

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

初診時 9 歳 男児

【発達歴】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 カ月）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 カ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、登校に行き済りもみられた。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、小学 4 年で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、元にいた場所に戻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ればではなかった。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の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。

飯田 順三（奈良県立医科大学医学部看護学科）

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。小児科にてピモジドを処方されたが無効であり、ハロペリドール 1.5mg/日を処方されて、ややチックは軽減した。その後、小児神経科医を紹介され、リスペリドン 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。リスペリドンが増量されるも、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、リスペリドンを 8mg/日まで増量した。加えて、クロナゼパムを併用したところ、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、リスペリドン 4mg/日、クロナゼパム 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いう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) 結婚・妊娠後にチックが再燃・増悪し、家族への情報提供、本人・家族への心理的支持が重要であった一例

初診時 28 歳 女性

【発育歴】在胎・周産期に異常なく、発達指標に遅滞なし。既往症は特になし。

【家族歴】特記すべきものなし。

【現病歴】6 歳時に瞬目、続いて両上肢をぴくつかせたり、こわばらせるチックが出現。小学校入学後には、くんくんと鼻を鳴らすようになった。祈祷などを受けるも変わりなく、かかりつけの小児科から薬剤を処方された。しかし、母親は服薬させず、鍼治療や体質改善を目指したサプリメントなどの民間療法を行っていたという。その後チックは軽減し、小学校の高学年からは瞬目が時折みられる程度であった。何ごとにも几帳面で、学業成績も良かった。大学卒業後に出版関係に就職するも、これは「自分の目指している道ではない」と単身で渡米。才覚を現し、在外コラムニストとして活躍した。26 歳時に仕事で知り合った日本人男性と結婚し、職を辞して帰国し、義父母、夫と暮らすようになった。しかし、生活の変化になじめず、気持ちがふさぎ込み、涙もうろくなつたという。

28 歳時に妊娠が判明した。その頃より両上肢を体幹に打ち付けたり、うなり声をあげるチックがみられるようになったという。患者は、家族に気づかれないよう部屋にこもって我慢をしていたが、体幹の皮膚が黒ずむほどになり、さらに家族の前でも時折チックがみられるようになったことから家族に理由を問われ、かつてチックと診断されていたことを話したという。無事に出産するが、その後、チックは増悪。終日にわたり、叫び声をあげたり、全身を強直させて息を止めたりするが、授乳時にはチックは出現せず、育児への影響は最小限であった。家族は耳栓をして暮らし、患者の寝室は別になった。夫とは些細なことから口論が絶えなくなった。そのため患者はインターネットで専門医を検索し、医療機関を受診するに至ったという。

【その後の経過】夫と共に受診。子は生後 5 ヶ月で、授乳中であった。患者は「チックがまさか再発するとは思っていなかったので、何も言わずに結婚してしまった。私のせいで家族全員に迷惑ばかりかけている。家にいるのがつらい。しかし、子どものことを考えると離婚するわけにもいかない」と涙ぐみ、抑うつ的で、情緒不安定であった。夫は疲弊が強く「何ごとにつけてもいらっしゃらしてしまう」、「チックが家中に響いて夜も眠れない」といらだつ一方、「妻に何もしてあげられないのがつらい」と声を詰まらせた。患者と夫の両方の思いを確認した上で、トウレット症候群の病態と一般的な経過について説明。治療として薬物療法が考えられるが、乳児への影響を避けるため薬物療法開始時には授乳の中止が望ましいこと、それを避けるには離乳後に薬物療法を開始する方法もあることを伝えた。患者は態度を保留したが、夫は「離乳までこのままがんばります。本人も病気と長くつきあい、闘っている。なら、自分もこの病気とうまくつきあい、闘っていきたいと願います。治療があるのならそれまで乗り切ればよいわけですし、そのときは治療を受けて、本人にも楽になってもらいたいです」と話した。その後も月に 1 度の通院を継続。チックは変わらないものの、夫は協力的で、患者との口論は減り、患者、夫の気分も安定していた。子どもが生後 10 ヶ月になったときに離乳。アリピプラゾールによる薬物療法を開始したところ、9mg/日の投与でチックは消失し、安定経過している。

【まとめ】トウレット症候群の患者のなかには、いちど消失していたチックが、成人期になってから再燃・増悪するケースも見受けられる。なかには、本症例のように、結婚、転居、妊娠、出

産などのライフイベントが契機となっている例もみられる。こういったケースでは、周囲がトウレット症候群やその対応についての知識を持たなかったり、トウレット症候群の存在を受容することが直ちには難しい。このケースでは、患者はトウレット症候群の罹患歴を明かさぬままに結婚したことへの負い目、チックのために家族を悩ませていることへの苦悩、孤独感を感じ、さらに夫も抑うつ、焦燥の一方で、妻に援助できない不甲斐なさを感じていた。家族へのガイダンス、本人・家族の思いを整理するなかで、夫は妻とともにトウレット症候群と向き合うことを選び、本人・家族の情緒的安定と治療への協力関係が築かれた。

本ケースでは詳記しなかったが、妊娠・出産をめぐってはトウレット症候群の遺伝性をめぐり、適切な説明も求められる。その際には、トウレット症候群が遺伝的要因によってある程度規定され、後天的要因によってそのリスクが増大すること、しかし、トウレット症候群の症状には個人差が大きく軽症例も多いこと、浸透性は低く遺伝的負因があつて顕在化することは限らないこと、もし発症したとしても治療方法があることなどを、事実に即し、しかし、無用な不安をあおることなく伝えなければならない。

岡田 俊（京都大学大学院医学研究科精神医学分野）

6) 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】母が妊娠中に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。満期出産で出生児体重は 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つたという。

【現病歴】4 歳頃幼稚園で鼻を素早くまげる動きがあった。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。この頃トウレット症候群の全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言ふ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ウレット症候群であることを見つけ出し、トウレット症候群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いはじめ、徐々に音声チック症状が強くなり、32 歳のときトウレット症候群ではないか、その治療を受けたいと言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、鼻をズルと鳴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、外来の待合室にくると、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つい、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。アリピプラゾール 3mg/日から 6mg/日に增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、このケースはトウレット症候群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)

7) 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、うつ、うつ、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。始終いろいろとしていて、些細なことから感情を爆発させ、その後、しょんぱりとするようになった。小児科を受診し、ハロペリドール 0.75mg/日を処方されるも、眠気のために入院中止した。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、ハンドルを持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、店に行くと万引きし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、人の気持ちを傷つけなかったかと何度も母親に尋ね、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らが、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ウレット症候群と診断した。ハロペリドールの処方で眠気を訴えたことがあるから、アリピプラゾールを漸増し 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つたことから少量のフルボキサミンを併用したところ改善が認められた。

【まとめ】トウ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、こうせずに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。

岡田 俊（京都大学大学院医学研究科精神医学分野）

8) 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 年生の時のひどいいじめにあい、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、ばけ」といった汚言も認められるようになつた。そのため心配した親につれられ、近医精神科を受診し、トウレット症候群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。しかし症状は動搖傾向であったため当院に紹介され中学 3 年生時に初診となつた。

【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つたため当院に 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」と厳しくつめよつ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”に対する治療・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“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、「チック症状が起つ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”的頻度は減少した。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 Social Skill Training (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つたトウレット症候群の一例である。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も適応も良好となつたため退院できた。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”に対する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）

9) 注意欠如・多動性障害（ADHD）を併存したトウレット症候群患児

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 カ月に独歩がみられ、始語は 1 歳で、2 語文は 2 歳 2 カ月であった。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 歳半から突然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さ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 日当科初診となつた。

【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。トウレット症候群と ADHD と診断した。両親にトウレット症候群と ADHD に関する心理教育を行うとともに、トウレット症候群に対する薬物療法を開始した。リスペリドン 1 mg/日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リスペリドン服薬による副作用も認めなかつた。同量で経過をみると、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リスペリドンを 2 mg/日に増量した。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 を併存するトウ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 治療薬であるメチルフェニデート徐放剤（コンサーダ®）は、チック症状を悪化させるとしてトウ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メチルフェニデート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 とトウレット症候群の併存例に対するクロニジンやアトモキセチン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リスペリドン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。

トウレット症候群では、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）

10) 自閉症の合併のため、社会適応が困難であったトウレット症候群の一例

初診時 24 歳 男性

【発育歴】2 人同胞第 1 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、電車の図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らうじて卒業。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】トウレット症候群、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ハロペリドール、カルバマゼピンの投与を行い 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、トウレット症候群と自閉症の合併例である。トウ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たしたため、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 齊（東京大学大学院医学系研究科こころの発達医学分野）

11) 地域の小児科医と継続的に連携して診療してきた一例

初診時 8 歳 男児

【発育歴】吸引分娩で出生し、光線療法を受けた他には異常なし。運動や言語の発達に遅れはなかったが、幼稚園ではやや落ち着きなかった。

【家族歴】父が小学生の時にやや落ち着きなく、鼻鳴らしをしていたという。

【現病歴】幼稚園の終わり頃に瞬き、首ふりの運動チックが出現した。就学後に運動チックは減少したが、それに代わるように「アッ」と小さく叫ぶ音声チックが始まった。同時に、落ち着きのなさが今までより目立つようになった。その後、運動チックと音声チックは交替で増減していくが、運動会の直前にはどちらも激しくなり、「アー」という甲高い声を出すようになった。運動会終了後にチックはやや軽減したものの落ち着きのなさが続いていたため、知人の紹介で注意欠如・多動性障害（ADHD）など落ち着きのない子どもを診療することもあるとの小児科医を受診した。落ち着きのなさとチックの両方への効果を期待してリスペリドン 0.5mg を処方され、少し落ち着いて聞き分けが良くなつたようにも見えたが、大声で叫ぶチックに加えて、発言の後に「だよね、だよね」を繰り返すなどの複雑音声チックが認められるようになった。トウレット症候群と診断してよいのか、リスペリドンはどれくらい增量できるのかなどについて知りたいと主治医も希望して当科に紹介受診となつた。

【その後の経過】初診時には緊張のためかチックよりも落ち着きのなさが目立っていたが、自宅では腹部を叩くなどの複雑運動チックも認められることであった。持続期間が 1 年未満であり厳密には診断基準を満たしていないが、治療的にはトウレット症候群に準じてよいだろうとして、ひとまずリスペリドンを 1mg に增量することを主治医に勧めた。自宅が遠方なために頻回の通院が困難なこと、教育機関との長期的な連携には地元の医師の関与が望まれることから、主治医にそのまま薬物療法を担当してもらった。主治医の意向もあり当科にも数ヶ月に 1 回程度の来院とした。主治医に対しては母を通じて、服薬量の調整、さらに、通級の活用や担任教師への情報提供を含めた教育機関との連携に関する意見などを伝えて、治療方針の共有を図った。小学 4 年になりチックがやや軽快したこと、母と主治医とが何でも気軽に相談できるようになったことから、当科では原則として 1 年に 1 回の経過観察のみとした。

【まとめ】就学時にチックと落ち着きのなさが目立つようになり、発達障害の経験がある小児科医を受診して薬物療法を開始したが、複雑音声チックを含めた多様なチックを呈して診断や治療についての専門的意見を求めて来院したケースである。妥当な診療を行っている地域の小児科医を後押しすると共に、治療に関する具体的な意見交換を複数回積み重ねて、地域での治療が安定的に行われる様にした。

金生 由紀子（東京大学大学院医学系研究科こころの発達医学分野）

9. トウレット症候群に関する調査研究の成果より

1) 服薬開始の誘因となるチック症状

東京医大病院小児科には比較的軽症の学童期のトウレット症候群の子どもたちが受診する。受診時にはチックの経過を聞き重症度や学校と家庭生活での困難さを評価して、服薬が必要か否かを考える。半数以上は服薬は必要でなく、その後は時々保護者に受診してもらい自然に良くなつていく経過を確認していく。しかし一部はチックが学校で同級生との関係や学習の妨げになり、家庭での日常生活に支障をきたしたりして服薬を開始することになる。

平成 16 年からの 3 年間に受診したトウレット症候群の子どもは、男児 43 名、女児 16 名、合計 59 名で、そのうち 23 名、39% が服薬していた。この 23 名の子どもについて服薬開始の誘因を調査した。

服薬の誘因となった症状は、音声チックが 15 名 65% を占めていた。その中で単純な音声チックは、11 名中 10 名がアッ、アッという大きな叫び声で、1 名が大きな音の咳払いだった。大きな音声チックは同級生や他人にも気づかれやすく、とくに卒業式や発表会など静かにしていなければいけないところで出てしまい、子どももそれを心配して登校しにくくなることがある。複雑な音声チックの 4 例は、学校で同級生が聞き取れるほど明瞭な「バカ」「死ね」という汚言が出ていて、そのことで同級生との関係が悪くなったり、子ども自身が汚言が出ることを心配して登校をしぶるようになったため、服薬を開始していた。

運動性チックが服薬の誘因になったのは 8 名 35% だった。顔面のチックが誘因になった 3 名中 2 名は舌を咬むチック、1 名は頬の粘膜を咬むチックを痛いのにやめられなくて大きな傷ができたことが誘因であった。頸部の 1 例は激しく頭を動かすチックで首が痛くなったこと、上肢の 1 名と全身のチックの 3 名は、チックのため食べものをこぼしてしまったり、鉛筆を持つ手が動いて字が書けなくて学習が困難になったため服薬を開始していた。

この子どもたちの大部分は、ハロペリドールあるいはリスペリドンという薬剤を少量使うことで、学校や家庭での生活に困ることは無くなった。

表 3. 服薬開始の誘因となったチック症状

	人数	%
音声チック	15	65%
単純性音声チック	11	48%
複雑性音声チック	4	17%
運動性チック	8	35%
顔面	3	13%
頸部	1	4%
上肢	1	4%
全身	3	13%

星加 明徳（東京医科大学小児科）

2) 日本のトウレット症候群治療の実態：研究班の調査結果から

トウレット症候群の患者といつても、患者の年齢、チックの重症度、併存障害の有無、社会生活への障害の重篤度はさまざまであり、それらの要因によって患者の受療行動や受診経路は異なってくる。また、医療機関からみても、その診療経験には開きがあり、治療内容、提供できる治療の内容も異なってくる。あるいは専門医への紹介が適切と判断されるケースもあるだろう。日本におけるトウレット症候群治療の実態は、どのようなものであろうか？研究班では、それを知るための大規模な調査を行った。この項では、その結果を簡単に紹介する。

この調査では、日本児童青年精神医学会、日本小児心身医学会、日本小児精神神経学会の会員、ならびに日本小児科学会における小児科専門医研修施設、日本精神神経学会の専門医研修施設を対象に郵送法で実施した。4504 件のうち回収は 613 件 (13.6%) であり、このうち、小児科医 271 人（小児神経科医 84 人、一般小児科医 189 人）、精神科医 307 人（児童精神科医 112 人、一般精神科医 195 人）、不明 33 人が回答した。臨床経験年数は、いずれも平均 20 年程度であった。

医師あたりのトウレット症候群患者の平均診察経験は、児童精神科医の 11.7 人が最も多く、小児神経科医 6.1 人であり、一般の精神科医、小児科医の診療経験は 1~2 名で、6 割の医師には診療経験がなかった。しかし、患者ベースで見ると、一般小児科医を受診したトウレット症候群の患者数は、小児神経科医を受診した患者数と同等であった。

年齢層別でみると、小児科医が児童を中心に青年までを対象にしているのに対し、精神科医は小児と同等に青年にも対応し、さらに成人までを対象としていた。とりわけ、一般精神科医では成人期、あるいは重症例に多く対応していた。

併存症別でみると、いずれの医師を受診する患者群でも、強迫性障害や広汎性発達障害の併存が多かったが、うつ病や双極性障害を併存する患者では児童精神科医、または一般精神科医を、注意欠如・多動性障害や反抗挑戦性障害を併存する患者では小児神経科医、または児童精神科医を、素行障害を併存する患者は一般精神科医を受診する傾向があった。

受診後、一般小児科医は一部を小児神経科医に紹介し、小児神経科医は一部を精神科専門医に紹介していた。児童精神科医はほとんどを自身で治療していたが、一般精神科医は一部を精神科専門医に委ねていた。

治療内容では、いずれも抗精神病薬を中心とした薬物療法が中心で、行動療法の実施は少なかつた。使用する薬剤も、精神科医の方が新規抗精神病薬の使用が多い、ベンゾジアゼピンやクロナゼパムの使用が多いのに対し、小児科医ではレボドーパや漢方薬の使用が多かった。

これらの結果から、トウレット症候群の治療において治療経験に開きがあり、年齢、重症度、併存障害の有無などを考慮したガイドライン作り、どのようなケースを専門医に送るかの指針が求められること、また、行動療法の普及という課題の存在が明らかになった。

岡田 俊（京都大学大学院医学研究科精神医学分野）

3) チック障害における向精神薬処方に影響を与える要因

<はじめに>

チック障害の治療にあたっては、個人間での差が大きいと同時に個人内での変動も大きいとの多様性を考慮して総合的な評価をする必要がある。チックに加えて、強迫性障害、注意欠如・多動性障害をはじめとする併発症の重症度も考慮し、治療の優先順位を検討する。

本研究では、チック障害における向精神薬の処方に影響する具体的な要因あるいは重症度を明らかにすることを目的として、後方視的な診療録調査を行った。

<対象と方法>

平成18年4月より平成19年3月の間に東京大学医学部附属病院「こころの発達」診療部あるいは精神神経科で初診時にチック障害と診断された75例を対象とし診療録を後方視的に調査した。症例の年齢は5歳から47歳で平均16.4歳であり、男性が54例、女性が21例であった。

各症例において初診時に向精神薬の処方についてその有無を調査した。チック症状自体の重症度を評価・解析するために、初診時に評価されていたYGTSS (Yale global tic severity scale) の①運動性チックの合計点、②音声チックの合計点それぞれを用いた。同様にチック症状による悪影響の重症度を評価・解析するために初診時に評価されていた③機能の全体的評定尺度 (Global assessment of functioning: GAF) を用いた。④併発精神疾患については、DSM-IV-TRに基づく他の精神疾患の診断の有無を調査した。他に、向精神薬の処方に影響を及ぼしている可能性があると考えられた⑤他害行為、⑥自傷行為、⑦器物破損の有無についても調査した。YGTSS運動性チックの合計点、YGTSS音声チックの合計点、GAF評価点については初診時に向精神薬の処方があった群となかった群とでt検定を用いて比較を行った。これら①～⑦の要因の中でどの要因が初診時の向精神薬の処方の有無に単独で影響を与えているか評価するために、①～⑦の要因を共変量とし向精神薬処方の有無を従属変数として、ロジスティック回帰モデルを用いて解析した。

<結果>

調査対象となった75例の中で初診時に向精神薬の処方がされた症例は36例であった。残りの39例では初診時には向精神薬の処方がされなかった。

運動性チックのYGTSSにおける重症度は向精神薬の処方がされた群で13.1、処方がされなかつた群で11.7であり有意差はなかった。その一方で、音声チックのYGTSSにおける重症度は向精神薬の処方がされた群で13.1処方がされなかつた群で9.1と処方がされた群で有意に重症度が高かつた。GAF評価点は向精神薬の処方がされた群で54.9、処方がされなかつた群で62.5と処方がされた群で有意に低かつた。

ロジスティック回帰モデルを用いた解析の結果、音声チックのみが処方の有無と有意に相關した($p=0.011$)。また未成年(20歳未満)の症例56例のみを対象として同様のロジスティック回帰モデルによる解析を行ったところ、GAF評価点のみが有意に相關した($p=0.005$)。

<考察>

本研究の結果から、チック障害における向精神薬の処方の有無に影響を及ぼしている要因が音声チックの重症度であることが示唆された。教室、職場あるいは映画館などの公共の場で不随意な発声があると、家族、担任など周囲も無視しがたく本人も抑制のための大きな努力を強いられる。その結果、副作用を勘案しても総合的に処方を要すると判断されることが多いようと思われる。その一方で運動性チックは、大きな音を出す、あるいは他者への接近を伴うものでなければ

周囲も受け入れやすく、本人もあまり意識していないことが多いようである。その結果、副作用との兼ね合いから運動性チックの重症度が処方の有無に影響を及ぼすことが少ないと推察される。

チック症状による悪影響の重症度を GAF 評価点で測定した。結果、未成年・成人を含めた全体では向精神薬の処方への影響は明らかではなかった。しかし、未成年に限った解析では GAF が向精神薬の処方の有無と有意に相關しており、未成年では向精神薬の処方の有無に影響を与える要因としてチック症状による悪影響の重症度が無視できない要因であることが示唆された。実際に未成年では薬物療法のエビデンスが乏しく、向精神薬処方の有無を合理的に決定することが困難である。結果として、登校渋りなどの悪影響のため長期的な視野で薬物療法やむなしとされた症例で処方がされたと推察される。

桑原 齊（東京大学大学院医学系研究科こころの発達医学分野）

4) トウレット症候群の脳機能検査

トウレット症候群は心理的要因や環境要因などが原因ではなく、生物学的要因による脳の機能障害であると考えられている。そしてその脳の機能障害を検討する研究が行われるようになった。ここでは事象関連電位と近赤外線スペクトロスコピー（NIRS）について紹介する。

1) 事象関連電位（ERPs）

事象関連電位（ERPs）とは何らかの刺激によって生じる脳波であり、様々な精神疾患、発達障害、注意欠如・多動性障害（ADHD）、認知症などの診断や症状の把握に利用されている。全く侵襲性がなく安全な検査である。ERPsにも幾つかの種類があるが、ここでは聴覚刺激によるP300とMMNについて紹介する。

① P300

P300は被験者に2種類の音（しばしば出現する低い音とたまに出現する高い音）を聴いてもらい、たまに出現する高い音が聴こえたときのみボタンを押してもらうという課題を行い、その際に300 msec付近で出現する陽性波をP300という。情報処理過程において認知の最終段階で出現する認知機能を示すものであるといわれている。ADHDでは潜時が延長し、振幅が低下すると言われている。トウレット症候群では健常群と比較して、振幅が低下するとの報告がある。

② mismatch negativity (MMN)

MMNは被験者に2種類の音（しばしば出現する低い音とたまに出現する高い音）を聴いてもらうが、その音を無視して好きな本を読んでいてもらい、たまに出現する高い音の際に出現するERP波形からしばしば出現する低い音の際に出現するERP波形を引き算した引き算波形をMMNという。情報処理過程のうち、先行刺激の感覚記憶を利用して行う刺激弁別過程で、特に意識野以外の変化を素早く検出する注意に関する機構で、無意識的な自動処理を示すものと言われている。ADHDでは振幅が低下すると言われているが、トウレット症候群においても振幅の低下が示唆されている。

これらのことからトウレット症候群において、情報処理過程における障害が示唆され、脳機能障害を示唆する。

2) 近赤外線スペクトロスコピー（NIRS）

NIRSは非侵襲的な近赤外線の散乱光を用い、ヘモグロビン濃度を測定することで、主に大脳皮質における脳血流量の変化を知ることができる。光ファイバーを装着した軽いキャップをかぶるだけでよいので、拘束性が少なく、自然な日常環境下で測定することができる。PETやSPECTのように放射能を浴びることなく、MRIのように大きな音に煩わされることもなく簡便に検査できるのが最大の利点である。

通常、脳はある仕事を遂行すると、代謝が亢進する。例えば代謝が10%亢進したとき、脳血流はそれに伴い40%くらい増加するといわれている。NIRSの測定では何らかの課題を施行してもらい、課題施行前と施行中の脳血流量の変化を捉えるのである。精神疾患ではうつ病やADHDにおいて課題施行中の脳血流量の増加が少ないことが報告されている。

トウレット症候群においても課題施行中の脳血流量の増加が少ない可能性があり、脳機能障害を示唆する。

飯田 順三（奈良県立医科大学医学部看護学科）

5) 教育機関調査

厚生労働省の研究事業の補助金で運営している研究班が、トウレット症候群に関する教員の認識および経験について、担当級による比較した結果を紹介する。

これは、公立小中学校の教員で、属性の異なる3つのグループを対象に行ったアンケート調査である。1つ目のグループは東京都公立学校情緒障害教育研究会（都情研）の会員で、全員が情緒障害通級指導学級の教員（103名：回答した人数、以下同じ）である。2つ目のグループは国内5地域の特別支援学級の教員（168名）である。90%が固定級の担当であった。3つ目のグループは国内2地域の通常学級の担任（109名）である。調査内容は4つで、①チック・トウレット症候群の認識、②チックを有する児童・生徒の担当経験、③チックを有する児童・生徒への対応内容、④チックについて知りたいこと、であった。

①チック・トウレット症候群の認識

「チック」については、どのグループもほぼ全員が知っていると答えたが、「トウレット症候群」を知っていた教員は、都情研グループの84%に対して、特別支援学級グループは36%、通常学級グループは18%と大きく差があった。トウレット症候群を知っていた教員は、いずれのグループも実例の経験を通じて知ったケースが約4割と、最も多かった。ほかには、研修や講義で知った（都情研は他2群よりやや多い）、書物などのメディアで知ったというケースがあり、これら3つのケースで大半を占めた。

②チックを有する児童・生徒の担当経験

教員生活の中で、チックを有する児童・生徒を担当した経験を有する教員は、都情研が約9割、他2群は7割強であった。特別支援学級の担当中に限ると、都情研73%に対して、特別支援学級36%と差があった。このうち、当該児童・生徒に特別な配慮を要した経験を有する教員は、都情研80%、特別支援学級44%と、これもまた差があった。特別支援学級グループは多くが固定級担当のため、子どもにチックがあっても他の行動上の問題が大きくて、教員が気付きにくいのかもしれない。また都情研、特別支援学級では、教員生活の中で、チックを有する児童・生徒であっても、チック以外の問題に対する特別な配慮を経験した教員が、チック自体への配慮を経験した教員より多かった。

③チックを有する児童・生徒への対応内容

教員生活の中で、チックを有する児童・生徒に行った対応は、本人への働きかけ、周囲への働きかけ、環境調整・連携の3つに大別できた。最も多かったのは、都情研と特別支援学級が本人への働きかけ、通常学級が周囲への働きかけとなった。通常学級では、子どもがチックをすると周囲に目立ちやすく、クラスメイトなどへの働きかけが必要となるケースが多いのかもしれない。都情研では他2群に比べて、環境調整・連携に該当する回答が多かった。

④チックについて知りたいこと

教員がチックについて知りたいことは、対応方法、チック自体のこと、治療法、専門機関との連携の4つに大別できた。いずれのグループでも対応方法が多かったが、その中でも全般的なことを知りたいという回答が通常学級に多かった。まずは基本的な知識を求めている教員が多いことが示唆される。回答の中には、これとは対照的に、個別の事情に応じた対応の仕方や、実際の事例について知りたいというものもあり、教員の知識や経験によって、求められる情報も変わっ

てくることが窺えた。

本冊子の「教育機関」の章では、基本的な事項を述べつつも、実際によく経験する事柄に触れているが、教員の認識や経験、求めている情報は多様で、このような調査結果を踏まえて有用な普及啓発を実現することは有意義と思われる。

河野 稔明（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

6) 発達障害者支援センターにおけるトウレット症候群の啓発事業から

平成 20 年度のまとめ

発達支援センター「まほろば」では、H17 年より、チック・トウレット症候群の啓発的内容が研修に登場した。翌年には、チック・トウレット症候群と強迫症状に関する講座が登場する。トウレット症候群の相談事例が確実に存在しており、研修にともなって、事例が徐々に増える傾向を見せていた。

チック・トウレット症候群は、相談事例の 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。チック・トウレット症候群の人は多様な症状を有していると共に、ASD などの合併もあり、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。児童青年人口の約 1%見込まれ、適切な支援・相談を受けられていない人はかなりの数に上ることが予測される。

チック・トウレット症候群を発達障害として位置づけて、啓発のための研修講座の中に組み込むと共に、センター内のカンファレンスで取り上げるなどにより、相談員などの専門家のチック・トウレット症候群に対する理解を深めることが必要となろう。

平成 21 年度のまとめ

トウレット症候群は一般児童人口で約 1%と推定される。ASD では、トウレット症候群は数パーセントの合併がある。注意欠如・多動性障害 (ADHD) や学習障害などの発達障害における併存率も高い。

全国に 65ヶ所ある発達障害者支援センターにアンケートを行い、61ヶ所(93.9%)から回答を得た。回答した発達障害者支援センターの多くが、トウレット症候群の事例を掘り起こしていることが認められた。そして、支援することの意義をきちんととらえ支援することの重要性を認めてはいるが、それが不十分であると考えていた。さらに、センター内の啓発と医療機関での受け入れ体制の広がりが重要であると考えていた。

昨年の研究では、トウレット症候群を発達障害として位置づけて、センター内のカンファレンスで取り上げるなどにより、相談員などの専門家のチック・トウレット症候群に対する理解を深めることが必要となろうと指摘したが、今回のこの調査でもこのことが確認された。常勤であれ非常勤であれ、医師が関与しているセンターでは、センター内でのトウレット症候群への理解が深まっていた。

現段階では、センター内のマンパワーの充実と啓発活動と医療機関との連携が求められている。

太田 昌孝 (NPO 法人心の発達研究所)

藤平 俊幸 (埼玉県発達障害者支援センター「まほろば」)

7) 発達障害者とその家族へのトウレット症候群についてのアンケート調査

近年、チックについては一般的によく知られるようになってきたが、トウレット症候群については未だあまり知られていない。その疾患についての知識がないために必要な医療を受けられず、放置されたままになり、生活が困難になっている場合も多い。特に発達障害ではチックの併存は多くみられるため、啓発活動も含め、発達障害者とその家族にアンケート調査を行うことにした。

奈良県発達障害支援センター「でいあー」に相談に来所される発達障害者もしくはその家族を対象にアンケート調査を行った。調査期間は平成20年6月～11月と平成21年5月～6月で回答数は56で回答率は37.6%であった。調査に協力いただいた方の年齢は20歳代12.5%、30歳代25%、40歳代37.5%、50歳以上25%であった。また回答者が発達障害者本人が12.5%、家族が87.5%であった。

質問内容とその結果を以下に示す。

1) チックということばを知っていますか

知っている 89.3% 知らない 11.7%

2) 音声チックを知っていますか

知っている 46.4% 知らない 53.7%

3) チックの人にあったことがありますか

ある 62.5% ない 37.5%

4) トウレット症候群を知っていますか

知っている 34.0% 知らない 66.0%

5) トウレット症候群の人にあったことがありますか

ある 19.6% ない 81.4%

6) チックの原因を以下の3つから選んでください。(複数回答可)

①脳の機能障害 21名 ②環境要因 23名 ③心理的要因 46名

7) チックの治療を以下の4つから選んでください。(複数回答可)

①カウンセリング 35名 ②行動療法 30名 ③薬物療法 24名 ④必要なし 8名

この結果よりチックということばを知っている人は約9割と多かったが、音声チックを知っている人は半分以下であった。さらにトウレット症候群を知っている人は1/3程度であった。このことからトウレット症候群についてさらなる啓発活動が必要であることが窺える。平成20年度ではトウレット症候群を知っている人は15.4%にすぎなかったが21年度には50%となり啓発活動が有効であることを示唆した。

チックの原因については心理的要因と回答するものが最も多くみられたが、脳の機能障害も21名と意外に多く存在した。チックの治療に関してはカウンセリングと回答するものが最も多かったが、行動療法や薬物療法を選択する人も比較的多くみられた。発達障害者や家族に関しては少しずつチックについての正しい知識が広がっているように思われる。

飯田 順三（奈良県立医科大学医学部看護学科）
為重 久雄（奈良県発達障害支援センター「でいあー」）

8) 日本トウレット協会会員に対するアンケート調査結果から

I 医療を取り巻く環境

《治療薬の変化》 最近 10 年間でトウレット症候群の治療薬が大きく変化した。以前は、ハロペリドールに代表されるドーパミン拮抗薬が主体であったが、今回の調査では、ドーパミン拮抗薬だけでなく、ドーパミン・セロトニン拮抗薬、ドーパミン調節薬、選択的セロトニン再取り込み阻害薬などの使用が目立った。この変化の理由を正確に特定することは困難であるが、この 10 年間で副作用が少ないドーパミンやセロトニンに作用する薬が次々に開発された事と、この病気にたいする理解が進み、チックだけではなく、併存する多彩な症状に合わせて最適な薬を使う傾向になったことが考えられる。

治療に当たっては、薬を使うのか否か、また薬を使う場合には、どの症状の軽減を目標にするのかを患者・家族と治療者が共に納得して使うことが大切であると思われた。

《医療機関の選択》 医療機関の選択法は、まずは自宅近くの医療機関にかかり、次に日本トウレット協会や相談機関やかかりつけ医の紹介で医療機関を選択することが多く、その後、新聞やインターネットから情報を得て医療機関を選択していることが明らかになった。まだまだチックやトウレット症候群を専門的に診療してくれる医師の数は全国をカバーできるほど多くないが、トウレット研究会（トウレット症候群の医学的研究団体）などの学会を通じてトウレット症候群を学び、診療にあたろうとする医師も増えてきている。この冊子の巻末にトウレット症候群の診療ができる医療機関・医師一覧が掲載されている。

《診療科の選択》 患者・家族は、自分たちの治療方針と合致するか、症状に改善が見られたかを基準にして診療科を選んでいることがうかがえた。逆に、症状の悪化を機会に診療科（病院）を変えていることがみられた。この場合、友人・知人から情報を得たり、かかりつけ医が適当な医師を紹介するケースもあった。また日本トウレット協会が配布している資料やインターネットも有効な情報源となっていた。

《医師以外の専門家の養成》 調査では薬物療法だけが 52%、薬物療法とカウンセリングの併用が 20% である。これは薬物療法が先行し、それと並行して行われる認知行動療法などができるサイコロジストなどの養成が遅れたことが原因と思われる。

しかし心理学など関連分野でもどのようにしてトウレット症候群をもつ人々を援助したらよいかについての研究が進みつつある。

II 医療以外の環境

《学校での理解》 調査からは学校が必ずしもトウレット症候群を理解していない、あるいは家族が学校の理解不足を感じている場合が多いことがうかがえた。しかし、積極的にトウレット症候群を理解し、子どもたちの力になりたいと考える教員も徐々に増えつつあり、研究会等への教員の積極的な参加が増えている。

トウレット症候群について正しい理解を促してくれる資料も増えつつあり、日本トウレット協会監修の「トウレット症候群の子どもの理解とケア」、「おともだちの障がい 3：トウレット症候群ってなあに？」などの易しい解説書が学校の先生の理解を得るのに有効だったという報告があった。

クラスメートに理解してもらうためにトウレット症候群の子どもをもつお母さんが手作りのパ