

博士論文

性別違和を有する当事者に対する性別違和の緩和を目的とした
治療が当事者の生活の質および精神的健康に与える影響：
後ろ向きコホート研究

江口 のぞみ

目次

要旨	1
I 序文	2
1. 性別違和の定義と診断基準	2
2. 性別違和の疫学	4
3. 性別違和の発症メカニズム	5
4. 性別違和を有する当事者の臨床的特徴	6
5. 性別違和の治療	6
1) 精神療法	8
2) ホルモン療法	9
3) 手術	10
4) 治療選択に関わる意思決定のプロセス	10
6. 性別違和を緩和するための治療効果	12
1) ホルモン療法の効果	12
2) 手術の効果	13
3) 治療効果のまとめ	16
II 目的	19
III 方法	20
1. 研究デザイン	20
2. セッティング	20
3. 研究参加者	21
4. 変数	23
1) 治療	24
2) 主観的な生活の質	24
3) 抑うつ	25
4) 共変量と社会人口統計学的変数	26
5. 分析	27
6. 倫理的配慮	29
IV 結果	30
1. 研究参加者の応諾状況と特徴	30
2. 追跡調査に参加した研究参加者と参加しなかった研究参加者の初診時の特徴	31
3. 追跡調査に参加した研究参加者の社会人口統計学的、臨床的特徴	31
4. 時間と治療の交互作用	34
5. 時間の主効果	35
6. 治療の主効果	36

V 考察	37
1. 研究参加者の特徴	38
2. 主観的な生活の質（心理的領域）	40
1) ホルモン療法のみ群よりも手術群の方が改善の度合いが大きいこと ..	40
2) 手術群の間では改善の度合いに差がないこと	42
3) 手術後1年未満の研究参加者を除くと、治療群の間で改善の度合いに 差がないこと	43
4) FtMの研究参加者のみでは、治療群の間で改善の度合いに差がない こと	44
3. 主観的な生活の質（身体的領域）	45
4. 主観的な生活の質（社会的関係）	46
5. 主観的な生活の質（環境領域）	47
6. 抑うつ	48
7. 本研究の限界と今後の課題	49
VI 結論	54
謝辞	56
文献	57

図表

- Figure1. 調査時期と調査内容
- Figure2. 研究参加者のフローチャート
- Table1. 追跡調査に参加した研究参加者と参加しなかった参加者の初診時の特徴
- Table2. 研究参加者の追跡調査時の特徴
- Table3. 追跡調査に参加した研究参加者の初診時と追跡調査時の WHOQOL-26、CES-D の平均値
- Table4. 研究参加者の追跡調査時の治療内容とその期間
- Table5. 初診時と追跡調査時における WHOQOL-26、CES-D の平均値と効果量
- Table6. 調査時点の治療における WHOQOL-26、CES-D の推定平均値と交互作用
- Table7. 手術後1年以内の研究参加者3名を除く、調査時点の治療における WHOQOL-26、CES-D の推定平均値と交互作用
- Table8. FtMの研究参加者の調査時点の治療における WHOQOL-26、CES-D の推定平均値と交互作用
- Table9. MtFの研究参加者の調査時点の治療における WHOQOL-26、CES-D の推定平均値と交互作用

資料

- 研究協力依頼文書
- 調査票（Female to Male 版）
- 調査票（Male to Female 版）

要旨

本研究では、性別違和の治療が当事者の生活の質および精神的健康に与える影響を明らかにすることを目的に、後ろ向きコホート研究を行った。専門外来に通院する当事者 65 人を対象にホルモン療法のみ群、手術（二次性徴）群、手術（一次性徴）群の 3 群に分け、時間の流れと治療に沿って生活の質と精神的健康の変化を、初診時点から追跡調査時点まで観察した。その結果、ホルモン療法のみ群に比べて手術群の方が主観的な生活の質（心理的領域）の改善の度合いが有意に大きかったが、手術群間では有意な差はなかった。手術後 1 年以内の参加者を除くと、治療方法による生活の質の差はいずれの領域においても有意でなくなった。性別違和の治療としてホルモン療法のみを継続するより、自認するジェンダー・アイデンティティに移行する身体的変化が大きい何らかの手術を受ける方が当事者の心理的領域に関する主観的な生活の質をより高くする可能性がある。しかし、今後さらに大規模な研究により性別違和の治療方法による効果の差を検討することが必要である。

I 序文

1. 性別違和の定義と診断基準

性別違和とは、その人により経験または表出されるジェンダー・アイデンティティと出生時に割り当てられた生物学的性別（そしてそれに伴う性役割および一次性徴、二次性徴）の間の不一致によって引き起こされる不快感と苦悩[1]と定義される。DSM-IV-TR[2]においては、診断名を性同一性障害として、その診断基準を「反対の性に対する強く持続的な同一感（基準A）」、「自分の性に対する持続的な不快感、またはその性の役割についての不適切感（基準B）」、「その障害は、身体的に半陰陽を伴っていない（基準C）」、「その障害は、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている（基準D）」と規定していた。DSM-IV-TRでは、性別を「男性」と「女性」のどちらかであり、それは人生において一貫したものであるとする二元的な捉え方を前提としていた。しかし、自分の性別をどのように認識しているかという内なる感覚 [3] であるジェンダー・アイデンティティのあり様は「男性」、「女性」、「中間」、「どれにも当てはまらない」等、多様であり、そこには連続性を仮定する必要がある。また、ジェンダー・アイデンティティ自体は精神疾患ではないとする脱病理化の流れを受け、2013年5月に改訂されたDSV-5[4]では、性同一性障害から性別違和に診断名および診断基準が変更された。DSV-5においては、性別違和の診断基準を「その人が体験し、または表出するジェンダーと、指定されたジェンダーとの間の著しい不一致（基準A）」、「その状態は、臨床的に意味のある苦痛、または、社会、学校または重要な領域における機能の障害と関連している」と規定し、DSM-IV-TRで重点を置いていた「反対の性に対する同一感」から「表出するジェンダーと指定されたとの間の不一致」に重点をシフトした。診断名として用いられる「性別違和」はジェンダー・アイデンティティ自体ではなく、臨床上の問題として焦点が当てられているため、診断の際には

ジェンダー間の不一致だけでなく、それに伴う苦悩があることが証明されなければならない。

また、国際的で学際的な専門職組織である世界トランスジェンダー・ヘルス専門家協会 (The World Professional Association for Transgender Health、以下 WPATH) は、そのケア基準 (Standards of Care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people 7th ed.) [5]において、臨床的に重大な苦悩の経験と、治療介入の必要性を明確にすること、生まれながらの性とジェンダー・アイデンティティとの間の不一致に基づく、持続する激しい内的不快感に裏付けられるような、他のジェンダーであることへの希求、あるいは他のジェンダーであると自認している症例にのみ適応されるべきであることを求めている[6]。

なお、性別違和の性別を表現する際には、出生時に割り当てられた性別が女性、ジェンダー・アイデンティティが男性であり、身体や性役割をより男性的なものに変えようとしている、あるいは変えた状態にある個人を FtM (Female to Male) もしくはトランス男性、出生時に割り当てられた性別が男性、ジェンダー・アイデンティティが女性であり、身体や性役割をより女性的なものに変えようとしている、あるいは変えた状態にある個人を MtF (Male to Female) もしくはトランス女性、ジェンダー・アイデンティティを女性または男性として2元的にどちらにも規定できない状態[7]にある個人についてはジェンダー・アイデンティティを X として、FtX (Female to X) や MtX (Male to X)、もしくは X ジェンダーと表現することがある[5]。さらに、DSM-5 では、性分化疾患がある場合は併記することになっており、性分化疾患を内包する疾患概念となっている[8]。出生時に性別を女性もしくは男性に割り当てられたものの身体的性別に非典型性を持ち (性分化疾患を持ち)、割り当てられた性別と自認する性別が異なる個人については、性別違和を持ち、性分化疾患を併存する人として診

断され、希望に応じて治療を受けることになる。

本稿において当事者の性別を表す時、表出するジェンダーと指定されたジェンダーを同時に明記する FtM、MtF、FtX、MtX を使用する。性分化疾患をもつ当事者については一般的に使用される表記がないため、例えば「出生時に女性に割り当てられたが、自認するジェンダー・アイデンティティは男性であり、性分化疾患を併存する」等と必要に応じて表記する。いずれにせよ、性別違和を有する当事者の性のあり方は多様性に富んでいることを前提に対象を理解する必要がある。

2. 性別違和の疫学

性別違和の有病率については、欧州諸国で疫学研究が実施された結果、MtF が 1/11,900 から 1/45,000、FtM が 1/30,400 から 1/200,000 であり、MtF と FtM の比率が 2.4~6.1:1 であることが示されている[9]。日本では、大規模な疫学調査は実施されていないものの、性別違和と専門外来に通院する患者数から MtF の有病率は 1/25,200、FtM の有病率は 1/12,200 と推計されている[10]。また、日本の性別違和専門外来を受診した患者のうち、MtF と FtM の比率が 0.48~0.66:1 であったことが報告され[10, 11]、日本では欧州諸国における先行研究とは異なる結果が得られている。これは国によって文化が異なり、異なる文化においては異なるジェンダー・アイデンティティの行動や表現があり、その国で実際に性別違和が発現する程度も異なる可能性が高いため[5]と考えられる。また、疫学研究における推計に含まれる当事者は重度の性別違和と診断される基準を満たし、専門外来を受診できる当事者であり、性別違和を有する当事者全てが専門外来を利用できる状況ではなく、受診が役に立つと考えているわけではないこと、特定されない性別違和のある当事者の数は含まれていないことから、実際の有病率は先行研究の報告よりはるかに高い可能性が指摘されている[12]。なお、

FtX と MtX の有病率は上記の理由に加えて、性別違和の治療が「指定されたジェンダー」に感じる不快感および苦悩を緩和する方法で進められることが想定されるため、X ジェンダーを自認し、治療を受けている FtX は FtM に、同じく X ジェンダーを自認し、治療を受けている MtX は MtF に含まれて換算されている可能性がある。現時点では、FtX や MtX の当事者、性分化疾患を併存する性別違和の当事者の有病率は明らかになっていない。

3. 性別違和の発症メカニズム

性別違和の発症メカニズムは解明されておらず、生物学的、心理社会的要素が複雑に影響し合うことによると考えられている[13]。生物学的には、脳の構造や性ホルモン、遺伝が性別違和の病因に関連しているとの仮説から研究が進められている。脳の構造に関しては、妊娠初期に生じる生殖器の性分化と妊娠中期に生じる脳の性分化のプロセスが独立して互いに影響を及ぼすことで、生殖器と脳の性別が一致しない状態を引き起こすと考えられ[14]、脳の構造と性別違和の関連を支持する研究が報告されている[15, 16, 17]。また、性ホルモンに関しては、MtF はアンドロゲン受容体遺伝子における CAG リピートが一般男性に比べて長く、MtF はアンドロゲン受容体の感受性が高いことが示唆されている[18]。遺伝に関しては、双生児に対する研究で、二卵性双生児に比べて一卵性双生児に性別違和の一致率が高いこと[19]、特に女性同士の一卵性双生児について二卵性双生児に比べて性別違和の特徴を示すこと[20, 21]等の遺伝的な要因が確認されている。心理社会的には、母親の精神疾患（抑うつ、境界性人格障害）や自主性を阻害するような養育態度[22]、両親との不安定な愛着関係や家族間の対立[23, 24]、性別違和を有する同胞（男児）の存在[25]等が性別違和の出現に関連していることを示唆する研究が存在している。

4. 性別違和を有する当事者の臨床的特徴

性別違和を有する当事者は、性別違和に伴う不快感や苦悩に加えて、性別に関する社会規範に沿わないことによる対人関係上の困難が広くみられ[2]、差別、身体的/性的暴力、ハラスメントの対象となりやすい[26, 27, 28, 29, 30]。また、家族による不適切な態度や拒絶[27, 31]、登校拒否[32]、就労困難[26, 33, 34, 35]等、日常生活における機能障害に発展するおそれがある。さらに、性別違和を有する当事者は精神健康上の問題を抱えて[2]、何らかの精神疾患を併存することがあり（有病率 13.6%~71.0%）、中でも大うつ病性障害、不安障害、適応障害、摂食障害、物質関連障害等の割合が高いことが報告されている[36, 37, 38, 39]。また、自殺念慮および自殺企図を経験する割合が一般人口に比べて高いことから、自殺リスクが高い集団として自殺予防を目的とした介入の必要性が指摘されている[38, 40, 41, 42]。

生活の質に着目した研究では、性別違和を有する当事者は一般住民に比べて生活の質が低く、特に MtF は一般住民だけでなく、FtM に比べても全般的もしくは一部の領域で生活の質が低いことが報告されている[43, 44, 45, 46, 47]。

5. 性別違和の治療

性別違和の治療の目的は、性別違和に伴う不快感や苦痛をもつ当事者が自認するジェンダー・アイデンティティを模索し、じっくりする性役割を見出すこと、また当事者の健康全般、心理的安寧、生活の質、ウェルビーイング、自己充足が最大化することである [5]。性別違和の治療を求める当事者に対する治療は多様な選択肢が考えられ、個々人に適用される介入の回数と種類、およびその手順はそれぞれに異なる[48]。治療の選択肢には大きく分けて、性別違和の問題を模索するとともに緩和する方法を見出すための精神療法、性別違和を緩和

するために身体を女性化あるいは男性化するためのホルモン療法、二次性徴を変える手術および/あるいは一次性徴を変える手術が存在する。国によって医療制度や法制度が異なることから、当事者が受けられる治療は国によって異なる。日本においては、当事者が前述の多様な治療を選択し、当事者の治療環境が整えば受けることができる。なお、性別違和の治療を実施する医療者の治療指針として、WPATH のケア基準 [5] を参考に、日本精神神経学会・性同一性障害に関する委員会によって作成された「性同一性障害の診断と治療のガイドライン（第4版）」[49] が広く用いられている。

なお、日本の医療制度上、ホルモン療法は保険適用外のため自由診療（自費）であり、二次性徴を変える手術および/あるいは一次性徴を変える手術はホルモン療法を受けていない場合のみ、日本 GID（性同一性障害）学会の認定医・認定施設での治療に限って、保険適用で手術を受けることができる[50]。ただし、手術を希望する当事者の多くは既にホルモン療法を実施していること、認定施設が6施設（2020年2月時点）に限られる[51]ことから、保険適用で手術を受けられる当事者は少なく[52]、希望する治療を延期もしくは断念する当事者、高額な医療費を自己負担する当事者、国外の医療機関で手術を受ける当事者等が存在している[53]。

日本の法制度については、「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」、「その身体について他の性別に係る部分に近似する外観を備えていること」を含む、一定の要件を満たすことで戸籍上の性別変更を可能とする法律「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律（平成15年7月16日法律第111号）」[54]が整備されている。2004年7月16日に法律が施行されてから2018年度までに性別変更を認められた当事者は総計8676人にのぼり[55]、日本の医療機関で治療を受けた当事者と国外の医療機関で手術を受け

た当事者が混在している。以上のことから、日本で生活する当事者は日本独自の治療環境において、実現可能な治療を選択しながら、性別違和を緩和するための治療を受けている、もしくは治療を受けない選択をしていると言える。

以下、性別違和の治療として構成される精神療法、ホルモン療法、手術について、それぞれの目的と実施される内容、治療効果を説明する。

1) 精神療法

精神療法は当事者のジェンダー・アイデンティティを変えることや性別違和の緩和を意図して行うものではなく、当事者がジェンダーに関連する問題を模索し、性別違和があるならば、それを緩和する方法を見出すための支援を行うものである[5]。性別違和の治療を求める当事者に対して、主に精神科の主治医と心理の専門家が精神的サポートと実生活経験を実施する[50]。精神的サポートは、これまでの生活史の中で、性別違和のために受けてきた精神的、社会的、身体的苦痛について、十分な時間をかけて注意を傾けて聴き、受容的・支持的、かつ共感的に理解する。また、家族や職場にカムアウトを行った場合に、どのような状況が生じるかを具体的にシミュレーションしながら、カムアウトの範囲や方法、タイミング等について検討する。必要に応じて、家族面接で理解と協力を求める、職場や産業医等との連携をとる等の方法も検討する。実生活経験は、どのようなジェンダーで、どのような生活を送ることが自分にとって相応しいのか、既にどれだけ実現できているのか等を検討させ、実現に向けての準備や環境作りを行っていく。その過程で、当事者が希望するジェンダーでの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るのかを明らかにしていく。特に実生活経験は、不可逆的な身体的治療（ホルモン療法、手術）の意思決定において非常に重要である[56]。

2) ホルモン療法

精神療法の過程に基づき、性別違和を緩和することを目的に、身体を女性化あるいは男性化するためのホルモン療法が実施される。ホルモン療法によって、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期待される[5, 49]。MtFの場合、エストロゲン製剤やゲスタゲン製剤の投与を行う。その効果として、乳腺組織の増大（効果出現時期：3-6ヶ月、効果最大時期：2-3年）、体脂肪の再分布（効果出現時期：3-6ヶ月、効果最大時期：2-5年）、筋肉量の減少（効果出現時期：3-6ヶ月、効果最大時期：1-2年）、皮膚の軟化（効果出現時期：3-6ヶ月、効果最大時期：不明）、性欲減退（効果出現時期：1-3ヶ月、効果最大時期：1-2年）、勃起力の低下（効果出現時期：1-3ヶ月、効果最大時期：3-6ヶ月）、精巣重量の減少（効果出現時期：3-6ヶ月、効果最大時期：2-3年）、精子形成の減少（効果出現時期：個人差が大きい、効果最大時期：個人差が大きい）、体毛の変化（効果出現時期：6-12ヶ月、効果最大時期：3年以上）等が起こり得る[5, 49]。FtMの場合、アンドロゲン製剤の投与を行う。その効果として、筋肉量の増加（効果出現時期：6-12ヶ月、効果最大時期：2-5年）、体脂肪の再分布（効果出現時期：3-6ヶ月、効果最大時期：2-5年）、月経の停止（効果出現時期：2-6ヶ月）、陰核の肥大（効果出現時期：3-6ヶ月、効果最大時期：1-2年）、声の低音化（効果出現時期：3-12ヶ月、効果最大時期：1-2年）、体毛の変化（効果出現時期：3-6ヶ月、効果最大時期：3-5年）等が起こり得る[5, 49]。ホルモン療法は当事者が期待する効果だけでなく、ホルモン投与に起因する副作用（心臓血管系の疾患リスクの増加等）が出現する可能性があることから、当事者の利害を判断する能力の確認、医療的モニタリングの継続が必要とされている[5, 49, 57]。

3) 手術

精神療法の過程に基づき、性別違和を緩和することを目的に、二次性徴を変える手術および/あるいは一次性徴を変える手術が行われる。自認するジェンダー・アイデンティティにより一致させるために、手術を必要とする当事者は多い[5]。MtFの場合、二次性徴を変える手術として、豊胸手術、声の女性化手術、顔の輪郭形成術、甲状軟骨の縮小術等があり、一次性徴を変える手術として、陰茎切除術、精巣摘出術、膣形成術、外陰部形成術がある[5, 49]。FtMの場合、二次性徴を変える手術として、乳房切除術、乳頭縮小術、男性型胸部形成等があり、一次性徴を変える手術として、子宮/卵巣摘出術、膣閉鎖術、陰茎形成術、尿道延長術、陰嚢形成術がある[5, 49]。それぞれの治療法は当事者のニーズに応じて選択される。これらの手術によって明確な身体的変化を実感し、あらゆる生活場面(パートナーとのつきあい方、プールや入浴施設の利用、医療機関の受診等)で、より気持ちを楽に過ごすことができるようになり、当事者の心理的安寧、生活の質、ウェルビーイングが高まることが期待されている[5, 49]。なお、性器に関する手術を実施する際には、ガイドラインにおいて自認するジェンダー・アイデンティティに一致した性役割での生活が1年以上送られていることが条件とされている[5, 49]。生殖機能を失う不可逆的な治療であること、合併症(不整形な輪郭、瘢痕等)のおそれがあること[58]、期待に相応する効果が得られない可能性があること[59]を念頭に、当事者の十分な理解能力を前提とした説明と同意、手術後のケアと継続的な経過観察が必要とされている[5, 49]。

4) 治療選択に関わる意思決定のプロセス

性別違和を緩和するために、当事者がどのような意思決定をし、どのような治療を選択するかは、多様な治療が選択可能であることから個別性が高い。例えば、性役割やジェンダー

表現を変えるだけで十分という当事者もいれば、ホルモン療法が必要で、できる限り性役割上の変化を必要とするが、手術は必要ないという当事者、逆に手術は必要で、できる限り性役割上の変化を必要とするが、ホルモン療法は必要ないという当事者もいる。個別性の高さを前提として、当事者が治療を希望して医療機関を受診した際に、医療従事者ができることは、当事者のジェンダー・アイデンティティを確認し、そのジェンダー・アイデンティティに見合う表現方法の選択肢を共に模索し、性別違和を緩和するための医学的治療について十分な情報を得た上で本人が意思決定できるように援助することである[5]。このような援助は資質・能力・適格性を有するメンタルヘルスの専門家が行うことが最も適していると WPATH のケア基準に明記されている[5]。性同一性障害の診断と治療のガイドライン（第4版）[49]においても、治療は当事者の生活の質の向上を目的とした手段に過ぎないこと、医療現場では当事者の自己決定と自己責任を最大限に尊重しながら、個々のケースに応じたよりきめ細かい判断が必要であることが記されている。治療を希望する当事者に対する診断と治療に関する援助は、精神科医、形成外科医、泌尿器科医、産婦人科医等の専門職で構成される医療チームが行う。性別適合手術の適応判定に際しては、医療チームに法曹関係者や学識経験者等のメンバーを加えて、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。また、精神療法における援助として、精神科医と心理関係の専門家（大学または大学院において心理関連領域を専攻した者、あるいは医療チームにおいて性別違和の治療に関して同等以上の経験と力量を持つと認められる者）が協同して、現病歴の聴取と共感および支持、周囲へのカムアウトの検討、実生活経験、精神的安定の確認（当事者の精神状態が性別違和の治療に耐えられるレベルにあるかの評価）、身体的治療に移行するための条件の判断を行うことで治療上の意思決定を支える。なお、身体的治療に移行するための条件の判断には2通

意見書（診断書）を医療チームに提出する必要があるが、意見書の作成に携わる者として精神科医あるいは心理関係の専門家、そのうち少なくとも1人は精神科医であることが規定されている。身体的治療に移行後も、治療がもたらし得る結果と限界、リスクについて十分な情報に基づき、当事者の意思を尊重しながら決定されるべきであり、意思決定のプロセスに専門家が関与しながら治療が進められること、当事者の生活の質が向上していくことが求められる。

性別違和の治療を希望する当事者が、どのような治療をどのような順番で受けるかは自己決定することができる。治療は画一的に精神療法、ホルモン療法、手術の全てを受けなければならないというものでも、侵襲度の低い順番に段階的に受けなければならないというものでもない。ただし、当事者が自己責任のもとで意思決定を行うために、治療に関する十分な理解が前提としてあり、診断の手続きと精神科領域の治療を省略することはできない旨がガイドライン（第4版）[49]に明記されている。

6. 性別違和を緩和するための治療効果

性別違和を緩和するための治療について、その効果を検証するために、性別違和の程度、心理的安寧、生活の質、ウェルビーイング等を評価項目として、多くの研究が実施されている。以下、ホルモン療法、手術の順に効果を検証した先行研究について説明する。

1) ホルモン療法の効果

ホルモン療法単独の効果を検証した横断研究では、ホルモン療法を受けている当事者は受けていない当事者に比べて、抑うつ状態の程度が低く[60, 61, 62, 63]、不安の程度が低く[63, 64]、身体の不快感の程度が低く[61, 65]、自尊感情の程度が高く[62, 64]、生活の質が高い[43, 46, 62]こと、ホルモン療法を受けていることが生活の質の高さに関連している

[66] ことが、主に欧米における研究で報告されている。その一方、ホルモン療法を受けている当事者と受けていない当事者の間に抑うつ[67]、生活の質[68]、ボディ・イメージ[68]、臨床的性格傾向[69]に有意な差がないこと、ホルモン療法を受けている当事者は受けていない当事者に比べて生活の質やウェルビーイングが低い[70, 71]もしくは有意な差がなく[72]、ホルモン療法を受ける当事者に対する両親の受容が悪い [71] ことが、主にアジアにおける研究で報告されている。また、ホルモン療法単独の効果を検証した前向きコホート研究では、ホルモン療法の開始後に身体の不快感の程度が低くなり [62, 73, 74]、精神病理徴候が改善し [61, 73, 75]、性別違和の程度が低くなり [62, 74, 76]、抑うつ[62, 76]、不安の程度が低くなる [76] ことが、欧米における研究で示されている。日本で実施された前向きコホート研究でも、抑うつ、ヒステリー、精神病的偏奇、神経衰弱の臨床的性格傾向が改善する結果が示されている [69]。

ホルモン療法の効果を検証した先行研究について、欧米で実施された横断研究では、生活の質やウェルビーイング、自尊感情、身体の満足感、精神病理徴候等に概ね肯定的な効果が示されているが、アジアで実施された横断研究では肯定的な効果が示されていない。ただし、前向きコホート研究では、研究を実施した地域を問わず、身体の不快感や精神病理徴候等に概ね肯定的な効果が示されている。

2) 手術の効果

手術の治療効果に関する研究については、二次性徴を変える手術の効果に着目した研究、一次性徴を変える手術の効果に着目した研究に続いて、一次性徴を変える手術と二次性徴を変える手術の効果を同時に検証した研究について順に述べていく。

まず、二次性徴を変える手術の効果を検証した研究では、MtF を対象とした横断研究にお

いて、顔の女性化手術を受けた MtF は受けていない MtF に比べて、精神的側面の生活の質が高いことが示されている [77]。その一方で、FtM と MtF を対象とした横断研究において、乳房切除術もしくは豊胸手術を受けていることは性生活に関する生活の質の高さに関連しないことが報告されている [78]。FtM を対象とした後ろ向きコホート研究では、乳房切除術によって自信が高まり、満足感を得ていることが示されている [79]。また、前向きコホート研究では、胸部の手術（乳房切除術、男性型胸部形成）を受けた FtM は手術後にウェルビーイング、性的満足感、胸部の満足感 [80]、身体の満足感、ボディ・イメージに関連する生活の質、自尊感情の程度が改善し [81]、胸部の手術（豊胸手術）を受けた MtF は手術後に性的・心理社会的ウェルビーイング、胸の満足感が改善する [82] といった治療効果が示されている。二次性徴を変える手術の効果を検証した研究は欧米を中心に実施され、研究手法によらず、生活の質、身体の満足感、ウェルビーイング、自尊感情等に概ね肯定的な効果が示されている。

次に、一次性徴を変える手術の効果を検証した研究では、腸管を用いた膣形成術を受けた MtF を対象とした横断研究において、手術後の性的機能は一般女性に比べて低いものの、主観的幸福感と生活の満足感は一般人口に比べて高く、陰茎反転皮弁法による膣形成術を受けた MtF に比べて高いこと [83]、陰茎反転皮弁法による膣形成術を受けた MtF を対象に満足感を調査した研究においても、手術後に高い満足感が得られ、多くの MtF が女性として生活できていること [84] が報告されている。後ろ向きコホート研究では、病院が独自に開発した精巣摘出術、陰茎切除術、膣形成術を受けた MtF を対象に手術の効果を検証し、手術後に生活の質が改善し、生殖器に関連する満足感が改善したことが示されている [85]。また、前向きコホート研究では、性別適合手術（術式の記載なし）を受けた MtF と FtM を対象に手術から 1～12 ヶ月以内の精神症状の変化を評価した研究において、手術後に抑うつと不安、敵意、

対人過敏が改善したことが示されている[75]。ただし、手術後1年間は「ハネムーンピリオド」と呼ばれ、手術の効果を検証するためには更なる長期間の観察が必要とされている[86]ことから、この結果は当事者の実像を表していない可能性がある。続いて、性別適合手術（陰茎反転皮弁法による膣形成術）を受けたMtFを対象に手術から1年以上経過後の生活の質を検証した研究において、手術前に比べて精神的領域と社会的関係が改善した一方で、身体的領域と自立のレベルが悪化しており、手術から1年以内に追加の手術を受けたMtFは受けていないMtFに比べて身体的領域と自立のレベルの得点が低いことが示されている[87]。また、性別適合手術（術式の記載なし）を受けたMtFを対象に手術から1年後、3年後、5年後の長期に渡り生活の質を検証した研究では、手術前に比べて手術1年後に有意に改善し、1年後をピークに時間経過と共に低下していくことが報告され、その低下の原因として合併症の出現や手術の結果が一般人口のレベルに到達しないことへの不満等による影響について考察されている[88]。さらに、FtMを対象に陰茎形成手術の効果を検証した研究では、手術前に比べて手術後は性的活動性が高まったものの、生活の質に有意な変化はなかったことが報告されている[89]。一次性徴を変える手術の効果を検証した先行研究について、横断研究と後ろ向きコホート研究では生活の質や生活および身体の満足感、精神病理徴候等に肯定的な効果が示されているが、前向きコホート研究では生活の質が時間経過によって変化し、生活の質の領域によって異なる結果が示されており、研究手法によって結果は一致していない。

最後に、一次性徴を変える手術と二次性徴を変える手術の効果を同時に検証した先行研究では、当事者の受けている治療内容（未治療、ホルモン療法、二次性徴を変える手術、一次性徴を変える手術、一次および/あるいは二次性徴を変える手術等）によって群間比較した横断研究において、治療が広範囲に及ぶほど（身体的な変化の大きい治療を受けるほど）、生活

の質が高く[68, 90]、家族からのサポートを多く受け[86-90]、身体的な満足感が高く[68, 91]、抑うつ程度が低く[91, 92]、不安程度が低く[91]、自殺念慮程度が低いことが報告されている[92]。中でも、Owen-Smith らの行った横断研究[91]は手術群を胸部の手術群、部分的な生殖器手術群、完全な生殖器手術群に分けて、ホルモン療法のみ群、未治療群を合わせた5群で抑うつと不安の程度を群間比較している。その結果、完全な生殖器手術を受けている当事者は未治療およびホルモン療法のみを受けている当事者に比べて抑うつと不安の程度が有意に低く、胸部の手術を受けている当事者および部分的な生殖器手術を受けている当事者とは抑うつと不安の程度に有意な差がないことを示している。この研究は他の横断研究と異なり、一次性徴を変える手術と二次性徴を変える手術の効果を分けて検証した数少ない研究である。ただし、治療の目的である生活の質やウェルビーイング等については検証されていない。一次性徴を変える手術と二次性徴を変える手術の効果を比較検証した横断研究では、身体的な変化の大きい治療ほど生活の質や精神的健康、満足感等に肯定的な効果が示されている。なお、これらの先行研究は欧州を中心に実施されたものであり、アジアではほとんど実施されていない。

3) 治療効果のまとめ

これまでの性別違和を緩和するための治療効果に関する先行研究についてまとめると、ホルモン療法単独の効果や二次性徴を変える手術単独の効果等、単独の治療効果を検証した研究が多く、治療内容間で効果を比較検証した研究は少ない。また、治療内容間で比較検証した研究はいずれも横断研究であり、より頑健なデザインでの研究は実施されていない。また、治療内容を比較する際の分け方について、一部の先行研究では、二次性徴を変える手術と一次性徴を変える手術を合わせて性別適合手術として効果を検証しているが、治療の特徴を考

慮して、二次性徴を変える手術と一次性徴を変える手術を明確に分けて評価する[91]ことが相応しい。それは二次性徴を変える手術は主に外観の形成手術であり、手術後の明確な身体的な変化によって一次性徴を変える手術を積極的に選択しない当事者が（特に FtM に多く）存在すること[5]、一次性徴を変える手術は二次性徴を変える手術に比べて施術が複雑で、術後合併症のリスクが高く、術式の選択には支払い能力による制限を受けること[5]、戸籍上の性別変更の要件である性器に関する手術であること[49]等、二次性徴を変える手術と一次性徴を変える手術は特徴が大きく異なるからである。当事者がそれぞれのジェンダー・アイデンティティに見合った表現方法や生き方を模索し、多様な選択肢の中から医学的治療を自己決定していくことを支援していくために、治療選択の参考となる治療効果に関するエビデンスの集積が必要である。特に、日本においては治療効果に関する研究が増え始め、その結果が治療のガイドラインに反映され始めている段階にあることから、更なるエビデンスの集積が求められている[53]。

日本において性別違和に関する研究が欧州及び米国に比べてあまりなされてこなかった歴史的背景として、1965年に性別適合手術を行った医師を、東京地方検察局が優生保護法違反で摘発し、1969年に東京地方裁判所において有罪判決が出た「ブルーボーイ事件」がある。この有罪判決以降、性別適合手術に対するタブー意識を医療者に強くもたせることとなり[93]、公的な医療としての性別違和を緩和する治療は長らく実施されることがなかった。その後、性別違和の治療を強く希望する当事者および当事者団体の働きかけに呼応するように、日本精神神経学会の性同一性障害に関する特別委員会によって、1997年に「性同一性障害の診断基準と治療に関するガイドライン」が発表された。その上で、厚生省において手術の是非について審議され、その妥当性が認められた。1998年には埼玉医科大学で公式なものとし

ては国内初となる当事者への性別適合手術が実施された[94]。さらに、1999年には日本における性別違和に深く関わる学術団体である日本 GID（性同一性障害）学会の前身となる、第1回 GID 研究会が開催された。WPATH の前身であるハリー・ベンジャミン国際性別違和協会が米国に設立され、治療マニュアルを発表したのは1979年であり、そこからおよそ20年を経て、日本は性別違和の治療と研究のスタートラインに立ったと言える。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」が成立し、社会において治療の対象として広く認知されるようになり、専門医療機関を受診する当事者の数は年々増加している。しかし、現在の性別違和の治療の状況として、専門的な治療者や拠点となる医療機関が不足している（臨床の拠点となるジェンダーセンター等を設置する認定病院は全国に6施設である[51]）ことや保険適用が一部の手術療法にしか認められていないこと、当事者の中でも手術実績のある海外での手術を求める傾向が続いていることにより、多くの当事者がガイドラインに沿った安全性の高い治療を国内の医療機関で受けることが難しい状況にある。当事者の受ける治療の内容とプロセスは様々であり、専門医の診断に基づき治療を開始する当事者だけでなく、基本的な医療上の知識を持ち合わせないままに個人購入でホルモン剤を摂取する当事者や手術を受ける当事者、手術後に初めて性別違和の専門医療機関を受診する当事者も存在している。このような治療環境において、当事者を診断から治療の開始、その後の経過を長期にわたり追跡することが難しいこと、限られた数の認定医・専門医療機関において研究のために人員と時間を割くことが難しいこと、国内の性別違和の治療に関わる学術団体の活動は成長期にあること等が治療効果に関する研究の少なさの要因となっている。以上のことから、性別違和の治療を希望する当事者の利益を鑑みて、当事者にとって最善となる治療選択の意思決定を支援するために、また経済的な負担を軽減する保険適応の拡大、一般的な

医療への浸透、拠点病院の増加のためにも、日本における性別違和の治療効果に関するエビデンスの集積[53]が求められている。

II 目的

本研究では、日本において性別違和を有する当事者に対する性別違和を緩和するための治療の内容が当事者の生活の質および精神的健康に与える影響を明らかにすることを目的に、複数の治療を受けている当事者を対象にした後ろ向きの追跡調査を行った。

本研究では、自認するジェンダー・アイデンティティに移行する身体的変化が大きい治療を受けるほど、主観的な生活の質および精神的健康が改善することを仮説として検証を行った。

仮説

1. 性別違和を緩和する治療を受けている当事者のうち、ホルモン療法のみを受けている当事者に比べて、手術（二次性徴）を受けている当事者の方が治療の前後における主観的な生活の質と精神的健康の改善の度合いが大きい。
2. ホルモン療法のみを受けている当事者に比べて、手術（一次性徴）を受けている当事者の方が治療の前後における主観的な生活の質と精神的健康の改善の度合いが大きい。
3. 手術（二次性徴）を受けている当事者に比べて、手術（一次性徴）を受けている当事者の方が治療の前後における主観的な生活の質と精神的健康の改善の度合いが大きい。

なお、ホルモン療法は身体的治療を選択する当事者の多くが選択することから、今回の研究では、ホルモン療法のみに対してホルモン療法と手術（二次性徴）を受けている群、ホルモン療法のみに対してホルモン療法と手術（一次療法）を受けている群、さらにホルモン療

法と手術（二次性徴）を受けている群とホルモン療法と手術（一次療法）とを比較することを意図している。

Ⅲ 方法

1. 研究デザイン

本研究では、後ろ向きコホート研究を実施した。性別違和を有する当事者に対して実施される性別違和を緩和するための治療は、主に身体を女性化あるいは男性化するためのホルモン療法、二次性徴を変える手術および/あるいは一次性徴を変える手術に分かれ、治療を継続する当事者はそれぞれ異なる種類の治療を受ける集団である。この集団において、ホルモン療法のみ群、手術（二次性徴）群、手術（一次性徴）群の3群に分け、時間の流れと治療（暴露）に沿って、生活の質と精神的健康がどのように変化するかを、初診時点から長期間観察した。調査時期と調査方法、主な調査項目を Figure1 に示す。

2. セッティング

2013年11月から2014年1月まで、東京都の都心部にある性別違和専門外来をもつ診療所1施設において、研究参加の候補者を選定するために診療録調査を実施した。診療録の情報から、研究参加の適応基準に合致する候補者を選定し、当事者の主治医（診療所の院長）に研究参加募集の可否を確認した。

2014年1月から2014年4月まで、診療録調査と研究参加者の募集を実施した。研究参加候補者の選定を目的とした診療録調査の結果を元に、主治医が参加可能と判断した当事者に対して、専門外来の診察室において、主治医が研究参加者の募集を行った。募集に応じた当事者に対して、待合室に設置したパーテーション内で、研究者が研究内容を説明し、同意の得られた当事者を研究参加者として、診療録調査を実施した。

2018年7月から2018年11月まで、追跡調査を実施した。診療録調査時と同様に、専門外来の診察室において、主治医が参加可能と判断した当事者に参加の可否を確認した。参加に応じた当事者に対して、研究者が研究内容を説明し、同意の得られた研究参加者に質問紙調査を実施した。

調査を実施した診療所では、主治医である精神科医（1人）と臨床心理士（3人）が連携して当事者の生活史および病歴の聴取、実生活経験等の精神的サポートを行っている。性別違和の治療を目的に受診した当事者は全て、診療の過程で精神科医と臨床心理士両者との面談を行う。また、診療所内の処置室において、精神科医の指示に基づき精神科医または看護師が施術するホルモン療法を受けることができる。当事者が手術を希望する場合には、主治医である精神科医が施術可能な医療機関に向けて紹介状を作成し、当事者は希望する医療機関に紹介状を持参して治療を受けることになる。なお、診療所の主治医である精神科医は性別違和の治療に長らく携わり、性別違和に関する医学および法学の分野において造詣が深く、当事者からの信頼は厚い。GID（性同一性障害）学会の認定医であり、2008年より当診療所の院長として診療を続けている。

3. 研究参加者

本研究の参加者は、2008年4月から2013年11月の間に東京都内の性別違和専門外来を受診した当事者のうち、主治医からDSM-IVに基づく性同一性障害の診断またはDSM-5に基づく性別違和の診断を受け、初診から3ヶ月以内にWHOQOL-26を用いて主観的な生活の質を測定し、主治医より研究協力を依頼する許可が得られ、本人より研究参加の同意が得られる当事者とした。また、初診時以前に他の医療機関で性別違和の緩和を目的とした身体的治療（ホルモン療法および手術）を実施している当事者またはWHOQOL-26測定時以前に性別違和

の緩和を目的とした身体的治療を実施している当事者、初診から4ヶ月以上経過後にWHOQOL-26を用いて主観的な生活の質を測定している当事者、精神疾患の重篤な併存症のある当事者、日本語でのコミュニケーションをはかれない当事者、年齢が18歳未満の当事者は研究参加の候補者から除外した。追跡のため、カルテ番号と調査番号を対応表に記載し、その組み合わせによりデータの照合を行った。

なお、調査を実施した診療所では、診療の参考とするためにWHOQOL-26を測定しているものの、明確な測定基準は設けられていない。そのため、診察に訪れた当事者に記入する時間的余裕がない場合や待合室が混雑して記入するためのスペースが確保できない場合には測定されず、診療の都合上、可能な範囲で測定されている。

また、初診から4ヶ月以上経過後にWHOQOL-26を用いて主観的な生活の質を測定した当事者を研究参加の候補者から除外したのは、研究計画の段階で治療群を「精神療法のみ群」、「ホルモン療法のみ群」、「手術（二次性徴）群」、「手術（一次性徴）群」の4群に分けて比較し、初診時の精神療法が進んでいない未治療に近い状態からの変化を観察することを想定していたことによる。調査を実施した診療所では、初診時から3回目の診察日までにWHOQOL-26を測定することが慣例となっており、それ以降には測定する可能性が低いという診療所特有の理由と、4ヶ月以上経過すると精神療法が進むことで未治療に近い状態ではなくなることから、このような基準を設定した。なお、本研究では追跡調査時には全ての研究参加者が身体的治療に移行されていたことから、「精神療法のみ群」は存在せず、「ホルモン療法のみ群」、「手術（二次性徴）群」、「手術（一次性徴）群」の3群での比較となった。この3群について、全ての研究参加者がホルモン療法を実施していたことから、「ホルモン療法のみ群」はホルモン療法のみを受けている群、「手術（二次性徴）群」はホルモン療法に加えて手術（二次

性徴)を受けている群、「手術(一次性徴)群」はホルモン療法に加えて手術(一次療法)を受けている群であり、特に「手術(一次性徴)群」には一次性徴の手術のみを受けた研究参加者と二次性徴の手術と一次性徴の手術を併用して受けた研究参加者が含まれていた。

本研究の診療録調査を実施した2013年11月時点では、診断名が性同一性障害から性別違和に変更されていたものの、本研究の研究参加者は2008年4月以降に通院を開始し、DSM-IV-TRの診断基準に基づいて性同一性障害の診断を受けた当事者と、2013年5月以降に通院を開始し、DSV-5の診断基準に基づいて性別違和の診断を受けた当事者の両者を含んでいる。性同一性障害の診断基準に該当する者は性別違和の診断基準にも該当すること、診断を行った主治医に確認したところ全ての研究参加者が性別違和の診断基準に合致することから、本稿において調査の対象となる当事者について診断を受けた時期に関わらず、「性別違和を有する当事者」または「当事者」と表記する。

4. 変数

初診時の診療録調査では、初診から3ヶ月以内に測定された主要評価項目(主観的な生活の質)と副次評価項目(抑うつ)を確認し、初診時の問診で必ず聴取する主訴、病歴、診察所見の記録から社会人口統計学的変数、臨床的特徴を示す変数を抽出した。追跡調査では、自記式質問紙(資料:「性同一性障害をもつ方の健康と暮らし向きに関する調査」)を用いて、研究参加者が受けている治療、主要評価項目(主観的な生活の質)、副次評価項目(抑うつ)、共変量、社会人口統計学的変数を測定した。この自記式質問紙は、WHOQOL-26(主観的な生活の質)、CES-D(抑うつ)、UGDS(性別違和の程度)、CSQ-8J(治療満足度)以外の部分は研究者が独自に質問紙を開発した。また、研究参加者が治療開始時期を想起できない等の理由で回答が難しい場合には、研究参加者の同意を得て研究者が診療録を確認し、回答を補足した。

1) 治療

曝露変数である治療については、質問紙に教示文「あなたが受けられている性同一性障害の全ての治療内容について、それぞれの治療をおよそどのくらい前にもしくはいつ頃から始められたかをご記入ください」と記し、性別違和の治療として想定される具体的な治療内容を提示した。研究参加者が受けている治療を元に、研究参加者をホルモン療法のみ群、手術（二次性徴）群、手術（一次性徴）群の3群に分けた。なお、乳房切除術（FtM）、乳頭縮小術（FtM）、男性型胸部形成術（FtM）、豊胸手術（MtF）、声の女性化手術（MtF）、顔の輪郭形成術（MtF）、甲状軟骨縮小術（MtF）等の二次性徴に関連する手術を受けている場合は手術（二次性徴）群とし、子宮/卵巣摘出術（FtM）、膣閉鎖術（FtM）、陰茎形成術（FtM）、尿道延長術（FtM）、陰嚢形成術（FtM）、精巣摘出術（MtF）、陰茎切除術（MtF）、膣形成術（MtF）等の性器（一次性徴）に関連する手術を受けている場合は手術（一次性徴）群とした。特に、手術（一次性徴）については、臨床的にホルモン療法と手術（二次性徴）の次の段階として実施されることが多く、手術（一次性徴）を受ける当事者、特にFtMの多くは手術（一次性徴）の前もしくは同時期に手術（二次性徴）を受けている。手術（二次性徴）に比べて施術がより複雑であり、戸籍上の性別変更の要件である性器に関する手術を受けている集団と手術（二次性徴）のみを受けている集団を比較するため、手術（二次性徴）と手術（一次性徴）の両方を受けている場合には、手術（一次性徴）群に区分した。なお、手術（二次性徴）群と手術（一次性徴）群は、このほかにホルモン療法を受けている可能性がある。

2) 主観的な生活の質

性別違和を有する当事者の主観的な生活の質を評価するため、WHOQOL-26（The World

Health Organization Quality of Life Assessment-Bref) の日本語版を使用した。WHOQOL-26 は主観的な幸福感、生活の質を評価する WHOQOL 基本調査票の短縮版であり、異なる文化間での比較が可能であり、その信頼性と妥当性が確認されている[95]。WHOQOL-26 は過去 2 週間の主観的な生活の質を測るもので、「身体的領域」、「心理的領域」、「社会的関係」、「環境領域」の 4 領域を問う 24 項目と生活の質全体を問う 2 項目の全 26 項目で構成され、うち 3 項目は逆転項目である。各項目について、過去 2 週間の生活の中で、「まったくない(悪い、不満)」の場合 : 1 から「非常に (良い、満足)」の場合 : 5 までの 5 件法で評価する。各領域の平均点を算出することから理論的得点幅は 1~5 点であり、得点が高いほど、より良い生活の質を示す。なお、各領域の下位項目について、「身体領域」は日常生活動作、医薬品と医療への依存、活力と疲労、移動能力、痛みと不快、睡眠と休養、仕事の能力、「心理的領域」はボディ・イメージ、否定的感情、肯定的感情、自己評価、思考・学習・記憶・集中力、精神性・宗教・信念、「社会的関係」は人間関係、社会的支援、性的活動、「環境領域」は金銭関係、自由・安全と治安、健康と社会的ケアの利用のしやすさおよび質、居住環境、新しい情報・技術の獲得の機会、余暇活動への参加と機会、生活圏の環境 (公害/騒音/気候)、交通手段で構成されている。

3) 抑うつ

性別違和を有する当事者の精神的健康として、抑うつを測定した。抑うつの評価尺度は CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) の日本語版を使用した。CES-D はその有用性の高さから世界中で普及している尺度であり、日本では島らをはじめとする多くの研究者により、その信頼性と妥当性が確認されている[96]。CES-D は過去 1 週間の抑うつに関する症状を測るもので、「普段は何でもないことが煩わしい」、「なかなか眠れない」

等を含む 20 問の質問項目で構成され、うち 4 項目は逆転項目である。抑うつ感情、陽性感
情、身体的症状と精神運動抑制、対人関係上の問題の 4 因子について 4 件法で評価し、各項
目の選択肢と配点は、この 1 週間うちで「ない」場合 : A (0 点)、「1~2 日」の場合 : B (1 点)、
「3~4 日」の場合 : C (2 点)、「5 日以上」の場合 : D の (3 点) である。理論的得点幅は 0~
60 点であり、得点が高いほど抑うつ状態を示す。ガイドラインでは 16 点以上を気分障害群
としている。

4) 共変量と社会人口統計学的変数

質問紙調査において、交絡因子の可能性があると考えられる因子として、性別、年齢、就
労の有無、世帯収入、最終学歴、婚姻歴、パートナーの有無、性的指向、子の有無、同居者
の有無、周囲の人との関係性、自殺念慮の経験、自殺企図の経験、併存症の有無、性別違和
自覚年齢、性別違和治療の初診時の年齢、初診時の性別違和の強度、カムアウトの有無、実
生活経験の有無、治療についての後悔の有無、治療目標、治療満足度、初診から追跡調査ま
での期間を測定した。なお、性別違和自覚年齢については自覚した時期を、性別違和治療の
初診時の年齢と初診時の性別違和の強度については初診時の年齢および状態を、追跡調査時
に想起してもらうことで回答を得た。

初診時の性別違和の強度は、治療選択に関連する因子として UGDS (Utrecht Gender
Dysphoria Scale) 日本語版を用いて測定した。UGDS は性別違和の診断補助、国際比較、治
療効果の測定を目的に世界で使用されている [97]。FtM 用と MtF 用があり、「誰かが私を女性
扱いするたびに、私は傷つく (FtM 用)」、「私は体が男性なので不幸だ (MtF 用)」等を含む 12
問の質問項目で構成される。各項目について「まったくあてはまらない」場合 : 1 から、「と
てもあてはまる」場合 : 5 までの 5 件法で評価し、理論的得点幅は 12~60 点であり、得点が

高いほど強い性別違和を示す。

周囲の人との関係性は、先行研究を参考に、独自に尺度を作成した。「あなたと関わりのある人々との関係について、全体としてどの程度良好な関係にありますか」の質問に対して、「まったく良好でない」場合：1から、「とても良好である」場合：5までの5件法で評価し、得点が高いほど良好な関係と評価する。

治療満足度は、治療選択に関連する因子としてCSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire) 日本語版を使用した。CSQ-8 は標準化された患者満足度の尺度として、国際的に使用されている[98]。「サービスの内容・質はいかがでしたか」、「ご期待通りの内容でしたか」等を含む8項目で構成される。各項目について、「良くない（もしくは同程度の否定的評価）」場合：1から、「非常に良い（もしくは同程度の肯定的評価）」場合：4までの4件法で評価し、理論的得点幅は4～32点であり、得点が高いほど高い治療満足度を示す。

5. 分析

記述統計量を各群で算出し、分布を確認した。なお、3群間を比較する際には一元配置分散分析を行い、有意水準を0.05とした。群間の差の検定には多重比較にはBonferroniの不等式に基づく多重比較法を行った。

複数の測定項目をもつ尺度を用いた変数（WHOQOL-26、CES-D、UGDS、CSQ-8J）について、Cronbachの α 係数を算出した。さらに、主要評価尺度（WHOQOL-26）と副次評価尺度（CES-D）について、初診時（T1）と追跡調査時（T2）間の得点差から、治療群間の効果量（Cohen's d）を算出した。

主要な解析として一般線形モデリング（二元配置の固定モデル）を適用し、データの欠測に対応するために制限付き最尤法（REstricted Maximum Likelihood: RELM）を用いて推定値

を算出した。WHOQOL-26 と CES-D について、治療 [ホルモン療法のみ群、手術 (二次性徴) 群、手術 (一次性徴) 群]、時間 [初診時 (T1)、追跡調査時 (T2)]、交互作用 [治療*時間] の固定効果を推定した。

Adjusted1 では、追跡調査時の性別、年齢、就労の有無、世帯収入、最終学歴、初診時 (T1) から追跡調査時 (T2) までの期間を共変量として投入した。Adjusted2 では、Adjusted1 で投入した共変量に加えて、性別違和自覚年齢、初診時の性別違和の強度、パートナーの有無、性的指向、同居者の有無、周囲の人との関係性、併存症の有無、自殺念慮の経験、治療目標、治療満足度を投入した。その際に、連続変数 (年齢、初診から追跡調査時までの期間、性別違和自覚年齢、性別違和の強度、周囲の人との関係性、治療満足度) は平均による中心化を行い、その他の共変量はダミー変数に変換した: 性別 [FtM (参照カテゴリ)]、世帯収入 [0 円以上 200 万円未満 (参照カテゴリ)]、最終学歴 [中学・高校卒業 (参照カテゴリ)]、性的指向 [生物学的同性 (参照カテゴリ)]。なお、研究参加者は全て診療の過程で精神科医と臨床心理士から精神的サポートを受けていることから、精神科医からの精神療法、臨床心理士からの心理療法の有無は共変量に含めなかった。

上記の Adjusted2 の解析で、交互作用 [治療*時間] の固定効果が有意な場合には、固定効果の解析結果からホルモン療法のみに対する手術 (二次性徴) の効果 [ホルモン療法群を対照とした場合の手術 (二次性徴) *時間の交互作用]、ホルモン療法のみに対する手術 (一次性徴) 群の効果 [ホルモン療法群を対照とした場合の手術 (一次性徴) *時間の交互作用] を確認した。さらに治療群の対比を変更して再度同一の解析を実施し、手術 (二次性徴) に対する手術 (一次性徴) 群 [手術 (二次性徴) 群を対照とした場合の手術 (一次性徴) *時間の交互作用] を確認した。

また、手術後の1年間は当事者の生活や心理状態がまだ不安定である可能性があり、手術の効果を検証するためには長期間の観察が必要であることが先行研究[81]で指摘されている。手術後1年以内であることが結果に影響する可能性を考慮し、手術後1年以内の研究参加者を除いた研究参加者を対象に追加の解析を行った。追加の解析として、一般線形モデリング（二元配置の固定モデル）を適用し、データの欠測に対応するために制限付き最尤法を用いて推定値を算出した。WHOQOL-26 と CES-D について、治療 [ホルモン療法のみ群、手術（二次性徴）群、手術（一次性徴）群]、時間 [初診時 (T1)、追跡調査時 (T2)]、交互作用 [治療*時間] の固定効果を推定した。

さらに、FtM と MtF では臨床的特徴が異なることから、性別毎に WHOQOL-26 と CES-D について追加の解析を行った。追加の解析として、一般線形モデリング（二元配置の固定モデル）を適用し、データの欠測に対応するために制限付き最尤法を用いて推定値を算出した。WHOQOL-26 と CES-D について、治療 [ホルモン療法のみ群、手術（二次性徴）群、手術（一次性徴）群]、時間 [初診時 (T1)、追跡調査時 (T2)]、交互作用 [治療*時間] の固定効果を推定した。

解析には SPSS ver. 24 の混合モデルコマンドを使用した。

6. 倫理的配慮

本研究は東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得て実施した（審査番号：10298）。研究協力を依頼する際には、研究協力依頼文書『「性同一性障害をもつ方の健康と暮らし向きに関する調査」へのご協力をお願い』を用いて、研究目的、方法、研究協力の任意性と撤回の自由、個人情報保護、研究結果の公表、協力者にもたらされる利益及び不利益、データの取り扱い、費用負担について説明し、文書にて同意を得た。

IV 結果

1. 研究参加者の応諾状況と特徴

研究参加者確定までのフローチャートを Figure2 に示す。研究参加候補者を選定するための診療録調査の結果、2008年4月から2013年11月の間に、東京都内の性別違和専門外来1施設を受診した当事者は4019人であった。本研究の主要項目である WHOQOL-26 を用いて主観的な生活の質を測定した当事者863人のうち、主治医から性同一性障害または性別違和の診断を受けた当事者は744人であった。そのうち、2013年11月時点で通院を中断している当事者(N=530)、初診時または WHOQOL-26 測定時以前に性別違和の緩和を目的とした身体的治療を実施している当事者(N=296)、初診から4ヶ月以上経過後に WHOQOL-26 を測定した当事者(N=149)、精神疾患の重篤な併存症のある当事者(N=38)、年齢が18歳未満の当事者(N=5)を除いた109人を研究参加の候補者とした。候補者のうち、2014年1月～2014年4月の研究参加者の募集期間中に診察に訪れなかった当事者(N=8)と精神的負担を理由に参加を断った当事者(N=1)を除き、研究参加の同意が得られた100人を研究参加者とした。また、同意が得られた研究参加者に対して、順次診療録調査を実施した。

さらに、2018年7月～2018年11月に追跡調査を実施した。追跡調査の期間中に診察に訪れた研究参加者に対して質問紙を本人に直接配布した。研究参加者100人のうち、転居に伴う転院(N=8)、詳細不明の通院中断(N=20)、通院継続中であるものの追跡調査期間中に診察に訪れず(N=4)、精神的不調のため主治医の判断で追跡調査への研究協力依頼を見送り(N=3)を理由に、合わせて35人の研究参加者は追跡調査に参加せず、65人の研究参加者が追跡調査に参加した。研究参加者に対して、質問紙を主治医もしくは研究者が本人に直接配布し、回答を得た。以上のことから、研究参加者の追跡率は65%であった。

2. 追跡調査に参加した研究参加者と参加しなかった研究参加者の初診時の特徴

研究参加者 (N=100) のうち、追跡調査に参加し、後ろ向きコホート研究の解析に含めた研究参加者 (N=65) と追跡調査に参加せず、後ろ向きコホート研究の解析から除外した研究参加者 (N=35) の初診時の特徴を比較した結果を Table1 に示す。追跡調査に参加した研究参加者に比べて、追跡調査に参加しなかった研究参加者の方が、自殺念慮を経験した割合が有意に高く ($p=0.045$)、自殺企図を経験した人の割合は統計的には有意でないものの、追跡調査に参加した研究参加者 (7.7%) に比べて、追跡調査に参加しなかった研究参加者 (14.3%) の方が高かった ($p=0.295$)。WHOQOL-26 の心理的領域の平均値は追跡調査に参加した研究参加者 (2.91 ± 0.67) に比べて、追跡調査に参加しなかった研究参加者 (2.55 ± 0.76) の方が有意に低い ($p=0.019$) 結果となった。また、CES-D の平均値は統計的には有意でないものの、追跡調査に参加した研究参加者 (14.8 ± 9.99) に比べて、追跡調査に参加しなかった研究参加者 (19.0 ± 10.47) の方が高く ($p=0.063$)、追跡調査に参加しなかった研究参加者の平均値は気分障害群のカットオフポイント (16点) を上回っていた。さらに、パートナーの存在する割合も追跡調査に参加した研究参加者に比べて、追跡調査に参加しなかった研究参加者の方が低かった ($p=0.063$)。ただし、統計的には有意な差ではなかった。

3. 追跡調査に参加した研究参加者の社会人口統計学的、臨床的特徴

追跡調査に参加し、後ろ向きコホートの解析に含めた研究参加者の特徴を Table2 に示す。追跡調査時点で、研究参加者 65 人のうち、25 人がホルモン療法のみ [ホルモン療法のみ群]、11 人がホルモン療法と手術 (二次性徴) [手術 (二次性徴) 群]、2 人がホルモン療法と手術 (一次性徴) [手術 (一次性徴) 群]、27 人がホルモン療法と手術 (二次性徴) と手術 (一次

性徴) [手術 (一次性徴) 群]を受けていた。なお、研究参加者は全て、ホルモン療法を継続していた。性別について、研究参加者 65 人のうち、FtM は 53 人 (81.5%)、MtF は 12 人 (18.5%) であり、FtM が全体の約 8 割を占めていた。各治療群の FtM の割合について、ホルモン療法のみ群 (60.0%) に比べて手術 (二次性徴) 群 (100.0%) と手術 (一次性徴) 群 (93.1%) が有意に高かった ($p=0.002$)。世帯年収について、500 万円以上の世帯の割合は手術 (一次性徴) 群 (51.7%) に比べて、ホルモン療法のみ群 (12.1%) と手術 (二次性徴) 群 (27.3%) は有意に低かった ($p=0.036$)。婚姻歴について、未婚の割合はホルモン療法のみ群 (96.0%) に比べて手術 (二次性徴) 群 (72.7%) と手術 (一次性徴) 群 (72.4%) が有意に低かった ($p=0.006$)。治療目標として現状維持を希望している人の割合は手術 (一次性徴) 群 (44.8) に比べて、ホルモン療法のみ群 (92.0%) と手術 (二次性徴) 群 (72.7%) が有意に高かった ($p=0.001$)。その他の特徴については、3 群間に有意な差はみられなかった。

次に、WHOQOL-26 と CES-D について、追跡調査に参加した研究参加者の初診時と追跡調査時の各治療群の平均値を Table3 に示す。まず、初診時の WHOQOL-26 と CES-D については治療群間に有意な差はみられなかった。追跡調査時の WHOQOL-26 の心理的領域のみ、治療群間に有意な差があり ($p=0.006$)、多重比較の結果、ホルモン療法のみ群に比べて手術 (二次性徴) 群が高く ($p=0.028$)、ホルモン療法のみ群に比べて手術 (一次性徴) 群が高かった ($p=0.018$)。追跡調査時の WHOQOL-26 の心理的領域以外の領域と CES-D については治療群間に有意な差はみられなかった。

各治療群の特徴をまとめると、ホルモン療法のみ群は 6 割が FtM、4 割が MtF で、世帯年収が 500 万円未満の人が約 9 割を占め、治療について約 9 割の人が現状維持を希望し、追跡調査時における WHOQOL-26 の心理的領域の平均点は何らかの手術を受けている群に比べて低か

った。手術（二次性徴）群は全員が FtM で、世帯年収が 500 万円未満の人が約 7 割で、約 3 割の人が更なる治療を希望していた。手術（一次性徴）群は約 9 割が FtM で、世帯年収が 500 万円以上の人が約 5 割存在し、約 3 割が既婚者で、約 9 割が性別の戸籍変更を済ませ、更なる治療を希望する人が約 5 割を占めていた。

また、研究参加者の追跡調査時の治療内容とその治療を受けた期間（月）を Table4 に示す。初診から追跡調査までの期間は平均 93.2 ヶ月であり、57 ヶ月から 123 ヶ月まで幅広く、手術（一次性徴）群（95.3, SD=16.7）、ホルモン療法のみ群（92.1, SD=22.6）、手術（二次性徴）群（90.4, SD=23.1）の順に長かったが、治療群間に有意な差はみられなかった（ $p=0.745$ ）。追跡調査時には全ての研究参加者がホルモン療法を受けており、ホルモン療法継続の平均期間（月）は、ホルモン療法のみ群（72.4, SD=16.4）、手術（二次性徴）群（78.9, SD=26.1）、手術（一次性徴）群（82.7, SD=16.9）の順に長かったが、治療群間に有意な差はみられなかった（ $p=0.136$ ）。なお、手術（一次性徴）群の 29 人のうち、MtF の 2 人を除く FtM の 27 人が乳房切除術等何らかの二次性徴に関連する手術を受けていた。さらに、手術（一次性徴）群の 29 人のうち、3 人（FtM 2 人、MtF 1 人）は手術後 1 年を経過していなかった。

なお、信頼係数（Cronbach' α ）について、WHOQOL-26 は身体的領域（ $\alpha=0.66$ ）、心理的領域（ $\alpha=0.78$ ）、社会的関係（ $\alpha=0.68$ ）、環境領域（ $\alpha=0.77$ ）、平均（ $\alpha=0.90$ ）であった。その他の連続変数は CES-D（ $\alpha=0.91$ ）、UGDS（ $\alpha=0.78$ ）、CSQ-8J（ $\alpha=0.85$ ）であり、WHOQOL-26 は身体的領域と社会的関係を除き、追跡調査時点における α 係数は 0.77 から 0.91 までの範囲にあった。

初診時と追跡調査時における WHOQOL-26、CES-D の平均値と効果量を Table5 に示す。さらに、手術（二次性徴）群とホルモン療法のみ群、手術（一次性徴）群とホルモン療法のみ群、

手術（一次性徴）群と手術（二次性徴）群の間で、治療前後の得点差から効果量（Cohen's d）を算出したところ、WHOQOL-26 の心理的領域において、手術（二次性徴）群とホルモン療法のみ群の間[d=0.88 (0.17, 1.59)]、手術（一次性徴）群とホルモン療法のみ群の間[d=0.71 (0.16, 1.26)]に有意差がみられた。

4. 時間と治療の交互作用

1) 研究参加者全体 (N=65) の時間と治療の交互作用

一般線形モデリングを適用して解析を行った結果を Table6 に示す。Crude と Adjusted1 では、WHOQOL-26 の全ての領域において、時間と治療の交互作用は有意でなかった。Adjusted2 では、WHOQOL-26 の心理的領域 (p=0.033) について、時間と治療の交互作用が有意であった。WHOQOL-26 の心理的領域について、治療群毎に交互作用を比較したところ、ホルモン療法のみ群と手術（二次性徴）群の間 (p=0.049)、ホルモン療法のみ群と手術（一次性徴）群の間 (p=0.019) に有意差がみられ、手術（二次性徴）群と手術（一次性徴）群の間 (p=0.900) には有意差がみられなかった。

WHOQOL-26 のその他の領域と平均値、CES-D については、各治療群の T1-T2 間に改善がみられたが、時間と治療の交互作用は有意でなかった。

2) 手術後 1 年以内の研究参加者 3 人を除く研究参加者 (N=62) の時間と治療の交互作用

一般線形モデリングを適用して解析を行った結果を Table7 に示す。Adjusted2 における WHOQOL-26 の心理的領域については、時間と治療の交互作用がわずかに有意とならなかった (p=0.055)。これを含めて、WHOQOL-26 の全ての領域と CES-D について、Crude、Adjusted1、Adjusted2 において、時間と治療の交互作用は有意でなかった。

3) FtMの研究参加者 (N=53) の時間と治療の交互作用

FtM と MtF を分けて、WHOQOL-26 と CES-D について追加の解析を行った。FtM の研究参加者 53 人については、WHOQOL-26 と CES-D について、治療 [ホルモン療法のみ群、手術 (二次性徴) 群、手術 (一次性徴) 群]、時間 [初診時 (T1)、追跡調査時 (T2)]、交互作用 [治療*時間] の固定効果を推定した。その結果を Table8 に示す。Adjusted2 における WHOQOL-26 の心理的領域については、時間と治療の交互作用がわずかに有意とならなかった ($p=0.063$)。これを含めて、WHOQOL-26 の全ての領域と CES-D について、Crude、Adjusted1、Adjusted2 において、時間と治療の交互作用は有意でなかった。一方、MtF の研究参加者 12 人でも、WHOQOL-26 の全ての領域と CES-D について、Crude において、時間と治療の交互作用は有意でなかった。またサンプルサイズが小さく、共変量を投入した解析を行うことができなかった。その結果を Table9 に示す。

5. 時間の主効果

1) 研究参加者全体 (N=65) の時間の主効果

線形混合モデルによる解析を行った結果、Crude では、WHOQOL-26 の身体的領域 ($p<0.001$)、心理的領域 ($p<0.001$)、社会的関係 ($p=0.037$)、平均 ($p<0.001$) において、時間の主効果が有意であった。Adjusted1 では、WHOQOL-26 の身体的領域 ($p<0.001$)、心理的領域 ($p<0.001$)、社会的関係 ($p=0.039$)、平均 ($p<0.001$) において、時間の主効果が有意であった。Adjusted2 では、WHOQOL-26 の身体的領域 ($p<0.001$)、心理的領域 ($p<0.001$)、社会的関係 ($p=0.015$)、平均 ($p<0.001$) において、時間の主効果が有意であった。CES-D については、Crude、Adjusted1、Adjusted2 において、時間の主効果は有意でなかった。

2) 手術後1年以内の研究参加者3人を除く研究参加者(N=62)の時間の主効果

線形混合モデルによる解析を行った結果、Crudeでは、WHOQOL-26の身体的領域($p < 0.001$)、心理的領域($p = 0.001$)、環境領域($p = 0.046$)、平均($p = 0.001$)において、時間の主効果が有意であった。Adjusted1では、WHOQOL-26の身体的領域($p < 0.001$)、心理的領域($p = 0.001$)、平均($p = 0.001$)において、時間の主効果が有意であった。Adjusted2では、WHOQOL-26の身体的領域($p < 0.001$)、心理的領域($p < 0.001$)、環境領域($p = 0.017$)、平均($p < 0.001$)において、時間の主効果が有意であった。CES-Dについては、Crude、Adjusted1、Adjusted2において、時間の主効果は有意でなかった。

3) FtMである研究参加者(N=53)の時間の主効果

線形混合モデルによる解析を行った結果、Crudeでは、WHOQOL-26の身体的領域($p < 0.001$)、心理的領域($p < 0.001$)、環境領域($p = 0.032$)、平均($p = 0.001$)において、時間の主効果が有意であった。Adjusted1では、WHOQOL-26の身体的領域($p < 0.001$)、心理的領域($p < 0.001$)、平均($p = 0.001$)において、時間の主効果が有意であった。Adjusted2では、WHOQOL-26の身体的領域($p < 0.001$)、心理的領域($p < 0.001$)、平均($p < 0.001$)において、時間の主効果が有意であった。CES-Dについては、Crude、Adjusted1、Adjusted2において、時間の主効果は有意でなかった。なお、MtFの研究参加者は12人とサンプルサイズが小さく、共変量を投入すると平均値を推定することができなかった。WHOQOL-26の全ての領域とCES-Dについて、Crudeにおける時間の主効果は有意でなかった。

6. 治療の主効果

1) 研究参加者全体(N=65)の治療の主効果

線形混合モデルによる解析を行った結果、Crude、Adjusted1、Adjusted2でのWHOQOL-26の

全ての領域と CES-D について、治療の主効果は有意でなかった。

2) 手術後 1 年以内の研究参加者 3 人を除く研究参加者 (N=62) の治療の主効果

線形混合モデルによる解析を行った結果、Crude、Adjusted1、Adjusted2 での WHOQOL-26 の全ての領域と CES-D について、治療の主効果は有意でなかった。

3) FtM である研究参加者 (N=53) の治療の主効果

線形混合モデルによる解析を行った結果、Crude、Adjusted1、Adjusted2 での WHOQOL-26 の全ての領域と CES-D について、治療の主効果は有意でなかった。なお、MtF の研究参加者は 12 人とサンプルサイズが小さく、共変量を投入すると平均値を推定することができなかった。WHOQOL-26 の全ての領域と CES-D について、Crude における治療の主効果は有意でなかった。

V 考察

本研究では、性別違和を緩和する治療を受けている当事者をホルモン療法のみ群、手術（二次性徴）群、手術（一次性徴）群の 3 群に分けて、治療が当事者の主観的な生活の質と精神的健康に与える効果、治療による効果の差について、後ろ向きコホート研究により検討した結果、主観的な生活の質の心理的領域に限り、ホルモン療法のみを受けている当事者に比べて二次性徴を変える手術を受けている当事者の方が治療による改善の度合いが大きいこと、ホルモン療法のみを受けている当事者に比べて一次性徴を変える手術を受けている当事者の方が治療による改善の度合いが大きいことが明らかとなり、仮説 1 と仮説 2 の一部が支持された。ただし、二次性徴を変える手術を受けている当事者と一次性徴を変える手術を受けている当事者の間には治療による改善の度合いに差はなく、仮説 3 は支持されなかった。手術後 1 年以内の当事者を除いた分析と、FtM のみの当事者の分析では、治療内容による主観的

な生活の質の差は、いずれの領域でも有意ではなかった。

以下、研究参加者の特徴について、次に仮説の一部が支持された主観的な生活の質の心理的領域、仮説が支持されなかった主観的な生活の質の身体的領域、社会的関係、環境領域、抑うつの結果、最後に本研究の限界と今後の課題について、順に考察していく。

1. 研究参加者の特徴

本研究では、初診時の診療録調査の段階で、100人から研究参加の同意を得ていたが、4年6ヶ月後の追跡調査の段階で、研究参加の同意を得て、質問紙調査の回答が得られたのは65人であった。追跡調査に参加した研究参加者と参加しなかった研究参加者の初診時の状態を比較したところ、追跡調査に参加した研究参加者は、自殺念慮や自殺企図を経験した割合が低く、CES-Dの平均得点が気分障害群とされる16点未満であり、パートナーのいる割合が高い等、参加しなかった研究参加者に比べて社会適応のよい傾向を示していた。追跡調査に参加しなかった集団は自殺念慮や自殺企図を経験した割合が高く、初診時の段階で精神保健上の問題を抱えやすい集団である可能性が考えられたが、追跡調査に参加されなかったことから、初診時以降の治療の経過や身体的、精神的状態について把握することはできなかった。

次に、追跡調査に参加した研究参加者の特徴について、全体の中でFtMが約8割を占め、手術（二次性徴）群は全員がFtM、手術（一次性徴）群は約9割がFtMであった。このFtMが占める割合については、初診時の診療録調査においても同様の傾向を示していた。これは本研究のセッティングとして、初診時に既に他の医療機関等で身体的治療を実施している人を除外していることが一因となっている可能性がある。研究参加候補者を選定するための診療録調査の段階で、専門医療機関を受診するまでに自己判断でホルモン剤の内服を開始しているMtFの当事者、審美的な目的で手術を実施する医療機関で豊胸手術等の治療を既に実施し

ている MtF の当事者が一定数存在していた。データを収集し、保管することができなかったため、これらはいくまでも臨床的、経験的な印象でしかないものの、初診時に身体的治療を実施しておらず、ガイドラインに沿って治療を継続する割合は FtM の方が多い傾向にあり、研究参加者に FtM が占める割合に影響している可能性がある。また、そもそも日本において FtM は MtF に比べて性別違和の専門外来を受診した患者の割合が高い[10, 11]という臨床的背景があること、FtM は MtF に比べて社会適応がよく[47]、治療効果の実感、治療の継続につながるにより、FtM の研究参加者に占める割合が高くなっている可能性がある。

次に、治療群毎の特徴について、世帯年収が高く、経済的に安定している集団ほど、一次性徴を変える手術を受けている割合が高かった。手術を受けるためには、手術にかかる費用に加えて、生活費や海外の場合には渡航費用等、相当の経済的負担がかかることから、当事者の経済状況が治療内容の選択に影響している可能性が考えられる。また、治療目標として現状維持を希望している人の割合は一次性徴を変える手術を受けている当事者に比べて、ホルモン療法のみを受けている当事者と二次性徴を変える手術を受けている当事者の方が高かった。これは、一次性徴を変える手術を受けている当事者には治療費にかける経済力があるというだけでなく、自認するジェンダー・アイデンティティに身体の状態が一致するように、より大きな身体的な変化を希望する当事者、社会的に男性もしくは女性と明確に認識されることを希望する当事者が他の治療群に比べて多く含まれているためと考えられる。また、初診時の段階から治療目標が明確に定まり、戸籍上の性別変更を目指して行動を起こしている当事者が多い可能性があるが、初診時の治療目標を確認していないため、評価することができていない。今後の研究では初診時の治療目標についても検討する必要がある。

追跡調査に参加した研究参加者の初診時と追跡調査時の WHOQOL-26 と CES-D の平均値につ

いて、各調査時点の WHOQOL-26 と CES-D の平均値を治療群間で比較したところ、初診時の WHOQOL-26 の平均値は治療群間で有意な差はなかった。CES-D の平均値も治療群間に有意な差はなかったものの、ホルモン療法のみ群は 16.1 点であり、気分障害群とされる 16 点を上回っていた。これはホルモン療法のみ群の研究参加者は MtF が 4 割を占めていたこと、治療の中で精神的サポートの比重が重く、手術に移行することが難しい、社会適応および精神保健上の問題を抱える当事者が多く含まれていた可能性が考えられる。なお、追跡調査時にはホルモン療法のみ群の CES-D の平均値は 13.3 点であり、日本人労働者を対象とした報告[99]の男性平均 10.5 点、女性平均 11.1 点よりも高いものの、16 点以下となっていた。

追跡調査時の WHOQOL-26 の平均値については、心理的領域のみ治療群間で有意な差があり、ホルモン療法のみ群 (3.04 ± 0.64) に比べて手術（二次性徴）群 (3.65 ± 0.57) が高く、ホルモン療法のみ群に比べて手術（一次性徴）群 (3.53 ± 0.64) が高かった。日本の一般人口の WHOQOL-26 を調査した報告[100]の一般男性の心理的領域は 3.31 ± 0.60 、一般女性の心理的領域は 3.35 ± 0.58 であり、手術（二次性徴）群と手術（一次性徴）群の平均値は一般人口と同等以上になっていた。各治療群の主観的な生活の質は、初診時の段階では治療群間で差はなかったものの、それぞれの治療と時間を経て、改善の度合いに変化が生じていったことがうかがえる。

2. 主観的な生活の質（心理的領域）

1) ホルモン療法のみ群よりも手術群の方が改善の度合いが大きいこと (N=65)

主観的な生活の質における心理的領域について、ホルモン療法のみを受けている当事者に比べて、二次性徴を変える手術および/あるいは一次性徴を変える手術を受けている当事者の方が治療による改善の度合いが大きかった。その理由として、手術によって自認するジェ

ンダー・アイデンティティと一致した容姿に外観が大きく変わり、希望した状態に近づくことで自分の容姿を受け入れられるようになること、自認するジェンダー・アイデンティティと一致した容姿で生活することで精神的苦痛が緩和されること、自認するジェンダー・アイデンティティと一致した性別で社会的に通用すること、すなわち FtM であれば男性として、MtF であれば女性として扱われることによって、主観的な生活の質を構成する心理的領域の下位項目であるボディ・イメージ(自分の容姿を受け入れることができるか)、否定的感情(絶望、不安、気分の落ち込みといった嫌な気分をどのくらい頻繁に感じるか)、肯定的感情(毎日の生活をどのくらい楽しく過ごしているか)、自己評価(自分自身に満足しているか)を中心に改善した可能性がある。

この結果は、手術後に自認するジェンダー・アイデンティティと一致した性別で社会的に通用することによって身体の不満や性別違和が緩和され、生活の質や自尊感情が改善されることを示した先行研究[79]、ホルモン療法のみを受けている当事者に比べて手術を受けている当事者の方が生活の質が高いという先行研究[68, 90]、ホルモン療法のみを受けている当事者は完全な生殖器手術を受けている当事者に比べて抑うつと不安の程度が有意に低いという先行研究[91]を支持している。

ホルモン療法の心理的効果はいくつかの先行研究で示され[62, 63, 64, 66]、手術を望まない当事者や何らかの理由で手術が実施不可能な当事者にとって、ホルモン療法でかなりの安堵感がもたらされることが示されている[101]が、本研究の結果は性別違和の治療としてホルモン療法のみを継続するより、ホルモン療法に加えて、自認するジェンダー・アイデンティティに移行する身体的変化が大きい何らかの手術を受ける方が当事者の心理的領域に関する主観的な生活の質をより高くする可能性を示唆している。

2) 手術群の間では改善の度合いに差がないこと (N=65)

主観的な生活の質における心理的領域について、二次性徴を変える手術を受けている当事者と一次性徴を変える手術を受けている当事者の間に、治療による改善の度合いに差はなかった。一次性徴を変える手術によって、自認するジェンダー・アイデンティティと一致した容姿に大きく外観が変わることで自分の容姿を受け入れられるようになること、自認するジェンダー・アイデンティティと一致した容姿で生活することで精神的苦痛が緩和されること、自認するジェンダー・アイデンティティと一致した性別で社会的に通用すること (FtM であれば男性として、MtF であれば女性として扱われること) といった二次性徴を変える手術によっても期待できる効果に加えて、本人が希望すれば戸籍上の性別を変更できること、法制度上も自認するジェンダー・アイデンティティと一致した性別で生活できること、排泄時 (特に FtM の場合、立位での排尿時)、公共における入浴時、性交時等、生殖器の形状によって制限を受けやすい場面で自認するジェンダー・アイデンティティと一致した行動がとれることによって、主観的な生活の質を構成する心理的領域の下位項目であるボディ・イメージ (自分の容姿を受け入れることができるか)、否定的感情 (絶望、不安、気分の落ち込みといったいやな気分をどのくらい頻繁に感じるか)、肯定的感情 (毎日の生活をどのくらい楽しく過ごしているか)、自己評価 (自分自身に満足しているか) を中心に改善した可能性がある。しかし、二次性徴を変える手術と、身体的変化のより大きい一次性徴を変える手術の間に有意な差はみられなかった。この結果は、胸部の手術を受けている当事者と完全な生殖器手術を受けている当事者の間に抑うつと不安の程度に有意な差がないという先行研究を支持している [91]。性別適合手術によって生活の質が高まるものの、手術後 1 年間の「ハネムーンピリオド」を過ぎてからは、男性性/女性性が期待していたレベルに到達しないことへの不満等によ

って徐々に低下していくことが先行研究において示されており[88]、本研究の参加者は手術を受けてから平均54.9ヶ月(3-104ヶ月)を経過していることから、同様の傾向を示した可能性がある。また、一次性徴を変える手術は施術が複雑であることから、術後合併症に対する治療や再手術の必要が生じるケースや見栄えに満足できないケースがあること[102, 103]、手術の出来栄えや手術後の機能の程度が満足感に影響することが先行研究で示されている[104]。本研究では、性別違和に対する治療全体の満足度(CSQ-8J)を測定することで手術間に有意な差がないことを確認しているものの、手術に限定した満足度は測定できていない。また、研究参加者の術後合併症や再手術の有無について評価していないため推察の範囲を出ないものの、一次性徴を変える手術の後に術後合併症の治療や再手術が必要となる、手術の出来栄えに満足できない等で手術前に抱いていた期待に沿う結果とならなかった場合、治療による満足感は得られず、自分の容姿を受け入れられないまま、ボディ・イメージや否定的感情、肯定的感情、自己評価を中心に低下することによって治療の効果を弱めた可能性がある。

本研究の結果は、二次性徴を変える手術のみを受けた当事者と一次性徴を変える手術を受けた当事者を長期的に観察すると、心理的領域に関する主観的な生活の質に差がない可能性がある。また一方で、当事者が手術後に長期間の身体的・心理社会的フォローアップを受けられる治療環境[5, 102, 103]が整うこと、手術の治療技術が向上することで一次性徴を変える手術による心理的領域に関する生活の質の改善の度合いが大きくなる可能性も示唆している。

3) 手術後1年未満の研究参加者を除くと、治療群の間で改善の度合いに差がないこと(N=62)

手術後1年間は当事者の実像を表していない可能性があり[81]、研究参加者が手術後1年

以内であることが結果に影響する可能性を考慮し、手術後1年以内の研究参加者を除いた研究参加者を対象に追加の解析を行った結果、主観的な生活の質の心理的領域については、時間と治療の交互作用が有意な傾向にはあるものの ($p=0.055$)、これを含めたいずれの領域でも治療群の間で改善の度合いに有意な差がなかった。その理由として、手術後1年以内の研究参加者については、手術直後の高揚感や期待感、一時的な生活の質の高まりがあったことが、結果に影響していた可能性がある。手術後1年以後の症例だけを見ると、手術による主観的な生活の質の心理的領域の改善は明確でない可能性がある。例えば、先行研究でも、手術の結果が期待していたレベルに到達しないことを認識し、満足感が得られずに治療の主観的な生活の質への効果が弱まることが報告されている[88]。しかしながら、何らかの手術を受けている当事者の方が、ホルモン療法のみを受けている当事者よりも主観的な生活の質の心理的領域の改善の度合いはいくらか大きいことから、研究参加者数が多ければ有意な差を観察することができた可能性もある。今後、さらに大規模な研究を行うことで、治療内容による主観的な生活の質への影響の差を検討する必要がある。

4) FtMの研究参加者のみでは、治療群の間で改善の度合いに差がないこと (N=53)

FtMの研究参加者に限定した解析では、主観的な生活の質あるいは精神健康の変化に、治療群間で有意な差はなかった。主観的な生活の質の心理的領域についても、時間と治療の交互作用がわずかに有意とならなかった ($p=0.063$)。FtMを対象とした先行研究において、乳房切除術によって自信が高まり、満足感が得られることが報告され[79]、臨床的にも手術後のFtMの社会適応が向上している印象がある。しかし一方で、手術の結果が研究参加者の期待していたレベルに到達しなかったために満足感が得られなかったこと、痛みや不快感、合併症、治療に伴う経済的負担が治療の効果を弱めた可能性が考えられる。さらに、一次性徴

を変える手術を受けている当事者は全て乳房切除術を受けていることから、二次性徴を変える手術を受けている当事者との相違は生殖器に対する手術を受けているかにあり、生殖器に対する手術は複雑で負担が大きいことから、その負担に見合うだけの治療効果、満足感を当事者は得られていない可能性を示唆している。本研究では、FtM における治療別の主観的な生活の質あるいは精神健康への効果の差は、本研究の症例数では十分に検証することができなかった。しかしながら、何らかの手術を受けている当事者の方が、ホルモン療法のみを受けている当事者よりも主観的な生活の質の心理的領域の改善の度合いはいくらか大きい傾向はみられている。一方、本研究ではMtFの研究参加者数が少なく解析ができていない。今後、FtM、MtF それぞれに十分な研究参加者をリクルートした研究を行うことで、それぞれの群における治療内容による主観的な生活の質への影響の差を検討する必要がある。

3. 主観的な生活の質（身体的領域） 治療群の間で改善の度合いに差がないこと（N=65）

自認するジェンダー・アイデンティティに移行する身体的変化が大きい治療を受ける方が当事者の身体的領域に関する主観的な生活の質の下位項目である日常生活動作（毎日の活動をやり遂げる能力に満足しているか）や活力と疲労（毎日の生活を送るための活力はあるか）を中心により改善することが期待されたが、本研究の結果、主観的な生活の質の身体的領域について、ホルモン療法のみを受けている当事者、二次性徴を変える手術を受けている当事者、一次性徴を変える手術を受けている当事者の間には、治療内容による改善の度合いに差はなかった。その理由として、身体的な治療を継続することによって、医薬品と医療への依存（毎日の生活の中で治療がどのくらい必要か）と痛みと不快（体の痛みや不快のせいで、しなければならないことがどの程度制限されるか）が悪化し、その悪化の程度は身体的変化

が大きく、複雑な治療であるほど大きくなる可能性がある。特に手術については、先行研究で性別適合手術後に心理的領域は改善したが、身体的領域が悪化したことが報告されている[87]ように、術後合併症に対する治療や再手術の必要がある場合には、医薬品と医療への依存、痛みと不快を中心に悪化することによって、治療による肯定的な効果を弱め、治療群の間で改善の度合いに差がなくなった可能性がある。国外の医療機関で手術を受けた当事者が帰国した後に術後合併症に対する治療や再手術の必要が生じた場合など、より状態が悪化するおそれがある。当事者が居住する地域で、値段的にも手頃な、長期間の身体的・心理社会的フォローアップを受けることが保証される[5, 102, 103]治療環境が整うことで、手術による身体的領域に関する生活の質の改善の度合いが大きくなる可能性も同時に示唆している。

4. 主観的な生活の質（社会的関係）

治療群の間で改善の度合いに差がないこと（N=65）

主観的な生活の質の社会的関係について、ホルモン療法のみを受けている当事者、二次性徴を変える手術を受けている当事者、一次性徴を変える手術を受けている当事者の間には、治療内容による改善の度合いに差はなかった。その理由として、本研究の参加者は性別違和を幼少期（平均9.8歳）に自覚し、成人以降（平均25.0歳）に性別違和の治療を開始している当事者が多いことから、性別違和の治療を開始するまでに培われてきた関係性があり、当事者が性別違和の状態について周囲の人々から理解されている場合、もしくは理解されない関係性が保たれている場合には、身体的な治療を開始することによって、人間関係（人間関係に満足しているか）や社会的支援（友人たちの支援に満足しているか）が大きく変化することはなく、変化したとしても治療内容によって改善の度合いに差がなかった可能性がある。周囲との関係性の変化の有無を問わず、治療群間で差を生じなかった理由として、身体的治

療に移行する前に、専門医療機関において精神的サポートが得られ、家族や学校、職場等の周囲の人々に対するカムアウトを行う方法やタイミングを十分に検討した上でやっていること、実生活経験を丁寧に行い、自認するジェンダー・アイデンティティに一致した生活を送るための準備や関係性の形成を行っていること、身体的治療に移行した後も精神療法を継続することで精神的サポートを受け続けていること、それらの精神的サポートは当事者から厚い信頼を得ているベテランの専門医が臨床心理士と連携して行っていること等が影響していると考えられる。性的活動（性生活に満足しているか）については、自認するジェンダー・アイデンティティに一致した身体に変化するほど改善の度合いが大きいことが予想されたが、性的活動および性的満足度に関連する治療の結果（出来栄）[102, 103]やパートナーの有無[78]、当事者およびパートナーの性的指向によっては、治療による肯定的な効果が弱まり、治療群の間で改善の度合いに差がなくなった可能性がある。身体的領域と同様に、長期間の身体的・心理的フォローアップを受けられ[5, 102, 103]、手術後の機能や出来栄に満足できる[104]ような治療環境が整うことで、社会的関係に関わる主観的な生活の質の改善の度合いが大きくなる可能性を示唆している。

5. 主観的な生活の質（環境領域）

治療群の間で改善の度合いに差がないこと（N=65）

主観的な生活の質の環境領域について、ホルモン療法のみを受けている当事者、二次性徴を変える手術を受けている当事者、一次性徴を変える手術を受けている当事者の間には、治療内容による改善の度合いに差はなかった。その理由として、本研究の参加者は長期間にわたり、東京都内の都心部にある性別違和専門外来に通院を継続している当事者であることから、居住環境、交通手段、健康と社会的ケア：利用のしやすさと質（医療施設や福祉サービ

スの利用しやすさに満足しているか)等に共通する項目が多いことから、治療群の間で改善の度合いに差がなかった可能性がある。

6. 抑うつ

治療群の間で改善の度合いに差がないこと (N=65)

先行研究ではホルモン療法によって抑うつの程度が改善されること[60-63]、二次性徴を変える手術および／あるいは一次性徴を変える手術によって抑うつの程度が改善されること[75, 77, 91, 92]、ホルモン療法のみを受けている当事者は完全な生殖器手術を受けている当事者に比べて抑うつの程度が有意に低くなり、自認するジェンダー・アイデンティティに一致した身体に変化する治療を受けるほど、性別違和に伴う苦痛が軽減すること[91]が示されているが、本研究において、治療群の間で抑うつの改善の度合いを比較したところ、ホルモン療法のみを受けている当事者、二次性徴を変える手術を受けている当事者、一次性徴を変える手術を受けている当事者の間には、治療内容による改善の度合いに有意な差はなかった。また、手術後1年以内の研究参加者を除いて解析した結果と FtM の研究参加者のみで解析した結果も同様に、治療内容による改善の度合いに有意な差はなかった。これらの理由として、各群の T1 における CES-D の推定平均値は全て気分障害群のカットオフ値である 16 点未満であり、そもそもベースラインにおける得点が低かったことから治療群間で差が出なかった可能性が考えられる。また、別の可能性として、身体的な変化の大きい治療ほど、侵襲が大きいことや手術後の合併症、期待していたレベルに到達しなかったこと等により効果が打ち消されることで、抑うつの程度を改善する治療効果が弱まり、結果として治療群の間で改善の度合いに差がなくなったことが考えられる。

7. 本研究の限界と今後の課題

本研究にはいくつかの限界が存在する。ここでは、それぞれの限界と今後の研究に向けた課題について順に述べていく。

まずは、研究参加者の選定上の限界である。本研究の調査機関は東京都内の都心部にある性別違和専門外来1施設であり、その専門外来への通院を継続できる環境にある当事者を対象としている。また、研究参加の候補者は調査機関の診療上の都合により、初診時に WHOQOL-26 を測定し、初診時に身体的治療を実施していない当事者であり、調査機関を受診した当事者の一部に留まること、研究参加者の数が 100 人と少ない上に、研究参加の同意を得てから 4 年 6 ヶ月後に追跡調査を実施したことから転院や詳細不明の通院中断等により追跡率が 65%に留まったこと、そもそも本研究の研究参加者は FtM もしくは MtF を自認する当事者のみであり、FtX や MtX の当事者や性分化疾患を併存する当事者等は含まれていないことから、性別違和を有する当事者に一般化するには限界がある。さらに、本研究の調査機関である専門医療機関の主治医は精神療法に長けた熟練の専門医であり、他の専門職や他機関との連携等、それぞれの治療段階に応じた、性別違和に伴う苦悩を緩和する治療環境そのものが本研究の結果に影響を及ぼした可能性がある。今後の研究では、調査する地域を拡げて、複数の規模の異なる調査機関、医療者に限らず多様な専門家が関与する調査機関で調査を実施すること、FtM もしくは MtF に留まらない、多様なジェンダー・アイデンティティ、多様な身体的特徴を有する当事者を対象にすること、その際にはそれぞれの集団における治療内容による主観的な生活の質への影響の差を検討するために、十分な研究参加者をリクルートして調査を実施する必要がある。

次に、調査方法の限界である。本研究では、研究参加者の初診時の状態を把握するために、初診時の診療録から情報を収集した。主要な評価項目は初診から 3 ヶ月以内に診療所で測定

された主観的な生活の質と抑うつに限定されていたことから、性別違和を緩和する治療効果の評価項目として先行研究でしばしば用いられる評価項目（性別違和の強度、身体の不快感、身体の満足感、性的な満足感、手術の満足感、自尊感情等）を用いることができなかった。また、初診時の段階で当事者がどの程度の治療を希望していたのかを診療録から把握することができず、初診時の治療目標と追跡調査時の治療内容との乖離の程度が主観的な生活の質と抑うつに及ぼす影響について評価することができなかった。当事者がどの程度の治療を希望し、治療を選択するのかに関わる世帯年収についても、初診時の診療録から把握することができず、本研究では追跡調査時の質問項目に含めた世帯年収を共変量として投入した。また、性別違和自覚年齢、初診時の性別違和の強度は診療録から把握できず、追跡調査の自記式質問紙の評価項目に含めて、初診時の状態を想起してもらうことで回答を得たため、実際の状態とは乖離している可能性がある。さらに、身体的治療はどのような治療内容で合併症のリスクを伴い、手術については手術後の再手術の有無が必要となる場合があるが、研究参加者の合併症や再手術の有無について追跡調査時の質問項目に含めなかったため、合併症や再手術の有無が主観的な生活の質および抑うつに及ぼす影響について評価することができなかった。以上のことから、今後の研究では、前向きコホート研究を実施し、初診時の段階から性別違和を緩和する治療効果を多様な側面で評価できる性別違和に関連する評価項目を用いること、初診時の治療目標、初診時の世帯年収、性別違和自覚年齢、初診時の性別違和の強度、追跡調査時の合併症の有無、追跡調査時の再手術の有無の評価項目を追加する必要がある。

さらに、調査方法の限界として、研究参加者を募集する際に研究目的を研究参加者に伝えていることから、研究者の意図を考慮して性別違和の緩和を目的とした治療の効果を実際よ

り高く回答する可能性があること、社会人口統計学的特徴を理解するための質問項目には性的指向やパートナーの有無を含み、研究参加者が答えにくいと感じる場合には回答が選択的に抑えられて結果を正確に測定できていない可能性が考えられる。今後の研究では、診療所内で主治医から紹介され、研究者が直接配布する形式でなく、研究参加者が自分の状態をより正確に回答できる調査方法を検討していく必要がある。

また、本研究の研究参加者は初診時から長期間通院を継続している当事者であることから、治療期間が長期にわたり、治療効果を得られた当事者が参加している可能性、裏返せば治療効果を得られなかった当事者は治療を中断し、追跡調査に参加しなかった可能性がある。しかし、追跡調査に参加しなかった研究参加者は、初診時以降の経過や身体的および精神的状態を評価することができなかった。今後の研究では、調査期間と質問紙の回収方法を見直すこと、追跡調査に参加しなかった研究参加者の特徴を評価するために、可能な範囲で診療録調査により追跡できるように事前準備を行うこと、研究参加者との関係性を診療所の場に限定せずに継続する方法を検討する必要がある。

治療環境については、本研究で調査を行った2014年から2018年にかけての国内の状況を考える時、性別違和の治療を受けられる医療機関が限られていること、治療にかかる当事者の経済的負担が大きいこと、手術の技術が成熟しているとは言い難いこと等、調査時期ならではの治療環境がある。本研究の結果はその時期に、そのような治療環境の中で、当事者の主観的な生活の質や精神的健康を治療内容毎に比較した結果であるということを念頭に置いておく必要がある。

さらに、今回の研究では研究参加者を「ホルモン療法のみ群」、「手術（二次性徴）群」、「手術（一次性徴）群」の3群に分けたが、「手術（一次性徴）群」には一次性徴の手術のみを受

けた研究参加者と二次性徴の手術と一次性徴の手術を併用して受けた研究参加者が含まれていることから、「二次性徴の手術のみを受けた研究参加者」と「一次性徴の手術のみを受けた研究参加者」間で厳密に効果を検証することはできなかつたことが、研究デザイン上の限界として挙げられる。また「手術（二次性徴）群」、「手術（一次性徴）群」はいずれも全員がホルモン療法を受けており、2種類の手術とホルモン療法との効果を厳密に比較したものでない点に注意が必要である。今後の研究では、十分な研究参加者をリクルートし、治療方法毎に、より厳密に群を分け、治療効果を検証する必要がある。

ここまで述べてきた限界を踏まえて、今後は性別違和の緩和を目的とした治療の効果を検証するために、調査地域を拡げ、複数の規模の異なる調査機関で、多様なジェンダー・アイデンティティをもつ当事者を対象に、さらに規模の大きい、前向きコホート研究を実施することが課題である。

以上のように様々な限界と課題はあるものの、本研究の強みは性別違和を有する当事者を初診時から長期間にわたって追跡することで、性別違和の緩和を目的とした治療の効果を治療内容毎に比較できたことである。本研究の結果は、日本の治療環境において、性別違和の緩和を目的とする治療の多様な選択肢の中から、当事者がそれぞれのジェンダー・アイデンティティに見合った治療を選択していく際に、また医療者がその選択を支援する際に、一つのエビデンスとして参考になる可能性がある。

本研究の結果から、性別違和の治療としてホルモン療法のみを継続するより、ホルモン療法に加えて、自認するジェンダー・アイデンティティに移行する身体的変化が大きい何らかの手術を受ける方が当事者の心理的領域に関する主観的な生活の質をより高くする可能性が示唆された。同時に、長期間にわたって観察すると治療内容による主観的な生活の質の改善

の度合いはいずれの領域においても有意な差がなくなる可能性、当事者の個々の状況に応じて治療内容を選択し、性別違和の治療を継続することで、主観的な生活の質は改善していく可能性が示唆された。

医療および研究の分野で性別違和を有する当事者に関わる専門家は、治療を希望する当事者を支援する時に、当事者の自認するジェンダー・アイデンティティ、当事者の抱える苦悩、「どのように生きていきたいか」「どのくらいジェンダー・アイデンティティと身体の状態を一致させたいか」といった当事者の希望、治療実施の実現可能性を評価し、当事者がそれぞれと折り合いをつけていくプロセスを継続的に支えていく、そのプロセスの一部として治療選択の支援があり、集積されたエビデンスに基づいて助言を行う役割を担っている。併せて、専門家は当事者の選択を尊重し、治療内容に関わらず長期間の身体的・心理社会的フォローアップを行っていく必要がある。さらに、当事者が居住する地域や経済状況によって希望する治療が制限されることなく、安心して治療を継続できる環境が整うように、専門学会での活動や当事者団体への支援、教育研究活動等を通して社会的役割を果たすこと、その能力を高めるために研鑽を積んでいくことが必要である。

最後に、本研究の質問紙における「医療について期待されることや改善してほしいこと」を問う自由記載欄に記された当事者の思いを紹介する。追跡調査時の治療環境において、治療を継続する研究参加者から、保険適用を求める多くの言葉「健康保険適用での治療を可能にしてほしい」や医療機関の充実を望む言葉「治療できる病院がもっと増えてほしい」、医療技術の進展を望む言葉「陰茎形成のような手術だと、時間、お金に見合った結果を得られにくい。身体への負担や、傷あとを考えると、今の生活を捨てて手術しようとは中々思えない。それでも、身体への不満はやはりあるので、術式の進展を期待します」、後に続く世代に向け

て、願いを込めた言葉「今後も性同一性障害の方々が生まれてくると思います。今、投薬を受けている私達より、もっと進歩した治療が、できることを願っています」の数々が記されていた。刻々と国内外の治療環境が変化していく中で、性別違和を有する人がどのような治療を受け、どのような治療効果が得られ、主観的な生活の質や精神的健康がどのように変化するかを継続的に注視していくこと、今後もエビデンスの集積に貢献していくこと、そしてそれらを発信し、必要とする当事者へ届けていくことが専門家である医療者および研究者に求められている。

VI 結論

本研究では、性別違和を緩和する治療を受けている当事者をホルモン療法のみ群、手術（二次性徴）群、手術（一次性徴）群の3群に分けて、治療と時間が当事者の主観的な生活の質と抑うつ程度に与える効果について検証した。その結果、主観的な生活の質の心理的領域について、ホルモン療法のみを受けている当事者に比べて二次性徴を変える手術を受けている当事者の方が治療による改善の度合いが大きく、ホルモン療法のみを受けている当事者に比べて一次性徴を変える手術を受けている当事者の方が治療による改善の度合いが大きく、二次性徴を変える手術を受けている当事者と一次性徴を変える手術を受けている当事者は改善の度合いに有意な差はないことが明らかとなった。また、主観的な生活の質の心理的領域以外の領域、抑うつ程度については、治療内容による改善の度合いに差はないこと、長期的に観察すると治療内容による主観的な生活の質の改善の度合いの差はいずれの領域においても有意でなくなる可能性が同時に明らかとなった。この結果が性別違和の緩和を目的とする治療を希望する当事者がそれぞれのジェンダー・アイデンティティに見合った治療を選択していく際の、一つのエビデンスとして参考になる可能性がある。今後は性別違和の緩和を

目的とした治療の効果を検証するために、調査地域を拡げ、複数の規模の異なる医療機関で、多様なジェンダー・アイデンティティをもつ当事者を対象に、規模の大きい、前向きコホート研究を実施することが課題である。

謝辞

本研究の調査にご協力いただきました研究参加者の皆様、はりまメンタルクリニック 針間克己先生、石丸径一郎先生、スタッフの皆様に深く感謝申し上げます。

また、多くのご指導を賜りました東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻精神看護学分野 教授 川上憲人先生、准教授 宮本有紀先生、助教 渡辺和広先生、教室員の皆様に厚く御礼申し上げます。

文献

- [1] Knudson G, De Cuypere G, Bockting W. Recommendations for Revision of the DSM Diagnoses of Gender Identity Disorders: Consensus Statement of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*. 12(2):115-118, 2010.
- [2] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th edition-Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, D. C., 576-582, 2000. (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸 訳. DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版. 医学書院, 551-558, 2003.)
- [3] 風間孝, 河口和也, 守如子, 赤枝香奈子. 教養のためのセクシュアリティ・スタディーズ. 京都, 法律文化社, 34, 2018.
- [4] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th edition (DSM-5). Washington, D. C., 451-459, 2014. (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸, 神庭重信 訳. DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版. 医学書院, 443-452, 2014.)
- [5] The World Professional Association for Transgender Health. *Standards of Care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people* 7th ed. <https://www.wpath.org/>, 2011.
- [6] 康純. 性同一性障害の概念について. *Bulletin of Center for Clinical Psychology Kinki University*. 5:3-10, 2012.
- [7] 池田官司. 精神科からみた X ジェンダー. *GID (性同一性障害) 学会雑誌*. 11(1):296, 2018.

- [8] 針間克己. 「性同一性障害」から「性別違和」へ—DSM-5における診断名変更の背景—. 精神療法. 42(1):17, 2016.
- [9] De Cuypere G, Van Hemelrijck M, Michel A, Caraël B, Heylens G, Rubens R, Hoebeke P, Monstrey S. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*. 22(3):137-41, 2006.
- [10] Baba T, Endo T, Ikeda K, Shimizu A, Honnma H, Ikeda H, Saito T. Distinctive features of female-to-male transsexualism and prevalence of gender identity disorder in Japan. *Journal of Sexual Medicine*. 8, 1686-93, 2011.
- [11] Okabe N, Sato T, Matsumoto Y, Ido Y, Terada S, Kuroda S. Clinical characteristics of patients with gender identity disorder at a Japanese gender identity disorder clinic. *Psychiatry Research*, 157, 315-18, 2008.
- [12] Olyslager F, Conway L. On the Calculation of the Prevalence of Transsexualism. Paper presented at the WPATH 20th International Symposium, Chicago, 2007.
- [13] Möller B, Schreier H, Li A, Romer G. Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 39(5):117-43, 2005.
- [14] Swaab DF. Sexual differentiation of the brain and behavior. Best practice & research. *Clinical Endocrinology & Metabolism*. 21(3):431-44, 2007.
- [15] Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*. 378(6552):68-70, 1995.
- [16] Berglund H, Lindström P, Dhejne-Helmy C, Savic I. Male-to-female transsexuals

show sex-atypical hypothalamus activation when smelling odorous steroids. *Cerebral Cortex*. 18(8):1900–8, 2007.

[17] Luders E, Sánchez FJ, Gaser C, Toga AW, Narr KL, Hamilton LS, Vilain E. Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. *NeuroImage*. 46(4):904–7, 2009.

[18] Hare L, Bemard P, Sanchez FJ, Baird PN, Vilain E, Kennedy T, Harley VR. Androgen receptor repeat length polymorphism associated with male-to-female transsexualism. *Biological Psychiatry*. 65(1):93–6, 2009.

[19] van Beijsterveldt CE, Hudziak JJ, Boomsma DI. Genetic and Environmental Influences on Cross-Gender Behavior and Relation to Behavior Problems: A Study of Dutch Twins at Ages 7 and 10 Years. *Archives of Sexual Behavior*. 35(6):647–58, 2006.

[20] Sasaki S, Ozaki K, Yamagata S, Takahashi Y, Shikishima C, Kornacki T, Nonaka K, Ando J. Genetic and Environmental Influences on Traits of Gender Identity Disorder: A Study of Japanese Twins Across Developmental Stages. 45(7):1681–95. *Archives of Sexual Behavior*, 2016.

[21] Coolidge FL, Thede L, Young SE. The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior Genetics*. 32(4):251–7, 2002.

[22] Marantz S, Coates S. Mothers of boys with gender identity disorder: a comparison of matched controls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 30(2):310–5, 1991.

[23] Zucker KJ. Children with Gender Identity Disorder: Is There a Best Practice?

- Neuropsychiatrie de l' enfance et de l' adolescence. 56(6):358-64, 2008.
- [24] Bradley SJ. Female transsexualism—a child and adolescent perspective. *Child Psychiatry and Human Development*. 11(1):12-8, 1980.
- [25] Gómez-Gil E, Esteva I, Almaraz MC, Pasaro E, Segovia S, Guillamon A. Familiarity of gender identity disorder in non-twin siblings. *Archives of Sexual Behavior*. 39(2):546-52, 2009.
- [26] Bradford J, Reisner SL, Honnold JA, Xavier J. Experiences of Transgender-Related Discrimination and Implications for Health: Results From the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health*. 103(10):1820-29, 2013.
- [27] Factor RJ, Rothblum ED. A study of transgender adults and their non-transgender siblings on demographic characteristics, social support, and experiences of violence. *Journal of LGBT Health Research*. 3(3):11-30, 2007.
- [28] Clements-Nolle K, Marx R, Katz M. Attempted Suicide Among Transgender Persons: The Influence of Gender-Based Discrimination and Victimization. *Journal of Homosexuality*. 51(3):53-69, 2006.
- [29] Kenagy GP, Bostwick WB. Health and social service needs of transgender people in Chicago. *International Journal of Transgenderism*. 8(2-3):57-66, 2005.
- [30] Lombardi EL, Wilchins RA, Priesing D, Malouf D. Gender Violence: Transgender Experiences with Violence and Discrimination. *Journal of Homosexuality*. 42(1):89-101, 2001.

- [31] Koken JA, Bimbi DS, Parsons JT. Experiences of familial acceptance-rejection among transwomen of color. *Journal of Family Psychology*. 23(6):853-60, 2009.
- [32] Terada S, Matsumoto Y, Sato T, Okabe N, Kishimoto Y, Uchitomi Y. School refusal by patients with gender identity disorder. *General Hospital Psychiatry*. 34(3):299-303, 2012.
- [33] Hedjazi A, Zarenezhad M, Hoseinzadeh A, Hosseini SM. Socio-demographic Characteristics of Transsexuals Referred to the Forensic Medicine Center in Southwest of Iran. *North American Journal of Medical Sciences*. 5(3):224-7, 2013.
- [34] Duisin D, Nikolić-Balkoski G, Batinić B. Sociodemographic profile of transsexual patients. *Psychiatr Danub*. 21:220-3, 2009.
- [35] Gómez-Gil E, Trilla A, Salamero M, Godás T, Valdés M. Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*. 38:378-92, 2009.
- [36] Mazaheri MA, Hajebi A, Ghanbari JA. Psychiatric Axis I Comorbidities among Patients with Gender Dysphoria. *Psychiatry Journal*. Article ID 971814, 5 pages, 2014.
- [37] de Vries AL, Doreleijers TA, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 52(11):1195-202, 2011.
- [38] Hoshiai M, Matsumoto Y, Sato T, Ohnishi M, Okabe N, Kishimoto Y, Terada S,

- Kuroda S. Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 64(5):514-9, 2010.
- [39] Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Delsignore A. Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research*. 58(3):259-61, 2005.
- [40] Blosnich JR, Brown GR, Shipherd Phd JC, Kauth M, Piegari RI, Bossarte RM. Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing veterans health administration care. *American Journal of Public Health*. 103(10):27-32, 2013.
- [41] Terada S, Matsumoto Y, Sato T, Okabe N, Kishimoto Y, Uchitomi Y. Suicidal ideation among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Research*. 190(1): 159-62, 2011.
- [42] Mathy RM. Transgender identity and suicidality in a nonclinical sample. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 14(4):47-65, 2002.
- [43] Gorin-Lazard A, Baumstarck K, Boyer L, Maquigneau A, Gebleux S, Penochet JC, Pringuey D, Albarel F, Morange I, Loundou A, Berbis J, Auquier P, Lançon C, Bonierbale M. Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. *The Journal of Sexual Medicine*. 9(2): 531-41, 2012.
- [44] Valashany BT, Janghorbani M. Quality of life of men and women with gender identity disorder. *Health and quality of life outcomes*. 16(1):167, 2018.

- [45] Davey A, Bouman WP, Arcelus J, Meyer C. Social support and psychological well-being in gender dysphoria: a comparison of patients with matched controls. *The Journal of Sexual Medicine*. 11(12):2976-85, 2014.
- [46] Weyers S, Elaut E, De Sutter P, Gerris J, T'Sjoen G, Heylens G, De Cuyper G, Verstraelen H. Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *The Journal of Sexual Medicine*. 6(3):752-60, 2009.
- [47] 江口のぞみ, 宮本有紀, 川上憲人, 針間克己. 性同一性障害を有する患者の初診時の社会人口統計学的, 臨床的特徴と生活の質: 日本の性同一性障害専門外来での調査から. *GID (性同一性障害) 学会雑誌*. 11(1):81-89, 2018.
- [48] Bockting WO, Knudson G, Goldberg JM. Counselling and Mental Health Care of Transgender Adults and Loved Ones. *International Journal of Transgenderism*. 9(3-4):35-82, 2006.
- [49] 日本精神神経学会・性同一性障害に関する委員会. 性同一性障害の診断と治療のガイドライン (第4版) . <https://www.jspn.or.jp/>, 2018.
- [50] 中央社会保険医療協議会総会 (第389回) 答申資料 総-1 II-2 ⑥性別適合手術の保険適用. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000193708.pdf>
- [51] 日本 GID (性同一性障害) 学会. 認定施設一覧. <http://www.okayama-u.ac.jp/user/jsgid/ninteishisetsuitiran.html>.
- [52] 中塚幹也. 「性同一性障害診療における手術療法への保険適用」について: GID 学会理事長声明. <http://www.okayama-u.ac.jp/user/jsgid/seimsei%20180414.pdf>

- [53] 川崎政司, 針間克己, 浦尾悠子, 江口のぞみ, 上川あや, 川崎市, 康純, 高馬章江, 高橋裕子, 棚村政行, 谷口功一, 土肥いつき, 富岡美佳, 虎井まさ衛, 中塚幹也, 松本洋輔, 山内俊雄, 山口悟. 性同一性障害の医療と法 -医療・看護・法律・教育・行政関係者が知っておきたい課題と対応. 南野知恵子編. 大阪, メディカ出版, 113-114, 2013.
- [54] 山下友信, 宇賀克也, 中里実 編集. 六法全書 民事法 民法「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律 (平成 15 年 7 月 16 日法律第 111 号) , 東京, 有斐閣, 2018.
- [55] 家事審判事件の受理、既済、未済手続別件数-全家庭裁判所「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律 3 条 1 項の事件」. http://www.courts.go.jp/app/sihotokei_jp/search
- [56] Bockting WO. Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*. 17(4): 211-224, 2008.
- [57] Elamin MB, Garcia MZ, Murad MH, Erwin PJ, Montori VM. Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: a systematic review and meta-analyses. *Clinical Endocrinology*. 72:1-10, 2010.
- [58] Monstrey S, Selvaggi G, Ceulemans P, Van Landuyt K, Bowman C, Blondeel P, Hamdi M, De Cuypere G. Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: a new algorithm. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 121(3): 849-859, 2008.
- [59] Raigosa M, Avvedimento S, Yoon TS, Cruz -Gimeno J, Rodriguez G, Fontdevila J. Male - to -Female Genital Reassignment Surgery: A Retrospective Review of Surgical Technique and Complications in 60 Patients. *The Journal of Sexual Medicine*. 12(8):1837-1845, 2015.

- [60] Witcomb GL, Bouman WP, Claes L, Brewin N, Crawford JR, Arcelus J. Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. *Journal of Affective Disorders*. 235(1):308-15, 2018.
- [61] Fisher AD, Castellini G, Ristori J, Casale H, Cassioli E, Sensi C, Fanni E, Amato AM, Bettini E, Mosconi M, Dèttore D, Ricca V, Maggi M. Cross-Sex Hormone Treatment and Psychobiological Changes in Transsexual Persons: Two-Year Follow-Up Data. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 101(11):4260-69, 2016.
- [62] Gorin-Lazard A, Baumstarck K, Boyer L, Maquigneau A, Penochet JC, Pringuey D, Albarel F, Morange I, Bonierbale M, Lançon C, Auquier P. Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 201(11):996-1000, 2013.
- [63] Gómez-Gil E, Zubiaurre-Elorza L, Esteva I, Guillamon A, Godás T, Cruz Almaraz M, Halperin I, Salamero M. Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology*. 37(5):662-70, 2012.
- [64] Bouman WP, Claes L, Marshall E, Pinner GT, Longworth J, Maddox V, Witcomb G, Jimenez-Murcia S, Fernandez-Aranda F, Arcelus J. Sociodemographic Variables, Clinical Features, and the Role of Preassessment Cross-Sex Hormones in Older Trans People. *The Journal of Sexual Medicine*. 13(4):711-9, 2016.
- [65] Fisher AD, Castellini G, Bandini E, Casale H, Fanni E, Benni L, Feruccio N, Meriggiola MC, Manieri C, Gualerzi A, Jannini E, Oppo A, Ricca

V, Maggi M, Rellini AH. Cross-sex hormonal treatment and body uneasiness in individuals with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*.

11(3):709–19, 2014.

[66] Gómez-Gil E, Zubiaurre-Elorza L, de Antonio IE, Guillamon A, Salamero M.

Determinants of quality of life in Spanish transsexuals attending a gender unit before genital sex reassignment surgery. *Quality of Life Research*. 23(2):669–76, 2014.

[67] Tucker RP, Testa RJ, Simpson TL, Shipherd JC, Blosnich JR, Lehavot K. Hormone therapy, gender affirmation surgery, and their association with recent suicidal ideation and depression symptoms in transgender veterans. *Psychological Medicine*. 48(14):2329–36, 2018.

[68] Simbar M, Nazarpour S, Mirzababaie M, Emam Hadi MA, Ramezani Tehrani F, Alavi Majd H. Quality of Life and Body Image of Individuals with Gender Dysphoria. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 3:1–10, 2018.

[69] Oda H, Kinoshita T. Efficacy of hormonal and mental treatments with MMPI in FtM individuals: cross-sectional and longitudinal studies. *BMC Psychiatry*. 17(1):256.

[70] Yang X, Zhao L, Wang L, Hao C, Gu Y, Song W, Zhao Q, Wang X. Quality of Life of Transgender Women From China and Associated Factors: A Cross-Sectional Study. *The Journal of Sexual Medicine*. 13(6):977–87, 2016.

- [71] Gooren LJ, Sungkaew T, Giltay EJ, Guadamuz TE. Cross-sex hormone use, functional health and mental well-being among transgender men (Toms) and Transgender Women (Kathoeys) in Thailand. *Culture, Health & Sexuality*. 17(1):92-103, 2015.
- [72] Gooren LJ, Sungkaew T, Giltay EJ. Exploration of functional health, mental well-being and cross-sex hormone use in a sample of Thai male-to-female transgendered persons (kathoeys). *Asian Journal of Andrology*. 15(2):280-5, 2013.
- [73] Turan Ş, Aksoy Poyraz C, Usta Sağlam NG, Demirel ÖF, Haliloğlu Ö, Kadioğlu P, Duran A. Alterations in Body Uneasiness, Eating Attitudes, and Psychopathology Before and After Cross-Sex Hormonal Treatment in Patients with Female-to-Male Gender Dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*. 47(8):2349-61, 2018.
- [74] van de Grift TC, Elaut E, Cerwenka SC, Cohen-Kettenis PT, De Cuyper G, Richter-Appelt H, Kreukels BPC. Effects of Medical Interventions on Gender Dysphoria and Body Image: A Follow-Up Study. *Psychosomatic Medicine*. 79(7):815-823, 2017.
- [75] Heylens G, Verroken C, De Cock S, T'Sjoen G, De Cuyper G. Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: a prospective study of persons with a gender identity disorder. *The Journal of Sexual Medicine*. 11(1):119-26, 2014.

- [76] Colizzi, Costa R, Tadarello O. Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*. 39:65-73, 2014.
- [77] Ainworth TA, Spiegel JH. Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Quality of Life Research*. 19(7):1019-24, 2010.
- [78] Bartolucci C, Gómez-Gil E, Salamero M, Esteva I, Guillamón A, Zubiaurre L, Molero F, Montejo AL. Sexual quality of life in gender-dysphoric adults before genital sex reassignment surgery. *The Journal of Sexual Medicine*. 12(1):180-8, 2015.
- [79] Nelson L, Whallett EJ, McGregor JC. Transgender patient satisfaction following reduction mammoplasty. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 62(3):331-4, 2009.
- [80] Agarwal CA, Scheefer MF, Wright LN, Walzer NK, Rivera A. Quality of life improvement after chest wall masculinization in female-to-male transgender patients: A prospective study using the BREAST-Q and Body Uneasiness Test. *The Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 71: 651-57, 2018.
- [81] van de Grift TC, Kreukeis BP, Elfering L, Ozer M, Bouman MB, Buncamper ME, Smith JM, Mullender MG. Body Image in Transmen: Multidimensional Measurement and the Effects of Mastectomy. *The Journal of Sexual Medicine*. 13(11):1778-86, 2016.

- [82] Weigert R, Frison E, Sessiecq Q, Al Mutairu K, Casoli V. Patient satisfaction with breasts and psychosocial, sexual, and physical well-being after breast augmentation in male-to-female transsexuals. *The Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 132(6):1421-9, 2013.
- [83] van der Sluis WB, Bouman MB, de Boer NK, Buncamper ME, van Bodegraven AA, Neefjes-Borst EA, Kreukels BP, Meijerink WJ, Mullender MG. Long-Term Follow-Up of Transgender Women After Secondary Intestinal Vaginoplasty. *The Journal of Sexual Medicine*. 13(4):702-10, 2016.
- [84] Hess J, Rossi Neto R, Panic L, Rübber H, Senf W. Satisfaction with male-to-female gender reassignment surgery. *Deutsches Ärzteblatt international*. 111(47):795-801, 2014.
- [85] Papadopulos NA, Lellé JD, Zavlin D, Herschbach P, Henrich G, Kovacs L, Ehrenberger B, Kluger AK, Machens HG, Schaff J. Quality of Life and Patient Satisfaction Following Male-to-Female Sex Reassignment Surgery. *The Journal of Sexual Medicine*. 14(5):721-730, 2017.
- [86] De Cuyper G, T'Sjoen G, Beerten R, Selvaggi G, De Sutter P, Hoebeke P, Monstrey S, Vansteenwegen A, Rubens R. Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*. 34(6):679-90, 2005.
- [87] Cardoso da Silva D, Schwarz K, Fontanari AM, Costa AB, Massuda R, Henriques AA, Salvador J, Silveira E, Elias Rosito T, Lobato MI. WHOQOL-100 Before and After Sex Reassignment Surgery in Brazilian Male-to-Female Transsexual Individuals. *The*

Journal of Sexual Medicine. 13(6):988–93, 2016.

[88] Lindqvist EK, Sigurjonsson H, Möllermark C, Rinder J, Farnebo F, Lundgren TK. Quality of life improves early after gender reassignment surgery in transgender women. *European Journal of Plastic Surgery*. 40(3):223–226, 2017.

[89] van de Grift TC, Pigot GLS, Boudhan S, Elfering L, Kreukels BPC, Gijs LACL, Buncamper ME, Özer M, van der Sluis W, Meuleman EJH, Bouman MB, Mullender MG.

A Longitudinal Study of Motivations Before and Psychosexual Outcomes After Genital Gender-Confirming Surgery in Transmen. *The Journal of Sexual Medicine*.

14(12):1621–1628, 2017

[90] Özata Yıldızhan B, Yüksel Ş, Avayu M, Noyan H, Yıldızhan E. Effects of Gender Reassignment on Quality of Life and Mental Health in People with Gender Dysphoria. *Turkish Journal of Psychiatry*. 29(1):11–21, 2018.

[91] Owen-Smith AA, Gerth J, Sineath RC, Barzilay J, Becerra-Culqui TA, Getahun D, Giammattei S, Hunkeler E, Lash TL, Millman A, Nash R, Quinn VP, Robinson B, Roblin D, Sanchez T, Silverberg MJ, Tangpricha V, Valentine C, Winter S, Woodyatt C, Song Y, Goodman M. Association Between Gender Confirmation Treatments and Perceived Gender Congruence, Body Image Satisfaction, and Mental Health in a Cohort of Transgender Individuals. *The Journal of Sexual Medicine*. 15(4): 591–600, 2018.

[92] Tucker RP, Testa RJ, Simpson TL, Shipherd JC, Blosnich JR, Lehavot K. Hormone therapy, gender affirmation surgery, and their association with recent suicidal

ideation and depression symptoms in transgender veterans. *Psychological Medicine*.

48(14):2329-36, 2018.

[93] 石井由香理. *トランスジェンダーと現代社会*. 東京, 明石書店, 41, 2018.

[94] 川崎政司, 針間克己, 浦尾悠子, 江口のぞみ, 上川あや, 川崎市, 康純, 高馬章江, 高橋裕子, 棚村政行, 谷口功一, 土肥いつき, 富岡美佳, 虎井まさ衛, 中塚幹也, 松本洋輔, 山内俊雄, 山口悟. *性同一性障害の医療と法 -医療・看護・法律・教育・行政関係者が知っておきたい課題と対応*. 南野知恵子編. 大阪, メディカ出版, 14-15, 2013.

[95] 田崎美弥子, 中根允文. *WHO/QOL-26 手引*. 金子書房, 1997.

[96] 島悟, 鹿野達男, 北村俊則. *新しい抑うつ性自己評価尺度について*. *精神医学*.

27(6):717-723, 1985.

[97] 石丸径一郎, 針間克己. *性別違和の強度を評価する自記式質問紙尺度(UGDS)日本語版の信頼性、妥当性、カットオフ値*. 4(1):162-163, 2011.

[98] 立森久照, 伊藤弘人. *日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目版の信頼性及び妥当性の検討*. *精神医学*. 41(7): 711-717, 1999.

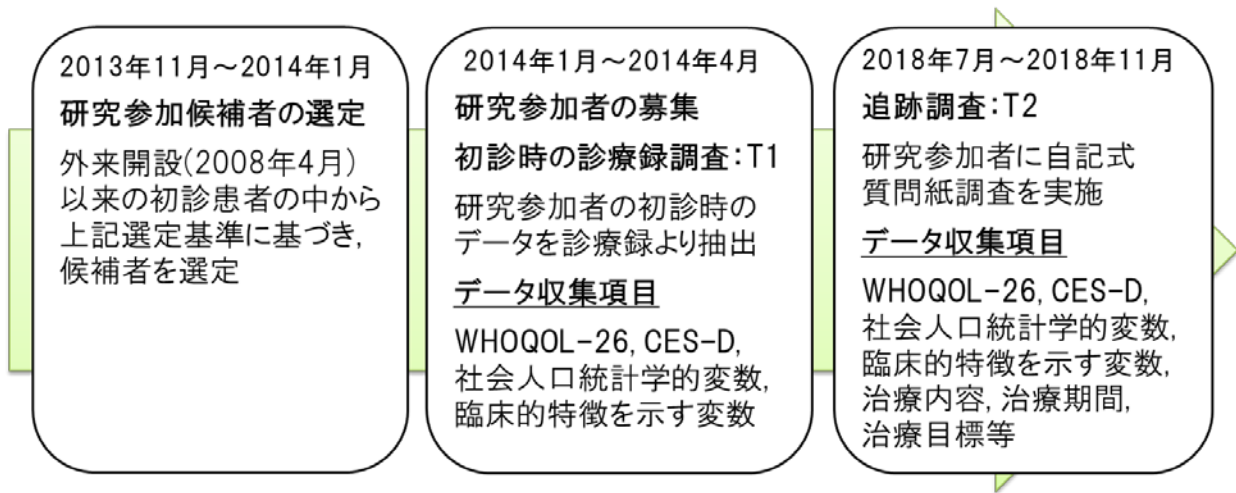
[99] Iwata N, Buka S. *Race/ethnicity and depressive symptoms: a cross-cultural/ethnic comparison among university students in East Asia, North and South America*. *Soc Sci Med*. 55(12):2243-2252, 2002.

[100] 石崎裕香, 中根允文, 田崎美弥子: *日本における WHOQOL : WHOQOL-26 の一般人口における特徴*. 中根允文監修. *精神疾患と QOL*. 東京, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 276-291, 2002.

- [101] Meyer WJ^{III}. World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care Requirements of Hormone Therapy for Adults with Gender Identity Disorder. *International Journal of Transgenderism*. 11:127-132, 2009.
- [102] Callens N, De Cuypere G, T'Sjoen G, Monstrey S, Lumen N, Van Laecke E, Hoebeke P, Cools M. Sexual quality of life after total phalloplasty in men with penile deficiency: an exploratory study. *World Journal of Urology*. 33:137-143, 2015.
- [103] Monstrey S, Hoebeke P, Selvaggi G, Ceulemans P, Van Landuyt K, Blondeel P, Hamdi M, Roche N, Weyers S, De Cuypere G. Penile reconstruction: is the radial forearm flap really the standard technique? *American Society of Plastic Surgeons*. 124(2):510-8, 2009.
- [104] Lawrence AA. Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*. 35(6):717-27, 2006.

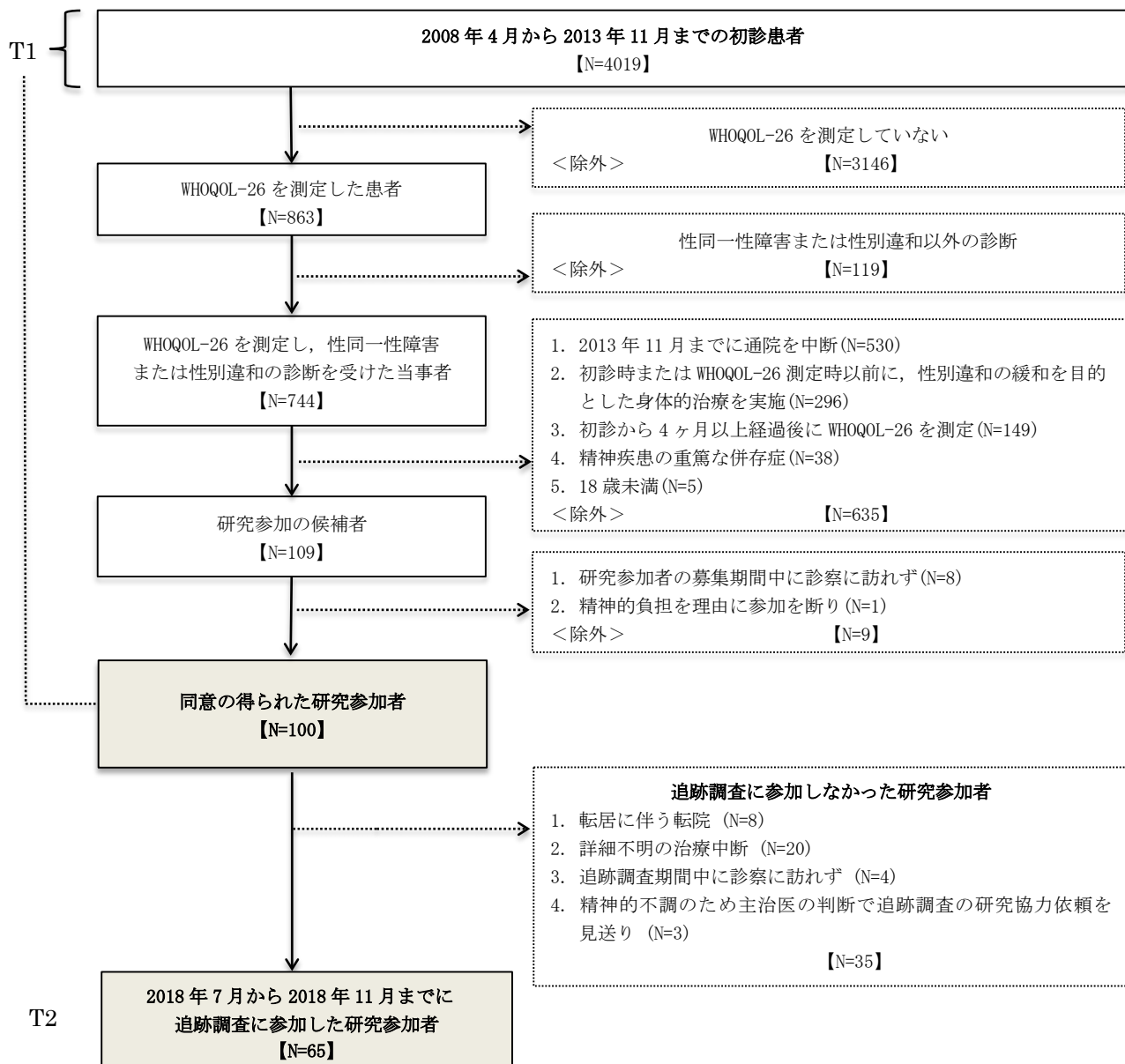
图表

Figure1. 調査時期と調査内容



Note. WHOQOL-26: WHO Quality Of Life-26 (abbreviated version of the WHOQOL-100)
CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression scale
UGDS: Utrecht Gender Dysphoria Scale
CSQ-8J: Client Satisfaction Questionnaire 8 日本語版

Figure2. 研究参加者のフローチャート



Note. WHOQOL-26: WHO Quality Of Life-26 (abbreviated version of the WHOQOL-100)

Table1. 追跡調査に参加した研究参加者 (N=65) と参加しなかった研究参加者 (N=35) の初診時の特徴

	初診時 (2008年4月-2013年11月)			p 値
	研究参加者 全体 N=100	研究参加者 追跡調査参加 N=65	研究参加者 追跡調査不参加 N=35	
	N (%)	N (%)	N (%)	
性別				p=0.396
Female to Male (FtM)	79 (79.0)	53 (81.5)	26 (74.3)	
Male to Female (MtF)	21 (21.0)	12 (18.5)	9 (25.7)	
年齢 (SD)	24.69 (7.47)	25.7 (7.8)	22.9 (6.4)	p=0.076
就労あり	48 (48.0)	33 (50.8)	15 (42.9)	p=0.450
教育				p=0.514
中学・高校卒業	70 (70.0)	47 (72.3)	23 (65.7)	
専門・短期大学卒業	17 (17.0)	9 (13.8)	8 (22.9)	
大学卒業以上	13 (13.0)	9 (13.8)	4 (11.4)	
学生	40 (40.0)	24 (36.9)	16 (45.7)	p=0.392
パートナー* あり	44 (44.0)	33 (50.8)	11 (31.4)	p=0.063
パートナーの性別**				p=0.730
生物学的同性	41 (93.2)	31 (93.9)	10 (90.9)	
生物学的異性	3 (6.8)	2 (6.1)	1 (9.1)	
その他	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
婚姻歴				p=0.829
未婚	94 (94.0)	61 (93.8)	33 (94.3)	
既婚	2 (2.0)	1 (1.5)	1 (2.9)	
離婚	4 (4.0)	3 (4.6)	1 (2.9)	
子ども あり	2 (2.0)	2 (3.1)	0 (0.0)	p=0.295
性的指向**				p=0.402
生物学的同性	84 (84.0)	56 (86.2)	28 (80.0)	
生物学的異性	6 (6.0)	4 (6.2)	2 (5.7)	
両性	4 (4.0)	3 (4.6)	1 (2.9)	
その他	6 (6.0)	2 (3.1)	4 (11.4)	
同居者 あり	73 (73.0)	46 (70.8)	27 (77.1)	p=0.493
カムアウト	81 (81.0)	54 (83.1)	27 (77.1)	p=0.471
実生活体験	26 (26.0)	20 (30.8)	6 (17.1)	p=0.138
不登校の経験 あり	19 (19.0)	13 (20.0)	6 (17.1)	p=0.728
自殺念慮の経験 あり	64 (64.0)	37 (56.9)	27 (77.1)	p=0.045
自殺企図の経験 あり	10 (10.0)	5 (7.7)	5 (14.3)	p=0.295
自傷行為の経験 あり	18 (18.0)	12 (18.5)	6 (17.1)	p=0.870
過量飲酒の経験 あり	6 (6.0)	5 (7.7)	1 (2.9)	p=0.332
過量服薬の経験 あり	4 (4.0)	3 (4.6)	1 (2.9)	p=0.669
摂食障害の既往歴 あり	17 (17.0)	11 (16.9)	6 (17.1)	p=0.978
WHOQOL-26				
身体的領域	3.03 (0.63)	3.07 (0.62)	2.97 (0.66)	p=0.458
心理的領域	2.78 (0.72)	2.91 (0.67)	2.55 (0.76)	p=0.019
社会的関係	3.13 (0.81)	3.19 (0.85)	3.01 (0.74)	p=0.285
環境領域	3.20 (0.57)	3.21 (0.53)	3.19 (0.64)	p=0.900
平均	3.04 (0.53)	3.10 (0.50)	2.94 (0.57)	p=0.152
CES-D	16.2 (10.29)	14.8 (9.99)	19.0 (10.47)	p=0.063

Note. WHOQOL-26: WHO Quality Of Life-26 (abbreviated version of the WHOQOL-100)

CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression scale

*戸籍上届出のあるパートナー、届出のないパートナー両方を含む。

**対象となる人の性別が本人の出生時に割り当てられた性別と同じである場合に生物学的同性と表現する (例: FtM の参加者の性的指向またはパートナーの性別が女性の場合、生物学的同性)。

Table2. 研究参加者の追跡調査時の特徴 (N=65)

	追跡調査時：2018年7月－2018年11月				p 値
	合計	ホルモン療法	手術(二次性徴)	手術(一次性徴)	
	N=65 (100.0%)	N=25 (38.5%)	N=11 (16.9%)	N= 29 (44.6%)	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
性別					p=0.002
Female to Male (FtM)	53 (81.5)	15 (60.0)	11 (100.0)	27 (93.1)	
Male to Female (MtF)	12 (18.5)	10 (40.0)	0 (0.0)	2 (6.9)	
平均年齢 (SD)	32.9 (7.9)	31.4 (7.3)	33.7 (7.3)	34.0 (8.5)	p=0.446
就労あり	60 (92.3)	21 (84.0)	11 (100.0)	28 (96.6)	p=0.130
世帯収入					p=0.036
0 円以上 200 万円未満	7 (10.8)	3 (12.0)	1 (9.1)	3 (10.3)	
200 万円以上 500 万円未満	37 (56.9)	19 (76.0)	7 (63.6)	11 (37.9)	
500 万円以上	21 (32.3)	3 (12.0)	3 (27.3)	15 (51.7)	
最終学歴					p=0.623
中学・高校卒業	29 (44.6)	12 (48.0)	4 (36.4)	13 (44.8)	
専門・短期大学卒業	17 (26.2)	8 (32.0)	2 (18.2)	7 (24.1)	
大学卒業以上	19 (29.2)	5 (20.0)	5 (45.5)	9 (31.0)	
学生	6 (9.2)	2 (8.0)	0 (0.0)	4 (13.8)	p=0.390
中途退学の経験 あり	43 (66.2)	9 (36.0)	4 (36.4)	9 (31.0)	p=0.912
婚姻歴					p=0.006
未婚	53 (81.5)	24 (96.0)	8 (72.7)	21 (72.4)	
既婚	9 (13.8)	0 (0.0)	1 (9.1)	8 (27.6)	
離婚	3 (4.6)	1 (4.0)	2 (18.2)	0 (0.0)	
パートナー* あり	33 (50.8)	11 (44.0)	7 (63.6)	15 (51.7)	p=0.549
性的指向**					p=0.901
生物学的同性	50 (76.9)	18 (72.0)	9 (75.0)	23 (79.3)	
生物学的異性	3 (4.6)	1 (4.0)	1 (9.1)	1 (3.4)	
両性	9 (13.8)	4 (16.0)	1 (9.1)	4 (13.8)	
その他	3 (4.6)	2 (8.0)	0 (0.0)	1 (3.4)	
子ども あり	3 (4.6)	0 (0.0)	2 (18.2)	1 (3.4)	-
同居者 あり	37 (56.9)	15 (60.0)	3 (27.3)	19 (65.5)	p=0.086
周囲の人との関係性 (SD)	3.75 (0.79)	3.76 (0.72)	4.09 (0.83)	3.62 (0.82)	p=0.247
自殺念慮の経験 あり	54 (83.1)	23 (92.0)	9 (81.8)	22 (75.9)	p=0.286
過去1年間の自殺念慮の経験 あり	17 (26.1)	7 (28.0)	3 (27.3)	7 (24.1)	p=0.982
自殺企図の経験 あり	19 (37.3)	6 (31.6)	4 (44.4)	9 (39.1)	p=0.781
過去1年間の自殺企図の経験 あり	2 (3.1)	0 (0.0)	1 (9.1)	1 (3.4)	p=0.370
併存症 あり	23 (35.4)	7 (28.0)	3 (27.3)	13 (44.8)	p=0.360
性別違和と自覚年齢*** (SD)	9.8 (5.7)	9.9 (4.7)	10.0 (5.0)	9.6 (6.9)	p=0.967
性別違和と治療の初診時の年齢*** (SD)	24.8 (7.6)	23.8 (6.6)	25.6 (5.8)	25.5 (9.1)	p=0.677
初診時の性別違和の強度:UGDS*** (SD)	55.1 (5.7)	54.2 (6.0)	57.4 (2.5)	55.0 (6.1)	p=0.297
カムアウト あり	65 (100.0)	25 (100.0)	11 (100.0)	29 (100.0)	-
実生活経験 あり	62 (95.4)	22 (88.0)	11 (100.0)	29 (100.0)	p=0.081
戸籍上の氏名変更 あり	40 (61.5)	13 (52.0)	5 (45.5)	22 (75.9)	p=0.096
戸籍上の性別変更 あり	26 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	26 (89.7)	p<0.001
治療についての後悔					
ホルモン療法 (後悔なし)	64 (98.4)	24 (96.0)	11 (100.0)	29 (100.0)	p=0.471
手術療法 (後悔なし)	40 (100.0)	-	11 (100.0)	29 (100.0)	-
治療目標					p=0.001
現状維持を希望	44 (67.7)	23 (92.0)	8 (72.7)	13 (44.8)	
更なる治療を希望	21 (32.3)	2 (8.0)	3 (27.3)	16 (55.2)	
治療満足度: CSQ-8J (SD)	24.38 (3.22)	23.48 (3.28)	24.18 (3.25)	25.24 (3.03)	p=0.247

Note. UGDS: Utrecht Gender Dysphoria Scale

CSQ-8J: Client Satisfaction Questionnaire 8 日本語版

*戸籍上届出のあるパートナー、届出のないパートナー両方を含む。

**対象となる人の性別が本人の出生時に割り当てられた性別と同じである場合に生物学的同性と表現する (例: FtM の参加者の性的指向またはパートナーの性別が女性の場合、生物学的同性)。

***追跡調査時に想起してもらい、回答を得た項目。それら以外は追跡調査時の状態について回答を得た。

Table3. 追跡調査に参加した研究参加者（N=65）の初診時と追跡調査時の WHOQOL-26、CES-D の平均値

初診時：2008年4月－2013年11月					
追跡調査時：2018年7月－2018年11月					
	合計	ホルモン療法	手術(二次性徴)	手術(一次性徴)	
	N=65 (100.0%)	N=25 (38.5%)	N=11 (16.9%)	N= 29 (44.6%)	
	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)	p 値
初診時					
WHOQOL-26					
身体的領域	3.07 (0.62)	3.01(0.75)	3.31(0.45)	2.99(0.55)	p=0.258
心理的領域	2.91 (0.67)	2.91(0.74)	3.04(0.62)	2.83(0.64)	p=0.627
社会的関係	3.19 (0.85)	3.19(0.90)	3.43(0.62)	3.07(0.90)	p=0.444
環境領域	3.21 (0.53)	3.08(0.59)	3.26(0.48)	3.31(0.48)	p=0.285
平均	3.10 (0.50)	3.04(0.59)	3.24(0.42)	3.07(0.45)	p=0.478
初診時					
CES-D	14.8 (9.99)	16.1(9.45)	10.8(6.70)	15.5(11.47)	p=0.290
追跡調査時					
WHOQOL-26					
身体的領域	3.50(0.58)	3.36(0.60)	3.75(0.53)	3.53(0.55)	p=0.159
心理的領域	3.36(0.67)	3.04(0.64)	3.65(0.57)	3.53(0.64)	p=0.006
社会的関係	3.38(0.71)	3.27(0.73)	3.52(0.77)	3.42(0.68)	p=0.577
環境領域	3.39(0.55)	3.38(0.53)	3.57(0.39)	3.34(0.61)	p=0.491
平均	3.42(0.50)	3.29(0.52)	3.64(0.38)	3.44(0.50)	p=0.132
追跡調査時					
CES-D	12.1(10.06)	13.3(10.14)	9.9(11.75)	12.0(9.51)	p=0.646

Note. WHOQOL-26: WHO Quality Of Life-26 (abbreviated version of the WHOQOL-100)

CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression scale

Table4. 研究参加者の追跡調査時の治療内容とその期間 (N=65)

	追跡調査時：2018年7月－2018年11月																
	合計				ホルモン療法のみ				手術（二次性徴）				手術（一次性徴）				p 値
	N=65 (100.0%)				N=25 (38.5%)				N=11 (16.9%)				N=29 (44.6%)				
N	平均 (SD)	最小値	最大値	N	平均 (SD)	最小値	最大値	N	平均 (SD)	最小値	最大値	N	平均 (SD)	最小値	最大値		
初診から追跡調査までの期間 (月)	65	93.2 (20.0)	57	123	25	92.1 (22.6)	57	123	11	90.4 (23.1)	60	123	29	95.3 (16.7)	57	123	p=0.745
ホルモン療法開始から追跡調査までの期間 (月)	65	78.1 (18.8)	39	120	25	72.4 (16.4)	39	120	11	78.9 (26.1)	48	116	29	82.7 (16.9)	53	118	p=0.136
手術（二次性徴）から追跡調査までの期間 (月)	38	60.7 (28.1)	3	116	-	-	-	-	11	48.4 (27.5)	18	102	27	66.2 (27.7)	3	116	p=0.080
手術（一次性徴）から追跡調査までの期間 (月)	29	54.9 (26.8)	3	104	-	-	-	-	-	-	-	-	29	54.9 (26.8)	3	104	-

Table5. 初診時と追跡調査時における WHOQOL-26、CES-D の平均値と効果量

	平均 (SD)						Cohen's d (95% CI)		
	ホルモン療法 N=25		手術 (二次性徴) N=11		手術 (一次性徴) N=29		Δ 手術 (二次性徴) - ホルモン療法のみ	Δ 手術 (一次性徴) - ホルモン療法のみ	Δ 手術 (一次性徴) - 手術 (二次性徴)
	T1 : 初診	T2 : 追跡調査	T1 : 初診	T2 : 追跡調査	T1 : 初診	T2 : 追跡調査			
主要評価項目：生活の質 (WHOQOL-26)									
身体的領域	3.01 (0.75)	3.36 (0.60)	3.25 (0.33)	3.75 (0.53)	3.04 (0.59)	3.53 (0.55)	0.23 (-0.48, 0.94)	0.21 (-0.34, 0.76)	-0.02 (-0.71, 0.67)
心理的領域	2.91 (0.74)	3.04 (0.64)	2.91 (0.56)	3.65 (0.57)	2.90 (0.67)	3.53 (0.64)	0.88 (0.17, 1.59)	0.71 (0.16, 1.26)	-0.17 (-0.86, 0.52)
社会的関係	3.19 (0.90)	3.27 (0.73)	3.31 (0.61)	3.52 (0.77)	3.15 (0.90)	3.42 (0.68)	0.15 (-0.55, 0.86)	0.21 (-0.32, 0.74)	0.07 (-0.62, 0.77)
環境領域	3.08 (0.59)	3.38 (0.53)	3.22 (0.38)	3.57 (0.39)	3.32 (0.51)	3.34 (0.62)	0.09 (-0.62, 0.80)	-0.51 (-1.05, 0.03)	-0.69 (-1.40, 0.02)
平均	3.04 (0.59)	3.29 (0.52)	3.18 (0.30)	3.64 (0.38)	3.11 (0.49)	3.44 (0.50)	0.40 (-0.32, 1.13)	0.15 (-0.38, 0.67)	-0.29 (-0.99, 0.41)
副次評価項目：抑うつ									
CES-D	16.1 (9.45)	13.3 (10.14)	11.5 (7.15)	9.9 (11.75)	14.9 (11.26)	12.0 (9.51)	-0.13 (-0.58, 0.84)	0.02 (-0.51, 0.55)	0.13 (-0.55, 0.82)

Note. WHOQOL-26: WHO Quality Of Life-26 (abbreviated version of the WHOQOL-100)

CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression scale

Table6. 調査時点と治療における WHOQOL-26、CES-D の推定平均値と交互作用 (n=65)

	推定平均値 (SE)						交互作用	p 値
	ホルモン療法 n=25	手術 (二次性徴) n=11	手術 (一次性徴) n=29	T1: 初診	T2: 追跡調査	T1: 初診		
<Crude>								
主要評価項目: 生活の質 (WHOQOL-26)								
身体的領域	3.01 (0.13)	3.36 (0.11)	3.25 (0.19)	3.75 (0.17)	3.04 (0.12)	3.53 (0.11)	F (2, 122.90)=0.22	p=0.806
心理的領域	2.91 (0.14)	3.04 (0.13)	2.91 (0.21)	3.65 (0.19)	2.90 (0.13)	3.53 (0.12)	F (2, 123.11)=2.57	p=0.081
社会的関係	3.19 (0.17)	3.27 (0.14)	3.31 (0.26)	3.52 (0.22)	3.15 (0.16)	3.42 (0.13)	F (2, 119.94)=0.18	p=0.833
環境領域	3.08 (0.11)	3.38 (0.11)	3.22 (0.16)	3.57 (0.17)	3.32 (0.10)	3.34 (0.10)	F (2, 123.67)=1.24	p=0.294
平均	3.04 (0.10)	3.29 (0.10)	3.18 (0.15)	3.64 (0.15)	3.11 (0.10)	3.44 (0.09)	F (2, 123.76)=0.38	p=0.685
副次評価項目: 抑うつ								
CES-D	16.1 (2.05)	13.3 (2.03)	11.5 (3.17)	9.9 (3.06)	14.9 (1.90)	12.0 (1.88)	F (2, 120.76)=0.04	p=0.964
<Adjusted1*>								
主要評価項目: 生活の質 (WHOQOL-26)								
身体的領域	3.04 (0.13)	3.39 (0.11)	3.20 (0.19)	3.71 (0.16)	3.04 (0.12)	3.52 (0.10)	F (2, 112.73)=0.23	p=0.792
心理的領域	2.91 (0.15)	3.04 (0.14)	2.89 (0.21)	3.64 (0.20)	2.91 (0.13)	3.53 (0.13)	F (2, 116.78)=2.50	p=0.086
社会的関係	3.14 (0.18)	3.22 (0.16)	3.32 (0.26)	3.53 (0.22)	3.19 (0.16)	3.45 (0.14)	F (2, 113.74)=0.19	p=0.830
環境領域	3.15 (0.11)	3.45 (0.12)	3.17 (0.16)	3.52 (0.17)	3.28 (0.10)	3.30 (0.11)	F (2, 116.18)=1.21	p=0.302
平均	3.07 (0.11)	3.31 (0.11)	3.14 (0.16)	3.60 (0.15)	3.10 (0.10)	3.44 (0.10)	F (2, 116.86)=0.38	p=0.684
副次評価項目: 抑うつ								
CES-D	14.7 (2.23)	12.0 (2.22)	12.3 (3.26)	10.7 (3.17)	15.8 (2.00)	12.8 (1.99)	F (2, 113.85)=0.04	p=0.962
<Adjusted2**>								
主要評価項目: 生活の質 (WHOQOL-26)								
身体的領域	3.02 (0.13)	3.37 (0.11)	3.10 (0.19)	3.60 (0.15)	3.09 (0.12)	3.58 (0.10)	F (2, 99.31)=0.27	p=0.762
心理的領域	2.93 (0.13)	3.06 (0.13)	2.79 (0.19)	3.54 (0.18)	2.93 (0.12)	3.55 (0.11)	F (2, 104.74)=3.53	p=0.033
社会的関係	3.17 (0.17)	3.26 (0.15)	3.18 (0.25)	3.39 (0.21)	3.21 (0.16)	3.48 (0.13)	F (2, 101.09)=0.24	p=0.797
環境領域	3.23 (0.10)	3.53 (0.11)	3.07 (0.14)	3.42 (0.16)	3.24 (0.09)	3.26 (0.10)	F (2, 103.72)=1.70	p=0.188
平均	3.09 (0.10)	3.33 (0.09)	3.04 (0.14)	3.50 (0.13)	3.12 (0.09)	3.46 (0.08)	F (2, 104.50)=0.52	p=0.594
副次評価項目: 抑うつ								
CES-D	15.5 (1.87)	13.0 (1.88)	14.0 (2.76)	13.1 (2.69)	14.3 (1.69)	11.2 (1.68)	F (2, 101.89)=0.13	p=0.880

Note. WHOQOL-26: WHO Quality Of Life-26 (abbreviated version of the WHOQOL-100)

CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression scale

* T2 時点における、年齢、性別、収入、最終学歴、T1 から T2 までの期間を調整

** T2 時点における、年齢、性別、収入、最終学歴、T1 から T2 までの期間、性別違和と自覚年齢、性別違和と尺度得点、パートナーの有無、同居者の有無、性的指向、周囲との関係性、併存症の有無、自殺念慮の経験の有無、更なる治療の希望の有無、サービス満足度尺度得点を調整

Table7. 手術後1年以内の研究参加者3名を除く、調査時点と治療におけるWHOQOL-26、CES-Dの推定平均値と交互作用 (n=62)

	推定平均値 (SE)						交互作用	p 値
	ホルモン療法 n=25	手術 (二次性徴) n=11		手術 (一次性徴) n=26				
	T1: 初診	T2: 追跡調査	T1: 初診	T2: 追跡調査	T1: 初診	T2: 追跡調査		
<Crude>								
主要評価項目: 生活の質 (WHOQOL-26)								
身体的領域	3.03 (0.13)	3.36 (0.11)	3.25 (0.19)	3.75 (0.17)	3.08 (0.12)	3.53 (0.11)	F (2, 116.70)=0.21	p=0.815
心理的領域	2.94 (0.14)	3.04 (0.12)	2.91 (0.20)	3.65 (0.18)	2.94 (0.13)	3.44 (0.12)	F (2, 116.58)=2.27	p=0.108
社会的関係	3.18 (0.18)	3.27 (0.14)	3.31 (0.27)	3.52 (0.21)	3.18 (0.17)	3.33 (0.14)	F (2, 112.96)=0.05	p=0.951
環境領域	3.10 (0.11)	3.38 (0.11)	3.22 (0.16)	3.57 (0.16)	3.34 (0.10)	3.33 (0.11)	F (2, 117.96)=1.28	p=0.282
平均	3.26 (0.11)	3.29 (0.10)	3.18 (0.16)	3.64 (0.14)	3.14 (0.10)	3.41 (0.09)	F (2, 117.29)=0.46	p=0.636
副次評価項目: 抑うつ								
CES-D	16.0 (1.87)	13.3 (2.02)	11.5 (2.84)	9.9 (3.05)	13.3 (1.76)	12.5 (1.99)	F (2, 114.58)=0.12	p=0.888
<Adjusted1*>								
主要評価項目: 生活の質 (WHOQOL-26)								
身体的領域	3.09 (0.14)	3.42 (0.11)	3.19 (0.20)	3.69 (0.15)	3.06 (0.13)	3.49 (0.11)	F (2, 103.28)=0.19	p=0.826
心理的領域	3.02 (0.15)	3.12 (0.13)	2.85 (0.21)	3.59 (0.19)	3.02 (0.15)	3.37 (0.13)	F (2, 109.02)=2.13	p=0.124
社会的関係	3.18 (0.19)	3.26 (0.16)	3.29 (0.27)	3.50 (0.22)	3.18 (0.18)	3.36 (0.15)	F (2, 106.46)=0.08	p=0.923
環境領域	3.19 (0.12)	3.47 (0.12)	3.16 (0.16)	3.51 (0.17)	3.29 (0.11)	3.26 (0.12)	F (2, 110.79)=1.47	p=0.234
平均	3.13 (0.12)	3.35 (0.10)	3.12 (0.16)	3.58 (0.14)	3.12 (0.10)	3.36 (0.10)	F (2, 109.15)=0.50	p=0.609
副次評価項目: 抑うつ								
CES-D	13.9 (2.08)	11.4 (2.13)	12.7 (2.93)	11.20 (3.00)	14.4 (1.86)	14.2 (2.04)	F (2, 107.99)=0.18	p=0.840
<Adjusted2**>								
主要評価項目: 生活の質 (WHOQOL-26)								
身体的領域	3.08 (0.14)	3.42 (0.10)	3.05 (0.19)	3.55 (0.14)	3.10 (0.13)	3.58 (0.10)	F (2, 87.86)=0.28	p=0.754
心理的領域	3.06 (0.14)	3.17 (0.12)	2.74 (0.20)	3.48 (0.16)	2.89 (0.13)	3.41 (0.12)	F (2, 93.24)=3.00	p=0.055
社会的関係	3.19 (0.19)	3.29 (0.15)	3.17 (0.26)	3.38 (0.21)	3.17 (0.17)	3.42 (0.15)	F (2, 94.47)=0.15	p=0.863
環境領域	3.17 (0.11)	3.57 (0.10)	3.02 (0.15)	3.37 (0.14)	3.26 (0.09)	3.24 (0.10)	F (2, 98.72)=2.18	p=0.119
平均	3.17 (0.11)	3.40 (0.08)	2.99 (0.15)	3.45 (0.12)	3.11 (0.10)	3.39 (0.08)	F (2, 89.40)=0.57	p=0.567
副次評価項目: 抑うつ								
CES-D	14.8 (1.69)	12.3 (1.75)	14.7 (2.38)	13.8 (2.45)	13.5 (1.50)	11.5 (1.70)	F (2, 95.97)=0.09	p=0.915

Note. WHOQOL-26: WHO Quality Of Life-26 (abbreviated version of the WHOQOL-100)

CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression scale

* T2 時点における、年齢、性別、収入、最終学歴、T1 から T2 までの期間を調整

** T2 時点における、年齢、性別、収入、最終学歴、T1 から T2 までの期間、性別違和と自覚年齢、性別違和と尺度得点、パートナーの有無、同居者の有無、性的指向、周囲との関係性、併存症の有無、自殺念慮の経験の有無、更なる治療の希望の有無、サービス満足度尺度得点を調整

Table8. FTM の研究参加者の調査時点と治療における WHOQOL-26、CES-D の推定平均値と交互作用 (n=53)

	推定平均値 (SE)						交互作用	p 値
	ホルモン療法 n=15		手術 (二次性徴) n=11		手術 (一次性徴) n=27			
	T1: 初診	T2: 追跡調査	T1: 初診	T2: 追跡調査	T1: 初診	T2: 追跡調査		
<Crude>								
主要評価項目: 生活の質 (WHOQOL-26)								
身体的領域	3.06 (0.15)	3.48 (0.14)	3.25 (0.18)	3.75 (0.16)	3.04 (0.11)	3.53 (0.11)	F (2, 99.32)=0.05	p=0.955
心理的領域	2.91 (0.14)	3.04 (0.13)	2.91 (0.21)	3.65 (0.19)	2.90 (0.13)	3.53 (0.12)	F (2, 123.11)=2.57	p=0.081
社会的関係	3.19 (0.17)	3.27 (0.14)	3.31 (0.26)	3.52 (0.22)	3.15 (0.16)	3.42 (0.13)	F (2, 119.94)=0.18	p=0.833
環境領域	3.08 (0.11)	3.38 (0.11)	3.22 (0.16)	3.57 (0.17)	3.32 (0.10)	3.34 (0.10)	F (2, 123.67)=1.24	p=0.294
平均	3.13 (0.13)	3.37 (0.12)	3.18 (0.15)	3.64 (0.14)	3.12 (0.10)	3.44 (0.09)	F (2, 99.64)=0.035	p=0.705
副次評価項目: 抑うつ								
CES-D	13.1 (2.63)	10.4 (2.40)	11.5 (3.11)	9.9 (2.80)	15.2 (1.89)	12.2 (1.79)	F (2, 96.84)=0.05	p=0.956
<Adjusted1*>								
主要評価項目: 生活の質 (WHOQOL-26)								
身体的領域	3.07 (0.16)	3.49 (0.14)	3.22 (0.18)	3.73 (0.15)	3.04 (0.12)	3.53 (0.10)	F (2, 90.02)=0.05	p=0.952
心理的領域	3.01 (0.17)	3.12 (0.17)	2.91 (0.19)	3.66 (0.19)	2.90 (0.12)	3.52 (0.12)	F (2, 93.88)=2.16	p=0.121
社会的関係	3.36 (0.22)	3.25 (0.18)	3.34 (0.25)	3.55 (0.20)	3.19 (0.16)	3.46 (0.13)	F (2, 89.92)=0.66	p=0.519
環境領域	3.20 (0.14)	3.40 (0.16)	3.20 (0.15)	3.55 (0.18)	3.34 (0.10)	3.33 (0.11)	F (2, 91.93)=0.98	p=0.380
平均	3.12 (0.13)	3.36 (0.13)	3.17 (0.15)	3.63 (0.14)	3.13 (0.10)	3.45 (0.09)	F (2, 93.77)=0.36	p=0.700
副次評価項目: 抑うつ								
CES-D	12.3 (2.73)	9.7 (2.52)	11.3 (3.11)	10.0 (2.81)	15.7 (1.92)	12.6 (1.82)	F (2, 90.98)=0.06	p=0.940
<Adjusted2**>								
主要評価項目: 生活の質 (WHOQOL-26)								
身体的領域	3.07 (0.17)	3.49 (0.13)	3.12 (0.20)	3.63 (0.15)	3.09 (0.13)	3.57 (0.10)	F (2, 75.40)=0.05	p=0.948
心理的領域	3.05 (0.16)	3.16 (0.15)	2.85 (0.18)	3.59 (0.18)	2.90 (0.12)	3.52 (0.11)	F (2, 81.91)=2.85	p=0.063
社会的関係	3.43 (0.22)	3.32 (0.16)	3.18 (0.26)	3.39 (0.19)	3.22 (0.16)	3.49 (0.12)	F (2, 74.74)=0.78	p=0.464
環境領域	3.33 (0.13)	3.53 (0.14)	3.10 (0.14)	3.44 (0.16)	3.31 (0.09)	3.30 (0.10)	F (2, 81.27)=1.38	p=0.259
平均	3.18 (0.13)	3.42 (0.11)	3.09 (0.15)	3.55 (0.13)	3.13 (0.10)	3.45 (0.08)	F (2, 80.36)=0.46	p=0.634
副次評価項目: 抑うつ								
CES-D	13.4 (2.36)	11.1 (2.40)	13.0 (2.79)	12.1 (2.76)	14.2 (1.69)	11.1 (1.76)	F (2, 79.98)=0.13	p=0.876

Note. WHOQOL-26: WHO Quality Of Life-26 (abbreviated version of the WHOQOL-100)

CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression scale

* T2 時点における、年齢、性別、収入、最終学歴、T1 から T2 までの期間を調整

** T2 時点における、年齢、性別、収入、最終学歴、T1 から T2 までの期間、性別違和と自覚年齢、性別違和と尺度得点、パートナーの有無、同居者の有無、性的指向、周囲との関係性、併存症の有無、自殺念慮の経験の有無、更なる治療の希望の有無、サービス満足度尺度得点を調整

Table9. MTF の研究参加者の調査時点と治療における WHOQOL-26、CES-D の推定平均値と交互作用 (n=12)

推定平均値 (SE)								
	ホルモン療法 n=10		手術 (二次性徴) n=0		手術 (一次性徴) n=2			
	T1: 初診	T2: 追跡調査	T1: 初診	T2: 追跡調査	T1: 初診	T2: 追跡調査	交互作用	p 値
<Crude>								
主要評価項目: 生活の質 (WHOQOL-26)								
身体的領域	2.94 (0.26)	3.19 (0.22)	-	-	3.07 (0.57)	3.50 (0.48)	F (1, 19.43)=0.05	p=0.822
心理的領域	2.71 (0.25)	2.87 (0.25)	-	-	3.17 (0.57)	3.92 (0.56)	F (1, 19.99)=0.47	p=0.502
社会的関係	2.70 (0.29)	3.07 (0.28)	-	-	3.67 (0.64)	3.83 (0.62)	F (1, 19.99)=0.04	p=0.840
環境領域	2.95 (0.18)	3.40 (0.18)	-	-	2.94 (0.40)	3.38 (0.39)	F (1, 20.00)=0.00	p=0.976
平均	2.91 (0.19)	3.16 (0.19)	-	-	3.04 (0.43)	3.56 (0.43)	F (1, 20.00)=0.16	p=0.690
副次評価項目: 抑うつ								
CES-D	20.3 (3.20)	17.7 (4.16)	-	-	7.0 (10.11)	9.5 (9.30)	F (1, 18.84)=0.12	p=0.733

Note. WHOQOL-26: WHO Quality Of Life-26 (abbreviated version of the WHOQOL-100)

CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression scale

資料

「性同一性障害をもつ方の健康と暮らし向きに関する調査」

へのご協力をお願い

1.この研究の概要

研究課題名

性同一性障害をもつ方の健康と暮らし向きに関する調査

研究機関名及び研究者

この研究の研究者は下記の通りで、調査のデザイン、調査実施、データの管理・分析、報告書・論文の作成を行います。

川上憲人	東京大学大学院 医学系研究科 精神保健学分野	教授
宮本有紀	東京大学大学院 医学系研究科 精神看護学分野	講師
江口のぞみ	東京大学大学院 医学系研究科 精神看護学分野	博士課程3年
石丸径一郎	お茶の水女子大学 基幹研究員 人間化学系	准教授
針間克己	はりまメンタルクリニック	院長

研究目的

近年、性同一性障害についての社会的認知度は徐々に高まり、専門医療機関に受診する方も年々増加しています。性同一性障害の治療には精神療法、ホルモン療法、手術療法の選択肢があり、現在、国内では「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」に基づいて治療を受けることができます。しかし、それぞれの治療効果を検証する研究は未だ少なく、治療によって性同一性障害をもつ方の健康状態や生活の質がどのように変化していくのか、一致した結果が出ていない現状があります。そこで、この研究において、①性同一性障害の治療を受けている方のQOL(生活の質)、精神健康、性別違和感、治療満足度を調べること、②初診時と治療実施後のQOLおよび精神健康を比較することによって、国内の治療環境における性同一性障害の治療効果を明らかにしたいと考えております。そして、この研究による成果が、性同一性障害をもつ方にとって、治療を選択される際の参考となり、医療従事者にとって治療を行う根拠の一端となればと考えております。この研究の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

研究方法

第1回アンケート調査(期間): 2014年1月~2014年4月

第2回アンケート調査(期間): 2018年7月~2018年10月

この研究では、①性同一性障害の診断を受けて専門医療機関に通院されている方、②初診時にQOLの評価を受けている方、③同意時の年齢が18歳以上の方、④主治医の許可が得られ、ご本人の同意を得られるかた、⑤日本語でのコミュニケーションをはかれる方、⑥重度の精神疾患の治療中でない方、⑦初診時に性別適合を目的とした身体治療を受けていない方にご協力をお願いしております。

研究の目的をご理解いただき、ご同意いただいた方には、診察の後に、クリニック内の待合室にてアンケート調査をさせていただきます。アンケート調査では、調査員がお渡しするアンケート用紙にご記入いただきます。時間は約30分間を予定しています。ご不明な点がございましたら、待機している調査担当者にお声かけください。もちろんご回答が難しい場合には、お断りいただいて結構です。

また、アンケート調査にご協力いただいた後に、診療録からデータを収集させていただきます。この診療録調査の項目については、治療実施前後を比較するために、アンケート調査でご記入いただく項目と同じ内容を含みます。

<診療録調査の項目>

年齢、性別、住所(市区町村名まで)、QOL、CES-D(精神健康)、婚姻歴、パートナーの存在、性指向、教育歴、雇用状態、治療内容、治療期間、自殺念慮と自殺企図の経験、実生活体験とカムアウトの有無

[研究期間:2013年10月~2023年9月]

ご協力いただいた方がこの研究の計画書及び方法に関する資料を入手または閲覧をご希望される場合、他の協力者の個人情報等の保護や研究の独創性確保に支障がない範囲で入手または閲覧することができます。ご希望のは下記の照会先までお寄せください。

2.研究協力の任意性と撤回の自由

この研究にご協力いただくかどうかは、研究協力者の皆様の自由意思に委ねられています。もし同意を撤回される場合は、同意撤回書に署名し、研究者(江口)にご提出ください。なお、研究にご協力いただけない場合にも、皆様の不利益につながることはありません。研究期間中にご本人の申し出があれば、いつでも収集した情報および調べた結果を廃棄いたします。

3.個人情報の保護

この研究に関わる成果は、他の関係する方々に漏えいすることのないよう、慎重に取り扱います。あなたに関するデータは、分析する前に氏名など個人を特定する情報を削り、代わりに新しく符号をつけ、どなたのものか分からないようにした上で、当研究室内において川上憲人が鍵のついたロッカー内で厳重に保管いたします。ただし、必要な場合には、当研究室においてこの符号を元の氏名などに戻す操作を行い、結果をあなたにお知らせすることもできます。結果をお知りになりたい場合には、下記までお寄せください。

4.研究結果の公表

研究の結果は、あなたの氏名等の個人情報が明らかにならないようにした上で学会発表や学会発表や学術雑誌及びデータベース等で公表いたします。また、個人的な問い合わせがあった場合、個人的な結果、または全体の結果についてお伝えいたします。

5.研究参加者にもたらされる利益及び不利益

この研究が、あなたに直ちに有益な情報をもたらす可能性は高いとはいえません。しかし、この研究の成果は、今後の医療の発展に寄与することが期待されます。したがって、将来、あなたに医療の面で利益をもたらす可能性があると考えられます。

なお、この研究における質問内容に回答することで、あなたにとって精神的負担となる可能性があります。もし負担となった場合には、いつでも調査を中断していただいで構いません。

6.研究終了後のデータ等の取扱方針

あなたからいただいたデータ等は、この研究のためにのみ使用します。また、研究期間終了5年後、調査票をシュレッダーにかけ、データを完全に消去する等の処理を行い、速やかに廃棄いたします。

7.あなたの費用負担

今回の研究に必要な費用について、あなたに負担を求めることはありません。なお、アンケートご提出時に謝礼として500円分のQUOカードをお渡しいたします。

8.その他

この研究は、東京大学医学部倫理委員会の承認を受けて実施するものです。なお、この研究に関する費用は、東京大学大学院医学系研究科精神看護学分野の運営費交付金と東京大学博士課程研究遂行協力制度から支出されています。ご意見、ご質問などがございましたら、お気軽に下記までお寄せください。

照会先

指導教員:川上憲人、宮本有紀
東京大学大学院医学系研究科精神看護学分野
調査担当者:江口のぞみ nozomi-e@umin.ac.jp
〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1
Tel: 03-5841-3522 Fax: 03-5841-3392

性同一性障害をもつ方の健康と暮らし向きに関する調査 調査票

この度はお忙しい中、本調査にご協力いただき誠にありがとうございます。

『性同一性障害をもつ方の健康と暮らし向きに関する調査』は、東京都内の医療機関で性同一性障害の治療を継続されている18歳以上の方を対象に、生活の質と、こころとからだの健康状態を把握することを目的に実施しております。

お答えいただいた内容は、調査対象者全体を集計した結果を利用いたしますので、個人が特定されるような形で回答や結果が公表されることはなく（例えば、「〇〇している」人が〇〇%という形で公表いたします）、内容や個人情報を上記目的以外に使用したり、外部に伝わることはありません。

以下の注意事項をお読みいただき、ご協力たまわりますよう、お願い申し上げます。

【記入上のお願い】

- 1) この調査は**お願いしたご本人様**ご自身でご記入をお願いいたします。
- 2) お答えは、あてはまる番号または選択肢を○で囲んでいただくか、カッコ内（ ）に数字または文字をご記入ください。
- 3) ご回答いただく○印の数は質問文の終わりに（○は1つ）などと示しておりますので、それにしたがってご回答ください。
- 4) ご記入は質問の番号や矢印（→）の指示にそってお願いいたします。
- 5) 回答に迷う場合は、あなたの気持ち、考えにできるだけ近いものを選ぶようにしてください。
- 6) 質問票は20ページあります。質問数が多く、記入時間も長くなると思いますが、全ての質問にご回答くださいますようお願いいたします。

【記入後のお願い】

ご記入いただきました調査票を調査員までご提出いただきますよう、お願いいたします。その際に調査員から500円分のQUOカードをお渡しいたします。

【調査実施期間】 平成30年7月～平成30年10月

【調査実施機関】 東京大学大学院医学系研究科精神看護学分野
〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1
《お問い合わせ先》 Tel : 03-5841-3522 Fax : 03-5841-3392
平日9時～17時（担当：江口のぞみ）
Mail: nozomi-e@umin.ac.jp

調査についてご同意、ご協力いただける方は、下記の□内にチェックをお願いいたします。

調査への協力を同意します。

ご同意いただいた方は、次のページからの質問にご回答ください。

1. 生活の質について

以下の1～26の各質問は、あなたの生活の質についてうかがうものです。過去2週間の生活のなかで、あなたの望んだこと、喜んだこと、関心を持ったことを思い出してください。必ず一問ずつ読んで、自分の気持ちをふりかえりながら、最もふさわしいと思われるものの番号を○で囲んでください。

		まったく 悪い	悪い	ふつう	良い	非常に 良い
Q 1	自分の生活の質をどのように評価しますか	1	2	3	4	5

		まったく 不満	不満	どちらで もない	満足	非常に 満足
Q 2	自分の健康状態に満足していますか	1	2	3	4	5

次の質問は、過去2週間にあなたが、どのくらい経験したか、あるいはできたかについてお聞きするものです。

		まったく ない	少しだけ	多少は	かなり	非常に
Q 3	体の痛みや不快感のせいで、しなければならいことがどのくらい制限されますか	1	2	3	4	5
Q 4	毎日の生活の中で治療（医療）がどのくらい必要ですか	1	2	3	4	5
Q 5	毎日の生活をどのくらい楽しくすごしていますか	1	2	3	4	5
Q 6	自分の生活をどのくらい意味あるものと感じていますか	1	2	3	4	5
Q 7	物事にどのくらい集中することができますか	1	2	3	4	5

		まったく ない	少しだけ	多少は	かなり	非常に
Q 8	毎日の生活はどのくらい安全ですか	1	2	3	4	5
Q 9	あなたの生活環境はどのくらい健康的ですか	1	2	3	4	5
Q 10	毎日の生活を送るための活力はありますか	1	2	3	4	5
Q 11	自分の容姿（外見）を受け入れることができますか	1	2	3	4	5
Q 12	必要なものが買えるだけのお金を持っていますか	1	2	3	4	5
Q 13	毎日の生活に必要な情報をどのくらい得ることができますか	1	2	3	4	5
Q 14	余暇を楽しむ機会はどのくらいありますか	1	2	3	4	5
Q 15	家の周囲を出まわることがよくありますか	1	2	3	4	5

次の質問は、過去2週間にあなたが、どのくらいできたか、あるいは満足したかについてお聞きするものです。

		まったく 不満	不満	どちらで もない	満足	非常に 満足
Q 16	睡眠は満足のいくものですか	1	2	3	4	5
Q 17	毎日の活動をやり遂げる能力に満足していますか	1	2	3	4	5
Q 18	自分の仕事をする能力に満足していますか	1	2	3	4	5

		まったく 不満	不満	どちらで もない	満足	非常に 満足
Q19	自分自身に満足していますか	1	2	3	4	5
Q20	人間関係に満足していますか	1	2	3	4	5
Q21	性生活に満足していますか	1	2	3	4	5
Q22	友人たちの支えに満足していますか	1	2	3	4	5
Q23	家と家のまわりの環境に満足していますか	1	2	3	4	5
Q24	医療施設や福祉サービスの利用しやすさに満足 していますか	1	2	3	4	5
Q25	周辺の交通の便に満足していますか	1	2	3	4	5

次の質問は、過去2週間にあなたが、どのくらいひんぱんに経験したかをお聞きするものです。

		まったく ない	少しだけ	多少は	かなり	非常に
Q26	気分がすぐれなかったり、絶望、不安、落ち込みといったいやな気分をどのくらいひんぱんに感じますか	1	2	3	4	5

この1週間の、あなたのからだや心の状態についてお聞きいたします。下の20の文章を読んで下さい。

各々のことがらについて

◎もし1週間で全くないか、あったとしても1日も続かない場合は [A]

◎週のうち1～2日なら [B]

◎週のうち3～4日なら [C]

◎週のうち5日以上なら [D]

のところを○でかこんで下さい。

	この一週間のうちで				
	な い	1-2日	3-4日	5日 以上	
1. 普段は何でもないことがわずらわしい。	A	B	C	D	1
2. 食べたくない。食欲が落ちた。	A	B	C	D	2
3. 家族や友達からはげましてもらっても、気分が晴れない。	A	B	C	D	3
4. 他の人と同じ程度には、能力があると思う。	A	B	C	D	4
5. 物事に集中できない。	A	B	C	D	5
6. ゆうつだ。	A	B	C	D	6
7. 何をするのも面倒だ。	A	B	C	D	7
8. これから先のことについて積極的に考えることができる。	A	B	C	D	8
9. 過去のことについてくよくよ考える。	A	B	C	D	9
10. 何か恐ろしい気持ちがある。	A	B	C	D	10
11. なかなか眠れない。	A	B	C	D	11
12. 生活について不満なくすごせる。	A	B	C	D	12
13. ふだんより口数が少ない。口が重い。	A	B	C	D	13
14. 一人ぼっちでさびしい。	A	B	C	D	14
15. 皆がよそよそしいと思う。	A	B	C	D	15
16. 毎日が楽しい。	A	B	C	D	16
17. 急に泣き出すことがある。	A	B	C	D	17
18. 悲しいと感じる。	A	B	C	D	18
19. 皆が自分をきらっていると感じる。	A	B	C	D	19
20. 仕事が手につかない。	A	B	C	D	20

2. 周囲の人との関係について

Q 1 あなたの婚姻状況について、うかがいます。該当する数字を1つだけ○で囲んでください。
(○は1つ)

※ここであかがう「配偶者」とは、「戸籍上、届出のある配偶者」を指します。

配偶者あり	未婚	離婚	死別
1	2	3	4

Q 2-1 あなたにパートナー（届出のある配偶者以外の方）はいらっしゃいますか。

1 いる	2 いない
------	-------

Q 2-2 Q 2-1で「1 いる」を選択された方は、パートナーのジェンダーについて該当する数字を1つだけ○で囲んでください。なお「3 その他」を選択された方は、カッコ内に具体的な内容をご記入ください。(○は1つ)

また、Q 2-1で「2 いない」を選択された方はQ 2-3にお進みください。

※ここであかがう「ジェンダー」とは、「社会的・文化的な性のありよう(性別)」を指します。

1 男性	2 女性
3 その他 ()	4 不明

Q 2-3 あなたが性的な魅力を感じるジェンダーについて該当する数字を1つだけ○で囲んでください。「5 その他」を選択された方は、カッコ内に具体的な内容をご記入ください。(○はいくつでも)

※ここであかがう「ジェンダー」とは、「社会的・文化的な性のありよう(性別)」を指します。

1 男性	2 女性
3 両性	4 どのようなジェンダーにも魅力を感じない
5 その他 ()	
6 不明	

Q 3-1 現在、一緒に暮らしている方の有無についてうかがいます。該当する数字を1つだけ○で囲んでください。(○は1つ)

※同居者とは、ほぼ毎日同じ住居で生活されている方を指し、他に主な住居のある方は含まれません。

1 同居者がいる	2 同居者はいない
----------	-----------

Q 3-1で「1 同居者がいる」を選択された方は次の質問にお進みください。また、「2 同居者はいない」を選択された方はQ 4-1にお進みください。

Q3-2 Q3-1で「1 同居者がいる」を選択された方は、該当する同居者の方に○をつけてください。(○はいくつでも)

1 配偶者・パートナー	2 子ども（配偶者・パートナーの子ども含む） ___人
3 実父	4 実母
5 義父・義母	6 祖父母・義祖父母
7 兄弟姉妹・義兄弟姉妹	8 その他（ _____ ）

Q4-1 あなたと関わりのある以下の人々と、どの程度良好な関係にありますか。

「とても良好」を5点、「全く良好でない」を0点とすれば、何点くらいになると思いますか。該当する数字を1つだけ○で囲んでください。なお、該当者がいらっしゃらない、ほとんど関わりがない場合は「99 該当者がいない」をお選びください。

(○はそれぞれ1つ)

(○はそれぞれ1つ)	まったく 良好でない	あまり 良好でない	まあまあ 良好である	とても 良好である	該当者が いない		
配偶者・パートナー	1	2	3	4	5	99	1
子ども (配偶者・パートナーの子ども含む)	1	2	3	4	5	99	2
実父	1	2	3	4	5	99	3
実母	1	2	3	4	5	99	4
義父・義母	1	2	3	4	5	99	5
祖父母・義祖父母	1	2	3	4	5	99	6
兄弟姉妹・義兄弟姉妹	1	2	3	4	5	99	7
おじ・おば・いとこ	1	2	3	4	5	99	8
職場の上司	1	2	3	4	5	99	9
職場の同僚	1	2	3	4	5	99	10
通学先の先生・職員	1	2	3	4	5	99	11
通学先の友人・知人	1	2	3	4	5	99	12
職場や通学先 以外 の友人・知人	1	2	3	4	5	99	13
性同一性障害をもち、 治療して いない 友人・知人	1	2	3	4	5	99	14
性同一性障害をもち、 治療して いる 友人・知人	1	2	3	4	5	99	15

Q4-2 あなたと関わりのある人々との関係について、全体としてどの程度良好な関係にありますか。「とても良好」を5点、「全く良好でない」を0点とすれば、何点くらいになると思いますか。該当する数字を1つだけ○で囲んでください。(○は1つ)

(○は1つ)	まったく 良好でない	あまり 良好でない	まあまあ 良好である	良好である	とても 良好である
あなたと関係のある人々(全体)	1	2	3	4	5

Q5-1 性同一性障害に関する悩みや問題が生じた場合、誰かに相談しますか。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)

1 相談する	2 相談しない
--------	---------

Q5-2 Q5-1で「1 相談する」を選択された方にうかがいます。性同一性障害に関する悩みや問題について誰に相談しますか。該当する方を○で囲んでください。(○はいくつでも)
また、Q5-1で「2 相談しない」を選択された方は、Q6にお進みください。

1 配偶者・パートナー	2 子ども(配偶者・パートナーの子ども含む)
3 実父	4 実母
5 義父・義母	6 祖父母・義祖父母
7 兄弟姉妹・義兄弟姉妹	8 おじ・おば・いとこ
9 職場の上司	10 職場の同僚
11 通学先の先生・職員	12 通学先の友人・知人
13 職場や通学先 <u>以外</u> の友人・知人	14 性同一性障害をもち、治療して <u>いない</u> 友人・知人
15 性同一性障害をもち、治療して <u>いる</u> 友人	16 自分の日常生活に関わりのない人(旅先など)
17 主治医	18 臨床心理士
19 看護師	20 インターネット上の相談
21 その他()	

Q6-1 あなたはSNSなどインターネットを利用して、性同一性障害に関する情報を発信したことがありますか。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)

1 ある	2 ない
------	------

Q6-2 あなたはSNSなどインターネットを利用して、性同一性障害に関する悩みや何らかの課題を持つ人の相談にのったことがありますか。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)

1 ある	2 ない
------	------

Q6-3 あなたは SNS などインターネットを利用して、性同一性障害に関する情報を得たことがありますか。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)

1 ある	2 ない
------	------

Q7-1 あなたは性同一性障害の支援団体の活動(自助グループなど)に参加したことがありますか。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)

1 現在、参加している	2 過去に参加したことがある
3 一度も参加したことがない	

Q7-2 Q7-1で「1 現在、参加している」か「2 過去に参加したことがある」を選択された方にかがいます。その活動内容について、該当する内容に○をつけてください。なお、「3 一度も参加したことがない」を選択された方にはQ8にお進みください。(○はいくつでも)

1 講演会を聴きに行く	2 講演会で発表する
3 交流会に参加する	4 勉強会に参加する
5 イベントに参加する	6 イベントを主催する
7 その他 ()	

Q8 あなたは、性同一性障害についてだれかにカムアウトされていますか。すでにカムアウトされている場合、該当する方に○をつけてください。(○はいくつでも)なお、誰にもカムアウトされていない場合には「0 だれにもカムアウトしていない」をお選びください。

0 だれにもカムアウトしていない	
1 配偶者・パートナー	2 子ども(配偶者・パートナーの子ども含む)
3 実父	4 実母
5 義父・義母	6 祖父母・義祖父母
7 兄弟姉妹・義兄弟姉妹	8 おじ・おば・いとこ
9 職場の上司	10 職場の同僚
11 通学先の先生・職員	12 通学先の友人・知人
13 職場や通学先 <u>以外</u> の友人・知人	14 性同一性障害をもち、治療して <u>いない</u> 友人・知人
15 性同一性障害をもち、治療して <u>いる</u> 友人・知人	
16 その他 ()	

3. 治療および健康状態について

Q 1 あなたが初めて、はっきりと性別の違和感を感じたのは何歳頃ですか。

【 】歳頃

Q 2 あなたが性同一性障害の治療を受けたいと思われたのは何歳頃ですか。

【 】歳頃

Q 3 あなたが性同一性障害の治療を主な目的として、初めて病院またはクリニックを受診されたのは何歳頃ですか。

【 】歳頃

前回、質問票にご回答いただいた方は、次ページのQ5にお進みください。

Q 4 ここでは、性別の違和感の強さについてうかがいます。
性同一性障害の治療を主な目的として初めて診察を受けられた当時の気持ちを振り返ってお答えください。
※現在の違和感ではないことにご注意ください。

以下の12の質問について、あてはまる選択肢に○をつけてください。	あてはまらなく まったく	あてはまら あまり	どちらとも いえない	あてはま やや	あてはま とても
1. 私は、男性のように行動したいと思う。	1	2	3	4	5
2. 誰かが私を女性扱いするたびに、私は傷つく。	1	2	3	4	5
3. 私は女性として生きていきたい。	1	2	3	4	5
4. 私は、ずっと男性として扱われたい。	1	2	3	4	5
5. 女性としての人生よりも、男性としての人生の方が私にとっては魅力的だ。	1	2	3	4	5
6. 女性として行動しなければならないので、私は不幸だ。	1	2	3	4	5
7. 女性として生きるのは、私にとって良いことだ。	1	2	3	4	5
8. 鏡で自分の裸を見る時、気分がいい。	1	2	3	4	5
9. 私は、女性として性的な関係を持ちたい。	1	2	3	4	5
10. 女性であることを思い出させられるので、月経が嫌いだ。	1	2	3	4	5
11. 私は、胸があるのが嫌だ。	1	2	3	4	5
12. 男性に生まれたら良かったのと思う。	1	2	3	4	5

Q5-1 あなたが受けられている性同一性障害の全ての治療内容について、それぞれの治療をおよそどのくらい前にもしくはいつ頃から始められたかをご記入ください。なお、おこなわれていない治療内容については、「該当なし」をお選びください。

※思い出しやすい方をどちらか選んでご記入ください。

	治療内容	治療開始時期		
		〇〇年〇〇ヶ月前	□□年 □□月	
精神療法	精神科医によるカウンセリング	年 ヶ月前	年 月	該当なし
	心理士によるカウンセリング	年 ヶ月前	年 月	該当なし
ホルモン療法	個人購入によるホルモン療法	年 ヶ月前	年 月	該当なし
	医療機関でのホルモン療法	年 ヶ月前	年 月	該当なし
外科的手術	乳房切除術	年 ヶ月前	年 月	該当なし
	子宮卵巣摘出術	年 ヶ月前	年 月	該当なし
	膣閉鎖術	年 ヶ月前	年 月	該当なし
	陰茎形成術	年 ヶ月前	年 月	該当なし
	尿道延長術	年 ヶ月前	年 月	該当なし
	その他 ()	年 ヶ月前	年 月	該当なし
戸籍変更	名前の変更	年 ヶ月前	年 月	該当なし
	性別の変更	年 ヶ月前	年 月	該当なし

Q5-2 ここでは、実生活経験（RLE）についてうかがいます。あなたはこれまでに実生活経験をされていますか。該当する数字を○で囲んでください。（○は1つ）また、すでに経験されている方は、いつ頃始められたかをカッコ内にご記入ください。

1 経験していない	2 経験している (年 ヶ月前)
-----------	-------------------

Q6 ここでは、現在ホルモン療法を受けられている方にうかがいます。ホルモン療法を受けていない方は、次のページ（12ページ）のQ7からの質問にお答えください。

Q6-1 ホルモン療法を開始されたことを後悔していますか。該当する数字を○で囲んでください。（○は1つ）

1 後悔していない	2 後悔している
-----------	----------

- Q 6-2 ホルモン療法を受けてから、あなたの周囲の方との関係に変化はありましたか。
「1 良くなった」、「2 変わらない」、「3 悪くなった」のうち、該当する数字をそれぞれ1つだけ○で囲んでください。(○はそれぞれ1つ)
なお、該当者がいらっしゃらない場合は「99 該当者がいない」をお選びください。

(○はそれぞれ1つ)	良くなった	変わらない	悪くなった	該当者が いない	
配偶者・パートナーとの関係	1	2	3	99	1
配偶者・パートナー <u>以外</u> の家族との関係	1	2	3	99	2
職場の人間関係	1	2	3	99	3
通学先の人間関係	1	2	3	99	4
職場や通学先 <u>以外</u> の人間関係	1	2	3	99	5
性同一性障害をもち、治療して <u>いない</u> 友人・知人	1	2	3	99	6
性同一性障害をもち、治療して <u>いる</u> 友人・知人	1	2	3	99	7
あなたと関係のある人々(全体)との関係	1	2	3	99	8

- Q 7 ここでは、性別適合に関連する外科的手術(以下、手術)を受けられている方にうかがいます。手術を受けられていない方は、次のページ(13ページ)のQ 8からの質問にお答えください。

- Q 7-1 手術を受けられたことを後悔していますか。該当する数字を○で囲んでください。
(○は1つ)

1 後悔していない	2 後悔している
-----------	----------

- Q 7-2 手術を受けてから、あなたと周囲の方との関係に変化はありましたか。
「1 良くなった」、「2 変わらない」、「3 悪くなった」のうち、該当する数字をそれぞれ1つだけ○で囲んでください。(○はそれぞれ1つ) なお、該当者がいらっしゃらない場合は「99 該当者がいない」をお選びください。

(○はそれぞれ1つ)	良くなった	変わらない	悪くなった	該当者が いない	
配偶者・パートナーとの関係	1	2	3	99	1
配偶者・パートナー <u>以外</u> の家族との関係	1	2	3	99	2
職場の人間関係	1	2	3	99	3
通学先の人間関係	1	2	3	99	4
職場や通学先 <u>以外</u> の人間関係	1	2	3	99	5
性同一性障害をもち、治療して <u>いない</u> 友人・知人	1	2	3	99	6
性同一性障害をもち、治療して <u>いる</u> 友人・知人	1	2	3	99	7
あなたと関係のある人々(全体)との関係	1	2	3	99	8

Q8 現在受けられている性同一性障害の治療について、以下の全問に対して率直にお答えください。該当する数字を1つだけ○で囲んでください。(○はそれぞれ1つ)

1. サービスの内容・量はいかがでしたか。

4 非常に良い	3 良い	2 普通	1 良くない
---------	------	------	--------

2. ご期待通りの内容でしたか。

1 期待外れだった	2 やや期待に反した	3 ほぼ期待通りだった	4 期待通りだった
-----------	------------	-------------	-----------

3. どの程度皆様のニーズにお応えできましたか

4 ほぼすべてのニーズを満たした	3 大体のニーズを満たした	2 いくつかのニーズを満たした	1 ニーズは満たされなかった
------------------	---------------	-----------------	----------------

4. あなたのお友達が同じような状況にいたら、このプログラム（治療）を勧めますか。

1 絶対に勧めない	2 たぶん勧めない	3 たぶん勧める	4 絶対に勧める
-----------	-----------	----------	----------

5. あなたが受けたサービスに対して、量的に満足していますか。

1 非常に不満足	2 関心がない、またはやや不満足	3 ほぼ満足	4 非常に満足
----------	------------------	--------	---------

6. あなたが受けたサービスは、あなたがより効果的に問題を対処するのに役立ちましたか。

4 非常に役立った	3 どちらかという役立った	2 あまり役立たなかった	1 問題が悪化した
-----------	---------------	--------------	-----------

7. 当プログラム（治療）に対する総合的なあなたの満足度は。

4 非常に満足	3 ほぼ満足	2 関心がない、またはやや不満足	1 非常に不満足
---------	--------	------------------	----------

8. 将来問題が起きた時、当プログラム（治療）を再度利用しますか。

1 二度と利用しない	2 たぶん利用しない	3 たぶん利用する	4 また利用する
------------	------------	-----------	----------



1979年、1989年、1990年、2006年の著作権はClifford Attkisson, PhDに所属する。文書による許可無しに本文書全体または一部の使用、転載、複写、再現、翻訳、修正、誇張を（電子機械による通信、解析、可読を含め）禁ずる。

Q9 あなたの治療目標についてうかがいます。あなたが将来的に希望される治療の内容に該当する数字に○をつけてください。(○はいくつでも)なお、新たな治療を希望されない場合は、「1 現状を継続」をお選び下さい。

※現在、治療を継続されている内容については○をつけなくても結構です。

1 現状を継続	2 臨床心理士によるカウンセリング
3 ホルモン療法	4 乳房切除術
5 子宮卵巣摘出術	6 膣閉鎖術
7 陰茎形成術	8 尿道延長術
9 名前の戸籍変更	10 性別の戸籍変更
11 その他 ()	

Q10 現在、あなたが治療中の性同一性障害以外の疾患について、該当する数字を○で囲んでください。(○はいくつでも)また、可能であれば、カッコ内に具体的な疾患名をご記入ください。特に治療中の疾患がない方は、「0 特になし」をお選びください。

0 特になし		
1 糖尿病	2 高血圧	3 高脂血症
4 頭痛	5 脳の疾患 ()	6 耳鼻科疾患 ()
7 心臓の疾患 ()	8 肺の疾患 ()	9 肝臓の疾患 ()
10 胆嚢の疾患 ()	11 膵臓の疾患 ()	12 腎臓の疾患 ()
13 胃腸の疾患 ()	14 生殖器の疾患 ()	15 骨・関節の疾患 ()
16 皮膚の疾患 ()	17 うつ病	18 うつ病以外の心の疾患 ()
19 睡眠障害	20 その他 ()	

Q11-1 喫煙歴についてうかがいます。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)
また、現在喫煙されている方、過去に喫煙されていた方は1日の本数をカッコ内にご記入ください。

1 現在、喫煙している (本/日)	2 過去に喫煙していた (本/日)
3 喫煙したことがない	

Q11-2 飲酒歴についてうかがいます。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)
 また、月に1回以上飲酒される方は、1ヶ月あたりの回数(回/月)、1回の飲酒量(ml/回)、主に飲まれるお酒の種類をカッコ内にご記入ください。

0 全く飲まない
1 飲む (回/月、 ml/回、 お酒の種類 :)

Q12 ここでは、自ら死にたい気持ちになった経験やそれに伴う行動についてうかがいます。

Q12-1 あなたは生まれてからこれまでに自ら死にたい気持ちになった経験はありますか。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)
 経験のない方は、次のページ(16ページ)のQ1-1からの質問にお答えください。

1 ある	2 ない
------	------

Q12-2 Q12-1で「1. ある」を選択された方にうかがいます。この1年以内に自ら死にたい気持ちになったことがありますか。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)
 なお、「2 ない」を選択された方は次のページ(16ページ)からの質問にお答えください。

1 ある	2 ない
------	------

Q12-3 あなたは生まれてからこれまでに自ら死にたい気持ちになって、実際にその計画を立てたり、行動に移した経験はありますか。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)
 なお、「2 ない」を選択された方はQ12-5の質問にお答えください。

1 ある	2 ない
------	------

Q12-4 Q12-3で「1. ある」を選択された方にうかがいます。この1年以内に自ら死にたい気持ちになって実際にその計画を立てたり、行動に移した経験はありますか。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ) なお、「2 ない」を選択された方はQ12-5の質問にお答えください。

1 ある	2 ない
------	------

Q12-5 生まれてからこれまでに自ら死にたい気持ちやそれに伴う行動について、医師などの専門家に相談したことはありますか。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)

1 ある	2 ない
------	------

Q3-1 あなた個人の年間収入（税込み）は、およそどのくらいですか。臨時収入、社会保障給付等全てを含んだ収入について、該当する数字を1つだけ○で囲んでください。（○は1つ）

※ご家族もしくはご同居の方と家計や世帯を別にされている場合は、Q3-1の質問にお答えいただいた後、Q4の質問にお進みください。

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1 | 全くない（0円） |
| 2 | 1円～100万円未満（月額8.3万円未満） |
| 3 | 100万円～200万円未満（月額8.3万円～16.7万円未満） |
| 4 | 200万円～300万円未満（月額16.7万円～25万円未満） |
| 5 | 300万円～500万円未満（月額25万円～41.6万円未満） |
| 6 | 500万円～700万円未満（月額41.6万円～58.3万円未満） |
| 7 | 700万円～1000万円未満（月額58.3万円～83.3万円未満） |
| 8 | 1000万円以上（月額83.3万円以上） |

Q3-2 あなたの世帯全体の年間収入（税込み）は、およそどのくらいですか。臨時収入、社会保障給付等全てを含んだ収入について、該当する数字を1つだけ○で囲んでください。

（○は1つ）

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1 | 全くない（0円） |
| 2 | 1円～100万円未満（月額8.3万円未満） |
| 3 | 100万円～200万円未満（月額8.3万円～16.7万円未満） |
| 4 | 200万円～300万円未満（月額16.7万円～25万円未満） |
| 5 | 300万円～500万円未満（月額25万円～41.6万円未満） |
| 6 | 500万円～700万円未満（月額41.6万円～58.3万円未満） |
| 7 | 700万円～1000万円未満（月額58.3万円～83.3万円未満） |
| 8 | 1000万円以上（月額83.3万円以上） |

Q4 あなた個人は、現在以下のような社会保障給付を受けていますか。該当する数字を○で囲んでください。全く受けていない場合は「0 受けていない」をお選びください。

（○はいくつでも）

- | | | | |
|---|--------------|---|-------------|
| 0 | 受けていない | 1 | 失業保険給付 |
| 2 | 労災保険給付 | 3 | 療養給付・傷病手当金等 |
| 4 | 障がい者向け年金等諸手当 | 5 | 自立支援医療 |
| 6 | 生活保護諸扶助費 | 7 | 母子・父子家庭手当 |
| 8 | それ以外（ | | ） |

5. 教育歴について


あなた自身の教育歴についてうかがいます。なお、在学中の方は現在在学中の学校、中退された方はその学校を教えてください。該当するいずれかの数字を○で囲んでください。

(○はいくつでも)

中学校	1 卒業
高校 (旧制中学等を含む)	2 在学中 3 中退 4 卒業
専修学校・各種学校	5 在学中 6 中退 7 卒業
専門学校	8 在学中 9 中退 10 卒業
短期大学・高専	11 在学中 12 中退 13 卒業
大学 (旧制高校等を含む)	14 在学中 15 中退 16 卒業
大学院修士課程 (博士前期課程)	17 在学中 18 中退 19 卒業
大学院博士課程 (博士後期課程)	20 在学中 21 中退 22 卒業
その他 ()	23 在学中 24 中退 25 卒業

6. 最後に

Q1 性同一性障害に関わる医療について、あなたが期待されることや改善してほしいことなど思っていることを、どんなことでも結構ですので、以下の欄にご記入ください。



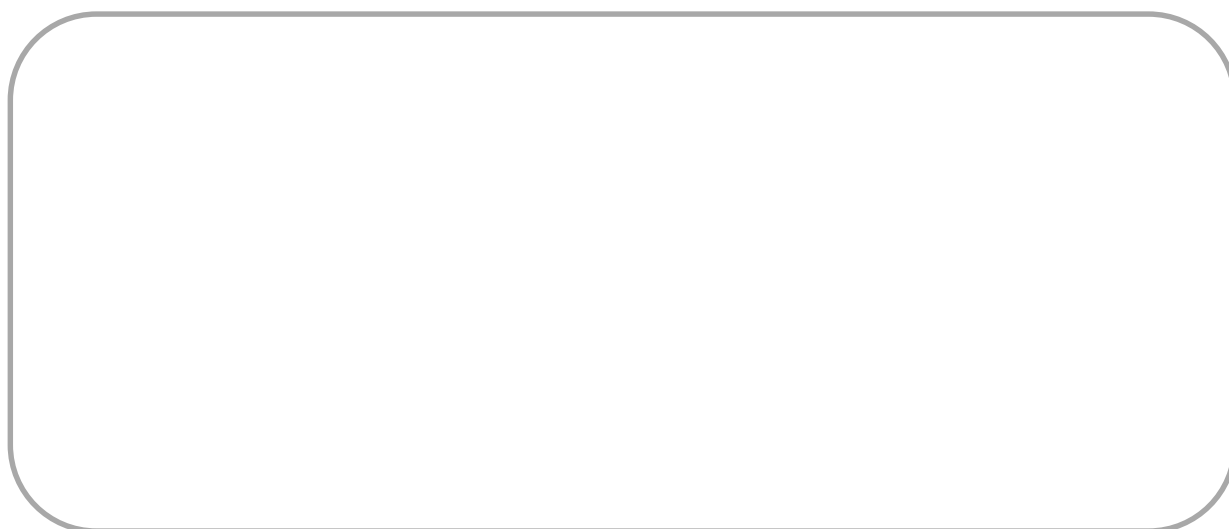
Q2 性同一性障害に関する事で、これまでにいろいろなご経験やご苦勞もあったことと思います。でもそのために、何かを得たり、学んだりされる方もおいでになります。性別の違和感を自覚されてからこれまでに、得られたものや学んだと思われるようなことがありましたら、どんなことでも結構ですので、以下の欄にご記入ください。



Q3 あなたが周囲の人々や社会に対して思っていることがございましたら、どんなことでも結構ですので、以下の欄にご記入ください。



最後に、このアンケート調査について、コメントがございましたら、どんなことでも結構ですので、以下の欄にご記入ください。



質問は以上です。

長時間にわたり、ご協力いただきまして、誠にありがとうございました。

性同一性障害をもつ方の健康と暮らし向きに関する調査 調査票

この度はお忙しい中、本調査にご協力いただき誠にありがとうございます。

『性同一性障害をもつ方の健康と暮らし向きに関する調査』は、東京都内の医療機関で性同一性障害の治療を継続されている18歳以上の方を対象に、生活の質と、こころとからだの健康状態を把握することを目的に実施しております。

お答えいただいた内容は、調査対象者全体を集計した結果を利用いたしますので、個人が特定されるような形で回答や結果が公表されることはなく（例えば、「〇〇している」人が〇〇%という形で公表いたします）、内容や個人情報を上記目的以外に使用したり、外部に伝わることはありません。

以下の注意事項をお読みいただき、ご協力たまわりますよう、お願い申し上げます。

【記入上のお願い】

- 1) この調査は**お願いしたご本人様**ご自身でご記入をお願いいたします。
- 2) お答えは、あてはまる番号または選択肢を○で囲んでいただくか、カッコ内（ ）に数字または文字をご記入ください。
- 3) ご回答いただく○印の数は質問文の終わりに（○は1つ）などと示しておりますので、それにしたがってご回答ください。
- 4) ご記入は質問の番号や矢印（→）の指示にそってお願いいたします。
- 5) 回答に迷う場合は、あなたの気持ち、考えにできるだけ近いものを選ぶようにしてください。
- 6) 質問票は20ページあります。質問数が多く、記入時間も長くなると思いますが、全ての質問にご回答くださいますようお願いいたします。

【記入後のお願い】

ご記入いただきました調査票を調査員までご提出いただきますよう、お願いいたします。その際に調査員から500円分のQUOカードをお渡しいたします。

【調査実施期間】 平成30年7月～平成30年10月

【調査実施機関】 東京大学大学院医学系研究科精神看護学分野
〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1
《お問い合わせ先》 Tel : 03-5841-3522 Fax : 03-5841-3392
平日9時～17時（担当：江口のぞみ）
Mail: nozomi-e@umin.ac.jp

調査についてご同意、ご協力いただける方は、下記の□内にチェックをお願いいたします。

調査への協力に同意します。

ご同意いただいた方は、次のページからの質問にご回答ください。

1. 生活の質について

以下の1～26の各質問は、あなたの生活の質についてうかがうものです。過去2週間の生活のなかで、あなたの望んだこと、喜んだこと、関心を持ったことを思い出してください。必ず一問ずつ読んで、自分の気持ちをふりかえりながら、最もふさわしいと思われるものの番号を○で囲んでください。

		まったく 悪い	悪い	ふつう	良い	非常に 良い
Q 1	自分の生活の質をどのように評価しますか	1	2	3	4	5

		まったく 不満	不満	どちらで もない	満足	非常に 満足
Q 2	自分の健康状態に満足していますか	1	2	3	4	5

次の質問は、過去2週間にあなたが、どのくらい経験したか、あるいはできたかについてお聞きするものです。

		まったく ない	少しだけ	多少は	かなり	非常に
Q 3	体の痛みや不快感のせいで、しなければならいことがどのくらい制限されますか	1	2	3	4	5
Q 4	毎日の生活の中で治療（医療）がどのくらい必要ですか	1	2	3	4	5
Q 5	毎日の生活をどのくらい楽しくすごしていますか	1	2	3	4	5
Q 6	自分の生活をどのくらい意味あるものと感じていますか	1	2	3	4	5
Q 7	物事にどのくらい集中することができますか	1	2	3	4	5

		まったく ない	少しだけ	多少は	かなり	非常に
Q 8	毎日の生活はどのくらい安全ですか	1	2	3	4	5
Q 9	あなたの生活環境はどのくらい健康的ですか	1	2	3	4	5
Q 10	毎日の生活を送るための活力はありますか	1	2	3	4	5
Q 11	自分の容姿（外見）を受け入れることができますか	1	2	3	4	5
Q 12	必要なものが買えるだけのお金を持っていますか	1	2	3	4	5
Q 13	毎日の生活に必要な情報をどのくらい得ることができますか	1	2	3	4	5
Q 14	余暇を楽しむ機会はどのくらいありますか	1	2	3	4	5
Q 15	家の周囲を出まわることがよくありますか	1	2	3	4	5

次の質問は、過去2週間にあなたが、どのくらいできたか、あるいは満足したかについてお聞きするものです。

		まったく 不満	不満	どちらで もない	満足	非常に 満足
Q 16	睡眠は満足のいくものですか	1	2	3	4	5
Q 17	毎日の活動をやり遂げる能力に満足していますか	1	2	3	4	5
Q 18	自分の仕事をする能力に満足していますか	1	2	3	4	5

		まったく 不満	不満	どちらで もない	満足	非常に 満足
Q19	自分自身に満足していますか	1	2	3	4	5
Q20	人間関係に満足していますか	1	2	3	4	5
Q21	性生活に満足していますか	1	2	3	4	5
Q22	友人たちの支えに満足していますか	1	2	3	4	5
Q23	家と家のまわりの環境に満足していますか	1	2	3	4	5
Q24	医療施設や福祉サービスの利用しやすさに満足 していますか	1	2	3	4	5
Q25	周辺の交通の便に満足していますか	1	2	3	4	5

次の質問は、過去2週間にあなたが、どのくらいひんぱんに経験したかをお聞きするものです。

		まったく ない	少しだけ	多少は	かなり	非常に
Q26	気分がすぐれなかったり、絶望、不安、落ち込みといったいやな気分をどのくらいひんぱんに感じますか	1	2	3	4	5

この1週間の、あなたのからだや心の状態についてお聞きいたします。下の20の文章を読んで下さい。

各々のことがらについて

◎もし1週間で全くないか、あったとしても1日も続かない場合は [A]

◎週のうち1～2日なら [B]

◎週のうち3～4日なら [C]

◎週のうち5日以上なら [D]

のところを○でかこんで下さい。

	この一週間のうちで				
	な い	1-2日	3-4日	5日 以上	
1. 普段は何でもないことがわずらわしい。	A	B	C	D	1
2. 食べたくない。食欲が落ちた。	A	B	C	D	2
3. 家族や友達からはげましてもらっても、気分が晴れない。	A	B	C	D	3
4. 他の人と同じ程度には、能力があると思う。	A	B	C	D	4
5. 物事に集中できない。	A	B	C	D	5
6. ゆうつだ。	A	B	C	D	6
7. 何をするのも面倒だ。	A	B	C	D	7
8. これから先のことについて積極的に考えることができる。	A	B	C	D	8
9. 過去のことについてくよくよ考える。	A	B	C	D	9
10. 何か恐ろしい気持ちがある。	A	B	C	D	10
11. なかなか眠れない。	A	B	C	D	11
12. 生活について不満なくすごせる。	A	B	C	D	12
13. ふだんより口数が少ない。口が重い。	A	B	C	D	13
14. 一人ぼっちでさびしい。	A	B	C	D	14
15. 皆がよそよそしいと思う。	A	B	C	D	15
16. 毎日が楽しい。	A	B	C	D	16
17. 急に泣き出すことがある。	A	B	C	D	17
18. 悲しいと感じる。	A	B	C	D	18
19. 皆が自分をきらっていると感じる。	A	B	C	D	19
20. 仕事が手につかない。	A	B	C	D	20

2. 周囲の人との関係について

Q 1 あなたの婚姻状況について、うかがいます。該当する数字を1つだけ○で囲んでください。
(○は1つ)

※ここであかがう「配偶者」とは、「戸籍上、届出のある配偶者」を指します。

配偶者あり	未婚	離婚	死別
1	2	3	4

Q 2-1 あなたにパートナー（届出のある配偶者以外の方）はいらっしゃいますか。

1 いる	2 いない
------	-------

Q 2-2 Q 2-1で「1 いる」を選択された方は、パートナーのジェンダーについて該当する数字を1つだけ○で囲んでください。なお「3 その他」を選択された方は、カッコ内に具体的な内容をご記入ください。(○は1つ)

また、Q 2-1で「2 いない」を選択された方はQ 2-3にお進みください。

※ここであかがう「ジェンダー」とは、「社会的・文化的な性のありよう(性別)」を指します。

1 男性	2 女性
3 その他 ()	4 不明

Q 2-3 あなたが性的な魅力を感じるジェンダーについて該当する数字を1つだけ○で囲んでください。「5 その他」を選択された方は、カッコ内に具体的な内容をご記入ください。
(○はいくつでも)

※ここであかがう「ジェンダー」とは、「社会的・文化的な性のありよう(性別)」を指します。

1 男性	2 女性
3 両性	4 どのようなジェンダーにも魅力を感じない
5 その他 ()	
6 不明	

Q 3-1 現在、一緒に暮らしている方の有無についてうかがいます。該当する数字を1つだけ○で囲んでください。(○は1つ)

※同居者とは、ほぼ毎日同じ住居で生活されている方を指し、他に主な住居のある方は含まれません。

1 同居者がいる	2 同居者はいない
----------	-----------

Q 3-1で「1 同居者がいる」を選択された方は次の質問にお進みください。また、「2 同居者はいない」を選択された方はQ 4-1にお進みください。

Q3-2 Q3-1で「1 同居者がいる」を選択された方は、該当する同居者の方に○をつけてください。(○はいくつでも)

1 配偶者・パートナー	2 子ども（配偶者・パートナーの子ども含む） ___人
3 実父	4 実母
5 義父・義母	6 祖父母・義祖父母
7 兄弟姉妹・義兄弟姉妹	8 その他（ _____ ）

Q4-1 あなたと関わりのある以下の人々と、どの程度良好な関係にありますか。

「とても良好」を5点、「全く良好でない」を0点とすれば、何点くらいになると思いますか。該当する数字を1つだけ○で囲んでください。なお、該当者がいらっしゃらない、ほとんど関わりがない場合は「99 該当者がいない」をお選びください。

(○はそれぞれ1つ)

(○はそれぞれ1つ)	まったく 良好でない	あまり 良好でない	まあまあ 良好である	ととも 良好である	ととも 良好である	該当者が いない	
配偶者・パートナー	1	2	3	4	5	99	1
子ども (配偶者・パートナーの子ども含む)	1	2	3	4	5	99	2
実父	1	2	3	4	5	99	3
実母	1	2	3	4	5	99	4
義父・義母	1	2	3	4	5	99	5
祖父母・義祖父母	1	2	3	4	5	99	6
兄弟姉妹・義兄弟姉妹	1	2	3	4	5	99	7
おじ・おば・いとこ	1	2	3	4	5	99	8
職場の上司	1	2	3	4	5	99	9
職場の同僚	1	2	3	4	5	99	10
通学先の先生・職員	1	2	3	4	5	99	11
通学先の友人・知人	1	2	3	4	5	99	12
職場や通学先 以外 の友人・知人	1	2	3	4	5	99	13
性同一性障害をもち、 治療して いない 友人・知人	1	2	3	4	5	99	14
性同一性障害をもち、 治療して いる 友人・知人	1	2	3	4	5	99	15

Q4-2 あなたと関わりのある人々との関係について、全体としてどの程度良好な関係にありますか。「とても良好」を5点、「全く良好でない」を0点とすれば、何点くらいになると思いますか。該当する数字を1つだけ○で囲んでください。(○は1つ)

(○は1つ)	まったく 良好でない	あまり 良好でない	まあまあ 良好である	良好である	とても 良好である
あなたと関係のある人々(全体)	1	2	3	4	5

Q5-1 性同一性障害に関する悩みや問題が生じた場合、誰かに相談しますか。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)

1 相談する	2 相談しない
--------	---------

Q5-2 Q5-1で「1 相談する」を選択された方にうかがいます。性同一性障害に関する悩みや問題について誰に相談しますか。該当する方を○で囲んでください。(○はいくつでも) また、Q5-1で「2 相談しない」を選択された方は、Q6にお進みください。

1 配偶者・パートナー	2 子ども(配偶者・パートナーの子ども含む)
3 実父	4 実母
5 義父・義母	6 祖父母・義祖父母
7 兄弟姉妹・義兄弟姉妹	8 おじ・おば・いとこ
9 職場の上司	10 職場の同僚
11 通学先の先生・職員	12 通学先の友人・知人
13 職場や通学先 <u>以外</u> の友人・知人	14 性同一性障害をもち、治療して <u>いない</u> 友人・知人
15 性同一性障害をもち、治療して <u>いる</u> 友人	16 自分の日常生活に関わりのない人(旅先など)
17 主治医	18 臨床心理士
19 看護師	20 インターネット上の相談
21 その他 ()	

Q6-1 あなたはSNSなどインターネットを利用して、性同一性障害に関する情報を発信したことがありますか。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)

1 ある	2 ない
------	------

Q6-2 あなたはSNSなどインターネットを利用して、性同一性障害に関する悩みや何らかの課題を持つ人の相談にのったことがありますか。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)

1 ある	2 ない
------	------

Q 6-3 あなたは SNS などインターネットを利用して、性同一性障害に関する情報を得たことがありますか。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)

1 ある	2 ない
------	------

Q 7-1 あなたは性同一性障害の支援団体の活動（自助グループなど）に参加したことがありますか。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)

1 現在、参加している	2 過去に参加したことがある
3 一度も参加したことがない	

Q 7-2 Q 7-1で「1 現在、参加している」か「2 過去に参加したことがある」を選択された方にかがいます。その活動内容について、該当する内容に○をつけてください。なお、「3 一度も参加したことがない」を選択された方にはQ 8にお進みください。(○はいくつでも)

1 講演会を聴きにいく	2 講演会で発表する
3 交流会に参加する	4 勉強会に参加する
5 イベントに参加する	6 イベントを主催する
7 その他 ()	

Q 8 あなたは、性同一性障害についてだれかにカムアウトされていますか。すでにカムアウトされている場合、該当する方に○をつけてください。(○はいくつでも)

なお、誰にもカムアウトされていない場合には「0 だれにもカムアウトしていない」をお選びください。

0 だれにもカムアウトしていない	
1 配偶者・パートナー	2 子ども（配偶者・パートナーの子ども含む）
3 実父	4 実母
5 義父・義母	6 祖父母・義祖父母
7 兄弟姉妹・義兄弟姉妹	8 おじ・おば・いとこ
9 職場の上司	10 職場の同僚
11 通学先の先生・職員	12 通学先の友人・知人
13 職場や通学先 <u>以外</u> の友人・知人	14 性同一性障害をもち、治療して <u>いない</u> 友人・知人
15 性同一性障害をもち、治療して <u>いる</u> 友人・知人	
16 その他 ()	

3. 治療および健康状態について

Q 1 あなたが初めて、はっきりと性別の違和感を感じたのは何歳頃ですか。

【 】歳頃

Q 2 あなたが性同一性障害の治療を受けたいと思われたのは何歳頃ですか。

【 】歳頃

Q 3 あなたが性同一性障害の治療を主な目的として、初めて病院またはクリニックを受診されたのは何歳頃ですか。

【 】歳頃

前回、質問票にご回答いただいた方は、次ページのQ5にお進みください。

Q 4 ここでは、性別の違和感の強さについてうかがいます。
性同一性障害の治療を主な目的として初めて診察を受けられた当時の気持ちを振り返ってお答えください。※現在の違和感ではないことにご注意ください。

以下の 12 の質問について、あてはまる選択肢に○をつけてください。	あてはまらなく まったく	あてはまらな あまり	どちらとも いえない	あてはまる やや	あてはまる とても
1. もし男性として生きていかなければならないならば、私の人生には意味がない。	1	2	3	4	5
2. 誰かが私を男性扱いするたびに、私は傷つく。	1	2	3	4	5
3. 男性と呼ばれると、私は悲しい。	1	2	3	4	5
4. 私は体が男性なので不幸だ。	1	2	3	4	5
5. 私はずっと男性であると考えると落ち込む。	1	2	3	4	5
6. 私は男性なので、自分のことが嫌いだ。	1	2	3	4	5
7. 私はいつでもどこでも、男性として行動した時は不快である。	1	2	3	4	5
8. 女性になれなければ私の人生に意味はない。	1	2	3	4	5
9. 私は、立って小便をすることが嫌いだ。	1	2	3	4	5
10. 男性的に見えるので、あごひげが生えるのが不満だ。	1	2	3	4	5
11. 私は、勃起するのが嫌いだ。	1	2	3	4	5
12. 男性として生きるくらいなら死んだ方がいい。	1	2	3	4	5

Q5-1 あなたが受けられている性同一性障害の全ての治療内容について、それぞれの治療をおよそどのくらい前にもしくはいつ頃から始められたかをご記入ください（思い出しやすい方をお選びください）。なお、おこなわれていない治療内容については、「該当なし」をお選びください。

※思い出しやすい方をどちらか選んでご記入ください。

	治療内容	治療開始時期		
		〇〇年〇〇ヶ月前	□□年 □□月	
精神療法	精神科医によるカウンセリング	年 ヶ月前	年 月	該当なし
	心理士によるカウンセリング	年 ヶ月前	年 月	該当なし
ホルモン療法	個人購入によるホルモン療法	年 ヶ月前	年 月	該当なし
	医療機関でのホルモン療法	年 ヶ月前	年 月	該当なし
外科的手術	豊胸術	年 ヶ月前	年 月	該当なし
	睾丸切除術	年 ヶ月前	年 月	該当なし
	陰茎切除術	年 ヶ月前	年 月	該当なし
	膣形成術	年 ヶ月前	年 月	該当なし
	声の女性化手術	年 ヶ月前	年 月	該当なし
	顔の輪郭形成術	年 ヶ月前	年 月	該当なし
	のどぼとけの縮小術	年 ヶ月前	年 月	該当なし
	その他（ ）	年 ヶ月前	年 月	該当なし
戸籍変更	名前の変更	年 ヶ月前	年 月	該当なし
	性別の変更	年 ヶ月前	年 月	該当なし

Q5-2 ここでは、実生活経験（RLE）についてうかがいます。あなたはこれまでに実生活経験をされていますか。該当する数字を○で囲んでください。（○は1つ）また、すでに経験されている方は、いつ頃始められたかをカッコ内にご記入ください。

1 経験していない	2 経験している（ 年 ヶ月前）
-----------	------------------

Q6 ここでは、現在ホルモン療法を受けられている方にうかがいます。ホルモン療法を受けていない方は、次のページ（12ページ）のQ7からの質問にお答えください。

Q6-1 ホルモン療法を開始されたことを後悔していますか。該当する数字を○で囲んでください。（○は1つ）

1 後悔していない	2 後悔している
-----------	----------

- Q 6-2 ホルモン療法を受けてから、あなたの周囲の方との関係に変化はありましたか。
 「1 良くなった」、「2 変わらない」、「3 悪くなった」のうち、該当する数字をそれぞれ1つだけ○で囲んでください。(○はそれぞれ1つ)
 なお、該当者がいらっしゃらない場合は「99 該当者がいない」をお選びください。

(○はそれぞれ1つ)	良くなった	変わらない	悪くなった	該当者が いない
配偶者・パートナーとの関係	1	2	3	99
配偶者・パートナー <u>以外</u> の家族との関係	1	2	3	99
職場の人間関係	1	2	3	99
通学先の人間関係	1	2	3	99
職場や通学先 <u>以外</u> の人間関係	1	2	3	99
性同一性障害をもち、治療して <u>いない</u> 友人・知人	1	2	3	99
性同一性障害をもち、治療して <u>いる</u> 友人・知人	1	2	3	99
あなたと関係のある人々(全体)との関係	1	2	3	99

- Q 7 ここでは、性別適合に関連する外科的手術(以下、手術)を受けられている方にうかがいます。手術を受けていない方は、次のページ(13ページ)のQ 8からの質問にお答えください。

- Q 7-1 手術を受けられたことを後悔していますか。該当する数字を○で囲んでください。
 (○は1つ)

1 後悔していない	2 後悔している
-----------	----------

- Q 7-2 手術を受けてから、あなたと周囲の方との関係に変化はありましたか。
 「1 良くなった」、「2 変わらない」、「3 悪くなった」のうち、該当する数字をそれぞれ1つだけ○で囲んでください。(○はそれぞれ1つ)
 なお、該当者がいらっしゃらない場合は「99 該当者がいない」をお選びください。

(○はそれぞれ1つ)	良くなった	変わらない	悪くなった	該当者が いない
配偶者・パートナーとの関係	1	2	3	99
配偶者・パートナー <u>以外</u> の家族との関係	1	2	3	99
職場の人間関係	1	2	3	99
通学先の人間関係	1	2	3	99
職場や通学先 <u>以外</u> の人間関係	1	2	3	99
性同一性障害をもち、治療して <u>いない</u> 友人・知人	1	2	3	99
性同一性障害をもち、治療して <u>いる</u> 友人・知人	1	2	3	99
あなたと関係のある人々(全体)との関係	1	2	3	99

Q 8 現在受けられている性同一性障害の治療について、以下の全問に対して率直にお答えください。該当する数字を1つだけ○で囲んでください。(○はそれぞれ1つ)

1. サービスの内容・量はいかがでしたか。

4 非常に良い	3 良い	2 普通	1 良くない
---------	------	------	--------

2. ご期待通りの内容でしたか。

1 期待外れだった	2 やや期待に反した	3 ほぼ期待通りだった	4 期待通りだった
-----------	------------	-------------	-----------

3. どの程度皆様のニーズにお応えできましたか

4 ほぼすべてのニーズを満たした	3 大体のニーズを満たした	2 いくつかのニーズを満たした	1 ニーズは満たされなかった
------------------	---------------	-----------------	----------------

4. あなたのお友達が同じような状況にいたら、このプログラム（治療）を勧めますか。

1 絶対に勧めない	2 たぶん勧めない	3 たぶん勧める	4 絶対に勧める
-----------	-----------	----------	----------

5. あなたが受けたサービスに対して、量的に満足していますか。

1 非常に不満足	2 関心がない、またはやや不満足	3 ほぼ満足	4 非常に満足
----------	------------------	--------	---------

6. あなたが受けたサービスは、あなたがより効果的に問題に対処するのに役立ちましたか。

4 非常に役立った	3 どちらかという役立った	2 あまり役立たなかった	1 問題が悪化した
-----------	---------------	--------------	-----------

7. 当プログラム（治療）に対する総合的なあなたの満足度は。

4 非常に満足	3 ほぼ満足	2 関心がない、またはやや不満足	1 非常に不満足
---------	--------	------------------	----------

8. 将来問題が起きた時、当プログラム（治療）を再度利用しますか。

1 二度と利用しない	2 たぶん利用しない	3 たぶん利用する	4 また利用する
------------	------------	-----------	----------



1979年、1989年、1990年、2006年の著作権はClifford Attkisson, PhDに所属する。文書による許可無しに本文書全体または一部の使用、転載、複写、再現、翻訳、修正、誇張を（電子機械による通信、解析、可読を含め）禁ずる。

Q9 あなたの治療目標についてうかがいます。あなたが将来的に希望される治療の内容に該当する数字に○をつけてください。(○はいくつでも)

なお、新たな治療を希望されない場合は、「1 現状を継続」をお選び下さい。

※現在、治療を継続されている内容については○をつけなくても結構です。

1 現状を継続	2 臨床心理士によるカウンセリング
3 ホルモン療法	4 豊胸術
5 陰茎切除術	6 睾丸切除術
7 膣形成術	8 声の女性化手術
9 顔の輪郭形成術	10 のどぼとけの縮小術
11 名前の戸籍変更	12 性別の戸籍変更
13 その他 ()	

Q10 現在、あなたが治療中の性同一性障害以外の疾患について、該当する数字を○で囲んでください。(○はいくつでも) また、可能であれば、カッコ内に具体的な疾患名をご記入ください。特に治療中の疾患がない方は、「0 特になし」をお選びください。

0 特になし		
1 糖尿病	2 高血圧	3 高脂血症
4 頭痛	5 脳の疾患 ()	6 耳鼻科疾患 ()
7 心臓の疾患 ()	8 肺の疾患 ()	9 肝臓の疾患 ()
10 胆嚢の疾患 ()	11 膵臓の疾患 ()	12 腎臓の疾患 ()
13 胃腸の疾患 ()	14 生殖器の疾患 ()	15 骨・関節の疾患 ()
16 皮膚の疾患 ()	17 うつ病	18 うつ病以外の心の疾患 ()
19 睡眠障害	20 その他 ()	

Q11-1 喫煙歴についてうかがいます。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)

また、現在喫煙されている方、過去に喫煙されていた方は1日の本数をカッコ内にご記入ください。

1 現在、喫煙している (本/日)	2 過去に喫煙していた (本/日)
3 喫煙したことがない	

Q11-2 飲酒歴についてうかがいます。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)
 また、月に1回以上飲酒される方は、1ヶ月あたりの回数(回/月)、1回の飲酒量(ml/回)、主に飲まれるお酒の種類をカッコ内にご記入ください。

0 全く飲まない
1 飲む (回/月、 ml/回、 お酒の種類 :)

Q12 ここでは、自ら死にたい気持ちになった経験やそれに伴う行動についてうかがいます。

Q12-1 あなたは生まれてからこれまでに自ら死にたい気持ちになった経験はありますか。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)
 経験のない方は、次のページ(16ページ)のQ1-1からの質問にお答えください。

1 ある	2 ない
------	------

Q12-2 Q12-1で「1. ある」を選択された方にうかがいます。この1年以内に自ら死にたい気持ちになったことがありますか。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)
 なお、「2 ない」を選択された方は次のページ(16ページ)からの質問にお答えください。

1 ある	2 ない
------	------

Q12-3 あなたは生まれてからこれまでに自ら死にたい気持ちになって、実際にその計画を立てたり、行動に移した経験はありますか。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)
 なお、「2 ない」を選択された方はQ12-5の質問にお答えください。

1 ある	2 ない
------	------

Q12-4 Q12-3で「1. ある」を選択された方にうかがいます。この1年以内に自ら死にたい気持ちになって実際にその計画を立てたり、行動に移した経験はありますか。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ) なお、「2 ない」を選択された方はQ12-5の質問にお答えください。

1 ある	2 ない
------	------

Q12-5 生まれてからこれまでに自ら死にたい気持ちやそれに伴う行動について、医師などの専門家に相談したことはありますか。該当する数字を○で囲んでください。(○は1つ)

1 ある	2 ない
------	------

Q3-1 あなた個人の年間収入（税込み）は、およそどのくらいですか。臨時収入、社会保障給付等全てを含んだ収入について、該当する数字を1つだけ○で囲んでください。（○は1つ）

※ご家族もしくはご同居の方と家計や世帯を別にされている場合は、Q3-1の質問にお答えいただいた後、Q4の質問にお進みください。

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1 | 全くない（0円） |
| 2 | 1円～100万円未満（月額8.3万円未満） |
| 3 | 100万円～200万円未満（月額8.3万円～16.7万円未満） |
| 4 | 200万円～300万円未満（月額16.7万円～25万円未満） |
| 5 | 300万円～500万円未満（月額25万円～41.6万円未満） |
| 6 | 500万円～700万円未満（月額41.6万円～58.3万円未満） |
| 7 | 700万円～1000万円未満（月額58.3万円～83.3万円未満） |
| 8 | 1000万円以上（月額83.3万円以上） |

Q3-2 あなたの世帯全体の年間収入（税込み）は、およそどのくらいですか。臨時収入、社会保障給付等全てを含んだ収入について、該当する数字を1つだけ○で囲んでください。

（○は1つ）

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1 | 全くない（0円） |
| 2 | 1円～100万円未満（月額8.3万円未満） |
| 3 | 100万円～200万円未満（月額8.3万円～16.7万円未満） |
| 4 | 200万円～300万円未満（月額16.7万円～25万円未満） |
| 5 | 300万円～500万円未満（月額25万円～41.6万円未満） |
| 6 | 500万円～700万円未満（月額41.6万円～58.3万円未満） |
| 7 | 700万円～1000万円未満（月額58.3万円～83.3万円未満） |
| 8 | 1000万円以上（月額83.3万円以上） |

Q4 あなた個人は、現在以下のような社会保障給付を受けていますか。該当する数字を○で囲んでください。全く受けていない場合は「0 受けていない」をお選びください。

（○はいくつでも）

- | | | | |
|---|--------------|---|-------------|
| 0 | 受けていない | 1 | 失業保険給付 |
| 2 | 労災保険給付 | 3 | 療養給付・傷病手当金等 |
| 4 | 障がい者向け年金等諸手当 | 5 | 自立支援医療 |
| 6 | 生活保護諸扶助費 | 7 | 母子・父子家庭手当 |
| 8 | それ以外（ | | ） |

5. 教育歴について

あなた自身の教育歴についてうかがいます。なお、在学中の方は現在在学中の学校、中退された方はその学校を教えてください。該当するいずれかの数字を○で囲んでください。

(○はいくつでも)

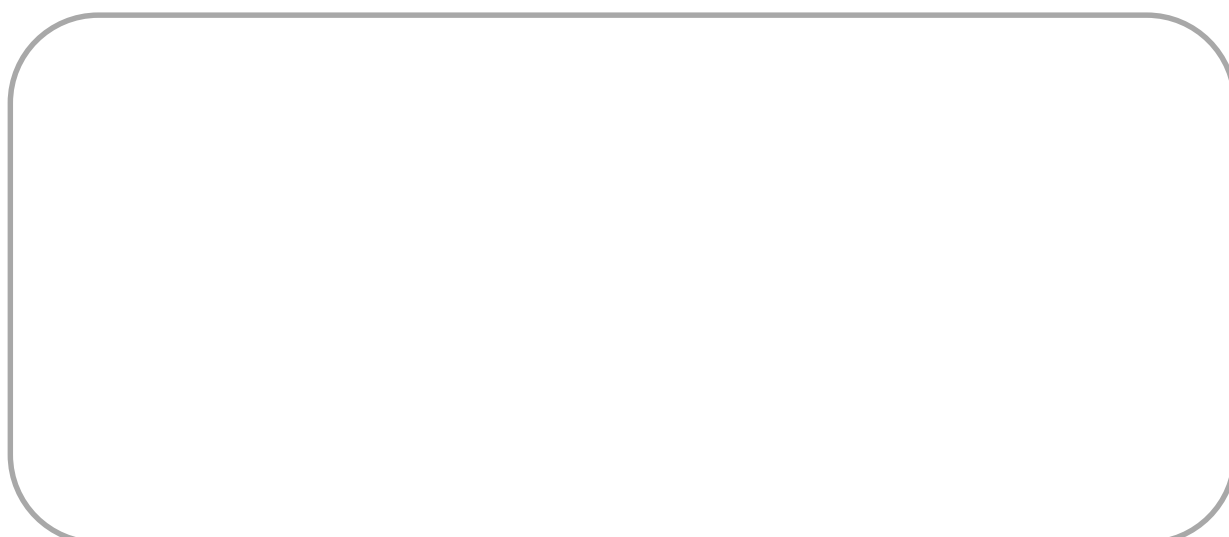
中学校	1 卒業
高校 (旧制中学等を含む)	2 在学中 3 中退 4 卒業
専修学校・各種学校	5 在学中 6 中退 7 卒業
専門学校	8 在学中 9 中退 10 卒業
短期大学・高専	11 在学中 12 中退 13 卒業
大学 (旧制高校等を含む)	14 在学中 15 中退 16 卒業
大学院修士課程 (博士前期課程)	17 在学中 18 中退 19 卒業
大学院博士課程 (博士後期課程)	20 在学中 21 中退 22 卒業
その他 ()	23 在学中 24 中退 25 卒業

6. 最後に

Q1 性同一性障害に関わる医療について、あなたが期待されることや改善してほしいことなど思っていることを、どんなことでも結構ですので、以下の欄にご記入ください。



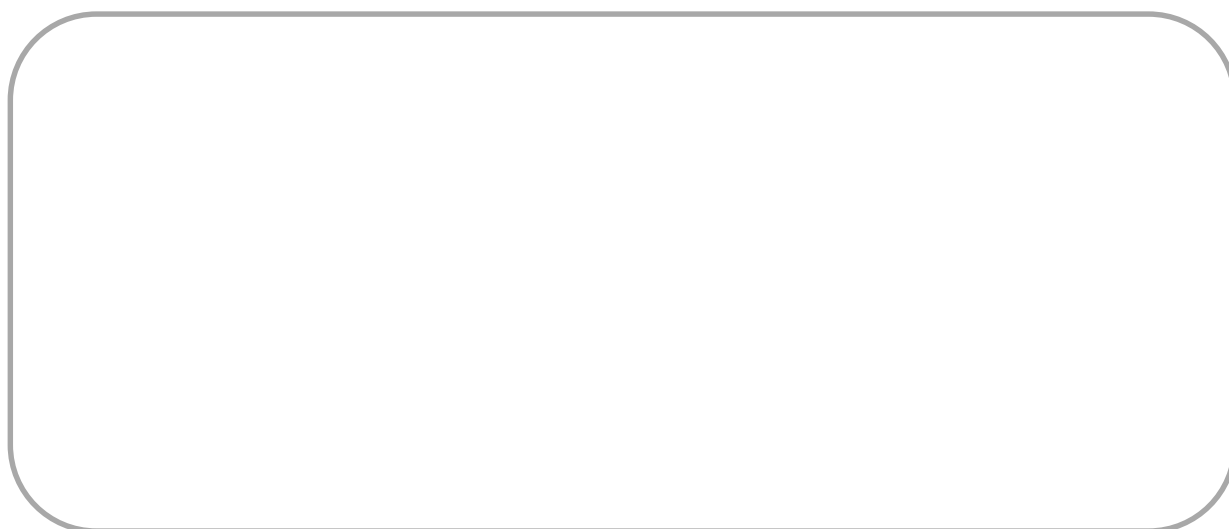
Q2 性同一性障害に関する事で、これまでにいろいろなご経験やご苦労もあったことと思います。でもそのために、何かを得たり、学んだりされる方もおいでになります。性別の違和感を自覚されてからこれまでに、得られたものや学んだと思えるようなことがありましたら、どんなことでも結構ですので、以下の欄にご記入ください。



Q3 あなたが周囲の人々や社会に対して思っていることがございましたら、どんなことでも結構ですので、以下の欄にご記入ください。



最後に、このアンケート調査について、コメントがございましたら、どんなことでも結構ですので、以下の欄にご記入ください。



質問は以上です。

長時間にわたり、ご協力いただきまして、誠にありがとうございました。