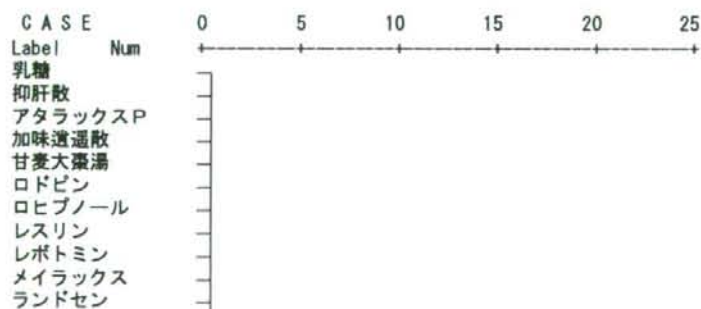


図7 小児科、小児神経科、児童精神科における処方薬のクラスター分析結果 (N=17)



次ページへ続く

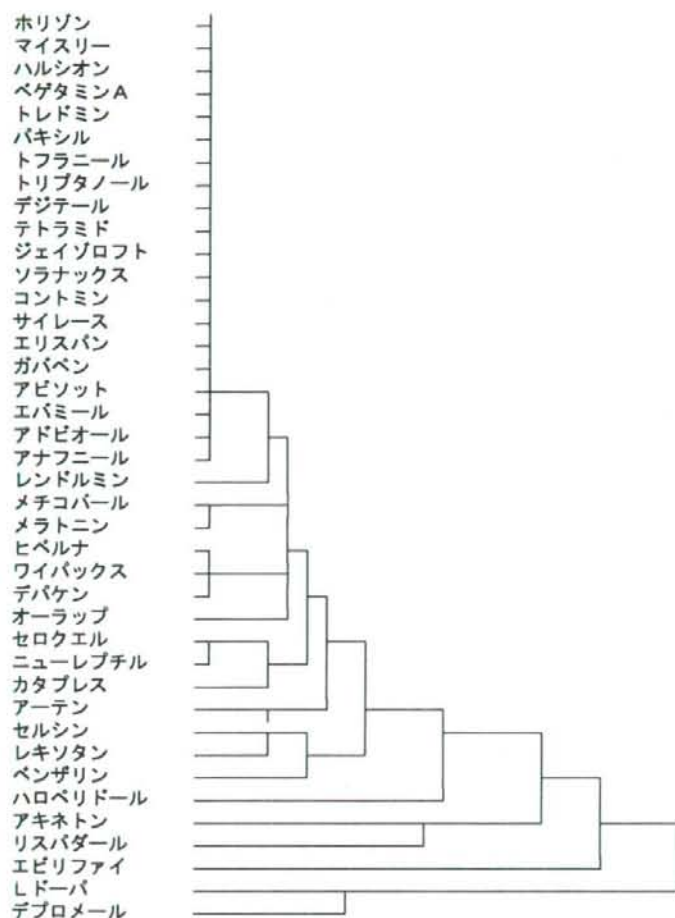
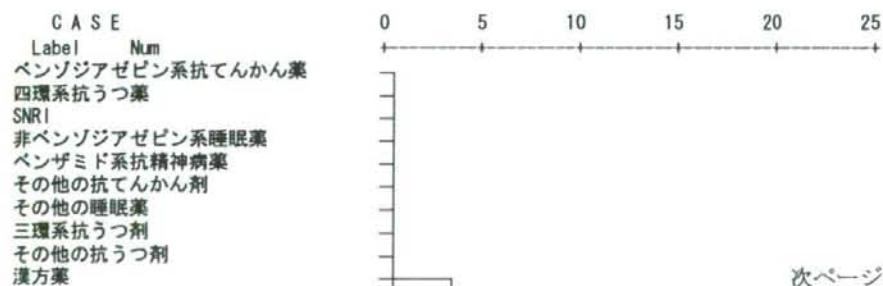


図8 小児科、小児神経科、児童精神科における処方薬種類別のクラスター分析結果 (N=17)



次ページへ続く

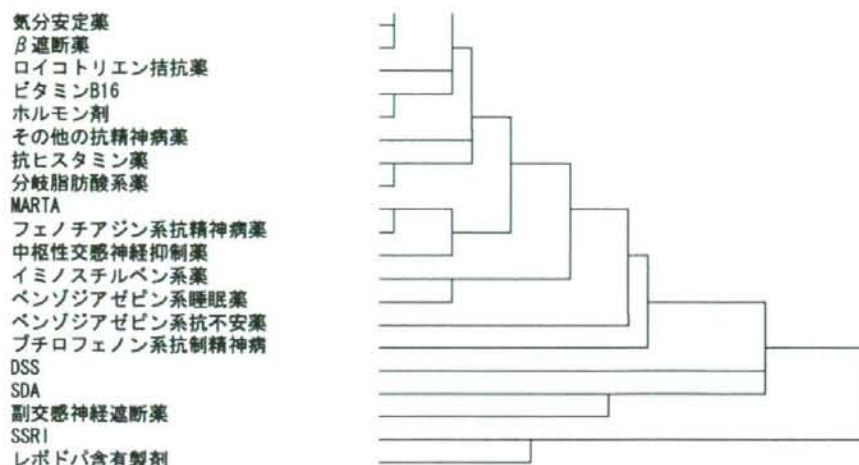
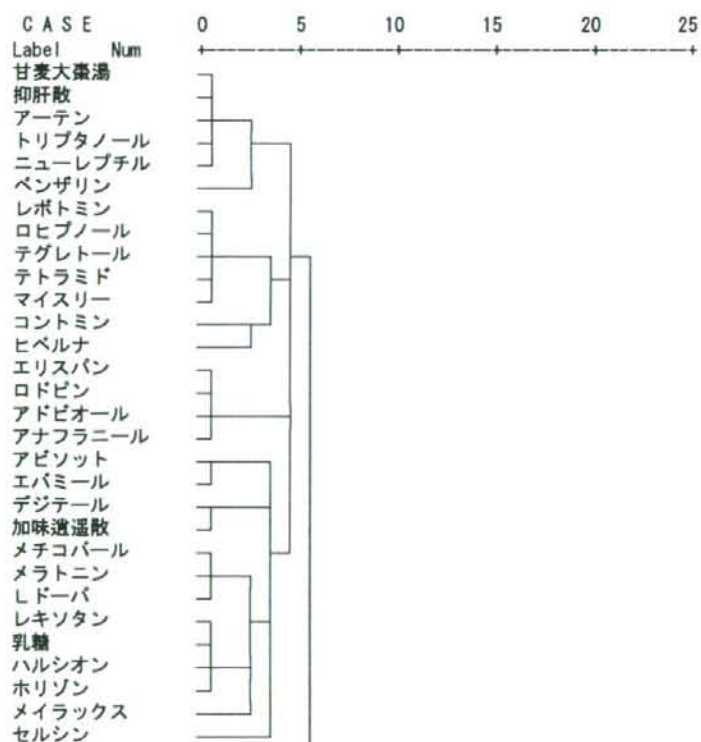


図9 精神科、心療内科、神経内科における処方薬のクラスター分析結果 (N=27)



次ページへ続く

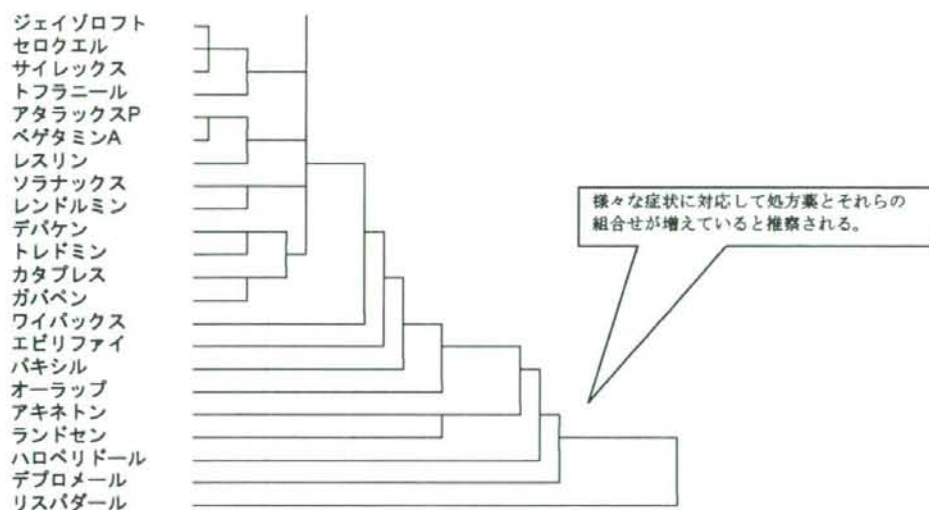


図10 精神科、心療内科、神経内科における種類別処方薬のクラスター分析結果 (N=27)

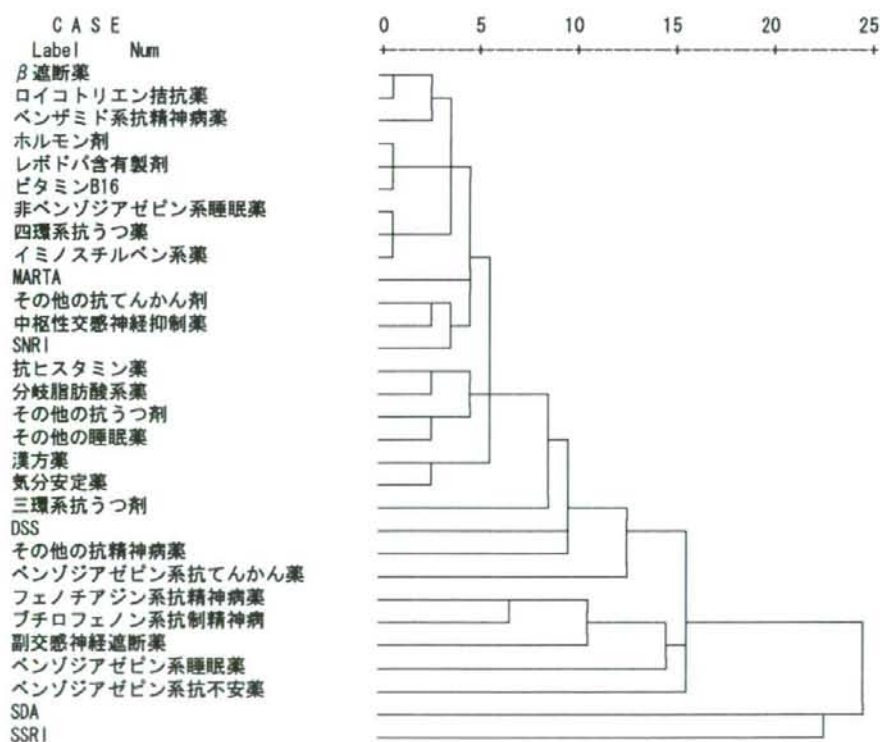


図11 19歳未満の症状についてのクラスター分析結果 (N=36)

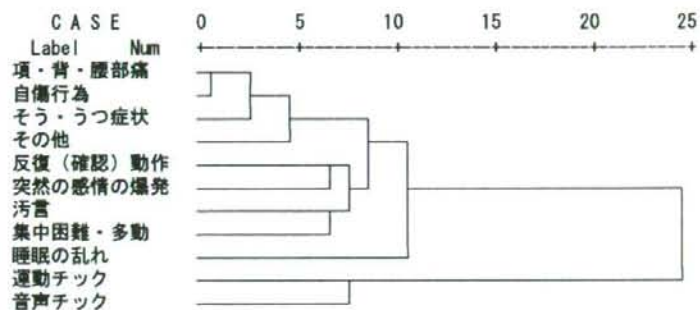


図12 19歳以上の症状についてのクラスター分析結果 (N=34)

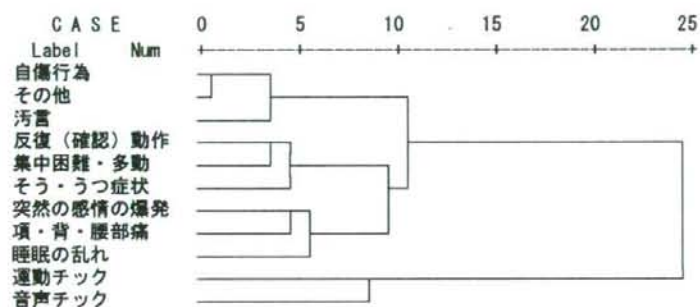


図13 19歳未満の困ったことについてのクラスター分析結果 (N=36)

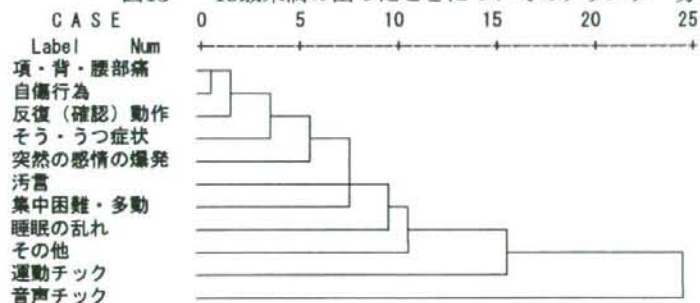


図14 19歳以上の困ったことについてのクラスター分析結果 (N=34)

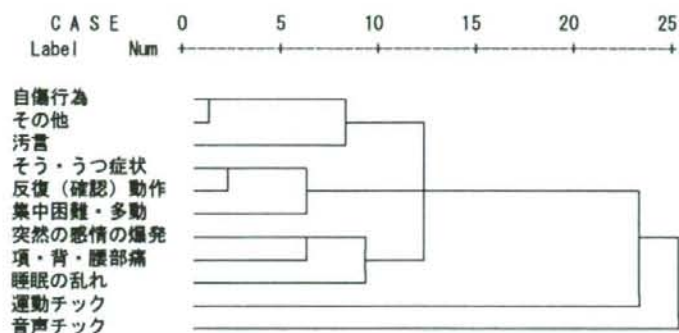


図15 19歳未満の処方の種類別クラスター分析結果 (N=36)

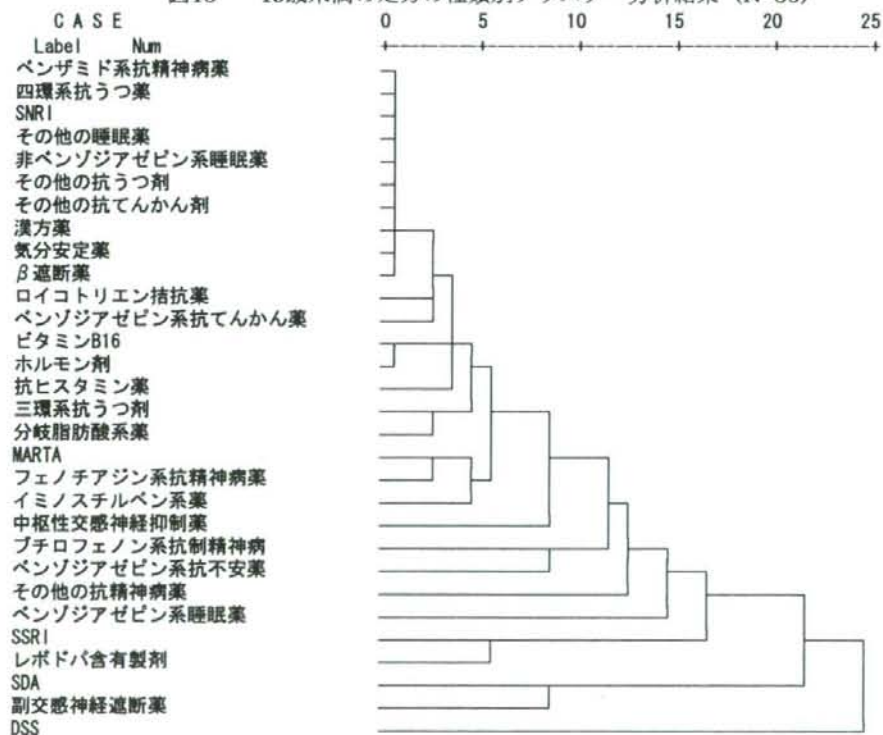


図16 19歳以上の処方の種類別クラスター分析結果（N=34）

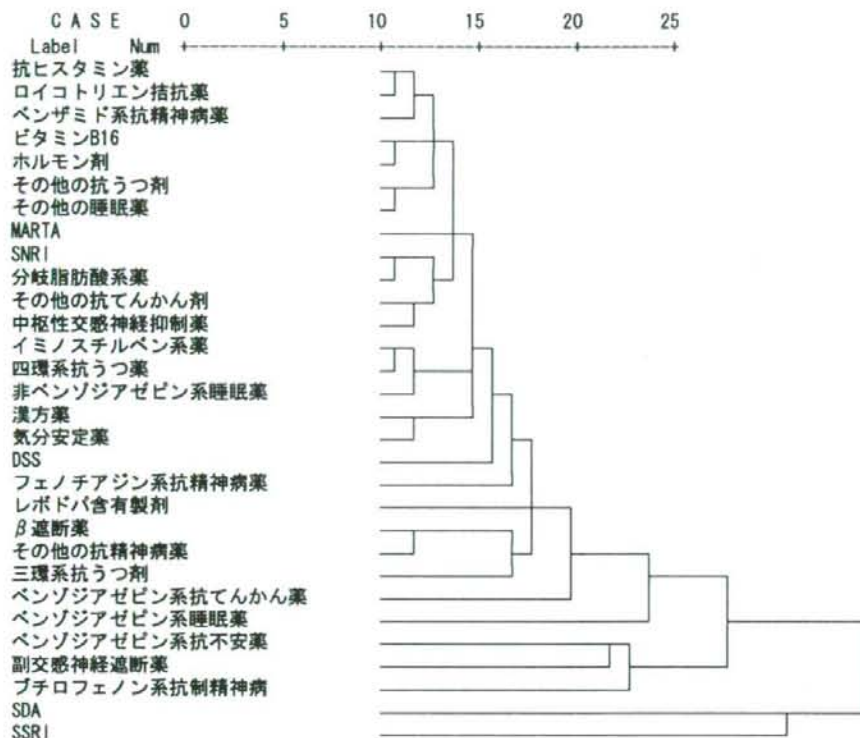


図17 男性の症状についてのクラスター分析結果（N=37）

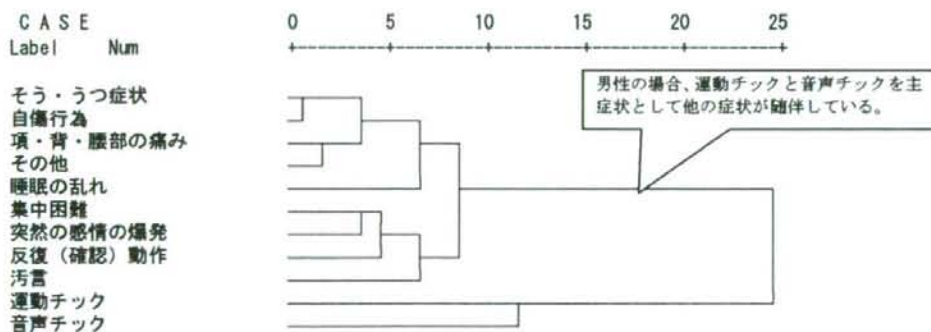


図18 女性の症状についてのクラスター分析結果 (N=14)

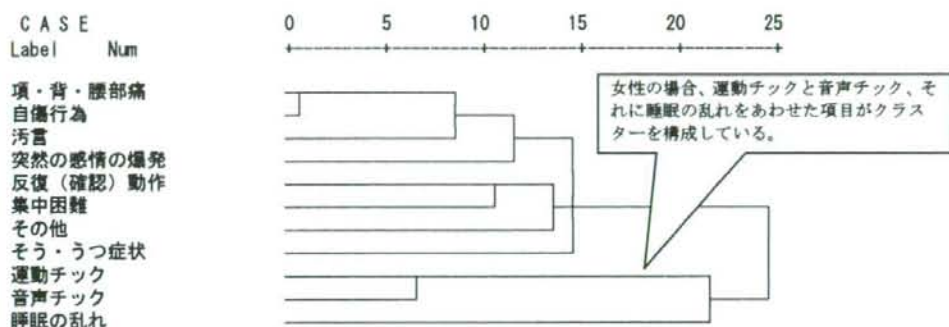


図19 就労しているグループの症状のクラスター分析結果 (N=15)

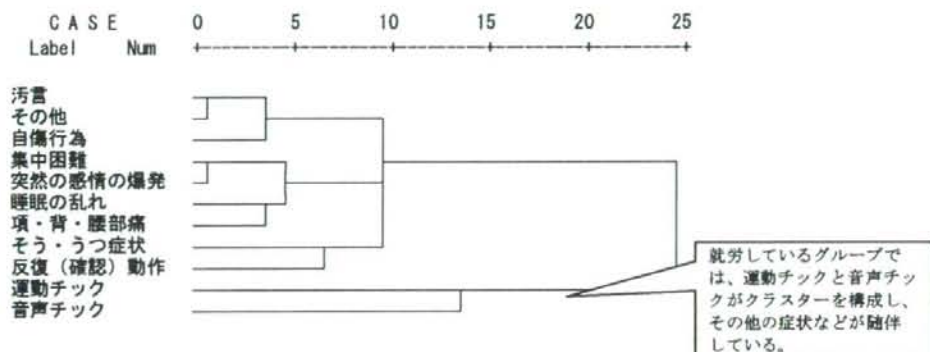


図20 就労していないグループの症状のクラスター分析結果
N=10

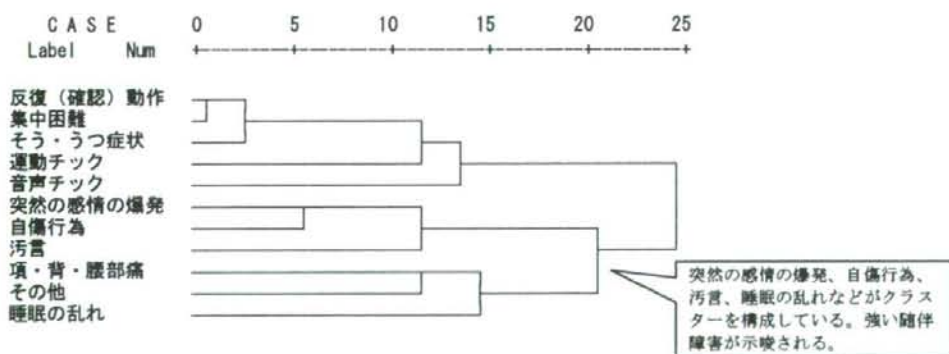
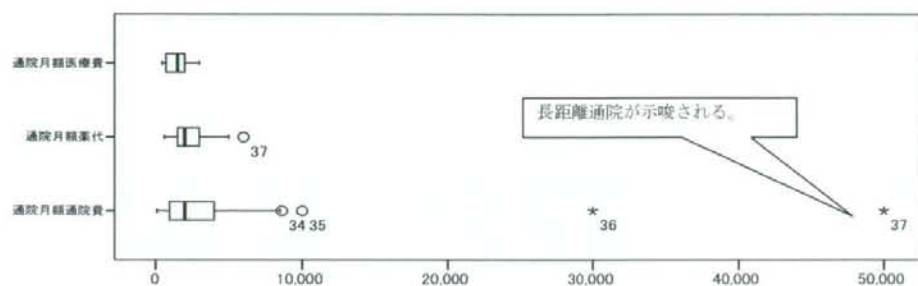


図21 月の医療費、薬代、通院費



トゥレット症候群に対する薬物療法を中心とする支援の検討

研究分担者 岡田 俊 京都大学医学部精神医学教室助教

研究要旨：

日本におけるトゥレット障害とその併存障害に対する診療実態を明らかにするため、小児科医と精神科医を対象としたアンケート調査を実施した。年内に返送されたアンケートをもとに中間解析を行ったところ、小児科医の方が児童期症例、軽症例が多いこと、精神科医の方が注意欠陥/多動性障害、反抗挑戦性障害、広汎性発達障害の併存例が多いことが明らかになった。また、精神科医、小児科医とも、抗精神病薬による薬物療法が最も多く実施されていたがその後の薬物療法の実態には、相違が見られた。また、行動療法の実施率は低く、精神療法全般では精神科医の方が多く実施するものの、その多くは支持的精神療法に留まっていた。本研究の結果は、小児科医と精神科医を対象とした調査の妥当性を示していたが、解析に当たっては重症度や併存症の状況など、患者層の相違を考慮した解析、検討が必要であると考えられた。

研究協力者：上床輝久、義村さや香、中東功一、川岸久也（京都大学大学院医学研究科博士課程脳病態生理学講座（精神医学）大学院生）

A. 研究目的

トゥレット症候群（TS）は、多彩な運動チックと、1 つまたはそれ以上の音声チックが、1 年以上にわたるチック障害である（American Psychiatric Association, 2000）。典型的には、5～7 歳に瞬目などの単純運動チックに始まり、その後、チックの出現部位が頭部、上肢から下肢へと移動し、およそ 11 歳頃に舌打ちや咳払いなどの音声チックが出現する。チックは 10 歳から 15 歳頃に最も激しくなり、コブローリアを伴うこともある。成人期には、症状が軽減することが多いが、個人差も大きい（岡田, 2007）。その症状は、数ヶ月から年の単位で変動するほか、強い心理的緊張、緊張から

の解放、感情の高まりなどによって増悪したり、中等度の緊張や睡眠によって症状が軽くなるなどの変動が見られる。TS は、大規模調査では 4.5～10 人/10000 人、性別ごとの有病率では男児 13 人/10000 人、女児 7 人/10000 人の病態であると考えられているが、軽症例も含めると有病率はさらに高くなるとされる。TS は、浸透性の低い多因子遺伝に周産期異常や A 群 β 溶連菌などの環境要因が加わって、大脳基底核の低形成や血流低下、基底核－視床－皮質経路の異常が生じた神経生物学的障害であり、ドパミン系を中心にモノアミン系の機能異常があると想定されている。

TS は、その定義と経過からみれば運動疾患であるということになるが、TS には様々な併存障害が存在することが知られている。例えば、注意欠陥/多動性障害（AD/HD）は、TS の 50～75% に併存し、両者の併存例では、社会適応上の困難が認められ、ソーシ

ャルススキルも低いことが報告されている（岡田, 2007）。また、強迫性障害(OCD)は、TS の 40%に認められ、チックを伴わない OCD に比べて、発症年齢が低い、抗うつ薬への反応性が低い、第 1 度親族における OCD の有病率が高い、宗教、性、攻撃性に関する強迫観念が多い、確認行為が多い、対称性や正確さに関する強迫観念、儀式的行為、数をかぞえる、並べるといった強迫行為が多いとされる（岡田, 2007）。また、広汎性発達障害の 4.3%には TS が併存するほか、学習障害、不安障害、抑うつ、睡眠障害との併存が多くみられる。

TS は、症状の変動こそあれチック症状が生涯にわたって持続し、さらに併存症も加わって患者の日常生活機能の支障となり、さらに抑うつや自尊心の低下などの二次的な心理社会的問題を伴う。したがって、TS とその併存症に対する医学的介入が望まれ、薬物療法が最も大きな役割を果たすべきものであると考えられるが、実際には TS 治療に十分な経験を持つ医師が少なく、TS とその併存症の病態や治療のエビデンスについての情報提供も十分であるとは言えないことから、日本における治療の標準化は不十分であることが想定される。また、TS 患者の受診する診療科が、小児科、精神科に加え、小児神経科、児童精神科などの専門診療科、その他の診療科にまたがることも多く、一部は脳外科や神経内科を初診する患者も多いことから、それぞれの医療機関、医師が対応する患者の重症度や併存症の実態に相違があることも想定され、その点を踏まえた治療ガイドラインの提供が求められる。しかし、日本における TS の治療実態を明らかにした報告はないことか

ら、本年度は医師を対象とした調査を実施し、その治療実態を明らかにすることとした。

B. 研究方法

本研究は、広く診療実態を明らかにする必要性から、日本児童青年精神医学会会員(1640 人)、日本小児心身医学会会員(871 人)、日本小児精神神経学会会員(647 人)、日本小児科学会における小児科専門医の研修施設(518 施設)、日本精神神経学会における専門医研修施設(1266 施設)を対象とし、そのうち重複を除いた計 4504 件について郵送法にて調査を実施した。

調査用紙は添付資料のように、医師の過去の治療経験、ならびに、その年齢別、重症度別の内訳、併存症の併存率、治療内容の実態、第一選択の薬物療法の使用薬剤とその使用量、薬物療法に使用する薬剤の内訳、行動療法ならびにその他の治療法の治療実態を問う内容となっている。本調査用紙は、平成 20 年 12 月に郵送しており、そのうち年内に返送され、人力の完了した 152 通について中間解析を実施し、本調査の妥当性と解析方法についての検討を実施した。

C. 研究結果

回答した医師は、精神科医 44 人のうち、一般精神科医が 19 人、児童精神科医が 25 人、そのうち総合病院に勤務する医師が 14 人、精神科病院に勤務する医師が 22 人、精神科診療所に勤務する医師が 5 人、療育センターに勤務する医師が 3 人であり、平均臨床経験年数は 20.0 年であった。また、小児科医 105 人のうち、一般小児科医が 81 人、小児神経科医が 24 人であり、総合病院

に勤務する小児科医が80人、診療所勤務する小児科医が15人、小児病院に勤務する小児科医が7人、療育センターに勤務する小児科医が2人、重症心身障害児施設に勤務する小児科医が1人であり、平均臨床経験年数は23.4年であった。また、血液センターに所属する医師が1人、不明（記入なし）の医師が2人であった。

図1に、精神科医、小児科医が治療したTS患者のプロフィールを示した。精神科医は平均4.2人、小児科医は平均3.8人の診察を行っていたが、小児科の方が児童期症例が多く、また軽症例が多いことが示唆された。

図2には、併存症の状況を示した。精神科医の診察したTS患者、小児科医の診察したTS患者のいずれもが多くの併存症を伴っていたが、5ポイント以上の差があるものをみると、精神科医の方が注意欠陥/多動性障害（小児科医の6.0%に対し、精神科医は11.4%）、反抗挑戦性障害（小児科医の15.0%に対し、精神科医の20.2%）、広汎性発達障害（小児科医の15.0%に対し、精神科医の20.2%）で高率であり、精神科医の診察するTS患者の方が行動や心理的発達の障害を伴う者が多かった。

また、受診後の対応では、精神科医では93.7%が自身で治療していたのに対し、精神科専門医に紹介したのは2.9%、小児科専門医への紹介は1.5%に留まった。一方、小児科医では、自身で治療していたのは60.5%に留まり、精神科専門医への紹介は20.5%、小児科専門医への紹介は10.7%であった。残りの患者、すなわち精神科医の診察したTS患者の1.9%、小児科医の診察したTS患者の8.4%は、治療に導入せず経

過が観察されていた。

治療内容を図3に年齢別に示した。精神科医、小児科医ともに薬物療法が主体となっており、行動療法よりもむしろその他の精神療法の方が実施されていた。薬物療法の実施率は精神科医の方がおよそ10%高かった。

薬物療法の内容については、最も多く実施されている薬物療法を図3に示したが、精神科医、小児科医ともに、抗精神病薬が主体であり、精神科医の方が新規抗精神病薬を積極的に使用していたが、用量設定は小児科医の方がやや慎重であった。カテゴリ別の薬物療法の実施状況を図4に示した。抗精神病薬が圧倒的に多く使用されているが、精神科医と小児科医を比較すると、精神科医の方が抗精神病薬、クロナゼパム、ベンゾジアゼピンを多く使用しており、レボドーパ、漢方薬の使用は小児科医の方が多かった。

行動療法については、精神科医、小児科医とも実施していない医師が最多であった。精神科医では、61.3%が実施せず、自身で実施は29.0%（実施率18.7%）、専門施設への紹介9.7%（実施率3.0%）、小児科医では74.1%が実施せず、自身で実施は28.6%（実施率11.0%）、専門施設への紹介0.0%（実施率0.3%）であった。精神療法の実施率は図5の通りであり、いずれの精神療法も精神科医の方が多く併用していた。

D. 考察

中間解析の結果から、児童例、軽症例が精神科医よりも小児科医のもとで診療を受けていた。また、精神科医の方が、注意欠陥/多動性障害、反抗挑戦性障害、広汎性発

達障害などの行動と心理的発達の障害の併存例を多く診療していた。これらのことは、精神科医と小児科医の診療患者のプロファイルには相違があり、解析、あるいは結果の解釈に注意を要することを意味している。

なお、受診後には小児科医が専門医への紹介など、プライマリーケアの対応が行われていたのに対し、精神科医は自身で診療する傾向があった。なお、精神科医、小児科医を問わず、行動療法の実施率は低く、薬物療法が主体であった。しかし、処方動向には相違があり、精神科医が抗精神病薬、クロナゼパム、ベンゾジアゼピンを多く使用するのに対し、小児科医はレボドーパや漢方薬の使用が見られた。このことは重症度の相違だけでなく、処方動向の相違を示すと思われた。また、精神療法は精神科医の方が活発に行われているものの支持的精神療法に留まっていた。

これらの所見は、今回の調査が精神科医と小児科医の処方動向を示しており、調査の妥当性を支持すると思われたが、その際には重症度や併存症の状況による、より詳細な検討を要することも示唆しており、一次調査の結果も踏まえ、詳細調査に同意の得られた医師を対象に、二次調査を行うことの重要性を示唆すると思われた。

文献

1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR Fourth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association: Washington, DC, 2000)

2) 岡田俊: チック障害. In text 精神医学、第3版(加藤進昌、神庭重信 編)、南山堂

pp298-300, 2007

E. 結論

本研究では、小児科医と精神科医を対象にアンケート調査を実施し、日本におけるトゥレット障害とその併存障害に対する診療実態を明らかにすることを試みた。中間解析を実施したところ、小児科医と精神科医の治療実態の相違とともに患者層の相違も明らかになり、全体解析ではこの点を踏まえた解析、検討が必要であると考えられた。

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 上床輝久 岡田俊: トウレット障害のコプロラリアにみる強迫性と衝動性 強迫性障害の研究9巻, 45-50, 2008

2. 学会発表

1) 前田耕路、岡田 俊
アリピプラゾールへの切り替えと修正型通電療法が奏功した重症トゥレット障害
第104回近畿精神神経学会、平成21年2月14日 大阪

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

なし

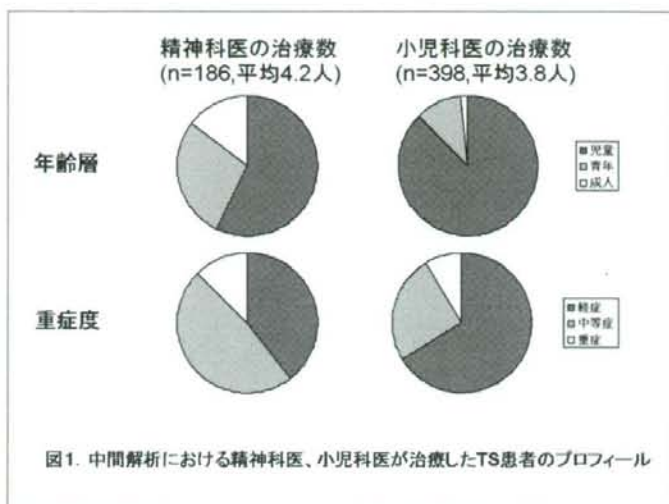


表1. 併存症の状況(%)

	強迫性障害	不安障害	双極性障害	うつ病	広汎性発達障害	注意欠陥多動性障害	長期的慢性障害	行動障害	知的障害
精神科医	20.8	5.9	0.3	8.4	20.2	11.4	20.2	17.2	4.2
小児科医	22.3	9.3	0	4.6	15.0	6.0	15.0	16.8	4.1

表2. 受診後の対応(%)

	精神科医	小児科医
自身で治療	93.7	60.5
精神科専門医へ	2.9	20.4
小児科専門医へ	1.5	10.7
その他	0	0

表 3. 治療内容(%)

精神科医	12歳未満	12～18歳	18歳以上
薬物療法	85.4	92.1	93.6
行動療法	17.7	8.4	10.0
精神療法	45.0	56.7	45.5

小児科医	12歳未満	12～18歳	18歳以上
薬物療法	76.8	82.0	83.3
行動療法	5.0	7.1	16.7
精神療法	24.6	17.9	0

表 4. 最も多い薬物療法(%)

	12歳未満	12～18歳	18歳以上
精神科医	Ris(n=10)0.6→2.0 Hpd(n=7)0.7→1.8 Apx(n=3)4.0→7.5	Ris(n=9)1.1→3.0 Hpd(n=6)0.8→2.4 Apx(n=2)3→7.5	Hpd(n=4)2.1→3.5 Ris(n=3)1.8→2.8 Apx(n=2)3→7.5 Famozden(n=1)1→3 Clenazepam(n=1)1→3
小児科医	Hpd(n=7)0.7→1.8 Ris(n=4)0.35→1.0 Bramazepam(n=1)1→3 L-DOFA(n=10)5mg/kg	Hpd(n=9)0.7→2.3 Ris(n=3)1.1→3.0	Hpd(n=1)*

Ris: Risperidone, Hpd: Haloperidol, Apx: Aripiprazole

表 5. 薬物療法の実施状況(%)

	抗精神病薬	気分安定薬	プロパネホール	ベンゾジアゼピン	抗てんかん薬	抗うつ薬	レボドパミン	漢方薬
精神科医	92.0	4.0	10.4	12.8	9.6	8.7	0.6	0.6
小児科医	80.0	5.0	1.2	3.8	7.1	11.1	4.0	1.9

表 6. 精神療法の実施状況(%)

精神科医	12歳未満	12～18歳	18歳以上
支持的	79.1	95.0	68.2
箱庭療法	8.0	0.3	0.5
遊戯療法	11.5	1.8	0.5
その他	14.5	14.3	0

小児科医	12歳未満	12～18歳	18歳以上
支持的	46.3	39.6	25.0
箱庭療法	0	0	0
遊戯療法	5.8	0	0
その他	11.5	14.3	0

〔資料〕

2008年11月吉日

小児科・精神科専門医研修施設
日本小児精神神経学会
日本小児心身医学会
日本児童青年精神医学会
の諸兄の先生方

主任研究者 東京大学医学部附属病院「こころの発達」診療部
特任准教授 金生由紀子
分担研究者 京都大学医学部附属病院精神科神経科
院内講師 岡田 俊

謹啓

初冬の候、先生方におかれましては、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

このたび、お許しなくご連絡を差し上げましたことをご海容ください。私どもは、厚生労働科学研究費補助金「トゥレット症候群の治療や支援の実態の把握と普及啓発に関する研究」班（研究代表者：金生由紀子）で今年度から3年計画で活動しております。今年度は主として医療、教育、福祉などの場における実態の調査を行う予定であり、その一環として小児科・精神科の先生方の治療実態をご教示いただけますと幸いです。

ご多忙の折りととは存じますが、同封のアンケート（A4版両面刷り）にご記入いただき返信用封筒にて1月9日までにご返送いただければ幸いです。本調査の趣旨をご理解いただきご協力をいただければ幸いです、ご協力いただけなくても先生方に何らの不利益はございません。

なお、今後、さらなる詳細な調査を予定しており、詳細調査にご協力いただける可能性のある先生方に改めてご説明をお送りしたいと考えております。詳細調査についてご検討いただけます場合には、別紙にその旨をご回答下さい。

ご回答いただいたデータにつきましては、個人を特定できないようにして統計処理を行います。また、結果を研究報告会、研究報告書などで公表する予定です。

ご不明な点がございましたら、以下にお問い合わせ下さい。

謹白

問い合わせ先

主任責任者

金生由紀子（東京大学医学部附属病院「こころの発達」診療部）
〒113-8655 文京区本郷7-3-1 電話/FAX 03-5800-8664
e-mail: kano-ky@umin.ac.jp

分担研究者

岡田 俊（京都大学医学部附属病院精神科神経科）
〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町54 電話/FAX 075-751-3388
e-mail: tksokada@kuhp.kyoto-u.ac.jp

トゥレット症候群の治療に関する医師対象調査

トゥレット症候群に関する先生のご経験についてお伺いいたします。おおよその数値でけっこうですので、ご記入下さい。

1. これまでに診察されたすべてのトゥレット症候群の患者の数、年齢層、重症度をお伺いします。

	およそ	<input type="text"/>	人
年齢の内訳	児童（12歳以下）	<input type="text"/>	%
	青年（13～19歳）	<input type="text"/>	%
	成人（20歳～）	<input type="text"/>	%
重症度の内訳	軽症（日常生活にほぼ支障がない）	<input type="text"/>	%
	中等症（日常生活にかなりの制限）	<input type="text"/>	%
	重症（基本的な日常生活が困難）	<input type="text"/>	%

2. 診察されたすべての患者のうち、下記の障害が併存していた割合をお伺いします。

強迫性障害	<input type="text"/>	%	強迫性障害以外の不安障害	<input type="text"/>	%
双極性障害	<input type="text"/>	%	うつ病性障害	<input type="text"/>	%
広汎性発達障害	<input type="text"/>	%	注意欠陥/多動性障害	<input type="text"/>	%
反抗挑戦性障害	<input type="text"/>	%	行為障害	<input type="text"/>	%
知的障害	<input type="text"/>	%			

3. 診察された患者を、先生が引き続き診察されましたか？

ご自身で治療した	<input type="text"/>	%	小児科専門医に紹介	<input type="text"/>	%	
精神科専門医に紹介	<input type="text"/>	%	その他	<input type="text"/>	に紹介 <input type="text"/>	%

4. ご自身で治療された場合、その内容はどのようなものですか？（重複可）

12歳まで	薬物療法	<input type="text"/>	%、	行動療法	<input type="text"/>	%、	その他の精神療法	<input type="text"/>	%
12～18歳	薬物療法	<input type="text"/>	%、	行動療法	<input type="text"/>	%、	その他の精神療法	<input type="text"/>	%
18歳以上	薬物療法	<input type="text"/>	%、	行動療法	<input type="text"/>	%、	その他の精神療法	<input type="text"/>	%

<裏面に続きます>

5. 第一選択で最も頻度の高い薬物療法はどのようなものでしょうか？

～12歳 薬剤名 を
 初回 mg/日から開始し mg/日で維持

12～18歳 薬剤名 を
 初回 mg/日から開始し mg/日で維持

18歳以上 薬剤名 を
 初回 mg/日から開始し mg/日で維持

6. 薬物療法を実施している患者のうち、それぞれの薬剤をどの程度ご使用でしょうか？
 （重複可）

抗精神病薬 % 高血圧治療薬 % クロナゼパム %
 クロナゼパムを除くベンゾジアゼピン % その他の抗てんかん薬 %
 抗うつ薬 % レボドーパ % 漢方薬 %

5. チックに対する行動療法はご自身で実施されていますか？（該当する選択肢に○）

実施せず ご自身で実施→トゥレット症候群患者の % に実施
 専門施設に紹介→トゥレット症候群患者の % を行動療法実施施設に紹介

6. トウレット症候群患者に対する、行動療法以外の精神療法の実施状況について伺います

～12歳 支持的精神療法 % 箱庭療法 % 遊戯療法 % その他 ^{具体的に} %
 12～18歳 支持的精神療法 % 箱庭療法 % 遊戯療法 % その他 %
 18歳以上 支持的精神療法 % 箱庭療法 % 遊戯療法 % その他 %

7. 最後に先生のプロフィールを教えてください。

ご専門（該当に○印） 小児神経専門の小児科医 その他の小児科医
 児童青年期専門の精神科医 その他の精神科医

診療歴 年

主にお勤めの医療機関の形態（該当に○印）

総合病院 精神科病院 診療所（小児科）
 診療所（精神科） その他（具体的に ）

＜ご協力ありがとうございました＞

主任責任者：金生由紀子（東京大学医学部附属病院「こころの発達」診療部）
 〒113-8655 文京区本郷7-3-1 電話/FAX 03-5800-8664 e-mail: kano-tky@umin.ac.jp
 分担研究者：岡田 俊（京都大学医学部附属病院精神科神経科）
 〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町54 電話/FAX 075-751-3388 e-mail: tksokada@kuhp.kyoto-u.ac.jp

「トゥレット症候群に関する詳細調査」について

トゥレット症候群に関するさらなる詳細な調査へご協力いただける可能性があり、調査についての説明を改めてお受けいただける先生は、以下にお名前、ご所属、ご住所をご記入いただき、「トゥレット症候群の治療に関する医師対象調査」用紙と共にご返送下さい。

お名前:

ご所属:

ご住所: 〒

発達障害者支援センターにおけるトゥレット症候群の実態と普及啓発活動

研究分担者 太田昌孝 NPO 法人心の発達研究所理事長

研究要旨：

本研究の目的は「まほろば」におけるチック・トゥレット症候群についての啓発活動と相談の実態を明らかにすることにより、啓発活動の効果とその意義について検討することである。「まほろば」では、平成 17 年度より、チック・トゥレット症候群は発達障害に含まれると明言した啓発的内容をもった研修講座が登場した。翌年には、チック・トゥレット症候群と強迫症状に関する講座が登場した。研修講座が継続されることにもなって、相談事例が徐々に増える傾向を見せていた。チック・トゥレット症候群の相談事例が確実に存在しており、相談を求めていることが推察された。「まほろば」では、学習障害（LD）は相談事例は 1.2%を占め、チック・トゥレット症候群はそれに次いで 0.7%を占めていた。併存症としては自閉症圏障害（ASD）の事例が多く、次いで単独事例となっていた。注意欠陥多動性障害、LD との併存は、はっきりと認めなかった。チック・トゥレット症候群の人は多様な症状を有しており、主訴とニーズの解析から家族と本人の困惑が見て取れる。ASD の併存があるとこの傾向は更に強まるように思えた。チック・トゥレット症候群を発達障害として位置づけて、発達障害者センターにおいて啓発のための研修講座を組み込むことにより、チック・トゥレット症候群の人のニーズに応えることになるとともに、どこに相談してよいか迷っている人の支援に繋がっていくと思われる。

研究協力者：藤平俊幸（埼玉県発達障害者支援センター「まほろば」センター長）

いることと関連していると思われる。普及活動により、この障害の知名度を上げ、適切な治療や支援に結びつけることの意義は大きいと思われる。

本研究の目的は「まほろば」におけるチック・トゥレット症候群についての啓発活動と相談の実態を明らかにすることにより、啓発活動の効果とその意義について検討することである。

A. 研究目的

トゥレット症候群はその障害の特徴から発達障害と位置づけられ、発達障害者支援法の対象となる障害であるといえよう。トゥレット症候群を持つ人は、それに困っていても、この障害はなにか、どこで相談や治療ができるか悩んでいる人が少なからずいると思われる。埼玉県発達障害者支援センター「まほろば」（以下「まほろば」と略す）の相談担当者は、最近トゥレット症候群についての相談が増えているような感触を得ている。これには、発達障害についての各種研修会の中にトゥレット症候群が含まれて

B. 研究方法

「まほろば」は、埼玉県川越市にあり、平成 14 年 10 月に開所された。「まほろば」の目的と業務は表 1 の通りである。本年度の研究は、「まほろば」の開所以来について、チック・トゥレット症候群についての啓発活動のうち研修