

# 性別違和を持つ Female To Male 当事者に おける精神的健康と QOL に関する研究

The study of factors related to mental health, QOL in Female To Male people with  
Gender Dysphoria

平成 28 年度

北海道医療大学大学院心理科学研究科

臨床心理学専攻

安藤 孟梓

## 目次

### 第1章 成人の性別違和を持つ当事者に関する研究動向

#### 第1節 性同一性障害と性別違和の概要

- 第1項 成人の性同一性障害、性別違和の概念と診断基準・・・・・・・・・・ 1
- 第2項 性別違和感を持つ当事者の疫学・・・・・・・・・・ 4
- 第3項 性別違和感と同性愛、性分化疾患における概念の相違・・・・・・・・ 5
- 第4項 性別違和感を持つ当事者の諸問題・・・・・・・・・・ 6

#### 第2節 性別違和感を持つ当事者に対する治療

- 第1項 治療方法の概要・・・・・・・・・・ 7
- 第2項 性別違和感を持つ当事者に対する精神科治療・・・・・・・・・・ 8
- 第3項 性別違和感を持つ当事者に対するホルモン療法、性別適合手術・・・・ 8
- 第4項 性別違和感を持つ当事者に対する心理療法の重要性・・・・・・・・ 9

#### 第3節 性別違和感を持つ当事者の精神的健康に影響を及ぼす心理社会的要因

- 第1項 マイノリティにおけるストレスモデル・・・・・・・・・・ 11
- 第2項 性別違和感を持つ当事者におけるマイノリティストレスの問題・・・・ 14
- 第3項 性別違和感を持つ当事者におけるマイノリティストレスの媒介変数に  
関する問題・・・・・・・・・・ 17
- 第4項 性別違和感を持つ当事者における認知的評価・・・・・・・・・・ 19

### 第2章 本研究の目的と意義

- 第1節 本研究の目的・・・・・・・・・・ 21
- 第2節 本研究の意義・・・・・・・・・・ 22
- 第3節 本研究の構成・・・・・・・・・・ 24

### 第3章 FTM 当事者が経験するマイノリティストレスとコーピングの質的検討 (研究1)

- 第1節 問題と目的・・・・・・・・・・ 26
- 第2項 方法・・・・・・・・・・ 27
- 第3節 結果・・・・・・・・・・ 28
- 第4節 考察・・・・・・・・・・ 42

### 第4章 FTM 当事者における精神的健康に関連する要因の測定方法の整備

#### 第1節 FTM 当事者が経験するマイノリティストレス尺度の開発 (研究2)

- 第1項 問題と目的・・・・・・・・・・ 46
- 第2項 方法・・・・・・・・・・ 47

第3項	結果	48
第4項	考察	55
第2節	FTM当事者が経験するマイノリティストレスに対するコーピング尺度の開発（研究3）	
第1項	問題と目的	57
第2項	方法	58
第3項	結果	59
第4項	考察	64
第5章	FTM当事者における精神的健康、QOLに影響を及ぼす要因の検討（研究4）	
第1節	問題と目的	66
第2節	方法	66
第3節	結果	71
第4節	考察	85
第6章	総合考察	
第1節	本研究の結果のまとめ	90
第2節	FTM当事者におけるマイノリティストレス過程の考察と臨床的示唆	91
第3節	本研究の限界と今後の展望	
第1項	研究協力者の母集団	92
第2項	内在化されたトランスフォビアの検討	93
第3項	ストレス過程の媒介要因におけるプロセスの検討	94
第4項	コーピング，認知的評価，ソーシャルサポートへの介入	94
引用文献		96
謝辞		107
付録目録		109

## 第1章 成人の性別違和を持つ当事者に関する研究動向

### 第1節 性同一性障害と性別違和の概要

#### 第1項 成人の性同一性障害、性別違和の概念と診断基準

性同一性障害 (Gender Identity Disorder: 以下 GID) は、DSM-IV-TR において、性機能不全と性嗜好異常を含めた、性障害および性同一性障害に分類される精神疾患である (American Psychiatric Association: 以下 APA, 2000 高橋他訳 2004)。GID には 2 つの要素があり、自分の性とは反対の性に対する強く持続的な同一感を持ち、自分の性が反対であるという欲求や主張 (基準 A) と、自分の性に対する持続的な不快感、または自分の性によって期待される社会的性役割への強い不適切感 (基準 B) を中心とした性別違和感を主症状とする (APA, 2000 高橋他訳 2004)。例えば、文化上で女性であることが有利性を持つわけではないにも関わらず、身体的男性が自分は女性であることを強く主張し続けたり、それぞれの文化において、身体的性に沿った服装や髪型を求められることに対して不快感を持ち続ける。または、男性だからめそめそしない、女性だからおしとやかにするといった文化、社会上での行動規範に対する不適切感を持ち続けている。半陰陽に該当せず (基準 C)、性別違和感により、対人関係 (例えば GID であることを自己開示することで拒否されるのではないかとという恐怖や不安から他者との関係性が希薄になる)、学業や仕事 (例えば登校できない、就労しにくい)、家族 (例えば自己開示することで絶縁される) といった生活上での機能障害 (基準 D) が見られる (以下 APA, 2000 高橋他訳 2004) 場合に診断される。

DSM-5 (APA, 2013 高橋他訳 2014) では、性機能不全および性嗜好異常と同一のカテゴリーから独立したカテゴリーへ変更され、性別違和 (Gender Dysphoria: 以下 GD) に名称も変更された。診断基準の記述内容に関しては、性自認を中心とした表現に変更されている。DSM-IV-TR では、性別を男性と女性に分類する二分法を前提として、身体的に反対の性に対する同一感を焦点としていたが、DSM-5 では男性と女性を連続体として捉え、流動的で多様性のある性のあり方を前提とした記述に変更されている。DSM-IV-TR から DSM-5 における変更の背景要因として、性自認は連続性を仮定する必要がある、性自認の表出自体は精神疾患ではないとする脱病理化の流れが影響している (Bockting, 1999)。さらに、GD 当事者の病態は多様であり、性自認を身体的性と反対の性と定義する場合だけでなく、男性でも女性でもない連続線上に位置すると定義する場合もあることから、GD 当事者の実態に沿った変更となっている (Bockting, 2008; Kimberly, 1997)。

DSM-IV-TR (APA, 2000 高橋他訳 2004) および DSM-5 (APA, 2013 高橋他訳 2014) の診断基準を Table 1-1 および Table 1-2 に示す。なお、本研究では脱病理化の流れを考慮し、GID 患者、GD 患者ではなく、性別違和感を持つ当事者、または GD 当事者という表

Table 1-1 DSM-IV-TR における性同一性障害の診断基準 (APA, 2000 高橋他訳 2004)

- 
- A. 反対の性に対する強く持続的同一感 (他の性であることによって得られると思う文化的有利性に対する欲求だけではない)  
子供の場合, その障害は以下の 4 つ (またはそれ以上) によって表れる
- (1) 反対の性になりたいという欲求, または自分の性が反対であるという主張を繰り返し述べる
  - (2) 男の子の場合, 女の子の服を着るのを好む, または女装をまめるのを好むこと, 女の子の場合, 典型的な男性の服装のみを身につけたいと主張すること
  - (3) ごっこあそびで, 反対の性の役割をとりたいという気持ちが強く持続すること, または反対の性であるという空想を続けること
  - (4) 反対の性の典型的なゲームや娯楽に加わりたいという強い欲求
  - (5) 反対の性の遊び友達になるのを強く好む. 青年および成人の場合, 以下のような症状で表れる: 反対の性になりたいという欲求を口にする, 何度も反対の性として通用する, 反対の性として生きたい, または扱われたいという欲求, または反対の性に典型的な気持ちや反応を自分がもっているという確信
- B. 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  
子供の場合, 障害は以下のどれかの形で表れる: 男の子の場合, 自分の陰茎または精巣は気持ち悪い, またはそれがなくなるだろうと主張する, または陰茎をもっていないほうがよかったと主張する, または乱暴で荒々しい遊びを嫌悪し, 男の子に典型的な玩具, ゲーム, 活動を拒否する; 女の子の場合, 座って排尿するのを拒絶し, 陰茎をもっている, または出てくると主張する, または乳房が膨らんだり, または月経が始まってほしくないと言主張する, または青年の女性の服装を強く嫌悪する. 青年および成人の場合, 障害は以下のような症状で表れる: 自分の第一次および第二次性特徴から解放されたいという考えにとらわれる (例: 反対の性らしくなるために, 性的な特徴を身体的に変化させるホルモン, 手術, または他の方法を要求する), または自分が誤った性に生まれると信じる
- C. その障害は, 身体的に半陰陽を伴ってはいない
- D. 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
- > 該当すれば特定せよ (性的に成熟した人に対して)
- 男性に性的魅力を感じる
  - 女子に性的魅力を感じる
  - 両性ともに性的魅力を感じる
  - 両性ともに性的魅力を感じない
-

Table 1-2 DSM-5 における性別違和の診断基準 (APA, 2013 高橋他訳 2014)

青年および成人の性別違和

- A. 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が少なくとも6ヶ月、以下のうちの2つ以上によって示される。
- (1) その人が体験し、または表出するジェンダーと、第一次および/または第二性徴（または若年青年においては予想される第二性徴）との間の著しい不一致。
  - (2) その人が体験し、または表出するジェンダーとの間の著しい不一致のために、第一次および/または第二性徴から解放されたい（または若年青年においては、予想される第二性徴の発達をくい止めたい）という強い欲求。
  - (3) 反対のジェンダーの第一次および/または第二性徴を強く望む。
  - (4) 反対のジェンダー（または指定されたジェンダーとは異なる別のジェンダー）になりたいという強い欲求。
  - (5) 反対のジェンダー（または指定されたジェンダーとは異なる別のジェンダー）として扱われたい強い欲求。
  - (6) 反対のジェンダー（または指定されたジェンダーとは異なる別のジェンダー）に定型的な感情や反応をもっているという強い確信。
- B. その状態は、臨床的に意味のある苦痛、または、社会、学校または他の重要な領域における機能の障害と関連している。

> 該当すれば特定せよ

性分化疾患を伴う（例：252.2、[E25.0] 先天性副腎過形成、または259.50[E34.50] 男性ホルモン不応症候群などの先天性副腎性器障害）

コードするときの注：性別違和とともにその性分化疾患をコードせよ

> 該当すれば特定せよ：

性別移行後：その人は自分の望むジェンダーとしての恒常的生活へ移行しており（法律上の性別変更の有無を問わない）、少なくとも一つの医学的性転換処置、または治療計画、すなわち、自分の望むジェンダーを確立させるための定期的な性転換ホルモン治療、または性別適合手術（例：出生時が男性の場合の陰茎切除や陰形成、出生時が女性の場合の乳房切除あるいは陰茎形成）を行った（または、準備している）

記で統一することとする。

## 第2項 性別違和感を持つ当事者の疫学

GD 当事者は、主に身体的には男性であるが性自認は女性である場合を Male To Female (以下 MTF)、身体的に女性であるが性自認は男性である場合を Female To Male (以下 FTM) の 2 つに分けられている。GD は非常に稀な疾患とされ (APA, 2013 高橋他訳 2014), MTF および FTM を合わせて 100,000 人から 200,000 人に 1 人 (van Kesteren, Gooren, & Megens, 1996; Landen, Walinder, & Lundstrom, 1996; Robert, 1983) とされている。一方で、シンガポールで行われた疫学調査 (Tsoi, 1988) では、MTF は 12,000 人に 1 人、FTM は約 8,000 人から 33,800 人に 1 人と報告されている。de Cuypere, van Hemelrijck, Michel, Carael, Heylens, Rubens, Hoebeke, & Monstrey (2007) は、ベルギーにおける GD 当事者の疫学研究を実施するとともに、1968 年から 1999 年の間に発表された 8 か国 (スウェーデン、イングランド、ウェールズ、北アイルランド、スコットランド、オーストラリア、オランダ、ドイツ) における 9 本の疫学研究のレビューを行い、FTM の有病率は 11,900 人から 45,000 人に 1 人、FTM は 30,400 から 2,000,000 に 1 人であり、西洋諸国を中心とした場合、MTF:FTM の比率を 2.43:1~4:1 と MTF の方が高い有病率を示すことを明らかにした。わが国では大規模な疫学調査が行われておらず、有病率は明らかとなっていないが、札幌市の GID 専門外来に通院していた GD 当事者の生年月日を用いて、札幌市における出生数あたりの GD 当事者数を推定した結果、最多で 2,759 人に 1 人と推定している (池田・小笠原・常盤野・吉川・村山・舩森・遠藤・馬場・安藤・齋藤, 2013)。また、わが国では一貫して MTF より FTM の受診数の多さが一貫して報告されている。1994 年から 2004 年の間に岡山大学医学部附属病院に受診し、GD の診断をされた 415 名のうち、MTF が 160 名 (38.6%)、FTM が 255 名 (61.5%) であった (永井・久住・渡部・坪井・公文・中塚・平松・難波・木股・佐藤・黒田, 2004)。さらに、福岡大学医学部附属病院に受診した 167 名の GD 当事者のうち、MTF 当事者が 63 名 (37.7%)、FTM 当事者が 104 名 (62.3%) と報告されていることから、西洋諸国と異なった結果が得られている (矢野・浦島・縄田・田中・甲斐・西村・井上・城田・瓦林・入江・田中・衛藤・大慈弥・皿田, 2007)。

次に、GD の発症年齢を調査した研究では、低年齢時から性別違和感を抱いていることが一貫して報告されている。永井他 (2004) は、後ろ向き研究により性別違和感を自覚した年齢を調査したところ、219 名 (52.8%) が就学以前から自覚し、小学校低学年が 58 名 (13.4%)、小学校高学年が 42 名 (10.1%)、中学校が 52 名 (12.5%) と報告されており、全体の 89% が中学校入学までに性別違和感を自覚していた。また、矢野他 (2007) は、就学以前から性別違和感を自覚していたのは 78 名 (46.2%) であり、中学校までに自覚していた割合は、全体の 87.6% であった。その一方で、思春期に GD と診断された 45 名の GD

患児のうち、成人になっても性別移行を希望していたのは6名であったことから、性別違和感を維持したまま成人する割合は15.0%に満たないことが知られている。つまり、思春期までにGDの確定診断を受けたとしても性別違和感を維持し続けるとは限らないが、幼少期からの性別違和感を成人後も維持し続ける場合には、成人のGD当事者と診断されていると推測される。

### 第3項 性別違和感と同性愛、性分化疾患における概念の相違

GDは、同性・両性愛および性分化疾患(Disorder of Sex Development: 以下DSD)と誤って理解されることがある概念である。GDは「性自認と身体的性が異なることで生じる性別違和感を中心とした精神疾患であり、性別違和感によって引き起こされる精神的苦痛、機能障害」を焦点としている。同性愛は「恋愛感情や性的欲求を抱く対象の性別の一貫性である性指向」を焦点としている。DSM-III (APA,1980)までは同性愛は精神疾患として扱われていたが、DSM-III-R (APA,1987)では精神疾患から除外されたため、現在では精神疾患として扱われていない。性指向は①男性に対して恋愛感情や性的欲求を抱く、②女性に対して恋愛感情や性的欲求を抱く、③男性女性のどちらにも恋愛感情や性的欲求を抱く、④男性女性のどちらにも恋愛感情や性的欲求を抱かない、の4つに分類されている。①、②では、異なる性に対して恋愛感情や性的欲求を抱く場合は異性愛、同じ性に対して恋愛感情や性的欲求を抱く場合は同性愛に該当し、男性の同性愛者をゲイ、女性の同性愛者をレズビアンと呼ぶ。③の場合は両性愛、④は無性愛に該当する。性別違和感と性指向は理論的に別概念であるため、同性愛者に該当するGD当事者も存在する。石丸・針間(2009)は、294名のFTM当事者のうち、女性に性的魅力を感じる割合は90.8%、男性に性的魅力を感じる割合が1.7%、両性に性的魅力を感じる割合が4.4%、どちらにも感じない割合が2.4%、不明が0.7%であることを報告している。また、174名のMTF当事者のうち、男性に性的魅力を感じる割合は44.8%、女性に性的魅力を感じる割合は15.5%、両性に性的魅力を感じる割合は23.0%、どちらにも性的魅力を感じない割合が9.2%、不明が7.5%であったことから、わが国ではFTM当事者とMTF当事者のうち、同性愛、両性愛に該当する当事者が存在するとともに、性指向分布が異なっている可能性が指摘されている。

次に、DSDは「染色体や生殖腺、もしくは解剖学的に性の発育が先天的に非定型である状態(Lux, Kropf, Kleinemeier, Jürgensen, & Thyen, 2009)」と定義されており、解剖学的観点に焦点を当てた概念である。DSDという単一の診断名が存在するのではなく、先天性副腎皮質過形成やアンドロゲン不応症、ターナー症候群といった疾患群を包括した先天的な身体疾患の総称である。Lux et al. (2009)は、ドイツのDSD患児および患者439名を対象とした大規模調査で、群分けをする際に性染色体と性ホルモンの影響だけでなく、性自認に基づいて性別を分類している。これは、DSDと性自認は別概念であるという理解に則った分類であり、DSDにおいては、性自認が性別の決定要因の1つであることを示し



ている。つまり、GD、性指向、DSD はそれぞれ独立した概念であるとともに、当事者間の状態像として重複する可能性が明らかになっている。

#### 第4項 性別違和感を持つ当事者の諸問題

性別違和感とは、それ自体が GD 当事者は苦痛をもたらすが、二次的にさまざまな影響を及ぼす。1 つは精神的健康面の悪化である。成人の GD 当事者のうち、現在何らかの I 軸の精神疾患を併発している割合は 39.0%、現在、もしくは以前に何らかの I 軸の精神疾患を併発していた割合は 71.0%であり、大うつ病性障害、双極性障害、適応障害、不安障害、物質関連障害、摂食障害、精神病性障害が併発して見られることが知られている (Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godás & Valdés, 2009; Haraldsen & Dahl, 2000, Hepp Kraemer, Schnyder, Miller, & Delsignore, 2005)。また、Short Form 36 (以下 SF36) を用いた複数の先行研究から、先行一般成人と比較して GD 当事者は QOL が低下していることも明らかになっている (Newfield, Hart, Dibble, & Kohler, 2006; Gómez-Gil et al., 2009; Gorin-Lazard, Baumstarck, Boyer, Maquigneau, Gebleux, Penochet, Pringuey, Albarel, Morange, Loundou, Berbis, Auquier, Lancon, & Bonierbale, 2011)。アメリカの大規模調査 (Grant, Mottet, Tanis, Harrison, Herman, & Keisling, 2011) によれば、GD 当事者もしくは性別違和感により苦痛を感じている 645 名のうち、少なくとも一度自殺未遂を経験している割合は 41.0% と報告されている。カナダの GD 当事者を対象に行った調査研究 (Scanlon, Travers, Coleman, Bauer, & Boyce, 2010) においても、433 名のうち 186 名 (43.0%) が自殺未遂を経験していたことから、GD 当事者における自殺未遂予防の重要性が指摘されている。自殺未遂経験率が高くなる要因として、GD 当事者は身体的、性的暴力被害を被りやすい集団であることが挙げられる (Clements-Nolle, Marx, & Katz, 2006; Factor & Rothblum, 2007)。複数の先行研究から、GD 当事者のうち 43.0~60.0% が身体的暴力被害、43.0~46.0% が性的暴力被害を経験していることが明らかにされている (Clements-Nolle et al., 2006; Kenagy & Bostwick, 2005; Lombardi, Wilchins, Priesing, & Malouf, 2001)。さらに、差別経験と自殺未遂の関連を検討した研究によれば、差別と性暴力被害が自殺未遂を予測し、性自認を起因とする差別を経験する GD 当事者は、そうでない当事者と比較して自殺未遂の経験が 3 倍を超えることが明らかにされている (Clements-Nolle et al., 2006; Goldblum, Testa, Pflum, & Bongar, 2012)。

次に、DSM-IV-TR および DSM-V の診断基準に記載されている生活上の機能障害が挙げられる。例えば、GD 当事者の就労状態を調査した研究によると、18.0~21.0% の GD 当事者は性自認の表出や GD 当事者であることの公表を起因とする雇用拒否を経験しており、13.4~43.3% が未就労状態にあることが報告されている。就労状態にある GD 当事者のうち、性自認と一致した性別で就労している割合は、正規雇用が 34.8~50.0%、非正規雇用は 33.3~53.8% 程度であり、高くても半数程度が正規雇用という状況が経済的困難を

引き起こしている (Bradford, Reisner, Honnold, & Xavier, 2013; Newfield et al., 2006; 松嶋, 2012; Xavier, Honnold, Bradford, & Community Health Research Initiative Center for Public Policy Virginia Commonwealth University, 2007)。

また、二次障害として家庭における機能障害も生じている。例えば、GD 当事者のうち、9.0%が家庭内での差別被害を経験しており、31.0%の GD 当事者が性自認の表出や GD 当事者であることに対する家族内でのサポートが受けられていない (Bradford et al., 2013)。さらに、GD 当事者とそうではない兄弟に対する両親からの知覚されたサポートを比較した結果、GD 当事者は両親からのサポートを受けていないと感じていた (Factor & Rothblum, 2007)。Nuttbrock, Hwahng, Bovkting, Rosenblum, Mason, Macri, & Becker, J (2010) は、571 名の MTF 当事者を対象に調査し、性自認の表出を起因とした虐待や家族との絶縁が生じることで、当事者の抑うつ症状が悪化することを報告している。つまり、性別違和感により、家族内での機能障害が生じるだけでなく、GD 当事者の精神的健康の悪化を引き起こすのである。GD 当事者は差別や暴力被害を経験しやすく、精神的健康、QOL が低下しており、機能障害を抱えていることから、医学的、心理社会的援助が強く求められている (Clements-Nolle et al., 2006; 永井他 2004)。

## 第 2 節 性別違和感を持つ当事者に対する治療

### 第 1 項 治療方法の概要

GD の治療は、GD 当事者の性別違和感の減少、QOL, Well-being の向上を目的として実施される (The World Professional Association for Transgender Health: 以下 WPATH, 2012)。治療は 3 段階に分けられており、精神科、泌尿器科、産婦人科、形成外科といった複数の領域の専門職から構成される医療チームが治療を行うことが推奨されている (日本精神神経学会・性同一性障害に関する委員会, 2012)。第 1 段階は精神科医や心理関係の専門職が中心となり、実生活経験 (Real-Life Experience: 以下 RLE) と精神的サポートを実施する。第 2 段階は、18 歳以上の GD 当事者を対象に、泌尿器科や産婦人科の医師が性ホルモン投与によるホルモン療法を実施する。MTF に対しては、エストロゲンや黄体ホルモン、FTM に対しては、アンドロゲンを投与する。性ホルモン投与により、視床下部一下垂体系が抑制され、性腺刺激ホルモン分泌量が減少し、身体的変化が起こる。MTF に対するエストロゲン投与では、乳腺組織の増大、脂肪の沈着体毛の変化が見られ、精巣の萎縮に伴い造精機能が失われる。FTM に対するアンドロゲン投与では、月経の停止、皮下脂肪の減少、体重や体毛の増加、声質の変化、クリトリスの肥大が見られる。FTM の場合には、生殖機能に関連が無いことから、第 2 段階に乳房切除術も含まれている。アンドロゲン投与と乳房切除術は同時期に実施する必要はなく、身体的侵襲性を考慮して個々に判断して行われる。第 3 段階の性別適合手術 (Sex Reassignment Surgery: 以下 SRS) は、

20 歳以上の GD 当事者を対象に、形成外科医、泌尿器科医、産婦人科医が中心となり、内外性器の手術を行う。MTF に対して、精巣摘出、陰茎切除、造膣および外陰部形成が実施される。FTM に対しては、卵巣摘出、子宮摘出、尿道延長、膣閉鎖を実施した後に、陰茎形成を行う。治療段階のうち、ホルモン療法および SRS の治療に関しては、GD 当事者本人の意思で実施の順番を決めることができるため、必ずしも段階的に行われるわけではない。

## 第 2 項 性別違和感を持つ当事者に対する精神科治療

わが国の診断と治療ガイドライン（日本精神神経学会・性同一性障害に関する委員会、2012）では、第 1 段階の精神的サポートと RLE を実施すると記載されている。精神的サポートは、生活史のなかで受けてきた精神的、社会的、身体的苦痛について傾聴し、受容的・支持的かつ共感的に理解するように努めることとされている。また、RLE は身体的性か自らが望む性のどちらで生活をしていくかを決断し、実際に望む性で日常生活を経験する方法である（Money & Ambinder, 1978）。望む性で十分に生活できるかどうかを徐々に慣らせていき、個人の解決能力、社会的、経済的、心理的サポート資源が十分であるかどうかをテストすることが目的となる。RLE が重要視されている背景には、望む性別での社会生活が、不可逆的な身体的治療に関する意思決定において重要であることが指摘されている（Bockting, 2008）。また、家族や職場の上司、同僚に対して GD 当事者であることのカミングアウトを実施した際のシミュレーションも記載されている。カミングアウトの対象範囲、方法、時期について検討し、必要時に職場や産業医、学校関係者との連携が推奨されている（日本精神神経学会・性同一性障害に関する委員会、2012）。わが国における初診の GD 当事者のうち、82.6%は既に完全、または部分的に RLE を実施しており、83.8%はカミングアウトの経験をしていることから、外来通院中の GD 当事者において必ず RLE の実施、カミングアウトの検討が必要となるわけではないと考えられる（石丸・針間, 2009; 矢野他, 2007）。

## 第 3 項 性別違和感を持つ当事者に対するホルモン療法、性別適合手術

第 1 項で述べたように、ホルモン療法、SRS は性自認に沿った性の身体的特徴を獲得する治療方法である。その治療の性質上、ホルモン療法と SRS は不可逆的な治療法であるため、精神科、泌尿器科、婦人科、形成外科によるチーム医療として慎重に取り組む必要がある。全ての GD 当事者がホルモン療法の後に SRS まで受けるわけではないが（永井他, 2004）、ホルモン療法以降の治療は成人の GD 当事者に対して効果的な治療方法である。ホルモン療法以降の治療は、性ホルモンの投与、精巣摘出、陰茎切除、造膣および外陰部形成、卵巣摘出、子宮摘出、尿道延長、膣閉鎖を実施することで、明確な身体的変化が見

られるようになる。性ホルモン投与では、FTM におけるアンドロゲン投与により月経の停止、体重の増加、脂肪の減少、声の変化、クリトリスの肥大、体毛の増加が起こる。また、MTF におけるエストロゲン投与は、乳組織の増大、脂肪の沈着、体毛の変化、精巣の萎縮と造精機能の低下が起こる（日本精神神経学会・性同一性障害に関する委員会、2012）。Murad, Elamin, Garcia, Mullan, Murad, Erwin, & Montori (2010) は、18 歳以上の GD 当事者を対象に、ホルモン療法および SRS の治療効果を検討している 28 本の論文をメタ分析した結果、ホルモン療法および SRS は、併発する精神疾患の症状、GD 当事者の QOL、性機能を改善し、性別違和感の減少に効果的であることを明らかにしている。さらに、性機能、ボディイメージの改善、性的パートナーとの性的満足感の上昇が得られることが先行研究で明らかにされている（de Cuypere, Elaut, Heylens, van Maele, Selvaggi, T'Sjoen, Rubens, Hoebeke, & Monstrey, 2006; de Cuypere, T'Sjoen, Beerten, Selvaggi, de Sutter, Hoebeke, Monstrey, Vansteenwegen, & Rubens, 2005; Kraemer, Delsignore, Schnyder, & Hepp, 2008）。

ホルモン療法と SRS による治療効果の有効性が報告されている一方で、性ホルモン投与に起因する副作用の検証も行われている。Moore, Wisniewski, & Dobs (2003) は、性ホルモン投与に関する 61 本の論文を対象としてレビューを行い、性ホルモン投与の潜在的副作用の可能性を指摘し、Elamin, Garcia, Murad, Erwin, & Montori (2010) はメタ分析を行い、性ホルモン投与による血中脂肪や血圧の上昇、心臓血管系の疾患リスクの増加が生じることを明らかにしている。また、胆石症、肝逸脱酵素の上昇、体重増加、下垂体腺腫、II 型糖尿病、循環器疾患、多血症、男性性脱毛症、睡眠時無呼吸、双極性障害や統合失調感情障害を中心とした精神疾患症状の発現リスクも高まるとされている（WPATH, 2011）。さらに、無作為化比較試験を行った研究が皆無であり、ホルモン療法と SRS をそれぞれ個別に検討した研究が無いことから、エビデンスの質は高くない（Murad et al., 2010）。ホルモン療法と SRS の個別検討の問題的については、過去の治療ガイドラインで段階的な治療が推奨されており、ホルモン療法の実施後に SRS を実施することが推奨されていたことが挙げられる（Meyer III, Bockting, Cohen-Kettenis, Coleman, Diceglie, Devor, Gooren, Joris Hage, Kirk, Kuiper, Laub, Lawrence, Menard, Patton, Schaefer, Webb, & Wheeler, 2001）。

#### 第 4 項 性別違和感を持つ当事者に対する心理療法の重要性

わが国の治療ガイドラインでは、心理療法に関する記載は無いものの（日本精神神経学会・性同一性障害に関する委員会、2012）、WPATH (2011) は GD 当事者に対する心理療法の必要性を指摘し、強く推奨している。その理由として、ホルモン療法や SRS 前の精神病理的症状が、ホルモン療法や SRS 後の社会的機能を予測すること（Smith, van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2004）、SRS 前の精神病理的症状は SRS 後にも持続すること

(de Cuypere et al., 2006) , 抑うつ, 不安, 他の精神疾患が合併して見られるとドロップアウトしやすくなること (Carroll, 1999) , GD 当事者の 35%が強い不安を感じ, 44%が抑うつ症状を示すこと (Bockting, 2008) が挙げられる。さらに, Rachlin (2002) は GD 当事者が不快な感情や葛藤の低減を目的として心理療法を求めることを明らかにしている。つまり, GD 当事者のニーズと治療ガイドラインの両側面から心理療法による介入の必要性が指摘できる。

WPATH (2011) によれば, 心理療法の目的は性自認の変容ではなく, 個人の well-being, QOL, 自己満足感の最大化とされている。具体的には, (1) 性自認と性役割の明確化, (2) 性別違和感を起因とするストレスやスティグマが精神的健康に及ぼす影響の対処, (3) カミングアウトプロセスの査定, 準備, 実施である。(1) 性自認と性役割の明確化は, 自らが表現する性自認を決定し, どのような性として社会生活を送るか明確にすることである。GD 当事者には性自認を探索する時期があり, 身体的性に沿った生活や性行動を試す (石丸・針間, 2009) 。しかし, 性自認と一致しない性に沿った行動や社会的役割は, GD 当事者の精神的健康, QOL の悪化を引き起こし, 性別違和感を増幅させる。(2) カミングアウトプロセスの査定, 準備, 実施は, 日本精神神経学会・性同一性障害に関する委員会 (2012) により推奨されている精神科治療の内容と一致している。カミングアウトを実施することで, 周囲からの差別, 暴力被害, 解雇や就労困難に直面するため, カミングアウトは慎重に行う必要がある。最後に, (3) 性別違和感を起因とするストレスやスティグマが精神的健康に及ぼす影響の対処では, 第2節で述べるスティグマ化された集団に特徴的に見られるストレスが精神的健康を悪化させるため, ストレスへの対処を獲得する必要性が指摘できる (Meyer, 2003)。スティグマとは, 社会的背景や構造上の過程であり, ラベリング, ステレオタイプ, 地位の喪失, 差別が同時に複数起こることとされる (Link & Phelan, 2001)。特定の集団と集団に属する個人に対する否定的な認識および誤った理解に基づいた行動的側面が差別, 態度が偏見として分類されている。スティグマ化された集団 (例えばアフリカ系アメリカ人, 同性愛者, 女性) は精神的健康が悪化することが先行研究で明らかにされている (Paesco & Richman, 2009)。GD 当事者においても第1章第2項で述べたように, 差別被害や暴力被害経験が精神的健康を悪化させることが明らかにされていることから (Clements-Nolle et al., 2006; Goldblum et al., 2012) , 性別違和感やスティグマに基づいたストレスに対処する必要がある。しかし, GD 当事者が経験するストレスに対する対処方略は明らかにされておらず, その効果を実証的に検討した研究は無い。性別違和感を起因とするストレスやスティグマが精神的健康に及ぼす影響への対処方法を確立するためには, 心理療法の目的と GD 当事者の QOL 低下を考慮すると, 性別違和感やスティグマに基づいたストレスと精神的健康および QOL 間の過程を明らかにする必要がある (Newfield et al., 2006; Gómez-Gil et al., 2009; Gorin-Lazard et al., 2011)。

### 第3節 性別違和感を持つ当事者の精神的健康に影響を及ぼす心理社会的要因

#### 第1項 マイノリティにおけるストレスモデル

社会の権力関係において、人種、民族、性別、身心の障害の有無、性指向、性自認といった個人の属性が少数派に属する集団をマイノリティと呼ぶ。マイノリティに属する個人は、精神的健康と身体的健康が悪化することが多くの先行研究で報告されている (Hepp et al., 2005; Marshal, Dietz, & Stall, 2011; Meyer, 1995; Pascoe & Richman, 2009)。マイノリティのうち、特に同性愛、両性愛者を含めたセクシャルマイノリティグループでは、異性愛者と比べて精神疾患の罹患率が高いことが知られている。Mayer (2003) は、異性愛者の精神疾患罹患率と同性愛と両性愛者の精神疾患罹患率について、10本の論文を用いてメタ分析を実施している。分析の結果、異性愛者と比較して同性愛者と両性愛者は、気分障害の1年有病率が2.27倍、生涯有病率が1.99倍、不安障害の1年有病率が1.60倍、生涯有病率が1.87倍、物質関連障害の1年有病率が2.10倍、障害有病率が2.05倍リスクが高まることを明らかにしている。

セクシャルマイノリティに属する個人の精神的健康の悪化に関わるメカニズムを社会的要因、個人内要因から説明しようと試みた理論モデルとして、マイノリティストレスモデルが提唱されている (Meyer, 1995; Meyer, 2003)。マイノリティストレスモデルとは、「マイノリティに特徴的な社会的背景に基づくストレスを仮定し、マイノリティに特徴的なストレスが精神疾患の発症や精神的健康に影響を及ぼす」とする理論である (Figure 1-1)。同性愛者、両性愛者は性指向を理由とした周囲からの差別や暴力被害を経験することで、周囲からの差別、拒否に対する予期が高まる。予期が高まった結果、他者に対する警戒が強くなり、性指向を隠したり、同性愛、両性愛者であること自体を否定的に捉える態度が個人内に形成される。Meyer (2003) はこの一連の流れをマイノリティストレスと定義し、精神疾患の発症を引き起こす主要因としている。そして、同性愛、両性愛であることを否定的に捉える態度が内在化された結果、ストレスに対するコーピングやレジリエンスのリソースが制限される。リソースの制限は、ストレス過程に対する脆弱性を強め、精神疾患の発症リスクを高める。Hendricks & Testa (2012) は、マイノリティストレスモデルの中核仮説として、(1) マイノリティの属性が外的マイノリティストレスへの暴露を増加させる、(2) 外的マイノリティストレスの経験が、内的マイノリティストレスを増加させる、(3) 外的および内的マイノリティストレスが精神疾患の発症や精神的健康の悪化を引き起こす、の3つの要素を挙げている。以下にマイノリティストレスモデルにおける主要概念を述べる。

##### (1) マイノリティストレス

社会構造上におけるマイノリティへの所属は、ストレスおよびストレス反応を生じさせる要因である。Meyer (2003)は、心理的苦痛を生じさせる過程のうち、(a) マイノリ

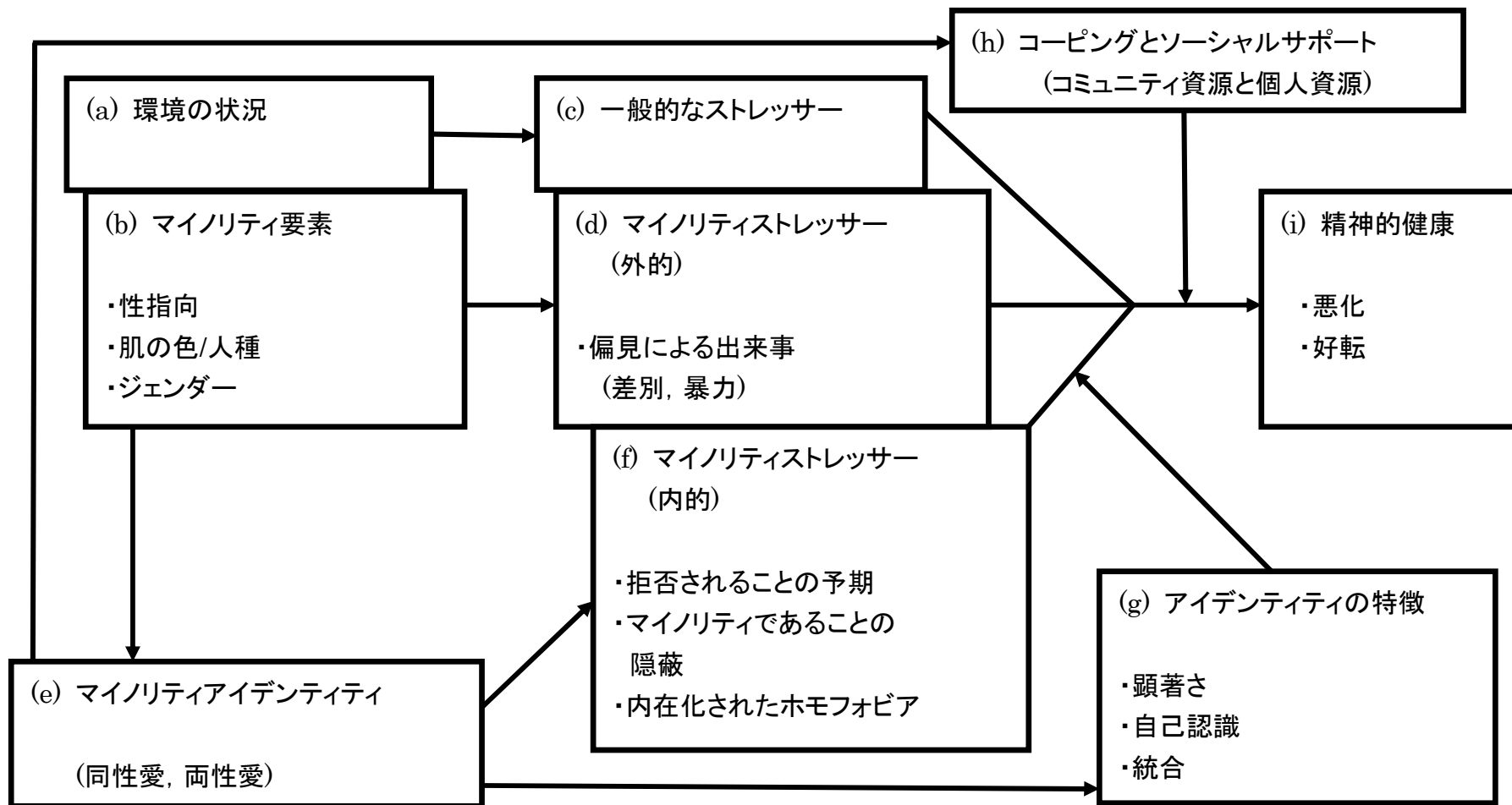


Figure 1-1 セクシャルマイノリティにおけるマイノリティストレスモデル (Meyer, 2003)

ティに特徴的であること、(b) 慢性的であること、(c) 社会的背景に基づいていること、の3つを満たすストレスをマイノリティストレスと定義し、精神疾患の発症を引き起こす要因と指摘している。マイノリティストレスは、一般的なストレッサーや生物学的、遺伝的特徴に基づいた出来事や状況よりも、社会的文脈や状況、構造に基づいて起こることが特徴である。すべての人間が経験する普遍的なストレッサーに付加して見られるものであり、スティグマ化する集団よりもスティグマ化された集団は環境に適応するための努力を強いられてしまう。マイノリティストレスは、外的マイノリティストレッサーと内的マイノリティストレッサーに分類される。外的マイノリティストレッサーとは、スティグマ化されたマイノリティへの所属を起因とする差別、暴力被害経験、周囲からの拒否といった客観的出来事を指す。一方で、内的マイノリティストレッサーは、外的マイノリティストレッサーへの暴露の結果として個人内で起こる心理的過程を指す。差別被害経験や周囲からの拒否の予期、予期を起因とするアイデンティティの隠匿、内在化されたホモフォビアの3つに分類される。差別被害や拒否される出来事を経験することで、周囲から拒否されるのではないかという予期が強くなり、周囲に対する警戒が増加する。マイノリティに属することをアイデンティティとする個人は、マイノリティへの所属を起因とする外的マイノリティストレッサーを経験した結果、アイデンティティを隠匿するようになり、差別被害経験や周囲からの拒否を回避する。しかし、アイデンティティの隠匿は新たな心理的苦痛を引き起こす。石丸 (2008) は、ダイアリー法により、同性愛者は性指向を隠匿する生活を「あっちの世界」、性指向を表現できるマイノリティコミュニティ内での生活を「こっちの世界」と分類して生活していることを明らかにしている。さらに、「あっちの世界」における性指向の隠匿が同性愛者に精神的苦痛をもたらし、「こっちの世界」における性指向の開示、周囲からの理解が精神的健康に影響するとしている。

また、同性愛者、両性愛者に対する嫌悪感、拒否、否定的価値観のことをホモフォビアと呼ぶ。マイノリティを起因とする差別や暴力被害を経験した結果、個人が属するマイノリティを否定的に捉え、非難の対象であると理解し、否定的な自己認知を形成する。同性愛者、両性愛者自身におけるマイノリティに対する否定的な自己認知の形成を内在化されたホモフォビアと定義し、内在化されたホモフォビアが同性愛者、両性愛者の抑うつ症状や不安症状、精神的健康の悪化を引き起こす (Meyer, 2003)。Meyer (1995) は、ゲイコミュニティとスノーボールサンプリング法を用いて 741 名の男性同性愛者に調査研究を行った結果、マイノリティストレッサーの水準が高い、または非常に高い男性の同性愛者は、マイノリティストレッサーの水準が低い男性の同性愛者に比べて、心理的苦痛が 1.77 倍から 3.08 倍高いことを明らかにしている。

## (2) マイノリティアイデンティティ

マイノリティの集団に所属するというアイデンティティは、精神的健康に影響を及ぼす。セクシャルマイノリティは、自分が同性愛または両性愛であるというアイデンティティを形成する上でさまざまな精神的苦痛を経験する。セクシャルマイノリティは、最初



に同性愛,両性愛に関心を持つことに気づき,異性愛者が中心となる社会背景に基づいて,アイデンティティの混乱が起こる。異性愛者との比較を経て,段階的に性指向を受け入れることがセクシャルマイノリティのコミュニティへの参加を促進し,最終的に同性愛,両性愛者として満足する(Cass, 1979)。このアイデンティティの形成は,特定のマイノリティの集団に所属しているという強い連帯感を増幅させ,ストレスの精神的健康に対する影響を緩和するとされている。

## 第2項 性別違和感を持つ当事者におけるマイノリティストレスの問題

マイノリティストレスモデルでは,マイノリティへの所属が周囲からの差別,暴力被害を引き起こし,被害経験から個人内でマイノリティへの所属を否定的に捉える態度が形成され,精神疾患が発症,または精神的健康,身体的健康が悪化すると仮定している(Mayer, 2003; Pascoe & Richman, 2009)。マイノリティストレスモデルは,複数の社会理論,社会心理学理論(例えば Clark et al., 1999; Goffman, 1964 石黒訳; Link & Phelan, 2001)に基づいて提唱された仮説モデルであり,社会的背景に基づいた差別や偏見に焦点を当て,セクシャルマイノリティにおける精神疾患の発症機序の説明を試みた仮説モデルである。現在,マイノリティストレスモデルの適応はマイノリティに属する性別,人種に拡大可能であり,モデル内の作用機序はマイノリティに属する人種,同性愛者,両性愛者において部分的に実証されている(Pascoe & Richman, 2009; Figure1-2)。

同様に,GD 当事者も社会的背景に基づいたマイノリティストレスを経験する集団である。Hendricks & Testa (2012) は,マイノリティストレスモデルのGD 当事者に対する適応の可能性を指摘し,GD 当事者の精神的健康の増悪要因と改善要因をマイノリティストレスモデルの概念から理解する必要性を提示している。GD 当事者において,性別違和感および性自認の表出は,周囲からの差別,暴力被害経験を引き起こす要因である。GD 当事者は性自認の探索が終了した後,実際に望む性別で徐々に生活を行っていくことが必要となるが,望む性別で生活を送ることはさまざまな問題に直面することを意味する(Rachlin, 2002)。例えば,GD 当事者は望む性別で生活することで,周囲からの嘲笑や冷やかし,ハラスメントといった差別や偏見,暴力被害を経験する(Factor & Rothblum, 2007; Sjoberg, Walch, & Stanny, 2006)。さらに,周囲から差別されるのではないかとという強い恐怖を経験する(Factor & Rothblum, 2007; Sjoberg et al., 2006)。Reisner, White, Dunham, Heflin, Begenyi, Cahill, & the Project Voice Team (2014) によれば,GD 当事者または性役割に非同調的な者のうち,65%が少なくとも12ヶ月に1回は差別被害を経験していた。また,生涯の差別被害経験の有無で精神的健康を比較したところ,差別被害経験がある群は精神的健康に問題を持つ人数の割合が多いことを明らかにしている。差別被害経験はGD 当事者の脆弱性を高め,薬物乱用,不安,抑うつ症状の悪化,自殺未遂行動を招く要因であるため(Bockting, 2008, Marx & Katz, 2006),差別や暴力被害経験が精神的健康に

及ぼす影響を緩和させる必要性が指摘されている (Byne, Bradley, Coleman et al, 2012; WPATH, 2011)。

多くの先行研究は、GD 当事者が経験する差別や暴力被害をマイノリティストレスとし、精神的健康の悪化を引き起こす要因として、その影響を検討してきた。一方で、小池・新井・佐々木・松田・中塚 (2009) は、後ろ向き研究を用いて思春期の GD 当事者特有のストレスとして、服装と身体に関する困りごとが存在することを明らかにし、山内 (2001) は成人の GD 当事者において就職の困難さ、家族の理解、性自認と異なる性の服装が苦痛を引き起こす問題であることを指摘している。社会や家族を中心とする GD 当事者を取り巻く環境から身体的性に合わせることを強制され、性別違和感を持っていることを開示することで起こる差別、暴力被害経験、社会的な孤立に関する恐怖、GD 当事者であるために起こる対人関係の問題を経験することで、精神のおよび身体健康が悪化する。また、成人の GD 当事者のうち、1 カ月の間に差別を経験した人数の割合は 20%に満たないこと (Lombardi et al., 2001) を考えると、GD 当事者が慢性的に経験するストレスは、差別や暴力被害を中心とするマイノリティストレスだけでは無い可能性が指摘できる。Zachary (2012) は、テストステロンを投与中で 18 歳以上の FTM65 人に半構造化面接を行い、性別移行中のストレスと夜間の血圧、炎症反応の指標である C 反応性蛋白の関連を検討した。その結果、周りに FTM だということが明らかになる経験している場合には、経験していない場合と比較して、夜間の血圧が下がらないことが明らかとなった。また、周りから女性として見られることや女性名で呼ばれる経験をしている場合、経験していない場合と比較して、C 反応性蛋白の量が高くなっていた。つまり、FTM であることが周りに分かってしまう状況や周りから女性として扱われることが、FTM の身体健康に影響を及ぼすストレスとして機能している。つまり、GD 当事者、同性・両性愛者は、外的マイノリティストレスである差別、暴力被害経験が精神的健康を悪化させる点で一致しているものの (Jarrett, 2006; Reisner et al., 2014)，GD 当事者の外的マイノリティストレスの内容は、差別や暴力被害に限定されず、GD 当事者の精神的健康、身体健康、心理社会的要因の観点から、精神的健康の悪化要因であるマイノリティストレスの特徴を理解することが必要である。

次に、内的マイノリティストレスについては、GD 当事者を対象とした研究が皆無である。Hendricks & Testa (2012) は、内在化されたトランスフォビア (GD 当事者を対象としたホモフォビア) が精神的健康に影響する可能性を指摘しているが、GD 当事者を対象とした実証的な検討はされていない。Hill & Willoughby (2005) は、大学生を対象にトランスフォビアを測定する Genderism and Transphobia Scale (GTS) を作成し、両親のトランスフォビアが GD 当事者の子どもの精神的健康を予測することを明らかにしている (Hill, Menvielle, Sica, & Johnson, 2010)。また、Nagoshi, Adams, Terrell, Hill, Brzuzny, & Nagoshi (2008) は、大学生のトランスフォビアを予測する要因を検討し、性差によって予測因子が異なるとしている。しかし、これらの先行研究は、周囲が持つトラン

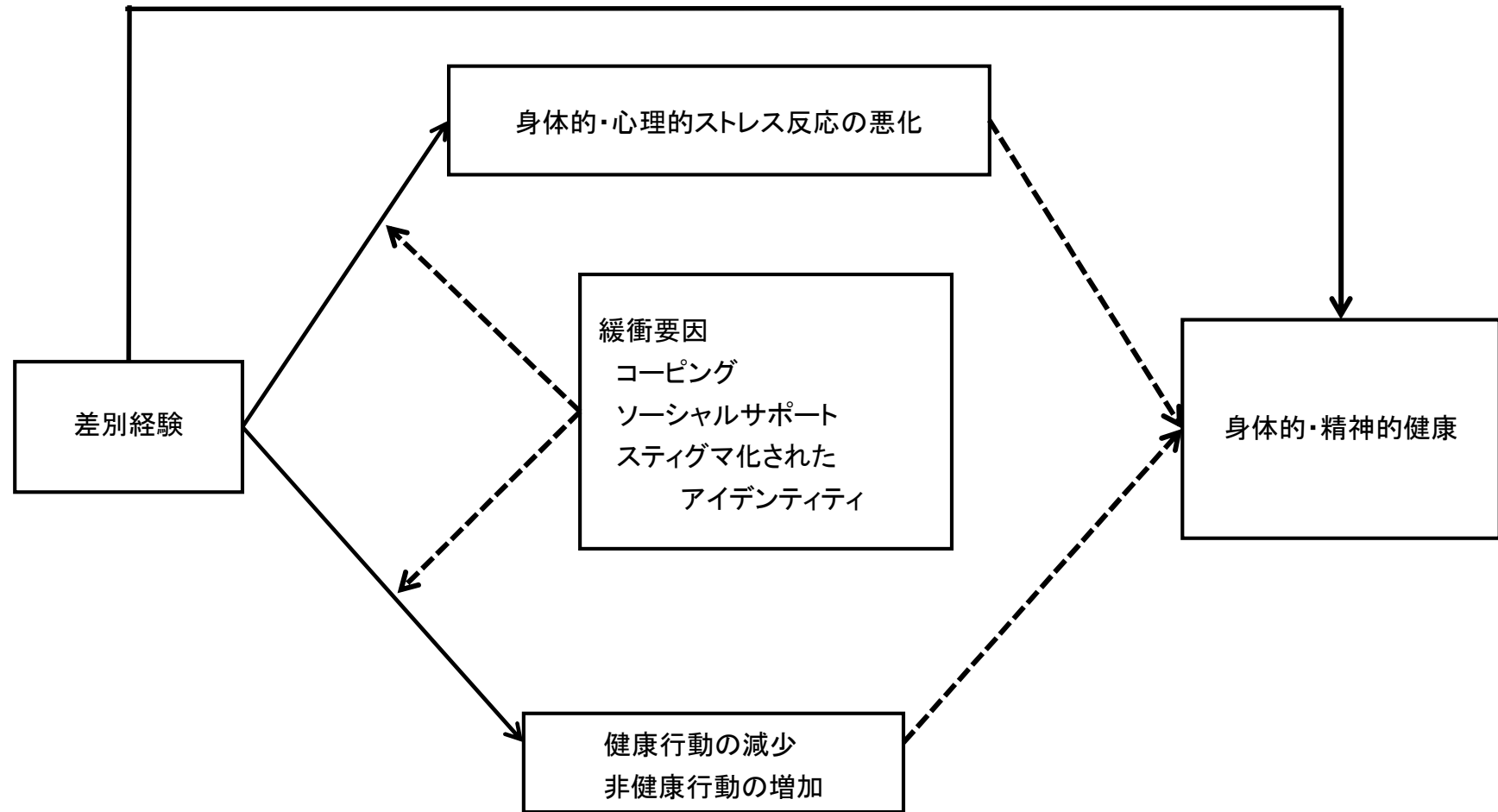


Figure 1-2 差別経験が心身の健康に及ぼす影響 (Pascoe & Richman, 2009)

実線はメタ分析により実証されたパス、破線は理論的に仮定されるパス

スフォビアが GD 当事者の精神的健康に影響を及ぼすという理論に基づいており、GD 当事者における内在化されたトランスフォビアとは概念、理論的枠組みが異なっている。

現在の GD 当事者における先行研究を概観し、心理療法の概要と照らし合わせると、外的マイノリティストレスが精神的健康と QOL に及ぼす影響に対処する必要性が指摘できる。

### 第3項 性別違和感を持つ当事者におけるマイノリティストレスの媒介変数に関する問題

WPATH (2011) は心理療法の治療コンポーネントとして、マイノリティストレスが GD 当事者の精神的健康に及ぼす影響の対処を挙げている。マイノリティストレスモデルでは、ストレスと精神的健康の媒介要因として、マイノリティアイデンティティ、コーピング、ソーシャルサポートが仮定されている。同性愛者、両性愛者におけるアイデンティティと同様に、GD 当事者は性自認の確立が精神的健康、QOL、Well-being の促進に重要であることが知られている (WPATH, 2011)。第1節で述べたように、性別違和感を原因として精神的健康、QOL の悪化、社会生活上の機能障害が二次障害として引き起こされるため、性自認を明確にする必要性がある。しかしながら、わが国における初診の GD 当事者のうち、82.63%は少なくとも部分的に RLE を実施しており、83.83%はカミングアウトを経験していること、87.57%が中学校までに性別違和感を自覚していたことから(石丸・針間, 2009; 矢野他, 2007)、性自認の確立は未成年の GD 当事者において焦点を当てるべき問題と考えられる。

次に、マイノリティストレスに対するコーピングの重要性が指摘されている (Meyer, 2003; Tummala-Narra & Claudius, 2013)。コーピングとは、「個人の資源を超えるものと評価された特定の外的、内的な要求に対してなされる変動的な認知的、行動的な努力」と定義される (Lazarus & Folkman, 1984)。ストレスに対して個人で実行される対処方法であり、ストレスフルな状況下で用いられるコーピングには複数の分類方法や基準が存在する。例えば、Lazarus & Folkman (1984) は、問題解決型と情動焦点型に分類し、機能の違いを指摘している。Holahan & Moss (1987) は、17 項目の尺度を作成し、接近型と回避型に加え、行動的側面と認知的側面にコーピングを分類している。マイノリティストレスモデルに仮定されるコーピングは、個人水準と集団水準に分類され、スティグマ化されていない社会環境に身を置くこと、スティグマ化された集団に対する否定的評価のサポートを得ることの 2 種類の機能が存在するとされる (Meyer, 2003)。

コーピングと精神的健康の関連については、Suls & Fletcher (1985) は接近型と回避型について、解釈と時間の観点により有効なコーピングが異なることを報告しており、マイノリティに属する個人においては、接近型コーピングは有益な結果をもたらすとされている (Clark, Anderson, Clark, & Williams, 1999)。例えば、Gaylord-Harden & Cunningham (2009) は、思春期のアフリカ系アメリカ人を対象に、差別を受けたり、偏見を持たれたこ

とをストレスサーとし、ストレスサーとコーピング、ストレス反応の関連を検討した結果、ストレスサー、コーピング、ストレスサーとコーピングの交互作用が、それぞれストレス反応を予測することを報告し、コーピングの作用として調整効果を有することを明らかにしている。しかしながら、マイノリティストレスモデルはマイノリティの否定的経験に焦点を当てており、マイノリティに特徴的なコーピングの存在を考慮しておらず、コーピングの作用機序も不明瞭である (Diamond, 2003)。さらに、Pascoe & Richman (2009) は、マイノリティに属する人種、同性愛および両性愛者を対象とした 134 本の研究をメタ分析した結果、コーピングが心身の健康に及ぼす影響を検討した研究は 9 本のみであり、コーピングに関する実証的な検討の必要性を指摘している。GD 当事者のコーピングに関連した研究として、Matsumoto, Sato, Ohnishi, Kishimoto, Terada, & Kuroda (2011) は、Ways of Coping (以下 WOC) 日本語版を用いて、MTF および FTM 当事者のコーピング頻度を測定し、FTM 当事者は MTF 当事者よりも隔離型、肯定価値型コーピングの頻度が多く、年齢により隔離型コーピングの使用頻度が異なることを報告している。しかし、性自認と年齢を要因とした群間比較に止まっており、精神的健康、QOL に及ぼす影響については明らかにしていない。11 人の GD 当事者に 60 分から 90 分の半構造化面接を行い、トラウマティックイベントに対するコーピングの内容を検討した質的研究 (Singh & McKleryoy, 2011) では、6 種類の方法に分類されることが明らかにされている。また、Budge, Katz-Wise, Tebbe, & Rodriguez (2013) は、18 人の GD 当事者に半構造化面接を実施し、グラウンテッドセオリアプローチを用いて性自認に沿った性での生活を送る過程での感情とコーピングを分析している。その結果、適応を促進するコーピング (例えば行動的コーピングはソーシャルサポートリソースの探索、認知的コーピングは肯定的リフレーミング) が肯定的感情を引き起こすとしている。一方で、Budge et al. (2013) に基づいた先行研究 (Budge, Adelson & Howard, 2013) では、ソーシャルサポートは抑うつ症状、不安症状の低減を予測していたが、適応を促進するコーピングは抑うつ症状にも不安症状を予測しておらず、回避型コーピングのみが予測していた。その理由として、WOC を用いて GD 当事者のコーピングを測定している点が挙げられる。Budge et al. (2013) は、GD 当事者を対象に WOC の探索的因子分析を行った結果、原版の 66 項目 8 因子構造ではなく、31 項目を削除した 35 項目、2 因子構造であることを明らかにしている。一般的なコーピングを測定するとされる WOC の因子構造が GD 当事者では異なっており、削除項目が多い点を考慮すると、WOC の使用によって GD 当事者のコーピングが測定可能かどうかは不明瞭である。さらに、コーピングの質は集団の質により異なると指摘されていることから (Miller & Kalser, 2001)、GD 当事者のコーピングが精神的健康、QOL に及ぼす影響を検討するためには、GD 当事者のコーピングの特徴を整理し、測定する方法を確立することが急務である。

GD 当事者の先行研究は、差別と暴力被害経験が精神的健康に及ぼす影響の検討に集中しており、GD 当事者の精神的健康におけるコーピング、ソーシャルサポートの作用を検討した研究は非常に少ない (Diamond, 2003; Hendricks & Testa, 2012)。ソーシャルサポート

も GD 当事者の精神的健康に影響する要因である。ソーシャルサポートは包括的な概念であり、一貫した定義は存在しないが、個人を取り巻く重要な他者（家族、友人、同僚、専門家など）から得られる多様な形態を持った援助とされている。GD 当事者のうち、67.7%が家族から理解されず、嘲笑や非難の対象になったことがあり、両親、友人から得られる知覚されたソーシャルサポートの量が抑うつ症状を予測することが明らかにされている（Nemoto, Bödeker, & Iwamoto, 2011; Simons, Schrager, Clark, Belzer, & Olson, 2013）。また、Moody & Smith (2013) はカナダの GD 当事者 133 名を対象にアンケート調査を実施し、友人と家族からの知覚されたソーシャルサポートが自殺行動の減少を予測することを報告している。GD 当事者におけるソーシャルサポートと精神的健康に関連する複数の先行研究は、一貫してソーシャルサポートと精神的健康は負の相関関係にあることが示されている（Budge et al., 2013; Nemoto et al., 2011; Nuttbrock, Rosenblum, & Blumenstein, 2002; Simons et al., 2013）。

現在までのストレス研究では、コーピングとソーシャルサポートの作用として直接効果と調整効果が検討されてきた（Beasley, Thompson, & Davidson, 2003; Cohen & Wills, 1985）。直接効果とは、ストレッサーの程度に関わらず、コーピングやソーシャルサポートに依存して精神的健康が変容することである。一方で、調整効果はストレッサーの程度が特定の状況下において、コーピングやソーシャルサポートによる精神的健康の影響が異なることを指す。同性愛者を対象とした研究では、ソーシャルサポートの直接効果と調整効果が精神的健康を予測することが報告されている（Graham & Barnow, 2013; Lehavot & Simoni, 2011）。一方で、GD 当事者におけるコーピング、ソーシャルサポートと精神的健康の関連は、直接効果の検討に止まっている（Budge et al., 2013; Nemoto et al., 2011; Nuttbrock et al., 2002; Simons et al., 2013）。調整効果の検討は、ストレッサーの特定の条件下におけるコーピングとソーシャルサポートの作用を明らかにすることであり、ストレッサーの程度をアセスメントすることで、精神的健康を改善するための介入ターゲットを同定することに繋がる。

#### 第4項 性別違和感を持つ当事者における認知的評価

マイノリティストレスモデルは、GD 当事者が経験するマイノリティストレッサーが精神的健康の増悪を引き起こすというモデルである。Meyer (2003) は、マイノリティストレスモデルの提唱とともに、ストレス過程を理解するうえで中核的要因である認知的評価を排除していることに注意しなければならない（Dohrenwend, 2000; Meyer, 2003）。

認知的評価とは、「個人と環境の相互作用がどの程度ストレスフルであるかを評価する認知的過程」と定義され（Lazarus & Folkman, 1984）、ストレッサーの知覚を一時的評価、コントロール可能性を二次的評価と分類している。ストレッサーを脅威であると評価し、コントロールが困難であるという評価をする場合には、脅威度を低く評価し、コントロールを

高く評価する場合と比較して、ストレス反応や身体的反応が高くなることが知られている (Dickerson & Kemeny, 2004; 坂野, 1995)。Miller & Kalser (2001) は、マイノリティを対象とした研究において、ストレッサーに随伴する環境要因、個人内要因の相互作用の観点から、スティグマに起因したマイノリティストレッサーに対する理解の重要性を述べている。また、Neblett Jr, Rivas-Drake, & Umaña-Taylor (2012) は人種を起因とする差別被害経験と Well-being, 発達過程の関連について、個人内容要因としてコーピング以外にも認知的評価が媒介要因として存在するとしている。Lazarus & Folkman (1984) がストレス過程における認知的評価の重要性を指摘したように、スティグマを起因とするマイノリティストレッサーと精神的健康の間に認知的評価の介在を仮定し、その作用を検討することは、スティグマ化された個人が持つ対処リソースに着目することを可能とし、精神的健康と QOL の改善を目的とした治療法略の構築に関する知見が得られると考えられる。

## 第2章 本研究の目的と意義

### 第1節 本研究の目的

第1章では、GID と GD の診断基準、概念を整理し、GD 当事者が精神的健康、QOL、自殺未遂行動を中心にさまざまな問題点を有することを示した。また、マイノリティストレスモデルに基づいて GD 当事者の精神的健康と QOL に影響を及ぼす要因を整理し、治療ガイドラインと GD 当事者のニーズから心理療法の治療方略を確立する重要性を明らかにした。その結果、GD 当事者に対するマイノリティストレスモデルに基づいた基礎研究の必要性を指摘した。さらに、GD 当事者に対するマイノリティストレスモデルの適応が、心理療法の治療内容の1つである性別違和感を起因としたマイノリティストレスが精神的健康に及ぼす影響の緩和を目的とした治療方略の構築につながる可能性を指摘した。従来の研究の問題点は次の通り整理できる。

- (1) GD 当事者が経験するマイノリティストレス、マイノリティストレスに対するコーピングの特徴が明らかにされていない。
- (2) GD 当事者が経験するマイノリティストレス、マイノリティストレスに対するコーピングを測定する信頼性と妥当性を有する方法が確立されていない。
- (3) GD 当事者の精神的健康、QOL に対するコーピング、ソーシャルサポートの作用が明らかにされていない。
- (4) マイノリティストレスが精神的健康、QOL に影響を及ぼす過程において、認知的評価が考慮されていない。

本研究では、上記の問題点の解決を図り、マイノリティストレスモデルに基づいて GD 当事者におけるマイノリティストレスが精神的健康および QOL に及ぼす影響を明らかにするとともに、その過程に存在する媒介要因が及ぼす影響の検討を目的とする。はじめに、GD 当事者が経験するマイノリティストレスとマイノリティストレスに対するコーピングの内容を明らかにするために、自由記述で得られた結果を質的研究の研究手続きを用いて整理する。質的研究の結果に基づいて、マイノリティストレスとコーピングを測定する自己評価式尺度を開発する。そして、マイノリティストレスモデルに基づいて、マイノリティストレスとコーピング、ソーシャルサポートが GD 当事者の精神的健康および QOL に及ぼす影響を明らかにする。また、マイノリティストレスモデル内で扱われていない認知的評価と精神的健康と QOL の関連を検討し、GD 当事者の精神的健康と QOL に対する改善要因を明らかにする。

ところで、海外の先行研究の対象者は、MTF 当事者のみ、または MTF 当事者と FTM 当事者の両方を対象者に含めて実施されている研究が中心であり、FTM 当事者に関する



基礎情報が不足している。欧米諸国では MTF 当事者と FTM 当事者の有病率の比率が 2.43:1~4:1 である一方で、わが国では FTM 当事者の方が MTF 当事者よりも有病率が高いことから (de Cuypere et al., 2007; van Kesteren et al., 1996; Landen et al., 1996; 永井他, 2004; Robert, 1983; 矢野他, 2007), わが国で多いとされる FTM 当事者に焦点を当てることとする。

## 第2節 本研究の意義

わが国では、マスメディアの影響により GD に対する認知度は浸透してきたにも関わらず、GD 当事者の心理社会的問題について実証的に検討している研究はほとんど存在しない (山根・名島, 2006)。

現在, WPATH (2011) は心理療法の内容として、スティグマやマイノリティストレスに起因する精神的健康の悪化への対処を挙げている。しかし、具体的な治療方略は明らかにされておらず、治療効果の検討もされていない。その理由として、精神的健康、QOL に影響を及ぼす個人内要因を検討した基礎研究の少なさが挙げられる。第1章で述べたように、GD 当事者は、周囲からの差別や偏見、暴力被害を経験したことにより、精神的健康の悪化が起こる (Bockting, 2008; Factor & Rothblum, 2007; Marx & Katz, 2006; Sjoberg et al., 2006)。しかし、GD 当事者が経験するマイノリティストレスは差別や暴力被害経験に限定されない。GD 当事者が経験するマイノリティストレスの特徴と構造を把握することは、GD 当事者の苦痛を引き起こす要因の理解を促進する。同様に、マイノリティストレスに対するコーピングの特徴と構造を把握することは、GD 当事者の状態像を理解するために必要な基礎情報である。また、マイノリティストレスのうち、差別や暴力被害経験が GD 当事者における精神的健康の悪化要因であることは明らかにされているものの、差別や暴力被害経験以外のマイノリティストレスと精神的健康および QOL の関連は明らかにされておらず、精神的健康と QOL の過程に媒介する要因を検証した研究は無い。GD 当事者の基礎情報を把握し、GD 当事者が経験するマイノリティストレスとマイノリティストレスに対するコーピングを測定する方法を確立することは、精神的健康、QOL に影響を及ぼす要因を明らかにする基礎研究として、媒介要因の作用を実証的に検討することを可能とする。

本研究では、同性愛者や両性愛者の知見を基に、マイノリティストレスモデルを GD 当事者に適応し、マイノリティストレスと精神的健康、QOL の改善要因を検証する初めての基礎研究である。この新たな試みは、多大な臨床的意義を有する。まず、マイノリティストレス、マイノリティストレスに対するコーピング、ソーシャルサポートが、GD 当事者の精神的健康、QOL が関連するか否かを明らかにすることは、GD 当事者の精神的健康、QOL の改善を目的とした心理療法の治療要素となるかどうかの判断をするために必要な基礎情報である。さらに、ストレス認知モデル (Lazarus & Folkman, 1984) に

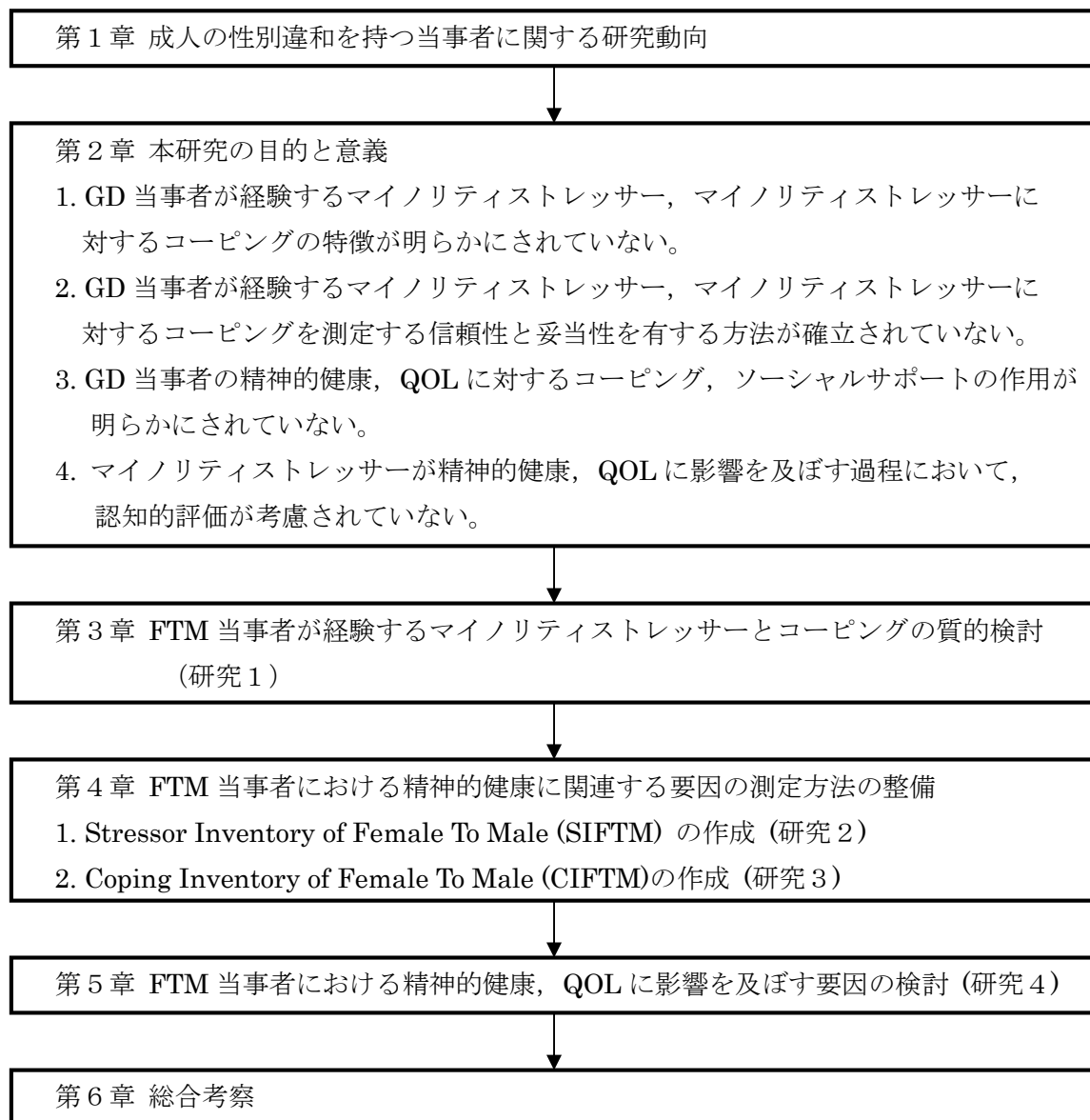


Figure 2-1 本論文の構成

基づいて認知的評価を媒介要因に加えることは、GD 当事者の認知的側面に焦点を当てる初めての研究となる。認知的評価の変容が精神的健康の改善を導くのであれば、認知的評価の変容を目的とした治療方略が、GD 患者の精神的健康、QOL の改善を目的とした心理療法における中核的治療要素となりうる。つまり、精神的健康、QOL に対する認知的評価の直接効果、または調整効果の有無を明らかにすることは、マイノリティストレスに起因する精神的健康、QOL の悪化への対処方法に関する具体的な治療方略として、コーピング以外の個人内要因が、心理療法の中核的治療要素の 1 つになるかを判断するための基礎的情報の提供に繋がる。

本研究は、わが国でマイノリティストレス過程における媒介要因と精神的健康の関連を探索的に明らかにしようとする初めての試みであり、その理解の向上に多大な貢献を果たすことが期待される。GD 当事者に対するマイノリティストレスモデルの適応が、マイノリティストレスに起因する GD 当事者の精神的健康、QOL の悪化に対する治療方略の構築に繋がると期待される。

### 第3節 本研究の構成

本研究の構成は、Figure 2-1 に示した通りである。第1章では、GD 当事者における従来の研究を概観し、GD 当事者が抱える問題点、マイノリティストレスモデルに基づいた GD 当事者における精神的健康の悪化要因を明らかにすることの重要性を指摘した。そして本章では、先行研究の問題点を整理し、本研究の目的と意義について論じた。これを受けて、第3章以降は次のような構成で展開される。

第3章では、問題点(1)を解決するために、成人の FTM 当事者が経験するマイノリティストレスの内容を明らかにする。また、マイノリティストレスに対するコーピングの内容を明らかにし、質的研究の手続きを用いて内容の整理を行う。

第4章では、問題点(2)を解決するための研究を行う。まず、成人の FTM 当事者が経験するマイノリティストレスを測定する方法として、第3章の結果に基づいた Stressor Inventory of Female To Male (SIFTM) の作成を行う。また、SIFTM の信頼性と妥当性の検討を行う。次に、マイノリティストレスに対するコーピングを測定する Coping Inventory of Female To Male (CIFTM) の開発を行う。第3章の結果に基づいて項目を作成し、その信頼性と妥当性の検討を行う。

第5章では、問題点(3)を解決するために、成人の FTM 当事者を対象に第4章で開発された自己評価式尺度を用いた調査研究によって、マイノリティストレス、コーピング、ソーシャルサポートが精神的健康、機能障害に及ぼす影響の検討を行う。また、マイノリティストレスモデルで仮定されているコーピング、ソーシャルサポートの調整効果の検討を行う。次に、問題点(4)を解決するために、認知的評価が精神的健康、機能障害に及ぼす影響と調整効果を検討する。

最後に、第6章では、第3章から第5章にまでの結果を受けて、本研究によって明らかにされた結果を総括するとともに、マイノリティストレスモデルに基づいた各変数が、FTM 当事者の精神的健康、QOL の改善に果たす役割と、FTM 当事者に対する心理療法の具体的な治療方略について考察する。

### 第3章 FTM 当事者が経験するマイノリティストレスとコーピングの質的検討 (研究1)

#### 第1節 問題と目的

スティグマ化された集団である同性愛者や両性愛者、マイノリティに属する人種において、マイノリティストレスがマイノリティに属する個人の精神的健康と身体的健康を悪化させることが実証されている (Meyer, 1995; Pascoe & Richman, 2009)。GD 当事者もスティグマ化された集団であり、性自認に沿った生活がマイノリティストレスに対する暴露を引き起こし、薬物乱用、不安、抑うつ症状、自殺未遂行動を予測することが複数の研究で明らかにされている (Bockting, 2008; Factor & Rothblum, 2007; Marx & Katz, 2006; Sjoberg et al., 2006)。第1章で指摘したように、GD 当事者が経験する差別や暴力被害をマイノリティストレスと位置づけ、精神的健康の悪化を引き起こす要因であることが実証的に検討されてきた (Hendricks & Testa, 2012)。しかし、GD 当事者が経験するマイノリティストレスは、差別や暴力被害経験だけではなく、GD 当事者であることが周囲に知られる経験や周囲から女性として接せられる経験、自認に沿わない服装がマイノリティストレスの特徴として存在することが明らかにされている (小池他, 2009; Zachary, 2012)。つまり、差別や暴力のみをマイノリティストレスと定義して精神的健康に及ぼす影響を検討することは、GD 当事者の精神的健康の悪化要因を理解するためには不十分であり、マイノリティストレスの包括的な理解が必要である。

同様にコーピングの包括的な理解も重要である。マイノリティストレスモデルでは、マイノリティストレスの影響を緩和する1つの要因としてコーピングが仮定されており、マイノリティストレスに対するコーピングの重要性が指摘されている (Meyer, 2003; Tummala-Narra & Claudius, 2013)。GD 当事者のコーピング内容を調査した先行研究としては、Singh & McKleryoy (2011) が半構造化面接を用いて (1)アイデンティティにおける自尊心、(2)アイデンティティ抑制の再構築、(3) 家族との関係の操作、(4) サポート源の利用、(5) コミュニティへの接触、(6) スピリチュアリティと希望、の6種類に分類している。しかし、Singh & McKleryoy (2011) が調査したコーピングの対象はトラウマティックイベントに対するコーピングであり、ストレス強度の高いストレス者に限定されている。次に、Budge et al. (2013) は、構造化面接により性移行前、性移行中、性移行後の各段階で実施された情動焦点型コーピングを収集し、グラウンテッドセオリーアプローチを用いてコーピングの内容を整理している。その結果、情動焦点型コーピングは促進コーピングと回避コーピングに分類され、認知的および行動的側面の下位分類が存在することを示した。これらのコーピングは、情動焦点型コーピングに特化した結果であり、GD 当事者の情動焦点型コーピングの特徴を整理した初めての研究である。しかし、コーピングは複数の分類があり、情動焦点型コーピング以外のコーピングは先行研究で検討されていない。つまり、GD 当事者のマイノリティ

ストレッサーに対するコーピングの特徴を包括的に検討した研究は無く、新たにコーピングの特徴を明らかにする必要がある。さらに、海外の先行研究では、MTF 当事者のみ、または MTF 当事者と FTM 当事者の両方を対象者に含めて実施されている研究が中心であり、FTM 当事者に関する基礎情報が不足している。欧米諸国では MTF 当事者と FTM 当事者の有病率の比率が 2.43:1~4:1 である一方で、わが国では FTM 当事者の方が MTF 当事者よりも有病率が高いことから (de Cuypere et al., 2007; van Kesteren et al., 1996; Landen et al., 1996; 永井他, 2004; Robert, 1983; 矢野他, 2007), FTM 当事者に焦点を当てることは、FTM 当事者の状態像の把握と不足している基礎情報の提供に繋がることが期待できる。

そこで、本章では GD 当事者のうち、わが国で多いとされる FTM 当事者の状態像を把握するとともに、マイノリティストレッサーとマイノリティストレッサーに対するコーピングの特徴を明らかにする。

## 第2節 方法

### (1) 研究協力者

地方都市部の総合病院精神科に設立されている GD 専門外来を受診し、10 年以上の GD 診療経験がある精神科医によって ICD-10 基づいて性転換症、または性同一性障害と診断された 20 歳以上の FTM50 名のうち、回答を得られた 22 名を調査対象とした。

### (2) 調査材料

#### ①フェイスシート

年齢、性別違和感を自覚し始めた年齢、現在行っている、または行ったことのある治療方法、希望する治療方法、治療期間、理解を得られている家族、カミングアウトをした家族、GID 以外の疾患、教育年数、就職状況、性指向、パートナーの有無、GID の情報源について回答を求めた。

#### ②Female To Male 当事者が経験するマイノリティストレッサー

FTM 当事者が経験するマイノリティストレッサーの内容を明らかにするために、自由記述式の質問紙による回答を求めた。呈示した教示文は「ここ 1 年の間に、自分が性同一性障害であるために経験した嫌なこと、困ったことにどのようなことがありましたか。どんなことでもよいので、できるだけたくさん書いてみて下さい。」であった。

#### ③Female To Male 当事者が経験するマイノリティストレッサーに対するコーピング

FTM 当事者が経験するマイノリティストレッサーに対するコーピングの内容を明らかにするために、自由記述式の質問紙による回答を求めた。呈示した教示文は、「ここ 1 年の間に、自分が性同一性障害であるために経験した嫌なこと、困ったことがあったときに、どのように対処していましたか。あるいはどうしたいか、どうすればよいと思っているかなど、

ストレスを解消するために考えたり、行った対処の仕方をどんなことでも良いので、できるだけたくさん書いてみて下さい。」であった。

### (3) 手続き

地方都市部の総合病院精神科に設立されている GD 専門外来受診後に、本研究者が研究の目的、内容、倫理的配慮を書面で説明し、研究参加の同意が得られた研究協力者に対して、封筒に入れた調査材料一式を手渡した。また、地方都市部の総合病院精神科に設立されている GD 専門外来で、10 年以上の GD 診療経験がある精神科医が主催している自助グループに参加した際に、研究の目的、内容、倫理的配慮を書面で説明し、研究参加の同意が得られた研究協力者に対して、調査材料一式を封筒に入れて手渡した。調査材料の回収方法は、回答後に投函してもらう郵送法を用いた。回答期限は調査材料一式を手渡して 1 カ月とした。

### (4) 実施期間

実施期間は 2011 年 7 月から 12 月であった。

### (5) 解析方法

GD 当事者と面接経験のある臨床心理士有資格者 3 名が統制比較分析（木下，2003）の手順に基づいて項目の整理を行った。項目の採択基準は、(1) 具体的な内容であること、(2) GD 当事者に見られる内容であること、であった。削除基準は、(1) 曖昧な内容であること、(2) 個人的過ぎる内容であること、とした。本研究では、収集された自由記述の内容を意味が通る 1 文に分解し、類似した内容を第 1 グループにまとめた。その際に各グループの内容を反映した概念名および定義を作成した。次に、第 1 グループに対して、類似した内容を第 2 グループにまとめ、概念名と定義を作成した。同様に、第 2 グループに対して類似した内容を第 3 グループとしてまとめ、概念名と定義を作成した。

なお、倫理的配慮から書いた人物が特定されないように、意味が変わらない範囲で文章を修正した。

### (6) 倫理的配慮

研究の実施の際には、本研究の目的、意義、方法、個人情報取り扱い、研究参加に関する内容について書類を用いて説明を行い、同意が得られた方にのみ回答していただいた。なお質問紙は無記名で行った。本研究は、北海道医療大学および札幌医科大学の倫理委員会の承認を得てから行った。

## 第 3 節 結果

### (1) 研究協力者の基本属性

研究協力者 22 名の年齢は平均年齢 29.40 ( $SD = \pm 5.40$ ) 歳、性別違和を自覚し始めた平均年齢 6.05 ( $SD = \pm 3.07$ ) 歳であった。受けている治療方法は、9 名が精神科に通院中 (40.91%), 6 名がホルモン療法を実施中 (27.27%), 6 名がホルモン療法および何らかの身体的手術を実施済み (27.27%), 1 名が不明 (4.55%) であった。ホルモン療法および何らかの身体的手術を実施済みの 6 名のうち、3 名が乳房切除まで実施済みであった。治療の平均期間は 35.94 ( $SD = \pm 33.59$ ) ヶ月であった。希望する治療段階は、ホルモン療法までの希望者が 1 名 (4.55%), SRS までの希望者が 14 名 (63.64 %), 乳房切除までの希望者が 3 名 (13.64%), 希望する治療段階である SRS まで実施済みの者が 4 名 (18.18%) であった。GID 以外の併存疾患は、パニック障害 1 名 (4.55%), 気分変調性障害 1 名 (4.55%), てんかん 2 名 (9.10%), 統合失調症 1 名 (4.55%), 卵巣腫瘍 1 名 (4.55%) であった。

## (2) カミングアウトと家族からの理解

カミングアウトを実施した対象について回答を求めたところ、父親が 10 名 (45.45%), 母親が 16 名 (72.73%), 兄弟姉妹が 10 名 (45.45%), 祖父母が 1 名 (4.55%) であった。友人に対してカミングアウトを行っていたのは 21 名 (95.45%), 職場の同僚や上司が 14 名 (63.64%) であった。

次に、家族の誰にカミングアウトを行い、誰から理解が得られているかについて、記載があった 21 名を対象に、理解が得られた家族の人数と割合を算出した。その結果、父親が 10 名中 8 名 (80%), 母親が 16 名中 13 名 (81.25%), 兄弟姉妹が 10 名中 9 名 (90.00%), 祖父母が 1 名中 1 名 (100.00%), であった。家族にカミングアウトを実施した 21 名中、誰からも理解が得られなかったのは 3 名 (14.29%) であった。

## (3) 性指向とパートナーの有無

22 名のうち、性指向が女性の場合が 14 名 (63.64%), 男性が 1 名 (4.54%), 両性が 5 名 (22.73%), 不明が 2 名 (9.09%) であった。また、パートナーの有無について回答が得られた 21 名のうち、パートナーがいると回答したのは 10 名 (47.62%) であった。パートナーの性に関しては、女性が 8 名 (80.00%), 男性が 1 名 (10.00%), FTM が 1 名 (10.00%) であった。婚姻状況については、既婚者は 22 名のうち 2 名 (9.10%) であった。既婚者 2 名の性指向とパートナーの性別は、性指向は両性でパートナーが男性, 性指向は女性でパートナーも女性が 1 名ずつであった。

## (4) 教育年数と就職状況

22 名の平均教育年数は 13.86 ( $SD = \pm 2.98$ ) 年、範囲は 9~21 年であった。最終学歴は、中学校卒業から大学院修了まで含まれていることが示された。

就職状況は、正規雇用者が 9 名 (40.91%), 非正規雇用者が 5 名 (22.73%), 学生が 3 名 (13.63%), 無職が 5 名 (22.73%) であった。



Table 3-1 FTM 当事者が経験するマイノリティストレスの内容 (N=22)

No.	第 3 グループ	第 2 グループ	第 1 グループ
1	カミングアウトに関する問題	カミングアウトの方法の悩み	カミングアウトの方法に対する悩み
			カミングアウト対象者の選定
			カミングアウト後の自分と 他者の認識の違い
		カミングアウト後の望まない結果  カミングアウト後のネガティブな結果に対する 恐怖	カミングアウト後のネガティブな結果 胸部の接触を求められる
			カミングアウト後のネガティブな結果 に対する恐怖
			就職先の受容に対する不安
2	治療に関する問題	カミングアウト後に個人的なことを聞かれる	興味本位で他者からプライベートを 聞かれる
		治療上の実質的な負担	通院時間の確保
			治療上の金銭的な負担
			治療中の施設使用の困難さ
		治療上の心理的な負担	SRS を受けることに対する悩み
			ホルモン療法開始時期に対する不満
			産婦人科への通院

Table 3-2 FTM 当事者が経験するマイノリティストレスの内容 (N=22)

No.	第 3 グループ	第 2 グループ	第 1 グループ
3	性別や GID の情報を他者に示すことに関する問題	他者への性別の公開	性別を聞かれる
			性別の記入
			他者からの性別の確認
			性別の提示
			他者に対する家族関係の説明
			公的書類の性別記載による場所の制限
4	女性の特徴に対する嫌悪	女性的身体的特徴への嫌悪感	公的書類の性別記載による場所の制限
			書類に GID を記入すること
			胸部の存在
			月経
			声に対する嫌悪感
			女性的な身体的特徴を見ることへの嫌悪感
5	他者からの不理解によって起こる問題	GID ということによる他者からの拒否	女性的な身体に変化することへの嫌悪感
			女性トイレを使うことへの嫌悪感
			女性用トイレを使うことへの嫌悪感
			差別体験
			戸籍上の性別でないことでの拒否

Table 3-3 FTM 当事者が経験するマイノリティストレスの内容 (N=22)

No.	第3グループ	第2グループ	第1グループ
6	トイレ使用時の問題	トイレ使用時の不安	トイレで女性と気づかれる不安
			個室トイレ使用時の不安
		トイレの使用し難さ	使用するトイレの性別を迷う
			不十分なパス度によるトイレの使用し難さ
			トイレ使用時の周りの反応
		トイレで注目を集める	トイレで注目を集める
		多目的トイレを使用できないために起こる二次的問題	多目的トイレが無いために起こる問題
7	他者から女性として扱われる問題	他者から女性として扱われることへの嫌悪感を感じる場面	女性的な名称と呼ばれる
		カミングアウトしていない人への女性としての対応	他者から女性として接せられる
			カミングアウトしていない人への女性としての対応

Table 3-4 FTM 当事者が経験するマイノリティストレスの内容 (N=22)

No.	第 3 グループ	第 2 グループ	第 1 グループ
8	周囲からの視線に関する問題	性別が分かるような表現があった場合の周囲からの不審な視線	男性として呼ばれることによる周りの反応
			生理用品を購入する際の他者の視線
			氏名変更と性別の違いによる他者からの視線
			周囲からの家族に対する視線に関する不安
9	女性的な身体的特徴を捉えられる問題	他者に女性的な身体的特徴を捉えられる	周囲からの自分の性別に対する視線
			周囲に自分の性別がばれる不安
			他者の前で裸になる
			声による他者からの性別の判断
10	女性としての立場を求められる問題	社会的な場面での女性的な立場を求められる	女性的な身体的特徴を見られることへの嫌悪感
			胸部を触られる
			職場や学校での女性の服装の着用
			イベント時の服装や対応
			女性の中で活動すること
			女性としての勤務
			女性らしく求められる発言

Table 3-5 FTM 当事者が経験するマイノリティストレスの内容 (N=22)

No.	第 3 グループ	第 2 グループ	第 1 グループ
11	恋愛に関する問題	性的指向やパートナーの公開	恋愛感情や関係を他者に示すことに対する抵抗
12	対人関係の希薄化の問題		対人関係の回避
13	生物学的男性に対するネガティブな感情	生物学的男性に対するネガティブな感情	生物学的男性に対する敵意
14	生物学的男性と比較した FTM の身体的な違い	生物学的男性と比較した FTM の身体的な違い	子供が作れない 男性に身体的能力で劣ること

#### (5) GD に関する情報源

GD に関する情報を何から得ているか回答を求めたところ、22 名中テレビが 18 名 (81.82%)、インターネットが 16 名 (72.73%)、本や雑誌が 9 名 (40.01%)、知人や友人が 5 名 (22.73%)、医療関係者が 3 名 (13.64%) であった。

#### (6) FTM が経験するマイノリティストレス

自由記述により 85 項目が収集された。さらに先行研究 (佐倉, 2006; 山本, 2005; 山内, 2001) および臨床的観点から 42 項目を収集した。自由記述による項目の収集と先行研究および臨床的観点による収集は、それぞれ個別に行った。先行研究は、GD 当事者が生活上で困る出来事について記載のある項目、および記述されている文章を抜き出した。抜き出した文章は短文に分解し、1 文に修正を行った。臨床的観点は、先行研究から得られた項目をまとめ、10 年以上の GD 当事者の診療経験を持つ精神科医に確認を行い、項目の追加を行った。33 項目が先行研究から収集され、臨床的観点から 9 項目が追加された。臨床的観点から収集された項目は、治療に関する項目 (金銭的になかなか治療を進められない、女性だらけの産婦人科に通わないといけない、通院のために仕事を休まないといけない)、性別の表記や表出に関する内容 (病院などの会計時に女性の名前で呼ばれる、保険やカードの契約時によって性別が異なる、戸籍名や性別が書かれている書類を提出する、電話で話すと女性と間違われる)、施設利用に関する内容 (温泉や共同のお風呂に入りにくい)、対人場面に関する内容 (トイレや性交渉などプライベートを聞かれる) であった。自由記述から得られた項目と合わせて、最終的に 127 項目が収集され、削除基準に当てはまった 9 項目を除いた合計 118 項目が分析の対象となった。

分析の結果、第 1 グループとして 59 グループが作成された。59 の小グループについて同様の手続きを行った結果、27 の第 2 グループ、14 の第 3 グループにまとめられた (Table 3-1, 3-2, 3-3, 3-4, 3-5)。第 3 グループは、性別違和感を示す「女性の特徴に対する嫌悪」、嫌悪感の対象である身体的性を他者に見られる「女性的な身体的特徴を他者に捉えられる」、GD の治療を受ける際に起こる「治療に関する問題」、性自認は男性だが身体的に女性であるため、女性トイレを使用しなければならない状況で起こる「トイレ使用時の問題」、他者に性別違和感を持つことや性自認を自己開示する「カミングアウト」、カミングアウトの意図を持たない状況で身体的性に関する情報の開示を求められる内容であった「性別や GD の情報開示」、GD を起因とする差別被害経験である「他者からの無理解」、周囲からの評価を中心とした「周囲からの視線」、身体的性として周囲から接せられる出来事である「他者から女性として扱われる」、身体的性に沿った性役割を周囲から求められる状況である「女性としての立場を求められる」、恋愛感情を開示することで周囲から同性愛と誤解された結果、否定的態度を示すことを予測した「恋愛に関する問題」、周囲との関係性における困難を示す「対人関係の希薄化」、男性に対して陰性感情を持つことへの嫌悪感を示す「身

Table 3-6 FTM 当事者が実施するコーピングの内容 (N=22)

No.	第 3 グループ	第 2 グループ	第 1 グループ
1	他者への相談	他者に悩みを話す	医療者に相談する 身近な人に相談する 身近な人に悩みを話す ネットに書き込む
2	性自認への一致	男性に見える外見をする 男性のような体づくりをする 出来るだけ低い声で話す	男性に見える服装をする 男性に見える髪型をする 体毛を処理しない 筋力トレーニングを行う 低い声を意識する
3	理解希求	GID に関することを説明する 他者からの理解を期待する 相手にして嫌なことを伝える	必要なときに GID に関するこ を説明する 他者からの理解を望む カミングアウト対象者に して欲しくない事を伝える 嫌な事を伝える

Table 3-7 FTM 当事者が実施するコーピングの内容 (N=22)

No.	第 3 グループ	第 2 グループ	第 1 グループ
4	他者による対応	他者に対応してもらう	家族に GID に関することを説明してもらう 代わりに女性に会員証を作ってもらう 医療スタッフに GID に関することを説明してもらう 周りの人に代わりに話してもらう 生理用品を家族に送ってもらう 自分で性別記入をせず他者に記入してもらう



Table 3-8 FTM 当事者が実施するコーピングの内容 (N=22)

No. 第3グループ	第2グループ	第1グループ
5 回避	人が集まる場所や時間を避ける	人が集まる場所を避ける
		学生の登下校時間を避ける
	人との関わりを避ける	理由をつけて一人になる
		性別に疑問を持たれた時に 関わりを避ける
		人と顔を合わせないようにする
	恋愛や性別の話避ける	顔を合わせないようにする
		カミングアウトしていない人と 恋愛や性別の話避ける
	聞き流す	話を聞き流す
	相手を見捨てる	無視する
	身分証の提示をしないで済む場所を探す	身分証の提示がない会員証 を作る
6 感情の抑制	他者の注意をひきにくいトイレを使用する	両方の性別が使えるトイレを 使用する
		人気の無いトイレを使用する
	我慢する	我慢する
	笑ってごまかす	笑ってごまかす
	自傷行為をする	自傷行為をする
	過度な飲食行動を行う	暴飲暴食を行う

Table 3-9 FTM 当事者が実施するコーピングの内容 (N=22)

No.	第 3 グループ	第 2 グループ	第 1 グループ
7	感情の表出	気のすむまで泣く	泣く
8	気を紛らわす	趣味に没頭する	趣味に没頭する
		好きなことをする	ナンプレを解く
			本を読む
			お笑い番組を見る
			音楽を聴く
			走る
			ゲームをする
			ばか騒ぎをする
		寝る	寝る
		無理なことは諦める	諦める

Table 3-10 FTM 当事者が実施するコーピングの内容 (N=22)

No.	第 3 グループ	第 2 グループ	第 1 グループ
9	認知的対処	性別に関して思い込む	女性と思いこむ
			自分に有利な性別を利用できる と思いこむ
		家族やパートナーなど大事な人のためだと思 う	親のためと思う
		前向きに考える	前向きに考える
		男性として生活することを考える	男性として生活することを 考える
		あまり気にしないようにする	気にしないようにする
		自信を持って堂々としている	堂々とする
		原因を考え直す	原因を考え直す
		相手を反面教師にとらえる	差別対象者を憐れむ

体的男性に対する感情」，身体的な性の違いによる「男性との身体的な違い」であった。

#### (7) FTM が経験するマイノリティストレスに対するコーピング

自由記述により 76 項目が収集された。除外基準に当てはまる項目は無かった。76 項目を分析した結果，第 1 グループとして 56 のグループが作成された。次に，同様の手続きを繰り返し，35 の第 2 グループ，9 の第 3 グループにまとめられた (Table 3-6, 3-7, 3-8, 3-9, 3-10)。第 3 グループは，他者に悩みを相談する「他者への相談」，相手に理解を求める「理解希求」，自分の代わりに他者に対応してもらう「他者による対応」の 3 つが他者に働きかける内容であった。また，性自認である男性に身体的に近づけたり，周囲から男性として認識されるように努力する「性自認への一致」，身体的性が分かる状況，他者との接触や特定の場所を避ける行動を「回避」とした。感情を調整するための方法として「抑制」，「感情の表出」，「気を紛らわす」が確認された。最後に原因帰属，肯定的解釈，一時的な認知処理方略をまとめ，「認知的対処」とした。

## 第 4 節 考察

本章の目的は，成人の FTM 当事者の状態像を把握するために，FTM 当事者が経験するマイノリティストレス，およびマイノリティストレスに対するコーピングの特徴を明らかにすることであった。調査の結果，成人の FTM 当事者はさまざまなストレスを経験し，FTM 当事者は GD 当事者に特徴的なコーピング，および一般的なコーピングのいずれも用いていることが明らかとなった。

本研究の調査協力者は，小学校就学以前から性別違和を感じていた。わが国の先行研究 (永井他, 2004) と一致した結果であり，低年齢時から性自認に違和感が生じていることが示された。治療については，SRS まで希望する割合は 63%.64，乳房切除まで希望する割合は 13.64%であった。希望する SRS まで既に実施した場合を含めると，22 名中 21 名が何らかの身体的治療を希望していた。生理はホルモン療法により停止するものの，乳房は女性の身体的特徴であり，FTM 当事者に女性であることを認識させる身体的部位であるため，少なくとも乳房切除術までの実施を希望していたと考えられる。

次に，6 名が併存疾患を診断されていた。てんかんを除外した場合，精神疾患に該当する研究協力者は 3 名のみであり，併存疾患の高さを指摘する先行研究 (Gómez-Gil et al., 2009; Haraldsen & Dahl, 2000; Hepp et al., 2005) と異なる結果であった。その理由として，先行研究と本研究との方法論の違いが挙げられる。先行研究は精神科外来に受診した GD 当事者の診察情報を用いた疫学調査であるが，本研究は GD 当事者自身に併存疾患の情報を記入してもらっているため，医師が併存疾患に関する告知していないことが考えられる。

カミングアウトに関しては，友人がカミングアウトの対象になる割合がもっとも高かつ

た。家族では母親の割合がもっとも高く、カミングアウトの結果として理解を得られた割合は兄弟・姉妹、母親、父親の順に高かった。家族のうち、兄弟や姉妹は過剰な干渉をせず、明確な拒否的態度をとらないとされる（針間，2011）。また、母親がカミングアウトの対象としてもっとも多かったことは、父親よりも母親から理解を得られるという期待が高かったと推測される。その理由として、受容的態度における性差の影響が指摘できる。同性愛者の受容に関する先行研究（石丸，2008）によれば、男性よりも女性の方が同性愛者に受容的態度を示すことが明らかにされていることから、FTM 当事者においても同様に性差が影響していた可能性が考えられる。また、FTM 当事者の性指向については、女性に対して恋愛感情を抱く割合がもっとも高く、女性のパートナーが存在する割合がもっとも高かった。わが国の FTM 当事者における性指向を調査した研究（石丸・針間，2009）と一致した結果であった。既婚者に関しては、男性、女性の両方の性のパートナーと婚姻状況にあることが示された。わが国の法律では、2004 年に施行された性同一性障害の性別の取り扱いに関する法律により、SRS による生殖器の摘出および男性としての外性器の存在が確認される場合、戸籍を男性まで変更することが可能となる。本研究では、女性と婚姻関係にある FTM 当事者の性指向は女性であり、SRS まで実施済みだったことから、性別移行のすべての手続きを終了していたと考えられる。一方で、男性と婚姻関係にある研究協力者については、性指向が両性であったことから、法律上では女性として男性と婚姻関係にあると考えられる。本研究で得られたパートナーの性別と婚姻状況に関する情報は、多様な性自認と性指向による多様な生活スタイルが存在することを示している。

また、GD に関する情報をテレビやインターネットから得ていることが明らかとなった。わが国でもマスメディアの報道により、GD 当事者の情報が得られやすくなり、GD の疾患としての認知度が浸透してきた現状を示した結果と考えられる（山根・名島，2006）。GD 当事者だけでなく、GD 当事者を取り巻く家族や友人に正確な情報を伝える情報発信源として、活用することが重要である。

就労状況については、学生を除いた場合、40%が正規雇用者、22%が非正規雇用者、無職が 22%であった。GD 当事者のうち、高くても半数程度が正規雇用者であると報告する先行研究（Bradford, Reisner, Honnold, & Xavier, 2013; Newfield et al., 2006; 松嶋，2012; Xavier, Honnold, Bradford, & Community Health Research Initiative Center for Public Policy Virginia Commonwealth University, 2007）と一致した結果であった。GD 当事者は、就職状況による経済的困難を抱えていることから、FTM 当事者の雇用機会の増加が求められる。

成人の FTM 当事者が経験するマイノリティストレスに関しては、「女性の身体的特徴に対する嫌悪感」、「男性との身体的な差異」、「女性としての性役割を求められる状況」、「周囲から女性として接せられる」の 4 グループが性別違和感を示す内容であった。GD 当事者は、性自認と身体的性、性役割に関する不一致により心理的ストレスを感じている状態であり、複数の領域で機能障害が起こる。本研究では、対人関係の機能障害を反映し

た内容も確認されたことから、診断基準に沿った状態像を反映した内容と考えられる。

Hughto, Reisner, & Pachankis (2015) は、スティグマを社会システムと経済的側面から構造水準、対人水準、個人水準の3水準に分類した多階層モデルを提唱している。構造水準は、スティグマ化された集団の心理的健康を制限し、多数派が少数派を排除、過小評価する社会規範、思想、環境、法律およびその実行を指す。GD 当事者における構造水準上の1つに性別の二元論が挙げられる。二元論では、身体的性に沿った性自認、性役割の表現は規範的な行動として捉えられるが、GD 当事者は性自認と身体的性、性役割に対する不一致感を持っているため、性自認の表現が否定的に捉えられてしまうという社会背景が存在する。他者から身体的性の情報を求められることがGD 当事者にとってストレスとなる背景には、多数派の二元論を基にした否定的な反応および身体的性への嫌悪感が理由と推測される。また、性指向の自己開示においても同様の機序が指摘できる。性指向のカミングアウトは、身体的には女性であることから周囲から同性愛または両性愛として認識される可能性がある。第1章第3節で述べたように、同性愛、両性愛者はスティグマ化された集団であり、周囲からの差別被害、暴力被害を経験しやすい (Herek, 2009; Pascoe & Richman, 2009)。ホルモン療法、SRS による顕著な身体的変化が見られる場合には、異性愛者として認識されるが、そうでない場合は同性愛、両性愛者として認識され、周囲からの否定的反応の予期が強くなる。性別違和感と性指向は別概念であるものの、GD 当事者においても性指向の開示は偏見、差別被害経験のリスク要因である。対処方法として人や場所、対人交流が起きる状況を避けようとする回避行動が確認されたことは、リスク要因を避けることで安全を得ようと試みていることが示された。

対人水準には、周囲からの差別、家族からの拒否、性被害、暴力被害経験が含まれる。対人水準に該当する経験による拒否や差別経験の予期、不安が起こり、対人状況を避けるようになる。その結果、GD 当事者は性別違和感を持つことを開示しない選択肢を持つようになる (Mizock & Mueser, 2014)。対人水準と個人水準の関連は Meyer (2003) における内的マイノリティストレスに該当する。GD 当事者が性別違和感を持つことや性自認を自己開示することをカミングアウトと呼ぶ。既に述べたようにカミングアウトは家族や友人との関係を悪化させたり、周囲からの偏見、差別被害を引き起こす出来事となるきっかけとなる。例えば、Zucker & Bradley (1995) は、カミングアウトによる家族間の緊張、当事者の問題行動について、複数の事例を報告している。そのため、カミングアウトの方法、対象を慎重に選択しなければならない (日本精神神経学会・性同一性障害に関する委員会, 2011; WPATH, 2011)。

治療に関する内容は、ホルモン療法や SRS が国民健康保険に適応されていない現状を反映していると考えられる。GD 当事者が望む身体化治療は個人により異なるが、経済的理由により性自認に沿った性別での生活が制限される (南野・川崎・針間, 2013)。また、調査時期の 2011 年は、わが国の治療ガイドラインが段階的な治療と慎重な診断を推奨していたことから (日本精神神経学会・性同一性障害に関する委員会, 2006)、身体的治療の移

行に要する期間の長さを反映した内容も含まれていた。

本研究で得られたマイノリティストレスの内容は、Hughto et al. (2015) における構造水準に基づいた対人水準の出来事が中心であった。つまり、GD 当事者が日常生活上で経験するマイノリティストレスは、対人交流場面が中核となることが示唆された。

次に、コーピングに関して GD 当事者は複数のコーピングを実施しており、FTM 当事者は男性に近づくための筋力トレーニング、周囲から男性として認識される服装、髪型といった外見上の努力を行っていることが明らかとなった。GD 当事者は、周囲から性自認の性として認識されることを「パスする」、その程度を「パス度」と呼ぶ (佐倉, 2006)。FTM 当事者の場合、胸部は外見における女性の身体的特徴であることから、胸部を隠すための特殊なシャツを使用したり、大きめの服装により女性の身体的特徴を隠そうと試みていることが知られているおり、FTM 当事者の状態像を反映した内容であった。

次に、他者に悩みを相談する行動はソーシャルサポートの活用を示す内容と考えられる。複数の先行研究 (Moody & Smith, 2013; Nemoto et al., 2011; Simons et al., 2013) から、両親、友人からのソーシャルサポートの量が生活の満足感の増加、抑うつ症状、自殺行動の減少に関連することが明らかとなっている。また、「理解希求」は他者に理解を求める行動であり、スティグマに基づく偏見、差別を対人水準で問題解決的に対処していることが示唆された。

「感情の抑制」は情動焦点型コーピングであり、我慢や笑ってごまかすことでストレスフルな状況をやり過ごしたり、暴飲暴食や自傷行為を行っていることが確認された。特に、自傷行為は自殺未遂との関連が多く、先行研究で指摘されていることから、GD 当事者の高い自殺未遂率との関連性が推測される (Hamza & Willoughby, 2013)。例えば、Andover & Gibb (2010) は、精神疾患患者の自傷行為が抑うつ症状よりも自殺未遂を予測することを明らかにしている。また、Glenn & Klonsky (2009) は、205 名の成人を対象に調査研究を行った結果、自傷行為の経験がある群は自傷行為の経験が無い群よりも自殺念慮が 8 倍、自殺未遂が 25 倍高くなることを報告している。GD 当事者における自傷行為の割合、自殺未遂との関連を検討する必要が指摘できる。

認知的対処の内容も明らかとなった。Miller & Kaiser (2001) はスティグマに対する接近型コーピングを第 1 次、第 2 次コントロールコーピングに細分化している。第 1 次コントロールコーピングは、ストレスフルな状況を変容することを目的とし、第 2 次コントロールコーピングは、ストレスフルな状況に対する適応を目的として行う。認知的対処は、第 2 次コントロールコーピングに分類され、原因帰属による差別行動を起こした相手の思考のリフレーミングと価値の変化により差別被害経験に対処可能とされる。本研究では、差別行動を起こした対象、原因の評価は、先行研究 (Miller & Kaiser, 2001) で指摘されている認知的対処と一致する。一時的に性別を有利に利用可能だという解釈や一時的に女性と思い込む認知的対処は、性自認の表出を避けることで周囲との衝突を避ける対処であり、ストレスフルな状況への適応を目的としている。一方で、人種差別では認知的対処は

Well-being を低下させることも報告されていることから、GD 当事者の認知的対処の効用を検討する必要がある (Brnscombe, Schmitt, & Harvey, 1999)。



## 第4章 FTM 当事者における精神的健康に関連する要因の測定方法の整備

### 第1節 FTM 当事者が経験するマイノリティストレス尺度の開発（研究2）

#### 第1項 問題と目的

マイノリティストレスモデルに基づいて、GD 当事者の精神的健康および QOL に関わる実証的研究を行うためには、GD 当事者が経験するマイノリティストレスを測定する信頼性と妥当性を有する方法が必要となる。マイノリティストレスとは、マイノリティに所属する個人に特徴的な、社会的背景に基づいた慢性的なストレスと定義される (Meyer, 2003)。また、マイノリティストレスは、客観的な出来事である外的マイノリティストレスと個人内の心的過程である内的マイノリティストレスに分類されている。GD 当事者の先行研究では、差別、暴力被害を中心とした外的マイノリティストレスが精神的健康に影響を及ぼすことが実証されてきた。例えば、Bradford et al. (2013) は、友人、家族、職場からの差別を6項目、2件法で測定し、ロジスティック回帰分析を用いて精神的健康の増悪要因であることを明らかにしている。また、既存の尺度を改変してマイノリティストレスを測定し、精神的健康との関連を検討している先行研究も存在する。例えば、Nemoto et al. (2011) は、ホモフォビアを測定する尺度を改良した尺度を用いて周囲からの偏見、ハラスメントを測定し、Jefferson, Neilands, & Sevelius (2013) は13項目3因子構造から構成される尺度を作成している。これらの研究で用いられた各尺度は、高い信頼性を有することが報告されているものの、妥当性の検討がされていない。つまり、作成された尺度が、GD 当事者のマイノリティストレスを測定しているのかが明らかにされていない。

また、第3章でFTM 当事者を対象にマイノリティストレスの特徴を整理した結果、GD 当事者のマイノリティストレスは多種多様であり、差別や暴力被害、ハラスメントに制限されていないことが明らかとなった。GD 当事者の精神的健康および QOL に関わる実証的研究を行うためには、マイノリティストレスの特徴を包括的に測定するとともに、信頼性と妥当性を有する方法の開発が急務である。

そこで、本章では第3章の結果に基づき、FTM 当事者のマイノリティストレスを測定する自記式尺度を作成し、信頼性と妥当性の検討を行う。本章でマイノリティストレスの測定方法を確立することは、GD 当事者における精神的健康と QOL に影響を及ぼす要因の実証的な検討が可能となる。また、FTM 当事者が経験するマイノリティストレスをアセスメントすることは、精神的健康、QOL に及ぼすマイノリティストレスのうち、対処の必要性があるマイノリティストレスを精査することに繋がる。つまり、信頼性と妥当性を有する尺度の確立は、FTM 当事者の精神的健康、QOL に関する基礎研究を発展させ、臨床場面におけるFTM 当事者の状態像の把握に繋がる。

## 第2項 方法

### (1) 研究協力者

首都圏の精神科クリニック，または地方都市部の総合病院精神科に設立されている GD 専門外来を受診し，ICD-10 に基づき GD 診療経験がある精神科医によって性転換症，もしくは性同一性障害と診断された FTM 当事者，または性別違和感を主訴として通院している 20 歳以上の FTM 当事者を合わせた 121 名に調査協力を依頼した。回答の得られた 85 名のうち，有効回答を得られた 71 名を調査対象とした。

### (2) 調査材料

①フェイスシート：現在の年齢，性別違和を自覚し始めた年齢，現在受けている治療の 3 項目について回答を求めた。

#### ②Stressor Inventory of Female to Male (SIFTM)

第4章で収集された項目を基に作成された 46 項目のうち，内容的妥当性の確認された 38 項目で構成される。ここ 3 ヶ月で経験した生活上のマイノリティストレスの頻度について，4 件法（0：全くなかった～3：よくあった）を用いて回答を求めた。

#### ③Stress Response Scale-18 (鈴木・嶋田・三浦・片柳・右馬埜・坂野，1997)

「抑うつ・不安」，「不機嫌・怒り」，「無気力」の 3 つの下位尺度からなる心理的ストレス反応を簡便に測定することができる自記式の尺度である。群から臨床群まで幅広く用いることが可能な尺度である。18 項目で構成され、それぞれの質問項目に対して 4 件法（0：全くちがう～3：その通りだ）で回答を求めた。SRS-18 (鈴木他，1997) は，高い信頼性を有しており，*Cronbach* の  $\alpha = .82 \sim .88$ ，折半法における *Spearman-Brown* の信頼性係数は， $r = .71 \sim .79$ ，2 週間後の再検査信頼性は， $r = .83 \sim .91$  と報告されている。また，妥当性として十分な内容的妥当性と弁別的妥当性が確認されている。弁別的妥当性は，高校生，大学生，成人の各母集団で，ストレスの頻度が高い群と低い群における群間比較を実施したところ，ストレスの頻度が高い群の方が SRS-18 の合計得点および各下位尺度得点が高くなることが明らかになっている。さらに，心療内科に通院する臨床群と一般成人群とを比較し，臨床群の方が一般成人群より高い SRS-18 の合計得点および各下位尺度得点を示すことが報告されている。本研究では SIFTM における構成概念妥当性の検討のために用いた。

### (3) 手続き

首都圏の施設では，外来診察後に調査協力の依頼し，研究の目的，内容，倫理的配慮を説明する書類一式を入れた封筒を手渡した。封筒は持ち帰ってもらい，同意が得られた方にのみ無記名で回答してもらう方法を用いた。地方都市部の精神科外来では，外来診察後

に研究の目的、内容、倫理的配慮を書面で説明し、同意が得られた場合に書類一式が入った封筒を持ち帰ってもらう方法を用いた。質問紙の回収は、回答後に投函してもらう郵送法を用いた。回答期日は手渡してから1カ月以内とした。

#### (4) 実施期間

実施期間は2012年12月から2013年5月であった。

#### (5) 分析方法

解析にはSPSS21.0およびR3.2.3 for windowsを用いた。項目分析は、IT相関を行った。*Pearson*の積率相関係数を算出し、 $r=.30$ 未満の項目は削除した。因子構造の検討は、psychパッケージ(Revelle, 2015)を用いて探索的因子分析(最小残差法、プロマックス回転)を行った。探索的因子分析における因子数の決定基準は、(a) 平行分析、(b) 最小平均偏相関、(c) .40以上の因子負荷量を示す項目が1因子につき3項目以上見られる、(d) 各因子の解釈可能性、の4つであった。項目の除外基準は、(a) いずれの因子にも.40以上の因子負荷量を示さない、(b) 2つ以上の因子に.40以上の因子負荷量を示す、であった。信頼性の検討は、内的整合性による検討を行った。また、妥当性に関しては、GD専門外来で10年以上の診察経験を持つ精神科医によって内容的妥当性の検討を行い、構成概念妥当性を検討するために、SIFTMとSRS-18間の積率相関係数を算出した。

#### (6) 倫理的配慮

研究の実施の際には、本研究の目的、意義、方法、個人情報取り扱い、研究参加に関する内容について書類を用いて説明を行い、同意が得られた方にのみ回答していただいた。なお質問紙は無記名で行った。本研究は北海道医療大学の倫理委員会および札幌医科大学の倫理委員会の承認を得てから行った。

### 第3項 結果

#### (1) 研究協力者の属性

平均年齢は27.48 ( $SD=\pm 5.48$ ) 歳、範囲は20歳から44歳であった。性別違和を感じ始めた平均年齢は8.30 ( $SD=\pm 4.34$ ) 歳、範囲は3歳から20歳であった。受けている治療方法は、23名が精神科に通院中、18名がホルモン療法を実施中、28名がホルモン療法および何らかの身体的手術を実施済み、2名が不明であった。

#### (2) 内容的妥当性の検討

予備調査の結果を基に作成した45項目について、GD専門外来で働く精神科医1名が項目の妥当性の確認を行った。確認の結果、38項目について内容的妥当性が確認されたため、

38 項目について統計解析を行うこととした。

### (3) 項目分析

IT 関連の結果, 38 項目中 35 項目に中程度以上の相関係数 ( $r=.31\sim.80$ ) が確認された。 $r=.30$  未満の 3 項目が削除された。

### (4) 因子構造の検討

因子数を検討するために, 平行分析, 最小平均偏相関の算出を行った。その結果, 3 因子構造と 5 因子構造が示唆された。次に, 因子数を 3, 5 に指定して, 探索的因子分析 (最小残差法, プロマックス回転) を行った。削除基準に基づいて項目を検討した結果, 3 因子構造, 5 因子構造ともに, 全ての因子で .40 以上の因子負荷量を示す項目が 3 項目となった。また, すべての因子が解釈可能であった。しかし, 3 因子構造では, GD 当事者における精神的健康の増悪要因とされる差別被害経験を含む因子が見られなかったことから, 5 因子構造, 19 項目が最終案として抽出された (Table 4-1, 4-2)。5 因子による累積寄与率は 60.30%であった。

第 1 因子は, 性自認を女性として表現しなければならない状況や性自認の表現に悩む出来事に関する内容であった。そのため, 「性自認の表現の抑制」とした。第 2 因子は, 女性としての生理現象に伴う周囲の否定的な反応を含めた内容であったため, 「生理的特徴」と命名した。第 3 因子は, 性別に対する周囲からの評価に関する悩み, 男性と認識されるための解決方法に対する悩みであることから, 「身体的特徴と周囲の評価」とした。第 4 因子は, 周囲の無理解や女性としての性役割を求められる状況から構成されていたため, 「性役割の強制」とした。第 5 因子は, 周囲からの差別的対応や否定的反応であることから「周囲の否定的反応」とした。

### (5) 内的整合性の検討

SIFTM の全項目と各下位因子について, *Cronbach* の  $\alpha$  係数を算出した (Table 4-3)。その結果, 全ての因子で十分な内的整合性が確認された ( $\alpha=.72\sim.91$ )。

### (6) 構成概念妥当性の検討

SIFTM の構成概念妥当性を検討するために, SRS-18 の合計得点との間で *Pearson* の積率相関係数を算出した (Table 4-4)。その結果, SIFTM のうち, 「性自認の表現の抑制」, 「生理的特徴」, 「身体的特徴と周囲の評価」, 「周囲の否定的反応」と SRS-18 の合計得点との間に有意な正の相関関係が認められた。しかし, 「性役割の強制」とは有意な正の相関関係が認められなかった。同性愛者や両性愛者におけるマイノリティストレスが精神的健康に及ぼす影響についてメタ分析した先行研究 (Pascoe & Richman, 2009) では,  $r=.11\sim.16$  と報告されている。本研究で得られた相関係数は,  $r=.30\sim.49$  と先行研究より

Table 4-1 SIFTM における探索的因子分析の結果(N=71)

No.	Item	Factor loadings					h <sup>2</sup>
		I	II	III	IV	V	
I. 性自認の表現の抑制							
23	女性トイレを使用する	.90	-.07	-.07	.05	-.22	.65
36	周りから女性として接せられる	.81	.04	-.11	.16	.07	.82
27	相手によっては女性として対応しないといけない	.79	-.07	.08	.07	.03	.71
25	恋愛に関する話を周りの人に言えない	.69	-.23	.08	-.07	.22	.50
5	どちらの性別のトイレに入ればよいのか迷ったり、入りにくい	.63	.02	.12	-.06	.18	.58
31	親密な人間関係が減ったり、無くなった	.49	.00	-.11	-.00	.04	.22
II. 生理的特徴							
33	生理用品を買うと不審な目で見られる	-.29	.99	-.04	.06	-.19	.66
30	女性トイレを使用すると、周りの注意を集めてしまう	.38	.70	-.09	-.02	.02	.47
26	月経が起こることが嫌だ	.20	.60	.15	-.04	-.06	.71
III. 身体的特徴と周囲の評価							
14	周りに自分の性別がばれていないか気になる	-.25	-.05	.83	.04	.27	.65
29	周りからどの性別で見られているか気になる	.02	-.07	.73	-.08	-.26	.85
38	治療の資金について、あれこれと悩む	.16	-.09	.72	.03	.19	.83
35	胸があることが嫌だ	.18	.36	.55	-.04	-.24	.61
IV. 性役割の強制							
22	周りから女性としていることを求められる	.21	.03	-.05	.79	-.01	.57
28	家族や周りの人が理解してくれない	-.06	-.03	.10	.63	.00	.52
17	職場や学校で、女性の服装をしないとイケない	.24	.07	.02	.48	-.10	.44
V. 周囲の否定的反応							
34	差別的な扱いをされる	.00	.12	-.05	-.09	.75	.83
20	差別言葉を使われる	.00	.02	.08	.09	.66	.40
24	男性として扱われると周囲の人々が疑問を持つ	.16	.21	.09	.01	.41	.43

Note. SIFTM=Stressor Inventory of Female To Male

Table 4-2 SIFTM の因子間相関 (N=71)

	性自認の 表現の抑制	生理的特徴	身体的特徴 と 周囲の評価	性役割の 強制	周囲の 否定的反応
性自認の 表現の抑制	1.00	.54	.48	.53	.37
生理的特徴		1.00	.50	.40	.24
身体的特徴と 周囲の評価			1.00	.34	.21
性役割の強制				1.00	.24
周囲の否定的反応					1.00

Note. SIFTM=Stressor Inventory of Female To Male

Table 4-3 SIFTM における内的整合性と項目数 ( $N=71$ )

	$\alpha$	95%信頼区間		項目数
		上限	下限	
SIFTM 合計	.93	.89	.96	19
性自認の表現の抑制	.87	.83	.91	6
生理的特徴	.86	.80	.91	3
身体的特徴と周囲の評価	.79	.72	.87	4
性役割の強制	.75	.65	.85	3
周囲の否定的反応	.72	.61	.83	3

Note. SIFTM=Stressor Inventory of Female To Male

Table 4-4 SIFTM と SRS-18 における相関係数 (N=71)

SIFTM	SRS-18
性自認の抑制	.37 <sup>**</sup>
生理的特徴	.30 <sup>*</sup>
身体的特徴と周囲からの評価	.30 <sup>*</sup>
性役割の強制	.15
周囲の否定的反応	.49 <sup>***</sup>

Note. SIFTM=Stressor Inventory of Female To Male; SRS-18=Stress Response Scale-18

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$



Table 4-5 SIFTM の下位因子得点を従属変数とした治療段階ごとの一要因分散分析 ( $N=69$ )

	精神科治療群 ( $N=23$ )	ホルモン療法群 ( $N=18$ )	身体化治療群 ( $N=28$ )	合計 ( $N=69$ )	$F$ 値	$p$	$\eta^2$
	平均 ( $SD$ )	平均 ( $SD$ )	平均 ( $SD$ )	平均 ( $SD$ )			
性自認の表出抑制	8.65 (5.65) <sup>a</sup>	5.00 (4.70)	2.64 (4.12) <sup>a</sup>	5.26 (5.42)	19.82	<.01	.23
生理的特徴	6.26 (2.42) <sup>ab</sup>	2.61 (3.38) <sup>a</sup>	1.96 (3.50) <sup>b</sup>	3.57 (3.66)	12.89	<.01	.28
身体的特徴と周囲の評価	9.35 (2.04) <sup>a</sup>	8.94 (2.78) <sup>b</sup>	4.11 (3.83) <sup>ab</sup>	7.12 (3.93)	22.76	<.01	.41
性役割の強制	2.65 (2.90)	1.78 (2.16)	1.04 (1.75)	1.77 (2.36)	3.14	<i>n.s.</i>	.09
周囲の否定的反応	2.00 (2.47)	1.72 (2.24)	1.11 (2.22)	1.57 (2.31)	1.00	<i>n.s.</i>	.03

Note. SIFTM=Stressor Inventory of Female To Male

a,b=同アルファベット間で  $p < .05$

高い値を示した。

#### (7) 治療方法別の比較

治療方法によってストレス者の経験頻度が異なるかどうか検討するために、SIFTM の各下位因子について、治療方法を独立変数とした 1 要因の分散分析を行った (Table 4-5)。群分けは、精神科に通院中の精神科治療群、ホルモン療法を実施中のホルモン療法群、何らかの身体的手術を実施済みの身体的手術群の 3 群とした。分析の結果、「性自認の表現の抑制」、「生理的特徴」、「身体的特徴と周囲の評価」で有意差が確認された。そこで、*Dunnett T3*による多重比較を行ったところ、「性自認の表現の抑制」は精神科治療群の方が身体的手術群よりも経験頻度が有意に多かった。「生理的特徴」では、精神科治療群の方がホルモン療法群、身体的手術群よりも経験頻度が有意に多かった。最後に「身体的特徴と周囲からの評価」については、精神科治療群、ホルモン療法群の方が身体的手術群よりも経験頻度が有意に多かった。

### 第 4 項 考察

本研究の目的は、FTM 当事者が経験するマイノリティストレスを測定する尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検討することが目的であった。第 3 章で明らかとなったマイノリティストレスの特徴と先行研究から収集した項目を参考に作成され、最終的に 19 項目からなる「Stressor Inventory for Female To Male (SIFTM)」が開発された。因子分析の結果、「性自認の表出の抑制」、「生理的特徴」、「身体的特徴と周囲の評価」、「性役割の強制」、「周囲の否定反応」の 5 つの下位因子からなる尺度として構成された。つまり、FTM 当事者は、差別や暴力被害経験以外にもさまざまなマイノリティストレスを経験していることが明らかとなった。GD 当事者におけるマイノリティストレスと精神的健康の関連を検討している先行研究 (Clements-Nolle et al., 2006; Kenagy & Bostwick, 2005; Lombardi, Wilchins, Priesing, & Malouf, 2001) では、差別や暴力被害経験の有無、頻度が用いられており、FTM 当事者のマイノリティストレスを包括的に測定していない。Meyer (2003) に基づいてマイノリティストレスを測定している尺度としては、LGBT-POC (Balsam, Molina, Beadnell, Simoni, & Walters, 2014) がある。LGBT-POC は、18 項目 3 因子で構成され、同性愛者、両性愛者、GD 当事者が経験するマイノリティストレスを測定する尺度である。しかし、LGBT-POC は、マイノリティストレスとして人種差別に焦点を当てた内容となっており、周囲からの拒絶や拒否の反応が中心である (例えば、白人の LGBT は信用できない、同じ人種のコミュニティ内で誤解されていると感じる、同じ人種の LGBT から拒絶されたことがあるなど)。つまり、LGBT-POC はマイノリティストレスモデル (Meyer, 2003) における人種に基づいた外的マイノリティストレスの測定に止まっている。FTM 当事者が日常生活上で経験するマイノリティ

ストレッサーに焦点を当てた尺度は存在しておらず、FTM 当事者のマイノリティストレッサーを包括的に測定する尺度として、SIFTM の開発がはじめて開発された。

SIFTM の信頼性について各下位尺度の *Cronbach* の  $\alpha$  係数を算出した結果、いずれの下位尺度についても高い値が示された。したがって、SIFTM は高い内的整合性を有していることが明らかとなった。

また、SIFTM の4つの下位因子において、SRS-18 との間に正の相関係数が確認されたことから、構成概念妥当性を有した尺度であると判断できる。同性愛者や両性愛者における先行研究 (Pascoe & Richman, 2009) では、マイノリティストレッサーと精神的健康との関連は  $r=.11\sim.16$  と報告されている。本研究で得られた相関係数は、 $r=.30\sim.49$  と先行研究より高い値を示した。その理由として、先行研究は差別や暴力被害経験をマイノリティストレッサーとして定義していたことが挙げられる。本研究では、FTM 当事者が経験するマイノリティストレッサーを差別や暴力被害経験に限定していない。一方で、相関係数が中程度であった点については、本研究では、3カ月の生活で経験するマイノリティストレッサーの頻度と2, 3日のストレス反応の関連を検討していた点が挙げられる。次に、5因子中第4因子の「性役割の強制」は SRS-18 と相関関係が見られなかった。その理由として、ストレッサーの強度が考えられる。すべての治療群で「性役割の強制」の平均得点は1点以上3点未満であったことから、6カ月間の間に周囲から女性としての性役割を求められる経験頻度が少ないと推測される。また、「周囲からの否定的反応」も同様の平均得点を示していたが、差別被害経験はGD 当事者の精神的健康を悪化させる要因であることを考慮すると、2因子間ではストレッサーの強度が異なる可能性が指摘できる。

治療群の比較に関しては、ホルモン療法および何らかの身体的治療を行ったFTM 当事者はマイノリティストレッサーの経験頻度が減少することが示された。「生理的特徴」は、身体的に女性であることを示す出来事であり、ホルモン療法は月経を停止させる。また、何らかの身体的治療を受けた場合、周囲から男性として認識されるため、「身体的特徴と性別の評価」は低減する。これらの結果は、ホルモン療法およびSRSの治療効果に関する有用性と照らし合わせると、性別違和感の低減だけでなく、マイノリティストレッサーを経験する頻度の減少が精神的健康を改善している可能性が示唆された。

SIFTM の因子構造は5因子構造が示されたが、すべての下位因子は対人場面に関する項目が含まれていた。例えば、「性自認の表現の抑制」は、男性であるという性自認を表出することが困難な状況、または躊躇する状況が中心であった。性自認が男性のため、女性として行動せざるを得ない状況はFTM 当事者に嫌悪感を生起させる。性自認の表出に起因する周囲との摩擦が生じることが予測される場合、性自認の表出について選択する必要がある。例えば、性移行が進行している場合、外見が男性に近づくため、トイレでは女性利用者の立場から見れば男性が女性トイレに入ってくる状況に誤解される可能性が考えられる。マイノリティには社会構造を背景にしたストレッサーが存在し、ストレッサーが精神的健康を悪化させる (Meyer, 2003)。Hughto et al. (2015) は、GD 当事者の慢性的な

日々のストレスフルな出来事は、対人場面で生起するとされており、本研究も同様の結果であった。マイノリティストレスラーに対しては、当事者の行動や認知、知識を中心とする個人内要因と、周囲への教育や差別や偏見に関する法律を中心とする社会的要因からのアプローチが必要となる (Henderson & Thornicroft, 2009)。

## 第2節 FTM 当事者が経験するマイノリティストレスラーに対するコーピング尺度の開発 (研究3)

### 第1項 問題と目的

同性愛者、両性愛者、マイノリティに所属する人種は、マイノリティストレスラーに曝され、精神的健康が低下しやすい脆弱性を持つ集団である。GD 当事者もマイノリティストレスラーへの暴露が精神的健康の悪化を引き起こすことが示されており (Jefferson, Neilands, & Sevelius, 2013; Nemoto et al. 2011), マイノリティストレスラーへの対処が心理療法の介入ターゲットの1つとして挙げられている (WPATH, 2011)。マイノリティストレスモデル (Meyer, 2003) の中核は、①マイノリティの属性が外的マイノリティストレスラーへの暴露を増加させる、②外的マイノリティストレスラーの経験が、内的マイノリティストレスラーを増加させる、③外的および内的マイノリティストレスラーが精神疾患の発症を引き起こす、である。つまり、マイノリティストレスラーを経験する頻度が高い、または強度の強いマイノリティストレスラーを経験することが精神的健康の増悪要因としている。しかし、差別や暴力被害を経験した GD 当事者全員が精神疾患の発症、精神的健康の悪化が起こるわけではない。Lazarus & Folkman (1984) は、ストレスラーが精神的健康に及ぼす過程で媒介要因の存在を仮定し、個人内要因としてコーピングを媒介要因として挙げている。マイノリティを対象とした研究においても、ストレスラーのみが精神的健康や関連行動に影響を及ぼすだけでなく、その過程にコーピングが媒介要因として存在することが明らかとなっている (Bianchi, Zea, Poppen, Reisen, & Echeverry, 2004; Thompson, 2006; Yoo & Lee, 2005)。同様に、Meyer (2003) は、マイノリティストレスラーが精神的健康の悪化を直接引き起こす経路だけでなく、個人内要因としてコーピングを介する経路が存在するとしている。しかし、GD 当事者におけるコーピングに言及した研究は極めて少なく、コーピングを定量化して測定し、精神的健康との関連を検討している研究は Budge et al. (2013) のみである。

マイノリティストレスラーに対するコーピングを定量的に測定する必要性を第1章で指摘し、その解決を図るために、第3章では FTM 当事者が経験するマイノリティストレスラーとマイノリティストレスラーに対するコーピングの特徴を明らかとした。そこで、本章では第3章で得られた結果に基づき、マイノリティストレスラーに対するコーピングを定量的に測定する尺度の開発を目的とする。また、その妥当性と信頼性の検討を行う。コーピングを定量的に測定することは、GD 当事者の精神的健康に対するコーピングの作用

を実証的に検討することが可能になるとともに、精神的健康の改善を目的とした適切、または不適切なコーピングを明らかにすることが期待される。

## 第2項 方法

### (1) 研究協力者

首都圏の精神科クリニック、または地方都市部の総合病院精神科に設立されている GD 専門外来を受診し、ICD-10 に基づき GD 診療経験がある精神科医によって性転換症、もしくは性同一性障害と診断された FTM 当事者、または性別違和感を主訴として通院している 20 歳以上の FTM 当事者を合わせた 121 名に調査協力を依頼した。協力を得られた 85 名中、有効回答を得られた 81 名を調査対象とした。

### (2) 調査材料

①フェイスシート：年齢、性別違和を自覚し始めた年齢、現在受けている治療の 3 項目について回答を求めた。

#### ②Coping Inventory of Female to Male (CIFTM)

第 3 章で収集された項目を基に作成され、内容的妥当性の確認された 40 項目で構成される。GD であるために経験したストレスに対するコーピングの使用頻度を 5 件法（1：全くしない～5：非常によくする）を用いて回答を求めた。

### (3) 手続き

首都圏の精神科クリニックでは、診察後に主治医が研究の目的、内容、倫理的配慮を書面で説明し、同意が得られた研究協力者に対して、調査材料一式を手渡しした。また、地方都市部の総合病院精神科に設立されている GD 専門外来では、診察後に本研究者が研究の目的、内容、倫理的配慮を口頭で説明し、研究参加の同意が得られた研究協力者に対して、調査材料一式を手渡しした。調査材料の回収方法は、回答後に投函してもらう郵送法を用いた。回答期限は調査材料を手渡してから 1 カ月とした。

### (4) 実施期間

実施期間は 2012 年 12 月から 2013 年 5 月であった。

### (5) 分析方法

統計解析には SPSS21.0 および R3.2.3 for windows を用いた。項目分析は、天井効果、床効果を検討するために、各項目の平均得点と 1 標準偏差の和と差を算出した。因子構造の検討は、psych パッケージ (Revelle, 2015) を用いて探索的因子分析（最小残差法、独立クラスター）を行った。探索的因子分析における因子数の決定基準は、(a) 平行分析、(b)

最小平均偏相関, (c) .40 以上の因子負荷量を示す項目が 1 因子につき 3 項目以上見られる, (d) 各因子の解釈可能性, の 4 つであった。項目の除外基準は, (a) いずれの因子にも .40 以上の因子負荷量を示さない, (b) 2 つ以上の因子に .40 以上の因子負荷量を示す, であった。信頼性の検討は, 内的整合性による検討を行った。また, 妥当性に関しては, GD 専門外来で 10 年以上の診察経験を持つ精神科医によって内容的妥当性の検討を行った。

#### (6) 倫理的配慮

研究の実施の際には, 本研究の目的, 意義, 方法, 個人情報取り扱い, 研究参加に関する内容について書類を用いて説明を行い, 同意が得られた方へのみ回答していただいた。なお質問紙は無記名で行った。本研究は北海道医療大学の倫理委員会および札幌医科大学の倫理委員会の承認を得てから行った。

### 第 3 項 結果

#### (1) 研究協力者の属性

平均年齢は 27.85 ( $SD = \pm 6.18$ ) 歳, 性別違和を感じ始めた平均年齢は 8.12 ( $SD = \pm 4.16$ ) 歳であった。受けている治療方法は, 33 名が精神科に通院中, 21 名がホルモン療法を実施中, 29 名がホルモン療法および何らかの身体的手術を実施済み, 2 名が不明であった。

#### (2) 内容的妥当性の検討

第 4 章の結果を基に作成した 40 項目について, 10 年以上の GD 専門外来診察経験のある精神科医 1 名が項目の内容的妥当性の確認を行った。その結果, すべての項目について内容的妥当性が確認された。

#### (3) 項目分析

天井効果, 床効果を検討するために, 各項目の平均点, 標準偏差を算出した。その後, 各項目の平均点と  $1SD$  の和, 差を算出した。その結果, 天井効果が確認された 1 項目を除外した。

#### (4) 因子構造の検討

CIFTM の因子数を検討するために, 平行分析, 最小平均偏相関の算出を行った。その結果, 4, 5, 6 因子構造が示唆された。次に, 因子数を 4, 5, 6 に指定して, 探索的因子分析 (最小残差法, 独立クラスター) を行った。削除基準に基づいて項目を検討した結果, 4 因子構造は全ての因子で 3 項目以上が .40 以上の因子負荷量を示し, 因子の解釈が困難であった。次に 5 因子構造は全ての因子が解釈可能であり, .40 以上の因子負荷量を示した。しかし, .40 以上の因子負荷量を示す項目数が, 1 因子につき 2 項目以下であ

Table 4-6 CIFTM における探索的因子分析の結果(N=85)

No.	Item	Factor loadings					$h^2$
		I	II	III	IV	V	
I. 性自認の隠匿							
14	どちらの性別なのか他の人の判断に任せる	.71	-.24	-.22	-.00	-.14	.48
1	男女共有のトイレを使用する	.70	.11	.10	.05	-.27	.57
33	一時的に、自分に有利な性別を利用できると 思い込む	.62	-.09	.03	.09	.14	.44
21	人気のないトイレを使用する	.61	.29	.09	.07	-.15	.52
11	一時的に自分は女性だと思い込む	.60	-.13	-.14	-.08	.22	.41
2	その場を笑ってごまかす	.56	.13	.13	.02	.19	.49
29	寝て忘れるようにする	.44	.32	-.17	.20	-.12	.33
II. 回避・抑制							
28	人との関わりを避ける	-.00	.85	-.18	-.02	.07	.80
18	人と顔を合わせないようにする	.05	.66	-.00	-.11	.21	.61
20	我慢し続ける	.20	.50	.26	-.39	.01	.63
30	自傷行為を行う	.05	.40	.07	.21	.10	.21
III. 男性と認識される努力							
32	出来るだけ低い声で話すようにする	.08	.04	.66	-.11	.07	.45
35	男性に見えるような体作りをする	-.22	.06	.64	.17	.05	.48
7	男性に見えるような恰好をする	-.03	.13	.54	-.10	-.22	.36
10	性同一性障害であることについて説明する	-.00	-.07	.42	.28	-.18	.37
IV. サポート希求							
3	誰かに相談する	.08	-.05	.16	.75	.19	.71
5	身近な人や仲のよい人に悩みを話す	.15	-.16	.10	.73	.18	.71
9	嫌なことを相手に伝える	.01	-.07	.10	.47	-.11	.31

Note. CIFTM = Coping Inventory of Female To Male

Table 4-7 CIFTM の因子間相関 (N=85)

	性自認の 隠匿	回避・抑制	男性と認識 される努力	サポート 希求
性自認の隠匿	1.00	.16	.25	.05
回避・抑制		1.00	-.24	.04
男性と認識される努力			1.00	.31
サポート希求				1.00

Note. CIFTM = Coping Inventory of Female To Male



Table 4-8 CIFTM における内的整合性と項目数 ( $N=85$ )

	$\alpha$	95% 信頼区間		項目数
		上限	下限	
CIFTM 合計	.75	.67	.83	18
ジェンダーの隠匿	.79	.72	.86	7
回避・抑制	.75	.68	.82	4
男性と認識される努力	.66	.54	.78	4
サポート希求	.74	.64	.84	3

Note. CIFTM = Coping Inventory of Female To Male

Table 4-9 CIFTM の下位因子を従属変数とした治療段階ごとの一要因分散分析 ( $N=83$ )

	精神科治療群 ( $N=33$ ) 平均 ( $SD$ )	ホルモン療法群 ( $N=21$ ) 平均 ( $SD$ )	身体化治療群 ( $N=29$ ) 平均 ( $SD$ )	合計 ( $N=83$ ) 平均 ( $SD$ )	$F$ 値	$p$	$\eta^2$
性自認の隠匿	19.19 (6.19) <sup>a</sup>	18.52 (5.99) <sup>b</sup>	13.00 (5.46) <sup>ab</sup>	16.85 (6.48)	19.28	<.01	.20
回避・抑制	10.10 (3.87)	9.29 (2.80)	7.68 (4.03)	9.04 (3.78)	3.24	<.05	.08
男性と認識される努力	13.48 (3.60) <sup>a</sup>	12.57 (3.98)	10.82 (3.98) <sup>a</sup>	12.31 (3.96)	3.60	<.05	.09
サポート希求	6.45 (2.75)	6.71 (2.88)	6.04 (2.57)	6.37 (2.71)	.39	<i>n.s.</i>	.01

Note. CIFTM= Coping Inventory of Female To Male

a,b=同アルファベット間で  $p < .05$

る因子が1因子のみ確認された。6因子構造では.40以上の因子負荷量を示す項目数が、1因子につき2項目以下である複数の因子が確認された。最終的に5因子構造のうち、.40以上の因子負荷を示す項目が2項目しかなかった因子を削除し、4因子構造18項目をCIFTMの項目案として採用した (Table 4-6, 4-7)。4因子による累積寄与率は45.00%であった。

第1因子は、自分から性自認を表出しないように振る舞う内容だったため、「性自認の隠匿」とした。第2因子は他者と接触を避ける、自分だけで感情を抑制する内容であったため、「回避・抑制」と命名した。第3因子は、性自認である男性に外見を近づける、または周囲から男性として認識してもらうことを目的とした内容であったため、「男性と認識される努力」とした。第4因子は、他者に相談したり、相手に不快な行為をしないように伝える内容だったことから、「サポート希求」とした。

#### (5) 内的整合性の検討

CIFTMの全項目と各下位因子について、*Cronbach*の $\alpha$ 係数を算出した (Table 4-8)。その結果、全ての因子で十分な内的整合性が確認された ( $\alpha = .66 \sim .79$ )。

#### (6) 治療方法別の比較

治療方法によってコーピングの使用頻度が異なるか検討するために、CIFTMの各下位因子の合計得点を従属変数、治療方法を独立変数とした1要因の分散分析を行った (Table 4-9)。群分けは、精神科に通院中の精神科治療群、ホルモン療法を実施中のホルモン療法群、何らかの身体的手術を実施済みの身体的手術群の3群とした。なお、ホルモン療法は実施していないが、何らかの身体的手術を行った2名は身体的手術群に振り分けた。受けている治療が不明であった2名は解析から除外した。分析の結果、「性自認の隠匿」、「回避・抑制」、「男性と認識される努力」において群間の有意差が確認された。「サポート希求」は有意差が確認されなかった。そこで、*Dunnnett T3*を用いて多重比較を行ったところ、「性自認の隠匿」では身体的手術群よりも精神科治療群とホルモン療法群の方がコーピングの使用頻度が多かった。また、「男性と認識される努力」では、身体的手術群よりも精神科治療群の方が有意に使用頻度が多かった。「回避・抑制」はすべての群で有意差が確認されなかった。

### 第4項 考察

本研究の目的は、FTM当事者が経験するマイノリティストレスに対するコーピングを測定する尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検討することが目的であった。第3章で明らかとなったマイノリティストレスに対するコーピングの特徴と先行研究から収集した項目を参考に作成され、最終的に18項目からなる「Coping Inventory for Female To

Male (CIFTM)」が開発された。因子分析の結果、「性自認の隠匿」、「回避・抑制」、「男性と認識される努力」、「サポート希求」の4つの下位因子からなる尺度として構成された。

CIFTM の信頼性について各下位尺度の *Cronbach* の  $\alpha$  係数を算出した結果、「性自認の隠匿」、「回避・抑制」、「男性と認識される努力」「サポート希求」のすべての下位尺度で十分な値が示された。また、妥当性に関しては、内容的妥当性が確認された。

治療群の比較では、何らかの身体的手術を受けている場合、性自認を隠す頻度や周囲から男性として認識されるための努力を行う頻度が少ないことが明らかとなった。身体的手術は周囲から男性として認識されやすくなるため、性自認を隠したり、意識的な努力を実施する必要がなくなるという FTM 当事者の状態像を反映した内容であった。

CIFTM の因子構造は、4 因子構造が確認された。CIFTM で得られた下位因子の「性自認の隠匿」は、SIFTM においても類似した内容が確認された。SIFTM は、性自認を表出するかどうか悩む状況であり、CIFTM は意図的に隠す対処方法である。これらは、GD 当事者が性自認の表出が1つの悩みであることを示している。同性愛・両性愛者においては、性指向を表出することは、周囲からの否定的な反応を引き起こす要因であるが、性指向を隠すことは精神的健康の悪化を引き起こすことが明らかにされている。WPATH (2011) では、カミングアウトの過程を心理療法の1つの介入ターゲットとして挙げていることから、GD 当事者の性自認の表出に関する過程を理解する必要性が指摘できる。

また、「性自認の隠匿」は、マイノリティストレスモデルにおける内的マイノリティストレスに該当する内容と考えられる。マイノリティストレスモデルに基づけば、スティグマ化された集団は、差別被害に対する予期が高まることで、差別被害を回避するために性自認の表出を避けるとされる。Meyer (2003) は外的マイノリティストレスに起因する一連の過程自体をマイノリティストレスとして定義し、コーピングと性自認の隠匿を別概念と扱っている。

一方で、GD 当事者のコーピングを検討した先行研究 (Budge et al., 2013) は、本研究と同様に、性自認の表出を避ける行動が情動焦点型コーピングとして見られることを報告している。本研究および Budge et al. (2013) の共通点として、コーピングの定義をストレスに対して行われる認知的、行動的な対処としている点が挙げられる。本研究では、マイノリティストレスを外的出来事のみに限定していることから、差別や暴力被害経験を回避するための予防的機能を有した対処方略として確認されたと考えられる。

## 第5章 成人の FTM 当事者における精神的健康、QOL に影響を及ぼす要因の検討 (研究4)

### 第1節 問題と目的

マイノリティストレスモデルは、セクシャルマイノリティの精神的健康を悪化させる要因とその作用機序を説明したモデルである (Meyer, 2003)。GD 当事者に対するマイノリティストレスモデルの適応可能性が指摘されているものの、精神的健康と QOL に対する媒介要因の作用は明らかにされていない。その理由として、概念を測定する尺度が整備されていないことが挙げられる。第4章では、問題点を解決するために FTM 当事者が経験するマイノリティストレスレッサーおよびマイノリティストレスレッサーに対するコーピングを測定する尺度を作成し、その妥当性と信頼性を検討した。第5章では、第4章で作成された尺度を用いて、FTM 当事者における精神的健康、QOL に及ぼす要因の検討を行う。マイノリティストレスモデルに基づいて、マイノリティストレスレッサー、コーピング、ソーシャルサポートが精神的健康、QOL に影響を検討することは、GD 当事者の精神的健康を改善するために、心理療法の介入ターゲットとして指摘されているマイノリティストレスレッサーに対する対処方略を同定することに繋がる (WPATH, 2011)。また、マイノリティストレスレッサーに対するコーピングの重要性が指摘されているにも関わらず (Meyer, 2003; Tummala-Narra & Claudius, 2013)、GD 当事者の先行研究は、差別と暴力被害経験が精神的健康に及ぼす影響の検討に集中しており、GD 当事者の精神的健康におけるコーピング、ソーシャルサポートの作用を検討した研究は非常に少ない (Diamond, 2003; Hendricks & Testa, 2012)。先行研究 (Budge et al., 2013; Budge et al., 2013) によれば、適応を促進するコーピングが肯定的感情を引き起こし、ソーシャルサポートが抑うつ症状、不安症状の低減を予測することが報告されている。しかし、Budge et al. (2013) および Budge et al. (2013) は、マイノリティストレスレッサーの影響を検討しておらず、GD 当事者の精神的健康、QOL にマイノリティストレス過程における媒介変数が及ぼす影響とその作用を明らかにしていない。

そこで、本章では FTM 当事者が経験するマイノリティストレスレッサーとコーピング、認知的評価、ソーシャルサポートの直接効果を検討する。さらに、コーピング、認知的評価、ソーシャルサポートによる調整効果を検討する。

### 第2節 方法

#### (1) 研究協力者

首都圏の精神科クリニック、または地方都市部の総合病院精神科に設立されている GD 専門外来を受診し、GD 診療経験がある精神科医によって性転換症 (ICD-10 に基づく診断)、または性同一性障害 (DSM-IV-TR に基づく診断) と診断された 20 歳以上の FTM153 名に

調査協力の依頼を行った。協力の得られた 87 名全員を調査対象とした。

## (2) 調査材料

①フェイスシート：年齢、性別違和を自覚し始めた年齢、現在受けている治療、カミングアウトを誰にしているか、GD について家族の誰から理解を得ているか、教育年数、就職状況の 7 項目について回答を求めた。

②日常苛立ち事尺度（宗像・仲尾・藤田・諏訪，1986）

34 項目 3 件法（1：大いにそうである～3：そうではない）で構成され、日常生活で生じる持続的、慢性的、主観的な性質をもつストレス源を測定する尺度である。合計点数が高いほどストレスに曝されていることを意味する。本研究では、SIFTM と類似した項目を避けるため、各項目と SIFTM の合計得点間で積率相関係数を算出した。 $r=.40$  以上を示す 3 項目に対して内容の確認を行い、類似性を有すると判断して削除した。31 項目の合計得点を一般ストレスとして用いた。本研究の内的整合性は  $\alpha=.89$  であった。

③Stressor Inventory of Female To Male (SIFTM)

成人の FTM 当事者が日常的に経験するストレスの頻度を測定する尺度である。5 因子構造、19 項目で構成される。ここ 3 ヶ月で経験した生活上のストレスの頻度を 4 件法（0：全くなかった～3：よくあった）を用いて回答を求めた。得点が高いほどストレスの経験頻度が多いことを示す。十分な内的整合性を持ち、第 1 因子、第 2 因子、第 3 因子、第 5 因子において妥当性が確認されている。治療段階により、第 1 因子から第 3 因子の経験頻度が異なることが明らかになっている。「性自認の表現」は精神科治療のみを受けた FTM 当事者の方が、ホルモン療法および SRS の両方を受けた FTM 当事者より経験頻度が有意に多く、「生理的特徴による苦痛」では、精神科治療のみを受けた FTM 当事者の方が、ホルモン療法および SRS のいずれかを受けた FTM 当事者よりも経験頻度が多い。また、「周囲からの評価」については、精神科治療およびホルモン療法のいずれかを受けた FTM 当事者の方が、ホルモン療法および SRS の両方を受けた FTM 当事者よりも経験頻度が高いことを第 4 章で明らかにした。本研究では、妥当性が確認されている 4 因子のみを用いて合計得点を使用した。

④Coping Inventory of Female To Male (CIFTM)

成人の FTM 当事者が日常的に経験するストレスに対して用いるコーピングの頻度を測定する尺度である。「ジェンダーの隠匿」、「回避・抑制」、「性自認の一致」、「サポート希求」の 4 因子構造、18 項目で構成される。GD であるために経験したストレスに対するコーピングの使用頻度を 5 件法（1：全くしない～5：非常によくする）で回答を求めた。得点が高いほど各コーピングの使用頻度が高いことを示す。十分な内的整合性を持ち、すべての因子において内容的妥当性が確認されている。治療段階により「ジェンダーの隠匿」「回避・抑制」、「性自認の一致」の頻度が異なることが確認されている。ホルモン療法および SRS の両方を受けた FTM 当事者より、精神科治療またはホルモン療法のみのいずれか

を受けた FTM 当事者の方が、「ジェンダーの隠匿」の使用頻度が多く、精神科治療のみの FTM 当事者の方が「性自認の一致」の使用頻度が多い。本研究ではコーピングの直接効果および調整効果の検討に用いた。

⑤認知的評価尺度 (CARS: 鈴木・坂野, 1998)

「コミットメント」、「脅威性の評価」、「影響性の評価」、「コントロール可能性」の4つの下位尺度からなる日常的なストレスに対する認知的評価を簡便に測定可能な自記式尺度である。8項目で構成され、それぞれの質問項目に対して4件法(0:全くちがう~3:その通りだ)で回答を求めた。得点が高いほど各下位尺度得点が高いことを示す。CARSはストレス場面の設定が可能なため、本研究では、「あなたは、性同一障害であることで嫌なこと、困ったことを経験しています。」と教示文を示し、マイノリティストレスに対する認知的評価を測定した。本研究における各下位尺度の内的整合性は $\alpha=.66\sim.91$ であった。

⑥Duke Social Support Index 日本語版 (DSSI: 岩瀬・池田, 2008)

ソーシャルネットワーク9項目、社会交流サブスケール1項目、ソーシャルサポート15項目を用いて多面的にソーシャルサポートの内容を測定することが可能な尺度である。ソーシャルサポートについては「情緒的支援」、「手段的支援」、「認識評価的支援」の3下位尺度から構成され、十分な信頼性と妥当性が確認されている。5件法で回答を求め、得点が高いほどソーシャルサポートの量が多いことを示す。本研究では、ソーシャルサポートの内容と各変数との関連をみるため、ソーシャルネットワーク、社会交流サブスケールを除外した。また、「手段的支援」は家事をしてくれる、食事を作ってくれる、家の周りの片づけをしてもらえるといった生活する上での介護内容のため、不適切と判断して除外した。最終的に「情緒的支援」と「認識評価支援」の9項目のみを使用した。本研究では、ソーシャルサポートの合計得点を用いて直接効果および調整効果の検討に用いた。本研究のDSSI全体における内的整合性は $\alpha=.90$ であった。

⑦Utrecht Gender Dysphoria Scale 日本語版 (UGDS; 石丸・針間, 2011)

GD当事者の主症状である性別違和感を測定するUGDS(Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997)の日本語版である。1因子構造12項目で構成され、5件法で(1:まったくあてはまらない~5:とてもあてはまる)回答を求める自記式尺度である。得点が高いほど性別違和感が高いことを示す。UGDS日本語版はバックトランスレーションの手続きを行い、FTM版とMTF版の因子構造、内的整合性、弁別的妥当性の検討が行われている。石丸・針間(2011)は、GD当事者200名(FTM147名、MTF53名)と一般大学生342名(男性168名、女性174名)を対象に調査した結果、UGDS日本語版が十分な内的整合性(FTM版は $\alpha=.76$ 、MTF版は $\alpha=.67$ )と各項目の因子負荷量の高さ(FTM版は.75~.98、MTF版は.52~.97)を報告している。また、FTM群と男性大学生群、MTF群と女性大学生群の合計点を比較した結果、GD群はどちらも大学生群より有意に高い数値を示すことを明らかにしている。カットオフ得点は、FTM版が45/46点(感度=.98、特異=.01)、MTF版が35/36(感度=1.00、特異=.00)である。本研究はFTMを対象としているため、FTM版のみを用

いた。本研究における内的整合性は  $\alpha = .75$  であった。

#### ⑧Stress Response Scale-18 (SRS-18: 鈴木他, 1997)

「抑うつ・不安」、「不機嫌・怒り」、「無気力」の3つの下位尺度からなる心理的ストレス反応を簡便に測定することができる自記式の尺度である。群から臨床群まで幅広く用いることが可能な尺度である。18項目で構成され、それぞれの質問項目に対して4件法（0：全くちがう～3：その通りだ）で回答を求めた。得点が高いほどストレス反応が高いことを示す。SRS-18はCronbachの $\alpha = .82 \sim .88$ 、折半法におけるSpearman-Brownの信頼性係数は、 $r = .71 \sim .79$ 、2週間後の再検査信頼性は、 $r = .83 \sim .91$ と報告されていることから、高い信頼性を有する尺度である。また、妥当性として十分な内容的妥当性と弁別的妥当性が確認されている。弁別的妥当性は、高校生、大学生、成人の各母集団で、ストレスターの頻度が高い群と低い群における群間比較で、ストレスターの頻度が高い群の方が高いSRS-18の合計得点および各下位尺度得点を示すことが明らかになっている。さらに、心療内科に通院する臨床群と一般成人群とを比較し、臨床群の方が一般成人群より合計得点が高いことも報告されている（鈴木他, 1997）。GD当事者は高い抑うつ症状、不安症状が見られることから（Bockting, 2008）、本研究では精神的健康の指標としてストレス反応を測定するために合計得点を用いた。本研究のSRS-18全体における内的整合性は  $\alpha = .94$  であった。

#### ⑨SF-36v2 日本語版（福原・鈴鴨, 2011）

健康関連QOLを包括的に測定する36項目の自記式尺度である。SF-36v2は「身体機能」、「日常役割機能（身体）」、「体の痛み」、「全体的健康感」、「活力」、「社会生活機能」、「日常役割機能（精神）」、「心の健康」、「健康推移」の9つの下位尺度から構成され、得点が高いほど各領域におけるQOLが高いことを示す。また、「健康推移」を除いた8下位尺度の上位概念である「身体的健康度（PCS）」、「精神的健康度（MCS）」の2つのコンポーネント・サマリースコアを算出することができる（福原・鈴鴨, 2015）。サマリースコアを用いることで天井効果、床効果、各下位尺度間における多重共線性の回避が可能である。

QOLを測定する尺度として世界的に十分な信頼性と妥当性が示されている自記式尺度であり、一般成人群から臨床群に共通したQOLを測定することが可能である（福原・鈴鴨, 2011）。GD当事者を対象とした複数の先行研究（Newfield et al., 2006; Gorin-Lazard et al., 2011）において、GD当事者のQOLの測定に用いられていることから、本研究でも精神的健康の指標としてQOLを測定可能であると判断した。なお本研究は縦断研究であることから、「健康推移」を除いた8つの下位尺度を用いて、国民標準値に基づいた2つのコンポーネント・サマリースコアを算出した。

### (3) 手続き

首都圏の施設では、外来診察後に調査協力の依頼し、研究の目的、内容、倫理的配慮を説明する書類一式を入れた封筒を手渡した。封筒は持ち帰ってもらい、同意が得られた方にのみ無記名で回答してもらう方法を用いた。地方都市部の精神科外来では、外来診察後に研究



の目的、内容、倫理的配慮を書面で説明し、同意が得られた場合に書類一式が入った封筒を持ち帰ってもらう方法を用いた。質問紙の回収は、回答後に投函してもらう郵送法を用いた。回答期日は手渡してから1カ月以内とした。

#### (4) 実施期間

実施期間は2013年4月から2013年12月であった。

#### (5) 分析方法

解析にはSPSS21.0, Multiple Imputation21.0, R3.2.3 for windowsを用いた。解析に用いた変数のうち、欠損値の割合は0%から28.74%であった。また、1つでも欠損値を持つ割合は42.53% (87名中37名)であった。多重代入法を用いるか判断を行うためにLittle MCAR検定を行ったところ、多重代入法の実施は支持されなかった( $\chi^2=310.33$ ,  $df=334$ ,  $n.s.$ )。次に、欠損値が本研究で測定した変数に関連しているかどうか検討するために、欠損値のない群(50名)とある群(37名)で各変数について $t$ 検定を行った。その結果、SRS-18合計得点( $t(85)=3.43$ ,  $p<.05$ )、SF-36の下位因子であるMCS( $t(83)=1.68$ ,  $p<.05$ )、日常苛立ち事尺度( $t(62)=2.51$ ,  $p<.05$ )において有意差が確認された。欠損値のある群は、無い群と比較して日常的なストレスの頻度やストレス反応が高く、精神的健康度が低いことが示された。つまり、本研究の欠損値パターンはMissing at Randomである可能性が示されたことから、多重代入法による欠損値の代入を行うこととした。多重代入法はRのパッケージmice(van Buuren & Groothuis-Oudshoorn, 2011)を用いて重回帰分析による欠損値の予測を行った。Enders(2010)に従い、予測変数には解析に用いるすべての変数を用いて20個のデータセットを作成した。SIFTM合計得点、CIFTM下位尺度、CARS下位尺度、DSSI合計得点は中心化処理を行った変数を用い、SIFTM合計得点とCIFTM下位尺度、CARS下位尺度、DSSI合計得点の交互作用項も予測変数に使用した。また、本章で解析に用いた変数と $r=.40$ 以上のPearsonの積率相関係数を示したUGDS日本語版、主観的パス度、カテゴリカル変数である治療段階のダミー変数を補助変数として投入した。データセットごとに解析を行い、Rubinのルールに基づいて解析の結果を統合した(Enders, 2010)。

治療群の比較のために、治療群を要因とした一要因の分散分析を行った。分散分析はRのパッケージmiceadds(Robitzsch, Grund, & Henke, 2016)を用いた。多重比較は、bonferroni法を用いた。各変数間の相関関係はPearsonの積率相関係数を算出した。次に、SIFTM, CIFTM, DSSI, CARSがSRS-18, SF-36を予測するか検討するために、強制投入法による階層的重回帰分析を行った。階層的重回帰分析は、SRS-18, SF-36を従属変数としてStep1に年齢、治療状況(ダミー変数)、日常苛立ち事尺度、Step2に中心化処理を行ったSIFTM合計得点、Step3に中心化処理を行ったCIFTM, CARS, DSSI、Step3に調整効果の検討のために中心化処理を行ったSIFTMとCIFTM, CARS, DSSIの積から構

成される合成変数を投入した。Step ごとに  $R^2$  値,  $\Delta R^2$  を算出した。交互作用が確認された後に単純傾斜検定を行った。

#### (6) 倫理的配慮

研究の実施の際には、本研究の目的、意義、方法、個人情報取り扱い、研究参加に関する内容について書類を用いて説明を行い、同意が得られた方にのみ回答していただいた。なお質問紙は無記名で行った。本研究は北海道医療大学の倫理委員会および札幌医科大学の倫理委員会の承認を得てから行った。

### 第3節 結果

#### (1) 記述統計量

本研究協力者 87 名の平均年齢は 27.85 ( $SD = \pm 6.18$ ) 歳、性別違和を感じ始めた平均年齢は 7.78 ( $SD = \pm 5.27$ ) 歳であった。受けている治療方法は、34 名 (39.09%) が精神科に通院中、21 名 (24.15%) がホルモン療法を実施中、30 名 (34.45%) がホルモン療法および何らかの身体的手術を実施済み、2 名 (2.31%) が不明であった。また、ホルモン療法および何らかの身体的手術を受けた 30 名のうち、乳房切除のみ実施が 7 名 (23.33%)、ホルモン療法を受けずに乳房切除のみ実施が 3 名 (10.00%) であった。希望する治療は、精神科に通院が 1 名 (1.15%)、ホルモン療法が 1 名 (1.15%)、ホルモン療法および乳房切除が 14 名 (16.09%)、ホルモン療法および子宮摘出が 1 名 (1.15%)、SRS (卵巣摘出・子宮摘出・尿道延長術・膣閉鎖術・陰茎形成術のいずれか) が 51 名 (58.62%)、希望する治療を実施済みが 17 名 (19.54%)、特になしが 1 名 (1.15%) であった。

UGDS のカットオフ得点を上回っていた人数は、87 名中 78.6 名 (90.34%) であった。

教育年数の平均は 14.51 ( $SD = \pm 3.13$ ) 年であり、最終学歴が高等学校卒業以降の対象者が過半数を超える可能性が示された。雇用形態は正規雇用が 31 名 (35.63%)、非正規雇用 (契約社員・派遣社員・パート・アルバイト) が 36 名 (41.38%)、学生が 9 名 (10.34%)、就職活動・休職・無職が 8 名 (9.20%)、自営業が 3 名 (3.45%) であった。

#### (2) カミングアウトの対象別人数と割合

カミングアウトを家族にしている者は 87 名のうち 71 名 (85.07%)、友人にしている者は 68 名 (83.58%)、職場の同僚や上司は 49 名 (55.17%)、その他が 19 名 (21.84%) であった。家族の誰にカミングアウトを行ったか、正確に記載があった 78 名を対象に人数と割合を算出したところ、父親が 42 名 (53.85%)、母親が 58 名 (74.36%)、兄弟・姉妹が 43 名 (55.13%)、祖父が 5 名 (6.41%)、祖母が 8 名 (10.26%)、親戚が 7 名 (8.97%) であった。母親へカミングアウトを行う割合がもっとも高かった。

次に、家族にカミングアウトを行った結果、家族の中で少なくとも 1 人の理解が得られて

いる人数は 71 名中 63 名 (88.73%), 友人にカミングアウトを行った結果, 少なくとも 1 人の理解が得られている人数は, 68 名中 60 名 (88.24%), 職場の同僚や上司にカミングアウトを行った結果, 少なくとも 1 人の理解が得られている人数は, 49 名中 46 名 (93.88%) であった。また, 家族の誰にカミングアウトを行い, 誰から理解が得られているかについて, 正確に記載があった 74 名を対象に, 理解が得られた家族の人数と割合を算出した。その結果, 父親が 42 名中 28 名 (66.67%), 母親が 58 名中 45 名 (77.59%), 兄弟・姉妹が 43 名中 39 名 (90.70%), 祖父が 5 名中 4 名 (80.00%), 祖母が 8 名中 8 名 (100.00%), 親戚が 7 名中 6 名 (85.71%) であった。10 人以上がカミングアウトを行った家族では, 兄弟・姉妹が理解を示す割合がもっとも高く, 父親がもっとも低かった。

### (3) 治療群による比較

各治療群により, SIFTM, CIFTM, CARS, DSSI-J, 日常苛立ち事尺度, SRS-18, SF-36 (PCS, MCS) が異なるか検討するために, 各変数を従属変数とした一要因の分散分析を行った。群分けは, 精神科に通院中の精神科治療群, ホルモン療法を実施中のホルモン療法群, 何らかの身体的手術を実施済みの身体的手術群の 3 群とした。ホルモン療法を受けずに乳房切除のみ実施していた 3 名は身体的手術群に含めた。また, 受けている治療が不明の 2 名は分析から除外した。分析の結果, SRS-18, SF-36 のサマリースコアのうち MCS, SIFTM 合計得点, CIFTM の下位尺度のうち, 「性自認の隠匿」, 「回避・抑制」, 「男性と認識される努力」, CARS の下位尺度のうち, 「コントロール可能性」, 日常苛立ち事尺度において有意差が確認された。そこで, *bonferroni* 法による多重比較を行ったところ, SRS-18 において, 精神科治療群, ホルモン療法群の方が身体的手術群より有意に得点が高かった。MCS では, 精神科治療群, ホルモン療法群の方が身体的手術群より有意に得点が低かった。次に, ストレッサーに関して, SIFTM 合計得点は精神科治療群, ホルモン療法群の方が身体的手術群より有意に得点が高かった。コーピングについては, CIFTM の下位尺度のうち, 「性自認の隠匿」において, 精神科治療群, ホルモン療法群の方が身体的手術群より有意に得点が高く, 「男性と認識される努力」は, 精神科治療群の方が身体的手術群より有意に得点が高かった。しかし, 「回避・抑制」は有意な群間差が確認されなかった。また, CARS の下位尺度のうち, 「コントロール可能性」, 日常苛立ち事尺度においても有意な群間差が確認されなかった。

### (4) 精神的健康, QOL と各変数間の相関関係の検討

マイノリティストレス, 媒介変数と精神的健康, QOL の関連を検討するために, SIFTM 合計得点, CIFTM 下位尺度得点, CARS 下位尺度得点, DSSI 合計得点, 日常苛立ち事尺度と SRS-18 合計得点, SF-36 の間で *Pearson* の積率相関係数を算出した (Table 5-4)。その結果, SIFTM と日常苛立ち事尺度は, 精神的健康との間に弱～中程度の有意な相関関係が認められた。また, CIFTM の下位尺度のうち, 「性自認の隠匿」と「回避・抑

Table 5-1 SRS-18, SF-36 の記述統計量 (N=85)

		精神科治療群 (N=34)	ホルモン療法群 (N=21)	身体化治療群 (N=30)	合計 (N=85)	F 値	p	$\eta^2$
SRS-18	平均(SE)	18.56 (02.08) <sup>a</sup>	19.57 (02.73) <sup>b</sup>	10.64 (02.69) <sup>ab</sup>	16.28 (01.38)	4.87	<.05	.06
	欠損値数(%)	-	-	-	-			
PCS	平均(SE)	57.84 (01.95) <sup>ab</sup>	58.74 (02.01)	56.87 (00.99)	58.12 (01.89)	.36	<n.s.	.00
	欠損値数(%)	1.00 (02.94)	-	1.00 (03.34)	2.00 (02.30)			
MCS	平均(SE)	40.74 (02.33) <sup>a</sup>	43.36 (02.07) <sup>b</sup>	50.77 (01.93) <sup>ab</sup>	44.72 (01.29)	9.68	<.01	.11
	欠損値数(%)	1.00 (02.94)	-	1.00 (03.34)	2.00 (02.30)			

Note. SRS-18=Stress Response Scale-18; PCS=身体的健康度; MCS=精神的健康度

a,b=同アルファベット間で  $p < .016$

Table 5-2 SIFTM, CIFTM の記述統計量 (N=85)

		精神科治療群	ホルモン療法群	身体化治療群	合計			
		(N=34)	(N=21)	(N=30)	(N=85)	F 値	p	$\eta^2$
SIFTM	平均(SE)	25.98 (01.59) <sup>a</sup>	19.51 (02.27) <sup>b</sup>	9.35 (01.33) <sup>ab</sup>	5.53 (00.67)	33.45	<.01	.33
	欠損値数(%)	5.00 (14.70)	1.00 (14.76)	1.00 (03.33)	7.00 (08.25)			
CIFTM 性自認の隠匿	平均(SE)	18.03 (01.11) <sup>a</sup>	18.13 (01.61) <sup>b</sup>	13.47 (00.95) <sup>ab</sup>	16.60 (00.73)	12.68	<.01	.15
	欠損値数(%)	2.00 (05.88)	-	1.00 (03.33)	3.00 (03.52)			
CIFTM 回避・抑制	平均(SE)	10.09 (00.75)	9.06 (00.74)	7.40 (00.77)	8.93 (00.46)	5.20	<.05	.06
	欠損値数(%)	1.00 (02.94)	-	1.00 (03.33)	2.00 (02.35)			
CIFTM 男性と認識される努力	平均(SE)	6.59 (00.47) <sup>a</sup>	6.75 (00.69)	5.97 (00.56) <sup>a</sup>	6.42 (00.32)	6.20	<.05	.08
	欠損値数(%)	2.00 (05.88)	-	2.00 (06.66)	4.00 (04.71)			
CIFTM サポート希求	平均(SE)	13.85 (00.65)	12.93 (01.05)	10.63 (00.71)	12.54 (00.47)	1.04	< n.s.	.01
	欠損値数 (%)	1.00 (02.94)	-	1.00 (03.33)	2.00 (02.35)			

Note. SIFTM = Stressor Inventory of Female To Male; CIFTM = Coping Inventory of Female To Male

a,b=同アルファベット間で  $p < .016$

Table 5-3 CARS, DSSI, 日常苛立ち事尺度の記述統計量(N=85)

		精神科治療群	ホルモン療法群	身体化治療群	合計			
		(N=34)	(N=20)	(N=31)	(N=85)	F 値	p	$\eta^2$
CARS コミットメント	平均(SE)	5.36 (00.23 )	4.56 (00.37) <sup>a</sup>	4.36 (00.42)	4.78 (00.20)	1.05	< n.s.	.01
	欠損値数(%)	-	-	-	-			
CARS 影響性の評価	平均(SE)	2.70 (00.47)	2.75 (00.46)	1.59 (00.35)	2.33 (00.26)	.02	< n.s.	.00
	欠損値数(%)	-	-	-	-			
CARS 脅威性の評価	平均(SE)	5.30 (00.22)	5.25 (00.30)	4.68 (00.37)	5.08 (00.17)	1.03	< n.s.	.01
	欠損値数(%)	-	-	-	-			
CARS コントロール可能性	平均(SE)	2.78 (00.33)	3.81 (00.37)	3.59 (00.28)	3.30 (00.20)	4.13	<.05	.05
	欠損値数(%)	-	-	-	-			
DSSI	平均(SE)	30.04 (01.67)	28.88 (02.19)	33.68 (01.40)	30.98 (01.01)	1.94	< n.s.	.02
	欠損値数(%)	3.00 (11.11)	-	-	3.00 (04.62)			
日常苛立ち事尺度	平均(SE)	15.59 (01.48)	20.81 (02.05)	11.86 (01.99)	15.62 (01.10)	10.12	<.01	.11
	欠損値数(%)	10.00 (29.41)	4.00 (20.00)	9.00 (29.03)	23.00 (27.06)			

Note. SIFTM=Stressor Inventory of Female To Male; CIFTM=Coping Inventory of Female To Male; CARS=認知的評価尺度;

DSSI=Duke Social Support Index 日本語版;; SRS-18=Stress Response Scale-18; a,b=同アルファベット間で  $p < .016$

Table 5-4 SRS-18, SF-36 と各変数間の相関係数( $N=87$ )

	SRS-18	SF-36	
		PCS	MCS
SIFTM	.37 <sup>*</sup>	.09	-.22
CIFTM 性自認の隠匿	.23 <sup>*</sup>	-.07	-.06
CIFTM 回避・抑制	.61 <sup>**</sup>	.12	-.42 <sup>*</sup>
CIFTM 性自認との一致	-.06	-.19	.11
CIFTM サポート希求	-.06	.00	.21
CARS コミットメント	.15	-.14	.08
CARS 影響性の評価	.35 <sup>*</sup>	-.08	-.24 <sup>*</sup>
CARS 脅威性の評価	-.03	.06	.15
CARS コントロール可能性	-.35 <sup>*</sup>	.00	.40 <sup>*</sup>
DSSI	-.45 <sup>*</sup>	-.25 <sup>*</sup>	.44 <sup>*</sup>
日常苛立ち事尺度	.44 <sup>*</sup>	-.05	-.27 <sup>*</sup>

Note. SIFTM=Stressor Inventory of Female To Male;

CIFTM=Coping Inventory of Female To Male; CARS=認知的評価尺度;

DSSI=Duke Social Support Index 日本語版; SRS-18=Stress Response Scale-18

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Table 5-5 SRS-18 を従属変数, SIFTM, CIFTM を予測変数とした階層的重回帰分析  
(*N*=87)

	<i>B</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	95%信頼区間	
				下限	上限
Step1		.09		.09	.23
統制変数 <sup>a</sup>					
Step2		.14	.05	.03	.30
SIFTM	-.10				
Step3		.45	.31	.29	.60
性自認の隠匿	-.12				
回避・抑制	2.15*				
性自認の一致	.37				
サポート希求	.20				
Step4		.50	.05	.33	.64
SIFTM×性自認の隠匿	-.02				
SIFTM×回避・抑制	-.03				
SIFTM×性自認の一致	.00				
SIFTM×サポート希求	.00				

Note. SIFTM=Stressor Inventory of Female To Male;

CIFTM=Coping Inventory of Female To Male; SRS-18=Stress Response Scale-18

<sup>a</sup>統制変数は、年齢、日常苛立ち事尺度、治療方法のダミー変数が含まれる

\*  $p < .05$



Table 5-6 PCS を従属変数, SIFTM, CIFTM を予測変数とした階層的重回帰分析  
( $N=87$ )

	<i>B</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	95%信頼区間	
				下限	上限
Step1		.01		.01	.09
統制変数 <sup>a</sup>					
Step2		.02	.01	.00	.12
SIFTM	-.07				
Step3		.08	.06	.00	.22
性自認の隠匿	-.16				
回避・抑制	.15				
性自認の一致	-.36				
サポート希求	-.15				
Step4		.10	.02	.01	.26
SIFTM×性自認の隠匿	-.01				
SIFTM×回避・抑制	.02				
SIFTM×性自認の一致	.00				
SIFTM×サポート希求	.03				

Note. SIFTM=Stressor Inventory of Female To Male;

CIFTM=Coping Inventory of Female To Male; PCS = 身体的健康度

<sup>a</sup> 統制変数は、年齢、日常苛立ち事尺度、治療方法のダミー変数が含まれる

\*  $p < .05$

Table 5-7 MCS を従属変数, SIFTM, CIFTM を予測変数とした階層的重回帰分析  
( $N=87$ )

	<i>B</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	95%信頼区間	
				下限	上限
Step1		.14		.03	.31
統制変数 <sup>a</sup>					
Step2		.18	.04	.04	.35
SIFTM	.08				
Step3		.33	.15	.17	.50
性自認の隠匿	.41				
回避・抑制	-1.25*				
性自認の一致	-.11				
サポート希求	.27				
Step4		.36	.03	.19	.53
SIFTM×性自認の隠匿	.01				
SIFTM×回避・抑制	.00				
SIFTM×性自認の一致	.00				
SIFTM×サポート希求	-.02				

Note. SIFTM=Stressor Inventory of Female To Male;

CIFTM=Coping Inventory of Female To Male; MCS=精神的健康度

<sup>a</sup>統制変数は、年齢、日常苛立ち事尺度、治療方法のダミー変数が含まれる

\*  $p < .05$

Table 5-8 SRS-18 を従属変数, SIFTM, DSSI を予測変数とした階層的重回帰分析  
(*N*=87)

	<i>B</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	95%信頼区間	
				下限	上限
Step1		.09		.00	.23
統制変数 <sup>a</sup>					
Step2		.14	.05	.03	.30
SIFTM	.17				
Step3		.28	.14	.13	.44
DSSI	-.65*				
Step4		.32	.04	.16	.48
SIFTM×DSSI	.02				

Note. SIFTM=Stressor Inventory of Female To Male;

DSSI=Duke Social Support Index 日本語版; SRS-18=Stress Response Scale-18

<sup>a</sup>統制変数は、年齢、日常苛立ち事尺度、治療方法のダミー変数が含まれる

\*  $p < .05$

Table 5-9 PCS を従属変数, SIFTM, DSSI を予測変数とした階層的重回帰分析  
(*N* = 87)

	<i>B</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	95%信頼区間	
				下限	上限
Step1		.01		.00	.09
統制変数 <sup>a</sup>					
Step2		.02	.01	.00	.12
SIFTM	-.05				
Step3		.07	.05	.00	.20
DSSI	-.25				
Step4		.08	.01	.00	.22
SIFTM×DSSI	-.01				

Note. SIFTM=Stressor Inventory of Female To Male;

DSSI=Duke Social Support Index 日本語版; PCS=身体的健康度

<sup>a</sup>統制変数は、年齢、日常苛立ち事尺度、治療方法のダミー変数が含まれる

Table 5-10 MCS を従属変数, SIFTM, DSSI を予測変数とした階層的重回帰分析  
(*N* =87)

	<i>B</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	95%信頼区間	
				下限	上限
Step1		.14		.03	.31
統制変数 <sup>a</sup>					
Step2		.18	.04	.04	.35
SIFTM	.11				
Step3		.30	.12	.14	.47
DSSI	.55				
Step4		.31	.01	.15	.48 <sup>*</sup>
SIFTM×DSSI	-.01				

Note. SIFTM=Stressor Inventory of Female To Male;

DSSI=Duke Social Support Index 日本語版; MCS=精神的健康度

<sup>a</sup>統制変数は、年齢、日常苛立ち事尺度、治療方法のダミー変数が含まれる

Table 5-11 SRS-18 を従属変数, SIFTM, CIFTM を予測変数とした階層的重回帰分析  
( $N=87$ )

	$B$	$R^2$	$\Delta R^2$	95%信頼区間	
				下限	上限
Step1		.09		.01	.23
統制変数 <sup>a</sup>					
Step2		.14	.05	.03	.30
SIFTM	.06				
Step3		.30	.16	.14	.46
コミットメント	.29				
影響性の評価	1.65 <sup>*</sup>				
脅威性の評価	.29				
コントロール可能性	-2.02 <sup>*</sup>				
Step4		.38	.08	.21	.54
SIFTM×コミットメント	-.08				
SIFTM×影響性の評価	.07				
SIFTM×脅威性の評価	.11				
SIFTM×コントロール可能性	.17				

Note. SIFTM=Stressor Inventory of Female To Male; CARS=認知的評価尺度;

SRS-18=Stress Response Scale-18

<sup>a</sup> 統制変数は、年齢、日常苛立ち事尺度、治療方法のダミー変数が含まれる

<sup>†</sup>  $p < .10$ ; <sup>\*</sup>  $p < .05$

Table 5-12 PCS を従属変数, SIFTM, CIFTM を予測変数とした階層的重回帰分析  
(*N* =87)

	<i>B</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	95%信頼区間	
				下限	上限
Step1		.01		.01	.09
統制変数 <sup>a</sup>					
Step2		.02	.01	.01	.12
SIFTM	-.08				
Step3		.08	.06	.01	.22
コミットメント	-1.86				
影響性の評価	-.38				
脅威性の評価	1.71				
コントロール可能性	-.15				
Step4		.12	.04	.02	.28
SIFTM×影響性	-.01				
SIFTM×コミットメント	-.01				
SIFTM×脅威	.09				
SIFTM×コントロール可能性	-.00				

Note. SIFTM=Stressor Inventory of Female To Male; CARS=認知的評価尺度;  
PCS=身体的健康度

<sup>a</sup> 統制変数は、年齢、日常苛立ち事尺度、治療方法のダミー変数が含まれる

Table 5-13 MCS を従属変数, SIFTM, CIFTM を予測変数とした階層的重回帰分析  
(*N* =87)

	<i>B</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	95%信頼区間	
				下限	上限
Step1		.14		.03	.31
統制変数 <sup>a</sup>					
Step2		.18	.04	.04	.35
SIFTM	-.12				
Step3		.31	.13	.15	.48
コミットメント	1.29				
影響性の評価	-1.23 <sup>*</sup>				
脅威性の評価	-.53				
コントロール可能性	2.32 <sup>*</sup>				
Step4		.36	.05	.19	.53
SIFTM×影響性	.12				
SIFTM×コミットメント	-.07				
SIFTM×脅威	-.05				
SIFTM×コントロール可能性	-.08				

Note. SIFTM=Stressor Inventory of Female To Male; CARS=認知的評価尺度;  
MCS=精神的健康度

<sup>a</sup> 統制変数は、年齢、日常苛立ち事尺度、治療方法のダミー変数が含まれる

<sup>\*</sup>  $p < .05$



制」は精神的健康との間に弱～中程度の相関関係が認められた。また、「回避・抑制」は QOL の精神的側面との間に中程度の負の相関関係を示した。次に、CARS の下位尺度のうち、「コントロール可能性」は精神的健康、QOL の精神的側面と中程度の相関関係があることが示された。また、「影響性の評価」は精神的健康、QOL の精神的側面との間に弱い相関関係が認められたが、「コミットメント」、「脅威性の評価」はすべての変数と有意な相関関係が認められなかった。最後に、DSSI は精神的健康、QOL との間に弱～中程度の有意な相関関係が認められた。このことから、マイノリティストレスは精神的健康と関連していることが示された。また、コーピング、認知的評価は下位尺度により関連する変数が異なっていた。ソーシャルサポートはすべての変数と関連していた。

#### (5) マイノリティストレス、コーピングが精神的健康、QOL に及ぼす影響の検討

マイノリティストレスとコーピングが精神的健康、QOL に及ぼす影響を検討するために、RS-18、SF-36 を従属変数、SIFTM、CIFTM を独立変数とした階層的重回帰分析を行った。その結果、CIFTM のうち、「回避・抑制」が精神的健康、QOL の精神的側面を有意に予測していたが、交互作用は確認されなかった (Table 5-5, 5-6, 5-7)。

#### (6) マイノリティストレス、ソーシャルサポートが精神的健康と QOL に及ぼす影響の検討

マイノリティストレスとソーシャルサポートが精神的健康、QOL に及ぼす影響を検討するために、SRS-18、SF-36 を従属変数、SIFTM、DSSI を独立変数とした階層的重回帰分析を行った。その結果、DSSI は精神的健康を有意に予測していたが、交互作用は確認されなかった (Table 5-8, 5-9, 5-10)。

#### (7) マイノリティストレス、認知的評価が精神的健康、QOL に及ぼす影響の検討

認知的評価の調整効果を検討するために、SRS-18、SF-36 を従属変数、SIFTM、CARS を独立変数とした階層的重回帰分析を行った (Table 5-11, 5-12, 5-13)。その結果、CARS の下位尺度のうち、「影響性の評価」、「コントロール可能性」は精神的健康、QOL の精神的側面を有意に予測していた。また、マイノリティストレスと「コントロール可能性」の交互作用が精神的健康を有意傾向で予測していた。そのため、単純傾斜検定を行ったところ、「コントロール可能性」の低群において単純傾斜が有意傾向で確認された ( $B = -.29, .p < .10$ )。

### 第 4 節 考察

本研究の目的は、成人の FTM 当事者が経験するストレス、コーピング、ソーシャルサポート、認知的評価が精神的健康に及ぼす影響を検討することであった。また、コー

ピング、ソーシャルサポート、認知的評価の交互作用の有無を検討することであった。解析の結果、コーピング、ソーシャルサポート、認知的評価は精神的健康と QOL の精神的側面に対して直接効果を有することが示された。また、認知的評価のうち、コントロール可能性は調整効果を有することが示唆された。一方で、QOL の身体的側面にはどの変数も関連していなかった。

本章の研究協力者は、精神科に通院している、またはホルモン療法まで受けている FTM 当事者は、鈴木・嶋田・三浦他（1997）の成人と比較すると精神的健康は中程度の集団であった。何らかの身体的治療を受けている場合は低いから中程度であった。一方で、QOL は身体的側面は良好だが、精神科に通院している、またはホルモン療法まで受けている FTM 当事者はわが国の国民平均よりも低い状態であった。SRS-18 の項目内容を踏まえると、気分状態は安定しているが、QOL の精神的側面が低下していると考えられる。先行研究（Newfield et al., 2006; Gómez-Gil et al., 2009; Gorin-Lazard et al., 2011）から、GD 当事者は QOL が低下した状態であることが知られており、特に精神的側面の低下が顕著であるとする先行研究と一致した結果であった。一方で、精神的健康と QOL の精神的側面で差異が見られた理由として、教示分の期間が影響したと考えられる。SRS-18 は 2, 3 日の状態を尋ねるものだったが、SF-36 はここ 1 カ月の状態について回答を求めている点が挙げられる。つまり、FTM 当事者における長期的な精神的健康を改善する必要が指摘できる。

次に、治療群の比較から、精神的健康と QOL の精神的側面に対する治療の影響が確認された。ホルモン療法および SRS による治療効果を検討した先行研究（Murad et al., 2010）と一致した結果であった。また、SIFTM の合計得点について、ホルモン療法または SRS を受けた群が、精神科治療を受けた群とホルモン療法を受けた群よりも低い得点になっていた。同様に、CIFTM の下位尺度のうち、「性自認の隠匿」、「男性と認識される努力」において有意な群間差が確認された。この結果は、治療段階によってマイノリティストレス自体が減少していることを示している。FTM 当事者の身体的特徴は治療段階が進むごとに男性に近づいていくため、周囲から女性と認識される頻度が減少し、性自認を隠したり、男性と見えるように努力する必要性が無くなると推測される。

コーピングに関しては、「回避・抑制」が精神的健康を上昇させ、QOL のうち、精神的側面を低減することが示された。回避型コーピングが抑うつ症状と不安症状を予測することを報告した先行研究と一致した結果であった（Budge et al., 2013）。また、周囲からのソーシャルサポートの量と精神的健康の関係は、一貫して負の相関関係にあることが示されているように（Budge et al., 2013; Nemoto et al., 2011; Nuttbrock et al., 2002; Simons et al., 2013）、本研究でも、周囲からのソーシャルサポートは精神的健康を低減し、QOL を高めることが示された。「回避・抑制」コーピングが精神的健康の増悪要因として機能する理由として、感情体験の回避や抑制は、一時的な主観的体験の回避として機能するが、否定的な感情の増加、他者との情緒的繋がりやソーシャルサポート量の低減、Well-being

の低下を引き起こす点が挙げられる (Gross & John, 2003)。さらに、ストレス状況である対人場面を回避することで不快な感情の生起を抑制しようとするすることで、より長期的期間における QOL の精神的側面が悪化するとともに、他者との接触機会が減少するため、サポートを得る機会が減少する可能性が考えられる。

また、マイノリティストレスモデルにおいて精神的健康の悪化要因と推測される「性自認の隠匿」は、精神的健康、QOL を予測していなかった。わが国の FTM 当事者においては、性自認を隠したり、表出を避けたりする行動は精神的健康、QOL には関連していない可能性を示唆している。一方で、本研究の FTM 当事者は、家族か友人にカミングアウトを行った結果、88%以上が少なくとも一人から理解を得られていた。つまり、本研究の研究協力者は、日常生活上で性自認を隠す頻度が少なかったため、マイノリティストレスモデル (Meyer, 2003) に基づいた理論的予測と一致しなかった可能性が指摘できる。

次に、認知的評価の平均得点から、FTM 当事者はマイノリティストレスラーを何とかしようと考えつつも、脅威を感じるものと捉えていることが示された。また、ストレスラーが自分に影響すると考えると、ストレス反応が高まり、QOL のうち精神的側面が低減し、ストレスラーに対処できる、感情をコントロールが出来る则认为ると、ストレス反応が低減し、QOL が上昇することが示された。これらの結果は、マイノリティにおける認知的評価と精神的検討との関連を示している先行研究と一致する (Rowley, Roesch, Jurica, & Vaughn, 2005)。一方で、単純傾斜検定の結果から、マイノリティストレスラーの頻度が多く、対処できる、感情をコントロールできるという考えを持たない場合、ストレス反応が低減することが示唆された。この結果は、ストレス認知モデル (Lazarus & Folkman, 1984) から仮定される結果とは異なっていた。ストレスラーに対する暴露する頻度が高く、ストレスラーに対処できない、感情をコントロールできないと捉えている場合、ストレス反応は高くなることが予想される。しかし、本研究の結果はストレス反応が低減しており、理論的予測と異なっていた。

マイノリティストレスラーと精神的健康に相関関係が見られたが、階層的重回帰分析では精神的健康を予測していなかった点は、マイノリティストレスラーはマイノリティストレス過程における媒介要因を介している可能性が示唆された。これらの結果は、差別や暴力被害経験が精神的健康の悪化を引き起こすとする先行研究 (Marix & Katz, 2006; Bradford et al., 2013) と異なる結果である。その理由として、本研究で用いたマイノリティストレス過程の媒介要因における個人内要因を含めて検討していない点が挙げられる。また、Bradford et al. (2013) は、性被害や身体的暴力被害といった極めてストレス強度の高い出来事のみを扱っていることも要因として指摘できる。

FTM 当事者のストレス反応、QOL の精神的健康に関連する要因が示されたが、身体的健康に関する要因は明らかにならなかった。マイノリティストレスモデルは精神的健康の悪化の過程を説明するモデルであり、身体的健康については仮定されていない。Frost, Lehavot, & Meyer (2013) は、SF-12 を用いてマイノリティストレスラーと主観的な身体

的健康の関連を検討した結果、関連が見られなかったことを報告し、マイノリティストレスモデルは精神的健康の悪化を説明するモデルであると主張している。本研究で得られた結果を合わせると、GD 当事者においてもマイノリティストレスモデルは精神的健康に焦点を当てたモデルであると推測される。しかしながら、第3章で得られたマイノリティストレスの特徴や Reisner et al. (2014) が指摘している医療機関での差別経験を考慮すると、医療機関の利用を回避することで身体的健康が悪化することが想定される。マイノリティストレスと身体的健康の関連を検討した Zachary (2012) は、マイノリティストレスが生理指標を予測することを明らかにしている。結果が異なる理由として、Frost et al. (2013) と本研究は質問紙調査による研究であり、特定の身体疾患や身体症状ではなく、全般的に主観的な身体的健康を測定している点が挙げられる。特定の身体症状や客観的なアセスメント方法を用いた検討が求められる。

## 第6章 総合考察

### 第1節 本研究の結果のまとめ

本研究の目的は、GD 当事者のうち、FTM 当事者の精神的健康に及ぼす要因を検討することであった。本研究の結果を各章ごとにまとめると、次の通りである。

第1章では、GD 当事者が抱える問題として、精神的健康や QOL の悪化が見られることを示し、現在の治療法の効用について概観した。また、心理療法の必要性が指摘されているものの、問題点として具体的な治療方略が明らかにされていないことを指摘した。そして、GD 当事者の心理療法を確立するためには、精神的健康および QOL に関連する要因の理解の向上と、基礎的研究の必要性を指摘し、マイノリティストレスモデルを GD 当事者に適応する有用性を述べた。さらに、マイノリティストレスモデルに基づいた媒介要因をアセスメントする方法を確立する必要性を指摘した。

第2章では、第1章で指摘した問題点が次の通り整理され、本研究の目的と意義について述べた。

- (1) GD 当事者が経験するマイノリティストレスラー、マイノリティストレスラーに対するコーピングの特徴が明らかにされていない。
- (2) GD 当事者が経験するマイノリティストレスラー、マイノリティストレスラーに対するコーピングを測定する信頼性と妥当性を有する方法が確立されていない。
- (3) マイノリティストレスモデルでは、精神的健康、QOL に対するコーピング、ソーシャルサポートの作用が明らかにされていない。
- (4) マイノリティストレスモデルでは、マイノリティストレスラーが精神的健康、QOL に影響を及ぼす過程において、認知的評価が考慮されていない。

第3章では、(1) の問題点を解決するために、わが国で多いとされる FTM 当事者を対象に、マイノリティストレスラーとマイノリティストレスラーに対するコーピングの特徴を明らかにする質的研究が行われた。その結果、FTM 当事者は14に分類されるさまざまなマイノリティストレスラーに曝されていることが明らかとなった。また、マイノリティストレスラーに対するコーピングの特徴として9分類が存在することを示した。これらの結果は、FTM 当事者の状態像の把握に寄与する内容であった。

第4章では、(2) の問題を解決するために、第3章の結果に基づいて、FTM 当事者が経験するマイノリティストレスラーおよびマイノリティストレスラーに対するコーピングを定量的に測定可能な方法の確立を目的として、質問紙調査を行った。その結果、FTM のマイノリティストレスラーを測定する5因子構造の SIFTM が作成された。Stressor Inventory of Female To Male (SIFTM) は、高い内的整合性を持ち、5因子中4因子で妥当性が示されたが、「性役割の強制」では妥当性が確認されなかった。また、受けた治療により経験頻度が異なることが示された。次に、マイノリティストレスラーに対するコーピ

ングを測定する4因子構造の Coping Inventory of Female To Male (CIFTM) が作成され、十分な内的整合性と内容的妥当性を有する尺度であることが確認された。SIFTM と同様に、治療の段階によりコーピングの使用頻度が異なっていた。

最後に、第5章では、(3)、(4)の問題を解決するために、第4章で作成された SIFTM、CIFTM を用いて、FTM 当事者が経験するマイノリティストレスと精神的健康、QOL 間の媒介変数の作用を検討した。はじめに多重代入法による欠損値の補完を行い、ストレス反応、QOL とマイノリティストレス、媒介要因の関連を相関分析で検討した。その結果、マイノリティストレスとコーピングの下位因子、ソーシャルサポート、認知的評価の下位因子とストレス反応、QOL の間に相関関係が確認された。相関分析の結果から、媒介要因とストレス反応、QOL が関連することが示されたことから、階層的重回帰分析を用いて、媒介要因の直接効果と調整効果の検討を行った。解析の結果、「回避・抑制」コーピング、ソーシャルサポートがストレス反応と QOL に対する直接効果を有することが明らかとなった。また、認知的評価のうち、「影響性」と「コントロール可能性」がストレス反応、QOL に直接影響していることが明らかとなった。さらに、マイノリティストレスの経験頻度が高く、「コントロール可能性」が低い状態でストレス反応が低減することが示された。

## 第2節 FTM 当事者におけるマイノリティストレス過程の考察と臨床的示唆

本研究で得られたマイノリティストレス過程における媒介要因の特徴と臨床的示唆を考察する。

まず、FTM 当事者のマイノリティストレスとコーピングの質的検討および因子分析の結果から、FTM 当事者は GD 当事者に特徴的なストレスを経験しており、性自認を隠したり、周囲から男性として認識されるための努力を行っていた。Hughto et al. (2015) は、社会構造と個人の間には、社会構造に基づいた対人交流場面のストレスが存在することを示し、対人交流が否定的な結果を引き起こしうることを指摘しているように、FTM 当事者が経験するマイノリティストレスは他者との関わりが中心に構成されていた。

次に、マイノリティストレスモデル (Meyer, 2003) では、マイノリティストレスが精神的健康に影響を及ぼすことが仮定されており、GD 当事者においてもマイノリティストレスが精神的健康に影響を及ぼすとする先行研究 (Marix & Katz, 2006; Bradford et al., 2013) の結果とは異なり、本研究で得られたマイノリティストレスは精神的健康と QOL に直接影響を及ぼしていなかった。一方で、コーピング、ソーシャルサポートが精神的健康に直接影響していた。これらの結果は、マイノリティストレスそのものが精神的健康と QOL を悪化させる要因ではなく、ストレス過程における媒介要因が精神的健康や QOL の悪化や改善に重要な要因である可能性を示している。WPATH (2011) は、

心理療法の1つの要素として、性別違和感を起因とするストレスやスティグマが精神的健康に及ぼす影響に対処する必要性を指摘している。本研究の結果から、心理療法の治療方略として、不適応なコーピングである対人交流を避けるコーピングや感情を抑制するコーピングを避ける必要性が指摘できる。また、ストレスに対処できる、感情のコントロールができるという認知が精神的健康と QOL を高め、ストレスが自分に影響を及ぼす、重要であるという認知が精神的健康と QOL の低下させることから、認知的評価の変容が精神的健康と QOL を改善する可能性が示された。マイノリティにおけるコーピング、認知的評価の変容を目的とした治療方略として、認知行動的ストレスマネジメント (Cognitive-Behavior stress management:以下 CBSM) が挙げられる。CBSM は、認知行動療法とストレスマネジメントを併せた治療技法であり、複数の治療方略から構成される。Antoni, Cruess, Cruess, Kuman, Lutgendorf, Ironson, Dettmer, Williams, Klimas, Fletcher, & Schneiderman (2000) は、HIV 感染した同性愛の男性に対して、リラクゼーションと新しいコーピングの獲得、認知的評価の変容、サポートリソースへのアクセスを目的とした集団 CBSM を実施した結果、ウェイティングリスト群と比較して、24 時間コルチゾールの低下、抑うつ気分の改善が見られたことを報告している。GD 当事者に対する心理療法の治療方略は明確にされていないが、コーピングの獲得、認知的評価の変容を含めてパッケージ化された CBSM は、FTM 当事者における精神的健康や QOL の改善を目的とした治療方略として、臨床的観点から有用性を検討する必要性が指摘できる。

次に、ソーシャルサポートの獲得が FTM 当事者における精神的健康と QOL の改善に重要である。Hughto et al. (2015) が、GD 当事者における対人水準の介入方法として、家族からのサポートの重要性を挙げているように、FTM 当事者のサポートリソースとして最初に挙げられる対象が家族である。家族からのソーシャルサポートを得るためには、母親がもっともカミングアウトを多く受けている点や父親より母親の方が理解を示す割合が高く、兄弟・姉妹が理解を示す割合が高いことを考慮すると、最初に母親や兄弟・姉妹を対象にカミングアウトを行うことで、ソーシャルサポートを獲得しやすいと推測される。カミングアウトは FTM 当事者にとって避けることのできない過程であるとともに、心理的負担度の高い出来事であることから、カミングアウトの対象に悩む FTM 当事者に対しては、母親や兄弟・姉妹への相談が精神的健康や QOL の改善に有益な方法であることを示唆している。

### 第3節 本研究の限界と今後の展望

#### 第1項 研究協力者の母集団

最後に、今後の展望について述べる。本研究では、成人の FTM 当事者のうち、首都圏と地方都市部の GD 専門外来に通院中の FTM 当事者に調査協力を依頼している。FTM 当事者の全員が GD 専門外来に通院するわけではなく、通院前や希望の治療を終えた FTM

当事者は含まれていない。また、本研究における研究協力者の平均年齢から、わが国の FTM 当事者のうち、GD 専門外来に受診する年齢層は 20 代から 30 代が多いとする先行研究（石丸・針間，2009）と一致していた。しかし、第 4 章、第 5 章ともに研究協力が得られた 40 代以降の FTM 当事者は最大 6 名のみであり、50 代以降の FTM 当事者は含まれていない。つまり、わが国の FTM 当事者のうち、20 代から 30 代を中心とした限定的な母集団における結果であることが指摘できる。

次に、本研究の調査材料における収集率が 56.86～66.94%であったことから、本研究の研究協力者におけるサンプルバイアスの影響が指摘できる。第 5 章の研究協力者のうち、少なくとも 1 人の家族から理解を得ている割合が 88.0%を超えていた。GD 当事者のうち、31.0%の GD 当事者が性自認の表出や GD 当事者であることに対する家族内でのサポートが受けられていないとする先行研究（Bradford et al., 2013）と比較して、本研究の研究協力者は家族からの理解を得られている割合が高かった。また、欠損値の有無が精神的健康の程度に影響されることが示されたことから、精神的健康の悪化が顕著な FTM 当事者は回答していない可能性が考えられる。つまり、本研究は精神的健康が安定している FTM 当事者から調査協力を得ていた可能性が指摘できる。今後は、GD 専門外来のみではなく、GD 当事者のコミュニティを対象とした研究を実施することにより、年齢層の拡大やサンプルバイアスの影響を排除する必要がある。

## 第 2 項 内在化されたトランスフォビアの検討

本研究では、GD 当事者の精神的健康の悪化要因として明らかにされている外的マイノリティストレスを測定する SIFTM を作成し、マイノリティストレスと精神的健康、QOL の関連を検討した。その結果、マイノリティストレスは直接精神的健康と QOL に関連しておらず、媒介要因として存在している可能性が示唆された。しかし、マイノリティストレスモデル（Meyer, 2003）によれば、内在化されたトランスフォビアが精神的健康に影響を及ぼす要因として仮定されている。本研究では、日常生活上で経験する出来事である外的マイノリティストレスのみをマイノリティストレスと定義し、測定していたため、内在化されたトランスフォビアと精神的健康、QOL の関連は検討していない。Meyer (1995) は、同性愛の男性を対象に、差別被害経験と内在化されたホモフォビアが精神的健康に及ぼす影響を検討した結果、2つの概念による分散の説明率は同程度であったことを明らかにしている。また、第 1 章で述べたように、両親のトランスフォビアが子どもの GD 当事者における精神的健康を予測することが示されているものの（Hill et al., 2010）、GD 当事者を対象に内在化されたトランスフォビアが精神的健康と QOL に及ぼす影響を検討した研究はない。今後、内在化されたトランスフォビアを測定する尺度を作成し、精神的健康と QOL に及ぼす影響を明らかにすることは、GD 当事者に対する治療方略の示唆を得ることに繋がる有益な検討課題である。



### 第3項 ストレス過程の媒介要因におけるプロセスの検討

本研究は、ストレス過程における媒介要因が精神的健康、QOLに及ぼす作用に関して階層的重回帰分析による検討を行っている。その結果、媒介要因における直接効果と調整効果の有無が明らかになった。しかしながら、マイノリティストレスと媒介要因の作用機序は明らかにしていない。GD当事者における精神的健康、QOLの悪化に関する作用機序の解明は、GD当事者の精神的健康、QOLの悪化がどのような過程を経て起きるのかというプロセスを理解することである。過程を解明することは、特定の変数の変容がGD当事者の精神的健康とQOLの改善を引き起こす理論的根拠となるとともに、心理療法の治療効果を検討するために必要な手続である。例えば、Lazarus & Folkman (1984) は、ストレスに対する認知的評価が接近型、または回避型コーピングの実行を予測する要因であるとしている。本研究の結果から、「影響性の評価」、「コントロール可能性」がマイノリティストレスに対するコーピングを予測するか検討することは、認知的評価の変容が不適切なコーピングである「回避・抑制」の実施頻度の低減を引き起こす可能性が考えられる。ストレス媒介要因の過程を検証する方法論の1つとして、共分散構造分析を用いた因果モデルの検討が挙げられる。マイノリティストレスモデルは、複数の社会学理論、社会心理学理論から構成された概念モデルであり、マイノリティの精神的健康が悪化する過程を理論的に説明している。しかし、同性愛者、両性愛者、マイノリティに属する人種を対象とした先行研究では、部分的なモデルの妥当性の検討に止まっており、GD当事者においても同様である (Budge et al., 2013)。今後、マイノリティストレスモデルに基づいたストレス媒介要因が精神的健康とQOLに及ぼす影響の作用機序を解明する研究が望まれる。

### 第4項 コーピング、認知的評価、ソーシャルサポートへの介入効果

本章第2節で述べたように、本研究によって明らかにされた媒介要因にしたがうならば、対人場面や感情を抑制するコーピングの頻度を減少させることが精神的健康と精神的QOLの悪化を防ぐことになる。また、マイノリティストレスを自分に影響するものと捉えるのではなく、対処可能である、感情をコントロールできるという認知を増加させることが精神的健康と精神的QOLの改善に重要であることが示された。したがって、これらの個人内要因の変容を目的としたCBSMをGD当事者に実施することで、精神的健康やQOLの改善が期待できる。しかしながら、これまでにGD当事者に対する心理療法の効果を測定した研究は実施されておらず、実際にコーピングや認知的評価の変容がGD当事者の精神的健康やQOLの改善に有効であるのかは明らかにされていない。Antoni et al. (2000) は、HIVに感染した同性愛の男性に対して集団でCBSMを実施し、コーピングの獲得、認知的評価の変容、ソーシャルサポートのリソースの確保を行うことでコルチゾー

ルと抑うつ気分の改善を報告している。また、本研究の結果から、Antoni et al. (2000) の介入技法を参考に、FTM 当事者の「回避・抑制」コーピングの使用頻度を減少させ、マイノリティストレスに対処できる、感情をコントロールできるという認知を変容することで、精神的健康と QOL の改善が引き起こされるか、無作為化比較試験による検討を行うことがもっとも望ましい。

また、マイノリティの精神的健康の悪化に関して、個人内要因以外の社会的要因の考慮も必要である。マイノリティストレスは、慢性的で社会的背景に基づいたストレスであるため、GD 当事者はマイノリティストレスに対して継続的な暴露が生じる。社会的背景そのものの変容は困難であるものの、啓蒙活動によるスティグマの低減が報告されている。例えば、Rusch, Kanter, & Brondino (2009) は、心理学専攻の大学生 86 名を対象にうつ病の啓蒙活動によるスティグマの低減効果を検討している。研究協力者は、行動活性化の理論に基づき、日常生活上の出来事がうつ病を引き起こす文脈を議論するプログラム群 (文脈プログラム群)、セロトニンやドーパミンといった神経伝達物質がうつ病を引き起こす生理的メカニズムに関して議論するプログラム群 (医学プログラム群)、文脈や生理的メカニズムに関する学習は無いが、うつ病に関するスティグマの知識を学習するプログラム群 (コントロールプログラム群)、プログラムの無い群に無作為に振り分けられた (プログラム無し群)。研究の結果、文脈プログラム群、コントロールプログラム群はプログラム無し群と比較して、スティグマが低減していた。また、Meyer & Bayer (2013) は、同性愛者、両性愛者、GD 当事者に対する介入として、教育場面のコミュニティ参加型の介入方法を特に推奨している。マイノリティに属する当事者だけではなく、コミュニティを形成する参加者に対して啓蒙活動を行うことで、コミュニティ内の理解が得られ、受け入れられるようになると指摘している。わが国の教育場面では、保健体育や道徳の授業内で、性自認や GD 当事者の状態像について説明を行い、正確な知識を得ることが考えられる。そして、本研究で得られた結果は、わが国の FTM 当事者の状態像を反映していることから、啓蒙活動におけるプログラム内容の作成、発展を促進することが可能となる。今後は、GD 当事者に対する介入だけではなく、本研究の結果に基づいた啓蒙活動プログラムを作成し、介入効果を実証的に検討する必要がある。

## 引用文献

- 阿部輝夫 (1999). 性同一性障害関連疾患 191 例の臨床報告 —統計分析と今後の問題点— 臨床精神医学 **28**, 373-381.  
(Abe, T)
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition (DSM-III)*. Washington, D. C.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition-Revised (DSM-III-R)*. Washington, D. C.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition-Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, D. C.  
(高橋三郎・大野 裕・染矢俊幸訳(2004). DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版, 医学書院)
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition (DSM-5)*. Washington, D. C.  
(高橋三郎・大野 裕・染矢俊幸・神庭重信訳(2002). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版, 医学書院)
- Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, **178**, 101-105.
- Antoni, M. H., Cruess, S., Cruess, D. G., Kumar, M., Lutgendorf, S., Ironson, G., Dettmer, E., Williams, J., Klimas, N., Fletcher, M. A., & Schneiderman, N (2000). Cognitive-behavioral stress management reduces distress and 24-hour urinary free cortisol output among symptomatic HIV-infected gay men. *Annals of Behavioral Medicine*, **22**, 29-37.
- Balsam, K. F., Molina, Y., Beadnell, B., Simoni, J., & Walters, K. (2011). Measuring multiple minority stress: The LGBT people of color microaggressions scale. *Culture Diversity & Ethnic Minority Psychology*, **17**, 163-174.
- Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: The effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, **34**, 77-95.
- Bianchi, F. T., Zea, M. C., Poppen, P. J., Reisen, C. A., & Echeverry, J. J. (2004). Coping as a mediator of the impact of sociocultural factors on health behavior among HIV-positive Latino gay men. *Psychology and Health*, **19**, 89-101.
- Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *SIECUS Report*, **28**, 3-7.
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, **17**, 211-224.

- Bockting, W. O., & Coleman. (2007). *Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity*. In R. Ettner, S., Monstrey, & E. Eyler(Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185-208). New York, NY: The Haworth Press.
- Bradford, J. Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia transgender health initiative study. *Research and Practice*, **103**, 1820-1829.
- Branscombe, N. R., Schmitt, M. T., & Harvey, .R. D. (1999). Perceiving pervasive discrimination among African Americans: Implications for group identification and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, **77**, 135-149.
- Budge, S. L., Katz-Wise, S. L., Tebbe, E. N., Howard, K. A. S., Schneider, C. L., & Rodriguez, A. (2012). Transgender emotional and coping processes: Facilitative and avoidant coping throughout gender transitioning. *The Counseling Psychologist*, **41**, 601-647.
- Budge, S. L., Adelson, J. L., Howard, K. A. S. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **81**, 545-557, 2013
- Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, E. A., Green, R., Menvielle, E. J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pleak, R. R., & Tompkins, A. D. (2012). Report of the American Psychiatric Association Task Force on treatment of Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, **41**, 759-796.
- Cass, V. C. (1979). Homosexual identity formation: A theoretical model. *Journal of Homosexuality*, **4**, 219-235.
- Carroll, R. A. (1999). Outcomes of treatment for gender dysphoria. *Journal of Sex Education and Therapy*, **24**, 128-136.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **36**, 263-271.
- Clark, R., Anderson, N. B., Clark, V. R., & Williams, D. R. (1999). Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model. *American Psychologist*, **54**, 805-816.
- Clements-Nolle, K., Marx, R., & Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of Homosexuality*, **51**, 53-69.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis.

- Psychological Bulletin*, **98**, 310-357.
- de Cuypere, G., Elaut, E., Heylens, G., van Maele, G., Selvaggi, G., T'Sjoen, G., Rubens, R., Hoebeke, P., & Monstrey, S. (2006). Long-term follow-up: Psychosocial outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. *Sexologies*, **15**, 126-133.
- de Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., Monstrey, S., Vansteenwegen, A., & Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, **34**, 679-690.
- de Cuypere, G., van Hemelrijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., Hoebeke, P., & Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, **22**, 137-144.
- Diamond, L. M. (2003). Integrating research on sexual-minority and heterosexual development: Theoretical and clinical implications. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, **32**, 490-498.
- Dohrenwend, B. P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior*, **42**, 1-19.
- Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Murad, M. H., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: A systematic review and meta-analyses. *Clinical Endocrinology*, **72**, 1-10.
- Enders, C. K. (2010). Applied missing data analysis. New York, NY: The Guilford Press.
- Factor, R. J., & Rothblum, E. D. (2007). 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**, 11-30.
- Frost, D. M., Lehavot, K., & Meyer, I. H. (2013). Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *Journal of Behavior Medicine*, **38**, 1-8.
- 福原俊一・鈴鴨よしみ (2011). SF-36v2 日本語版マニュアル第 3 版第 1 刷 i Hope International 株式会社  
(Fukuhara, S., & Suzukamo, Y. (2011). *Manual of SF-36v2 Japanese version*. i Hope International Inc. Kyoto.)
- 福原俊一・鈴鴨よしみ (2015). SF-36v2 日本語版マニュアル第 3 版第 2 刷 i Hope International 株式会社  
(Fukuhara, S., & Suzukamo, Y. (2015). *Manual of SF-36v2 Japanese version*. i Hope International Inc. Kyoto.)
- Gaylord-Harden, N. K., & Cunningham, J. A. (2009). The impact of racial discrimination and coping strategies on internalizing symptoms in African

- American youth. *Journal of Youth and Adolescence*, **38**, 532-543.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences*, **46**, 25-29.
- Goffman, A. (1986). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York, NY: Torchstone.
- (石黒 毅訳(2001). スティグマの社会学—烙印を押されたアイデンティティ—改訂版 せりか書房)
- Goldblum, P., Testa, R., Pflum, S., & Bongar, B. (2012). The relationship between gender-based victimization and suicide attempts in transgender people. *Professional Psychology Research and Practice*, **43**, 468-475.
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of Transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, **38**, 378-392.
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Gebleux, S., Penochet, J. C., Pringuey, D., Albarel, F., Morange, I., Loundou, A., Berbis, J., Auquier, P., Lancon, C., & Bonierbale, M. (2011). Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. *Journal of Sexual Medicine*, **9**, 531-541.
- Graham, J. M., & Barnow, Z. B. (2013). Stress and social support in gay, lesbian, and heterosexual couples: Direct effects and buffering models. *Journal of Family Psychology*, **27**, 569-578.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation process: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, **85**, 348-362.
- Hamza, C. A., & Willoughby, T. (2013). Nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A latent class analysis among young adults. *PLOS ONE*, **8**, 1-7.
- Haraldsen, I. R., & Dahl, A. A. (2000). Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, **102**, 276-281.
- 針間克己 (2011). 性同一性障害者の家族への面接 精神療法, **37**, 51-53.  
(Harima, K.)
- Henderson, C., & Thornicroft, G. (2009). Stigma and discrimination in mental illness: Time to change. *The Lancet*, **373**, 1928-1930.
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology: Research and Practice*, **43**, 1-8.

- Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, **58**, 259-261.
- Hequembourg, A. L., & Brallier, S. A. (2009). An exploration of sexual minority stress across the lines of gender and sexual identity. *Journal of Homosexuality*, **56**, 273-298.
- Herek, G. M. (2009). Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States: Prevalence estimates from a national probability sample. *Journal of Interpersonal Violence*, **24**, 54-74.
- Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy*, **36**, 6-23.
- Hill, D. B., & Willoughby, B. L. B. (2005). The development and validation of the genderism and transphobia Scale. *Sex Roles*, **53**, 531-544.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, **52**, 946-955.
- Hughto, J. M. W., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, **147**, 222-231.
- 池田官司・安藤孟梓・大内 悠・橋本佳奈・斎藤利和 (2012). 性同一性障害当事者の心理社会的困難の分析にむけて GID (性同一性障害) 学会雑誌, **5**, 82-83.  
(Ikeda, H., Ando, T., Ouchi, Y., Hashimoto, K., & Saito, T.)
- 池田官司・小笠原雅美・常盤野文子・吉川 徹・村山友規・舩森直哉・遠藤俊明・馬場 剛・安藤孟梓・斎藤利和 (2013). 札幌市における出生数あたり性同一性障害者数の推計 GID (性同一性障害) 学科雑誌, **6**, 56.  
(Ikeda, H., Ogasawara, M., Tokiwano, H., Yoshikawa, T., Murayama, T., Masumori, N., Endo, T., Baba, T., Ando, T., & Saito, T.)
- 石丸徑一郎 (2008). 同性愛者における他者からの拒絶と受容—ダイアリー法と質問紙によるマルチメソッドアプローチ— ミネルヴァ書房  
(Ishimaru, K)
- 石丸徑一郎・針間克己 (2009). 性同一性障害患者の性行動 日本性科学会雑誌, **27**, 25-33.  
(Ishimaru, K., & Harima, K. (2009). Sexual orientation and sexual behaviors of outpatients with gender dysphoria. *Japan Journal of Sexology*, **27**, 25-33.)
- Jarrett, K (2006). The relationship between gay-related stress and ethnicity for monosexual and bisexual males. *Honors Projects*, **5**.1-63.
- Kenagy, G. P., & Bostwick, W. B. (2005). Health and social service needs of transgender

- people in Chicago. *International Journal of Transgenderism*, **8**, 57-66.
- 木下康二 (2003). グラウンテッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い. 弘文堂  
(Kinoshita, K.)
- Landen, M., Walinder, J., & Lundstrom, B. (1996). Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **93**, 221-310.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lehavot, K., & Simoni, J. M. (2011). The impact of minority stress on mental health and substance use among sexual minority women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **79**, 159-170.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, **27**, 363-385.
- Lombardi, E. L., Wilchins, R. A., Priesing, D., & Malouf, D. (2001). Gender violence: Transgender experiences with violence and discrimination. *Journal of Homosexuality*, **42**, 89-101.
- Lux, A., Kropf, S., Kleinemeier, E., Jürgensen, M., & Thyen, U. (2009). Clinical evaluation study of the German network of disorders of sex development (DSD)/intersexuality: Study design, description of the study population, and data quality. *BMC Public Health*, **9**, 1-17.
- Marshall, M. P., Dietz, L. J., & Stall, R. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health*, **49**, 115-123.
- 松本洋輔・阿部輝夫・池田官司・織田裕行・康 純・佐藤俊樹・塚田 攻・針間克己・松永千秋・山内俊雄・齋藤利和・舩森 直哉・中塚幹也・難波祐三郎・木股敬裕 (2012). 性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン第 4 版 精神神経学雑誌, **114**, 1250-1266.  
(Matsumoto, Y., Abe, T., Ikeda, H., Oda, H., Koh, J., Sato, T., Tsukada, I., Harima, K., Matsunaga, C., Yamauchi, T., Saito, T., Masuzoe, N., Nakatsuka, M., Namba, Y., & Kimata, Y.)
- Matsumoto, Y., Sato, T., Ohnishi, M., Kishimoto, Y., Terada, S., & Kuroda, S. (2009). Stress-coping strategies of patients with gender identity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **63**, 715-720.
- 松嶋 淑恵 (2012). 性別違和感を持つ人々の実態調査—経済状況, 人間関係, 精神的問題について— 人間科学研究, **34**, 185-208.  
(Matsushima, T. (2012). A survey of people with Gender Dysphoria: Impact of



- financial status, human relationship, and psychological problem. *Bulletin of Human Science*, **34**, 185-208.)
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, **36**, 38-56.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, **129**, 674-697.
- Meyer, I. H., & Bayer, R. (2013). School-based gay-affirmative interventions: First amendment and ethical concerns. *American Journal of Public Health*, **103**, 1764-1771.
- Meyer III, W., Bockting, W. O., Cohen-Kettenis, P., Coleman, E., Diceglie, D., Devor, H., Gooren, L., Hage, J. J., Kirk, S., Kuiper, B., Laub, D., Lawrence, A., Menard, Y., Patton, J., Schaefer, L., Webb, A., & Wheeler, C. C. (2001). The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's standard of care for Gender Identity Disorders, Sixth version. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, **13**, 1-30.
- Miller, C. T. & Kalser, C. R. (2001). A theoretical perspective on coping with stigma. *Journal of Social Issues*, **57**, 73-92.
- 南野知恵子・川崎政司・針間克己 (2013). 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 メディカ出版  
(Minamino, T., Kawasaki, S., & Harima, K.)
- Mizock, L., & Mueser, K. T. (2014). Employment, mental health, internalized stigma and coping with transphobia among transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, **1**, 146-158.
- Money, J., & Ambinder, R. (1978). Two-year, real-life, diagnostic test: Rehabilitation versus cure. In Brady, J. P., & Brodie, H. K. H., (eds): *Controversy in Psychiatry*. Philadelphia, Saunders, 833-834.
- Moody, C., & Smith, G. N. (2013). Suicide protective factors among trans adults. *Archives of Sexual Behavior*, **42**, 739-752.
- Moore, E., Wisniewski, A., & Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes and adverse effects. *Journal of Clinical Endocrinology*, **88**, 3467-3473.
- 宗像恒次・仲尾唯治・藤田和夫・諏訪茂樹 (1986). 都市住民のストレスと精神健康度 精神衛生研究, **32**, 47-68.  
(Munakata, T., Nakao, T., Fujita, K., & Suwa, S. (1985). Stressor, coping resources, and mental health in an urban population. *Journal of Mental Health*, **32**, 49-68.)
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., &

- Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, **72**, 214-231.
- 永井 敦・久住倫宏・渡部昌実・坪井 啓・公文裕巳・中塚幹也・平松祐司・難波祐三郎・木股敬裕・佐藤俊樹・黒田重利 (2004) . 岡山大学医学部ジェンダークリニックにおける性同一性障害患者 415 名の解析 日本小児泌尿器科学会雑誌, **13**, 132-136.
- (Nagai, A., Kusumi, N., Watanabe, M., Tsuboi, H., Kumon, H., Nakatsuka, M., Hiramatsu, Y., Namba, Y., Kimata, Y., Sato, T., & Kuroda, S.)
- Nagoshi, J. L., Adams K. A., Terrell, H. K., Hill, E. D., Brzuzy, S., & Nagoshi, C. T. (2008). Gender differences in correlates of homophobia and transphobia, *Sex Roles*, **59**, 521-531.
- Neblett Jr, E. W., Rivas-Drake, D., & Umaña-Taylor, A. J. (2012). The promise of racial and ethnic protective factors in promoting ethnic minority youth development. *Child Development Perspectives*, **6**, 295-303.
- Nemoto, T., Bödeker, B., & Iwamoto, M. (2011). Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of depression among Male-to-Female transgender women with a history of sex work. *American Journal of Public Health*, **101**, 1980-1988.
- Newfield, Hart, Dibble, & Kohler (2006). Female to male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, **15**, 1447-1457.
- 日本精神神経学会・性同一性障害に関する委員会 (2006) . 性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン (第 3 版) の現地診療の手引き . [https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/gid\\_guideline\\_manuduction.pdf](https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/gid_guideline_manuduction.pdf). (2011 年 5 月)
- Nuttbrock, L., Hwang, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, **47**, 12-23.
- Nuttbrock, L., Rosenblum, A., & Blumenstein, R. (2002). Transgender identity affirmation and mental health. *International Journal of Transgenderism*, **6**.
- Pascoe, A. E., & Richman, S. L. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, **135**, 531-554.
- Rachlin, K. (2002). Transgender individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, **6**.
- Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham., & Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing*, **16**,

279-284.

- Reisner, S. L., White, J. M., Dunham, E. E., Heflin, K., Begenyi, J., Cahill, S., & the Project Voice Team. (2014). Discrimination and health in Massachusetts: A statewide survey of transgender and gender nonconforming adults. Boston, MA: Fenway institute.
- Revelle, W. (2015). Psych: Procedures for personality and psychological research. <http://CRAN.R-project.org/package=psych>. (October, 1, 2015)
- Richman, L. S., Pek, J., Pascoe, E., & Bauer, D. J. (2010). The effects of perceived discrimination on ambulatory blood pressure and affective responses to interpersonal stress modeled over 24 hours. *Health Psychology*, **29**, 403-411.
- Roberto, L. G. (1983). Issues in diagnosis and treatment of transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, **12**, 445-73.
- Robitzsch, A., Grund, S., & Henke, T. (2016). Miceadds: Some additional multiple imputation functions, especially for 'mice'. <https://CRAN.R-project.org/package=miceadds>. (December 25, 2016)
- Rowlye, A. A., Roesch, S. C., Jurica, B. J., & Vaughn, A. A. (2005). Developing and validating a stress appraisal measure for minority adolescents. *Journal of Adolescence*, **28**, 547-557.
- Rusch, L. C., Kanter, J. W., & Brondino, M. J. (2009). A comparison of contextual and biomedical models of stigma reduction for depression with a nonclinical undergraduate sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **97**, 1-8.
- 坂野雄二 (1995). 認知行動療法 日本評論社  
(Sakano, Y)
- 佐倉智美 (2006). 性同一性障害の社会学 現代書館  
(Sakura, T)
- Simons, L., Schrager, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013). Parental support and mental health among Transgender adolescents. *Journal of Adolescents Health*, **53**, 791-793.
- Singh, A., & Mckleroy, V. S. (2011). "Just getting out of bed is a revolutionary act": The resilience of transgender people of color who have survived traumatic life event. *Traumatology*, **17**, 34.
- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-kettenis, P. T. (2004). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, **35**, 89-99.
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, **4**, 249-288.
- 鈴木伸一・坂野雄二 (1998). 認知的評価測定尺度 (CARS) 作成の試み ヒューマンサイエンスリサーチ, **7**, 113-124.

- (Suzuki, S., & Sakano, Y. (1998). Development of a Cognitive Appraisal Rating Scale (CARS) and its validation. *Human Science Research*, **7**, 113-124.)
- 鈴木伸一・嶋田洋徳・三浦正江・片柳弘司・右馬埜力也・坂野雄二 (1997). 新しい心理的ストレス反応尺度 (SRS-18) の開発と信頼性・妥当性の検討 行動医学研究, **4**, 22-29.
- (Suzuki, S., Shimada, H., Miura, M., Katayanagi, K., Umano, R., & Sakano, Y. (1997). Development of a new psychological Stress Response Scale (SRS-18) and investigation of the reliability and the validity. *Japanese Journal of Behavioral Medicine*, **4**, 22-29.)
- The World Professional Association for Transgender Health. (2011). Standards of Care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, <http://www.wpath.org/documents/Standards%20of%20Care%20V7%20-%202011%20WPATH.pdf>. (November 27, 2011)
- Thompson, V. L. S. (2006). Coping responses and experience of discrimination. *Journal of Applied Social Psychology*, **36**, 1198-1214.
- Tummala-Narra, P., & Claudius, M. (2013). Perceived discrimination and depressive symptoms among immigrant-origin adolescents. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, **19**, 257-269.
- Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatry Scandinavica*, **78**, 501-504.
- van Buuren, S., & Groothuis-Oudshoorn, K. (2011). Mice: Multivariate Imputation by chained equations in R. *Journal of Statistical Software*, **45**, 1-67.
- van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in The Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, **25**, 589-600.
- 山根 望・名島潤慈 (2006). 性同一性障害 (GID) に関する心理学的研究の近年の動向 山口大学教育学部附属教育実施総合センター研究紀要, **21**, 231-247.
- (Yamane, N., & Najima, J)
- 山本 欄 (2005). 性同一性障害の診かたと治療 性同一性障害を有する者の心理・社会的問題 Modern Physician, **25**, 425-456.
- (Yamamoto, R)
- 山内俊雄 (2001). 性同一性障害の基礎と臨床. 新興医学出版
- (Yamauchi, T)
- 矢野里桂・浦島 創・縄田秀幸・田中真理子・甲斐佳美・西村良二・井上善仁・城田京子・瓦林達比古・入江慎一郎・田中正利・衛藤明子・大慈弥裕之・皿田洋子 (2007). 福岡大学病院における性同一性障害治療の現状と症例の特徴について 福岡大学医学紀要, **34**, 233-239.

- (Yano, R., Urashima, H., Nawata, H., Tanaka, M., Kai, Y., Nishimura, R., Inoue, Y., Shirota, K., Kawarabayashi, T., Irie, S., Tanaka, M., Eto, A., Ojimi, H., & Sarada, Y. (2007). The present situation of Gender Identity Disorder treatment an Fukuoka university hospital and characteristics of these cases. *Medical Bulletin of Fukuoka University*, **34**, 233-239.)
- Yoo, H. C., & Lee, R. M. (2005). Ethnic identity and approach-type coping as moderators of the racial discrimination/well-being relation in Asian American. *Journal of Counseling Psychology*, **52**, 497-506.
- Zachary, D. L. (2012). Associations between transition-specific stress experience, nocturnal decline in ambulatory blood pressure, and C-Reactive protein levels among transgender men. *American Journal of Human Biology*, **24**, 52-61.
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender Identity Disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. Guilford Press, New York.
- (鈴木國文・小橋忠晃・早川徳香・諏訪真美・西岡和郎訳(2010). 性同一性障害 児童期・思春期の問題と理解 みすず書房)

## 謝 辞

約6年半の期間を経て、博士論文が完成しました。博士論文の構想、調査実施、論文作成の間には、非常に多くの方々にご協力をいただきこの場を借りて感謝の言葉を述べさせていただきます。

初めに、指導教員の中野倫仁教授にはお忙しい中、不勉強な私にご指導いただき誠にありがとうございました。先生の研究室に席を置かせていただいた時は、本研究分野に関する研究成果が何も無い状況でしたが、お引き受けいただき、誠にありがとうございました。ご相談させていただいた際には、的確なアドバイスをいただいて助けていただきました。また、無理なお願いにも関わらず、札幌医科大学神経精神科との間を取り持っていただき、誠にありがとうございました。中野先生のご助言が無ければ、GD 当事者の方々と関わることはできなかったと思います。

また、坂野雄二教授には博士論文構想の時から研究計画の立案、研究論文における記述の仕方、言葉の使い方の重要性、発表方法について、丁寧にかつ厳しくも的確なご指摘を毎回して下さいまして、本当にありがとうございました。坂野先生からは研究家として研究に取り組む姿勢だけでなく、その結果を公表することの重要性をご指導いただきました。また、私が壁にぶつかった時は、先生の細やかなお心遣いで助けて下さいました。先生のご配慮が無ければ博士論文を完成させることは出来ませんでした。

北海道文教大学の池田官司教授にも深く感謝を述べさせていただきます。池田先生の御理解があつて、初めて札幌医科大学 GID 専門外来で調査をすることができました。思えば、調査の依頼をさせていただいた際に、まず当事者の方々を見て欲しいと診察の同席を許可して下さいました。当事者の方々の状態を理解することの大切さを教えていただいたと思います。

調査の御協力を快く引き受けてくださった、はりまメンタルクリニックの針間克己先生には感謝しきれません。博士論文を完成させることができたのは、針間先生の迅速な行動と御協力をいただけたお陰です。

また、札幌医科大学で御協力いただいた、齋藤利和先生、橋本恵理先生、館農勝先生、佐々木竜二先生にも深く感謝しております。先生方のご理解とご協力のお陰で当事者の方々に調査をすることができました。

坂野研究室の多くの方々にもご協力とご指導をしていただきました。松岡紘史先生、金澤潤一郎先生、本谷亮先生の諸先輩方には、研究会の場や研究会以外の場で貴重なご意見、解析の方法を聞かせていただきました。初めて取り組む分野で、苦労することも多々ありましたが、皆様のご指摘があつたお陰だと思います。

大谷地病院の同僚の方々にも深く感謝しております。学位論文と仕事の両立が上手に出来ない状況で、サポートをしていただきました。大谷地病院の職場環境の良さを実感しました。

最後に、群馬県から北海道に引っ越し、就職や忙しいことを理由に実家に戻らなかったにも関わらず、博士論文の完成を見守ってくれました家族に心より感謝します。

2016 年 10 月 25 日 安藤孟梓

## 付録目録

### [1] 研究で使⽤した質問紙（⽇常⽣活調査票）

- ・ 付録 1-1 （研究 1 調査材料①）  
付録 1-2 （研究 1 調査材料②）  
付録 1-3 （研究 1 調査材料③）
  
- ・ 付録 2-1（研究 2 調査材料①，研究 3 調査材料①）  
付録 2-2（研究 2 調査材料②）  
付録 2-3（研究 3 調査材料②）  
付録 2-4（研究 2 調査材料③）
  
- ・ 付録 3-1（研究 2 調査材料①，研究 3 調査材料①，研究 4 調査材料①）  
付録 3-2（研究 4 調査材料②）  
付録 3-3（研究 2 調査材料②，研究 4 調査材料③）  
付録 3-4（研究 3，調査材料②，研究 4 調査材料④）  
付録 3-5（研究 4 調査材料⑤）  
付録 3-6（研究 4 調査材料⑥）  
付録 3-7（研究 4 調査材料⑦）  
付録 3-8（研究 4 調査材料⑧）  
付録 3-9（研究 4 調査材料⑨）
  
- ・ 付録 4-1（研究 4 調査材料①）  
付録 4-2（研究 4 調査材料②）  
付録 4-3（研究 4 調査材料③）  
付録 4-4（研究 4 調査材料④）  
付録 4-5（研究 4 調査材料⑤）  
付録 4-6（研究 4 調査材料⑥）  
付録 4-7（研究 4 調査材料⑦）  
付録 4-8（研究 4 調査材料⑧）  
付録 4-9（研究 4 調査材料⑨）



# 日常生活調査票

このたびは調査にご協力いただき誠にありがとうございます。本調査票は日常生活の中のあなたの考え方や行動の仕方、気分についてどのような特徴があるのかを調べるものです。正しい解答や間違った解答というものはありません。他の人と相談したり、真似をしたりせずに気楽にお答え下さい。

本調査票への回答は強制的なものではありません。また、回答しないことで不利益が生じることもありません。いつでも回答を中止していただいてもかまいません。

回答していただいた内容につきましては、すべて機械的、統計的に集団で処理を行い、研究のためだけに使用されますので、個人情報や回答内容が特定されるといった個人のプライバシーが侵害されることは一切ありません。本調査票で得られた結果は学術論文や学会発表といった形で公表されることがあります。

以上のことをご了承していただけた方は、以下の枠内にご記入していただき、次のページにおすすみください。

ご協力よろしくをお願いします。

記入年月日：                      年      月      日

## 研究実施責任者

札幌医科大学神経精神学講座

講師

館農 勝

## 研究実施分担者

札幌医科大学神経精神学講座

非常勤講師

池田 官司

札幌医科大学神経精神学講座

非常勤講師

中野 倫仁

札幌医科大学神経精神学講座

特別研究員

安藤 孟梓

北海道医療大学心理科学部

教授

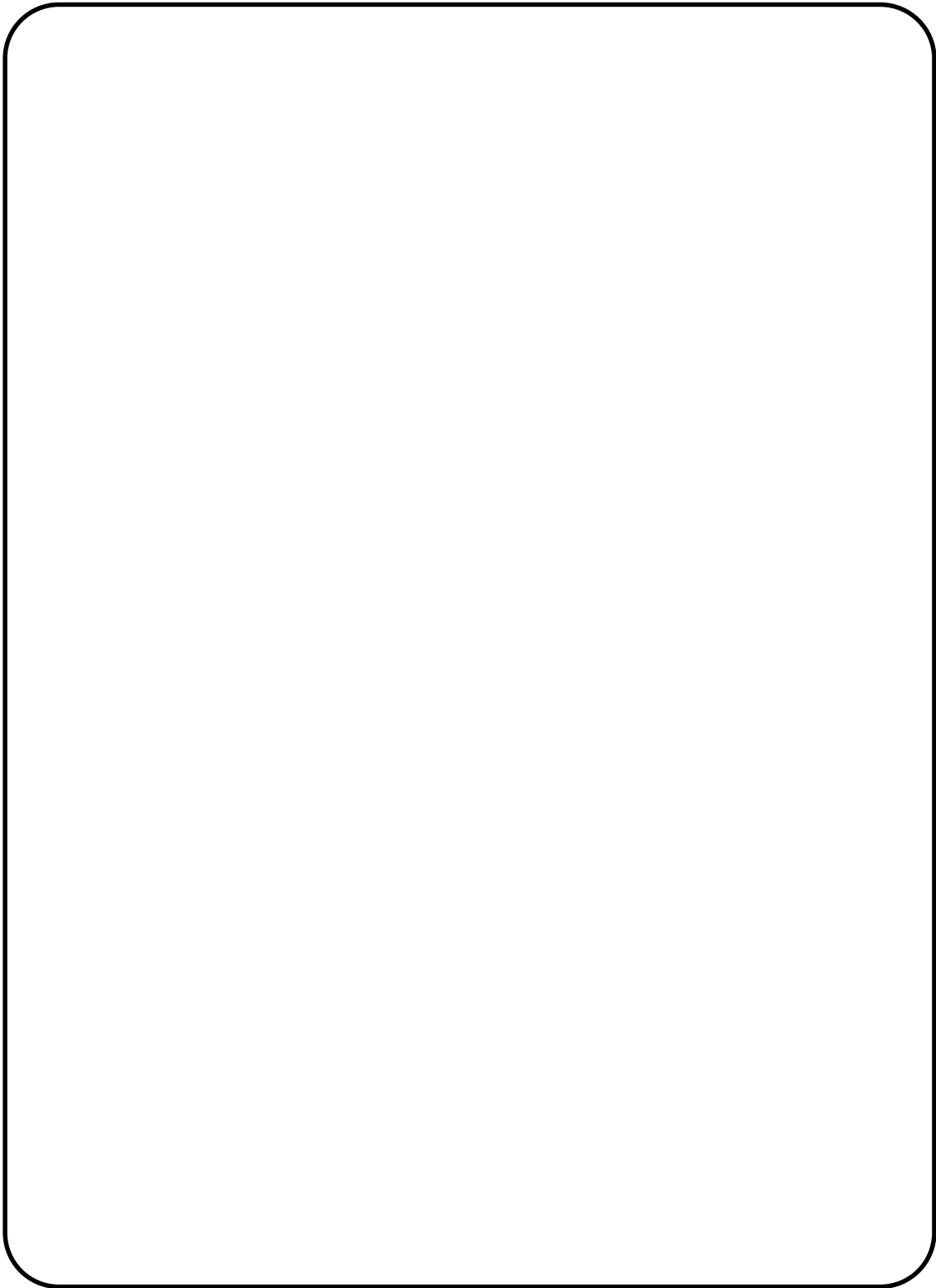
坂野 雄二

1. あなたの属性について当てはまる項目に○をつけて下さい。
  - a. MTF（生物学的には男性だが、性自認は女性である）
  - b. FTM（生物学的には女性だが、性自認は男性である）
  - c. その他
  
2. 現在の自分の年齢について当てはまる項目に○をつけて下さい。
  - a. 10 代 b. 20 代 c. 30 代 d. 40 代 e. 50 代 f. 60 代以上
  
3. 自分の身体の性別に違和感を感じ始めた年齢を（ ）にご記入下さい。  
年齢：（                      ） 歳ごろ）
  
4. 性同一性障害に関する治療を行っている、もしくは行った期間を（ ）にご記入下さい。  
治療期間：（                      ）
  
5. 性同一性障害に関する治療について、今現在行っている、もしくは行った項目全てに○をつけて下さい。
  - ・ FTM の方
    - a. 精神科領域の治療 b. ホルモン療法 c. 乳房切除 d. 性別適合手術
  - ・ MTF の方
    - a. 精神科領域の治療 b. ホルモン療法 c. 性別適合手術
  
6. 性同一性障害に関する治療をどこまで行いたいと思っているか、当てはまる項目全てに○をつけて下さい。
  - ・ FTM の方
    - a. 精神科領域の治療 b. ホルモン療法 c. 乳房切除 d. 性別適合手術
    - e. 特に無し f. 既に全て行った
  - ・ MTF の方
    - a. 精神科領域の治療 b. ホルモン療法 c. 性別適合手術
    - d. 特に無し e. 既に全て行った

- 2

- a. 本や雑誌      b. インターネット      c. テレビ      d. ラジオ  
e. 知人・友人から聞いた      f. 病院やクリニックの医療関係者から聞いた  
g. その他（ ）

①ここ 1 年の間に，自分が性同一性障害であるために経験した嫌なこと，困ったことにどのようなことがありましたか。どんなことでも良いので，できるだけたくさん書いてみて下さい。



②ここ 1 年の間に、自分が性同一性障害であるために経験した嫌なこと、困ったことがあったときに、どのように対処していましたか。あるいはどうしたいか、どうすればよいと思っているかなど、ストレスを解消するために考えたり、行った対処の仕方をどんなことでも良いので、できるだけたくさん書いてみて下さい。

# 日常生活調査票

ご協力よろしく  
お願いいたします



記入年月日：            年    月    日

研究実施責任者

北海道医療大学大学院

博士課程

安藤孟梓

研究実施分担者

針間メンタルクリニック

院長

針間克己

札幌医科大学神経精神医学講座

非常勤講師

池田官司

札幌医科大学神経精神医学講座

非常勤講師

館農 勝

北海道医療大学心理科学研究科

教授

中野倫仁

北海道医療大学心理科学研究科

教授

坂野雄二

1. 現在の自分の年齢について当てはまる項目に○をつけて下さい。

年齡：(            歲)

2. 自分の身体の性別に違和感を感じ始めた年齢を（ ）にご記入下さい。

年齢：（                  歳ごろ）

3. 性別違和感に関する治療について、今現在行っている、もしくは行った項目全てに○をつけて下さい。

a. 精神科領域の治療   b. ホルモン療法   c. 乳房切除   d. 性別適合手術

4. ホルモン療法を行っている場合は、期間を（ ）にご記入下さい。

期間：（                  力月）

5. 性別違和感に関する治療をどこまで行いたいと思っているか、当てはまる項目全てに○をつけて下さい。

a. 精神科領域の治療   b. ホルモン療法   c. 乳房切除   d. 性別適合手術

e. 特に無し    f. 既に全て行った

6. 性別違和感があることをカミングアウトした方について、当てはまる項目  
全てに○をつけて下さい。ご家族にカミングアウトした場合やその他の場  
合には（ ）にカミングアウトをした方をご記入下さい。

a. 家族にした

b. 友人にした

c. 職場の同僚や上司にした

d. その他 ( )



7. 性別違和感に関する周りの理解について、理解が得られている方にあてはまる項目全てに○をつけて下さい。ご家族の方から理解を得られている場合、その他の場合は当てはまる方を ( ) にご記入下さい。

- a. 家族 ( )  
b. 友人  
c. 職場の同僚や上司  
d. その他 ( )

8. ホルモン療法以外のお薬について当てはまる項目に○をつけて下さい。  
お薬を服用している場合には、書ける範囲で構いませんのでお薬の名前や  
どういうお薬か、( ) にご記入下さい。  
(分からない場合は書かなくても構いません。)

- a. 使用している ( )  
b. 使用していない

9. 今までに大きな病気をしたことがあるかどうかについて、当てはまる項目  
に○をつけて下さい。ある場合には、書ける範囲で構いませんので病名を  
( ) にご記入下さい。

- a. ある ( )  
b. ない

10. 今まで受けた教育年数はどのくらいですか？

教育を受けた年数：(            年間)

11. 現在の就職状況について当てはまる項目に○をつけて下さい。  
その他の場合は ( ) にご記入下さい。

- a. 正社員    b. 派遣社員    c. パート・アルバイト    d. 休職中  
e. 無職    f. 専業主婦・主夫    g. 学生    h. その他 (            )

以下の項目について、ここ 3 か月の間にどれくらいありましたか？  
また、それぞれの項目についてどれくらい嫌だと感じましたか？  
当てはまる数字に○をつけてください。  
全くなかった項目は、どれくらい嫌だったかを答えていただく必要はありません。

	全 く な か つ た	た ま に あ つ た	時 々 あ つ た	よ く あ つ た	嫌 で は な い	あ ま り 嫌 で は な い	少 し 嫌 だ	す ご い 嫌 だ
1. カミングアウトをどの様にしたらよいか悩む .....	0	1	2	3	0	1	2	3
2. カミングアウトをしたら嫌われたり、理解されなかった	0	1	2	3	0	1	2	3
3. 他人から胸を触られたり、触られそうになる .....	0	1	2	3	0	1	2	3
4. どちらの性別のトイレに入ればよいのか 迷ったり、入りにくい .....	0	1	2	3	0	1	2	3
5. トイレや性交渉などプライベートなことを聞かれる ...	0	1	2	3	0	1	2	3
6. 定期的な通院のため、時間を作らないといけない ..	0	1	2	3	0	1	2	3
7. 書類に性別を記入しなければならない .....	0	1	2	3	0	1	2	3
8. 力や体力が男性に及ばないことを実感する .....	0	1	2	3	0	1	2	3
9. どちらの性別か聞かれたり、確認される .....	0	1	2	3	0	1	2	3
10. 男性に敵意や妬みを感じる .....	0	1	2	3	0	1	2	3
11. 自分の高い声が嫌だ .....	0	1	2	3	0	1	2	3
12. 自分の性別の書かれた物を見せる .....	0	1	2	3	0	1	2	3
13. 周りに自分の性別がばれていないか気になる .....	0	1	2	3	0	1	2	3
14. 利用したい施設や行きたい場所に行きづらい .....	0	1	2	3	0	1	2	3
15. 女性的な名称で呼ばれる .....	0	1	2	3	0	1	2	3
16. 職場や学校で、女性の服装をしないといけない ....	0	1	2	3	0	1	2	3
17. 自分の女性的な体を見たり、見られる .....	0	1	2	3	0	1	2	3
18. 恋愛感情や交際関係をおおやけにできない .....	0	1	2	3	0	1	2	3
19. 差別言葉を使われる .....	0	1	2	3	0	1	2	3

	全 く な か つ た	た ま に あ つ た	時 々 あ つ た	よ く あ つ た		嫌 で は な い	あ ま り 嫌 で は な い	少 し 嫌 だ	す ご い 嫌 だ
20. 男性として働いたり, 就職することができない .....	0	1	2	3		0	1	2	3
21. 周りから女性としていることを求められる .....	0	1	2	3		0	1	2	3
22. 女性トイレを使用する .....	0	1	2	3		0	1	2	3
23. 男性として扱われると周囲の人々が疑問を持つ ....	0	1	2	3		0	1	2	3
24. 恋愛に関する話を周りの人に言えない .....	0	1	2	3		0	1	2	3
25. 月経が起こることが嫌だ .....	0	1	2	3		0	1	2	3
26. 相手によっては女性として対応しないといけない ...	0	1	2	3		0	1	2	3
27. 家族や周りの人が理解してくれない .....	0	1	2	3		0	1	2	3
28. 治療の資金について、あれこれと悩む .....	0	1	2	3		0	1	2	3
29. 女性トイレを使用すると、周りの注意を集めてしまう	0	1	2	3		0	1	2	3
30. 親密な人間関係が減ったり, 無くなった .....	0	1	2	3		0	1	2	3
31. 受け入れてくれるかどうか不安を感じるので、 カミングアウトしにくい .....	0	1	2	3		0	1	2	3
32. 生理用品を買うと不審な目で見られる .....	0	1	2	3		0	1	2	3
33. 差別的な扱いをされる .....	0	1	2	3		0	1	2	3
34. 胸があることが嫌だ .....	0	1	2	3		0	1	2	3
35. 周りから女性として接せられる .....	0	1	2	3		0	1	2	3
36. プールや温泉など色々な施設が使いにくい .....	0	1	2	3		0	1	2	3
37. 周りからどの性別で見られているのか気になる ....	0	1	2	3		0	1	2	3
38. 病気で病院にかかることをためらってしまう .....	0	1	2	3		0	1	2	3

性同一性障害であることで困ったこと、嫌なこと (p○～○で回答していただいた内容) があった時、いつもどのように対処していますか？  
以下の項目について、当てはまる数字に○をつけてください。

	全くしない	たまにする	時々する	よくする	非常によくする
1. 男女共用のトイレを使用する .....	1	2	3	4	5
2. その場を笑ってごまかす .....	1	2	3	4	5
3. 誰かに相談する .....	1	2	3	4	5
4. 原因が性同一性障害なのか考え直す .....	1	2	3	4	5
5. 身近な人や仲の良い人に悩みを話す .....	1	2	3	4	5
6. インターネットに書き込む .....	1	2	3	4	5
7. 男性に見えるような格好をする .....	1	2	3	4	5
8. 趣味に没頭する .....	1	2	3	4	5
9. 嫌なことを相手に伝える .....	1	2	3	4	5
10. 性同一性障害であることについて説明する .....	1	2	3	4	5
11. 一時的に、自分は女性だと思い込む .....	1	2	3	4	5
12. 自分の代わりに、他の人に対応してもらう .....	1	2	3	4	5
13. あまり気にしないようにする .....	1	2	3	4	5
14. どちらの性別なのか他の人の判断に任せる .....	1	2	3	4	5
15. 男性として生活していくことを考える .....	1	2	3	4	5
16. 一人になる .....	1	2	3	4	5
17. 前向きに考える .....	1	2	3	4	5
18. 人と顔を合わせないようにする .....	1	2	3	4	5
19. 恋愛や性別などの話題を避ける .....	1	2	3	4	5
20. 我慢し続ける .....	1	2	3	4	5

	全くしない	たまにする	時々する	かなりする	非常によくする
<hr/>					
21. 人気のないトイレを使用する .....	1	2	3	4	5
22. 気が済むまで泣く .....	1	2	3	4	5
23. 自分の好きなことに時間を使う .....	1	2	3	4	5
24. 過剰な飲食を行う .....	1	2	3	4	5
25. 相手の話を聞き流す .....	1	2	3	4	5
<hr/>					
26. 相手を見無視する .....	1	2	3	4	5
27. 性別の書かれた物を見せないようにする .....	1	2	3	4	5
28. 人との関わりを避ける .....	1	2	3	4	5
29. 寝て忘れるようにする .....	1	2	3	4	5
30. 自傷行為を行う .....	1	2	3	4	5
<hr/>					
31. 自分のためではなく、 大事な人たちのためだと考える .....	1	2	3	4	5
32. 出来るだけ低い声で話すようにする .....	1	2	3	4	5
33. 一時的に、自分に有利な性別を利用できると 思い込む .....	1	2	3	4	5
34. 言って欲しくないこと、やって欲しくないことを 相手に伝える .....	1	2	3	4	5
35. 男性に見えるような体作りをする .....	1	2	3	4	5
<hr/>					
36. 人が多い場所や時間帯を避ける .....	1	2	3	4	5
37. 無理なことはあきらめる .....	1	2	3	4	5
38. 自分の代わりに、周りの人に話しをしてもらう .....	1	2	3	4	5
39. 相手を反面教師にとらえる .....	1	2	3	4	5
40. 理由をもう一度考えなおす .....	1	2	3	4	5

以下にあげるそれぞれの質問は、あなたのここ 2, 3 日の気持ちや行動の状態にどれくらい当てはまりますか。例にならって、最も当てはまる数字に 1 つだけ○をつけて下さい。

	全く ちがう	いく らか そう だ	まあ そう だ	その 通り だ
	0	1	2	3
例 疲れている		○		

1. 怒りっぽくなる				
2. 悲しい気分だ				
3. 何となく心配だ				
4. 怒りを感じる				
5. 泣きたい気持ちだ				
6. 感情を抑えられない				
7. くやしい思いがする				
8. 不愉快だ				
9. 気持ちが沈んでいる				
10. いらいらする				
11. いろいろなことに自信がない				
12. 何もかもいやだと思う				
13. よくないことを考える				
14. 話や行動がまとまらない				
15. なぐさめて欲しい				
16. 根気がない				
17. ひとりでいたい気分だ				
18. 何かに集中できない				

# 日常生活調査票

ご協力よろしく  
お願いいたします



記入年月日：            年    月    日

研究実施責任者

北海道医療大学大学院

博士課程

安藤孟梓

研究実施分担者

針間メンタルクリニック

院長

針間克己

札幌医科大学神経精神医学講座

非常勤講師

池田官司

札幌医科大学神経精神医学講座

非常勤講師

館農 勝

北海道医療大学心理科学研究科

教授

中野倫仁

北海道医療大学心理科学研究科

教授

坂野雄二

1. 現在の自分の年齢について当てはまる項目に○をつけて下さい。

年齡：(            歲)

2. 自分の身体の性別に違和感を感じ始めた年齢を（ ）にご記入下さい。

年齢：（              歳ごろ）

3. 性別違和感に関する治療について、今現在行っている、もしくは行った項目全てに○をつけて下さい。

a. 精神科領域の治療   b. ホルモン療法   c. 乳房切除   d. 性別適合手術

4. ホルモン療法を行っている場合は、期間を（ ）にご記入下さい。

期間：(                      力月)

5. 性別違和感に関する治療をどこまで行いたいと思っているか、当てはまる項目全てに○をつけて下さい。

a. 精神科領域の治療   b. ホルモン療法   c. 乳房切除   d. 性別適合手術

e. 特に無し    f. 既に全て行った

6. 性別違和感があることをカミングアウトした方について、当てはまる項目  
全てに○をつけて下さい。ご家族にカミングアウトした場合やその他の場  
合には（ ）にカミングアウトをした方をご記入下さい。

a. 家族にした

b. 友人にした

c. 職場の同僚や上司にした

d. その他 ( )



7. 性別違和感に関する周りの理解について、理解が得られている方にあてはまる項目全てに○をつけて下さい。ご家族の方から理解を得られている場合、その他の場合は当てはまる方を ( ) にご記入下さい。

- a. 家族 ( )  
b. 友人  
c. 職場の同僚や上司  
d. その他 ( )

8. ホルモン療法以外のお薬について当てはまる項目に○をつけて下さい。  
お薬を服用している場合には、書ける範囲で構いませんのでお薬の名前や  
どういうお薬か、( ) にご記入下さい。  
(分からない場合は書かなくても構いません。)

- a. 使用している ( )  
b. 使用していない

9. 今までに大きな病気をしたことがあるかどうかについて、当てはまる項目  
に○をつけて下さい。ある場合には、書ける範囲で構いませんので病名を  
( ) にご記入下さい。

- a. ある ( )  
b. ない

10. 今まで受けた教育年数はどのくらいですか？

教育を受けた年数：(              年間)

11. 現在の就職状況について当てはまる項目に○をつけて下さい。  
その他の場合は ( ) にご記入下さい。

- a. 正社員      b. 派遣社員      c. パート・アルバイト      d. 休職中  
e. 無職      f. 専業主婦・主夫      g. 学生      h. その他 (              )

最近次のことでイライラしますか？あなたに当てはまる番号に○印をつけてください。

	大いに そうである	まあ そうである	そう ではない
1. 自分の将来のこと .....	1	2	3
2. 家族や親族の将来のこと .....	1	2	3
3. 自分の健康のこと(体力や眼, 耳の衰え) .....	1	2	3
4. 家族の健康のこと .....	1	2	3
5. 出費がかさむこと .....	1	2	3
6. 借金やローンをかかえていること .....	1	2	3
7. 家族に対する責任が重すぎること .....	1	2	3
8. 収入が少ないこと .....	1	2	3
9. 職場(学生の場合は学校)や取引先との人間関係のこと .....	1	2	3
10. 家族(同居以外を含む)との人間関係のこと .....	1	2	3
11. 親戚関係のこと .....	1	2	3
12. 近所関係のこと .....	1	2	3
13. 毎日の家事(炊事, 洗濯など)、育児について .....	1	2	3
14. 今の仕事(勉強等を含む)のこと .....	1	2	3
15. 他人に妨害されたり、足を引っ張られること .....	1	2	3
16. 義理の付き合いをしなければならないこと .....	1	2	3
17. 暇をもてあましがちであること .....	1	2	3
18. どうしてもやりとげられなければならないことが ひかえていること .....	1	2	3
19. 孤独なこと .....	1	2	3

	大いに そうである	まあ そうである	そう ではない
20. 生きがいがないこと .....	1	2	3
21. 恋愛関係のこと .....	1	2	3
22. 友人関係のこと .....	1	2	3
23. いつ解雇(学生の場合は退学)させられるかということ .....	1	2	3
24. 退職後の生活のこと .....	1	2	3
.....			
25. 自分の外見や容姿に自信がないこと .....	1	2	3
26. 生活していく上での差別 .....	1	2	3
27. 収入が少ないこと .....	1	2	3
28. 周りから期待が高すぎることに .....	1	2	3
29. 陰口をたたかれたり、噂話をされること .....	1	2	3
.....			
30. 過去のことでこだわりがあること .....	1	2	3
31. 公害(大気汚染や近隣騒音など)について .....	1	2	3
32. コンピューターなどの新しい機械について行けないこと .....	1	2	3
33. 仕事の量が多すぎることに .....	1	2	3
34. 朝夕のラッシュや遠距離通勤(通学を含む)のこと .....	1	2	3

以下の項目について、ここ 3 か月の間にどれくらいありましたか？  
また、それぞれの項目についてどれくらい嫌だと感じましたか？  
当てはまる数字に○をつけてください。  
全くなかった項目は、どれくらい嫌だったかを答えていただく必要はありません。

	全 く な か つ た	た ま に あ つ た	時 々 あ つ た	よ く あ つ た	嫌 で は な い	あ ま り 嫌 で は な い	少 し 嫌 だ	す ご い 嫌 だ
1. カミングアウトをどの様にしたらよいか悩む .....	0	1	2	3	0	1	2	3
2. カミングアウトをしたら嫌われたり、理解されなかった	0	1	2	3	0	1	2	3
3. 他人から胸を触られたり、触られそうになる .....	0	1	2	3	0	1	2	3
4. どちらの性別のトイレに入ればよいのか 迷ったり、入りにくい .....	0	1	2	3	0	1	2	3
5. トイレや性交渉などプライベートなことを聞かれる ...	0	1	2	3	0	1	2	3
6. 定期的な通院のため、時間を作らないといけない ..	0	1	2	3	0	1	2	3
7. 書類に性別を記入しなければならない .....	0	1	2	3	0	1	2	3
8. 力や体力が男性に及ばないことを実感する .....	0	1	2	3	0	1	2	3
9. どちらの性別か聞かれたり、確認される .....	0	1	2	3	0	1	2	3
10. 男性に敵意や妬みを感じる .....	0	1	2	3	0	1	2	3
11. 自分の高い声が嫌だ .....	0	1	2	3	0	1	2	3
12. 自分の性別の書かれた物を見せる .....	0	1	2	3	0	1	2	3
13. 周りに自分の性別がばれていないか気になる .....	0	1	2	3	0	1	2	3
14. 利用したい施設や行きたい場所に行きづらい .....	0	1	2	3	0	1	2	3
15. 女性的な名称で呼ばれる .....	0	1	2	3	0	1	2	3
16. 職場や学校で、女性の服装をしないといけない ....	0	1	2	3	0	1	2	3
17. 自分の女性的な体を見たり、見られる .....	0	1	2	3	0	1	2	3
18. 恋愛感情や交際関係をおおやけにできない .....	0	1	2	3	0	1	2	3
19. 差別言葉を使われる .....	0	1	2	3	0	1	2	3

	全 く な か つ た	た ま に あ つ た	時 々 あ つ た	よ く あ つ た		嫌 で は な い	あ ま り 嫌 で は な い	少 し 嫌 だ	す ご い 嫌 だ
20. 男性として働いたり, 就職することができない .....	0	1	2	3		0	1	2	3
21. 周りから女性としていることを求められる .....	0	1	2	3		0	1	2	3
22. 女性トイレを使用する .....	0	1	2	3		0	1	2	3
23. 男性として扱われると周囲の人々が疑問を持つ ....	0	1	2	3		0	1	2	3
24. 恋愛に関する話を周りの人に言えない .....	0	1	2	3		0	1	2	3
25. 月経が起こることが嫌だ .....	0	1	2	3		0	1	2	3
26. 相手によっては女性として対応しないといけない ...	0	1	2	3		0	1	2	3
27. 家族や周りの人が理解してくれない .....	0	1	2	3		0	1	2	3
28. 治療の資金について、あれこれと悩む .....	0	1	2	3		0	1	2	3
29. 女性トイレを使用すると、周りの注意を集めてしまう	0	1	2	3		0	1	2	3
30. 親密な人間関係が減ったり, 無くなった .....	0	1	2	3		0	1	2	3
31. 受け入れてくれるかどうか不安を感じるので、 カミングアウトしにくい .....	0	1	2	3		0	1	2	3
32. 生理用品を買うと不審な目で見られる .....	0	1	2	3		0	1	2	3
33. 差別的な扱いをされる .....	0	1	2	3		0	1	2	3
34. 胸があることが嫌だ .....	0	1	2	3		0	1	2	3
35. 周りから女性として接せられる .....	0	1	2	3		0	1	2	3
36. プールや温泉など色々な施設が使いにくい .....	0	1	2	3		0	1	2	3
37. 周りからどの性別で見られているのか気になる ....	0	1	2	3		0	1	2	3
38. 病気で病院にかかることをためらってしまう .....	0	1	2	3		0	1	2	3

性同一性障害であることで困ったこと、嫌なこと (p5～6 で回答していただいた内容) があった時、いつもどのように対処していますか？  
以下の項目について、当てはまる数字に○をつけてください。

	全くしない	たまにする	時々する	よくする	非常によくする
1. 男女共用のトイレを使用する .....	1	2	3	4	5
2. その場を笑ってごまかす .....	1	2	3	4	5
3. 誰かに相談する .....	1	2	3	4	5
4. 原因が性同一性障害なのか考え直す .....	1	2	3	4	5
5. 身近な人や仲の良い人に悩みを話す .....	1	2	3	4	5
6. インターネットに書き込む .....	1	2	3	4	5
7. 男性に見えるような格好をする .....	1	2	3	4	5
8. 趣味に没頭する .....	1	2	3	4	5
9. 嫌なことを相手に伝える .....	1	2	3	4	5
10. 性同一性障害であることについて説明する .....	1	2	3	4	5
11. 一時的に、自分は女性だと思い込む .....	1	2	3	4	5
12. 自分の代わりに、他の人に対応してもらう .....	1	2	3	4	5
13. あまり気にしないようにする .....	1	2	3	4	5
14. どちらの性別なのか他の人の判断に任せる .....	1	2	3	4	5
15. 男性として生活していくことを考える .....	1	2	3	4	5
16. 一人になる .....	1	2	3	4	5
17. 前向きに考える .....	1	2	3	4	5
18. 人と顔を合わせないようにする .....	1	2	3	4	5
19. 恋愛や性別などの話題を避ける .....	1	2	3	4	5
20. 我慢し続ける .....	1	2	3	4	5

	全くしない	たまにする	時々する	かなりする	非常によくする
21. 人気のないトイレを使用する .....	1	2	3	4	5
22. 気が済むまで泣く .....	1	2	3	4	5
23. 自分の好きなことに時間を使う .....	1	2	3	4	5
24. 過剰な飲食を行う .....	1	2	3	4	5
25. 相手の話を聞き流す .....	1	2	3	4	5
26. 相手を見無視する .....	1	2	3	4	5
27. 性別の書かれた物を見せないようにする .....	1	2	3	4	5
28. 人との関わりを避ける .....	1	2	3	4	5
29. 寝て忘れるようにする .....	1	2	3	4	5
30. 自傷行為を行う .....	1	2	3	4	5
31. 自分のためではなく、 大事な人たちのためだと考える .....	1	2	3	4	5
32. 出来るだけ低い声で話すようにする .....	1	2	3	4	5
33. 一時的に、自分に有利な性別を利用できると 思い込む .....	1	2	3	4	5
34. 言って欲しくないこと、やって欲しくないことを 相手に伝える .....	1	2	3	4	5
35. 男性に見えるような体作りをする .....	1	2	3	4	5
36. 人が多い場所や時間帯を避ける .....	1	2	3	4	5
37. 無理なことはあきらめる .....	1	2	3	4	5
38. 自分の代わりに、周りの人に話しをしてもらう .....	1	2	3	4	5
39. 相手を反面教師にとらえる .....	1	2	3	4	5
40. 理由をもう一度考えなおす .....	1	2	3	4	5

以下の質問は、あなたが枠内の状況に遭遇した時に、その状況をどのようにとらえるかについてお聞きするものです。各項目について、あなたの考えにどの程度当てはまるかそれぞれの数字に○をつけて下さい。

あなたは、性同一性障害であることで嫌なこと、困ったこと(5p～6pで回答していただいた内容)を経験しています。

	全く ちがう	いく らか そう だ	まあ そう だ	その 通り だ
1. この状況をなんとか改善したいと思う .....	0	1	2	3
2. この状況を改善するために一生懸命努力しようと思う .....	0	1	2	3
3. この状況は私自身に影響を与えるものだと思う .....	0	1	2	3
4. この状況は私にとって重要なことだと思う .....	0	1	2	3
.....				
5. この状況は私を危機に陥れることだと思う .....	0	1	2	3
6. この状況は私自身の生活を脅かすものだと思う .....	0	1	2	3
7. この状況に対して、どのように対処したらよいかわかっている	0	1	2	3
8. 平静な気持ちをすぐに取り戻すことが出来ると思う .....	0	1	2	3



以下の9つの質問について、あてはまる数字に○をつけてください。

1. 家族や友人はあなたを理解していますか
  - 1 まったく理解していない
  - 2 あまり理解していない
  - 3 多少理解している
  - 4 わりに理解している
  - 5 とても理解している
  
2. 長く続いている親しい人が一人以上いますか
  - 1 まったくない
  - 2 1人はいる
  - 3 2~3人いる
  - 4 何人かいる
  - 5 大勢いる
  
3. 家族や友人に何が起きているか知っていますか
  - 1 まったく知らない
  - 2 あまり知らない
  - 3 多少知っている
  - 4 わりに知っている
  - 5 ほとんど知っている
  
4. 家族や友人の中であなたに明確な役割があると思いますか
  - 1 まったくない
  - 2 あまりない
  - 3 多少ある
  - 4 わりにある
  - 5 はっきりとある

5. トラブルの時家族や友人を頼れますか

- 1 まったく頼れない
- 2 あまり頼れない
- 3 多少頼れる
- 4 わりに頼れる
- 5 はっきりと頼れる

6. あなたの一番深刻な問題について話ができますか

- 1 まったく話せない
- 2 あまり話せない
- 3 多少話せる
- 4 わりに話せる
- 5 ほとんど話せる

7. 仲間にさそってもらえますか

- 1 まったく
- 2 まれに
- 3 ときたま
- 4 しばしば
- 5 いつも

8. あなたの問題を聞いてもらえますか

- 1 まったく
- 2 まれに
- 3 ときたま
- 4 しばしば
- 5 いつも

9. 生活上の問題の対処についてアドバイスをしてもらえますか

- 1 まったく
- 2 まれに
- 3 ときたま
- 4 しばしば
- 5 いつも

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。

	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらともいえない	ややあてはまる	とてもあてはまる
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

以下にあげるそれぞれの質問は、あなたのここ 2, 3 日の気持ちや行動の状態にどれくらい当てはまりますか。例にならって、最も当てはまる数字に 1 つだけ○をつけて下さい。

	全く ちがう	いく らか そう だ	まあ そう だ	その 通り だ
	0	1	2	3
例 疲れている		○		

1. 怒りっぽくなる				
2. 悲しい気分だ				
3. 何となく心配だ				
4. 怒りを感じる				
5. 泣きたい気持ちだ				
6. 感情を抑えられない				
7. くやしい思いがする				
8. 不愉快だ				
9. 気持ちが沈んでいる				
10. いらいらする				
11. いろいろなことに自信がない				
12. 何もかもいやだと思う				
13. よくないことを考える				
14. 話や行動がまとまらない				
15. なぐさめて欲しい				
16. 根気がない				
17. ひとりでいたい気分だ				
18. 何かに集中できない				

## あなたの健康について

このアンケートはあなたがご自分の健康をどのように考えているかをおうかがいするものです。あなたが毎日をどのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知らうえで参考になります。お手数をおかけしますが、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

以下のそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに印 (☑) をつけてください。

問 1 あなたの健康状態は？ (一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

最高に良い	とても良い	良 い	あまり 良くない	良くない
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問 2 1 年前と比べて、現在の健康状態はいかがですか。  
(一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

1 年前より、 はるかに良い	1 年前よりは、 やや良い	1 年前と、 ほぼ同じ	1 年前ほど、 良くない	1 年前より、 はるかに悪い
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問3 以下の質問は、日常よく行われている活動です。あなたは健康上の理由で、こうした活動をすることがむずかしいと感じますか。むずかしいとすればどのくらいですか。  
(ア～コまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

とても むずかしい	少し むずかしい	ぜんぜん むずかしく ない
▼	▼	▼

ア) 激しい活動、例えば、一生けんめい走る、  
重い物を持ち上げる、激しいスポーツをするなど..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3

イ) 適度の活動、例えば、家や庭のそうじをする、  
1～2時間散歩するなど..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3

ウ) 少し重い物を持ち上げたり、運んだりする  
(例えば買い物袋など) ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3

エ) 階段を数階上までのぼる ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3

オ) 階段を1階上までのぼる ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3

カ) 体を前に曲げる、ひざまずく、かがむ ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3

キ) 1キロメートル以上歩く ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3

ク) 数百メートルくらい歩く ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3

ケ) 百メートルくらい歩く ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3

コ) 自分でお風呂に入ったり、着がえたりする ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3

問4 過去1ヵ月間に、仕事やふだんの活動（家事など）をするにあたって、身体的な理由で次のような問題がありましたか。（ア～エまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい）

いつも	ほとんどいつも	ときどき	まれに	ぜんぜんない
▼	▼	▼	▼	▼

ア) 仕事やふだんの活動をする  
時間をへらした ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

イ) 仕事やふだんの活動が  
思ったほど、できなかった ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

ウ) 仕事やふだんの活動の内容に  
よっては、できないものが  
あった ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

エ) 仕事やふだんの活動をする  
ことがむずかしかった  
(例えばいつもより努力を  
必要としたなど) ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

問5 過去1ヵ月間に、仕事やふだんの活動（家事など）をするにあたって、心理的な理由で（例えば、気分がおちこんだり不安を感じたりしたために）、次のような問題がありましたか。（ア～ウまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい）

いつも	ほとんどいつも	ときどき	まれに	ぜんぜんない
▼	▼	▼	▼	▼

ア) 仕事やふだんの活動を  
する時間をへらした ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

イ) 仕事やふだんの活動が  
思ったほど、できなかった ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

ウ) 仕事やふだんの活動が  
いつもほど、集中して  
できなかった ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

問6 過去1ヵ月間に、家族、友人、近所の人、その他の仲間とのふだんのつきあいが、  
身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨<sup>さまた</sup>げられましたか。

(一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

ぜんぜん、 <small>さまた</small> 妨 <sup>さまた</sup> げられ なかった	わずかに、 <small>さまた</small> 妨 <sup>さまた</sup> げられた	少し、 <small>さまた</small> 妨 <sup>さまた</sup> げられた	かなり、 <small>さまた</small> 妨 <sup>さまた</sup> げられた	非常に、 <small>さまた</small> 妨 <sup>さまた</sup> げられた
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問7 過去1ヵ月間に、体の痛みをどのくらい感じましたか。

(一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

ぜんぜん なかった	かすかな 痛み	軽い 痛み	中くらい の痛み	強い 痛み	非常に 激しい痛み
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

問8 過去1ヵ月間に、いつもの仕事(家事も含みます)が痛みのために、どのくら  
い妨<sup>さまた</sup>げられましたか。(一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

ぜんぜん、 <small>さまた</small> 妨 <sup>さまた</sup> げられな かった	わずかに、 <small>さまた</small> 妨 <sup>さまた</sup> げられた	少し、 <small>さまた</small> 妨 <sup>さまた</sup> げられた	かなり、 <small>さまた</small> 妨 <sup>さまた</sup> げられた	非常に、 <small>さまた</small> 妨 <sup>さまた</sup> げられた
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



問9 次にあげるのは、過去1ヵ月間に、あなたがどのように感じたかについての質問です。  
(ア～ケまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

	いつも ▼	ほとんど いつも ▼	ときどき ▼	まれに ▼	ぜんぜん ない ▼
ア) 元気いっぱいでしたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
イ) かなり神経質でしたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ウ) どうにもならないくらい、 気分がおちこんでいましたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
エ) おちついていて、 おだやかな気分でしたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
オ) 活力(エネルギー)に あふれていましたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
カ) おちこんで、ゆううつな 気分でしたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
キ) 疲れはてていましたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ク) 楽しい気分でしたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ケ) 疲れを感じましたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問10 過去1ヵ月間に、友人や親せきを訪ねるなど、人とのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、時間的にどのくらい妨<sup>さまた</sup>げられましたか。  
(一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

いつも ▼	ほとんど いつも ▼	ときどき ▼	まれに ▼	ぜんぜん ない ▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問 11 次にあげた各項目はどのくらいあなたにあてはまりますか。(ア～エまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

まったく そのとおり	ほぼ あてはまる	何とも 言えない	ほとんど あてはまら ない	ぜんぜん あてはまら ない
▼	▼	▼	▼	▼

ア) 私は他の人に比べて病気に  
なりやすいと思う ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

イ) 私は、<sup>ひとな</sup>人並みに健康である ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

ウ) 私の健康は、悪くなるような  
気がする ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

エ) 私の健康状態は非常に良い ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

これでこのアンケートはおわりです。  
ご協力ありがとうございました。

# 日常生活調査票

ご協力よろしく  
お願いいたします



記入年月日：                      年      月      日

研究実施責任者

北海道医療大学大学院

博士課程

安藤孟梓

研究実施分担者

針間メンタルクリニック

院長

針間克己

札幌医科大学神経精神医学講座

非常勤講師

池田官司

札幌医科大学神経精神医学講座

非常勤講師

館農 勝

北海道医療大学心理科学研究科

教授

中野倫仁

北海道医療大学心理科学研究科

教授

坂野雄二

1. 現在の自分の年齢について当てはまる項目に○をつけて下さい。

年齢：（            歳）

2. 自分の身体の性別に違和感を感じ始めた年齢を（ ）にご記入下さい。

年齢：（            歳ごろ）

3. 性別違和感に関する治療について、今現在行っている、もしくは行った項目全てに○をつけて下さい。

a. 精神科領域の治療   b. ホルモン療法   c. 乳房切除   d. 性別適合手術

4. ホルモン療法を行っている場合は、期間を（ ）にご記入下さい。

期間：（            カ月）

5. 性別違和感に関する治療をどこまで行いたいと思っているか、当てはまる項目全てに○をつけて下さい。

a. 精神科領域の治療   b. ホルモン療法   c. 乳房切除   d. 性別適合手術

e. 特に無し   f. 既に全て行った

6. 性別違和感があることをカミングアウトした方について、当てはまる項目全てに○をつけて下さい。ご家族にカミングアウトした場合やその他の場合には（ ）にカミングアウトをした方をご記入下さい。

a. 家族にした    {

b. 友人にした

c. 職場の同僚や上司にした

d. その他    {

7. 性別違和感に関する周りの理解について、理解が得られている方にあてはまる項目全てに○をつけて下さい。ご家族の方から理解を得られている場合、その他の場合は当てはまる方を（ ）にご記入下さい。

- a. 家族
- b. 友人
- c. 職場の同僚や上司
- d. その他

8. ホルモン療法以外のお薬について当てはまる項目に○をつけて下さい。  
お薬を服用している場合には、書ける範囲で構いませんのでお薬の名前や  
どういうお薬か、（ ）にご記入下さい。  
（分からない場合は書かなくても構いません。）

- a. 使用している
- b. 使用していない

9. 今までに大きな病気をしたことがあるかどうかについて、当てはまる項目  
に○をつけて下さい。ある場合には、書ける範囲で構いませんので病名を  
（ ）にご記入下さい。

- a. ある
- b. ない

10. 今まで受けた教育年数はどのくらいですか？

教育を受けた年数：（              年間）

11. 現在の就職状況について当てはまる項目に○をつけて下さい。  
その他の場合は（ ）にご記入下さい。

- a. 正社員      b. 派遣社員      c. パート・アルバイト      d. 休職中  
e. 無職      f. 専業主婦・主夫      g. 学生      h. その他（              ）

最近次のことでイライラしますか？あなたに当てはまる番号に○印をつけてください。

	大いに そうである	まあ そうである	そう ではない
1. 自分の将来のこと .....	1	2	3
2. 家族や親族の将来のこと .....	1	2	3
3. 自分の健康のこと(体力や眼, 耳の衰え) .....	1	2	3
4. 家族の健康のこと .....	1	2	3
5. 出費がかさむこと .....	1	2	3
6. 借金やローンをかかえていること .....	1	2	3
7. 家族に対する責任が重すぎること .....	1	2	3
8. 収入が少ないこと .....	1	2	3
9. 職場(学生の場合は学校)や取引先との人間関係のこと .....	1	2	3
10. 家族(同居以外を含む)との人間関係のこと .....	1	2	3
11. 親戚関係のこと .....	1	2	3
12. 近所関係のこと .....	1	2	3
13. 毎日の家事(炊事, 洗濯など)、育児について .....	1	2	3
14. 今の仕事(勉強等を含む)のこと .....	1	2	3
15. 他人に妨害されたり、足を引っ張られること .....	1	2	3
16. 義理の付き合いをしなければならないこと .....	1	2	3
17. 暇をもてあましがちであること .....	1	2	3
18. どうしてもやりとげられなければならないことが ひかえていること .....	1	2	3
19. 孤独なこと .....	1	2	3

	大いに そうである	まあ そうである	そう ではない
20. 生きがいがないこと .....	1	2	3
21. 恋愛関係のこと .....	1	2	3
22. 友人関係のこと .....	1	2	3
23. いつ解雇（学生の場合は退学）させられるかということ .....	1	2	3
24. 退職後の生活のこと .....	1	2	3
.....			
25. 自分の外見や容姿に自信がないこと .....	1	2	3
26. 生活していく上での差別 .....	1	2	3
27. 収入が少ないこと .....	1	2	3
28. 周りから期待が高すぎることに .....	1	2	3
29. 陰口をたたかれたり、噂話をされること .....	1	2	3
.....			
30. 過去のことでこだわりがあること .....	1	2	3
31. 公害（大気汚染や近隣騒音など）について .....	1	2	3
32. コンピューターなどの新しい機械について行けないこと .....	1	2	3
33. 仕事の量が多すぎることに .....	1	2	3
34. 朝夕のラッシュや遠距離通勤（通学を含む）のこと .....	1	2	3

以下の項目について、ここ 3 か月の間にどれくらいありましたか？  
また、それぞれの項目についてどれくらい嫌だと感じましたか？  
当てはまる数字に○をつけてください。  
全くなかった項目は、どれくらい嫌だったかを答えていただく必要はありません。

	全 く な か つ た	た ま に あ つ た	時 々 あ つ た	よ く あ つ た	嫌 で は な い	あ ま り 嫌 で は な い	少 し 嫌 だ	す ご い 嫌 だ
1. どちらの性別のトイレに入ればよいのか迷ったり、 入りにくい .....	0	1	2	3	0	1	2	3
2. 周りに自分の性別がばれていないか気になる .....	0	1	2	3	0	1	2	3
3. 職場や学校で、女性の服装をしないといけない .....	0	1	2	3	0	1	2	3
4. 差別言葉を使われる .....	0	1	2	3	0	1	2	3
5. 周りから女性としていることを求められる .....	0	1	2	3	0	1	2	3
6. 女性トイレを使用する .....	0	1	2	3	0	1	2	3
7. 男性として扱われると周囲の人々が疑問を持つ .....	0	1	2	3	0	1	2	3
8. 恋愛に関する話を周りの人に言えない .....	0	1	2	3	0	1	2	3
9. 月経が起こることが嫌だ .....	0	1	2	3	0	1	2	3
10. 相手によっては女性として対応しないといけない .....	0	1	2	3	0	1	2	3
11. 家族や周りの人が理解してくれない .....	0	1	2	3	0	1	2	3
12. 周りからどの性別で見られているか気になる .....	0	1	2	3	0	1	2	3
13. 女性トイレを使用すると、周りの注意を 集めてしまう .....	0	1	2	3	0	1	2	3
14. 親密な人間関係が減ったり、無くなった .....	0	1	2	3	0	1	2	3
15. 生理用品を買うと不審な目で見られる .....	0	1	2	3	0	1	2	3
16. 差別的な扱いをされる .....	0	1	2	3	0	1	2	3
17. 胸があることが嫌だ .....	0	1	2	3	0	1	2	3
18. 周りから女性として接せられる .....	0	1	2	3	0	1	2	3
19. 治療の資金について、あれこれと悩む .....	0	1	2	3	0	1	2	3



性同一性障害であることで困ったこと、嫌なこと（p6 で回答していた内容）があった時、いつもどのように対処していますか？  
以下の項目について、当てはまる数字に○をつけてください。

	全くしない	たまにする	時々する	よくする	非常によくする
1. 男女共用のトイレを使用する .....	1	2	3	4	5
2. その場を笑ってごまかす .....	1	2	3	4	5
3. 誰かに相談する .....	1	2	3	4	5
4. 身近な人や仲のよい人に悩みを話す .....	1	2	3	4	5
5. 男性に見えるような格好をする .....	1	2	3	4	5
6. 嫌なことを相手に伝える .....	1	2	3	4	5
7. 性同一性障害であることについて説明する .....	1	2	3	4	5
8. 一時的に自分は女性だと思い込む .....	1	2	3	4	5
9. どちらの性別なのか他の人の判断に任せる .....	1	2	3	4	5
10. 人と顔を合わせないようにする .....	1	2	3	4	5
11. 我慢し続ける .....	1	2	3	4	5
12. 人気のないトイレを使用する .....	1	2	3	4	5
13. 人との関わりを避ける .....	1	2	3	4	5
14. 寝て忘れるようにする .....	1	2	3	4	5
15. 自傷行為を行う .....	1	2	3	4	5
16. 出来るだけ低い声で話すようにする .....	1	2	3	4	5
17. 一時的に、自分に有利な性別を利用できると 思い込む .....	1	2	3	4	5
18. 男性に見えるような体作りをする .....	1	2	3	4	5
19. 原因が性同一性障害なのか考え直す .....	1	2	3	4	5
20. 理由をもう一度考え直す .....	1	2	3	4	5



以下の質問は、あなたが枠内の状況に遭遇した時に、その状況をどのようにとらえるかについてお聞きするものです。各項目について、あなたの考えにどの程度当てはまるかそれぞれの数字に○をつけて下さい。

あなたは、性同一性障害であることで嫌なこと、困ったこと(p6で回答していた内容)を経験しています。

	全く ちがう	いく らか そう だ	まあ そう だ	その 通り だ
1. この状況をなんとか改善したいと思う .....	0	1	2	3
2. この状況を改善するために一生懸命努力しようと思う .....	0	1	2	3
3. この状況は私自身に影響を与えるものだと思う .....	0	1	2	3
4. この状況は私にとって重要なことだと思う .....	0	1	2	3
.....				
5. この状況は私を危機に陥れることだと思う .....	0	1	2	3
6. この状況は私自身の生活を脅かすものだと思う .....	0	1	2	3
7. この状況に対して、どのように対処したらよいかわかっている	0	1	2	3
8. 平静な気持ちをすぐに取り戻すことが出来ると思う .....	0	1	2	3

以下の9つの質問について、あてはまる数字に○をつけてください。

1. 家族や友人はあなたを理解していますか
  - 1 まったく理解していない
  - 2 あまり理解していない
  - 3 多少理解している
  - 4 わりに理解している
  - 5 とても理解している
  
2. 長く続いている親しい人が一人以上いますか
  - 1 まったくない
  - 2 1人はいる
  - 3 2～3人いる
  - 4 何人かいる
  - 5 大勢いる
  
3. 家族や友人に何が起きているか知っていますか
  - 1 まったく知らない
  - 2 あまり知らない
  - 3 多少知っている
  - 4 わりに知っている
  - 5 ほとんど知っている
  
4. 家族や友人の中であなたに明確な役割があると思いますか
  - 1 まったくない
  - 2 あまりない
  - 3 多少ある
  - 4 わりにある
  - 5 はっきりとある

5. トラブルの時家族や友人を頼めますか

- 1 まったく頼れない
- 2 あまり頼れない
- 3 多少頼れる
- 4 わりに頼れる
- 5 はっきりと頼れる

6. あなたの一番深刻な問題について話ができますか

- 1 まったく話せない
- 2 あまり話せない
- 3 多少話せる
- 4 わりに話せる
- 5 ほとんど話せる

7. 仲間にさそってもらえますか

- 1 まったく
- 2 まれに
- 3 ときたま
- 4 しばしば
- 5 いつも

8. あなたの問題を聞いてもらえますか

- 1 まったく
- 2 まれに
- 3 ときたま
- 4 しばしば
- 5 いつも

9. 生活上の問題の対処についてアドバイスをしてもらえますか

- 1 まったく
- 2 まれに
- 3 ときたま
- 4 しばしば
- 5 いつも

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。

	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらともいえない	ややあてはまる	とてもあてはまる
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

以下にあげるそれぞれの質問は、あなたのここ 2，3 日の気持ちや行動の状態にどれくらい当てはまりますか。例にならって、最も当てはまる数字に 1 つだけ○をつけて下さい。

	全く ちがう	いく らか そう だ	まあ そう だ	その 通り だ
	0	1	2	3
例 疲れている		○		

1. 怒りっぽくなる				
2. 悲しい気分だ				
3. 何となく心配だ				
4. 怒りを感じる				
5. 泣きたい気持ちだ				
6. 感情を抑えられない				
7. くやしい思いがする				
8. 不愉快だ				
9. 気持ちが沈んでいる				
10. いらいらする				
11. いろいろなことに自信がない				
12. 何もかもいやだと思う				
13. よくないことを考える				
14. 話や行動がまとまらない				
15. なぐさめて欲しい				
16. 根気がない				
17. ひとりでいたい気分だ				
18. 何かに集中できない				

# あなたの健康について

このアンケートはあなたがご自分の健康をどのように考えているかをおうかがいするものです。あなたが毎日をどのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知るうえで参考になります。お手数をおかけしますが、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

以下のそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに印（☑）をつけてください。

問1 あなたの健康状態は？（一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい）

最高に良い	とても良い	良い	あまり 良くない	良くない
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問2 1年前と比べて、現在の健康状態はいかがですか。  
（一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい）

1年前より、 はるかに良い	1年前よりは、 やや良い	1年前と、 ほぼ同じ	1年前ほど、 良くない	1年前より、 はるかに悪い
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



問3 以下の質問は、日常よく行われている活動です。あなたは健康上の理由で、こうした活動をすることがむずかしいと感じますか。むずかしいとすればどのくらいですか。  
(ア～コまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

とても むずかしい	少し むずかしい	ぜんぜん むずかしく ない
▼	▼	▼

- ア) 激しい活動、例えば、一生けんめい走る、  
重い物を持ち上げる、激しいスポーツをするなど..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3
- イ) 適度の活動、例えば、家や庭のそうじをする、  
1～2時間散歩するなど..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3
- ウ) 少し重い物を持ち上げたり、運んだりする  
(例えば買い物袋など) ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3
- エ) 階段を数階上までのぼる ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3
- オ) 階段を1階上までのぼる ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3
- カ) 体を前に曲げる、ひざまずく、かがむ ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3
- キ) 1キロメートル以上歩く ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3
- ク) 数百メートルくらい歩く ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3
- ケ) 百メートルくらい歩く ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3
- コ) 自分でお風呂に入ったり、着がえたりする ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3

問4 過去1ヵ月間に、仕事やふだんの活動（家事など）をするにあたって、身体的な理由で次のような問題がありましたか。（ア～エまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい）

	いつも ▼	ほとんど いつも ▼	ときどき ▼	まれに ▼	ぜんぜん ない ▼
ア) 仕事やふだんの活動をする 時間をへらした .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
イ) 仕事やふだんの活動が 思ったほど、 <u>できなかった</u> .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ウ) 仕事やふだんの活動の <u>内容</u> に よっては、できないものが あった .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
エ) 仕事やふだんの活動をする ことが <u>むずかしかった</u> (例えばいつもより努力を 必要としたなど) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問5 過去1ヵ月間に、仕事やふだんの活動（家事など）をするにあたって、心理的な理由で（例えば、気分がおちこんだり不安を感じたりしたために）、次のような問題がありましたか。（ア～ウまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい）

	いつも ▼	ほとんど いつも ▼	ときどき ▼	まれに ▼	ぜんぜん ない ▼
ア) 仕事やふだんの活動を する <u>時間</u> をへらした .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
イ) 仕事やふだんの活動が 思ったほど、 <u>できなかった</u> .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ウ) 仕事やふだんの活動が いつもほど、 <u>集中して</u> <u>できなかった</u> .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問6 過去1ヵ月間に、家族、友人、近所の人、その他の仲間とのふだんのつきあいが、  
身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨<sup>さまた</sup>げられましたか。  
(一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

ぜんぜん、 <sup>さまた</sup> 妨 <sup>さまた</sup> げられ なかった	わずかに、 <sup>さまた</sup> 妨 <sup>さまた</sup> げられた	少し、 <sup>さまた</sup> 妨 <sup>さまた</sup> げられた	かなり、 <sup>さまた</sup> 妨 <sup>さまた</sup> げられた	非常に、 <sup>さまた</sup> 妨 <sup>さまた</sup> げられた
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問7 過去1ヵ月間に、体の痛みをどのくらい感じましたか。  
(一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

ぜんぜん なかった	かすかな 痛み	軽い 痛み	中くらい の痛み	強い 痛み	非常に 激しい痛み
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

問8 過去1ヵ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）が痛みのために、どのくら  
い妨<sup>さまた</sup>げられましたか。(一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

ぜんぜん、 <sup>さまた</sup> 妨 <sup>さまた</sup> げられな かった	わずかに、 <sup>さまた</sup> 妨 <sup>さまた</sup> げられた	少し、 <sup>さまた</sup> 妨 <sup>さまた</sup> げられた	かなり、 <sup>さまた</sup> 妨 <sup>さまた</sup> げられた	非常に、 <sup>さまた</sup> 妨 <sup>さまた</sup> げられた
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問9 次にあげるのは、過去1ヵ月間に、あなたがどのように感じたかについての質問です。  
(ア～ケまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

	いつも ▼	ほとんど いつも ▼	ときどき ▼	まれに ▼	ぜんぜん ない ▼
ア) 元気いっぱいでしたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
イ) かなり神経質でしたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ウ) どうにもならないくらい、 気分がおちこんでいましたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
エ) おちついていて、 おだやかな気分でしたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
オ) 活力(エネルギー)に あふれていましたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
カ) おちこんで、ゆううつな 気分でしたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
キ) 疲れはてていましたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ク) 楽しい気分でしたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ケ) 疲れを感じましたか.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問10 過去1ヵ月間に、友人や親せきを訪ねるなど、人とのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、時間的にどのくらい妨<sup>さまた</sup>げられましたか。  
(一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

いつも ▼	ほとんど いつも ▼	ときどき ▼	まれに ▼	ぜんぜん ない ▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問 11 次にあげた各項目はどのくらいあなたにあてはまりますか。（ア～エまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい）

まったく そのとおり	ほぼ あてはまる	何とも 言えない	ほとんど あてはまら ない	ぜんぜん あてはまら ない
▼	▼	▼	▼	▼

- ア）私は他の人に比べて病気に  
なりやすいと思う ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5
- イ）私は、<sup>ひとな</sup>人並みに健康である ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5
- ウ）私の健康は、悪くなるような  
気がする ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5
- エ）私の健康状態は非常に良い ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

これでこのアンケートはおわりです。  
ご協力ありがとうございました。