

報 告

通園療育と摂食指導

— 卒園児への継続指導の必要性について —

本村 文子¹⁾, 鎌水 浩二²⁾, 小森 穂子³⁾
篠崎 昌子⁴⁾, 川崎 葉子⁵⁾, 内田 武⁶⁾

〔論文要旨〕

発達障害児ではしばしば摂食機能にも障害がある。通園療育において摂食指導は重要なプログラムのひとつであり、個々に応じた指導を行っている。しかし就学後は学校での指導および家庭での実践、摂食指導外来の継続状況に差がみられた。摂食指導外来と学校、家庭で良好な連携をはかることができた場合は、さらに機能向上がみられたが、児童の摂食機能評価や指導方針について3者間に差がある場合、機能の停滞あるいは後退の可能性がみられた。卒園後は摂食指導外来、学校、家庭の3者が一層綿密に連携を図っていく必要がある。

Key words: 通園療育, 摂食指導, 一人食べ, 肢体不自由児, 知的障害児

I. 緒 言

発達障害児の通園療育は、保育活動を基礎に身体機能や認知機能ならびに社会性の向上などを目的として、多職種が連携して行う包括的な療育活動である。とりわけ「チームアプローチによる摂食指導」は、重要な療育プログラムのひとつである¹⁾。

肢体不自由児通園施設に在園中に摂食指導を受けた児の、卒園後の摂食の状況と問題点を検討し、今後の指導に反映させることを目的として調査を行った。

II. 対象および方法

対象は平成6年以後、通園療育で摂食指導を受け、現在学齢に達している卒園児209名(当

園では入園時に摂食機能評価を行っている)のうち、現在摂食指導外来で指導中の16名(年齢6~15歳, 主な障害は肢体不自由8名, 知的障害8名のうち2名が気管切開)と、参考として、継続指導が必要であると思われるが、現在中断している2名(年齢6~7歳, 主な障害は肢体不自由1名, 知的障害1名)の計18名である(表1)。指導中の16名のうち通園時からの指導継続例は11名, 就学後の指導再開例は5名である。18名の在籍校は養護学校15名(肢体不自由10名, 知的障害5名), ろう学校1名, 障害児学級2名である。「指導記録」ならびに「画像記録」を分析し、摂食機能の変化と関連すると思われる外来での指導内容, 学校, 家庭での対応を検討した。就学後は指導が自然中断となっていた2名を含め9名については、学校での実

Training for Ingestion in a Special Preschool for Disabled Children

[1744]

— The Importance of Continuing the Training for Graduated Children —

受付 05. 8. 8

Ayako MOTOMURA, Koji YARIMIZU, Sakiko KOMORI, Masako SHINOZAKI,

採用 06. 4. 7

Yoko KAWASAKI, Takeshi UCHIDA

1) 東京都立多摩療育園(児童指導員) 2) 東京都立多摩療育園(管理栄養士)

3) 東京都立多摩療育園(医師/小児科) 4) 多摩北部医療センター(医師/小児科)

5) むさしの小児発達クリニック(医師/児童精神科) 6) うちだ歯科医院(歯科医師)

別刷請求先: 本村文子 東京都福祉保健局都立多摩療育園 〒183-0031 東京都府中市西府町4-7-1

Tel: 042-366-2311 Fax: 042-366-4480

際の食事場면을観察評価した。いずれも観察最終時点において、「摂食・嚥下機能発達段階」(図1)を用いて評価した。なお摂食指導外来は歯科医

師,小児科医師,歯科衛生士,栄養士,保育士,児童指導員,看護師,理学療法士,作業療法士,言語聴覚士がチームを形成し,任にあっている。

表 1 対象児一覧

主な障害	症例	初診時年齢	事例	指導	現在年齢	障害分類	在籍校	摂食・嚥下機能
肢体不自由	1	2歳		継続	10歳	I (気管切開)	養護学校(肢体不自由)	向上
	2	3歳		継続	10歳	I	養護学校(肢体不自由)	向上
	3	1歳		継続	9歳	II	養護学校(肢体不自由)	向上
	4	5か月	A	継続	8歳	I	養護学校(肢体不自由)	向上
	5	11か月		継続	7歳	II	養護学校(肢体不自由)	向上
	6	3歳		継続	7歳	I	養護学校(肢体不自由)	向上
	7	2歳	C	再開10歳	15歳	I	養護学校(肢体不自由)	向上
	8	2歳		再開12歳	14歳	I	養護学校(肢体不自由)	不変
	9	6歳	F	中断	8歳	II	養護学校(肢体不自由)	後退
知的障害	10	10か月		継続	10歳	IV	養護学校 (知的障害)	不変
	11	1歳		継続	9歳	IV	養護学校 (知的障害)	不変
	12	2歳		継続	9歳	V (気管切開)	ろう学校	向上
	13	1歳	B	継続	8歳	V	養護学校 (知的障害)	向上
	14	1歳	D	継続	7歳	V	障害児学級	不変
	15	6か月		再開9歳	10歳	IV	養護学校 (知的障害)	向上
	16	2歳		再開6歳	7歳	IV	養護学校 (知的障害)	向上
	17	3歳		再開6歳	7歳	V	障害児学級	向上
	18	3歳	E	中断	7歳	IV	養護学校(肢体不自由)	後退

障害分類 I. 重症心身障害, II. 重度肢体不自由, III. 中～軽度肢体不自由, IV. 重度精神遅滞, V. 中～軽度精神遅滞

摂食機能発達段階	摂食機能障害の主な症状	適切な食物形態
経口摂取準備期	拒食, 過敏など	初期食
嚥下機能獲得期	むせ, 乳児様嚥下, 逆嚥下, 舌突出など	
捕食機能獲得期	口唇からのもれ, スプーン噛み, 過開口など	
押しつぶし機能獲得期	丸のみ, 舌突出など	中期食
すりつぶし機能獲得期	丸のみ, 口角からのもれ, 咀嚼時の口唇閉鎖不全など	
自食準備期	おいてある食器に口をつける, 流し込む, 押し込むなど	後期食
手づかみ食べ機能獲得期	手で口へ押し込む, 引きちぎる, こぼすなど	
食具食べ機能獲得期	食具で押し込む, 流し込む, こぼすなど	

図 1 摂食機能発達段階とそれに応じた食物形態
(文献 2), 3), 4)より引用作成)

Ⅲ. 結 果

対象児18名を表1に示した。重症心身障害6名、重度肢体不自由3名、重度精神遅滞5名、中～軽度精神遅滞4名であった。再開した5名の指導再開に至った経過を、表2に示した。指導側と保護者の間で、児の摂食機能評価の認識に差がみられた結果、保護者にはその必要性の理解がなく指導が中断している2名は、ともに肢体不自由児養護学校に在学中である。

以下に具体的に事例を呈示し、経過について検討した。

1. 指導を継続し機能向上がみられた事例

事例A：8歳女児

通園時：自力移動が困難な重度のけい直型四肢麻痺と緊張があり、乳児期より経鼻経管栄養実施（図2-a）。通園では全身ならびに口周囲や口腔内過敏に対し脱感作を継続した結果、過敏がとれ緊張が軽減した（図2-b）。そして正常嚥下を獲得した。さらに口唇閉鎖もできるようになり、昼食は半量程度経口摂取が可能になった（図2-c）。しかし強い緊張に対し、姿勢の工夫が必要で、座位保持椅子に長時間座することは困難であった。

卒園後：就学後は摂食指導外来での「口唇介助をする。緊張時は無理に椅子を使用せず抱っこでの介助をする。」という方針、さらに「経管栄養も併用しながら、経口摂取を無理なく進

めていく。」という保護者の意見を尊重し、姿勢の工夫や座位保持椅子の利用、口唇介助などを教員が主体的に実施した。本児の摂食期の段階は、嚥下機能獲得期から捕食機能獲得期であり、安全に且つ確実な正常嚥下の獲得を一番の目標にした。入学当初は経管栄養と経口摂取が半量ずつであったが、約1年の経過で昼食は全量経口摂取可能となった。

事例B：8歳女児

通園時：本児は、軽度知的障害のある奇形症候群で乳児期より摂食を拒否していた。そのため、保護者と協力して、長期間経管栄養、ペースト食を無理強いせず試みていた（図3-a）。通園を経験し次第に口唇で捕食し、一部介助を入れながら、スプーンやフォークを使い一人食べもするようになった（図3-b）。

卒園後：就学後は、母が学校に同行し、学校と食形態を相談し、入学当初に提供された、学校側の考える後期食は本児の機能ではまだ処理が難しく、口腔機能にとってより処理し易い中期食を半量程度取り入れた。その結果、無理なく経口摂取を継続して進めている。また、摂食指導外来には教員も同行し、指導内容を3者で共有している。7歳で経管栄養から離脱。常に食事の形態は易しく、家庭と学校の歩調が一致している。児の食事に対する意欲も増した。

表2 指導再開例5名の受診契機

症例	現在年齢	障害	指導再開の契機	再開時年齢
7	15歳	I	肺炎で入院中にVFで誤嚥を指摘され、全面経管栄養となった。経口摂取再開に向け、保護者が指導を希望し受診。	10歳
8	14歳	I	肺炎罹患の既往、むせあり。学校での食事中、パルスオキシメーターの数値低下、誤嚥を心配した学校から、姿勢や介助法について指導を受けるよう、すすめられて受診。	12歳
15	10歳	IV	肢体不自由から知的障害の養護学校に転校し、指導方法を知りたい学校のすすめで受診。	9歳
16	7歳	IV	丸飲み、詰め込み食べなど食べ方が下手なことに、家族が気づいて受診。	6歳
17	7歳	V	食物を口に溜めてしまい、なかなか嚥下しないことに、家族が気づいて受診。	6歳

障害分類 I.重症心身障害, II.重度肢体不自由, III.中～軽度肢体不自由, IV.重度精神遅滞, V.中～軽度精神遅滞



図 2-a

事例A

入園時（1歳0か月）：過敏あり，緊張強い。



図 2-b

通園時（4歳0か月）：過敏がとれ緊張が軽減し，正常嚥下獲得。



図 2-c

口唇閉鎖もできるようになり，昼食は半量程度経口摂取が可能になった。（4歳0か月）

2. 指導を再開し機能向上がみられた事例**事例C：15歳男児**

通園時：重度の四肢麻痺，全身の緊張あり，幼児期は通園を継続し，過敏消失し，正常嚥下，捕食時の口唇閉鎖も獲得し（嚥下機能獲得期から，捕食機能獲得期）卒園した。



図 3-a

事例B

初診時（1歳1か月）：摂食を拒否し，介助者の手を払いのけている。



図 3-b

通園時（5歳11か月）：口唇で捕食し，スプーン，フォークを使い一人食べをしている。

卒園後：その後，摂食指導外来での経過観察がなかった。10歳で肺炎に罹患，誤嚥検査（VF）で誤嚥が確認され，以後全面経管栄養となった。保護者は経口摂取を希望し，摂食指導を再開した。過開口と過敏，逆嚥下がみられ（図4-a），摂食機能評価では経口摂取準備期に機能低下していた。鼻呼吸訓練，過敏の除去，ガムラビング指導と嚥下時の顎介助を指導。まもなく正常嚥下を再獲得。介助下では捕食時の口唇閉鎖も可能になった（図4-b）。入院時はVFで誤嚥ありと診断され，また耳鼻科診察でファイバースコープでの咽頭喉頭機能不良と診断された。しかし，1年後の診察では改善しており，経管栄養主体で少量ずつ経口摂取を進めている。

3. 指導を継続しているが停滞している事例**事例D：7歳男児**

通園時：ダウン症候群で通園時は口唇を使っ



図 4-a

事例C

再開時 (10歳) : 過開口, 過敏, 逆嚥下がみられる。



図 4-b

1年後 (13歳) : 過敏消失し, 正常嚥下再獲得。介助により, 捕食時の口唇閉鎖が可能となった。

た捕食, 押しつぶしはほぼできていた(図5-a)。3歳7か月時に, 保育園に転園したが介助員がつき, 適度な介助と食形態に関する外来指導の内容は継続された。

卒園後: 学校(障害児学級)では一人食べへの促しに指導がおかれ, 姿勢の崩れ, 上顎前歯での引っ掛け食べがみられ(図5-b), 口唇を使った捕食, 押しつぶしが不十分であった。学校給食の形態は普通食で, はさみで切って細かくしただけである。外来指導では, 口腔内処理がしやすいように, 食物自体を柔らかくし, トロミをつけるなどの形態の工夫をし, また介助食べも多くして, 捕食をしっかりするように指導している。保護者は摂食指導外来での指導事項を学校に伝えたが, 食形態の工夫や介助食べの必要性について, 学校の理解は得られていない。



図 5-a

事例D

通園時 (3歳7か月) : 口唇での捕食, 押しつぶしがほぼできていた。



図 5-b

学校 (6歳10か月) : 姿勢の崩れ, 上歯での引っ掛け食べがみられる。

4. 外来指導を中断し機能が後退している事例

(参考事例)

事例E : 7歳女児

通園時: 5歳より歩行を開始した精神運動遅滞児。偏食が強く, 捕食時口唇閉鎖なし(図6)。通園では介助食べをしながら, 口唇介助と声かけにより, 捕食時の口唇閉鎖ができるようになった。6歳より一般保育園に並行通園をし, 強い好き嫌いは改善し, 自立のための一人食べへの促しあり。

卒園後: 学校では, 自立にむけさらに一人食べをすすめており, 再度, 口唇を閉鎖せず, 上顎前歯に引っ掛けて食べることが多くなっている。

事例F : 8歳男児

通園時: 不随意運動の混合する四肢麻痺, 簡単な会話は可能である。幼稚園での統合保育を経験し一人食べを促されていた。6歳で転入園

時、丸飲み、逆嚥下がみられた（図7-a）。摂食外来にて捕食時と嚥下時に顎介助、すりつぶし機能不全に対し練習が必要と指導した。保護者や、職員の適切な介助により、正常嚥下を獲得した（図7-b）。

卒園後：就学後は自立に向け、学校では一人



図6

事例E

入園時（3歳10か月）：捕食時、口唇閉鎖ができない。

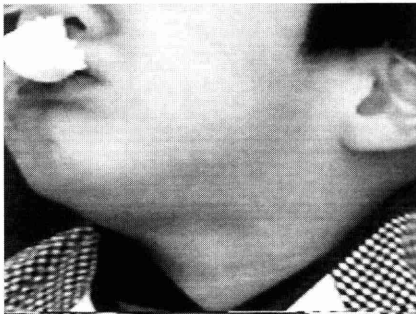


図7-a

事例F

初診時（6歳0か月）：詰め込み食べ、丸飲み、逆嚥下がみられる。



図7-b

卒園時（6歳3か月）：正常嚥下を獲得。

食べをすすめられているが、時間がかかり最後の方は疲れて、自分で詰め込んで食べ、逆嚥下となっている。

指導が自然中断となっていた肢体不自由、知的障害各1名は、すりつぶしが少しできていたため、学校での摂食機能評価は高く、捕食機能が獲得できていないまま一人食べをしているため、摂食機能は逆に後退していた。

Ⅳ. 考 察

通園時からの指導継続例のうち、肢体不自由の6名では全例で機能向上がみられた。特に経管栄養の3名では全面的利用から一部利用にすることができた。また知的障害の5名中、2名は機能が向上し経管栄養から離脱できた。こうした8名ではいずれも摂食指導外来、保護者、学校の歩調が揃い、よく連携をはかることができていた。

指導を再開し機能向上がみられた事例の受診契機は表2のように、肺炎の罹患2名、丸飲みこみ、詰め込み食べなどに家族が気づいて2名、転校を契機に保護者の希望1名であった。本事例のように経口摂取再開にむけ、保護者が指導を強く希望し受診した場合は、動機も明瞭であり、一定の機能向上までは指導の成果が順調にみられた。しかし学校のすすめによる受診では、保護者は指導の必要性に対する認識が薄く、その結果指導回数を重ねても持参する食物形態や介助方法に変化がみられない事例もあった。

指導を継続しているが停滞している事例では、指導に拘らず学校と家庭で食物形態に不一致や、早急な一人食べへの促しがあると、機能の向上はみられなかった。同様に養護学校在学中の知的障害の2名も、一人食べを促したい学校と保護者の考えがあり、摂食機能の向上は停滞している。

先に提示した事例6名の摂食機能の変化を図示したのが図8である。正常嚥下、捕食、押しつぶし、すりつぶしの4つの機能につき3段階に評価をした⁶⁾。指導を継続した経過良好例では、卒園時、就学後かけ順調に機能が向上した。指導を再開し経過良好例では就学後、一旦機能は低下したが、再度指導後は改善がみられた。機能停滞例や指導中断し後退した例では、

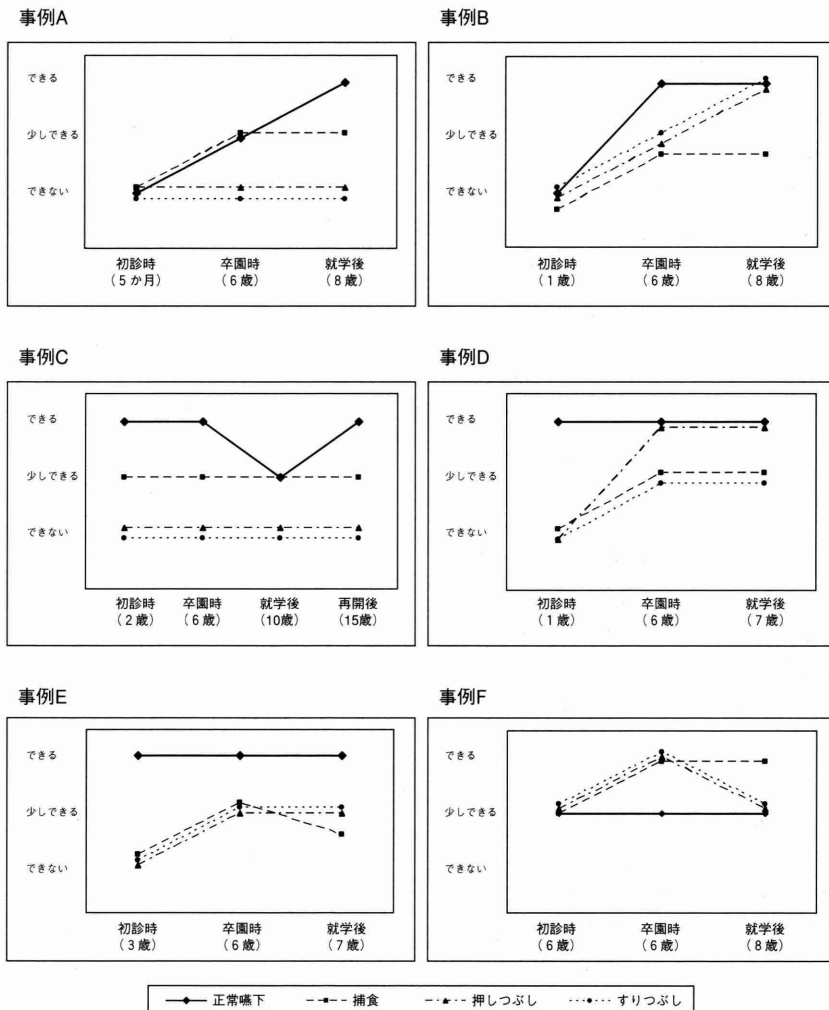


図8 事例6名の摂食機能の変化

卒園時の機能と同様か逆に後退した。

就学後の機能変化に関係する要素を整理すると図9のようであった。すなわち摂食指導外来・学校・家庭の三者が綿密に連携し歩調を合わせることが不可欠であった。

学校教育においても摂食機能を重要視し、特に重度重複障害児の在籍する肢体不自由児養護学校では、教職員の関心も高い⁶⁾⁷⁾。しかし就学を機に、摂食指導は終了していることが多く、通園療育で積み重ねた指導が保護者や、学校に十分伝達されていないことも多い。

また学校における身辺自立に向けた指導は重要であるが、一人食べを急ぎ、せっかく獲得し

(+) 促進的要素

(-) 抑制的要素

〔家庭・学校〕

(+) 適切な食（調理）形態の継続

(+) 適切な介助の継続

(-) 難しい食形態への変更

(-) 介助不足（無理な一人食べる促しなど）

〔摂食指導外来〕

(+) 綿密な三者連携の働きかけ

(-) 保護者への説明不足および連携不足

図9 就学後の機能変化に関係する要素

た摂食機能が後退していないか、定期的な見直しが必要である。児の自分で食べたいという気持ちを尊重することも大切であるが、長期的にみると、一人食べを急いだため、丸呑み、詰め込み食べ、むせといった症状がみられた。一方、肢体不自由児では、知的障害児に比べ、介助食べが多く、結果的に口腔機能は維持しやすく、これも指導継続した肢体不自由児6名全例で機能向上がみられた要素となったと思われる。

また、摂食機能の評価とともに、食形態の見直しも重要である。例えば、そしゃく機能獲得段階であっても、食品によっては押しつぶしでの処理が難しいものもあり、丁寧な機能の観察と食形態の工夫が必要である。

また学校によっては、提供する食形態に差がみられた。養護学校では摂食指導の必要性が認識され⁸⁾、あらかじめ再調理された形態で食事が提供されているが、障害児学級では、普通食以外の形態を用意するのは難しいのが現状である。今後、こうした面での配慮も望まれる。幼児期の通園療育と学校との連携が一層重要になってくるだろう。

指導を再開した契機のひとつは、誤嚥性肺炎であった。誤嚥を来す前に、適切な介助方法や食形態の見直しを継続指導する必要があった。障害が重度の児では、嚥下機能を定期的に評価し、経口摂取のみに拘泥せず、時期をみて経管栄養の併用も検討する必要があるだろう。

ただし外来指導者は、「口から食べさせたい」という「経口摂取に対する家族の思い」を尊重しながら、児にとって最良の方法がなにかを、共に考える姿勢で指導に臨む必要があるだろう。

V. 結 語

発達障害児の摂食指導は、就学以後も学校、家庭と摂食指導外来が連携し、継続する必要がある。

本稿の内容は、第10回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会（平成16年新潟）において発表した。

文 献

- 1) 篠崎昌子, 山梨由利子, 本村文子, 他. 通園療育における摂食指導. 日摂食嚥下リハ会誌 2004; 8: 46-54.
- 2) 向井美恵. 摂食・嚥下機能の発達. 金子芳洋, 千野直一監修. 摂食・嚥下リハビリテーション. 東京: 医歯薬出版 1998; 48-58.
- 3) 向井美恵. 発達障害. 金子芳洋, 千野直一監修. 摂食・嚥下リハビリテーション. 東京: 医歯薬出版 1998; 67-72.
- 4) 向井美恵. 食べる機能の発達をうながす食形態と介助の基本. 食べる機能の発達をうながす食事. 東京: 医歯薬出版 1994; 44-57.
- 5) 岩間一実, 西 康代, 秋元康子, 他. 養護学校における摂食機能の実態調査について. 障歯誌 2001; 22: 346.
- 6) 岩間一実, 塩谷京子, 井上美津子, 他. 肢体型養護学校における摂食嚥下機能の実態調査について. 第9回日本・摂食嚥下リハビリテーション学会抄録集 2003; 103.
- 7) 細田のぞみ, 三浦寿男, 白井宏幸, 他. 肢体不自由養護学校での児童・生徒の給食の摂食状況およびこれに関する教師の意識調査. 脳と発達 2002; 34: 439-441.
- 8) 東京都教育委員会編. 障害のある児童・生徒の摂食指導の手引き 食事指導の充実のために 2004.