

(性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律第3条第2項)

1	氏 名	〇〇・〇〇	
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月 〇〇日生	(〇〇歳)
	住 所	〇県〇市〇〇〇	
2	生物学的な性別	( 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女 )	
	〔判定の根拠 (検査所見, 説明など)〕		
(1)	外性器ならびに内性器の診察	正常女性	
	診察した年月日	平成〇年〇月〇日	
	診断した医師の氏名	〇〇 〇〇	
	所属機関名	〇〇大附属病院	診療科 婦人科
	出 典	カルテより転記	
(2)	染色体検査	46XX, 正常女性核型	
	検査した年月日	平成〇年〇月〇日	
	診断した医師の氏名	〇〇 〇〇	
	所属機関名	〇〇大附属病院	診療科 婦人科
	出 典	カルテより転記	
3	家庭環境, 生活歴及び現病歴		
(1)	家庭環境: 同胞2名の第2子。5歳上の兄がいる。 父は〇〇会社で管理業務に就いている。母は医療機関にてパート勤務。		
(2)	生活歴及び現病歴: 物心のついた頃から自分は男の子と思っていた。幼稚園で女の子扱いされることが不思議だったが、そのうちペニスも生えてくると思っていた。男の子と外で遊ぶのが好きだった。小学生の頃から男言葉を使い「男女」といわれていた。第2次性徴発来後、違和感、絶望感を持ち孤立した。女性扱いされることを嫌い転々と職をかえた後、現在はタクシーの運転手をしている。		
	〔備考 (本人以外の情報提供者など)〕 結婚歴はなく子供はいない。		
4	生物学的な性別としての社会的適合状況		
	第2次性徴発来以降、身体に対する違和感・嫌悪感が強くなり、生理のたびに絶望して、自殺を考へることが度々あった。女性扱いされることを拒否して、職を転々とした。服装 (制服) をはじめ、トイレも男性で通したかったが周囲の目があり、やむなく女子トイレに入ったところ男性と間違えられて警察沙汰になったことがあった。		
	〔備考 (本人以外の情報提供者など)〕 家族 (両親及び兄) には、大学卒業後にカムアウト (男性として性自認を抱いていることを表明) して理解と支持を得ている。また、上記の内容については母親の供述と一致している。		
5	(1) 生物学的な性別とは別の性別 (他の性別) であるとの持続的な確信の有無 ( <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 )		
	〔判定の根拠〕 生活史において、幼少時から「男の子」であるという性自認をもち、男の子の遊びを好み、男の子に同一感、所属感をもっていった。また女性扱いされるのを拒否し男性として生活することを好んだ。		
(2)	自己を他の性別に適合させようとする意思の有無 ( <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 )		
	〔判定の根拠〕 平成〇年〇月、〇〇大附属病院神経精神科を受診した。詳細な病歴等の聴取の他に種々の身体的諸検査を受けて、ジェンダークリニック委員会で十分な検討を加えた結果、性同一性障害と診断され、ホルモン療法へ移行した。次第に男性的身体となるなか実生活体験 (RLE) を重ね徐々に男性としての生活に移行している。この間、身体的違和感の一部軽減したが、乳房、性器に対する嫌悪感はむしろ増強して乳房切除術、性別適合手術 (SRS) を強く希望するに至った。再びジェンダークリニック委員会において検討した結果、その適応と判断され、倫理委員会の承認を得て乳房切除術、SRSを受けた。その結果、身体的適合感が向上して、生活の質は格段に改善されて、現在男性として社会生活を送っている。		
(3)	性同一性障害者であること以外の理由によって性別の取扱いの変更を求めるものではないこと ( <input checked="" type="radio"/> 認められる ・ 認められない )		
	〔判定の根拠〕 本例は、男性として既に定職に就いている。職場での信頼も厚く現実検討能力も十分であり、対人関係も安定していることから、統合失調症、人格障害などによる性自認の障害を否定できる。また、職業 (運転手) から判断して、文化的、社会的理由による性役割の忌避、あるいはもっぱら職業的利得のために別の性を求めるものではないと認められる。		
(4)	性同一性障害者であると ( <input checked="" type="radio"/> 診断する ・ 診断しない )		

6 医療機関における受診並びに治療の経過及び結果

(1) 治療の必要性及び目的

前記のとおり、詳細な病歴等の聴取と諸検査の結果、本例は性同一性障害と確定診断されている。強い性別違和感ないしは不適合感によって本例の精神的な苦痛は著しく、そのため身体を他の性別に適合させようとする意思を一貫して持っている。これらの苦痛を軽減して社会適応の改善を図るために以下の治療を行った。

(2) 精神的サポート

1) 治療に携わった医師の氏名           〇〇 〇            
所属機関名           〇〇大学医学部附属病院          

2) 治療の行われた期間           〇〇年 〇月 〇日～ 〇〇年 〇月 〇日          

3) 治療の内容：

- ①生活史、病歴の詳細な聴取、②非指示的かつ支持的カウンセリング  
③カムアウトの具体的方法の検討、④RLEの具体的方法の検討

4) 治療の結果・その結果についての意見（治療の妥当性、正当性についての評価）

上記治療により RLE が前進して精神的苦痛が軽減した。精神科領域の治療は適切に行われ、効果的であったといえる。従って、妥当かつ正当な治療であったと評価できる。なお精神科的サポートは、その後も継続されている。

(3) ホルモン療法及び乳房切除手術

① ホルモン療法

1) 治療に携わった医師の氏名           〇〇 〇〇            
所属機関名           〇〇クリニック          

2) 治療の行われた期間           〇〇年 〇月 〇日 ～ 現在まで          

3) 治療の内容：男性ホルモン剤の投与（内服ならびに筋注）

投与した薬剤（名称）エナルモン(25mg) 2～3T/日  
テストビロン・デポ 250mg, 筋注/2週

（効能）男性ホルモン剤

（目的）身体の男性化

4) 治療の結果及び意見（治療の妥当性、正当性についての評価）

定期的に効果の判定と副作用のチェックが行われた。生理の停止、嚙声、陰核肥大、多毛、筋力増強などが認められている。

肝機能障害をはじめ体重増加、高コレステロール血症などの副作用は認められていない。

ホルモン療法によって、身体的違和感は軽減され、他の性別としての社会生活はより適合するようになった。以上の通り、本治療法は妥当かつ正当であったといえる。

② 乳房切除術

1) 治療に携わった医師の氏名           〇〇 〇〇            
所属機関名           〇〇大医学部附属病院形成外科          

2) 治療の行われた時期 第1回 平成 〇年 〇月 〇日

3) 治療の内容：乳房切除術

4) 治療の結果及び意見（治療の妥当性、正当性についての評価）

乳房切除によって、身体的違和感は軽減され、社会生活上の支障は少なくなった。以上の通り、本治療法は妥当かつ正当であったといえる。

(4) 性別適合手術

1) 治療に携わった医師の氏名           〇〇 〇〇            
所属機関名           〇〇大学医学部附属病院形成外科          

2) 治療の行われた期間  
：平成 〇年 〇月 〇日 ～ 〇年 〇月 〇日

3) 治療の内容：卵巣摘出術、子宮摘出術、尿道延長術、ミニペニス形成術等、

4) 治療の結果及び意見（現在の生殖腺の機能並びに治療の妥当性及び正当性についての評価）

上記の手術によって生殖腺の機能は永続的に失われ、性器に対する嫌悪感は除去された。また、公衆浴場での入浴、海水浴なども可能となり、生活の質は格段に改善された。

以上の通り、性別適合手術は妥当かつ正当であったといえる。

7 他の性別としての身体的及び社会的適合状況

(1) 他の性別としての身体的適合状況

1) 診察した年月日 平成〇年〇月〇日

2) 診察した医師の氏名 〇〇 〇〇

所属機関名 〇〇大学附属病院

診療科 〇〇科

3) 現在の身体的状況

別添診断書のとおり、乳房は隆起を認めず、また体型も外見的に男性型であると認められる。

4) 現在の性器の状態

別添診断書のとおり、内性器は摘出されており、外性器は男性型に近似している。性器に係る部分の状態は、男性の性器に係る部分ととれる状態であり、かつ、身体の一部となっていると認められる。

(2) 他の性別としての社会的適合状況

身体的適合感が向上したことに加えて、社会生活の種々の不都合や支障が少なくなり、生活の質は格段に改善した。現在フルタイムで男性として満足のゆく社会生活を送っている。

[備考 (本人以外の情報提供者など)]

8 その他参考となる事項

本症例が〇〇大学医学部附属病院を初診した後、ジェンダークリニックにおいて十分に検討を加えながら、日本精神神経学会の性同一性障害に関する特別委員会のガイドラインに沿って診断と治療が行われた。

以上のとおり診断します。

平成 〇 年 〇 月 〇 日

診断者 所属医療機関の名称 〇〇大学医学部附属病院

所在地 〇〇市××

診療科 神経精神科

氏名 〇〇 〇 印

平成 〇 年 〇 月 〇 日

診断者 所属医療機関の名称 〇〇クリニック

所在地 〇〇市〇〇

診療科 精神科

氏名 〇〇 〇〇 印