

ただ、アルブミン値の上昇などを NST の効果と言っているのかどうかは疑問。

- ・NST 加算の算定量を増やしたりチーム数を増やしたりするのは難しいだろう。管理栄養士側は専従者も増やせるが、他職種が今以上に NST に対して人手を出そうということにならないと思われるため。

(6) 制度上の改善を求めること(診療報酬の増点以外)

- ・管理栄養士の今のカリキュラムでは給食部分が薄い。調理について十分トレーニングを積まないまま病院で管理栄養士として働くので、調理でどのように工夫すればいいかのイメージを持っておらず、そのため個々の患者に応じた問題解決策が提示できない。管理栄養士は、調理を分かっているこそ入院患者の栄養管理ができるものだと思う。

(7) その他

- ・点数が上がればトップからの指示が出てもっと動きやすくなるだろう。トップが動くには点数アップが最も効果的。そのためにも結果を出していくことはやはり大切だとは思う。

【D 病院】

(1) 管理栄養士の病棟業務(現況)

- ・2 病棟(患者 40~80 人)を 1 人の管理栄養士が担当している。1 人で 4 病棟の場合もある。
- ・決まった時刻に管理栄養士が病棟に行き、1~2 時間、病棟の日勤看護師と打合せをする。
- ・週 3 回×4 件実施されている嚥下造影に

管理栄養士も参加するため、その後の食事オーダーの不整合などについてもチェックできる。こうした嚥下造影への参画も、管理栄養士が病棟に来るきっかけになっている。

(2) 管理栄養士の病棟業務に関するこれまでの経緯

- ・1 病棟(40~50 人)に管理栄養士 1 人の配置が望ましいと考えているが、1 病棟 1 管理栄養士という配置は 3 ヶ月の試行を行ったばかり段階。試行結果を検証し、より良い状況になるということなら、増員の上で「配置」を増やしたい。但し、そのためには管理栄養士の増員が必要。

(3) 入院栄養食事指導料の算定プロセス

- ・入院栄養食事指導料の算定に係る栄養指導については、病棟担当の管理栄養士が主治医に提案する。

(4) NST 加算の算定プロセス

- ・対象患者は病棟担当管理栄養士が日勤看護師と行う毎日の打合せの中で抽出される。嚥下造影検査実施症例は必ず NST につなげている。
- ・NST への介入依頼は誰でも電子カルテ上で入力可能で、依頼入力を行った旨を電子カルテの掲示板で主治医に報告することになっている。主治医による指示が必須のプロセスとして組み込まれておらず誰でも依頼できることが、NST 介入件数の増加につながっていると感じる。
- ・NST 回診時は、医師・薬剤師・管理栄養士が回診時にパッケージとして移動し、各病棟のリンクナースがその都度加わる。

(5) 自院での NST 加算の算定に関して課題と考えている事項

- ・《NST 専任医師の意見》経営の観点から効率化して算定量を増やす必要性を感じる。管理栄養士や薬剤師は精緻な指導をしようとする傾向にある。
- ・NST が介入すべき患者の 3～5 割くらいのカバー状況という印象。
- ・主治医のみならず、病棟看護師によっても NST に対する温度差がある。NST 専任薬剤師から医師に輸液関係の提案をしても、3 割程度しか聞き入れられない。特に外科医はなかなか難しい。
- ・管理栄養士の病棟配置を導入すれば、介入を要する患者により早くアプローチできるようになるのではないかと考えている。

(6) 制度上の改善を求めること(診療報酬の増点以外)

- ・《NST 専任医師の意見》原価計算まで考えると、チーム医療はコスト削減にはならない。行政としてチーム医療を推進するのであれば、表層的な医療コスト削減効果に着目させるのではなく、急性期病院なら一定程度の医療の質を担保せよと、そのためのチーム医療なのだという方向で進めるべきなのではないか。

(7) その他

- ・NST として働いている側としても、NST 加算の 200 点が高いのか低いのか明確にする必要がある。NST 活動が診療報酬請求につながることでチームのモチベーションも上がる。チーム医療とその成果について病院長の関心が高く、予算要求ヒアリ

ングの際、数値化したものを三役に示した。そのとき、回診人数や診療報酬請求状況は関心をもたれていると感じた。

- ・目標を持つようにすることで、NST のゴールが病棟看護師と共有されやすくなった。

【E病院】

(1) 管理栄養士の病棟業務(現況)

- ・現在、病棟配置にはなっていない。
- ・栄養指導は病室で行っているが、終われば栄養担当部門の室に戻ってくるという状況で、病棟に滞在することは少ない。

(2) 管理栄養士の病棟業務に関するこれまでの経緯

- ・各病棟(約 40 床)に管理栄養士 1 人が常駐する病棟配置をぜひ導入したいが、現時点では管理栄養士の人数が少なく難しい。(将来的な)病棟常駐の管理栄養士の業務として想定しているのは、入院患者の食種の適切な管理、特別食の患者に対する栄養指導、摂食状況の把握、食事変更の包括的な対応など。現在は摂食状況の把握も一部の患者にしかできていない、という問題意識がある。

(3) 入院栄養食事指導料の算定プロセス

- ・入院栄養食事指導料については、特別食の患者がいれば主治医とメディカルクラークに栄養指導の指示を出してくれるよう管理栄養士から依頼する。主治医が口頭でも了解すればメディカルクラークが手続をしてくれるのでそれほどハードルは高くない。科によっては、メディカルクラークにだけ伝えて済む科もある。その他、クリニカル

パスの症例の場合はすぐに栄養指導に入ることができる。

- ・病院から栄養指導の件数について目標設定するよう言われている。外来は平均 8 件／日、入院は平均 9 件／日など。満たせなくてもペナルティはないが、意識している。

(4) NST 加算の算定プロセス

- ・栄養担当部門の管理栄養士(主に NST 専従者)が、検査部門から送られてくる血清アルブミン $\leq 3.0\text{g/dl}$ の患者のリストと、入院時栄養評価で栄養状態に問題があるとされた患者のリストとを合わせ、NST でフォロー中かどうか等の整理を行った上で、その週の NST 対象者を決定する。
- ・入院時診療計画書で「栄養管理が必要」とされている患者であれば、NST も栄養管理の一環であるので、主治医の事前許可は不要。
- ・主治医 (NST 専任医師宛てに依頼が多)、看護師、リハスタッフなど誰からでも NST にコンサルト可能で、形式は特に定められていない(口頭でも電子カルテ上の依頼でも可)。
- ・1回につき 40～50 人程度を対象としているが、1日 30 人までという算定要件があるため NST 加算は 30 人分しか算定していない。
- ・メディカルクラークが 4 年前から参加しており、カンファレンス・回診の記録を一貫して担当している。回診時は「NST 回診用」というラベルが貼られたパソコンを小さなワゴンに載せてタイピングをしながら NST メンバーとともに病棟内を移動する。

(5) 自院での NST 加算の算定に関して課題

と考えている事項

- ・NST を受け入れようとしない一部の主治医の対応をどうするかが問題。同じ診療科内でも個人差が大きい。特にどの診療科で、というわけではないが、例えば外科では自分でできるという医師も多く、受け入れは半分くらい。解決の方向性としては、管理栄養士がもっと主治医と「話ができる」ようになるようレベルアップすることと、話しやすくなるように病棟配置を導入することだと考えている。病棟配置がされるようになった薬剤師は、医師と顔なじみとなることで連携がスムーズになったので、そのような環境が望ましい。

(6) 制度上の改善を求めること(診療報酬の増点以外)

- ・管理栄養士の病棟配置に加算がついてほしいが、ただ管理栄養士としてもそれだけの力を示さないといけないと思う。管理栄養士にもいろいろあるので、「臨床に特化した管理栄養士」が評価されるような仕組みが望ましい。
- ・卒前教育でも臨床を強化すべき。
- ・入院栄養食事指導料と NST 加算の両方を同じ週に算定できないルールには納得できない。
- ・NST 専従管理栄養士になるとそれ以外の管理栄養士業務をできないのが問題。他の管理栄養士に負担がかかり過ぎる。

(7) その他

- ・院外での勉強の重要性について病院の理解があり、勉強に行く機会は得やすい。勉強会や研修などは公務外出として認められており、参加費や交通費も支給される。宿

泊を要する出張も年2回まで認められる。

3. 概念抽出と考察

インタビューで回答が得られた各病院の状況を踏まえて、NST 加算及び入院栄養食事指導料の算定に関わる促進要因及び阻害要因として考えられる概念を抽出し、これらを主体(NST、管理栄養士、主治医・病棟看護師、病院経営幹部)毎に整理して「取組のレベル」で区別したものを表2に示す。

これらの概念の中には、症例選定における積極性、業務の効率化、生涯学習など、各専門職個人や部門のレベルで導入可能な促進要因が多く含まれた。また管理栄養士の病棟業務を活発にする要因として、管理栄養士が病棟で居づらさを感じないようにするだけでなく、管理栄養士が病棟に行かざるを得なくなるような状況(例えば栄養担当部門におけるパソコンの不足)を取って維持することで管理栄養士の病棟業務を日常化する工夫がなされていることは興味深い。また、NST 回診にメディカルクラークを導入し活用している病院があったことから、多職種協働にも充実の余地があると考えられる。

しかし、栄養関連診療報酬の病院間格差が生じる理由は、これら部門レベルまでの取組の相違のみでなく、病院レベルでの対象症例抽出システムが大きく影響していると考えられた。具体的には、①効率性と②積極性の2点が重要と考えられる。

NSTについてこうした病院レベルのアプローチが特に重要となる理由は、栄養面の問題は相対的に緊急性が乏しく、NST 介入の要否の判断が主治医の多忙さ等に左右されやすいためだろう。したがって、病院経営幹部がこうしたシステムの導入・運用を推進し、1人の患者の

医療に多職種が関わりやすい環境を整備することで、活発なチーム医療及び栄養関連診療報酬の請求増加に資すると期待される。

まず①の効率性については、管理栄養士の病棟配置や電子カルテ機能の活用によって、特別食の患者や栄養障害のハイリスク患者を的確に管理栄養士が把握して栄養指導やNST 介入につなげることを指す。インタビュー対象病院では、各病棟の担当管理栄養士が明確化されていて病棟看護師と日常的に情報交換していたり、管理栄養士が電子カルテで食事情報や臨床検査データ等をチェックできるようになっていたりした。こうした院内環境は、迅速で効率的な患者の把握につながり、結果として専門職による適時の介入につながるという点で有用と考えられる。

次に②の積極性とは、予め院内で共有された要件を満たせば積極的にNST 介入対象としていることを指す。インタビュー対象病院には、次のような院内ルールを運用している病院があった。

- ・「血清アルブミン値 3.0g/dl 以下であれば、原則として NST 回診の対象候補とする」
- ・「特別食の患者であれば、原則として管理栄養士による栄養指導の対象とする」
- ・「入院時の診療計画立案の際に医師が『患者希望で食事変更可』としていれば、原則として管理栄養士が食事を変更できる」
- ・「病棟看護師が患者から食事に関する相談を受けた場合は、原則として管理栄養士を呼ぶ」

上記①②のいずれについても、新たに導入するためには病院経営幹部の理解・支援が重要であると考えられる。①の効率性については、

管理栄養士を各病棟に配置するには管理栄養士の増員を要する場合が多く、また、管理栄養士が容易に電子カルテ入力できるシステムに変えなければ情報収集が非効率にとどまる可能性が高い。また、②の積極性については、その導入時には全ての医師・看護師に理解を求める必要があり、システムの維持・継続させるためには新規採用者への周知徹底する必要がある。病院経営幹部がリーダーシップを発揮してこうしたシステムの導入を推進することで、管理栄養士や NST の業務が活発化し、ひいては主治医・病棟看護師の負担軽減及び栄養関連診療報酬の請求額増加につながると考えられる。

E. 結論

栄養関連診療報酬の大きな病院間格差には、管理栄養士や NST の業務における効率性や積極性だけでなく、効率的で積極的な対象症例抽出システムを病院レベルで運用していることが大きく影響していると考えられた。病院全体へのこうした仕組みの導入を病院経営幹部が推進することで、チーム医療がより活発になり、NST 加算や入院栄養食事指導料の請求額増加につながると期待される。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

なし

【謝辞】

インタビュー調査にご協力下さいました 5 病院の皆様にご心より御礼申し上げます。

【表1】 インタビュー調査を実施した5病院の特徴

	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院
病院類型 (地域)	自治体立病院	公的病院	民間病院	自治体立病院	民間病院
一般病床数	500床台	500床台	200床台	600床台	400床台
常勤換算管理栄養士数 (稼働一般病床100当たり)	10.0人 (2.0人)	9.0人 (1.6人)	12.0人 (5.7人)	9.0人 (1.5人)	6.6人 (1.6人)
病院給食の 業務委託状況	ほぼ完全委託	ほぼ完全委託	直営	ほぼ完全委託	ほぼ完全委託
入院栄養食事指導料の 算定割合	10%	2.6%	16%	7.9%	36%
NST加算の算定割合	0.7%	1.8%	1.0%	3.7%	11%
NST加算算定回数	21回/月	38.2回/月	6.9回/月	144回/月	86回/月
NSTカンファレンス 実施頻度、1回あたりの所要時間、 参加人数、参加職種数	週1回、40分 9人、7職種	週1回、40分 8人、4職種	週1回、40分 8人、6職種	週1回、30分 9人、5職種	週1回、30分 10人、7職種
NST回診 実施頻度、1回あたりの所要時間、 参加人数、参加職種数	週1回、40分 9人、7職種	週1回、50分 8人、4職種	週1回、20分 8人、6職種	週3回、70分 5人、4職種	週1回、150分 8人、5職種

表2. 5病院のNST専従管理栄養士に対するインタビューから得られたNST加算及び入院栄養食事指導料の算定における促進要因と阻害要因

主体	取組のレベル		促進要因	阻害要因
NST	個人レベル	積極性の共有	NSTメンバーがNST活動に対して同程度の積極性を有している	職種による温度差が大きい
	部門レベル (内部的)	症例選定における積極性	NSTの介入を要する症例であれば、積極的にNST対象としている	NSTに自主規制がある(重症例を除外する等)
		加算算定における積極性	算定基準を満たせば、積極的にNST加算の算定対象としている	NSTに自主規制がある(低栄養でない症例を算定対象から除外する等)
		専任者層の厚み	各職種の専任者が複数おり、適宜交代できる	専任者が各職種1名のみ
		メディカルクラークの活用	NSTカンファ・回診時にメディカルクラークが記録を担当し、各専任者が診療に専念できる	ない(NST専従/専任者が記録も担当)
	部門レベル (対外的)	リンクナースのNST専任化	各病棟のリンクナースがNST専任看護師を担っている	NST専任看護師にとって関連が深い病棟が限定される
		NST回診の定刻の設定	NSTカンファ・回診の定刻があり、NSTの時間帯であるとの認識が病棟でも共有され、日動帯にNST業務を完了できる(残業を前提としない)	NSTメンバーの状況によってカンファや回診の時間帯が変わり得る
		主治医とのコミュニケーション機会の確保	NST回診にしばしば主治医が参加している	通常、主治医は回診不参加
		経営側への成果のアピール力	NST専従/専任者に、NST活動の成果を数値化して経営幹部に提示する意欲とスキルがある	乏しい
	病院レベル	積極的な対象症例抽出体制	予め院内で共有された要件を満たせば積極的にNST介入対象とする「院内ルール」が病院全体で運用されている	そのような院内ルールがない、あっても一部の診療科でしか活用されていない
多職種間でのNST介入イニシアティブの共有		NSTメンバーを含め、様々な職種がNST介入を要請できる	NST介入のイニシアティブが限定されている	
管理栄養士	個人レベル	医療職としてのプロ意識	患者の栄養状態の改善について主体性と責任感がある	乏しい
		食事・調理に関するプロ意識	食事や調理業務の知識・経験が豊富で、個々の患者に適した対応を提案できる	不足
		医学的知識の学習意欲	臨床検査や輸液管理など、食事以外の領域を学習し栄養管理に活用しようとする意欲とスキルがある	乏しい
		多職種協働の実践力	他職種への信頼と、協働する意欲及びスキルがある(各科の主治医や病棟看護師に提案を行う/リハ医やリハスタッフと積極的に連携する/適時の栄養指導で、円滑な退院に貢献する/業務の効率化を図る/医療事務担当者と協力し、算定要件を満たせば積極的に診療報酬を請求する等)	乏しい
	部門レベル (内部的)	病棟業務の本来業務化	管理栄養士にとっては患者の栄養管理・栄養指導が最優先業務であるとする考え方が浸透している	日常的でない
		組織内での多職種協働の実現	栄養士や調理師との役割分担を明確にした上で、状況に応じて支援し合う関係性を構築している	不明確
		担当病棟の明確化	各管理栄養士が担当する病棟が明確で、他職種とも認識が共有されている	明確でない
		担当病棟の規模の適切性	各管理栄養士の担当する病棟が現実的に対応可能な規模である(約50床/人)	多過ぎる
		指導可能な体制の存在	ベテランが若手を一定期間かけて指導できる状態にある	離職が多い、中間層が薄い
		生涯学習への理解と支援	管理栄養士が院内・院外で学習することを推奨する	重視していない
		病院経営への貢献の重視	管理栄養士が成果の数値化や業務の効率化に取り組むことを奨励する	重視していない
	部門レベル (対外的)	心理的に病棟に滞在しやすい環境	病棟に管理栄養士の居場所(定位置/定刻など)がある、病棟に管理栄養士が外向く目的が病棟看護師と共有されている、等	管理栄養士にとって病棟に居づらさがある
		物理的に病棟に滞在せざるを得ない環境	病棟に向かなければ管理栄養士業務がはかどらないという物理的な制約がある(電子カルテにログインできない等)	栄養部署内で最低限の業務を完結させることができる
	病院レベル	管理栄養士数の充足	100床当たりの管理栄養士数が概ね2.0人以上	より少ない
管理栄養士が診療に関与しやすいIT環境		管理栄養士が電子カルテにログインできる、特別食のオーダーがなされた患者を管理栄養士が容易に把握できる、電子カルテのメール機能等を活用してメディカルが主治医に連絡・報告・提案を行いやすい等	管理栄養士による電子カルテの閲覧や入力に制限がある(主治医や病棟看護師が依頼した時のみ等)	
積極的な対象症例抽出体制		予め院内で共有された要件を満たせば積極的にNST介入対象とする「院内ルール」が病院全体で運用されている	そのような院内ルールがない、あっても一部の診療科でしか活用されていない	
主治医・病棟看護師	個人レベル	栄養管理の重要性・複雑性に対する理解	「栄養管理については、多忙な主治医・病棟看護師だけではなく、NSTや管理栄養士に関わってもらった方がよい」と考える	栄養管理を重要と考えない、或いは主治医・病棟看護師だけで十分と考える
		多職種協働の実践力	他職種を信頼し、包括的に業務を任せることができる	他職種へのレスペクトがない
	部門レベル (内部的)	管理栄養士との協働の日常業務化	クリニカルパスに栄養指導が組み込まれていたり、管理栄養士との打合せが日動看護師の通常スケジュールに入っていたりする	日常的でない
		積極的な対象症例抽出体制の周知システムの存在	予め院内で共有された要件を満たせば積極的にNST介入対象とする「院内ルール」の説明機会が確保されている	そのような院内ルールがない、作られても継承されない又は一部の科に限定
病院経営幹部	個人レベル	栄養管理の重要性・複雑性に対する理解	「栄養管理については、多忙な主治医・病棟看護師だけではなく、NSTや管理栄養士に関わってもらった方がよい」と考える	栄養管理を重要と考えない、或いは主治医・病棟看護師だけで十分と考える
		管理栄養士数の充足	100床当たりの管理栄養士数が概ね2.0人以上	より少ない
	病院レベル	生涯学習への経済的支援	管理栄養士を含めた様々な職種が院外研修会や学会に参加することに対し、経済的支援をしている	乏しい
		数値目標の設定	栄養担当部署を含めた様々な部署に自ら数値目標を設定させ、達成に向けて自主的な努力を促している(例:栄養指導の1日平均件数〇件)	数値目標が設定されていない、あっても現実的な目標設定でない
		積極的な対象症例抽出体制の承認とその周知システムの維持・徹底	予め院内で共有された要件を満たせば積極的にNST介入対象とする「院内ルール」の運用を認め、奨励するとともに、その運用を全診療科の医師や病棟看護師に徹底できる	そのような院内ルールがない、あってもトップダウンの指示がないため一部の診療科に限定

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
分担研究報告書

DPC 病院における管理栄養士の病棟配置の促進因子に関する検討

研究分担者 昭和大学病院 栄養科 科長補佐 菅野 丈夫
京都大学医学部附属病院 疾患栄養治療部 副部長 幣 憲一郎
札幌社会保険総合病院 栄養部 栄養部科長 中川 幸恵
川崎医療福祉大学 医療技術学部 臨床栄養学科 教授 河原 和枝
青森県立保健大学 健康科学部 栄養学科 教授 吉池 信男
研究協力者 社会医療法人近森会 近森病院 院長 近森 正幸
社会医療法人近森会 近森病院 臨床栄養部 部長 宮澤 靖

研究要旨

効果的な栄養管理を行うための、病棟における管理栄養士の配置体制と業務内容、それによって得られる効果、およびそのような体制や業務をおこなうために必要な事項について検討するため、栄養管理体制に定評のある 10 施設に対しインタビュー調査を行い、その内容を分析した。

その結果、効果的な栄養管理を行うための病棟における管理栄養士の配置体制とその業務については、すべての病棟に少なくとも 0.5 人以上の管理栄養士を、週 3 日以上、1 日 4～5 時間以上常駐させる必要があり、そのうえで、栄養管理全般にわたる業務を医師や看護師、薬剤師などと十分な連携を取りながら行う体制とすることが必要であると考えられた。

これらの体制では、臨床上的効果、医療安全上の効果、患者満足度上の効果、業務改善上の効果、経営管理上の効果が得られるが、その効果の程度は病棟に配置する管理栄養士の数と時間に比例し、すべての項目で十分な効果をあげるためにはすべての病棟に 1 名以上の管理栄養士を常駐配置する必要があると考えられた。

また、それを実現するためには、まず病院長など組織のトップの栄養管理に対する十分な理解が重要であり、そのうえで 1 病棟からでも管理栄養士を病棟に常駐させ、それを通じて栄養管理体制を構築し、発展させていくことが重要であると考えられた。

A. 背景

近年医療における栄養管理が重要視されるようになり、診療報酬上も入院基本料の算定基準として入院患者に対する栄

養管理の実施が盛り込まれるようになった。さらに、NST(nutrition support team)を組織して栄養管理を実施する医療施設が全国的に増加し、その効果はさまざま

な学会などで報告されている。

しかし、栄養管理を行う体制、特に管理栄養士の病棟への配置体制や業務内容については、医療法などの法律、または診療報酬においても明確に定められたものではなく、病院によるばらつきが非常に大きい。

このような現状にあって、充実した栄養管理を行なうためには、管理栄養士をどのように配置しどのような業務を行わせるのが効果的か、またその効果としてどのようなものが期待できるのかを明らかにすることはきわめて重要である。

また、この検討は、本研究の目的である栄養管理サービスの将来予測評価に基づく管理栄養士の人材育成システムの構築にも合致する。すなわち、将来の医療分野における管理栄養士の需要の質と量を明らかにし、それに基づいて医療分野に必要な管理栄養士の教育システムを構築する上でも意義がある。

そこで、昨年度に引き続き、充実した栄養管理を行うための、医療(病院)における管理栄養士の病棟配置体制とその業務内容について検討した。

B. 目的

次の3つの項目を目的とした。

1. 効果的な栄養管理を行うための、病棟における管理栄養士の配置体制と業務内容について明らかにする。
2. 病棟における管理栄養士の配置体制を整備して得られた効果を明らかにする。
3. 病棟における管理栄養士の配置体制を整備するために必要な要因について明らかにする。

C. 対象と方法

対象は、各種学会、専門雑誌などで栄養管理体制についての報告などを行い、栄養管理に定評のある病院で、インタビュー調査の趣旨に同意しそれを受諾した10病院とした。なお、事前に研究計画について、青森県立保健大学研究倫理委員会の審査・承認を得た。

方法は、本研究班の班員1~5名が対象病院を訪問し、病院長または栄養管理の責任者(医師)、および栄養部門の責任者(管理栄養士)に対し、表1の内容についてインタビュー形式の聞き取り調査を行い、その内容を分析した。

インタビュー調査内容の作成にあたっては、まずどのような調査をすることが目的を達成するために必要かを検討し、管理栄養士の病棟配置を推進する要因について仮説(図1)を立てた。

仮説の内容は次のとおりである。まず、管理栄養士の病棟配置を推進するための施設の基本特性、トップマネジメントの理念、地域における役割、病院における栄養部門の位置づけなどを構造的要因(structure)とし、それを基盤として管理栄養士を始め、医師や看護師、薬剤師などの医療従事者がチーム医療をどのように構築していったか(process)、そして現在どのようなチーム医療の体制を維持しているか、特に管理栄養士の病棟配置をどのような体制としたか(output)、その結果、医療サービスの質的向上や業務の効率性の向上にどの程度寄与し(impact)、医学的效果や病院の収益向上にどの程度効果があつたのか(outcome)を調査することで、効果的な病棟における管理栄養

士の配置体制と業務内容を明らかにできると考えた。

D. 結果

1. 対象病院の基本特性

対象とした病院の基本特性を表 2 に示す。

病院の特性は、すべて急性期病院であり、診療科数 16~39 科(29±8 科 mean±SD)のいわゆる総合病院であった。また、診療報酬はすべての病院で DPC を採用していた。許可病床数は、251~1121 床(566±235 床)で、200 床台 2 病院、400 床台 2 病院、500 床台 1 病院、600 床台 3 病院、700 床台 1 病院、1000 床以上 1 病院であり、平均在院日数は 10.3~15.7 日(12.6±1.9 日)であった。

病院内における栄養部門の位置づけは、診療技術部、医療技術部門など、名称は異なるもののすべて医療部門であり、事務部門である施設はなかった。栄養部門の職員数、特に病棟での栄養管理を行なう管理栄養士数は、稼働病床数 100 床あたり 1.0~6.7 人(2.6±1.7 人)であった。

給食管理業務の運営状況は、完全委託 6 病院、一部委託 2 病院、直営 2 病院であった。

2. 管理栄養士の病棟配置状況

管理栄養士の配置状況を表 3 に示す。

すべての病棟に 1 名以上を常駐配置としている病院から、特定の病棟に週数時間配置(実際には訪問)している病院まで、ばらつきがみられた。

すべての病棟に配置していると答えた病院でも、1 病棟あたり 1 名以上を常駐としている病院から 1 名が 3~4 病棟を兼任

している病院まで、配置の体制には差がみられ、特定の病棟に配置していると回答した病院でも、同様の傾向がみられた。

人数的にもっとも多く管理栄養士を病棟に配置していたのは A 病院で、すべての病棟に 1 名以上を常駐配置していた。実際には 1 フロア 2 病棟に 3 名の管理栄養士を配置し、救命救急病棟と集中治療棟にはそれぞれ 2 名を配置していた。さらに重症患者に対する夜間呼び出し体制や土日祝日の回診体制も構築し、必要な患者に対しては 365 日 24 時間対応できる体制となっていた。

3. 病棟での管理栄養士の業務

病棟における管理栄養士の業務のうち、ルーチン化されている業務を表 4 に示す。

病棟における管理栄養士の業務は、入院時および入院中の栄養評価、栄養管理計画書の作成患者に対する適正な栄養量の算定および投与方法の立案と医師への提言など、診療報酬の入院基本料の算定要件とされている業務については、J 病院を除くほとんどの病院で行われていた。また、主治医の承認のもとで行われる食事のオーダー、回診やカンファレンスなどへの参加、栄養・食事指導、看護師や薬剤師などとの連携業務に、については、ほとんどの病院で行われていた。その他、作業療法士(PT)や言語聴覚訓練士(ST)、臨床工学技士(CE)などとの連携業務や地域連携室との連携などについては、すべての病棟に週 3 日以上管理栄養士を配置している病院(A~D)においてのみ行われていた。

なお、J 病院は業務のルーチン化を今後の課題であるとしていた。

4. 管理栄養士の病棟配置による効果

管理栄養士の病棟配置による効果を表5に示す。

まず、管理栄養士の病棟配置による効果を、回答のあった具体的項目から、1. 臨床上の効果(食事摂取率の改善、栄養状態の改善、糖尿病などの病態の改善、褥瘡の発生率減少と改善効果の向上、術後の早期離床の実現、化学療法完遂率の向上、再入院率の減少)、2. 医療安全上の効果(栄養管理上のインシデントの減少)、3. 患者満足度の向上(患者満足度、患者からの信頼度の向上)、4. 業務改善上の効果(医師の業務負担軽減、看護師の業務負担軽減、他職種のコア業務への専念、労働生産性の向上)、5. 経営管理上の効果(輸液や抗生剤の使用量の減少、NST 介入症例の増加、病診連携の向上、DPC における収入の改善)の5つのカテゴリーに整理して一覧表を作成し、各施設を比較した。

臨床上の効果については、すべての病棟に1名以上の管理栄養士を常駐配置しているA病院が5項目と最も多くの効果をあげており、次いで特定の病棟に管理栄養士1名を常駐配置しているF病院が4項目であった。B、C、E病院はそれぞれ3項目で、D病院、H病院は2項目、G病院は1項目であった。I病院とJ病院では明確な臨床的效果は見いだせないとの回答であった。

次に、医療安全上の効果、すなわち食物アレルギー患者へのアレルゲンとなる食物の提供や、経腸栄養剤の間違い、その他栄養管理上のインシデント、アクシデントの減少などの効果がみられたと回答した施設は、A病院、E病院、G病院

の3施設であった。

患者満足度上の効果については、すべての病院で何らかの効果がみられたと回答した。その内容は、「食事がおいしくなった」などの単なる食事満足度だけでなく、患者の要望や状態に応じた食事や栄養剤の対応が的確でタイムリーになり、その結果栄養状態の改善や疾病の早期回復などの改善にまでつながったことを患者自身が実感することで得られた効果であった。さらに、管理栄養士が患者に接する機会が多いほどその効果は高い傾向がみられた。

業務改善上の効果は、管理栄養士の病棟での業務が、医師や看護師の業務負担軽減や、医師、看護師、薬剤師などのコア業務(それぞれの職種の本来業務)への専念などに貢献できているかどうかということである。さらには、それによって病院全体、または管理栄養士が常駐している当該病棟の労働生産性が向上したかどうかという評価である。

結果は、A病院とE病院が4項目ともっとも多く効果があると回答し、次いでB病院、C病院、D病院が3項目であった。医師と看護師の業務負担が軽減したと回答したのはF病院とI病院、G病院、H病院、J病院はいずれの効果もみられないとの回答であった。

経営管理上の効果では、A病院が4項目の効果があると回答し他の病院を大きく上回っていた。次いでB、C、D病院が2項目、E病院が1項目の効果があると回答し、F～J病院では効果が見られない、または不明であるとの回答であった。

5. 管理栄養士の病棟配置体制の評価

どのような管理栄養士の病棟配置体制がさまざまな効果をあげるために効果的であるかを検討するため、「4. 管理栄養士の病棟配置による効果」を総合的に分析し検討した。

まず、効果が得られたと回答した項目を1点とし、それを臨床上的効果、医療安全上の効果、患者満足度上の効果、業務改善上の効果、経営管理上の効果の各カテゴリで点数化し、その合計を比較検討した(表6)。

その結果、すべての病棟に管理栄養士を配置している病院のうち、A～D病院が8点以上(8項目)の効果がみられたと回答し、特定の病棟に管理栄養士を配置している病院のうちE病院とF病院が7点以上(7項目)以上の効果かみられたと回答、G～J病院では3点(3項目)以下の回答であった。

この結果から、A～D病院をすべての病棟に管理栄養士を配置している場合での効果的な配置体制と判定し、E病院とF病院を特定の病棟に管理栄養士を配置している場合での効果的な配置体制と判定した。また、G～J病院をA～F病院と比較してあまり効果的でない病棟配置体制と評価した。

そして、A～D病院をI群、E病院とF病院をII群、G～J病院をIII群として3群に分類し、各カテゴリで効果があった項目の数を各群の病院数に対する比率で表し、これを有効率として比較した(図2)。

結果は、患者満足度の向上については3群ともに100%、医療安全上の効果も3群ともにほぼ同等な回答率であったが、

臨床上的効果、および業務改善上の効果ではI群とII群で回答率が高く、病院経営上の効果ではI群で回答率が高い傾向がみられた。

E. 考察

今回、効果的な栄養管理を行うための病棟における管理栄養士の配置体制と業務内容を明らかにし、その結果どのような効果が得られるのか、効果が得られる体制とするために必要な事項などについて検討を行った。

まず、どのような管理栄養士の配置体制が効果的であるかについて検討するため、対象施設をI群(すべての病棟に管理栄養士を配置している病院のうち、比較的効果的な病棟配置体制である施設)、II群(特定の病棟に管理栄養士を配置している病院のうち比較的効果的な病棟配置体制である施設)、III群(A群、B群と比較してあまり効果的でない病棟配置体制)に分類し、効果の内容について比較検討した。

その結果、医療安全上の効果と患者満足度の向上については3群ともにほぼ同等な有効率であったが、臨床上的効果、および業務改善上の効果ではI群とII群で有効率が高く、経営管理上の効果ではI群でのみ有効率が高い傾向がみられた。この結果から、患者満足度上の効果については、管理栄養士の配置体制の内容にかかわらず一定の効果がみられると考えられた。しかし、すべての病棟に配置している場合と特定の病棟に配置している場合とでは、満足する患者の数はすべての病棟に配置している場合の方が当然多いと考えられ、また、満足度の度合いや

内容は、病棟で活動する時間と内容に比例すると考えられる。実際、Ⅲ群の患者満足度の内容は、食事の対応が早いなどの食事満足度に対するものが中心であったのに対し、Ⅰ群、Ⅱ群ではそれ以外に管理栄養士の関与による治療効果に対するものも多かった。

臨床上的効果については、Ⅰ群とⅡ群において効果がみられたのに対し、Ⅲ群ではあまりみられなかった。この結果から、臨床的な効果を得るためには、すべての病棟に管理栄養士を配置する場合、少なくとも週3日以上、1日4～5時間以上、1名が担当する病棟数は2病棟以下とする必要があると考えられた。また、特定の病棟でも臨床的な効果を得るためには完全に常駐させることが必要で、週に2～3日、または週数時間程度の配置体制では効果を得ることができないと考えられた。特に、Ⅰ群の中でもすべての病棟に1名以上の管理栄養士を常駐させているA病院がもっとも多く臨床的効果を認めていた。すなわち、臨床的効果を得るための管理栄養士の配置体制は、管理栄養士の人数と病棟の配置時間に比例していると考えられ、人数と配置時間両面での充実した配置体制が必要であると考えられた。

これらの傾向は、医師や看護師の労務軽減などの業務改善上の効果でも同様であり、この点においても、病棟に配置する管理栄養士の人数と配置時間両面で、充実した配置体制が必要であると考えられた。

一方、経営管理上の効果についてはⅡ群、Ⅲ群に比較しⅠ群で多い傾向がみら

れた。特定の病棟に管理栄養士を配置している場合、その病棟での臨床的効果はみられるものの、病院全体での評価となる経営上の効果は得られにくいと考えられる。「輸液や抗生剤の使用量の減少」「NST介入症例の増加」「病診連携の向上」「DPCにおける収入の改善」などの各項目が経営管理上の効果にまで至るには、特定の病棟への配置では限界があり、すべての病棟に配置することではじめて得られるものと考えられた。

また、ここでもA病院が最も多くの効果を上げており、経営管理上の効果を得るためにはすべての病棟に1名以上の管理栄養士を常駐させるという、充実した体制がより効果的であると考えられた。

次に、効果的な栄養管理を行うための業務内容についてであるが、これについてはⅠ群、Ⅱ群、Ⅲ群ともに大きな違いがみられなかった。したがって、効果的な栄養管理を行うためには、入院時および入院中の栄養管理、栄養管理計画書の作成患者の適正な栄養量の算定および投与方法の立案と医師への提言、主治医の承認のもとで行われる食事のオーダー、回診やカンファレンスなどへの参加、栄養・食事指導、看護師や薬剤師などとの連携などの業務を行ない、さらにPT、ST、CEなどとの連携が加わるとさらに効果的となると考えられた。また病病連携、病診連携などにおける効果を生み出すためには地域医療連携室などとの連携も不可欠となると思われた。

以上のことから、効果的な栄養管理を行うための病棟における管理栄養士の配置体制とその業務については、すべての

病棟に少なくとも 1 病棟あたり 0.5 人以上の管理栄養士を、週 3 日以上、1 日 4 ～5 時間以上常駐させる必要があり、さらに十分な効果を期待するにはすべての病棟に 1 名以上の管理栄養士を常駐させる体制が必要であること、そのうえで、栄養管理全般にわたる業務を医師や看護師、薬剤師などと十分な連携を取りながら行う体制とすることが必要であると考えられた。

次に、このような体制とするために、またこのような業務をおこなうために必要な事項について検討するため、最も充実した配置体制を整備し、最も多くの効果をあげていた A 病院のインタビュー内容の分析を行った(表 7)。

まず、インタビューで回答された言葉をトップマネジメントの理念、病棟配置とした理由と目的(structure)、配置までの過程(process)、管理栄養士を病棟配置するための環境整備(process)、効果的な栄養管理を行うために必要な要素(output)に分類して整理し、そこから管理栄養士の病棟配置体制の構築と、病棟業務に必要な事項について分析を試みた。

トップマネジメントの理念としては、“物品販売業から労働集約型医療サービス業への転換”など、出来高払いから DPC への転換を背景とした今後の医療体制のあるべき姿を的確に捉え、それを基に今後の栄養管理のあり方についてのビジョンを明確に示していた。具体的には、今までのモノ(食事)を提供する時代(出来高払い)から形のない付加価値(栄養管理による回復促進など)が求められる時代(DPC)に変化したとし、それに対応するた

めには必要な人材(必要な職種)を必要なだけ確保して治療効果と労働生産性を向上させることが重要としていた。病棟配置とした理由と目的では、救急患者の大半を占める高齢者に視点を当て、高齢者が低栄養状態に陥りやすく、それが治療に大きな影響を及ぼすという特徴を有していることに鑑み、栄養管理を重視していたこと。しかし、栄養管理の専門家である管理栄養士の数と質の充実なくしてはそれが実践できないという経験し、それが管理栄養士の病棟への常駐配置を決断させた理由としていた。このことから、トップマネージャーの医療体制や経営方針などに対する考え方が、管理栄養士の病棟配置に大きな影響を及ぼすものと考えられた。

また、結果には示さなかったが、A 病院以外の病院の病院長やインタビューの対象とした医師はすべて栄養管理に理解があり、このことから、病院長や病院経営者などのトップマネージャーの栄養管理への理解が、管理栄養士の病棟配置における必要最低条件であると考えられた。

次に、配置に至るまでの過程であるが、きっかけは 1 人の管理栄養士による 1 病棟での栄養管理が効果を上げたことであり、それを当該病棟の医師が認めたことで NST の発足につながったことであった。しかし、少人数ではいくら努力しても大きな効果を上げることができず、管理栄養士を増員することで徐々に効果を上げるに至ったとのことであった。そして今では、“管理栄養士がいなくて困る時代になった”とのことである。今回の調査で、管理栄養士の人数とさまざまな効果の間

には相関関係がみられたが、A 病院のこれまでの経過でもそれが示された。このことから、十分な効果を得るためにはすべての病棟に 1 名以上の管理栄養士を常駐配置する必要があると考えられた。ただ、そのステップとして、まずは 1 つの病棟に管理栄養士を配置して効果を上げ、それをきっかけに他の病棟にも常駐配置していくというのが实际的であろう。

管理栄養士を病棟配置するための環境整備については、まず管理栄養士の教育の問題がある。A 病院では、回診やカンファレンスなどへの管理栄養士の出席を必須とし、その場で医療従事者としての心構えや立ち居振る舞いなどの基本を徹底して教育し、さらに、医師をはじめ他の医療職種との共通言語としての医学用語や様々な検査データの読み方などを医師が教育しているとのことであった。さらに先輩の管理栄養士が後輩を指導するなど、初期研修医の指導体制と同じ体制としていた。そして、1 年後には 1 人前の管理栄養士として活動ができるようにしているとのことであった。このような、効率的で実践的な教育ができるのも、管理栄養士を病棟に配置し完全に医療従事者の一員として位置付けているからであり、管理栄養士の病棟配置による相乗効果ともいえるべき効果であると考えられた。

もう 1 つ大事なことは、管理栄養士の業務を病棟での臨床業務に特化したことである。多くの病院では、管理栄養士が給食管理やそれを取り巻く雑務に追われ、病棟で活動する時間が十分に取れていないのが現状である。A 病院では、給食管理業務を完全に業務委託し、基本的に病

院側の管理栄養士はその業務にタッチしない体制としており、さらに場所的にも厨房とはまったく別の場所に部門を置くなど、臨床業務に特化できる体制としていた。

また、日常業務を標準化し、一定の教育を受けた管理栄養士であれば誰もが一定のレベルで栄養管理ができるようにしていた。業務を標準化することで多くの軽症低栄養患者に対応でき、これは重症低栄養患者に十分な対応するためにも重要とのことであった。情報の交換と共有については、通常は医師や看護師と二言、三言のやり取りで行うことが多く、また管理栄養士による栄養評価や栄養管理計画などは電子カルテに入力し、それを他の医療職種が確認することで行っているとのことである。これによって、栄養管理のためだけに医師や看護師、薬剤師などの時間を割くことがなくなり、各職種がそれぞれの業務に専念でき、その結果労働生産性が向上するとのことである。

最も重要な医師をはじめとする他職種からの信頼については、前述した教育をベースに、医療従事者の 1 人として責任を持って行動する“自立と自動”が重要であるとし、それを醸成するためにも常に病棟で仕事をするのが不可欠であるとのことであった。

これらのことから、管理栄養士を病棟に常駐配置するために必要な事項としては、管理栄養士の教育、臨床業務に専念できる体制の整備、業務の標準化による業務の均一化、他の医療職種との共通言語による情報の交換と共有、そして他の職種からの信頼を得ることなどが重要で

ある。しかしそれは、管理栄養士を病棟に常駐させる前に整備することではなく、常駐させることによってのみ整備できる環境であると考えられた。

最後に、今後の課題についての質問に対しては、管理栄養士の病棟での業務は明らかな診療行為であり、診療行為である以上診療報酬によって評価されるべきとの回答であった。

F. 結論

今回、効果的な栄養管理を行うための、病棟における管理栄養士の配置体制と業務内容、それによって得られる効果、およびそのような体制や業務をおこなうために必要な事項について検討した。

その結果、効果的な栄養管理を行うための病棟における管理栄養士の配置体制とその業務については、すべての病棟に少なくとも1病棟あたり0.5人以上の管理栄養士を、週3日以上、1日4～5時間以上常駐させる必要がある、そのうえで、栄養管理全般にわたる業務を医師や看護師、薬剤師などと十分な連携を取りながら行う体制とすることが必要であると考えられた。

これらの体制では、臨床上的効果、医

療安全上の効果、患者満足度上の効果、業務改善上の効果、経営管理上の効果が得られるが、その効果の程度は病棟に配置する管理栄養士の数と時間に比例し、すべての項目で十分な効果をあげるためにはすべての病棟に1名以上の管理栄養士を常駐配置する必要があると考えられた。

また、それを実現するためには、まず病院長など組織のトップの栄養管理に対する十分な理解と、栄養管理を行うことで得られる利益を医療と経営の両面から評価することが重要であり、そのうえで1病棟からでも管理栄養士を病棟に常駐させ、それを通じて栄養管理体制を構築し、発展させていくことが重要であると考えられた。

そして、管理栄養士の病棟での業務に対しては、診療報酬によって評価されるべきと思われる。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

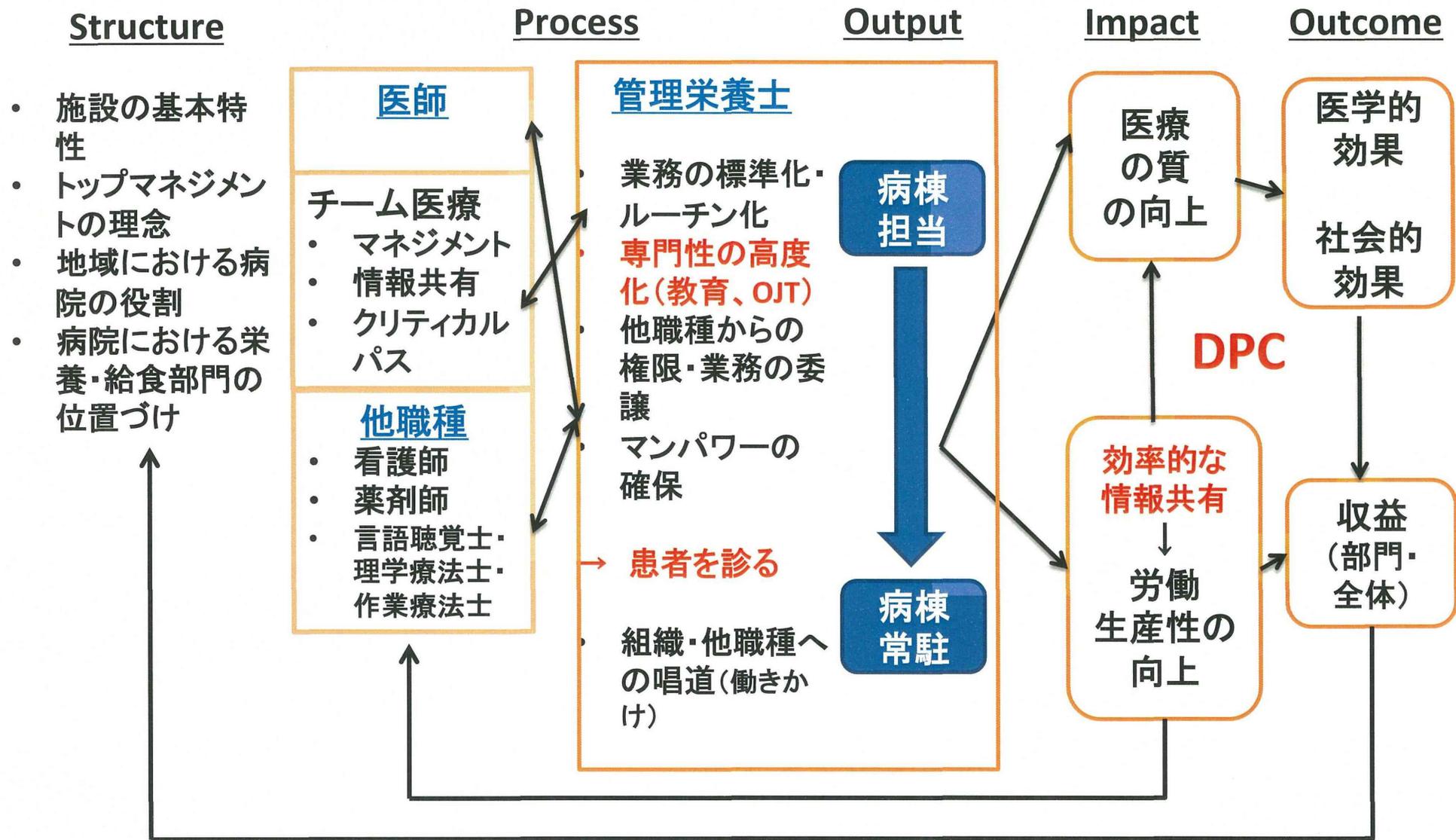


図1 DPC病院における管理栄養士の病棟配置を推進する要因についての概念図(仮説)

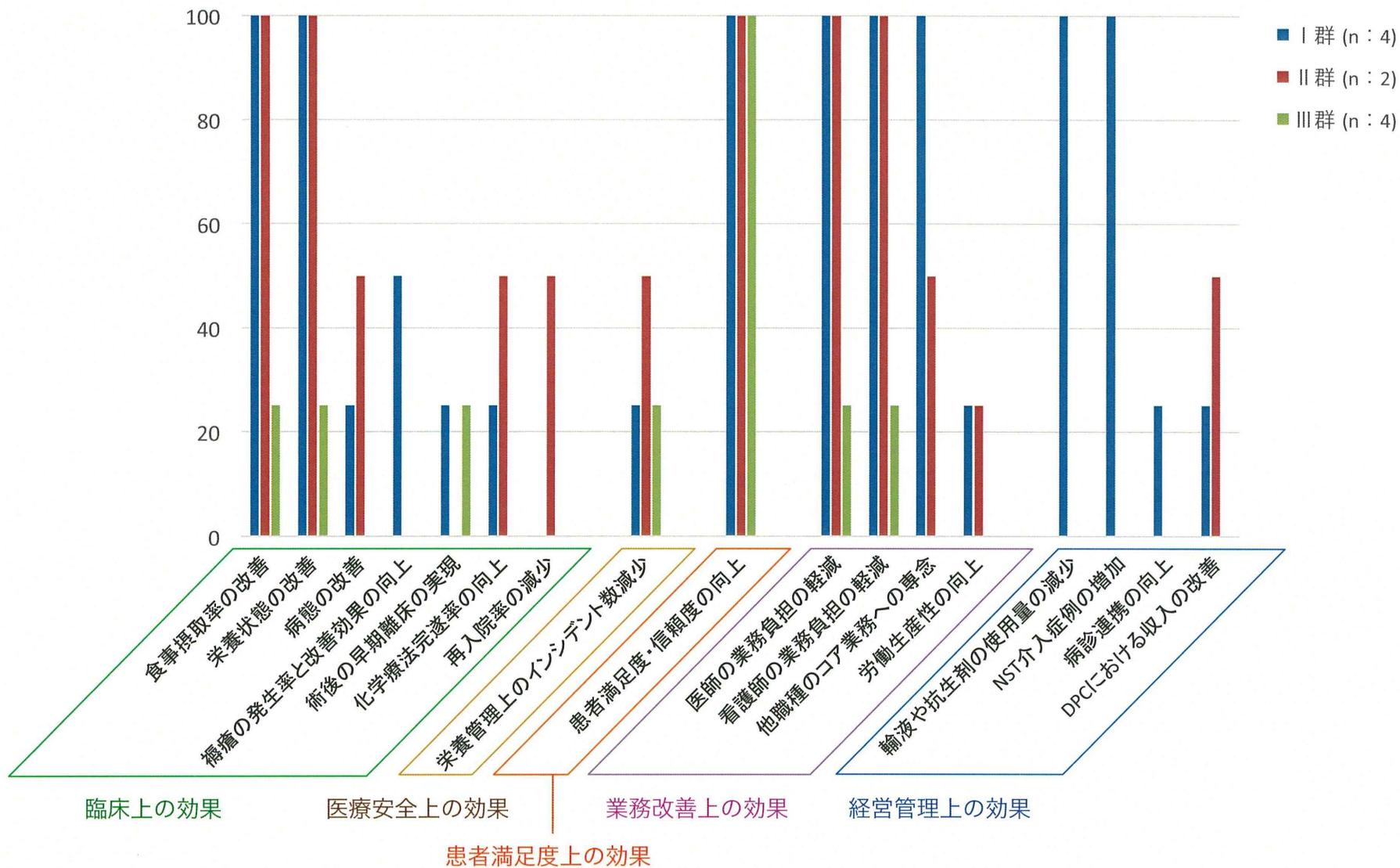


図2 管理栄養士の病棟配置による有効率の比較

表1 インタビュー調査の内容 (インタビューガイド)

<p>[施設長]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病院の基本理念、地域における役割について伺います。 <ul style="list-style-type: none"> ・ トップマネジメントの理念 ・ 地域連携、病診連携 ・ 在宅医療への貢献 ・ 栄養管理（部門）に対する考え方 2. 病棟配置が進められた経緯、目的について簡単にお話ください。 3. 病棟でのチーム医療の状況について伺います。 <ol style="list-style-type: none"> ① マネジメント <ul style="list-style-type: none"> ・ 理念、目的の共有 ・ 業務範囲の考え方 ② 医師 <ul style="list-style-type: none"> ・ 管理栄養士の病棟配置により、医療の質の向上が図られましたか。 ・ 管理栄養士の病棟配置により、医師の業務負担は軽減しましたか。 ③ 他職種 [看護師、薬剤師、リハ] <ul style="list-style-type: none"> ・ 管理栄養士の病棟配置により、他職種の業務範囲・負担が変化(軽減)しましたか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 管理栄養士の病棟配置について、他職種がどのように思っていますか。 4. 病棟配置の効果について伺います。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟のチームとしての効率性は向上しましたか。 ・ 入院患者の評価は良くなりましたか。 ・ 病棟におけるインシデントへの影響はありましたか。 ・ 医学的效果はどのようなものですか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 治療成績の向上（化学療法、外科治療、その他） ・ 使用薬剤の削減 ・ 褥瘡の軽減 ・ 在院日数の減少 ・ 収益性の向上は図られましたか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ D P C上の全体収益の向上はいかがですか。 ・ 栄養部門についてのコストをどのように考えますか。 5. 最後に伺います。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟へ管理栄養士を配置する上で重要なことは何ですか。 ・ 管理栄養士を病棟に配置して最も良かったことは何ですか。 	<p>[栄養部門長]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 管理栄養士の病棟配置の実態についてお話ください。 <ol style="list-style-type: none"> ① 配置体制 ② 病棟での勤務時間と勤務時間帯 2. 病棟配置が進められた経緯、目的について簡単にお話ください（5分程度）。 3. 栄養部門での担当業務が拡大し、病棟配置が実現されるプロセスの中での取組について伺います。 <ol style="list-style-type: none"> ① 組織（施設長）、他職種への積極的な働きかけはしましたか。 ② 管理栄養士業務を拡大するために下記のこととはしましたか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 他職種との役割分担の見直し ・ 人員の量的確保 業務体制の見直し（病棟以外の業務との切り分け）、勤務時間の組み直し 新規の採用、非常勤の活用、インターンシップの活用 ・ 人材の質的向上 スタッフの教育（具体的に） ③ 管理栄養士の病棟業務としてルーチン化・標準化されている内容（具体的に） 4. 病棟でのチーム医療の状況について伺います。 <ol style="list-style-type: none"> ① マネジメント <ul style="list-style-type: none"> ・ 理念、目的の共有・業務範囲の考え方 ② 情報共有 <ul style="list-style-type: none"> ・ 電子カルテ（システム、運用（他職種との共通言語） ・ 回診 ・ カンファレンス（診療科、病棟） ③ クリティカルパス <ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養関連業務にかかわるパスの具体的な内容（内科系・外科系） 5. 病棟配置の効果について伺います。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟のチームとしての効率性の向上は図られましたか。 ・ 患者の評価は良くなりましたか。 ・ 病棟におけるインシデントへの影響はありましたか。 ・ その他 6. 病院組織および病院長の基本的な姿勢について伺います。 <ul style="list-style-type: none"> ・ トップの栄養管理（部門）に対する考え方はいかがですか。 ・ 病院における栄養・給食部門の位置づけはどのようですか。 ・ 臨床部門と給食部門の連携はどのようになっていますか。 7. 最後に伺います。病棟へ管理栄養士を配置する上で重要なことは何ですか。また、管理栄養士を病棟に配置して最も良かったことは何ですか。
--	--

表2 インタビュー調査対象病院の基本特性

施設No.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
許可病床数	400台	200台	600台	200台	1000以上	700台	500台	400台	600台	600台
稼働病床数	300台	200台	600台	200台	1000以上	600台	500台	400台	600台	600台
病床利用率	92.0	78.9	77.2	71.0	81.7	86.7	95.0	91.2	84.4	91.7
平均在院日数	14.0	10.4	12.9	12.3	15.7	14.3	10.3	10.7	14.2	11.1
1日あたりの入院患者数	314	189	501	158	915	580	547	389	512	561
診療科数	21	16	39	26	39	23	33	28	35	29
病棟数	20	5	21	7	28	18	18	11	21	16
栄養部門の位置づけ	診療技術部	医療 技術部門	栄養局	診療 協力部門	中央 診療部門	中央 診療部門	診療 技術部門	診療 技術部門	診療支援部	医療技術部
栄養部門の職員数										
管理栄養士(常勤)	22	8	15	4	10	7	15	7	8	8
管理栄養士(有期)	1	2			5			3		
管理栄養士(非常勤)				3	1					
栄養士(常勤)		1				7				
調理師(常勤)				5		15		24		1
調理補助(常勤)				3		3		1		
調理補助(有期)								10		
調理補助(非常勤)				7						
合計	23	11	15	22	16	32	15	45	8	9
管理栄養士の合計数	23	10	15	7	16	7	15	10	8	8
稼働病床数100床当たりの 管理栄養士数	6.7	4.2	2.3	3.0	1.4	1.0	2.7	2.3	1.3	1.3
給食業務運営状況	完全委託	完全委託	完全委託	直営	完全委託	一部委託	完全委託	一部委託	完全委託	直営