

2015年度科学技術インタープリター養成プログラム修了論文

「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」
の作成と改訂に関する分析

Research for Establishment and Revision of the
Japanese Guideline for the Diagnosis and Medical
Treatment of Gender Identity Disorder

2016年3月

東京大学大学院 総合文化研究科 広域科学専攻 博士課程

科学技術インタープリター養成プログラム9期生

田中 雄喜

指導教員 定松 淳 特任講師

要旨	39
1. 背景.....	42
1.1 性同一性障害とは何か.....	42
1.2 ブルーボーイ事件.....	45
1.3 ガイドラインの制定	47
2.目的・方法.....	50
2.1 目的.....	50
2.2 方法.....	50
3. 結果.....	51
3.1 初版ガイドライン.....	51
3.1.1 初版ガイドラインについてのインタビュー結果.....	51
3.2 第2版への改訂	54
3.2.1 第2版への改訂についてのインタビュー結果	54
3.3 第3版への改訂	57
3.3.1 社会の動き	57
3.3.2 第3版への改訂に関するインタビューの結果	58
3.4 第4版への改訂	60
3.5 今後の課題	60
4.まとめ.....	64
謝辞	65
参考文献	66
科学技術インタープリター養成プログラムを受講して	67

要旨

【背景】性同一性障害は、生物学的性別（Sex）と性の自己意識（Gender identity、性自認）とが一致しないために、自らの生物学的性別に持続的な違和感を持ち、自己意識に一致する性を求め、時には生物学的性別を己れの性の自己意識に近づけるために性別の適合を望むことさえある状態を指す。1995年、「性転換治療の臨床的研究」という形で埼玉医科大学倫理委員会に性転換手術の倫理的判断を問う書面が提出された。それに対し倫理委員会側は96年にこれを認める旨の答申を出し、97年に日本精神神経学会 性同一性障害に関する特別委員会から「性同一性障害に関する答申と提言」（初版ガイドラインに相当）が発表された。初版ガイドラインの作成以降、「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」は2012年までに3度の改訂を行っている。

予備調査として当事者団体の主催するシンポジウムや性同一性障害学会へと足を運んだ。どちらも、当事者の訴えを直接医師へと伝える場として機能しており、改訂の背景には当事者団体からの圧力があるのではないかと考えた。

【目的】ガイドライン改訂は当事者(団体)側からの要請を受けた結果なのか、また何故このように頻繁に改訂されているのかについて調べる。また、それぞれの改訂についてガイドライン作成者はどう考えていたかについて調べる。

【方法】初版ガイドラインの作成責任者である山内俊雄氏へインタビュー調査を行った。

【結果】初版ガイドラインの作成のきっかけとなったのは、性別違和に苦しむ当事者に対し悩みを軽減する技術があるにも関わらず、救うことが出来ない状況に対し、ガイドラインを整えることにより救うことが出来る状態にしたいという医師等の強い問題意識であった。策定の際には、この問題が社会に受け入れられることを第一に考え、慎重に、また論理的に厳格に、性別を変更する手術（以下、性別適合手術）の可能性を明確にすることが目指された。また、第2版への改訂のきっかけは、初版の作成により多くの当事者が病院に押し寄せたことで明らかになっていった当事者の多様な状態に対応するためのものであった。一方で、第3版への改訂のきっかけは、性別の取り扱いの特例法の制定を通じて性別適合手術が医療行為として社会に受容されたことを受け、倫理委員会による審査を撤廃し、より当事者について詳しい現場の医療チームが判断を行うことを決めた。また、ガイドラインの中で自己決定・自己責任という言葉が多く使われているのは、当事者の望む治療を自由に選択できるようにするためのものであり、医師の責任逃れのための言葉ではないことが分かった。第4版への改訂に関しては、ガイドラインの中で明確に改訂の理由について述べられていたため、今回は調査を行わなかったが、使用している期間のみ二次性徴を抑える薬を治療で使用することを認可するためのものであり、若い世代の当事者に対してよりQOLを上げることの出来る治療を可能にするためのものであった。

【まとめ】これらの改訂は、当事者からの要請を受けてというよりも、専門家の自律的な動きによるものであった。海外の知見を参考にし、基礎と成る考え方を固め、医学的な根拠を元に慎重に性同一性障害が受け入れられるよう初版のガイドラインを作成した結果、社会からの信用を得ることとなり、その後の改訂で内容を柔軟なものにすることを容易にしたのではないだろうか。

Abstract

The Japanese Guideline for Diagnosis and Medical Treatment of Gender Identity Disorder was established in 1997 and has been updated three times as of 2012. The aim of this article is to reveal if the guidelines were updated in response to the GIDs' demands, and why the guidelines were revised so frequently. Another aim is to figure out what the founders of the guidelines were thinking about these revisions.

To achieve this aim, I had conducted an interview to Toshio Yamauchi, the person who was in charge of creating the first edition of the guideline.

The first print of the guideline was triggered by the doctors' mere will to save the GID patients. The first revision became necessary in the course of acquiring further knowledge of a bigger number of GID individuals through medical care. The second revision followed after a new law was established regarding the change in one's gender listed on the family register. Finally, the last revision was conducted after a new medicine to improve the QOL of young GID individuals became legal.

本論文で使用される略称

TS: Transsexual

性器まで変えた/変えようとする人々

MtF: Male to Female

男性から女性へと性別を変えた/変えようとする人々

FtM: Female to Male

女性から男性へと性別を変えた/変えようとする人々

FtX: Female to X

女性から女性でない何者かになろうとする人々

GID: Gender Identity Disorder

性同一性障害

SRS: Sex Reassignment Surgery

性別適合手術

RLT: Real Life Test

実生活経験：精神療法の一環として「望む性」で実際に生活してみること

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

アメリカ精神医学会が出版する精神障害の分類と標準的な基準を提示する書籍

ICD: International Classification of Diseases

WHOにより公表されている死因や疫病の国際的な統計基準

1. 背景

1.1 性同一性障害とは何か

2015年11月から渋谷区と世田谷区が同性パートナーシップ証明書を発行するようになったことに代表されるように、セクシャルマイノリティに対しての社会的な受容は進んでいるように見える。新聞やテレビで毎日LGBTという言葉を見かけるようになっていく。LGBTという言葉は、女性同性愛者（レズビアン、Lesbian）、男性同性愛者（ゲイ、Gay）、両性愛者（バイセクシュアル、Bisexual）、性同一性障害を含む性別越境者など（トランスジェンダー、Transgender）の人々を意味する頭字語である。

日本において性同一性障害の人々に対して治療の道が開けてからは、まだ20年も経っていない。治療のきっかけに成った、「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」は1997年に初版に相当するものが作成されて以降、2012年までに3回の改訂が行われている。

本項では、1997年のガイドライン作成以降、社会への認知が広まっていった性同一性障害とはどのような状態をさすのかについて、その変遷を様々な文献を元に紹介していく。

まずは、性同一性障害の人々に精神医学的な診断名がつけられていった過程や、世界ではどのように扱われているのかについて、日本における最初の性同一性障害の治療ガイドライン作成の責任者である山内氏の著書に記載されている箇所を引用する。

ジェンダーの概念が生まれたのは、20世紀初頭のことである。その後、1950年代から1960年代にかけて、Moneyらにより性の自己意識、性自任(gender identity)や性役割(gender role)といった心理的、社会的性の概念が提唱され、性転換症の理論的裏付けがなされた。すなわち、生物学的性別と心理、社会的性別が異なっている場合があり、生物学的性別を心理、社会的性別に合わせたいと願う人々が性転換症であり、同性愛や服装倒錯症とは異なった性現象であることが明確に位置づけられた。

その後、性同一性障害の小児例の報告が行われ、ジェンダーがかなり早い時期から確立されるものであることが再確認された。このような経過を経て、多くの臨床的知見が積み重ねられたが、なかでもGreen RとMoney J(1960)は後にいう、小児の性同一性障害に相当する小児例を報告した。このような症例を集めて、Green Rは性同一性障害に関する専門書を1974年に出版した。そのことが性同一性障害がDSM-IIIに明確な疾患として載るきっかけになったといわれている。

ところで、最初に性同一性障害が国際診断に登録されたのは、ICD-9 (International Classification of the Disease, WHO,1975年承認,1978年出版)である。この時は「性的偏奇と性障害」として、羅列されたいくつかの項目の中に単に「性転換症」と記載されていただけである。これがICD-10(1990年承認,1992年出版)になると、性同一性障害というひとつの項目が立てられ、その中に性転換症が含まれ、体裁が整えられた。

(中略)

一方、DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association)では DSM-III(1980)に初めて性同一性障害の名前が登場するが、DSM-III R(1987)、DSM-IV(1994)になるにしたがい、性に関する疾患の体系がととのってきている。

すなわち、DSM-IV分類では、性機能不全、性嗜好異常と並んで性同一性障害があげられており、下位分類として年齢によって小児、青年または成人と分類し、かつ、性対象が異性か同性かによって特定するようになっている。そして、性同一性障害が反対の性に対する同一感とともに、自身の生物学的性別に関して違和感や不快感を伴っている場合と定義し、性嗜好に関しては異性愛、同性愛、両性愛など、すべてのパターンのありえることをあげている。(山内俊雄、2001)

また、ガイドラインが出来て間もない時期に出版された山内氏の本に記されていた定義は以下の通りである。

生物学的性別と自らの性に対する自己認知・自己認識の不一致から生じる基本的症状は次のような三点に大別することが出来る。

- 1.反対の性別に対する強く、持続的な同一感
- 2.自分の身体的性別の特徴を強く嫌悪あるいは忌避する
- 3.日常生活で反対の性別役割をとろうとする

(山内俊雄、2001)

次に紹介するのは、2003年に作られた「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律」第二条に記されている定義である

この法律において「性同一性障害者」とは、生物学的には性別が明らかであるにもかかわらず、心理的にはそれとは別の性別（以下「他の性別」という。）であるとの持続的な確信を持ち、かつ、自己を身体的及び社会的に他の性別に適合させようとする意思を有する者であって、そのことについてその診断を的確に行うために必要な知識及び経験を有する二人以上の医師の一般に認められている医学的知見に基づき行う診断が一致しているものをいう。(性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律)

こうして見ていくと2001年までは、“反対の性別”と書かれていたものが、法律の制定に至までの間に、“他の性別”と書かれるようになっていく。実際に、FtXと呼ばれる人たちがいることは、鶴田氏の著作で触れられている。

生まれた時の女(Female)という性別ではないが、男(Male)でもない人(X)として生きようとする FtX(Female to X)と呼ばれる人びとも、自分を性同一性障害だとおもっているようだ。そのような人びとは、生まれた時の女という性ではなく男として生きようとする FtM(Female to Male)人々からは差異化されながらもコミュニティに共存するようになっている。(鶴田幸恵、2010)

このように性同一性障害という状態の指し示すものも、時代とともに変遷をたどっていつていることが分かる。

1.2 ブルーボーイ事件

治療ガイドラインが出来るまで性同一性障害が日本においてタブー視されていた理由として、ブルーボーイ事件と呼ばれる事件とそれについての判決があった。この項では、性同一性障害の診断と治療のガイドラインと法律が切っても切れない関係と成った原因の一つでもある、この「ブルーボーイ事件」について説明する。

ブルーボーイ事件とは、1964年に十分な診察を行わずに性転換手術（現在は性別適合手術と呼ばれている）を行った産婦人科医師が、1965年に麻薬取締法違反と優生保護法（現在の母体保護法）違反により逮捕され、1969年に有罪判決を受けた事件のことである。具体的に違反したとされた条項は、優生保護法第28条「何人も、この法律の規定による場合の外、故なく生殖を不能にすることを目的として手術又はレントゲン照射を行ってはならない」である。この有罪判決という結果だけが取り上げられ、性別適合手術がタブー視されるようになった結果、日本における性同一性障害の治療は欧米に比べて三十年近く遅れてしまった。しかし、判決文の中には医療行為として性転換手術を行う際に満たすべき基準が以下のように明記されていた。

B、当裁判所の性転換手術に対する考え方

以上のような性転換手術の内容および医学的評価に照らすと、性転向症者に対する性転換手術は次第に医学的にも治療行為として意義を認められつつあるが、性転換手術は異常な精神的欲求に合わせるために正常な肉体を外科的に変更しようとするものであり、生物学的には男女いづれでもない人間を現出させる不可逆的な手術であるというその性格上それはある一定の厳しい前提条件ないし適応基準が設定されていなければならない筈であって、こうした基準を逸脱している場合には現段階においてはやはり治療行為としての正当性を持ち得ないと考える。こうした点で前記のジョーンズ・ホプキンス医学研究所での作業過程は厳しい適用基準を自ら打ち出してなされているものであるし、ベンジャミン博士の設定している指標もまことに傾聴に値するものと云わねばならない。ところで、現在日本においては、性転換手術に関する医学的研究も十分ではなく、医学的な前提条件ないしは適用基準はもちろん法的な基準や措置も明確でないが、性転換手術が法的にも正当な医療行為として評価され得るためには少なくとも次のような条件が必要であると考え

(イ) 「手術前には精神医学ないし心理学的な検査と一定期間にわたる観察を行うべきである。」性転換手術は前述のように不可逆的な手術であるから、性転向症を装っている者や手術癖のある者が手術を受ける危険性をなくし、その患者が性転向症者であることの厳格な確認をするとともに、性転向症者であっても一時的な感情の動揺に支配されて手術を受けてしまうことを避けることが必要であるし、また精神病や神経症と合併している場

合には精神療法等による治療をまず試みるべきものと考えられるからである。

(ロ) 「当該患者の家族関係、生活史や将来の生活環境に関する調査が行われるべきである。」性転換手術は患者の精神と肉体の不均衡を減少させるため肉体を変更して精神的安定をもたらし、社会適応性を付与することに積極的意義があるのであるから、その患者がこれまでどのような生活の場を得られるか等について慎重な調査、検討を要するものとする。

(ハ) 「手術の適応は、精神科医を混じえた専門を異にする複数の医師により検討されたうえで決定され、能力のある医師により実施されるべきである。」性転換手術が不可逆的手術であり、現段階にあつては未だ調査的、実験的要素を含んでいるから、精神科学的な治療の可能性に配慮し、患者の選択を厳格になすべきだからである。

(ニ) 「診療録はもちろん調査、検査結果等の資料が作成され、保存されるべきである。」手術が右のような性格を持つから術後の治療や追跡的観察、調査に役立つよう手術に至るまでの経過を確認しうる資料が作成され保存されるべきである。

(ホ) 「性転換手術の限界と危険性を十分理解しうる能力のある患者に対してのみ手術を行うべきであり、その際手術に関し本人の同意は勿論、配偶者のある場合は配偶者の、未成年者については一定の保護者の同意を得るべきである。」

(東京地裁 44.2.15判決 (判例時報551号))

実際に作成されたガイドラインは、埼玉医科大学倫理委員会での討議の段階からこの要件を満たすように留意した結果、上記の要件を全て満たしたものと成っている。

1.3 ガイドラインの制定

続いて、性同一性障害という症状に対し、日本でガイドラインが作成されていった経緯について述べる。

ガイドラインの制定は、1995年5月22日、埼玉医科大学倫理委員会に「性転換治療の臨床的研究」という申請が成されたことに起因する。この申請を行ったのは埼玉医科大学総合医療センターに勤める形成外科医の原科孝雄教授であった。原科孝雄教授は微小外科と呼ばれる領域を専門としており、そのひとつとして、男性外性器の造成術を得意としていた。とあるトラック運転手が交通外傷で外性器を損傷したが、その男性のペニス形成術を原科教授が行い、その結果手術が成功し、性行為が可能になっただけでなく子供をもうけることにも成功したといった話が週刊誌に報道された。これを目にした性転換希望の“女性”が、“男性”への性の転換を希望して、原科教授を訪れた。原科教授は、当事者の話を聞くうちに、この問題に関わることを決心し、この問題についての勉強を始めた。しかし、日本には本格的な学会も無く、海外の関連学会へ出席し理解を深めたうえで、日本で自分が性転換手術をして患者の悩みの解決にあたることを決意し、自らの属する埼玉医科大学の倫理委員会へ申請を行った。(山内、2001)

1996年10月、この申請に対して埼玉医科大学倫理委員会から答申が提出された。以下に審議結果のまとめと答申を引用する。

倫理委員会審議のまとめ

1. 生物学的性 (sex)と自己の性に対する意識 (gender) ¹が一致しない、いわゆる 性同一性障害 (gender identity disorder) あるいは 性別違和(gender dysphoria) とよばれる現象が存在すること、またその不一致に悩む人々がいることは確かであり、その原因として、単に心理・社会的要因のみならず、胎生期、幼小児期の生物学的要因の関与も想定されており、そのような人々を悩みから解放するために医学が手助けをすることは医療の立場からは正当なことといえる。
2. 治療手段として、これまで、欧米諸国においては精神療法、ホルモン療法ならびに手術治療が行われてきた。しかし、日本では性同一性障害が公共の場で、学術的に討議されることが少なく、その診断や治療についての経験が積み重ねられてこなかったため、日本人に関するデータや経験に乏しく、多方面からの検討を行うための総合的な組織や体制を欠いている。また、性同一性障害に対する社会の認識も必ずしも十分とはいえず、性転換術に伴い、性別変更などの戸籍上の問題やさまざまな公文書の変更などの法律的問題、あるいは社会生活上の問題や公衆道徳にまつわる問題など、解決しなくてはならない多くの諸問題が引き起こされることが予想され

¹ 今日からみると、「生物学的性別と自己の性別に対する」との表記が適切。「これまでの文章で、性と性別の区分が適切でない部分がありました」とのこと (山内氏原稿チェックより)。

る。

3. このような状況のもとで、直ちに不可逆的操作である手術を行う事には慎重であるべきであり、医学的には侵襲の比較的少ない精神療法、ホルモン療法がまず試みられ、そのうえで必要と判断された場合には十分な **informed consent** を得たうえで、手術療法も選択されるべきであろう。
4. 手術療法にあたっては以下の条件整備が必要である。関連する学会や専門家集団による診断基準の明確化と治療に関するガイドラインの策定。形成外科、精神科、産婦人科、泌尿器科、小児科、内分泌学の医師など性同一性障害の診断、治療に関係する各領域の専門家からなる医療チームを結成し、適切な対象選定と治療選択、術前、術後のケアを行う体制の整備。
5. これらの医学的取り組みに基づき、性同一性障害についての医学的知識が公開され、各方面の認識が高まり、広い立場からの取り組みが行われることによって、さまざまな問題が解決されなければならない。例えば、法律家をまじえた有識者による現実問題の解決への作業、当事者の参加のもとに一般のひとびとに症状を理解してもらうための努力などがなされ、社会全体の認識や体制が整うなかではじめて、性同一性障害の問題が解決されることを強調したい。
6. 申請のあった個別例については先に述べた条件整備の一環として、性同一性障害の診断、治療に関係する各領域の専門家からなる委員会を組織し、そこで個々の症例の診断、治療方針などについて審議することを勧告する。

以上の議論を踏まえ、次のように答申する。

答申

1. 性同一性障害とよばれる疾患が存在し、性別違和に悩むひとがいる限り、その悩みを軽減するために医学が手助けをすることは正当なことである。
2. 外科的性転換術も性同一性障害の治療の一手段とみなされるが、日本の現状において、ただちに外科的性転換治療を行うにはいまだ環境が整っていないので、以下の手続きを経て環境の整備を行う必要がある。
 - 1) 関連する学会や専門家集団による診断基準の明確化と治療に関するガイドライ

ンの策定。

2) 形成外科、精神科、産婦人科、泌尿器科、小児科、内分泌学の医師など性同一性障害の診断、治療に関係する各領域の専門家からなる医療チームを結成し、適切な対象選定と治療選択、術前、術後のケアのための体制の整備。

3) 性同一性障害に対する理解を深め、外科的性転換治療に伴って生じる諸問題を解決するための働きかけ、例えば、法律家をまじえた有識者による現実問題の解決への作業、当事者の参加のもとに、一般のひとびとの理解を得るための努力など。

3. 申請例については、上記の環境整備が行われ、個々の例について、専門家からなる医療チームの判断がなされた後、改めて倫理委員会で審議することとする。

(埼玉医科大学倫理委員会、1996)

埼玉医科大学倫理委員会による答申の結果を受けて、1996年9月21日に日本精神神経学会は、性同一性障害に関する特別委員会を作ることを理事会で決定し、当時日本精神神経学会の副理事長であり埼玉医科大学倫理委員会の委員長であった山内氏が委員長を担当することになった。特別委員会は10回開催され、半年後の1997年5月には初版ガイドラインに相当する学会答申の概要ができあがった。この診断と治療のガイドラインは、アメリカで中心に成っているハリーベンジャミン(Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association)の基準を参考にして作られた。こうして作られた答申の概要は当事者や支援グループの人たちに内容開示されて、意見が求められ、それを反映させた形で最終答申としてまとめられた。

この答申を元に1998年には、“本邦初”の性転換手術が行われることと成った。性転換手術は、現在では性別適合手術(Sex Reassignment Surgery, SRS)と呼ばれている。これは、自らの性を再び(re)、調整する、または適合する(assignment)という意味である。女性から男性への手術としては、乳房切除、子宮・卵巣の摘出ならびに陰茎を作成する位置へ尿道を延長する手術、陰嚢形成術や陰茎形成術が上げられる。一方、男性から女性への手術としては、顔面女性化術や喉仏切除術、声帯手術や豊胸術、精巣摘出術や陰茎切除術や膣形成術などが挙げられる(南野ほか編、2013)。

この性別適合手術の後の社会の動きは以下の通りである。2000年には自民党内に「性同一性障害勉強会」が発足、2001年には性同一性障害がテレビドラマ「3年B組金八先生」第6シーズンで取り上げられ、2003年7月には性同一性障害の当事者が性別適合手術を受けることなどを条件に戸籍の性別の変更を可能とする「性同一性障害の性別の取り扱いの特例に関する法律」が成立した。一方で、性同一性障害の診断と治療のガイドラインもその後3度にわたり改訂が成され、現在では第4版が作成されるに至っている。

2.目的・方法

2.1 目的

予備調査として訪れた当事者団体「gid.jp 日本性同一性障害と共に生きる人々の会」主催の師を招いてのシンポジウム(2014年6月22日ならびに2015年8月30日開催)や2015年3月21日にGID学会第17回研究会において、当事者が医師に対してガイドラインに対する不満や意見を述べている場面が散見された。また、安価に性別適合手術を受けることが可能な海外での治療を行う当事者がおり、当事者団体がガイドライン作成委員とともに海外SRSアテンド会社を招いてのシンポジウムを行っている例もあったことから改訂に当事者団体からの圧力などがあったのではないかと考えた。ガイドラインの作成にあたっては責任者である山内氏がその過程について述べている本が出版されているが、改訂についてはその背景をまとめた書籍は存在していない。

そこで、本研究の目的を以下のように設定した。

- 1.ガイドライン改訂は当事者(団体)側からの要請を受けた結果なのか
- 2.何故こんなに頻繁に改訂されているのか
- 3.それぞれの改訂についてガイドライン作成者はどう考えていたか
- 4.今後の課題は何か

2.2 方法

上記の目的を達成するために、埼玉医科大学倫理委員会で委員長を務め、初版ガイドラインの作成責任者でもあった埼玉医科大学名誉学長の山内俊雄氏へのインタビュー調査を行った。インタビューは、2015年8月25日の午後に、埼玉県毛呂山町の埼玉医科大学で実施された。

インタビューは最初逐語でテープ起こしして文章を整えて引用した(特に、インタビュー中で「患者」と述べていた箇所は、「当事者」に統一した)。しかるのちに山内氏にチェックを行ってもらい、文章を整えた。

3. 結果

3.1 初版ガイドライン

1 章の最後で作成の経緯について述べた初版ガイドラインによる治療の概要は以下の通りである。

2名の医師による診断を元に性同一性障害か否かを判定し、3つの段階に基づく治療を行う。3つの段階とは、カウンセリングによる精神療法、それでも違和感を拭えない場合に行われるホルモン投与療法、性別適合手術などの外科手術である。この中で特に生殖に関わる器官に対する手術は、ホルモン投与を受けても違和感が拭えない場合に倫理委員会による個別の承認を経て実施される。この時点では、後に第2段階の治療に編入されることになる乳房の切除手術も第3段階まで行うことが出来ない治療とされていた。

3.1.1 初版ガイドラインについてのインタビュー結果

まず、初版ガイドライン作成時に心がけていたことや初版ガイドライン発表後の社会からの反応はどのようなものだったのかについてインタビュー調査を行った。

Q：著作にも書かれていますけれども、実際答申を出したときの反応は結構よかった、好意的だったということですね。

山内：ええ、そうですね。我々も予測がつかずに、「社会はどんな反応を示すだろうか」という心配がありました。そこで、記者会見では記者に資料を配って、解説付きで話をしたんです。意外にネガティブな反応がなくて、ちょっと拍子抜けしたくらいです。それは考えてみると2つ意味があって、1つはみんなが知らなかった。性同一性障害について説明を聞いて「ああ、そうか」って納得したってということだと思います。もう1つは、倫理委員会答申はかなり注意深くいろいろのことを積み重ねて、説得できるような組み立てにしておりましたので、それに何か異論を言う人はいなかったということかと思います。

異論ということになったら、道徳とか倫理とかっていう立場で、「神から付与された性別を変えるなんてけしからん」というような意味合いの意見が多少あるかなと予測していたのですが、意外にそれもなかった。

山内氏の発言からは、当時、性別を変更するということが社会において突飛なものであったのではないかと感じさせるものであった。比較的、人間の生き方について思索を巡らせていたであろう立場の人間からも否定の声がなかったといった発言からも、そのような思考のフレーム自体が存在しなかったことが伺える。このような状況の中で、倫理的な判断を行った山内氏の仕事が先進的であったといえよう。このような形で発表されたガイドラインについて行政や司法からはどのような反応があったのか尋ねたところ、次のような回答が得られた。

山内：倫理委員会の答申が出たらすぐ当時の厚生省が精神神経学会に連絡をしてきて、「倫

理委員会答申では、きちんとしたガイドラインを作って、それに基づいてやれって言っているんだから、これは学会としてやってくれ」っていったような要請があったんです。だから「手続き上のことさえちゃんとしてれば（性別適合手術をしても）いい」というふうに、厚生省は少なくとも考えたんでしょうね。

ただ実際に第1例目をうち（埼玉医科大学）でやろうとしたときに、これはもしかしたら健康な人の体に傷を付けるっていうのは、本来は医療の範疇を外れるわけで、いってみれば美容形成みたいなどころがあり、当時の優生保護法違反といった過去の判例があるので、司法が何か言うかなと思ったんです。この点については法務省にあらかじめ問い合わせても返事はもらえなかったもので、結果的には「そういう（ガイドラインで定められた）手続きを踏んでるからいい」ってことだったと思います。そういう司法からのクレームはなかったっていうことですね。

それでは、当事者、あるいは当事者団体との相互作用についてはどうだったのだろうか。

Q：そういう意味で言うと、最初のガイドラインが出て、手術をしてっていうところまでは、社会的な反応はすごく大きくていろいろご苦労があったと思うんですけども、社会的受容ということでは比較的よかったということがあると思うんです。そこからいろいろ改定をしていくっていう作業に入っていくわけで、そこではむしろ当事者の反応であったり、当事者団体とのお付き合いであったりといったものが、いろいろ効いてきているということになりますか。

山内：そうですね。非常に定型的に言えば、最初のガイドライン作成の際、私は当事者に会ってないんですよ。まったくの机上のことで、文献読んだり、ディスカッションしたりっていうことで行われたものです。そのときには、あえて「会わないほうがいいだろう」というふうに判断をしていました。というのは、どういう主観的な考えが入るか分かんないので、なるべくは客観性を保って学術的に考えようとしたのです。そういう意味で最初のガイドラインっていうのは、いってみれば現場の状況を知らないで、アカデミックというか、学術的な文献などをもとにして作成をしたものだったのです。そのため、初版ガイドラインが出てから当事者の反応を聞いたり、意見を聞いたりすることで現実的な検討をして改訂を進めていきました。

このインタビューの結果から、初版のガイドラインは海外の治療ガイドラインをベースとし、性同一性障害への治療が医学的な根拠を伴ったものであることを示し、手術をすることが刑事罰に問われないことを重要視しているようだった。また、全く新しい概念である性同一性障害が社会にどのように受け止められるのかについては、言葉通り全くの未知であったようだ。しかし、刑事罰に問われずに安心して医師が治療を行うことが第一の目標だったわけではないようだ。

Q：出発点としては「刑事罰に問われないようにするために」というのがやっぱりあったわけですか。

山内：一番先にあったのは、「社会に受け入れられるように」っていうことですね。ここまできちんとやっているのだから、前（ブルーボーイ事件）のときに言われたような優生保護法（旧母体保護法）の違反にはならないのではないかと考えたことが一番先ですね。

Q：「社会に受け入れられるように」というのが一番初めにあって、徐々に現状に合わせて改訂していったということですか。

山内：そうですね。

Q：当事者の望むような形で。

山内：望みというか当事者の実態に合わせて、しかし医学的な判断はきちんと持つて、っていうことですよ。全部当事者に合わせてるわけじゃないから。

Q：（中略）やっぱり改定して柔軟性が高くなってきたことで、適応できる範囲が広がるといふこともありますし、対応の幅も広がりますし、（ガイドラインが）適用されるケースは当初想定していた場合と比べると（現在のものは）やっぱり増えていっている、ということによろしいですよ。

山内：ええ。

このインタビューの結果からは、刑事罰に問われないようにすることが第一の目標ではなく、あくまで当事者が社会に受け入れられるようにとといった視座に立ちガイドラインの作成にあたらうとしていたことがわかる。その結果として、ブルーボーイ事件で裁判所が指摘していた条件をクリアしたということであろう。

3.2 第2版への改訂

初版ガイドラインが作成された5年後の2002年に「性同一性障害の診断と治療のガイドライン第2版」が作成された。第2版への改訂による初版からの変更点は以下の通りである。

まず、乳房の切除手術が、性別適合手術と同じ段階である第3段階から、ホルモン療法と同じ第2段階の治療へと編入された。これは、初版ガイドラインにおいて今後の課題と述べられていた点であった。これは、優生保護法にあたる部分が性器を不能にする手術を対象とするものであったことや、美容整形では豊胸手術や逆に乳房切除を行っても問題となっていなかったことから、妥当なものであるように思われる。

また、ホルモン療法の開始可能な時期を18歳以上というタイミングへと変更している。これは、大学への進学や就職するなど人生の転機と成る時期に対応させたものである。

海外で手術を受けた人や個人でホルモンを輸入し注射している人など、初版ガイドライン作成時には想定されていなかった人に対しても追い返したりはせず治療にあたるよう指示している。

3.2.1 第2版への改訂についてのインタビュー結果

第二版への改訂が行われていったきっかけについて山内氏に尋ねた。

Q：初版ガイドラインができてから改訂が行われるまでの経緯について教えてください。

山内：ガイドラインが出るまでは、性同一性障害は医療の面に上ってきてなかったわけですよ。どこかでアングラ的に治療してた医師はいたかもしれないけれども、表立ってこれを医療の問題として取り扱うということはしてなかった。それができるようになったってことで、一斉にいろいろの現実的な問題が当事者から寄せられた。いってみれば医療そのもの、社会もそうかもしれませんが、医療そのものがそういう現実^にに曝露されたってというのが、次のステップとなったと言えます。

そういう中で我々は、それまでタイとか、アメリカもそうですが、外国に行って治療を受けてきた人が意外にたくさんいたということも分かりました。そういう人たちが、日本で医療機関にかかることができないということで非常な苦勞をしてると。ホルモンの補充療法をやったりしなきゃいけませんし、そのほかにタイなんかで手術してきて、手術結果がうまくないって人も結構いたんですよ。例えば外性器^{つく}ったりするときに、^{ろう}瘻^つって^いって^あが^でき^ちや^って、例えば肛門のほうとくっつけてるもんだから、肛門のほうから^{ろう}膿^が出てきてしまうといったような、いろいろの副作用に悩んでる人たちもいて。そういう問題も医療の対象として治療しなきゃいけないんじゃないかって思ったことなど、論文で勉強しただけで分からなかったことが現実問題としていろいろ出てきたっていうのが1つです。

Q：（中略）97年に初版が出されて、2002年に第2版改定されて。改定の前に1年、2年は準備されてるとは思うんですけども、ガイドラインが出て手術をして、そのあとどれ

ぐらいの感じでしょうか。結構すぐ分かってきたものなのか、1年ぐらいかけて次第にいろんなケースがあるってということが分かってきたような感じなのか。その辺は、山内先生が個人的な感じとしては、どんなふうに思っておられたですか。

山内：それはもう日々積み重ねていったという感じですよ。「そういうこともあるのか」っていったような形で。当事者のほうでも例えば最初のころから、「いちいち倫理委員会にかけるっていうのは非常に時間がかかって困る」といったような、現実的な苦情みたいなものがありましたしね。

このように第二版への改訂は、初版ガイドラインの発表を通じて、これまで国内では治療の道筋が見えなかった当事者が一気に病院に押し寄せることにより、性同一性障害の症状が具体化していったことによって成されたものであった。

また、第二版から改訂へと加わった針間氏は積極的に当事者の集会に顔を出し、意見を吸い上げることに務めたと語っており、ガイドラインをよりよいものとするために委員会内の医師が自律的に働いていた様子が伝わってきた。一方で、当事者団体からの強い要請があったのかという問に対しては以下のような回答を得た。

山内：これは当事者の問題になるんですけども、いろいろな会議に出たり、いろいろな人と話し聞いていると、みんな微妙に違うんですよ。ジェンダーの在り方が違うっていうだけでなく、自分が何に悩んでるかというようなことについても違ったりしている。同じ仲間でも同一感が強いかと思ったら、意外に排他的なところもあって。「私はあの人とは違うんだ」とか、「私の場合は」ということも少なくありません。独自性を主張するってでもないと思うんだけど、違いを明確化する。だから同じGIDでも、微妙に違っていたり、それに性対象にしても、ホモセクシュアルだとか、ヘテロだとか、ヘテロとホモなんだとかいうふうにして、みんな自分の特徴を明確化するということがあるんですね。一緒に手をつないで何かの運動をするっていうのは、なかなか難しい点もあるのではないのでしょうか。

マイノリティーという広い概念でもって、何か運動を起こすというのはあるかもしれないけれど、細かくなればなるほど何か「異質である」とか、「違うんだ」とかということになって、なかなか先に行かないこともあります。

このような当事者コミュニティ内部での意見の相違や区別化については、鶴田氏の2009年の著書の中にも“真のTS論争”と呼ばれるものがあったことが明記されており、その内容とも一致している。

性同一性障害の当事者達は、多くの犠牲を払ってこそ“真の TS” だとし、そのことを体現しているかどうかを相互に判断しようとする“論争”にまきこまれ、医学の外側で独自にカテゴリー化を行うようになった。つまり、どの程度の犠牲を当事者に求めるのかが、当事者間で議論されるようになったのだ。その結果として、“缶コーヒー”すら“買わない”というように比喻される過度の犠牲を払うことが“真の TS”かどうかのカテゴリー化に結びつけられるようになったのである。

(鶴田幸恵、2009)

これらのことを合わせて考えると、インタビューにあるように改訂に際して当事者団体からの強い働きかけの影響というものはなかったのではないかと考えられる。

3.3 第3版への改訂

2006年に「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン（第3版）」が作成された。この改訂における主要な変更点は以下の通りである。

- ・倫理委員会での承認を廃止し、代わりに医療チームによる性別適合手術適応会議を導入した。
- ・それまでの段階的に治療を行うシステムを廃止し、当事者の望む治療を好きな順番で受けられるようにした。
- ・「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」の作成に至った歴史についての記述を追加。

またこのような変更がなされる中で、ガイドライン中に「自己決定・自己責任」という言葉が増加していることが認められた。

このような改訂の背後にどのような意図があったのかについてインタビュー調査を行った。

3.3.1 社会の動き

2003年7月に「性同一性障害の性別の取り扱いの特例に関する法律」が制定された。この法律の中で、性同一性障害の当事者が、戸籍上の性別を変更するにあたって、性別適合手術を受けることが明記されている。

第三条 家庭裁判所は、性同一性障害者であって次の各号のいずれにも該当するものについて、その者の請求により、性別の取扱いの変更の審判をすることができる。

- 一 二十歳以上であること。
- 二 現に婚姻をしていないこと。
- 三 現に子がいないこと。
- 四 生殖腺がないこと又は生殖腺の機能を永続的に欠く状態にあること。
- 五 その身体について他の性別に係る身体の性器に係る部分に近似する外観を備えていること。

(性同一性障害の性別の取り扱いの特例に関する法律)

第三項の現に子がいないことという条件は、2008年に現に未成年の子がいないことへと変更されることになる。この法律を元に2004年には97人の戸籍の変更が認められ、2014年までに5166人の戸籍変更が認められるに至っている。

3.3.2 第3版への改訂に関するインタビューの結果

まず、倫理委員会の撤廃に至った流れについて尋ねた。

山内：初版ガイドラインに倫理委員会の判断という過程を入れたのは、性別を変更することを一般には世間が承知しないだろうというふうに思ったからなんですよ。これは倫理委員会できちんと判断した人だけが、正常性器なんだけれどもそこに手を加えて、性別変更することができるっていうふうにしないと、誰でもやってもいいということになると、歯止めがないので、そこはきちんとした形を取ったんです。

最初は埼玉医科大学でも1例ずつ倫理委員会が審議したんですけども、だんだん分かってきたのは、倫理委員会のメンバーといっても、みんなが性同一性障害の知識や経験のある人ってわけではなくて、性別適合手術の判定についてはあまり適切ではない、ってことがだんだん分かってきたんですよね。そういう中では、性同一性障害の診断と治療に直接現場で関わる人たちが、医者だけじゃなくて、ほかの領域の人も入れて判断すれば大丈夫だろうということ、むしろそういう人たちのほうがいいというのが判断を変えた理由なんですよね。

このように倫理委員会による判断の廃止はより当事者に近く、専門的な知識を有する医師等が手術を進めるかどうかの判断をした方がよいのではないかといった判断からくるものであった。

次に、歴史に対する記述が増えていった理由についてお話を聞くことが出来た。

Q:最初の版から前のほうで書いているんですけども、3版、(つまり)特に倫理委員会をなくしたときのものからは、すごく大きく、一節置いて、(性同一性障害に対する)医療の歴史みたいなことを語るようになっていて。やはりそれは、委員会の内部では倫理委員会を撤廃することに対して抵抗というか、それはあまりなかったとしても、外部に対して説明するときにこういう説明を充実させることで理解を得ようとした、というような理解でいいですかね。

山内：そうですね。イントロダクションとして「そういうものは十分に配慮して、引き継いでるんだ」っていう、そういうことは必要だったわけですよね。それは最初の倫理委員会答申ができるときほどには、社会の受け入れっていうことに神経を使わなくてもよくなったけれども、いってみれば「医療が突っ走ってる」と思われるのを避けたいというところはあって。

このインタビューの結果から、歴史的な記載を追加することは、ガイドライン作成の経緯の中で慎重に議論が成されてきたことを示し倫理委員会による判断を撤廃することの正当性を示そうとしていることが分かった。また、何故自己責任・自己決定という表現が増えたのかについても

お話を聞くことが出来た。

山内：第3版の「自己決定・自己責任」はきつい表現なんだけれども、「医学的な説明は十分にした上で決めてもらいましょう」と。特に「これはもうこれしかない」という治療法のとときには、比較的合意に達しやすいわけですけども、(中略)「自分は手術はしたくないけども、ホルモン療法でいい」という場合もあるし、「乳房切除だけでもいいんです」という場合もある。そこは決定する範囲というか、領域は広いわけですよ。そういう意味でこれは別の言い方をすれば、「その人がどういうふうに自分の性を生きていくか」ということでもあるので、「自分が生きていくためのQOLが高まるためにはどうしたらいいか」とって、そういうことになるんでしょね。

(中略)

山内：だからそういう意味では、それぞれのガイドラインの変更っていうのは意味のあることで、いってみれば医療界がそれだけ経験と知識を増やして、より当事者のQOLを高める方向に動いてきたっていう、そういうことでしょうね。

インタビュー調査の結果から、自己決定・自己責任という言葉の増加は、医師が治療を一方的に決めるのではなく、あくまでも当事者の望む生き方に近づけるために医療行為を行うためのものであったことが分かった。

3.4 第4版への改訂

第4版では、18歳未満の当事者に対して二次性徴を抑制するホルモン製剤を使用するためのガイドラインが整備された。この治療は、可逆的なものであり、使用を中止した時点で正常な二次性徴が再開する。この治療を行った当事者は、後に性別適合手術を行った際に社会への適応度が高いことが諸外国の調査研究の結果から知られている。

ガイドラインでは、この治療の開始に伴い、低年齢の当事者の意思能力には一定の限界があることが予想されるため、これらの治療の適応を判定する医師の育成を目的に、具体的かつ責任を持って日本精神神経学会主催の専門家研修会の主催を検討すると記している。

第4版への改訂の経緯やその内容については、ガイドライン内に章立てが成されており読んだ上で全て納得できる内容であったのでそれに対するインタビューは行わなかった。

3.5 今後の課題

今後、性同一性障害に関わる医師の質をどのように担保していくかやガイドラインがどのように改訂されていくのか、また、ガイドラインの編集をしてこられた上での苦勞について尋ねた。

まず、今後変化していく専門医制度において性同一性障害治療に対する専門性をどのように担保していくのかについてお話を伺った。

山内：私は精神科専門医制度つくるときに関係していたものだから、今その関係で新しい専門医制を作るという全国的方向性を学会で議論しているんです。2017年度から新しく専門医になろうとする人たちが関係するわけなのですが、今までは各学会ごとにやっていた専門医制度を、これからは医学界が共通の目的や理念をもってやろうという新しい制度が始まるんです。そこでは18診療科とあって、基本領域の専門医というのが決まるんですよ。例えば、内科とか外科とか、小児科とか精神科だとか。

その上にサブスペシャリティとあって、基本領域の専門性を身につけた上に次の段階の特殊な能力を持った専門医をつくるというのが、サブスペシャリティというものに成ります。実は1カ月ぐらい前に精神神経学会で、サブスペシャリティになろうとしているそれぞれの分野の人を呼んで意見交換したんですが、その時にGID学会も出てきました。これからサブスペシャリティになれるかどうかということが検討されます。

恐らく精神科の専門医だけがGIDの専門医になるわけじゃなくて、泌尿器科とか内分泌の先生とか、産婦人科とかっていう人たちもなるわけだから。基本領域が違う人がどういうことを学べば、GIDの専門医になれるかといった構図をつくっていかなくちゃいけないので、すぐにはいかないですよ。

それでGIDの専門医だけが、GIDの人を診るっていうふうにするかどうかっていうのも大問題なんです。ジェンダー・ディスフォリアって呼ばれるような性別に違和感を持つ多くの人たちも全てGIDの専門医のところまで診察してもらえと言ったら、今度は専門医が

パンクしちゃうことになるので。そういう基本的なことは精神科でも産婦人科でも、みんな診れるようにしておいてくださいよとあって、その上で手術をするとかホルモン治療をやる時にだけ GID 専門医がやりますよといった住み分けも考えなきゃいけないですよ。早くても数年かかるんじゃないかな。だからそういう専門医とかは抜きにして、実際には「薬とか手術をやったらどういうふうな副作用が起こるのか」とか、「どういうことに気を付けないといけないのか」といったような、ガイドラインを作っていくということなんでしょ。例えば「ホルモン療法のガイドライン」に従ってやってくださいと。

このように、今後変化していく医療制度の中で、性同一性障害がどのように扱われていくのかについては現在も議論が続いているようである。次に、性同一性障害治療に対する保険適用についてお話を伺った。

山内：保険適用を得るためには、詳細なデータを出すことを求められています。厚生労働省も言ってるように。保険局が。データを出すためには、共通の医師が手を組んで、研究班つくることが必要なんです。そこではプロトコルがちゃんとあって、こういう当事者を入れて、ホルモン治療について言えば、どういうホルモンの使い方をしましょうという一定の基準を決めて。その結果、どのようになったかといったアウトカムまで全部調べるといようなことで、「このやり方でやればこんな程度の副作用ですんで、当事者のアウトカムもいいですよ」というものをつくる治験チームみたいなものを作ることですよ。手術についても同じなんで。

Q：するとやっぱり国内で医師にちゃんとかかってもらってというのが必要になるわけですね。

山内：だからそういう症例を扱ってる人たちが、一定の基準で投与量も決めたプロトコルに従ってやったらどうなるかっていうのは、一般の薬の開発・治験と同じですから。そういうことをすればいいんでしょうけど。

Q：ただ、実際に当事者からすると、わざわざ病院に通って高いお金を払うんだったら、海外に行ったり自分で輸入したりといった感じになるのでしょうか。

山内：それはないと思うんです。何が一番の問題かという、薬のメーカーがそうやって高い経費をかけて開発して、売れてお金になるっていうのが薬の治験の仕組みなんです。ところが性同一性障害ではそんなに数も多くなく、売れないので手を出すメーカーがいなわけですよ。

Q：受診する当事者の数が少なくて、儲けにならないからということでしょうか。

山内：そのことのために社会貢献っていう意味で、巨額の治験費用を出す会社はないと思います。そこが一番の問題なんです。今までの治験はみんなそういう意味で、結果が出ればメリットがあるから、製薬会社も何億っていうお金使ったりしているわけですよ。

(中略)

一番の問題は恐らく、ホルモン治療で言えば、「どのぐらいの量を使うのが一番いいか」っていったようなプロトコルの作り方でしょうね。極端な話、すごく少ない量では効果もあんまり出ない。また多くなり過ぎると副作用ばかりになってしまって、効果は判定できないってということもあると思うので。その辺を今までの経験を十分使って結果がはっきり出る治験計画を作る必要が有ります。

保険適用に向けて動き出すためには、これまで以上に他分野の医師が手を取り合い、情報を上手に共有していくことが求められていくことになりそうだ。現在でも性同一性障害への治療は精神科や形成外科、産婦人科や泌尿器科など複数の分野の医師による協力が求められている。複数分野の専門家が協力して向き合わなければ成らないことの難しさについてお話を伺った。

山内：いってみれば、そういう組織化ができないわけですね。GID 研究会に行っても、なかなかそういう話にならないのは、あそこに来ている人は手術をやる人もいれば、精神療法の人もある。そういうわけで、数としては各分野の医者数がありますが、専門ごとの医師はあまり多く有りません。実際にそういうことで、GID の治療チームを作っているところも、今なかなか増えていないですね。

最初に我々が答申を出したときには、「北海道、東北、関東とかそれぞれの地域に、1カ所でもいいから、治療の拠点ができればいい」っていう発想だったけど、なかなかそうはならないですね。というのは、病院自身がこれやって診療報酬高く取れるかという、埼玉医大もそうなんだけど、持ち出しになるわけですね。中には、手術を受けた当事者が、お金がなくて、手術終わったらどっかへ消えちゃってという場合もありますからね。そういう経済面の問題もあって、なかなか困難があるんでしょうね。

Q：組織化していこうという流れをつくるときに、現在のガイドラインだと、あくまで精神科の人向けのものだけが書かれていて、染色体の検査の方法、プロトコルがないとか、あと、注射した後にホルモンの濃度を測る方法がないとか、問題点として挙げられるのかなと考えているんですけど。そういうものを書き加えて、ゼロから診療を始めていこうという人が、参考にするべきガイドラインの作成については議論されているのでしょうか。

山内：いや、恐らくやろうっていう人たちは、何かの専門医になってるような人ですね。産婦人科の専門医とか精神科の専門医とかって。そういう人たちがその上で性同一性障害を扱うとか、たまたま何かのきっかけで自分がそれに関わるようになったとかってことで来てるわけだから。サブスペシャリティとしての専門性を取る人がどのぐらいの数いるかも問題です。

例えば埼玉医大でそういう話が出たけれども、じゃあ精神科でもって後を継いで若い人がみんな性同一性障害について知識を持って診療に参加してくれるかという、そうじゃ

ないですね。今のところそんなに広がってないですね、全国的にも。

これは外国もそんなに違わないと思うけれども、その人が専門性を選ぶということについては、今までの日本は自由裁量に任されてたわけですよね。内科の医者になろうと、外科の医者になろうと、整形外科だろうと、精神科であろうと、誰にもそれは強制できない。そういう中で、ましてや性同一性障害に関わる医師を増やそうというのはなかなか大変です。学問的な興味があるとか、社会的な意義があると考える人でないと、専門家になる人はいないですね。だから、そういう組織をつくるっていてもなかなか大変です。その意味では、GIDの学会ができたことは上出来なんですよ。

でも、それは今の医療界全体に共通する問題です。「地域医療が崩壊してる」とか、「僻地に行く人がいない」とかっていうふうに言われるし、「診療科も産婦人科が少ない」とかって言われるけれど。それはみんな野放しになって、医学部出れば何やってもいいですよっていう風になってるんですよ。だからそのところは強制できない。自分が出た大学の地域に5年は留まるべきであると決めたらどうかといった話がやっと出てきたところですから。

医師個人が何を専門にするのかは全くの自由であり、それを強制する訳にもいかないため治療の拠点として機能する場所を増やすことはまだまだ出来ないのが現状のようだ。ただ、予備調査で訪れた当事者団体主催の講演会での話を聞かぎりでは、個人開業のメンタルクリニックに当事者の人が来るようになったことがきっかけで治療に関わるようになった医師もいるので、そのような医師に対する教育の場は当事者への治療の質を担保する意味でも用意されるべきだと考えた。

インタビューを通じ山内氏からは当事者に寄り添うことを意識していることがひしひしと伝わって来ていた。まだまだ課題は多いとのお話だったが、ゆっくりではあるが着実に改善していきたいという強い意志が伺えた。

4.まとめ

性同一性障害に関する診断と治療のガイドラインの作成と改訂に関して、作成者へのインタビュー調査を行った。初版ガイドラインの作成のきっかけとなったのは、性別違和に苦しむ当事者に対し治療の技術はあるにも関わらず救うことが出来ない状況にあった医師等の、ガイドラインを整えることにより救うことが出来る状態にしたいという強い問題意識であった。策定の際には、この問題が社会に受け入れられることを第一に考え、慎重に、また論理的に厳格に、性別適合手術の可能性を設定することが目指された。また、第2版への改訂のきっかけは、初版の作成により多くの当事者が病院に押し寄せたことで明らかになっていった当事者の多様な状態に対応するためのものであった。一方で、第3版への改訂のきっかけは、特例法の制定を通じて性別適合手術が医療行為として社会に受容されたことを受け、倫理委員会による審査を撤廃し、当事者についてより詳しい現場の医療チームが判断を行うことを決めた。また、自己決定・自己責任という言葉がガイドラインに多く見られるのは、当事者の望む治療を自由に選択できるようにするためのものであり、医師の責任逃れのための言葉ではないことが分かった。第4版への改訂に関しては、ガイドラインの中で明確に改訂の理由について述べられていたため、今回は調査を行わなかったが、使用している期間のみ二次性徴を抑える薬の使用を認可するためのものであり、若い世代の当事者に対してよりQOLを上げることの出来る治療を可能にするためのものであった。

これらの改訂は、委員会に属する医師等の自発的な動きによるものであり、当事者団体からの要請を受けてのものではなかったことが今回の調査から明らかになった。初版作成の初期の段階で基礎となる考え方を整理し、海外の知見を参考にしながら十分な医学的な根拠を示しつつ、性同一性障害が社会に受け入れられることに注力して慎重に初版のガイドラインを作成したことが、社会からの信用を産み出したのではないかと考えた。その結果、後にガイドラインが改訂される毎に当事者の要請を取り入れ、柔軟な方向へと変化することが可能になったのではないだろうか。

最後に、現在残っている課題について述べる。予備調査のために当事者団体主催のフォーラムに訪れた際、当事者から挙げられた課題は、治療を受けられる環境の格差が存在していることや治療費が高いこと、性別適合手術を受けるまでに長い期間が必要であることなどだった。一方、医師の側から挙げられた課題としては、若手をどのように養成するのかや異なる分野の専門家が協力して治療を行っていくための場を整備する方法をどうするのか、ホルモン注射の量や頻度などが記された真のプロトコールの作成などであった。

日本における「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」の作成・改訂は、科学と社会が密接に関わり合いダイナミックに変化している点で非常に興味深いものであった。初期のガイドラインは、性別適合手術という医療行為を通じて医師が刑事罰に問われることが無いように配慮しながら、社会へ受容されることを第一の目的として、海外の文献をベースに論理的に作られていった。その後、ガイドラインは、当事者の実像の把握や社会からの受容を受けて、現場に合わせたものへと徐々に改訂されていった。この流れは、今後日本において、例えば積極的安楽

死²についてのガイドラインを整備していくことがあれば、参考になる点を非常に多く有しているのではないかと考える。今後、ガイドラインがどのように変容していくのかについて、社会の動きとともに注視していきたい。

謝辞

ご多忙のなか快くインタビューに応じて下さり、また拙い原稿のチェックを迅速に行って下さった山内俊雄先生に深く感謝申し上げます。

² なぜなら、横浜地方裁判所がいわゆる東海大学安楽死事件に対し、平成 7 年 3 月 28 日の判決において、医師が積極的安楽死を行う際の 4 要件を定めており、加えてオランダなどの諸外国で安楽死に対する知見が蓄積している状況が有るからである。

参考文献

- 埼玉医科大学倫理委員会「「性転換治療の臨床的研究」に関する審議結果と答申」(埼玉医科大学雑誌 第23巻 第4号、1996年)
- 日本精神神経学会「性同一性障害に関する答申と提言」(精神神経学雑誌 99巻第7号 533頁、1997年)
- 日本精神神経学会「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン(第2版)」(精神神経学雑誌 104巻第7号 618頁、2002年)
- 日本精神神経学会「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン(第3版)」
- (URL:https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/gid_guideline_no3.pdf、2016年2月2日閲覧)
- 日本精神神経学会「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン(第4版)」(精神神経学雑誌 114巻第11号 1250頁、2012)
- 石原明・大嶋俊之 編著「性同一性障害と法律」(晃洋書房、2001年)
- 中川輝彦・黒田浩一郎 編著「よくわかる医療社会学」(ミネルヴァ書房、2010年)
- 山内俊雄 編著「改訂版 性同一性障害の基礎と臨床」(株式会社 新興医学出版社、2001年)
- 鶴田幸恵「性同一性障害のエスノグラフィ ―性現象の社会学―」(ハーベスト社、2009年)
- 山内俊雄「性転換手術は許されるのか 性同一性障害と性のあり方」(明石出版、1999年)
- 石田仁 編著「性同一性障害 ジェンダー・医療・特例法」(御茶の水書房、2008年)
- 南野知恵子・川崎政司・針間克己 編著「性同一性障害の医療と法」(メディカ出版、2013年)
- 宮内洋・好井裕明 編著「<当事者>をめぐる社会学 調査での出会いを通して」(北大路書房、2010年)
- 朝日新聞「同性パートナー条例成立 渋谷区 全国初、偏見解消促す」2015年4月1日付朝刊、1面総合

科学技術インタープリター養成プログラムを受講して

このプログラムを受講しても、文章を書くのが早くなるわけでもないし、プレゼンが上手くなるわけでもありません。社会と関わる場を提供されるわけでもなく、コミュニケーション能力(笑)が身に付くわけでも、就活で無双できるわけでもありません。

ただ、“運が良ければ”多様なバックグラウンドを持つ変な人たちに会えて、お昼休みに集まってご飯を食べながらおしゃべりができる素敵プレイス(アドラボ 409)を与えられ、一番盛り上がるおしゃべりの内容が“インプリって結局なんなの?”だったり、主専攻の指導教員に「主専攻も、もうちょい頑張れんかなあ」と言われたり、自分から「参加します」と言った読書会のレジュメ作りに追われて死にかけたり。自分にとってのインプリは、アドラボ 409 であり、授業後の飯屋であり、深夜に盛り上がる LINE のグループ会話であり、気がつくとなんか新しいレジュメが共有されている Dropbox だったのかなと思います。

受講した授業の中で特に印象に残っているのは、佐藤年緒先生の授業で来訪された半谷輝己さんでした。「パターナリズムでいい」「正しい情報よりも相場観を伝える方が大事」と語られ、感情的になり失礼なコメントをしてしまう位には、自分の中の既存の考え方とは全く異なる考え方に混乱しました。授業後に納得いくまで話が聞きたいと思い打ち上げのカレー屋について行き、それでもモヤモヤが解消できずに Facebook のフレンドリクエストを送り、最終的にはご自宅を訪問し、双葉郡や南相馬市をガイガーカウンター片手に案内してもらって、ようやく言っていたことの意味が理解できました。字面で見ると「相手に合わせたコミュニケーション」が、現実の世界ではどのように実践されているのかを理解することの難しさがそこに有ったように感じます。というわけで、“理解するだけでも難しいものを実践することができるのか”は非常に不安で、という形で関わることになるかも全く分かりませんが、インタープリターとは何かを問い続けながら、何らかの形でインプリ活動を続けていきたいです。

最後に、修了研究をまとめるにあたり入れ込めなかった議論が多数あったことや問題を上手に伝えるだけの文章力がなかったことが非常に悔やまれます。今後改善していくのでご容赦ください。

「あー、まじ社会って何なの。意味分かんない。」状態から、すこーしだけ社会について分かった状態になることが出来て楽しかったっす [www](#) ゆーて、受講前より社会って何か科学って何か分からなくなったけど、分からない具合が知れてよかったっす [www](#)
インタープリター養成プログラム様、これから会いにくる頻度は落ちると思うけど末永くよろしくお願いします。

田中雄喜