

性別不台に関する診断と治療のガイドライン (第5版)

2024年8月

日本精神神経学会 性別不台に関する委員会
日本GI (性別不台) 学会

監修・編集

- 監修：日本精神神経学会、日本GI(性別不合)学会（旧、GID(性同一性障害)学会）
- 編集：日本精神神経学会 性別不合に関する委員会（2021年期、2023年期）

執筆者（50音順）※所属情報は2024年8月現在

阿部 恵一郎(あべクリニック)

阿部 輝夫(あべメンタルクリニック)

池田 官司(医療法人北仁会 幹メンタルクリニック)

岸本 真希子(国立成育医療研究センター)

石原 理(女子栄養大学臨床医学)

岩本 健良(金沢大学人文学類)

上野 千穂(京都市第二児童福祉センター診療所)

及川 卓(及川心理臨床研究所)

太田 順一郎(岡山市こころの健康センター)

織田 裕行(医療法人桐葉会 きじまこころクリニック)

久保 みのり(札幌医科大学附属病院)

康 純(関西大学保健管理センター)

近藤 歩(日本性同一性障害・性別違和と共に生きる人々の会)

齋藤 利和(社会医療法人博友会 平岸病院)

佐々木 宏太(東京大学医学部附属病院)

佐々木 掌子(明治大学文学部)

佐藤 俊樹(さとうクリニック)

鈴木 道雄(医療法人 高田西城会 糸魚川診療所／医療法人社団 四方会 有沢橋病院)

富田 博秋(東北大学)

中塚 幹也(岡山大学大学院保健学研究科)

中山 浩(川崎市南部児童相談所)

難波 祐三郎(岡山大学病院ジェンダーセンター)

丹羽 幸司(医療法人ガクト会 ナグモクリニック大阪)

林 直樹(東京武蔵野病院)

早馬 俊(医療法人 南山会 横浜メンタルクリニック戸塚)

針間 克己(はりまメンタルクリニック)

舩森 直哉(札幌医科大学医学部泌尿器科学講座)

松永 千秋(ちあきクリニック)

松本 洋輔(岡山大学病院)

宮内 和瑞子(宮内クリニック)

百澤 明(山梨大学医学部形成外科)

森井 智視(ちあきクリニック)

渡辺 雅子(新宿神経クリニック)

個人としての利益相反

日本精神神経学会 性別不合に関する委員会では、委員長・委員と製薬企業との間の経済的關係につき、以下の基準で過去3年間の利益相反状況の申告を得た。

- ①企業や営利を目的とした団体の役員，顧問職の有無と報酬額が年間100万円を超えている
- ②株の保有と，その株式から得られる利益が年間100万円を超えている
- ③企業や営利を目的とした団体から特許権使用料として支払われた報酬が年間100万円を超えている
- ④1つの企業や営利を目的とした団体より，会議の出席や講演に対し支払われた報酬が年間50万円を超えている
- ⑤1つの企業や営利を目的とした団体がパンフレットなどの執筆に対して支払った原稿料が年間50万円を超えている
- ⑥1つの企業や営利を目的とした団体が提供する研究費が年間100万円を超えている
- ⑦1つの企業や営利を目的とした団体が提供する奨学（奨励）寄附金が年間100万円を超えている
- ⑧企業などが提供する寄附講座に所属し，実際に割り当てられた寄付額が年間100万円を超えている
- ⑨その他の報酬（研究とは直接に関係しない旅行など）が年間5万円を超えている

利益相反事項（2020年～2022年）の開示（50音順）

阿部 恵一郎	すべて該当なし
阿部 輝夫	すべて該当なし
池田 官司	すべて該当なし
岸本 真希子	すべて該当なし
石原 理	④講演料：フェリング・ファーマ株式会社
岩本 健良	すべて該当なし
上野 千穂	すべて該当なし
及川 卓	すべて該当なし
太田 順一郎	すべて該当なし
織田 裕行	すべて該当なし
久保 みのり	すべて該当なし
康 純	すべて該当なし
近藤 歩	すべて該当なし
齋藤 利和	④講演料：大塚製薬株式会社
佐々木 宏太	すべて該当なし
佐々木 掌子	すべて該当なし
佐藤 俊樹	すべて該当なし
鈴木 道雄	すべて該当なし

富田 博秋	すべて該当なし
中塚 幹也	すべて該当なし
中山 浩	すべて該当なし
難波 祐三郎	すべて該当なし
丹羽 幸司	すべて該当なし
林 直樹	すべて該当なし
早馬 俊	すべて該当なし
針間 克己	すべて該当なし
舩森 直哉	④講演料：武田薬品工業株式会社、⑦寄附金：武田薬品工業株式会社
松永 千秋	すべて該当なし
松本 洋輔	すべて該当なし
宮内 和瑞子	すべて該当なし
百澤 明	すべて該当なし
森井 智視	すべて該当なし
渡辺 雅子	④講演料：第一三共株式会社、ユーシービージャパン株式会社

組織としての利益相反

- ・日本精神神経学会 企業・法人組織、営利を目的とする団体からの資金提供状況
(対象期間は2020年1月1日～2022年12月31日)

① 日本精神神経学会への企業・法人組織、営利を目的とする団体からの資金提供状況
① 学術総会 企業展示ブース利用料 エーザイ、MSD、大塚製薬、小野薬品工業、住友ファーマ、第一三共、大日本住友製薬、武田薬品工業、帝人ファーマ、東和薬品、ノバルティス ファーマ、Meiji Seika ファルマ、持田製薬、ヤンセンファーマ、ルンドベック・ジャパン
② 学術総会 ブース利用料 明石書店、大井書店、ガリバー、紀伊國屋書店、九州神陵文庫、金剛出版、星和書店、ニホン・ミック
③ 学術総会広告料 医学書院、ヴィアトリス製薬、エーザイ、MSD、大塚製薬、OBELAB、科学評論社、三京房、塩野義製薬、スペクトラテック、住友ファーマ、大日本住友製薬、武田薬品工業、ツムラ、ドクターズ、中山書店、ニプロ、日本イーライリリー、日本ケミファ、日本文化科学社、日本ベーリンガーインゲルハイム、ノバルティス ファーマ、ファイザー、Meiji Seika ファルマ、持田製薬、ヤンセンファーマ、ユーシービー・ジャパン、吉富薬品、ルンドベック・ジャパン
④ 学会誌広告料 医学書院、ヴィアトリス製薬、エーザイ、大塚製薬、住友ファーマ、大日本住友製薬、中山書店、日本イーライリリー、日本メジフィジックス、メディカル・サイエンス・インターナショナル、持田製薬
2) 「性別不合に関する診断と治療のガイドライン(第5版)」作成に関連して、資金を提供した企業名
なし

- ・日本GI(性別不合)学会 企業・法人組織、営利を目的とする団体からの資金提供状況
(対象期間は2020年1月1日～2022年12月31日)

1) 日本GI(性別不合)学会への企業・法人組織、営利を目的とする団体からの資金提供状況
① 学術総会 企業展示ブース利用料：なし
② 学術総会 ブース利用料：なし
③ 学術総会 広告料：なし
④ 学会誌広告料 明石スクールユニフォームカンパニー、あすか製薬、アステラス製薬、Win labo 合同会社、菅公学生服、ジョンソン・エンド・ジョンソン、ダイバースパートナーズ、武田薬品工業、ツムラ、持田製薬株式会社
2) 「性別不合に関する診断と治療のガイドライン(第5版)」作成に関連して、資金を提供した企業名
なし

目 次

I. はじめに	8
II. 当ガイドラインの沿革	8
1. 初版ガイドライン(1997年)と「ブルーボーイ事件」について.....	8
2. 「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン (第2版)」.....	10
3. 性同一性障害者の性別の取り扱いの特例に関する法律と第3版ガイドライン.....	10
4. 若年者に対する治療と第4版ガイドライン ¹⁾	12
III. 性別不合／性別違和の医療の現状	13
ー診断基準の変更とジェンダー、セクシュアリティを取り巻く社会的認知の変化ー.....	13
IV. 第5版ガイドライン改訂の理念とその要点	14
1. 診断基準の改訂 (DSM-5, ICD-11) への対応.....	14
2. 小児期における割り当てられた性への違和感に対する評価と対応について.....	15
3. 精神科医療の関わりについて.....	15
4. ホルモン療法および二次性徴抑制療法における使用薬剤と用量用法の追加.....	16
5. 二次性徴抑制療法に関する改訂.....	16
V. 診断と治療のガイドライン	18
1. ガイドラインの位置づけ.....	18
2. 診断のガイドライン.....	18
1) 実感する性別と割り当てられた性との間の不一致の確認.....	19
2) 身体的性に関連する状況の検討.....	19
3) 鑑別診断と精神科的合併症への対応.....	19
4) 診断の確定.....	19
5) 小児期の性別への違和感の評価について.....	20

3. 治療のガイドライン	20
1) 精神科領域の治療.....	21
(1) 精神科領域の治療に携わる者	21
(2) 精神科領域の治療の内容と手順.....	21
2) 小児期の性別への違和感に対する対応	22
(1) 子ども自身への対応.....	22
(2) 保護者への支援.....	22
(3) 園や学校・児童養護施設などへの支援.....	23
3) 身体的治療（ホルモン療法（二次性徴抑制療法を含む）、乳房切除術、性別適合手術）	24
(1) 身体的治療を施行するための条件	24
(2) 身体的治療に関する適応の確認.....	25
(3) 身体的治療に関する意見書作成に携わる者	25
(4) 医療チーム.....	26
(5) ホルモン療法（二次性徴抑制療法を含む）	27
i) ホルモン療法（二次性徴抑制療法を含む）に携わる者.....	27
ii) 二次性徴抑制療法を施行するための条件.....	27
iii) ホルモン療法を施行するための条件.....	29
iv) 二次性徴抑制療法について	29
v) ホルモン療法について	30
(6) AFAB に対する乳房切除術.....	31
i) 乳房切除術に携わる者.....	31
ii) 乳房切除術を施行するための条件	32
(7) 性別適合手術（sex reassignment surgery ; SRS）	32
i) 性別適合手術を行う者.....	33
ii) 性別適合手術を施行するための条件.....	33
(8) 身体的治療と精神科領域の治療の連携（新しい生活における QOL の向上）	35
VI. すでに治療を開始している症例への対応	35
VII. 今後の課題	35
VIII. おわりに.....	36

I. はじめに

1998年10月16日、埼玉医科大学において、わが国で初めて公に性同一性障害の治療として性別適合手術が施行された。この手術は、日本精神神経学会が1997年5月に発表した「性同一性障害の診断と治療のガイドライン」¹⁾に基づいて行われた。このガイドラインは、後述のように社会状況の変化と臨床的、科学的知見の集積に対応して3回の改訂を受けながら、これまで臨床活動の指針となり続けてきた。

前回2011年に実施された第3回目の改訂では、思春期例に対する二次性徴抑制療法、18歳未満に対するホルモン療法について検討され、実施にあたってのガイドラインが追加されている。この改訂後、若年者の受診は増え続け、身体的介入だけではなく心理社会的な対応についても追記すべきであるという機運が生じてきた。また、2013年にはアメリカ精神医学会の診断基準「精神障害の診断・統計マニュアル」がDSM-5に改訂され、2019年には世界保健機関WHOの「国際疾病分類」が第11版に改訂された。いずれの診断基準でも性同一性障害(gender identity disorder)という疾患名は廃止されており、診断概念も変化している。特に国際疾病分類では、所属するカテゴリーが「精神及び行動の障害」から、新たに創設された「性の健康に関する状態」に移動され、精神疾患ではなくなった。日本精神神経学会・性別不合に関する委員会は、これらの点を中心に検討を重ね、学際的な学会である日本GI(性別不合)学会(旧名:GID(性同一性障害)学会)との共同作業で改訂第5版ガイドラインを作成した。検討は直接面談による会議だけでなく、メーリングリストを用いたインターネット上でも続けられた。

II. 当ガイドラインの沿革

1. 初版ガイドライン(1997年)と「ブルーボーイ事件」について

いわゆるブルーボーイ事件〔東京地方裁判所 昭和40年(わ)第307号・第339号・同年(特わ)第927号事件2〕とは、3名の男性性転向症患者(出生時に割り当てられた性が男性である者を指すと考えられる、委員会注)である男娼(ブルーボーイ)の求めに応じて、優生保護法28条「何人も、この法律の規定による場合の外、故なく、生殖を不能にすることを目的として手術又はレントゲン照射を行ってはならない」という規定に違反し、睾丸摘出、陰茎切除、造脘など一連の「性転換手術」(現在の性別適合手

術)を行ったとして、手術を行った産婦人科医の優生保護法(現母体保護法)違反が問われたものである。1969年2月15日東京地裁刑事12部において有罪とされ、1970年11月11日の東京高等裁判所の第二審で有罪が確定している。

判決には「性転換手術に関する考え方」が次のように示されている。「現在日本においては、性転換手術に関する医学研究も十分ではなく、医学的な前提条件ないしは適用基準は勿論法的な基準や措置も明確でないが、少なくとも次のような条件が必要であると考え

(イ) 手術前には精神医学ないし心理学的な検査と一定期間にわたる観察を行うべきである。

(ロ) 当該患者の家族関係、生活史や将来の生活環境に関する調査が行われるべきである。

(ハ) 手術の適応は、精神科医を混えた専門を異にする複数の医師により検討されたうえで決定され、能力のある医師により実施されるべきである。

(ニ) 診療録はもちろん調査、検査等の資料が作成され、保存されるべきである。

(ホ) 性転換手術の限界と危険性を十分理解しうる能力のある患者に対してのみ手術を行うべきであり、その際手術に関して本人の同意は勿論、配偶者のある場合は配偶者の、未成年者については一定の保護者の同意を得るべきである。」

さらに判決では「本件手術に対する評価」として次の様に記述されている。

「本件被手術者はいずれも性転向症者であると推認することができる。そこで性転換手術が正当な医療行為として許容されるための前記の条件に照らしてみると、…(中略)…従って被告人が本件手術に際し、より慎重に医学の他の分野からの検討をも受けるなどして厳格な手続きを進めていたとすれば、これを正当な医療行為と見うる余地があったかもしれないが、格別差し迫った緊急の必要もないのに右の如く自己の判断のみに基づいて、依頼されるや十分な検査、調査もしないで手術を行ったことはなんとしても軽率の謗りを免れないのであって、現在の医学常識から見てこれを正当な医療行為として容認できないものというべきである。」

要するに判決では、上記条件に見合った十分な診察、検査、検討を行えば性別適合手術を正当な医療行為として容認できる可能性があったが、軽率に実施したため違法行為となったと述べている。しかし、「性転換手術は優生保護法違反である」との結論の一部だけが一人歩きし、性別適合手術並びにその前提となるホルモン療法も含めて医療機関での治

療が忌避される傾向となった。

埼玉医科大学形成外科を中心に複数診療科が合同で性別適合手術の実施を同大学の倫理委員会に求めたことをきっかけに、日本精神神経学会は性同一性障害に関する特別委員会を設置した。同委員会はブルーボーイ事件の存在を念頭に議論を進め、1997年5月28日付「性同一性障害に関する答申と提言」のなかで「性同一性障害の診断と治療のガイドライン」（以下、初版ガイドライン）を公表した。このガイドラインにおいては、性同一性障害は医療の対象とされ、性別適合手術は、性同一性障害(当時)の治療として正当な医療行為であると位置づけられた。その後、初版ガイドラインを手続き的にも遵守して、1998年10月16日、埼玉医科大学において、公に性別適合手術が施行された。

日本精神神経学会のガイドラインに沿った性別適合手術は、「正当な業務による行為」、すなわち、「正当な医療行為」と言うことができるようになり、社会的にも次第に認知され容認を受けて、「正当な医療行為」としての地歩を確固たるものとした。このような性同一性障害(当時)の医療の確立に対して日本精神神経学会の初版ガイドラインの果たした役割は大きく、その意義は大きかったといえる。

2. 「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン（第2版）」²⁾

初版ガイドラインに沿わないケースが少なからず経験されるようになったことを受け、2002年7月、日本精神神経学会・性同一性障害に関する第2次特別委員会が「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン（第2版）」（以下、第2版ガイドライン）を提示した。第2版ガイドラインによって、初版ガイドラインに沿わない治療を開始しているケースへの対応が具体的に提示され、これによって治療の再構築ができるようになった。また、治療は原則的に第1段階（精神的サポート）、第2段階（ホルモン療法と乳房切除術）、第3段階（性器に関する手術）という手順を踏んで進められるが、治療は画一的にこの順序通りに受けなければならないというものではないと明言された。さらに第2段階の治療対象を当時の成年である20歳から18歳へと引き下げ、乳房切除術は生殖機能に影響を与えないことから性器に対する性別適合手術とは分離され、第2段階の治療に位置づけられた。このことにより、適応範囲を飛躍的に広げることになった。

3. 性同一性障害者の性別の取り扱いの特例に関する法律と第3版ガイドライン³⁾

このような臨床活動が普及するとともに「性同一性障害者に対する医療」は、社会に肯

定的に受け入れられてきた。そうしたなか2003年7月に「性同一性障害者の性別の取り扱いの特例に関する法律」（以下、特例法）が成立し、2004年7月には施行された。この法律の成立は画期的な出来事であり、性同一性障害（当時）の臨床にとっても極めて重要な意義があるだけでなく、性同一性障害の診断と治療に関するガイドラインがこの法律と整合性を保つために再改訂が必要と認識されるに至った。

特例法を概観すると、少なくとも、2つの大きな意義があることが確認される。

- (1) 戸籍の性別変更ができるようになったこと
- (2) 性同一性障害（当時）に対する医療が是認されていること

である。特例法の第3条には次のような要件を示す条項がある。

第3条 家庭裁判所は、性同一性障害者であつて次の各号のいずれにも該当するものについて、その者の請求により、性別の取扱いの変更の審判をすることができる。

- 1 十八歳以上であること。（2022年施行の法改正で「二十歳以上であること」から変更）
- 2 現に婚姻をしていないこと。
- 3 現に未成年の子がいないこと。（2008年施行の法改正で「現に子がないこと」から変更）
- 4 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。
- 5 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。

この4ならびに5の規定を満たすには、性別適合手術を受ける以外にこの規定を満たすことは不可能である。従って、特例法は戸籍上の性別変更の条件として、性別適合手術を前提としていることになる。

換言すれば、特例法の上記の条項によって、性同一性障害（当時）の治療の一つとして、性別適合手術は法的にも正当なものと認められたと理解することができる。従って、これまで確立された性別適合手術を施行する限り、倫理委員会の個別承認を得なくとも、性別適合手術の適応判定をガイドラインに沿って的確に行えば、母体保護法第28条の規定に違反することはなく、刑法上の傷害罪（刑法第204条）についても違法性阻却事由に該当する要件を満たしていると考えられる。

そのため、従来の倫理委員会による性別適合手術の個別承認を撤廃し、医療チームの検

討により同手術の適応判定を行うこととし、その判定の妥当性ならびに透明性を確保する新たな方策として法曹関係者や学識経験者などの参加を求める性別適合手術適応判定会議の開催と承認を必要とするものとした。

また、第 2 版ガイドライン策定の検討に際して、受診者の示す症状は多様であり症例による差異が大きいことがすでに記述されており、この多様性は、「生をどのように生きるのか」、そして「性をどのように生きるのか」という価値観ないし人生観の違いに由来する部分大きいことが明らかになった。これは侵すことのできない基本的人権に属するものであって、厳に尊重されるべきである。そこで、第 2 版ガイドラインで示されていた段階的治療は廃止され、およそ医学的要請と公共の福祉に反しない限り、身体的治療として、ホルモン療法、乳房切除術および性別適合手術のいずれの治療法をどのような順序でも選択できるようになった。

4. 若年者に対する治療と第 4 版ガイドライン⁴⁾

第 3 版ガイドラインによって医療チームの活動の自由度が上がり、治療情報の普及や受診者の治療選択の幅が広がることで、多様な受診者が専門医療機関を訪れるようになった。その中でホルモン療法の対象とならない 18 歳未満の受診者への対応が問題として浮上してきた。

第 2 版ガイドライン以降、ホルモン療法は 18 歳以上の希望者に実施することとなっていた。しかし、二次性徴の発来（およそ 12 歳前後）に伴って実感する性別と身体の性別ギャップの広がりから混乱をきたし、学童期に不登校、引きこもり、虞犯行動、自殺企図など数々の問題を経験したという報告が成人の受診者から数多くもたらされていた。さらに受診者層の拡大によって幼児期、児童期に医療機関を受診し、この過程をリアルタイムに医療チームがフォローするケースも散見されるようになった。このように思春期に入ってから性別違和感が顕著になり実生活に影響を及ぼすケースの場合、諸外国では gonadotropin releasing hormone agonist（以下 GnRH アゴニスト製剤）のような二次性徴の発来を抑制するホルモン製剤を使用して、本人の性別違和感を軽減する治療が行われていた。この治療は可逆的であり、薬剤の中止で正常な二次性徴が再開すると報告されてきた。諸外国の調査研究では、思春期初期に二次性徴の発来を抑制しホルモン療法や性別適合手術につなげた出生時に割り当てられた性が男性のケースは、成人期以降に初めてホルモン療法を受けた後に性別適合手術を受けたケースに比べて身体の男性化が進んでいな

いため社会適応度が高く生活の質が良いことが報告されている。また、出生時に割り当てられた性が女性のケースでも月経が停止し乳腺の発育を抑制することなど、身体的違和感を軽減することが可能であり、結果として精神的な安定をもたらすことで社会適応を改善する効果が期待できる。

それまで二次性徴抑制療法に関する項目はガイドラインに明記されておらず、改訂された第4版では二次性徴抑制療法の開始条件を明記するとともに、狭義のホルモン療法の開始可能年齢を条件付きで18歳未満に引き下げた。すなわち、二次性徴抑制療法は、漫然と行わず、2年程度をめどに望む性別の性ホルモンによる治療への移行を行なうか中止するかを検討する必要がある、その開始年齢によっては18歳未満での性ホルモンによる治療に移行する。また、1年以上医療チームで経過を観察し、特に必要であると認められれば15歳以上でホルモンによる治療を開始してよいが、意見書作成者は医療チームに所属して継続的に性別不合の診療を実施し、複数の身体治療に関する意見書を作成した者とする事となった。

Ⅲ. 性別不合／性別違和の医療の現状

－診断基準の変更とジェンダー、セクシュアリティを取り巻く社会的認知の変化－

過去には異常な性行動とされていたものが、この半世紀あまりの間に性の多様性の反映であると考えられるようになってきた。1970年代の議論に始まるDSMからの同性愛の削除はその端緒と言える。性指向のみならず、実感する性別についても多様であることも広く認知されるようになった。

2013年に改訂されたアメリカ精神医学会「精神疾患の診断・統計マニュアル 第5版」(DSM-5)⁵⁾では、gender identity disorder 「性同一性障害」の疾患名は廃止され、gender dysphoria 「性別違和」に改称された。Gender identity という本人の人格の根本とも言える部分が障害されているともとれる呼称を廃止したこと、従来男女2つに限定されていた性別 gender を中間的なものも包含するものとしたこと、実感し表出する性別 experienced/expressed gender と割り当てられた性別 assigned gender の間に著しい不一致があり苦悩を感じる者を広く含む概念としたことが特徴と言える。これらの変更は性

の多様性に対する知識の増加とマイノリティが抱える困難への社会の理解が進んだことを反映している。

2019年に採択された世界保健機関(WHO)「国際疾病分類第11版」(ICD-11)では性同一性障害の категорияと性転換症等の疾患名は廃止され、性別不合 gender incongruence という категорияと青年期および成人期の性別不合 gender incongruence of adolescence or adult と小児期の性別不合 gender incongruence of childhood という新しい用語に改められた。性別不合は、第5章「精神及び行動の障害」から、新たに創設された第17章 conditions related to sexual health 「性の健康に関する状態」という категорияに移動されており、疾患名の変更とともに精神障害の categoriaからも外れた形になっている⁶⁾。

性別不合は、割り当てられた性 assigned sex と実感する性別 experienced gender の間に不一致がある場合に付けられる診断名となり、その多くは身体的治療を希望するとされる。WHOは、性別への違和感に起因する精神的な苦痛は社会の側の問題が大きな部分を占めており、違和感が直接引き起こす心理的障害は相対的に少ないと考えている⁷⁾。性別不合の診断の対象は、出生時に割り当てられた性と実感する性別に不一致があり、「身体的な治療を希求する者」である。また、DSM-5にある「臨床的意味のある苦痛、又は社会、職業、又は他の重要な領域における機能の障害と関連している」という文言はなく、性別への違和感が社会生活に大きな影響を与えようと与えまいと診断が可能になっている。青年期及び成人期の当事者に対して、主に身体的な医療サービスへのアクセスを保証するための診断であると考えてもよいかもしれない。WHO加盟国の中には、今なお性的マイノリティ(LGBTQ+)への迫害が行われている国があり、精神疾患とすることで、実感する性別の変更を強要するコンバージョンセラピー等と呼ばれる不適切な介入が行われる懸念も改訂の理由の1つとして上げられている。

IV. 第5版ガイドライン改訂の理念とその要点

1. 診断基準の改訂(DSM-5, ICD-11)への対応

今回の改訂は、前述の疾患名並びに診断基準に対応する必要から実施されることになった。第4版ガイドライン発表から10年、セクシュアリティへの社会や医学の理解は格段に進んでいる。また、これまでも婦人科、泌尿器科、形成外科の専門家を委員に迎えて本ガイドラインの作成、改訂を行ってきたが、ICD-11の発表により精神疾患カテゴリー

から外れたことから、日本精神神経学会単独でガイドラインを改訂するのではなく日本GI（性別不合）学会との共同作業とすることとなった。

2. 小児期における割り当てられた性への違和感に対する評価と対応について

第4版では二次性徴抑制療法に関する項目が追加されたが、小児期における割り当てられた性への違和感に対する評価や対応については記載されていなかった。小児期の受診者が増加してきている現状を踏まえて、第5版では小児期に認められる性別への違和感の評価と対応について記載することが必要であると考えられた。

小児期における性別に対する違和感の評価して対応するときに、そういった違和感が成人期まで持続するとは限らないことに注意すべきである。一方で、不登校や、自傷行為が認められることがあるという報告もある。従って、小児期の性別に対する違和感が持続しない可能性を考慮しながらも、性別に対する違和感を受け止めて、違和感を表現できる環境を提供できるように対応する必要がある。

さらに、小児期に性別への違和感を呈する子どもには気分障害、不安障害、心的外傷、摂食障害、自閉スペクトラム特性、自殺傾向、自傷行為などが併存することがあると指摘されている。特に、心的外傷に関しては不適切な養育や被虐待経験、不安障害に関しては分離不安が指摘される。それらの表現型として、性別に対する違和感が呈される場合もある（たとえば自閉スペクトラム特性からくる「異性役割行動への固執・こだわり」など）。しかし、こうした併存している問題の表現型としての性別に対する違和感であるとしても、あるいは性別に対する違和感が併存する問題に影響を与えているとしても、いずれにせよ、そういった違和感の評価して、違和感を軽減するような対応を子どもに心的負担がかからないように行うことは、その子どもの自我を涵養するためには非常に重要である。

小児期における性別に対する違和感の評価については、違和感が持続しない可能性があっても、他の問題が併存していても、その時点で存在する性別に対する違和感をそのまま評価し、違和感に起因するストレスが軽減するような対応を行うことが必要である。

3. 精神科医療の関わりについて

WHO が定めた国際疾病分類である ICD-11 において、性同一性障害に代わって設定された性別不合は、精神疾患の分類から除外されている。そこで精神科医療との関係が見直される

ことになった。

診断には当事者の内的体験を含む、「実感する性別と割り当てられた性との間の不一致」の確認が必須であること、他の精神疾患との鑑別および合併する精神疾患に関する評価（場合によっては治療も）が必要であること、診断のプロセスが精神的ケアの効果を併せ持つことから、身体的治療に先立って、精神科医による診断のプロセスは必須とする一方、これまでは身体的治療後も必須とされた精神科的治療継続は希望者のみとすることとなった。また、身体的治療に当たってはこれまで精神科医2名の診断の一致を必要としたが、診断は1名で可能とした。ただし、身体的治療の適応に関する意見書は、精神科医2名ないし精神科医1名と心理関係の専門家（公認心理師・臨床心理士）1名が作成し、医療チーム等の合議に供するものとした。

4. ホルモン療法および二次性徴抑制療法における使用薬剤と用量用法の追加

これまでのガイドラインには、ホルモン療法に関して具体的な使用薬剤名や用量用法の記載は無かった。ホルモン療法を実践するにあたっては、米国内分泌学会(The Endocrine Society 2017)のガイドライン⁸⁾やアムステルダム自由大学ジェンダークリニックのガイドライン⁹⁾等を参照しながら、各医療機関がそれぞれの判断で用量用法を決定していた。そのため、経験の少ない医療機関においては、使用薬剤の選定と用法用量に自信が持てないとの訴えが見られていた。そこで、今回の改訂から国内で使用可能な薬剤名と用法用量についてまとめ、表を付記することになった。ただし、いずれの薬剤も我が国の薬事法による承認は得られておらず、保険診療の対象とはならない。

5. 二次性徴抑制療法に関する改訂

2024年4月に英国において、小児科医であるHilary Cassが英国の国民保健サービスNational Health Service (以下 NHS) の委託に応じて「子どもと若者のためのジェンダー・アイデンティティ医療サービスに関する独立審査報告書 (<https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>)」(以下 Cass Review) の最終レポートを出した。この中で二次性徴抑制療法や若年からホルモン療法について、メンタルヘルスを含む長期的予後に関して良質なレベルのエビデンスがない一方で、二次性徴抑制療法は身長や骨形成に影響があること、男性の性機能に永続的な影響を及ぼす可能性が示唆され

ていること、長期的な影響として性自認を攪乱させる環境要因となる可能性や心身の発達への悪影響を確実に否定するエビデンスがないこと等を指摘している。Cass Reviewの発表を受けて、二次性徴抑制療法に関して、英国内のみならず国際的な議論が生じたことから、本指針改訂に際してはCass Reviewの内容と関連する議論について検討した。

Cass Reviewは、医師不足から一般の医療へのアクセスさえ困難な状況下で、小児や若年者のジェンダー医療が NHS が認めた2カ所の医療機関に限定され、十分な心理面のフォローが行われないうままに年間2000人に及ぶ多数の当事者に二次性徴抑制療法が行われたという英国における特異な状況が背景にあつて NHS の依頼により策定されたものである。また、Cass Review では、二次性徴抑制療法から性ホルモンの投与、手術といった身体治療に進んだ子どもや若年者がその後後悔する事例があることも問題視されているが、これも英国のガイドラインではホルモン療法の適応までに長い時間が必要とされたため、二次性徴抑制療法に適するとされる年代よりも高めの年齢の若年者にまで二次性徴抑制療法が適用され（英国における二次性徴抑制療法開始年齢の平均は15歳とされる）、十分な心理面のアセスメントを受けないうまま、ホルモン療法、手術と進んでいたという英国に特異的な状況が背景にある。Cass reviewを受けて、英国では旧来の専門医療機関は閉鎖されて新サービスが開始され、その中で若年者へのホルモン療法が継続されている。英国における二次性徴抑制療法は従来の医療の形態での実施は停止し、臨床試験としての継続が宣言されている。

一方、米国内分泌学会 (Endocrine Society) を含む諸外国の複数の関連団体からは、Cass Reviewが指摘する事項は旧知のものであり、二次性徴抑制療法はこれまで長年に渡って築かれてきた治療法であるとともに、二次性徴抑制療法の効果や安全性については科学的知見に基づいて判断していくべきものであるという趣旨の見解が示されている。

WPATH (The World Professional Association for Transgender Health)のStandards of Care (SOC) 第8版 (2022) ¹⁰⁾でも、Cass Reviewよりも多くのsystematic reviewをもとに有用性、限界や副作用について記述している。

また、AMABにおいては、必要な例に二次性徴抑制療法を実施しないことで望まない性の身体の特徴が不可逆的になることは、医学的に自明であり、そのような例では、質の高いエビデンスを示す研究をすることが困難なものの、その後の精神状態に悪影響を与えることが懸念されている。

これらのことを踏まえて、今回の改訂では二次性徴抑制療法について注意すべき点を再

確認し記載を改めた。また、二次性徴抑制療法や18歳未満の当事者にホルモン療法を開始した場合、日本精神神経学会の性別不合に関する委員会への報告は引き続き実施し、我が国における実施状況等を把握していくこととした。また、二次性徴抑制療法の中止時ないしホルモン療法移行時にもレポート提出を義務づけることとした。

今回、ガイドラインを再改訂し第5版とするにあたって、これまでのガイドライン同様に、WPATHのSOC第7版¹¹⁾を参考としている。また、前述の米国内分泌学会(Endocrine Society 2017)のガイドライン⁸⁾、アムステルダム自由大学ジェンダークリニックのガイドライン⁹⁾も参考とした。

V. 診断と治療のガイドライン

1. ガイドラインの位置づけ

本ガイドラインは、医療を必要とする性別不合の当事者に対し、安全で適切な医療的ケアを提供するための標準的な手順を医療者（医療ケア提供者）に対して示すものである。医療者は当事者の自己決定権を尊重しながら、当事者の実情に合わせて本ガイドラインを利用することができるが、医療としての妥当性を保つように努めるべきである。性別不合は、WHOが定めた国際疾病分類であるICD-11において精神疾患の分類から除外されている。しかし、以下の理由で精神科医が診断にあたるのが当面は妥当であると考えられる。

- ① 診断には当事者の内的体験を含む、「実感する性別と割り当てられた性との間の不一致」の確認が必須であること。
- ② 他の精神疾患との鑑別および合併する精神疾患に関する評価（場合によっては治療も）が必要であること。
- ③ 診断のプロセスが精神的ケアの効果を併せ持つこと。

2. 診断のガイドライン

診断は精神科医が行うものとし、その精神科医は日本精神神経学会が主催するワークショップおよび日本GI（性別不合）学会が開催するエキスパート研修会を受講していることが望ましい。なお、ここでいう精神科医とは、精神科専門医、またはそれと同等の経験と実績を有すると日本精神神経学会が認めた者を指す。

1) 実感する性別と割り当てられた性との間の不一致の確認

診断は ICD-11 に基づいて行われ、「実感する性別と割り当てられた性との間の不一致」の確認が必要となる。「実感する性別」は当事者の内的体験を含むものであり、必ずしも日常生活や社会的役割、服装などにおいて表出されているとは限らない。また、医療ケアを希望する当事者はすべてのライフステージにわたっていることを銘記すべきである。性別二元論にあてはまらない（ノンバイナリー）性別を実感する当事者も少なくない。診断者には固定した観念にとらわれずに当事者の内的体験に耳を傾ける姿勢が必要である。そのうえで、幼少期から現在に至る詳細な生活歴と現在の生活状況、希望する生き方に関する情報を詳細に聴取し、割り当てられた性との不一致について検討する。不一致による苦痛や社会的・職業的な機能障害は診断に必須ではない。割り当てられた性にふさわしくない行動や嗜好があったとしても、実感する性別と割り当てられた性との間の不一致が存在しなければ性別不適合と診断することはできない。

2) 身体的性に関連する状況の検討

- (1) 身体的性に関連する状況の検討は原則として、出生時に割り当てられた性が男性である場合は泌尿器科医、出生時に割り当てられた性が女性である場合は婦人科医により実施される。染色体検査、ホルモン検査、内性器ならびに外性器の診察ならびに検査、その他担当する医師が必要と認める検査を行い、診断を担当する精神科医がその結果を確認する（原則として文書で入手する）。
- (2) 上記診察と検査結果に基づき、性分化の多様性（性染色体異常など）を含む身体的性に関連する状況を確認する。しかし、性分化の多様性の存在は性別不適合の診断を妨げるものではない。

注：上記については身体的性に関連する状況が総合的にみて判定できればよい。上記に挙げた検査等の結果が全てそろわなければならないというものではない。

3) 鑑別診断と精神科的合併症への対応

実感する性別と割り当てられた性との間の不一致の感覚が、統合失調症などの精神疾患の症状によるものでないことを確認する。それ以外の精神科的合併症に関する検討と対応も必要である。

4) 診断の確定

診断は上記の要件を満たす精神科医が ICD-11 の診断ガイドラインに基づいて行う。上述のように、性分化における多様性の存在は診断を妨げるものではなく、また、統合失調症等の精神疾患が存在したとしても、不一致の感覚がもつばらその症状によるものでない限り、性別不合の診断は可能である。

ただし、戸籍の性別変更を行う際の医学的判断については、日本 GI 学会認定医またはそれに準じた診断を的確に行うために必要な知識及び経験を有した精神科医 2 名の診断が一致することが求められる。なお、ここでいう精神科医とは、従前に定義した精神科医である。

5) 小児期の性別への違和感の評価について

性別に違和感を持つ子どもたちは、身体的な性とは反対の性である、あるいは反対の性になりたいと訴えることもあれば、自分自身の身体的な性的特徴への不満（ペニスに対する不快感や立小便ができないことへの不全感等）を訴えることもある。また、一般的には異性のものとされる、服装、髪型、玩具、遊び方などを好み、異性の友達と遊ぶ方が楽しいと主張することもある。こういった特徴は子どもによってさまざまであり、経過の中で訴えが変化する場合もある。子どもたちが自我を確立していく過程で、環境との間で様々な葛藤を抱え、それを乗り越えていくときに自己を変容させていくことは当然である。こうした訴えの多様性や変容性は診断基準からの逸脱に結び付く。すなわち、小児における性別への違和感という現象は、正確な診断とそれにもとづく治療という従来の医学モデルには当てはまらない。子どもが自身の性別のあり方を探求することを保障し支援した上で、その時その時の状態を柔軟な姿勢で評価することが求められる。

一方で、性別に対する違和感を持つ子どもに対応するときに、学校などから診断を求められることがある。学校生活の対応を学校が判断するために、本来診断は不必要なものであるが、その際には ICD-11 や DSM-5 を参考にしながら柔軟に対応することが求められる。そのためにもその時々々の訴えと、置かれている状況を正確に評価する必要がある。

3. 治療のガイドライン

治療は、精神科領域の治療（精神的ケア）と身体的治療（ホルモン療法、出生時に割り当てられた性が女性である場合の乳房切除術、性別適合手術）で構成される。治療は画一的にこれらの治療の全てを受けなければならないというものではない。精神科領域の治療は希望者のみに対して行われる。身体的治療については、治療に関する十分な理解を前提としたうえで、自己の責任において、どのような治療をどのような順番で受けるかを自己決定することができる。

1) 精神科領域の治療

精神科領域の治療は希望者のみに対して行われ、精神的ケアと実生活経験（real life experience：RLE）に対するサポートが中心となる。当事者が希望すれば、精神科領域の治療は身体的治療の後も継続される。

(1) 精神科領域の治療に携わる者

この治療に携わる者は、性別不合の診断・治療に十分な理解と関心を有する精神科医、心理関係の専門家（公認心理師・臨床心理士）である。

(2) 精神科領域の治療の内容と手順

精神科医による性別不合の診断が確定した後、あるいは確定する前であっても、当事者自らが治療を希望する場合には、以下の治療を開始することができる。

i) 精神的サポート（現病歴の聴取と共感および支持）

これまでの生活史のなかで、性別不合のために受けてきた精神的、社会的、身体的苦痛について、治療者は十分な時間をかけて注意を傾けて聴き、受容的・支持的、かつ共感的に理解しようと努める。

ii) カムアウトの検討

家族や職場にカムアウトを行った場合、どのような状況が生じるかを具体的に検討する。現在の状況でカムアウトを行った方がよいかどうかをはじめ、カムアウトの範囲や方法、タイミング等について検討を加える。必要に応じて、家族面接で理解と協力を求めたり、職場や産業医等との連携をとるなどの方法も考慮すべきであろう。また学生等の場合は、学校関係者との連携をとる方がよいかどうかも含め、本人とともに検討する。

iii) 実生活経験（RLE）に対するサポート

どのような性のあり方で、どのような生活を送ることが自分にとってふさわしいのかを、当事者自らが検討する際のサポートをおこなう。また既にどれだけ実現できているか、現状でさらに実現できることがあるかなどを詳細に検討し、実現に向けての準備や環境作りをしていくことをサポートする。さらに、どのようにすれば希望する生活を揺るぎなく継続できるか、生活場面でどのような困難があり、どのようにすれば克服できるかを当事者とともに検討する。身体的治療を希望する当事者に対しては、その身体的治療を行った際に起こり得る種々の変化を予測し、どのように対応するかを本人とともに検討する。また、希望する性別での生活を現

実にできる範囲で実際に行ってみることをサポートも行なう。このような生活は必ずしも生活の全般に渡って行う必要はなく、周囲との関係に悪影響を及ぼさない範囲（たとえば、自宅内からはじめ、学校や職場以外、休日の外出時など）でもよいであろう。本人の適応能力や周囲の許容範囲を超えないように細心の注意を払う必要がある。

iv) 精神的安定の確認

種々の状況に対して精神的に安定して対処できることを確認する。うつ病などの精神科的合併症がある場合には、その合併症の治療を優先し、適応力が生活上支障のないレベルまで回復していることを確認する。

2) 小児期の性別への違和感に対する対応

性別への違和感を持つ小児に対応する医療チームは、子どもの意思を尊重しながら、子ども自身と、保護者、学校との間を調整するようなサポートが必要である。発達の中での変化の可能性を柔軟に受け止め、臨機応変に状態像に合わせていく必要がある。

(1) 子ども自身への対応

性別への違和感をもつ子どもたちは、自分を取りたい行動やしたい格好があっても、周囲がそれを「異性のもの」とみなしてくることを察し、戸惑いを持っていることがある。また、自己主張ができない年齢から割り当てられた性として扱われている中で、自我の発達とともに出てきた取りたい行動やしたい格好に関する欲求をまわりから否定されることもある。最も重要なことは、子どもが示す取りたい行動やしたい格好などをそのまま受け入れ、自身の性別を探求しつつ成長していくことを、医療チーム全体で保証し支援することである。

また、身体的性に対する嫌悪感を持っている子どもに対しては、その嫌悪感を軽減する方法があることを伝えることで、身体的性に対する嫌悪感を保留できることがある。

(2) 保護者への支援

保護者に対しては、医療チームの指針である「発達の中での変化の可能性を柔軟に受け止め、臨機応変に状態像に合わせていく必要」を共有することが求められる。医療チームは、大人が先回りして対応しないよう留意すべきであるとともに、子どもが性別を探求できるようにするため、子どものさまざまな試行錯誤を保障するよう、保護者を支援することが重要である。

子どもが園、学校等の公的な場において自分の望む性別で生活することにはベネフ

ィットとリスクの両方があるため、どのような内容を園や学校に求めるのかは、ケースごとに医療チームに属する精神科医または心理関係の専門家（公認心理師・臨床心理士）と保護者とが十分に話し合った上で決めるべきである。

加えて、本人および保護者が当事者グループに参加して悩みを共有したり、情報交換を行えるよう、医療チームがそのようなサポートグループの情報提供をすることも望まれる。

(3) 園や学校・児童養護施設などへの支援

園や学校・児童養護施設などと本人・保護者とが具体的な確認や対応を検討する際に、医療チームは専門的な視点からの情報提供を行うことによって、本人が過大なストレスを感じることなく、居場所を確保できるように支援をすることが必要である。

しかしながら、園や学校等における多様な性への理解や対応の状況にはばらつきがある。とりわけ、管理職の理解は要である。医療チームに属する精神科医または心理関係の専門家は、本人の生活の場でのストレスを可能な限り軽減できるよう、教職員や園・学校等の理解向上をサポートする役割も担っている。園・学校等の環境は、本人への影響が大きい。意にそぐわない性別の押し付けに本人がさらされ続ければ、違和は強くなり、深刻な危機に陥る。違和が悪化しないような環境を作るために、医療チームに属する精神科医または心理関係の専門家は園や学校等への働きかけを行う。もしも園や学校等が動かない場合は、本人と家族と話し合い、さらに上位の組織や外部組織、あるいはより広く社会に訴えることをサポートすることもある。

特に、園や学校等が過度に男女二分法的に運営されている場合は、性別で分けられることが不必要なものはないか検討してもらえよう、園や学校等に働きかけを行い、不必要な性別による区分を見直してもらうことは重要である。他の園児、児童、生徒へのカムアウトや明示的な性別移行を行わない場合であっても、不必要な性別による区別の見直し、性教育や人権教育等を通じた啓発や、それらを通じた性別に関して風通しの良い園・学校環境の涵養は可能であり、医療チームは積極的に働きかけるべきである。

残存する性別で分けられた活動や区分においては、本人が選択できるよう許可するだけでなく、その選択を自由に且つ周囲の目を過度に気にすることなくでき、また何度も選択をしないおす自由も保障することによって、当事者が自己を探求できるような環境をつくることがとりわけ重要である。これは医療チームがかかわることによってすぐに実現できることもあれば、長期的な課題として取り組む必要がある場合もある。そのためには、教職員から園児・児童・生徒、保護者や地域社会に至るまで、「多様な性が前提となる学校づくり」（施設づくり）の協働が必須である。医療チームは、そうした目標を園や学校と共有しながら、必要に応じて関わっていく。

3) 身体的治療（ホルモン療法（二次性徴抑制療法を含む）、乳房切除術、性別適合手術）

身体的治療は、出生時に割り当てられた性が男性（assigned male at birth: AMAB）の場合はホルモン療法と性別適合手術のいずれかあるいはそのすべて、出生時に割り当てられた性が女性（assigned female at birth: AFAB）の場合はホルモン療法と乳房切除術および性別適合手術のいずれかあるいはそのすべてを選択できる。どの治療をどのような順番で行うかを検討する。また、身体的治療と並行して、あるいは身体的治療後も、本人が希望すれば精神科領域の治療を行うことができる。

(1) 身体的治療を施行するための条件

次の条件を満たすとき、身体的治療を施行することができる。

i) 性別不合の診断の確定

既に述べたように、診断は上記の要件を満たす精神科医が ICD-11 の診断ガイドラインに基づいて行なう。

ii) 実生活体験に関する検討

本人の望む性のあり方での生活について必要十分な検討ができていること。すなわち、実感する性別と割り当てられた性との間に不一致が存在しながらも、可能な範囲で本人が望む性のあり方での生活を試みており、それについて適合感があり持続して安定していること。

iii) 身体的変化に伴う状況的対処

身体的変化にともなう心理的、家庭的、社会的困難に対応できるだけの準備が整っていること。

注：たとえば必要な範囲でカムアウトし、サポートシステムを獲得していることが望ましい。カムアウトしないで適応をはかろうとする場合には、自らを支え、種々の不安や苦痛に耐えて対処するだけの能力を持っていることが必要となる。

iv) 予測不能な事態に対する対処能力

予期しない事態に対しても現実的に対処できるだけの現実検討力を持ち合わせているか、精神科医や心理関係の専門家（公認心理師・臨床心理士）等に相談して解決を見出すなどの治療関係が得られていること。

v) インフォームド・デシジョン

身体的治療による身体的変化や副作用、特に生殖能力の低下・喪失など重要事項に関する説明を受け、十分に理解して同意していること。

vi) 身体的治療を施行するための条件の確認

希望する各身体的治療を施行することができる年齢等の条件を満たしていること。

(2) 身体的治療に関する適応の確認

本人が身体的治療を希望する場合は、次の手順に従って、身体的治療を施行するための条件が満たされるかどうかを医療チームにおいて判断する。性別適合手術については性別適合手術適応判定会議において判断する。

i) 身体的性に関連する状況および精神・身体疾患に関する検討

身体的治療の施行に関する検討が行われるまでに、身体的性に関連する状況に関する診察や諸検査、および精神・身体疾患に関する検討を実施し、その結果を書面（コピーでも可）で医療チームに提出する。

ii) 2名による身体的治療に関する意見書の作成

2名の意見書作成者は、上に示した身体的治療へ移行するための条件を検討し、その条件を満たしていると判断した場合は、意見書を医療チームに提出する。セカンドオピニオン担当者がファーストオピニオンの内容について異存がない場合には、その旨を示す意見書とするか、あるいは連名としてもよい。2人の意見書作成者の意見が一致しないときは、上記の要件を満たす3人目の精神科医の意見を求めることができる。医療チームは、これらの意見書をもとに総合的な検討を行い、身体的治療の適応について最終的に判断する。

(3) 身体的治療に関する意見書作成に携わる者

上記の要件を満たす精神科医、あるいは心理関係の専門家（公認心理師、臨床心理士）が意見書を作成する。2通の意見書のうち少なくとも1通は精神科医（原則として診断に関わった精神科医）によるものでなければならない。他の1通は心理関係の専門家が代行して作成することもできる。また、2人の意見書作成者のうち1人は医療チームに属していることが望ましい。2人の意見書作成者のいずれも医療チームに属していない場合は、医療チームに属する精神科医が2通の意見書の内容を検討し、必要な場合には改めて診察を行い、診断ならびに身体的治療に関する意見書の内容を確認して医療チームにおける検討に供する。意見書作成者、医療チームに所属する精神科医のうち少なくとも1名は、日本GI（性別不合）学会認定医であることを要する。

注：思春期例に関する特例

18歳未満の者にホルモン療法（二次性徴抑制療法を含む）を開始する場合、2名の意見書作成者は、医療チームに所属して継続的に性別不合の診療を実施し、複数の身体的治療に関する意見書を作成したものに限定する。意見書作成者のうち1名は日本GI（性別不合）学会認定医の資格を持つ精神科医であることを要する。

(4) 医療チーム

性別不合に対する身体的治療の適応に関する検討は、領域を異にする専門職が医療チームを作って行う。

i) 医療チームの構成については、性別不合の診断と治療に理解と関心があり、十分な知識と経験をもった精神科医、形成外科医、泌尿器科医、産婦人科医などによって構成される。必要に応じて内分泌専門医、小児科医などが加わることが望ましい。

ii) 性別不合は、社会生活のあらゆる側面に深く関わる問題であることから、医療チームには、上記診療科医師の他に、心理関係の専門家（公認心理師・臨床心理士）、医療ソーシャルワーカー（精神保健福祉士、社会福祉士）などの参加が望ましい。

iii) 医療チームのメンバーは個々のケースにつき、医学的判断とともに当事者が抱える問題を把握し、きめ細かに援助し、対応することが求められる。

iv) 医療チームは、個々のケースについて、本人が希望する身体的治療に対する適応の判定を行う。性別適合手術に対する適応判定に際しては、上記医療チームのメンバーの他、法曹関係者や学識経験者などのメンバーを加え（性別適合手術適応判定会議）、判定の法的ないし倫理的妥当性が確保されていることを確認する。医療チームは、原則としてファーストオピニオンの意見書作成者から、ケースについてのプレゼンテーションを受け質疑応答をするが、ファーストオピニオン担当者が出席できないときは、セカンドオピニオン担当者が替わることもできる。2人の意見書作成者が出席できないときは、電話や書面、WEB会議システムを用いて質疑応答をすることもできる。必要に応じて医療チームの精神科医の診察を求めるなど、十分な情報を確保できるようにする。

v) 医療チームは複数の医療機関で構成することもできる（例えば開業医が医療チームを結成することもできる）。ただし、性別不合の診断と治療に理解と関心があり、十分な知識と経験をもった医師を中心としたメンバーで構成される必要がある。この観点から医療チームを結成するには、少なくとも中心メンバーは日本GI（性別不合）学

会の認定医であることが求められる。

(5) ホルモン療法（二次性徴抑制療法を含む）

i) ホルモン療法（二次性徴抑制療法を含む）に携わる者

ホルモン療法（二次性徴抑制療法を含む）は、医療チームの一員であるか医療チームから依頼を受けた医師であり、かつ内分泌学、小児内分泌学、泌尿器科学、産婦人科学を専門とする医師によって行われるべきである。ただし、地域性などの条件を考慮して、近医や非専門医がホルモン投与をする場合、専門医の診察を定期的に受けるようにすべきである。

ii) 二次性徴抑制療法を施行するための条件

二次性徴抑制療法を始めるにあたって、次の条件を満たしていることが必要である。

- ① 身体的治療を適応するための条件〔上記3-3)-(1)〕を満たしていること。ただし、意見書作成者は上記 3-3)-(3) の【注】に規定された者とする。
- ② 身体的条件：十分な問診、身体的診察と必要な検査を行い、二次性徴抑制療法を行うことで健康に重篤な悪影響を及ぼす疾患などが否定されていること
- ③ インフォームド・デシジョン：二次性徴抑制療法の方法、効果と限界、起こり得る副作用について改めて十分な説明を行い、理解していることを確認したうえで、文書で同意を得ること。性ホルモンによる治療に比較すれば可逆的な治療ではあるが、二次性徴抑制療法や若年からホルモン療法を行うことの長期的な影響に関する良質なエビデンスがないことに留意する。特にAMABに関して性腺が十分に成熟する前に二次性徴抑制療法を開始した場合、女性ホルモンによる治療に移行すると生殖能力を失う可能性が高いことには、留意する必要がある。未成年に対して行う治療であるから、親権者など法定代理人の同意を得ること（親権者が2名の場合は2名の同意を要する）。
- ④ 家族への説明：親権者など法定代理人を含む家族にも、二次性徴抑制療法の効果と限界、起こり得る副作用について十分な説明を行うこと。性ホルモンによる治療に比較すれば可逆的な治療ではあるが、二次性徴抑制療法や若年からホルモン療法を行うことの長期的な影響に関する良質なエビデンスがないことに留意する。特にAMABに関して性腺が十分に成熟する前に二次性徴抑制療法を開始した場

合、女性ホルモンによる治療に移行すると生殖能力を失う可能性が高いことには、留意する必要がある。

- ⑤ 開始時期：GnRHアゴニスト製剤等による二次性徴抑制療法は、二次性徴のTanner 2 期以上に達した際に違和感が増強する者に適応を検討する。ただし、二次性徴が進行したTanner 4 期以降であっても、例えばAFABの月経停止などを目的にGnRHアゴニスト製剤等を使用することはできる。ただし、二次性徴が進行した状態で二次性徴抑制療法を長期間行くと、不測の副作用が発現する可能性が指摘されており、その適応は慎重に行い、短期間に留めるべきである。二次性徴の発現以前には使用しない。これは、思春期が始まると性別違和が寛解する例が少なからず認められるという報告があるためである。Tanner 2 期以上であれば年齢は問わないが、同意能力の問題もあり、本人が 12 歳未満の場合には特に慎重に適応を検討する。
- ⑥ 二次性徴抑制中：同年代の二次性徴発現との大きな乖離をきたさないように配慮し、また、骨成長が阻害されていないか、骨密度の評価等を行う。
- ⑦ 終了時期：二次性徴抑制療法は、漫然と行わず、2 年程度をめどに望む性別の性ホルモンによる治療への移行を行なうか中止をするかを検討する。ただし、15歳未満での性ホルモンによる治療への移行を行う場合は、身長伸び方や同年代の二次性徴との大きな齟齬をきたさないように、医療チームで十分な配慮のもと、慎重に判断し、厳重な管理のもと実施する。このため、必要であれば小児内分泌医との連携も考慮すべきである。
- ⑧ 二次性徴抑制療法を行う場合、および 18 歳未満で二次性徴抑制から望む性別の性ホルモンによる治療に移行する場合、別掲の書式による開始に関する報告書と経過に関する報告書を日本精神神経学会・性別不合に関する委員会に提出すること。また、二次性徴抑制療法はいずれかの時点で中止するか、性ホルモンによる治療に移行する性質があるため、同療法中止時ないしホルモン療法への移行時にも前述の委員会に所定の書式で報告書を提出すること。これは、我が国のみならず世界的にも若年者の身体的治療についてはまだ質の良いエビデンスが得られていないことから、ガイドラインを公表している学会が国内での治療実施状況を継続的に把握する目的で行われるものである。

iii) ホルモン療法を施行するための条件

ホルモン療法を始めるにあたって、次の条件を満たしていることが必要である。

- ① 身体的治療を適応するための条件〔上記 3-3)-(1)〕を満たしていること
- ② 身体的条件：十分な問診、身体的診察と必要な検査を行い、ホルモン療法を行うことで健康に重篤な悪影響を及ぼす疾患などが否定されていること
注：例えば血栓症や重症肝機能障害が否定されていること。
- ③ インフォームド・デシジョン：ホルモン療法の方法、効果と限界、起こり得る副作用について改めて十分な説明を行い、理解していることを確認したうえで、文書で同意を得ること。
- ④ 家族・パートナーへの説明：家族、パートナーにも必要に応じて、ホルモン療法の効果と限界、起こり得る副作用について十分な説明を行うことが望ましい。
- ⑤ 年齢：ホルモンによる治療は原則として 18 歳以上であること。ただし、1 年以上医療チームで経過を観察し、特に必要であると認められれば 15 歳以上でホルモンによる治療を開始してよい。また、二次性徴抑制療法を2年程度実施している間に、望む性別の性ホルモンによる治療への移行について検討し、その必要性と妥当性が認められた場合には、15歳未満でもホルモンによる治療を開始してよい。いずれの場合も、意見書作成者は上記 3-3)-(3) の【注】に規定された者とする。未成年者については親権者など法定代理人の同意を得ること（親権者が2名の場合は2名の同意を要する）。
- ⑥ 既に、2 通の意見書をもとに医療チームの検討を経て乳房切除術を行った者がホルモン療法を希望する場合には、改めてホルモン療法に関する意見書を少なくとも1名（1名だけの場合には精神科医）の意見書作成者〔上記 3-3)-(3)〕から得て、医療チームにおいて検討し、ホルモン療法の適応であることを確認していること。

iv) 二次性徴抑制療法について

- ① Tanner 2 から 3 期の AMAB には、身体的男性としての二次性徴の進行を抑制するため、また、AFAB には、月経の停止など、身体的女性としての二次性徴の抑制を目的に、GnRH アゴニスト製剤等を使用する（表 1）。
- ② 効果判定、副作用の有無、同年代の二次性徴の進行との乖離を来たさないかな

ど、治療継続の適否にあたっては、小児科や内分泌あるいは婦人科・泌尿器科専門医の定期的な検査および評価が必要である。また、若年時には実感する性別が揺らぐ可能性が成人以降より高いこと、また、精神状態が種々の社会的環境に影響されやすいことから、使用継続にあたって精神科医または心理関係の専門家による定期的な観察が必要である。

- ③ 二次性徴抑制療法は、思春期に見られる骨塩量の増加を抑制する可能性がある。6か月以上の長期に及ぶ場合には、骨塩量の評価を行い、必要であれば、医療的な対応を行う。また、骨端線の閉鎖を抑制するため、AMABの場合、身長が伸びすぎる可能性が指摘されている。ただし、身長については遺伝的な要因の方が大きいとされる。
- ④ 二次性徴抑制療法を中止した場合、生来のホルモンにより二次性徴の進行が再開する。すなわち AMAB の場合は陰茎勃起の増加、変声、ひげや体毛の増加、筋骨格の男性化等、AFAB の場合は月経の再開、乳腺の発達、皮下脂肪の増加、骨端線の閉鎖等が起きる。ただし、二次性徴抑制療法を長期的に行った場合に起きる永続的な身体や発達への影響については、良質なエビデンスはない。

v) ホルモン療法について

- ① AMABの場合、エストロゲン製剤の投与を行う（表2）。投与量は血中テストステロンの測定などにより、その効果を評価しながら適量を決定する。AFABでは、アンドロゲン製剤の投与を行う。投与量は月経の停止などの効果を評価しながら適量を決定する。二次性徴抑制療法に続いてエストロゲン製剤やアンドロゲン製剤の投与に移行する場合は、少量より開始し、漸次投与量を増加する（表3）。

注：過量投与は、投与量に比例した効果が上がらないばかりか、副作用の危険を増大させることを丁寧に説明する。

- ② ホルモン療法により期待される効果は、性ホルモンとしての直接的な効果と視床下部-下垂体系抑制による性腺刺激ホルモン分泌の低下を介した効果がある。また、効果の限界もあり、副作用もある。

AMABに対するエストロゲン投与では、乳腺組織の増大、脂肪の沈着などの体形の変化、陰茎の勃起の減少などが見られることが多いが、ひげや体毛の変化、声の変化は少ない（表4）。また、不可逆的な精巣の萎縮と造精機能喪失などが起こり得る。

AFABに対するアンドロゲン投与では、月経の停止、ひげや体毛の増加、声の変化、筋肉量の増加、クリトリスの腫大などが見られることが多いが、乳房の縮小は限定的である（表5）。また、にきび、男性型脱毛症（Androgenetic Alopecia: AGA）などが起こり得る。

- ③ ホルモン療法に伴って、血栓症など致命的な副作用が発生する可能性がある。また、狭心症など心血管イベント、肝機能障害、胆石、肝腫瘍、下垂体腫瘍などの可能性がある。したがってホルモン療法の際には常に副作用に注意し、開始前のみでなく、開始後も定期的な検査をおこなう。特にエストロゲン製剤の投与に際しては、肝機能などの一般臨床検査に加えて、血液凝固能の亢進、血中プロラクチンの上昇などに注意する必要がある。
- ④ ホルモン療法は、原則的には他の内科疾患や心血管系合併症などを伴わない場合に行うべきである。特に糖尿病、高血圧、血液凝固異常、内分泌疾患、悪性腫瘍などはホルモン療法の副作用のリスクを増大する可能性がある。また、肥満、喫煙も同様である。しかし、ホルモン療法にもなう利点も多々あることから、その可否については、個々の例において、利益と不利益を熟慮したうえで総合的な評価をおこない、最終的に判断するべきである。
- ⑤ ホルモン療法に用いる薬剤の投与量は、精巣摘出術または卵巣摘出術の後は減量が可能である。しかし、骨粗鬆症などの可能性を考慮し、生涯にわたって継続するべきである。

(6) AFAB に対する乳房切除術

AFAB の場合、身体的治療のひとつとして乳房切除術を選択することができる。ホルモン療法と同時にあるいは時期を違えて行うこともできる。あるいはホルモン療法を行わず、乳房切除術のみを行うこともできる。両者を同時にあるいは時を違えて行うこともできる。乳房切除術を性別適合手術と同時に行うことも可能であるが、身体的侵襲の程度などを考慮して、個々に判断すべきである。

i) 乳房切除術に携わる者

- ① 乳房切除術に携わる者は、医療チームの一員であるか、医療チームから依頼された形成外科あるいは美容外科、乳腺外科系の専門医であることが原則であ

る。ただし、乳房切除術を受ける本人の責任において他の医療機関を選択することもできる。その場合、医療機関は麻酔科医が麻酔を担当する、入院対応が可能である、など周術期管理ができることが望ましい。

- ② 性別不合および乳房切除術に関して、十分な知識・理解と技術を持っていること。原則として執刀医ないし執刀医グループのうち少なくとも1名は、日本GI（性別不合）学会認定医（形成外科、美容外科などの外科系の認定医）であることが求められる。

ii) 乳房切除術を施行するための条件

乳房切除術を施行するにあたって、次の条件を満たしていることが必要である。

- ① 身体的治療を適応するための条件〔上記3-3)-(1)〕を満たしていること。
- ② 身体的条件：十分な問診、身体的診察と必要な検査を行い、乳房切除術を行うことによって健康に重篤な明らかな悪影響を及ぼすような疾患が否定されていること。

注：例えば麻酔薬に対するアレルギーや重度の肝障害等。

- ③ インフォームド・デシジョン：乳房切除術の方法、効果と限界、起こり得る副作用について改めて十分な説明を行い、理解していることを確認したうえで、文書で同意を得ること。
- ④ 家族・パートナーへの説明：家族、パートナーにも必要に応じ、乳房切除術の具体的術式、予想される結果、手術上のリスクについて十分な説明を行うことが望ましい。
- ⑤ 年齢：年齢は18歳以上であること。
- ⑥ 既に、2通の意見書をもとに医療チームの検討を経てホルモン療法を実施している者が乳房切除術を希望する場合には、改めて乳房切除術に関する意見書を少なくとも1名（1名だけの場合には精神科医）の意見書作成者〔上記3-3)-(3)〕から得て、医療チームにおいて検討し、手術適応であることを確認していること。

(7) 性別適合手術（sex reassignment surgery ; SRS）

性別適合手術に関しては、2通の意見書をもとに性別適合手術適応判定会議におい

て、その適応を判断する。

ここで規定する性別適合手術の範囲は、基本的には内外性器の手術に関わるものであり、

女性化を望む場合：精巣摘出術、陰茎切除術と造脛術および外陰部形成術

男性化を望む場合：第1段階の手術—卵巣摘出術、子宮摘出術、尿道延長術、膣閉鎖術
第2段階の手術—陰茎形成術

などが考えられる。ただし、どのような範囲の手術をどのように行うかの選択は、それぞれがもたらし得る結果と限界やリスクについて十分な情報を提供する中で、本人の意思を尊重しながら決定されるべきである。

i) 性別適合手術を行う者

- ① 性別適合手術は、医療チームに属する形成外科医・泌尿器科医・産婦人科医などの専門医が協力して行うことが原則である。医療チームが別の医療機関に性別適合手術を依頼することもできる。ただし、性別適合手術は麻酔科医が麻酔を担当し、入院可能な医療機関にて行われるべきである。
- ② 性別適合手術に関して十分な技量を有する者であることはもちろんであるが、同時に性別不合についての知識、特にその心性に対する十分な理解と経験をもち合わせていることが望まれる。従って、原則として執刀医ないし執刀医グループのうち少なくとも1名は、日本 GI（性別不合）学会認定医（形成外科、泌尿器科、婦人科などの外科系の認定医）を含むことが求められる。

ii) 性別適合手術を施行するための条件

性別適合手術を施行するにあたり次の条件を満たしていることが必要である。

- ① 身体的治療に移行するための条件〔上記3-3)-(1)〕を満たしていること。
- ② 身体的条件：十分な問診、身体的診察と必要な検査を行い、性別適合手術を行うことによって健康に重篤な明らかな悪影響を及ぼすような疾患が否定されていること。

注：例えば麻酔薬に対するアレルギーや重度の肝障害等

- ③ 実生活経験（RLE）

プライベートな場所では、希望する性別での生活を当事者が望むスタイルでほぼ完全に送られており、この状態が後戻りしないで少なくとも1年以上続いている

ること（観察期間をすべて1年以上とする必要はないが、この条件を満たしていることを意見書作成者が十分確信できる内容が提示されていること。ただし、他の身体的治療を受けていない場合、あるいはホルモン療法など他の身体的治療を希望しない場合には、より長期の観察期間を設けることが望ましい）。

④ 手術に伴う休暇等の確保

手術に必要な期間、仕事や学校を休むことができるか、退職を考える場合には、次の職に関して具体的な見通しが立っていること。手術後も当面生活に必要な経済的安定が確保される見通しが立っていること。

⑤ サポートシステムの確保

家族やパートナー等のサポートシステムが安定的に得られていること。それが得られない場合、あるいはカムアウトしていない場合には、精神的にも経済的にも安定的に自立できていること。

⑥ インフォームド・デシジョン

手術の範囲、方法、予想される効果、起こり得る合併症・随伴症状などについて十分な説明を行い、理解したうえで手術法が決定されたことを文書に明記して保存すること。

⑦ 家族・パートナーへの説明

家族、パートナーにも必要に応じ、具体的術式や予想される結果、手術上のリスクについて十分なる説明を行っていることが望ましい。

⑧ 年齢：18歳以上であること。

⑨ 手術内容の確認と検討

本人の希望する手術が具体的に明らかにされ、医療チームの詳細な検討によって、それが本人に対する治療として適切であると判断される必要がある。

注：たとえば、AMAB が精巣切除を行い、しばらく経過を見て、ある時点で更なる手術を求めることもあり得る。

注：AMAB に対する豊胸術や甲状軟骨の形成術に関しては、性別不合の治療の一環として行われてはいるが、身体的条件やボディイメージなどには個人差も大きく、その選択は自己決定に委ねられる。他の美容外科的手術ないし処置（例えば脱毛など）に関しても本人の自己決定に任せられるが、各方面の専門家による助言を求めるなど、慎重であるべきことは同様である。

(8) 身体的治療と精神科領域の治療の連携（新しい生活における QOL の向上）

精神科領域の治療に携わる者〔上記 3-1-(1)〕として定められた精神科医あるいは心理関係の専門家は、ホルモン療法や乳房切除術、性別適合手術など身体的治療の施行後においても当事者や医療チームの希望に応じて継続的に面接を行い、精神的サポートと新しい生活における QOL の向上を援助する。

VI. すでに治療を開始している症例への対応

これまでのガイドラインに依らずに治療を受けてきたケース、何らかの理由により途中からガイドラインに沿わない治療を受けたケースが治療を求めてきた場合、次の手順に従って検討する。

- ① 診断のガイドライン（V-2）に示された手順に従って診断を確定する。
- ② これまでの治療の妥当性を考慮しながら、必要な場合には治療の改善ないしは中止を指導する。
- ③ 本人の希望する治療について、治療のガイドライン（V-3）に沿って検討する。

VII. 今後の課題

2018年度より本ガイドラインに沿って日本GI（性別不合）学会認定施設で実施した手術療法は、保険診療の対象となった。しかし、ホルモン療法の保険診療化にあたっては薬事法上の条件を満たす必要があり、未だ保険診療化されていない。関係者が熱心に活動しているが、治験の実施、製薬会社による申請などのハードルが高く実現の目途は現時点で立っていない。また治験による通常の手続き以外にも方策を模索しており、これまでガイドライン内に明記されていなかったホルモン製剤の用法用量も、今回の改訂では附表として明記されることとなったのも、そういった目的のためでもある。

保険診療化が契機となったのか新たに名乗りを上げる治療施設が出てきているものの、未だ需要に見合ったキャパシティに至らず、多くの当事者が海外に手術療法を求める状況が続いている。治療施設の増加は、ガイドラインの普及と表裏一体であり、いっそうの啓

発が必要であろう。2011年の国連人権理事会の決議 17/19 に基づき国連人権高等弁務官が提出したレポートでは、gender identity に基づく人権侵害の一例として「多くの国で、トランスジェンダーは医療へのアクセスにおいて特に困難に直面しており、性別を適合させる（身体的）治療は利用できるとしても、しばしば法外に高価であり国の資金や保険の適用を受けられることは稀である」事が指摘されている¹²⁾。また、欧州人権裁判所（The European Court of Human Rights: ECtHR）は、欧州人権条約に基づいて国家はトランスジェンダーに完全な性別適合に至る手術を受ける可能性を提供し、この手術は「医療上必要な」治療として保険制度でカバーされるべきであるとする判決を出している¹³⁾。身体的治療の完全な保険診療化と治療施設の増加によるアクセスの改善は喫緊の課題である。

我が国における性別不合の人の医療へのアクセス不良の主要な要因として、性別不合の診療を担う医師の不足があげられるが、性別不合診療の体制拡充を各医師の個人の努力に任せることには無理がある。国や関連学会が連携して、性別不合の診療を行うことのできる医師を育成する体制を構築し、また、地域・医療圏毎に本ガイドラインに沿った判定会議を含む性別不合診療の遂行・拡充や普及啓発を担う拠点を設置することで、全国の性別不合診療を均霑化することが望まれる。

また、近年セクシュアリティの多様性が広く認識されるようになり、非典型的なセクシュアリティを持つ人々の苦悩、特に社会との軋轢に注目が集まっている。本ガイドラインの中で、小児に対する対応として学校等での無自覚な性別による区分を見直すことを強調しているが、これは医療機関にもそのまま当てはまる。本ガイドラインの精神は、いわゆる LGBTQ+ と呼ばれる人々が、安心して受診できる医療機関の構築にも応用できるであろう。今後はそういった視点から、全ての医療機関に求められる意識についても記載する必要があるかもしれない。

VIII. おわりに

国際的な診断基準の変更を端緒に今回のガイドライン改訂は行われた。前述のように診断基準の変更は、世界的にジェンダーやセクシュアリティの理解が進んだことを背景にしている。今回の改訂では反映しきれなかった考え方や概念も続々と広まっており、今後も

継続的な改訂が必要であろう。今後も日本精神神経学会と、学際的な学術団体である日本GI（性別不合）学会との共同作業により、さらに幅広い見地からの検討が期待される。初版のガイドライン発表から四半世紀を経たが、保険診療化の問題も含め、当事者の抱える問題だけでなく、社会の側の問題の解決にも努力し続けることが必要であろう。

-
- 1) 日本精神神経学会・性同一性障害に関する特別委員会：性同一性障害に関する答申と提言。精神神経学雑誌 99 巻 7 号, 533-540, 1997
 - 2) 日本精神神経学会・性同一性障害に関する第二次特別委員会：性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン(第 2 版), 精神神経学雑誌 104 巻 7 号, 618-632, 2002
 - 3) 中島豊爾 他, 日本精神神経学会・性同一性障害に関する委員会：性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン(第 3 版), 2006
(https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/gid_guideline_no3.pdf
2023 年 1 月 1 日確認)
 - 4) 松本洋輔 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 114 巻 11 号, 1250-1266, 2012
(https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/journal_114_11_gid_guideline_no4.pdf 2023 年 1 月 1 日確認)
 - 5) American Psychiatry Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition. American Psychiatry Association, Washington D.C., 2013
(高橋三郎, 大野裕, 監訳: DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014)
 - 6) ICD-11 (International Classification of Diseases, 11th Revision), The global standard for diagnostic health information. World Health Organization.
<https://icd.who.int/>
 - 7) Reed GM., et. al.: Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. World Psychiatry 15: 205-221, 2016.
 - 8) Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Gooren L, et.al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab; 202(11): 3869-3903, 2017.
 - 9) Kreukels BP, Cohen-Kettenis PT ; Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. Nat. Rev. Endocrinol. (2011)
 - 10) E.Coleman, A. E. Radix, W. P. Bouman, et. al. ; Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, International Journal of

transgender Health 23(s1) s1-s258, 2022

(<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/26895269.2022.2100644> 2024年7月27日確認)

11) WPATH(The World Professional Association for Transgender Health) : The standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people ; seventh edition, 2010,

(https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiJzaLI65qBAxU9r1YBHafkBMUQFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.wpath.org%2Fmedia%2Fcms%2FDocuments%2FSOC%2520v7%2FSOC%2520V7_Japanese.pdf&usg=A0vVaw0_QnPjJSvzeGTjBWzEmAPq&opi=89978449 2023年9月8日確認)

12) Annual report of the United Nations High Commissioner for Human Rights and reports of the Office of the High Commissioner and the Secretary-General, Discrimination and violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity , 2015.

(https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.ohchr.org/en/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session29/Documents/A_HRC_29_23_en.doc&ved=2ahUKEwjZk_Dr1_CFAxWKmLYBHcM9B_0QFnoECBIQAQ&usg=A0vVaw3VIPL4Jod1WPe9JFx2SR7q 2023年5月3日確認)

13) ECHR, van Kück v. Germany, judgment of 12 June 2003 and ECHR, B. v. France, judgment of 25 March 1992 and Christine Goodwin v. U.K., judgment of 11 July 2002.

表 1. GnRH アゴニスト製剤（二次性徴抑制療法）

投与法	一般名	用量
二次性徴抑制療法としての使用例		
GnRH アゴニスト製剤 皮下注射	リュープロレリン酢酸塩	30 μ g/kg/4 週ごと 症状に応じて 180 μ g/kg/4 週ごとまで増量可能
二次性徴完成後の例（月経停止を目的とする場合など）		
GnRH アゴニスト製剤 皮下注射	リュープロレリン酢酸塩	1.88~3.75mg/4 週ごと（成人量）

二次性徴抑制療法としての使用は、中枢性思春期早発症への治療に準じる。

表 2. 性別不合におけるホルモン療法

投与法	一般名	用量	
出生時に割り当てられた性別が男性の当事者（AMAB）			
エストロゲン製剤	経口	17 β -エストラジオール	2.0-6.0 mg/日
	経皮	17 β -エストラジオール・パッチ	100-400 μ g 2日ごとに貼り換え
		17 β -エストラジオール・ジェル	1.0g/日
	筋注	吉草酸エストラジオール	10 mg/2~3 週ごと, 20mg/2~4 週ごと
出生時に割り当てられた性別が女性の当事者（AFAB）			
アンドロゲン製剤	筋注	エナント酸テストステロン プロピオン酸テストステロン	125mg/2~3 週ごと, 250mg/2~4 週ごと

表 3. GnRH アゴニスト療法後の二次性徴の誘導

投与法	一般名	用量
出生時に割り当てられた性別が男性の当事者 (AMAB)		
エストロゲン製剤	内服	17β-エストラジオール
		二次性徴抑制療法として使用した例では 6 か月ごとに増量 5 μg/kg/日 10 μg/kg/日 15 μg/kg/日 20 μg/kg/日 二次性徴完成後の例では 1mg/日を 6 か月間, その後, 2mg/日へ (いずれも成人量 2.0-6.0 mg/日まで)
	経皮	17β-エストラジオール・パッチ
		二次性徴抑制療法としての使用例では 6 か月ごとに増量 6.25-12.5 μg/24 時間 25 μg/24 時間 37.5 μg/24 時間 (成人量 50-200 μg/24 時間まで, 100-400 μg, 週 2 回張替え)
出生時に割り当てられた性別が女性の当事者 (AFAB)		
アンドロゲン製剤	筋注	エナント酸テストステロン プロピオン酸テストステロン
		二次性徴抑制療法として使用した例では 6 か月ごとに増量 25mg/m ² /2 週ごと 50mg/m ² /2 週ごと 75mg/m ² /2 週ごと 100mg/m ² /2 週ごと (半量を 1 週ごと, あるいは, 倍量を 4 週ごととも可能) 二次性徴完成後の例では 75mg/2 週ごとを 6 か月間, その後, 125 mg/2 週ごとへ (いずれも成人量 100-200mg/2 週ごとまで)

表 4. 出生時に割り当てられた性別が男性の当事者（AMAB）へのエストロゲン製剤の作用

作用・副作用	作用が現れ始める時期	作用が最大になる時期
乳房の発達	3～6 ヶ月	2～3 年
体脂肪の再分布（女性的体型）	3～12 ヶ月	2～5 年
筋量・筋力の減少	3～6 ヶ月	1～2 年
皮膚の軟化・皮脂の減少	3～12 ヶ月	不明
性欲減退	1～3 ヶ月	3～6 ヶ月
勃起の減少	1～6 ヶ月	3～6 ヶ月
男性性功能不全	個人差が大きい	個人差が大きい
精巣重量の減少	3～6 ヶ月	2～3 年
精子形成の減少	個人差が大きい	3 年以上
ひげや体毛（硬毛）の発育減少	少ない（6～12 ヶ月）	3 年以上 a
頭髪の変化	個人差が大きい	— b
声の女性化	ほとんどない	— c

a: 完全脱毛には電気脱毛やレーザー脱毛が必要である。

b: エストロゲン投与の中止により男性型脱毛症が発現することがある。

c: 言語聴覚士等によるボイストレーニングが有効である。

1) Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, Rosenthal SM, Safer JD, Tangpricha V, T'Sjoen GG: Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 102:3869-3903, 2017.

2) 中塚幹也: 性同一性障害に対するホルモン療法—内分泌療法—. 形成外科 57: 849-855, 2014.

表 5. 出生時に割り当てられた性別が女性の当事者（AFAB）へのアンドロゲン製剤の作用

作用	作用が現れ始める時期	作用が最大になる時期
体脂肪の再分布（男性的体型）	1～6 ヶ月	2～5 年
筋量・筋力の増加	6～12 ヶ月	2～5 年
ひげや体毛の伸長・増加	6～12 ヶ月	4～5 年
声の低音化	6～12 ヶ月	1～2 年
月経停止	1～6 ヶ月	— a
陰核の腫大	1～6 ヶ月	1～2 年
膣の萎縮	1～6 ヶ月	1～2 年
乳房の縮小	ほとんどない	— b
脂肌・ニキビ	1～6 ヶ月	1～2 年
頭髪の脱毛	6～12 ヶ月	— c

a: 月経過多や不正性器出血が見られた場合には、婦人科医による診断、必要なら治療が必要である。

b: 乳房切除術が必要である。

c: 男性型脱毛症と同様の予防や治療が推奨される。

1) Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, Rosenthal SM, Safer JD, Tangpricha V, T'Sjoen GG: Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 102:3869-3903, 2017.

2) 中塚幹也: 性同一性障害に対するホルモン療法—内分泌療法—. 形成外科 57: 849-855, 2014.