岡山医学会雑誌　第126巻　August 2014，pp. 109-115

総　説

性同一性障害に対する包括的治療

難波祐三郎

岡山大学病院　ジェンダーセンター

キーワード：性同一性障害，包括的治療，性別適合手術

Comprehensive treatment for gender identity disorder

Yuzaburo Namba

Gender Center, Okayama University Hospital

はじめに

岡山大学病院における性同一性障害（GID）に対する取り組みは，1999年「性同一性障害に対する包括的治療の臨床的研究」として倫理委員会に申請が出され，2000年３月に承認されたのが始まりである．そして2001年１月に全国２例目の施設として正式な性別適合手術（SRS）が行われた．この時からGIDに対する精神科，婦人科，泌尿器科，形成外科の４科とセカンドオピニオンのための外部精神科医によるチーム医療が開始され，現在のジェンダーセンターへと引き継がれている．2003年に「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律（特例法）」が制定され，SRSが終了しているなどいくつかの要件を満たせば，戸籍上の性別変更が可能になり，同時にSRSが正式なGID治療であると法的に認められた．これを受けて日本精神神経学会から「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）」が出された．それに従い岡山大学病院でもそれまでの倫理委員会における個々の審査に代わるものとして，連携する４診療科に外部精神科医と外部学識者を加えた身体的治療適応判定会議により，GIDの診断と身体的治療の適応判定がなされるようになった．また2012年に改訂されたガイドライン第４版[1]では第二次性徴抑制ホルモン治療が認められ，15歳からの性ホルモン治療が行えるようになった．

岡山大学病院では当初からガイドラインの第１版に従った判定会議（ジェンダークリニック）が開催されており，2010年にジェンダーセンターと呼称を変更し，診療科連携部門の一つとして認められ，2013年に同センターは中央診療施設に移行した[2,3]．2014年４月現在，同センターには1,740名のGID患者が登録されており，これまでに延べ約550件の手術治療が行われた．

ここでは岡山大学病院ジェンダーセンターでの診療の流れから実際のSRS，そして性器関連疾患への応用，そして現在の問題点と展望について報告する．

GIDの診断と診療の流れ

岡山大学病院ジェンダーセンターは精神科医，婦人科医，泌尿器科医，形成外科医，臨床心理士，学外学識者，その他で組織されている．精神科によって詳細な養育歴，生活史や性行動歴が聴取され，gender identity：性同一性の判定と性別違和の実態の確認が

平成26年５月受理
〒700-8558　岡山市北区鹿田町２－５－１
電話：086-235-7215　FAX：086-235-7210
E-mail：y-namba@cc.okayama-u.ac.jp

◆プロフィール◆

1987年　香川医科大学卒業
1987年　岡山大学医学部 整形外科入局
1989年　岡山済生会総合病院 形成外科 医員
2001年　岡山大学医学部附属病院 形成外科 助手
2002年　岡山大学大学院医歯学総合研究科 助手
2004年　岡山大学大学院医歯学総合研究科 講師
2006年　岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 助教授
2007年　岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 准教授
2010年　岡山大学病院 ジェンダーセンター長
2013年　岡山大学病院 教授

性同一性障害を中心に，ジェンダー関連疾患も診療．
同性間，異性間生殖臓器移植を中心に研究．

行われる．それと並行して泌尿器科，婦人科によって染色体検査，ホルモン検査，内外性器の診察・検査が行われ，sex：身体の性の判定が行われる．2名以上の精神科医がgender identityとsexの不一致があると判定することでGIDの診断が確定する．2名ではその診断確定が困難な場合には，もう1名の精神科医にサードオピニオンを求めることもある．

精神科担当医は精神科的治療の進行に伴う患者の精神面での安定を確認しながら，最終的にはSRSの承認を判定委員会に申請することになる．また精神科医は身体的治療が終了しても精神的サポートを継続する．手術治療の終結は個々の患者で様々であり，患者自身が判断し，精神的安定が得られたところで終了となる（図1，2）．

性別適合手術

1．女性から男性への性転換症（FTM）に対する性別適合手術

乳房切除術[4]，子宮卵巣摘出術，尿道延長術，陰茎形成術[5]などが含まれる．ガイドライン第3版から，身体的治療の承認を受けた患者はこれら性別適合手術をどの順番で受けてもよくなった．

1）乳房切除術

FTMに対する乳房切除術はあくまでも女性型胸壁を男性型胸壁に近づけるのが目標である．我々は乳房の下垂程度に従って3つのグループに分類し，それぞれに適した手術法を選択している．

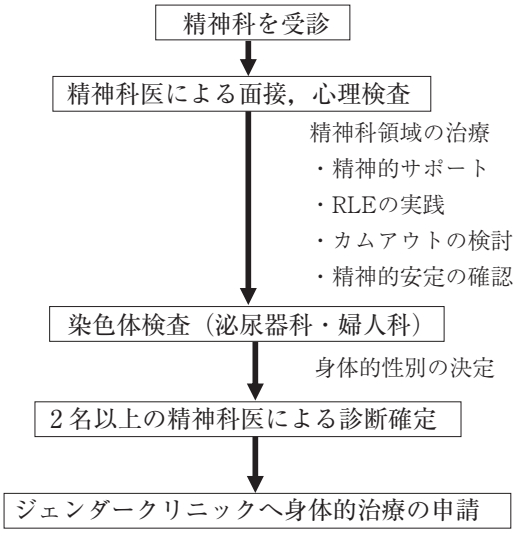

図1　精神科受診から判定会議までの診療の流れ

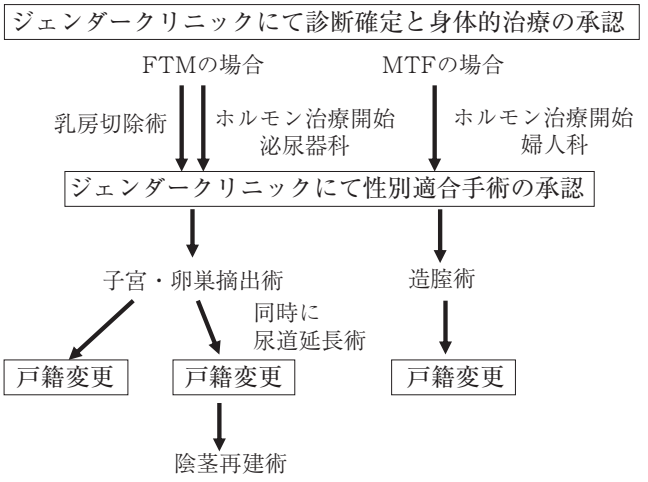

図2　判定会議から戸籍変更までの診療の流れ

(1)　軽度下垂群

乳輪下半周切開から乳腺組織を摘出する．辺縁の脂肪は全体のバランスを考慮しながら切除する．余剰皮膚は切開部の皮膚を三日月状に切除する．乳頭は5㎜に縮小する（図3，4）．

(2)　中等度下垂群

(1)と同法にて皮下乳腺摘出術を行い，乳輪を直径3㎝に縮小する．余剰皮膚は同心円状に切除し，巾着縫合にて縫縮する．

(3)　重度下垂群

最初に直径3㎝に乳輪を切除し温存する．紡錘形に余剰皮膚と乳腺組織を一塊に切除する．新たな乳輪部を脱上皮して温存していた乳輪・乳頭を移植する．この方法の欠点は乳房下線から側胸部に跨る長い傷跡が残ることである．

2）子宮卵巣摘出術

この手技は産婦人科医により行われる．腹式と経腟法に別れるが，最近では腹腔鏡下手術も汎用されるようになった．

3）尿道延長術

陰核陰茎形成術（ミニペニス形成術）と2期的な陰茎再建を前提とした尿道延長がある．

(1)　陰核陰茎形成術

立位排尿を目的とする手術であり，長期の男性ホルモン投与によって肥大している陰核をミニペニスに見立てる手術である．

(2)　尿道延長術

矩形膣弁にて尿道を形成し，小陰唇でそれを被覆する．陰核の位置移動は行わない．陰茎形成するための

準備手術である．

4）陰茎形成術

現在のところ前腕皮弁を用いた再建法がグローバルスタンダードであるが，職業的理由や血管走行の異常など前腕皮弁を使えない場合の手術も導入している．合併症としては尿道皮膚瘻，尿道狭窄，尿道結石，皮弁壊死などがある．

⑴　前腕皮弁

1枚の皮弁で尿道とシャフトの両方を形成する tube within a tube style で陰茎を再建する．皮神経を含めて知覚皮弁とし，陰核神経2本と吻合する．半年後には形成した陰茎に触覚のみならず性的知覚が回復する（図5）．患者の希望があれば性交渉用に肋骨を移植し，大陰唇を利用して陰嚢を形成する（図6）．欠点は皮弁採取部の醜状瘢痕，手指のむくみと第1指間の知覚障害などである．

⑵　2枚以上の皮弁の組み合わせ

小面積の前腕皮弁で尿道を，他の皮弁でシャフトを形成する方法と，前腕皮弁以外の皮弁を2枚組み合わせる方法がある．

図3　乳房軽度下垂群，術前

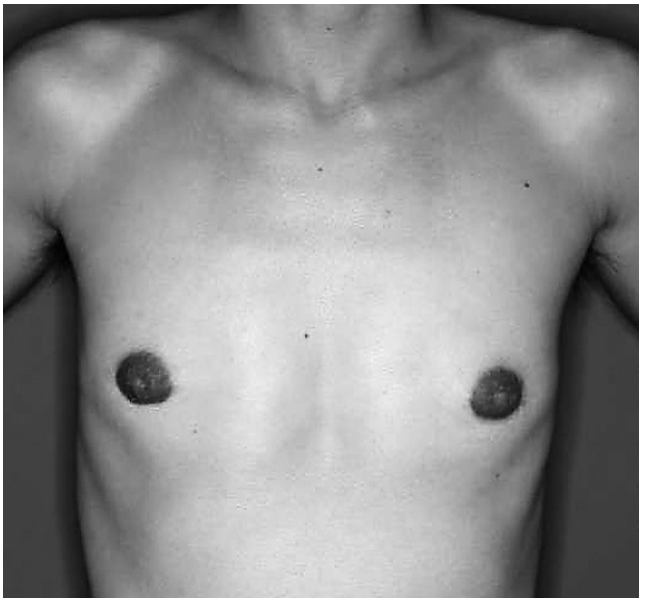

図4　乳房軽度下垂群，術後

図5　前腕皮弁を用いた陰茎形成術

図6　形成した陰茎への骨移植と陰嚢形成術直後

⑶　**有茎前外側大腿皮弁**

血管茎付きの前外側大腿皮弁を移動して陰茎を形成する方法である．外側大腿皮神経を含めて知覚皮弁として挙上し，１枚の皮弁で尿道とシャフトの両方を再建する．ただし前腕皮弁に比較して太くなってしまうのが欠点である（図７）．

２．男性から女性への性転換症（MTF）に対する性別適合手術

総称して造膣術と呼ばれるが，陰茎切除術，精巣摘出術，陰唇形成術，陰核形成術そして膣腔形成術が含まれる[6]．膣腔形成にはこれまで陰茎反転皮弁法や陰茎・陰嚢皮弁法などが報告されてきた．しかし短陰茎や，除睾後の陰嚢萎縮の症例では植皮術の追加が必要であり，術後の膣狭窄などが問題となっていた．我々は陰茎の長さや陰嚢の大きさに左右されない皮弁造膣術として，会陰・鼠径皮弁を開発した．また2012年10月からは消化器外科の協力を得て，腹腔鏡併用Ｓ状結腸造膣術を始めた．

１）会陰・鼠径皮弁造膣術

後陰嚢動静脈・神経を皮弁に含めるように，双葉型の会陰・鼠径皮弁を挙上する．次いで矩形の陰茎皮弁を挙上する．外鼠径輪レベルで精巣を精索ごと摘出する．約２cmの幅の陰茎包皮と約１cmの扇形に切り出した陰茎亀頭利用して，陰核亀頭と陰核包皮を形成し，恥骨結節下部に固定する．陰茎海綿体と尿道海綿体を剥離し陰茎海綿体は切除する．尿道海綿体腹側に約３cmの切開を加え，膣前提と新外尿道口を形成する．デノンビリエ筋膜の層で腹腔に向けて剥離を進め，約12cmのポケットを作成する．会陰・鼠径皮弁で嚢を作成し，２本の糸で膣腔に縫合固定する．

両陰嚢皮弁を下方に牽引・固定し，大陰唇を形成する．陰茎皮弁に縦切開を加えて陰核，陰核包皮，外尿道口を露出し，両端を折りたたみながら大陰唇部に縫合固定し，小陰唇を形成する（図８）．

２）腹腔鏡併用Ｓ状結腸造膣術

膣腔形成以外は皮弁法と同じである．皮弁を用いた嚢形成の操作が無くなり，代わりに消化器外科チームによる腸管挙上が行われる．Ｓ状結腸動脈を茎として直腸の一部とＳ状結腸を約15cm分離し，切開した腹膜から膣腔外へ引き出す．約３ヵ月は過剰な腸液分泌を認めるが，その後は減少していく（図９）．

ジェンダー関連疾患

先天的性器異常に対する形成手術は性別の曖昧な形状を本来の性器に近づけることにより，性自認をより確実なものにする手助けとなり，後天的性器変形に対する再建手術は，性自認の身体的根拠の回復であり，いずれも自認する性：gender の確立に関連する．著者はこのように性器の形態異常に起因する様々な病態をジェンダー関連疾患 gender associated disease（GAD）と名付けた[7]．GAD の多くはアンドロゲン不応症や副腎性器症候群などの性分化疾患であるが，他にも外傷後あるいは癌切除後の性器変形などがある．実際に診察してみると GAD 患者の抱える精神的負担は大き

図７　有茎前外側大腿皮弁を用いた陰茎形成術

図８　会陰・鼠径皮弁を用いた造膣術

図９　腹腔鏡を併用し，Ｓ状結腸を用いた造膣術

く，精神科医によるきめ細かなカウンセリングが必要である．また手術も泌尿器科，婦人科などとの連携が必要である．このためジェンダーセンターでは治療対象をGIDに限定せず，GADにまで広げて診療科が連携してチーム医療を行っている．

日本では生下時，はっきりとした陰茎が無い場合，早期に外陰部女性化手術が通例的に行われている．その理由は大きく２つあり，１つは曖昧な性器（性別）をはっきりとさせることで，両親の精神的安定を図ろうとするものであり，もう１つは外性器を女性化すれば性自認は女性に向くだろうという誤った考えに基づくものである．性分化疾患（DSD）の患者は性器が曖昧であるから，性自認も曖昧であるなどと言った間違った考え方がいまだに一部で通用しているのも事実である．そもそも外性器の形態が心の性を誘導するのであれば，GIDという病態は生じないことになる．DSD患者に対する早期女性化手術に関して１つ大きな問題が発生している．染色体が46XXの幼児に発生した副腎性器症候群においては，性器のみならず脳にも男性化が起こることがある．また46XYの幼児に発生したアンドロゲン不応症において，脳内のみにアンドロゲン受容体が存在し，脳のみに男性化が起こったと考えられる症例もある．もしこれらのように性自認が男性である幼児に対して，性器が曖昧であるからと言って女性化手術を行えば，外性器をより女性に近づけてしまい，かつ社会的役割としての女性を本人に強制してしまうことによって，結果的に医原的なGIDを生じさせてしまう危険性を含んでいる．実際，当ジェンダーセンターでも同様の医原性GID症例を数名経験している．このようにDSDに対して早期の女子化手術の適応に例外が存在する以上，少なくとも手術は性自認がはっきりするまで待機すべきであるし，そこには戸籍上の法的整備が必要である．またチーム医療としてどのように関わっていくべきかはっきりとしたガイドラインを策定すべきであると考える．

ジェンダーセンターで治療したDSDの代表的症例を一例提示する．

症例：25歳　副腎性器症候群

症例は高テストステロンの影響で陰核が肥大化しており，子宮は萎縮していた．陰唇の部分癒合も認めた．卵巣機能は正常であった．性自認は女性であり，本人の希望により外陰部女性化手術を行った．

陰核包皮を陰核亀頭より剥離し，扇状に切り出した陰核亀頭を陰核背神経動静脈と陰核海綿体薄膜を付着させたままで挙上した．陰核海綿体を両脚部で切除して両断端同士を縫着し，同部に丸めた陰核亀頭を縫合固定した．余剰の陰核包皮は切除し，尿道板は新陰核の下部に固定し，会陰粘膜に利用した．陰唇の癒合部分を膣口が露出するまで逆Ｙ字に切開し，膣粘膜弁を前進し膣入口部を拡大した．術後，問題なく経過し，本人の満足度は高い（図10，11）．

図10　副腎性器症候群，術前

図11　副腎性器症候群，術後

GID 治療における問題点と展望

1．SRS への保険適応

2003年に「特例法」が制定され，法律上も SRS が正式な医療行為であると認められたにもかかわらず，精神科治療を除くすべての治療がいまだに自費診療である．元々社会的自立に関してハンディキャップを持つ患者にとって，数百万円の治療費を捻出することは困難であり，それを理由に病院への受診や身体的治療を断念せざるを得ない患者もいることは確かである．身体的治療への保険適応が認定されて，多くの患者が希望する身体や性別での生活が送れるようになれば，精神的な安定が得られ生活の質が向上するだけでなく，社会的にも労働人口の増加につながるものと考える．

医療側としても SRS が保険適応でなく，それ自体に特殊な技術を要する所があるため SRS の実施を躊躇している医師や施設が多い．著者が日本精神神経学会 GID 委員会の一人として厚労省医務局に保険認定の陳情に伺った時には先方から，最近では GID 関連記事もメディアに取り上げられ，一般に関心を持たれ始めてきたように思うが，GID への治療に積極的に取り組まなくてはならないというような世論の高まりはまだまだない．またそもそも SRS を実施している施設が少ない状況であるため，厚労省としても SRS への保険適応を認定することが難しいと説明を受けた．現状としては保険認定に関してこのような悪循環に陥っている．

2．GID における医療ツーリズム

現在，国内 GID 患者の多くがタイをはじめとする海外で SRS を受けており，その原因が国内での受け入れ施設の不足と高額な自費診療費であることは前述のとおりである．直近に保険適応が認められるとは考えにくい現在，現実問題としてこの医療ツーリズムに伴う諸問題を，まず解決していくことは喫緊かつ現実的な案件である．

GID における医療ツーリズムが抱える問題の本質は，患者が渡航前に仲介業者と先方の医療機関について情報を入手できる機会が限定されていることと，患者自身が自分に合併症など起こりようもないと理想を描いていることであろう．ここで強調しておかなければならないが，タイや韓国の SRS の医療技術自体が低いと言っているのではない．著者は現地で手術を見学して，確立した手技であることを確認している．そして実際多くの患者は手術結果に満足しているわけであるが，中には帰国後に合併症を発症する者もいる．医師ならば困った患者がいれば診るべきであろう．それは医の倫理の建前から至極当然のことである．しかしながら SRS の経験がない医師がそのような合併症患者を引き受けるだろうか．結局，患者は色々な医療施設を受診するが，救済手術を受けられず“ジェンダー難民”となっていることも事実である．

この問題を解決すべく2013年10月に岡山大学，山梨大学，関西医大および日本大使館のチームがタイのいくつかの医療施設を見学し，仲介業者や現地の医師とディスカッションを行った．そこでは患者に関する医療情報の提供まで申し出た施設もある一方，当方の患者から得ていた情報とはあまりにも乖離した説明をする施設まであった．今後，我々は難民化している患者救済のため，信頼できるタイ医療施設との間に GID 日・タイ医療連携システムを構築したいと考えている．

今後の展望

SRS に対する保険適応が認可されれば，これまで GID 治療を躊躇していた医師が取り組みを始める可能性がある．そうなれば日本国内での GID 患者の受け皿が広がり，SRS 技術レベルの向上につながり，わざわざ海外に治療を求める必要がなくなるため，結果としてジェンダー難民がいなくなるはずである．もちろん保険適応により高額な自費診療が原因の未治療問題も根本的に解決できる．

これまでも日本精神神経学会を中心として，他に関連する3学会が連名で厚労省に要望書を提出したり，著者を含む日本精神神経学会GID委員会が厚労省に陳情に出向いたりしたが，医療側からのみの要望では現状打破は難しいと思われる．今後はGID当事者会等と連携し，患者の生の声を届けるような世論を盛り上げるための活動を展開していく必要がある．

手術治療に関して，著者はこれまで「特例法」の戸籍変更の要件からSRSをまず行って，他の手術は付加的に扱ってきた．しかし患者によっては異なる意見を持つものもいる．それは第3者に見られるところや聞かれて疑われてしまう声からまず治療してほしいというものである．確かに乳房や内外性器の手術は患者本人の精神的安定をもたらすものであるが，衣服の下に隠されるものであり，なにより社会適応していくためには表に出るところをまず治療したいというのはある面真実であろう．このような理由からジェンダーセンターでは今後，患者がより社会生活を送りやすくするために，甲状軟骨形成術による音声手術や顔面の女性化手術を取り入れていく予定である．

ま と め

岡山大学病院ジェンダーセンターにおけるGIDに対する診断，診療の流れ，SRS，GADへの応用について述べた．いまだ多くのGID患者がタイを初めとする諸外国でSRSを受けて，その中には術後の合併症に苦しんでいる患者もいる現状を打破するためにも，一日でも早くSRSへの保険適応が認可され，診療可能な医師，診療施設が増えることを希望する．

文　　献

1）松本洋輔，阿部輝夫，池田宮司，織田裕行，康　　純，佐藤俊樹，塚田　攻，針間克己，松永千秋，山内俊雄，斎藤利和，舛森直哉，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）．精神経誌（2012）114，1250-1266．

2）難波祐三郎：総合病院におけるGID医療のセンター化の取り組み．精神医学（2011）53，789-794．

3）難波祐三郎：性同一性障害を取り巻く諸問題 治療環境の整備に向けて ― 総合病院におけるセンター化の取り組み ―．精神経誌（2012）114，666-672．

4）難波祐三郎：性同一性障害に対する乳房切除の経験 第3報：術式選択におけるアルゴリズム．形成外科（2012）55，413-418．

5）難波祐三郎，長谷川健二郎，渡辺敏之，木股敬裕：性同一性障害に対する陰茎再建術の経験．形成外科（2009）52，1343-1350．

6）難波祐三郎，長谷川健二郎，木股敬裕，那須保友，石井和史：性同一性障害に対する造腟術の経験．形成外科（2008）51，1197-1204．

7）難波祐三郎：ジェンダー関連疾患に対する外科治療．形成外科（2014）57，57-62．