

平成 30 年度 昭和大学附属烏山病院 公開講座②

「発達障害とジェンダー」

横井英樹

(霜山祥子 五十嵐美紀)

平成 30 年 11 月 10 日 (土) 14:00~15:20

昭和大学附属烏山病院 入院棟 1 F 食堂ホール

それでは次の演題、「発達障害とジェンダー」に移らせていただきます。最近、ニュースでよく流れていますので、ご存じの方も多いと思いますが、なぜジェンダー、GID（性同一性障害）の問題を取り上げたかといいますと、発達障害にはそういう問題のあるケースがしばしばあるからです。本来は霜山祥子先生がお話しになる予定だったのですが、ピンチヒッターということで横井先生にお話しいただきたいと思います。

横井先生は、デイケアに通っておられる方はもちろんご存じだと思いますが、発達障害のデイケアの立ち上げのころから関与していただいている心理士さんです。

発達障害のデイケアを始めたのは 10 年ぐらい前だと思いますが、今年度から発達障害の ASD プログラムが診療報酬化されました。我々医師、病院は保険診療で成り立っています。保険診療とは、国が定めた方法で行えば何点という形でお金がもらえるというものです。それ以外のことをやってもお金はもらえないわけです。診療報酬化されたということは、我々が ASD に関するプログラムを行えば、今までに幾らかプラスして（報酬を）もらえるということ、国に認めていただいたということです。

これはかなりすごいこと、奇跡的なことなんですね。昨今の経済事情から、医療費は、削減することはあっても、プラスになることはほとんどないわけです。今年度、成人期発達障害のデイケア・プログラムが診療報酬化されたことは、それだけそのニーズが高いということを国にも認めていただいたということだと思います。

ちょっと話がそれましたが、今、そのようになっているということをご理解いただければと思います。そのプログラムをつくった 1 人である横井先生にお話しいただきます。よろしく願いいたします。

演題②「発達障害とジェンダー」

横井 太田先生、ありがとうございます。本来は霜山が話すべきところなのですが、か

わりに私から説明をさせていただきたいと思います。(以下、プロジェクター使用)

タイトルは「発達障害と性別違和」です。冒頭、ジェンダーという言葉もありましたが、烏山病院でのジェンダーに関する動きとしては、実は今年からジェンダー外来というものがひそかに始まっています。なぜこれが必要だったかということはこの後、お話ししたいと思います。

デイケアについては今、佐賀先生からお話がありましたので、多くはお話ししませんが、ASD、ADHD を含めた発達障害の診療やデイケアなどを始めてから 10 年ぐらいになります。その当初から性別違和、もしくは、少し前であれば性同一性障害という診断名が出てくることもありましたけれども、いずれにしても、自分の性別に対する違和感や、どちらでもないといいますか、そもそもそういう認識があまりないという方にたくさん出会うなということは、日々、デイケアをやっている中で実感していました。発達障害の方を受け入れる前と比べると、そういうことに関して違和感を持っている方がふえたという印象があります。

実際にはそういう違和感を持っている方がどれぐらいかといいますと、2015 年に電通ダイバーシティ・ラボが調べたものでは、13 人に 1 人はそういうものを持っていると。ただ、そういう感覚を持っているからといって、すぐに精神科の何らかの支援が必要かという、そういうことではありません。「何か違和感があるな」という感覚を持ちながら生活している方もいっぱいいますし、そのことが生活に支障に来すようになる方もいるということです。

ちなみに、13 人に 1 人、7.6%という数値は、乗車率が 100%の満員電車で 160 人ぐらいなのですが、その中に 12 人ぐらいはそういう感覚を持っている方がいると考えられることになります。結構多いのではないかと思います。発達障害と診断された方の中ではどれぐらいかといいますと、10%ぐらいではないかと思っています。

性別に対する違和感、今は性別違和という診断名があるんですけども、それに苦悩する ASD の方への支援としてはどういことができるだろうかと。それが必要だということは 10 年ぐらい前に何となくわかっていながら、実際にはまだ手がつけられておらず、いまだにあまり具体的にはできていません。外来が始まったことで、これからどういことができるかなということです。

今日のお話は、自閉症スペクトラムと診断され、性別違和に苦しんでいる方に対してどういことができるかということです。まず、そもそも性別違和とはどういうことか。それから、性の多様性ですね。最近、政治家も含めて問題になったりすることがありますけれども、その理解を深めていただきたいと思います。

まず、そもそも性とは何かということです。一つは、肉体的にどうかということも含め、生物学的な性という考え方があります。もう一つは、ジェンダーと呼ばれるものです。こちらは心理・社会的な性と言われており、例えば男らしさとか、女性はこうあるべきだとか、社会や文化が規定するものです。

そして、ジェンダーの中身としては、性自認、性役割、性指向という三つの概念があります。性自認とは、例えば自分は女だ、自分は男だというものです。また、日本ではXジェンダー（X-gender）という言い方もされていますけれども、どちらでもない、あるいはその時々によって変わったりするという考え方もあります。性役割とは、例えば文化的には子育ては母親の役割であると。そのように考えていると大体、奥さんに怒られるわけですが、あるいは重いものは男性が持つとか、一つの文化として、長い歴史の中で付与された役割のことです。性指向とは、自分の恋愛などの対象がどちらなのかということです。最近の傾向として、この三つはかなり多様性のあるものであるという認識が強くなってきています。

これはちょっとわかりにくいかと思いますが、世界トランスジェンダー・ヘルス専門家協会というところが8年ぐらい前に出した提言です。生まれ持った性とジェンダーとしての性との間にずれ、違和感のようなものがあるのは、そもそも文化的に多様な人類に共通の現象である。つまり、世界中で共通の現象であるということです。それがずれていたり、ずれていなかったり、いろいろなあり方があるのは普通のことであり、それを本質的な病理とみなしたり、否定的な見方をしたりすべきではないと。今、実際に診断基準にもそういう考え方が盛り込まれてきています。

ちょっとわかりにくいんですけど、いずれにしても、生まれたときに男、女と割り当てられた性は肉体的な特徴から来るものであり、そういうものと（ジェンダーとしての性）とのずれは基本的にあって当然である、そもそもずれがあること自体が普通であるということです。そういう考え方が今、どんどん強くなってきています。

個別的かつ多様な性のあり方ということで、いろいろな考え方があります。戸籍上の性別は、日本では男か女のどちらかが自動的につけられます。ずっと長い間、いろいろな書類で男か女のどちらかに丸をつけるという文化が続いてきていると思います。そのほかに、身体的な特徴や、ジェンダーアイデンティティと言われる性の同一性というものもあります。同一性とは非常にわかりにくい概念かもしれませんが、自分の性はこうだという認識のことで、人によってはそれが女性でもあるし、男性でもある。あるいは、そのどちらでもないこともあれば、その時々で違うこともある。そういうことをあらかず言葉が、性同一性です。それから、性の役割、性的な指向というものもあります。

つまり、単純に二つに一つという考え方自体がかなり特殊であるということです。そういうことがどんどんわかってきたと。今までは多くの人がそういう違和感を持ちながらも、大きな声で言えなかったわけですが、今はそういうことが言えるような社会になってきたとも言えると思います。

分類をするという考え方もありますし、自閉症スペクトラムのように、非常に自閉度の強い方から定型発達までが連続的につながっていくのと同じで、性別も濃淡であらかずことができ、その組み合わせも人それぞれであるという考え方もあります。ですから、二つに一つではなく、みんながそれぞれ違っているという考え方が実態に即しているのでは

ないかということです。こういう考え方を取り入れれば、同じセクシャリティを持っている人はなかなか見つからないということが言えると思います。

有名なカテゴリーとしては、LGBT というものがあります。この言葉によって社会的な認識が大分広まったのかもしれませんが、ただ、これにも限界があって、今はどんどん変わりつつあるのですが、単純に言えば、レズビアン (Lesbian)、ゲイ (Gay)、バイセクシャル (Bisexual)、トランスジェンダー (Trancegender) の頭文字をとったものです。レズビアン、ゲイ、バイセクシャルは性指向をあらわし、トランスジェンダーは性自認をあらわしているということで、ある意味、かなりがちやがちな言葉かもしれません。ですから、最近使われなくなってきたのかなと思います。

ちなみに、トランスジェンダーとは、既存の性の枠組みに当てはまらない、どちらかに規定しないということです。

そのほかに、LGBT にQを加えた LGBTQ という言葉もあります。Qとはクエスチョニング (Questioning)、つまり性自認、性指向を定めない人のことです。また、先ほど言いましたように、同じような意味合いで日本ではXジェンダーという言葉があります。

さらには、生物学的に男性で、性自認も男性、そして性指向、恋愛対象は女性という、いわゆるストレートな方が基準だとかつては考えられていたかもしれませんが、そういう方も含め、カテゴリーを分けること自体、かなり無理があると。実際にニューヨークでは2016年時点で、全部で31種類のカテゴリーが正式に認められているらしいです。そうすると、カテゴリーに分けること自体にどういう意味があるのかもよくわからなくなってきましたし、偏見や差別につながっていくという負の面もあります。

ですから最近、セクシャルオリエンテーション・アンド・ジェンダーアイデンティティ (Sexual Orientation and Gender Identity) といつて、性指向と性自認は全ての人を持っており、自分とは関係ないとは言えないわけですから、全ての人を持っている要素として捉えるべきではないかという認識に変わってきています。

では、性別違和とは何か。この言葉自体はアメリカ精神医学会の診断基準にも出てくるのですが、「出生時に割り当てられた性別 (および、それに付随する性役割、一次性徴や二次性徴) とジェンダーアイデンティティとの食い違いによって引き起こされた不快感や苦悩を意味する用語」とされています。それによって不快感や苦悩が生じ、何らかの生活上の困難があるかどうかということが、医療の支援を必要とするかどうかということにもかかわってきます。ですから、仮にそういう食い違いがあっても、不快感や苦悩がなければ問題ないことになるわけですが、トランスジェンダーのうち、医療による支援が必要な場合には、こういう診断 (性別違和) が必要になるということです。

これは冊子には載っていないのですが、国際的な疾病分類による疾患概念がどのように変わってきたかというものです。1965年ぐらいまでは、そういう診断名は特にありませんでした。その後、例えば男性であればスカートをはくとか、反対の性の格好をすることに異性装という診断名がつけられました。そういうものが以前は診断名として成立していた

ということです。そして、途中は抜かしますが、2013年に出されたアメリカの診断基準、DSM-5で性別違和（gender dysphoria）という概念が出てきました。

そのときに性別違和自体は、精神疾患の中から外されたのだと思います。それまでは精神的な疾病とされていたのですが、そうではないことになりました。

WHOの診断基準の最新版、ICD-11が今年6月に出されましたが、そちらでも「性別の不一致」というような考え方によって診断することになりました。また、そちらでも性同一性障害は精神疾患から外され、「性の健康に関連する状態」という分類に変わりました。このように今、精神医学の中でも、性別に関することがどんどん変わってきています。

発達障害のASD、ADHDもそうですが、最近出てきた概念に関してはまだまだ研究不足の部分があったり、いろいろと変わっていきつたりしますので、我々としてもついていくのが大変です。

発達障害と性別違和の関連としては、最近では北米を中心に、発達障害、特にASDと診断された方が性別違和感を訴え、苦しんでいるというケースに関する報告がふえています。

ASDの方が性別違和感を抱くようになるプロセスや、ASDの方が持っている性別違和感に、ASD傾向、自閉症的な傾向が与える影響もあるのではないかと指摘もあります。これもまだ具体的なものは出ていませんが、何らかの影響があるのではないかと。それについては遺伝子レベルのことも含め、いろいろな研究がされているんですけども、まだはっきりとしたことが言える状態ではありません。

また、ASD症状、自閉症的な特徴の範疇として性別違和感を捉えることができる方もいるのですが、長期的に性別違和感を訴え、支援を必要とする方が多いということも、いろいろな研究で指摘されています。ですから、恐らく何らかの関連があるのだろうと。ただ、まだまだ研究が足りていないところです。

思春期ケースへの、ASDと性別違和に関するアセスメントや支援のガイドラインをつくっているところもあります。思春期、10代を想定したものですが、一次性徴、二次性徴など、性別に関する認識やアイデンティティの確立に非常に大事なタイミングにおいて、ASD（自閉症スペクトラム）に対するコミュニケーション、対人関係の支援と、性別違和に対する支援やアセスメントは同時に行う必要があるということが言われています。

このノウハウはまだ広く行き渡っていないんですけども、教育関係者や我々としては、ようやく発達障害に対する認識が大分広まってきたところなのですが、それに加えて性別違和についても認識を深めなければいけないということが、現実としてあるのかなと思っています。

ASDに対する支援としては、自己理解や、難しいんですけども、柔軟な思考、あるいはコミュニケーションスキルの獲得などを行っていくことが大切だと言われています。一方、性別違和に対する支援としては、自分のジェンダーアイデンティティについて考えたり、表現したりしやすくなるための支援が必要です。もう一つは、性別違和を緩和する選択肢、どうすればその苦しみが和らぐのかという選択肢の提供や医学的介入を、その方の

ニーズを理解した上で行っていく。こういう支援をセットでやっていかなければいけないという難しさがあります。

今、これを誰ができるのかといいますと、できるところはまだそれほど多くないと思います。思春期であっても成人であっても、具体的に何ができるかということについてはまだまだ課題が多いわけです。

今回はそういう中でのご紹介ではあるんですけども、今年から始まったジェンダー外来、そして発達障害専門外来、あるいは先ほど説明があったデイケア、ショートケアなど、烏山病院では枠組みとしてはそろったと。ただ一方、発達障害を持ちながら性別違和も抱えている方に対する、性のあり方や表現方法を模索していく支援については、我々もまだまだ手探りの状態ですし、まだあまり始められていないのが現実です。ジェンダー外来が始まったことで、これからいろいろなご意見をいただければと思っています。場合によっては、ショートケアなどを使ったグループ療法に本当に意味があるのかどうかという研究的なことも含めて、始めていければと考えております。

以上、今、世の中で話題になっている性別違和、あるいは LGBT と言ったほうが一般的かもしれませんが、それに関する情報と、これから我々ができそうなことについてお話をさせていただきました。ご清聴をありがとうございました。(拍手)

司会者(太田) 横井先生、ありがとうございました。ジェンダー、性別違和は非常に敏感な問題であり、どうしても誤解を招きやすいと思いますので、正確な知識が必要となります。今回のお話が、今はどこまでわかっていて、何ができていて、何がまだできていないのかということをご理解いただく手がかりになればと思います。

質疑応答

司会者(太田) それでは、質疑応答の時間に移らせていただきます。佐賀先生も前にお越しく下さい。ご質問のある方は、挙手をお願いいたします。

司会者(五十嵐) お2人とも気軽にお答えいただけるとと思いますので、どなたかいらっしやいませんか。

質問者1 冊子の20ページの「デイケア・ショートケア」に、(登録メンバーの)年齢層が20代から70代で、平均は約32歳とありますが、デイケア、ショートケアに参加している方の属性といいますか、仕事をしている方、仕事を探している方、学生の方などの割合はどうなっているのでしょうか。大まかで結構ですので、お教えてください。

横井 ご質問をありがとうございます。デイケア、ショートケアを含め、今は350名ぐらいの方が登録されています。そのうち、平日のデイケアに登録されている方が160名ぐらいです。残りの200名ぐらいは土曜日に来られている方で、主に仕事をされている方、もしくは大学生の方です。平日に来られている160名の方は、今、就職に向けて頑張っていたりする方ということになります。

男女比としては、男性のほうが多いです。今は細かい数字を持ち合わせていませんが、ざっくり言えば、平日に来て、支援を受けながら就職を目指すという方は150名ぐらいで、残りは働いている方か大学生の方というようにご理解いただければと思います。

質問者1 ありがとうございます。

司会者（五十嵐） ほかにご質問のある方はいらっしゃいますか。

質問者2 今年から烏山病院にジェンダー外来ができたというお話がありましたが、ジェンダーの支援方法はまだまだあまり確立されていないと思います。ジェンダー外来では今後、どのような形でジェンダーについての支援といたしますか、そういうことを行っていく感じなのでしょうか。大まかにでも結構ですので、教えていただければと思います。

横井 本来は担当している医師から答えられればよかったんですけども、今日は発達障害との関連ということでお話ししましたが、先ほど言いましたように多様性があり、実際にはニーズもかなり違います。私はデイケア（の担当）ですので、グループ療法的なことができないかとずっと考えているのですが、ニーズが違えば、向いている方向もみんな違うわけで、グループというのはなかなか難しいかなとも思います。

とはいっても、大きくは性別違和としてくくられても、詳細に見ていけばみんなが違う方向を向いているという状況でどういうことができるのかといいますと、一つにはやはりグループ療法ではないかと。ASDにしてもADHDにしても、似たような困り感を持って集まってこられる方たちが仲よくなっていく姿を見ていますと、そういうことがあり得るのではないかと考えています。

外来で何ができるかについては、佐賀先生からお願いできますか。

佐賀 ジェンダー外来を担当しているのは、私の同期の森井（智美）という医師なんですけれども、外来の場合は1対1の対応になりますので、精神科の基本として、その人の困り事を伺って、どういう対応ができるかを一緒に考えていく。それはほかの困難の場合でも同じなんですけれども、まずはそれができたらと思います。

そして、LGBTやジェンダーのことで困り事があつたとき、どういう対応を練ることができるのか。烏山病院は精神科単科病院ですので、例えば気持ちの持ちようとか行動の問題などに関しては対応できるのですが、注射などの身体的な侵襲を伴うものについては、専門的にやっている病院をご紹介するというような形がとれるかと思っています。

グループで何かを行うことによって、ASDやADHDの方々と同様に、孤独感から解放されるという部分もあると思います。そして、個別のことについては個別で（対応する）というように、同じ病院の中でも使い分けることによって、その人にとってよりよいサポートができるのではないかと考えております。

質問者2 どうもありがとうございました。

司会者（五十嵐） ほかにいかがでしょうか。

質問者3 お話をありがとうございました。冊子の16ページのCAARSの統計データに関して、統計的に有意かどうかはわからないのですが、（プログラムに参加した）後のほう

が標準偏差が軒並み大きくなっているような気がします。もともと自己評価が平均より下寄りの人のほうが、プログラムの効果が高いように見えるんですけども、実際にそういう傾向があったのでしょうか。

佐賀 平均より下というのは、状態として悪いという意味ですか、それとも数値が小さいということでしょうか。

質問者3 数値のほうです。

佐賀 数値が小さい人のほうが……。

質問者3 平均より下の人のほうがより下がっているような傾向があるので、プログラムの後のほうがばらつきが大きくなっているのかなと思ったんですけども。

司会者(太田) これはたしか佐賀先生が直接解析したものではなく、生データを見ていないと思いますので、今のご質問にはなかなかお答えできないと思います。結構前のことなのですが、ここに名前が載っている横井先生、ご記憶があればお願いします。

横井 あまり記憶はないので、統計的にどうこうという話はあまりできないんですけども、実感としては、これもかなり個別性が高かったと思います。自己評価の高さ、低さということでは、基本的には自己評価の非常に低い方が多いと。そのことを確認したくて、このパワーポイントにはないんですけども、自己効力感というものの変化も見ています。ただ、たった12回、3カ月のプログラムでそれが大きく変化するかといいますと、全く変化しませんでした。

これはプログラムの前後でとっており、さらには自己評価ということもあります。自分のことがわかりにくいという、ASD、ADHDの特徴を考えれば、自己記入式の質問紙ではあまり大きなことも言えないのではないかと思います。プログラムの効果があったと考えたいところではあるんですけども、先ほど佐賀先生のお話にもあったように、そこから人間関係を構築し、継続して仲間ができていくというプロセスでどんどん変化していくわけです。

それならば変化した後にとればいいじゃないかということですが、そこは忘れて、我々とは違っていません。そういう不備のある研究体制で本当に申しわけないんですけども、共同研究者の五十嵐先生、いかがですか。

司会者(五十嵐) 上にnが書かれていますが、これは19名の方のデータです。その後、皆様にご協力いただいてデータを蓄積していますので、また改めてご報告させていただきたいと思います。

それから、プログラムに参加し、ADHDとは何かを自己覚知できたことによって、今までは困っていなかったことに気づき、それによって点数が上がる方も一定程度おられます。今はそういう方も一緒に統計をとっているため、かなりバイアスが大きく、不十分なデータですので、そこは検討しなければならないと考えております。貴重なご意見をありがとうございました。

時間の関係で、あとお1方かお2方になると思いますが、いかがでしょうか。

質問者4 2点ほど、お聞きいたします。今のデータもそうなのですが、この人たちがプログラムを終えた後、外来通院でもほかの施設でもいいのですが、1年後、2年後、このデータと比較してどうなったか。客観的なデータではなく、主観的な感覚でもいいので教えていただきたいと思います。

私は内科医ですので、こういう精神科のデータの解釈はどうしても定性的になってしまっており、評価が非常に難しいと思っています。ただ、定性的なデータであっても、将来、非常に有効性の高いデータとして出てきて、それによってショートケアやデイケアなどの評価が高まり、さらに一般的に広まっていく可能性が高いと思っています。定性的なデータですので非常に難しいとは思いますが、精神科の研究はもともと定性的な部分が多いので、長期的なフォローアップも含め、ぜひ生かしていただければと思います。

感覚でも結構ですので、2年後、3年後、あるいは1年後でもいいんですけども、この人たちがどうなっていったかをわかる範囲で教えていただきたいと思います。

もう一つは自閉症スペクトラムそのものにかかわることですが、それはデイケアなどでも、どうしても集団行動療法や認知療法になっていくわけです。ただ、私は、根本的には脳の生理学的な問題、あるいはファンクショナルな問題によってこういうものが起きているのではないかと考えています。

セロトニンやドーパミン、オキシトシンなどのことがよく言われていますが、ジェンダーのディスオーダーもそうだと思いますが、一般的と捉えられる人たちと比べて、ファンクショナルMRIや脳のSPECTなどではどの辺に問題があって、大脳生化学などにおいてはどのような問題が生じているのか。特にジェンダーに関しては非常に興味があり、もし自閉症スペクトラムと関係があるのであれば、そこは将来的に非常に重要な部分になってくると思っていますのですが、それについてわかる範囲で教えていただければと思います。

横井 後半については太田先生にお答えいただいたほうが良いと思いますが、前半の長期的な変化に関しては、まずASDの方を考えれば、デイケアをスタートしたときには仕事とは全く縁がなさそうで、「仕事なんて絶対にやるもんか」というぐらいだった方が、5年後にはスーツを着て働いていたりする。そういうことは非常にたくさん見えました。ですから、それまで定型発達の人たちの中で常に孤立したり、不安を抱えたりしながら生きてきた方が、こういうプログラムを一つのきっかけとして仲間と出会い、先に就職する人などを見て刺激される。それは基本的に成長だと思っていますので、学校のような感覚で支援しているということです。これはADHDの方もそうかもしれません。

ですから、我々が何かを非常にやっているというよりは、みんなで高め合っているのを見させていただいていると。そして、ちゃんと社会参加していく方が非常に多いわけです。ですから、就労支援については、できる範囲で（支援をしています）。実際にはちょっと医療の枠を飛び越える部分もあるんですけども、それは大事なかなと思っています。

五十嵐さん、補足があればお願いします。

司会者（五十嵐） 転帰調査についても課題だと考えています。ASDグループに関して

は ADHD グループより先行的に行っていましたので、それも少し行っており、ASD グループを卒業された方の 55%が 3 年以内に就職されているという典拠があります。ADHD グループに関しては今後の調査となりますので、またご報告させていただきたいと思います。

後半のご質問については太田先生、お願いします。

司会者（太田） 佐賀先生のかわりにお答えさせていただきます。ジェンダーにおいて脳の機能にどのような問題があるのかについては、正直申し上げて、私はジェンダーの専門家ではないので、具体的なことについては記憶していないんですけれども、少なくとも脳の機能ないしは構造の異常があるということは言われています。

記憶がある中では、2～3 年前、たしか岡山だったと思いますが、国際ジャーナルに、ジェンダーの問題のある人の脳の機能についての投稿がありました。具体的な内容は覚えていませんが、まだそういう段階です。発達障害とジェンダーには脳の機能の問題にどのような共通点があるのか、あるいは違いがあるのかについては、まだまだこれからだと。ようやく発達障害におけるジェンダーの問題が取り上げられつつあるというところで、まだその段階にまでは至っていないと思います。

質問者 4 どうもありがとうございました。

司会者（五十嵐） 時間が過ぎておりますが、最後にもうお 1 方、先ほど挙手された方、お願いします。

質問者 5 冊子の 8 ページ、「烏山病院のデイケア」に「過ごす」「趣味」などとあって、その「心理教育」に認知行動療法とあります。これは具体的にどういうことをやっておられるのかを、わかる範囲で教えていただければと思います。

横井 ありがとうございます。認知行動療法とは、広い意味でくくれば、SST としてやっていることもありますし、認知行動療法プログラムというものもやっていますので、その中で集団の認知行動療法（も行っています）。コラム法を使って感情の状態などを評価するというものもありますし、ディスカッション中心のものなど、いろいろと織り混ぜながら（行っています）。いずれにしても、自分の認知の癖などに気づくための情報提供を行ったり、客観的に物事を捉えるための工夫をみんなで考えてみたり、そういうことを週に 1 回、また、特に就職活動をしている人に向けた SST も行っています。

質問者 5 就職活動をしている人を中心に行っているということでしょうか。

横井 基本的にはそうですね。デイケアでは就労準備コースという、就労を目指す方が多く登録しているコースで認知行動療法的なプログラムを行っています。

質問者 5 ありがとうございます。

司会者（太田） 活発なご議論をありがとうございました。時間を若干押してしまいましたが、これで平成 30 年度烏山病院公開講座を終了させていただきます。発表していた佐賀先生、横井先生にもう一度、盛大な拍手をよろしくお願いいたします。（拍手）

司会者（五十嵐） これをもちまして、烏山病院公開講座を終了いたします。この後、15 時 30 分より東京都精神科医療地域連携事業の公開講演会が始まります。ご講義いただく

のは宮尾先生、柏先生ですが、発達障害支援の第一人者であり、本日はお忙しい中をお越しいただきましたので、お時間のある方はぜひ引き続きご参加いただければと思います。

ここで休憩を入れさせていただきます。お手洗に関しては、扉を出て真っすぐ進んでいただき、右手にございます。なお、お帰りになる方は、入り口のところでアンケートをお渡ししたかと思しますので、ご協力もぜひお願いできればと思います。

それでは、15時30まで休憩とさせていただきます。皆様、ご参加をありがとうございました。