

第59回日本小児保健協会学術集会 シンポジウム3

性同一性障害診療の実際と子どもに関する課題

性同一性障害とは：若年受診者における診療のコツ

松 本 洋 輔（岡山大学病院精神科神経科／岡山大学ジェンダークリニック）

I. 性同一性障害を含むセクシャルマイノリティーの種類と定義

性別違和感など性にまつわる問題を持つ当事者を援助するにあたって、いわゆるセクシャルマイノリティー sexual minority（性的少数者）に関する基礎知識を持つことが必要である。なぜなら当事者自身も混乱していることが多く、例えば同性愛の問題を持つ人が、「自分は性同一性障害ではないか。ホルモン療法をして欲しい」と訴えて受診することも決してまれではない。相談を受ける側は、問題を整理する座標を持たなくてはならない。

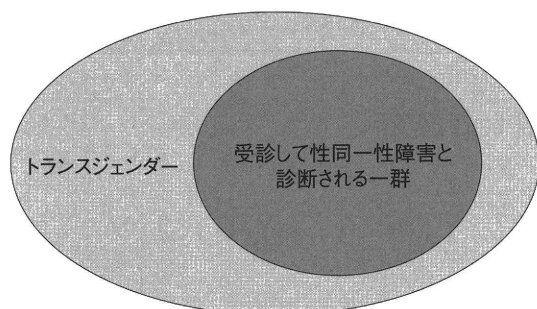
「性」には大まかに、①生物学的性（sex）、②性自認（gender identity）、③性指向（sexual orientation）の3つの局面がある。すなわち、①生物学的に規定される性別と、②どちらの性別に自分が属しているかという自己意識、③どの性別に性的に惹かれるか、の3つである。個人の中でこの3つはランダムに組み合わ

さる可能性があり、身体的な性分化疾患など中間的なものを考慮しなければ、おおよそ表のような組合せが考えられる。典型的な多数者は、①と②が一致し、③が反対の性別に向いているのであるが、これは単に相対的に多数と言うだけで、他の状態が間違いであったり、疾患があったりするわけではない。表中に記載した同性愛、両性愛、トランスジェンダーという言葉は、非典型的な少数者（マイノリティー）を指す言葉であり、診断名ではない。トランスジェンダーについて解説すると、生物学的男性だが女性の性自認を持つものをMTF（male to female）トランスジェンダー、生物学的女性だが男性の性自認を持つものをFTM（female to male）トランスジェンダーと呼ぶ。トランスジェンダーの一部は、自らの望む性別で生活しやすくするため性ホルモンの投与や乳房や性器に対する手術など医学的処置を望むことがある。医学的処置を行うためには、診断を行わなくてはならない。そこで診断名として使われるのが、性同一性障害（gender

表 セクシャリティーの分類

	典型的男性	典型的女性	同性愛者 (gay man)	同性愛者 (lesbian)	両性愛者 (bisexual)	FTM トラン スジェンダー	MTF トラン スジェンダー
生物学的性	男	女	どちらでも 良い	どちらでも 良い	どちらでも 良い	女	男
性自認	男	女	男	女	どちらでも 良い	男	女
性指向	女	男	男	女	男女両方	どちらでも 良い	どちらでも 良い

注：FTM; female to male, MTF; male to female



トランスジェンダーは診断名ではないことに注意

図1 トランスジェンダーと性同一性障害の関係概念図

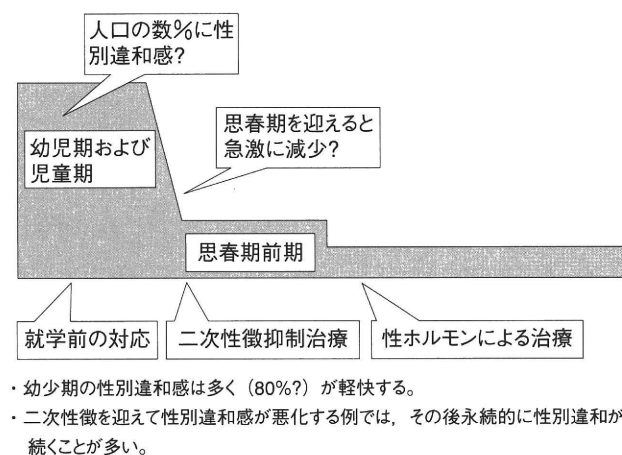


図2 小児・思春期の性同一性障害の時間経過

identity disorder 以下、GID) である。トランスジェンダーと GID の関係は、図1のようなものである。

II. セクシャルマイノリティー当事者のメンタルヘルス問題

同性愛・両性愛もトランスジェンダーも疾患ではなく、「異常な」状態ではないのであるが、子どものしつけの場において、「男らしくしゃんとしなさい」、「女の子らしくおしとやかに」などの言葉が使われるように、人は無意識のうちに性やジェンダーのあり方について道徳的・倫理的に「正しい」、「正しくない」あるいは「常識」、「異常」という価値判断をつけがちである。セクシャルマイノリティーの当事者は、思春期に至って自分がマイノリティーであることをはっきり自覚する前に、「性のあり方が非典型的なことは道徳的に正しくないことである」と刷り込まれてしまう。セクシャルマイノリティーの当事者は、外部の価値観との齟齬だけでなく、社会からの影響を取り込んだ内的な価値観でも自分自身に差別的な目を向けてしまいが

ちになる。「同性愛者である自分は気持ち悪い」、「トランスジェンダーである自分は社会から受け入れられない」などの感覚である。平田は、これを「内なるフォビア」と命名している¹⁾。

この内なるフォビアゆえに、当事者は自身の性指向や性自認の「誤り」を矯正しようと試みたり、周囲に隠して生活しようとしたりする。異性愛者に「同性を性的に好きになれ」と強要することが不可能のように、同性愛の性指向を持つ者を努力や干渉によって異性への性指向に変更することも不可能である。性自認も同様である。変更不能な自分で恥とを感じる秘密を隠し続けて生活するストレスが慢性的に多くの当事者にのしかかり、メンタルヘルスに重大な影を落とす。筆者が所属する岡山大学ジェンダークリニック受診者のうち、過去に希死念慮のあった者は59%にのぼり、自傷行為や自殺企図の経験者は28%であった²⁾。

III. 小児期・思春期の性同一性障害の特性と問題点

ICD-10や DSM-IV-TR では小児の GID の診断基準が、成人とは別に設けられていることからわかるように、若年者の特性が成人とは異なることはすでに知られている。小児期までの GID は、成人と異なり思春期に性別違和が軽快し、生物学的性別に適応した生活が可能になる例が多いとされ、一部の報告では軽快・治癒例が80%にのぼるとされる^{3,4)}。しかし、二次性徴の開始とともに逆に違和感が悪化する例では、ほとんどの者が成人期になっても苦痛が続き、何らかの対応をしなければ自殺や自傷といった行動に発展する可能性が出てくる(図2)。また、二次性徴が完成してからホルモン療法や性別適合手術を実施しても、女性あるいは男性として通用する外見が十分得られず、社会生活で苦勞するという問題も指摘されている。

1999年4月の立ち上げ以来、岡山大学ジェンダークリニックには1,400人以上の方が受診しており、10代の受診者は全体の約15%を占めている。このうち2/3は高校卒業後にあたる18歳以上で占められ、中学生以下の受診者は数名に留まる。新聞報道や学会での症例報告はあるものの、わが国での小児の受診者はまだ少数であり、現時点でわれわれ日本の臨床家が把握している小児期、思春期前期の当事者の実態は、思春期後期以降に受診した当事者からレトロスペクティブに聴取した情報を主に元にしてしている。当クリニックの受診者を対象とした研究では、15~70歳で受診した者の

大半が就学前あるいは児童期に性別違和を感じ、自殺を考えたことのある者は68.7%で、自殺念慮の最も強かった時期として中学時代を挙げたものが37.0%と一位であった⁵⁾。引きこもりやうつだけでなく、中学・高校の制服を忌避しての怠学・非行、これらの結果としての低学歴・低収入などの問題も発生してくる。

IV. 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」(2012)に見る若年者への対応

GIDの診療は日本精神神経学会の診断と治療のガイドラインに沿って行われる。2012年1月、このガイドラインの改訂が行われた⁶⁾。この改訂で、海外では広く行われている gonadotropin-releasing hormone agonist (以下、GnRHa) 等を用いた二次性徴を抑制する治療の適応が明記された。詳細は別項に譲るが、これは思春期が始まったばかりの Tanner 2期(10歳前後)の小児の二次性徴の進行を一時停止する可逆的な治療であり、思春期に悪化する身体への違和感を抑制し、前述のような不適応から生じる不具合を改善する効果が期待できる。また、これに合わせてこれまで18歳からしか認められなかった性ホルモンによる治療も、GnRHaによる治療開始2～3年後または15歳以上から適応可能とした。

この改訂されたガイドラインを思春期に発生する危機を乗り越えるツールにしようと考えたら、思春期に突入する前の小児期にGIDの問題を把握しておき、時期を外さず介入する必要がある。また、思春期には、性指向(どちらの性別に性的に惹かれるか)の問題も浮上し、本人も周囲も同性愛・両性愛との異同に混乱することもある。GIDと同性愛では全く対応法が異なるため、対応にあたって、GIDと他のセクシャルマイノリティーの区別をつけるための知識も必要である。つまり、小児を扱う現場の専門家がセクシャルマイノリティー全般の問題の基礎知識を持ち、適切に専門医療機関での対応につなげる必要がある。家族や日常的に小児に接する職にある人の気づきや介入が非常に重要なのである。

V. 今後の問題

今回のガイドラインの策定では、二次性徴を抑制する療法の導入とこれに対応するために性ホルモン療法導入の低年齢化が議論の中心だった。しかし、上記の

ように小児のGIDは成人とは様相が異なるだけでなく、成人にはない発達という要素も入ってくる。身体的介入を行う前に、性別違和感だけでなく小児の発達特性を理解したうえで、援助やカウンセリングを行う必要がある。世界的に見ても小児に対する心理社会的介入について公式のエビデンスはない。小児期に性別違和感を持っていても思春期に性別違和感が解消する例が少なくないとされることから、性別違和を持つ子どもを見たからといって、家族や当事者に対して過度の誘導を行うことも慎まなくてはならない。ただし、思春期を過ぎた当事者に性自認の変更を目的とした介入を行っても効果がなく、倫理的にも許容できないとされており、性自認の変更を目的とした安易な介入も慎むべきである。

わが国の治療機関では小児や思春期前期例への対応経験がまだ少ない。文化背景の異なる海外データがそのままわが国で利用できる保証もない。例えば、東南アジアや欧米では生物学的男性の症例が女性の症例に比べて2倍程度になるというデータがあるが^{7,8)}、わが国では逆転している^{9,10)}。単なる受療行動にさえ文化背景が大きく影響していることは明らかであり、わが国独自のデータ集積は欠かせない。今悩んでいる子どもたちの援助をするためにも、データを集積して未来に活かすためにも、性同一性障害の専門医療機関の活動だけでは不十分であり、教育の現場や小児科医、児童精神科医など小児・児童の専門家の協力が必要不可欠である。

今回の改訂では実現できなかったが、将来は小児期、思春期の心性に対応した、本人や家族、学校などへの心理・社会的な介入の指針もガイドラインに盛り込まれるべきであろう。この過程にも、一般的な小児・児童の問題を扱う専門家の協力が必要である。

文 献

- 1) 平田俊明. 思春期のセクシュアル・マイノリティのメンタルヘルスと対応. 第40回性治療研修会抄録集, 2011: 2-4.
- 2) 松本洋輔. GIDの臨床 岡山大学ジェンダークリニックの経験. アディクションと家族 2011; 27 (4): 288-296.
- 3) Zucker KJ, Bradley S. Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents. New York, The Guilford Press, 1995. (鈴木國文,

- 古橋忠晃, 他訳. 性同一性障害 児童期・青年期の問題と理解. みすず書房, 2010)
- 4) Cohen-Kettenis PT. Gender identity disorder in DSM? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40 (4): 391.
 - 5) 佐々木新介, 佐々木愛子, 新井富士美, 他. 性同一性障害における問題行動の発生率の推移. GID (性同一性障害) 学会雑誌 2008; 1: 226-227.
 - 6) 日本精神神経学会. 性同一性障害に関する特別委員会. 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). 精神神経誌 2012; 114 (11): 1250-1266.
 - 7) Bakker A, van Kesteren PJ, Gooren LJ, et al. The prevalence of transsexualism in The Netherlands. Acta Psychiatr Scand 1993; 87: 237-238.
 - 8) Tsoi WF. The prevalence of transsexualism in Singapore. Acta Psychiatr Scand 1988; 78: 501-504.
 - 9) 松本洋輔, 佐藤俊樹, 氏家 寛. 性同一性障害患者に対する複数診療科による包括的治療—岡山大学ジェンダークリニックの経験—. 臨床精神医学 2009; 38: 1345-1354.
 - 10) 織田裕行, 片上哲也, 山田圭造, 他. 関西医大病院ジェンダークリニックの現状に関する検討. GID 学会誌 2010; 2: 21-23.