

特集 児童期の性同一性障害への対応について

性同一性障害，および性に関連する悩みを有する子どもの診療について
——児童精神科医および心理士へのアンケート結果から——上野 千穂¹⁾，館農 勝²⁾，中山 浩³⁾

文部科学省は平成22年に、「児童生徒が抱える問題に対しての教育相談の徹底について」を發出し、平成27年には、性同一性障害（GID）だけでなくセクシュアルマイノリティの生徒への対応が必要と認め、「医療機関と連携し支援を進めることが重要である」とも明記している。しかし、児童思春期の医療現場において全国的な調査はなく、実際にどのような臨床が行われているか把握されていないのが現状である。そこで、われわれは児童青年期におけるGIDの実態を調査して現状把握を行うことを目的とし、児童青年精神医学会の認定医、代議員（計315人）に対してアンケート調査を行った。質問内容は、GIDや性の悩みをもつ児童の相談・診察件数、内容、対応に加え、臨床での困りごとや意見などの自由記述を含むものである。回答者数は127名、回収率は40.3%で、臨床経験年数の平均は24.2±10年、児童精神科経験年数の平均は16.9±11.5年であった。GID相談の経験は88名（68.8%）、性の悩み相談（異性装、性別の違和感など）の経験は105名（81.9%）で、相談者は本人、保護者、学校関係者の順に多かった。GIDの診察経験は74名（57.5%）で、患児の性別は、就学前では男子（出生時性別）が圧倒的に多く、小学校高学年で人数の性差はなく、中学生以上では女子が多かった。性の悩みに関する診察経験は87名（67.7%）で、性差は小学校中学年までは男子が多く、高学年、中学生は女子が多いもの、高校生では男子が多かった。自由記述では診断、鑑別診断、対応、治療経過、他機関との連携などについて多くの意見がみられた。現時点ではGIDと性の悩みに対する臨床支援において、児童精神科医の中でも考え方がさまざまである。そのため今後児童思春期におけるGIDおよび性の悩みの現状に即した支援方法を多角的な視点から検討し、確立する必要がある。

<索引用語：性同一性障害，性別違和，セクシュアルマイノリティ，児童思春期，児童精神科医>

はじめに

平成15年、性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律が議員立法により制定された。その後、思春期の性同一性障害（Gender Identity Disorder：GID）が認知され、学校でも柔軟な対応が望まれるようになり、文部科学省は平成22年に、「児童生徒が抱える問題に対しての教育相談の徹底について」を發出した。その後も文部科学省はさまざまな配慮を周知し、平成26年には全国

の学校における対応の状況を調査、平成27年4月には、GIDの生徒だけでなく「セクシュアルマイノリティ」の生徒への対応が必要なることを明らかにした。またそこには「医療機関と連携し支援を進めることが重要である」と明記されている⁸⁾。

一方、児童思春期の医療現場において全国的な調査はほとんどなく¹⁵⁾、実際にどのような臨床が行われているか把握されていないのが現状である。

日本児童青年精神医学会は平成27年度にGID

ワーキンググループ (以下, GID-WG) を設置した。GID-WG では今後に望まれる児童思春期における GID 診療の体制について検討したいと考え、児童精神科医を中心にアンケート調査を行った。本論文は、児童思春期の GID などについて、医療現場における実態を調査して現状把握を行った調査結果をもとに、GID の子どもたちとその養育者、生活の場 (学校など) に対する支援と GID 診療の課題について検討することを目的とした。

I. 調査の方法, 内容

1. 対象者

日本児童青年精神医学会の認定医と代議員 (計 315 人) に対してアンケート調査を行った。

2. 調査方法および倫理的配慮

日本児童青年精神医学会事務局の了承および協力を得て、平成 27 年 10 月に対象者へアンケートを郵送した。倫理的配慮については、アンケート郵送時に書面にてプライバシー保護の配慮をもって回答していただくこと、学術発表や学会誌への掲載という形で結果を周知することを記載した。なお、調査に先立ち、川崎市子ども家庭センター倫理委員会の承認を得た。

3. 調査内容

まずアンケート上に用語の定義を記載した。今回 GID とは「反対の性に対する強く持続的な同一感、及び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」、性に関連する悩みとは「自分の性に対する不快感があるが反対の性を強く望むものではない、または中庸を望むもの——いわゆる Male To X (MTX), Female To X (FTX), 異性装、同性を好むなど GID ではないものの、本人が性に関連することで悩む、または苦痛に感じている可能性のあるもの。いわゆる GID を除くセクシュアルマイノリティと表現されるもの」とした。

この定義の上、以下の質問に回答してもらった。

1) 回答者の臨床背景：職種・経験年数 (うち児童

精神科経験年数も併記)・昨年度の全初診数 (うち児童思春期症例数も併記)・所属機関・成人 GID (18 歳以上) の臨床経験 (生涯経験数) など

- 2) GID 専門外来について：勤務先での GID 専門外来の有無・連携や紹介可能な GID 専門外来の有無
- 3) GID および性に関連する悩みを有する子ども (18 歳以下) の臨床経験について：
 - (1) GID に関する相談の有無 (相談者・相談内容も含む)
 - (2) GID 診療の有無・初診時年齢・人数・診察時の対応
 - (3) 性に関連する悩み相談の有無 (相談者・相談内容も含む)
 - (4) 性に関連する悩みをもつ子ども診療の有無・初診時年齢・人数・診察時の対応
 - (5) 診療時の対応における自由記述 (注意していること、懸念、困りごとなど)
- 4) 今後の GID 診療について：児童思春期における GID 診療への姿勢や意見 (自由記述)

質問項目は主に選択式としており、重複選択部分はその旨記載した。回答の集計および統計処理 (平均, 標準偏差) は Microsoft Excel 2016 を用いて算出した。自由記述のまとめにおいては、KJ 法を用いた。

II. 結 果

結果に記載されている性別は、出生時性別とする。

1. 回答者数

315 名中 128 名、回収率は 40.6%であった。

2. 回 答

1) 回答者の臨床背景

職種は医師 124 名、臨床心理士 4 名であった。臨床経験年数は平均 24.2±10 年、うち児童精神科経験年数は 16.9±11.5 年であった。昨年度におけ

る初診数の平均は184名で，うち児童思春期初診数の平均は99名であった。所属機関（重複あり）は，病院（88名），診療所（46名），療育機関（6名），児童相談所（5名），その他（3名）であった。成人GID（18歳以上）の臨床経験は，「あり」が74名（57.8%），「なし」が50名（39.1%）で，経験人数の平均は4.6名であった。児童GIDの臨床経験は，「あり」が74名（57.8%），「なし」が52名（40.1%）で，経験人数の平均は1.8名であった。

2) GIDの専門外来について

勤務先にGID専門外来を有するものはほとんどなく，「あり」は2名（1.6%）だった。専門外来と連携や紹介について，「あり」が31名（24.2%）であった。

3) GIDおよび性に関連する悩みを有する子ども（18歳以下）の臨床経験について

(1) GIDに関する相談の有無と内容

GIDに関する相談を受けたことのあるものは88名（68.8%）であった。相談者（複数回答あり）は本人（71名）と保護者（52名）からが多く，続いて学校関係者（19名），児童相談所・臨床心理士（各6名），施設職員（4名），ケースワーカー（3名），GID専門医（2名），他科医師（1名）であった。主な相談内容（自由記述からの抜粋）は，「自分（または自分の子ども）はGIDではないか・本当にGIDだろうかなどの本質的な相談」「ホルモン治療に関すること」「性の違和感」「異性より同性が好きであるなど性指向について」「学校生活での困りごと（呼称，トイレ，更衣室，修学旅行の入浴など）」「外出先のトイレ利用」「将来の進路」「親への理解や告知をどうしたらいいか」「どちらの性で養育すべきか」などであった。相談されるシチュエーションとして，「発達障害のフォロー中に相談された」「自殺未遂後に告白」「生きにくさ，抑うつ感を話す中で」「パニック，解離性障害の治療中に」などが挙げられた。

(2) GID診療経験の有無・初診時年齢・人数・診察時の対応

診療経験があり，74名（57.8%）であった。初

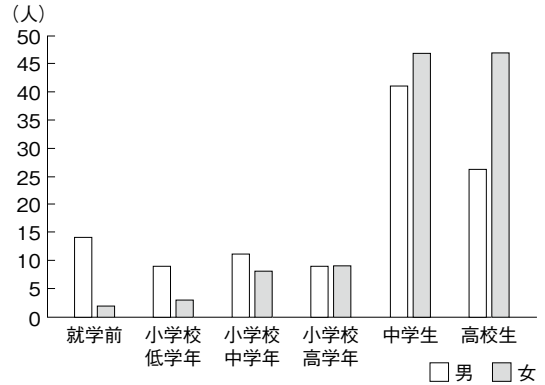


図1 初診時年齢の内訳 (GID) 出生時性別にて記載

診時年齢と人数の内訳を図1に示す。就学前の相談は全体の7.1%，小学生は21.7%，中学生38.9%，高校生32.3%であった。就学前から小学校低学年までは男子が多く，中学生以降は女子が増加していた。診察時の対応（選択式による回答）は，自ら診断（142名），助言（45名），専門外来に紹介（31名），その他（専門医と並診など）（5名）であった。

(3) 性に関連する悩み相談の有無と内容

性に関連する悩みの相談を受けたことのあるものは105名（81.9%）であった。相談者（複数回答あり）は本人（77名）と保護者（72名）の順で多く，GIDの相談と比較すると保護者からが多かった。続いて学校関係者（17名），児童相談所（8名），施設職員（6名），臨床心理士（5名），ケースワーカー（3名）であった。相談内容（選択式による回答・重複あり）は，反対性の外見服装を好む（70名），自分の性の外見服装を嫌悪（58名），同性に恋愛感情49名，反対性の遊びや仲間を好む（34名）であり，服装に関する相談が多かった。その他（自由記述からの抜粋）として「性被害，性的虐待の相談」「性的逸脱行為，性加害への対応」「自慰行為・動画や画像への耽溺について」などの相談もみられた。相談されるシチュエーションとしては「発達障害のフォロー中」「社会不適應の中で性の違和感を訴える」などがみられた。

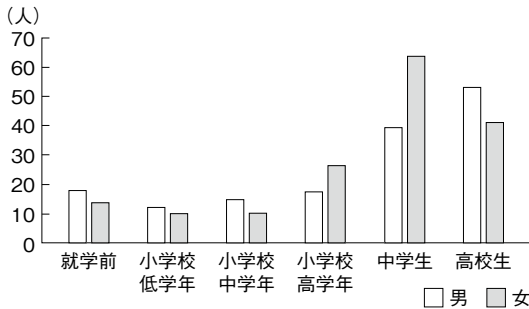


図2 初診時年齢の内訳 (性の悩み)
出生時性別にて記載

(4) 性に関連する悩みをもつ子ども診療の 無・初診時年齢・人数・診察時の対応

診療経験ありが、87名(68.5%)であった。初診時年齢と人数の内訳を図2に示す。就学前から小学校中学年まで男子が多いものの、人数の性差はGID診察ほどではなかった。小学校高学年から女子が増えるものの、高校生では男子が多かった。就学前の相談は全体の10%、小学生は28.2%、中学生32.2%、高校生29.5%であった。診察時の対応は、①「自ら診断」(187名)、②「助言」(75名)、③「専門外来に紹介」(7名)、④「その他(他症状で入院治療など)」(2名)であった。

(5) 診察時の対応における自由記述

自由記述の抜粋として、本人への対応として注意していることは、「本人の自尊感情を守る」「呼称に気をつける」「本人の主張や希望を否定しない」などの回答があった。周囲に望む対応としては「ゆっくり話を聞き受容するよう伝えた」「本人の性的認識の成熟を見守っていただくようお願いした」などの回答がみられた。家族や周囲への対応では「保護者の動揺を理解し、戸惑いに対して丁寧に対応する」「本人の悩みや違和感を否定せず、家庭内で許容できる範囲で希望がかなえられるよう助言」などの回答に加え「学校との連携を大事にする」という回答もみられた。

診断や治療については、「現症ですぐGIDと診断しない。まず環境調整をすすめるべきだ」「年齢的に変更があることを念頭において診療する」

「気持ちや思いが変わることがあることを説明し、中立的にふるまう」という回答がみられた。また、鑑別についての意見も多くみられ、「背景に虐待をはじめとする問題がないか」「性的虐待、解離性同一性障害の中に性同一性の課題がみられることがある」「性の問題だけでなく発達障害がないか」「家庭環境因、精神発達特性上の問題がないか詳細な生育歴が必要」などの回答がみられた。連携としては「GID外来と連携した」「カウンセリングにつないだ」「関連団体(自助グループ)を紹介した」という回答があった。治療者側の困りごととして、「診断まではできるが、治療を希望されると難しい」「告知や説明の仕方、性同一性のゆらぎの評価などわからないことが多い」「ホルモン治療の開始年齢などの基準をはっきり示してほしい」などの回答がみられた。

4) 今後のGID診療について

選択式によって回答を得た。今後機会があれば診断、診察していきたい(48名・37.5%)、診断をつけることに自信はないが、専門医と連携して診察をしていきたい(52名・40.6%)、できることなら専門医にまかせて診察を避けたい(24名・18.8%)であった。GID診療に対する意見(自由記述からの抜粋)では、医療以外の支援として「正しい知識を小学生頃から伝えていく必要がある」「学校などでの教育的、環境的配慮が必要である」「性の悩みを相談しやすくなる体制が必要である」などの回答がみられた。またGID専門医について「近くの専門医がわからない」「専門医がどのように評価し診断し治療しているのかイメージがわからない」という意見や、「どの時点でGIDの診断をつけたらよいかわからない」「診断することが難しい」「ホルモン治療なども含め倫理的側面や患児、保護者に与える影響が大きいため一定のガイドラインが必要である」「研修会、専門外来の陪席やカンファレンスに参加したい」という意見もみられた。警鐘として「性に関する悩みだけ取り上げて治療対応しない」「性を含めた自我発達を待ってから診断すべき」という回答もあった。

Ⅲ. 考 察

1. 児童思春期におけるGIDの相談，診療の現状について

今回の調査結果では，GIDについての相談を受けたことがあるものが68.8%で，本人，保護者以外にも，学校関係者からの相談も19名みられた。これは，児童精神科医の臨床場面では学校と連携をとることが多いため学校から相談を受けやすい環境にあること，また学校生活でよく利用するトイレや更衣室などの困りごとに対して，学校側も悩みつつ前向きに対応しようとされている現状を反映していると思われる。

次に診療についてであるが，GIDの診察経験がある児童精神科医は全体の約6割を占めていた。Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)¹⁾においてGIDの有病率は出生時性別が男性の成人が0.005～0.014%，女性の成人が0.002～0.003%とされ，また子どもの有病率が少ないといわれている²⁶⁾。実際の児童精神科臨床場面において，「性の違和感がある」ということを主訴に来院するものは少数であり²⁵⁾，別の診断や困りごとで診療を継続する中で，GIDの症状を含む性の悩みを本人および家族から相談されることが大半である。このような児童臨床の現状で，GIDの症状を治療経過中に医師に話す患者や家族が徐々に増えている可能性が考えられた。

続いて児童思春期におけるGID患者の性差について検討する。受診人数においては男子110名，女子116名と性差はほとんどみられない。しかし初診時年齢別にみると，就学前は男児が圧倒的に多く，小学校高学年で性差がなくなり，中学生以降女子が増加していた。日本におけるGIDの性差としてFemale to Male (FTM)に多いという先行研究^{2,7,14)}とは今回異なる結果となった。児童思春期年代では性差がないものの，思春期から女子の比率があがっていることから，女性の初診時年齢は男性より遅い可能性がある。初診時年齢別の性差についてはGID専門外来（ジェンダークリニック）における比率と類似しており⁶⁾，児童精

神科臨床との大きな乖離はみられなかった。

最後に未就学児に男子が多いことの理由を検討する。就学前は本人自ら受診を希望することはなく，主に母親が子どもの様子を心配して来院される。この時期は発達特性による症状を主訴に初診する方が中心であるため男子が多いこと（発達障害は性差があり男子に多いため）が関係するかもしれない。また性の違和感の表現として，反対性の服装や色，持ち物を好み身につけるなど外見でわかる方法をとることが多い。女子は性の違和感をもっているにもかかわらずパンツスタイルを選べるため，本人も困らず家族も本人の違和感に気づきにくい。しかし男子がスカート，ピンク色，アクセサリーなどを好み，身につけたいと言えば，母親は敏感に反応し困惑することから相談につながりやすい可能性が考えられる。また中学になると受診者が男女とも増加するのは，二次性徴が苦痛であったり登校に制服着用が必要であったりなど，日常生活で性を意識する機会が増えることも理由の1つと考えられる。

2. 性に関する悩みの相談，診療の現状について
セクシュアルマイノリティ（GIDを除く）について，相談を受けたことのあるものが約8割，診察経験のある児童精神科医は約7割であった。セクシュアルマイノリティは例えば同性愛など精神疾患でないものも含まれるため，学校で相談対応すること^{2,5,16)}が中心と考えられるが，医療でも対応していることがわかった。受診人数の性差は，男子154名，女子165名と若干女子が多く，就学前児童も男子18名，女子14名とGIDの人数と比較して女子が増えている。これは反対性の遊びや外見を好む女子が一定数おり，（子ども本人が気にしていなくても）男子とばかり遊び女子の仲間と過ごさないなど母親の懸念が診療人数に反映しているのかもしれない。なお医療現場ではセクシュアルマイノリティの方々に対してどのように対応すればよいかなどの課題も多く残されている⁹⁾。学校では人権教育の一環として，セクシュアルマイノリティについての正しい知識を得るた

めの取り組みが行われつつある^{5,22)}。医療従事者側も同様に正しく理解することが大事だと考える。

3. GIDや性に関する悩みにおける診療時の対応調査結果において、対応については「本人の主張や希望を否定せず自尊心を守る」、診断については「すぐにGIDと診断せず、環境調整を行う」、治療については「年齢的に変更があることを考慮し中立的にふるまう」という意見が中心であった。鑑別については背景に虐待、発達障害、家庭環境因の問題がないか評価するという意見が散見された。

対応について、実際のGID臨床では今回の結果のように本人の気持ちを受容しつつ、中立的にふるまうという基本的な精神療法が中心に行われている^{3,16)}。児童思春期の場合、成人より性に対してナイーブであるため受容的態度がより望ましいと考える。またGIDの継続率は、DSM-5によると男性では2.2~30%、女性では12~50%である^{17,24)}。今回のアンケート結果でも治療経過中に状況や気持ちに変化がある可能性を念頭においているという回答が複数みられたように中庸的にかかわることが大切である。児童思春期における臨床では、本人を丁寧に見守ると同時に、本人の重要な理解者でありサポーターでもある保護者の不安や悩みに寄り添い、子どもの安定を導くこともまた必要である。

つぎに鑑別診断、併存疾患について考察する。上述したように、児童精神科臨床では他の疾患のフォロー中にGIDの症状を含む性の悩みを話されることがある。先行研究によくみられるのが発達障害との関連である^{4,12,18~21)}。虐待との関連もみられることがあり¹⁸⁾、著者もGID症状の背景に性的虐待があった症例経験がある。また、家庭環境や性的なトラウマの影響も検討する必要がある²³⁾。GIDの鑑別診断をするためには、幼少時からの詳細な生育歴を聴取し、発達の偏りがないか、家族環境に問題がないか、性被害がないかなど丁寧に聞き取ることが大事である。さらに、発達障害や虐待に対して環境調整やカウンセリング

などを行い、継続診療をしても性の違和感が継続する場合には併存の可能性を考える必要がある。鑑別や併存疾患については、今後さらなる研究が必要であろう。

4. 今後のGID診療について

調査結果では、約8割の回答者からGIDの診察をしていきたいという意向が示された。しかし、その半数は診断をつけることには自信がなく、専門医との連携を希望している。現在GID治療のガイドラインが作成されており¹³⁾、思春期における治療についても検討を重ねている¹⁰⁾。性の発達という視点から考えると、子どもの成長発達に詳しい児童精神科医とGID専門医が今後もより協働して検討していくことが医療間の連携として重要である。

GID診療に対する意見としては、「性の悩みを相談しやすくなる体制が必要」「性に関する悩みだけを取り上げて治療対応しない」「診断することが難しい」「自我発達を待つから診断すべき」など、診断、治療、対応について児童精神科医の間でも考え方がさまざま、児童思春期のGID診療に携わる医療従事者は、試行錯誤しながら臨床や支援をしていることがうかがえた。今後、児童精神科医がGIDについて一定の知識をもてるように、また児童思春期の患者や家族、そして臨床に携わる側にも理解できるように、現場で使用しやすく、かつ実践的なハンドブックやガイドラインが必要であると考えられる。

おわりに

本論文では、児童思春期におけるGIDと性に関する悩みについての現状について報告した。GIDの診察経験において、就学前は男子がほとんどであることなど、児童思春期と成人GIDにおいて性差の違いがみられた。また児童精神科医の約6割にGIDの診察経験があるものの、GIDの継続率が男性で3割以下、女性で5割以下であること、またさまざまな鑑別疾患を念頭におく必要があることなどから、診断することに迷いや疑問をもちつ

つ支援をしているケースもみられることがわかった。またGID診療に積極的な医師もいれば、消極的な医師も2割弱存在するのが現状であった。このようにGIDや性に関する悩みへの姿勢や考え方はさまざまで、児童思春期におけるGID対応の難しさを実感した。

児童思春期は性の発達が目まぐるしい時期である。幼児期から徐々に性別を認識し、小児期から性同一性を確立する時期に入る。ギャングエイジ(小4~6)、チャム(中学生頃)、ピア(高校生頃)の時期には、同年代における同性の仲間と親密な関係を築き自己確立を行いつつ、恋愛対象を意識する。また、思春期になると二次性徴という大きな身体的な変化に加え、自己同一性の揺らぎも経験する。そして性にまつわる混乱や傷つきは、性の違和感のあるなしにかかわらず、たいていの子どもたちが経験するものである。ただ性に対する不安を口にすることは子どもたちにとって勇気のいることであり、「性の違和感」「性の悩み」を臨床の中で打ち明けられたときには、「この時期にはよくあること」などと判断するまえに「その話を大事に取り扱うこと」が重要である。そして子どもたちや家族の話を聞き、環境や背景に目をむけ、今どのような支援が必要かを念頭におきながら診察を続けていくことが、診断をする以上に大切なことだと感じている。

児童思春期におけるGID診療は学校など生活現場との連携が欠かせない^{11,12)}。性の悩みを抱える子どもたちの支援は本人や家族、学校を含めたチームでサポートしていくことが重要である。そして児童思春期におけるGIDおよび性の悩みの現状に即した支援方法を、日常生活面、学校など社会的な側面、そして医療面など、より多角的な視点から検討し、確立する必要がある。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.

American Psychiatric Association, Washington, D. C., 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野 裕監訳: DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 2014)

2) Baba, T., Endo, T., Ikeda, K., et al : Distinctive features of female-to-male transsexualism and prevalence of gender identity disorder in Japan. *J Sex Med*, 8 ; 1686-1693, 2011

3) 針間克己: メンタルクリニックにおける性同一性障害診療の実際. *精神医学*, 53 ; 749-753, 2011

4) Jacobs, L.A., Rachlin, K., Erickson-Schroth, L., et al : Gender dysphoria and co-occurring autism spectrum disorders. *LGBT Health*, 1 ; 277-282, 2014

5) 葛西真記子: セクシュアル・マイノリティの子どもを支えるスクールカウンセリング. *精神療法*, 42 ; 19-23, 2016

6) 康 純: 包括的支援におけるメンタルヘルス専門職の役割. *GID学会誌*, 8 (1) ; 97-99, 2015

7) 松本洋輔, 佐藤俊樹, 氏家 寛: 性同一性障害患者に対する複数診療科による包括的治療—岡山ジェンダークリニックの経験—. *臨床精神医学*, 38 ; 1345-1354, 2009

8) 文部科学省: 性同一性障害に係る児童生徒に対するきめ細かな対応の実施等について. 2015年4月30日 (http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/27/04/1357468.htm) (参照 2015-04-30)

9) 中田ひとみ: 性と生殖の医療から考えるLGBTIの支援と課題—レズビアン・ゲイ・バイセクシュアル・トランスジェンダー・インターセックスを生きること—. *母子衛生*, 57 ; 43-46, 2016

10) 中塚幹也: 二次性徴抑制療法と若年でのホルモン療法の問題点. *精神経誌*, 115 ; 316-322, 2013

11) 中山 浩: 中学生でのリアルライフテスト導入への援助を行った児童期の性同一性障害の一症例. *精神医学*, 53 ; 85-87, 2011

12) 中山 浩, 伊藤真人: 性同一性障害への学校・地域相談機関での対応と支援. *児精医誌*, 56 ; 674-684, 2015

13) 日本精神神経学会・性同一性障害に関する委員会: 性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン (第4版). *精神経誌*, 114 ; 1250-1266, 2012

14) 織田裕行, 片上哲也, 山田圭造ほか: 関西医大病院ジェンダークリニックに関する検討. *GID学会誌*, 2 ; 21-23, 2010

15) 大西彩乃: 日本におけるLGBT特有の医療問題を解決する方法について. *医療・生命と倫理・社会*, 13 ;

1-14, 2016

- 16) 佐々木掌子：性別違和を持つ子どもへの心理的支援. 精神療法, 42 ; 24-29, 2016
- 17) Steensma, T.D., McGuire, J.K., Kreukels B.P.C., et al : Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria : A quantitative follow-up Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 52 ; 582-590, 2013
- 18) 田中 究：性同一性障害と自閉スペクトラム症. そだちの科学, 26 ; 39-43, 2016
- 19) 館農 勝, 池田官司, 斎藤利和：広汎性発達障害における性別違和に関する検討. 精神経誌, 113 ; 1173-1183, 2011
- 20) 館農 勝, 斎藤利和：自閉症スペクトラム障害における性別違和関連症状について. 児精医誌, 54 ; 406-412, 2013
- 21) Tateno, M., Teo, A. R., Tateno, Y. : Eleven-year follow up of boy with Asperger's syndrome and comorbid gender identity disorder of childhood. Psychiatry Clin Neurosci, 69 ; 658, 2015
- 22) 辻 貴史：差別を許さず, 互いの人格と個性を尊重し合う児童生徒の育成. 精神経誌, 115 ; 304-310, 2013
- 23) 都築忠義：性同一性障害の心理・社会的問題. 精神科, 9 ; 242-245, 2006
- 24) Wallien, M. S., Cohen-Kettenis, P. T. : Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 47 ; 1413-1423, 2008
- 25) 山下 洋：思春期・青年期の性と性同一性障害—児童精神科の立場から—. 精神経誌, 115 ; 295-303, 2013
- 26) Zucker, K. J. : Gender identity disorder in children and adolescents. Annu Rev Clin Psychol, 1 : 467-492, 2005

A Questionnaire-based Study of Child Psychiatrists and Clinical Psychologists Regarding and Support for Children with Gender Identity Disorder and Sexual Problems

Chiho UENO¹⁾, Masaru TATENO²⁾, Hiroshi NAKAYAMA³⁾

1) *Clinic of Kyoto City Child Well-being Center*

2) *Tokiwa Hospital*

3) *Kawasaki City Center for Children and Family Services*

In 2010, the Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology (MEXT) in Japan strongly recommended that students with gender identity disorder (GID) who had behavioral health concerns should consult a professional in their schools. Furthermore, in 2015, MEXT subsequently announced that it is important for sexual minority students, including students with GID, to receive more support from professionals through cooperation with medical institutions. However, there has been no nationwide clinical research done on sexual minority youth, so little is known about how to optimally care for them in medical practice.

This study assessed the current status of medical care for children and adolescents with GID and other atypical sexual development. The authors surveyed certifying physicians and councilors (315 people in total) of The Japanese Society for Child and Adolescent Psychiatry. The question obtained basic demographic and practice information and allowed for free

responses on topics such as opinion on consultation and medical care for GID and atypical sexual development in childhood and adolescence.

One hundred twenty-seven, or 40.3%, of those surveyed responded. The average number of years of total clinical experience was 23.9, and the average number of years of child psychiatric clinical experience was 18.8 years. The number of child psychiatrists who provided consultation for GID and other sexual development including transvestism and gender dysphoria were 88 (68.5%) and 105 (81.9%), respectively. The consultants' most frequent clients, in descending order, were : individuals, parents, and school officials. Seventy-four (57.5%) child psychiatrists provide medical care for patients with GID. In the preschool and elementary school age groups, consultants served many more (assignment) males than (assignment) females with GID, whereas in the higher elementary school and later ages, consultants served more females than males with GID equally often. In junior high school and later ages, consultants served more females than males with GID. Eighty-seven (67.7%) of the child psychiatrists provided medical care for patients with other sexual development. Before and during the middle elementary school ages and in the high school ages, consultants served more males than females with other typical development, whereas in higher grade elementary and junior high school ages, consultants served more females than males with other typical development. The free response sections revealed a diversity of opinions, clinical course, and cooperation with other institutions.

At present, among child psychiatrists, there are many different perspectives on clinical care for GID and other sexual development. Therefore, it will be necessary to systematically examine current scientific evidence and to establish consensus on best practices for clinical management.

<Authors' abstract>

<**Keywords** : Gender Identity Disorder, Gender Dysphoria, sexual minority, childhood and adolescence, child psychiatrist>
