

（参考）中期計画より引用・抜粋
「センターのミッション確認、現状の把握、問題点の洗い出し、改善策の立案、翌年度の年度計画の作成等に資するため、定期的に職員の意見の聴取に努める」

ご提案の方法

メールの受付です。

teian@ncnp.go.jp

（独）国立精神・神経医療研究センター
企画戦略室　ご提案窓口

●下記2点を、メールでご提出ください。
①ご提案内容 （理由も含めて）
②所属部署・お名前

センターをご利用される患者様やそのご家族にとって利用しやすく、職員の皆様にとって働きやすい高度医療研究センター及び地域に開かれた医療機関であるために、皆様の貴重なご提案をお待ちしております。

企画戦略室のご案内

企画戦略室は、平成22年4月に、総長を補佐し、又、センターの向上につながる各種事項について、企画・立案・調整することを目的として設置されました。

発足時から、藤崎室長を筆頭に、中期計画に基づいたセンター全体のミッション達成のための運営改善や具体策の立案に取り組み、病院幹部会議等へ提案を行っています。

ご提案に関する注意事項

●常勤・非常勤を問わず、また、センターで勤務される方であれば、どなたでもご提案できます。

●個別の苦情やお問い合わせなどに対しては、ご回答ができませんので、予めご了承ください。

●労使関係に関するご提案を受け付ける窓口ではございませんので、ご了承ください。

『ご提案窓口』に関して、センターで勤務される皆様へのお約束

・センターで勤務される皆様からの貴重なご提案に対して、誠実な対応に努めます。
・ご提出いただいたご提案の内容で、提案者の人事評価などにおいて不利益となることはありません。
・ご提案内容のその後の対応等につきましては、ホームページ等で、適宜、お知らせする予定です。

2010 年 12 月 22 日
企画戦略室

皆さまからいただきました提案につきまして

はじめに

本年8月に、中期計画に基づいて、センターの運営改善やミッション達成に役立つ提案を職員等から収集するご意見箱としての「ご提案窓口」を設置しました。企画戦略室が窓口となってメールで提案受付を新設して4ヶ月経過しましたので、現在までに受付を行った提案内容と企画戦略室の対応について報告を行います。詳細は、**1．提案一覧**以降をご覧ください。

●提案窓口における提案内容の概要

- 受付件数　　：11件（現在迄）
- 提案者の特徴：非常勤職員をはじめ幅広い勤務者から提案を頂きました。

●検討・対応等の取組みの際の基本的姿勢

①“組織の縦割り意識”の発想でなく、センター全体の視点で改善策を検討する。
②センター発展につながるよう提案を可能な限り活かすよう検討し、また提案者に対して受付時と対応状況についてのフィードバックを行う。
③迅速な対応を図る。
④関係部門との調整・連携に留意する。

●留意している点

①意欲ある提案者のモチベーションに考慮して、提案者名のマスキング対応を行ってから企画戦略室で取り扱うなど、提案内容の取扱いに留意する。
②提案者に対して、提案の受付時・対応状況について必ず回答する。

引き続き皆様からのご提案をお待ちいたしております。