

## 医療言説におけるゆらぐジェンダー概念と再帰的自己

石井由香理

### はじめに

本稿は、日本精神神経学会の「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」の初版(1997)、第2版(2002)、第3版(2006)の分析を通じて、「性同一性障害」概念のポストモダン的な様相について考察するものである。

第二派フェミニズムでは、これまで無自覚に前提とされてきた、「女性性の本質が存在する」という前提を疑う意識が生まれてきた。人々に特定のアイデンティティを疑いなく受け入れさせ、それに従属する形で自己を認識させ、自己に一貫性を生み出させることによって、規範を維持するような権力のあり方に焦点を当てた構築主義の議論は、ナンシー・フレイザー (Fraser, 2009) が第二派フェミニズムの政治の動向を説明した言葉を用いれば、第二局面の承認の政治において、重要なものであった。差異の承認を求めるような運動は、戦略的本質主義のように性の「本質」を見出そうとするだけでなく、むしろ、そうした、あるものを本質的で自然なもののように見せる文化的な作用を暴くこととも結びついていた。そのためこれまで多くの論者が、さまざまな視点から女性性や男性性の規範がどのように構築され、維持されてきたのかを考察した。だが、ジェンダー概念を取り巻く状況はすでにその形を変えているのではなかろうか。今日では上記のような「ジェンダーの構築性」だけではなく、さらに別様の問題意識が必要とされるだろう。そのことが最もよく現れているのが、トランスジェンダーの人々を取り巻く状況である。

90年代には性別の越境という行為が「性同一性障害」として医療化されていったのだが、この新たな概念は、単に一方の性別から他方への移行を可能にただけではなかった。その新しい特徴は、当事者を取り巻く言説に頻繁に登場する、「多様性」という語によく表れているように思われる。「多様性」には、既存のカテゴリーに同一化しきれない人々のあり方を互いに受け入れようというメッセージが集約的に示されている。このようなメッセージの中では、「ジェンダーの構築性」は当たり前のことである。そのため、むしろ重要なのは、ジェンダーの多様性を尊重する言説が、結果としてどのような作用を人々にもたらすかに目を向けることではないだろうか。

そこで、本稿では、「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」の分析を通じてそうした作用の考察を行っていきたい。このガイドラインには、医師の元を訪れる人々をどのように診断し、治療を施すかについての医療者に対する治療指針が示されている。本稿の課題は、このガイドラインが2度の改訂のなかで、どのようなジェンダー概念や当事者像を想定する

ようになっていったかを考察することにある。ガイドラインがどのような根拠の下に、いかなる権利を当事者たちに与え、そのために何を求めるようになったのかを問うことを通じて、ポストモダンのジェンダーの様相を明らかにする。

本稿の構成を確認しておく。第1節では、ジグムント・バウマンらの議論を、アイデンティティ・身体・リスクの面から整理し、それらのポストモダンの特徴とは何かを概観する。第2節では、今日の性別越境概念におけるガイドラインの位置づけと、性同一性障害・トランスジェンダーについての先行研究を整理する。そして、第3節において、実際にガイドラインの分析を行い、医療言説におけるポストモダンのジェンダー概念とはいかなるものかを考察する。

## 1 ポストモダンにおけるアイデンティティ・身体・リスク

### 1.1 永続的なモデルの後景化と再帰的自己像

ポストモダンとはいかなる時代かを説明する一つの視点として、ジグムント・バウマンは、「個人化」のありようの変化を挙げている (Bauman, 2001/2008)。バウマンによれば、個人化自体は、近代化が起こる段階ですでに確認されるものであった。

近代において、人々のアイデンティティは「所与」のものから「課題」へと変わっていった (Bauman, 2001/2008, p. 197)。言い換えれば、脱埋め込み化された人々は、再び埋め込まれることを志向したのだが、その再埋め込み先は、プレモダンの身分の割り当てのように固定されて変わることはないものであり、個人の選択の幅を限定した。それは、そうした再埋め込み先が「自然の事実」のように捉えられたからである。したがって人々は、「社会的に定着している形式やモデルに積極的に従っていくという目標、決まったパターンや『文化変容』を模倣しそれに追従するという目標、流れに遅れをとることなく、規範から逸脱することなくという目標」 (Bauman, 2001/2008, p. 198) に向かわされていた。

しかし、こうした近代的な自己の確立はポストモダンにおいて難しくなる。ポストモダンとそれ以前の時代を分けるものは、その再埋め込み先の融解である。現行の基準に従うことによって「将来を固める」ことは難しくなり、したがって最終的に「再び埋め込まれる」という見込みがあるわけではなくなる。つまり、永続的に何かに所属して自己を確立することは困難になっているのである。

バウマンの指摘する再埋め込み先の一つとしてジェンダーを挙げることができるであろう。ポストモダンのジェンダー概念は、統一的なモデルへの永続的な同化を促す力を徐々に失っているのである。アンソニー・ギデنزは、既存のジェンダー役割から脱しようとしている女性や、異性愛規範に異議を唱える同性愛者たちにとって「私は何者なのか」という疑問がよ

り表面化してきていると指摘している (Giddens, 1992/1995, p. 51)。このようなジェンダー・アイデンティティあるいは、セクシュアル・アイデンティティは、ポストモダン<sup>1</sup> 状況のなかで「開かれ」たもの (Giddens, 1992/1995, p. 51)、つまり再帰的に見直され、修正されるものとなる。

また、このような自己の再帰性は、個々人の身体にまで及ぶものであると、ギデنز是指摘している。

自己の再帰性は、抽象的システムの影響と結びついて、心的過程と同時に身体にも広く影響を及ぼす。身体はますます、モダニティの内的準拠システムの外側で機能する外部的な『与件』ではなくなり、それ自身再帰的に活用されるものになる。(Giddens, 1991/2005, p. 8)

身体が、「外部的な『与件』」ではなくなっているということは、すなわち、身体が、アイデンティティがそうであるのと同じように、選択的なものとして見なされ、当人たちによってたえず見直されるものとなっているということである。また、そのような身体の構築は、個々人が責任を負って行わなければならないようなものになっていくのである (Giddens, 1991/2005, p. 115)。

埋め込み先の融解によって、支配的なモデルに同化して自己像や身体像を永続的に確立することが難しくなるにつれ、再帰的に自らの自己像や身体像を問い直す必要が生じてくる。そして、こうしたポストモダンの傾向は、性の領域にも浸透する。トランスジェンダーの事例に現れているのは、自己像、身体像の再埋め込み先としてのジェンダー概念の融解という現象である。ジェンダーは人々を統一的に従わせるものとしてではなく、多元的、選択的なものとみなされるようになった。また、それに伴って、人々が自己像や身体像を再帰的に構築／再構築するのである。

### 1.2 連帯の困難とリスクの個人化

自己像や身体像が選択的なものになるにつれ、新たな問題として浮上するのは、選択の責任の帰属先がどこになるのかである。ポストモダンの議論では、リスクの個人化が指摘される。バウマン (Bauman, 2001/2008) によれば、かつては、巨大な権力から自由をいかにして確保するかということが問題であった。しかし現在、むしろ重要なのは、集団を形成したり、そうした集団に永続的に所属することが難しくなっていることである。たとえ所属したとしても、

それは一時的なものになってしまうため、人々は、構造的に発生する不確実性やリスクを個人で引き受けなければならないような、脆弱な立場に追い込まれている。

社会的な救済や保障がないならば、個々人が自らの身を守る時に頼りになるのは、自らの資源のみということになる。ここでの資源とは、個人の収入や資産といった経済的なものから、支援してくれる家族・友人の多さ、職場の理解などの社会的なものまでを指す広義の意味を有するものである。豊かな資源を持つ人ならば、ポストモダン的な環境は、理想的な、自由を謳歌できる状況なのかもしれない。しかし、そうした資源が十分でないのならば、以前よりも重い責任を人々は負わなければならない。本稿で確認したいことの一つは、このような自己責任化が、「性同一性障害」の文脈にも現れているということである。

以上の議論を踏まえ、本稿では、「性同一性障害」のガイドラインを事例としながら、ジェンダーのポストモダン的な様相について論じていきたい。ガイドラインは、性別越境を望む者たちに対する医療者の治療指針を示すものである。それゆえ、この医療言説は、性別とは何か、女もしくは男とは何か、そのためにどのような治療を当事者に受けさせるのか、当事者たちにどこまで権利を与え、その代わり何を求めるのかといった問いに答えることになり、また、そのことを通じて、新しいジェンダーのありようを示している。そこで、本稿では、さきほど呈示したポストモダン的自己像を手がかりに、医療言説にあらわれる自己像を分析し、医療言説の変容のあり方が、2つの自己像、つまり医療言説上の自己像とポストモダン的な自己像のギャップを解消する方向に進んでいる過程を明らかにする。次節では、それに先駆けて、このガイドラインが成立した背景、及び改訂で変更された治療内容の概要を把握し、そして、「性同一性障害」の医療言説についての先行研究を概観したい。

## 2 新しい性別越境概念の登場と批判の検討

### 2.1 「性同一性障害」概念の登場とガイドライン

「性同一性障害」概念の登場とその概念の普及は、日本における性別越境のあり方を大きく変えていった。90年代前半までは性別の越境を医学的に捉えるといった視点はほとんど一般化していなかったが、「性同一性障害」という医療概念が認知され、その当事者が多く生み出され、当事者団体が発足して活動するようになり(野宮, 2004)、法律の制定がなされる。また、それらは互いに影響を及ぼし合い、例えば、当事者たちから出された意見や批判によって、診断と治療のガイドラインが書き換えられる、つまり「性同一性障害」のあり方が変化するのである。

こうしたここ数十年に特徴的な、性別越境に関する議論の隆盛の元となった出来事が、1995年の、埼玉医科大学の原孝雄教授から同大倫理委員会への「性転換治療」の申請であ

る。当時倫理委員会の委員長であった山内俊雄によれば、答申は、「性同一性障害と呼ばれる疾患が存在し、性別違和に悩む人が存在することを認め、その悩みを軽減することを医学が手助けすることは正統であると述べ、はっきりと医療の対象であることを位置づけ」た(山内, 1999, p. 74)。しかし、すぐに手術を行うことには問題があるとして、三つの付帯条件を付けている。そのなかの一つとして挙げられたのが、関連する学会や専門家集団による診断基準の明確化と治療に関するガイドラインの策定であった。10名の委員と2名のオブザーバーによって構成された委員会は、ハリー・ベンジャミン国際性別違和協会の治療基準や海外の事情を検討し、また、当事者たちにも意見を求めるなどして、ガイドラインの策定をおこなった(山内, 1999)。そして、1997年、特別委員会は、「性同一性障害に関する答申と提言」を出し、その中で性同一性障害の診断基準と治療に関するガイドラインを発表することになる。このガイドラインには、母体保護法第28条の規定をクリアするための手続きを示す役割もあり、手術療法を合法的な治療とするための法的手続きとしての意味を持っていた(塚田, 1999, p. 207)。そのため、98年に外科手術を求める申請が出された後に、厚生省公衆衛生審議会精神保健福祉部会などにおいて手術治療の是非についての審議がなされたが、手術の妥当性は認められたようだ(山内, 1999)。このことは、国レベルで、「性同一性障害」という概念が認知され、その治療の妥当性が認められたことを意味している。また、2003年には「性同一性障害者の性別の取り扱いの特例に関する法律」が制定された。そして、98年10月に埼玉医科大学において、当事者への外科手術が行われる。これらの一連の流れは、マスコミに報道され、世間の注目を集めた。

日本精神神経学会のガイドラインは2002年と2006年にそれぞれ改定され、治療内容が変更されることになる。「第2版」では、ホルモン投与と乳房切除の対象年齢が引き下げられ、乳房切除が「治療」の第2段階に移行し、ガイドラインによらずに自己診療をはじめた人たちへの対応が考えられるようになっている。また、第3版では、第1、2、3段階を、「精神科領域の治療」と「身体的治療」とし、身体的治療のなかでは、その順序を問わないことになった。このことを、当事者であり運動家である土肥いつきは次のように書いている。「つまり、『コース』から『アラカルト』への変更ということが言えると思います」、「また、当事者の側からは治療の選択の幅が広がった一方、本人の責任の比重が増したということも言えるでしょう」(土肥, 2006, p. 94)。つまり、段階に沿った治療ではなく、自分自身に必要なものを、より自由に選択することができるようになったのである。

加えて、「IV. ガイドライン再改訂の理念とその要点」では、これまで、性別適合手術の適応判定に際して、倫理委員の承認を必要条件としていたが、今後は、従来の倫理委員による性

別適合手術の個別承認を撤廃するとしており、そうすることによって「判定の効率化（スピードアップ）」を図りうることが記されている（日本精神神経学会，2006, p. 8-9）。

## 2.2 性別越境の医療化に対する反応

こうした性別越境の医療化に孕まれる問題の一つは、ジェンダーの本質主義的論理の再生産である。セクシュアルマイノリティたちは、逸脱した存在として捉えられ、医療化されたという歴史（Conrad, 2007）を有していることから、研究の中にも本質主義的な思想に対抗するために、構築主義の思想が織り込まれていった。国内のトランスジェンダー研究においても、このような思想的流れが受け継がれている。杉浦郁子は、「性転換手術」の正当性を示すことを目標に、性別がどのようなものであるか、性別を越境しようとするのがどういふことを規定していったため、医学的言説が、生物学的性などの本質主義的な議論と結びついていったのではないかと説明している（杉浦，2002）。また、東優子は、医療者は、当事者がどういった医療サービスの対象となり得るのかについて、最終的な合否判断を下す権限をもつ「門番（gatekeeper）」となり、そのため、治療者自身のジェンダー・バイアスやセクシュアリティ観が当事者の治療に影響を及ぼすことになると指摘する（東，2000）。あるいは、実際に当事者たちを診察する医療者たちの意識が性別規範に囚われているとの指摘もある（石田，2008；鶴田，2003）。

だが、医療化言説は、単に本質主義的な規範を再生産するだけでなく、当事者たちの選択の自由を拡大するようにもなっている。東（2007）は、ガイドラインが改定されるごとに「規制緩和」がかなり進むとともに、それが『自己決定と自己責任』を印象的なまでに繰り返すようになっている」と指摘し、次のように述べている、「その理念は、『治療法の実施の自由は大幅に拡大して、自己決定と自己責任において、個別例の希望する多様な治療法の選択が可能となったと』説明される」（東，2007, p. 78）。

また、鶴田幸恵は、健康保険適応外の医療費や、医療機関にかかるための交通費などが捻出できる者だけが制度の恩恵にあずかり、そうでない者たちは取り残されたため、両者の格差が拡大したことを指摘している（鶴田，2008, p. 110）。加えて、医療と法律の間での当事者定義の齟齬が、「現在の法や医療制度のもとでは、手術できる条件や資本を持つ者が戸籍変更を果たし、この“業界”から“卒業”していく反面、“卒業”を心待ちにして制度に乗る卒業予備軍と、制度という知識を与えられておきながらもケアから取り残される“周辺軍”と呼ばれる当事者」と3分される」（鶴田，2008, p. 111）ことに繋がっていく。つまり、個人が資源をもっているかないかがより問われるべきものとなっているのである。

選択の自由の拡大と、自己責任化、そして資源の格差の問題は、ジェンダー概念の新しいありようや個々人の再帰的自己像や身体像の変化と結びついている。セクシュアルマイノリティたちが強調する、多様性を尊重する態度を取り入れた結果、性別越境に関する医療言説は、既存のジェンダー・アイデンティティとの距離を意識して構築される再帰的自己像や身体像により歩み寄っているのである。そこで次節では、実際に身体やアイデンティティの再帰性が、「性同一性障害」の文脈で、どのように表れているのかを、日本精神神経学会の「ガイドライン」の変遷から探っていく。

## 3 「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」の分析

日本精神神経学会は、「性同一性障害に関する答申と提言」の中で提示した性同一性障害に関する診断と治療のガイドラインを、2002年と2006年にそれぞれ改定している。以下では、ジェンダーの再帰性に目を向けて、このテキストを読み直していきたい。

### 3.1 初版

初版の「1. 審議の経過」には、答申を取りまとめるまでの審議の中で、性同一性障害に関する特別委員会の委員以外にもオブザーバーとして「関連する専門家」（泌尿器科と心理学の専門家）に出席を依頼したり、専門家を呼んで講演会を開催して海外の事情を検討したり、あるいはまた当事者やこの問題に関連している人たちに情報を開示したりして意見をまとめたと書かれている。

また、特別委員の基本的姿勢が5つ挙げられ、埼玉医大の答申を基本的に支持すること、性同一性障害の診断基準ならびに治療の基本を提示すること、精神医学的問題に的確に対応できるような方策を検討すること、法律家や当事者や領域に関連する人々の意見を聞きながら問題を検討すること、日本精神神経学会が医学界ならびに関係省庁に積極的な働きかけを行い、性にまつわる問題が正しい評価を受けるよう努力することを要望することが記された。

初版の記述で興味深いことは、「性同一性障害」を考える際に当事者の社会生活を視野に入れ、それと関連させて論が展開されていること、そして、インフォームド・コンセントの重要性を指摘するような文章を盛り込んでいることである。

当事者をサポートする医療チームを組む意義には、当事者がアイデンティティの問題だけでなく、様々な領域の問題にも悩まされているためであることが結びつけられている。

性同一性障害を有する者は単に、生物学的性と性の自己意識の不一致に悩むだけでなく、さまざまな医学的、心理的、社会的、家族的ならびに経済的問題を抱えているこ



とが多いので、その診断、治療には多彩な問題に対応できるように、つぎのような関連領域の専門家からなる医療チームを作り、常にチームとして問題を把握し、解決するように努めるべきである。(性同一性障害に関する特別委員会, 1997: 534)

ここでは、性同一性障害に関して、医学的問題以外の、「心理的、社会的、家族的、経済的問題<sup>2</sup>」にも目配りをする必要があることが示されている。つまり、当事者たちの社会生活を意識しているのである。診断や治療の際にはこの「多彩な」当事者たちの社会生活に思いを巡らせなければならないとされている。これに従うなら「性同一性障害」の診断は一元的な基準のもとに行うことができなくなる。

また、「提言」の「(4) 法的問題に関する指針を早急に出すことを望む」では、法律の制定を求めるために医療の正当性について次のように述べられている。

性同一性障害についてこれまでみてきたように、また、埼玉医科大学倫理委員会答申にあるように、性の転換の希望は単なる好き嫌いの問題ではなく、生物学的性 (sex) と性の自己認知 (gender) の不一致からくる障害であり、ある意味では人間存在の本質に関わる課題でもある。

従って、選ばれた医療グループにおいて、学問的倫理に裏付けられた綿密にして、慎重な検討の上で選択された治療であれば、それは正当なものであり、「故なく」行われる単なる医療操作ではないとみなされる。特に、診断の過程において、中核的性同一性障害とその周辺群とを峻別し、その上で、性の転換によって生ずる可能性のある問題を吟味して行なうものであれば、個人の苦しみを軽減するだけでなく、個人の生活の質 (QOL) を高めるための医療 [underline added] と考えられる。(性同一性障害に関する特別委員会, 1997, p. 539)

この場合の、「中核的性同一性障害」に対するその「周辺群」という記述に対して、これが本質主義を招くのではないかという主張が当然起こってくるだろう。同様の問題を、例えば「単なる好き嫌いの問題ではなく障害」という言葉使いにも見いだせるし、一体何が「人間存在の本質」なのかという問いも生じてくる。これらの指摘は必要なものであろう。だが、「半陰陽、間性、染色体異常などが認められるケースであっても、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ない場合、これらを広く性同一性障害の一部として認める」(日本精神神経学会, 2002, p. 623) というように、第2版のガイドラインから、周辺群も一定の条件を満たす場合、「治療」対象になっているのである。よって、「性同一性障害」が対象とする者は広がっ

ている。また、後述するように、当事者たちのアイデンティティは、性別二元論では捉えられないものだとして記述されるようになるため、本質主義的色彩は次第に弱められていくことになる。したがって、本稿では、この記述において、性同一性障害という疾患の治療が、個人の生活の質を高めることと結びつけられていることの方に注目したい。当事者たちのアイデンティティの問題を性同一性障害として医療化することは、当事者の QOL を高めることにも繋がるとされ、ここでも、当事者の社会生活が意識されている。

次に、インフォームド・コンセントについての記述を取り上げたい。この文章は、提言の「(2) 国内医療チームの組織化」の中に書かれている文章である。

⑤診断と治療の各時点で、治療者は適切な助言と説明を行い、治療の自由な選択を保証する。そのために、説明ならびに同意の書類を作成することを推奨する。(性同一性障害に関する特別委員会, 1997, p. 538)

医療者は情報提供を行い、それに対して当事者が治療を選択するというわけである。説明や同意の書類を作成するのに、医療者が責任を問われた場合の証拠作りという意味があるのなら、これは、個人の自己責任と結びついていくことになる。いずれにせよ、この選択の自由は、後の版でより拡大されていくことになる。これについては後述する通りである。

また、初版の「付言」では、今後の問題点として、すでになんらかの形で治療が開始されている人たちにも、ガイドラインに沿った治療ができるようにするべきだと書かれている。そして、これについては第2版で実現されることとなる。

初版において、「性同一性障害」は、当事者の生活世界と結びつけられており、このことは、一元的な診断・治療の否定に繋がっていくことを確認した。また、情報提供の必要性和選択の自由に言及する箇所があることも見た。第2版の中では、さらにこれらの多様な言説と当事者の選択の自由が強調されていく。

### 3.2 第2版

2002 年に出版されたガイドラインでは、初版の日本精神神経学会のガイドラインによって「ブルーボーイ事件以後長く続いた『暗黒の時代』に終止符が打たれ、性同一性障害は医療の対象と位置づけられた」(性同一性障害に関する第二次特別委員会, 2002, p. 619) と記述され、ブルーボーイ事件からの「暗黒時代」を終わらせたという捉え方がなされている。そして、「次第に性同一性障害に対する治療は正当な医療行為として社会に肯定的に受け取られ、その地歩を固めつつあるかに見える」(性同一性障害に関する第二次特別委員会, 2002, p. 619) としな

がら、しかし臨床経験を積むうちに「初版ガイドラインに沿わないケースを少なからず経験するようになり、「ようやく根付きはじめた性同一性障害の治療を、後退させることなくいっそう発展させ、ガイドラインを改訂することが急務であると認識するに至った」とある。ガイドラインは、「より分かりやすく、現実にもつた実効性のあるものとするを目標に」改訂された。

初版で今後の目標とされていた、すでに何らかの「治療」を受けている人たちを、第2版では、ガイドラインの対象とすることを定めている。それについて、「4. ガイドラインに一致しない治療例への対応」では、ガイドラインにのらない治療を受けてきた人たちを「治療」対象から外しても、その人たちは非正規の医療機関などで「治療」を求めるかもしれない、そうやってしまえば、「性同一性障害」のガイドラインは、一部の人が救われないものとして、社会からの支持を失うだろう、それは「性同一性障害」の「治療」全般がうまく機能していかなくなることに繋がる、という論理である。また、第2版では、先に述べたように、「半陰陽、間性、染色体異常などが認められるケース」であっても、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ない場合には、性同一性障害の一部として認めることになっている。このように、公式の医療機関が想定する「治療」対象者の間口は、広がっているのである。

「II. ガイドライン改訂の経緯」の「1. 委員会の基本的姿勢」では、初版のような記述、つまり、当事者は違和感の他に社会生活の中で様々な問題を抱えていることや、治療が当事者の「人間としての尊厳を回復する」ことに再び触れている。また、「2. 治療に対する基本的認識」では、ジェンダー・アイデンティティを変更し身体的性別に近づける治療の不可能性と非道徳性を挙げ、性同一性障害の治療とは、「精神的サポートをしながら、治療の諸条件の達成状況に応じて、ホルモン療法や手術療法などによって身体的特徴（本人が希望する範囲内において）をジェンダー・アイデンティティに合致させる方法を見出していくことである」（性同一性障害に関する第二次特別委員会, 2002, p. 620）と定義している。そして、「3. 性同一性障害の多様性」で、当事者の多様性に目を向けた記述がなされている。

性同一性障害の当事者における性のあり方は、極めて多様である。このことは、社会において価値観が多様化するなかで性のありかた自体も変化し、従来築かれた男女の性意識が変遷し、求める性役割も大きく変貌しつつあるという状況とも関係すると考えられる。このような実体を踏まえると、性同一性障害の治療は、単に男か女かという二分法的な性のとらわれかたに依拠するのではなく、本人のなかで培われ、一貫性をもって持続するようになったジェンダー・アイデンティティを尊重して、本人が最

も良く適応できる諸条件を個々のケースにそって探り、その達成を支援することであるといえる。（性同一性障害に関する第二次特別委員会, 2002, p. 620）

ここで新しく提起された議論では、価値観の多様化を背景に性別に対する意識が揺らいだと捉えられ、二分法的な性のあり方に対して距離が置かれ、むしろ個別的な独自のジェンダー・アイデンティティを尊重すべきだとされている。ただし、尊重されるべきアイデンティティが「一貫性をもって持続する」ものとして定義されているということは、多様なアイデンティティといっても、そこには、一時的なものや一過性のものを含まないということ意味する。同時に、「本人のなかで『培われ』」、「一貫性をもって『持続するようになった』」という文章は、当事者たちのアイデンティティが、先天的原因によって規定されているというよりも、後天的に形成されることを意味すると読み取ることができる。つまり、既存のジェンダー・アイデンティティと重ならない独自のジェンダー・アイデンティティを個人が構築し、それが持続していると見なせる場合にはそのアイデンティティを尊重した形で、本人にとって最も適切な方法で、治療を行うというのである。

文章はまた、次のように続く。

性同一性障害の多様性について、初版ガイドラインにそった治療を求めるもの以外に、次のような例も認められる。身体的性別の特徴を希望する性別のものに変えたいと願いながらも、ホルモン療法を受けずに性器に関する手術のみを希望するケースや、あるいは乳房切除術ないしはホルモン療法だけを望み、性器に関する手術を希望しないケースもみられる。また強い性別違和に悩み種々の矛盾を感じながらも、家庭生活や社会生活を優先させるために精神的サポートのみを希望するケースなどがある。

このように当事者が求める治療は多様 [underline added] なものであるが、治療の必要性が性同一性障害に由来しており、治療によって社会に適応しやすくなるという恩恵がもたらされるのであれば、医療の立場から貢献するに十分な理由があると考えられる。性同一性障害にみられる多様性に対して画一的な治療を遵守させるのではなく、ジェンダー・アイデンティティのありかたと当事者自身の求める社会適応のありかたを尊重すべき [underline added] である。したがって合理的で正当な範囲において、自己の責任において治療を選択し決定してゆくことが最善 [underline added] であると考えられる。今回の改訂では、後述の通り、性同一性障害の多様性に対応した治療を提供する際の原則を提示している。（性同一性障害に関する第二次特別委員会, 2002, p. 620）

当事者たちの医療に対するニーズの多様性に触れ、それに画一的な治療をするのではなく、当事者が治療を選択し決定していくべきだとしている。ここには、「自己の責任において」と、断り書きがされている。これは第3版でより明らかになる点であるが、当事者にリスクを含むあらゆる情報を与えて、自分の望む道を選択させようとしているのである。当事者は選択の自由を手に入れるが、そのためのリスクは背負わなければならない。

また、性器を取り扱う第3段階の治療については、以下のように記されている。

第3段階の治療における手術療法の範囲は、基本的には内外性器の手術に関わるものである。

MTFの場合：精巣摘出術、陰茎切除術と造陰術および外陰部形成術

FTMの場合：第1段階の手術として、卵巣摘出術、子宮摘出術、尿道延長術、陰閉鎖術  
第2段階の手術として、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 [underline added] である。(性同一性障害に関する第二次特別委員会, 2002, p. 629)

どのような手術を行うかは、予め決まっている訳ではなく、それを行うことによってもたらされる結果やリスクなどの情報を医療者が当事者に提供し、またそれに対する本人の意思を尊重することを通じて選択されていくのである。この記述は、第3段階でも引き継がれている。

### 3.3 第3版

第3版は、2003年の「性同一性障害者の性別の取り扱いの特例に関する法律」(いわゆる「特例法」)の制定後の、2006年に出されている。特例法では、戸籍の性別を変更できる条件を5つ挙げており、その4と5(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部分に近似すること)が性別適合手術を前提としたものであることから、第3版のガイドラインの中には、手術は法的にも正当なものとして認められたとの解釈が示されている。

性的アイデンティティの多様性に関しては、「III 性同一性障害の医療の現状とその問題点——性同一性障害の多様性について——」において、次のような文章が記されている。

一方で、各種の治療方法に関する知識が普及するにつれ、当事者は自らのライフスタイルないし価値観に合う最適な治療法を選択したいと希望する [underline added] ようになった。例えば、ホルモン療法については、副作用を回避するために性別適合手術後に最小のホルモン量でホルモン療法を開始することを希望する当事者も現れている。

このような状況を勘案すると、当事者にとって最適な治療を構築するためには、治療法などについて十分に説明して理解を得たうえで、自己決定と自己責任の理念のもとに治療法は選択されるべき [underline added] であるとの結論に至った。(性同一性障害に関する委員会, 2006, p. 8)

ここでは、治療法は、「女」か「男」かという性的帰属によって完全に規定されるのではなくて、ライフスタイルや価値観によっても選択されるということが示されている。そして、そのような諸条件(生活世界、価値観)が治療を選択していく上で重要な要素になるために、治療は一元的なものになりえないとされているのである。

また、同じ項の中の「3. 治療選択に関する自己決定と自己責任——インフォームド・コンセントからインフォームド・デシジョンへ」では、次のように書かれている。

性同一性障害の臨床像には多様性が認められることは改訂第2版ガイドラインに記述した通りである。このことは治療的にも個別例に沿った多様な治療法の選択が要請されることを意味している。当事者にとって最適な治療を構築するためには、治療法などについて十分に説明を行い理解を得たうえで、自己責任のもとに自己決定によって自らに最も適した治療を選択すべきである [underline added]。およそ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(FTM)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すべきである。

したがって医療現場においては個々の症例に応じたきめ細かい現実的で柔軟な判断が、これまでに増して求められよう。一方、当事者においても、自分がどのように生きることを希望するかを明確にして、自己責任のもと治療の選択を自己決定する [underline added] ことを十分に理解すべきである。このことは、インフォームド・コンセントから一歩踏み込んでインフォームド・デシジョンに依拠する [underline added] ことである。この様に治療選択の幅が広がったことは、同時に当事者の責任が拡大したことを意味している。(性同一性障害に関する委員会, 2006, p. 9)



また、「V. 診断と治療のガイドライン」の「1. ガイドラインの位置づけ」では、以下のように記されている。

今回の再改訂では、治療法の選択の自由は大幅に拡大して、自己決定と自己責任において、個別例の希望する多様な治療法の選択が可能となった。(性同一性障害に関する委員会, 2006, p. 10)

このように医療システムは多様性言説を取り込み、「当事者にとって最適な治療法」の選択を可能にしたのだが、そこには次のような条件が付記されることになった。つまり、医療者は、必要な情報を提供するので、自身に合った治療を選択してほしい、その代わりにそこで生じるリスクに関しては自らで責任を取ってほしいというのだ。このことが「インフォームド・デシジョン」という言葉で示された。また、医療者たちには、多様性に配慮するために、より個別性に目を向けた判断をすることや、当事者たちの選択が適切に行われるように、情報を公開することが求められている。既存のカテゴリーに縛られることのない選択の自由が推奨されている一方で、この言説は、個々人の自己決定を促し、そこで発生する責任の帰属先を個人に求めるようになったのである。

### 3.4 考察

ここで、一度議論をまとめておこう。ガイドラインの変遷によって、重要な論点として浮かび上がってくるのは次の5点である。1つ目は、ジェンダー・アイデンティティは二分法的なものではなく、多様なものであると言及がなされるようになったことである。その論理から、最も良い選択が何であるかは、個々のケースによって違い、それを探ることが重要であるとされている。

2つ目は、治療法は、ジェンダー・アイデンティティによってのみ決まるものではないということである。生活世界や価値観にも目を向けなければ最適な治療を行うことができず、そのために治療は一元的なものではなくなる。1つ目と2つ目の主張は、テキストの中で、治療がなぜ多様化していくべきなのかについての理由を説明している。

そして、3つ目は、当事者たちのジェンダー・アイデンティティは一貫性をもつことが前提となっていることである。後天的に形成されたものであれ、持続性や一貫性の証明は求められている。

4つ目は、治療法の選択は、当事者によってなされることが望ましいとされている点である。医療者は情報を提供するが、実際に治療を選択しなければならないのは当事者なのである。

最後の論点は、その選択の際に生じるリスクに関しては自らで責任を取ることが求められていることである。ガイドラインではこのことを「インフォームド・デシジョン」という言葉を使って示した。医療者たちはその個人の選択が適切に行われるように、情報を公開する必要があるとされる。当事者たちには既存のカテゴリーに縛られることのない選択の自由が推奨されているが、リスクは個人化されている。したがって、医療システムにおける多様性言説は、個々人の選択と自己決定を促し、そこで発生するリスクの個人化へと繋がっていく。そして、選択の自由とリスクの個人化は、個人のもつ経済的・社会的資源が当人の生き方をより強く規定するように促すであろう。

以上のことから、この医療言説が前提とする、もしくは要請する当事者たちの像とはどのようなものかについて考えてみたい。その一番重要な特徴は、既存のジェンダー表象に重ならない形で、当事者たちが自己像や身体を構築することが視野に入れられていることである。「性同一性障害」の治療は、すでにあるジェンダーモデルを本人に適用するというよりも、むしろ本人がもっているジェンダー観や彼らの生活世界に合わせて自己像や身体を構築する方向に向かっているのである。

### おわりに

本稿では、「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」の変遷を追うことで、医療言説が想定する新しい当事者像とはどのようなものかについて考察を行った。第1節では、ジグムント・パウマンらのポストモダンの議論から、再帰的自己像や身体像、そしてリスクに関する論点を提示した。そして、永続的に個人が準拠できた帰属先がなくなり、人々は自己のあり方を自ら選択しなければならなくなっていること、リスクの個人化が起こっていることを確認した。

また、第2節では、ガイドラインの位置づけを確認し、トランスジェンダーに関する議論を追うことから、ポストモダンの議論の視点から、状況を見ることの有効性を指摘した。

そして、第3節で、実際にガイドラインの分析を行い、ポストモダ的なジェンダー概念に関連する特徴を考察した。そこでは、5つの諸特性を発見することができた。一つは、言説がジェンダー・アイデンティティを二分法的なものではなく、多様なものであると位置づけていること、二つ目は、治療法は、ジェンダー・アイデンティティだけでなく、生活世界や個人の価値観にもとづいて選択されるべきであるといわれていること、三つ目は、当事者たちのジェンダー・アイデンティティの一貫性が前提となっていること、そして四つ目が、治療法の選択



は、当事者によってなされることが望ましいとされていること、最後に、治療選択の責任が個人に帰せられていることである。これらのことから、すでに言説そのものが、人々を再帰的なアイデンティティへと導いていく新しい動力に組み込まれている可能性を指摘した。

しかし、ここで確認しておかなければならないことが2点ある。1点目は治療選択の責任の帰属先が個人に割り振られてしまっていることである。性別の越境は、多くの場合、身体だけの問題に留まらず、個人の人生全体および、他者との関係性にまで大きな影響を与える。そのため、本人の希望とは別に、金銭の問題や家族、職場の状態などの制限のためにそもそも治療の選択肢が非常に限られてしまうこともあるだろう。また、治療を受けた後に、身体面や精神面、および、個人のおかれている環境との間で様々な問題が起こってくることも予想される。加えて、2点目の問題と重なるが、自己像・身体像が再帰的に修正されることから問題が生じるかもしれない。こうしたことがらは、資源をもたない人々により重くのしかかる問題であろう。にもかかわらず、選択の「自己責任化」は、資源配分という社会的問題の存在を覆い隠す作用をもつ。医療制度が多様性を尊重するようになったことや、当事者たちがより自分らしい自己像を追い求めるようになったこと自体には評価されるべき点がある。しかし、責任の帰属先が個人に求められてしまっていることはやはり問題として捉えなければならないだろう。

2点目は、ガイドラインにおいて、「一貫したジェンダー・アイデンティティをもち、身体像の構築と維持をする主体」のみが医療化あるいはそれに伴って非逸脱化され、「ジェンダー・アイデンティティと身体像の不断なる再構築を求める主体」が逸脱者として取り残されていることである。だが、ガイドラインに言及されていたような、当人の一貫した自己像が先にあり、それに合った治療を探す、という論理は妥当なのか。言い換えれば、一貫した自己像という前提はそれほど盤石なものなのであろうか。性が多様なものとして定義づけられる状況においては、当事者たちの自己像や身体観は明確なものというより、曖昧で、再帰的にその形態を変えるものになりがちなのではないか。自己の一貫性を支える強いモデルは次第に力を失っている。何かが「私」のあり方を規定してくれることはなく、ただ一つのモデルへの一体化を死ぬまで続けられよという生き方を人はできなくなっている。医療制度はアイデンティティの一貫性を求めているが、医療言説が前提としている強いジェンダー概念の後景化は、人々をその一貫性から遠ざけ、自己像をゆらぎのあるものに変えていく力を持っていると考えられるのである。

## References

- 東優子 . (2000). 「ジェンダー指向をめぐる医療と社会」. In 原ひろ子 & 根村 直美 (Eds.), 『健康とジェンダー』 (pp. 205-223). 東京 : 明石書店 .
- 東優子 . (2007). 「ジェンダーの揺らぎを扱う医療 〈『結果の引き受け』を支援するという視点について〉」. In 根村 直美 (Ed.), 『揺らぐ性・変わる医療ケアとセクシュアリティを読み直す 健康とジェンダー 4』 (p. 69-90). 東京 : 明石書店 .
- Bauman, Zygmunt. (2000). *Liquid modernity*. Cambridge: Polity Press. = (Translated work published 2001). 『リキッド・モダニティ』 ( 森田典正 , Trans.). 東京 : 大月書店 .
- Bauman, Zygmunt. (2001). *The individualized society*. Cambridge: Polity Press. = (Translated work published 2008). 『個人化社会』 ( 澤井敦 , 管野博史 & 鈴木智之 , Trans.). 東京 : 青弓社 .
- Conrad, Peter. (2007). Continuity: Homosexuality and the Potential for Remedicalization. In *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders* (pp. 97-114). Baltimore, MD: The Johns Hopkins University press.
- 土肥いつき . (2006). 「性同一性障害とは何か」. In セクシュアルマイノリティ教員ネットワーク (Ed.), 『セクシュアルマイノリティ第2版—同性愛、性同一性障害、インターセックスの当事者が語る人間の多様な性』 (pp. 84-98). 東京 : 明石書店 .
- Fraser, Nancy. (2009). Mapping the feminist imagination. In *Scales of justice: reimagining political space in a globalizing world* (pp. 100-115). New York, NY: Columbia University press.
- Giddens, Anthony. (1991). *Modernity and self-identity self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity press. = (Translated work published 2005). 『モダニティと自己アイデンティティ——後期近代における自己と社会』 ( 秋吉美都 , 安藤太郎 & 筒井淳也 , Trans.). 東京 : ハーベスト社 .
- Giddens, Anthony. (1992). *The transformation of intimacy: sexuality, love and eroticism in modern societies*. = (Translated work published 1995). 『親密性の変容——近代社会におけるセクシュアリティ、愛情、エロティシズム』 ( 松尾精文 & 松川昭子 , Trans.). 東京 : 而立書房 .
- 石田仁 . (2008). 「性同一性障害を抱える人びとの見解 (2) ——職場・病院、パートナーシップ、世代差に関して」. In 石田仁 (Ed.), 『性同一性障害 ジェンダー・医療・特例法』 (pp. 133-160). 東京 : 御茶の水書房 .

- 野宮亜紀 . (2004). 『『性同一性障害』を巡る動きとトランスジェンダーの当事者運動——Trans-Net Japan (TS と TG を支える人々の会) の活動史から——』 . 『日本ジェンダー研究』 , 7, 76-91.
- 性同一性障害に関する委員会 . (2006). 『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）』 . Retrieved January 15, 2010, from [http://www.jspn.or.jp/05ktj/05\\_02ktj/pdf\\_guideline/guideline-no3\\_2006\\_11\\_18.pdf](http://www.jspn.or.jp/05ktj/05_02ktj/pdf_guideline/guideline-no3_2006_11_18.pdf)
- 性同一性障害に関する第二次特別委員会 . (2002). 「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(7), 618-632.
- 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), 533-540.
- 杉浦郁子 . (2002). 『『性』の構築——『性同一性障害』医療化の行方——』 . 『ソシオロジ』 , 143, 73-90.
- 塚田攻 . (1999). 「性障害および性同一性障害 性同一性障害」 . 『臨床精神医学』 , 28(12 月増刊号 ) , 203-211.
- 鶴田幸恵 . (2003). 「『心の性』を見るという実践——『性同一性障害』の『精神療法』における性別カテゴリー」 . 『年報社会学論集』 , 16, 114-125.
- 鶴田幸恵 . (2008). 「性同一性障害を抱える人びとの見解（1）——インタビューから明らかにされた特例法への評価」 . In 石田仁 (Ed.), 『性同一性障害 ジェンダー・医療・特例法』 (pp. 105-131). 東京 : 御茶の水書房 .
- 山内俊雄 . (1999). 『性転換手術は許されるのか 性同一性障害と法のあり方』 . 明石書店 .

## Footnotes

<sup>1</sup> 近代の変容過程を連続としてとらえるか、それとも不連続としてとらえるべきかについての議論があり、ギデنز自身は、「ポストモダン」という用語は使用していない。しかし、本稿においては、人々の自己像が、限定されたモデルへの積極的な同一化によって確立されるものから、再帰的で選択的なものへ変わっていることの移行をより明確に示す意図で、さしあたり、「ポストモダン」で用語を統一しておく。

<sup>2</sup> この経済的困難の話は、同ガイドラインの「経済的援助」の項の中で、健康保険の対象疾患や高度先進医療の対象疾患にするなどの要請と繋がっていく (p. 538)。

**Research Papers: The Fluctuating Gender Model and the Reflexive -Self in  
Medical Discourse  
Yukari ISHII**

This paper considers the transitions in the “Guidelines for the diagnosis and treatment of GID” , which was created by the Japanese Society of Psychiatry and Neurology. By analyzing the text of the guidelines, we observe that the current concept of gender has become less influential in representing a consistent identity model for society today. This is reflected in the following distinctions in the transitions of the guidelines in which there are five issues to be emphasized: First, gender identity is defined as being of multiple forms. Second, the approach to medical treatment is determined not only by an individual’ s gender identity but also by his/ her life, world and value system. These factors explain the need for more diversity in medical treatment. Third, it is supposed that gender identity has coherence. Fourth, since diversity of gender is more emphasized, a patient’ s decision concerning treatment is more highly regarded than ever. And lastly, due to the extended scope of decision-making, the range of patients’ self-responsibility for the risk is extended accordingly. It is evident from these guidelines that the concept of gender that has hitherto disciplined people has become weaker. However, this does not necessarily mean that society has become an ideal world. There are still various problems concerning the issue of transgenderism that must be considered.

**Keywords:**

gender, transgender, GID, medical discourse, identity