

性的指向・ジェンダーアイデンティティ理解増進連絡会議（第5回）
議事概要

日時 令和6年5月23日（木）14:00～15:00
場所 8号館5階共用A会議室
出席者 []は代理出席者
議長 内閣府政策統括官（共生・共助担当）
構成員 内閣官房副長官補付内閣審議官
同 総務省官房総括審議官（広報、政策企画（主）担当）
同 法務省人権擁護局長〔人権擁護局人権啓発課長〕
同 外務省総合外交政策局長〔総合外交政策局参事官〕
同 文部科学省総合教育政策局長〔大臣官房審議官〕
同 厚生労働省政策統括官（総合政策担当）
〔政策立案総括審議官（統計、総合政策、政策評価担当）〕
同 国土交通省総合政策局長〔総合政策局次長〕
精神科医 針間克己

（議事次第）

1. 有識者へのヒアリング
2. その他

（配布資料）

- ・資料1 性的指向・ジェンダーアイデンティティ理解増進連絡会議の設置について
- ・資料2 針間克己氏資料

（議事概要）

- 資料1に基づき、関係府省申合せを改正した。

開会にあたり、議長より、本日の有識者ヒアリングも、第3回及び第4回連絡会議における有識者ヒアリングと同様、関係府省における様々な取組や、今後の理解増進に関する基本計画等の策定にあたり、性的指向・ジェンダーアイデンティティの多様性に関する情報共有を目的として行う旨の説明があった。

議長より、有識者ヒアリングを行う針間克己氏の紹介をした後、針間氏から、議題1について、資料2に基づき以下のとおり説明があった。

精神医学的観点から、病気としてみなしていたものを病気としてみなさなくなったことについて話をしたい。まず、病理学（Pathology）という言葉があり、「Patho」が病気で「logy」が学問の意味、すなわち、病理学とは病気の原因を探る学問である。また、病院などの部門での「病理」は、顕微鏡などで組織を調べ、原因の有無や腫瘍が癌なのか等を

調べることを指す。「Pathology (病理化)」を動詞化した「Pathologize」は病理化するという意味、「Pathologization」はある状態を医学的に病気とみなすことを意味する。例えば、長時間コンピューターゲームなどをする状態を病気とみなすか否かという議論があったが、世界保健機関 (WHO) が作成している国際疾病分類 (ICD) である「国際疾病分類第 11 版」(ICD-11) において「ゲーム障害」として疾病とされた。また、ベトナム戦争後に多くみられた戦争から帰還した兵隊がトラウマを抱えてしまうような状態である「心的外傷後ストレス障害 (PTSD)」は、当初は疾病とみなされていなかったが、「PTSD」という概念が生まれることで治療対象となった。

「病理化」の反対を意味する言葉として「depathologization (脱病理化)」がある。これは、これまで病気とみなしていたものを、みなさなくなることを意味する。

この後説明する同性愛は、かつては精神疾患とみなされていたが、脱病理化されている。

なお、「脱精神病理化」と「脱病理化」には違いがあり、後半に説明する性同一性障害は、ICD-11 において性別不合という名称に変わり、脱精神病理化が図られたが、これが脱病理化にも当たるのかは難しいところであり、厳密に議論するべきところである。

次に同性愛の歴史について。1900 年代以前、特にキリスト教社会やイスラム教社会では、同性愛者は異端者であり犯罪者であるとされた。日本では、明治 5 年から明治 13 年の 8 年間に鶏姦罪として犯罪とされていたが、同性愛者を異端者や犯罪者とみなすことはほとんどなかった。

一方、ドイツの精神医学者を中心に、1900 年代頃から、「同性愛は異端者や犯罪者ではなく、精神疾患であり、罰するのではなく治療すべきである」との考えが生まれ、同性愛者の性的指向を異性愛に無理に変更させるための治療がなされた。例えば、同性愛は親との関係などの影響によるものであるとして精神分析で治療するという試みなどが行われた。

しかし 1960 年以降、アメリカの性的マイノリティ当事者を中心に同性愛を異常とみなすことに反対する機運が高まり、米国精神医学会が作成している精神疾患リストである「精神障害のための診断と統計の手引き第 2 版 (DSM-II)」から同性愛を削除することを求める運動が起きた。1973 年には削除することが承認されたが、すぐに削除されたわけではなく、DSM-III では、「自我不親和性同性愛」と名前を変えて残った。これは基準 B「本人が同性愛的興奮の持続したパターンがあり、患者ははっきりとそのことが嫌で、持続的な機能の源泉であったと述べる」に該当する場合のみ、精神疾患とみなす妥協案的な疾患概念であった。しかしその妥協案も 1987 年の DSM-III-R からは、完全に削除された。一方で、WHO においても 1994 年の「国際疾病分類第 10 版 (ICD-10)」から同性愛が削除された。

同性愛を精神疾患から外すか否かの議論は一筋縄ではいかず、精神科医のなかでも大論争が起きた。精神疾患から外すことを主張した人々の代表的人物がロバート・スピッツァーであり、それに反対していた側の代表的人物がチャールズ・ソカリデスである。ソカリデスは精神分析家で「同性愛は父親がいないことや過度に溺愛する母親に原因がある」と主張し、生涯同性愛の治療に取り組んだ。なお、ソカリデスにはリチャードという名の息子がおり、彼はゲイであった。息子のリチャードはクリントン政権で大統領補佐官になり、

性的マイノリティの人権問題に取り組んだ。彼らの親子仲については、息子のリチャードがインタビューに答えている動画があり、リチャードが父チャールズにゲイであることをカムアウトしたことに對して、父であるチャールズから、「すまなかった。お前を愛している。お前の幸せが一番だ。」というような内容の返事があったという内容であった。

1994年には、WHOがICD-10において、「同性愛はいかなる意味でも治療の対象とはならない」と宣言しており、ICDを採用している日本においても、同性愛を精神疾患とみなす考えは公式的になくなった。同時期に日本精神神経学会でも当事者団体に対し、「同性愛は精神疾患ではない」と回答している。30年程経った現在では、同性愛が精神疾患であるか、という議論は誰もしなくなっている。

次に性同一性障害の歴史について。性同一性障害も同性愛と同様、1900年代以前は西洋において犯罪者や異端者とされていた。代表的な人物が、100年戦争の際に捕まり魔女裁判で火刑に処されたジャンヌ・ダルクである。ジャンヌ・ダルクは女性であるが、普段から男性の格好をしていたことが裁判の決め手となり、魔女と認定されることとなった。ジャンヌ・ダルクの人気は非常に高く、多くの場面でシンボルとして扱われている。

1900年代になると性同一性障害も同性愛と同じように精神疾患とみなされるようになった。性同一性障害の治療において、1900年代頃から、身体と心が一致していないので心を治療するという動きがあったが、これはうまくいかず、1952年には、性同一性障害は「Transsexualism」と呼ばれ、性別適合手術によって身体の方を治療する方針が変わった。1980年には病名が「Gender Identity Disorder」となり、日本では1990年代から治療が始まり、その訳語である「性同一性障害」という言葉が広く普及した。

この頃から「トランスジェンダー」という概念が生まれるが、そこには二つのポイントがあった。一つは性同一性障害を精神疾患とみなすことに反対する主張、もう一つは概念の拡散、多様化である。「Transsexualism」の場合は、「身体が100%男性であるが心は100%女性であるため、性別適合手術によってできる限り女性に近づきたい」というシンプルな考えだったが、100%身体を変えたいわけではない、心が70%程度女性である、心が男性でも女性でもない、などその在り方が多様化されていった。

話は変わるが、理解増進法における「ジェンダーアイデンティティ」の定義である「自己の属する性別についての認識に関するその同一性の有無又は程度に係る意識」というのは、正直に申し上げて分かりにくいと思っている。ジェンダーアイデンティティというのは簡単に説明すると「自分は男である」「自分は女である」というように、自分の性別に強い確信を持っていることであると考えるが、先ほど申し上げたように、トランスジェンダーの方の中には、自分の性別がはっきりしない方もいて、100%男性あるいは女性だという確信のある方だけではないという意見もあったのだと思う。理解増進法の定義は、そういった方を含めて読めるような定義にした結果、分かりにくい包括的で優しい定義になったのだと推測している。

1990年代から性同一性障害を精神疾患のリストに載せるべきか、載せるとしたらどのような概念にするのか、という議論が起きた。脱精神病理化がなされた同性愛については、悩んでうつ病や不眠になり精神科を受診するということはあっても、同性愛そのものを医

学的に治療するという事はなくなった。しかし、性同一性障害の場合は、ホルモン治療や外科手術を必要とする方もいる。そのことから、当事者の間でも、脱病理化すれば治療を受けられなくなって困るため精神疾患にしておくべきという主張と、精神疾患とするのは差別の原因となるため脱病理化すべきであるという主張の論争が起こった。

そのような議論の結果、米国精神医学会作成の DSM-5 では、病名が「Gender Identity Disorder (性同一性障害)」から「Gender Dysphoria (性別違和)」に変更され、「Disorder (障害)」という強い言葉から、「Gender Dysphoria (性別違和)」という弱い言葉にはなったが、結果的に精神疾患として残ることとなったため、脱病理化すべきという立場の者からは非難があった。

一方、2022年発表の WHO の ICD-11 では、病名が「Gender Incongruence (仮訳：性別不合)」に変更された。ICD-11 は精神疾患リストである DSM と異なり疾病全体を対象としているが、掲載される章が、ICD-10 の「Gender Identity Disorder (性同一性障害)」では「精神及び行動の障害」の章であったのに対し、ICD-11 の「Gender Incongruence (仮訳：性別不合)」では、新設された「conditions related to sexual health (仮訳：性の健康に関連する状態)」の章に置かれた。これは画期的で、性の健康に関連する状態、つまり体や心の疾病ではない章に移したということであり、また「conditions (仮訳：状態)」という中立的な表現にすることで、病気であると言われないようにしたのである。このことによって、ICD-11 では精神疾患コードからは外したが、他の章に移すことで ICD の中には残すこととし、医学的治療は受けられるという非常に良い解決策になった。

また、「Gender Incongruence (仮訳：性別不合)」というのは、「experienced gender」と「assigned sex」の不一致というのが定義となる。「experienced」という言葉は、一般的に「体験」や「経験」と訳すが、ここでいう「体験」とは、心理的な体験、すなわち、「女性として生まれたが心理的に自分を男性だと強く感じる」という状態であるため、訳語としては「実感する性別」となる見込みである。一方の「assigned sex」は、生まれたときに割り当てられた性別のことである。「experienced gender」と「assigned sex」の不一致とは、実感する性別と割り当てられた身体の性別の不一致という意味になるかと思っている。

定義としてはお示した通りで、仮訳としては、「青年期と成人期の性別不合は、個人の実感する性別と割り当てられた性との間の、著明かつ持続的な不一致によって特徴づけられる。思春期の発現以前には診断できない。青年期と成人期の性別不合は、実感する性別の人間として生活し、扱われるために性別移行の欲求をしばしば持つことになる。実感する性別に可能な限り身体を一致させるため、ホルモン療法、手術その他の医療サービスを受ける方法がある。」となっている。

日本における性同一性障害の歴史について。1969年には性別適合手術を行った医師が有罪判決を受けた、いわゆるブルーボーイ事件が起きた。その後30年間、日本ではほとんど治療がされていなかったが、日本精神神経学会において「性同一性障害の診断と治療のガイドライン」を作成し、それに基づいて適切に実施する性別適合手術に違法性はないということを確認した上で、埼玉医科大学で初めて手術療法が行われた。

当時は手術をしても戸籍変更は出来なかったが、2003年の「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律」制定以後は戸籍変更が可能となり、2018年には性別適合手術が保険適用になった。性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律に関しては、2008年の法改正で、「現に子どもがいないこと」という要件が「現に未成年の子どもがいないこと」に改正され、2023年10月の最高裁決定では、いわゆる生殖不能要件が違憲とされた。この法律は、日本で性別適合手術が行われるようになったが戸籍の変更が認められない方がいる現状を踏まえて、元法務大臣である南野知恵子議員の尽力により成立したと承知している。今後、要件をどのようにしていくか、議論をしなければならない時期にきていると考えている。

最後になるが、身体的な性別とジェンダーアイデンティティが一致しない人たちを、一般的に「トランスジェンダー」と呼んでいる。「トランスジェンダー」を多様なセクシュアリティの一つとして捉える見方と、治療対象として捉える見方があるが、私はこれを必ずしも対立する概念ではなく、アウフヘーベンしてうまく解決していけばいいと考えている。

最近では、「ジェンダーアイデンティティ」について、「性同一性」と「性自認」はいずれも「ジェンダーアイデンティティ」の日本語訳であるが、どちらで訳すべきかについて論争が起き、性同一性には時間的な連続性があるが、性自認には時間的な連続性がないというような議論もされた。この議論の背景には、性同一性障害という言葉が医学用語であったことから、「性同一性」は医療的なニュアンスが強い一方で、「性自認」は、LGBTの人権の文脈でこれまで使われてきているため、人権モデル的なニュアンスが強いという事情がある。つまり、「ジェンダーアイデンティティ」を医療モデルで捉えるのか、人権モデルで捉えるのか、というのがこの論争の背景にあったのではないかと思う。

また、性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律を巡って、人権団体からは「手術要件はすべて外し、当人の望むように戸籍を変更できるようにすべき」という主張があり、これは人権モデル的な考え方である。一方、医療モデル的には、やはり「性同一性障害」や「性別不合」と医者が診断し、何らかの医療的な治療をした人に戸籍変更を認めるべきだという意見もある。

最後に、世界的には、思春期が始まる頃のトランスジェンダーの二次性徴を抑制するために使用される治療薬、いわゆる思春期ブロッカーを巡る論争も起きている。海外ではこの治療薬の使用が増えているが、安全性が医学的に確認されていないとして、使用に反対する意見と、二次性徴が始まるトランスジェンダーの人権を守るためには治療薬を使用すべきという意見がある。

○ 説明の後、出席者と針間克己氏との間で、以下の質疑応答があった。

ジェンダーアイデンティティとは自分の意思で選択可能なものではないとの認識で間違いないかという質問に対して、針間氏からは、ジェンダーアイデンティティというのは、例えば、自分の身体的特徴は男性であると分かっているが、自分は女性であると感じることがあり、それが積み重なって自分のジェンダーアイデンティティは女性だと認識してい

くものであり、恣意的に自分で選択するものではない。一方で、自分がどのように感じていて、最終的にどのように生きていくのかということを決めるという部分はあると思う、という回答があった。

ジェンダーアイデンティティは生まれつき不変のものであるのかという質問に対して、針間氏からは、ジェンダーアイデンティティは子供の頃から徐々に強まっていくものではあるが、幼少期にはかなり変動し、幼少期に自分の性別に違和感のあった子が成長していく過程で身体的性別とジェンダーアイデンティティが一致していくこともある。幼少期に自分の性別を100%女性あるいは男性だと感じていても、それが将来的にもそのままであるとは限らず、幼少期からジェンダーアイデンティティは固定されているものではない。特に、幼稚園や小学生の場合には、変わることが多い。一方、大人になって徐々に強まる方もいる、という回答があった。

幼少期の性別不合に係る医療現場での診断についての質問に対して、針間氏からは、診断基準には大人の性別不合とは別に、幼少期の性別不合に係る診断基準がある。このように診断基準が分かれているのは、両者が不連続であることからであり、幼少期の性別不合に係る診断があれば将来的にも性別不合であるというものではない。成長過程でジェンダーアイデンティティが変動することがあるということは配慮しなければならない。例えば、学校現場において性別不合の児童・生徒への配慮は是非ともして欲しいが、将来的にはジェンダーアイデンティティが揺れ動く可能性があるということは認識したうえで配慮を行っていただきたいと考えている、という回答があった。

(以上)