報　告

特別支援学校小学部の食指導環境に関する調査

中　嶋　理　香

〔論文要旨〕

特別支援学校小学部の食指導環境と食指導にあたる教職員の状況を調査した。給食はすべての学校で提供され，食形態が分かれているのは56％であった。教員は，生徒個人の食べるペースと量を把握し，食形態を手元加工（87％）し，時間内に喫食できる量を取り分けて，食介助しながら自らも喫食していた。物品を他児と共有することを基本とし，個別性が高く扱いやすい食具やコップを持ち込む傾向にあった。外部専門家からの助言を受ける機会は少なく，学校と家庭間で食環境を整えていた。保護者からの相談や食指導に関する困り感の有無は，教職員の職務内容，知識量，経験年数で差はないが，知識量が多い教員は，少ない教員に比べて，有意に誤嚥を心配していた（$p=0.023$）。生徒に共通して気にかかることは，①摂食嚥下機能，②姿勢，③偏食であった。教職員の関心事は，栄養やアレルギー，食形態といった学校が対応すべき事項であった。外部専門家と学校との連携関係に際して外部専門家は，生徒個人の能力評価に加えて，教職員の問題意識を含む環境を包括的に理解する必要性が示唆された。

Key words：特別支援学校，小学部，食指導環境，質問紙調査

Ⅰ．目　　的

特別支援学校における食指導は，「学校給食の管理と指導　七訂版」[1]によると摂食嚥下機能の発達支援にとどまらず，食に関する一人ひとりの困難さを改善・克服する観点を含むとされており，自立活動の時間に設定することができる。特別支援学校での摂食嚥下機能の発達支援は，家庭との連携で進め，家庭と学校で解決できない問題に対して，医療・福祉の関係機関と連携を取る，あるいは，学校で工夫できることから取り組むこと[2]とされている。しかし，関係機関との連携の在り方や安心・安全な食環境の保障・個別指導に対するガイドラインは，現在のところ示されていない。

ガイドラインのない中での特別支援教育における課題は，職員間の情報共有，摂食嚥下機能の知識習得，そして，児童生徒一人ひとりに合った指導を保障するためのシステムづくりである[3~8]。具体的な問題は，よく噛まない等の咀嚼，食具などの操作，食事姿勢や介助方法にある[5,7]。これらの課題は幼児期の調査においても指摘され[9]，未解決のまま学童期まで持ち越した問題と考えられる。

医療や栄養の領域では，歯科・栄養・リハビリテーションの各領域における専門的な知見が積み重ねられている[10~21]。「発達期嚥下調整食分類2018」[22]が発表され，成人の摂食嚥下食や離乳食とは質的に異なる食形態が摂食嚥下機能の発達支援には必要であること[23~25]が示された。各専門領域からは，教育領域との連携を課題とする報告が多く[26~30]，教員を対象とした研修だけでなく，児童生徒への直接的な指導が始められている[31~33]。一方で，学校間格差や都道府県格差[34]も指摘され，各専門領域で積み上げられた知見を教育領域で活かすには，地域や学校の実情を理解す

Questionnaire Study about Meal Time Environment for Acquiring Eating Skills of Special Support Education School Elementary Department
Rika Nakajima
名古屋芸術大学大学院人間発達学研究科（研究職）

〔3061〕
受付 18．8．3
採用 19．4.12

Presented by Medical*Online

る[35]ことが重要であろう。

Ｘ県では障害種別の特別支援教育を実施しており，摂食嚥下機能への支援を実施する際に，障害種によって食教育環境の違いを視野に入れた支援が必要である。さらに，障害の重複や重症化は，どの障害種においても共通する課題である。このような状況で食べる機能に障害のある児童生徒の指導に際して，医師やその他の専門家による診断や助言に基づき，食事形態（ペースト，刻み食，普通食等）や摂食指導の在り方を保護者と学校の関係者で協議する[1]ことが望まれている。そこで，本研究では，Ｘ県下の特別支援学校小学部における摂食嚥下指導の実情を質問紙を用いて調査し，その結果分析から医療福祉領域と学校との連携に必要な医療福祉領域側の留意すべき点を明らかにする。

Ⅱ．研究方法

１．対象，調査方法，調査用紙の配布と回収方法，調査時期

Ｘ県立特別支援学校小学部（31校）に勤務する教職員を対象とした。回答者は，教職員数や生徒数に関係なく１校につき一律２人とした。学校長が任意の２人を選出すること以外に選出の条件は設けなかった。調査票は，校長会（2016年９月）で調査目的，倫理的配慮，調査内容，回収等の手順を文書と口頭にて説明した。校長会にて，直接校長へ調査票２通を手渡した(31校，各２人，計62人)。校長によって選出された教員は，任意（無記名）に回答し，郵送にて回収した（無記名自記式質問紙調査)。回答時期は，2016年９～11月である。

２．調査項目（表１）

調査領域は基礎情報・食指導の実情・回答者の実情の３領域とした。

ⅰ．基礎情報（５問）

基礎情報は，回答者と学校に分けた。回答者の情報は，職務内容・食指導経験年数・知識量の３問とし，学校の情報は生徒の障害種・全生徒に対して食に配慮の必要な生徒の割合の２問で構成した。障害種は，知的障害，発達障害，肢体不自由，聴覚障害，視覚障害，重症心身障害に番号を当て，該当生徒数の多い３つまでを記入することを指示した。重複する場合は，番号の組み合わせで回答することを指示した。

表１　調査項目

領域	項目	問
基礎情報	回答者の基礎情報	回答者の職務内容
		回答者の食指導経験年数
		回答者の知識量
	学校の基礎情報	生徒の障害種
		食支援に必要な生徒の割合
食指導の実情	食指導方針	生徒との会話
		食べる速度
		食べる量
	食指導環境	給食の有無
		教職員のかかわり
		介助担当期間
		介助する生徒の人数
		個別指導
		外部専門家[1]から助言を受ける機会
		物品[2]の選定法
		弁当や物品の持ち込み
		再調理
	教育環境	学習講習会の開催実績
		学習講習会の開催予定
		個人研修への公費負担
回答者の実情		教職員間で摂食嚥下機能の話題
		保護者からの相談
		食指導での困り感
		誤嚥の心配
	自由記述[3]	共通して気にかかること
		興味関心

[1] 小児科医，栄養士，歯科医，歯科衛生士，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士
[2] 食具，椅子，机，姿勢保持用のクッション，増粘剤，ミキサー
[3] 各項目３つまで

ⅱ．食指導の実情（15問）

食指導方針（３問），食指導環境（９問），回答者の教育環境（３問）の計15問である。食指導方針は，生徒との会話，食べる速度，食べる量について尋ねた。食指導環境は，給食の有無，教職員のかかわり，介助担当期間，担当する生徒の人数，個別指導の有無，外部専門家からの助言を受ける機会，再調理の状況，物品の選定法，弁当や物品の持ち込みについて尋ねた。外部専門家は，小児科医，栄養士，歯科医，歯科衛生士，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士とした。物品は，食具，椅子，机，姿勢保持用のクッション，食形態加工用の増粘剤やミキサーとした。外部専門家と物品に関する質問は，外部専門家ごと，物品ごとに尋ねた。物品の選定方法は，物品ごとに養育者の意向，担当者個人の判断，職員間で相談，外部専門家の意見を聞いて，その他からの複数選択とした。教育環境は，過去２年間で摂食嚥下機能に関する学習会・講習会開催実績と予定，個人研修への公費負担を尋ねた。回答方法は，選択肢からの択一選択または複数選択とした。

Presented by Medical*Online

ⅲ．回答者の実情（６問）

教員間で摂食嚥下機能の話題にする程度，保護者からの相談，食指導での困り感，誤嚥の心配の有無の４問と自由記述の２問，計６問である。自由記述は，食に関して多くの生徒に共通する気にかかること，回答者が食において興味関心のあることを３つまで挙げてもらった。

３．分析方法

基礎情報と食指導の実情は，回答ごとに単純集計し，全体に占める割合を算出した。回答者数に偏りがあり，人数を調整して分析した。回答者の実情は，回答者を職務内容（管理職・学年主任・学級担任・栄養食育担当）で比較した。経験年数は，未経験／対象児なし・５年未満・５年以上～10年未満を合わせて10年未満とし，10年以上の経験と比較した。知識量は，十分理解している･ほぼ理解しているを合わせた知識十分群と，あまり理解していない・全く理解していない・その他を合わせた知識不十分群を比較した。各質問の回答（はい・いいえ）について Fisher の直接確率検定にて分析した。

４．倫理的配慮

本調査研究は名古屋芸術大学の倫理委員会の規程に基づき，研究倫理の承認を受けた（名芸大東第289号）。

Ⅲ．調査結果と分析資料

質問紙配布62部，回収52部（回収率84％）。結果は人数と割合で示す。各校２人に回答を求めたことから重複を避ける目的で，基礎情報のうち障害種と食支援の必要な生徒の割合と食指導の実情の各項目は，管理職の回答を資料とした（表２）。回答者の実情領域は，回答者52人のうち，分析に必要な質問への回答をその他や未記入であった６人を除く48人（管理職17人，学年主任11人，学級担任13人，栄養食育担当７人）を対象とした。以後，管理職18人の回答には学校数と（　）内に割合を示す。回答者の実情領域の結果は，回答者の人数と（　）内に割合を示す。

１．基礎情報（表３）

職務内容は，管理職18人，学年主任（以下，主任）11人，学級担任（以下，担任）16人，栄養食育担当７人，保健・健康管理担当０人であった。摂食嚥下指導の経験年数は，10年以上27人（52％），５年以上10年未満６人（12％），５年未満８人（15％），未経験／対象児なし11人（21％）であった。摂食嚥下機能の知識に対する自己評価（知識量）は，十分理解している１人（２％），ほぼ理解している23人（44％），あまり理解していない25人（48％），全く理解していない１人（２％），その他２人（４％）であった。

障害種で多い順は，知的障害のみ５校（29％），重症心身障害４校（24％），発達障害と知的障害の重複障害３校（18％）であった。摂食嚥下機能に特別な配慮をする生徒の割合は，支援を実施していない１校を除く17校で，全生徒の１～25％が12校（67％），次いで50～75％が４校の順であった。

表２　調査領域別資料数

領域	項目／問	回答者数
基礎情報	障害種	管理職 18人
	食支援の必要な生徒の割合（対全生徒）	
食指導の実情	食指導方針・食指導環境・教育環境の全質問	
回答者の実情	回答者の実情の全質問	回答者 48人
	自由記述	
基礎情報	職務内容	回答者 52人
	知識量	
	経験年数	

表３　基礎情報の結果

			人数	（割合）
回答者52人	職務内容	管理職（主事含）	18	（ 35 ％）
		主任	11	（ 21 ％）
		担任	16	（ 31 ％）
		栄養食育担当	7	（ 13 ％）
	経験年数	10年以上	27	（ 52 ％）
		５年以上10年未満	6	（ 12 ％）
		５年未満	8	（ 15 ％）
		未経験／対象児なし	11	（ 21 ％）
	知識量	十分理解している	1	（ 2 ％）
		ほぼ理解している	23	（ 44 ％）
		あまり理解していない	25	（ 48 ％）
		全く理解していない	1	（ 2 ％）
		その他	2	（ 4 ％）
回答者管理職18人	障害種	知的障害	5	（ 29 ％）
		重症心身障害	4	（ 24 ％）
		発達障害＋知的障害	3	（ 18 ％）
		発達障害	1	（ 6 ％）
		聴覚障害	2	（ 12 ％）
		聴覚障害＋発達障害	1	（ 6 ％）
		知的障害＋肢体不自由	1	（ 6 ％）
		視覚障害	1	（ 6 ％）
	食支援の必要な生徒の割合（対全生徒）	いない	1	（ 6 ％）
		～25％位	12	（ 67 ％）
		～50％位	2	（ 11 ％）
		～75％位	2	（ 11 ％）
		ほぼ全員	0	（ 0 ％）
		その他	1	（ 6 ％）

Presented by Medical*Online

表4　食事時間内の「おしゃべり」,「会話」

（単位：校）

この質問に該当しない	話題を振る・積極的に話しかける	会話が弾むように質問や共感する	会話には入らないようにしている	静かに食事に集中するように促す	職員の裁量に任されている	その他
2	3	4			4	5
11.1%	16.7%	22.2%			22.2%	27.8%

表5　食べる速度

（単位：校）

この質問に該当しない	ゆっくり	早く食べる	その日の予定や流れで対応	子どものペースに合った速度で	職員の裁量	その他
1	1		2	10		4
5.6%	5.6%		11.1%	55.6%		22.2%

表6　食べる量

（単位：校）

この質問に該当しない	たくさん	残さず	食べられるだけ食べる	あらかじめ量を調節する	希望に応じて量を調節	職員の裁量	その他
		1	3	14			
		5.6%	16.7%	77.8%			

表7　教員のかかわり

（単位：校）

この質問に該当しない	介助し，一緒に食べない	一緒に食べるが，介助しない	介助し，一緒に食べる	食べる様子を見ている	その他
		2	15	1	
		11.1%	83.3%	5.6%	

表8　介助担当期間

（単位：校）

該当しない	1年間同じ生徒担当	ひと月から半年くらいの間隔で	曜日によって	その日の職員で話し合って	特に決めていない	その他（クラス・学年の裁量に任されている）
3	4	4	1	2		4
16.7%	22.2%	22.2%	5.6%	22.2%		22.2%

表9　介助する人数と障害

（単位：校）

1対1	1対3	障害に応じて	その他	該当しない
1 5.6%	2 11.1%	10 55.6%	2 11.1%	3 16.7%
重症心身障害	聴覚障害 発達障害＋知的障害	知的障害（3） 重症心身障害（3）	知的障害 視覚障害	発達障害 聴覚障害＋発達障害
		発達障害＋知的障害（2）		知的障害
		聴覚障害（1）		
		発達障害＋肢体不自由（1）		

Presented by Medical*Online

２．食指導の実情

食指導方針：給食時間内で生徒に対して積極的に話しかける３校（16.7％），会話が弾むように質問や共感する４校（22.2％），教員の裁量に任されている４校（22.2％）であった（**表４**）。その他を選択した５校（27.8％）の理由は，会話ができる生徒がいない，であった。食べる速度は，生徒個人のペースに合わせる10校（55.6％）（**表５**），食べる量は，あらかじめ教員が量を調整する14校（77.8％）（**表６**）であった。

食指導環境：すべての学校で給食を提供し，食介助しながら教員も喫食する学校は15校（83.3％）であった（**表７**）。介助担当の期間は，介助を実施していない３校（16.7％），介助者が１年間同じ生徒を受け持つ４校，ひと月から半年間同じ生徒を受け持つ４校，学年や学級ごとの裁量で決める４校，曜日によって決める１校，その日に決める２校であった（**表８**）。担当する生徒の人数は，障害に応じて決めるが10校（55.6％）であった（**表９**）。

職員による個別指導４校（22.2％），外部専門家による個別指導２校（11.1％）で実施していた。外部専門家からの助言を受けているのは１～２校（平均11.1％）であり，受ける機会がないのは15～16校（約80％）であった（**図１**）。

食形態が分かれていない（共通）とした学校は８校，物品（食具，姿勢の調整，椅子・机）についても共通のものを使用する割合が高かった（**図２**）。食形態が選択できる場合の選定方法は，家族と教員間で相談して決める５校，家族・教員で相談かつ外部専門家で相談して決める２校，職員で相談して決める２校，家族が決める１校であった。物品については，物品ごとに傾向が異なり，食具やコップ等は，個人所有の割合が高かった。

配膳後の再調理（手元加工）は，13校（72.2％）で実施していた。配膳後の増粘剤添加は４校（22.2％）で可能，添加できない２校（11.1％），その他（事前に，厨房で）が２校，該当する生徒はいないとの回答は10校（55.6％）であった（**図３**）。

弁当や物品の持ち込みについては，弁当の持ち込みは13校（72％），物品の中で，食具の持ち込みについてはその他を選択し，記述欄に「原則学校のもの，個人所有も可能」や「学校のもので適応できない場合」と併記されていたのが14校（77.8％）であった（**図４**）。椅子・机の持ち込みは８校（44.4％），姿勢保持に用

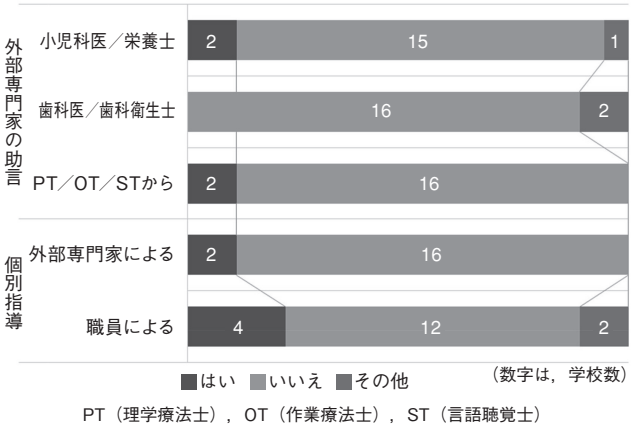

図１　個別指導・助言について

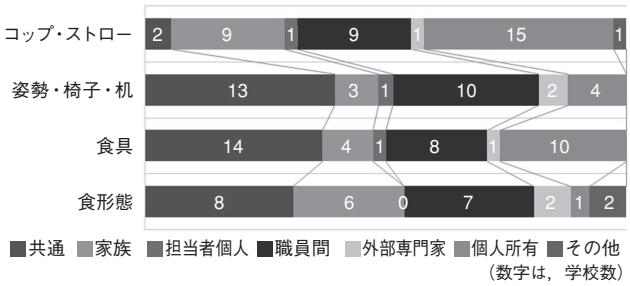

図２　物品・食形態について（複数選択）

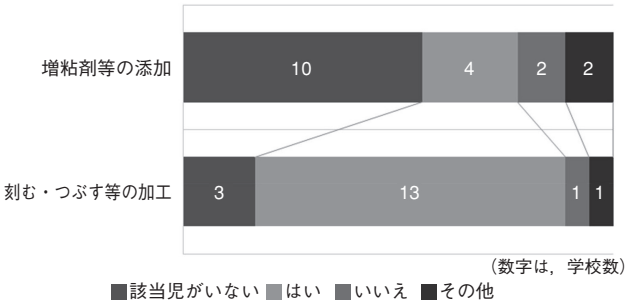

図３　手元加工の実施について

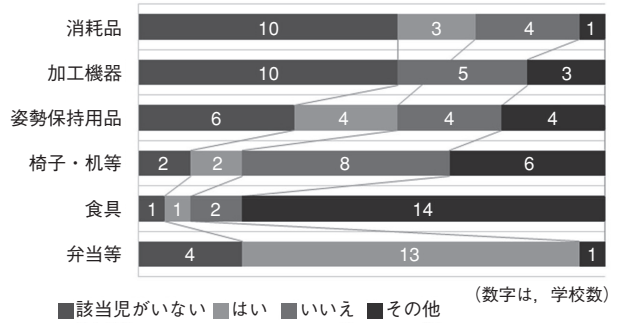

図４　持ち込みについて

Presented by Medical*Online

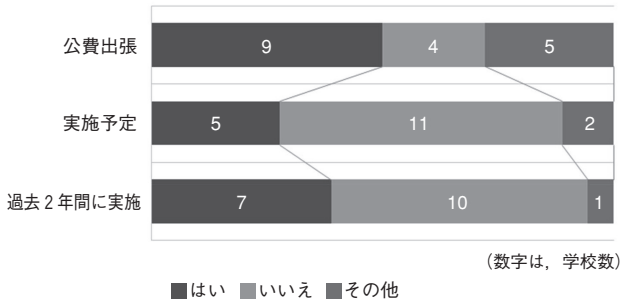

図５　教育環境

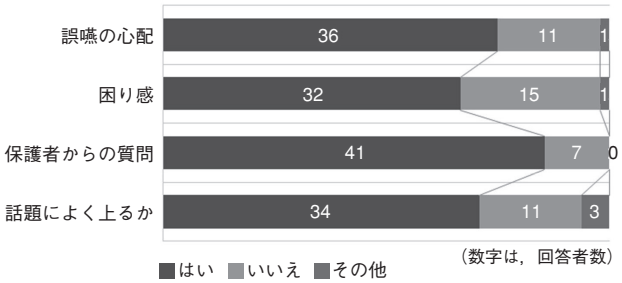

図６　回答者の実情

いるクッション等の持ち込みは４校（22.2％）であった。増粘剤等の消耗品は３校（16.7％）が個人所有であり，４校（22.2％）は学校所有，その他１校（学校と個人所有の両方），該当児がいない10校（55.6％）であった。ミキサー等の加工機器は，該当児がいない10校（55.6%），学校所有５校（27.8%），その他３校（重心児は弁当で対応，ハサミで，配膳後はしない）であった。

教育環境：研修実績は７校（38.9％），研修予定は５校（27.8％）であった。公費による研修参加は９校（50.0％）で可能であった（図５）。

３．回答者の実情（図６）

職員間で生徒の摂食状況についてよく話題に上るかの質問で，はい34人（70.8％），いいえ11人（22.9％），その他３人（よくとは言えない，ときどき）であった。保護者からの相談を受ける41人（85.4％），困り感を持っている32人（66.7％），誤嚥の心配をしたことがある36人（75.0％）であった。

保護者からの相談，食指導での困り感，誤嚥の心配の結果を，①職務内容，②知識量；十分理解しているとほぼ理解しているを合算した知識十分群（＝24人）とあまり理解していないと全く理解していないを合算した知識不十分群（＝24人）間，③経験年数；10年以上（＝26人）群と10年未満群（＝22人）間，で

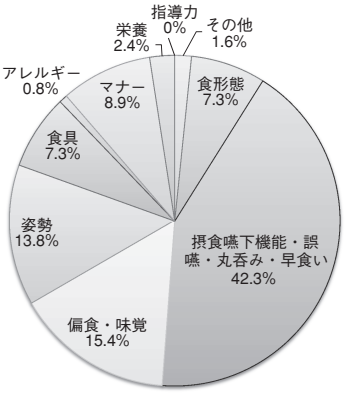

図７　気にかかること（123回答）

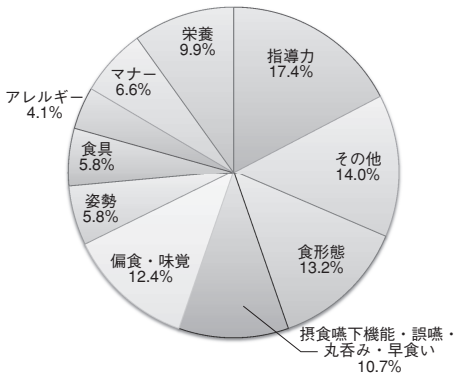

図８　興味関心（121回答）

Fisher の直接確率法にて検定を行った。以下に結果を示す。

保護者からの相談：41人（85.4％）が保護者から相談を受けていた。保護者から食事について相談を受けることは，経験年数・知識量・職務内容による差はなかった。

困り感：32人（66.7％）は困り感を抱いていた。食事に関する困り感は，経験年数・知識量・職務内容による差はなかった。

誤嚥の心配：36人（75.0％）が誤嚥を心配していた。誤嚥の心配は，経験年数・職務内容による差はなかった。知識量では，知識不十分群と知識十分群間に５％水準（p ＝0.023）で有意差があった。

自由記述（図７，８）：生徒に共通して気にかかることの回答総数123，興味を持っていることの回答総数121が得られた。回答を摂食嚥下機能（丸呑み・早食いを含む），偏食（味覚の偏り），姿勢，食具，マナー，栄養，アレルギー，食形態，指導力，その他の10分類とした。その結果，生徒に共通して気にかかることは，123回答のうち摂食嚥下機能（誤嚥・丸呑み・早食い）にまつわることが全体の52件（42.3％）であった。次

Presented by Medical*Online

いで，偏食・味覚の偏りが19件（15.4％），姿勢に関することが17件（13.8％）であった。教員自身の指導力に分類する回答は，質問の性質上なかった。興味関心事では，指導力に関すること（安心・安全な食べ方指導，障害種別の指導法，偏食への指導，介助法）21件（17.4％）に次いで，その他17件（14.0％）が多く，その内容は，楽しい食事／子どもが食べられる食材や味付けが増える／食材の産地／食育（２件）／喜んでもらえる食事／食中毒／健康な食事／初めて見る料理に触れること／外国の食文化／おいしい食事／献立内容の充実／保護者の理解を得るためにすべきこと／脳の働きに良い栄養素／外国の料理やマナー／共感／肥満，であった。次いで，食形態16件（13.2％），偏食15件（12.4％）の順であった。

Ⅳ．考　　察

Ｘ県の特別支援学校小学部において，摂食嚥下機能に何らかの配慮が必要な生徒は，８割以上の学校に在籍しており，その割合は全生徒の０～25％とする学校が12校であった。次の４点が食指導の実情として明らかになった。①食事量をあらかじめ教員の裁量で調整し，生徒個人のペースに合わせて食べること，②生徒の食指導に対して，外部専門家から助言を受ける機会が少ない中で，食形態・物品・備品を教員間で，あるいは家族と相談して選択すること，③共通の物品・備品を使用する原則を保ちながら個別性が高く扱いやすいものは，個人のものを持ち込む傾向にあること，④食材のテキスチャを変化させる増粘剤やミキサー加工を使用することは少なく，教員の手による加工を実施していること，である。教員は知識・経験・職務内容に関係なく保護者からの相談を受けていること，食指導に対する困り感を持っていることや，担当する生徒の食べるペースと量を把握し手元で加工している実情を考えると，食指導にあたる教員の心理的・物理的な負担は大きいと推測できる。教員は知識・経験・職務内容に応じて質的に異なる困り感や不安を感じている可能性がある。本調査項目の中で誤嚥の心配は，知識を持つ群が知識が不十分だと判断した群に比べて有意に高く感じていた。生徒の摂食嚥下機能の発達段階や食べる様子から誤嚥のリスクを強く感じた可能性がある。知識・経験・職務内容ごとの困り感や不安の質的な違いに関する質問項目はなく，今後この点についても検討したい。

自由記述から，教員は生徒の摂食嚥下機能，姿勢，偏食を気にかけており，安全・安心かつ個人／障害特性に応じた指導法，食形態，偏食への関心が高いことが明らかになった。気にかかることと興味関心事の回答数を比較すると，興味関心事の回答数が多い項目は，栄養，アレルギー，食形態であった。これらは，給食を提供する学校が個別的な配慮として対応する必要性のある項目と考えられた。一方で，気にかかる項目よりも興味関心項目が少ないのは，マナー，食具，姿勢，偏食であった。これらは生徒の個別的な課題と認識し，学校ではなく，家庭での対応を期待する意識が現れている可能性があった。

学校という場での集団生活は，共通性・共同性を通じて，他者への配慮・仲間意識・自己調整能力といった社会とつながるための活動で構成され，個別的な配慮（直接支援）は必要に応じて，あるいは，与えられた環境内で可能な範囲で行うものという共通した意識がある。必要に応じて個別的な配慮をできる範囲で行うという意識は，本調査結果から食具などの扱いやすく個別性の高い物品に比べて，姿勢に影響する椅子・机・クッション等を持ち込む割合が低いことや，提供された食形態そのままでは喫食できないと判断した結果，手元で再調理している学校数（13校）が食形態の分かれていない学校数（８校）を上回ること，さらに給食時間内という制約の中で，個々の生徒の喫食可能な量を判断し，取り分けて配膳していることからうかがえる。以上のことから，現状として個別支援は，対応可能な範囲で実施しているといえる。

一方で，医療福祉領域からは問題点が見える。例えば，食形態が分かれていないがゆえに，手元加工を実施する学校が多くなっている可能性，手元加工や量の調整によって必要栄養量の不足[36,37]，障害種による多様な課題への対応[12,38～41]，姿勢等の問題意識を感じながらも姿勢に対する支援がしにくい環境，が挙げられる。

これらの問題点について医療福祉領域と学校や他職種連携の実践報告を以下に述べて，連携へ向けた外部専門家の留意すべき点について考察する。

栄養量不足の問題を認識した北九州市では，離乳食初期（捕食機能獲得期）段階までは，栄養補給として濃厚流動ゼリーを提供している[42]。また，東京都では食形態を４形態として，再調理や加工する必要性を最小限にとどめている[25]。手元調理を前提とし，そのた

Presented by Medical*Online

めに栄養量が減る可能性を加味した栄養価の高いものを食材とする必要性を指摘した報告がある[23]。

障害種によって，例えば知的障害では肥満，自閉症スペクトラム障害では感覚の偏りからくる偏食など，対応が異なり，それによる栄養量の調整が必要になる[12,38~41]。食べられる量を取り分けることと必要摂取量を確保することは，再調理等のガイドラインがないこと[24,43]を踏まえると，学校においてもNSTによる生徒の必要栄養量等の検討が必要である。

教員の関心事を重視し，医療福祉領域の専門家によるアセスメントを経て，具体的な手技を教員個人に伝える連携した取り組みが機能した実践例がある。理学療法士による重症心身障害児へ呼吸介助という具体的な方法を指導し[32]，担任の不安を取り除くために作業療法士が担任に指導を繰り返した結果，担任が対象児の変化に気づくようになった[27]といった教員に寄り添った支援を実施している。また，言語聴覚士による評価結果を元にした口の周りの筋刺激訓練法の指導により食べ方が改善した[44]，歯科衛生士や歯科医師が，摂食嚥下機能評価とともに食形態を変えた結果，食事量が増加し，丸呑み等の問題となる食行動の軽減につながった[45]という報告もある。

以上は，生徒個人に対する直接的な支援連携が機能した実践報告である。生徒への直接的な支援ではなく，知識提供の場を利用した連携では，講習会・学習会の開催がある。外部専門家と教職員が摂食機能評価を共有し，指導後にカンファレンスを行う実践[31]や施設職員対象の学習会であるが，「対象者に配慮する」というテーマの集中講義後に介助を受けることの理解が深まった結果，ゆっくりとかかわる，楽に食べる，職員間で介助する方法を学び合うといった意識改革になった[46]実践がある。

いずれの連携も，外部専門家の問題意識ではなく，教員の問題意識から出発し，外部専門家が教員とともにアセスメントし，その結果を共有している。教員とともに外部専門家が一人ひとりの生徒を直接アセスメントし，その結果を共有することが重要であると思われる。アセスメントには，姿勢と食具・椅子・机の関係，食形態・摂食嚥下機能と粗大運動の発達水準の関係，自食の意欲や認知能力・感覚に対する志向性も含む包括的な視点が必要であろう。教員の問題意識を理解し，その問題に対する包括的な視点で教員とともにアセスメントし，結果を共有することが外部専門家には求められるであろう。

アセスメントを通した問題意識の共有は，継続的な取り組みが必要である。特別支援学校を対象とした報告ではないが，低年齢では定期的なかかわり，年齢が高くなるにつれて環境への支援のニーズが高まることから時間の経過とともに支援する内容が変化すること[21,47]，学校等の生活環境が変化することで食行動に変化が生じやすく，摂食嚥下機能の発達支援は発達経過を見守る視点が必要であること[48]が指摘されている。

これらの取り組みには，外部専門家が学校とかかわりやすいシステムが必要であった。前述の作業療法士は特別支援学校の常勤職[27]，言語聴覚士は外部専門家を活用した指導法改善事業に参加している[44]。千木良[49]は，歯科医師の立場から地域で発達期の問題を支えるには，地域チーム医療実現を目指す核の必要性を指摘している。

医療福祉領域の外部専門家は，まず，教員の問題意識を優先し，その問題を共有すること，次に生徒個人の発達経過を長期的に見ることに留意する必要があろう。このために，教員とともに包括的なアセスメントを実施することが必要であると思われた。

V．結　　論

医療福祉領域の外部専門家との連携が取れているとは言い難い結果であった。連携を進めるには，教員の関心や学校の状況を理解し，生徒個人のアセスメントを教員の問題意識に基づいて実施する姿勢が必要であった。

本調査研究は，学術研究助成基金による基盤研究(C)（課題番号：16K04850）「障がいをもつ乳幼児の食べ方と発達を理解した指導・評価プログラム開発」の助成を受けて実施した。

利益相反に関する開示事項はありません。

文　　献

1）愛知県．“学校給食の管理と指導　七訂版”http：//www.pref.aichi.jp/soshiki/kenkogakushu/0000081868.html（参照2018-05-14）

2）下山直人．障害のある子どもの食に関する指導．学校給食　2008；12：26-29.

3）細田のぞみ，三浦寿男，白井宏幸，他．肢体不自由

Presented by Medical*Online

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.
4）真木葉子，山下　光．大阪府下の肢体不自由養護学校における給食指導―アンケート調査による検討―．大阪教育大学紀要　2004；1：73-81.
5）藤井和子．摂食指導を担当する養護学校教員の研修．上越教育大学研究紀要　2006；25（2）：605-618.
6）神林裕子．特別支援学校における摂食指導(給食指導)に関する研究～実態調査と事例研究を通して～．福島県養護教育センター研究紀要　2008；22：32-35.
7）土田裕美，山下房江，青山妙子．特別支援学校（視覚・知的・肢体不自由）教員の食育に対する意識と食育実践の現状と課題．日本食育学会誌　2013；7（4）：285-292.
8）神田英治，梅木はるか．北海道の肢体不自由養護学校における給食指導の再調理に関する調査研究．北翔大学教育文化学部研究紀要　2017；2：23-40.
9）中嶋理香，朝日利江，藤田ひとみ．愛知県下の保育園を対象とした食に関するアンケート調査結果．小児保健あいち　2018；16：6.
10）原 早紀子．食事行動の発達における姿勢と運動．OTジャーナル　1994；28：189-194.
11）永井志保．発達障害児の摂食・嚥下障害に対する理学療法と生活指導．PTジャーナル　2014；48（2）：119-127.
12）立山清美，宮嶋愛弓，清水寿代．自閉症児の食嗜好の実態と偏食への対応に関する調査研究．浦上財団研究報告書　2013；20：117-132.
13）中嶋理香，藤田ひとみ，朝日利江．離乳期からかかわったダウン症2症例の口腔運動・粗大運動・自食の意欲の発達経過．日摂食嚥下リハ会誌　2012；16（3）：290-298.
14）中嶋理香．ダウン症乳幼児の発達評価―哺乳・離乳支援のために―．名古屋芸術大学研究紀要　2016；37：251-261.
15）高橋摩理，大岡貴史，内海明美，他．自閉症スペクトラム児の摂食機能の検討．小児歯科学雑誌　2012；50（1）：36-42.
16）高橋摩理，冨田かをり，弘中祥司，他．Down症候群の小児における摂食嚥下機能の後方視的調査―地域療育センターにおける支援方法の検討―．日摂食嚥下リハ会誌　2015；19（2）：165-171.
17）原田　瞬，立山清美，日垣一男，他．自閉スペクトラム症の口腔機能の特徴．日摂食嚥下リハ会誌　2017；21（3）：165-172.
18）吉田　索，浅桐公男，靏公士保利，他．重症心身障碍児（者）に対する栄養管理の問題点．外科と代謝・栄養　2015；(8)：147-154.
19）町田麗子，田村文誉，児玉実穂，他．在宅訪問における重症心身障害児の摂食機能療法の必要性．障歯誌　2016；37：61-65.
20）野田智子，井上寛隆，平野恵利子．特別支援学校肢体不自由部門の栄養アセスメントの現状と課題．埼玉医科大学看護学科紀要　2016；1：1-9.
21）下嶋哲也．言語聴覚士の摂食場面におけるリハビリテーション―福祉領域における言語聴覚士のとりくみについて―．小児耳　2016；37：263-267.
22）日本摂食嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会．発達期摂食嚥下障害児（者）のための嚥下調整食分類2018．日摂食嚥下リハ会誌　2018；22：59-73.
23）武原　格，藤谷順子．いま，なぜ発達期の嚥下調整食が必要なのか．MB Med Reha　2016；202：7-11.
24）水上美樹，浅野一恵，小城明子，他．発達期障害に対する発達期嚥下調整食分類の統一にむけて．日摂食嚥下リハ会誌　2016；20（2）：70-76.
25）渡曾　勲．学校給食における嚥下調整食―東京都肢体不自由特別支援学校の食物形態別調理食．臨床栄養　2016；128（1）：12-13.
26）飯盛光葉，山邉素子，鹿子木和寛．特別支援学校3校における口腔内食物残留を呈する児童の実態調査．日摂食嚥下リハ会誌　2010；14（3）：508.
27）小林　郁．特別支援学校における給食指導の現状と今後の課題．日摂食嚥下リハ会誌　2010；14（3）：563.
28）今村由紀，橋本吉明．特別支援学校での定期的な口腔保健指導及び摂食指導について．小児歯科学雑誌　2011；49（4）：314.
29）松久眞実．病弱・肢体不自由等を併せ持つ重度重複障害児が在籍する特別支援学校における研究冊子の縦断的研究．プール学院大学研究紀要　2016；57：287-302.
30）山本祐士，窪田直子，橋口真紀子，他．特別支援学校における摂食指導支援の構築．小児歯科学雑誌　2018；56（1）：169.

Presented by Medical*Online

31）田中芽梨，林 佐智代，野本たかと，他．某知的障害特別支援学校における摂食指導の取組．日摂食嚥下リハ会誌　2009；13：556.
32）金坂一篤．専門医療機関と特別支援学校教育の連携に関する実践報告：重症心身障害児２名の呼吸および摂食嚥下への支援．リハ連携科　2012；13：73.
33）弘中祥司，宮城　敦，朝田芳信，他．行政･歯科医師会･大学が連携した地域摂食・嚥下障害児支援―５年間の取り組みと問題点―．日摂食嚥下リハ会誌　2010；14：416.
34）向井美惠．学齢期の摂食嚥下障害児の問題点―給食の観点から―．MB Med Reha　2016；202：40-45.
35）Homer ME．Management of swallowing and feeding disorders in schools．2016．San Diego：Plural Publishing，2016.
36）佐藤誓子，梶原苗美，佐藤勝昌．特別支援学校における給食対応：献立対応と栄養量．体力・栄養・免疫学雑誌　2014；24：187-188.
37）大石暢彦，田村文誉，菊谷　武，他．都内某特別支援学校に通う非アテトーゼ型脳性麻痺児の摂食・嚥下障害と体格との関係．障歯誌　2009；30：1-8.
38）山口清美．“知的障害のある子どもの食に関する指導の実践” http：//www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/__icsFiles/afieldfile/2009/07/21/1281458_10.pdf.（参照2018-05-14）
39）佐藤友里．“特別支援学校（知的障害）小学部における食育の研究” http：//www.juen.ac.jp/handi/linkfiles/syuronyoushi/H27/H27_24.pdf.（参照2018-５-14）
40）田辺里枝子，曽我部夏子，祓川摩有，他．特別支援学校の児童・生徒の食生活の特徴と体格との関連について．小児保健研究　2012；71：582-590.
41）浅山風香，加藤颯一，田中実咲，他．自閉スペクトラム障害児の給食摂取状況に関する調査．小児保健あいち．2018；16：４.
42）牟田園満佐子．障害児の食事を発達段階に合わせて基準化．難病と在宅ケア　2008；14：19-24.
43）横山宏子．栄養教諭自身が学んでいること．学校給食　2017；6：31-37.
44）戸高　翼，原　修一，倉内紀子．摂食嚥下相談にみる特別支援学校におけるSTの役割．言語聴覚研究　2013；10（3）：257.
45）保坂みさ，秋山賢一，中出有香，他．特別支援学校（肢体不自由）における口腔機能の発達に沿った給食の改善の取り組み．日摂食嚥下リハ会誌　2007;11（3）：371-372.
46）大西　満，桂　尚子，酒井宣政．職員への摂食指導法―常勤専門職がいない場合―．日摂食嚥下リハ会誌　2001；5：103.
47）西方浩一，川間健之助，清水千恵子，他．摂食・嚥下機能に障害がある子どもの食事介入状況―養育者を対象としたアンケート調査―．日摂食嚥下リハ会誌　2007；11（3）：380.
48）朝日利江，中嶋理香，光部美希．離乳食期より摂食指導を開始したダウン症児のリハ終了後の口腔機能について―食事場面観察とアンケート結果より―．小児保健あいち　2018；16：７.
49）千木良あき子．地域で発達期の問題を支えるには．日摂食嚥下リハ会誌　2010；10（3）：304.

〔Summary〕

The purpose of this study was to create a plan for establishing collaborative relationships between medical/public health workers and school teachers. For this objective, this study examined the meal-time conditions at special needs elementary schools based on self-reported questionnaires that focused on five aspects：guiding policies, hardware and software programs, educational seminars for teachers, teachers' interests regarding their students' meal-time behaviors, and teachers' concerns about lunchtime. According to the results, 56% of the schools prepared several types of easy-to-eat meals based on food texture, while 87% of the teachers either adjusted the amounts or rearranged the meals for individual students according to their eating skills. The physical environment that that is used in a meal, such as cutlery, chairs/tables, ready-made utilities were chosen first. Convenient for carrying utilities, such as cups and cutlery tends to use private property. Further, the results revealed that there were limited opportunities for consultations between the medical/public health workers, the teachers, and the families regarding the students' needs. As for the teachers' interests, they wanted to hone their skills and learn more about nutrition and food-borne allergies. Finally, the

Presented by Medical*Online

teachers' everyday concerns about meal-time behaviors included eating skills, good posture, and imbalanced diets. The implication of the findings is that to establish effective collaborative relationships between medical/public health workers and school teachers, the former group must assess individual students' needs according to their school environment as well as the teachers' interests and concerns.

The purpose of this study was to get the idea for making the collaborative relationships between medical/public health workers and school teachers. To fulfill the purpose, this study aimed to describe the meal time conditions for acquiring eating skills at elementary schools for special needs. The meal time conditions questionnaire contained 5 parts ; guiding policies, hardware and software setting, education seminars for teachers, interests of teachers at meal time behaviors of students, every day concerns about lunch time. The response rate was 87%.

Results showed that : 56% of schools prepared several types of easy-to-eat meals according to the food texture. 87% of school teacher adjusted amount and rearranged the meal for individual students' according to students' eating skills before serving. The ready-made utilities such as cutlery, chair/table were the first choice. Among daily use utilities, private cups and cutlery, which is ease in handling by teachers and families, tended to bring school. There were few chance of consultation by medical/public health staffs, therefore teachers discussed with families and colleagues to solve problems. Teachers' everyday concerns about meal time behaviors were eating skills, posture, and unbalanced diet. As for interests, teachers wanted to brush up their skills, know about nutrition and allergy, which might be the dealing issues in school system.

The results showed that the collaboration has been halfway through. In order to materialize collaboration between medical/public health stuffs and teachers, medical/public health staffs need to assess individual student with teachers according to school environment and teachers' interests and concerns.

〔Key words〕
special support education school,
elementary department, meal time environment,
questionnaire study

Presented by Medical*Online