

この人に聞く 新田初美さん

子どもたちの発達支援に携わって

◆略歴

富山県生まれ

1975年 新潟大学医学部卒業 小児科入局

1980年 新潟県はまぐみ学園小児科医師

1997年 はまぐみ小児療育センター診療部長

心身障害児の早期療育に従事

2004年 新潟県立吉田病院小児科部長

子どもの心診療科担当 発達障害・不登校

心身症・摂食障害等の診療に携わる

2011年3月 退職、以後吉田病院エルダー医、引き続き

子どもの心診療科担当、現在に至る

2013年5月～2018年3月 新潟医療福祉大学特任教授

2017年～ 新潟少年鑑別所嘱託医



編 集 部

1、小児科医を目指した動機

小さい頃から活発で正義感が強い女の子だった。高校三年の時に人を助ける仕事をしたく医学部を目指した。一浪し、学園紛争で東大の入試が中止になった年に新潟大学に入学した。リハビリテーションに関心をもった私は、学生時代から肢体不自由児施設「はまぐみ学園」を見学させてもらう中で、当時の園長、整形外科医の倉田久介先生から、これからは小児科医が必要とされること、まずは子どもの健康管理が出来るようになってほしいと言われ、大学の小児科学教室に入局した。

2、「はまぐみ」で学んだこと

三年間の一般小児科臨床を経て、「はまぐみ学園」に小児科医として着任した。全国的にも早い方であり、脳性麻痺の早期療育の幕開けの頃であった。

当時の肢体不自由児施設の対象疾患は整形外科疾患のペルテス病、先天性股関節脱臼、二分脊椎などから脳性麻痺が主となりつつあり、具体的な療育内容としてイギリスからポバース・アプローチ（神経発達学的治

療：脳性麻痺を脳の複合障害と捉え神経発達学的にチームアプローチする）、ドイツからボイタ法（脳性麻痺になる前段階の超早期からの運動療法）が日本に導入され全国に急速に広まりつつあった。「はまぐみ」でも積極的に導入していったが、早期療育には早期発見が不可欠であり、市町村での乳幼児健診のチェックポイントの見直しにも関わることとなった。脳性麻痺は運動発達の遅れや異常さで気づかれる。脳性麻痺の発生頻度は千人に一人位だが、知的障害は百人に一人で10倍多く、早期発見された知的障害に伴う運動発達の遅れにも早期療育は進められた。

こうして県内の心身障害児の早期発見・早期療育体制は10年がかりで整えられていった。市町村の健診を一次スクリーニングとし、発達の遅れが心配される場合は保健所での二次健診（療育相談）が進められ、さらに専門的な診療が必要な場合は「はまぐみ」や大病院などが三次健診を担うというものだ。「はまぐみ」は療育相談への医師派遣でも協力した。この間に「はまぐみ」は、「はまぐみ小児療育センター」と改名し、早期療育体制の中では、入所して療育を受けることができる子どもとの総合的な三次療育機関（小児リハビリ

テーションの中心的な役割）と位置づけられた。

県下は広く「はまぐみ」まで通うのは大変ではあったと思う。遠路、皆さん熱心に通所して来られた。生後間もなく診断されるダウン症（染色体異常による知的障害）の早期療育にも、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・保育士など多職種でのチームアプローチで取り組んだ。学習障害（今で言う発達障害）には作業療法士が感覚統合療法（米国のエアーズが体系だてた訓練方法）を実践してくれた。重症心身障害の子ども達への食事介助は誤嚥の心配があり、言語聴覚士が口腔内の運動療法を展開してくれた。私も療法士の研修に参加し技術習得に努め、リハビリテーション科専門医にもなった。

25年間も関わらせて頂いた「はまぐみ」では、幼くして出会った子ども達の発達経過を一貫して診せてもらうことができた。結果、残念ながら早期療育では、脳性麻痺の麻痺症状の軽減も、ダウン症の知的障害の改善も困難であった。脳性麻痺では運動発達経過の中で脳内の損傷部位に応じた麻痺症状が発現してくるが、やがて想定されたように関節の拘縮変形・運動制限が起きて来た。脳の病変が遺っている限り直せるもので

なく付き合っていくものだと思感した。だが、早期療育は決して無意味ではなく、二次障害を予防しながらその子を包括的に育て、地域で共に暮らしていけるよう支援・プロデュースしていくことに意義はあった。保育所や幼稚園など子どもの社会参加の場は広がり、地域社会での理解を広めることとなっていった。

そして、彼等と関わった周りの人たちがおしなべて寛容で優しく穏やかな方々になっていかれた。この子どもたちには周りの人を育てる力があると思つた。おおらかに、ゆとりをもつて関わらないと子どもの笑顔に出会えないのだ。通い続けて来られる中で、やがて直らない現実を受け止め、一人では育てられないので、いろんな人とながらながら、明るく前向きに子どもを支えておられたお母さん達にこちらが力をもらえたことは大きかった。

「はまぐみ」では、皆、学校が大好きで、不登校の子どもには出会わなかった。診察室では見たことのない満面の笑顔が学校にはあった。併設の支援学校の行事には、センターの職員も呼んでもらい一緒に楽しんだ。先生方は、子どもの気持ちを代弁し、子どもが精一杯表現し活動できるよう手探り・手造りの様々な教

育的配慮をしながら黒子となって奮闘していた。教育の粋を見せてもらえ、卒業式は感動的であった。

3、吉田病院の

「子どもの心診療科」で学んだこと

「はまぐみ」にこのままいいのかなと考えていた頃、県立吉田病院小児科の仲間から、これからの方向として不登校や心身症など子どもの心の問題に取り組むたく、力を貸して欲しいという誘いを受けた。私が小児科医としての臨床を開始した病院で、小児慢性疾患病棟があり病虚弱の養護学校（現吉田特別支援学校）が併設されていて、気管支喘息や慢性腎疾患の専門病院である。

平成に入り、テンプル・グランディン、ドナ・ウイリアムズといった自閉症の方々が次々と自伝を世に出され、自閉症の世界が広く知られるところとなり、自閉症の療育が大きく転換しようとしていた。私は一念発起して、平成13年の夏、米国ノースカロライナに佐々木正美先生（新潟大学卒の児童精神科医で日本にTEACCHプログラムを導入）引率の9日間のTEACCHプログラム視察研修に参加した。自閉症には、視覚支援

と構造化で見通しを持たせ、穏やかな関わりで安心が肝要とした、プログラムの創始者シヨプラー博士からも講義を受けることができた。文字通り目から鱗の日々で、強度行動障害は予防できるという思いに駆られ、それまでの自閉症療育の見直しを胸に帰国した。

一方、子どもを取り巻く社会問題として「はまぐみ」でも虐待の後遺症事例の入所が目立ってきていた。

平成12年には、児童虐待防止法が制定されたが、「子どもの権利条約にいがたの会」の足立定夫さんに声を掛けて頂き、一緒に虐待問題セミナーを数回企画した。毎回予想を上回る参加があり関心の高さと熱気を共有でき、セミナー運営に参画した面々のその後の多職種・多機関連携にもつながった。

このような中で、平成16年、新設の「子どもの心診療科」の専任として吉田病院に異動した。私にできそうな診療のキーワードは発達障害と児童虐待であった。すでに吉田での診療も15年になった。

— 虐待問題から学んだこと —

虐待問題から学んだことは、虐待親もケアの対象ということであった。虐待の加害者は実母が多く、世代

間連鎖が知られていた。親自身慈しまれて育ってきてないことが多く、経済的にも余裕がなく孤立していたり、子どもの側も過敏で育てにくいなど、いくつもの要因が重なって発生するわけで、感情的に親を非難しても状況改善にはほど遠い。虐待親も含めてどうケアするかが問われる。実際吉田では、虐待事例のケアを求められることは多くはなかった。

— 「子どもの心診療科」では —

「子どもの心診療科」での相談では、幼児期は「ことばの遅れ」「落ち着きなく集団行動がとれない」、学齢になると「暴言・暴力」「学業不振」「登校渋り」が多くなり、中学生では半数以上が「不登校」であった。不登校への対応としては初心者であったが、「はまぐみ」で培った子どもへのちよつとした関わり方で、子どもの表情が変わり意欲的になっていくのを目の当たりにし、診療のおもしろさを実感して今に至っている。もちろん難症とする例もあるが、子どものレジリエンシーに期待したい。

平成17年に発達障害者支援法が施行になり、平成19年からは特別支援教育が全面実施となった。以来、発

達障害ということばを知らない方はいないくらいに啓発活動が展開されていったが、まだまだ理解されていないこともある。近年、スペクトル（連続帯）という考え方が診断に導入され、診断の幅が広がったこともあり相談事例は増え続けているが、中核的な自閉症の子どもが増えているとは思えない。障害という程ではないが発達特性を持つている人は、50人に一人とも20人に一人とも言われている。それが障害と認識されるほど適応できない状態になれば診断も必要となるが、追い込まれることなく暮らしていければ個性と受け止めてかまわないものである。その子の置かれた養育環境・物理環境・友達関係・与えられた課題が適切であるかどうかで、困り感が増悪したり軽減したりする。困り感に対しては手当が必要であろう。やりようがあることを示してもらえた子どもが、次には自分で解消できるようになれば目指す所であり、まさに自己理解・自己コントロールである。「発達障害は理解と支援で個性になる」を実感させられる。

保護者支援策として ADHD（注意欠如・多動症）のペアレント・トレーニングを取り入れたのも有効であった。落ち着きがなく集中できず、忘れ物・なくし

物が多く、じっとしていらなくなって何度注意されても直せない。子どもの自尊心は低下し、怒ってはかりいる保護者の悩みはつきない。6〜8人の保護者グループで子どもへの褒め方、指示の出し方、自尊心の高め方などを学んでいく。参加した保護者は、自分だけではないんだとエンパワーされ、失いかけていた自信を回復していかれた。発達障害があると虐待は起きがちで、無い場合と比べて数倍多いと言われている。予防していく必要がある。

― 不登校への対応 ―

当初、不登校の子ども達の中に未診断の広汎性発達障害（中でもアスペルガー障害、現在では含めて自閉スペクトラム症と診断）が多いことに驚いた。

不登校はここ10数年全国で12万人で推移していたが、3年くらい前から増加傾向にあり14万人となった。不登校は子どもたちの社会不適応であり、その背景要因に応じた対応が求められる。諸策が講じられてきているにも関わらず減少傾向にないのだ。

登校渋りには何とか登校させようとするのが一般的だが、それでは長続きしないことが多く、まずは子ども

もの言い分を聴くことが必要だ。発達障害が背景にあれば、脳の機能の問題で感じ方が違っているのかもしれない。感じ方が違えば、当然認識の仕方も違い、応答の仕方も違ってくる。同じ状況で同じような事を体験すれば共感できると考えるのが一般的だが、特に自閉スペクトラム症では、その受け止め方は個人差の範囲を大きく超えたものであることが知られており、その子が安心して取り組める内容や、やり方を探っていく必要がある。

現代の子ども達は、多過ぎる刺激の中で過剰な興奮状態、慢性的な疲労状態になりがちである。睡眠時間・ゲームや動画・習い事など、子ども自身が自分で選んで自由に活動できる余裕が残されているか再検討する。多様な特性を持った子ども達が集う所が学校であり、お互いの関係の持ち方が問題となることもある。いじめやからかいがしかり、担任との相性もしかりである。学習困難でがんばりきれなくなっていることもある。必要な休息、体制立て直しのための欠席があっても良い。子どもには、自分を認めてもらえての安心と自信を持たせてあげたい。入院したり、吉田特別支援学校に転校してもらったりしながら、子ども自身がどうし

たいか、自己選択・自己決定できるよう支援していくが、時間がかかる。大人の寛容さと持てる対応策の幅が問われる。

不登校は、まじめな頑張り屋が「皆と同じに学校へ」とがんばって、踏ん張りきれなくなつて発するSOSである。自閉スペクトラム症の子ども達はおしなべてまじめである。

— 教育との連携 —

学校という集団教育の場では、適当に調子を合わせる力、空気を読む力、自己発現しながら折り合いをつける力など社会的スキルを持ち合わせていないと居心地が悪くなりがちである。過密スケジュールで行事も多く変更がしばしばでは、気持ちの切り替えが間に合わず、変化に適応できず、こだわりで適当にやり過ごすことができなければ、大きな混乱を来すことは想定される。感覚過敏（ザワザワした雑音が苦手、避難訓練の音が恐怖、臭いに敏感で気持ちが悪くなるなど）があれば、一気に不快感がつのり、落ち着いてなんかない、イライラ と怒りっぽくもなるだろう。安心できない状況では過敏さは増悪する。診療では、子

どもの不適応の背景要因を整理し、必要に応じて薬物療法もするが、子どもを取り巻く環境調整が肝要だ。一人ひとりを大切に、その子のニーズに応ずるという特別支援教育での個別の配慮を求めて、支援学級に移籍する子が増えているのは、発達障害への理解が進んで来ている結果かと思われる。

吉田特別支援学校には、現在高等部も含めて50人位の子ども達が、入院しながら又は自宅から通学している。不安感と緊張感みなぎる出会いから、次第に元気になる自信を取り戻していく姿に元気をもらっている。

医療との連携は不可欠の時代である。忙し過ぎる集団教育の場で、子どもの思いを聞いていく余裕を持ち続けていくのは至難の業であろう。まじめで一生懸命な先生方が、疲弊しておられるのを目の当たりにすることも稀ではない。熱心すぎる介入で子どもを怒らせたり、逆ギレさせたりすることもある。けんかもあるが、子ども同士で程よい距離を保っていられることもある。その中では安心して自分なりのやりたいことを集中してやっている。インクルーシブ教育が言われるが、子ども達同士の自然な関わり方から学べるものが

あるように思う。自閉スペクトラム症のある子との関わり方は、子どもから学ぶことが多い。

「皆と同じ」にとらわれない個別の配慮を進めていくには、直接支援に関わる補助員の手当て、物理空間を別にする（特別支援学級への移籍）ことが一般的な特別支援教育での実践となつてはいるが、目指すインクルーシブ教育では子どもを分断しないという。通常教育に乗りにくい子ども達が、これほどに多く日常的になつてきているということは、子ども自身の個別の問題と考えるだけでは不十分であり、多様性を受け止めていく上で現状の通常教育に限界がきているという観点も必要であろう。これからのインクルーシブ教育の実践に期待したい。

（に　　つ　　た　　は　　つ　　み　　・　　小　　児　　科　　医）

（聞き手　編集部・文責　内山雄平）