



このパンフレットは、LGBTに関わる医療・福祉の現状を伝えるとともに、医療・福祉関係者、および当事者による、「LGBTのための医療・福祉のあり方を考えるネットワーク」を形成することを目的としています。興味のある方は、発行元のQWRC（クォーク）まで、ご連絡ください

✉ メールアドレス info@qwrc.org

LGBTと



医療・福祉

医療・福祉関係者の方へ  
LGBT固有のニーズを理解するために



**QWRC**  
(クォーク)

〒530-0015 大阪市北区中崎西 1-1-7-408

☎ 相談 06-6377-5447  
(第1月：19時30分～22時30分)

🌐 <http://www.qwrc.org/> ✉ [info@qwrc.org](mailto:info@qwrc.org)

※この冊子に関するお問い合わせは、QWRCまでご連絡ください。

このパンフレットは、「2008年度ファイザープログラム～心とからだのヘルスケアに関する市民活動・市民研究支援」の助成を得て、作成されています。

2009年8月31日発行

**LGBT** (エルジービーティィ) ってどんな人たち？

**L** : レズビアン、女性の同性愛者

**G** : ゲイ、男性の同性愛者

**B** : バイセクシュアル、両性愛者

**T** : トランスジェンダー、生まれた時の法的・社会的な性別と異なる性別を生きる人、生きたいと望む人

(※なお、「性同一性障害」は、トランスジェンダーに含まれます。)

# 1 自殺念慮・自殺未遂の多さ ～LGBTのメンタルヘルス～

## ケース1: 自殺の背景として：セクシュアリティの社会的抑圧

Aさん(40代・女性)の次男、B君は中学3年生で自殺しました。B君の日記には、中1の頃から同性に惹かれる自分に気づき悩んでいたこと、好意を持っていた同級生に気持ちを打ち明けたが拒絶されたこと、その後クラスでいじめられるようになったことが綴られていました。看護師として忙しく働いていたAさんは、B君の悩みに気づいてやらなかったと自分を責め、しかし、B君が自殺したこと、ましてやゲイであることが自殺の原因だったことなど誰にも言えず、罪悪感と悲しみに苛まれ続け、いっそう仕事に打ち込むようになりました。3年後、体をこわし、うつ病になって精神科を受診したAさんは、そこで出会ったカウンセラーに初めて抱えていた苦悩を吐き出しました。1年間カウンセリングを受け、うつ病から回復しはじめたAさんは、あの時、自分に少しでもLGBTについて知識があったなら、あるいは、学校でLGBTについて教育がされていたら息子を失わずに済んだのではないかと、また、「ホモネタ」を嘲笑することが許容され、LGBTは身近に存在しないとされている社会にも原因があるのではないかと思うようになりました。



年間3万人以上の日本の自殺者の中には、LGBTであることが直接・間接の原因となって自殺した人もいます。しかしその自殺の原因が明らかになることはまずありません。家族を自殺で失った場合、ましてやLGBTであることが自殺の直接・間接の原因である場合、残された遺族は何重もの悲しみと罪悪感にとらわれ、語る言葉を失います。LGBTは身近に存在しないものとされ、LGBTの固有のニーズはネグレクト(放置)され続け、LGBTの心の健康は損なわれています。私たちはLGBT固有のニーズに目を向け耳を傾ける必要があります。

### 日高庸晴(関西看護医療大学看護学部)さんらの研究

大阪・アメリカ村で15~24歳の男女約2千人を対象に、自殺未遂について聞いた調査(2001年8月~9月実施)では、「異性愛でない」と回答した男性の自殺未遂率は異性愛者に比べ約6倍高いことが明らかになっています。(参考サイト) <http://www.health-issue.jp/suicide/>

## LGBTってどんな人たち?

- L** レズビアン(女性を、恋愛や性愛の対象としている女性)
- G** ゲイ(男性を、恋愛や性愛の対象としている男性)
- B** バイセクシュアル(同性も異性も、恋愛や性愛の対象としている人)
- T** トランスジェンダー(生まれた時の法的・社会的な性別と異なる性別を生きる人、生きたいと望む人)

※性同一性障害=GID(Gender Identity Disorder)は、医学的疾患・診断名。より広い意味であるトランスジェンダーに含まれます。(詳しくは、4ページ参照)

**FtM**=トランスジェンダーで、女性から男性への移行を望む人(Female to Male)

**MtF**=トランスジェンダーで、男性から女性への移行を望む人(Male to Female)

※移行する性を特定せず、FtX、MtXという表現を使う人もいます。

### その他の用語解説

- ヘテロセクシュアル**=異性愛者(異性を恋愛や性愛の対象としている人)
- 「性的指向」**=どの性別を恋愛や性愛の対象とするかということ。→「LGB」「ヘテロセクシュアル」は、性的指向に関する言葉です。
- 「性自認」**=自分の性別をどのように認識するかということ。→「T」は、性自認に関する言葉です。
- インターセックス**=身体的な性別(性染色体、性腺、内性器、外性器)が、男女のいずれにも典型的でない人のことを言います。外性器が男女どちらのものか判別し難かったり、卵巣と精巣の混合型の性腺を持っているなど様々な状態があります。

! 1990年5月17日、WHO(世界保健機関)の精神疾患リストから同性愛が外されています。同性愛は病気ではありません。また、日本では、2004年7月16日より「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律」が施行。特定の要件を満たす人に対して、法令上の性別の取扱いと、戸籍の性別記載変更が可能になっています。

同性愛は病気じゃないけど、「性同一性障害」は病気なの?  
(4ページ参照)

ゲイ・バイセクシュアル男性を対象としたインターネット調査(2005年8月11日~11月30日実施、有効回答数5731件)では、学校で同性愛について「一切習っていない」78.5%、「異常なもの」3.9%、「否定的情報」10.7%と、全体の93%以上が不適切な情報提供や対応をされています。また、全体の65%が自殺を考えたことがあり、15%前後は実際に自殺未遂の経験がありました。社会的抑圧により自尊心が低下して、自分や相手を大事にしようと思えなくなります。そのことが感染症予防の阻害要因になっていることも指摘されています。

(参考サイト) <http://www.j-msm.com/report/>

## 2 トランスジェンダーと性同一性障害

「トランスジェンダー」とは、生まれた時の法的・社会的な性別と異なる性別を生きる（生きたいと望む）人を総称する言葉ですが、「性同一性障害」は、医学的な診断名です。性同一性障害の診断を受けた人は、本人の希望があれば、日本精神神経学会のガイドラインに沿った治療を受けることができます。条件を満たせば、身体的性別とは反対の性ホルモンを投与するホルモン療法や性別適合手術を受ける事も可能です。なお、「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律」の成立により、特定の要件を満たす人に対して、戸籍の性別変更が可能になりました。

- ！ 性同一性障害者が次の5つの要件を満たすとき、家庭裁判所の審判により性別変更が認められる。
1. 20歳以上であること
  2. 現に婚姻をしていないこと
  3. 現に未成年の子がいないこと
  4. 生殖腺がないこと又は生殖腺の機能を永続的に欠く状態にあること
  5. その身体について他の性別に係る身体の性器に係る部分に近似する外観を備えていること

2008年6月改正

トランスジェンダーの望む性別のあり方は多様です。ホルモン療法だけで性別違和感が緩和される人、一部の身体の手術のみを望む人、法的な性別も変更したい人、また、国内のガイドラインに沿わず海外で身体の手術のみする人、ホルモン剤を個人輸入して独断で服用する人などもあります。中には、身体的性別と異なる性自認を持ちつつもホルモン療法や身体的手術をしないことを敢えて選択する人もいますし、特定の性自認を持ちたくない人もいます。

ホルモン療法や性別適合手術には健康保険が適用されていません。特に性別適合手術については、かなりの費用がかかるという経済的理由だけでなく、全国でも手術の可能な病院が数少ないという理由から、手術を受けられず、それが本人のストレスになる場合もあります。なお、法的な性別を変更した場合は、ホルモン療法は保険適用の対象となります。

### ケース2: 周囲が決めず、本人の気持ちを大事にする

Cさん（出生時の性別は女性）は高校の制服のスカートが嫌で毎日が億劫です。ある日、テレビで性同一性障害（GID）の番組を観て自分のことだと感じ、両親に話すと、「そうではないかと思っていた」と共感してくれ、ほっとしました。数ヵ月後に予約がとれたので、両親はCさんを大学病院の「GID外来」(※注)に連れて行き、「この子を男の子にしてやってください」と医師に告げました。今後の治療について説明を受けたCさんは、「何か違う」と感じましたがうまく言えず、両親の言うがままに、思わず「治療を進めたい」と答えました。一方で、引き返せないような不安も感じました。Cさんは医師が教えてくれたLGBTの当事者グループを訪ね、様々な人に出会って、共感する話や自分と異なる経験を聞き、「性別に対する違和感人はそれぞれ。自分が必要なことを選べばいいよ」と言われ、安心しました。Cさんは「性別の移行を急がない」と両親に伝えました。



(※注) 精神神経学会のガイドラインに沿った性同一性障害の診断・治療を進めるには、精神科以外に（形成）外科、泌尿器科、産婦人科、内分泌内科などが連携し、医療チームを形成することが必要になりますが、そのような医療チームは全国でも数が限られています。GIDについて正確な知識を持ちかつ診断できる精神科医もまだごく少なく、初診の予約を入れるのに数ヵ月以上待つ場合もあります。

！ 本人自身も自分の性のありようがよくわからず、自分のニーズもはっきりと言葉にできない場合があります。本人の歩調にゆっくりと沿うことが大切です。自分の性別に違和感があっても、必ずしも性別の移行までを望む性同一性障害であるとは限りません。また、「同性愛」と「性同一性障害」は異なる概念ですが（3ページ参照）、「異性愛」があまりにも当たり前とされているために、レズビアンである人が、「女性に恋愛感情をもつ自分は、心が男性なのだ」と考え「自分は性同一性障害だ」と思い込む場合もあります。

## ケース 3: 医師の理解不足のため、患者がうそをつくことに

D さん (30 代) は MtF (Male to Female/ 男性から女性に移行) で、女性として生活していくために法的な名前の変更、性別適合手術のために精神科の診断書を必要としています。しかし GID (性同一性障害) を理解している精神科は少なく、最初の医師は GID と同性愛を混同していました。D さんの身体は男性ですが、女性としての自認があり、また恋愛対象が女性なのでレズビアンです。現在、女性の恋人がいますが、早く診断書を得るために、現在の医師には男性が好きだと伝えており、うそをついていることに罪悪感を持っています。



## ! インターセックスとトランスジェンダー

インターセックスとは、身体的な性別 (性染色体、性腺、内性器・外性器) が、男女のいずれにも典型的でない人のことを言います。外性器が男女どちらのものか判別し難かったり、卵巣と精巣の混合型の性腺を持っているなど様々な状態があります。性同一性障害の人の身体的性別は、女性あるいは男性に典型的なものであることが大半ですが、検査を受ける中でインターセックスであることが判明する人も少数います。精神神経学会のガイドラインでは、インターセックスであっても、身体的性別と性自認とが一致していない場合、性同一性障害に含まれるとしています。

GID は、ヘテロセクシュアル (異性愛者) だと思われがちですが、必ずしもそうではありません。多様な性的指向を持っています。医療者側が、GID はヘテロセクシュアルであると思っていることが多く、患者が正直に自分について話せない場合があります。

## GID の自殺念慮と自殺未遂

1997 年 4 月から 2006 年 7 月に岡山大学病院ジェンダークリニックで性同一性障害の診断を受けた 661 人を対象に行なわれた調査では、MtF と FtM のどちらも、24% が不登校を、20% が自傷・自殺未遂を経験しており、69% に自殺念慮が認められました。

(新井富士美・中塚幹也他 (2008) 性同一性障害の思春期危機について 日本産科婦人科学雑誌 60 巻 2 号 827, 第 60 回日本産科婦人科学会学術講演会)



## ケース 4: 医療機関に求められる配慮

E さん (40 代・出生時の性別は男性) は、中学生の頃から男性である自分に強い違和感を持ち、30 代から女性化するためにホルモン療法を受け、乳房形成術も受けました。性別適合手術も予定しています。20 代のときに手術について両親に相談しましたが、「親子の縁を切る」と言われ、そのまま 20 年近く疎遠になっています。ある日、E さんは路上で突然意識を失い、救急搬送されました。クモ膜下出血でした。病院は、E さんの携帯から両親の番号を特定し連絡しました。

数日後、E さんの意識が戻った時には、すでに両親が面会に来ていました。両親は病状について心配するものの、女性化している E さんにショックを受け、そのことを罵りました。両親が着替えとして用意した下着や衣類は男性用で、E さんはそれを着るしかありませんでした。また、E さんは普段、女性名を使っていますが、両親が元の男性名で呼びかけることに苦痛を覚え、自分のことをよく理解している友人に来てもらいたいと思いましたが、携帯は両親が管理しており、友人からの問い合わせもすべて拒否していました。術後の朦朧とした状態で E さんは何も言う気がありませんでした。

しばらくして、状態が落ち着いてきたので個室から大部屋に移ることを病院から提案されました。両親も金銭的に個室利用が難しいと考え、大部屋に移ることになりましたが、大部屋は男女で別れており、病院も E さんを男女どちらの大部屋に移すか判断しかねていました。E さんは外見上、女性に見えますが、外性器 (ペニスと睾丸) がそのままなので、女性の大部屋で入院生活を送ることは彼女自身に抵抗があり、しかし男性の大部屋では好奇の目にさらされることが予想され、苦痛でしかありません。



本人の希望する性別で生きることを家族が理解しているとは限りません。本人が緊急時の連絡先を示すカードやメモを携帯していないかまずは確認してください。持っていたら最初にそこへ連絡してください。家族側の理解が乏しい場合は、本人のニーズを聴取し、できるだけ本人の希望に沿うように調整を試みてください。病室について本人の希望がはっきりしているなら、本人の希望がかなえられるよう環境調整に努めてください。

### ケース 5: うつ病と GID の治療 : 患者の個性に目を向ける診療を

G さん (20 代・出生時の性別は男性) は会社員です。小さい頃から女性になりたいと感じていましたが、そんな考えはおかしいと、自分の気持ちをおさえ込み、男の子として暮らしてきました。G さんは思春期の頃から近くの精神科クリニックでうつ病の治療を受けています。最近、GID について知り、自分もそうなのだと思います。長年の気持ちを肯定されたように感じました。しかし、うつ病の治療を受けている医師に話すと、あなたは GID でないので診断は下せないと言われました。医師は、小さい頃から女の子の服を着たり、女の子と遊んだり、思春期には男の子を好きになるのが GID であって、あなたのように男性として働いているような人は違う、と言うのです。また、うつ病を治してからでないと GID の治療はすべきでないとされました。G さんはがっかりして、理解ある医師を求めて、遠くの都市部の病院へ行くことにしました。



ホルモン療法を行うことが、うつ状態を悪化させる場合があるとも言われているため、うつ病の治療が優先されることがあります。しかし、自身が望む性別と異なる性別で生活することは、非常に苦痛を伴います。うつ状態を引き起こす要因になっているかもしれません。性別にまつわる苦痛を解消することがうつ状態改善のきっかけとなる場合もあります。

日本精神神経学会によるガイドラインには、「女の子の服を着るのを好む」という一文があり、「本障害が思春期前に明らかになっていなければならない」ともされています。しかし実際には、女性になりたい欲求をおさえ込み表現できなかった場合もあります。

性同一性障害は医学的な分類上、「疾患」として扱われていますが、LGBT であること自体は疾患でも障害でもありません。以前は、特定の精神疾患と同性愛とが結びつけられ、同性愛自体が病理的だと言われることがありましたが、近年の研究では、社会の側にある無理解・無関心が LGBT が生きる上での困難を生み出し、その生きづらさによって LGBT が精神疾患を患う確率が高くなるのだらうと考えられています。

### ケース 6: セクシュアリティに理解のある介護サービスを受けたい

F さん (20 代・男性) は、高校生の時に交通事故に遭い、両下肢機能障害となりました。普段は、車いすを使って生活しています。外出の際には、慣れた場所であれば一人でも行けますが、初めての場所へは家族に付き添ってもらうか、ヘルパーを利用しています。20 代前半から、自分はゲイであると自覚し、インターネットを通してゲイの友だちも増えてきました。ある時、隣の市でゲイの自助グループがあることを知り、行ってみたいと思いましたが、ゲイであることを家族にもヘルパーにも言っていません。どのように伝えて付き添ってもらうか、その自助グループの様子も分からないので、悩んでいます。



自らのセクシュアリティを伝えて、ヘルパーとの関係性が悪くなることや、口外されることを恐れて、介護サービスの利用をあきらめる当事者も少なくありません。介護サービス提供者が、LGBT についての理解があり、家族へのカミングアウトが容易ではない状況にも配慮があるなら、本人も安心してサービスを利用しようと思えるでしょう。

### ケース 7: LGBT とアディクション : 背景にあるセクシュアリティの要因

H さん (40 代・女性) は、幼い頃に「自分は大人になったら男性になる」と思っていました。やがて「そんな風に考える自分がおかしい」「普通の人生を歩もう」と決心し、20 代の頃に結婚、現在、高校生の子どもが 1 人います。

しかし、出産後しばらくして、アルコールへの依存がはじまり、数年前から特に依存が激しくなっています。それが理由で夫が家を出ていきました。ある時、子どもに「お母さんは、おかしいと思う」と言われ、それをきっかけに H さんは精神科を受診しました。医師の勧めで自助グループに参加したものの、H さんは「自分の居場所ではない」と感じました。また、自分について考えるうちに、男性になりたかったわけではなく、女性が好きなのではないかと思いはじめています。 **アディクション：アルコール依存・薬物依存、摂食障害など**

セクシュアリティの抑圧が生きづらさの背景となり、アディクション (依存) につながることがあります。また、回復の過程で自助グループに参加しても、自らのセクシュアリティについて語れず苦しい思いをする人もいます。しかし最近では、LGBT を対象としたアディクションの自助グループも、少しずつ増えています。(19 ページ相談機関参照)

## 4

医療・福祉における  
LGBT 固有のニーズとは？

今日、あなたが接した患者・利用者の中に、LGBT（レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー）がいたかもしれません。

患者・利用者を、女性か男性か見た目で決めつけること、ヘテロセクシュアル（異性愛者）であると思い込むこと、そのデメリットとは何でしょうか。

何も言わなければ、患者・利用者はヘテロセクシュアル（異性愛者）であることが前提にされます。「パートナーと一緒に暮らしている」と患者が述べたとき、そのパートナーが同性である可能性を思い描ける医療・福祉関係者はどれぐらいいるのでしょうか。

現実には、性的指向が同性愛あるいは両性愛である人（LGB）は、50人に一人ぐらいの割合でいます。病床数が1000床程の大きな病院であれば、入院患者の20人程度がLGBであることとなります。

同様に、患者・利用者は、最初の段階で女性か男性かのどちらに分類されますが、現実には、出生時に割り当てられた性別と本人の性自認とが一致しない人もいます。ケース4（7ページ）にあるように、出生時の性別は男性であるが性自認は女性である患者を、女性部屋に入れるのか男性部屋に入れるのか判断を迫られる状況は、どの医療機関でも起こり得ることです。

風邪をひいて感冒薬をもらいに来た患者に性的指向・性自認を問う必要はありませんが、ゲイであることに罪悪感を抱き、うつ状態を悪化させている患者に対して、精神科医が性的指向の話をしないうけにはいきません。

医療・福祉の現場では、どのようにときに患者・利用者の性的指向や性自認について考慮する必要性が出てくるのでしょうか。

### (1) 患者・利用者のライフスタイルや生活全般に、 医療・福祉が関わるとき

ケース6（9ページ）のFさんのように身体に障害があり日常の生

活動にもヘルパーの援助が必要な場合、ヘルパーは性的指向について理解しておく必要があります。児童養護施設のような、長期間の入居を前提とした施設の場合（利用者の生活の場自体が施設である場合）も、利用者の性的指向や性自認に目を向けることがスタッフ側に要求されるでしょう。また、患者の性行為について問診を行なう婦人科医や泌尿器科医は、性行為の相手が異性ではない可能性を常に念頭におく必要があります。

### (2) 患者・利用者にとって「キーパーソン」が 誰なのかを考慮する必要が出てきたとき

同性パートナーにキーパーソンになってもらいたいと思っけていても、LGBT当事者はなかなかそれを医療・福祉関係者に伝えられません。理解されず偏見の目でみられることを、当事者は恐れます。同性パートナーが認知されていなければ、本人の意向に反し、血縁家族がキーパーソンだとみなされることも起こり得ます。また、意識障害などのため本人が意思を表明できない場合、同性パートナーと血縁家族との間で、治療方針をめぐる食い違いが生じることもあり得ます。

### (3) 性的指向・性自認に関する事が、 患者・利用者のメンタルヘルスを悪化させている場合

患者が精神的に不調になっている背景に、性的指向や性自認に関する事が影響している場合があります。ケース10（14ページ）では、同性パートナーを亡くしてうつ状態になったMさんは、精神科医に対し、女性パートナーを男性パートナーに置き換えて話をしています。精神科医の側に聴く姿勢がなければ、LGBT固有のニーズは汲み取られず、LGBTは耐え忍ぶしかありません。

これまでも医療・福祉は、患者・利用者のニーズを知ろうとし、対話してきました。これからは、患者・利用者の背景を知るひとつの手がかりとして、性的指向・性自認という視点を持つことが必要です。



## 5 LGBTの様々なパートナーシップ・家族のかたち

あなたは誰と一緒に育ちましたか？シングルマザーやシングルファザーの家庭で育った人もいれば、お母さん、お父さんがふたり以上いる人もいます。親ではない親族や里親に育てられたり、施設で育った人もいます。きょうだいが沢山いる人、ひとりっ子の人。あなたが一緒に育った人たちと、あなたの関係はどのようなものでしたか？

今、あなたの周りにはどんな人がいますか？パートナーがいる人もあれば、いない人もいます。パートナーを必要としない人もいますでしょう。友だちや親族との付き合い、学校や職場での人との関わりはどうでしょうか。

あなたは今、誰と一緒に暮らしていますか？ひとり暮らしの人。友だち、親、きょうだい、パートナーと暮らしている人。様々でしょう。あなたは婚姻を選ぶ（選んだ）かもしれません。選びたくても選べない（選べなかった）かもし

### ケース 8: 無理解から、虐待的言動を取る親への対応

Tさん（10代・MtF：Male to Female）は、男性である自分に違和感を持ち、高校入学を機に女性として学校に行きたいと思うようになりました。私服校を選択し、通学しはじめましたが、中性的な服装から徐々に女性的な服装へ変わっていくTさんに父親が苛立ちはじめ、夏休みに入ってさらに女性的な服装を着ていたTさんを見て父親が激怒。Tさんの肩まで長く伸びた髪をつかんで、ハサミで切ってしまいました。女性的な服は全て取り上げられ、Tさんは自分の部屋に軟禁状態にされトイレとお風呂の時だけ、部屋を出ることが許されました。母親は父親の言いなりで、「ちゃんと男の子らしくしたら、お父さんも怒らないんだから」と言うだけです。

ふだんは物分りのよい親でも、LGBTに対する無理解から、子どもがLGBTであることを知った当初、「人に言えないこと」「家の恥」と考えることはよくあります。LGBTであることを病気だと思い込み、子どもを無理やり精神科へ連れていく親もいます。もともとが機能不全状態の家庭では、子どもがLGBTだという負荷が加わると、LGBTであることが虐待的言動の向く矛先になり得ます。虐待に対して第三者的な支援機関が介入を行なうとともに、LGBTについての心理教育を親に対して提供することも重要です。LGBT当事者のみでなく、その家族への支援も切に必要とされています。

れません。もしかすると、あなたには血縁や婚姻関係ではないけれど、大切な「家族」がいるかもしれません。

誰にとっても、パートナーシップや家族関係は大事なものであり、他者からも尊重されるべきものです。しかし、LGBTの人が大切な誰かと築いたパートナーシップや家族関係は、医療や福祉の現場ではほとんど認知されることがなく、そのために、様々な不都合や苦悩や悲しみが生み出されています。また、パートナーや家族を持つことは、誰にとっても（喜びと共に）困難も生じるものですが、LGBTのパートナーシップ・家族関係には、LGBTであるがゆえの特有の困難さがついてまわるのです。

### ケース 9: 同性パートナーが末期がんに

Jさん（50代・男性）は、パートナーであるKさん（50代・男性）と、25年間ともに暮らしています。そのうち20年間は、ふたりで一緒に小さな居酒屋を営んできました。しかしこの数ヶ月、Jさんの体調が悪く、仕事で忙しい中ようやく病院に行くと、末期がんであることが分かりました。余命半年との宣告を受け、Jさんは動揺したものの、家に帰ってから落ち着いて、Kさんにそのことを伝えました。

JさんとKさんは、今後について話し合いました。Jさんの母親が近くに住んでいますが、ふたりの関係については仕事上の付き合いで同居していると言っています。また、末期がんであるなら最後までJさんの側にいて看病したいとKさんは希望していますが、Jさんの母親や病院に対して、ふたりの関係をどのように説明すればいいのか迷っています。さらに、看病するならお店を休むことになり、医療費がかかる上に収入がなくなります。お店や住居は全てJさんの契約になっており、Jさんは治療のことだけでなく、自分の死後のKさんの生活も心配です。

**!** **同性パートナーへの病状説明** 通常、医療機関・介護関係施設では、患者の意思が尊重され、患者の同性パートナーが病状説明を受けることも可能です。しかし患者が、こん睡状態などで意思確認できない場合は、親族の意向が優先される可能性もあり、親族の理解がなければ、患者の同性パートナーが病状説明を受けることも、付き添うこともできないかもしれません。なお、厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」では、「家族とは、患者が信頼を寄せ、終末期の患者を支える存在であるという趣旨ですから、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人を含みます」とあります。

### ケース 10: 同性パートナーとの死別：グリーフケア

Mさん(40代・女性)は、同性パートナーのLさん(30代・女性)を突然の交通事故で亡くしました。ふたりは同居こそしていないものの、10年以上の深い付き合いがありました。しかし、お互いの家族には、ふたりの関係を「友人」と紹介しており、Lさんが生前、「女性と付き合っていることは、家族には絶対言えない」と言っていたので、Mさんは葬儀に参列しても「泣いてはいけない」という思いから、叫びだしたい気持ちを抑えるしかありませんでした。Lさんの部屋の遺品整理も手伝ったのですが、MさんはLさんの家族に何も言えませんでした。

Mさんにとってパートナーの死は受け入れ難く、しばらくして深い悲しみと喪失感から、うつ状態となりました。精神科を受診しても、医師に女性のパートナーを亡くしたとは言えず、男性のパートナーを亡くしたと伝えました。Mさんは働くことができない状態となり、心配したMさんの母親がMさんの気持ちを聴き、Mさんはようやく、自分がレズビアンであること、Lさんが自分にとって大切なパートナーであったことを話すことができました。やがてMさんは、母親が探し出した同性愛に理解のあるカウンセラーの元を訪れるようになり、思いを少しずつ言葉にすることができました。



大切な人を亡くしたあとの悲嘆は、葬儀への参列や遺品の整理、故人を失った悲しみを家族や友人と分かち合うことなどを通して、少しずつ癒えていきます。しかし、同性パートナーを亡くした場合、二人の関係が周囲に隠されていたことも多く、誰とも気持ちを共有できず、回復のプロセスが滞る場合があります。

**!** **同性パートナーの法的保障** 同性パートナーは法的な婚姻関係にないため、どれだけ同居期間が長くても、結婚している男女の夫婦に認められているような法的な保障(相続権、社会保障、税制上の優遇など)を受けることができません。また、葬儀を主宰したり、遺骨を引取ることができる祭祀承継者となることも難しいでしょう。当人同士が一緒のお墓に入りたいと思っても、その願いはかなわないかもしれません。

### ケース 11: 同性パートナーからのDVにも関心と対応を

Rさん(20代・男性)は、恋人・Sさん(40代・男性)の家で同居しており、Sさんの営むバーの手伝いをしています。お店では人当たりのよいSさんですが、家に帰ると、Rさんの作った料理がまずいと怒鳴り散らし、皿を叩き割り、土下座して謝っても、時に蹴り倒されることがあります。少しでも口ごたえをすると、身体のアちこちに青あざが残るぐらいひどく殴られます。Rさんは常にSさんの機嫌を損なわないように顔色をうかがって怯えています。ある時、Rさんが耐えかねてSさんにくっつかかると、包丁を持ち出し迫ってきたので、殺されると思ったRさんは友人宅に逃げ込みました。一週間帰らないでいると、Sさんは「もう二度とあんなことはしない」と涙を流して謝りに来たので、RさんはSさんの家に戻りました。その後、怒鳴り散らすことはなくなったものの、Sさんは以前より過剰にセックスを求めるようになり、Rさんはいやだと思いつつも拒否できず我慢し続けています。Rさんが、ゲイの友人にそのことを話すと、「愛されていてうらやましい」と言われ、そういうものかと思いましたが、最近、Rさんはいつも身体が重だるく、時折わけもなく泣けてきたり急に激しい不安におそわれたりします。

**DV：ドメスティック・バイオレンス**

「DV防止法」が定義する「配偶者」には「事実婚」も含まれますが、同性パートナーは対象とはならず、保護命令等の制度を利用することができません。

DV被害者に女性が多いことから、「女性＝被害者」「男性＝加害者」という構図ができあがっており、男性が被害を受けていても支援機関に相談することが難しい状況にあります。DVは加害者が閉じた関係性を意図的に作ることであり、被害者がそこから抜け出せないようにしますが、同性同士の場合、もともと社会的に閉じられた関係性であることが多く、DVの発生しやすい素地があります。また、同性同士ゆえにDV的な関係性に陥っていることに気づきにくく、さらに支援機関に対して加害者が同性であることを話づらいため、必要な情報やサポートが得られにくい現状があります。

- !**
- レズビアンカップルにもDVはあります(女性が加害者になることもあります)。
  - 被害者がMtF(男性から女性へ移行したトランスジェンダー)の場合、シェルター(一時保護所)を利用する際に、女性の施設を使えるかどうか、本人の外見や身体の状態により難しい場合があります。

## ケース 12: 精神障害をもつ LGBT パートナーとの暮らしの支援は？

P さん（30代・FtM: Female to Male）は、5年間、パートナーの Q さん（40代・女性）と同居しています。

Q さんは 20 代から精神科に通院していますが、数ヵ月前から精神状態が不安定になり、ある日突然、夜中に意味のわからないことをつぶやきながら、部屋中に水を撒きだしました。P さんは心配と恐怖で精神科の夜間救急のある病院に電話しました。「これから Q さんを診てもらいたい」と言うと、電話で対応した人には「入院になる可能性もあるので、親に連絡する必要がある」と言われ、P さんは隣県に住む Q さんの親に「同居している友人」と伝え、初めて連絡をとりました。Q さんの親には「精神病で入院なんてとんでもない」と言われ、結局 P さんは一晩中家で落ち着きなく歩き回る Q さんを見守るしかありませんでした。



翌朝突然に、Q さんの親がやって来て、家を片付ける間もなく部屋に上がってきたため、ふたりが友人ではなく恋人同士であることも知られてしまいました。Q さんの親は「実家に連れて帰る」と言って、Q さんを無理やり連れ出しました。その後、P さんは何度か Q さんの実家に電話しましたが、まともに取り合ってもらえないまま数ヵ月が過ぎていきます。

！ 本人に病識のない場合、保護者の同意によって入院する制度があります（精神保健福祉法による医療保護入院）。同法では、保護者にあたるものの順列が決まっており、（法的な位置づけのないパートナーが入院させることを希望していても）保護者候補である親が反対している場合は入院させることが困難になることが考えられます。このようなケースに関わる医療従事者は、血縁家族・本人・パートナー間の関係調整を、しばしば行なう必要があるでしょう。

おわりに

LGBT にとって利用しやすい医療・福祉とは何か

### ■LGBTという名付けと性のゆらぎ

これまでパンフレットの中で LGBT という言葉を何度も使ってきましたが、LGBT という名称は、人間の性のあり方を把握する手がかりのひとつに過ぎません。LGBT という言葉におさまりきらないさらに多様な性のあり方が存在します。自身の性のあり方を、LGBT という枠内で表現しない人もいます。例えば、男性との恋愛や性行為をする男性が、自らを「ゲイ」と認識し「ゲイ」と名乗るとは限りません。自分の感情や行動に対してそのような名前を与えずに生きている人もいます。また、性のあり方には「ゆらぎ」があります。バイセクシュアルだった男性が、身体を女性化させ、女性のみを性愛の対象とするようになることもあります。「自分は性同一性障害だ」と思い、いったんホルモン療法を始めた人が、途中で「これは自分にとって必要なことではない」と思って止めることもあります。そのような場合に、本人以外の誰かが「あなたは本当はゲイじゃないのでは?」「バイセクシュアルじゃなくてレズビアンでしょう?」「性同一性障害と思いついていただけでは?」などと疑問を呈することは益がありません。「ゆらぎ」のために、性のあり方がひとつの言葉の枠内におさまりきらないことも多いからです。

### ■LGBTにとって利用しやすい医療・福祉とは

あなたがこれまで接してきた患者・利用者の中にも LGBT はいたでしょうし、これからも必ず接することがあるでしょう。あなたに理解があることが相手に伝わらなければ、必要性があっても、LGBT の患者・利用者はあなたにニーズを伝えることはなく、ニーズを押し殺し耐え忍ぶことを余儀なくされます。必要性が出てきたときに学ぶだけでなく、医療・福祉に携わる者の前提知識として（医療・福祉に携わる者に必要な姿勢として）、LGBT について学ぶ機会を積極的に持つようにしてください。

目の前の患者・利用者が LGBT かもしれないという意識をもって接するように心がけてください。そうすると、例えば問診時にも、「彼女（彼氏）はいますか」という問いかけではなく、「恋人はいますか」「パー

トナーはありますか」というように性別に関して中立的な言葉づかいを選ぶようになるはずです。

できれば、あなたが LGBT について理解があることを患者・利用者に示す工夫をしてみてください。レインボーフラッグ（※注）を受付や面接室に置いておくともよいかもかもしれません。患者・利用者と雑談する機会のある職場なら、「昨日、ゲイが主人公の映画をみた」など LGBT についての話題をさりげなく持ち出してみるのもよいでしょう。

もし、医療や福祉に従事するあなたが LGBT に関してわからないことがあったり LGBT への対応に困ることがあれば、ぜひ当事者団体・支援団体にご連絡ください。医療・福祉関係者と当事者団体・支援団体とが連携して LGBT の生活を向上するために協働できるなら、有効な活動を展開することができるでしょう。医療・福祉関係者と当事者団体とのネットワークづくりに加わっていただければ幸いです。

（※注）6色の虹（レインボー）は、LGBTのシンボルだとされています。レインボーフラッグを掲げたりレインボーのバッジを身につけることは、「私はLGBTについて理解がありますよ」というメッセージを周囲の人たちに伝えることになります。

## LGBT への平等な看護が倫理綱領に

「日本看護協会」や「日本助産師会」の倫理綱領では、「多様な性」への平等な看護について言及されています。「日本看護協会」の綱領の一部をご紹介します。

看護者は、国籍、人種・民族、宗教、信条、年齢、性別及び性的指向、社会的地位、経済的状態、ライフスタイル、健康問題の性質にかかわらず、対象となる人々に平等に看護を提供する。一すべての人々は、平等に医療や看護を受ける権利を有している。看護における平等とは、単に等しく同じ看護を提供することではなく、その人の個別的特性やニーズに応じた看護を提供することである。看護者は、人々をその国籍、人種・民族、宗教、信条、年齢、性別及び性的指向（同性愛・異性愛などの指向の別をいう）、社会的地位、経済的状態、ライフスタイル、健康問題の性質によって差別しない。また、看護者は、個人の習慣、態度、文化的背景、思想についてもこれを尊重し、受けとめる姿勢をもって対応する。（2003年日本看護協会 看護者の倫理綱領より一部抜粋）

## 相談機関（セルフヘルプグループ含む）

### AGP（同性愛者医療・福祉・教育・カウンセリング専門家会議）

- 同性愛者の悩みや心の問題.....こころの相談【相談電話】03-5385-0996 毎週火：20～22時  
.....(関西)【相談電話】06-6325-6864 第2・4木：20～22時
- 同性愛者の身体の悩みや病気.....からだの相談【相談電話】03-5385-0996 第1水：21～23時
- カミングアウトをめぐる本人や家族の相談...かぞくの相談【相談電話】03-5385-0996 第2木：20～22時  
【サイト】<http://www.agp-online.jp/> 【サイト（関西）】<http://agp-kansai.seesaa.net/>

### NPO 法人アカー（動くゲイとレズビアン会）

- 総合相談：恋愛、人間関係、からだ、エイズ他の相談（それぞれ当事者のスタッフが相談に応じています）  
【相談電話】03-3380-2269 ・ゲイ 毎週火・水・木：19～22時（火・木は特にユースのゲイ、レズビアンを強化）  
・レズビアン 毎月第1・3日：13～16時  
・HIV感染を知ったゲイのための相談 第2日：15～18時、第4金：19～21時
- STD情報ライン：STD（性行為感染症）についての専用情報提供ライン  
【相談電話】0120-783-083 毎週月・金：12～14時、20～24時
- トラブル/ゲイパッシング相談：悪質な嫌がらせ、恐喝、暴力などについて、対応方法や法的サポートも含めた相談  
【相談電話】03-3383-5556（予約制/予約受付時間、毎日：12～24時）【サイト】<http://www.occu.or.jp>

### にじいろホットライン（富田林市人権教育推進協議会）

- 【対象】トランスジェンダー、同性愛、など性に関する様々な悩みをもつ方。
- 【相談電話】0721-20-0285 第1・第3土：10～15時
- 【サイト】<http://www17.ocn.ne.jp/~tojinken/> 【メール】[tayousei\\_tondabayashi@yahoo.co.jp](mailto:tayousei_tondabayashi@yahoo.co.jp)

### 新大阪 こころの相談室

- 〒533-0033 大阪市東淀川区東中島1-17-5 ス튜디오新大阪 735号
- 【対象】中学生以上 【日時】第2・第4土曜日（その他の曜日は応相談）【電話】06-6325-8171
- 【サイト】<http://homepage2.nifty.com/osaka-kokoro/> 【メール】[osaka-kokoro@mnb.nifty.com](mailto:osaka-kokoro@mnb.nifty.com)

### LGBTの家族と友人をつなぐ会

- 【電話】090-6055-2424（土・日のみ）【サイト】<http://lgbt.web.fc2.com/> 【メール】[family2006@mail.goo.ne.jp](mailto:family2006@mail.goo.ne.jp)

### Freedom、大阪 DARC（薬物依存症からの回復支援）

- 【対象】薬物の問題で苦しんでいる人の家族・友人、アディクト（薬物依存者）のLGBTなどの相談
- 【相談電話】06-6320-1463（Freedom）月～土：11時～17時
- 【サイト】<http://www.freedom-osaka.jp/> 【メール】[addict@yo.irim.or.jp](mailto:addict@yo.irim.or.jp)

### レインボー+アディクション・ミーティング

- 【対象】LGBTなどで、薬物依存、アルコール依存、ギャンブル依存、摂食障害などの依存症患者。
- 【ミーティング】毎月第1・第3木：19～20時 カトリック今市教会（大阪市旭区太子橋1-1-27）  
毎月第4木：19～20時 dista（大阪北区堂山町17-5 翼ビル4F）
- 【電話】090-3359-8910 【メール】[tatsutori.atowo.kechirasu@docomo.ne.jp](mailto:tatsutori.atowo.kechirasu@docomo.ne.jp)

### いくの学園（DVサバイバー支援団体）

- 【相談電話】090-9629-4847 月～金：12～17時

## 医療機関

### しらかば診療所【診療科目】内科・形成外科・皮膚科・精神科・婦人科・眼科

- 〒162-0065 東京都新宿区住吉町8-28B・STEPビル2階【電話】03-5919-3127【FAX】03-5919-3137
- 【サイト】<http://shirakaba-clinic.jp/> 【メール】[info@shirakaba-clinic.jp](mailto:info@shirakaba-clinic.jp)

### 太融寺町谷口医院【診療科目】総合診療科、プライマリーケア（標榜：皮膚科、アレルギー科、内科）

- 〒530-0051 大阪市北区太融寺町4-20 すてらめいとビル4F【電話】06-4792-7877
- どのような方のどのような症状、健康問題も、総合的にサポートします。患者様の年齢、性別（sex,gender）、国籍、宗教、職業などに関わらず、全ての患者様に平等に安心できる医療の場を提供します。（英語での受診対応可）
- 【サイト】<http://www.stellamate-clinic.org/> 【メール】[staff@stellamate-clinic.org](mailto:staff@stellamate-clinic.org)