

第31回小児保健セミナー 思春期と性の問題をめぐって

性同一性障害と思春期

中 塚 幹 也

I. 性同一性障害の診断と治療

1. 「性」の構成要素

「性」は多様な要素から構成されています^{1~3)}。生物学的性 (Sex) は、①性染色体 (男性型は XY、女性型は XX)、②内・外性器の解剖 (陰茎など外陰部の形状や子宮や卵巣など内性器の状況)、③性ステロイドホルモン (男性ホルモン、女性ホルモン) のレベルなどから決定されます。生物学的性は「身体の性」とも呼ばれ、性染色体や性ステロイドホルモンは血液検査により、内・外性器の解剖は診察や画像診断により判断されます。

社会的性 (Gender) は、①性の自己認識 (性自認とも呼ばれ、物心ついた頃から表れる「自分は男 (または女)」という認識)、②性役割 (男性として、女性として果たしている役割)、③性 (的) 指向 (恋愛や性交の対象となる性別) などからなります。このうち、

性自認は「心の性」とも呼ばれ、現在の気持ちや生活の状況、さらには、幼少時からのエピソードなどを本人や家族から十分に聞き取ることから判断されます。

2. 性同一性障害の診断

性同一性障害 (Gender Identity Disorder : GID) とは、「身体の性」 (生物学的性) と「心の性」 (性自認) とが一致しない状態であり、自分の身体が自分のものではないような感覚である「性別違和感」を持ちます。このため、自分の身体の性を強く嫌い、その反対の性に強く惹かれた心理状態が続きます。心の性は男性、身体の性は女性である female to male (FTM) と、心の性は女性、身体の性は男性である male to female (MTF) とに分類されます^{1~3)}。

性同一性障害の診断を行ううえで、どのような性役割で暮らしているか、性指向が男性に向いているか、女性に向いているかは問いません (表 1) ^{1~3)}。この

表 1 性同一性障害の鑑別

生物学的性 (セックス)					社会的性 (ジェンダー)		
		遺伝子・染色体	性器の形態	性ホルモン	性自認	性指向	性役割
性同一性障害 (GID)	MTF	男性	男性	男性	女性	問わない (男)	問わない
	FTM	女性	女性	女性	男性	問わない (女)	問わない
同性愛	ゲイ	男性	男性	男性	男性	男性	問わない
	レズビアン	女性	女性	女性	女性	女性	問わない
性分化疾患 (DSDs)	特定されない (疾患・個人により異なる)				問わない	問わない	問わない (疾患・個人により異なる)

性同一性障害の診断には性指向を問わないが、典型例では () 内の性の方へ向かうため、外見的には同性愛 (ホモセクシャル) のように映る場合もある。しかし、性自認 (心の性) から見ると異性愛 (ヘテロセクシャル) である。また、アセクシャル (無性愛)、バイセクシャル (両性愛) の場合もある。性自認も揺れることもあり、特に、子どもの場合は慎重な観察が必要である。同じ性分化疾患 (例えば副腎過形成) であっても症例により性自認は女性であったり、男性であったりする。また、上記以外の多様な形をとり得ることに留意する必要がある。

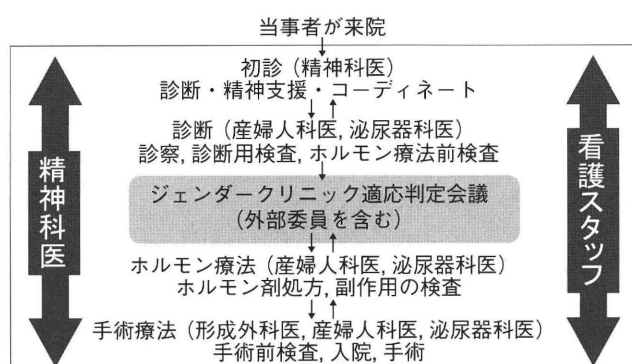


図1 ジェンダークリニックでの診療の流れ

点では、身体の性と心の性とは一致していて、性指向が身体の性と同じ性別に向かう同性愛や性器、ホルモン、染色体などが非定型的である性分化疾患（Disorders of Sex Development：DSDs）とは異なります。

3. 性同一性障害の診療の流れ

性同一性障害の総合的診療が行われるジェンダークリニックには、精神科医、産婦人科医、泌尿器科医、形成外科医などの医師、看護スタッフ、臨床心理士などが所属します（図1）。このチームの中で、精神科医は、本人や家族から、現在の状態や成育歴を聴取し、性自認（心の性）を確定します。また、不安やうつなどの精神状態、学校や職場などにおける社会的な適応状態などに配慮して、身体的治療のコーディネートを行います。産婦人科医や泌尿器科医は、診察や画像診断、血液検査により生物学的性（身体の性）を確定します⁴⁾。

また、多くの場合、産婦人科医がMTF当事者、泌尿器科医がFTM当事者へのホルモン療法を担当します。性別適合手術（SRS：sex reassignment surgery）は、産婦人科、泌尿器科、形成外科が協力して行いま

表2 日本における性同一性障害に関する動き

1969年	ブルーボーイ事件（精巣摘出手術をした医師が有罪判決）
1980年	「性同一性障害」が公式に使用される（DSM-Ⅲ）
1996年	埼玉医科大学倫理委員会が性転換手術を容認 「性同一性障害に関する特別委員会」発足（日本精神神経学会）
1997年	日本精神神経学会がガイドライン（第1版）を作成
1998年	埼玉医科大学にて日本初の公式の性転換手術 岡山大学医学部ジェンダークリニック発足
1999年	第1回GID（性同一性障害）研究会（現 GID（性同一性障害）学会）開催
2001年	岡山大学にて国内2施設目の性別適合手術（GID研究会にて性転換手術から名称変更） 戸籍の性別変更を求める裁判を全国一斉に申し立て 性同一性障害を主題としたテレビドラマ「3年B組金八先生」が放映（2001年秋～2002年春）
2002年	日本精神神経学会ガイドラインの改訂（第2版）ホルモン療法開始年齢の制限を18歳に緩和 競艇選手の安藤大将さん（FTM）が男性選手に登録変更
2003年	上川あやさん（MTF）が区議会議員に当選 「性同一性障害の性別の取り扱いの特例に関する法律」成立（2004年7月より施行）
2004年	カルーセル麻紀さん（MTF）が性別変更
2006年	日本精神神経学会ガイドラインの改訂（第3版）治療承認の場が倫理委員会から専門医療チームへ MTFの小学生が女兒として受け入れられていたとの報道（兵庫県）
2007年	中村中さん（MTF）がNHK紅白歌合戦に出演
2008年	「特例法」の子なし要件の改正
2010年	MTFの小学生が2年生から女の子として受け入れられるようになったとの報道（埼玉県） FTMの中学1年生が男子生徒として受け入れられるようになったとの報道（鹿児島県） 文部科学省が「性同一性障害の子どもへの対応を」と都道府県教育委員会へ通知
2012年	日本精神神経学会ガイドラインの改訂（第4版）思春期からのホルモン療法を承認 夫がFTMの夫婦、第3者精子を用いた人工授精で得た子どもの嫡出子認定を求めた訴訟 自殺総合対策大綱の改正で、性的マイノリティへの支援の記載
2013年	厚生労働省が障害者保健福祉手帳から性別欄を削除する方針 最高裁が第3者精子を用いた人工授精で子どもを得たFTMの男性を「父」と認定
2014年	文部科学省が性同一性障害の子どもの全国調査を施行し、606人の報告
2015年	文部科学省が「性同一性障害の児童生徒へきめ細かな対応を」と通知

表3 性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律（平成15年7月16日法律第111号）第3条

最終改正：平成23年5月25日

第3条（性別の取扱いの変更の審判）

①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。

1. 20歳以上であること。
2. 現に婚姻をしていないこと。
3. 現に未成年の子がいないこと。（「現に子がないこと。」から改正された）
4. 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。
5. 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。

②前項の請求をするには、同項の性同一性障害者に係る前条の診断の結果並びに治療の経過及び結果その他の厚生労働省令で定める事項が記載された医師の診断書を提出しなければならない。

日本でも戸籍上の性別を変更できる特例法が2003年に成立、2004年から施行され、2名以上の専門医の診断のもと、2012年末までに3,584名の戸籍の性別変更が認められている。2008年の改正により、いわゆる「子なし要件」が緩和されたが、未成年の子どもをもつ当事者は依然として性別を変更できない。

す。看護スタッフは、性同一性障害当事者がこのような各診療科をスムーズに受診できるように配慮し、当事者と医師や事務とをつなぐ役割を果たします。また、治療の段階ごとに発生する疑問や不安に応え、精神的支援を行います⁵⁾。

性同一性障害当事者では、心の性を身体の性に合わせる治療は無効で、無理に行うとうつや自殺につながるとされ、身体の性を心の性に近づける治療が行われます。

4. 「性同一性障害」と「性別違和」について

2013年5月に公開されたアメリカ精神医学会の精神障害／疾患の診断・統計マニュアル第5版（DSM-V）の中では多くの疾患名の変更がなされ、性同一性障害を指す「Gender Identity Disorder:GID」も「Gender Dysphoria」に変更されました。これに対して、2014年5月、日本精神神経学会は「Gender Dysphoria」を「性別違和」と邦訳したことを公表しました。これは、アメリカの精神医学会の示した疾患名の邦訳ですが、今後、世界保健機関（WHO）が作成している死因や疾病の国際的な統計基準であるICD-10がICD-11に改訂されるときに疾患名の変更があれば、日本においても、それを使用することになると思います。そのときに、日本でも治療が健康保険の適用で行うことができるなど、あえて「障害」と言わなくてもよい状況になっていれば、「障害」という名称は削除されることが望ましいと思います。

5. 性同一性障害を取り巻く社会の動き

日本においては、1996年ごろから性同一性障害の

治療が、陽の当たる場所に現れました。その後も、種々の社会的な変化が起こっています（表2）。また、2003年には、「性同一性障害の性別の取り扱いの特例に関する法律」（いわゆる特例法）の成立（2004年7月より施行）などがありました（表3）。これにより、心の性で結婚する当事者も増加しています。

II. 子どもの頃の性同一性障害当事者

1. 性別違和感を持ち始める時期

岡山大学ジェンダークリニック受診者の56.6%が小学校入学以前、また、89.7%が中学生までに性別違和感を持っていました（表4）^{6~9)}。MTF当事者では、小学校入学以前に33.6%、中学生までに79.3%が性別違和感を持っていました。FTM当事者ではさらに早く、小学校入学以前に70.0%、中学生までに95.7%が性別違和感を持っていることがわかります。特に、学校生活では制服をはじめ男女の区別がある物、男女別の活動なども増えるため、違和感を自覚する機会が増加します。

2. 性同一性障害の子どもの種々の問題

性同一性障害当事者が受診した時点で経験していたことを見てみると、自殺念慮を持っていたことがある者が約60%、自傷・自殺未遂が約30%、不登校が約25%といずれも高率でした（表5）^{6~10)}。

自殺念慮を持っていた当事者の原因を見ると、小学校時代には、MTF当事者では性器への悩みが多く、FTM当事者では二次性徴への悩みが多くみられます⁶⁾。中学校時代では、MTF当事者ではやはり性器に対する悩みが最も多くみられますが、二次性徴へ

表4 性別違和感を自覚し始めた時期

	全症例 (n=1,167)	MTF (n=431)	FTM (n=736)
小学校入学以前	660 (56.6%)	145 (33.6%)	515 (70.0%)
小学校低学年	158 (13.5%)	67 (15.5%)	91 (12.4%)
小学校高学年	115 (9.9%)	56 (13.0%)	59 (8.0%)
中学生	113 (9.7%)	74 (17.2%)	39 (5.3%)
高校生以降	92 (7.9%)	77 (17.9%)	15 (2.0%)
不明	29 (2.5%)	12 (2.8%)	17 (2.3%)

表5 性同一性障害における種々の問題

	全体	MTF	FTM
自殺念慮	58.6% (676/1,154)	63.2% (268/424)	55.9% (408/730)
自傷・自殺未遂	28.4% (327/1,153)	31.4% (133/423)	26.6% (194/730)
不登校	29.4% (341/1,158)	30.8% (131/425)	28.6% (210/733)
精神科合併症	16.5% (189/1,148)	25.1% (106/422)	11.4% (83/726)

の嫌悪感もみられ始め、いじめも高率にみられます。FTM 当事者でも二次性徴への悩みがみられ、加えて恋愛に対する悩みがみられます。また MTF 当事者、FTM 当事者ともに制服に対する悩みも強くみられます。このため、中学生の時期は自殺念慮が高率になります。高校時代では、MTF 当事者では継続して二次性徴や性器に対する悩みがみられます。FTM 当事者では恋愛に対する悩みが最も高率になります。高校卒業後（大学・社会等）は、MTF 当事者、FTM 当事者ともにこれまでの悩みに加えて、社会への適応の問題（会社での役割や戸籍上の問題、社会生活での問題など、社会生活に適応できないことに伴う悩み）が多

くみられます。

さらに、精神科合併症の既往は MTF 当事者の 4 人に 1 人の割合でみられます。その内容は対人恐怖などの不安障害やうつなどであり、子どもの頃から続く、周囲の人間関係や社会制度との摩擦が契機になることが多いと考えられます。これらのことを考慮すると、思春期の対応は、性同一性障害当事者のその後の人生にとって重要な意味を持つことがわかります。

3. 子どもの頃の封じ込める体験

MTF 当事者の「子どもの頃の気持ち」の調査では、子どもの頃の性別違和感の悩みに関して、「迷ったが伝えられなかった」12.5%、「絶対に伝えまいと思った」75.0%であり、約 9 割が伝えられていません¹¹⁾。しかし、私たちのジェンダークリニックを受診した年齢になって思い返すと、約 6 割の当事者は、子どもの頃に家族や周囲に伝えなかったことを「後悔している」と回答しています¹¹⁾。

Ⅲ. 思春期の性同一性障害当事者への対応

1. 文部科学省の動向

2006年に兵庫県の小学生男児が女児として通学していることが報道されました。さらに、2010年、埼玉県の小学生男児が女児としての登校を認められたこと、鹿児島県で中学1年生の女子生徒が男子生徒としての登校を認められたことが報道されました。これらを受けて、文部科学省は都道府県教育委員会等へ「性同一性障害の児童・生徒に対する教育相談の徹底と本人の心情に配慮した対応を」と通知しました¹¹⁾。このため、学校においても性別違和感を持つ子どもの支援を考え

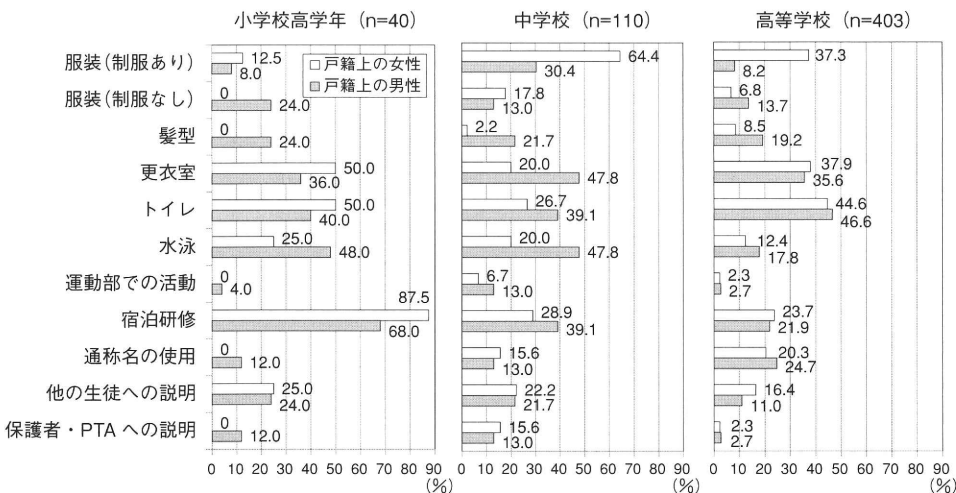


図2 学校での性同一性障害の子どもへの対応（2014年の文部科学省調査）

る機会が増えてきていました。

2014年、文部科学省は初めての調査を行い、2013年4～12月に全国の学校で対応した性同一性障害と考えられる子どもは606名（戸籍上の男性39.1％、女性60.4％）としました（図2）¹²⁾。「すでに相談を受けていた事例のみ」、「望まない例は報告を求めない」との条件であったため、実数はさらに多いと考えられます。高校からの報告が66.5％（403件）と多くを占め、小学生（15.4％）、中学生（18.2％）の時期には把握が困難であることが影響していると考えられます。また、中学生の「危機の時代」¹¹⁾に不登校や自殺未遂を繰り返している例は、把握されていても報告に至らなかった可能性もあります。

この調査では、約6割に何らかの対応がなされており、これを踏まえて、2015年4月、文部科学省は「性同一性障害の児童生徒へきめ細かな対応を」と通知しました¹³⁾。前述のような支援に加えて、呼称を工夫する（通知表を含む校内文書を希望する呼称で記す、名簿上、自認する性別で扱う）、自認する性別での運動部参加を認める、戸籍の性別変更後の卒業証明書等の発行には適切に対応する等の対応例についても述べています。さらに、「教員研修」、「チームでの支援」、「医療機関等との連携」の重要性も指摘しています。

2. ホルモン療法を行う時期

当事者が希望するホルモン療法開始年齢を見えます。性同一性障害当事者181名（FTM117名、MTF64名）の二次性徴の自覚に関する調査では、FTM 当事者の初経、乳房増大の自覚は平均12歳頃、MTF 当事者のひげは平均15歳頃、変声は13歳頃からでした（表6）^{6,11,12)}。中学生以前に性別違和感の生じた当事者に限って、ホルモン療法開始を希望する年齢を検討すると、FTM 当事者は二次性徴の発現後で

表6 性同一性障害当事者がホルモン療法を開始すべきと考える年齢

	FTM (n=116)	MTF (n=47)
回答時の年齢	28.4±6.6	32.5±10.2
身体の変化の自覚（歳）		
乳房腫大 or 変声	12.1±1.7	13.5±1.7
初経 or ひげ	12.8±1.6	15.3±2.7
希望する年齢（歳）		
GID の説明	12.2±4.2	10.7±6.1
ホルモン療法の開始	15.6±4.0	12.5±4.0

中学生以前に性別違和感の始まった症例のみの検討

もよいと考える比率が高く、平均すると15歳頃（中学校～高校）を希望していました。一方、MTF 当事者の多くは二次性徴の発現前を希望しており、平均すると12歳頃（小学校高学年～中学校）となり、より早い時期を希望していました。

FTM 当事者では、二次性徴の発現後でも、アンドロゲン製剤投与により、月経は停止し、ひげが生え、声も低くなります。しかし、MTF 当事者では、声変わりをして、ひげが生え、男性的な体型になってからエストロゲン製剤を投与しても変化は少なく、その後のQOLに影響します。このためFTM 当事者では必ずしも二次性徴以前の開始を希望していませんでしたが、MTF 当事者の多くは二次性徴が進む前に開始することを希望していると考えられました。

では、そのために、いつ頃には「性同一性障害」という状態があることを知っておきたかったと思っていただいでしょうか？FTM 当事者では、性同一性障害について説明してほしかった年齢は平均すると12歳頃（小学校高学年～中学校）でしたが、これに比較してMTF 当事者では平均すると10歳頃（小学校高学年）であり、より早い時期を希望していました。小学生や中学生への保健教育や性教育の中で伝えることが必要になります^{14,15)}。

3. ガイドラインの改訂

The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) の standards of care 第6版（2001年）、第7版（2011年）では、小児期に性同一性障害が明らかで思春期に性別違和感が増強し、家族の同意と治療への関与が得られる場合、二次性徴が始まる時期（Tanner 2期、12歳を中心として9～14歳と個人差がある）になれば、一時的に二次性徴を抑制する治療法（GnRH アゴニストなど）を、また、16歳からは、身体を不可逆的に変化させる性ステロイドホルモン（エストロゲンやアンドロゲン）製剤を投与可能としています¹⁶⁾。しかし、日本精神神経学会のガイドライン第3版では、「性ステロイドホルモン製剤の使用は満18歳以上」との制限があるのみであり、私たちは思春期の二次性徴抑制療法の施行と性ホルモン開始年齢の制限の緩和を提唱してきました^{17～19)}。

このような中、2011年、女兒として通学している小学6年生のMTF 児に対して、大阪医科大学ジェンダークリニックが二次性徴の発現を抑制するため

GnRH アゴニストの投与を始めることが報道されました。これを受けて、日本精神神経学会の性同一性障害に関する委員会は議論の末、改訂第4版（2012年）で、思春期の性同一性障害当事者へのホルモン療法に関する指針を示しました²⁰⁾。

主な改訂点を挙げると、「ホルモン療法の開始は18歳から」という原則は残したうえで、①条件付きで性ホルモン療法（エストロゲン製剤、アンドロゲン製剤など）の開始年齢を15歳に引き下げました（2年以上ジェンダークリニックで経過を観察し特に必要を認めたものに限定）。また、②二次性徴抑制治療について記載し（GnRH アゴニスト等による治療は、Tanner 2期以上で、二次性徴により著しい違和感を有する当事者を対象とし、12歳未満の場合には特に慎重に適応を検討）、③二次性徴抑制療法や18歳未満での性ホルモン療法を施行する場合は、報告書を日本精神神経学会の性同一性障害に関する委員会に提出するというものです。

4. 二次性徴抑制療法

GnRH アゴニストは下垂体-性腺系への抑制作用を持ち、以前より、思春期早発症に対して二次性徴を抑制する目的で使用されています。性別違和感を持った子どもに投与することで、一時的に二次性徴を抑制してモラトリアム期間をつくるという選択があれば、その間に経過を観察し適切に診断することが可能になります¹⁷⁻²¹⁾。また、もし、性同一性障害ではなかった場合も、GnRH アゴニスト投与を中止すれば、再び、二次性徴が発現します。

特に MTF 当事者では、二次性徴の完成後に性ステロイドホルモンによる治療を開始するより最終的容姿を希望する性に近づけやすく、FTM 当事者でも、骨端線が閉じる前に使用すれば、身長を確保しやすくなります。

成長期に長期使用する影響、学業期のため通院が困難、高額な医療費などの問題もありますが、議論となるのは二次性徴を抑制したままでは性別違和感による悩みも抑制されてしまうため、性同一性障害の診断が確実にされるかどうかです。子どもの頃には性の自己認識が変わる場合もあるとされますが、二次性徴の初期段階で性同一性障害と考えられれば、その後に変化することはほとんどないとされます²²⁾。また、確定診断できない場合にこそ、望まない性への身体変化を

一時的、可逆的に抑制しておくことが有用です。

また、二次性徴の抑制を18歳まで長期に行うと、同級生の二次性徴発現とかい離していくことにもなるため、性同一性障害の確定診断がなされれば、望む性への二次性徴を促す性ホルモンの投与へ切り替える必要があります。

IV. 拡大する学校の役割

性同一性障害の子どもは、学校において種々の問題を抱えています。今までは、性別違和感を持った生徒が誰かに告白することで学校での対応が始まっていました。しかし、ガイドライン改訂を活かすためには、自身の違和感や悩みを封じ込めている子どもへの支援が求められます。このためには、普段から子どもが何でも話することができる学校の環境を作ることが重要です。また、子どもが性別違和感を持っていることに気づいた場合、それが性同一性障害かどうかは別にして、学校の教員としては、まずは気持ちを受け止めて対応することが必要です。また、医療スタッフなどの専門家は学校と連携して子どもを支援する必要があります。

学校の役割として、①性同一性障害の子ども自身への支援、②在校生全体が多様な性への理解を深めるための教育、③保護者への性同一性障害に関する情報提供が挙げられます^{8,11)}。①に関しては、子どもは性別違和感があること自体を隠そうとするので、教員自身が多様な性を理解し受け入れることができるか、そして、子どもの心の奥の状態に気づくことができるかが重要になります。②、③を推進することには、性別違和感のある子どもが、いじめを受けにくくする意味もあります。また、性別違和感のある子どもが、友だち、担任教員、保護者などに相談しやすい環境を整えることにもなります。そのような教育を続けることで、さらに将来的には、就労の問題など性同一性障害当事者の抱える社会的課題の解決にもつながる可能性があります。

文 献

- 1) 中塚幹也. 生殖の構造と機能を学ぶ/ジェンダーとセクシュアリティ. 講義録 産科婦人科学. 石原 理, 柴原浩章, 三上幹男, 板倉敦夫編. 東京: メジカルビュー社, 2010: 56-57.
- 2) 中塚幹也. 心の健康ニュース<かけがえのない生と

- 性シリーズ1 > LGBTI の基礎 (1) 性的指向. 東京：少年新聞社, 2014：5-6.
- 3) 中塚幹也. 性の多様性：性同一性障害. 助産師基礎教育テキスト第2巻：女性の健康とケア, 吉沢豊予編. 東京：日本看護協会出版会, 2015：218-242.
- 4) 中塚幹也. 性同一性障害と産婦人科：ホルモン療法と生殖医療. 性同一性障害の医療と法. 南野千恵子, 川崎政司, 針間克己編. 大阪：メディカ出版, 2013：159-189.
- 5) 高馬章江, 富岡美佳, 松本洋輔, 中塚幹也. 当事者の立場に配慮し, 関係部署との連携を. 性同一性障害の医療と法, 南野千恵子, 川崎政司, 針間克己編. 大阪：メディカ出版, 2013：135-151.
- 6) 中塚幹也. 思春期の性同一性障害. 臨床婦人科産科 2013；67：712-716.
- 7) 中塚幹也. 性同一性障害の生徒の問題に向き合う. 体と心 保健総合大百科<中・高校編>. 東京：少年新聞社, 2011：140-142.
- 8) 中塚幹也. 学校保健における性同一性障害：学校と医療との連携. 日本医事新報 2010；4521：60-64.
- 9) 中塚幹也, 平松祐司. 性同一性障害と思春期, 産婦人科治療 2009；99 (6)：589-593.
- 10) 中塚幹也. 自殺総合対策大綱改正に向けての要望書. 自殺総合対策大綱の見直しに向けての提言<資料編>. 東京：(独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター, 2012：194-198.
- 11) 中塚幹也. 学校の中の「性別違和感」を持つ子ども：性同一性障害の生徒に向き合う. JSPS 日本学術振興会科学研究費助成事業23651263 挑戦的萌芽研究「学校における性同一性障害の子どもへの支援法の確立に向けて」, 2013：1-46.
- 12) 中塚幹也. 学校における「性的マイノリティ」への支援—性同一性障害を中心に—. 教職研修 2015；516：30-31.
- 13) 岡崎倫子, 菊池由加子, 新井富士美, 清水恵子, 松田美和, 田淵和宏, 鎌田泰彦, 中塚幹也. 性別違和感のある子どもに関する文部科学省通知の認知度と学校での対応への意識. GID (性同一性障害) 学会雑誌 2011；4：63-65.
- 14) 中塚幹也, 安達美和, 松尾 環, 他. 性同一性障害の説明と治療を希望する年齢に関する調査. 母性衛生 2006；46：543-549.
- 15) 中塚幹也. 「性同一性障害」を性教育で取りあげる. 現代性教育研究ジャーナル 2013；29：1-5.
- 16) WPATH. Standard of Care ver.7. 2011：1-112. (Standard of Care 第7版 (日本語版). 中塚幹也, 東優子, 佐々木掌子監訳) http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=5099 (2015年8月現在)
- 17) 中塚幹也. 若年期の性同一性障害当事者への対応—GnRH アゴニストの使用や手術・ホルモン療法適応年齢の引き下げをめぐる—. 精神神経学雑誌 2012；114：647-653.
- 18) 中塚幹也. 二次性徴抑制療法と若年でのホルモン療法の問題点. 精神神経学雑誌 2013；115：316-322.
- 19) 中塚幹也. 性同一性障害の身体的治療とその課題. 精神医学 2011；53 (8)：769-774.
- 20) 委員：松本洋輔, 阿部輝夫, 池田官司, 織田裕行, 康 純, 佐藤俊樹, 塚田 攻, 針間克己, 松永千秋, 山内俊雄, 齋藤利和, 外部委員：舂森直哉, 中塚幹也, 難波祐三郎, 木股敬裕. 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 2012；114：1250-1266.
- 21) Nakatsuka M. Endocrine treatment of transsexuals：assessment of cardiovascular risk factors. Expert Rev Endocrinol Metab 2010；5：319-322.
- 22) Gooren LJ. Care of transsexual persons. N Engl J Med 2011；364：1251-1257.