別紙３

厚生労働行政推進調査事業費補助金
（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業）
総合研究報告書

性同一性障害（性別不合）に対するホルモン剤の使用実態及び臨床評価手法に関する研究

研究代表者　中塚　幹也　岡山大学学術研究院保健学域　教授

研究要旨

本研究では，日本における性同一性障害（性別不合）のホルモン療法における薬剤の使用実態を明らかにし，臨床評価や副作用の指標の考え方等を明らかにするために調査を実施した．

ガイドライン等の文献調査（2023 年度）

ホルモン療法についてのまとまったガイドラインとしては，Endocrine Society の Clinical Practice Guideline（2017）等があるが，エビデンスの高い研究は不足し，いずれも専門家の意見をまとめたという性格が強かった．

性別不合当事者へのインタビュー（2023 年度）

性別不合当事者へのインタビューでは，全国的に性別不合診療の専門医療施設の不足，自費のみではなく，戸籍の性別変更後は保険適用で実施されている現状，施設によっては，血液検査などがないままでのホルモン療法の実施例，個人輸入での実施例などが挙がった．

日本 GI（性別不合）学会，日本性機能学会の会員への調査（2023 年度）

日本 GI（性別不合）学会，日本性機能学会の会員（医師会員）が所属し，性別不合当事者のホルモン療法を実施していた 112 施設を解析対象とした調査では，トランス女性へは，プロギノンデポー筋注が 55.2%，エストラーナテープ貼付が 39.7%，プレマリン内服が 32.8%の施設で実施されていた．トランス男性に対して，エナルモン・デポが約 76%で，約 9 割の施設が注射剤を使用，ごく一部，クリーム製剤の使用も見られた．

ホルモン療法における薬剤，用法・用量の選択の時に参考としているのは，「紹介元からの指示」が高率であったが，「自身の経験」「本人の希望」も見られていた．薬剤，用法・用量の選択に「困っている」「やや困っている」との回答は，「決定法」13.4%，「保険適用かどうか」は 32.1%であった．条件によって，保険適用でホルモン療法を実施している施設は約 5 割であった．

トランス女性では，肝機能，CBC，脂質，D-dimer，血糖値などの測定が実施されていたのは 4～5 割であり，トランス男性では，肝機能，CBC が約 7 割と高率であったが，その他は同様であった．トランス女性，トランス男性ともに，血圧，体重，性別違和感などは 2～3 割，QOL，BMI，うつや不安なども 2 割強で評価されていたが，十分とは言えなかった

トランス女性へのホルモン療法の効果指標としては，「ひげや体毛」24.1%，「体型の女性化」43.1%などと低率であり，適当な指標がないことが明らかになった．また，「性別違和感の軽減」39.7%，「うつや不安の軽減」22.4%なども低率であった．

性別不合当事者団体へのヒアリング（2024 年度）

性別不合当事者団体へのヒアリングでは，トランス女性の個人輸入で実施状況，エナルモン・デポの供給不足でホルモン療法を断られる例が増えている現状と解決への要望が寄せられた．

一般の産婦人科医・泌尿器科医への調査（一次調査）（2024 年度）

一般の産婦人科医，泌尿器科医における性別不合のホルモン療法の現状を明らかにするため，日本産科婦人科学会，および，日本泌尿器科学会の会員を対象にオンラインでの自己記入式質問紙調査を実施した．回答した医師の 4 割強が，性別不合当事者の受診を経験しており，産婦人科医はトランス女性，泌尿器科医はトランス男性のホルモン療法を担当している比率が高かった．「思春期の子どもへの二次性徴抑制療法（GnRH アナログ）」

は，産婦人科医では4.1%，泌尿器科医では1.9%が実施していた．１人の医師当たりのホルモン療法の実施人数の中央値でみると，2〜3例と少数であった．

2023年度の専門施設への一次調査と異なり，2025年度の一般の産婦人科医・泌尿器科医への調査ではトランス女性にプレマリン内服（0.625mg）が65.7%と高率，エストラーナテープも72.3%と高率に使用していた．また，トランス男性へのグローミンが80.0%と高率に使用されていた．エナルモン・デポの供給量が不足の影響が推測された．

トランス女性へのホルモン療法の副作用の発見や健康管理のための評価法としては，産婦人科医は，泌尿器科医に比較してD-dimerの測定が高率であった．二次性徴抑制療法での骨塩量の測定は産婦人科医で24.0%，泌尿器科医では4.0%にとどまっていた．

ホルモン療法の副作用の発見や健康管理のための評価法として，血圧，体重，BMIなどを測定していたのは半数に満たない状況であった．また，性別違和感，QOL，うつや不安などの評価は20〜30%にとどまっていた．

日本GI（性別不合）学会の会員の性別不合当事者への調査（2024年度）

性別不合当事者72人のうち，トランス女性，トランス男性ともに，精神科，心療内科，内科などでも57.1%がホルモン療法を実施していた．また，「個人輸入」での内服によるホルモン療法も10.7%に見られていた．

一般の産婦人科医，泌尿器科医への全国調査の結果に関する議論と公表・啓発（2025年度）

日本GI（性別不合）学会第26回研究大会において，産婦人科医，泌尿器科医への全国調査（一次調査）のデータを報告し，論文化し投稿，日本GI（性別不合）学会雑誌第18巻に掲載された．

ホルモン製剤を製造・供給している企業のヒアリング（2025年度）

ホルモン製剤を製造・供給している企業の担当者に研究結果を示すとともに，供給不足，供給の地域・施設差の状況について情報提供した．特に，エナルモン・デポの供給不足に伴う診療拒否例増加の現状と解決への要望を伝え，改善に向けての企業努力の現状についても情報を共有した．

当事者支援団体との情報交換会（2025年度）

研究結果をもとに，ホルモン療法の医療サイドから見た実態と当事者サイドから見た実態とを比較した．また，エナルモン・デポの供給不足に伴うホルモン療法の診療拒否の実態などの情報交換をした．

性別不合当事者におけるホルモン療法の実態調査（二次調査・後方視調査）（2025年度）

トランス男性におけるアンドロゲン療法の実態

エナルモン・デポ製剤125mg／2週ごと，または，250mg／2週ごとの筋注を実施していたトランス男性73名への調査では．血圧は，アンドロゲン療法の開始後3か月で有意な血圧上昇が見られたが，正常血圧範囲内であった．ヘモグロビン（Hb）やヘマトクリット（Hct）は3か月後から有意に上昇し，12か月にわたって徐々に男性の正常範囲へ上昇し，生物学的女性としては多血症となっていた．D-ダイマー（D-dimer）は有意な変化は見られず，臨床的に血栓形成を疑う例は見られなかった．HDL-コレステロール（HDL Chol）は，アンドロゲン療法の開始後3か月時点で，多くは正常範囲内であったものの有意な低下が見られた．血糖値は，随時血糖の測定が多く，アンドロゲン療法の開始前にも高値例は存在していたが，食事の影響が疑われた．同一症例の中でのばらつきも大きく有意な変化は見られなかった．

月経は，アンドロゲン療法開始後3か月では約7割が月経は停止，約2割が不順となっており，12か月後には98.2%が停止していた．ひげや体毛は，開始後3か月で約5割，12か月には7〜8割が増加していた．声の低音化に関しては，開始後3か月では79.4%，12か月後には89.5%が見られていた．体形の男性化も見られていたが，乳房については大きな変化は見られていなかった．皮膚の状態の悪化・ニキビなどは，開始後3か月で62.5%が悪化していた．頭頂部の頭髪は軽度の脱毛が見られていた．

心理状態に関する記載はほとんど見られず，少数例での観察ではあるが，不良が減少し，良好が増加している傾向が見られた．自殺念慮がややありとされていた1例も．アンドロゲン療法の開始後3か月前以降には見られなくなっており，新たに発生した例は見られなかった．

トランス女性におけるエストロゲン療法の実態

エストラーナテープ 0.72mg 1 枚／隔日張替え，または，0.72mg 2 枚／隔日張替えの経皮製剤を実施していたトランス女性 25 名への調査では，血圧，体重等には，エストロゲン療法による有意な変化は見られなかった．Hb，Hct は，生物学的男性の正常範囲の値から生物学的女性の正常範囲の値へと低下していた．D-ダイマーの有意な上昇は見られず，臨床的に血栓形成を疑う例は見られなかった．脂質や糖に関しては，有意な変化は見られなった．テストステロン値は，エストロゲン療法開始後 6 か月には有意な低下が見られていた．筋肉・筋力は日常生活に支障が出る範囲ではなかったが，やや低下していた．

心理状態に関しては，診療録への記載例が少なかったため，少数例での観察ではあるが，エストロゲン療法の開始前には，うつ症状や不安症状のある例のうち，開始後 12 か月には改善例も見られていた．自殺念慮がややありとされていた 1 例も，エストロゲン療法の開始後 3 か月前以降には消失しており，新たに発生した例は見られなかった．

分担研究者	舛森　直哉	札幌医科大学医学部　泌尿器科学講座・	教授
	石原　理	女子栄養大学　臨床医学	教授
	中島　彰俊	富山大学　学術研究部医学系	教授
	北島　道夫	国際医療福祉大学医学部　産婦人科学	教授
	松尾かずな	名古屋大学　泌尿器科学　病院	助教
	長谷川　　高誠	岡山大学医療開発領域　小児科	講師
	佐々木　春明	昭和大学藤が丘病院　泌尿器科	教授
	関　明穂	岡山大学大学院保健学研究科	客員研究員
研究協力者	鮫島　梓	女性クリニック We 富山	外来医師
	北島　百合子	長崎大学病院産科婦人科	講師
	樫野　千明	岡山大学病院産科婦人科	助教（特任）
	松本　洋輔	岡山大学病院ジェンダーセンター 精神神経科	講師
	富永 悠介	岡山大学病院腎泌尿器科	助教
	小林 知子	岡山大学病院腎泌尿器科	医員
	森分 貴俊	岡山大学病院腎泌尿器科	医員
	小﨑 成昭	岡山大学病院腎泌尿器科	医員
	池袋　真	パーソナルヘルスクリニック	外来医師
		女性医療クリニック LUNA 横浜元町	

別紙３

Ａ．研究目的

性別不合（性同一性障害）当事者は，幼少時から性別違和感を持っている例が多く，専門医療施設であるジェンダークリニック等では，精神科医，産婦人科医，泌尿器科医，形成外科医などがチームで診療を行っている．このような性別不合診療の中では，身体の性の特徴を性自認に近づけるエストロゲンやアンドロゲンなどの性ホルモン剤の投与が治療として行われている．また，自身の性ホルモンの分泌に伴い発現する二次性徴の時期には性別違和感きち強まり，これに伴い高率に発生する自殺企図，不登校，うつなどに対して，一部の子どもにはGnRHアゴニスト等による二次性徴抑制療法が行われている．

しかし，いずれの薬剤も日本における薬事承認はなく，性別不合当事者にとっての負担は大きく，保険適用が期待されている．世界的にも，このようなホルモン療法が長年にわたり広く行われており，各種のガイドラインも存在しているが，経験的に薬剤が選択されており，長期投与における安全性についての情報も限られている．また，その効果判定の評価も，身体の性に関する特徴の変化に加え，うつなどの精神的状態の改善，さらには生活の質（Quality of Life: QOL）の改善などの指標が想定されるが，その考え方は統一されていない．

本研究では，日本における性別不合診療の専門医療施設や一般診療所におけるホルモン製剤使用やその副作用や効果に関する臨床評価の実態を明らかにする．また，当事者への調査，当事者団体や製薬企業などへのヒアリングなどを通じて，現実の性別不合診療，特にホルモン療法の状況を明らかにする．さらに，ホルモン療法を実施する性別不合当事者の個別登録を行い，後方視的，前方視的に検討し，その有効性や安全性を検討する．これらの調査結果を，関連学会で報告するとともに，論文化することで専門家の議論を経て，性別不合診療におけるホルモン療法の標準化を目指すとともに，保険適用に向けて基礎データを得る．

Ｂ．研究方法

【2023 年度】

1. ホルモン療法に関するガイドラインの整理と作成

PubMed 等によるハンドサーチにより，トランスジェンダー（性別不合）当事者へのホルモン療法の作用，副作用などの論文を収集した．また，ホルモン療法に関する記載のあるガイドラインも収集した．

2. 当事者へのインタビュー調査

岡山大学ジェンダークリニックの受診のうち，同意の得られた当事者に対してインタビュー調査を実施した．また，全国的な当事者団体の共同代表に，同意のもと，オンラインでインタビュー調査を実施した．

3. 日本 GI（性別不合）学会および日本性機能学会の医師会員への全国調査（専門施設一次調査）

性別不合当事者の受診を受け入れている可能性のある日本GI（性別不合）学会（旧，GID（性同一性障害）学会）の医師会員（産婦人科医，泌尿器科医，形成外科医等），または，日本性機能学会の会員（医師）を対象として郵送法による無記名自己記入式質問紙調査を実施した．同施設の同診療科に2名以上の医師が所属する場合には役職が高いと考えられる医師に依頼し，診療科で相談して回答してもらうこととした．

637 施設（637 名）が対象となり，ホルモン剤の用法・用量，また，使用している効果判定の指標，副作用の評価のための検査等を調査した．

【2024 年度】

1. 当事者支援団体のヒアリング

2024 年度の性別不合診療を専門的に診療していると考えられる医師への調査結果を踏まえて実施した性別不合当事者団体へ対面，および，オンラインでのヒアリングを実施した．

2. 一般の産婦人科医への全国調査（一般施設一次調査）

日本産婦人科学会（会員数 17,637 名，2024 年 3

月 31 日現在）の理事会での承認後，会員への一斉メールにてアンケート調査への参加を依頼し，同意のもと，オンラインでの自己記入式質問紙調査を実施した.

3.一般の泌尿器科医への全国調査（一般施設一次調査）

日本泌尿器科学会（会員数 9,719 名，2025 年 1 月 31 現在）の理事会での承認後，会員への一斉メールにてアンケート調査への参加を依頼し，同意のもと，オンラインでの自己記入式質問紙調査を実施した.

4.性別不合当事者への全国調査

2025 年 3 月の日本 GI（性別不合）学会東京大会の参加者のうち，性別不合当事者に書面にて，研究への参加を依頼し，同意のもと，オンラインでの自己記入式質問紙調査を実施した.

【2025 年度】

1.産婦人科医，泌尿器科医への全国調査（一次調査）のデータに関する議論と公表・啓発

産婦人科医，泌尿器科医への全国調査（一次調査）のデータを解析し，別不合の診療医，当事者等に日本における「性別不合のホルモン療法」の実態をについて，研究班にて議論，論文化した． 日本 GI（性別不合）学会雑誌に受領され，第 18 巻に掲載された.

2.ホルモン製剤を製造・供給している企業のヒアリング

ホルモン製剤を製造・供給している企業の担当者に，一次調査の結果を示すとともに，供給不足，あるいは，供給の地域差，施設差が見られる状況について情報提供し，ヒアリングを実施した.

3.当事者支援団体との情報交換会

産婦人科医，泌尿器科医への全国調査（一次調査）のデータから，ホルモン療法の医療サイドから見た実態の情報提供と当事者サイドから見た実態との比較を行った．また，企業へのヒアリング結果をもとに情報交換をした.

4.性別不合当事者におけるホルモン療法の実態調査（二次調査・後方視調査）

対象となる性別不合の専門医療施設において症例を登録し後方視的に解析した，診療記録から，症例の基本情報，ホルモン療法による身体の変化，ホルモン値なっどの変化，副作用の評価のための血液検査データ等を収集した．尚，倫理審査の承認のもと，個人の特定できる情報を覗いたのちに，岡山大学にデータを収集し解析を実施した.

5.性別不合当事者におけるホルモン療法の実態調査（二次調査・前方視調査）

対象となる性別不合の専門医療施設において，掘る温療法開始前の症例を登録し，前方視的にデータを収集した．症例の基本情報，ホルモン療法による身体の変化，ホルモン値なっどの変化，副作用の評価のための血液検査データ等を収集した.

（倫理面への配慮）

一次調査（専門施設，一般施設）に関しては，岡山大学倫理審委員会の指示のもと，各学会の理事会における承認を得た上で調査を実施した．また，調査は無記名であること，研究への参加は自由意思であり，参加しない場合も不利益を受けることはないことなどを，文書にて説明後に，質問紙の中の設問で，研究の主旨を理解したうえで，研究に参加することを確認した．また，二次調査（後方視調査，前方視調査）については，岡山大学倫理審委員会での承認を得て，症例登録を実施した.

C．研究結果

【2023 年度】

1.ホルモン療法に関するガイドラインの整理と作成

日本循環器学会の依頼により，2024 年改訂版「多様性に配慮した循環器診療ガイドライン」作成に関連し，性別不合当事者へのホルモン療法の心血管イベント発生への影響について Review したが，作用，副作用ともにエビデンスの高い研究は不足していた（Masumori N, Nakatsuka M.: Cardiovascular Risk in Transgender People With Gender-Affirming Hormone Treatment. Circ Rep. 2023 Mar 28;5(4):105-113. doi: 10.1253/circrep.CR-23-0021. eCollection 2023 Apr 10. PMID: 37025940).

ホルモン療法についてのまとまったガイドラインとしては，Endocrine Society の Clinical Practice Guideline (2017) がある (Hembree WC, et al.: Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2017 Nov 1;102(11):3869-3903. doi: 10.1210/jc.2017-01658.). また，2022 年，WPATH(World Professional Association for Transgender Health) の Standards of Care 第 8 版が発表されている (Coleman E, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgend Health. 2022 Sep 6;23(Suppl 1):S1-S259. doi: 10.1080/26895269.2022.2100644. eCollection 2022. PMID: 36238954). しかし，エビデンスの高い研究が不足していることから，いずれも専門家の意見をまとめたという性格が強い.

日本においては，産婦人科診療ガイドライン婦人科外来編 2023 (日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会編集・監修) において，CQ432「性別不合 (性同一性障害) のホルモン療法の取り扱いは？」が盛り込まれた. その中で，ホルモン療法効果などについては，Endocrine Society の Clinical Practice Guideline (2017) をもとに記述した (中塚). また，2024 年，日本女性医学会のホルモン補充療法 (HRT) ガイドライン，日本精神神経学会/日本 GI (性別不合) 学会 (旧，GID (性同一性障害) 学会) の合同での性別不合診療ガイドライン第 5 版の中で，ホルモン療法の用法・用量を記載した (中塚，舛森).

2. 当事者へのインタビュー調査

岡山大学ジェンダークリニックを受診中の性別不合当事者へのインタビュー調査では，全国的に性別不合診療の専門医療施設が不足しており，そのような施設と連携した，あるいは連携のない診療所などで，ホルモン療法が実施されていた. また，自費のみではなく，戸籍の性別変更後は保険適用で実施されている現状，施設によっては，血液検査などがないままでのホルモン療法の実施例，個人輸入での実施例などが挙がった.

当事者団体の共同代表へのインタビュー調査では，やはり，戸籍の性別変更後も自費の自治体，保険適用で実施されている自治体などあり，温度差があることが明らかになった. また，性別不合当事者へのホルモン療法には，不慣れな医師も多いことは課題とのことであった.

3. 日本 GI (性別不合) 学会および日本性機能学会の医師会員への全国調査 (専門施設一次調査)

1) 対象の背景

性別不合当事者の受診を受け入れている可能性のある日本 GI (性別不合) 学会 (旧，GID (性同一性障害) 学会) の医師会員 (産婦人科医，泌尿器科医，形成外科医等)，または，日本性機能学会の会員 (医師) が所属する 637 施設のうち，242 施設から質問紙の回収を得た (回収率 38.0%). その内訳は，診療所 117 施設 (48.3%)，単科・複数科病院 23 施設 (9.5%)，総合病院・大学病院 98 施設 (40.5%) であり，回答者は泌尿器科医 177 名 (73.1%)，産婦人科医 42 名 (17.4%) であった.

ホルモン療法を実施していた施設は 112 施設 (46.3%) であり，このうち，トランス女性 58 施設 (51.8%)，トランス男性 101 施設 (90.2%)，二次性徴抑制療法 16 施設 (14.3%) であった.

2) ホルモン療法を担当している医師数

ホルモン療法の実施医師数は，全体では 1[1-10] 人であり，病院 (40 施設) では 2[1-10] 人で，45.0% (約 5 割) が複数の医師，診療所 (72 施設) では 1[1-4] 人で，75.0% (約 8 割) が 1 名であった.

3) ホルモン療法の実施人数

トランス女性へのホルモン療法を実施している 58 施設では，ホルモン療法を 14[1-35] (median[range]) 年間実施，最近の 1 年間に 3[1-100] 人を治療しており，このうちジェンダークリニック等の専門施設から紹介され，連携して治療している人数は 2[1-65] 人であった. 現在，通院している人数は 4[1-400] 人，新たに開始する人数は最近の 1 年間に 2[1-50] 人であった.

トランス男性へのホルモン療法を実施している101施設では,ホルモン療法を11[1-35]年間実施,１年間に 3[1-120]人を治療しており，このうちジェンダークリニック等の専門施設から紹介され，連携して治療している人数は 3[1-47]人であった.現在，通院している人数は 3[1-570]人，新たに開始する人数は最近の１年間に 2[1-300]人であった.

4)ホルモン療法の製剤，用法，用量

(1)トランス女性への性ホルモン療法

トランス女性への性ホルモン療法を実施していた施設の状況を表 1 に示す．プロギノンデポー筋注（10～20mg/1～4 週毎）が 55.2%，エストラーナテープ貼付（1～2 枚/1～4 日毎）が 39.7%，プレマリン内服（0.625～1.25mg/毎日）が 32.8%の施設で実施されていた.本来は,使用する必要がないプロゲスチン製剤，あるいは，LEP 製剤も使用されていた.

(2)トランス女性への二次性徴抑制療法

トランス女性への二次性徴抑制療法を実施していた施設の状況を表 2 に示す.多くは,診療所で実施されており，リューブリン（1.88～3.75mg/4～5 週毎）が 37.5%の施設で使用されていた.

(3)トランス男性への性ホルモン療法

トランス男性への性ホルモン療法を実施していた施設の状況を表 3 に示す.エナルモンデポー(125～250mg/2～12 週毎）が 76.2%と多くの施設で使用されていた.

(4)トランス男性への二次性徴抑制療法

トランス男性への二次性徴抑制療法を実施していた施設の状況を表 4 に示す.多くは,診療所で実施されていた．製剤については無回答例が多かったが，トランス女性と同様に，リューブリン（1.88～3.75mg/4～5 週毎）を使用している比率が高いと予測される.

(5)性ホルモン療法の投与経路

投与経路の比率は，トランス男性では注射剤が 90.1%と高率であったが，一部の施設（5.9%）ではクリーム製剤が使用されていた．トランス女性では注射剤が 58.6%，内服が 39.7%，テープが 39.7%と多様な投与経路で行われていた

用法・用量として比較的多かったのは，エナルモンデポー125～250mg，2～4 週毎，プロギノンデポー10～20mg，1～4 週毎であった.

5)薬剤，用法・用量の選択法

ホルモン療法における薬剤，用法・用量の選択の時に参考としているのは，「紹介元からの指示」58.9%,「自身の経験」40.2%,「本人の希望」30.4%,「和文雑誌の解説」25.0%,「海外のガイドライン」13.4%であった（表 5).

6)薬剤，用法・用量の選択に困っているか

「困っている」「やや困っている」との回答は,「決定法」13.4%,「保険適用かどうか」は 32.1%であった（表 6).

7)ホルモン療法の保険適用

条件によって，保険適用でホルモン療法を実施している施設は 52.7%であり，その条件としては,「戸籍の性別変更後」との回答が 76.3%と高率であった（表 7)．また，月経困難症の治療として使用されている例も見られた.

8)ホルモン療法の副作用の発見や健康管理のための評価法

(1)血液検査など

トランス女性では,肝機能,CBC,脂質,D-dimer,血糖値などは 40～50%，体重，血圧なども 30%強で測定されていた（表 8)．また，トランス男性では，肝機能，CBC が約 7 割で，脂質，血糖値は 30～40%で，体重，血圧なども 20～30%で測定されていた（表 8).

(2)計測や心理テスト・尺度など

トランス女性では，血圧，体重，性別違和感などは 30%強，QOL，BMI，うつや不安なども 20%強で測定されていた．トランス男性でも同様の傾向となっていた（表 9).

9)ホルモン療法の効果指標

(1)性ホルモン療法の効果指標

トランス女性へのホルモン療法の効果指標としては,「ひげや体毛」24.1%,「体型の女性化」43.1%などと低率であり，適当な指標がないことが明らかになった．また,「性別違和感の軽減」39.7%,「うつや不安の軽減」22.4%なども低率であった,

また,「特に評価していない」施設も約 14%に見られた（表 10）.

トランス男性へのホルモン療法の効果指標としては,「月経停止」「体型の男性化」「ひげや体毛」などが 4 割前後と高率であった（表 11）.

(2)二次性徴抑制療法の効果指標

性別違和感の軽減，うつや不安の軽減，生活の質（QOL)などは 10～20%の施設で評価されていたが，尺度による評価は行われていなかった（表 12）.

【2024 年度】

1.当事者支援団体のヒアリング

全国的に性別不合診療の専門医療施設が不足していること，保険適用での実施の現状，トランス女性の個人輸入で実施されている経口でのホルモン療法の状況などが明らかになった．また，一次調査で，トランス男性において約 76%の医師が使用していたエナルモンデポーが供給不足で，ホルモン療法を断られる例が増えている現状と解決への要望が寄せられた.

本研究の遂行にも関連するため，製薬会社との面談などを行い，改善を求め，その方向での回答を得た.

2.一般の産婦人科医への全国調査（一般施設一次調査）

1)対象の背景

日本産科婦人科学会の学会員を対象に，Google Form にてオンラインでの無記名自己記入式質問紙調査を行い，370 人から回答を得た．その所属は，診療所 166 人（44.9%），単科・複数科病院 20 人（5.4%），総合病院・大学病院 182 人（49.2%）であった.

ホルモン療法を実施していた医師は 129 人（34.9%）であり，治療対象は，トランス女性 114 人（88.4%），トランス男性 64 人（49.6%），二次性徴抑制療法 25 人（19.4%）であった.

2)大学生時代に性同一性障害（性別不合）について学習したか

「授業で」20.5%,「自己学習」12.2%であったが，約 7 割（68.9%）が「学習していない」と回答していた.

3)性同一性障害（性別不合）に関する知識

「性同一性障害（性別不合）の手術療法は保険適用となった（2018 年)」72.2%,「性同一性障害（性別不合）のホルモン療法は保険適用外である」60.3%,「日産婦の産婦人科診療ガイドライン 2023 には『性同一性障害（性別不合）のホルモン療法』の CQ がある」53.2%,「国際疾病分類 ICD-11（2022 年発効）では,『性同一性障害』が『性別不合』に改称された」37.8%,「混合診療となるため，ホルモン療法後に実施する手術療法は保険適用とならない」は 20.8%,「性別不合の診療ガイドライン第 5 版では，ホルモン剤の用法・用量が示された（2024 年)」は 14.9%であった（表　産-1，2，3）.

4)性同一性障害（性別不合）の診療の現状

「受診はない・診療はない」は 39.2%,「受診があった」は 43.2%であった．診療内容として,「トランス女性へのエストロゲン療法」31.6%,「トランス男性へのアンドロゲン療法」17.0%,「トランス男性への手術（子宮・卵巣摘出)」4.6%,「思春期の子どもへの二次性徴抑制療法（GnRH アナログ)」4.1%,「トランス男性・女性への生殖医療」1.1%であった.

5)ホルモン療法の実施人数

トランス女性へのホルモン療法を実施している 114 人では，治療しているトランス女性は 2［1-100］（median［range]）人であり，そのうち二次性徴抑制療法を 17 人が実施しており，治療しているトランス女性の中央値は 1 人であった.

トランス男性へのホルモン療法を実施している 64 人では，治療しているトランス男性は 3[1-200]人であり，そのうち二次性徴抑制療法を 16 人が実施しており，治療しているトランス男性の中央値は 2 人であった.

6)ホルモン療法の製剤，用法，用量

(1)トランス女性への性ホルモン療法

トランス女性への性ホルモン療法を実施していた医師の状況は，内服製剤では，プレマリン内服（0.625mg）が 65.7%，プレマリン内服（1.25mg）

が 26.9%であった（表　産-4）.

注射製剤では，プロギノンデポー筋注（10mg）が 68.6%，プロギノンデポー筋注（20mg）が 18.6%で使用されていた.

経皮製剤では，エストラーナテープ（1～2 枚）が 72.3%で使用されていた.

また，プロゲスチン製剤，あるいは，LEP 製剤も使用されていた.

(2)トランス女性への二次性徴抑制療法

トランス女性への二次性徴抑制療法の状況としては，多くは，病院で実施されており，薬剤としては，60.0%がリュープリン（1.88mg）を，20.0%がリュープリン（3.75mg）を使用していた（表　産-5）.

(3)トランス男性への性ホルモン療法

トランス男性への性ホルモン療法を実施していた医師の状況は，注射製剤では，51.9%がエナルモンデポー（125mg）を，44.4%がエナルモンデポー（250mg）を使用していた（表　産-6）.

内服製剤では，診療所の医師は，33.3%がノアルテンを，また，LEP 製剤も使用していた.

経皮製剤では，80.0%がグローミン（1～3cm）を使用していた.

(4)トランス男性への二次性徴抑制療法

トランス男性への二次性徴抑制療法の状況としては，使用されている薬剤は，トランス女性と同様に，50.0%がリュープリン（1.88mg）を使用していた（表　産-7）.

(5)性ホルモン療法の投与経路

投与経路の比率は，トランス男性では注射剤が 84.4%と高率であったが，一部の医師（7.8%）はクリーム製剤を使用していた（表　産-3）.

トランス女性では，61.4%を注射剤を，58.8%は内服を，41.2%が経皮製剤であるテープを使用しており，多様な投与経路で行われていた（表　産-2）.

用法・用量として比較的多かったのは，エナルモンデポー125～250mg，プロギノンデポー10～20mg，プレマリン（0.625mg～1.25mg）であった.

7)ホルモン療法の適応の決定

ホルモン療法の適応（治療すべきかどうか）について参考としているのは，「紹介元での適応判定会議での決定」60.5%，「本人の希望」38.8%，「日産婦のガイドライン」19.4%，「性別不合診療ガイドライン」16.3%，「自院での適応判定会議での決定」10.9%，「自身の経験」6.2%，「和文雑誌の解説」4.7%であった（表　産-8）.

8)薬剤，用法・用量の選択

ホルモン療法における薬剤，用法・用量の選択の時に参考としているのは，「紹介元からの指示」71.3%，「性別不合診療ガイドライン」31.0%，本人の希望」23.3%，「自身の経験」20.2%，「和文雑誌の解説」3.9%であった（表　産-9）.

9)ホルモン療法の適応，薬剤，用法・用量の選択，保険適用について困っているか

「困っている」「やや困っている」との回答は，「ホルモン療法の適応」38.0%（表　産-10），「薬剤，用法・用量の決定」42.6%（表　産-11），「保険適用かどうか」は 41.9%であった（表　産-12）.

10)ホルモン療法の保険適用

条件によって，保険適用でホルモン療法を実施している施設は 49.6%であり，その条件としては，「保険証の性別変更後」33.3%，「戸籍の性別変更後」との回答が 32.6%であった（表　産-13）.

11)ホルモン療法の副作用の発見や健康管理のための評価法

(1)血液検査など

トランス女性では，肝機能，CBC が 60～70%，脂質，D-dimer などは約 4 割，血糖値，HbA1c なども 15～25%で測定されていた（表　産-14）.

トランス男性では，肝機能，CBC が 70～80%，脂質，D-dimer，血糖値が 30～40%，甲状腺機能なども約 20%で測定されていた.

二次性徴抑制療法（トランス女性，トランス男性を含む）では，肝機能，CBC，脂質が 60～70%強，血糖値，D-dimer などは約 3 割で測定されていた．また，骨塩量の測定は 24.0%にとどまっていた.

(2)計測や心理テスト・尺度など

トランス女性では，血圧，体重が 40～50%強，

BMI，身長は 20～30%で測定されていた．また，性別違和感，QOL，うつや不安などは 20～30%で評価されていた．トランス男性，二次性徴抑制療法（トランス女性，トランス男性を含む）でも同様の傾向であった（表　産-15）．

12)ホルモン療法の効果指標

(1)性ホルモン療法の効果指標

トランス女性へのホルモン療法の効果指標としては，「生活の質（QOL）」42.1%，「性別違和感の軽減」33.3%，「体型の女性化」28.9%，「性ホルモン値」27.2%，「うつや不安の軽減」26.3%，「ひげや体毛の減少」25.4%などであった．また，「特に評価していない」医師も 36.0%に見られた（表　産-16）．

トランス男性へのホルモン療法の効果指標としては，「月経停止」56.3%，「性別違和感の軽減」46.9%，「生活の質（QOL）」45.3%，「体型の男性化」「ひげや体毛」などが 4 割前後であった（表　産-17）．また，「特に評価していない」医師も 25.0%に見られた．

(2)二次性徴抑制療法の効果指標

「二次性徴の抑制」44.0%，「性別違和感の軽減」32.0%，「うつや不安の軽減」「性ホルモン値」は約 2 割強の医師が評価していた．また，「特に評価していない」が約 4 割に見られた（表　産-18）．尺度による評価は，「性ホルモン値」が約 3 割で評価されていたが，「特に評価していない」医師も 56.0%で行われていなかった（表　産-18）．

3.一般の泌尿器科医への全国調査（一般施設一次調査）

1)対象の背景

日本泌尿器科学会の学会員を対象に，Google Form にて無記名で行い，213 人から回答を得た．その所属は，診療所 92 人（43.2%），単科・複数科病院 19 人(8.9%)，総合病院・大学病院 101 人(47.4%)であった．

ホルモン療法を実施していた医師は 117 人（54.9%）であり，このうち，トランス女性 37 人（31.6%），トランス男性 110 人（94.0%），二次性徴抑制療法 25 人（21.4%）であった．

2)大学生時代に性同一性障害（性別不合）について学習したか

「授業で」が 16.4%，「自己学習」が 15.0%であったが，約 7 割（70.9%）が「学習していない」と回答していた．

3)「性同一性障害（性別不合）に関する知識

「性同一性障害（性別不合）の手術療法は保険適用となった（2018 年）」および「性同一性障害（性別不合）のホルモン療法は保険適用外である」が 67.6%，「卒後教育プログラムのテーマに『性同一性障害』がある」45.1%，「国際疾病分類 ICD-11（2022 年発効）では，『性同一性障害』が『性別不合』に改称された」32.9%，「混合診療となるため，ホルモン療法後に実施する手術療法は保険適用とならない」30.5%，「性別不合の診療ガイドライン第 5 版では，ホルモン剤の用法・用量が示された（2024 年）」14.6%であった．

4)性同一性障害（性別不合）の診療の現状

「受診はない・診療はない」は 29.6%，「受診があった」は 42.3%であった．

診療内容として，「トランス男性へのアンドロゲン療法」57.7%，「トランス女性へのエストロゲン療法」11.7%，「トランス女性への手術（精巣摘除，陰茎切除，造膣など）」5.2%，「思春期の子どもへの二次性徴抑制療法（GnRH アナログ）」および「トランス男性・女性への生殖医療」が 1.9%であった（表　泌-1，2，3）．

5)ホルモン療法の実施人数

トランス女性へのホルモン療法を実施している 37 人では，治療しているトランス女性は 3[1-120]人治療しており，そのうち二次性徴抑制療法を 6 人が実施しており，治療しているトランス女性の中央値は 2 人であった．

トランス男性へのホルモン療法を実施している 110 人では，治療しているトランス男性は 4[1-300]人であり，そのうち二次性徴抑制療法を 16 人が実施しており，治療しているトランス男性の中央値は 2 人であった．

6)ホルモン療法の製剤，用法，用量

(1)トランス女性への性ホルモン療法

トランス女性への性ホルモン療法の状況は，内服製剤では，すべての医師が，プレマリン内服（0.625mg）を使用していた（表　泌-4）.

注射製剤では，65.0%がプロギノンデポー筋注（10mg）を，25.0%がプロギノンデポー筋注（20mg）を使用していた．経皮製剤は，回答がなかった.

(2)トランス女性への二次性徴抑制療法

トランス女性への二次性徴抑制療法の状況としては，病院に所属する医師が実施しており，33.3%がリュープリン（1.88mg）を使用していた（表　泌-5）.

(3)トランス男性への性ホルモン療法

トランス男性への性ホルモン療法を実施していた医師の状況は，注射製剤では，73.4%がエナルモンデポー（250mg）を，56.9%がエナルモンデポー（125mg）を使用していた（表　泌-6）.

内服製剤は，使用されていなかった（表　泌-6）. 経皮製剤そして，すべての医師がグローミン（1～3cm）を使用していた（表　泌-6）.

(4)トランス男性への二次性徴抑制療法

トランス男性への二次性徴抑制療法の状況としては．トランス女性と同様に，14.3%がリュープリン（1.88mg）を使用していた（表　泌-7）.

(5)性ホルモン療法の投与経路

投与経路の比率としては，トランス男性では，99.1%が注射剤を，一部の医師（9.1%）はクリーム製剤を使用していた（表　泌-3）.

トランス女性では，54.1%が注射剤を，内服を13.5%が，10.8%が経皮製剤であるテープをと多様な投与経路で行われていた（表　泌-2）.

用法・用量として比較的多かったのは，エナルモンデポー125～250mg，プロギノンデポー10～20mgであった.

7)ホルモン療法の適応の決定

ホルモン療法の適応（治療すべきかどうか）について参考としているのは，「紹介元での適応判定会議での決定」64.1%，「本人の希望」39.3%，「自身の経験」17.1%，「性別不合診療ガイドライン」12.0%，自院での適応判定会議での決定」11.1%，「卒後教育プログラムのハンドアウト」6.8%，「和文雑誌の解説」2.6%であった（表　泌-8）.

8)薬剤，用法・用量の選択

ホルモン療法における薬剤，用法・用量の選択の時に参考としているのは，「紹介元からの指示」73.5%，「自身の経験」39.3%，「本人の希望」32.5%，「性別不合診療ガイドライン」23.9%，「和文雑誌の解説」6.8%であった（表　泌-9）.

9)ホルモン療法の適応，薬剤，用法・用量の選択，保険適用について困っているか

「困っている」「やや困っている」との回答は，「ホルモン療法の適応」29.1%（表　泌-10），「薬剤，用法・用量の決定法」28.2%（表　泌-11），「保険適用かどうか」は35.0%であった（表　泌-12）.

10)ホルモン療法の保険適用

条件によって，保険適用でホルモン療法を実施している施設は51.3%であり，その条件としては，「戸籍の性別変更後」41.9%，「保険証の性別変更後」との回答が27.4%と高率であった（表　泌-13）.

11)ホルモン療法の副作用の発見や健康管理のための評価法

(1)血液検査など

トランス女性では，肝機能，CBCが約7割，脂質，血糖値などは約 30～40%で測定されていたが，D-dimerは27.0%とやや低率であった（表　泌-14）. トランス男性では，肝機能，CBCが約7割，脂質，血糖値なども約20～30%で測定されていた.

二次性徴抑制療法（トランス女性，トランス男性を含む）では，肝機能，CBC，脂質が60%強，脂質，血糖値なども約20～30%で測定されていた．また，骨塩量の測定は4.0%にとどまっていた.

(2)計測や心理テスト・尺度など

トランス女性では，体重が約35%，血圧，身長，QOL，性別違和感，うつや不安なども20～30%で測定されていた．しかし，「なし」との回答が48.6%であった（表　泌-15）．トランス男性でも，体重，血圧が約20%であったが，「なし」が56.4%であった.

二次性徴抑制療法（男女含む）でも，体重20%，身長，筋力，うつや不安，性別違和感が16%，「な

し」が 56.0%であった.

12)ホルモン療法の効果指標

(1)性ホルモン療法の効果指標

トランス女性へのホルモン療法の効果指標としては,「性別違和感の軽減」および「生活の質(QOL)」が 32.4%などと低率であり，適当な指標がないことが明らかになった．また,「うつや不安の軽減」29.7%,「体型の女性化」および「ひげや体毛の減少」27.0%,「性ホルモン値」なども 24.3%と低率であった．また,「特に評価していない」医師も 48.6%に見られた（表　泌-16).

トランス男性へのホルモン療法の効果指標としては,「体型の男性化」54.5%,「ひげや体毛の増加」49.1%,「月経停止」42.7%,「声の変化」40.9%などが高率であった．また,「特に評価していない」医師も 25.5%に見られた（表　泌-17).

(2)二次性徴抑制療法の効果指標

「二次性徴の抑制」は約 3 割,「性別違和感の軽減」は約 2 割の施設で評価されていた．また,「特に評価していない」医師は約 6 割強に見られた(表泌-18)．尺度による評価は,「性ホルモン値」が 1 割強で評価されていたが,「特に評価していない」は 8 割の医師に見られた.

4.性別不合当事者への全国調査

1)対象の背景

日本 GI（性別不合）学会の学会員のうち，当事者を対象に, Google Form にて無記名で行い, 72 人から回答を得た.

(1)年齢

「50 代」36.1%,「30 代」26.4%,「40 代」19.4%,「20 代」および「60 代」8.3%,「70 代」1.4%であった（表　当-1).

(2)性別

「トランス女性」31 人（43.0%),「トランス男性」33 人（45.8%),「その他」8 人（11.1%）であった.

(3)戸籍上の性別

「トランス女性」の現在の戸籍上の性別は,「男性」54.8%,「女性」45.2%であった（表　当-2).

「トランス男性」の現在の戸籍上の性別は，男性 45.5%，女性 54.5%であった（表　当-2).「その他」と回答した方の，出生時の戸籍上の性別は，男性 25.0%，女性 75.0%であり，現在の戸籍上の性別は，男性 37.5%，女性 63.5%であった（表　当-2).

2)手術療法

「トランス女性」では，35.5%が「なし」と回答しており,「性別適合手術（卵巣や精巣の手術)」が 58.1%,「乳房手術」が 6.5%であった(表　当-3).

「トランス男性」では，30.3%が「なし」と回答しており,「乳房手術」が 60.6%,「性別適合手術（卵巣や精巣の手術)」が 36.4%であった(表　当-3).

「その他」では，半数（50.0%）が「なし」と回答しており,「乳房手術」,「性別適合手術（卵巣や精巣の手術)」がともに 25.0%であった(表　当-3).

3)ホルモン療法の実施

「トランス女性」では約 9 割（90.3%),「トランス男性」も約 8 割（78.8%）がホルモン療法を実施していた.「その他」は約 6 割強（62.5%）で実施していた（表　当-4).

(1)ホルモン療法の実施施設

「トランス女性」では,「産婦人科」が 42.9%,「個人輸入」10.7%,「泌尿器科」7.1%であった.「その他（精神科，心療内科，内科など)」が半数強の 57.1%であった（表　当-5).

「トランス男性」では,「泌尿器科」が 23.1%,「産婦人科」15.4%,「個人輸入」3.8%であった.「その他(精神科, 内科, 形成外科など)」が 65.4%であった（表　当-5).

「その他」では,「産婦人科」および「泌尿器科」はともに 20.0%,「精神科」が 60.0%であった（表当-5).

(2)ホルモン療法の費用負担額

「トランス女性」の費用負担額は，4,000[960-10,000］円／月であった．費用分布は,「4,000～5,999 円」が 32.1%,「2,000～3,999 円」28.6%,「1,999 円まで」17.9%であった（表　当-6).

「トランス男性」の費用負担額は，3,300[650-17,000］円／月であった．費用分布は,「2,000～

3,999 円」が 30.8%,「1,999 円まで」26.9%,「6,000～7,999 円」19.2%であった（表　当-6).

「その他」の費用負担額は, 8,800[800-14,000] 円／月であった. 費用分布は,「1,999 円まで」が 60.0％であり,「8,000～9,999 円」,「10,000～11,999 円」がともに 20.0%であった (表　当-6).

(3)ホルモン療法の費用に関わる負担感

「負担を感じる」「どちらかと言えば負担を感じる」は,「トランス女性」では, が 71.4%,「トランス男性」では 50.0%,「その他」では, 60.0%であった（表　当-7).

(4)ホルモン療法の保険適用の有無

ホルモン療法を「保険適用」で受けている「トランス女性」は 35.7%であり, 約 6 割（60.7%）は自費であった (表　当-8).「トランス男性」では,「自費」が 73.1%,「保険適用」は 2 割弱 (19.2%) であった（表　当-8).「その他」では,「自費」が 4 割,「保険適用」が 2 割であり,「戸籍変更後は保険適用」「エナルモン保険適用,ネビド自費」との回答があった（表　当-8).

(5)ホルモン療法の通院間隔

「トランス女性」の通院間隔は, 2［1-12］週間であり,「1～2 週間」が 67.9%と高率であった (表当-9).「トランス男性」の通院間隔は, 4［0-50］週間であり,「9～20 週間」38.5%,「3～4 週間」34.6%,「1～2 週間」23.1%であった (表　当-9).「その他」の通院間隔は, 8［2-60］週間であり,「9～20 週間」が 4 割,「1～2 週間」「3～4 週間」「5～8 週間」が 2 割であった（表　当-9).

4)ホルモン療法の製剤

(1)「トランス女性」への性ホルモン療法

内服製剤では, 14.3%がプレマリンを使用していた (表　当-10). 注射製剤では, 82.1%がプロギノンデポーを使用していた (表　当-10). 経皮製剤では, 14.3%がエストラーナテープ (1～2 枚), ル・エストロジェルを使用されていた.

(2)「トランス男性」への性ホルモン療法

内服製剤の使用はなかった (表　当-11). 注射製剤では, 30.8%をエナルモンデポーを使用していた (表　当-11). 88.5%は経皮製剤を使用していなかったが, グローミンなどが 3.8%で使用されていた.

(3)「その他」への性ホルモン療法

内服製剤の使用はなかった (表　当-12). 注射製剤では, 4 割がプロギノンデポーを, 2 割がエナルモンデポーを使用していた (表　当-12). 経皮製剤では, 2 割がル・エストロジェル, グローミンを使用していた.

【2025年度】

1. 産婦人科医, 泌尿器科医への全国調査（一次調査）のデータに関する議論と公表・啓発

性別不合当事者の受診を受け入れている可能性のある日本 GI（性別不合）学会, および, 日本性機能学会の医師会員が所属する 637 施設に質問紙を郵送し, 242 施設から回収, 性別不合当事者へのホルモン療法を実施していた 112 施設を解析対象とした.

トランス女性へのエストロゲン製剤としては, 注射製剤が約 5 割, 経皮製剤が約 4 割, 内服製剤が約 3 割の施設で使用されていた. トランス男性へのアンドロゲン製剤としては, 注射製剤が約 9 割の施設で使用されていた.

ホルモン療法における薬剤, 用法・用量の選択時に参考としているのは「紹介元からの指示」が高率であったが,「自身の経験」「本人の希望」も見られていた.

薬剤, 用法・用量の選択に「困っている」「やや困っている」こととしては「保険適用かどうか」が 32.1%であった.

「条件によっては保険適用でホルモン療法を実施している」施設は約 5 割であり, その条件としては「戸籍の性別変更後」が高率であった.

トランス女性では, 肝機能, CBC, 脂質, D-dimer, 血糖値などの測定が実施されていたのは 4～5 割の施設であり, 体重, 血圧などの測定も 3 割強であった. また, トランス男性では, 肝機能, CBC が約 7 割と高率であったが, その他は同様であった.

トランス女性へのホルモン療法の効果指標としては,「体型の女性化」43.1%,「勃起の減少」25.9%,

「ひげや体毛の減少」24.1%などが，トランス男性の指標としては，「月経の停止」49.6%，「体型の男性化」41.6%などが挙がった.「性別違和感の軽減」「うつや不安の軽減」などの評価は低率であった.

また，自由記述の中には，ホルモン剤の供給不足の実態を訴えるものも複数見られた.

これらのデータをもとに，研究班内で議論し，論文化を行った．性別不合当事者へのホルモン療法は，国内でも広く行われていたが，効果や副作用の評価は様々であった．ホルモン療法の臨床的評価を行うことを促進するためにも，ガイドライン，管理指針を作成する必要があると結論した.（日本GI（性別不合）学会雑誌 18（1）：63-71，2025.）

2. ホルモン製剤を製造・供給している企業のヒアリング

産婦人科医，泌尿器科医への全国調査（一次調査）や 2024 年度の当事者団体へのヒアリングの結果，トランス男性に対して，約 76%の医師が使用していたエナルモンデポー製剤の供給不足に伴い，ホルモン療法を断る例が増えている現状と解決への要望があることを伝えた．企業からは，改善に向けての企業努力の現状についての情報提供があり認識を共有した.

3. 当事者支援団体との情報交換会

産婦人科医，泌尿器科医への全国調査（一次調査）のデータから，ホルモン療法の医療サイドから見た実態の情報提供と当事者サイドから見た実態との比較を行ない，大きなずれはないと考えられた．すなわち，ホルモン療法に伴う検査法や頻度などは実施施設により差異があること，保険適用の状況も都道府県，受診する施設などにより，差異があること，また，エナルモンデポーの供給不足に伴うホルモン療法の診療拒否の実態などについての情報を交換をした.

4. 性別不合当事者におけるホルモン療法の実態調査（二次調査・後方視調査）

4-1. トランス男性におけるアンドロゲン療法の実態

1)対象の背景

ジェンダークリニックの受診者 73 名が登録された．ホルモン療法としてはアンドロゲン製剤であるエナルモンデポー製剤 125 mg／2 週ごと，または，250mg／2 週ごとの筋肉注射を実施していた．ホルモン療法前の身体測定，血液検査時の年齢は，25.1±7.9，24[13-43]（mean±S,D,，median[range]）歳であった.

2)血圧，身長，体重の変動（表１）

収縮期血圧は，アンドロゲン療法の開始前には 112.5±9.7，112.0[95-136] mmHg と正常範囲であったが，136 mmHg と軽度高値例が見られた．拡張期血圧も 64.2±8.7，64.5[46-89] mmHg と正常範囲であったが，89 mmHg と軽度高値例が見られた.

アンドロゲン療法の開始後 3 か月で有意な血圧上昇が見られた．ほとんどは正常血圧範囲内での上昇であったが，１例で 145／96mmHg と高血圧となる例が見られた．開始後 12 か月でも有意な血圧上昇が見られており，117.2±12.7，117[93-157] mmHg であり，ほとんどは正常血圧範囲内での上昇であったが，１例で 157／93mmHg と高血圧となる例が見られた

身長は，アンドロゲン療法の開始前には 159.6±6.4，158.0[148.0-173.5]cm であった．アンドロゲン療法の開始後 3 か月，6 か月，12 か月とも有意な上昇が見られたが，ごくわずかであった.

体重は，アンドロゲン療法の開始前には 56.1±10.6，53.9[37.8-88.0]kg であり，肥満例も見られた．全体としては，アンドロゲン療法の開始後 3 か月，6 か月，12 か月とも有意な上昇が見られたが，88.0kg であった例では，3 か月後に 75.6kg と低下し，12 か月後も 75.0kg とリバウンドは見られていなかった.

ウエストについては，ほとんど測定されていなかった.

3)血液検査

(1)全血算（CBC）・凝固系

白血球（WBC）数は，アンドロゲン療法の開始前にも異常値であった例はなく，開始後も有意な変

化が見られなかった.

一方,ヘモグロビン(Hb)やヘマトクリット(Hct)は,アンドロゲン療法の開始前から,生物学的女性としてはやや多血症気味の例も見られており，全体として,3か月後から有意に上昇し,12か月にわたって徐々に男性の正常範囲へ上昇し，生物学的女性としては多血症となっていた．わずかではあったが，Hct が男性の正常範囲である 50%を超える例も見られていた.

血小板（Plt）数に関しては，正常範囲内での変動であったが，アンドロゲン療法の開始12か月後には非常に軽度ではあったが有意な低下が見られていた.

D-ダイマー（D-dimer）は，アンドロゲン療法の開始前に異常値であった例はなく，開始後も有意な変化は見られなかった．開始後12か月で1例のみ1.1μg/mLと軽度の上昇例が見られていた．いずれも臨床的に血栓形成を疑う例は見られなかった.

(2)脂質代謝

脂質に関しては，必ずしも絶食での採血はされておらず，食事の影響が見られる可能性があった．総コレステロール（T Chol），LDL-コレステロール（LDL Chol）に関しては,アンドロゲン療法の開始前と比較して開始後も有意な変化は見られなった．このうち，LDL Chol に関しては，直接，測定されている例は少なかった.

一方，HDL-コレステロール（HDL Chol）は，アンドロゲン療法の開始前には，生物学的男性と比較して高値例が多かった．開始後は，3 か月時点で，基準値以内であったが有意な低下が見られ，その後も低下が持続していた．中には推奨される基準値の40mg/dLを切る例も見られていた.

中性脂肪（TG）に関しては,アンドロゲン療法の開始前にも高値例は存在していたが，食事の影響が疑われた.開始後は,全体で見るとやや上昇していたが,個人の中でのばらつきも大きく,変化としては有意ではなかった.

(3)糖代謝

血糖値に関しては，必ずしも絶食での採血はされておらず，食事の影響が見られる可能性があった．　随時血糖の測定が多く，アンドロゲン療法の開始前にも高値例は存在しており，食事の影響が疑われた.開始後は,全体で見るとやや上昇していたが,個人の中でのばらつきも大きく,開始前と比較して,開始後3か月,6か月,12か月の各時期とも有意な変化は見られなかった.

ヘモグロビン（Hb）A1cに関しては，測定されていた例が少なく解析結果の評価は困難であるが，アンドロゲン療法の開始前には，全て正常範囲であり,開始後も大きな変化は見られなかったが,開始後12か月では,6%を超える例が見られ,開始前と比較して有意な上昇が見られていた.

(4)ホルモン値

テストステロン値,エストロゲン値は,アンドロゲン療法の開始前には全ての例で，生物学的女性の正常範囲内であった.多嚢胞性卵巣症候群(PCOS)症例ではテストステロン値が軽度の高値例が見られていた.開始後は,ほとんどの例で測定されていなかった.

プロラクチン値も，ほとんどの例で測定はされていなかった．アンドロゲン療法の開始前には，52.5 ng/mLと高値の例が1例見られていたが，その後は,正常範囲であり,有意な変化も見られなかった.

4)身体の変化（表3）

(1)月経

アンドロゲン療法の開始前には，月経の状況を聴取されている例は13例と少なかった．もともと月経不順，稀発月経や無月経であった例も見られており，中には，PCOS 症例も見られていた．開始後 3 か月では約7割が月経は停止，約 2 割が不順となっており，12 か月後には 98.2%が停止していた.

(2)ひげ，体毛

アンドロゲン療法の開始前には,診療録上,ひげや体毛の状況の記載はほとんど見られなかった.

ひげは,開始後3か月では56.9%が増加,12か月後には72.9%がかなり増加となっていた.体毛に関しても,開始後3か月では48.2%増加,12か月後には81.8%が増加となっていた.

(3)声

アンドロゲン療法の開始前には，診療録上，声の状態の記載はほとんど見られなかったが，声の低音化はなかったと考えられる．

声の低音化に関しては，開始後 3 か月では 79.4%が低音化，12 か月後には 89.5%が低音化となっていた．

(4)体形

アンドロゲン療法の開始前には，診療録上，体形に関する記載はほとんど見られなかった．筋肉トレーニングなどによるわずかに男性化が見られる例もあった．

体形の男性化に関しては，開始後 3 か月では 64.5%が男性化，12 か月後には 78.8%が男性化となっていた．

(5)乳房

乳房については，アンドロゲン療法の開始前，開始後とも，診療録上の記載はあまり見られなかった．一部に，もともと大きくなかった例やバストバンドで長期に圧迫していた例が見られていた．少数例での検討ではあったが，アンドロゲン療法の開始後にも大きな変化は見られていなかった．変化がなかったことから，開始後も記載がなかった可能がある．

(6)筋肉・筋力

アンドロゲン療法の開始前には，診療録上，筋肉・筋力の状況の記載はほとんど見られなかった．筋肉トレーニングなどにより，わずかに増強，やや増強している例も見られていた．

開始後 3 か月では 55.3%が増強，12 か月後には 75.0%が増強となっていた．

(7)皮膚の状態・にきび等

アンドロゲン療法の開始前には，診療録上，筋肉・筋力の状況の記載はほとんど見られなかった．PCOS 症例では皮膚の状態の悪化・ニキビが見られる例が見られていた．

開始後 3 か月では 62.5%が悪化，12 か月後には 70.4%が悪化となっていた．

(8)頭頂部の頭髪

アンドロゲン療法の開始前には，診療録上，頭頂部の頭髪の状況の記載はほとんど見られなかった．１例のみであるが脱毛の記載が見られていた．その他の例では，そのような訴えが見られなかったと考えられる。

開始後 3 か月では，93.0%が脱毛とされていたが，かなり脱毛の例は，開始前から脱毛が見られていた 1 例以外に見られなかった．12 か月後では，11.1%がやや脱毛，84.4%がかなり脱毛となっていた．

5)心理状態の変化（表 4）

(1)思考や記憶

思考や記憶の変化についての記載はほとんど見られなかった．特に，訴えがなかったためであると考えられる．

(2)性欲

性欲に関する記載はほとんど見られなかった．少数例での観察ではあるが，アンドロゲン療法の開始前には，性欲が増加との記載は 12.5%であったが，開始後 12 か月では 40.0%と上昇していた．

(3)心理状態

心理状態に関する記載はほとんど見られなかった．少数例での観察ではあるが，アンドロゲン療法の開始前には，心理状態がやや不良が 100%であったが，開始後 12 か月には，やや不良が 40.0%となり，良好が 60.0%となっていた．また，不良との記載は見られなかった．

(4)うつ症状

うつ症状に関する記載はほとんど見られなかった．少数例での観察ではあるが，アンドロゲン療法の開始前にも，うつ症状がややある例が見られていたが，開始後 12 か月には見られなくなっていた．

(5)不安症状

不安症状に関する記載はほとんど見られなかった．少数例での観察ではあるが，アンドロゲン療法の開始前にも，不安症状がある例が見られていたが，開始後 12 か月には見られなくなっていた．

(6)自殺念慮

自殺念慮に関する記載はほとんど見られなかった．１名がややありとされていたが，アンドロゲン療法の開始後 3 か月前以降には見られなくなってい

た．また，新たに発生した例は見られなかった．

6)社会的変化（表 5）

社会的変化に関しては，「学校や職場での変化」「家族との関係の変化」「恋愛・パートナーとの関係の変化」「当事者グループとの接点」ともに，診療録上，ほとんど記載は見られなかった．

4-2. トランス女性におけるエストロゲン療法の実態

1)対象の背景

ジェンダークリニックの受診者 25 名が登録された．ホルモン療法としてはエストロゲン製剤であるエストラーナテープ 0.72mg　1 枚／隔日張替え，または，0.72mg　2 枚／隔日張替えの経皮製剤を実施していた．ホルモン療法前の身体測定，血液検査時の年齢は，34.0±12.3，29 [16-62]歳であった．

2)血圧，身長，体重等の変動（表 6）

血圧，身長，体重について，多くの例で測定はされていなかったため，少数例での検討となる．収縮期血圧は，エストロゲン療法の開始前には 117.6±15.7，117.5[85-147]mmHg とほぼ正常範囲であったが，147mmHg と高値例が見られた．拡張期血圧も 74.1±10.2，74 [54-97]mmHg と正常範囲であったが，97mmHg と高値例が見られた．

エストロゲン療法の開始後 3 か月，6 か月，12 か月で大きな変動は見られなかった．高血圧例においても，有意な上昇は見られず，やや低下していた．

身長や体重は，エストロゲン療法により，有意な変化は見られなかった．

ウエスト，ヒップ，アンダーバスト，トップバストについては，ほとんど測定されていなかった．

2)血液検査（表 7）

(1)全血算（CBC）・凝固系

WBC 数は，エストロゲン療法の開始前にも異常値であった例はなかった．開始後 3 か月には有意な上昇が見られたが，開始後 6 か月，12 か月にはやや低下しており，開始前との有意差は見られなかった．

Hb に関しては，エストロゲン療法の開始前は生物学的男性の正常範囲内であったが，開始後 6 か月から有意に低下していた．また，ヘマトクリット（Hct）は，開始前値比較して 12 か月後には有意に低下していた．全体的に，生物学的男性の正常範囲の値から生物学的女性の正常範囲の値へと低下していた．

Plt 数に関しては，正常範囲内での変動であり，エストロゲン療法の開始前と開始後では有意差は見られなかった．

D-dimer は，エストロゲン療法の開始前に，2.5μg/mL と上昇していた例が見られていたが，その後，有意な上昇は見られなかった．

(2)脂質代謝

脂質に関しては，必ずしも絶食で採血はされておらず，食事の影響が見られる可能性があった．T Chol，LDL Chol，HDL Chol，TG は，エストロゲン療法の開始前と開始後で有意な変化は見られなかった．

(3)糖代謝

血糖値に関しては，必ずしも絶食で採血はされておらず，食事の影響が見られる可能性があった．エストロゲン療法の開始前にも高値例は存在していたが，食事の影響が疑われた．開始後は，全体で見るとやや低下していたが，有意差は見られなかった．

HbA1c に関しては，エストロゲン療法の開始前に 6.0%を超えている例が見られており，開始後は有意な変化は見られていなかった．

(4)ホルモン値

プロラクチン値は多くの例で測定はされていなかった．エストロゲン療法の開始前には，34.8 ng/mL と高値の例が 1 例見られていたが，その後は，正常範囲であり，有意な変化も見られなかった．

テストステロン値は，エストロゲン療法の開始前に低値例も見られていた．全体で見ると，エストロゲン療法の開始前 3 か月には，有意差は見あれないものの低下しており，開始前 6 か月には有意な低下が見られていた..

3)身体の変化（表 8）

(1)ペニスの勃起

エストロゲン療法の開始前には，診療録への記

載はあまり見られなかったが，勃起ありが 100%であり，低下している例はほとんどなかったと考えられる．開始後 3 か月では 66.7%は低下，開始後 12 か月では 44.4%が低下であった．

(2)乳房

エストロゲン療法の開始前には，診療録への記載例は 1 例しかなかったが,，他の例も含め，増大はなかったと考えられる．開始後 3 か月で 50.0%が増大，開始後 6 か月で 78.6%，開始後 12 か月にはかなり増大が 42.9%であり，増大が 14.3%に見られていた．

(3)体形

エストロゲン療法の開始前には，診療録への記載例は 1 例も見られなかったが，女性化が見られる例はなかったと考えられる．開始後 3 か月から女性化する例が見られ，開始後 12 か月では 66.7%がかなり女性化であった．

(4)ひげ，体毛

ひげに関して，エストロゲン療法の開始前においても,かなり減少が 50.0%,減少が 25.0%であり，すでに脱毛を実施していた例が多かった．

体毛に関しても，エストロゲン療法の開始前においても，かなり減少が 50.0%，減少が 50.0%であり，すでに脱毛を実施していた例が多かった．

(5)筋肉・筋力

エストロゲン療法の開始前には，診療録上，筋肉・筋力の状況の記載はほとんど見られなかった．不変も 33.3%であったが，すでにかなり低下も 66.7%であった．エストロゲン療法の開始後 3 か月には，全ての例で筋肉・筋力は低下していた．また，低下も 33.3%に見られた．

(6)皮膚の状態

エストロゲン療法の開始前には，診療録上，皮膚の状態の記載は全く見られなかった．

開始後 3 か月では，記載例すべてが，やや良好であり，開始後 12 か月には，良好も 20.0%に見られていた．

(7)声

エストロゲン療法の開始前には，診療録上，声の状態の記載はほとんど見られなかったが，1 例では，声がやや女性化とされており，自己トレーニングも含め．ボイストレーニングの実施例も存在する可能性がある．

エストロゲン療法の開始後も声の女性化は見られていなかった．

(8)頭髪

診療録上，頭髪の状態の記載はほとんど見られなかった．エストロゲン療法の開始前から，1 例ではやや変化していたが，エストロゲン療法の開始後 12 か月では 4 例全てがやや変化していた．

4)心理状態の変化（表 9）

(1)思考や記憶

思考や記憶の変化についての記載はほとんど見られなかった．特に，訴えがなかったためであると考えられる．

(2)性欲

性欲に関する記載はほとんど見られなかった．少数例での観察ではあるが，エストロゲン療法の開始後には低下傾向であった．

(3)心理状態

心理状態に関する記載はほとんど見られなかった．少数例での観察ではあるが，エストロゲン療法の開始後 3 か月に見られていなかった不良が,6 か月，12 か月では見られていた．

(4)うつ症状

うつ症状に関する記載はほとんど見られなかった．少数例での観察ではあるが，エストロゲン療法の開始前には，うつ症状のある例のみが見られていたが，開始後 12 か月にはうつ症状のない例も見られていた．

(5)不安症状

不安症状に関する記載はほとんど見られなかった．少数例での観察ではあるが，エストロゲン療法の開始前には，不安症状がある例が見られていたが，開始後 12 か月には不安症状のない例も見られていた．

(6)自殺念慮

自殺念慮に関する記載はほとんど見られなかった．ほとんどなかった可能性も考えられるが，1 名がややありとされていた．

少数例での観察ではあるが，エストロゲン療法の開始後 3 か月前以降には見られなくなっていた．また，新たに発生した例は見られなかった．

5)社会的変化

社会的変化に関しては，「学校や職場での変化」「家族との関係の変化」「恋愛・パートナーとの関係の変化」「当事者グループとの接点」ともに，診療録上，ほとんど記載は見られなかった．

少数例での観察ではあるが，エストロゲン療法の開始前後であまり大きな変化は見られなかった．

D．考察

【2023年度】

1.ホルモン療法に関するガイドラインの整理と作成

世界的に利用されている性別不合当事者へのホルモン療法についてのまとまったガイドラインは少なく，ホルモン療法に関するエビデンスの高い研究が不足していることから，最も使用されている Endocrine Society の Clinical Practice Guideline（2017）においても，専門家の意見をまとめたという性格が強かった．

多くの性別不合当事者へのホルモン療法は，性別適合手術とは異なり，地元の病院・診療所で実施されており，一般の医師においても，ホルモン療法の製剤や用法・用量，また，効果や副作用の評価を行うための実用的なガイドラインやマニュアルが求められている．

産婦人科診療ガイドライン婦人科外来編 2023（日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会編集・監修）や日本女性医学会のホルモン補充療法（HRT）ガイドライン，日本精神神経学会/日本 GI（性別不合）学会（旧，GID（性同一性障害）学会）の合同での性別不合診療ガイドライン第 5 版などが，参考にされることが望まれる．

2.当事者へのインタビュー調査

当事者からは，ホルモン療法の形態，副作用などに関する検査の有無，費用負担など，施設による差異があることが推測された．この点でも，実用的なガイドラインやマニュアルが求められている．また，個人輸入でのホルモン療法も実施されていると考えられ，健康被害が起きていないかなどの懸念が残る．

日本 GI（性別不合）学会（旧，GID（性同一性障害）学会）では，2015 年から，定期的にエキスパート研修会を実施，また，認定医制度を設け，専門的な知識を持つ医師の養成を開始している．しかし，その数は不足しており，地域格差も見られている．例えば，都道府県単位，地域単位での専門診療拠点の拡充が求められる．

3.日本 GI（性別不合）学会および日本性機能学会の医師会員への全国調査（専門施設一次調査）

性別不合当事者の受診を受け入れている可能性のある日本 GI（性別不合）学会（旧，GID（性同一性障害）学会），または，日本性機能学会の会員（医師）が所属する 637 施設を対象に調査を実施したため，日本性機能学会の会員に多い泌尿器科医師の比率が高かった．また，学会会員であることから，施設としては，総合病院・大学病院の比率が高かった．総合病院・大学病院では複数名の医師がホルモン療法を担当していたが，診療所では 1 名の医師が担当している比率が高かった．このため，施設の種類ごとのデータも解析した．

ホルモン療法を実施している施設を見ると，多くの当事者を診療している施設もあったが，トランス女性，トランス男性とも，症例数の中央値は，最近の 1 年間で 3 人であり，ジェンダークリニック等の専門施設から紹介され，連携して治療している例の比率も高いと考えられた．新たに開始する人数の中央値は最近の 1 年間で 2 人であり，必ずしも多くはなかった．

トランス男性に対して，約 9 割の施設が注射剤を使用しており，ごく一部，クリーム製剤の使用も見られた．このため，多くは 1～4 週間ごとの定期的な通院が必要であった．一方，トランス女性に対しては，注射剤は約 6 割の施設であり，内服や貼付剤も約 4 割の施設で実施されてした．後者では，3

カ月ごと程度の通院が推測される.

最も多く，使用されていた製剤，用法・用量として比較的多かったのは，エナルモンデポー125～250mg，2～4 週毎，プロギノンデポー10～20mg，1～4 週毎であり，症例調査を実施する場合にはこのような薬剤の使用例を対象とすべきと考える.

ホルモン療法における薬剤，用法・用量の選択の時に参考としているのは，「紹介元からの指示」が高率であったが，「自身の経験」「本人の希望」も見られており，過量となったり，本来は必要がないトランス女性への黄体ホルモンの併用が行われていたりする原因となっている可能性がある.

参考にしているものとして，「和文雑誌の解説」は 4 人に 1 人，「海外のガイドライン」は 7 人に 1 人に留まっており，日本においてもガイドラインやマニュアルの普及が求められる．薬剤，用法・用量の選択に「困っている」「やや困っている」との回答は，「決定法」「保険適用かどうか」などが見られていた.

条件によって，保険適用でホルモン療法を実施している施設は約 5 割であり，その条件としては，「戸籍の性別変更後」との回答が高率であった．性別適合手術を実施しての戸籍の性別変更後には，新たな性別においては性ホルモンが不足している状態であり，性機能低下症などに対して，保険適用での性ホルモン療法が実施されている可能性がある.

また，二次性徴抑制療法で使用される GnRH アゴニスト製剤は高額でもあり，家庭によっては経済的な負担のため，中断せざるを得ない状況がある．トランス男性においては，思春期に，女性の月経困難症の治療として使用されている例も見られていた．月経のたびに，痛みや違和感から，自殺企図などが見られる例もあるためと考えられる.

トランス女性では，肝機能，CBC，脂質，D-dimer，血糖値などの測定が実施されていたのは約 4～5 割であり，体重，血圧などの測定も 3 割強で測定されていた．また，トランス男性では，肝機能，CBC が約 7 割と高率であったが，その他は同様であった．血液検査などをしていない施設も性ホルモンで 1～2 割，二次性徴抑制療法では 25%に見られており，啓発が必要である.

トランス女性，トランス男性ともに，血圧，体重，性別違和感などは 2～3 割，QOL，BMI，うつや不安なども 2 割強で評価されていたが，十分とは言えなかった

トランス女性へのホルモン療法の効果指標としては，「ひげや体毛」「体型の女性化」などがあるが，変化が少ないことも多く，適当な指標がないと考えられる．また，「性別違和感の軽減」「うつや不安の軽減」などの評価は重要であるが，評価している施設は多くなかった，また，「特に評価していない」施設も約 14%に見られた．トランス男性へのホルモン療法の効果指標としては，「月経停止」「体型の男性化」「ひげや体毛」などが比較的高率であった.

二次性徴抑制療法の効果指標として，性別違和感の軽減，うつや不安の軽減，生活の質（QOL）などの評価を行っている施設は少なく，尺度による評価は行われていなかった．このため，定量的な評価は困難であると考える.

【2024年度】

1. 当事者支援団体のヒアリング

現在，日本において頻用されている薬剤，特に，エナルモンデポーによる治療の現状についての意見交換では，その供給不足による当事者の困難が明らかになった．エナルモンデポーは本研究の症例登録対象とする予定であることもあり，製薬会社との面談等を行い，改善を求めるとともに，対応策についての説明を受けた.

2. 一般の産婦人科医，および，泌尿器科医への全国調査

日本産科婦人科学会の会員数は 17,637 名，日本泌尿器科学会の会員数は 9,719 名のうち，回答のあった医師は産婦人科医 370 人，213 人であり，回収率は高くなかったが，全国的に関心を持っている，関与している医師が存在していると考えられた．診療所・単科・複数科病院と総合病院・大学病院とが約 5 割ずつであり，希少な症例ではあるが.

診療所においても診療が行われていると推測された.

近年，医師国家試験にも，性同一性障害（性別不合）に関する問題が出題されるなどの状況はあるものの，医学生時代に性同一性障害（性別不合）について学習した率は低く．いずれの診療科の医師も約7割が「学習していない」と回答していた．このため，現時点では，性別不合当事者の診療，また，ホルモン療法の実施には，現役医師に向けてのガイドライン，マニュアルの作成，研修が必要であると考えられる.

「性同一性障害（性別不合）の手術療法は保険適用となった(2018年)」,「性同一性障害(性別不合)のホルモン療法は保険適用外である」ことなどは比較的知られていた．しかし，「混合診療となるため，ホルモン療法後に実施する手術療法は保険適用とならない」ことまで知っていたのは低率であった.

また，性別不合の診療ガイドライン第 5 版が，2024 年 8 月に発表されており，性別不合（性同一性障害）の診療をするのに必要な情報が盛り込まれているが，「性別不合の診療ガイドライン第5版では，ホルモン剤の用法･用量が示された(2024年)」ことを知っていた医師は少なく，さらなる啓発が必要である.

今回の対象のうち，性別不合当事者の受診があったとの回答は，両診療科とも4割強であった．産婦人科医では「トランス女性へのエストロゲン療法」31.6%,「トランス男性へのアンドロゲン療法」17.0%，また，泌尿器科医では，「トランス男性へのアンドロゲン療法」57.7%,「トランス女性へのエストロゲン療法」11.7%であり，産婦人科医がトランス女性，泌尿器科医がトランス男性のホルモン療法を担当している比率が高かった．しかし，いずれの診療科の医師もトランス女性，トランス男性の両者に対するホルモン療法を実施していることも明らかになった．このため，いずれの診療科の医師も両者の知識が必要となる．また，比較的，実施し慣れているという意味で，産婦人科医がトランス女性，泌尿器科医がトランス男性のホルモン療法を担当できるように，地域での連携も必要かもしれない.

「思春期の子どもへの二次性徴抑制療法（GnRHアナログ)」に関しては，産婦人科医では 4.1%，泌尿器科医では 1.9%が実施した経験を持っていることが明らかになった．今回，小児科医への調査は実施していないが，一定数が，一般の産婦人科医，泌尿器科医のもとで実施されていることになり，性別不合に関する専門的に知識や経験を持つ精神科医等の観察・評価が実施可能な体制であるかどうかは今後，明らかにする必要がある.

１人の医師当たりのホルモン療法の実施人数には大きな差異があり，多数例のホルモン療法を実施している医師が少数は存在するものの中央値でみると，2～3 例と少数であった．専門医療施設のジェンダークリニックの医師，日本GI(性別不合)学会の認定医など，専門的な知識のある医師のスーパーバイズ制度などの構築も必要である.

2024 年度の専門施設への一次調査では，経口のプレマリン（0.625～1.25mg/毎日）を処方しているのは 32.8%であったが，今回の一般の産婦人科医への調査では，プレマリン内服(0.625mg)が65.7%と高率であった．また，経皮製剤であるエストラーナテープ（1～2枚）は，各39.7%，72.3%であり，一般産婦人科医の方が高率に使用していた．一方，本来は，使用する必要がないプロゲスチン製剤，あるいは，LEP製剤も使用されていた.

トランス男性への性ホルモン療法に関しては，2024 年度の専門施設への一次調査では，注射製剤が9割で経皮製剤は5.9%と低率であった．しかし，今回の一般の泌尿器科医，産婦人科医への調査では，注射製剤が高率ではあったものの，経皮製剤であるグローミンが 80.0%で使用されていた．エナルモンデポーの供給量が不足してことに関連して，グローミンに変更になっている状況が推測される．今回，日本 GI（性別不合）学会に参加している当事者の会員への調査では，現時点でのグローミンの使用比率は低かったが，今後は拡大する可能性がある.

ホルモン療法の適応（治療すべきかどうか）につ

いて参考としているのは，産婦人科医，泌尿器科医ともに，「紹介元での適応判定会議での決定」が６割強と高率であった．ホルモン療法における薬剤，用法・用量の選択の時に参考としていることとしても，産婦人科医，泌尿器科医ともに，「紹介元からの指示」が７割強と高率であった．このように，約７割は専門医療施設からの紹介で実施していた．しかし，残りの約３割の医師は，自身の判断で実施していると考えられる．

ホルモン療法の保険適用に関しては，2024 年度の専門施設への一次調査では，条件によって，保険適用でホルモン療法を実施している施設は 52.7%であり，その条件としては，「戸籍の性別変更後」との回答が 76.3%と高率であった．一般の産婦人科医，泌尿器科医への今回の調査でも，条件によって，保険適用でホルモン療法を実施している医師は約５割と同等であった．しかし，その条件として，産婦人科医，泌尿器科医で，「保険証の性別変更後」各 33.3%，41.9%，「戸籍の性別変更後」との回答が 32.6%，27.4%と低率であった．「保険証の性別変更後」ではない例でも保険適用で実施している例が存在している可能性がある．2023 年 10 月，最高裁が戸籍上の性別変更に関して，性同一性障害特例法の生殖不能要件を違憲としたこともあり，現在，性別適合手術をしないで戸籍上の性別変更を行う当事者が増えており，今後の動向を注視する必要がある．

トランス女性へのホルモン療法の副作用の発見や健康管理のための評価法としては，産婦人科医は，エストロゲン製剤の副作用としての血栓症が念頭にあるためか，泌尿器科医に比較して D-dimer の測定が高率であった．

二次性徴抑制療法（トランス女性，トランス男性を含む）では，骨塩量の増加が抑制されることが懸念されている．しかし，骨塩量の測定は産婦人科医で 24.0%，泌尿器科医では 4.0%にとどまっていた．二次性徴抑制療法の開始前の測定，また，定期的な測定が必要である．

さらに，長期間の GnRH アナログ製剤の使用は，精神科医等による珍重な観察の上で，中止するか，性ホルモン療法に移行するかの判断を行うことができる体制での実施が必要である．

産婦人科医，泌尿器科医ともに，また，トランス女性，トランス男性ともに，血圧，体重，BMI などが測定されていたのは半数には届かない程度であった．また，性別違和感，QOL，うつや不安などの評価は 20～30%にとどまっていた．

ホルモン療法の効果指標として，QOL の改善，性別違和感の軽減などが使用されていたが．一部にとどまっていた．身体の変化に関しても，全例には確認しておらず，二次性徴抑制療法も含めて，「特に評価していない」との回答は比較的高率であり，有効な指標の選定とその内容の普及は急務と考える．

3. 性別不合当事者への全国調査

日本 GI（性別不合）学会の学会員で，学術講演会に参加していた性別不合当事者を対象とした調査のため，社会的な適応が比較的良い例が多い可能性があると考えられる．このため，ホルモン療法の実施例は，トランス女性」では約９割，「トランス男性」では約８割と高率であった．

トランス女性のホルモン療法の実施施設は，「産婦人科」が 42.9%，「泌尿器科」7.1%であり，今回の一般の産婦人科医，泌尿器科医への調査結果を支持するデータであった．しかし，その他，精神科，心療内科，内科なども 57.1%（複数回答のため合計は 100%を超える）であり，性ホルモン治療に慣れていない医師によっても実施されていることが推測される．また，「個人輸入」での内服によるホルモン療法も 10.7%に見られており，医療の管理下に実施されることが求められる．当事者に対しても，ホルモン療法のリスクなどの啓発，また，受診しやすい医療体制の構築も必要である．

トランス男性のホルモン療法の実施施設は，「泌尿器科」が 23.1%，「産婦人科」15.4%であり，やはり，今回の一般の産婦人科医，泌尿器科医への調査結果を支持するデータであった．その他，精神科，内科，形成外科などでの実施も 57.1%であり，「個人輸入」も 3.8%に見られた．個人輸入されている

製剤は，内服薬の可能性があり，医療管理下での実施でない場合には副作用が懸念される．

ホルモン療法への費用負担額は，トランス女性では 4,000[960-10,000] 円／月，トランス男性の費用負担額は，3,300[650-17,000] 円／月であったが，「負担を感じる」「どちらかと言えば負担を感じる」との回答が高率であった．

トランス女性への性ホルモン療法では，エストラーナテープ（1～2 枚），ル・エストロジェルが 14.3%で，トランス男性への性ホルモン療法では，エナルモンデポーが 30.8%で使用されており，必ずしも高率ではなかった．

【2025年度】

1. 産婦人科医，泌尿器科医への全国調査（一次調査）のデータに関する議論と論文発表

日本国内においては，性別不合当事者へのホルモン療法が行われているが，その実態は明らかではない．研究では，性別不合当事者の受診を受け入れている可能性のある日本 GI（性別不合）学会，および，日本性機能学会の医師会員が所属する施設を対象とした．このため，比較的，専門的な視点で性別不合の診療をしている可能性が高いと考えられる．

研究は，国内における薬剤の使用や臨床評価の指標等の実態を明らかにすることを目的として実施され，日本では初の全国調査であった．

この調査により，日本で使用されている薬剤の状況，参考にしている資料，保険適用の状況などが初めて明らかになった．この情報は，閣内最大の性別不合に関する学会である日本 GI（性別不合）学会にて報告し，また，日本GI（性別不合）学会雑誌に論文として掲載された（日本 GI（性別不合）学会雑誌 18 (1)：63-71，2025.）ことで，性別不合診療を行っている医師やその他の医療スタッフ，さらには，当事者にも公表された．今後の啓発が必要である．

2. ホルモン製剤を製造・供給している企業のヒアリング

全国調査により，明らかになったことの１つとして，ホルモン剤の供給の課題があった．企業への情報提供とヒアリングでは，改善に向けての企業努力の現状についての情報提供があり，今後の見込みが伝えられた．このことは，専門医療施設の医師を含む日本 GI（性別不合）学会の会員等への通知として情報提供がなされたため，各施設間での診療上の連携などの対応に反映されたと考える．

3. 当事者支援団体との情報交換会

産婦人科医，泌尿器科医への全国調査（一次調査）のデータから明らかになったデータであるが，ホルモン療法を受けている当事者の視点から確認することは重要であると考えられる．当事者支援団体のメンバーである性別不合当事者との情報交換会では，各種の同一の課題が共有された．

また，ホルモン剤の供給不足に伴う不安に関しても今後の見込みを情報交換することで不安の軽減につながった可能性がある．

さらに，実施中の後方視調査，前方視調査への登録者数増加に向けても，協力も依頼する機会となった．

4. 性別不合当事者におけるホルモン療法の実態調査（二次調査・後方視調査）

トランス男性におけるアンドロゲン療法に関して，一次調査において明らかになった最大シェアのエナルモンデポーを対象薬剤とした．また，トランス女性におけるエストロゲン療法に関しては，国内のシェア，副作用の観点から経口製剤ではないことなどを考慮して，エストラーナテープを対象薬剤とした．

関連施設において．診療録を後方視的に確認して症例の登録をしたが，他院で開始した後に専門医療施設を受診している例も多いことが明らかになった．このため，その施設においてホルモン療法を開始した例の登録数を増やすため，過去５年間にさかのぼって登録を依頼した．

しかし，エストラーナテープの使用例は多くなく，症例登録が困難であった．このため，エストラ

ーナテープに関しては，解析に十分な登録数とは言えなかった．

また，専門医療施設においては，血液検査が比較的多く実施されていたが，それでもホルモン療法開始前，開始後 3 か月，6 か月のデータを連結して解析できる症例は限られていた．

臨床効果についての記載はさらに限定的であり，統計学的にデータ解析が可能であった項目は多くなかった．もともとの体形などは，記述はなかったが，生物学的な特徴であったために記述がなされなかったことが推測され，男性ホルモン製剤，女性ホルモン製剤による変化も当然起こる変化としては記述されなかった可能性が高い．

このため，臨床上，漏れなく記述ができるような工夫が必要であると考える．項目ごとに評価できるような表や尺度などの作成は臨床上，有用であると考えられる．今後，前方視調査で実施されている尺度等が有用であるかどうかの検討が待たれる．

本調査では，同一症例の 3 時点での連結データの解析ではなかった項目もあったが，ある程度の傾向を見るために，変化等を表にして文章にも記述した．

このため，全ての項目で十分な解析が行われたとは言えず，後方視調査に関しても，さらに症例数を増やしての検討が必要である．

4-1. トランス男性におけるアンドロゲン療法

1)血圧

血圧は，アンドロゲン療法により，有意な血圧上昇が見られたが正常範囲内ではあり，臨床的には問題とならない可能性が高い．しかし，もともと，高血圧がある例に関しては，注意が必要であり，喫煙例や肥満例では，生活習慣の改善の指導が必要であろう．

2)血液検査

(1)全血算（CBC），凝固系

Hb や Hct は，少なくとも，アンドロゲン療法開始後 3 か月後には有意に上昇していたがほとんどは生物学的男性の正常範囲であった．しかし，中には，男性の正常範囲を超えて Hct が 50%を超える例も見られていた．

血小板数は，アンドロゲン療法の開始 12 か月後には非常に軽度ではあったが有意な低下が見られていた．

いずれも臨床的に血栓形成を疑う例は見られていなかったが，もともと，リスク因子を持っている例では，慎重な対象の選択と，使用後にも厳重な観察が必要である．

D-dimer は，血栓の予測に対する意義は大きくないことが知られているが，臨床的には測定されていた．D-dimer が正常であることが安心材料になって，禁煙やダイエットにつながらないことのないような啓発も必要かもしれない．治療例に対しても，血栓の症状の早期把握の重要性を伝える必要があると考える．

(2)脂質代謝

脂質に関しては， HDL Chol は，アンドロゲン療法の開始後 3 か月ですでに有意な低下が見られ，40mg/dL を切る例も見られていた．臨床的にも HDL Chol の低下を発見する意義は知られており，指標として有用である可能性がある．

(3)糖代謝

血糖値に関しては，アンドロゲン療法により上昇する可能性はあるが，今回の調査では明らかにならなかった．

臨床上，絶食での採血が望ましいが，困難であれば，随時血糖，HbA1c による評価を検討する必要がある．

(4)ホルモン値

トランス男性のテストステロン値測定の意義は小さいと考えられるが，PCOS 症例を発見する意味ではテストステロン値の軽度の上昇が見られている例もあるため，アンドロゲン療法前には測定の意義はあると考えられる．PCOS 症例では肥満，生活習慣病の発症を予防するという意味では．副作用回避の動機づけとなる可能性がある．

3)身体の変化

アンドロゲン療法では，月経の停止，ひげ，体毛

の増加，声の低音化，体形の男性化は高率であった．逆に，これらの変化が見られない例も少数ながら存在しており，その他の方法で支援する必要がある．

乳房については，アンドロゲン療法による変化は少なかったため乳房切除術が必要となる例が多い．乳房の観察は効果判定としては有用ではないものの．今回，バストバンドで長期に圧迫していた例の存在が明らかになったこともあり，思春期からの啓発，対応が必要である．

筋肉・筋力の状況を評価するため握力の測定等の客観的な指標が必要であるが，筋肉トレーニングをしている例も多く，アンドロゲン療法による変化を評価する指標としては有用ではないと考えられる．

皮膚の状態・にきび等の悪化に関しては高率に．また，頭髪の脱毛も一定の割合で見られており，臨床上も評価する必要があると考えられる．

4)心理状態の変化

性欲に関しては，記載はほとんど見られなかった．性欲が低下するなどの変化がなかったためとも考えられるが，ホルモン療法担当医が聴取しにくかった，あるいは，当事者が話しにくかった可能性もある．

心理状態の変化に関しても，記載例は少なかった．特に，訴えがなかったためかもしれないが，ホルモン療法の担当医が精神科医ではないこともあり，聞き取りをしていなかったことも考えられる．産婦人科医や泌尿器科医においても尺度などを使用して，心理状態などを把握する必要があると考える．特に，うつや不安に関しては，尺度の使用が有用であると考える．

5)社会的変化

社会的変化に関して，「学校や職場での変化」「家族との関係の変化」「恋愛・パートナーとの関係の変化」「当事者グループとの接点」ともに，診療録上，ほとんど記載は見られなかった．

ホルモン療法とともに起こる社会的変化は，今後は重要な視点であると考えられるため，評価法の開発が必要である．

4-2. トランス女性におけるエストロゲン療法

1)血圧

トランス女性では，エストロゲン療法を始める年齢が遅い例も多く，開始前の時点で，高血圧例が含まれていることが明らかになった．血栓症の回避のためにも，血圧の測定は重要であり，エストロゲン療法の対象の慎重な選択，もし，使用する場合も厳重な観察が必要である．また，肥満例ではダイエット，喫煙例での禁煙が重要である．

2)血液検査

(1)全血算（CBC)・凝固系

Hb は，エストロゲン療法開始後 6 か月から有意に低下していたが，生物学的女性の正常範囲の値への低下であり，臨床上は問題にならないと考えられる．

D-dimer は，エストロゲン療法の開始前に，2.5μg/mL と上昇していた例が見られていた．D-dimer は，血栓の予測に対する意義は大きくないことが知られているため，無症状の場合には判断が難しいが，症例への啓発，教育，あるいは，生活習慣の改善の動機づけにはなる可能性はある．いずれにしても，測定は補助的意味合いとなると考えられる．

(3)ホルモン値

エストロゲン投与により，プロラクチンの上昇が見られることがあるが，今回の対象の中には，エストロゲン療法開始前に高値であった例が見られていた．トランス女性では，うつの発症率も高いため抗うつ剤などの投与例も多く，その影響でプロラクチンの上昇も見られることがあるため，注意が必要である

テストステロン値は，エストロゲン療法により低下が見られており，身体の変化の点で効果が不十分と考えられる場合は，補助的に測定することは有用である可能性がある．

3)身体の変化

ペニスの勃起の抑制や乳房の増大，体形の女性

化はエストロゲン療法の開始により高率に見られていた.

一方, ひげや体毛に関しては, 脱毛をしている例も多く, 臨床的に指標としては使用困難であると考える.

筋肉・筋力の低下に関しては, 低下が見られていた. スポーツ選手や職業上, 筋力が必要な場合などは, 握力の測定など, 簡易な方法で数値化することは有用な可能性がある.

声の女性化へのエストロゲン療法の効果が少なかったため, ボイストレーニング等の支援が必要と考えられる.

4)心理状態の変化

性欲に関しては, 記載はほとんど見られなかった. 性欲が低下するなどの変化がなかったためとも考えられるが, ホルモン療法担当医が聴取しにくかった, あるいは, 当事者が話しにくかった可能性もある.

心理状態の変化に関しても, 記載例は少なかった. 特に, 訴えがなかったためかもしれないが, ホルモン療法の担当医が精神科医ではないこともあり, 聞き取りをしていなかったことも考えられる. 産婦人科医や泌尿器科医においても尺度などを使用して, 心理状態などを把握する必要があると考える. 特に, うつや不安に関しては, 尺度の使用が有用であると考える.

5)社会的変化

社会的変化に関して,「学校や職場での変化」「家族との関係の変化」「恋愛・パートナーとの関係の変化」「当事者グループとの接点」ともに, 診療録上, ほとんど記載は見られなかった.

ホルモン療法とともに起こる変化は, 今後は重要な視点であると考えられるため, 評価法の開発が必要である.

E. 結論

国内外のガイドラインや指針は専門家の経験・知見に基づいたものが大半であった. 国内の当事者からの情報では, 個人輸入も含めた様々な形態でホルモン療法が実施されていた. 国内でホルモン療法を実施している医師も治療経験は不足しており, 副作用のチェックや効果の判定も様々であることが明らかになった.

一般の産婦人科施設, 泌尿器科施設でもホルモン療法が実施されている実態が明らかになった. 多くは性別不合診療の専門医療施設からの紹介であったが, 一部には自身の施設で開始している例は存在しており, 医学的, また, 社会的な状況も理解してもらうためのガイドライン, マニュアル, 研修セミナーなどが必要と考える.

また, 性別不合当事者以外には, 日常的に性ホルモン療法を実施していない診療科でも実施されていたり, 個人輸入で実施されていたりする現状が明らかになった, 安全な形でのホルモン療法ができるように, 医師や当事者への啓発などが必要である.

現在, 目指しているホルモン療法の保険適用であるが, エストラーナテープ, エナルモンデポーの使用に関しては, 医療施設側から見ると, 比較的シェア率が高いと考えられたが, 専門医療施設で使用されていた率よりは低かった. また, 当事者側から見ると, 必ずしもシェア率が高くなく, 今後, 保険適用化がなされたとしても, その後の動向にも注目する必要がある.

本研究により, 性別不合を診療するジェンダークリニックにおけるホルモン療法の実態が明らかになった. 副作用に関する検査は比較的多く実施されていたが, 不十分な状況があること, また, 臨床的な効果に関しては, 診療録上の記載があまり行われていないことが明らかになった. さらには. ホルモン療法の担当医が精神科医ではないこともあり, 心理面の評価や社会的効果についての記述はほとんど見られなかった.

精神科医との連携も必要ではあるが, 性別不合診療に関する専門的な知識や経験を持つ精神科医が全国的に不足している状況を考慮すると, ホルモン療法の担当医が, 各種の評価を行う必要があると考えられる.

今回の研究で明らかになった血液検査上の変化, 身体上の変化, 心理面での変化, さらには, 想定さ

れる社会的な変化について，精神科医などの心理の専門家ではなくとも，評価が可能なよういなツールの選定が必要である．

Ｆ．研究発表

1.　論文発表

1. 福本晴香，田村萌衣，小島若奈，野田彩乃，中塚幹也：大学生における生理痛・月経前症候群（PMS）への対処行動の実態と意識．2026 岡山県母性衛生．(40)：19-20，2026
2. 小島若奈，福本晴香，田村萌衣，野田彩乃，中塚幹也：プレコンセプションケアの視点から見た「望ましい生活習慣」に対する大学生の意識．2026 岡山県母性衛生．(40)：21-22，2026
3. 野田彩乃，田村萌衣，福本晴香，小島若奈，中塚幹也：インターネット・SNS 上の性に関する情報への大学生の意識．2026 岡山県母性衛生．(40)：23-24，2026
4. 杉原依里香，辻田真彩，熊代瑞季，田中紫織，野間理紗子，藤原友絵，山下もも子，中塚幹也：小学生への性教育に対する養護教諭の意識と実態．2026 岡山県母性衛生．(40)：25-26，2026
5. Aoki Y, Wei X, Nakatsuka M, Otsuki J.：Tracing refractile body biogenesis in humanoocytes: the role of lysosomes and mitochondria．2026Systems Biology in Reproductive Medicine．72(1)：73-86，2026
6. 中塚幹也：今月の臨床：若年女性診療に必要な基礎知識[AYA 世代のトピック]性別不合（性別違和）．2026 臨床婦人科産科．80(1)：140-144，2026
7. 中塚幹也：特集：知っておきたい社会的ハイリスク妊婦への支援－シームレスな母子支援のあり方－「Ⅱ．各論－シームレスな母子支援のあり方－．４．産婦人科医の視点」．2026 産科と婦人科．93(2)：151-156，2026
8. 中塚幹也：特集：性に関する医療の現状と課題「性別不合に関する診断と治療のガイドラインのポイント」．2026 日本医師会雑誌．154(11)：1196-1198，2026
9. 中塚幹也：連載第 57 回：不育症の基礎知識と患者支援のポイント「不育症男性の気持ちとグリーフケア」．2026 臨床助産ケア．18(2)：67-70，2026
10. 中塚幹也，富田博秋，石井智弘：特集：性に関する医療の現状と課題【座談会】「性に関する医療における最近の話題」．2026 日本医師会雑誌．154(11)：1181-1193，2026
11. 中塚幹也：性分化疾患．私はこう治療している．今日の治療指針 2025 年度版（Volume67）．福井次矢、高木誠，小室一成編，医学書院，東京都，pp. 1315-1316，2025.
12. 中塚幹也：特集：ライフステージにおける女性医療「性の多様性と医療：LGBTQ，性別不合，性分化疾患」．Medical Science Digest．51(2)：10-13，2025.
13. 中塚幹也：インタビュー動画「心の性と体の性」「（教師用）性の多様性」．「新編　新しい技術・家庭　家庭分野」教師用デジタルブック．東京書籍株式会社，2025.
14. 中塚幹也：連載第 54 回：不育症の基礎知識と患者支援のポイント「不育症女性の視点から見たグリーフケア：部屋の課題」．2025 臨床助産ケア．17(2)：78-82，2025.
15. 早馬俊，池袋真，新井久稔，中塚幹也：特集：SOGI（性的指向・性自認）について－精神科医療従事者に理解してほしいこと－性別不合（GI）診療におけるホルモン療法の保険適用について．2025 精神治療学．40(2)：159-163，2025.
16. Yang T, Okada E, Todoroki M, Liu S, Athurupana R, Kataoka K, Kashino C, Mitsui T, Hasegawa T, Kamada Y, Masuyama H, Nakatsuka M： Vascular dysfunction in women with recurrent pregnancy loss: Possible association with antiphospholipid antibodies．Int J Gynaecol Obstet 169：206-214，2025.

17. Awai K, Nakatsuka M： Relationship between Personality Traits and Postpartum Depressive Symptoms in Women who Became Pregnant via Infertility Treatment. Acta Medica Okayama 79：109-116, 2025.
18. Tsukada YT, Nakatsuka M, et al.； Japanese Circulation Society Joint Working Group.：JCS/JCC/JACR/JATS 2024 Guideline on Cardiovascular Practice With Consideration for Diversity, Equity, and Inclusion. Circ J 89：658-739, 2025.
19. 中塚幹也：今月のテーマ妊産婦と嗜好品：妊娠中・母乳育児中の嗜好品、どう付き合う？. 2025 子育て支援者のための情報紙月刊母子保健. (792)：8-8, 2025.
20. 中塚幹也：連載第 55 回：不育症の基礎知識と患者支援のポイント「不育症女性の視点から見たグリーフケア：医療スタッフの対応」. 2025 臨床助産ケア. 17(3)：68-71, 2025.
21. 中塚幹也：特集：性別不合（性同一性障害）治療の現状「性別不合（性同一性障害）医療を取り巻く課題－ICD-11 での病名変更，診療ガイドラインの改訂，保険適用」. 2025 形成外科. 68(8)：801-809, 2025.
22. 中塚幹也：性別に違和感を持つ子どもたちへの支援. 2025 小児医療定期情報誌「そんりーさ」. (35)：2-4, 2025.
23. 中塚幹也：特集：周産期メンタルヘルスとレジリエンスの科学-予防と回復を支えるエビデンスと実践「社会的ハイリスク妊産婦を連携システムで支える」. 2025 精神医学. 67(10)：1331-1337, 2025.
24. S, Han H, Athurupana R, Yang T, Nakatsuka M：Compassion fatigue and compassion satisfaction among nurses/midwive scaring parents with pregnancy loss or infertility: a cross-sectional study. Frontiers in Public Health13：1-11, 2025.
25. 中塚幹也：生涯教育岡山県産婦人科専門医会「プレコンセプションケアの射程：子ども達は何を知っておくべきか？」. 2025 岡山県医師会報. (1656)：934, 2025.
26. Sayuri Harada, Kumie Kataoka, Nobuyuki Miyatake, Mikiya Nakatsuka：Associations of Resilience With Bonding Status After Preterm Birth. Cureus. 17(10)：1-10, 2025.
27. 中塚幹也：連載第 56 回：不育症の基礎知識と患者支援のポイント「不育症女性の視点から見た医療スタッフの対応の満足度」. 2025 臨床助産ケア. 18(1)：51-55, 2025.
28. 中塚幹也：＜学会報告＞流死産をあきらめない：不育症の治療とケアー第７回日本不育症学会学術集会を岡山で開催ー. 2025 岡山医学会雑誌. 137(3)：147-148, 2025.
29. 岩田歩子，江口珠美，横溝珠実，井上理絵，中正成美，中塚幹也：トランス男性における生殖腺摘出手術と性同一性障害特例法に対する意識. 日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌. 18(1)：43-48, 2025.
30. 樫野千明，山下もも子，岩田歩子，江口珠美，横溝珠実，新井冨士美，中塚幹也：大学生が経験した小中高校での SOGI ハラスメントの実態. 日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌. 18(1)：49-54, 2025.
31. 山下もも子，樫野千明，岩田歩子，江口珠美，横溝珠実，新井冨士美，中塚幹也：小中高校での「性の多様性」に関する教育の実施と偏見・差別感への影響. 日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌. 18(1)：55-61, 2025.
32. 井内鈴華，赤羅由衣，石原舞侑，佐田彩女，森原菜乃，山田莉央，中塚幹也：大学生におけるプレコンセプションケアに対する意識. 岡山県母性衛生. (39)：16-17, 2025.
33. 石原舞侑，赤羅由衣，井内鈴華，佐田彩女，森原菜乃，山田莉央，中塚幹也：「ライフプランから考える卵子凍結」に関する大学生の知識と意識. 岡山県母性衛生. (39)：18-19, 2025.
34. 高尾緑，杉山喜代美，片岡久美恵，久世恵美子，角南恵子，植木洋子，池田智子，神谷祐希，木村明子，秦久美子，中塚幹也：不妊専門相談セ

ンターにおけるオンライン面談の実際．岡山県母性衛生．(39)：20-21，2025.
35. 中正成美，中塚幹也：妊娠中から産後の各時期における「辛かったこと・相談の実態」と乳児全戸訪問時の産後うつ，母子のボンディングとの関連．岡山県母性衛生．(39)：31-32，2025.
36. 米原峰子，高岸純子，三苫知余，上田智郷，來住久益子，安田美砂，延原栄子，小野真喜，桑田眞美，小林智子，中塚幹也：妊娠期から子育て中の「不安」への対応 おかやま妊娠・出産サポートセンターの過去 7 年間の相談から．岡山県母性衛生．(39)：33-34，2025.
37. 赤羅由衣，井内鈴華，石原舞侑，佐田彩女，森原菜乃，山田莉央，中塚幹也：大学生における月経前症候群(PMS)の実態と意識．岡山県母性衛生．(39)：37-38，2025.
38. 佐田彩女，赤羅由衣，井内鈴華，石原舞侑，森原菜乃，山田莉央，中塚幹也：性的同意に対する大学生の意識と実態．岡山県母性衛生．(39)：39-40，2025.
39. 山田莉央，井内鈴華，石原舞侑，佐田彩女，森原菜乃，赤羅由衣，中塚幹也：トランスジェンダー(性同一性障害)当事者の性別変更に対する大学生の意識．岡山県母性衛生．(39)：41-42，2025.
40. 西田康平，樫野千明，新井富士美，江口珠美，潘新玉，中正成美，岩田歩子，井上理絵，横溝珠実，鮫島 梓，北島百合子，舛森直哉，石原理，中島彰俊，北島道夫，松尾かずな，長谷川高誠，佐々木春明，関 明穂，中塚幹也．国内における性別不合当事者へのホルモン療法の実態：薬剤の用法用量と臨床的評価：日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌．18(1)：63-71，2025.
41. 山川誌織，樫野千明，西田康平，河田明日香，佐藤芙優子，岩田歩子，江口珠美，潘新玉，中正成美，井上理絵，横溝珠実，中塚幹也：全国の産婦人科施設代表者における「LGBTQ 当事者への生殖医療」に対する意識．日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌．18(1)：87-95，2025.
42. 江口珠美，山田莉央，横溝珠実，岩田歩子，中正成美，潘新玉，井上理絵，中塚幹也：戸籍の性別変更の要件に対する大学生の意識．日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌．18(1)：113-119，2025.
43. 中正成美，河田明日香，井上理絵，山川誌織，佐藤芙優子，岩田歩子，江口珠美，潘新玉，横溝珠実，中塚幹也：LGBTQ 当事者へのライフプラン教育に対する教員の意識．日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌．18(1)：147-153，2025.
44. 中塚幹也：理事長講演　性別不合に関する診断と治療のガイドライン第５版　最近の性別不合診療を取り巻く状況とガイドライン改訂の経緯．日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌．18(1)：200，2025.
45. 樫野千明，山川誌織，西田康平，河田明日香，佐藤芙優子，岩田歩子，江口珠美，潘新玉，中正成美，井上理絵，横溝珠実，中塚幹也：「AFAB」1．全国の産婦人科施設代表者における「LGBTQ 当事者への生殖医療」に対する意識と実態．日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌．18(1)：223，2025.
46. 西田康平，樫野千明，舛森直哉，石原理，中島彰俊，北島道夫，松尾かずな，長谷川高誠，佐々木春明，関明穂，鮫島梓，北島百合子，中塚幹也：「ホルモン療法・基礎研究」3．国内における性別不合当事者へのホルモン療法の薬剤と臨床的評価方法の実態．日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌．18(1)：234，2025.
47. 岩田歩子，江口珠美，横溝珠実，井上理絵，中正成美，中塚幹也：「看護・パラメディカル」4．トランス男性における生殖腺摘出手術と性同一性障害特例法に対する意識．日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌．18(1)：243，2025.
48. 井關敦子，山田奈央，三尾亜喜代，魚住郁子，大橋一友，中塚幹也：「看護・パラメディカル」5．トランス女性の化粧（スキンケア・メイクアップ）に関する認識と，
49. 化粧教室の効果―質問紙と唾液アミラーゼによる検討―．日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌．18(1)：244，2025.
50. 中正成美，河田明日香，井上理絵，山川誌織，

佐藤芙優子，岩田歩子，江口珠美，潘新玉，横溝珠実，中塚幹也：「人文・教育」4. LGBTQ当事者へのライフプランに対する教員の意識：結婚，子どもを持つことに関して．日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌．18(1)：275，2025.

51. 江口珠美，山田莉央，横溝珠実，岩田歩子，中正成美，潘新玉，井上理絵，中塚幹也：「社会・法制度」6．トランスジェンダー（性別不合）当事者の性別変更の要件に対する大学生の意識．日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌．18(1)：289，2025.
52. 横溝珠実，山田莉央，江口珠美，岩田歩子，潘新玉，中正成美，井上理絵，中塚幹也：「社会・法制度」7．トランスジェンダー（性別不合）当事者の男女別の施設使用に対する大学生の意識．日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌．18(1)：290，2025.
53. 橋本浩平，舛森直哉．尿路上皮がん 小細胞がん，泌尿器外科 2026，39：148-153.
54. 市原浩司，舛森直哉，池田官司，久保みのり．北海道における思春期の性別不合診療の現状と課題．思春期学 2026；44：126-131.
55. Shibamori K, Hashimoto K, Okabe K, Maehana T, Shindo T, Kyoda Y, Kobayashi K, Tanaka T, Tahkahashi S, Masumori N. Absence of bladder cancer cells in surgical smoke from robot-assisted radical cystectomy: a prospective study. Front Urol 2026, 6: 1714844
56. Kitamura H, Tsukamoto T, Kakehi Y, Mizusawa J, Shibata T, Sasaki K, Tanikawa T, Hashine K, Fujimoto K, Masumori N, Kobayashi T, Habuchi T, Kimura T, Sugimoto M, Takahashi A, Adachi H, Matsui Y, Hatakeyama S, Ito A, Eto M, Nishiyama H; Urologic Oncology Study Group of the Japan Clinical Oncology Group. Active surveillance versus intravesical Bacillus Calmette-Guérin for high-grade T1 bladder cancer with negative second transurethral resection: the randomized noninferiority phase 3 JCOG1019 trial.Eur Urol. 2026: 437-445.
57. 舛森直哉．前立腺肥大症．今日の治療指針 2025．福井次矢，高木 誠，小室一成編．東京：医学書院；2025，pp.1206-1208.
58. 西田幸代，小林 皇，舛森直哉．第12肋骨と腸骨の間に距離がない．臨泌 79（4）2025増刊.
59. 舛森直哉．男性型脱毛症治療薬（5α還元酵素阻害薬)内服者への対応．日本泌尿器科学会編．前立腺がん検診ガイドライン2025年版．東京：医学図書出版；2025．pp 38-40.
60. 舛森直哉．前立腺肥大症治療薬内服者への対応．日本泌尿器科学会編．前立腺がん検診ガイドライン2025年版．東京：医学図書出版；2025．pp 41-45.
61. 舛森直哉．PSA 検診における直腸診の意義．日本泌尿器科学会編．前立腺がん検診ガイドライン2025年版．東京：医学図書出版；2025．pp 58-61.
62. 舛森直哉．前立腺肥大症に対するこれまでの手術療法の栄枯盛衰を俯瞰する．排尿障害プラクティス 2025，33：14-19.
63. 京田有樹，舛森直哉．今後登場が期待される低侵襲手術．排尿障害プラクティス 2025，33：53-57.
64. 西田幸代，澤田篤郎，木村友和，伊藤直樹，深瀧恭子，樋之津史郎，舛森直哉．腹腔鏡手術における基礎教育の簡便化・効率化を目指して―ウエブサイト手術学習教材の有用性研究．日鏡外会誌 2025，30：10-17.
65. Wanifuchi A, Muranaka I, Hashimoto K, Masumori N. Delayed formation of intercostal artery pesudoaneurysm following trocar injury in laparoscopic radical nephrectomy. Urol Case Rep 2025; 61: 103060.
66. 伊藤歌織，小林 皇，橋本浩平，萬谷和香子，岡部 洸，田端秀敏，京田有樹，田中俊明，

舛森直哉. アモキサピン出荷停止後の当科における射精障害治療の検討. 日本性機能学会雑誌 2025, 40: 271-275.

67. Shindo T, Hashimoto K, Kenuka T, Miyamoto S, Hiyama Y, Fukuta F, Kunishima Y, Okada M, Matsukawa M, Kato R, Senda M, Wanifuchi A, Sato S, Kobayashi K, Tanaka T, Masumori N. Efficacy and safety of enfortumab vedotin in older patients with metastatic urothelial carcinoma. A multicenter retrospective study. J Geriat Oncol 2025, 16: 102183.
68. Hiyama Y, Shindo T, Takahashi A, Fukuta F, Maehana T, Tachikawa K, Hashimoto K, Kobayashi K, Tanaka T, Takahashi S, Masumori N. The incidence and risk factor for febrile urinary tract infection after robot-assisted laparoscopic radical cystectomy in bladder cancer patients. J Infect Chemother 2025, 31
69. 市原浩司, 松尾かずな, 幸前 和, 萬谷和香子, 藤野景子 山名杏沙, 野藤誓亮, 舛森直哉. テストステロンによるホルモン療法がトランスジェンダー男性の下部尿路機能に及ぼす影響について. 日本GI学会雑誌 2024, 17: 69-73.
70. Abe J, Kyoda Y, Haga K, Sasao T, Nishiyama D, Nofuji S, Ichihara K, Matsuda Y, Toyota T, Ueki Y, Konta S, Nakayama S, Shibuya J, Kobayashi G, Maehana T, Nakajima Y, Masumori N. Water vapor energy therapy safely reduces urinary medication use. A multicenter retrospective real-world study in Japan (SCCOP study 24-01). Int J Urol 2025.
71. Shindo T, Ueki Y, Muranaka I, Kobayashi G, Miyamoto S, Kunishima Y, Sato S, Okada M, Kato R, Adachi H, Matsukawa M, Takayanagi A, Shibamori K, Wanifuchi A, Maehana T, Kyoda Y, Hashimoto K, Kobayashi K, Tanaka T, Masumori N. Clinical outcomes of untreated recurrence after radical surgery for upper urinary tract carcinoma: a multicenter retrospective study. Int J Urol 2025
72. Wanifuchi A, Kyoda Y, Muranaka I, Nakamura M, Fujino K, Hashimoto K, Tanaka T, Masumori N. Prevalence of discordance between patient- and physician-reported questionnaire in Japanese male: insight from a prospective observational study using the International Prostate Symptom Score. Int J Urol 2025.
73. Wanifuchi A, Tanaka T, Shindo T, Kyoda Y, Hashimoto K, Masumori N. Is there a role for music intervention in reducing anxiety and pain in males during outpatient flexible cystoscopy? A randomized controlled study. Urol Res Pract 2025; 51: 99-104.
74. Omae K, Sekido N, Haga N, Kubota Y, Saito M, Sakakibara R, Yoshida M, Mitsui T, Masumori N, Takahashi S. Unsupervised machine learning approach to interpret complex lower urinary tract symptoms and their impact on quality of life in adult women. World J Urol 2025; 43: 474.
75. Sekido N, Omae K, Haga N, KubotaY, Saito M, Ryuji Sakakibara R, Yoshida M, Mitsui T, Masumori N, Takahashi S. Impact of lower urinary tract symptoms on daily life in individuals with co-existence overactive and underactive bladder, overactive bladder, and underactive bladder. LUTS 2025
76. Okabe K, Tanaka T, Shindo T, Kyoda Y, Nishida S, Hashimoto K, Kobayashi K, Masumori N. Treatment-induced gene expression changes in metastatic renal cell carcinoma: insights from a syngeneic

mouse model. Current Oncol 2025; 32: 391.
77. Sakai Y, Shindo T, Hashimoto K, Ito N, Kobayashi G, Kato R, Miyamoto S, Okada M, Matsukawa M, Sato S, Takayanagi A, Kato S, Kunishima Y, Wanifuchi A, Horita H, Maehana T, Kyoda Y, Kobasyashi K, Tanaka T, Masumori N. The efficacy of metastasis-directed external beam radiotherapy for castration-resistant prostate cancer. A retrospective multicenter study. Curr Urol 2025.
78. Baker VL, Dyer S, Chambers GM, Keller E, Banker M, de Mouson J, Elgindy E, Bai FM, Ishihara O, Jwa SC, Kupka MS, Zegers-Hochschild F, Adamson GD. International committee for moniitoring assisted reproductive technologies (ICMART): world report for cycles conducted in 2017-2018. Hum Reprod. 2025 Jun 1;40(6):1110-1126. doi: 10.1093/humrep/deaf049.
79. Jwa SC, Maeda E, Ishihara O, Tsujimura A, Terada Y, Osuga Y. How do fertility facilities in Japan perceive disclosing institutional success rates for IVF? A nationwide survey of registered assisted reproductive technology facilities. Reprod Med Biol. 2025 Jun 12;24(1):e12653. doi: 10.1002/rmb2.12653. eCollection 2025 Jan-Dec.
80. Dyer S, Chambers GM, Jwa SC, Baker VL, Banker M, de Mouzon J, Elgindy E, Fu B, Ishihara O, Kupka MS, Zegers-Hochschild F, Adamson GD. International committee for monitoring assisted reproductive technologies world report: assisted reproductive technology, 2019. Fertil Steril. 2025 124 (4) :679-693. doi: 10.1016/j.fertnstert.2025.06.003
81. Takamura M, Ishihara O, Jwa SC, Marumo Y, Saitoh R, Uemura N, Namba A, Kajihara T, Kamei Y, Takai Y, Huang H, Hayashi N, Maruyama M, Kashiwazaki Y, de Jonge J, Budding D, Garcia-Pinete E, Macklon N. Validation in Japanese population of a microbiome predictor of IVF outcome developed in Caucasian women. ESHRE 41st Annual Meeting. Paris 2025.6.30
82. Adamson D, Zegers-Hochschild F, Dyer S, Chambers G, de Mouzon J, Ishihara O, Kupka M, Jwa SC, Baker V, Bai Fu, Elgindy E, Banker M.: ICMART preliminary world report 2021. ESHRE 41st Annual Meeting. Paris 2025.6.30
83. Ishihara O.: The Japanese Registry -For safety and quality assurance of ART- ART registers in the World. Milan 2025.9.19
84. Amabebe E, Huang Z, Jash S, Krishnan B, Cheng S, Nakashima A, Li Y, Li Z, Wang R, Menon R, Xiao Zhou X, Ping Lu K, Sharma S. Novel role of Pin1-cis P-tau-ApoE axis in the pathogenesis of preeclampsia and its connection with dementia. Biomedicines. in press
85. Yamamichi R, Nomiyama M, Arima K, Yamasaki F, Kojima K, Kitajima M. The Clinical Significance of Placental Site Nodule and Plaque in Women with Secondary Infertility Treated with Office Hysteroscopic Surgery: The Case Series of Retrospective Cohort Study. Gynecol Minim Invasive Ther. 2025 Jul 19;14(3):207-214. doi: 10.4103/gmit.GMIT-D-24-00041. eCollection 2025 Jul-Sep.
86. Kobayashi M, Asada Y, Sugishita Y, Osuka S, Kitajima M, Kawamura K, Shirasawa H, Tsuzuki T, Yamada M, Huang H, Jwa SC, Suzuki T, Kanasaki H, Kuroda K, Ono M, Katagiri Y, Noguchi H, Fukui A, Wada-Hiraike O, Masaki K, Kitahara Y, Iwase A. Cumulative ongoing pregnancy and live

birth rates after assisted reproduction among women with diminished ovarian reserve: A multi-institutional retrospective cohort study. J Obstet Gynaecol Res. 2025 Jun;51(6):e16336. doi: 10.1111/jog.16336Iwase A, Asada Y, Sugishita Y, Osuka S, Kitajima M, Kawamura K; from the subcommittee "Survey of AMH measurement in Japan" in Reproductive Endocrinology Committee, Japan Society of Obstetrics and Gynecology, 2021-2022. Anti-Müllerian hormone for screening, diagnosis, evaluation, and prediction: A systematic review and expert opinions. J Obstet Gynaecol Res. 2024 Jan;50(1):15-39. doi: 10.1111/jog.15818.

87. Yuri Hasegawa, Yuriko Kitajima, Koh Nagata, Shoko Miura, Kiyonori Miura. Prenatal Diagnosis of Unbalanced Translocation t(5;11)(q21;q22) With a Jacobsen Syndrome Clinical Phenotype. Clinical case reports 2025;13(8)
88. Matsuo Kazuna. Editorial Comment on Leadership Motivation and Role Model Influence Among Japanese Female Urologists: A Cross-Sectional Pilot Study From Over Forty Female Urologists Consortium_UROlogy. Int J Urol. 33(4), e70453, 2026.
89. 小林知子, 松尾かずな. トランスジェンダーと医療. ジェンダー研究 28, 33-41, 2026.
90. Hibino T, Kato M, Tsuzuki T, Nishikimi T, Kimura T, Komatsu T, Hattori K, Naito Y, Sano Y, Inoue S, Matsuo K, Sano T, Kimura T, Zennami K, Ishida S, Matsukawa Y, Akamatsu S. Total Positive Margin Length as a Novel Prognostic Indicator After Radical Prostatectomy. Int J Urol. 33(3), e70395, 2026.
91. Iwama Y, Sano T, Sano Y, Kimura T, Naito Y, Inoue S, Matsuo K, Ishida S, Matsukawa Y, Akamatsu S. Early Recognition of Immune-Related Hepatitis During Avelumab Maintenance Therapy for Urothelial Carcinoma. IJU CASE REPORTS, 9(2), e70150, 2026.
92. 松尾かずな, 坂元史稔, 森川真紀, 吉田美衣, 畠山未来. 性別不合へのホルモン療法の留意点　身近な遺伝性疾患を考える：家族性高コレステロール血症. 日本GI学会雑誌. 18(1), 2025.
93. Nishii Hisae, Kamikawa Hiroki, Matsukawa Yoshihisa, Ishida Shohei, Sakakibara Ayako, Akamatsu Shusuke, Katsuno Masahisa, Karube Kennosuke, Sahashi Kentaro, Naito Yushi, Miyagi Shohei, Obara Kazuki, Morimoto Ryota, Matsuo Kazuna, Inoue Satoshi. A case of severe immune-related adverse events, myocarditis with myositis, and myasthenia gravis overlap syndrome following adjuvant nivolumab administration for muscle-invasive bladder cancer. Nagoya Journal of Medical Science 87 (1), 156-162, 2025.
94. Nakamura-Utsunomiya A, Hasegawa K, Ono T, Kanno J, Shima H, Suzuki Y, Tanaka M, Ikegawa K, Amano N, Mogami Y, Yamada Y, Futagawa N, Higuchi Y, Sasaoka D, Nagamatsu F, Mori J, Kawai M, Moritake H, Nishi M, Matsuo M. Clinical characteristics and anti-ZSCAN1 antibody titer analysis in a nationwide survey of ROHHAD (-NET) syndrome. J Clin Endocrinol Metab. 2026 Mar 11: dgag109.
95. X染色体連鎖性低リン血症性くる病・骨軟化症診療ガイドライン作成委員会、X 染色体連鎖性低リン血症性くる病・骨軟化症診療ガイドライン、日本内分泌学会雑誌 101(S.GL1) 1-206, 2026年1月20日
96. 軟骨低形成症診断ガイドワーキンググループ

(磯島豪, 大薗恵一, 大幡泰久, 岡田慶太, 鬼頭浩史, 窪田拓生, 伊達木澄人, 難波範行, 西村 玄, 長谷川高誠 藤原幾磨, 松下雅樹, 道上敏美軟骨低形成症の診断ガイド. 2026 年 1 月

97. Honda M, Narumi S, Hasegawa K, Goto Y, Kawashima Y, Ohara O, Fukuzawa R, Ishii T, Hasegawa T. Coproporphyrinogen Oxidase Deficiency Causes Primary Adrenal Insufficiency and 46, XY DSD. J Clin Endocrinol Metab. 2025;111(1): e83-e91.
98. Hagiya H, Soejima Y, Tokumasu K, Hirai Y, Otsuka Y, Kawaguchi M, Fukushima S, Nakamoto K, Oguni K, Shiode Y, Uda K, Yashiro M, Hasegawa K, Iio K, Otsuka F. Mycobacterium intracellulare Infection in a Japanese Patient with Signal Transducer and Activator of Transcription-3 Gain-of-Function Syndrome: A Case Report. Intern Med. 2025 Oct 2 [Epub ahead of print]
99. Hasegawa K. Osteogenesis imperfecta: pathogenesis, classification, and treatment.Clin Pediatr Endocrinol. 2025 Jul;34(3):152-161.
100. Soejima Y, Otsuka Y, Kawaguchi M, Oguni K, Yamamoto K, Nakano Y, Yasuda M, Tokumasu K, Ueda K, Hasegawa K, Iwata N, Otsuka F. Involvement of a Novel Variant of FGFR1 Detected in an Adult Patient with Kallmann Syndrome in Regulation of Gonadal Steroidogenesis. Int J Mol Sci. 2025 Mar 18;26(6).
101. Hasegawa K, Miyake T, Kobashi M, Tetsunaga T, Ago Y, Futagawa N, Miyahara H, Higuchi Y, Morizane S, Tsukahara H. Effect of calcium supplementation on bone deformity and histopathological findings of skin papules in a pediatric patient with vitamin D-dependent rickets type 2A: A case report. Clin Pediatr Endocrinol. 2025;34(2):131-136.
102. Suzuki K, Uda K, Tsuge M, Arakawa K, Shigehara K, Obara T, Hasegawa K, Tsukahara H.Erythromelalgia presenting with posterior reversible encephalopathy syndrome: A pediatric case report. Brain and Development Case Reports. 2025;3(2): 100078
103. Umeda T, Otani Y, Fujii K, Ishida J, Hirano S, Suruga Y, Kemmotsu N, Imoto R, Kegoya Y, Mizuta R, Inoue Y, Hokama M, Makihara S, Hasegawa K, Inagaki K, Otsuka F, Yasuhara T, Tanaka S. Identification of factors related to functional prognoses in craniopharyngiomas. J Neurooncol. 2025;172(2):471-479.
104. 岡田慶太, 鬼頭浩史, 坂田亮介, 田村太資, 寺本篤史, 鳥越清之, 水野稚香, 若生政憲, 長谷川高誠, 山田崇弘, 室月 淳, 宮嵜 治, 小﨑 慶介, 尾﨑 誠, 西村 玄, 芳賀 信彦, 滝川 一晴. 2023 年版骨系統疾患国際分類の和訳. 日本整形外科学会雑誌 99 578-581 2025 年 10 月
105. 中塚幹也 : 5 章性別不合　性別不合を持つ人々が直面する困難性とその対処　小児期. 樋口進編. 講座　精神疾患の臨床８　物質使用症又は嗜癖行動症群性別不合. 東京都 : 中山書店, 564-572, 2023.
106. 中塚幹也 : ICD-11（国際疾病分類第 11 版）の理解と法整備への期待. LGBT 法連合会編. SOGI をめぐる法整備はいま-LGBTQ が直面する法的な現状と課題-. 京都市 : 株式会社かもがわ出版, 111-115, 2023.
107. 中塚幹也 : 第 5 章性の多様性「2 多様な性と医療, 健康支援」. 吉沢豊予子編. 助産師基礎教育テキスト 2024 年版. 東京都 : 日本看護協会出版会, 232-247, 2023.
108. 中塚幹也 : 2 章セクシュアル・リプロダクティブヘルスに関する概念　2 節セクシュアリテ

ィとジェンダー. 中込さと子, 小林康江, 荒木奈緒編. ナーシング・グラフィカ母性看護学①概論・リプロダクティブヘルスと看護. 大阪市：株式会社メディカ出版, 32-39, 2024.
109. 中塚幹也：3 章セクシュアル・リプロダクティブヘルスに関する統計　3 節性行動・性感染症に関する統計　1 項性行動に関する統計. 中込さと子, 小林康江, 荒木奈緒編. ナーシング・グラフィカ母性看護学①概論・リプロダクティブヘルスと看護. 大阪市：株式会社メディカ出版, 62-65, 2024.
110. 中塚幹也：6 章性・生殖に関する生理　4 節性意識の発達. 中込さと子, 小林康江, 荒木奈緒編. ナーシング・グラフィカ母性看護学①概論・リプロダクティブヘルスと看護. 大阪市：株式会社メディカ出版, 42-43, 2024.
111. 中塚幹也：6 章性・生殖に関する生理　5 節第二次性徴. 中込さと子, 小林康江, 荒木奈緒編. ナーシング・グラフィカ母性看護学①概論・リプロダクティブヘルスと看護. 大阪市：株式会社メディカ出版, 43-46, 2024.
112. 中塚幹也：6 章性・生殖に関する生理　6 節性欲・性反応. 中込さと子, 小林康江, 荒木奈緒編. ナーシング・グラフィカ母性看護学①概論・リプロダクティブヘルスと看護. 大阪市：株式会社メディカ出版, 43-46, 2024.
113. 寺内公一, 樋口毅, 小川真里子, 加藤聖子, 甲賀かをり, 武田卓, 土橋一慶, 中塚幹也, 野口靖之, 三鴨廣繁, 尾臺珠美：報告：女性ヘルスケア委員会. 日本産科婦人科学会雑誌. 75 巻 6 号：662-686, 2023.
114. Masakazu Terauchi, Tsuyoshi Higuchi, Subcommittee Chairperson: Mikiya Nakatsuka, Subcommittee members: Kiyoko Kato, Akiko Isobe, Yasuhiko Kamada, Hideya Sakakibara, Shinobu Ida, Futoshi Matsui, and Takuo Nod：Women’s Health Care Committee, Japan Society of Obstetrics and Gynecology: Annual report - 2023 SUBCOMMITTEE ON SURVEY ON THE CURRENT STATUS OF SURGERY FOR DISORDERS OF SEX DEVELOPMENT (DSDs). The Journal Obstetrics and Gynaecology Research. ：1-18, 2023.
115. 中塚幹也：「トランスジェンダーの医療に関する課題と最新情報」第 1 回 LGBTQ+, トランスジェンダー, 性別不合とは？. 三重県男女共同参画センター「フレンテみえ」Web 限定 男女共同参画ゼミ. https://www.center-mie.or.jp/frente/data/zemi/topic/138 ：, 2023.
116. 中塚幹也：「トランスジェンダーの医療に関する課題と最新情報」第 2 回性別不合の診療. 三重県男女共同参画センター「フレンテみえ」. https://www.center-mie.or.jp/frente/data/zemi/topic/138 ：, 2023.
117. 中塚幹也：「トランスジェンダーの医療に関する課題と最新情報」第 3 回トランスジェンダー当事者を取り巻く日本社会の変化. 三重県男女共同参画センター「フレンテみえ」. https://www.center-mie.or.jp/frente/data/zemi/topic/138 ：, 2023.
118. 中塚幹也：「トランスジェンダーの医療に関する課題と最新情報」第 1 回 LGBTQ+, トランスジェンダー, 性別不合とは？. 三重県男女共同参画センター「フレンテみえ」. https://www.center-mie.or.jp/frente/data/zemi/topic/138 ：, 2023.
119. 中塚幹也：保育士に知ってほしい LGBTQ＋の知識. 保育と保健. 29 巻 2 号：103-106, 2023.
120. 中塚幹也：視点：性別違和感を持つ児童生徒への対応. 東京小児科医会報. 42 巻 1 号:46-50, 2023.
121. 岩田歩子, 伏谷あすみ, 江口珠美, 樫野千明, 新井富士美, 中塚幹也：トランスジェンダー当事者の経験した性教育の実態と意識. GID（性同一性障害）学会雑誌. 16 巻 1 号:7-16, 2023.
122. 小林知子, 富永悠介, 松本裕子, 中塚幹也, 新

井富士美，長谷川高誠，松本洋輔，大島義孝，佐藤俊樹，難波祐三郎：岡山大学病院ジェンダーセンターにおける二次性徴抑制療法の臨床的検討．GID（性同一性障害）学会雑誌．16 巻 1 号：25-30，2023.

123. 樫野千明，朝日春菜，森直子，江口珠美，岩田歩子，伏谷あすみ，新井富士美，中塚幹也：LGBTQ 当事者に関連する法律や制度への大学生の意識．GID（性同一性障害）学会雑誌．16 巻 1 号：35-54，2023.

124. 江口珠美，森直子，朝日春菜，岩田歩子，伏谷あすみ，樫野千明，新井富士美，中塚幹也：スポーツ活動を行う性的マイノリティ当事者に対する．GID（性同一性障害）学会雑誌．16 巻 1 号：55-64，2023.

125. 中塚幹也：第 126 回日本小児科学会学術集会教育講演「LGBTQ/SOGI を正しく理解する：特にトランスジェンダーの子どもへの関わり方」．日本小児科学会雑誌．127 巻 2 号：132-（24），2023.

126. 中塚幹也：講演Ⅱ「LGBT 支援に関して医療の現場から学校へ伝えたいこと～文部科学省通知・教師用資料を医療の立場から読む～」．現代性教育研究ジャーナル．151 号：3-4，2023.

127. 中塚幹也：シンポジウム 2「健康保険適用後の GID 診療の現状」5．手術療法の保険適用の実現までとその後の現状．GID（性同一性障害）学会雑誌．16 巻 1 号：153-154，2023.

128. 小林知子，富永悠介，松本裕子，松本洋輔，大島義孝，佐藤俊樹，中塚幹也，新井富士美，長谷川高誠，難波祐三郎：一般演題 3「精神科・現状報告」5．岡山大学病院ジェンダーセンターにおける第二次性徴抑制療法の臨床的検討．GID(性同一性障害)学会雑誌．16 巻 1 号:175，2023.

129. 岩田歩子，伏谷あすみ，江口珠美，樫野千明，新井富士美，中塚幹也：一般演題 6「看護・教育」2．トランスジェンダー当事者の経験した性教育：その実態と意識．GID(性同一性障害)学会雑誌．16 巻 1 号：197，2023.

130. 樫野千明，朝日春菜，森直子，江口珠美，岩田歩子，伏谷あすみ，新井富士美，中塚幹也：一般演題 7「社会学・調査」3．LGBTQ 当事者に関連する法律や制度への大学生の意識．GID（性同一性障害）学会雑誌．16 巻 1 号：208，2023.

131. 江口珠美，森直子，朝日春菜，岩田歩子，伏谷あすみ，樫野千明，新井富士美，中塚幹也：一般演題 8「その他」3．トランスジェンダー当事者の競技スポーツへの参加に対する医療系大学生の意識．GID（性同一性障害）学会雑誌．16 巻 1 号：215，2023.

132. 岩田歩子，江口珠美，伏谷あすみ，中塚幹也：一般演題 8「その他」4．トランス男性のパートナーにおける性生活の実態と性的満足度．GID(性同一性障害)学会雑誌．16 巻 1 号:216，2023.

133. 中塚幹也：編集後記．GID（性同一性障害）学会雑誌．16 巻 1 号：241，2023.

134. 中塚幹也：特集：産婦人科診療ガイドライン婦人科外来編 2023 改訂のポイントー感染症・女性医学編ー「Ⅱ．女性医学 15．性別不合（性同一性障害）のホルモン療法の取り扱いは？」．産科と婦人科．91 巻 1 号：82-87，2024.

135. 中塚幹也：第 2 章各論 B 女性医学「6 性別不合/性同一性障害」．産科と婦人科．91 巻増刊号：219-224，2024.

136. Abe J, Kyoda Y, Haga K, Sasao T, Nishiyama D, Nofuji S, Ichihara K, Matsuda Y, Toyota T, Ueki Y, Konta S, Nakayama S, Shibuya J, Kobayashi G, Maehana T, Nakajima Y, Masumori N. Water vapor energy therapy safely reduces urinary medication use. A multicenter retrospective real-world study in Japan (SCCOP study 24-01). Int J Urol 2025.

137. Hiyama Y, Shindo T, Takahashi A, Fukuta F, Maehana T, Tachikawa K, Hashimoto K, Kobayashi K, Tanaka T, Takahashi S, Masumori N. The incidence and risk factor

for febrile urinary tract infection after robot-assisted laparoscopic radical cystectomy in bladder cancer patients. J Infect Chemother 2025, 31

138. Shindo T, Hashimoto K, Kenuka T, Miyamoto S, Hiyama Y, Fukuta F, Kunishima Y, Okada M, Matsukawa M, Kato R, Senda M, Wanifuchi A, Sato S, Kobayashi K, Tanaka T, Masumori N. Efficacy and safety of enfortumab vedotin in older patients with metastatic urothelial carcinoma. A multicenter retrospective study. J Geriat Oncol 2025, 16: 102183.
139. Sekido N, Haga N, Omae K, Kubota Y, Mitsui T, Masumori N, Saito M, Sakakibara R, Yoshida M, Takahashi S. Is seated voiding associated with lower urinary tract symptoms, health conditions, or marital status? Findings by age group from the 2023 Japan community health survey. Int J Urol 2024,
140. Sekido N, Omae K, Kubota Y, Mitsui T, Masumori N, Haga N, Saito M, Sakakibara R, Yoshida M, Takahashi S. Underactive bladder as defined by the International Continence Society in the 2023 Japan community health survey. Int J Urol 2024,
141. Niimi A, Akiyama Y, Yamanishi T, Furuta A, Matsuo T, Tomoe H, Kakizaki H, Matsukawa Y, Ogawa T, Mitsui T, Masumori N, Inamura S, Enomoto Y, Nomiya A, Maeda D, Igawa Y, Kume H, Homma Y. Clinical manifestations of interstitial cystitis and bladder pain syndrome: analysisi of a patient registry in Japan. Int J Urol 2024,
142. Mitsui T, Sekido N, Masumori N, Haga N, Omae K, Saito M, Kubota Y, Sakakibara R, Yoshida M, Takahashi S. Prevalence and impact on daily life of lower urinary tract symptoms in Japan: resluts of the 2023 Japan community health survey (JaCS 2023). Int J Urol 2024, 31: 747-754.
143. Fukuta F, Kitamura H, Hotta H, Itoh N, Okada M, Shindo T, Kyoda Y, Hashimoto K, Kobayashi K, Tanaka T, Masumori N. Antiemetic efficacy and safety of palonosetron on days 1 and 5 with aprepitant and dexamethasone during bleomycin, etoposide, and cisplatin chemotherapy in patients with germ cell tumor: a prpspective study. Eur J Cancer Care 2024.
144. Kobayashi K, Takahashi S, Yasuda M, Miyazaki J, Wada K, Matsumoto M, Hayami H, Yamamoto S, Kiyota H, Sato J, Matsumoto T, Hasegawa N, Kobayashi I, Masumori N, Kimura T, Yamada H, Nakagawa T, Kaneko T, Matsumoto K, Fujimura T, Kamei J, Ishikawa K, Fujimoto K, Nakai Y, Shigemura K, Sadahira T, Hinata N, Kitano H, Yamashita M, Yasufuku T, Komeda H, Hiyama Y, Takahashi Y, Kanamaru S, Murakami M, Arakawa S, Yamada D, Mita K, Hamasuna R, Tanaka K, Matsukawa M, Takaoka E, Shigeta M, Takenaka T, Nishino M, Ishitoya S, Okumura K, Ueda M. Fourth national Japanese antimicrobial susceptibility pattern surveillance program; bacterial isolates from patients complicated urinary tract infection, J Infect Chemother. 2024, 30: 579-589
145. Shindo T, Hashimoto K, Fujino K, Takahashi A, Hotta H, Maeda T, Kunishima Y, Fukuta F, Ito N, Wanifuchi A, Kato R, Okada M, Matsukawa M, Horita H, Takayanagi A, Kobayashi K, Tanaka T, Masumori N. Pre-first-line chemotherapy risk stratification for overall survival in advanced urothelial carcinoma in

sequential era. World J Urol 2024, 42:307.
146. Wada K, Tsuboi I, Takahashi S, Yasuda M, Miyazaki J, Kobayashi K, Matsumoto M, Hayami H, Yamamoto S, Kiyota H, Sato J, Matsumoto T, Hasegawa N, Kobayashi I, Masumori N, Kimura T, Yamada H, Matsumoto K, Ishikawa K, Fujimoto K, Shigemura K, Sadahira T, Ito K, Yokoyama T, Izumitani M, Sumii T, Hirosaka K, Kawahara M, Sato T, Ito S, Masue N, Sakurai T, Kokura K, Kadena H, Morikawa T, minamidate Y, Yoh M, Hashimoto J, maruyama T, Yoshida M, takashima K, Kawai S, Nishi S, Mastsumoto T, Hirayama H, Oku¥sa H, Uno S, Inoue Y, Kurimura Y, Shirane T, Takaoka E, Tojo T, Arakawa S, Hamasuna R, Tomioka A, Iihara K, Ishioya S, Maeda H, Terado M. Third nationwide surveillance of bacterial patjhogens in patients with acute uncomplicated cystitis conducted by the Japanese surveillance committee during 2020 and 2021; Antimicrobial susceptibility of Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, and Staphylococcus saprophyticus, J Infect Chemother. 2024, 30:277-285
147. Shibamori K, Kyoda Y, Shindo T, Hashimoto K, Kobayashi K, Tanaka T, Suzuki H, Masumori N. Maternal diet during gestation affect prostatic tissue component in SHR/Izm offspring. The Prostate 2024; 84: 303‐314.
148. Hiyama Y, Yamamoto S, Sato T, Ogasawara N, Masumori N, Takahashi S, Yokota S. Affinity of b-Lactam antibiotics for Neisseria gonorrhoeae oenicilli-binding rotein 2 having wild, cefixime-reduced-susceptible, and cephalosporin (ceftriaxione)-resistant penA alleles. Microbial Deug Resist 2024; 30: 141-146.
149. Shindo T, Hashimoto K, Takahashi A, Miyamoto S, Kunishima Y, Sato S, Fukuta F, Hiyama Y, Takayanagi A, Kato R, Wanifuchi A, Ueki Y, Okada M, Adachi H, Bobayashi K, Tanaka T, Masumori N. Comparison of Oncological outcomes of pembrolizumab as second-line therapy and maintenance avelumab therapy in advanced urothelial carcinoma after platinum-based chemotherapy. Anticancer Res, 2024.
150. Tanaka T, Yamasaki K, Nofuji S, Maehana T, Shindo T, Kyoda Y, Hashimoto K, Kobayashi K, Masumori N. Development and preliminary evaluation of a novel procedure for creation od an ileal conduit stroma aimed preventing parastomal hernia. Int J Urol 2024.
151. Morizane S, Nakane K, Tanaka T, Zennami K, Muraoka K, Ebara S, Miura N, Uemura K, Sobu R, Hoshi A, Taoka R, Sugimoto M, Noma H, Sunada H, Nishiyama H, Habuchi T, Ikeda I, Saika T, Makiyama K, Shiroki R, Masumori N, Koie T, Takenaka A. Comparison of perioperative outcomes and complications between intracorporeal, extracorporeal, and hybrid ileal conduit urinary deiversion during robot-assisted radical cyastectomy: a comparative propensity score -matched analysis from nationwide multi-institutional study in Japan. Int J Clin Oncol, 2023.
152. Senda M, Hashimoto K, Shindo T, Kobayashi K, Tanaka T, Masumori N. Durable response to pembrolizumab in microsatellite instability-high advanced adrenocortical carcinoma. IJU Case Report 2023, 6, 382-385.
153. Kyoda Y, Ichihara K, Muranaka I, Sakai Y, Nakamura M, Shinkai N, Kozen N, Yorozuya W, Morooka D, Maruo K, Tachikawa K,

Shibamori K, Nofuji S, Fujino K, Kato S, Yoshida T, Shindo T, Maehana T, Hashimoto K, Kobayashi K, Tanaka T, Masumori N. Efficacy of cognitive behavioral therapy using self-check sheet for patients with nocturia in real-world clinical practice. Low Urin Tract Symptoms 2023, 15, 225-230.

154. Yasuda M, Takahashi S, Miyazaki J, Wada K, Kobayashi K, Matsumoto M, Hayami H, Yamamoto S, Kiyota H, Sato J, Matsumoto T, Yotsuyanagi H, Hanaki H, Masumori N, Hiyama Y, Nishimura H, Kimura T, Yamada H, Matsumoto K, Ishikawa K, Togo Y, Tanaka K, Sadahira T, Inokuchi J, Hamasuna R, Ito K, Hirayama H, Hayashi K, Kurimura Y, Kadena H, Ito S, Shiono Y, Maruyama T, Ito M, Hatano K, Chokyu H, Ihara H, Uno S, Monden K, Yokoyama T, Kano M, Kaji S, Kawahara M, Sumii T, Tojo T, Hosobe T, Naito K, Kawai S, Nishimura H, Izumitani M, Yoh M, Matumura M, Fujita R, Takayama K, Hara M, Nishii S. The third nationwide surveillance of antimicrobial susceptibility against Neisseria gonorrhoeae from male urethritis in Japan, 2016-2017, J Infect Chemother 2023, 29, 1011-1016.

155. Okada M, Shindo T, Fujino K, Maeda T, Ito N, Takahashi A, Hotta H, Kunishima Y, Matsukawa M, Takayanagi A, Wanifuchi A, Nofuji S, Kato R, Fukuta F, Hashimoto K, Kobayashi K, Tanaka T, Masumori N. Prevention of local symptoms in muscle invasive bladder cancer patients: clinical significance of local therapy. Supportive Care in Cancer 2023, 31, 607.

156. Tabata H, Tanaka T, Shindo T, Hashimoto K, Kobayashi K, Masumori N. Urethrectomy via parapenile incision to complete robot-assisted radical cystectomy in a spine position for male patients. Int J Urol 2023, 30, 936-938.

157. Kato T, Wang C, Masumori N, Yamasaki T, Matsumoto H, Baba M, Ito K, Kimura T, Kitamura H, Takahashi M, Hongo F, Hasine K, Eto M, Ikeda JI, Nonomura N, Shinohara N. T1a Renal Cell Carcinoma With Metastasis: Japanese Society of Renal Cancer Retrospective Multi-institute Results. Anticancer Res 2023, 43, 4061-4065.

158. Wanifuchi A, Kyoda Y, Ogasawara T, Kobayashi K, Ito N, Shindo T, Takahashi A, Kunishima Y, Masumori N. Difference in symptom manifestation between postmenopausal and premenopausal women in acute uncomplicated cystitis: a multi-institutional pilot study. Curr Urol 2023, 17, 174-178.

159. Shiota M, Miyake H, Takahashi M, Oya M, Tsuchiya N, Masumori N, Matsuyama H, Obara W, Shinohara N, Fujimoto K, Nozawa M, Ohba K, Ohyama C, Hashine K, Akamatsu S, Kamba T, Mita K, Gotoh M, Tatarano S, Fujisawa M, Tomita Y, Mukai S, Ito K, Tanegashima T, Tokunaga S, Eto M. Effect of genetic polymorphisms on outcomes following nivolumab for advanced renal cell carcinoma in the SNiP-RCC trial. Cancer Immunol Immunother 2023, 72, 1903-1915.

160. Kadono Y, Konaka H, Nohara T, Izumi K, Anai S, Fujimoto K, Koguchi T, Ishibashi K, Kawai K, Iba A, Masumori N, Takahara S, Mizokami A. Efficacy and safety of first-line cytokines versus sunitinib and second-line axitinib for patients with metastatic renal cell carcinoma (ESCAPE study): a phase III, randomized, sequential open-label study. Cancers 2023, 15, 2745.

161. Masumori N, Nakatsuka M. Cardiovascular risk in transgender people with gender-affirming hormone treatment. Circ Rep 2023, 28, 105-113.
162. Nakaigawa N, Tomita Y, Tamada S, Tatsugami K, Osawa T, Oya M, Kanayama H, Miura Y, Sassa N, Nishimura K, Nozawa M, Masumori N, Miyoshi Y, Kuroda S, Kimura A. Final efficacy and safety results and biomarker analysis of a phase 2 study of cabozantinib in Japanese patients with advanced renal cell carcinoma. Int J Clin Oncol 2023, 28, 416-426.
163. Jwa SC, Takahashi H, Tamaru S, Takamura M, Namba A, Kajihara T, Ishihara O, Kamei Y; Assisted reproductive technology-associated risk factors for retained products of conception. Fertil Steril. 2024 Mar;121(3):470-479. doi: 10.1016/j.fertnstert.2023.11.028.
164. Fauser BCJM, Adamson GD, Boivin J, Chambers GM, de Geyter C, Dyer S, Inhorn MC, Schmidt L, Serour GI, Tarlatzis B, Zegers-Hochschild F; Contributors and members of the IFFS Demographics and Access to Care Review Board. Declining global fertility rates and the implications for family planning and family building: an IFFS consensus document based on a narrative review of the literature. Hum Reprod Update. 2024 Mar 1;30(2):153-173. doi: 10.1093/humupd/dmad028.
165. Jwa SC, Tamaru S, Takamura M, Namba A, Kajihara T, Ishihara O, Kamei Y. Assisted reproductive technology-assisted risk factors for placenta acreta spectrum after vaginal delivery. Sci Rep. 2024 Mar 29;14(1):7454. doi: 10.1038/s41598-024-57988-x.
166. Kupka MS, Chambers GM, Dyer S, Zegers-Hochschild F, de Mouzon J, Ishihara O, Banker M, Jwa SC, Fu B, Elgindy E, Baker V, Adamson GD: International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology world report: assisted reproductive technology, 2015 and 2016. Fertil Steril 2024 Jul 10:S0015-0282(24)00602-2. doi:10.1016/j.fertnstert.2024.07.009.
167. Mizuno Y, Tamaru S, Tochigi H, Sato T, Kishi M, Ohtake A, Ishihara O, Kajihara T: Decidualized endometrial stromal cells promote mitochondrial beta-oxidation to produce the octanoic acid required for implantation. Biomolecules 2024, 14(8)1014. doi.org/10.3390/biom14081014
168. Kawada N, Kamachi K, Tamura M, Tamura M, Kitamura R, Susaki K, Yamamoto H, Kobayashi H, Matsuoka R, Ishihara O. Impact of Rice Bran Oil Emulsified Formulation on Digestion and Glycemic Response to Japonica Rice: An In Vitro Test and a Clinical Trial in Adult Men. Foods. 2024 Aug 21;13(16):2628. doi: 10.3390/foods13162628.
169. 石原理：生殖補助医療と生命倫理　生殖補助医療(ART)胚培養の理論と実際改訂版（日本卵子学会編集)(分担執筆)pp. 24-28 近代出版, 2024
170. Jwa SC, Goto R, Maeda E, Kajihara T, Ishihara O: Model-based estimation of the health care expenditure and out-of-pocket payment for assisted reproductive technology: A retrospective linkage study using the Japanese national ART registry. J Obstet Gynecol Res 2023;1-9.doi: 10.1111/jog.15676
171. Jwa SC, Kuwahara A, Ishihara O, Fujiwara H: Impact of COVID-19 pandemic on assisted

reproductive technology treatment under voluntary lockdown in Japan. Reprod Med Biol 2023;22 e12541

172. Jwa SC, Takahashi H, Tamaru S, Takamura M, Namba A, Kajihara T, Ishihara O, Kamei Y; Assisted reproductive technology-associated risk factors for retained products of conception. Fertil Steril. 2023 Nov 28:S0015-0282(23)02024-1. doi: 10.1016/j.fertnstert.2023.11.028.

173. 石原理　生殖医療とリスクマネージメント 臨床検査 67(1):70-4, 2023

174. 石原理、前田恵理　各国の生殖医療への保険適用状況について　産婦人科の実際 72:469-473, 2023

175. 石原理　生殖補助医療への保険適用―その概要と意義　年報医事法学 38 号　p 111-7、2023

176. Yamada K, Ito M, Nunomura H, Nishigori T, Furuta A, Yoshida M, Yamaki A, Nakamura T, Iwase A, Shima T, Nakashima A. Rubicon, a Key Molecule for Oxidative Stress-Mediated DNA Damage, in Ovarian Granulosa Cells. Antioxidants (Basel). 2025 Apr 15;14(4):470.

177. Amabebe E, Huang Z, Jash S, Krishnan B, Cheng S, Nakashima A, Li Y, Li Z, Wang R, Menon R, Zhou XZ, Lu KP, Sharma S. Novel Role of Pin1-Cis P-Tau-ApoE Axis in the Pathogenesis of Preeclampsia and Its Connection with Dementia. Biomedicines. 2024 Dec 26;13(1):29.

178. Huang Z, Cheng S, Jash S, Fierce J, Agudelo A, Higashiyama T, Hanna N, Nakashima A, Saito S, Padbury J, Schuster J, Sharma S. Exploiting sweet relief for preeclampsia by targeting autophagy-lysosomal machinery and proteinopathy. xp Mol Med. 2024 May;56(5):1206-1220.

179. Tsuda S, Shichino S, Tilburgs T, Shima T, Morita K, Ushijima-Yamaki A, Roskin K, Tomura M, Sameshima A, Saito S, and Nakashima A. CD4 + T cell heterogeneity in gestational age and preeclampsia using single-cell RNA sequencing. Front Immunol. 2024 May 7;15:1401738.

180. Nakashima A, Furuta A, Yoshida-Kawaguchi M, Yamada K, Nunomura H, Morita K, Yasuda I, Yoneda S, Yamaki-Ushijima A, Shima T, Tsuda S. Immunological regulation and the role of autophagy in preeclampsia. Am J Reprod Immunol. 2024 Mar;91(3):e13835.

181. Cheng S, Huang Z, Nakashima A, Sharma S. Gestational Age-Dependent Regulation of Transthyretin in Mice during Pregnancy. Biology (Basel). 2023 Jul 26;12(8):1048.

182. Nakashima A, Furuta A, Yamada K, Yoshida-Kawaguchi M, Yamaki-Ushijima A, Yasuda I, Ito M, Yamashita S, Tsuda S, Yoneda S, Cheng S, Sharma S, Shima T. The Role of Autophagy in the Female Reproduction System: For Beginners to Experts in This Field. Biology (Basel). 2023 Feb 26;12(3):373.

183. Furuta A, Shima T, Yoshida-Kawaguchi M, Yamada K, Yasuda I, Tsuda S, Yamaki-Ushijima A, Yoneda S, Higashisaka K, Cheng SB, Matsumoto K, Tsutsumi Y, Sharma S, Saito S, Nakashima A. Chloroquine is a safe autophagy inhibitor for sustaining the expression of antioxidant enzymes in trophoblasts. J Reprod Immunol. 2023 Feb; 155: 103766.

184. Araishi K, Shima T, Yasuda I, Tsuda S, Morita K, Yamaki-Ushijima A, Nakashima A, Saito S. Dynamics of neuropilin1 (Nrp1)-positive thymus-derived and Nrp1-negative peripherally induced paternal antigen specific regulatory T cells in the uterus and spleen during pregnancy in mice. J Reprod Immunol. 2023 Feb;155:103792. Epub

2022 Dec 29.
185. Sakahashi Y, Higashisaka K, Isaka R, Izutani R, Seo J, Furuta A, Yamaki-Ushijima A, Tsujino H, Haga Y, Nakashima A, Tsutsumi Y. Silver nanoparticles suppress forskolin-induced syncytialization in BeWo cells. Nanotoxicology. 2022 Nov-Dec;16(9-10):883-894. Epub 2023 Jan 3.
186. 梶村 慈, 北島 道夫, 江石 千明, 松村 麻子, 永田 幸, 小松 菜穂子, 大橋 和明, 松本 加奈子, 原田 亜由美, 北島 百合子, 三浦 清徳. 卵巣子宮内膜症性嚢胞に対する機能温存腹腔鏡手術後の血中 AMH 値の変化に影響を与える因子の検討. 日本エンドメトリオーシス学会会誌. 45, 46-51, 2024.
187. Iwase A, Asada Y, Sugishita Y, Osuka S, Kitajima M, Kawamura K; from the subcommittee “Survey of AMH measurement in Japan” in Reproductive Endocrinology Committee, Japan Society of Obstetrics and Gynecology, 2021-2022. Anti-Müllerian hormone for screening, diagnosis, evaluation, and prediction: A systematic review and expert opinions. J Obstet Gynaecol Res. 2024 Jan;50(1):15-39. doi: 10.1111/jog.15818.
188. Kitajima M, Kajimura I, Kitajima Y, Murakami N, Matsumura A, Matsumoto K, Harada A, Hasegawa Y, Miura K. AMH producing purely cystic virilizing adult granulosa cell tumor in 17 years old girl: a case report and review of literatures. J Ovarian Res. 2023;16(1):52.
189. 原田 亜由美(長崎大学病院 産婦人科), 永田 幸, 大橋 和明, 川下 さやか, 阿部 修平, 高尾 真未, 松本 恵, 三浦 生子, 長谷川 ゆり, 北島 道夫, 岡野 慎士, 三浦 清徳. HBOC に対して RRSO 後に卵管癌 IIA 期と診断された 1 例. 長崎医学会雑誌. 98 (2) , 64-70, 2023.
190. Kamikawa H, Matsukawa Y, Nishii H, Naito Y, Obara K, Sahashi K, Morimoto R, Matsuo K, Ishida S, Inoue S, Miyagi S, Sakakibara A, Katsuno M, Karube K, Akamatsu S. A case of severe immune-related adverse events, myocarditis with myositis, and myasthenia gravis overlap syndrome following adjuvant nivolumab administration for muscle-invasive bladder cancer. Nagoya J Med Sci.2025 Feb;87(1):156-162.
191. 市原浩司,松尾かずな,幸前和,萬谷和香子,藤野景子,山名杏沙,野藤誓亮,舛森直哉.テストステロンによるホルモン療法がトランスジェンダー男性の下部尿路機能に及ぼす影響について.日本 GI（性別不合）学会雑誌.2024 Dec;17:69-73.
192. 松尾かずな,坂元史稔.加齢と Gender Affirming Hormone 療法.日本 GI（性別不合）学会雑誌.2024 Dec;17:107-113.
193. Kazuna Matsuo, Miki Kanbe, Fumitoshi Sakamoto, Yuzuru Kamei, Shusuke Akamatsu. Reconstructive surgery of difficult urethrocutaneous fistula following gender-affirming surgery. IJU CASE REPORTS.2024 Aug.
194. 松尾かずな, 遺伝性乳癌卵巣癌症候群. 臨床泌尿器科.2025 Aug;78(9):634-639.
195. 森川真紀,小島梨紗,米原優香,松尾かずな.性の多様性と遺伝カウンセリング ～東海遺伝カウンセラー研修会より～.日本遺伝カウンセリング学会誌.2024 Jun;45(1):21-29.
196. Akamatsu S, Naito Y, Nagayama J, Sano Y, Inoue S, Matsuo K, Sano T, Ishida S, Matsukawa Y, Kato M. Treatment escalation and de-escalation of de-novo metastatic castration-sensitive prostate cancer. Nagoya J Med Sci.2024 May;86(2):169-180.
197. Matsukawa Y, Majima T, Mori A, Kamizyo S, Naito Y, Matsuo K,Ishida S, Gotoh M, Akamatsu S. Novel clinical diagnostic

criteria based on noninvasive examination findings to predict the presence of urodynamic detrusor underactivity in men. Neurourol Urodyn. 2024 Mar; 43(3):703-710.
198. 松尾かずな. LGBTQ をどう理解するか. 障がい者生涯学習支援研究 2024 Mar:(8):2-8.
199. Naito Y, Kato M, Nagayama J, Sano Y, Matsuo K, Inoue S, Sano T, Ishida S, Matsukawa Y, Tsuzuki T, Akamatsu S. Recent insights on the clinical, pathological, and molecular features of intraductal carcinoma of the prostate. Int J Urol. 2024 Jan;31(1):7-16.
200. 松尾かずな. 名古屋大学における性同一性障害／性別不合ホルモン管理の工夫. GID (性同一性障害)学会雑誌. 2023 Dec;16(1):162-164.
201. Matsukawa Y, Naito Y, Ishida S, Matsuo K, Majima T, Gotoh M. Two types of detrusor underactivity in men with nonneurogenic lower urinary tract symptoms. Neurourol Urodyn. 2023 Jan;42(1):73-79.
202. Soejima Y, Otsuka Y, Kawaguchi M, Oguni K, Yamamoto K, Nakano Y, Yasuda M, Tokumasu K, Ueda K, Hasegawa K, et al. Involvement of a Novel Variant of FGFR1 Detected in an Adult Patient with Kallmann Syndrome in Regulation of Gonadal Steroidogenesis. Int J Mol Sci. 2025 Mar 18;26(6):2713.
203. Futagawa N, Hasegawa K, et al. Trabecular bone scores in children with osteogenesis imperfecta respond differently to bisphosphonate treatment depending on disease severity. Front Pediatr. 2024;12:1500023.
204. Saitou H, Kitaoka T, Kubota T, Kanno J, Mochizuki H, Michigami T, Hasegawa K, et al. Clinical outcomes and medical management of achondroplasia in Japanese children: A retrospective medical record review of clinical data. Am J Med Genet A. 2024;194(8):e63612.
205. Okada S, Suzuki E, Suzuki Y, Moriwake T, Hasegawa K, et al. Japanese siblings with multicentric osteolysis nodulosis and arthropathy. Pediatr Int. 2024;66:e15743.
206. Miyahara D, Hasegawa K, et al. Radiological characteristics of skeletal growth in neonates and infants with achondroplasia. Am J Med Genet A. 2024;194(5):e63525.
207. Fujiwara S, Harada K, Hagiya H, Koyama T, Hasegawa K, et al. Trends in childhood obesity in Japan: A nationwide observational study from 2012 to 2021. Clin Obes. 2024;14(2):e12636.
208. 長谷川高誠 特集 いまさら聞けない成長のキホン 各論鑑別すべき疾患 成長障害をきたす代謝性骨疾患:くる病 小児内科 56(11) 1667-1670 2024年11月
209. 長谷川高誠 つながる内分泌学 -古典的な内分泌学から多分野へのあらたな展開- 多臓器につながる 実は内分泌臓器だった 骨(FGF23 オステオカルシン) 小児科診療 87(10) 1411-1414 2024年10月
210. 長谷川高誠, 松本 洋輔, 中塚 幹也 【LGBTQ+の子どもたち～多様な性を知ろう～】性別違和感をもつ子どもと二次性徴抑制療法 チャイルド ヘルス 27(9) 679-682 2024年9月
211. 長谷川高誠. 特集 小児内分泌を楽しく学ぼう ガイドライン、診断・治療の手引きをどう利用するか？ 骨・カルシウム代謝疾患 小児内科 56(2) 219-222 2024年2月
212. Yamamoto K, Hasegawa K, et al. Ossification of the Posterior Longitudinal Ligament Caused by X-linked Hypophosphatemia. JMA J. 2023 6:346-347.
213. Hasegawa K, et al. Novel and recurrent COMP gene variants in five Japanese patients with pseudoachondroplasia: skeletal changes from the neonatal to

infantile periods. Clin Pediatr Endocrinol. 2023;32(4):221-227.

2. 学会発表

1. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性的マイノリティをめぐる最近の情勢. 令和 6 年度 第 3 回 岡山市 LGBTQ 支援者（アライ）の見える化のための研修. 2025/1/17～2025/1/17. 岡山市役所
2. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性的マイノリティと人権的課題. 備前人権擁護委員協議会 委員研修. 2025/2/5～2025/2/5. 和気鵜飼谷温泉多目的ホール
3. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>医学的見地から見た思春期のトランスジェンダー生徒に対する学校の対応. 筑波大学附属駒場中高等学校職員研修会. 2025/2/19～2025/2/19. 筑波大学附属駒場中高等学校（オンライン）
4. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性別適合医療とは？トランスジェンダーが受けることができる医療について知ろう. 北九州私立大学「あっ、カラフル」オンラインカフェ ミニ講義. 2025/2/20～2025/2/20. 北九州私立大学（オンライン）
5. 中塚幹也 :特別講演<特別講演>性別不合に関する診断と治療のガイドライン第 5 版最近の性別不合診療を取り巻く状況とガイドライン改訂の経緯. 日本GI(性別不合)学会. 2025/3/15～2025/3/16. お茶の水女子大学
6. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>全国の産婦人科施設代表者における「LGBTQ 当事者への生殖医療」に対する意識と実態. 日本 GI(性別不合)学会. 2025/3/15～2025/3/16. お茶の水女子大学
7. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>国内における性別不合当事者へのホルモン療法の薬剤と臨床的評価方法の実態. 日本 GI(性別不合)学会. 2025/3/15～2025/3/16. お茶の水女子大学
8. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>トランス男性における生殖腺摘出手術と性同一性障害特例法に対する意識. 日本 GI(性別不合)学会. 2025/3/15～2025/3/16. お茶の水女子大学
9. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>トランス女性の化粧（スキンケア･メイクアップ）に関する認識と, 化粧教室の効果 －質問紙と唾液アミラーゼによる検討－. 日本 GI(性別不合)学会. 2025/3/15～2025/3/16. お茶の水女子大学
10. 中塚幹也：一般演題<一般演題>LGBTQ 当事者へのライフプランに対する教員の意識：結婚, 子どもを持つことに関して. 日本 GI(性別不合)学会. 2025/3/15～2025/3/16. お茶の水女子大学
11. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>トランスジェンダー（性別不合）当事者の性別変更の要件に対する大学生の意識. 日本 GI(性別不合)学会. 2025/3/15～2025/3/16. お茶の水女子大学
12. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>トランスジェンダー（性別不合）当事者の男女別の施設使用に対する大学生の意識. 日本 GI(性別不合)学会. 2025/3/15～2025/3/16. お茶の水女子大学
13. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性別違和の身体的治療やその問題点, 家族. 日本GI(性別不合)学会 第 22 回エキスパート研修会. 2025/3/30～2025/3/30. 岡山大学医学部保健学科棟（オンライン）
14. 中塚幹也：ディスカッション<ディスカッション>性同一性障害/性別不合・トランスジェンダーを取り巻く課題「日本 GI（性別不合）学会と特例法の議論」. 第３回トランスジェンダー国会「ＧＩＤ特例法改正議論の現在」. 2025/3/31～2025/3/31. 参議院議員会館講堂
15. 中塚幹也：ディスカッション<ディスカッション>全国の産婦人科施設代表者における「LGBTQ 当事者の生殖医療」に対する意識と実態. 特定生殖補助医療法案 緊急オンラインイベント. 2025/4/9～2025/4/9. Zoom ウェビナー
16. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>全国の産婦人科施設代表者における「LGBTQ 当事者を含む人々への生殖医療とその教育」に対する意識と実態. 第 175 回 生殖医療サポーターの会 OKAYAMA 定例会. 2025/5/15～2025/5/15. 岡山大学医学

部保健学科（オンライン）

17. 中塚幹也：ワークショップ<ワークショップ>性別不合へのホルモン療法の実際と今後の課題．第121回日本精神神経学会学術総会 ワークショップ7性別不合に関する診断と治療のガイドライン」に準拠した診療～第5版の公開を経て～（性別不合に関する委員会）．2025/6/19～2025/6/21．神戸国際会議場
18. 中塚幹也：教育講演<教育講演>LGBTQ/SOGI の基礎知識：LGBTQ傷病者への対応について．岡山大学病院高度救命救急センター勉強会．2025/6/27～2025/6/27．岡山大学鹿田キャンパス　MUSCAT CUBE
19. 中塚幹也：教育講演<教育講演>自分らしく生きる：性の多様性の基礎知識．おかやま山陽高校性教育講演会．2025/7/4～2025/7/4．おかやま山陽高校
20. 中塚幹也：教育講演<教育講演>LGBTQ当事者の家族形成全国の生殖医療の現場の声から．第16回 生と死の倫理セミナー「LGBTの子どもはライフプランを立てられるのか？ 3　様々な家族からの伝言．2025/7/5～2025/7/5．岡山大学鹿田キャンパス　MUSCAT CUBE
21. 中塚幹也：教育講演<教育講演>LGBTQ/SOGI の基礎知識：教育現場でできること．令和7年度岡山市中山中学校区教職員人権教育研修会．2025/7/30～2025/7/30．岡山市立馬屋下小学校
22. 中塚幹也：教育講演<教育講演>LGBTQ＋と思春期．日本家族計画協会 思春期保健セミナーコースⅡ．2025/8/22～2025/8/22．日本家族計画協会（オンライン配信用収録）
23. 中塚幹也：教育講演<教育講演>性的マイノリティをめぐる最近の情勢．令和7年度 第1回 岡山市 LGBTQ支援者（アライ）の見える化のための研修．2025/8/28～2025/8/28．岡山市役所
24. 中塚幹也：シンポジスト<シンポジスト>シンポジウム5「性別不合～医療と教育現場からみた問題点～」トランスジェンダーの子ども：思春期の対応．第44回日本思春期学　．2025/8/30～2025/8/31．アートホテル旭川
25. 中塚幹也：教育講演<教育講演>性の多様性．岡山医療センター附属岡山看護助産学校助産学科 特別講義．2025/9/4～2025/9/4．岡山医療センター
26. 中塚幹也：教育講演<教育講演>「性と生のつながり」ライフプランとその多様性．就実高等学校　性教育．2025/9/11～2025/9/11．就実高等学校
27. 中塚幹也：一般演題<一般演題>「生殖補助医療により妊娠に至ったQT延長症候群の1例」．第77 回中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会．2025/9/13～2025/9/14．海峡メッセ下関
28. 中塚幹也：教育講演<教育講演>LGBTQ当事者が親になること．英ウィメンズクリニック・大阪信愛学院大学　生殖看護認定看護師教育・研修センター　生殖看護認定看護師教育課程 講演．2025/9/18～2025/9/18．英ウィメンズクリニック・大阪信愛学院大学　生殖看護認定看護師教育・研修センター
29. 中塚幹也：教育講演<教育講演>性の多様性：1人ひとりの生き方が尊重される社会．岡山県立岡山操山中学校 健康教育講演会．2025/9/26～2025/9/26．岡山県立岡山操山中学校
30. 中塚幹也：教育講演<教育講演> 教育講演「LGBTQ当事者と生殖医療による家族形成」．第44回日本性科学会．2025/10/4～2025/10/5．海峡メッセ下関
31. 中塚幹也：一般演題<一般演題>不育症カップルが求めるピアサポートの会へのニーズ．第66回日本母性衛生学会総会・学術集会．2025/10/10～2025/10/11．京王プラザホテル
32. 中塚幹也：一般演題<一般演題>全国の産婦人科施設代表者における「LGBTQ 当事者への生殖医療」に対する意識と実態．第66回日本母性衛生学会総会・学術集会．2025/10/10～2025/10/11．京王プラザホテル

33. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>トランスジェンダー当事者が戸籍の性別を変更する要件に対する大学生の意識. 第 66 回日本母性衛生学会総会・学術集会. 2025/10/10～2025/10/11. 京王プラザホテル
34. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>トランスジェンダー当事者の男女別施設使用に対する大学生の意識. 第 66 回日本母性衛生学会総会・学術集会. 2025/10/10～2025/10/11. 京王プラザホテル
35. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>LGBTQ 当事者のライフプランに対する教員の意識 :進学・就活への支援. 第 66 回日本母性衛生学会総会・学術集会. 2025/10/10～2025/10/11. 京王プラザホテル
36. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>LGBTQ 当事者へのライフプラン教育に対する教員の意識 :結婚, 子どもを持つこと. 第 66 回日本母性衛生学会総会・学術集会. 2025/10/10～2025/10/11. 京王プラザホテル
37. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>性的同意に対する大学生の意識と実態. 第 66 回日本母性衛生学会総会・学術集会. 2025/10/10～2025/10/11. 京王プラザホテル
38. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性別違和の身体的治療やその問題点, 家族. 日本 GI(性別不合)学会 第 22 回エキスパート研修会. 2025/10/13～2025/10/13. 岡山大学医学部保健学科棟（オンライン）
39. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性と生のつながり. 沖縄県 進学エンカレッジ推進事業係る模擬講義 (1) . 2025/10/15～2025/10/15. 岡山大学医学部臨床講義棟
40. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性の多様性について考える. 沖縄県 進学エンカレッジ推進事業係る模擬講義（２）. 2025/10/15～2025/10/15. 岡山大学医学部臨床講義棟
41. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性別違和感を持つ子ども達二次性徴抑制療法をめぐって. 第 3 回 岡山リアルプラットフォーム連絡会第 16 回 日本女医会 若者の性の健康支援ネットワークゆいネット岡山協議会. 2025/10/19～2025/10/19. 岡山中央病院
42. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>性自認が男性であるトランスジェンダーとそのパートナーの結婚における障壁. 第 84 回日本公衆衛生学会. 2025/10/29～2025/10/31. グランシップ(静岡県コンベンションアーツセンター)
43. 中塚幹也 : 教育講演<教育講演>教育講演 9「性別不合への集学的対応」. 第 40 回日本女性医学学会学術集会. 2025/11/1～2025/11/2. ホテルイースト 21 東京
44. 中塚幹也 : 教育講演<教育講演>LGBTQ/SOGI の基礎知識 :性の多様性の支援. 2025 年度長野県助産師支援研修会事業（県委託事業）オンライン研修. 2025/11/7～2025/11/7. 長野県看護協会（オンライン）
45. 中塚幹也 : 教育講演<教育講演>ＬＧＢＴＱ/ＳＯＧＩの基礎知識と子どもへの対応. 相模原市教育センター 中堅養護教諭資質等向上研修講座. 2025/11/14～2025/11/14. 相模原市教育センター（オンライン）
46. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>インターネット・SNS 上の性に関する情報への大学生の意識. 第 42 回岡山県母性衛生学会総会並びに学術集会. 2025/11/15～2025/11/15. 岡山コンベンションセンター303 会議室
47. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>小学生への性教育に対する養護教諭の意識と実態. 第 43 回岡山県母性衛生学会総会並びに学術集会. 2025/11/15～2025/11/15. 岡山コンベンションセンター304 会議室
48. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>プレコンセプションケア子ども達は何を知っておくべき？. 岡山 SRH 研究会 学生部セミナー. 2025/11/26～2025/11/26. ウイメンズクリニックかみむら（オンライン）
49. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性的マイノリティをめぐる最近の情勢. 令和 7 年度 第 2 回 岡山市 LGBTQ 支援者（アライ）の見える化のため

の研修. 2025/11/27～2025/11/27. 岡山市役所

50. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>トランスジェンダー当事者と競技スポーツ. JOC 性別をめぐる人権問題に取り組むタスクフォース. 2025/11/28～2025/11/28. JOC(オンライン)
51. 中塚幹也：教育講演<教育講演>LGBTQ に関する基礎知識：最新の話題提供. Pharma for Pride 4 社合同勉強会. 2025/12/4～2025/12/4. オンライン
52. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性教育で何を話すのか？包括的性教育とプレコンセプションケア. 「妊娠中からの母子支援」即戦力育成プログラム 24　第 25 日「「性教育」を創る」. 2025/12/11～2025/12/11. 岡山大学医学部保健学科
53. 中塚幹也：教育講演<教育講演>LGBTQ/SOGI の基礎知識：社会・大学・医療の課題. 香川大学医学部 医療プロフェショナリズムの実践Ⅰ. 2025/12/18～2025/12/18. 香川大学医学部
54. 北島道夫：「健康リスクから考える不妊治療前後のフォローアップ :子宮内膜症」, 第 77 回日本産科婦人科学会学術講演会　生涯研修プログラム 10, 2025 年 5 月 25 日, 会期 2025 年 5 月 23-25 日
55. 北島道夫：「子宮内膜症治療における手術療法と薬物療法の最適なバランス」, 第 9 回日本子宮鏡研究会学術講演会　スポンサードセミナー, 2026 年 2 月 15 日, 会期 2026 年 2 月 15-16 日
56. 北島道夫、有馬　薫、西山加代子、本多明日美、山道里佳、秀島未紗子、佐護　中、小島加代子、野見山真理：「当科でのがん患者等に対する妊孕性温存の現況」, 第 16 回日本がん・生殖医療学会学術集会, 2026 年 2 月 21 日, 会期 2026 年 2 月 21-22 日
57. 中塚幹也 :<講演>. 性別違和の身体的治療やその問題点, 家族. GID（性同一性障害）学会 第 18 回エキスパート研修会. 令和 5 年 4 月 9 日～令和 5 年 4 月 9 日. オンライン
58. 中塚幹也 :<講演>. LGBTQ/SOGI を正しく理解する :特にトランスジェンダーの子どもへの関わり方. 第 126 回日本小児科学会学術集会 教育講演 3. 令和 5 年 4 月 13 日～令和 5 年 4 月 13 日. グランドプリンスホテル高輪
59. 中塚幹也：<講演>. ＬＧＢＴＱへの理解と支援. 日本学校教育相談学会愛知支部記念講演. 令和 5 年 5 月 14 日～令和 5 年 5 月 14 日. 愛知県産業労働センター「ウインクあいち」
60. 中塚幹也 :<講演>. トランスジェンダーの子どもたちに向き合う. 奈良県立教育研究所 管理職「人権教育」研修講座. 令和 5 年 5 月 18 日～令和 5 年 5 月 18 日. いかるがホール
61. 中塚幹也 :<講演>.「生殖医療と生命倫理」. 山陽伊学園大学 助産学専攻科 特別講義. 令和 5 年 5 月 31 日～令和 5 年 5 月 31 日. 山陽伊学園大学
62. 中塚幹也 :<講演>. 自分らしく生きる：性の多様性に関する基礎知識. 早島町立早島中学校総合「先人から学び未来に発信～人権メガネをかけて地域課題を発見～」. 令和 5 年 6 月 9 日～令和 5 年 6 月 9 日. 早島町立早島中学校
63. 中塚幹也 :<講演>. トランスジェンダーの子ども :医療機関や学校での対応　～小児に関わるすべての人へ正しい知識を身につけませんか？～. 日本外来小児科学会 医学生・研修医ネットワークこどもどこオンラインセミナー. 令和 5 年 7 月 2 日～令和 5 年 7 月 2 日. オンライン
64. 中塚幹也 :<講演>. 性と生のつながり. 赤磐市立吉井中学校 性教育講演会. 令和 5 年 7 月 6 日～令和 5 年 7 月 6 日. 赤磐市立吉井中学校
65. 中塚幹也 :<講演>. 性別変更要件の課題と提言：ICD-11 を踏まえて. 第 14 回 生と死の倫理セミナー「LGBT の子どもはライフプランを立てられるのか？LGBTQ と法律」. 令和 5 年 7 月 8 日～令和 5 年 7 月 8 日. オンライン
66. 池袋真, 水野克己, 田中未央里, 神谷太郎, 白土なほ子, 関沢明彦, 中塚幹也 :<一般演題>. トランスジェンダー女性の授乳誘発. 第 59 回日本周産期・新生児医学会. 令和 5 年 7 月 9 日～

令和5年7月11日．名古屋国際会議場

67. 中塚幹也：〈講演〉．自分らしく生きるために知っておくべき性の多様性に関する基礎知識．岡山県立倉敷中央高等学校人権教育講演会．令和5年7月13日～令和5年7月13日．オンライン

68. 中塚幹也：〈講演〉．LGBTQ+とメンタルヘルス：トランスジェンダー当事者を中心に．第20回日本うつ病学会 教育講演4．令和5年7月21日～令和5年7月22日．仙台国際センター

69. 中塚幹也：〈講演〉．性の多様性とSOGIハラスメントについて：学校園における指導・支援の在り方とは．岡山大学教育学部附属学校園 教職員人権研修会．令和5年7月21日～令和5年7月22日．岡山大学教育学部附属中学校

70. 中塚幹也：〈講演〉．LGBTQ/SOGIの基礎知識：学校でできること．岐阜県教育委員会 生き合いセミナー．令和5年7月27日～令和5年7月27日．オンライン

71. 岩田歩子，中塚幹也：〈一般演題〉．トランス男性とパートナーにおける性生活・性的満足度の実態．第51回日本女性心身医学会・第36回日本女性心身医学会研修会．令和5年7月29日～令和5年7月30日．岡山国際交流センター

72. 中塚幹也：〈講演〉．性的マイノリティを取り巻く社会的課題．備前市人権教育セミナー．令和5年8月2日～令和5年8月2日．備前市市民センター

73. 中塚幹也：〈講演〉．LGBT支援に関して医療の現場から学校へ伝えたいこと：文部科学省通知・教師用資料を医療の立場から読む．第51回全国性教育研究大会 熊本大会，第21回九州ブロック性教育研究大会第25回熊本県性教育研究大会．令和5年8月4日～令和5年8月5日．熊本市民会館シアーズホーム夢ホール

74. 中塚幹也：〈講演〉．「生殖医療と生命倫理」．県立広島大学 助産学専攻科 特別講義．令和5年8月9日～令和5年8月9日．オンライン

75. 中塚幹也：〈講演〉．トランスジェンダー当事者の家族形成：性同一性障害特例法の壁．第10回釧路生命倫理フォーラム．令和5年8月11日～令和5年8月12日．オンライン

76. 中塚幹也：〈講演〉．「性的マイノリティをめぐる最近の情勢」．令和5年度 第1回 岡山市LGBTQ支援者（アライ）の見える化のための研修．令和5年8月24日～令和5年8月24日．岡山市役所

77. 中塚幹也：〈講演〉．「性の多様性」．岡山医療センター附属岡山看護助産学校助産学科 特別講義．令和5年9月7日～令和5年9月7日．オンライン

78. 中塚幹也：〈講演〉．性の多様性と子どもたち：私らしさと，やさしさと．日本幼少児健康教育学会 第42回秋季大会 特別講演Ⅱ．令和5年9月9日～令和5年9月10日．安田女子大学1号館

79. 中塚幹也：〈講演〉．LGBTQ/SOGIの基礎知識：誰もが働きやすい環境を目指して．岡山産業保健総合支援センター 産業保健研修会 ．令和5年9月13日～令和5年9月13日．オンライン

80. 中塚幹也：〈講演〉．LGBTQについて理解を深める．岡山理科大学LGBTQ/SOGI研修会．令和5年9月14日～令和5年9月14日．岡山理科大学

81. 中塚幹也：〈講演〉．性と生のつながり．朝日塾中等教育学校 高等部 性教育講演会．令和5年9月19日～令和5年9月19日．朝日塾中等教育学校

82. 中塚幹也：〈講演〉．性と生のつながり．就実高校 性教育 性教育講演会．令和5年9月28日～令和5年9月28日．就実高校

83. 中塚幹也：〈講演〉．性の多様性を理解する．岡山県立岡山操山中学校 健康教育講演会．令和5年9月29日～令和5年9月29日．岡山県立岡山操山中学校

84. 岩田歩子，中塚幹也：〈一般演題〉．トランス男性とパートナーにおける性行動の実態．第42回日本性科学会．令和5年10月1日～令和5年10月1日．横浜商工会議所 横浜シンポジア

85. 中塚幹也：〈講演〉．性別違和の身体的治療やその問題点，家族．GID（性同一性障害）学会 第19回エキスパート研修会．令和5年10月8日～令和5年10月8日．オンライン
86. 中塚幹也：〈講演〉．性と生のつながり．沖縄県進学エンカレッジ推進事業係る模擬講義（1）．令和5年10月12日～令和5年10月12日．岡山大学医学部臨床講義棟
87. 中塚幹也：〈講演〉．性の多様性について考える．沖縄県 進学エンカレッジ推進事業係る模擬講義（2）．令和5年10月12日～令和5年10月12日．岡山大学医学部臨床講義棟
88. 江口珠美，岩田歩子，河田明日香，山川誌織，佐藤芙優子，難波玲奈，田中映里，小野裕香，木岡未奈美，横溝珠実，中塚幹也：〈一般演題〉．性的マイノリティ当事者のスポーツ活動に対する医療系大学生の意識．第64回日本母性衛生学会．令和5年10月13日～令和5年10月14日．大阪国際会議場
89. 岩田歩子，江口珠美，河田明日香，山川誌織，佐藤芙優子，難波玲奈，田中映里，小野裕香，木岡未奈美，横溝珠実，中塚幹也：〈一般演題〉．大学生におけるLGBTQ関連法成立や制度改善への意識．第64回日本母性衛生学会．令和5年10月13日～令和5年10月14日．大阪国際会議場
90. 小野恵，江口珠美，岩田歩子，河田明日香，山川誌織，佐藤芙優子，難波玲奈，田中映里，小野裕香，木岡未奈美，横溝珠実，中塚幹也：〈一般演題〉．大学生におけるLGBTQ関連法の成立や制度の改善への意識．第64回日本母性衛生学会．令和5年10月13日～令和5年10月14日．大阪国際会議場
91. 伏谷あすみ，岡田慧美，鎌田紗歩，田端李帆，轟真歩，中塚幹也：〈一般演題〉．性教育に対するトランスジェンダー(性別不合)当事者の意識と実態．第64回日本母性衛生学会．令和5年10月13日～令和5年10月14日．大阪国際会議場
92. 井關敦子，南田智子，大橋一友，中塚幹也：〈一般演題〉．トランス男性（FtM）が治療前に感じていた妊娠，出産，育児の中での思い．第64回日本母性衛生学会．令和5年10月13日～令和5年10月14日．大阪国際会議場
93. 中塚幹也：〈講演〉．性と生のつながり．岡山市岡山後楽館高等学校 性教育講演会．令和5年10月18日～令和5年10月18日．岡山市岡山後楽館高等学校
94. 中塚幹也：〈講演〉．LGBTQ/SOGIの基礎知識と学校での対応．井原市人権教育協議会 人権教育講演会．令和5年10月23日～令和5年10月23日．井原市 ふれあいセンター
95. 中塚幹也：〈講演〉．性と生のつながり．県立倉敷古城池高等学校 性教育講演会．令和5年10月27日～令和5年10月27日．県立倉敷古城池高等学校
96. 中塚幹也：〈講演〉．LGBTQ/SOGIの基礎知識と子どもへの対応．相模原市教育センター 中堅養護教諭資質等向上研修講座．令和5年11月1日～令和5年11月1日．オンライン
97. 中塚幹也：〈講演〉．LGBTQ/SOGIの基礎知識と学校での対応．佐賀県 性に関する健康教育指導者研修会．令和5年11月14日～令和5年11月14日．佐賀県立男女共同参画センター・佐賀県立生涯学習センター（アバンセ）
98. 中塚幹也：〈講演〉．性と生のつながり．岡山県立鴨方高校 性教育講演会．令和5年11月15日～令和5年11月15日．岡山県立鴨方高校
99. 中塚幹也：〈講演〉．「性的マイノリティをめぐる最近の情勢」．令和5年度 第2回 岡山市LGBTQ支援者（アライ）の見える化のための研修．令和5年11月16日～令和5年11月16日．岡山市役所
100. 中塚幹也：〈講演〉．性の多様性を考えるLGBTQ/SOGIの基礎知識：性の多様性を取り巻く種々の課題．児島公民館「人権教育講演会」心豊かに生きるための教養講座．令和5年11月16日～令和5年11月16日．児島公民館
101. 中塚幹也：〈講演〉．性の多様性：1人ひとりの生き方が尊重される社会．倉敷天城中学校 健

康教育講演会. 令和 5 年 11 月 17 日～令和 5 年 11 月 17 日. 倉敷天城中学校

102. 山下もも子, 岡香里, 辻田真彩, 野間理紗子, 浜本玲奈, 山崎萌依, 中塚幹也 :〈一般演題〉. 大学生が受けた「性の多様性に関する教育」の実態と意識. 第 38 回岡山県母性衛生学会. 令和 5 年 11 月 18 日～令和 5 年 11 月 18 日. 川崎医科大学現代医学教育博物館

103. 中塚幹也 :〈講演〉.「生殖医療と生命倫理」. 岡山医療専門職大学 特別講義. 令和 5 年 11 月 22 日～令和 5 年 11 月 22 日. 岡山医療専門職大学

104. 中塚幹也 :〈講演〉. LGBT 当事者の家族形成と生殖医療. 第 42 回茨城生殖医学懇話会. 令和 5 年 11 月 26 日～令和 5 年 11 月 26 日. ホテルレイクビュー水戸

105. 中塚幹也 :〈講演〉. LGBTQ : トランスジェンダーとルッキズム. 岡山 SRH 研究会特別セミナー「ルッキズムと LGBTQ に焦点を当てたセミナー」. 令和 5 年 11 月 29 日～令和 5 年 11 月 29 日. オンライン

106. 中塚幹也 :〈講演〉. LGBTQ/SOGI の基礎知識と誰もが働きやすい環境を目指して. 知る・学ぶから始めるジェンダーアイデンティティ

107. 「トランスアライになろうガイドブック」公開記念イベント. 令和 5 年 11 月 30 日～令和 5 年 11 月 30 日. オンライン

108. 中塚幹也 :〈講演〉. 性の多様性 : 1 人ひとりの生き方が尊重される社会. 倉敷市立倉敷第一中学校 健康教育講演会. 令和 5 年 12 月 1 日～令和 5 年 12 月 1 日. 倉敷市立倉敷第一中学校

109. 中塚幹也 :〈講演〉. 自分らしく生きる :個「性」ってなんだろう？. 総社市立常盤小学校 教育講演会 . 令和 5 年 12 月 6 日～令和 5 年 12 月 6 日. 総社市立常盤小学校

110. 中塚幹也 :〈講演〉. 自分らしく生きる : 性の多様性に関する基礎知識. 玉野市立八浜中学校 人権研修会. 令和 5 年 12 月 8 日～令和 5 年 12 月 8 日. 玉野市立八浜中学校

111. 中塚幹也 :〈講演〉. LGBTQ について～産婦人科医から見た LGBT 理解増進法, 性同一性障害特例法, 生殖医療民法特例法等～. 日本産科婦人科学会 第 3 回加藤理事長によるメディア向け勉強会. 令和 5 年 12 月 13 日～令和 5 年 12 月 13 日. 日本産科婦人科学会事務局会議室

112. 中塚幹也 :〈講演〉. LGBTQ/SOGI の基礎知識 : 社会・大学・医療の課題. 香川大学医学部 医療プロフェショナリズムの実践Ⅰ. 令和 5 年 12 月 13 日～令和 5 年 12 月 13 日. 香川大学医学部

113. 中塚幹也 :〈講演〉. LGBTQ/SOGI の基礎知識 : 性の多様性を取り巻く種々の課題. 厚生労働省 GID 勉強会. 令和 5 年 12 月 21 日～令和 5 年 12 月 21 日. オンライン

114. 中塚幹也 :〈講演〉.「性的マイノリティをめぐる最近の情勢」. 令和 5 年度 第 3 回 岡山市 LGBTQ 支援者（アライ）の見える化のための研修. 令和 6 年 1 月 17 日～令和 6 年 1 月 17 日. 岡山市役所

115. 中塚幹也 :〈講演〉. LGBTQ/SOGI の基礎知識と学校での対応. 岡山県立勝山高校 人権・特別支援教育講演会. 令和 6 年 1 月 18 日～令和 6 年 1 月 18 日. 岡山県立勝山高校

116. 中塚幹也 :〈講演〉. 今, 知っておきたい LGBTQ/SOGI に関する基礎知識. 岡山県人権啓発研修会. 令和 6 年 1 月 19 日～令和 6 年 1 月 19 日. ピュアリティまきび

117. 中塚幹也 :〈講演〉. 医療スタッフが知っておくべき LGBTQ/SOGI の基礎知識. 岡山市立市民病院 職員研修会. 令和 6 年 2 月 7 日～令和 6 年 2 月 7 日. 岡山市民病院

118. 中塚幹也 :〈講演〉. トランスジェンダー当事者と健診・献血. 日本赤十字社血液事業部本部 令和５年度第３回健診業務検討会. 令和 6 年 2 月 7 日～令和 6 年 2 月 7 日. 日本赤十字社本社血液事業本部

119. 中塚幹也 :〈講演〉. LGBTQ ってなに？自分らしく生きるとは. 乃木教育会講演会. 令和 6 年 2 月 17 日～令和 6 年 2 月 17 日. 松江市乃木公民館

120. 中塚幹也 :〈講演〉. LGBTQ・SOGI の基礎知識と

大学での支援.中国学園大学・中国短期大学FD・SD研修会. 令和6年2月29日～令和6年2月29日. 中国学園大学

121. 中塚幹也:〈講演〉. 性別不合医療:トランスジェンダーが受けることができる医療について知ろう. 北九州私立大学「あっ, カラフル」オンラインカフェ. 令和6年3月14日～令和6年3月14日. 北九州私立大学

122. 江口珠美, 木岡未奈美, 横溝珠実, 岩田歩子, 樫野千明, 大島義孝, 松本洋輔, 新井冨士美, 佐藤俊樹, 中塚幹也:〈一般演題〉. トランスジェンダー当事者の職場におけるSOGI ハラスメントとメンタルヘルスの状況. GID(性同一性障害)学会 第25回 研究大会・総会. 令和6年3月16日～令和6年3月17日. 沖縄県看護研修センター(沖縄県看護協会)

123. 横溝珠実, 木岡未奈美, 江口珠美, 岩田歩子, 樫野千明, 大島義孝, 松本洋輔, 新井冨士美, 佐藤俊樹, 中塚幹也:〈一般演題〉. トランスジェンダー当事者の就職活動時の課題. GID(性同一性障害)学会 第25回 研究大会・総会. 令和6年3月16日～令和6年3月17日. 沖縄県看護研修センター(沖縄県看護協会)

124. 池袋真, 関口由紀, 笹岡愛加, 小野寺真奈美, 村田佳菜子, 中村綾子, 槍澤ゆかり, 小川真里子, 中塚幹也:〈一般演題〉. トランスジェンダー女性の乳汁分泌の誘発と直接授乳. GID(性同一性障害)学会 第25回 研究大会・総会. 令和6年3月16日～令和6年3月17日. 沖縄県看護研修センター(沖縄県看護協会)

125. 井關敦子, 大橋一友, 中塚幹也:〈一般演題〉. 婚姻歴をもつトランス女性(MtF)の治療開始の契機ならびに治療に伴う体験と思い. GID(性同一性障害)学会 第25回 研究大会・総会. 令和6年3月16日～令和6年3月17日. 沖縄県看護研修センター(沖縄県看護協会)

126. 平城諒子, 大宮朋子, 山海知子, 福澤利江子, 中塚幹也:〈一般演題〉. 日本における成人のトランスジェンダー当事者が直面した健康診断の際のポジティブ・ネガティブな経験. GID(性同一性障害)学会 第25回 研究大会・総会. 令和6年3月16日～令和6年3月17日. 沖縄県看護研修センター(沖縄県看護協会)

127. 岩田歩子, 中塚幹也:〈一般演題〉. トランス男性とパートナーにおける結婚・子どもを持つことへの意識. GID(性同一性障害)学会 第25回 研究大会・総会. 令和6年3月16日～令和6年3月17日. 沖縄県看護研修センター(沖縄県看護協会)

128. 小林知子, 富永悠介, 森分貴俊, 松本裕子, 新井富士美, 大島義孝, 松本洋輔, 佐藤　俊樹, 中塚幹也, 荒木元朗:〈一般演題〉. 岡山大学病院ジェンダーセンターにおける二次性徴抑制療法の臨床的検討(続報). GID(性同一性障害)学会 第25回 研究大会・総会. 令和6年3月16日～令和6年3月17日. 沖縄県看護研修センター(沖縄県看護協会)

129. 兼城一媛乃, 富永悠介, 小林知子, 森分貴俊, 松本裕子, 難波祐三郎, 松本洋輔, 中塚幹也, 荒木元朗:〈一般演題〉. 医学生ジェンダー・セクシュアリティ意識調査.GID(性同一性障害)学会 第25回 研究大会・総会. 令和6年3月16日～令和6年3月17日. 沖縄県看護研修センター(沖縄県看護協会)

130. 樫野千明, 山下もも子, 岩田歩子, 江口珠美, 横溝珠実, 新井冨士美, 中塚幹也:〈一般演題〉. 学校での『性の多様性』に関する教育の実態と意識. GID(性同一性障害)学会 第25回 研究大会・総会. 令和6年3月16日～令和6年3月17日. 沖縄県看護研修センター(沖縄県看護協会)

131. 中塚幹也:〈講演〉. トランスジェンダーと就労の課題. 2023年度全国公衆衛生関連学協会連絡協議会学術集会. 令和6年3月16日～令和6年3月17日. 国立研究開発法人 国立国際医療研究センター 国際医療協力局 グローバルヘルス政策研究センター 会議室

132. 中塚幹也:〈講演〉. LGBTQ当事者とリプロダクティブ・ヘルス／ライツ. 法律時報 2024年4月号特集 公開シンポジウム「リプロダクティ

ブ・ヘルス/ライツの多角的検討」. 令和 6 年 3 月 28 日～令和 6 年 3 月 28 日. TKP ガーデンシティ御茶ノ水

133. 舛森直哉. GID(性同一性障害)の診断と治療. 第 88 回日本泌尿器科学会卒後教育プログラム 2023.10.6, 札幌.

134. 池田詩子, 遠藤俊明, 市原浩司, 池田官司, 馬場剛, 舛森直哉. 個人輸入した Androcur 内服中に血清エストラジオールが異常高値を示した 1 症例. 第 25 回 GID 学会. 2024.3.17, 沖縄.

135. 市原浩司, 幸前和, 萬谷和香子, 山名杏沙, 松尾かずな, 舛森直哉. テストステロンによるホルモン療法がトランスジェンダー男性の下部尿路機能に及ぼす影響について. 第 25 回 GID 学会. 2024.3.17, 沖縄.

136. 舛森直哉. カタチを創る、ハタラキを残す～性別適合手術について.会長講演, 第 20 回泌尿器科再建再生研究会, 2023.6.3, 札幌.

137. 舛森直哉. GID (性同一性障害)の診断と治療, 第88回日本泌尿器科学会東部総会, 2023.10.8, (卒後教育プログラム), 札幌.

138. 舛森直哉. 性別不合 (gender incongruence, GI)の診断と治療のこれまでとこれから (教育講演 1), 第 34 回日本性機能学会学術総会, 2024.9.14, 東京.

139. 舛森直哉. 札幌医大附属病院 GID クリニックの 20 年の歴史 (市民公開講座), 第 43 回日本性学会科学術集会, 2024.9.14, 札幌.

140. 舛森直哉. 性同一性障害/性別不合診療の現状と問題点. 常盤病院院内講演会, 2024.12.2, いわき

141. Adamson D, Zegers-Hochschild F, Dyer S, Chambers G, de Mouzon J, Ishihara O, Kupka M, Jwa SC, Baker V, Bai Fu, Elgindy E, Banker M.: ICMSRT preliminary world report 2020. ESHRE 40th Annual Meeting. Amsterdam 2024.7.9

142. Ishihara.O: ART registry in Japan-An essential step for safety and quality assurance-. Symposium Reproductive Governance and Societal Impacts of ART. 83rd Japan Society of Public Health. Sapporo 2024.10.29

143. 石原理　卵巣刺激の歴史と FSH の糖鎖構造 第 65 回日本卵子学会（神戸）アフタヌーンセミナー　2024.5.19

144. 石原理　生殖年齢女性の栄養遺伝学　第 626 回松山産婦人科医会例会（Ｗｅｂ）2024.5.29

145. 石原理　生殖医療 :日本と世界の現況　国立社会保障・人口問題研究所 GHG 厚労科研研究会（東京）2024.10.8

146. Adamson D, Zegers-Hochschild F, Dyer S, Chambers G, de Mouzon J, Ishihara O, Kupka M, Jwa SC, Baker V, Bai Fu, Elgindy E, Banker M: ICMART preliminary world report 2019.ESHRE 39th Annual Meeting. Copenhagen 2023.6.27

147. 石原理　世界の動向から見たわが国の生殖医療のこれから　川越クリニカルカンファレンス（川越）2023.2.3

148. 石原理　世界と日本の生殖医療の現状　日本不妊カウンセリング学会第 50 回不妊カウンセラー養成講座（東京）2023.4.15

149. 石原理　提供精子を利用する治療の海外諸国における事情　自由民主党国会議員勉強会（東京）2023.6.13

150. 石原理　生殖医療と家族のかたち　北海道大学公衆衛生学教室特別セミナー（札幌）2023.8.28

151. 石原理　生殖医療の現在 2023.11　第 26 回福島リプロダクション研究会（福島）2023.11.25

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

特になし

図表

【2023 年度】

表１．トランス女性への性ホルモン療法

	全体 (n=58)	病院 (n=23)	診療所 (n=35)
エストロゲン製剤（注射製剤）			
プロギノンデポー	55.2%	47.8%	60.0%
(10～20mg/1～4 週毎)	(32/58)	(11/23)	(21/35)
ペラニンデポー	6.9%	0%	11.4%
(10～20mg/1～3 週毎)	(4/58)	(0/23)	(4/35)
プロゲスチン製剤（注射製剤）			
プロゲストンデポー	3.4%	0%	5.7%
(125mg/2～4 週毎)	(2/58)	(0/23)	(2/35)
エストロゲン製剤（経皮製剤）			
エストラーナテープ	39.7%	39.1%	40.0%
(1～2 枚/1～4 日/4～24 週毎)	(23/58)	(9/23)	(14/35)
ディビゲル	10.3%	13.0%	8.6%
(1～2mg/1 日毎/2～24 週毎)	(6/58)	(3/23)	(3/35)
エストロジェル	12.1%	8.7%	14.3%
(1～4 プッシュ/4～12 週毎)	(7/58)	(2/23)	(5/35)
エストロゲン製剤（内服）			
プレマリン	32.8%	34.8%	31.4%
(0.625～1.25mg/毎日)	(19/58)	(8/23)	(11/35)
エストラジオール	1.7%	0%	2.9%
(1mg/4 週毎)	(1/58)	(0/23)	(1/35)
ジュリナ	3.4%	4.3%	2.9%
(0.5～1.0mg/毎日/12 週毎)	(2/58)	(1/23)	(1/35)
プロセキソール	3.4%	4.3%	2.9%
(0.5mg/毎日)	(2/58)	(1/23)	(1/35)
プロゲスチン製剤（内服）			
エフメノ	3.4%	0%	5.7%
(100mg/毎日/4 週毎)	(2/58)	(0/23)	(2/35)
プロベラ	3.4%	4.3%	2.9%
(2.5～5mg/毎日/2～4 週毎)	(2/58)	(1/23)	(1/35)
セラゼッタ（ミニピル）	1.7%	0%	2.9%
(毎日/4 週毎)	(1/58)	(0/23)	(1/35)
LEP 製剤			
ドロエチ（ヤーズ）	1.7%	0%	2.9%
(1Tab/毎日)	(1/58)	(0/23)	(1/35)
無回答	31.0% (18/58)	34.8% (8/23)	28.6% (10/35)

表 2. トランス女性への二次性徴抑制療法(n=8)

	全体 (n=8)	病院 (n=1)	診療所 (n=7)
注射			
リューブリン	37.5%	0%	42.9%
(1.88～3.75mg/4～5 週毎)	(3/8)	(0/1)	(3/7)
リューブリン Pro	12.5%	0%	14.3%
(22.5mg/24 週毎)	(1/8)	(0/1)	(1/7)
1/2 プレロリン	12.5%	0%	14.3%
(3.75mg/4～5 週毎)	(1/8)	(0/1)	(1/7)
点鼻			
スプレキュア	25.0%	0%	28.6%
(3 回/日)	(2/8)	(0/1)	(2/7)
無回答	37.5% (3/8)	100% (1/1)	28.6% (2/7)

表 3. トランス男性への性ホルモン療法

	全体 (n=101)	病院 (n=37)	診療所 (n=64)
男性ホルモン（注射）			
エナルモンデポー	76.2%	70.3%	79.7%
(125～250mg/2～12 週毎)	(77/101)	(26/37)	(51/64)
テスチノンデポー	13.9%	10.8%	15.6%
(125～250mg/2～5 週毎)	(14/101)	(4/37)	(10/64)
テストステロン	2.0%	2.7%	1.6%
(250mg/3～4 週)	(2/101)	(1/37)	(1/64)
ネビド	5.9%	0%	9.4%
(1000mg/10～24 週毎)	(6/101)	(0/37)	(6/64)
男性ホルモン（クリーム）			
グローミン	5.9%	8.1%	4.7%
(1～3cm/毎日)	(6/101)	(3/37)	(3/64)
無回答	9.9% (10/101)	16.2% (6/37)	6.3% (4/64)

表 4. トランス男性への二次性徴抑制療法(n=13)

	全体 (n=13)	病院 (n=4)	診療所 (n=9)
リュープリン	15.4% (2/13)	25.0% (1/4)	11.1% (1/9)
1/2 プレロリン	7.7% (1/13)	0% (0/4)	11.1% (1/9)
スプレキュア	30.8% (4/13)	25.0% (1/4)	33.3% (3/9)
ナサニール	7.7% (1/13)	25.0% (1/4)	0% (0/9)
ジェノゲスト	7.7% (1/13)	0% (0/4)	11.1% (1/9)
無回答	61.5% (8/13)	75.0% (3/4)	55.6% (5/9)

表 5．薬剤，用法・用量の選択法

	全体 (n=112)	性ホルモン療法 トランス女性 (n=58)	性ホルモン療法 トランス男性 (n=101)	二次性徴抑制 療法 (n=16)
紹介元からの指示	58.9% (66/112)	60.3% (35/58)	62.4% (63/101)	50.0% (8/16)
海外のガイドライン	13.4% (15/112)	22.4% (13/58)	14.9% (15/101)	18.8% (3/16)
和文雑誌の解説	25.0% (28/112)	34.5% (20/58)	24.8% (25/101)	31.3% (5/16)
自身の経験	40.2% (45/112)	48.3% (28/58)	42.6% (43/101)	56.3% (9/16)
本人の希望	30.4% (34/112)	31.0% (18/58)	31.7% (32/101)	31.3% (5/16)
その他	3.6% (4/112)	0% (0/58)	3.0% (3/101)	0% (0/16)
無回答	9.8% (11/112)	5.2% (3/58)	5.9% (6/101)	0% (0/16)

表 6．薬剤，用法・用量の選択に困っているか

	全体 (n=112)	性ホルモン療法 トランス女性 (n=58)	性ホルモン療法 トランス男性 (n=101)	二次性徴抑制 療法 (n=16)
薬剤や用法・用量の決定について困っているか				
困っている	3.6% (4/112)	1.7% (1/58)	4.0% (4/101)	6.3% (1/16)
やや困っている	9.8% (11/112)	13.8% (8/58)	10.9% (11/101)	18.8% (3/16)
あまり困っていない	42.0% (47/112)	48.3% (28/58)	42.6% (43/101)	31.3% (5/16)
困っていない	30.4% (34/112)	25.9% (15/58)	31.7% (32/101)	43.8% (7/16)
無回答	14.3% (16/112)	10.3% (6/58)	10.9% (11/101)	0% (0/16)
費用・保険適用かどうか等のことで困っているか				
困っている	11.6% (13/112)	12.1% (7/58)	12.9% (13/101)	18.8% (3/16)
やや困っている	20.5% (23/112)	27.6% (16/58)	22.8% (23/101)	25.0% (4/16)
あまり困っていない	30.4% (34/112)	32.8% (19/58)	29.7% (30/101)	31.3% (5/16)
困っていない	25.0% (28/112)	19.0% (11/58)	25.7% (26/101)	18.8% (3/16)
無回答	12.5% (14/112)	8.6% (5/58)	8.9% (9/101)	6.3% (1/16)

表 7. ホルモン療法の保険適用

	全体 (n=112)	性ホルモン療法 トランス女性 (n=58)	性ホルモン療法 トランス男性 (n=101)
費用負担			
すべて自費	34.8% (39/112)	41.4% (24/58)	36.6% (37/101)
全て保険適用	9.8% (11/112)	5.2% (3/58)	9.9% (10/101)
両方の場合がある	42.9% (48/112)	46.6% (27/58)	44.6% (45/101)
無回答	12.5% (14/112)	6.9% (4/58)	8.9% (9/101)
保険適用とする条件			
保険適用のことはない	1.7% (1/59)	3.3% (1/30)	0% (0/55)
戸籍の性別変更後	76.3% (45/59)	73.3% (22/30)	74.5% (41/55)
保険証の性別変更後	42.4% (25/59)	53.3% (16/30)	43.6% (24/55)
自身の経験で決定	3.4% (2/59)	0% (0/30)	3.6% (2/55)
本人の希望	3.4% (2/59)	3.3% (1/30)	3.6% (2/55)
中枢性思春期早発症として治療	0% (0/59)	0% (0/30)	0% (0/55)
その他	8.5% (5/59)	6.7% (2/30)	9.1% (5/55)
無回答	3.4% (2/59)	3.3% (1/30)	3.6% (2/55)

表 8. ホルモン療法の副作用の発見や健康管理のための評価法（血液検査など）

	性ホルモン療法 トランス女性 (n=58)	性ホルモン療法 トランス男性 (n=101)	二次性徴抑制療法 (n=16)
ホルモン療法の副作用の発見や健康管理のための評価法			
なし	17.2% (10/58)	10.9% (11/101)	25.0% (4/16)
CBC	50.0% (29/58)	67.3% (68/101)	31.3% (5/16)
肝機能	55.2% (32/58)	68.3% (69/101)	37.5% (6/16)
D-dimer	36.2% (21/58)	15.8% (16/101)	6.3% (1/16)
血糖値	36.2% (21/58)	31.7% (32/101)	6.3% (1/16)
HbA1c	19.0% (11/58)	15.8% (16/101)	0% (0/16)
脂質	41.4% (24/58)	43.6% (44/101)	12.5% (2/16)
プロラクチン	20.7% (12/58)	15.8% (16/101)	0% (0/16)
甲状腺機能	15.5% (9/58)	6.9% (7/101)	0% (0/16)
その他	3.4% (2/58)	11.9% (12/101)	0% (0/16)
無回答	27.6% (16/58)	16.8% (17/101)	37.5% (6/16)
ホルモン療法の前後で測定，検査しているもの			
なし	0% (0/32)	0% (0/73)	0% (0/6)
CBC	40.6% (13/32)	27.4% (20/73)	33.3% (2/6)
肝機能	40.6% (13/32)	26.0% (19/73)	33.3% (2/6)
D-dimer	28.1% (9/32)	5.5% (4/73)	0% (0/6)
血糖値	21.9% (7/32)	11.0% (8/73)	16.7% (1/6)
HbA1c	15.6% (5/32)	5.5% (4/73)	0% (0/6)
脂質	31.3% (10/32)	17.8% (13/73)	33.3% (2/6)
プロラクチン	12.5% (4/32)	6.8% (5/73)	0% (0/6)
甲状腺機能	9.4% (3/32)	4.1% (3/73)	0% (0/6)
その他	6.3% (2/32)	2.7% (2/73)	0% (0/6)
無回答	59.4% (19/32)	72.6% (53/73)	66.7% (4/6)

表 9．ホルモン療法の副作用の発見や健康管理のための評価法（計測や心理テスト・尺度など）

	性ホルモン療法 トランス女性 (n=58)	性ホルモン療法 トランス男性 (n=101)	二次性徴抑制療法 (n=16)
なし	22.4% (13/58)	34.7% (35/101)	37.5% (6/16)
血圧	34.5% (20/58)	31.7% (32/101)	18.8% (3/16)
体重	31.0% (18/58)	24.8% (25/101)	12.5% (2/16)
身長	17.2% (10/58)	14.9% (15/101)	12.5% (2/16)
BMI	24.1% (14/58)	16.8% (17/101)	6.3% (1/16)
体脂肪率	10.3% (6/58)	7.9% (8/101)	0% (0/16)
骨塩量	15.5% (9/58)	10.9% (11/101)	0% (0/16)
筋力	5.2% (3/58)	6.9% (7/101)	0% (0/16)
うつや不安	24.1% (14/58)	24.8% (25/101)	18.8% (3/16)
QOL	27.6% (16/58)	23.8% (24/101)	25.0% (4/16)
性別違和感	31.0% (18/58)	24.8% (25/101)	18.8% (3/16)
その他	1.7% (1/58)	3.0% (3/101)	0% (0/16)
無回答	27.6% (16/58)	18.8% (19/101)	37.5% (6/16)
ホルモン療法の前後で計測，実施しているもの			
血圧	24.1% (7/29)	25.5% (12/47)	25.0% (1/4)
体重	17.2% (5/29)	21.3% (10/47)	0% (0/4)
身長	6.9% (2/29)	10.6% (5/47)	25.0% (1/4)
BMI	13.8% (4/29)	14.9% (7/47)	0% (0/4)
体脂肪率	6.9% (2/29)	6.4% (3/47)	0% (0/4)
骨塩量	6.9% (2/29)	6.4% (3/47)	0% (0/4)
筋力	0% (0/29)	2.1% (1/47)	0% (0/4)
うつや不安	6.9% (2/29)	6.4% (3/47)	25.0% (1/4)
QOL	10.3% (3/29)	8.5% (4/47)	25.0% (1/4)
性別違和感	10.3% (3/29)	8.5% (4/47)	25.0% (1/4)
その他	0% (0/29)	2.1% (1/47)	0% (0/4)
無回答	75.9% (22/29)	74.5% (35/47)	75.0% (3/4)

表 10. トランス女性への性ホルモン療法の効果指標

	トランス女性 (n=58)
特に見ていない	13.8% (8/58)
体型の女性化	43.1% (25/58)
勃起の減少	25.9% (15/58)
声の変化	20.7% (12/58)
ひげや体毛の減少	24.1% (14/58)
性別違和感の軽減	39.7% (23/58)
うつや不安の軽減	22.4% (13/58)
生活の質（QOL）	32.8% (19/58)
性ホルモン値	37.9% (22/58)
その他	1.7% (1/58)
無回答	37.9% (22/58)
このうち，測定，尺度・スコアを使用しているもの	
体型の女性化	3.6% (1/28)
勃起の減少	0% (0/28)
声の変化	0% (0/28)
ひげや体毛の減少	0% (0/28)
性別違和感の軽減	0% (0/28)
うつや不安の軽減	3.6% (1/28)
生活の質（QOL）	3.6% (1/28)
性ホルモン値	17.9% (5/28)
その他	0% (0/28)
無回答	82.1% (23/28)

表 11. トランス男性への性ホルモン療法の効果指標

	トランス男性 (n=101)
特に見ていない	12.9% (13/101)
体型の男性化	41.6% (42/101)
月経の停止	49.5% (50/101)
声の変化	8.9% (9/101)
ひげや体毛の増加	38.6% (39/101)
性別違和感の軽減	42.6% (43/101)
うつや不安の軽減	29.7% (30/101)
生活の質（QOL）	43.6% (44/101)
性ホルモン値	32.7% (33/101)
その他	5.0% (5/101)
無回答	13.9% (14/101)
このうち，測定，尺度・スコアを使用しているもの	
体型の男性化	5.4% (0/74)
月経の停止	4.1% (0/74)
声の変化	1.4% (0/74)
ひげや体毛の減少	1.4% (0/74)
性別違和感の軽減	1.4% (0/74)
うつや不安の軽減	1.4% (0/74)
生活の質（QOL）	1.4% (0/74)
性ホルモン値	13.5% (0/74)
その他	1.4% (0/74)
無回答	81.1% (0/74)

表 12. 思春期の二次抑制療法の効果指標（トランス女性・男性とも）

	二次性徴抑制療法（n=16）
特に見ていない	6.3% (1/16)
二次性徴の抑制	50.0% (8/16)
性別違和感の軽減	25.0% (4/16)
うつや不安の軽減	31.2% (5/16)
生活の質（QOL）	18.7% (3/16)
性ホルモン値	25.0% (4/16)
その他	0% (0/16)
無回答	31.2% (5/16)
このうち，測定，尺度・スコアを使用しているもの	
二次性徴の抑制	0% (0/10)
性別違和感の軽減	0% (0/10)
うつや不安の軽減	0% (0/10)
生活の質（QOL）	0% (0/10)

【2024 年度】

表　産-1．ホルモン療法の実施状況

	全体 （n=370）	病院 （n=202）	診療所 （n=166）
ホルモン療法は実施していない	65.1% （241/370）	72.8%（147/202）	56.0%（93/166）
ホルモン療法を実施している	34.9% （129/370）	27.2%（55/202）	44.0%（73/166）
トランス女性	88.4% （114/129）	74.5%（41/55）	98.6%（72/73）
トランス男性	49.6%（64/129）	49.1%（27/55）	49.3%（36/73）
二次性徴抑制療法	19.4%（25/129）	18.2%（10/55）	20.5%（15/73）

表　産-2．トランス女性への性ホルモン療法（実施している医師のみ：**n=114**）

	全体 （n=114）	病院 （n=41）	診療所 （n=72）
経　口			
使用している	58.8%（67/114）	61.0%（25/41）	56.9%（41/72）
使用していない	41.2%（47/114）	39.0%（16/41）	43.1%（31/72）
筋　注			
使用している	61.4%（70/114）	41.5%（17/41）	72.2%（52/72）
使用していない	38.6%（44/114）	58.5%（24/41）	27.8%（20/72）
経　皮			
使用している	41.2%（47/114）	41.5%（17/41）	41.7%（30/72）
使用していない	58.8%（67/114）	58.5%（24/41）	58.3%（42/72）

表　産-3．トランス男性への性ホルモン療法（実施している医師のみ：**n=64**）

	全体 （n=64）	病院 （n=27）	診療所 （n=36）
経　口			
使用している	6.3%（4/64）	3.7%（1/27）	8.3%（3/36）
使用していない	93.8%（60/64）	96.3%（26/27）	91.7%（33/36）
筋　注			
使用している	84.4%（54/64）	81.5%（22/27）	86.1%（31/36）
使用していない	15.6%（10/64）	18.5%（5/27）	13.9%（5/36）
経　皮			
使用している	7.8%（5/64）	7.4%（2/27）	8.3%（3/36）
使用していない	92.2%（59/64）	92.6%（25/27）	91.7%（33/36）

表　産-4. トランス女性への性ホルモン療法

	全体 （n=114）	病院 （n=41）	診療所 （n=72）
経口			
使用している（再掲）	58.8%（67/114）	61.0%（25/41）	56.9%（41/72）
エストロゲン製剤			
プレマリン（0.625mg）	65.7%（44/67）	52.0%（13/25）	73.2%（30/41）
プレマリン（1.25mg）	26.9%（18/67）	32.0%（8/25）	24.4%（10/41）
ジュリナ（0.5mg）	11.9%（8/67）	12.0%（3/25）	12.2%（5/41）
ジュリナ（1.0mg）	13.4%（9/67）	20.0%（5/25）	9.8%（4/41）
プロセキソール（0.5mg）	0%（0/67）	0%（0/25）	0%（0/41）
エストラジオール（1mg）	13.4%（9/67）	4.0%（1/25）	19.5%（8/41）
プロゲスチン製剤			
エフメノ（100mg）	3.0%（2/67）	4.0%（1/25）	2.4%（1/41）
プロベラ（2.5mg）	9.0%（6/67）	8.0%（2/25）	9.8%（4/41）
プロベラ（5mg）	7.5%（5/67）	12.0%（3/25）	4.9%（2/41）
デュファストン（5 ㎎）	1.5%（1/67）	4.0%（1/25）	0%（0/41）
ルトラール	1.5%（1/67）	0%（0/25）	2.4%（1/41）
LEP 製剤			
	1.5%（1/67）	4.0%（1/25）	0%（0/41）
使用していない	1.5%（1/67）	4.0%（1/25）	0%（0/25）
無回答	0%（0/67）	0%（0/25）	0%（0/41）
筋肉注射			
使用している（再掲）	61.4%（70/114）	41.5%（17/41）	72.2%（52/72）
エストロゲン製剤（注射製剤）			
プロギノンデポー（10mg）	68.6%（48/70）	64.7%（11/17）	71.2%（37/52）
プロギノンデポー（20mg）	18.6%（13/70）	11.8%（2/17）	19.2%（10/52）
ペラニンデポー（10mg）	20.0%（14/70）	11.8%（2/17）	23.1%（12/52）
ペラニンデポー（20mg）	8.6%（6/70）	11.8%（2/17）	7.7%（4/52）
プロゲスチン製剤（注射製剤）			
プロゲストンデポー（125mg）	4.3%（3/70）	11.8%（2/17）	1.9%（1/52）
使用していない	0%（0/70）	0%（0/17）	0%（0/52）
無回答	1.4%（1/70）	5.9%（1/17）	0%（0/52）
経皮			
使用している（再掲）	41.2%（47/114）	41.5%（17/41）	41.7%（30/72）
エストロゲン製剤（経皮製剤）			
エストラーナテープ（1～2 枚）	72.3%（34/47）	70.6%（12/17）	73.3%（22/30）
エストロジェル（1～4 プッシュ）	46.8%（22/47）	41.2%（7/17）	50.0%（15/30）
ディビゲル（1mg）	27.7%（13/47）	47.1%（8/17）	16.7%（5/30）
使用していない	2.1%（1/47）	0%（0/17）	3.3%（1/30）
無回答	0%（0/47）	0%（0/17）	0%（0/30）

表　産-5. トランス女性への二次性徴抑制療法（n=17）

	全体 （n=17）	病院 （n=5）	診療所 （n=12）
注射			
リュープリン（1.88mg）	35.3%（6/17）	60.0%（3/5）	25.0%（3/12）
リュープリン（3.75mg）	5.9%（1/17）	20.0%（1/5）	0%（0/12）
リューブリン Pro（22.5mg）	5.9%（1/17）	0%（0/5）	8.3%（1/12）
使用していない	52.9%（9/17）	20.0%（1/5）	66.7%（8/12）
無回答	0%（0/17）	0%（0/5）	0%（0/12）

表　産-6. トランス男性への性ホルモン療法

	全体 （n=64）	病院 （n=27）	診療所 （n=36）
経口			
使用している（再掲）	6.3%（4/64）	3.7%（1/27）	8.3%（3/36）
内服			
ノアルテン	25.0%（1/4）	0%（0/1）	33.3%（1/3）
LEP 製剤			
ジエノゲスト（1mg）	75.0%（3/4）	100%（1/1）	66.7%（2/3）
ヤーズフレックス	25.0%（1/4）	100%（1/1）	0%（0/3）
使用していない	0%（0/4）	0%（0/1）	0%（0/3）
無回答	0%（0/4）	0%（0/1）	0%（0/3）
筋肉注射			
使用している（再掲）	84.4%（54/64）	81.5%（22/27）	86.1%（31/36）
男性ホルモン（注射）			
エナルモンデポー（125mg）	51.9%（28/54）	63.6%（14/22）	45.2%（14/31）
エナルモンデポー（250mg）	44.4%（24/54）	31.8%（7/22）	51.6%（16/31）
テスチノンデポー（125mg）	9.3%（5/54）	4.5%（1/22）	12.9%（4/31）
テスチノンデポー（250mg）	16.7%（9/54）	9.1%（2/22）	22.6%（7/31）
ネビド（1000mg）	9.3%（5/54）	9.1%（2/22）	9.7%（3/31）
テストステロン（250mg）	3.7%（2/54）	4.5%（1/22）	3.2%（1/31）
リアンドロン	1.9%（1/54）	0%（0/22）	3.2%（1/31）
リュープロレリン酢酸塩	1.9%（1/54）	0%（0/22）	3.2%（1/31）
使用していない	1.9%（1/54）	0%（0/22）	3.2%（1/31）
無回答	0%（0/54）	0%（0/22）	0%（0/31）
経皮			
使用している（再掲）	7.8%（5/64）	7.4%（2/27）	8.3%（3/36）
男性ホルモン（クリーム）			
グローミン（1～3cm）	80.0%（4/5）	50.0%（1/2）	100%（3/3）
1UP フォーミュラ（1FTU）	20.0%（1/5）	0%（0/2）	33.3%（1/3）
使用していない	20.0%（1/5）	50.0%（1/2）	0%（0/3）
無回答	0%（0/5）	0%（0/2）	0%（0/3）

表　産-7. トランス男性への二次性徴抑制療法（n=16）

	全体 （n=16）	病院 （n=6）	診療所 （n=10）
注射			
リュープリン（1.88mg）	50.0%（8/16）	66.7%（4/6）	40.0%（4/10）
点鼻			
ナサニール	6.3%（1/16）	0%（0/6）	10.0%（1/10）
内服			
ジエノゲスト	43.8%（7/16）	83.3%（5/6）	20.0%（2/10）
ノアルテン	12.5%（2/16）	0%（0/6）	20.0%（2/10）
レルミナ	6.3%（1/16）	16.7%（1/6）	0%（0/10）
使用していない	25.0%（4/16）	0%（0/6）	40.0%（4/10）
無回答	0%（0/16）	0%（0/6）	0%（0/10）

表　産-8．ホルモン療法の適応（治療すべきかどうか）について，どのように決めているか

	全体 （n=129）	性ホルモン療法 トランス女性 （n=114）	性ホルモン療法 トランス男性 （n=64）	二次性徴抑制療法 （n=25）
自院での適応判定会議での決定	10.9% （14/129）	12.3% （14/114）	10.9% （7/64）	8.0% （2/25）
紹介元での適応判定会議での決定	60.5% （78/129）	58.8% （67/114）	64.1% （41/64）	52.0% （13/25）
性別不合診療ガイドライン	16.3% （21/129）	16.7% （19/114）	20.3% （13/64）	24.0% （6/25）
日産婦のガイドライン	19.4% （25/129）	20.2% （23/114）	18.8% （12/64）	24.0% （6/25）
和文雑誌の解説	4.7% （6/129）	4.4% （5/114）	3.1% （2/64）	8.0% （2/25）
自身の経験	6.2% （8/129）	7.0% （8/114）	6.3% （4/64）	0%（0/25）
本人の希望	38.8% （50/129）	38.6% （44/114）	32.8% （21/64）	24.0% （6/25）
その他	6.2% （8/129）	6.1% （7/114）	7.8% （5/64）	16.0% （4/25）
無回答	0%（0/129）	0%（0/114）	0%（0/64）	0%（0/25）

表　産-9．薬剤や用法・用量について，どのように決めているか

	全体 （n=129）	性ホルモン療法 トランス女性 （n=114）	性ホルモン療法 トランス男性 （n=64）	二次性徴抑制療法 （n=25）
紹介元からの指示	71.3% （92/129）	69.3% （79/114）	73.4% （47/64）	76.0% （19/25）
性別不合診療ガイドライン	31.0% （40/129）	32.5% （37/114）	39.1% （25/64）	44.0% （11/25）
和文雑誌の解説	3.9% （5/129）	3.5% （4/114）	4.7%（3/64）	8.0%（2/25）
自身の経験	20.2% （26/129）	21.9% （25/114）	23.4% （15/64）	28.0% （7/25）
本人の希望	23.3% （30/129）	26.3% （30/114）	20.3% （13/64）	20.0% （5/25）
その他	10.1% （13/129）	10.5% （12/114）	10.9% （7/64）	4.0%（1/25）
無回答	0%（0/129）	0%（0/114）	0%（0/64）	0%（0/25）

表　産-10．ホルモン療法の適応（治療すべきかどうか）の決定について困っているか

	全体 （n=129）	性ホルモン療法 トランス女性 （n=114）	性ホルモン療法 トランス男性 （n=64）	二次性徴抑制療法 （n=25）
困っている	13.2% （17/129）	12.3% （14/114）	15.6% （10/64）	12.0% （3/25）
やや困っている	24.8% （32/129）	24.6% （28/114）	28.1% （18/64）	24.0% （6/25）
あまり困っていない	38.0% （49/129）	39.5% （45/114）	35.9% （23/64）	48.0% （12/25）
困っていない	24.0% （31/129）	23.7% （27/114）	20.3% （13/64）	16.0% （4/25）
無回答	0%（0/129）	0%（0/114）	0%（0/64）	0%（0/25）

表　産-11．薬剤，用法・用量の決定について困っているか

	全体 （n=129）	性ホルモン療法 トランス女性 （n=114）	性ホルモン療法 トランス男性 （n=64）	二次性徴抑制療法 （n=25）
困っている	12.4% （16/129）	13.2% （15/114）	12.5% （8/64）	12.0% （3/25）
やや困っている	30.2% （39/129）	28.9% （33/114）	31.3% （20/64）	24.0% （6/25）
あまり困っていない	41.1% （53/129）	42.1% （48/114）	39.1% （25/64）	52.0% （13/25）
困っていない	16.3% （21/129）	15.8% （18/114）	17.2% （11/64）	12.0% （3/25）
無回答	0%（0/129）	0%（0/114）	0%（0/64）	0%（0/25）

表　産-12．費用・保険適用かどうか等のことで困っているか

	全体 （n=129）	性ホルモン療法 トランス女性 （n=114）	性ホルモン療法 トランス男性 （n=64）	二次性徴抑制療法 （n=25）
困っている	19.4% （25/129）	18.4% （21/114）	21.9% （14/64）	28.0% （7/25）
やや困っている	22.5% （29/129）	21.1% （24/114）	18.8% （12/64）	12.0% （3/25）
あまり困っていない	32.6% （42/129）	34.2% （39/114）	37.5% （24/64）	36.0% （9/25）
困っていない	25.6% （33/129）	26.3% （30/114）	21.9% （14/64）	24.0% （6/25）
無回答	0%（0/129）	0%（0/114）	0%（0/64）	0%（0/25）

表　産-13．ホルモン療法の保険適用についてどのようにしているか

	全体 （n=129）	性ホルモン療法 トランス女性 （n=114）	性ホルモン療法 トランス男性 （n=64）
費用負担			
すべて自費	50.4%（65/129）	49.1%（56/114）	43.8%（28/64）
全て保険適用	15.5%（20/129）	14.0%（16/114）	9.4%（6/64）
両方の場合がある	34.1%（44/129）	36.8%（42/114）	46.9%（30/64）
無回答	0%（0/129）	0%（0/114）	0%（0/64）
保険適用とする条件			
保険適用のことはない	41.9%（54/129）	41.2%（47/114）	32.8%（21/64）
戸籍の性別変更後	32.6%（42/129）	36.0%（41/114）	37.5%（24/64）
保険証の性別変更後	33.3%（43/129）	36.8%（42/114）	40.6%（26/64）
自身の経験で決定	2.3%（3/129）	1.8%（2/114）	3.1%（2/64）
本人の希望	5.4%（7/129）	4.4%（5/114）	3.1%（2/64）
中枢性思春期早発症として治療をしている	1.6%（2/129）	1.8%（2/114）	3.1%（2/64）
その他	7.0%（9/129）	5.3%（6/114）	10.9%（7/64）
無回答	1.6%（2/129）	1.8%（2/114）	0%（0/64）

表　産-14．ホルモン療法の副作用の発見や健康管理のための評価法（血液検査など）

	性ホルモン療法 トランス女性 （n=114）	性ホルモン療法 トランス男性 （n=64）	二次性徴抑制療法 （n=25）
なし	24.6%（28/114）	17.2%（11/64）	20.0%（5/25）
CBC	59.6%（68/114）	68.8%（44/64）	64.0%（16/25）
肝機能	70.2%（80/114）	76.6%（49/64）	76.0%（19/25）
D-dimer	36.0%（41/114）	37.5%（24/64）	28.0%（7/25）
血糖値	25.4%（29/114）	28.1%（18/64）	36.0%（9/25）
HbA1c	16.7%（19/114）	14.1%（9/64）	20.0%（5/25）
脂質	43.0%（49/114）	43.8%（28/64）	64.0%（16/25）
プロラクチン	10.5%（12/114）	12.5%（8/64）	16.0%（4/25）
甲状腺機能	12.3%（14/114）	17.2%（11/64）	24.0%（6/25）
その他	7.9%（9/114）	9.4%（6/64）	12.0%（3/25）
無回答	0%（0/114）	0%（0/64）	0%（0/25）

表　産-15．ホルモン療法の副作用の発見や健康管理のための評価法（計測や心理テスト・尺度など）

	性ホルモン療法 トランス女性 （n=114）	性ホルモン療法 トランス男性 （n=64）	二次性徴抑制療法 （n=25）
なし	32.5%（37/114）	31.3%（20/64）	28.0%（7/25）
血圧	53.5%（61/114）	56.3%（36/64）	56.0%（14/25）
体重	39.5%（45/114）	43.8%（28/64）	48.0%（12/25）
身長	22.8%（26/114）	28.1%（18/64）	28.0%（7/25）
BMI	27.2%（31/114）	35.9%（23/64）	32.0%（8/25）
体脂肪率	4.4%（5/114）	4.7%（3/64）	4.0%（1/25）
骨塩量	11.4%（13/114）	17.2%（11/64）	24.0%（6/25）
筋力	0%（0/114）	0%（0/64）	0%（0/25）
うつや不安	15.8%（18/114）	18.8%（12/64）	24.0%（6/25）
QOL	20.2%（23/114）	18.8%（12/64）	16.0%（4/25）
性別違和感	20.2%（23/114）	23.4%（15/64）	28.0%（7/25）
その他	1.8%（2/114）	0%（0/64）	0%（0/25）
無回答	0%（0/114）	0%（0/64）	0%（0/25）

表　産-16．トランス女性への性ホルモン療法の効果指標

	トランス女性 （n=114）
効果の指標としているもの	
特に見ていない	36.0%（41/114）
体型の女性化	28.9%（33/114）
勃起の減少	12.3%（14/114）
声の変化	17.5%（20/114）
ひげや体毛の減少	25.4%（29/114）
性別違和感の軽減	33.3%（38/114）
うつや不安の軽減	26.3%（30/114）
生活の質（QOL）	42.1%（48/114）
性ホルモン値	27.2%（31/114）
その他	5.3%（6/114）
無回答	0%（0/114）
測定，尺度・スコアを使用しているもの	
特に見ていない	63.2%（72/114）
体型の女性化	7.0%（8/114）
勃起の減少	3.5%（4/114）
声の変化	6.1%（7/114）
ひげや体毛の減少	8.8%（10/114）
性別違和感の軽減	10.5%（12/114）
うつや不安の軽減	6.1%（7/114）
生活の質（QOL）	12.3%（14/114）
性ホルモン値	25.4%（29/114）
その他	0.9%（1/114）
無回答	0%（0/114）

表　産-17．トランス男性への性ホルモン療法の効果指標

	トランス男性 （n=64）
効果の指標としているもの	
特に見ていない	25.0%（16/64）
体型の男性化	40.6%（26/64）
月経の停止	56.3%（36/64）
声の変化	32.8%（21/64）
ひげや体毛の増加	39.1%（25/64）
性別違和感の軽減	46.9%（30/64）
うつや不安の軽減	20.1%（18/64）
生活の質（QOL）	45.3%（29/64）
性ホルモン値	21.9%（14/64）
その他	1.6%（1/64）
無回答	0%（0/64）
測定，尺度・スコアを使用しているもの	
特に見ていない	56.3%（36/64）
体型の男性化	14.1%（9/64）
月経の停止	25.0%（16/64）
声の変化	9.4%（6/64）
ひげや体毛の減少	10.9%（7/64）
性別違和感の軽減	17.2%（11/64）
うつや不安の軽減	9.4%（6/64）
生活の質（QOL）	10.9%（7/64）
性ホルモン値	20.3%（13/64）
その他	0%（0/64）
無回答	0%（0/64）

表　産-18．思春期の二次抑制療法の効果指標（トランス女性・男性とも）

	二次性徴抑制療法 （n=25）
効果の指標としているもの	
特に見ていない	40.0%（10/25）
二次性徴の抑制	44.0%（11/25）
性別違和感の軽減	32.0%（8/25）
うつや不安の軽減	24.0%（6/25）
生活の質（QOL）	12.0%（3/25）
性ホルモン値	24.0%（6/25）
その他	0%（0/25）
無回答	0%（0/25）
測定，尺度・スコアを使用しているもの	
特に見ていない	56.0%（14/25）
二次性徴の抑制	16.0%（4/25）
性別違和感の軽減	8.0%（2/25）
うつや不安の軽減	8.0%（2/25）
生活の質（QOL）	0%（0/25）
性ホルモン値	28.0%（7/25）
その他	4.0%（1/25）
無回答	0%（0/25）

表　泌-1．ホルモン療法を実施しているか（回答継続の可否）

	全体 （n=213）	病院 （n=120）	診療所 （n=92）
ホルモン療法は実施していない	45.1%（96/213）	63.3%（76/120）	21.7%（20/92）
ホルモン療法を実施している	54.9% （117/213）	36.7%（44/120）	78.3%（72/92）
トランス女性	31.6%（37/117）	43.2%（19/44）	25%（18/72）
トランス男性	94.0% （110/117）	88.6%（39/44）	97.2%（70/72）
二次性徴抑制療法	5.1%（6/117）	11.4%（5/44）	1.4%（1/72）

表　泌-2．トランス女性への性ホルモン療法（実施している医師のみ：**n=37**）

	全体 （n=37）	病院 （n=19）	診療所 （n=18）
経口			
使用している	13.5%（5/37）	15.8%（3/19）	11.1%（2/18）
使用していない	86.5%（32/37）	84.2%（16/19）	88.9%（16/18）
筋注			
使用している	54.1%（20/37）	36.8%（7/19）	72.2%（13/18）
使用していない	45.9%（17/37）	63.2%（12/19）	27.8%（5/18）
経皮			
使用している	10.8%（4/37）	10.5%（2/19）	11.1%（2/18）
使用していない	89.2%（33/37）	89.5%（17/19）	88.9%（16/18）

表　泌-3．トランス男性への性ホルモン療法（実施している医師のみ：**n=110**）

	全体 （n=110）	病院 （n=39）	診療所 （n=70）
経口			
使用している	0%（0/110）	0%（0/39）	0%（0/70）
使用していない	100% （110/110）	100%（39/39）	100%（70/70）
筋注			
使用している	99.1% （109/110）	100%（39/39）	98.6%（69/70）
使用していない	0.9%（1/110）	0%（0/39）	1.4%（1/70）
経皮			
使用している	9.1%（10/110）	17.9%（7/39）	4.3%（3/70）
使用していない	90.9% （100/110）	82.1%（32/39）	95.7%（67/70）

表　泌-4. トランス女性への性ホルモン療法＜経口＞

	全体 （n=37）	病院 （n=19）	診療所 （n=18）
経口			
使用している（再掲）	13.5%（5/37）	15.8%（3/19）	11.1%（2/18）
エストロゲン製剤（内服）			
プレマリン（0.625mg）	100%（5/5）	100%（3/3）	100%（2/2）
プレマリン（1.25mg）	0%（0/5）	0%（0/3）	0%（0/2）
ジュリナ（0.5mg）	0%（0/5）	0%（0/3）	0%（0/2）
ジュリナ（1.0mg）	0%（0/5）	0%（0/3）	0%（0/2）
プロセキソール（0.5mg）	0%（0/5）	0%（0/3）	0%（0/2）
エストラジオール（1mg）	0%（0/5）	0%（0/3）	0%（0/2）
プロゲスチン製剤（内服）			
エフメノ（100mg）	0%（0/5）	0%（0/3）	0%（0/2）
プロベラ（2.5mg）	0%（0/5）	0%（0/3）	0%（0/2）
プロベラ（5mg）	0%（0/5）	0%（0/3）	0%（0/2）
デュファストン（5 ㎎）	0%（0/5）	0%（0/3）	0%（0/2）
ルトラール	0%（0/5）	0%（0/3）	0%（0/2）
LEP 製剤（内服）			
	0%（0/5）	0%（0/3）	0%（0/2）
使用していない	0%（0/5）	0%（0/3）	0%（0/2）
無回答	0%（0/5）	0%（0/3）	0%（0/2）
筋肉注射			
使用している（再掲）	54.1%（20/37）	36.8%（7/19）	72.2%（13/18）
エストロゲン製剤（注射製剤）			
プロギノンデポー（10mg）	65.0%（13/20）	85.7%（6/7）	53.8%（7/13）
プロギノンデポー（20mg）	25.0%（5/20）	42.9%（3/7）	15.4%（2/13）
ペラニンデポー（10mg）	25.0%（5/20）	42.9%（3/7）	15.4%（2/13）
ペラニンデポー（20mg）	10.0%（2/20）	14.3%（1/7）	7.7%（1/13）
プロゲスチン製剤（注射製剤）			
プロゲストンデポー（125mg）	5.0%（1/20）	0%（0/7）	7.7%（1/13）
使用していない	0%（0/20）	0%（0/7）	0%（0/13）
無回答	0%（0/20）	0%（0/7）	0%（0/13）
経皮			
使用している（再掲）	10.8%（4/37）	10.5%（2/19）	11.1%（2/18）
エストロゲン製剤（経皮製剤）			
エストラーナテープ（1～2 枚）	0%（0/4）	0%（0/2）	0%（0/2）
エストロジェル（1～4 プッシュ）	0%（0/4）	0%（0/2）	0%（0/2）
ディビゲル（1mg）	0%（0/4）	0%（0/2）	0%（0/2）
使用していない	0%（0/4）	0%（0/2）	0%（0/2）
無回答	100%（4/4）	100%（2/2）	100%（2/2）

表　泌-5. トランス女性への二次性徴抑制療法（n=6）

	全体 （n=6）	病院 （n=5）	診療所 （n=1）
注射			
リュープリン（1.88mg）	33.3%（2/6）	40.0%（2/5）	0%（0/1）
リュープリン（3.75mg）	0%（0/6）	0%（0/5）	0%（0/1）
リューブリン Pro（22.5mg）	0%（0/6）	0%（0/5）	0%（0/1）
使用していない	66.7%（4/6）	60.0%（3/5）	100%（1/1）
無回答	0%（0/6）	0%（0/5）	0%（0/1）

表　泌-6．トランス男性への性ホルモン療法

	全体 （n=110）	病院 （n=39）	診療所 （n=70）
経口			
使用していない（再掲）	100% （110/110）	100%（39/39）	100%（70/70）
筋肉注射			
使用している（再掲）	99.1% （109/110）	100%（39/39）	98.6%（69/70）
男性ホルモン（注射）			
エナルモンデポー（125mg）	56.9%（62/109）	51.3%（20/39）	59.4%（41/69）
エナルモンデポー（250mg）	73.4%（80/109）	71.8%（28/39）	73.9%（51/69）
テスチノンデポー（125mg）	13.8%（15/109）	10.3%（4/39）	14.5%（10/69）
テスチノンデポー（250mg）	21.1%（23/109）	17.9%（7/39）	21.7%（15/69）
ネビド（1000mg）	1.8%（2/109）	0%（0/39）	2.9%（2/69）
テストステロン（250mg）	0.9%（1/109）	0%（0/39）	1.4%（1/69）
使用していない	0%（0/109）	0%（0/39）	0%（0/69）
無回答	0%（0/109）	0%（0/39）	0%（0/69）
経皮			
使用している（再掲）	9.1%（10/110）	17.9%（7/39）	4.3%（3/70）
男性ホルモン（クリーム）			
グローミン（1～3cm）	100%（10/10）	100%（7/7）	100%（3/3）
1UP フォーミュラ（1FTU）	10.0%（1/10）	14.3%（1/7）	0%（0/3）
使用していない	0%（0/10）	0%（0/7）	0%（0/3）
無回答	0%（0/10）	0%（0/7）	0%（0/3）

表　泌-7．トランス男性への二次性徴抑制療法（**n=21**）

	全体 （n=21）	病院 （n=8）	診療所 （n=13）
注射			
リュープリン（1.88mg）	14.3%（3/21）	37.5%（3/8）	0%（0/13）
リュープリン（3.75mg）	0%（0/21）	0%（0/8）	0%（0/13）
リューブリン Pro（22.5mg）	0%（0/21）	0%（0/8）	0%（0/13）
点鼻			
ナサニール	0%（0/21）	0%（0/8）	0%（0/13）
内服			
ジエノゲスト	0%（0/21）	0%（0/8）	0%（0/13）
使用していない	85.7%（18/21）	62.5%（5/8）	100%（13/13）
無回答	0%（0/21）	0%（0/8）	0%（0/13）

表　泌-8．ホルモン療法の適応（治療すべきかどうか）について，どのように決めているか

	全体 （n=117）	性ホルモン療法 トランス女性 （n=37）	性ホルモン療法 トランス男性 （n=110）	二次性徴抑制療法 （n=25）
自院での適応判定会議での決定	11.1% （13/117）	21.6% （8/37）	10.0% （11/110）	16.0% （4/25）
紹介元での適応判定会議での決定	64.1% （75/117）	54.1% （20/37）	65.5% （72/110）	48.0% （12/25）
性別不合診療ガイドライン	12.0% （14/117）	13.5% （5/37）	11.8% （13/110）	16.0% （4/25）
卒後教育プログラムのハンドアウト	6.8% （8/117）	8.1% （3/37）	7.3% （8/110）	16.0% （4/25）
和文雑誌の解説	2.6% （3/117）	5.4% （2/37）	2.7% （3/110）	4.0% （1/25）
自身の経験	17.1% （20/117）	16.2% （6/37）	18.2% （20/110）	16.0% （4/25）
本人の希望	39.3% （46/117）	40.5% （15/37）	39.1% （43/110）	28.0% （7/25）
その他	6.0% （7/117）	10.8% （4/37）	5.5% （6/110）	8.0% （2/25）
無回答	0%（0/117）	0%（0/37）	0%（0/110）	0%（0/25）

表　泌-9．薬剤や用法・用量について，どのように決めているか

	全体 （n=117）	性ホルモン療法 トランス女性 （n=37）	性ホルモン療法 トランス男性 （n=110）	二次性徴抑制療法 （n=25）
紹介元からの指示	73.5% （86/117）	73% （27/37）	73.6% （81/110）	60% （15/25）
性別不合診療ガイドライン	23.9% （28/117）	24.3% （9/37）	24.5% （27/110）	28.0% （7/25）
和文雑誌の解説	6.8% （8/117）	13.5% （5/37）	6.4% （7/110）	4.0%（1/25）
自身の経験	39.3% （46/117）	51.4% （19/37）	39.1% （43/110）	40.0% （10/25）
本人の希望	32.5% （38/117）	32.4% （12/37）	32.7% （36/110）	32.0% （8/25）
その他	4.3% （5/117）	10.8% （4/37）	3.6% （4/110）	0%（0/25）
無回答	0%（0/117）	0%（0/37）	0%（0/110）	0%（0/25）

表　泌-10．ホルモン療法の適応（治療すべきかどうか）の決定について困っているか

	全体 （n=117）	性ホルモン療法 トランス女性 （n=37）	性ホルモン療法 トランス男性 （n=110）	二次性徴抑制療法 （n=25）
困っている	9.4% （11/117）	13.5% （5/37）	8.2% （9/110）	4.0% （1/25）
やや困っている	19.7% （23/117）	27.0% （10/37）	19.1% （21/110）	20.0% （5/25）
あまり困っていない	46.2% （54/117）	29.7% （11/37）	47.3% （52/110）	52.0% （13/25）
困っていない	24.8% （29/117）	29.7% （11/37）	25.5% （28/110）	24.0% （6/25）
無回答	0%（0/117）	0%（0/37）	0%（0/110）	0%（0/25）

表　泌-11．薬剤，用法・用量の決定について困っているか

	全体 （n=117）	性ホルモン療法 トランス女性 （n=37）	性ホルモン療法 トランス男性 （n=110）	二次性徴抑制療法 （n=25）
困っている	6.8% （8/117）	10.8% （4/37）	6.4% （7/110）	4.0% （1/25）
やや困っている	21.4% （25/117）	27.0% （10/37）	20.0% （22/110）	28.0% （7/25）
あまり困っていない	48.7% （57/117）	45.9% （17/37）	49.1% （54/110）	60.0% （15/25）
困っていない	23.1% （27/117）	16.2% （6/37）	24.5% （27/110）	8.0% （2/25）
無回答	0%（0/117）	0%（0/37）	0%（0/110）	0%（0/25）

表　泌-12．費用・保険適用かどうか等のことで困っているか

	全体 （n=117）	性ホルモン療法 トランス女性 （n=37）	性ホルモン療法 トランス男性 （n=110）	二次性徴抑制 療法 （n=25）
困っている	11.1% （13/117）	18.9% （7/37）	10.0% （11/110）	8.0% （2/25）
やや困っている	23.9% （28/117）	32.4% （12/37）	23.6% （26/110）	36.0% （9/25）
あまり困っていない	39.3% （46/117）	27.0% （10/37）	40.9% （45/110）	40.0% （10/25）
困っていない	25.6% （30/117）	21.6% （8/37）	25.5% （28/110）	16.0% （4/25）
無回答	0%（0/117）	0%（0/37）	0%（0/110）	0%（0/25）

表　泌-13．ホルモン療法の保険適用についてどのようにしているか

	全体 （n=117）	性ホルモン療法 トランス女性 （n=37）	性ホルモン療法 トランス男性 （n=110）	二次性徴抑制 療法 （n=25）
費用負担				
すべて自費	48.7% （57/117）	48.6% （18/37）	46.4% （51/110）	32.0%（8/25）
全て保険適用	12.0% （14/117）	2.7%（1/37）	12.7% （14/110）	12.0%（3/25）
両方の場合がある	39.3% （46/117）	48.6% （18/37）	40.9% （45/110）	56.0% （14/25）
無回答	0%（0/117）	0%（0/37）	0%（0/110）	0%（0/25）
保険適用とする条件				
保険適用のことはない	48.7% （57/117）	51.4% （19/37）	46.4% （51/110）	40.0% （10/25）
戸籍の性別変更後	41.9% （49/117）	40.5% （15/37）	44.5% （49/110）	52.0% （13/25）
保険証の性別変更後	27.4% （32/117）	18.9%（7/37）	29.1% （32/110）	36.0%（9/25）
自身の経験で決定	1.7%（2/117）	2.7%（1/37）	1.8%（2/110）	0%（0/25）
本人の希望	2.6%（3/117）	2.7%（1/37）	2.7%（3/110）	0%（0/25）
中枢性思春期早発症として治療をしている	0%（0/117）	0%（0/37）	0%（0/110）	0%（0/25）
その他	0%（0/117）	0%（0/37）	0%（0/110）	0%（0/25）
無回答	0.9%（1/117）	2.7%（1/37）	0%（0/110）	0%（0/25）

表　泌-14．ホルモン療法の副作用の発見や健康管理のための評価法（血液検査など）

	性ホルモン療法 トランス女性 （n=37）	性ホルモン療法 トランス男性 （n=110）	二次性徴抑制療法 （n=25）
なし	29.7%（11/37）	24.5%（27/110）	32.0%（8/25）
CBC	70.3%（26/37）	71.8%（79/110）	64.0%（16/25）
肝機能	70.3%（26/37）	72.7%（80/110）	64.0%（16/25）
D-dimer	27.0%（10/37）	11.8%（13/110）	12.0%（3/25）
血糖値	29.7%（11/37）	24.5%（27/110）	20.0%（5/25）
HbA1c	27.0%（10/37）	14.5%（16/110）	4.0%（1/25）
脂質	43.2%（16/37）	34.5%（38/110）	36.0%（9/25）
プロラクチン	18.9%（7/37）	11.8%（13/110）	8.0%（2/25）
甲状腺機能	2.7%（1/37）	2.7%（3/110）	0%（0/25）
その他	5.4%（2/37）	5.5%（6/110）	4.0%（1/25）
無回答	0%（0/37）	0%（0/110）	0%（0/25）

表　泌-15．ホルモン療法の副作用の発見や健康管理のための評価法（計測や心理テスト・尺度など）

	性ホルモン療法 トランス女性 （n=37）	性ホルモン療法 トランス男性 （n=110）	二次性徴抑制療法 （n=25）
なし	48.6%（18/37）	56.4%（62/110）	56.0%（14/25）
血圧	27.0%（10/37）	22.7%（25/110）	12.0%（3/25）
体重	35.1%（13/37）	22.7%（25/110）	20.0%（5/25）
身長	27.0%（10/37）	11.8%（13/110）	16.0%（4/25）
BMI	16.2%（6/37）	10.9%（12/110）	8.0%（2/25）
体脂肪率	10.8%（4/37）	7.3%（8/110）	8.0%（2/25）
骨塩量	13.5%（5/37）	8.2%（9/110）	4.0%（1/25）
筋力	10.8%（4/37）	5.5%（6/110）	16.0%（4/25）
うつや不安	18.9%（7/37）	12.7%（14/110）	16.0%（4/25）
QOL	24.3%（9/37）	15.5%（17/110）	12.0%（3/25）
性別違和感	24.3%（9/37）	12.7%（14/110）	16.0%（4/25）
その他	0%（0/37）	1.8%（2/110）	8.0%（2/25）
無回答	0%（0/37）	0%（0/110）	0%（0/25）

表　泌-16．トランス女性への性ホルモン療法の効果指標

	トランス女性 （n=37）
効果の指標としているもの	
特に見ていない	48.6%（18/37）
体型の女性化	27.0%（10/37）
勃起の減少	13.5%（5/37）
声の変化	10.8%（4/37）
ひげや体毛の減少	27.0%（10/37）
性別違和感の軽減	32.4%（12/37）
うつや不安の軽減	29.7%（11/37）
生活の質（QOL）	32.4%（12/37）
性ホルモン値	24.3%（9/37）
その他	0%（0/37）
無回答	0%（0/37）
測定，尺度・スコアを使用しているもの	
特に見ていない	70.3%（26/37）
体型の女性化	5.4%（2/37）
勃起の減少	0%（0/37）
声の変化	2.7%（1/37）
ひげや体毛の減少	5.4%（2/37）
性別違和感の軽減	5.4%（2/37）
うつや不安の軽減	2.7%（1/37）
生活の質（QOL）	8.1%（3/37）
性ホルモン値	18.9%（7/37）
その他	0%（0/37）
無回答	0%（0/37）

表　泌-17．トランス男性への性ホルモン療法の効果指標

	トランス男性 （n=110）
効果の指標としているもの	
特に見ていない	25.5%（28/110）
体型の男性化	54.5%（60/110）
月経の停止	42.7%（47/110）
声の変化	40.9%（45/110）
ひげや体毛の増加	49.1%（54/110）
性別違和感の軽減	26.4%（29/110）
うつや不安の軽減	17.3%（19/110）
生活の質（QOL）	36.4%（40/110）
性ホルモン値	29.1%（32/110）
その他	0.9%（1/110）
無回答	0%（0/110）
測定，尺度・スコアを使用しているもの	
特に見ていない	59.1%（65/110）
体型の男性化	17.3%（19/110）
月経の停止	14.5%（16/110）
声の変化	10.9%（12/110）
ひげや体毛の減少	14.5%（16/110）
性別違和感の軽減	13.6%（15/110）
うつや不安の軽減	7.3%（8/110）
生活の質（QOL）	14.5%（16/110）
性ホルモン値	24.5%（27/110）
その他	0.9%（1/110）
無回答	0%（0/110）

表　泌-18．思春期の二次抑制療法の効果指標（トランス女性・男性とも）

	二次性徴抑制療法 （n=25）
効果の指標としているもの	
特に見ていない	64.0%（16/25）
二次性徴の抑制	32.0%（8/25）
性別違和感の軽減	20.0%（5/25）
うつや不安の軽減	12.0%（3/25）
生活の質（QOL）	12.0%（3/25）
性ホルモン値	4.0%（1/25）
その他	0%（0/25）
無回答	0%（0/25）
測定，尺度・スコアを使用しているもの	
特に見ていない	80.0%（20/25）
二次性徴の抑制	8.0%（2/25）
性別違和感の軽減	4.0%（1/25）
うつや不安の軽減	4.0%（1/25）
生活の質（QOL）	4.0%（1/25）
性ホルモン値	12.0%（3/25）
その他	0%（0/25）
無回答	0%（0/25）

表　当-1．属性（年齢別）

	全体 （n=72）	トランス女性 （n=31）	トランス男性 （n=33）	その他 （n=8）
20 代	8.3%（6/72）	6.5%（2/31）	9.1%（3/33）	12.5%（1/8）
30 代	26.4%（19/72）	16.1%（5/31）	33.3%（11/33）	37.5%（3/8）
40 代	19.4%（14/72）	25.8%（8/31）	15.2%（5/33）	12.5%（1/8）
50 代	36.1%（26/72）	41.9%（13/31）	33.3%（11/33）	25.0%（2/8）
60 代	8.3%（6/72）	6.5%（2/31）	9.1%（3/33）	12.5%（1/8）
70 代	1.4%（1/72）	3.2%（1/31）	0%（0/33）	0%（0/8）
無回答	0%（0/72）	0%（0/31）	0%（0/33）	0%（0/8）

表　当-2．戸籍上の性別

	全体 （n=72）	トランス女性 （n=31）	トランス男性 （n=33）	その他 （n=8）
出生時				
男性	47.2%（34/72）	100%（31/31）	3.0%（1/33）	25.0%（2/8）
女性	52.8%（38/72）	0%（0/31）	97.0%（32/33）	75.0%（6/8）
無回答	0%（0/72）	0%（0/31）	0%（0/33）	0%（0/8）
現在				
男性	48.6%（35/72）	54.8%（17/31）	45.5%（15/33）	37.5%（3/8）
女性	51.4%（37/72）	45.2%（14/31）	54.5%（18/33）	62.5%（5/8）
無回答	0%（0/72）	0%（0/31）	0%（0/33）	0%（0/8）

表　当-3．手術療法

	全体 （n=72）	トランス女性 （n=31）	トランス男性 （n=33）	その他 （n=8）
なし	34.7%（25/72）	35.5%（11/31）	30.3%（10/33）	50.0%（4/8）
乳房手術	33.3%（24/72）	6.5%（2/31）	60.6%（20/33）	25.0%（2/8）
性別適合手術（卵巣や精巣の手術）	44.4%（32/72）	58.1%（18/31）	36.4%（12/33）	25.0%（2/8）
その他	6.9%（5/72）	9.7%（3/31）	6.1%（2/33）	0%（0/8）
無回答	0%（0/72）	0%（0/31）	0%（0/33）	0%（0/8）

表　当-4．ホルモン療法を実施しているか

	全体 （n=72）	トランス女性 （n=31）	トランス男性 （n=33）	その他 （n=8）
実施していない	18.1%（13/72）	9.7%（3/31）	21.2%（7/33）	37.5%（3/8）
あり	81.9%（59/72）	90.3%（28/31）	78.8%（26/33）	62.5%（5/8）
無回答	0%（0/72）	0%（0/31）	0%（0/33）	0%（0/8）

表　当-5．ホルモン療法の実施施設

	全体 （n=59）	トランス女性 （n=28）	トランス男性 （n=26）	その他 （n=5）
産婦人科	28.8%（17/59）	42.9%（12/28）	15.4%（4/26）	20.0%（1/5）
泌尿器科	15.3%（9/59）	7.1%（2/28）	23.1%（6/26）	20.0%（1/5）
個人輸入	6.8%（4/59）	10.7%（3/28）	3.8%（1/26）	0%（0/5）
その他	61%（36/59）	57.1%（16/28）	65.4%（17/26）	60.0%（3/5）
無回答	0%（0/59）	0%（0/28）	0%（0/26）	0%（0/5）

表　当-6．ホルモン療法の負担額（円／月）

	全体 （n=59）	トランス女性 （n=28）	トランス男性 （n=26）	その他 （n=5）
～1,999 円	25.4%（15/59）	17.9%（5/28）	26.9%（7/26）	60.0%（3/5）
2,000～3,999 円	27.1%（16/59）	28.6%（8/28）	30.8%（8/26）	0%（0/5）
4,000～5,999 円	18.6%（11/59）	32.1%（9/28）	7.7%（2/26）	0%（0/5）
6,000～7,999 円	15.3%（9/59）	14.3%（4/28）	19.2%（5/26）	0%（0/5）
8,000～9,999 円	3.4%（2/59）	0%（0/28）	3.8%（1/26）	20.0%（1/5）
10,000～11,999 円	6.8%（4/59）	3.6%（1/28）	7.7%（2/26）	20.0%（1/5）
12,000～17,000 円	1.7%（1/59）	0%（0/28）	3.8%（1/26）	0%（0/5）
無回答	1.7%（1/59）	3.6%（1/28）	0%（0/26）	0%（0/5）

表　当-7．ホルモン療法の費用についての負担感

	全体 （n=59）	トランス女性 （n=28）	トランス男性 （n=26）	その他 （n=5）
負担を感じる	23.7%（14/59）	21.4%（6/28）	19.2%（5/26）	60.0%（3/5）
どちらかと言えば負担を感じる	37.3%（22/59）	50.0%（14/28）	30.8%（8/26）	0%（0/5）
どちらかと言えば負担を感じない	15.3%（9/59）	10.7%（3/28）	23.1%（6/26）	0%（0/5）
負担を感じない	23.7%（14/59）	17.9%（5/28）	26.9%（7/26）	40.0%（2/5）
無回答	0%（0/59）	0%（0/28）	0%（0/26）	0%（0/5）

表　当-8．ホルモン療法の保険適用の有無

	全体 （n=59）	トランス女性 （n=28）	トランス男性 （n=26）	その他 （n=5）
保険適用	27.1%（16/59）	35.7%（10/28）	19.2%（5/26）	20.0%（1/5）
自費	64.4%（38/59）	60.7%（17/28）	73.1%（19/26）	40.0%（2/5）
その他	8.5%（5/59）	3.6%（1/28）	7.7%（2/26）	40.0%（2/5）
無回答	0%（0/59）	0%（0/28）	0%（0/26）	0%（0/5）

表　当-9．ホルモン療法の通院間隔

	全体 （n=59）	トランス女性 （n=28）	トランス男性 （n=26）	その他 （n=5）
1～2 週間	44.1%（26/59）	67.9%（19/28）	23.1%（6/26）	20.0%（1/5）
3～4 週間	23.7%（14/59）	14.3%（4/28）	34.6%（9/26）	20.0%（1/5）
5～8 週間	8.5%（5/59）	10.7%（3/28）	3.8%（1/26）	20.0%（1/5）
9～20 週間	23.7%（14/59）	7.1%（2/28）	38.5%（10/26）	40.0%（2/5）
無回答	0%（0/59）	0%（0/28）	0%（0/26）	0%（0/5）

表　当-10．ホルモン療法の薬剤【トランス女性】

	トランス女性 （n=28）
筋肉注射	
使用なし	14.3%（4/28）
プロギノンデポー	82.1%（23/28）
ペラニンデポー	7.1%（2/28）
無回答	0%（0/28）
経皮	
使用なし	71.4%（20/28）
ル・エストロジェル	14.3%（4/28）
エストラーナテープ	14.3%（4/28）
無回答	0%（0/28）
経口	
使用なし	60.7%（17/28）
プレマリン	14.3%（4/28）
プロベラ	7.1%（2/28）
マレフェ	7.1%（2/28）
ミニピル	3.6%（1/28）
エストリール	3.6%（1/28）
無回答	3.6%（1/28）

表　当-11．ホルモン療法の薬剤＜筋注＞【トランス男性】

	トランス男性 （n=26）
筋肉注射	
使用なし	11.5%（3/26）
エナルモンデポー	30.8%（8/26）
ネビド	19.2%（5/26）
テスチノンデポー	15.4%（4/26）
セルノスデポ	11.5%（3/26）
リアンドロン	3.8%（1/26）
サスタノンデポー	3.8%（1/26）
テストステロン	3.8%（1/26）
無回答	3.8%（1/26）
経皮	
使用なし	88.5%（23/26）
グローミン	3.8%（1/26）
セルノスジェル	3.8%（1/26）
LUNA テストステロンオイル	3.8%（1/26）
無回答	0%（0/26）
経口	
使用なし	100%（26/26）
無回答	0%（0/26）

表　当-12．ホルモン療法の薬剤【その他】

	その他 （n=5）
筋肉注射	
使用なし	20.0%（1/5）
プロギノンデポー	40.0%（2/5）
エナルモンデポー	20.0%（1/5）
ネビド	20.0%（1/5）
リアンドロン	20.0%（1/5）
無回答	0%（0/5）
経皮	
使用なし	40.0%（2/5）
ル・エストロジェル	20.0%（1/5）
グローミン	20.0%（1/5）
セルノスジェル	20.0%（1/5）
メルスモン	20.0%（1/5）
無回答	0%（0/5）
経口	
使用なし	100%（5/5）
無回答	0%（0/5）

【2025 年度】

表１．トランス男性のアンドロゲン療法における血圧，身長，体重の変動

	ホルモン療法前 （n=73）a	開始後 3 か月 （n=73）b	開始後 6 か月 （n=73）c	開始後 12 か月 （n=73）d	P 値
血圧					
収縮期 （mmHg）	112.5±9.7 112.0[95.0-136.0]	115.9±10.3 116.0[90.0-145.0]	117.1±10.5 115.5[94.0-148.0]	117.2±12.7 117.0[93.0-157.0]	0.049 a vs. b：0.016（n=47） a vs. c：0.003（n=47） a vs. d：0.001（n=49）
拡張期 （mmHg）	64.2±8.7 64.5[46.0-89.0]	66.4±9.8 65.0[50.0-96.0]	65.1±11.1 66.0[38.0-89.0]	67.2±9.3 66.5[46.0-91.0]	0.148 a vs. b：0.019（n=47） a vs. c：0.403（n=47） a vs. d：0.015（n=49）
身長（cm）	159.6±6.4 158.0[148.0-173.5]	159.6±6.4 158.5[149.0-173.5]	159.8±6.6 159.5[148.0-174.0]	159.8±6.3 159.0[149.0-174.0]	<0.001 a vs. b：<0.001（n=45） a vs. c：0.002（n=45） a vs. d：<0.001（n=46）
体重（kg）	56.1±10.6 53.9[37.8-88.0]	58.0±9.4 56.8[41.8-75.6]	58.7±9.8 57.3[40.5-77.0]	57.2±9.7 57.2[37.3-75.0]	<0.001 a vs. b：<0.001（n=47） a vs. c：<0.001（n=47） a vs. d：0.024（n=48）
ウエスト(cm)	68.5±2.1 68.5[67.0-70.0]	- -	- 67.0[67.0-67.0]	- 69.0[69.0-69.0]	N.A. a vs. b：N.A.（n=0） a vs. c：N.A.（n=1） a vs. d：N.A.（n=1）

mean±S.D，median[range]，N.A.：Not Available

※1　P 値は 4 時点（ホルモン療法前，開始後 3 か月，開始後 6 か月，開始後 12 か月）を同一症例内で比較した．Friedman 検定による．4 時点すべてに測定値がある症例のみを，解析対象とした．

※2　4 時点すべての値がそろった症例が 2 例未満の項目，または検定不能の項目は，P 値を N.A.とした．

※3　a vs. b，a vs. c，a vs. d は，各 2 時点の測定値がそろった症例を対象に Wilcoxon 符号付順位検定を行った．括弧内の n は，各比較に用いた症例数を示す．

表 2. トランス男性のアンドロゲン療法における各種血液検査の変動

	ホルモン療法前 （n=73）a	開始後 3 か月 （n=73）b	開始後 6 か月 （n=73）c	開始後 12 か月 （n=73）d	P 値
WBC（/μL）	6113.2±1337.2 5800.0 [4150.0-9100.0]	6229.8±1365.3 6065.0 [4100.0-9720.0]	6224.8±1457.5 5800.0 [3790.0-11580.0]	6157.5±1418.5 6170.0 [3970.0-9400.0]	0.914 a vs. b : 0.864 （n=56） a vs. c : 0.901 （n=55） a vs. d : 0.943 （n=59）
Hb（g/dL）	13.2±1.3 13.3[8.4-16.3]	14.3±1.3 14.4[10.0-17.0]	14.7±1.4 14.9[9.5-17.1]	15.1±1.4 15.2[10.4-18.0]	<0.001 a vs. b : <0.001 （n=60） a vs. c : <0.001 （n=59） a vs. d : <0.001 （n=63）
Hct（%）	40.3±3.2 41.1[27.9-48.2]	44.6±3.4 44.7[35.1-50.8]	45.3±5.1 45.8[15.7-52.7]	46.3±4.8 46.5[16.7-53.6]	<0.001 a vs. b : <0.001 （n=60） a vs. c : <0.001 （n=59） a vs. d : <0.001 （n=63）
Platelet （万/μL）	26.7±6.3 26.0[16.3-41.6]	26.5±5.8 25.6[15.0-41.1]	26.2±6.1 25.4[15.6-41.2]	25.6±5.3 24.4[16.5-38.0]	0.025 a vs. b : 0.450 （n=60） a vs. c : 0.990 （n=57） a vs. d : 0.022 （n=61）
D-dimer （μg/mL）	0.5±0.1 0.5[0.3-0.5]	0.5±0.1 0.5[0.3-0.6]	0.5±0.0 0.5[0.3-0.6]	0.5±0.1 0.5[0.3-1.1]	0.801 a vs. b : 1.000 （n=11） a vs. c : 1.000 （n=10） a vs. d : 1.000 （n=11）
T Chol （mg/dL）	182.1±36.0 185.0[19.3-251.0]	185.5±34.2 186.0[124.0-276.0]	186.2±37.7 183.0[117.0-268.0]	185.1±35.6 183.0[118.0-286.0]	0.449 a vs. b : 0.337 （n=52） a vs. c : 0.369 （n=50） a vs. d : 0.530 （n=53）
HDL Chol （mg/dL）	71.0±10.9 70.5[50.0-102.0]	62.2±11.6 62.0[40.0-106.0]	60.9±12.6 59.5[35.0-99.0]	61.9±11.7 61.5[42.0-101.0]	<0.001 a vs. b : <0.001 （n=42） a vs. c : <0.001 （n=42） a vs. d : <0.001 （n=43）
LDL Chol （mg/dL）	108.9±20.1 109.0[69.0-150.0]	107.8±28.8 111.0[34.0-176.0]	110.5±34.3 110.5[43.0-185.0]	109.9±37.1 102.5[46.0-211.0]	0.281 a vs. b : 0.182 （n=11） a vs. c : 0.059 （n=13） a vs. d : 0.106 （n=13）
TG（mg/dL）	91.5±56.2 75.0[12.0-279.0]	103.3±44.4 97.0[42.0-235.0]	102.4±61.9 83.0[26.0-343.0]	103.2±67.0 79.5[30.0-329.0]	0.141 a vs. b : 0.153 （n=51） a vs. c : 0.269 （n=50） a vs. d : 0.659 （n=52）
血糖値	93.9±10.8	79.0±15.1	94.7±9.1	95.5±14.4	0.025

	ホルモン療法前 （n=73）a	開始後 3 か月 （n=73）b	開始後 6 か月 （n=73）c	開始後 12 か月 （n=73）d	P 値
（mg/dL）	94.0[64.0-123.0]	80.0[54.0-96.0]	96.0[74.0-109.0]	89.0[75.0-122.0]	a vs. b：0.078（n=7） a vs. c：0.676（n=9） a vs. d：0.367（n=9）
HbA1c（%）	5.2±0.3 5.2[4.4-5.9]	5.2±0.4 5.2[4.5-5.6]	5.3±0.5 5.2[4.5-5.9]	5.3±0.4 5.4[4.6-6.1]	0.102 a vs. b：1.000（n=3） a vs. c：0.125（n=5） a vs. d：0.016（n=7）
プロラクチン（ng/mL）	13.5±9.9 10.9[0-52.5] -	12.6 12.6[12.6-12.6] -	16.5±3.5 16.5[14.0-19.0] -	15.4±4.2 14.7[11.6-20.0] -	N.A. a vs. b：N.A.（n=1） a vs. c：0.500（n=2） a vs. d：1.000（n=3）

mean±S.D，median[range]，N.A.：Not Available

※1　P 値は 4 時点（ホルモン療法前，開始後 3 か月，開始後 6 か月，開始後 12 か月）を同一症例内で比較した Friedman 検定による．4 時点すべてに測定値がある症例のみを，解析対象とした．

※2　4 時点すべての値がそろった症例が 2 例未満の項目，または検定不能の項目は，P 値を N.A.とした．

※3　a vs. b，a vs. c，a vs. d は，各 2 時点の測定値がそろった症例を対象に Wilcoxon 符号付順位検定を行った．括弧内の n は，各比較に用いた症例数を示す．

表 3. トランス男性のアンドロゲン療法における身体的変化

月経	ホルモン療法前 (n=13)	開始後 3 か月 (n=67)	開始後 6 か月 (n=53)	開始後 12 か月 (n=56)	P 値
順調	61.5%(8/13)	9.0%(6/67)	1.9%(1/53)	0%(0/56)	<0.001
やや不順	0%(0/13)	0%(0/67)	1.9%(1/53)	1.8%(1/56)	a vs. b : 0.062 (n=12)
不順	23.1%(3/13)	20.9%(14/67)	9.4%(5/53)	0%(0/56)	a vs. c : 0.008 (n=11)
停止	15.4%(2/13)	70.1%(47/67)	86.8%(46/53)	98.2%(55/56)	a vs. d : 0.002 (n=12)

ひげ	ホルモン療法前 (n=3)	開始後 3 か月 (n=58)	開始後 6 か月 (n=58)	開始後 12 か月 (n=59)	P 値
不変	66.7%(2/3)	3.4%(2/58)	3.4%(2/58)	1.7%(1/59)	0.194
やや増加	0%(0/3)	1.7%(1/58)	0%(0/58)	0%(0/59)	a vs. b : 1.000 (n=3)
かなり増加	33.3%(1/3)	37.9%(22/58)	19.0%(11/58)	25.4%(15/59)	a vs. c : 1.000 (n=3)
増加	0%(0/3)	56.9%(33/58)	77.6%(45/58)	72.9%(43/59)	a vs. d : 0.500 (n=3)

体毛	ホルモン療法前 (n=3)	開始後 3 か月 (n=56)	開始後 6 か月 (n=55)	開始後 12 か月 (n=55)	P 値
不変	33.3%(1/3)	1.8%(1/56)	0%(0/55)	0%(0/55)	0.112
やや増加	33.3%(1/3)	1.8%(1/56)	1.8%(1/55)	0%(0/55)	a vs. b : 1.000 (n=3)
かなり増加	33.3%(1/3)	48.2%(27/56)	18.2%(10/55)	18.2%(10/55)	a vs. c : 0.500 (n=3)
増加	0%(0/3)	48.2%(27/56)	80.0%(44/55)	81.8%(45/55)	a vs. d : 0.250 (n=3)

声	ホルモン療法前 (n=5)	開始後 3 か月 (n=63)	開始後 6 か月 (n=63)	開始後 12 か月 (n=57)	P 値
不変	80.0%(4/5)	0%(0/63)	0%(0/63)	0%(0/57)	0.021
やや低音化	20.0%(1/5)	4.8%(3/63)	3.2%(2/63)	0%(0/57)	a vs. b : 0.125 (n=5)
かなり低音化	0%(0/5)	15.9%(10/63)	12.7%(8/63)	10.5%(6/57)	a vs. c : 0.125 (n=5)
低音化	0%(0/5)	79.4%(50/63)	84.1%(53/63)	89.5%(51/57)	a vs. d : 0.062 (n=5)

体形	ホルモン療法前 (n=4)	開始後 3 か月 (n=31)	開始後 6 か月 (n=34)	開始後 12 か月 (n=33)	P 値
不変	25.0%(1/4)	3.2%(1/31)	2.9%(1/34)	3.0%(1/33)	0.392
やや男性化	75.0%(3/4)	6.5%(2/31)	5.9%(2/34)	6.1%(2/33)	a vs. b : 1.000 (n=3)
かなり男性化	0%(0/4)	25.8%(8/31)	26.5%(9/34)	12.1%(4/33)	a vs. c : 1.000 (n=3)
男性化	0%(0/4)	64.5%(20/31)	64.7%(22/34)	78.8%(26/33)	a vs. d : 1.000 (n=3)

乳房	ホルモン療法前 (n=5)	開始後 3 か月 (n=5)	開始後 6 か月 (n=5)	開始後 12 か月 (n=6)	P 値
不変	60.0%(3/5)	60.0%(3/5)	60.0%(3/5)	66.7%(4/6)	1.000
やや縮小	0%(0/5)	0%(0/5)	0%(0/5)	0%(0/6)	a vs. b : 1.000 (n=4)
かなり縮小	20.0%(1/5)	20.0%(1/5)	20.0%(1/5)	16.7%(1/6)	a vs. c : 1.000 (n=4)
縮小	20.0%(1/5)	20.0%(1/5)	20.0%(1/5)	16.7%(1/6)	a vs. d : 1.000

乳房	ホルモン療法前（n=5）	開始後 3 か月（n=5）	開始後 6 か月（n=5）	開始後 12 か月（n=6）	P 値
					（n=4）

筋肉・筋力	ホルモン療法前（n=4）	開始後 3 か月（n=38）	開始後 6 か月（n=41）	開始後 12 か月（n=40）	P 値
不変	25.0%(1/4)	2.6%(1/38)	2.4%(1/41)	2.5%(1/40)	0.112
やや増強	25.0%(1/4)	5.3%(2/38)	4.9%(2/41)	2.5%(1/40)	a vs. b : 1.000（n=4）
かなり増強	50.0%(2/4)	36.8%(14/38)	24.4%(10/41)	20.0%(8/40)	a vs. c : 0.500（n=4）
増強	0%(0/4)	55.3%(21/38)	68.3%(28/41)	75.0%(30/40)	a vs. d : 0.250（n=4）

皮膚の状態・にきび等	ホルモン療法前（n=4）	開始後 3 か月（n=56）	開始後 6 か月（n=54）	開始後 12 か月（n=54）	P 値
不変	0%(0/4)	1.8%(1/56)	1.9%(1/54)	1.9%(1/54)	0.572
やや悪化	100%(4/4)	12.5%(7/56)	13.0%(7/54)	11.1%(6/54)	a vs. b : 1.000（n=3）
かなり悪化	0%(0/4)	23.2%(13/56)	16.7%(9/54)	16.7%(9/54)	a vs. c : 1.000（n=3）
悪化	0%(0/4)	62.5%(35/56)	68.5%(37/54)	70.4%(38/54)	a vs. d : 1.000（n=3）

頭頂部の頭髪	ホルモン療法前（n=3）	開始後 3 か月（n=43）	開始後 6 か月（n=44）	開始後 12 か月（n=45）	P 値
不変	0%(0/3)	0%(0/43)	4.5%(2/44)	0%(0/45)	1.000
やや脱毛	66.7%(2/3)	4.7%(2/43)	6.8%(3/44)	11.1%(5/45)	a vs. b : 1.000（n=3）
かなり脱毛	0%(0/3)	93.0%(40/43)	81.8%(36/44)	84.4%(38/45)	a vs. c : 1.000（n=3）
脱毛	33.3%(1/3)	2.3%(1/43)	6.8%(3/44)	4.4%(2/45)	a vs. d : 1.000（n=3）

表 4. トランス男性のアンドロゲン療法における心理状態の変化

思考や記憶	ホルモン療法前 (n=1)	開始後 3 か月 (n=2)	開始後 6 か月 (n=1)	開始後 12 か月 (n=2)	P 値
不良	0%(0/1)	50.0%(1/2)	0%(0/1)	0%(0/2)	N.A.
やや不良	0%(0/1)	0%(0/2)	0%(0/1)	0%(0/2)	a vs. b : N.A. (n=1)
やや良好	100%(1/1)	50.0%(1/2)	100%(1/1)	100%(2/2)	a vs. c : N.A. (n=1)
良好	0%(0/1)	0%(0/2)	0%(0/1)	0%(0/2)	a vs. d : N.A. (n=1)

性欲	ホルモン療法前 (n=8)	開始後 3 か月 (n=11)	開始後 6 か月 (n=11)	開始後 12 か月 (n=10)	P 値
不変	12.5%(1/8)	18.2%(2/11)	9.1%(1/11)	10.0%(1/10)	0.145
やや増加	25.0%(2/8)	9.1%(1/11)	9.1%(1/11)	10.0%(1/10)	a vs. b : 0.500 (n=8)
かなり増加	50.0%(4/8)	45.5%(5/11)	45.5%(5/11)	40.0%(4/10)	a vs. c : 0.500 (n=8)
増加	12.5%(1/8)	27.3%(3/11)	36.4%(4/11)	40.0%(4/10)	a vs. d : 0.500 (n=8)

心理状態	ホルモン療法前 (n=3)	開始後 3 か月 (n=4)	開始後 6 か月 (n=3)	開始後 12 か月 (n=5)	P 値
不良	0%(0/3)	0%(0/4)	0%(0/3)	0%(0/5)	0.194
やや不良	100%(3/3)	75.0%(3/4)	33.3%(1/3)	40.0%(2/5)	a vs. b : 1.000 (n=3)
やや良好	0%(0/3)	0%(0/4)	0%(0/3)	0%(0/5)	a vs. c : 0.500 (n=3)
良好	0%(0/3)	25.0%(1/4)	66.7%(2/3)	60.0%(3/5)	a vs. d : 0.500 (n=3)

うつ症状	ホルモン療法前 (n=4)	開始後 3 か月 (n=5)	開始後 6 か月 (n=3)	開始後 12 か月 (n=3)	P 値
あり	0%(0/4)	0%(0/5)	0%(0/3)	0%(0/3)	1.000
ややあり	25.0%(1/4)	0%(0/5)	33.3%(1/3)	0%(0/3)	a vs. b : 1.000 (n=3)
あまりなし	0%(0/4)	0%(0/5)	0%(0/3)	0%(0/3)	a vs. c : 1.000 (n=2)
なし	75.0%(3/4)	100%(5/5)	66.7%(2/3)	100%(3/3)	a vs. d : 1.000 (n=2)

不安症状	ホルモン療法前 (n=6)	開始後 3 か月 (n=6)	開始後 6 か月 (n=4)	開始後 12 か月 (n=3)	P 値
あり	50.0%(3/6)	16.7%(1/6)	25.0%(1/4)	0%(0/3)	0.261
ややあり	16.7%(1/6)	0%(0/6)	0%(0/4)	0%(0/3)	a vs. b : 0.500 (n=5)
あまりなし	0%(0/6)	0%(0/6)	0%(0/4)	0%(0/3)	a vs. c : 0.500 (n=4)
なし	33.3%(2/6)	83.3%(5/6)	75.0%(3/4)	100%(3/3)	a vs. d : 0.500 (n=3)

自殺念慮	ホルモン療法前（n=4）	開始後 3 か月 (n=4)	開始後 6 か月 (n=2)	開始後 12 か月 (n=2)	P 値
あり	0%(0/4)	0%(0/4)	0%(0/2)	0%(0/2)	1.000
ややあり	25.0%(1/4)	0%(0/4)	0%(0/2)	0%(0/2)	a vs. b : 1.000 (n=3)
あまりなし	0%(0/4)	0%(0/4)	0%(0/2)	0%(0/2)	a vs. c : 1.000 (n=2)
なし	75.0%(3/4)	100%(4/4)	100%(2/2)	100%(2/2)	a vs. d : 1.000 (n=2)

表 5.トランス男性のアンドロゲン療法における社会的変化

学校や職場での変化	ホルモン療法前 (n=9)	開始後 3 か月 (n=13)	開始後 6 か月 (n=8)	開始後 12 か月 (n=8)	P 値
不良	0%(0/9)	0%(0/13)	0%(0/8)	0%(0/8)	0.392
やや不良	0%(0/9)	0%(0/13)	0%(0/8)	0%(0/8)	a vs. b : 1.000 (n=9)
やや良好	44.4%(4/9)	23.1%(3/13)	37.5%(3/8)	37.5%(3/8)	a vs. c : 1.000 (n=8)
良好	55.6%(5/9)	76.9%(10/13)	62.5%(5/8)	62.5%(5/8)	a vs. d : 1.000 (n=8)

家族との関係の変化	ホルモン療法前 (n=10)	開始後 3 か月 (n=12)	開始後 6 か月 (n=8)	開始後 12 か月 (n=8)	P 値
不良	10.0%(1/10)	0%(0/12)	0%(0/8)	0%(0/8)	0.112
やや不良	0%(0/10)	0%(0/12)	0%(0/8)	0%(0/8)	a vs. b : 0.500 (n=9)
やや良好	30.0%(3/10)	16.7%(2/12)	25.0%(2/8)	25.0%(2/8)	a vs. c : 0.500 (n=8)
良好	60.0%(6/10)	83.3%(10/12)	75.0%(6/8)	75.0%(6/8)	a vs. d : 0.500 (n=8)

恋愛・パートナーとの関係の変化	ホルモン療法前（n=8）	開始後 3 か月 (n=10)	開始後 6 か月 (n=9)	開始後 12 か月 (n=8)	P 値
不良	0%(0/8)	0%(0/10)	0%(0/9)	0%(0/8)	0.572
やや不良	0%(0/8)	0%(0/10)	0%(0/9)	0%(0/8)	a vs. b : 1.000 (n=8)
やや良好	62.5%(5/8)	60.0%(6/10)	55.6%(5/9)	62.5%(5/8)	a vs. c : 1.000 (n=7)
良好	37.5%(3/8)	40.0%(4/10)	44.4%(4/9)	37.5%(3/8)	a vs. d : 1.000 (n=7)

当事者グループとの接点	ホルモン療法前（n=10）	開始後 3 か月 (n=11)	開始後 6 か月 (n=10)	開始後 12 か月 (n=9)	P 値
不良	10.0%(1/10)	9.1%(1/11)	10.0%(1/10)	11.1%(1/9)	0.392
やや不良	0%(0/10)	0%(0/11)	0%(0/10)	0%(0/9)	a vs. b : 1.000 (n=9)
やや良好	10.0%(1/10)	0%(0/11)	0%(0/10)	0%(0/9)	a vs. c : 1.000 (n=8)
良好	80.0%(8/10)	90.9%(10/11)	90.0%(9/10)	88.9%(8/9)	a vs. d : 1.000 (n=8)

表 6. トランス女性のエストロゲン療法における血圧，身長，体重の変動

	ホルモン療法前 （n=25）a	開始後 3 か月 （n=25）b	開始後 6 か月 （n=25）c	開始後 12 か月 （n=25）d	P 値
血圧					
収縮期 （mmHg）	117.6±15.7 117.5[85-147]	128.7±4.6 126.0[126-134]	114.8±15.8 119.5[93-135]	120.9±17.2 117.0[96-142]	N.A. a vs. b：1.000 （n=3） a vs. c：0.109 （n=7） a vs. d：0.438 （n=6）
拡張期 （mmHg）	74.1±10.2 74 [54-97]	79.0±2.6 80 [76.0-81]	69.8±10.5 72 [54-82]	69.0±11.5 67.0[56-85]	N.A. a vs. b：1.000 （n=3） a vs. c：0.312 （n=7） a vs. d：0.406 （n=6）
身長（cm）	168.9±4.3 167.6[162.0-177.0]	169.6±3.7 167.5[167.4-173.9]	167.6±5.2 167.3[159.1-177.2]	166.9±4.6 167.2[159.7-173.6]	N.A. a vs. b：1.000 （n=2） a vs. c：1.000 （n=7） a vs. d：0.875 （n=6）
体重（kg）	62.0±12.0 60.1[45.5-82.0]	65.9±17.5 62.0[50.7-85.0]	63.7±14.5 61.3[47.5-85.0]	61.4±13.1 58.3[48.3-80.6]	N.A. a vs. b：0.500 （n=2） a vs. c：0.297 （n=7） a vs. d：0.312 （n=6）
ウエスト（cm）	81.3±5.3 79.6[77.0-89.1]	- 76.0[76.0-76.0]	76.4±10.5 77.3[64.0-97.0]	78.0±11.9 76.5[66.4-95.0]	N.A. a vs. b：N.A. （n=1） a vs. c：0.500 （n=2） a vs. d：1.000 （n=2）
ヒップ（cm）	- 93.0[93.0-93.0]	- -	88.6±7.0 87.8[82.0-100.0]	89.1±9.5 84.0[83.2-100.0]	N.A. a vs. b：N.A. （n=0） a vs. c：N.A. （n=1） a vs. d：N.A. （n=0）
アンダーバスト （cm）	- 85.8[85.8-85.8]	- -	81.0±11.5 78.6[68.0-101.0]	81.7±12.4 75.0[74.0-96.0]	N.A. a vs. b：N.A. （n=0） a vs. c：N.A. （n=1） a vs. d：N.A. （n=0）
トップバスト （cm）	- 90.9[90.9-90.9]	- -	86.5±9.8 84.8[74.0-101.0]	86.1±11.2 81.0[78.4-99.0]	N.A. a vs. b：N.A. （n=0） a vs. c：N.A. （n=1） a vs. d：N.A. （n=0）

mean±S.D，median[range]，N.A.：Not Available

※1　P 値は 4 時点（ホルモン療法前，開始後 3 か月，開始後 6 か月，開始後 12 か月）を同一症例内で比較した Friedman 検定による．4 時点すべてに測定値がある症例のみを，解析対象とした．

※2　4 時点すべての値がそろった症例が 2 例未満の項目，または検定不能の項目は，P 値を N.A.とした．

※3　a vs. b，a vs. c，a vs. d は，各 2 時点の測定値がそろった症例を対象に Wilcoxon 符号付順位検定を行った．括弧内の n は，各比較に用いた症例数を示す

表 7. トランス女性のエストロゲン療法における各種血液検査の変動

	ホルモン療法前 （n=25）a	開始後 3 か月 （n=25）b	開始後 6 か月 （n=25）c	開始後 12 か月 （n=25）d	P 値
WBC（/μL）	6570.5±1599.7 6200 [4300-9810]	7146.7±2514.6 7180 [3800-12470]	6252.9±1900.8 5700 [3850-10210]	6223.2±1625.9 5980 [4090-10740]	0.079 a vs. b : 0.039 （n=14） a vs. c : 0.625 （n=13） a vs. d : 0.959 （n=16）
Hb（g/dL）	14.5±1.5 14.9[11.6-16.7]	14.4±1.4 14.5[12.3-17.1]	13.8±1.0 14.0[11.4-15.0]	13.7±1.0 13.8[11.5-15.2]	0.011 a vs. b : 0.330 （n=14） a vs. c : 0.035 （n=13） a vs. d : 0.010 （n=16）
Hct（%）	42.8±4.5 44.2[34.4-48.8]	42.8±4.2 43.1[35.8-48.7]	41.4±3.5 42.3[33.4-45.7]	41.1±3.4 40.7[33.8-46.0]	0.121 a vs. b : 0.683 （n=14） a vs. c : 0.060 （n=13） a vs. d : 0.019 （n=16）
Platelet （万/μL）	25.0±5.7 24.5[16.3-39.1]	24.3±6.5 23.1[16.8-37.0]	24.0±5.8 23.6[13.5-33.5]	25.9±5.8 24.8[18.1-39.0]	0.344 a vs. b : 0.683 （n=14） a vs. c : 0.366 （n=13） a vs. d : 0.632 （n=16）
D-dimer （μg/mL）	0.6±0.5 0.5[0.3-2.5]	0.5±0.1 0.5[0.3-0.7]	0.5±0.1 0.5[0.3-0.6]	0.5±0.3 0.5[0.3-1.5]	0.572 a vs. b : 1.000 （n=7） a vs. c : 1.000 （n=9） a vs. d : 1.000 （n=10）
T Chol （mg/dL）	191.9±27.6 195.5[142.0-247.0]	192.2±19.3 187.0[173.0-214.0]	185.8±21.6 185.0[163.0-218.0]	196.3±24.8 208.0[157.0-222.0]	0.284 a vs. b : 0.438 （n=5） a vs. c : 0.438 （n=5） a vs. d : 0.688 （n=7）
HDL Chol （mg/dL）	65.9±16.8 64.0[36.0-104.0]	66.0±17.9 62.0[47.0-104.0]	68.7±17.4 62.0[47.0-94.0]	69.0±17.0 68.0[47.0-106.0]	0.203 a vs. b : 0.750 （n=7） a vs. c : 0.469 （n=7） a vs. d : 0.918 （n=9）
LDL Chol （mg/dL）	105.8±24.3 99.0[59.0-158.0]	104.3±21.5 97.0[77.0-143.0]	107.8±37.8 102.0[62.0-175.0]	110.5±29.9 111.0[65.0-153.0]	0.801 a vs. b : 0.406 （n=7） a vs. c : 0.875 （n=8） a vs. d : 0.826 （n=10）
TG （mg/dL）	130.0±117.0 92.0[26.0-527.0]	86.3±37.6 80.0[35.0-149.0]	105.8±67.3 92.0[34.0-285.0]	120.9±65.4 99.5[26.0-217.0]	0.154 a vs. b : 0.067 （n=11） a vs. c : 0.695 （n=10） a vs. d : 0.782 （n=12）
血糖値 （mg/dL）	102.6±17.0 101.5[77.0-	104.2±15.2 99.0[89.0-	98.4±11.3 94.0[85.0-	93.0±5.9 95.0[85.0-	0.374 a vs. b : 0.832 （n=9）

	ホルモン療法前 （n=25）a	開始後 3 か月 （n=25）b	開始後 6 か月 （n=25）c	開始後 12 か月 （n=25）d	P 値
	146.0]	137.0]	117.0]	104.0]	a vs. c：0.322 （n=10） a vs. d：0.105 （n=11）
HbA1c（%）	5.5±0.4 5.4[5.0-6.5]	5.5±0.4 5.4[5.0-6.1]	5.8±0.6 5.7[5.0-6.7]	5.7±0.5 5.7[5.2-6.5]	0.281 a vs. b：0.500 （n=5） a vs. c：0.750 （n=5） a vs. d：0.500 （n=6）
プロラクチン （ng/mL）	15.0±10.4 11.8[5.0-34.8]	12.5±7.3 8.2[6.4-23.6]	12.0±5.4 10.2[5.7-19.5]	11.1±6.4 8.8[5.7-24.3]	0.682 a vs. b：0.438 （n=5） a vs. c：0.219 （n=6） a vs. d：0.438 （n=5）
テストステロン （ng/mL）	5.3±4.3 5.1[0.1-18.9]	2.8±2.4 2.4[0.1-7.3]	1.2±1.3 0.5[0-4.3]	1.6±1.6 1.3[0-4.4]	0.043 a vs. b：0.320 （n=11） a vs. c：0.012 （n=12） a vs. d：0.014 （n=10）

mean±S.D，median[range]，N.A.：Not Available

※1　P 値は 4 時点（ホルモン療法前，開始後 3 か月，開始後 6 か月，開始後 12 か月）を同一症例内で比較した Friedman 検定による．4 時点すべてに測定値がある症例のみを，解析対象とした．

※2　4 時点すべての値がそろった症例が 2 例未満の項目，または検定不能の項目は，P 値を N.A.とした．

※3　a vs. b，a vs. c，a vs. d は，各 2 時点の測定値がそろった症例を対象に Wilcoxon 符号付順位検定を行った．括弧内の n は，各比較に用いた症例数を示す．

表 8. トランス女性のエストロゲン療法における身体的変化

ペニスの勃起	ホルモン療法前 (n=2)	開始後 3 か月 (n=12)	開始後 6 か月 (n=10)	開始後 12 か月 (n=9)	P 値
あり	100%(2/2)	25.0%(3/12)	10.0%(1/10)	22.2%(2/9)	0.392
やや低下	0%(0/2)	0%(0/12)	20.0%(2/10)	22.2%(2/9)	a vs. b：1.000 (n=2)
かなり低下	0%(0/2)	8.3%(1/12)	20.0%(2/10)	11.1%(1/9)	a vs. c：1.000 (n=2)
低下	0%(0/2)	66.7%(8/12)	50.0%(5/10)	44.4%(4/9)	a vs. d：1.000 (n=2)

乳房の増大	ホルモン療法前 (n=1)	開始後 3 か月 (n=8)	開始後 6 か月 (n=14)	開始後 12 か月 (n=7)	P 値
不変	100%(1/1)	0%(0/8)	7.1%(1/14)	14.3%(1/7)	N.A.
やや増大	0%(0/1)	50.0%(4/8)	14.3%(2/14)	28.6%(2/7)	a vs. b：N.A. (n=1)
かなり増大	0%(0/1)	50.0%(4/8)	78.6%(11/14)	42.9%(3/7)	a vs. c：N.A. (n=1)
増大	0%(0/1)	0%(0/8)	0%(0/14)	14.3%(1/7)	a vs. d：N.A. (n=1)

体形	ホルモン療法前 (n=0)	開始後 3 か月 (n=2)	開始後 6 か月 (n=8)	開始後 12 か月 (n=6)	P 値
不変	-	0%(0/2)	0%(0/8)	0%(0/6)	N.A.
やや女性化	-	100%(2/2)	25.0%(2/8)	33.3%(2/6)	a vs. b：N.A. (n=0)
かなり女性化	-	0%(0/2)	62.5%(5/8)	66.7%(4/6)	a vs. c：N.A. (n=0)
女性化	-	0%(0/2)	12.5%(1/8)	0%(0/6)	a vs. d：N.A. (n=0)

ひげ	ホルモン療法前 (n=4)	開始後 3 か月 (n=3)	開始後 6 か月 (n=5)	開始後 12 か月 (n=4)	P 値
不変	25.0%(1/4)	66.7%(2/3)	20.0%(1/5)	25.0%(1/4)	N.A.
やや減少	0%(0/4)	0%(0/3)	0%(0/5)	50.0%(2/4)	a vs. b：1.000 (n=2)
かなり減少	50.0%(2/4)	0%(0/3)	40.0%(2/5)	0%(0/4)	a vs. c：0.500 (n=2)
減少	25.0%(1/4)	33.3%(1/3)	40.0%(2/5)	25.0%(1/4)	a vs. d：N.A. (n=1)

体毛	ホルモン療法前 (n=2)	開始後 3 か月 (n=1)	開始後 6 か月 (n=5)	開始後 12 か月 (n=4)	P 値
不変	0%(0/2)	0%(0/1)	20.0%(1/5)	0%(0/4)	N.A.
やや減少	0%(0/2)	0%(0/1)	20.0%(1/5)	25.0%(1/4)	a vs. b：N.A. (n=1)
かなり減少	50.0%(1/2)	0%(0/1)	40.0%(2/5)	25.0%(1/4)	a vs. c：N.A. (n=1)
減少	50.0%(1/2)	100%(1/1)	20.0%(1/5)	50.0%(2/4)	a vs. d：N.A. (n=1)

筋肉・筋力	ホルモン療法前 (n=3)	開始後 3 か月 (n=3)	開始後 6 か月 (n=2)	開始後 12 か月 (n=3)	P 値
不変	33.3%(1/3)	0%(0/3)	0%(0/2)	0%(0/3)	1.000
やや低下	0%(0/3)	0%(0/3)	0%(0/2)	0%(0/3)	a vs. b：1.000 (n=2)
かなり低下	66.7%(2/3)	66.7%(2/3)	100%(2/2)	66.7%(2/3)	a vs. c：1.000 (n=2)
低下	0%(0/3)	33.3%(1/3)	0%(0/2)	33.3%(1/3)	a vs. d：1.000 (n=2)

皮膚の状態	ホルモン療法前 (n=0)	開始後 3 か月 (n=2)	開始後 6 か月 (n=7)	開始後 12 か月 (n=5)	P 値
不良	-	0%(0/2)	0%(0/7)	20.0%(1/5)	N.A.
やや不良	-	0%(0/2)	0%(0/7)	20.0%(1/5)	a vs. b：N.A. (n=0)
やや良好	-	100%(2/2)	85.7%(6/7)	40.0%(2/5)	a vs. c：N.A. (n=0)
良好	-	0%(0/2)	14.3%(1/7)	20.0%(1/5)	a vs. d：N.A. (n=0)

声	ホルモン療法前 (n=1)	開始後 3 か月 (n=4)	開始後 6 か月 (n=6)	開始後 12 か月 (n=4)	P 値
不変	0%(0/1)	25.0%(1/4)	33.3%(2/6)	25.0%(1/4)	N.A.
やや女性化	0%(0/1)	0%(0/4)	0%(0/6)	50.0%(2/4)	a vs. b：N.A. (n=1)
かなり女性化	100%(1/1)	75.0%(3/4)	66.7%(4/6)	25.0%(1/4)	a vs. c：N.A. (n=1)
女性化	0%(0/1)	0%(0/4)	0%(0/6)	0%(0/4)	a vs. d：N.A. (n=1)

頭髪	ホルモン療法前 (n=2)	開始後 3 か月 (n=5)	開始後 6 か月 (n=6)	開始後 12 か月 (n=4)	P 値
不変	50.0%(1/2)	20.0%(1/5)	0%(0/6)	0%(0/4)	0.392
やや変化	0%(0/2)	0%(0/5)	0%(0/6)	0%(0/4)	a vs. b：1.000 (n=2)
かなり変化	50.0%(1/2)	80.0%(4/5)	100%(6/6)	100%(4/4)	a vs. c：1.000 (n=2)
変化	0%(0/2)	0%(0/5)	0%(0/6)	0%(0/4)	a vs. d：1.000 (n=2)

表 9. トランス女性のエストロゲン療法における心理的変化

思考や記憶の変化	ホルモン療法前 (n=2)	開始後 3 か月 (n=2)	開始後 6 か月 (n=6)	開始後 12 か月 (n=7)	P 値
不良	0%(0/2)	0%(0/2)	0%(0/6)	0%(0/7)	1.000
やや不良	0%(0/2)	0%(0/2)	0%(0/6)	0%(0/7)	a vs. b : 1.000 (n=2)
やや良好	0%(0/2)	0%(0/2)	50.0%(3/6)	57.1%(4/7)	a vs. c : 1.000 (n=2)
良好	100%(2/2)	100%(2/2)	50.0%(3/6)	42.9%(3/7)	a vs. d : 1.000 (n=2)

性欲の低下	ホルモン療法前 (n=2)	開始後 3 か月 (n=3)	開始後 6 か月 (n=6)	開始後 12 か月 (n=5)	P 値
不変	0%(0/2)	33.3%(1/3)	0%(0/6)	0%(0/5)	1.000
やや低下	50.0%(1/2)	33.3%(1/3)	16.7%(1/6)	20.0%(1/5)	a vs. b : 1.000 (n=2)
かなり低下	0%(0/2)	0%(0/3)	50.0%(3/6)	40.0%(2/5)	a vs. c : 1.000 (n=2)
低下	50.0%(1/2)	33.3%(1/3)	33.3%(2/6)	40.0%(2/5)	a vs. d : 1.000 (n=2)

心理的変化	ホルモン療法前 (n=0)	開始後 3 か月 (n=2)	開始後 6 か月 (n=3)	開始後 12 か月 (n=2)	P 値
不良	-	0%(0/2)	33.3%(1/3)	50.0%(1/2)	N.A.
やや不良	-	0%(0/2)	0%(0/3)	0%(0/2)	a vs. b : N.A. (n=0)
やや良好	-	50.0%(1/2)	0%(0/3)	0%(0/2)	a vs. c : N.A. (n=0)
良好	-	50.0%(1/2)	66.7%(2/3)	50.0%(1/2)	a vs. d : N.A. (n=0)

うつ症状	ホルモン療法前 (n=2)	開始後 3 か月 (n=3)	開始後 6 か月 (n=1)	開始後 12 か月 (n=3)	P 値
あり	100%(2/2)	66.7%(2/3)	0%(0/1)	66.7%(2/3)	N.A.
ややあり	0%(0/2)	0%(0/3)	0%(0/1)	0%(0/3)	a vs. b : N.A. (n=0)
あまりなし	0%(0/2)	0%(0/3)	0%(0/1)	0%(0/3)	a vs. c : N.A. (n=1)
なし	0%(0/2)	33.3%(1/3)	100%(1/1)	33.3%(1/3)	a vs. d : N.A. (n=0)

不安感	ホルモン療法前 (n=1)	開始後 3 か月 (n=2)	開始後 6 か月 (n=1)	開始後 12 か月 (n=4)	P 値
あり	100%(1/1)	50.0%(1/2)	0%(0/1)	50.0%(2/4)	N.A.
ややあり	0%(0/1)	0%(0/2)	0%(0/1)	25.0%(1/4)	a vs. b : N.A. (n=0)
あまりなし	0%(0/1)	0%(0/2)	0%(0/1)	0%(0/4)	a vs. c : N.A. (n=0)
なし	0%(0/1)	50.0%(1/2)	100%(1/1)	25.0%(1/4)	a vs. d : N.A. (n=0)

自殺念慮	ホルモン療法前 (n=1)	開始後 3 か月 (n=2)	開始後 6 か月 (n=0)	開始後 12 か月 (n=2)	P 値
あり	0%(0/1)	0%(0/2)	-	0%(0/2)	N.A.
ややあり	100%(1/1)	0%(0/2)	-	0%(0/2)	a vs. b : N.A. (n=0)
あまりなし	0%(0/1)	0%(0/2)	-	0%(0/2)	a vs. c : N.A. (n=0)
なし	0%(0/1)	100%(2/2)	-	100%(2/2)	a vs. d : N.A. (n=0)

表 10. トランス女性のエストロゲン療法における社会的変化

学校や職場での変化	ホルモン療法前 (n=2)	開始後 3 か月 (n=5)	開始後 6 か月 (n=5)	開始後 12 か月 (n=5)	P 値
不良	0%(0/2)	0%(0/5)	0%(0/5)	20.0%(1/5)	0.392
やや不良	50.0%(1/2)	20.0%(1/5)	20.0%(1/5)	0%(0/5)	a vs. b：1.000 (n=2)
やや良好	0%(0/2)	40.0%(2/5)	20.0%(1/5)	20.0%(1/5)	a vs. c：1.000 (n=2)
良好	50.0%(1/2)	40.0%(2/5)	60.0%(3/5)	60.0%(3/5)	a vs. d：1.000 (n=2)

家族との関係の変化	ホルモン療法前 (n=5)	開始後 3 か月 (n=4)	開始後 6 か月 (n=3)	開始後 12 か月 (n=5)	P 値
不良	0%(0/5)	0%(0/4)	0%(0/3)	0%(0/5)	1.000
やや不良	40.0%(2/5)	25.0%(1/4)	66.7%(2/3)	20.0%(1/5)	a vs. b：1.000 (n=3)
やや良好	0%(0/5)	25.0%(1/4)	0%(0/3)	20.0%(1/5)	a vs. c：1.000 (n=2)
良好	60.0%(3/5)	50.0%(2/4)	33.3%(1/3)	60.0%(3/5)	a vs. d：1.000 (n=3)

恋愛・パートナーとの関係の変化	ホルモン療法前 (n=1)	開始後 3 か月 (n=2)	開始後 6 か月 (n=1)	開始後 12 か月 (n=2)	P 値
不良	0%(0/1)	0%(0/2)	0%(0/1)	0%(0/2)	N.A.
やや不良	0%(0/1)	0%(0/2)	0%(0/1)	0%(0/2)	a vs. b：N.A. (n=1)
やや良好	0%(0/1)	0%(0/2)	0%(0/1)	0%(0/2)	a vs. c：N.A. (n=1)
良好	100%(1/1)	100%(2/2)	100%(1/1)	100%(2/2)	a vs. d：N.A. (n=1)

当事者グループとの接点	ホルモン療法前 (n=2)	開始後 3 か月 (n=3)	開始後 6 か月 (n=4)	開始後 12 か月 (n=2)	P 値
不良	0%(0/2)	0%(0/3)	0%(0/4)	0%(0/2)	1.000
やや不良	0%(0/2)	0%(0/3)	0%(0/4)	0%(0/2)	a vs. b：1.000 (n=2)
やや良好	100%(2/2)	100%(3/3)	100%(4/4)	100%(2/2)	a vs. c：1.000 (n=2)
良好	0%(0/2)	0%(0/3)	0%(0/4)	0%(0/2)	a vs. d：1.000 (n=2)

Ｆ．研究発表

1.　論文発表

214. 福本晴香，田村萌衣，小島若奈，野田彩乃，中塚幹也：大学生における生理痛・月経前症候群（PMS）への対処行動の実態と意識．2026 岡山県母性衛生．(40)：19-20，2026
215. 小島若奈，福本晴香，田村萌衣，野田彩乃，中塚幹也：プレコンセプションケアの視点から見た「望ましい生活習慣」に対する大学生の意識．2026 岡山県母性衛生．(40)：21-22，2026
216. 野田彩乃，田村萌衣，福本晴香，小島若奈，中塚幹也：インターネット・SNS 上の性に関する情報への大学生の意識．2026 岡山県母性衛生．(40)：23-24，2026
217. 杉原依里香，辻田真彩，熊代瑞季，田中紫織，野間理紗子，藤原友絵，山下もも子，中塚幹也：小学生への性教育に対する養護教諭の意識と実態．2026 岡山県母性衛生．(40)：25-26，2026
218. Aoki Y, Wei X, Nakatsuka M, Otsuki J.: Tracing refractile body biogenesis in humanoocytes: the role of lysosomes and mitochondria . 2026Systems Biology in Reproductive Medicine. 72(1)：73-86，2026
219. 中塚幹也：今月の臨床：若年女性診療に必要な基礎知識[AYA 世代のトピック]性別不合（性別違和）．2026 臨床婦人科産科．80(1)：140-144，2026
220. 中塚幹也：特集：知っておきたい社会的ハイリスク妊婦への支援－シームレスな母子支援のあり方－「Ⅱ．各論－シームレスな母子支援のあり方－．４．産婦人科医の視点」．2026 産科と婦人科．93(2)：151-156，2026
221. 中塚幹也：特集：性に関する医療の現状と課題「性別不合に関する診断と治療のガイドラインのポイント」．2026 日本医師会雑誌．154(11)：1196-1198，2026
222. 中塚幹也：連載第 57 回：不育症の基礎知識と患者支援のポイント「不育症男性の気持ちとグリーフケア」．2026 臨床助産ケア．18(2)：67-70，2026
223. 中塚幹也，富田博秋，石井智弘：特集：性に関する医療の現状と課題【座談会】「性に関する医療における最近の話題」．2026 日本医師会雑誌．154(11)：1181-1193，2026
224. 中塚幹也：性分化疾患．私はこう治療している．今日の治療指針 2025 年度版（Volume67）．福井次矢、高木誠，小室一成編，医学書院，東京都，pp. 1315-1316，2025.
225. 中塚幹也：特集：ライフステージにおける女性医療「性の多様性と医療：LGBTQ，性別不合，性分化疾患」．Medical Science Digest. 51(2)：10-13，2025.
226. 中塚幹也：インタビュー動画「心の性と体の性」「（教師用）性の多様性」．「新編　新しい技術・家庭　家庭分野」教師用デジタルブック．東京書籍株式会社，2025.
227. 中塚幹也：連載第 54 回：不育症の基礎知識と患者支援のポイント「不育症女性の視点から見たグリーフケア：部屋の課題」．2025 臨床助産ケア．17(2)：78-82，2025.
228. 早馬俊，池袋真，新井久稔，中塚幹也：特集：SOGI（性的指向・性自認）について－精神科医療従事者に理解してほしいこと－性別不合（GI）診療におけるホルモン療法の保険適用について．2025 精神治療学．40(2)：159-163，2025.
229. Yang T, Okada E, Todoroki M, Liu S, Athurupana R, Kataoka K, Kashino C, Mitsui T, Hasegawa T, Kamada Y, Masuyama H, Nakatsuka M： Vascular dysfunction in women with recurrent pregnancy loss: Possible association with antiphospholipid antibodies . Int J Gynaecol Obstet 169：206-214，2025.
230. Awai K, Nakatsuka M： Relationship between Personality Traits and Postpartum Depressive Symptoms in Women who Became Pregnant via Infertility Treatment. Acta Medica Okayama 79：109-116，2025.

231. Tsukada YT, Nakatsuka M, et al.; Japanese Circulation Society Joint Working Group. : JCS/JCC/JACR/JATS 2024 Guideline on Cardiovascular Practice With Consideration for Diversity, Equity, and Inclusion. Circ J 89 : 658-739, 2025.
232. 中塚幹也 : 今月のテーマ妊産婦と嗜好品 : 妊娠中・母乳育児中の嗜好品、どう付き合う？. 2025 子育て支援者のための情報紙月刊母子保健. (792) : 8-8, 2025.
233. 中塚幹也 : 連載第 55 回 : 不育症の基礎知識と患者支援のポイント「不育症女性の視点から見たグリーフケア : 医療スタッフの対応」. 2025 臨床助産ケア. 17(3) : 68-71, 2025.
234. 中塚幹也 : 特集 : 性別不合（性同一性障害）治療の現状「性別不合（性同一性障害）医療を取り巻く課題－ICD-11 での病名変更, 診療ガイドラインの改訂, 保険適用」. 2025 形成外科. 68(8) : 801-809, 2025.
235. 中塚幹也 : 性別に違和感を持つ子どもたちへの支援. 2025 小児医療定期情報誌「そんりーさ」. (35) : 2-4, 2025.
236. 中塚幹也 : 特集 : 周産期メンタルヘルスとレジリエンスの科学-予防と回復を支えるエビデンスと実践「社会的ハイリスク妊産婦を連携システムで支える」. 2025 精神医学. 67(10) : 1331-1337, 2025.
237. S, Han H, Athurupana R, Yang T, Nakatsuka M : Compassion fatigue and compassion satisfaction among nurses/midwive scaring parents with pregnancy loss or infertility: a cross-sectional study. Frontiers in Public Health13 : 1-11, 2025.
238. 中塚幹也 : 生涯教育岡山県産婦人科専門医会「プレコンセプションケアの射程 : 子ども達は何を知っておくべきか？」. 2025 岡山県医師会報. (1656) : 934, 2025.
239. Sayuri Harada, Kumie Kataoka, Nobuyuki Miyatake, Mikiya Nakatsuka : Associations of Resilience With Bonding Status After Preterm Birth. Cureus. 17(10) : 1-10, 2025.
240. 中塚幹也 : 連載第 56 回 : 不育症の基礎知識と患者支援のポイント「不育症女性の視点から見た医療スタッフの対応の満足度」. 2025 臨床助産ケア. 18(1) : 51-55, 2025.
241. 中塚幹也 : ＜学会報告＞流死産をあきらめない : 不育症の治療とケアー第７回日本不育症学会学術集会を岡山で開催－. 2025 岡山医学会雑誌. 137(3) : 147-148, 2025.
242. 岩田歩子, 江口珠美, 横溝珠実, 井上理絵, 中正成美, 中塚幹也 : トランス男性における生殖腺摘出手術と性同一性障害特例法に対する意識. 日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌. 18(1) : 43-48, 2025.
243. 樫野千明, 山下もも子, 岩田歩子, 江口珠美, 横溝珠実, 新井冨士美, 中塚幹也 : 大学生が経験した小中高校での SOGI ハラスメントの実態. 日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌. 18(1) : 49-54, 2025.
244. 山下もも子, 樫野千明, 岩田歩子, 江口珠美, 横溝珠実, 新井冨士美, 中塚幹也 : 小中高校での「性の多様性」に関する教育の実施と偏見・差別感への影響. 日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌. 18(1) : 55-61, 2025.
245. 井内鈴華, 赤羅由衣, 石原舞侑, 佐田彩女, 森原菜乃, 山田莉央, 中塚幹也 : 大学生におけるプレコンセプションケアに対する意識. 岡山県母性衛生. (39) : 16-17, 2025.
246. 石原舞侑, 赤羅由衣, 井内鈴華, 佐田彩女, 森原菜乃, 山田莉央, 中塚幹也 :「ライフプランから考える卵子凍結」に関する大学生の知識と意識. 岡山県母性衛生. (39) : 18-19, 2025.
247. 高尾緑, 杉山喜代美, 片岡久美恵, 久世恵美子, 角南恵子, 植木洋子, 池田智子, 神谷祐希, 木村明子, 秦久美子, 中塚幹也 : 不妊専門相談センターにおけるオンライン面談の実際. 岡山県母性衛生. (39) : 20-21, 2025.
248. 中正成美, 中塚幹也 : 妊娠中から産後の各時期における「辛かったこと・相談の実態」と乳児全戸訪問時の産後うつ, 母子のボンディング

との関連. 岡山県母性衛生. (39) : 31-32, 2025.

249. 米原峰子, 高岸純子, 三苫知余, 上田智郷, 來住久益子, 安田美砂, 延原栄子, 小野真喜, 桑田眞美, 小林智子, 中塚幹也 : 妊娠期から子育て中の「不安」への対応 おかやま妊娠・出産サポートセンターの過去 7 年間の相談から. 岡山県母性衛生. (39) : 33-34, 2025.

250. 赤羅由衣, 井内鈴華, 石原舞侑, 佐田彩女, 森原菜乃, 山田莉央, 中塚幹也 : 大学生における月経前症候群(PMS)の実態と意識. 岡山県母性衛生. (39) : 37-38, 2025.

251. 佐田彩女, 赤羅由衣, 井内鈴華, 石原舞侑, 森原菜乃, 山田莉央, 中塚幹也 : 性的同意に対する大学生の意識と実態. 岡山県母性衛生. (39) : 39-40, 2025.

252. 山田莉央, 井内鈴華, 石原舞侑, 佐田彩女, 森原菜乃, 赤羅由衣, 中塚幹也 : トランスジェンダー(性同一性障害)当事者の性別変更に対する大学生の意識. 岡山県母性衛生. (39) : 41-42, 2025.

253. 西田康平, 樫野千明, 新井富士美, 江口珠美, 潘新玉, 中正成美, 岩田歩子, 井上理絵, 横溝珠実, 鮫島 梓, 北島百合子, 舛森直哉, 石原理, 中島彰俊, 北島道夫, 松尾かずな, 長谷川高誠, 佐々木春明, 関 明穂, 中塚幹也. 国内における性別不合当事者へのホルモン療法の実態 : 薬剤の用法用量と臨床的評価 : 日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌. 18(1) : 63-71, 2025.

254. 山川誌織, 樫野千明, 西田康平, 河田明日香, 佐藤芙優子, 岩田歩子, 江口珠美, 潘新玉, 中正成美, 井上理絵, 横溝珠実, 中塚幹也 : 全国の産婦人科施設代表者における「LGBTQ 当事者への生殖医療」に対する意識. 日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌. 18(1) : 87-95, 2025.

255. 江口珠美, 山田莉央, 横溝珠実, 岩田歩子, 中正成美, 潘新玉, 井上理絵, 中塚幹也 : 戸籍の性別変更の要件に対する大学生の意識. 日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌. 18(1) : 113-119, 2025.

256. 中正成美, 河田明日香, 井上理絵, 山川誌織, 佐藤芙優子, 岩田歩子, 江口珠美, 潘新玉, 横溝珠実, 中塚幹也 : LGBTQ 当事者へのライフプラン教育に対する教員の意識. 日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌. 18(1) : 147-153, 2025.

257. 中塚幹也 : 理事長講演　性別不合に関する診断と治療のガイドライン第５版　最近の性別不合診療を取り巻く状況とガイドライン改訂の経緯. 日本ＧＩ(性別不合)学会雑誌. 18(1) : 200, 2025.

258. 樫野千明, 山川誌織, 西田康平, 河田明日香, 佐藤芙優子, 岩田歩子, 江口珠美, 潘新玉, 中正成美, 井上理絵, 横溝珠実, 中塚幹也 :「AFAB」1. 全国の産婦人科施設代表者における「LGBTQ 当事者への生殖医療」に対する意識と実態. 日本ＧＩ(性別不合)学会雑誌. 18(1) : 223, 2025.

259. 西田康平, 樫野千明, 舛森直哉, 石原理, 中島彰俊, 北島道夫, 松尾かずな, 長谷川高誠, 佐々木春明, 関明穂, 鮫島梓, 北島百合子, 中塚幹也 : 「ホルモン療法・基礎研究」3. 国内における性別不合当事者へのホルモン療法の薬剤と臨床的評価方法の実態. 日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌. 18(1) : 234, 2025.

260. 岩田歩子, 江口珠美, 横溝珠実, 井上理絵, 中正成美, 中塚幹也 :「看護・パラメディカル」4. トランス男性における生殖腺摘出手術と性同一性障害特例法に対する意識. 日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌. 18(1) : 243, 2025.

261. 井關敦子, 山田奈央, 三尾亜喜代, 魚住郁子, 大橋一友, 中塚幹也 :「看護・パラメディカル」5. トランス女性の化粧（スキンケア･メイクアップ）に関する認識と,

262. 化粧教室の効果―質問紙と唾液アミラーゼによる検討―. 日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌. 18(1) : 244, 2025.

263. 中正成美, 河田明日香, 井上理絵, 山川誌織, 佐藤芙優子, 岩田歩子, 江口珠美, 潘新玉, 横溝珠実, 中塚幹也 :「人文・教育」4. LGBTQ 当事者へのライフプランに対する教員の意識 : 結婚, 子どもを持つことに関して. 日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌. 18(1) : 275, 2025.

264. 江口珠美，山田莉央，横溝珠実，岩田歩子，中正成美，潘新玉，井上理絵，中塚幹也：「社会・法制度」6．トランスジェンダー（性別不合）当事者の性別変更の要件に対する大学生の意識．日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌．18(1)：289，2025.
265. 横溝珠実，山田莉央，江口珠美，岩田歩子，潘新玉，中正成美，井上理絵，中塚幹也：「社会・法制度」7．トランスジェンダー（性別不合）当事者の男女別の施設使用に対する大学生の意識．日本ＧＩ（性別不合）学会雑誌．18(1)：290，2025.
266. 橋本浩平，舛森直哉．尿路上皮がん 小細胞がん，泌尿器外科 2026，39：148-153.
267. 市原浩司，舛森直哉，池田官司，久保みのり．北海道における思春期の性別不合診療の現状と課題．思春期学 2026；44：126-131.
268. Shibamori K, Hashimoto K, Okabe K, Maehana T, Shindo T, Kyoda Y, Kobayashi K, Tanaka T, Tahkahashi S, Masumori N. Absence of bladder cancer cells in surgical smoke from robot-assisted radical cystectomy: a prospective study. Front Urol 2026, 6: 1714844
269. Kitamura H, Tsukamoto T, Kakehi Y, Mizusawa J, Shibata T, Sasaki K, Tanikawa T, Hashine K, Fujimoto K, Masumori N, Kobayashi T, Habuchi T, Kimura T, Sugimoto M, Takahashi A, Adachi H, Matsui Y, Hatakeyama S, Ito A, Eto M, Nishiyama H; Urologic Oncology Study Group of the Japan Clinical Oncology Group. Active surveillance versus intravesical Bacillus Calmette-Guérin for high-grade T1 bladder cancer with negative second transurethral resection: the randomized noninferiority phase 3 JCOG1019 trial.Eur Urol. 2026: 437-445.
270. 舛森直哉．前立腺肥大症．今日の治療指針 2025．福井次矢，高木 誠，小室一成編．東京：医学書院；2025，pp.1206-1208.
271. 西田幸代，小林 皇，舛森直哉．第 12 肋骨と腸骨の間に距離がない．臨泌 79（4）2025 増刊.
272. 舛森直哉．男性型脱毛症治療薬（5α還元酵素阻害薬）内服者への対応．日本泌尿器科学会編．前立腺がん検診ガイドライン 2025 年版．東京：医学図書出版；2025．pp 38-40.
273. 舛森直哉．前立腺肥大症治療薬内服者への対応．日本泌尿器科学会編．前立腺がん検診ガイドライン 2025 年版．東京：医学図書出版；2025．pp 41-45.
274. 舛森直哉．PSA 検診における直腸診の意義．日本泌尿器科学会編．前立腺がん検診ガイドライン 2025 年版．東京：医学図書出版；2025．pp 58-61.
275. 舛森直哉．前立腺肥大症に対するこれまでの手術療法の栄枯盛衰を俯瞰する．排尿障害プラクティス 2025，33：14-19.
276. 京田有樹，舛森直哉．今後登場が期待される低侵襲手術．排尿障害プラクティス 2025，33：53-57.
277. 西田幸代，澤田篤郎，木村友和，伊藤直樹，深瀧恭子，樋之津史郎，舛森直哉．腹腔鏡手術における基礎教育の簡便化・効率化を目指して―ウエブサイト手術学習教材の有用性研究．日鏡外会誌 2025，30：10-17.
278. Wanifuchi A, Muranaka I, Hashimoto K, Masumori N. Delayed formation of intercostal artery pesudoaneurysm following trocar injury in laparoscopic radical nephrectomy. Urol Case Rep 2025; 61: 103060.
279. 伊藤歌織，小林 皇，橋本浩平，萬谷和香子，岡部 洸，田端秀敏，京田有樹，田中俊明，舛森直哉．アモキサピン出荷停止後の当科における射精障害治療の検討．日本性機能学会雑誌 2025，40：271-275.
280. Shindo T, Hashimoto K, Kenuka T, Miyamoto S, Hiyama Y, Fukuta F, Kunishima Y, Okada

M, Matsukawa M, Kato R, Senda M, Wanifuchi A, Sato S, Kobayashi K, Tanaka T, Masumori N. Efficacy and safety of enfortumab vedotin in older patients with metastatic urothelial carcinoma. A multicenter retrospective study. J Geriat Oncol 2025, 16: 102183.

281. Hiyama Y, Shindo T, Takahashi A, Fukuta F, Maehana T, Tachikawa K, Hashimoto K, Kobayashi K, Tanaka T, Takahashi S, Masumori N. The incidence and risk factor for febrile urinary tract infection after robot-assisted laparoscopic radical cystectomy in bladder cancer patients. J Infect Chemother 2025, 31

282. 市原浩司, 松尾かずな, 幸前 和, 萬谷和香子, 藤野景子 山名杏沙, 野藤誓亮, 舛森直哉. テストステロンによるホルモン療法がトランスジェンダー男性の下部尿路機能に及ぼす影響について. 日本GI学会雑誌 2024, 17: 69-73.

283. Abe J, Kyoda Y, Haga K, Sasao T, Nishiyama D, Nofuji S, Ichihara K, Matsuda Y, Toyota T, Ueki Y, Konta S, Nakayama S, Shibuya J, Kobayashi G, Maehana T, Nakajima Y, Masumori N. Water vapor energy therapy safely reduces urinary medication use. A multicenter retrospective real-world study in Japan (SCCOP study 24-01). Int J Urol 2025.

284. Shindo T, Ueki Y, Muranaka I, Kobayashi G, Miyamoto S, Kunishima Y, Sato S, Okada M, Kato R, Adachi H, Matsukawa M, Takayanagi A, Shibamori K, Wanifuchi A, Maehana T, Kyoda Y, Hashimoto K, Kobayashi K, Tanaka T, Masumori N. Clinical outcomes of untreated recurrence after radical surgery for upper urinary tract carcinoma: a multicenter retrospective study. Int J Urol 2025

285. Wanifuchi A, Kyoda Y, Muranaka I, Nakamura M, Fujino K, Hashimoto K, Tanaka T, Masumori N. Prevalence of discordance between patient- and physician-reported questionnaire in Japanese male: insight from a prospective observational study using the International Prostate Symptom Score. Int J Urol 2025.

286. Wanifuchi A, Tanaka T, Shindo T, Kyoda Y, Hashimoto K, Masumori N. Is there a role for music intervention in reducing anxiety and pain in males during outpatient flexible cystoscopy? A randomized controlled study. Urol Res Pract 2025; 51: 99-104.

287. Omae K, Sekido N, Haga N, Kubota Y, Saito M, Sakakibara R, Yoshida M, Mitsui T, Masumori N, Takahashi S. Unsupervised machine learning approach to interpret complex lower urinary tract symptoms and their impact on quality of life in adult women. World J Urol 2025; 43: 474.

288. Sekido N, Omae K, Haga N, KubotaY, Saito M, Ryuji Sakakibara R, Yoshida M, Mitsui T, Masumori N, Takahashi S. Impact of lower urinary tract symptoms on daily life in individuals with co-existence overactive and underactive bladder, overactive bladder, and underactive bladder. LUTS 2025

289. Okabe K, Tanaka T, Shindo T, Kyoda Y, Nishida S, Hashimoto K, Kobayashi K, Masumori N. Treatment-induced gene expression changes in metastatic renal cell carcinoma: insights from a syngeneic mouse model. Current Oncol 2025; 32: 391.

290. Sakai Y, Shindo T, Hashimoto K, Ito N, Kobayashi G, Kato R, Miyamoto S, Okada M, Matsukawa M, Sato S, Takayanagi A, Kato S, Kunishima Y, Wanifuchi A, Horita H,

Maehana T, Kyoda Y, Kobasyashi K, Tanaka T, Masumori N. The efficacy of metastasis-directed external beam radiotherapy for castration-resistant prostate cancer. A retrospective multicenter study. Curr Urol 2025.

291. Baker VL, Dyer S, Chambers GM, Keller E, Banker M, de Mouson J, Elgindy E, Bai FM, Ishihara O, Jwa SC, Kupka MS, Zegers-Hochschild F, Adamson GD. International committee for moniitoring assisted reproductive technologies (ICMART): world report for cycles conducted in 2017-2018. Hum Reprod. 2025 Jun 1;40(6):1110-1126. doi: 10.1093/humrep/deaf049.

292. Jwa SC, Maeda E, Ishihara O, Tsujimura A, Terada Y, Osuga Y. How do fertility facilities in Japan perceive disclosing institutional success rates for IVF? A nationwide survey of registered assisted reproductive technology facilities. Reprod Med Biol. 2025 Jun 12;24(1):e12653. doi: 10.1002/rmb2.12653. eCollection 2025 Jan-Dec.

293. Dyer S, Chambers GM, Jwa SC, Baker VL, Banker M, de Mouzon J, Elgindy E, Fu B, Ishihara O, Kupka MS, Zegers-Hochschild F, Adamson GD. International committee for monitoring assisted reproductive technologies world report: assisted reproductive technology, 2019. Fertil Steril. 2025 124 (4) :679-693. doi: 10.1016/j.fertnstert.2025.06.003

294. Takamura M, Ishihara O, Jwa SC, Marumo Y, Saitoh R, Uemura N, Namba A, Kajihara T, Kamei Y, Takai Y, Huang H, Hayashi N, Maruyama M, Kashiwazaki Y, de Jonge J, Budding D, Garcia-Pinete E, Macklon N. Validation in Japanese population of a microbiome predictor of IVF outcome developed in Caucasian women. ESHRE 41st Annual Meeting. Paris 2025.6.30

295. Adamson D, Zegers-Hochschild F, Dyer S, Chambers G, de Mouzon J, Ishihara O, Kupka M, Jwa SC, Baker V, Bai Fu, Elgindy E, Banker M.: ICMART preliminary world report 2021. ESHRE 41st Annual Meeting. Paris 2025.6.30

296. Ishihara O.: The Japanese Registry -For safety and quality assurance of ART- ART registers in the World. Milan 2025.9.19

297. Amabebe E, Huang Z, Jash S, Krishnan B, Cheng S, Nakashima A, Li Y, Li Z, Wang R, Menon R, Xiao Zhou X, Ping Lu K, Sharma S. Novel role of Pin1-cis P-tau-ApoE axis in the pathogenesis of preeclampsia and its connection with dementia. Biomedicines. in press

298. Yamamichi R, Nomiyama M, Arima K, Yamasaki F, Kojima K, Kitajima M. The Clinical Significance of Placental Site Nodule and Plaque in Women with Secondary Infertility Treated with Office Hysteroscopic Surgery: The Case Series of Retrospective Cohort Study. Gynecol Minim Invasive Ther. 2025 Jul 19;14(3):207-214. doi: 10.4103/gmit.GMIT-D-24-00041. eCollection 2025 Jul-Sep.

299. Kobayashi M, Asada Y, Sugishita Y, Osuka S, Kitajima M, Kawamura K, Shirasawa H, Tsuzuki T, Yamada M, Huang H, Jwa SC, Suzuki T, Kanasaki H, Kuroda K, Ono M, Katagiri Y, Noguchi H, Fukui A, Wada-Hiraike O, Masaki K, Kitahara Y, Iwase A. Cumulative ongoing pregnancy and live birth rates after assisted reproduction among women with diminished ovarian reserve: A multi-institutional retrospective cohort study. J Obstet Gynaecol Res. 2025 Jun;51(6):e16336. doi:

10.1111/jog.16336Iwase A, Asada Y, Sugishita Y, Osuka S, Kitajima M, Kawamura K; from the subcommittee “Survey of AMH measurement in Japan” in Reproductive Endocrinology Committee, Japan Society of Obstetrics and Gynecology, 2021-2022. Anti-Müllerian hormone for screening, diagnosis, evaluation, and prediction: A systematic review and expert opinions. J Obstet Gynaecol Res. 2024 Jan;50(1):15-39. doi: 10.1111/jog.15818.

300. Yuri Hasegawa, Yuriko Kitajima, Koh Nagata, Shoko Miura, Kiyonori Miura. Prenatal Diagnosis of Unbalanced Translocation t(5;11)(q21;q22) With a Jacobsen Syndrome Clinical Phenotype. Clinical case reports 2025;13(8)

301. Matsuo Kazuna. Editorial Comment on Leadership Motivation and Role Model Influence Among Japanese Female Urologists: A Cross-Sectional Pilot Study From Over Forty Female Urologists Consortium_UROlogy. Int J Urol. 33(4), e70453, 2026.

302. 小林知子, 松尾かずな. トランスジェンダーと医療. ジェンダー研究 28, 33-41, 2026.

303. Hibino T, Kato M, Tsuzuki T, Nishikimi T, Kimura T, Komatsu T, Hattori K, Naito Y, Sano Y, Inoue S, Matsuo K, Sano T, Kimura T, Zennami K, Ishida S, Matsukawa Y, Akamatsu S. Total Positive Margin Length as a Novel Prognostic Indicator After Radical Prostatectomy. Int J Urol. 33(3), e70395, 2026.

304. Iwama Y, Sano T, Sano Y, Kimura T, Naito Y, Inoue S, Matsuo K, Ishida S, Matsukawa Y, Akamatsu S. Early Recognition of Immune-Related Hepatitis During Avelumab Maintenance Therapy for Urothelial Carcinoma. IJU CASE REPORTS, 9(2), e70150, 2026.

305. 松尾かずな, 坂元史稔, 森川真紀, 吉田美衣, 畠山未来. 性別不合へのホルモン療法の留意点　身近な遺伝性疾患を考える：家族性高コレステロール血症. 日本GI学会雑誌. 18(1), 2025.

306. Nishii Hisae, Kamikawa Hiroki, Matsukawa Yoshihisa, Ishida Shohei, Sakakibara Ayako, Akamatsu Shusuke, Katsuno Masahisa, Karube Kennosuke, Sahashi Kentaro, Naito Yushi, Miyagi Shohei, Obara Kazuki, Morimoto Ryota, Matsuo Kazuna, Inoue Satoshi. A case of severe immune-related adverse events, myocarditis with myositis, and myasthenia gravis overlap syndrome following adjuvant nivolumab administration for muscle-invasive bladder cancer. Nagoya Journal of Medical Science 87 (1), 156-162, 2025.

307. Nakamura-Utsunomiya A, Hasegawa K, Ono T, Kanno J, Shima H, Suzuki Y, Tanaka M, Ikegawa K, Amano N, Mogami Y, Yamada Y, Futagawa N, Higuchi Y, Sasaoka D, Nagamatsu F, Mori J, Kawai M, Moritake H, Nishi M, Matsuo M. Clinical characteristics and anti-ZSCAN1 antibody titer analysis in a nationwide survey of ROHHAD (-NET) syndrome. J Clin Endocrinol Metab. 2026 Mar 11: dgag109.

308. X染色体連鎖性低リン血症性くる病・骨軟化症診療ガイドライン作成委員会、X 染色体連鎖性低リン血症性くる病・骨軟化症診療ガイドライン、日本内分泌学会雑誌 101(S.GL1) 1-206, 2026年1月20日

309. 軟骨低形成症診断ガイドワーキンググループ(磯島豪, 大薗恵一, 大幡泰久, 岡田慶太, 鬼頭浩史, 窪田拓生, 伊達木澄人, 難波範行, 西村 玄, 長谷川高誠 藤原幾磨, 松下雅樹, 道上敏美軟骨低形成症の診断ガイド. 2026年1月

310. Honda M, Narumi S, Hasegawa K, Goto Y, Kawashima Y, Ohara O, Fukuzawa R, Ishii T, Hasegawa T. Coproporphyrinogen Oxidase Deficiency Causes Primary Adrenal Insufficiency and 46, XY DSD. J Clin Endocrinol Metab. 2025;111(1): e83-e91.
311. Hagiya H, Soejima Y, Tokumasu K, Hirai Y, Otsuka Y, Kawaguchi M, Fukushima S, Nakamoto K, Oguni K, Shiode Y, Uda K, Yashiro M, Hasegawa K, Iio K, Otsuka F. Mycobacterium intracellulare Infection in a Japanese Patient with Signal Transducer and Activator of Transcription-3 Gain-of-Function Syndrome: A Case Report. Intern Med. 2025 Oct 2 [Epub ahead of print]
312. Hasegawa K. Osteogenesis imperfecta: pathogenesis, classification, and treatment.Clin Pediatr Endocrinol. 2025 Jul;34(3):152-161.
313. Soejima Y, Otsuka Y, Kawaguchi M, Oguni K, Yamamoto K, Nakano Y, Yasuda M, Tokumasu K, Ueda K, Hasegawa K, Iwata N, Otsuka F. Involvement of a Novel Variant of FGFR1 Detected in an Adult Patient with Kallmann Syndrome in Regulation of Gonadal Steroidogenesis. Int J Mol Sci. 2025 Mar 18;26(6).
314. Hasegawa K, Miyake T, Kobashi M, Tetsunaga T, Ago Y, Futagawa N, Miyahara H, Higuchi Y, Morizane S, Tsukahara H. Effect of calcium supplementation on bone deformity and histopathological findings of skin papules in a pediatric patient with vitamin D-dependent rickets type 2A: A case report. Clin Pediatr Endocrinol. 2025;34(2):131-136.
315. Suzuki K, Uda K, Tsuge M, Arakawa K, Shigehara K, Obara T, Hasegawa K, Tsukahara H.Erythromelalgia presenting with posterior reversible encephalopathy syndrome: A pediatric case report. Brain and Development Case Reports. 2025;3(2): 100078
316. Umeda T, Otani Y, Fujii K, Ishida J, Hirano S, Suruga Y, Kemmotsu N, Imoto R, Kegoya Y, Mizuta R, Inoue Y, Hokama M, Makihara S, Hasegawa K, Inagaki K, Otsuka F, Yasuhara T, Tanaka S. Identification of factors related to functional prognoses in craniopharyngiomas. J Neurooncol. 2025;172(2):471-479.
317. 岡田慶太, 鬼頭浩史, 坂田亮介, 田村太資, 寺本篤史, 鳥越清之, 水野稚香, 若生政憲, 長谷川高誠, 山田崇弘, 室月 淳, 宮嵜 治, 小﨑 慶介, 尾﨑 誠, 西村 玄, 芳賀 信彦, 滝川 一晴. 2023 年版骨系統疾患国際分類の和訳. 日本整形外科学会雑誌 99 578-581 2025 年 10 月
318. 中塚幹也：５章性別不合　性別不合を持つ人々が直面する困難性とその対処　小児期. 樋口進編. 講座　精神疾患の臨床８　物質使用症又は嗜癖行動症群性別不合. 東京都：中山書店, 564-572, 2023.
319. 中塚幹也：ICD-11（国際疾病分類第 11 版）の理解と法整備への期待. LGBT 法連合会編. SOGI をめぐる法整備はいま-LGBTQ が直面する法的な現状と課題-. 京都市：株式会社かもがわ出版, 111-115, 2023.
320. 中塚幹也：第 5 章性の多様性「2 多様な性と医療, 健康支援」. 吉沢豊予子編. 助産師基礎教育テキスト 2024 年版. 東京都：日本看護協会出版会, 232-247, 2023.
321. 中塚幹也：2 章セクシュアル・リプロダクティブヘルスに関する概念　2 節セクシュアリティとジェンダー. 中込さと子, 小林康江, 荒木奈緒編. ナーシング・グラフィカ母性看護学①概論・リプロダクティブヘルスと看護. 大阪市：株式会社メディカ出版, 32-39, 2024.
322. 中塚幹也：3 章セクシュアル・リプロダクティ

ブヘルスに関する統計　3節性行動・性感染症に関する統計　1項性行動に関する統計. 中込さと子, 小林康江, 荒木奈緒編. ナーシング・グラフィカ母性看護学①概論・リプロダクティブヘルスと看護. 大阪市:株式会社メディカ出版, 62-65, 2024.
323. 中塚幹也:6章性・生殖に関する生理　4節性意識の発達. 中込さと子, 小林康江, 荒木奈緒編. ナーシング・グラフィカ母性看護学①概論・リプロダクティブヘルスと看護. 大阪市:株式会社メディカ出版, 42-43, 2024.
324. 中塚幹也:6章性・生殖に関する生理　5節第二次性徴. 中込さと子, 小林康江, 荒木奈緒編. ナーシング・グラフィカ母性看護学①概論・リプロダクティブヘルスと看護. 大阪市:株式会社メディカ出版, 43-46, 2024.
325. 中塚幹也:6章性・生殖に関する生理　6節性欲・性反応. 中込さと子, 小林康江, 荒木奈緒編. ナーシング・グラフィカ母性看護学①概論・リプロダクティブヘルスと看護. 大阪市:株式会社メディカ出版, 43-46, 2024.
326. 寺内公一, 樋口毅, 小川真里子, 加藤聖子, 甲賀かをり, 武田卓, 土橋一慶, 中塚幹也, 野口靖之, 三鴨廣繁, 尾臺珠美:報告:女性ヘルスケア委員会. 日本産科婦人科学会雑誌. 75巻6号:662-686, 2023.
327. Masakazu Terauchi, Tsuyoshi Higuchi, Subcommittee Chairperson: Mikiya Nakatsuka, Subcommittee members: Kiyoko Kato, Akiko Isobe, Yasuhiko Kamada, Hideya Sakakibara, Shinobu Ida, Futoshi Matsui, and Takuo Nod : Women's Health Care Committee, Japan Society of Obstetrics and Gynecology: Annual report - 2023 SUBCOMMITTEE ON SURVEY ON THE CURRENT STATUS OF SURGERY FOR DISORDERS OF SEX DEVELOPMENT (DSDs). The Journal Obstetrics and Gynaecology Research. :1-18, 2023.
328. 中塚幹也:「トランスジェンダーの医療に関する課題と最新情報」第1回LGBTQ+, トランスジェンダー, 性別不合とは？. 三重県男女共同参画センター「フレンテみえ」Web限定 男女共同参画ゼミ. https://www.center-mie.or.jp/frente/data/zemi/topic/138 :, 2023.
329. 中塚幹也:「トランスジェンダーの医療に関する課題と最新情報」第2回性別不合の診療. 三重県男女共同参画センター「フレンテみえ」. https://www.center-mie.or.jp/frente/data/zemi/topic/138 :, 2023.
330. 中塚幹也:「トランスジェンダーの医療に関する課題と最新情報」第3回トランスジェンダー当事者を取り巻く日本社会の変化. 三重県男女共同参画センター「フレンテみえ」. https://www.center-mie.or.jp/frente/data/zemi/topic/138 :, 2023.
331. 中塚幹也:「トランスジェンダーの医療に関する課題と最新情報」第1回LGBTQ+, トランスジェンダー, 性別不合とは？. 三重県男女共同参画センター「フレンテみえ」. https://www.center-mie.or.jp/frente/data/zemi/topic/138 :, 2023.
332. 中塚幹也:保育士に知ってほしいLGBTQ＋の知識. 保育と保健. 29巻2号:103-106, 2023.
333. 中塚幹也:視点:性別違和感を持つ児童生徒への対応. 東京小児科医会報. 42巻1号:46-50, 2023.
334. 岩田歩子, 伏谷あすみ, 江口珠美, 樫野千明, 新井富士美, 中塚幹也:トランスジェンダー当事者の経験した性教育の実態と意識. GID（性同一性障害）学会雑誌. 16巻1号:7-16, 2023.
335. 小林知子, 富永悠介, 松本裕子, 中塚幹也, 新井富士美, 長谷川高誠, 松本洋輔, 大島義孝, 佐藤俊樹, 難波祐三郎:岡山大学病院ジェンダーセンターにおける二次性徴抑制療法の臨床的検討. GID（性同一性障害）学会雑誌. 16巻1号:25-30, 2023.

336. 樫野千明，朝日春菜，森直子，江口珠美，岩田歩子，伏谷あすみ，新井富士美，中塚幹也：LGBTQ 当事者に関連する法律や制度への大学生の意識．GID（性同一性障害）学会雑誌．16 巻 1 号：35-54，2023.
337. 江口珠美，森直子，朝日春菜，岩田歩子，伏谷あすみ，樫野千明，新井富士美，中塚幹也：スポーツ活動を行う性的マイノリティ当事者に対する．GID（性同一性障害）学会雑誌．16 巻 1 号：55-64，2023.
338. 中塚幹也：第 126 回日本小児科学会学術集会教育講演「LGBTQ/SOGI を正しく理解する：特にトランスジェンダーの子どもへの関わり方」．日本小児科学会雑誌．127 巻 2 号：132-（24），2023.
339. 中塚幹也：講演Ⅱ「LGBT 支援に関して医療の現場から学校へ伝えたいこと～文部科学省通知・教師用資料を医療の立場から読む～」．現代性教育研究ジャーナル．151 号：3-4，2023.
340. 中塚幹也：シンポジウム 2「健康保険適用後の GID 診療の現状」5．手術療法の保険適用の実現までとその後の現状．GID（性同一性障害）学会雑誌．16 巻 1 号：153-154，2023.
341. 小林知子，富永悠介，松本裕子，松本洋輔，大島義孝，佐藤俊樹，中塚幹也，新井富士美，長谷川高誠，難波祐三郎：一般演題 3「精神科・現状報告」5．岡山大学病院ジェンダーセンターにおける第二次性徴抑制療法の臨床的検討．GID(性同一性障害)学会雑誌．16 巻 1 号:175，2023.
342. 岩田歩子，伏谷あすみ，江口珠美，樫野千明，新井富士美，中塚幹也：一般演題 6「看護・教育」2．トランスジェンダー当事者の経験した性教育：その実態と意識．GID(性同一性障害)学会雑誌．16 巻 1 号：197，2023.
343. 樫野千明，朝日春菜，森直子，江口珠美，岩田歩子，伏谷あすみ，新井富士美，中塚幹也：一般演題 7「社会学・調査」3．LGBTQ 当事者に関連する法律や制度への大学生の意識．GID（性同一性障害）学会雑誌．16 巻 1 号：208，2023.
344. 江口珠美，森直子，朝日春菜，岩田歩子，伏谷あすみ，樫野千明，新井富士美，中塚幹也：一般演題 8「その他」3．トランスジェンダー当事者の競技スポーツへの参加に対する医療系大学生の意識．GID（性同一性障害）学会雑誌．16 巻 1 号：215，2023.
345. 岩田歩子，江口珠美，伏谷あすみ，中塚幹也：一般演題 8「その他」4．トランス男性のパートナーにおける性生活の実態と性的満足度．GID(性同一性障害)学会雑誌．16 巻 1 号:216，2023.
346. 中塚幹也：編集後記．GID（性同一性障害）学会雑誌．16 巻 1 号：241，2023.
347. 中塚幹也：特集：産婦人科診療ガイドライン婦人科外来編 2023 改訂のポイントー感染症・女性医学編ー「Ⅱ．女性医学 15．性別不合（性同一性障害）のホルモン療法の取り扱いは？」．産科と婦人科．91 巻 1 号：82-87，2024.
348. 中塚幹也：第 2 章各論 B 女性医学「6 性別不合/性同一性障害」．産科と婦人科．91 巻増刊号：219-224，2024.
349. Abe J, Kyoda Y, Haga K, Sasao T, Nishiyama D, Nofuji S, Ichihara K, Matsuda Y, Toyota T, Ueki Y, Konta S, Nakayama S, Shibuya J, Kobayashi G, Maehana T, Nakajima Y, Masumori N. Water vapor energy therapy safely reduces urinary medication use. A multicenter retrospective real-world study in Japan (SCCOP study 24-01). Int J Urol 2025.
350. Hiyama Y, Shindo T, Takahashi A, Fukuta F, Maehana T, Tachikawa K, Hashimoto K, Kobayashi K, Tanaka T, Takahashi S, Masumori N. The incidence and risk factor for febrile urinary tract infection after robot-assisted laparoscopic radical cystectomy in bladder cancer patients. J Infect Chemother 2025, 31
351. Shindo T, Hashimoto K, Kenuka T, Miyamoto

S, Hiyama Y, Fukuta F, Kunishima Y, Okada M, Matsukawa M, Kato R, Senda M, Wanifuchi A, Sato S, Kobayashi K, Tanaka T, Masumori N. Efficacy and safety of enfortumab vedotin in older patients with metastatic urothelial carcinoma. A multicenter retrospective study. J Geriat Oncol 2025, 16: 102183.

352. Sekido N, Haga N, Omae K, Kubota Y, Mitsui T, Masumori N, Saito M, Sakakibara R, Yoshida M, Takahashi S. Is seated voiding associated with lower urinary tract symptoms, health conditions, or marital status? Findings by age group from the 2023 Japan community health survey. Int J Urol 2024,

353. Sekido N, Omae K, Kubota Y, Mitsui T, Masumori N, Haga N, Saito M, Sakakibara R, Yoshida M, Takahashi S. Underactive bladder as defined by the International Continence Society in the 2023 Japan community health survey. Int J Urol 2024,

354. Niimi A, Akiyama Y, Yamanishi T, Furuta A, Matsuo T, Tomoe H, Kakizaki H, Matsukawa Y, Ogawa T, Mitsui T, Masumori N, Inamura S, Enomoto Y, Nomiya A, Maeda D, Igawa Y, Kume H, Homma Y. Clinical manifestations of interstitial cystitis and bladder pain syndrome: analysisi of a patient registry in Japan. Int J Urol 2024,

355. Mitsui T, Sekido N, Masumori N, Haga N, Omae K, Saito M, Kubota Y, Sakakibara R, Yoshida M, Takahashi S. Prevalence and impact on daily life of lower urinary tract symptoms in Japan: resluts of the 2023 Japan community health survey (JaCS 2023). Int J Urol 2024, 31: 747-754.

356. Fukuta F, Kitamura H, Hotta H, Itoh N, Okada M, Shindo T, Kyoda Y, Hashimoto K, Kobayashi K, Tanaka T, Masumori N. Antiemetic efficacy and safety of palonosetron on days 1 and 5 with aprepitant and dexamethasone during bleomycin, etoposide, and cisplatin chemotherapy in patients with germ cell tumor: a prpspective study. Eur J Cancer Care 2024.

357. Kobayashi K, Takahashi S, Yasuda M, Miyazaki J, Wada K, Matsumoto M, Hayami H, Yamamoto S, Kiyota H, Sato J, Matsumoto T, Hasegawa N, Kobayashi I, Masumori N, Kimura T, Yamada H, Nakagawa T, Kaneko T, Matsumoto K, Fujimura T, Kamei J, Ishikawa K, Fujimoto K, Nakai Y, Shigemura K, Sadahira T, Hinata N, Kitano H, Yamashita M, Yasufuku T, Komeda H, Hiyama Y, Takahashi Y, Kanamaru S, Murakami M, Arakawa S, Yamada D, Mita K, Hamasuna R, Tanaka K, Matsukawa M, Takaoka E, Shigeta M, Takenaka T, Nishino M, Ishitoya S, Okumura K, Ueda M. Fourth national Japanese antimicrobial susceptibility pattern surveillance program; bacterial isolates from patients complicated urinary tract infection, J Infect Chemother. 2024, 30: 579-589

358. Shindo T, Hashimoto K, Fujino K, Takahashi A, Hotta H, Maeda T, Kunishima Y, Fukuta F, Ito N, Wanifuchi A, Kato R, Okada M, Matsukawa M, Horita H, Takayanagi A, Kobayashi K, Tanaka T, Masumori N. Pre-first-line chemotherapy risk stratification for overall survival in advanced urothelial carcinoma in sequential era. World J Urol 2024, 42:307.

359. Wada K, Tsuboi I, Takahashi S, Yasuda M, Miyazaki J, Kobayashi K, Matsumoto M, Hayami H, Yamamoto S, Kiyota H, Sato J, Matsumoto T, Hasegawa N, Kobayashi I,

Masumori N, Kimura T, Yamada H, Matsumoto K, Ishikawa K, Fujimoto K, Shigemura K, Sadahira T, Ito K, Yokoyama T, Izumitani M, Sumii T, Hirosaka K, Kawahara M, Sato T, Ito S, Masue N, Sakurai T, Kokura K, Kadena H, Morikawa T, minamidate Y, Yoh M, Hashimoto J, maruyama T, Yoshida M, takashima K, Kawai S, Nishi S, Mastsumoto T, Hirayama H, Oku¥sa H, Uno S, Inoue Y, Kurimura Y, Shirane T, Takaoka E, Tojo T, Arakawa S, Hamasuna R, Tomioka A, Iihara K, Ishioya S, Maeda H, Terado M. Third nationwide surveillance of bacterial patjhogens in patients with acute uncomplicated cystitis conducted by the Japanese surveillance committee during 2020 and 2021; Antimicrobial susceptibility of Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, and Staphylococcus saprophyticus, J Infect Chemother. 2024, 30:277-285

360. Shibamori K, Kyoda Y, Shindo T, Hashimoto K, Kobayashi K, Tanaka T, Suzuki H, Masumori N. Maternal diet during gestation affect prostatic tissue component in SHR/Izm offspring. The Prostate 2024; 84: 303‐314.

361. Hiyama Y, Yamamoto S, Sato T, Ogasawara N, Masumori N, Takahashi S, Yokota S. Affinity of b-Lactam antibiotics for Neisseria gonorrhoeae oenicilli-binding rotein 2 having wild, cefixime-reduced-susceptible, and cephalosporin (ceftriaxione)-resistant penA alleles. Microbial Deug Resist 2024; 30: 141-146.

362. Shindo T, Hashimoto K, Takahashi A, Miyamoto S, Kunishima Y, Sato S, Fukuta F, Hiyama Y, Takayanagi A, Kato R, Wanifuchi A, Ueki Y, Okada M, Adachi H, Bobayashi K, Tanaka T, Masumori N. Comparison of Oncological outcomes of pembrolizumab as second-line therapy and maintenance avelumab therapy in advanced urothelial carcinoma after platinum-based chemotherapy. Anticancer Res, 2024.

363. Tanaka T, Yamasaki K, Nofuji S, Maehana T, Shindo T, Kyoda Y, Hashimoto K, Kobayashi K, Masumori N. Development and preliminary evaluation of a novel procedure for creation od an ileal conduit stroma aimed preventing parastomal hernia. Int J Urol 2024.

364. Morizane S, Nakane K, Tanaka T, Zennami K, Muraoka K, Ebara S, Miura N, Uemura K, Sobu R, Hoshi A, Taoka R, Sugimoto M, Noma H, Sunada H, Nishiyama H, Habuchi T, Ikeda I, Saika T, Makiyama K, Shiroki R, Masumori N, Koie T, Takenaka A. Comparison of perioperative outcomes and complications between intracorporeal, extracorporeal, and hybrid ileal conduit urinary deiversion during robot-assisted radical cyastectomy: a comparative propensity score -matched analysis from nationwide multi-institutional study in Japan. Int J Clin Oncol, 2023.

365. Senda M, Hashimoto K, Shindo T, Kobayashi K, Tanaka T, Masumori N. Durable response to pembrolizumab in microsatellite instability-high advanced adrenocortical carcinoma. IJU Case Report 2023, 6, 382-385.

366. Kyoda Y, Ichihara K, Muranaka I, Sakai Y, Nakamura M, Shinkai N, Kozen N, Yorozuya W, Morooka D, Maruo K, Tachikawa K, Shibamori K, Nofuji S, Fujino K, Kato S, Yoshida T, Shindo T, Maehana T, Hashimoto K, Kobayashi K, Tanaka T, Masumori N. Efficacy of cognitive behavioral therapy using self-check sheet for patients with

nocturia in real-world clinical practice. Low Urin Tract Symptoms 2023, 15, 225-230.
367. Yasuda M, Takahashi S, Miyazaki J, Wada K, Kobayashi K, Matsumoto M, Hayami H, Yamamoto S, Kiyota H, Sato J, Matsumoto T, Yotsuyanagi H, Hanaki H, Masumori N, Hiyama Y, Nishimura H, Kimura T, Yamada H, Matsumoto K, Ishikawa K, Togo Y, Tanaka K, Sadahira T, Inokuchi J, Hamasuna R, Ito K, Hirayama H, Hayashi K, Kurimura Y, Kadena H, Ito S, Shiono Y, Maruyama T, Ito M, Hatano K, Chokyu H, Ihara H, Uno S, Monden K, Yokoyama T, Kano M, Kaji S, Kawahara M, Sumii T, Tojo T, Hosobe T, Naito K, Kawai S, Nishimura H, Izumitani M, Yoh M, Matumura M, Fujita R, Takayama K, Hara M, Nishii S. The third nationwide surveillance of antimicrobial susceptibility against Neisseria gonorrhoeae from male urethritis in Japan, 2016-2017, J Infect Chemother 2023, 29, 1011-1016.
368. Okada M, Shindo T, Fujino K, Maeda T, Ito N, Takahashi A, Hotta H, Kunishima Y, Matsukawa M, Takayanagi A, Wanifuchi A, Nofuji S, Kato R, Fukuta F, Hashimoto K, Kobayashi K, Tanaka T, Masumori N. Prevention of local symptoms in muscle invasive bladder cancer patients: clinical significance of local therapy. Supportive Care in Cancer 2023, 31, 607.
369. Tabata H, Tanaka T, Shindo T, Hashimoto K, Kobayashi K, Masumori N. Urethrectomy via parapenile incision to complete robot-assisted radical cystectomy in a spine position for male patients. Int J Urol 2023, 30, 936-938.
370. Kato T, Wang C, Masumori N, Yamasaki T, Matsumoto H, Baba M, Ito K, Kimura T, Kitamura H, Takahashi M, Hongo F, Hasine K, Eto M, Ikeda JI, Nonomura N, Shinohara N. T1a Renal Cell Carcinoma With Metastasis: Japanese Society of Renal Cancer Retrospective Multi-institute Results. Anticancer Res 2023, 43, 4061-4065.
371. Wanifuchi A, Kyoda Y, Ogasawara T, Kobayashi K, Ito N, Shindo T, Takahashi A, Kunishima Y, Masumori N. Difference in symptom manifestation between postmenopausal and premenopausal women in acute uncomplicated cystitis: a multi-institutional pilot study. Curr Urol 2023, 17, 174-178.
372. Shiota M, Miyake H, Takahashi M, Oya M, Tsuchiya N, Masumori N, Matsuyama H, Obara W, Shinohara N, Fujimoto K, Nozawa M, Ohba K, Ohyama C, Hashine K, Akamatsu S, Kamba T, Mita K, Gotoh M, Tatarano S, Fujisawa M, Tomita Y, Mukai S, Ito K, Tanegashima T, Tokunaga S, Eto M. Effect of genetic polymorphisms on outcomes following nivolumab for advanced renal cell carcinoma in the SNiP-RCC trial. Cancer Immunol Immunother 2023, 72, 1903-1915.
373. Kadono Y, Konaka H, Nohara T, Izumi K, Anai S, Fujimoto K, Koguchi T, Ishibashi K, Kawai K, Iba A, Masumori N, Takahara S, Mizokami A. Efficacy and safety of first-line cytokines versus sunitinib and second-line axitinib for patients with metastatic renal cell carcinoma (ESCAPE study): a phase III, randomized, sequential open-label study. Cancers 2023, 15, 2745.
374. Masumori N, Nakatsuka M. Cardiovascular risk in transgender people with gender-affirming hormone treatment. Circ Rep 2023, 28, 105-113.
375. Nakaigawa N, Tomita Y, Tamada S, Tatsugami

K, Osawa T, Oya M, Kanayama H, Miura Y, Sassa N, Nishimura K, Nozawa M, Masumori N, Miyoshi Y, Kuroda S, Kimura A. Final efficacy and safety results and biomarker analysis of a phase 2 study of cabozantinib in Japanese patients with advanced renal cell carcinoma. Int J Clin Oncol 2023, 28, 416-426.

376. Jwa SC, Takahashi H, Tamaru S, Takamura M, Namba A, Kajihara T, Ishihara O, Kamei Y; Assisted reproductive technology-associated risk factors for retained products of conception. Fertil Steril. 2024 Mar;121(3):470-479. doi: 10.1016/j.fertnstert.2023.11.028.

377. Fauser BCJM, Adamson GD, Boivin J, Chambers GM, de Geyter C, Dyer S, Inhorn MC, Schmidt L, Serour GI, Tarlatzis B, Zegers-Hochschild F; Contributors and members of the IFFS Demographics and Access to Care Review Board. Declining global fertility rates and the implications for family planning and family building: an IFFS consensus document based on a narrative review of the literature. Hum Reprod Update. 2024 Mar 1;30(2):153-173. doi: 10.1093/humupd/dmad028.

378. Jwa SC, Tamaru S, Takamura M, Namba A, Kajihara T, Ishihara O, Kamei Y. Assisted reproductive technology-assisted risk factors for placenta acreta spectrum after vaginal delivery. Sci Rep. 2024 Mar 29;14(1):7454. doi: 10.1038/s41598-024-57988-x.

379. Kupka MS, Chambers GM, Dyer S, Zegers-Hochschild F, de Mouzon J, Ishihara O, Banker M, Jwa SC, Fu B, Elgindy E, Baker V, Adamson GD: International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology world report: assisted reproductive technology, 2015 and 2016. Fertil Steril 2024 Jul 10:S0015-0282(24)00602-2. doi:10.1016/j.fertnstert.2024.07.009.

380. Mizuno Y, Tamaru S, Tochigi H, Sato T, Kishi M, Ohtake A, Ishihara O, Kajihara T: Decidualized endometrial stromal cells promote mitochondrial beta-oxidation to produce the octanoic acid required for implantation. Biomolecules 2024, 14(8)1014. doi.org/10.3390/biom14081014

381. Kawada N, Kamachi K, Tamura M, Tamura M, Kitamura R, Susaki K, Yamamoto H, Kobayashi H, Matsuoka R, Ishihara O. Impact of Rice Bran Oil Emulsified Formulation on Digestion and Glycemic Response to Japonica Rice: An In Vitro Test and a Clinical Trial in Adult Men. Foods. 2024 Aug 21;13(16):2628. doi: 10.3390/foods13162628.

382. 石原理：生殖補助医療と生命倫理　生殖補助医療(ART)胚培養の理論と実際改訂版（日本卵子学会編集)(分担執筆)pp. 24-28 近代出版, 2024

383. Jwa SC, Goto R, Maeda E, Kajihara T, Ishihara O: Model-based estimation of the health care expenditure and out-of-pocket payment for assisted reproductive technology: A retrospective linkage study using the Japanese national ART registry. J Obstet Gynecol Res 2023;1-9.doi: 10.1111/jog.15676

384. Jwa SC, Kuwahara A, Ishihara O, Fujiwara H: Impact of COVID-19 pandemic on assisted reproductive technology treatment under voluntary lockdown in Japan. Reprod Med Biol 2023;22 e12541

385. Jwa SC, Takahashi H, Tamaru S, Takamura M, Namba A, Kajihara T, Ishihara O, Kamei Y;

Assisted reproductive technology-associated risk factors for retained products of conception. Fertil Steril. 2023 Nov 28:S0015-0282(23)02024-1. doi: 10.1016/j.fertnstert.2023.11.028.
386. 石原理　生殖医療とリスクマネージメント 臨床検査 67(1):70-4, 2023
387. 石原理、前田恵理　各国の生殖医療への保険適用状況について　産婦人科の実際 72:469-473, 2023
388. 石原理　生殖補助医療への保険適用―その概要と意義　年報医事法学 38 号　p 111-7、2023
389. Yamada K, Ito M, Nunomura H, Nishigori T, Furuta A, Yoshida M, Yamaki A, Nakamura T, Iwase A, Shima T, Nakashima A. Rubicon, a Key Molecule for Oxidative Stress-Mediated DNA Damage, in Ovarian Granulosa Cells. Antioxidants (Basel). 2025 Apr 15;14(4):470.
390. Amabebe E, Huang Z, Jash S, Krishnan B, Cheng S, Nakashima A, Li Y, Li Z, Wang R, Menon R, Zhou XZ, Lu KP, Sharma S. Novel Role of Pin1-Cis P-Tau-ApoE Axis in the Pathogenesis of Preeclampsia and Its Connection with Dementia. Biomedicines. 2024 Dec 26;13(1):29.
391. Huang Z, Cheng S, Jash S, Fierce J, Agudelo A, Higashiyama T, Hanna N, Nakashima A, Saito S, Padbury J, Schuster J, Sharma S. Exploiting sweet relief for preeclampsia by targeting autophagy-lysosomal machinery and proteinopathy. xp Mol Med. 2024 May;56(5):1206-1220.
392. Tsuda S, Shichino S, Tilburgs T, Shima T, Morita K, Ushijima-Yamaki A, Roskin K, Tomura M, Sameshima A, Saito S, and Nakashima A. CD4 + T cell heterogeneity in gestational age and preeclampsia using single-cell RNA sequencing. Front Immunol. 2024 May 7;15:1401738.
393. Nakashima A, Furuta A, Yoshida-Kawaguchi M, Yamada K, Nunomura H, Morita K, Yasuda I, Yoneda S, Yamaki-Ushijima A, Shima T, Tsuda S. Immunological regulation and the role of autophagy in preeclampsia. Am J Reprod Immunol. 2024 Mar;91(3):e13835.
394. Cheng S, Huang Z, Nakashima A, Sharma S. Gestational Age-Dependent Regulation of Transthyretin in Mice during Pregnancy. Biology (Basel). 2023 Jul 26;12(8):1048.
395. Nakashima A, Furuta A, Yamada K, Yoshida-Kawaguchi M, Yamaki-Ushijima A, Yasuda I, Ito M, Yamashita S, Tsuda S, Yoneda S, Cheng S, Sharma S, Shima T. The Role of Autophagy in the Female Reproduction System: For Beginners to Experts in This Field. Biology (Basel). 2023 Feb 26;12(3):373.
396. Furuta A, Shima T, Yoshida-Kawaguchi M, Yamada K, Yasuda I, Tsuda S, Yamaki-Ushijima A, Yoneda S, Higashisaka K, Cheng SB, Matsumoto K, Tsutsumi Y, Sharma S, Saito S, Nakashima A. Chloroquine is a safe autophagy inhibitor for sustaining the expression of antioxidant enzymes in trophoblasts. J Reprod Immunol. 2023 Feb; 155: 103766.
397. Araishi K, Shima T, Yasuda I, Tsuda S, Morita K, Yamaki-Ushijima A, Nakashima A, Saito S. Dynamics of neuropilin1 (Nrp1)-positive thymus-derived and Nrp1-negative peripherally induced paternal antigen specific regulatory T cells in the uterus and spleen during pregnancy in mice. J Reprod Immunol. 2023 Feb;155:103792. Epub 2022 Dec 29.
398. Sakahashi Y, Higashisaka K, Isaka R, Izutani R, Seo J, Furuta A, Yamaki-Ushijima A, Tsujino H, Haga Y, Nakashima A, Tsutsumi Y. Silver nanoparticles

suppress forskolin-induced syncytialization in BeWo cells. Nanotoxicology. 2022 Nov-Dec;16(9-10):883-894. Epub 2023 Jan 3.

399. 梶村 慈, 北島 道夫, 江石 千明, 松村 麻子, 永田 幸, 小松 菜穂子, 大橋 和明, 松本 加奈子, 原田 亜由美, 北島 百合子, 三浦 清徳. 卵巣子宮内膜症性嚢胞に対する機能温存腹腔鏡手術後の血中 AMH 値の変化に影響を与える因子の検討. 日本エンドメトリオーシス学会会誌. 45, 46-51, 2024.

400. Iwase A, Asada Y, Sugishita Y, Osuka S, Kitajima M, Kawamura K; from the subcommittee “Survey of AMH measurement in Japan” in Reproductive Endocrinology Committee, Japan Society of Obstetrics and Gynecology, 2021-2022. Anti-Müllerian hormone for screening, diagnosis, evaluation, and prediction: A systematic review and expert opinions. J Obstet Gynaecol Res. 2024 Jan;50(1):15-39. doi: 10.1111/jog.15818.

401. Kitajima M, Kajimura I, Kitajima Y, Murakami N, Matsumura A, Matsumoto K, Harada A, Hasegawa Y, Miura K. AMH producing purely cystic virilizing adult granulosa cell tumor in 17 years old girl: a case report and review of literatures. J Ovarian Res. 2023;16(1):52.

402. 原田 亜由美(長崎大学病院 産婦人科), 永田 幸, 大橋 和明, 川下 さやか, 阿部 修平, 高尾 真未, 松本 恵, 三浦 生子, 長谷川 ゆり, 北島 道夫, 岡野 慎士, 三浦 清徳. HBOC に対して RRSO 後に卵管癌 IIA 期と診断された 1 例. 長崎医学会雑誌. 98 (2) , 64-70, 2023.

403. Kamikawa H, Matsukawa Y, Nishii H, Naito Y, Obara K, Sahashi K, Morimoto R, Matsuo K, Ishida S, Inoue S, Miyagi S, Sakakibara A, Katsuno M, Karube K, Akamatsu S. A case of severe immune-related adverse events, myocarditis with myositis, and myasthenia gravis overlap syndrome following adjuvant nivolumab administration for muscle-invasive bladder cancer. Nagoya J Med Sci.2025 Feb;87(1):156-162.

404. 市原浩司,松尾かずな,幸前和,萬谷和香子,藤野景子,山名杏沙,野藤誓亮,舛森直哉.テストステロンによるホルモン療法がトランスジェンダー男性の下部尿路機能に及ぼす影響について.日本 GI（性別不合）学会雑誌.2024 Dec;17:69-73.

405. 松尾かずな,坂元史稔.加齢と Gender Affirming Hormone 療法.日本 GI（性別不合）学会雑誌.2024 Dec;17:107-113.

406. Kazuna Matsuo, Miki Kanbe, Fumitoshi Sakamoto, Yuzuru Kamei, Shusuke Akamatsu. Reconstructive surgery of difficult urethrocutaneous fistula following gender-affirming surgery. IJU CASE REPORTS.2024 Aug.

407. 松尾かずな, 遺伝性乳癌卵巣癌症候群. 臨床泌尿器科.2025 Aug;78(9):634-639.

408. 森川真紀,小島梨紗,米原優香,松尾かずな.性の多様性と遺伝カウンセリング ～東海遺伝カウンセラー研修会より～.日本遺伝カウンセリング学会誌.2024 Jun;45(1):21-29.

409. Akamatsu S, Naito Y, Nagayama J, Sano Y, Inoue S, Matsuo K, Sano T, Ishida S, Matsukawa Y, Kato M. Treatment escalation and de-escalation of de-novo metastatic castration-sensitive prostate cancer. Nagoya J Med Sci.2024 May;86(2):169-180.

410. Matsukawa Y, Majima T, Mori A, Kamizyo S, Naito Y, Matsuo K,Ishida S, Gotoh M, Akamatsu S. Novel clinical diagnostic criteria based on noninvasive examination findings to predict the presence of urodynamic detrusor underactivity in men. Neurourol Urodyn. 2024 Mar; 43(3):703-710.

411. 松尾かずな. LGBTQ をどう理解するか. 障が

い者生涯学習支援研究 2024 Mar:(8):2-8.

412. Naito Y, Kato M, Nagayama J, Sano Y, Matsuo K, Inoue S, Sano T, Ishida S, Matsukawa Y, Tsuzuki T, Akamatsu S. Recent insights on the clinical, pathological, and molecular features of intraductal carcinoma of the prostate. Int J Urol. 2024 Jan;31(1):7-16.

413. 松尾かずな. 名古屋大学における性同一性障害／性別不合ホルモン管理の工夫. GID (性同一性障害)学会雑誌. 2023 Dec;16(1):162-164.

414. Matsukawa Y, Naito Y, Ishida S, Matsuo K, Majima T, Gotoh M. Two types of detrusor underactivity in men with nonneurogenic lower urinary tract symptoms. Neurourol Urodyn. 2023 Jan;42(1):73-79.

415. Soejima Y, Otsuka Y, Kawaguchi M, Oguni K, Yamamoto K, Nakano Y, Yasuda M, Tokumasu K, Ueda K, Hasegawa K, et al. Involvement of a Novel Variant of FGFR1 Detected in an Adult Patient with Kallmann Syndrome in Regulation of Gonadal Steroidogenesis. Int J Mol Sci. 2025 Mar 18;26(6):2713.

416. Futagawa N, Hasegawa K, et al. Trabecular bone scores in children with osteogenesis imperfecta respond differently to bisphosphonate treatment depending on disease severity. Front Pediatr. 2024;12:1500023.

417. Saitou H, Kitaoka T, Kubota T, Kanno J, Mochizuki H, Michigami T, Hasegawa K, et al. Clinical outcomes and medical management of achondroplasia in Japanese children: A retrospective medical record review of clinical data. Am J Med Genet A. 2024;194(8):e63612.

418. Okada S, Suzuki E, Suzuki Y, Moriwake T, Hasegawa K, et al. Japanese siblings with multicentric osteolysis nodulosis and arthropathy. Pediatr Int. 2024;66:e15743.

419. Miyahara D, Hasegawa K, et al. Radiological characteristics of skeletal growth in neonates and infants with achondroplasia. Am J Med Genet A. 2024;194(5):e63525.

420. Fujiwara S, Harada K, Hagiya H, Koyama T, Hasegawa K, et al. Trends in childhood obesity in Japan: A nationwide observational study from 2012 to 2021. Clin Obes. 2024;14(2):e12636.

421. 長谷川高誠 特集 いまさら聞けない成長のキホン 各論鑑別すべき疾患 成長障害をきたす代謝性骨疾患:くる病 小児内科 56(11) 1667-1670 2024年11月

422. 長谷川高誠 つながる内分泌学 -古典的な内分泌学から多分野へのあらたな展開- 多臓器につながる 実は内分泌臓器だった 骨(FGF23 オステオカルシン) 小児科診療 87(10) 1411-1414 2024年10月

423. 長谷川高誠, 松本 洋輔, 中塚 幹也 【LGBTQ+の子どもたち～多様な性を知ろう～】性別違和感をもつ子どもと二次性徴抑制療法 チャイルド ヘルス 27(9) 679-682 2024年9月

424. 長谷川高誠. 特集 小児内分泌を楽しく学ぼう ガイドライン、診断・治療の手引きをどう利用するか? 骨・カルシウム代謝疾患 小児内科 56(2) 219-222 2024年2月

425. Yamamoto K, Hasegawa K, et al. Ossification of the Posterior Longitudinal Ligament Caused by X-linked Hypophosphatemia. JMA J. 2023 6:346-347.

426. Hasegawa K, et al. Novel and recurrent COMP gene variants in five Japanese patients with pseudoachondroplasia: skeletal changes from the neonatal to infantile periods. Clin Pediatr Endocrinol. 2023;32(4):221-227.

2. 学会発表

152. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性的マイノリテ

ィをめぐる最近の情勢. 令和 6 年度 第 3 回 岡山市 LGBTQ 支援者（アライ）の見える化のための研修. 2025/1/17～2025/1/17. 岡山市役所

153. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性的マイノリティと人権的課題. 備前人権擁護委員協議会 委員研修. 2025/2/5～2025/2/5. 和気鵜飼谷温泉多目的ホール

154. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>医学的見地から見た思春期のトランスジェンダー生徒に対する学校の対応. 筑波大学附属駒場中高等学校職員研修会. 2025/2/19～2025/2/19. 筑波大学附属駒場中高等学校（オンライン）

155. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性別適合医療とは？トランスジェンダーが受けることができる医療について知ろう. 北九州私立大学「あっ、カラフル」オンラインカフェ ミニ講義. 2025/2/20～2025/2/20. 北九州私立大学(オンライン)

156. 中塚幹也 :特別講演<特別講演>性別不合に関する診断と治療のガイドライン第 5 版最近の性別不合診療を取り巻く状況とガイドライン改訂の経緯. 日本GI(性別不合)学会. 2025/3/15～2025/3/16. お茶の水女子大学

157. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>全国の産婦人科施設代表者における「LGBTQ 当事者への生殖医療」に対する意識と実態. 日本 GI(性別不合)学会. 2025/3/15～2025/3/16. お茶の水女子大学

158. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>国内における性別不合当事者へのホルモン療法の薬剤と臨床的評価方法の実態. 日本 GI(性別不合)学会. 2025/3/15～2025/3/16. お茶の水女子大学

159. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>トランス男性における生殖腺摘出手術と性同一性障害特例法に対する意識. 日本 GI(性別不合)学会. 2025/3/15～2025/3/16. お茶の水女子大学

160. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>トランス女性の化粧（スキンケア･メイクアップ）に関する認識と, 化粧教室の効果 －質問紙と唾液アミラーゼによる検討－. 日本 GI(性別不合)学会. 2025/3/15～2025/3/16. お茶の水女子大学

161. 中塚幹也 : 一般演題<一般演題>LGBTQ 当事者へのライフプランに対する教員の意識 : 結婚, 子どもを持つことに関して. 日本 GI(性別不合)学会. 2025/3/15～2025/3/16. お茶の水女子大学

162. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>トランスジェンダー（性別不合）当事者の性別変更の要件に対する大学生の意識. 日本 GI(性別不合)学会. 2025/3/15～2025/3/16. お茶の水女子大学

163. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>トランスジェンダー（性別不合）当事者の男女別の施設使用に対する大学生の意識. 日本 GI(性別不合)学会. 2025/3/15～2025/3/16. お茶の水女子大学

164. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性別違和の身体的治療やその問題点, 家族. 日本GI(性別不合)学会 第 22 回エキスパート研修会. 2025/3/30～2025/3/30. 岡山大学医学部保健学科棟（オンライン）

165. 中塚幹也 : ディスカッション<ディスカッション>性同一性障害/性別不合・トランスジェンダーを取り巻く課題「日本 GI（性別不合）学会と特例法の議論」. 第３回トランスジェンダー国会「ＧＩＤ特例法改正議論の現在」. 2025/3/31～2025/3/31. 参議院議員会館講堂

166. 中塚幹也 : ディスカッション<ディスカッション>全国の産婦人科施設代表者における「LGBTQ 当事者の生殖医療」に対する意識と実態. 特定生殖補助医療法案 緊急オンラインイベント. 2025/4/9～2025/4/9. Zoom ウェビナー

167. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>全国の産婦人科施設代表者における「LGBTQ 当事者を含む人々への生殖医療とその教育」に対する意識と実態. 第 175 回 生殖医療サポーターの会 OKAYAMA 定例会. 2025/5/15～2025/5/15. 岡山大学医学部保健学科（オンライン）

168. 中塚幹也 :ワークショップ<ワークショップ>性別不合へのホルモン療法の実際と今後の課題. 第 121 回日本精神神経学会学術総会 ワークショップ 7 性別不合に関する診断と治療の

ガイドライン」に準拠した診療～第5版の公開を経て～（性別不合に関する委員会）. 2025/6/19～2025/6/21. 神戸国際会議場

169. 中塚幹也：教育講演<教育講演>LGBTQ/SOGI の基礎知識：LGBTQ 傷病者への対応について. 岡山大学病院高度救命救急センター勉強会. 2025/6/27～2025/6/27. 岡山大学鹿田キャンパス　MUSCAT CUBE

170. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>自分らしく生きる：性の多様性の基礎知識. おかやま山陽高校性教育講演会. 2025/7/4～2025/7/4. おかやま山陽高校

171. 中塚幹也：教育講演<教育講演>LGBTQ 当事者の家族形成全国の生殖医療の現場の声から. 第16回 生と死の倫理セミナー「LGBT の子どもはライフプランを立てられるのか？ 3　様々な家族からの伝言. 2025/7/5～2025/7/5. 岡山大学鹿田キャンパス　MUSCAT CUBE

172. 中塚幹也：教育講演<教育講演>LGBTQ/SOGI の基礎知識：教育現場でできること. 令和7年度岡山市中山中学校区教職員人権教育研修会. 2025/7/30～2025/7/30. 岡山市立馬屋下小学校

173. 中塚幹也：教育講演<教育講演>LGBTQ＋と思春期. 日本家族計画協会 思春期保健セミナーコースⅡ. 2025/8/22～2025/8/22. 日本家族計画協会（オンライン配信用収録）

174. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性的マイノリティをめぐる最近の情勢. 令和7年度 第1回 岡山市 LGBTQ 支援者（アライ）の見える化のための研修. 2025/8/28～2025/8/28. 岡山市役所

175. 中塚幹也 :シンポジスト<シンポジスト>シンポジウム5「性別不合～医療と教育現場からみた問題点～」トランスジェンダーの子ども：思春期の対応. 第44回日本思春期学　. 2025/8/30～2025/8/31. アートホテル旭川

176. 中塚幹也：教育講演<教育講演>性の多様性. 岡山医療センター附属岡山看護助産学校助産学科 特別講義. 2025/9/4～2025/9/4. 岡山医療センター

177. 中塚幹也：教育講演<教育講演>「性と生のつながり」ライフプランとその多様性. 就実高等学校　性教育. 2025/9/11～2025/9/11. 就実高等学校

178. 中塚幹也：一般演題<一般演題>「生殖補助医療により妊娠に至った QT 延長症候群の1例」. 第77 回中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会. 2025/9/13～2025/9/14. 海峡メッセ下関

179. 中塚幹也：教育講演<教育講演>LGBTQ 当事者が親になること. 英ウィメンズクリニック・大阪信愛学院大学　生殖看護認定看護師教育・研修センター　生殖看護認定看護師教育課程 講演. 2025/9/18～2025/9/18. 英ウィメンズクリニック・大阪信愛学院大学　生殖看護認定看護師教育・研修センター

180. 中塚幹也：教育講演<教育講演>性の多様性：1人ひとりの生き方が尊重される社会. 岡山県立岡山操山中学校 健康教育講演会. 2025/9/26～2025/9/26. 岡山県立岡山操山中学校

181. 中塚幹也：教育講演<教育講演> 教育講演「LGBTQ 当事者と生殖医療による家族形成」. 第44回日本性科学会. 2025/10/4～2025/10/5. 海峡メッセ下関

182. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>不育症カップルが求めるピアサポートの会へのニーズ. 第66回日本母性衛生学会総会・学術集会. 2025/10/10～2025/10/11. 京王プラザホテル

183. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>全国の産婦人科施設代表者における「LGBTQ 当事者への生殖医療」に対する意識と実態. 第66回日本母性衛生学会総会・学術集会. 2025/10/10～2025/10/11. 京王プラザホテル

184. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>トランスジェンダー当事者が戸籍の性別を変更する要件に対する大学生の意識. 第66回日本母性衛生学会総会・学術集会. 2025/10/10～2025/10/11. 京王プラザホテル

185. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>トランスジェンダー当事者の男女別施設使用に対する大学生の意識. 第 66 回日本母性衛生学会総会・学術集会. 2025/10/10～2025/10/11. 京王プラザホテル
186. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>LGBTQ 当事者のライフプランに対する教員の意識 :進学・就活への支援. 第 66 回日本母性衛生学会総会・学術集会. 2025/10/10～2025/10/11. 京王プラザホテル
187. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>LGBTQ 当事者へのライフプラン教育に対する教員の意識 :結婚,子どもを持つこと. 第 66 回日本母性衛生学会総会・学術集会. 2025/10/10～2025/10/11. 京王プラザホテル
188. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>性的同意に対する大学生の意識と実態. 第 66 回日本母性衛生学会総会・学術集会. 2025/10/10～2025/10/11. 京王プラザホテル
189. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性別違和の身体的治療やその問題点,家族.日本GI(性別不合)学会 第 22 回エキスパート研修会. 2025/10/13～2025/10/13. 岡山大学医学部保健学科棟（オンライン）
190. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性と生のつながり. 沖縄県 進学エンカレッジ推進事業係る模擬講義 (1) . 2025/10/15～2025/10/15. 岡山大学医学部臨床講義棟
191. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性の多様性について考える. 沖縄県 進学エンカレッジ推進事業係る模擬講義（２）. 2025/10/15～2025/10/15. 岡山大学医学部臨床講義棟
192. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性別違和感を持つ子ども達二次性徴抑制療法をめぐって. 第 3 回 岡山リアルプラットフォーム連絡会第 16 回 日本女医会 若者の性の健康支援ネットワークゆいネット岡山協議会. 2025/10/19～2025/10/19. 岡山中央病院
193. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>性自認が男性であるトランスジェンダーとそのパートナーの結婚における障壁. 第 84 回日本公衆衛生学会. 2025/10/29～2025/10/31. グランシップ(静岡県コンベンションアーツセンター)
194. 中塚幹也 : 教育講演<教育講演>教育講演 9「性別不合への集学的対応」. 第 40 回日本女性医学学会学術集会. 2025/11/1～2025/11/2. ホテルイースト 21 東京
195. 中塚幹也 : 教育講演<教育講演>LGBTQ/SOGI の基礎知識 :性の多様性の支援. 2025 年度長野県助産師支援研修会事業（県委託事業）オンライン研修. 2025/11/7～2025/11/7. 長野県看護協会（オンライン）
196. 中塚幹也 : 教育講演<教育講演>ＬＧＢＴＱ/ＳＯＧＩの基礎知識と子どもへの対応. 相模原市教育センター 中堅養護教諭資質等向上研修講座. 2025/11/14～2025/11/14. 相模原市教育センター（オンライン）
197. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>インターネット・SNS 上の性に関する情報への大学生の意識. 第 42 回岡山県母性衛生学会総会並びに学術集会. 2025/11/15～2025/11/15. 岡山コンベンションセンター303 会議室
198. 中塚幹也 :一般演題<一般演題>小学生への性教育に対する養護教諭の意識と実態. 第 43 回岡山県母性衛生学会総会並びに学術集会. 2025/11/15～2025/11/15. 岡山コンベンションセンター304 会議室
199. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>プレコンセプションケア子ども達は何を知っておくべき？. 岡山 SRH 研究会 学生部セミナー. 2025/11/26～2025/11/26. ウイメンズクリニックかみむら（オンライン）
200. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性的マイノリティをめぐる最近の情勢. 令和 7 年度 第 2 回 岡山市 LGBTQ 支援者（アライ）の見える化のための研修. 2025/11/27～2025/11/27. 岡山市役所
201. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>トランスジェンダー当事者と競技スポーツ. JOC 性別をめぐる人権問題に取り組むタスクフォース. 2025/11/28～2025/11/28. JOC(オンライン)

202. 中塚幹也：教育講演<教育講演>LGBTQ に関する基礎知識：最新の話題提供．Pharma for Pride 4 社合同勉強会．2025/12/4～2025/12/4．オンライン
203. 中塚幹也 :教育講演<教育講演>性教育で何を話すのか？包括的性教育とプレコンセプションケア．「妊娠中からの母子支援」即戦力育成プログラム 24　第 25 日「「性教育」を創る」．2025/12/11～2025/12/11．岡山大学医学部保健学科
204. 中塚幹也：教育講演<教育講演>LGBTQ/SOGI の基礎知識：社会・大学・医療の課題．香川大学医学部　医療プロフェショナリズムの実践Ⅰ．2025/12/18～2025/12/18．香川大学医学部
205. 北島道夫：「健康リスクから考える不妊治療前後のフォローアップ：子宮内膜症」，第 77 回日本産科婦人科学会学術講演会　生涯研修プログラム 10，2025 年 5 月 25 日，会期 2025 年 5 月 23-25 日
206. 北島道夫：「子宮内膜症治療における手術療法と薬物療法の最適なバランス」，第 9 回日本子宮鏡研究会学術講演会　スポンサードセミナー，2026 年 2 月 15 日，会期 2026 年 2 月 15-16 日
207. 北島道夫、有馬　薫、西山加代子、本多明日美、山道里佳、秀島未紗子、佐護　中、小島加代子、野見山真理：「当科でのがん患者等に対する妊孕性温存の現況」，第 16 回日本がん・生殖医療学会学術集会，2026 年 2 月 21 日，会期 2026 年 2 月 21-22 日
208. 中塚幹也：<講演>．性別違和の身体的治療やその問題点，家族．GID（性同一性障害）学会 第 18 回エキスパート研修会．令和 5 年 4 月 9 日～令和 5 年 4 月 9 日．オンライン
209. 中塚幹也：<講演>．LGBTQ/SOGI を正しく理解する：特にトランスジェンダーの子どもへの関わり方．第 126 回日本小児科学会学術集会 教育講演 3．令和 5 年 4 月 13 日～令和 5 年 4 月 13 日．グランドプリンスホテル高輪
210. 中塚幹也：<講演>．ＬＧＢＴＱへの理解と支援．日本学校教育相談学会愛知支部記念講演．令和 5 年 5 月 14 日～令和 5 年 5 月 14 日．愛知県産業労働センター「ウインクあいち」
211. 中塚幹也：<講演>．トランスジェンダーの子どもたちに向き合う．奈良県立教育研究所 管理職「人権教育」研修講座．令和 5 年 5 月 18 日～令和 5 年 5 月 18 日．いかるがホール
212. 中塚幹也：<講演>．「生殖医療と生命倫理」．山陽伊学園大学 助産学専攻科 特別講義．令和 5 年 5 月 31 日～令和 5 年 5 月 31 日．山陽伊学園大学
213. 中塚幹也：<講演>．自分らしく生きる：性の多様性に関する基礎知識．早島町立早島中学校総合「先人から学び未来に発信～人権メガネをかけて地域課題を発見～」．令和 5 年 6 月 9 日～令和 5 年 6 月 9 日．早島町立早島中学校
214. 中塚幹也：<講演>．トランスジェンダーの子ども：医療機関や学校での対応　～小児に関わるすべての人へ正しい知識を身につけませんか？～．日本外来小児科学会 医学生・研修医ネットワークこどもどこオンラインセミナー．令和 5 年 7 月 2 日～令和 5 年 7 月 2 日．オンライン
215. 中塚幹也：<講演>．性と生のつながり．赤磐市立吉井中学校 性教育講演会．令和 5 年 7 月 6 日～令和 5 年 7 月 6 日．赤磐市立吉井中学校
216. 中塚幹也：<講演>．性別変更要件の課題と提言：ICD-11 を踏まえて．第 14 回 生と死の倫理セミナー「LGBT の子どもはライフプランを立てられるのか？LGBTQ と法律」．令和 5 年 7 月 8 日～令和 5 年 7 月 8 日．オンライン
217. 池袋真，水野克己，田中未央里，神谷太郎，白土なほ子，関沢明彦，中塚幹也：<一般演題>．トランスジェンダー女性の授乳誘発．第 59 回日本周産期・新生児医学会．令和 5 年 7 月 9 日～令和 5 年 7 月 11 日．名古屋国際会議場
218. 中塚幹也：<講演>．自分らしく生きるために知っておくべき性の多様性に関する基礎知識．岡山県立倉敷中央高等学校人権教育講演会．令和 5 年 7 月 13 日～令和 5 年 7 月 13 日．オンライ

ン

219. 中塚幹也：〈講演〉. LGBTQ+とメンタルヘルス:トランスジェンダー当事者を中心に. 第 20 回日本うつ病学会 教育講演 4. 令和 5 年 7 月 21 日～令和 5 年 7 月 22 日. 仙台国際センター

220. 中塚幹也：〈講演〉. 性の多様性と SOGI ハラスメントについて:学校園における指導・支援の在り方とは. 岡山大学教育学部附属学校園 教職員人権研修会. 令和 5 年 7 月 21 日～令和 5 年 7 月 22 日. 岡山大学教育学部附属中学校

221. 中塚幹也：〈講演〉. LGBTQ/SOGI の基礎知識:学校でできること. 岐阜県教育委員会 生き合いセミナー. 令和 5 年 7 月 27 日～令和 5 年 7 月 27 日. オンライン

222. 岩田歩子, 中塚幹也：〈一般演題〉. トランス男性とパートナーにおける性生活・性的満足度の実態. 第 51 回日本女性心身医学会・第 36 回日本女性心身医学会研修会. 令和 5 年 7 月 29 日～令和 5 年 7 月 30 日. 岡山国際交流センター

223. 中塚幹也：〈講演〉. 性的マイノリティを取り巻く社会的課題. 備前市人権教育セミナー. 令和 5 年 8 月 2 日～令和 5 年 8 月 2 日. 備前市市民センター

224. 中塚幹也：〈講演〉. LGBT 支援に関して医療の現場から学校へ伝えたいこと：文部科学省通知・教師用資料を医療の立場から読む. 第 51 回全国性教育研究大会 熊本大会, 第 21 回九州ブロック性教育研究大会第 25 回熊本県性教育研究大会. 令和 5 年 8 月 4 日～令和 5 年 8 月 5 日. 熊本市民会館シアーズホーム夢ホール

225. 中塚幹也：〈講演〉.「生殖医療と生命倫理」. 県立広島大学 助産学専攻科 特別講義. 令和 5 年 8 月 9 日～令和 5 年 8 月 9 日. オンライン

226. 中塚幹也：〈講演〉. トランスジェンダー当事者の家族形成：性同一性障害特例法の壁. 第 10 回釧路生命倫理フォーラム. 令和 5 年 8 月 11 日～令和 5 年 8 月 12 日. オンライン

227. 中塚幹也：〈講演〉.「性的マイノリティをめぐる最近の情勢」. 令和 5 年度 第 1 回 岡山市 LGBTQ 支援者（アライ）の見える化のための研修. 令和 5 年 8 月 24 日～令和 5 年 8 月 24 日. 岡山市役所

228. 中塚幹也：〈講演〉.「性の多様性」. 岡山医療センター附属岡山看護助産学校助産学科 特別講義. 令和 5 年 9 月 7 日～令和 5 年 9 月 7 日. オンライン

229. 中塚幹也：〈講演〉. 性の多様性と子どもたち:私らしさと, やさしさと. 日本幼少児健康教育学会 第 42 回秋季大会 特別講演Ⅱ. 令和 5 年 9 月 9 日～令和 5 年 9 月 10 日. 安田女子大学 1 号館

230. 中塚幹也：〈講演〉. LGBTQ/SOGI の基礎知識:誰もが働きやすい環境を目指して. 岡山産業保健総合支援センター 産業保健研修会 . 令和 5 年 9 月 13 日～令和 5 年 9 月 13 日. オンライン

231. 中塚幹也：〈講演〉. LGBTQ について理解を深める. 岡山理科大学 LGBTQ/SOGI 研修会. 令和 5 年 9 月 14 日～令和 5 年 9 月 14 日. 岡山理科大学

232. 中塚幹也：〈講演〉. 性と生のつながり. 朝日塾中等教育学校 高等部 性教育講演会. 令和 5 年 9 月 19 日～令和 5 年 9 月 19 日. 朝日塾中等教育学校

233. 中塚幹也：〈講演〉. 性と生のつながり. 就実高校 性教育 性教育講演会. 令和 5 年 9 月 28 日～令和 5 年 9 月 28 日. 就実高校

234. 中塚幹也：〈講演〉. 性の多様性を理解する. 岡山県立岡山操山中学校 健康教育講演会. 令和 5 年 9 月 29 日～令和 5 年 9 月 29 日. 岡山県立岡山操山中学校

235. 岩田歩子, 中塚幹也：〈一般演題〉. トランス男性とパートナーにおける性行動の実態. 第 42 回日本性科学会. 令和 5 年 10 月 1 日～令和 5 年 10 月 1 日. 横浜商工会議所 横浜シンポジア

236. 中塚幹也：〈講演〉. 性別違和の身体的治療やその問題点, 家族. GID（性同一性障害）学会 第 19 回エキスパート研修会. 令和 5 年 10 月 8 日～令和 5 年 10 月 8 日. オンライン

237. 中塚幹也：〈講演〉. 性と生のつながり. 沖縄県

進学エンカレッジ推進事業係る模擬講義（1）. 令和5年10月12日～令和5年10月12日. 岡山大学医学部臨床講義棟

238. 中塚幹也：〈講演〉. 性の多様性について考える. 沖縄県 進学エンカレッジ推進事業係る模擬講義（2）. 令和5年10月12日～令和5年10月12日. 岡山大学医学部臨床講義棟

239. 江口珠美，岩田歩子，河田明日香，山川誌織，佐藤芙優子，難波玲奈，田中映里，小野裕香，木岡未奈美，横溝珠実，中塚幹也：〈一般演題〉. 性的マイノリティ当事者のスポーツ活動に対する医療系大学生の意識. 第64回日本母性衛生学会. 令和5年10月13日～令和5年10月14日. 大阪国際会議場

240. 岩田歩子，江口珠美，河田明日香，山川誌織，佐藤芙優子，難波玲奈，田中映里，小野裕香，木岡未奈美，横溝珠実，中塚幹也：〈一般演題〉. 大学生におけるLGBTQ関連法成立や制度改善への意識. 第64回日本母性衛生学会. 令和5年10月13日～令和5年10月14日. 大阪国際会議場

241. 小野恵，江口珠美，岩田歩子，河田明日香，山川誌織，佐藤芙優子，難波玲奈，田中映里，小野裕香，木岡未奈美，横溝珠実，中塚幹也：〈一般演題〉. 大学生におけるLGBTQ関連法の成立や制度の改善への意識. 第64回日本母性衛生学会. 令和5年10月13日～令和5年10月14日. 大阪国際会議場

242. 伏谷あすみ，岡田慧美，鎌田紗歩，田端李帆，轟真歩，中塚幹也：〈一般演題〉. 性教育に対するトランスジェンダー(性別不合)当事者の意識と実態. 第64回日本母性衛生学会. 令和5年10月13日～令和5年10月14日. 大阪国際会議場

243. 井關敦子，南田智子，大橋一友，中塚幹也：〈一般演題〉. トランス男性（FtM）が治療前に感じていた妊娠，出産，育児の中での思い. 第64回日本母性衛生学会. 令和5年10月13日～令和5年10月14日. 大阪国際会議場

244. 中塚幹也：〈講演〉. 性と生のつながり. 岡山市岡山後楽館高等学校 性教育講演会. 令和5年10月18日～令和5年10月18日. 岡山市岡山後楽館高等学校

245. 中塚幹也：〈講演〉. LGBTQ/SOGIの基礎知識と学校での対応. 井原市人権教育協議会 人権教育講演会. 令和5年10月23日～令和5年10月23日. 井原市 ふれあいセンター

246. 中塚幹也：〈講演〉. 性と生のつながり. 県立倉敷古城池高等学校 性教育講演会. 令和5年10月27日～令和5年10月27日. 県立倉敷古城池高等学校

247. 中塚幹也：〈講演〉. LGBTQ/SOGIの基礎知識と子どもへの対応. 相模原市教育センター 中堅養護教諭資質等向上研修講座. 令和5年11月1日～令和5年11月1日. オンライン

248. 中塚幹也：〈講演〉. LGBTQ/SOGIの基礎知識と学校での対応. 佐賀県 性に関する健康教育指導者研修会. 令和5年11月14日～令和5年11月14日. 佐賀県立男女共同参画センター・佐賀県立生涯学習センター（アバンセ）

249. 中塚幹也：〈講演〉. 性と生のつながり. 岡山県立鴨方高校 性教育講演会. 令和5年11月15日～令和5年11月15日. 岡山県立鴨方高校

250. 中塚幹也：〈講演〉. 「性的マイノリティをめぐる最近の情勢」. 令和5年度 第2回 岡山市LGBTQ支援者（アライ）の見える化のための研修. 令和5年11月16日～令和5年11月16日. 岡山市役所

251. 中塚幹也：〈講演〉. 性の多様性を考えるLGBTQ/SOGIの基礎知識：性の多様性を取り巻く種々の課題. 児島公民館「人権教育講演会」心豊かに生きるための教養講座. 令和5年11月16日～令和5年11月16日. 児島公民館

252. 中塚幹也：〈講演〉. 性の多様性：1人ひとりの生き方が尊重される社会. 倉敷天城中学校 健康教育講演会. 令和5年11月17日～令和5年11月17日. 倉敷天城中学校

253. 山下もも子，岡香里，辻田真彩，野間理紗子，浜本玲奈，山崎萌依，中塚幹也：〈一般演題〉. 大学生が受けた「性の多様性に関する教育」の実

態と意識．第 38 回岡山県母性衛生学会．令和 5 年 11 月 18 日～令和 5 年 11 月 18 日．川崎医科大学現代医学教育博物館

254. 中塚幹也 :〈講演〉.「生殖医療と生命倫理」. 岡山医療専門職大学 特別講義. 令和 5 年 11 月 22 日～令和 5 年 11 月 22 日. 岡山医療専門職大学

255. 中塚幹也 :〈講演〉. LGBT 当事者の家族形成と生殖医療．第 42 回茨城生殖医学懇話会．令和 5 年 11 月 26 日～令和 5 年 11 月 26 日. ホテルレイクビュー水戸

256. 中塚幹也 :〈講演〉. LGBTQ : トランスジェンダーとルッキズム. 岡山 SRH 研究会特別セミナー「ルッキズムと LGBTQ に焦点を当てたセミナー」．令和 5 年 11 月 29 日～令和 5 年 11 月 29 日．オンライン

257. 中塚幹也 :〈講演〉. LGBTQ/SOGI の基礎知識と誰もが働きやすい環境を目指して. 知る・学ぶから始めるジェンダーアイデンティティ

258.「トランスアライになろうガイドブック」公開記念イベント. 令和 5 年 11 月 30 日～令和 5 年 11 月 30 日．オンライン

259. 中塚幹也 :〈講演〉. 性の多様性 : 1 人ひとりの生き方が尊重される社会. 倉敷市立倉敷第一中学校 健康教育講演会. 令和 5 年 12 月 1 日～令和 5 年 12 月 1 日．倉敷市立倉敷第一中学校

260. 中塚幹也 :〈講演〉. 自分らしく生きる :個「性」ってなんだろう？．総社市立常盤小学校 教育講演会 ．令和 5 年 12 月 6 日～令和 5 年 12 月 6 日．総社市立常盤小学校

261. 中塚幹也 :〈講演〉. 自分らしく生きる : 性の多様性に関する基礎知識．玉野市立八浜中学校人権研修会．令和 5 年 12 月 8 日～令和 5 年 12 月 8 日．玉野市立八浜中学校

262. 中塚幹也 :〈講演〉. LGBTQ について～産婦人科医から見た LGBT 理解増進法，性同一性障害特例法，生殖医療民法特例法等～．日本産科婦人科学会 第 3 回加藤理事長によるメディア向け勉強会．令和 5 年 12 月 13 日～令和 5 年 12 月 13 日．日本産科婦人科学会事務局会議室

263. 中塚幹也 :〈講演〉. LGBTQ/SOGI の基礎知識 : 社会・大学・医療の課題．香川大学医学部 医療プロフェショナリズムの実践Ⅰ．令和 5 年 12 月 13 日～令和 5 年 12 月 13 日．香川大学医学部

264. 中塚幹也 :〈講演〉. LGBTQ/SOGI の基礎知識 : 性の多様性を取り巻く種々の課題．厚生労働省 GID 勉強会. 令和 5 年 12 月 21 日～令和 5 年 12 月 21 日．オンライン

265. 中塚幹也 :〈講演〉.「性的マイノリティをめぐる最近の情勢」．令和 5 年度 第 3 回 岡山市 LGBTQ 支援者（アライ）の見える化のための研修. 令和 6 年 1 月 17 日～令和 6 年 1 月 17 日. 岡山市役所

266. 中塚幹也 :〈講演〉. LGBTQ/SOGI の基礎知識と学校での対応．岡山県立勝山高校 人権・特別支援教育講演会．令和 6 年 1 月 18 日～令和 6 年 1 月 18 日．岡山県立勝山高校

267. 中塚幹也 :〈講演〉．今，知っておきたい LGBTQ/SOGI に関する基礎知識．岡山県人権啓発研修会．令和 6 年 1 月 19 日～令和 6 年 1 月 19 日．ピュアリティまきび

268. 中塚幹也 :〈講演〉．医療スタッフが知っておくべき LGBTQ/SOGI の基礎知識. 岡山市立市民病院 職員研修会．令和 6 年 2 月 7 日～令和 6 年 2 月 7 日．岡山市民病院

269. 中塚幹也 :〈講演〉．トランスジェンダー当事者と健診・献血．日本赤十字社血液事業部本部令和５年度第３回健診業務検討会．令和 6 年 2 月 7 日～令和 6 年 2 月 7 日. 日本赤十字社本社血液事業本部

270. 中塚幹也 :〈講演〉. LGBTQ ってなに？自分らしく生きるとは．乃木教育会講演会．令和 6 年 2 月 17 日～令和 6 年 2 月 17 日. 松江市乃木公民館

271. 中塚幹也 :〈講演〉. LGBTQ・SOGI の基礎知識と大学での支援. 中国学園大学・中国短期大学 FD・SD 研修会．令和 6 年 2 月 29 日～令和 6 年 2 月 29 日．中国学園大学

272. 中塚幹也 :〈講演〉．性別不合医療 : トランスジェンダーが受けることができる医療について

知ろう．北九州私立大学「あっ，カラフル」オンラインカフェ．令和 6 年 3 月 14 日～令和 6 年 3 月 14 日．北九州私立大学

273. 江口珠美，木岡未奈美，横溝珠実，岩田歩子，樫野千明，大島義孝，松本洋輔，新井冨士美，佐藤俊樹，中塚幹也：〈一般演題〉．トランスジェンダー当事者の職場におけるSOGI ハラスメントとメンタルヘルスの状況．GID（ 性同一性障害）学会 第 25 回 研究大会・総会．令和 6 年 3 月 16 日～令和 6 年 3 月 17 日．沖縄県看護研修センター（沖縄県看護協会）

274. 横溝珠実，木岡未奈美，江口珠美，岩田歩子，樫野千明，大島義孝，松本洋輔，新井冨士美，佐藤俊樹，中塚幹也：〈一般演題〉．トランスジェンダー当事者の就職活動時の課題．GID（ 性同一性障害）学会 第 25 回 研究大会・総会．令和 6 年 3 月 16 日～令和 6 年 3 月 17 日．沖縄県看護研修センター（沖縄県看護協会）

275. 池袋真，関口由紀，笹岡愛加，小野寺真奈美，村田佳菜子，中村綾子，槍澤ゆかり，小川真里子，中塚幹也：〈一般演題〉．トランスジェンダー女性の乳汁分泌の誘発と直接授乳．GID（ 性同一性障害）学会 第 25 回 研究大会・総会．令和 6 年 3 月 16 日～令和 6 年 3 月 17 日．沖縄県看護研修センター（沖縄県看護協会）

276. 井關敦子，大橋一友，中塚幹也：〈一般演題〉．婚姻歴をもつトランス女性（MtF）の治療開始の契機ならびに治療に伴う体験と思い．GID（ 性同一性障害）学会 第 25 回 研究大会・総会．令和 6 年 3 月 16 日～令和 6 年 3 月 17 日．沖縄県看護研修センター（沖縄県看護協会）

277. 平城諒子，大宮朋子，山海知子，福澤利江子，中塚幹也：〈一般演題〉．日本における成人のトランスジェンダー当事者が直面した健康診断の際のポジティブ・ネガティブな経験．GID（ 性同一性障害）学会 第 25 回 研究大会・総会．令和 6 年 3 月 16 日～令和 6 年 3 月 17 日．沖縄県看護研修センター（沖縄県看護協会）

278. 岩田歩子，中塚幹也：〈一般演題〉．トランス男性とパートナーにおける結婚・子どもを持つことへの意識．GID（ 性同一性障害）学会 第 25 回 研究大会・総会．令和 6 年 3 月 16 日～令和 6 年 3 月 17 日．沖縄県看護研修センター（沖縄県看護協会）

279. 小林知子，富永悠介，森分貴俊，松本裕子，新井富士美，大島義孝，松本洋輔，佐藤　俊樹，中塚幹也，荒木元朗：〈一般演題〉．岡山大学病院ジェンダーセンターにおける二次性徴抑制療法の臨床的検討（続報）．GID（ 性同一性障害）学会 第 25 回 研究大会・総会．令和 6 年 3 月 16 日～令和 6 年 3 月 17 日．沖縄県看護研修センター（沖縄県看護協会）

280. 兼城一媛乃，富永悠介，小林知子，森分貴俊，松本裕子，難波祐三郎，松本洋輔，中塚幹也，荒木元朗：〈一般演題〉．医学生ジェンダー・セクシュアリティ意識調査．GID（ 性同一性障害）学会 第 25 回 研究大会・総会．令和 6 年 3 月 16 日～令和 6 年 3 月 17 日．沖縄県看護研修センター（沖縄県看護協会）

281. 樫野千明，山下もも子，岩田歩子，江口珠美，横溝珠実，新井冨士美，中塚幹也：〈一般演題〉．学校での『性の多様性』に関する教育の実態と意識．GID（ 性同一性障害）学会 第 25 回 研究大会・総会．令和 6 年 3 月 16 日～令和 6 年 3 月 17 日．沖縄県看護研修センター（沖縄県看護協会）

282. 中塚幹也：〈講演〉．トランスジェンダーと就労の課題．2023 年度全国公衆衛生関連学協会連絡協議会学術集会．令和 6 年 3 月 16 日～令和 6 年 3 月 17 日．国立研究開発法人 国立国際医療研究センター 国際医療協力局 グローバルヘルス政策研究センター 会議室

283. 中塚幹也：〈講演〉．LGBTQ 当事者とリプロダクティブ・ヘルス／ライツ．法律時報 2024 年 4 月号特集 公開シンポジウム「リプロダクティブ・ヘルス/ライツの多角的検討」．令和 6 年 3 月 28 日～令和 6 年 3 月 28 日．TKP ガーデンシティ御茶ノ水

284. 舛森直哉．GID(性同一性障害)の診断と治療．第 88 回日本泌尿器科学会卒後教育プログラム

2023.10.6, 札幌.

285. 池田詩子, 遠藤俊明, 市原浩司, 池田官司, 馬場剛, 舛森直哉. 個人輸入したAndrocur内服中に血清エストラジオールが異常高値を示した1症例. 第25回GID学会. 2024.3.17, 沖縄.

286. 市原浩司, 幸前和, 萬谷和香子, 山名杏沙, 松尾かずな, 舛森直哉. テストステロンによるホルモン療法がトランスジェンダー男性の下部尿路機能に及ぼす影響について. 第25回GID学会. 2024.3.17, 沖縄.

287. 舛森直哉. カタチを創る、ハタラキを残す～性別適合手術について.会長講演, 第20回泌尿器科再建再生研究会, 2023.6.3, 札幌.

288. 舛森直哉. GID (性同一性障害)の診断と治療, 第88回日本泌尿器科学会東部総会, 2023.10.8, (卒後教育プログラム), 札幌.

289. 舛森直哉. 性別不合 (gender incongruence, GI)の診断と治療のこれまでとこれから (教育講演 1), 第 34 回日本性機能学会学術総会, 2024.9.14, 東京.

290. 舛森直哉. 札幌医大附属病院 GID クリニックの20年の歴史 (市民公開講座), 第43回日本性学会科学術集会, 2024.9.14, 札幌.

291. 舛森直哉. 性同一性障害/性別不合診療の現状と問題点. 常盤病院院内講演会, 2024.12.2, いわき

292. Adamson D, Zegers-Hochschild F, Dyer S, Chambers G, de Mouzon J, Ishihara O, Kupka M, Jwa SC, Baker V, Bai Fu, Elgindy E, Banker M.: ICMSRT preliminary world report 2020. ESHRE 40th Annual Meeting. Amsterdam 2024.7.9

293. Ishihara.O: ART registry in Japan-An essential step for safety and quality assurance-. Symposium Reproductive Governance and Societal Impacts of ART. 83rd Japan Society of Public Health. Sapporo 2024.10.29

294. 石原理　卵巣刺激の歴史と FSH の糖鎖構造 第65回日本卵子学会（神戸）アフタヌーンセミナー　2024.5.19

295. 石原理　生殖年齢女性の栄養遺伝学　第 626 回松山産婦人科医会例会（Ｗｅｂ）2024.5.29

296. 石原理　生殖医療 :日本と世界の現況　国立社会保障・人口問題研究所 GHG 厚労科研研究会（東京）2024.10.8

297. Adamson D, Zegers-Hochschild F, Dyer S, Chambers G, de Mouzon J, Ishihara O, Kupka M, Jwa SC, Baker V, Bai Fu, Elgindy E, Banker M: ICMART preliminary world report 2019.ESHRE 39th Annual Meeting. Copenhagen 2023.6.27

298. 石原理　世界の動向から見たわが国の生殖医療のこれから　川越クリニカルカンファレンス（川越）2023.2.3

299. 石原理　世界と日本の生殖医療の現状　日本不妊カウンセリング学会第 50 回不妊カウンセラー養成講座（東京）2023.4.15

300. 石原理　提供精子を利用する治療の海外諸国における事情　自由民主党国会議員勉強会（東京）2023.6.13

301. 石原理　生殖医療と家族のかたち　北海道大学公衆衛生学教室特別セミナー（札幌）2023.8.28

302. 石原理　生殖医療の現在 2023.11　第 26 回福島リプロダクション研究会（福島）2023.11.25

Ｇ．知的所有権の取得状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

特になし