性同一性障害患者の受け入れについて
―MTF（Male to Female）特性に基づく医療側の対応―

丹羽幸司[1,2,3]　織田裕行[3,4]　石井　慧[3,5]　康　純[3,6]　諸富公昭[2]
磯貝典孝[2]

[1]医療法人ガクト会　ナグモクリニック大阪　[2]近畿大学医学部形成外科学講座
[3]NPO 法人関西 GIC ネットワーク　[4]関西医科大学精神神経科学講座
[5]天理よろづ相談所病院乳腺外科　[6]大阪医科大学神経精神医学教室

Treating Patients with Gender Identity Disorder
―Medical Management Based on the Characteristics of MTF（Male-to-Female）Gender Reassignment―

Koji Niwa[1,2,3], Hiroyuki Oda[3,4], Kei Ishii[3,5], Jun Koh[3,6],
Tadaaki Morotomi[2], Noritaka Isogai[2]

[1]Gakuto-kai Medical Corporation Nagumo Clinic Osaka
[2]Department of Plastic and Reconstructive Surgery Kindai University Faculty of Medicine
[3]Specified Nonprofit Corporation Kansai Gender Identity Clinic network
[4]Department of Neuropsychiatry Kansai Medical University
[5]Department of Breast Surgery Tenri Yorozu-sodansho Hospital
[6]Department of Neuropsychiatry, Osaka Medical College

抄　録

性同一性障害（Gender Identity Disorder, GID）は，Female to Male（FTM）と Male to Female（MTF）に大別される．MTF 患者に手術治療を行う場合，その精神医学的な特性から，医療側として特別な対応が必要と考えられる．ロールシャッハ・テストに基づく分析によれば，MTF は，FTM に比較して情緒的に不安定であり，悲観的な自己イメージ，逸脱した思考を持つ傾向にあることがうかがわれる．この MTF の精神医学的な特性を鑑み，手術適応の判断においては慎重な医療体制を整える必要があると考える．日本精神神経学会の「性同一性障害の診断と治療のガイドライン」に則した身体治療適応判定会議で手術治療の承認が得られている患者であっても，GID に精通した精神科医の外来診察を設けて検討し，場合によっては身体的治療を行う前に精神療法を行うことが重要であると考えられる．そのうえで身体治療医から十分過ぎるインフォームドコンセントを行い，それでもなお手術治療を受けたいと希望する患者を受け入れるべきである．GID 患者を受け入れるに際して，特に MTF 患者の望ましくない特性を引き出すことのないように，きめの細かい病院対応が求められる．加えて，身体治療を行う医師，特に外科医としての心構えを考え続けたい．

Key words： Gender Identity Disorder（GID), Male to Female（MTF), Rorschach test, Psychiatric characteristics, Sex Reassignment Surgery（SRS), Medical approaches for GID patients

大阪府大阪狭山市大野東377-2（〒589-8511）
受付　平成30年11月27日，受理　平成31年２月13日

緒　　言

現在，性別変更が可能である国家は67ヶ国存在している．アルゼンチンをはじめとする11ヶ国では書類申請のみで性別変更が可能であり，医師の診断書や意見書があれば性別変更が可能である国家も11カ国存在する．反面，性別適合手術（Sex Reassignment Surgery, SRS）を必要とする国家は約40カ国と多く６割を占める[1]．日本においては，2004年７月から施行された「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律」により性別変更が可能となり，司法統計によれば2017年までの累計で7,809人の性別変更が成されている[2]．世界的な足並みとしては，原則的に性別適合手術を求める日本は，決して少数派ではないことが分かる．

1997年に日本精神神経学会の性同一性障害に関する委員会から「性同一性障害の診断と治療のガイドライン」が公表された．このガイドラインに沿って，翌1998年に埼玉医科大学総合医療センターで性別適合手術が施行され，早くも20年が経とうとしている．この間，性同一性障害に対する様々な取り組みが行われてきた．特記すべきは，GID（性同一性障害）学会は2016年に認定医制度を開始し，2018年４月から一定の要件を満たせば乳房切除を含む性別適合手術が保険適用で受けられるようになった．

2018年９月現在，一定数以上の乳房切除または性別適合手術の経験を有する GID 学会認定医が所属し施設要件を満たして保険請求のできる認定病院は，認定順に列挙すると，岡山大学病院，山梨大学医学部附属病院，光生病院（岡山大学関連病院），札幌医科大学附属病院，名古屋大学医学部附属病院，沖縄県立中部病院である．今後，認定病院が増加することが期待されているが，急いで施設要件を満たすことに注力するのではなく，コ・メディカルを含めた受け入れる医療側の対応を充分にしておくことが肝要であると考えられる．

性同一性障害（Gender Identity Disorder, 以下 GID と略す）は，Female to Male（FTM）と Male to Female（MTF）に大別されるが，MTF 患者にはその精神医学的な特性から，医療側として特別な対応が必要と考えられ，この点を中心に論じたい．

Male to Female（MTF）の精神医学的な特性について

ロールシャッハ・テストに基づく分析[3,4]によれば，MTF 患者は，細部にこだわり，悲観的な自己イメージ（自己評価の低さ）があり，妄想的解釈に発展しやすい傾向があると考えられる．治療者と良い関係にある時は，低い自己評価が改善するが，同時に依存的関係に陥る危険性がある．一旦関係が悪くなると，被害的解釈に陥り，細々したことについても執拗に訴えてくる可能性があると考えられる．もちろん MTF 患者全員にいえることではなく，傾向であり，一部の患者が極端な形で表現されるものと考える．そのため，どの患者がその極端な形で表現されるかを見極める必要がある．表１に FTM 患者を対照として MTF 患者の特性を示す．

中平ら[3]の報告では，MTF 患者の受診平均年齢は37.0歳（n＝26），FTM 患者は27.8歳（n＝56）であり，MTF 患者は有意に高齢であった（U＝281，p＜.01）．庄野[4]の報告では MTF 患者の受診平均年齢は35.3歳（n＝19），FTM 患者は27.6歳（n＝31）であり同様の傾向を示していた．このことは，MTF 患者が FTM 患者よりも性同一性の問題を私的に社会的に長期間にわたって抱え込んでいることを示唆

表１　MTF と FTM の精神分析学的特性

		傾向	
		MTF	FTM
ストレス対処		解決型	回避型
物事の理解	変化	正確に理解しようと努力する	複雑さや曖昧さを無視
	細部	こだわる	単純化
	全体像の理解	過度な努力	能力的に困難
感情刺激		妄想的解釈	回避的
自他関係		悲観的な自己イメージ	他者と協力することに関心が低い
		社交的	非社交的
		過干渉	回避的
必要な援助と注意点		妄想的解釈になっていないか	孤立化していないか
		自己イメージが悲観的になっていないか	過剰に回避的となっていないか
		新しい情報や変化が過剰になっていないか	治療者の関りが過剰になっていないか

しており，情緒的な不安定さを引き起こす結果につながっていることが考えられる．

受け入れる GID 患者の適応判定

精神科医 2 名の診断がなされて，性別適合手術適応判定会議において承認されれば，GID 患者に対し性別適合手術を行ってよい[5]．関西においては現在，NPO 法人関西 GIC ネットワークの身体治療適応判定会議において適応判定を行っている．同判定会議は2010年11月から月 1 回ペースで開始され，2018年 9 月時点で第95回を数え，判定者数は1,588人である．同判定会議の委員を表 2 に示す．判定内容は，性別適合手術にとどまらず，ホルモン治療および乳房切除についても行っている．ここで規定する性別適合手術の範囲は，基本的には内外性器の手術に関わるものであり，

MTF の場合：精巣摘出術，陰茎切除術と造腟術および外陰部形成術

FTM の場合：第 1 段階の手術―卵巣摘出術，子宮摘出術，尿道延長術，腟閉鎖術
第 2 段階の手術―陰茎形成術

などである[5]．同判定会議の名称は，性別適合手術に限った審議内容ではないので，身体治療適応判定会議と広義な名称としている．

この身体治療適応判定会議において十分な検討がなされているが，上述の MTF 患者の特性から鑑みて，さらに慎重な医療体制を整える必要があると考える．同判定会議で手術治療の承認が得られている患者であっても，GID に精通した精神科医（GID 学会認定医が望ましい）の外来診察を設けて検討し，場合によっては身体的治療を行う前に精神療法を行うことが重要であると考えられる．そのうえで身体治療医から十分過ぎるインフォームドコンセントを行い，それでもなお手術治療を受けたいと希望する患者を受け入れたいところである．

ここで，MTF 患者における身体的治療について補足したい．日本のガイドラインでは豊胸術について要件を求めていない．しかし，Standards of Care[6]では精神科医 1 名の診断を求めており，日本においても慎重になるべきことと考える．その他身体を女性化させる補助的手術としては，顔面女性化手術（Facial Feminazation Surgery, FFS）として挙げられる顔面骨減量術（骨切り術），フェイスリフト，眼瞼形成術，鼻翼鼻尖縮小術などのほか，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などがある．これらの補助的手術に精神科医の診断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うえで，これらをどのタイミングで行ない，またその影響がどのよう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，精神科医は身体治療医とともに検討しなければならないと考えている．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であるが，GID 患者においては，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況によっては，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[6]．

しかし，以上の段階を経て身体治療医が良い治療を行っても，コ・メディカルを含めた病院としての対応が悪ければ，上述した MTF 患者の望ましくない特性を引き出す結果となりかねない．上手な料理

表 2　NPO 法人関西 GIC ネットワークの身体治療適応判定会議（50音順）

委員氏名	専門職	所属・役職
岩佐　厚	泌尿器科	岩佐クリニック　院長
大内　正太	精神科	大阪医科大学神経精神医学教室　非常勤医師
織田　裕行	精神科	関西医科大学精神神経科学講座　助教
木下　真也	精神科	大阪医科大学神経精神医学教室　助教
康　純	精神科	大阪医科大学神経精神医学教室　准教授
西藤　奈菜子	臨床心理士	大阪医科大学神経精神医学教室
佐久間　航	産婦人科	さくま診療所　理事長・院長
高橋　麻友子	精神科	丹比荘病院
東田　展明	弁護士	みやこ法律事務所
土肥　いつき	京都府立高校教員	トランスジェンダー生徒交流会世話人
丹羽　幸司	形成外科	ナグモクリニック大阪　理事長
堀　貴晴	精神科	新淡路病院　副院長
山田　妃沙子	精神保健福祉士	関西医科大学精神神経科学講座

人が居ても，店内の清潔さやフロアスタッフのサービスが不十分であれば，レストラン全体の評価が悪くなるのと同じである．以下，受け入れ側である病院の整備要件について考えたい．

病院の整備要件について

患者は，外来を受診して，必要があれば入院して手術を行い，退院する．この一連の医療のなかで考えてみたい．

1．前準備としての GID に対する知識の修得

GID 患者を受け入れる病院の全スタッフは，GID に対する最低限の知識を持っておかなければならない．望ましくは，患者と同等か，またはそれを超える知識を持っておきたいところである．外部から専門講師を招いて研修会を度々行うぐらいに，GID 概念を院内に周知徹底させることが望ましい．

GID 患者は分類定義と適用に敏感である．これはあらゆる社会のマイノリティに当てはまる特徴であると考えられる．マジョリティからすれば「我々以外」で片付けてしまいがちであるが，マイノリティからすれば「マイノリティでもあの人たちと私たちは違う」となることはしばしばである．その中でも，自分の性別という根幹部分においてマイノリティである患者はさらに分類に敏感になりやすい．表 3 に大まかな分類を示す．ここでトランスジェンダーについて整理しておきたい．

性自認（Gender Identity）と社会から見なされている性別（戸籍上の性別）が一致しない人や，どちらの性別にも違和感のある人を，総じてトランスジェンダー（Transgender）という．トランスジェンダーのなかで医学的基準によって診断された人を性同一性障害（Gender Identity Disorder，GID）という．つまり，GID は医学的な疾患名である．アメリカの精神医学会が定めている診断基準である DSM（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）は2013年にⅣから 5 に改訂され（ローマ数字方式は第 5 版より中止），DSM-5 では Gender Identity Disorder から性別違和（Gender Dysphoria）に変更された．一方，世界保健機関の定める現行の ICD-10 では Gender Identity Disorder は使用されているが，約30年ぶりに2018年 6 月に改訂された ICD-11 では新たに追加された章「第17章 性の健康に関する状態（condition）」に Gender Incongruence として名称変更されて分類された．まだ各国の翻訳が完成していないので ICD-11 の適用は先であるが，現在のところ，日本精神神経学会の用語委員会では「性別不合」が最有力候補となっている．疾患ではなく状態であるというのが世界の流れであるが，性別適合手術の保険適用を開始したばかりの本邦において，障害（Disorder）という疾患名を排する決断をすぐに行えるかは不透明である．NPO 法人関西 GIC ネットワークでは，関西における Gender Identity に関するクリニックのネットワークということで，2017年10月から関西 GID ネットワークから Gender Identity Clinic（GIC）ネットワークと名称変更している．

2．外来での対応

まずは受付である．患者は問診票を書き，順番が来れば名前を呼ばれ診察室に入る．受付の窓口に座るスタッフには，上述の知識に加え，外見から判断

表 3　セクシャルマイノリティの大まかな分類

外性器	性自認	性指向	Sexual Group		
♂	♂	♀	一般的男性	シスヘテロ	
♀	♀	♂	一般的女性		
♀	♀	♀	Lesbians	ホモセクシャル	LGBT
♂	♂	♂	Gays		
不問	不問	両方	Bisexuals		
♂	♀	不問	MTF	トランスジェンダー	
♀	♂	不問	FTM		
不問	なし	（なし）	X-gender（MtX, FtX）		
?	不問	不問	インターセックス （性分化異常，両性具有など）		
♂	♀外装	不問	女装家（女装男子）	クロスドレッサー	
♀	♂外装	不問	男装家（男装女子）		

し得る直感を備えて欲しい．そのための視標となるのは，ホルモン治療による効果を知ることである（表４）．概して，パス度（性自認に合わせた容姿が周囲に認識される度合い）は，MTF 患者は低く，FTM 患者は高い．MTF 患者の場合，二次性徴で男性的になった顔面骨格はホルモン治療では変わらないからである．FTM 患者は，ホルモンを投与して半年も経てば，肌質は男性的となり，髭も生え，もともと短髪が多く，一見して男性と認識されやすくパス度が高い．

外来において最も慎重さが求められるのが，名前を呼ぶ時である．性別変更後であれば保険証も含めて公的文書が変更されているはずなので，迷わずそのままに呼び出せばよい．問題は，性別変更前の患者である．通称名が存在する場合がほとんどであり，GID 患者が望む性別らしい名前である．保険証をはじめ公的文書での記名と異なることに注意が必要である．どうしても呼称に迷う場合は，受診リスト上同姓同名がなければ，姓だけを呼び出せばよい．一般外来の問診票でも，通称名の欄を設けておくことが望ましい．最善策は，GID 患者を対象とした専門外来を開くのであれば，完全予約制にし，電話やメールで事前に承知しておくことである．当日の問診票も含めて専門的に承知しておきたい内容としては，以下の項目が挙げられる．

・現在の戸籍性別（性別変更前か後か）
・現在の性自認
・現在の通称名
・精神科診断の有無（GID と診断されているか，他疾患による性別違和症状のみなのか）
・現在の精神・身体治療の進行度（カウンセリング中なのか，ホルモン投与の有無，性別変更手術の有無など）
・上記治療医療機関
・ホルモン治療中であれば製剤名と量，入院中の追加処方希望の有無
・入院時に呼称・表記されたい名前
・音声会話の可否（大部屋希望か個室希望か）
・周囲関係者へのカミングアウト度
・訪問の可能性がある人に同様の人がいるかどうか

以上の情報のなかで，戸籍性別（性別変更前か後か），性自認，通称名については，つまりトランスジェンダーなのかどうかを，電子カルテの中で，全員が必ず目を通すところに記載することが肝要である．

表４　ホルモン治療の影響

MTF における女性ホルモンの影響	
【効果や変化】	【副作用】
乳房増大	《経口》肝機能障害
肌質の女性化	《筋注》神経外傷
顔の毛や体毛の減少	《経皮》皮膚炎
頭髪の増加，禿げの改善	静脈血栓塞栓症
筋量・筋力の減少	体重増加
体脂肪率の増加	循環器疾患
性欲減退	高脂血症
勃起力の低下	高プロラクチン血症
精巣の萎縮と精子形成の減少	下垂体腺腫

FTM における男性ホルモンの影響	
【効果や変化】	【副作用】
月経停止	《経口》肝機能障害
声の低音化	《筋注》神経外傷
肌質の男性化	多血症
顔の毛や体毛の増加	尋常性ざ瘡・脂肌
筋量・筋力の増加	体重増加
体脂肪率の減少	男性型脱毛症（禿頭）
乳房委縮	高脂血症
陰核肥大	特定の精神疾患の不安定化
膣の収縮	高血圧
性欲亢進	心血管疾患

３．診察室での対応

まず問題となるのが，同伴者の有無である．FTM 患者はパートナーと来院する傾向が強く，MTF 患者は一人で来院する場合が多い印象である．同伴者が居る場合は，家族なのか，パートナーなのか，友人なのか，学校や会社の人なのかを判別しなければならない．同伴者がいても一人で診察室に入る患者もいれば，同伴者とともに説明を聞きたいと願い出る患者もいる．個人情報保護，医師の守秘義務に照らして，患者が希望すれば家族であれば当然問題ないが，家族以外では判断に迷うことがある．2018年７月現在，パートナーシップ制度を導入している地方自治体が８つ存在する．大阪市では，2018年７月に「大阪市パートナーシップ宣誓証明制度」を開始させた．このパートナーシップ宣誓書受領証の掲示があれば迷わずにパートナーとともに説明を行うことが望ましい．著者は同伴者と一緒の説明を望む患者であっても，まず患者のみを診察室に入れ，問診および診察を行い，同伴者の前で触れて欲しくないことなどを確認しておく．家族のなかでも秘密にしておきたいプライバシーは存在するものである．著者は，患者の求めがあった場合は，同伴者の種類にかかわらず，まずは患者のみという鉄則を守って，一緒に説明を行うことを旨としている．同伴者がい

た方が，客観的に冷静な質問が出やすく，むしろ患者の誤解や思い込みを回避でき，良いインフォームドコンセントが行える．加えて，同伴者のいるなかでの患者の態度を観察することによって，患者の自立度を察することができ，著者は手術適用の判断基準の一つとしている．

4．入院対応

入院中の呼称をどうするかは外来での対応とは違った問題である．周囲（特に近親者）へカミングアウトしていない人がいる場合は通称名でない本名で表記・呼称しておいて，カミングアウトしている相手には通称名で呼んでもらいたい，という場合もある．つまり，2通りの呼び方を把握しておかないと（例えばカミングアウトされている人がスタッフに通称名で尋ねてきた場合など）スタッフが混乱するので，把握しておくべきである．

音声会話の可否を確認しておきたい．特に MTF 患者では問題となりやすい．FTM 患者はホルモン治療によって声の低音化を獲得しやすく，MTF 患者は難しい．変声手術を行っていることはまだまだ少なく，ボイストレーニングをしていない MTF 患者は外観が女性的でも男声であり，そのため同室女性に気をつかって小声で会話，またはあまり会話したくないという希望がある場合が想定される．筆談希望などもあるので，確認が必要である．このことから，個室を希望することもあるので，入院手続きを行う際に確認しておきたい．

入院中の清拭，排尿排便管理の問題もある．MTF 患者の胸は情報共有の対象である．普段，偽乳を入れている人もいるが，いざ清拭などしようとすると「おっぱいが取れる，ずれる」現象が発生する可能性があることを事前に知っておくとよい．排尿排便管理については，入院する GID 患者の身体的治療がどの段階まで行われているかを正確に知る必要がある．MTF 患者は性別適合手術の前でも，すでに睾丸摘出術が行われていることが少なくない．性別適合手術の後であれば，造膣なしと造膣ありの場合があることを知っておきたい．「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律」の第3条5項「その身体について他の性別に係る身体の性器に係る部分に近似する外観を備えていること」において，膣は内性器なので，膣形成の有無は不問であるからである．造膣している場合は，植皮法なのか，皮膚反転法なのか，S 状結腸法なのかを詳しく知る必要がある．FTM 患者においては，男性ホルモン治療中であればその影響により陰核が肥大していることを知っておきたい．肥大陰核であるので，その中に尿道は存在しない．陰核陰茎形成術（ミニペニス作成）または陰茎形成術を行っている場合は，尿道変更（延長）が行われており，つまり人工的に作られているので尿道が弱くなっており，バルーン留置が医療事故につながる可能性がある．現在，性別適合手術における重要課題がこの尿道変更に関するものである．まだ発展途上の術式であり，術者管理のもとで適切なケアが必要である．

同フロア患者への周知法，病棟整備について考えたい．院内の掲示板に明記しておくなど，近々，GID 患者が入院する予定がなくても，全患者の入院時に「こういう患者さんがお近くのお部屋に入院となる場合もあります」と説明を入れるなどの配慮も必要と考える．また，どうしても受け入れられない患者もいることが予想され，「同フロアは問題なく同室がダメ」か，「同フロアもダメ」かを明確にしておくことが大切であると考える．

そして，入院中に必ず問題となるのがトイレである．フロアに多機能トイレがあれば問題ないが，ない場合は非常に困難である．スタッフ用トイレの使用も検討しなくてはならない．多機能トイレがある場合には，「どなたさまでもお使いいただけます」の一言を明示しておくのが望ましい．

5．GID 専門チームの発足

GID に詳しい医療スタッフ（医師，看護師，薬剤師，理学療法士，ソーシャルワーカーは各1人ずつ以上が望ましい）を院内につくり，困った時の対応などはそのチームも参加するということにしておくとよい．医師だけでは看護の状況，薬剤相互作用，運動負荷，行政サポートについて全てをカバーすることは難しく，GID 患者対応の専門チームが発足できる体制であることが望ましい．

GID 治療を行う外科医の心構えについて

最後に，GID 患者を受け入れる医師，特に外科医としての心構えについて考えたい．前述したように GID という疾患概念そのものが近い将来に世界的になくなる方向性である．現在，トランスジェンダーを取り巻く世界の流れは，脱病理化，脱医療化である．しかし一方で今般の性別適合手術の保険適用という真逆の流れも存在している．何が正しいのか，答えは明快である．医療を必要としている場合に，お力になれば良いのである．

GID 治療は，正常なホルモン制御系，正常な器官に対して，医療行為を行うことである．その意味では，美容外科の医療行為に近しい．美容外科治療を行うか行わないか，その判断基準は治療を求める患

者の意志である．同様に，GID 治療は GID 患者の求めに応じて行われる．美容外科では，患者の求めがあるからといって，すべてを受け入れることはしない．美容外科においては血圧や血糖値などの正常値に代表される客観的なデータが無いか乏しいので，美容外科医個人の外科的能力に鑑みて，何処まで可能かを厳格に検討される．加えて，診察室のドアの開け方，座り方，問診，診察，手術説明，すべての診療過程を通して，美容外科治療を希望される患者の性格，特に望ましくない結果になった場合や合併症が生じた場合の耐性などを，美容外科医の今まで培った経験知識に基づき，極限まで突き詰めて検討を行う．GID 治療の場合も，目の前に座る GID 患者の特性を極限まで観察しなければならない．それは，単なるリスク回避ではない．少ない診療時間のなかで可能限り患者の人生にまで思いを馳せ，治療自体を行わないという選択肢も含めて，何が患者にとって最善策なのかを真摯に考えたい．

2018年 6 月13日に可決成立した民法改正（施行は2022年 4 月 1 日）により，成人年齢が現行の20歳から18歳に引き下げられた．付則として，性同一性障害の人が家庭裁判所に性別変更を申し立てられる年齢を18歳以上とする性同一性障害特例法改正が含まれている．ここで危惧するのは，性別変更の低年齢化，システム的な容易化によって，ベルトコンベア式に手術・裁定がなされて，心の成熟が置き去りになる懸念である．NPO 法人関西 GIC ネットワークの身体治療適応判定会議では，実生活経験（real life experience）を最も重要視している．出来れば，人としての成熟に見合うガイドライン，法律であって欲しい．著者は，常日頃の診療において，手術説明に来られるご両親ご家族の前で，「ガイドラインを満足しているからといって，人として未成熟な場合は決して手術は致しません」と断言している．人として長い道のりを生きていくことは，ご家族の支え，経済的自立があってこそだからである．あくまで，心の成熟を待ち育む，あたたかい GID 医療を目指したい．この確固たる意志を貫いて，治療を急がず，むしろブレーキをかけるぐらいの外科医でありたい．

おわりに

『性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン第 5 版』の公開が目の前に来ている．安易な身体的治療の低年齢化に危惧する一方，早く治療を進めてあげたいと思う外科医としてのはやる気持ちもある．何事にもいえることだが，苦しみは人を成長させる．日常診療で接している GID 患者の方々は立派な人格者ばかりである．出口の見えない暗闇の中でもがき苦しみ，そして乗り越えて自我を確立してきたからに相違ない．GID 医療においてあらゆる体制が整いつつある今，全人的医療があらためて求められている[7]．

謝　辞

稿を終えるにあたり，ご高閲いただきました近畿大学医学部皮膚科学教室・川田　暁教授に深謝申し上げます．また，チーム医療である GID 治療を実践していくうえで日々協力を惜しまないナグモクリニック大阪全職員，そして理想の GID 医療に向かって，ともに考え，刺激し合い，励まし合うことのできる NPO 法人関西 GIC ネットワークの全社員，身体治療適応判定会議外部委員，会員諸氏に心から感謝申し上げます．なお，開示すべき利益相反はありません．

文　献

1．石井慧，丹羽幸司，康　純（2017）世界各国における性別変更手続きの比較．GID（性同一性障害）学会雑誌　10：117-120
2．山本　欄：性同一性障害特例法による性別の取扱いの変更数調査 2017年版．http://blog.rany.jp/?eid=1252523
3．中平 暁子ら（2008）性同一性障害におけるロールシャッハ・テストの特徴：MTF と FTM の比較から．ロールシャッハ法研究　12：1-9
4．庄野伸幸（2001）心理検査からみた性同一性障害．ロールシャッハ法研究　5：29-42
5．松本洋輔ら（2012）性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン（第 4 版）．精神経誌　114：1250-1266
6．Eli Coleman, et al.（2011）Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Non-conforming People, 7th Version.　World Professional Association for Transgender Health（WPATH）https://www.wpath.org/publications/soc
7．丹羽幸司，山口　悟，南雲吉則，中澤　学（2012）性同一性障害における身体的治療のプリンシプル．最新精神医学　17：121-127