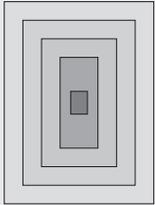


特集



レズビアン・ゲイ・トランスジェンダーと「家族」

「性同一性障害」概念は親子関係に どんな経験をもたらすか

——性別違和感をめぐる経験の多様化と概念の変容に注目して——

杉浦郁子

要約

本稿では、性別違和感のある人々の経験の多様性が顕在化したことを背景に、「性同一性障害であること」の基準として「周囲の理解」が参照されるようになった可能性を指摘する。また「性同一性障害」がそのように理解されるようになったとき、性別違和感のある子とその親にどんな経験をもたらしうるのであるかを考察する。

まず、1980年代後半から90年代前半に生まれた若者へのインタビュー・データを用いて、「周囲の理解」という診断基準が出現したプロセスについて分析する。次いで、「性同一性障害」の治療を進めようとする20代の事例を取り上げ、医師も患者も「親の理解」を重視していることを示す。そのうえで、親との関係調整の努力を要請する「性同一性障害」という概念が、親子にどのような経験を呼び込むのかを論じる。

キーワード：性同一性障害、親子関係、概念分析

2013, 家族社会学研究, 25(2): 148-160

The Impact on the Parent-Child Relationship Brought About by “Gender Identity Disorder”: With a Focus on Diversified Experience over Gender Dysphoria and the Transformation of the Concept

Ikuko Sugiura

Abstract

In this paper, I pointed out that people had come to refer to “understanding by others” as a criterion for “gender identity disorder” against a background in which the experiences of people with gender dysphoria had become diverse. I also considered what experience “gender identity disorder” as a concept would bring to the child with gender dysphoria and the parent when it came to imply an “understanding by others.”

I analyzed the process of the appearance of the diagnostic criterion of “understanding by others” using qualitative research with young people who were born from the late 1980s to the early 1990s. Then, introducing two cases of those who sought a diagnosis of gender identity disorder, I showed that not only patients but also doctors attached importance to “understanding by the parent” as a criterion. Moreover, I discussed the impact on the experiences of the child and the parent brought about by the concept to request an attempt to adjust their relationship.

Key words: gender identity disorder, parent-child relationship, conceptual analysis

2013, Japanese Journal of Family Sociology, 25(2): 148-160

すぎうら いくこ：和光大学現代人間学部

Faculty of Human Sciences, Wako University, 2160 Kanaimachi, Machida-shi, Tokyo 195-8585, Japan

E-mail: uraiku@nifty.ne.jp



I. 本稿のねらい

1. 「性同一性障害であること」に対する道徳的な要請

「自らの性別や身体に対して強い違和感をもち、性別の移行を望むことは“病い”である」。このような考えが普及したのは、日本では1990年代後半から2000年代前半にかけてのことである。強い性別違和感は「性同一性障害」という精神疾患とされ、診断と治療のガイドライン（日本精神神経学会・性同一性障害に関する特別委員会1997）が発表されてから、国内の医療機関でも「正式に」治療が受けられるようになった⁽¹⁾。2003年には「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律」が成立し、治療の最終段階とされる性別適合手術を受ければ、戸籍の性別が変更できるようになった。

性同一性障害のための医療や法律の制度ができたことによって、『「性同一性障害」というワクに沿った語彙』（石田2008:6）で性別違和感や性別移行という経験を語れば、社会的承認を得られやすくなった。その一方で、「性同一性障害」でないトランスジェンダーが排除の対象となりうるという、制度の副作用も報告されている（三橋2010）。この事態においてまず確認しておきたいのは、「性同一性障害」という概念が、医療者だけでなく、それ以外の人々によっても自己や他者を分類するために使われている、という端的な事実である。

たとえば、鶴田幸恵（2009）は、性別違和感のある人々による「性同一性障害」概念の使用実践を記述している。「性同一性障害」は疾患名であり、「ある人が性同一性障害であるか否か」を判断する権限は、医療実践の場においては精神科医が有している。他方で、性別違和感のある人たちも、「性同一性障害として認められるのにふさわしいのはどんな人か」をさかんに議論しており、ブログなどのやりとりを通じて、コミュニティ特有の基準が作られ、共有されているのである。当

事者が用いる基準は、医療のガイドラインが示す基準に加え、「人としてのモラル」「社会性」「成熟度」などを身につけた道徳的な存在であることを要求するような、厳格なものとなっているという（鶴田2009:126-201）。

このように、人間をある概念によって分類することは、その人に道徳的な要請をすることを伴う（木下2012:55）。「性同一性障害」という概念を自他に当てはめることは、「良き性同一性障害者」として振る舞うよう自分にも他者にも求めるという側面があるのだ。

では、専門的な診断を下す精神科医は、どのようにして「患者が性同一性障害かどうか」を判断しているのだろうか。「性同一性障害」は、医学的には、「自分の肉体がどちらの性に所属しているかをはっきりと認知しているながら、その反面で、人格的には自分が別の性に属していると確信している」（埼玉医科大学倫理委員会1996:314）状態と定義されている。また、「自分が別の性に属しているという確信」の判定は、「詳細な養育歴・生活史・性行動歴」の聴取を通じて、①自らの性別に対する不快感・嫌悪感、②反対の性別に対する強く持続的な同一感、③反対の性役割を求める、の3点から検討されることになっている（日本精神神経学会2012:1256）。こうしたガイドラインを読むかぎり、精神科医は、「これまでずっと性別違和感があった」という過去の症状や「反対の性別になりたい」という現在の訴えを根拠に診断を下すことになっており、医療概念としての「性同一性障害」は、患者に対する道徳的な要請とは切り離されているかのようである。

しかし、鶴田による別稿の分析によれば、近年、医師たちは、①「反対の性別であるというゆるぎない確信」に加えて、②「周囲からどれだけ理解されているのか」を、診療において重視する傾向にあるという。一点目について補足すれば、医療実践の場で注目されているのは、「自分が反対の性別である」という自己呈示ではなく、反対の性別であることが「ゆるがない」という自己呈

示である，ということである．二点目は，患者が周囲に「反対の性別」に見えるかどうかではなく，反対の性別として「生きていきたいと思っている人」として認められていることが治療を許可するポイントになる，という意味である（鶴田2010）．

ここからわかるのは，精神科医も「性同一性障害」の患者に対して，ある道徳的な要請をしている，ということである．それは，「男になりたいのなら男らしくしろ」というような，性別カテゴリーにかかわる要請ではない．そうではなく，「ゆるがない」という安定性や「周囲の理解を得る」ためのコミュニケーション能力が求められているのであり，それは「当事者」たちが「性同一性障害としてふさわしい者」に課した「成熟度」や「社会性」に通ずるものである．診断を得て治療を進めようとする患者は，この道徳的な要請に応えるために，学校や職場，家庭など自分が属する集団のメンバーにカミングアウトをし，かれらの理解や協力を得る努力をしたうえで，それを精神科医に適切なやり方で伝えなければならない⁽²⁾．

2. 本稿の目的と分析視角

ここまで，「性同一性障害」が「専門家の概念」であると同時に「人々の概念」でもあること，また，専門家であれそれ以外の者であれ「性同一性障害」という概念で自他を分類することには，道徳的な要請を伴うことを述べてきた．以上をふまえて，本稿の分析視角と目的を示したい．

酒井泰斗らは，科学哲学者イアン・ハッキング（I. Hacking）の概念分析の手法を整理して，次のように言う．新しい科学的・専門的な概念は，その概念で分類され記述された人々の経験や行為や理解の仕方を変化させるが，今度はその変化が，当該概念を用いる医療実践を変えさせるような循環的プロセスがある（酒井ほか 2009: 3-4）．ハッキングが「ループ効果」と呼んだこのプロセスを，酒井は以下の3つの側面に整理している．

[p] 人間に関する科学的・専門的な概念は，どのようにしてその意味を獲得し，日常生活との関連性をもちうるのか．

[q] 人間に関する科学的・専門的な概念が日常生活に入り込んでくるとき，そこでどのような経験の可能性が生じるのか．

[r] 新たな経験に基づく知識は，専門的な知識にどのような効果をもたらしうるのか．（酒井ほか 2009: 71）

本稿は，このような視点から「性同一性障害」を分析する試みである．すなわち，「性同一性障害」という概念とその概念によって記述される人々の間で生じている相互作用のありようや，人々の経験の可能性を記述することが，本稿の目的である．

本稿がとくに注目するのは，「性同一性障害」という概念が親子関係のなかに入り込んできた事例である．4章で，経済的な自立を果たしていない20代の「子」が治療を進めようとする事例を紹介する．2つの事例から観察されるのは，「性同一性障害」の診療において，「親の理解」が医師にとっても患者にとってもポイントとなっている，という事態である．そのような意味を獲得している「性同一性障害」が親子関係に入ってきたとき，親子はどのような経験をする可能性があるのか．この問いを5章で検討する．また，それらの章に先立つ3章では，「周囲の理解」という診断基準が出現したプロセスについて考察する．



II. 調査の概要

本稿で紹介する事例は，「セクシュアル・マイノリティの子どもたちの生活課題と支援ニーズ調査」というインタビューで聞き取られたものである．

この調査の目的は，10代から20代前半のセクシュアル・マイノリティがどのような生活課題を抱えており，どのような支援を必要としているのかを明らかにすることであった．同性を指向する

者や性別違和感のある者が社会に出る前に直面する困難や、周囲からのサポートの有無を中心に聞き取りを行った。

調査時期は、2009年7月から2012年1月までで、33名の協力を得た。そのうち、性別違和感のある協力者は14名で、戸籍上の性別が「女」である者が10名、「男」である者が4名であった。

インタビュー協力者の14名のプロフィールは表1のとおりである。多くが首都圏の大学に在籍しており、必要な情報やジェンダー・クリニックへのアクセスにおいて有利な層だといえるだろう。調査時点で性別適合手術を済ませていた者はおらず、したがって戸籍の性別を変更した者もいなかった⁽³⁾。

調査は、大学の授業のなかで行ったものであ

表1 インタビュー協力者のプロフィール

	調査時の年齢／職業 (調査日)	性自認, 性指向, 「性同一性障害」の診断の有無や治療の状況など
K	21歳／大学生 (2009.7.29)	FtM* ヘテロセクシュアル。診断あり。ホルモン治療中。乳房切除済み。
L	22歳／大学生 (2009.8.10)	FtM ヘテロセクシュアル。通院経験はあるが中断。治療を進めるのに不安あり。
M	20歳／大学生 (2009.8.15)	FtM バイセクシュアル。通院中。診断待ち。治療を進めるのに不安あり。
N	19歳／大学生 (2009.9.11)	FtM ヘテロセクシュアル。通院中。診断待ち。
O	22歳／アルバイト (2009.10.11)	FtM バイ(パン)セクシュアル**。診断あり。ホルモン治療中。
P	19歳／アルバイト (2009.10.19)	身体の性別は男。性自認は男と女の間をさまよっている感じ。どちらかという女寄り。好きになった相手は男性のみ。通院する予定はない。
S	19歳／大学生 (2010.8.23)	FtM ヘテロセクシュアル。通院中。診断待ち。ホルモン治療、性別適合手術、戸籍変更を希望している。
T	20歳／大学生 (2010.9.3)	FtM ゲイ。通院したことはあるが中断。今後、治療をどうするかははっきりと決めていないが、性別適合手術をするつもりはない。
U	21歳／大学生 (2010.9.17)	FtM パンセクシュアル。通院なし。治療は当面しないつもり。
W	23歳／大学生 (2010.9.30)	FtX*** パンセクシュアル。通院なし。
Y	23歳／大学生 (2010.10.17)	MtFtM(ないし MtX) パンセクシュアル。通院あり。診断なし。いまのところホルモン治療をするつもりはない。
B3	22歳／生活保護受給 (2011.8.27)	MtX バイセクシュアル。受診せずにホルモン剤を服用。性同一性障害に対する偏見があり、診断を受けることに抵抗がある。
C3	23歳／大学院生 (2011.9.23)	X (MtFtX)。性指向は男性に向くことが多い。通院なし。
G3	22歳／大学生 (2011.11.20)	FtM ヘテロセクシュアル。通院なし。

* 「FtM」は Female to Male の略で、女性から男性への性別移行を希望する者／性別移行をした者のこと。「MtF」はその反対である。

** 「パンセクシュアル」は、「女」と「男」だけでなく、典型的な男女にあてはまらない「すべての(pan)」人を性愛の対象にするという性指向のこと。

*** 「X」については本文および脚注6を参照のこと。

る。2009年度は、武蔵大学社会学部の「社会調査実習」という科目で、2010年度と2011年度は中央大学文学部の「社会学演習」という科目で実施した。いずれも、社会調査のプロセスをひととおり経験することを目的とする科目であった。

インタビューの協力依頼は、1件を除いてすべて私が行った。インタビュー当日は、学生がひととおり準備した質問をし、その後私に補足質問をした。インタビューの時間は1件につき1時間半から3時間であり、担当した学生が録音したやりとりを書き起こし、読みやすいかたちに編集した。編集原稿を協力者にチェックしてもらい、公表には不適切だと思われる表現や内容について訂正をもらった。

協力者にはメール、口頭、文書で調査目的を説明し、インタビューの公表や学術目的での利用について許諾を得ている。なお、インタビューの内容は『同性指向・性別違和を伝える』と題した報告書にまとめ、発行した(杉浦編 2010, 2011, 2012)。本稿で紹介するデータは、これらの報告書から引用している。

III. 「性同一性障害」概念の普及と変容

本章ではまず、インタビュー協力者の世代的な特徴を簡単に考察することで、この10年間の性同一性障害をめぐる社会状況を押さえる。というのも、精神科医による「性同一性障害者」への道徳的要請は、これから述べる社会状況、すなわち「性同一性障害」という概念の一般への広がりに合わせて理解されるべき事柄だからである。次いで、概念の普及により、性別違和感のある若者たちの経験や行為に変化が生じたこと、受診者の変化が専門家の概念使用のあり方に変化をもたらした可能性があること、その結果「性同一性障害者」に対するいくつかの道徳的要請が現れたと考えられること、という一連のプロセスを示したい。

1. 自分探しをする人々や「Xジェンダー」の登場——インタビュー協力者の世代的な特徴

協力者14名は、1980年代の終わり頃から1990

年代の初め頃に生まれており、そのほとんどが、ドラマ『3年B組金八先生(第6シリーズ)』(2001年10月～2002年3月放送、以下『金八』)の影響を語っている。『金八』は、性同一性障害の生徒が重要な役回りを演じたことで話題となったドラマで、番組内で「性同一性障害」という概念が紹介され、疾患に関するくわしい説明がなされた。

協力者たちは、小学校高学年から高校までのいずれかの時期に、本放送ないし再放送で『金八』を視聴しており、これをきっかけに「性同一性障害」という概念を自分に関連づけたという者は多かった。たとえば、Tさんは中学1年のときに『金八』を視たという⁽⁴⁾。

中学一年生のとき、当時放送されていた『3年B組金八先生』の第六シリーズで、上戸彩さんが演じていた鶴本直という役を見て、「あ、一緒だ」と思いました。そのとき初めて「性同一性障害」という言葉を知って、自分がそうだということもわかったのですが、とてもサッパリした気分でした。それまではなんとか「ボーイッシュな女子」として通していたところがあるので、「これを名乗れば自分は男になっていいんだ」と思って。(杉浦 2011: 29)

また、『金八』が放送されたのは、ブロードバンドインターネット接続の普及と低価格化が進み、学校や家庭でネット環境が整えられた頃であった。協力者たちは、ドラマをきっかけにするにせよ、しないにせよ、ネットにある関連情報を収集したり、ときにはメールを使って「当事者」と積極的につながったりしていた。Kさんは、『金八』を再放送で視聴し、性同一性障害の生徒役のモデルとなった虎井まさ衛さんについてネットで調べている⁽⁵⁾。

中学3年生のときに『金八先生』というテレ

ビドラマをやっていました。そのなかで、上戸彩さんが性同一性障害の役をやっていました。そのときは、自分がまさかこれだとは思っておらず、「ああ、こんな子もいるんだなあ」というぐらいでした。しかし高校に入って再放送を見たときに、「もしかしたらこれなのかな」と思いました。さっそくインターネットで虎井さんのことを調べて、メールでいろいろ相談をしました。时期的には、高校2年生の終わりから3年生にかけてでした。(杉浦 2010: 118)

協力者たちは、『金八』とインターネットから「性同一性障害」の情報を得、この概念を使って自らの性自認や性指向を「思春期に模索できた」世代である。また、模索した結果、性自認が「あいまいである」「わからない」「どちらでもない」「どちらでもある」「決めたくない」といった地点に着地したとしても、そのことを肯定的にとらえられた世代でもある。

たとえば、中学2年生のときに『金八』で性同一性障害を知ったというYさんは、性自認を模索したプロセスを次のように語っている。

ゲイだという証拠が確実にあったわけでもなく、かといって、完全なる性同一性障害でもない、ということも何となくわかっていました。高校のとき、診断の基準を見て、「自分は条件にあてはまらない」「診断は下してくれないだろうな」と。「自分は何かが違うけど性同一性障害ではない」「男でもない、女でもない」「でも女だし、でも男として生きてきたし、男と言えば男だし」という感じで、全然つかめなかったんですよ。(杉浦 2011: 93)

パンセクシュアルは「全性愛」、相手の性別に制限がなければ、こちらの性別にも制限がない。すごくいい言葉だな、と思いました。

さらに「Xジェンダー」という言葉を知って、「あ、これだな」と思った。(中略)自分はずべての人が言葉で定義される必要はないと思うんですけど、自分にとっては何か、包み込んでくれるような言葉がほしかった。「自分は〇〇です」と言える言葉がほしかったんです。「Xジェンダーです」「パンセクシュアルです」と、社会の用意した言葉のなかに自分があてはめられたことがすごく嬉しかった。(杉浦 2011: 93)

表1にもある「X」は、「男」でも「女」でもない性別のことを指し、「FtX」「MtX」「Xジェンダー」というように使われている⁽⁶⁾。インタビュー協力者14名のうちの5名(P, W, Y, B3, C3)が、調査時点で「X」「あいまい」という性自認を語っていた。

このように、「性同一性障害」に関する情報が一般に広がり、「自分探し」をする人々が顕在化したことで、精神科の受診者も変わったという。『金八』以前は、性ホルモン投与、乳房切除、性別適合手術などの治療をすることを「決めた人」が受診していたが、現在は、性同一性障害かどうか「わからない人」、診断を受けるべきか、治療を進めるべきかを「悩んでいる人」も精神科に通うようになっている(鶴田 2009: 179-82, 2010: 129-30)。

こうした実態は、インタビュー協力者の診断や治療に対する構えからもうかがえた。14名のうち、当面は受診を考えていない者が6名(P, U, W, B3, C3, G3)、精神科を受診したことがある者が8名(K, L, M, N, O, S, T, Y)である。8名のうち「性同一性障害」の診断を受け、身体的治療を受けている者が2名(K, O)。診断はまだ下りていないが、治療を進める意志が明確である者が2名(N, S)、診断を受けること、治療を進めることに不安がある者が4名であった(L, M, T, Y)。

2. 当事者の経験の多様化と医療実践の関係

以上のように、インタビュー協力者たちの、性

自認をめぐる経験や医療に対するスタンスは多様である。ここから以下のことが推察できる。精神科医たちは、自分探しをする人々や「X」という新たな自己定義の出現、さらには「迷う期間」の存在を前提にして、診断や治療に関する判断するようになったのではないか。医師たちの判断に組み込まれている道徳的な要請は、性別違和感のある若者たちの多様な現実をふまえたものなのではないだろうか。

つまり、こういうことである。「自分が別の性に属しているという確信」の判定は、「養育歴・生活史・性行動歴」などの自分史、すなわち、これまでどうだったかという「過去」の聴取にもとづく、と診断のガイドラインにはある。しかし、カウンセリングを受ける患者たちが、「自らの性別に対する不快感・嫌悪感」「反対の性別に対する同一感」を「一貫してもっていた」という自分史を語るとはかぎらず、むしろ「ゆらぐ」「迷う」「なかなか決められない」という自分史も語っている。患者が語る「過去の症状」は多様になっており、それは客観的な診断基準にはなりにくい。そこで、「確信がゆるがないという現在の決意」や「将来にわたる周囲の理解」——換言すれば家庭や学校、職場や地域などへの確かな所属の見通し(杉浦 2008)——が診断基準に加えられるようになっていないのではないか。

実際にこうしたプロセスを踏んで概念の変容が生じたかは、さらなる研究を待たねばならないが、「決意」や「周囲の理解」という診断基準が、医師だけでなく、当事者にも参照されていることは、次章で示される。

ところで、私は、こうした診断基準が採用されていることを一面において良いことだと思っている。それは、次章のOさんの事例が示すとおり、他者に働きかけをしていく過程で、性別移行への意志が固まっていくことがあり、「他者の理解」という目安は、治療の「失敗」や「後悔」の回避に貢献しうるからである。

しかし、当事者の経験の多様性を考慮した診療

がなされることで、何らかの道徳的要請を生じているのなら、その影響について一度はきちんと考察する必要があるだろう。とりわけ「周囲の理解を得るための努力」を求めることは、患者の人間関係を巻き込んだり、他者の行動変容を求めたりする点で、私たちの日常の経験に一定の影響を与えるものである。そこで以下では、親子関係に的を絞り、「周囲の理解」という意味を帯びた「性同一性障害」概念の影響について考察する。

次章では、FtMのOさんとLさんの事例を取り上げて、「家族から理解されていること」が「性同一性障害」の診療において注目される、という事態をまず示す。その次の5章では、「家族の理解」という基準が採用されたとき、どんな行為がうながされるのか、それは親子にどんな経験を呼び込む可能性があるのかについて考察したい。



IV. 焦点化される家族関係

1. “家族の理解を得て”診断が下る——Oさんの事例

Oさんは、精神科を受診した理由が「自分探し」であることを自覚しており、次のように語っている。

クリニックには、診断がほしくて行ったわけではなくて、「これからどうしたいのかをいま考えているから、整理するきっかけを下さい」「整理したいから話を聞いて下さい」みたいなかんじで行ったんですよ。でも、話をしているときもすぐ揺れまくって。ぜんぜん吹っ切れないし、どうしていいのかわからない。覚悟もできないし、鬱の状態で精神的にも波があった。それでブロックを始めたんですよね。自分を見つめるために。どうしたいのかがわかるまで、半年はかかりました。

先生からアドバイスはなかったですね。アドバイスを欲していなかったんだと思うんですよ。だから、クリニックに行って、ただそ

のときの状況について話していた。(中略)しばらくは「もうちょっと自分を考えてきて」と先生に言われつつ、「こういうときにこう思った」「やっぱり体が嫌だ」というのを話していった。(中略)クリニックに通っていること自体が憂鬱でした。本当にそれでどうにかなるのか、という不安もあって。先に進んでいるのかどうかもわからないし、先生は何も言ってくれないし。いや、今なら「そりゃあ、先生も何も言ってくれないわ」とわかるんです。むしろ言ってもらわなくてよかったんですけど。必要な時間だったから。(杉浦 2010: 161)

半年をかけて「やっぱり自分のことを女だと思っていないんだな」ということを確かめていき、「自分は性同一性障害だと思うようになった」とOさんは言う。しかし、それでも身体的治療への意志を見定められなかったため、Oさんは「人に会い、自分を出していく」ということを始める。

自分のことを性同一性障害だと、FtM だと思えるようになっていたけれど、それで体を変えていいのかどうか、ということはまだ曖昧でした。「結論を出すためには人と会わないとダメだ」「自分のなかで完結してはいけない問題だ」と思って、それで「外に出よう」と思って、東京プライドフェスティバルのボランティアに参加しました。

人には会っていたんですけど、まだ自分を出して話をしていない状況だったんですよ。「自分はFtMです」と話していない。自分の中身をきちんと話していない。どういう思いでどういうふうに住んでいるのか、といったことも話していない。人と向き合っていないから、もっと人と向き合おうと思いました。(杉浦 2010: 161-2)

Oさんは、ボランティア活動で出会った人たちに自分を出せるようになった現状を、精神科医に報告していった。そして、診断が下ったときのことを次のように思い起こしている。

それをクリニックの先生に話していった。診断はまだまだ下りないと思っていて、「ここから先生を説得していこう」という意気込みだったんですけど、自分史を話し終わったら、診断書が出ました。「あとは家族の問題だね」というくらいで、「あれあれ。先生、いいんですか」というかんじでした。家族に「これから治療を始めたい」ということを話して、「話しました」と先生に伝えたら、診断書が下りた。先生は、気持ちの吹っ切れぐあいを診ていたんだな、と思うんですけどね。(杉浦 2010: 162)

Oさんは、他者との関係のなかで自分を出していったことや、「治療を始めたい」という希望を家族に伝えられたことが診断のポイントになったと解釈している。他者との関係のなかで「性別を移行しようとしている人」としてカミングアウトできたことや、家族の理解を得ようと努力したことは、「気持ちの吹っ切れぐあい」を測る指標として精神科医に伝わり、それが診断と治療につながった、とOさんは考えているのである。

もちろんOさんは、「体の性別と性自認のずれに苦しんだ」という自分史をもっている。しかし、そうした「過去の症状」の問題だけでなく、「現在の決意」や「周囲の理解」の問題として、Oさんは「性同一性障害」をとらえている。そして、「決意」や「理解」を精神科医に呈示しているのである。

このように、「性同一性障害」は、性別違和感という症状に加えて、周囲との関係をうまく調整すべく努力するという要請とも結びついている。また、こうした要請は、診療を通じて医師から患者へ伝わっていると思われる。それは「あとは家

族の問題だね」という医師の言葉にOさんが反応したことから見てとれることである。なお、Oさんの場合は、家族全員（両親やきょうだい）が治療に理解を示している。

2. “母親の理解が得られず”診断から下りる ——Lさんの事例

次に、PtMのLさんの事例を取り上げる。Lさんは、母親の理解が十分に得られなかったことから、「性同一性障害」の診断を受けることを自ら中断している。親にカミングアウトをし、通院を始めたのは高校2年生のときだった。しかし、医師の処方にも納得がいかず、病院を変えている。次の病院では順調にカウンセリングが進んだものの、診断が下りそうだというタイミングで通院を止めた。その経緯は、母親との関係とともに語られている。少し長くなるが、まずは、Lさんのインタビューをまとめて紹介する。

1) 最初の病院で

すごく苦労しました。高校2年のときジェンダークリニックに行き始めたんだけど、決定的に「もうだめだ」と思ったのは高校3年のとき。病院の先生が「これとこの薬を飲みなさい。それから話を聞きます」みたいな人で、わけわかんないことを言う人でした。「この医者やべー」と思いましたね。ジェンダークリニックなんですけど、その先生は鬱が専門だったからみんなにそういう対応して、精神安定剤とか出してたらしいです。（中略）

薬を出されたときは、さすがに「えーやだ。なんで飲まなきゃいけないの」と思って、母親に「おかしいから病院を変えたい」と言った。親は「それでわかることがあるかもしれない」みたいなこと言って。でも、説明して薬を出すならわかるけど、いきなり薬っておかしいじゃん？ 母親に泣きながら「あの医者やばい！」って言いました。親もびっくりして、「試しにここ行ってもいい？」って言ったら許してくれて。もめながら病院を変えましたね。（杉浦 2010: 131-2）

2) 性同一性障害の診断

それで千葉県のある病院に行き始めました。新しい医者に行き始めたのが大学1年。そこはまともだった。母親は「そんなに言うんだったらあんたが納得するまでやりなさい」と言ってくれました。（中略）千葉のほうは、産婦人科の検査、染色体の検査もあってね。検査しつつカウンセリングして、自分史の話をしたりした。でね、そこで5回か6回診察したら、もう診断が出ますっていう状況だったんだよね。次のカウンセリングのときに診断書が出るっていうんで、わりともうすぐなかんじがしたのね。

だからもう「その気になれば半年とか、下手したら1年後に胸とかとれてるじゃん」って思って。お金も貯めてたしね。でも、そう思ったときに、ちょっといけない気がしたの。いま先生に「ホルモン打ちたいんです」と言ったら、打てるようになってっちゃうのね。だけど自分の体が変わるってものすごく周りの状況を変えてしまうことだから。「それを今の自分にできるんだろうか」ってふと思った。もうちょっと時間があるんじゃないか」って。

まあ、親のことがほとんどだったけど。医者に通っていた目的は、名前を変えたかった、胸をとりたかった、ホルモンを打ちたかった。だけど親がすごく反対してて。とくに母親は、このままだと精神的に不安定になっちゃうんじゃないかと思って。親を医者に連れて行ったとき、父親はわりと平気で「あーそうですか。いい先生ですね」「名前も変えたらいいじゃないか」と言ってた。でも母親はすごくショックを受けてた。医者にも「いつか女の子に戻るんじゃないかと思って付き合ってる限り、この子は苦しい目にあい

ますよ」と言われて、それで親はすごく悩んじゃった。

その日は「わかった。あんたの好きなようにすればいい」って言ってたんだけど、次の日には「やっぱりいやだ。あんな医者のところにあんたを行かせたくない。病院を変えなさい」って言われて。「今の病院で自分は満足してる」って、すごいケンカになっちゃった。病院には月1で通ってたんだけど、これ以上行くと、親がどうにかなっちゃうんじゃないかと思って、怖くなっちゃったんだよね。それで「まだいいかな」とそのときは思ったのね。(杉浦 2010: 132)

3) 胸はとりたいけど通院をやめた

だから今は通ってないです。胸をとりたい人は、診断書を2つの病院からもらわなくちゃいけないんだけど、そこの病院の先生が次に紹介してくれる病院もけっこうすぐ2枚目の診断書が出るようなかんじだったから。「このまま進んだら破滅する気がする」って思ったんだよね。やっぱり胸はとりたいけど、母親のことが気になるんだよね。(中略)

すごいリスクが高いわけでもないから、手術したほうが楽なんだろうなっていう気はする。ただ精神科が嫌なんだよね。「お前がわかるんだ」って思ってるから。医者から性同一性障害だっていう診断も本当は受けたくないんだ。そういうのなしで胸をとれたらいいけど……。いろいろ手順を考えると面倒くさいし、具体的に動いてないってことはそこまで胸をとることは考えてないのかも。それに親が胸をとることにすごく反対してるから、手術したらすごいショック受けちゃうと思う。そういうのを考えると、今はしなくていいかなと思う。いつかはとりたいけどね。(杉浦 2010: 132-3)

Lさんは、乳房切除術を受けたいという強い希

望があり、そのために「性同一性障害」の診断を求めていた。母親は、Lさんに「好きなようにすればいい」と言ったり「やっぱりいやだ」と言ったり、揺れ動く態度を見せている。Lさんは、治療を進めたら「親がどうにかなっちゃうんじゃないか」と母親を気にかけて、結局、診断が下りそうだという感触を得たところで通院を止めている。

Oさんの事例と異なり、「性同一性障害」という概念を当てはめるのが適切かどうかを判断したのは、医師ではなく、Lさん自身である。Lさんにとって、性別違和感の問題と、診断を受け治療を進める問題は別のことであり、また後者は選択可能な問題であった。

診断を受けることは「胸をとる」ために必要で、それはLさんに、性別違和感の軽減をもたらすはずのものである。と同時に、それは、母親の情緒を不安定にし、母親との関係を悪化させるものとしてとらえられている。Lさんは、自らの性別違和感を緩和させることよりも、「母親の理解が得られない」「親子関係に支障を来す」といった問題を重視して、診断にかかわる判断をしたのである。



V. 「親の理解」が判断の拠り所になるとき

「性同一性障害」というカテゴリーを当てはめるといふ行為を、Oさんの場合は医療者が、Lさんの場合は患者本人が行っている、という違いはある。しかし、2つのケースに共通しているのは、患者の性別違和感ではなく親(家族)の理解が、最終的な判断の拠り所となっている点である。

「親に理解されたから」あるいは「親に理解されないから」。これが診断や治療の判断基準になるとき、「性同一性障害」は、「親は理解者でなければならない」という前提を確認させる概念となる。このとき子は、親を「完全なる理解者」(三部 2012: 297)にする努力へと駆り立てられるかもしれないし、そうした努力が求められているこ

とを知りつつ、親への働きかけをあきらめるかもしれない。他方、親は、子から「理解者」になることを求められ、子を理解する努力を引き受けようとするかもしれないし、子からの働きかけにどうしても応じられないかもしれない。「性同一性障害」という概念は「継続的な対話によって互いを理解する努力」という行動指針を示すものであり、その指針は、親や子が選択した行為の意味を決める尺度となるのである。

このような事態について、どのように考えればよいのだろうか。ここでは子の立場から評価してみたい。

「性同一性障害」の診断や治療において、親子の関係の質への働きかけを求められるのは、子の負担増となるだろう。子にとって、親は理解してほしい相手ではないかもしれないし、親に信頼を寄せていないかもしれない。しかし、簡単には切り捨てられない関係において「理解を求める努力」が規範化されることは、息苦しい経験となることもある。何より性別を移行したいという欲求を抑えるのは、つらい経験であろう。

他方、定位家族に包摂されることは、性別移行をしようとしている子にとって有利に働く、という見方もありえる。性別移行「中」や移行「後」の人生もたやすく予測すれば、子は「やすやすと異性愛家族から離れて生きていけない」(三部 2012: 251)。移行「前」に親との関係調整を行うことは、その負担に見合う利益を将来にわたって子にもたらすかもしれない。

とはいえ、親による十分な理解を担保にして性別移行を進める場合、親子関係からの離脱を難しくさせることも考えられる。子を支えるセーフティネットが子の自立を阻害することもあるだろうし、親にしても、性別移行後の子を支える負担に耐えられるとはかぎらない。

すでに述べたとおり、医療者が「性同一性障害」の診断の拠り所として「他者の理解」を採用することは、妥当な面がある。しかし、自立前の若者は、どうしても親子関係のなかで「他者の理

解」を獲得することを求められるし、本人も「親の理解」を求めがちである。「仲の良い親子であること」や「長期にわたって安定的な信頼関係を取り結ぶこと」といった道徳的要請がはらむ可能性と問題については、さらなる議論が必要であろう。

もうひとつ指摘しておきたいのは、「親の理解を得る努力」を継続しない(できない)ことが、子に、性別違和感の再評価をうながすことがある、という点である。Lさんは、親の反対を押し切るほどでなく今は「具体的に動いていない」ことを、「そこまで胸をとることは考えていない」可能性と結びつけている。医学的には、「性別違和感」は「親の理解」と独立にあるものとされている。しかし、親との関係調整の努力の有無を媒介にして、性別違和感のとらえなおしが生じうる。こうした「当事者」の経験が「性同一性障害」という医療概念や診療場面に与える影響についても、別途、調査研究が望まれる。



VI. おわりに

本稿では、性別違和感のある人々の経験の多様性が顕在化したことを背景に、「性同一性障害であること」の基準として「周囲の理解」が参照されるようになった可能性を指摘した。また「性同一性障害」がそのように理解されるようになったとき、性別違和感のある子と親にどんな経験をもたらしうるのかについて考察した。

診断や治療において親の理解を得る努力を求められることは、子にとって負担である。しかし、性別移行前に親との関係調整を行うことは、家族という集団への所属を確かにする点で、将来にわたり子の利益となりうる。親にとっては、それは重い責任を引き受けることかもしれない。

性別移行に対する家族の理解を重視する傾向は、家族に行動の変容をせまるという点で、一定の評価に値する。それは、性別違和感を克服するための努力や責任や負担が、個人のみならず過度に求められるという状況を変える契機を有しているか

らである。しかし、努力や負担を求めてよい範囲が「個人」から「家族」へと広がるだけであれば、その是非を問わなければならないだろう。「仲の良さ」「対話」「信頼」などを家族関係に求め、家族負担を当たり前とする社会のあり方については、家族と医療の双方の観点からさまざまに論じられる必要がある。

最後に、本稿では、親に理解を求めることを早々にあきらめた事例を紹介できなかったが、そのような事例は少なくない。そうした事例でも、子は「親の理解」の重要性を承知し、「理解を求めること」の親子にとっての意味を理解しつつ、診療や治療に関する選択をしている。このような事例の検討は、今後の課題である。

【注】

- (1) いわゆる「性転換手術」は、1969年に、3人の「男性」に精巣切除術を行った産婦人科医が優生保護法（現在「母体保護法」）第28条違反により有罪判決を受けて以来、日本では違法と考えられ、医学界でもタブー視されてきた。1997年に発表された治療のガイドラインは、性同一性障害の治療としての「性転換手術」を正当な医療行為として認可したものだ。
- (2) もちろん、精神科医によって対応は異なるだろうし、どんな患者にも一律に基準を適用して診断するわけではないだろう。しかし、本稿では、こうしたカウンセリングが行われていること、行われうることに注目して、議論を進める。
- (3) 性同一性障害の治療を本格的に始められるのは18歳以降であること、治療にはそれなりの時間とお金がかかることなどから、大学在学中に性別適合手術と戸籍の性別変更を完了させるのは難しい。したがって、大学生の場合、書類上の性別が性自認や外見と異なることに起因する生活課題を抱えており、とくに就職活動で大きな壁に直面する。
- (4) 鶴田も、インタビューをした FtM たちが「ドラマで FtM が取り上げられたのを見て、自分が FtM だと思う人が多く現れた」（鶴田 2009: 178）と言うようになったことを報告している。
- (5) ドラマやネットから得た情報のとらえ方はさまざまであり、発信された情報の偏りによって、かえって悩みを深めたと語った協力者もいたが、それでもドラマとネットが情報源になっている点は共通している。

- (6) 佐々木掌子は「X」を「過渡型」「揺曳型」「積極型」の3つに分類し、それぞれを以下のように説明している。「X」と自己定義しているインタビュー協力者の語りには、いずれのパターンも見られた。

「過渡型」とは、男性あるいは女性のアイデンティティを持ちたいのであるが、現段階ではまだ自信がもてないため、明確に女性あるいは男性と自己定義できず過渡期にあり、現状では両性やどちらでもない性別であると自己をみなすありようである。「揺曳型」とは、性自認が揺れているので、男性でも女性でもなく両性やどちらでもない性別であると自己をみなすありようである。「積極型」とは、自己が規定されないジェンダー・アイデンティティであることに積極的な意味を見いだしており、Xとしてのありかたを模索しているありようである。（佐々木 2010: 44）

【文 献】

- 石田仁編著、2008、『性同一性障害——ジェンダー・医療・特例法』御茶の水書房。
- 木下衆、2012、「家族会における『認知症』の概念分析——介護家族による『認知症』の構築とトラブル修復」『保健医療社会学論集』22(2): 55-65。
- 三橋順子、2010、「トランスジェンダーをめぐる疎外・差異化・差別」好井裕明編著『セクシュアリティの多様性と排除』明石書店、161-91。
- 日本精神神経学会・性同一性障害に関する特別委員会、1997、「性同一性障害に関する答申と提言」『精神神経学雑誌』99(7): 533-40。
- 日本精神神経学会・性同一性障害に関する委員会、2012、「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン（第4版）」『精神神経学雑誌』114(11): 1250-66。
- 埼玉医科大学倫理委員会、1996、「『性転換治療の臨床的研究』に関する審議経過と答申」『埼玉医科大学雑誌』23(4): 313-29。
- 酒井帯斗・浦野茂・前田泰樹・中村和生編、2009、『概念分析の社会学——社会的経験と人間の科学』ナカニシヤ出版。
- 三部倫子、2012、『レズビアン・ゲイ・バイセクシュアル「家族」の質的研究——可視性をめぐるジレンマと親子の相互行為』（お茶の水女子大学平成23年度博士学位論文）。
- 佐々木掌子、2010、「規定されないものとしてのジェンダー・アイデンティティ——MTXとFTXの質的分類」第12回GID（性同一性障害）学会 札幌医科大学・北海道 3/20～21。

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): 1090-3.

杉浦郁子編, 2010, 『同性指向・性別違和を伝える』(武蔵大学社会学部社会学科社会調査実習(2009年度)調査報告書).

——編, 2011, 『同性指向・性別違和を伝える 2』(中央大学文学部人文社会学科「社会学演習」(2010年度)成果報告書).

——編, 2012, 『同性指向・性別違和を伝える 3』(中央大学文学部人文社会学科「社会学演習」(2011年度)成果報告書).

鶴田幸恵, 2009, 『性同一性障害のエスノグラフィ——性現象の社会学』ハーベスト社.

——, 2010, 「性同一性障害のカウンセリングの現実について——ここ十数年の調査から」好井裕明編著『セクシュアリティの多様性と排除』明石書店, 125-60.