

# 地域における介護サービス事業所の 食事提供に関するニーズと課題

福士一恵<sup>1)2)\*</sup>, 坂本大輔<sup>2)</sup>, 久保田のぞみ<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>名寄市立大学保健福祉学部栄養学科, <sup>2)</sup>NPO 法人ちとせの介護医療連携の会

【要旨】介護サービス事業所における食事提供に関するニーズを把握し、課題を検討することを目的とした。2022年12月千歳市内の管理栄養士配置基準のない介護サービス事業所50ヶ所を対象とし、加算の算定状況、栄養管理、提供している食事内容、食事の相談等のWeb調査を行った。居宅系事業所と通所系事業所の比較は $\chi^2$ 検定を行い、多重回答はpoisson分布の度数検定を行った。栄養関連の加算算定状況は10%であった。BMIの記録は15%の事業所で行われていた。75%の事業所では介護職員が献立作成や調理を担当していた。調理担当者の負担は居宅系事業所の方が通所系事業所より負担が大きかった( $p < 0.05$ )。調理業務を担う介護職員に、管理栄養士がBMIの記録や活用、献立作成や調理の助言等を行うことで負担が軽減され、利用者の栄養管理の充実に繋がること示唆された。気軽に相談ができる栄養ケア・ステーション設置が今後の課題である。

**キーワード：** 認知症対応型共同介護、調理、栄養管理、食事提供、栄養ケア・ステーション

## I. はじめに

日本では高齢者人口の増加に伴い、2012年には561万人<sup>1)</sup>であった要支援・要介護者が2023年には689万人<sup>2)</sup>となり、認知症高齢者数も462万人から2025年には730万人になると試算されている<sup>3)</sup>。地域包括ケアシステムの構築を目指し、介護サービス事業所は多様化しており、日帰りで日常生活の介護や食事、入浴等のサービスを提供する通所系サービス事業所や認知症高齢者を対象として専門的なケアを提供する認知症共同生活介護（認知症グループホーム、以下認知症GH）など利用者や家族のニーズに合わせた介護サービスが提供されており、利用者に適した食事の提供もその一環である。

高齢者にとっての食事は、単に栄養を補給するためだけではなく、精神の活性化や生活への関心、さらに生きる意欲を高めることから、QOLと大きな関わりがあると言われている<sup>4)</sup>。そのため、いつまでも口から食べるためには、個々人の状態に合わせた食事の提供が必要である。認知症GHや通所介護などの事業所では特別養護老人ホームのように管理栄養士の配置義務がなく、特に認知症GHでは、利用者と介護従事者が共同で食事の準備を行うように努めることが推奨されており、介護従事者の調理を含

めた食事支援が求められる<sup>5)</sup>。令和3年度の介護報酬改定において、認知症GHや通所介護事業所等では、栄養ケア・ステーションなどの外部の管理栄養士と連携して算定できる栄養管理体制加算等が新設され、栄養管理の重要性が評価された<sup>6)</sup>。

北海道千歳市の、高齢化率は23.7%と道内一低く、全国平均29%を大きく下回っている<sup>7)</sup>が、2040年には人口が減少するなか高齢化率は29.6%に上昇し、要支援・要介護者の増加が推定されている<sup>8)</sup>。令和3年5月に行った千歳市に所在する認知症GH等を対象とした調査では、栄養管理体制加算を算定している事業所は1事業所であり、栄養改善加算や栄養アセスメント加算を算定している事業所はなかった<sup>9)</sup>。先行研究では、栄養士のかかわりのある認知症GHでは献立作成、栄養価計算、特別食の実施率が高く、栄養管理体制が整いつつあったが、栄養士のかかわりのない施設では、介護職員を中心に献立を作成しており、栄養バランス、特別食の対応などに対して悩みが多くみられた<sup>10)</sup>。千歳市には、市の高齢者福祉計画の基本理念である「いくつになっても自分らしく、元気で住み慣れた地域で支え合い、安心して暮らし続けることができる地域社会の実現」<sup>11)</sup>を目標に活動している「NPO 法人 ちとせの介護医療連携の会」(以下連携の会)があり、その中の管理

2023年9月13日受付：2024年2月1日受理

\*責任著者 福士 一恵

住所 〒096-8641 北海道名寄市西4条北8丁目1

E-mail : k.fukushi@nayoro.ac.jp

栄養士チームは、介護サービス事業所の食事提供をよりよくするための支援を検討している。

そこで、本研究は千歳市の認知症 GH、通所介護事業所などの介護サービス事業所における食事提供に関するニーズを把握するとともに、これらの介護サービス事業所への支援についての課題を検討することを目的とする。

## II. 方法

### 1. 対象事業所の抽出

千歳市の介護保険サービス等事業者一覧（令和4年10月1日現在）から抽出した認知症 GH14 事業所、小規模多機能型居宅介護 7 事業所、看護小規模多機能型居宅介護 1 事業所、通所介護 24 事業所、通所リハビリテーション事業所 4 事業所の合計 50 事業所を調査対象とした。

### 2. 調査方法および時期

対象施設へ依頼文書を郵送し協力を求め、QRコードまたは URL から WEB 調査 (Google Forms) を行った。WEB 調査の回答をもって同意を得たものとした。調査は令和4年12月13日～令和5年1月6日に実施した。

### 3. 調査項目

調査項目は、事業所の概要、介護報酬加算算定状況、身体計測と提供している食事の状況、献立作成と調理、栄養や食事に関する相談、調理や栄養の学びとした。

### 4. 統計解析

解析は、データを数値化し、それぞれの割合を示した。居住系事業所と通所系事業所の比較は  $\chi^2$  検定を行った。 $\chi^2$  検定を行い期待度数 5 未満のセルが全体のセルに対して 20%以上存在する時には、Fisher の直接確率検定を行った。また、複数回答は poisson 分布の度数検定を行った。SAS JMP Pro (SAS Institute Japan 株式会社) を用いて解析した。

### 5. 倫理的配慮

本研究は、「名寄市立大学倫理委員会」の審査を受け、承認を得たうえで行った（番号；R4-032、承認日；令和4年12月5日）。対象者には、調査票は無記名自記式であることから事業所や個人が特定されることは

ないこと、調査結果は研究目的のみに使用し、研究者以外への使用はないことなど説明書に記載し、回答の送信により研究協力の同意を得た。

表1 事業所の概要

		全体 n=20	居住系事業所 n=10	通所系事業所 n=10	
		事業所 (%)	事業所 (%)	事業所 (%)	
回答事業所	認知症対応型共同生活介護	8 (40)	8 (80)	0 (0)	
	小規模多機能型居宅介護	2 (10)	2 (20)	0 (0)	
	通所介護	3 (15)	0 (0)	3 (30)	
	認知症対応型通所介護	1 (5)	0 (0)	1 (10)	
	地域密着型通所介護	5 (25)	0 (0)	5 (50)	
	通所リハビリテーション	1 (5)	0 (0)	1 (10)	
事業所の定員	10～30人未満	17 (85)	10 (100)	7 (70)	n.s
	30～50人未満	2 (10)	0 (0)	2 (20)	
	50人以上	1 (5)	0 (0)	1 (10)	
1日の平均利用者数	10人未満	2 (10)	0 (0)	2 (20)	n.s
	10～30人未満	16 (80)	10 (100)	6 (60)	
	30～50人未満	2 (10)	0 (0)	2 (20)	
	50人以上	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
平均介護度	要支援	1 (5)	0	1 (10)	n.s
	要介護度1～2未満	6 (30)	1 (10)	5 (50)	
	要介護度2～3未満	9 (45)	5 (50)	4 (40)	
	要介護度3～4未満	4 (20)	4 (40)	0 (0)	
	要介護度4～5未満	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	要介護度5	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
従業員の職種 (複数回答)	管理者	20 (100)	10 (100)	10 (100)	n.s
	介護支援専門員	11 (90)	10 (100)	1 (10)	p<0.05
	相談員	10 (50)	0 (0)	10 (100)	p<0.001
	介護職員	20 (100)	10 (100)	10 (100)	n.s
従業員の人数	10人未満	9 (45)	1 (10)	8 (80)	n.s
	10～20人未満	7 (35)	5 (50)	2 (20)	
	20～30人未満	4 (20)	4 (40)	0 (0)	

※「従業員の職種」は poisson 分布の度数検定。それ以外は fisher の正確確率検定。n.s=not significant

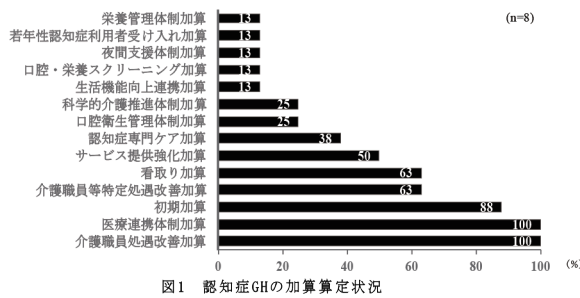


図1 認知症GHの加算算定状況

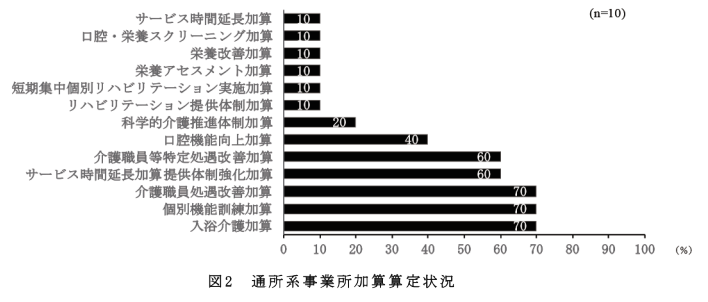


図2 通所系事業所加算算定状況

### III. 結果

#### 1. 回答状況

回答状況は、認知症 GH 8 事業所、小規模多機能型居宅介護 2 事業所、通所介護 3 事業所、認知症対応型通所介護 1 事業所、地域密着型通所介護 5 事業所、通所リハビリテーション 1 事業所の合計 20 事業所から回答を得た（回答率 40%）。居宅系事業所は認知症 GH と小規模多機能型居宅介護の 10 事業所、通所系事業所は通所介護、認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護、通所リハビリテーションの 10 事業所であった。

#### 2. 事業所の概要

表 1 に事業所の概要を示した。事業所の定員は、85%が「10 人～30 人未満」であった。居宅系事業所と通所系事業所の従業員の職種では、「介護支援専門員」(P<0.05) と「相談員」(P<0.001) に違いが見られた。

#### 3. 事業所の介護報酬加算算定状況

認知症 GH では、「介護職員処遇改善加算」と「医療連携体制加算」の算定率は 100%であった。一方で、「口腔・栄養スクリーニング加算」、「栄養管理体

表2 身体測定と提供している食事状況

		全体		
		事業所 (%)	居住系事業所 n=10 事業所 (%)	通所系事業所 n=10 事業所 (%)
体重測定 (n=20)	1ヶ月に1度実施	19 (95)	10 (100)	9 (90)
	未実施	1 (5)	0 (0)	1 (10)
BMIの記録 (n=20)	有	3 (15)	2 (20)	1 (10)
	無	17 (85)	8 (80)	9 (90)
食事提供 (n=20)	有	18 (90)	10 (100)	8 (80)
	無	2 (10)	0 (0)	2 (20)
提供している食事 (n=18) (複数回答)	朝食・昼食・夕食	10 (56)	10 (100)	0 (0)
	昼食	7 (39)	0 (0)	7 (70)
	おやつ1回	14 (78)	10 (100)	4 (40)
	おやつ2回	1 (6)	0 (0)	1 (10)
食事摂取量の記録 (n=18)	有	18 (100)	10 (100)	8 (100)
	無	0 (0)	0 (0)	0 (0)
食費 (n=18)	300円未満	6 (33)	2 (20)	4 (50)
	300円～400円未満	7 (39)	4 (40)	3 (37)
	400円以上	5 (28)	4 (40)	1 (13)

※「提供している食事」はpoisson分布度数検定。「食費」はfisherの正確確率検定、それ以外はχ2検定。n.s=not significant

制加算」の算定率は 13%であった（図 1）。小規模多機能型居宅介護事業所では、「総合マネジメント体制加算」、「サービス提供体制強化加算」、「認知症加算」等は 100%であり、栄養関連加算は 0%であった。通所系事業所の加算算定状況は、通所介護、認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護、通所リハビリテーションの 10 事業所全てを合計し、その割合を図 2 に示した。「介護職員処遇改善加算」、「個別機能訓練加算」等の算定率は 70%、「栄養改善加算」等の栄養関連加算は 10%であった。

#### 4. 栄養管理と提供している食事の状況

体重測定は、95%の事業所で 1 ヶ月に 1 度行っていた一方で BMI の記録をしていた事業所は 15%であった。食事を提供している全ての事業所では、食事摂取量を記録していた（表 2）。提供している食形態の種類は、居住系事業所、通所系事業所同様であった。また、居宅系事業所では、「常食」の他「糖尿病食」や「高血圧食」を提供していた。

#### 5. 献立作成と調理

献立作成は、通所系サービス事業所では半数が未作成であった。献立を作成している職種は、「介護職員」が 75%を占めていた。調理担当者の職種は、居宅系事業所では 60%が「介護職員」であり、10代から 70代まで携わっていた。1 食の調理担当者は 67%の事業所では「1 名」という回答であった。

「調理業務の負担」については、居宅系事業所では 60%が「負担」と回答し、通所系事業所より有意に負担が大きかった (p<0.05, 表 3)。

#### 6. 栄養や食事提供に関する相談

利用者に提供する栄養や食事提供に関する相談は、50%の事業所では「医療機関」であった。17%の事業所からは、「相談する場所がない」と回答があった。「市内に相談できる場所があったほうがよい」と 100%の回答があった（表 4）。

表3 献立作成と調理

		全体	居住系事業所 n=10	通所系事業所 n=8	
		事業所 (%)	事業所 (%)	事業所 (%)	
献立作成 (n=18)	実施	12 (67)	8 (80)	4 (50)	n.s
	未実施	6 (33)	2 (20)	4 (50)	
献立作成者 (n=12)	管理者	0 (0)	0 (0)	0 (0)	n.s
	委託業者	2 (17)	1 (12)	1 (25)	
	介護職員	9 (75)	7 (88)	2 (50)	
	管理栄養士	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	配食サービス	1 (8)	0 (0)	1 (25)	
調理担当者の職種 (n=18)	当日勤務職員全て	1 (6)	1 (10)	0 (0)	n.s
	介護職員	8 (44)	6 (60)	2 (25)	
	調理師	3 (17)	1 (10)	2 (25)	
	調理専門職員	4 (22)	2 (20)	2 (25)	
	給食委託業者	1 (6)	0 (0)	1 (13)	
	栄養士	1 (6)	0 (0)	1 (13)	
1食の調理担当者数 (n=18)	1名	12 (67)	6 (60)	6 (75)	n.s
	2名	4 (22)	3 (30)	1 (13)	
	3名	2 (11)	1 (10)	1 (13)	
調理担当者の年齢 (n=18) (複数回答)	10代	2 (11)	2 (20)	0 (0)	n.s
	20代	8 (44)	5 (50)	3 (38)	n.s
	30代	10 (56)	8 (80)	2 (25)	n.s
	40代	14 (78)	8 (80)	6 (75)	n.s
	50代	14 (78)	8 (80)	6 (75)	n.s
	60代	13 (72)	10 (100)	3 (38)	n.s
	70代	6 (33)	6 (60)	0 (0)	n.s
調理技術の差 (n=18)	有	8 (44)	5 (50)	3 (38)	n.s
	無	10 (56)	5 (50)	5 (63)	
調理業務の負担 (n=18)	負担	6 (33)	6 (60)	0 (0)	p<0.05
	負担ではない	12 (67)	4 (40)	8 (100)	

※「調理担当者の職種」、「1食の調理担当者数」、「調理業務の負担」はfisherの正確確率検定、「調理担当者の年齢」はpoisson分布の度数検定、それ以外はχ2検定。n.s=not significant

表4 栄養や食事に関する相談

		全体	居住系事業所 n=10	通所系事業所 n=8	
		事業所 (%)	事業所 (%)	事業所 (%)	
相談場所 (n=18) (複数回答)	医療機関	9 (50)	6 (60)	3 (38)	n.s
	介護支援専門員	0 (0)	0 (0)	0 (0)	n.s
	同法人の他職種	3 (17)	2 (20)	1 (13)	n.s
	外部の介護事業所	0 (0)	0 (0)	0 (0)	n.s
	管理栄養士・栄養士	3 (17)	2 (20)	1 (13)	n.s
	ちとせの介護医療連携の会	0 (0)	0 (0)	0 (0)	n.s
	訪問歯科	2 (11)	2 (20)	0 (0)	n.s
	ない	3 (17)	2 (20)	1 (13)	n.s
調理担当者からの相談 (n=18)	有	11 (61)	8 (80)	3 (38)	n.s
	無	7 (39)	2 (20)	5 (63)	
相談について (n=11)	解決できた	10 (91)	8 (100)	2 (67)	n.s
	解決できなかった	1 (9)	0 (0)	1 (33)	
相談できる場所 (n=18)	市内にあった方がよい	18 (100)	10 (100)	8 (100)	n.s
	なくてもよい	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

※「相談場所」はpoisson分布の度数検定、「調理担当者からの相談の有無」はfisherの正確確率検定、それ以外はχ2検定。n.s=not significant

## 7. 調理や栄養の情報ツールと研修会

調理や栄養に関する情報を得るツールとしては、94%が「インターネット」、ついで67%が「同僚」であった。研修会があれば「参加する」と82%の事業所から回答があった。内容として、「嚥下調整食」「高齢者の栄養」を希望していた(表5)。

## IV. 考察

本研究は千歳市の認知症 GH, ディサービスセンターなど管理栄養士の配置基準のない介護サービス

事業所における食事提供に関するニーズを把握するとともに、介護サービス事業所への支援についての課題を検討することを目的とし調査を行なった。質問紙に回答した事業所が20事業所と少なかった背景には、調査時期が12月中旬を過ぎていたことから年末年始の慌ただしさや、市内数か所の事業所で感染症のクラスターが発生しており、感染対策に追われていたことが考えられる。回答者は概ね管理者であったため、事業所全体を把握した回答が得られた結果だと推測する。事業所の85%が定員「10~30人未満」であったことから、事業所の規模が本調査の

表5 調理や栄養の情報ツールと研修会

		全体		居住系施設 n=10		通所系施設 n=8		
		事業所 (%)	事業所 (%)	事業所 (%)	事業所 (%)			
情報ツール (n=18) (複数回答)	書籍	8 (44)	3 (30)	5 (63)	n.s			
	インターネット	17 (94)	9 (90)	8 (100)	n.s			
	家族	8 (44)	6 (60)	2 (25)	n.s			
	調理実習研修会	1 (6)	0	1 (13)	n.s			
	同僚	12 (67)	8 (80)	5 (63)	n.s			
	ちとせの介護医療連携の会	0	0	0	n.s			
	友人	8 (44)	6 (60)	2 (25)	n.s			
	委託業者の献立	1 (6)	1 (10)	0 (0)	n.s			
研修会参加の有無 (n=17)	参加	14 (82)	9 (90)	5 (71)	n.s			
	不参加	3 (18)	1 (10)	2 (29)				
希望する参加方法 (n=14) (複数回答)	集合型	9 (64)	5 (56)	4 (80)	n.s			
	オンライン	9 (64)	6 (67)	3 (60)	n.s			
	ハイブリット	10 (71)	6 (67)	4 (80)	n.s			
	出前講座	7 (50)	4 (44)	3 (60)	n.s			
研修会に参加しやすい時間 (n=14) (複数回答)	平日9時～18時	5 (36)	3 (33)	2 (40)	n.s			
	平日18時以降	9 (64)	6 (67)	3 (60)	n.s			
	土曜日9時～18時	2 (14)	0	2 (40)	n.s			
	土曜日18時以降	3 (21)	1 (11)	1 (20)	n.s			
	日曜日9時～18時	2 (14)	0 (0)	2 (40)	n.s			
	日曜日18時以降	0 (0)	0 (0)	0 (0)	n.s			
	シフトによる	2 (14)	2 (22)	0 (0)	n.s			
研修会 (調理実習) で希望する内容 (n=20) (複数回答)	嚥下調整食	18 (90)	10 (100)	8 (80)	n.s			
	療養食	10 (50)	7 (70)	3 (30)	n.s			
	高齢者の食事	15 (75)	9 (90)	6 (60)	n.s			
	衛生管理	12 (60)	7 (70)	5 (50)	n.s			
	基礎的な調理	2 (10)	2 (20)	0 (0)	n.s			
研修会 (栄養学) で希望する内容 (n=20) (複数回答)	摂食嚥下	11 (56)	4 (40)	7 (70)	n.s			
	慢性疾患の食事	5 (25)	3 (30)	2 (20)	n.s			
	高齢者の栄養	18 (90)	10 (100)	8 (80)	n.s			

※「研修会参加の有無」は、居住系事業所n=10、通所系事業所n=7  
 「希望する参加方法」、「研修会に参加しやすい時間」は、居住系事業所n=9、通所系事業所n=5  
 「研修会 (調理実習) で希望する内容」、「研修会 (栄養学) で希望する内容」は居住系事業所n=10、通所系事業所n=10  
 「情報ツール」、「希望する参加方法」、「参加しやすい時間」、「調理実習で希望する内容」、「研修会で希望する内容」はpoisson分布の度数検定。  
 「研修会参加の有無」はfisherの正確確率検定。n.s=not significant

結果に影響した可能性は低いと考える。

介護報酬加算算定状況、栄養管理と提供している食事、利用者の要介護度と介護従事者の精神的負担、献立作成および調理担当者、調理担当者の負担、調理や栄養の相談場所や学びの場について考察する。

### 1. 介護報酬加算算定状況

認知症 GH では「介護職員処遇改善加算」「医療連携体制加算」を全事業所で算定していた。公益社団法人日本認知症グループホーム協会が行った調査結果においても「介護職員処遇改善加算」が 85.5%、「医療連携体制加算」は 81.9%<sup>12)</sup> であり、同様の結果を得た。また、「医療連携体制加算」算定率の高さから、医療ニーズの高い利用者が認知症 GH を利用していることが推察された。本調査において、栄養関連の加算状況は、居住系事業所、通所系事業所ともに約 10%と算定率が低いことから、管理栄養士がおらず食事を提供している事業所では、栄養管理が行われている可能性は低いことが推察された。

### 2. 栄養管理と提供している食事

本調査では栄養ケア・マネジメントのスクリーニ

ング・アセスメント・モニタリング様式例<sup>13)</sup>の項目である BMI、食事摂取量の記録を調査した。体重測定はほとんどの事業所で1ヶ月に1度測定しており、食事摂取量は全事業所で記録していた。一方で BMI の記録をしていた事業所は 15%であり、体重測定や食事摂取量の記録は十分に活用されていないことが考えられた。栄養管理に関する介護報酬加算には、外部等の管理栄養士との連携が必要になる。栄養関連加算を算定していた3事業所は、BMIを記録しており、管理栄養士が関わることで基本的な栄養管理事項が整備されやすくなることが示唆された。そこで、体重測定や食事摂取量の活用方法等を助言することにより、栄養ケア・マネジメントの充実につながることを推察された。

介護サービス事業所の従業員は、食品衛生の知識を取得する機会がないことが問題点としてあげられている<sup>14)</sup>。食品衛生の知識習得以外にも「ミキサー食」や「ゼリー食」など調理工程に関しての知識を習得することで、安心安全な食事提供ができると考える。また、「常食」の他「糖尿病食」などの療養食を提供していることから、療養食の知識を習得することに管理

栄養士が関わることで医療面からも貢献できると考  
える。

### 3. 利用者の要介護度と介護職員の精神的負担

利用者の平均介護度は、居宅系事業所では「要介  
護度 2～3 未満」「要介護度 3～4 未満」を合計すると  
90%、通所系事業所は「要介護度 1～2 未満」「要介  
護度 2～3 未満」の合計で 90%と居宅系事業所の利  
用者の多くは、「ほぼ全面的な介護が必要となる状態」  
15) 以上で介護の必要度が高いことが示唆された。ま  
た、認知症患者のうち約 80%は認知機能障害のほか、  
行動・心理症状（Behavioral and Psychological  
Symptoms of Dementia：以下 BPSD）を有する 16) た  
め、認知症高齢者が利用条件の認知症 GH では、身  
体介護のほか精神面からの支援も必要不可欠となる。  
BPSD は「知覚認識または思考内容または気分また  
は行動の障害による症状」と定義 16) され、本人のス  
トレスの増大や QOL に影響を与える 17) だけではなく  
介護者の負担の要因ともなる 16)。さらに、生活支  
援に対する介護職員の認識としては、水分補給をこ  
まめにする、安全な環境にするなど利用者が安心して  
過ごすための配慮を重視している 18) ことから、常  
に注意力が求められ介護職員の精神面の負担も考慮  
する必要があると考えられる。居宅系事業所と通所  
系事業所の従業員の職種では、「介護支援専門員」と  
「生活相談員」に違いが見られた。これは、人員配  
置基準の有無が関係しており、管理栄養士や調理師  
など人員配置基準にない職種の配置は難しいことが  
推察される。

### 4. 献立作成および調理担当者

献立や調理は主に介護職員が行っており、先行研  
究と同様の結果であった 10)。栄養管理関連の加算を  
算定している 3 事業所とも、献立作成に管理栄養士  
は携わっていなかった。調理担当者の年代は 10 代  
から 70 代と幅広く、調理経験や得意不得意さらには  
1 食の調理担当者数により技術の差が出ることが考  
えられた。さらに献立を作成せずに食事提供を行っ  
ている事業所では、その日の調理担当者に献立や調  
理全てが任される可能性があるため、特に調理業務  
が苦手な従業員には負担が大きいことが考えられる。  
認知症 GH の食事支援は、食事を提供するのみでは  
なく、利用者の自己選択・自己決定の機会を創出す  
るが 19)、食事の準備が苦手 20) であったり、食事作り  
に追われ利用者のケアが実践できない役割や葛藤か

ら介護職員の離職への思いが強くなったという報告  
21) があり、管理栄養士による献立作成や調理方法等  
の助言が、介護職員の負担軽減につながり離職を防  
ぐ一助になる可能性が考えられた。

### 5. 調理担当者の負担

「調理担当者の負担」については、居宅系事業所  
の方が通所系事業所より負担が大きいことが明らか  
になった。調理業務に負担を感じるとした居宅系  
事業所は 60%だったのに対し、通所系事業所では  
食事の提供をしている 8 事業所すべてが「負担で  
はない」と回答した。要因の 1 つに、提供する食  
事回数の関連が考えられる。居宅系事業所は 3 食  
とおやつ 1 回の提供に対して、通所系事業所は昼  
食 1 食とおやつが 1～2 回で、おやつの提供がな  
い事業所も 3 か所あった。また調理担当者の職種  
をみると、8 通所系事業所のうち 6 事業所は  
調理師、調理専門職員、給食受託業者、栄養士と  
介護職員以外が担当していた。居宅系事業所の調  
理業務担当者は、調理師が 1 事業所、調理専門職  
員が 2 事業所で、この 3 事業所は調理業務の負担  
はないと回答している一方、7 事業所は介護職員  
および職員全員で、うち 6 事業所が調理業務は負  
担と回答し、このうち 5 事業所は献立作成の担当  
が介護職員であった。調理担当者が決まっている  
事業所では、調理業務負担が少ないことから、専  
任の調理担当者の配置が望ましいが、現状のなか  
で行っていく工夫としては、献立作成をパター  
ン化する、事前に作成する、献立内容を誰でも一  
定の時間で作ることができるように調理のマニ  
ュアル化するなどが考えられる。

### 6. 調理や栄養の相談場所や学び

調理や栄養に関する相談場所として「医療機関」  
が多く、ついで「同僚」であったが、「ない」とい  
う回答もあった。千歳市内には、栄養ケア・ステー  
ションがなく、困った時にどこに相談すればよいか  
わからないことが考えられた。連携の会管理栄養士  
チームは市内医療機関に在籍している管理栄養士  
であるため、退院時カンファレンス等を活用し、事  
業所従業員への栄養ケアの助言を行うことにより、  
利用者の栄養ケアの推進に寄与することが考えら  
れた。また、本調査の結果から、「高齢者の栄養」や  
「嚥下調整食の調理実習」の研修会が望まれている。  
管理栄養士の介入により、1 日使用食品数が増加  
する 22)

等食事内容が改善されて、利用者の栄養状態を良好に保つことができる<sup>23)</sup>ことから、研修会を行うのみではなく、食事提供の支援にコンスタントに関わることで、利用者の栄養ケアに貢献できると考える。

## V. おわりに

介護サービス事業所の食事提供や栄養管理には、地域の管理栄養士がほとんど携わっておらず、献立や調理は介護職員が担っていた。調理業務を担う介護職員に、管理栄養士がBMIの記録や活用、利用者の状況をふまえた献立作成や調理等の食事支援の助言等を行うことで、不安や負担を軽減し利用者の栄養管理の充実に繋がることを示唆された。また、連携の会に認定栄養ケア・ステーションを設置することで互いにわかりやすく、コンスタントに関わることができ、介護職員の調理業務や精神面の負担軽減につながることを考えられる。その他、認知症GH等事業所の利用者と介護者が一緒に調理をする利点を生かした調理技術研修等を開催することは、栄養ケアの推進に有効と考える。

本研究の対象は一部地域ではあるが、管理栄養士が配置されていない介護サービス事業所の食事提供の支援の一助となると考える。

## 利益相反

利益相反に該当する事項はない。

## 謝辞

本研究の実施にあたり、研究にご協力いただきました皆様に深く感謝いたします。

## 文献

- 1) 厚生労働省 (2012) 平成24年度介護保険事業状況報告(年報), [https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoyo/12/dl/h24\\_gaiyou.pdf](https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoyo/12/dl/h24_gaiyou.pdf), 2023.7.2
- 2) 厚生労働省 (2023) 介護保険事業状況報告(暫定)(令和4年3月), <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoyo/m22/2203.html>, 2023.7.2
- 3) 厚生労働省 (2017) 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概略, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000076554.pdf>, 2023.7.2

- 4) 高野喜久雄 (2010) 高齢者にとってなぜ「食」が大切か. 臨床老年看護 **8.6**:12-15.
- 5) 福田明, 上延麻耶 (2012) 認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)で働く介護福祉士に必要な家政学の内容検討—介護福祉士への自記式質問票調査の結果から—. 松本短期大学研究紀要 **21**:25-34.
- 6) 厚生労働省 (2021) 令和3年度介護報酬改定について, [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00034.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html), 2022.9.19
- 7) 北海道 (2022) 北海道の高齢者人口状況令和4年1月1日現在(高齢化率順位), <https://www.pref.hokkaido.lg.jp>, 2022.9.19
- 8) 千歳市 (2021) 千歳市高齢者福祉計画・第8期千歳市介護保険事業計画, [https://www.city.chitose.lg.jp/fs/2/3/8/0/4/9/\\_/\\_8\\_3\\_5\\_.pdf](https://www.city.chitose.lg.jp/fs/2/3/8/0/4/9/_/_8_3_5_.pdf), 2022.9.19
- 9) 福士一恵, 真井睦子 (2021) 千歳市の通所・居宅系サービス事業所におけるスムーズな栄養関連サービス利用についての検討. 日本在宅栄養管理学会学会誌 **8.1**:72
- 10) 明神千穂, 永井奈緒美, 湯川夏子 (2013) 認知症グループホームにおける栄養士のかかわりとその必要性—料理活動に着目して—. 日本食生活学会誌 **23.4**:235-242
- 11) 千歳市 (2021) 千歳市高齢者福祉計画・第8期千歳市介護保険事業計画(令和3年度~令和5年度), <https://www.city.chitose.lg.jp/docs/95-84774-166-878.html>, 2023.6.30
- 12) 公益社団法人日本認知症グループホーム協会 (2023) 認知症高齢者グループホームの令和3年度介護報酬改定の施行後の状況に関する調査研究事業報告書, R050410\_R4Research.pdf (ghkyo.or.jp), 2023.7.1
- 13) 厚生労働省 (2022) 居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順及び様式例の揭示について, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000199128.pdf>, 2023.6.28
- 14) 森下千恵美, 岩田康一, 清水進, 高野英雄, 青木誠, 船橋隆夫, 鈴木幹三 (2007) 認知症対応型共同生活介護における食品衛生実態調査. 公衆衛生 **71.5**: 443-447
- 15) 厚生労働省 (1999) 介護保険制度における要介護認定の仕組み, <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/sankou3.html>, 2023.6.30
- 16) 山口晴保 (2018) BPSDの定義、その症状と発症要因. 認知症ケア研究誌 **2**:1-16.
- 17) 木村裕美, 古賀佳代子, 久本原博子, 西尾美登里 (2022) 行動・心理症状を表出するアルツハイマー認知症高齢者に対する身体的・情緒的介入によるストレスへの影響. 日農医誌 **71.1**:12-21.
- 18) 松山郁夫 (2018) 認知症グループホームにおける生活支援に対する介護職員の認識. 自立支援介護・パワーリハ学 **12.2**:117-122
- 19) 二瓶さやか (2016) 介護福祉士を対象とした要介護高齢者の食事支援のあり方に関する調査分析. 介護福祉学 **23.2**:109-117.
- 20) 古村美津代, 中島洋子, 松本まなみ, 草場知子 (2018) 認知症高齢者グループホームにおける新人介護従事者が抱える困難. 日本認知症ケア学会誌 **17.3**:583-593.
- 21) 古村美津代, 石竹達也 (2011) 認知症グループホームを離職したケアスタッフの思い—インタビュー調査における質的検討—. 久留米医師会誌 **74**:307-315.
- 22) 河野真莉奈, 藤井京香, 安武健一郎 (2023) グループホームにおける献立および調理に関する支援と1日使用食品数の変化. 栄養学雑誌 **81.3**:111-119.
- 23) 和田涼子 (2018) 認知症グループホームの栄養管理の検討. 東京家政大学研究紀要 **58.2**:55-61

*Original paper*

## Needs and challenges in meal provision at nursing care service facilities in the community

Kazue FUKUSHI<sup>1),\*</sup>, Daisuke SAKAMOTO<sup>2)</sup>, Nozomi KUBOTA<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>Department of Nutritional Sciences, Faculty of Health and Welfare Science, Nayoro City University,

<sup>2)</sup> Specified nonprofit corporation Chitosenokaigoiryoudenkeinkai

**Abstract:** This study is intended to grasp the needs of nursing care service facilities and examine the challenges in providing meals at such facilities. In December 2022, targeting 50 nursing care service facilities in Chitose City that are not abiding by the registered dietitian staffing standards, we conducted an online survey on the calculation status of additional fees, nutritional management, provided meals, dietary consultation, etc. We conducted a chi-square test to compare home-based and outpatient facilities. Furthermore, we evaluated multiple responses using a Poisson distribution frequency test. Ten percent of the facilities applied nutrition-related additional fees, and 15% of the facilities recorded BMI scores. In 75% of the facilities, nursing staff were in charge of preparing menus and meal preparation. The burden on the person in charge of meal preparation was greater at home-based facilities than at outpatient facilities ( $p < 0.05$ ). These results suggested that having a registered dietitian record and use BMI and advise on menu creation and meal preparation will reduce the burden on the nursing staff, improving nutritional management for users. In the future, it will be necessary to establish a nutrition care station, providing a convenient platform for consultation.

**Key words:** Cooperative dementia care, cooking, nutritional management, meal provision, nutrition care station