

[Review]

Relief of the Dysphoria between the Gender and the Body

— Medical anthropology for nursing care and understanding of gender dysphoria —

Masao Takagaki, M. D., Ph. D.*.**

*College of Nursing, Aino University

**Graduate School of Human and Environmental Studies, Kyoto University

Abstract

Gender mind and body manifest one's sexuality in children and youth in harmony with each other while entangled. However, sexual distress sometime occurs with incongruence of mind and body. This is a so-called gender identity disorder (or gender dysphoria ; GD). The phenomenon of transsexualism are well recognizing because their ethiology has been spotlighted with scientific sexology and sex reassignment medicine since the mid-20th century. It has been reported in the 2009 WPATH international conference that the increasing number of "the patients" fits an exponential curve surprisingly according to the UK Gender Identity Research and Education Society (GIRES). The diagnosis of "GD" is an indulgence to ensure the safety in the medical framework defending the patients from stigma of society rather than medical care although no abnormality has been pointed out to mental structure of GD. By fitting a biological reductionism, such as determining the basis as "a disease" to gender dysphoria, and then by medicalization giving classification as "a diseases", now the GD peoples are in their element on the stage. The medicalization works as a device for the purpose of alleviation of incongruence and avoidance of stigma against the GD peoples by a global trick, and then GD can't be no longer discussed in a local context like a disease.

On the background of alarmingly increasing number of GD peoples in the world, the validity of the current gender-reassignment-medicine are discussed and verified by deducing possible pathogenesis of GD from narratives of GD peoples by using a method of medical anthropology through practicing as a trainee doctor in the major hospitals in Thailand that gender-reassignment-surgery is being carried out as a medical tourism, and then basic knowledge for nursing care and understanding of GD peoples are presented.

Key Words : transsexual, health care, sex reassignment surgery, ethnography, medical anthropology

身体とジェンダーの狭間で苦悩する性の救済

—— Gender Dysphoria の理解と看護ケアのための医療人類学 ——

高 垣 雅 緒^{*,**,*}

【要 旨】 児童・青年期に於いて変化成長する身体とジェンダー感覚は複雑に絡み合いながら共同して〔性〕を発現する。しかし時には反発して性の苦悩が生じることがある。Gender Dysphoria[†] (旧: Gender Identity Disorder; 性同一性障害, Gender Dysphoria に対して小児精神科学会などで〔性別違和感〕などと試訳されているが確定的ではなく本稿では英語 Gender Dysphoria のまま使用した) である。20 世紀中頃より盛んになった性科学や性別適合治療を背景に Gender Dysphoria が医療として認識されるようになったことで性を転換する当事者が増加している。英国性同一性障害自助組織 GIRES によればその増加は驚くことに指数関数曲線で近似出来ると 2009 年 WPATH (World Professional Association for Transgender Health; トランスジェンダーの治療と診断に関する世界で最も権威ある学術団体) 国際会議で報告している。精神的構造に異常が指摘されない“Gender Dysphoria”という〔診断名〕は、疾患を対象にする医療というより当事者を社会のスティグマから擁護し医学的枠組みの中で安全を確保するための〔装置〕なのである。Gender Dysphoria に疾患としての根拠を求めるような生物学的還元主義を当てはめ、障害でもない Gender Dysphoria に疾患性と疾病分類を与え医療化する事で、逆に〔疾患〕として地位が高められ当事者達は水を得た魚の様にそこによりどころを求めようと増々医療を求めるようになる。結果、医療と患者がスパイラル構造となって病を作り上げていく構造がある。スティグマの回避と苦悩の癒しを目的とした装置としての医療化は、性同一性障害を医療に取り込み〔患者〕を癒すためのグローバルな巧妙な方法となり、疾病のようにローカルな文脈ではもはや語れない。

本論文は近年増え続ける性別違和感 (旧: 性同一性障害) をケアするための病態論について著者のフィールドワークを糸口に医療人類学的に記述することで性別違和感の理解と看護ケアのための基礎知識を提供し当事者の福祉に役立つことを期待して執筆した。

キーワード: トランスセクシュアル, ヘルスケア, 性別適合手術, 民俗誌, 医療人類学

* 医師

** 藍野大学短期大学部第二看護学科

*** 京都大学大学院 人間・環境学研究所 共生文明学専攻 文化・地域環境論講座 文化人類学分野 博士後期課程

† DSM-V では 2014 年より Gender Identity Disorder; 性同一性障害 (Gender Identity Disorder) に代わって Gender Dysphoria を用いることが決まっており次期 ICD-11 に反映される。しかしながら我が国では Gender Dysphoria に対して小児精神科学会などで〔性別違和感〕などと試訳されているものの現時点で確定的ではなく、本稿では歴史的記述を除いて性同一性障害に代わり英語 Gender Dysphoria (GD と略す) をそのまま用いている。更に Gender Dysphoria のある当事者をトランスジェンダーと表現する。当事者らの語りはゴシック体または『 』付きで記載した。DSM-V の邦訳は付録として巻末に付した。

第1章 序 論

1-1 はじめに

性同一性障害が科学的な立場から論じられるようになったのは、諸外国においても、20世紀の半ばになってからのことである。1960年頃より gender identity という視点から gender が形成されるメカニズムや生物学的性別との齟齬が生じる原因としての生物学的・心理社会的な研究がおこなわれ現在では生物学的メカニズムは徐々に解明され医学・医療の対象とされるようになってきているものの、その病態論は依然確証に至っていない¹⁾。

性別適合医療は他の多くの医療とは違って当事者の苦悩の叫びに医療側が呼応する形で終始行われて来た。事実性別適合手術は当事者達が外科医に懇願する事で始まっている²⁾。これまでの実体は医療というより救済という方がふさわしいかもしれない。当事者は自らが疾患であることを主張し、医療によって真の障害者になることで癒される。このような医療は他に類を見ない。ドイツ人内分泌科医で米国に移住し性科学者として活躍したハリー・ベンジャミン (Harry Benjamine 1899-1986) が性同一性障害を医療としてガイドラインを出版したのは1966年のことである³⁾。障害性の解明が不十分なまま医療化された治療に救済を求める当事者は年々その数を増している。

わが国では、平成9(1997)年に性同一性障害の医学的治療の正当性を問う申請が埼玉医科大学倫理委員会に出され、性同一性障害の治療が正当な医療行為と判断されたのを受け、日本精神神経学会によって診断と治療のガイドラインが作られた。その結果、医学的位置づけが確定し、平成10年(1998年)に公の性別適合手術へと結びついた。しかし、わが国における性同一性障害に関するこのような急速な変化に医学界も社会制度も人々の認識も追いつかず、必ずしもあるべき、ふさわしい形とはなっていないのが現状である。

DSM-V改訂メンバーの責任者であるカナダトロント大学心理学教室のズッカー教授は性同一性障害の病態について生物医学的確証は得られないとしている。性同一性障害の理解は当事者本人に聞いてみないと判らないのである⁴⁾。本論文では、生物学的エヴィデンスの詳細な解釈からジェンダー論の根拠となる性別二分法そのものに根拠がないとした上で、性別適合手術後(本論ではトランス後と表現することがある)のタイと日本の当事者達の言説を医療民族誌として記述、分析しすることで医療人類学的に病態を明らかにし性

同一性障害(以下、Gender Dysphoria; GD)の理解と看護ケアのための基礎知識を提供するものである。

1-2 問題の所在:

医療化された [Gender Dysphoria] の功罪

ジェンダーと身体の二分法に端を発し1960年代から急速に発達した Gender Dysphoria の性科学や性別適合医療、それに当事者を取り巻くマスメディアが先導するようにして広まった認識の理解とそれに呼応するように社会的、法的環境の整備等によって性別適合手術は世界的に肯定的に受け入れられ、それを求める当事者の数は増加の傾向にある⁴⁾。WPATH (World Professional Association for Transgender Health トランスジェンダーの治療と診断に関する世界で最も権威ある学術団体)の調査報告によると現在男から女にジェンダー変更を希望する male-to-female (MtF) 当事者と逆の female-to-male (FtM) 当事者の比率は世界的に大凡2~3:1であり、MtFは1万人に一人、FtMは2-3万人に一人とされているが正確な実数は把握されておらず実際の当事者数は遥かに多いとしている研究もある⁵⁾。ニュージーランドでの研究では、パスポートに性同一性障害の性別である“X”と記載された数はパスポート所持者6,364人中一人の割合だそうであるニュージーランド人口10万人当たり15.7人が性別“X”。これは比較が悪いが日本の原発性脳腫瘍人口の1.5倍に相当する。パスポートの所持割合などから補正して割り出したトランスセクシュアルの数はMtFは人口10万対27.5人、FtMは同4.4人、MtF:FtM=6:1と推定されている⁶⁾。我が国でも2004年に戸籍の性別変更特例法が施行されて以来毎年200例近い性別変更があったが特例法が施行された2004年以降増加し最近では毎年500人近い人が性別の変更を行なっている[web資料:「性同一性障害の性別の取扱いの特例に関する法律」第3条第1項に基づく、戸籍の性別変更申立数の司法統計調査、(社)gid.jp性同一性障害と共に生きる人々の会]。我が国の特徴としては近年FtMが増加しており岡山大学ジェンダー外来の受診者ではFtMの方がMtFを上回っているという⁷⁾。実際にバンコクでFtM手術を受ける日本人の数は非常に増加しており、筆者のフィールドワーク中に経験した手術症例数でも驚く事にほぼ半数は日本人のFtMであった。彼らの多くは日本での精神科医の診断書を得ているのであるが精神科医による手術に関する情報量の希薄さから手術の実際の理解は乏しく医療技術が格段に進歩し少なくなっているものの依然現

地や帰国後に合併症に苦しむケースも少なくはない。ひとたび日本で合併症が起こっても日本の医療機関で治療を受ける事は容易ではなく再び渡タイしての治療を余儀なくされることもある。診断のプロセスにおいて性別適合医療の実際についても当事者に十分情報提供を行い患者の意思決定に反映されるべきである。

一方、当事者側の問題としては、身体的治療の承認が待たずにホルモン製剤を自己判断で使用したり、SRS (Sex Reassignment Surgery; 性別適合手術) を目的に海外に渡航する場合も少なくない。適切な医学的管理下におかれていないため、ホルモン製剤による副作用やSRSの合併症に対する適切な処置が行われていない例も散見される。また、SRSに過剰な期待を抱き、侵襲的治療による合併症の理解が十分ではない当事者も存在する。当事者に正確な情報を伝えるためにも、精神科的治療を担当する医療従事者も身体的治療の問題点を十分理解した上でカウンセリングする必要がある。性に苦悩する当事者達は多くの問題点が解決されないまま医療化された [Gender Dysphoria] にすぎるように性別適合医療を求めているのが現状だ。性別適合手術後の当事者の言説はこの医療の妥当性を検証する上で欠かせないが、トランス後の「元当事者達」はもはや医療の枠組の外にいてその後の経過は殆ど知られておらず、筆者は医師として医療人類学的手法⁸⁻¹⁰⁾によるトランス後の調査研究が必要ではないかと考えた。そこで本研究では [1] Gender Dysphoria を病と捉え当事者の多様な語りの分析からその病態の記述を試みること、[2] 患者数が増加する性別適合医療の治療効果をトランス後の当事者の予後に関する苦悩の変容の語りからフィードバックして性別適合医療を再考し、それ以外に「治療法」は無いのか、などを主な問題意識として医療人類学的研究を行っている。

1-3 先行研究

1-3-1 性別二分法

多種多様なジェンダーに関する研究は既に多くの民族誌でなされている。例えば、伊藤 2003¹¹⁾; 宇田川 2007¹²⁾; Lyons 2011¹³⁾; 山路 2011¹⁴⁾ など有りここで改めて述べる必要はないが、いくつか例を挙げると、北米の *berdache*、シベリア、北極圏における *Skoptysy*、インドの *hijiras*、中東における *xanith*、ローマ帝国の *gallae*、ポリネシアの *mahu*、などが現在も存在する。Lyons らは古代の女神は男と女を対等に扱いジェン

ダーには寛容であったに違いないと述べている。このジェンダーの社会科学的な多様性は後述する生物学的な多様性と連動しているように思われる。しかし、その社会的多様性が文明の複雑化に伴って男女の役割にもはっきりとした性別が必然的に現れるようになり性の同一性の障害を惹起する要因の一つとなったとも考えられる。このような身体と多様なジェンダーの齟齬に関係する人類学的記述は古代ギリシャ時代に迄容易にさかのぼることが出来るのであるが、近年では、1673年人類学者ルイス・ジョレットとジャクス・マーケットによる女装するイリニ・インディアン: イコニータ (*Ikoneta*) (フランス語ではベルダーシュ (*Berdache*)) 研究や、最近では國弘暁子、セレナ・ナンダなどによるヒジュラ研究、など多くの精力的なトランスジェンダー研究がある; 國弘 2009¹⁵⁾、ナンダ 1999¹⁶⁾、石川 1995¹⁷⁾。近代的外科手術が可能となる1950年代以前ではトランスジェンダーにとって生殖器を変えるような身体変工は殆ど不可能で、単に睾丸を取り除いたり (去勢)、ペニスを切断したり、ヴァギナを縫い合わせたり (割礼) する程度であった¹⁸⁾。しかし近代においても儀礼的集団色の強いヒジュラが近代的性別適合手術を受けている事例は殆ど確認できず、その様態は儀礼や女神信仰などの範疇で語られて来た。しかしながら一般社会では標準偏差から逸脱するグループあるいはカテゴライズ出来ないグループを異常、病気として医学的介入の対象とされてきた。古くは化外、怪物、魔女などと称されながら一部の地域では女神信仰と短絡した事例まである。國弘は、ヒジュラはサンサル (俗世) における性別二分法の規範の外部に出ることによって、むしろ外部からサードジェンダーとしてサンサルの秩序を支えているとしている¹⁵⁾。しかし筆者は第2章で述べるように性別二分法そのものを解体しむしろヒジュラの性をサンサルの内部に取り込むことで彼らの性を差別的に規範外だとはしない。現在、サードジェンダーはイスラム圏、インドの *eunach* に対して性別のカテゴリーとして認められている。前述のようにニュージーランドでもトランスセクシュアルのパスポートはFでもMでもなくサードジェンダー“X”と記載されており、これで入出国時に余計な [手続き] を受けなくても済むとされている。しかし性別“X”やサードジェンダーの概念はユニークで面白いが、当事者には姑息的、あるいは敗北と言っても良い strategy だ。

パトリック・カリフィアは自ら FtM としてトランスする事によりトランスジェンダーを詳細に記述して

いる。カリフィアの性自認は男でも女でもないトランスジェンダー、いわゆるサードジェンダーだとする¹⁹⁾。この考えも上述のサードジェンダーと同様に性とジェンダーの二分法に依然捕われた考えであり、ジェンダーの問題を一向に解決しないどころか、新たな差別と苦悩を生み出すだけだ。更にカリフィアのスタンスである「トランスセクシュアルと人のつながりがいつわりから始まる」という言説は単にトランス体験としての言説であって、後述するようにトランスジェンダーにとってはトランス前の状態こそ人とのつながりが偽りなのである。

性の分化は生物学的にはほぼ解明されており、その分化異常ファミリーとして発現するレズ、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー、クィアなど所謂性的少数派 (LGBTQ) はもはや生物学的必然性のなかでノーマルバリエーションなファミリーとして語られるべきである。これまで人類学で述べられて来た様々な地域や文化の中でのローカルな性の語りはもはや一つとなって普遍的な現象として昇華させるべきではなからうか。生物学的必然の発現様式は地域や分化によって特徴的なものに過ぎないのである。この論点はパトリック・カリフィアが『遺伝的性の異常すらも自然で普遍現象であり、人間身体と社会の豊かで貴重な一部分である』とする立場には筆者は深く共感する。

ケイト・ボーンシュタインの言説は MtF として終始男から女になろうとする過程の闘争として語られるのであるが²⁰⁾、そうではなく本論での当事者の語りの分析からも明らかにするようにトランスとは男から女(あるいはその逆)に戻ろうとする過程なのであって彼女が指摘するようなトランスジェンダーのイメージとは大きく異なっている。

中村^{21,22)}によると、トランスセクシュアルは既存のアイデンティティーに関するカテゴリー枠を温存したまま男女の対立や抗争を通じて「トランス=越境」というよりも、カテゴリー枠の内部から、そのアイデンティティーに関するカテゴリー自体の認識方法を「トランス=変容」させていく、いわば「ジェンダー・クリエイティブ」な実践であると述べている。また、バトラーはジェンダー・アイデンティティーは他者との関係性の中に行為遂行的に作り出されると主張しているが²³⁾、これらの言説にもズッカーらと類似した考えを認めることができる。たしかに、中村の考えは生物学的にも理にかなっている。それは、後述するようにヒトの性別起源は両性具有から始まるという生物学の考えに最も近く、また性別に関する実証的かつ解

釈的な言説であろう。既成のジェンダー実践を変えていくために必要なのは、まさに従来の男女の二分法に関する認識のプロセスを転換することであり、それを実践に移して行くことだ。中村は「ジェンダー・クリエイティブ」という語彙を使うことでこうした新しい認識実践を行なうことを提案している。ジェンダー化に意識的に関わろうとすることであり、自分に取ってより快適で満足のいく自己のジェンダー化をクリエイティブにおこなっていこうとする。しかしはたして演劇的にジェンダーをクリエイティブすることで Gender Dysphoria に対峙することが出来るのであろうか。第4章で当事者の語りから分析してみたい。

トランスジェンダーとは生物学的普遍現象だとすればその病態は増々絶望的で悪性だ。深く悩む当事者達の多くは自殺によって命を無くしており研究対象としてもはや見えないことは本研究の事実性を危うくする可能性があるということにも注意しなければならない。

1-3-2 DSM-V (付録参照) での性同一性障害スティグマの社会的武装

性同一性障害の性別適合手術(または性別適合医療)の効果は非常に有効である²⁴⁾。我が国を始め西欧諸国でも性別適合手術が盛んに行なわれるようになった³⁾。筆者は Gender Dysphoria の救済は外科的身体変工であることに異論は無いが、その診断基準 SOC7²⁵⁾に医療者も当事者達も囚われ過ぎて、いわゆる医原性 iatrogenic な側面がある事を指摘したい。現在の診断基準である DSM-IV (ICD-10) は米国精神神経学会の専門作業部会が中心となって改訂作業が進み 2014 年に DSM-V (ICD-11) として発行予定である。その中では性同一性障害と訳されている Gender Identity Disorder (GID) は Gender Dysphoria (GD) と名称が変更される(付録: DSM-V の筆者の邦訳参照)。性同一性障害という診断名に多くの当事者は救われたのであるが一方で障害者としての[汚名]レッテルを張られる事で苦悩が解消されず、今回の改訂によって性同一性障害 (Gender Identity Disorder) に代わって Gender Dysphoria (まだ日本語名は未定であるが、性別違和感と訳しておく。日本児童青年精神科学会では「性別不快感」, 「性別違和」などの訳語が検討されている) を用いる事で当事者の[汚名]を解消する人道的目的により 2014 年より名称が変更される。しかし筆者はこのスタンスこそが他の精神神経科疾患に対するスティグマそのものでありスティグマ解消の矛先が間違っている議論ではなからうかと危惧する。問題なのは性同一性障害が精神疾患と

して分類されることなどではなく、性別適合医療の枠組みそのものがスティグマと化していることに気づくべきである。そこで DSM-V の問題点について筆者の考えを以下に述べる。

(1) Gender Dysphoria が DSM で扱われるべきかどうかの問題

そもそも Gender Dysphoria (GD) が精神疾患として DSM に含まれるべきかどうかの議論がなされていない。大きな論点の一つは GD が精神の病気あるいは障害などではなく、むしろ gender の多様性から不一致と烙印を押してしまうようにふるい分けてしまうことは問題なのであって、gender の多様性はそれ自体病的なものではなく、identity を行き来したり変更したりすることは精神的に異常なことではなく、むしろ identity の本質ではなかろうか。GD の枠組みをそろそろ解体すべきであると思うのである。

(2) 診断基準について苦悩と障害の定義が曖昧である。

苦悩 distress と障害 impairment を厳密に区別すべきである。殆どの子供や多くの青年、成人は gender dysphoria と実は上手く対処して臨床に至ることは無く、つまり障害として発現してこないことが判っている²⁶⁾。しかしながら、一部の彼/彼女らはその gender の多様性と結びついた不快（たとえば性の不快感 gender dysphoria）を経験し、この不快が苦悩とか患いの臨床レベルに達して初めて診断することの価値が生じ治療が必要となる。障害 impairment が問題なのではなく、苦悩 distress がこそが診断されるべき本体なのである。しかし児童の苦悩は本来学校や家庭の問題として対峙すべきで、医療者もどう対峙して良いのか実のところ答えを持っていない以上無闇に医学的に対峙すべきではないのではなかろうか。

(3) DSM における診断の位置づけ

Gender Dysphoria という診断を用いることで保険適応を危険に曝すことの対応策がない。一方で GD の治療を保健適応すべきであるとの議論が十分なされていない。これらの問題や診断基準そのものが当事者の苦悩の癒しとどのように拘っているのかを本論で分析する。

1-3-3 Gender Dysphoria の性別の取扱いの特例に関する法律の倫理医学的問題点

特例法は 2004 年 FtM 患者の申し立てに対し議員立法として成立した。成立の医学的根拠はこうだ。申し立てを行なった FtM 当事者の母親が「妊娠中に流産防止目的に服用したホルモンの影響によって胎児のホルモン環境に影響を及ぼしたため」とした医学意見書

が有力な科学的根拠となって認められた²⁷⁾。性ホルモン環境が胎児のジェンダーに影響を与える事が法的にも認められたのである。この意見書を作成した医師はタイのチェンマイにおける筆者のフィールドワークの指導医でもある Prof. Louis Gooren であった (Gooren はオランダ自由大学勇退後チェンマイに移住して研究活動を行っている)。

現在性別変更の要件として特例法第三条 性別の取扱いの変更の審判において次の五つの要件が求められている。

- 一 二十歳以上であること。
- 二 現に婚姻をしていないこと。
- 三 現に未成年の子がいないこと。
- 四 生殖腺がないこと又は生殖腺の機能を永続的に欠く状態にあること。
- 五 その身体について他の性別に係る身体の性器に係る部分に近似する外観を備えていること。

筆者は特例法の医学的根拠は不十分であり、取り分け要件の第四項が倫理的医学的評価が不十分として問題視しており当事者の語りをもとに第 5 章で批判的に論じたい。

1-4 論文の構成

本論文は全 5 章と結語および付録 (DSM-V 邦訳) からなる。第 1, 2 章では Gender Dysphoria について概説、第 3 章で本論文の中心となる Gender Dysphoria の語りとその分析、さらに医療人類誌の新しい試みとして第 4 章では GD への対峙の語りを分析し「治療」の処方としてまとめ、最後に第 5 章で全体の分析と考察を行なっている。付録には 2014 年に発行予定である DSM-V の中の Gender Dysphoria の診断ガイドラインに関する邦訳を付した。

第 1 章 序論

- 1-1 はじめに
- 1-2 本論文で扱う問題の所在
- 1-3 先行研究と本研究の位置付け
- 1-4 論文の構成
- 1-5 研究方法

第 2 章 Gender Dysphoria の概略と予備資料

- 2-1 性別適合手術の歴史
- 2-2 性の二項対立論に生物学的根拠は無い
- 2-3 トランスジェンダーの生物学：生物学的必然としてのエヴィデンス

第 3 章 苦悩する性の語り

3-1 日本人当事者の語り
 3-2 タイ・ガトゥーイの語り
 3-3 タイ非当事者の語りにもみるジェンダー寛容
 第4章 Gender Dysphoria, その苦悩する性の救済の語り
 第5章 分析と考察
 5-1 苦悩の分析
 5-2 性別適合手術（医療）の問題点
 5-3 「性同一性障害の性別の取扱いの特例法」に関する問題点
 5-4 苦悩する性とヒトの Whole life history
 結語
 謝辞
 参考文献
 付録：DSM-V（ICD-11）2014年施行予定の Gender Dysphoria 診断基準案（筆者翻訳）

1-5 研究方法

本研究では1950年代から始まった近代的形成外科（近代的麻酔学や外科学）の確立後（post modern surgery）のトランスセクシュアルの外科治療（性別適合手術（性転換手術）Sex Reassignment Surgery（SRS）またはGender Reassignment Surgery（GRS））が可能となった時代に生きるトランスセクシュアルや医療者の語りを通して問題点を分析し医療の課題を明らかにする。本文では性別適合手術後のトランスジェンダーをトランスセクシュアルと呼び本研究対象とした。

研究フィールドワークは次の通りである。日本では大学病院を中心としたジェンダークリニックや当事者自助会（gid.jp 代表山本蘭）での調査を行なった。さらに筆者が医師として京都大学関連病院においてジェンダー研究外来を開設し当事者への情報提供やカウンセリングを行った。またタイで筆者が関与した手術を受けて帰国した当事者達をジェンダー研究外来でフォローアップを行っている。

主な研究フィールドであるタイでは2011年度以降に断続的にフィールドワークを行った。主にバンコク市内の性別適合手術の中心的存在であるタイチュラロンコン大学形成外科教室関連施設である Preecha Aesthetic Institute およびその関連病院での研修医（指導医：Dr. Preecha Tiwtranon, Preecha Aesthetic Institute 院長）として当事者の外来診療、性別適合手術、術後回診など行い当事者に医療者の立場で介入した。[患者]の多くはアメリカ人、イタリア人、スリランカ人、日本人であった。2011年度に同施設で

表 1-5-1 研修病院での国別年間性別適合手術件数（2011年）

Nationality	Number
American	44
Japanese	37
Italian	32
Thai	21
Iranian	15
Singaporean	8
Austrarlian	6
Turk	2
etc	57
Total	222

治療された国別患者数を表 1-5-1 に示す。

その他バンコク市内でのタイ人ガトゥーイ（MtF）やトム（FtM）および一般人（宗教家、教員、医師、官吏、火葬場、飲み屋での会話に至る迄）に様々な場所で Gender Dysphoria に関するインタビュー調査を中心にフィールドワークを行った。研修医の一週間は月曜から金曜まで毎日午前中はで外来診療、週4回程度は午後2時より性別適合手術に参加した。筆者は外科系医師なので手術に加わるための技術的問題は殆どなかった。手術のない時は術後患者さんやバンコク市内でのインタビュー活動を行った。インタビューは外来患者や入院患者、また病院職員には繰り返し行なうことが出来た。電子メールによるインタビューの捕捉も行なった。

グロッサリー

1. 性同一性障害：Gender Identity Disorder 性の自認と身体認識が一致しない状態。2014年以降は Gender Dysphoria（GD）性別不快感あるいは性別違和感などと名称変更される。（本論文執筆時は名称が決まっていないため英語 Gender Dysphoria を用いている。）
2. 性別適合手術：内性器および外性器を希望する性の型に近似させること。一般に「性転換手術」と言われマスコミ等が好んで使っているが、本論文ではガイドラインの表現に準拠して性別適合手術（Sex Reassignment Surgery：SRS）と記述しているが、ジェンダーを変えるための手術という意味では Gender Reassignment Surgery：GRS という表現が正しい。本文中では「性器変工」あるいは単に「トランス」と表現することがある。また性別適合医療とは性別適合手術の他にホルモン療法、メンタル療法など包括した治療オプション全体を指す。

3. FtM：女性から男性へ性を変工（トランス）すること。生物学的には女性でありながら性自認は男性であるため生殖器を男性に近似させるトランスセクシュアル。タイではトムに相当する。内性器としての乳腺，卵巣，子宮を摘出し，外性器としてのペニスを形成する。
4. MtF：男性から女性へ性を変工すること。生物学的には男性でありながら性自認は女性であるため生殖器を女性に近似させようとするトランスセクシュアル。タイではガトゥーイ（Kathoey，英語では lady boy）に相当する。内性器としての睾丸摘出（去勢）と勃起装置の切除，外性器として乳房や膺の増設を行なう。
5. トランス・ジェンダー：トランスジェンダー（Trangender）という言葉は米国人トランスジェンダー活動家のバージニア・プリンス（Virginia Prince 1913-2009）が最初に使った言葉でその定義は未だ曖昧である。当時のジェンダークリニックの世界的権威であったハリー・ベンジャミン医師は彼女を non-surgical transsexual だと診断，cross-dressing と同義とされている。いわゆる異性装 transvestide である。本論では性自認の不一致のために身体の表現を希望する性に近似させることで性自認の一致を求めようとする人々をトランスジェンダー Trans Gender，性別適合手術によって既に性器変工を行なったトランス・ジェンダーをトランスセクシュアル（狭義のトランス・ジェンダー）とする定義 [Benjamin 1966] を用い，本研究ではトランスセクシュアルを調査の対象としている。従って本論で出てくる当事者とはトランスセクシュアルを指す。
6. トランスヴェスタイト：異性装（cross dressing）のこと。行為によりエクスタシーを感じることで満足し，性器の変工は望まず Gender Dysphoria とはカテゴリーの全く異なる概念¹⁾。

第2章 Gender Dysphoria の概略と予備資料

2-1 性別適合手術の歴史

性別適合手術はヤミの手術として成されていたこともあって，記録を確認することは困難であるが，確認出来る世界で最初に女性から男性への近代的性別適合手術を受けたのはマイケル・ディロン（Michael Dillon 1915-1962）であろう²⁾。ディロンはケンブリッ

ジ大学を卒業し内科を専攻し始めた頃，友人の外科医であるハロルド・ギーリス（後に形成外科医の父と呼ばれる）に懇願し 1946-1949 年に女性から男性への性別適合手術を受けている。貴族の出身でもあったディロンはチベット僧になることで居場所を見出したものの 1962 年謎の死を遂げる。彼の自伝は家族によって葬られたらしい。一方，記録で確認出来る世界で最初に男性から女性への性別適合手術を受けた Christine Jorgensen (1926-1989) は 1951~1952 年ころ 24 歳でコペンハーゲンで性別適合手術を受けた。手術の実際は睾丸摘出術 (orchiectomy) と陰茎切除術 (penectomy) であったことを自叙伝で明らかにしている²⁸⁾。つまり造膺術には当時至っていなかったことになる。政府に性別適合手術の許可を申請する手紙で，彼女は以下のように自殺をほのめかして駄々をこねるように手術の許可を得ている。

Without this chance for the future, I knew that I cannot go on living a good, constructive life. To return to my old way of life would destroy all my hopes and ambitions, as well as my body. (訳：このチャンスを逃せばわたしはもう生きていけないかどうかわかりません。性別適合手術が受けられないのなら希望も望みも，そしてこの身体までもが破壊されるでしょう。)

クリスチン・ヨーゲンセンはトランス後にハリウッド女優として一世を風靡，1953 年 3 月 7 日ニューヨークのスキャンジナビア協会は彼女を Woman of the Year に選定，1989 年に肺癌で死亡するまで様々な「女性遍歴」を生きた²⁸⁾。彼女の事例が世界的に話題となり性別適合手術が広く知られることとなった。

1958 年にはモロッコの産婦人科医ジョルジュ・ビュルーが発表した皮膚奔転法により MtF 手術法は確立し現在に至っている。ビュルーは 3,000 例以上にこの手術を実施している。イギリスの著名なジャーナリストであるジャン・モリス (Jan Morris 1926-) は 1972 年に，我が国ではタレントのカルーセル麻紀 (1942-) が 1973 年モロッコでビュルーの手術を受けている。現在までにこの手術法により手術を受けた MtF は世界中で数万人いると見積もられる。

現在性別適合手術が盛んに行なわれているタイでは当時チュラロンコン大学の形成外科教授だった Dr. Preecha Tiewtranon が米国で手術の研鑽を積み 1982 年帰国して手術を始めたのが最初である。当初はタイ

農村地域に多いガトゥーイの男娼の間で性病がやはりその対策の一つとして政府の後押しで性病そのものではなくガトゥーイの治療を試みたのがきっかけであったのはあまり知られていない²⁹⁾。その後タイでの医療ツーリズムや医療特区の煽りを受け現在では性別適合手術のメッカになっているものの^{30,31)}、タイ政府は必ずしも性の多様性に手放して肝要とは言えない。タイで性別適合手術を行なう主な形成外科医は Dr. Preecha 以外に 4 人、すべて Dr. Preecha の弟子である。しかしタイにおいてもこの医療は終止アンダーグラウンド、いわゆる自由診療として行なわれている。タイ人の MtF 性別適合手術は日本円にして 30 万円程度であるが、外国人にはその 3 倍の大凡 100 万円が設定されている。タイ形成外科医にとって性別適合手術は儲かるのである。奇しくも患者獲得を目的に技術を競う事で手術法は発達し続けている。

一方我が国では 1951 年日本医科大学で行なわれた MtF 手術が最初である。患者はトランス後渡米し女性としてアメリカ国籍を取得し結婚している。その後 1969 年には性的倒錯者に対して行なわれた MtF 手術が優生保護法に抵触するとして一時医療が中断された（ブルーボーイ事件）が、その後当事者の懇願を受け手術の必要性を共感した埼玉医科大学形成外科原科孝雄教授が治療の申請手続きを行ない当時の倫理委員会が「性同一性障害」という「疾患」が存在することを認識し、その苦悩を解消することに医療が手をさしをべる（治療する）ことができるのであれば積極的に関与すべきであるとして医療の対象として認定され 1996 年我が国で最初の公的医療としての性別適合手術が埼玉医科大学で行なわれた。Gender Dysphoria の医療は「病気」に対する医療としてではなく、当事者の「苦悩」を解消する為の装置として医療化されたものであり医療人類学的にも興味深い。自らの生物学的性別と性の自己意識の不一致からくる苦悩や悩みは強く、中には自殺を図る当事者もいるほどであること、社会との軋轢や心理負担が多く、生活が阻害される事が少なくない事、前述のように Gender Dysphoria を生じる生物学的原因が少しずつ明らかとなって来た事などから性別適合手術は正統化された苦悩の救済装置なのである。性別適合手術が医療化されたことで当事者達はその恩恵に与ろうと診断基準に迎合するかのような振る舞いをしながら医療化により当事者の期待はスパイラルに増強され患者数は多くの国々で年々増加傾向にある^{30,32)}。一方で我が国の医療体制は十分ではなく当事者への治療の情報が十分に伝わっておらず、

Gender Dysphoria だと診断されても術前術後新たな苦悩を抱える当事者も後を絶たない。

2-2 性の二項対立論には生物学的根拠が無い

ジェンダー論の議論には閉塞感が否めない。おそらく性の二項対立論に根ざして考えが構築されてしまうことによる齟齬が大きな原因のように思われる。

ヒトは元々両性具有者として発生する（性的両能期）（図 2-2-1）。ヒトの 7-8 週の胎児は女性生殖原器ミュラー管（Müllerian duct）と男性生殖原器フォルフ管（Wolffian duct）の両性原器も持っており、性染色体 Y があればミュラー管が退化しフォルフ管が分化発現し男になる（脱女性化）、一方 Y 染色体が無ければフォルフ管は自然退化しミュラー管がそのまま素直に発現することで女となる事が発生生物学的事実である（図 2-2-2）。性の分化において Y 染色体は生物学的性別を決定するスイッチの働きをするだけのゲノムなのである。

つまり、ヒトのオスも子孫を宿すための生物になるべく性が設計されていて Y 染色体の *Tdf* 遺伝子のお

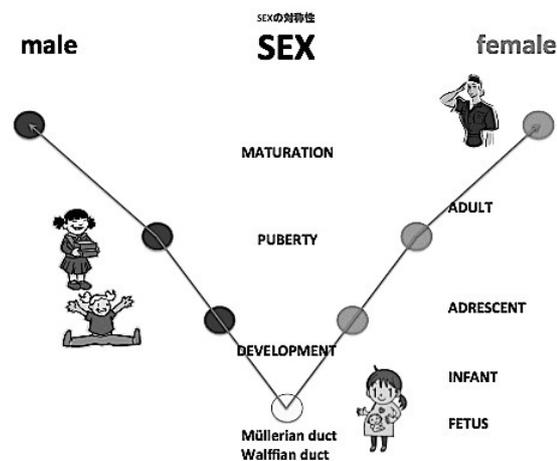


図 2-2-1 性の分化

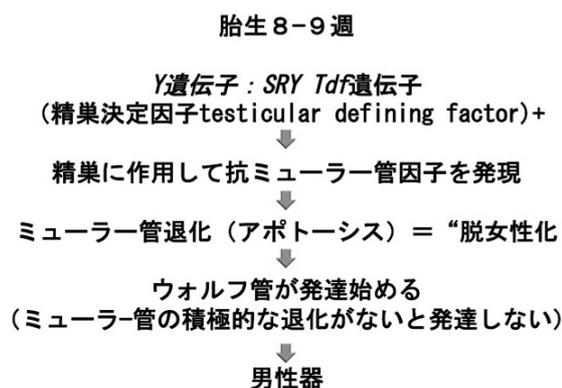


図 2-2-2 胎生期における性の決定

かげで「無理矢理オスにさせられている」のだ。このように身体の性は死（アポトーシス）を介した選択的自己形成の過程といえる。さらに性の決定に続く身体レベルでの性の分化も確固としたものでは決していない。男性ホルモン受容体（androgen receptor）異常により男性ホルモンが発現していても生殖器側の受容体が様々に不感なため男性ホルモンの効果が不十分に発現し女性から男性への分化が中途半端で停止し、男性であるべき身体が著しく女性化するというエヴィデンスが報告されている。図2-2-3にアンドロジェン完全不応症により身体、ジェンダー共に女性化した事例を示す。

このように身体の性分化は厳密ではなくトランスセクシュアルが身体レベルで起こるのである。それに呼応してジェンダーもトランスされ身体化されることになる。このように生物学的には性は厳密には二項対立では語れないのである。性を発現するゲノムはXとY遺伝子の組み合わせからなりメンデルの法則に従う。結果、性の表現形は男ではXY、女ではXXである。両性共にX遺伝子が基本であり男ではY遺伝子の存在により女から男に進化する一方、Y遺伝子を持たない女は二本のX遺伝子により安定した性の発現が運命付けられている。生物学的には多田が言うように「男は現象、女は存在」なのである³³⁾。性の起源のレベルでは男と女は対等な二項対立では決して無く女が微妙に優位な関係にある。男は女からワンステップ経て分化するのである。この事は第5章で述べるように FtM 性別適合手術の際に大きな問題点にもなってくる。このように性の発生過程は決してミラーイメージ的二項対立関係ではなく戦略的互惠二項対立関係なのであってそこにジェンダーの面白みがあると筆者は考えている。

ヒトの性は子孫を残す為の装置であるとの考えに異

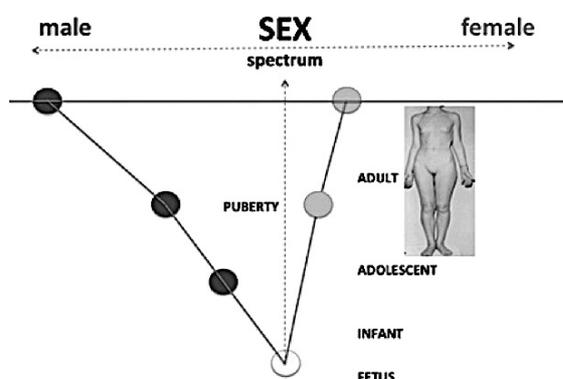


図2-2-3 ヒトの性の曖昧さ アンドロジェン受容体不応症 (右)

論はないであろう。生物学的必然として生じるゲイ、レズ、トランスジェンダー、クィアなど社会的に性的マイノリティーと称される人々（gender variants）も生物学的ファミリーであることを後述するが、各々がカテゴライズされることでコミュニティの中ですら差別化、いがみ合いがおこっているのはナンセンスである事をそろそろ当事者達も気づくべきだ。一方、ヘテロ（ストレイト）な人々にも発現しないまでも無意識なジェンダー・トラブルが内在している。ズッカーらの研究でも未成年の時期に診断されたジェンダーバリエーション gender variant の50-80%は成人に達する発達過程でヘテロのセクシュアリティを獲得するとされているからだ³⁴⁾。つまりセクシュアルマイノリティーはマイノリティーなのではなくノーマルバリエーション normal variant な発現に過ぎないのである。

2-3 トランスジェンダーの生物学：生物学的必然としてのエヴィデンス

ジェンダー発現は胎児期の男性ホルモン量に依存することが霊長類等の動物実験から明らかにされている³⁵⁾。つまり男性ホルモンが強く発現するとヘテロのオスに、弱いとヘテロのメスになる。そして、男性ホルモンの発現が弱いオスではホモに、また男性ホルモンの発現が強いメスではレズビアンになるというもの（図2-3-1）。

男性と女性では視床下部にある分界条間質核（Bed nucleus of the Stria Terminalis）に性差が認められ、ジェンダーバリエーションオスの分界条間質核は女性と同じ形態と機能であることがヒトでも確認されている。つまり、ジェンダーも脳の神経組織によって身体化さ

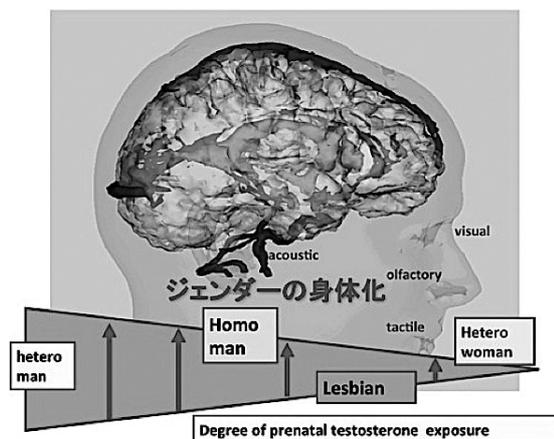


図2-3-1 ジェンダーの身体化 (オランダ VU 大学内分泌科元教授 Louis Gooren 氏との personal communication から 2009 年 10 月 20 日筆者の私設研究室にて)

れていることになる³⁶⁾。

さらにジェンダーは先天的に異性化されるだけではなく、生後の養育環境などでの書込みによっても起こる。分かりやすい事例を示そう。先天性盲の女兒の事例（岡山大学ジェンダークリニック症例）では自己の性ははっきりせず青年期に達し、マッサージ師として他人の身体に触れるようになって自分の性は男だと自覚するようになり性の変更を希望するようになった。この事例は、生後のジェンダー確立には脳への感覚入力、取り分け視覚が重要であることを示唆していて興味深い。ちなみにその他の生後の養育環境要因としては、母乳の甘い匂い（嗅覚 olfactory）や sucking 反応（触覚 tactile）、母親の鼓動（聴覚 acoustic）などの知覚系が考えられている。

このように先天的および後天的にジェンダーが形成されていくことになる。この考えはユング派心理学者の河合も無意識の構造の中で同様な考察を行っている。河合はたましいの原型の中の性的部分は当初両性具有として発生し、その後男女の対をなして性が分化するが、それぞれに異性の自我が発現してくるとしている。このような生物学的エヴィデンスに従えばステレオタイプな性別二分法そのものが成り立たない。性の発生と分化はステレオタイプな過程では決して無く男は女から二次的に発生する性に過ぎないのであり生物学的エヴィデンスは二項対立論に根拠を与えていない。性の二分法に基づくフェミニズム運動やジェンダーに関する権利の闘争は生物学的には無意味なのかもしれない。セクシュアリティとは、ヘテロセクシュアルとそれ以外の全て（gender variants）、レズ、ゲイ、バイ、トランスジェンダー、クィアなどと称される人々に対する総称であり、基本的に同じ生物学的現象に基づいたファミリーなのであってその間で起こる闘争は内輪もめのようなものだ。フェミニズムの問題も広義にはこの内輪もめの中にある。この内輪もめが解決しない間はマイノリティー達の居場所はないであろう。

第3章 苦悩する性の語り

Gender Dysphoria の当事者の殆どは幼児期からの性的違和感を持っており間違えた身体に閉じ込められていると異口同音に主張する。当事者は自己のセックスとは反対の性を自覚し性別違和感となって長期に渡って苦悩する。以下にタイと日本の当事者インタビューを通してGDの苦悩を取り分けトランス前後の語りを比較分析することで性別適合手術による語りの

変容に注目してみる。尚、当事者の語りはゴシック体または『 』で示した。

3-1 日本人の事例から

事例 3-1-1 50歳医師 MtF

（取材日 2011年3月5日）

40歳でタイでSRS MtFを受ける。トランス後も女医として勤務医を続ける。男性から結婚を申し込まれMtFであることをカミングアウトして結婚。女性への戸籍変更手続きをして入籍。結婚と同時に医業を辞めて専業主婦になる。幼少時からの性別違和感に悩みながらも厳格な家で育てられた。大人になって女医として勤務医をしながら働くも違和感は一向に治まらず単身タイでSRSを受ける。トランス前の心境について次のように語る。

当事者にとって手術前の身体は決して健全な状態ではないんです。SRSは正に身体に対して行われる同一性を適合する唯一の方法なんです。それを「健康な体にメスを入れる行為」などと言われるととても悲しくなっちゃうんですね。こういう事をおっしゃる方は医療者の中にも少なからずいらっしゃり、「人間は自然体が一番。それを傷つけるのは間違った医療だ。」と滔々と説教されたことは一度や二度ではありませんでした。私も含め多くの当事者は「ありのまま受け入れる」という言葉には強い警戒感を持っています。「ありのまま」が指すのがどちらなのか。勝手な希望ですが私はやっぱり私の性自認に従ってキッパリと女性として受け入れて欲しいのです。Gender Dysphoriaとして「ありのまま」を受け入れて欲しいと思っている人はあまりいないと思います。GDには精神療法は無効であると言い切ることはできますが、他の診断基準が全て合致していて誰がどう見てもGDと診断できそうな症例の中にカウンセリングだけで精神的に安定し、身体的性別での生活が可能になる人もいます。精神療法は根本的な解決にはなくても患者に精神的な安堵をもたらす、現実との折り合いを付けさせることに成功する例が散見されます。当事者が身体的成長の過程で経験することはまさしく進行性の機能廃絶以外の何ものでもありません。二次性徴はそれまで出来ていた事が出来なくなるのです。たとえば声。一旦男性化して音域が低くなった声を元に戻すにはとても困難が伴いますし、女性の声に近付くことはできてもやはり限界はあります。脳卒中後の機

能回復訓練と同じです。そして最初に現れた望ましくない身体の変化は今後単極性に悪化して行くことが明らかに見通せる過酷な体験の幕開けに他なりません。身体がどんどん自分じゃなくなっていくのですからね。ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis ; 筋萎縮性側索硬化症) の患者さんが著している手記の中には日々身体の機能が1つまた1つと失われていく事への苦悩が綴られています、それと全く同じことなのです。ですから思春期前からの治療が絶対的に必要なのです。

身体がどんどん自分じゃなくなっていくという語りには身体の男性化により性の自認が著しく侵されて行く状態、つまり Gender Dysphoria を病いと捉えることで医療人類学的に記述分析できる可能性を示唆している。次に彼女のトランス後の語りをもとめてみよう。

私は主人や主人のご家族の人柄に恵まれた特別幸運なケースだと思っています。でも実の家族からは完全に絶縁されました。ある日家族にカミングアウトしたら、「そんな変態、うちの子じゃない!」とか「2度と顔を見せるな!」などとあらゆる罵倒の言葉を浴びせられて家を追い出されました。弟の結婚式にも呼ばれませんでしたし母が亡くなったのも相続放棄の書類が送られてきて初めて知ったくらいです。勘当されたのです。でも今は非常に幸せです。敢えて男であったことを思い出したくもないし世間に知られる必要もありません。お豆腐を買いに出かけて近所のオバサンと井戸端会議をするのが楽しみなんです。

彼女は現在、夫の両親と4人暮らしとなり主婦として忙しい毎日を送っている。彼女の生存 (survive) を支えているのは妻として女でいられることが全てであろう。過去を全て消し去ってしまい女性として stealth mode で生きている。彼女にはパトリック・カリフィアが言うような「トランスセクシュアルと人のつながりがいつわりから始まる」という言説は全く通用しない。トランス前の当事者にとってこそ人とのつながりがいつわりなのである。

事例 3-1-2 56歳医師 MtF

(取材日 2011年9月26日)

前例と同様に MtF 女医として病院でジェンダークリニックを担当している。幼少時よりの性別違和感が

あり。医師となってから女性ホルモンを自分で処方し服用しているが SRS は受けていない。身体とジェンダーに折り合いがついているのでこれからも受ける予定は無いとのこと。性別適合手術のみが必ずしも Gender Dysphoria のゴールドスタンダードな治療法ではないことを示唆する事例として前例と比較的に提示した。彼女は男性として生まれたが、幼い時から女の子の服を好み、姉の服を内緒で着て外出した。『なぜ男の子の服を着ないといけないの?』。素朴な疑問は、成長と共に激しい苦悩に変わった。大学では女性の心を振り切るかのように、スポーツで体を鍛えた。だが、誰にも言えぬままに悩みは深まる一方だった。自分でホルモン療法を行ないながら自分を知るため精神医学を勉強した。現在は女医として社会組織化が上手く行っていることで苦悩が代償性に癒されこれ以上の身体変工を行わずに済んでいる。

女性ホルモンを使い、外見がふっくらと女性的になったことで、好奇の目を注がれなくなりました。性別適合手術を受けようとは考えていません。女性として社会に受け入れられてとても幸せです。

彼女は Gender Dysphoria の治療の目的は『割り当てられた性別に適合しないユニークな性同一性を、自我同一性に統合させることだ』とする松永の仮説³⁷⁾と矛盾しない。松永は性同一性が多様でユニークであるのと同時に、その統合のされ方も多様でユニークであって良いと言う。GD の治療では、治療者は固定されたゴール (治療像) をイメージすべきではなく、当事者との語りを通じて常に統合のイメージへと統合して行くことが必要であると言う。『多様』と『ユニーク』といった相反する概念の接点を見いだすことが治療のプロセスだとすれば気の遠くなる作業だ。『本当に苦しむ人にとって手術は有効だが、過剰な手術につながらないよう、カウンセリングを重視すべきと主張する。周囲とは違う自分の性のあり方を自然に受け止めることができれば、生きづらさは和らぐ。そのためにも、多様な人の存在を認める社会でありたい。』と主張する。筆者の感覚ではペニスを持ったまま苦悩と折り合いを付ける事は理解に苦しいのだが性別適合手術を要した事例 3-1-1 を“重症例”とすれば事例 3-1-2 は“軽症例”なのであって単なる同一性自体のグラディエントな多様性の問題なのかも知れない。(本事例に関する新聞記事 [2010年6月17日 読売新聞] を一部参照した)

事例 3-1-3 42 歳日本人住職 FtM

(取材日 2010 年 10 月 22 日)

捕渉し得たトランス後の日本人聖職者は二人。一人は MtF 正牧師と二人目はここに述べる FtM 住職だ。MtF 正牧師廣畑涙嘉さんは既に自伝³⁸⁾ (『オトコが女になるとき』講談社 2006) を著されていて詳細はここでは記さないが地域の正牧師として活躍されている。ここに記載する FtM 住職も正住職として働いている。トランス後に大学を卒業後修業して現在家業の住職を継いでいる。檀家との間にも何ら問題は無い。feminine な雰囲気からむしろ檀家のコミュニティーに受け入れられている。女性を妻とし非配偶者間人工授精により二人の子が居る。彼は『手術を行ってくれた先生は神様です!』と言う。そして『手術が出来なかったら恐らく生存していなかったでしょう』と続けた。正に性別適合手術により彼の命が救済されたと言っても過言ではない。聖職者のこの語りの意味は重い。

事例 3-1-4 日本人大学生 21 歳 FtM

(取材日 2011 年 7 月 10 日)

大学 3 年生の FtM。卒業までに SRS と戸籍変更を済ませ男として就職を目指している。小柄ながら風貌は男性そのもの。短髪でホルモン療法によりニキビ面にはひげを蓄えている。声も枯れたように低い。卵巣と子宮の摘出を目的に日本のジェンダークリニックでもらったという 2 通の診断書を携えて単身タイに治療を受けにやってきたのだそうだ。

子供の頃は赤いランドセルや制服のスカートに嫌悪感を持ってました。ポルノビデオを見るきは、自分が上になってセックスしている男の気持ちになって観ている。身体変工で苦悩は和らいだ、変工が進むごとに苦悩から解放され楽になって行く。二期目の陰茎形成手術の術式を **metoidoplasty** か **phalloplasty** かで正直悩んでいるがでかいペニスが欲しい。ペニスは大きいものだと思う。挿入したい。

これは明確に [彼] のジェンダー (性自認) は男性であることを示唆している。日本の法律では乳房、子宮、卵巣の摘出が性別変更の要件にされている。しかし、多くの FtM のゴールは彼のようにペニスを獲得して女を楽しませてあげたいとの思いを一様に語る。筆者が彼ら FtM に感じるセクシュアリティは男そのものである。女から男にトランスしたイメージは微塵

もない。彼らにとって男としての身体を取り戻すための壮烈な戦いのようにも思われるが、彼らの性自認は紛れもなく男なのである。

1 年後に日本で会ったときは三つ揃いのスーツを着こなすビジネスマンとして勢力的に活躍していた。彼女も出来て結婚を予定しているのだそうである。

事例 3-1-5 バンコクで SRS を受けた FtM ハル君

(取材日 2011 年 7 月 4 日)

アレルギー体質のため一期手術の移植皮膚の生着に 3 ヶ月を要したが最終的には美しいペニスが形成出来た。一年後に二期手術 (尿道形成) の予定。それまで立位での排尿はできない。

彼は裕福な家庭に育ち手術費用などの経済的問題は両親が解決していた。フリーターで自立出来ていないが男としての日本での就職を目指そうとしている。術後は男らしさがエンパワーメントされマスキュリンな印象を発現している (写真 3-1)。彼のペニスは腹直筋の筋膜を含め形成したのである程度の硬さを持っている。いわば準勃起状態なのだ。彼もまた『女を楽しませたい』と語る。FtM が女を楽しませたい、MtF の男を楽しませたいという語りは、FtM は男としての、また MtF は女としての性の語りに他ならない。

事例 3-1-6 タイ在住日本人ツアーガイド紀夫君

FtM (取材日 2011 年 7 月 10 日)

紀夫君は男としての性の自認を持った女性として身体記号を女から男へと変工し、男性として生きて行く



写真 3-1 日本人 FtM 手術直後のハル君 [New body empower the mind. (getting masculinity)]

物語である。調査者が2011年から現在まで断続的に行なった紀夫君とのインタビューから彼の語りを以下にまとめてみる。

紀夫君はトランス歴5年目の36歳。彼に最初に会ったのは2011年7月8日、調査者がフィールドワークの一環としてバンコクの病院で臨床研修医として性別適合医療の臨床研修を開始して直ぐのことだった。20代の若い性別適合手術を希望する日本人当事者3人と共に外来に現れた。全て女性から男性にトランスを希望している彼の「クライアント」、彼は日本人患者のアテンド業をしているのだ。当初は女性から男性への手術を希望する日本人患者を束ねる危ない強面のヤクザのように思え眼を見張った。坊主頭に野球帽を後ろ前逆さまに被りひょうきんな男のようにも見えたが、スニーカーを履いて黒のズボンに黒の半袖のTシャツからは両腕の入れ墨が露であった。顔は細面で何となく雰囲気には似合わないつぶらな瞳。顔の皮膚は脂ぎったぶつぶつとクレーターが一杯付いた皮膚で髭を蓄えていた。左の前腕にはメスで切り取ったかのように方形のやけどのような傷がありその部分は細く折れそうにも思えた。筆者は疑いも無く男だと思っていたが、彼はバンコク在住の日本人元女性。バンコクで日本人の性別適合手術支援を行う日本人アテンドやツアーガイドとして働いている。彼はクライアントの手術手続きを済ませて次のクライアントの入院手続きで他病院へ向かうのだ、と忙しそうに病院を後にした。別れ際にはとても紳士的な挨拶をしてくれた。その後、彼とは頻繁に会うようになり、一緒にお酒を飲んだりして語り合うことが出来た。

彼の3人のクライアントはいずれも日本人女性で22歳が二人、23歳が一人。二人は他病院での術後の検診に行く途中で、一人はこの病院で今日の午後乳房摘出術を受けるための術前検査にやって来たのだ。紀夫君はクライアントの診察と手続きを手際良く片付け、次の病院へクライアントをアテンドして出て行った。まるで性別適合手術のためのツアーのような印象を受けた。同様なアテンド事例はアメリカ人、イタリア人、イギリス人など相手にするアテンド業者が数多くクライアントを連れて入れ替わり立ち代わり受診にやって来る。まさにハブ化する国際医療ツーリズムの様相だ。それにしても紀夫君のビジネスとしての機敏さとは裏腹に、紀夫君は最近の日本人クライアントに対する印象をこう語る。

こんなあまちゃんですトランス出来るのかなあとも

思います。

他の事例を含めトランスセクシュアルは性の自認を性急に通そうとするあまり依存的事であることが多いとGooren教授は指摘する。しかし3人のうちの2人は現在も発表者のジェンダー外来で後療法のため定期的なインタビューを行なっているが、当時大学生だった彼らは、1年後に彼らと会った時はもはや依存的な性格は感じられず、男として就職しめっきりと男らしくなって活躍する社会人と化していた。一人は学生時代のガールフレンドと結婚の予定であり男として人生を送ろうとしている。

紀夫君は幼い頃から男の子ようだったと過去をこう振り返る。

子供の頃はチャンバラごっこが好きでした。中学生の頃はセーラー服が嫌で着れなかった。女の子だけの性教育時間が嫌でしようがなかった。

高校生の時に両親に性の違和感を訴え、性別適合手術を望んだ。繰り返し説得したが両親に反対され続けた。母親は次第に理解を示すも、父親は頑として許さなかった。地元の高校を卒業して都内の有名私立大学経済学部に進学する。在学中は、新宿2丁目に入り浸り、オナベのお店でアルバイトなどもした。卒業後も新宿で夜のアルバイトをしながら彷徨った。このころ男としてヤクザの世界に首を突っ込む。彼の入れ墨はこの頃のもののらしい。

これじゃいけないと知りつつもむちゃくちゃしてましてね。自制しようにも居場所がないんです。知り合いの教会でヤミで男性ホルモンの注射をしてくれる婦人科のことを聞きつけ受診しました。なにも聞かれず一回2,000円払って22歳の時から週2回通いました。精神的にそうすることで少し安心出来ました。

27歳の時に都内某病院にて乳腺摘出術を受けた後、大学でのカウンセリングを開始、30歳で「性同一性障害」の診断書を取得と同時に家庭裁判所にて女性名から男性名に改名した。30歳のころ帰省した際に性別適合手術の意向を改めて家族に伝える。

変わり果てた娘の姿に愕然としたようです。助け舟がいました。父方の親戚の叔父がトランス・ジェ

ンダーの知識もあったことから理解が得られ支えてくれました。おじさんが居なかったら僕はもうどうなっていたか、ここには絶対居ないでしょうね。

このように振り返り叔父への感謝への気持ちを涙ながらに語った。彼は涙もろいのである。翌年 31 歳で単身バンコクに渡り陰茎形勢術を受ける。まずは尿道をクリトリスの直ぐ横に移設し膣粘膜を剥離し膣閉鎖を行なった。第二段階は前腕の皮膚に皮膚で裏打ちするように巻き付け直径 5mm のチューブを埋め込み将来の尿道の形成に取り掛かる。3ヶ月前腕での「尿管培養」の後、第三段階の陰茎形勢術を受けた。前腕に埋めた尿道を巻き寿司のように包み込むようにして血管と神経を付けたまま一塊に切除し直ちにしかるべき部位に移植する（手術法の概略は筆者の拙ブログ「Transgender Journal」参照 FtM 術式 < http://williumosler.at.webry.info/201108/article_1.html >, MtF 術式 : < http://williumosler.at.webry.info/201109/article_1.html >）。手術用顕微鏡を用いて神経と血管を陰部でつなぎペニスの血流と感覚を確保する。包み込まれて育まれた尿管を本来の尿管と連結して尿がペニスの先端から出るように形成。両側の大陰唇にシリコン製擬似睾丸を埋め込んで手術を終了した。4 段階として陰茎内に勃起装置を埋め込む手術が残っているが彼は希望していない。既にペニスとしての機能に大方満足している。クリトリスはオルガズムの為に温存されている。一通りの手術を終えるのに 1 年近くを要した。

ペニスの感覚は弱いですがあります。性感ほどではありません。挿入も出来ます。ペニスの付け根のところにクリトリスを残しているのでエクスタシーも感じる事が出来ます。

手術後は、居場所の無い日本への帰国を諦めそのまま慣れ親しんだバンコクで日本人当事者のタイでの性別適合手術を介助するアテンダント業を始める。初対面で驚かされた前腕の切り取ったような傷は前腕の皮膚皮弁を使ってペニス形成をしたためであった。手術後 3 年を経過し自身の性別適合手術についてこう語る。

乳腺摘出手術を受けると、女性の乳房がなくなり、男性らしい胸板になるとか、子宮卵巣摘出手術を受けると、女性特有の生理がなくなるとか、確かに、これらがなくなると言う事は、FTM 当事者にとっ

ては、とてつもなく嬉しい事です。しかし、「胸を取るだけの手術」、「子宮卵巣を取るだけの手術」などと、安易には決して思わないでほしいのです。わたしは性別適合手術によって治療されるのは身体ではなくマインドのような気がしています。術後すぐに、男性のような、キレイな胸板が手に入る訳でもありませんし、手術で摘出した物は、二度と元通りには戻りません。さらに陰茎形成で普段身に付けない物が自分の身体に取り付けられることで少なからず身動きが制限され入院中のストレスになります。術後も、寝やすい向きで寝ようと何気無くする寝返りすら仮ならない場合もあります。

今ではバンコクでアテンダントとして手術のお手伝い出来る仕事にとっても生き甲斐を感じてやっています。

男の性器として機能には問題ないのだそうだが、皮肉なことにエクスタシーは残された女性の部分が必要である。

セックスも問題なく出来ます。クリトリスはペニスの下に残してある。

つぶらな瞳で人なつこく見えるが半袖から入れ墨が見え隠れし、ドスの少し利いた低い声で丁寧に折り畳むようにしゃべる。

紀夫君が奥さんを紹介してくれるというのでいつもの店に誘われた。研修医の活動を早めに終えて高架電車でタニヤ通りの居酒屋へ行く。奥さんは 14 歳年下で肩にファッション・タトゥーを施した今風の可愛いギャルな感じ。元カレとの間に男の子がいる。紀夫君はその子を可愛がっている。彼女の実家で彼女のご両親と一緒に暮らしている。紀夫君の話では、女性から男性にトランスした FtM はタイ人女性に好かれるのだそうだ。女性同士なので妊娠する恐れもなく、また婚姻関係で生じる資産上の問題が皆無なので性を遊ぶには格好のターゲットになるらしい。秘密めいた人間との交流は、自身の曝け出したくない秘密をむしろ覆い包んでくれる魅力が有るのかも知れない。奥さんは性生活についてこう語る。

全く満足しています。男として認識しています。性交も問題ありません。

バンコクでアテンダント業を営む彼の元には女性から

男性へのトランス手術を受けにくる日本人トランスセクシュアルが後を絶たない。彼はバンコク市内のマンションにオフィスを持ち、希望する当事者にはマンションの一部を宿泊所として解放している。あらかじめ当事者の希望を聞き、見合う複数の外科医と競合的に交渉することで差益を稼ぐ。その為に3つの病院と提携関係にある。もう日本には戻れないという。彼の元にくる当事者の中には彼にあこがれ入れ墨を入れたりする者も居るほど、カリスマ的存在であり、当事者がトランスする意思決定から影響を与えている恐れのある存在。日本にアテンダント会社は50程あり皆裏技を知り尽くしている。例えば、

S病院は一回で出来るはずの手術をわざと3回に分けて行くことで手術料を稼いでいる。

どうやら性別適合手術は儲かるようだ。バンコクでの性別適合手術に関わらず美容外科など医療ツーリズムの発達するバンコクでは海外から治療を受けにくる患者は言葉の問題や手術のケアなどでの不安も重なってアテンダントと称して第三者に介助を頼むことが多い。いわゆる隙間産業である。紀夫君のようにSRS後そのままバンコクに滞在してアテンダントとして働く当事者もバンコクには少なくない。全てFtMである。帰国後の家族や仕事などの煩雑から逃れたかったという。一方で将来への不安も強くそれがバンコクに早くとけ込む原動力になっている。

アテンダントの主な業務内容は次の様である。性別適合手術を希望する日本人患者（クライアント）が日本のクライアント会社にアテンドの申込をする。アテンド会社は在タイの契約スタッフにアテンドを依頼する。アテンド会社に仲介料が元でトラブルになることが多く、最近では口利きで直接アテンダントにアテンドを申し込むクライアントが増えている。アテンダントはクライアントの治療内容を確認して適切な病院を探し治療をコーディネートする。空港への送迎、入院手続き、退院後の通院やケアなど帰国までつきっきりでアテンドする。手術日は病室に泊まり込みで付き添う。

紀夫君の所に来るクライアントの多くは女性から男性に性別適合手術を希望する日本人だ。年間50人前後のアテンドをする。クライアントの手術内容や滞在期間等によってアテンド料は異なり11-25万円程度。一回の手術で入院、滞在期間の短いMtFの場合は10万円ちょっとの手数料をもらう。一方乳房切除、内摘

(子宮+卵巣摘出)、さらに陰茎形勢術など複数の手術が必となるFtMのアテンド料は2倍以上に跳ね上がる。さらに手術を安く引き受ける外科医を選ぶことで差額が懐に入る。推定年収は800-1,000万円程度になる。タイ人公務員の平均年収の優に2倍にはなろう。バンコクで手術を受ける日本人は全体で年間100人程度。半分以上が女性だとすれば紀夫君は女性の大半をアテンドしていることになる。

アテンダント同士の縄張り意識は非常に強く、時には互いに牽制、批判する。例えば他の日本人アテンダントは紀夫君に対してこう批判するが全く当を得ていない誹謗中傷である。

あのアテンダントは患者を放ったままで面倒も見ない、ボッタクリだわ。なんでも昔はヤクザだったらしいわよ。お金回りも一時は大分良かったみたいだけど、でも今はちょっと落ち着いたみたいね。

しかし実際は彼のアテンドはクライアントにはすこぶる好評で他のアテンダントの「評判」とは大きく違っているのだ。彼は男気が強く面倒見が良い。彼のアテンドは治療のみではない。術後安定すればクライアントを2~3人、時にはクライアントに付き添って来た日本人の女性（恋人）や家族も参加し連日市内観光ツアーをする。もっともアテンドの業務の一つでもあるが、紀夫君はFtMとしてクライアントの同じ悩みを持った先輩なのであり彼の格好良さはクライアントには憧れでもある。バンコクという場で身体の変工を行なうツアーというマイクロな集団のなかで当事者達はまるでユートピアのように癒されて行くのである。このことでクライアントの手術への動機がポジティブに影響されている可能性は否定出来ないといふ危惧されない訳ではない。それほどのカリスマ性を放っているのだ。一方で、クライアントに対して商品としての性別適合手術を受けることには彼自身むしろ慎重であるように求めている。

今でこそ、タイで性別適合手術を受ける人は、そう珍しくないくらい沢山の日本人が手術目的でタイを訪れています。タイで手術に臨む当事者が増えていのに日本のGIDの状況は全く追いついていないように感じてしまう。だから、もっと真剣に自分と向き合ってほしいとも思うし、手術を“容易なもの”と思ってほしくないし、“手術は本人が痛いだけじゃないんだ”と言う事を伝えたい。手術は受け

る本人は勿論痛いかも知れないが、それ以上に、こんな我が子を不憫に思い、「私が、この子を男の子として産んであげなかったのが申し訳ない」、こんな思いを抱いてまで我が子を尊重しようとしてくれる母親が一番辛いのではないのでしょうか。

性別適合手術とは、心と身体の不一致を、手術を施すことによってコンプレックスである部分をなくし、気持ちの性に身体を合わせる手術です。病気で悪いところを切り取る手術とは異なりますが、執刀医に“自分の身体を託す”と言う点は共通ではないでしょうか。手術中は、麻酔が効きどのように手術が行われているのか勿論知ることは不可能です。麻酔が効き、意識がない自分の身体にメスを入れられるのですよ。本来であれば、とても恐ろしいことです。こんな恐ろしいことなのに、何故望みますか？誰かに薦められて仕方無しではなく、逆に、周囲の反対まで押し切ってまでして望む手術なのですから、ただ安易に「手術料金が安いから」という理由のみで、タイでの手術を考えるべきではありません。タイの医師は、皆さんが思う以上に、皆さんのことを思っています。手術を受ける以上は、執刀医を信頼し身体を託してほしい。信頼出来ないのであれば、手術を受けるべきではない。信頼し身体を託すから、術後問題が生じて、目には決して見えないけれど、執刀医との絆が励みになり、前向きに治療に取り組んで行けるのではないのでしょうか。もし、執刀医に対して信頼がなければ、身体を託すという気持ちが欠けていけば、術後問題が生じた場合、後悔しか残らないのではないかと思います。医学は日々進歩し続けていますが、一人の人間の命が託される現場の“手術室”においては、物を開発する“商品開発”のようにはいかないのです。失敗作は廃棄処分なのですか？手術は、そうはいかないのだということをお日本の当事者にしっかり伝えたい。性別適合手術を受ければ、心と身体の不一致を解消出来るでしょう。しかし、その代償に、身体には大小様々な手術痕が、多かれ少なかれ必ず残ります。この傷跡は、自分が生きる証であり、これから一から始める新しい人生の糧とするべき物ではないのでしょうか。もし自身の身体のコンプレックスをなくするために受けた手術によって出来た“手術痕”が、逆に、更なるコンプレックスとなるようなら、今一度、手術を受けることを考え直してみることも、一つの選択肢です。性別適合手術は誰かのまねをして、受けるものではありません。手術で切り取った部分は、二度と

手術前と同じには戻せません。この手術は、誰かのために受けるものではありません。もし、“この乳房が無くなったら、彼女は自分を男として見てくれるのでは...”などと思うのであれば、手術を考えるのは、絶対に止めるべきだ。性別適合手術は、あくまでも、自分自身のためにのみ、自分で決意し、受けるべきものです。手術の代償を、やたらと求めるべきではないと、私は思います。

日本人 FtM 患者に対して性別適合手術をさも身体にピアスや入れ墨でも入れるような感覚で安易に考えている傾向を指摘し戒めるかのように語る。彼の手術に対する語りは文化人類学者 Sharp の性別適合手術や臓器移植医療を商品として分析するスタンス³⁹⁾の問題点を暗示している。FtM の性別適合手術が技術的に難しく完成していないという形成外科医 S 医師の語り (3-3 インタビュー 1) が紀夫君の語りを裏付けている。

そして、最後に一つ、**100%**とは言い切れないこと。それは、いくら手術を終えて、戸籍を変更しても、それから先死ぬまで絶対に生まれ持った性が他人に知られずに済むことはあり得ないのです。

彼のようにタイで SRS を受ける日本人向けのアテンダントは在日、在タイを含め数百社、総数 500 人程居ると言われている。かれらは当事者の受け入れ、治療のサポートなど旅行会社よろしくサポートする。当事者(クライアント)の望む治療内容を最も安く請け負ってくれる医療機関を探し交渉することで設定額との差益を収入としている。結果、当事者や医療機関との間でのトラブルは耐えない。今後は日本人 FtM 当事者で介護士資格をもっているということで顧客を狙おうとする当事者や NPO 法人に至まで種々のサービスが現れようとしている。

3-2 苦悩する性 タイ・ガトウーイの語り

インタビュー 3-2-1 タイトランス女性協会(TIFA)

(取材日 2011 年 6 月 28 日)

代表者 Yollada Krerkkong Suanyot さん(写真右端)は県議会議員でジュエリー商社長でもある。副代表格 P さん(中央)はその sales manager, もう一人 A さん(左二人目)は高校教師。3 人とも 13 歳から女性ホルモン服用 Yollada さんは 17 歳で SRS。3 人ともややがたいが大きい以外は容姿、ジェンダー共に



写真 3-2-1 TransFemale Association of Thailand (TIFA) 首脳メンバーと筆者のバンコクのレジデンスにて会談 (Trans Femaleの間にはスペースはない)

女性である。全員 SRS 後の MtF である。みなさん幼い頃から自分は女の子だと思っていた。

私たちは学校ではガトウイと呼ばれ特別な存在で“居られる”のです。“先輩”から性別適合医療の方法を伝授されホルモンは薬局で買うことが出来ます (ただし未成年には非合法だが薬局は商売する。試しに著者もバンコク市内の薬局で種々の女性ホルモンを買うことが出来た。しかし薬剤師の話によると女性ホルモンは主として更年期障害の婦人のためのものでガトウイのためのものではないとのことである)。

服薬量は時に過量となりそれによる死者も出る。多くは女になり急ぐあまり服用過多となり副作用の満月顔貌 (Yollada さん)、意識障害 (A さん) など経験している。Yollada さんは 17 歳の時に Preecha 教授の執刀で SRS を受けている。ガトウイ社会は先輩から [教育] を授かる行為により性別適合医療として既に機能していることになる。『性を変える事に迷いはなかった。SRS も家族に相談する事無く自分で決めて受けた。自分の性は自分で決める。むしろ性を変えろという感覚じゃなくて、元の性に戻る喜びが充満していた。』彼女達にはトランスすると言った自覚は無く終始女性と自覚している。

彼女達によればタイでの性別適合手術は自然発生的に出てきたようだ。タイでは 5 人 (内バンコクでは 3 人) の腕利き SRS 医 プリチャー、スポーン、ガモン。全員プリチャーの弟子。プリチャーは腕、価格、人間性ともに世界的第一人者。スポーンの手術は最も美しいがテクニックはマル秘らしく手術料も高い。現在の自分を幸せだと万歳して全身で喜びを表現する。Yollada さんはオルガズムがどういうものか分からなかったらしい。つまりトランス前には男としてペニスによるオナニー経験がない。トランス後のある夜、性

器のむずむずした感じに襲われ目覚め、以後オナニーで感じる事が出来るようになったと言う。

TIFA は毎年ガトウイ達のビューティーコンテストを主催し、優勝者には SRS に必要な費用 30 万円が賞金として手渡される。ガトウイ社会は性を変工するための装置として機能しているのである。

インタビュー 3-2-2 T さん 23 歳看護師 FtM
(取材日 2012 年 10 月 26 日)

バンコク市内の総合病院手術室の看護婦として 4 年の勤務キャリアがある中堅看護師。看護師の募集を知り、男性の状態で応募。面談は無く書類選考だけで採用される。男性看護師から女性看護師に変身したのが約 3 年前。入職後に髪を伸ばし続けて、ホルモン摂取で女性っぽくなって来たため、同僚や上司に相談することも無く突然女性ロッカーを使い始めた。職場はそれを至極当然のことと受け入れた。現在もガトウイの立場を責められることも無く伸び伸びと勤務中である。

ホルモン (ダイアンと言う市販ピルの女性ホルモン) を服用し始めて 4 年経ちます。ホルモンの摂取情報は同年代のガトウイ友達から教えてもらった。現在のガトウイ友達は同年代しか居ませんね。中高年にはまず居ない。わたしは鼻の整形手術を受けていますが「上下」(乳房形成と造脛術)ともまだオペはしていません。自分が MTF だと自覚したのは高 2 の時。しかし幼少期から女の子と人形遊びやままごとをするのが好きだった。性的対象、恋愛対象は常に男でした。

T さんにはゲイじゃないノンケの男 (ヘテロセクシュアル) の彼氏が居る。友達の紹介で知り合い、最初の 4 ヶ月間は電話で話すだけだった。彼氏は 23 歳の軍人。

ルックスは良く無いけれどもお互いの気が合っている。性交渉はあります。面識は無いがお互いの両親からも公認されています。タイでは MTF は戸籍の変更が出来ず、同性婚の入籍は認められていないが出来れば今の彼氏とずっと一緒にいたい。彼氏は豊胸オペは望んでいます SRS はして欲しくないらしい。手術によってわたしが女性としての自信が出来れば他の男性に乗り換えられることを心配しているみたいです。彼は T を完全に女として想って

いる。(筆者註：タイでは2012年より戸籍上の性別変更が可能になった)

女性器を持たないTを彼は女だと自覚している事にTの生来の母性を彼は感じ取っているのかもしれない。

筆者：毎日のように看護師として患者の性別適合出に立合っていて自分もヤリタイと思うか？

Tさん：『今はお金が無くて無理だけれどもいずれは上下ともやりたい(上：乳房形勢術，下：女性器形勢術)。恐怖感は全く無い。』

筆者：性別適合手術を受けに来るMtFは高齢者も多いがそれについてどう思う？

Tさん：『遅いとかそんなのは問題じゃない。私達ガトウーイは死ぬまでに何とか女の体に戻りたい。生きている内にSRSすることは何歳であっても遅くはない。』

筆者：なぜ自分はガトウーイとして生まれて来たと思うか？

Tさん：『タイでは前世で浮気者の男が散々女を泣かして来たのを今世では反省させるためだとの考えがある。実際、母方の叔父にとっても浮気者が居てその生まれ変わりではないかと母親から言われている。』(筆者註：この言説はタイのピー信仰と言うタイのアニミズムの一つ) 両親は仲がよく(日常的に離婚が多いタイでは珍しい)、他に同じ両親から生まれた妹と弟が居るが2人ともヘテロセクシュアルだ。来世は女に生まれたい。時々ガトウーイ嫌いな人から傷つくことを言われるが、その時以外は自分がガトウーイであることを不幸だとは思ったことはない。

筆者：貴方はゲイ、とは言えませんか？

Tさん：『いいえ。私はガトウーイです。私は体は男ですが心は女です。ゲイとは体も心も男のまま男が好きな人達のことです。自分がゲイだなんて考えたこともなかったです。』

インタビュー 3-2-3 タイ人トム 医師

(取材日 2011年10月26日)

彼は消化器外科医として働いている。学生の頃よりトムでいる。身につける洋服、装身具、白衣に至るまで全て男性用。身体変工は全く行っていない。タイのFtMが性別適合手術を受けない理由を次のように説明する。

今のFtM性別適合手術のクオリティーでは受け

る事はあり得ません。独身男性として病院で働いていますが性的志向は女性やMtFに興味があります。

トムの医師と逢ったのは筆者には初めての経験であった。筆者は彼を男性だと認識していたので彼の語りには驚かされた。一般社会で全く普通に存在出来るトランスジェンダーとしてのトムにタイ社会のジェンダー寛容というよりジェンダーそのものが実に多様なのであると考えざるを得ない。

インタビュー 3-2-4 ガトウーイ高校生

(2011年7月13日)

タイの高等学校では毎月第三金曜日の午後は礼拝の日とされており近隣の寺院で全校生の集団礼拝が行われている。礼拝後は境内でガトウーイの学生達による[美人コンテスト]が行われ勝者を祝福するといった[儀式]が行われ学生達には集団礼拝時のビッグイベントの一つとなっている。そのガトウーイの多くは卒業後にトランスを望んでおり多くは既に女性ホルモンを服用している。彼らはガトウーイから女になることをトランスと言っており、マインドは終始女であるという。女性ホルモンの入手や服用量などの[治療法]はガトウーイの先輩から知識として伝授される。いわばガトウーイ社会はジェンダー苦悩を癒すための装置なのであり、トランス後の良好な予後をもたらす要因となっている。医学的に見ればガトウーイの多くは学童期から性ホルモンを服用することで二次性徴をある程度ブロックしておりそれがトランス後の予後を良好にしている。前述のTIFAメンバーのインタビューからもガトウーイが socio-medical な文化として機能しているのだ。



写真 3-2-2 チェンマイ市内ガトウーイ高校生 (取材日 2011年7月15日)

インタビュー 3-2-5 セックスワーカー

(取材日 2011 年 11 月 2 日)

バンコク市内でセックスワーカーのハッテン場でもあるパタヤ地区、パツボン地区 Nana 駅周辺の gogo-bar 「CASCADE」、3 階建ての回廊のような建物で特に 3 階は非常に不潔な感じが漂っていて HIV 要注意とのこと。つまり商品としてのセックスワーカーの価値自体が階層化された館なのだ。ガトゥーイからセックスワーカーとなった二人の MtF、一人は SRS を既に済ませている。SRS を受けていれば女の子の店に、受けていなければガトゥーイの店に所属する。二人の語りを見てみよう。

インタビュー 3-2-5-1: キティーちゃん 23 歳。

SRS なし。

オッパイありますけど、下は手術していません。女性ホルモンは「スージー」やっています。ダイアンより安いからです (スージーは 100 BHT/1 箱, ダイアンは 21 錠入り 1 箱約 150 BHT)。オペは今はしません。今したらここで働けなくなります。別の店に移籍させられちゃう。

ガトゥーイの店なので手術してガトゥーイじゃなくなれば職を失う。『3 階に都落ち。』階が上に行く程 HIV のリスクと共に商品としての価値が下がりガトゥーイの場末となる。

体は男だけど心は女よ。恋人は居ません。お客は日本人の男性が一番多いです。ゲイとかじゃなくて普通のおじさまです。連れ出し 600 BHT (店に払う), ショート 2 時間 2,000 BHT ステイ 4,000 BHT なんでもやります。お尻を使うしお客さんの求めがあればペニスも使う。

つまりキティーちゃんのペニスは商品として「機能」しているのであり SRS を必ずしも望んでいる訳ではない。それどころか SRS によってガトゥーイとしての商品価値が下がり失職する恐れさえあるのだ。

インタビュー 3-2-5-2: ユーナちゃん 21 歳。

SRS 済み。

お金がないので手術料が一番安い病院で手術しました。オペ後はヴァドゥーへ移籍 (ヴァドゥー

「VOODOO」は 1 階にある女の子の店)。膣が 2 インチしかないのにお客によっては後ろも使います。マインドは女でガトゥーイではありません。今は女として堂々と働いています。お客は日本人男性が好きです。それ以外ははっきり言って受けたくありません。連れ出し 600 BHT, ショート 2,000 BHT (H あり) でガトゥーイと同じです。

セックスワーカー (ポストオペ) は『日本人エロオヤジは優しく一番好きです。お金もくれる。日本人の客は大歓迎です。』と日本人男性を“求愛”する。当の日本男性に密着して挿入感などについて尋ねてみると、『女とおんなじだ。“ミミズ千匹”とは行かないが、“数の子天井”で良かった。』という。(ミミズ千匹とは膣の雛壁が発達していること、数の子天井とは膣前壁の G スポットが大きく発達していることで、何れも“名器”の例えである。MtF の膣前壁には前立腺があり G スポットの機能がある。) 商品としての価値はエスコート料金が示す通り女と同じである。ポストトランスの性的トイレとしての商品価値は女性に匹敵。MtF の性別適合手術はセックスワーカーに取ってはほぼ完成していると言える。セックスワーカーとしてのガトゥーイの行く末の語りは第 4 章事例 4-1 の Tina さんの語りでも後述する。

セックスワーカーの語りは自身のセクシュアリティに対する苦悩の語りではなくセックスワーカーを職業として生きて行くための商品としての身体の語りでありガトゥーイといえどもはや Gender Dysphoria のフレームで語るのは無理がある。むしろガトゥーイセックスワーカーは GD のカテゴリーからは一義的に除外すべきなのであろう。

インタビュー 3-2-6 MtF 修練僧 (Monk)

(取材日 2011 年 11 月 10 日)

敬虔な仏教国であるタイではガトゥーイといえども僧の修練は厳しい。徹底的に男であることを教えられる。一部のタイの寺院では 11-18 歳のガトゥーイを対象にした“男性化教育プログラム”が用意されている。修行中も薄化粧するガトゥーイ修練僧も少なくない (写真 3-2-3)。このような男性化教育プログラムに対し僧侶の反応は次に示すように二分している。①タイ社会はガトゥーイ文化に非常に寛容なのでこのようなプログラムは時代遅れでありむしろ少年のジェンダーやセクシュアリティの感情を操作変更することは“極めて危険”であり、僧侶から同性愛は悪だと教え



写真 3-2-3 修練僧 チェンマイ旧市街の Wat Chedi Luang 寺院にて

られることで自己嫌悪に陥り恐怖となってその後の幸福な生活が出来なくなる、とした批判がある一方で、②ガトゥーイは社会に受け入れられている訳ではなく、自分のセクシュアルアイデンティティーの社会的汚名から逃れる為に僧侶と交わるのだと反論するガトゥーイの若い僧侶もいる。修練終了時にはガトゥーイの半数は男であることを受け入れるというのが長期予後は疑わしい。なぜなら修練生の残りの半数は「二度と男に戻りたくない」として高校を卒業しさっさと性別適合手術に至るからだ。男性化教育プログラムの効果はなさそうだ。むしろ筆者には Monk（修練した男の僧）が Nun（修練した女の僧）になるのもそう遠くはないようにも思われる。

3-3 タイの非当事者の語りにみるジェンダー寛容

インタビュー 3-3-1 タイ人形成外科医 S 先生

(取材日 2011 年 6 月 29 日)

S 先生はチュラロンコン大学関連施設において SRS を多数行っている若手医師である。SRS について執刀医としての率直な意見を聞いてみた。

(M: 筆者, S: S 先生)

M: SRS の手術を行って来て、日々どう思っていますか？

S: 別にこれは私にとって是有るべきライフワークです。彼らは心と体が一致しないのだから、SRS を施すことによって自分は彼らの人生を助けている、と思っている。

M: MtF さんはこの性別適合手術を希望するケースが多い現象は何故かと思いませんか？

S: 自分の心の性に肉体を一致させたい希望が強いからだと思います。

M: では何故 FtM さんの SRS 希望者は少ないのでしょうか？ 特にタイ人患者の FtM さんは見かけませんね。

S: ええ、とても少ないです。希望者が出たとしても、タイ人 FtM 患者にとっては乳房切除がせいぜいです。しかもごく少数です。卵巣や子宮などの内蔵摘出までする人は居ません。なぜなら FtM の手術は MtF ほどの満足な成果を出すことが出来ないからです。MtF の SRS なら性交渉は女性のように普通に出来ますし感覚もありますが、FtM の SRS にはそれが無いですし、私達の技術では無理です。

M: タイは MtF 患者が多く FtM 患者が SRS をするのは本当に少ないです。

S: 両者の手術結果に明らかな違いが有るせいでしょう。FtM には一般男性が sex するような快感は得られませんし、泌尿器としての機能も難しいです。技術がそこまで発展していないのです。将来は FtM にもそんな結果が出せるような手術法を開発したいと願ってはいますが、そういうこともあって FtM 患者はそう来ないのでしょうか。

M: この医療行為を「人助け」として捕らえて将来もやり続けるつもりですか？

S: はい。そのつもりです。

M: 先程、MtF 看護婦さんから「ガトゥーイで SRS を終えた人は精神病と見なされて医者になれない法律が有る」と聞きましたが、先生の周りにガトゥーイで医者になった人はいますか？

S: え？ そんな法律も事実も無いと思いますよ。昔はそうだったかも知れませんが現在は状況が変わって来ているんじゃないでしょうか？ 私が聞いた話では昨年のもスティファニー（プーケットで毎年行われている International Newhalf Contest）の最終候補に残った MtF さんはそのとき医学生でしたがのちに医師免許を得て医師として勤務しているそうですよ。その後彼女は SRS を受けられたと噂で聞いています。病院によって対応も違ってきているのではないのでしょうか？ 研修医として在籍することも可能ですし。豊胸手術などしていなければ、普通の男扱いで入ることも出来るでしょうし。

M: では先生が大学に入学する頃に身体検査などありましたか？ そこで局部を見られたら SRS やっているのはバレますよね？

S: 僕はチュラ大医学部卒業で Preecha 教授のゼミの学生でした。確かに入学前の身体検査は有りましたが、服は脱がなかったですよ。だからアソコを見られるこ



図3-3-1 女性を聴診する時の医師の様子（筆者の研究助手によるメモ）

とはありません。服の上からレントゲンですし、脈を測ったりと言ったようなものだけでした。

M：ではガトウイでもまだ治療をしていなければ、黙っていれば入学出来ると言うことですね。

S：タイでは他者の裸体を見たり触れられたりする事を嫌います。身体検査といっても身体を直接観察したり触れたりする事は余程の事がない限りされない。特に女性にたいしてはそうだ。（図3-3-1に外来診療医が女性を聴診する様子を示した。）さっき言ったミスティアニーに勝ち残った彼女も大学であらかたの単位を取り終えて女性化してコンテストに出たそうですよ。日本と違ってタイの大学は4年間の修学と単位の取得が終了して3月に卒業式を行わず大半が半年以上後に社会人の状態で卒業式会場に赴き皇族から手渡しで卒業証書を受け取ります。医学部卒はその間研修などで自由な時間があり彼女もそれを利用して手術を受けたのでしょう。

インタビュー3-3-2 名門私立女子校教員

（取材日2011年11月3日）

3人の中堅教員の方々に集まって頂き女子校でのトム（FtM）の処遇についてインタビューを行った。以下に教員の語りの要点をそのまま記載する。

本校は女子校ですがトムの生徒は認めていません。とくに本校は名門女子校でカトリック系の学校なのでトムは許されていません。制服も、髪型も決まりがあるのでトムの格好はできないし、トムが居るとしても見抜けませんが、しかし実際はトムの子は居

ます。卒業して彼女ができちゃったとか、男の子（トム）になったとかカミングアウトする子もいます。

そういった子はホルモンの異常とか本人の心から来ることだからそれは仕方ないと思っています。だけど、ただのファッションとか目立ちたいとかだったらわたしは認められません。もちろん卒業したら自由にして良いし、トムの姿でわたしの前に現れても「あなた、おとこらしくなったのねー」って歓迎するわよ。トムだからって嫌な生徒だとは思わないもの。

就職は頭を使う仕事であればガトウイであれ男、女なんてタイ社会ではどうでもよい。しかし警官とか軍人とか **masculine** な職業に就くのは難しい。教員になるのも難しいです。生徒に影響したくありません。公共機関に就職しようとしてガトウイであることがばれて精神疾患だと烙印されるとIDカードに記憶されることがあってその後の就職活動が難しくなることがあります。タイがガトウイやトムなどのトランスジェンダーに寛容なのはまだ一部の社会なのです。

インタビュー3-3-3 日系ビジネスマン

（2011年10月29日）

IT関連会社社長2名と不動産経営の1名の合計3人の在タイで活躍する日本人ベンチャー起業家へのインタビューを行った。いずれもタイ人妻と子供がいる。Iさんは在タイ13年、30人程のソフト開発会社を経営、もう一人のK社長さんは100人程の会社。

いずれの会社にもガトウイやトムが非常に多いです。私の会社のビルの1階にあるスターバックスには大柄なガトウイが店員として働いています。体格が大きいからと言って問題にはなりません。会社では対応には困ることもありません。社員が全く普通そのもので接しているので私もそのように自然と接するようになりました（順応されたジェンダー寛容）。社員としてのガトウイの能力にも全く問題はありません。恐らくタイ人の50-30人に一人くらいはガトウイかトムでしょう。

非当事者の語りは筆者が期待していた程ガトウイやトムのことを規格外とする語りは全く無く、むしろ逆に多様なジェンダーとジェンダー寛容の語りであった。

3-4 ジェンダー外来を担当する日本人医師の語り

大学病院で長年ジェンダー外来を実践する医師の語りを見てみよう。以下に理解を深めるため医師の語りをそのまま書き起こした。(取材日 2011 年 3 月 4 日)

GID 症例には生涯スパンで見ると精神障害、適応障害みたいのものはあるが当科受診時は将来展望をある程度もって既に解決していることが多い。為に GID の精神症状は無いといったデータになっている⁷⁾。実際は FtM は高校時代に結構ぐれていたりするし、MtF はいじめや登校拒否などありそれらを適応障害とすれば GID の“精神障害”はもうちょっと多いことになるだろう。たとえば親とくれば既に学校の問題等も解決しつつあり大学に診断書のみを求めてくる症例が多いが、受診時は原則的には“普通の人”である。“FtM は中途半端な男の子ではなくまぎれも無く“男の子！”です。だからグレたり、男の子として現場で働いていたりしている。この過程でドラッグに手が進むと治療困難となりドロップアウトすることもあります。18 歳以上でないホルモン療法含めて医療は出来ない。二次成長を抑制する LHRH アナログは 18 歳未満でも出来るよう検討されています。アナログの使用はせいぜい 3 年くらいで無効になるので開始時期が問題になると 1 回 2 万円と高い医療費が必要になるのが難点です。たとえば 13 歳で始めてもせいぜい 15 歳までなので性別適合手術を受けるかどうか最終判断するまでに時間をかせいだとしても 15 歳までなのでその時点で自己決定脳力はあるかどうかの問題が残ります。要はライフストーリーの中でトータルに自我と性の同一性のバランスを取って折り合いを付けるのが良い。中学生の MtF の特徴的な症例を示しましょう。女子高生として学校に出ないとわたしの人生はないという。セーラー服を来て学校に通っているがチンチンがついている女子高生なんていないと言って悩んでいる。性を変えることでハッピーエンドとなってもその後の予後が悪くなるかもしれない、でも性を変えなければもっと早期に予後が悪くなっていたかもしれない。性を変えることは生活力や *surviving skill* の問題かもしれません。Gender Dysphoria のトランス長期後の語りのデータが必要です。

2002 年を境に Gender Dysphoria の自殺企図は 8 割から 5 割に減少しました。これは恐らく 2001 年から放映されている TV ドラマ『金八先生』に

出てくる FtM「うえとあや」とか「つるもとなお」の实在、あっそういう人が居るんだって一般に認識されたことによる効果(金八効果)だと推測しています。(筆者註：上戸彩と鶴本直：2001 年に出演した『3 年 B 組金八先生』(TBS) 第 6 シリーズで Gender Dysphoria という問題を抱えた、影のある中学生「鶴本直」を演じ、一躍有名になった。) 金八効果は当事者の苦悩が社会環境によって癒されるという分かりやすい事例だ。

家族を含めた問題点では両親の離婚率が高いことが挙げられます。放っておかれるのが悪い、GID 素因が家庭内で処理されなかったのかも知れません。例えば離婚しなければ家族で相談でき発現しなかったかもしれないと考えられます。(筆者註：この考えには Zucker は否定的である⁴⁰⁾。)

5 歳など幼児期から違和感を訴える当事者の言説について、家族の認識とのずれは殆どない。家族もこの子は子供の頃から女の子っぽかったよね、などと当事者と家族の思いのずれは殆どありません。これは Gender Dysphoria が発生段階初期からの異常であることを伺わせませす。

第 4 章 Gender Dysphoria, その苦悩する性の救済の語り

当事者にライフ・ヒストリーを話してもらいミニ・エスノグラフィーを集積して行く事は Gender Dysphoria の医療人類学的研究の骨格となる他、GD と対峙するための処方を提供できる可能性がある。以下にタイ人の 4 人の当事者のライフ・ヒストリーの語りから当事者の苦悩がどのようにして解消されて行ったかを処方 4-1~4-4 にまとめてみる。さらに、社会が当事者を癒すための装置となり得る事例を処方 4-5~4-7 にまとめた。

処方 4-1 Tina さん 51 歳。

(取材日 2011 年 7 月 14 日)

ガトゥーイとして大学を卒業後直ぐにトランス。当時のタイではトランス後に就職出来る可能性は極めて小さい。いろいろあってスイスに移住。11 年間 pretty girl やホステスなどしてお金を貯めた。男性遍歴も豊富だと言う。チェンマイに戻って暫く水商売をするも父親の死後仕事を辞めて遺産で得た畑に家を構え 2 年前から単身で暮らしている。地域の Community の人々は彼女の過去を知らない。完全に女性として受け

入れられている。ただ一人交番のお巡りさんにはIDカードを確認されてばれている。『えー、君は男だったのか!』コミュニティーには姉が暮らしているが地域の人には弟だとは知らしていない。彼女は今の心中を次のように語る。

なにより **community** で女として生きて行けることが嬉しい。寂しくない。単身を楽しんでいる。男経験は多数ありもう終わった。ここで **Buddhism** の勉強をしながら余生を送りたい。

もっともタイ人の平均寿命は男女とも日本人よりちょうど10歳若く、45-60歳を“golden age”と言われ、とりわけ健康に注意を払う。いわば人生終焉を迎えるクーリング期間と捉えられスポーツや休暇などにたっぷり時間を費やすのだそうだ。Tinaさんは女性として地域にとけ込むことで人生の終焉をひたすら楽しんでいるのである。

処方4-2 Jojoさん 47歳 銀行員
(取材日 2011年11月10日)

ニューハーフ・コンテスト元ミス・ガトゥーイでインタビュー当時も女性として実に美しい容姿である。ボーイフレンドは居るが独身で姉と一緒に暮らしている。パタヤのスポーン先生の手術を受けた。そのとき受付で「Mr」と書くと勝手に「Ms」と書き換えられる程綺麗だったらしい。顔は成形している。今もホルモンを月一回注射している。

大卒入職時は私には何の問題も無かった。むしろ会社側から女性として入職することを指示されました(高いパス度)。当時の社会はトランスセクシュアルには厳しく就職は非常に困難であったがミスチェンマイで美しいということでむしろ女性として願われて就職出来たのだと思います。

処方4-1, 4-2に見るように、ジェンダー寛容なタイでもパス度は当事者と社会の双方にとって重大な関心事である。ジェンダー寛容とパス度は密接に関係しているのである。

処方4-3 ガトゥーイ僧侶 Jurutさん 48歳
(2011年11月10日)

仕草、話し振りなど非常にfeminineな僧侶である。彼女は“he”と呼んで良いと言う。大学卒業し役所努

めを経て農業関係の大企業で約4年間女性として働く。その間は女性ホルモン服用していた。その後 novice monk 修練僧となり以後20年間僧侶を努めている。

ここに赴任して15年目です。SRSは受けていません。今も **Paper Rose** (処方4-5で後述する大学の自助会のこと) のメンバーである。ここにガトゥーイ僧侶として赴任して以来住民には問題なく受け入れられている。

境内で地域の人々に聞いてみると彼がガトゥーイ僧侶であることを知っており、むしろ彼のfeminineなキャラクターは相互的な癒し効果がある。Jurutさんご自身がcommunityにより癒されているのである。つまり小さなcommunityでも受け入れられることでgender dysphoriaと折り合いを付けて存在出来るのかもしれない。伊藤が指摘するインドネシのアプギ社会に生きるスチャラバイ所謂ジェンダーバリエーションな人々はアニミズムなコミュニティーを作る事で共同体として社会組織化がなされていることで身体変工に至る事はあり得ないと指摘している⁴¹⁾。しかし起こりえない訳ではない。事実近年のタイでの手術患者にもインドネシア人が少なくない事、またインドネシアでもニューハーフコンテストなどでトランスセクシュアルが顕在化しており普遍的現象としての身体変工はオプションの一つである事は日本やタイ、西欧社会と同じだ。しかし伊藤の指摘はコミュニティーが性の苦悩を癒して身体とジェンダーに折り合いを付けるとする重要な指摘だ。必ずしも身体変工を共になくなくてもジェンダー違和に折り合いを付けることが出来得る以上、日本の特例法第三条第四項の「生殖腺がないこと又は生殖腺の機能を永続的に欠く状態にあること」は緩和または削除すべきであろう。

処方4-4 Tingさん 51歳 MtF インタビュー
チェンマイ市から車で約1時間走った観光地に住むTingさんを訪ねる。(取材日 2011年11月11日)

ティナとう名前はタイ人女性やガトゥーイ共に好まれる多い名前。前述のTinaさんも同じ発音だがタイ語というより西洋的な印象を与える名前らしい。彼女は非常に貧しい家の出身で大学卒業後、ガトゥーイに対する当時の反感から職に就けず以後フリーランサーのツアーガイドとして働いている。

(M:筆者, T:Tingさん)

M: 自分が女の子だと自覚し始めたのはいつ頃?
T: いつ頃から覚えていないが非常に小さい頃だ
M: トランス手術受けたのは何時? まだなら受けるつもり有るの?
T: SRS は受けていない。体はいじっていない, ホルモンだけ。オッパイもホルモンだけ。SRS が必ずしもゴールだとは思わない。手術してようがしてしまいが happy であればそれで良い。
M: 独身か既婚か? 既婚なら家族との関係は, 旦那との性生活は?
T: 2年前にこの家を建てました。ボーイフレンドとは3年前から一緒に暮らしています。家計は同じガイドの仕事をしているボーイフレンドとシェアしている。
M: 職業歴は?
T: Tour Guide を 24 年間しているが少しずつ減らしリタイアを目指している。24 年間当初から free run である。大学卒業当時はガトゥーイとして会社に入るのは困難でした。24, 5 歳で大学を卒業し 2, 3 年職をさがしたが当時は難しかった。そこで free run の tour guide になった。でも現在はガトゥーイも就職がしやすくなっています。
M: まだ女性ホルモンを使っていますか?
T: 時々ね。
M: もしも生まれ変わるなら男か女, どっちが良いですか?
T: 男であろうが女であろうが関係ない。ただベストを尽くすだけだ。
M: 今幸せですか?
T: 幸せだ。

室内を案内してくれたが非常にシンプル。玄関の石の階段を上がって2階に, キッチン+リビング, 大きなバス・トイレ, 寝室の3部屋のみ (1LDK)。Tina さんの家を彷彿とさせ刑務所とまでは行かないが室内は非常に簡素である。

Ting さんは SRS を受けていないが女性としての生き方に折り合いを付けている。ホルモン療法だけでオッパイも自然に大きくなった。非常に女性らしい仕事にゲイではない事は他覚的にも感じられる。『身体変更は問題ではない, Happy であればそれで良いんです。』ときっぱり言う。

処方 4-1~4-4 から分かる事は当事者の苦悩の癒しは community における“女性”としての関係性が重要であることが分かる。インドのヒジュラ, インドネ

シアのプギス社会のチャラバイなども苦悩する性を癒し, [女] として生きて行けるための community, 例えば, 神格化された儀礼としての巫女, 組織化された婚姻ビジネスからセックス・ワーカーに至るまで地域や文化の様々な“装置”も同様な関係性で語る事が出来るのかも知れない。

次に, 社会やコミュニティーが提供する [処方] を見ていこう→処方 4-5~4-7。

処方 4-5 Paper Rose 自助会, Chiang Mai University (取材日 2011 年 7 月 14 日)

Paper Rose はチェンマイ大学生のガトゥーイらが作る自助グループで 30 年以上の歴史がありメンバーは全てガトゥーイである (写真 4-1)。自身のジェンダーに苦悩しながら大学を卒業。とりわけ 40-50 代の会員は当時社会一般に容認されなかったガトゥーイであることを隠し自己の社会組織化を確立するために苦悩する性と共存しながら, 性の苦悩より人生の確立を優先してきた (life first, trans second)。彼らの多くは社会化を優先させた人生の成熟期になって身体の変工を行っている。このことがトランス後の QOL (quality of life) を著しく良くしている。男性社会であるヨーロッパ, 北米などでもこのような事例は非常に多く, 筆者が担当した米国人 MtF の症例は全てハッピーリタイア後のトランスの事例であった。彼女達は身体変工によって自我が empower されるためかその後は豊かな生き方をする事例がほとんどである。



写真 4-1 Rose Paper, CMU, 30th Memorial Party, Chiang Mai

処方4-6 東京カワイイファッション 文化としての
の異性装の復活

ジェンダーブレンド：自己の性を gender neutral (third gender) だとして多様なジェンダー表現を楽しむ non-female, non-male を自覚するニューエイジな人々をジェンダーブレンダー (genderblendermovie.com) と言われている⁴²⁾。彼らはジェンダーを Gender Dysphoria などという枠組ではなく TPO の様にジェンダーを装うことで自分らしさを表現しようとする。中村の言うジェンダー・クリエイティブの一例とも言える (写真4-2~4-4)。我が国でも「女々男子」や「肉食系女子」などともはや外見だけでは性別を区別出来ない若者がオープンエアでジェンダーを楽しんでいる。underground fashion やアンダーグラウンドでの異性装とかではなくオープンエアでの異性装が一部で流行し始めている。ニューハーフじゃない、オカマじゃない、ホモでもゲイでもない、ジェンダーの枠組みに捕われぬニュータイプな男子。このようなカワイイ系などのニューファッションとして社会に受け入れられることで性の苦悩を癒す装置として活用できる。東京原宿にはトランスファッション専門店 (SEX POT TOKYO <http://www.sexpot-revenge.com/>) が既に営業されていて処方箋の一つとなりそう。いわゆる江戸時代に開花した性の分化の現代複製版である。



http://www.nhk.or.jp/kawaii/locaspot/spot_110827.html
写真4-4 NHK『東京カワイイ TV』2011年8月27日放映

com/) が既に営業されていて処方箋の一つとなりそう。いわゆる江戸時代に開花した性の分化の現代複製版である。

処方4-7 タイ社会のジェンダー寛容

タイでは female to male の手術例は皆無である。行われていないのではなく、希望するタイ人 FtM 当事者が居ないのである。その理由として、筆者は次の3つの理由を挙げている；① FtM 手術の未熟性、② 3期手術の必要から医療費が高額である、③ タイのジェンダー寛容 (トムとガトウーイ)。タイの FtM 当事者には手術の情報が十分インフォームされており、その上で彼らが満足出来ない手術を選択する当事者はいない。日本人 FtM の性別適合手術に対する期待は手術内容の情報不足である可能性もあり日本人 FtM への一層の教育的情報提供が望まれる。タイ人の国内での手術費用は MtF で大凡 30 万円とタイ人の平均収入の 2-3 倍であり手術が敬遠される理由の一つ。さらに FtM 当事者がトムとして生きて行けるもう一つの理由としてタイ社会のジェンダー寛容を指摘したい。

ジェンダー寛容な社会ではトムの場合社会が認識するジェンダーのミッドポイントがバックグラウンドとして male 側にシフトする結果、FtM trans gender の苦悩は寛容され見かけ上緩和されることになる (図4-5)。ガトウーイの場合はミラーイメージ的にその逆となる。つまりジェンダー寛容はジェンダー中心のぶれの大きさとして表現出来る。タイではなぜジェンダーに寛容なのか本研究ではまだ明らかに出来ないが、タイ国のテーラワータ仏教は日本の大乘仏教とは異なり各自の徳を重んじるあまり他人の事にはあまり感心を示さず概して個人主義的であるような印象がありこの



写真4-2 山本麻子編集 2012 写真集『女々男子∞ — めめだんしエイト—』インフォレス・パブリッシング⁴³⁾



<http://tyazuke-un.jugem.jp/>
写真4-3 文化としての女装を復活させる試み『茶漬け庵』

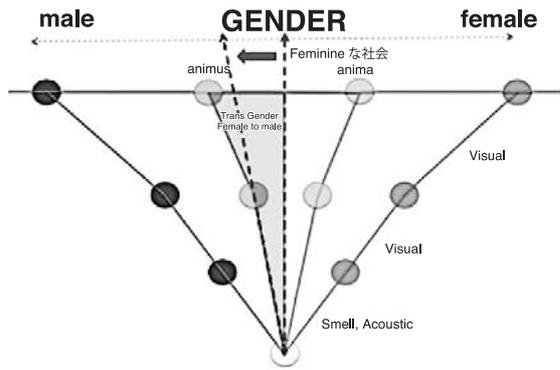


図 4-5 トムへのジェンダー寛容

ことが表面上ジェンダー寛容として現れているのでなかろうかと推測している。あるいはトムがその地域や文化、社会といったローカルな文脈で語る事が出来れば逆にトムでいること自体を「[正常の病]」として語る事が出来るのかもしれない。トムの実数の調査を行ったところタイではセクシュアルマイノリティーの正確な実数はわかっていない。国立図書館での調査では政府刊行物として信頼出来るデータは無く図書館司書の話によるとタイのセクシュアルマイノリティーは多様性と流動性（例えば、「女⇄トム」など流動する）のため実数の調査は非常に難しいとのことである。（実はタイでは正確な人口も分かっていない。バンコクの人口は公称 6,100 万人と言われているが、実際はこれを遙かに上回っている人々が生活している。公称値よりも出稼ぎ、その他でバンコクに流出入している人口は公称値よりも遙かに多く流出と流入のバランスを含めて人口と考えてよい。つまりタイの国勢調査や統計は全く当てにならないのである。）そこで、バンコク市中で sexual minority の割合を観察し、実際にトム（オナベ）がどの程度居るか調査を試みた。バンコク BTS ASOK 駅登りホームへのエスカレーター降り口にビデオカメラを固定し夕方の通勤帯で連続して観察した（表 4-6 写真左）。Sexuality の判定は、筆者の他に、2名のタイ人の判定との合議により決めた。後にビデオ画像でも再確認した。

結果、ゲイが最も多く 5.2%、次いでトムの 2.4%と

ゲイの半数を占めた。ガトゥーイは居なかった。これらの割合は調査地、時間帯により変化するだろうことに注意する必要があるが、トムは相当数要ることが確認出来た。筆者はトムへのインタビューを通して彼らは日本で言ういわゆる FtM に相当すると考えている。彼らの言説はこうだ。『身体変工を望まない訳ではないが、タイは feminine な社会なのでトムとして満足できる。手術費の問題、現状での手術の質の悪さから身体変工を実際に受けるトムは居ない。』乳房切除を受けたトムが要ることは形成外科医のインタビューから確認されているが 1 名のみである。

多くの当事者の言説から苦悩の癒しは変工した身体からの empowerment 効果だとされる。つまり身体変工によって MtF なら心をより女性化し、FtM ならより masculine に“empower”させその後の人生を豊かにする。しかし、本研究によって身体変工なくしても、community としての分化や環境が癒してくれる、また“文化化”された身体（cultural domain）やジェンダーそのものによって苦悩が癒される事例など認められている。このように、少数では有るが身体の変工をせずに苦悩と上手く折り合いをつけながら生きようとする事例は治療のツールとして活用出来る可能性がある。日本では江戸時代にみられるような性を楽しむ日本の文化の復刻版のような処方 4-6 は期待される処方である。トランスせず身体とジェンダーの折り合いを付けて生きる事例のミニ・エスノグラフィーの集積が望まれる。

第 5 章 分析と考察

5-1 苦悩の分析

トランスセクシュアルの医学的根拠とされている苦悩の語りは診断過程で決定的な役割を持っているが、性を変えたいトランスセクシュアル当事者は診断基準を学習することで診断医の基準に模範解答を既に用意していることが多い。苦悩の語りではなく仮病だと指摘する医師もいる程だ。タイで性別適合手術を受けるためには日本のジェンダークリニックで Gender Dys-



表 4-6 セクシュアル・マイノリティー・ウォッチ

GENDER	NUMBER	%
KATHOERY	0	0.0
TOM	5	2.4
GAY	11	5.2
STRAIGHT	194	92.4
TOTAL	210	100.0

phoria の診断書の提示が必要なのであるが、当事者は診断書を欲しいあまり診断ガイドラインに合致するように自己の苦悩の歴史を語る“訓練”がなされており、申し合わせたように苦悩の語りにも共通性がある。彼らは既に診断ガイドラインを熟知しており医療を受ける為にガイドラインに合致するような自己表現が「出来る」のである。診断過程そのものがガイドラインに則したあまりにも形骸化した診断プロセスであることが当事者の語りから聞き取れる。一方、タイの形成外科医によれば診断書の提出は政策上重視されると言うが、家族の手術同意書が有ればそれだけで事実上問題はなく Gender Dysphoria だとする診断は2名のタイ人精神神経科医によっても手術直前に確認される程度である。

診断には当事者のみならず家族や友人などの語りの傾聴が望まれる。診断基準では他の性への強い希求としての苦悩が Gender Dysphoria の診断に必要な要件とされているのだが、トランス後の語りは最早苦悩はなく性の自認が一致した語りである。事例で示した語りのポイントは他の性になる、というよりは元の性に戻ると言うものだ。Gender Dysphoria としての病を生きることは、中村のジェンダークリエイティブという演劇的にジェンダーを創出することではなく、外部と激しい闘争を展開しながらひたすら本来の元の性に帰還 renovation しようとする行為に他ならない。まさにこれが Gender Dysphoria の病としての「病態」の起源だと断定しても良いであろう。彼らは自分が何者なのかを語ることで自身が何者であるかに辿り着くのである。そして聞き手にも我々が何者であるかを示してくれる。

人の脳には自己の身体のイメージがマッピングされている。たとえば怪我で片腕を切断した患者が無いはずの指に痛みや違和感を感じる幻視 (Phantom Limb) という症状に悩まされることがある⁴⁴⁾。岡山大学形成外科の難波らは、疾患で切断したペニスにたいして患者はペニスは感覚として残る (Phantom Penis) のに対して、MtF は性別適合手術後 Phantom Penis は起こらない症例を報告し、MtF の脳の身体マッピングには生来ペニスが含まれていないのではないかと推察している⁴⁵⁾。MtF は男としての性器を拒否して輪ゴムでペニスを切断しようとするなど男の象徴を拒否しようとする強い症状が見られる。トランス後はほぼ完全に女性を生きる、一方 FtM は当たり前のように男を生きようとする。ジェンダーの視点で MtF と FtM は一見対称 symmetrical な現象であることが分かる。

しかしトランス後の MtF の語りには変工された身体の問題はなく幸福な語りであるが、一方、FtM の語りはむしろ変工された身体に対する一種の違和感のような語りである。そしてその語りはこれからトランスしようとする FtM への警告のようにも聞こえる。トランス前にイメージしていた変工後の身体イメージがトランス後で違っていたのであろう。タイ人性別適合手術を数多くこなすタイ人形成外科医は FtM の手術は未完成でありクオリティーは満足できないことを指摘している。日本の当事者にはこの辺りの情報が不十分なのかも知れない。MtF と FtM の性別適合手術の実際についてはそれぞれ別の紙上で発表の予定であるのでこちらも是非参照して頂きたい。

ジャーナリストの Kianfar と Mohr らはイラン人 MtF がトランスしていくプロセスを社会と当事者、家族との関係でまとめている⁴⁶⁾。ムスリンに生きる若い青年がトランスシベールをかぶって女性に生まれ変わる。一方で、FtM トランスセクシュアルは家族に男が増えることで歓迎して受け入れられる語りはジェンダーが社会的行為であることを強烈に映し出している。現時点ではトランスセクシュアルは社会的ジェンダー非対称を引き受けなければならなくなるのである。その意味では MtF と FtM は非対称 asymmetrical であると言える。このような MtF と FtM の語りを見る非対称性は前述した恐らくヒトの性分化にみる非対称性に起源を求めることが出来るのかもしれない。

ヒトのジェンダーは身体の中でどのように決定されるのか。著者は、ジェンダー発現と生物学的性の発現は部分的に相関して起こり、ジェンダー発現は遺伝的要因とその後の生育環境、つまり社会からの書き込みによっても影響を受けていると考えている。生物学的性の分化は厳密に二者択一ではなく、プロゲステロン (男性ホルモン) 受容体の感受性により男であっても身体は女性化しそのジェンダーはそれに応じて女性化することがある (例、プロゲステロン受容体不応症) ことは前述した通りである。

筆者はジェンダーは心の自我の中であって、Gender Dysphoria は異性 (対立する生物学的性) に同一化した誤った自我が遺伝的および後天的両方の要因によって早期に確立されることで起こると考えている (図 5-1-1 中央の部分)。結果、身体とジェンダーの同一性に不一致が起こり苦悩することになる (図 5-1-2 の①)。Gender Dysphoria の鑑別診断の一つでもある解離性人格障害でもジェンダー違和感を訴えることがあるが、トラウマが原因となって解離した自我に

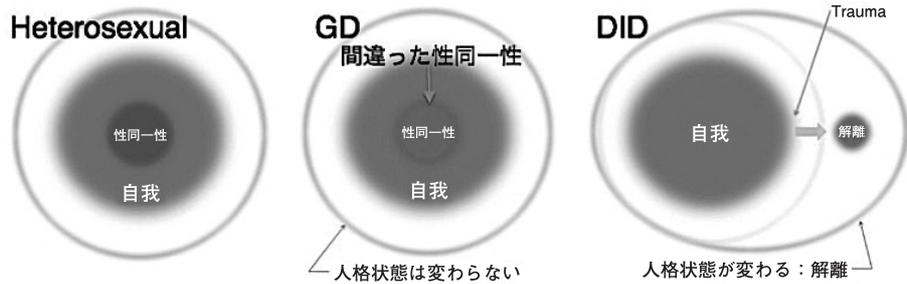


図 5-1-1 性的自我 (左：ヘテロセクシュアル, 中：Gender Dysphoria, 右：解離性人格障害 DID)

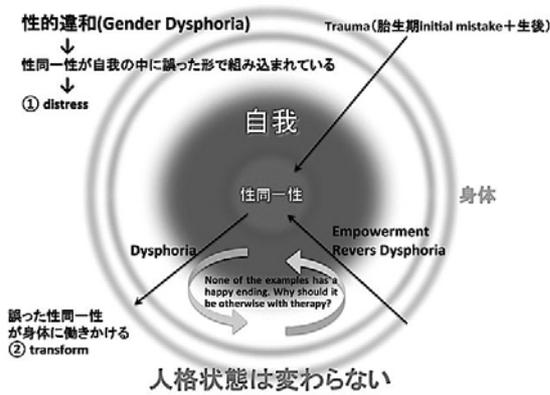


図 5-1-2 ジェンダーの身体化

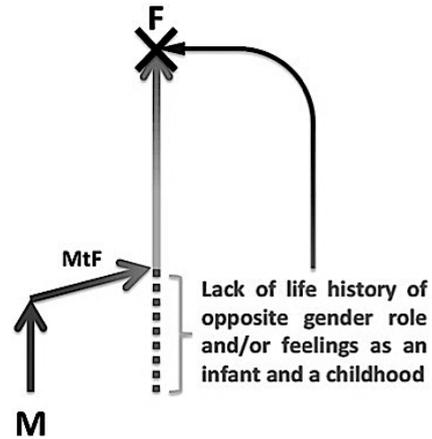


図 5-1-3 MtF Gender Dysphoria における一種の「後天性免疫不全」機序 (M：男性としてのヒストリー, F：女性としてのヒストリー)

よるものでこの場合は人格が変わることでGDと鑑別される(図5-1-1右)。行き場のない苦悩は身体に働きかけてこれを異性(対立する生物学的性)に同一化するように身体を変工しようとする(図5-1-2の②)。結果、変工された身体は性的自我に作用してこれをempowermentする。時に変工された身体が原因で新たな苦悩(Revers Dysphoria)を惹起する事例もある。

Gender Dysphoriaの苦悩の語りは男から女へ、あるいは女から男へ移行するといったものでは決して無く、性を取り戻すと言った本来の性への回帰の語りであった。家族や仕事を全て犠牲にしたMtF、トランス後に性の自我がempowerされmasculineとなった身体を賛美したFtM、男として性の自覚に微塵の迷いも無く男への回帰を訴え続け苦悩の臓器としての乳房、卵巣、子宮をあっさりと捨て去る6人の日本人FtM学生などの語りは身体変工を「必然」とする語りに他ならなかった。

トランスセクシュアルの術後の生活の質(Quality of Life; QOL)は概して良好であるが、稀にトランス後に良好なQOLで長期間経過した後、社会に適應出来なくなり自殺に至るケースが散見される。ウルスは性別適合医療の限界について論じているが⁴⁷⁾、当事者は性別適合医療への限界を理解し過度な期待をすべき

ではない。Successful transであったが暫く経って突然命を絶った当事者の遺書に残された語りを以下に示す。トランスセクシュアルの医師で自殺した国内事例は捕渉したかぎり3例である。遺書によると「女の子」としてのヒストリーが欠如していることでその後の女としての人生に一貫性が確立せず強い鬱状態に陥る可能性があることを指摘している(図5-1-3)。筆者はこれを一種の「後天性免疫不全」に似た“A kind of “acquired immune deficiency” in socio-mental system.”として注意を喚起したい。自殺例に対するWPATHメンバーの意見には鬱状態が原因であるとしながら、同様な事例がアメリカでも確認されておりトランス後の経過観察の重要性を示す事例である。

トランス後の語りにはもはや苦悩は消失してMtFなら女、FtMでは男といった奪回された性の語りに他ならない。つまり当事者はコミュニティーの中で他のジェンダーで存在する事で癒される。本研究でのインタビューでも性を取り戻した幸福や性を取り戻すための強い意志の語りがあった。上記の「後天性免疫不全」の事例さえもGender Dysphoriaを生物学的必然と捉える根拠になっているようにも思われる。

5-2 性別適合医療の問題点

5-2-1 FtM 性別適合手術の問題点

もう一つの苦悩としてとりわけ FtM トランス後の合併症を指摘しなければならない。形成された尿道に瘻孔（本来の尿道以外に出来る尿路）が出来、ペニスに穴が開いたようにあちこちから尿が漏れて立位での排尿が困難になることが少なくない。おしなべて、MtF の手術は組織の [切除] によって可能であるが、FtM は困難で新たな [形成] を伴う。とりわけ尿道の問題である。MtF では尿道を短く切除すれば良いが、FtM の尿道は延長しなければならず実際は非常に困難な手術となる。生物学エヴィデンスで述べたように男は女を母体にして発生、進化する過程を経ているため、男から女へは [退化の手術] なのに対して、女から男には [分化の手術] であって遥かに難易度は高い。FtM の尿道以外に大きな問題はペニスの“勃起”である。FtM のペニスは“先天性勃起不全”でありトランス後の当事者にとって更なる苦悩となる。『卵巢や子宮などの内蔵摘出までは居ません。なぜなら FtM の手術は MtF ほどの満足な成果を出す事が出来ないからです』という実際に性別適合手術に携わる形成外科医の言説 (3-3 インタビュー 1) がこれを裏付ける。このようにどうかこうか形成された尿道は経過中約 10% の事例に細くなったり (狭窄) 穴が開いたり (瘻孔) することがあり、その後の QOL に重篤な合併症となる。瘻孔は主として本来の尿道と皮膚や粘膜で形成された尿道の接合部に起こる。

表 5-2-1-1 FtM 手術後の合併症

合併症	% (n=253)
尿道狭窄	12.6
尿道瘻	9.5
静脈血栓	0.4
動脈血栓	0.8
感染症	1.6
陰茎の完全脱落	0

一度瘻孔が形成されると極めて難治性であり繰り返し修正手術が行なわれる。最悪形成された尿道を摘出し本来の尿道に置き換えられるケースもある。その場合は立位での排尿は不可能となり、当事者の QOL (日常生活の質) は著しく悪くなる。表 5-2-1-1 に FtM 手術例 253 例の捕渉し得た術後合併症をまとめた。尿道狭窄と尿道瘻が各々 10% 前後で決して少ないない。このことは性別適合手術を考える日本の FtM 当事者達に十分 inform されなければならない。また尿道形成術後は立位で勢い排尿をしたい気持ちがあるろうが、瘻孔形成を防ぐために術後 1 年程度は腹圧をかけずに自然に排尿するよう心がける必要がある。

次に、性別適合手術に求められる必要条件是“快樂の温存”である。MtF では亀頭組織のクリトリス化、FtM ではクリトリスの亀頭化である。クリトリスや亀頭はオルガズムへの重要な装置だ。生殖器を充血させ精子に居心地よくさせて精子を受け入れるための互いの前戯は妊娠するための通過儀礼であり言わばヒトの業だ。

MtF のクリトリスは最も感じる部分であるペニス亀頭腹側基部 (図の赤線楕円の部分) でクリトリスが形成される (図 5-2-1-2)。亀頭の感覚神経のある海绵体筋膜 (neuro-vascular bundle) の連続性を保つ事でオルガズムは温存される。更に性感が温存されることで前立腺下部から尿道に開口するバルトン氏腺により粘液が分泌され [濡れる]。膣前壁の G スポットは解剖学的には前立腺に近接しておくことにより G スポットの機能までも形成される (図 5-2-1-3)。このように MtF の官能装置はトランス後ほぼ完全に再現される。

一方、FtM のクリトリスは術式 (Metoidioplasty (Micropenis) と phalloplasty) により異なるがいずれもクリトリス組織は残され性感は温存されるものの尿道との関係で生理的位置での形成が難しい (図 5-2-



図 5-2-1-2 MtF のクリトリス形成術

1-4)。

多くはペニスの下基部に残してオナニーでエクスタシーが感じれるようにクリトリスを温存しておく。官能の温存を目的に全員クリトリス組織は残され、トランス後の官能の語りはクリトリスの機能が温存されていることを示しているが、解剖学的満足度は小さい。

5-2-2 二次性徴を抑制する問題

二次性徴発現とは単に身体的な性徴の発現なのではなく、生殖活動に関わる一連の性的高次機能（性的動機、匂い、性的行為の意思など）を発現させ脳の性別までもが不可逆的に分化する過程である。二次性徴の発現はヒトの性を作る最終段階であり、二次性徴発現後の性の変工はほぼ不可能である。性を変えるためには単に身体変工のみならず、非身体的らしさをも獲得する必要があり、そのためにはLHRHアゴニストによる二次性徴の抑制はsuccessful transには必要条件である⁴⁸⁾。もう一つの見方は二次性徴を抑制し外科的身体変工の決定が猶予されることで当事者の意思決定に非常に有利となることだ。2012年1月に出された日本精神神経学会の治療指針で二次成長抑制を含むホルモン療法の開始時期が18歳から15歳に引き下げら

れた事はこの二つの意味で了解出来る指針だ。一方、二次性徴を欠落させることが長期的にどのような影響があるかの議論は十分成されていない。オランダVU大学で世界で最初にLHRHアゴニストで治療を受けた当時13歳のFtM、18歳でSRS、22年後のフォローアップでは身体には特記すべき異常はないと報告されている⁴⁹⁾。筆者がその当事者との電子メールでのやり取りと送られた写真から推定する限りQOLは非常に良好である。彼は現在アムステルダムで獣医師となって動物病院を経営している。タイのガトゥーイたちの多くは12-14歳でホルモン療法を自分で始めることで二次性徴が相当抑制されており筆者が行なったインタビューでは彼らのQOLは格段に良好であり性別適合医療における二次性徴抑制の意義は大きい。

5-2-3 治療費の保健医療化の問題

GID自助グループについて、「性同一性障害」を組織して政治活動を行っている団体がある。彼らの主張する「性別適合手術にも健康保険を適応せよ！」にはやはり医療の現状を知らない人たちの危うさが危惧される。確かに経済的に困窮していて手術費用を用意できずに悩んでいる人が多いのは事実であるが、治療に公的なお金を使わせてもらうことで起きる弊害についての検討がほとんどなされていない。医療化された「性同一性障害」に対し保健医療化が未だ実現していない、いわゆる未承認治療のままだ。平成23年11月14日日本精神神経学会を含む5つの学会が現行の戸籍変更特例法が求める要件「生殖器が永続的に欠くこと」を理由に性別適合手術の健康保険化の要望書が厚生労働大臣に提出されている。しかし他の未承認医療との整合性、保健医療となった場合のリスク評価などがまだ十分なされていないし、何より特例法が求める要件自体の医学的倫理的議論が不十分なまま保健医療化の是非の判断は慎重に成されるべきだ。スウェーデンでは2013年手術の有無に関わらず性別の変更が認め

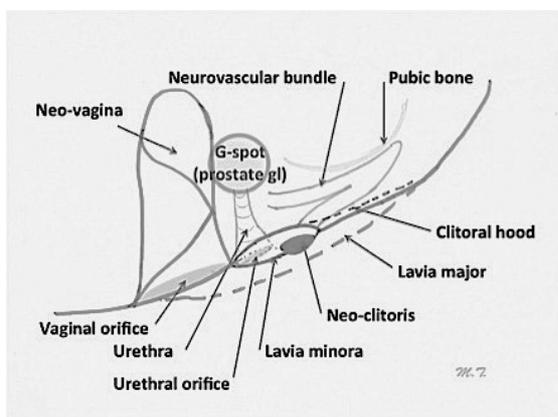


図5-2-1-3 MtF 快樂の温存

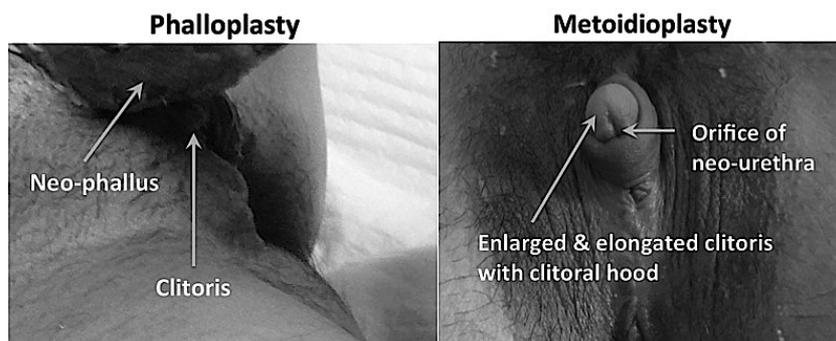


図5-2-1-4 FtMのクリトリスの位置 (左：Phalloplasty, 右：Metoidioplasty)

られるようになる等この要件は撤廃された。筆者の日本人当事者に行なったインタビューでも当事者は必ずしも保健医療化を望んでいるわけではなく、むしろ保健医療化に慎重な当事者は少なくない。性別適合医療は当事者を救済する装置として機能しているのであって、性別適合手術を受けるかどうかは当事者自身の判断で決められることが重要で医療者が決めるべき問題では本来あり得ない。タイの当事者達が言うようにジェンダーは自分が決めるべきもの。医療費の壁は当事者にとってには確かにバリアーとなっている一方で、自己決定のための診断ツールとしても機能しているのである。保健医療化によってこのツールとしてのバリアーが無くなる事で当事者は増々容易に医療を求めることにならないかと危惧される。しかし当事者が性別適合手術を受けることで人生が肯定され結果手術効果が社会に還元されるように働くのであれば健康保険の枠組みではなく医療費として「投資」する価値は十分あるようにも筆者には思われる。

5-2-4 パス度（外見）の問題

生殖器の性別適合手術の難易度とは逆に、FtMの場合は男性ホルモンの影響で髭が生えたり頭髪が抜けたりするため社会では男として容易にパスするのに対して、MtFの場合は声や顔面骨格の困難な変更が必要となることが少なくはない。取り分けアングロサクソン系の骨格はそのままでは女性としてパスする事は非常に難しい。以下にMtFの声と顔面骨の女性化法について簡単にまとめておく。

[1] 声の女性化：女性らしい声は、単に発声の解剖(mechanical)だけではなく、抑揚、感情、などの他に身振り手振りなどのコミュニケーションを含む問題(physiological)である。発声は舌咽神経、副神経、舌下神経、舌神経など12対ある脳神経のうち三分の一を占める下位脳神経が関わっているが、顔面神経、動眼神経、感情、記憶、身振り手振りまで入れると前頭葉、頭頂葉など脳の大部分が関係してくる。これらを包括するような speech therapy が必要である。Mechanical には Isshiki らは輪状甲状軟骨接近法など外科的手法により声のピッチを調整することで良好なQOLを報告している⁵⁰⁾。

[2] 顔面骨の女性化：MtFの顔面骨女性化術(FFS: Face Feminization Surgery)は人類形態学的手術である。しかしながら人間の表情は単に顔面骨の幾何学的形態だけでは決まらない。感情表現や仕草、喜怒哀楽などの他、メイク法も重要なポイントとなる。顔面骨女性化のためのポイントは以下の6点である⁵¹⁾。

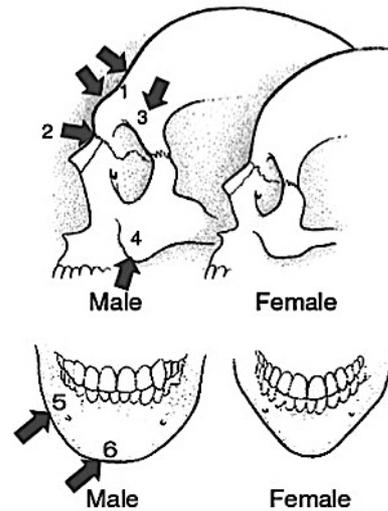


図5-2-4-1 顔面骨の女性化；[I] Via bi-frontal skin incision approach (両側前頭切開) 1 前頭骨の smoothing 2 鼻根部の bulging 3 上眼窩縁の drilling. [II] Via far temporal or oral approach (側頭または口腔粘膜切開) 4 頬骨の drilling 5 下顎骨下角の de-angulation 6 下顎骨の drilling

5-3 苦悩する性の whole life history

性の見地からヒトの一生を見てみよう。ここでは、男とか女とかのジェンダー規範を外してヒトと性の関わりについて考察してみる。

性という axis でヒトの生涯を見てみると、以下の3つのステージがあるように思われる(図5-3-1)。まず、①両性具有な生物学的基盤に起因する苦悩するジェンダー。この時期に Gender Dysphoria と診断された苦悩の50-80%は自然に回復する³⁴⁾。次に、②二次性徴など運命付けられた身体の性的増強により性が発現し苦悩するジェンダーはマスクされてしまう時期。二次性徴発現に惹起されて身体の異性化が協調され生殖期となる。機能させられる快楽によって苦悩するジェンダーはマスクされる。③生殖期が終わりヒト

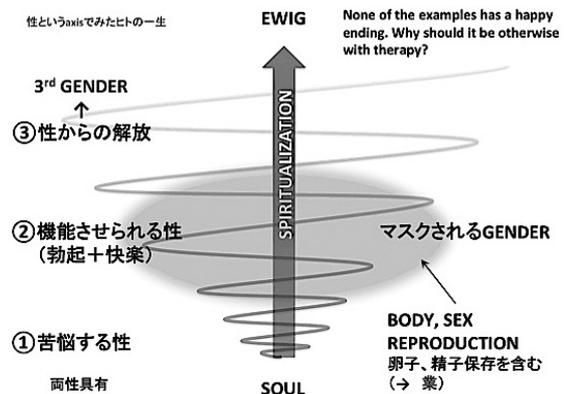


図5-3-1 性のライフヒストリー

としての終焉に近づくにつれてジェンダーの苦悩が再び再燃する。筆者はこのステージを「3rd ジェンダー」と称している。この時期に困難にも拘らず性の変更を行ったトランスジェンダーは大きな精神的安定を獲得していることが少なくない。性の whole life history をこのように見ると、トランスジェンダーもやはり生物学必然性の中に埋没した現象のように思われる。当事者の社会組織化を援助するような生涯医療が望まれる。とりわけタイのジェンダー寛容や多様なジェンダー社会をエスノグラフィックに解明する事で性の苦悩を癒すための妙案に辿り着けるかも知れない。

結 語

人はなぜに性について情熱的に語るのだろうか。性的な快楽や倒錯や奇習や情熱や禁忌や神秘について、あるときは求愛の叫びであったり、またマイノリティー達は「権利」の主張だったりする。トランスジェンダーも例外ではない。折しも原稿執筆を終えようとしている最中、韓国では性的衝動や欲求を抑制できない 25 歳以上の「性倒錯症患者」に対しホルモン療法と心理療法により犯罪を防止しようとする法案が成立したというニュースが入ってきた。韓国では性暴力犯罪者に対して同様な目的で 2007 年より GPS による監視を行っている国である。権力の暴走のような気がしてならない。性を抑圧し、権力的に管理されてきた長い歴史の中で、自由と解放を謳うアクティビスト達の活動も権力の中に回収されて行く行為に過ぎないのかも知れない。そもそも性は本当に「抑圧」されて来たのだろうか。そもそも性とは何なんだろうか、明確な言説は未だ未完のまま。当事者達の語りは性への抑圧からの自由や権利を訴えるものでは決して無い。誤った性を持って生まれた個人が本来のジェンダーを獲得しそれに帰還しようとする壮烈な社会生物学的行為に他ならない。性別二項の中にきっちり収まった行為であり「新人類」などでもなく、自由や権利を求めているものでは決して無い。例えば MtF は女性みたいなものとして生まれ、男性化された心身をそぎ落としながら gender renovation するプロセスだ。市野澤はこのプロセスについて「終わりの無い越境状態」と悲劇的に共感して表現するが⁵²⁾、まさに当事者はそれを承知の上で本来の性を求めてその過酷な生涯プロセスに必然的に入って行かざるを得ないことに病態の本質を垣間みることが出来るのではなからうか。当事者達の語りは、ジェンダー発現が生来的に入れ替わっ

ていること、そしてそれは普遍的な現象で有るのかも知れないことを示唆しているように思われる。性を変えんと言うことはそう言うことなのだ。研究者はそこに病としての Gender Dysphoria の「病理」を求めたい。彼らの人間的・道徳的な体験は最早正当に扱われるべき病理形態と見なされる。

謝 辞

フィールドワークインタビューに応じて頂いた沢山の当事者の方々に心より感謝すると共に本来の性をたくましく生きていかれることを願ってやみません。脳神経外科医である筆者を形成外科臨床研修医として受入れ指導して頂いたチュラロンコン大学形成外科関連施設 Preecha Aesthetic Institute 院長の Preecha Tiewtranon 教授および多くの指導医やスタッフの方々に感謝します。世界で最初にジェンダー外来を開設したオランダアムステルダム VU 大学内分泌科名誉教授の Louis Gooren 博士に物心ともに研究をサポートして頂いたことに心より感謝いたします。さらに研究を始めるにあたって岡山大学精神神経科松本洋輔先生に貴重な助言を頂いたことに感謝します。筆者の研究プロセスを文化人類学的に批判し忍耐強く指導して頂いた京都大学人文科学研究所田中雅一教授、京都大学人間・環境学研究所文化人類学ゼミの教員、大学院生の方々、さらにフィールドワークを手伝ってくれた研究助手の乾真希さんに感謝いたします。拙著は内容的に Gender Dysphoria に関する総説に近い形になったが未だ不十分な集学的内容であることをお詫びし編集者のご配慮に感謝いたします。

本研究は学術研究助成基金助成金（挑戦的・萌芽研究）「トランス・ジェンダーの医療人類学、タイと日本の比較研究」平成 23-25 年度、課題番号 23652198（研究代表者）により助成を頂いたことに心より感謝します。

参 考 文 献

- 1) ケネス・J・ズッカー、スーザン・J・ブラッドレー、性同一性障害 児童期・青年期の問題と理解。東京：みすず書房；2010。〔原著：Kenneth J. Zucker, Susan J. Bradley. Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and adolescents. New York: Guilford Press; 1995〕
- 2) Kenedy P. The First Man-Made Man. New York: Bloomsbury; 2007.
- 3) Benjamin H. The transsexual phenomenon. New

- York: The Julian Press, Inc.; 1966.
- 4) ジョン・コラピント. プレンドと呼ばれた少年. 東京: 扶桑社; 2005. [原著: John Colapinto *As Nature Made Him*. New York: Harper Collins Publishers; 2000]
 - 5) Conway L. How Frequently Does Transsexualism Occur? 2001.
http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/TS/TS_prevalence.html
 - 6) Veale JF. Prevalence of transsexualism among New Zealand passport holders. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43(3), 284-285.
 - 7) Hoshiiai M, Matsumoto Y, Sato T, Ohnishi M, Okabe N, Kishimoto Y, Terada S, Kuroda S. 2010 Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *2010 64(5)*, 514-9.
 - 8) アーサー・クラインマン著 皆藤章, 高橋洋訳. 八つの人生の物語 What really matter. 東京: 誠信書房; 2011 [原著: Arthur Kleinman. *What Really Matters: Living a Moral Life. Amidst University and Danger*; 2006]
 - 9) バイロン・J・グッド. 医療・合理性・経験 医療——バイロン・グッドの医療人類学. 誠信書房; 2001 [Byron J. Good. *Medicine, Rationality, and Experience: an Anthropological Perspective*. Cambridge University Press; 1994.]
 - 10) 江口重幸. 病の経験を聞く——医療人類学の系譜とナラティブ・アプローチ. 小森家康永, 野口裕二, 野村直樹編. *ナラティブ・セラピーの世界*. 東京: 日本評論社; 1999, p. 33-54.
 - 11) 伊藤眞. 女の心をもつ〈かれら〉 インドネシアのチャラバイ. 松園万亀雄編. *性の文脈 女さまざま男さまざまその性のフォルム*. 東京: 雄山閣; 2003, p. 226-48.
 - 12) 宇田川妙子, 中谷文美. ジェンダー人類学を読む——地域別・テーマ別基本文献レビュー. 京都: 世界思想社; 2007.
 - 13) Lyons AP, Lyons HD. *Sexualities in Anthropology*. NJ: Wiley-Blackwell; 2011.
 - 14) 山路勝彦. トンガのファカレイティ: プリネシアにおける「第三の性」. 関西学院大学社会学部紀要 2011; 111: 39-55.
 - 15) 國弘暁子. ヒンドゥー女神の帰依者ヒジュラ——宗教・ジェンダー境界域の人類学. 東京: 風響社; 2009.
 - 16) ナンダ, セレナ. ヒジュラ——男でも女でもなく. 東京: 青弓社; 1999. [原著: Nanda, Serena. *Neither Man Nor Woman: The Hijras of India*. California: Wadsworth Publishing; 1998.]
 - 17) 石川武志. ヒジュラ——インド第三の性. 東京: 青弓社; 1995.
 - 18) 内海夏子. *ドキュメント女子割礼* 東京: 集英社; 2003.
 - 19) パトリック・カリファー. *セックス・チェンジズ*. 東京: 作品社 2005.
 - 20) ケイト・ボーンシュタイン. *隠されたジェンダー* 東京: 新水社; 2007.
 - 21) 中村美亜. 心に性別はあるのか? ——性同一性障害のよりよい理解とケアのために. 東京: 医療文化社; 2005.
 - 22) 中村美亜. トランス・ポリティクスの可能性——オペラと宝塚の異性装をめぐるジェンダー・身体・認識論的考察. 立命館言語文化研究 ジェンダー研究会小特集「トランス・ポリティクス」の可能性; 2008, 20(1): 241-65.
 - 23) ジュディス・バトラー. *ジェンダー・トラブル*. 東京: 青土社; 1999 [原著: Judith Butler. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York & London: Routledge; 1990.]
 - 24) Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A., Langströme, N., Laiden, M. Long-term hollow-op of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS ONE* 2011; 6: 1-8.
 - 25) WPATH. *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People 7th edition (SOC7)*. Edited by WPATH; 2011.
 - 26) Devita Singh. A follow-up study of boys with gender identity disorder. A thesis submitted in conformity with the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, Department of Human Development and Applied Psychology Ontario Institute for Studies in Education, University of Toronto; 2012.
 - 27) 虎井まさ衛. 男の戸籍をください. 東京: 毎日新聞社; 2003.
 - 28) Jorgensen C. Christine Jorgensen — A Personal Autobiography. Cleis Press Inc; 1967.
 - 29) Tiewtranon P, Prayuth C. Sex reassignment surgery in Thailand. *Journal of Thai Medicine* 2004; 8(11): 1404-5.
 - 30) Aizura AZ. Feminine transformations: gender reassignment surgical tourism in Thailand. *Med Anthropol* 2010; 29(4): 424-43.
 - 31) Bookman, M. Z. and K. R. Bookman. *Medical Tourism in Developing Countries*. New York: Palgrave Macmillan; 2007.
 - 32) Garrela L, Kockott G, Michael N, Preuss W, Renter K, Schmidt G, Sigusch V, Windgassen K. Sex ratio of transsexuals in Germany: the development over three decades. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102(6): 445-8.
 - 33) 多田富雄. *生命の意味論*. 東京: 新潮社; 1997.
 - 34) Zucker K. 2011 Long-term psychosexual outcome of boys with gender identity disorder.
 - 35) Bao, AM., Swaab, DF. 2010 Sex Differences in the Brain, Behavior, and Neuropsychiatric Disorders. *The Neuroscientist* 2011; 16(5) 550-65.
 - 36) Zhou, JN., Hofman, MA., Gooren, LJ, Swaab, DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature* 1995; 378, 68-70.
 - 37) 松永千秋. 性同一性障害の新しい治療論へ向けて GID 学会雑誌 2010; 2: 1-5.
 - 38) 廣畑涙嘉. *オトコが女になるとき*. 東京: 講談社;

- 2006.
- 39) Sharp LA. The commodification of the body and its parts. *Annu. Rev. Anthropology* 2000; 29: 287-328.
- 40) Zucker K., Green R., Garofano C., Bradley S., Williams K., Rebach H. Prenatal preferences of mothers of feminine and masculine boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1994; 22(1), 1-13.
- 41) 伊藤真. 女の心をもつかれら. 松園万亀雄編. 性の文脈. 東京: 雄山閣; 2003, p. 226-48.
- 42) Boswell H. The transgender paradigm shift toward free expression. Reading 11 of *Gender Blending*. Eds. Bullough B, Bullough V, Elis J. Prometheus Books; 1997.
- 43) 山本麻子編集. 写真集『女々男子∞ — めめだんシエイト —』東京: インフォレス・パブリッシング; 2012.
- 44) Mitchell SW. Phantom limbs. *Lippincott's Mag Popular Literature & Science* 1871; 8: 563-9.
- 45) Namba Y, Sugiyama N, Yakashita S, Tokuyama E, Hasegawa K, Kimata Y. 2008 Phantom erectile penis after reassignment surgery. *Acta Med. Okayama* 2008; 62: 3, p. 213-6.
- 46) Kianfar N, Mohr D. The Birthday. Column Film & IKON. (DVD); 2006. [本研究目的に Column Film/Ikon 社 Natasja Möhrs 氏より無償提供]
- 47) ウルス・トゥードゥレ. 性適合の結果 — 成果, 限界, 結論. バーバラ・カンプラート, ワルトラウト・シッフエルス編. 偽りの肉体. 東京: 信山社; 1998, p. 141-160 [原著: Barbara Kamprad, Waltraud Schiffels. 1991 *Im falschen Körper- Alles über Transsexualität*. Kreuz Verlag AG Zürich; 1991.]
- 48) 松本洋輔, 阿部輝夫, 池田宮司, 他. 性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン (第4版) 精神神経学雑誌 2012; 114(11): 1250-1266.
- 49) Cohen-Kettenis PT, Schagen SE, Steensma TD, de Vries AL, Delemarre-van de Waal HA. Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: a 22-year follow-up. *Arch Sex Behav*. 2011; 40(4): 843-7.
- 50) Isshiki N. Mechanical and dynamic aspects of voice production as related to voice therapy and phonosurgery. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000; 122(6): 782-93. Review.
- 51) Ousterhout, KD. *Facial Feminization Surgery: A Guide for the Transgendered Woman*. Addicus Books; 2010.
- 52) 市野澤潤平. 越境としての「性転換」, 「性同一性障害」による身体変工. 奥野克巳, 椎野若菜, 竹ノ下裕二共編. セックスの人類学. 横浜: 春風社; 2009. p. 283-314.

Web 資料

- 司法統計 2011 性同一性障害特例法による性別変更数の推移 [引用 2012-10-26]
http://www.gid.jp/html/GID_law/index.html
- LGBTQ Parenting Network. *Transforming Family: Trans parents and their struggles, strategies, and strengths*. [引用 2012-12-27]
<http://www.lgbtqparentingconnection.ca/socialchange/TransformingFamilyReport.cfm>

付録：Gender Dysphoria の DSM-V における新しい診断基準

DSM-V: Proposed Draft Revisions to DSM Disorders and Criteria for Sexual and Gender Identity Disorders
<http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/GenderDysphoria.aspx>

302.6 Gender Dysphoria in Children

Gender Dysphoria (in Children) (小児における) 性別不快症^(*)

(* 小児精神神経学会の Gender Dysphoria に対する試訳)

A. 経験あるいは表現された性別と割り振られた性別との間の顕著な不適合で、少なくとも6カ月間持続し、以下の指標のうち少なくとも6個によって示される(項目1は必須)。

1. 反対の性別であることへの強い願望、あるいは、自分が反対の性別であると言い張ること。
2. 男の子の場合、異性装または女性の扮装を強く好むこと。女の子の場合、典型的な男性物の衣料品のみを身につけることを強く好むこと、あるいは、典型的な女性物の衣料品を身につけることへの強い抵抗。
3. ごっこ遊びや空想を伴う遊びにおいて、反対の性別の役割を強く好むこと。
4. 反対の性別に典型的な、玩具、ゲーム、活動を強く好むこと。
5. 反対の性別の遊び仲間を強く好むこと。
6. 男の子の場合、典型的に男性的な玩具、ゲーム、活動に対する強い拒絶、および、どたばた遊びに対する強い回避。女の子の場合、典型的に女性的な玩具、ゲーム、活動に対する強い拒絶。
7. 自分の生殖器に対する強い嫌悪感。
8. 自分が経験する性別に見合った第一次および/あるいは第二次性徴に対する強い願望。

下位分類

性分化疾患を伴うもの

性分化疾患を伴わないもの

302.6 GID 小児例の理論的根拠

小児例の診断基準として必須項目 A1 を含む6つの要

件を満たすこととする (A1 の理論的根拠は参考文献¹⁾を参照せよ)。A1 を除く満たすべき最小5つの要件は DSM-4 診断基準 A, B に準拠している。番号が小さい程診断意義は大きいとされるものであるが今後の臨床試験の判断を待つ必要がある。従って、A1 を除く他の要件の番号の順は暫定的なもの。

脚注

1. GID (性同一性障害) は GI (性別不適合) に置き換えることを推奨する。理由は GI の方が核心を正しく記述しているからである。Incongruence とは、つまり、一方で、自己が経験するあるいはまた表現するアイデンティティーと、他方、通常は生下時に割り振られたジェンダーに基づいて期待されている生き方が一致していないことを意味する^{2,3)}。当事者を対象とした最近の調査でも GID という分類名は当事者に烙印を押してしまうとしてきっぱりと拒否されている⁴⁾。
2. 診断名を incongruence に変更すること (脚注1 参考) に加えて、DSM-4 にはなかった主な6つの変更点については以下の通りである: (a) cross-gender identification と対比させて “gender incongruence” ことで概念の変容を試みた²⁾; (b) DSM-4 診断基準の A, B 各要項の同一化 (脚注10, 13 参照); (c) DSM-4 と比較して青年期と成人期診断基準が包括的により詳細で特異的であること^{5,6)}; (d) 小児例の GI 診断基準として、項目 A1 は必須条件とした (が十分条件ではない) (脚注5 を見よ); (e) “distress/impairment” “苦痛や障害” といった基準は GI 診断に必要な前提要件ではない (脚注15 参); (f) 青年期および成人例では性的なアトラクションによる亜型分類は除去されている (脚注14 参照) が随伴する性発達障害 (以下, DSD) の有無による亜型分類が導入された (脚注14 参照)。DSM-4 と同様に、小児期と青年/成人期の発達段階基準を分けて、かつ発達段階を通して全体を網羅する診断名として GI を推奨している。テキストは GI 診断を受けようとする小児に対して青年あるいは成人クライアントと区別して小児発達段階に応じた最新情報を提供するものである。“sex” という用語は割り振られた “gender” に置き換えられた、これは

- DSDを持つ子供にも診断基準を適応出来るようにするためです²⁷⁾。身体的な性が分化する過程で、生物学的性(例えば46,XY)は他の要素(例えば外性器)と一致しない(incongruence)ことがあります、この場合“sex”という言葉だと混乱を来たしうるのである。GIDをGIに変更することで、ひとたび治療が成功すれば診断名から解放されることが出来る。このことは、DSM-4-TRではひとたびGIDと診断されると上手く治療されてももはや診断名から抜け出すことが出来ないというジレンマから解消されることになる⁸⁾。GIという診断名は、結果的に他のジェンダーだと自認出来ずに診断を受けたことに後悔した子供にも適応できる。たとえば、女性として生活している生まれつきの男性や新規に割り振られた女性ジェンダーと経験または表現するジェンダーとの間の不一致(incongruence)に目をつむって生きているような生まれつきの男性などにたいしても診断名GIは適用できる。
3. 作業部会は“認知される文化的優位性(perceived cultural advantages)”という但し書きは削除すべきだとしている。このことはDSM-4でのGID副委員会からも支持されていることだ⁹⁾。GIの妥当性を説明する為に他のすべてを犠牲にした一つ一つの因果関係に妥当性を求める理由は実はなにもないのである¹¹⁰⁾。
 4. 6ヶ月という期間は一過性GIと遷延性GIとを除外診断するための最小期間として導入された。この6ヶ月という持続期間の基準は臨床上の合意に基づいて決められた。しかしこの6ヶ月という期間に明らかな文献的根拠は実のところないのである(たとえば、3ヶ月と6ヶ月ではどう、6ヶ月と12ヶ月ではどうのこうのなど)。しかしながら、6ヶ月そこそこの持続期間なら擬陽性な診断(つまりGIじゃないのにGIと診断してしまうこと)にはなり難いとのことで意見が一致している。
 5. “繰り返し主張する希望”(“repeatedly stated desire”)を“強い希求”(“strong desire”)に置き換えた。これは抑圧された環境で育てられていてジェンダーを変えたいなどと口に出来ないような子供にも適応できるようにした為である。テキストは臨床医が診断を下す際に子供の心理社会的環境を注意深く考慮することを求めている。診断を下すにはこの“強い希求”の存在を確認することが必要で、そうすることで診断をより限定的かつ保存的なものに出来るのである¹⁾。診断をより限定的にする為に“希求”(“desire”)の徴候を中核的役割をなすとの考えは、一部Zuckerにより報告された二次データ解析¹⁾と他の研究者から報告された二次データ解析に基づいています。後半の二次データ解析はアムステルダムジェンダークリニックで診察された子供のデータに基づいたもので、Zuckerにより報告された知見¹⁾とも矛盾しない。
 6. 言葉使いで少し変わったところは少年では；少女では、などとした所で、これはDSM-4のA、B基準を統合させた結果である(作業部会はA、B二つの基準を全般的に統合するよう求めている)(脚注10、13も参照)
 7. 言葉使いの変更
 8. 言葉使いの変更
 9. 実質的に変わっていない点
 10. 単一の最大公約数的基準を構築するためにB基準に捕われないようにすること。ここでの語彙の変更は重大な問題ではありません。青年と成人のところで述べているように(脚注13参照)、小児例では臨床的要件は因子分析研究で一個の共通要因、つまりA1に凝集せられている¹¹⁻¹³⁾。
 11. 内在する複合概念を上手く捕らえるために可能な限り簡単な語彙が使用されている。自己の性器構造を否定することは、直ちに他のジェンダーの性器構造を希求することにはならないのです。テキストには幾つかの事例が示される予定である¹⁾。
 12. 内在する複合概念を上手く捕らえるために可能な限り簡単な語彙が使用されている。他のジェンダーの性器構造を希求することは自己の性器構造を否定することにはならない。テキストには幾つかの事例が示される予定である¹⁾。
 13. DSM-4ではA、B基準として二つの臨床的要項が規定されているが、因子分析研究の結果からこの二つの基準間には違いが無いが分かっている。現行研究の多くは、GIという概念は自己に内在する問題の大きさを上手く捕らえるための最良の表象であることを示唆している^{11,12,14-16)}。
 14. DSDを持つ子供においてもGIを経験し、かつ割り振られた性を変えたいと望むことがあることには多くの証拠がある；しかもA1徴候が強くなるに比例してGIを経験する子供の割合は多くなるのです^{2,18-22)}。GIを伴ったDSD子供と、DSDを伴わないGI子供との間には現象論的に類似点と

相違点の両方が認められる。両者の発達段階にも類似点と相違点が認められている。このことは、DSDを持っていること自体がDSDを持たない子供には存在し得ないなにか特異的原因メカニズムのようなものが存在していることを示唆するものだ。

15. GI 診断は新要項での A1 基準のみでなされても良しとし、苦悩性および/または障害性 (distress and/or impairment) (DSM-4 の D 基準) の評価は必須ではないとするのが作業部会の意見である。この定義に係る論点は全ての精神疾患に対して DSM-5 作業部会において討議中であり結論が出た段階で再びここでも検討されることになっている。DSM-4 に従って GID と診断された青年および成人例の機能予後は芳しくないとする報告も幾つかあるにはあるが、それらの結果は決して普遍的なものではない。たとえばある研究では青年および成人の GID 例は心理学的な治療の対象ではないことが分かっている^{2,5)}。さらに、トランスセクシュアルの心理的問題は、GID だと烙印をおされること自体の苦痛よりも遥かに重篤である²²⁾。さらに自己のアイデンティティーに合致しない身体部分から解放されたいとの希求を“先天的な苦悩”だと仮定することにも根拠がなく、むしろ疑問だ²⁾。

(16, 17, 18 欠番)

19. テキスト全体のメタ構造は現在も精査中であるように、作業部会小委員会でも DSM-5 の用語の中で GID を GI に置き換えることに膨大な議論がなされてきた。現行の DSM-4 の Sexual and Gender Identity Disorders に関するチャプターに 3 つの主要な診断名、つまり sexual dysfunctions, paraphilias, および gender identity disorders の 3 つが含まれていることに作業部会小委員会は疑問を抱いている²⁾。GID に置き換えられた現行の GI に対する色々な代替案が現在も検討中である。

302.85 Gender Dysphoria in Adolescents or Adults

Gender Incongruence (in Adolescents or Adults) (青年または成人における) 性別不適合

- A. 経験あるいは表現された性別と割り振られた性別との間の顕著な不適合で、少なくとも 6 カ月間持続し、以下の指標のうち 2 個以上によって示される。

1. 経験あるいは表現された性別と第一次および/あるいは第二次性徴 (若年青年期の場合は、予期された第二次性徴) との間の顕著な不適合。
2. 経験あるいは表現された性別との顕著な不適合感のため、第一次および/あるいは第二次性徴から解放されることを強く願望すること (若年青年期の場合は、予期された第二次性の発達を妨げようとする強い願望)。
3. 反対の性別の第一次および/あるいは第二次性徴への強い願望。
4. 反対の性別 (あるいは割り振られた性別とは異なる他の何らかの性別) であることに対する強い願望。
5. 反対の性別 (あるいは割り振られた性別とは異なる他の何らかの性別) として扱われることへの強い願望。
6. 反対の性別 (あるいは割り振られた性別とは異なる他の何らかの性別) に典型的な感情や受け止め方を持っているという強い確信。

下位分類

性分化疾患を伴うもの

性分化疾患を伴わないもの

302.85 GID 青年または成人例の理論的根拠

成人例の診断基準として求められる指針として 2 項目のみ推奨している。この指針は 154 例の青年および成人 GID 患者と 684 例の対症から得られた予備的二次データ解析データに基づいている^{15,16)}。性違和感 (Gender dysphoria) を評価する 27 の質問 (the Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults: GIDYQ) の中から、A2 から A6 の 5 項目に該当する 5 つの質問を選択した (A1 項目に該当する質問は存在しない)。各々の質問は 12ヶ月以内に「決してない」から「いつもある」を両極端とする 5 段階で答えるようになっている。ここで、被験者が上位 2 段階の頻度 (つまり「しばしば」または「いつも」) の回答を選択した場合を徴候陽性、下位 3 段階 (「けっしてない」「まれにある」「時にある」) を回答した場合を徴候陰性と判定した。94.2% の精度、擬陽性率は 0.7% であった。GIDYQ の言葉使いが A2-A6 項目の内容にぴったりと当てはまらないのでフィールド調査中に判定の妥当性の精査が必要であろう。

脚注 (脚注 1, 2, 3, 4, 13, 14, 15, 19 は小児例に同じ)

1. GID (性同一性障害) を GI (性別不適合) に置き換えることを推奨する。GI の方が問題の核心をより良く説明しているからである：つまり、一方で自己が経験または表現するアイデンティティーと、他方 (恐らく生下時に) 割り振られたジェンダーに基づいて期待されている生き方が一致していない (incongruence) ということである^{2,3)}。当事者を対象とした最近の調査でも GID という分類名は当事者に烙印を押してしまうとてきっぱりと拒否されている⁴⁾。
2. 診断名を incongruence に変更すること (脚注 1 参考) に加えて、DSM-4 にはなかった主な 6 つの変更点については以下の通りである：(a) cross-gender identification と対比させて “gender incongruence” の現象を強調することで概念の変容を試みた²⁾；(b) DSM-4 診断基準の A, B 各要項の同一化 (脚注 10, 13 参照)；(c) DSM-4 と比較して青年期と成人期診断基準が包括的により詳細で特異的であること^{5,6)}；(d) 小児例の GI 診断基準として、項目 A1 は必須条件とした (が十分条件ではない) (脚注 5 を見よ)；(e) “distress/impairment” “苦痛や障害” といった基準は GI 診断に必要な前提要件ではない (脚注 15 参)；(f) 青年期および成人例では性的なアトラクションによる亜型分類は除去されている (脚注 14 参照) が随伴する性発達障害 (以下, DSD) の有無による亜型分類が導入された (脚注 14 参照)。DSM-4 と同様に、小児期と青年/成人期の発達段階基準を分けて、かつ発達段階を通して全体を網羅する診断名として GI を推奨している。テキストは GI 診断を受けようとする小児に対して青年あるいは成人クライアントと区別して小児発達段階に応じた最新情報を提供するものである。“sex” という用語は割り振られた “gender” に置き換えられた、これは DSD を持つ子供にも診断基準を適応出来るようにするためです²⁷⁾。身体的な性が分化する過程で、生物学的性 (例えば 46, XY) は他の要素 (例えば外性器) と一致しない (incongruence) ことがあり、この場合 “sex” という言葉だと混乱を来たしうるのである。GID を GI に変更することで、ひとたび治療が成功すれば診断名から解放されることが出来る。このことは、DSM-4-TR ではひとたび GID と診断されると上手く治療されてもはや診断名から抜け出すことが出来ないというジレンマから解消されることになる⁸⁾。GI という診断名は、結果的に他のジェンダーだと自認出来ずに診断を受けたことに後悔した子供にも適応できる。たとえば、女性として生活している生まれつきの男性や新規に割り振られた女性ジェンダーと経験または表現するジェンダーとの間の不一致 (incongruence) に目をつむって生きているような生まれつきの男性などにたいしても診断名 GI は適用できる。
3. 作業部会は “認知される文化的優位性 (perceived cultural advantages)” という但し書きは削除すべきだとしている。このことは DSM-4 での GID 副委員会からも支持されていることだ⁹⁾。GI の妥当性を説明する為に他のすべてを犠牲にしてたった一つの因果関係に妥当性を求める理由は実はないのである^{1,10)}。
4. 6ヶ月という期間は一過性 GI と遷延性 GI とを除外診断するための最小期間として導入された。この6ヶ月という持続期間の基準は臨床上の合意に基づいて決められた。しかしこの6ヶ月という期間に明らかな文献的根拠は実のところないのである (たとえば、3ヶ月と6ヶ月ではどう、6ヶ月と12ヶ月ではどうのこうのなど)。しかしながら、6ヶ月そこそこの持続期間なら擬陽性な診断 (つまり GI じゃないのに GI と診断してしまうこと) にはなり難いとのことで意見が一致している。
(5-12 欠番)
13. DSM-4 では A, B 基準として二つの臨床的要項が規定されているが、因子分析研究の結果からこの二つの基準間には違いが無いが分かっている。現行研究の多くは、GI という概念は自己に内在する問題の大きさを上手く捕らえるための最良の表象であることを示唆している^{11,12,14-16)}。
14. DSD を持つ子供においても GI を経験し、かつ割り振られた性を変えたいと望むことがあることには多くの証拠がある；しかも A1 徴候が強くなるに比例して GI を経験する子供の割合は多くなるのです^{2,17-21)}。GI を伴った DSD 子供と、DSD を伴わない GI 子供との間には現象論的に類似点と相違点の両方が認められる。両者の発達段階にも類似点と相違点が認められている。このことは、DSD を持っていること自体が DSD を持たない子供には存在し得ないなにか特異的原因メカニズムのようなものが存在していることを示唆するものだ。
15. GI 診断は新要項での A1 基準のみでなされても

良しとし、苦悩性および/または障害性 (distress and/or impairment) (DSM-4 の D 基準) の評価は必須ではないとするのが作業部会の意見です。この定義に係る論点は全ての精神疾患に対して DSM-5 作業部会において討議中であり結論が出た段階で再びここでも検討されることになっている。DSM-4 に従って GID と診断された青年および成人例の機能予後は芳しくないとする報告も幾つかあるにはあるが、それらの結果は決して普遍的なものではない。たとえばある研究では青年および成人の GID 例は心理学的な治療の対象ではないことが分かっている²⁵⁾。さらに、トランスセクシュアルの心理的問題は、GID だと烙印をおされること自体の苦痛よりも遥かに重篤である²²⁾。さらに自己のアイデンティティーに合致しない身体部分から解放されたいとの希求を“先天的な苦悩”だと仮定することにも根拠がなく、むしろ疑問だ²⁾。

16. DSM-4 の GID 診断基準では性転換症 (transsexualism) を含むより広範な症候を含んでいるにも係らず、GID が性転換症にほぼ等価なものとして取り扱われてしまうことがある²³⁾。たとえば、男の場合、自分は女であると自認している、あるいは男としての役割を自覚できないなどと『信じ込んでいるだけ』で2つの中核的診断基準に合致してしまうことがあるのだ。逆に、女の場合でも、男としてほぼパスしていて (たとえば、名前、服装、あるいはまた髪型など)、かつ型にはまったような女として生きて行くことに不快感を覚えるような女には同じようなことが当てはまる。DSM-4 の GID 診断基準に従って診断された者の中には、完全に他のジェンダーだと自認している訳ではないにも係らず、他のジェンダー役割で永久に生きて行くことでのみラックでき、彼/彼女の身体の性的特徴に対して強い嫌悪感を抱き、そして彼/彼女の身体を自己の望む性に可能な限り近づけようと希求する、そのような典型的とは思えない GID が存在する。二つの中核的診断基準の内一つを満たす (例えば型にはまったような男あるいは女として生きることに不快を感じているが他のジェンダーだとは自認していない症例) などで悩みを持つ人は GIDNOS といった診断を得ることになり、結果クライアントをひどく混乱させてしまうことになる (訳者註: GIDNOS: GID Not Otherwise Stated 特定不能な GID)。“真

のトランスセクシュアル (true transsexual)” のみを確実に診断する為の研究が続けられている。それはホルモン療法や外科手術の適応者を確定するためであって、GI 以外の診断を与えたり、重症度を評価したり、さらには適当な治療を提供することができるように臨床家を手助けするためのものでは全くない。更に、DSM-4 ではジェンダーの同一性 (GI; gender identity) やジェンダーの役割 (gender role) が (男か女かといった) 二項対立的に記述されているのみで、実際はそうでは無くてもむしろそれらは連続する因子またはスペクトルという概念で記述すべきなのである²⁴⁻²⁸⁾。新しい指針では GI が多様な状態を包括していることを概念化することにより診断と直結した治療法が一つでは決してないことを明らかにするものだ。DSM-5 では、上に述べたような男と女の二項対立関係を回避することを考慮することにより、クロスジェンダーへの自認と同性嫌悪についてというよりもむしろ経験された/表現されたジェンダー (男でも、女でも、中間性でも、あるいはその何れでなくとも良い) と割り振られたジェンダー (社会的な男、女) の相違 (discrepancy) に焦点を当てている⁵⁾。

17. 二次性徴を云々する際には、若い青年の場合にはその二次性徴発現の前兆も加味されるようになった。成熟期が到来する前に、性別適合を求めてジェンダークリニックを受診する青年が増加しているからである^{29,30)}。
18. 性的指向 (sexual orientation) はそれ自体治療方針や治療の決定においてほとんど考慮されていないし、それどころかセックスパートナーに求めるジェンダーの嗜好もまた治療の経過中あるいは治療後に変わり得ることが臨床上見られることがある³¹⁻³³⁾。したがって、ホルモン療法や外科手術の承認を得たいがために手術前に偽装申告している可能性があるため、GI と診断された個人の性的指向を評価するのは最早困難である。
19. テキスト全体のメタ構造は現在も精査中であるように、作業部会小委員会でも DSM-5 の用語の中で GID を GI に置き換えることに膨大な議論がなされてきた。現行の DSM-4 の Sexual and Gender Identity Disorders に関するチャプターに3つの主要な診断名、つまり sexual dysfunctions, paraphilias, および gender identity disorders の3つが含まれていることに作業部会小委員会は疑

問を抱えている²⁾。GID に置き換えられた現行の GI に対する色々な代替え案が現在も検討中である。

302.6 Gender Dysphoria Not Otherwise Specified (GIDNOS)

記載なし

参考文献

- 1) Zucker, K. J. The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior* 2009; doi: 10.1007/s10508-009-9540-4.
- 2) Meyer-Bahlburg, H. F. L. From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior* 2009; doi: 10.1007/s10508-009-9532-4.
- 3) Winters, K. Gender dissonance: Diagnostic reform of gender identity disorder for adults. *Journal of Psychology and Human Sexuality* 2005; 17, 71-89.
- 4) Vance, S., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Zucker, K. J. (in press). Transgender advocacy groups' opinions on the current DSM gender identity disorder diagnosis: Results from an international survey. *International Journal of Transgenderism*.
- 5) Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. The DSM diagnostic criteria for adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior* 2009; doi: 10.1007/s10508-009-9562-y.
- 6) Zucker, K. J. Gender identity disorder. In D. A. Wolfe & E. J. Mash (Eds.), *Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press; 2006, p. 535-62.
- 7) Meyer-Bahlburg, H. F. L. Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development: Recommendations for Version 7 of the World Professional Association for Transgendered Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism* 2009; 11, 226-37.
- 8) Winters, K. Gender madness in American psychiatry: Essays from the struggle for dignity. Dillon, CO: GID Reform Advocates; 2008.
- 9) Bradley, S. J., Blanchard, R., Coates, S., Green, R., Levine, S. B., Meyer-Bahlburg, H. F. L., et al. Interim report of the DSM-IV subcommittee on gender identity disorders. *Archives of Sexual Behavior* 1991; 20, 333-43.
- 10) Zucker, K. J. Gender identity disorder. In S. R. Hooper, G. W. Hynd, & R. E. Mattison (Eds.), *Child psychopathology: Diagnostic criteria and clinical assessment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1992. P. 305-42.
- 11) Green, R. The "sissy-boy syndrome" and the development of homosexuality; 1987.
- 12) Johnson, L. L., Bradley, S. J., Birkenfeld-Adams, A. S., Radzins Kuksis, M. A., Maing, D. M., & Zucker, K. J. A parent-report Gender Identity Questionnaire for Children. *Archives of Sexual Behavior* 2004; 33, 105-16.
- 13) Zucker, K. J., Green, R., Bradley, S. J., Williams, K., Rebach, H. M., & Hood, J. E. Gender identity disorder of childhood: Diagnostic issues. In T. A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M. B. First, W. Davis, & M. Kline (Eds.), *DSM-IV sourcebook*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1998; vol. 4, p. 503-12.
- 14) Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. M. Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36, 263-71.
- 15) Deogracias, J. J., Johnson, L. L., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Kessler, S. J., Schober, J. M., & Zucker, K. J. The Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults. *Journal of Sex Research* 2007; 44, 370-9.
- 16) Singh, D., Deogracias J. J., Johnson, L. L., Bradley, S. J., Kibblewhite, S. J., Owen-Anderson, A., et al. The Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults: Further validity evidence. *Journal of Sex Research* 2010; 47, 49-58.
- 17) Cohen-Kettenis, P. T. Gender change in 46, XY persons with 5 α -reductase-2-deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior* 2005; 34, 399-410.
- 18) Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior* 2005; 34, 389-397.
- 19) Mazur, T. Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior* 2005; 34, 411-421.
- 20) Meyer-Bahlburg, H. F. L. Intersexuality and the diagnosis of gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior* 1994; 23, 21-40.
- 21) Meyer-Bahlburg, H. F. L. Gender identity outcome in female-raised 46, XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior* 2005; 34, 423-38.
- 22) Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, H., Macri, M., et al. Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male to female transgender persons. *Journal of Sex Research* 2009, doi: 10.1080/00224-490903062258.
- 23) Sohn, M., & Bosinski, H. A. G. Gender identity disorders: Diagnostic and surgical aspects. *Journal of Sexual Medicine* 2007; 4, 1193-208.
- 24) Bockting, W. O. Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diver-

- city. *Sexologies* 2008 ; 17, 211-24.
- 25) Bornstein, K. 1994 *Gender outlaw : On men, women and the rest of us*. London : Routledge ; 1994.
- 26) Ekins, R., & King, D. 2006 *The transgender phenomenon*. London, CA : Sage.
- 27) Lev, A. I. 2007 *Transgender communities : Developing identity through connection*. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. Debord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed). Washington, DC : American Psychological Association ; 2007, p. 147-75.
- 28) Røn K. 'Either/or' and 'both/neither' : Discursive tensions in transgender politics. *Signs* 2002 ; 27, 501-22.
- 29) Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. Clinical management of gender identity disorder in adolescents : A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology* 2006 ; 155 (Suppl. 1), S131-S137.
- 30) Zucker, K. J., & Cohen-Kettenis, P. T. Gender identity disorder in children and adolescents. In D. L. Rowland & L. Incrocci (Eds.), *Handbook of sexual and gender identity disorders*. New York : Wiley & Sons ; 2008, p. 376-422.
- 31) De Cuypere, G., Janes, C., & Rubens, R. 1995 Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995, 91, 180-4.
- 32) Lawrence, A. A. Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior* 2005 ; 34, 147-66.
- 33) Schroder, M., & Carroll, R. Sexological outcomes of gender reassignment surgery. *Journal of Sex Education and Therapy* 1999 ; 24, 137-46.