



WPATH WORLD PROFESSIONAL
ASSOCIATION for
TRANSGENDER HEALTH

トランスセクシュアル、トランス ジェンダー、ジェンダーに非同調 な人々のためのケア基準

世界トランスジェンダー・ヘルス専門家協会（WPATH）発行
第7版¹

¹ これは、WPATH公認のSOC日本語版である。ただし、使用目的に法が絡む場合や、技術的厳密さが求められる場合などについては、必ず、英語版 (www.wpath.org) を参照されたい。SOCの初版は1979年に発表され、1980年、1981年、1990年、1998年、2001年に改訂されている。



Standards of Care

for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender- Nonconforming People

Eli Coleman, Walter Bockting, Marsha Botzer, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuyper, Jamie Feldman, Lin Fraser, Jamison Green, Gail Knudson, Walter J. Meyer, Stan Monstrey, Richard K. Adler, George R. Brown, Aaron H. Devor, Randall Ehrbar, Randi Ettner, Evan Eyler, Rob Garofalo, Dan H. Karasic, Arlene Istar Lev, Gal Mayer, Heino Meyer-Bahlburg, Blaine Paxton Hall, Friedmann Pfäfflin, Katherine Rachlin, Bean Robinson, Loren S. Schechter, Vin Tangpricha, Mick van Trotsenburg, Anne Vitale, Sam Winter, Stephen Whittle, Kevan R. Wylie & Ken Zucker

© 2012 World Professional Association for Transgender Health (WPATH). All rights reserved.

7th Version | www.wpath.org

目次

I.	SOC の目的と利用の仕方	1
II.	SOC のグローバルな活用性	3
III.	ジェンダーへの非同調性と性別違和の違い	4
IV.	疫学的検討	6
V.	性別違和に対する治療的アプローチの概観	8
VI.	小児と青年の性別違和のアセスメントと治療	10
VII.	メンタルヘルス	21
VIII.	ホルモン療法	33
IX.	生殖に関して（リプロダクティブ・ヘルス）	50
X.	ボイス・セラピーとコミュニケーション・セラピー	52
XI.	外科的治療（手術）	54
XII.	手術後のケアと経過観察	64
XIII.	生涯を通じた予防的ケアとプライマリケア	65
XIV.	施設に入所している人々への SOC の適用	67
XV.	性分化疾患のある人々への SOC の適用	68
	文献	72
	付録	
A.	用語集	95
B.	ホルモン療法の医学的リスクに関する概要	98
C.	ホルモン療法と手術療法に関する基準の要約	104
D.	治療の臨床的効果に関するエビデンス	107
E.	SOC 第7版ができるまで	109

The Standards of Care
第 7 版

SOCの目的と利用の仕方

世界トランスジェンダー・ヘルス専門家協会（WPATH）¹は、国際的で学際的な専門職組織であり、その職務はトランスジェンダーの健康のエビデンスに基づく診療、教育、研究、権利擁護（アドボカシー）、公共政策を奨励し、またトランスジェンダーの健康を尊重することである。WPATHの設立趣旨・理念は、世界各地でトランスセクシュアル（transsexual）、トランスジェンダー（transgender）、ジェンダーに非同調な人々（gender nonconforming people）に係る上記の活動に取り組み、あらゆる文化的状況においてそれを可能にしようと尽力している、多様な専門家を束ねることにある。

WPATHの主な役割のひとつは、『トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々の健康のためのケア基準（SOC）』（*Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*）の編纂を通じて、個々人のためのヘルスケアの最高の基準を奨励することである。SOCは、入手できる最善の科学的知見と卓越した専門家の総意に基づいている²。この領域における研究と経験のほとんどは、北アメリカと西ヨーロッパの視点に基いている。したがって、SOCを世界の他の地域に適合するように修正することが必要である。文化的相対性や多文化対応力の考え方への提言がSOC第7版には含まれている。

SOCの全体的な目的は、ヘルスケアの専門家に向けた臨床指導要領（ガイダンス）を提供することであり、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々を援助し、自らのジェンダーと末永く快適につき合っていくための、安全で効果的な道筋を提示し、彼らの健康全般、ウェルビーイング（well-being）、自己充足を最大化することにある。援助には、プライマリケア、婦人科学、泌尿器学、生殖に関する選択肢、発声とコミュニケーションのためのセラピー、メンタルヘルスサービス（例えば、アセスメント、カウンセリング、精神療法・心理療法など）、ホルモン療法や外科的治療が含まれる。第一義的にはヘルスケアの専門家のための文書であるSOCだが、個々人やその家族、さらには社会が、この多様な人々の健康をどうすれば促進してゆけるのかを理解するのにも役立つだろう。

WPATHは、健康について、それが優れた医療ケアだけにかかっているのではなく、社会的および政治的状況に依存している、すなわち社会が寛容であり、平等と市民の完全なる権利が保障されるかどうかにかかっていると認識している。健康を促進するため

1 旧ハリー・ベンジャミン国際性別違和協会（the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association）

2 SOC第7版はこれまでの改訂版から飛躍的な発展を遂げている。本改訂版では、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、およびジェンダーに非同調な人々が直面しうる（単にホルモン療法や手術療法に関する事柄に留まらない）様々なヘルスケアの課題を扱っており、文化的視座の変化、臨床的知見の進歩、理解の深化が反映されている（Coleman, 2009a, b, c, d）。

には、ジェンダーやセクシュアリティの多様性に対する寛容さと平等を促進し、偏見、差別、そしてスティグマ（汚名・烙印）を排除する公共政策と法制度の整備が必要なのである。WPATHは、こうした公共政策と法制度の整備に変化をもたらすための権利擁護に取り組んでゆく。

SOCは柔軟な臨床ガイドラインである

SOCは、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々の多様な健康ニーズに応えられるよう、柔軟に作られている。柔軟である一方で、最適なヘルスケアを促進し、性別違和のある人々の治療を指導するための基準も提示している。性別違和とは、本人のジェンダー・アイデンティティと出生時に割り当てられた性別（そして、それに伴う性役割および一次性徴、二次性徴）の食い違いによって引き起こされる不快感と苦悩と定義される（Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b）。

以前のSOC（初版・改訂版）がすべてそうであったように、性別違和に対するホルモン療法や外科的治療に関してSOCが定める基準というのは、あくまでも臨床のためのガイドラインであって、各々の医療従事者およびプログラムによっては修正が加えられることもある。実地臨床では、次のような理由でSOCから外れることがありうる。例えば、特別な解剖学的、社会的あるいは心理的状況に対応する場合、経験豊富な医療従事者がある状況を扱うのに、より進化した手法を用いる場合、研究のプロトコルに使用する場合、資源が不足している地域において実地臨床する場合、さらには、特定の問題解決のための戦略（ハームリダクション）を行なう必要がある場合などである。こうした状況がある場合は、SOCから逸脱していることを認識した上で、受診者^{訳注1}にもそう説明し、ケアの質を担保する目的および法的保護の観点からインフォームド・コンセント（説明同意）を得ていることを文書化しておく必要がある。こうした文書は、新しいデータを蓄積するという点から価値あるものであり、そのデータが改めて検証されることで、ヘルスケアの（またSOCの）進化に役立ち得るものとなる。

SOCはケア基準を明確に述べるためのものだが、インフォームド・チョイスにも役立つものであり、ハームリダクション・アプローチをとることの価値も認識している。これに加えて、SOC第7版では、精神療法・心理療法、ホルモン療法、外科的治療を必ずしも必要としない多様なジェンダー表現が存在することも認識し、承認している。ケアを求めてくる受診者の中には、ジェンダー・アイデンティティや性別違和について、自力で性役割の変更、性別移行、あるいは他の解決策を見出してくる人たちがいる。逆に、より密度の濃いサービスを求めてくる受診者もいる。医療従事者は、受診者の臨床的ニーズと彼らが到達点として目指すジェンダー表現に応じて、受診者自身があらゆる利用可能なヘルスサービスを検討する手助けとして、SOCを利用するとよい。

II

SOCのグローバルな活用

WPATHはSOCが世界中で活用されることを目指しているが、このヘルスケア領域において集積された臨床経験と知見のほとんどは、北アメリカと西ヨーロッパの資料に基いていると認識している。海外では、あるいは国内でも、場所によって様々な違いが見られる。例えば、トランスジェンダー、トランスセクシュアル、ジェンダーに非同調な人々への社会的態度、性役割とアイデンティティの成り立ち、異なるジェンダー・アイデンティティを表現するのに使用される言語、性別違和の病因学、治療のアクセスと費用、提供されているセラピーの種類、ケアに携わっている専門家の数と種類、関連する法的・政策的問題 などである (Winter, 2009)。

SOCがこれらの差異をすべて反映するのは不可能である。ケア基準をそれぞれの文化的文脈に応用する際には、ヘルスケアの専門家がこうした差異に敏感でなければならず、SOCを地域の現状に合わせるが必要になる。例えば、その数や生活様式からして、ジェンダーに非同調な人々がかかり社会的に可視化された存在になっている社会は多い (Peletz, 2006)。そのような状況では、10代前半やそれより更に早い時期に、ジェンダー表現や身体的特徴を変え始めることは珍しいことではない。多くの人々が、西洋文化とはかなり異なる社会的、文化的、言語的文脈の中で成長し、生活している。しかし、ほとんどすべての人々が偏見にさらされる経験をしているというのもまた事実である (Peletz, 2006; Winter, 2009)。ジェンダーへの非同調性に対するスティグマは多くの文化に広がっており、性役割は高度に規範的である (Winter et al., 2009)。このような状況では、ジェンダーに非同調な人々は身を潜めざるを得ず、適切なヘルスケアを受ける機会を欠くことにもつながっている (Winter, 2009)。

どんな人でも最高のケアが利用できるようにしようという努力に制限を加えることは、SOCが意図するところではない。世界中のヘルスケアの専門家は (たとえ資源や訓練・研修の機会が限られた地域にあっても)、SOCの支柱となる中核的な原則の多くを活用することができるはずである。その原則とは、次のようなものである: 非同調なジェンダー・アイデンティティをもつ受診者を尊重すること (ジェンダー・アイデンティティとその表現が他と異なることをもって、これを病理化しないこと)、受診者のジェンダー・アイデンティティを肯定し、性別違和について苦痛を伴っている場合は、それを緩和するケアを提供する (もしくは、これについて知識のある同僚にリファーすること)、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々のヘルスケア・ニーズに関する知識 (性別違和に対応する際の選択肢の利益とリスクを含む) を涵養すること、治療的アプローチを受診者の特定のニーズに適合させること (特に、受診者が目標とするジェンダー表現の到達点、および性別違和を緩和するニーズなど)、適切なケアにつながるができるようにすること、治療を始める前に、受診者

のインフォームド・コンセントを得ておくこと、継続的なケアを提供すること、家庭や地域社会（学校、職場、その他の環境）に暮らす受診者を支援し、その権利を擁護できるよう備えておくこと。

専門用語というのは、文化や時代に依存的なもので、目まぐるしく進化していく。そのため、それぞれの地域や時代、それぞれの人々に尊重されている言葉を用いることが重要である。SOCが他の言語に翻訳される際には、各用語の意味が正確に翻訳されるよう、最善の注意が払われなければならない。英語を他の言語に翻訳するのは容易なことではなく、その逆もまた同じである。各言語の中には、本文書で用いられている様々な用語に対応するものがないということもある。したがって翻訳者は、治療目的の根本を認識した上で、これがその目的に辿り着くための、それぞれの文化の中で適用可能なガイドラインとなるよう明確にしなければならない。



ジェンダーへの非同調性と性別違和の違い

トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調であることは、多様性の現れであり、病理ではない

WPATHは、2010年5月、ジェンダーへの非同調性を精神病理として扱わないよう世界に向けた声明を発表した（WPATH Board of Directors, 2010）。この声明文において、「ジェンダー・アイデンティティを含む、ジェンダー特性に関する表現が、出生時に割り当てられた性別に典型的とされるものとは異なることは、文化的に多様な人類に共通な現象であり、それを本質的な病理と見なしたり、否定的な見方をしたりすべきではない」と述べた。

ジェンダーへの非同調性に対するスティグマが、世界中の多くの社会にみられることは残念なことである。このようなスティグマは偏見や差別をもたらし、「マイノリティ・ストレス」を引き起こしうる（I. H. Meyer, 2003）。マイノリティ・ストレスとは、（すべての人々が経験しうる一般的なストレスに加え）特異な、社会のありようを背景とする慢性的なストレスのことであり、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々に、不安、抑うつといったメンタルヘルスの問題を引き起こしやすくする（Institute of Medicine, 2011）。社会全体にある偏見や差別だけでなく、スティグマが原因で仲間（ピア）関係におけるいじめや無視、家族関係における虐待やネグレクトが起り、心理的苦悩がもたらされることもある。しかしながら、これらの症状は社会によって引き起こされたものであり、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、あるいはジェンダーに非同調な人々であることが問題の本質ではない。

ジェンダーへの非同調性は性別違和と同じではない

ジェンダーへの非同調性 (*gender nonconformity*) とは、ある個人のジェンダー・アイデンティティ、性役割、あるいは性表現が、その個人の生物学的性 (*sex*) について文化的に規定された規範と異なっている程度を意味する用語である (Institute of Medicine, 2011)。性別違和 (*gender dysphoria*) とは、ジェンダー・アイデンティティと、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) 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である (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b)。人生のある時点で性別違和を経験するのは、ジェンダーに非同調な人々の一部に過ぎない。

治療は、そのような苦悩をもつ人々が自らのジェンダー・アイデンティティを模索し、じっくりくる性役割を見出すのを援助するためにある (Bockting & Goldberg, 2006)。治療は個別化されなければならない。すなわち、ある人の性別違和を緩和する方法は、他の人のものとは異なる。このプロセスは、ジェンダー表現の変更、あるいは身体修正を含みうるが、そうでないこともある。医療の選択肢には、例えばホルモン療法や手術による女性化または男性化が含まれ、これらの治療法は性別違和の緩和に有効であり、多くの人々が医学的に必要とするものである。ジェンダー・アイデンティティとジェンダー表現は多様であり、ホルモン療法や手術は、人々が満足できる自己のあり方を獲得するために利用することができる多くの選択肢のうちの2つであるにすぎない。

性別違和は、治療を通じて大幅に緩和させることが可能である (Murad et al., 2010)。それゆえ、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々が人生のある時点で性別違和を経験したとしても、治療を受けた多くの人々が自分にとって満足のいく性役割やジェンダー表現を見つけてゆく。たとえ、見出された性役割やジェンダー表現が、出生時に割り当てられた生物学的性 (*sex*) や支配的なジェンダー規範や性役割期待とは異なっていたとしても、そうすることが可能である。

性別違和に関連する診断

性別違和のある人の中には、精神障害と診断されうるレベルの苦悩を持つ人もいる。しかし、そのような診断がなされたからといって、スティグマ化されたり、公民権や人権がはく奪されるようなことがあってはならない。『精神障害の診断と統計の手引き (DSM)』 (American Psychiatric Association, 2000) や『国際疾病分類 (ICD)』 (World Health Organization, 2007) といった現行の分類システムには、何百もの精神疾患が定義されており、発症の時期や持続期間、病因、機能的障害、治療可能性などの点で、それらは様々に異なっている。こうしたマニュアルはすべて症状と臨床像を分類することを目的としており、個々人を分類しようとするものではない。疾患・障害

(disorder) とは、個人が苦しんでいる状態を表す概念であり、個人あるいは個人のアイデンティティに言及するものではない。

つまり、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々というのは、生得的な疾患や障害がある人たちのことではない。むしろ、性別違和という苦悩がある場合は、そう診断されることによって様々な治療の選択肢が利用可能になるということに関心を向けるべきである。そうした性別違和を診断することで、ヘルスケアへのアクセスにつながり、効果的な治療に関するさらなる研究につながる。

研究は新しい診断名を生み出し、DSM (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010) と ICD に記載される名称が変わろうとしている。そのため SOC では、馴染みのある用語を採用し、新しく登場してくる可能性のある用語についても定義している。ヘルスケアの専門家は、それぞれの臨床分野において、最新の診断基準と適切なコード名を使用されたい。

IV

疫学的検討

トランスセクシュアリズム (transsexualism) の発生率 (incidence)³ や有症割合 (prevalence)⁴ に特化した本格的な疫学的研究はこれまでに実施されておらず、トランスジェンダーおよびジェンダーに非同調なアイデンティティ全般に関しても、そうした疫学的研究は実施されていない。現実的な推定値を割り出すには非常な困難が伴う (Institute of Medicine, 2011; Zucker & Lawrence, 2009)。仮に、疫学的には、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々の割合が全世界で共通していたとしても、国によって文化は異なり、異なる文化においては異なるジェンダー・アイデンティティの行動・表現があり、その国で実際に (ジェンダー・アイデンティティのありようとも区別される) 性別違和が発現する程度もまた違ってくる可能性が高い。ほとんどの国においては、規範的なジェンダーの境界線を超える現象に対して、同情よりも倫理的な非難が引き起こるが、文化によってはジェンダーに非同調な行動がそれほどスティグマ化されることなく、むしろ尊敬の対象となっている例 (例えば、宗教的指導者として) も存在する (Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chinas, 1995; Coleman, Colgan, & Gooren, 1992; Costa & Matzner, 2007; Jackson & Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman, & Dumronggittigule, 1997)。

発生率や有症割合を調査する研究者たちは、様々な理由によって、ジェンダーに非同調な人々のサブグループのうち、最も集計しやすい集団に焦点を当ててきた。つまり、

³ 発生率 (incidence) — 特定の期間 (例えば、1年間) に新しく発生した事例の数

⁴ 有症割合 (prevalence) — ある症状をもつ個々人の数を人口で割ったもの。

性別違和があり、性別移行に必要なケアを求めてジェンダー・クリニックを訪れるトランスセクシュアルたちである (Zucker & Lawrence, 2009)。多くの研究がスウェーデン (Wålinder, 1968, 1971) や英国 (Hoening & Kenna, 1974)、オランダ (Bakker, Van Kesteren, Gooren, & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren, & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren, & Megens, 1996)、ドイツ (Weitze & Osburg, 1996)、ベルギー (De Cuypere et al., 2007) といった欧州諸国で行なわれてきたが、シンガポール (Tsoi, 1988) で行なわれた調査研究もある。

De Cuypere ら (2007) は、自らも調査するかたわら、こうした疫学的研究のレビューを行なっている。網羅された期間は 39 年間である。大きくデータの異なる 2 つの調査結果 (Pauly, 1968 および Tsoi, 1988) を除くと、8 カ国を対象とした 10 本の研究が残る。これら 10 本の調査研究で報告された有症割合は、男性から女性に移行した人々 (MtF) について 1 : 11,900 から 1 : 45,000、女性から男性に移行した人々 (FtM) で 1 : 30,400 から 1 : 200,000 だった。学者の中には、こうした有症割合の推計は研究方法に依存しており、実際はこれよりもはるかに高いという声もある (例えば、Olyslager & Conway, 2007)。

こうした調査研究は、データの収集方法がそれぞれ異なっており、また記録から個人をトランスセクシュアルであると判断する基準 (例えば、性器の再建手術を受けているか、ホルモン療法を始めているか、医学的監督下での性別移行を求めてクリニックを受診したか、など) も様々であるため、異なる調査結果を直接比較するのは不可能である。最近の研究になればなるほど、報告された有症割合が上昇する傾向にあるようだが、これは臨床的ケアを希望する人々が増加していることを示すものと考えられる。この解釈を裏付けるのが Reed ら (2009) による研究で、英国のジェンダー・クリニックにケアを求めてくる人の数は 5~10 年毎に倍増しているという。同様に、Zucker ら (2008) は、過去 30 年の間に、カナダのトロントにある彼らのクリニックにリファーされてくる小児や青年の数が 4~5 倍に増加していると報告している。

こうした研究で推計された有症割合は、せいぜい、推定しうる最小値だと考えられる。公表されている数値のほとんどは、重度の性別違和と診断される基準を満たした受診者で、しかもジェンダー・クリニックでヘルスケアを受けることのできる人たちの数だからである。こうした推定では、性別違和を自認する人たちのすべてが自分たちの地域にあるクリニックを利用可能で役に立つと捉えているわけではない、ということが考慮されていない。ある種の治療を求めてクリニックを受診した人たちの数だけを集計したのでは、特定されない性別違和のある人々の数が見逃されてしまう。

次のような臨床的な観察からも (体系的な研究によって十分に裏付けられているわけではないが)、性別違和の有症割合はもっと高いと考えられる： (i) 不安、抑うつ、行為障害、薬物乱用、解離性障害、境界性パーソナリティ障害、性障害、性分化疾患などを理由に受診した受診者において、時として、これまで見落とされてきた性別違和が認められる (Cole, O'Boyle, Emory, & Meyer III, 1997)。 (ii) クロストレッサー (異

性装者)、ドラァッグ・クイーンやドラァッグ・キング、女装者や男装者 (female/male impersonators) およびゲイやレズビアンの中にも、性別違和を経験している人達がいる (Bullough & Bullough, 1993)。(iii) 性別違和の程度が臨床的閾値の上下で変動する人達がいる (Docter, 1988)。(iv) 多くの文化においては、比較的、FtM のジェンダーへの非同調性は目立ちにくい。特に、今日の発生率や有症割合を試算する調査研究のほとんどを行なっている西洋の医療従事者や研究者の目には、FtM の非同調性は映りにくい (Winter, 2009)。

総括すれば、既存のデータは出発点と見なされるべきであって、ヘルスケアの向上には、世界中の異なる地域で実施される、より厳密な疫学研究が求められる。

V

性別違和に対する治療的アプローチの概観

性別違和に関する知識と治療の進歩

20 世紀の後半、性別違和を緩和するにあたり、性役割を変更することに加えて、ホルモン療法や手術による一次性徴や二次性徴を変えるという方法で医療従事者が支援を提供するようになり、性別違和現象への認知が高まった。ハリー・ベンジャンミンは、ジェンダーへの非同調性にスペクトラムがあることをすでに認識していたが

(Benjamin, 1966)、初期の臨床的アプローチというのは、性別適合手術 (sex reassignment) ^{訳注2} を受けるような、男性から女性あるいは女性から男性への身体的変容をできるだけ完全に進めていく典型例を確定することに重きが置かれていた (e.g., Green & Fleming, 1990; Hastings, 1990)。このやり方は広く吟味され、きわめて効果的であることが証明されている。先行研究によれば、その満足度は MtF の受診者で 87%、FtM の受診者で 97% に達しており (Green & Fleming, 1990)、後悔することは極めて稀である (MtF 受診者で 1~1.5%、FtM 受診者で <1%; Pfallin, 1993)。こうした結果により、多くの人々の性別違和を緩和する上でホルモン療法や手術が医学的に必要であることは明らかだと言える (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; The World Professional Association for Transgender Health, 2008)。

この分野が成熟してくるにつれ、医療従事者は、性別違和を緩和するために多くの受診者がホルモン療法と手術の両方を必要とする一方で、これらの 1 つだけを必要とする人もいれば、どちらも必要としない者がいることを認識するようになった (Bockting & Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004)。受診者によっては、精神療法・心理療法によって、トランスジェンダーやクロスジェンダーの感覚が出生時に割り当てられた性役割に統合され、身体を女性化あるいは男性化する必要を感じないという人たちもい

る。性別違和を緩和するのに、性役割やジェンダー表現を変えるだけで十分だという人たちもいる。また別の人々は、ホルモン療法が必要で、できる限り性役割上の変化を必要とはするが、手術は必要ないという受診者もいるだろう。あるいは、手術による性役割上の変化を必要とするが、ホルモン療法は必要ないという人たちもいる。性別違和への対応は、いわば、より個別化されるようになったのである。

トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々が世代交代するにつれ（その多くが、いろいろな治療的アプローチの恩恵を受けられるようになっており）、コミュニティとしての可視化が進み、ジェンダー・アイデンティティのありようや性役割、ジェンダー表現は極めて多様になっている。彼らの中には、自己をジェンダーに非同調な存在ではなく、紛れもなく異性であると表現する人たちもいれば（Bockting, 2008）、独自のジェンダー・アイデンティティとして、自らを男性とも女性とも捉えない人たちもいる（Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993）。自身に固有な経験が男女という二分法的なジェンダー理解を超えたところにある、という確信によって、自らのジェンダー・アイデンティティをトランスジェンダーやバイジェンダー（bigender）、ジェンダークィア（genderqueer）といった言葉で表現することがある（Bockting, 2008; Ekins & King, 2006; Nestle, Wilchins, & Howell, 2002）。彼らは、アイデンティティの確認作業を「性別移行」という形では経験しない。なぜなら、出生時に割り当てられた性役割を一度も完全に自分のものとしたことがなく、彼らのジェンダー・アイデンティティや性役割、ジェンダー表現のありようというのは、ある性役割を別の性役割に変化させるといったことなく確立されたものであるからである。例えば、ジェンダークィアというアイデンティティを持つ若者であれば、自身のジェンダー・アイデンティティと性役割については、最初からずっとそういうもの（ジェンダークィア）として体験してきた、ということになる。ジェンダーの多様性に対する社会的可視化が進み、社会的認知が高まるにつれ（Feinberg, 1996）、自身にとってしっくりくるアイデンティティの実現、性役割やジェンダー表現の発見という点で、性別違和のある人々の選択肢はますます広がっている。

医療従事者が性別違和のある人々に対してできることは、彼らがジェンダー・アイデンティティを確認し、そのアイデンティティに見合う表現方法の選択肢を様々に模索し、性別違和を緩和するための医学的治療について自己決定していくことを援助することである。

性別違和に対する心理学的対応および医学的治療に関する選択肢

性別違和のケアを求める人々に対しては多様な選択肢が考えられる。個々人に適用される介入の回数と種類およびその手順は、それぞれに異なる（e.g., Bockting, Knudson, & Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green, & Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury, & Pardo, 2010）。選択肢には、以下が含まれる：

- ジェンダー表現および性役割の変更（自己のジェンダー・アイデンティティと一致・調和した性役割で、フルタイムであるいはパートタイムで生活することを含む）
- 身体を女性化あるいは男性化するためのホルモン療法
- 一次性徴および／あるいは二次性徴を変えるための手術（例：乳房／胸、外性器 および／あるいは内性器、顔や身体の輪郭矯正）
- 精神療法・心理療法（個人・カップル・家族・集団）。その目的は、ジェンダー・アイデンティティを模索すること、性別違和やスティグマがメンタルヘルスに与え得るネガティブな影響に対処すること、内在化されたトランスフォビアを緩和すること、社会的支援やピア・サポートを強化すること、身体イメージをよりよいものにする、レジリエンスを高めることにある。

社会的支援とジェンダー表現の変更に関する選択肢

性別違和を緩和するための支援には、先に述べた心理学的対応・医学的治療の選択肢に加えて（あるいはそれらに代わるものとして）、ほかの選択肢も考える。例えば：

- 社会的支援や権利擁護につながるピア・サポート、グループ、コミュニティ、団体・組織（インターネット上のリソースを含む）
- 家族や友人のためのサポート（インターネット上のリソースを含む）
- 言語的・非言語的コミュニケーションのスキルを向上させることでジェンダー・アイデンティティにじっくりくるようにするための、ボイス・セラピーおよびコミュニケーション・セラピー
- 電気脱毛、レーザー脱毛、ワックス脱毛
- 乳房バンド（乳房を押さえつけるもの）、豊胸用乳房パッド、陰茎を押さえつけるタック、陰茎プロステーシス、腰・臀部を大きく見せるパッド
- 身分証明書に記載された名前や性別の変更

VI

小児と青年の性別違和のアセスメントと治療

小児期、青年期、成人期の性別違和には、表現の形としても、発達過程の中でも、そして治療アプローチとしても様々な違いがある。小児期と青年期は、（身体的、心理的、

そして性的に) 短期で劇的な発達プロセスがあり、その帰結するところも成人期と比較して流動的かつ多様性に富んでいる。特にそれは青年期前の子どもたちに顕著である。したがって本章では、小児・青年期の性別違和に特有なアセスメントと治療に関する臨床ガイドラインについて提示する。

性別違和のある小児と青年の違い

性別違和のある小児期と青年期の子どもたちの間にみられる重要な違いは、成人期になっても違和が持続する割合である。小児期の性別違和は、必ずしも成人期まで続くものではない⁵。むしろ、性別違和のアセスメントを目的にクリニックにリファーされてきた青年期前の子どもたち（主に男児）を追跡した研究によれば、違和が成人期まで持続していた割合は6～23%に過ぎない（Cohen-Kettenis, 2001; Zucker & Bradley, 1995）。こうした男児は、成人期になると、トランスジェンダーよりもゲイというアイデンティティを持つ傾向がある（Green, 1987; Money & Russo, 1979; Zucker & Bradley, 1995; Zuger, 1984）。より最新の、女兒を含めた研究が示す性別違和の持続率も12～27%である（Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008）。

それとは対照的に、青年期の子どもたちにおいては、成人期での性別違和の持続率は非常に高い。正式なプロスペクティブ（前向き）研究は存在しないものの、性別違和と診断され、二次性徴抑制ホルモン剤を投与された70名すべてが、再割当てされた性別を継続し、女性化／男性化のためのホルモン療法を始めている（de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2010）。

また別の小児期と青年期の性別違和にみられる違いとしては、年齢集団ごとの性比がある。クリニックにリファーされてきた12歳以下の性別違和のある小児の場合、男女の比率は6：1から3：1である（Zucker, 2004）。一方、クリニックにリファーされてきた12歳以上の若者では、1：1に近くなる（Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003）。

IV章とZucker & Lawrence（2009）の論文に述べられているように、小児期、青年期、成人期の性別違和に関する正式な疫学研究はない。異なる母集団ごとの有症割合や持続性の推定を明確にするためにも更なる研究が必要である。

小児における表現型

2歳ほどの小さな子どもでも、性別違和とみなしうる特徴を示すことがある。このような子どもは、身体の性とは反対の性になりたいという望みや、身体的な性的特徴と機能に不満を訴えることがある。さらに、一般的には異性のものとされる服装、玩具、ゲ

⁵ ジェンダーに非同調的な小児の行動が成人期まで続くこともあるが、そのような行動がみられるからといって、必ずしも性別違和があつて治療が必要であるとは限らない。III章で前述した通り、性別違和はジェンダー表現の多様性と同義ではない。

ームなどを好み、異性の仲間（ピア）と遊ぶことを好む。こうした特徴は子どもによって多様であり、一次性徴に対する持続的かつ深刻な不快感があり、極端なジェンダーへの非同調的行動や願望を示す子どもたちもいれば、こうした特徴があまり強くなく、部分的に示すのみの子どもたちもいる（Cohen-Kettenis et al., 2006; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010a）。

性別違和のある小児には、不安やうつといった障害が内在化されたり、併存することが比較的よくみられる（Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley, & Zucker, 2003; Wallien, Swaab, & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley, & Ameeriar, 2002）。性別違和でクリニックにリファアされてきた子どもたちの自閉性スペクトラム障害の有症割合は、一般人口での有症割合よりも高いようである（de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010）。

青年における表現型

多くの子どもの性別違和は、青年期前あるいは初期に消失する。しかしながら、中には思春期に入って二次性徴が発達するにつれて、こうした感情が強まり、身体嫌悪が表面化したり増したりする子どもたちもいる（Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995）。小児期にみられる極端なジェンダーへの非同調性は、青年期後期および成人期前期に持続する性別違和と関連するようであるという報告もある（Wallien & Cohen-Kettenis, 2008）。しかし、性別違和の兆候がみられる青年や成人でも、生育歴において、幼少期のジェンダーへの非同調的行動が認められないことも多い（Docter, 1988; Landén, Wålinder, & Lundström, 1998）。それゆえ、性別違和が青年期になって初めて明るみになると、他者（親や他の家族、友人、地域の人々）は驚くかもしれない。

一次性徴・二次性徴および出生時に割り当てられた性別とジェンダー・アイデンティティの不一致を経験した青年期の子どもたちは、これを強い苦痛と覚ることがある。すべてではないにせよ、ホルモン療法や手術療法を強く望む青年は多く、高校入学時に、すでに望みの性役割で生活を始めるケースが増えている（Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003）。

ジェンダー・クリニックにリファアされてきた子どもたちの中で、早期の治療（タナー段階の初期で二次性徴を抑制する GnRH アナログを始めること）を始めてもよいと判断された数は、その国や機関によって異なる。また、すべてのクリニックが二次性徴抑制ホルモン剤を処方しているわけではない。そうした治療が提供されている場合でも、青年に許されている開始時期は、タナーによる思春期の発達段階で第2段階から第4段階までと、様々であるようだ（Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Zucker et al., in press）。治療が行われた青年の割合は、ヘルスケアの内容、健康保険

の有無や種類、文化の違い、医療従事者の意見、診断手続きの違いなどによっても異なっている。

臨床家に十分な経験がないと、性別違和の兆候を単なる妄想だと取り違えることがある。表現型として、性別違和の臨床像は、妄想あるいはその他の精神病的症状の臨床像と質的に異なる。性別違和のある小児や青年の圧倒的多数には、精神障害のような重い精神疾患は認められない (Steensma, Biemond, de Boer, & Cohen-Kettenis, published online ahead of print January 7, 2011)。

青年期の性別違和には、不安やうつといった内在化系の精神疾患、あるいは反抗挑戦性障害 (ODD) のような外在化系の精神疾患の併存が、比較的好くみられる (de Vries et al., 2010)。性別違和でクリニックにリファーされてきた青年における、自閉性スペクトラム障害の有症割合は、小児と同様に、一般人口よりも高いようである (de Vries et al., 2010)。

小児と青年の性別違和を扱う

メンタルヘルス専門職に求められる資質・能力・適格性 (competency)

性別違和のある小児と青年をアセスメントし、リファーし、治療を提供するメンタルヘルスの専門家に求められる最低限の資格要件には、以下が含まれる：

1. VII章で概説されている成人を扱うメンタルヘルスの専門家としての資質・能力・適格性 (competency) があること。
2. 小児・青年期の発達精神病理学の訓練・研修を受けていること。
3. 小児・青年期に起こる一般的な問題について診断・治療する資質・能力・適格性 (competency) があること。

小児と青年の性別違和を扱うメンタルヘルス専門職の役割

小児と青年の性別違和を扱うメンタルヘルスの専門家の役割には以下が含まれる：

1. 小児と青年の性別違和を直接アセスメントすること (アセスメントに関する一般的なガイドラインについては、以下を参照のこと)。
2. 小児と青年がジェンダー・アイデンティティを模索することを支援し、性別違和に関連する苦痛を緩和し、その他の心理社会的困難を改善するために、家族カウンセリングや支持的療法・心理療法を提供すること。
3. 小児と青年が抱える、その他の併存しているメンタルヘルスの問題をアセスメントし、治療すること (あるいは、治療できる他のメンタルヘルスの専門家に

リファーすること)。こうした併存するメンタルヘルスの問題に注意を払うということが、総合的な治療計画に組み込まれるべきである。

4. 青年についてはさらに、性別違和を緩和する身体介入（二次性徴抑制ホルモン剤など）ができるようにリファーすること。リファーする際には、性別違和とメンタルヘルスに関する診察（アセスメント）結果、身体的介入（概説は以下を参照のこと）に対する適合要件、当該問題に対するメンタルヘルスの専門家の意見、その他、当該青年の健康に関する情報や特定の治療に関するリファー歴など、すべてが記録されていなければならない。
5. 性別違和のある小児や青年あるいはその家族に代わって、地域社会（デイケアセンター、学校、キャンプ、その他の組織など）を啓発・教育したり、権利擁護に努めること。このことは特に重要である。エビデンスが示すところでは、ジェンダーの社会規範に同調的でない小児や青年は、学校でハラスメント被害を受けることがあり（Grossman, D'Augelli, & Salter, 2006; Grossman, D'Augelli, Howell, & Hubbard, 2006; Sausa, 2005）、社会的孤立、抑うつ、その他のネガティブな出来事にさらされる危険がある（Nuttbrock et al., 2010）。
6. 子どもやその家族にピア・サポート情報を提供、あるいはリファーすること。例えばトランスジェンダーやジェンダーに非同調な子どもを持つ親のためのサポートグループなどが挙げられる（Gold & MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002）。

小児と青年に対するアセスメントと心理社会的介入は、しばしば、ジェンダー・アイデンティティを専門とする種々の立場の人々による学際的なサービスの一環として提供されている。もしこのような学際的なサービスがなければ、メンタルヘルスの専門家が小児内分泌医にコンサルテーションを提供し、アセスメントや教育について連携し、身体的介入については、そのあらゆる決定についても関わりを持つべきである。

性別違和のある小児と青年の心理アセスメント

性別違和のある小児と青年のアセスメントにあたるメンタルヘルスの専門家は、概ね以下のガイドラインに沿うようにすべきである：

1. メンタルヘルスの専門家は、非同調的なジェンダー・アイデンティティや性別違和の兆候に対して、否定的な態度をとったり、退けたりすべきではない。むしろ、小児と青年やその家族が示す心配や不安を肯定すること。また、性別違和とそれ以外に併存するメンタルヘルスの問題を丁寧にアセスメントし、さらに必要があれば、治療の選択肢について当事者の子どもや家族を教育すること。受容すること、隠し立てしないことは、性別違和のある小児と青年とその家族に大きな安心感を与える。

2. 性別違和およびメンタルヘルスのアセスメントとは、小児と青年のジェンダー・アイデンティティの本質や特徴を探るということを意味する。心理診断アセスメントや精神科的診断を行ない、情動機能、仲間（ピア）などとの社会的関係性、知能や学業成績なども含めて対応すること。家族機能の長所と短所をアセスメントすること。情動や行動上の問題というのは比較的よくある。その背景には、小児や青年が置かれている環境で未解決の問題があるかもしれない（de Vries, Doreleijers, Steensma, & Cohen-Kettenis, 2011; Diceglie & Thümmel, 2006; Wallien et al., 2007）。
3. 青年の場合は、アセスメントの段階で、様々な治療法の可能性と限界を本人と家族に知らせること。インフォームド・コンセント（説明と同意）の意味でも必要だが、アセスメントを行う上でも重要である。性別適合（sex reassignment）の実際について知った時の本人の反応が、診断上の参考になりうるからである。本人がもし、治療のもたらす可能性について非現実的な期待を抱いている場合は、正確な情報を得ることによって、その願望が変わるかもしれない。

小児と青年に対する心理的・社会的介入

性別違和のある小児と青年の支援と治療にあたるメンタルヘルスの専門家は、概ね以下のガイドラインに沿うようにすべきである：

1. メンタルヘルスの専門家は、性別違和のある小児と青年の悩みに対して、その家族が受容的で養育的な対応がとれるように支援すること。家族は、子が良好な状態（well-being）で生活することに重要な役割を果たす（Brill & Pepper, 2008; Lev, 2004）。これはまた、地域社会で支援の担い手となりうる、仲間（ピア）や教師・指導者にも当てはまることである。
2. 精神療法・心理療法では、小児と青年の性別違和に関連した苦痛の緩和、およびその他の心理社会的困難の改善を重点的に取り扱うこと。性別適合（sex reassignment）を求める青年の精神療法・心理療法では、性別適合をおこなっている期間の支援、およびその前後の支援が中心となる。様々な精神療法・心理療法的アプローチを評価した研究論文はまだないが、いくつかのカウンセリング方法について書かれたものはある（Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis, & Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Hill, Menvielle, Sica, & Johnson, 2010; Malpas, in press; Menvielle & Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006）。

ジェンダー・アイデンティティやジェンダー表現を出生時に割り当てられた性別と一致・調和するように変えることを目的とした治療は、過去に成功したためしがなく（Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964）、特に長期的効果を示す成功例はない

(Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965)。このような治療は、現在は非倫理的であると考えられている。

1. 家族が子どもの性心理状態に関する懸念や不安にうまく対処し、子どもが肯定的な自己概念を発達していけるように助けるのをメンタルヘルスの専門家は援助すべきである。
2. メンタルヘルスの専門家は、二分法的なジェンダーのありようを押し付けるべきではない。ジェンダー表現に関する様々な選択肢を当事者の子どもが模索するための十分な余裕を与えること。ホルモン療法や手術することが適切な子どもたちもいれば、そうではない子どもたちもいる。
3. 当事者の子どもとその家族に対して、ジェンダー・アイデンティティに一致・調和した性役割表現をどの程度にすべきか、性役割の変更や性別移行のタイミングなど、難しい決断をする際の支援をすること。例えば、生徒が通学する際に、性別移行を部分的（ジェンダー・アイデンティティを反映する服装や髪型にするなど）に留めることもあれば、完全に（上記に加えて、ジェンダー・アイデンティティに一致・調和する氏名や呼称を使用するなど）することもある。当事者の子どもの事情を他者に伝えるべきか否か、伝えるとすればいつ伝えるのか、他者にどう対応してほしいのかなど、困難な問題は様々にある。
4. メンタルヘルスの専門家は、当事者の子どもやその家族が地域社会の人々（例えば、教師、教育委員会、裁判所といった権力を行使する立場など）と関わりをもつにあたり、教育者および代弁者となって支援すること。
5. メンタルヘルスの専門家は、性別移行や身体的介入の程度や種類にかかわらず、その初めから終わりまで一貫して、ジェンダーに非同調な小児と青年とその家族との治療を行う上での関係を継続するように努めること。そうすることが、ジェンダー表現や性別違和の治療に関する意思決定について、慎重に何度も熟慮した上でなされることへの保証につながる。メンタルヘルスの専門家にコンタクトをとる以前に、すでに性別移行を始めている子どもたちについても、同じことが言える。

小児初期の性別移行

思春期を迎えるかなり前から、反対の性役割に性別移行したいと明言する子どもたちがいる。それがジェンダー・アイデンティティの表出を反映したものである場合もあれば、別の理由で動機づけられている場合もある。反対の性役割への社会的移行を家族が許容する程度は、それぞれの家庭で異なる。小児初期で社会的な性別移行をした場合で、早期の段階では成功してみえる家庭もある。しかしこれは、議論の分かれる問題であり、

メンタルヘルスの専門家の間では異なる見解が聞かれる。小児初期の性別移行が完了するまでを予測したり、それが長期的に帰結するところを予測したりするのに、現在のエビデンスでは不十分だからである。今後、小児初期の性別移行を完了した子どもたちを対象とした研究が行われることによって、将来的な医療の方針がどうあるべきかについての多くの情報が集められることになるだろう。

メンタルヘルスの専門家にできることは、家族が子どもの性役割を変更するタイミングやプロセスを決定する支援である。家族に情報を提供し、ある選択をした場合に生じる潜在的な利益や変化について比較検討できるように手助けをする。小児の性別違和の持続率が低いという前述の情報（Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008）もこれに当たる。子どもの側からすれば、元の性役割に戻されることは強い苦悩であり、次の性別移行まで待たされているように思えるかもしれない（Steensma & Cohen-Kettenis, 2011）。こうした理由により、親は性役割の変更について、それを不可逆的な状況というよりも、異性役割で生活させてみるだけ、と捉えたがるかもしれない。メンタルヘルスの専門家にできることは、中間的解決策や妥協点（例えば、長期休暇の間だけにする、など）を見いだせるように援助することである。子どもには「戻ることもできるのだ」ということを親が明確に知らせることも重要である。

性別移行（タイミングや程度）に関する家族の決断がどうなるにせよ、メンタルヘルスの専門家は、選択肢とその影響を検討する家族をカウンセリングし、サポートする。親が子の性別移行を認めない場合は、子に対して思いやりある、養育的な態度でその子のニーズを満たしていけるようなカウンセリングが必要になるかもしれない。そうすることが、子どもたちが安全な環境でジェンダーの感覚や行動を模索できる可能性を十分に担保することにつながる。

親が子どもの性別移行を認めている場合は、親が子の経験を肯定的なものにするためのカウンセリングが必要となるかもしれない。例えば、適切な呼称の使用、性別移行する子どもにとって安全で支援的な環境（学校や仲間集団など）の維持、子どもと関わりをもつ他者とのコミュニケーションなどについてのサポートである。いずれの場合においても、子どもが思春期に近づくにつれ、身体的介入の選択肢が関係してくるため、更なるアセスメントが必要となるかもしれない。

青年に対する身体的介入

上記ですでに概説したように、青年については、いかなる身体的介入についても、その検討に入る前には心理的、家庭的、社会的問題を広範囲に調べる必要がある。その期間は、状況の複雑さによってかなり違ってくる。

身体的介入については、青年期という発達段階をよく考慮する必要がある。青年期のアイデンティティというのは、強い思い込みにより、それが強固に表現されることがあり、決して変わらないという誤った印象を与えかねない。逆に、もっぱら親を喜ばせた

いがゆえに、世間一般に同調的なジェンダーに戻ろうすることもあるが、それは持続しないか、性別違和の永久的な消滅を意味するものではない (Hembree et al., 2009; Steensma et al., published online ahead of print January 7, 2011)。

青年に対する身体的介入は、3つのカテゴリーおよび段階に分類される (Hembree et al., 2009)。

1. **完全に可逆的な介入** GnRH アナログを使用し、エストロゲンあるいはテストステロンの分泌を抑制し、その結果、思春期の身体的変化を遅延させることなどが、これにあたる。これに代わる選択肢には、プロゲステロン (もっとも一般的には、メドロキシプロゲステロン) やその他の製剤 (スピロノラクトン) などがあり、GnRH アナログが処方されていない子どもの精巣から分泌されるアンドロゲン効果を減少させるものである。月経抑制には、継続的な経口避妊薬 (あるいはデポ型メドロキシプロゲステロン) が使用されることもある。
2. **部分的に可逆的な介入** 身体を男性化あるいは女性化させるためのホルモン療法がこれにあたる。ホルモン療法により起こる変化には、再建手術によって元に戻すことができるものもあるが (エストロゲンによって女性化した乳房など)、元には戻せないものもある (テストステロンによって低音化した声など)。
3. **不可逆的な介入** 外科的治療のことである。

段階的なプロセスを踏み、最初の2段階で選択の自由を確保しておくことが推奨される。青年とその家族が前の段階で実施された介入の効果に完全に同化するまでは、次の段階に進むべきではない。

完全に可逆的な介入

思春期による変化が起き始めたらすぐに、二次性徴抑制ホルモン剤の適用対象とみなされうる。思春期を遅らせる治療について、本人と家族がインフォームド・デシジョンをする時期は、少なくともタナー第2段階まで思春期が進んでからであることが推奨される。子どもによっては、非常に幼くして (9歳など) この段階に達する者もいるかもしれない。しかし、このアプローチに関する研究としては、少なくとも12歳以上の子どもだけが対象となっているものしかない (Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries, & Delemarre-van de Waal, 2011; de Vries, Steensma et al., 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch, & Cohen Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006)。

二次性徴抑制ホルモン剤による介入が正当化されるのは、次のような目標がある場合である： (i) これを使用することによって、ジェンダーへの非同調性や他の発達課題を模索するための時間的余裕を青年に与える、 (ii) 性別適合 (sex reassignment) を

希求し続ける場合、後になって元に戻すことが困難あるいは不可能である性的特徴が現れるのを防ぎつつ、性別移行を進めてゆく。

二次性徴の抑制は2～3年間にわたり続けられ、ある時点で、すべてのホルモン療法を中止するか、女性化／男性化を促すホルモン療法に切り替えるかを決断することになる。二次性徴の抑制をしたからといって、社会的な性別移行や性別適合（sex reassignment）は必須ではない。

二次性徴抑制ホルモン剤の適用基準

青年が二次性徴抑制ホルモン剤の処方を受けるためには、次に示す最低限の基準を満たさなければならない。

1. 長く持続する強いジェンダーへの非同調性あるいは性別違和（抑制されている場合と、表出している場合がある）がみられること。
2. 思春期の発来によって、性別違和が出現、あるいは悪化していること。
3. 治療を妨げうる（例えば、治療の継続に影響するような）心理的、医学的、社会的問題が併存している場合、治療を始めるのに十分な程度に、本人の置かれている状況や活動が安定するよう対処されていること。
4. 本人のインフォームド・コンセント（説明同意）があること。特に、医学的な同意が可能な年齢に達していない場合には、親や他の保護者・後見人が治療に同意し、治療プロセスの全過程において子をサポートすることができること。

二次性徴抑制ホルモンの処方計画、モニタリング、危険性

男性外性器を持つ青年への二次性徴抑制には、黄体形成ホルモンの分泌（テストステロン分泌）を停止させるための GnRH アナログが使用される。これに代えて、プロゲステロン（メドロキシプロゲステロンなど）やその他の製剤でテストステロンの分泌をブロックし、テストステロン作用を抑制する方法もある。女性外性器を持つ青年の場合は、エストロゲンとプロゲステロンの分泌を抑制するための GnRH アナログが使用される。これに代えて、プロゲステロン（メドロキシプロゲステロンなど）で治療する方法もある。月経抑制には、継続的な経口避妊薬（あるいはデポ型メドロキシプロゲステロン）が使用されることもある。多くの当事者の子どもやその家族には GnRH アナログの方が好まれるが（Hembree et al., 2009）、値段が高いために利用できない受診者もいる。

二次性徴抑制が行われている間は、何らかの介入が必要となることもあり（希望する性として適当な身長になるようにする、医原性の骨密度の低下を改善するなど）、受診

者の身体的発育状態を慎重にモニタリングすること。できれば、小児内分泌医が行うのが望ましい (Hembree et al., 2009)。

二次性徴抑制療法は、早期に開始した方が遅れて開始するよりも、性別違和による社会的・情動的にネガティブな経験を効果的に回避できる。青年期初期での介入は、可能な限り小児内分泌医のアドバイスにしたがって管理されるべきである。青年期初期に GnRH アナログを始める男性外性器を持つ子どもに対しては、陰茎が陰茎反転法による造脰術をするには不十分なものになる可能性があることを知らせておくべきである (植皮や結腸組織を使用する代替的技法を用いることは可能である)。

思春期を抑制するのも発来させるのも、中立的な行為とは言えない。しかし抑制しなければ、思春期に起こる不可逆的な二次性徴が発来し、強い性別違和を何年も経験することによって、その後の生活に支障をきたすことにもなりかねない。その一方で、GnRH アナログの使用には副作用の心配もある (例えば、骨や身長が発達について)。このアプローチのごく初期的な成果については (10 年間追跡してアセスメントしたものがあるので) 期待できるが (Cohen-Kettenis et al., 2011; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006)、長期的成果となると、この治療が行われるようになった時期に治療を受けた受診者たちが適切な年齢に達するまでは何とも言えない。

部分的な可逆的介入

青年が女性化／男性化を促すホルモン療法を始めるにあたっては、親の同意を得ることが望ましい。多くの国においては、医学的に意思決定が可能となる法定成人年齢は 16 歳であり、その年齢に達すると親の同意は必要ない。理想的には、治療に関する決定が本人と家族、そして治療チームの間でなされるほうがよい。

青年に対するホルモン療法の治療計画は、成人期のそれとはかなり異なる (Hembree et al., 2009)。青年期を通して起こる身体的、情動的、精神的な発達を考慮しなければならない (Hembree et al., 2009)。

不可逆的介入

性器手術は、次の条件が整うまでは実施されるべきではない： (i) 受診者がその国における法的な成人年齢に達している、(ii) 受診者は、少なくとも 12 ヶ月間は継続的にジェンダー・アイデンティティと一致・調和した性役割で生活している。年齢制限は、最低限の条件として捉えられるべきであり、それ自体が積極的介入を始めるべき指標を示しているわけではない。

FtM 受診者に対する乳房の手術は、より早い段階でも実施しうるが、望みの性役割で十分な時間を過ごし、1 年以上のテストステロン療法を受けた後にするのが望ましい。そのように提案する意図としては、不可逆的な手術を実施する前に、より男性的な役割

を社会的に経験し、それに適応をする機会を十分に与えることにある。しかしながら、これとは違うアプローチの方が適している場合もあり、本人に固有な臨床的状況やジェンダー・アイデンティティの表出としての目標によっても変わってくるだろう。

青年期に医学的治療を保留することの危険性

青年期という時期にこそすべき医学的介入を医療従事者が拒否すると、性別違和が長引き、外見の問題がいじめ・虐待やスティグマを引き起こす可能性が出てくる。この時期に受けるいじめ・虐待の程度と、精神的苦悩の程度とが強く相関する（Nuttbrock et al., 2010）ことから、二次性徴抑制や、それに続く女性化／男性化ホルモン療法を保留するというのは、青年にとって、してもしなくてもよい選択肢とは言えない。

VII

メンタルヘルス

トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々が、メンタルヘルス専門職の援助を求めるのには、様々な理由がある。受診者がどのような理由でケアを求めているのかにかかわらず、メンタルヘルスの専門家は、ジェンダーへの非同調性に精通し、適切な文化的対応力を備えた上で行動し、提供しているケアに関して十分に配慮する必要がある。

本章では、性別違和やそれに関連して懸念される事柄について援助を求める成人のケアにおいて、メンタルヘルス専門職が果たすべき役割に焦点を当てる。性別違和のある小児や青年、そして彼らの家族への対応については、VI章を参照してもらいたい。

成人期の性別違和に対応する

メンタルヘルス専門職の資質・能力・適格性（competency）

メンタルヘルス専門職が性別違和のある成人に対応する資質・能力・適格性（competency）を身につけるための訓練・研修の基礎となるのは、メンタルヘルスに関するアセスメント、診断、治療に必要とされる、一般的な臨床能力である。こうした訓練・研修はメンタルヘルスの専門職が活躍するあらゆる分野で、実地臨床に向けた準備として実施されるもので、その分野は心理学、精神医学、ソーシャルワーク、メンタルヘルス・カウンセリング、結婚・家族セラピー、看護学、家庭医学（特に行動保健学やカウンセリングに関する訓練・研修を受ける場合）など、多岐にわたる。性別違和のある成人に対応するメンタルヘルスの専門家に奨励される最低限の資格要件は、以下の通りである：

1. 臨床行動科学分野の修士号、もしくはそれに相当するものを保有していること。この修士の学位（あるいはそれ以上の学位）は、国家や資格認証を行なう機関として正式に承認された組織によって授与されたものでなければならない。メンタルヘルスの専門家は、その国において正式に認可された認証機関もしくはそれに相当する機関が発行する資格証明書を保有していなければならない。
2. 『精神障害の診断と統計の手引き（DSM）』および『疾病および関連保健問題の国際統計分類（ICD）』を活用する資質・能力・適格性（competence）があること。
3. メンタルヘルスの問題が合併している場合に、これらを認識、診断し、性別違和と区別する能力があること。
4. 精神療法・心理療法およびカウンセリングに関する訓練・研修の修了証書、あるいは資質・能力・適格性（competence）が明示された証明書を保有していること。
5. ジェンダーに非同調なアイデンティティや表現、および性別違和のアセスメントと治療に精通していること。
6. 性別違和のアセスメントと治療に関する継続的な教育を受けていること。例えば、関連する学会、ワークショップ、セミナーへの参加、経験豊富なメンタルヘルスの専門家の指導を受ける、ジェンダーへの非同調性と性別違和に関する研究に参加するなど。

こうした最低限の資格要件に加え、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々を扱う仕事を円滑にするため、メンタルヘルスの専門職には文化的対応力の涵養と保持が求められる。それは例えば、本人とその家族に関するコミュニティや権利の擁護、公共政策の最新事情に精通していることを意味する。さらに、セクシュアリティやセクシュアルヘルスの問題、性障害のアセスメントと治療に関する知識を有していることが望ましい。

この分野での日が浅いメンタルヘルスの専門家が職務をこなすにあたっては、（その他の訓練・研修や経験の程度に関係なく）性別違和のアセスメントと治療に関する資質・能力・適格性（competence）を有するメンタルヘルスの専門家のスーパービジョンを仰ぐべきである。

性別違和のある成人に対応するメンタルヘルスの専門家の職務

トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々やその家族のニーズにより、メンタルヘルスの専門家の関わり方も様々に違ってくる。例えば、メンタルヘルスの専門家が精神的・心理的治療をすることもあれば、カウンセラーや家族療法士として関わることもあり、診断や評価、権利擁護、啓発・教育することもある。

メンタルヘルスの専門家は、クライアントが専門家の援助を求めている理由を特定する必要がある。例えば、クライアントは次のようなヘルスケアサービスのひとつ、あるいは複数の組み合わせが必要なかもしれない：ジェンダー・アイデンティティやジェンダー表現を模索するための、もしくはカミングアウトの手助けになるような精神療法・心理療法的援助、女性化／男性化を促す医療介入のためのアセスメントやリファーマー、家族（パートナー、子ども、親戚縁者）への心理的援助、ジェンダーとは関係のない問題への精神療法・心理療法、あるいは他の専門的サービスなど。

性別違和のある成人に対応するメンタルヘルスの専門職に共通する、職務についての一般的なガイドラインは以下の通りである。

アセスメントとリファーマー（紹介）に関連する職務

1. 性別違和をアセスメントする

メンタルヘルスの専門家は、クライアントの心理的適応を判定するという文脈に沿って、性別違和のアセスメントを行なう（Bockting et al., 2006; Lev, 2004, 2009）。評価する際には、最低限、ジェンダー・アイデンティティと性別違和、性別違和感を抱くに至った経緯とその発達、ジェンダーへの非同調性に対するスティグマがメンタルヘルスに及ぼす影響、家族・友人・仲間（ピア）からの援助の利用可能性（例えば、他のトランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々やグループとの、対面型もしくはオンラインによる接触）などを考慮する。評価の結果、性別違和と診断するには至らないかもしれないし、正式な診断が下されるかもしれないし、あるいはクライアントの健康状態と心理的適応からみて、他の診断が下されることになるかもしれない。メンタルヘルス専門職の役割は、性別違和が、別の疾患に付随する副次的現象ではないこと、別の疾患で説明されるものでないことを合理的に確認することである。

上記に示した資質・能力・適格性（competencies）を有するメンタルヘルスの専門家（以下、「メンタルヘルス職の有資格者」と呼ぶ）が、性別違和のアセスメントを行うことが最も適している。しかしながら、行動保健学に関する適切な訓練・研修を受け、性別違和をアセスメントする資質・能力・適格性（competencies）を有する場合、他のヘルスケア専門職がこの職務を遂行することもある。女性化／男性化ホルモン療法を提供する学際的な専門家チームの一部に組み込まれている場合は特にそうである。ホルモン療法の担い手やその担い手が組織しているヘルスケア・チームの一員がこれに該当する。

2. ジェンダー・アイデンティティ、ジェンダー表現、医学的介入の選択肢に関する情報を提供する

メンタルヘルスの専門家の重要な職務は、ジェンダー・アイデンティティとジェンダー表現の多様性、および性別違和を緩和するための多様な選択肢について、クライアントに学んでもらうことである。そうした上で、クライアント自身が自分にとってしっくりくる性役割やジェンダー表現を見つけ、利用可能な医学的介入が必要だということになれば、それについて十分に情報を得た上で意思決定できるように、多様な選択肢を模索するプロセスを進めてゆく（もしくは、他にリファーする）。このプロセスでは、個人療法・家族療法・集団療法を行うことのできるようリファーすること、あるいはピア・サポートが受けられるコミュニティ資源・窓口の提示などを行なう。専門家とクライアントは、性役割の変化と医学的介入の利用がもたらす（短期的・長期的）影響について話し合う。それらの影響は、心理的、社会的、身体的、性的、職業的、経済的、そして法的なものにも及ぶ可能性がある（Bockting et al., 2006; Lev, 2004）。

この職務の担当者についても、メンタルヘルス職の有資格者が最も適していると言えるが、行動保健学に関する適切な訓練・研修を受け、ジェンダーに非同調なアイデンティティや表現、性別違和への医学的介入に関する十分な知識をもつ場合は、他のヘルスケア専門職がこの職務を遂行することもある。そのうちでも特に女性化／男性化ホルモン療法を提供する学際的な専門家チームの構成員である場合は担当することができる。

3. 併存するメンタルヘルスの問題をアセスメントし、治療の選択肢について話し合う

性別違和のあるクライアントは、様々なメンタルヘルスの問題を抱えることがあり（Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godás, & Valdés, 2009; Murad et al., 2010）、性別違和の期間が長いことや、慢性的なマイノリティ・ストレスを抱えていることがそれに関係していることもあれば、していないこともある。ここでいう問題には、不安、抑うつ、自傷、パーソナリティ障害、摂食障害、精神障害、そして自閉性スペクトラム障害などが含まれる（Bockting et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009）。メンタルヘルスの専門家は、上記およびその他のメンタルヘルスの諸問題をスクリーニングし、特定されたものがあれば、それらを治療計画の全体に組み込まなければならない。こうした問題は苦痛を引き起こす大きな要因になり得るものであり、放置すれば、ジェンダー・アイデンティティを模索するプロセスや性別違和の解消に困難をきたす恐れがある（Bockting et al., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009）。こうした問題への対処が、性別違和の解消、性役割の可能な変更、医学的介入に関するインフォームド・デシジョン、さらには生活の質（QOL）の改善を図る上で、大いに役立つ。

併存するメンタルヘルスの諸症状を緩和し、治療するのに、向精神剤が有効なクライアントがいる。メンタルヘルスの専門家はこの点を理解し、自身で薬物療法を提供するか、提供する資格をもつ医師にリファーすることが求められる。メンタルヘルスの問題が併存しているからといって、必ずしも、性役割を変更することや、女性化／男性化ホ

ルモンの利用や手術の実施の可能性を排除すべきではなく、むしろ、性別違和の治療に先行または並行して適切に対処する必要がある。加えて、クライアントが医学的治療に関する知識と情報に基づいてインフォームド・コンセント（説明同意）を行う能力があるのかについてのアセスメントする必要がある。

メンタルヘルス職の有資格者は、こうした併存するメンタルヘルスの問題のアセスメント、診断、治療（もしくは治療するためのリファアーを行なうこと）について、特別な訓練・研修を受けている。他の医療従事者でも、行動保健学の適切な訓練・研修を受けている場合もあり、特に学際的な専門家チームの構成員として女性化／男性化ホルモン療法を提供する立場にあれば、メンタルヘルスの諸問題についてスクリーニングを行なうこともある。そして、もしその存在が示唆された場合は、包括的なアセスメントと治療のためメンタルヘルス職の有資格者にリファアーすることになる。

4. ホルモン療法の適合要件に関するアセスメント、準備、リファアー（紹介）

SOC では、女性化／男性化を促すホルモン療法に関する意思決定を導くための基準を設けている（概要は VII 章と付録 C を参照のこと）。メンタルヘルスの専門家は、ホルモン療法を検討しているクライアントの心理的準備と実務的準備を援助する。心理的準備とは、例えば、明確かつ現実的な期待に基づいたインフォームド・デシジョンが十分にできていること、治療計画の全体に沿ったサービスを受ける準備ができること、家族やコミュニティと適切な関係性を持っていること、などである。実務的準備とは、例えば、医師の診断によりホルモン剤が使用される際の医学的禁忌事項がないことが確認されていること、もしくは対処されていること、（ホルモン剤が与える）心理社会的影響について理解していること、などである。クライアントが生殖可能年齢にある場合は、ホルモン療法を始める前に、生殖に関する選択肢（IX 章）を検討する必要がある。

何よりもまず、ホルモンに関する意思決定は（ヘルスケアに対するあらゆる意思決定がそうであるように）クライアント自身の決断に委ねられる、という認識をメンタルヘルスの専門家がもつことが重要である。メンタルヘルスの専門家は、クライアントが十分なインフォームド・デシジョンを下し、適切に準備を進めて行くことができるように励まし、導き、援助する責任を負っている。クライアントの意思決定を最大限にサポートするには、クライアントとよい協働関係を築き、彼らについて十分な情報を得ておく必要がある。性別違和を緩和し、適切な医療サービスを提供するという目標に沿って、クライアントが、迅速かつ丁寧なアセスメントを受けられるようであればならない。

女性化／男性化を促すホルモン療法へのリファアー（紹介）

女性化／男性化を促すホルモン療法を希望する人々は、あらゆる分野の専門家に接触してることがある。しかしながら、トランスジェンダーのヘルスケアは学際的な領域であり、クライアントの総合的ケアに関わる医療チームが調整を図りつつ、相互にリファアーしつつ進めてゆくことが奨励される。

ホルモン療法は、メンタルヘルス職の有資格者から他の医師へのリファアーによって開始される場合がある。もしくは、行動保健学分野での適切な訓練・研修を受け、性別違和をアセスメントする資質・能力・適格性（competence）のあるヘルスケアの専門家が、受診者のホルモン療法の適合要件をアセスメントした上で、準備を進め、受診者をリファアーしてこることもある。メンタルヘルスに関わる重大な問題が併存していない場合や、学際的な専門家チームとして職務を遂行している場合は特にそうである。リファアーの際には、カルテや意見書の形式で、受診者の個人史および治療歴、治療の進捗状況、適合要件に関する記録が提供される。ホルモン療法を勧めるヘルスケアの専門家とホルモン療法を行う医師は共に、その決断に係る倫理的、法的な責任を負う。

女性化／男性化ホルモン療法への意見書に含められるべき内容は、次の通りである：

1. クライエントに関する一般的な特性・特徴
2. 心理社会的アセスメントの結果（何らかの診断がついている場合は、それを含む）
3. リファアー元であるヘルスケアの専門家とクライエントの関係の継続期間、およびこれまでの診断・評価、治療、カウンセリングの種類
4. ホルモン療法の適用要件を満たしていることの説明と、ホルモン療法を望むクライエントを支援する臨床的合理性についての簡単な記述
5. 受診者からインフォームド・コンセントを得たという事実が明記されたもの
6. 今後のケアについてもコーディネート（調整）するつもりがあり、セッティングのための連絡が欲しいと伝える文言

学際的な専門家で構成される同じチーム内でのリファアーであれば、紹介状（意見書）は必ずしも必要ではなく、アセスメントと提言を受診者のカルテに書き込んでおく。

5. 手術の適合要件に関するアセスメント、準備、リファアー（紹介）

SOC は、乳房／胸部手術と性器手術に関する意思決定を導くための基準も設けている（概要は XI 章と付録 C を参照のこと）。メンタルヘルスの専門家は、手術を検討しているクライエントが、心理的準備と実務的準備をする援助を行なう。心理的準備とは、例えば、明確かつ現実的な期待に基づいたインフォームド・デシジョンが十分にできていること、治療計画の全体に沿ったサービスを受ける用意ができること、家族やコミュニティと適切な関係性を持っていること、などである。実務的準備とは、例えば、執刀医を誰にするかについてインフォームド・チョイスを行なうこと、術後ケアの準備をすること、などである。クライエントが生殖可能年齢にある場合は、性器手術を行う前に生殖に関する選択肢（IX 章）を検討する必要がある。

SOCでは、女性化／男性化を促す顔の手術といった、他の手術に関する基準には触れていない。しかし、カミングアウトや性別移行プロセスの総合的な文脈において、クライアントがこのような手術を行うタイミングや影響について十分なインフォームド・デシジョンを下すことができるような手助けをするなど、メンタルヘルスの専門家の役割が重要になる場面もある。

何よりもまず、手術に関する意思決定は（ヘルスケアに対するあらゆる意思決定がそうであるように）クライアント自身の決断に委ねられる、という認識をメンタルヘルスの専門家がもつことが重要である。メンタルヘルスの専門家は、クライアントが十分なインフォームド・デシジョンを下し、適切に準備を進めていくことができるように励まし、導き、援助する責任を負っている。クライアントの意思決定を最大限にサポートするには、クライアントとよい協働関係を築き、彼らについて十分な情報を得ておく必要がある。性別違和を緩和し、適切な医療サービスを提供するという目標に沿って、クライアントが、迅速かつ丁寧なアセスメントを受けられるようであればならない。

手術へのリファーマ（紹介）

性別違和のための外科治療は、メンタルヘルス職の有資格者（手術の種類によって一人ないし二人）からのリファーマによって行われることが可能になる。リファーマするには、カルテや意見書の形式で、受診者の個人史および治療歴、治療の進捗状況、適合要件に関する記録が提供される。外科治療を勧めるヘルスケアの専門家と手術を行う医師は共に、その決断に係る倫理的、法的な責任を負う。

- 乳房／胸部手術（例えば、乳房切除術、乳房再建術、豊胸手術など）のためには、1人のメンタルヘルス職の有資格者からの意見書が必要となる。
- 性器手術（例えば、子宮摘出／卵管卵巣摘出術、精巣摘出術、性器再建術など）のためには、2通の意見書（それぞれが独立して同じ受診者をアセスメントしたメンタルヘルス職の有資格者からのもの）が必要である。もし最初の意見書が精神療法・心理療法を担当した治療担当者からのものであれば、2通目を書く者の役割は、受診者を評価するだけに限られるべきである。意見書は2通、もしくは2名の署名がある1通の意見書（例えば、同じクリニックで働いている場合など）となる。それぞれの意見書には共通して下記の項目が含まれていること。

手術に関する意見書に含まれることが望ましい項目は、次の通りである：

1. クライアントに関連する一般的な特性・特徴
2. 心理社会的アセスメントの結果（何らかの診断がついている場合は、それを含む）
3. リファーマ元であるヘルスケアの専門家とクライアントの関係の継続期間、およびこれまでに行ったアセスメント、治療、カウンセリングの種類

4. ホルモン療法の適用要件を満たしていることの説明と、ホルモン療法を望むクライアントを支援する臨床的合理性についての簡単な記述
5. 受診者からインフォームド・コンセントを得たという事実が明記されたもの
6. 今後のケアについてもコーディネート（調整）するつもりがあり、セッティングのための連絡が欲しいと伝える文言

学際的な専門家によって構成される同じチーム内であれば、紹介状（意見書）は必ずしも必要ではなく、アセスメントと提言(recommendations)を受診者のカルテに書き込んでおく。

メンタルヘルス専門職と

ホルモン剤処方医・外科医・その他のヘルスケア専門職との関係

理想的には、性別違和のアセスメントと治療に精通した他の専門家（メンタルヘルスと他の医療保健分野の両方）と協働し、定期的に進捗状況について話し合い、相互のコンサルテーション（ピア・コンサルテーション）を受けること。クライアントのヘルスケアに関わる専門家の関係は協調的であるべきであり、必要に応じて調整を図り、臨床についての対話をもつべきである。コンサルテーション、リファー、術後管理を円滑にするためには、オープンで安定したコミュニケーションが求められる。

精神療法・心理療法に関連する職務

1. 精神療法・心理療法はホルモン療法や手術を受けるための絶対条件ではない

先に概説したメンタルヘルスのスクリーニングやアセスメントは、性別違和に対するホルモン療法や手術へのリファーを行なう際に必要なものである。それに対して、精神療法・心理療法は強く推奨されるものではあるが、必須のものではない。

SOC では、ホルモン療法や手術の前に最低何回の精神療法・心理療法が行われるべきかといった提言をしていない。その理由は多面的である（Lev, 2009）。第一に、最低何回といった設定がハードル（障害物）と解釈される傾向があり、それによって真に個人の成長を援助する機会が奪われてしまう。第二に、メンタルヘルスの専門家の役割は、ジェンダー・アイデンティティやジェンダー表現あるいは性別移行を模索するすべての局面に継続的に関わり、重要なサポートを提供するものであって、医学的介入を実施する前に限られない。第三に、限定された期限内で同じような目標を達成する能力というのは、クライアントひとりひとりで異なるものである。

2. ジェンダーに関連する問題を抱える成人に対する精神療法・心理療法の目標

精神療法・心理療法の一般的な目標は、ある個人の総合的な心理的安寧 (well-being)、生活の質 (QOL)、自己充足感を最大化するための方法を見出すことにある。精神療法・心理療法は、ある人のジェンダー・アイデンティティを変えることを意図して行なわれるものではない。むしろ、精神療法・心理療法とは、個人がジェンダーに関連する問題を模索し、性別違和があるならば、それを緩和する方法を見出すための支援を行なうためのものである (Bockting et al., 2006; Bockting & Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004)。典型的には、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々が、ジェンダー・アイデンティティの表現について長期的な安寧 (comfort) を得られるよう援助することが包括的な治療目標であり、現実的などころで人間関係や就学、就労についての良好な結果を得ることにある。詳細については Fraser 論文 (Fraser, 2009c) を参照していただきたい。

精神療法・心理療法には、個人療法、カップル療法、家族療法、集団療法などがあり、最後の集団療法はピア・サポート体制の形成という点からも、特に重要なものである。

3. トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調なクライアントのための精神療法・心理療法 (性役割の変更に関するカウンセリングと支援)

自身にじっくりくる性役割を見い出す作業というのは、それこそがまさに心理社会的プロセスである。精神療法・心理療法は、以下の項目のすべてにおいて、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダー (規範) を支援する重要な役割を果たしうる: (i) ジェンダー・アイデンティティや性役割を明らかにし、模索すること、(ii) スティグマやマイノリティ・ストレスがメンタルヘルスや人間の発達に及ぼす影響に対処すること、(iii) カミングアウトのプロセスを踏むこと (Bockting & Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004)。またこのような過程では、性役割表現の変更や女性化/男性化を促す医学的介入の利用なども関わってくる。

世間というのは、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々を受け入れ、尊重するという点で非常に遅れていることが多い。メンタルヘルスの専門家が本人や家族を支援することで、対人スキルやレジリエンスを高めることができる。精神療法・心理療法はまた、スクリーニングやアセスメントで発見された、併存するメンタルヘルスの問題 (例えば、不安や抑うつなど) を緩和するのにも役立つ。

トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々で、永久的な性役割の変更および社会的な性別移行を果たそうとしている人々が特定の目標と達成に向けたタイムラインなど、個別化された計画を練っていく作業をメンタルヘルスの専門家が促すことになる。性役割を変更する経験は人それぞれに異なるが、そうした経験の社会的側面はたいていの場合 (身体的側面よりもなお一層) 困難が伴う。

性役割を変更するというのは、個人的側面においても社会的側面においても重大な影響をもたらすので、その性役割でうまく機能していけるようになるためには、意思決定をする際に、家族、対人、就業、就労、経済、法律の側面でどういった困難が想定されるか、自覚的であらねばならない。

トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々の多くは、ケアを求めてくる時点では、自分のジェンダー・アイデンティティに最も一致・調和した性役割で人と接したり、受け入れられた経験をもたない。そこで、性役割を変えることに伴って生じる影響を想定し、模索し、性別移行の進捗調整をする手助けをする。精神療法・心理療法は、クライアントがジェンダー・アイデンティティと一致・調和した形で自身を表現する場であり、ジェンダー表現を変えていくことに抱く不安を克服する場にもなり得る。新しい性役割で自信をつけるために、精神療法・心理療法以外の場で、敢えて想定内のリスクを経験しておくというやり方もある。家族やコミュニティ(友人、学校、職場)にカミングアウトする際の支援も提供される。

ケアを求めてくる時点ですでに、出生時に割り当てられた性別とは異なる性役割での生活体験が(少々、ある程度、かなり)あるというトランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々もいる。そのようなクライアントが今後も引き続き性役割を変えていく上で直面しうる困難を見極め、それへの対処や適応を最適化することを支えてゆく。

4. 家族療法および家族へのサポート

性役割の変更や、性別違和に対する医学的介入について下す決断は、本人だけでなく、クライアントの家族にも影響を及ぼす(Emerson & Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004)。クライアントが自分のジェンダー・アイデンティティや治療に関する意思決定について家族などにそれをどう伝えるか、本人が思慮深い決断を下すことができるよう、メンタルヘルスの専門家はそれを支える。家族療法の対象として想定されるのは、配偶者やパートナー、子どもや親類縁者などである。

人間関係やセクシュアルヘルスについての支援をクライアントから求められることもある。例えば、セクシュアリティや親密な交際に係る問題について模索してみたいと思う場合などである。

家族療法は、クライアントに対する個人療法の一環として行われることがあり、臨床的に不適切である場合を除き、同一の治療者がこれに当たることもある。あるいは、家族への対応については、この分野を専門とする他の治療者にリファーする、あるいはピア・サポート(例えば、パートナーや家族の自助支援ネットワークなど。インターネット上のものも含む)にリファーするとよい。

5. 生涯にわたるフォローアップ的なケア

メンタルヘルスの専門家は、ライフステージの様々な局面でクライアントや家族に関わることになる。精神療法・心理療法は、生涯を通じて、異なる時期に生じる様々な問題に役立てることができる。

6. e-セラピー、オンライン・カウンセリング、遠隔カウンセリング

能力・資質・適格性（competence）を備えた専門家の精神療法・心理療法へのアクセスが困難で、孤立やスティグマに直面している人々には、オンラインセラピーやe-セラピーが有効であると言われている（Derrig-Palumbo & Zeine, 2005; Fenichel et al., 2004; Fraser, 2009b）。そうであるなら、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々の精神療法・心理療法にも、e-セラピーという形態は便利なものになると言えるかもしれない。e-セラピーには、サービス提供を強化・拡大し、創造的で、利用者本位なものにする潜在力がある。しかし、この形態はまだ開発段階にあるだけに、想定外のリスクを孕んでいるかもしれない。米国の地域によっては、いくつかの専門分野において、テレメディシン^{訳注3}に関するガイドラインが明確化されているが（Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm, McMnamin, & Brown-Connolly, 2005）、すべての地域・専門分野でそうだというわけではなく、国際的な現状はさらによくわかっていない（Maheu et al., 2005）。e-セラピーの利用については、エビデンスに基づくデータが十分に得られるまで、その利用には慎重であることが望まれる。

e-セラピーに携わるメンタルヘルスの専門家は、自身が所属する資格認定団体、職能集団、国家資格における規定に従って、資格更新を怠ることなく、この急速に進化しているメディアに関する最新の文献に常にあたることが求められる。e-セラピーに関する潜在的な使用方法、プロセス、倫理的問題についてより詳細に説明した文献が出版されているので、参照されたい（Fraser, 2009b）。

メンタルヘルスの専門家が担うその他の職務

1. 地域社会（学校、職場、その他の諸機関・団体）において、クライアントやその家族に代わって、教育および権利擁護を行ない、クライアントの身分証明書記載事項の変更を支援すること

トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々は、自らのジェンダー・アイデンティティならびにジェンダー表現を具体化していく際に、職場や教育現場あるいは他の場面で、様々な困難に直面し得る（Lev, 2004, 2009）。これらの場面において、メンタルヘルスの専門家はクライアントの代弁者となって、ジェンダーへの非同調性について現場を教育し、権利擁護に努めるという重要な役割を担っている（Currah, Juang, & Minter, 2006）（Currah & Minter, 2000）。こうした役割には、

スクールカウンセラーや教員、各種団体・機関・施設の管理職、人事部職員や人事担当管理職、雇用主や代表者のコンサルテーションなども含まれる。さらには、パスポート、運転免許証、出生証明書、卒業証書などの公的文書に記載された名前や性別を変更する際に、支援が求められることもある。

2. ピア・サポートに関する情報提供やリファラー（紹介）

トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々が、ジェンダー表現の選択肢を検討する際、個人精神療法・個人心理療法よりも、ピア・サポートでの体験が何より役立つ場合もある（Rachin, 2002）。体験する価値はその両方にあるので、可能ならば、ジェンダー問題を模索している全ての人々にコミュニティ活動への参加が奨励されるべきである。ピア・サポートに関する資源および情報は利用可能でなければならない。

アセスメントおよび精神療法・心理療法に及ぼす文化とその影響

世界では、医療従事者が様々に異なる環境で働いている。人々が専門的な援助を求める原因となる苦悩というのは、どんな文化圏においても、それぞれの文化が生み出す産物であり、そう理解され、分類されるものである（Frank & Frank, 1993）。メンタルヘルスの専門家がそうした状態をどう理解するかもまた、文化的状況・環境に大きく左右される。ジェンダー・アイデンティティおよびジェンダー表現に関連する文化の違いが、受診者やメンタルヘルスの専門家、そして実践されている精神療法・心理療法のありようすべてに影響を及ぼし得る。WPATHは、SOCが西洋の伝統から生まれ育ったものであると認識しており、文化的文脈に沿って適応させる必要がある。

メンタルヘルスケアに関連する倫理的ガイドライン

臨床を実践するメンタルヘルスの専門家は、その国の職業規定に従って認定されているか、免許を取得している必要がある（Fraser, 2009b; Pope & Vasquez, 2011）。専門職者は、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調なクライアントに関わるいかなる場合も、その資格について認定あるいは免許を発行した組織・機関の倫理規定を遵守しなければならない。

過去においては、個人のジェンダー・アイデンティティや生活上のジェンダー表現を、出生時に割り当てられた性別により一致・調和したものに換えようとする治療が試みられてきたが（Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964）、成功したためしがなく、特に長期的にみると成功例はない（Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965）。そのような治療はもはや倫理的でないと考えられている。

メンタルヘルスの専門家がもし、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々やその家族との関わりを不快に思うことがあったり、あるいは経験不足である場合は、能力・資質・適格性（competence）を有する専門職にリファーするか、少なくとも同業者の専門家にコンサルテーションを仰ぐべきである。身近に適切な人材がおらず、遠隔医療に関する地元の規定条件を満たすようであれば、電話診療（telehealth method）を使ったコンサルテーションを行なうとよい。

ケアへのアクセスの問題

有資格のメンタルヘルス専門職は、いつでもどこでも利用可能というわけではなく、良質なケアへのアクセスが制限される場合もある。WPATH では、アクセスの改善を目指し、トランスジェンダーに特化した、良質なケアを提供可能にするため、様々な領域の専門職を訓練する研修機会を定期的かつ継続的に提供している。アクセスの問題を改善する一つの方法は、科学技術を用いて遠距離地からメンタルヘルスケアを提供することである（Fraser, 2009b）。

世界中の多くの地域で、必要とされるケアに適用できる健康保険や、その他の費用を支払う手段を持たないために、ヘルスケアを受けられないでいるトランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々が存在する。WPATH は、健康保険会社やその他の第三者支払人に対して、性別違和を緩和するために必要な治療をカバーするよう求めているところである（American Medical Association, 2008; Anton, 2009; The World Professional Association for Transgender Health, 2008）。

サービスにアクセスできないクライアントについては、利用可能なピア・サポート（インターネット上のものも含め）にリファーすることが望ましい。最後に、ハームリダクション・アプローチもまた、クライアントが生活改善を図るために健全な意思決定をするための支援の仕方として提案されることがある。

VIII

ホルモン療法

ホルモン療法の医学的ニーズ

女性化／男性化を促すホルモン療法（女性化あるいは男性化という変化を引き起こす内分泌物質の投与）は、性別違和のある多くのトランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々にとって、医学的に必要な介入である（Newfield, Hart, Dibble, & Kohler, 2006; Pfafflin & Junge, 1998）。最大限の女性化／男性化を求める受診者がいる一方で、ホルモン療法で二次性徴を最小に抑え、両性具有的な風貌で安心

感が得られる受診者もいる。ホルモン療法がもたらす心理社会的影響のエビデンスを要約したものについては、付録 D を参照されたい。

ホルモン療法の導入は、受診者の目指す到達点、医療上の便益とリスク、他の既往症の有無、社会的あるいは経済的な状況に基づいて、個別に判断されなければならない。社会的な性役割移行や手術を望まず、あるいはそれらが実施不可能な受診者にとっては、ホルモン療法によってかなりの安堵感がもたらされる (Meyer III, 2009)。ホルモン療法は外科的治療 (そのすべてについてはではないが) に先立って実施されるべき必要条件として奨励されている (XI 章および付録 C を参照のこと)。

ホルモン療法を施行するための条件

SOC の VII 章で概説されているように、ホルモン療法が開始されるのは、心理社会的アセスメントと、有資格のヘルスケア専門職がインフォームド・コンセントを得た後である。メンタルヘルス分野でも専門的資格を有しているホルモン剤処方医でない限り、アセスメントをおこなった専門家からのリファールが必要である。

ホルモン療法を施行するための条件は以下の通りである：

1. 性別違和が持続的で、その履歴が文書に記録されていること
2. 治療に関するインフォームド・デシジョンおよびインフォームド・コンセントが十分可能な状態にあること
3. その国における成人年齢に達していること (未成年の場合は、小児・青年期に関する SOC に従うこと)
4. 医学的あるいはメンタルヘルスに関する重大な問題がある場合は、それが適切にコントロールされた状況にあること

SOC の VII 章で述べられているように、メンタルヘルスの問題が併存しているからといって、必ずしも女性化／男性化を促すホルモン療法へのアクセスが閉ざされることはない。むしろ、こうした懸念がある場合は、性別違和の治療に先立って、あるいはそれと並行して管理する必要がある。

特殊な状況においては、基準を満たさない受診者へのホルモン療法が認められることもある。例えば、違法なホルモン剤を使用している場合や自己流で使用されてきた場合などには、それに替えて効能が知られているホルモン剤を経過観察的に使用する。あるいはすでに自分のジェンダーに確信をもって生活しており、ホルモンの使用歴がある場合などもこれに該当する。HIV や B 型肝炎、C 型肝炎のような血液由来の感染症について、血液抗体が陽性であることを理由にホルモン療法の入手可能性や適合性を否定することは非倫理的である。

稀なケースで、深刻な健康状態にあるなど、ホルモン療法が禁忌となる場合もある。そうした受診者について医療従事者は、性別違和に対するホルモン療法以外の方法で援助すべきである。こうした状況においては、その受診者をよく知るメンタルヘルスの専門家が最も適している。

インフォームド・コンセント（説明同意）

女性化／男性化を促すホルモン療法は、不可逆的な身体的変化をもたらすものである。したがって、受診者から合法的にインフォームド・コンセントを得られる場合にのみホルモン療法を実施すべきである。こうした人々には、裁判所によって同意能力が認められた未成年者や服役者、医学的な意思決定を下す能力が認められる認知障害のある人々などが含まれる（Bockting et al., 2006 を参照のこと）。ホルモン剤を処方する者は、ホルモン療法によってもたらされる効果とリスク、生殖能力への影響など、すべての側面に関する包括的な情報が提供され、理解されたことを診療録に記載しておくべきである。

SOC とインフォームド・コンセント・モデルに基づくプロトコルの関係

米国にある地域医療関連施設の多くが、ホルモン療法を提供する際のプロトコルについて、インフォームド・コンセント・モデル（the Informed Consent Model）として知られるアプローチをその基本とするようになっている（Callen Lorde Community Health Center, 2000, 2011; Fenway Community Health Transgender Health Program, 2007; Tom Waddell Health Center, 2006）。こうしたプロトコルと WPATH の SOC 第7版に示されるガイドラインは一致している。SOC は柔軟性のある臨床上のガイドラインであり、サービスを受ける個人のニーズに応じた介入のありようを可能とし、またサービスの提供や、提供される状況に応じたプロトコルを可能としている（Ehrbar & Gorton, 2010）。

ホルモン療法に関するインフォームド・コンセントを得ることは、受診者が心理的および身体的な効果とリスクを理解していることを、ホルモン剤を処方する側が確認しておく意味と、心理社会的な意味の両方で重要である。ホルモン剤を処方する医療従事者および、ホルモン療法を勧めるヘルスケアの専門家には、性別違和のアセスメントを行なうための知識と経験がなければならない。受診者の年齢や過去の使用経験、身体的・精神的健康問題の現状に応じて、ホルモン剤がもたらす特定の効果、限界、リスクに関する情報を提供しなければならない。

急性または現在のメンタルヘルス上の懸念される問題をスクリーニングし、それに対応することは、インフォームド・コンセントの重要なプロセスの一部である。これは、メンタルヘルスの専門家、あるいは適切な訓練・研修を受けたホルモン剤処方医によってなされるべきである（SOC の VII 章を参照のこと）。ホルモン剤投与による心理社会的影響（例えば、男性化／女性化することが家族・友人・同僚にどのようなインパクト

をもって認識され、彼らとの関係にどのようなインパクトを及ぼしうるか)については、その同じ処方医、あるいは適切な訓練・研修を受けた他のヘルスケア・チームのメンバー（例えば、看護師）などが、必要に応じて説明・対応するとよい。もし不安神経症や抑うつなど、併存するメンタルヘルスの問題の兆候がみられる場合は、ホルモン治療を行う医師は、精神療法・心理療法やアセスメントおよび治療が受けられるようにリファーする必要がある。

インフォームド・コンセント・モデルと SOC 第7版の違いは、性別違和を緩和し、性役割の変更や心理社会的適応を促すことにおいて、メンタルヘルスの専門家が重要な役割を担っていることが、SOC ではより強く強調されている点にある。その役割には、メンタルヘルスに関して兆候がみられた場合の包括的アセスメントや精神療法・心理療法も含まれている。インフォームド・コンセント・モデルにおいて焦点があてられているのは、ハームリダクショナルにいろいろな専門職がホルモン療法を始める状況において、是非の判断をする線引き (threshold) としてのインフォームド・コンセントにある。メンタルヘルスケアについては、受診者がそれを求めなければ、あるいはホルモン療法を開始する前に対処しておくべきメンタルヘルス上の顕著な問題が特定されなければ、それを重視することはない。

ホルモン療法の身体への影響

女性化／男性化を促すホルモン療法によって、受診者のジェンダー・アイデンティティにより一致・調和する身体的変化がもたらされる。

- FtM の受診者においては、次のような身体的変化が起こりうる：声の低音化、陰核肥大（個人差が大きい）、顔の毛や体毛の増加、月経停止、乳腺組織の萎縮、性欲亢進、筋肉量に対する体脂肪率の減少。
- MtF の受診者においては、次のような身体的変化が起こりうる：乳房発達（個人差が大きい）、性欲減退と勃起力の低下、精巣の縮小化、筋肉量に対する体脂肪率の増加。

ほとんどの場合、女性化や男性化による身体的変化には2年間を要する。身体的変化の程度や効果が現れるタイムスケジュールには、かなりの個人差がある。身体的変化に要する大凡の期間を示したものが、表 1a および表 1b である。

表 1a : 男性ホルモンの作用と効果が予測される期間^A

作用	効果が現れ始める時期	効果が最大になる時期 ^B
脂肌／ニキビ	1-6 ヶ月	1-2 年
顔／体毛	3-6 ヶ月	3-5 年
頭皮の抜け毛	>12 ヶ月 ^C	個人差が大きい
筋量／筋力の増加	6-12 ヶ月	2-5 年 ^D
体脂肪の再分布	3-6 ヶ月	2-5 年
月経停止	2-6 ヶ月	n/a
陰核肥大	3-6 ヶ月	1-2 年
膣の収縮	3-6 ヶ月	1-2 年
声の低音化	3-12 ヶ月	1-2 年

- A. Hembree et al.(2009)を許可をえて引用。 *Copyright 2009, The Endocrine Society.*
 B. 推定値には公開あるいは非公開情報である臨床知見を使用。
 C. 年齢に大きく依存し、遺伝形質の影響は極めて少ないと思われる。
 D. 運動量に大きく既存する。

表 1b : 女性ホルモンの作用と効果が予測される期間^A

作用	効果が現れ始める時期 ^B	効果が最大になる時期 ^B
体脂肪の再分布	3-6 ヶ月	2-5 年
筋量／筋力の減少	3-6 ヶ月	1-2 年 ^C
皮膚の軟化／皮脂の減少	3-6 ヶ月	不明
性欲減退	1-3	1-2 年
勃起力の低下	1-3	3-6 ヶ月
男性性機能不全	個人差が大きい	個人差が大きい
乳房の発達	3-6 ヶ月	2-3 年
精巣重量の減少	3-6 ヶ月	2-3 年
精子形成の減少	個人差が大きい	個人差が大きい
体毛および顔の毛の脱毛と低成長	6-12 ヶ月	>3 年 ^D
男性型脱毛症（禿げ）	再発毛なし、1-3 ヶ月脱毛停止	1-2 年

A. Hembree et al.(2009)を許可をえて引用。 Copyright 2009, The Endocrine Society.

B. 推定値には公開あるいは非公開情報である臨床知見を使用。

C. 年齢に大きく依存し、遺伝形質の影響は極めて少ないと思われる。

D. 男性の顔の毛や体毛の完全脱毛には、電気脱毛、レーザー脱毛、あるいはその療法が必要になる。

身体的変化が起こる効果の程度や割合は、ホルモン量、投与経路、使用された製剤などによって異なり、受診者の特定の治療目的（例えば、性役割表現の変更、性別適合手術の計画の有無など）に合わせて、あるいは医学的なリスクを考慮して選択される。ホルモン療法への反応性を予測する上で、年齢や体形、民族性、あるいは家系といったことが信頼性の高い要因になることを示すエビデンスは（FtM の声の低音化に関する予測を例外として）今のところない。望みの身体的変化を引き起こすものとして、医学的に承認された方法が、その他の方法よりも効果的であることを示すエビデンスはない。

ホルモン療法のリスク

医療行為にリスクを伴わないものはない。重篤な有害事象は次のような要因によって引き起こされる可能性がある：治療薬そのものの問題、投与量、投与経路、受診者の臨

床的特徴（年齢、併存症、家族歴、健康に関連する習慣）など。したがって、ある受診者に有害事象が起こりうるか否かを予見することは不可能である。

トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々に対するホルモン療法のリスクについてまとめたものが、表2に示されている。エビデンスが示すレベルに基づいてリスクを次のように分類している：(i) ホルモン療法によるリスク増大の可能性が高い、(ii) ホルモン療法によるリスク増大の可能性はある (iii) リスクについて確定的な証拠がないか、増大の心配がない。(iii) の分類の中には、リスクがあるかもしれないが、明らかな結論に至るには証拠があまりにも少ないものが含まれている。

リスクに関する詳細な補足説明については、ホルモン療法に関する包括的かつエビデンスに基づく研究をレビューした2本の論文 (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) と大規模なコホート研究 (Asscheman et al., 2011) を基に執筆された付録Bを参照されたい。臨床に関して書かれ、広く認知された他の文献 (Dahl, Feldman, Goldberg, & Jaber, 2006; Ettner, Monstrey, & Eyler, 2007) と共に、こうしたレビュー論文はホルモン剤を処方する者たちに詳細な資料を提供するものである。

表2: ホルモン療法のリスク 太字は臨床的に有意差があるものを意味する

リスク・レベル	女性化ホルモン	男性化ホルモン
リスク増大の可能性が高い	静脈血栓栓塞症^A 胆石症 肝逸脱酵素上昇 体重増加 高トリグリセリド血症	多血症 体重増加 ニキビ 男性型脱毛症（禿げ） 睡眠時無呼吸
追加要因によりリスク増大の可能性が高い ^B	循環器疾患	
リスク増大の可能性がある	高血圧症 高プロラクチン症 下垂体腺腫	肝逸脱酵素上昇 高脂血症
追加要因によりリスク増大の可能性がある	II型糖尿病^A	特定の精神疾患の不安定化^C 心血管疾患 高血圧症 II型糖尿病
リスク増大の心配がないか、確定的な証拠がない	乳がん	骨密度の低下 乳がん 子宮頸がん 卵巣がん 子宮内膜（子宮体）がん

A. 経皮的エストロゲン投与よりも経口的エストロゲン投与の方がリスクは大きい。

B. 追加要因には、年齢などが含まれる。

C. 躁病あるいは精神病症状を含む、双極性障害、統合失調感情障害、その他障害を含む。この有害事象はテストステロンの投与量が多い場合や、超生理的な血中濃度に関連して起こると考えられる。

ホルモン剤処方医の資質・能力・適格性 (competency) と、 他の医療従事者との関係

ホルモン療法は、包括的なプライマリケアと心理社会的問題に対する協調的アプローチを行うことのできる、万全なヘルスケアの一環として実施されることが望ましい (Feldman & Safer, 2009)。ホルモン療法を開始するにあたり、精神療法・心理療法やカウンセリングを並行して行う必要はないが、継続して通院・通所している場合には、身体的にも心理社会的にも性別移行が良好に進んでいることを確認するために (受診者の同意を得て) 担当者間で定期的なコミュニケーションをもつことが望ましい。

適切な訓練・研修を受けることで、看護師やプライマリケア専門医など、さまざまな医療従事者によってホルモン療法の管理をすることが可能となる (Dahl et al., 2006)。普段は十分な医学的サービスを受けることのない人々でも、ホルモン剤処方に関連して医療機関を訪れることによって、幅広いケアを受ける機会をもつことになる (Clements, Wilkinson, Kitano, & Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000)。ジェンダーを専門とするチーム医療や専門医が存在しない地域では特に、心血管リスクや癌のスクリーニングなど、ホルモン剤の長期使用に関連して起こる合併症のスクリーニングや医学的管理はすべて、専門的なケアというよりもプライマリケアの範疇で対応されることになる (American Academy of Family Physicians, 2005; Eyler, 2007; World Health Organization, 2008)。

ホルモン療法を求めるトランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々のニーズは複合領域にまたがるものであり、一般的にもケアが分断されることによる困難が生じている (World Health Organization, 2008) という問題を鑑み、**WPATH** では、プライマリケアに関わる医療従事者がホルモン療法に関わるようにすること、そのための訓練・研修の機会を増やすことを強く奨励したい。専門家がホルモン剤の処方を行う場合も、受診者のプライマリケアを担当している医療従事者との密接なコミュニケーションを図るべきである。逆に、プライマリケアを担当する医師にホルモン療法の経験がない場合や、ホルモン療法に影響を及ぼす代謝疾患や内分泌疾患の既往歴が受診者にある場合は、ホルモン剤投与に関して経験豊富な医療従事者や内分泌専門医が関わるべきである。

トランスジェンダー医療に関する公式化された訓練・研修プログラムはまだ存在していないが、ホルモン剤を提供する医療従事者には、この分野の十分な知識と経験を培う責任がある。ホルモン療法に関する経験を積み、自信をもって処方するためには、より熟練したホルモン剤処方医と組んで助言を受け、いろいろ試す前に基本的なところから始めるとよい。この医療分野は発展途上にあるため、臨床に携わる者は医学文献で常に最新情報を入手し、問題が起こった場合は同僚と話し合うべきである。こうしたことをするのに、**WPATH** や他の国内外で組織されているネットワークが役立つだろう。

ホルモン剤を処方する医師の責任

一般的に、ホルモン療法をおこなう医師の職務には次のようなものがある：

1. 最初に、受診者が目標とする身体的変化に関する話し合い、既往症の確認、身体検査、リスク・アセスメント、関連の臨床検査などを行なう。
2. ホルモン剤投与によって期待される効果とそれが及ぼしうる健康への悪影響について受診者と話し合う。副作用には妊孕性の低下が含まれるため (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)、ホルモン療法を開始する前に、生殖に関する選択肢について受診者と話し合っておくべきである (IX 章参照のこと)。
3. 受診者が治療の利害を理解する能力、医学的ケアについてインフォームド・デシジョンを下す能力があることを確認する。
4. 一般的な身体検査やホルモン剤の作用 (効果) と副作用の経過観察を含む、医療的なモニタリングを継続的に実施する。
5. 必要に応じて、受診者のプライマリケア担当医、精神科医、外科医と連携を図る。
6. 必要に応じて、当該受診者が女性化／男性化に関する医学的なモニタリングとケアを受けていることが書かれた簡易な診断書を受診者に提供する。ホルモン療法の初期には特に、警察や他の権威を行使する立場にある当局との面倒を避けるために、こうした診断書を常時携帯することを希望する場合がある。

ホルモン剤が処方される臨床場面によっては (下記参照)、こうした責任が軽減される場合もある。カウンセリング、身体検査および各種臨床検査を実施する程度は、受診者のニーズによって個別化されるべきである。

ホルモン療法が実施される臨床の場面

医師がホルモン剤を処方するよう求められる場面でも、必ずしも長期のホルモン療法を開始・継続する必要がある場合がある。臨床の場面にも様々ある (状況の複雑さの程度については、下記参照のこと) という認識をもつことで、自分たちが関われるとは思っていなかった医師たちがホルモン療法に関与できるようになるかもしれない。

1. 橋渡し

他の医師による処方や他の手段 (例えば、インターネットでの購入など) を通じて入手したホルモン剤ですでに始めている受診者がケアを求めてくる場合がある。長期的なホルモン療法の担当医が見つかるまでの間、期間を区切って (1~6ヶ月間) ホルモン

剤を処方するとよい。そのような場面では、受診者の現状における安全と製剤の作用・副作用についてアセスメントを行ない、状況によっては、より安全な製剤や処方量に切り替えることを検討する必要がある（Dahl et al., 2006; Feldman & Safer, 2009）。ホルモン療法をすでに開始している受診者については、ベースラインとなる初期の検査結果や有害事象の有無に関する情報について書かれた医療記録を（受診者の同意を得て）請求する必要がある。受診者のケアにメンタルヘルスの専門家が関わっている状況では、そうした専門家との情報交換が必要となる。受診者がSOCの勧める心理社会的アセスメント（VII章参照のこと）を一度も受けたことがない場合は、適切かつ料金的に利用可能なメンタルヘルスの専門家に受診者をリファーすべきである（Feldman & Safer, 2009）。橋渡しのホルモンを処方する場合、橋渡しの期限について受診者と相談する必要がある。

2. 性腺摘出後のホルモン療法

一般的に、卵巣や精巣を摘出した後、禁忌となる条件がみられない限り、エストロゲンやテストステロンによるホルモン補充療法が生涯にわたって続けられることになる。こうした手術の後にはしばしばホルモン量が低下するため（Basson, 2001; Levy, Crown, & Reid, 2003; Moore, Wisniewski, & Dobs, 2003）、年齢に伴う調整や併存症の問題に配慮する必要があるが、他の性腺機能低下症の受診者が受けるホルモン補充療法と極めて類似したものを行う必要がある。

3. 性腺摘出前のホルモンの維持・管理

ホルモン剤による女性化／男性化の効果が最大に達した（通常は2～3年）後は、同じ量を継続していくことになる。投与量は、健康状態、年齢、ライフスタイルの変化といったことを考慮しつつ、調節していく（Dahl et al., 2006）。継続使用を目的に受診してきた受診者については、現状における安全と製剤の作用・副作用についてアセスメントを行ない、状況によっては、より安全な製剤や処方量に切り替えることを検討する必要がある。定期的実施される身体検査や検査によるモニタリングを継続していくニーズについては、文献に概説されている通りである（Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009）。受診者の健康状態や、長期使用によるリスクの可能性に関するエビデンスを考慮して、ホルモン剤の量や種類の定期的な見直しが必要となる（後述する「ホルモン剤処方計画」を参照のこと）。

4. ホルモン剤による女性化／男性化の開始

これは、要する時間と専門性という意味で、最も関与が求められる臨床場面である。ホルモン療法は、受診者が目標とする到達点、処方をもたらす利害関係のバランス、他の健康状態、社会的・経済的状況などを勘案しつつ、個別化されなければならない。文献には多種多様なホルモン剤処方計画が散見されるが（Dahl et al., 2006; Hembree et

al., 2009; Moore et al., 2003) 、無作為抽出によってその安全性と効果を比較した臨床研究は報告されていない。様々あるとしても、上記文献に示された効果と安全性に関するエビデンスに基づき、初期のリスク・アセスメントや継続的なモニタリングに関する治療計画を立てることは可能である。

ホルモン療法開始のためのリスク・アセスメントと修正

ホルモン療法に際して実施されるアセスメントは、受診者の目標とする臨床上的到達点とホルモン剤に関連して起こる有害事象のリスク要因をアセスメントすることを目的とするものである。リスク・アセスメントについては、ホルモン療法を開始する前に立てるリスク低減のための計画として、あるいは継続的なハームリダクションの一環として、いつの時期においても受診者と医師が行なうものである。全てのアセスメントには、体重・身長・血圧を含む、徹底した身体検査の結果が考慮されなければならない。乳房・性器・直腸の検査は、ほとんどのトランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々が気にするところであり、そのニーズについては、それぞれが直面しているリスクおよび予防医学的観点から個別に判断されるべきである (Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007) 。

予防的ケア

受診者にプライマリケアを担当する医師がいない場合、予防医学的なヘルスケアについては、ホルモン療法を行なうものが受診者に説明すべきである。受診者の年齢やリスク情報に基づき、ホルモン療法が影響を及ぼしうる事柄に関するスクリーニングや検査が適切に実施される必要がある。こうしたスクリーニング検査は、ホルモン療法の開始に先立って行われるのが理想的である。

女性化を促すホルモン療法のためのリスク・アセスメントと修正 (MtF の場合)

女性化を促すための治療自体に絶対的禁忌はないが、女性化を促進する個々の製剤、特にエストロゲンには絶対的禁忌がみられる。例えば、潜在的な血液凝固亢進状態や、エストロゲン依存型の腫瘍、末期の慢性肝疾患などの合併症などに関連した静脈血栓症などがそれにあたる (Gharib et al., 2005) 。他にも、表 2 および付録 B に示されているように、エストロゲンやアンドロゲン抑制によって悪化するものがあるため、ホルモン療法を開始する前に診断をつけ、適切に対処する必要がある (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) 。特に喫煙は、それ自体が静脈血栓のリスクを高め、エストロゲン使用によってさらにその危険性が増すため、注意が必要である。心血管や脳血管障害がある受診者については、循環器専門医のコンサルテーションを受けるとよい。

初期リスクをアセスメントし、将来的な有害事象のリスクをアセスメントするためにも、もともとの基礎データとしての臨床検査値が重要となる。表 2 に示されている通り、

初期の臨床検査項目は、女性ホルモン療法のリスクや、当該受診者に固有なリスク要因および家族歴に基づいて判断されるべきである。推奨される初期臨床検査の項目について書かれた文献があるので、参照されたい (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。こうした検査項目については、受診者の経済的状況や保険適用の有無、あるいは受診者が健康である場合などには、修正を加えてよい。

男性化を促すホルモン療法のためのリスク・アセスメントと修正 (FtM の場合)

テストステロン療法による絶対的禁忌には、妊娠、不安定性冠動脈疾患、ヘマトクリットが 55%以上である未治療の多血症などがある (Carnegie, 2004)。テストステロンがアロマトラーゼ (芳香化酵素) によってエストロゲンになることで、乳がんやその他のエストロゲン依存性の悪性腫瘍をもつ受診者のリスクを増大させることがあるため (Moore et al., 2003)、ホルモン剤の使用に先立って腫瘍専門医のコンサルテーションを受けることが望ましい。テストステロンによって悪化する可能性が高い合併疾患については、ホルモン療法の開始に先立って診断と治療をするべきである (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。心血管や脳血管障害がある受診者については、循環器専門医のコンサルテーションを受けるとよい。

FtM 受診者においては、テストステロンを使用していない場合でも、多嚢胞性卵巣症候群 (PCOS) の有症割合が高くなることが指摘されている (Baba et al., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid, & Jacobs, 1993; Bosinski et al., 1997)。PCOS がトランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調なアイデンティティの発達に関連しているというエビデンスはないものの、PCOS には糖尿病や心臓病、高血圧、卵巣がんや子宮内膜 (子宮体) がんのリスク増大との関連が認められる (Cattrall & Healy, 2004)。テストステロンはこうした病状に影響すると考えられるため、PCOS の兆候や症状はテストステロン療法に先立って診断されるべきである。テストステロンは胎児の発育に影響を与えうるものであり (Physicians' Desk Reference, 2011)、妊娠の可能性がある受診者においては、効果の高い方法で避妊することが求められる。

初期リスクをアセスメントし、将来的な有害事象のリスクを予測するためには、もとの基礎データとしての臨床検査値が重要となる。表 2 に示されている通り、初期の臨床検査項目は、男性ホルモン療法のリスクや、当該受診者に固有なリスク要因および家族歴に基づいて判断されるべきである。推奨される初期臨床検査の項目について書かれた文献があるので、参照されたい (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。こうした検査項目については、受診者の経済的状況や保険適用の有無、あるいは受診者が健康である場合などには、修正を加えてよい。

ホルモン療法の効果と有害事象に関する臨床モニタリング

ホルモン剤使用中に実施する臨床モニタリングの目的は、女性化／男性化の程度と処方によって引き起こる可能性のある有害事象をアセスメントすることである。しかしながら、他の長期治療のモニタリングと同様に、モニタリングは包括医療 (ヘルス・ケア)

の一環として実施されるべきである。推奨される臨床モニタリングのプロトコルについて書かれた文献があるので、参照されたい (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。受診者に併存症がある場合は、より頻繁な観察を要する。

地理的な距離がある、あるいは資源の乏しい地域に暮らしている場合、受診者の健康状態がよければ、電話診療 (telehealth) を使ったり、その地域の看護師や医療助手の協力を得るなど、代替手段で対応するとよい。別段の兆候がみられなければ、ホルモン療法によってリスクが増大しやすいものや、ホルモン療法によって増大する可能性はそれほどでなくても、臨床的に重篤なものに関するモニタリングを優先させるとよい。

女性ホルモン療法の効果とリスクに関するモニタリング (MtF の場合)

このアセスメントにおける最大の関心は、臨床的効果としてのホルモン剤への反応にある。つまり、受診者のジェンダー目標と一致・調和する形で、男性的特徴が抑制され、女性的な身体を発達させることができているか、ということである。より迅速に臨床的効果が得られるホルモン量を予測するために、テストステロン値については、健常女性における正常範囲の上限を下回っていること、エストラジオール値については、閉経前の女性における正常範囲に収まっていること (ただし、生理的レベルの範囲にあること) を確認するとよい (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。

有害事象に対するモニタリングには、診察と検査の両方を行なうべきである。経過観察においては、血圧、体重、脈拍を測定し、あるいは四肢検査による末梢浮腫、局所的な腫れ、または痛みの有無を確認することで、心血管障害や静脈血栓塞栓症 (VTE) の兆候を見逃さないようにする必要がある (Feldman & Safer, 2009)。モニタリングのための検査の実施については、上記に述べられたホルモン療法が引き起こしうるリスクである、受診者が個別に抱える併存症やリスク因子、特定のホルモン剤処方で考慮すべき問題の有無に応じて判断されるべきである。検査プロトコル例について書かれた文献があるので、参照されたい (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。

男性ホルモン療法の効果とリスクに関するモニタリング (FtM の場合)

このアセスメントにおける最大の関心は、臨床的効果としてのホルモン剤への反応にある。つまり、受診者のジェンダー目標と一致・調和する形で、女性的特徴が最小化され、男性的な身体を発達させることができているか、ということである。テストステロン値について、それが超生理的レベルになることを避け、健常男性の正常範囲内に保つことにより、よい効果を引き出すことができる (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009)。シピオン酸テストステロンあるいはエナント酸テストステロンの筋肉注射を行っている受診者については、血中テストステロン値を測定して効果の指標とするが、注射を行う直前の最低値 (trough level) を用いる医師もいれば、注射と注射の中間の時期の値 (midcycle levels) を用いる医師もいる (Dahl et al., 2006; Hembree et al.,

2009; Tangpricha, Turner, Malabanan, & Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber, & Chipkin, 2003)。

有害事象に対するモニタリングには、診察と検査の両方を行なうべきである。経過観察では、過度な体重増加、ニキビ、子宮の不正出血、心血管障害の兆候と症状に細心の注意を払い、精神医学的リスクのある受診者についてはその症状についても注意すべきである。身体検査としては、血圧、体重、心拍の測定と皮膚状態のチェック、さらには心肺機能の測定を行なう (Feldman & Safer, 2009)。モニタリングのための検査の実施については、上記に述べられたホルモン療法が引き起こしうるリスク、受診者が個別に抱える併存症やリスク因子、特定のホルモン剤処方での憂慮すべき問題の有無に応じて判断されるべきである。検査プロトコル例について書かれた文献があるので、参照されたい (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。

ホルモン剤処方計画 (Hormone Regimens)

今日に至るまで、女性化／男性化を促進するホルモン剤処方の安全性や身体的変容の効果を評価・比較した臨床研究は実施されていない。そのため、医学文献には多種多様なホルモン剤投与量や種類が報告されている (Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003; van Kesteren, Asscheman, Megens, & Gooren, 1997)。さらに、受診者の地理的問題や社会的経済的状況によっても、特定の治療へのアクセスは制限される。このような理由のために、WPATH では特定の女性化／男性化ホルモン療法を解説、承認するといったことはせず、むしろ、文献によく登場する治療内容や手段について広く網羅して示すようにしている。

これまでに概説してきたように、様々なホルモン療法における個別の要因によって、その安全性にも違いがみられる。The Endocrine Society Guidelines (Hembree et al., 2009) や Feldman & Safer (2009) といった文献では、ホルモン剤の種類と、身体的変容のレベルが受診者の望む (女性化／男性化に関して目標とする到達点に基づいた) 範囲に収まる投与量などに関する説明が詳述されている。ホルモン療法に関わる医療従事者には、文献を読んで常に最新の情報を入手し、個々の受診者にとって安全で、それぞれの地域で入手可能な資源を活用してニーズの充足を図れるような治療を行なうことが強く勧められる。

女性化ホルモンの処方計画 (MtF の場合)

エストロゲン

経口エストロゲンの使用、特にエチニルエストラジオールの使用は、VTE (静脈血栓塞栓症) のリスク増大につながる可能性がある。この安全性への懸念により、女性ホルモン療法にエチニルエストラジオールを使用することは奨励されていない。VTE のリスク因子がある受診者には経皮投与でのエストロゲン製剤が推奨されている。高い投

与量は有害事象のリスク増大につながり、生理学的レベルを超える場合は特にリスクが高い (Hembree et al., 2009)。エストロゲンの影響をうける可能性のある合併症のある受診者については、可能ならば経口エストロゲンを避け、低用量から始めるとよい。受診者によっては、望む結果を得るために (大量に使用するなど) 必要なエストロゲン・レベルを安全に使用できない場合がある。こうした可能性があることを、ホルモン療法を始めるにあたって受診者とよく話し合う必要がある。

アンドロゲン減少療法 (「抗アンドロゲン剤」)

エストロゲンと「抗アンドロゲン剤」の組み合わせは、女性化について最も広く研究された方法である。さまざまな種類の薬による抗アンドロゲン療法には、内因性テストステロン濃度やテストステロン活性を低下させる効果があり、体毛といった男性的特徴を減らすことができる。少量のエストロゲンはテストステロンを抑制するために必要とされ、それによって、高用量の外因性エストロゲンに関連するリスクを減らすことができる (Prior, Vigna, Watson, Diewold, & Robinow, 1986; Prior, Vigna, & Watson, 1989)。

一般的な抗アンドロゲン剤には次のようなものがある：

- 抗高血圧剤であるスピロノラクトンには、直接的にテストステロン分泌に働きかけ、アンドロゲンが受容体と結合することを阻害する。高カリウム血症が懸念されるため、血圧や電解質の値を監視する必要がある。
- 酢酸シプロテロンは、抗アンドロゲンの作用特性をもつプロゲステロン化合物である。肝毒性への懸念から米国ではその使用が承認されていないが、他の国や地域では広く使用されている (De Cuypere et al., 2005)。
- GnRH アゴニスト (例えば、ゴセレリン、ブセレリン、トリプトレリンなど) は、ゴナドトロピンから放出されるホルモン受容体をブロックする神経関連ホルモンであり、下垂体からの卵胞刺激ホルモンおよび黄体形成ホルモンの放出をブロックする。これにより、非常に効果的に性腺からの性ホルモン分泌を抑制する。しかしながら、この治療法は高額であり、注射およびインプラントでのみ利用可能となっている。
- 5 α 還元酵素阻害剤 (フィナステリドおよびデュタステリド) は、テストステロンよりも生理活性の高いアンドロゲンである5 α ジヒドロテストステロンにテストステロンが転化するのをブロックする。これらの製剤は、頭皮の脱毛、体毛の発育、皮脂腺、皮膚の軟性に有益な効果がある。

シプロテロンとスピロノラクトンは最も一般的に用いられている抗アンドロゲン剤であり、おそらく費用対効果の面でも最も効率がよいものである。

プロゲステロン

シプロテロンを例外とし、女性ホルモン療法におけるプロゲステロン類の使用については反対意見もある (Oriol, 2000)。プロゲステロンは細胞レベルで乳房の発達に作用するものであるため、完全な乳房の発達のためにはこの製剤が重要だと信じる医者もいる。(Basson & Prior, 1998; Oriol, 2000)。しかしながら、プロゲステロンを使用した女性ホルモン療法と使用しなかった女性ホルモン療法を比較した臨床試験では、乳房の発達にも、血清中の遊離テストステロン値の低下にも、プロゲステロンの作用は認められなかった (Meyer III et al., 1986)。抑うつ、体重増加、脂質の変化など、プロゲステロンがもたらしうる潜在的な悪影響が懸念されている (Meyer III et al., 1986; Tangpricha et al., 2003)。プロゲステロン (特にメドロキシプロゲステロン) はまた、女性の乳がんや心血管のリスクを増加させるのではないかと考えられている (Rossouw et al., 2002)。微粒子化したプロゲステロンのほうが好ましく、脂質関連の効果において、メドロキシプロゲステロンよりも望ましいとする向きもある (de Lignieres, 1999; Fitzpatrick, Pace, & Wiita, 2000)。

男性化ホルモン剤の処方計画 (FtM の場合)

テストステロン

テストステロンは、一般に、経口、経皮、または非経口 (IM) により投与されるが、舌下やインプラント治療によるものも可能である。米国以外の国で利用可能なテストステロンウンデカン酸エステル剤の経口投与による作用は、非経口治療よりも血清テストステロンレベルが低く、月経の抑制効果にも限界がみられる (Feldman, 2005, April; Moore et al., 2003)。筋肉注射によるシピオン酸テストステロンやエナント酸テストステロンは、2~4 週毎に処方されることが多く、受診者によっては周期変動 (例えば、サイクルの終わり頃を感じる疲労やイライラ、サイクルの初め頃を感じる攻撃性や気分の高揚など) に気づいたり、それが持続する時間が正常な生理学的レベルではないと意識されることもある (Jockenhovel, 2004)。これを緩和するには、投与量を減らして回数を多くするとか、経皮吸収製剤を毎日使用するなどするとよいかもしれない (Dobs et al., 1999; Jockenhovel, 2004; Nieschlag et al., 2004)。筋肉注射によるテストステロンウンデセンは (現在、米国では使用できないが)、生理学的なテストステロンレベルをおよそ 12 週間以上にわたって安定的に維持するものであり、性腺機能低下症にも、FtM の事例にも、その効果が認められる (Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann, & Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad, & Nieschlag, 2006)。経皮吸収製剤あるいは筋肉注射によるテストステロン投与は、似たような男性化の効果をもたらすというエビデンスがある。ただし、経皮吸収製剤を使用した場合のほうが、いささか遅く作用するようである (Feldman, 2005, April)。目標とすべきは、特に受診者の加齢に伴い、骨密度を維持するための適切な予防措置を講じつつ、望ましい臨床的成果を維持するために最小限必要な投与量にしていくことである。

その他

ホルモン療法の初期には、月経停止を補助するために、プロゲスチンが（最も一般的なものは、メドロキシプロゲステロンであるが）短期間使用されることがある。これと同様に GnRH アゴニストが使用されることがあり、これは基本的に婦人科系の異常がない受診者の難治性子宮出血に対しても使用される。

バイオアイデンティカルホルモンと合成ホルモン

閉経後のホルモン代替療法としてバイオアイデンティカルホルモンの使用が注目されることに伴い、女性化／男性化を促すホルモン療法においても似たような使用ができるのではないかという興味関心が高まっている。特別に調合されたバイオアイデンティカルホルモンのほうが、政府に認可されたバイオアイデンティカルホルモンよりも、安全性や効果において優れているというエビデンスはない（Sood, Shuster, Smith, Vincent, & Jatoi, 2011）。したがって、North American Menopause Society (2010) 他が助言しているところでは、使用するホルモン剤が製剤薬局からのものであるかどうかにかかわらず、有効成分が似ているのであれば、どれも類似した副作用があると想定すべきである。WPATH の見解も彼らと同じである。

IX

生殖に関して（リプロダクティブ・ヘルス）

多くのトランスジェンダー、トランスセクシュアル、ジェンダーに非同調な人々が、子どもを持ちたいと思うようになる。女性化／男性化を促すホルモン療法は生殖能力を制限するため（Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui, & Bremner, 1999）、ホルモン療法や、生殖器官を切除／修正する手術を開始する前に、生殖能力について受診者が自ら決定することが望ましい。ホルモン療法や性器手術を受けたのちに、遺伝的つながりのある子を持つのが不可能になったことを悔やむ場合もあることが知られている（De Sutter, Kira, Verschoor, & Hotimsky, 2002）。

ホルモン療法や手術を勧めるメンタルヘルスの専門家、ホルモン剤を処方する医師、そして外科医など、ヘルスケアの専門家は、性別違和に対するこれらの医学的治療を開始する前に、生殖についての選択肢を受診者と話し合うべきである。たとえもし受診者が治療を始めるときに生殖能力の問題に興味をもっていないとしても、こうした話題は後になって持ち上がるに違いなく、また受診者が若い場合にはより頻繁に起こる問題となろう（De Sutter, 2009）。早めに話し合うことが望まれるが、常に可能な訳ではない。もし、ある個人が性別適合手術をまだ完了していなければ、ホルモン療法を長期に中断することで、元の性のホルモンが回復し、成熟配偶子を産生することが可能になる

かもしれない(Payer, Meyer III, & Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta, & Dhont, 2001)。

性別違和に対して様々な医学的治療を受けている個々人の生殖の問題について、生殖に関する論議や意見を述べた論文を除けば、研究論文はほとんど発表されていない。性腺の喪失あるいは損傷を受けることから、生殖機能を温存するニーズに直面している別のグループとして、悪性腫瘍のために生殖器を切除しなければならない人々、生殖機能を損傷する放射線療法や化学療法を受ける人々の例がある。こうしたグループから得られる知見が、性別違和のために治療を受ける人々にも応用可能となるだろう。

MtF の受診者、特にまだ子どものいない人は、ホルモン療法の開始前に、精子を保存する選択肢のあることを知らされ、精子の保存について考慮するよう促されるべきである。高濃度のエストロゲンにさらされた精巣を検討した研究(Payer et al., 1979)は、エストロゲンを中止することにより、精巣機能が回復する可能性を示唆している。精子凍結に対する MtF 受診者の意見をまとめた論文(De Sutter et al., 2002)によれば、回答者 121 名のうち大多数が、医学界が精子凍結の可能性を検討し、これを提供すべきだとしている。精子回収はホルモン療法の開始前、もしくは治療を中止後に精子の数が再び増えてから行われるべきである。精子の質が思わしくない場合も、凍結保存が話し合われるべきである。無精子症の成人では、精子回収のため精巣生検後の凍結保存が可能であるが、必ずしも成功するわけではない。

FtM の生殖に関する選択肢には、未受精卵もしくは受精卵を凍結する方法もある。凍結配偶子と受精卵は、後に代理母による妊娠に用いることができる。多嚢胞性卵巣症候群の女性における研究では、卵巣が高テストステロンレベルにさらされても、ある程度回復することが示唆されている(Hunter & Sterrett, 2000)。短期間テストステロンを中止することで、卵巣は卵子を作れる程度に十分に回復するかもしれないが、それは受診者の年齢とテストステロンを使用していた期間に依存するであろう。系統立った研究がなされたわけではないが、テストステロン投与後にそれを中止した FtM のいくつかの例で、妊娠と育児が得られている(More, 1998)。

このような技術はどこでも利用可能なわけではなく、非常に高額になり得ることを受診者に助言すべきである。トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々の生殖のための選択は、いかなる場合も、否定されるべきではない。

思春期前あるいは思春期に GnRH アナログや女性化／男性化ホルモンを用いることで、生来の生殖機能が发育しない子どもたちの場合は例外である。現時点では、こうした例において性腺機能を温存する技術はない。

X

ボイス・セラピーとコミュニケーション・セラピー

コミュニケーションは、言語的であれ非言語的であれ、人間の行動やジェンダー表現の重要な側面である。トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々は、声とコミュニケーションに関する専門家の援助を求めることがある。その目的は、声の特徴（声の高さ、抑揚、共鳴、発話速度、言葉づかいのパターン）や非言語的なコミュニケーション・パターン（ジェスチャー、態度、動き、顔の表情）を身につけることで、自身のジェンダー・アイデンティティと一致・調和する、心地よい状態を得ることである。ボイス・セラピーとコミュニケーション・セラピーは、性別違和を緩和し、その人が目標とする性役割の表出に近づくために、前向きで意欲的な一歩を踏み出す一助となる。

トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調なクライアントの声とコミュニケーションに関わる専門家の資質・能力・適格性 (competency)

専門家の種類には、音声言語病理学者 (speech-language pathologists)、言語療法士 (speech therapists)、言語音声療法に関する臨床医 (speech-voice clinicians) などがある。ほとんどの国で、音声言語病理学の専門職団体の会員資格には特別な資格や資質が必要とされる。いくつかの国の政府は、国家資格や資格証明書、登録制度などを通じて、実務者を規制している (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia; Vancouver Coastal Health, Vancouver, British Columbia, Canada)。

以下は、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調的なクライアントの声とコミュニケーションに関わる専門職に推奨される最低限の資質である：

1. トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調なクライアントのアセスメントとコミュニケーション・スキルの開発に関する専門的な研修を受けていること、資質・能力・適格性 (competence) を有すること。
2. SOC で概説されている、女性化／男性化を促すホルモン療法や手術療法、トランス特有の心理的社会的問題などといった、トランスジェンダーの健康に関して基本的な知識・理解があること。また例えば、望む性別の代名詞や名前を使うといった、基本的な配慮の仕方に精通していること (Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia)。

3. トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調なクライアントのアセスメントとコミュニケーション・スキルの開発に関する継続的な研修を受けていること。例えば、専門職会議、ワークショップ、セミナーへの参加、ジェンダー・アイデンティティの問題に関連する研究に参加すること、個人研究に従事すること、経験豊富かつ資格を有する専門家の指導を受けることなど。

これ以外にも、ボイストレーナーやプロの演劇人、歌唱指導者、体の動きに関する専門家 (movement experts) といった、その他の専門家が貴重な補助的役割を果たすこともある。こうした専門家が、音声言語病理学の専門家と働いた経験をもつ、あるいは積極的に協力するようになることが理想である。

アセスメントと治療について

ボイス・セラピーとコミュニケーション・セラピーの一般的な目的は、クライアントが自分の声とコミュニケーションに対する不安を払拭し、それらしく変えるための援助を行なうことである。そうすることによって、ジェンダー・アイデンティティと一致・調和し、自己感覚が反映されたコミュニケーション様式を身につけることが期待される (Adler, Hirsch, & Mordaunt, 2006)。専門家は、声とコミュニケーションの好みは人それぞれであるということをよく意識しておかなければならない。コミュニケーション (スタイル、声、言語の選択など) は、個人的なものである。本人が不快に感じる、もしくはそれらしくないと感じる行動は押しつけられるべきではない。ジェンダーについて何を懸念しているのか、目標とする性役割表現がどんなものであるかを理解することに時間を費やすことが、クライアントの利益を最大限にする (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia)。

自身のジェンダー・アイデンティティがどうであるかによって、獲得したいと思うコミュニケーション行動が選択される。そうした決定については、声とコミュニケーションの専門家の知識やクライアント個人のアセスメント・データに基づいた情報とサポートが提供される (Hancock, Krissing, & Owen, 2010)。アセスメントには、声、共鳴、発音の明瞭さ、話す言語、非言語コミュニケーションに関する、クライアントの自己評価と専門家の評価の両方が用いられる (Adler et al., 2006; Hancock et al., 2010)。

治療計画では、研究のエビデンスや臨床的知見と専門家の経験、そしてクライアント自身の目標と価値観が考慮される (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia; Vancouver Coastal Health, Vancouver, British Columbia, Canada)。治療の対象となるのは、通常、声の高さ・抑揚・大きさ、アクセントのパターン、声の質、共鳴度、

発音の明瞭さ、発話の速度と言葉づかい、言語・非言語コミュニケーションである (Adler et al., 2006; Davies & Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts, & Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates & Dacakis, 1983)。治療は、個人あるいは集団で行われ、あるいはその両方が行われることもある。治療の頻度と期間は、クライアントのニーズによって様々に異なる。既存の治療プロトコルは、個別化されたセラピーを計画していく中で、考えだされたものである (Carew, Dacakis, & Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies & Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; McNeill, Wilson, Clark, & Deakin, 2008; Mount & Salmon, 1988)。

声を女性化あるいは男性化するために、通常とは異なる発声のメカニズムが用いられる。声を酷使し、長期的なダメージを引き起こす可能性を回避する方策が必要である。したがって、全てのボイス・セラピーとコミュニケーション・セラピーは、声の健康についても配慮したものでなければならない (Adler et al., 2006)。

音声女性化手術後の声の健康について

XI章で述べられているように、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々の中には、音声女性化手術を受ける人たちがいる (男性化を促すホルモン療法によって声の低音化が起こるが、女性化を促すホルモン剤は成人の MtF の声に影響を与えない)。こうした手術を受けた受診者にみられる満足度、安全性、長期的な改善度は、様々に異なる。音声女性化手術を受ける人は、手術の効果を最大限に引き出し、声を健康的に保つにはどうすればよいか、声の高さには関係ないところで身につけるべきコミュニケーションにはどんなものがあるかなどについて、声とコミュニケーションに関する専門家に相談することが推奨される。音声手術後は声とコミュニケーションの専門家によるフォローアップが実施されるべきであり、その国における言語療法や音声言語病理学の学会・職能集団によって資格・資質の認定を受けた専門家がこの職務にあたる (Kanagawalingam et al., 2005; Neumann & Welzel, 2004)。

XI

外科的治療（手術）

性別適合手術は効果的であり、医学的に必要なものである

外科的治療（特に性器手術）は、性別違和の治療過程において最後に検討され、そして最も検討される段階である。トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調なクライアントの多くが、手術を受けることなく、自分にじっくりくるジェンダー・アイデンティティや性役割、ジェンダー表現のありようを見いだしている一方

で、性別違和を緩和するには手術が必須で、医学的な必要性がある人々も多い (Hage & Karim, 2000)。後者においては、ジェンダー・アイデンティティとのより一層の一致・調和させるためには、一次性徴、二次性徴を変更しなければ性別違和から解放されることがない。さらには手術することによって、性的パートナーがいる場合、医師の診察を受ける場面やプール、スポーツジムなどで、より気持ちを楽しめるようになる。状況によっては、警察や他の公権力による逮捕や尋問・捜査を受けるような場面で想定されうる有害事象のリスクを減少することにもつながる。

追跡調査が示唆するところでは、術後の、主観としての良好な状態 (well-being)、見た目、性機能などの側面からみて、性別適合手術の有益性には疑う余地がない (De Cuypere et al., 2005; Gijs & Brewaeys, 2007; Klein & Gorzalka, 2009; Pfäfflin & Junge, 1998)。外科的治療の結果についてさらに詳細な情報については、付録 D に要約されている。

性別適合手術 (Sex Reassignment Surgery) の倫理的疑問点

通常の手術というものは、病理組織を切除することで障害されていた機能を回復させたり、身体を変更することで受診者の自己像を改善させるという目的で行われる。性別違和の治療としての手術がこうした条件に当てはまらないという理由で、一般にも、医療従事者の間でも、その倫理的基盤に異議を唱える声がある。

性別違和のある受診者をケアする医療従事者が、正常な解剖学的構造に手を加えることについて、平常心でいられることが重要である。手術がいかに関性別違和のある個人の精神的な不快感や苦悩を緩和するかを理解するためには、彼らの症状やジレンマ、それまでの人生に耳を傾ける必要がある。「何よりも、受診者に対し害をなすなかれ」(“above all do no harm”) ^{訳注 4} という倫理基盤を理由に挙げて、性別適合手術に反対する声があることについては、それを尊重し、話し合うべきである。また、性別違和があることによって引き起こされる精神的苦悩や、適切な治療へのアクセスが拒否されることによって有害事象が引き起こされる可能性のあることなどを、受診者自身から学ぶ機会が与えられるべきである。

性別違和を理由とする性器手術や乳房／胸部の手術は、他の手術とは異なり、単なる選択肢のひとつではない。選択的手術の典型というのは、受診者と外科医の間で交わされる相互に同意された私的契約に基づいて行われるものである。一方、性別違和に対する性器手術および乳房／胸部手術というのは、SOC の VII 章で概説されているように、医学的に必要な治療なのであり、十分な資質があるメンタルヘルスの専門家によるアセスメントが行われて初めて施行されるものである。手術は、アセスメントが実施された事実、およびある特定の外科的治療を受ける条件が満たされていることが書面に明記されて初めて、実施される。この手順に従いつつ、メンタルヘルス専門職と外科医、それにももちろん受診者自身が、身体への不可逆的変化を加える決定に共同責任を負う。

HIV やC型肝炎、B型肝炎に代表される血液由来の感染症の陽性者だからといって、そのことだけをもって性別適合手術の利用可能性や適用資格を否定することは、非倫理的である。

外科医とメンタルヘルスの専門家とホルモン剤処方医（いる場合）との関係、および受診者との関係（インフォームド・コンセント）

性別違和の治療における外科医の役割は、単なる技術提供者ではない。むしろ、良心的な外科医であれば、それぞれの受診者の個人史や病歴、手術にリファーされてくるに至った根拠について洞察するものである。そのためには、外科医は時間をかけて受診者と話し合い、それぞれの臨床現場で受診者との積極的な関わりをもってきた他の医療従事者との密接な協働関係をもたなければならない。

外科医がチーム医療の一員である場合は、常にコンサルテーション（会議）をすることができる。そういう状態にない外科医の場合は、リファーしてきたメンタルヘルスの専門家やホルモン剤処方医に、性別違和のアセスメントと治療に関する資質・能力・適格性（*competence*）があることを確信できなければならない。なぜなら、外科医は彼らの専門性にかなり頼らざるをえないからである。

特定の手術の必要とされる基準（下記に示す）を満たしていることが確認されたところで、外科的治療の実施検討に入り、術前診察（コンサルテーション）が実施される運びとなる。この診察（コンサルテーション）では、術式と術後経過について広く十分な話し合いが、受診者との間でもたれる。外科医は性別違和を理由に外科的治療を求めている受診者と、以下の全事項について話し合う責任がある。

- その術式に代わるその他の術式について（代替的な選択肢を提供できる同業者へのリファーを含む）
- それぞれの術式の長所と短所
- 外科的治療の限界により「理想的」な結果に至らない可能性について（外科医は自ら執刀した様々な事例の術前術後写真を見せ、成功事例と不成功事例の両方を開示すべきである。）
- 各術式のリスクと起こりうる合併症について（外科医は、各術式について、自ら経験した合併症発生率を受診者に知らせるべきである。）

こうした話し合いは、インフォームド・コンセントの核となるものであり、どのような外科的治療においても倫理的かつ法的な必須条件である。性別違和を緩和するという結果を導くためには、受診者が術後の成果に対して抱く期待が現実的なものであることを確認することが重要となる。

上記情報を文書化し、受診者が流暢に使いこなせる言語および図やイラストを用いて提供されるべきである。受診者はこうした情報を（インターネットなどを通じて）事前に受け取り、注意しながら熟読・精読する十分な時間が与えられるべきである。施術前には、インフォームド・コンセントの各項目について、常に、対面の形で話し合いがもたれるべきである。疑問があればそれに回答し、受診者からは書面によるインフォームド・コンセントを得ておく。手術は不可逆的なものなので、インフォームド・コンセントの提出を求める前に、受診者が情報を完全に咀嚼するのに十分な時間を確保する気遣いが必要である。最短でも24時間の余裕をみるのが奨励される。

外科医は施術直後のアフターケアを行い、その後のフォローを担当する医師らとのコンサルテーションを行なう。受診者は適切なアフターケアについて計画を練る作業を外科医と共に行なう。

性別違和の治療としての外科的手技の概要

MtF 受診者への外科的手技には以下のものがある：

1. 乳房／胸部手術：豊胸手術（インプラント/ 脂肪注入）
2. 性器手術：陰茎切断術、精巣摘出術、造陰術、陰核形成術、外陰形成術
3. その他（非性器、非乳房）の外科的介入：顔面の女性化手術、脂肪吸引、脂肪注入、声の手術、甲状軟骨部分切除術、臀部形成術（インプラント/ 脂肪注入）、毛の再生術、その他の様々な美容外科的手技。

FtM 受診者への外科的手技には以下のものがある：

1. 乳房／胸部手術：乳房切除術、男性型胸部形成
2. 性器手術：子宮摘出術／卵巣摘出術、近位尿道再建術（これは次の2つの術式と組み合わせることも可能）、外陰形成術あるいは陰茎形成術（有茎皮弁法または遊離皮弁法）、陰切除術、陰嚢形成術、陰茎インプラントや人工睾丸（シリコンプロテーゼ）の挿入
3. その他（非性器、非乳房）の外科的介入：声の手術（まれ）、脂肪吸引、脂肪注入、大胸筋部インプラント、その他の様々な美容外科的手技

再建手術なのか、美容整形手術なのか

性別適合手術が「美容整形」手術なのか「再建」手術なのかという疑問は、哲学的観点からだけでなく、治療費負担の観点からいっても妥当な疑問である。美容整形手術あ

るいはコスメティック手術と呼ばれるものは、通常、医学的な必要性がないものと考えられており、それゆえ費用の全額を受診者が支払う。これに対して、再建手術は医学的に必要なものだと考えられており（その治療的効果には疑問の余地がないため）、費用の一部あるいは全額が国の健康保険制度や民間保険会社の医療保険で支払われている。

形成・再建外科分野（一般的なものでも、ジェンダー関連手術でも）では、あいにく、純粋に再建的なものとは純粋に美容的なものの明確な区別はない。ほとんどの形成外科的手技は、実際のところ、再建的要素と美容的要素の両方が混じりあっているのである。

性器手術と乳房切除術が純粋な美容目的とは言えないという点については、ほとんどの専門家が賛同するところだが、他の外科的手技については、どこまでが（例えば、豊胸手術、顔面女性化手術など）純粋な再建目的と言えるかについては、意見の分かれるところである。陰茎形成術や造陰術がそれまで背負ってきた長い苦しみに終止符を打つものであると理解できるほど簡単ではないにせよ、受診者によっては鼻尖縮小術のような医学的介入が、その人たちの生活の質（QOL）に劇的かつ永久的な影響を与えることがあり、ゆえに性別違和のない他の受診者がそうした手術を受けることと比較して、よほど医学的な必要性があると言える。

手術に関する基準

SOCのすべてがそうであるように、性別違和に対する外科的治療の開始を判断する基準は、最適なケアを促進することを目的としている。SOCでは、受診者のヘルスケア・ニーズの充足を最大限にするためには個別化されたやり方があってよい、という考えが示されているが、乳房／胸部手術と性器手術に関する基準としては、持続した性別違和があるという事実が、メンタルヘルス職の有資格者が書いた文書で裏づけられている必要がある。手術の内容によっては、追加的基準として、女性化／男性化を促すホルモン療法や、ジェンダー・アイデンティティに一致・調和した性役割で1年以上継続した生活経験があることなどが、実施あるいは準備段階にあることなどが含まれてくる。

これらの基準の概要は、以下の通りである。先行事例から得られたエビデンスと専門の臨床家の合意に基づき、手術の種類・内容によって奨励される内容も異なっている。

SOCでは、どの手術をどの順番で行なうべきかについては特定していない。手術回数や手順は、受診者の臨床ニーズによってそれぞれに異なるものである。

乳房／胸部手術に関する基準（1通の意見書）

FtM 受診者に対する乳房切除術と男性型胸部形成手術

1. 持続した性別違和があり、その履歴が文書に明記されていること

2. 治療に関するインフォームド・デシジョンおよびインフォームド・コンセントが十分可能な状態にあること
3. その国における成人年齢に達していること（未成年の場合は、小児・青年期に関する SOC に従うこと）
4. 医学的あるいはメンタルヘルスに関して重大な問題がある場合は、それが適切にコントロールされた状況にあること

ホルモン療法は事前の必須事項ではない。

MtF 受診者に対する豊胸手術（インプラント／脂肪注入）

1. 持続した性別違和があり、その履歴が文書に明記されていること
2. 治療に関するインフォームド・デシジョンおよびインフォームド・コンセントが十分可能な状態にあること
3. その国における成人年齢に達していること（未成年の場合は、小児・青年期に関する SOC に従うこと）
4. 医学的あるいはメンタルヘルスに関して重大な問題がある場合は、それが適切にコントロールされた状況にあること

絶対条件ではないが、MtF 受診者には、豊胸手術の前に女性化ホルモン療法（最短で 12 ヶ月間）を受けておくことが推奨される。その目的は、乳房の発育を最大化しておくことで、（審美的に）より良い手術結果を得ることにある。

性器手術に関する基準（2 通の意見書）

性器手術の基準は、要請される手術の種類によって異なる。

FtM 受診者に対する子宮摘出術と卵巣摘出術および MtF 受診者に対する精巣摘出術

1. 持続した性別違和があり、その履歴が文書に明記されていること
2. 治療に関するインフォームド・デシジョンおよびインフォームド・コンセントが十分可能な状態にあること
3. その国における成人年齢に達していること（未成年の場合は、小児・青年期に関する SOC に従うこと）

4. 医学的あるいはメンタルヘルスに関する重大な問題がある場合は、それが適切にコントロールされた状況にあること
5. 受診者の目的とするジェンダーに適切なホルモン療法を12ヶ月以上継続していること（受診者が禁忌症をもつ場合、他の理由でホルモン療法ができない場合、あるいは受診者自身がホルモン療法を望まない場合を除く）

性腺摘出手術前のホルモン療法の目的は、不可逆的な外科的介入を受診者が受ける前に、まずはエストロゲンあるいはテストステロンによって可逆的に抑制する期間を導入することである。

性別違和以外の理由でこれらの外科的手技が行われる場合は、上記の基準は適用されない。

FtM 受診者に対する外陰形成術と陰茎形成術および MtF 受診者に対する造膣術

1. 持続した性別違和があり、そのことが文書（意見書）に明記されていること
2. インフォームド・デシジョンおよびインフォームド・コンセントの能力があること
3. その国における成人年齢に達していること（もしそれより年齢が低い場合は、小児・青年期に関する SOC に従うこと）
4. 医学的あるいはメンタルヘルスに関する重大な問題がある場合は、それが適切にコントロールされた状況にあること
5. 受診者の目的とするジェンダーに適切なホルモン療法を12ヶ月以上継続していること（受診者が禁忌症をもつ場合、他の理由でホルモン療法ができない場合、あるいは受診者自身がホルモン療法を望まない場合を除く）
6. 受診者のジェンダー・アイデンティティに一致・調和した性役割で12ヶ月以上継続して生活していること。

絶対条件ではないが、受診者はメンタルヘルスの専門家あるいは他の医療従事者に、定期的に通院していることが推奨される。

ジェンダー・アイデンティティに一致・調和した性役割で術前12ヶ月間生活することの理論的根拠について

いくつかの性器手術に関する上記基準（例えば、受診者の目的とする性別に一致・調和した性役割で12か月以上連続して生活していること）は、専門的な臨床家の合意に基づくものであり、この経験によって不可逆的な手術を受ける前に受診者が望みの性役

割での経験を積み、社会適応する機会を十分に得ることができると考えられている。VII章で述べたように、通常、性役割を変えることには困難が伴う（しばしば、身体的な側面を変更するよりもそうであると言える）。性役割の変更は個人的側面においても、社会的側面においても重大な影響をもたらすので、その性役割でうまく機能していけるようになるためには、意思決定をする際に、家族、対人、就業、就労、経済、法律の側面でどういった困難が想定されるか、自覚的であらねばならない。性役割への適合をうまくするための秘訣は、メンタルヘルス職の有資格者や仲間（ピア）からの援助を受けることである（Bockting, 2008）。

12ヶ月の間には、様々な生活経験や出来事が起こる（例えば、家族行事や家庭での出来事、休日・休暇、季節ごとの、あるいは学校生活での経験など）。この期間中、受診者は日々の生活をどんな生活場面においても、望みの性役割で貫き通すのである。それには、パートナーや家族、友人、コミュニティ（例えば、学校、職場、その他）へのカミングアウトが含まれてくる。

医療従事者は、性器手術の準備に入った受診者について、フルタイムでの生活を始めた日付を含め、望みの性役割での生活経験をカルテに明記しておくこと。状況によっては、この基準が満たされていることの裏づけとして、医療従事者が必要に応じて、ジェンダー・アイデンティティと一致・調和した性役割で生活する受診者と関わりのある人物に接触したり、法的な名前や性別記載の変更（それが可能なのであれば）に関する証明書の提示を求めるともありうる。

精神病状態にある人、もしくは他の深刻な精神疾患を抱えている人の手術

性別違和のある受診者で重篤な精神障害がみられる、あるいは現実検討能力に障害をきたしている場合（例えば、精神病的エピソード、双極性障害、解離性同一性障害、境界性パーソナリティ障害など）には、手術の本格的な検討に入る前に、まずは向精神薬や精神療法・心理療法による状態の改善を図る努力をしなければならない。手術の前には、精神病の状態をアセスメントし、治療できるメンタルヘルスの専門家が改めてアセスメントし、受診者の精神状態と、受診者が手術に対する準備ができていることを確認できなければならない。これを行なうのは、当該受診者と馴染みのあるメンタルヘルスの専門家が望ましい。受診者に精神病的症状がみられる間は、いかなる手術も行われるべきではない（De Cuypere & Vercruyssen, 2009）。

乳房/胸部および性器手術を行う医師の資質・能力・適格性（competency）

性別違和の外科的治療を行う医師は、泌尿器科医、産婦人科医、形成外科医、一般外科医であって、その国における国家資格を取得、あるいは地域のしかるべき資格認定団体・機関が認定する有資格であるべきである。性器再建術の技術に特化した資質・能力・適格性（competence）を有し、自分より経験豊富な医師の監督下で訓練を受けたことなどを証明する文書を保有しているべきである。すでに十分に経験豊富な医師であって

も、その技術についてピア・レビュー（同業者による評価）を受けることに前向きな姿勢をもつべきである。同業者による手術結果の監査や、それについて書き起こした論文を査読してもらっていることが、意見書を書くメンタルヘルスの専門家や受診者にとっては大きな安心につながる。外科医は、新しい術式が発表される学会などに定期的に参加すべきである。受診者はしばしば、自分たちの外科医や医療チームとの経験に関する情報を効率的に共有するために、インターネットを使用している。

理想的には、2つ以上の性器再建手術の術式に精通し、受診者との話し合いを通じて、個々に合わせた方法を選択できるようにしておくことである。そうではなく、外科医が熟練している術式がひとつだけで、それが受診者に適切ではない場合や、受診者がそれを要望しない場合などには、その他の手技が存在することを情報として与え、適切な技術をもつ医師にリファーすべきである。

乳房/胸部手術の術式と合併症

乳房/胸部の外観は重要な二次性徴だが、乳房の有無や大きさは、性別に関する法的定義には関係しておらず、生殖にも必要ないものである。性別違和の治療として施行される乳房/胸部手術は、比較的不可逆的な変化を伴うという意味において、ホルモン療法開始時と等しいケアと検討がなされるべきである。

MtF 受診者に対する豊胸手術（「乳房再建術」と呼ばれることもある）は、生まれつき女性 (natal female) である受診者に対して行われる手技と変わらないものである。通常は人工の乳腺バッグ（インプラント）挿入が行われるが、自家脂肪注入術が行われることもある。感染症やカプセルの収縮は、稀ながら、豊胸手術を受けた MtF 受診者にみられる合併症である (Kanhai, Hage, Karim, & Mulder, 1999)。

FtM 受診者については、乳房切除術あるいは男性型胸部形成術が利用可能である。FtM 受診者ではこの手術のみを受ける人たちが多く、乳房組織を切除する際には皮膚も切除され、瘢痕が残ることになるので、そのことを受診者に知らせておく必要がある。乳房切除術の合併症には乳頭の壊死、不整形な輪郭、醜状瘢痕などがある (Monstrey et al., 2008)。

性器手術の術式と合併症

MtF 受診者に対する性器手術には、精巣摘出術、陰茎切断術、造陰術、陰核形成術、陰唇形成術などがある。術式としては陰茎皮膚翻転術、有茎 S 状結腸移植術、新しい腔壁として使用する遊離皮膚移植術などがある。造陰術で受診者個人が重要とするのは、性感を温存することであり、さらに腔として機能するものにすること、審美的に許容できるものにすることである。

MtF に対する性器手術の合併症には、膣や陰唇の完全または不全壊死、尿道膣瘻／直腸膣瘻、尿道狭窄、膣腔が性交には短すぎる、または小さすぎるものになってしまうことなどがある。造膣術は機能的・審美的に優れているが、術後の無オルガズム症（anorgasmia）も報告されており、審美的な目的で、次の段階として陰唇形成術が必要になることもある（Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006）。

FtM 受診者に対する性器手術には、子宮摘出術、卵巣摘出術（卵管卵巣摘出術）、膣閉鎖術、外陰形成術、陰嚢形成術、尿道形成術、人工睾丸の挿入、陰茎形成術などがある。腹部手術を受けたことがない受診者では、下腹部の瘢痕を避けるために、腹腔鏡を使った子宮摘出術や卵管卵巣摘出術が推奨される。しかし、受診者の大部分が経膣分娩や膣性交の経験がないことから、経膣手術は困難になるかもしれない。現在実施されている陰茎形成術には、いくつもの術式がある。術式の選択肢は、解剖学的・外科的理由だけでなく、クライアントの支払能力による制限を受けることになる。陰茎形成術において、もし術後の目標が見栄えのする外観、立位排尿、性感、性交能力にあるのだとすれば、受診者にははっきりと、手術は何段階にも分けて行ない、再手術を要することになるほど技術的困難性があることなどを伝えておかなければならない。ミニ（マイクロ）ペニスをつくる外陰形成術なども、理論的には1回の手術ですむとされているが、実際には2回以上の手術が必要となることがしばしばある。この術式で立位排尿を目標にしたとして、必ずしもそれは保証されるものではない（Monstrey et al., 2009）。

FtM に対する陰茎形成術の合併症としては、高い頻度で起こる尿路狭窄と尿道膣瘻、たまに起こる形成陰茎の壊死などがある。外陰形成術で造られたミニ（マイクロ）ペニスでは、立位排尿はできない。有茎皮弁や遊離皮弁を用いた陰茎再建術式は、手術時間が長く、複数の段階を経る必要があり、尿路合併症が高頻度で生じ、皮弁採取部の瘢痕を避けることはできない。そのため FtM 受診者の多くは、子宮摘出術および卵管卵巣摘出術以外の性器手術を受けていない（Hage & De Graaf, 1993）。

手術による重篤な合併症が生じた受診者であっても、手術を受けたことを後悔することはほとんどない。性別適合（sex reassignment）の総合的成果を最もうまく予測する因子のひとつが手術の出来栄にあるという研究結果が繰り返し報告されることで、手術の重要性が理解されるようになるだろう（Lawrence, 2006）。

その他の手術

身体を女性化させるその他の補助的手術としては、甲状軟骨形成術（喉仏を小さくする）、変声手術、脂肪吸引を併用したウエストラインの形成、鼻尖縮小術（鼻を低くする）、顔面骨減量術、フェイスリフト、眼瞼形成術（眼瞼除皺術）などがある。身体を男性化させるその他の補助的手術としては、脂肪吸引、脂肪注入、大胸筋部のインプラント挿入などがある。声を低くするための手術が行われることは稀だが、ホルモン療法に効果が見られなかった場合などには奨励されてよいのかもしれない。

これらの手術にメンタルヘルス専門職からの意見書は必ずしも必要ではないが、社会的に性別を移行していく上で、これらをどのタイミングで行ない、またその影響がどんなものになるのかについて十分なインフォームド・デシジョンができるよう、メンタルヘルス専門職はクライアントを援助する重要な役割を担っている。

上記に挙げた手術のほとんどが、通常は、「純粋な美容整形」とみなされているものばかりなのだが、重篤な性別違和のあるクライアントにおいては、その人の状態や生活状況など、その人が直面している固有の臨床的状况によっては、医学的に必要性のあるものとみなすことができる。曖昧ではあるが、それが臨床場面の現実というものであって、こうした手技のニーズと望ましさは、個別の決定に委ねられるのである。

XII

手術後のケアと経過観察

性別違和の手術療法後の長期間のケアと経過観察が、よい手術結果および心理社会的成果につながる (Monstrey et al., 2009)。経過観察は、受診者の術後の心身の健康に重要であると同時に、外科医が手術の利点と限界についての知見を深めるためにも重要である。遠方からの受診者を手術する外科医は、術後の経過観察をあらかじめケアプランに組み込み、受診者が、居住する地域で、値段的にも手頃な、長期のアフターケアを受けられることが保証されるよう尽力すべきである。

時として術後受診者は、(ホルモン剤投与を受けるための)ホルモン剤処方医を含め、専門家による経過観察を避けて受診しないことがある。

ホルモン剤を処方する医師を含む専門家による経過観察は、ホルモン療法や手術療法を受けた受診者に特有の医学的症候を予防・診断・治療するのに最善であるが、時として術後受診者は、そうした認識をもたないがゆえに、受診しなくなってしまうことがある。経過観察のニーズは、メンタルヘルスの専門家にも同じことが言える。彼らは、他のどの専門家よりも長い間受診者と関わっているので、術後の適応困難を乗り切る援助者助として最適である。医療従事者は、受診者に術後の経過観察ケアの大切さを強調し、継続したケアを提供すべきである。

術後の受診者は、年齢に応じて推奨されているガイドラインに基づき、定期的なスクリーニングを受けるべきである。これについては次章でさらに詳述する。

XIII

生涯を通じた予防的ケアとプライマリケア

トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々は、生涯を通じたヘルスケアを必要とする。例えば、性腺切除術を比較的若年で受けた場合や、長期の、高用量のホルモン療法を受けている場合に起こりうる二次的な負の影響を避けるために、プライマリケアとトランスジェンダーの健康について経験豊富な医療従事者が念入りな医学的ケアを提供する必要がある。もし、一人がすべてを網羅できない場合は、医療従事者間で連携し続けることが必要不可欠となる。

プライマリケアと健康の維持に関する問題は、性別違和の緩和を目的とした性役割の変更や医学的介入の、事前、最中、事後で対処されなければならない。ホルモン療法や手術療法を担当する医師が予防的ケアについて重要な役割を果たすが、あらゆるトランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々には、総合的なヘルスケア・ニーズがあるので、プライマリケアの専門家がついているべきである (Feldman, 2007)。

一般的な予防的ヘルスケア

女性化／男性化を促すホルモン療法の影響をほとんど受けることがない器官系に対するスクリーニングについては、一般向けに策定されたガイドラインを適用するとよい。しかしながら、心臓血管の危険因子、骨粗鬆症、ある種の癌（乳癌、子宮頸癌、卵巣癌、子宮癌、前立腺癌）などについては、ホルモン療法を受けている個人に一般向けのガイドラインを適用すると、費用対効果が悪くなってしまう。

ホルモン療法を受けている受診者のプライマリケアのプロトコルを詳述した論文がいくつか存在しており、そこには性別適合手術後のセラピーに関する事柄なども含まれている (Center of Excellence for Transgender Health, UCSF, 2011; Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth, & Spade, 2005)。臨床医は、エビデンスに基づいてその国で策定されたガイドラインに準拠しつつ、その受診者が抱えるリスクに応じて、どこまでホルモン療法がそれに影響しうるかという観点でスクリーニングについて受診者と話し合うべきである。

癌のスクリーニング

性別 (sex) に関係する器官系・組織の癌のスクリーニングは、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な受診者と医療従事者にとっては特に、医学的かつ心理社会的な困難が伴う問題となる。彼らを対象とした大規模なプロスペクティブ（前向き）調査研究が存在していないため、スクリーニングの種類や頻度を適切

に判断するための十分なエビデンスを得ることが難しい状態にある。過剰なスクリーニングは、医療費を高くし、高い偽陽性率の原因ともなり、不必要な放射能への曝露、不必要な生体組織検査といった診断的介入を行なうことにつながる。

スクリーニングが不十分であると、治療可能なはずの癌を診断する遅れにつながる。癌のスクリーニングについては、受診者がそれを（MtF受診者に対するマンモグラフィのように）ジェンダーを肯定するものとして捉えられることもあれば、（FtM受診者に対して継続的に実施される子宮頸がん検査のように）それが身体的にも、感情的にも苦痛であると捉えられることもある。

尿路性器のケア

婦人科によるケアは、MtFとFtM両方の、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々に必要なものとなりうる。FtM受診者では、性器手術を受けなかった場合に特に重要である。MtF受診者では、性器手術が実施された後にそのケアが必要となる。外科医の多くが受診者に対して術後の尿路性器のケアについてカウンセリングを行なうとはいえ、プライマリケアの臨床医や婦人科医もまた、こうした受診者に特別な問題に精通しておくべきである。

すべてのMtF受診者が、性器の衛生、セクシュアリティ、性感染症予防などに関するカウンセリングを受けるべきである。そして、性器手術を受けた受診者は、膣の深さや広さを維持するために膣のダイレーションや膣性交を定期的に行なう必要性についても助言を受けるべきである（van Trotsenburg, 2009）。骨盤の解剖学的構造が男性のものであるため、新しい膣の向きや大きさが生得的な膣とは異なる。この解剖学的な違いがMtF受診者やそのパートナーに理解されていないと、性交に支障をきたすことがある（van Trotsenburg, 2009）。

性器手術を受けたMtFでは、再建術において尿道を短くする必要があるため、下部尿路感染症が起こることがよくある。さらに、こうした受診者が下部尿道の機能障害に悩まされる可能性もある。そのような障害は、直腸と膀胱の間を切開する際に膀胱底の自律神経機能を損傷したり、膀胱自体の位置が移動することで引き起こされる。性別適合手術後に、膀胱の機能不全（例えば、過活動膀胱、切迫性尿失禁）が起こることもある（Hoebeke et al., 2005; Kuhn, Hildebrand, & Birkhauser, 2007）。

ほとんどのFtM受診者は、膣閉鎖術を受けない。男性化を促すホルモンを投与されている受診者では、テストステロンがかなりの程度でエストロゲンに変換されるにもかかわらず、膣粘膜の萎縮が比較的良好に観察され、それによって掻痒症や炎症が引き起こされることもある。内診は、身体的および感情的に苦痛かもしれないが、治療をしないことには状況が深刻化するばかりである。FtM受診者の性器に関する治療に携わる婦人科医が注意すべきは、男性のジェンダー・アイデンティティをもち、男性的なジェンダー

を表現している受診者が、女性に典型的な性器をもっていることを気にしているという点である。

XIV

施設に入所している人々への SOC の適用

SOC の全ては、あらゆるトランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々に適用されるもので、その居住的環境に区別はない。刑務所や中長期の医療関連施設といった環境を含め、住んでいる場所によって適切なヘルスケアへのアクセスに差別が生じてはならない (Brown, 2009)。施設などに入所しているトランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々のヘルスケアについては、もし彼らが同じ地域の、そうした施設ではないところに住んでいたならどんなものが利用可能であるかという視点を反映させるべきである。

SOCに説明されているアセスメントと治療のすべての要素は、施設に入所している人々にも提供することができるものである (Brown, 2009)。これらの医学的必要性のある治療へのアクセスが、入所中であることや居住環境によって否定されるべきではない。もし、当該施設の直接的・間接的被雇用者の中に、医療従事者が常駐していない場合や常駐しているが性別違和のある人々を治療しない場合は、外部のヘルスケア専門職で、この領域の専門家からコンサルテーションを得るようにするのが適切である。

入所中で性別違和がある人々には、メンタルヘルスに関する問題が併存してみられる場合もある (Cole et al., 1997)。こうした問題を適切に評価し、治療すべきである。

適切なホルモン療法を受けていた人々が施設に入所することになった場合は、それまでと変わらない、あるいはそれに近いホルモン療法が継続され、SOC に準拠した経過観察が実施されるべきである。ケアの観点からみれば、治療の一時的中断は、ほとんどの状況において適切ではないと考えられている (Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW, 2002)。性別違和があり、ホルモン療法が適切だと考えられる人々については (SOC に基づいて) 治療を開始すべきである。ホルモン剤の使用を突然中断させたり、医学的な必要性が認められるのにホルモン療法を実施しないということは、(睾丸への自傷行為のような) 自己去勢、抑うつ気分、不快感、自殺関連行動といった、ネガティブな結果をまねく可能性を高くする (Brown, 2010)。

こうした施設においても、環境に合わせてゆくことで、SOC に沿ったケアを提供していくことは可能である (しかし、そのことで当事者の必要とするケアが危険にさらされてはならない)。その例として、それまで筋肉注射によるホルモン剤を使用していた場合に、経口ホルモン剤に対する医学的な禁忌がない場合は、筋肉注射をこれに切り替

えてゆく (Brown, 2009)。性別適合手術を含め、施設入所という環境が理由で性役割を変えるというニーズの実現や治療にアクセスできなくなることは、環境に合わせたSOCの運用とはいえない (Brown, 2010)。

施設内の住宅設備やシャワー／風呂については、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、およびジェンダーに非同調な人々のジェンダー・アイデンティティや性役割、身体のありよう、尊厳、個人の安全に配慮すべきである。単に外性器の見かけに基づいて、男女別になっている居住棟・集団部屋に配置することは適切ではなく、彼らが犠牲を強られるリスクを負わせることにもなりかねない (Brown, 2009)。

トランスセクシュアル、トランスジェンダー、およびジェンダーに非同調な人々が入居している、あるいは治療を受けている施設においては、彼らがスタッフや他の入居者から攻撃されるようなことがないように、寛容で肯定的な環境づくりに努めるべきである。

XV

性分化疾患のある人々へのSOCの適用

専門用語

性分化疾患／DSD (*disorder of sex development*) とは、生殖器官の発達が非典型的な状態にあることを表す用語である (Hughes, Houk, Ahmed, Lee, & LWPES1/ESPE2 Consensus Group, 2006)。性分化疾患には、かつてインターセクシュアリティ

(*intersexuality*) と呼ばれた状態が含まれる。2005年の国際コンセンサス会議^{脚注5}でDSD (性分化疾患) に用語が変更されたが (Hughes et al., 2006)、使用する用語についての異論は現在でもある。「障害」 (*disorder*) というラベリングに強く反発し、このような先天的な状態は多様性の問題であるとして (Diamond, 2009)、インターセックス (*intersex*) もしくはインターセクシュアリティ (*intersexuality*) を用語として使い続けることを好む人々もいる。WPATHは客観的かつ中立的な立場で、医療従事者がこの医学用語を認識し、使用することで、発展しつつあるこの分野の関連文献にアクセスできるようにすることを目的に、このSOCではDSD (性分化疾患) を使用するものとする。WPATHでは、多様な人々の経験をより一層浮き彫りにし、ヘルスケアへのアクセスや供給の改善につながるような用語が新しく登場すれば、常にこれらを取り入れてゆく。

SOCに加えた理論的根拠

以前、性分化疾患がある人々でDSM-IV-TRの性同一性障害の行動基準 (American Psychiatric Association, 2000) に当てはまる人々については、その一般的な診断から

は除外され、代わりに「特定不能の性同一性障害」があるものとして分類されてきた。このような人々は、WPATHのSOCからも除外されてきた。

DSM-5の現行案 (www.dsm5.org) では、用語が「性同一性障害」 (*gender identity disorder*) から「性別違和」 (*gender dysphoria*) に変更される予定である。更に、DSDでは、性分化疾患がある人で性別違和を伴う人について、性別違和のサブタイプがあるものとして捉え直すよう、提案されているところである。ここに提案されている分類のしかた (性別違和のある人々を、性分化疾患がある場合とそうでない場合に明確に分ける) は、理にかなったものである。なぜなら、性分化疾患がある人々の性別違和は、現象論的観点からも、疫学的にも、人生の軌跡の点においても、病因学的にも異なっているからである (Meyer-Bahlburg, 2009)。

性分化疾患に性別違和を伴う成人について、医療従事者の注目が大いに高まっている。そこでSOC第7版では、彼らに対するケアについて簡潔に解説を付け加える。

既往歴について

性分化疾患と性別違和の両方を有する受診者を援助する医療従事者は、そのような受診者の成長が、性分化疾患がない人々とは通常極めて異なった医学的状況にあることを知っておく必要がある。

ジェンダーに非典型的な性器が出生時に観察されることで、性分化疾患を有することが認められる人たちがいる。(超音波などの画像診断によって、出生前に判明することが増えている)。こうした乳児には、詳細な医学的診断が行われることになる。特定の診断や身体やホルモンの所見、先行研究に示唆されている長期的結果 (Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper, & Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus, & Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelbroeck et al., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf, & Gearhart, 2004)などを踏まえたコンサルテーションが家族と医療従事者で行われ、新生児に男女どちらかの性別 (sex) が割り当てられる。

性分化疾患の場合、思春期あたりに非典型的な二次性徴が発来することによって、医療従事者の知るところとなるケースもある。こうした場合も、特定の医学的診断・評価が行われることになる。

性分化疾患の種類と状態の重症度は、最初に割り当てる性別とそれに続く性器手術、他の医学的・心理社会的ケアをどうするかといった決定に重大な意味を持つ

(Meyer-Bahlburg, 2009)。例えば、性分化疾患を有する人々が胎生期にどの程度アンドロゲンに曝露されていたかが、ジェンダー関連行動 (すなわち、性役割やジェンダー表現) の男性化に相関することがわかっている。しかし、その相関は強いものではなく、こうした行動にはかなりのばらつきが見られることから、出生前のアンドロゲン曝露だけで説明できるものではない (Jurgensen et al., 2007; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Baker, Ehrhardt, & New, 2006)。特に、出生前のホルモン曝露とジェンダー・アイ

デンティティとの相関関係は実証されていない (e.g., Meyer-Bahlburg et al., 2004)。(中核的) ジェンダー・アイデンティティが同じ場合でも、ジェンダー関連行動が男性化される程度にはかなりの違いがみられるという事実からも、この点が強調される。

性分化疾患を有する人の性別違和のアセスメントと治療

極めて稀なことだが、性分化疾患と診断されていない人たちが、性別違和を訴えてくることがある。そう診断されていなかったとしても、ほとんどの場合には、性別違和に対するホルモン療法や外科的介入の妥当性を医学的に判断するために、個人史と基本的な健康診断が評価項目に入っているため、そこで性分化疾患の診断が明らかになる。メンタルヘルスの専門家は、性別違和を主訴とするクライアントが、まだプライマリケア（あるいは他のヘルスケア）を受けていない場合は、健康診断を受けるよう求めるべきである。

外性器の性別が曖昧な状態で生まれてきた性分化疾患を有する人々のほとんどが、性別違和を経験しない (e.g., Meyer-Bahlburg et al., 2004; Wisniewski et al., 2004)。しかしながら、性分化疾患を有する人々の中には慢性的な性別違和を経験し、出生時に割り当てられた性別 (sex) や性役割の、どちらかあるいはその両方を変更するまでに至る人々もいる (Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999)。性別違和が持続的かつ強くあらわれている場合、受診者の年齢にかかわらず、性別違和のアセスメントと治療に熟練した臨床家による包括的評価を行なうことが非常に重要である。性分化疾患が関連する中で、性別違和に対するアセスメントと治療指針の決定に関する詳細な勧告も出版されている (Meyer-Bahlburg, 2011)。出生時に割り当てられた性別 (sex) や性役割を変更する方向で手順を踏んでいくのは、丁寧なアセスメントが行われた後にすべきである。

性別違和を緩和する治療という選択肢を視野にいれつつ、こうした受診者の援助にあたる臨床家には、性分化疾患がない受診者に対するケアから得られた知見が役立つであろう (Cohen-Kettenis, 2010)。しかしながら、治療の基準にあるいくつか (例えば、年齢や、望む性役割で生活する期間など) は、性分化疾患を有する人にも常にそのまま適用できるわけではない。むしろ、受診者が置かれている固有の状況を踏まえ、こうした基準に解釈を加えていくべきである (Meyer-Bahlburg, 2011)。性分化疾患があるケースで出生時に割り当てられた性別 (sex) と性役割の変更が行われるのは、小学校低学年から成人中期までのあらゆる時期に及ぶ。性器手術を実施する時期も、性分化疾患のない人達とは異なる。診断、特定の疾患やその重症度に応じたジェンダー・アイデンティティの予後予測に関するエビデンス、受診者の希望などによって、手術の正当性が十分に裏づけられる場合には、かなり早い時期に性器手術が行われることもある。

対応にこうした違いがみられる理由のひとつは、性分化疾患がある人に対する性器手術が、かなり一般的に、乳児期や青年期に行われているという点にある。早期の性腺不全によって、あるいは悪性腫瘍のリスクを理由に実施される性腺摘出によって、受診者

はずでに不妊状態にあるかもしれない。しかし、たとえそうであっても、ジェンダーに非典型的な行動が長期間にわたり、強い性別違和や性別移行願望（そのどちらか、あるいはその両方）がかなり期間にわたって持続している場合にのみ、社会的な性別移行をするよう受診者にアドバイスするとよい。DSM-5では、完全な症状が6ヶ月間にわたって見られることを性別違和の診断条件にすることが提案されている（Meyer-Bahlburg, 2011）。

追加情報

性分化疾患のある人のジェンダー関連の既往歴は複雑であることが多い。生まれつきのもの（遺伝的・内分泌学的・身体的非典型性）から、それまでに受けたホルモン療法、外科的治療、その他の医学的治療など、様々な要素がそこに絡んでくる。そのため、性別違和の有無に関係なく、こうした受診者に対する心理社会的ケアと医学的ケアについては、様々な追加的要素を考慮する必要がある。こうした問題について考慮すべき事柄は、SOCで網羅された範疇を超えている。興味のある読者は、他の文献を参照されたい（e.g., Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008）。コミュニティのサポートグループに相談したり、活動に関わることが有益だと感じる家族や受診者もいる。

性分化疾患の医療マネジメントについては、非常に充実した医学文献が存在する。このような文献の多くは、小児内分泌学や泌尿器科学の高度専門家によって執筆されたものであり、ジェンダー領域を専門とするメンタルヘルス職の知見も盛り込まれている。最近の国際コンセンサス会議は、エビデンスに基づき、性分化疾患全般に関するガイドライン（Hughes et al., 2006）、および先天性副腎皮質過形成に特化したガイドライン（Joint LWPE/ESPE CAH Working Group et al., 2002; Speiser et al., 2010）の作成に取り組んでいる（ジェンダーや性器手術をめぐる問題への取り組みを含む）。他にも、調査研究ニーズに取り組んでいるものとして、性分化疾患全般に関する研究（Meyer-Bahlburg & Blizzard, 2004）や、46,XXYに特化した症候群に関する研究（Simpson et al., 2003）などがある。



文 献

- Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 183–189. doi:10.1037/0022-006X.54.2.183
- ACOG Committee of Gynecologic Practice. (2005). Committee opinion #322: Compounded bioidentical hormones. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 139–140.
- Adler, R. K., Hirsch, S., & Mordaunt, M. (2006). *Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide*. San Diego, CA: Plural Pub.
- American Academy of Family Physicians. (2005). Definition of family medicine. Retrieved from <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html>
- American Medical Association. (2008). Resolution 122 (A-08). Retrieved from <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/122.doc>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2011). *Scope of practice*. Retrieved from www.asha.org

- Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the council of representatives, February 22–24, 2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the board of directors. *American Psychologist*, 64, 372–453. doi:10.1037/a0015932
- Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M. A. A., & Gooren, L. J. G. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology*, 164(4), 635–642. doi:10.1530/EJE-10-1038
- Baba, T., Endo, T., Honnma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., . . . Saito, T. (2007). Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Human Reproduction*, 22(4), 1011–1016. doi:10.1093/humrep/del474
- Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(4), 237–238. doi:10.1111/j.1600-0447.1993.tb03364.x
- Balen, A. H., Schachter, M. E., Montgomery, D., Reid, R. W., & Jacobs, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 38(3), 325–329. doi:10.1111/j.1365-2265.1993.tb01013.x
- Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. *Journal of Sexual and Reproductive Medicine*, 1(1), 45–51.
- Basson, R., & Prior, J. C. (1998). Hormonal therapy of gender dysphoria: The male-to-female transsexual. In D. Denny (Ed.), *Current concepts in transgender identity* (pp. 277–296). New York, NY: Garland.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York, NY: Julian Press.
- Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 285–328). New York: Zone Books.
- Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Siecus Report*, 28(1), 3–7.
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17(4), 211–224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001
- Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185–208). New York, NY: The Haworth Press.
- Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care (Special issue). *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4).

- Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4), 35–82. doi:10.1300/J485v09n03_03
- Bolin, A. (1988). In search of Eve (pp. 189–192). New York, NY: Bergin & Garvey.
- Bolin, A. (1994). Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 447–486). New York, NY: Zone Books.
- Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York, NY: Routledge.
- Bosinski, H. A. G., Peter, M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G., & Wille, R. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*, 22(5), 361–380. doi:10.1016/S0306-4530(97)00033-4
- Brill, S. A., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley, CA: Cleis Press.
- Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 133–139. doi:10.1080/15532730903008073
- Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 12(1), 31–39. doi:10.1080/15532731003688970
- Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Callen Lorde Community Health Center. (2000). Transgender health program protocols. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf
- Callen Lorde Community Health Center. (2011). Transgender health program protocols. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf
- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (n.d.). CASLPA clinical certification program. Retrieved from <http://www.caslpa.ca/>
- Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 21(5), 591–603. doi:10.1016/j.jvoice.2006.05.005
- Carnegie, C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: Clinical assessments and laboratory tests. *Reviews in Urology*, 6(Suppl 6), S3–8.

- Catrrall, F. R., & Healy, D. L. (2004). Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 18(5), 803–812. doi:10.1016/j.bpobgyn.2004.05.005
- Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. (2011). Primary care protocol for transgender health care. Retrieved from <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00-00>
- Chiñas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies. In S. O. Murray (Ed.), *Latin American male homosexualities* (pp. 293–302). Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.
- Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K., & Marx, R. (1999). HIV prevention and health service needs of the transgender community in San Francisco. *International Journal of Transgenderism*, 3(1), 2–17.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 391–391. doi:10.1097/00004583-200104000-00006
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 α -reductase-2 deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399–410. doi:10.1007/s10508-005-4339-4
- Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Gender identity disorders. In C. Gillberg, R. Harrington & H. C. Steinhausen (Eds.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 695–725). New York, NY: Cambridge University Press.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 325–334. doi:10.1016/j.beem.2009.11.005
- Cohen-Kettenis, P. T., & Kuiper, A. J. (1984). Transseksualiteit en psychotherapie. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 10, 153–166.
- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41–53. doi:10.1023/A:1021769215342
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499–513. doi:10.1007/s10508-009-9562-y

- Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 843–847. doi:10.1007/s10508-011-9758-9
- Cohen-Kettenis, P. T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2006). A parent-report gender identity questionnaire for children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 397–405. doi:10.1177/1359104506059135
- Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26(1), 13–26.
- Coleman, E. (2009a). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 1–7. doi:10.1080/15532730902799912
- Coleman, E. (2009b). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Psychological assessment and approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 69–73. doi:10.1080/15532730903008008
- Coleman, E. (2009c). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Hormonal and surgical approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 141–145. doi:10.1080/15532730903383740
- Coleman, E. (2009d). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Medical and therapeutic approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 215–219. doi:10.1080/15532730903439450
- Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior*, 21(3), 313–321.
- Costa, L. M., & Matzner, A. (2007). *Male bodies, women's souls: Personal narratives of Thailand's transgendered youth*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Currah, P., Juang, R. M., & Minter, S. (2006). *Transgender rights*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Currah, P., & Minter, S. (2000). Unprincipled exclusions: The struggle to achieve judicial and legislative equality for transgender people. *William and Mary Journal of Women and Law*, 7, 37–60.
- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549–556. doi:10.1016/S0892-1997(00)80010-7

- Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M., & Jaberi, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 111–134. doi:10.1300/J485v09n03_06
- Darney, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky & P. R. Larsen (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (11th ed., pp. 615–644). Philadelphia: Saunders.
- Davies, S., & Goldberg, J. M. (2006). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism*, 9(3–4), 167–196. doi:10.1300/J485v09n03_08
- de Bruin, M. D., Coerts, M. J., & Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatica Et Logopaedica*, 52(5), 220–227.
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 679–690. doi:10.1007/s10508-005-7926-5
- De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22(3), 137–141. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002
- De Cuypere, G., & Vercruyssen, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 194–205. doi:10.1080/15532730903383781
- Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P.T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(Suppl 1), S131–S137. doi:10.1530/eje.1.02231
- Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M., & Cohen Kettenis, P. T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. *Hormone Research in Paediatrics*, 62(Suppl 2), 75–75. doi:10.1159/000081145
- de Lignières, B. (1999). Oral micronized progesterone. *Clinical Therapeutics*, 21(1), 41–60. doi:10.1016/S0149-2918(00)88267-3
- Derrig-Palumbo, K., & Zeine, F. (2005). *Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice*. New York, NY: W.W. Norton.
- Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 389–397. doi:10.1007/s10508-005-4338-5

- De Sutter, P. (2009). Reproductive options for transpeople: Recommendations for revision of the WPATH's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 183–185. doi:10.1080/15532730903383765
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposium/ijtvo06no03_02.htm
- Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8(1/2), 41–67.
- de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 9(3–4), 83–94. doi:10.1300/J485v09n03_04
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930–936. doi:10.1007/s10803-010-0935-9
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Longterm follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS ONE*, 6(2), 1–8. doi:10.1371/journal.pone.0016885
- Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 172–172. doi:10.1007/s10508-008-9438-6
- Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 387–396. doi:10.1177/1359104506064983

- Dobs, A. S., Meikle, A. W., Arver, S., Sanders, S. W., Caramelli, K. E., & Mazer, N. A. (1999). Pharmacokinetics, efficacy, and safety of a permeation-enhanced testosterone transdermal system in comparison with bi-weekly injections of testosterone enanthate for the treatment of hypogonadal men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3469–3478. doi:10.1210/jc.84.10.3469
- Docter, R. F. (1988). *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. New York, NY: Plenum Press.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34–45. doi:10.1037/0012-1649.44.1.34
- Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 198–210. doi:10.1080/15532739.2010.544235
- Ekins, R., & King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Eklund, P. L., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 152(5), 638–640.
- Eldh, J., Berg, A., & Gustafsson, M. (1997). Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 31(1), 39–45.
- Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 7(3), 1–12. doi:10.1300/J085V07N03_01
- Emory, L. E., Cole, C. M., Avery, E., Meyer, O., & Meyer III, W. J. (2003). Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome. Paper presented at 18th Biennial Harry Benjamin Symposium, Gent, Belgium.
- Ettner, R., Monstrey, S., & Eyler, A. (Eds.) (2007). *Principles of transgender medicine and surgery*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Eyler, A. E. (2007). Primary medical care of the gender-variant patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 15–32). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Factor, R. J., & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MtFs, FtMs, and genderqueers. *Health Sociology Review*, 17(3), 235–253.
- Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.
- Feldman, J. (2005, April). Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel. Paper presented at the 19th Biennial Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Bologna, Italy.

- Feldman, J. (2007). Preventive care of the transgendered patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender surgery and medicine* (pp. 33–72). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Feldman, J., & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 3–34. doi:10.1300/J485v09n03_02
- Feldman, J., & Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 146–182. doi:10.1080/15532730903383757
- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2004). Myths and realities of online clinical work, observations on the phenomena of online behavior, experience, and therapeutic relationships. A 3rd-year report from ISMHO's clinical case study group. Retrieved from https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp
- Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). Protocol for hormone therapy. Retrieved from http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway_Protocols.pdf?docID=2181
- Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386–391.
- Fitzpatrick, L. A., Pace, C., & Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(4), 381–387.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 126–142. doi:10.1080/14681990903003878
- Fraser, L. (2009b). E-therapy: Ethical and clinical considerations for version 7 of The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 247–263. doi:10.1080/15532730903439492
- Fraser, L. (2009c). Psychotherapy in The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110–126. doi:10.1080/15532730903008057
- Garaffa, G., Christopher, N. A., & Ralph, D. J. (2010). Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. *European Urology*, 57(4), 715–722. doi:10.1016/j.eururo.2009.05.018

- Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In R. Green, & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 383–413). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Gelfer, M. P. (1999). Voice treatment for the male-to-female transgendered client. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8(3), 201–208.
- Gharib, S., Bigby, J., Chapin, M., Ginsburg, E., Johnson, P., Manson, J., & Solomon, C. (2005). *Menopause: A guide to management*. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital.
- Gijs, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178–224.
- Gold, M., & MacNish, M. (2011). Adjustment and resiliency following disclosure of transgender identity in families of adolescents and young adults: Themes and clinical implications. Washington, DC: American Family Therapy Academy.
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378–392. doi:10.1007/s10508-007-9307-8
- Gooren, L. (2005). Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Hormone Research in Paediatrics*, 64(Suppl 2), 31–36. doi:10.1159/000087751
- Gorton, R. N., Buth, J., & Spade, D. (2005). *Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers*. San Francisco, CA: Lyon-Martin Women's Health Services.
- Green, R. (1987). The “sissy boy syndrome” and the development of homosexuality. New Haven, CT: Yale University Press.
- Green, R., & Fleming, D. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 163–174.
- Greenson, R. R. (1964). On homosexuality and gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 217–219.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2006). Parent's reactions to transgender youth's gender-nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3–16. doi:10.1300/J041v18n01_02
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *Journal of GLBT Family Studies*, 2(1), 71–92.

- Grumbach, M. M., Hughes, I. A., & Conte, F. A. (2003). Disorders of sex differentiation. In P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed & K. S. Polonsky (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (10th ed., pp. 842–1002). Philadelphia, PA: Saunders.
- Hage, J. J., & De Graaf, F. H. (1993). Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: Some reflections on refinements of technique. *Microsurgery*, 14(9), 592–598. doi:10.1002/micr.1920140910
- Hage, J. J., & Karim, R. B. (2000). Ought GIDNOS get nought? Treatment options for nontranssexual gender dysphoria. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105(3), 1222–1227.
- Hancock, A. B., Krissinger, J., & Owen, K. (2010). Voice perceptions and quality of life of transgender people. *Journal of Voice*. Advance online publication. doi:10.1016/j.jvoice.2010.07.013
- Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. *Clinics in Plastic Surgery*, 1(2), 335–344.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132–3154. doi:10.1210/jc.2009–0345
- Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender-variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(1), 6–23. doi:10.1080/00926230903375560
- Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G. D., T'Sjoen, G., Weyers, S., . . . Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, 47(3), 398–402. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.008
- Hoenig, J., & Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 124(579), 181–190. doi:10.1192/bjp.124.2.181
- Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPES1/ESPE Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554–563. doi:10.1136/adc.2006.098319
- Hunter, M. H., & Sterrett, J. J. (2000). Polycystic ovary syndrome: It's not just infertility. *American Family Physician*, 62(5), 1079–1095.
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.

- Jackson, P. A., & Sullivan, G. (Eds.). (1999). *Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Jockenhövel, F. (2004). Testosterone therapy-what, when and to whom? *The Aging Male*, 7(4), 319–324. doi:10.1080/13685530400016557
- Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39(6), 1429–1437. doi:10.1007/s10508-009-9551-1
- Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G., & Speiser, P. W. (2002). Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Pediatric Endocrinology. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(9), 4048–4053. doi:10.1210/jc.2002-020611
- Jurgensen, M., Hiort, O., Holterhus, P. M., & Thyen, U. (2007). Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. *Hormones and Behavior*, 51(3), 443–453. doi:0.1016/j.yhbeh.2007.01.001
- Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 115(4), 611–618. doi:10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33
- Kanhai, R. C. J., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, 43(5), 476–483.
- Kimberly, S. (1997). I am transsexual - hear me roar. *Minnesota Law & Politics*, June, 21–49.
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922–2939. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01370.x
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010a). Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 54–59. doi:10.1080/15532739.2010.509213

- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010b). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115–118. doi:10.1080/15532739.2010.509215
- Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92–12820-MLW (U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).
- Krege, S., Bex, A., Lümmer, G., & Rübber, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *British Journal of Urology*, 88(4), 396–402. doi:10.1046/j.1464-410X.2001.02323.x
- Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhäuser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1685–1689. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.126
- Kuhn, A., Hildebrand, R., & Birkhauser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 131(2), 226–230. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.03.019
- Landén, M., Wålinder, J., & Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: A descriptive study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(3), 189–194. doi:10.1111/j.1600-0447.1998.tb09986.x
- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 299–315. doi:10.1023/A:1024086814364
- Lawrence, A. A. (2006). Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 717–727. doi:10.1007/s10508-006-9104-9
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.
- Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of The World Professional Association for Transgender Health's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 74–99. doi:10.1080/15532730903008032
- Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409–418. doi:10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x
- MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine*, 350(4), 367–378.

- Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenamin, J. P., & Brown-Connolly, N. E. (2005). *The mental health professional and the new technologies: A handbook for practice today*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*, 50(4), 453–470. doi: 10.1111/j.1545–5300.2011.01371.x
- Mazur, T. (2005). Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 411–421. doi:10.1007/s10508–005–4341-x
- McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. *The Journal of Laryngology & Otology*, 120(07), 521–523. doi:10.1017/S0022215106001174
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice*, 22(6), 727–733. doi:10.1016/j.jvoice.2006.12.010
- Menvielle, E. J., & Tuerk, C. (2002). A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 1010–1013. doi:10.1097/00004583–200208000–00021
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, 93(2), 262–265.
- Meyer, J. K., & Reter, D. J. (1979). Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 36(9), 1010–1015.
- Meyer, W. J. III. (2009). World Professional Association for Transgender Health's standards of care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 127–132. doi:10.1080/15532730903008065
- Meyer, W. J. III, Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B., & Walker, P. A. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 121–138. doi:10.1007/BF01542220
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2002). Gender assignment and reassignment in intersexuality: Controversies, data, and guidelines for research. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 511, 199–223. doi:10.1007/978–1-4615–0621–8_12
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 423–438. doi:10.1007/s10508–005–4342–9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2008). Treatment guidelines for children with disorders of sex development. *Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence*, 56(6), 345–349. doi:10.1016/j.neurenf.2008.06.002

- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 226–237. doi:10.1080/15532730903439476
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 461–476. doi:10.1007/s10508-009-9532-4
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2011). Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(4), 639–649. doi: 10.1016/j.ch.2011.07.002.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Blizzard, R. M. (2004). Conference proceedings: Research on intersex: Summary of a planning workshop. *The Endocrinologist*, 14(2), 59–69. doi:10.1097/01.ten.0000123701.61007.4e
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S., & New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5–12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 33(2), 97–104. doi:10.1023/B:ASEB.0000014324.25718.51
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2006). Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 667–684. doi:10.1007/s10508-006-9068-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Migeon, C. J., Berkovitz, G. D., Gearhart, J. P., Dolezal, C., & Wisniewski, A. B. (2004). Attitudes of adult 46,XY intersex persons to clinical management policies. *The Journal of Urology*, 171(4), 1615–1619. doi:10.1097/01.ju.0000117761.94734.b7
- Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Money, J., & Russo, A. J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: Longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, 4(1), 29–41. doi:10.1093/jpepsy/4.1.29
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., . . . De Cuyper, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510–518.
- Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Bowman, C., Blondeel, P., . . . De Cuyper, G. (2008). Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: A new algorithm. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 121(3), 849–859. doi:10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2

- Moore, E., Wisniewski, A., & Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(8), 3467–3473. doi:10.1210/jc.2002–021967
- More, S. D. (1998). The pregnant man – an oxymoron? *Journal of Gender Studies*, 7(3), 319–328. doi:10.1080/09589236.1998.9960725
- Mount, K. H., & Salmon, S. J. (1988). Changing the vocal characteristics of a postoperative transsexual patient: A longitudinal study. *Journal of Communication Disorders*, 21(3), 229–238. doi:10.1016/0021–9924(88)90031–7
- Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W., & Dittrich, R. (2007). Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92(9), 3470–3475. doi:10.1210/jc.2007–0746
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214–231. doi:10.1111/j.1365–2265.2009.03625.x
- Nanda, S. (1998). *Neither man nor woman: The hijras of India*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Nestle, J., Wilchins, R. A., & Howell, C. (2002). *Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles, CA: Alyson Publications.
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153–167.
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447–1457. doi:10.1007/s11136–006–0002–3
- Nieschlag, E., Behre, H. M., Bouchard, P., Corrales, J. J., Jones, T. H., Stalla, G. K., . . . Wu, F. C. W. (2004). Testosterone replacement therapy: Current trends and future directions. *Human Reproduction Update*, 10(5), 409–419. doi:10.1093/humupd/dmh035
- North American Menopause Society. (2010). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement. *Menopause*, 17(2), 242–255. doi:10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9
- Nuttbrock, L., Hwang, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12–23. doi:10.1080/00224490903062258

- Oates, J. M., & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—a review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 18(3), 139–151. doi:10.3109/13682828309012237
- Olyslager, F., & Conway, L. (2007). On the calculation of the prevalence of transsexualism. Paper presented at the World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium, Chicago, Illinois. Retrieved from http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalence_of_Transsexualism.pdf
- Oriel, K. A. (2000). Clinical update: Medical care of transsexual patients. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(4), 185–194. doi:1090-7173/00/1200-0185\$18.00/1
- Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. *Archives of General Psychiatry*, 13(2), 172–181.
- Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15(1), 45–51. doi:10.3109/00048678109159409
- Payer, A. F., Meyer, W. J. III, & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423–436. doi:10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x
- Peletz, M. G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast Asia since early modern times. *Current Anthropology*, 47(2), 309–340. doi:10.1086/498947
- Pfäfflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 5(4), 69–85.
- Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961–1991. *International Journal of Transgenderism*. Retrieved from <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>
- Physicians' desk reference. (61st ed.). (2007). Montvale, NJ: PDR.
- Physicians' desk reference. (65th ed.). (2010). Montvale, NJ: PDR.
- Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In M. Rottnek (Ed.), *Sissies and tomboys: Gender nonconformity and homosexual childhood* (pp. 34–51). New York: New York University Press.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (4 ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.

- Prior, J. C., Vigna, Y. M., & Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 18(1), 49–57. doi:10.1007/BF01579291
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diwold, P., & Robinow, O. (1986). Spironolactone in the presurgical therapy of male to female transsexuals: Philosophy and experience of the Vancouver Gender Dysphoria Clinic. *Journal of Sex Information & Education Council of Canada*, 1, 1–7.
- Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. *International Journal of Transgenderism*, 3(3). Retrieved from <http://www.WPATH.org>
- Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1). Retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no01_03.htm.
- Rachlin, K., Green, J., & Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality*, 54(3), 243–258. doi:10.1080/00918360801982124
- Rachlin, K., Hansbury, G., & Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male transgender individuals. *International Journal of Transgenderism*, 12(3), 155–166. doi:10.1080/15532739.2010.514220
- Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wylie, K. (2009). Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution. Retrieved June 8, 2011, from <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>
- Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C., & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*, 28(1), 71–89. doi:10.1023/A:1018745706354
- Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism: A connection with Asperger's disorder? *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 143–151. doi:10.1080/14681990902951358
- Rosenberg, M. (2002). Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 619–621. doi:10.1097/00004583-200205000-00020

- Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., . . . Johnson, K. C. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(3), 321–333.
- Royal College of Speech Therapists, United Kingdom. <http://www.rcslt.org/>
- Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6 ed., pp. 858–932). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Sausa, L. A. (2005). Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, 3(1), 15–28. doi:10.1300/J367v03n01_04
- Simpson, J. L., de la Cruz, F., Swerdlhoff, R. S., Samango-Sprouse, C., Skakkebaek, N. E., Graham, J. M. J., . . . Willard, H. F. (2003). Klinefelter syndrome: Expanding the phenotype and identifying new research directions. *Genetics in Medicine*, 5(6), 460–468. doi:10.1097/01.GIM.0000095626.54201.D0
- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89–99. doi:10.1017/S0033291704002776
- Sood, R., Shuster, L., Smith, R., Vincent, A., & Jatoi, A. (2011). Counseling postmenopausal women about bioidentical hormones: Ten discussion points for practicing physicians. *Journal of the American Board of Family Practice*, 24(2), 202–210. doi:10.3122/jabfm.2011.02.100194
- Speech Pathology Australia. <http://www.speechpathologyaustralia.org.au/>
- Speiser, P. W., Azziz, R., Baskin, L. S., Ghizzoni, L., Hensle, T. W., Merke, D. P., . . . Oberfield, S. E. (2010). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(9), 4133–4160. doi:10.1210/jc.2009–2631
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1177/1359104510378303
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649–650. doi:10.1007/s10508–011–9752–2

- Stikkelbroeck, N. M. M. L., Beerendonk, C., Willemsen, W. N. P., Schreuders-Bais, C. A., Feitz, W. F. J., Rieu, P. N. M. A., . . . Otten, B. J. (2003). The long term outcome of feminizing genital surgery for congenital adrenal hyperplasia: Anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development, and satisfaction in adult female patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 16(5), 289–296. doi:10.1016/S1083-3188(03)00155-4
- Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 220–226.
- Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. In J. Epstein, & K. Straub (Eds.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity* (pp. 280–304). London: Routledge.
- Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T. W., & Chipkin, S. R. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocrine Practice*, 9(1), 12–21.
- Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A., & Holick, M. (2001). Effects of testosterone therapy on bone mineral density in the FtM patient. *International Journal of Transgenderism*, 5(4).
- Taywaditep, K. J., Coleman, E., & Dumronggittigule, P. (1997). Thailand (Muang Thai). In R. Francoeur (Ed.), *International encyclopedia of sexuality*. New York, NY: Continuum.
- Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P., & Hidalgo, A. (2004). Hepatotoxicity induced by antiandrogens: A review of the literature. *Urologia Internationalis*, 73(4), 289–295. doi:10.1159/000081585
- Tom Waddell Health Center. (2006). Protocols for hormonal reassignment of gender. Retrieved from <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/TransGendprotocols122006.pdf>
- Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), 501–504. doi:10.1111/j.1600-0447.1988.tb06373.x
- Van den Broecke, R., Van der Elst, J., Liu, J., Hovatta, O., & Dhont, M. (2001). The female-to-male transsexual patient: A source of human ovarian cortical tissue for experimental use. *Human Reproduction*, 16(1), 145–147. doi:10.1093/humrep/16.1.145
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(2), 135–154. doi:10.1007/s10560-008-0158-5
- van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. A. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), 337–343. doi:10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x

- van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J., & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 25(6), 589–600. doi:10.1007/BF02437841
- van Trotsenburg, M. A. A. (2009). Gynecological aspects of transgender healthcare. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 238–246. doi:10.1080/15532730903439484
- Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research*, 11, 1–25.
- Wälinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43(S203), 255–257.
- Wälinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*, 119(549), 195–196.
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9
- Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1307–1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848
- Warren, B. E. (1993). Transsexuality, identity and empowerment. A view from the frontlines. *SIECUS Report*, February/March, 14–16.
- Weitze, C., & Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Archives of Sexual Behavior*, 25(4), 409–425.
- Wilson, J. D. (1999). The role of androgens in male gender role behavior. *Endocrine Reviews*, 20(5), 726–737. doi:10.1210/er.20.5.726
- Winter, S. (2009). Cultural considerations for The World Professional Association for Transgender Health's standards of care: The Asian perspective. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 19–41. doi:10.1080/15532730902799938
- Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., . . . Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health*, 21(2), 96–118. doi:10.1080/19317610902922537
- Wisniewski, A. B., Migeon, C. J., Malouf, M. A., & Gearhart, J. P. (2004). Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *The Journal of Urology*, 171(6, Part 1), 2497–2501. doi:10.1097/01.ju.0000125269.91938.f7

- World Health Organization. (2007). International classification of diseases and related health problems-10th revision. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). The world health report 2008: Primary health care—now more than ever. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Professional Association for Transgender Health, Inc. (2008). WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A. Retrieved from <http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf>
- WPATH Board of Directors. (2010). De-psycho-pathologisation statement released May 26, 2010. Retrieved from http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17
- Xavier, J. M. (2000). The Washington, D.C. transgender needs assessment survey: Final report for phase two. Washington, DC: Administration for HIV/AIDS of District of Columbia Government.
- Zhang, G., Gu, Y., Wang, X., Cui, Y., & Bremner, W. J. (1999). A clinical trial of injectable testosterone undecanoate as a potential male contraceptive in normal Chinese men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3642–3647. doi:10.1210/jc.84.10.3642
- Zitzmann, M., Saad, F., & Nieschlag, E. (2006, April). Long term experience of more than 8 years with a novel formulation of testosterone undecanoate (nebido) in substitution therapy of hypogonadal men. Paper presented at European Congress of Endocrinology, Glasgow, UK.
- Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research*, 10(1), 1–69.
- Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(3), 551–568. doi:10.1016/j.chc.2004.02.006
- Zucker, K. J. (2006). “I’m half-boy, half-girl”: Play psychotherapy and parent counseling for gender identity disorder. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. W. Williams & M. Gibbons (Eds.), *DSM-IV-TR casebook*, volume 2 (pp. 321–334). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 477–498. doi:10.1007/s10508-009-9540-4
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., & Cantor, J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 287–290. doi:10.1080/00926230802096192

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (in press). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(2), 151–189.

Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 8–18. doi:10.1080/15532730902799946

Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameeriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 398–411.

Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys: Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(2), 90–97.

付録 A

用語集

トランスセクシュアル (transsexual) 、トランスジェンダー (transgender) 、およびジェンダーに非同調な人々 (gender nonconforming people) についてヘルスケア分野で使用される専門用語は急速に変化しており、新しい用語が次々と生まれているだけでなく、既存の用語の定義に変化がみられる。したがって、この分野においては、言葉をめぐる誤解や討論、意見の食い違いがよくみられる。以下では、よく知られていない用語や SOC において特定の意味をもつ用語を定義するが、その目的は SOC での使用に限られる。ここでの定義が他でも採用されることはあるだろうが、WPATH が認識するのは、異なる文化、コミュニティ、文脈によって、用語の定義も違ってくるということである。

さらに言えば、こうした人々に関する用語の多くが理想的なものとはいえない、というのが WPATH の認識するところである。例えば、トランスセクシュアルやトランスヴェスタイト (transvestite) は、当事者を客体視する用語である (より最近の用語であるトランスジェンダーもまた同様だ、という意見さえある)。それでもなお、自分たちのことを理解してもらおうと努力してきた当事者の多くが、多かれ少なかれ、使ってきた用語でもある。WPATH がこうした用語をそのまま使い続けるのには理由がある。つまり、トランスセクシュアル、トランスジェンダーおよびジェンダーに非同調な人々に対して、質の高いヘルスケアの供給を促進していくためには、概念やプロセスが理解される必要があり、それを保証するためである。WPATH では、多様な人々の経験をより一層浮き彫りにし、ヘルスケアへのアクセスや供給の改善につながるような用語が新しく登場すれば、常にこれらを取り入れてゆく。

バイオアイデンティカルホルモン／天然型ホルモン (Bioidentical hormones) : 生体内にあるものと構造的に同一なホルモンのこと (ACOG Committee of Gynecologic Practice, 2005)。バイオアイデンティカルホルモン療法 (BHT) で使用されるホルモン剤は、一般的に植物由来のもので、人間の内因性ホルモンと構造的に相似しているが、これを人間の生体的構造と同一 (バイオアイデンティカル) にするためにはこれを加工する必要がある。

バイオアイデンティカル配合ホルモン療法 (Bioidentical compounded hormone therapy : BCHT) : 内科医の処方箋にしたがい、薬剤師が調合・混合・組成・包装し、製剤のラベルが貼られたオーダーメイドのホルモン剤を使用すること。消費者ひとりひとりに合わせて調合されたものであるため、医薬品を管轄する政府がこれを承認することは不可能である。

異性装 (Crossdressing/Transvestism) : 当該の文化において、より異性に典型的とされる服装、およびそのような性役割表現をすること。

性分化疾患 (Disorders of sex development : DSD) : 染色体・性腺・解剖学的な性 (sex) の発達が非典型的である先天性の状態。「障害」 (disorder) というラベリングに強く反発し、このような先天的な状態は多様性の問題であるとして (Diamond, 2009)、インターセックス (*intersex*) もしくはインターセクシュアリティ (*intersexuality*) を用語として使い続けることを好む人たちもいる。

FTM/FtM (Female-to-Male) : 出生時に割り当てられた性別が女性である個人を表す形容詞^{訳注6}で、その人は、出生時に割り当てられた女性から身体や性役割 (そのどちらかあるいは両方) をより男性的なものに変えようとしている、あるいは変えた状態にある。

性別違和 (Gender dysphoria) : ある個人のジェンダー・アイデンティティと出生時に割り当てられた性別 (さらには、それに係る性役割や一次性徴・二次性徴、そのどちらかあるいは両方) との食い違いによって引き起こる苦悩 (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b) 。

ジェンダー・アイデンティティ (Gender identity) : 男 (男児、少年あるいは男性) である、女 (女児、少女あるいは女性) である、あるいはそれらとは違う何らかの代わりのジェンダー (例えば、おとこ女、おんな男、トランスジェンダー、ジェンダークィア、ユーナック^{訳注7}) であるといった、個人に内在化された感覚のこと (Bockting, 1999; Stoller, 1964) 。

性同一性障害 (Gender identity disorder) : 『DSM IV-TR 精神障害の診断・統計マニュアル』 (American Psychiatric Association, 2000) に規定された正式な診断名。性同一性障害とは、異性への強く持続した同一感および自らの性別 (sex) に対する不快感、あるいはその性別に付与された性役割 (gender role) に対する不適切感に特徴づけられるもので、社会的、職業的、または他の重要な領域における臨床的に著しい苦痛を引き起こしている状態のこと。

ジェンダーに非同調な (Gender nonconforming) : 文化的・時代的に規範とされるジェンダー・アイデンティティ・性役割・ジェンダー表現が、割り当てられた性別 (sex) に付与されるものとは異なっている人を表す形容詞。

性役割もしくはジェンダー表現 (Gender role or expression) : パーソナリティ、外見、行動に立ち現れ、当該の文化や時代において、男性的もしくは女性的なものと規定された特徴 (つまり、より典型的とされる男女の社会的役割) のこと (Ruble, Martin, & Berenbaum, 2006) 。ほとんどの人たちが明らかに男性的もしくは女性的な性役割で社会に自己アピールするなかで、ジェンダークィア (genderqueer) やトランスジェンダーといった、男女に代わる性役割で自己アピールする人たちもいる。すべての人々が、

様々な形で、様々な程度で、男性的特徴と女性的特徴の両方を自身のジェンダー表現の中に取り込んでいる (Bockting, 2008)。

ジェンダークィア (Genderqueer) : ジェンダー・アイデンティティや性役割 (そのどちらかまたは両方) が男女という分類に限定されてしまう、二元的ジェンダー観に同調しない人々が自己のアイデンティティを表すために使用するラベル (Bockting, 2008)。

MTF/MtF (Male-to-Female) : 出生時に割り当てられた性別が男性である個人を表す形容詞^{訳注6}で、その人は、出生時に割り当てられた男性から身体や性役割 (そのどちらかあるいは両方) をより女性的なものに変えようとしている、あるいは変えた状態にある。

天然ホルモン (Natural hormones) : 植物や動物など、自然資源に由来するホルモンのこと。天然ホルモンがバイオアイデンティカル (天然型) ホルモンである場合と、そうでない場合がある。

性別 (Sex) : 性別は、通常、出生時の外性器の形状に基づいて男女どちらかに割り当てられる。外性器の形状が曖昧なときは、その他の要素 (内性器、性染色体もしくは性ホルモン) を考慮して性別が割り当てられる (Grumbach, Hughes, & Conte, 2003; MacLaughlin & Donahoe, 2004; Money & Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000)。ほとんど人では、ジェンダー・アイデンティティや表現が出生時に割り当てられた性別と一致する。トランスセクシュアル、トランスジェンダー、およびジェンダーに非同調な人々では、ジェンダー・アイデンティティや表現が出生時に割り当てられた性別とは異なる。

性別適合手術^{訳注8} (Sex reassignment surgery/gender affirmation surgery) : ある人のジェンダー・アイデンティティを肯定し、一次性徴や二次性徴 (そのどちらかあるいは両方) を変えるために行なう手術のこと。性別適合手術は、性別違和を緩和するために必要な治療の重要な一部となりうる。

トランスジェンダー (Transgender) : 文化的に定義されたジェンダー・カテゴリーを横断あるいは超越する、多様性のある集団を表す形容詞。彼らのジェンダー・アイデンティティは、出生時に割り当てられた性別とは異なるが、その程度は様々である (Bockting, 1999)。

性別移行 (Transition) : 出生時に割り当てられた性別 (sex) に結びついた性役割から、異なる性役割へと個人が変わろうとすること。当事者の多くにとっては、「異性」として社会生活する術を学ぶことを意味するが、他の当事者にとっては、自身に最もしっくりくる性役割やその表現を見いだすことを意味する。性別移行は、ホルモン療法や他の治療による身体の女性化や男性化を含むこともあれば、含まないこともある。性別移行のあり方や期間は様々であり、個人差がある。

内在化されたトランスフォビア (Transphobia, internalized) : トランスジェンダーであるという感覚やアイデンティティに対して、自ら抱く不快感のことで、社会の規範的なジェンダー期待を内在化した結果として引き起こる。

トランスセクシュアル (Transsexual) : 個々人を表現する (しばしば医療専門職によって使用される) 形容詞で、女性化あるいは男性化を促す医学的介入 (ホルモン療法や手術療法、そのどちらかあるいは両方) によって、一次性徴や二次性徴 (そのどちらかあるいは両方) を変えることを希望する、あるいはすでに変えた人々のこと。典型的には、永続的な性役割の変更を伴う。

付録 B

ホルモン療法の医学的リスクに関する概要

以下に示すリスクの概要は、男性化／女性化を促すホルモン療法に関するエビデンスに基づいて書かれた文献を包括的にレビューした 2 本の論文 (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) と、大規模なコホート研究 (Asscheman et al., 2011) に基づいている。こうした文献レビューは、臨床に関して書かれ、広く知られている文献 (e.g., Dahl et al., 2006; Ettner et al., 2007) と併せて、ケアを提供する人々が詳細を知るのに役立つものである。

女性化ホルモン療法のリスク (MtF)

リスク増大の可能性が高いもの

静脈血栓塞栓症

- エストロゲンの使用は静脈血栓塞栓症 (VTE) のリスクを高める。特に 40 歳以上で、喫煙、運動不足、肥満がみられ、塞栓性の基礎疾患をもつ受診者である場合はリスクが高まる。
- このリスクは第 3 世代のプロゲステンを追加的に使用する場合に増大する。
- このリスクは、エストラジオールを経皮投与することで減少するため、VTE のリスクがより高い受診者にはそれが推奨される。

心血管疾患、脳血管疾患

- エストロゲンの使用により、50歳を超え、心血管系のリスク要因を抱える受診者の心血管系の事象が起こるリスクが高まる。プロゲステンを追加的に使用する場合にこのリスクが増大する場合がある。

脂質

- 経口エストロゲンは、受診者のトリグリセリドを著しく増加させ、膵炎と心血管系の事象が生じるリスクを高める。
- ホルモン剤の摂取経路が異なれば、HDL コレステロールや LDL コレステロール、リポ蛋白質の代謝効果に及ぶ影響も違ってくる。
- 一般的に、臨床的エビデンスが示すところでは、脂質障害の既往歴がある MtF 受診者は、経口よりむしろ経皮エストロゲンを使用したほうがよい。

肝臓／胆嚢

- エストロゲンと酢酸シプロテロンの使用は、一過性の肝酵素の上昇に結びつく可能性があるが、肝毒性はほとんどない
- エストロゲンの使用は、胆石症（胆石）のリスクを高め、胆嚢切除につながる。

リスク増大の可能性があるもの

2型糖尿病

- 女性化を促すホルモン療法、特にエストロゲンは、家族に糖尿病の既往歴がある場合や他のリスク要因がある受診者では特に、2型糖尿病のリスクを高める可能性がある。

高血圧

- エストロゲンの使用は血圧を上昇させる可能性があるが、顕性の高血圧を引き起こす影響については、不明である。
- スピロノラク톤は血圧を下降させるので、女性化を望む受診者で高血圧症あるいはそのリスクがある受診者に推奨される。

プロラクチン産生腺腫(プロラクチノーマ)

- エストロゲンの使用は、治療1年目の MtF 受診者において高プロラクチン血症のリスクを高めるが、その後のリスクは高くない。

- 高用量のエストロゲン使用により、臨床的に表出してはいなかったが、前からあったプロラクチン産生腫瘍（プロラクチノーマ）を進行させることがある。

確定的な証拠がない、あるいは増大することのないリスク：このカテゴリーで挙げられる項目には、リスクはあるかもしれないが、そのエビデンスが極めて少ないために明確な結論に達していないものが含まれる。

乳がん

- 女性化ホルモンを服用したことがある MtF の人たちが乳がんを経験することはあるが、女性の性器をもって生まれた人たちとの比較において、そのリスクがどの程度なのかはわかっていない。
- 長期間にわたる女性化ホルモンへの曝露（すなわち、エストロゲン製剤を服用している年数）、乳がんに関する家族の既往歴、肥満症（BMI > 35）、そしてプロゲステンの使用はリスクの程度に影響する可能性が高い。

女性化ホルモン療法のその他の副作用

以下の副作用は、受診者によっては些細なこと、あるいはむしろ望ましいと思われるようだが、明らかに女性化を促すホルモン療法に関連して起こるものである。

妊孕性と性機能

- 女性化ホルモン療法は、妊孕性を損なうことがある。
- 女性化ホルモン療法は、リビドー（性欲）を減退させることがある。
- 女性化ホルモン療法は、就寝中の勃起を起こりにくくし、性的な刺激を受けた場合にも勃起に何らかの影響を与える。

抗アンドロゲン薬物療法のリスク

女性化を促すホルモン療法には、しばしばテストステロンの生成または作用に影響する様々な製剤が使用される。GnRH アゴニスト（酢酸シプロテロンを含む）、プロゲステン、スピロノラクトン、および 5- α レダクターゼ阻害剤などである。こうした製剤に特有のリスクについて詳述するのは SOC が扱うべき範疇を超えるが、スピロノラクトンと酢酸シプロテロンは広く使用されていることから、コメントするに値すると考える。

酢酸シプロテロンは、抗アンドロゲン作用のあるプロゲステロン化合物である (Gooren, 2005; Levy et al., 2003)。ヨーロッパでは広く使用されているものの、肝

毒性が懸念されている米国での使用は承認されていない (Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta, & Hidalgo, 2004)。スピノラクトンは、シプロテロンの使用許可が下りていない地域では特に、抗アンドロゲン剤として女性化ホルモン療法によく使用されている (Dahl et al., 2006; Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003)。スピノラクトンは、長年、高血圧症やうっ血性心不全の治療で使用されてきたものである。主な副作用としては、高カリウム血症、めまい、消化器系の症状などがある (*Physicians' Desk Reference*, 2007)。

男性化ホルモン療法のリスク (FtM)

増大する可能性が高いリスク：

多血症

- テストステロンや他の男性化ステロイドなど、男性化ホルモン療法は多血症のリスクを高める（ヘマトクリット値>50%）。他のリスク要因がある受診者では特にそうである。
- 経皮投与にすることと量を調整することによって、リスクを減らすことができる。

体重増加／内臓脂肪

- 男性化ホルモン療法は若干の体重増加と内臓脂肪の増加を引き起こすことがある。

増大する可能性のあるリスク：

脂質

- テストステロン療法は HDL を減少させるが、LDL とトリグリセリドに様々な影響を及ぼすことがある。
- テストステロンの血清濃度が生理学的レベルを超える（通常の男性の範囲を超える）というのは、筋肉注射の量を増やす際によく起こり、脂質関連の悪化を引き起こすことがある。経皮投与は、脂質への悪影響があまりないとされる。
- 多嚢胞性卵巣症候群 (PCOS) あるいは脂質異常症のリスクが潜在的にある受診者では、テストステロン療法によって脂質異常症を悪化させる恐れがある。

肝臓

- テストステロン療法では、肝臓の酵素が一時的に上昇することがある。

- 経口メチルテストステロンが肝機能不全や悪性腫瘍を引き起こすことが知られているが、ほとんどの国ではすでにメチルテストステロンが入手できなくなっており、使用すべきでない。

精神科症状

軽躁病・躁病・精神病症状があるなど、精神障害のリスクが潜在的にある受診者に対して、テストステロンや他の男性ホルモン系のステロイド剤を使用すると、こうした症状が悪化するリスクが増大する。こうした有害事象は、テストステロンの投与量が多い場合や、テストステロンの血中濃度が生理学的レベルを超えることに関連して起こると考えられる。

確定的な証拠がない、あるいは増大することのないリスク：このカテゴリーで挙げられる項目には、リスクはあるかもしれないが、そのエビデンスが極めて少ないために明確な結論に達していないものが含まれる。

骨粗鬆症

- テストステロン療法は、少なくとも治療を開始した最初の 3 年間は、卵巣摘出術前の FtM 受診者の骨密度を維持または上昇させる。
- 卵巣摘出後には、骨密度減少のリスクが増大し、テストステロン療法が中断されたり、不十分である場合は特にそうである。経口テストステロンを単独で利用している受診者の場合もそうである。

心血管

- 受診者が健康体で、投与量が生理学的正常値内である場合は、男性化ホルモン療法が心血管系のリスクを高めることはないようである。
- 潜在的なリスク要因がある受診者の場合は、男性化ホルモン療法が心血管疾患のリスクを高めることがある。

高血圧（症）

- 投与量が生理学的正常値内である場合、男性化ホルモン療法によって血圧が上昇する可能性はあるが、高血圧症のリスクを増大することはないようである。
- 高血圧症のリスクが潜在的にある受診者（体重増加、家族歴、多嚢胞性卵巣症候群など）の場合は、リスクを高めることがある。

2 型糖尿病

- FtM 受診者全般において、テストステロン療法が2型糖尿病のリスクを高めることはないようである。
- テストステロン療法が、2型糖尿病のリスクを高めることがあるとすれば、受診者に他のリスク要因がみられる場合であり、体重激増、家族歴、多嚢胞性卵巣症候群などが認められる場合である。脂質異常症のリスク要因がある受診者のリスクが高まるということを示唆、あるいは明らかにしたデータは存在していない。

乳がん

- FtM 受診者に対するテストステロン療法が乳がんのリスクを高めることはない。

子宮頸がん

- FtM 受診者に対するテストステロン療法が子宮頸がんのリスクを高めることはないものの、萎縮性変化が起こることで、子宮頸部細胞診（Pap Smears）で微小な異常が検知される可能性が高まる。

卵巣がん

- 女性の性器をもって生まれながら高いアンドロゲン濃度がみとめられる人たちと同様に、FtM 受診者に対するテストステロン療法が卵巣がんのリスクを高める可能性はあるが、そのエビデンスは限られている。

子宮内膜（子宮体）がん

- FtM 受診者に対するテストステロン療法は、子宮内膜がんのリスクを高める可能性があるが、エビデンスは限られている。

男性化ホルモン療法の他の副作用

以下の副作用は、受診者によっては些細なこと、あるいはむしろ望ましいと思われるようだが、明らかに男性化を促すホルモン療法に関連して起こるものである。

生殖能力と性機能

- FtM 受診者に対するテストステロン療法は妊孕性（生殖能力）を弱めるが、その程度や可逆性については明らかではない。
- テストステロン療法は、胎芽や胎児が発達する段階で、永続的な解剖学的変化を誘発することがある。
- テストステロン療法は、陰核肥大と性欲亢進を誘発する。

にきび、男性型脱毛症

にきびや、様々な程度で起こる男性型の脱毛（男性型脱毛症）は、男性化ホルモン療法によくみられる副作用である。

付録 C

ホルモン療法と手術療法に関する基準の要約

以前の SOC すべて（初版・改訂版）がそうであったように、性別違和に対するホルモン療法や外科治療に関して SOC が定める基準というのは、あくまでも臨床のためのガイドラインであって、各々の医療従事者およびプログラムによっては修正が加えられることもある。実地臨床では、次のような理由で SOC から外れることがありうる。例えば、特別な解剖学的、社会的あるいは心理的状況に対応する場合、経験豊富な医療従事者がある状況を扱うのに、より進化した手法を用いる場合、研究のプロトコルに使用する場合、資源が不足している地域において実地臨床する場合、さらには、特定の問題解決のための戦略（ハームリダクション）を行なう必要がある場合などである。こうした状況がある場合は、SOC から逸脱していることを認識した上で、受診者にもそう説明し、ケアの質を担保する目的および法的保護の観点からインフォームド・コンセント（説明同意）を得ていることを文書化しておく必要がある。こうした文書は、新しいデータを蓄積するという点から価値あるものであり、そのデータが改めて検証されることで、ヘルスケアの（また SOC の）進化に役立ち得るものとなる。

女性化／男性化を促すホルモン療法に関する基準（1 通の意見書^{脚注 9}、あるいは心理社会的なアセスメントが記載されたカルテ）

1. 性別違和が持続的で、その履歴が文書に記録されていること
2. 治療に関するインフォームド・デシジョンおよびインフォームド・コンセントが十分可能な状態にあること
3. その国における成人年齢に達していること（未成年の場合は、小児・青年期に関する SOC に従うこと）
4. 医学的あるいはメンタルヘルスに関する重大な問題がある場合は、それが適切にコントロールされた状況にあること

乳房／胸部手術に関する基準（1通の意見書）

FtM 受診者に対する乳房切除術と男性型胸部形成手術

1. 性別違和が持続的で、その履歴が文書に記録されていること
2. 治療に関するインフォームド・デシジョンおよびインフォームド・コンセントが十分可能な状態にあること
3. その国における成人年齢に達していること（未成年の場合は、小児・青年期に関する SOC に従うこと）
4. 医学的あるいはメンタルヘルスに関する重大な問題がある場合は、それが適切にコントロールされた状況にあること

ホルモン療法は事前の必須事項ではない。

MtF 受診者に対する豊胸手術（インプラント／脂肪注入）

1. 持続した性別違和があり、その履歴が文書に明記されていること
2. 治療に関するインフォームド・デシジョンおよびインフォームド・コンセントが十分可能な状態にあること
3. その国における成人年齢に達していること（未成年の場合は、小児・青年期に関する SOC に従うこと）
4. 医学的あるいはメンタルヘルスに関する重大な問題がある場合は、それが適切にコントロールされた状況にあること

絶対条件ではないが、MtF 受診者には、豊胸手術の前に女性化ホルモン療法（最短で12ヶ月間）を受けておくことが推奨される。その目的は、乳房の発育を最大化しておくことで、（審美的に）より良い手術結果を得ることにある。

性器手術に関する基準（2通の意見書）

FtM 受診者に対する子宮摘出術、卵巣摘出術および MtF 受診者に対する精巣摘出術

1. 持続した性別違和があり、その履歴が文書に明記されていること
2. 治療に関するインフォームド・デシジョンおよびインフォームド・コンセントが十分可能な状態にあること

3. その国における成人年齢に達していること（未成年の場合は、小児・青年期に関する SOC に従うこと）
4. 医学的あるいはメンタルヘルスの点で懸念すべき重大な問題がある場合は、それが適切にコントロールされた状況にあること
5. 受診者の目的とするジェンダーに適切なホルモン療法を 12 ヶ月以上継続していること（受診者が禁忌症をもつ場合、他の理由でホルモン療法ができない場合、あるいは受診者自身がホルモン療法を望まない場合を除く）

性腺摘出手術前のホルモン療法の目的は、不可逆的な外科的介入を受診者が受ける前に、まずはエストロゲンあるいはテストステロンによって可逆的に抑制する期間を導入することである。

性別違和以外の理由でこれらの外科的手技が行われる場合は、上記の基準は適用されない。

FtM 受診者に対する外陰形成術と陰茎形成術および MtF 受診者に対する造膈術

1. 持続した性別違和があり、その履歴が文書に明記されていること
2. 治療に関するインフォームド・デシジョンおよびインフォームド・コンセントが十分可能な状態にあること
3. その国における成人年齢に達していること（未成年の場合は、小児・青年期に関する SOC に従うこと）
4. 医学的あるいはメンタルヘルスに関する重大な問題がある場合は、それが適切にコントロールされた状況にあること
5. 受診者の目的とするジェンダーに適切なホルモン療法を 12 ヶ月以上継続していること（受診者が禁忌症をもつ場合、他の理由でホルモン療法ができない場合、あるいは受診者自身がホルモン療法を望まない場合を除く）
6. 受診者のジェンダー・アイデンティティに一致・調和した性役割で 12 ヶ月以上継続して生活していること。

絶対条件ではないが、受診者はメンタルヘルスの専門家あるいは他の医療従事者に、定期的に通院していることが推奨される。

性器手術に関する上記基準のうちいくつかは（例えば、受診者の目的とする性別に一致・調和した性役割で 12 か月以上継続して生活していること）、こうした基準を設け

ることで、不可逆的な手術を受ける前に受診者が望みの性役割を経験し、社会的に適応するための十分な機会を提供することができるという、専門家の臨床的合意に基づいている。

付録 D

治療の臨床的効果に関するエビデンス

新しい治療はどれでも、分析結果があってはじめて、それが本当に支持されるようになる。性別適合手術には様々な異論がつきものであることから、こうした分析を行なうことは非常に重要である。この分野におけるほとんど全ての成果研究は、レトロスペクティブ（後ろ向き）研究である。

トランスセクシュアル受診者の術後の心理社会的成果を検討した、最初期の研究のひとつは、1979年にジョンズホプキンス大学医学部・病院（米国）で実施された（J. K. Meyer & Reter, 1979）。この研究が注目したのは、受診者の職業、教育、婚姻、居住の安定性だったが、肯定的な変化はみられなかった。治療プログラム参加後に測定された項目の多くについて、多くの状況は改善されるどころか、むしろ悪化していた。この結果をもって、病院および医学部の治療プログラムは閉鎖された（Abramowitz, 1986）。

この後、非常に多くの医療従事者が性別適合手術の適用要件の設置を求めるようになった。このことが、1979年にハリー・ベンジャミン国際性別違和協会（現 WPATH）が SOC 初版を策定することにつながったのである。

1981年、Pauly は性別適合手術を受けた人々に関する大規模なレトロスペクティブ（後ろ向き）調査研究の結果を発表した。この調査の回答者については、かなりよい成果が得られ、FtM 受診者 83 名のうち、満足 of いく成果が 80.7%（例えば、「社会的・感情的適応が改善された」という自己申告）、不満足な成果が 6.0%であった。283 名の MtF 受診者については、満足 of いく成果が 71.4%、不満足な成果が 8.1%であった。この研究には、SOC が発表され、運用される前に治療を受けた受診者が含まれている。

SOC が登場して以降は、性別適合手術の成果に対する受診者の満足度は着実に上昇し、不満足度は減少している。1996 年以後に実施された研究が焦点を当ててきたのは、SOC に準拠する治療を受けた受診者である。Rehman ら（1999）および Krege ら（2001）は、そうした研究に典型的な結果を報告している。つまり、手術を受けたことを後悔する受診者は皆無で、ほとんどの受診者が手術の審美的かつ機能的成果に満足していると報告した。手術による重篤な合併症が生じた受診者でさえも、手術を受けたことを後悔することはほとんどない。手術の出来栄は、性別適合（sex reassignment）の総合的成果を最もうまく予測する因子のひとつである（Lawrence, 2003）。追跡調査研究の

圧倒的多数が示す術後の成果（主観的なウェルビーイング、見た目、性機能など）をみれば、性別適合手術の有益な効果は疑いようもない（De Cuypere et al., 2005; Gijs & Brewaeys, 2007; Klein & Gorzalka, 2009; Pfäfflin & Junge, 1998）。もともと、有益性の具体的な程度については、現在入手可能なエビデンスからは不明なままであるが、受診者の所得が増えたことを示唆する研究もある（Emory, Cole, Avery, Meyer, & Meyer III, 2003）。

FtM 受診者の生活の質（QOL）に関する得点（SF-36 で測定）が一般人口より低いという、困惑するような結果を報告した研究（Newfield et al., 2006）もある。この研究の弱点は、384 名の調査協力者を募集する際に体系的な手続きをとっておらず、一般的な電子メールのやりとりだけで済ませていた点、治療の度合いや種類を記録していなかった点にある。調査協力者の多くは、テストステロンの服薬期間が 5 年を経過していなかった。報告をみると、乳房／胸部手術を受けた人の QOL は、受けていない人より高い（ $p < .001$ ）。（性器手術について同様の分析は行われていない。）他には、Kuhn ら（2009）がキング健康調査票（King's Health Questionnaire: KHQ）を用いて、術後 15 年目のトランスセクシュアル受診者 55 名の QOL を評価した研究がある。過去に腹部／骨盤手術を受けたことのある健康な女性 20 名の統制群と QOL 得点を比較したところ、いくつかの下位項目（感情、睡眠、失禁、症状の重症度、役割の制限）で、トランスセクシュアル受診者の得点は、統制群の得点と同等、あるいはよい結果が得られたが、他の分野（全般的健康、身体的活動の制限、個人的な人間関係）では悪かった。

性別違和の緩和について、ホルモン療法単独の効果を見極めることは難しい。性別違和に対する男性化／女性化を促すホルモン療法の効果を評価している研究のほとんどが、性別適合手術も受けている受診者を対象にしているからである。ホルモン療法と手術療法の両方が実施された場合に良い治療効果がみられるということについては、1961 年から 1991 年の間に実施された（もっぱら観察によるものだが）79 本の研究、受診者数にして 2000 名以上を網羅した文献レビューがそのように報告している（Eldh, Berg, & Gustafsson, 1997; Gijs & Brewaeys, 2007; Murad et al., 2010; Pfafflin & Junge, 1998）。1986 年以降に手術を受けた人の結果が、それ以前に手術を受けた人よりもよくなったのは、外科治療の合併症に関する状況が改善されたからである（Eldh et al., 1997）。ほとんどの受診者において心理社会的側面の改善が報告されており、その範囲は MtF87% から FtM97% の間である（Green & Fleming, 1990）。スウェーデンの研究でも同様に改善されたことが明らかになっており、「術後 5 年の受診者のほぼ全員が性別適合手術に満足しており、フォローアップをおこなった臨床家のアセスメントでは 86% に全体的機能の安定あるいは改善がみられた」という（Johansson, Sundbom, Hojerback, & Bodlund, 2010）。こうした先行研究の弱点は、レトロスペクティブ（後ろ向き）研究であることと、成果の評価に異なる指標を用いている点にある。

プロスペクティブ（前向き）研究としては、性別適合のための治療（sex reassignment therapy）を望む成人および青年 325 名を継続的に調査したオランダの研究がある（Smith, Van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2005）。ユトレヒト性別違和尺度

(Utrecht Gender Dysphoria Scale) で測定したところ、性別適合のための治療（ホルモン療法と手術療法の両方）を受けた受診者の性別違和に関するスコアの平均値に改善がみられた。身体に関する不満と心理的機能に関するスコアも、ほとんどのカテゴリーで改善している。治療後に後悔したという人は、2%に満たない。プロスペクティブ（前向き）研究としては最大規模であるこの調査により、ホルモン療法と手術療法を組み合わせた場合に性別違和とその他の心理社会的機能が改善されたという、レトロスペクティブ（後ろ向き）研究の結果が追認された。手術を受けない場合や、ホルモン療法の目的を最大限に身体的な女性化・男性化を図ることに置かない場合の成果については、さらなる研究が必要である。

この分野が進歩するにつれ、全体的に、治療による安定した改善が報告されるようになってきている。以前の成果調査はもっぱら性別適合手術に焦点を当ててきたが、最近ではアイデンティティ、役割、身体的適応のありようが多様化しており、追加的にフォローアップ調査や成果調査を行なっていく必要がある (Institute of Medicine, 2011)。

付録 E

SOC 第7版ができるまで

SOC 第7版の策定作業が始まったのは、SOC「作業部会」が発足した2006年に遡る。SOC 第6版の内容を精査するためのメンバーが招聘された。同メンバーに求められたのは、各セクションに関連する先行文献をレビューし、調査研究が不足、必要とされる部分を明らかにし、新しいエビデンスに基づいたSOCの改訂案を示すことであった。この作業に関連して依頼原稿を執筆したメンバーは、以下の通りである：Aaron Devor, Walter Bockting, George Brown, Michael Brownstein, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuypere, Petra DeSutter, Jamie Feldman, Lin Fraser, Arlene Istar Lev, Stephen Levine, Walter Meyer, Heino Meyer-Bahlburg, Stan Monstrey, Loren Schechter, Mick van Trotsenburg, Sam Winter, and Ken Zucker。執筆するにあたり、この内の数名は共著者をつけている。

各論文の初稿の提出期限は2007年7月1日に設定された。2007年9月までには大部分が完成し、残った初稿も2007年末までには提出を完了した。その後、これらの草稿は学会誌 *International Journal of Transgenderism* (IJT) に投稿され、IJTの規定に則った通常の査読審査を受けた。最終稿は2009年に発行された第11巻(1号~4号)に掲載され、これらについて議論や討議を行なう体制が整えられた。

学術誌に論文が掲載された後、2010年には、WPATH理事会によってSOC改訂委員会が立ち上げられた。改訂委員会に求められたのは、まずGoogleウェブサイトを通

じて IJT に掲載された論文について議論や討議をすることだった。理事会はまた、改訂委員会内に執筆作業グループを立ち上げ、そこが SOC 第7版の草稿の準備と、他の改訂委員からの意見を参考にしながら改訂作業を進めていくことになった。さらに、改訂に関するより多くの意見を求めていくため、トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々で構成される国際的な諮問グループが任命された。

次の作業を行なうテクニカルライターも1名雇用された。(1) 指摘のあった改訂箇所(学会誌 IJT に掲載された論文で概説された元の指摘箇所と、オンラインでの議論で指摘された加筆修正点の両方)をすべてチェックし、(2) 改訂する可能性がある箇所について、さらなる意見を求めていくための調査を実施した。この調査結果から執筆作業グループは、専門家が合意している箇所とさらなる議論や討議を必要とする箇所を把握することができた。その上でテクニカルライターは、(3) 執筆作業グループが検討・加筆修正してゆくため叩き台として、SOC 第7版の草稿を作成した。

執筆作業グループは、2011年3月4日および5日に専門家会議を開催し、対面で協議する機会をもった。改訂すべき箇所のすべてがチェックされ、討議され、様々に異論のある箇所について合意が形成されていった。ここでの決定は、現在で可能な限りの科学的かつ専門的な合意に基づいている。決定事項は草稿に取り入れられ、テクニカルライターの助けを借りて執筆作業グループが加筆修正した。

専門家会議を踏まえて書きなおされた草稿は、その後、執筆作業グループに一斉送信され、テクニカルライターの助けを借りて完成された。第1稿が書き上がると、その他の SOC 改訂委員と国際諮問グループに一斉送信され、議論が Google ウェブサイト上で公開され、解決すべき課題などは電話会議などで討議された。こうしたグループからのフィードバックを考慮しつつ、執筆作業グループはさらなる加筆修正を重ねていった。新たに書き上がった2本の草稿は Google ウェブサイトに投稿され、SOC 改訂委員と国際諮問グループによって検討が加えられた。見直しと改訂を3回繰り返した後、最終稿が WPATH 理事会に提出され、理事会はこれを2011年9月14日に承認した。

今後の計画は SOC 第7版を広く周知し、さらなる改訂に向けたフィードバックを得ていくことである。SOC 改訂の時期については、WPATH 理事会がこれを決定する。

財政援助

SOC の改訂作業は、Tawani 財団からの寛大な助成金と、一人の匿名の人物からの寄付がなければ実現しなかった。これらの資金で賄われたのは、以下の通りである：

1. テクニカルライターの人件費
2. 変更箇所の提案について、国際的な視点でジェンダー・アイデンティティの専門職とトランスジェンダー・コミュニティから意見提供を求める作業過程

3. 執筆作業グループの会議費
4. 専門職、トランスジェンダー・コミュニティ、SOC 第7版改訂委員会、WPATH 理事会からの、追加的なフィードバックを集約し、専門家間での最終的な合意形成を図るための作業過程
5. SOC 第7版の印刷と頒布にかかる費用、および WPATH のウェブサイト上に無料でダウンロードできるファイルを置いておくための費用
6. 米国ジョージア州アトランタ市で開催された WPATH 隔年シンポジウム(2011年) 本会議で、SOC 第7版を初公開するための費用

SOC 改訂委員会メンバー¹

Eli Coleman, PhD (USA) * - Committee chair	Arlene Istar Lev, LCSW (USA)
Richard Adler, PhD (USA)	Gal Mayer, MD (USA)
Walter Bockting, PhD (USA) *	Walter Meyer, MD (USA) *
Marsha Botzer, MA (USA) *	Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer.nat. (USA)
George Brown, MD (USA)	Stan Monstrey, MD, PhD (Belgium) *
Peggy Cohen-Kettenis, PhD (Netherlands) *	Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)
Griet DeCuyper, MD (Belgium) *	Friedmann Pfaefflin, MD, PhD (Germany)
Aaron Devor, PhD (Canada)	Katherine Rachlin, PhD (USA)
Randall Ehrbar, PsyD (USA)	Bean Robinson, PhD (USA)
Randi Ettner, PhD (USA)	Loren Schechter, MD (USA)
Evan Eyler, MD (USA)	Vin Tangpricha, MD, PhD (USA)
Jamie Feldman, MD, PhD (USA) *	Mick van Trotsenburg, MD (Netherlands)
Lin Fraser, EdD (USA) *	Anne Vitale, PhD (USA)
Rob Garofalo, MD, MPH (USA)	Sam Winter, PhD (Hong Kong)
Jamison Green, PhD, MFA (USA) *	Stephen Whittle, OBE (UK)
Dan Karasic, MD (USA)	Kevan Wylie, MB, MD (UK)
Gail Knudson, MD (Canada) *	Ken Zucker, PhD (Canada)

国際諮問グループ選抜委員

Walter Bockting, PhD (USA)	Evan Eyler, MD (USA)
Marsha Botzer, MA (USA)	Jamison Green, PhD, MFA (USA)
Aaron Devor, PhD (Canada)	Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)
Randall Ehrbar, PsyD (USA)	

国際諮問グループ

Tamara Adrian, LGBT Rights Venezuela (Venezuela)
Craig Andrews, FTM Australia (Australia)
Christine Burns, MBE, Plain Sense Ltd (UK)
Naomi Fontanos, Society for Transsexual Women's Rights in the Phillipines (Phillipines)
Tone Marie Hansen, Harry Benjamin Resource Center (Norway)

¹ *執筆作業グループのメンバー
SOC 改訂委員の全員が、この改訂作業に時間を費やしている。

Rupert Raj, Shelburne Health Center (Canada)
Masae Torai, FTM Japan (Japan)
Kelley Winters, GID Reform Advocates (USA)

テクニカルライター

Anne Marie Weber-Main, PhD (USA)

編集助手

Heidi Fall (USA)

日本語版監訳

中塚幹也[◎](岡山大学医学部教授／GID(性同一性障害)学会理事長)
東優子[◎](大阪府立大学教授)・佐々木掌子[◎](立教女学院短期大学専任講師)

翻訳者一覧

石原理[◎]・石丸径一郎[◎]・奥村恵一・香川則子・角田洋隆・梶谷奈生・葛西真記子・金城理枝・高松亜子[◎]・長野香・針間克己[◎]・平田俊明・正岡美麻・松高由佳・松永千秋[◎]
(50音順)

◎GID(性同一性障害)学会理事

訳注1. 「受診者」とは、原文の *patient* の訳である。一般には「患者」と訳されるが、WPATH の理念に照らし「受診者」とした。

訳注2. 原文には *sex reassignment* とあるが、文脈から「性別適合手術」とした。なお、*Sex Reassignment Surgery* の日本語訳としては、「性別再指定手術」または「性別再割り当て手術」などが用いられることもあるが、現在、国内ではもっぱら「性別適合手術」が用いられている。(訳注8参照)

訳注3. テレメディシン (*telemedicine*) とは、通信機器(電話、インターネットなど)を用いて行なう遠隔治療のこと。

訳注4. 「何よりも、受診者に対し害をなすなかれ」(“*above all do no harm*”)とは、ヒポクラテスの誓いにある有名な言葉。

訳注5. 「2005年の国際コンセンサス会議」とは、米國小児内分泌学会とヨーロッパ小児内科学会を中心とする、世界の性分化疾患診療の専門家が集まって性分化疾患の診療に関する合意文書が作成された会議のこと。

訳注6. 国内では、*FTM/FtM* や *MTF/MtF* を名詞として用いることが多い。

訳注7. 原文の *Eunuch* は、去勢された男性、宦官などを意味する語である。地域によっては、アイデンティティ・ラベルとして使用されることがあるため、これを訳さず「ユーナック」と表記した。

訳注8. *Sex Reassignment Surgery* の日本語訳としては、「性別再指定手術」または「性別再割り当て手術」などが用いられることもあるが、現在、国内ではもっぱら「性別適合手術」が用いられている。

訳注9. 原文の *referral* (リファーラル) を直訳すると「紹介状」だが、国内の性同一性障害に関する医療の文脈では「意見書」と呼ばれることが多い。

