

# 病院における管理栄養士の役割と地位

## ——オーストラリアの管理栄養士との比較——

河 合 潤 子

### 1. はじめに

現在、医療費の急激な増加が問題となっている。この現状から病院管理栄養士に求められているのは、入院患者一人一人の栄養状態を把握し、各人に適した栄養計画のもとに、栄養補給をすることである。すなわち、栄養状態を良くすることは治療効果をあげる基礎となるからである。どんなに高度な治療を施しても、栄養状態が悪くては、治療効果は上がりず、治療期間は長引くことになる。さらに、栄養状態をよくすることにより、生活の質（QOL）を高め、早期の退院へと導くことができる。

入院患者の平均年齢が高齢化すると、日常生活動作（ADL）が低下し、寝たきりに伴い褥瘡が増え、静脈栄養になりがちである。静脈栄養の長期間使用は、消化管を使用しないことから小腸の絨毛を萎縮し、免疫機能を弱め、細菌感染を起こしやすくする。

そこで、2005年10月には、介護保険法において「栄養ケア・マネージメント」実施による加算、その後、2006年4月から介護予防サービス（筋力トレーニング・栄養指導・口腔ケアなど）の取り組みが明記された。同時に、同年4月から病院においても診療報酬上「栄養管理実施加算」がつくこととなった。このように、栄養を正しく摂取することの重要性が医療上評価され、点数として明記されたことは、管理栄養士にとって画期的なことである。

そこで、この論文では病院における管理栄養士の業務を明確にすることを目的とする。さらにオーストラリアとの比較を通して、日本において管理栄養士の病院での地位が他の医療従事者と対等になっていない理由を明らかにする。

栄養士の役割として、20年以上前には給食管理、すなわち3度の食事を集団的発想で提供することに大きなウエイトがおかれていた。しかし時代と共に、特にここ数年は、栄養管理の比重が給食管理より大きくなっている。同時に、給食管理が委託となる割合も増えている。これらの流れは栄養管理業務の充実と関係しているのであろうか。

病院管理栄養士の業務は何であるのか、今後何が求められていくのか、何が不足しているのか、など順に問題点を明らかにしていく。そして、将来、医療職種としての地位を確立するために必要なことを述べる。

さて、今医療は多岐にわたり、医師・看護師・薬剤師だけでなく、さらに管理栄養士も加わった医療チームとして、共同して治療を進めていくことが求められている。そのようにして、生まれたのが栄養サポートチーム（NST=Nutrition Support Team）である。2001年には、日本静脈経腸栄養学会によって『NST プロジェクト・ガイドライン』が作られた。

栄養サポートチームは1970年米国のシカゴで誕生し、現在、欧米諸国では総合病院の約半数に設立されている。栄養サポートチームの発展の背景には中心静脈栄養（鎖骨下静脈などから心臓に最も近い大静脈までカテーテルを入れて栄養補給する方法）によるカテーテル敗血症などの致死合併症の予防と、経腸栄養療法（鼻腔から胃や十二指腸までチューブを通し、栄養補給する方法）に比べて膨大な医療費が必要である中心静脈栄養乱用の制御があげられる。すなわち、これら欧米における栄養サポートチーム波及の原動力は、医療の質を保証・向上させつつ得られる莫大な経済効果である。そしてこの経済効果によって栄養サポートチームも専属チーム運営の財源を確保して世界中に伝播していった。すなわち、この栄養サポートチームの活動自身が栄養士業務を確立していく一因となっている。その点からも日本と欧米の栄養士業務を比較する意義は大きい。

栄養サポートチームは日本においても1990年代から話題となり、栄養部門の講演会で演題にも良くとりあげられてきた。そして、その先進的な動きとして、三重県中央総合病院で東口医師が栄養サポートチームを立ちあげ、現在いる病院でも活躍している。

この論文では国際比較としてアメリカではなく、オーストラリアを取り上げる。その理由としてオーストラリアはイギリスの公的医療制度とアメリカの「医療の質と効率」を取り入れた独自の医療体制を開発して10年以上経過している。その経験やデータから今後の日本の参考になると考えるからである。医療保険制度では、アメリカは自由診療の国で医療費は自費である。一方、オーストラリアやイギリスは日本と同様皆保険である。二木（1994）の説明を引用すると、「ヨーロッパ諸国は、医療保険方式か租税負担の国民保健サービス（イギリス型）かのいずれかによる。国民の大半を対象にした公的医療保障制度を有している。この点で日本とヨーロッパ諸国に共通点が多い。それに対して、アメリカは『国民皆保険を持たない最後の先進国』であり、国民のうち3700万人（人口の15%）が医療保険に加入していない。しかも、医療保険の主流は民間医療保険であり、公的医療保険（保障）はメディケア（老人・障害者医療保険）やメディケイド（医療扶助）等、ごく限られている。そのために、中・上所得層は、日本人が支払い能力に応じて生命保険を選択するように、医療保険の選択を行っている。つまり、アメリカでは、医療における選択の自由が医師・医療機関だけでなく、医療保険にも及ぶのである。」（pp. 86-89）

そこで、栄養士の立場を考える場合にも、日本の皆保険制度を考慮し、同様な医療保険制度や独自のDRG（診断群分類）による医療効率を進めるオーストラリアとの比較で、栄養士業務や位置付けを考えていくことが望ましいと判断した。DRG（Diagnosis Related Group）は診断

群分類したデータから病院間のアウトカム（治療効果）を比較し、急性期入院医療のマネジメントを推進する方法である。

この論文では、2005年8月30日にオーストラリアのブリスベンにある州立プリンセス・アレキサンドラ・ホスピタルを訪問し、直接行ったインタビューの結果も加えてまとめている。この病院は知人の医師から紹介され、事前に質問内容をメールで送っている。当院では医療通訳を依頼した。なお、これは、個人的に行った調査である。

この論文の構成は次のとおりである。2節では、栄養士の業務内容の変遷と現状、さらに日本とオーストラリア栄養士の役割を比較する。3節ではオーストラリアのNST活動について詳しく述べる。4節では管理栄養士の育成と位置づけについて日本とオーストラリアの比較をする。5節はまとめである。

## 2. 管理栄養士の業務内容：オーストラリアとの比較

### 2-1. 日本における病院管理栄養士業務の現状

ここでは病院管理栄養士の現状を3つの点から述べる。まず、これまでの臨床栄養管理の変遷と現状をまとめる。次に昨今話題の栄養サポートチーム（NST）活動の現状を紹介する。最後に、栄養管理実施加算業務の現状を述べる。

最初に、臨床栄養管理の変遷について述べる。臨床栄養管理とは臨床の場において、人体の栄養状態を評価・判定し、栄養補給の方法を考え、食事環境を改善し、疾病の治療・重症化予防に取り組む一連の業務をさす。

数年前までは、管理栄養士は臨床栄養管理を十分行ってきたとはいえない。なぜなら、長年、栄養士業務として、厨房での給食管理と臨床栄養管理の両面をやりこなすことを求められてきたために、食事を提供するという給食に時間を取られ、臨床栄養管理にまで手が回らなかったからである。また、病棟に出向くという習慣もなく、診療の中に入り込む機会も少なかった。さらに、医療の一部を担っているという自覚を栄養士教育課程で育てられなかったのも事実である。

しかし、1990年ごろから献立管理や食数管理にコンピューターが使用され始め、時間的余裕ができ、同時に臨床栄養の必要性も話題になってきた。しかし、医療法上では「栄養士は病床数100以上の病院にあっては1人」と定義づけられ、依然多くの病院の栄養士数は最低限の人数に据え置かれたままであった。事実、各病院の取り組みにより人数には幅があるが、栄養士数の少ないことはマンパワー不足として臨床栄養管理の発展には結びつかない。すなわち、給食管理と臨床栄養管理の両業務を数少ない栄養士でやりこなすには無理があった。

そして、医療経営を必要とする時代の流れの中で、医療収入源として考えられていない栄養

部門は、合理化の対象である委託へと進んだ（詳しくは給食部門というのが正しいかもしれない）。この給食部門の委託化により、病院における管理栄養士に栄養管理の時間が確保できるようになった。

日本栄養士会全国病院栄養士協議会が行った『平成 16 年病院栄養部門実態調査』（2006）によれば、1996 年 6 月直営 68%、委託 32%であったものが、2004 年 6 月には直営が 47%、委託が 52%と逆転し委託が多くなった。また『平成 17 年度給食業務調査結果（愛知県内病院）』では直営 29%、委託 71%（部分委託 23%含む）である。このような結果から、着実に委託が直営より増えている。給食管理を外部委託することにより、給食管理業務やそれに付随する労務管理などが減り、臨床栄養に多くの時間を費やすことが出来る状況が生まれた。城谷（2006）も給食管理の委託化により、管理栄養士が臨床栄養に特化した業務を行うことを薦めている。

このように、委託化により臨床栄養管理の時間が確保されるのも事実である。しかし、関東地方と違い委託競争の少ない東海地方では、委託業者の業務内容が質として不均一であることは現在の課題でもある。

次に、栄養サポートチーム（NST）活動での現状について述べる。

栄養サポートチームとは医師・看護師・薬剤師・管理栄養士らがチームとなって患者の栄養状態を評価し適切な栄養補給をすることを指す。本院での栄養サポートチーム活動の流れを説明する。まず、病棟より栄養的介入として「栄養サポートチーム依頼」が栄養管理係に入る。それを受け、看護師の記入したスクリーニングシートに担当病棟栄養士が栄養量の過不足を計算し、それを受け計画・実施を行う。患者の嗜好・体調などの経過を見ながら計画を変更していく。しばらくは経過を確認するため訪問し続ける。そして、週 1 回行うチーム回診では医師や薬剤師も一緒に評価し検討する。

栄養サポート活動実施施設数として東口（2006）は、現在、NST を実施している医療機関は日本静脈経腸栄養学会と病態栄養学会の両学会が認定している病院だけでも 700 施設以上（全体の約 1 割）と述べている。当然、ここでは、管理栄養士が入院患者の栄養状態の管理を多く手がけているという前提があるべきだが、この経験内容には大きな差がある。NST 活動を行っている医師の鈴木（2006）も、管理栄養士がスキルアップを語るため、管理栄養士自身が率先して医療の最前線に勇気を持ってでていく必要性を述べている。

しかし、現状では、患者の栄養管理件数を多くこなすことにより知識を増やしていくことが出来るが、取り組みは不十分である。又、患者を通して他職種との関わりが上手にできないこと、給食管理に追われ臨床栄養まで手が回らないということもある。管理栄養士数が少ないことも栄養士の学ぶ環境を塞いでいる。

さらに、栄養サポートチーム（NST）が稼動していても、どこまで正常に機能しているかの判断は難しい。活発に機能している病院では、チェアマンである医師が存在し、チームを取りまとめているが、忙しい医師には余分な仕事として協力的になれないという意見もある。

この栄養サポートはチームであることから、そのメンバーの雰囲気・意欲・チームワークは活動内容に大きく影響する。医師を中心とした回診では、医師が患者の栄養状態を把握し、病状による留意点を説明する。そのため、医師との回診は他職種にとって貴重な勉強の場でもあり、その意義は大きいと考える。栄養サポートチーム活動として症例が多く報告され、良い結果が得られれば、活動はより活発になるであろう。

最後に、栄養管理実施加算の現状について述べる。

栄養管理実施加算は、平成 18 年の診療報酬改正の中、栄養サポートチーム（NST）にかわるものとして登場した。保医発第 0306001 号、平成 18 年 3 月 6 日付け、診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項については「栄養管理実施加算は入院患者ごとに作成された栄養管理計画に基づき、関係職種が共同して患者の栄養状態などの栄養管理を行うことを評価したものである。」と表記されている。最も重要なのは、病院関係者に対し、管理栄養士が病棟に出向く根拠が明記されたことである。事実、今まで病棟に上がりにくかった管理栄養士は「栄養管理計画書」記入のため、カルテを見て、患者の客観的データや症状を知ることが出来る。その結果、病棟スタッフに気兼ねすることなく、栄養管理活動をすることが可能となった。

また、今回は入院時食事療養費という「円」の食事サービスでなく、入院時基本料等加算という病院の報酬として「点数」で設定されたことは医療技術料と扱われることになり、管理栄養士が医療職の一員として扱われる契機となりうる。次回の診療報酬の再評価ではさらに点数の増加につながるか否か注目したい。

## 2-2. 栄養士の役割：日本、オーストラリア、イギリスの比較

〈表 1〉は日本、オーストラリア、イギリスの 3 カ国における栄養士の業務比較をしたものである。

まず、項目の主な業務を見ると、オーストラリアとイギリスでは共に栄養サポートと栄養指導で同じだが、日本のみがさらに給食管理が加わっている。

次に、表下段にある給食管理等と献立作成等を見ると、オーストラリアとイギリスでは栄養士ではなく、準栄養士あるいは栄養アシスタント（同ランクの職種）が実施しているが、日本のみは栄養士だけでなく管理栄養士も加わっている。これらの結果から、オーストラリアとイギリスの栄養士の業務は栄養サポートと栄養指導に特化していることがわかる。

次に、日本の管理栄養士業務を検討するに当たり、オーストラリアを比較しながら説明する（イギリスとオーストラリアの制度はほぼ同じである）。

まず、オーストラリアの栄養士は、栄養士（Dietitian）と準栄養士（Diet technician）の 2 職種に分かれている。栄養士は管理栄養士、準栄養士は栄養士を意味する。

次に、オーストラリアの病院栄養士業務を見ると、栄養アセスメント、ケアプラン、計算・

〈表1〉 日本、オーストラリア、イギリスの栄養士業務比較

項目	日 本	オーストラリア	イギリス
主な業務	栄養サポート 栄養指導 給食管理	栄養サポート 栄養指導	栄養サポート 栄養指導
給食管理 NST後の食事提供・業務の 補助	管理栄養士 栄養士	準栄養士	シニア栄養士Ⅰ シニア栄養士Ⅱ 栄養士 栄養アシスタント
発注・在庫管理・献立作成・ 調整	管理栄養士 栄養士	準栄養士	栄養アシスタント
業務の担当制	病棟制	専門制	専門制＋病棟制
ガイドラインの作成	あり (院内約束食事箋) 管理栄養士	あり 栄養士会作成 (基本) ＋専門栄養士作成	あり 経管栄養
メデカルノートへの記入	管理栄養士 (専用シート)	栄養士 (共通シート)	専門栄養士
栄養アセスメント	項目は各病院で作成 管理栄養士	項目は疾患ごとに決めて いる 栄養士	実施
栄養補給に関するプラン・ 計算・実行	管理栄養士・看護師	栄養士 チームメンバー	専門栄養士
経過記録 (臨床栄養)	管理栄養士作成	栄養士作成	作成
退院サマリーの作成(記録 管理)	看護師 (照会先に送付)	栄養士作成 (照会先に送付)	作成 栄養士会による
開業医から栄養指導紹介	未実施	栄養士実施	実施
院内勉強会	*実施(1回/月) H18.6～	実施	1回/週 ケーススタデー プレゼンテーション 論文抄読
地域勉強会	未実施	実施	1回/月
地域のヘルスケア (公衆栄養活動)	*保健所栄養士のみ	病院栄養士も実施	病院栄養士も実施

注1) 竹内(2000)、杉浦(2004)をもとに著者が作成。

2) 日本のデータは著者の勤務する名古屋市の病院データ。

実行、その経過記録など臨床が中心で入院・外来患者のケアや退院時のサマリー、開業医からの栄養指導依頼と、地域のヘルスケア(母子の栄養指導)、などを行っている。病院栄養士でも病院内の業務に留まらず、地域のヘルスケアや他の栄養士教育をも含む幅広い内容を行っている。このように、病院が院内に留まらず、広い地域をも視野に入れた業務を行っている理由は病院が担当地域で地域保健サービスの拠点となっているためである。

日本でも栄養サポート活動が活発な病院は病診連携(病院と診療所の連携)をいかし、地域

栄養サポート体制を作っている。そこでは地域の医師や医療従事者と共に勉強会が定期的に開催されているが、実施病院数はまだ少ない。また、日本では公衆栄養活動は保健所栄養士が担当しており、病院栄養士が行うことはない。

さらに、オーストラリアでは栄養士の補助となって業務をこなしている準栄養士の存在も大きい。竹内（2000）によると、準栄養士の役割は栄養士の仕事を助けることであり、コンピューターによる献立作成や、コンピューター入力の業務が多く、食事の提供に関する全てをマネジメントすることである。

栄養士が患者に会って栄養アセスメントを行い、栄養量を決めてコンピューターに入力後、準栄養士が引き継ぎ、食事の提供をするというシステムである。患者の摂食状況は準栄養士が栄養士に進言し、それを受けてまた栄養士がアセスメントすることになる。介入する主な疾病は糖尿病・心臓病・腎臓病・栄養補給（術後・やけど・ICU）老人・小児・摂取障害・精神的なものがある。

栄養士は専門職として自己啓発も必要で、そのためにポスターの作成、栄養士会新聞への投稿、セミナーや会議・学会・認定栄養士会プログラムへの参加などの活動も活発に行っている。特にオーストラリアで重要視されているのは、臨床のキャリアを磨き、より質の高い活動をし、栄養士が必要な職業であることを常にアピールすることである。栄養士という職業が法律などに明記されていない国では、栄養士が職業として認知されるために、市民へのアピールが重要となる。また、基本となるガイドラインは栄養士会が作っており、それに栄養士が各ニーズに合わせて加筆している。

このような状況からも、オーストラリアでは「医療現場での栄養サポートの必要性に対する認識が高く、栄養士の役割が明確であった。」と伊藤（2000）が述べているように、ケースカンファランスでも栄養について正しく検討され、病院の中で栄養士の仕事は他職種に理解されている。医師はその業務結果をもとに治療方法の検討を進めている。

それに対して、日本の栄養士も2職種で、栄養士と管理栄養士からなる。しかし、栄養士と管理栄養士の業務では栄養指導以外に差はない。この点が異なる。ただし、『平成16年度保健・衛生行政業務報告』（2006）では、病院において管理栄養士のみは全病院9507施設の中、2301施設で24%、栄養士と共にいる施設は5932施設で62%を占めている。このように、病院では管理栄養士のいる施設は多い。なぜなら、診療報酬上の加算である食事栄養指導・栄養管理実施加算が管理栄養士のいることによって得られるからである。それに伴い、栄養サポート業務は管理栄養士となっている。しかし、杉山（2003）の調査からも、ルーチン業務においては、栄養士も管理栄養士も給食管理をしており、両者の業務内容の差を明確にしている所は少ない。

〈表2〉 オーストラリアにおける栄養サポート（栄養士業務）

項目	業務内容	ポイント	日本での担当職種
身体計測	①入院時、看護師が身長、体重測定 ②体重はその後毎週1回測定	体重の変動を把握する BMIを求める	看護師
生化学データ	血圧、血糖、アルブミン、尿素窒素、 ヘモグロビン、コレステロールなど	正常範囲内にあるか確認	医師・看護師 薬剤師・ 管理栄養士
臨床診査	顔色、目、口、皮膚、爪、	栄養不良の有無を確認	看護師・医師・ 管理栄養士
	吐き気、嘔吐、下痢、腹部膨満感	消化器症状の有無を確認	看護師・医師・ 管理栄養士
食事摂取調査	経口（経鼻、胃瘻）からの栄養摂取量	栄養素の摂取状況の把握	管理栄養士・看護師
↓			
栄養必要量の算定	エネルギー、蛋白、水分量の算定	必須	管理栄養士・看護師
	脂肪、ビタミン、ミネラルなどの算定	必要時設定する	管理栄養士
経口、経腸栄養	必要量算定	栄養士が指示量の決定を する	医師 管理栄養士
静脈栄養	必要量算定	医師が指示量の決定をす る	医師 薬剤師 管理栄養士
↓			
モニタリング実施	体重、生化学データ、臨床症状 食事摂取状況	把握、指示量、栄養摂取 方法、食事形態の変更は 必要ないか検討	医師・看護師 薬剤師 管理栄養士

注）伊藤（2000）を参考にして筆者が作成。

### 3. 栄養サポート（Nutrition Support）活動における日本とオーストラリアの比較

この節は、オーストラリアのプリンセス・アレキサンドラ・ホスピタルを訪問して得たインタビューやコーディネーターからの資料などをもとにまとめている。〈表2〉では、栄養サポートの業務を項目別に分け、具体的な業務内容を示している。そして、チェックポイントの内容を記している。右端は日本での担当職種名である。この表を見て解るように、8項目の業務内容は、現在日本で行われている内容と同じである。しかし、担当職種名が異なっている。すなわち、日本の医師や看護師の行っている業務内容が、オーストラリアでは栄養士の業務として完全に定着していることである。これは、職種としての評価に導かれる一つであろう。

さらに、栄養サポート活動上、日本とオーストラリアには二つの大きな相違点がある。第1はメディカルレコードへの記入であり、医療従事者が全員同じシートに記入している。メディカルレコードとは英国系の呼び名で、日本やドイツではカルテと呼ばれている。第2が、栄養

管理上諸症状に栄養を及ぼす薬品情報量の差である。

メディカルレコード（患者情報の記録）は個人ファイルと個人ベッドチャートからなる。個人ファイルには医療スタッフ（医師・看護師・栄養士など）が記録したメディカルレコードとX線写真や血液検査の結果などが含まれる。また個人ベッドチャートには、患者の日々の医学的な情報として体重、体温、血圧、水分バランス、食事摂取量などが看護師により記録されている。

オーストラリアでは、このメディカルレコードには栄養士が患者に適切な栄養管理を継続的に実施していたことが理解できる内容となっている。具体的に記載すべき事項が〈表3〉に示している。

このように、アセスメントの内容は11箇所もあり、詳細な内容となっている。特に、①②③は医学的知識が必要となる。平成18年度から始まった「栄養管理実施計算書」に患者を取り巻く多くの医療職が書き加えている。しかし、オーストラリアでは、この記入は栄養士だが、日本では医師など他の医療職種が共同で記入している。この業務の差は大きく、栄養士の実施する患者1人一人へのケアがきめ細かいことが理解できる。

〈表3〉 オーストラリアの栄養士が記載すべき事項

項 目	内 容	詳 細
アセスメント	①診断に必要な情報	
	②疾患・合併症の進行が栄養状態に及ぼす影響	
	③薬と栄養状態の関係	
アセスメント	④生化学検査と栄養状態の関係	コレステロール、中性脂肪、血糖値など
	⑤家族歴	糖尿、心疾患、肥満の有無
	⑥過去の栄養指導の有無と管理	
	⑦食事摂取状況	過多、不足、嗜好、アルコール
	⑧身体状況	身長、体重の変化
	⑨社会的要因	結婚、仕事、趣味、食事に影響を及ぼすもの
	⑩精神的要因	ストレス、鬱状態
	⑪運動の有無	時間と長さ
目標（ゴール）	患者が達成できそうな目標を立てる	
ケアプラン	目標達成のための方策を立てる	患者と一緒に考える
経過記録	目標達成までの経過も解決策を見つける	問題点あればとりあげる 何が問題かを考える
栄養指導記録 サマリーの作成	指導内容、次回予約日 退院時、担当医宛に作成	退院時は栄養管理上の問題点をまとめ、記入する

注）伊藤（2000）をもとに筆者が作成。

これは栄養士の単なる記録でなく、個々の患者の治療やケアについて、医療スタッフがお互いの情報を共有することを目的としている。当然そこには、栄養士も他の医療職と同ルールにそって記録することが求められる。

しかし、日本の場合、多くの管理栄養士、薬剤師、理学療法士は皆、専用シートへの記入となっている。プリンセス・アレキサンドラ・ホスピタルの病院栄養士によると、栄養士の記録は他の栄養士の評価を受けることで、実践の場での教育として成り立っているという。日本では栄養士がカルテへの記載方法について教育を受けることはほとんどないが、オーストラリアでは、記録は非常に大切であるという意識がある。さらに、カルテの記載に関わらず、すべての面で上級栄養士による評価があり、厳しく教育されている。

一方、日本でも看護部は教育係りを作り、カルテの記入を新規看護師に指導しており、さらに、常に研究する時間を生み出すよう組織的に構築されている。しかし、記録の重要さは十分認識されているが、管理栄養士にはこのようなシステムはない。このような差は、栄養士教育が医療職の一員としての教育になっていない表れの一つであると考えられる。

二つめの大きな相違点として、栄養士に求められる薬品情報について説明する。栄養サポートを行ううえで、薬品の知識は重要であることは言うまでもない。オーストラリアでは薬品と栄養の相互作用（Drug-Nutrient Interactions Manual）をまとめた栄養士会作成マニュアルが用意されている。

伊藤（2000）によれば、このマニュアルは薬の副作用、薬の投与が生化学データや栄養状態に及ぼす影響、服用時の栄養素の取り方についてのアドバイスなどが大変詳しく記載されている。たとえば、オーストラリアでは、栄養士が栄養指導をする際には患者が服用している薬を確認する。そして、たんぱく質の吸収を妨げる薬が処方されている患者には、食事時間に服用しないことまでをアドバイスする。また、薬の副作用で食事摂取量が低下し低栄養となる可能性がある場合、医師に薬を減らすことを進言している。すなわち、体内に入るすべてのものを細かく確認することも業務の一つとなっている。

一方、日本の管理栄養士も栄養指導や栄養管理をしている中で、薬・輸液・経腸栄養剤の投与に関し蛋白の摂取量や脂肪の摂取量を確認することが求められて久しいが、十分に行われているとはいえない。なぜなら、病棟へ出向いてカルテを見、薬や輸液、病状が正しく読み取れているかは定かでないからである。

今後の高齢化社会を考えれば、生活習慣病（糖尿病・高血圧・高脂血症など）の増加は避けられない。そのような状況に対応するために、管理栄養士養成大学で医療職の一員として輸液・薬品に強い管理栄養士が育てられる必要がある。

#### 4. 栄養士会と栄養士数（オーストラリアとの比較）

次に、栄養士の育成に大きく貢献するオーストラリア栄養士会の取り組みと栄養士業務を左右する栄養士の人員について述べる。

はじめに、栄養士の職能団体である栄養士会が栄養士の育成にどう関わっているのか、また栄養士業務がどのように組織的に構築されているのか説明する。

1976年、オーストラリアで栄養士の組織団体が確立され、その後1983年、正式にオーストラリア栄養士会（DAA）として知られるようになった。会員数は3000人からなり、臨床栄養士、公衆栄養士、教育、民間部門、政府、研究、産業とさまざまな作業領域で雇われている。

オーストラリアでは栄養士会が栄養士の認定をし、栄養士をすべて一括している。そこでは、海外の栄養士がオーストラリア栄養士を希望する場合も含まれる。Accredited Practicing Dietitian（APD）はオーストラリア栄養士会作成のガイドラインに従って、トレーニングや教育を引き受けている。栄養士向けのトレーニングは、5州ごとの地域別トレーニングで行っており、研修時間にあわせて申請しさらに上のランクに上がっていくシステムとなっている。

ここでは、栄養士免許を保持するために、栄養士会の認定プログラムを年間30時間取り続ける必要がある。それだけで無く、職場でも6ヶ月から1年ごとに評価され、さらなる次の目標を目指すよう指導されている。栄養士として働く使命のもと、継続的に技術・知識を得るため研修を必要としている。これは栄養士資格がオーストラリアでは法律に安住することではなく、職能団体より与えられることも一因であろう。そして、オーストラリア栄養士会は栄養士養成指定校を認めるという大きな力をもっている。特に臨地研修（実習）での評価は知識とスキルのある栄養士と認めるかの基本的判断になる、と五味（2001）が述べているように、学生時代に栄養士の哲学・理念も学び、医師や看護師と同じ医療職の意識を育てられている。ここでは、栄養士会員であることが栄養士という職業で働くことができるのである。

一方、日本の栄養士会は1959年に設立され、オーストラリアより歴史がある。平成17年度の会員数は管理栄養士36,950人、栄養士19,988人である。しかし、オーストラリア栄養士会に比較し、職業としての取り組み方針は弱い。これは栄養士養成課程への介入や身分保障への関与、また、生涯学習取得単位にも厳しい指導には至っていない。これは一度、管理栄養士資格を取れば、一生管理栄養士でいられる気楽さがあるからである。

一方、オーストラリアは年間30時間の認定プログラムを取得しないと、栄養士資格が維持できなくなる。この厳しい条件は職能団体として、身分保障を引き受けているからである。

（DAAのインターネット）

では、最近の直営・委託別の栄養士会会員数はどのくらいいるのであろうか。2004年6月付け栄養士会会員率は直営栄養士が72%、委託栄養士は16%である。（栄養士会2006）委託栄養士の会員率が低く、平均すると50%にも満たない。しかし、これは全体を見た場合で、病院に

〈表4〉 同規模の病院における栄養士数：オーストラリアと日本の比較

項 目	オーストラリア (ROYAL PRINCE HOSPITAL)		日 本 (自治体病院)
	結 果	内 容	Y病院
ベッド数	672床		624床
ベッド稼働率	90.9%		88.8%
平均在院日数	3.7日	症状安定したら、すぐ退院か 転院とする	15.5日
職員数	3425人		857人
栄養士数	16名		計8名
準栄養士数	17名		—
栄養指導時間	20分		
食事形態	疾患ごとに段階的パターン	疾患別の標準ケア計画書に従う	
栄養士の業務	専門制 治療、薬に関する知識も深い 本人が臨床の場で責任を持つ	糖尿病、心疾患、高齢者、外科、小児、腎臓病、脳卒中など疾患ごとにアセスメント項目が決められている	

注1) オーストラリアのデータは伊藤（2000）より引用して筆者が表にまとめた。

2) Y病院はホームページから著者が作成。

限れば、32,015人のうち会員数は20,953人で65%となる。看護師や放射線技師は50%、検査技師は78%であることから、職能団体である日本栄養士会は他の医療職の職能団体と比べ、組織率に差はない。

今後、管理栄養士のレベルアップを図るためにも、栄養士会が職能団体としての役割を強化し、管理栄養士の業務内容をより明確にした上で、医療職の位置づけを強く打ち出す必要がある。

次に、栄養士の人員配置について説明する。

オーストラリアでは、栄養士の配置基準はないが、大きい病院では患者50人に栄養士1人、小さい病院は100人に1人程度の割合で配置していると、竹内（2000）は述べている。この場合フルタイムは1週間38時間として計算している。

〈表4〉は日本とオーストラリアの病院を比較している。ローヤル・プリンス・ホスピタルは、672床、平均在院日数3.7日で栄養士は16人、準栄養士は17人となっている。これは患者数40人につき、栄養士は1人、準栄養士も1人で、日本では患者20人に栄養士1人と計算される。又、平均在院日数が3.7日と短く継続入院患者が少ない分、新規入院患者は増える。その結果、栄養管理業務件数は多くなり、多くの栄養士が必要となる。

一方、日本のY院は、624床、平均在院日数が15.5日、栄養士（管理栄養士含む）数は8人である。職員数と栄養士数は共に1/4で、平均在院日数は4倍である。この場合は、患者80人

に対し栄養士1人となる。ここでは、単純に患者数と栄養士数のみで比較することは出来ず、平均在院日数や1日平均入院患者数も考慮していくことが必要となる。

そこで、杉山（2003）が使用している計算式を使用する。栄養士1人に付き、30日間に何床の入院患者を診るのかを求めるには、ベッド数×稼働率×30日÷平均在院日数÷栄養士数で表す。なお、稼働率＝在院患者延数÷（診療日数×実稼働病床数）、平均在院日数＝在院患者延数÷1/2×（新入院患者数＋退院患者数）と定義する。

・オーストラリア：672床×0.909%×30日÷3.7日÷33人＝150床／人

・日本：624床×0.888%×30日÷15.5日÷8人＝134床／人

この結果を見ると、1人あたりの栄養士がみる患者数には大きな違いはない。ただし、平均在院日数は大きく異なるので、もし栄養士が積極的に貢献すれば、患者の在院日数は減り、栄養管理に忙しくなるはずである。つまり、栄養士の働きかけにより、在院日数が減少すれば、より栄養士が必要とされるようになり、その地位も上がるであろう。

全国病院栄養士協議会が発表した「栄養部門実態調査」（平成16年6月実施）では、100床当たり管理栄養士・栄養士数の平均値は直営1.34人＋委託0.67人＝2.01人となっている。しかし、独立行政法人国立病院機構は100床あたり0.88人と少なく、法人個人は2.52人で、この差は2.86倍である。国立病院でも、管理栄養士を多くして活用し、在院日数の縮小をめざすべきであろう。

## 5. ま と め

ここでは、日本の管理栄養士の地位がなぜ高くないのか、主にオーストラリアと業務面から比較研究した。オーストラリアでは栄養士会が職能団体として積極的な活動を行っている。具体的には栄養士活動の成果である治療効果を明確に示すことが重要視され、その結果を発表する一方、常に職種をアピールしている。また、栄養士のレベルアップのために積極的な活動も行っている。一つが学生の臨地研修（実習）における栄養士の認定制度がある。日本と違い臨地研修の位置づけが高く、実習現場での医療業務スキルを評価・判断している。すなわち、栄養士に相応しい人材であるか厳しく見定めるのである。二つめが職場内で年に数回の定期的な業務評価が行われ、常に次のレベルを目指す体制とし、各栄養士は明確な業務目標を持っている。その根底には、栄養士は医療従事者というプロ意識があり、業務の取り組みにも表れている。これらレベルアップへの取り組みは、将来の栄養士像をもとに政策的に行われていることが明らかとなった。

さらにオーストラリアでは、栄養士には栄養管理を、準栄養士には給食管理を、と明確に業務分担されている。今まで、多くの時間をかけてきた給食管理を準栄養士に任すことにより、栄養士は栄養管理に専念できる環境となっている。

オーストラリア栄養士の地位確立は栄養士会主導による将来の医療政策に基づいている。今後、日本でも管理栄養士の知識・技能のレベルアップをめざす活動を組織的に構築する必要性が示唆された。

## 謝辞

本稿の作成において下野恵子教授、中山徳良助教授、並びに下野ゼミの方々から大変有益なご助言、ご指導を頂きました。心よりお礼申し上げます。

## 〈参考文献〉

- 愛知県栄養士会医療部会『平成 17 年度給食業務調査結果』<http://www.aichiken-eiyoushikai.or.jp/>
- 伊藤明美 (2000) 「オーストラリア臨床栄養実務研修参加レポート」, 『食生活』 Vol. 94, No. 2, pp. 88-92.
- 伊藤明美 (2000) 「オーストラリア臨床栄養実務研修参加レポート」, 『食生活』 Vol. 94, No. 3, pp. 88-95.
- 厚生労働省 (2006) 「平成 16 年度保健・衛生行政業務報告例」, 『栄養日本』, 第 49 巻 1 号.
- 五味郁子 (2001) 「豪州シドニー大学連携病院における栄養ケア・マネジメント研修体験について」, 『Nutrition Care and Management』, Vol. 1, No. 2, pp. 59-63.
- 城谷典保 (2006) 「NST の中で管理栄養士は機能しているか」『ヘルスケア・レストラン』 4 月号, pp. 14-29.
- 『診療点数早見表 (2006) 4 月版 [医科]』, 医学通信社
- 杉浦令子 (2004) 「オックスフォード栄養研修」, 『臨床栄養』 Vol. 105, No. 3, pp. 354-356.
- 杉浦令子 (2004) 「オックスフォード栄養研修」, 『臨床栄養』 Vol. 105, No. 5, pp. 650-652.
- 杉浦令子 (2004) 「オックスフォード栄養研修」, 『臨床栄養』 Vol. 105, No. 6, pp. 758-760.
- 杉浦令子 (2004) 「オックスフォード栄養研修」, 『臨床栄養』 Vol. 105, No. 7, pp. 904-906.
- 杉山みち子他 (2003) 「病棟における栄養ケア・マネジメント業務に関する研究 1 ——栄養ケア・マネジメント業務調査の開発——」, 『Nutrition Care and Management』 Vol. 3, No. 1, pp. 16-26.
- 杉山みち子他 (2003) 「病棟における栄養ケア・マネジメント業務に関する研究 2 ——栄養ケア・マネジメント業務調査による病棟管理栄養士配置などの検討」, 『Nutrition Care and Management』, Vol. 3 No. 1, pp. 27-34.
- 竹内智恵子 (2000) 「オーストラリア臨床栄養実務研修参加レポート」, 『食生活』, Vol. 94, No. 1, pp. 80-84.
- 二木立 (1994) 「医療保険制度の国際比較」, 『医療'94』, Vol. 10, No. 12, pp. 86-89.
- 日本栄養士会 (2006) 「平成 17 年度会員の動向」, 『栄養日本』, 第 49 巻, 7 号,
- 日本栄養士会全国病院栄養士協議会 (2005) 『栄養部門実態調査結果報告 (平成 16 年 6 月 1 日実施)』.
- 東口高志 (2001) 『NST プロジェクト・ガイドライン』, 医歯薬出版.
- 東口高志 (2006) 「NST の中で管理栄養士は機能しているか」, 『ヘルスケア・レストラン』, 4 月, pp. 14-29.
- オーストラリア栄養士会 <http://www.daa.asn.au/>.
- 横浜市立市民病院 [http://www.city.yokohama.jp/me/byouin/s-byouin/toukei\\_h16.html](http://www.city.yokohama.jp/me/byouin/s-byouin/toukei_h16.html).

(2006 年 11 月 28 日受領)