

脱抑制を呈した利用者への栄養管理から買い物・調理支援

○高野友美 (OT) 秋山明美 (OT) 北上守俊 (OT) 齋藤眞智子 (Ns)
(新潟県障害者リハビリテーションセンター)

1. はじめに

今回、脳出血による高次脳機能障害により脱抑制を呈した利用者の栄養指導から買い物・調理支援を行った。利用者は一人暮らしでの生活を強く希望しており、調理の定着を目標として介入を行ったため、その取り組みと経過を報告する。

2. 症例紹介

A様 41歳 男性

疾患名(発症日): 左被殻出血 (H24.4.30)

合併症: 高血圧

現病歴: 単身で関西地方で仕事をしていた。休暇中に呂律不良が出現し、自分で救急車要請し、搬送され入院。リハビリ目的で地元の病院に転院。回復期病院を退院後、新潟県障害者リハビリテーションセンター(以下、当センター)利用となる。

病前生活: 発症前はアルコール多飲で食生活も偏っており、体重も多かった。調理経験は乏しくインスタント食品やレトルト食品、コンビニ弁当、外食がほとんどであった。衝動的な買い物もあり、浪費癖があった。

3. 初期評価 (H25.2)

(1)心身機能面

主訴: 復職したい。一人暮らしがしたい。

身長は 154cm、体重 76kg、BMI28.46 (肥満)

右上下肢に中等度の麻痺あり。感覚は中等度鈍麻。麻痺側の管理は自立しているが、感情の興奮が高まった時には上下肢に緊張が入りやすい。歩行は屋内独歩、屋外は短下肢装具と T 字杖使用して自立。ADL 動作はほぼ自立。高次脳機能面では、脱抑制があり金銭管理は見守りとなっている。短期記憶障害、注意障害が見られるものの遂行機能障害の著明な低下は見られず、知能指数は 106 と平均レベルであった。

日常生活場面では、外出時に安価な物をたくさん購入したり、高額な物を迷いなく購入する様子が見られた。

(2)調理評価

病院では調理実習を 1 回行い、カレーライスを作っていた。初回は 2 人 1 組で調理動作の確認を目的として実施した。

献立作りでは、品数や材料の量が多く、適切な摂取量の予測が難しい状況であった。買い物では必要以上のものを購入しようとする傾向が見られ、職員の声掛けが必要であった。

調理動作では、立位姿勢は安定しており、約 3 時間立位での作業が可能であり、火の扱いも安全に可能。材料を切る動作では、左手のみの使用となるが、釘付まな板は名称を聞いたことがある程度で使用方法は曖昧であった。ピーラー、スライサー等の使用を勧めるが、発症前後での調理経験が少なく、道具の使用方法がわからず説明が必要であった。野菜の切り方は言葉だけでは理解が難しく、見本の提示が必要であった。しかし、道具の使用方法や野菜の切り方は 1 度の説明で理解が可能であった。

4. 支援計画

調理動作では短期記憶障害を認めるが手続き記憶には問題が見られなかった。片手での調理実施のために釘付まな板等の器具を提供したが説明が必要であった。また、脱抑制により献立作りでは品数や材料の量が多くなり、買い物では必要以上のものを購入しようとする傾向が見られた。そのため調理実習により①献立の立案練習②片手での調理動作の獲得③栄養管理の定着を目標とした。

5. 経過

(1)調理実習 2 回目 (H25.4)

A 様が一人暮らしを強く希望されていたため、2回目以降の調理実習は1人で実施した。目的は食事量を考えた献立の立案、調理器具の使用を含めた調理動作の確認とした。献立作りでは、栄養バランスを考慮せず自分が食べたいものを選びがちで、摂取量を考えることが難しい状況であった。買い物では予定外の材料を購入しようとしていた。動作面では、調理器具の使用は助言なく可能。しかし、作ったことがない献立であるにもかかわらず目分量で行い、経験の少なさから判断を誤ることがあり、声掛けにて手順の確認を促した。

調理動作は危険なく進めることができおり自立レベルであった。しかし、発症前から調理経験が少ないため手順に沿って調理を進める必要性が感じられた。また、今回も摂取量の見当がつかず、脱抑制により材料が増える傾向にあり、バランスの良い献立が立てにくい状況であった。調理経験不足と脱抑制による問題がみられた。

(2)自炊訓練（献立立案練習）

調理経験を増やし、摂取量を考えた献立立案練習として土曜日と日曜日の3食分の献立を立案し、実際に調理し、摂取量の把握に努める支援方法を追加した。毎週パソコン訓練の時間を利用して献立を作成し、作業療法士と看護師が3食分の献立を確認し、栄養バランスや品数、材料の量をフィードバックした。そして実際の調理を通して1食に必要な材料の量と食事量を確認してもらった。作った料理は写真として残し、献立と一緒に保管し、何度も振り返れるようにした。

6. 結果 (H25.8)

(1)心身機能面

入所時より徐々に体重減少・BMI低下が見られる(図1、2)。

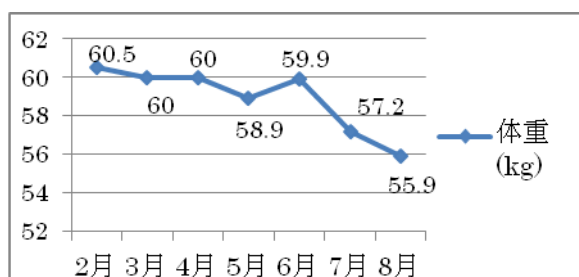


図1 体重の変化

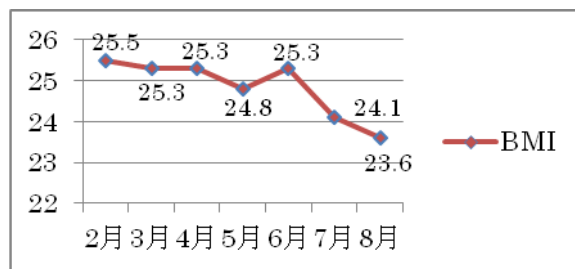


図2 BMIの変化

(2)調理評価

- ・一度作ったことがあるものであれば必要な材料の量や1食の食事量の見当がつくようになった。
- ・思いのままに献立を立案したり衝動的な買い物が減った。献立は栄養バランスを考えるようになり、食事量が増えにくくなった。
- ・調理方法は“炒める”が中心。手順を確認せずに行える献立が多いため、調理方法のバリエーションが少なく、使用する食材も偏りがちである。

7. まとめと今後の課題

A 様は過去に調理経験が少なく、高次脳機能障害として脱抑制を呈していたが、一人暮らしでの生活を強く希望されていた。調理支援開始時は、動作面では片手での調理方法、代償手段としての調理器具の使用方法がわからず、声かけが必要であったが、調理実習を通して実際に道具を使用し、片手での調理方法を学習し、習得につながった。しかし過去の調理経験の少なさとともに高次脳機能障害の脱抑制により、献立の立案が難しい状態であった。定期的な調理実習と自炊訓練という実際の調理を通してフィードバックしていくことで摂取量の目安がつくようになったと示唆する。そして買い物で衝動的に購入する場面が減少した。しかし、調理方法のレパートリーが少ないことは現在も課題として残っている。また、復職が決まった場合は、仕事後の調理が難しく、以前のようにコンビニ弁当や外食での生活に戻り、再発の危険性も考えられる。A 様が退所後も無理なく継続的に調理を行えるよう、今後は自炊頻度を増やしたり、冷凍保存の利用などの訓練を実施し、栄養管理方法の検討が必要である。