

タイトル	病院給食における栄養士労働と外部化の実態に関する研究
著者	岡部, 哲子; Okabe, Tetsuko
引用	北海学園大学大学院経済学研究科 研究年報(19): 1-57
発行日	2019-03-31

〈論文〉

病院給食における栄養士労働と外部化の実態に関する研究

岡 部 哲 子

目次

序章 研究目的と課題	
第1節 問題提起と本論文の課題	
第2節 研究動向と論文の構成	
第1章 病院給食の制度化と栄養士労働の変遷	
本章の課題	
第1節 戦前の病院給食開始と栄養士養成校の創設	
第2節 戦後の各種法律の制定と完全給食制度の創設	
第3節 基準給食制度と栄養士の状況	
第4節 病院給食の外部委託認可とその影響	
第5節 入院時食事療養制度の新設と院外調理の認可	
第2章 病院給食の統計的整理	
本章の課題	
第1節 各種給食施設数と栄養士・管理栄養士の配置状況	
第2節 外部委託率と栄養士の雇用割合	
第3章 診療報酬改定にともなう栄養士労働の変化	
—北海道の有床診療所のアンケート調査をもとに—	
本章の課題	
第1節 有床診療所の状況と2012年の診療報酬改定	
第2節 有床診療所のアンケート調査	
第4章 委託栄養士はなぜ早期退職するのか	
—委託栄養士のインタビュー調査をもとに—	
本章の課題	
第1節 調査方法と対象者の特徴	
第2節 インタビューの内容	
第5章 委託栄養士の労働実態	
—委託栄養士のアンケート調査をもとに—	
本章の課題	
第1節 調査方法と対象者の特徴	
第2節 委託栄養士の雇用実態	
第3節 給食会社の退職者と継続者の特徴	
第4節 自由記述の分析	
終章 要約と展望	
第1節 各章のまとめ	
第2節 病院給食における栄養士労働の課題	

引用・参考文献

序章 研究目的と課題

第1節 問題提起と本論文の課題

(1) 病院における給食運営の特徴

一般社団法人日本フードサービス協会によれば、病院給食は広く外食産業の一部であり、2015年の市場規模は、8,207億円と推計されている。学校給食や社員食堂などの「集団給食」全体の規模(33,932億円)からみても、病院給食の市場規模は約4分の1(24.2%)と一定の割合を占め、外食産業市場全体において無視できない位置にある¹⁾。しかしながら、その運営は一般的なサービス業における外食と大きく異なっている。

第1の特徴は、病院で提供する食事が疾病の治療、回復のための「治療の一環」として位置付けられていることである。病院では医師が患者の病態を診断し、その診断に基づく適切な食事(治療食)を提供するため、患者は一般的な外食のように自由なメニュー選択ができない。また患者に提供する食事の衛生面、安全面は健常時に比べよりいっそうの配慮が必要である。

第2は、入院時の食事費用は健康保険法の入院時食事療養制度(診療報酬制度)に基づいた規定があるため、食事1食あたりの患者支払い金額(標準負担額)と健康保険から給付される差額分が固定的となり、病院側が食材費に応じた販売価格を設定することができない点である。診療報酬の改定は2年ごとに行われるため、入院時食事療養費の改定後には、病院経営面への影響を直に受けることもある。

第3は、病院給食の管理および運営実務は栄養士が行うものとして、医療法および医療法施行規則にその配置規定が示されていることである²⁾。病院の栄養士は、第1、第2の特徴に示した治療食を、入院時食事療養制度の規定に沿って提供する役割を担っている。

以上のような特徴を有する病院給食は他の集団給食と比較しても顕著な違いを指摘できる。たとえば、学校給

¹⁾ 外食産業の市場規模については、一般社団法人日本フードサービス協会ホームページ(<http://www.jfnet.or.jp>)を参照。

²⁾ 栄養士は病床数100床以上の病院に1名配置することが規定されている(医療法第21条および医療法施行規則第19条)。

食や事業所給食（従業員向け社員食堂）などは、一般的には給食利用者ごと個別の食事対応（以下、個別対応とする）は求められないため、作業の機械化によって調理工程を効率化することが可能である。

他方、病院給食は食べることが「治療の一環」であり疾病の回復に直接結びつくため、患者個人の病態の変化にあわせた食事提供が必要になる。さらに超高齢社会の日本においては、高齢者の患者割合も高いため、飲み込みや歯の機能に対応した食事提供も求められる。また、食物アレルギーの対応など個別対応の必要性が増している。

病院給食におけるこれらの個別対応が増えることは、食事を提供する側からみると調理作業が複雑、煩雑化し、作業時間の延長、さらなる人手が必要となり費用がかかる。しかし、入院時食事療養制度では病院収入の上限額が決まっているため、手間をかけ個別対応の食事を提供することと、経営面の効率化は相反する³⁾。病院給食は入院時食事療養による制約のもと、治療の一環であることを基本に、衛生的で安全な治療食の提供が求められる。しかし病院経営における給食部門は不採算部門の場合が多く⁴⁾、「効率化」を求められやすい。

以上のように、病院給食は、治療食としてのさまざまな配慮が不可欠であるとともに、経営面の努力も求められる。これら双方の釣り合いをとることが非常に難しい状況にあるといえる。とくに、病院給食の最前線で双方の調整を求められる栄養士は、様々な問題が集中し対応を強いられることになる。

³⁾ 真野は、一般の経済学における技術進歩の枠組みと費用への影響が、医療の場合では当てはまらないことを次のように指摘している。「一般の経済学では、技術の進歩は費用を下げ、最終的には価格を下げて消費者の効用を増すという考え方が普通である。しかし、この原理は医療の場合には必ずしも当てはまるとはかぎらない」として、その理由は「患者の個性が強いため標準化に限界があり費用が下がりにくいためである」と述べている。真野は、病院の電子カルテの導入を例に挙げ、電子カルテの標準的なものは実態には合わないため、多くの病院がカスタム化しており、結局はコストダウンにつながらないことを指摘している（真野 [2012] 11）。

⁴⁾ 厚生労働省中央社会保険医療協議会のコスト調査では、栄養部門の収入100に対し、人件費、食材費、水光熱費、経費、減価償却費など支出の合計は106.4%で、一般管理費を除いても支出が収入を超えていることが示された（「平成16年入院時食事療養費に関するコスト調査。入院患者給食に関するアンケート調査報告書」[2004]）。経費や減価償却費については、施設ごとに算定方法に違いがあり（栄養部門単独で算定、または病院全体で算定など）、費用を単純に比較することはできないが、栄養部門の運営面における余裕のなさが示された。なお、2004年の調査時点では収入の基準とされる入院時食事療養費が1日単位で算出されているため、2006年以降の1食単位の算出よりも収入が多く見積もられることから、現在ではさらに収入は低く算定されることが予想される。

(2) 病院給食に関わる制度改革の概要と栄養士資格、養成制度の変化

これまで、病院給食において治療食提供の役割を担うのが栄養士であることを述べてきた。

栄養士職には「栄養士」と「管理栄養士」の2種類の資格があり、管理栄養士は栄養士の上位資格として1962年に設けられた。両者とも多くは医療施設、社会福祉施設、学校などの給食施設に勤務し、食を通じて対象となる人びとの栄養状態の管理を行っている。

病院における栄養士労働をとりまく医療法と関連法規は種々に変遷してきた。戦後をみるとまず、1948年、医療法の制定により、病院には給食施設の設置や栄養士の配置が規定された。1950年からは完全給食という名称で給食が制度化され、のちに基準給食制度に名称が変わり、給食の実施設がしだいに増えていった。1970年代後半から1980年代になり、行政改革とともに民間活力（民活）の導入と規制緩和が推進されるなか、1986年に病院給食運営の外部委託が認可された。1994年には、基準給食制度が入院時食事療養制度にかわり、1996年には院外調理が認可された。2006年に入院時食事療養費に関する算定基準が大幅に改定された結果、病院収入が減額になったため、病院内における給食運営はさらに「効率化」を求められるようになった。

以上のように、病院給食に関わる制度は徐々にあるいは時によって大幅に制度が変わってきた。とくに、1980年代以降の制度改定によって病院給食の外部委託率は上昇し続け、2015年の調査結果では7割を超えることが報告されている（一般財団法人医療関連サービス振興会 [2016] 7-12）。また、院外調理施設においても徐々に建設が進み、2011年には全国で50施設以上が稼働していることが報告されている（定司ほか [2013] 6-7）。

これらの変化は、給食運営にかかわる栄養士の業務内容や栄養士養成の仕組みにも影響を与えてきた。

戦中・戦後に深刻だった食糧不足の問題は1960年代になると解決していたが、食生活の多様化にともない生活習慣病が問題となり人々の健康状態が変化していった。そのため人々の健康の維持・回復に貢献する役割を担う栄養士の質的向上のために、1962年、栄養士法の一部改正により管理栄養士が国家資格として創設された。同時に、管理栄養士試験の制度化、養成施設として大学の栄養学科の設置、および集団給食施設には栄養士または管理栄養士をできるだけ配置する努力規定、などが設けられた。しかし、管理栄養士の定義は「栄養士の業務のうち複雑、困難なことを行う適格性のある者」であり、免許制ではなく登録性であることから、実際には何をする専門職なのか不明確であった。

1990年代以降、日本人の健康問題と医療費高騰の問題がいつそう取り上げられるなか、1997年、管理栄養士の

社会への貢献を課題とし、厚生省による検討会が立ち上がった。その検討結果をもとに、2000年、栄養士法の一部改正が行われ、管理栄養士が登録制から免許制になり、管理栄養士の新たな定義と業務が明確に示された。とくに対象者の栄養状態の評価・判定に基づいた栄養管理および指導は管理栄養士が行うことになり、栄養士との業務区分が明確化された。

病院においては、「栄養管理実施加算」（2012年廃止され入院基本料に包括化）や「栄養サポートチーム加算」が新設され、これらの業務を管理栄養士が多職種と協働で行うことが加算の対象になった。

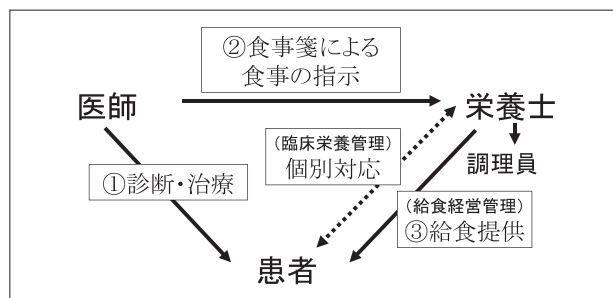
このように病院では、とくに2000年以降、管理栄養士が行う栄養管理業務が加わった。また、のちに述べるように病院給食の外部委託率の上昇とともに直接雇用ではない委託栄養士が増加しているのである。

（3）給食会社の参入による栄養士労働の変化と問題発生

ここでは病院給食の外部委託率の上昇による給食提供の形態変化についてみる。

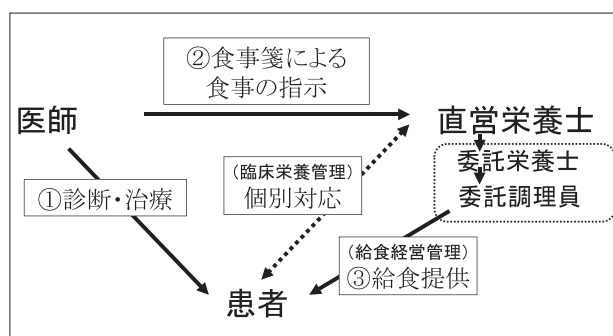
栄養士が行う「給食経営管理」業務⁵⁾を、病院自らの従業員を使って運営する方法を「直営給食」というが（図序-1）、外部委託が認められる以前には、直営給食が一般的な病院給食の形態であった。1986年以降は、運営の一部または全部を外部の専門会社（以下、給食会社とする）に任せる「委託給食」が現われ、さらに「給食経営管理」の業務全般を給食会社に任せる「全面委託」の病院もみられるようになってきた。全面委託では通常、給食会社所属の栄養士（以下、委託栄養士とする）が病院に配属され業務を行っている⁶⁾。次の図は「給食経営管理」が全面委託の場合を示したものであるが（図序-2）、直営給食と異なる点は、「給食経営管理」を委託栄養士が担い、給食会社所属の調理員（以下、委託調理員とする）が調理を行う点である。医師が食事箋による食事の指示を直営栄養士に伝え、直営栄養士が個別対応（臨床栄養管理）を行うまでは直営給食と変わらないが、直営栄養士が得た患者の情報を委託栄養士に伝える点が大きく異なる。

さらに、図序-2における「給食経営管理」を行う場が、



図序-1 病院での給食提供形態—直営給食の場合

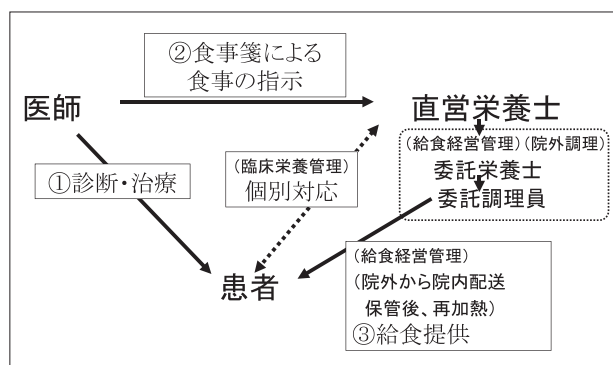
資料：筆者作成。



図序-2 病院での給食提供形態—全面委託の場合

資料：筆者作成。

病院外の場合を示したものが図序-3である。これは、図序-2の全面委託の場合と指揮命令系統は変わらないが、調理場所が院外である部分が異なる形態のものである。このように給食会社の参入によって、給食の提供形態が変わり、それにともない栄養士労働の形態の変化や問題が生じている。第1に業務の複雑化である。全面委託の場合、図序-2では、直営栄養士が患者の病態や食事摂取状況などの変化を把握し、その情報をもとに委託栄養士が患者の給食提供を行うが、個別対応の内容が複雑な場合は、給食会社側からみて病院と契約した業務の範囲を超える（契約に見合わない）といった問題が生じてくる。直営栄養士と委託栄養士どちらも折り合いをつけなが



図序-3 病院での給食提供形態—委託給食で全面委託・院外調理の場合

資料：筆者作成。

⁵⁾ 「給食経営管理」は患者給食の提供に関わる業務全般のことで、入院時食事療養制度に基づく献立の立案、食材の管理、労務管理さらに施設・設備管理など多岐にわたる。「臨床栄養管理」は患者対応の業務全般で、給食の個別対応、入院および外来の栄養食事指導、栄養サポートチーム（NST）などがあり、管理栄養士が行っている。栄養士職労働における「給食経営管理」および「臨床栄養管理」の位置づけについては、図序-4（病院における栄養士労働の概念図）でのちに述べる。

⁶⁾ 「全面委託」に対して「部分委託」とは、食材料管理、調理、洗浄、清掃などの業務の一部を給食会社に委託することである（日本給食経営管理学会 [2015] 9-10）。

ら業務を遂行していくが、双方が不便さを抱えることになる。

第2に、同一資格にも関わらず、待遇差が生じる問題である。図序-2の形態では委託栄養士は「給食経営管理」業務を独立して任されているのではなく、最終的な責任は直営栄養士が負うことになる⁷⁾。そのため、両者の栄養士は協力して業務を行う必要があるが、給食業務を請負う委託栄養士と管理する側の直営栄養士とは、同じ職場内で同一の資格を持ちながらも、立場や雇用条件が異なるため摩擦が生じることがある。久保田や医療労働研究の岡野の報告によると、委託栄養士の立場では労働時間が長いことや待遇面で直営栄養士より劣ることが指摘されており(久保田 [2010] 65-74、岡野 [1997] 3-59)、両者の関係を難しくする要因にもなっている。

第3に、施設設備や設備機器の高度化にともなう諸問題の発生である。近年、料理提供日の数日前に調理を行い冷却、保管する調理方式(クックチルやクックフリーズなど)を取り入れ、計画的に調理作業を行う病院が徐々に増えている。図序-3に示した院外調理では、上記の調理方式を取り入れながら作業工程を組み立てていくが、

調理から食事提供までが数日間におよぶため、その間の運用面の工程が複雑化している。

施設設備や設備機器の高度化そのものは調理技術を高め、料理の品質向上に貢献するとともに、院外調理施設は一度に多くの食数の提供が可能である。しかし、ハード面でシステムが構築されるのにともない、今度は指揮し統括する役割を担う栄養士と設備機器を運用する技術者(調理員)が必要となる。さらに直営栄養士と委託栄養士との業務分担も複雑化が生じてくる。また院外調理施設の運営においては施設建設費用が莫大なことから、稼働後の利益を上げることが課題となり、一層、「合理化」に拍車がかかることになる。

もとより、患者給食の提供は、工場で製品化された商品をそのまま提供するのとは異なり個別対応が必要である。個別対応を行うには人手が必要であり、「合理化」には限界がある。真野が「患者の個性が強いため、標準化に限界があり費用が下がりにくい」と述べたことが⁸⁾、病院給食にもあてはまる。むしろ、給食運営の外部化や院外調理によって病院経営は見かけ上効率化が進んでいるようにみられるが、実状は直営栄養士と委託栄養士の業務の複雑化、雇用面の違いによる対立など、表面化しにくい構造的な問題が生じている可能性がある。

第4に、給食会社の人手不足の問題がある。病院給食の外部化に関する2015年度の調査によれば、病院側にとって給食会社に外部委託するメリットの第一位は「人員・人材不足の解消」である一方、給食会社側が抱える問題点や課題の第一位は「人材の確保」であった(一般財団法人医療関連サービス振興会 [2016] 40、65-67)。この調査結果から、病院側からみると人材不足の問題は解消されているが、給食会社側にとっては人材の確保は難しいことがわかる。このことは、給食会社に就職した栄養士の離職率の高さも要因の一つになっていると考えられる。

(4) 栄養士養成校の変化

栄養士労働は、形態の変化にともなう業務の複雑化、直営栄養士と委託栄養士に待遇差が生じる問題、施設設備や設備機器の高度化にともなう諸問題の発生、さらに給食会社の人手不足の問題など、労働の質そのものにも問題が生じているが、栄養士および管理栄養士の養成校では、これらの問題に対処するための教育が行われているとは言いがたい。

養成校で開講する科目のなかで、給食施設の栄養士業務と関連が深い科目のひとつに「給食経営管理論」が挙げられる⁹⁾。ところが、管理栄養士養成校における「給食

⁷⁾ 給食経営管理業務を給食会社が行う場合でも、病院側がすべての業務を委託することはできず最終的な責任は病院が追うことになっている。表序-1に、病院が自ら実施すべき業務を示した。

表序-1 病院が自ら実施すべき業務

区分	業務内容	備考
栄養管理	病院給食運営の総括。 栄養管理委員会の開催、運営。 院内関係部門との連絡・調整。 献立表作成基準の作成。 献立表の確認。 食数の注文・管理。 食事せんの管理。 嗜好調査・喫食調査等の企画・実施。 検食の実施・評価。 関係官庁等に提出する給食関係の書類等の確認・提出・保管管理。	受託責任者等の参加を求めること。 治療食等を含む。 受託責任者等の参加を求めること。
調理管理	作業仕様書の確認。 作業実施状況の確認。 管理点検記録の確認。	治療食の調理に対する指示を含む。
材料管理	食材の点検。 食材の使用状況の確認。	病院外の調理加工施設を用いて調理する場合を除く。
施設等管理	調理加工施設、主要な設備の設置・改修。 使用食器の確認。	病院内の施設、設備に限る。
業務管理	業務分担・従事者配置表の確認。	
衛生管理	衛生面の遵守事項の作成。 衛生管理簿の点検・確認。 緊急対応を要する場合の指示。	
労働衛生管理	健康診断実施状況等の確認。	

資料：医療法の一部を改正する法律の一部の施行について、厚生省健康政策局長通知(抄)健政発第98号、各都道府県知事宛 [1993]、別表より作成。受託責任者は、給食会社の責任者のことである。

⁸⁾ 注3を参照(真野 [2012] 11)。

⁹⁾ 管理栄養士学校指定規則における「給食経営管理論」の教育目

経営管理論」分野及びこれに関連する科目の開講状況を調査した結果では、管理栄養士学校指定規則で示す最小限の科目数のみ開講している養成校が多いことがわかった¹⁰⁾。さらには、管理栄養士に求められる給食運営業務（人や組織のマネジメントおよび業務管理）を行う能力は、養成校での教育だけで身につけることは難しいと述べている。「現在、管理栄養士養成校のカリキュラムに関して、社会に対応できる基礎能力を習得させる方向で検討を重ねているが、今後は卒業教育を含め検討してゆく必要がある」結論づけている（辻ほか [2012]）。

この調査結果にあるように、カリキュラムなど教育上の問題点が指摘されながらも、養成校では2年から4年の学修期間を終える学生を、未熟なまま社会に送り出すことになる。受け手となる就職先での教育が期待されるが、給食会社では人手不足による課題が多く、現場では即戦力が求められるため、新卒者の教育がおろそかになる可能性がある。給食会社側でも委託栄養士の離職率が高く、人材の定着が課題とされている¹¹⁾。また、医療機関における地域差に関しては、郡部では都市部と比較すると小規模病院や有床診療所が多く、それらの医療スタッフ不足が問題となっており、栄養士においても同様に人材確保と定着の難しさが課題として挙げられる¹²⁾。

ここまで述べてきた病院の栄養士労働は、給食提供形態の多様化と栄養士の雇用面の複雑さが関連しているため、解明しなければならない課題を抱えている。1つ目は、現場の栄養士がそれぞれの立場から、現状をどのように考え業務に臨んでいるのかという点である。2つ目は、勤続年数や労働の質に見合う待遇なのかという点である。3つ目は、給食経営管理業務を行ううえで切っても切り離せない調理員との関わりについてである。

標は、「給食運営や関連の資源を総合的に判断し、栄養面、安全面、経済面全般のマネジメントを行う能力を養うこと」とされている。すなわち「給食経営管理論」は、栄養士が給食施設で給食運営を行うために「人、物、金、施設、情報」を総合的に判断し運用できる能力を養うための実践的な科目に位置づけられている。

¹⁰⁾ 辻らが管理栄養士養成校における、「給食経営管理論」分野の開講科目を調査した結果では、管理栄養士学校指定規則で定めた講義または演習2科目、実習1科目のみ配置している養成施設が66.7%と高い割合であることがわかった（辻ほか [2012] 253-261）。

¹¹⁾ 給食会社の栄養士の立場である佐藤は、給食会社の栄養士がかかえる1番目の問題として、離職率の高さを指摘している（佐藤 [2008] 74-78）。委託栄養士が加盟する「社団法人日本メディカル給食協会栄養士会」の研修会においても、人材の定着をテーマとして検討が行われた（社団法人日本メディカル給食協会栄養士会 [2009] 18-37）。

¹²⁾ 公益社団法人北海道栄養士会のホームページでは、栄養士の求人情報を掲載しているが、郡部やへき地では人材確保の困難な状況がうかがえる（公益社団法人北海道栄養士会のホームページ参照、<http://hoku-ei.sakura.ne.jp/>）。

そこで本論文は、病院給食における栄養士労働と外部化の実態について、医療制度の変遷に着目しながら、既存資料ならびに調査分析をとおして明らかにすることを課題とする。

第2節 研究動向と論文の構成

(1) 研究動向

病院給食における栄養士労働は、医療法および診療報酬による制約のもと、病院経営の合理化の流れを受け、さまざまな問題と課題に直面しているが、それらの研究実績はきわめて少ない。

先行研究では、谷が『医療をになう人たち』（1969 [147-158]）で医療労働者のひとつに栄養士労働を取り上げたものが最初とされる¹³⁾。1969年、日本の高度成長期に執筆されたものだが現代に通じる部分が多い。同書では、病院給食が、患者の治療のため重要であり栄養士の活躍が期待されているにもかかわらず治療チームの一員としての存在が非常にうすいことなどを指摘している。今日における日常的な業務として「臨床栄養管理」があるが、1969年当時は栄養士が患者個別の栄養管理を行うことは一般的ではなかった。そのような状況において谷は「臨床栄養管理の先駆けとして、栄養士による栄養相談や食事療法が患者の回復に効果的であった事例」を挙げている。また、調理業務とは栄養士が調理を行うという意味合いに加えて、栄養士と調理員との協力関係についても意味するとして「職人気質の調理師と大学で学んだ栄養士との意見の対立、その溝を埋めるために栄養士は本来の業務に加え調理作業を行っており荷重労働になっている」ことに触れている¹⁴⁾。この点は久保田が調理業務についての「歴史的に形成された栄養士業務の特有のものといえる」（久保田 [2012] 102）との指摘と同様であり、現在でもその傾向は根強く残っている。

¹³⁾ 1970年代半ば、芝田進午の編著による『医療労働の理論』の中で、北田が病院給食の労働を取り上げている（[1976] 183-198）。北田は病院での栄養士および調理員の労働全般を「医療給食労働」とよび、「医療給食労働の労働条件の実態はあまりにも知られておらず、医療労働者についての文献においても、ほとんどふれられていない。」とし、「わずかな例外の一つは、谷みゆき『医療をになう人たち』である。」と記述している。

¹⁴⁾ 谷は、栄養士と調理員の関係の難しさについて次のように記述している。「中にはJ大学病院などのように、長い経験をもった管理栄養士によって管理業務が徹底しておこなわれ、配膳係も高卒以上の学齢を有するものとし、きちんと確保しているところもある。しかし、多くは長い調理経験の中で自信をつけてきた調理士と、学校の講義だけで栄養学を身につけた栄養士とでは、年齢や経験の差からおのずと意見の対立がでてくる。味つけ一つとっても、経験の少ない栄養士の場合は、集団給食の場合、人員・時間などの制約を受け、必ずしも学校でおそわった通りにはいかず、また学校での理論も役立たない場合が多くあるので、古参の調理士と対立する。にんじんやじゃがいもの皮

1970年代半ばには、芝田らは『医療労働の理論』のなかで、医師をはじめ医療労働者の労働を精神的労働ととらえ、その特殊性や社会的意義、また労働条件の実態を明らかにする必要があると述べている。芝田は、医療労働が社会的に有用な労働であり「サービス労働の一形態である」としながらも、本質的に倫理的性格をもち「たとえば同じサービス労働にぞくする観光、興行、娯楽等のサービス部門にくらべて、人間にとって、より基本的な意義をもつサービスである」と規定している(芝田[1976] 18)。また、同書において病院給食の労働を取り上げた北田は、病院での栄養士の労働全般を「医療給食労働」とよび、病院給食の歴史的背景、医療給食労働者である栄養士と調理師の労働条件の実態に触れている(北田 前掲書[1976] 183-198)。これ以後、栄養士の労働に関するストレスや職務満足度について、わずかに調査研究は行われているが、北田のような歴史的背景、制度のしほり、社会の変化への対応、そして待遇まで総合的に栄養士の労働をとらえ、医療職として研究の必要性を述べたものはみあたらない。

1980年代以降になると川上、小坂らが『医療改革と企業化』や『医療・福祉のマンパワー』のなかで、国の医療改革による医療・福祉費の削減が、医療労働に及ぼす影響を分析している(川上[1991-a]、川上、小坂[1991-b])。川上、小坂らは、医療・福祉サービスにかかわる人材について、川上は、他の企業とちがった特性として、第1に人材への依存率が高いことを挙げている。「他の企業では技術進歩により省力化が可能だが、医療の場合には、技術進歩→専門分化・分業→チーム医療の拡大—医師看護婦、コ・メディカルの増加となり、技術進歩が逆に人員の増大—人件費の増加をまねいている」と述べている(川上[1991-a] iii)¹⁵⁾。また1980年代以降

むきにしてさえ、実際に調理する人と管理する立場にある人とは異なってくる。そこで栄養士は調理士とともに朝から水を使いながら、お互いの溝をうめ理解を深めている。そんな理由で栄養士の労働は、朝の調理から盛り付け、配膳の指導から夜の下膳まで、ゆうに10時間にもなる。おまけに栄養士の少ないところでは、献立作成、役所への書類提出、特別食の調理、材料の購入、原価計算等々と山積みされる(谷[1969] 151: 筆者記述のとおり)。ここでは、栄養士が少人数の職場で業務を行っていること、栄養士が学校で学んだ理論と現実との乖離していることなどは、今でも共通する事柄といえる。現代においては、コンピューターの普及により、献立作成、書類など事務的な業務量は軽減されてはいるもの、患者の病態に応じた個別対応が増えるなど、新たな業務が加えられている。

¹⁵⁾ 医療・福祉サービス分野において人材の依存率が高いことは、給食運営にもあてはまる。技術進歩に関して、栄養士の行う給食管理業務の中で、献立作成や事務などはコンピューターの導入によって作業時間の大幅な短縮につながった。他方、臨床栄養管理の発展によって治療食の個別対応が増え、きめ細やかなサービスが求められ、衛生面においては厳格な衛生管理を行う必要性が生じるなど、給食管理業務は省力化の方向には進まず、

の医療改革と企業化によって、医療法人系列病院の増加や医療関連ビジネスが定着するにつれ、本来の公共的医療の意味合いがしだいに薄れ、医療関連スタッフの環境が変化していくことを指摘している。栄養士業務においては、給食会社の参入によって効率化が図れるかどうかは一概には言えないことを指摘している¹⁶⁾。

1990年代になると、岡野が「業務委託と労働組合—病院給食の業務委託に関して」において、給食の業務委託の問題に対する労組の対応のあり方について事例をもとに詳細な分析を行っている(岡野[1997] 3-59)。

1990年代以降の病院における医療労働研究では、医師・看護師、およびコ・メディカルについてストレスや職務満足度の研究が進められているが、医師・看護師のものが大多数を占め、栄養士労働の研究は少ない。栄養士労働に関しては、2010年以降いくつかの報告がみられる¹⁷⁾。そのなかで、病院の栄養士労働に関しては、田中、および水元によるものがある。田中は、病院栄養士の勤務実態と職業性ストレスを調査し、病院栄養士は全国の勤労者と比較しても職業性ストレスを多く抱えていることを示した。その中で「給食会社勤務の栄養士は直営栄養士と比べて、体の疲労度が高い、上司の理解が得られにくい環境にあること」を指摘している(田中他[2013])。

むしろ拡大していく。さらに、患者の治療効果を高めるチーム医療の拡充により、専任の栄養士を配置することになれば、結果的に栄養部門は人員を増やさなければならない。すなわち、技術進歩が人材への依存率を高めているといえる。しかし現実的には病院の経営面では効率化・合理化が求められているため、人員は増やさず、その解決策とすべく給食経営管理業務は外部化へ進展していくと考えられる。

¹⁶⁾ 川上らは、簡単には効率化が図れないことを次のように述べている。「多様化する患者のニーズに応える目的が、委託を採用する一因に数えられている。だが、選択食を導入したが、経費率が120%となり挫折せざるをえなかった給食サービス会社の経験談をみると、このサービスはまだ模索段階であることがよくわかる。(中略)今後、採算ベースにのせていくためには、事務的処理をコンピューター化、作業をマニュアル化していくとともに、管理能力のある栄養士と現場でのパートをいかに確保するにかかっているという」(川上『医療改革と企業化』[1991-b] 102)。

¹⁷⁾ 栄養士労働に関しての調査研究は2010年以降、いくつか行われている。廣森は、高い専門性が求められつつも、十分な労働条件や社会的地位が得られていない専門職の一つとして司書と栄養士を事例として取り上げ、そういった職種の特徴として、女性が多くの割合を占めていることや(女性労働の特徴)、非正規が進みつつある現実にも触れている(廣森[2012])。栄養士労働の性格に関しては久保田が、学校給食にかかわる栄養士の性格が時代とともにどのように変化してきたかを詳細に分析している。学校給食の栄養士労働は、社会経済の変化や給食制度上の影響を直接受けることを指摘し、高度化した業務を担うためには現状では配置人数が少なく、安全な給食の提供と食育を行うためには改善が急務である、と結論づけている(久保田[2012])。また、久保田は、養成施設の課題についても事例をもとに論じている(久保田[2010])。

水元は、病院に勤務する管理栄養士の職務満足度に影響をあたえる要因を分析し、「同職種（同僚、上司）との良好な人間関係および支持・支援をうけていることを実感できる、コミュニケーションがスムーズであることなどが、職務満足度に最も影響を与えた要因である」と結論づけている。また「病院直営スタッフと委託スタッフ間のコミュニケーションの難しさ」についても指摘している（水元他 [2015]）。

病院給食実務に関して、山本の『実践病院給食管理』は、病院の給食管理業務を実践に基づき詳細にまとめており、実務書ではあるが独自の視点と理念から病院給食を概観している。1988年当時は病院給食業務の外部委託が認可されて間もない時期であり、規制緩和によって病院経営の効率化が求められようになってきた。山本は、病院給食の理念は人それぞれの食事環境、食習慣などを大切に考え、治療のためだけではなく楽しむための食事を提供することであり、医療従事者として単なる合理性を追及すべきではないと述べている（山本 [1988] 11-14）。前述の芝田らが『医療労働の理論』のなかで、医療関連スタッフの医療労働を精神的労働ととらえ「社会的に有用な労働であり、本質的に倫理的な性格を持つ」と述べていたが、病院給食の提供においても倫理的な性格を持つという点において一致している。

病院給食実務に関して、松崎ら [2004] による研究では、「委託会社においては人材養成が急務である」と指摘し、給食会社で利用可能な業務マニュアル作りを念頭に、業務の難易度と栄養士の習熟度について分析、検討を行った（松崎他 [2004]）。しかし、給食会社では、請負う施設ごとに契約内容が異なり業務が多様化していることから、委託栄養士が標準化された業務マニュアルを現場で運用することは容易ではないと思われる。

以上の先行研究のなかで、北田による研究は、病院給食における栄養士労働を歴史的背景と制度の変化を関連づけながら分析し、まとめた唯一のものといえる（北田 [1976] 183-198）。先行研究の多くは、その時々の問題意識に基づき単発的に行われたものが多く継続しているものはきわめて少ない。近年、直営栄養士と委託栄養士の双方を視野に入れた研究がわずかに行われているが（田中他 [2013]、水元他 [2015]）、いずれも対象人数は病院の直営栄養士が多いため、委託栄養士側の置かれている状況の把握がしにくい。

病院栄養士が直面している現状を委託栄養士側からの視点に立ち、栄養士自らが問題点を指摘し、どのような改善が必要かを検討していくことが栄養士労働と外部化の実態を把握するうえで重要であると思われる。

(2) 本論文の構成

本論文の構成は次のとおりである。

第1章では、病院給食制度の特徴を見ながら、行政改革によって制度がどのように変容し、栄養士労働に影響していくかを既存の資料をもとに明らかにする。

はじめに、第2次世界大戦前、病院給食が治療食として系統立てられる基礎とその背景を確認する。戦後は、医療法が制定され、その後病院給食は診療報酬制度のもとで発展していった経緯があり、その変遷とともに栄養士の日常的な業務内容も変化していく。また、1980年代以降の行政改革による規制緩和が病院給食の外部化進展をもたらし、その結果として、栄養士労働の性格がどのように変容していったのかを明らかにする。

現在は栄養士業務のなかでも臨床栄養管理が重視される一方、給食経営管理もまた、患者の治療効果を高めるために個別対応が求められ重要な位置づけにあるが、これらの病院給食の栄養士労働の実状に関して今までごくわずかの研究しかされてこなかった。そこで第2章では、栄養士職業者全体からみた病院栄養士の位置づけを確認するために、統計資料を用いて栄養士数、新卒者の就業傾向、直営栄養士数と委託栄養士数の割合と推移などを把握する。また、外部化の地域差についても触れ、それぞれの資料の分析を行いながら、第3章以降の事例の背景を明確にすることを課題とする。

2年ごとに行われる診療報酬の改定は病院経営の方向性を左右するとともに、医療従事者の配置人数、ひいては治療方針にも影響をあたえることがある。これまで病院給食に関わる改定は幾度となく行われ、そのつど栄養士労働は変容していった経緯がある。2012年の診療報酬改定の内容は、有床診療所に管理栄養士の配置を義務付けるものだったが、改定当初から診療所の反発が強く、さらに2年間の猶予期間中に日本栄養士会や日本医師会など関連する機関は、それぞれの立場から対応に追われることになった。第3章では、2012年の診療報酬改定後、北海道の有床診療所を対象に行った管理栄養士の雇用に関するアンケート調査をもとに、地域医療の現状と栄養士労働との関わりを明らかにする。

1980年代以降の規制緩和と制度改定によって、病院給食の外部化が進展し委託栄養士の割合が増えていることから、委託栄養士は直営栄養士と同様、病院給食の提供に重要な役割を果たしていると考えられるが、その雇用実態は明らかではないことに加え、早期退職が非常に多いともいわれている。第4章では、北海道の給食会社に勤務する栄養士へのヒアリング調査をもとに、委託栄養士の早期退職が顕著である背景と理由について実態の分析を行う。

第5章では、第4章で得られた労働の実態をもとに、さらに対象人数を増やし、委託栄養士にアンケート調査を行い、労働実態の全体像を把握し現状と課題を明らかにしていく。

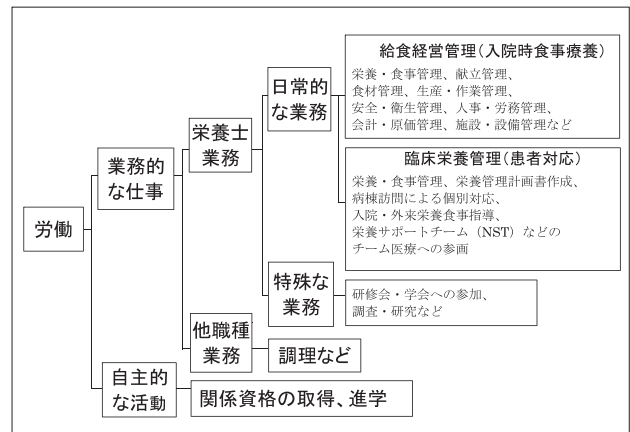
終章では、以上の各章の分析を総括するとともに、現状の病院給食における栄養士労働の問題点を多面的にとらえ、解決のに向けての方策を検討する。併せて、今後の栄養士養成校の教育の展望を考察する。

なお、本論文で使用する用語および栄養士労働の概念について以下、確認していく。

まず、栄養士・管理栄養士の使い分けについてであるが、病院では、入院および外来患者を対象とする栄養食事指導など診療報酬にかかわる業務を管理栄養士が行うと加算の対象になるため、管理栄養士が配置されている割合が高い。しかし本論文では特別の場合を除き、両者をあわせた意味合いで栄養士と表し、資格の違いを使い分ける必要がある場合は便宜的に、栄養士免許のみを有する者を「栄養士」、管理栄養士の免許を有する者を「管理栄養士」と表すことにする¹⁸⁾。

また、本論文で用いる「栄養士労働」という表現について、久保田が「看護師が行う労働を看護労働、保育士が行う労働を保育労働というが、一般的に栄養士の労働を示す具体的な用語はない」と述べていることから、本論文でも久保田にならい、栄養士の労働を栄養士労働と表現することにする(久保田[2012] 102-103)。

病院における栄養士労働については、図序-4のように図式化し整理した¹⁹⁾。労働は大きく2つに分けられ、1つは業務的な仕事で、組織や制度の規定のもとで命令されて行うものである。2つめは自主的な活動で、関係資格の取得、進学など技術や能力向上のための活動である。栄養士業務は日常的な業務と他職種業務に分けられる。他職種業務のうち、栄養士が担う頻度が高いものとして調理が挙げられる。これは、本来は調理員の仕事である調理作業を行うことであるが、久保田が「専門職でありながら他職種の業務を一部担っている点は、歴史的に形成された栄養士業務の特有のものといえる(久保田[2012] 102)」と述べているように、栄養士業務と調理作業は密接に結びついている。日常的な業務は、「給食経営管理」と「臨床栄養管理」(患者対応)に大きく分かれる。1つめの「給食経営管理」は、入院時食事療養制度に基づき、患者に給食を提供する業務全般であり、栄養・



図序-4 病院における栄養士職労働の概念図

資料：久保田〔2012〕102 図序-1)をもとに作成。

食事管理、献立管理、食材管理、生産・作業管理、安全・衛生管理、人事・労務管理、会計・原価管理、施設・設備管理など多岐にわたる。2つめの「臨床栄養管理」は患者対応の業務全般で、入院基本料の算定に必要な栄養管理計画書の作成、病棟訪問による個別対応、入院および外来の栄養食事指導、栄養サポートチーム(NST)への参画などがある²⁰⁾。学校給食では、栄養士と管理栄養士の業務区分が明確ではないが、病院では管理栄養士が臨床栄養管理を行うことで、診療報酬の加算対象になる点が異なる。概念図における日常的な業務を「給食経営管理」と「臨床栄養管理」に区分したが、病院給食の提供には日常的な業務の両方が関連しあっている。

なお、施設規模としての病院の定義は入院患者のベッド数が20床以上、診療所は19床以下または入院施設を有しないものであることが医療法により規定されている²¹⁾。診療所のうち、入院施設の有するものを有床診療

¹⁸⁾ 本論文で用いる栄養士と管理栄養士の表記の方法については、久保田が「戦後学校給食における栄養士労働の性格変化」〔2012〕99-146)で用いた標記を参考にした(久保田[2012] 102-103)。なお、各章によりさらに使いわけが必要な場合は、その都度、説明を加えた。

¹⁹⁾ 図序-1は、久保田による「学校給食における栄養士労働の概念図」(久保田[2012] 102 図序-1)の枠組みにならい作成した。学校と病院とを比較すると共通する部分が多いが、「日常的な業務」が異なる。学校では「日常的な業務」を食事提供にかかわる「給食経営」と「栄養教育」(食に関する指導)に区分しているが、本論文の病院では、食事提供にかかわる「給食経営管理」と「臨床栄養管理」(患者対応)に区分した点が異なる。

²⁰⁾ 栄養サポートチームは、医師や看護師など多職種が協働で患者治療を行うもので、2010年の診療報酬改定により「栄養サポートチーム加算」が診療報酬加算の対象に加えられた。

²¹⁾ 病院の定義は、「医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、20人以上の患者を入院させるための施設を有するもの。病院は、傷病者が、科学的かつ適正な診療を受けることができる便宜をあたえることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない」(医療法第1条の5第1項、1948年)とされている。診療所の定義は「診療所は医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、患者を入院させるための施設を有しないもの又は19人以下の患者を入院させるための施設を有するもの」(同法第1条の5第2項、1948年7月30日法第205号)であり、さらに診療所のうち入院施設のあるものを有床診療所、ないものを無床診療所と区分している。医療法が施行される以前には、診療所取締規則(1933年)により、「病院と称するは診療所にて患者10人以上の収容施設を有するものを謂う」と規定され、病院はあくまで診療所の一形態として捉えられており、それ以前は病院と診療所は明確な区分はなかった(島崎[2011] 35)。

所、有しないものを無床診療所と区分している。本論文では、病院と有床診療所の両施設に提供する給食をあわせて病院給食と表現することにする。

第1章 病院給食の制度化と栄養士労働の変遷

本章の課題

序章において病院給食のいくつかの特徴を述べ、1980年代の規制緩和以降、病院給食の運営に関わる栄養士労働の形態が変化し、労働の質そのものにも問題が生じていること指摘してきた。本章では、それを受けて、病院給食がいかなる理由で日本に発生、導入され、どのような法令が制定されていったのかを既存の資料をもとに確認する。その上で確立していった給食制度の特徴を見ながら、その後の行政改革で制度がどのように変容し、栄養士労働に影響していったのかを既存の資料をもとに明らかにすることを課題とする。

以下、第1に、戦前の日本における病院給食誕生と栄養士養成校創設の歴史的背景と経緯をたどる。第2に、戦後の各種法律の整備、制度としての病院給食誕生から診療報酬改定の変遷を概観する。第3に、規制緩和による病院給食の外部化の背景と影響を見ていく。第4に、入院時食事療養制度の新設による病院給食制度の見直し、さらに医療法の改定による院外調理の認可など、制度の改定によって病院給食の外部化が進展し、栄養士業務は給食経営管理と臨床栄養管理に2極化していく背景にふれる。

第1節 戦前の病院給食開始と栄養士養成校の創設

(1) 戦前の病院給食の開始

序章で病院給食は現在、患者の治療の一環として位置づけられていることを述べたが、薬と食事と看病によって病気が治癒するものと考えられたのは奈良時代のころが始まりといわれている（北田 [1976] 186）。1722年に江戸時代、徳川幕府によって設立された入院施設の「小石川養生所」は、貧困層を収容して衣・食・住と薬草を医師が施す救貧施設であったことから、これがわが国の入院患者への給食提供の始まりとも言われる（福永 [2014] 55-57）。日本の病院²²⁾における給食提供は、

²²⁾ 現在「病院」とは、1948年に制定された医療法によって患者20人以上、「診療所」は患者19人以下の収容施設であることが定義づけられている（医療法第1条の5第2項、1948年7月30日法律第205号）。日本国内の医療施設を「病院」と一般的に呼ぶようになったのは明治時代になってからとされる（金子 [2012] 36）。明治政府は、1874年、日本の医療制度の方向性を明示しその基礎を築いたとされる「医制」を制定した。当時は、病院と診療所は明確な区分はなかった。1933年に「診療所取締規則」が設けられ、病院は患者10人以上の収容施設とすることが規定されたが、病院は診療所の一形態として捉えられていた。

1902年、日本聖路加病院の開院にともない行われたのが始まりとされる²³⁾。1920年には慶応大学医学部付属病院において直営の病院給食が始められたが、病院給食が治療食として系統立てられる基礎は1926年、同大学医学部に食養研究所が創設され、研究所所長の医師、大森憲太を中心に「食餌療法」の研究が行われたことによる。さらに同大学附属病院食養部は、臨床と栄養学の実践のために患者に治療食を提供する別館（食養部）を設立し、食養部の責任者として芦澤千代（元日本女子大学助教授）が迎え入れられ、1933年1月から栄養学を基礎とした治療食が別館にて実施された²⁴⁾。当時、治療食という概念が一般的ではない中、別館から大学附属病院本館への治療食提供は非常に画期的なことであった。同じころ、1924年に東京大学病院においても給食の提供がはじめられたが、直営の病院給食ではなく、一般財団法人が給食を請け負う形態であった。一般財団法人好仁会は1922年に創設され、給食業務の委託（請負契約）の最も古いものとされる。同財団は、1924年に東京大学病院の患者給食厨房を開設し、病院と食事供給の請負契約を結び給食を開始した²⁵⁾。このように1920年代から1930年

その後、1942年に制定された「国民医療法施行規則」第39条では、「診療所とは、……病院に非ざるものを謂う」と規定されたことにより、病院と診療所が区別されることになった（島崎 [2011] 32-36）。

²³⁾ 明治期になると、日本の医学は西欧の医術をとり入れていったが、通常は入院患者の食事を患者の付き添い人が調理していた。1902年開院の日本聖路加病院は、初代院長は米国の聖公会宣教師であるRudolf B. Teuslerであり、設立当初から付き添い人によらない看護（完全看護）が行われていた。給食においてもヨーロッパの習慣が取り入れられ、病院から給食が提供されていた（高木 [1978-b] 379-380、高木 [1987] 257-268、聖路加国際病院ホームページ [2017]）。

²⁴⁾ 別館（食養部）開設時のスタッフは、芦澤を中心に、その下に女子大出身者で食養研究所から移った者、助手として高等女学校の卒業生、力仕事は男子2名が加わり14名程度で給食が開始され、その後、患者数が増えてからは21名で仕事を行っていた。当時、病院給食の提供は、炊夫とよばれる調理の技術者によって行われており、慶応大学医学部附属病院本館においても同様であった。芦澤は「その当時は一般の病院では炊夫によって食餌給与がされておりましたのでございますけれども、ここでは栄養学を基礎にして献立をつくり、材料を発注して、そして調理してまいりました。そのころの日本の国情としてはちょっと珍しい行き方であったかと思えます。」と述べている（芦澤他 [1954] 18-22）。

²⁵⁾ 東京大学病院の患者給食は、現在も好仁会が行っているが（一般財団法人好仁会ホームページ [2017]）、高木によれば、職員の共済組合である好仁会の給食提供が、官立大学病院における委託給食のはじまりであるとしている（高木 [1976] 124）。北田は「東大病院では古くから食事作りは付添人にまかせになっていて、治療食という見地は軽視され、食堂制が導入された。これが国立大学付属病院の多くに委託給食（下請化）が導入される由来となった」（北田 [1976] 184）と記述しているが、1920年代は慶応大学医学部には食養研究所が創設され（1926年）、

代には一般病院では給食が提供されはじめていた。しかし、第2次世界大戦中には、敗戦の食料の入手困難、国民生活の悪化等により食料不足が深刻になり、1943年ころからはとくに物資の不足が目立つようになった。米、魚、卵、野菜類に至るまでが配給制となり、病院における治療食の提供はしだいに途絶えていった(臨床栄養[1989] 478)。

(2) 戦前の栄養士養成校の創設

日本における栄養士の養成は、慶応大学医学部食養研究所創設と同時期の1925年、当時、内務省栄養研究所の所長であった佐伯矩が、私費を投じて「栄養学校」を創設したことが始まりである。翌年1926年には、栄養学校本科の第一期生15名が卒業し、いわゆる栄養手という名称で官公庁、学校、工場、病院、協同組合などに就職し、農村栄養改善、凶作時栄養対策、集団給食の指導を行った(日本栄養士会編[1994] 6-7)。病院給食における栄養学校卒業生の第1号は山崎徳蔵で、1926年に栄養手として官立千葉医科大学附属医院(のちの千葉大学医学部附属医院)の給食課独立栄養部長として勤務したことが記録されている(日本栄養士会編[1980]、6)。1927年からは各府県の栄養改善事業にたずさわり、1931年にはその事業が55府県に広がっていった²⁶⁾。

しかし、当時の栄養手は国家資格として認められていなかった。栄養手の養成は1925年の学校創設以降、栄養学校のみで行われていたが、1939年に糧友会が食糧学校を創立し栄養士養成を始めた²⁷⁾。食糧学校には栄養科のほかに、製パン科、缶詰科があり、その生徒募集は糧友会が発行していた月刊誌『糧友』や新聞、ラジオなどの紹介を通じて募っていた。第2次世界大戦終わりごろには栄養科の卒業生は陸軍栄養手として、陸軍病院をはじめ陸軍関係学校などに配属されていった²⁸⁾。

大森医師を中心に「食餌療法」の研究が始められたのと同時期であり、大学病院であっても病院ごとに患者給食の考え方や取り扱いが異なっていたようである。

²⁶⁾ 1934年6月の調査によれば、全国の栄養士採用の人数の合計は40名で、内訳は、都道府県庁19名、宮内省2名、学校4名、病院4名、工場5名、海軍3名、刑務所1名、協同炊事場2名であった(日本栄養士会編[1980]、4)。

²⁷⁾ 糧友会は、1925年に作られた陸軍糧秣本廠(陸軍の兵士の食糧、軍馬の資料を調達・製造・貯蔵・配送する軍事施設の部署)の外郭団体で、一般国民に対する食糧や栄養問題に関する啓蒙活動をおこなっていた(本田[2011] 20-35、高木[1978-b] 424-425)。

²⁸⁾ 当時の食糧学校に関する資料は少ないが、第2次世界大戦中、食糧学校で学んだ本田(同上[2011])の著書がくわしい。当時、栄養手の養成は、佐伯矩の栄養学校のみであったが、1937年に日中戦争が始まってから軍病院が増設され、兵士が送還されるにつれて長期の食事療法を必要とする慢性患者も増えていった。給食の提供にあたり陸軍病院の調理員だけでは対応しきれなくなったことから、国民の食生活指導を提唱していた糧友会

1926年3月以来、栄養学校および食糧学校の卒業生は国家資格としての法的根拠がない中でそれぞれの職場で栄養改善に取り組んでいた。1938年に内務省から分離し、厚生省が創設されるが、厚生省では1943年から栄養士法の制定の動きがみられた。1945年4月13日、栄養士の身分とその業務を明確にし、かつ栄養士の資質の向上を図り、国民の栄養の指導の統一と徹底をはかるという趣旨のもとに「栄養士規則」(厚生省令第14号)が公布され即日施行された。あわせて「私立栄養士養成所指定規則」が制定公布され、1945年5月11日、厚生大臣によって養成所14校が指定された(日本栄養士会編[1994] 6-7)。

終戦の数か月前に「栄養士規則」が公布された第一の目的は、国の食糧事情が悪化するなかで、戦力増強のために栄養士を工場や事業場等の集団給食に配置し栄養指導を行うことであったが、のちの栄養士法の基盤となった。

第2節 戦後の各種法律の制定と完全給食制度の創設

第2節では、戦後の病院給食開始と栄養士の状況について、日本栄養士会の記念誌(日本栄養士会編[1980][1994])および、日本の病院給食制度をまとめた原正俊の著書『基準給食制度とその実際』(原[1982])を中心に整理していく。

(1) 戦後の各種法律の制定と病院給食制度の創設

第2次世界大戦の敗戦により1945年8月から1952年4月まで、日本は連合国の占領下に置かれ、政策の立案と実施はGHQ(連合国総司令部)の統制を受けていた。1946年に日本国憲法が公布され、それを受けて1947年には労働基準法、児童福祉法、食品衛生法、栄養士法などが制定された。栄養士法では「この法律で栄養士とは、都道府県知事の免許を受けて、栄養士の名称を用いて栄養の指導に従事することを業とする者をいう。」と規定され、その身分ならびに業務が法的に認められた。また、各種の給食運営において提供食数に応じて栄養士を置くことが定められ、給食施設における栄養士の活動が始まった。1945年に「私立栄養士養成所指定規則」が制定された当初、指定の養成所は14校であったが、1947年の栄養士法公布の時に厚生大臣の指定した養成所は18

が中心となり栄養手を養成しようと考え食糧学校を創設した。食糧学校では、軍が必要とした缶詰技術者と、さらに軍の食糧として必要なパンを作るため製パン技術者の養成も行っていった。食糧学校の講師陣は、慶応大学医学部の大森憲太医師、慶応大学附属病院食養部の芦沢千代などが含まれていた。終戦により陸軍糧秣本廠は解散し、陸軍栄養手の仕事も終わったが、1945年の栄養士規則の制定公布により、陸軍栄養手は各都道府県に栄養士免許を申請することができた(原[1982] 26-33)。

校に増えた。

1945年12月には、それまでの陸海軍病院が国立病院になり、傷痍軍人療養所として利用されていた施設が国立療養所となり、一般住民が利用できるように解放された。学校給食は1946年12月から一部地域ではじめられていくが、病院での給食提供開始は学校給食にくらべると遅れていた。

病院給食をはじめめるためには、食材の確保とともに、燃料も必要であり、さらに給食を作る施設設備を整えることが必要であった。なかでも必要最低限の食材および物資の確保が最重要課題であった。そのような状況において、終戦2年後の1947年8月、厚生省が都道府県知事あてに「病院給食実施可能な病院等の調査」を要請し、病院給食の開始に向けて、全国調査が行われた。調査では、全国の病院数、入院患者数、入院患者全員に給食を提供する施設と人員を有しているかなどの把握が行われた。

翌年1948年2月、厚生省から病院給食をはじめめるための具体的な実施要領が示された。厚生省は各都道府県知事宛に「病院給食指導実施に関する件」を通知し、はじめは給食対象地域を限定しているが順次全国に広げる予定であることや、各都道府県に病院給食委員会も設けること、配給物資の確保と適正な配分のために、病院が病院給食組合のような組織の整備を指導すること、などが示された²⁹⁾。この病院給食の実施を国民へ周知させるために、1948年2月12日にその内容が新聞に掲載された³⁰⁾（原 [1982] 6-9）。当初の対象施設および地域は、全国の結核療養所、結核病棟、らい療養所及び精神病院並びに7大都市（東京23区、横浜、名古屋、京都、大阪、神戸、福岡市）の一般病院のみであった。同時に、経済安定本部（後の経済企画庁）からは「大都市における入院患者に対する食糧の増配等に関する措置要領」が出され、給食の実施に伴う措置にかんして「病院には成るべく栄養士を採用し、給食実施の適正を期するよう指導すること」という内容が示された。翌月、1948年3月から入院患者に対する食料確保の見通しが立ったことにより、上記対象施設および地域において制度として戦後初めての病院給食が開始されていった。

同年1948年7月に医療法が公布され、病院と診療所

における患者の収容人数の違いなど定義が明確化され³¹⁾、医療法21条では「病院は省令の定めるところによって人員、施設を有し、記録を備えなければならない」ことが明記され、備えなければならない幾つかの施設の中に給食施設も挙げられた。さらに医療法施行規則第19条では「100床以上の病院には栄養士1名を配置すること」が規定された。北田は、病院給食の歴史の中で栄養士の地位が法的にはじめて認められたといえるが、給食提供に直接かかわる調理師の配置や人数の規定はされなかったことが、その後、病院給食にさまざまな問題が生じていくことを指摘している³²⁾。病院の施設等の基準については、医療法施行規則第20条第8号において、給食施設は入院患者のすべてに給食することのできる施設とし、そのほか建築基準等についても明記された。

翌年1949年4月13日、経済安定本部の副長官から厚生次官宛に「入院患者に対する食糧増配適用地域の拡大及び病院給食実施に対する措置要領」が示されたことで、病院給食は1949年5月1日の開始を目標に全国に拡大され、入院患者に対する食糧及び家庭燃料の増配基準が示された³³⁾。

以上のように、病院給食は1948年3月から一部地域の一般病院および療養所などを対象に実施され、翌年1949年5月から全国に拡大されていった。

(2) 完全給食制度の確立

病院給食の全国への実施要領が示された翌年、1950年に社会保険入院料の改正³⁴⁾によって「完全給食」が制度化された。完全給食とは、入院サービスとして一定の基準を設け、その基準に達した施設には加算を認めるものである。

²⁹⁾ 病院と診療所それぞれにおける患者収容人数については、序章の注21、および第1章の注22を参照。

³⁰⁾ 北田は、「病院給食の歴史の中で、はじめて栄養士の地位が法的に規定された。これは、大きな前進であったが、調理師について規定されず、国立病院・療養所に基準があるのみで、病院給食はなおきわめて不十分なものとどまっていた」と記述している（北田 [1976] 184-185）。

³¹⁾ 入院患者に対する食糧及び家庭燃料の増配基準は、「主食、副食物等を従前より若干向上した水準において増配すると共に、病院における患者の食事を改善し、病院給食実施の徹底をはかる」というものであった。具体的増配基準は、1人1日当たりの主要食糧として、米・麦、味噌、醤油、鮮魚介などの重量が示された。さらに家庭用燃料として木炭換算の重量も示された。これらの内容が、厚生次官から各都道府県知事宛に「病院給食実施地域の拡大に関する件」として通知された。（原 [1982] 25-28）。

³²⁾ 戦後、社会保障制度の確立は経済の再建復興と並ぶ重要な政策課題の一つであった。1950年に中央社会保険医療協議会（中医協）が発足し、診療報酬の検討が行われるようになった。1950年、入院料に「完全看護」「完全給食」「完全寝具」の3部門が新設された。

²⁹⁾ 全国に向けて病院給食開始のための具体的な実施要領が示された理由は、戦後の混乱期、1947年10月、米国の社会保障制度調査が行われたことが背景にある。調査報告には当時の入院施設の状況について「病室の各部屋には個人用の炊事具があり家族や付添人が食材を入手し調理しており、敗戦後の食料の入手困難や国民生活の悪化等により病院給食は崩壊していた」などが記録されている（原 [1982] 6-18、39-48）。

³⁰⁾ 新聞発表の意図は、病院給食の実施に向け、その趣旨を周知させ、一般の協力を求めるためであった（原 [1982] 17-18）。

入院サービスは「完全看護」「完全給食」「完全寝具」の3部門で、それぞれのサービスの概要は、看護部門の「完全看護」の内容は付添看護婦(人)を必要としない程度にゆきとどいた看護が行われていること、給食部門では、患者の必要量が満たされる内容の食事が提供されていること、「寝具類関係」では、ふとん類を持ち込む必要がないようにすること、などである。

完全給食承認基準は、第1に栄養士又は病院給食に関する専門知識を有する者が給食業務を担当していること(なお、専門知識を有する者とは、栄養に関する一般知識を有し、病人食献立の作製、栄養出納、食物の衛生、各種給食に関する報告書の作製等を行うことができる者をいう)、第2に原則として自炊患者がいないこと、第3に給食経営は原則として病院直営であること、第4に医師の食事箋による給食であることなどで、ほかには衛生基準や給与栄養基準などが提示された(原[1982]42-44、[1995]113-117)。

完全給食制度の確立後、国立病院は発足当初より患者給食を提供する建前であったため、多くの病院が完全給食の承認を得られる状況にあった。1950年には20施設(全施設の20%)が承認され、1951年には約半数の施設が完全給食を実施し、1954年にはすべての国立病院が完全給食承認施設となった。表1-1に、全国の病院施設の総数と給食施設保有施設数および保有割合を示した。1950年に完全給食が制度化した後、1953年から1954年までの1年間で一般病院が3523施設から3854施設へ300施設以上増加している。給食施設を保有する施設においても、1953年の2605施設(74.0%)から1954年には3189施設(82.7%)になり、施設総数および給食施設保有率ともに増加していった。

第3節 基準給食制度と栄養士の状況

(1) 基準給食制度による給食実施率の推移

1950年に制度化された完全給食は、1958年に病院給食の標準的な内容を示す意味合いの「基準給食」に名称が改められた³⁵⁾。内容は完全給食を踏襲するものであったが、その後1994年に廃止されるまでいくつかの改定を経て36年間続いた。図1-1は、1954年から1961年までの医療施設数および完全給食・基準給食の実施率推移を示したものである。1954年の完全給食の実施率は約半数程度であったが、基準給食制度が開始された1958

表1-1 完全給食制度における病院の給食施設保有状況

年		総数	一般	精神	結核	らい	伝染
1953	施設総数	4,340	3,523	185	535	13	84
	給食施設保有施設数	3,387	2,605	185	535	13	49
	保有率(%)	(78.0)	(74.0)	(100)	(100)	(100)	(58.0)
1954	施設総数	4,779	3,854	224	610	14	77
	給食施設保有施設数	4,073	3,189	219	603	14	48
	保有率(%)	(85.2)	(82.7)	(97.8)	(98.9)	(100)	(62.3)

資料：原〔1982〕60より作成。

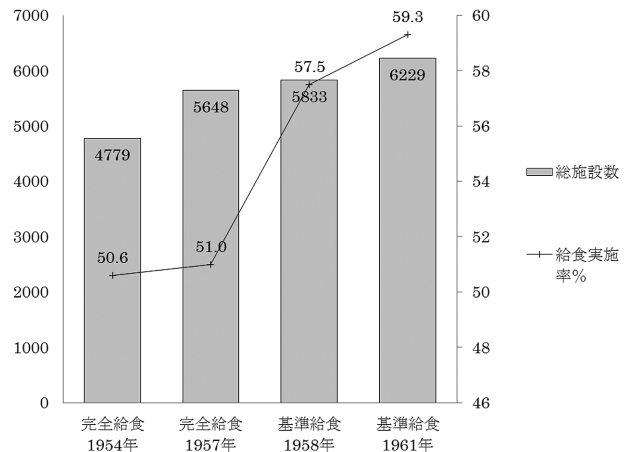


図1-1 医療施設数および完全給食・基準給食の実施率推移

資料：原〔1982〕61より作成。

年には57.5%、さらに3年後には59.3%とわずかずつ上昇している。病院の総施設数は、1958年は5,833施設だったのに対して、20年後の1978年には総数が著しく増え8,580施設になり、給食実施率も77.9%になった。

基準給食制度における栄養士の配置に関しては、完全給食制度と同様に「栄養士又は患者の給食に関して専門知識を有する者が給食業務を担当していること」とあり、この文言は1988年の診療報酬の改定まで、そのまま継承された。栄養士の独占業務ではなかったことが、栄養士の地位が確立されなかった理由の一つであるとの指摘もある(井川[1997]1145-1151)。

(2) 基準給食制度による診療報酬加算の推移

1950年以降、病院給食は完全給食から基準給食へと制度化され、社会保険診療報酬の点数の増加とともに給食実施率も上昇し、栄養士を中心とする病院給食の組織も次第に整えられていく。

表1-2は、完全給食における診療報酬点数の推移を改定年度ごとに示したものである。診療報酬点数は、1950年に給食料と完全給食加算の1日合計12点(甲地の基準で計算した場合1日150円)からはじまり、その後数年間で少しずつ点数は高くなっていくものの、わずかの上昇であった。次は表1-3に、基準給食制度になってか

³⁵⁾ 基準給食制度は、厚生省保険局長・医務局長・公衆衛生局長の連名により「基準看護、基準給食及び基準寝具設備の承認に関する取扱について」として、各都道府県知事に通知された(日本栄養士会編[1994]189)、原[1982]42-44、[1995]113-117)。基準給食制度は、完全給食制度の内容を踏襲したものであったが、医学や栄養学の進歩の実状にあわせ、1973年から栄養基準の改定が行われるようになった。

表 1-2 完全給食制度による社会保険診療報酬の推移

区分	改定年	1950	1951	1952	1953
	給食料		10	10	12
完全給食加算		2	3	3	3
合計点数		12	13	15	16

資料：原〔1982〕59より作成。

注：完全給食の1点単位は甲地12円50銭、乙地11円50銭で地域により異なる。

らの社会保険診療報酬点数の推移を示した。1958年は、給食料と基準給食加算を合計して20点（1点の単位は10円）からはじまり、1994年の基準給食廃止まで、病院数の増加や社会環境の変化に応じて診療報酬の点数は改定されていった。

基準給食制度になってから3年経過した1961年、健康保険法改正の際に、特別食の加算がはじまった。特別食は、栄養素の制限を必要とする患者に対して一般の食事とは別の献立によって調理された治療食のことで、糖尿病の治療のための糖質制限食などが該当する。1961年当初の特別食加算食の種類は、肝臓、糖尿、胃潰瘍、腎臓、高血圧、濃厚流動、検査、治療乳、手術の9種類であったが、その数は段階的に増えていき、1990年には開始年次の2倍以上、19種類に枠が広がった³⁶⁾。給食料においても同様に点数が増えていき、1974年にはインフレによる物価上昇のため異例の措置として1年に2回の改正が行われた。医療食加算は、医療用食品として指定のある食品（おもに冷凍の調理済みの加工食品）を使用した場合に加算がとれるもので、1978年から約18年間続いたが1996年に廃止された。

基準給食の診療報酬の点数1958年は20点（200円）であったものが、1994年には加算対象となる項目もいくつか増え、すべての加算を合計すると253点（2530円）になり、36年間で約13倍に増えた。

（3）栄養改善法の制定と栄養士の状況

戦後、病院の給食制度が確立し給食実施率が高まるとともに、病院の栄養士数やその立場はどのように変化していったのだろうか。栄養士は、栄養士法によって身分ならびに業務が法的に認められ、1948年制定の医療法施行規則には、病院の規模が100床以上で栄養士の配置が規定された。1950年に完全給食が制度化され、給食の重要性が認識され栄養士の需要も高まりを見せていた。

病院の栄養士数については、完全給食制度の開始当時

の1951年に1,171名であったものが、基準給食が制度化されたのちの1960年には、病院数の増加にともない6,044名となり、5倍以上になった（芝田〔1976〕付表V～XI）。しかし1950年代当時は、病院内における栄養士の発言力や立場は、他の職種に比べて弱かったことが記されている（井川〔1997〕1146、奥平〔1957〕³⁷⁾。

他方、1952年7月に「栄養改善法」が制定され、集団給食施設の定義づけ、集団給食施設の栄養士の配置規定、国民栄養調査の実施³⁸⁾などが示された。さらに行政の監督指導として、栄養指導員³⁹⁾による給食の栄養・調理等に対する指導が義務付けられたことや、食品の栄養成

³⁷⁾ 1950年代の栄養士の立場について、井川は「病院給食制度の確立は、国がその重要性を認識のもとに着手したもので栄養士の参画についても極めて高い価値を持っていた。法的根拠の裏づけにより、病院での栄養士の需要は急速に高まっていた。しかし、栄養士に対する医療経営者、医師などの評価は総じて低く、給食組織は「賄い」「炊事」等と称され、ほとんどが事務部門におかれる状況であった。」と記述している（井川〔1997〕1146）。また『栄養士そして人間』（奥平〔1957〕）は、雑誌『臨床栄養』に掲載された読者の声を集約し刊行したもののだが、当時のさまざまな栄養士の悩みが赤裸々につづられている。読者E子さんの相談を例にあげると、「最近、栄養士の数がひじょうにふえたことはよろこばしいことですが、その反面、お年を召された講師級の先生と、若い栄養士との中間にたつ中堅栄養士がひじょうに少ないことを残念に思います。それというのも四、五年もすると前途に希望を失った、脱落してしまうからでございますまいか。脱落をふせぐためには、もっともっと、身分も地位も昇格する途を考えていただかなければならないと存じます。いわば熱烈な愛情を栄養士として職務のうえに感じましても、その経済的報酬があまりに低すぎるときには、それもつい冷えてしまわないともかぎりません。病院側の意見、患者の希望、調理士のいい分、一この三者のあいだにはさまってもまれにもまれるとき、いつかは女らしさもしぜんに失せ、じぶんでは気づかないあいだに男まざりの、そして勝気な、婚期を逸したひとりの三十女にじぶんがなっていることに気がついて、なんともいえない淋しさにおそわれるのでございます（奥平〔1957〕39-42、記述のとおり）」ここでは、E子さんは周りの栄養士よりはキャリアを積んだベテランであると同時に、女性として当時の誰もが抱える結婚に対する悩みを抱えている。当時の病院内での立場を記述した箇所では、栄養士の数が増えているが待遇面では低く評価され、さらに病院側、患者、調理士（師）それぞれの立場による言い分の板挟みになりつらい状況であることがわかる。

³⁸⁾ 栄養改善法では「国民栄養調査」の実施が規定されているがその前身は、GHQの指示により1945年12月、東京都内の住民15万人を対象に年齢別、経済状態別、地域別に分類して栄養調査が行われたことによる。調査は、はじめは占領軍へ食糧援助を要請するための根拠としての利用が第一の目的とされたが、翌年からは全国規模で行われるようになった。

³⁹⁾ 栄養指導員とは医師または管理栄養士の資格をもち、都道府県や政令市、特別区の保健所などに配置され、栄養指導・保健指導、給食施設の栄養管理の実施について必要な指導および助言を行う役割を担っていた。2002年、栄養改善法は廃止され健康増進法が制定されたが、栄養指導員は任用資格として同様の役割を担っている。

³⁶⁾ 1990年の特別食19種類は肝臓、糖尿、胃潰瘍、腎臓、高血圧、濃厚流動、検査、治療乳、手術、臍臓、フェニールケトン尿症食、痛風、高脂血症、楓糖尿症、ホモシチン尿症、ガラクトース血症、貧血、無菌食である。

表 1-3 基準給食制度における社会保険診療報酬の推移

区分	改定年	1958	1961	1961	1966	1966	1967	1970	1972	1974	1974	1976
	給食料		15	17	17	20	20	23	30	40	55	70
基準給食加算		5	5	5	8	8	9	11	15	20	25	28
特別食加算		-	-	5	5	8	9	11	11	15	20	25
特別食加算食種数		-	-	9	9	9	9	9	9	11	11	12
医療用食品加算		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特別管理加算		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
合計点数		20	22	27	33	36	41	52	66	90	115	133

区分	改定年	1978	1981	1983	1984	1985	1986	1988	1989	1990	1992	1994
	給食料		100	115	115	120	127	134	135	136	137	142
基準給食加算		31	40	40	41	43	44	46	46	47	47	47
特別食加算		28	30	30	30	30	30	31	31	33	35	35
特別食加算食種数		12	12	12	12	13	17	18	18	19	19	19
医療用食品加算		10	14	14	14	15	15	16	16	17	18	18
特別管理加算		-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10
合計点数		169	199	199	205	215	223	228	229	234	252	253

資料：原（[1982] 58）より作成。

注：1）1点単位=10円。

2）基準給食の承認が得られない場合の診療報酬は給食料のみとなる。

分の検査にも規定が設けられた。

栄養改善法制定10年後の1962年には、栄養士法の一部改正による管理栄養士制度が創設され、さらに集団給食施設における規模に応じた栄養士・管理栄養士の配置についても示された。給食実施施設の増加とともに1970年の病院栄養士数は11,587人となり、1951年からの約20年間に10倍に増えていった。

北田が「栄養改善法を機に、特殊栄養食品や強化食品が普及しはじめ、ようやく治療と予防医学の見地から病院給食の意義が社会的に認められるようになっていく」と述べているように（北田 [1976] 185）、栄養改善法は栄養行政の中核となる重要なものであり、病院の栄養士の立場も人数の増加とともに徐々に認められていった。

第4節 病院給食の外部委託認可とその影響

(1) 外部委託認可前における外部化の動き（1960年代～1970年代）

栄養改善法の制定後、病院給食の意義が徐々に認められ、栄養士による給食運営の基礎が作られていった。基準給食の承認基準は、原則として給食運営が病院の直営であること、とされていたが、給食業務の外部委託は1950年代から一部地域では行われていたとみられる⁴⁰⁾。

1960年代になり、国民皆保険が達成（1961年）されるころからは、病院ストライキが契機となり、おもに私立医大の病院の下請けとして、清掃業務などの外部業者が積極的に参入しはじめていた⁴¹⁾。病院給食においても、病院栄養士の専門誌『臨床栄養』に外部化に関する話題が掲載されている。それは、タイトル「病院給食経営方式の諸問題」であり、給食形態が異なる現場で働く3人の栄養士（1人目は直営栄養士、2人目は請負で病院に派遣されている栄養士、3人目は病院が給食会社に一部委託契約をしている場合）が、それぞれ職場の状況と立場について意見交換を行った内容である（臨床栄養編 [1961] 26-34）。このように1960年代初めから給食経営の形態が変化し、徐々に外部化の兆しがみられた。

1970年代後半以降になると、患者側からも入院生活における快適さや質が求められるようになり、給食は夕食時間が早いことがマスコミで取り上げられ検討されるようになった。しかし、この改善のためには病院で働く人員の増員、または労働時間を延長するなど労働条件を見直す必要が生じてくるため、すぐに変えることはできなかった。そのため、食器回収、盛り付け、配膳など部分的に委託が導入されていった（高橋、大内 [1996] 38-43）。

⁴⁰⁾ 1950年代の後半から一部地域では、すでに給食業務の一部を第三者に委託しており、その件について議論されていたとみられる。1957年には三重県知事が厚生省に「県内で外部委託を部分的に行っている施設があるが、完全給食は原則、直営制度が前提であるため指導上どうしたらよいか」という内容を質問している。厚生省からは、病院の給食施設で調理を行うことや、他にいくつかの条件を満たしていれば問題ない、と回答した内容が記録されている（厚生労働省法令等データベースサービス）。

⁴¹⁾ 川上は当時の状況について、「1950年代後半～1960年代前半になると、国民皆保険達成の影響から、病院ストにより経営改善を迫られた、国民皆保険で自由診療がままならなくなってきた私立医大の病院が、収入増のために室料差額で、支出減としてパート化、下請け化による合理化をはじめた。すでに、私立の医大病院では、慈恵医大・東邦医大・女子医大・慶応医大・年金病院では、いち早く清掃業務の下請け化が契約されており、しだいに配膳や給食・ボイラー・洗濯・補助婦などの現業部門に普及しはじめていった」（川上 [1991-b] 43, 85）と記述している。

(2) 病院給食の外部委託認可と関連団体の設立

1950年代の早い時期から給食業務の外部化がみられたことにふれたが、1980年代には病院給食は行政改革による規制緩和の影響を受け変化していく。

1980年代以降、高度経済成長の終えんとともに日本経済が低迷するなか、政府は医療・福祉費削減のための行政改革を推進していった。医療分野においても規制緩和が行われていくが、政府による急激な削減は国民のニーズにあい入れないため、そこに企業が参入する動きがみられた⁴²⁾。

病院給食において企業が参入する契機となった制度改定は、1986年に「病院における給食業務の一部委託について」が通知されたことによる⁴³⁾。この通知により、基準給食制度に明記されていた「直営が原則」の給食運営を外部企業に委託することが可能になった。企業に委託する内容は、給食運営にかかわる栄養士や調理員の派遣要請や食材の調達などである。病院の施設を用いて調理を行うため、院外の給食センターなどから食事と配送することは認められていなかった⁴⁴⁾。

医療機関への民間ビジネスの参入については、すでに検体検査や寝具類洗濯などの業務代行が進んでいたが、行政側がおのおのの代行業務に対してどのように対処するべきか、具体的な方針は検討されていなかった。そのため、1987年、厚生省は「医療関連ビジネス検討委員会」を設置し、医業の経営を外部に業務委託する際の基本的な条件を整理し、検討した内容を報告書としてまとめている⁴⁵⁾。報告書では、病院給食が医療の一環であること

から、業者は一般的な産業給食以上の能力が求められることが述べられている。また、患者のニーズに応えるために適温適時給食、複数メニュー方式等のノウハウの開発と蓄積も欠くことができないため、従来の産業給食業者以外にも商社、大型小売店舗業など異業種から新規参入する事例があることを報告している。病院対象に行われた調査では、すでに191施設（調査対象施設1618施設の11.8%）が業務委託しており、業務委託を予定している施設は14.8%あり、今後も増えることが見込まれると述べられている⁴⁶⁾。

また、厚生省国民医療総合対策本部では、日本の高齢化進展による医療費の増大を是正するため改革が必要であることや、質の良い医療サービスを効率的に供給するための具体的な方策を検討し、報告書をまとめている。病院給食についても、現状は患者のニーズに十分に対応しているとはいいがたいとして、おいしい食事提供をめざして内容を検討するとともに、外部委託の活用を図るための具体的な方策が示されている⁴⁷⁾。

12月まで10回にわたり検討を行った（厚生省健康政策局指導課 [1988年12月27日]）。

⁴⁶⁾ 報告書では、医療機関の業務に関する委託の形態を3区分に整理している。表1-8に、①医療の一環、②衛生管理的、③経営・事務管理的の3区分と、具体的な業務、および委託の形態を示した。①医療の一環に区分される具体的な業務は、検体検査および患者給食があり、②衛生管理的の区分には、清掃、消毒・滅菌、洗濯、③経営・事務管理的の区分には、医療事務、経理事務、経営がある。報告書では「全面委託」、「代行委託」、「支援」に関する用語の意味合いを規定している（表の注：1、2、3に示した）。報告書が1987年に発表された時点での患者給食（病院給食）の形態は、代行委託に分類されている（厚生省健康政策局指導課 [1988年12月27日] 314-320）。

表 1-8 医療機関の業務の委託の形態

	具体的な業務	全面委託	代行委託	支援
医療の一環	検体検査	◎	○	—
	患者給食	×	◎	—
衛生管理的	清掃	◎	○	○
	消毒・滅菌	○	◎	—
	洗濯	◎	○	—
経営・事務管理的	医療事務	△	◎	△
	経理事務	○	○	○
	経営	×	×	◎

資料：厚生省（医療関連ビジネス検討委員会について [1988]）より改変。

注：1) 「全面委託」は、労働力、施設及び設備など業務に必要なとするものすべてについて医療機関外の業者が自前のものである形態とする。
 2) 「代行委託」は施設及び設備などは医療機関のものを使用し、労働力、労務のみを提供する形態とする。
 3) 「支援」は、医療機関及び従業員に対して、アドバイス、教育及び研修などを行う形態とする。
 4) ◎可能であり、実態も多い。○可能。△実態は少ない。×認められていない、もしくはありえない。一実態不明。

⁴²⁾ 川上は、病院に医療関連ビジネスが参入することを「いわゆる医療の企業化」とよび、医療の企業化によって、下請け化、合理化が推進されていくと述べている（川上武 [1991-b] i-iv）。

⁴³⁾ 通知は、厚生省健康政策局長から各都道府県知事あてに出された（厚生省健政発第226号 [1986年3月31日]）

⁴⁴⁾ 「病院における給食業務の一部委託について」（通知）は以下のように書かれている。「近時における食品加工・保存技術及び調理技術の進歩、衛生思想の普及等に鑑み、病院における給食業務の一部委託については、今後、その取扱いを下記のとおりとすることとしたので、御了知の上、関係者への周知徹底及び指導方よろしく願いたい。」（中略）続いて、①病院における給食業務の一部委託についての基本的な考え方として、「病院における給食業務は、病院自らが行うことが望ましいが、病院の管理者が業務遂行上必要な注意を果たし得るような体制と契約内容により、給食の質が確保される場合には、病院の最終的責任の下で当該業務の一部を第三者に委託することは差支えないものであること。なお、委託に当たっては、患者サービスについて配慮が必要であること」②給食施設及び設備について「病院内の給食施設を使用すること。すなわち、給食センター方式は認められないものであること。」他には、病院側が自ら実施行う業務、委託業者が守るべき事柄などが通知された。ここでいう一部委託の「一部」とは、病院の施設を用いてという意味合いであり、通知文にあるとおり院外の給食施設から食事を配送することは認められていない。

⁴⁵⁾ 医療関連ビジネス検討委員会では、1987年11月から1988年

日本医師会もまた、医療関連サービスのあり方と方向性を探るために、1989年に「医療関連サービスに関する研究部会」を設置し、翌年には中間報告をまとめている。さらに、先の厚生省の報告書や日本医師会の報告書をもとにして、1990年12月には医療関係者および民間事業者が参加する団体（財団法人医療関連サービス振興会）が設立された。これは、医療サービスの質の維持・向上のために、両者が参加する団体が必要であることが設立の趣旨とされている⁴⁸⁾。

また、1989年1月には、「社団法人日本メディカル給食協会」（2012年に公益社団法人に移行）が設立され、病院給食サービスの質の向上のための調査・研究やサービスの評価認定事業等が行われることになった。

以上のように、1986年の厚生省による「病院における給食業務の一部委託について」が通知されたあと、1987年に厚生省で「医療関連ビジネス検討委員会」の設置、同年1987年に「厚生省国民医療総合対策本部中間報告」の公表、1989年に日本医師会の「医療関連サービスに関する研究部会」の設置、同年1989年には「社団法人日本

メディカル給食協会」の設立、そして1990年に「財団法人医療関連サービス振興会」の設立など、医療関連サービスの検討のために、委員会の設置や財団の設立が続いた。

このように、はじめに厚生省を中心とする行政側からの要請によって病院給食の外部委託が認可され、その後、病院の機能を市場対象とする企業が病院に直接参入し、さらに病院側の要望とが合致したことにより、その後も外部化は進展していく。

委託給食が法律上の根拠を持つのは1992年の医療法の改正（法律第89号）である。厚生省で定める基準に適合するものに外務委託を認めることになり、医療法施行規則第9条の10にその基準が示された⁴⁹⁾。

1986年の厚生省の通知以降、行政側や企業にさまざまな動きがあったことが把握できたが、現場で直接給食業務を担う栄養士や調理員はどのような考えをもっていたのか。そのころ日本栄養士会は、病院栄養士をめぐる諸

⁴⁷⁾ 報告書は、では、病院給食の現状および改善のための具体的は方策を次のように示している。現状は、「入院している患者にとって、給食は療養生活上大きな意味をもっているが、病院給食については、『夕食時間が早い、おいしくない、冷たい』との不満や、栄養面の管理が中心でサービスのきめ細かさ欠けるという評価が少なくなく、患者のニーズに十分に対応したのようになっていはいがたい」。そのため、具体的な方策として、「給食に対する患者の不満を解消し、患者がおいしく食べられる食事を提供し、医療サービスの一環として給食の効果が十分に発揮されるよう、カロリー等に偏った給食の在り方を見直すとともに、それに応じた診療報酬面での対応を図る。また、ニーズの多様化、高度化に対応するため患者が選択できる複数メニューの提供を図ることとし、そのための費用負担の在り方を検討するとともに、病院給食の外部委託の活用を図る」。また、「老人など長期の入院を要する患者については、食事のムードを向上させ、あたたかい食事を可能とする等の観点から、病院内の食堂における食事を推奨していく」。などが記述されている（『厚生省国民医療総合対策本部』『厚生省国民医療総合対策本部中間報告』[1987年6月26日]）。

⁴⁸⁾ 財団の設立に関して、岡野は「医療関連ビジネス市場の拡大に焦点を当てたものであった」としている。岡野は労働組合の視点から業務委託について論じる中で、「財団法人医療関連サービス振興会」設立の趣旨は、表向きには、医療関連サービスの質を確保するための評価、調査、研究、情報提供などの事業を行い、医療関連サービスの健全育成を図っていくとしている。しかし、実態は、10兆円産業とも言われている医療関連ビジネス市場の拡大が目的であること。その理由として「振興会」の名が示すとおり、財団が保健、銀行、商社、建設、機械、化学、鉄鋼、電機、不動産、製薬、証券などの大企業、さらには業務請負企業や人材派遣企業など152法人の参加で設立されたことを指摘している（岡野 [1990] 11-12）。なお、「財団法人医療関連サービス振興会」は2013年に一般財団法人へ移行している（一般財団法人 医療関連サービス振興会ホームページ [2017年5月6日閲覧] <https://ikss.net>）。

⁴⁹⁾ 医療法施行規則第9条の10では、患者等給食（法第15条の2の規定による病院における患者、妊婦、産婦又はじよく婦の食事の提供）の業務を適正に行う能力のある者の基準は、次のとおりとするとして、次の13項目を定めている。

- ①調理業務を受託する場合にあつては、受託業務の責任者として、患者等給食の業務に関し、相当の知識及び経験を有する者が受託業務を行う場所に置かれていること。
- ②調理業務を受託する場合にあつては、受託業務の指導及び助言を行う者として、次のいずれかの者を有すること。病院の管理者の経験を有する医師、病院の給食部門の責任者の経験を有する医師、臨床栄養に関する学識経験を有する医師、病院における患者等給食の業務に五年以上の経験を有する管理栄養士。
- ③調理業務を受託する場合にあつては、栄養士（献立表の作成業務を受託する場合にあつては、治療食（治療又は健康の回復のための食事をいう。）に関する知識及び技能を有する栄養士とする。）が受託業務を行う場所に置かれていること。
- ④従事者として、受託業務を行うために必要な知識及び技能を有する者を有すること。
- ⑤調理業務を受託する場合にあつては、前号の従事者（調理業務に従事する者に限る。）が受託業務を行う場所に置かれていること。
- ⑥病院の外部で食器の洗浄業務を行う場合にあつては、食器の消毒設備を有すること。
- ⑦病院の外部で調理業務又は食器の洗浄業務を行う場合にあつては、運搬手段について衛生上適切な措置がなされていること。
- ⑧次に掲げる事項を記載した標準作業書を常備し、従事者に周知していること。適時適温の給食の実施方法、食器の処理方法、受託業務を行う施設内の清潔保持の方法。
- ⑨次に掲げる事項を記載した業務案内書を常備していること。人員の配置、適時適温の給食の実施方法及び患者がメニューを選択できる食事を提供することの可否、業務の管理体制。
- ⑩受託業務を継続的かつ安定的に遂行できる能力を有すること。
- ⑪病院が掲げる給食に係る目標について、具体的な改善計画を策定できること。
- ⑫従事者に対して、適切な健康管理を実施していること。
- ⑬従事者に対して、適切な研修を実施していること。

表 1-4 入院時食事療養制度の改定と推移（入院時食事療養費Ⅰ）

区分	改定年	1994	1996	1997	2006	2012	2016 変更なし	2016 市販流動食
	入院時食事療養費Ⅰ		1900円 (1日)	1900円 (1日)	1920円 (1日)	640円 (1食)	640円 (1食)	640円 (1食)
選択メニュー加算		50円	50円	50円	-	-	-	-
食堂加算		50円	50円	50円	50円	50円	50円	-
特別食加算		350円	350円	350円	76円	76円	76円	-
医療用食品加算		180円	-	-	-	-	-	-
特別管理加算		200円	200円	200円	栄養管理実 施加算12点	-	-	-
合計金額/日		2730円	2550円	2570円	2318円	2198円	2198円	-

資料：原 [1982] 58 より作成。

注：合計金額は、患者に特別食が提供され、3食とも食べたと仮定し、その他すべての加算を算出した場合の1日の合計金額を示している。

表 1-5 入院時食事療養制度の改定と推移（入院時食事療養費Ⅱ）

区分	改定年	1994	1996	1997	2006	2012	2016 変更なし	2016 市販流動食
	入院時食事療養費Ⅱ		1500円 (1日)	1500円 (1日)	1500円 (1日)	506円 (1食)	506円 (1食)	506円 (1食)

資料：原 ([1982] 61) より作成。

問題に対応するために要望の提出や陳情活動を行い、1984年8月に患者給食業務の直営原則見直しに反対する意見書の提出、さらに1987年8月に厚生省国民医療総合対策本部の中間報告に対する要望書を提出している（日本栄養士会編 [1994] 68）。雑誌『臨床栄養』では給食業務の委託が認められた直後、1986年7月に委託の問題を取り上げ、病院経営にかかわる病院長や栄養士の意見を掲載している。それらは、安易に業務委託するべきではないという反対派が多い一方で、外部委託することのメリットも考慮しながら上手に利用すべきである、という意見もみられた⁵⁰⁾。そのころすでに病院の約1割が給食を業務委託していたことや、病院経営にとっては合理化につながるため、外部委託を強く反対する意見ばかりではなかったと思われる。

第5節 入院時食事療養制度の新設と院外調理の認可

(1) 基準給食制度の廃止と入院時食事療養制度の新設
病院給食において1958年にはじまった基準給食制度は、診療報酬の幾度にもおよぶ改定を経て36年間続いたが、1994年に「入院時食事療養制度」の新設にともない廃止された。それまで基準給食制度における自己負担は、医療費として一定割合を支払っていたが（定率負担）、新設の入院時食事療養制度では、診療報酬の点数ではなく、患者の自己負担（標準負担額）が定額600円となった。食事の金額が1日当たり1900円もしくは1500円と固定され、自己負担の差額が保険から病院に支払われる

ことになった（原 [1995]）。食事代は1日単位で算定されるため、1日1食のみ食べた場合でも1日分として算出されていた。

その後、2006年に制度が改定され、費用の算定方式が1日単位から1食単位になったため、病院の給食部門の収入は大幅な減収となり、病院収入のうち給食部門から得られる収入は約17-18%減収になったとも言われている（定司監修 [2013] 9）。

表1-4は、入院時食事療養制度の創設年度からの改定の推移を示したものである。表の1994年の合計金額2,730円は、入院時食事療養費Ⅰの1,900円に、選択メニュー加算など、ほかすべての加算を含めたものである。1994年は1日あたりの合計金額は2,730円で最も高かったのに対し、2006年に2,318円になり、さらに2016年は2,198円となり徐々に減額している。表1-5の入院時食事療養費Ⅱは、入院時食事療養費Ⅰの算定条件を満たすことができない場合を示している。特別食などの加算ができないため、おもに診療所等ではこの算定が用いられている。

2006年の診療報酬改定では、いままで「特別管理加算」が廃止になったと同時に「栄養管理実施加算」が新設された。これは、入院患者の栄養管理を行った際に加算できるもので、その条件は、常勤の管理栄養士、医師、看護師などの関係職種が協働で、患者の入院時の状態を評価し、栄養管理計画書を作成し、患者の病態を定期的に評価した場合に算定できるものであった。患者1名に対して1日12点（120円）の診療報酬が得られ、この収入は病院内では栄養部門の収益とされていた。しかし、2012年の診療報酬の改定では、患者に対する栄養管理は必須となり、入院基本料の中に含まれることになった（包

⁵⁰⁾『臨床栄養』の特集「病院給食業務の一部委託について—私はこう思う」は、病院長2名、病院栄養士9名の投稿が掲載された（新村他 [1986] 22-48）。

括化)。

以上のように、2006年以降、栄養士業務が重視され、食事による治療効果の重要性が認められつつあるものの、入院時食事療養費や栄養管理実施加算の算定方式の変更により、病院の収入面は減額になり、病院内における給食運営はさらに経営効率を求められるようになった。

(2) 医療法施行規則の改正による院外調理の認可

病院給食の制度は、1986年に業務委託が認可され、1994年に入院時食事療養制度が新設され診療報酬制度が廃止になるなど大きく変化してきたが、ここでは、医療法の改定による院外調理の認可とそれに伴う調理の外部化について述べ、栄養士労働が変容していく背景をみていく。

1993年、厚生省からの通知により、委託業者が病院外の調理加工施設で調理した料理を病院に配送し、それらを病院で再加熱し患者に提供する、いわゆる「院外調理」が認められた⁵¹⁾。それまで(1986年の通知以降)、委託業者は、病院内の給食施設を使用して調理を行う方式(代行委託)のみが認められていた。通知の内容は、院外調理を行う場合に利用できる調理方式(クックサーブ、クックフリーズおよび真空調理)が具体的に明記されたことや⁵²⁾、病院が給食業務を外部委託する場合に、病院側が行わなければならない業務内容が明確に示された。

さらに、その3年後の1996年には、規制緩和推進計画(1995年3月閣議決定)等に基づいて医療法施行規則が改正され、法的に直営側にも院外調理を行うことができるようになった。

院外から調理品を配送するためには、調理してから提供まで数日間の保管が必要となるため、衛生状態が常に

良好に保たれることが重要である。そこで、具体的な衛生管理マニュアルとして「院外調理における衛生管理ガイドライン」が作成され、調理に関するルール作りがなされた⁵³⁾。

院外調理は、集中調理施設(セントラルキッチン)で計画的に大量調理を行うのが一般的である。マニュアルに沿って調理作業を行うため、理論的には「品質の標準化」「作業の効率化」「衛生管理の強化」「コストの合理化」などが期待できるとされている。

このように、院外調理が法的に認められ、衛生管理ガイドラインが作成されるなど整備がされていったが、調理施設は増えていったのだろうか。施設数と経営面について、厨房機器メーカーのコンサルタントである楠見によると、院外調理が認められた後に、すぐには施設が増えなかったことや、稼働後には計画段階では予測できなかった業務が新たに生じる可能性も高いことを指摘している⁵⁴⁾。他方、その長所にもふれ「採算だけで論じることは適切でないと言える。グループ内の各々の病院や施設で調理提供していた時と比べると食事の安全性が格段に上がったというグループは多いはずである」として、経営面のみ注目するのではなく、衛生的で安全な食事提供に目を向ける必要があることを指摘している(楠見[2012] 49-54)。

以上のように、病院内部の人材と施設で運営されていた給食管理が、しだいに外部の人材や外部施設の利用へと選択肢が広がり変容してきている。ここで病院給食の制度の変化とその期間の栄養士・調理員の雇用形態および調理方式を表1-6に整理した。

1948年に病院給食が一部地域からはじまり、1986年までの基準給食制度の期間は、給食運営の担い手が病院の直営栄養士、直営調理員であった。この間の調理方式は、調理後すぐに料理を提供する一般的な方式のクックサーブで行われていた。1986年の病院給食業務の外部委託の認可により、給食運営は従来の直営側栄養士に加え、委託側の栄養士と調理員も担うようになった。1993

⁵¹⁾ 通知名は「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」(健政発第98号、都道府県知事あて、厚生省健康政策局長通知[1993年2月15日])。

⁵²⁾ 「クックチル」とは、加熱調理の直後に急速冷却して冷蔵保管の後、提供直前に再加熱する調理・提供方法のことである。衛生管理の基準は、急速冷却は調理後90分以内に中心温度3℃以下にすること、冷蔵保管は調理日と提供日を含め最長5日間、再加熱の中心温度は75℃以上、食材の種類により85℃～90℃、など定められている。「クックフリーズ」とは、加熱調理の直後に急速冷凍して(マイナス18℃以下)冷凍保管後、提供直前に再加熱する調理・提供方法のことである。「クックチル」に比べて保存期間を長くできるが、冷凍による食材料の組織破壊があるため、適用できる食材や料理に制限がある。「クックチル」や「クックフリーズ」の実施には、厳重な衛生管理と専用の設備(冷却する機器、保管場所、加熱機器)が必要になる。「クックサーブ」とは「クックチル」や「クックフリーズ」に対応して使われる用語で、調理後に速やかに提供する方法調理方式で、従来から行われている調理・提供方法のことを指す(日本給食経営管理学会監修[2015] 70)。

⁵³⁾ 「院外調理における衛生管理ガイドラインについて」は、衛生管理の目的、用語の定義、院外調理における構造や従事者の衛生管理などが詳細に記載されている(指第24号、各都道府県、各政令市、各特別区衛生主管部(局)長あて、厚生省健康政策局指導課長通知[1996年4月24日])。

⁵⁴⁾ 楠見は、院外調理施設について次のように述べている。「2011年末で全国では約50か所の病院食・高齢者食の調理センターが稼働していると推定されるが、全般的に採算面では楽ではないようである。HACCPシステムの構築に有利なように建物と設備面に過大な投資をした結果であろうか。サテライトになる既存施設の事前調査が不十分であったり、センターの必要調理スタッフ数の算定が甘かったりということも要因として考えられる。要するに調査検討が十分でないまま建設に進んだということになる」(楠見[2012] 49-54)。

表 1-6 戦後の病院給食の制度の変化に伴う栄養士・調理員の雇用形態の変化、および調理施設・調理方式

年度	事項	直 営		委 託		院外調理		調理方式
		栄養士	調理員	栄養士	調理員	直営	委託	
1948～ 1986	病院給食の開始～基準給食	○	○	(○)	(○)	—	—	クックサーブ
1986	病院給食業務の外部委託の認可	○	○	○	○	—	—	クックサーブ
1993	「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」「患者等の食事の提供の業務の範囲及び委託方法に関する事項」として、院外調理が示された。	○	○	○	○	—	○	クックサーブ
1996	「医療法施行規則の一部を改正する省令の施行」院外調理の認可。	○	○	○	○	○	○	クックサーブ クックチル クックフリーズ 真空調理

資料：筆者作成。

注：1) 調理方式については、本章の注 26) を参照。

2) 1948 年から 1986 年まで、給食運営は直営が原則であったが一部では請負による業務委託が行われていたため、委託栄養士および調理員について、括弧付き (○) で表した。

年には、委託側の院外調理が認められたことから、料理を保存するために、従来の調理方式のクックサーブだけではなく、クックフリーズ、真空調理が加えられ、1996 年からは、直営側も院外調理が認められた。

このように栄養士の雇用形態が変化し、調理方式が多様化してくることによって、それらを運用していく栄養士業務も複雑、高度化していった。

院外調理では、給食の献立作成や衛生に関わる業務のコンピューター管理が可能となり、システム化が進んでいるが、他方、調理から提供までの運用面において、栄養士が行わなくてはならない業務も増加している。計画的な調理においても、病院給食では、その料理の種類は多く、工場のラインで同じ製品を製造するのは異なる。調理後には料理の種類ごとに冷却し、衛生管理を行いながら保管、仕分け、料理の配送、提供前の温めなどを行うため、工程が複雑化する。

また、それらの業務を行う栄養士の雇用主体も直営、委託が混在しているため、業務分担や責任の所在を明確にする必要性が生じていくが、給食運営は患者の臨床栄養管理と連動しているため、役割を明確にすることが難しい。そのため、栄養士労働は一層複雑化しているといえる。

小括

第 1 章では、既存の資料をもとに病院給食制度の特徴を見ながら、行政改革によって制度がどのように変容し、栄養士労働に影響していったかを明らかにしてきた。

第 1 に、戦前の日本における病院給食誕生と栄養士養成校創設の歴史的背景と経緯をたどった。戦前、1920 年代から 1930 年代には一般病院では給食が提供されはじめていたが、給食が治療食の意味合いをもちはじめたのは、同時期に慶応大学医学部付属病院で食餌療法の研究が行われ、治療食が提供されたところである。同じころ、

佐伯矩が栄養士の養成をはじめ、卒業生の栄養士は国家資格として認められていなかったものの、病院、協同組合などで栄養改善や集団給食の指導を行い、その後各府県の栄養改善事業にたずさわようになった。

第 2 に、戦後の各種法律の整備、制度としての病院給食誕生から診療報酬改定の変遷を概観してきた。終戦前には食料調達が難しくなり、しだいに病院給食は提供できなくなっていったが、戦後、米国による社会保障制度調査のための入院施設視察が契機となり、病院給食は一部地域からはじまり、しだいに全国へと広まっていった。1948 年に医療法が公布され、給食施設は病院として備えるべき施設のひとつとなり、医療法施行規則では、100 床以上の病院に栄養士 1 名の配置が規定された。1950 年には診療報酬制度による病院給食が創設され、戦後の急激な経済復興を経て食生活も多様化していくとともに、特別食加算が加えられ診療報酬制度の点数も徐々に引き上げられていった。病院給食の治療食としての意味合いが増すとともに、給食業務を担当する栄養士の重要性がしだいに認められていった。

第 3 に、規制緩和による病院給食の外部化についてその背景と影響をみてきた。

早い時期から給食業務の外部化の動きはみられたが、1980 年代には行政改革による規制緩和の影響を受け、1986 年に外部委託が認可され、その後「医療関連ビジネス検討委員会」が設置されるなど、病院給食への企業参入の準備が整えられていった。外部委託化をめぐる日本栄養士会は反対意見を述べたものの、当時は病院の約 1 割が給食を業務委託していたことや、病院経営の合理化が求められていた背景もあり、外部委託反対派の意見は栄養士側にとっても大多数ではなかった。

第 4 に、入院時食事療養制度の新設による病院給食制度の見直し、さらに医療法の改定による院外調理の認可など、制度の改定によって病院給食の外部化が進展し、

表1-7 戦後の病院給食におけるおもな制度、基準の変遷と栄養士業務

区分	年度	事項		
法整備	1948	医療法制定 ・感染症等の急性疾患が中心の時代。医療水準を整えるため、施設基準等の整備が規定された。		
	1948	制度として戦後初めて、病院給食が開始される。 ・対象は、全国の結核療養所、結核病棟、らい療養所及び精神病院および7大都市（東京23区、横浜、名古屋、京都、大阪、神戸、福岡市）の一般病院。		
	1949	病院給食が全国に拡大される。		
	1950	完全看護、完全給食、完全寝具が制度化される。		
	1958	基準看護、基準給食及び基準寝具が制度化される。		
	規制緩和	1986	「病院における給食業務の一部委託について」の通知。 ・病院給食業務の外部委託が認可される。	
		1987	厚生省が「医療関連ビジネス検討委員会」を設置。 ・業務委託認可にかかわる基本的な条件の整理、検討が目的。	
		1992	「医療法の一部を改正する法律」公布（法律第89号）15条の2の追加。 ・特定機能病院および療養型病床群の制度の新設され、施設機能の体系化が規定される。病院、診療所等の業務委託、医薬に係る掲示および広告に関する規定等が整備される。	
		1993	「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」の通知。 ・給食業務の範囲および病院側が行う業務の範囲が示された。院外調理における調理方式や食事の運搬方法などが示された。	
		1994	「入院時食事療養費制度」新設により基準給食制度の廃止。 ・費用算定は患者1人1日単位で、食事代が一部自己負担となる。	
		1996	「医療法施行規則の一部を改正する省令」の施行。 ・給食の調理を病院外の調理加工施設で行う（院外調理）認可。 院外調理における衛生管理指針（ガイドライン）の公表。 ・施設管理者が遵守すべき衛生管理基準が明確になる。	
			1997	大量調理施設衛生管理マニュアルの公表。 ・給食施設の衛生管理強化。
		2002	健康増進法公布。 ・20-24条に「特定給食施設」の名称、栄養管理の基準が示される ^{注1)} 。	
		栄養士業務の重視	2006	「入院時食事療養費制度」の改定により、費用算定は患者1人1食単位となる。 「栄養管理実施加算」の新設。
			2010	栄養サポートチーム加算の新設（1回200点、週1回）。
2012	2006年制定「栄養管理実施加算」の廃止。			
2016	外来・入院・在宅患者訪問の「栄養食事指導」の対象枠の拡充および指導時間の延長 ^{注2)} 。			

資料：原 [1982、1995]、鈴木久乃他編（2012）13-17をもとに作成。

注：1）健康増進法における特定給食施設とは「特定かつ多数の者に対して、継続的に1回100食以上又は1日250食以上の食事を供給する施設で、厚生労働省令により栄養管理が必要な施設」と規定され、栄養士の配置が努力目標となった。また、特定給食施設のなかでも医学的な管理が必要なものは、1回300食以上又は1日750食以上の食事を供給する施設と定義され、管理栄養士の配置が義務づけられた。栄養管理とは、利用者に対して身体の状況に配慮し、適切な給食を提供すること、栄養に関する情報の提供を行うことなどであり、健康増進法および健康増進法施行規則ではそれらの基準が示された。

2）栄養食事指導の対象枠に「がん、摂食・嚥下機能低下、低栄養の患者に対する治療食」が加えられた。厚生労働大臣が定める栄養食事指導の対象となる特別食とは、腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニルケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー食（外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る）、特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く）である。指導時間の延長は、初回指導が概ね30分以上、指導料は130点から260点（2,600円）に引き上げられた。

栄養士業務は給食経営管理と臨床栄養管理に2極化していく背景にふれた。

表1-7は、本章で述べてきた戦後約70年間の病院給食におけるおもな制度、基準の変遷と栄養士業務を3段階で示したものである。

区分の第1は医療法をはじめとする戦後の法が整備されていく時期であり、つぎの第2区分の1986年から1997年までの約10年間は規制緩和によって給食運営が急速に変化した時期である。外部委託の認可にともなう

委託栄養士が出現し、また設備機器や技術の進歩により調理方式が発展していくのにもない、衛生管理も強化されるようになった。

第3の区分は栄養士業務が重視されるようになった時期である。管理栄養士の配置による栄養管理実施加算、栄養サポートチーム加算の新設、2016年の栄養食事指導の改定などによって、2006年以降は栄養士業務がとくに重視されるようになった。他方、入院時食事療養費や栄養管理実施加算の算定方式の変更により、病院の収入面

は減額になり、病院内における給食運営はさらに経営効率を求められるようになった。

このように病院給食は治療食の提供としての特異性を維持しつつも、行政改革による制度の影響を受け、それにかかわる栄養士労働が変容していった。次章では、本章で明らかになった病院給食変遷の背景を踏まえ、栄養士職就業者全体からみた病院栄養士の位置づけを明確にしていきたい。

第2章 病院給食の統計的整理

本章の課題

前章では、戦後、医療法制定と病院給食制度の確立により、治療食提供を行う栄養士数が増加していく背景を確認してきた。1980年代以降は、給食運営の外部化の進展により栄養士の雇用形態が徐々に変化していき、近年では給食の調理方式が複雑、高度化したことで、それを運用する栄養士にも、より専門的な知識と技術が求められるようになってきている。

現在、病院給食にかかわる栄養士が置かれている状況は複雑化している。そこで、第2章では、栄養士職就業者全体からみた病院栄養士の位置づけを明確にすることを課題とし、既存の統計資料を用いて栄養士数、新卒者の就業傾向、直営栄養士数と委託栄養士数の割合と推移などを把握する。また、外部委託化の全国と北海道との比較についても触れ、それぞれの資料の分析を行いながら、第3章以降の事例の背景を明確にしていく。

本章における栄養士職の「栄養士」または「管理栄養士」の表記については、引用文献の表記に合わせることにし、栄養士と管理栄養士を統合している場合は栄養士とし、分けている場合は別々に表記することにする。

第1節 各種給食施設数と栄養士・管理栄養士の配置状況

(1) 各種給食施設数と栄養士・管理栄養士の配置状況

現在、栄養士の多くは各種給食施設において対象者への栄養管理と給食提供を行っている。給食施設は病院のほか、学校、社会福祉施設、給食センター、さらに企業の社員向けに食事提供を行う事業所など多岐にわたっている。表2-1に、各種給食施設の「栄養士」・「管理栄養士」配置規定および根拠法令を示した。各施設、給食提供数などの条件に合わせ、栄養士・管理栄養士の配置人数が規定されている。表2-2に各種給食施設数と栄養士・管理栄養士の配置状況を示した。2014年度における、全国の給食施設総数は87,702、各種給食施設に勤務する栄養士・管理栄養士の総数は115,705人である。施設数が最も多いのは児童福祉施設の23,904施設で全体の27.3%、次いで学校、老人福祉施設と続き、病院は

8,595施設で給食施設総数の9.8%である。次に、各種給食施設の栄養士・管理栄養士数をみると、病院が38,780人で全体数の33.5%であり、全施設からみた割合は最も高く、一施設あたりの配置人数は平均4.5人である。管理栄養士数をみると、病院に24,506人が勤務し、管理栄養士の総数の42.8%を占め高い割合である。

一方、学校は施設数が17,828(20.3%)で栄養士・管理栄養士の総数は14,864人(12.8%)で、一施設の栄養士数は0.8人と少ない。このように、栄養士・管理栄養士の配置人数は施設ごとに差があり、病院は他施設と比較すると、管理栄養士の雇用人数が多いことが特徴的であると言える。

(2) 栄養士・管理栄養士養成校の栄養士職就業者数

ここでは養成校の新卒者の就業状況を2種類の職域別に見ていくことにする。図2-1は、養成校の卒業生総数、栄養士職に就いた人数、および職域別(工場・事業所および病院)の10年間の推移を示した。卒業生総数のうち栄養士職に就いた人数をみると、2005年は卒業生19,350人のうち、栄養士職が9,986人(51.6%)で約半数であったのに対し、2015年度は卒業生19,181人のうち、栄養士職が11,508人(60.0%)で割合が上昇している。10年間の栄養士職就業者数の推移は変動しているが、その割合は増加傾向にあるといえる。

職域の「工場・事業所」には、給食会社所属の就業者が多数含まれ、給食会社から病院などの施設や事業所に配属(派遣)されていると考えられる。その就業者数の推移をみると2005年から2008年まで大幅な増減はみられないが2009年から減少しており新卒の採用数を減らしていることがわかる。2000年から多くの栄養士養成校が大学へと移行し、その時期に入学した学生が2005年ごろに卒業年次をむかえている。給食会社が調理員不足を補う目的から、新卒の栄養士採用枠を増やした可能性が考えられる。

「病院」の就業者数は2005年から2007年までの採用数は大きな変化はないが、2008年に2倍程度増えている。これは、2006年から「栄養管理実施加算」が新設され病院の管理栄養士の需要が高まったことが影響していると思われる。2009年は採用数が減るが、その後は上昇傾向にある。これは、2010年に診療報酬に「栄養サポートチーム加算」が新設され、栄養士業務がますます重視されたことで管理栄養士の採用数が増加したものと思われる。以上のように新卒者の就職者数は、診療報酬改定の影響を受け変動すると考えられる。

第2節 外部委託率と栄養士の雇用割合

(1) 病院給食外部委託率の年次推移

第1章では、外部化の進展とその背景について述べて

表2-1 各種給食施設の栄養士・管理栄養士の配置規定および根拠法令

施設		管理栄養士の配置	栄養士の配置	条件等	根拠法令
病院	病院		○ 1	病床数100以上	医療法施行規則
		◎ 1以上		特定機能病院	医療法施行規則
		○	○	入院時食事療養、入院時生活療養の食事提供の療養は、管理栄養士または栄養士によって行われること	入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等
事業所	事業所			1回100食以上、または1日250食以上の給食を行う場合	労働安全衛生規則
			○	1回300食以上の給食を行う場合	事業附属寄宿舎規定
福祉施設	児童福祉施設	乳児院	◎		児童福祉施設最低基準
		児童養護施設	○	児童41人以上の施設	
		児童自立支援施設	○	児童41人以上の施設	
		福祉型障害児入所施設	○	児童41人以上の施設	
		医療型障害児入所施設	○ 1	療養施設においては、病床数100以上	
		情緒障害児短期治療施設	◎	—	
	老人福祉施設	特別養護老人ホーム	○ 1以上	入所定員40人以下の施設では、他の社会福祉施設等の栄養士と連携をとることにより、置かないことができる	特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準
		養護老人ホーム	○ 1以上	定員50人未満の施設では、併設する特別養護老人ホームの栄養士と連携を図ることにより、置かないことができる	養護老人ホームの設備及び運営に関する基準
		経費老人ホーム	○ 1以上	定員40人以下、または他の社会福祉施設等の栄養士と連携を図ることにより入所者に支障がない場合は置かないことができる	軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準
	学校	学校給食単独調理場または学校給食共同調理場		◎	学校給食栄養管理者は栄養士または栄養教諭でなければならない
単独調理場 (ミルク給食除く)			◎	児童および生徒数に対する栄養教諭または学校栄養職員の数 550人以上 1人 549人以下 4校に1人 549人以下 1人 (学校数が3校以下の市町村)	公立義務教育諸学校の学校編成及び教職員定数の標準に関する法律
共同調理場			◎	児童および生徒数に対する栄養教諭または学校栄養職員の数 1,500人以下 1人 1,500~6,000人 2人 6,000人以上 3人	
特別支援学校			◎	学校給食を実施する学校は栄養教諭等1人	

資料：『給食マネジメント論-第8版』（高城他 [2016] 6、表1.5）より作成。

注：栄養士・管理栄養士の配置については、◎必置、○条件により必置、△努力配置で分類した。下の数値は人数を示している。

表2-2 各種給食施設数と栄養士・管理栄養士の配置状況（2014年度）

	施設数 (%)	管理栄養士数 (%)	栄養士数 (%)	管理栄養士・ 栄養士の合計 (%)
学校	17,828 (20.3)	7,839 (13.7)	7,025 (12.0)	14,864 (12.8)
病院	8,595 (9.8)	24,506 (42.8)	14,274 (24.4)	38,780 (33.5)
介護老人保健施設	3,705 (4.2)	5,153 (9.0)	3,933 (6.7)	9,086 (7.9)
老人福祉施設	12,639 (14.4)	10,040 (17.5)	9,933 (17.0)	19,973 (17.3)
児童福祉施設	23,904 (27.3)	4,158 (7.3)	14,249 (24.4)	18,407 (15.9)
社会福祉施設	4,100 (4.7)	1,708 (3.0)	2,883 (4.9)	4,591 (4.0)
事業所	9,328 (10.6)	1,829 (3.2)	2,348 (4.0)	4,177 (3.6)
寄宿舎	2,047 (2.3)	246 (0.4)	500 (0.9)	746 (0.6)
矯正施設	156 (0.2)	61 (0.1)	10 (0.0)	71 (0.1)
自衛隊	242 (0.3)	182 (0.3)	82 (0.1)	264 (0.2)
一般給食センター	444 (0.5)	301 (0.5)	679 (1.2)	980 (0.8)
その他	4,714 (5.4)	1,272 (2.2)	2,494 (4.3)	3,766 (3.3)
総数	87,702 (100)	57,295 (100)	58,410 (100)	115,705 (100)

資料：厚生労働省平成26年度末 衛生行政報告例『平成26年度衛生行政報告例』統計表より作成。

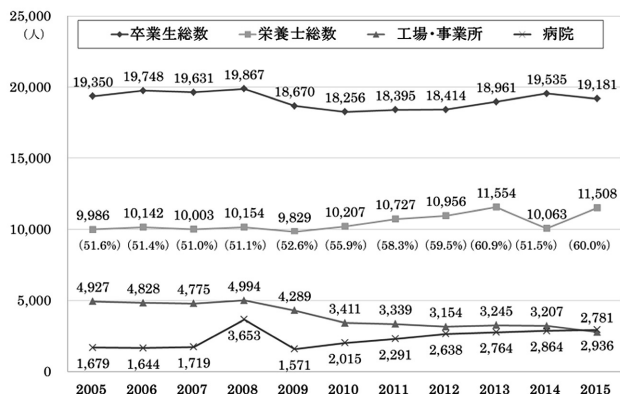


図 2-1 栄養士・管理栄養士養成校の栄養士職就業者数の推移 (工場・事業所および病院)

資料：社団法人全国栄養士養成施設協会「就職実態調査」より作成。
注：栄養士総数は、栄養士職に就職した人数を表し、(%)は卒業生総数からみた栄養士職就職者の割合を示した。

きたが、ここでは約 20 年間の外部委託率の推移を確認し、他業種の外部委託率とのちがいをみている。

図 2-3 は、1991 年から 2015 年まで、病院給食外部委託率の推移を示したものである。一般財団法人医療関連サービス振興会は 3 年ごとに調査を実施しており、病院給食のほかに、医療施設で外部委託が行われている 16 業種 (検体検査、院内清掃、医療事務など) についても調査を行っている。

給食の外部委託率は、1991 年に 19.9%、2003 年には 53.8% で半数を超え、その後も上昇し続け、2015 年には 70.3% になっている。ここでの調査結果は、一部委託 (食器洗浄、調理業務、配送などの部分的な委託)、および全面委託 (給食管理業務全般の委託) の両方を含んでいる。

給食の外部委託率の推移を確認してきたが、他業種の外部委託率はどのように推移しているのだろうか。1991 年の調査開始年度、寝具類洗濯や検体検査などは、すでに委託率が 9 割を超えており、それらの推移は 2015 年にはともに 97% 程度にまで上昇している。他方、医療事務は 1991 年 23.1%、2003 年は 41.9% まで上昇したが、その後の委託率は徐々に減少し、2015 年は 35.7% に低下している。このように、業種によって外部委託率推移の傾向は異なっているが、なかでも病院給食の外部委託率は急激ではないものの着実にその割合が増えている。

(2) 病院の栄養士・管理栄養士の雇用主体別割合の推移

病院給食の外部委託率が徐々に上昇してきたことを把握したが、栄養士を雇用主体別にみると、委託栄養士の割合も同様に増えていることが考えられる。

表 2-1 の各種給食施設の栄養士・管理栄養士数を見ると、病院が 38,780 人で全体数の 33.5% であり、給食施設全体からみた割合は最も高いことを把握したが、その

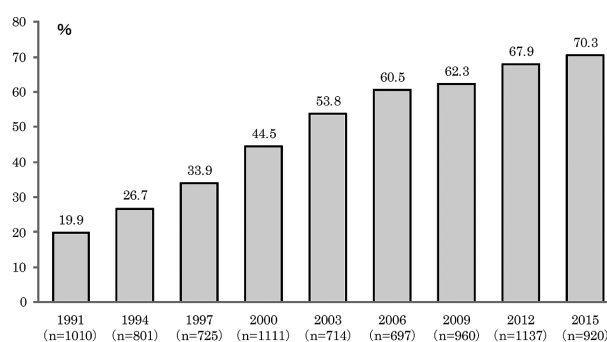


図 2-2 病院給食外部委託率の年次推移

資料：一般財団法人医療関連サービス振興会『H 27 年度医療関連サービス実態調査報告書』[2016] より作成。

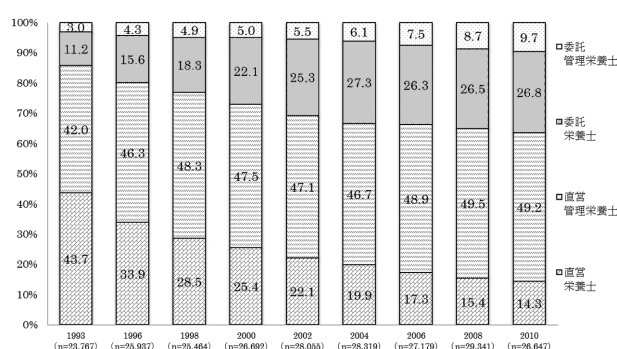


図 2-3 病院の栄養士・管理栄養士の雇用主体別割合 (%) の推移
資料：公益社団法人日本栄養士会医療事業部『平成 24 年度全国病院栄養部門実態調査』報告書より作成。

注：『全国病院栄養部門実態調査』に同意した病院の回答数である。

数には直営栄養士と委託栄養士の両方が含まれている。

図 2-3 は、病院の栄養士・管理栄養士の雇用主体別割合の推移を示したものである。図を見ると、大きな変化がみられるのが直営栄養士および委託栄養士である。1993 年に直営栄養士は 43.7% であったのに対して、2010 年には 14.3% と大幅に減少している。他方、委託栄養士は 1993 年に 11.2% であったのに対して、2010 年には 26.8% に増加している。

委託栄養士の増加の理由は、給食業務の調理員不足を補うために、委託栄養士が栄養士業務と調理員業務を兼務していることが考えられる。とくに新卒者は調理全般を把握する意味合いから調理員業務を主体に行っている場合が多い。そのため委託栄養士の割合が増加していると考えられる。

直営栄養士の減少は、診療報酬の改定が影響していると考えられる。とくに栄養管理実施加算が新設された 2006 年以降、その加算に必要な栄養管理計画書の作成は管理栄養士が行うことになったため、直営側の雇用は管理栄養士へとシフトしている。直営の管理栄養士が上昇していることから明らかである。また、委託栄養士も

わずかずつ上昇しているが、これは外部委託の進展とともに、給食管理業務の責任者として委託管理栄養士が配属されているためと考えられる。

以上みてきたように、病院側の栄養士職の雇用は直営栄養士ではなく、直営管理栄養士へシフトするとともに、委託栄養士・委託管理栄養士が増加している。病院内における栄養士の雇用主体が変容していることが統計資料上でも明らかになった。

(3) 病院給食の委託状況について全国と北海道の比較

これまで外部委託率の推移については全国平均の割合をみてきたが、ここでは地域差について見ていく。公益社団法人日本栄養士会が2016年度に行った調査によれば、都道府県別の委託率で最も高い県は愛知県(85.5%)、第2位が北海道(81.1%)であり、最も低い岡山県(46.8%)との委託率に大きな差がみられた⁵⁵⁾。

そこで、北海道と全国との委託状況について、形態別(全面委託・部分委託)の比較を行った(表2-3)。資料は、一般財団法人医療関連サービス振興会の『H27年度医療関連サービス実態調査報告書』[2016]を用いた。

まず全国の委託状況をみると2006年の全面委託の割合は80.8%、部分委託は18.2%であるのに対し、2015年の全面委託の割合は78.7%とわずかに減っているが、10年間の委託形態別の割合は大きく変化していない。北海道においては、10年間の委託形態には変化はみられないが、2015年の全面委託率が90.8%、部分委託が9.2%で、全面委託率が非常に高いことが特徴的である。

次に外部委託のメリットについて、北海道と全国の比較を行った(表2-4)。北海道と全国ともに、最も回答数の多い項目は「人員・人材不足の解消」で、2006年と2015年ともに6割程度が回答していた。ほかの項目では「経費の節減」「業務運営の効率化・迅速化」の割合が高かった。そのなかで、北海道において2006年から2015年にかけて変化の大きいものは「経費の節減」である。全国では約10%割合が減少しているが、北海道では2006年に63.0%であったのに対して、2015年は36.9%に減っている。この理由の一つとして、委託費の値上がりが考えられる。先に、図2-1で、新卒者の職域別就業者のうち、給食会社所属者が多数含まれる「工場・事業所」が減少していることを述べたが、給食会社は2006年以降に栄養士雇用の調整や委託費の再検討などの見直しを行ってきたことが推察される。

⁵⁵⁾ 調査は、日本栄養士会が栄養指導の実施状況、栄養管理の充足状況などについて、診療報酬改定時の要望の提出を目的として隔年で行っている。2016年の調査対象施設は、日本栄養士会会員が勤務する医療施設6,801施設で、委託率の平均は68.5%であった(公益社団法人日本栄養士会「平成28年度全国病院栄養部門実態調査報告書」[2017年3月])。

表2-3 病院給食の形態別の外部委託状況—全国および北海道

		全面委託施設数 (%)	部分委託施設数 (%)	無回答 (%)	委託利用施設数 (%)
全国	2006年	341(80.8)	77(18.2)	4(0.9)	422(100)
	2015年	509(78.7)	133(20.6)	5(0.8)	647(100)
北海道	2006年	42(91.3)	4(8.7)	-(-)	46(100)
	2015年	59(90.8)	6(9.2)	-(-)	65(100)

資料：一般財団法人医療関連サービス振興会『平成18年および平成27年度医療関連サービス実態調査報告書』[2007、2016]より作成。

ほかの項目では北海道において、「業務運営の効率化・迅速化」は2006年が30.8%であったのに対して、2015年は47.7%に増加している。経費面の削減でのメリットは減っているが、「業務運営の効率化・迅速化」のメリットが重視されていると考えられる。

以上みてきたように、北海道は病院給食の外部委託率が全国平均からみても高く、さらに給食業務を全面的に委託する割合が非常に高いことが特徴的であることが明らかになった。また、病院側は外部委託のメリットについて、費用面だけではなく、労務管理を重要視していることが明らかになった。

小括

第2章では、栄養士職就業者全体からみた病院栄養士の位置づけを確認するために、統計資料を用いて直営および委託栄養士数の推移などを把握し、外部化の地域差についても触れてきた。

2014年度、全国の病院数は8,595施設で病院や福祉施設など各種給食施設総数の9.8%であるが、病院勤務の栄養士総数は給食会社所属者を含め38,780人で、施設に勤務する栄養士総数の33.5%を占め各種給食施設の中で最も高く、栄養士職全体からみても重要な位置を占めている。そこで栄養士養成校の新卒者のうち、病院へ就業者数を確認するために、職域別(給食会社の就業者が多く含まれる「工場・事業所」および病院)の10年間の推移を確認した。新卒者のうち栄養士職に就く人の割合は上昇しており、職域別にみると2010年以降は、「工場・事業所」の就業者数がわずかず減少する一方、診療報酬改定の影響を受け病院への就業者は増えている。

病院給食の外部委託率が徐々に上昇したのにもない、病院内では委託栄養士の割合も同様に増えていることが考えられる。そこで雇用主体別に栄養士の割合の推移をみると、直営栄養士は減少し、委託栄養士は増加していることが把握できた。理由として、委託栄養士は調理員不足を補うために配属されていることや、診療報酬の影響により、病院側は直営栄養士ではなく、直営管理栄養士の雇用へとシフトしているためと考えられた。このように、病院内における栄養士の雇用主体が変容していることが統計資料上でも明らかになった。

表 2-4 病院給食外部委託のメリット—全国および北海道（複数回答）

	人員・人材不足の解消 (%)	設備投資の抑制 (%)	経費の節減 (%)	業務運営の効率化・迅速化 (%)	サービス・業務の質の向上 (%)	専門知識・技術への安心感 (%)	職員の本来業務への専念 (%)	
全国	2006年 (422施設)	251(59.5)	63(14.9)	208(49.3)	186(44.1)	152(36.0)	-	100(23.7)
	2015年 (647施設)	416(64.3)	69(10.7)	246(38.0)	285(44.0)	147(22.7)	200(30.9)	164(25.3)
北海道	2006年 (46施設)	29(63.0)	8(17.4)	29(63.0)	20(30.8)	22(33.8)	-	15(23.1)
	2015年 (65施設)	40(61.5)	6(9.2)	24(36.9)	31(47.7)	17(26.2)	24(36.9)	13(20.0)

資料：一般財団法人医療関連サービス振興会『平成 27 年度医療関連サービス実態調査報告書』[2016] より作成。

給食業務の外部化は地域別に差がみられ、なかでも北海道は給食会社への委託率が全国平均よりも高く、さらに給食業務を全面委託する割合が非常に高いことが特徴的である。外部委託のメリットについては、経費面だけではなく、労務管理におけるメリットが重要視されていることが示唆された。

次章では、本章で明らかになった病院給食の置かれている状況を踏まえ、診療報酬の改定が栄養士労働にあたる影響について事例をとおしてみたい。

第 3 章 診療報酬改定にともなう栄養士労働の変化

—北海道の有床診療所のアンケート調査をもとに—

本章の課題

2 年ごとに行われる診療報酬の改定は病院経営の方向性を左右するとともに、医療従事者の配置人数、ひいては治療方針にも影響することがある。外部化の進展は、診療報酬の改定による減収が業務運営の効率化を促した結果といえる。

これまで病院給食に関わる改定は幾度となく行われ、栄養士労働が変容していった経緯がある。2012 年の診療報酬改定の内容は、有床診療所に管理栄養士の配置を義務付けるというものだったが、改定当初から有床診療所の反発が強く、2 年間設けられた猶予期間中に、日本栄養士会や日本医師会など関連する機関は、それぞれの立場から対応に追われることになった。本章では、2012 年に診療報酬が改定されたことで、有床診療所がいかなる影響を受け、管理栄養士の配置にどのように対応していたのかを明らかにする。

事例として北海道の有床診療所を対象とする。北海道は面積が広大で、札幌を中心とする道央都市圏に人口が集中し、地方の人口減少が進んでいる。さらに道北、道央、道東地域は、冬期間の多雪、寒冷、強風などくに自然条件が厳しく（神沼 [2008] 7-13）、他地域とは異なる問題が生じていることも考えられる。そのような状況

を踏まえ、北海道の有床診療所を対象に行った管理栄養士の雇用に関するアンケート調査をもとに、診療報酬の改定が、地域医療と栄養士労働にどのような影響を及ぼしていたのか把握し、分析を行う。

第 1 節 有床診療所の状況と 2012 年の診療報酬改定

(1) 2012 年の診療報酬改定の内容

診療報酬の改定は中医協⁵⁶⁾における議論を踏まえて、2 年に 1 度改定される。2006 年度の診療報酬改定時には、患者の状態に合わせた栄養管理を計画的に行うこと（栄養管理実施加算）が診療報酬算定の対象として新たに加えられた⁵⁷⁾。

病院では 2006 年度の改定以前から、管理栄養士が患者の栄養管理を実施している施設が多かったことから、栄養管理実施加算の算定率は 9 割を超えていた⁵⁸⁾。そのため、2012 年度の診療報酬の見直しが行われた際に、栄養管理実施加算の内容は入院患者に必須とみなされ、栄養管理実施加算で示した内容は患者に対して当然行うことを条件として、入院基本料に包括化された。栄養管理実施加算は廃止となったが、その内容は有床診療所も対

⁵⁶⁾ 中医協は、議会中央社会保険医療協議会の略。診療報酬に関する事項について、厚生労働大臣の諮問に応じて審議・答申するほか、自ら建議するために厚生労働省に設置される。独自の根拠法を持ち、通常の審議会に比べると重要性が高い。医療費の決定方式は、支払い側と医療提供者側の交渉で価格が決まる。現在は社会保険医療協議会が診療報酬改定全体の方向性を出したうえで、中医協が個別の内容について審議をするという形をとっている（真野 [2012] 196-199）。

⁵⁷⁾ 2006 年に新設された「栄養管理実施加算」は、病院および有床診療所（病床少数 19 床以下の入院施設）の患者に対して、栄養管理を行うことで 1 日 12 点の診療報酬が算定できる。算定の条件は、常勤の管理栄養士、医師、薬剤師、看護師などの関係職種が共同で、患者の入院時の栄養状態を評価し、栄養管理計画書の作成、定期的な見直しを行うことである。入院施設では栄養管理計画をもとに、患者の摂食機能（嚥、飲み込みなどの機能）や食形態（食事の大きさ、軟らかさなど）を考慮した食事を提供する。

⁵⁸⁾ 算定率は「平成 25 年度有床診療所に関する検討委員会答申」を参照（日本医師会有床診療所に関する検討委員会 [2013 年 11 月] 17）。

象とされ、その後の大きな問題へとつながっていく。有床診療所では栄養管理実施加算の算定率が2割に満たない状況であったにもかかわらず、考慮されていなかったのである。

この改定によって、病院および有床診療所では、入院基本料を算定するためには栄養管理を担当する「常勤」の管理栄養士の配置が義務付けられた。ただし、有床診療所においては「非常勤」が可能で、2014年まで2年間の猶予期間が認められた。これらの条件を満たすことができない場合は、診療報酬の点数のうち大きな割合を占める入院基本料が算定できず、実質的に医療機関は運営が困難となるため、有床診療所においてはこの改定の意味合いは非常に大きなものであった。

(2) 有床診療所の状況と診療報酬改定による影響

全国の診療所は、入院施設のない無床診療所と病床数19床以下の有床診療所があり、2014年には、全国の診療所100,461施設のうち、無床診療所が91.7% (92,106施設)である一方、有床診療所は8.3% (8,355施設)で低い割合であった⁵⁹⁾。有床診療所は無床化が進んでおり、1990年のピーク時には全国で23,689施設あったものが、2014年までの24年間で35.3%にまで激減している(図3-1)。

有床診療所は病院に比べると小規模で、もともと栄養士の配置義務がなく、とくに管理栄養士の配置率が低い。日本医師会の報告によれば、2012年4月以前に管理栄養士(常勤、非常勤)を配置していた施設は18.5%と低く⁶⁰⁾、さらに栄養管理実施加算の算定においても算定率が12.3%で低いことが報告されていた⁶¹⁾。

2012年度の診療報酬改定が公表されてから、有床診療所に管理栄養士の配置が難しいことから、岡山県、東京都、京都府、長崎県、鹿児島県などの保険医協会や北海道保険医会などは、厚生労働省に対して制度の見直しを強く要望してきた⁶²⁾。

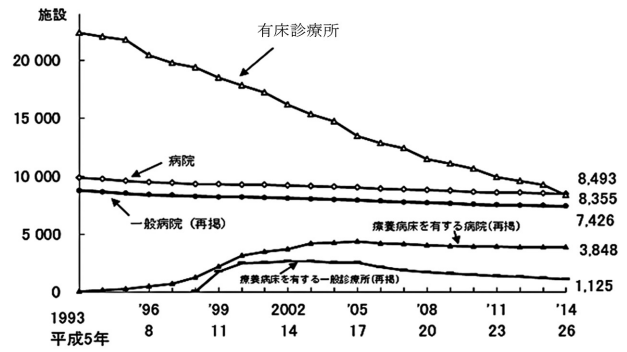


図3-1 医療施設数の年次推移

資料：厚生労働省ホームページ『医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況』[2015]より作成。

他方、日本栄養士会は、厚生労働省および日本医師会と早い時期に合意し、積極的な管理栄養士の配置に向けて研修会を開き、人材紹介を行う方針を示した。その理由として第1に、有床診療所に管理栄養士を配置し、患者の栄養管理を実施することで疾病の重症化が防止でき、早期退院へとつながること。第2に、今後の在宅医療の推進に向けて、地域におけるさまざまな連携活動が増えていくと考えられるからである(公益社団法人日本栄養士会[2013]45)。さらに、日本栄養士会の立場としては、有床診療所の管理栄養士配置義務化が新たな雇用を生み出し、管理栄養士の就業増大につながるため、その推進が望ましいと考えていた。

このように、診療所側と日本栄養士会側それぞれの立場の違いから意見が分かれているが、そもそも有床診療所における栄養士・管理栄養士業務に関する研究はきわめて少なく情報が乏しい。そこで、次に述べるアンケート調査を行い実態の把握を試みた。

第2節 有床診療所のアンケート調査

(1) 調査方法

有床診療所における栄養管理の方法は、施設の診療科目や病床数などによって異なるため、食事提供に関する給食管理の業務内容についての実態把握が必要である。また栄養士および管理栄養士の地域別配置状況や、過疎地域での雇用の確保の可能性なども明らかではない。次

⁵⁹⁾ 診療所数に関する統計は「平成26年(2014)医療施設(静態・動態調査・病院報告の概況)を参照(厚生労働省ホームページ[2015])。

⁶⁰⁾ 日本医師会の「2012年度診療報酬改定についての調査」では、改定前から常勤で管理栄養士を配置している有床診療所が12.9%、非常勤で配置が5.6%、あわせても18.5%と少なく、改定後の2012年6月の時点において配置施設は増えたものの、22.7%にとどまっていることが報告されている(日本医師会総合政策研究機構[2012]28-29)。

⁶¹⁾ 2012年3月31日時点で「栄養管理実施加算」の届け出を行っていた施設は12.3%(478施設中60施設)であったことが報告されている(日本医師会有床診療所に関する検討委員会、「平成25年度有床診療所に関する検討委員会答申」[2013]18)。

⁶²⁾ 岡山県保険協会は2012年3月30日付で、厚生労働大臣あてに「入院料等への管理栄養士への配置義務の撤回を要望します」という文書を提出している。2012年2月に岡山内で行ったア

ンケート結果では、8割の有床診療所に管理栄養士がいないことや、規模が小さい施設ほど配置されていないがわかった。そこで、アンケート結果を文書とともに提出し、従前の栄養管理実施加算の算定方式に戻すことを要望している。続いて同様の要望書の提出は、2012年4月には全国保険医団体連合会、東京保険医協会、京都府保険医協会、長崎県保険医協会、2012年6月には鹿児島県保険医協会、さらに2013年1月には北海道保険医会が行った。

に述べる調査項目にはそれらの内容を含めた。

2012年12月、北海道内すべての有床診療所485施設に、自己記入方式の質問紙「北海道の有床診療所における管理栄養士配置に関するアンケート」を郵送し、郵便返信にて回収した。調査依頼文は有床診療所の関係者宛とし、質問紙の記入者は施設内での判断にゆだねた。また、調査は本研究の目的以外には使用しないことを明記した。調査内容は、「施設の属性」、「給食経営管理に関する質問」、「栄養士・管理栄養士の配置と雇用形態」および「2014年度以降の管理栄養士の雇用」で構成されている（以下a-d）。分析方法について、本章では、有床診療所における給食管理業務と栄養士・管理栄養士配置状況との関連を把握するため、回答が得られた152施設のうち、食事を提供している118施設を中心に分析を行った。

- a) 「施設の属性」は、地域（振興局・総合振興局）、診療科目、病床数、入院患者数、および2012年3月までの栄養管理実施加算の算定状況についてとした。
- b) 「給食経営管理に関する質問」では、食事提供の有無、提供している場合は、食数、献立作成担当者、調理担当者、配食サービス・弁当の利用などの回答を求めた。献立作成担当者については、栄養士・管理栄養士、給食会社、調理員、その他の中から選択式とした。調理担当者は、直営の調理員、給食会社の調理員、配食サービス・弁当の利用、その他とした。
- c) 「栄養士・管理栄養士の配置と雇用形態」についての質問では、配置の場合は、その雇用形態（常勤・非常勤、直接雇用または給食会社いずれか）、さらに非常勤の場合は週の勤務日数について質問した。
- d) 「2014年度以降の管理栄養士の雇用」の質問項目は、「現在、管理栄養士を雇用しているので問題はない」、「管理栄養士を雇用する」、「給食会社の管理栄養士名で申請する」、「検討中」、「雇用予定はない」、「その他」とした。雇用予定はない場合は、その理由を質問した。また、診療報酬改定に関する意見も求めた。

(2) 調査結果

① 北海道内の振興局・総合振興局別人口、有床診療所数、アンケート回答数

アンケート郵送数は485通で、152施設から回答が得られた（有効回収率31.0%）。表3-1に、北海道内の全有床診療所の振興局・総合振興局別人口、有床診療所数、アンケート回答数を示した。石狩振興局（以下、石狩と表記）の人口は2,342,338人で、北海道の人口の42.5%を占め、診療所数においても同様の割合を占めている。その他の振興局・総合振興局の人口は、上川総合振興局が520,365人（9.5%）、渡島総合振興局が427,807人

表3-1 北海道内の振興局・総合振興局別人口、有床診療所数、アンケート回答数

振興局 総合振興局	人口 (%)	人口密度 (人/km ²)	道内有床診療所 施設数* (%)	アンケート回答 施設数** (%)
北海道計	5,506,419(100)	70.2	485(100)	152(31.3)
①石狩	2,342,338(42.5)	662.0	196(40.4)	52(26.5)
②空知	336,254(6.1)	58.1	34(7.0)	7(20.6)
③後志	232,940(4.2)	54.1	35(7.2)	10(28.6)
④胆振	416,289(7.6)	112.6	30(6.2)	7(23.3)
⑤日高	75,321(1.4)	15.7	6(1.2)	3(50.0)
⑥渡島	427,807(7.8)	108.7	41(8.5)	16(39.0)
⑦檜山	42,058(0.8)	16.0	4(0.8)	0(0)
⑧上川	520,365(9.5)	49.0	56(11.5)	28(50.0)
⑨留萌	53,105(1.0)	15.4	4(0.8)	1(25.0)
⑩宗谷	73,447(1.3)	15.9	3(0.6)	1(33.3)
⑪オホーツク	310,009(5.6)	29.0	28(5.8)	11(39.3)
⑫十勝	348,597(6.3)	32.2	29(6.0)	9(31.0)
⑬釧路	247,320(4.5)	41.2	15(3.1)	7(46.7)
⑭根室	80,569(1.5)	23.0	4(0.8)	0(0)

資料：アンケート調査より著者作成。

注：1) 人口は「平成22年国勢調査結果統計表」（北海道ホームページ）を参照。

2) *施設数は2012年10月、調査時による。

3) **施設数の%は振興局・総合振興局ごとの施設数に占める回答数割合を示している。

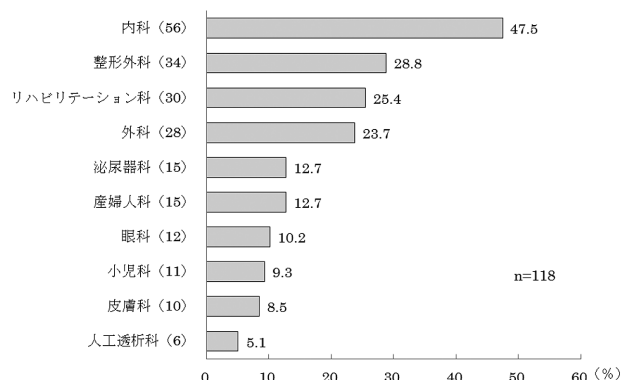


図3-2 有床診療所の診療科目別割合

資料：アンケート調査より著者作成。

注：()内は回答施設数。食事提供118施設のうち複数回答で上位10位を表示している。

(7.8%)、胆振総合振興局416,289人(7.6%)の順に多い。本章では地域の区分については、札幌市を中心とする道央都市圏の「石狩」と石狩以外の振興局・総合振興局を統合し「その他地域」として示した。

図3-2は、アンケートに回答した施設のうち、食事を提供している有床診療所118施設の診療科目別割合（複数回答）の上位10位を示した。内科が118施設中56施設で約半数を占め（47.5%）、次に整形外科34施設（28.8%）、リハビリテーション科30施設（25.4%）、外科28施設（23.7%）の順に多かった。泌尿器科、産婦人科、眼科、小児科、皮膚科は10%前後であった。

管理栄養士の配置が必要とされる栄養管理実施加算についての算定状況は、2012年3月まで「算定していた」

表3-2 施設の食事提供における献立作成者と調理担当者

	石狩 n=36 (%)	その他地域 n=82 (%)	全地域 n=118 (%)
(献立作成者)			
給食会社	26(72.2)	35(42.7)	61(51.7)
管理栄養士	2(5.6)	21(25.6)	24(20.3)
調理員	3(8.3)	14(17.1)	16(13.6)
栄養士	2(5.6)	10(12.2)	12(10.2)
その他	2(5.6)	1(1.2)	3(2.5)
無記入	1(2.8)	1(1.2)	2(1.7)
計	36(100)	82(100)	118(100)
(調理担当者)			
給食会社	27(75.0)	52(63.4)	79(66.9)
調理員	7(19.4)	29(35.4)	36(30.5)
弁当などの利用	2(5.6)	1(1.2)	3(2.5)
計	36(100)	82(100)	118(100)

資料：アンケート調査より著者作成。

注：栄養士、管理栄養士、調理員は、有床診療所の直接雇用（直営）を示している。

が27施設(22.9%)、「算定していない」が91施設(77.1%)で、全国調査の結果と同様に栄養管理実施加算の算定施設は低い割合であった。

② 有床診療所における食事提供における献立作成者と調理担当者

回答が得られた152施設のうち、食事を提供している施設が118施設(77.6%)、提供していない施設が23施設(15.1%)、無記入が11施設(7.2%)であった。表3-2では食事を提供している118施設の献立作成者と調理担当者を示した。

献立作成者が給食会社の施設は、全地域では半数以上を占め(51.7%)、次いで、有床診療所直営の管理栄養士、調理員、栄養士の順に多かった。

地域別では、石狩において、給食会社の割合が26施設で最も多く(72.2%)、ほかの献立作成者は管理栄養士、調理員、栄養士に分散している。その他地域における献立作成者は、石狩と異なり、直営の管理栄養士が21施設(25.6%)と多かった。

調理担当者について、全地域では給食会社が担っている施設が79施設(66.9%)と多いが、地域別にみると、石狩が給食会社の調理担当者が27施設(75.0%)で割合が高く、その他地域では、調理員の直接雇用の割合が高く違いがみられた。

病院における患者給食の外部委託化は年々進んでおり、配膳や食器洗浄などの部分委託を含めると委託率は約7割を超えることが報告されている(財団法人医療関連サービス振興会[2013]7-13)。有床診療所の委託率については、全国的な調査が行われていないため本調査との比較はできないが、病院と同様に委託化が年々進んでいることが推測される。

委託化について、本調査結果のように地域による違い

表3-3 栄養士・管理栄養士の配置施設数と雇用形態

	石狩** n=37(%)	その他地域 n=82(%)	全地域 n=119(%)
(管理栄養士・栄養士の配置)			
配置なし	20(54.1)	31(37.8)	51(42.9)
管理栄養士*	9(24.3)	33(40.2)	42(35.3)
栄養士*	8(21.6)	17(20.7)	25(21.0)
無記入	0(0)	1(1.2)	1(0.8)
計	37(100)	82(100)	119(100)
(管理栄養士配置施設の雇用形態)			
常勤・直接	4(44.4)	24(72.7)	28(66.7)
常勤・委託***	0(0)	1(3.0)	1(2.4)
非常勤・直接	5(55.6)	7(21.2)	12(28.6)
非常勤・委託***	0(0)	1(3.0)	1(2.4)
計	9(100)	33(100)	42(100)
(栄養士配置施設の雇用形態)			
常勤・直接	1(12.5)	12(70.6)	13(52.0)
常勤・委託***	4(50.0)	3(17.6)	7(28.0)
非常勤・直接	2(25.0)	2(11.8)	4(16.0)
非常勤・委託***	1(12.5)	0(0)	1(4.0)
計	8(100)	17(100)	25(100)

資料：アンケート調査より著者作成。

- 注：1) *管理栄養士、栄養士、調理員は、有床診療所の直営を示している。
 2) **石狩に、管理栄養士、栄養士を1名ずつ配置の施設(1件)が含まれる。
 3) ***委託は、給食会社所属の管理栄養士または栄養士を指している。

が生じている背景として、有床診療所への給食会社の参入が「石狩」のような都市部の方が、地方よりも比較的、容易に行われるのではないかと推察される。その理由として、給食会社が小規模施設の給食経営管理業務を担当する場合、効率的な運営のために、栄養士・管理栄養士は複数の施設を担当することが多い。「石狩」には北海道内の4割の有床診療所が集中しており数が多い。そのため、担当者が複数施設の給食を管理する際に近郊地域では施設間移動が容易である点が委託化の進行しやすい要因の一つであると考えられる。

③ 栄養士・管理栄養士の配置と雇用形態

栄養士・管理栄養士の配置についての状況を、表3-3に示した。「どちらとも配置なし」が、全地域51施設(42.9%)で、地域別にみると石狩が20施設(54.1%)、その他地域では31施設(37.8%)で、石狩の方が「配置なし」が多かった。その他地域は「管理栄養士を配置」が33施設(40.2%)で、「どちらとも配置なし」より多かった。

管理栄養士の雇用形態について、石狩では「非常勤の直接雇用」が半数以上(55.6%)、その他地域では「常勤の直接雇用」の割合が高かった(72.7%)。次に、栄養士の雇用形態について、石狩では「常勤の直接雇用」が少なく(12.5%)、その他地域別では、その割合が高かった(70.6%)。非常勤雇用の勤務日数については、管理栄養士では週に3日間が多く、少ない場合では必要時、1か月に1日~2日という施設もあった。非常勤雇用の栄養

表 3-4 栄養士・管理栄養士の未配置施設における献立作成者と調理担当者

	調理担当者		
	調理員 n=15(%)	給食会社 n=33(%)	弁当などの利用 n=3(%)
(献立作成者)			
給食会社	0(0)	33(64.7)	0(0)
調理員	13(25.5)	0(0)	0(0)
その他	2(3.9)	0(0)	1(2.0)
無記入	0(0)	0(0)	2(3.9)

資料：アンケート調査より著者作成。

- 注：1) 栄養士・管理栄養士のどちらも配置していない 51 施設の内訳を示している。(%) は 51 施設に対する割合を示している。
2) 調理員は直接雇用(直営) 示し、給食会社所属の人員を含まない。

士は週に 2 日～3 日の勤務で、栄養士・管理栄養士どちらも非常勤は直接雇用がほとんどであった。

次に、栄養士・管理栄養士「どちらも配置なし」(51 施設) の、食事提供における献立作成者と調理担当者の状況を示した(表 3-4)。献立作成・調理ともに「給食会社」が担当している施設が 33 施設(64.7%) で最も多く、調理員が献立作成を行う施設が 13 施設(25.5%)、弁当などを提供している施設もみられた。調理員が献立作成を行っている施設の診療科目は、眼科と産婦人科を合わせて 5 施設あった。眼科については入院患者数が少なかったが(入院患者がほとんどいない、または 1 日平均 0.4 人)、産婦人科は入院患者数が多かった(1 日平均 10～19 人)。また、表には示していないが、地域別では、その他地域において、調理員が献立作成を行っている施設があったことから、それらの施設の診療科目をみたところ、眼科や産婦人科が半数近くを占めていた。入院患者の栄養管理のための食事は、栄養士・管理栄養士が患者の疾患別の治療方針に従って適切に計画することが望ましいとされている(鈴木、松月 [2012] 64-71)。しかし、眼科や産婦人科においては、入院期間が比較的に短いため、基本となる献立を繰り返すことで食事提供が可能になると考えられる。一方、複数診療科目で入院患者数の多い施設においては、病態に応じた食種が多くなり、個別対応が増えるため食事の管理が複雑化する。調理員が献立作成を行っている施設の中には、診療科目が複数で、さらに入院患者数の多い施設があった。それらの施設においても、栄養士・管理栄養士が患者の疾患別の治療方針に従って食事計画を立てることが望ましいであろう。

④ 2014 年度以降の管理栄養士の雇用

2014 年度以降の管理栄養士の雇用を表 3-5 に示した。全地域で「検討中」が 52 施設(44.1%) で最も多く、「雇用予定はない」8 施設(6.8%) を含めると半数を超える。地域別においても、検討中の割合はほぼ同様であった。

表 3-5 2014 年度以降の管理栄養士の雇用

	石狩 n=36(%)	その他地域 n=82(%)	全地域 n=118(%)
検討中	16(44.4)	36(43.9)	52(44.1)
現在、管理栄養士を雇用している ので問題はない	8(22.2)	30(36.6)	38(32.2)
給食会社の管理栄養士名で申請 する	7(19.4)	4(4.9)	11(9.3)
雇用予定はない	3(8.3)	5(6.1)	8(6.8)
管理栄養士を雇用する	1(2.8)	4(4.9)	5(4.2)
その他・無記入	1(2.8)	3(3.7)	4(3.4)
計	36(100)	82(100)	118(100)

検討中の配置内訳をみると、「栄養士だけの配置」または「どちらも配置していない」がほとんどを占め、管理栄養士を配置していない施設であることがわかった。内訳は「栄養士を配置している」が 16 施設、「栄養士・管理栄養士どちらも配置していない」が 34 施設、「管理栄養士を配置」および「無記入」がそれぞれ 1 施設ずつであった。自由記述欄には、「常勤の栄養士を解雇しなくてはならない」などの記述が複数みられた。また、全 118 施設のうち栄養士を配置している 25 施設においても、検討中が 16 施設であった。制度の変化を受けて、常勤の栄養士が解雇されるなど、雇用面において危機的状況に直面することは問題である。とくに「その他地域」では、栄養士の雇用形態の常勤に占める割合が「石狩」よりも高いことから、地域別でも問題の深刻さに差が生じていた。2012 年度の診療報酬改定では、有床診療所において、管理栄養士配置による栄養管理が注目されている。しかし現状は、「栄養士」の雇用形態は常勤(給食会社の派遣も含めて)が 8 割を占め、入院患者の治療食提供にかかわる給食管理業務を行っている。栄養管理とともに、給食管理の重要性、さらに「栄養士」の雇用に関する側面にも目を向けるべきであると考えられる。

⑤ 管理栄養士の雇用等に対する有床診療所の意見—自由記述から—

2014 年度以降の管理栄養士の雇用、および診療報酬改定に関する意見を記述してもらった。管理栄養士の雇用に関することでは、「現在勤務している非常勤栄養士に、管理栄養士国家試験を受けてもらう。不合格の場合は解雇し、非常勤の管理栄養士を募集するが、応募があるかどうか不安。管理栄養士を確保できなければ病床を廃止しなければならない」(後志、外科)、「今までの体制で問題ない。現栄養士を解雇し管理栄養士を募集するために、大変な労力とお金を使う」(宗谷、内科)、「町内に有資格者がほとんど見当たらない。」(上川、内科・眼科など複数診療科目)といった意見があった。

施設の維持に関することでは、「今の形態を維持するためには、新たに職員を雇用する必要がある。当地域では人材不足で難しく、新たに人件費増となり運営がさら

に厳しくなる」(十勝、内科・外科など複数診療科目)、「廃院する。ばかな制度に腹が立つ」(上川、内科など複数診療科目)、「入院基本料に人員基準を入れないでほしい。入院をやめる(廃業の)可能性あり。改定は全く弱いものいじめとしか思えない」(上川、内科など複数診療科目)、といった意見があった。

管理栄養士業務や栄養指導に関することでは、「栄養指導の必要性があまりない。仕事の実態のないところでの雇用は、非常勤であれ不可能」(釧路、内科・眼科など複数診療科目)、「有床診療所のすべてに、管理栄養士の配置を義務付けるのは必要なしと考える。改定を希望する」(胆振、内科・眼科など複数診療科目)、という意見があった。このように、管理栄養士による栄養指導の必要性がない、という意見がある一方で「治療上、管理栄養士は必要だと思う。常勤で雇用できる診療報酬加算、入院費にしてほしい」(上川、内科・眼科など複数診療科目)という意見もあり、地域や診療科目により違いがみられた。

自由記述からは、いくつかの問題点が浮かび上がった。1点目は、管理栄養士の雇用に関する内容として、現在勤務している栄養士の解雇にかかわる問題、新たな管理栄養士の募集にかかわる費用面の問題、さらに人材の確保が困難なことなどである。2点目の施設の維持に関しては、管理栄養士の確保ができない場合、施設の存続が危ぶまれる点などである。これらの問題点は、地域ごとに深刻さの度合いが異なると思われるが、2012年度の診療報酬改定が診療所の存続と方向性を左右するだけに、回答者(おもに施設長)の憤りが感じられた。

診療所における栄養指導・栄養管理に関する研究事例は少ないが、病診連携に関する報告がいくつか見られる。病診連携としては、患者が病院を退院後に、近隣の診療所で管理栄養士による栄養管理のサポートが受けられるという事例(川村[2008]25(5)、413-416)、他には、地域の診療所に通院の患者が病院で栄養指導を受けられるシステムを構築したという事例(渡辺ほか[2002]19、36-38)などがみられる。病院においては、「院内の栄養サポートチーム(NST)活動は華々しいが、各病院単位の活動であって地域に広まっているわけではない」と指摘があるように⁶³⁾、今後は、地域医療の充実に向けて、管理栄養士業務を施設内で完結させるだけでなく、施設外での栄養管理の取り組み実績を確実に積み上げる必要がある。病院および診療所間での情報共有や、行政と連携して未治療患者の疾病予防を行うことが、将来的に

は医療費の削減に結びつく可能性がある。そのためには、地域医療にかかわる管理栄養士を育成するための準備期間が必要である。

小括

2年ごとに行われる診療報酬の改定は、病院経営の方向性や医療従事者の配置人数、時には治療方針にも影響をあたえる。2012年の診療報酬改定は、有床診療所に管理栄養士の配置を義務付ける内容で、改定当初から診療所の反発が非常に強かった。管理栄養士(常勤、非常勤どちらか)を配置しない場合は、診療報酬の点数のうち大きな割合を占める入院基本料を算定できなくなる。実質的に医療機関は運営が困難になるため、有床診療所においてはこの改定の影響は非常に大きなものであった。

本章では、2012年の診療報酬改定について、有床診療所の置かれている状況の把握を行った。2012年4月以前に管理栄養士(常勤、非常勤あわせて)を配置していた施設は2割以下にとどまっていたことから、各県の保険医協会などが厚生労働省に対して、制度の見直しを強く要望していた。

そこで、有床診療所では管理栄養士対応をどのように行い、施設の栄養士がいかなる状況におかれているかを明らかにするために、北海道の有床診療所を対象にアンケート調査を行った。

アンケート結果から、栄養士の雇用は常勤が8割を占め、給食管理業務を担っていること、さらに地域別(石狩振興局、その他の総合振興局および振興局)で、栄養士・管理栄養士・給食会社職員の配置状況が異なることが把握できた。

献立作成業務について、北海道内における地域差をみると、札幌を中心とする石狩振興局(石狩)では給食会社の割合が高いのに対して、その他地域では、直営の管理栄養士が多いなど石狩と異なる傾向がみられた。また、栄養士が配置されていない施設では、給食会社の調理担当者、および直営の調理員が献立作成を行っていた。いずれにせよ、栄養士が配置されていない場合であっても、なんらかの方法によって給食業務が行われ、とくに給食会社がその役割を担っていることが把握できた。

管理栄養士が不在の施設では、2014年以降に管理栄養士を雇用する施設は少なく、地域の有床診療所ではとくに経営面で苦しさから、廃業せざるをえないという意見もあり深刻な状況であった。2年間設けられた猶予期間中、関連機関による議論が行われた結果、2012年の診療報酬改定は有床診療所に関してのみ以前の内容に戻された。これら一連の流れから、制度改定に揺れ動く地域医療の現状と栄養士労働の実態が明らかになった。有床診療所の分布は都道府県間に差があり、地域ごとに状況が異なることが予想されるため、地域特性を考慮した政策

⁶³⁾ 五島は「地域一体型NSTへの挑戦」のなかで、院内の栄養サポートチーム(NST)の活動を院内だけに留めておくのではなく、対象を地域住民に広げる必要性を指摘している(五島[2013]103-113)。

づくりが喫緊の課題であるといえる。

なお本章の統計などは診療報酬の検討時期を踏まえ、2014年12月までの情報を基に作成している。

本章の調査は、平成24年度北海学園大学開発研究所研究助成、ならびに平成25年度の科学研究費の助成事業（課題番号25450347）の一環として行ったものである。

第4章 委託栄養士はなぜ早期退職するのか —委託栄養士のインタビュー調査をもとに—

本章の課題

1980年代以降の規制緩和と制度改定によって、病院給食の外部化が進展している。一般財団法人医療関連サービス振興会による「医療関連サービス実態調査」によれば、病院給食の外部委託率は調査開始時の1991年は19.9%だったが、その割合は上昇し続け、2015年に70.3%になったことが報告されている⁶⁴⁾。

病院に配属される委託栄養士の割合が増えていることから、委託栄養士は直営栄養士と同様に病院給食提供の重要な役割を担っているが、その人材定着率の低さが問題となっている。佐藤は、自身が所属する給食会社の管理栄養士が、一般大卒者と比べて離職率が高いことを指摘している（佐藤 [2008] 74-78）。給食会社の鈴木も同様に、給食会社が人手不足の問題を抱えていることを指摘している（鈴木茂夫 [2014] 824-828）。上述の「医療関連サービス実態調査」においても調理員を含め、給食会社の約9割は、人材確保が困難な状況であると報告されている（一般財団法人医療関連サービス振興会 [2016] 65-67）。給食会社の栄養士職が加盟する「社団法人日本メディカル給食協会栄養士会」の研修会においても、栄養士職の人材を定着させるためにどのような工夫をすべきか検討が行われており、会社側も問題点を探っているが⁶⁵⁾、解決は難しいと言える。給食会社の状況に関しては、田中ら（2013）や水元ら（2015）も報告しているが、これらは直営栄養士の回答を中心に分析しているため、委託栄養士の勤務実態の情報が乏しい⁶⁶⁾。早期退職の背

景は、雇用条件や労働環境が関連していると考えられるが、実態は明らかではない。

以上を踏まえ、本章では、給食会社に勤務する栄養士へのインタビューをとおして職場の働きやすさ、働きにくさ、その要因などの労働実態について明らかにすることを課題とする。

第1節 調査方法と対象者の特徴

(1) 調査方法

本章では給食会社に勤務経験のある管理栄養士にインタビュー調査を行い、実態把握を行う。さらに本章の状況を踏まえ、第5章のアンケート調査に生かしていく。

インタビューの対象者は、北海道の管理栄養士養成校A大学の卒業生とした。A大学は2000年度に栄養士養成の短期大学から管理栄養士養成大学に改組転換し、2000年以降、卒業生の約6-7割が栄養士職として就職しており、この割合は全国平均とほぼ同様である⁶⁷⁾。対象者の選定は、機縁法により給食会社に勤務経験がある人を募り、調査協力の同意が得られた16人を対象者（北海道内在住）とした。2014年10月～2015年2月、インタビューガイドに基づく半構造化面接を行った。調査方法は、対象者がインタビューシートに所属、勤続年数、配属施設、業務内容、雇用形態などの項目に記入後、インタビュー어가配属先ごとに職場環境、働きやすさ、働きにくさ、その要因、仕事上の悩み、サポート、仕事のやりがいなどについてインタビューガイドを基にしながら、質問を行い書き留めていった。分析方法は、質問項目ごとに逐語録を作成し、内容ごとにコード付けをして分類した。なお、本章では、給食会社に就職した栄養士の退職理由を掘り下げるため、調査対象を退職者または退職予定者を中心とした。

(2) 対象者の勤務状況の特徴

調査対象者は北海道内在住者16人、調査時の年齢24歳～31歳（平均27±2.4歳）、全員女性である。調査時点での勤務状況は、退職者が15人（退職予定者1人を含む）、現職が1人である。所属給食会社は8社（A～H社とする）、その内訳はA社4人、B社5人、C社2人、D～H社は各1人である。表4-1に、対象者の16人の属性および勤務状況のインタビュー結果について概要を

⁶⁴⁾ 一般財団法人医療関連サービス振興会による「医療関連サービス実態調査」は、1991年（平成3年）以降、3年ごとに実施されており、2015年（平成27年）の調査は9回目である。病院給食以外は、検査検体、院内清掃、医療事務などあわせて16種類の医療関連サービスに関する調査が行われている。詳細は第2章第2節「病院給食外部委託率の年次推移」を参照。

⁶⁵⁾ 研修会では人材定着のために給食会社が実践した内容を報告している。例えば、新卒栄養士対象に実施したフォローアップ研修や栄養士のキャリアプラン設定に関する研修などである（社団法人日本メディカル給食協会栄養士会 [2009] 18-37）。

⁶⁶⁾ 田中ら（2013）の報告「病院栄養士の勤務実態と職業性ストレス」では、委託栄養士は直営栄養士と比べて、「体の疲労度が高

い」、「上司の理解が得られにくい環境にある」ことを指摘している。水元ら（2015）の報告「病院に勤務する管理栄養士の勤務満足度とその関連要因に関する研究」では、病院直営スタッフと委託スタッフ間のコミュニケーションの難しさについて指摘している。

⁶⁷⁾ 全国の割合は、社団法人全国栄養士養成施設協会「就職実態調査」による。第2章、図2-1を参照。A大学卒業生の就職状況の割合は内部資料を利用した。

示した。16人中9人は3年未満で退職しており、そのうち勤務期間1年未満で退職した3人の期間はそれぞれ、最も短い3週間、ついで2か月、10か月であった。

配属地域の内訳は、札幌市内および札幌市近郊が12人、空知・日高・十勝・釧路・宗谷などが6人で(重複2人)、道内全域に広がっている。各自が経験した配属施設数は1～4施設で、1施設が4人、2施設が9人、3施設が1人、4施設が2人で、施設の異動が多いことがわかる。勤務期間が長くなると配属施設数も増えていくが、平均すると1施設の勤務年数は1年7か月で短い。各自が配属された施設の職域は病院のみ、または病院と福祉施設の2パターンで、すべてが病院を含んでおり福祉施設のみという人はいなかった。

「出向」は、所属は会社のまま(在籍出向)、表向きは施設側の管理栄養士としての立場で働くことで、16人中3人が経験しており、すべて配属先の2か所目であった。

「新規オープン」は、施設側が別の給食会社に契約を変更した際に、新たに参入する給食会社側が使う表現で、「新規立ち上げ」とも呼ばれている。新規オープンは16人中の8人が経験し、そのうちNo.12は、2度経験していた。

働きやすさについて表4-1では、配属先1施設目から、多い人では4施設目まで、主観的な働きやすさの自己評価を3段階(○働きやすい、△ふつう、×働きにくい)で回答してもらった。「△ふつう」および「×働きにくい」が多く、配属先ごとにその評価が異なることがわかる。なかでも、No.1、No.2、No.4、No.6は勤務期間がそれぞれ3週間、2か月、1年3か月、1年10か月と非常に短く、配属先の職場環境について「働きにくい」と感じていた。その理由として、「業務量が多い」、「人間関係の問題」、「人手不足」、「新規オープン」などが挙げられている。No.1は最も勤務期間が短い、働きにくい理由は「新卒者1人配置、引継ぎ5日間(短い)、新規オープン、業務量多い、体調崩す」であり、新卒者が担う配属先としては適切ではないことがわかる。勤務期間が2年以上になると配属施設数も増え、しだいに仕事の要領が得られ、働きやすさにつながっているようである。

第2節 インタビューの内容

(1) 働きにくい職場環境

配属先ごとの職場環境ややりがいなどについてインタビューした内容を、質問項目ごとに逐語録を作成し、内容ごとにコード付けをし、類似した内容をカテゴリーに分類した。働きにくい職場環境について、3つのカテゴリー(新規オープン関わる状況、業務量が多い原因、サポートのない職場環境)に分類した(表4-2)。

3つのカテゴリーのうち1つ目「新規オープンに関わる状況」は、3つの内容「新卒1人勤務で引継ぎがない」

「給食の現場を見ることできない」「業務量が多い」などのサブカテゴリーに分けた。「新卒1人勤務で引継ぎがない」の内容は、「パソコンに過去のデータがなく献立入力作業から始めた」「目の前の仕事をこなすのが精いっぱい」とあり、経験が必要な仕事に新卒者が配置されたため、業務がスムーズに遂行できないことがわかる。

サブカテゴリー「給食の現場を見ることできない」の内容は、「引き継ぎ期間は1週間で、厨房には入らせてもらえない」とある。「新規オープン」の場合は、撤退する会社から、新規に引き継がれる会社への引き継ぎ業務が直接行われないことがある。これは委託栄養士にとって仕事がしづらく効率が悪いと言えるが、直営側にとっても不利益と言えるだろう。サブカテゴリー「業務量が多い」の内容は、「締め切りに追われていた」「休みがない」などから、給食現場の新規オープンは、業務が軌道に乗るまで人手が多く必要で、通常よりも時間がかかることが推察される。ほかに他職種業務を行ったケースとしては、調理業務に加え、配属先の責任者として労務管理、売店の管理、病院との交渉など能力以上のことを求められたとあり、過重労働であることがわかる。

次に、2つ目のカテゴリー「業務量が多い原因」は、7つの内容「調理員が欠員のため多忙」「栄養士が欠員のため多忙」「献立業務が煩雑」などのサブカテゴリーに分けられた。多忙になる原因は、栄養士業務と調理員業務の掛け持ちや、欠員が関係しており、なかには、「人手不足で早番から遅番まで2週間連続勤務」というものもあった。サブカテゴリー「献立業務が煩雑」の内容は、献立作成、イベント(行事など)の対応が複雑、病棟訪問、個別対応の業務が増えていくとあり、患者サービスの業務にかかわることで負担が増していく様子がわかる。「出向」の立場では、直営栄養士と委託栄養士との業務分担が複雑になるようだが、この点についてはさらなる確認が必要である。カテゴリー「サポートの少ない職場環境」のサブカテゴリー「困っている時の対応がない」では、現場の状況の辛さを会社の上司に伝えても対応してもらえないこと、が共通する内容であった。

田中ら(同上[2013])が、「給食会社勤務の栄養士は直営栄養士と比べて、体の疲労度が高い、上司の理解が得られにくい環境にあること」を指摘しているが、本調査においても調整役の担当者(上司)が同じ職場にいないことから、配属施設の状況を伝えても対応が遅い、または対応してもらえないなど、同じような状況であることがわかった。

(2) 働きやすい職場環境

職場環境、やりがいなどインタビューしたなかで、「サポートがある職場環境」は6つのサブカテゴリーに分類することができた(表4-3)。1つ目の「新規オープン時

表 4-1 退職者の勤務状況の概要一覧

No.	年齢	配属施設									
		勤務期間	退職 現職	地域	施設数合計	職域	出向	新規オープン	働きやすさ	働きにくい理由	働きやすい理由
1	31	3週間	退職	①札幌	1	①病院		①オープン	①×	新卒1人配置 引継ぎ5日間 新規オープン 業務量多い 体調崩す	
2	31	2か月	退職	①札幌近郊	1	①病院			①×	業務量多い 人間関係の問題 体調崩す	
3	26	10か月	退職	①札幌 ②札幌	2	①病院 ②福祉			①△ ②○		ふつう
4	31	1年3か月	退職	①空知 ②空知	2	①病院 ②福祉	②出向	②オープン	①× ②×	新卒1人配置 人間関係の問題	
5	31	1年8か月	退職	①札幌	1	①病院			①△	業務量多い 人手不足	
6	24	1年10か月	退職	①宗谷 ②宗谷	2	①病院 ②病院			①× ②×	業務量多い 人手不足 人間関係の問題	
7	24	2年6か月	現職 退職予定	①札幌 ②札幌	2	①病院 ②福祉		②オープン	①× ②△	新規オープン 業務量多い 人手不足 人間関係の問題	
8	24	2年6か月	現職 退職予定	①釧路 ②釧路	2	①病院 ②福祉	②出向		①× ②△	業務量多い 人手不足 人間関係の問題	2施設目でだんだん 働きやすくなる。
9	28	2年10か月	退職	①札幌	1	①病院			①○		人間関係良い。 やりがいがある。
10	26	3年11か月	退職	①空知 ②空知	2	①病院 ②病院	②出向	②オープン	①○ ②△		人間関係が良い。
11	28	4年8か月	退職	①札幌 ②札幌	2	①病院 ②病院		②オープン	①△ ②×	2施設目とくに業務 量多い	
12	26	4年10か月	退職	①札幌 ②十勝 ③十勝 ④札幌	4	①病院 ②福祉 ③福祉 ④病院		②オープン ③オープン	①× ②△ ③○ ④△	人間関係の問題 新規オープン2回	だんだん仕事が慣れて こなせる。
13	26	4年10か月	現職 退職予定	①日高 ②札幌	2	①病院 ②福祉		②オープン	①△ ②△	人間関係の問題 業務量多い	
14	28	5年2か月	退職	①札幌 ②札幌 ③札幌 ④札幌	4	①病院 ②病院 ③病院 ④病院			①× ②○ ③× ④○	業務量多い 人手不足 人間関係の問題	4施設目はマニユ アルありスムーズ。
15	28	5年9か月	退職	①札幌 ②札幌	2	①病院 ②病院			①× ②△	業務量多い 人手不足	売上を伸ばした達成 感と表彰。
16	28	6年8か月	現職	①札幌 ②札幌 ③札幌	3	①病院 ②病院 ③本社		②オープン	①○ ②○ ③○		人間関係良い。 指導してくれた。 評価してくれた。

資料：筆者作成。

- 注：1) 年齢は調査時による。勤務期間は会社の所属期間全体を示した。地域、職域は、配属された施設順に1施設目を①、2施設目を②、というように示した。
- 2) 「出向」は在籍出向として、表向きは配属施設の「管理栄養士」の立場で働くこと。対象者は配属2施設目で「出向」扱いであったため、②出向、と示している。
- 3) 「新規オープン」は、施設側が別の給食会社に契約を変更した際に、新たに参入する給食会社側が使用している表現で、「新規立ち上げ」とも言う。新規オープンに関わった配属施設が1施設目の場合は、①オープン、というように示した。
- 4) 「働きやすさ」については、配属された施設順の評価を示した。対象者のからみた主観的な働きやすさの自己評価を3段階（○働きやすい、△ふつう、×働きにくい）とした。例えば、配属先1施設目が「働きにくい」場合は、①×、と示した。
- 5) 「働きにくい理由」は、「働きやすさ」の評価が「△または×」の場合、その理由を集約した。
- 6) 「働きやすい理由」は、「働きやすさ」の評価が「○」の場合、その理由を集約した。

表4-2 インタビュー内容の分類 (働きにくい職場環境)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
新規オープンに関わる状況	新卒1人勤務で引継ぎがない	・パソコンに過去のデータがなく献立入力作業から始めた。 ・目の前の仕事をこなすのが精いっぱい。栄養士業務の何をしているのかわからない状況。
	給食の現場を見ることができない	・引き継ぎ期間は1週間で、厨房には入らせてもらえない。
	業務量が多い	・調理業務をしながら、次の献立を回さなくてはいけない。とにかく締め切りに追われていた。 ・役割分担が不明確だったためか、献立はいつもぎりぎり回していた。 ・新規立ち上げ準備に3-4か月追われていた。朝6時から夜9時まで忙しく、1か月は休みがない。 ・調理師業務、栄養士業務のほか、責任者として労務管理、売店の管理、病院との交渉など能力以上のことを求められた。
業務量が多い原因	調理員が欠員のため多忙	・人不足で早番から遅番まで2週間連続勤務。食種、形態のちがいが多い。
	調理員・栄養士業務の掛け持ちで多忙	・栄養士業務は調理業務が終わってから行うので常に残業していた。
	栄養士業務。欠員があり多忙	・厨房担当の栄養士の退職者が多く、長時間労働になる。 ・栄養士が常に欠員、入れ替わりも激しく残業になる。
	栄養士1人配置	・栄養士1人配置で業務が多く、毎日残業していた。
	新卒	・新卒で経験がないため業務を任せられこなすことができない。
	献立業務が煩雑	・セレクトメニューの変更・対応に追われる。 ・献立作成、イベント対応が複雑。 ・病棟訪問、個別対応の業務が増えていく。
	直営栄養士との関係	・出向の栄養士が病院側の要望をすべて受けるため、栄養士業務が増えていく。 ・直営側の栄養士が厳しく業務が増える。期限に追われ、拘束時間が長く休みがとれない。
職場環境 サポートの少ない	・辛いときにSVに電話したが怒られた。 ・調理業務を行っているときに、欠員の補充を会社に伝えても、「どこも同じ」と言われ改善されなかった。 ・新卒で栄養士業務の引継ぎがなく業務を行った。地方なので本部の人も来てくれない。 ・SVに相談したが適切なアドバイスがなく振り回された。	

資料：著者作成。

注：SV（スーパーバイザー）は、各地域に配属の栄養士を統括する役割を担う。担当地域ごとに巡回、指導にあたる。通常、管理栄養士が担うが、会社によりその限りではない。名称は会社によって異なる場合がある。

に業務がスムーズに行われた」では、「変更前の会社の栄養士が業務を引き継ぎ問題なかった」とあり、給食会社は変更しているが、現場ではそのまま内容が引き継がれている。前述の働きにくい職場環境（表4-2）のなかで、給食の現場を見ることができないことが栄養士にとって不都合な点を指摘したが、この場合は病院側と委託側双方にとって理想的なケースと言える。

ほかのサブカテゴリーは「業務内容のマニュアルがある」、「仕事を教えてもらえる環境」、直営側と委託側の「良好な人間関係」などに分けられた。これらの内容は、業務をスムーズに行う上で必要なことがらといえるが、退職者を中心にインタビューした結果としては、全般的にサポートが得られにくい職場環境であることがわかった。

(3) 勤務期間が長い対象者の職場環境

先に述べたように、調査対象者16人のうち15人が退職（退職予定者1人を含める）しており、現職が1人である。それぞれの勤務期間をみると、3年未満が9人、4年以上が7人である。4年以上勤務の場合は、短期間で退職した人より働きやすい職場であったことが推察される。そこで、勤務期間が4年以上の対象者（退職者6人、現職1人）について勤務状況や働きやすさを分析してみる。

退職者の勤務状況一覧（表4-1）をみると、4年以上勤

務した人のうち、配属施設数は4施設が最も多い。配属施設の評価は、年数が長くなるにしたがい、働きやすい理由が、「だんだん仕事が慣れてこなせる」「4か所目はマニュアルありスムーズ」など、仕事の熟練度が増し、業務をスムーズにこなしていることがわかる。また、No.15の「売上を伸ばした達成感と表彰」は、給食会社の栄養士としてのやりがいを感じていることがわかる。給食会社の栄養士である佐藤は、給食会社の管理栄養士に求められるものとして、1つ目に管理栄養士としての専門性だけでなくサービス業としてのビジネス感覚が大切であること、2つ目にカスタマーが満足していただける施設運営をすること、3つ目にクライアントとしっかりコミュニケーションがとれること、4つ目に何よりサービスが好きなこと、5つ目にこれらをふまえた幅広い視野を持つこと、と述べている（佐藤 [2008] 74-78）。これらの求めに応じられる管理栄養士になるには経験や訓練が必要と思われるが、前述の「売上を伸ばした達成感とそれに伴う表彰」は、給食会社の管理栄養士としてビジネス感覚の資質が備わっているといえるだろう。しかし、給食会社の栄養士が配属される場において、欠員が続く職場環境においては、キャリアを積み上げるために必要な経験を積んでいくことは難しい状況なのではないかと思われる。

次に、継続者の勤務状況の概要をみると（表4-1）、勤務年数は6年8か月で、配属施設数は3施設で多いが、

表 4-3 インタビュー内容の分類（働きやすい職場環境）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
サポートがある職場環境	新規オープン時に業務がスムーズに行われた	・変更前の会社の栄養士が業務を引き継ぎ問題なかった。 ・栄養管理のことがわからなかったので（出向の立場）、会社の先輩（SV）が相談に乗ってくれた。
	業務内容のマニュアルがある	・業務はマニュアルを見て、自分で進めていく。 ・マニュアルがあるので、業務が明確で動きやすい。
	仕事を教えてもらえる環境	・わからないときは、先輩栄養士が教えてくれた。 ・調理員さんが助けてくれる。 ・直営側の栄養士が仕事を教えてくれた。 ・先輩栄養士が仕事を教えてくれた。一緒に考えてくれた。
	問題点の相談と対応	・役割分担が不明確で給食業務が回らず上司の栄養士に相談したところ、1か月くらいで改善された。
	良好な人間関係	・直営側と委託側が業務を確認し合いながら進める。
	相談に乗ってくれる	・会社はいろいろ相談に乗ってくれる方だと思う。 ・職場のパートの栄養士が困ったとき話を聞いてくれた。 ・時々巡回に来たSVが話を聞いてくれた。

資料：著者作成。

働きやすさはすべての施設に○（働きやすい）と評価しており、ほかの対象者と異なっている。人間関係が良い、指導、評価してくれたなど、仕事を継続しやすい環境が整っていたことがわかる。

このように、働きやすさは、栄養士としての経験を積むことによって、しだいに改善されていくが、それだけでなく職場環境のサポートと密接なつながりがあるといえる。

小括

病院給食の外部化進展にともない委託栄養士の割合が増えている。委託栄養士は直営栄養士と同様、病院給食の提供に重要な役割を果たしていると考えられるが、早期退職者が非常に多いといわれている。本章では、委託栄養士の雇用実態を明らかにするために、北海道の給食会社に勤務する栄養士へのインタビュー調査をもとに、新卒者の早期退職が顕著である理由について分析を行った。

16人中9人が3年未満に退職、そのうちの3人は1年未満に退職しており、なかには非常に短い3週間というケースがあった。

配属された施設の職域は病院のみ、または病院と福祉施設の2パターンで、病院への配属が多いことが把握できた。対象者の配属地域は、札幌市以外の道内全域に広がっており、各自が経験した配属施設数は1～4施設で、2施設以上が最も多かった。また、配属施設ごとの勤務年数は平均1年7か月と短く、これは退職や施設間の異動が非常に多いことが理由として考えられた。

「新規オープン」は、約半数が経験し、2度の経験者もいることから、頻繁に行われていることが推察される。このように、栄養士の退職や異動、新規オープンがあるたびに引き継ぎが必要になるため、業務量の増加は避けられない。

インタビューの内容から、以下に挙げる状況把握がで

きた。職場環境として働きにくい点を挙げると、1点目は新卒者への教育やサポートが不十分なことである。2点目は、配属施設の異動が多く、その際の引き継ぎが不十分な可能性があることである。3点目は、新規オープンが業務全般（人の配置、業務量の多さ）に影響することである。4点目は、調理員の人員不足によって栄養士が本来行うべき業務が滞り業務量の多さにつながることである。5点目は、サポートのある・なしが仕事のしやすさに大きく影響することである。この場合のサポートがあるとは、仕事を教えてもらえる環境、良好な人間関係など、人によるサポートに加え、業務内容のマニュアルがあるなどマニュアルの整備も含まれる。6点目として、出向の立場では、直営栄養士と委託栄養士の業務分担が複雑になることである。

たとえば、3週間で退職した人の働きにくかった理由は「新卒1人配置、引継ぎ5日間、新規オープン、業務量多い、体調崩す」であった。新卒者が担う配属先としては適切ではない施設に配属され、明らかにサポート不足であったといえる。先行研究においても、施設で働く委託栄養士が会社からのサポートを受けにくい環境があると指摘があったが、本研究の調査結果においても共通する内容であった。

働きやすい点としては、仕事の指導をしてもらえた、人間関係がよい、業務がマニュアル化されて進めやすいなどが挙げられ、働きにくい理由とは対照的な状況であった。

これらの状況は配属施設ごとに異なり、施設の直営栄養士との関係が良好であるかどうかによっても職場環境の評価は変わってくる。

本章の調査では、対象者の多くが退職しているため、対象に偏りがあり勤務状況は極端なケースが含まれると思われるが、給食会社において、新卒者への教育やサポートが不十分な点があることは推察される。次章では、本章の結果を踏まえ、対象者を増やし、アンケート調査か

ら問題点を掘り下げていく。

第5章 委託栄養士の労働実態 —委託栄養士のアンケート調査 をもとに—

本章の課題

病院に配属される委託栄養士の割合が増え、病院給食の提供に重要な役割を果たしていると考えられるが早期退職者が多いことから、前章ではその背景となる労働実態について分析を行った。

給食会社の退職者を中心とするインタビュー調査では、仕事のしやすさに大きな影響をあたえるサポートが不十分であることが明らかになった。それらは新卒者への教育面のサポート、施設の異動の際の引き継ぎ業務のサポート、新規オープンにかかわる人員配置のサポートなどである。しかし働きやすい環境のもと、勤務を継続しているケースもみられることから、さらに実態を探る必要がある。

本章では、前章で得られた労働の実態をもとに、さらに対象人数を増やし、委託栄養士にアンケート調査を行い、労働実態の全体像を把握し現状と課題を明らかにしていく。

第1節 調査方法と対象者の特徴

(1) 調査対象者とアンケートの概要

前章と同様に、アンケート調査ではA大学の卒業生を対象とした。アンケート調査では、2004年から2015年まで12年間の卒業生のうち、給食会社に新卒で就職した人すべてを対象とした。アンケートの調査項目は前章のインタビュー調査の結果をもとに、以下の内容を設定した。第1に勤務状況に関する内容(所属会社名、職種、配属先、配属地域、配属年数、継続勤務または退職の理由など)、第2に仕事環境に関する内容(業務内容、および仕事のサポートがあるか・マニュアルの有無など)、第3に雇用条件に関する内容(雇用形態、労働時間、休日、給料など)、第4に給食会社変更(新規オープン)および出向経験の有無とした。さらに自由記述欄をもうけ、栄養士業務を行うなかでの困った経験、改善案、やりがいなどの記述を依頼した。

2016年1月、対象となる者278人にアンケート用紙を郵送し、記入後に返送してもらった。住所不定で調査票が届かなかった人を除くと配布数は250人となり回答は92人より得られた。表5-1に卒業年ごとの給食会社就職者数およびアンケート回収数を示した。対象者の卒業年度ごとに回収率のばらつきがみられたが全体の回収率は36.8%、回答者の性別は男性2人(2.2%)、女性90人(97.8%)であった。

表5-1 卒業年ごとの給食会社就職者数およびアンケート回収数

卒業年	回収数(%)	配布数	就職者数
2004	11(12.0)	28	30
2005	10(10.9)	29	35
2006	6(6.5)	23	31
2007	7(7.6)	22	29
2008	17(18.5)	33	30
2009	4(4.3)	19	20
2010	11(12.0)	23	25
2011	6(6.5)	25	26
2012	7(7.6)	13	17
2013	5(5.4)	13	13
2014	1(1.1)	5	6
2015	7(7.6)	17	16
合計	92(100)	250	278

資料：筆者作成。

注：配布数は卒業時に給食会社に就職した者のうち、住所が確認できアンケート送付した数。

(2) 回答者の所属と各施設の勤務期間

調査時における回答者92人の所属および人数の割合は、給食会社勤務が32人(34.8%)、直営施設勤務が32人(34.8%)、栄養士以外の職種などが28人(30.4%)であった。給食会社勤務者には、卒業後から同じ会社を継続している人と、退職後に再就職した人の両方が含まれている。直営施設勤務の職域は病院、福祉施設、保育園、学校などである。給食会社と直営を合わせると約7割が栄養士職を継続している。

前章では対象者の半数以上が3年未満に退職していたが、本章の回答者は卒業後、どのような経歴を持っているのか。回答者ごとに、卒業後に栄養士職として勤務した各施設数(給食会社および直営施設すべての期間)をみると、施設数は最も少ない人が1施設、多い人は8施設であった。給食会社の所属では本社勤務⁶⁸⁾もまれにみられるが、ほとんどの場合は病院や福祉施設などに配属される。卒業後の年数は12年が最も長く、短い者が1年未満である。

栄養士職の合計月数が同じでも施設数の多い人、少ない人の差が見られた。たとえば、給食会社に所属の合計月数が双方とも23か月だが、一方は施設数が7カ所を多いのに対して、他方は1カ所と少ない。また、栄養士勤務の経験年数が長いケースとして、給食会社3社、さらに直営の施設も勤務経験があり、合計月数は119か月(約10年)と長い。施設数においても、8カ所経験しており最も多い。他方、栄養士勤務の経験が130か月(約11年)で長い、施設数は2カ所と少なく、給食会社1施設のあとは、2施設目は直営施設に117か月(約10年)勤務しているケースもみられた。

以上のように、回答者ごとに、各施設の勤務期間をみると給食会社の配属施設では勤務期間がおおむね短い傾

⁶⁸⁾ 本社勤務の栄養士業務は、施設全体の統括、複数の小規模施設の献立作成・運営業務などがある。

表 5-2 回答者の所属会社別の人数

所属会社	人数	%
A 社	31	(27.4)
B 社	24	(21.2)
C 社	11	(9.7)
D 社	9	(8.0)
E 社	8	(7.1)
F 社	7	(6.2)
G 社	7	(6.2)
H 社	6	(5.3)
その他 7 社	10	(8.8)
合計	113	(100)

資料：筆者作成。

注：回答者 92 人中、17 人が複数の会社を経験している。2 社経験 14 人、3 社 2 人、4 社 1 人。延べ人数は 113 人になる。

表 5-3 回答者の配属先職域の人数

職域	人数 (%)
病院	69 (61.1)
福祉施設	11 (9.7)
病院・福祉施設	26 (23.0)
病院・その他	5 (4.4)
社食	1 (0.9)
不明	1 (0.9)
	113 (100)

資料：筆者作成。

注：1) 回答者 92 人中 17 人が複数の会社を経験しているため、所属会社ごとに配属先の職域を集計した。

2) 病院・その他は、福祉施設、学校、本社、社食などが含まれる。

向がみられた。また、給食会社に就職したのちに、直営施設への転職、さらに栄養士職以外へ就職するケースもあり、栄養士は転職者が多いといえる。

第 2 節 委託栄養士の雇用実態

(1) 回答者の所属会社と配属施設の職域

全国には、病院や福祉施設にかかわる給食会社が 200 社以上存在している⁶⁹⁾。調査回答者が所属する給食会社は合計 15 社で、所属会社別の人数の内訳を示した（表 5-2）。92 人中、17 人が複数の会社（2～4 社）を経験しているため、延べ人数は 113 人である。A 社の所属が 31 人（27.4%）と最も多く、次に B 社の所属が 24 人（21.2%）で、2 社合わせると、回答者全体の約半数（27.4+21.2=48.6%）を占めていた。他方、その他 7 社の所属人数は少なく 1-2 名で人数の差が大きかった。

給食会社では、さまざまな施設に配属されるため、その配属先の職域別パターンと人数を示した（表 5-3）。例えば、回答者が 5 施設に配属され、5 施設すべてが病院の場合、職域別パターンは「病院」とし、福祉施設のみでは「福祉施設」、病院・福祉施設の両方を経験している場合は「病院・福祉施設」とした。所属会社ごとの延べ人数 113 人のうち、病院のみが 69 人（61.1%）、次に病院・福祉施設が 26 人（23.0%）、福祉施設のみが 11 人（9.7%）であった。回答者の病院経験者を合計すると 100 人（88.4%）で職域に占める割合が高いことがわかる。

(2) 回答者の配属施設数と配属地域

委託栄養士の労働実態を分析するにあたり、配属施設ごとに規模、種類、地域、勤務状況などが異なることから、すべての配属先の 218 施設を対象とした。

回答者 92 人が給食会社から配属された施設数の総計は 218 施設で、1 人あたり平均 2.4 施設（218÷92=2.36）である。勤務年数が長くなるほど配属施設数が増える傾向がみられるが、施設数が最も少ない人が 1 施設、多い人が 7 施設であった。

218 施設を地域別（振興局、総合振興局ごと）にみると、配属地域は、石狩振興局が最も多く 96 施設（47.2%）であった（図 5-1）。石狩振興局以外の地域（以下、その他地域とする）は、122 施設（53.8%）であった。その他地域のなかでは、胆振総合振興局（12.4%）と空知総合振興局（9.6%）の割合が高かった。配属先は、全道各地域（14 振興局、総合振興局）の広範囲に及んでいることがわかる。

(3) 委託栄養士の札幌市およびその他地域における業務内容

委託栄養士の業務内容は、それぞれの配属先、地域別で違いがみられるのだろうか。地域別（石狩振興局およびその他地域）に、業務内容などの比較を行った（表 5-4）。回答者への質問では、配属先で行った業務内容について、給食管理、臨床栄養管理、調理の 3 種の中から複数回答で選択してもらった。はじめに、それぞれの業務を行った割合をみてみると、石狩では給食管理（79.2%）、臨床栄養管理（16.7%）、調理（29.2%）の割合であるのに対して、その他地域は給食管理（86.9%）、臨床栄養管理（28.7%）、調理（36.1%）で、3 種とも、その他地域は石狩に比べて割合が高いことがわかる。委託栄養士は給食管理業務を行うために配属されるが、臨床栄養管理も行っており、さらにその他地域ではその割合が高い。

⁶⁹⁾ 給食会社数は、公益社団法人日本メディカル給食協会への加盟数を参照した。同協会には、病院や福祉施設にかかわる給食会社が加盟しており、2017 年 3 月時点での加盟数は 220 件であった。そのうち北海道が本社の企業は 11 件であることが報告されている（公益社団法人日本メディカル給食協会ウェブサイト [2017 年 4 月 10 日閲覧] <http://www.j-mk.or.jp>）。

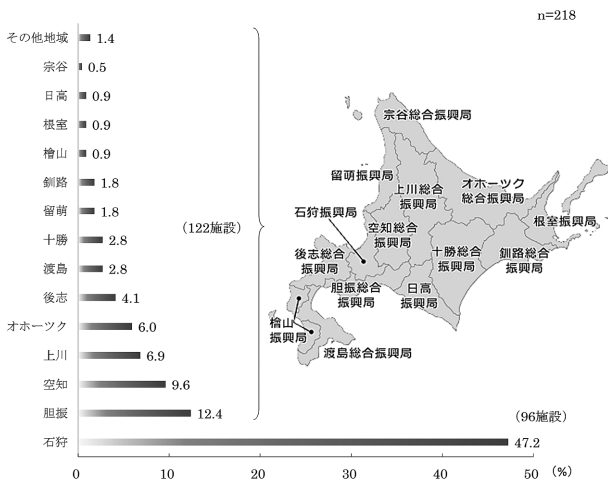


図5-1 配属施設の地域別割合（北海道内の振興局・総合振興局）
資料：筆者作成。

このことから、栄養士が給食管理のみを単独で行うのではなく、業務を重複して行っていることがわかる。そこで、次に業務の重複パターンを4種に分けて分析を行った。

1つ目は、給食管理と臨床栄養管理の両方を行っている場合、2つ目は給食管理と調理、3つ目は臨床栄養管理と調理、4つ目は3種すべてを行っている場合、というように分類した。

その他地域は、給食管理と臨床栄養管理(表5-4の「給食・臨床」)を重複して行う割合が23.0%、給食管理と調理(表5-4の「給食・調理」)を重複して行う割合が28.7%で、どちらも石狩に比べて高かった。3種すべてを重複して行う施設は少なかったが、その他地域8施設あり、それらの施設の種別は、小規模施設や療養型病院であった。他方、給食管理を単独で行う割合は石狩で高かった。

「出向」は、所属は会社のまま(在籍出向)、表向きは施設側の管理栄養士の立場で働くことだが、「出向あり」が石狩では16.7%であるのに対し、その他地域で28.7%と高く、管理栄養士の確保が難しい地域で行われている可能性が高いと考えられる。それらの施設の内訳は病院、クリニックが19施設、福祉施設が16施設であった。

「新規オープン」は、施設側が別の給食会社に契約を変更した際に、新たに参入する給食会社側が使う表現で、「新規立ち上げ」とも呼ばれている。「新規オープンあり」がその他地域で高く(12.3%)、そのうち3名は2回、3回と関わっていた。

配属先職域を地域別にみると、病院の割合が石狩では80.2%、その他地域が63.9%で、石狩の割合が高い。福祉施設の割合は、石狩では15.6%、その他地域が33.6%で、石狩に比べて、その他地域の方が高いことがわかる。

以上のように、石狩およびその他地域では業務内容お

よび配属先職域が異なっていることが把握できた。その他地域では石狩にくらべて、第1に業務内容の重複が多いこと、第2に「出向」の立場での配属が多く、出向先のクリニックや福祉施設などでは直営の栄養士を確保せずに委託栄養士が業務を行っていることが明らかになった。

(4) 給食会社の雇用条件

給食会社の雇用条件(休日、実働時間、賃金)の分析にあたり、入社時から調査時まで継続勤務している回答者22人に限定して分析を行った(表5-5)。

回答者22人のうち、2004年から2016年まで12年間継続している人が最も勤務期間が長く、最も短い人は2015年に入社で1年未満である。22人中1人は契約社員で、他21人は正社員である。配属先ごとに雇用条件が異なっているため、22人の全配属先56施設の条件を対象とした。

休日は1か月あたり平均8.1日、シフト制が多く、暦通りの配属先もいくつかみられたが数は少ない。1週間あたりの平均的な実働時間は46.6時間、少ない人は40時間、多い人では85時間であった。実働時間が85時間の配属先は「その他地域」の総合病院で、休日は1か月に6日間とあり平均の8.1日より少ない。コメント欄に「仕事量がとても多く夜中までの仕事だった」と記載があった。

手取り月収は平均17.6万円で、最低額は13万円、最高額は30万円であった。厚生労働省の調査によれば、2004年(平成16年)の大学卒女性の初任給は189,500円、2015年(平成27年)は198,800円で、10年間で9,300円上昇している⁷⁰⁾。

本調査では調査時点での月収を質問しているため、厚生労働省の結果(初任給)とは厳密な比較はできないものの、回答者の月収額は、2004年(平成16年)厚生労働省調査の初任給と比較すると92.8%、2015年(平成27年)と比較すると88.5%で少ない結果であった。

1時間当りの賃金は、月収を実働時間1時間当りに換算したものが、平均964.3円で最低では576.9円、最高は1437.5円と幅がある。

ボーナスは年間の平均が37.8万円で、入社1年目は

⁷⁰⁾ 厚生労働省の「平成16年賃金構造基本統計調査結果(初任給)の概況」では、大学卒女性の初任給は189,500円で、産業別にみると「医療・福祉分野」は180,900円で、大学卒女性より低かった。その後、「平成28年賃金構造基本統計調査結果(初任給)の概況」を見ると、大学卒女性の初任給は198,800円で、平成16年調査より上昇している。「医療・福祉分野」においては、初任給は198,300円となり上昇しているが、大学卒女性の初任給との差は小さくなっている。対象者の月収額は、「医療・福祉分野」の初任給と比較しても低い(厚生労働統計一覧、賃金構造基本統計調査[2017])。

表 5-4 委託栄養士の札幌市およびその他地域における業務内容（複数回答）

		全地域 (218 施設) %	石狩振興局 (96 施設) %	その他総合・振興局 (122 施設) %
業務内容	給食管理	182(83.5)	76(79.2)	106(86.9)
	臨床栄養管理	51(23.4)	16(16.7)	35(28.7)
	調理	72(33.0)	28(29.2)	44(36.1)
業務重複	給食・臨床	42(19.3)	14(14.6)	28(23.0)
	給食・調理	53(24.3)	18(18.8)	35(28.7)
	臨調・調理	1(0.5)	0(0.0)	1(0.8)
	給食・臨床・調理	11(5.0)	3(3.1)	8(6.6)
業務単独	給食管理	98(45.0)	47(49.0)	51(41.8)
	臨床栄養管理	8(3.7)	2(2.1)	6(4.9)
	調理	19(8.7)	10(10.4)	9(7.4)
出向	出向あり	51(23.4)	16(16.7)	35(28.7)
	新規オープン	21(9.6)	6(6.3)	15(12.3)
配属先職域	病院	155(71.1)	77(80.2)	78(63.9)
	福祉施設	56(25.7)	15(15.6)	41(33.6)
	本社勤務	4(1.8)	4(4.2)	0(0.0)
	その他	5(2.3)	2(2.1)	3(2.5)

資料：筆者作成。

表 5-5 雇用条件（休日、実働時間、賃金）

	休日 1 か月あたり (日数)	一週間あたりの 実働時間 (時間)	手取り月収 (万円)	1 時間当りの賃金 (円)*	ボーナス (万円)	残業手当 支給される (施設数)	残業手当 支給されない (施設数)
	5~9	40~85	13~30	576.9~1437.5	1~70	25	23
有効回答数	56	56	56	56	40	48	48
平均	8.1	46.6	17.6	964.3	37.8	(52.1%)	(47.9%)

資料：筆者作成。

- 注：1) 対象は 22 人、卒業後 1 社目を継続勤務している 23 人中、実働時間および賃金の記載の明確な者とした。対象者の卒業年内訳は、2004 年、2005 年、2006 年、2011 年、2014 年が各年 1 人、2010 年、2012 年、2013 年が各年 2 人、2008 年が 6 人、2015 年が 5 人。
2) 対象者 22 人の配属先 56 施設を分析した。
3) 1 時間あたりの賃金(円) = 手取り月収 / (1 週間あたりの実働時間 × 4 週) として算出した。

空欄の場合もみられた。また、所属会社が同じでも配属先によってボーナスの金額に違いがみられた。出向の立場では、月収は 2 万円前後増え（出向手当）、ボーナスについても金額が上がっている場合が多かった。残業手当は、支給される施設が 52.1%、支給されない施設が 47.9%であった。会社別では、どちらかに取り決めがされていることが把握できたが、例外的に、同一会社の所属でも配属先が変わると支給される場合もみられた。

以上、22 人の雇用条件の分析により、入社時の月収は入社時の勤務条件に示されたものとおおむね変わらず⁷¹⁾、勤務年数が長くなると月収は上昇している。ただし、月収の最も多かった人は（30 万円）、実働時間が 85 時間で例外的といえるため除外すると、月収の上限は 23 万円程度である。

ここまで、対象者 22 人について分析を行ってきたが、回答者全体の月収およびボーナスと比較すると違いがみられるのだろうか。回答者全体では、月収の平均 17.5

万円（205 施設中）、ボーナスは年間の平均が 35.5 万円（137 施設中）で 22 人と比較して大きな違いはみられなかったものの金額は低かった。その理由として、対象を絞った 22 人は、勤務年数の長い 3 年以上が 14 人と多く、さらに 56 施設中 19 施設（33.9%）が出向の立場であることから、回答者全体の分析結果より月収が高いことにつながっている。

以上、雇用条件についてみてきたが、実働時間および賃金は、所属の給食会社によって異なり、さらに配属先ごとに状況が変化していた。また、勤務はシフト制のところが多く、1 か月あたりの休日は平均 8.1 日であり、祝日が考慮されていないため、一般的に暦通りの勤務ができる直営の栄養士と比較すると、年間では休日が少ないことが明らかになった。

(5) 雇用形態と仕事の環境

回答者の雇用形態について、施設ごとに質問したところ、218 施設中、正社員が 186 人（85.3%）、契約社員 16 人（7.3%）、嘱託職員 2 人（0.9%）、パート 5 人（2.3%）、アルバイト 1 人（0.5%）、準社員 8 人（3.7%）であった。総務省の調査結果では、25 歳～34 歳の男女あわせた正

⁷¹⁾ 資料は、公益社団法人北海道栄養士会のホームページの栄養士の求人情報を参照した（公益社団法人北海道栄養士会のホームページ、<http://hoku-ei.sakura.ne.jp/>）。

表5-6 仕事の環境 (複数回答)

	全地域 (%) (218人)	札幌市 (%) (96人)	その他地域 (%) (122人)
サポートがある	88(40.4)	35(36.5)	53(43.4)
マニュアルがある	77(35.3)	33(34.4)	44(36.1)
仕事を教えてもらえる	113(51.8)	50(52.1)	63(51.6)
相談相手がいる	106(48.6)	35(36.5)	71(58.2)

資料：筆者作成。

正規職員の割合は73.7%であり、その結果と比較すると本調査の正社員の割合が高い。これは、給食会社の求人では、新卒者は正規職員として採用するケースが多いためであると考えられる⁷²⁾。

仕事のサポートなどの職場環境について質問した結果を地域別に示した(表5-6)。質問は4項目「サポートがある」、「マニュアルがある」、「仕事を教えてもらえる」、「相談相手がいる」から選択してもらった(複数回答)。その結果、3項目「サポートがある」、「マニュアルがある」、「相談相手がいる」の割合はそれぞれ40.4%、35.3%、48.6%で半数以下であり、「仕事を教えてもらえる」についても51.8%と半数程度であった。

地域別では割合に大きな差は見られないが、「相談相手がいる」がその他地域の方が石狩より割合が高かった。

「仕事を教えてもらえる」、「サポートがある」は仕事を行う上で必要な条件であるが、それらの割合が半数程度またはさらに低い割合であることは業務運営に支障をきたすことや、他者への引き継ぎを行う上でも問題であると思われる。

(6) 施設ごとの配属期間

前章のインタビュー調査では、配属先の異動が多いことが、働きにくさの根底となる問題点として挙げられたが、この点を確認するために本章でも分析を行った。

会社がどのくらいの期間で栄養士の異動を命じているかを把握するため、1施設ごとの配属期間と人数の内訳を示した(表5-7)。ここでは、施設に配属されてから次の施設に異動するまでの勤務期間を表すため、退職者が最後に配属された施設は数には含めずに分析を行った。半年までがもっと多く35.6%、半年から1年までが22.1%であった。このことから1年以内に57.7%(6割弱)が異動しており、栄養士が頻繁に入れ替わっている

表5-7 施設ごとの配属期間

期間	人(%)
半年まで	37(35.6)
半年～1年まで	23(22.1)
1年～1年半まで	13(12.5)
1年半～2年まで	11(10.6)
2年～3年まで	11(10.6)
3年～4年まで	6(5.8)
4年以上	3(2.9)
合計	104(100)

資料：筆者作成。

注：一施設に配属されてから次の施設に異動するまでの勤務期間を示した。ここでは退職者は数には含まれない。

ことがわかる。配属期間が長い人(3年以上)は9人で少ないが、配属先の業務内容をみると、9人中6人が責任のある業務を担っていたことが確認できた。たとえば、「出向」の立場で施設の臨床栄養管理を行う場合や、給食管理の責任者の立場の人などである。施設側から継続勤務の要望もあったのではないかと考えられる。地域別にはその他地域が6人で、石狩の3人よりも多かった。

(7) 給食会社の新規オープンにかかわる状況

前章のインタビュー調査では、対象者の半数が新規オープンに関わっており、新規オープンがスムーズに行われているケースが少ないことや、人員不足をまねき業務量が増えるなど、働きにくさに大きく影響していることが明らかになった。本調査では、さらに検討を進めるために、アンケートの項目に新規オープン後の状況を含めた。

アンケートに回答者の配属先218施設のうちの、給食会社変更(新規オープン)があった施設は21施設であった。回答者のうち新規オープンの経験者は約1割で、そのうち2回、3回と関わった人もいた。

表5-8は、新規オープンがあった21施設のうち、栄養士業務の引き継ぎ期間が「不足している」と答えた8施設を取り上げた。業務の引き継ぎ期間「なし」が3施設、「1日のみ」が2施設、「2日間」が1施設、「2週間」が1施設、「1.5か月」が1施設である。引き継ぎ後の状況をみると、「ずっと忙しい」が4施設あり、忙しさが慢性的に続いていることや、実際の引き継ぎ日数と必要な日数とでは隔たりがあることがわかった。このことから、新規オープンはインタビュー調査で明らかになったように、業務量が増える要因になっている。ただし、本調査ではインタビュー調査と比較すると新規オープンに関わった人の割合は少なく、インタビュー調査が極端に高い割合であったといえる。

⁷²⁾ 給食会社の求人では、新卒者は正規職員として採用し、中途採用は契約社員など非正規職員として採用するケースが多い(内部資料)。本研究では、新卒者の対象が多いため、正規職員の割合が高いと思われる。雇用形態について、2016年の労働力調査(総務省)によれば、25歳～34歳の男女あわせた正規職員の割合は73.7%、非正規職員が26.3%であった。女性では正規職員が60.5%、非正規職員が39.4%であった。(総務省ウェブサイト、<http://www.stat.go.jp/>)。

表 5-8 給食会社の新規オープンにかかわる状況

施設種別	栄養士業務の 引き継ぎ期間	引き継ぎ後の状況	引き継ぎに必要 な日数（日）
特別養護老人ホーム	なし	20日間程度忙しい	14
有料老ホーム	なし	2週間程度忙しい	14
病院	なし	3か月程度忙しい	30
病院	1日	ずっと忙しい	5
病院	1日	ずっと忙しい	7
病院	2日	—	7~14
特別養護老人ホーム	2週間	ずっと忙しい	30~60
病院	1.5か月	ずっと忙しい	90

資料：筆者作成。

注：表は、8施設を対象としている。

(8) 調理業務のみを行う委託栄養士の状況

前章では、委託栄養士が働きにくい理由のひとつが人手不足であった。一般財団法人医療関連サービス振興会の調査報告でも、給食会社のかかえる問題点の第一位は、人材不足（とくに調理員）が挙げられている（一般財団法人医療関連サービス振興会 [2004、2007、2010、2013、2016]）。前述した委託栄養士の業務内容では、配属施設別にみると3割以上の施設で調理業務を行っていることを把握したが（表5-4）、さらに栄養士職としての採用であっても、調理業務のみを行っている施設がどれくらいあるのか分析を行い、委託栄養士の状況を示した（表5-9）。全ての配属先218施設のうち、調理業務のみを行ったのは18施設であった。そのうち1人は重複して3施設に配属されているので対象者は16人である。調理業務を配属先1か所目で行っている人が13人なので、新卒者が多いことがわかる。職種は管理栄養士と栄養士が半数ずつである。勤務期間は半年以内が多いが、中には1年以上が3人（1年7か月、1年、1年2か月）で、「調理員欠員のため」とコメントに記載があった。なかには、7施設を経験し、そのうち3施設は調理業務のみという人もいた。その場合は、各施設の勤務期間は1~2カ月と短く、調理のヘルプ要員として配属されている。栄養士が調理業務を行うことは、献立作成や工程などの理解が深められ、給食運営の把握には有益だと思われるが、期間が長い場合は調理員不足の役割を担っていると考えられる。栄養士職として採用されている場合は、栄養士業務との併用が望ましく、改善が必要といえるだろう。

第3節 給食会社の退職者と継続者の特徴

(1) 給食会社1社目退職者の勤務年数と退職理由

前章では、対象者15人中9人が3年未満で退職しており、中には勤務期間が非常に短いケースがみられた。本章のアンケート調査の回答者はどのような状況なのか、給食会社1社目退職者の勤務年数を示した（表5-10）。回答者92人中、退職者は69名で、勤務年数は1

表 5-9 調理業務のみを行っている委託栄養士の状況

	人数	割合
配属順	1か所目	13 (72.2)
	2か所目	3 (16.7)
	4か所目	1 (5.6)
	5か所目	1 (5.6)
配属先職域	病院	12 (66.7)
	福祉施設	3 (16.7)
	保育所	1 (5.6)
	社員食堂	2 (11.1)
職種	管理栄養士	9 (50.0)
	栄養士	9 (50.0)
勤務期間	1-3か月	10 (55.6)
	4-12か月	6 (33.3)
	14-19か月	2 (11.1)
雇用形態	正社員	15 (83.3)
	契約社員	3 (16.7)

資料：筆者作成

注：調理業務のみを行った18施設を対象としている。配属順は調理業務を行った施設が何か所目なのかを示した。

表 5-10 給食会社1社目退職者の勤務年数

	人数	(%)
1年未満	25	(36.2)
1年以上~2年未満	11	(15.9)
2年以上~3年未満	18	(26.1)
3年以上~4年未満	5	(7.2)
4年以上~5年未満	3	(4.3)
5年以上	7	(10.1)
合計	69	(100)

資料：筆者作成。

表 5-11 給食会社1社目退職者の退職理由（複数回答）

	人数	(%)
結婚・出産	8	(19.5)
人間関係が良くない	18	(43.9)
給料・休暇などの待遇良くない	22	(53.7)
体調を崩した	11	(26.8)
異動を命じられた	2	(4.9)

資料：筆者作成。

注：退職者69名中、41名の回答内容を示した。

年未満が25人(36.2%)、2年未満と合わせると52.1%となり、半数以上が2年未満で退職している。3年未満までをあわせると78.2%(約8割)となり、3年未満の退職者が非常に多いことがわかる。

給食会社1社目の退職者はどのような理由で退職したか、割合とともに示した(複数回答、表5-11)。選択肢は「結婚または出産」、「人間関係が良くない」、「給料や休暇など待遇が良くない」、「体調を崩した」、「異動を命じられた」、「その他(具体的に)」から回答してもらった。「待遇が良くない」が最も多く53.7%、「人間関係が良くない」が43.9%、「体調を崩した」26.8%と続いている。

次に、退職理由「その他(具体的に)」の記述について、5年未満の退職者の内容を示した(表5-12)。内容ごと

表 5-12 給食会社 1 社目退職者の退職理由

会社への不満	<ul style="list-style-type: none"> ・入社時の契約内容と違った。 ・会社に業務改善を相談したがサポートが期待できなかった。 ・慢性的な残業で業務は見直されないとされた。 ・体調がよくないためヘルプ（車で1時間）には行けないと伝えたと、倒れるまで働けという旨のことを言われた。 ・育短を受け入れてもらえない。 ・会社の圧力がきつい、フォロー体制がない。 ・かけもち業務が激務。通勤が大変。 ・慢性的な人数不足で補充等がない。地元（札幌）に戻りたい。 ・管理栄養士として出向の立場で働くことに疑問を感じた。
不安	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事を教えてくれる上司（栄養士）がおらず、このままで良いのか不安になった。 ・新卒で入社後すぐに栄養士1人勤務となりわからないことが多すぎた。残業も多く現場がまわらず日中は厨房業務、18時から献立作成、発注など事務作業を行っていた。 ・経験が浅く1人で病院の栄養士をしていることに不安があった。
やりがいのなさ	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事にやりがいがなく栄養士の立場があまりないところだったためほかの仕事をしたくなった。 ・やりがいを感じなかった。自分じゃなくてもできる仕事だと思った。
直営を希望	<ul style="list-style-type: none"> ・直営で管理栄養士業務がしたいと思った。 ・給食管理のみの仕事だったため。直営で栄養相談業務をしたかった。
将来を考えて	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床栄養の業務にたずさわりたいと思った。 ・対象者と直接かかわる仕事をしたかった。臨床栄養に興味があった。会社への不信感があった。 ・保育園で働きたかった。 ・本社スタッフ（SV）にならないかと打診されたが自分の将来ビジョンと合わなかった。 ・栄養士職を離れることを希望。
配属先へ転職 決まる	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養指導の経験が積みたたく直営側に転職。 ・施設側の栄養士が退職したため自分が施設側の栄養士となった。 ・2～3年ほど前に出向が終了し、1度会社を退社したが、現在も同じ職場で働いている。 ・配属先の病院に正式採用された。
転職	<ul style="list-style-type: none"> ・会社と病院との契約が変わり病院の管理栄養士となった。 ・配属先病院の受託が廃止となり、次に受託する会社へ転職することにした。 ・配属先施設から撤退するタイミングだった。 ・会社の撤退に伴い他の職場で経験したかった。
個人的な理由	<ul style="list-style-type: none"> ・引っ越しのため

資料：筆者作成。

注：5年未満の人を対象とし、アンケートの「その他記述部分」から抜粋した。

満、不安、やりがいのなさ、直営を希望、将来を考えて、配属先へ転職が決まる、転職、個人的な理由に分けられた。

「会社への不満」は、入社時の契約内容と違う、会社に業務改善を相談したがサポートが期待できない、慢性的な残業、他施設へのヘルプの問題、本人の体調、育児短時間勤務の受け入れがない、会社のフォロー体制がない、かけもち業務が激務、通勤が大変、地方の場合で慢性的な人数不足で補充等がないこと、出向の立場で働くことへの疑問などである。「不安」な内容は、仕事を教えてくれる上司（栄養士）がおらず、このままで良いのか不安、新卒で入社後すぐに栄養士1人勤務となり、わからないことが多すぎた。残業も多く現場がまわらず日中は厨房業務、夜から献立作成、発注など事務作業を行っていた。経験が浅く1人で病院の栄養士をすることの不安などが挙げられ、これらは、サポートのある・なしが関連する内容である。他には「直営を希望」、「将来を考えて」、「配属先へ転職が決まる」など、給食会社でのキャリアアップを望むよりむしろ、直営の施設に移りたい、対象者と直接かかわる仕事をしたなどの記述がみられた。

施設と会社間の契約の変更による会社の撤退のタイミングや施設側（直営）からの誘いがあり施設の栄養士に

なった場合もみられた。

(2) 給食会社 1 社目継続者の継続理由

給食会社に就職し3年以内に1社目を退職する者が約8割と多いことが把握できたが、ここでは給食会社に就職してから1度も退職せずに、継続勤務している者の継続理由について分析を行った（表5-13）。対象者92人中、継続者は23名（25%）で、その中に勤務年数1年以内の新卒者5人（21.7%）が含まれる。3年以上の勤務は15人（65.2%）で、なかでも5年以上の長期が12人（52.2%）で継続勤務者全体の半数以上を占めている。選択肢は「人間関係がよい」、「給料や休暇など待遇がよい」、「仕事内容が充実している」、「通勤に便利だから」、「何となく続けている」、「その他（具体的に）」から回答してもらったところ、「何となく」が最も多く43.5%、「人間関係がよい」が30.4%、待遇が良いが26.1%と続いている。いずれの理由をみても最善ではないにせよ、働きやすい環境であることが継続理由であるといえる。

次に、継続理由「その他（具体的に）」の記述について、内容ごとに、「自分に合っている」、「現状維持」、「学びがある」、「責任」、「退職予定」などに分類して示した（表5-14）。

表 5-13 給食会社 1 社目継続者の継続理由（複数回答）

	人	(%)
人間関係がよい	7	(30.4)
給料・休暇などの待遇がよい	6	(26.1)
仕事内容が充実	4	(17.4)
通勤に便利	4	(17.4)
何となく	10	(43.5)
合計	23	(100)

資料：筆者作成。

「現状維持」に関するの内容もみられるが、「毎年少しずつではあるが新しいことに挑戦させてもらえる」、「他職種との関わりが多く、管理栄養士以外の職種の目線での Pt のケア方法を学ぶことができる」など前向きな意見もみられ、やりがいを感じながら仕事をしていることがわかる。一方では、退職を希望しているが人材不足で許可がでない、進路を模索中などの意見もあった。

第 4 節 自由記述の分析

これまでの栄養士としての経歴の中で、困難なこと、やりがいなどの実状と問題点を深く掘り下げるために、3つの質問に対して、自由記述を求めた。1つ目は、困った経験（業務内容・人間関係）、2つ目は、上記の困った経験について、どのように改善されると良いと思いますか（思いましたか）、3つ目は「うまくいっている（いた）こと」「やりがいを感じている（いた）こと」について、である。

回答は 92 人中、全員から得られた。質問項目を「これまでの栄養士としての経歴の中で」としたので、給食会社に関する内容と再就職後の直営施設に関するものに分かれたが、ここでは、給食会社に関する内容を分析する。

1つ目の「困った経験」に関するセンテンスは 362、2つ目の「改善」に関するセンテンスは 253、3つ目の「うまくいっている、やりがい」に関するセンテンスは 191 であった。

記述内容の分析には、計量テキスト分析の手法⁷³⁾による分析用ソフトウェアの「KH コーダー」(樋口 [2014])⁷⁴⁾を用いて、共起ネットワークを作成した⁷⁵⁾。共起ネット

⁷³⁾ 計量テキスト分析とは、インタビューデータなどの質的データ（文字データ）をコーディングによって数値化し、計量的分析手法を用いて、データを整理、分析、理解する方法である。「計量テキスト分析」という名称は、唯一の具体的な分析手順・方法を指すのではなく、量的方法の利点を生かした分析方法の総称である（樋口 [2014] 13）。

⁷⁴⁾ KH コーダーは、アンケートの自由記述、インタビュー記録、新聞記事など、さまざまな社会調査の文章データを統計的に分析するために、樋口が開発した分析用ソフトウェアである（樋口 [2014] 17-19）。

⁷⁵⁾ 共起ネットワークとは、内容分析（content analysis）の分野では伝統的に用いられてきた視覚化できる方法である（樋口

表 5-14 給食会社 1 社目継続者の継続理由（その他の記述）

自分に合っている	・夫が転勤のある仕事のため全国に事業所があるのは異動ができて都合がよい。
現状維持	・新しく職を探す体力がない。満足はしていないがひどい現場でもない。 ・当社よりも条件の良い病院を見つけていない。やりたいことが曖昧。 ・住んでいる地域が転職活動するのに大変。 ・とりあえず 3 年は働こうと思っている。
学びがある	・毎年少しずつではあるが新しいことに挑戦させてもらえる。 ・他職種との関わりが多く、管理栄養士以外の職種の目線での Pt のケア方法を学ぶことができるから。
責任	・地区リーダーのような役割があり辞めにくい。次年度から新規オープン病院へ配属。
退職予定	・2016 年 3 月末に結婚のため退職予定。 ・退職の意向は伝えているが人材不足のため許可が下りない。 ・異動したい旨を上司に伝え検討してもらっている。 ・転職したいが進む方向を探している。

資料：筆者作成。

ワークの図では、文章中によく一緒に使われ、出現パターンの似通った単語と単語（以下、共起の程度が強い、とする）が線で結ばれる。多く出現する語は円が大きく描画され、文章中の単語がどのようにデータ中でむすびついているのか視覚化されるので、データの概観を把握することができる。

また、分析の際には、共起の程度がさらに強いものが「太い線」で描画されるように設定を行った⁷⁶⁾。

なお、給食会社の標記について「委託給食会社」「委託会社」「受託給食会社」「委託」などいくつかあるが、本節の自由回答の記述では「委託会社」が多かったため、引用部分と説明箇所は自由回答の記述に倣い「委託会社」に統一することにする。

(1) 困った経験（業務内容・人間関係）についての自由記述の分析

困った経験（業務内容・人間関係）に関する自由記述について、共起ネットワークの図では、出現パターンの似通った語は 19 グループに分かれた（図 5-2）。語の意味合いからグループをさらに 5 カテゴリー、勤務について、業務について、栄養部門内の人員配置、コミュニケーション、立場による違いに分けた（表 5-15）。

太い線で描画された語（さらに強い共起関係）は、「提供—食事、食—献立—栄養、作成—実際、人員—不足—人手、引き継ぎ—期間、パート—辞める、先輩—怒る、出向—板挟み、勤務—時間」などであった。

[2015] 189-192)。

⁷⁶⁾ 本研究における KH コーダーの設定では、描画される語を上位 60 語、最小出現数 3～6、強い共起関係ほど太い線で描画、を用いて分析を行った。

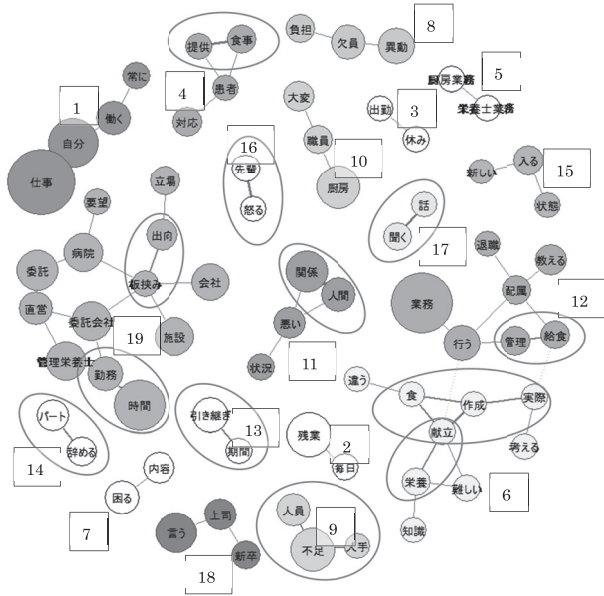


図5-2 困った経験について：自由記述の共起ネットワーク

資料：筆者作成。

- 注：1) 「KH コーダー」の分析には、6語以上出現した語、上位60語を対象としている。
 2) 楕円で囲んだ語は太い線で描画された語(強い共起関係)を示す。
 3) 番号は、出現パターンの似通った語の19グループを示す。

ここでは、本節では第4章でのインタビュー結果から退職者が働きにくい点(問題点)と感じていた内容をもとに、共起ネットワークで出現した語を分析する。

問題点のキーワードが「施設の異動」「引き継ぎ」「新規オープン」「調理員の欠員」「出向」であったことから、キーワードと共起ネットワークで出現した語との関連をみることにする。「新規オープン」は上位60語には含まれていなかった。

キーワードの「施設の異動」について、共起ネットワークで「異動」を含む語のセンテンスは17あった。具体的な回答は、「直営と違い、会社のタイミングでの異動になるので全てが中途半端のまま、また違う場所で違う仕事をしなければならないので、目標が立てづらかった」、「その現場でやりたいと思っていたことが、異動によってできなくなってしまう」、「欠員、人手不足を埋めるための異動が多くなり、安定した業務運営ができない」など、異動によって計画的な業務遂行が困難になる状況がみられた。

異動に伴う配属先施設が受ける影響については、「1年の中でも、退職・異動者が多く欠員の状態が続いたため、自分自身慣れない仕事をしながら新しく入った方に仕事を教えるのが大変だった」、「自分が委託で勤務していた事業所は、旭川地区では大きい事業所で、新人社員の教育として配属場所とされることが多く、一生懸命教

表5-15 困った経験について—自由記述のカテゴリ—

カテゴリ	語
勤務について	①仕事、自分、働く、常に、②残業、毎日、③出勤、休み
業務について	④対応、患者、提供—食事、⑤厨房業務、栄養士業務、⑥違う、食—献立—栄養、知識、難しい、作成—実際、考える、⑦内容、困る、⑫業務、行う、管理—給食、配属、教える、退職、⑬引き継ぎ—期間、⑩大変、職員、厨房
栄養部門内の人員配置	⑧異動、欠員、負担、⑨人員—不足—人手、⑭パート—辞める、⑮新しい、入る、状態
コミュニケーション	⑯先輩—怒る、⑰話、聞く、⑱言う、上司、新卒、⑪人間—関係、悪い、状況
立場による違い	⑲立場、出向—板挟み、会社、施設、病院、委託、直営、管理栄養士、要望、委託会社、勤務—時間

資料：筆者作成。

- 注：1) 6語以上出現した語、上位60語を対象としている。
 2) 太字は太い線で描画された語(強い共起関係)を示す。
 3) 番号は、出現パターンの似通った語のグループを示す。

えても仕事出来るようになれば他の事業所へ異動してしまい、残った職員が欠員等でも常にフルで働かなければならなかった」などの回答があった。このように、異動する側のみならず、残った職員側の、双方とも困難な状況であることがわかった。

つぎに、キーワードの「調理員の欠員」について、共起ネットワークでは「人員—不足—人手」の語がつながり、「不足」は円の描画が大きい(多く出現している)。そこで不足を含む具体的な回答をみみると、32センテンスあった。内容を大きく分類すると、調理員の不足については5センテンス、調理員・栄養士両者の不足については4センテンス、人員不足に陥る原因と現状については11センテンスに分かれた。

調理員・栄養士不足の具体的な回答は、「新しく入ってくる栄養士や調理員がなかなか続かなくて、慢性的に人手不足」、「厨房職員の人員不足のため、管理栄養士業務を行いながら厨房業務に従事するため、休日も削られ毎日残業だった」などがあった。人が定着しないことによる負担や、栄養士が他職種業務の「調理」を行うことによって業務多忙になっていることがわかる。

人員不足に陥る原因と現状としては、「人手不足により業務量負担が増え、残業が増えることによって退職するという繰り返りで残っている職員が大変」、「待遇が悪いので、辞める人が多く、人手不足になるという悪循環になっている」、さらに「人手不足のため、常に引き継ぎ業務が加わり、業務が思うようにはかどらない」などがあった。このように、人手不足の悪循環が続いていることがわかった。

つぎに、キーワードの「出向」について、共起ネットワークでは、「出向—板挟み」の語が太い線で描画(さらに強い共起関係)されている。「板挟み」から他の語へのつながりが多かったため、「板挟み」を含む語のセンテンスをみることにした。具体的な回答は7センテンスあり内容

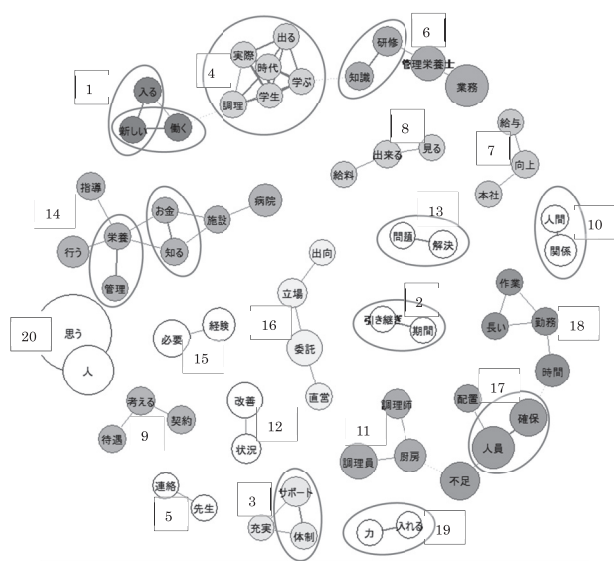


図 5-3 改善案について：自由記述の共起ネットワーク

資料：筆者作成。

- 注：1) 「KH コーダー」の分析には、4 語以上出現した語、上位 60 語を対象としている。
 2) 楕円で囲んだ語は太い線で描画された語で、強い共起関係を示す。
 3) 番号は、出現パターンの似通った語の 20 グループを示す。

は、「出向していると、病院栄養士でもあり、委託栄養士でもあるという微妙な立場のため、板挟みになることが多かった」、「出向の立場だった時は、病院の栄養士という立場でありながら、委託会社の利益にも貢献しなければならず、病院と委託会社との板挟み状態になることが辛かった」などが挙げられる。出向が含まれる具体的な内容からわかることは、栄養士が出向の状況では、直営施設側からの要求に加え、委託会社からの要求もあり、その双方の板挟みで困っていることがうかがえる⁷⁾。

委託会社の栄養士業務は、契約範囲の業務をこなせばよいはずだが、実際には契約で示しきれない（割り切れない）業務がある。たとえば、施設側からの要求が患者サービスの向上のために必要なことであっても、会社側の実状や人員配置に見合っていない、または食材費の範囲を超える、などの場合には栄養士が両者の言い分の板挟みになる可能性がある。上述の「微妙な立場」という記述が該当すると思われる。

(2) 改善案についての自由記述の分析

困った経験（業務内容・人間関係）に対する改善案の

⁷⁾ その他、「出向」が含まれていないが板挟みを含む具体的な回答は、「全体を通して、施設側と会社側の板挟みにあうことがよくあった」、「施設側と現場と会社の板挟み」のように施設側と会社側の板挟みというものや、現場（調理員も含めて）との板挟みというものがあった。

表 5-16 改善案について—自由記述のカテゴリー—分類表

カテゴリー	語
サポート体制	①入る—新しい—働く、②引き継ぎ—期間、③充実、サポート—体制
自己研鑽	④学生、時代、実際、調理、出る、学ぶ、⑤連絡、先生、⑥知識、研修、管理栄養士、業務
金銭面	⑦給与、向上、本社、⑧給料、出来る、見る、⑨待遇、考える、契約
人間関係	⑩人間—関係、⑪調理師、厨房、調理員
経験	⑫改善、状況、⑬問題—解決、⑭行う、栄養—管理、指導、お金—知る、施設、病院、⑮必要、経験
委託会社の性質	⑯出向、立場、委託、直営、⑰配置、人員—確保、不足、⑱作業、長い、勤務、時間
その他	⑲カー—入れる、⑳人、思う

資料：筆者作成

- 注：1) 4 語以上出現した語、上位 60 語を対象としている。
 2) 太字は太い線で描画された語（強い共起関係）を示す。
 3) 番号は、出現パターンの似通った語のグループを示す。

自由記述を分析したところ、共起ネットワークの図では 20 グループに分かれた（図 5-3）。語の意味合いからさらにグループを 7 カテゴリー、サポート体制、自己研鑽、金銭面、人間関係、経験、委託会社の性質、その他に分けた（表 5-16）。太い線で描画されていた語は、「入る—新しい—働く」、「引き継ぎ—期間」「サポート—体制」、「人間—関係」、「問題—解決」、「栄養—管理」、「お金—知る」、「人員—確保」、などであった。

さて、前項の「困った経験」についての記述では、第 4 章の結果から得られた問題点のキーワード「施設の異動」、「引き継ぎ」、「調理員の欠員」、「出向」、に関連する語を分析したので、ここでもそれら 4 語について分析し、太い線で描画された語（さらに強い共起関係）と、円の描画が大きいもの（多く出現する語）に注目する。

キーワードの「異動」は「異動についての本社の計画性の向上」のみであった。キーワードの「引き継ぎ」を含むケースは 4 つあった。内容は、「新卒の栄養士や経験の浅い栄養士には、引き継ぎ期間を十分に設けてほしい」、「引き継ぎできない事情がある時はせめて引き継ぎ書を残しておいてほしい」、「引き継ぎ期間は 1 か月くらいあると良いと思う（委員会の出席や月末のみの業務があるため）」、「結果として離職者を減らすことになると思うので、引き継ぎや教育のできる環境を整えるべき」などがあった。前述の表 5-6（仕事の環境に関する質問）では、「サポートがある」が 40.4%、「仕事を教えてもらえる」が 51.8%、「マニュアルがある」は 35.3%と低い結果であったことからわかるように、引き継ぎに関する改善を行うことがサポートを強め、現状を改善する足掛かりになると思われる。

キーワード「調理員の欠員」に関しては、「人員—確保」が太い線で描画されていたので「人員」を含むセンテンスを見ることにした。センテンスは 20 あり、調理につ

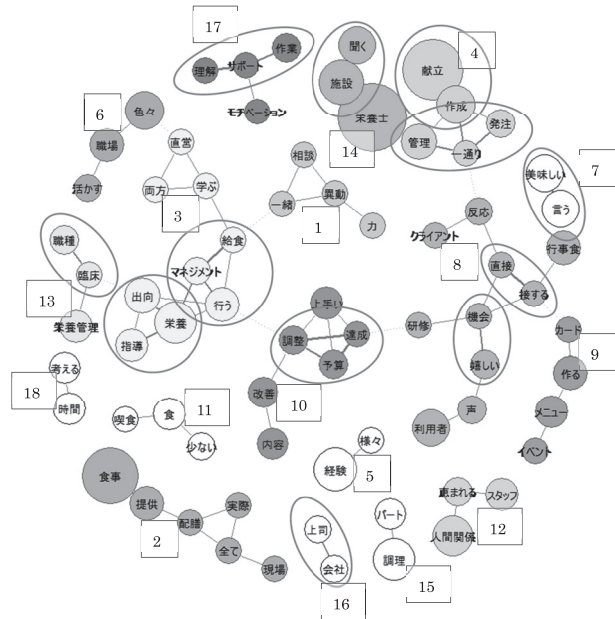


図5-4 うまくいったこと、やりがいについて：自由記述の共起ネットワーク

資料：筆者作成。

- 注：1) 「KH コーダー」の分析には、3語以上出現した語、上位60語を対象としている。
 2) 楕円で囲んだ語は太い線で描画された語で、強い共起関係を示す。
 3) 番号は、出現パターンの似通った語の18グループを示す。

いての改善案として「厨房の人員不足が多く、栄養士業務を後回しにして厨房を手伝うことが改善されると良いと思う」があった。また「委託は現場だけでなく、マネージャーなど本社スタッフの人員も不足しており、十分な関わりがもてていないため、人員確保できると良い」のように本社を含めた全般的な人員確保の改善案があった。待遇に関するものでは「人員が常に不足しているのは、給料が安く、生活が不規則（早番、遅番）、人員不足のためサポート体制が出来ていないことが挙げられるので、そこを改善する」というのがあった。新規オープンが関連する内容では「人員を確保してからオープンさせてほしい」というのがあった。地方での人員不足が関連する内容では「今の職場の道北に来てからずっと人員不足に悩まされている、人員不足は業務内容を大きく変えるしかないと思っている」とあり、業務転換の必要性が提案されていた。

キーワードの「出向」は、「出向—立場—委託—直営」と語がつながっている。出向を含む語の具体的なセンテンスは4つあった。「出向の立場ではあるが、あまり深入りせず委託会社側として動くしかない」、「出向について改善は難しいので、どちらかに割り切ることも必要」などの記述があり、割り切りの必要な立場であることが記述されていた。

表5-17 うまくいったこと、やりがいについて—自由記述のカテゴリ—分類

カテゴリー	語
委託での様々な経験	①一緒、相談、異動、力、②食事、提供、配膳、実際、全て、現場、③直営、両方、学ぶ、給食—マネジメント—行う、出向—栄養—指導、④献立—作成、管理—通り—発注、⑤様々、経験、⑥色々、職場、活かす
対象者の反応や評価	⑦美味しい—言う、⑧クライアント、反応、直接—接する、行事食、機会—嬉しい、研修、声、利用者、⑨カード、作る、メニュー、イベント、⑩上手い、達成—予算—調整、改善、内容、⑪喫食、食、少ない
人間関係	⑫スタッフ、恵まれる、人間関係、⑬職種—臨床、栄養管理、⑭聞く—施設、栄養士、⑮パート、調理、⑯上司—会社、⑰理解—サポート—作業、モチベーション、⑱考える、時間

資料：筆者作成。

- 注：1) 3語以上出現した語、上位60語を対象としている。
 2) 太字は太い線で描画された語（強い共起関係）を示す。
 3) 番号は、出現パターンの似通った語のグループを示す。

ほかには円の描画が大きく、さらに太い線で描画されている「サポート」を含む語の8センテンスをみると、「会社以外の利害関係がない相談・サポートしてくれる人や場所があれば助けとなるかもしれない」、「業務のフォロー、指導等をできる栄養士が近いエリアに1人はいるようにして現場のサポートや問題解決、直営側とのやりとりなどできるシステムが安定的であれば、若手は精神的に楽になりそうだと思う」などがあった。このように、安定的な人の配置とサポート体制の重要性が具体的に記載されていた。

(3) うまくいっている、やりがいについての自由記述の分析

「うまくいっている（いた）こと」「やりがいを感じている（いた）こと」の記述に関して、共起ネットワークは18グループに分かれた（図5-4）。語の意味合いからさらにカテゴリーを、委託での様々な経験、対象者の反応や評価、人間関係に分けた（表5-17）。太い線で描画された語（さらに強い共起関係）は、「給食—マネジメント—行う」、「出向—栄養—指導」、「献立—作成」、「管理—通り—発注」、「直接—接する」、「機会—嬉しい」、「達成—予算—調整」、「職種—臨床」、「聞く—施設」、「上司—会社」、「理解—サポート—作業」などであった。

ここまで、困った経験や改善策については、4章の結果から得られた「問題点」のキーワードをもとに自由記述の分析を行った。ここでもキーワードの「出向」と「異動」が含まれている語の分析を行った。ほかには、太い線で描画されていた語（さらに強い共起関係）の「サポート」、「直接」、「達成」、および円の描画が大きいもの（多く出現する語）として「人間関係」を含む語の具体的な回答を分析した。

キーワードの「出向」を含む語の具体的なセンテンス

は9つあった。内容は、出向により施設側のスタッフとよい人間関係を築いている、サポートしてもらった、患者との関わりからやりがいがあったなど、困った経験とは対照的なものであった。具体的な回答は、「出向時、自分と一緒に栄養士未経験の年上の栄養士が配属になり、本社SVに教えてもらいながら給食を良くしていくよう仕組みを整えたり、栄養マネジメントを行う仕組みを試行錯誤しながら作っていたことはとてもやりがいがあり、施設側にも認められとても良い経験だった」、「出向時の病院スタッフ（事務、Ns、Dr、リハなど）や委託会社内での人間関係には恵まれていた」、「出向することで、給食管理以外にも栄養指導やNST、DM教室など様々な経験ができた」、「出向のとき主に臨床栄養を行っていたが、多職種で患者様1人1人のプランを考え、何か少しでも状態改善が見られた時など、とてもやりがいを感じる事ができた」、「出向先が理解あり、CDE（糖尿病療養指導士）の資格取得をサポートしてくれた」などである。施設内の他職種に認めてもらったことが、やりがいと自信につながっている。

キーワードの「異動」を含む語の具体的な4センテンスのうち、異動による変化を前向きにとらえている内容は、「施設ごとに特色があり、ソフト食に力を入れている施設や、消化器疾患がメインで特別食の種類が膨大である施設など、異動があることで色々な食事内容や運営方法を経験してることができた」というものがあった。よい人間関係を築いている内容は、「定期的に異動はあるが、以前と一緒に働いた方や、引き継ぎで関わった方とは現在も交流がとれており、仕事の相談にも気軽にのってもらえている」があった。

太い線で描画されている語「サポート」を含む語をみた。やりがいを感じている具体的な3ケースの内容は、「従業員（調理員）の心のサポートをしつつ、全体にモチベーションを高めていくと、作業能率、食事の質も向上すると感じたので、やりがいを感じている」、「厨房内の作業工程を理解し、時間配分を考え、業務（盛り付けや切り込み等）のサポートが行えるようになった時」、「出向先が理解あり、CDE（糖尿病療養指導士）の資格取得をサポートしてくれた」などがあった。このことは、栄養士として経験を積むことによって仕事への余裕が生まれ、自らが周りをサポートすることがやりがいにつながっているといえる。

太い線で描画されている語「直接」を含む語をみた。具体的な4ケースの内容は「患者様の直接的な反応は見られないが、クライアントから「今日の食事は良かった」という反応が返ってくることはやりがいにつながる」、「出産の記念に栄養士が直接お祝いの料理を供するサービスがあり、患者様の反応を直に見られたこと」、「なかなか直接利用者と接する機会がないが、食事に関して喜

んでもらえることはとても嬉しい（行事食の時に声をかけられる）」、「病棟訪問や栄養指導で直接患者さんと接するときに特にやりがいを感じる」など、人との関わりが、やりがいにつながっていることがわかる。

太い線で描画されている語「達成」を含む語をみた。具体的な3ケースの内容は「発注調整が上手くでき予算目標を達成できた時」、「栄養士が複数いた時、忙しい時にみんなで協力して時間内に食事を出せた時は働いていることの実感と達成感があった」、「年度予算に対して（月間予算も含む）達成でき、前月・今月で調整が上手くいったときなどは入社1～2年で行われる研修に対してのやりがいを感じた」など、目標達成や人や会社に評価されることが重要であることがわかる。

円の描画が大きい「人間関係」を含む語をみた。具体的な12ケースの内容は「人間関係は辛い良いところばかりだったので、仕事は辛くても頑張れた」のように委託会社内での人間関係がよかったものや、「配属先の直営栄養士は、お互いに人間関係で苦労している人たちも見てきて、委託であれば、お互いに別の配属先に異動ということも可能なのでその点で良かった」のように、異動を肯定的にとらえた内容もみられた。

以上のようにやりがいについて共通していることは、仕事のサポートがあり、よい人間関係のなかで仕事ができることである。サポートがあるため、栄養士として経験を積むことができ、周りの評価を受け、それらの積み重ねでやりがいを維持できる。本人の仕事に対するモチベーションの高さも関係するが、それだけではなく職場環境が大きく影響しているといえる。

小括

前章の給食会社の退職者を中心とするインタビュー調査では、仕事のしやすさに大きな影響をあたえるサポートが不十分であることが明らかになった。

本章では、前章で得られた労働の実態をもとに委託栄養士にアンケート調査を行い、勤務施設、勤務地、勤務期間、業務内容、雇用条件などを把握し、現状と課題を明らかにしてきた。

対象者は管理栄養士養成校A大学の2004年から2015年卒業生のなかで、給食会社に新卒で就職した人すべてとした。回答は92人より得られ（回収率36.8%）、調査時における所属は、給食会社勤務、直営施設勤務、栄養士以外の職種などがほぼ同じ割合で、給食会社と直営を合わせると約7割が栄養士職を継続していた。

給食会社に配属の栄養士は、本来は施設の給食管理業務を行う要員として配属されているわけだが、出向の立場では、直営栄養士と同様に患者対応の臨床栄養管理を行うこともある。アンケートの回答では、業務内容（給食管理、臨床栄養管理、調理の3種）について、石狩お

よびその他地域で比較すると、いくつか異なっている点がみられた。その他地域では石狩にくらべて、第1に業務内容の重複が多いこと、第2に「出向」の立場での配属が多いなどである。

雇用条件については、実働時間および賃金は、所属の給食会社によって異なり、さらに配属先ごとに状況が異なっていた。勤務はシフト制が多く、1か月あたりの休日は平均8.1日であり、祝日が考慮されていないため、一般的に暦通りの勤務ができる直営の栄養士と比較すると、年間では休日が少ない状況であった。

仕事のサポートなどの職場環境について、「仕事を教えてもらえる」、「サポートがある」は仕事を行う上で必要な条件であるが、それらの割合が半数程度またはさらに低い割合であったことから、インタビュー調査と同様にサポートが得られにくい環境であることが明らかになった。

インタビュー調査では、配属先の異動が多いことが、働きにくさの根底にある問題点として挙げられたが、この点を確認するために本章でも分析を行った。異動は、半年までがもっと多く、1年以内に6割弱が異動しており、インタビュー調査の結果と同様に栄養士が頻繁に入れ替わっていることがわかった。

新規オープンに関しては、経験者は約1割で、そのうち2回、3回と関わった人もいた。なかには業務の引き継ぎ期間が全くないケース、または1日、2日もみられ、引き継ぎ後の状況においても忙しさが慢性的に続いていることや、実際の引き継ぎ日数と必要な日数とでは隔たりがあることがわかった。ただし、本調査ではインタビュー調査と比較すると新規オープンに関わった人の割合は少なく、インタビュー調査が極端に高い割合であったといえる。

勤務年数に関しては、1度目の退職者69人中、勤務年数1年未満の早期退職者が多く、2年未満までをあわせると半数以上が退職している。さらに3年未満までをみると約8割にものほり、3年未満の退職者が非常に多いことがわかった。退職の理由は、「待遇がよくない」、「人間関係がよくない」が半数程度と多く、「体調を崩した」も次に挙げられる理由であった。このように早期退職者が多く、その理由が明らかになったが、なかには長期にわたる継続者もいることから、継続理由をさぐることも必要である。

継続者が仕事を続けている理由については、「何となく」が最も多く、「人間関係がよい」、「待遇が良い」と続き、いずれの理由をみても最善ではないにせよ、働きやすい環境であることが継続理由であることがわかった。

本章では、さらに問題点を深く掘り下げるために、これまでの栄養士としての経歴の中で、困難なこと、やりがいなどの実状を自由記述で回答を求めた。

1つ目は、困った経験（業務内容・人間関係）、2つ目はその改善案、3つ目は、うまくいっている（いた）ことや、やりがいを感じている（いた）ことについてである。

自由記述の回答の概要を分析したところ、困った経験（業務内容・人間関係）については、急な異動は計画的な業務の遂行を遮るため、異動する側のみならず、残った職員側もまた、困難な状況に置かれることがわかった。

人手不足に関しては、退職によって欠員が生じると、後に残された職員がさらに忙しくなり、次に新人が入職すると今度は日常業務に引き継ぎ業務が加わり、業務が思うようにはかどらない問題が指摘された。

出向については、栄養士が出向の状況では、直営施設側からの要求に加え、委託会社からの要求もあり、その双方の板挟みで困っているケースが多く見られた。

これらの困ったことに対する改善案については、引き継ぎに関して、とくに新卒の栄養士や経験の浅い栄養士に対しては、引き継ぎ期間をしっかりとることや、引き継ぎ書（マニュアル）を残してほしいなどの意見があった。これは基本的なことと言えるが、少しずつ改善を行うことが現状を変えるための足掛かりになると思われる。

サポートに関する意見として、業務のフォローや指導等ができる栄養士を管轄エリアに配置し、現場のサポートや問題解決、直営側とのやりとりなどを行い、それが安定的に維持されることが若手育成にもつながるといふ意見がみられた。

困難な状況が多いなかで、やりがいについて分析することは解決の糸口となり得る。

やりがいについては、出向先の施設側のスタッフとよい人間関係を築いている、サポートしてもらった、患者との関わりからやりがいを見いだしたなど、困った経験とは対照的であった。施設内の他職種に認めてもらったことが、やりがいと自信につながっているケースもみられた。

異動による変化を前向きにとらえている意見もみられた。栄養士として経験を積むことによって仕事への余裕が生まれ、周りをサポートできることや、会社に評価された体験が、がやりがいにつながっていた。

以上のようにやりがいについて共通していることは、仕事のサポートがあり、よい人間関係のなかで仕事ができることである。サポートがあるため、栄養士として経験を積むことができ、周りの評価を受けるとさらにやりがいの維持につながっていく。本人の仕事に対するモチベーションの高さも関係するが、それだけではなく職場環境に良い条件が備わっていることが大きく影響している。

本章では、管理栄養士養成校卒業生のアンケート調査

をもとに、委託栄養士の労働実態を分析してきたが、直営栄養士とくらべて委託栄養士の雇用条件が劣る点や、サポートが不十分である点が問題点である。

施設側が給食運営の「合理化」のために、給食業務を会社に委託することは、施設側にとっての人員不足は解消されるかのように見えるが、実際には委託栄養士や調理員等の異動や、補助（ヘルプ要員）によって、その場しのぎの人員配置で成り立っているケースが多いことが明らかになった。

委託栄養士自身においても、現状の問題点を把握しながら改善案を分析、検討している。しかし、それらを実践する前に退職、転職する人が多く、現状の改善には生かされにくいと考えられる。施設の給食運営を改善していくためには、直営側と給食会社側の両者が、合理化の限界を認識し、協力することが不可欠であると考えられる。

終章 要約と展望

第1節 各章のまとめ

本論文では、病院給食における栄養士労働と外部化の実態について、医療制度の変遷に着目しながら、既存資料ならびに調査分析をとおして明らかにすることを課題とした。

第1章では、病院給食制度の変遷を追いながら、行政改革によって制度がどのように変容し、栄養士労働に影響していったのかを既存の資料をもとに明らかにしてきた。

はじめに、戦前の日本における病院給食誕生と栄養士養成校創設の歴史的背景と経緯をたどった。戦前、1920年代から1930年代には一般病院で給食が提供されはじめたが、同じころ慶応大学医学部付属病院で食餌療法の研究と食事提供がはじまり、病院給食が治療食としての意味合いを持つようになった。さらに、佐伯矩が栄養士養成校を設立し、そこで学んだ卒業生の栄養士は国家資格として認められていなかったものの、病院、協同組合などで栄養改善や集団給食の指導を行い、しだいに各府県の栄養改善事業にたずさわることになった。

戦後、約70年間の病院給食における、おもな制度、基準の変遷と栄養士業務は、大きく3段階に区分した。第1段階は、戦後、医療法をはじめとする法が整備されていった時期である。終戦前には食料調達が多くなり、しだいに病院給食は提供できなくなったが、戦後、米国による社会保障制度調査のための入院施設視察が契機となり、病院給食は一部地域からはじまり、しだいに全国へと広まった。医療法の公布による給食施設の設置、医療法施行規則による栄養士の配置などが規定され、1950年には診療報酬制度のもと、病院給食が運営されるようになった。戦後の急激な経済復興を経て食生活も多様化

していくとともに、特別食加算が加えられ診療報酬制度の点数も徐々に引き上げられていった。病院給食の治療食としての意味合いが増すとともに、給食業務を担当する栄養士の重要性がしだいに認められていった。

つぎの第2段階のうち1986年から1997年までの約10年間は、規制緩和によって給食運営が急速に変化した時期である。外部委託の認可にともない委託栄養士が出現し、設備機器や技術の進歩による調理方式の発展、さらに衛生管理も強化されるようになった。早い時期から給食業務の外部化の動きはみられたが、行政改革による規制緩和の影響を受け1986年に外部委託が認可されたことが、その後の外部化の進展に拍車をかけた。厚生省（当時）が主体となり「医療関連ビジネス検討委員会」が設置され、病院給食への企業参入の準備が整えられていった。外部委託化をめぐる日本栄養士会は反対の立場を示したが、当時はすでに病院の約1割が給食を業務委託していたことや、病院経営の合理化が求められていた背景もあり、栄養士側には外部委託反対派と賛成派が混在していた。

第3段階の2006年以降は、栄養士業務がとくに重視されるようになった時期である。管理栄養士の配置による栄養管理実施加算、栄養サポートチーム加算の新設、栄養食事指導の改定などの変化がみられ、栄養士業務は給食経営管理と臨床栄養管理へ二極化する方向性が示された。他方、入院時食事療養制度や栄養管理実施加算の算定方式の変更により、病院の収入面は減額になり、病院内における給食運営はさらに経営効率を求められるようになった。

1980年代以降の規制緩和が病院給食の外部化進展をもたらし、栄養士業務は医学の進歩とともに治療にかかわる管理栄養士業務が重視されていき、資格としての栄養士と管理栄養士の階層分化が進む一方、栄養士の雇用形態も直営栄養士と委託栄養士との二極化が起り、さらに調理にかかわる設備・機器の高度化も相まって、給食にかかわる栄養士業務が複雑化していることが明らかになった。

第2章では、栄養士職業者全体からみた病院栄養士の位置づけを確認するために、統計資料を用いて栄養士数や直営および委託栄養士数の推移などを把握した。また、外部委託化の全国と北海道との比較などについても触れ、第3章以降の事例の背景を明らかにした。2014年度の全国の病院数は8,595施設で、病院や福祉施設など各種給食施設総数の約1割程度であるが、そこに勤務する病院栄養士の総数は、各種給食施設の栄養士総数の3割以上で最も多く、栄養士職全体からみても重要な位置を占めている。

病院内の栄養士数の推移を雇用主体別みると、直営栄養士は減少し、委託栄養士が増加していることが把握で

きた。理由として、診療報酬制度改定の影響を受け、病院側は直営栄養士ではなく、直営管理栄養士の雇用へとシフトしていることや、調理員の欠員を補う要員として委託栄養士が配属される傾向が示唆された。

給食業務の外部化は地域別に差がみられ、なかでも北海道は給食会社への委託率が全国平均よりも高く、さらに給食業務を全面委託する割合が非常に高いことが特徴的である。また、北海道のみならず、外部委託のメリットは、経費面だけではなく、労務管理上も重要であることが示唆された。

2年ごとに行われる診療報酬の改定は、病院経営の方向性や医療従事者の配置人数、時には治療方針にも影響をあたえる。2012年の診療報酬制度改定の内容は、有床診療所に管理栄養士の配置を義務付けるものだったが、改定当初から診療所の反発が非常に強かった。管理栄養士（常勤または非常勤）を配置しない場合は、診療報酬の点数のうち大きな割合を占める入院基本料の算定ができない。

実質的に医療機関は運営困難となるため、この改定は有床診療所の運営を左右するほどの大きな意味合いを持っていた。第3章では、有床診療所では管理栄養士対応をどのように行い、施設の栄養士がいかなる状況におかれているかを明らかにするために、北海道の有床診療所を対象にアンケート調査を行った。

アンケート結果から、栄養士の雇用は常勤が8割を占め、給食管理業務を担っていること、さらに地域別（石狩振興局、その他の総合振興局および振興局）で、直営栄養士・直営調理員・委託栄養士・委託調理員の配置状況が異なることが把握できた。献立作成業務についても、地域別に違いがみられ、栄養士が配置されていない場合であっても、なんらかの方法によって給食業務が行われ、とくに給食会社がその役割を担っていることがわかった。

管理栄養士が不在の施設では、2014年以降に管理栄養士を雇用する施設は少なく、地域の有床診療所ではとくに経営面の苦しさから「廃業せざるをえない」という意見まで出され深刻な状況であった。有床診療所の分布は都道府県間に差があり、地域ごとに状況が異なるため、地域特性を把握した上で、それらを考慮した政策づくりが喫緊の課題である。議論の末、2012年の診療報酬制度改定は有床診療所に関してのみ、以前の内容にもどされたが、制度改定に揺れ動く地域医療の現状と栄養士労働の実態が明らかになった。

病院給食の外部化進展にともない委託栄養士の割合が増えている。委託栄養士は直営栄養士と同様、病院給食の提供に重要な役割を果たしていると考えられるが、早期退職者が非常に多いといわれている。第4章では、委託栄養士の雇用実態を明らかにするために、北海道の給

食会社に勤務する栄養士へのインタビュー調査をもとに、新卒者の早期退職が顕著である理由について分析を行った。対象者16人中、1年未満の退職者が2割、3年未満の退職者が6割で、なかには非常に短い3週間というケースがあり、早期退職者が多いことが把握できた。配属施設数は2か所以上経験している者が多く、さらに施設ごとの勤務年数は平均1年半程度で短いことから、退職や施設間の異動が多いことがわかった。「新規オープン」にともなう勤務は約半数が経験し、2度の経験者もいることから、頻繁に行われていることが推察された。このように栄養士の退職、異動、施設の新規オープンがあるたびに引き継ぎや増員が必要になるため、今までの業務に加え、さらに業務量が増加することが推察された。

インタビューの内容から、「働きにくさ」について以下のことが把握できた。1点目は、新卒者への教育やサポートが不十分なこと、2点目は、配属施設の異動が多く、その際の引き継ぎが不十分な可能性があること、3点目は、新規オープンが業務全般（人の配置、業務量の多さ）に影響すること、4点目は、調理員の人員不足によって栄養士が本来行うべき業務が滞り業務量の多さにつながることで、5点目は、サポートのある・なしが仕事のしやすさに大きく影響すること、6点目は、出向の立場では、直営栄養士と受託栄養士との業務分担が複雑になることである。「働きやすさ」については、仕事の指導をしてもらえた、人間関係がよい、業務がマニュアル化されて進めやすいなどが挙げられ、働きにくい理由とは対照的であった。

働きやすさなどの状況は配属施設ごとに異なり、施設の直営栄養士との関係が良好であるかどうかの違いによっても職場環境の評価は変わってくる。対象者の多くが退職しており対象に偏りがあることや、勤務状況は極端なケースが含まれることが否めないが、給食会社において、新卒者への教育やサポート不足の内容が具体的に示された。

第5章では、第4章で得られた労働の実態をもとに委託栄養士にアンケート調査を行い、労働実態の全体像を明らかにした。給食会社1社目退職者の勤務年数は、1年未満が4割弱、2年未満と合わせると半数以上が退職し、3年未満までをあわせると約8割と高い割合であった。退職理由は「待遇がよくない」「人間関係がよくない」が半数以上で割合が高かった。仕事上困難なことは、人手不足が第1に挙げられた。人手不足に関しては、退職によって欠員が生じると、後に残された職員がさらに忙しくなり、次に新人が入職すると今度は日常業務に引き継ぎ業務が加わり、業務が思うようにはかどらない問題が指摘された。

困難な状況が多いなかで、やりがいに関しては、「出向先の施設側のスタッフとよい人間関係を築いている」、

「サポートしてもらった」、「患者との関わりからやりがいを見いだした」など、困った経験とは対照的であった。施設内の他職種に認めてもらったことが、やりがいと自信につながっているケースもみられた。これらの結果から、委託栄養士の業務内容の見直しや待遇改善が喫緊の課題であることが明らかになった。

第2節 病院給食における栄養士労働の課題

以上のように、病院給食における栄養士労働は現在、委託栄養士の増加とその早期退職といった問題が顕在化しており、緊急に解決しなければならない課題を抱えている。とくに職場内の栄養士の業務区分や運営参加に関する問題、勤続年数や労働の質に見合う待遇改善の問題、さらに給食管理業務を行ううえで切っても切り離せない調理員との関係改善が重要と考える。これらの諸問題が起る発端は、外部委託が制度上認められたことと関連があり、栄養士の委託制度が解消されれば問題の一部は解決していくであろう。しかしながら、すでに外部委託が7割を超えている現状においては、外部委託の縮小化は考えにくい。そこで本節では上記の諸点を中心に、病院給食における栄養士労働が抱える諸問題解決の方向性について考察したい。

第1に、業務の明確化と運営への栄養士の参加についてである。1980年代以降、病院給食は規制緩和の影響を受け外部化が進展し栄養士労働は変化していったが、そこには給食会社や病院からみれば合理的な理由が存在した。しかしながら病院給食における栄養士労働は、給食管理における直営栄養士と委託栄養士両者の詳細な業務区分が整理されないままとなっている。もとより、給食管理と臨床栄養管理は患者の治療と結びついており、両者の栄養士業務を明確に割り切ることは難しいが、業務の線引きと定期的な見直しが必要であると考え⁷⁸⁾。また病院側は、給食会社との契約において、患者サービスの向上を第一に考えた上で、直営給食または委託給食どちらの方式が望ましいか、しっかりと見極める必要がある。さらに委託給食を取り入れるならば、どのような協力体制のもとで給食提供を行うのか検討を重ね、その際に、栄養士が主体的にかかわることが最も重要であると考え⁷⁹⁾。現状では、給食会社との新規契約時において、

病院経営者などの運営管理側と給食会社の担当者が中心となり契約を交わすため、そこには実務にたずさわる現場栄養士が不在の場合が多い。直営、委託双方の栄養士が数年後、さらに将来に向けて患者サービスのビジョンを明確にしつつ検討を行うならば、組織的な給食の改善が可能になるとともに、直営側、委託側の双方の労働内容は改善されていくであろう⁸⁰⁾。

第2に、新卒者の対応についてである。委託側の栄養

度全国病院栄養部門実態調査報告書』にまとめている。直営側と委託側のさまざまな問題を改善する方策として「栄養部門を一つの組織ととらえ院内で評価される組織にするためには、委託側教育を病院栄養士が行うことも一つの策であるが、委託業務のあり方の整理が必要である」との指摘もあり、委託業務そのもの見直しの重要性が示唆された（公益社団法人日本栄養士会医療事業部 [2016] 48）。

⁸⁰⁾ 病院が将来へのビジョンを明確にしながら、組織的に給食の改善を目指している事例として、佐久総合病院（正式名称：長野県厚生農業協同組合連合会佐久総合病院。以下、佐久病院とする）の事例が参考になる。筆者は2015年および2016年に、佐久病院を訪問し、栄養科の取り組みを調査した経緯がある。ここでは調査と文献（『佐久病院史』佐久病院史作製委員会編、若月俊一監修 [1999]、および『農村医療の原点Ⅱ—創立60周年記念誌・別冊—』JA長野厚生連佐久総合病院 [2006]）をもとに述べる。

佐久病院は、第2次世界大戦後の早い時期から故・若月俊一院長を中心に、地域住民の集団健診を行った農村医療の先進地として知られている。病院給食においても、戦後、給食制度が確立される前から、患者の治療効果を高めることを最優先に考え、1947年10月に給食が開始された。

佐久病院はさまざまな新規事業を行ってきたが、1990年代から将来構想の検討が始まり、「病院を拠点にした町づくり」を目標に、2014年、高度医療を担う「佐久医療センター」、2015年には同じ敷地内に、院外調理を行う集中調理施設「セントラルキッチンさく」を建設した。調理施設の建設は「病院を拠点にした町づくり」を目標とする再構築計画の1つであり、将来的には地域住民への配食サービスも視野に入れたものされる。栄養科は2008年から、セントラルキッチンの運用に向けて、調理法（クックチル）や導入事例の研究を行った。

一般的なセントラルキッチン化のメリットは第1に、厳密な衛生管理のもとで調理、保管するので料理の安全性が向上すること、第2に、再加熱によって食事提供するため、料理の適温化が可能になること、第3に食材の集中購入によって、仕入れコストが抑えられるなどが挙げられる。

しかし、佐久病院において特筆すべきことの1点目は、カット野菜の購入について、栄養科と地元JA加工工場が協同で、セントラルキッチン稼働前から献立に適した野菜の規格、品質、価格についての検討を重ねてきたことである。品目は限定されるが、地場農産物の収穫時期には、できるだけその利用も念頭に入れている。

2点目は、給食運営に関して、グループ施設のうち委託給食を採用していた3つの施設をセントラルキッチンの稼働を機に、直営給食に戻したことである。経営面や労務管理の合理化を優先させるならば委託給食が望ましい。あえて直営化した理由は、セントラルキッチンからの食事提供をスムーズに行うためには、給食運営組織の統一が重要であり、さらに地域の雇用面の安定を考慮したためである。

⁷⁸⁾ 業務の線引きについて、本論文第5章の自由記述では「直営栄養士から多くの個別対応を求められるが、対応できる人材（調理員）がいないことや、予算を超えるなどの問題に直面する」とあり、それに対して「病院側のできる限り個別対応したい意思はわかるが、「出来る範囲」の擦り合わせをきちんと行い、お互いに協力すると良いと思う」という改善策が提案されていた。

⁷⁹⁾ 栄養士が主体的にかかわることの重要性について以下の調査報告書には、委託側教育を直営栄養士が行うことや、委託業務の見直しについて述べられている。公益社団法人日本栄養士会は全国の医療施設6,801施設を対象に調査を行い『平成28年

士は総じて経験年数が短いこと、さらに離職率が高いことが問題である。直営栄養士側としても、経験豊富な委託栄養士の配属が望ましいであろう。これら問題を改善するにはどうあるべきなのか。第5章のアンケート結果から、委託栄養士の配属期間が短く、とくに新卒者の教育方法に配慮が必要ながことが明らかとなった。栄養士の配属期間については栄養士を育てる「教育」という視点に立ち、計画的に考えることが必要である。加えて、直営側との調整担当者⁸¹⁾は、双方の業務が円滑に行われるための重要な役割を担っているため、その充実が望まれる。以上のように、新卒者を育て、サポートするシステムを整えていくことが、結果的には働きやすさにつながり、離職率の低下に結びつくと考えられる。

第3に調理員も含めた待遇の改善である。第5章のアンケート結果では、委託栄養士の待遇が一般の大卒者と比較すると劣ることや、休日が少ないことが明らかとなった。雇用面における自由記述では「委託会社でも管理栄養士が定着できるだけの待遇、やりがい、安定性などが必要」とあり、さらに調理員に対しては「厨房の調理師や調理員のコスト面、金銭的な条件がもう少し良くなると、新しく入った人たちが長続きして働きやすい職場になるのかなと思う」とあり、栄養士のみならず、調理員の待遇面の安定についても提案があった。これらが改善されれば、調理員の離職率の低下へと結びつくとともに、栄養士と調理員との構造的な問題—すなわち栄養士と調理員との協力関係において、調理員不足を栄養士が補う構造—を解決するための一手段となり得るため、早急な検討が必要な事項といえよう。

最後に、栄養士養成と制度のあり方について考えを述べたい。現在、栄養士および管理栄養士教育を行う養成校は全国で約270校存在しており⁸²⁾、毎年19,000人前後の卒業生が排出され、約6割が栄養士職として就職しているが、その就職先は病院、学校、福祉施設、給食会社、食品会社など職域が多岐にわたっている。そのため養成校の教育のなかで、すべての職域に対応した教育内容を準備し、栄養士を育てることは困難な状況といえる。

養成校側の事情も複雑である。例えば、各養成校のレベルの維持・向上、さらに存続にかかわる事項として管理栄養士国家試験の合格率や就職率が挙げられるが、それらが安定していることは新入生の募集に影響する。教育内容においても、国家試験の合格率を高めることが第一目標となるのも当然といえよう。そのため本論文で取り上げた給食会社、さらには栄養士職全般の労働実態が厳しい状況であったとしても、就職先の確保が最優先事項となり、雇用条件等の改善を職場に求めることは後回しにされがちである。しかし今後の栄養士職の発展を考えるならば、現場の栄養士の悩みと、悩みに応えることのできる栄養士養成システムの構築に目を向けていくことが何よりも重要であり、養成校の教員が一層協力して現状の問題解決に取り組む必要がある。

学術団体の日本栄養改善学会では、多様化・高度化する社会や国民のニーズに対応できる栄養士・管理栄養士の育成を目標として、養成校における教育内容の検討を2003年から行ってきた。2009年および2015年に「管理栄養士養成課程におけるモデル・コア・カリキュラム」という名称で公表され、栄養士という専門職の社会的期待に応えるべく高い目標が掲げられている⁸³⁾。しかし本研究で明らかになった栄養士労働の現実と、栄養士職の社会的期待との大きな乖離の改善に直接つながる内容は、上記カリキュラムには示されていない。

栄養士職のやりがいは、栄養学の専門知識を生かしながら食を通してあらゆる対象者の心身の健康に貢献するとともに、それらを実感できることである。本研究で得られた知見をもとに、今後も継続して栄養士労働の研究を発展させる必要があると考える。

本論文は、2017年12月に筆者が北海学園大学大学院経済学研究科に提出した博士学位請求論文『病院給食における栄養士労働と外部化の実態に関する研究』を基にまとめたものである。

謝辞

本論文の作成においては、北海学園大学開発研究所研究助成(平成24年度)、科学研究費助成(平成25・26・27年度)、ならびに天使大学特別研究費助成(平成26・27年度)を受けました。

引用・参考文献

- [1] 青島祐子 [2007] 『女性のキャリアデザイン—働き方・生き

このように、食材購入の工夫や給食運営の直営化は「病院を拠点にした町づくり」を意識した結果といえる。また栄養科では、セントラルキッチンへの運用に向けて導入事例の研究を行うなど、時間をかけて準備、検討を行ってきた。これらを統合すると、佐久病院のセントラルキッチン化は、合理化のみを第一目標としていない。佐久病院の事例は、新システムへの対応、地域農業の発展、栄養科職員の教育などの総合的な面において、今後、病院給食のさまざまな問題を解決していくためのモデルケースとして生かすことができると考える。

⁸¹⁾ 調整担当者の名称は給食会社ごとに、マネージャー、スーパーバイザー(SV)など異なっている。

⁸²⁾ 一般社団法人 全国栄養士養成施設協会ウェブサイトを参照(<https://www.eiyo.or.jp/>)。

⁸³⁾ 特定非営利活動法人日本栄養改善学会ウェブサイト「管理栄養士養成課程におけるモデルコアカリキュラム」を参照(<http://jsnd.jp/modelcore.html>)。

- 方の選択—新版』学文社。
- [2] 秋野豊明 [2007] 「北海道の地域医療—医療の変革期における課題」『日本老年医学会学誌』第44巻5号, 556-563.
- [3] 朝倉比都美 [2011] 「管理栄養士の生涯学習と専門—スキルアップのための卒後教育（特集、新人栄養士の育てかた、理栄養士の臨床教育）」『ニュートリションケア』第4巻12号, 1264-1268.
- [4] 朝倉比都美 [2012] 「再確認！栄養部門にかかわる診療報酬入院時食事療養費」『ニュートリションケア』第5巻10号, 962-966.
- [5] 芦川修武, 西岡葉子, 齊藤禮子編 [2014] 『特定給食施設給食管理事例集—第4版』学建書院.
- [6] 芦澤千代, 原澤美智 [1954] 「対談：病院栄養20年」『臨床栄養』第4巻2号, 18-22.
- [7] 井川聡子, 松月弘恵編著 [2013] 『給食経営と管理の科学—管理栄養士養成課程第2版』理工図書.
- [8] 池上直己 [2010] 『ベーシック医療問題—第4版』日本経済新聞出版社.
- [9] 池上甲一 [2013] 『農の福祉—アグロ・メディコ・ポリスの挑戦』農山漁村文化協会.
- [10] 一般社団法人日本医療福祉設備協会監修 [2011] 『病院給食施設の設計マニュアル』一般社団法人日本エレクトロヒートセンター.
- [11] 一般社団法人新調理システム推進協会 [2015] 『新調理システムの概念とリテール HACCP 完全解説—新調理システム管理者養成テキスト』鶏卵肉情報センター.
- [12] 一般財団法人医療関連サービス振興会 [2014] 「平成25年度／医療関連サービスの質と受託にかかる価格設定等に関する調査研究報告書」.
- [13] 牛越博文 [2009] 『医療経済学入門』岩波書店.
- [14] 公益社団法人日本栄養士会監修, 早野貴文編集代表 [2013] 『管理栄養士・栄養士のための困りごと相談ハンドブック』新日本法規出版.
- [15] 大川由枝, 岡本智子, 加藤肇, 河合洋見, 清水明子, 田中美紗子, 平正人, 早野貴文, 廣田貴子 [2008] 「失敗しない委託給食」『臨床栄養』第113巻6号, 717-755.
- [16] 大木秀一 [1994] 「病院給食の実態6病院的調査を通して」『山梨医大紀要』第11巻, 11-16.
- [17] 太田和枝, 照井眞紀子, 三好恵子編著 [2008] 『給食におけるシステム展開と設備』建帛社.
- [18] 大友崇 [2012] 「栄養サポートチーム加算を含めたチーム医療」『ニュートリションケア』メディカ出版.
- [19] 大宮めぐみ, 小松泰信, 横溝功, 清原昭子 [2012] 「栄養士・管理栄養士資格保有者の資質向上と知識欲求—食品製造・小売業等勤務者を対象として」『農林業問題研究』48巻2号, 266-271.
- [20] 大宮めぐみ [2015] 『病院給食と地産地消』大学教育出版.
- [21] 大森憲太 [1953] 『「栄養と食糧」叢書7—栄養病理と食餌療法』第一出版.
- [22] 大森憲太 [1948] 「病院給食について」『医療—国立医療学会誌』第3巻, 3号.
- [23] 岡崎眞 [2008] 「管理栄養士の需給バランス」『からだの科学』これからの管理栄養士』24-26.
- [24] 岡野孝信 [1997] 「業務委託と労働組合、院給食の業務委託に関して」『医療労働』392号2月, 3-59.
- [25] 岡部哲子, 久保田のぞみ, 佐藤信 [2014] 北海道の有床診療所における管理栄養士の配置状況と栄養管理の課題『天使大学紀要』, 14, 13-22.
- [26] 岡山県保険協会 [2012年3月30日] 「入院料等への管理栄養士への配置義務の撤回を要望します」.
- [27] 小川美弥子 [2011] 「臨床の管理栄養士に求められるもの—スキルアップのための卒後教育、特集、新人栄養士の育てかた、管理栄養士の臨床教育—」『ニュートリションケア』第4巻12号, 1273-1275.
- [28] 奥田仁 [2001] 『地域経済発展と労働市場—転換期の地域と北海道』日本経済評論社.
- [29] 奥平祥一 [1957] 『栄養士そして人間』医歯薬出版.
- [30] 奥西好夫編, 小池和男監修 [2007] 『雇用形態の多様化と人材開発』ナカニシヤ出版.
- [31] 鹿児島県保険医協会 [2012年6月] 「入院料等への管理栄養士への配置義務の撤回」.
- [32] 金森久雄, 荒憲治郎, 森口親司編 [2013] 『経済辞典—第5版』有斐閣.
- [33] 金子雅彦 [2012] 『医療制度の社会学—日本とイギリスにおける医療提供システム』書肆クラルテ.
- [34] 上塚高弘 [2009] 「有床診療所が担う地域医療への役割」『医療白書2009年度版』日本医療企画.
- [35] 神沼公三郎 [2008] 「はじめに—いま、なぜ、本書を発刊するのか」神沼公三郎, 奥田仁, 佐藤信, 前田憲編著『北海道北部の地域社会—分析と提言』筑波書房.
- [36] 河合知子, 佐藤信, 久保田のぞみ [2006] 『問われる食育と栄養士—学校給食から考える』筑波書房.
- [37] 川上武, 小坂富美子 [1988] 『農村医学からメディコ・ポリス構想へ、若月俊一』勁草書房.
- [38] 川上武 [1998] 『戦後日本医療史の証言—一研究者の歩み』勁草書房.
- [39] 川上武編著 [1991a] 『医療・福祉のマンパワー』勁草書房.
- [40] 川上武, 小坂富美子 [1991b] 『医療改革と企業化—日本医療の構造分析—』勁草書房.
- [41] 川村順子 [2008] 「栄養管理と地域連携パス」『栄養—評価と治療』第25巻5号, 413-416.
- [42] 北崎尚子, 近藤貴子, 和田真梨子 [2015] 「患者と委託給食会社の管理栄養士の懸け橋に」『ニュートリションケア』第8巻12号, 1206.
- [43] 北田ヒデ子 [1976] 『医療給食労働』芝田進午編『医療労働の理論』青木書店.
- [44] 京都府保険医協会 [2012年4月] 「入院料等への管理栄養士への配置義務の撤回」.
- [45] 楠見五郎 [2012] 『フードサービスの課題とクックチルの活用—飲食店、惣菜から給食分野まで』幸書房.
- [46] 久保田宏 [2008] 「北・北海道の医療体制の現状とこれから」神沼公三郎, 奥田仁, 佐藤信, 前田憲編著『北海道北部の地域社会—分析と提言』筑波書房.
- [47] 窪田伸 [2010] 「ニュークックチルの利点と留意点」『臨床栄養』第117巻5号.
- [48] 久保田のぞみ [2010] 「栄養士の就業実態—意識調査からみる養成施設の課題」『名寄市立大学道北地域研究所年報／地域と住民』28号, 65-74.
- [49] 久保田のぞみ [2012] 「戦後学校給食における栄養士労働の性格変化」『北海学園大学経済論集』第60巻3号, 99-146.
- [50] クロフォード・F・サムス著, 竹前栄治編訳 [2007] 『GHQ サムス准将の改革—戦後日本の医療福祉政策の原点』桐書房.
- [51] 慶応大学医学部食養学50年の歩み刊行会編 [1977] 『慶応大学医学部食養学50年の歩み』慶応大学病院食養課内食養学50年の歩み刊行会.
- [52] 慶應義塾大学医学部食養研究所変遷史編集委員会 [1990] 『慶應義塾大学医学部食養研究所変遷史』慶應義塾大学医学部発行.
- [53] 小池和男 [2005] 『仕事の経済学—第3版』東洋経済新報社.
- [54] 公益社団法人日本栄養士会 [2013] 「入院基本料に管理栄養

- 士が必置になったことに伴う対応(その2)』『日本栄養会雑誌』第56巻3号。
- [55] (公益)社団法人日本栄養士会 [2010] 「平成22年度全国病院栄養部門実態調査」。
- [56] 公益社団法人日本栄養士会 [2012] 「平成24・24年度政策経費事業報告書/チーム医療推進における管理栄養士の関わり的重要性及び病棟への管理栄養士適正配置に関する調査研究」。
- [57] 公益社団法人日本栄養士会 [2012] 「平成24年度政策課題、全国急性期病院栄養部門実態調査・病棟業務調査報告書」。
- [58] 公益社団法人日本栄養士会医療事業部 [2016] 「平成28年度全国病院栄養部門実態調査報告書」。
- [59] 厚生省医務局 [1955] 『医制八十年史』印刷局朝陽会。
- [60] 厚生省 [1987] 「厚生省国民医療総合対策本部中間報告」87-95。
- [61] 厚生省健康政策局指導課 [1988] 「医療関連ビジネス検討委員会について」。
- [62] 厚生省健康政策局 [1995] 「病院における患者等への食事の提供業務の外部委託について」『栄養日本』第38巻15号, 763-769。
- [63] 厚生労働省中央社会保険医療協議会 [2004] 「平成16年入院時食事療養費に関するコスト調査—入院患者給食に関するアンケート調査報告書」。
- [64] 厚生労働省 [2004] 中央社会保険医療協議会「平成16年入院時食事療養費に関するコスト調査/入院患者給食に関するアンケート調査報告書」。
- [65] 厚生労働省 [2009] 『日本人の食事摂取基準(2010年版)活用の基礎理論—給食管理』第一出版。
- [66] 厚生労働省大臣官房統計情報部編 [2012] 『厚生統計要覧平成23年度』厚生労働統計協会。
- [67] 厚生労働省保険局医療課 [2012] 「平成24年度診療報酬改定の概要について/平成24年度診療報酬改定説明会(平成24年3月5日開催)資料」『日本栄養士会雑誌』第55巻4号, 44-55。
- [68] 厚生労働省保険局医療課 [2012年4月27日] 「平成24年度診療報酬改定における入院基本料等の栄養管理体制及び褥瘡対策に係る届出について」。
- [69] 厚生労働省中央社会保険医療協議会 [2013年12月4日] 「個別事項/その4:有床診療所について、総会審議会資料」。
- [70] 小崎敏男, 牧野文夫, 吉田良生編著 [2011] 『キャリアと労働の経済学』日本評論社。
- [71] 五島朋幸 [2013] 「地域一体型NSTへの挑戦」『国民の栄養白書2013年度版』日本医療企画, 103-113。
- [72] 雇用管理改善研究会編著 [2011] 『事例解説!人材を活かす労務のルール—派遣・請負・業務委託・出向の労働トラブルを防ぐために』ぎょうせい。
- [73] 財団法人医療関連サービス振興会 [1998] 『平成9年度医療関連サービス実態調査報告書要旨』財団法人医療関連サービス振興会。
- [74] 財団法人医療関連サービス振興会 [2001] 『平成12年度医療関連サービス実態調査報告書要旨』財団法人医療関連サービス振興会。
- [75] 財団法人医療関連サービス振興会 [2004] 『平成15年度医療関連サービス実態調査報告書要旨』財団法人医療関連サービス振興会。
- [76] 財団法人医療関連サービス振興会 [2007] 『平成18年度医療関連サービス実態調査報告書』財団法人医療関連サービス振興会。
- [77] 財団法人医療関連サービス振興会 [2010] 『平成21年度医療関連サービス実態調査報告書』財団法人医療関連サービス振興会。
- [78] 財団法人医療関連サービス振興会 [2013] 『平成24年度医療関連サービス実態調査報告書』財団法人医療関連サービス振興会。
- [79] 財団法人(一般財団法人)医療関連サービス振興会 [2016] 『平成27年度医療関連サービス実態調査報告書』一般財団法人医療関連サービス振興会。
- [80] 斎藤長徳, 菅原(藤田)静子, 藤田修三 [2007] 「効率的な栄養管理を行うための給食経営管理に関する研究」『青森県立保健大学雑誌』第8巻1号, 99-104。
- [81] 斎藤長徳, 吉岡美子 [2009] 「管理栄養士とは—歴史・制度・現状—」『青森保健大雑誌』第10巻2号, 233-236。
- [82] 坂口祐介, 樋口耕一 [2015] 「震災後の高校生を脱原発へと向かわせるもの—自由回答データの計量テキスト分析から—」友枝敏雄編『リスク社会を生きる若者たち—高校生の意識調査から—』大阪大学出版会, 186-203。
- [83] 佐久病院史作製委員会編, 若月俊一監修 [1999] 『佐久病院史』勁草書房。
- [84] 佐久総合病院・信州宮本塾合同研究会 [2009] 『地域医療とまちづくり—佐久病院の再構築から』JA長野厚生連佐久総合病院。
- [85] 佐久病院史作成委員会編集, 若月俊一監修 [1999] 『佐久病院史』勁草書房。
- [86] 佐藤愛香 [2008] 「フードサービス—給食サービスを中心に」『からだの科学、これからの管理栄養士』74-78。
- [87] JA長野厚生連佐久総合病院 [2006] 『農村医療の原点II—創立60周年記念誌・別冊』JA長野厚生連佐久総合病院。
- [88] 実践給食実務研究会 [2013] 『給食実務必携』第一出版。
- [89] 幣憲一郎 [2015] 「委託給食会社と協働する給食マネジメント—委託給食会社とどのように向き合い、どのように連携するか」『ニュートリションケア』第8巻12号, 1167-1206。
- [90] 芝田進午編著 [1976] 『医療労働の理論』青木書店。
- [91] 島崎謙治 [2011] 『日本の医療—制度と政策』東京大学出版会。
- [92] 島村知歩, 杉原麻起, 藤本さつき, 松原拳美 [2003] 「給食施設勤務栄養士の日常業務実態調査」『奈良佐保短期大学紀要』10号, 55-59。
- [93] 社団法人全国栄養士養成施設協会 [2013.11] 「平成24年度栄養士課程及び管理栄養士課程卒業生の就職実態調査の結果」『全栄養協月報』638号。
- [94] 社団法人日本医師会 [2012年8月1日] 「2012年度診療報酬改定についての調査結果報告」定例記者会見。
- [95] 社団法人日本医師会 [2012年8月1日] 「2012年度診療報酬改定についての調査結果報告書」。
- [96] 社団法人日本医師会有床診療所に関する検討委員会 [2013年11月] 「平成25年度有床診療所に関する検討委員会答申」。
- [97] 社団法人日本メディカル給食協会栄養士会 [2009] 「栄養士の定着を高めて、当社における人材育成の取り組み、OJTにおける自立型指導育成展開とその評価」『第4回栄養学会プログラム・抄録集』18-37。
- [98] 定司哲夫監修, 吉田雄次, 右田俊幸編 [2013] 『医療・介護法人のためのセントラルキッチン計画と運用』幸書房。
- [99] 栄養調理関係法令研究会 [2012] 『栄養調理六法/平成25年版』新日本法規出版。
- [100] 菅谷章 [1981] 『日本の病院—その歩みと問題点。』中央公論社。
- [101] 杉田浩一, 森雅央 [1974] 『新編/栄養士ハンドブック』医歯薬出版。
- [102] 鈴木道子 [2008] 「日本における栄養士・管理栄養士制度と養成システムの変遷」『東北大学大学院教育学研究科研究年報』

- 57 集 1 号, 445-457.
- [103] 鈴木道子, 片山一男 [2011.12] 「管理栄養士・栄養士養成教育システム構築に係る日本栄養士会の役割」『尚綱学院大学紀要』61・62 号, 87-100.
- [104] 鈴木久乃, 太田和枝, 殿塚婦美子編集 [2012] 『給食管理 (初版第 6 刷)』第一出版.
- [105] 鈴木久乃, 松月弘恵 [2012] 「栄養管理、給食の給与栄養目標量と栄養教育」鈴木久乃, 太田和枝, 殿塚婦美子『給食管理—初版第 6 刷)』第一出版.
- [106] 鈴木茂夫, 松月弘恵, 田村孝志, 弘中雅美, 朝倉比都美, 工藤美香, 中東真紀 [2014] 「これからの給食経営管理システム、切り離しのできない給食経営管理と臨床栄養管理」『臨床栄養』第 125 巻 7 号, 795-837.
- [107] 鈴木久乃, 太田和枝編集 [2014] 『給食マネジメント論—第 8 版』第一出版.
- [108] 全国保険医団体連合会 [2012 年 4 月] 「入院料等への管理栄養士への配置義務の撤回」.
- [109] 高木和男 [1976] 『社会栄養学』労働科学研究所.
- [110] 高木和男 [1978a] 『食と栄養学の社会史 1』科学資料研究センター.
- [111] 高木和男 [1978b] 『食と栄養学の社会史 2』科学資料研究センター.
- [112] 高木和男 [1987] 『食から見た日本史 (下)』芽ばえ社.
- [113] 高城孝助, 三好恵子, 松月弘恵編著 [2016] 『実践給食マネジメント論』第一出版.
- [114] 高橋康昭, 大内講一 [1996] 「病院給食の外部委託と規制緩和」『医療』第 12 巻 6 号, 38-43.
- [115] 竹下登志成 [2010] 『人と地域の学校給食—コストから手つなぎへ』自治体研究社.
- [116] 竹中恵美子編 [1991] 『新・女子労働論』有斐閣.
- [117] 田子美津子, 野口孝則 [2007] 「受託給食企業における栄養士教育プログラムの実践とその後」『栄養学雑誌』65 号-5, 267.
- [118] 井川聡子, 立川俱子, 戸崎千恵子, 松本三千代, 森本修三, 山下光雄 [1997] 「特集、院食を考える、病院食の意義と目的」『JJPEN』第 19 巻 12 号, 1141-1184.
- [119] 田中明子, 中川幸恵, 三瀬敬治ほか [2013a] 「病院栄養士の勤務実態と職業性ストレス」『臨床栄養』122 巻 5 号, 514-515.
- [120] 田中明子, 中川幸恵, 三瀬敬治ほか [2013b] 「病院栄養士の勤務実態と職業性ストレス：所属資格別及び多職種との比較・検討」『日本病態栄養学会誌』第 16 巻 2 号, 209-220.
- [121] 田中明子 [2013] 「病院栄養士の勤務実態と職業性ストレス—所属資格別及び他職種との比較・検討」『日本病態栄養学会誌』第 16 巻 2 号, 209-220.
- [122] 谷みゆき [1969] 『医療をになう人たち—人間回復の医療を』三一新書.
- [123] 太郎良裕子, 岡本朋子, 西原裕美 [2008] 「委託給食施設における施設管理栄養士および委託給食会社栄養士の業務分析—老人福祉施設および老人保健施設の給食業務を通して」『ノートルダム清心女子大学紀要』第 32 巻 1 号, 33-46.
- [124] 中央社会保険医療協議会—診療報酬基本問題小委員会 [2005] 「平成 16 年入院時食事療養費に関するコスト調査 (入院患者給食に関するアンケート調査) 報告書」.
- [125] 辻ひろみ, 名倉秀子, 由田克士, 石田裕美 [2012] 「給食経営管理論分野における教育の現状と課題」『栄養学雑誌』第 70 巻 4 号, 253-261.
- [126] 角田禮次郎, 茂申俊ほか編著 [2016] 『法令用語辞典—第 10 次改訂版』学陽書房.
- [127] 東京保険医協会 [2012 年 4 月] 「入院料等への管理栄養士への配置義務の撤回」.
- [128] 内藤重之, 佐藤信編著 [2010] 『学校給食における地産地消と食育効果』筑波書房.
- [129] 中川雄一郎監修, 非営利・協同総合研究所のちとくらし編 [2010] 『地域医療再生の力』新日本出版社.
- [130] 長崎県保険医協会 [2012 年 4 月] 「入院料等への管理栄養士への配置義務の撤回」.
- [131] 中島美千代 [2007] 「病院職員全員で取り組んだサービスに対する意識改革」『病院設備』第 49 巻 1 号, 34-39.
- [132] 中村静治 [1978] 『現代技術論の課題—産業技術と医療技術』青木書店.
- [133] 南木佳士 [1994] 『信州に上医あり—若月俊一と佐久病院』岩波書店.
- [134] 新村明, 樋口順三, 難波三郎, 山本喜恵子, 大迫初子, 橋本サト子, 杉藤智子, 谷口清司, 相原康行, 鈴木昌訓, 村田民雄 [1986] 「特集、院給食業務の一部委託について、私はこう思う」『臨床栄養』第 69 巻 1 号, 22-48.
- [135] 西村一弘監修 [2013] 『国民の栄養白書 2013 年度版—急性期医療の現状と在宅栄養』日本医療企画.
- [136] 日本病院給食研究会編 [1960] 『病院給食治療食献立—新編』第一出版.
- [137] 日本メディカル給食協会編 [2012] 『患者給食関係法令通知集 16 訂版』ぎょうせい.
- [138] 日本給食経営管理学会監修 [2011] 『給食経営管理用語辞典』第一出版.
- [139] 日本給食経営管理学会監修 [2015] 『給食経営管理用語辞典—第 2 版』第一出版.
- [140] 日本栄養士会編 [1980] 『栄養士のあゆみ—栄養士会創立 35 周年記念誌』.
- [141] 日本栄養士会編 [1994] 『栄養士制度発展のあゆみ—栄養士会 50 年のあゆみ』第一出版.
- [142] 日本メディカル給食協会編 [2015] 『患者給食関係法令通知集 19 訂版』ぎょうせい.
- [143] 日本栄養改善学会監修, 伊達ちぐさ・木戸康博編 [2016] 『第 0 巻、入教育第 2 版—信頼される専門職となるために—管理栄養士養成課程におけるモデルコアカリキュラム 2015 準拠』医歯薬出版.
- [144] 日本メディカル給食協会 [2010] 『平成 22 年度患者給食実態調査結果報告書』.
- [145] 日本医労連・病院給食対策委員会 [1990] 『病院給食実態調査の概要』72-114.
- [146] 日本医労連・病院給食対策委員会 [1996] 『第 2 回病院給食実態調査報告』1-21.
- [147] 日本医労連 [2012] 「病院給食実態調査結果」『医療労働』34-44.
- [148] 日本医師会 [2013 年 11 月] 有床診療所に関する検討委員会「平成 25 年度有床診療所に関する検討委員会答申」.
- [149] 日本医労連・病院給食対策委員会 [2012 年 10 月] 「第 3 回病院給食実態調査結果」1-36.
- [150] 日本医師会 [2013] 「有床診療所に関する検討委員会／資料編」60.
- [151] 野村東太 [1966] 『病院施設／新しい計画と設計』医歯薬出版.
- [152] 橋本鉦市編著 [2009] 『専門職養成の日本的構造』玉川大学出版部.
- [153] 林進 [2012] 「給食部門の収支コントロール」『ニュートリションケア』第 5 巻 10 号, 988-992.
- [154] 原正俊 [1982] 『基準給食制度とその実際—日本の病院給食』第一出版.
- [155] 原正俊 [1995] 『入院時食事療養制度—日本の病院食』第一

- 出版。
- [156] 原正俊, 山本辰芳, 中村丁次共著 [1989] 『病院給食 Q & A 100 題』 第一出版。
- [157] 樋口耕一 [2014] 『社会調査のための計量テキスト分析—内容分析の継承と発展を目指して』 ナカニシヤ出版。
- [158] 病院経営 MASTER 編集委員会編集 [2012] 「病院スタッフの意識改革を考える」 『病院の収益改善に貢献する病院経営 MASTER』 第2巻5号, 126-34。
- [159] 病院経営 MASTER 編集委員会編集 [2012] 「平成24年度診療報酬改定とクリティカルパス」 『病院の収益改善に貢献する病院経営 MASTER』 第2巻4号, 16-28。
- [160] 広江研 [1997] 「院外給食、今なぜセントラルキッチンなのか」 『特集、医療関連ビジネスの展開、分野の市場性をみる』 『病院』 第56巻6号, 520-522。
- [161] 廣瀬喜久子, 日本食環境研究所編 [1998] 『新調理システムクックチル入門—大量調理の衛生とおいしさの追求』 幸書房。
- [162] 廣瀬喜久子 [1998] 『新料理—クックチル入門』 幸書房。
- [163] 廣森直子 [2012] 「専門職」女性のキャリア形成と専門性—司書と栄養士を事例として」 『青森保健大雑誌』 13号, 1-11。
- [164] 深浦京子 [2012] 『栄養指導の今昔—職・食・動・住のすすめ』 医薬経済社。
- [165] 福永肇 [2014] 『日本病院史』 ピラールプレス。
- [166] 藤原政嘉, 田中俊治, 赤尾正編著 [2014] 『新・実践給食経営管理論—栄養・安全・経済面のマネジメント—第3版』 みらい。
- [167] 藤原政嘉, 田中俊治 [2014] 『新・実践給食経営管理論第3版—栄養・安全・経済面のマネジメント』 みらい。
- [168] ヘルスケア総合政策研究所企画・制作 [2012] 『医療白書2012年度版』 日本医療企画。
- [169] ヘルスケア総合政策研究所企画・制作 [2013] 『医療白書2013年度版』 日本医療企画。
- [170] 北海道開発協会 [2005年9月] 「地域と医療—北海道的地域医療の現状と課題克服に向けて」 『開発こうほう』 506。
- [171] 北海道保険医会 [2013年1月] 「入院料等への管理栄養士への配置義務の撤回」。
- [172] 北海道新聞朝刊 [2013年9月28日] 「管理栄養士地方で不足」。
- [173] 本田節子 [2011] 『食に生きる—栄養士活動65年の軌跡』 本の泉社。
- [174] 本田佳子編著 [2013] 『約束食事箋の作成と献立展開のコツ—ニュートリションケア2013年秋季増刊』 メディカ出版。
- [175] 本田桂子, 朝倉比都美 [2012] 「栄養部門の診療報酬&コスト管理」 『ニュートリションケア』 メディカ出版。
- [176] 前田由美子 [2012年8月8日] 「2012年度診療報酬改定についての調査結果報告」 『日医総研ワーキングペーパー』 262。
- [177] 松崎政三, 江田節子, 藤井恵子 [2004] 「給食経営管理業務における業務基準の立案と標準化」 『Shidax Research』 4号, 1-10。
- [178] 松島松翠編著, 佐久総合病院監修 [2014] 『現代に生きる若月俊一のことば—未来につなぐ農村医療の精神』 家の光協会。
- [179] 松村理司編著 [2010] 『地域医療は再生する—病院総合医の可能性とその教育・研修』 医学書院。
- [180] 真野俊樹 [2012] 『入門医療政策—誰が決めるか、何を指すのか』 中央公論新社。
- [181] 西村薫子 [1984] 「委託給食の事例と今日の課題」 『病院設備』 第26巻4号, 345-351。
- [182] 水元芳, 徳永亜紀子, 片桐義範, 樋口善之, 渡辺啓子 [2015] 「病院に勤務する管理栄養士の職務満足度とその関連要因に関する研究」 『栄養学雑誌』 第73巻5号, 170-181。
- [183] 美土路達雄編著 [1987] 『北のくらしと家政学—地域社会の発展条件と生活研究の課題』 北海道大学出版会。
- [184] 峯岸夕紀子, 志渡晃一 [2010] 「北海道 S 市とその近郊における、病院・社会福祉施設に勤務する栄養士・管理栄養士の勤務継続意志とその関連要因」 『栄養学雑誌』 第68巻2号, 117-124。
- [185] 三好恵子, 山部秀子, 平澤マキ編著 [2014] 『給食経営管理論』 第一出版。
- [186] 村上正泰 [2010] 『日本の医療行政と地域医療—政策、制度の歴史と基礎知識—医療経営士テキスト初級テキスト2』 日本医療企画。
- [187] 盛岡正博 [2011] 「地域に求められる医療活動—JA 長野厚生連の取り組み」 『JC 総研レポート』 17号, 10-16。
- [188] 矢野俊博, 岸本満 [2009] 『管理栄養士のための大量調理施設の衛生管理—改訂』 幸書房。
- [189] 矢野経済研究所 [2015] 『2015年版メディカル給食, 在宅配食, 介護食, 治療食の市場展望』。
- [190] 山岡淳一郎 [2009] 『医療のこと、もっと知ってほしい』 岩波書店。
- [191] 山本辰芳 [1988] 『実践病院給食管理』 日本プランニングセンター。
- [192] 山本英子 [2001] 「病院給食の委託にかかわった18年間」 『病院設備』 第43巻5号, 538-542。
- [193] 横山壽一編著, 日本医療総合研究所監修 [2013] 『皆保険を揺るがす「医療改革」—「自助」論や TPP がもたらすもの』 新日本出版。
- [194] 吉田勉監修, 名倉秀子編著 [2013] 『給食経営管理論—食物と栄養学基礎シリーズ12』 学文社。
- [195] 読売新聞大阪本社 [2011] 『これでわかる! 医療のしくみ』 中央公論新社。
- [196] 臨床栄養編 [1961] 「病院給食経営方式の諸問題」 『臨床栄養』 第19巻5号, 26-34。
- [197] 若月俊一 [1971] 『村で病気とたたかう』 岩波書店。
- [198] 若月俊一 [2010] 『信州の風の色—地域農民とともに50年』 旬報社。
- [199] 若月俊一 [2010] 『若月俊一対話集2—予防は治療にまさる』 旬報社。
- [200] 渡辺洋子他 [2002] 「地域連携にける栄養指導への取り組み」 『淀川キリスト教病院学術雑誌』 19号, 36-38。
- [201] 一般財団法人医療関連サービス振興会ウェブサイト [2017] (<https://ikss.net/>)。
- [202] 一般社団法人日本フードサービス協会ウェブサイト [2017] 「一般社団法人日本フードサービス協会ウェブサイト」 (<http://www.jfnet.or.jp/>)。
- [203] 公益財団法人食の安全・安心財団ウェブサイト [2017] 「外食産業市場規模推移」 (<http://www.anan-zaidan.or.jp>)。
- [204] 公益社団法人日本栄養士会ウェブサイト [2017] (<http://www.dietitian.or.jp/>)。
- [205] 厚生労働省ウェブサイト [2012] 「平成24年医療施設(動態)調査」 (<http://www.e-stat.go.jp/>)。
- [206] 厚生労働省ウェブサイト [2015] 「平成26年(2014)医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況」 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/>)。
- [207] 厚生労働省ウェブサイト [2015] 「平成27年度衛生行政報告例の概況」 (<http://www.mhlw.go.jp/>)。
- [208] 総務省統計局ウェブサイト [2017] 「労働力調査(基本集計)平成28年(2016年)平均(速報)」 (<http://www.mhlw.go.jp/>)。
- [209] 特定非営利活動法人日本栄養改善学会ウェブサイト [2017] 「管理栄養士養成課程におけるモデルコアカリキュラム」

- (<http://jsnd.jp/modelcore.html>).
- [210] 北海道ウェブサイト, 保健福祉部 [2013] 「道内医療機関の名簿について」 (<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/>).
- [211] 北海道ウェブサイト [2013] 「平成 22 年国勢調査結果統計表」 (<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/>).
- [212] 日本経済新聞電子版 [2016 年 2 月 17 日] 「日本経済新聞速報「北海道の人口 2.2%減の 538 万人、札幌の一極集中進む」」 (<http://www.nikkei.com/>).
- [213] NHK 総合テレビジョン [2016 年 10 月 30 日放送] 「北海道クローズアップ「もうまずいとは言わせない～北海道から始まる病院食革命」」.