

(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)

<p>1 氏 名 _____ 生年月日 _____ 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) 住 所 _____ 県 _____ 市</p>
<p>2 生物学的な性別 (男 ・ 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 : 外科手術によって形成された男性型の外性器が認められる。 診察した年月日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 診断した医師の氏名 _____ 所属機関名 _____ 病院 _____ 診療科 _____ 婦人科 _____ 出 典 _____ 病院からの情報提供書 (2) 染色体検査 : 46XX, 正常女性核型 検査した年月日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 診断した医師の氏名 _____ 所属機関名 _____ 病院 _____ 診療科 _____ 婦人科 _____ 出 典 _____ 病院からの情報提供書</p>
<p>3 家庭環境 , 生活歴及び現病歴 (1) 家庭環境 : 同胞2名の第1子。 母とともに父は自宅で _____ 業を経営。 (2) 生活歴及び現病歴 : 幼稚園の頃から男児の服装でミニカーや虫取りなど男児の遊びが好きだった。自分では「男」と思っており、小学校には、「黒いランドセル」で通学した。第2次性徴が現れると、生理のたびに抑うつとなり不登校となった。中学校では、仕方なくセーラー服で通学したが、男の仲間にも女の仲間にも入れず孤立し引きこもっていた。高卒後上京して希望する男性として生活を始めたところ適合感があって気持ちが落ち着くことが分かった。その後、男性としての生活を徐々に進めて、現在葬儀屋に男性社員として勤めている。身体も男性のそれに近づけたいと希望するに至った。 [備考 (本人以外の情報提供者など)] 上京後現在まで家族とは音信不通である。結婚歴はなく子供はいない。</p>
<p>4 生物学的な性別としての社会的適合状況 身体的な違和感第2次性徴発来以降、著しく強くなり、生理のたびに自暴自棄となって家庭内暴力を呈するようになった。男性装を始めて適合感が得られ精神的にも安定した。常に男性として生きて行きたいと考えている。 [備考 (本人以外の情報提供者など)] 家族とは上京後現在まで音信不通であるため、本人以外の情報は得られていない。</p>
<p>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 (有 ・ 無) [判定の根拠] 生活歴・病歴において、幼少時から「男の子」との性自認をもち、男の子の遊びを好み、男の子に同一感、所属感をもっていた。また女性扱いを極端に嫌い男性として生活している。生物学的な性別については上記2の通り女性と判定できる。 (2) 自己を他の性別に適合させようとする意思の有無 (有 ・ 無) [判定の根拠] 本人の供述によると、昭和 _____ 年頃から知人の産婦人科医に依頼してホルモン剤の投与を受けてきたが、女性としての身体的性別に耐えられなくなって海外で性別適合手術を受けることを決心して、平成 _____ 年 _____ 月に渡米して _____ 大病院にて乳房切除術及び性別適合手術を受けた。帰国後は引き続きホルモン療法を受けながら、社会的には男性としての生活を送ってきた。 平成 _____ 年 _____ 月、性同一性障害者の性別の取扱いに関する特例の法律に基づく性別変更の審判を受けるために診断書を求めて当院を受診した。 以上の病歴から自己を他の性別に適合させようとする意思は一貫して強固であることは明らかである。 (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 (認められる ・ 認められない) [判定の根拠] 本例は、長期にわたって男性として定職に就いている。第三者からの供述は得られていないが、本人の生活歴、現病歴等に関する供述は詳細かつ具体的である。現実検討能力も十分であり、また対人関係も安定していると認められる。 以上から、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、本人が幼少時から女性としての性別に嫌悪感を持ち、職場でも男性として勤務してきたことから、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 (診断する) 診断しない)</p>

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

本例は、10年以上前に海外において性別適合手術を受けた。このため、詳細な病歴等の聴取を行い、諸検査を行って現病歴と現在症を明らかにした。これによって、本例を性同一性障害であると診断することができる。強い性別違和感と不適合感のため精神的な苦痛が著しく、身体を他の性別に適合させようとする意思が一貫して持続していた。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と認めることができる。

(2) 精神的サポート

1) 治療に携わった医師の氏名 _____
所属機関名 _____

2) 治療の行われた期間 年 月 日 ~ 年 月 日

3) 治療の内容 :

これまで精神科領域の治療は行われていない。

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)

本例は現在男性として満足のいく社会生活を送っているため、現時点において精神科領域の治療を行う必要はないものと判断できる。

(3) ホルモン療法及び乳房切除術

① ホルモン療法

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

2) 治療の行われた期間 年 月 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)

定期的に効果判定と副作用のチェックが行われている。生理の停止、嚔声、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 _____
所属機関名 _____ アメリカ 大病院形成外科

2) 治療の行われた期間 平成 年 月 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)

手術を行った機関から記録を入手することができなかつたため、1)から3)までについては本人の供述により記載した。乳房切除術によって身体的違和感は軽減され、生活の質は改善した。現在特に乳房の隆起は認められない。

(4) 性別適合手術

1) 治療に携わった医師の氏名 _____
所属機関名 _____ アメリカ 大病院形成外科

2) 治療の行われた期間

・ 第1段階の手術 : 平成 年 月 日

・ 第2段階の手術 : 平成 年 月 日

3) 治療の内容 :

・ 第1段階の手術 : 卵巣摘出術、子宮摘出術、尿道延長術、膣閉鎖術

・ 第2段階の手術 : 陰茎形成術

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)

手術を行った機関から記録を入手することができなかつたため、1)から3)までについては本人の供述により記載した。

現在の生殖腺の機能等については、7(1)の身体的適合状況と合わせて、当院から本人に対して 科受診を指示し、別添の 科の医師の診断書を持参させた。

それによれば、本例については、卵巣摘出術、子宮摘出術、尿道延長術、膣閉鎖術、陰茎形成術の各施術が行われ、生殖腺の機能は永続的に失われていると認められる。

手術により、性器に対する嫌悪感は除去され、男性トイレにて立位で排尿可能となった他、公衆浴場の入浴、海水浴なども可能となり、生活の質は格段に改善された。

以上により性別適合手術は、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 年 月 日

2)診察した医師の氏名 _____
 所属機関名 _____ クリニック
 診療科 _____ 科

3)現在の身体的状況
 別添診断書のとおり、乳房の隆起は認められず、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
 身体的にも精神的にも適合感が向上したことに加えて、社会生活の種々の場面において不都合や差し障りが少なくなった。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
 診断者の知るところによれば、アメリカの 大学 病院は、性同一性障害の治療に関して数多くの症例に性別適合手術を実施するなどの臨床的実績があると承知している。

以上のとおり診断します。

平成 年 月 日

診断者 所属医療機関の名称 大学医学部附属病院

所在地 市 x x

診療科 神経精神科

氏 名

平成 年 月 日

診断者 所属医療機関の名称 クリニック

所在地 市 x x

診療科 神経精神科

氏 名