

クリニカルレクチャー

1) 日本における性同一性障害の診療

埼玉医科大学
石原 理座長：東京女子医科大学
太田 博明

はじめに

みずからの身体的性別に違和感を持つ人々が、わが国においても、かねてから存在してきたことは、これまで数多くの文献資料に記述されている。しかし、性同一性障害(GID: Gender Identity Disorder)という診断名が広く認知されたのは、医学界においても一般社会と同様、最近約10年のことにすぎない。GIDは、日本精神神経学会により「生物学的には完全に正常であり、しかも自分の肉体がどちらの性に属しているかをはっきりと認識していながら、その半面で、人格的には自分が別の性に属していると確信している状態」と定義されている¹⁾。本稿では、日本におけるはじめての性別適合手術(Sex Reassignment Surgery: SRS)から始まったGID診療の10年を振り返り、現在の日本における診療の状況とその問題点について概説する。

日本における治療史

日本では、1969年2月に、いわゆる「ブルーボーイ事件」の一審判決が出され、GIDに対する公然とした治療は、以後行われないことになった。この事件は、ある産婦人科医師が、性転換を希望する男性に対して精巣摘出を施行したことにより、当時の優生保護法違反に問われ有罪となったものである²⁾。

その約25年後、埼玉医科大学総合医療センター形成外科の原科孝雄教授は、交通事故で陰茎を失った男性に対して陰茎再建手術を施行し、その詳細が英文専門誌に投稿掲載されたことをきっかけに、女性から男性への性転換を求めるGID患者を診療する機会を持った。原科教授は、GID当事者のための診療がきわめて重要で不可欠であることを強く認識し、1995年5月22日に埼玉医大倫理委員会へ「性転換治療の臨床的研究」を申請した。その結果、1996年7月の倫理委員会答申を受けて、ホルモン療法、手術療法を含むGIDの総合的診療のために、精神科、形成外科、産婦人科、泌尿器科各領域の専門家をも含む医療チームであるジェンダークリニックが、総合医療センターに構成された。そして、1997年に日本精神神経学会から発表された「診断と治療のガイドライン」を参照し¹⁾、1998年には第一例に対する治療について埼玉医大倫理委員会から承認を得た。さらに厚生省公衆衛生審議会精神保健福祉部会、中央児童福祉審議会母子保健部会の上乗承認を受けた後、

Clinical Practice for the Patients with Gender Identity Disorder in Japan

Osamu ISHIHARA

Department of Obstetrics and Gynaecology, Saitama Medical University, Saitama

Key words: GID・SRS・Hormone therapy

(表 1) GID 学会(GID 研究会)小史

回	日時	場所	会長	一般演題数	シンポジウム等	講演	備考
1	1999.3	東京	原科孝雄	11	1	3	
2	2000.3	東京	牛島定信	12	2	1	
3	2001.3	東京	木下勝之	10	2	0	
4	2002.3	岡山	黒田重利	11	2	1	
5	2003.3	東京	深津 亮	15	3	0	
6	2004.3	さいたま	塚田 攻	18	2	1	前日研修会
7	2005.3	神戸	大島俊之	15	3	0	
8	2006.3	福岡	西村良二	20	2	3	
9	2007.3	所沢	内島 豊	28	2	2	プレコンgres
10	2008.3	高槻	康 純	23	3	3	二日間

同年10月16日に、総合医療センターにおいて、初の性別適合手術(SRS: Sex reassignment Surgery)が施行されたのである。

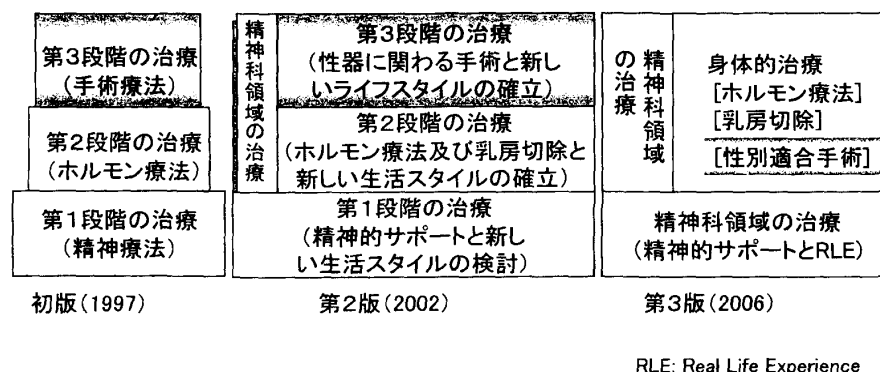
1999年3月には、原科教授を会長として GID 研究会が発足し、東京青山で第1回学術集会が開催された。この研究会の特色は、何よりも医師や心理学者、法律家など医療者・治療者・研究者だけでなく、GID に悩む多くの当事者・支援者の参加と協力を得た手作りの研究会として発足したことにある。以来、表1に示すように2008年までに10回の研究会(2005年からは学会)が開催され、当初100人程度であった参加人数も最近では500人近くに達するようになった。しかし、最近でもなお、本学会の伝統に従って、多くの当事者グループ、自助グループ、支援グループに属する人々が医療者・治療者とともに、この学会に出席・発表するだけでなく、併せて旧交を温め、より広い建設的な連携の可能性を追求する機会となっている貴重な学会である。

新しい診療ガイドラインによる診療

GID 診療のガイドラインは、1997年5月に日本精神神経学会から初版ガイドラインが発表されてから、2回の改定が加えられた³⁾⁴⁾。現在は、2006年1月に発表された第3版⁴⁾が用いられている。その詳細は文日本精神神経学会ホームページを参照されたいが、前の版との主たる変更点は、以下のようなものである。すなわち、精神科治療、ホルモン療法、手術療法という3段階治療の考え方を廃止し、身体的治療内容の選択とその順番を当事者の自己決定にゆだねたことである。図1にガイドラインの考え方の変遷を模式図として示す。初版からの構造変化が理解されるであろう。GID は当事者自身が最も正確に診断することが可能であるといわれてきたが、3版ガイドラインでは、治療選択肢についても当事者の意思をより尊重することとなった。

GID に対するホルモン療法の基本は、身体的性別を他の性別に類似させることである。したがって、身体的性別が女性であるFTM(Female to Male)には男性ホルモンを、男性であるMTF(Male to Female)では女性ホルモンの投与が、治療の基本となる⁵⁾⁶⁾。ほとんどのFTM例では、標準的治療として、アンドロゲン注射製剤が広く用いられている。身体的性別が女性であるため、アンドロゲン投与により、速やかに月経の停止、陰核肥大、Hbの上昇、筋肉と体重の増加などの身体的効果が得られる。多血症による血栓症発生などの副作用が想定されるが、重篤なものが起こる頻度は低い。

一方、MTF例では、さまざまな種類のエストロゲン製剤が、さまざまな投与経路(注射、



(図1) 性同一性障害治療についてのガイドラインにおける考え方の変遷

内服、貼付など)で用いられている。国際的にも標準療法はなく、ゲスタゲン製剤、抗アンドロゲン剤を併用する施設としない施設がある。エストロゲン製剤の投与により、乳房の増大、精巣の萎縮などが起こるが、男性的骨格などいったん形成された身体を変化させることはできない。大量のエストロゲン製剤(たとえばプレマリンであれば2.5mg程度)を用いる場合もあり、血栓症や高プロラクチン血症などが懸念される。また、経口剤や貼付剤は個人輸入などにより入手可能であるため、医学的管理にないホルモン療法が行われている場合がある。

GIDに適應される手術療法にはFTMに行われる乳房切除と、FTMおよびMTFに行われるSRSがある。前述したように、現在ではホルモン療法の前に、日常生活上の問題から乳房切除を先に希望するFTM例も多い。FTMに対するSRSは子宮と卵巣の摘出、腔閉鎖、尿道延長術を第一期手術として行い、陰茎形成術を第二期とする形で埼玉医大では行われてきた。一方、MTFには、陰茎および精巣摘除と造腔術、豊胸術が行われてきた。ただし、これら術式の詳細は、施設により異なっている部分がある。

GIDはジェンダーの確立する幼少時にはじまるが、特に思春期の性別違和感が、しばしば社会的不適応や自殺企図など重大な結果を招くことにつながる。しかし、思春期には、性の自己意識が不明確な場合、動揺する場合があり、ジェンダーの決定が容易でない場合がある。GID診療のガイドラインとして最も権威あるハリーベンジャミン協会のStandards of Care第六版⁷⁾は、治療の第一段階としてGnRHagonistの投与を推奨している。しかし、わが国では費用面からその継続的使用は困難である。

日本におけるGID治療の現況

埼玉医大ジェンダークリニックの受診者はこれまでに総計1,000例を大きく超えた。また、2007年4月までに、SRSはFTM75例およびMTF25例に対して施行された。その後、いくつかの大学病院においてもGID診療が開始され、SRSも施行されている。表2に、第10回GID学会で報告された各大学施設における累積症例数を示す。たとえば岡山大学などでは、これまでにかなり多数例の治療が行われてきたことがわかる。また、FTMに対する乳房切除については、各所の形成外科クリニックで行われている。一方、手術治療の供給体制がきわめて不十分であることから、タイなど外国へ渡航して、手術を受ける当事者が相当数存在することが判明している。

さて、GIDの当事者や支援者など多くの関係者の努力により、2003年7月16日に既にSRSを施行済であることなどを条件に、戸籍上の性別変更を可能にする「性同一性障害

(表2) 各大学施設における症例数(2007 まで)

大学	診療開始	総患者数	ホルモン	乳房切除	SRS (FTM)	SRS (MTF)
札幌医大	2003.12	280	94	36	12	6
関西医大	2003.12	346	116	22	17	
岡山大	2001.1	927		96	一期 55 二期 17	15
長崎大	2002	51				
大分大	2003	34				

第10回 GID 学会(2008.3.15-16)において報告されたもののみ

(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)(いわゆる「特例法」)

第3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 20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。

者の性別の取扱いの特例に関する法律」が国会を通過した。そして、1年後の施行から2007年末までに840人について、家庭裁判所から性別変更が認容された。

性別変更により、外観とパスポートなど公的書類にある性別表記のミスマッチが解決され、当時者のQOLが著しく改善された。しかし、表3のように性別変更のための要件のひとつとして、「現に子がいないこと」という記載があり、性別変更のできない当事者が少なからず存在することが表面化している。この「特例法」は、3年後の見直し時期を既に過ぎており、速やかに改定されることが望まれている。

日本における GID 診療の今後の問題点

日本における GID 診療は10年の年月を重ね、GID という疾患が広く知られ治療が必要であることが認識されたこと、性別変更が可能になったことなど一定の成果を挙げたことは間違いない。しかし、国内における手術療法の提供体制が十分でないこと、いまだ保険診療が認められないこと、薬剤の副作用を考慮した医学的管理が不十分な場合があることなど、診療上の問題点も山積している。

また、性別変更を終え、パートナーとの法的結婚が可能となった当事者の中には、当然ながら家族を持つことを希望するカップルが出てきている⁸⁾。わが国でも、女性と結婚した FTM 男性のカップルの中には、既に AID 治療を希望しているカップルもある。しかし、MTF では、卵子提供と代理母を必須とするなど、現在の日本の生殖医療が提供できない治療を要するカップルも存在する。さらに、「特例法」はできたとはいえ、その内容にはまだ改定すべき点(特に子どもがいないことが要件とされていること)が指摘され、今後も法改定へ向けた一層の努力が必要とされている。

前述したように、わが国におけるGID治療の歴史を振り返ると、当事者と支援者、さらに医療者を加えた有機的コラボレーションが、いかに有効に機能し、診療上だけでなく政治的にも大きな成果をあげ得たかを観察できる。今後の産婦人科診療組み立て方について、我々に多くの示唆を与えてくれる分野のひとつ、それがGID診療であろう。

追記

本稿脱稿後の2008年6月10日第169回国会において「特例法」が改正され「子」が「未成年の子」と限定された。このため現に子がいても成人後は性別変更が可能となった。

《参考文献》

1. 日本精神神経学会「性同一性障害に関する特別委員会」(委員長：山内俊雄). 性同一性障害に関する答申と提言. 精神神経誌 1997; 99: 533—539
2. なだいなた. クワルテット第1楽章性転換手術. ちくま文庫, 1997
3. 日本精神神経学会「性同一性障害に関する第二次特別委員会」.「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン(第2版)」。精神神経誌 2002; 104: 618—632
4. 日本精神神経学会性同一性障害に関する委員会. 性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン. (第3版)<http://www.jspn.or.jp>(2006.6.30)
5. Moore E, Wiisniewski A, Dobs A. Endocrine treatment of transsexual people : a review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. J Clin Endocrinol Metab 2003; 88: 3467—3473
6. 石原 理. ホルモン療法の実際. Modern Physician 2005; 25: 385—389
7. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's Standards of Care for Gender Identity Disorders, sixth version. <http://www.hbgda.org/soc.html>
8. Minot LA. Conceiving parenthood : Parienting and the rights of lesbian, gay, bisexual, and transgender people and their children. IGLHRC 2000