発達に遅れのある子供達の食生活に関する研究

松葉 清子*

Survey of Eating Habits of Children with Special Needs

Kiyoko MATSUBA*

Before long, it will be clear if parents wholly accept children requiring special care and moreover, the solution of parents affects the quality of eating habits of children. Research has been done concerning eating habits of two groups of mothers and their children who go to two different types of schools for children with special needs. One school provided a support system for mothers to help them accept their children as they are. The other school emphasized education and training rather than the acceptance of children. The results showed great differences among individuals' nutrients intake in both schools. As shown in the data, there are two different types of nutrient intake among the children; one comprises too much intake and other very little. Even though consumption patterns are different in these two groups, they all have a common problem: their food intake is unbalanced, or they consume very little of specific nutrients within their entire diet. Also, they tend to repeat the same eating patterns.

Appropriate eating habits of children with special needs were suggested as follows:

- 1) Special individual care for each child.
- 2) In order to maintain stable eating habits, it is also important to maintain the health of care givers.
- 3) It is best to upgrade the eating habits without putting a strain on the children.
- 4) Assistance from the schools is consequential for those mothers so that they can easily accept their children.

Once mothers accept their offsprings using the support system, they are able to feel secure mentally. Such parental confidence affects eating environment of the children with special needs. These facts lead to improvement of the quality of eating habits of such children.

Key words : eating habits, human care, children with special needs, handicapped children

食生活, 介護, 発達に遅れのある子供, 身体障害児

I はじめに

WHO は世界人口の10%程度が先天的又は、後天的な身体・精神・知覚障害者であると推定している (WHO, 1976). つまり, 10人に1人が障害者であるということになる。

わが国における18歳未満の身体障害児数(在宅)は, 厚生省児童家庭局の1991年身体障害児実態調査報告(厚生省児童家庭局, 1993)によると81,000人(人口千対比2.9人)と推計されており, 前回(1987年2月)調査の92,500人に比し, 12.4%減少している。ちなみに, 総務庁統計局人口推計資料によると, 1986年10月1日現在の18歳未満児童数は31,235,927人であり, 1991年10月1日現在の18歳未満児童数は27,710,221人と11.3%減少していることから, 身体障害児数の減少は母集団の人口減少に負うところが大きい。さらに, 障害の程度について前回調査と比較すると, 特に, 障害の重い1級での増加が目立っており, 障害の重度化の傾向がみられる。次に1971年以来19年ぶりの厚生省児童家庭局の1990年精神薄弱児(者)福祉対策基礎調査報告(厚生省児童家庭局, 1990)によるとその総数は, 385,100人と推計されている。1971年には, 356,300人と推計されており, 決して, 減少しているとは言えない。

これらの障害を有する子供達は, 食べることの能力や行動になんらかの問題をもっており(千葉, 1989; Gouge ほか, 1975; Webb, 1980; Pepes, 1980), なかには重度の発育障害とるい瘦がみられ, 同年齢の健常児に比べると身体発達が著しく劣っている子供もいる(臼井ほか, 1984)。折口ほか(1990)は施設入所の重症心身障害児(者)の死亡年齢は, 10歳~15歳が最も多く, 次いで5歳~10歳であると報告している。これまで障害児に関する研究報告(伊藤, 1973; (財)日本精神薄弱愛護協会・精神薄弱児通園施設部会編, 1990; 中邑, 1989)は教育的な面から数多くなされているが, 食生活に関する報告は少ない。保健や栄養は日常生活と密接にかかわっており(豊川, 1989), これらの子供たちの生活は介護に支えられるとこ

ろが大きく, 彼らの家族は健常児を持つ家族とは違い, 子供を全人的に受容するのに困難な問題を抱えての介護を強いられている。従って, 家族が如何に彼らを受容しているかが, その食生活を論じる上で重要な課題であると考えられる。食生活は, 単に, 栄養素の摂取のみでなく人間の心理的・社会的存在という意味においても重要であり, 特に, このような子供達の場合, 社会性の低下により心理的ひずみを生じやすく, それにより精神的に不安定な状態にあることはいうまでもない。

今回は, 母親に対して, 子供を精神的に受け入れることを直接手助けしている養護学校と母親に対する援助を一義的には行っていない養護学校を対象に食生活調査を行い, 保護者に受容されることと彼らの食生活の質との関係について検討した。

さらにこれに基づいて, 発達に遅れのある子供たちが適切な食生活を営む方法について若干の考察を試みた。

II 対象と方法

東京都内にある私立養護学校(以下I養護学校)と, 地方都市にある国立大学附属養護学校(以下O養護学校)を選び, これら両養護学校へ家庭から通学している児童とその母親を調査対象とした。I養護学校は, 子供の情緒の安定, つまり, 精神的ケアを主体にし, 子供たちが自らの学校の生活を作り上げていくことを教育方針にしている。それに対してO養護学校は, 発達を促すための訓練を行い, 社会に適応し子供たちの自立を目指している。I養護学校では, 著者が実習生として保育に参加したり, 学外での家族に対するボランティア活動を通して, 本研究に協力の得られた22名について調査を行った。一方, O養護学校を選ぶに際しては, 他のいくつかの養護学校にも研究に対する協力依頼を行ったが, 学校側の都合や個人のプライバシーを守る等の理由により拒否され実施できなかった。検証するためにO養護学校を調査した。今後, 彼らに対して著者が責任を持てない状態においてコントロール群を持つということは

非常に困難であった。O 養護学校でも5～6年生担任の教員より調査協力が得られたに過ぎず、そのクラス全員に対して調査を実施できたが、その内容はI 養護学校生に比べて希薄であったことを否めない。また、O 養護学校は、国立のため入学試験もあり、親子が希望するだけでは入学できないが、I 養護学校は親子が希望すれば自由に入学できるシステムになっている。その概要は表1に示す通りである。

調査は面接調査・食物摂取状況調査・生活時間調査などである。面接調査の質問内容は、(1) 分娩時、出産後の状態、(2) 障害に気付いた時期ときっかけ、(3) 食事歴、(4) 入学理由に関することを半構成的面接方式で回答を得た。I 養護学校の面接調査は、信頼度の高い結果を得るために1

年間の期間を置き、著者が、母親と信頼関係が結べるようになった時点で行った。I 養護学校の面接時間は1人あたり25分～180分、平均65分であった。O 養護学校の面接時間は1人あたり30分～45分、平均33分であった。食物摂取状況調査と生活時間調査は、平日の連続3日間に行った。食物摂取状況調査は秤量法により行い、食べた物全ての重量を計量した。秤量の方法については、事前に母親に説明をした。得られた結果から、栄養素摂取量を算出し、また、生活リズムについても検討した。記録の不備な点は、養護学校への子供の送迎時間に母親と面接し、補足した。I 養護学校の調査は1991年6～7月に行った。O 養護学校の調査は1992年8月に実施した。I 養護学校とO 養護学校の調査対象者については表2に示す通りであ

表1 調査対象の概要

対象施設		東京都内にある私立養護学校			地方都市にある国立養護学校		
		(男)	(女)	計	(男)	(女)	計
在籍状況 (人)	家庭指導グループ	7	0	7	小学部	15	6
	幼稚部	6	2	8	中学部	12	10
	小学部	18	8	26	高等部	18	10
教職員数 (人)	校長		1		校長(副校長)	1(1)	
	教頭		1		教頭	1	
	教諭		7		主事	2	
	用務員		1		教諭	22	
	校医		1		養護教諭	1	
	合計		11		講師	1	
					炊事	1	
					作業員	1	
					校医	5	
					薬剤師	1	
教育方針					校園* 共通事務 (栄養士等)	10	
					合計	47	
		1. 自由で楽しく、生き生きとした生活を作る。 2. 情緒の安定をはかり、心身共に健全な生活を作る。 3. 自主性を大事にしなが、表現活動を豊にしてい 4. 少人数の集団生活によって、自信と能力を高める。 5. 大人と親密な信頼関係を作ることにより、子供がか 6. 一人一人の子どもの興味、感心、能力にあった丁寧 7. 家庭と協力して、子供に適した生活を作る。			1. 児童生徒の障害の状態および能力・特性的確な 肥握に努め、一人一人に即応した指導を行う。 2. 一人一人の児童の経験および興味や感心を重ん じ、できるだけ自主的・自発的な学習をするよう に指導する。 3. 教師と児童生徒および児童生徒相互の好ましい人 間関係を育て、日常生活の指導の充実を図る。 4. 学校生活全体における教育環境を整え、明るく健 全な児童生徒の育成を図る。		
調査対象者		22名の子供とその母親 [6歳～13歳(男)17 (女)5]			8名の子供とその母親 [10歳～12歳(男)5 (女)3]		

「*」校園とは附属幼稚園，附属小学校，附属中学校，附属養護学校を指す

表2 調査一覧

I 養護学校							O 養護学校						
ケース	性	年	面接調査	S	T	診断名	ケース	性	年	面接調査	S	T	診断名
1	♂	8	○	○	○	ダウン症	01	♀	12	○	△	△	多動症 自閉的傾向
2	♂	5	○	○	○	発達遅滞	02	♀	12	○	○	○	ダウン症
3	♂	5	○	○	○	自閉的傾向	03	♂	11	○	△	△	自閉症
4	♂	5	×	○	○	発達遅滞	04	♂	12	○	○	○	知恵遅れ, 情緒障害
5	♂	6	○	○	○	発達遅滞	05	♂	11	○	×	○	自閉症
6	♂	7	○	○	○	伊藤母斑	06	♂	10	○	△	○	ダウン症
7	♂	8	○	○	○	発達遅滞	07	♂	10	○	○	○	ダウン症
8	♂	8	○	×	×	発達遅滞	08	♀	11	○	△	△	精神発達遅滞
9	♂	10	○	×	×	発達遅滞	合計	8		8	3	5	
10	♀	9	○	○	○	癲癇 自閉症							
11	♂	11	○	○	○	発達遅滞							
12	♀	10	○	○	○	脳腫瘍							
13	♂	11	○	○	○	自閉症							
14	♀	11	○	○	○	急性脳炎							
15	♂	9	○	×	×	多動症 自閉症							
16	♂	11	○	△	△	発達遅滞							
17	♀	10	○	△	△	発達遅滞							
18	♂	13	○	○	○	発達遅滞							
19	♂	12	×	○	○	ウイルス性脳炎							
20	♂	13	○	○	○	発達遅滞							
21	♀	12	○	○	○	発達遅滞							
22	♂	12	×	○	○	発達遅滞							
合計	22		19		17								

S…食物摂取状況調査

T…生活時間調査

年…年齢

○印…調査実施

△印…調査結果不備

×印…調査不可能

※診断名は養護学校による

※ケース NO. 19…'92, 2, 2 死亡

※年齢は食事調査実施時の年齢

※ケース配列は学校の名簿による

る。

摂取栄養素量の計算は四訂食品成分表を用いて行った。栄養素の充足率は都立盲・ろう・養護学校児童・生徒の栄養摂取標準を使用（東京都教育委員会, 1985）し、各自3日間の平均値に対して算出した。

III 結 果

1. 面接調査について

1) 分娩時, 出産後の状態

分娩時に臍帯巻絡や遷延分娩などの異常や出産後に仮死などの異常が認められたものはI養護学校では5名(26.3%), O養護学校では2名

表3 児の発達の異常に気付いた時期

気付いた時期	人数(%)	
	I 養護学校	O 養護学校
6カ月未満	5(26.3%)	2(25%)
6カ月～12カ月未満	1(5.3%)	1(12.5%)
1歳～24カ月未満	8(42.1%)	2(25%)
2歳～36カ月未満	5(26.3%)	1(12.5%)
3歳～4歳	0	2(25%)

(25.0%)であった。

2) 障害に気付いた時期ときっかけ

最初に障害に気付いた時期や人は表3と表4に示した通りである。障害に気付いた時期は, I養護

表4 児の発達の異常に気付いた人

気付いた人	人数(%)	
	I 養護学校	O 養護学校
医 師	8(42.1%)	3(37.5%)
保健婦	2(10.5%)	2(25%)
母 親	7(36.8%)	2(25%)
保 母	1(5.3%)	0
祖 母	1(5.3%)	1(12.5%)

学校では1歳～2歳未満が最も多く42.1%であり、O養護学校では特に多い時期はなかったが、4歳頃に気付いた者もいた。最初に障害に気付いた人は、I養護学校もO養護学校も医師と母親自身によるものが多かった。きっかけについては、医療関係機関受診以外では、両養護学校とも視線が合わないことや言葉の遅れなどの発達の遅れに母親が気づいた例が目立った。また、異常が発見された後すぐに対策を講じなかった者がI養護学校では36.8%、O養護学校では25.0%おり、対策を講じるまでに1カ月から最長11カ月を要していた。

3) 食事歴

授乳期の栄養法は表5に示す通りである。I養護学校は混合栄養が68.4%と多く、O養護学校は人工栄養が50.0%を占めていた。離乳期に困難を有していたものは、I養護学校では5.0%、O養護学校では25.0%いた。砂・紙・クレヨン等の食べ物ではないものを食べる異食経験のあるものはI養護学校では10.5%、O養護学校では25.0%いた。嗜好の偏りの経験のあるものはI養護学校では74.0%にも達し、O養護学校では25.0%いた。そのために、I養護学校には子供の食事について悩んでいる母親が多かった。

4) 入学理由

I養護学校の場合には何らかの形で紹介を受けたものが100%であり、紹介を受け見学した後に、親と子が自ら選んでいた。それに対し、O養護学校入学の契機は少人数制・近くの学校の特殊学級を拒否された・通学に便利等様々であった。

面接の時、I養護学校の母親達からは、子供の養

表5 I・O養護学校児童の授乳期の栄養法

栄 養 法	人数(%)	
	I 養護学校	O 養護学校
母乳栄養法	4(21.1%)	2(25%)
混合栄養法	13(68.4%)	2(25%)
人口栄養法	2(10.5%)	4(50%)

育に真剣な様子やこの子供達と共に生きていることに喜びを感じていることがうかがわれたが、O養護学校の母親たちは周辺に養護学校の数が少ないために、選択や要望を抑制せざるを得ない状況にあり、子供の将来について諦めている者が多かった。そして、「発達の遅れのある子供をどう育てていったらよいか」の疑問、不満や精神的負担を感じている者が多かった。

I養護学校は、家族と協力して、子供に適した生活を作るという母子を一体としての教育を特色としていた。実際には、毎月校長懇談会という形で、母親に対して子供の『障害の受容』、つまり、『前向きに生きることの学習』としての『人間教育』が行われていた。

I養護学校には、図1のように大人と子供という関係しか存在しなかった。つまり、一般的な教師と児童生徒という関係はなかった。一方、O養護学校は日常的に指示的な言葉が使用され、現時点での障害に対応した接し方をしていた。

この教育方針の相違は、母親の食生活に対する考え方にも現れていた。I養護学校の母親達は、生活に対する見方の指導がなされているため、食生活においても食べ物や食べることを心の発達や安定と関連付けて考えている人が全員であったのに対して、O養護学校の母親達は身体を養うものとしての食べ物、つまり、栄養素の摂取の点のみからとらえていた。

面接に際して、O養護学校の母親の半数以上は、前向きに生きることの学習ができていないため、つまり、子供たちを全人的に受容する習慣ができていないため、親としての姿勢が固まらず、応答に際しても涙で言葉にならない者も含めて、多くが涙ぐんでいた。これに対し、I養護学校の母親は

図1 I 養護学校と O 養護学校の人間関係の比較

表6 I およびO養護学校児童の個人別1日当たりの平均栄養素摂取量, 3日間の平均値

Case No.	Energy Kcal.	A ¹ -pro g.	V ² -pro g.	A ¹ -fat g.	V ² -fat g.	Carb. g.	Minerals(mg)						Vitamins					D-fib g
							Ca	P	Fe	Na	K	Mg	A IU.	B ₁ mg.	B ₂ mg.	C mg.	D mg.	
I School																		
1	910	12.5	2.2	0.7	0.2	216.2	493	405	1.6	261	1,086	33	55	0.28	1.06	260	0	3.2
2	948	9.7	15.7	1.6	3.9	199.4	309	507	2.8	1,630	1,323	124	222	0.39	0.58	49	16	5.2
3	1,169	24.8	19.1	30.7	14.6	143.0	302	643	6.2	1,576	1,821	140	1,173	0.79	1.03	85	88	7.8
4	1,256	35.2	16.6	27.1	14.5	168.6	581	942	7.1	2,043	2,590	139	2,395	0.70	1.29	130	7	7.8
5	883	24.1	7.3	34.0	14.1	79.9	709	750	2.5	1,303	1,208	85	1,456	0.34	1.16	11	33	2.3
6	1,142	37.3	18.0	30.8	18.9	114.8	557	942	7.0	2,318	2,020	175	2,026	0.77	1.39	97	88	9.2
7	1,075	42.3	16.3	21.6	20.9	112.3	380	809	8.6	4,313	2,077	125	1,860	0.58	0.84	76	240	9.9
10	1,651	41.2	25.1	48.4	18.7	218.1	731	1,212	6.0	2,592	2,616	580	2,308	0.67	0.93	50	0	6.5
11	3,012	51.9	45.1	40.8	40.7	452.6	207	1,278	11.5	5,378	2,469	169	1,072	1.91	1.39	77	35	7.6
12	1,371	17.5	20.0	13.6	12.5	236.4	194	716	5.1	303	868	146	1,814	0.54	0.37	15	18	3.4
13	1,840	37.3	21.6	20.4	23.3	296.2	218	760	4.4	3,324	1,141	99	744	0.65	2.86	301	65	3.5
14	1,438	41.7	25.0	23.9	18.5	196.0	551	1,067	10.3	2,399	3,994	293	3,751	1.09	1.34	172	93	13.7
18	2,567	60.3	30.6	37.6	23.5	405.0	330	1,233	8.2	6,351	2,379	165	610	1.20	1.13	220	127	10.6
19	1,795	38.5	29.3	28.0	24.8	253.8	328	909	10.1	4,538	2,102	147	2,099	1.38	1.21	82	10	9.4
20	3,295	87.4	61.1	43.4	112.1	334.4	1,177	2,179	27.2	9,063	7,175	564	7,601	2.01	2.25	160	73	42.2
21	1,686	40.9	38.8	22.1	26.2	237.8	566	1,212	15.5	6,753	3,924	291	1,651	1.16	1.24	99	98	20.2
22	2,242	100.4	30.6	48.7	24.8	261.8	357	1,395	10.5	6,522	3,234	307	1,520	2.20	1.52	65	369	11.8
O School																		
02	1,383	26.2	25.0	23.6	20.8	190.4	360	734	7.0	2,437	1,864	202	2,128	0.71	0.81	46	18	8.4
04	2,774	43.6	56.1	37.4	42.5	400.6	580	1,451	13.6	5,626	3,846	330	2,101	1.96	1.56	177	5	25.2
07	1,213	27.0	16.0	21.1	27.1	145.7	305	613	4.2	1,795	1,382	74	1,190	0.54	0.76	32	89	6.5

A¹; Animal, V²; Vegetable

冷静で客観的に語ることでできるものが殆どであった。

2. 食物摂取状況調査について

O 養護学校で食物摂取状況調査の結果が得られ

た者は3人であり、両養護学校を比較検討することは適切とは言えない。しかし、その結果には類似の傾向が認められた。3名しか食物摂取状況調査が行えなかった理由は、親の防御的態度と共に、

障害児をかかえた生活が情緒的に極めて困難であり、それに加えて摂取食物を調べる煩雑さのためと推測された。I 養護学校の子供達の35.3%には、「朝食」「昼食」「夕食」「間食」の食事リズムに乱れがあった。養護学校の正確に調査の出来た者3人には規則正しい食事リズムがあったが、生活リズムの乱れにより、正確な調査ができなかった者もいた。

個人別1日当たり平均栄養素摂取量の結果は表6に示した。個人差が大きく一定の傾向は見いだせなかった。充足率の結果については表7に示した。充足率は「都立盲・ろう・養護学校児童・生徒の栄養摂取標準」を個々の栄養所要量とし、算出したものである。わが国では現在、障害児の栄養所要量の算出方法について（（財）日本児童福祉給食会，1982）は確立されたものではなく、各施設ごとに任されている。東京都には「都立盲・ろう・養護学校児童・生徒の栄養摂取標準」が設定され

ている。これは東京都が、1981年の国際障害者年を起点とするアクションプログラム「国際障害者年東京都行動計画—昭和56～65年」を作り、障害により社会生活に様々な困難をもっている人たちのために、これを補う条件整備に努め、その一環として作られたものである。障害の程度、あるいは、運動量に見合った栄養素の摂取量などを示した点で、わが国でも初めての「障害児食生活基準」と言われている（東京都教育庁体育部給食課，1990）。そこで今回は、これを用いて、充足率の平均値を算出した。

3. 生活時間調査について

生活時間調査の結果は表8に示した通りである。起床あるいは就床時刻の不定な者は、I 養護学校には15人（88.2%）、O 養護学校では2人（40.0%）いた。また、不規則な睡眠や食事をする者がかなりおり、両養護学校とも多くの者に不規則な生活リズムが認められた。その生活も室内遊

表7 I およびO 養護学校児童の個人別1日当たりの平均栄養素摂取量の充足率，3日間の平均値

Case No. Energy Pro. Fats Ca Fe salt V.A V.B ₁ V.B ₂ Niacin V.C V.D (%)												
I School												
1	59	27	2	99	18	9	5	47	133	44	520	0
2	68	46	12	77	35	51	22	65	73	50	98	4
3	84	80	101	76	78	50	117	132	129	103	170	22
4	90	94	92	145	89	65	240	117	161	137	260	2
5	74	70	120	177	28	41	121	68	166	35	22	33
6	94	123	124	111	78	74	169	154	199	113	194	88
7	70	107	85	76	96	138	155	97	105	185	152	240
10	118	121	149	122	60	94	154	112	116	197	100	0
11	168	149	136	30	115	171	71	273	139	242	154	35
12	93	68	52	28	51	11	121	90	46	79	30	18
13	103	91	73	31	44	105	50	93	286	208	602	65
14	105	133	94	79	103	87	250	218	168	200	344	93
18	122	114	87	37	68	161	41	150	94	159	367	127
19	92	97	81	41	84	115	140	173	110	99	137	10
20	157	186	222	131	227	230	507	251	188	237	267	73
21	96	123	81	81	129	172	110	166	124	112	165	98
22	115	187	113	45	88	166	101	275	138	262	108	369
O School												
02	79	79	74	51	58	62	142	101	81	74	77	18
04	142	142	123	73	113	142	140	245	142	176	295	5
07	71	66	80	51	42	58	79	77	84	74	64	89

表8 IおよびO養護学校児童の個人別1日当たりの平均生活時間, 3日間の平均値

(分)

ケース NO.	睡眠	昼寝	着替え	洗面	排泄	食事	間食	入浴	通学	遊内1*	遊内2*	遊外1*	遊外2*
I School													
1	587	0	28	6	50	85	83	17	77	306	115	0	87
2	453	183	27	0	2	31	10	26	78	434	89	18	88
3	473	37	22	0	6	89	12	25	161	445	66	3	99
4	572	61	9	8	7	52	18	22	137	332	110	40	71
5	586	52	12	2	6	114	0	22	92	417	97	7	0
6	511	40	30	5	0	99	3	13	163	467	7	40	33
7	605	0	23	7	10	70	23	9	171	443	28	28	33
10	492	62	13	0	7	30	60	12	92	400	90	61	122
11	495	0	12	4	15	58	38	3	112	345	165	184	9
12	723	0	17	1	15	111	8	14	113	383	31	0	23
13	535	0	13	5	11	51	50	17	126	525	51	14	41
14	573	20	26	10	51	116	12	8	130	404	71	0	18
18	453	0	33	30	40	68	25	52	116	442	92	47	38
19	492	95	4	3	5	65	17	32	179	322	151	41	20
20	573	0	14	0	14	61	24	0	102	539	51	5	57
21	527	110	11	6	11	91	29	13	108	321	155	10	47
22	492	10	14	4	27	53	24	15	46	595	26	46	87
O School													
02	543	0	17	3	6	70	18	13	0	666	0	34	69
04	520	0	19	6	13	78	50	18	0	618	2	19	83
05	598	0	10	5	7	65	10	30	0	401	0	213	100
06	560	0	19	18	42	96	0	10	0	445	125	91	33
07	533	0	6	1	11	59	23	7	0	719	7	73	0

内1*: 静的(TV, ファミコン, オモチャ等) 外1*: 静的

内2*: 動的(走る, 歩く)

外2*: 動的(走る, 歩く)

びで過ごす時間が屋外遊びで過ごす時間よりも、両校とも平均約4倍から6倍と長かった。食事時間は介護を必要としている者や摂食機能の低下している者ほど、当然のことながら、時間がかかっていた。

4. 食生活に関する事例研究から

1) 学校側の母親に対するケアとその影響

食生活に対する母親の考え方の差は学校側の教育方針の相違によるものと考えられる。I養護学校においては家庭と協力して、子供達に適した生活を作るために毎月、校長との懇談会が開かれている。母親たちからはカルチャースクールと呼ばれ、親の意識の向上を図っている。一方、O養護学校においてはそれにあたるミーティングはなく、養護教諭から肥満指導が行われているにすぎ

ない。また、同じ高学年に在籍する子供を持つI養護学校の母親とO養護学校の母親を比較してみると、精神状態にかなりの相違が見られ、O養護学校の母親には、現実を受けとめきれずに不安定な精神状態にいたるものが多かった。

事例1

O養護学校のケースNo. 01の母親のように学校側から提示される「肥満度何%」という数字に強くとらわれている者もいる。この母親はわが子の体重変動の原因を薬剤によると解している反面で、子供が幼児期から1日1本の缶コーヒーを楽しむとし、これにより精神的安定を得ていることを知っているために、それを止めさせるべきかどうかについて悩んでいる。

事例2

I 養護学校のケース No. 21 の母親は校長懇談会を次のように語っていた。『I 養護学校入学以前は、障害児を持ったら楽をしてはいけない、親が頑張るべきだと言われ続けてきた。そのために子供の存在が重荷になっていたが、校長先生の“お話”を聞き続けた結果、価値観・人生観が変わり、リラックスして生きられるようになり、子供を慈しんで育てるようになった。』そして、この母親がわが子を心の底からかわいいと思えるようになった頃、子供の食生活には変化が見られ、食べられる食品数が増えてきたと語った。

実際、調査時点での平均栄養摂取量の充足率は、脂質とカルシウムの81%を除いてほぼ満たされていた。

事例3

O 養護学校のケース No. 04 の母親のように、地方に暮らしていてもテレビの発達相談から、あるがままの子供を受入れられるようになることもある。

このケースの平均栄養素摂取量の充足率はカルシウム73%、ビタミンD 5%以外、全て満たされていた。

2) 学校側の子供に対するケアとその影響

食べ物の好き嫌いは、O 養護学校の子供達がI 養護学校よりも少なかった。これは、これまでの食事指導等の教育的効果と推察される。しかし、一般に食事の時にすら子供らしい笑顔が少なく、大人の顔をうかがうものが多かった。

O 養護学校のケース No. 04 のようにわずかな食べ物でさえ、教師、母親やその他の家族の許可を得てからでないと口にしない者もいた。この子供は幼い頃から通園施設で厳しく生活訓練や食事指導等を受けていた。この子供の母親は『今さら学校側から自主性と言われても、これまで常に指図される教育を受けてきたのだから無理なこと』とわが子に対して同情的であった。

事例5

I 養護学校のケース No. 3 は言葉によるコミュニケーションはとれないが、ある意味での自主性

は育っている。例えば、ある日の昼食時に著者が、彼のお弁当を開けて食べることをすすめたが食べることを拒否し、壁に描いてある「どら焼」を指した。そのことは、朝の登校途中、昼食用にと母親と一緒に買ったハンバーガーを食べたいという意思表示であった。この母親は、『こういう子であっても、自主性のある子になって欲しいと願っている学校を選んだ』と語っていた。

3) 介護者のかかえる問題

介護を必要とする肢体不自由児をもつ母親にとっては、子供のウエイトコントロールは重要なことである。

事例6

I 養護学校のケース No. 14 は食事や排泄、着替えなどの生活全てにわたって介護を必要とする。この子はホルモン療法開始後、太り始めた。母親は食生活にかなり配慮し、子供の好きな乳製品を控えたり、油の使用を抑え、野菜や海藻類を食べさせるようにしていた。乳製品を与える代わりにほぼ毎食後、トマトジュースを飲ませていた。そのためか、カルシウムの平均栄養摂取量は551mg、ビタミンA は3,751IU であり、充足率はそれぞれ79%、250%であった。子供自身も野菜を好み何でも好き嫌いなく食べていた。しかし、体重が45kg になった子供の世話は重労働であり、昨年ついに母親は過労から臥床してしまった。その結果、それまでの食生活は一変し、家族の者が買ってくる既製品の惣菜、特に揚げ物が食卓に頻繁にのぼるようになった。昨年、著者が2回（1回目は1泊2日、2回目は2泊3日）この家庭を訪れた際、それまで喜んで食べていた野菜を口もとに持っていくと、嫌な顔をして口をぎゅっとつぐんだのである。母親は、野菜料理が減り、揚げ物料理を食べる機会が多くなったからであり、口当たりの良い揚げ物の味を知ったせいであろうと語っていた。

4) 食事の提供と受入れ状況

事例7

表9は調査期間中ケース No. 10 が食べたものである。2日目は、夕食のカレーライスを食べる

表9 I 養護学校のケース No. 10の調査期間中食べたもの

	時 刻	料 理 名	食 品 名	摂取量(g)
1 日目	7 : 10	唐揚げ	油	10.2
			鶏肉	160
			生姜	15
			醤油	12
			片栗粉	18
		おにぎり	トマト	45
			梅干し	15
			ご飯	20
			海苔	0.8
			のど飴	10
	10 : 50		午後の紅茶	200
	14 : 45		のど飴	5
	15 : 10		コーラ	50
	17 : 00		チーズ	110
			ぶどう	105
	18 : 30		ファンタグレープ	200
	19 : 00	クリーム煮	マッシュルーム	15
			しめじ	17
			人参	8
			鶏肉	37.5
			サラダ油	2.2
		牛肉炒め	塩	0.4
			バター	8.3
			小麦粉	4.7
			牛乳	75
			塩	0.5
			ブイヨン	0.5
			牛肉	50
			バター	2.5
			マーガリン	2.5
			午後の紅茶	350
	19 : 20			
2 日目	9 : 50		豆菓子	40
			コーラ	150
			豆菓子	45
			午後の紅茶	250
			ウインナー	60
	13 : 45		チーズ	30
			トマト	140
			午後の紅茶	200
	19 : 00	カレーライス	じゃがいも	80
			人参	32
			玉葱	43
			マーガリン	13.3
			豚肉	50
			生姜	1.6
			ニンニク	1.6
			ブイヨン	0.5
			豆菓子	40
			午後の紅茶	300
			ファンタグレープ	300
	23 : 00			
3 日目	9 : 00		のど飴	10
	13 : 00		のど飴	10
	13 : 40		チーズ	30
			コーラ	50
			豆菓子	40
	14 : 00		トマト	180
	18 : 00		ウインナー	30
			チーズ	30
			フライドポテト	100
			ご飯	60
			午後の紅茶	300
	21 : 00		ウインナー	30
			チーズ	30
			ぶどう	160

まで、食事らしい食べ方はしていない。食事のリズムがはっきりせず、だらだら食べている。母親は、少しでもたくさん食べるようにと常に食卓の上に食べ物を出しておき、また、冷蔵庫には好きな物を常備し、かなり気を使っていた。

この子供は緑色野菜が嫌いであるが、ホットケーキにほうれん草の粉末を混ぜて焼いたところ全部食べることができた。

充足率からこのケースをみると、鉄とビタミンD以外は所要量を満たしていた。3日間緑色野菜を食べていないが、ビタミンA源となる人参・トマト・プロセスチーズを摂っていた。

事例8

I養護学校のケース No. 22の場合、カルシウムの平均摂取量が357mgと少なく、母親は味噌汁のだしも化学調味料ですませていたので、煮干しの使用を助言した。最初は煮干しを残していたが、2カ月位経過した頃には喜んで食べるようになった。

事例9

I養護学校のケース No. 11(11歳, 男, 身長150cm, 体重64kg, 自閉的傾向)のように外出の時も食べ物を持ち歩くなど、食べ物や食べることで心の安定を得ている者もいる。相手の話は理解できても、言葉によるコミュニケーションが不可能なため、意思を十分に伝えられないはけ口として食べているのではないかと母親は理解している。この母親は添加物の少ないものを食べさせたいと願っているが、子供はインスタント食品などを好み、通常は野菜や果物の少ない食事である。風邪など病気の前だけ、自主的に野菜や果物を食べる。

事例10

表10はケース No. 2の調査期間中食べたものである。毎日同じようなパターンの食事が繰り返され、料理らしいものは食べていない。彼の食べ方は自閉的傾向の子供にみられる過度な常同行動と食行動が関連していると考えられ、ふりかけもジュースも必ず同じ商品しか食べない。子供向け食品の場合、流行があり製造中止になり易く、同じ品物を買求めるのに母親はかなり苦労してい

表10 I養護学校のケース No. 2の調査期間中食べたもの

	時刻	食 品 名	摂取量(g)
1日目	7:00	ヨーグルト	100
		バナナ	130
		麦茶	150
	12:30	ご飯	150
		ふりかけ	1.3
		バナナ	110
	14:40	フルーツキャロットジュース	160
	16:10	コーンフレーク	35
	16:55	クラッカー	5
	17:00	ご飯	120
		ふりかけ	3
		麦茶	150
2日目	5:00	ヨーグルト	100
	7:30	ご飯	120
		しらす	12
		麦茶	150
	11:08	ご飯	150
		納豆	35
		納豆のたれ	5
	23:00	バナナ	110
		フルーツキャロットジュース	160
		フルーツキャロットジュース	160
		ヨーグルト	100
		麦茶	150
3日目	7:15	ヨーグルト	100
		ご飯	120
		しらす	12
		海苔	1
	12:20	ご飯	130
		ふりかけ	12
		バナナ	120
	14:15	フルーツキャロットジュース	160
	18:10	ヨーグルト	100
		ご飯	120
		ふりかけ	3
		麦茶	150
	19:50	りんご	70

た。このケースの場合、全ての栄養素が不足していた。

事例11

表11は、ケース No. 20の調理期間中に食べたものである。料理として食品を食べているが、その食べ方は変わっている。生野菜のとり方が異常に多く、1回に300~400g食べ、その際にマヨネーズと醤油をかける。これが日に数回あり、その上、1回に食べる漬け物が100g前後であった。この例は米飯を食べておらず、主食としての穀類は3日間通してスパゲッティ1回と甘食パン(15g)と素麺1回を食べただけであった。この例の場合、離

表11 I 養護学校のケース No. 20の調査期間中食べたもの

時刻	食 品 名	摂取量(g)			
1日目 11:30	甘塩鮭	70		ボイルエビ	20
	牛肉	20		チキンスペアリブ	117
	えのき茸	10		油	4
	大葉	0.5		唐揚げ粉	10
	油	0.8		コーン	150
	減塩醤油	2.4	14:30	ジュース	300
	かぼちゃ	40		レタス	130
	砂糖	2.5		マヨネーズ	14
	減塩醤油	1.2		減塩醤油	18
	チキンスペアリブ	113		コーン	80
	唐揚げ粉	10		生姜	30
	油	1.5		きゅうり	385
	うずらの卵	10		減塩醤油	36
	ほうれん草	35		マヨネーズ	15
	コーンマーガリン	2	15:25	生たらこ	25
	塩	1		キムチ(白菜)	140
	スパゲッティ	70		アイスクリーム	29
	たらこ	50		ビスケット	15
	コーンマーガリン	5	17:17	ビスケット	30
	海苔	1.5	18:40	ひじき	150
	いか	50		こんにゃく	150
	減塩醤油	2.4		大豆水煮	100
	ウインナー	30		人参	80
13:10	ジュース	350		油揚げ	35
14:17	きゅうり	420		油	3.2
	マヨネーズ	40	19:07	つゆの素	50
14:36	パイ	60		キングサーモン	32.5
15:48	きゅうりの漬け物	80		小麦粉	2
16:50	ガム	10		油	1.5
17:15	ドーナツ	45		マーガリン	1.3
18:30	ゴボウ	125		ピーマン	55
	里芋	150		豚ロース肉	42.5
	糸こんにゃく	360		竹の子	25
	つゆの素	25		チンジャオロースの素	30
	豚挽き肉	50		油	2
	減塩醤油	6		レタス	355
	レタス	150		マヨネーズ	42
	ボイルエビ	120		減塩醤油	90
	ドレッシング	7	3日目 11:00	キリンレモン	350
	素麺	24		クッキー	70
	大葉	1	12:10	納豆	100
	つゆの素	10		納豆のたれ	10
	なす	360		きゅうり	330
	油	50		ドレッシング	50
	鰯の干物	52		レタス	120
	午後の紅茶	200		玉葱	115
2日目 5:13	パイ	45	12:53	甘食パン	15
	レタス	180	13:30	するめいか	60
	マヨネーズ	14		減塩醤油	6
	減塩醤油	27	16:57	サニーレタス	75
	レタス	130		ドレッシング	30
	マヨネーズ	17	18:15	サニーレタス	135
	減塩醤油	18		きゅうり	100
	マグロ	45		ドレッシング	30
	減塩醤油	6		せんべい	27
	酒	0.8	18:37	エビ	150
	みりん	1		玉葱	50
	生姜	1		ソース	50
	里芋	3	19:17	ショートケーキ	70
	ピーマン	40		コーヒゼリー	100
	油	40	19:58	人参	300
	かき油	0.8		油	4
				減塩醤油	18
			21:35	アイスクリーム	350

表12 I 養護学校のケース No. 1の調査期間中食べたもの

	時刻	食 品 名	摂取量(g)
1日目	8:00	プチダノン	40
		アンパンマンドリンク	130
	8:30	さくらんぼ	75
	12:00	さくらんぼ	36
		プチダノン	40
		麦茶	100
	15:00	プチダノン	40
		リンゴジュース	200
	15:30	スポーツドリンク	100
	17:30	オレンジジュース	330
	18:00	プチダノン	40
		アンパンマンドリンク	130
	19:00	さくらんぼ	75
	19:30	リンゴジュース	200
	20:00	宇津こどもドリンク	20
		アンパンマンドリンク	195
		さくらんぼ	37.5
2日目	7:30	プチダノン	40
		自家製オレンジジュース	50
		蜂蜜	2.8
	8:30	さくらんぼ	75
	11:30	さくらんぼ	75
		プチダノン	40
		麦茶	100
	16:00	さくらんぼ	90
		リンゴジュース	300
	17:00	プチダノン	40
		アンパンマンドリンク	130
		リンゴジュース	150
	18:45	プチダノン	40
		アンパンマンドリンク	130
	19:00	リンゴジュース	100
	20:30	プチダノン	40
		宇津こどもドリンク	20
	21:00	さくらんぼ	75
3日目	8:10	プチダノン	40
		自家製オレンジジュース	50
		蜂蜜	3.5
	12:00	プチダノン	40
		スポーツドリンク	300
		さくらんぼ	45
	14:00	さくらんぼ	67.5
		プチダノン	40
	15:00	アンパンマンドリンク	130
		さくらんぼ	75
	16:45	アンパンマンドリンク	130
	17:00	プチダノン	40
		アンパンマンドリンク	130
	18:30	プチダノン	40
	19:00	アンパンマンドリンク	130
		プチダノン	40
	20:00	プチダノン	40
		アンパンマンドリンク	130
	21:00	宇津こどもドリンク	20

乳食開始時期には、食生活上の問題はなく順調に経過したが、5歳頃から生野菜が主食となり、米

飯を食べなくなった。たまに食べても生米か冷蔵庫のバラバラになった冷やご飯であった。

事例12

表12はケース No. 1の調査期間中食べたものである。プチダノン、さくらんぼ、ジュース類と料理らしいものは食べていない。食品数も摂取量も少ないため、母親は心配し、子供用栄養ドリンクを毎日飲ませていた。また、塩分摂取量も特定の限られた食品しか食べていないため、調理に用いられる付加塩分が少なくなり、1g以下の低値であった。

IV 考 察

O 養護学校では、「未来」を展望して、目的を子供たちの自立と社会適応とし、発達を促すための訓練や教育を多様に展開させている。一方、I 養護学校は未来ではなく「今」を生きる子供達の生活を充実させるために力をそそぎ、子供のもつ根源的な発達する力を信頼し見守っていこうとする発想のもとにケアと教育が進められている。また、障害者としてではなく、ひとりの人間として子供を見、接していこうとする姿勢があり、その結果、命令的、指示的な言葉は殆ど使用されていなかった。

1. 医師の診断について

心身に何らかの異常が発見された後、すぐに対策を講じなかったことの理由としては、母親自身がその事実を認めたくないという防衛心理のあらわれ、鏑 (1963) によるところの親の「情愛」つまり、子供の発達に対する希望的楽観であると思われる。ケース No. 8の母親は保育園の保育さんから子供の様子について『おかしい』と言われた時、そんなことはないと強く否定したと語っていた。ケース No. 3の母親も2歳児健診の際、保健婦より言葉が出ていないことを指摘されたが、うちの子は大丈夫、心配ないと思っていたと語っていた。I 養護学校の76.5%の子供達は医師から明確な診断名を付けられていない。病院ごとに、診断名が変わりいくつもの診断名のある子供もいる。杉原ほか (1992) は障害告知の時期及び内容につ

いて母親が不満を持ち、早期の告知を望んでいると報告している。ケース No. 11の父親は子供のことが要因となり自殺した。ケース No. 8の母親は医療側から明確な説明がなされなかったことに、精神的負担を感じていたと語っていた。家族に対して納得のいく説明が必要であることを痛感する。

2. 生活リズムについて

I養護学校は主体性や自発性の芽を摘まないため、それぞれの子供達が、自分自身で学校の生活を作っていくことを基本にしている。食生活に関しても食事時間等は子供達に任されている。今回の調査からI養護学校には基本的な生活リズムの乱れ、つまり食生活リズムや睡眠リズムの乱れが顕著に多く認められた。しかし、この乱れは障害による差異もあると考えられる。O養護学校においても生活リズムの乱れのため、正確な調査が出来なかった者がおり、この点においては、両養護学校間、つまり非指示的と指示的養護の間には差はないと考えられる。

3. 栄養素摂取量について

I養護学校には鉄分の摂取量が3.0mg以下の低値を示している者がいた。他方で11.0mg以上の高値を示した者もいるので、同じパターンの食事が繰り返されることによる摂取食品群の偏りが大きいと考えられる。又、海藻類、豆類、肉類、魚介類、緑黄色野菜、卵等バランスよくとっているのに全体の摂取量が極度に少ないために低値を示している例もあった。鉄分の摂取量が充足率を満たしていたのは5例のみであった。鉄欠乏はOskiほか(1983)、Lozoffほか(1982)の報告によれば、発達行動に悪影響を及ぼすとされている。摂取量が低値の者に対しては、その食生活を詳細に検討する必要があると思われる。

塩分摂取量が1日当たり平均14gを超えていた者は果実類、野菜、嗜好飲料を多く摂取していた。塩分摂取量の多い理由は塩蔵物、つけもの、味噌汁(風味調味料使用)の摂取量が多いことになっていた。個別にみると、米飯とつけもの、米飯と塩鮭、塩分濃度の高い味噌汁の食事が繰り返され、

それが調査期間の3日間続いている子供もいた。特に塩分摂取量の多い例に対しては、小児成人病予防上、食塩の摂取量を制限することも大切(今村, 1991)とされている現在、塩分を減らすような食生活の工夫が必要である。

両養護学校の子供達は室内で過ごす時間が多く、屋内生活が長時間である場合には、ビタミンDの摂取は特に成長期の小児の骨の脆弱化を防ぐために(厚生省, 1989)必要である。このことから考えると、カルシウムとともに不足を補うような食生活にする工夫が重要であろう。

特定の限られた食品のみを食べている子供は、その食品由来の栄養素しか摂取できないため、当然のことながら栄養素摂取量は低値を示した。

I養護学校とO養護学校の充足率の平均値を図2に示した。両校ともカルシウム・鉄・ビタミンD以外は、ほぼ所要量に達していた。しかし、実際には個人差が大きく、一概に所要量を満たしているとは言い切れない。食塩を除いた栄養素等について検討してみると、I養護学校には5成分以上に不足が見られるものが10人(58.8%)、O養護学校には2人(66.7%)いた。11成分すべてが不足していたものは、両校に1名ずついた。又、逆にビタミンDを除く全ての栄養素を約1.5~5倍摂取している子供もいた。Raitenほか(1984)は栄養素摂取量を発達障害と関連づけている。つまり、疾患の原因等との関連である。

障害児のかかえる問題は個別的であるため、栄養素摂取量の個人差を大きくしているものと考えられる。

4. 食生活に関する事例研究

障害児をもつ母親の心理や障害の受容過程については、これまで多くの研究(渋谷1980, Miller 1968, 丸井ほか1972)がなされている。母親がわが子の障害にショックを受け、危機的時期を通り抜け、障害児を受容するようになるまでにはかなりの時間が必要とされる。しかし、母親がそのような心理的葛藤状況にある時でも子供の食生活は途切れることなく続いているのである。発達に遅れのある子供の「Quality of Life (生活の質)」の

図2 IおよびO養護学校の平均栄養素充足率、それぞれ17および3名の3日間の平均値についてのもの
(基準：都立盲・ろう・養護学校児童・生徒の栄養摂取標準)

視点から考えると、子供の食環境を整えることは何よりも重要である。広瀬ほか（1989）によると障害児を持つ母子の精神状態は、学童期には比較的落ち着きを取り戻せると報告されている。やはり、I養護学校のような長期にわたる親に対する一貫した教育は、母親の心の安定につながり、ひいては食環境を向上させることになり重要である。つまり、それほど、保護者が発達に遅れのある子供を受入れ、肯定的に共に生きて行こうとする時、日常生活の上で様々な問題が生じやすいということである。発達に遅れのある子供自身が、自ら食環境を整え、質の高い食生活を築くことが不可能である以上、家族や回りからの配慮が必要であることは言うまでもない。

『障害を持った子供たちは、自分が親の悩みのもとになっていることを存在全体で感じており、自分の存在価値について疑いを持っている』と津守（1988）は述べている。I養護学校の教育方針は、発達に遅れのある子供達に自主性を育むことであり、それは生きることにに対する意欲とも関わり、人として生きていく上での重要なことを意味していると思われる。

自分自身で食べるものを得ることが出来ない子供にとっては、家族特に母親の健康状態が、大きく食生活を左右する。しかし、家族の努力だけで、困難を回避することは極めて難しい。青山ほか

（1981）は家族の要望として、家庭奉仕員などの人的資源を望んでいる人が多いと報告している。ケース No. 14が生活している地域には有料ホームヘルパー派遣システムがある。しかし、これは家族全体に対する援助システムではなく、障害児等の直接介護を必要とする本人に対するものである。家族が望むものは、個人を支えるものではなく、家族全体を援助するような派遣システムである。安定した継続的な食生活を送るためには、発達に遅れのある子供を持った家族に対するより実際の援助システムの充実がなされるように計画する必要がある。

成長期の子供を持つ親にとって、食事量や食べ方は重大な関心事の1つである。少しでも食べて欲しいという母親の願いから様々な工夫や配慮がなされる。また、親は健常児と比較し、食事のあり方が一般的でないことに神経をすり減らしている。介護をしている人は精神的な負担や不満もかなり多いので、メンタル面のケア、つまり、カウンセリングが制度上必要であると考えられる。

調理の工夫は子供の食行動に影響するため、食生活の改善や工夫の仕方は、個々の状態に応じて、なるべく本人に負担をかけない方法をとることが望ましい。宮崎ほか（1991）も発達段階や摂食機能に合わせた食形態や調理の工夫の必要性を強調している。

コミュニケーションの不完全さを食べることで解消しているケースもあり、その結果、肥満につながっていたが、Burton ほか (1959) は人間の食べ物と精神には密接な関係があり、欲求不満のはけ口を食べ物に求め、肥満になることもあるとしている。このことはその後、摂食障害の心理学的研究によって今では広く知られている。

永井 (1983) は自閉症における強い偏食は、味覚を含めた感覚の未熟性や同一性保持の欲求が強くかかわっており、その背後に各種感覚の情報処理過程とその統合に関する中枢神経系の障害が関与していると推察している。このように今後の研究によらなければ、いわゆる健康的な食生活を望めない一面もある。

発達に遅れのある子供たちの食生活は、社会常識では考えられないものが多く、ケースごとの対応が極めて重要である。

野村ほか (1991) は子供の将来を憂慮するあまり「子供の今」が疎外されすぎている日本の現状がある限り、I 養護学校のような子供の「今」に重みを置いている学校の存在の意義は大きいと述べている。このような「今」を大切にす環境で育った子供達とそうでない子供達が卒業後どのような食生活をしていくかについては、今後の追跡調査が必要であろう。しかし、I 養護学校の場合、子供たちの年齢や体格等を考慮に入れても、やはり、食生活のアンバランスが目立ち過ぎることは事実である。子供たちの状態や母親のことを十分に配慮した上で、食生活のアドバイスが出来るスタッフが、専任あるいは定期的にかかわることが発達に遅れのある子供達が心身ともに安定した生活をおくる上で望ましいことであると考える。

今回の事例調査は例数は少なかったが、子供達や介護者と信頼関係を結ぶまでわかり合うことができた。この調査を通して、母親と介護者の健康を維持していくことも重要であり、これらの人達に対しても今後、食生活の検討が必要であることを痛感した。

最後に、発達に遅れのある子供たちにとって食べることは生活の中で唯一の楽しみであり、食事

をめぐる1日のサイクルがつくられているのであるから、彼らの食事については多角的な研究を必要としていることを強調したい。

障害児・者を対象とした調査研究において、客観性を保証する研究方法が樹立されているとは考えられない。今後の課題として、研究方法の検討が極めて重要であることを今さらながら体験した。

V 結 論

母親に対して、子供を精神的に受け入れることを直接手助けしている養護学校と母親に対する援助を一義的には行っていない養護学校を対象に食生活調査を行った。その結果、栄養素摂取量はどちらの養護学校でも個人差が大きかった。栄養素摂取量の極端に多い子供や少ない子供は摂取食品の偏りや全体の摂取量の少ない傾向が認められた。又、同じ食事パターンが繰り返される傾向にあった。生活に対する指導がなされているI 養護学校の母親たちは、食べる物や食べることを心の発達や安定と関連づける傾向が認められたのに対して、障害児の教育に重点をおくO 養護学校の母親たちは、栄養素の摂取とのみとらえる傾向が強かった。母親が、発達に遅れのある子供を受容できるようになると、子供の食べ方が変わり、食域に広がりを見せるケースがあった。肢体不自由児のような生活の全てにわたって介護を必要とする子供の食生活は、主たる介護者である母親の健康状態に左右されていた。不足している摂取栄養素に対しては、調理方法を工夫することによって、改善されるケースがあった。

以上の結果から、発達に遅れのある子供達の適切な食生活は、

1) 個人的対応が必要である。

2) 安定した継続的な食生活を送るためには、介護者の健康維持が重要な課題であり、ヘルパーの制度を整え、柔軟な対応の可能な公的援助システムを作り上げることが大切である。

3) 子供の負担にならない形での食生活改善が大切である。

4) 発達に遅れのある子供を母親が、受容し易くするためには学校側からの援助が大切であり、受容できるようになると、母親は心の安定を得ることができ、それは発達に遅れのある子供の食環境を整え、食生活の質を良くすることにつながると考えられる。

謝辞：本研究を行うにあたり、女子栄養大学前教授高橋悦二郎先生、元東京大学教授逸見武光先生、国立公衆衛生院栄養生化学室長梶本雅俊先生から貴重な助言を頂きました。心から感謝致します。又、調査にご協力頂きました養護学校の先生及び母親の皆様に深く感謝致します。特に、前I養護学校の校長先生(お茶の水女子大学名誉教授)に格別のお取り計らいをして頂き、折々に重要な助言を頂いたことを記し、ここに謝意を表します。本稿は上記逸見武光先生のご校閲を受けました。

文 献

- 青山かの子, 小川敏江, 梶原公恵, 他 (1981): 重度障害児とその家族の日常生活の実態, 保健婦雑誌, 37 (11), 66-76
- Burton, B.T., et al. (1959): The heinz handbook of nutrition, 330-331
- 千葉典子 (1989): 特殊教育諸学校における栄養指導の現状と問題点, 学校保健研究, 31 (12), 577-580
- Gouge, A.L. & Ekval, C.W. (1975): Diets of Handicapped Children, A.J. of Mental Deficiency, 80 (2), 149-157
- 広瀬たい子, 上田礼子 (1989): 脳性麻痺児(者)に対する母親の受容過程について, 小児保健研究, 48 (5), 545-551
- 今村栄一 (1991): 新版小児栄養, 124-126, 同文書院 (東京)
- 伊藤隆二 (1973): 障害児教育の思想, ミネルヴァ書房 (東京)
- 稲垣忠彦, 岩崎禎子, 牛山栄世, 河合隼雄, 佐伯 胖, 佐藤 学, 竹内敏晴, 谷川俊太郎, 津守 真, 野村庄吾, 渡辺 実 (1991): シリーズ授業 障害児教育, 岩波書店 (東京)
- 厚生省保健医療局健康増進栄養課監修 (1989): 第四次改定日本人の栄養所要量, 99-101, 第一出版 (東京)
- 厚生省保健医療局健康栄養課監修 (1990): 国民栄養の現状, 第一出版 (東京)
- 厚生省児童家庭局 (1990): 平成2年度精薄児(者)福祉対策基礎調査結果の概要
- 厚生省児童家庭局 (1993): 平成3年度身体障害児実態調査結果の概要
- 厚生省監修 (1991): 国民栄養調査必携
- Lozoff, B., Brittenham, G.M., Viteri, F.E., Wolf, A. W. & Urrutia, J.J. (1982): Developmental deficits in iron-deficient infants, J. Pediatrics, 101, 948-952
- 丸井文男, 蔭山英順, 神野秀雄, 他 (1972): 自閉症児をもつ母親に関する研究, 名古屋大学教育学部紀要, 19, 165-183
- Miller, L.G. (1968): Toward a greater understanding of the parents of the mentally retarded child, J. Pediat, 73 (5), 699-705
- 宮崎とし子, 服部成子 (1991): 栄養食事指導からとらえた発達障害児の問題点, 小児保健研究, 50 (3), 409-414
- 永井洋子 (1983): 自閉症における食行動異常とその発生機構に関する研究, 児童青年精神医学とその近接領域, 24 (4), 260-278
- 中邑賢龍 (1989): テクノロジーとこころ, 発達, 39, 75-85
- Oski, F.A., Honing, A.S., Helu, B. & Howanitz, P. (1983): Effect iron therapy on behavior performance in nonanemia, iron deficient infants, Pediatrics, 71 (6), 877-880
- Pepes, P.L. & Holm, V.A. (1980): Feeding children with Down's syndrome, J. of A. Dietetic Association, 77, 277-282
- Raiten, D.J., Massaro, T.F. & Zuckerman, C. (1984): Vitamin and trace element assessment of autistic and learning disabled children, Nutrition and Behavior 2, 9-17
- 折口美弘, 三吉野産治 (1990): 全国国立療養所重症心身障害児(者)の死亡アンケート調査, 日本小児科学会雑誌, 94 (4), 990-990
- 渋谷雪子 (1980): 障害児をもつ母親の苦悩, Research in Counseling, 5, 35-47
- 杉原和子, 小松正代, 浜野晋一郎, 他 (1992): 重症心身障害児をもつ母親の障害受容と養育姿勢, 小児保健研究, 51 (4), 517-521
- 鐘幹八郎 (1963): 精神薄弱児の親の子供受容に関する分析的研究, 京都大学教育学部紀要, 9, 145-173
- 東京都教育委員会 (1985): 都立盲・ろう・養護学校児童・生徒の栄養摂取標準
- 豊川裕之 (1989): 栄養思想の底流, VESTA, 1, 11-16
- 津守 真 (1988): 愛育養護学校の教育, 発達, 9 (36), 2-14
- 白井史生, 鈴木房子, 山本美津子, 他 (1984): 重心児の形態的測定, 東京都衛生局学会誌, 73, 48-49

Webb, Y. (1980): Feeding and nutrition problems of physically and mentally handicapped children in Britain, *J. of Human*; 34, 281-285

WHO (1976): Reports on Specific Technical Matters, Disability, Prevention and Rehabilitation

財団法人日本児童福祉給食会 (1982): 障害児福祉施

設の給食指導, 14-23

財団法人日本精神薄弱者愛護協会・精神薄弱者通園施設部会編 (1990): 発達が気になる子の療育・保育ハンドブック, 財団法人日本精神薄弱者愛護協会(東京)

(受稿 1994.12.8; 受理 1996.3.22)