

## 性同一性障害と性別変更

佐々木 光信

（アメリカンファミリー生命  
契約審査部 医長）

### I はじめに

筆者が医師となって4年目、某大学病院で勤務していたころ「この子を男性にしてください」と必死に訴える母親に連れられた中学生を外来で診る機会があった。患者親子の訴えに驚いた筆者は、そのような訴えがこの世に存在することが信じられない思いでいた。恐る恐る母親に説明を求めると、その子供は15歳であるという。どう見ても普通の男の姿をした中学生らしい少年であった。2～3歳ごろまで女の子として育てていたが、その後遊ぶ相手は男の子で女の子らしい遊びは一切しなかったという。さらに服も男の子と同じものばかり着るようになったということであった。中学まで制服がないため問題なく大きくなったものの、高校進学を前に県立高校では女性の制服を着なければいけないことが子供にとって精神的苦痛となっているという。このままだと進学できないと訴えて外来を受診したということであった。その子は検査の結果、女性が男性化する副腎の疾患が原因であり性同一性障害ではなかった。当時は性同一性障害という概念も日本の医療界には知られておらず、筆者が、この世に性別変更を希望する患者がいることを始めて知ることになったエピソードであった。勿論当時でも世の中に性転換手術を非合法で受けているものがあることは、医師としてではなくて一般人と同程度の関心の中で知っていたのであった。

それから13年、1995年5月22日埼玉医科大学で同大学の倫理委員会に「性転換の外科的治療（現在正式には性別再適合手術と言われている）」の倫理的判断を求める申請が提出された。申請したのは形成外科の原科孝雄教授からであった。同教授とは、高校大学とも同窓で以前同じ病院で勤務していたこともあり、そのニュースを感慨深く耳にし、当時の親子のことを思い出すことになったのである。

原科教授の申請以後、臨床の間では多くの医師が性同一性障害の問題と向き合うようになった。それ以前、正確にはブルーボーイ事件（事件の内容は後述する）以降、日本では性転換手術が公に語られるのは長らくタブーとなっていた。しかし水面下では、諸外国あるいは国内でも非合法的に行われていたのも事実であった。ブルーボーイ事件の判決（高裁）から25年、平成15年7月16日「性同一性障害の性別変更の取り扱いに関する特例の法律」（以下特例法と略す）が公布され、1年後の今年7月に施行されることになった。優生保護法違反の壁のため25年間タブー視され、その結果、欧米諸国より法整備が遅れてしまったわけである。

ところで生保業界は、昭和56年に日本全会社生命表として初めて男女別経験生命表を公表し使用するようになって以降は、男女別性2元論を生命保険の基本原則として当然のごとく信奉してきた。生命保険での性別変更は、契約時の記入ミスの場合にしかありえなかった。しかし、特例法が施行された後の生命保険では性別変更という事象と向き合わなければならないのである。

さて、本稿では、法律の内容と性同一性障害の紹介をするとともに、性別変更が生命保険業に与える影響はいかなるものか考えてみたい。

## Ⅱ 特例法の概要

### 1. 従来の戸籍法の立場

性同一性障害者は、過去、何度も司法、行政に働きかけをしてきたが、結果として司法や行政から戸籍上の性別変更を認められることはなかった。戸籍法では、性別の登録の誤りは訂正できる主旨の文言がある。戸籍法第113条に

(表1) 特例法全文

性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律（平成15年法律第111号）

性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律をここに公布する。

御名 御璽

平成十五年七月十六日

内閣総理大臣 小泉純一郎

法律第百一十一号

性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律

(趣旨)

第一条 この法律は、性同一性障害者に関する法令上の性別の取扱いの特例について定めるものとする。

(定義)

第二条 この法律において「性同一性障害者」とは、生物学的には性別が明らかであるにもかかわらず、心理的にはそれとは別の性別（以下「他の性別」という。）であるとの持続的な確信を持ち、かつ、自己を身体的及び社会的に他の性別に適合させようとする意思を有する者であつて、そのことについてその診断を的確に行うために必要な知識及び経験を有する二人以上の医師の一般に認められている医学的知見に基づき行う診断が一致しているものをいう。

(性別の取扱いの変更の審判)

第三条 家庭裁判所は、性同一性障害者であつて次の各号のいずれにも該当するものについて、その者の請求により、性別の取扱いの変更の審判をすることができる。

- 一 二十歳以上であること。
- 二 現に婚姻をしていないこと。
- 三 現に子がいないこと。
- 四 生殖腺（せん）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。
- 五 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。

2 前項の請求をするには、同項の性同一性障害者に係る前条の診断の結果並びに治療の経過及び結果その他の厚生労働省令で定める事項が記載された医師の診断書を提出しなければならない。

(性別の取扱いの変更の審判を受けた者に関する法令上の取扱い)

第四条 性別の取扱いの変更の審判を受けた者は、民法（明治二十九年法律第八十九号）その他の法令の規定の適用については、法律に別段の定めがある場合を除き、その性別につき他の性別に変わったものとみなす。

2 前項の規定は、法律に別段の定めがある場合を除き、性別の取扱いの変更の審判前に生じた身分関係及び権利義務に影響を及ぼすものではない。

(家事審判法の適用)

第五条 性別の取扱いの変更の審判は、家事審判法（昭和三十二年法律第百五十二号）の適用については、同法第九条第一項甲類に掲げる事項とみなす。

附 則

(施行期日)

1 この法律は、公布の日から起算して一年を経過した日から施行する。

(検討)

2 性別の取扱いの変更の審判の請求をすることができる性同一性障害者の範囲その他性別の取扱いの変更の審判の制度については、この法律の施行後三年を目途として、この法律の施行の状況、性同一性障害者等を取り巻く社会的環境の変化等を勘案して検討が加えられ、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置が講ぜられるものとする。

(性別の取扱いの変更の審判を受けた者に係る老齢基礎年金等の支給要件等の特例に関する措置)

3 国民年金法等の一部を改正する法律（昭和六十年法律第三十四号）附則第十二条第一項第四号及び他の法令の規定で同号を引用するものに規定する女子には、性別の取扱いの変更の審判を受けた者で当該性別の取扱いの変更の審判前において女子であったものを含むものとし、性別の取扱いの変更の審判を受けた者で第四条第一項の規定により女子に変わったものとみなされるものを含まないものとする。

(戸籍法の一部改正)

4 戸籍法（昭和三十二年法律第二百二十四号）の一部を次のように改正する。

第二十条の三の次に次の一条を加える。

第二十条の四 性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律（平成十五年法律第百一十一号）第三条第一項の規定による性別の取扱いの変更の審判があつた場合において、当該性別の取扱いの変更の審判を受けた者の戸籍に在る者又は在つた者が他にあるときは、当該性別の取扱いの変更の審判を受けた者について新戸籍を編製する。

法務大臣 森山眞弓

内閣総理大臣 小泉純一郎

(出典) 『官報』号外第162号平成15年7月16日より転載。

「戸籍の記載が法律上許されないものであること又はその記載に錯誤若しくは遺漏があることを発見した場合には、利害関係人は、家庭裁判所の許可を得て、戸籍の訂正を申請することができる」とある。大島俊之氏によれば司法の世界で戸籍上の性別変更が認められたのは、出生時における外観による性別判定が困難な間性（インターセックス）つまり半陰陽に限られ、性同一性障害者が認められることはなかったという（注1）。多くの戸籍性別変更に関する申請の裁判では、戸籍の性別はXXまたはXY染色体の存在で判断することを基本とする立場をとっており、性同一性障害を理由とした性別変更は認められなかったのである。後述するが、日本精神神経学会の答申や埼玉医科大学倫理委員会の答申を経て、公式に性別再適合手術が認められるようになり、答申と戸籍法の乖離を埋めるために患者は立法府へ訴えることとなった。

## 2. 特例法の骨子と特徴

特例法の全文は表1に示したが、その骨子を概観したい（表2参照）。ここに示したとおり診断の精度が確保されること、成人としての意思確認ができること、性同一性障害としての治療が充分になされていること、すでに反対の性別での社会適応がなされていることなどを前提としている。また、子供がいないことや婚姻をしていないことなどを条件とすることで、性別変更による戸籍上の混乱を回避している。これらは諸外国では、性別変更の条件ではない場合もあり、日本では厳しい条件が課されているといえる。したがって患者たちの中には、現在これらの条件撤廃を訴えている者もいる（注2）。性同一性障害者が

（表2）特例法の骨子

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1) 診断の正確性—2名の専門家の診断の一致</li><li>2) 戸籍の混乱防止—婚姻していないこと、現に子供がいないこと</li><li>3) 意思の確認—20歳以上</li><li>4) 治療の要件—生殖腺がないか、機能がいないこと</li><li>5) 外観も外性器も反対性に近いこと</li><li>6) 性別変更後民法・その他の法令の適用も変更後の性別で判断されること</li><li>7) 変更前に効力が遡及しないこと</li></ol> |
|--|

（出典）『官報』号外第162号平成15年7月16日より転載。

婚姻したり子供を有していること自体に奇異な印象を持たれるかもしれないが、彼らが悩んだ結果、少しでも社会適応しようと考えた末のことである。しかし、戸籍法上の混乱を生じてまで同性婚が立法化されるのはまだ遠い先であり、少なくとも社会的に同性愛が認められた後であろう。同性婚についてはまだ世界的にも珍しく、米国マサチューセッツ州の最高裁で同性同士の婚姻を認めないのは違法であるとの判決がでた旨が報道されたのは耳新しいことである（注3）。さて、特例法の主旨に戻ると、単なる思い付きや性同一性障害とは異なる精神疾患などが排除されることは当然のことである。性別変更が認められる要件としては、後述するリアルライフテスト（戸籍の性別とは反対の性別での社会生活を一定期間行うこと）を経て充分に変更後の性別で社会適応でき、意志も堅い者だけである。

### 3. 特例法立法の経緯

#### （1）1995年埼玉医科大学倫理委員会への申請

埼玉医科大学倫理委員会に同大学形成外科の原科教授より性別再適合手術の申請が行われたのは、1995年である。山内俊雄教授（当時、埼玉医科大学倫理委員会委員長）によると日本ではブルーボーイ事件以後いわゆる性転換手術が正式に行われることはなかったという。ブルーボーイ事件とは、判例記録によると昭和39年に数名の男娼の求めに応じて診療所で睾丸の摘出や造陰術が行われたが、この事実が明るみに出て優生保護法（現在、母体保護法に変更）違反に問われ、手術を実施した医師が刑事罰を受けた事件である（注4）。優生保護法第28条では、「何人も、この法律の規定による場合の外、故なく、生殖を不能にすることを目的として手術又はレントゲン照射を行ってはならない」となっている。法律には性同一性障害の治療目的の規定はなかったのである。罰則は、1年以下の懲役又は50万円以下の罰金に処するとなっている。また、性転換手術が本人の同意なくなされることはないが、手術結果の良し悪しにより執刀医が傷害罪に問われる可能性も否定できない。

(表3) 埼玉医科大学倫理委員会答申

1. 性同一性障害とよばれる疾患が存在し、性別違和に悩むひとがいる限り、その悩みを軽減するために医学が手助けをすることは正当なことである。
2. 外科的性転換術も性同一性障害の治療の一手段とみなされるが、日本の現状において、ただちに外科的性転換治療を行うにはまだ環境が整っていないので、以下の手続きを経て環境の整備を行う必要がある。
  - 1) 関連する学会や専門家集団による診断基準の明確化と治療に関するガイドラインの策定。
  - 2) 形成外科、精神科、産婦人科、泌尿器科、小児科、内分泌学の医師など性同一性障害の診断、治療に関係する各領域の専門家からなる医療チームを結成し、適切な対象選定と治療選択、術前、術後のケアのための体制の整備。
  - 3) 性同一性障害に対する理解を深め、外科的性転換治療に伴って生じる諸問題を解決するための働きかけ、例えば、法律家をまじえた有識者による現実問題の解決への作業、当事者の参加のもとに、一般のひとびとの理解を得るための努力など。
3. 申請例については、上記の環境整備が行われ、個々の例について、専門家からなる医療チームの判断がなされた後、改めて倫理委員会で審議することとする。

(出典) 山内俊雄『性同一性障害の基礎と臨床』より転載。

## (2) 申請後

同倫理委員会では、何人もの医師が参加しているにもかかわらず性同一性障害の問題に精通するものは誰一人いなかったという(注5)。したがって、審議は委員会メンバー自身の勉強から始まっている。委員たちの議論は続き、果たして性同一性障害は疾病なのか否かの議論や治療すべきか否かも議論されたという。結論として、悩んでいるものが出て、治療する技術があるのだからその方向で議論がまとまり、1996年7月2日に同倫理委員会の答申が発表されることになった。その内容は、表3に示したとおりである。

## (3) 日本精神神経学会の答申と提言

埼玉医科大学倫理委員会と同じく日本精神神経学会でも議論がなされ、学会理事会に「性同一性障害に関する特別委員会」が設置され、1997年5月28日に正式な答申として「性同一性障害に関する答申と提言」が発表された。答申の主旨は、本疾患の診断と治療のガイドラインである。また提言として、性同一性障害の性転換にともなう法的問題の解決を関係省庁に要望している。本答申

を受けて1998年8月5日、中央児童福祉審議会母子保健部会で性同一性障害に対する性別再適合手術は母体保護法に違反しないことが確認され、厚生労働省は性別再適合手術の実施を認めることになった。同年10月16日、埼玉医科大学で公式に認められた第1例目の性別再適合手術が行われるに至った。このように手術に関して行政の認知が得られると共に、自己の性に違和感を持つものを対象とするジェンダークリニックが各専門医療機関に発足することになった。また性同一性障害がマスコミで取上げられる機会も多くなり、カミングアウト（自分で性同一性障害であることを公開発表すること、通常職場で行われる）したというニュースも聞かれるようになった。とくに有名なのは、競艇選手である安藤選手である。性同一性障害であることを公開し、以後、氏名を安藤大将（以前は安藤千夏）と改名し男性選手として競技生活を続けており（注6）、全国モーターボート競走会連合会が性別登録の変更を受け入れている。また世田谷区議会議員になった性同一性障害の上川あや氏のことも報道で取上げられた（注7）。

#### （4）国会審議入り

このように臨床で診療にあたる医師や学会の後押しを受けて、患者らは国会議員への働きかけを始めた。まず自由民主党内で性同一性障害の勉強会が開催され、2003年4月には与党3党がプロジェクトチームを結成した。その後、同年5月に法案骨子ができ、患者の熱い声に動かされて超党派的に立法化の動きが進んだ（注8）。医師でも性同一性障害に関心を持つものが少ないなか、患者の声に耳を傾けた議員達の努力により比較的短期間で法律が成立し、2003年7月に公布の運びとなった。

### Ⅲ 性別の概念と性同一性障害

さて、性同一性障害について考える時、われわれが男女別性2元論社会に住んでいることを思い知らされる。すなわち、男女の性別に分かれていることが当然であること、出生直後の性別決定に誤りがないこと、したがって戸籍の性別に誤りが無いことなどを信じて疑うものは少ない。しかし、性同一性障害の

問題をとおして性別の意味を改めて考えさせられるのである。表4に示したとおり、性別については考えられるだけでも数種類ある。多くのものが外性器の性別＝自己認識の性別＝戸籍の性別となっていると信じ、ミスマッチは、出生時外観での性別が判定困難な間性だけであると

(表4) 性別の種類

- |               |
|---------------|
| 1) 生物学的性      |
| 2) 外性器の形態上の性  |
| 3) 社会的役割としての性 |
| 4) 戸籍上の性      |
| 5) 外観上の性      |
| 6) 服装上の性      |

(出典) 筆者作成。

考えられてきた。このため戸籍法にも例外として性別変更の規定が記述されている。だが表4に記述される以外にも、自己の認識としての性もあるのである。

ここで生物学的性と比較されるジェンダーについて補足すると、社会的役割に注目したのがジェンダーである。社会における性別の役割、仕事における性別の役割を認識して性別を語る場合、これをジェンダーという。したがって、性同一性障害の患者は、戸籍上または生物学的性別とは反対の性別（以後、反対性と略す）でのジェンダーも求めているわけである。

## 1. 性同一性障害とは

### (1) 診断とWHOのICD-10における取扱い

米国で最初に性同一性障害者の治療に取り組んだのは、内分泌学者のハリー・ベンジャミンである。彼は医学者として、性同一性障害を疾病と捉えている。しかし、性同一性障害が一体疾病であるのか、疾病でないのかは当事者の間でも意見が分かるところであり（注9）、埼玉医科大学倫理委員会でも議論になった。当事者の中には、自己認識が異なるだけで疾病ではないと考えるものもいる。しかし、同大学の倫理委員会では、最終的に性同一性障害を疾病として位置付けたほうが治療が容易となることや、当事者も疾病であることを受け入れた方が実利的であることから、疾病であるとの意見が大勢を占めたようである。また、今回の特例法も明確に2名の医師による診断を義務付けており、性同一性障害は疾病であることが法律上も認められるようになった。

さて、WHOの疾病分類であるICD-10では、表5のように記述されている。またICDに性同一性障害が取上げられるようになったのは、ICD-9



からである。本稿の執筆の主旨は（表5）ICD-10における性同一性障害

医学的に性同一性障害を論ずることではないので、詳細は他書に譲りたい。しかし、本疾患の診断の根拠となる主症状は、

- ①反対性に対する強く、持続的な同一感
- ②自分の身体的性別の特徴を強く嫌悪あるいは忌避する
- ③日常生活で、反対性的役割をとろうとする

F 64	性同一性障害
F 64.0	性転換症
F 64.1	両性役割服装倒錯症
F 64.2	小児期の性同一性障害
F 64.8	他の性同一性障害
F 64.9	性同一性障害、特定不能のもの

（出典）厚生統計協会『疾病、傷害および死因統計分類提要 ICD-10準拠』より作成。

以上のとおりであり総合失調症などは除外される。

（2）病態—同性愛者との相違

性同一性障害は実際どのような疾患であるか、その病態を理解する上では、生物学的な性、自己認識の性、性指向、社会的役割の性の4指標で考えると理解しやすい。性同一性障害は、元々の性（生物学的性を示す）により2者に分かれる。生物学的に男性であるものは、女性になろうとするのでMTF（male to female）と、その逆のFTM（female to male）である。それぞれの特徴を4つの指標で考えたものが表6である。同性愛者は、生物学的性＝自己認識の性＝性指向の性となり明らかに性同一性障害とは異なることになる。この点、同性愛者と性同一性障害者が混同されることが多いので注意が必要である。ちなみに同性愛に対するWHOの考え方としては、疾病としてでなく単なる性指向の問題として扱われている（注10）。そもそも、性差は何によるのか、性同一性障害

（表6）性同一性障害の病態

	FTM	MTF
生物学的性（＝戸籍の性）	女性（XX）	（男性）XY
性の自己認識	男性	女性
性の指向	女性	男性
性別としての役割	男性	女性

（出典）山内敏雄『性転換手術は許されるのか』より作成。

の原因は何かという疑問があるが、これも本稿の主旨ではないので他の成書に譲りたい。ただし、最近では発生時における性の分化が解明されてきており、性同一性障害の原因が生後の環境要因よりも胎生期あるいは出生直後のホルモン環境に関係していることがわかってきている（注11, 12）。

### （3）疫学・発現率

果たして、性同一性障害の患者は一体どれだけいるのかという疑問がある。しかし、先述したように、数年前までは医師の間でも本疾患に対する認識は少なくジェンダークリニックもない状況であったため、本邦の統計データはない。石原明氏・大島俊之氏共著の中で、ヨーロッパ法に関する第23回国際会議の場で発表された1991年クイッペルの調査結果が報告されている（表7参照）。数値は、15歳以上の人口10万人に発現する率である。また米国精神医学協会の1993年の報告では、患者として治療を受けにくるのはMTFが3万人に1人でFTMは10万人に1人とみなされるという。埼玉医科大学倫理委員会から発表された審議経過と答申の中では、その計算を使えば日本の患者数は2200人から7000人程度だという推計が報告されている。多くの報告でMTFがFTMよりも高い発現率になっている。石原氏らは、正確な統計がとれない理由としてジェンダーに絡む問題が社会的スティグマを負うことが多いことを挙げている。確かに、今でこそニューハーフなどという言葉が市民権を得たかのようにマスコミ報道されることが多くなったが、数年前まで堂々と語られることは少なかった。性

（表7）性同一性障害の発現率の諸外国データ

国名	年度	MTF	FTM	比率
米国	1968	1.0	0.25	4:1
スウェーデン	1971	2.7	0.97	2.8:1
イギリス	1974	2.9	0.93	3.2:1
オーストラリア	1981	4.2	0.67	6.1:1
ブラハ	1983	—	—	1:5
オランダ	1988	5.6	1.85	3:1
シンガポール	1988	34.5	12.0	2.9:1

（出典）石原明・大島俊之『性同一性障害と法律』より作成。

注：数字は、15歳以上の人口10万あたりのトランスセクシュアリズムの発現率である。

同一性障害とニューハーフは勿論同一ではないが、社会の変化を示す1つの証左であろう。石原氏がオランダの例を紹介しているが、1980年におけるMTFの症例数は1/45,000人、FTMは1/2,000,000人であったが、性別変更を認める法律が施行された後の1986年にはMTFが1/18,000人、FTMが1/54,000人、1992年にはMTFが1/11900人、FTMが1/30,000人に増加したことが推定されると報告している（注13）。したがって、日本でも法律の施行に伴い患者の数が増えることは充分考えられる。先述した米国の予想で試算しても、数千人の患者が日本にいるものと考えられる。筆者の所属する会社でも、保有契約数から考えて既に数百名規模で性同一性障害の被保険者や契約者が存在していると予想される。いずれにしても、正確な統計があるわけではない。しかし、社会文化システムの中で性役割に違和感があるものは世界中で見られることも石原氏らは報告している（注14）。表7に示した国など日本以外の多くの国で、患者が報告されている。

#### （4）治療

##### （a）治療の概要

さて、契約引き受けの立場からしても、保険金支払いの立場からも性同一性障害者の治療について熟知する必要がある。先程も述べたとおり、法律の主旨に照らして性同一性障害は疾病であるということは重要な問題である。他の疾病同様に危険選択の対象として考えるべき問題でもある。治療に関しては、生物学的性別と自己認識の性別を同一にするわけなので、次の2者が考えられる。

①性の自己認識を身体の性に変える方法

②身体を自己認識の性へ近づける方法

以上のとおりであるが、現在のところ①の治療法はなく、山内教授によると性同一性障害者に身体の性に心を合わせる治療は無効という（注15）。また患者自身も①の治療を望まない。したがって、②の方法しか治療の選択肢はないのである。具体的な内容としては、主に3種類が挙げられる。精神カウンセリング、ホルモン療法、手術療法の3種類である。それぞれの詳述は控えることとし、危険選択上の問題は後述する。なお、手術は性別再適合手術といわれるが、

元々の生殖腺を除去する手術と外観上の性器を造設する2者に分かれる。諸外国の公的医療保険では、多くの国でこれらの手術の全てあるいは一部をその適用対象としている（注16）。一方日本では、これまで全て患者の自己負担となっており経済的負担は大きく、患者達は日本における公的医療保険の適用を望んでいる。すなわち治療に関する基本的な療養部分の医療費は医療保険で賄われること、高度な治療技術が必要な手術治療に関しては高度先進医療（注17）として認められることを希望している。

（b）リアルライフテストとカミングアウト

患者は、自己認識の性別と外観の性別の不一致で様々に悩んでおり、また社会的生活上の障害に面している。周囲のものが、人の性別を外観で判断するのは当然である。リアルライフテストは、この疾患に特有の治療であり、山内教授によると、患者が望む反対性での社会生活を行い、どのような治療上の効果があるか、また障害があるかを体験させることを目的としている。治療ガイドラインでも最低1年程度の観察が必要とされ、このテストに合格しなければ最終的な外科治療へ進めない。

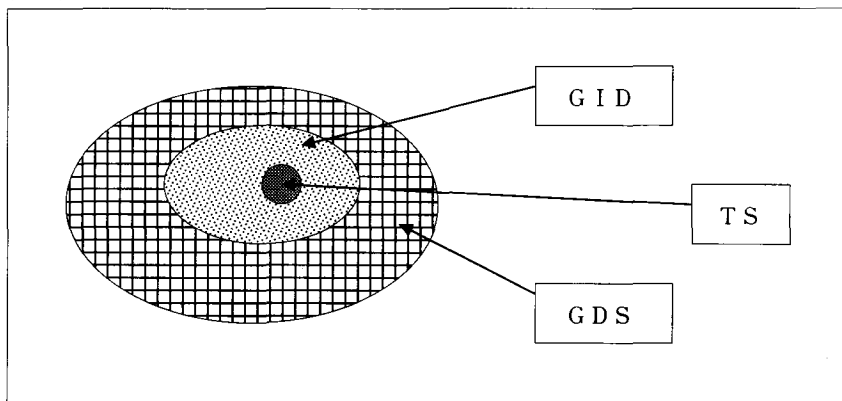
カミングアウトとは、自分が性同一性障害であることを家族・親族・友人・同僚へ告げることであり、自分の望む性別で生活する上で重要である。家族の戸惑いを恐れ、なかなか性同一性障害であることを口にできないのであるが、治療のステップとして重要である。この他にも、性同一性障害に特有な治療はあるが本稿の主旨でないので割愛する（注18）。

（c）その他

社会で生活する上では、上記治療でもまだ不十分である。性同一性障害者が生活する上で、名前、続柄、戸籍の性別などによる多くの問題を抱えているのが現実で、これらの問題の根本的解決として最も重要なものが戸籍の性別変更である。

また、治療上の特殊性を考え、性同一性障害者に対して専門的に治療を行うジェンダークリニックが最近、各地の医療機関に開設されてきている。基本的には、単独の医師が診察にあたるのではなく、治療経過全般にわたって、専門

（図1）GDS・GID・TSの関係



（出典）山内俊雄『性同一性障害の基礎と臨床』より作成。

家によるチーム治療がなされるのが原則である。すなわち、精神科医、泌尿器科医、産婦人科医、形成外科医、カウンセラーなどが参加することになる。また、診断基準（日本精神神経学会が発表している）はあるものの実際には難しく、生い立ちに関する聞き取りを始め、慎重な問診が診断の第一歩である。また性同一性障害であるか否かの判定は、1人の医師に任せることはできない。特例法もそれ故に2名の専門家の診断を求めている。

ここで一度、性同一性障害とその周辺疾患との違いについて用語の整理をしておきたい。性違和感症候群（Gender Dysphoria Syndrome, GDS）とは、性に違和感を持つ者を広く捉える用語である。性同一性障害（Gender Identity Disorder, GID）は、先に記述したとおりの診断的な特徴を有する場合の用語である。また性転換症（Transsexualism, TS）とは、GIDの中で外観的な性転換まで行う場合を意味する。したがってGDS、GID、TSの関係は図1のとおりである。

## 2. 性同一性障害者の社会的進出

### （1）社会生活上の障害

これまで医学的側面について触れたが、それ以外に性同一性障害者が感ずる

## 性同一性障害と性別変更

社会生活上の障害がある。主なものを例示すると

- ①就職の制限
- ②海外旅行の制限
- ③病院受診の制限
- ④婚姻の制限

などがある。入社面接で性同一性障害とわかれば、採用されないのが現実であり、多くの性同一性障害者は正職員になる機会を奪われている。またパスポートには戸籍上の性別表記があるため、反対性の外観を呈していれば入出国の審査に支障をきたすことになる。同様に病院を受診しても健康保険証の性別と外観の性別が異なれば、外来受診上の混乱を来すことになる。更には性同一性障害者は、反対性で生活することにより配偶者を得る機会に恵まれても、戸籍上の同性婚は認められていないため戸籍上の婚姻はできないのである。

これらの中で受診の問題は、生死にかかわるものとして捉えられ、重大視されている。また健康保険証やパスポートをめぐる問題は、公文書における性別表記の停止が要望される主因となっている。以上に記述した障害以外にも、刑罰としての刑務所での処遇も問題となっている（注19）。

### （2）性同一性障害者が目指してきたもの

過去、性同一性障害の患者達は司法・行政へ姓名の変更、続柄変更、婚姻の許可、性別変更について対応を求めてきた。このことは、男女別性二元論への根本的問題提起である。一方、生命保険への加入に関する問題については、それほど大きな患者の声を聞いていない。ただし、治療のための入院費や性別再適合手術などに係る費用は、全て自費であり、公的保険による給付を求めているものの実現までには時間がかかり、その結果、民間保険による自己負担の軽減を意図するものがあることも事実である。生命保険の各社はこのような実態と向きあわなければならない。

## Ⅳ 特例法施行後の生命保険

### 1. 性同一性障害と保険リスク

以上、述べてきたとおり、性同一性障害は一つの疾病と捉えられるのであるから、当然危険選択の対象となる意義を持つ。次に、契約の入り口と出口から想定されるリスクを概観してみたい。

#### （1）新契約におけるリスク

性同一性障害という告知があれば、どのように契約引き受けをすればよいだろうか。治療の項目で述べたとおり治療には、精神療法、ホルモン療法、手術療法がある。個々の患者で治療のゴールは異なる。精神療法で事足りる患者もいれば、外観、外生殖器の全てを反対性にしないと治療が終了しない患者まで様々である。その結果として社会的認知ばかりでなく、民法上の権利全てを反対性とする戸籍の性別変更まで必要とする患者もいることになる。さて、新契約で医師の診査や告知の記載があっても、どのような治療をしているのか、その患者の治療の最終ゴールは何なのか確認することは困難である。それゆえに、引き受けリスクの評価は非常に困難である。最終的な手術をしても、ホルモン療法にともなうリスクはある。さらには、性別再適合手術経過中であればどのような合併症があるかわからない。また、性別再適合手術を受けたとしてもその結果に満足しない例や、治療結果に満足しない例が一定の率見受けられ、自殺率が高いことも知られている（注20）。一方、リアルライフテストが充分満足な結果であり、簡易裁判所の審判を経た性別変更が認められた者は、安定期となり契約引き受けの可能性があろう。

#### （2）保険金支払い

性同一性障害への治療を支払い対象とすべきかどうか、どのような治療は支払い対象とするのかなどの検討が必要となる。これまで美容形成と考えられてきた乳房形成術や性別再適合手術について個別に支払い可否を決めなければならない。また、MTFで女性になった後の前立腺炎や前立腺癌の給付請求についても考えておかなければならない。これらを保障とするかどうかは、保険契

約における性別変更を認めるかどうか、保険料変更を認めるかどうかという点とも密接に関係している。

さらに外科的治療として、去勢と形成外科的治療の区別をして考えておく必要もある（先述したとおり、治療における必要性で区別をすることで、国によっては、公的保障の範囲の区分けに使用されていたこともある）。また日本において、公的医療保険で性同一性障害の治療がどのようにカバーされるのか（公的保険で支払われる範囲を民間保険が支払い対象外とできるかどうか）、検討しておかなければならない。民間保険に関しては、性別再適合手術に対して支払うように求めた2件の係争が米国で報告されているが、いずれも患者が勝訴している（注21）。

また多くの会社の約款では、疾病給付の保障対象を責任開始後に発生した疾病に限定している。すなわち、契約前に発病していた疾患に起因する入院や手術については給付の対象とはならない（契約前規定）。しかし性同一性障害の本質が性違和感という自覚症状であるために発病時期の確認は困難で、契約前規定の運用も困難がともなうと予想される。保険実務の観点からも、契約前規定の運用について考えておく必要がある。

## 2. 特例法上の性別変更と生命保険

そもそも性別変更は生命保険の制度上想定外のことであり、特例法により性別変更が認められることで、多くの問題を生保業界に突きつけることになった。話が複雑になるため、新契約での取り扱いの問題と既に契約してから年数を経ている既契約への対応を別にして考えなければならない。

### （1）新契約での取り扱い

新契約では、先述したとおり戸籍の性別を変更する前後で対応が異なる。戸籍変更前の患者を引き受けることは、性同一性障害の疾病としてのリスクの有無と今後想定される戸籍変更の取り扱いについて考慮しなければならない。戸籍変更後であれば、純粹に性同一性障害の医学的リスクについて判断すればよい。

### （2）既契約の取り扱い

これまで述べたように、既存の契約について性別変更を取扱うべきかどうか



の議論がある。もともと、戸籍の性別が変更されることが想定されていない保険約款では、すなわち、新契約時点では契約の中途における性別変更の権利をどこにも考慮していないことになる。一方、性別変更による民法上の権利は当然、保険契約にも効力が及ぶとの意見もあろう。具体的実務としては、①性別変更に伴い契約上の登録データの性別変更を行うがこれ以上の対応をしない場合と、②保険料の変更まで認める場合が考えられる。

また保険料変更を認めるとしても、性別変更のタイミングにより様々な検討すべき点がある。

- ①有効中の性別変更
- ②解約後の性別変更
- ③失効中の性別変更
- ④満期後の性別変更
- ⑤払込終了後の性別変更
- ⑥払い済み契約の性別変更

特例法は、変更前に遡って性別変更の効力が及ばないと規定している。このとおりに変更するとすれば、保険料変更は変更後の残存契約期間部分に対しての変更となる。

また、顧客管理上性別が重要な要因をなしており、被保険者の生年月日と共に個人を特定する指標になっていることは、多くの会社で共通である。性別変更にとまなう保険料変更のシステム構築のみならず、顧客管理システムに与える影響も無視できない。性別変更の実務対応ばかりでなく、システム対応の検討も必要となる。一方、当面多くの患者を想定することはできないので費用対効果が全く期待できないことは明白である。

### 3. 特例法施行後の約款、商品数理

特例法の施行後は、性別変更があることを前提に商品約款の対応をすべきであることは当然である。しかし、性別変更と民間保険について取扱われた文献も成書もない。変更は認めないものと約款に規定してよいのか、変更を認める

としてどのような約款体系にしてよいか難問である。保険料変更を認める場合、死亡保障について考えるとM T Fでは保険料が低料化となるが、F T Mでは高料化となる。果たして、F T Mについては性別変更の申請があるのであろうか。一部のものに性別変更・保険料変更を認めるならば、残りのものも保険会社へ性別変更の申告義務を課すべきかどうかの問題もある。また、死亡給付請求時点で判明した場合の対応も如何にすべきか検討する必要がある。当然その検討結果は約款にも反映され明記することになろう。生命保険の商品認可上、性別は重要な要素であるが、性別保険料については男女別性2元論の下、戸籍の性別で保険料を設定することが当然と考えられている。しかし、性同一性障害者の性別変更の問題を受けて、そもそも保険料の設定は、戸籍の性別と生物学的性別のどちらで設定されるべきなのかという問題が生じる。最近性差医学の研究が進歩し、生物学的性別による性差がかなり解明されてきている。さらに性差の研究が推奨され、米国の国立アカデミーには「セックス差とジェンダー差の生物学を理解するための委員会」が設置されている（注22）。寿命学だけでなく生物学的に性差は明確に存在するのである。また災害死亡の発生には性差が認められ、ジェンダー差が影響している（注23）。疾病死亡は生物学的性、災害死亡はジェンダーにより影響を受けているはずである。

特例法施行後も、商品料率は戸籍の性別により登録された国民統計か経験データで試算されていくであろう。患者数も試算に影響を与えるものではないはずである。また、保険加入時に染色体を調べることなど現実的でもなく倫理的にも許容されないことである。しかし、法律の施行を受けて、性別保険料について戸籍にもとづくものであることを約款に触れておく必要があるのかもしれない。

## V 諸外国における対応

果たして諸外国の対応はどのようなものであろうか。今まで著述されている成書には、性同一性障害に対する戸籍変更、改名、婚姻などの諸外国の対応および公的医療保険の保障範囲について記載されたものはある。しかし、男女別

保険料のある民間生命保険において性同一性障害による性別変更の取り扱いがどのようなものか詳述したものは、残念なならない。欧米の一部の会社では性別変更にともなう保険料変更を取扱っているということであるが、米国では各州により取り扱いも異なるし、性別変更が新契約時に遡及して効力を有するかどうかも確認していない。そもそも、男女別保険料が諸外国でどのように導入されているのかの詳細も不明である。米国では州によっては、性別保険料そのものが認められていない。さらにフランスでは、民間生命保険の男女別保険料が設定されていないという。民間生命保険会社にとって、男女別保険料の設定が当たり前のように考えられてきたが、現在EUの議会で男女別保険料の禁止が議論されている（ミュンヘン再保険会社提供情報）。日本においては、性同一性障害にともなう戸籍上の性別変更が認められることになったのは、諸外国に比較して遅く、特例法への対応も諸外国に比べて遅い。今後、真剣に検討されなければならない。

## VI おわりに

ここまで特例法の主旨、性同一性障害の病態の紹介、特例法の施行にともなう生命保険への影響について概略を述べてきた。生命保険会社は、性同一性障害が疾病である以上、他の疾病と分け隔てなく対応しなければならない。また、患者が得た法律上の権利も保障しなければならない。しかし、特例法で認められる性別変更は、保険制度そのものの中で全く考慮されてこなかった事態である。危険選択の面では、他の疾病と同じ視点で考えられるとしても、契約保全の面からは多数の検討課題がある。この課題に果たして個別会社で対応すべきであろうか。筆者としては、法律家・行政も加えて課題の検討をなすべきであると考えている。果たして保険証券の性別記載の変更だけが患者の希望なのだろうか、また保険料の変更までが希望なのだろうか。契約上や法律上の問題だけでなく、患者の視点に立てば保険会社の真摯な対応自体が治療に繋がるとも言えるのである。

吉永みち子氏は、医療の世界での性同一性障害への関心の低さをその著述

## 性同一性障害と性別変更

(注24)の中で批判しているが、本稿執筆時点(2004年4月)では生保業界でも、特例法について高い関心は示されていない。しかし本稿に述べたとおり、特例法にもとづく戸籍の性別変更が保険実務に与える影響は大きい。ここに性同一性障害の紹介をし、立法の経緯および生保実務に与える影響について述べることで、生命保険業に携わる多くの人々に正確な知識をもって特例法施行日を迎えていただきたい。本稿が発表されるころ施行を迎えていると思われるが、業界としての対応が決まっていることを切望するものである。

(注1) 大島俊之『性同一性障害と法』日本評論社、2002年、55-61ページ。

(注2) 虎井まさ衛『男の戸籍をください』毎日新聞社、2003年、152ページ。

(注3) 世界日報社ホームページ (<http://www.worldtimes.co.jp>)。

(注4) 石原明・大島俊之『性同一性障害と法律』晃洋書房、2001年、176-182ページ。

(注5) 山内敏雄『性転換手術は許されるのか——性同一性障害と性のあり方』明石書店、1999年、25-26ページ。

(注6) 虎井まさ衛『語り継ぐトランスジェンダー史』十月舎、2003年、167-205ページ。

(注7) 「性同一性障害上川・世田谷区議が初登庁」『朝日新聞』2003年5月3日。

(注8) 虎井まさ衛『男の戸籍をください』前掲、150ページ。

(注9) 同上、69ページ。

(注10) 針間克己『一人ひとりの性を大切に生きて』少年写真新聞社、2003年、78ページ。

(注11) Kura K, "Sexual differentiation of the human brain", *Przegl Lek*, 57, 2000, pp41-44.

(注12) 山内敏雄、前掲書、35ページ。

(注13) 石原明・大島俊之、前掲書、146-147ページ。

(注14) 同上、147ページ。

(注15) 山内俊雄『性同一性障害の基礎と臨床』新興出版、2001年、6ページ。

(注16) 大島俊之、前掲書、19-40ページ。

(注17) 国民皆保険である日本の医療保険制度においては、基本的に混合診療(患者

に自己負担を部分的に求めること）は認められていない。しかし、高度先進医療では、基本的な療養部分の医療費は公的医療保険が支払われるが、高度先進医療として承認された医療行為の技術部分については患者の自己負担としている。高度先進医療制度の導入により、新しい医療技術の確立と普及が図られている。

（注18）山内俊雄『性同一性障害の基礎と臨床』前掲、63-64ページ。

（注19）大島俊之、前掲書、332-335ページ。

（注20）山内敏雄『性転換手術は許されるのかー性同一性障害と性のあり方』前掲、57ページ。

（注21）石原明・大島俊之、前掲書、22ページ。

（注22）荒木葉子訳『性差医学入門ー女と男のよりよい健康と医療のために』（株）じほう、2003年、4ページ。

（注23）経験生命表においても国民生命表においても、男性では15歳から25歳にかけて災害死亡による死亡率のピークが認められることはよく知られている。若い男性特有の活動性や社会性によることが原因である。

（注24）吉永みち子『性同一性障害ー性転換の朝』集英社、2000年、66ページ。