

ホームヘルパーの任務と役割の再考

—食事制限を課された利用者の事例から—

松原 日出子

Reconsidering home-helper's tasks and role

—A case study of client under diet management—

Hideko Matsubara

家事援助サービスは、利用者の生活全体を支える上で重要なサービスである。利用者の多様なニーズに対応できるよう、家事援助においても知識・技術体系の発展が必要であると思われる。しかし、現状ではどのような知識・技術体系が必要とされるのか具体的な議論に乏しい。

本論ではこの課題を考えるための第一歩として食事サービスに注目する。食事制限を課されている家事援助サービス利用者の事例検討をもとに、食事メニューの決定から実際の食事の提供に至るサービス提供上の諸問題を、利用者・ヘルパー・医療サイドのコミュニケーションに注目しながら考察する。結果として、医療的指示と利用者の意思を適切にサービス内容に反映させるため、食事制限のもとで本人のニーズを満たす食事メニューの開発に向け、ヘルパー・医療従事者が協力し合う態勢作りが大切であることを示す。

キーワード ホームヘルプ、食事制限、食事サービス

1 研究目的

家事援助サービスは、ホームヘルプサービスの中でも特に利用者からの需要が高いサービスである。このことは「ホームヘルプ活動実態調査報告」（国民生活センター1998）において、利用者宅で実際に行われている活動が「掃除」（90.3%）、「話し相手」（89.0%）、「買い物」（85.2%）、「食事作り」（81.7%）等すべて家事援助が上位を占めていることから明らかである¹⁾。

家事領域についての認識やサービス要求水準が利用者によって異なるため、家事援助サービスは個別性に富み、任務の明確化や手順の標準化が難しい。よってサービスの方法論がある程度確立さ

れ目的も明確な身体介護サービスと比較すると、家事援助サービスの有効性を評価することは相当難しくなる。また、最近のホームヘルプサービスの有効性に関する研究（後藤・若松2001）によると、特に家政技術においてはヘルパーの自己評価の高さに対して利用者の評価が相当低いという結果が得られており、この乖離が生ずる原因の解明と、それをどのように改善していくかが課題となっているのである。

さらに、介護報酬等の見直し²⁾を視野に入れた最近の介護保険に関する議論では、生活全体を見据えつつ各利用者の多様なニーズに対処しなければならぬ家事援助サービスは、仕事としてそれ

相応の専門性を有しており、身体介護と比較して報酬単価が極端に低い現状は改善されなければならないとの主張が繰り返しなされている（伊藤1999、日本生活協同組合連合会2001、上野2000）。しかしそこでいわれるところの「専門性」の内容について具体的な形で指摘されることはこれまでほとんどなかった³⁾。よって本論では詳細な事例検討をもとに、今後サービスの質を向上させるために必要なことは何か、及びそのために家事援助サービスに必要とされる「専門性」があるとするればそれは何かについて検討したい。

ひとくちに家事援助サービスと言っても具体的な業務内容は多岐にわたるが、本論では特に食事サービスに注目する。その理由は他の業務と比較して特に利用者のニーズが個性に富むものであること、また利用者の健康状態を保つ上で欠かすことのできないサービスであるという点にある。こうした特質から、適度な栄養の摂取と利用者の食習慣や嗜好を尊重した食事メニュー作りという2点がサービス提供上の主な課題となる。利用者との意思疎通はいうに及ばず、これらの課題の解決には必要に応じて栄養学的知識の習得も求められる。よって食事メニューの決定から配膳に至る一連のプロセスにおいて、これらの点がどの程度満たされているかを検討しながら、ホームヘルプサービスが内包する問題を抽出したい。

以上の目的から、本論では食事制限を課されている家事援助サービス利用者の事例をとりあげた。このような事例の場合、特に医療との連携が必要不可欠であり、医療と介護との連携・調整という重要なテーマをクローズアップすることも可能である。この事例におけるヘルパーや医療サイドの対応のどこに問題があったのかを検討しながら、現行のホームヘルプサービスの抱える問題とその改善策について考察したい。

2 調査及び分析の方法

事例検討に移る前に、検討にあたって具体的にどのような基準に基づいてサービス内容を評価するかを確認する必要があるだろう。評価のうえでまず利用者の嗜好に合ったサービス提供の重要性はいうまでもないが、これからとりあげる事例のように食事制限を課された利用者の場合、医学的見地からみた適切さという点も同様に重要な評価基準であることは間違いない。よって、ヘルパーによる一連のサービス提供過程の評価のポイントは以下の3点に大まかに集約されよう。第1は、利用者との意思疎通を通じて利用者からニーズを十分に引き出すことが出来ているかどうか。第2は、利用者の病状や食事制限の内容についての指示を正確に理解できているかどうか。第3は、これらの利用者のニーズや医療的指示が実際提供される食事メニューに適切に反映されているかどうか、この3点である。本論ではこれらの点に注目しつつ、ニーズの把握から食事メニューの決定、調理に至るまでのヘルパーの行動の適切さをそれぞれ判断し、その問題点を考察する。

とりあげる事例は、神奈川県K市で2001年4月から6月にかけて行われた聴き取り調査から得られたものである⁴⁾。この調査では、利用者、利用者の家族、派遣されているヘルパー全員に対してそれぞれ1時間半から2時間程度のインタビューが行われた⁵⁾。聴き取り方法として、家事サービスの中で最も重視していること、望ましいサービスのあり方、実際提供されているサービスの内容の3点を最低限の質問事項とし、あとは家事援助サービスについて自由に調査対象者に語らせる半構造的方法を用いた。

またこれらの聴き取り調査の他に、細部の事実確認のため当事者の許可のもとでヘルパー間の連絡ノート⁶⁾を閲覧、収集した。この事例検討にあたっては、特に利用者の食事制限の内容について

の正確な情報が欠かせないため、連絡ノートの他に担当医からの訪問看護指示書、主任ヘルパーのケース記録、ケアマネジャーの訪問・調整記録を閲覧し、利用者の病状や食事制限の具体的な指示内容を確認した。利用者の病状の変化については特に記録が少なかったため、数回にわたって主任ヘルパー及びケアマネジャーから直接聴き取りを行っている。

なお、本事例では2001年5月に担当ヘルパーによる顔合わせ会（以下「顔合わせ」と記載）が行われている⁷⁾。ヘルパーの問題認識に関する基礎資料の一つとして、この会における各ヘルパーの発言内容も分析対象に加えた。

以上から得られたデータをもとに、ヘルパーの利用者や医療関係者（担当医、訪問看護婦、栄養士）とのかかわりや、ヘルパーが実際に行ったサービスの内容を先述の3点のポイントを中心に評価及び検討する。ヘルパーの行動の適切さの検討にあたっては、利用者や医療関係者の意思がヘルパーのサービス提供の過程にどう反映されるのか、利用者の抱える問題に対するヘルパーの認識やサービスの提供にはどのような傾向があるかに注目しつつ、ヘルパーの不適切な対処の背景にある諸問題を提示していくこととする。

3 事例検討

(1) 利用者の概況

F氏は現在（2001年12月）、81歳の男性で要介護度3。8年前に妻に先立たれ、30年ほど前に建てられた県営住宅の2階に一人で暮らしている。別居の長男と長女が他市におり、毎週末に2人が交代で利用者宅を訪問し様子を見ている。また利用者は腎不全状態にあるため担当医より各種の食事制限が指示されている。

2000年8月に腎不全で入院。その後白内障の手術や腎機能コントロールのために2度ほど入院

を繰り返している。2001年2月の再入院時には利用者の長女が施設入所を考え、3月退院直後に利用者は施設入所の繋ぎでショートステイを利用した。しかしショートステイ時に極端な食事制限が課されたことで施設へ悪印象を持ち、その後の施設入所を拒否した。幸い利用者のその後の経過が良好であるため、週1回の通院治療にて在宅生活を続け現在に至っている。なお、腎不全の悪化を防ぐために担当医より指示されている摂取制限は塩分、カリウム、水分、たんぱく質等多岐にわたる⁸⁾。また摂取カロリーについても適正值1500kcalを守るように担当医から指示されている。

F氏のホームヘルプサービス利用は、1999年4月に始まっている。介護保険開始時の2000年4月にはヘルパーが週3回2時間派遣されていたが、その後利用者の食事コントロールが必要との担当医の判断から派遣回数が増やされた。現在の派遣形態は、月・金曜日3時間、水曜日2時間、火・木曜日1時間半となっている。具体的なサービス内容の項目は「掃除」「洗濯」「調理」「買い物」「通院介助」⁹⁾となっている。主な活動は「調理」であり、1時間半の火・木曜日はほとんどの時間が「調理」に費やされている。またこの他に利用者は、月・火・木・金曜日の週4回配食サービスを、毎週水曜日には訪問看護婦による入浴介助サービスを利用している。

(2) サービス提供の具体的状況について

本事例において利用者、その家族、ヘルパー、担当医、訪問看護婦それぞれが利用者の問題をどう考え、どう対処しているかを明らかにするため、まずKJ法を用いて聴き取り内容を整理した¹⁰⁾。この整理をもとに、ヘルパーが利用者の食事制限量をどう認識した上で、どのようなサービスが望ましいと考えているかを述べ、またそのようなヘルパーの認識に対して、利用者・医療関係者（担

当医、訪問看護婦、栄養士)はどの影響を及ぼしているのかについて検討する。説明の便宜上、実際のサービス提供の経過を「食事制限の認識」「食事メニューの決定」「食事メニューの提供」の3段階に分け、各段階ごとに当事者間のやりとりをもとに、ヘルパーの認識及び利用者・医療関係者(担当医、訪問看護婦、栄養士)からヘルパーへの働きかけの概略をまとめ、その特徴を述べる。

①食事制限について

まず利用者の食事制限をヘルパーがどう認識しているかについてであるが、「あんまり深い内容的なことはわからないのであれなんですけど」(Bヘルパー01/5/15)「どうして食べたらいけないのか、詳しいはっきりしたことはわからないんですけど」(Cヘルパー01/5/16)等の発言にみられるように、食事制限の具体的な内容やその根拠となる病状に関するヘルパーの認識はかなり曖昧である。この傾向は通院介助を通じて利用者の担当医と直接言葉を交わす機会があったヘルパーにもみられた¹¹⁾。「(担当医が)『たんぱく質を減らすこと。カリウムの多いものと、フレッシュの果物、野菜もねえ〜』とおっしゃっていて、難しいなあ〜と思ってしまいました(カッコ内筆者、以下同様)」(Dヘルパー01/3/26)。担当医から食事制限についての指示があった後、このヘルパーは利用者にはどのような食材が摂取可能かとの疑問を担当医に尋ねることなく、ただ連絡ノートで上記のような感想を記載するだけの消極的な対応に終始していた。

むしろ全てのヘルパーが彼女のように消極的な対応をするとは限らない。話は前後するが、2001年3月14日にケアマネジャーはヘルパー2人(A、Eヘルパー)と共に利用者の入院先の病院の栄養士から栄養指導を受けた。日程の都合上、5人の担当ヘルパーのうちで2人の参加にとどまったも

の、食事制限について栄養士から直接指導を受けることで、食事メニュー構成に役立つ実践的なアドバイスを受けることを意図してのことであった。しかし、その結果は芳しくないものであった。「あの栄養士さんの話って、よくわからない。ほんとに上っ面のことしか言ってもらえなかったの。ただカロリーはこれだけで、お肉にしても代替食品があるというように簡単にしか言ってくれなくて。それを聞きながら、実際現場でのヘルパーさん、それだけ聞いてもぜんぜんわからないだろう、って思う」(ケアマネジャー01/5/30)。各ヘルパーは担当医との会話、栄養士からの指導、主任ヘルパーの指導¹²⁾によって一応の形式的な食事制限の指示は受けているものの、その指示が実践的アドバイスにまで至っていないため各ヘルパーは対処に苦慮する様子が見えられた。またヘルパー間で情報を共有したり、悩みを相談しあったりする行為は、担当ヘルパー間の数少ない情報交換の場である連絡ノート上でもほとんどみられなかった。

このように医療サイドからの具体的なアドバイスもなく、未解決の疑問を残したままの状態の中でヘルパーらは多くの場合、自らの持つ一般常識の応用で食事制限における疑問を解決していたが、その認識にはしばしば誤りや過剰な解釈がみられた。特に目立った特徴として、ここでは2点を指摘する。第1は、ヘルパーのカロリー制限に対する過剰な思い入れである。先述したように利用者は複数の品目(栄養素)について制限が課されていたが、ヘルパーは利用者の症状が「糖尿病性」の腎症であったことと、体重測定の結果を連絡ノートに記載するよう指示があったことから、過度に摂取カロリー制限を意識していた¹³⁾。「(利用者の体重が増えることに)すごく責任感してる。(金曜日に一緒に買い物に行くため)だから責任感じてた」(Eヘルパー01/5/30)との発言がみら

れ、それに他のヘルパーも同調していた。しかし実際には利用者の食事制限は腎不全の悪化予防をその主な目的とするもので、医学的見地からは摂取カロリーよりもむしろ塩分や水分量の制限を厳守する必要があったのである。さらにヘルパーは過剰にカロリー制限を意識する一方で、利用者の1日あたりの摂取カロリーの上限をどのヘルパーも正確に把握せず、また把握しようとする努力もみられなかった。本来責任あるサービスを提供するために、積極的に制限量を把握する努力が必要であると思われるが、どのヘルパーも不安がるだけの消極的な対応に終始していたのである。

◎顔合わせから (01/5/30)

主任ヘルパー：実際にさあ、みなさんにおまかせっぱなしなだけで実際にさあ、一日本当に正確な総カロリーわかんないよね。

ヘルパー一同：はい。それは、無理よねえ。

第2に挙げられる点は、食材の量を全体的に減らすのではなく使用できる食材と使用できない食材を区別するという方法で、食事サービスにおける制限をクリアしていたことである。5月に行われた顔合わせで各ヘルパーが次のようなやりとりを交わしている。

◎顔合わせから (01/5/30)

主任ヘルパー：豚とかレバーとかあれはカロリー少ないんだよね。普通のお肉よりも。

ケアマネジャー：だから、食べちゃいけないってことじゃないんだよね。

ヘルパー一同：そうそう、そうなんだよね。

ケアマネジャー：食べてもいいのよ。量なのよ。だからどうしてなのかなと思ってたのよ。

このやり取りにみられるように、当時の各ヘル

パーは食材の量を少なめにするというカロリー制限方法が別にあるにもかかわらず、使える食材を限定する方法があたかも食事制限の唯一の解決策であると思い込んでいた。

このように、ヘルパーは食事制限の内容や具体的な解決方法をかなり単純化して認識しようとする傾向がある。担当医¹⁴⁾、栄養士という医療サイドからの指示が形式的すぎ、具体的な食事メニューに結びつく実践的アドバイスがなかったことがこれらのヘルパーの認識の誤りをもたらした最も大きな要因のひとつといえよう。食事制限の目的を正確に述べた上で、たんぱく質、塩分、摂取カロリー、水分制限のうち最優先しなければならないものは何か等の実践的アドバイスが食事を提供するヘルパーにはとても重要である。

②食事メニューの決定について

ヘルパーは利用者宅に到着すると、まず利用者の意向を聞き、それに沿ってその日の食事メニューを考え始める。「Fさん今日何食べたいですか。どうしましょうかって」(Bヘルパー01/5/15)「何を召し上がりたいかFさんに聞いてから作る」(Aヘルパー01/5/12)。しかし、利用者はこれまで家事の経験がほとんどなく、また食事制限を課されていることで食事メニュー決定の意欲に乏しい。「Fさんは、食事のときに自分の食べたいものがわからないって言っていましたよね。考えることができない。これまで食事を自分で作ったことが無いから」(ケアマネジャー01/5/30)。そのため、利用者の意志を尊重しようとするヘルパーの試みはあまり実際の食事メニュー決定に生かされていない。この様子は上記のケアマネジャーの発言のみならず、次の利用者及びヘルパーの発言からもうかがえる。「食事は薬を飲むためにとっている」「周りの人に心配かけてはいけないから我慢している」(利用者01/5/12)

「なんかこうあれもダメこれもダメっていわれてなんかこう、食の楽しみがなくなってきたというのか、活力がなくなってきたなというのは感じられますね」(Cヘルパー01/5/16)。このようなヘルパーサイドの観察があるにもかかわらず、ヘルパーサイドには利用者にすすんで食事メニューを考えてもらうための配慮はほとんどみられなかった。この背景には、利用者に食事メニューの希望を聞いてから活動を始めるという一連の儀式がきちんと満たされてさえいれば利用者の意志を尊重していることになるというヘルパーの思い込みがあるのではないだろうか。このような習慣が日常化すれば、結果的に家事に疎い1人暮らしの男性利用者は女性利用者と比較して質の低いサービスしか享受できなくなるだろう。

このような状況下で、メニュー決定の意欲に乏しい利用者はどのようにして食事メニューを決めるのだろうか。それをうかがわせる食事メニューの代表例が、利用者が最もよくヘルパーに指示する食事メニューのひとつである「焼きうどん」である。ケアマネジャーの発言に拠るとこの「焼きうどん」は、入院時に利用者が看護婦に勧められた食事メニューであったという。これ以外にも、利用者が看護婦からのアドバイスを鵜呑みにしたような食の取り方をする側面がみられた。例えば利用者は以前、牛乳の飲みすぎによる水分量の過剰な摂取が問題となったことがあったが、それも「牛乳は身体に良いから」との看護婦のアドバイスがもとになっていたことがわかった¹⁵⁾。

以上の例から本事例の利用者の食事メニューの決定方法には次の2点の特徴があることがうかがえる。まず第1に利用者は自分にとって絶対的な立場にある看護婦の助言をもとに食事メニューを決定する傾向があること、第2に利用者がヘルパーと同様に自分の食事制限を量で調整するよりもむしろ食べてよい物、いけない物という分け方を

行っていることである。

ところで本事例における利用者の食事サービスへのかかわり方には、もうひとつ別の特徴がみられる。利用者はヘルパーの食事のみでは不満なのか、ヘルパーに隠れて間食を摂ることが多々あり、サービス提供上大きな問題点となっているのである。

◎顔合わせから (01/5/30)

Eヘルパー：(買い物の時、利用者が) おまんじゅうだよ。食べてって。それは食べれないというじゃこれ全部食べていいのって、どうなってもいいの僕がみたいな、…(略)…お茶を買えば和菓子を買いたくなるでしょう。でも1個は買えないよね、だから3、4個買うわけ。

Cヘルパー：甘いもの食べているんですか？

主任ヘルパー：買い物行くとほしがるんだって。

Eヘルパー：(連絡) ノートにも書かないでくって。

このような利用者の間食摂取の様子は、買い物に同行するEヘルパーでさえ直接うかがうことができない。他ヘルパーであればなおさらそうであるが、状況観察から利用者の間食に薄々気づくヘルパーもいる。ただしほとんどの場合それに対してヘルパーは利用者を確認することなく、またヘルパー間で情報を共有することもない。そうして、顔合わせの時に初めてその様子が明らかにされる。

◎顔合わせから (01/5/30)

Aヘルパー：ゴミがいつも落ちてますよね、麺だけだんだけどそれが丸まってるやつでカップラーメンそういうたぐいの、拾ってたら硬くて。

主任ヘルパー：私が行くとね、足元にピーナッツの殻が落ちててうす皮がね。食べてんのかしら。

Eヘルパー：やっぱり食べてますよね。

このように利用者の間食に対して心配するヘル

パーはいても、それを批判するヘルパーは誰もいなかった。そして利用者は、自分の間食のことをヘルパーに口止めすることのみならず、各ヘルパーに対してさまざまな「情報操作」を行っている。次はその一例である。

◎顔合わせから (01/5/30)

Aヘルパー：かぼちゃ好きじゃないんだって。

Bヘルパー：えー！かぼちゃ好きって言ったので、かぼちゃサラダ作っていたのー。

Dヘルパー：かぼちゃ好きじゃないって言いましたよ。

Bヘルパー：そうなのー。

Cヘルパー：Aさんのかぼちゃが嫌いなんじゃないですか。(笑)

ヘルパーの聴き取りからこのような利用者の嗜好に関するヘルパー間の認識の相異は、利用者がどのヘルパーの作る料理に対しても「おいしい」「自分の好みだ」と言ってしまうことでもたらされることが明らかになった。この例に象徴されるように、利用者は（意識しているか否かにかかわらず）、食事制限を遵守し、ヘルパーへの感謝の言葉を欠かさない「理想的な利用者像」を演じ、それがヘルパーからの好感と同情を引き出している。「食に対しての楽しみ方がちょっと薄いっていてかわいそうだな」(Cヘルパー01/5/16)「かわいそうだなあって。食に対して楽しみを与えてあげたい」(Bヘルパー01/5/15)「料理のFさんにおいしい味付けでやってあげたいと思うんですけど」(Aヘルパー01/5/12)等食事制限を課された利用者を思いやる発言は限りない。あるヘルパーに至っては利用者強く傾倒するような発言をし、利用者に対し強い精神的コミットメントを有している。「Fさんの生き方や感情のコントロールの仕方とか本当にとってもよいお話をうかがうことができて、よかったです。Fさんのお人

柄があふれでるいいお話でした」(Aヘルパー01/6/18)。

「本当に毎日、かわいそうかなと思うけれど本人がいいというのであれば仕方ないですよね」(Eヘルパー01/4/8)というヘルパーの発言と先述のヘルパーのサービスへの取り組みを重ね合わせると、各ヘルパーは利用者に対して思うようにできないことの無力感を、利用者へ深い同情の念を抱くことによって埋め合わせている部分が少なからずあるのではないかと推測される。このようなヘルパーの利用者に対する深い同情を結果的に利用者が逆手にとっている状況は、利用者の精神安定及びヘルパーがサービス提供の際に生じるストレスをおさえるという点ではプラスに働くであろうことは間違いない。しかし、利用者の摂取状況をヘルパーが把握できない、利用者の嗜好をヘルパーが認識できていない等、ヘルパーが摂取状況をコントロールしながら適切な食事メニューを提供するという点では確実にマイナスに作用している。状況を正確に把握せずそのまま流そうとしているヘルパーと、敢えて「理想的な利用者像」を演じ各ヘルパーに対してさまざまな「情報操作」を行う利用者が作り出す状況は、食事の改善に向けてのヘルパーの思考を停止させ、間食の現状を追認して利用者、ヘルパーが互いにストレスを感じない形でのサービス提供を再生産しているといえよう。

③食事メニュー提供について

連絡ノートの記述をもとにヘルパーの提供する食事メニューのパターンを時系列で追うと同じような食事メニューが何週も続く現象が目立った(表1：利用者のサービス利用の変化・体調の変化参照)。その中で特に目立っているのが先述の「焼きうどん」である。これは2001年1月31日から2月6日まで続き、塩分・カロリーの過剰摂取

【表1：利用者のサービス利用の変化・体調の変化】

日付	サービス利用の変化/食事メニュー	利用者の体調の変化等	医師の指示	特記事項	調査スケジュール
2000年 4月1日	週3回・2時間派遣 体重70kg				
8月15日		糖尿病性腎症のため入院			
9月27日		退院：体重56kg			
10月2日			糖尿病によるネフローゼ症候群のため一日1500kcal・水分500cc制限	息子がヘルパー利用回数増希望するが、本人拒否。訪問看護は希望	
10月4日				バランスとれる食事メニューの指示	
10月5日	訪問看護開始				
10月16日	連絡ノート記載開始			風呂開始	
10月23日	週3回・2時間/週2回・1時間派遣				
10月24日		水分摂取過剰(牛乳)浮腫顯著 体重64kg	腎機能は退院時と変化なし。低蛋白高エネルギー食出摂取指示	入院中、看護婦に牛乳は栄養があると 言われ飲みすぎ	
11月6日		白内障手術・腎機能コントロールのため入院：体重67kg			
12月2日				浴室改造(息子立会い)	
2001年 1月27日		退院：体重49kg	一日1500kcal・水分1000cc・塩分5g・蛋白質40g制限	火曜担当ヘルパー・木曜担当Dヘルパー同行し、食中制限確認	
1月30日				乾燥・筋力の減り方激しい	
1月31日～ 2月6日	メニュー：焼きうどんが毎日続く			入院中、看護婦にメニューを聞くと焼きうどんを勧められ続ける	
2月7日		退院後即入院			
2月23日				車が存在は無理と思うので病院からシャトル利用希望。施設入所希望	
3月3日		退院	水分800cc制限・塩分5g・蛋白質40g		
3月5日	週2回・3時間/週2回・15分/週1回・2時間派遣 メニュー：焼きうどん		食中制限重要との指示	各ヘルパーに活動内容・食中制限確認	
3月9日	週2回通院 メニュー：焼きうどん	体重50.7kg	低蛋白高エネルギー食出摂取指示		
3月14日		体重50.5kg		栄養指導(月曜担当Aヘルパー・金曜担当Bヘルパー栄養士・ケアマネ・シヤトル)と体重測定記載指が	
3月16日～3 月20日	シャトルステイ利用	血圧安定、体調良好：体重47.5kg		フラフラして駄目(本人)	
3月21日				給物使用禁止指示 豆菓子・餅が粗上には置いてある	
3月26日		体重47kg	蛋白質制限・カリウム制限	本曜担当Cヘルパー通院同行し、医師に確認	
3月30日	週1回通院変更		水分1000cc制限変更 むくみがでたら水分減すること		
4月6日				本人、ヘルパーの前で菓子を買う	
4月8日					
4月13日	メニュー：野菜炒め	体重49.8kg	水分800cc制限変更	利用者B氏・D氏の長男慶取 金曜担当ヘルパー脱取	
4月17日	メニュー：野菜炒め	左足浮腫あり：体重51.5kg		50kgだとしっかりしていい(本人) 水分量の確認	

日付	サービス利用の変化/食事メニュー	利用者の体調の変化等	医師の指示	特記事項	調査スケジュール
5月5日				息子が水分摂取が妥当か質問 1500cc摂取可能：3/7指示との回答 (有難様)	
5月9日	メニュー：食パン・野菜炒め			購入品を細かく書く (本人)	
5月10日	メニュー：食パン・野菜炒め			カリウム塩使用を医師確認、禁止指示	利用者F氏第二回聴取 月曜担当Aへルバー聴取
5月11日	メニュー：食パン	体重50kg	塩分5g・カリウム制限指示		水曜担当Bへルバー聴取 本曜担当Dへルバー聴取
5月12日					水曜担当Cへルバー聴取
5月15日		便秘3日間排便なし			
5月16日				食さない (本人)	
5月18日	メニュー：食パン	体重50.8kg	水分800～1000cc可能	食さない (本人)	
5月24日	メニュー：食パン・野菜炒め		水分1500cc・塩分5g・蛋白質50g・カリウム制限	夏場なので水分証明。体重目安50±2kg、浮腫・麻痺・倦怠感・食欲低下に注意との医師からの指示	
5月25日				食さない (本人)	
5月29日		貧血：体重49kg 下痢			
5月30日				食さない (本人)	ヘルバー観合わせ
6月1日		体重51.2kg		酷・キヤラメル許可 (医師)	
6月4日		便秘		排便状況記載指示	
6月6日		下痢 (下痢服用)		食事がもう少し摂れたらなあ (本人)	
6月9日					F氏の長男第二回聴取
6月11日		体重49kg		顔色よいように見受けられた	
6月14日～ 6月26日	メニュー：食パン・野菜炒め メニュー：食パン・野菜炒め・デザート等	便秘：体重51.5kg		体重増加を気にする (本人)	
6月27日	メニュー：パン・野菜炒め	下痢 (下痢服用) 浮腫あり		パン食続き、塩分削に寄り浮腫出現、 湖畔メニューに注意指示	
7月3日	メニュー：パン・野菜炒め	体重50.5kg			
7月17日	メニュー：野菜炒め	同日浮腫あり；体重51kg		このくらいしよがない (本人)	
7月18日				食さない (本人)	
7月23日		便秘；貧血値；よくなくなってきている 浮腫軽度；体重49.8kg			
8月7日	メニュー：パン・野菜炒め	浮腫軽度；体調良好		食さない (本人)	
8月8日	メニュー：パン			食さない (本人)	
8月10日		便秘		食さない (本人)	
8月16日	メニュー：パン・野菜炒め	体重48.5kg		食さない、体重は50kg位あればいいの に (本人)	
8月17日		体調良好	カリウム値上げ制限注意	食さない (本人)	
8月29日		浮腫なく体調良好；体重48kg		50kg ないと階段登りが苦痛 (本人)	
9月5日		浮腫なく体調良好；体重48kg			
9月7日	メニュー：パン	体重48kg	浮腫なく水分摂取良好；浮腫・心臓 には負担出てくる可能性あり		
9月13日	メニュー：菓子パン			食さない (本人)	
9月15日		便秘		息子が転倒のリスクあると心配	
9月18日		下痢 (下痢服用)；体重47.8kg			
9月20日	メニュー：菓子パン			食さない (本人)	
9月26日		便秘；体重48.8kg		顔色良い	

からくる腎機能障害の再発により、2月7日通院後即入院となる。3月3日退院後、「焼きうどん」の回数は徐々に減っていくが、ショートステイ利用等で病状は安定した後の4月からは「パン食」が始まり「野菜炒め」の多用がみられる¹⁶⁾。特に「ハンバーグ」は6月14日から26日まで13日間連続で提供されている。これらの食事メニューは単に同じ食事メニューが続くことで、利用者を飽きさせてしまうという問題点のみならず、利用者の塩分、カリウム摂取過多になってしまう点からも望ましくない食事メニューである（ハン、パンに含まれる塩分は以外と高い）。ヘルパーはこれらの食事メニューの提供に関し、「両足のむくみが強くなっております」（訪問看護婦01/6/27）「一週間前ごろより、足のむくみがでています。最近、パン食でハン、チーズパンなど塩分の多い物を摂っているためではないかとの看護婦さんの助言がありました。塩分に気をつけてください」（主任ヘルパー01/6/27）と指摘があるまで、メニューの偏りについてほとんど問題として認識していなかった。利用者のその場の指示に従いすぎあまり、同じメニューが続かないようにとの配慮に欠けた食事メニュー構成がなされていたのである。

一方、ヘルパーの食事作りにおける主体的な工夫は「そうですね。マヨネーズの（カロリー）2分の1というのをちょこっとかけたりポン酢とかしかできないですね」（Aヘルパー01/5/12）「お酒をちょこっと本当に少しなんです、カロリー少なめな砂糖を本当にちょこっと、少量ずつって感じでやるしかないですね」（Bヘルパー01/5/15）等、使う調味料を工夫し、味に変化を持たせる程度にとどまっていた。利用者自身はヘルパーのこうした努力に対し、表向きは「（塩分摂りすぎになるので）醤油をかけたいとは思わない」「香辛料を使って味を工夫している」（利用者

01/5/12）等指示に素直に従っていたものの、利用者はその陰で間食によって食欲を満たしていたのは先述した通りである。たとえ利用者が間食していても、結果的に利用者の体調が維持できていれば問題はないとの考え方も可能かもしれないが、ヘルパーが正確に利用者の食事量を把握していなければ、体調管理に向けての責任ある食事サービスの提供ができないことはまちがいない¹⁷⁾。

(3) まとめ

以上、ヘルパーの食事サービス提供のプロセスを概観したが、そこに見られる特徴としてヘルパーと利用者の間でのある種の「共謀関係」を挙げることができよう。この「共謀関係」とは、具体的には利用者、ヘルパー共にサービスの質の向上を目指すより、むしろ互いにストレスとならないような精神的充足を求め合ってしまう現象を指す。この現象をそれぞれの側から以下のようにまとめることができるだろう。

まずヘルパーの側からみると塩分、水分、カロリー等の摂取上限をヘルパーが正確に把握しておらず、利用者の指示を鵜呑みにして食事メニューをコントロールしない。食事制限に対してヘルパーの取る対策は調味料の工夫程度である。このようなヘルパーの不十分な対応の背景には、医療関係者（担当医、看護婦、栄養士）が食事メニューに反映できるような適切なアドバイスを与えていないことで各ヘルパーの医療的指示に関する理解が不足し食事メニューが片寄ってしまうという一連のプロセスが考えられる。そして利用者の意志尊重ということを隠れ蓑にし、必ず利用者の指示に従い、利用者との良好な関係を作ること優先することでヘルパー自身がサービス提供をしやすい状況を自ら作り出し、サービス提供を行っている。見方を変えれば、食事制限という困難な事例に対し、ヘルパーは適当と思われるとこ

ろで判断を停止し、かつ利用者との感情的コミットメントを通じてストレスを回避していたことで初めて長期的なサービスの継続が可能だった、ともいえよう。

逆に利用者の側からみれば、ヘルパーの前で「理想的な利用者像」を演じる一方、ヘルパーの目に見えないところで間食を摂っており、各ヘルパーに対してさまざまな「情報操作」を行う。利用者自身、食事制限に対して前向きな姿勢で取り組もうとする態度を示しながらも、現状を諦観する態度もあり、どうしても諦めることができない欲求を解決するために間食に走ってしまう。ヘルパーとの関係は良好にしつつ、自分の欲求を満たそうとするというしたたかな利用者がそこには存在する。それは生活の主導権を握りたいという利用者の意思の現れともいえよう。

利用者がこのような態度をとることでヘルパーは利用者の状態を正確に把握できず、またヘルパーも利用者の真の姿を理解するための状況をすすんで作らなかった。結果的にヘルパーは自分たちにとってサービスがやり易い状況を維持していたと考えられる。

4 考察

以上の事例検討の結果から、本事例における食事サービス提供における問題点を、3点ほど指摘する。

第1はヘルパーが食事制限を正確に把握し利用者に提示する努力や技量が不足しているため、利用者の状態に適しない食事メニューを提供したり、毎日同じ食事メニューが続いたりすることである。第2は医療的指示を家事援助に結びつけようと努力するヘルパーに対し適切なアドバイスが医療サイドから十分になされず、その結果ヘルパーが判断不能に陥っていることである。第3は利用者の健康維持のためとはいえ食事制限を厳し

くすることが利用者の食事サービスに対する意欲を削ぎ、利用者を間食に走らせてしまったことである。これらの問題点の改善に向けての方策を次に検討する。

まず、医療的指示と具体的な食事メニュー作成との間の融合をはかるために、ヘルパーと医療サイドが退院時やヘルパー導入時に話し合いの機会を持つことが必要である。

次に、必要なサービス提供のためにヘルパーが利用者とかかわり、医療関与者の指示を利用者に理解させつつ、利用者の嗜好と医療的指示を両立できる食事メニューの可能性を利用者と共に考え、食事メニューの提供・実践をしていくことが大切である。

これまで、家事援助サービスはヘルパーがただケアマネジャーから指示されたオーダーに従う形で（もしくはヘルパー自身の家事経験を信頼され委任される形で）行われる傾向が強かった。しかし今回の事例検討からわかるように、利用者とかかわりがコントロールされず、利用者の指示に流されてしまったり、ヘルパーと医療サイドの関係のみが重視され利用者の意思が無視されてしまう危険性は常に存在している。利用者・医療サイド双方のかかわりを意識したサービス提供、さらにヘルパーが医療サイドと利用者を双方理解できる立場として両者の間を取り持つ役割が重要になるのではないだろうか。その具体的なコーディネートの方法論の構築が今後の検討課題となろう。

では以上の議論を敷衍しながら今後構築されるべき家事援助技術の方向性について大まかな見取り図を提示したい。

まず利用者の健康管理を考えることは最優先課題なので、ヘルパーの立場として医療サイドからの指示をきちんと把握し、それを適切に食事サービスに反映させることが大事になる。その道筋で

はヘルパーが進んで医療サイドに相談することも必要であるし、医療サイドでも単に制限摂取量のみ指示にとどまらず食事サービスを念頭においた具体的な指示の出し方を工夫することが必要であろう。それゆえ医療サイドが退院時やヘルパー導入時に打ち合わせの機会を持つこと等医療サイドとの話し合いが重要となる。

その次に医療サイドだけの指示に従うことを追求すると、利用者の嗜好、必ずしも医療サイドに限定されないような利用者自身の健康管理の仕方が無視されてしまうことも起こりうる¹⁸⁾。そうすると利用者の食事に対する意欲が減退してしまい、逆に体調を崩す危険がある。利用者の生活レベルの細かい情報を握っているのは医療関係者ではなくヘルパーである。それゆえ利用者に対してより近い立場から意思疎通を図りながら利用者の生活のスタンスを理解することが可能となる。それゆえ、時には医療サイドの指示には反することであっても、ヘルパーが利用者の意思を医療サイドに伝える手助けをすることが重要である。ただ医療サイドからみて最低限の健康管理のために必要なことがあるのは事実なのでヘルパー自身が医療サイドと利用者の間を仲立ちし、利用者とは対立しながらも理想的な食事のあり方を突き詰めていく必要もあるだろう。むろんそこには、ヘルパーの利用者に対する鋭い観察眼が必要なこと

はいうまでもない。初期は医療サイドに重心を置き、次の段階で利用者に重心を置くことになるが根底には最低限の健康管理がある。早期に医療サイドの指示をヘルパーがきちんと理解することが必須である。

次に利用者とのかかわりの中で利用者の生活のスタンスを十分理解し、その上で適切に食事メニューに反映させていくことが必要となる。その中で衝突が生じる可能性はあるが、利用者を中心に置き、生活のスタンスに沿いながら、しかし必要があれば主張するところは主張していく形で食事メニューを構成していくということが次の目標になる。それによって利用者の意思を生かせる食事サービスの提供が見えてくるのではないかと考える。以上述べてきたことをヘルパーの食事サービスの質の向上に関する段階的なモデルとして整理したものが、次の表である（表2）。

まずヘルパーが利用者の希望するメニューのサービスを提供するための技術がないため、これまでの家事経験で提供可能なサービスのみを提供し、利用者の意思に沿うことができない状況を想定してこれをレベル1とした。この段階は、ヘルパーが利用者サイド・医療サイドどちらのニーズも認識できず、独断でサービス提供する状態とも言い換えられよう。

次にヘルパーが利用者の指示に忠実な食事メ

【表2 ヘルパーの食事サービスに関する4段階モデル】

レベル1：
利用者のニーズや医療的指示を理解せず、自分のレパートリーにある食事メニューしか作れない。
レベル2：
利用者サイドと医療サイドのどちらかに極端に片寄った立場から食事メニューを提供する。
レベル3：
利用者のニーズと医療的指示の両立を目指し模索する食事メニューを提供する。
レベル4：
利用者のニーズと医療的指示の両立した食事メニューを提供する。

ニューの提供は可能だが、ヘルパー自身利用者の潜在的ニーズに気がつかない状態をレベル2と想定する。本事例における各ヘルパーは調査時において利用者の口頭での指示に従った食事メニュー提供は十分行っていた。しかし、医療サイドからの適切な説明がないというやむを得ない事情もあって、医療的指示を正確に理解せず、ヘルパーは調味料の使い分け以外に食事制限上の工夫ができなかった。また利用者の希望するメニューの中には、専門職のその場限りの何気ないアドバイスにただ従っただけのものも多くみられたにもかかわらず、ヘルパーは忠実に利用者の希望を達成しようとしていた。これらの点から本事例の担当ヘルパーはレベル2に位置づけられよう。

これに対し、ヘルパーが自らの専門的知識に従ってサービスを提供し、必要があれば利用者を説得し利用者の意思と医療サイドの意思との両立を模索する状態をレベル3とする。専門的知識（医療の連携で必要になるものとヘルパー自身のもの）や家事援助技術の習得と利用者との調整の両方が同時進行し、緊急度によってどちらかが優先されることとなろう。レベル2から3への移行については、利用者の意思とサービス提供サイドの意思との両立を模索できるヘルパーとなるために、例えば専門職とかがかわる機会を増やす、ヘルパー自身の自己研鑽・研修の機会を作り、利用者に対して必要なことは何なのか、そのために達成する最優先課題は何なのかを理解し実践できるヘルパーの育成に努めていくべきではないかと思われる。

これらの課題をひとつひとつ達成していくことで到達する理想的な状態をレベル4と設定する。利用者の健康維持そして利用者が自らの生活を構築したいという意志を尊重するために利用者の生活習慣・嗜好・健康状態・病状等の把握を行い、それを基盤とすることで、初めて利用者の意思と

サービス提供サイドの意思とが両立した適切な家事援助サービスの提供が可能と考える。それに向けて何を為すべきなのか、また可能にするために何が必要なのか試行錯誤を重ね、利用者の意志を尊重するサービス提供をしていくために、現場に携わるサービス提供サイドと医療サイド双方の努力が今後一層必要とされよう。

今後の課題として、利用者ヘルパーが作り出している関係が、ヘルパーの安易なサービス提供の繰り返しというルーティン化への圧力になっているのはなぜか、そしてルーティン化を回避するためにはどのようにすべきかという問題の解明が挙げられる。家事援助サービスは、利用者の自宅で且つ密閉された空間で利用者ヘルパーという構図で提供される。ヘルパーのサービス提供において、利用者ヘルパーが互いに過ごしやすい時間を作るために利用者との関係を重要視することは必要不可欠なことであるが、忘れてならないのはサービス提供が利用者のニーズとの合致をみるための「専門性」の構築である。この点については次回にまとめたいと考えている。

註

- 1) この調査では実際行われている活動の割合の6番目に初めて身体介護の「散歩・歩行介助」(70.0%)が入り、以下「着替え介助」(68.0%)、「排泄介助・おむつ交換」(62.1%)「清拭・洗髪」(62.0%)の順になっている。
- 2) 介護保険では訪問介護の種類別のサービス単価は30分以上1時間未満：家事援助－1530円、家事・介護複合型－2780円、身体介護－4020円となっており、家事援助の報酬の低さが問題になっている。
- 3) 数少ない例外として藤井敦史(1999)を参照のこと。
- 4) 本事例の選定とケース検討にあたってはK

市社会福祉協議会のケアマネジャー2名の協力を得た。本事例は食事サービスに困難を抱えている事例として特にケアマネジャーから紹介されたものである。

- 5) 利用者と利用者の長男には1回目に食事サービスを含めた家事援助サービス全体の大まかな内容、2回目に食事サービスの実態を中心に詳しく尋ねた。ヘルパーに対しては個別に聴き取りを行い、5月の担当ヘルパー顔合わせの様子の聴き取りも行った。
- 6) 2000年8月に腎不全で入院した際、ヘルパーの回数増と訪問看護の利用を条件に退院することになった。この時、ケアマネジャーの提案で連絡ノート記載が開始された。
- 7) 調査を開始してしばらく後、Bヘルパーから活動内容に不安があるため顔合わせをしてほしいとの希望があり、主任ヘルパーの判断から急遽顔合わせが行われた。ケアマネジャーの話では、K市社会福祉協議会においては特に問題が起きない限り、担当ヘルパーの顔合わせは行われたいとのことであった。
- 8) 80歳代男性の栄養所要量（科学技術庁資源調査会編「四訂日本食品成分表」）は摂取カロリー1500kcal、蛋白質65g、塩分10g、最低水分摂取1000cc～1500ccとなっている。F氏の場合、糖尿病性腎症からくる腎不全の状態であるため、腎不全の悪化予防の目的から、摂取カロリー1500kcal、蛋白質50g、塩分5g、カリウム（果物等の過剰摂取禁止）水分500cc～1500cc（利用者の体調により変化）と制限されており、特に塩分と水分量の制限に留意する必要があった。
- 9) 以前は月・金の週2回だったが、利用者の体調の改善に伴い週1回金曜日になった。
- 10) 聴き取り調査で得られた発言内容を似た内容ごとにまとめて整理した結果、本事例の関与者の発言は、食事制限・食事メニュー・調理上の工夫・間食・専門家の関与・利用者の態度の6つに分類できた。次にそれぞれについて誰がどのような発言をしたのかまとめ、事実関係とその背景要因について検討した。
- 11) 通院介助を通じて主治医と直接話す機会があったヘルパーはA、D、Eヘルパーのみ。
- 12) 通院介助を行わないヘルパー及び栄養指導に参加できなかったヘルパーに対しては主任ヘルパーが食事制限の内容を活動時に直接指導した。ヘルパーが医療的指示を理解しない理由としてケアマネジャーおよび主任ヘルパーからの指示系統が十分でなかったのではないかの疑いがあるかもしれない。本事例の場合、ケアマネジャーが栄養指導を依頼したり、通院時利用者につき添い担当医に直接話を聞く等、ケアマネジャーおよび主任ヘルパーは職務を果たしておりヘルパーサイドの指示系統の問題はほとんどないと思われる。
- 13) 2001年3月下旬以降、担当医からケアマネジャーを通じて利用者の体重の変化についてのチェックが義務付けられるよう指示が出されたことで、あたかもカロリー制限が最優先課題であるようにヘルパーが思い込んでしまったふしがみられる。
- 14) 利用者の担当医が利用者やヘルパーに対する配慮に欠けていたことをうかがわせるエピソードがある。F氏があるテレビ番組でカリウム塩に血圧を下げる作用があることを知り、担当医にその利用についての可否を尋ねたことがあった。利用者の病状からカリウム摂取は厳禁であったのだが、担当

医が利用者に対してあまりに取り付くすべもない否定的な言い方をしたため、利用者自身が非常に落胆したことをヘルパー、ケアマネジャー共に証言している。「先生に『塩は塩だ』って言われたって聞いたんですよ。何もかにもだめだめって言うのではなくて、ご本人の気持ちに合うように、塩を変えてみるのもいいのかなあ、と思うのですが」(Aヘルパー01/5/12)。このあたりに医療の限界と介護の役割の一端をうかがうことができよう。

- 15) 看護婦が利用者の食生活について、いつも妥当な判断を下しているとも限らない。本事例においても担当医と訪問看護婦の間での摂取量の上限の行き違いから現場が混乱を呈した事があった。2001年4月13日の通院時に担当医は利用者の身体のみくみのため一日の水分摂取量を800ccに制限しているが、他方で訪問看護婦は水分摂取量上限をずっと1500ccのままと認識し、5月9日の連絡ノートにもそのように記載していた。この認識のズレをきっかけに利用者、利用者家族共に医療サイドに不信を持つに至っている。
- 16) 野菜に含まれるカリウムは、炒めるのではなく湯でこぼさなければ排除することができない。よって利用者の病状からいって「野菜炒め」は適切なメニューとはいえないし、実際湯でこぼしを行ってから調理をするヘルパーは1人もいなかった。
- 17) 顔合わせにおいて「本人が満足しているならいいんじゃないですか。(顔合わせを) やっても意味がないんじゃないですか」(Cヘルパー01/05/30) と、Cヘルパーから現状に問題がない旨の発言があったが、彼女以外のヘルパーからはそれに同意するよう

な発言はみられなかった。

- 18) 本事例の利用者は体重50kgを健康の目安としており、50kgを切ると身体がフラフラする、体調が悪いと訴えるが、看護婦は利用者の体重は48kgがベストであり、血圧も異常なしとの太鼓判を押す。しかし利用者は納得せず、ヘルパーに体調の不安を訴えていた。

参考文献

- 後藤真澄・若松利昭「ホームヘルプサービス利用の特性と効果に関する基礎的研究」『介護福祉学』7巻1号、日本介護福祉学会(2000) 44-54
- 後藤真澄・若松利昭「ホームヘルプサービスの有効性に関する研究」『社会福祉学』41巻2号、日本社会福祉学会(2001) 49-57
- 伊藤幸子「ホームヘルパーと専門性」『社会福祉士』6号、日本社会福祉士会(1999) 105-110
- 藤井敦史「『市民事業組織』の社会的機能とその条件」角瀬保雄・川口清史編『非営利・協同組織の経営』ミネルヴァ書房(1999) 177-179
- 国民生活センター『ホームヘルプサービスと消費者問題』(1998) 51-81
- 日本生活協同組合連合会組織推進本部福祉事務局『介護保険制度における家事援助の位置づけ等を中心とした生協の要望-要望書および参考資料-』(2001) 9-43
- 榎原高尋・栗木薫子・石毛鏡子・東条仁美・和氣三男・稲葉佳代子・門永美紀著『高齢社会を拓く食事サービス論』御茶の水書房(1996)
- 蕨末憲子「介護保険下のホームヘルプにおける統合的援助についての考察-家事援助の専門性・意義・効果を中心にした検討(介護労

働の一般性と特殊性に関する調査研究よ
り) -」日本社会福祉学会第49回全国大会
報告要旨集 (2001) 407

上野千鶴子「超・家族」『訪問看護と介護』5巻12
号、医学書院 (2000) 996-997