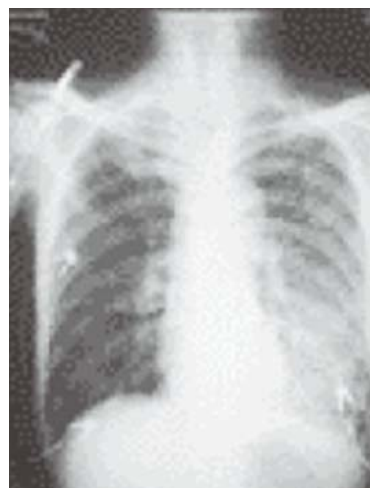


第5章 リスク管理

この章では摂食・嚥下障害がある障害児（者）のリスク管理について解説します。

摂食・嚥下リハビリテーションは経口摂取できるようになることが目的の一つですが、摂食・嚥下障害がある障害児（者）に経口摂取を進める場合には、常に誤嚥や窒息の可能性があることを踏まえて対応する必要があります。



1. 誤嚥性肺炎

(1) 誤嚥性肺炎（嚥下性肺炎）とは

食物、あるいは口腔内の物質（唾液や雑菌）や胃内容物などが肺の中に入ってしまう、体の防御機構（からだをまもる仕組み）で排除できないときに起こる肺炎などを、まとめて誤嚥性肺炎（または嚥下性肺炎）と言います。誤嚥性肺炎は生命に関わるため、嚥下障害を扱う場合、最も注意する必要があります。

(2) 発症の原因

誤嚥性肺炎の原因は、大きく分けて次の3つが考えられます。

- ① 飲食物を誤嚥して起こる場合
- ② 口腔・咽頭内の唾液や雑菌が気管・肺に知らず知らず入ってしまう場合
- ③ 胃の中の内容物が食道から咽頭まで逆流して誤嚥する場合

「誤嚥性肺炎」というと、上の①を想像しがちですが、実際は咽頭の感覚や反射運動などに障害が起きて②あるいは③が夜間（睡眠中）などに起こっている場合（不顕性誤嚥）が多いとされています。

(3) 誤嚥性肺炎を疑うポイント

誤嚥のある場合には、必ず誤嚥性肺炎を疑うことが必要です。一般的には、よだれや咳きこみの多いときには誤嚥の存在が疑われますが、専門の検査を行わなければわからないことも多くあります。

誤嚥を疑う症状の例としては、食事中にむせる、咳が出る、ゼーゼーと音がする呼吸（喘鳴）、よだれ、痰が多く汚い、しわがれ声などがありますが、必ずしも特徴的なものではありません。

その他にも、繰り返す肺炎、食事中の呼吸の悪化、胃食道逆流症の存在などがあります。

しかし、不顕性誤嚥の場合はこれらの症状が出ないため、専門の検査が必要となります。

(4) 誤嚥性肺炎の治療／検査

病院や診療所で、誤嚥性肺炎と診断されれば、程度に応じて安静・抗生剤の投与が行われます。重症の場合は入院で点滴治療が必要となります。加えて、痰を出す処置やリハビリが行われます。

肺炎が治った後は、嚥下障害の有無や程度を調べる検査が行われます。これらは医療機関によってできる検査に差があります。

- ・スクリーニングテスト（反復唾液嚥下検査や水飲みテスト など）
- ・嚥下内視鏡検査
- ・ビデオ嚥下造影検査（VF）

(5) 予防

誤嚥性肺炎を予防するには、適切な栄養法や食物形態、姿勢、摂食介助など、様々な要素を考慮する必要があります。障害児一人ひとりに応じた摂食の許容範囲を考えなければなりません。その判断は難しいものです。

誤嚥が中等度以上の場合では、経口摂取が困難で誤嚥性肺炎が繰り返される場合は、経管栄養や外科的方法を検討する必要があります。

経口摂取が可能な場合の誤嚥性肺炎の予防は、とりわけ口腔内を清潔に保つこと、「口腔ケア」が重要です。最近の研究では、口腔ケアにより、①発熱の頻度が減少した、②嚥下の反射が改善した、③咳反射が出やすくなった（改善した）、などの効果を実証されてきています。

2. 窒息

経口摂取中や嘔吐後などに、図のように口やのどに手をあてて苦しそうなうなり声を発する、あるいは食事中に顔色が青ざめる、などは窒息のサインです。窒息は生死に直結しますので、素早い対応が必要です。



いざ窒息が起こってしまった場合は、次のような対応法があります。

ここでは、東京救急協会のフローチャートと財団法人日本救急医療財団のわが国の新しい救急蘇生ガイドラインの一部を紹介します。

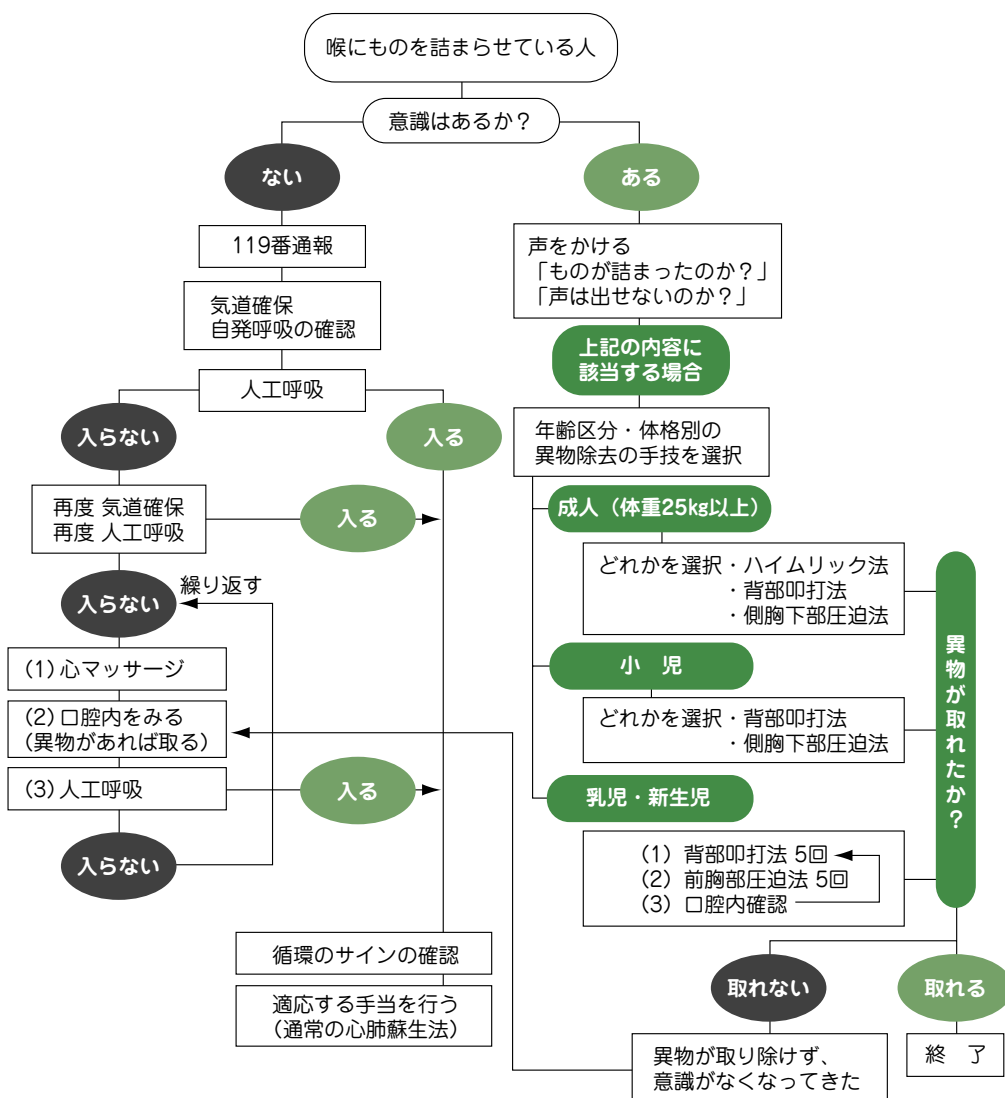


図5-1 救命手当のフローチャート（喉にものを詰まらせている人がいたら）（東京救急協会，2000）

気道異物（反応あり）

- ・気道異物による窒息が疑われる場合は、直ちに緊急通報をするよう誰かに依頼し、救助者は直ちに以下の方法を試みる。ただし、患者が激しく咳き込んでいる場合には、患者本人の努力に任せる。救助者が一人だけの場合は、緊急通報する前に以下の方法を試みる。
- ・乳児では、背部叩打法と胸部突き上げ法を約5回づつ交互に行う（腹部突き上げ法は行わない）。
- ・小児では、背部叩打法と腹部突き上げ法を併用する。その回数や順序は問わない。
- ・異物が取れるか反応がなくなるまで続ける。

気道異物（反応なし）

- ・反応がなくなった場合は、通常の心肺蘇生法（CPR）を行う。ただし、気道確保をするたびに、口の中を覗き込み、異物が見えれば取り除く。
- ・盲目的指拭法は行わない。
- ・2分間（または10サイクル）の心肺蘇生法（CPR）を行った時点で、緊急通報がまだ（救助者が一人の場合）行われていなければ、その時点で通報する。
- ・可能なら喉頭展開下で異物を除去する。

表5-1 わが国の新しい救急蘇生ガイドライン【一次救命処置】（財団法人日本救急医療財団、2006）

また、吸引器がある時は、静かに異物を吸引します。（掃除機は、最近では勧められていません）
いずれの方法でも短時間で改善の無いときや、意識の無いときは速やかに救急車を呼びます。



1 乳児・幼児

片腕の上で頭部が低くなるように腹ばいにさせ、顎を手の上にのせて固定する。もう一方の手の付け根で、背中中央を5回たたく



2 成人

ひざまずいて、自分のほうに向けて、手のひら（手の付け根に近い部分）で肩甲骨の間を4～5回力強く連続してたたく

図5-2 背部叩打法

第6章 胃 食 道 逆 流 症

重症心身障害児における胃食道逆流症

重症心身障害児が嘔吐することはしばしば見られます。この原因は胃内容が食道に逆流するため起こり、胃食道逆流症といわれています。この疾患に対する理解が必要です。

(1) 胃食道逆流症とは？

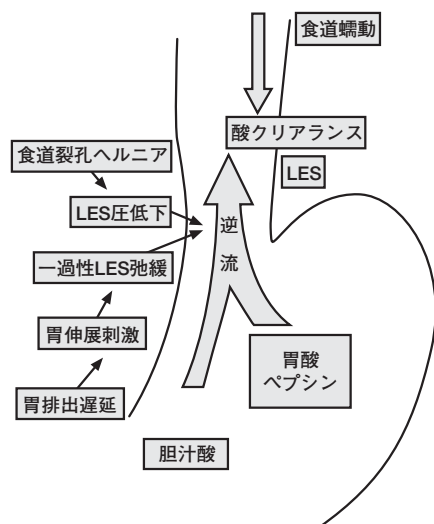
胃内容（胃酸、胆汁酸）が不随意的に食道に逆流することにより、

- ①消化器症状（吐血、貧血）
- ②呼吸器症状（胃内容の誤飲による気管支炎、肺炎、喘息）
- ③成長障害（栄養摂取障害）

などが起きます。

乳児、中高年者、重症心身障害児に多く見られます。

(2) どうして胃食道逆流症が起こるのでしょうか？



胃食道吻合部に胃内容の逆流を防止する機構がさまざまありますが、これが破綻し逆流を起こします。

(3) 重症心身障害児における胃食道逆流症の頻度は？

重障児の15%に繰り返す嘔吐がみられ、重障児は15～75%が胃食道逆流症を合併しています。

(4) どうして重症心身障害児に胃食道逆流症が多いのでしょうか？

- ①中枢神経障害
- ②消化管の運動障害
 - a. 逆流防止機構の障害、食道運動機能障害

- b. 腹筋の緊張の亢進、便秘 → 腹圧上昇
- c. 側弯・亀背などの体位の変形
- d. 胃排泄能の低下
- e. 迷走神経障害
- f. 食道裂孔筋の異常
- g. 臥位生活

など多くの因子が関与しています。

(5) 胃食道逆流症をなぜ治療しなければならないのでしょうか？

①逆流性食道炎→貧血→食道狭窄、②低栄養、③肺炎、などを引き起こすからです。

(6) 胃食道逆流症の診断

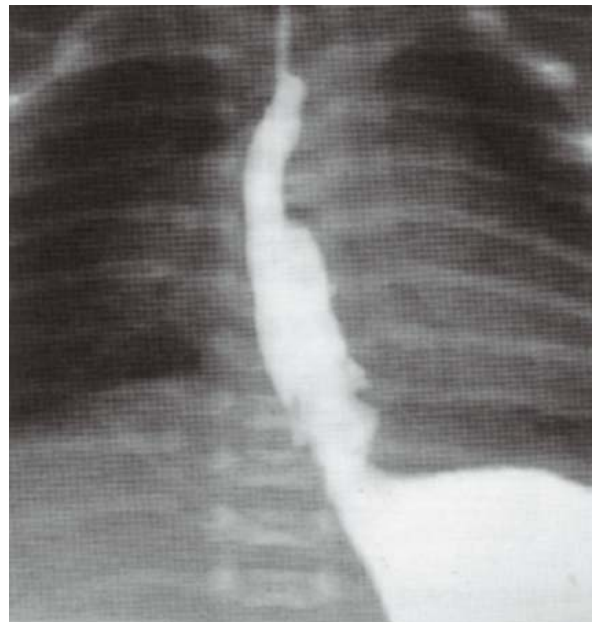
- ①胃食道造影
- ②24時間pHモニタリング
- ③食道内視鏡検査

などを行うことにより診断をしています。

①胃食道造影



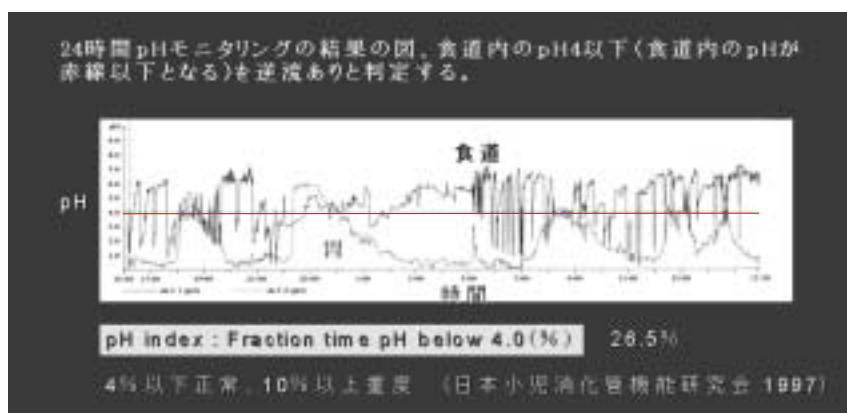
胃内容物が食道へ逆流している



造影剤の胃内から食道への逆流を調べますが、20%は胃食道逆流があっても陰性となります。短時間の状態しか調べることができません。

②24時間pHモニタリング

胃食道逆流を調べるもっとも確実な方法です。外来で検査することができます。



(7) 胃食道逆流症の治療

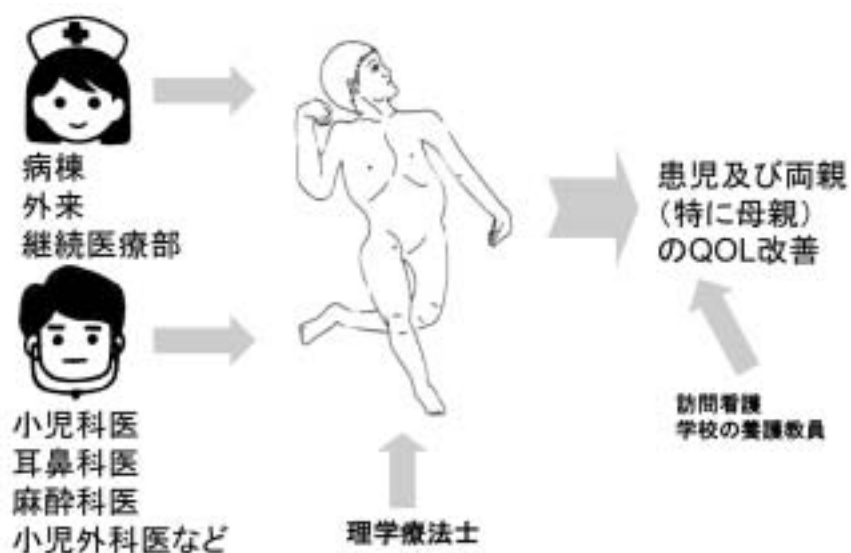
- ①嘔吐のみの場合、食事・姿勢療法、排便管理を行います。
- ②嘔吐以外の合併症があり、24時間pHモニタリングでpH4以下が10%以上の場合、薬物療法を追加します。
- ③以上の治療でも嘔吐が続く場合、外科治療(噴門形成術)となります。



噴門形成術(ニッセン手術)は、胃の噴門を下部食道に巻きつけ、胃内容の食道への逆流を抑えます。図は胃瘻も同時に造設しています。

(8) 胃食道逆流症に対する取り組み

重症心身障害児の胃食道逆流症の治療に当たっては、胃食道逆流の評価のみならず、耳鼻科、口腔外科などによる喉頭機能の評価が必要であります。治療方針を決めるに当たっては、呼吸機能の評価、栄養評価、家族の希望、などを参考し、外来看護師、小児外科、小児科などもかかわっています。さらに、施設、養護学校の養護教員、教師、訪問看護師などとも一緒に治療に当たることが重要であります。



第7章 症例紹介

症例 1

長期観察症例

主訴は「上手に食べることができるようになってほしい」。初診時年齢4歳4ヶ月（女兒）。在胎36週、生下時体重は2,249g、身長45.5cmで出産しました。生後3か月時に脳梁欠損、生後7か月時に点頭てんかんと診断されました。初診時の診断名は、脳梁欠損・点頭てんかん・脳性麻痺で、初診時体重は13.8kg、身長は101.5cmでした。

摂食機能評価

初診時の機能評価を表7-1に示します。図7-1は安静時ならびに捕食時に口唇が閉鎖していないことを、図7-2は捕食時の過開口を示しています。

| | | | |
|---------|---------|--------|-----------|
| ・粗大運動発達 | 定頸 (-) | ・舌運動 | 前後 |
| ・過敏 | (-) | ・舌突出 | |
| ・鼻呼吸 | (+) | | 安静時 (-) |
| ・原始反射 | (-) | | 捕食時 (-) |
| ・口唇閉鎖機能 | | | 処理時 (-) |
| | 安静時 (-) | | 嚥下時 (-) |
| | 捕食時 (-) | | 水分摂取時 (-) |
| | 処理時 (-) | | |
| | 嚥下時 (-) | ・顎運動 | 単純 |
| 水分摂取時 | (-) | ・吸啜動作 | (-) |
| ・スプーン咬み | (+) | ・乳児様嚥下 | (-) |

表7-1 初診時の機能評価



安静時：口唇閉鎖 (-)



捕食時：口唇閉鎖 (-)



開口量をコントロールできていない

図7-1 口唇閉鎖機能

図7-2 過開口

診断と治療計画

機能の評価から診断は捕食機能獲得不全で、初診時での治療目標は「口唇ではさんで食物を捕らえる（捕食機能獲得）」としました。

経過・訓練

姿勢は床に対する体幹の角度を45度程度とし、頸部は屈曲位（首のつけ根で曲げる）としました（図7-3）。



体幹の角度：45度、頸部屈曲

図7-3 介助姿勢

間接訓練として口唇閉鎖機能に問題があるため口唇訓練を行うこととしました（図7-4）。実際の食事場面では、過開口の防止に下顎の介助を行い（異常パターン動作の抑制）（図7-5）、捕食・水分摂取の際には上唇の介助を行ないました（図7-6、7-7）。



下顎を介助し口を閉じた状態で行なっている

図7-4 間接訓練：口唇訓練



薬指で下顎の介助をしている

図7-5 過開口の防止：下顎のコントロール（下顎の介助）



スプーンを口に運ぶ前：人差し指が、まだ上唇を介助していないことに注意

スプーンを引き抜いた直後。人差し指で上唇を介助している。

図7-6 固形食摂取：口唇介助（人差し指）



上唇を介助して、水面に上唇を触れさせている

嚥下するまで下顎と上唇を介助したまま閉口状態に保つ。

図7-7 水分摂取の際の介助：下顎および口唇介助

食形態は、離乳食の初期食としました。食具として市販のスプーンで固形食摂取を行うことは、捕食の際に上唇介助を行ったとしてもスプーンのボール部分（凹部）の食物をとりきれないこと、スプーン咬みをした場合にボール部分に歯が入り込んでスプーンを引き抜けなことから不適切です。そのためボール部分が平らなSUDスプーン（図4-6）を使用しました。指導中に不適切な姿勢・介助方法が認められた場合（図7-8）には適宜、修正しました。



頭部を右に回旋、後屈させている

頭部を右に回旋、介助の中指・薬指が顔の正中線を越えていない。スプーンを上唇に擦り付けている

図7-8 不適切な姿勢・介助方法

指導開始後8か月で、上唇で食物を捉えようとする動きが見られるようになり、1年3か月後でたまごボーロを下唇に置くと上唇で捉え口の中に入れられるようになり（図7-9）、スプーン上の固形食を口唇ではさみ取れるようになりました（図7-10）。捕食機能が確実に見られるようになると同時に舌機能も上下の動きが出現するようになりました（押しつぶし機能獲得）。



図7-9 たまごボーロを口唇で捉える動きが出現



捕食時の口唇閉鎖（+）

図7-10 口唇介助せずに口唇閉鎖

指導開始後2年1か月で、口角の左右非対称の動きならびに舌の側方への動きが認められるようになりました（図7-11）。



図7-11 口角の左右非対称の動きならびに舌の側方の動き

すりつぶし機能獲得をより促すため、咬断練習・咀嚼練習を行ないました（図7-12）。右側に下顎が動く咀嚼への移行的な動き（咀嚼運動までは至っていない）が認められるようになりましたが（図7-13）、前歯部が乳歯から永久歯に交換すると上顎前突（出っ歯）が著しくなり（図7-14）、口唇の閉鎖が不可能になりました（図7-13、7-14）。食形態に関しては、咀嚼運動には至らなかったため中期食より進めることはできませんでした。



図7-12 前歯での咬断と咀嚼練習



図7-13 口唇閉鎖が困難



図7-14 上顎前突：overjet（出っ歯度）の増大

摂食機能としては上記の状態で経過しましたが、12歳頃より食事中に喘鳴を生ずるようになり誤嚥性肺炎を繰り返すようになりました。食形態は嚥下が容易な食形態ということでペースト食となり、体調不良時は、経口摂取にこだわらず経鼻経管栄養による栄養摂取となりました。14歳2か月時、嘔気・喘鳴・誤嚥性肺炎が認められることに対して胃食道逆流が疑われ、大学病院小児外科にて24時間pHモニタリング（pH4.0以下が5.5%）ならびに胃食道造影検査が行われました（図7-15）。その結果、胃食道逆流症と診断され経皮内視鏡的噴門形成術と胃ろう造設術が施行され、栄養摂取法は基本的に胃ろうからの経腸栄養剤の注入となりました。

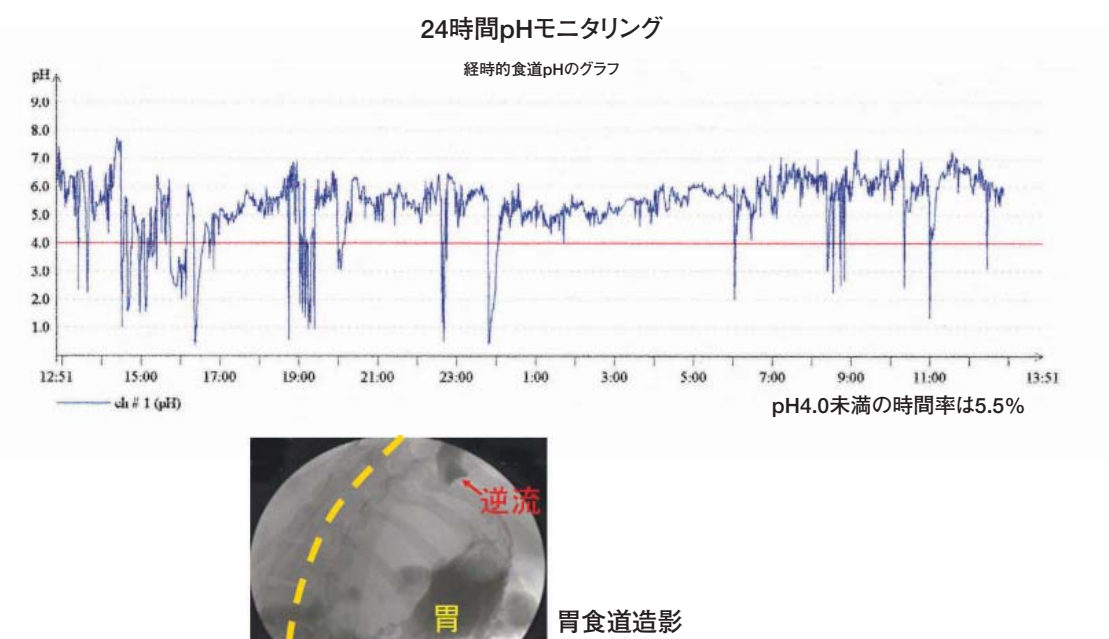


図7-15 胃食道逆流症

16歳9か月時、呼吸状態不良になったため気管切開術が施行されました。17歳7か月時に嚥下機能評価のため嚥下造影検査を行った（図7-16）ところ、体幹の角度30度・頸部屈曲の姿勢で、検査食として増粘剤を加えヨーグルト状にした造影剤では誤嚥が認められました。ゼラチンゼリーでは口腔内に貯留し咽頭に送り込むことができなかった場合には、溶解し液体となって誤嚥が認められました。咽頭に送り込むことができたとしても、咽頭通過時、喉頭侵入が認められました。ゼラチンゼリーにおいても、全く誤嚥せずに嚥下できたわけではないため経口摂取は行わないこととなりました。

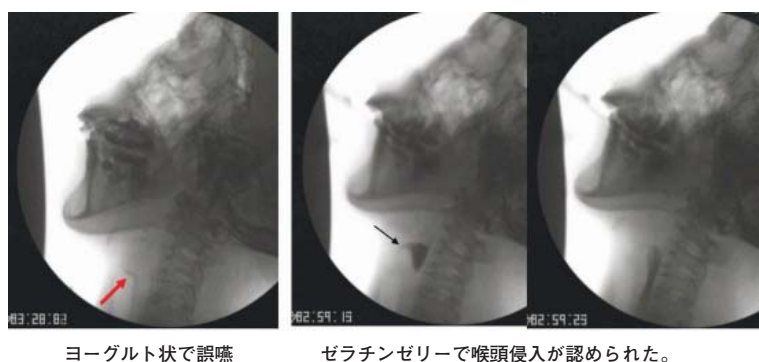
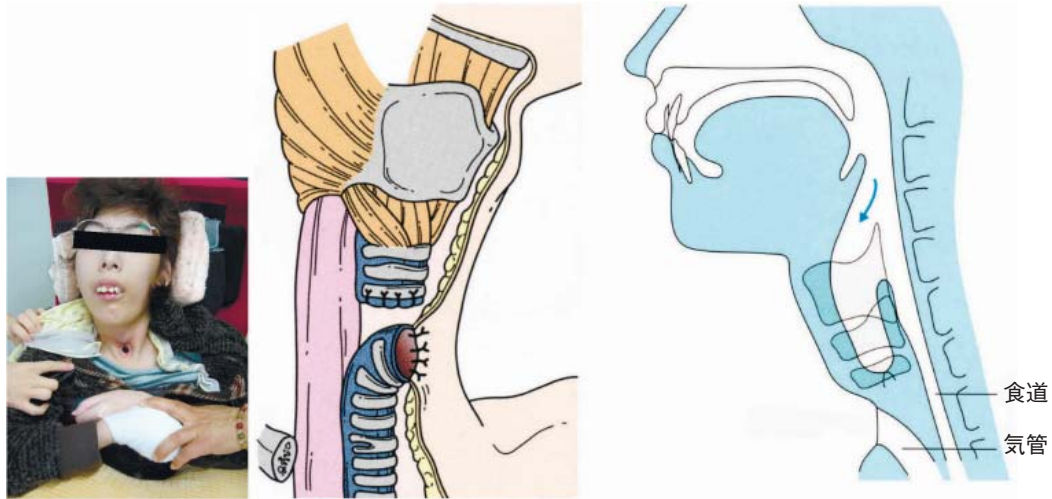


図7-16 17歳7か月、気管切開後の嚥下造影検査（体幹の角度30度）

19歳10か月時に、自己唾液の誤嚥が著しく常に喘鳴が認められ気切孔からの吸引が頻繁となり保護者の介護負担が過重となったこともあり、気管食道分離術が施行されました（図7-17）。術後、吸引は気管内分泌物の吸引のみとなり介護負担は軽減しました。栄養摂取法は胃ろうからの経腸栄養剤注入が主で、液体（ジュース等）・アイスクリームの経口摂取は楽しみ程度に行っています。



湯本英二 編、北原 哲：1.気管食道分離術の適応と実際—Lindeman手術—、耳鼻咽喉科診療プラクティス 7 嚥下障害を治す、文光堂、2002 と金子芳洋、千野直一監修、田山二郎：外科的介入とその後の対応、摂食・嚥下リハビリテーション、医歯薬出版、1998 より引用、改変

図7-17 喉頭気管分離術
(laryngo-tracheal separation: modified diversion)

多くの発達障害による摂食・嚥下障害者がこのような経過をたどるわけではなく、経管栄養、気管切開、誤嚥防止の外科的介入に至る症例は少数です。多くは適切な摂食機能療法が行なわれれば、捕食機能獲得不全から、口唇閉鎖可能・舌の上下運動・下顎の動きに移行的な動きがみられるようになった経過の前半のように機能が向上し、その機能を維持することが多いといえます。

一方で、脳性麻痺は非進行性と言われていますが、思春期以後に呼吸・嚥下機能の低下が認められることがあり、「病態は変化する」ということに注意が必要です。医科（多くは小児神経科医）との連携は必須であり、変化した病態に関する情報の把握は大変重要です。

症例 2

経口による離乳食開始が可能かどうかの嚥下造影検査がきっかけとなって離乳食開始となり経管栄養から離脱できた例（図7-18）



図7-18 嚥下造影検査の様子

初診時年齢7ヶ月、在胎39週、生下時体重2765g、APS8-8-8。喉頭軟化症、発達遅延、動脈管開存症、哺乳障害と診断されていました。初診時粗大運動発達は予定不可でした。哺乳瓶による経口栄養を試みましたがむせてしまい、チアノーゼが出現することもあり、経鼻経管栄養となっていました。某病院小児科より生後7ヶ月になり、離乳食の経口摂取の可否を含め嚥下機能評価を依頼されました。

姿勢に関しては体幹の床からの角度を30度とし嚥下造影検査を施行いたしました。嚥下造影検査（図7-19）では哺乳瓶からの液体摂取では誤嚥が認められました（図7-19左）が、離乳の初期食（ペースト食）では誤嚥は認められませんでした（図7-19右）

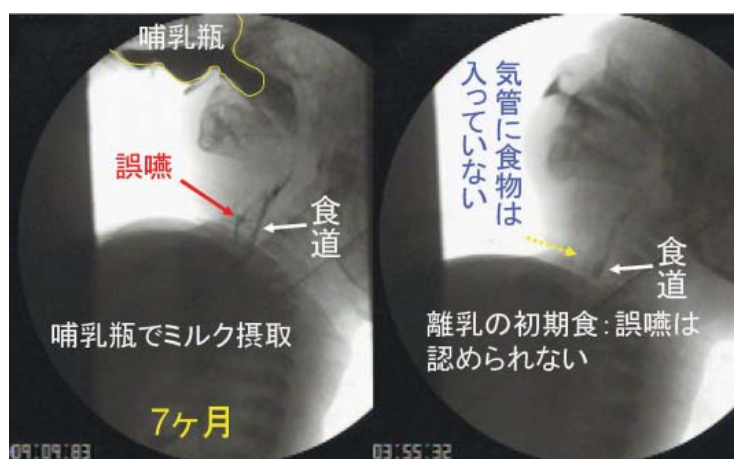


図7-19 嚥下造影検査の結果

以上の検査結果から、主たる栄養摂取は従来通り経鼻経管栄養で行い、離乳の初期食の経口摂取を開始することにしました。経管栄養に関しては本人はチューブを嫌がってはずそうとすること、チューブの挿入は容易とのことで、栄養注入時のみチューブを挿入する間欠的な経鼻経管栄養を行なうことにしました。粗大運動に関しても遅滞は見られたものの2歳で独歩も可能となり、経口摂取量と食

形態は徐々に上がり1歳11ヶ月では普通食を食べることができるようになり経管栄養から完全に離脱しました。液体（thin liquid）は増粘剤の使用が必要でしたが、徐々に液体に対して増粘剤を加える量が少なくなり3歳6ヶ月で増粘剤を加えなくても液体をコップあるいはストローから摂取できるようになりました。

この症例は、液体摂取に関しては時間がかかりましたが、粗大運動の発達も独歩が可能となり、最終的には摂食・嚥下機能に関しては、健常と同等レベルまでにキャッチアップした症例といえるでしょう。

症 例 3

養護学校における取り組み例（1）

＜対象児＞ 男子 平成7年10月23日生 小学部6年

＜障害名および本児の実態＞

脳性まひ（アテトーゼ型）、弱視、視野狭窄がありました。四肢マヒがあり頸は座っていませんが言葉がけで起こすことができました。気持ちが高まったり、慣れない人と接するときなど全身の緊張が強くなることがありました。

表出言語はありませんが、相手の簡単な言葉は理解でき、身振りや発声でイエス、ノーの意思表示ができました。

＜摂食に関する本児の実態＞

- ①むせが見られました。
- ②口唇閉鎖がしっかりとできなくなってきました（途中から課題に加わる）。
- ③舌突出がみられました。
- ④水分摂取時に下顎が安定しませんでした。

＜課題と取り組みの方法＞

- ①について
 - ・姿勢、食物形態の見直し
 - ・みそ汁の粒子や塩分でむせることがあるので、みそ汁は上澄みをすくい汁物すべてにとろみをつけました。
- ②について
 - ・捕食時の上唇介助を行いました。
- ③について
 - ・食直前に舌訓練（口外法）を10回行いました。
 - ・食物処理時に舌が出る場合はオトガイの介助を行いました。
- ④について
 - ・水分摂取時に下顎の介助を行いました。

＜取り組みの経過＞

○小学部1～2年

入学時は母子分離が完全にできておらず、新しい環境、人に慣れることが本児の大きな課題でした。リラックスして安定した食事量を摂ることが出来るようになってから、少しずつ介助などを始めました。

年度当初にチェックリストを用いて実態把握を行い、11月に医師の診断を受け、適切な介助や食形態を確認しました（ほぼ毎年この流れで見直しを行っています）。

姿勢については、顎が上がりすぎないようにヘッドレストにタオルを置き、両腕が下がらないようドーナツ型クッションを置いて腕を上げるようにしました。

舌突出が多く見られ、優先課題として取り組みました。舌訓練やオトガイの介助は、まだ拒否することが多かったため、楽しい話などをしながら可能な時にのみ実施しました。

捕食時の口唇閉鎖については、この時点ではしっかりとできていたことが多かった（図7-20）ので、大きな課題としては取りあげていませんでした。

○小学部3～4年

食物処理時の介助（オトガイ）に対しては、まだ拒否することが多かったのですが、食直前の舌訓練などは受け入れることが多くなってきました。舌の動きが少しずつ上手になり、前後運動よりも上下運動の頻度が多くなってきましたが、その反面、前歯が生え替わったことによって歯並びが上顎前突（出っ歯）となり、捕食時の口唇閉鎖がしにくくなり（図7-21）、更には下唇を巻き込む動きもみられるようになってきました。

これらのことから、捕食時の上唇の介助を新たに加えることとなりました。以前はしっかり閉じることができていたので、その動きを制限しないためにも本児の動きを待ってからという配慮が重要でした（適切なタイミングを介助者が身につけ、共通理解するまでに時間がかかりました。）（図4-22、4-23）。

○小学部5～6年

介助に対しては、ほとんど拒否することはなくなってきました。しかし、一緒に食べたい相手や食べたい物、味、形態などに対する自己主張も強くなっており、別な面での難しさも出てきました。

舌の動きは更に少しずつ向上し、上下運動に合わせて、側方運動も見られるようになり、食物によっては自分で奥歯に寄せて食べることができるようになってきました。しかし、形態によって舌の動きに大きなばらつきが見られるのも事実でした。

捕食時の口唇閉鎖については、更に閉じにくくなってきており、介助をする頻度は増えてきています。自分で閉じること为目标とするよりも、正しい捕食の手助けをするという視点に重きを置いているのが現状です。

上記で述べたように、食物形態についても「ミキサーをかけてほしい」「奥歯で噛んで食べたい」など意思表示をすることがあるので、実態、課題を考慮しつつ可能な範囲で希望に応えるようにしています。



図7-20 捕食時の口唇閉鎖：口唇閉鎖能（＋）



図7-21 捕食時口唇閉鎖：口唇閉鎖能（土）

症 例 4

養護学校における取り組み例 (2)

〈対象児〉 男子 平成7年2月17日生 (12歳中学1年生)

〈障害名及び本生徒の実態〉 脳性まひ、知的障害

首はすわっていません。小学1年の体重12キログラム弱、中学1年〈現在〉の体重は14キログラム。

緊張が強く、脊柱の側彎が認められました。抗けいれん剤服用 (リボトリール)

摂食にかかわって

摂食機能 口唇は閉じることができました。舌の動きは上下運動が中心で、摂食機能の発達段階は押しつぶし機能獲得期でした。あごの動きは単純上下から臼磨運動への移行期にありました。過開口が抑制できていませんでした。食物形態はバラける形態ではむせがひどく、とろみを使ってまとめることも必要でした。水分摂取もそのままではむせていました。

〈本児のこれまでの経過〉

小学部1年生から年に1回は摂食指導を受けていました。小学5年生以降は年に3~4回受けることができるようになり、日々の食べ方の様子や介助の仕方などをチェックしてもらうことができました。

本生徒は寄宿舎生であり、学校寄宿舎生活の中で様々な人と給食を食べることが必要とされました。小学1、2年生ではむせがひどく、食事摂取量は少なく経過していました。摂食指導を受けることで保護者や学校関係者で本生徒の実態を把握し、適切な姿勢や介助、食具を統一するような取り組みを行いました。入学まで哺乳瓶を使用していたことから口腔ケアが十分にできず、むし歯が多く、かなりの期間を歯の治療に費やすことになったのは残念でした。

小学4年生のころになると、歯の治療が落ち着きました。舌訓練や口唇訓練を継続し、毎日の食事で練習しながら舌で押しつぶして食物を処理する力を付けていきました。食事の中から舌でつぶせるようなやわらかさのものを選び、課題食にしました。また、嚥下しやすい食物形態の食事と課題食との二通りの形態を用意し、食事量をとることに注意するようにしました。水分にはとろみを付けて、水分摂取量にも注意するようになりました。

水分摂取の練習を継続しながら過開口の抑制のため



図7-22 下口唇の咬み込み

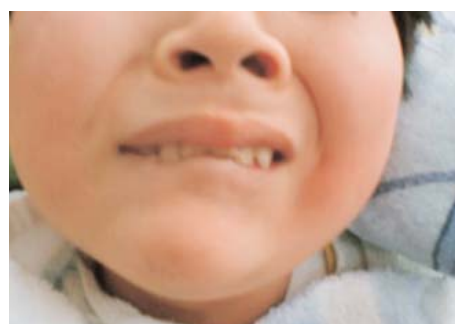


図7-23 下口唇の咬み込み

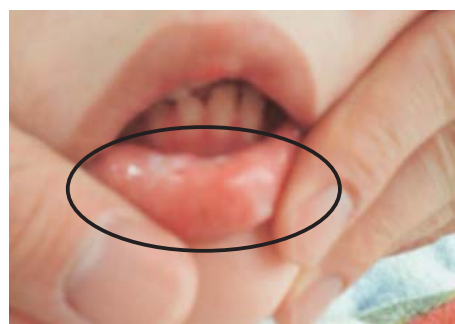


図7-24 下口唇の咬傷

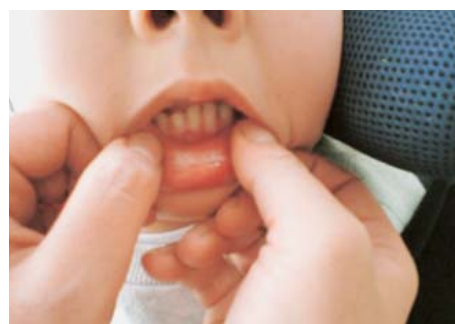


図7-25 下口唇の咬傷

に下顎の介助を行ってきましたが、5年生になり体の緊張も強くなり、歯の生え変わりもあり、自分のくちびるや頬の内側を強くかんでしまうことが増えました(図7-22~7-25)。それに対応するような介助の仕方を再度保護者や学校関係者で指導を受け(図7-26、7-27)、本生徒の苦痛のない食事指導を継続中です。



図7-26 下顎の介助(過開口の防止)



図7-27 下口唇の咬み込みの防止
(テープ)

症例4の経過のまとめ

| | 実 態 | 課 題 | 指 導 |
|----|---|--|---|
| 小1 | <ul style="list-style-type: none"> ・口唇閉鎖は持続できないができる。 ・舌は上下運動。 ・過開口・食形態〈普通食を刻む〉 ・家庭では哺乳瓶を使用していた。水分摂取にスポイトを使用。 ・食事量少ない。 ・頻繁にむせる | <ul style="list-style-type: none"> ①むせる。 ②スプーンかみ。 ③水分摂取時の過開口。 ④食事量少ない。 | <ul style="list-style-type: none"> ①交互嚙下。姿勢〈頭部の角度、左腕の反り〉 ②スプーンの統一。 ③かみこまれたときのスプーンの抜き方。水分摂取時の下顎の介助。 |
| 小2 | <ul style="list-style-type: none"> ・哺乳瓶は終了。 ・むし歯が多い。 ・むせは減った。 ・下顎のコントロールはまだ不十分 ・とろみの使用 | <ul style="list-style-type: none"> ①むし歯 ②水分の取り方 ③頬の動きが悪い。 ④食事量少ない。 | <ul style="list-style-type: none"> ①むし歯の治療が必要 ②水分摂取時の下顎の介助。 ③むし歯治療後頬訓練、口唇訓練実施、舌訓練 ④練習食と栄養食で食形態を変える。 |
| 小3 | <ul style="list-style-type: none"> ・口唇閉鎖が不十分になってきた。捕食が前歯で取り込むことができてきた。口唇や口内を嚙む。 ・あごの側方運動ができてきているが、奥歯がむし歯で失われたため、奥歯で噛めない。 | <ul style="list-style-type: none"> ①口腔内の衛生管理 ②姿勢の管理〈家庭〉 ③舌訓練 ④あご介助〈余裕があれば〉 | <ul style="list-style-type: none"> ①治療の必要な歯がある。 ②家庭の工房いす ③正しい舌訓練 |
| 小4 | <ul style="list-style-type: none"> ・口唇や口内を嚙む。 ・むせる。 ・嚙下が弱い。 | <ul style="list-style-type: none"> ①噛み込み ②押しつぶし嚙下力の向上 ③水分摂取 | <ul style="list-style-type: none"> ①頬、舌、口唇訓練 ②課題食、適切な食形態〈まとめるとろみと、口の中をきれいにするとろみ〉 ③下顎の介助（過開口の抑制） |
| 小5 | <ul style="list-style-type: none"> ・口唇や口内を嚙む。 ・体重増加せず。ラコールを飲む。 ・嚙下が弱い。飲み込みに時間が掛かる | <ul style="list-style-type: none"> ①噛み込み、過開口の抑制 ②押しつぶし嚙下力の向上 ③水分摂取 | <ul style="list-style-type: none"> ①口唇→頬→舌訓練 スプーンの介助は下唇に付ける。オトガイの介助 ②課題食、適切な食形態〈まとめるとろみと、口の中をきれいにするとろみ〉 ③下顎の介助（過開口の抑制） |
| 小6 | <ul style="list-style-type: none"> ・口唇や口内を嚙む。 ・嚙下が弱い。飲み込みに時間が掛かる | <ul style="list-style-type: none"> ①噛み込み、過開口の抑制 ②押しつぶし嚙下力の向上 | <ul style="list-style-type: none"> ①過開口の抑制が最優先課題 口唇→頬→舌訓練スプーンの介助は下唇に付ける。オトガイの介助。奥歯に対しての歯科の対処法。姿勢。 |
| 中1 | <ul style="list-style-type: none"> ・口唇や口内を嚙む。 | <ul style="list-style-type: none"> ①噛み込み、過開口の抑制 | <ul style="list-style-type: none"> ①頬訓練、あごテープ〈下唇の巻き込み防止〉、オトガイの介助 |

第8章

施設における取り組み事例

「函館養護学校における摂食指導の取り組み」

1 はじめに

現在、本校には唇を閉じることができない、舌が出て食物が口から落ちてしまう、なかなか飲み込もうとしない、噛まずに丸飲み込みしてしまう、むせて食べられないなど摂食に課題を抱える児童生徒が多く在籍しています。このような児童生徒に対して栄養教諭や調理員は食物形態の工夫、保健体育部は再調理のための器具の購入、療育部では実態把握のためのチェックリスト活用の推進、自主研究会「mogu」（以下「mogu」）は摂食に関する自主的な研修や専門医を呼んでの学習会を開催するなど、それぞれの立場で摂食指導のよりよい環境づくりに取り組んでいます。

現在のような体制で取り組めるようになるまでにはいろいろな経緯をたどってきました。

ここではその経緯と現在の取り組みの様子、さらには今後に向けての課題とその方向性について考察しました。

2 児童生徒の実態

本校の平成17年12月時における摂食機能発達段階別児童生徒数（図8-1）は次の通りでした。

経口摂取準備期は小学部1名、中学部1名の計2名でした。主な特徴は過敏による摂食拒否や原始反射の残存・呼吸運動と連動できないことによる誤嚥などでした。

嚥下機能獲得期は小学部1名、中学部1名、高等部4名の計6名で

した。主な特徴は呼吸と嚥下の協調ができない、舌突出嚥下、食塊形成ができない、よだれが常にこぼれ落ちるなどでした。

捕食機能獲得期は小学部1名、中学部2名、高等部2名の計5名でした。主な特徴は過開口、スプーンを咬んでしまう、舌を出して食物を受け取るなどでした。

押し潰し機能獲得期は小学部4名、中学部1名、高等部1名の計6名でした。主な特徴は柔らかい物を丸飲みしてしまう、舌が突出して食物を押し潰せず、押し潰しても不十分などでした。

すりつぶし機能獲得期は小学部2名、中学部6名、高等部1名の計9名でした。主な特徴は弾力性のある食物を丸飲みする、口角からこぼすなどでした。

自食準備期は小学部2名、高等部4名の計6名でした。主な特徴は食物を持って口へ入れない、食

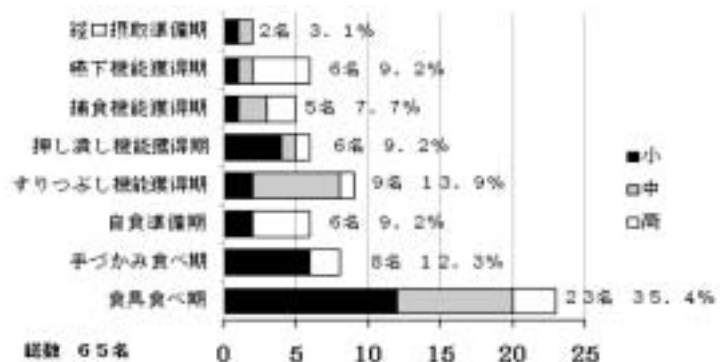


図8-1 摂食機能発達段階別児童生徒数（H17.12 調査）

器を顔に近づけて食べるなどが見られました。

手づかみ食べ期は小学部6名、高等部2名の計8名でした。主な特徴は手で食べ物を口へ押し込む(指が口へ入る)、食べ物の方へ首を回して口に入れる、咀嚼が不十分などが見られました。

食具食べ期は小学部12名、中学部8名、高等部3名の計23名でした。主な特徴は食べ物を食具で押し込む、または流し込む、食物を口からこぼす、咀嚼が不十分などが見られました。

これらの結果から、食具食べ期の児童生徒が一番多いことがわかりました。しかし、それぞれの段階において課題を抱える児童生徒がいることもわかりました。

段階に応じた食物形態の実態については、後述します。

この他、摂食に課題を抱えるとともに、食事前後に痰の吸引が必要、経管栄養、胃ろうはしているが、同時に経口摂取も行っている、誤嚥、窒息などの配慮が必要など、医療的ケアと密接な関連を持つ児童生徒もいました。

3 自主研究会「mogu」

(1) 「mogu」結成に至った経緯

本校に高等部が設置された平成3年頃より、摂食に配慮を要する児童生徒が増え、「うまく食べられない」「メニューや体調によってむせてしまう」などの課題が各担任からあげられるようになっていきました。これらの現状から子どもたちにとって安全で楽しい食事のあり方についての研修の必要性が高まってきました。各学級では、必要に迫られミキサーなどを使用し手探り状態で摂食指導を進め、平成8年には、摂食指導の専門医より助言を受ける機会をもち、さらに埼玉で開催された摂食指導研修会に数名の教師が参加しました。これらの研修をとおり、よりきめ細やかな摂食指導を学び、実践していくことの必要性を感じた有志が集まり、同年、自主研究会「mogu」が結成されました。

(2) 学校職員への呼びかけ

ア 摂食指導が必要な児童生徒の実態把握～評価（チェックリストの使用）

毎年、会員募集と同時に摂食指導の対象と思われる児童生徒を担任から募り、対象児すべての実態把握から評価までを管理し、次の担任に指導が継続されるよう、サポートにあたってきました。

当初は口の動きの部分に重点を置きビデオを見ながら口唇閉鎖機能や舌の動きなど、捕食時、処理時、嚥下時に分けて細かくチェックリストをつけていました。この時のチェックリストには専門的な用語も多く、難しいという声も聞かれましたが、後述の学習会で何度も学習することを通して、徐々に定着を図ることができました。

イ 学習会の開催

前述のように、広く教職員に対し摂食指導について理解してもらうため、「mogu」の事務局が中心となり、会員を対象に年1～2回の学習会を開催しています。これまで行った学習会のテーマは以下の通りです。

- ・チェックリストの記入について
- ・発達段階について
- ・摂食指導の基礎・基本

チェックリストに関する学習会では、参加者全員でビデオの事例をもとに、グループごとに実際にチェックリストを付け、それぞれの見方を意見交換しながら課題を考えていきました。

また、正しい介助の方法を学ぶために、二人一組になって実際に色々な食べさせ方を行ってみる

ことで、言葉掛けや姿勢管理の重要性を体感しました。

(3) 専門家を招いての摂食指導学習会

ア 個々の指導助言

北海道医療大学の木下憲治先生、服部佳子先生、昭和大学の弘中祥司先生、大岡貴史先生を招いて年1、2回、摂食に課題のある子どもの個別指導を実施してきました。この個別指導は本校の児童生徒の他、市内や近隣市町村の幼児児童生徒を対象とし、個別指導への参加者を募ってきました。

参加する子どもたちの家庭や学校・施設での食事の様子についてビデオ撮影を行い、それをもとにチェックリストで実態や現在の取り組みの様子、相談事項などをまとめて事前に医師へ送っています。これら事前の準備をきめ細かく行ってきたことが、当日の指導・助言で的確な指導を受けることにつながったと考えます。これら事前の資料のチェックは、相当な作業量となりますが、個別指導を行う医師の情熱に支えられ継続されてきました。

当日は、実際に食べることを通して指導・助言を受け、今後の取り組みについて家庭、学校・施設で共通理解をする場となっています。またこの場には、子どもたちの支援にかかわる多職種の人たち（歯科医、小児科医、施設職員等）が集まり、姿勢管理等、様々なアドバイスを受けたり理解を深める機会となっています。

イ 学習会

個々の指導助言の他、保護者をはじめとする子どもたちを取り巻く様々な立場の人たち、摂食指導に関心のある人を対象に、学習会を開催しています。内容は摂食嚥下指導の基本的な内容やより実践的な内容、摂食に関する最新の情報などです。

(4) 摂食嚥下専門医派遣事業

ア 経緯

摂食指導学習会への参加者の広がりとともに、就学前や卒業後も函館市内で摂食嚥下外来を受けられるような体制を希望する声が多くなってきました。この実現に向けて「mogu」の事務局と函館肢体不自由児者父母の会、訓練機関のメンバーが函館歯科医師会と話し合いを重ねました。平成17年、函館口腔保健センターにて、歯科医の研修を兼ねながら北海道の補助を得て「摂食嚥下専門医派遣事業」が実施されるようになり、今年で3年目を迎えています。

イ 現在の状況

「摂食嚥下専門医派遣事業」と「摂食指導学習会」の実施により、専門家による指導・助言を受ける機会が多く設定されるようになりました。就学前の幼児から高等部在学の生徒まで、多くの方が参加されています（平成18年度の「摂食嚥下専門医派遣事業」では、年9回の開催で延べ人数で35名が参加しています）。平成19年度は、8月の時点で4回の開催に26名が参加しており、就学前の幼児や養護学校小学部1年生の参加により、昨年度以上に参加者が増加しています。

平成18年度は、「摂食嚥下専門医派遣事業」にかかわる歯科医が、本校の給食時間の様子を見学に来るなど関係機関の方々との連携はより深まってきています。ただ道財政の状況から、今後も同事業が継続、実施されていくかどうかは、未定です。願わくは、函館市においても札幌市のように常設の摂食嚥下外来が設置されることを強く希望しています。

4 保健体育部と給食とのかかわり

本校では分掌の保健体育部に栄養教諭や養護教諭も位置づけ、給食に関する情報交換が比較的しやすい体制を組んでいます。また、各学部の保健体育部担当者が栄養教諭と学級の橋渡しをしています。

(1) 現在までの経過

平成3年に高等部が設置された当時は、給食で出されてきた普通食・きざみ食をさらに再調理するなど、各担当が個々にあわせた形態になるように工夫していました。

どのような食事が児童生徒にとって望ましいのか、保健体育部が中心となり、栄養教諭や調理員、養護教諭、担任が集まり、話し合いをもちました。

また全校的にアンケート（表8-1）をとり、その結果をもとに、できるところから改善（例えばお粥は炊飯器で炊く等）を図りましたが、調理室の広さや器具などの施設設備面と0-157対策などによる衛生面への配慮、調理員数の不足などの課題がありました。

保健体育部は安全に食べさせるために再調理用の調理器具やミキサーを購入するとともに、保健室からは衛生面での注意（手洗い・水回りの清潔）の呼びかけや調理器具の管理として乾燥機等の準備、手指消毒薬の配布などを行いました。

表8-1 再調理にかかわるアンケート結果

(H8. 6)

| | 児童生徒数 | 割合 | 備考 |
|-----------|-------|------|--------|
| 必要 | 47 | 69% | |
| 一口大にカット | (30) | 44% | |
| 一口大以外 | (17) | 25% | |
| きざみ食のみ | (6) | 9% | ※厨房で用意 |
| 教室でさらに再調理 | (11) | 16% | |
| 必要ではない | 21 | 31% | |
| 合計 | 68 | 100% | |

| | 児童生徒数 | 割合 | 備考 |
|-----------|-------|-------|-----------------------------|
| 必要 | 49 | 64.5% | |
| 一口大にカット | (30) | 39.5% | |
| 一口大以外 | (19) | 25.0% | |
| きざみ食のみ | (1) | 1.3% | ※厨房で用意 |
| やわらか食のみ | (1) | 1.3% | ※厨房で用意 |
| 教室でさらに再調理 | (16) | 21.1% | |
| その他 | (1) | 1.3% | |
| 必要ではない | 23 | 30.3% | <経管3（経口と経管の併用1）、胃ろう2、普通食18> |
| 無記入 | 4 | 5.2% | |
| 合計 | 76 | 100% | |

アンケート結果（表8-1）をもとに形態は普通食、きざみ食、やわらか食の3つになりました。きざ

み食・やわらか食については、献立表をもとに保健体育部担当者が食形態別メニューを作成し、それをもとに厨房では食べにくい食材を取り除き、刻んだりミキサーにかけていました。

やわらか食は舌で押しつぶせる程度とペースト状で食べやすくなりましたが、さらに教室で増粘剤を使用したり、きざみ食に手を加えることも多く見られました。

児童生徒の実態を考慮し、食べやすい給食・誤嚥による事故防止を重視せざるをえない状態でしたが、食事の楽しみである味覚・食感や課題食についてはまだ検討が必要でした。

(2) ゼリー食の提供

平成17年度ころから、栄養教諭がきざみ食・やわらか食の改善に取り組み始めました。ゼリー食のサンプルを取り寄せたり、調理員とともに試作と試食を重ね各学級の意見を積極的に聞き改善に努めました。

また栄養教諭・調理員全員で、北海道療育園・札幌市立北翔養護学校・札幌肢体不自由児総合療育センター（現北海道立子ども総合医療・療育センター）の視察を行い、先進的な取り組みを学び、そのことにより個にあった食形態の重要性を再確認しました。

充実した人員・設備のなか細やかに対応している様子を目の当たりにしながらも、本校の現状でできることから取り組もうという共通理解を図ることができました。

翌年から、普通食・きざみ食・やわらか食とゼリー食の形態を提供しています（図8-2）。ゼリー食により食べられる食材に幅ができ、残食が減ったことから、摂食に課題をもつ児童生徒にとって食べる楽しみが増したと思われます。

ゼリー食にしてもむせやすい食材・形態（きざみ・つぶ状）については、まだ検討を要するところです。

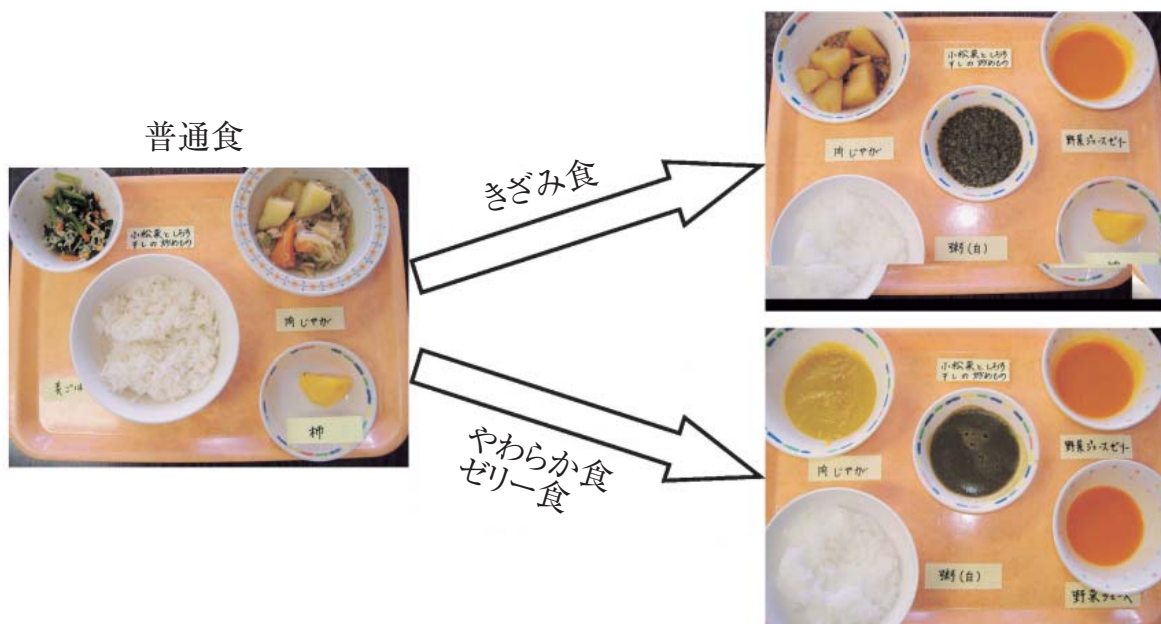


図8-2 給食の食物形態

(3) 現在の取り組み

ア 保健体育部

年度初めに学級毎のアンケート調査により、再調理のための器具一式・乾燥機等を配布・管理し

ます。

窓口をおき、栄養教諭と学級の橋渡しをしています。

イ 栄養教諭

給食時間にあわせて巡回します。食べにくい食材などを確認し、調理員と調理方法を検討します。保護者対象の試食会を開き、ゼリー食・きざみ食を試食し、普通食との違いを知ってもらいます。

ウ 保健室（個別のかかわり）

年度初めに衛生面での注意事項を確認します。

手指消毒薬を配布・管理します。

給食時の巡回時には、特に摂食に問題を抱えた児童生徒の様子に留意しています。

- ・ 日常的に痰が多く食事がとれない場合、給食形態の確認・排痰しやすい体位を取るなどの姿勢・給食（前後も含む）の組み立て等を担任と検討。
- ・ 水分摂取が難しい場合には、増粘剤・とろみのあるゼリー飲料などの情報・試供品を提供、むせずに確実に水分を摂取できるように配慮。
- ・ 栄養摂取量が少なく、体重が増加しない（減少している）場合には、定期的な体重測定や食形態が適切か確認。
- ・ 栄養教諭との協力による高カロリーの補助栄養摂取などの情報提供。
- ・ 経管栄養による栄養摂取をしている場合には、唾液による誤嚥・口腔内の乾燥・痰が固い・微熱が続くなどの課題もあるため、担任と口腔マッサージの実施を推進。

(4) 成果と課題

以上、保健体育部の長年の取り組みを経て現在の給食に至ってます。保健体育部では、食環境を整え、児童生徒ができるだけ実態にあった状態で食べられること、楽しくおいしい給食を提供できること、安全で誤嚥などを防ぐことなどが取り組みの中心になっています。

食環境が整うことは、単に各学級での再調理にかかる時間が大幅に縮減されるだけでなく、担任が余裕を持って児童生徒に関わることから、楽しい給食の時間とも結びついています。食べやすい食形態は摂食に大きな課題を持つ児童・生徒にとって食べる楽しみにつながっています。

反面、好評なゼリー食も厨房内では人手を要します。使用したミキサーや鍋などの洗浄に時間がかかり、衛生的にも配慮が多く必要となります。下処理に時間のかからない食材を多用するため、旬や地元産の食材の使用が限定されるなど学校給食のメニューの幅が狭まるなど課題は増えています。

厨房の課題同様、教室でも衛生面に十分留意できるように今後も配慮していきたいと考えています。

また保健室では、摂食指導学習会などで誤嚥や胃食道逆流症が疑われたり、体重減や脱水症状等が心配な場合に、日常の健康観察とあわせた個への取り組みが多くなっています。さらに、経管栄養や胃ろうなどの児童生徒が増えてきていることもあり、今後の健康状態について見通しをもって取り組みを継続していくことが必要です。

5 療育部

療育部とは児童生徒の身体の状況、自立活動、補装具の申請・修理・調整に関わる業者との連絡などを担当する分掌です。『「身体の動き」に関する指導記録』（資料1：71ページ）を作成し、その活用を推進してきました。

『「身体の動き」に関する指導記録』とは全児童生徒を対象として、姿勢、移動能力、上肢・手指の

使い方についてチェックして児童生徒の身体の状況について把握するためものです。この記録をもとに姿勢の保持や活動できることを把握し、学習の中で生かしてきました。評価は実態把握のために初期評価として5月に、その後、通知表の評価時期に合わせて9月に前期評価、2月に後期評価と年3回設定しています。

(1) 摂食指導を取り組むことになった経緯

摂食指導についてはこれまで「mogu」が中心となって行ってきました。平成16年の学校評価で『「mogu」のチェックリストを療育部等で管理してほしい』との意見が出ました。この意見を受けて、次年度より分掌業務の一つとして取り組むこととしました。

(2) 2年間の取り組み

食べることも学習の一つである、口唇の動きや自食動作も身体の動きの一部であるという観点から、摂食指導チェックリストを「身体の動き」に関する指導記録と組み合わせた方がよいと考え、平成17年度より2ヵ年計画で改訂を行うこととしました。

摂食指導のチェックリストは、これまで「mogu」の使用してきたチェックリスト（項目については後述します）を参考にして作成しました。内容については全児童生徒に実施できるよう、次の3点に配慮しました。

- ①摂食指導の必要性について全教員が気付き、今後の指導に生かして継続できるようにする。
- ②チェックは必要最小限かつ効果的になるようなものとする。
- ③全教員が同じような評価のできるものとする。

この点をふまえながら試案が完成し、療育部内で事例研究をしました。また摂食指導の全体研修を行い、共通理解を図りました。その後、全児童生徒を対象に実施し、併せてアンケートも実施しました。アンケートについてはほぼ半数がよいとの結果が出されました。

この意見をふまえ、平成18年度は「身体の動き」に関する指導記録と併せ、評価時期も年3回としました。また、摂食状態の把握や評価（図8-3）を目的として各学級にデジタルビデオテープ1本を配布しました。研修については新転任者を対象とした研修に摂食にかかわる基本的な内容を追加しました。

(3) 現在の取り組み

ア 現在の「身体の動き」に関する指導記録（71～73ページ）

摂食指導のチェック項目については次のように大きく3つに分かれています。

- ①口唇や舌、顎を中心とした口腔諸器官の動き
- ②食事中の姿勢や自食動作に関する摂食動作
- ③食形態等の再調理、その他摂食指導に関わること

このチェックリストをつけることで食べる機能の発達段階を把握し、それから児童生徒の課題等を見つけることができます。これによって食形態や介助の方法など、摂食指導を行う際に活用していくものです。また、日常の姿勢や上肢の動きも含め児童生徒の身体の動きについて総合的に実態把握をすることができるようになりました。

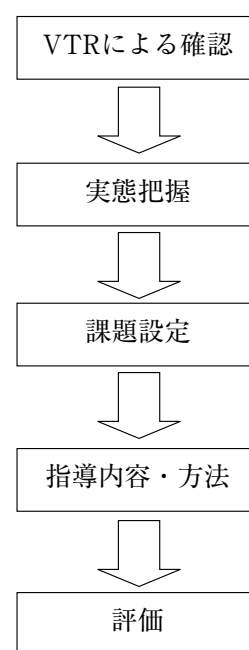


図8-3 チェックリストの流れ

イ 2年間の取り組みを終えて

「身体の動き」に関する指導記録の実態把握としての価値を確認することができました。この記録が他機関のサービスを受ける際や進路関係の資料としても生かせるものであると考えています。また、摂食指導を分掌業務として定着させることができ、今後も療育部で取り組んでいくための基礎ができました。療育部で取り組むことで全教員に摂食指導の必要性や全校で取り組むという意識ができてきました。

特別支援教育へ移行し、今後、児童生徒の実態が多様化してくると思われれます。その中で摂食指導の必要性を誰が判断するかが難しいです。また「身体の動き」に関する指導記録のチェック項目が増えたため、これまで以上に実態把握をするための負担が増えてしまいました。さらに専門用語が多く、用語の理解が難しいという状況もあります。子どもの全体像をとらえながら課題を決めて指導していくことが大切になってきています。

全校で取り組みはじめて間もないため課題も多く、摂食指導についてしっかり理解するには不十分なところもあります。そのためにも、今後も療育部で研修や摂食指導に関わる情報提供をしていこうと考えています。

6 寄宿舎

現在、寄宿舎には15名在籍し、日常生活全般を通して全介助を必要とする児童生徒が大半を占めています。寄宿舎では、家庭にかわり食事の指導、日常の介助全般を行っています。年々、障害も多様化し、摂食に配慮を要する舎生も増えてきています。日々の食事量や水分量からその日の体調を把握するため、摂食指導は重要な課題になってきました。

摂食に課題のある舎生については学校と連携を取り、舎生担当指導員が年2回の摂食指導学習会で技術を習得し、全員で共通理解のもと食べさせ方の工夫をしています。

(1) 寄宿舎での食事の取り組み

- ・ 食事前の体力の温存や精神面での安定も摂食には必要との助言から、食事前に横になり安静を心がけています。
- ・ 食事の前に口腔周辺のケアや、歯肉マッサージなどを行い、口の動きがスムーズになるように心がけています。
- ・ きざみ食の生徒で、学校給食や寄宿舎食で3食ゼリー食を食べていると、見た目からでは食材が何かもわからず、また、食感も変わらないため、食が進まない生徒が出てきました。そのため、寄宿舎食については厨房（栄養教諭、調理員）に協力をお願いし、きざみ食をさらに細かくしてもらい、増粘剤調整食品などを使い配慮しています。水分についても、水分補給用ゼリーなどを家庭から用意してもらい対応しています。
- ・ 寄宿舎指導員は交代勤務で、固定した指導員が介助に付けないため、必要な器具やきざみの状況、介助の方法を写真や一覧にして食堂に提示しています。また、毎日の打ち合わせで食事量や水分量、体調についての引継ぎを行っています。

(2) 学級や保健室との連携

- ・ 学舎懇談会での話し合いや、食事の様子の見学を行っています。また、連絡帳を利用し、食事量や水分量、その日の様子などの引継ぎで体調の変化を把握しています。
- ・ 看護師による毎朝の巡回時に、舎生の体調についての報告や相談を行っています。

(3) 学習会への参加

個々の舎生の摂食については、学習会や専門医の摂食指導を受けた指導員が、ビデオ撮影をしたものを観ながら他の職員へ望ましい摂食介助のあり方などの報告を行っています。また、実際に食事介助を行いながら介助方法を伝え、指導員全員が共通理解のもとで取り組んでいます。

(4) 課題

舎生が、日常生活の大半を寄宿舍で過ごすことを考えると、健康面や精神面でも落ち着けるように職員は、舎生とコミュニケーションを図り、共通理解のもと摂食指導ができるように心がけています。しかし、交代勤務の中では、共通理解のもと摂食指導を行っていても、介助する指導員によって少しずつ違いがでてきてしまいます。また、夜間専門の臨時寄宿舍指導員も毎日交代で食事介助に入るため、介助を受ける舎生も慣れるまでに時間がかかります。本来は固定した職員が食事介助をするのが望ましいですが、配置職員数の問題もあり、安定した摂食指導に取り組むのが難しいというのが現状です。

7 今後に向けて

担任から始まった取り組みが徐々に学校として取り組まれるようになってきました。チェックリストによる実態把握、食物形態の工夫、専門医による指導・助言など摂食指導の環境が少しずつ整ってきています。

しかし、本校では摂食に課題を抱えた児童生徒への配慮がされる中、自食が可能な児童生徒への配慮もまた必要です。

姿勢や一口量、食形態などを見極め、きざめば安心・食べられればよしという意識はヒヤリハットにつながる可能性が高く、全校的な体制で配慮していかなければなりません。そのためには家庭の協力を得ることはもちろんのこと、担任が変わる際の引き継ぎをしっかりとしていかなければなりません。

また、専門医は遠方から来ています。願わくは函館市内で小児の摂食嚥下外来ができ、いつでも気軽に受診できるようになればと思っています。さらに、摂食指導に課題を抱える個々の児童生徒に対し、必要に応じて理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など様々な専門家からそれぞれの立場で摂食指導を一緒に見てもらい、チームアプローチを進めていくことが望ましいと考えています（図8-4）。

今後も「安全に楽しくちょっと正しく食べる」ということに心がけながら、摂食指導に当たりたいです。

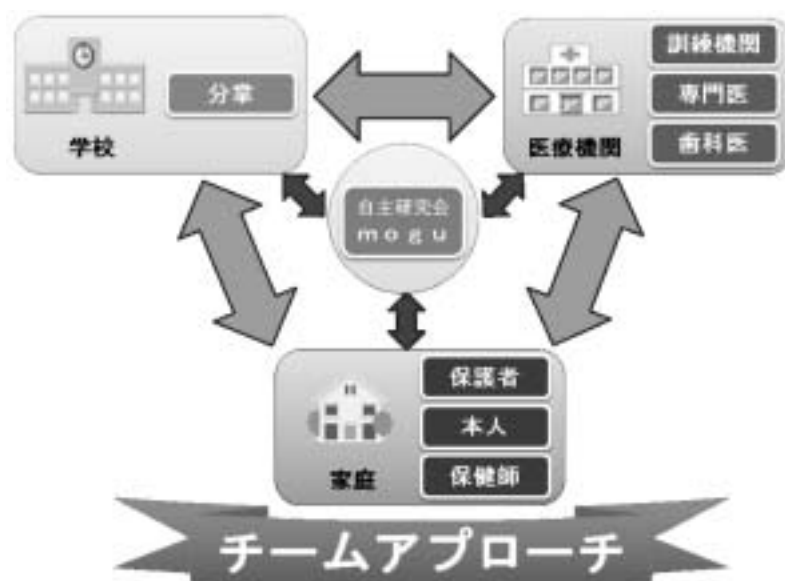


図8-4 チームアプローチ（職種間、施設間連携）

今後も「安全に楽しくちょっと正しく食べる」ということに心がけながら、摂食指導に当たりたいです。

資料1 「身体の動き」に関する指導記録

平成 年度 「身体の動き」に関する指導記録

| | | |
|---|---|--|
| 氏名： 生年月日：平成 年 月 日生 | 学部 年 組 担当者： 手帳 療育手帳： 判定 身障手帳： 種 級 | |
| 診断名： | | |
| 補装具： 現在着用している医療機器： | | |
| 身長 cm | g | |
| 体重 kg | kg | |
| 項目 | 初期 前期 後期 動きの様子 | |
| ※不可…/…できるもしくは通…○ もう少し…△ できない…× セットもしくは他動的に可…セ | | |
| 首の動き | 左右に動かせる 首がすわっている | |
| 姿勢 | 仰臥位 | |
| | 側臥位 | |
| | 伏臥位 | |
| | 側座 | |
| | 側座 | |
| | 正座 | |
| | 長座 | |
| | 台座 | |
| 立位 | 膝立ち | |
| | つかまり立ち | |
| | ひとり立ち | |
| | 寝返り | |
| 方法 | 腹這い | |
| | 四つ這い | |
| | 歩行 | |
| | | |
| 移動 | 手段 | |
| | 日常生活の移動能力 | |
| 手指・上肢の動き | 肩の動き | 動きがある 操作して動かせる |
| | 前腕の内・外側の動き | 動きがある 操作して動かせる |
| | 肘の動き | 動きがある 操作して動かせる |
| | 手の動き | 動きがある 操作して動かせる |
| | 手の指の動き | 指のものがつかめる、握せる ものがつかせてつかめる、握せる つかんで操作できる つかんで操作できる |
| | 指の動き | 握ると手のひらがつかまる 握ると手のひらがつかまる |
| | つまむ | つまんで操作できる |
| | 特記事項 | (「身体の動き」に関する特記事項) |

| | | |
|---|---|---|
| 目標 | 内容 | 評価 |
| 補装具名： 業者： 申請日： 月 日 返合せ： 月 日 完成日： 月 日 備考： | 補装具名： 業者： 申請日： 月 日 返合せ： 月 日 完成日： 月 日 備考： | 補装具名： 業者： 申請日： 月 日 返合せ： 月 日 完成日： 月 日 備考： |
| 補装具名： 業者： 申請日： 月 日 返合せ： 月 日 完成日： 月 日 備考： | 補装具名： 業者： 申請日： 月 日 返合せ： 月 日 完成日： 月 日 備考： | 補装具名： 業者： 申請日： 月 日 返合せ： 月 日 完成日： 月 日 備考： |
| 補装具名： 業者： 申請日： 月 日 返合せ： 月 日 完成日： 月 日 備考： | 補装具名： 業者： 申請日： 月 日 返合せ： 月 日 完成日： 月 日 備考： | 補装具名： 業者： 申請日： 月 日 返合せ： 月 日 完成日： 月 日 備考： |
| 補装具名： 業者： 申請日： 月 日 返合せ： 月 日 完成日： 月 日 備考： | 補装具名： 業者： 申請日： 月 日 返合せ： 月 日 完成日： 月 日 備考： | 補装具名： 業者： 申請日： 月 日 返合せ： 月 日 完成日： 月 日 備考： |
| 修理内容： 月 日<相談内容> | 修理内容： 月 日<相談内容> | 修理内容： 月 日<相談内容> |
| 整形 | 整形 | 整形 |
| 療育相談 | 療育相談 | 療育相談 |
| | 受診（小児科・整形外科・訓練・言語） 受診なし | 受診（小児科・整形外科・訓練・言語） 受診なし |

摂食指導記録

I：口腔諸器官の動き

| | | 状態 | | | 食事の様子 | | |
|-------|----|------------------------|-----|----|-------|-----|----|
| | | 初期 | 前中期 | 後期 | 初期 | 前中期 | 後期 |
| 安静時 | 口唇 | 閉鎖できる | | | | | |
| | 舌 | 舌が出ない | | | | | |
| 捕食時 | 口唇 | 閉鎖できる | | | | | |
| | 舌 | 舌が出ない | | | | | |
| 食物処理時 | 口唇 | 閉鎖できる | | | | | |
| | 舌 | 舌が出ない | | | | | |
| 嚥下 | 口唇 | 閉鎖できる | | | | | |
| | 舌 | 舌が出ない | | | | | |
| 水分摂取 | 口唇 | 閉鎖できる (水面に上唇を付けられる) | | | | | |
| | 舌 | 舌が出ない | | | | | |

2 舌運動機能

| | | 状態 | | | 食事の様子 | | |
|----|------|--------------|-----|----|-------|-----|----|
| | | 初期 | 前中期 | 後期 | 初期 | 前中期 | 後期 |
| 動き | 前後運動 | (吸啜動作を含む) | | | | | |
| | 上下運動 | (押しつぶし動作を含む) | | | | | |
| | 側方運動 | (咀嚼動作を含む) | | | | | |

3 顎運動

| | | 状態 | | | 食事の様子 | | |
|----------------------|--------|------------------|-----|------|-------|-----|----|
| | | 初期 | 前中期 | 後期 | 初期 | 前中期 | 後期 |
| 動き | 単純 | (下顎の単純上下運動) | | | | | |
| | 臼磨 | (下顎の側方運動を伴う咀嚼運動) | | | | | |
| | 過開口 | | | | 有 | | |
| | スプーン咬み | | | | 無 | | |
| 顎が不安定 (上下にガクガク動く) | | | | について | | | |

4 咀嚼機能

| | | 状態 | | | 食事の様子 | | |
|----|----------------------|----|-----|----|-------|-----|----|
| | | 初期 | 前中期 | 後期 | 初期 | 前中期 | 後期 |
| 咀嚼 | 食塊形成ができる | | | | | | |
| | 前歯を使って、食物を噛み切ることができる | | | | | | |

5 嚥下機能

| | | 状態 | | | 食事の様子 | | |
|-------------|-----------------|----|-----|----|-------|-----|----|
| | | 初期 | 前中期 | 後期 | 初期 | 前中期 | 後期 |
| 喘鳴 | | | | | | | |
| むせ | | | | | | | |
| 嘔吐 | | | | | | | |
| 痰 | | | | | | | |
| 嚥下量 (回数) | | | | | | | |
| | 量(1~2) 少(4~5) 無 | | | | | | |
| | について | | | | | | |

II：摂食動作

| | | 状態 | | | 食事の様子 | | |
|---------------|--------------------------------|---------------|-----|----|-------|-----|----|
| | | 初期 | 前中期 | 後期 | 初期 | 前中期 | 後期 |
| 1 姿勢 | 抱っこ姿勢 | () | | | | | |
| | 座位保持装置 | 安定している | | | | | |
| | 椅子座位 | 安定している | | | | | |
| 2 食具等 | 食具 | | | | | | |
| | 手づかみ | () | | | | | |
| | 食具 | | | | | | |
| | 食具 | () | | | | | |
| | 食具の持ち方及びその他の使用補助具 (食器の種類含む) など | | | | | | |
| 3 自食動作 | 食べる | 手づかみ | | | | | |
| | | かきこむ | | | | | |
| | | 条件付の皿ですく | | | | | |
| | | すべての皿ですく | | | | | |
| | | 口からむかえにい | | | | | |
| | | 口まで持ってい | | | | | |
| | | 取り込み方 | | | | | |
| | | 放り込む | | | | | |
| | | 箸でそきとる | | | | | |
| | | 口唇で取り込む (正面) | | | | | |
| | | 全体を通してこぼさず食べる | | | | | |
| フォークが使える | | | | | | | |
| 箸が使える | | | | | | | |
| 非利手動作 | | | | | | | |
| 机上に手を添えて食べる | | | | | | | |
| 机上の皿等を押さえて食べる | | | | | | | |
| 食器を持って食べる | | | | | | | |
| 条件付きのコップで飲む | | | | | | | |
| 全てのコップで飲む | | | | | | | |
| 全体を通してこぼさず飲む | | | | | | | |
| ストローが使える | | | | | | | |

Ⅲ：二次調理の考え方

Ⅵ：写真など
 <姿勢写真や摂食姿勢など、必要と思われる写真を添付してください。>

| 三要素 | 配慮事項 |
|-----|------|
| 大きさ | |
| 固さ | |
| とろみ | |

Ⅳ：その他

| | 摂食指導に関する内容 |
|-----------|------------|
| 健康面に関すること | |
| 社会面に関すること | |
| その他 | |

Ⅴ：評価

| 課題 | 内容 | 評価 |
|----|----|----|
| | | |

第9章

心身障害児(者)に対する摂食嚥下 リハビリテーション実施医療機関

以下は、心身障害児(者)に対する摂食嚥下リハビリテーション(摂食嚥下機能療法)を実施している医療機関の一部です。

診療日、診療時間等、医療機関によって異なりますので、必ず事前にお電話でご相談ください。

北海道医療大学病院 摂食・嚥下外来

住所：札幌市北区あいの里2条5丁目

電話：011-778-7558

北海道大学病院 摂食・嚥下専門外来

住所：札幌市北区北14条西5丁目

電話：011-706-3737(歯科診療センター口腔系歯科外来)

札幌歯科医師会口腔医療センター 摂食・嚥下リハビリテーション外来

住所：札幌市中央区南7条日10丁目

電話：011-512-9497

道北口腔保健センター

住所：旭川市金星町1丁目1番52号

電話：0166-22-2290

十勝歯科保健センター

住所：帯広市東7条南9丁目15番地3

電話：0155-25-2172

函館口腔保健センター

住所：函館市五稜郭町23番1号(函館市総合保健センター1F)

電話：0138-56-8148

第10章 参考となる図書とビデオ

このガイドブックは、あくまでも障害のある子どもの食べる機能の障害の概略とその基本的な対応を述べたものですので、このガイドブックのみで対応できないのはもちろんのことです。さらに詳しく摂食・嚥下障害を勉強されたい方は以下の本を参考にされることをお勧めします。

- 1) 金子芳洋監修、尾本和彦編：障害児者の摂食・嚥下・呼吸リハビリテーション その基礎と実践、医歯薬出版、2005 本の題名通り摂食・嚥下と呼吸をも含む詳細な解説がされています。専門的で、上級者向きです。
- 2) 田角 勝、向井美恵編著：小児の摂食・嚥下リハビリテーション、医歯薬出版、2006 課題別に解説がされており、イラスト・写真も多く大変わかりやすいです。
- 3) 北住映二、尾本和彦、藤島一郎編著：子どもの摂食・嚥下障害—その理解と援助の実際、永井書店、2007 2)と同様に課題ごとに解説がされており、イラスト・写真も多くわかりやすい内容です。執筆者は1)の執筆者も多く、よりやさしく書かれています。
- 4) 日本小児神経学会社会活動委員会 松石豊次郎・北住映二・杉本健郎編：医療的ケアテキスト—重症児者の教育・福祉、社会生活の援助のために、クリエイツかもがわ、2006 医療的ケアを行なう特別支援学校（養護学校）では必須の本です。摂食・嚥下障害に対する対応は医療的ケアには含まれていませんが、この本では摂食・嚥下障害にも触れられています。
- 5) ビデオ3巻セット：重症児とともに・応用編、誤嚥・胃食道逆流などへの対策、呼吸障害への取り組み、社会福祉法人 全国重症心身障害児（者）を守る会 3巻の内、上記にあげた2巻は本では得ることのできない映像で、その実際と対策を学ぶことができます。映像内容の一部は1)、3)、4)で写真として取り上げられています。
- 6) 東京都教育庁学務部学校健康推進課編集：障害のある児童・生徒の食事指導の手引—食事指導の充実のために—、東京都生活文化局広報公聴部公聴管理課

第1節 北海道における心身障害児(者)の摂食嚥下障害対策に関する現状

北海道の人口に占める障がい者の割合は、療育手帳、身体障害者手帳の交付者件数で見ると平成17年度末現在では7.9%となっており、高齢化等の影響により、年々増加している。また、18歳未満の療育手帳及び身体障害者手帳交付数についても増加傾向にあり、平成18年3月現在、18歳未満の療育手帳交付数は7,849人、身体障害者手帳所持者は5,362人となっており、年間約730人の障害児が出生していると推計される。

このうち、脳性麻痺、精神運動発達遅滞など運動機能の発達や知的発達に障害をきたす心身障害児では、摂食嚥下機能にも障害を有する場合が多く、身体の発達に必要な栄養を食事から補給できないばかりか、誤嚥性肺炎や窒息などの重大な事故を起こす可能性が高く、子ども達の生命を守るためにも、福祉や療育の現場において、緊急に取り組まなければならない大きな課題として認識されつつある。

近年に至るまで障害児の摂食嚥下障害は、先天的で回復困難なやむを得ないものとして、適切な対応がなされにくるケースが多かったが、関連医学の進歩に伴い、早期から適切な摂食嚥下リハビリテーションを行うことにより、摂食嚥下機能の発達を促すことが可能と理解されつつある。

しかし、本道の現状は、障害児の摂食嚥下障害に対応できる専門医は極めて少なく、全ての障害児が適切な摂食嚥下リハビリテーションを受けることは困難な状況となっている。また、このような摂食嚥下リハビリテーションを受ける機会は、各施設・学校の独自の取り組みに委ねられている状況にあり、今後の取り組みの充実を図っていかなければならない現状にある。

食事は、呼吸とともに生命を維持するために必要な基本的な機能であり、日常生活を営む上で不可欠な機能である。障害のある子ども達が、安全においしく食事ができることは、家族や関係者にとって切実な願いとなっている。

このような道内の現状を踏まえ、特別な対応を要する障害児の摂食嚥下障害の実態を把握し、必要な対策を検討することとした。

第2節 北海道総合保健医療協議会地域保健専門委員会の検討過程

北海道総合保健医療協議会においては、平成17年度より、本道における摂食嚥下障害患者への保健医療福祉サービスが適切に提供されるよう、病院・介護老人保健施設における対応状況について課題を広く検討することとし、要介護高齢者の実態調査や必要な対策について検討を行い、要介護高齢者の摂食嚥下障害対策への提言を盛り込んだ調査報告書を取りまとめた。

平成18年度においては、前年度に引き続き、要介護高齢者同様、福祉や療育の現場で大きな課題になっている心身障害児（者）の摂食嚥下障害対策について協議を行うこととし、障害者関係施設・養護学校・在宅障害児の対応状況について本道の実態把握を行うとともに、必要な対策を検討することとした。

北海道総合保健医療協議会地域保健専門委員会の開催状況

本委員会は平成19年3月までに計3回の検討を行い、実態調査及び協議結果を踏まえ、報告書を取りまとめた。

第1回委員会 平成18年7月27日

摂食嚥下障害患者に対する保健医療福祉関係機関の連携体制について協議

第2回委員会 平成18年9月28日

心身障害児（者）に対する摂食嚥下障害対策実態調査について協議

第3回委員会 平成19年3月14日

心身障害児（者）に対する摂食嚥下障害対策実態調査報告書（案）について協議

第3節 本道における心身障害児(者)に対する摂食嚥下障害対策の必要性

1 障害児の摂食嚥下障害対策の重要性

食べる機能は、食事や水分補給の時間のみに使われているわけではなく、常に分泌されている唾液を嚥下するため昼夜を問わず呼吸と協調して行われている。

このため、重度の摂食嚥下障害を有する障害児では、誤嚥性肺炎等のリスクが高く、生命の危険にさらされている。実際、重度障害児の死因の第1位は肺炎であり、第3位は窒息である。このように、障害児の摂食嚥下障害対策は、生命を守る観点からも最優先に取り組まれるべき対策である。

しかし、食事を摂取することは、毎日繰り返される日常的な活動であり、摂食嚥下障害のある子どもたちに対し、機能の程度にあった食事や、機能不全を補いながら介助を行うことは大変な努力を要し、施設や家庭のみで取り組みを行うことは極めて困難である。

さらに、摂食嚥下機能に障害のある子どもたちには基礎疾患や合併症があることが多く、栄養や呼吸状態などを常に考慮しながら摂食嚥下リハビリテーションを実施する必要があるなど、医療の中では応用的な分野であり、専門医の指導や関係職員の支援がなければ取り組むことは困難である。

このため、施設職員や家族等を地域の関係機関が連携して支援する対策が必要である。

2 摂食嚥下障害を有する障害児の推計数

障害者関係施設、盲聾養護学校、市町村を対象に、以下の基準に該当する患者について、摂食嚥下障害の疑いのある障害者、経口摂取を制限している障害者について、人数を回答する形式で行った。

摂食嚥下障害の定義については、本調査がアンケート形式であり医学的に厳密な把握は困難であったため、過去の調査等を参考に回答者の観察による下記の基準を採用することとし、本道における摂食嚥下障害患者の概数把握を行った。

本調査における調査基準

摂食嚥下障害の疑いについては、以下の基準に1つ以上該当するもの

- ・よだれが認められる
- ・食べ物が口からこぼれる
- ・食べ物を舌で前に押し出してしまう、口から舌が出てしまう
- ・食形態の工夫が必要
- ・口の中に食べ物を溜めたまま、口を動かさない
- ・食べ物を口の中にいれたあと咀嚼しない
- ・スプーンなど食具をガッチン咬みをする
- ・口を大きく開けて緊張が入る（過開口）
- ・経管栄養（経鼻経管栄養、胃瘻）（食事は口からとっていますが、薬のみ、あるいは水分のみのチューブあるいは胃瘻を使用している場合も含みます）である
- ・食事の際に顎、唇などの介助が必要である
- ・食事中によくむせる
- ・食事中又は食後によく咳が出る
- ・食事中又は食後の声の変化（がらがら声など）、のどが「ゼーゼー」する
- ・夜間に咳き込む・発熱（微熱も含む）が続く、又は肺炎を繰り返す

なお、今回の調査は、回答者が観察し摂食嚥下障害の疑いのある者として把握している患者数を推計したものであることから、回答者が把握していない潜在患者は含まれていない。このため、本道における心身障害児(者)の摂食嚥下障害患者は、さらに多い可能性がある。

(1) 障害者関係施設における患者数の推計

調査対象施設301施設 回答数271施設 回収率90.0%

平成18年10月の入通所者の状況を回答

摂食嚥下障害の疑いのある者

調査把握数3,507人／271施設×301施設＝推計3,895人・・・①

上記推計のうち、摂食嚥下障害のため経口摂取を制限している者

調査把握数517人／271施設×301施設＝推計574人・・・②

(2) 盲聾養護学校における患者数の推計

調査対象校60校 回答数60校 回収率100.0%

平成18年10月の児童生徒の状況を回答

摂食嚥下障害の疑いのある者

調査把握数674人／60校×60校＝674人・・・③

上記推計のうち、摂食嚥下障害のため経口摂取を制限している者

調査把握数197人／60校×60校＝197人・・・④

※なお、本調査においては、小中特殊学級が調査対象に入っていないことから、児童生徒の摂食嚥下障害患者は、さらに増加すると考えられる。

(3) 市町村が把握する在宅障害児（者）における患者数の推計

調査対象市町村180 回答数152 回収率84.4%

平成18年10月の在宅訪問事業等を活用している障害者の状況を回答

（ただし、施設利用者、養護学校等の児童生徒を除く）

摂食嚥下障害の疑いのある者

調査把握数282人／152市町村×180市町村＝334人・・・⑤

上記推計のうち、摂食嚥下障害のため経口摂取を制限している者

調査把握数85人／152市町村×180市町村＝101人・・・⑥

北海道における心身障害児（者）の摂食嚥下障害（疑い）のある推計数 ①+③+⑤

障害者関係施設推計3,895人+盲聾養護学校推計674人+在宅推計334人≒4,900人以上

上記推計数のうち、さらに重度の摂食嚥下障害をもつ障害児（者）推計数 ②+④+⑥

障害者関係施設推計574人+盲聾養護学校推計197人+在宅推計101人≒870人以上

3 北海道における心身障害児(者)の摂食嚥下障害対策の主要課題

心身障害児(者)に対する摂食嚥下障害は、何らかの対応が必要となると考えられる約4,900人の障害児(者)、さらには既に経口摂取を制限している重度の約870人の障害児(者)がいる状況であり、その対策は極めて重要である。

施設や家庭のみによる取り組みでは限界があり、行政、関係団体、大学、病院及び診療所等の地域の関係者が協力し、この問題に取り組む必要があると考えられる。

北海道における摂食嚥下障害対策を推進するため、以下の5つを今後重点的に取り組むべき主要な課題として提案する。

- ① 保健医療福祉関係機関の連携体制の強化について
- ② 障害児の摂食嚥下障害の専門医の確保について
- ③ 関係者の資質向上のための研修機会の確保について
- ④ 障害者関係施設及び家庭に対する支援の充実について
- ⑤ 障害児の摂食嚥下障害対策の普及啓発について

第4節 北海道における心身障害児(者)の摂食嚥下障害対策の主要課題

1 保健医療福祉関係職種連携体制の強化について

(1) 現状と課題

障害児に対する摂食嚥下障害対策は、心身の障害の状態を適切に評価することに加えて、摂食嚥下障害の診断、訓練、手術、口腔疾患の治療、食事形態の工夫、食事姿勢の指導、日常の食事介助など、保健医療福祉、さらには療育に至る非常に幅広い範囲の関係職種の対応が必要である。

しかし、地域において障害児の摂食嚥下障害に取り組む場合、医師、歯科医師、言語聴覚士、看護師、作業療法士、理学療法士、栄養士、歯科衛生士等の全ての職種を確保することは、非常に困難であり、かつ現実的には不可能に近い。

このため、施設内の職種で対応困難な分野は、可能な限り地域の関係機関と連携することが必要となるが、一部の先進的な施設を除いて、地域での連携体制の構築は、地域の医療資源に関する情報も乏しく困難な状況にある。

また、地域における連携体制づくりを支援するような、研修や協議等を行う機会がほとんどない状況にある。

(2) 取組みの方向性

①障害児の摂食嚥下障害に対応可能な医療機関との連携強化

各施設において適切な摂食嚥下障害の指導が行われるためには、専門医による診断、評価が不可欠である。このため、障害児の摂食嚥下障害患者の受入れ、検査、診断、嚥下機能のリハビリ等を行う医療機関との連携が不可欠である。

このため、専門医の属する医療機関に関する情報をとりまとめ、これらの医療機関情報を地域の障害者施設等に提供することにより、施設が相談、患者の紹介等を行える環境を整備することが今後必要である。

②超職種型によるチーム医療の必要性

小児の摂食・嚥下障害に対しては、職員個人の努力だけでは、その対応は全く不可能であり、組織化されたチームが継続的な対応には不可欠である。しかし、専門的かつ組織的なチームにより対応している施設はまだまだ少なく、対応している施設においても、必要な専門職種が揃っていることは、ほとんどない現状である。

専門的な医療対応がなされている先進的な施設においても、専門職が異なる組織に所属していることが多く、各専門職の所属を超えて対応チームを組織化することは非常に難しい。

しかしながら、小児の摂食嚥下障害に適切に対応するためには、所属を超えた連携体制の構築が必要であり、より望ましい対応である。

超職種型の対応チームでは、欠けている職種の役割をより近い職種が担うことにより、臨機応変な対応が可能となり、対応が欠ける領域が出ることも少ない。地域や施設で限られた医療資源を最大限に活用することは、より現実的なチーム医療の形態と考えられる。

小児の摂食嚥下障害に対するチーム医療は、専門医の指導監督のもと、必要とする多職種によるチームを編成しつつ、それでも地域や施設で確保できない職種については、関係法規の制限の範囲内において、その役割を補い合える超職種型によるチーム医療を行うことが現実的に即

した次善の対応である。

③地域における連携体制強化のための協議の場の設置

障害児の摂食嚥下障害に関係する機関・団体による意見交換の場や多職種を対象とした研修を行うなど、地域の関係機関の連携体制の強化に必要な機会を確保する。関係機関と連携を必要とする症例検討を行うなど、地域の課題の共通理解を深め、各関係機関の対策の充実強化を積極的に支援する。

2 障害児の摂食嚥下障害の専門医の確保について

(1) 現状と課題

心身障害児の摂食嚥下リハビリテーションに取り組む場合、児が現在、どの段階の摂食指導が必要であるのか、正確な診断を行うことが全ての対策を行う上で最も重要である。

このため、他職種の連携によるリハビリテーションを行いつつも、定期的に摂食嚥下障害の専門医の指導、評価を受けることが不可欠である。

適切な評価、指導のないリハビリテーションは、かえって障害を悪化させるリスクもあり、専門医の指導の機会を確保できなければ、障害児の摂食指導に安易に取り組むべきではない。

しかし、道内において、障害児の摂食嚥下障害を診察できる専門医は極めて乏しい現状であり、各施設からも地域において相談できる専門医がいないため対応が困難であるとの意見が多い。

障害児の摂食嚥下障害では、嚥下障害の評価と多岐にわたる心身の障害の程度の評価を同時に行わなければならないため、その評価、診断は極めて難しく、道内においては、一握りの専門家で対応している他は、放置されていると言っても過言ではない状況である。

このため、障害児の摂食嚥下障害に対応できる専門医、専門職の確保が急務となっている。

(2) 取り組みの方向性

①地域のセンター的医療機関における専門医の確保

障害児の摂食嚥下障害に対応できる専門医は極めて少なく、検査診断からリハビリまで一貫して受けられる医療機関は、療育センターと一部の大学病院のみであるのが本道の現状である。このため、地域における障害児の摂食嚥下障害の医療を確保するためには、このような大学病院の専門医を地域の医療機関に派遣することにより摂食嚥下障害患者の医療を確保する必要がある。

このような専門医の派遣により障害児の摂食嚥下障害の専門外来を設けている事例として、本道には札幌口腔医療センター、道北口腔保健センターがあり、大学病院の専門医の派遣を月に数回受けることにより障害児の摂食外来を確保運営している。

今後は、関係団体や地元自治体との連携のもと、道内各地のこれらの歯科保健センター等を、障害児の摂食嚥下障害の対応医療機関として活用することは、地域の専門医不足を解消する上で有効な方法である。

さらに、今後の検討課題ではあるが、専門医不足解消の一方策として、遠隔医療の導入が挙げられる。専門医の属する大学病院等と地域の医療機関を結び、画像診断、摂食指導等が受けられる体制作りについて検討していく必要がある。

②医師、歯科医師に対する専門研修の機会の確保

前述の専門医の派遣による地域医療確保を行うとともに、専門医の指導のもと、新たな専門

医を育成・確保することが必要である。このためには、障害児の摂食嚥下障害について多くの症例を扱っている医療機関において研修体制を整備し、より実践的な臨床研修を行える機会が必要である。

このような研修システムを構築している事例として、札幌口腔医療センターにおける専門医の研修育成システムがある。このセンターでは、希望する地域の開業歯科医師を対象に、2年間の臨床研修プログラムが作成されており専門医の育成を行う体制が整っている。このような専門医の育成システムは、専門医不足の解消を図る一方策として期待されるものである。

※歯科保健センターについて

道内では、心身障害児（者）に対する専門の診療施設として、3次医療圏ごとに歯科保健センターの整備が行われている。このセンターには一般の歯科診療所では対応が困難な精神発達遅滞、ダウン症、脳性麻痺等の障害児の多くが受診している。道内においては、このような障害者歯科医療の一環として、障害児に対する摂食指導が行われてきた。

現在、札幌、旭川、函館、帯広の4センターにおいて障害児に対する摂食嚥下専門外来が設けられている現状にある。

3 関係者の資質向上のための研修機会の確保について

(1) 現状と課題

①日常の食事介助を行う家族、施設の現状と課題

障害児の摂食嚥下障害に対しては、より慎重な医療的なケアが求められるにも拘わらず、その対応は日常生活における食事の際に必要であり、施設職員や家族が行わなければならない。専門医の診断、指示のもと、施設職員や家族が、専門医の指導内容に沿った食事の工夫や食事介助を担う必要がある。

このため、日常の食事介助を担う施設職員や家族が摂食嚥下障害に対する適切な知識を持つことが極めて重要となるが、このような知識を身につける機会は、地域においては極めて少なく、各障害者施設からも研修の必要性を指摘する意見が多い。

さらに、調査対象施設である養護学校からは、調理の体制整備に関する要望が多かった。現状は、児童生徒に提供しているきざみ等の食事（給食）は教室で対応しているが衛生面などで問題が多く、また、調理員等の不足により現場での対応に限界があるとの意見がみられた。

②地域の関係職種の現状と課題

障害児の摂食嚥下障害には、様々な職種が関わったチームアプローチが必要である。このため、各職種がそれぞれの専門分野だけでなく、他分野の知識や情報も収集し、身につける必要がある。ヒューマンスティックだけでなく、知識や技術の裏打ちが必要である。摂食嚥下に関する学問は歴史が新しいため、関係者は、それぞれの役割に応じた知識の習得や技術の向上に積極的に努めるべきである。

(2) 取組みの方向性

①家族、施設職員、教職員に対する研修機会の確保

障害児の摂食指導で、重要なものとしては、毎日の食事時におけるリハビリテーションである。これを担うのは医療職ではない場合も多く、日頃の食事介助を担っている家族、施設職員、教職員が担うことが多い。また、施設のみでの対応には限界があることから、家庭との協力的

制を構築するため家族も対象とする関係者の研修の機会を確保することが極めて重要である。

さらに、個々人により、その障害の程度、さらに摂食指導の内容は異なることから、その研修は、専門医の指導のもと、より実践的な食事介助、訓練法の伝達でなければ研修効果が少ない。

摂食嚥下機能のリハビリテーションを行うためには、職員、教員が個々の児童・生徒を観察して、食べる動きの問題点を発見し、発達を促すような指導をする必要があるのである。

特に、機能障害が重度の障害児には、事故を防ぎ安全を確保した指導がなされる必要があり、密接な医療との連携が不可欠である。

このような実践的な研修の機会を全ての施設、養護学校が確保することは現状では非常に困難であるが、一部の先進的な養護学校においては、教職員と保護者が主体となり、独自に専門医を招聘し研修機会の確保を図っている例もあり、組織的な対応がなされている先進事例も存在する。このような専門的な研修の普及が望まれるとともに、施設や学校において組織化された対応を行っている先進事例を積極的に紹介し、各地へ普及していく必要がある。

②地域のチーム医療に関わる職種対象研修の実施

障害児の摂食嚥下障害のリハビリテーションを行う上では、地域の様々な関係職種、関係機関が関わりを持ち、より多面的なアプローチを行うことが望ましい。このため、幅広い多職種を対象とする研修を実施する必要がある。地域における研修は、地域の関係機関の連携を必要とする実際の症例検討を行うなど、より実践的な研修内容が望ましい。

4 障害者関係施設及び家庭に対する支援の充実について

(1) 現状と課題

障害児の摂食嚥下障害は、年齢、心身の障害の程度等の状態に応じて訓練・対応方法が異なり、また様々な職種が関係するため、検査・診断・訓練に関するガイドラインが必要である。

また、障害児の摂食嚥下リハビリテーションは、近年、急速に進歩した分野であるため、現行の関係施設では統一されたマニュアル等はほとんど整備されていない現状であり、障害者関係施設からも対応マニュアルを望む声が非常に多い。

また、障害者施設においては、摂食嚥下障害とも密接に関係する歯科健診等の機会が確保されておらず、対策の充実を要望する意見も多い。特に、授産施設等の学齢期を過ぎた障害者施設においては歯科健診等の対策がほとんど実施されておらず、放置されている現状である。

(2) 取り組みの方向性

①障害者関係施設における対応ガイドラインの作成

障害者施設や養護学校は、医療を提供できる場所ではないものの、障害が重度で摂食嚥下障害についても医療的なサポートを必要とする障害児は多い。また、重度の障害のある小児は日常生活の多くの時間を施設で過ごしている。このため、このような障害児に対し、食事の時間を中心にどのような指導をすることが必要であるかについて、施設関係者が広く重要性を認識し、施設全体での取り組みを促す上でも、障害児を対象とするガイドライン的なマニュアルの作成が必要である。

②障害者関係施設及び家庭に対する歯科保健事業の支援

正常な発達、成長を守るためには、乳幼児期からの歯科健診、予防処置等の歯科保健対策が

重要であることは言うまでもないが、障害児を対象とした施設における取り組みについては定期的な歯科健診の機会が比較的確保されているなどの現状にあることから、今後は対策がほとんどなされていない状況にある授産施設等の成人を対象とする障害者施設に対する支援を強化する必要がある。

また、先天性の難病等による重度在宅障害者等については、歯科医院への通院も困難であることから、乳幼児期からの歯科疾患の予防処置等の機会を確保する必要がある。

5 障害児の摂食嚥下障害対策の普及啓発について

(1) 現状と課題

障害児の摂食嚥下障害は、一部の施設では先進的な取り組みがなされているものの、多くの施設では今後の取り組みの充実が期待されている状況である。また、摂食嚥下障害に対する取り組みについても、障害児の生命を守るために必要な対策であること、食事という日常の生活が阻害される極めて身近な問題である割には、広く道民に理解されている状態とは言い難い。

また、障害児の摂食嚥下リハビリテーションを開始するのは、より早い時期から行うことが望ましいことから、家族や施設職員が早期に障害児の摂食嚥下の問題を発見し、専門医に相談等を行うことを周知しなければならない。

(2) 取り組みの方向性

①普及啓発の充実

家族、施設関係者に対して、摂食嚥下についての知識や情報を、講演会の開催や診療所待合室での掲示等により積極的に普及啓発する必要がある。

また、障害児の摂食嚥下障害を及ぼす深刻な状況等について、報道機関等の協力を得て、道民に広く普及啓発する必要がある。

また、すべての障害が回復するのではなく、訓練等を進める際には誤嚥、肺炎という大きなリスクがあるという現実を踏まえ、過度の期待を与えないよう正確な情報を提供することにも留意する必要がある。

医科歯科病診連携検討委員会設置要領

(設置の目的)

第1条 本道における医科歯科病診連携、特に、摂食嚥下障害に対する取り組み状況、課題及び問題点等の調査・分析を行うため、検討委員会を設置する。

(検討事項)

第2条 検討委員会における検討事項は次のとおりとする。

- (1) 本道における医科歯科病診連携に関すること。
- (2) 特に、摂食嚥下障害に対する取り組み状況、課題及び問題点等の調査・分析に関すること。
- (3) その他この検討委員会で検討が必要と判断された事項に関すること。ただし、保健医療局健康推進課長と協議の上、了承した事項とする。

(組 織)

第3条 検討委員会は、別紙検討委員会委員で構成し、委員長、及び副委員長は、委員の互選により選出する。委員長に事故あるときは、副委員長がその職務を代理する。

- 2 委員長は、必要と認められるときは、構成員以外の関係者の出席を求めることができる。

(検討委員会)

第4条 検討委員会は、委員長が必要に応じて招集する。

- 2 検討委員会は、委員の過半数の出席をもって成立する。

(報 告)

第5条 この検討委員会において検討した事項については、必要に応じ、保健医療局健康推進課長へ報告を行う。

(庶 務)

第6条 検討委員会の庶務は、保健福祉部保健医療局健康推進課歯科栄養グループにおいて行う。

(その他)

第7条 この要領に定めるものの他、検討委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が検討委員会に図って定める。

附 則

この要領は、平成19年9月4日から施行する。

医科歯科病診連携検討委員会名簿

| 氏 名 | 職 名 | 備 考 |
|---------|---|-------|
| 柳 内 統 | 北海道療育園（重度心身障害児(者)施設）医師 （前北海道医師会常任理事） | （委員長） |
| 三 戸 和 昭 | 北海道医師会常任理事 | |
| 鄭 漢 忠 | 北海道大学大学院歯学研究科准教授 | |
| 野 中 聡 | のなか耳鼻咽喉科・気管食道科院長 | |
| 木 下 憲 治 | 北海道医療大学病院准教授 | |
| 目須田 康 | 北海道大学病院医師 | |
| 藤 川 隆 義 | 北海道歯科医師会常務理事 | |
| 戸 倉 聡 | 北海道歯科医師会常務理事 | |

執筆者名簿

| | 氏 名 | 職 名 |
|-------|---------|--|
| 監 修 | 柳 内 統 | 北海道療育園（重度心身障害児（者）施設）医師 |
| 執筆責任者 | 木 下 憲 治 | 北海道医療大学病院 准教授 |
| 執 筆 者 | 佐々木 文 章 | 北海道大学 大学院医学研究科 高次診断治療学専攻 外科治療学講座 小児外科学分野 教授 北海道大学附属病院小児外科 科長 |
| | 加 藤 幾 子 | 社会福祉法人緑誠会特別養護老人ホーム愛輪園 管理栄養士 |
| | 加賀谷 光 明 | 北海道函館養護学校 共同研究 |
| | 西 本 純 | ユニテックフーズ株式会社技術開発部長 |

事 務 局

| 氏 名 | 職 名 | 備 考 |
|---------|-----------------------|------|
| 墨 谷 仁 | 北海道保健福祉部保健医療局健康推進課 主幹 | |
| 土 永 勲 | 〃 | 主査 |
| 秋 野 憲 一 | 〃 | 主任技師 |
| 中 田 勝 也 | 〃 | 主事 |

**障害のある子どもたちのための
摂食・嚥下障害対応ガイドブック**

平成20年3月発行

医科歯科病診連携検討委員会
北海道保健福祉部保健医療局健康推進課

〒060-8588

札幌市中央区北3条西6丁目

T E L 011-231-4111

F A X 011-232-8216

印刷 社会福祉法人北海道リハビリ