

東京都病院協会 会報

東京都病院協会
LTD制度・医療共済制度
引受保険会社

TOKIO MARINE
NICHIDO

東京海上日動

2026年(令和8年)9月25日

第353号

毎月1回 定価200円(会員購読料は会費に含む)

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：猪口正孝 〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館402号室
TEL：03-5217-0896／FAX：03-5217-0898／URL：https://tha.or.jp／E-mail：thaoffice@tha.or.jp

特集 多職種協働の実践

多職種で支える地域急性期医療 現場から探る協働のかたち

病棟における医療の質と効率を両立するには、多職種が専門性を持ち寄り、患者情報を共有して役割を分担する仕組みが欠かせない。木村病院ではカンファレンスを重ね、疾患だけでなく患者の生活背景まで共有する取り組みを進め、高木病院ではコロナ禍での感染対策を機に始めた多職種の病棟配置をさらに進展させ、2026年度診療報酬改定で新設された「看護・多職種協働加算」を算定している。二つの事例から、地域急性期病院における多職種協働の実践と、定着に向けた課題を探る。

カンファレンスを重ね 多職種の情報共有を育てる

東京都病院協会 常任理事
社会医療法人一成会木村病院 院長

木村 玄

入院時から多職種で情報共有 「自ら出す」姿勢への変化

東京都荒川区南千住にある木村病院は99床の地域密着型病院で、急性期病棟と地域包括ケア病棟を運営する。救急で高齢患者を多く受け入れる同院では、治療だけでなく、退院後の生活ま

で見据えた支援が不可欠だ。軸となっ

ているのが、医師、看護師、理学療法士、薬剤師、MSW、管理栄養士らによる多職種カンファレンスだ。

木村玄院長は「カンファレンスの数は前に比べるとだいぶ増えました」と話す。まず新規入院患者は全例を対象に、多職種で情報を共有する。その上で、急性期病棟の患者について地域包括ケア病棟への移行の要否を検討する

「地域包括ケアカンファレンス」、地域包括ケア病棟へ新たに入院した患者を

対象とする「初回カンファレンス」、

さらに心不全、整形外科の「疾患別カンファレンス」へとつなげる。

最初から体系的に設計したのではな



木村 玄

い。「私が言い出したものもあれば、現場からの声で始めたものもあります」。必要性に応じて一つずつ増え、現在の形になった。

特徴は、疾患だけでなく退院までの道筋を決めないことだ。地域包括ケア病棟への移行を検討する際も、疾患と社会的背景の比重は「両方同じくらい」という。骨折や圧迫骨折なら治療に必要な期間やリハビリの進み具合を見る一方、同じ疾患でも、もともとADLや筋力、家族構成、住環境によって退院後の選択肢は変わる。

木村院長は「Aさんは一人暮らしで年齢は90歳、2階建ての家に住んでいる。Bさんは同じ90歳だけれど、家族もいて、マンションに住み、階段の上り下りも必要ない。このように生活環境によって必要な支援やケアが変わってきます」と説明する。施設入所を考へることもあれば、訪問診療につながる場合もある。MSWやリハ職が持つ生活情報、医学的な情報と並んで重要になるというのだ。

こうした情報共有も、当初から円滑だったわけではない。木村院長はカンファレンスで「その人はどういう家に住んでいるのか」と尋ねることがあったというが、回を重ねるうちに、そうした情報が事前に出てくるようになった。繰り返すうちに、各職種が何を共有すべきかを意識し、促される前に必要な情報を準備する場面が増えてきたという。

準備を重くすれば現場の負担になる。共有事項をあらかじめ記入するカンファレンスシートの作成について木村院長は腹案として持っているが、導入を命じる考えはない。「自分たちで

考えた上でカンファレンスシートを作ろうと現場から声が出たら、多分みんな自発的にやるでしょう。私が上から『やれ、やれ』と言ってもうまくいかないと思います」。多職種協働を定着させる上で、現場の自発性を重視する。

心不全でも多職種連携は 退院後の暮らしまで

心不全への対応では、多職種の役割がより具体的に表れる。木村院長は診療報酬上の加算が決定する前から、心不全のカンファレンスを開始した。「心不全の治療は多職種で連携することが重要で、栄養指導や薬剤指導が非常に有用です」。予後には運動、食事、服薬状況が大きく関わる。

管理栄養士は好き嫌いや、誰が家で料理を作るのかまで確認する。本人が調理しないなら、実際に食事を作る家族への指導が必要になるからだ。独居などで調理が難しくれば配食サービスも検討する。薬剤についても、退院後に本人が自己管理できるかを入院中から確かめ、お薬カレンダーなどを使って練習する。

同院では「医療介護連携」という言葉を前面に掲げているわけではない。介護保険によるリハビリは行っていない一方、訪問診療へ移る患者などでは退院前カンファレンスを開き、必要な介護量やヘルパーの関わり方まで具体的に調整する。自力で服薬できないことが入院中に分かれば、退院後にヘルパーが毎日訪問して服薬を支援する体制を整えることもある。患者ごとの生活課題に応じ、院外の支援者までつなぐ実務として連携が行われている。

カンファレンスで方針共有 協働を支える「風通し」

木村院長は多職種協働を進めるポイントについて、「やはり風通しを良くすること。お互いにコミュニケーションを取りやすくすることが大事」と話

す。カンファレンスを重ねるにつれ、各職種からの発言も増えた。普段接点の少ない部署同士をつなぐため、若手を中心とした院内交流活動も再び活発にしている。

木村院長が目指すのは、院長や医師が指示を出し続ける形ではなく、そ

れぞれの職種が患者について気付いたことを自ら発信できる組織だ。多職種協働は、全職種が同時に患者へ接することとは限らない。実際のケアは、それぞれの職種が自らの役割と時間帯で行う。だからこそ、各職種が得た情報を持ち寄り、方針を共

有するカンファレンスが重要になる。多職種が各々の専門性から得た情報を持ち寄り、患者の治療から退院後の生活まで共通の視点で考える。その積み重ねが、木村病院における多職種協働の土台となっている。

長は病棟運営にあたって原則として従来に近い運用を続ける方針を示し、大幅な業務変更は避けた。職種間の情報共有は電子カルテを基本とし、必要な場合は担当者同士で直接話し合っている。

既存の病棟担当制を生かし 多職種協働の加算を算定

医療法人社団仁成会高木病院 管理部部长兼事務長 小野 崇夫

経営企画室室長 上浦 秀一

急性期一般Bと 地ケア病棟の組み合わせ

高木病院（180床）は、2026年度診療報酬改定前は急性期一般入院料4と地域包括ケア病棟の組み合わせだったが、改定を機に120床で急性

期病院B一般入院料を届け出て、60床の地域包括ケア病棟は継続した。

同院の入院棟は内科・外科・泌尿器科病棟、整形外科病棟、地域包括ケア病棟という構成で、地域包括医療病棟も選択肢の一つだったが、内科・外科・泌尿器科病棟では看護必要度B項目の基準を満たしにくく、整形外科病棟では診療単価低下への懸念があった。一方、急性期病院Bであれば、既存の地域包括ケア病棟60床を継続でき、救急実績などから算定要件も満たせる見通しがあったことから、同入院料を選択した。

コロナ禍での感染対策の一環で 多職種の病棟配置を推進

多職種協働の体制は、改定にあたってゼロから組み直したわけではない。リハビリテーション部門にはPT30人、OT12人、ST4人、管理栄養士

4人が在籍する。薬剤師も従前から病棟薬剤業務を担ってきた。多職種による取り組みは以前からある。骨粗しょう症患者の再骨折予防に取り組むFLSでは、看護師、管理栄養士、リハ職、MSWなどがチームで患者に関わる。糖尿病などでも、多職種で対応しようとする動きが出ている。

病棟への人員配置についても、新型コロナウイルス感染症への対応の一環で、職員が複数の病棟を行き来することによる感染拡大を避けるため、リハビリ職や管理栄養士を病棟単位の担当制としていた。この配置がその後も定着した。

経営企画室室長の上浦秀一氏は、「改定議論が進む中で、多職種協働を評価する加算の届出に向けた取り組みが必要になるとは思っていました。本格的に話を始めたのは告示が出てからです」と話す。同院の勤務体制に合致するのかを慎重に見ながら、改定の方角や加算による収入への影響を院内会議などで説明し、各部門との調整を進めた。

加算算定を機に、急性期病院Bの病棟にはベテランのリハビリ職5人を配置する布陣に改めた。PT3人、OT1人、ST1人で、20年以上の経験者が2人、10年以上の経験を持つ職員が

3人。

従来の疾患別リハビリでは、PT、OT、STはそれぞれ担当患者を持ち、個々の患者へのリハビリを中心に対応していたが、看護・多職種協働加算の算定後は、配置したリハビリ職5人の担当範囲を個々の患者から病棟全体へ広げた。入院時の評価をはじめ、リハビリの関与が必要な患者がいらないか、病棟内に問題がないかを幅広く確認する。対象が担当患者単位から病棟単位へ広がるため、立ち上げ時には業務の変化に柔軟に対応できるベテラン職員の起用をリハビリ科長が提言したという。

病棟ごとに診療科もある程度分かれていることによる利点もある。整形外科病棟では骨折患者など、その病棟の患者像に応じてリハビリを提供する。複数病棟を行き来する必要がなく、同じ病棟の中で患者の状態を把握しながら対応する形となっているのだ。

リハビリ職の業務は従前通り 看護部長が方針を打ち出す

現場で対応した課題の一つが、リハビリ職と看護職の業務の切り分けだった。リハビリ部門からは、食事介助やトイレ介助に追われれば本来業務に支障が出る懸念が示された。看護部

収益面では診療単価は上がった。ただ、DPC病院であり、症例構成や手術件数によって単価は変動する。「看護・多職種協働加算2」は255点だが、加算のため配置した職員は病棟業務に従事している時間、原則として疾患別リハビリテーション料などの特掲診療料を別に算定できない。従来、5人が出来高で算定していた部分の減少も織り込む必要があるという。

そこへ「看護・多職種協働加算2」を算定するわけだが、増収効果については慎重な見方を崩さない。

管理部部长兼事務長の小野崇夫氏は、「以前に医事課で試算していた頃は、100件程度の実績から増収額を比較的示しやすいのですが、現在はDPCの係数評価や出来高算定の減少も加味しなければならず、試算は複雑になりました」と振り返る。その上で「年間を通して余裕で黒字になるかは見極めきれません」と話す。

今後の課題は365日対応だ。同院では看護師、臨床検査技師、診療放射線技師は24時間365日の勤務体制を取るが、リハ職などは異なる。これまで日祝日が比較的休みやすいことを採用面でも打ち出し、子育て中や産休後も勤務を続ける職員や長期勤続者もいる。休日のリハビリ提供を広げるには、現在の勤務の在り方との調整が必要になる。同院は診療報酬上の方向も見ながら、対応を検討していく考えだ。

東京都病院協会共催

HOSPEX Japan 2026 開催

日本能率協会主催、東京都病院協会も共催する「HOSPEX Japan 2026」が、11月18日～20日に東京ビッグサイト西2ホールで開催される。最新の製品・技術に加え、様々な医療サービスに必要な製品を展示する。同時開催の「スマートライフ+サミット」では、2040年の医療サービスの維持に向けた変革事例などを紹介する、共催団体のセミナーを開催。当協会からは11月20日(金)に昭和医科大学の阿部 智一 先生、東日本税理士法人の長英一郎 先生にご講演をいただきます。ぜひ、多くの皆様のご参加をお待ちしております。

問い合わせ先

ホスペックスジャパン 事務局
一般社団法人日本能率協会
産業振興センター内
TEL: 03-3434-1988
MAIL: hospex@jma.or.jp



田野倉 浩治

包括期病棟中心の病院では、入院患者が増えても平均在院日数が短くなり、病床利用率は前年並みか低下した一方、1人1日単価と入院診療報酬は増える傾向がみられた。地域一般病棟中心の病院でも、外来患者数には増減があるが、診療報酬合計と1人1日単

東京都病院協会事務管理部会は、「2026年度診療報酬改定後の経営状況に関する緊急調査」の結果をまとめた。対象は包括期病棟中心の2病院、地域一般病棟中心の3病院、急性期病棟中心の4病院(2民間病院、2大学病院)の計9病院で、2025年6月と2026年6月の実績を比較している。田野倉浩治・事務管理部会会長に解説してもらった。

東京都病院協会 事務管理部会部会長
医療法人社団永生会 法人本部長
田野倉 浩治

急性期病院中心に一定の増収効果だが支出などの要因も踏まえた分析が必要

2026年度診療報酬改定後の経営状況に関する緊急調査報告

急性期病院の状況

「診療報酬改定後経営状況調査 結果」より一部抜粋

	急性期病院①(民間)		急性期病院②(民間)		急性期病院③(大学病院)		急性期病院④(大学病院)	
	2025年6月	2026年6月	2025年6月	2026年6月	2025年6月	2026年6月	2025年6月	2026年6月
病床数	170	170	180	180	400	400	815	815
在院患者延べ数	-230	-6.40%	469	10.80%	1,442	16.20%	629	3.00%
新入院患者数	-60	-14.90%	57	19.60%	161	15.10%	199	10.60%
退院患者数	-1	-0.30%	77	28.40%	122	11.30%	187	10.30%
延べ患者数	-231	-5.80%	546	11.90%	1,564	15.70%	816	3.60%
利用率	-5	-6.40%	9	10.80%	12	16.20%	3	3.10%
平均在院日数	0	2.10%	-2	-10.40%	0	3.60%	-1	-7.10%
食事含む合計	48,866	0.20%	7,110,074	28.90%	18,492,022	19.30%	4,826,015	2.40%

価はいずれも増加。入院の診療報酬合計は1:1~8.2%増。延べ患者数が増えた病院では平均在院日数が若干延びるなど、病院ごとに動きは異なる。急性期病棟中心の病院では、民間2病院が新設された「急性期病院B 一般入院料」を届け出た。入院の動きをみると、4病院のうち3病院で延べ患者数が増え、入院収入も増加した。残る1病院は延べ患者数が5.8%減少したものの、食事を含む入院収入は前年をわずかに上回った。患者数の減少分を、今回のプラス改定による単価上昇

が補った格好だ。ほかの病院では、平均在院日数を短縮しながら新入院患者や延べ患者数を増やし、病床利用率を高める動きもみられた。外来についても4病院すべてで診療報酬合計が増え、増加率は2.6~11.2%だった。重症度、医療・看護必要度では、新たに勘案されることになった、救急患者応需係数も改定効果を左右する。急性期4病院はいずれも6.7~10ポイントを確保している。まず救急を受け、必要に応じて上り搬送や下り搬送につながる運用の余地が広がったといえる。2日以内の短期入院では、入院診療計画の作成などを省略できる取り扱いもあるが、転院時の患者・家族への説明や院内調整といった実務上の負担はなお残る点に注意が必要だ。もともと、収入の増加がそのまま収支改善を意味するわけではない。ペーシング評価料は賃上げに充てる必要があり、給食委託では食材費や人件費を理由とした値上げ要求が強まっている。単価が上がれば十分というわけではない。稼働状況、単価、そして支出を抑えること。この「三方よし」を実現しなければならぬ。

今回の調査を読み解く際、増減率だけを切り取って改定の効果を判断するのは早計である。病床規模によって、同じ増収額でも率は大きく変わる。延べ患者数が減れば、1人1日単価が上がって見えることもあるのだ。さらに今回の調査は6月単月の速報であり、支出を含めた収支全体を捉えたものではない。改定の影響は、単価だけでなく患者数や病床利用率、在院日数、救急受け入れ、そして支出を各病院で重ねて、確認していく必要がある。

ハイブリッド空調 スマートマルチ

クラウド制御サービス【エネシナフォ】

ガスと電気のいいとこどり!

ハイブリッド空調「スマートマルチ」

世界初、ガス空調(GHP)と電気空調(EHP)を同一冷媒系統に接続



スマートマルチについて
詳しくはこちら



東京ガスエンジニアリングソリューションズ株式会社

都道府県病院協会連絡協議会 記者会見

疾患別の救急体制を生かし
高齢者救急を振り分ける体制を

東京都病院協会 猪口正孝会長が議長を務める、都道府県病院協会連絡協議会は7月27日に記者会見を開いた。猪口会長は新たな地域医療構想における「急性期拠点機能」と「高齢者救急・

地域急性期機能」の役割分担について、既存の救急搬送の仕組みを生かした制度設計が必要との考えを示している。猪口会長は、「救急現場では患者の年齢だけで搬送先を決めているのでは

報告

令和9年度東京都予算に対する
要望事項について

東京都医師会を通じて提出した来年度の東京都予算に対する要望事項について、2026年9月3日に東

京都議（自民党、都民ファーストの会、公明党）への説明が行われた。当協会からは猪口正孝会長、大田健副会長、内藤誠二副会長が出席した。

猪口会長より、民間病院に対する地域医療確保緊急支援事業を継続いただいたことに対する御礼を述べるとともに、昨年度末の国による補正予算や本年6月の診療報酬改定によっても、都内病院の経営は引き続き多くが赤字となると見込まれることを説明し、支援の継続を強く要望した。

加えて、築40年を超える病院の建替え、耐震化、設備更新等に係るキャピタルコストへの新たな支援についても強く要望した。



なく、症状や疑われる疾患に応じて搬送先を選んでいる」と説明した。東京都では、脳卒中についてA・B・Sの



事務管理部会主催研修会

医療法第25条第1項に基づく立入検査、
診療報酬改定への対応について解説

東京都病院協会事務管理部会は7月24日に「医療法第25条第1項に基づく定例立入検査について」、同29日に「令和8年度診療報酬改定における施設基準の主な改正点について」をテーマに研修会を開催した。

24日は東京都保健医療局医療政策部医療安全課が登壇し、立入検査の概要や最近の話題などについて紹介した。29日は適時調査対策支援研究所長の瀬下忠男氏が登壇し、届出にあたっての手続きや注意点を解説した。定例報告を年1回の施設基準の自己点検の機会として活用することなども呼びかけた。



29日研修会での、瀬下忠男氏の講演の様子

区分に応じた受け入れ体制があり、心疾患でもCCUネットワークが機能している。こうした仕組みでは二次救急を含めた医療機関で役割を分担しており、高度な治療を三次救急だけが担っているわけではない現状を指摘した。脳卒中や心疾患など疾患別ネットワークに乗る患者は従来通り搬送し、それ以外の患者について、高齢者救急・地域急性期機能を担う病院か、急性期拠点機能を担う病院かを判断する方法を提案した。既存の疾患別ネットワークを別枠として扱うことで、高齢者救急の対象もかえって明確になるとの見方を示した。

東京きらぼしフィナンシャルグループ
きらぼし銀行

東京の地域医療を支える
病院を応援します。



医療・福祉事業部 〒107-0062 東京都港区南青山3-10-43 TEL.03-6447-5770 URL.http://www.kiraboshibank.co.jp

photo: © mapo - stock.adobe.com