

自閉症スペクトラム障害にみられる 食事および食習慣の問題

落 合 利 佳

はじめに

発達障害は精神遅滞、自閉症スペクトラム障害 (Autistic Spectrum Disorder : 以下 ASD)、学習障害、注意欠陥・多動性障害などがある。発達障害児ではしばしば、肥満、偏食、異食、間食量や食習慣の問題といった様々な食行動に関する問題がみられることがある⁽¹⁾⁽²⁾。例えば、肥満・体重増加は、過食・運動不足が原因となり、その一因として、適切な食事選択、適量の理解や自己コントロールが難しいことが挙げられるが、その原因はそれぞれの障害特性によることもあるが多いため、ケース毎に対応をする必要がある。

1979年にウイングが提唱した ASD は三つ組を特徴とする脳の機能障害であり、その頻度は1000人に1人とされていたが、その後100人に6人、最近の多い報告では100人に16人など、近年急激に増加しつつある⁽³⁾⁽⁴⁾。三つ組とは社会性の障害、コミュニケーションの障害、想像力の障害の3つを指す。具体的に挙げると、社会性の障害では、人への関心が薄く、相手の意図の読み取りが弱い、同年齢の集団には入れない、場の空気が読めない、コミュニケーションの問題では言葉の遅れ、言葉以外のジェスチャーやアイコンタクトなどを適切に使えない、字義通りの解釈、冗談が通じない、想像力の問題は、パターンの遊びや行動といった、儀式やこだわりがあり、新しいことや変化を嫌がるなどである。これら三つ組の他に ASD の子どもにしばしば見られるのが、感覚の問題であり、五感や前庭感覚になんらかの異常を伴うことが多い。感覚の異常さは、想像力の問題などと合わせて、食に関する問題行動として気づかれることが多いが⁽⁵⁾⁽⁶⁾、これらの原因や内容は個々の症例によって違い、内容も非常にバラエティーに富んでいるため、対応も個々のケースで違ってくる。時に極端な偏食などでは、健康面に深刻な影響を与えることがあるため、医師による栄養管理が必要となってくる場合もある⁽⁷⁾。今回、A 医療センターの筆者の発達外来を受診した ASD の子どもに関して、食に関する問題を中心に検討を行ったので、文献的考察を加えて報告する。

方法および対象

対象：筆者の A 医療センター発達外来を 2008 年 3 月～2010 年 8 月の間に初診で受診し ASD と診断した 14 名。

調査内容：①初診時の問診による食行動や食習慣に関する記述、②初診時の発達検査結果、③身長、体重およびカウプ指数

行動観察は臨床心理士と発達外来担当医師が行い、家族からの聞き取り、初診時およびそれ以降の診察時の行動観察において、ウイングが提唱した三つ組の条件をすべて満たした場合、ASD と診断した。心理発達検査は新版 K 式 2001 を用い、各症例に対し A 医療センターにて最初に施行したものとした。発達指数の判定は DSM-IV を基準とした。また、運動、認知・適応、言語社会の 3 領域の発達指数も調査した。初診時に家族からの聞き取った問診内容のうち、食に関連した項目と記載を抽出した。具体的な内容として、偏食、食に関連したこだわり、食習慣や食行動などで気になる点について調査した。

結 果

14 名の初診時の平均年齢は 3 歳 6 カ月 ± 13 カ月（1 歳 9 カ月～5 歳 5 カ月）であり、最多年齢は 2 歳台であった。（表 1）カウプ指数は 14.3～18.5（平均 16.3 ± 1.2）であり、栄養学的に

表 1 各症例の 14 例の初診時年齢、身長、体重、カウプ指数、発達検査結果

症例	初診年齢	身長 (cm)	体重 (kg)	カウプ 指数	領域別発達指数			発達指数
					運動	認知適応	言語社会	
No.1	5 Y 5 M	111.1	21.4	17.3	-	111	86	100
No.2	5 Y 1 M	102.7	16.5	15.6	-	89	56	72
No.3	5 Y	90.8	13	15.8	60	63	63	55
No.4	4 Y 4 M	92.2	12.5	14.7	-	119	94	104
No.5	3 Y 11 M	98.2	17.8	18.5	94	102	92	98
No.6	3 Y 11 M	99.5	14.2	14.3	77	75	69	71
No.7	3 Y 11 M	96.5	14.3	15.4	77	67	44	58
No.8	3 Y 3 M	88	12.1	15.6	93	93	60	78
No.9	2 Y 9 M	85.8	12.5	17.0	58	31	19	34
No.10	2 Y 9 M	88	11.95	15.4	71	61	38	58
No.11	2 Y 8 M	83.4	12.1	17.4	72	60	23	54
No.12	2 Y 6 M	87.5	13.05	17.0	77	35	26	39
No.13	2 Y 5 M	85.1	12.3	17.0	66	66	39	62
No.14	1 Y 9 M	76.7	10.2	17.3	60	68	36	60

(No.5, No.8 は食事内容、食習慣に関する問題なし)

表2 各症例の食に関する調査結果

症例	偏食		こだわり	食習慣	その他
	好んで食べる物	嫌いな食べ物			
No.1	チョコレート・アイス ・きんぴらごぼう・生姜焼き	甘い野菜	さつまいも・かぼちゃは圍で食べるが家で食べない	-	-
No.2	カレー・ハンバーグ・肉類	魚・野菜	-	-	-
No.3	肉類・魚・麺類は気が向くと少し	青野菜・ご飯類	-	イスに座って食べない・床に置いて食べる	-
No.4	納豆・ラーメン・カレー・ハンバーグ・卵かけごはん・味のついたご飯	緑色の食品・生野菜・酸っぱい物	ミンチ類はひき肉の引き具合(ペースト状)によって食べない	-	-
No.5	-	-	-	-	-
No.6	-	バスつくもの・魚	-	-	-
No.7	アイス・氷	-	買い物で買うお菓子の種類・数が決まっている。(トーマスガム×3、三色団子、ヤクルトまたは、アンパンマンのジュース)、買わないもしくは無い場合はパニック	水をコップに入れ入浴中も食べる	-
No.8	-	-	-	-	-
No.9	キムチ	-	食事の順番が決まっている(人参→トウモロコシ→グリーンピース→ご飯)	-	異食(紙・石・ボールペンの芯)ガードレール・テレビモニター・保冷剤をなめる
No.10	-	緑色のもの(チャーハンの葱もとる)、生野菜(トマト、胡瓜、ほうれん草)	保育園での新しいメニューは食べようとしないう→突然食べるようになった	-	保育園に行くようになってから、味のバリエーションが増えた。
No.11	麺類、ご飯、ミートボール、ハンバーグ、玉ねぎ入り味噌汁、おでんのじゃがいも	野菜・果物を一切食べない	-	-	野菜ジュースで補充
No.12	ごはん、納豆、ラーメン、焼きそば、豚、鶏、焼き魚、煮物	左欄の食品以外食べない	-	母親が全介助。気に入らないと口から出す。うろうろしたり遊びを食べする	-
No.13	味噌汁の汁のみ・レトルトカレー・フライ(ポテト・トリ・鰯)シチュー・麺類・米・バナナ・焼飯・ミックジュース(バナナ・苺・リンゴ)・ミックスベジタブル	野菜	-	立って食べる。座らせても5分しか持たない。移動中、買い物中は常にお菓子の袋をもたせている。夕食後に牛乳とロールケーキを摂取	異食(砂利・煙草の吸殻)、バナナの剥き方にこだわりあり
No.14	母乳・おぼろ豆腐一口	左欄の食品以外食べない	-	座って食べない。食事時間が決まっていない	-

大きな問題は見られなかった。

14例のうち、食に関して特に気になる所見が認められなかったのは2例(No.5、No.8)のみであり、12例には何らかの形で食に関する問題が認められた。(表2) 発達検査(表1、図1)では、正常は3例、境界域は3例、5例が軽度から中等度の精神遅滞を合併していた。このうち、食に関する問題が認められなかったのは、No.5とNo.8で発達指数はそれぞれ98と78と正常と境界域であった。また、認知・適応と言語・社会の発達指数の領域間に有意差を認めた。(paired t test by SPSS for Windows)

食行動、食習慣に関する内容を詳細に検討したところ、偏食・異食・食習慣の問題が主であり、偏食では、甘い野菜、生野菜、極端に野菜・果物を食べない、味付けご飯でない食べない、少しでも粒が舌先に残っていると出す、ペースト状にしたひき肉でない食べない、ぱさぱさ感が苦手といった味覚、食感に関連した感覚の問題がみられた。また、その他に、特定の食品(8品)以外食べない、食べたことのない食品への抵抗、お菓子の買い方の独自の法則、緑色の食品の拒否、園で食べる食品が家庭では食べないといった想像力の問題が原因と思われる、こだわり、儀式、変化への抵抗や応用がきかないなどがみられた。1歳9か月の症例(No.14)では、離乳がほとんど進まず、母乳栄養が中心となっていた。食習慣では、座って食べない、床において食べる、うろうろする、母親に全介助で食べさせてもらうなどの記載が目立った。また、感覚の問題からくるとと思われる、異食が2例に認められた。(表2)

また、食に関する問題があった12例のうち、特に日常生活上支障が出ていたものはNo.12、

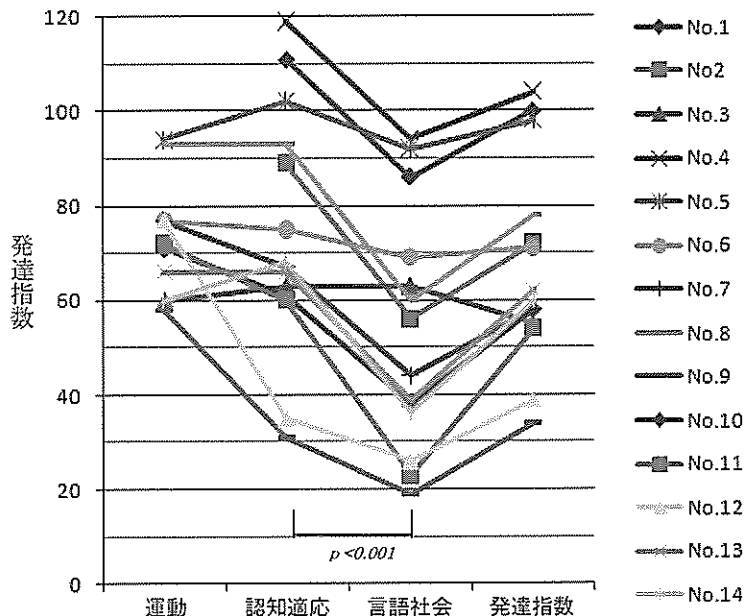


図1 各症例のK式2001発達検査プロフィール (No.5, No.8は食事内容、食習慣に関する問題なし)

No.13、No.14 の3例であり、これらの事例に家庭での取り組みも含めて以下に詳細を述べる。

[事例 1]

初診時 2 歳 5 カ月。(表 1 の No.12)

初診時は保育所未入所であったが、その後、保育所に入所している。発達指数 39 (認知・適応 35、言語・社会 26) の中等度精神遅滞を合併している。もともと食に関心が薄かったが、和食を中心に米、肉類など品数は少ないものの量では十分に摂取はできていた。しかし、着席して食事することがなく、母親は遊びの合間に本児の口に食べ物を入れるなど、食事の際に母親が全介助で与えていた。本児は手づかみやスプーンを持つことをせず、食品に自ら手をのぼす行動もみられなかった。また、その際に特に母親と本児との間にやり取りはなく、食べたくない時は口に入れられた物を吐き出すことで意思表示していた。

食事アレルギーがあるため、摂取できる食品の品目が制限されていたこともあり、与える食品種類が限られており、食への関心も薄かった。食事の際に噛むことをあまりせず、おせんべいもなめてふやかして食べるなど咀嚼能力の問題も見られた。週 1 回の親子教室では、手に小さく割ったおせんべいをのせ、そこに本児に手を伸ばさせることを目標に設定したが、病弱で欠席しがちであり、数回欠席しては次に教室に来た時には、数回前までの元の状態に戻っているという一進一退の状態が続いた。また、家庭においては母親が、着席しスプーンを使って食事を自分で出来るようにさせるという目標に対し、本人が要求するとすぐに母親が根負けし全介助で食事を与えてしまうため、家庭での食習慣自立への取り組みはなかなか進展しなかった。母親は現状を良いとは思ってはいないものの家庭で自ら取り組むことに関しては消極的であり、家庭との連携協力は十分に得られなかった。

そこで、辛抱強く母親に対して療育への継続的な参加を働きかけ、家庭での取り組み目標として子どもの健康管理を重点に置き、療育教室に休まずにつれてきてもらうことに設定した。親子教室に休まずしばらくの間続けて通えた時と数回休んだ時とで療育中の子どもの様子が違うことなどを母親が実感できた頃から療育の重要性に母親が気づき、その後は積極的に休まずに通えるようになり、療育中は手でおにぎりを食べられるようになった。

その後、保育所に入所し、半年経った時点で、保育所と療育教室では、未だ自らスプーンで掏って食べることはしないものの、着席し、あらかじめ食べ物がのせてあるスプーンの先を両手でもって完食できるようになっている。家庭でも同様に食べ物がのせてあるスプーンを持って食べるようになったが、未だに着席はできず、食事中は立ち歩いている状態が続いている。

[事例 2]

初診時 2 歳 5 カ月。(表 1 の No.13)

保育所未入所。発達指数 66 (認知・適応 62、言語・社会 36) の軽度精神遅滞を合併している。生育環境は一人っ子、父親は多忙な勤務であり、近所に子育てを手伝う親戚もいないため、

育児は専業主婦である母親が一人で行っている。

行動面では非常に多動でありと物事に集中する持続時間が短く、長くても5分も続かない。実際、診察場面においても部屋の中を走り回り、1分の間をおかず次々にコンピューターのキーボードをたたき、ブラインドをさわる、電話のボタンを押すなどを行うなど、一つの物事にじっくりと集中して取り組む姿は見られなかった。家庭においても、食事中椅子に座らせても5分も着席せず、立ったまま食することがほとんどである。

摂取可能な食品は、麺類、米飯、炒飯、具なしの味噌汁、レトルトカレー、フライ（ポテト・トリ・鰯）、シチュー、バナナ、ミックスジュース（バナナ・苺・リンゴ）、ミックスベジタブルのみであり、野菜は左記のミックスベジタブル以外は一切食べない。日課として午前と午後に車で買い物に出かけるが、その際、移動中の車中、買い物中に和菓子などのお菓子を袋ごと本児に与え、さらに夕食後も牛乳とロールケーキを与えるなど、間食が非常に多く一日に5回以上、食事と合わせて8回以上与えるなど食事習慣が確立されていなかった。また、その他、バナナの形にこだわりがあり、少しでも気に入らないと次々に少し剥いては食べない、砂利や煙草の吸殻などの異食があるため目が離せないなどといった問題がみられた。

間食を最小限にして、一日の生活の流れを一定にすることを提案したが、上述したように児の多動と不注意の問題に加え、すでに確立されてしまっている間食の習慣を変えることが難しく、第三者による育児支援も期待できない状況で、母親一人では本児の行動をコントロール出来ない状態が続いている。今後は、保育所と療育といった集団の場で食事を含む生活習慣自立へ向けて取り組んでいく予定である。

[事例3]

初診時1歳9か月。（表1のNo.14）

保育所未入所。発達指数は60（認知・適応36、言語社会68）であり、軽度精神遅滞を伴う。

離乳食を5か月時に開始し、粥、人参を摂取出来ていたが、その後ほとんど食べなくなった。初診時の食事内容は本児の要求したときに授乳する自立授乳が中心で、離乳食はおぼろ豆腐をスプーンで数口を1日1回程度食べる以外一切食べない。哺乳瓶、コップ、ストローを拒否するため、お茶や粉ミルクなど摂取が進まず、水分も母乳以外摂取出来ていなかった。本児の授乳時間は定時ではなく、食事時間も定まっていなかった。

この事例に対しては、まず、離乳食を与える時間を、じっくり時間をかけられる昼間の一定時に設定し、その食事前3時間は授乳を控えるように指導した。また、ダイニングテーブルの隅を定位置とし、離乳食を与える前にエプロンをする形で本児に予告した上で一定時間ベビーチェアに座らせた状態で与えるように指導したところ4か月後には、エプロンをするとおとなしくダイニングテーブルの前でベビーチェア椅子に座るようになった。食事が少しずつ食べられるようになったのに合わせて、当初1回食であったのが、3ヶ月後には2回食、4ヶ月後には3回食へと回数を増やしていった。

また、コップからお茶を飲むようにするために次のようなスモールステップによる手続きを行った。まず、おもちゃを口にすることから、それと同様の素材でできたコップを口に持っていくように指導した。次に、お茶をいれたコップを口に持っていくことを試みたが本人が嫌がり出来なかった。しかし、入浴中に湯船のお湯を口に含む様子が観察されたことから、入浴中に湯船につきながらお湯をコップから口に含む練習を繰り返し、浴槽から洗い場、食事場所へと少しずつ移動させ、食事の際にお茶をコップで飲むように導入した。指導開始3カ月後には、食事の際にコップを口に近づけると自分で口を開けるようになり、11ヶ月後にはコップをつまんで自分で飲むようになった。

また、食事内容については、まずは様々な味に慣れさせるために、カレーやカボチャスープ、野菜スープや米飯の裏ごししたもの、リンゴなどをペースト状にしたものなど、滑らかな食感の物やとろみをつけた食品を上唇や前歯の裏に付けなめさせるように指導した。本児の食事への興味が少しずつでてきたこともあり、母乳はまだ日中に何回か与えているものの、1年3カ月後の3歳時では、椅子に座って、スプーンで一口サイズの豆腐などは自分ですくって食べるようになっている。また、食べたい物をスプーンで指すなど意思表示も出てきている。食事内容は、フライドチキンをなめるようになるなど様々な味の食べ物を口にするようになり、種類は少ないながらも、ませご飯、煮物、豆腐、野菜シチュー、ぶり大根、せんべいなどがしっかり摂取できるようになってきている。現時点では、3回食で栄養摂取は食事を中心となっている。

考 察

今回の報告では85.7% (14例中に12例) に食事の問題が認められたが、DeMeyerの報告⁽⁸⁾でも、自閉症児の保護者の94%が食事の問題を挙げており、ASD児では高頻度で食に関する問題が見られることがわかる。また、今回特に問題が見られた3例は1歳ならびに2歳台であったが、ASD児に見られる食に関する問題は3歳以降により深刻になる報告⁽⁹⁾もあり、より問題が深刻な場合は3歳以前に家族によって気づかれることが示唆された。また、今後さらに問題が深刻化するか注意も必要である。

今回の症例の発達指数は、正常から重度精神遅滞まで幅広く認められており、明らかに認知・適応と比較した場合、言語・社会の発達の遅れが全体的に目立った。症例数が少ないため、食に関する問題の有無と発達指数との有意差検定は行えていないが、今後症例数を増やして小児自閉症尺度(The Childhood Autism Rating Scale: 以下 CARS)も加えた内容で再検討する必要がある。

異食は1歳から3歳に最もおこりやすいとされており⁽⁸⁾、本報告でも、2歳台の2例(No 9とNo 13)にみられている。その原因として、ASD児では食物の認知の弱さや味覚の問題があるために、食べられるものと食べられないものの識別がつきにくい、空腹感が感じにくいことが挙げられる。また、ASD児がダウン症児より飲食に時間をかけないことも報告されていることも

あり、食物に対する興味が薄いことも理由として考えられる⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾。

事例3(表1のNo.14)の母親は、日常生活での子どもの行動を詳しく観察した上で、試行錯誤とスモールステップの手続きを踏んだのちに、環境整備も含め様々な療育的取り組みを行い成功している。ショプラーはその著書⁽¹¹⁾の中で、食に関する問題をもった子どもの保護者がいかに対応したかに関して、スモールステップで少しずつ変化をつける、ルーティーン化の利用、行動観察からくる対応を工夫した例を挙げて述べている。様々な工夫をした保護者の記述からも、各々の保護者が、いかに子どもをよく観察し、その特性を把握した上で、療育的なかわりを家庭で行ったかがうかがえる。

このように、食事への介入方法として、子どもの行動特性をまず観察し理解することから始めることが重要である。とりわけ、自閉症特性として変化への抵抗があるため、食事の困難さを克服する場合、定型発達の子よりもASD児に対しては、より時間をかけ、繰り返し根気強く少しずつ行っていくことが必要である。例えば、定型発達の子にも慣れない食べ物を出す時は、まず少量与え、間を置かずに2度、3度にわたって同様に繰り返し、10~15回、短期間に与えることによってその食べ物に慣れがでてくるといわれている。しかし、ASD児に新しい食べ物を与える時、ASD児は、まず、見慣れない食べ物、新しい臭い、新しい食感、新しい味に慣れることを要求される。したがって、定型発達児よりも、より細かい手順が必要になってくる。例に挙げると、まず、新しい食べ物を食卓にいつもの見慣れた食べ物の片隅におくことから始まり、子どもがその存在に慣れるまで何度も繰り返し行った後に、次に子どもが食べ物を見るようしむけ、子どもに近づけ臭いをかがせたり、触らせたりする。こういった行為を繰り返す中で変化に慣れさせていくといったことになる⁽¹²⁾。

また、ASD児の食に関する問題については、保護者の関わり方にも問題がある場合がある。すなわち、家庭で、子どもが食べる物を中心に食卓に出す、食べないものは避けて出すなど、保護者が子どもに与える食べ物や食べ物の食感などに様々な変化をつけず制限していることがある。困ったことに自分たちが子どもの食経験の幅を制限していることに気づいていないことがあり、それが問題を膠着させている一因になっている可能性ある⁽¹²⁾。ASD児と定型発達児に対する食事の与え方と食行動についてのMartinsらが行った研究⁽¹²⁾では、ASD児の方が新しい食べ物を避けていやがり、ASD児の母親の方が、子どもに食事をさせる時に、食事状況をコントロール出来ず、しかも、やりにくさを感じていることが指摘されている。また、CARSによる検討では自閉症の特性が目立つ程、子どもの食事コントロールする親の能力が低下することが示唆されているが、その他の項目には有意差がなく、偏食などには自閉症の特性の強さは関係ないと報告している。今回検討を行った14例にのうち、No.10(表2)では保育園に通うようになってから、味のバリエーションが増えている。また、事例1(表1のNo.12)では、家庭での母親の療育能力の限界に対し、療育・保育機関の介入で食事に関する問題が改善されており、事例2(表1のNo.13)においては、本人のASDおよび極端な多動・不注意といった特性に加え、保育所、療育などの支援が受けられず、家庭での療育能力の問題もあり、母親一人では食習慣の

改善が出来ていない。このことは、今回、CARS スコアによる検討は行っていないが、ASD 児の食の問題や食習慣を考える時、本人の特性もさることながら、改めて、家庭での、特に母親の療育能力によることを実感すると同時に療育機関、保育所の役割の重要性にも気づかされる。

5歳児健診相談表⁽¹³⁾にある食に関するチェック項目は、「食事やおやつ時間が決まっている」、「普段の飲み物は何ですか」、「食べ物の好き嫌いがはっきりしていますか」の3項目であり、また、実際に子どもと1対1で行う診察項目の質疑応答でASDをチェックする内容は、質疑応答時の様子など、人との関わりや言語理解に重点をおいたものになっている。しかし、幼稚園・保育所の現場で実際に子どもと関わっている保育者を対象にした「気になる子」についての自由記述による意識調査⁽¹⁴⁾では、「保護者からの相談」として、食事や排泄をはじめとする家庭生活に関する内容が全体の4割を占め、特に、食事に関しては好き嫌いの克服や食事マナーなどがあがっており、家庭において子どもに関して気になることは食事をはじめとする生活習慣に関することが多いことに気づかされる。この報告に関しては発達障害を念頭に置いてまとめていないという問題点はあるものの、保育士からみた「気になる子」に関する具体的な項目として、「異食」、「好き嫌いが激しい」、「偏食」、「自分で食べずに食べさせてもらう」が挙がっており、同年齢の子ども達を集団で観察できる立場にある保育者から見た場合、食に関しては、上記の内容が目立って来ると考えられる。このような問題は、家庭での躰や保護者の養育態度が原因であることは当然のことながら考慮すべきであるが、中にはASDをはじめとする発達障害が疑われる子どもが含まれる可能性がある。従って、保育者は、こういった子どもたちの中に発達障害の子どもが含まれる可能性があることを認識すると同時に障害特性に合った対応も知っておく必要がある。

ASDに関連した食問題の報告では、年齢とともに食事スキルは向上するが自閉症と精神遅滞の子どもで食事スキルに有意差はないこと⁽¹⁵⁾が明らかにされている。このため、食事スキルに関しては、年齢とともに、練習を重ねることで向上することが期待できるため、家庭、保育と療育の場で、根気強く時間をかけて取り組むことが必要である。また、その際、保護者に対してはその療育能力を見極めたうえで可能な範囲で協力、連携をしていくことが大切である。今回の報告では14例ともに体重、身長ならびにカウプ指数による栄養評価では大きな問題は認められなかったが、発達障害のある子どもが、極端に目立った食行動の問題をとる場合、周囲はついそれに注目しがちであり、本来の障害特性をふまえた全体の支援に行きとどかない場合がある。しかし、本来、食に関する問題への支援は、健康問題が派生しない場合はASDの障害特性に対する支援の一つとしてまず、位置付けるべきであり、また、その際に、摂取できる食品の数や食品名が重要なのではなく、最低限、食事内容が栄養学的に見て十分なカロリーと栄養バランスがとれているか、体重、身長の成長が順調であることなど健康面で問題ないかどうかは押さえておいたうえで、障害特性を考慮して過剰な強制は好ましくないと考える。

ASDに見られる偏食や異食などをはじめとする食に関しての問題行動は、その原因として味覚、視覚、触覚、嗅覚、咽頭過敏などの感覚の他、三つ組が関与する内容となるため、その内容

は今回の14例でも明らかなように、個々の事例によって様々であり、対応を要する場合はそれぞれの原因からアプローチしていく必要がある。コントロール群との比較がないものの自閉症もしくは特定不能の広汎性発達障害（PDD-NOS）対象にした食事の受容行動に関する研究では半数以上の子どもが食べ物に対する受容度が低く、受容と拒否に特定の食品カテゴリーがない⁽¹⁵⁾とあり、偏食など食品の好き嫌いに関しては、その内容がバラエティーに富んでいて、個別に対応していくしかないということが示唆される。例えば、偏食の原因が、口腔内や咽頭の知覚過敏からくるものである場合は、食感や口当たりの問題でどうしても口に含み嚥下できる食材が制限されてくるため、極端に摂取できる食品数が少ない場合もある。また、想像力の問題からくる事柄として、予想のつかないもの、未知なるもの、経験したことのないことに対して非常な不安や抵抗をすることが挙げられる。例として中身の見えない食品や食べた経験のない食品に手をつけたがらないことなどが挙げられる。実際に、今回の報告では取り上げなかったが、給食の春巻きでパニックを起こした例では、春巻きの中に何が入っているのか外観からはわからないために不安になっており、隣の席の生徒が丁寧に中身を剥いて中の食材を一つ一つ対象児に説明してようやく落ち着いたという事例もある。今回の症例の中にも、保育園に入園し、そこで提供された味わったことも見たこと、匂ったこともない初めての食品をしばらくの間食べなかった子どもが、ある時から突然完食するようになったケースがあり、家庭においても味の幅が広がっている（No.10）。この場合も、初めての場所、初めての食品に対する不安を、園で子どもに関わる保育士達が子どもに寄り添いながら毎日の園生活の中で一つ一つ丁寧にポジティブな経験を積み重ねた結果、少しずつ見通しが持てるようになり安心して食べられるようになったものと考えられる。この事例のように、周囲の大人は対象児にどのように接するか、不安を和らげ安心できるように配慮しながら、少しずつ新しい事に慣れさせていくといった日々の積み重ねが大切になってくる。その際には、例え食べることができなくても、食品の様々な味、色、匂いや食感を、ASD児に体験させることは、今後、子どもの食の幅を広げていくきっかけになりうることを知っておく必要があると考える。

ま と め

ASD児では、知的レベルに関係なく高頻度になんらかの形で食に関する問題が認められており、就学前の子どもで食に関して気になる事柄がある場合は、同疾患を念頭に置いて三つ組も併せ持っていないか注意をすることが必要である。また、日ごろの行動や子どもの特性をよく観察し知っておくことは、問題行動への対応の重要なポイントになるため、行動観察は必須である。対応に関してはスモールステップを必要とする場合が多いため、急激な変化や叱咤、無理強いはいらないなど、配慮が必要である。そのために、保育所や療育機関の果たす役割は大きく、保護者の療育的能力を見極めながら、連携しながら、あるいは、中心となって関わっていく必要がある。

今後さらに、症例数を増やし、CARSなども含めてASDに見られる食の問題について検討していきたい。

参考文献

- (1) 伊藤淳一 (2005). 知的障害者の肥満および肥満が関与する健康障害の比率. *発達障害研究*, 27(4), 307-315.
- (2) 篠崎麻利子, 古川宇一 (1993). 発達障害児の思春期における問題行動の調査研究. *情緒障害教育研究紀要*, 12, 27-34.
- (3) Charles, JM., Carpenter LA., Jenner, W., Nicholas, JS. (2008). Recent advances in autism spectrum disorders. *International Journal of Psychiatry*, 38(2), 133-140.
- (4) Schaefer, GB., Mendelsohn, NJ. (2008). Genetics Evaluation for the etiologic diagnosis of autism spectrum disorders. *Genetics of Medicine*, 10(1), 4-12.
- (5) 杉山登志朗, 辻井正次編著 (1999). 高機能広汎性発達障害と高機能自閉症. プレーン出版.
- (6) トニー・アトウッド (1999). ガイドブック アスペルガー症候群 親と専門家のために. 東京書籍.
- (7) 渡邊誠司, 山倉慎二, 平野恵子, 奥村良法, 愛波秀男 (2009). 長期間の拒食のために Wernicke 脳症を来した自閉症児例. *脳と発達*, 41, 43-46.
- (8) DeMeyer, MK. (1979). *Parents and children in autism*. New York, Wiley, 171-173.
- (9) Schaffer, CE., & Millman, HL. (1981). *How to help children with common problems*. New York, Plenum Press.
- (10) Ruble, LA. (1998). Comparative study of the natural habit behaviors of children with autism and children with Down syndrome : an etiological approach. *Dissertation Abstracts International : section B : The Sciences and Engineering*, 59(5-B), 2459.
- (11) E. ショブラー他編 (1996). 幼児期の自閉症 発達と診断および指導法. 学苑社, 133.
- (12) Martins, Y., Young, RL., Robson, DC. (2008). Feeding and eating behaviors in children with autism and typically developing children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1878-1887.
- (13) 小枝達也編集 (2008). 5歳児健診 発達障害の診療・指導エッセンス. 診断と治療社.
- (14) 久保山茂樹, 齊藤由美子, 西牧謙吾, 富島茂登, 藤井茂樹, 滝川国芳 (2009). 「気になる子」「気になる保護者」についての保育者の意識と対応に関する調査-幼稚園・保育所への機関支援で踏まえるべき視点の提言-. *国立特別支援教育総合研究所研究紀要*, 36, 55-76.
- (15) Ando, H., Yoshimura, I., Wakabayashi, S. (1980). Effects of age on adaptive behavior levels and academic skill levels in autistic and mentally retarded children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10(2), 173-184.
- (16) Ahearn, WH., Castine, T., Nault, K., Green, G. (2001). An assessment of food acceptance in children with autism or pervasive developmental disorder-not otherwise specified. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(5), 505-511.

