

徒や保護者、また教員の相談に応じる。相談者の秘密を守るのが原則であるが、相談者と相談の上、関係者と連絡・調整を図ることもできる。トゥレット症候群の子どもが周囲との関係に悩んだり、保護者が学校への理解の求め方に窮したりしている場合に、相談に応じることができる。

### 3) 特別支援教育

- 通級では週1日程度、チックや併発症による学習困難に対応した指導を受けられる。

従来の特殊教育は、特別支援教育として2006年に再編された。主な形態として特別支援学校（従来の盲・聾・養護学校）、特別支援学級（従来の特殊学級）、および通級指導教室がある。特別支援学級と通級指導教室は通常の小中学校内にあるが、設置のある学校は一部である。通級とは、普段は通常学級で授業を受けている児童・生徒が、週1～2日だけ通級指導教室で特別に必要な指導を受ける形態である。通級による指導は従来からごく一部で行われていたが、特別支援教育として制度化されてから普及してきた。通級指導教室のある多くの学校は、設置のない周辺の学校の子どもも受け入れている。

チックや併発症で特別な指導を要するトゥレット症候群の子どもは、特別支援教育の中でも通級指導教室を利用する場合が大半である。通級では、子どもの問題に応じて、行動や考え方の癖にアプローチした指導を行なう。通級指導教室にも、言語障害、情緒障害、肢体不自由など、対象とする子どもの問題によって種類がいくつかあり、利用を検討する際は、トゥレット症候群や併発するAD/HD、LDに適した教室かどうかを確認する必要がある。

特別支援教育は特別支援学級や通級指導教室といった形態だけでなく、通常学級での支援を含めてすべての学校で行なわれることになっており、各学校には特別支援教育コーディネーターが配置されている。子どもに通級指導などの特別支援教育を受けさせようとする場合には、コーディネーターが調整を行い、校内委員会で検討する。保護者が特別支援教育の利用を相談したい場合は、まずは子どもが在籍する学校に相談する。

### 4) 通信制高校・サポート校

- 一般の高校での生活が難しい場合、進路の選択肢になる。

中学を卒業後、チックが激しく通学ができない場合や、睡眠障害などで朝から夕方まで授業を受けることが困難な場合、進路の選択肢として通信制高校やサポート校がある。

通信制高校は、高校の教育課程を通信教育で履修する学校で、所定の単位を取得すれば、高校卒業の資格が得られる。サポート校は、通信制高校に在籍している生徒が通学する教育施設である。学校教育法に定める学校ではないが、スクーリング以外は自宅学習となる通信教育を補助する役割を有し、通信教育で学習する内容の補習や、生徒の個別の問題に対する支援を行なっている。教員やほかの生徒と一緒に過ごすため、対人スキルを身に付けたり友人を作ったりすることができ、通常は

実質的な中心的な生活の場となる。

通信制高校とサポート校は、別の枠組みの教育機関になるため、基本的にはそれぞれに学費が必要となる。サポート校は必ずしも通学可能な範囲にあるとは限らないが、全国的に広く所在しており、進路を検討する際には近隣のサポート校を調べてみるのも一つの方法である。

#### 5) 医療機関・相談機関・特別支援学校

- 学校が校内だけで支援を進めるのが困難な場合は、外部の専門機関に相談する。

トゥレット症候群の子どもが在籍する学校の教員が、教育面の特別な支援を行なおうとする時に、専門的な情報や体系的な知識が必要になることがある。子どもが医療機関にかかっている場合、主治医が学校と連携することがあるが、学校としても医療機関に相談して、子どもの病気に関する知識を得ることができる。教育相談センターや発達障害者支援センターといった相談機関では、子どもの問題によって専門的見地からの詳細な助言を得られる場合がある。また特別支援学校は、在籍する児童・生徒の教育だけでなく、地域の小中学校に在籍する児童・生徒の教育に関する助言や支援も行うことになっており（いわゆるセンター的機能）、相談すると有益である。

#### 5. おわりに

本章では、トゥレット症候群の子どもに対する対応や支援について、教育面から論述した。学校生活に関連する一般的な内容を中心に述べたが、実際の子どもたちには多様な背景がある。子ども自身が抱える別の問題や、家庭環境、学校環境、地域環境など、様々な要因が関連する。中には本稿で想定したケースに当てはまらない子どももいるかもしれない。また、子どもたちが教育を受ける機会は、学習塾やスポーツクラブなど、学校以外の場にも多くある。そこでも学校と同様に指導者と仲間がおり、学校での支援のしかたを広く応用できると思われるが、新たに工夫しなければならないこともある。このような点への対応は今後の課題である。

トゥレット症候群の子どもは、最も重症な時期の大半を学校で過ごすことになる。保護者や教員・学校は、子どもが学校で快適に生活できるよう、適切な対応を行なうことが重要である。

河野 稔明（国立精神・神経センター精神保健研究所）



## 6. 相談機関

平成 17 年度より施行された発達障害者支援法では、発達障害の定義として「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの（2 条 1 項）」としている。トゥレット症候群などのチック障害は「その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」その他厚生労働省令で定める障害（ICD-10 の F90-F98）」としてこの支援法の対象疾患として含まれている。ここでは、トゥレット症候群の当事者が利用可能な地域の相談施設について説明する。

### \* 子育て支援センター

#### <概要>

平成 5 年度に事業が創設以来、平成 15 年度には全国、約 2,500 箇所で開催されている。地域全体で子育てを支援する基盤の形成を図るため、子育て家庭の支援活動の企画、調整、実施を担当する職員を配置し、子育て家庭等に対する育児不安等についての指導、子育てサークル等への支援などを通して、地域の子育て家庭に対する育児支援を行うことを目的としている。

#### <具体的な事業内容>

- (1) 育児不安等についての相談指導
- (2) 子育てサークル等の育成・支援
- (3) 特別保育事業等の積極的実施・普及促進の努力
- (4) ベビーシッターなど地域の保育資源の情報提供等
- (5) 家庭的保育を行う者への支援

### \* 児童家庭支援センター

平成 10 年度の児童福祉法改正に伴って新たに創設されたもので、児童心理療育施設、児童養護施設、児童自立支援施設、母子生活支援施設、乳児院に附置されるものである。これらの児童福祉の様々な専門機関と共同で 18 歳未満の子どもに関する様々な相談を受け付けている。また、児童相談所と連携しながら助言・指導、調整および一時的な保護を行う。

### \* 児童相談所

児童福祉法第 15 条の規定に基づく児童福祉のための専門機関。すべての都道府県および政令指定都市に最低 1 以上設置され、名称は地域によって「子ども家庭センター」「児童相談センター」などと異なる。18 歳未満のすべての児童を対象として、対象児童の福祉や健全育成に関する諸般の相談に応じている。必要な調査、判定を行い、児童福祉施設への入所や児童またはその保護者への相談援助活動を行う。また、14 歳未満の少年が刑罰法令に触れる行為をした場合、警察から通告を受け、児童自立支援施設に入所させる、家庭裁判

所に送致するなどの措置を決める。

\* 保健所・保健センター

地域保健法により、保健所は広域的・専門的な保健サービス（第二次予防）を、市町村保健センターは直接住民に身近な保健サービス（第一次予防）を原則としては無料で実施するとされている。

<発達相談>

保健所の発達相談は心身に障害の疑いのある児や発育・発達に遅れが見られる児が、適切な保育や療育を受け、安心して生活ができることを目的として行われている。二次スクリーニング的な役割を果たし、さらに、診断機関や療育機関への紹介を行っている。管内の市町村の取り組みや療育機関等の社会資源の状況によって、それぞれの保健所で特徴がある。

\* 精神保健福祉センター

精神保健福祉センターは精神保健福祉法によって、各都道府県に設置することが定められている。住民を対象に、こころの健康の保持と向上を目的として、心の問題や病気で困っているご本人や家族及び関係者の方からの精神保健福祉相談を受けるとともに、広報紙やイベント等で広報普及活動、こころの病を持つ方の自立と社会復帰を目指して、社会に適応していく力をつけるために指導と援助を行っている。通所型の社会復帰施設であるデイケアもその一環で、それぞれの利用者の経過や希望に沿った援助を工夫している。

\* 発達障害支援センター

発達障害を有する障害児者に対する支援を総合的に行う機関です。発達障害の早期発見と早期の発達支援、発達障害当事者やその家族からの相談に応じ、専門的な指導及び助言を行うとともに、発達障害当事者に携わる医療・保健・福祉・教育・就労などに従事する方々に対し、発達障害についての情報提供及び研修を行っている。

<具体的な業務内容>

- (1) 相談支援（日常生活に関する相談に対し、適切な指導及び助言、情報提供を行う）
- (2) 総合診断と発達支援（医師及び関係職員が連携して相談を受け、総合的な診断・支援を行う）
- (3) 就労支援（仕事に関する相談に対して、助言や情報提供を行います。また、ハローワーク、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センターなどと連携した就労支援も行う）
- (4) 普及啓発（発達障害に対する県民の正しい理解を深めるための広報活動、情報発信を行う）
- (5) 人材育成（発達障害にかかわる関係者の技術向上のための研修を行う）



\* インターネットの利用

日本トゥレット協会

<http://tourette.jp/>

発達障害情報センター

<http://www.rehab.go.jp/ddis/index.html>

i - 子育てネット

<http://www.i-kosodate.net/index.html>

発達障害情報センター

<http://www.rehab.go.jp/ddis/index.html>

日本発達障害ネットワーク (JDD ネット)

<http://jddnet.jp/>

島田 隆史 (東京大学大学院医学系研究科)

## 7. 自助組織

### <はじめに>

トゥレット症候群の治療では、家族ガイダンスや心理教育及び環境調整は重症度に関わらず行われる。チック症状や併発症状を持ちながらも本人が発達し適応していくことが出来るように、本人および家族や教師などの周囲の人々の理解と受容を促して適切な対応のための情報を提供する。

この枠組みの中で重要な役割を担うのが自助組織である。日本では、平成 13 年 4 月に、トゥレット症候群の患者・家族・支持者が集まって、「患者・家族間の情報交換」や「患者・家族と専門家および一般市民とのネットワークづくり」をとおして、「トゥレット症候群の患者・家族に住みよい社会を作る事」を目標に任意団体日本トゥレット（チック）協会が設立された。しかし、設立後 2 年間の活動の中で、トゥレット症候群の社会的認知度の低さと誤った知識の氾濫、すなわち無知およびそこから生じる偏見、間違った対応、それによる患者・家族の混乱が明らかになった。そして、このような現状を脱却するには、患者・家族・支持者だけでなく、より広く一般市民にも「トゥレット症候群に関する正しい知識」を持ってもらい、単に家族の問題としてではなく「社会の問題」として捉え、対応していかなければ解決しないであろうという考えが生じた。そのような観点から平成 15 年 6 月 20 日、特定非営利活動（NPO）法人日本トゥレット協会（以下日本トゥレット協会）が設立された。

### <目的>

日本トゥレット協会は、トゥレット症候群とその併発症を持つ患者・家族およびそれに係る医療・教育・福祉などの専門家並びに一般市民との情報交換・連携を通して、1) 病気の正しい理解の促進、2) 病因究明・完治のための研究への協力および3) 患者・家族を支援する事業を行ない、社会全体の利益の増進に寄与することを目的としている。

### <活動>

日本トゥレット協会では、上記の目的を達成するために多岐にわたる活動が展開されている。1) 会報の発行やインターネットを利用して、情報の交換をする、2) 患者・家族・支援者およびトゥレット症候群に関連した仕事（医療・教育・就労・福祉）に従事している人達のために、学習会・講演会・研修会を開催する、3) トウレット症候群の理解促進のための冊子・書籍・ビデオ等の製作をする、4) 専門家（医療・教育・就労・福祉）および国内・外の関連団体との協力関係を築く、5) トウレット症候群の原因究明・治療法確立のための研究を支援する、6) トウレット症候群に関する医療・教育・福祉環境の改善を要求する、等の活動が実際には行なわれている。

### <自助組織に対する期待>

平成 15 年に NPO 法人日本トゥレット協会が設立された際に、日本トゥレット協会会報



に親の立場や医療の分野から提言が掲載されている。それぞれの立場からトゥレット症候群をめぐる問題点・及び自助組織に何を期待するのかが明確に記載されており示唆に富むので、その内容を下記に引用した。尚、一部抜粋とすると執筆者の意図が正確に伝わらない可能性があるため、原則的には全文を引用した。また、平成13年当時、任意団体日本トゥレット協会の設立直後に会長が主催した当事者同士の座談会では当事者の立場から、協会に期待すること貢献したいことが述べられているので、一部引用した。

#### ① 親の立場から

トゥレット（チック）協会が発足して以来2年間、運営委員として活動して来た中で感じたことは、まず全国に数多くの患者がいるということ、患者個人個人により症状がことなる事、そして患者の家族は情報もなく誤った考え方により辛い思いをしている事、さらにはこの病気に対する認識の低さでした。

資料もない頃に比べると、会員の方々の啓蒙活動、講演会の開催、トゥレット症候群に関する数冊の書籍の発行により理解を得られるようになったとはいえまだまだ問題は山積しています。

学校生活においては、「大人には子供たちに教育を受けさせる義務がある」と言われている義務教育の現場でさえも、知識と理解のなさからいじめや不登校という問題が生じます。

就労に関してはさらに深刻なものがあります。就職難という時代背景もありますが、まず仕事がありません。うまく職を得ても病気の為に解雇させられたり、辞職せざるを得ない状況に追い込まれたりという例を数多く聞きました。

子供には子供の夢があり希望があります。病気や周りの無理解から夢や希望を諦めなければならない、やりたい事も出来ないというのでは傍にいる親としては辛いものがあります。

私はトゥレット症候群という病気を持つ子供の親として、子供が味わった辛い思いは他の子供たちには味合わせたくないし、子供を自立させたいという思いを強く持っております。

その為には、医療関係者と共に教育現場、職場、さらには社会に正しい知識と理解を高めていかなければと思います。

一個人としての力には限界がありますが、「NPO 法人日本トゥレット協会」という組織の力があれば、不可能なことも可能に変える事ができるかもしれません。協会の会員のひとりとして、自分自身勉強を重ねながら微力ではありますが、社会に正しい知識と理解をしていただく為に活動していきたいと考えております。

皆様のご協力をよろしくお願い申し上げます。

#### ② 医療の分野から

トゥレット症候群についてはいまだに医療の分野で十分な理解を得られているとは限らず、不適切な医療を受けている場合も少なくないと思われる。

そこで、第1には、トゥレット症候群の医療の現状を明らかにする必要がある、第2には、トゥレット症候群を持つ人々がより良い医療が受けられるような支援体制を作ることが大切である。第3には、より良い医療のためにトゥレット症候群の本態を追求すること

が必要である。

第 1 の目的に対しては、医療機関におけるトゥレット症候群及び密接に関連する併発症を持つ人々の大規模な実態調査を行なうことが考えられる。それに加えて、地域の人々での頻度を明らかにする疫学調査を行うことができれば、トゥレット症候群が看過すべからざる問題であると主張する上で重要な根拠を与えられると思われる。

第 2 の目的に対しては、主として以下が考えられる。

(1) 医療に関する情報の提供：現在の標準的な治療方法、トゥレット症候群に関する医療機関のかかり方などの情報を提供する。個々の場合について日常的に医療面の相談に応じる体制を作りたいところではあるが、現時点では不可能である。その代わりとして、例えば、代表的な場合についての回答を（もちろんプライバシー保護に十分に配慮した上で）ニュースレターに掲載するなどして具体的な情報を提供するようにしたい。

(2) より良い医療のための情報の収集及び吟味の上での情報の提供：医療に関連する新たな情報の収集を積み重ねると共に検討を加えて、不利益よりも利益が大きいと判断される場合には、その情報を提供する。

第 3 の目的に対しては、トゥレット症候群の病因や病態を探ったりそれに対応して治療方法を開発したりする新しい研究に関する情報の収集を進める。それらに吟味を加えた上で、適切と思われるものについて分かりやすいように情報を提供する。将来的には、このような研究に協力したり、研究の促進を図ったりするような体制を整備したい。

なお、トゥレット症候群についての研究や治療を多側面から深めることを目的とした「トゥレット研究会」が現在活動しており、医療部門担当者が世話人のひとりを務めている。医療部門の活動を進める上で同研究会との連携も大切と考える。

### ③ 当事者の立場から

#### (1) H さん

やはりまず今は啓蒙活動をしていかなければいけないと思うのです。この間からいろいろな方とお会いしているのですが、トゥレットなりチックなりのお子さんを持つ親御さんが一生懸命になっていらっしゃるというケースが非常に多いのです。やはりわれわれトゥレットの大人が、実際にもっともっと社会にアピールしていくことが必要ではないかと思うのです。いろいろな問題があっても前に出てこられない方はいっぱいいらっしゃると思うのですが、そういう方が少しでもそのままの姿を世間にさらけ出すということができるといいなと思うのです。そのために自分が何をやれるのかといえば、僕の場合などはもうおっぴらにしてしまって怖いものはなくなっていますから（笑）、人と会ってなんでも言っていこうと思いますし、また正確な知識をもっと自分自身が吸収して学んで、何もわからずに困っていらっしゃる親御さんや患者さんにアドバイザーのかたちで働きかけられればと思っています。

#### (2) Y さん

トゥレットの方でホームページや協会のこととかをまだご存知なくて、苦しんでいる人がたくさんいると思うのです。そういう方たちに情報をどんどん公開して行って、われわ



れはもう仲間なのだから、どんどん集まって、一人で悩まないでみんなで楽しもうと。遊びたがるわけではないのですが、一人で悩まずみんなで楽しみながら治していこうと、そういう気持ちが強いです。事実この前も、バスの中にすごく激しいチックの人がいて、もう追いかけて行っているいろいろと教えてあげたいという気持ちに駆られました。老若男女、国籍を問わずトゥレット、チックの人は大勢いるわけだから、情報を公開して行って、みんなで楽しみながら治していこうと。

#### <今後>

平成 22 年 1 月現在、NPO 法人日本トゥレット協会が設立されてから 6 年（母体の任意団体日本トゥレット協会が設立されてから 8 年）が経過している。この間、トゥレット症候群という病気の啓蒙は随分となされてきたように思われる。これは協会関係者がメディア（テレビ・新聞）に露出することが増えたことが良かったのかもしれないし、あるいはシンポジウムなどの講演活動が実を結んだのかもしれない。いずれにせよ病気の理解の促進という目的は期待以上の成果を挙げているように思われる。患者・家族を支援する事業については、トゥレット症候群に比較的詳しい医療機関を紹介することなど具体的な取り組みがなされているが、診療できる医療機関が少ないことも相まって、新幹線での通院を余儀なくされる方々などがおり、より一層の地域医療期間との連携が求められている。原因究明に関しては、協会関係者が複数、厚生労働省の研究班で研究活動に従事しており、成果が期待されている。今後は協会全体として研究活動のバックアップを行なうか、あるいは当事者・家族・関係者の要望を基にした研究計画を協会主体で立案・実行していくことが期待される。

他の精神疾患でももちろん重要であるが、対応において心理教育・家族ガイダンスが重要視されるトゥレット症候群では、自助組織の重要性が極めて高い。今後も更なる発展が不可欠であると言えよう。

桑原 斉（東京大学医学部附属病院こころの発達診療部）

## 8. 症例

### 1) 学童期の薬物治療が不要であった例と必要であった例

#### [症例1]

初診時 10歳 男児

【発育歴】3人同胞の第2子。妊娠中、周産期に異常はない。独歩11か月、始語12か月。

【家族歴】特記事項なし。

【現病歴】4歳の時、瞬目のチックで発症。その後6歳で顔を歪める、頭を振る、7歳でアッ、アッという音声チック、咳払い、地面に手をつけてピョンと飛ぶ、9歳で臭いをかぐなどのチックがみられていたが、一時期には1-2種のチックであった。音声チックが頻回になると兄弟からうるさいといわれることがあった。学校では担任教師はチックに気づいておらず、友だちには「どうしたの」と聞かれることもあった。学校や家で困ることはなかったが、チックが持続するため母親が不安になり受診した。

受診時の母親の心配は、育て方が間違っただけではないか、子どもに干渉しすぎたのが原因でないか、いじめられて不登校にならないかということであった。

【その後の経過】この症例では、生活に困ることはなく服薬の必要はないと考えた。母親には、育て方や子どもへの干渉がチックの原因ではないこと、生まれつきのチックが出やすい脳の仕組みが原因であること、チックがあるためにいじめられることはほとんどないこと、チックは10歳くらいが一番強くなってその後は自然に軽くなっていくことなどを説明した。

そのあとは2-3か月に一度受診してもらい、生活に困ることがないか経過をみていたが、徐々にチックは軽減し2年後には軽い咳払いだけになり、定期的な受診を終了した。母親の印象では最もチックが強かったのは10歳の受診時であったという。

【まとめ】このような軽症のトゥレット障害は、家ではチックが頻回でも学校では出ていなかったり、出ていても声が小さくなったり、動きがゆっくりになったりして、同級生は気づいていないことも多い。また気づいて言われても、しばらくするとその声や動作になれがおこるためか、同級生は気にならなくなる。

チックがあるためにいじめられて不登校にならないかという心配は多くの母親が持つが、高機能自閉症やアスペルガー障害の合併が無ければトゥレット障害だけでいじめられることはまれである。

#### [症例2]

初診時 7歳男児

【発育歴】2人同胞の第2子。妊娠中、周産期に異常はない。独歩13か月、始語12か月。

【家族歴】父親が学童期に瞬目のチックがあった。

【現病歴】4歳の時、瞬目のチックで発症。その後、咳払い、頭を振るなどのチックも認めた。5歳時口をとがらせる、下顎を突き出して息を上を吹きかける、6歳で息を吸う「ヒーッ」というかん高い音声チック、目を強く閉じる、鼻の下をのばすなどのチックを認め



ていた。一時期に見られるチックは2—3種であった。学校では同級生も担任教師も気づいており、授業中のアッアッという音声チックをやめるよう注意されたことがあった。受診は音声チックが学校で頻回に出現し、本人が止めようとしても止められなくて不安になったためであった。

【その後の経過】本人と母親にチックの成因や自然経過や治療について説明し、日常生活に支障が無い程度にチックを軽減させるためハロペリドールの服薬を開始することになった。1日の量として0.25mgから開始し、1週間の経過をみながら0.5mg、0.75mgと増量した。1mgまで増量したとき、家ではまだ少し音声チックがあるが学校ではほとんどなくなり、1か月ほど続けたあと服薬を終了した。その後約1年になるがチックは多少の増減はあるものの減じたままで、生活に困ることはなく過ごしている。

【まとめ】チックは軽度の場合は家庭でみられていても学校では抑制されていることが多いが、強く頻回なときは学校でも出現する。学校で静かにしていなければいけない時、たとえば授業中や発表会、朝礼、卒業式などで音声チックが出ると周囲の注目を集めやすく、本人もそれを止めようとしてかえって増強するという悪循環を生じることがある。ハロペリドールが有効な量に達すると3日目くらいからチックは軽減する。学童期だと一日量で0.5mgから1mg程度でチックは軽減し日常生活は支障なく過ごせることが多い。

星加 明德（東京医科大学小児科）

## 2) 薬物の効果は不十分であったが、学校での適切な対応により良好な適応が得られた一例

初診時 10 歳 男児

【発育歴】2人同胞第2子。妊娠中、周産期に異常なし。独歩16ヶ月、初語17ヶ月と精神運動発達の遅れを認めていたが、1歳半健診、3歳健診では異常を指摘されなかった。

【家族歴】特記事項なし。

【現病歴】5歳頃から、瞬目、首振りなどの運動チックが認められていた。チックの内容は変化するが全く消失している時期はこれ以降なし。就学相談はなく、小学校は普通学級に進学。小学校3年までは学校で問題を指摘されることはなかった。

小学校4年より、頭を押さえながら、「うっ、うっ」と唸る音声チックが出現。音声は次第に大きくなり、手を振り上げるという運動チックも目立ってきたため、6月に近医受診。Haloperidolなどの投与が開始されたが、症状の改善は十分ではなく、次第に自分の目をつこうとするなどの、複雑運動チックが出現してきたため、小学校5年時にトゥレット症候群の専門外来に初診となった。

【その後の経過】本人・ご家族に心理教育を行ないつつ、risperidone、fluvoxamineなど様々な薬物療法を試みたが、改善はなく、学校では本人はチックを抑制しようと試みるものの、椅子と机をひっくり返すなどの行動が出現、汚言も聞かれるようになった。

小学校6年時、両親と学校の担任・養護教諭で話し合い。症状が辛いときには保健室で休むこと、わざとやっているのではないことを担任より他の生徒に説明する機会を設けることを確認した。それ以後も、チック症状は続くが本人はかろうじて前向きに通学を続け、不登校にはならず翌年3月に卒業。

卒業前より、市の教育委員会と両親・本人で相談を繰り返し、中学校は特別支援学級への通学となった。以後もチックが消失することはないものの、他害的な危険なチックは次第に減少した。中学校でも不登校にはならず、次第に交流級での学習の機会を増やしている。

【まとめ】重症のトゥレット症候群のケースである。自傷・他害があり、学校生活・家庭生活が著しく障害されており、薬物療法の適応となった。しかし、小学校高学年から中学校入学にかけての症状の急激な増悪に対して薬効は明らかに不十分であった。結局、治療で重要な役割を果たしたのは、家族と教育機関の連携であり、不登校にならずまた抑うつ的にもならずに通学が出来たことは、本人の重症度を鑑みると好ましいことであったと言えよう。

桑原 斉（東京大学医学部附属病院こころの発達診療部）



### 3) 母親の自分の養育の仕方が間違っていたので病気になったのではないかという誤解を取り除くことで症状が軽快した一例

症例：9歳（小学4年）、男児

【発育歴】無痛分娩にて36週、2400gにて出生。黄疸があり、光線療法を受けた。発達に問題はなく、1.5歳健診、3歳健診とともに異常なし。

【家族歴】両親と妹（2歳6ヵ月）の4人家族。両親はともに会社員。母方の叔母が精神科受診歴あり（診断は不明）。チックの遺伝負因はない。

【現病歴】母は仕事が忙しく、生後6ヵ月より保育園に預けていた。2歳時よりまばたきチックが出現し、軽快と増悪を繰り返していた。患児は保育園に行くのを嫌がるので母はよく怒った。4歳のときに肩すくめ、ジャンプの運動チックが出現。さらに「ウン、ウン」と言う音声チックが出現したため、A医大小児科を受診。トゥレット症候群と診断されたが症状が改善したため、数回通院したのみで服薬もなかった。

小学校入学後、運動会や発表会の前になると首を振るチックが出現し、登校に行き渋りもみられた。小学3年になると顔をしかめ、口を開ける、肩や腕を上下する、ノートをとんとんたたくなどの運動チックが出現。さらに「ごめんね、ごめんね」という音声チックが出現したため、市の保健センターに相談した。

【その後の経過】保健センター来所時は上記のチック症状に加えて、元になっていた場所に帰って触らないと気がすまないなどの強迫症状がみられた。友人からも症状を指摘されるがいじめられているわけではなかった。昆虫に興味があり、小さい頃から虫博士といわれていた。昼休みは図書室で本を読んでいることが多く、学習は問題なかった。睡眠や食欲も問題はなかったが、ただ保育園時代から持っているタオルをいまだに持ち続けて離さないということがあった。

相談時に症状が少し改善してきたところであったのですぐに病院を紹介せずに、両親にトゥレット症候群の病状と対応の仕方を説明した。母親は仕事が忙しく自分があまりかまわってやれないから病気になったのではないかと心配していたため、心理的なことが原因ではなく、脳の機能障害であることを説明した。さらに周囲の人が症状には注目しないように伝えた。患児の自己評価が高められるように褒めて、成功体験を積むように対応を心がけるように指導した。その後症状が改善したため相談は一旦終了とした。今後症状が増悪するようであれば、投薬も念頭において児童精神科を紹介する予定である。

【まとめ】運動チックや音声チックもあり、併存障害として強迫症状もみられ、多彩な症状を呈してはいるが、無投薬で経過したケースである。母親の自分のせいで病気になっているのではないかという誤解を取り除き、対応の仕方を指導することで改善したが、症状増悪時には児童精神科を受診することを伝えておくことが重要である。

#### 4) 思春期に重症のチックが出現し、軽減後に不安障害を併存した症例

初診時 14歳 男児

【発育歴】妊娠中、周産期に異常なく、発達指標に遅滞なし。特記すべき既往症なし

【家族歴】特記すべきものなし

【現病歴】5歳時に、瞬目、咳払いが頻繁に見られた時期があったが、小児科医から様子を見るように言われ、チックも数ヶ月で消失した。しかし、小学校に入学後、瞬目、咳払いに加え、鼻をならす、奇声をあげる、口角をゆがめる、肩を上げる、腕をまわす、首をひねるといったチックが頻繁に出現。小児科にて pimozide を処方されたが無効であり、haloperidol 1.5mg/日を処方されて、ややチックは軽減した。その後、小児神経科医を処方され、risperidone 2mg/日を処方されていた。しかし、10歳時より、急激にチックが増悪し、腕を体幹に打ち付ける、椅子に座っていても飛び上がる、頭部や目を腕で殴る、壁に頭を打ち付ける、目をつく、動物のような声でほえるといったチックが出現した。そのため、担任から別室で自習するように薦められ、別室登校をしたのち不登校になった。Risperidone が増量されるも、眼球を上転させたり、体をのけぞらせるようになったことから、抗精神病薬の副作用を疑われ、11歳時に児童精神科を紹介された。

【その後の経過】眼球を上転させたり、体をのけぞらせることは短時間に留まるため、チックであると考え、risperidone を 8mg/日まで増量した。加えて、clonazepam を併用したところ、数ヶ月を経てチックは軽減した。しかし、その後も年に何度か増悪し、上方を見上げたり、上体をのけぞらせるチック、拳を口の中に入れたり、目をたたくというチックは見られた。しかし、高用量の抗精神病薬を用いても上記の症状変動は消失しないことから、risperidone 4mg/日、clonazepam 2mg/日で経過をみて、増悪期のみ若干の増薬を行った。

なお、本人はチックが周囲に迷惑を掛けるのではないかとこのことを気にしており、学校側も周囲への配慮を重んじていた。本疾患と症状の変動について学校に説明し、既にチックは軽減していること、症状の激しいときだけ本人の希望で別室を利用できるよう配慮すればよいことを伝えたが、本人の方が気後れしてしまって、登校は実現しなかった。そこで、適応指導教室で個別対応することからはじめ少人数に拡大したところ、本人も自信が持てるようになり、中学校からは通常級に通っている。しかし、時折、授業中に何度もトイレに行く、呼吸が苦しくなるなどの不安症状が認められている。

【まとめ】思春期には、チックが重症化することが多く、なかには本症例のように激しい自傷を伴うケースもある。高用量の薬物にも反応が乏しいこともあるが、時間経過とともに症状が軽減することも多く、その後は薬物投与量を維持量に戻す必要がある。思春期は不安障害が併存したり、二次的な心理的苦悩を抱えやすい時期でもあり、環境調整や心理的支持をあわせて行うことが求められる。

岡田 俊 (京都大学大学院医学研究科精神医学分野)



## 5) 成人期になり増悪した重度の音声チックを持っているが社会適応を果たしている例

初診時 32 歳女性

【発育歴】母妊娠中糖尿病を患っていた。出生前には他に特別なことはなかった。満期出生で出生児体重は 3750 グラムであった。幼児期の発達は順調であった。

【家族歴】兄弟共に運動チックがあり、現在も続いているという。父方祖母にも音声チックがあったという。

【現病歴】4 歳頃幼稚園で鼻を素早くまねる動きがあった。小学校 3 年頃つばを吐く、汚言を伴う音声チックがでてきた。この頃トゥレット症候群との前症状が揃ったと思われる。小学校 5 年頃某大学病院に声が出るということを主訴にして受診し、脳波検査を行うが異常がないことから、診断が解らないと言われ通院中断したという。別の病院に移り漢方薬を中学の終わりまで服用したという。小学校では集中力があり、よく勉強する子であった。高校頃にはほとんどチック症は消失したという。大学を卒業し、OL を 3 年勤めて、25 歳のとき結婚する。結婚間もなく、音声チックが強くなり、夫がインターネットでトゥレット症候群であることを見つけ出し、TS であることを確信する。30 歳頃、隣のアパートの人に「声が出るのね」と言われたことをきっかけに、チックのことを知られるのはいやだと思ひだし、徐々に音声チック症状が強くなり、32 歳のとき TS ではないか、その治療を受けたいということを主訴に来院する。

運動チックとしては肩をあげる、体をねじる等が著明であった。スカートを振ることも認められた。音声チック症としてはキャン、ワン、フン、鼻をズルとならすなどが多彩であった。汚言は無いとのことである。そして、外来の待合い室にくと、その音声チックのために来たことがすぐに分かる状態であった。また、台所で、刃物や針を持つとついたり、切ったりするのでは無いかとの不安が生じ、実際に利き手でない左手の甲などに傷を付けてしまっていた。アリピプラゾル(3)を 1T から 2T に増量することで音声チックは著明に減少してきている。衝動強迫様の包丁や針でつつく行為には、前駆衝動がともなっていたので、それを意識化させ、他の方向に転換するように短時間の精神療法を合わせ行った(例えば、まな板をつつつくことに行動を変えること)。現在は、手の甲の傷はきれいになっている。

【まとめ】夫との仲が必ずしもうまくいっておらず、両親も離れたところに住んでおり、幼児からの病歴は本人の陳述に限られており、病歴に不十分さがある。されど、このケースは TS であることは間違いない。本ケースでは声のことが重大な悩みになっているが生活の乱れはそれほど大きくない。自傷行為についても、重度の結果を招くかも知れない様な状況もあったがそれは現在は収まっている。現在程度の音声チックと自傷行為の切迫には耐えていけると自信をつけている。

太田 昌孝 (NPO 法人心の発達研究所)

## 6) 強迫症状が強まり、引きこもり、家族の巻き込みを伴った症例

初診時 11歳 男児

【発育歴】妊娠中、周産期に異常なく、発達指標に遅滞なし。特記すべき既往症なし

【家族歴】父親が潔癖症、整理好きで、小児期に軽度のチックがあった。

【現病歴】6歳時に瞬目、首を振るといったチックに加え、何でも物のにおいをかいだり、机などの角をさわる、何度も「大丈夫？」と尋ねるといった強迫的な行動が認められた。小児科医を受診するも様子を見るように薦められ、その後、チックは消失していた。しかし、9歳時より、うっ、うっ、とうなり声を上げたり、顔をしかめたり、目を強くつむる、肩をすくめるといったチックが出現。始終いらいらとしていて、些細なことから感情を爆発させ、その後、しょんぼりとするようになった。小児科を受診し、haloperidol 0.75mg/日を処方されるも、眠気のために通院中断した。10歳時には、熱いやかんやストーブを触る、自転車をこいでいるときに前輪に足を入れたり、ハンドルをもつと手を離したくなって手を離してしまい転倒する、プールの中で鼻から水を吸い込んでしまう。また、指で目をついたり、手で首をしめるといった自傷も見られた。また、女性に会うと胸をさわってしまうのではないかと不安になり外出できなかったり、自分は殺人を犯さなかったか、人にぶつからなかったか、人の気持ちを傷つかなかったかと幾度も母親に尋ね、寝る前も決まった行動を儀式的に行ったり、「おやすみ」と何度も母親にいうようになった。学校にも登校できなくなり、引きこもるようになったが、そのことで強迫症状への母親の巻き込みも増強し、家族の疲弊も強まった。そこで近医より児童精神科外来を紹介されて受診した。

【その後の経過】強迫性障害を伴うトゥレット症候群と診断した。Haloperidolの処方では眠気を訴えたことがあることから、aripiprazoleを漸増し12mgまで増量したところ、チックは大幅に軽減した。しかし、足を床に押しつけてしまう、手の甲を壁にぶつけてしまうといった強迫行動の背景には足や手の甲に押さえられた感覚を求める強迫的な衝動が存在していた。これらは抗精神病薬の投与でも十分な改善が得られなかったことから少量のfluvoxamineを併用したところ改善が認められた。

【まとめ】トゥレット症候群に併存する強迫症状は、不安のために繰り返し行動するというよりも、こうせすにはいられないといった衝動性の色彩が強い強迫症状が多い。本症例では、チックに強迫行為を伴っていたが、思春期に向かうにつれて不安障害としての色彩を増し、そのために引きこもり、強迫行動に家族を巻き込むようになった。このような強迫行動には、抗精神病薬や抗うつ薬が有効である可能性がある。同時に、家族に心理的支持を与えつつ、家族が強迫行動に巻き込まれず、患児と適切な距離をとることも重要であり、患児とその家族を含めた包括的な支援が求められる。



## 7) チック症状の増悪に伴い焦燥感・易怒性が亢進し家庭内での暴言や器物破損などの問題行動が頻回となった一例

初診時 15 歳 男性

【発育歴】同胞 2 名中第 2 子。発達歴は特記事項なし。

【家族歴】特記事項なし。

【現病歴】小学校 3 年生の時にひどいじめにあい、同時期から「はっ」「あっ」と発作的に発声し、手足を急に動かすといった症状が出現し、近医心療内科にてチック障害と診断されしばらく通院していた。中学に進学後、症状は増悪傾向で「あほ、ぼけ」といった汚言も認められるようになった。そのため心配した親につれられ、近医精神科を受診し、トゥレット障害と診断されハロペリドールを中心とした内服治療を開始された。しかし症状は動揺傾向であったため当院に紹介され中学 3 年生時に初診となった。

【その後の経過】高校進学に伴い全身倦怠感が強くなりチック症状も増悪しそれに伴い焦燥感・易怒性が亢進し家庭内での暴言や器物破損などの問題行動が頻回となったため当院に 3 回環境調整及び薬物調整目的にて任意入院している。

家庭内や病院内のいずれにおいても易刺激性は亢進しており、些細なことでトラブルになることが頻回であった。病院内では同室の患者に注意されたことにすぐに反応し、大声をあげたり壁を叩いたり床をけったりといった行動化を容易に起こし、家庭内では親に対して「どうして障害のある身体に産んだのだ」と厳しくつめよったり自室で暴れることが頻回であった。このような怒り発作に対しての治療・支援は非常に困難でまた時間がかかることが予測された。治療としては薬物療法と精神療法の両側面からのアプローチが必要であると思われた。

薬物療法については、ハロペリドールを中心とした薬物療法は継続しそれに加えてパルプロ酸などの感情調節薬を追加した。しかし効果は限定的であった。また、チック症状が増悪した際には怒り発作も同様に増悪傾向であったため、チック症状がひどいときの頓服としてリスペリドンの内用液を処方し対応したところ、「チック症状が起こっても頓服を飲むといった対応策がある」と本人も思えるようになり、それに伴い一時的に怒り発作の頻度は減少した。しかし薬物療法としては対処療法であり、精神的なサポートが必要である。

精神的なサポートとしては支持的精神療法を中心として本人の不安をとることを当初行った。本人は「病気は治らないし、人生終わった」といった絶望的な意見を述べ「自分はだめだ」といった自尊心の低下も認められた。そのため障害に対して正しい情報を伝え、現在出来ていることを評価することで不安や自尊心の低下を軽減しようと試みた。それに加え入院中は SST に参加してもらうことで自分自身の問題点について冷静に向き合えるようになり、過剰に不安になりやすくマイナス思考にすぐに陥りやすいことが自分自身で理解できるようになった。

【まとめ】本症例は、チック症状の増悪に伴い焦燥感・易怒性が亢進し家庭内での暴言や器物破損などの問題行動が頻回となったトゥレット障害の一例である。薬物及び精神療法的アプローチを組み合わせることにより次第に病棟内でのトラブルは減少し自宅での適

応も良好となったため退院できた。しかし薬物療法としては対処療法であり、精神的なサポートが重要であった。以上から怒り発作に対しては即効的な治療法は存在しないが薬物調整に加え SST などを含めた支持的アプローチを長期間続けることで一定の効果が得られると思われる。

澤田 将幸 (奈良県立医科大学精神医学教室)



## 8) 注意欠如・多動性障害 (ADHD) を併存したトゥレット症候群患児

初診時 10 歳 男児

【発育歴】同胞 2 名中第 1 子。在胎 37 週、出生時体重 2750 g であった。1 歳 3 ヶ月に独歩がみられ、始語は 1 歳で、2 語文は 2 歳 2 ヶ月であった。乳幼児健診では何も指摘されなかった。

【家族歴】父は 38 歳で、会社員。少し不注意なところがある。母は 37 歳で、専業主婦。小学校の時、目をパチパチする運動性チックが一過性にみられた。

【現病歴】3 歳半から突発的に首を振る運動がみられたが、両親は気にかけなかった。幼稚園では、よく友達を叩いてトラブルとなった。小学校入学後、忘れ物が多いなど不注意が目立つようになり、学年が上がるにつれて大人に反抗することが多くなった。X-1 年 11 月頃から「クッ」と喉を鳴らすようになり、X 年 4 月からは、目をパチパチとさせ、喉を鳴らすことが多くなった。また、友達を叩くなどがみられたため心配になった両親とともに X 年 6 月 10 日当科初診となった。

【その後の経過】初診時、足を絶えず動かし、両親と医師の会話に割り込んで話すなど多動、衝動性が認められた。そして時折、パチパチと瞬く運動性チックがみられた。トゥレット症候群と ADHD と診断した。両親にトゥレット症候群と ADHD に関する心理教育を行うとともに、トゥレット症候群に対する薬物療法を開始した。risperidone 1 mg/day を就寝前に服薬したところ、運動性チック、音声チックともに徐々に軽快し、眠気や錐体外路症状などの risperidone 服薬による副作用も認めなかった。同量で経過をみる中、友達を叩いてしまうなど衝動性による問題がみられ、また多動も目立つことから服薬方法は変えず risperidone を 2 mg/day に増量した。その後、衝動性や多動性の低下を認めたため同量を継続し経過を追っている。

【まとめ】ADHD を併存するトゥレット症候群の治療では、症状として ADHD 症状とチック症状とが混在するため薬物療法に際して十分に検討する必要がある。ADHD 治療薬である methylphenidate 徐放剤 (Concerta®) は、チック症状を悪化させるとしてトゥレット症候群が併存していれば本邦では使用できない。しかし、海外の報告によれば methylphenidate によるチック症状の悪化は部分的であり、ADHD 症状は改善するためチック症状が重症でない場合は慎重に使用される。また、ADHD とトゥレット症候群の併存例に対する clonidine や atomoxetine の有効性も報告されている。本症例では、ADHD 治療薬は使用せず、チック症状の改善が期待できる risperidone による薬物療法とした。結果として、チック症状の改善と ADHD の多動、衝動性といった症状の改善の両方が得られた。

トゥレット症候群では、ADHD や学習障害などの発達障害を併存する場合があるので状態や状況に応じて治療法を選択する必要がある。

太田 豊作 (奈良県立医科大学精神医学教室)

## 9) 自閉症の合併のため、社会適応が困難であったトゥレット症候群の一例

初診時 24 歳 男性

【発育歴】二人同胞第一子。妊娠中、周産期には異常なし。初語は2歳と言語発達の遅れが認められていた。

【家族歴】特記事項なし。

【現病歴】保育園では一人遊びをしていることが多かったが、特別な療育的な対応は受けていなかった。小学校（普通級）入学後は孤立、電車の凶鑑を見ることに没頭していることが多かった。この頃より、無意味に首を振る行動に両親は気づいていた。成績はほぼ最下位。小学校高学年より、「あー」「えー」という無意味な発声が出現。中学校（普通級）でも孤立。いじめがあったかどうかは定かではないが、本人が学校に行くことを嫌がるようになり、中学校2年時より不登校。高校は通信制の高校に進学し、ここでは時にスクーリングに参加しつつかろうじて卒業。この頃は、無意味な発声と共に手を振り上げる動作が目立っていた。高校卒業後は、再び自宅閉居。2歳年下の弟に「自分が追い出される」という被害的な感情を持つようになり、時に包丁を持って逆に「出て行け」と脅す行動が認められていた。19歳時、両親に連れられ医療機関（精神科）をはじめて受診することになった。

【その後の経過】トゥレット症候群、自閉症の診断で薬物調整、環境調整の目的で入院となった。入院後、情動不安定を主たる標的に haloperidol、carbamazepine の投与を行い3ヶ月の入院期間の後に退院。入院中に測定した知能はIQ71であった。退院時には弟と接する時間が短くなるように家族が配慮するよう説明がなされた。また、自閉症であることを踏まえて、本人の特性を理解して受け入れることが可能で、本人も受け入れやすい環境を整えられるよう、家族と主治医との相談を繰り返し、地元の保健師とも連絡をとった。入院中に手を振り上げる動作は消失したが、発声は変わらずに続いていた。退院後は、近隣のデイケアに通所を開始、年に3回程、本人の好きな（拘っている）、旅館に一人旅をするようになり、情動は安定し衝動的な行為は認められなくなった。一時期、デイケアから作業所へ通所を変更することを試みたが、この時には、弟への被害感情が再燃したため、元のデイケアに通所を再開。作業所は週1回、半日のみとしたところ情動は再び安定した。無意味な発声は頻度に変化はあるが消失することなく続いている。

【まとめ】本症例は、トゥレット症候群と自閉症の合併例である。トゥレット症候群自体は軽症～中等症であり薬物療法の対象になるかどうか、微妙なケースであるが、自閉症による不適応が強く、結果、行動化を伴う情動不安定を来したため、薬物療法が開始された。更に自閉症に合致した環境を調整することで、情動は改善し、結果としてチック症状も改善したようである。

桑原 斉（東京大学医学部附属病院こころの発達診療部）