

はじめに

この間、医療費抑制政策や診療報酬改定など医療の切捨てともいえる状況の中で、「治療食」である病院給食の実態や労働環境も大きく変化しています。

病院給食は、診療報酬に包括されていましたが、1994 年に入院時食事療養費制度が創設され、「病気でなくても食事をする。すべてを治療と考えるのは無理がある」という理由から診療報酬から外され、保険給付の対象として継続する事になりました。

2006 年の見直しで入院時食事療養費は、1 日単位から 1 食単位の算定へととなりました。入院時食事療養費（Ⅰ）は、1 日 1,920 円から 1 食 640 円に、特別食加算は 1 日 350 円から 1 食 75 円に変更されました。入院時食事療養費（Ⅰ）は、2024 年に 670 円、2025 年に 690 円に変更されました。2025 年時点では一般の標準負担額（自己負担）は、平均的な家計の食費を勘案して改定され、510 円となっています。1 食当たりの保険給付は 690 円-510 円=180 円となっています。

2006 年の見直しの影響により、病院給食の収支は大幅に悪化しました。中央社会保険医療協議会（以下 中医協）の調査では患者 1 人 1 日当たりの収支は、全面委託では、2004 年では 168 円の黒字でしたが、2017 年には 661 円の赤字となっています。病院給食部門は黒字部門と認識されていましたが、2017 年 10 月の中医協の「入院医療等の評価・調査分科会」では、多くの病院で給食部門は、直営・委託問わず収支が赤字の報告がされました。人件費高騰や物価上昇、水光熱費、委託料の値上げなどの影響が出ており、ここ 5~10 年は赤字幅が大きくなっています。

委託料については、ここ数年で委託会社側から値上げを要求されるようになり、場合によっては委託会社が撤退する事態も起きています。このことは、日本医労連・給食対策委員会が行っている厚労省要請の際に厚労省側から報告がありました。委託会社の自己破産手続きの報道などもあり、委託会社経営者は「委託のモデルケースはすでに崩れている」と発言するなど委託化の根拠が崩れてきていることが明らかになっています。

今、病院だけではなく介護施設においても人手不足も顕著になっています。特に調理師不足が顕著となっています。コロナ禍の影響で、調理師の有効求人倍率は低下しています。また、調理師免許の交付数は、2009 年度は 42,522 人であったものが、2023 年度に 23,790 人となっており 4 割以上も減少しています。対策委員会内でも、調理師については、数年間新人の入職がないなどの報告もあります。人手不足や材料費の高騰、光熱費などの推移からみるとここ数年で赤字幅が拡大し、経営上の問題になってくることが予想されます。

医療や介護、病院給食をめぐる厳しさが増す情勢のもと、医療、介護労働者の「いのちまもる」たたかいへの期待は高まっています。安全・安心の医療・介護・病院給食をめざし、「治療食である病院給食」の運動を広げることは急務です。

引き続き、加盟組織内での対策委員会や全国交流集会や医療研分科会を通して学習と交流

を行ない、団結して運動を前進させていきましょう。

病院給食問題の基本的視点 ―病院給食は、食事療法における治療食―

病院給食については、これまでもさまざま議論が行われています。最も重要なことは、「病院給食とはなにか」ということをしっかりとおさえて考えることです。

病院給食は、医療（治療）の一環であり、本来、患者・利用者の個々人の状態、嗜好に応じて適正に提供されなければならないものです。そこでは当然、個別対応の充実が必要となります。

病院給食は、家庭での食事とは根本的に違います。病院・施設で提供される食事は全て「治療食」であるとの視点を持つ事が重要です。

医療においては、投薬を中心とした薬事療法とともに、食事療法の重要性は言うまでもありません。療養生活を送る患者・利用者の「楽しみ」であることから、注目度も高まっています。

どのような食事を、どのような状態で、どのように摂取しているかということが、その患者・利用者の健康の回復、いわば、医療（治療）にとって重要な位置を占めます。

この治療食である病院給食は、「有料化」されるまでは、健康保険で「療養の給付」として位置づけられ、患者・利用者が食事代など心配することなく提供されてきました（巻末資料参照）。同時に、「直営が原則」と言われてきたように医療機関が自らの施設で責任を持ち、患者・利用者に提供しなければならないものでした。この「直営原則」と病院給食の「療養の給付」としての保険給付は、治療食としての病院給食を充実・発展させるための、いわば“車の両輪”となるものです。

しかしながら、この病院給食の充実・発展のための“両輪”が「業務委託」と「有料化」に代えられています。業務委託は、病院給食発展に逆行するものであることを見据えておかなければなりません。

業務委託した病院・施設では、材料費や人件費の切り下げによって、給食の質的低下、技術レベルの低下が問題となっています。人の入れ替わりが多くなり、教育が追い付かずヒヤリ・ハット等が多くなることも報告されています。

雇用や賃金・労働条件の改善、より安全・安心な病院給食の提供にむけた運動が不可欠です。院外調理・センター化職場の仕組み・調理技術について分析を行い、直営・クックサーブとの比較・点検も行ない、課題共有や情報交換も進めながら、院外調理における問題点を改善させていくこと、直営を守り増やす政策転換につなげていくことが必要です。

【病院給食改善の基本】

1. 治療食として安全・安心の給食業務運営を貫くこと。
2. 患者・利用者を中心とした給食業務改善の理念を大切にすること。
3. 職場の団結を強め「学習・実践」する中でこそ給食業務内容を改善する事をみんなで理解し合うこと。

4. 一人の疑問、一人の悩みをみんなが共有できる民主的な職場運営をめざすこと。

この間の問題点

委託問題

医療機関においても病院給食や院内保育所だけではなく清掃、洗濯、検体検査など様々な分野で業務委託が進み、職場では不安定雇用労働者が増えているのが現状です。

行政改革と民間活用による「規制緩和・構造改革」路線により病院給食の委託認可が1980年代から始まりました。

病院給食は、原則として直営方式で行うこととされていましたが、1986年6月に厚生省から「病院における給食業務の一部委託についての通知」(昭和61年厚生省健政発第226号)が出され、外部委託が認められて以降、規制緩和と営利企業の参入が進み、病院給食の業務委託は広がり、委託率が上がっています。

1996年の厚生省からの通達によって院外調理(センター化)が可能となりました。厚生省が長年推し進めてきた、低医療費政策と営利化とコスト優先主義の延長線上にあるものが業務委託です。委託化が進みセンター化への条件整備も進んでいきました。

全国で委託・センター化されている事業所数についての調査結果はありませんが、委託率については、医療関連サービス振興会の調査では病院給食の委託率は1991年19.9%から急増し、2024年度は72.9%に達しています。厚労省の厚生労働行政推進調査事業補助金・分担研究報告(2019年調査・調査数2,007)によると、直営は32.9%(662施設)、委託(一部委託含)64.2%(1,292施設)となっています。

日本医労連が2023年度に行った第5回病院給食実態調査での委託率(一部委託・全面委託・セントラルキッチン)の合計は70.7%となっています(巻末資料参照)。近年では委託率の伸び率が頭打ちになっていましたが、ここ数年で委託率は上がってきています。

現在、病院給食の委託業界の市場規模は約4,000億円といわれています。全国に約180社あり、大手企業を含め中小の会社も多くあります。

医療法人・社会福祉法人・給食会社・食品メーカーなどが経営するセントラルキッチンは、2020年の段階では100を超えています。現在「一般社団法人 日本医療福祉セントラルキッチン協会」の会員数も約160となっています。

給食調理現場における部分委託の内容は、食器洗浄・下膳・配膳・盛りつけ・調理となっています。日本医労連が行った第3回～第5回調査では食器洗浄が最も多く、続いて下膳、配膳、盛り付けの順となっています。

委託化の理由は、様々ですが、主には経費削減、人手不足解消、労務管理の放棄となります。日本医労連・第5回調査では、委託の理由としては、人手不足(44.8%)が最も多く経費削減(28.7%)が2番目となっています。

委託化が進む一方で、委託化では解決できない問題が起こっていることも事実であり、解決できないことも報告されています。

委託導入は、経費削減、人件費抑制が主な理由として委託導入されてきましたが、結果として直営に戻るケースが出てきおり、委託導入時の根拠が崩れてきています。

委託会社からの委託料値上げの提示により、赤字幅が大きくなることが主な原因です。地域によって事情が異なることもあると思われますが、委託導入を検討しても委託料が折り合わず業者側から門前払いを受ける場合もあります。

また、委託化をした結果、委託会社側が確保した職員の調理経験の少なさ、コスト削減を前提とした食材調達で、調理を行ったため、給食の質の低下を招いてしまったことで、結果として直営に戻ったケースも報告されています。

人手不足問題

直営や委託の現場でも、調理師不足が深刻です。これは、病院だけではなく介護施設でも同じ問題が起きています。退職後の補充ができていないため、後継者不足などの問題も出てきています。地方の場合は、職員の高齢化の問題も出てきています。新たな担い手がないため、平均年齢が60代後半になっているなどの報告もあります。一方、都市部では、労働人口の減少により、賃金を上げても応募がない状況です。委託の場合、人手不足を理由に委託会社の変更を行ったとしても一時しのぎにしかならず、根本的な改善になりません。人材確保困難で委託導入そのものがなくなった事例もあります。人手不足問題を解決するために委託化が行われている施設のなかには、外食産業との提携などの例も出てきています。

人材確保の問題は、結果として無資格など調理の現場での経験がない職員の採用をせざるをえず、給食の質の低下を招きます。また、委託・直営を問わず、圧倒的に非正規労働者の導入が進んでいます。

現場の問題点を改善するには、やはり大幅な賃上げ・待遇改善が必要になります。若い人たちが離職せず、長く働き続けられる職場環境や賃金改善が求められます。

働き甲斐や労働環境の整備(教育制度、賃金、労働時間管理、人間関係・職場環境改善)が重要となります。

●人員確保における問題点

①**直営・委託の場合でも低賃金**：低賃金のため、募集をかけても人員が集まらないという悪循環が起こり、慢性的な人員不足となっています。人員不足は、現場での長時間労働につながり、労働環境の悪化を招きます。23年度の医労連の調査結果でも勤務表にあらかじめ超過勤務が含まれているとの回答もあります。

調理師については、正職員の採用がされずに、委託・非正規職員での募集となっています。しかしながら、応募がなく職員確保の難しくなっているのが現状です。始業前残業、スキルアップの場がない、賃金の安さなどのほかに、早番の問題や病院という環境の問題もあります。栄養士(管理栄養士)は、休憩時間が取れないなど様々な問題が起きています。

②**職員の高齢化問題**：病院・施設の調理現場では、職員の定年退職後の補充がされないことや再雇用職員も多くなるなどによって、年齢構成に偏りが見えています。新たな採用が困難なことから後継者不足が深刻となっています。

診療報酬

近年は、急性期の入院栄養管理体制加算（特定機能病院のみ）の新設や、ICUにおける早期栄養介入管理加算の見直しなど、診療報酬上で臨床栄養管理に係る項目が注目されています。臨床栄養管理の面での収入増加となっていますが、管理栄養士が厨房業務を行っているだけでは、加算がありません。病棟で活躍する管理栄養士が増える傾向にありますが、その人数が十分ではないと思われます。

入院時食事療養費

病院給食は、診療報酬にももともとは組み込まれていました。誰しものが食事をするという「公平性の観点」から 1994 年に診療報酬制度から外されていますが、保険給付は存続することになりました。介護保険における給食については、2000 年の介護保険法施行当初は、基準食事サービス費として保険給付でしたが、2005 年 10 月には、介護報酬から給食費が切り離され、施設の食費、生活費が自己負担化となりました。

2006 年には入院時食事療養費制度の一部改定があり算定方法が、1 日単位から 1 食単位へと変更されました。入院時食事療養費等（I）が 1 日 1,920 円から 1 食 640 円、特別食加算が 1 日 350 円から 1 食 76 円に変更となっています。また、特別管理加算・1 日 200 円が廃止となり、栄養管理実施加算 1 日 12 点となりました。一般の標準負担額（自己負担）は、平均的な家計の食費を勘案したとして、2016 年には、260 円から 360 円、2018 年には、360 円から 460 円となっています。2024 年の改定で自己負担分が 30 円上がり、490 円となりました。2025 年にはさらに 20 円引き上がり、2 年間で 50 円引き上がっています。（巻末資料参照）

2024 年度診療報酬改定で入院時食事費が引き上げについては、物価高騰の影響による材料費と調理費（水光熱費）のための引き上げであり、職員の賃金改善のための引き上げではありません。

引き上げそのものは各団体からの要望もあったものではあります。十分な引き上げとは言えません。ましてや患者負担で引き上げられるべきものではありません。

災害対策（震災、風水害など）問題点

災害時のマニュアルの存在については、93.5%（日本医労連・第 5 回調査）となっており、多くの病院・施設でマニュアル化されています。

近年多発する集中豪雨など、施設に直接被害が無くても配送ルート上に支障が生じた場合には、食事提供に影響が出る場合もあります。

備蓄については 98.4%（同）となっています。備蓄用の食料品は、委託業者ではなく各施設で備蓄しなければなりません。備蓄量の食料品は、通常の病院給食としては使用することはできません。大規模災害時には長期化、医療機関・介護施設等が孤立することも懸念されます。対策委員会は、厚労省に対し、「災害時対応で備蓄する食料品等については、民間医療機関・介護施設も含めて避難者・職員分も整備できるように、財政措置など強化すること」

を求めてきました。しかし、厚労省においては「通常の病院運営にも使用可能なもの」との判断がされているため、財政補助の対象とはなっていません。この間の災害の経験から言えば、病院には患者・利用者だけではなく近隣住民が避難してくることもあります。また、災害時の備蓄用食料を普段の食事として提供することはあり得ません。こうしたことから考えても、国からの財政措置が必要となります。

医療機関・介護施設の耐震化率向上にむけて財政措置を強化することも必要となります。厚労省の調査では、2023年の病院の耐震化率は80.5%（災害拠点病院等の耐震化率は96.0%）となっています。

ベースアップ評価料

2024年度診療報酬改定で、「ベースアップ評価料（以下 ベア評価料）」が新設され、「看護職員、病院薬剤師、その他の医療関係職種」の処遇改善（賃上げ）に向けて0.61%の診療報酬プラス改定を行う。2024年度にベースアップ分で2.5%の賃上げ、25年度に同じく2.0%の賃上げを行う」とされました。

ベア評価料は「主に医療に従事する職員（対象職員）」とされ、対象外となる職種があることが問題となっています。給食部門では、「管理栄養士」「栄養士」は対象職員として明記されていますが、「調理師」「調理員」の記載がありませんでした。

対策委員会として2024年6月に厚労省要請を行い、「調理師の明記がされていない。治療食は患者さんにとって必要なもの。明記されていないことで対象にしない判断になる」と訴え、厚労省側から「（明記されていない職種も）実態として、主として医療に従事する方については対象になると考えている」との回答を引き出しました。

後日、厚労省に対して調理師がベア評価料の対象になるか再度、確認したところ「医療に従事する実態があれば対象となる」「病院ごとに判断してもらいたい」との回答をあらためて引き出しました。

さらに青森県医労連が国会議員の協力のもと、厚労省に対しヒアリングを行い「医療機関の判断でできる」という同様の回答を引き出しました。その後も各地で改善につなげるなどの成果も出ています。

今後の課題、今後の展望

病院で給食部門は、多くの病院で赤字に陥っています。現在も経営側は、不採算であることを理由に「食材費を抑える」「人材確保」などを目的として、委託を導入しようとしています。

実際に、今も委託導入を提案されている病院もあります。しかしながら、委託の根拠が崩れてきている現状や個別対応などを考えると、委託では対応が困難な場合があります。

既に、委託されている給食現場では、安全な「治療食」の提供を懸念する声があがっています。その懸念の声に対して病院側は問題として考えていないケースもあります。

このまま人員配置や勤務環境の改善がなければ、給食が出すことのできない病院・施設に

なりかねません。

病院給食を今後も持続的な体制にしていくために、「病院給食は治療食」であることを踏まえ、療養生活を送る患者・利用者に対し、安全かつ美味しく、楽しみとなる「治療食」の提供、入院時食事療養費の引き上げ、そして専門職としてのやりがい、病院給食の魅力を、病院・介護給食現場からの声を発信していく事が必要となります。

専門職としてやりがい、病院給食の魅力の発信

「専門職としてのやりがい」と「どのように病院給食の魅力を発信するか」といった課題が出てきています。

調理師を目指す理由に「一流のシェフになること」を目標にしている人が多いと思います。病院や介護施設で働きたいから調理師免許取得ということは少なくなっているのではないのでしょうか。

今、病院や介護施設の現場で専門職として働いている方は、大勢います。患者・利用者のための食事を日々考え、どのような提供の仕方がよいのか、どうすればもっと患者・利用者のためになるのかを考えた取り組み、また、医療従事者として専門性を高めるための学習も行っています。行事食の見直しやメニューを考える際の話し合いで、栄養士・調理師の互いの専門性を活かしている報告があります。管理栄養士が既往歴、検査データ、服薬歴を確認し、適切な特別食を医師に提案する試みもあります。

最後に

社会的役割に見合う賃金の実現と心身ともに健康で働き続けられる勤務環境の改善には、当事者である我々が声をあげて、運動をすすめていくことが求められています。

対策委員会は、日本医労連の方針を全面的に実践する立場で、ベア獲得めざす賃金闘争と最賃引き上げ、大幅増員・組織拡大の取り組みとともに、病院給食の全面委託に対するたたかいや病院給食の患者負担増の撤回などを求めて奮闘してきました。

いま医療や介護、病院給食をめぐる厳しさを増す情勢のもと、医療、介護労働者の「いのちまもる」たたかいへの期待は高まっており、安全・安心の医療・介護・病院給食をめざし、「治療食である病院給食」の運動を広げることは急務です。引き続き、全国交流集会や医療研分科会を通して学習と交流を行ない、団結して運動を前進させていきましょう。

以上

資料

委託化の推移

委託化の推移

(医療関連サービス)

平成 03 年度	19.9%
平成 06 年度	26.7%
平成 09 年度	33.9%
平成 12 年度	44.5%
平成 15 年度	53.8%
平成 18 年度	60.5%
平成 21 年度	62.3%
平成 24 年度	67.9%
平成 27 年度	70.3%
平成 30 年度	70.3%
令和 03 年度	72.4%
令和 06 年度	72.9%

委託化の推移

(医労連調査・一部委託＋全部委託)

平成 02 年 (1990 年)	17.9%
平成 08 年 (1996 年)	27.2%
平成 24 年 (2012 年)	50.3%
平成 30 年 (2018 年)	59.7%
令和 05 年 (2023 年)	70.7%

食事療養費、自己負担額の推移

【入院時食事療養費Ⅰ】

平成 06 年 (1994 年)	1,900 円/1 日
平成 09 年 (1997 年)	1,920 円/1 日 (消費税率引き上げ対応のため)
平成 18 年 (2006 年)	640 円/1 食 (1 日単位から 1 食単位へ変更)
令和 06 年 (2024 年)	670 円/1 食
令和 07 年 (2025 年)	690 円/1 食

【自己負担額】

平成 06 年 (1994 年)	600 円/1 日
平成 28 年 (2016 年)	3 月まで 260 円/1 食
平成 28 年 (2016 年)	4 月から 360 円/1 食
平成 30 年 (2018 年)	4 月から 460 円/1 食
令和 06 年 (2024 年)	6 月から 490 円/1 食
令和 07 年 (2025 年)	4 月から 510 円/1 食

【介護保険制度・給食の変遷】

平成 12 年（2000 年）	介護保険法施行
平成 17 年（2005 年）	保険給付の対象外に（保険財政が理由） 特定入所者介護サービス費（補足給付）制度化
平成 26 年（2014 年）	補足給付の対象範囲の見直し（一部除外）
令和 03 年（2021 年）	補足給付の対象範囲についてさらなる見直し（基準費用額を変更）

病院給食の歴史

明治 11 年（1889 年）	脚気患者に対する病院給食開始
昭和 23 年（1948 年）	医療法制定（給食施設の配置、栄養士の配置が規定される）
昭和 25 年（1950 年）	完全給食制度制定
昭和 33 年（1958 年）	基準給食制度導入（入院時基本診療の一部として評価される。給食加算 30 点。）
昭和 36 年（1961 年）	特別治療食加算認定
昭和 47 年（1972 年）	入院時基本診療の一部としての評価（給食加算）が廃止され、入院基本診療とは別に給食料、基準給食加算新設。
昭和 53 年（1978 年）	給食料 100 点に、基準給食加算、医療食加算新設。
昭和 61 年（1986 年）	病院給食業務の外部委託（一部委託）が認められる
平成 04 年（1992 年）	給食料、基準給食加算、特別管理給食加算新設
平成 06 年（1994 年）	病院給食有料化（自己負担拡大）、基準給食制度から入院時食事療養制度に変わる
平成 08 年（1996 年）	医療法施行規則改定。院外調理が解禁となる。
平成 09 年（1997 年）	入院時食事療養費（Ⅰ、Ⅱ）に加算（消費税引き上げ対応）
平成 18 年（2006 年）	入院時食事療養費を改定（評価算定を 1 日単位から 1 食単位へ。特別管理加算（適時適温）を廃止。栄養管理加算を新設。平成 24 年入院基本料へ包括）
平成 22 年（2010 年）	栄養サポートチーム（NST）加算
平成 24 年（2012 年）	栄養管理加算が入院基本料へ包括となる
平成 28 年（2016 年）	てんかん食加算
令和 02 年（2020 年）	外来栄養食事指導見直し、個別栄養管理加算見直し、栄養食事指導見直し
令和 06 年（2024 年）	入院時食事療養費改定、ベースアップ評価料新設
令和 07 年（2025 年）	入院時食事療養費改定