

石田 仁 編著

『性同一性障害——ジェンダー・医療・特例法』御茶の水書房 2008年

「ガイドライン」「特例法」批判と 「障害の社会モデル」の接合可能性

—— 社会・医療・個人の負担配分の考察へ向けて

杉浦郁子

1 本書の概要

本書は、日本の「性同一性障害の10年」(p. 192)が築き上げた医療と法律の制度を批判的に考察したものである。その制度とは主に「診断と治療のガイドライン」(日本精神神経学会、2006年に第三版、以下「ガイドライン」)と「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律」(2003年成立、2004年施行、以下「特例法」)である。これらの制度が性別違和をもつ人々の「治療への意思」をどのように駆り立てているのか、という権力現象をめぐる問いを中心に据え、執筆陣がそれぞれの視座と材料を用いて現状の問題点を考察している。どの章も読み応えがあり、示される論点も多い。

そのため本書を簡潔に紹介するのは難しいのだが、終章(石田仁)が全章に通底する関心や各章で取り上げられた争点を上手くまとめている。「ジェンダー・医療・特例法」という副題の意味もここを読むと腑に落ちるので、国内の性同一性障害の動向に詳しい人なら、終章が本書の概説になる。

詳しくない人は第1章(石田)から読んで、性同一性障害をめぐる現行制度を理解しなければならない。というのも、以降の章はすべて、ここで解説される制度を論じることにより費やされるからである。この章では、ガイドライン

や特例法の内容と動向が整理されているが、社会学者である著者が医療や法律の分野を適切にまとめられるのか、といった不安はあたらぬ。この「総論」が網羅的な文献収集と膨大な読書量に裏打ちされていることは、文献リストと脚注から明らかである。

続く第2章から第5章までは、性別違和を抱える人々の協力を得て行われた社会調査の成果報告であり、第6章から第10章までは、その調査とは別に著者たちが執筆した単著論文となっている。

以下では全章を読み通して評者が示唆を得たことをまとめ、それを本書の紹介としたい。そのうえで、本書では詳しく取り上げられなかったが、今後ぜひ掘り下げてほしい議論の方向性を示してみたい。

2 医療と法律の結託

本書が医療（ガイドラインとそれにもとづく診断）と法律（特例法）の結託のありようを明らかにしている点は、たいへん重要だと思われた。たとえば第5章（石田）では、インタビュー協力者（FtM）の次のようなカウンセリング体験が紹介されており、興味を誘われた。

ある精神科医はカウンセリングの「はじめっから「どこまでいくの？ 最後まで行くの？」って」聞いてくるという。別の医者は、「クリトリスの形を変える、ちょっと切って、ちょっと棒状にみせる」と言って「すごく薦めるんですね。だからやんない？って。やりませんか？」と誘う（p. 140）。

この短い証言は、意外と多くのことを示している。一人目の精神科医がいう「最後」とは、性別適合手術を受け、特性法を使って戸籍の性別記載を変更することであろう。そのつもりがあるのかとクライアントに聞いているのだが、二人目の医者はそうすることを薦めている。「クリトリスを棒状にみせる」というのは、特例法が性別変更に課した5要件の一つ、「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」(外性器近似要件)をクリアするための身体操作に他ならない。

要するに、精神科医たちがカウンセリングで確かめようとしているのは、患者の「特例法を使って性別を変更する意思」である。このことと、精神科が「クライアントが性同一性障害か否か」の診断を下す役割を担っていることを考え合わせると、ある推察にたどり着く。「特例法を利用する意思」は、診断の妥当性を測るものさしの一部となっているのではないだろうか、という推察である。

ところが当の特例法は、第10章(谷口洋幸)で指摘されているとおり(pp. 269-270)、性別変更の法的な正当性を法的な根拠ではなく、医学的な根拠(性別適合手術が済んでいること)によって充填している。また、そもそも性別変更の申請には、「性同一性障害である」という精神科医による診断書が必要である。が、その診断は「特例法を利用する患者の意思」を根拠になされている。ここに医療と法律がそれぞれの判断を支え合っているという循環を見て取れる。そして、この仕組みのもとでは、ケースが積み上げられるほどに互いの妥当性が高められていってしまうという、螺旋運動が展開されることになる。

こうした事態は、しかしながら、「診断に関する医療制度に問題があれば、特例法の利用自体にも問題が生じてしまう」(p. 114)事態でもある。これを見切っている当事者もおり、その冷静な状況分析はインタビュー・データとして第4章(鶴田幸恵)に掲載されている(pp. 113-114)。一方の専門職者たちは、医療と法律の相互参照的な結びつきが引き起こす(かもしれない)問題にどれくらい自覚的なのだろうか。かれらにこうした自問を迫るのが本書の核心だと思われる^{◇1}。

3 「周辺群」に対する無関心

3-1 「治療」観を問う

著者たちが制度の専制を許さないのは、制度に疎外される人々への医療の

無関心を問題視するから、ということもある。

この点は、終章ではっきり述べられている。「1995年以降の性別移行に関する急速な医療化によって、当事者への救済の気運が高まり、社会的認知も進んだ面がある一方、そうした医療制度にうまく乗れないとか、乗らないと決めた当事者へのサポートが、おざなりにされてい」(p. 276)る。石田はこうした当事者を「周辺群」と呼び、続いて次のように問うている。「「周辺群」へのサポートは医療従事者が受け入れる領域ではなく、「社会的領域の問題」としてソーシャルワーカーや社会福祉領域に投げる問題なのか。とすれば、しかしそれは反作用的な「医療の領域」の築城に他ならないだろう。それは in/difference (差異をつくり無関心においやること)ではないのか」(p. 278)。

この懸念が現実であることは、いくつかの象徴的な事例——「初回に受けたカウンセリングは20分で、「心の傷を癒してくれるとか、そういう効果はあんまりないかもしれない」と悟った」(p. 140)というインタビュー協力者の言葉、カウンセリングで「治療を進める意思」を明確に示すことができないと「3分」で診断が閉じられ「また来月」となってしまう、といった体験談(p. 141)——で確認される。このように、カウンセリングの実態を示す得難い聞き取りがなされていることも、本書の評価を上げるものである。

これらの事例のようなカウンセリングは、クライアントが「性同一性障害か否かを見極める」、すなわち「診断を下す」という目的には適っているのかもしれない。だが、ガイドラインが「診断と治療」のためを標榜するのなら、カウンセリングでは「診断」に加えて「治療」がなされなければならない。そ

◇1 性同一性障害をめぐる医療と法律の関係性については、「スティグマとノーマライゼーション研究会・2008年度研究会(その1)」(2009年2月14日、大阪府立大学)において、皆川満寿美氏が明確に指摘していた。評者は、皆川氏による「相互が相互を権威づけのためのリソースとして必要としているように見える。循環している」という指摘から教示を受けて、第2節の執筆を企図した。

この研究会では本書の編著者である石田仁氏が「現状・日本の性同一性障害——脱精神疾患をめぐるポリティクス」という題目で報告を行った。評者はコメンテーターとして研究会に招へいされ、編著者と議論する機会を得た。この書評は、そこで交わされた議論から様々な着想を得ている。

ここではいったいどんな「治療」がなされているのだろうか。この問いの行き着く先は、そもそも「性同一性障害の治療」とは何をすることなのか、「治療のゴール」とは何なのか、といった「治療」観に関する検討である。

ある精神科医にとって「性同一性障害の治療」とは、身体の特徴を性自認に沿う形状にすることで性別違和感の軽減を図ることなのだろう。そのように考える精神科医は、クライアントがホルモン療法や手術療法といった身体的な治療を進める気があるか否かに関心を集中させ、この点に迷いのある「周辺群」は「3分診療」で帰されてしまう。「周辺群」への無関心を生み出しているのは、「治療」に対するこうした考え方である。

しかし、クライアントが持ち込む「心の悩み」は「性別違和があること」だけではない。「中途半端」で「一貫性」のない性別や身体であることで強いられる社会との摩擦に疲弊し、それに根ざす苦痛を取り除くような「心の治療」を望むクライアントもいる。だが、本書が明らかにしたとおり、それは望めないことだと当事者を「悟らせる」カウンセリングが一部で行われている。そこでの精神科医は、身体的治療の可否を判断する「門番」の役割しか果たさない。門を通らない／通れない「周辺群」は無関心の領域に投げ出されることになる。石田はこうした事態を「in/difference」として告発しているのである。

3-2 精神科はいま——「門番」でしかないのか／でさえないのか／を超えた役割を果たすようになったのか

ところで、ガイドラインは改訂を重ね、「精神療法」「ホルモン療法」「手術療法」と治療を進める従来の「三段階方式」が、第3版(2006年)で「アラカルト方式」へと改められた。アラカルト方式は、治療を「精神科領域と身体的領域に分け」、「身体的治療の段階的な施術を撤廃」し、さらに「精神科領域の治療は治療の全過程におよぶ」ものと位置づけたという(p.25)。

「三段階方式」は、精神科に「門番」の役割を期待することを有り体に示すものだった。では、段階方式を取り払う制度改訂によって、性同一性障害医療——とりわけ精神科における——はどのように変わったのだろうか。「治療」は精神科から始められなくてもよくなったのか。そうすると精神科医は

「門番」でさえなくなったのか。とすれば精神科医は何をするようになったのか。それとも改訂により「門番」の監視が長期に渡るようになり、その役割が強化されたのか。だとすれば「周辺群」への「in/difference」は、改訂を経てもなお続いているのか。あるいはこの改訂は、専門職者の「治療」観の変容にもとづく／をうながすものだったのか。本書の執筆陣にはぜひ、改訂による診断と治療への影響を探ってほしいと思った。

4 「術後（元中核群）」への無関心

——狭い「治療」観と「自己決定＝自己責任」論の帰結

狭い「治療」観、すなわち「治療とは身体の特徴を性自認に沿う形状にすることで性別違和感の軽減を図ること」という「治療」観のもとで「治療」から抜け落ちてしまうのは、「周辺群」だけではない。「中核群」として手術を終え、「治療」を完了した（はずの）者に対するケアは、もしかしたら「周辺群」より手薄かもしれない。この問題を突きつけるのは第7章と第8章である。

第7章では、国内における「性同一性障害の10年」を牽引した東優子がDiamond & Behによる小論を解説している。2006年に発表された性科学者Diamondと弁護士Behの論考は、第8章として東によって訳出されており、第7章はその解説という体裁をとっている。しかし東による解説（第7章）は、現行のガイドラインに対する批判の表明だと見てよいだろう。

ガイドライン第3版では、「身体的治療については、どのような治療をどのような順番で受けるか、クライアントの自己の責任のもとにおいて自己決定できるようになったことが謳われた」（p. 25）。第9章（石田）によれば、「自己決定＝自己責任」というフレーズは「第3版で新たに6回も登場」（p. 245）しているという。

Diamond & Behの議論にも、こうした「自己決定＝自己責任」論の発想を見て取れる。この小論における問いは、性別適合手術をするか否かについての最終的な判断が、本人以外の専門職者に委ねられるべきか、ということでの

ある (p. 203)。Diamond & Beh の結論はこうだ。

するかしないかの最終的な決断は、世間や特定の機関や専門家の希望やアドバイスに従っているかどうかに関係なく、精神的に成熟した能力ある当該個人に委ねられるべきものだと私たちは考える。自分自身の身体に関して決定を下すということについては、あらゆる個人が自己決定権を有しており、あらゆる個人には間違う権利さえもある、というのが私たちの信念である (p. 204)。

東はここに「自己決定=自己責任」論への接近を見て取り、その危うさに警鐘を鳴らしている。それは国内のガイドラインへの警鐘でもあるのだろう。評者も、Diamond & Behが「最終的に、こうした決断を下す義務は個々人に帰属するのであり、そう、誰もが間違う権利を持っている」(p. 211)と述べて論を閉じることに不信を隠せない。ここで思考を停止させてよいのだろうか。

第8章では、実際に「間違ってしまった」海外事例——性別適合手術を受けたことを後悔した人が、手術を承認したクリニックを訴えているという事例——が紹介されている。その事例からわかるのは、吟味を重ねて慎重に手術への駒を進めたとしても、患者が間違うことはあり得る、という端的な事実である。また、この事例から学ばなければならないのは、個人の自己決定はもちろん、結果の是非もあてにならないことを前提にしながら、たとえ「間違った」としても一生を棒に振らなくて済むような仕組みを整えなければならない、ということである。制度は、「間違ったあと」の人生のサポートを視界に収めてようやく、「間違う権利」を謳えるのだろう。

狭い「治療」観によって「術後(元中核群)」への無関心が作り出され、それが「自己決定=自己責任」論によって正当化されているように評者には見えるが、実際のところはどうかだろうか。選択の結果に後悔していない人も含め、医療が術後のケアにどのように関与しているのか、それとも関与していないのかについては、大いに気になった。今後の調査と議論の対象に加えてほしい論点である。

5 「障害の社会モデル」的な議論へ

本書が全体を通して訴えているのは、性別違和をもつ人々の「QOL（生活の質）」（第25章）、「しあわせ」（第9章）といった「当たり前」の視座の重要性である。ガイドラインと特例法の関心は性別適合手術を中心に形成されており、手術を終えた者も含め、手術へと向かっていない者の「しあわせ」は眼中にない。現行の制度やそれにもとづく専門職者の実践は、この基本的な視座を欠いている。そのような現状や課題を、本書は複眼的な分析によって成功裏に示した。

とはいえ、「周辺群」や「元中核群」の「しあわせ」がどのようにして得られるものなのかは、本書では検討されない^{◇2}。「しあわせ」獲得の処方箋を示すために、本書の執筆陣には「障害の社会モデル」に連なる議論に本格的に取り組んでほしいと思う。その理由を以下で述べたい。

石田は「ノーマライゼーション」「アクセシビリティ」「障害の社会的モデル」という問題系に性同一性障害が乗るべきかどうかは、まだこれから議論をはじめの段階「これらの議論は慎重にしたい」（p. 158）として本書での検討を避けたが^{◇3}、とりわけ「周辺群」の「しあわせ」を重視するのであれば、この問題系に乗ることは不可避だと思われる。なぜなら「周辺群」は、医療（手術）による「しあわせ」獲得をあきらめた人か、医療では必ずしも「しあわせ」になれないと考えた人であり、だからこそ医療とは異なるやり方でQOLを向上させなければならないからである。そのための負担を個人に課

◇2 すでにそうした議論は始まっている。たとえば中村美亜は、手術による性別変更の限界を直視し、「限界を現実として受け止め、他の何らかの手段」（中村 2005, 2）で「しあわせ」を手にする必要性を訴えている。またその手段を探り、具体的に提示している。

◇3 「障害の社会モデル」という問題系に乗ることに慎重なのはなぜかということは、大阪府立大学で開催された研究会でも争点になった。編著者の石田氏は「社会モデルではこぼれ落ちることが多い」と応じたが、一連のやりとりから、石田氏がすでにこの方向性を見据えていると評者は受け取った。著者たちのなかにも、障害学の豊富な蓄積を摂取しながら、緻密で現実的な議論へと向かっている人がすでにいるのではないかと思う。

すやり方を、本書の著者たちが是とすることはないだろう。だとすれば、社会の受けもつ負担について考えざるを得ない。

「問題は個人の身体ではなく社会にある」という障害の社会モデルの主張の核心は、立岩真也の言葉を借りれば、「責任・負担がもっぱら本人にかかっていること、そのことが自明とされていることを批判する」（立岩 2002, 71）ことにある。社会モデルは、「性別違和をもつ者の困難を作り出しているのは社会（の性別に関する常識）である」と連呼するだけの空疎な原因論ではない。また、身体的な治療（医療技術を使って個人の身体に働きかけるという方法）によって「障害」を克服しようとすることを軽んじる議論でもない。社会モデルは、どんな方法を用いるかに関わらず、障害を克服しようとする努力と義務が個人に過度に求められている状況を問題と見なし、個人への負担の一部を別のところへ移そうとする議論である。

私見を述べるならば、手術へ向かうことを止めた人も、手術へと向かっている最中の人も、手術を終えた人も、身体や個人史の次元において「完全な男や女」——そんなものが存在するかどうかは別にして——にはなり得ないのであり（中村 2005, 2）、結局のところ、当事者のQOL向上に等しく必要なのは「完全な男や女でない個人」の家族や学校、職場や地域への所属を確かなものにする事だと思われる（杉浦 2008）。では、確かな所属を実現するために、社会、医療、個人がどのような配分でどんな負担や責任を抱えるべきなのか。

この問いは、従来社会モデル的だと見なされてきた議論、すなわち性別違和（ないし性別移行）の脱病理化へ向かう議論と、性別違和の病理化を前提とする議論とを、ともに視野に入れつつ取り組めるものである。後者は、性別違和を「障害」と位置づけるガイドラインや特例法を、個人の利得につながるものとしていったんは認め、そのうえで制度を内部から改良していこうとする議論である。こちらは本書が重視した方向性だと思われるが、それはつまるところ医療と法の負担のあり方を具体的に考えようとする事だから、社会モデルに着想を得たこの問いと対立するものではない⁴。

前者の、性別違和の脱病理化へ向かう議論とは、たとえば性別二元論からの脱却を唱えて、どんな性別や身体であっても他者に承認される社会を目指

し、そうすることで性別違和を「障害」でなくそうとするような、いわば「トランスジェンダリズム」的な議論(米沢 2003)である。こちらは、本書ではほぼ言及のなかった視点である。しかし、当事者を取り巻く人々に、言うなれば「社会」に「性別をめぐる常識を相対化する」という負担を引き受けさせることは、当事者のQOLを向上させる一つの方法ではないだろうか。また、制度の外部に対するこうした働きかけが社会の態度変容をうながし、制度そのものの改良を呼び込む可能性もあるだろう。

本書は、性同一性障害の論点の「白地図」を塗りつぶしていく(p. i)という目的のとおり、2000年代に入って数多く出された性同一性障害の本が取り上げていない争点をいくつも提示している。しかし、まだ塗られていない場所もある。地図の空白を埋めるべく、本書の著者たちが繰り返し広げていく議論を心待ちにしている。

参考文献

- 中村美亜. 2005. 『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』医療文化社.
- 杉浦郁子. 2008. 「ハビリテーションとしての性別移行——性同一性障害の人々にいま, 求められている支援とは」『地域リハビリテーション』3(4): 1090-1093.
- 立岩真也. 2002. 「ないにこしたことはない, か・1」石川准・倉本智明(編著)『障害学の主張』明石書店, 47-87.
- 米沢泉美編著. 2003. 『トランスジェンダリズム宣言——性別の自己決定権と多様な性の肯定』社会批評社.

◇4 立岩(2002)にならって障害の社会モデルを理解するのであれば、本書はすでに社会モデル的である。本書による医療批判は、性別違和を軽減しようとする個人の負担をもう少し医療へと移そうとする主張だと読めるし、本書の特例法批判は、戸籍の性別変更によって個人が払わなければならない数々の代償を、もう少し社会に肩代わりさせようとする主張だと読めるからである。