

## 性同一性障害と生殖医療：様々な「家族のカタチ」

岡山大学大学院保健学研究科  
中塚 幹也

### 1. はじめに

性を決定する要素は多様である。生物学的性 (Sex) には、身体の性があり、①性染色体、②内・外性器の解剖、③性ステロイドホルモンのレベルなどから決定される<sup>1)</sup>。また、社会的性 (Gender) には、指定された性 (Assigned Gender: 戸籍や保険証の性別など社会から割り当てられた性別)、性役割 (Gender Role: 男性として、女性として果たしている役割)、性別表現 (Gender Expression: 服装や髪形などの表現) などがあり、多岐にわたる。

さらに、性の自己認識 (Gender Identity: 性自認とも呼ばれ、物心ついた頃から表れる「自分は男 (または女)」という認識)、性的指向 (Sexual Orientation: 恋愛や性交の対象となる性別) などの要素もあり、これらは、社会的性の側面もある一方で、生物学的側面も知られており、関連遺伝子などに関する医学的研究も行われている。性自認は「心の性」、性的指向は「好きになる性」とも呼ばれ、現在の気持ちや生活状況、幼少時からのエピソードなどを本人や家族から十分に聞き取ることから判断される。

### 2. 性的マイノリティと、LGBT, SOGI という言葉

性に関する多数の要素のいずれかが多数派と異なる人々は「性的マイノリティ」と呼ばれる。性的指向の視点から見た少数派である L (レズビアン)、G (ゲイ)、B (バイセクシュアル)、さらに、性自認の視点から見た少数派である T (トランスジェンダー) を加えた「LGBT」という言葉も広く使用されている<sup>1,2)</sup>。

SOGI は、性的指向 (Sexual Orientation) と性自認 (Gender Identity) の頭文字を合わせた言葉であり、性的指向に関しては異性愛、同性愛、両性愛、無性愛などを含めた、また、性自認に関してはトランスジェンダー (性自認が身体の性と異なる状態) からシスジェンダー (性自認と身体の性とが一致している状態) までのグラデー

ションの中に、全ての人がいるという概念である<sup>1,2)</sup>。

### 3. 性同一性障害とは

トランスジェンダー当事者のなかには、医療とつながることでホルモン療法や手術療法を行うことができ、生活の質 (QOL) が非常に向上する例が存在する。このように、医療を希望して受診した人々に対して用いる診断名として「性同一性障害 (Gender Identity Disorder: GID)」がある<sup>1)</sup>。

心の性は男性、身体の性は女性である female to male (FTM, トランスマン) と、心の性は女性、身体の性は男性である male to female (MTF, トランスウーマン) とに分類され、いずれも、自分の身体の性を強く嫌い、その反対の性に強く惹かれた心理状態である「性別違和感」を持つ。

2013年に公開されたアメリカ精神医学会の精神障害/疾患の診断・統計マニュアル第5版 (DSM-5) では、GID を Gender Dysphoria に変更し、日本精神神経学会は「性別違和」と訳した<sup>3)</sup>。世界保健機関 (WHO) の死因や疾病の国際的な統計基準である ICD-11 では、GID は Gender incongruence に改称され「性別不合」との邦訳案が考えられている。

### 4. 性同一性障害当事者の結婚

現在の日本においては、同性婚は認められていない。このため、ゲイやレズビアンのカップルでは、遺産や保険金の受け取りができなかったり、手術同意書などの署名や集中治療室 (ICU) などでの面会ができなかったりしており、異性愛カップルが結婚することで当然できるようになることが、認められない状況がある。

性同一性的障害当事者を見てみると、ほとんどの FTM 当事者の性指向が女性へ向いている (異性愛) のに対して、MTF 当事者の性的指向は男性 (異性愛)、女性 (同性愛)、どちらにも向く (両性愛)、低性欲など多様である<sup>4)</sup>。このため、性同一性障害当事者のパートナーの性

表1 性同一性障害と生殖医療

	FTM (Female to Male, トランスマン)		MTF (Male to Female, トランスウーマン)	
身体の性 (指定された性)	女性		男性	
性自認	男性		女性	
性的指向	問わない (女性の場合が多い)		問わない (男性の場合が多いが比較的多様)	
パートナー	女性	男性	男性	女性
日本における婚姻	性別変更後に可 (性別適合手術後)	性別変更せずに可	性別変更後に可 (性別適合手術後)	性別変更せずに可
精子	提供	パートナー	パートナー 本人凍結	本人 本人凍結
卵子	パートナー 本人凍結	本人 本人凍結	提供	パートナー
妊娠・分娩	パートナー	本人 代理母	代理母	パートナー
生殖医療	人工授精 体外受精	なし 人工授精 体外受精	体外受精	なし 人工授精 体外受精
ガイドライン上 日本での実施	可	不可	可	不可

「男性」「女性」と表現しているが、実際には性を決定する要素ごとに男性型と女性型の二分法ではなく、要素ごとにグラデーションがある。2019年現在、日本においては、性同一性障害当事者が戸籍の性別変更を行うためには、精巣・卵巣摘出などを含む性別適合手術が必要である。また、性別適合手術を受けても戸籍の性別変更を行わない当事者も見られる。いずれの場合も手術前や手術時に配偶子（あるいは性腺）の凍結を希望することがある。日本産科婦人科学会の見解では、代理出産、提供精子・卵子での体外受精を認めていない。提供精子は、代理母以外からの場合も代理母からの場合もあり、代理母に人工授精を行うことで代理母の卵子を用いる場合もある。MTF 当事者への提供子宮の移植は、現時点では実施されていない。

別は必ずしも一様ではない。このような状況を考えると、性同一性障害当事者は、自身の性的指向に沿ったパートナーと結婚できる場合もあるが、結婚できない場合もある。

世界保健機関（WHO）は「性別変更の要件に生殖腺切除を含めるべきでない」としている（2014年）が、日本では、性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律（特例法）に基づいて、戸籍の性別変更を行うためには性別適合手術（性腺などの摘出）が必要である<sup>1)</sup>。

岡山大学ジェンダークリニックの受診者を見てみると、FTM 当事者では、戸籍の性別に関係なく、もともと性別適合手術を希望するケースが多く<sup>5)</sup>、特例法により戸籍の性別変更を行い、女性と結婚している例も多い。しかし、手術を希望しない場合もあり、子どもをもつ女性と結婚して夫、父親となるため、戸籍上の性別変更を求める審判を申し立てた例も見られている<sup>1)</sup>。2019年、最高裁の判断は「特例法は現時点では合憲」というものであったが、2名の判事は、補足意見で「特例法は憲法違反の疑いが生じていることは否定できない」とした<sup>6)</sup>。

MTF 当事者のなかには、「男性として生きて行かないといけない」「家を継ぐ子をもつため」などの思いで戸籍の性別変更を行わず（もちろん性別適合手術を受けることなく）、女性と結婚する例、子どもをもつ例も見られる。また MTF 当事者が、自身の性別違和感を解消するため性別適合手術を受けて戸籍の性別変更を行い女性となった場合、性的指向に沿って男性パートナーとの結

婚ができるようになる一方で、性的指向が女性であれば、結婚できなくなる<sup>6)</sup>。

## 5. 性同一性障害当事者と生殖医療

アンドロゲン製剤を開始して男性化した後に、ホルモン療法を中止して排卵を再開させ、妊娠・分娩した FTM 当事者の例も知られているが、ほとんどの FTM 当事者にとって、自身が妊娠・分娩することには違和感が強く実行困難である。性同一性障害当事者が、子どもを持つことを考えた場合、多くの場合、第3者の関与する生殖医療が必要となる<sup>7-11)</sup>。

FTM 当事者の場合は、パートナーが女性の場合がほとんどであり、そのパートナーに対して提供精子による人工授精が行われている（表1）。女性パートナーに卵管閉塞などがあれば、提供精子による体外受精が行われる。ただし、現在の日本産科婦人科学会のガイドライン上は提供精子による体外受精は認められていない。MTF 当事者の場合、パートナーが男性であれば、パートナーの精子と提供卵子とで体外受精を行い、代理母の子宮に胚（受精卵）移植を行う（ホストマザー、卵子の提供女性と代理母が同一でも、同一でなくても可能）か、代理母に人工授精を行う（サロゲートマザー）ことで、妊娠を期待することになる。性同一性障害当事者の中には、代理出産、提供精子・卵子での体外受精などを求めて、海外や国内の一部の医療施設へ向かう例もある。

遺伝的な子どもを持ちたいと考える性同一性障害当事

者の場合には、配偶子凍結が必要である<sup>7-11)</sup>。MTF 当事者の場合、エストロゲン製剤の長期使用により精子の状態は不良となるため、ホルモン療法前の精子凍結保存が望ましい。FTM 当事者の場合は、長期間のアンドロゲン製剤の使用によっても（年齢の影響は別として）卵子が消失することはない。このため、ホルモン療法を一時的に中止して卵子を得ることが可能であり、性別適合手術を行う前になって卵子の凍結保存を希望する例も見られる。

## 6. 父親になるための裁判

FTM 当事者が結婚し、提供精子による人工授精(AID)で子どもをもった場合、特例法により戸籍の性別変更を行ったことが戸籍からわかってしまうため、FTM 当事者は、血縁関係がないとして父親と認められない状況が続いていた。しかし本来は、民法772条の「妻が婚姻中に懐胎した子は、夫の子と推定する」との規定に沿って嫡出子として受理されるはずである。私達の調査（2011～2012年）でも、「結婚したFTM 当事者がAIDで子どもをもつこと」に約76%が肯定的であり、約80%が子どもを「嫡出子とすべき」と回答していた<sup>11)</sup>。

2012年、裁判となったが、東京家裁、東京高裁ともに却下され、子どもの戸籍上の父親は空欄のままの状況が続いた<sup>7-11)</sup>。しかし、2013年の最高裁の判決では父子関係を認め、2014年には、法務省も「このような場合には嫡出子とする」と全国に通達した。

## 7. 日本と海外における「性的マイノリティの生殖医療」への対応の違い

米国生殖医学会(ASRM)<sup>12)</sup>、欧州生殖医学会(ESHRE)<sup>13)</sup>はともに、生殖医療を提供する対象に関して人種や国籍により差別してはいけないとしている。それらと同等に、性的指向（例えば同性愛当事者かどうか）、性自認（例えば性同一性障害当事者かどうか）、あるいは婚姻の状態（例えば独身者かどうか）により、生殖医療の提供を制限すべきではないとしている。実際、米国においては、WEB上で性的マイノリティに関する情報を提供している生殖医療施設は、2014年には31.1%、2015年には45.5%と増加してきている<sup>14)</sup>。

一方、日本の性的マイノリティ当事者は、FTM 当事者のAIDが一部の施設で行われていることを除き、日本産科婦人科学会のガイドラインにより、多くの生殖医

療の現場から排除されている。しかし、全国の生殖医療施設代表者への調査（2012年）では、「倫理的に問題ない」と考える精子提供の例として、無精子症による不妊患者は51.8%、化学療法後の悪性腫瘍患者は50.2%であったが、婚姻したFTM 当事者も24.3%、レズビアンのカップルも15.4%であり、性的マイノリティの生殖医療を肯定的に捉える施設代表者も見られていた<sup>12)</sup>。現在、2018年の調査を解析中である。

## 7. 今後の課題

医学の進歩により、体細胞から作製したiPS細胞から配偶子を作り出すことも可能になっている。すでに動物では成功しており、効率や安全性の課題があるものの、不妊症治療への応用が期待されている。精巣や卵巣を摘出した後の性同一性障害当事者でも遺伝的な子どもを持つことが可能になるため、以前から期待が高いが、越えるべき技術的、倫理的ハードルが残っている。

欧米の性的マイノリティ当事者の中には、生殖医療以外でも養子や選択的協働親(elective co-parenting)<sup>8)</sup>で子どもをもつ例も多い。もちろん子どもをもたないという選択肢もある。しかし、学生時代から将来のライフプランを考える余裕のある性同一性障害当事者は少ない。思春期の性同一性障害当事者へは不登校や自殺への対応が必要であり、種々の取り組みが行われている。さらに、生殖医療も含めて家族をもつことができるという未来への選択肢を示すことは、人生の先が見えない子ども達にとっては大きな支援の1つになると考える。現在、子ども向けの教材の開発を行っている<sup>15,16)</sup>。

性の多様性を認めるということは、家族のあり方の多様性を認めるということでもある。性の多様性を認めることのできるような社会の実現に向けて、生殖医療に関与する医療スタッフ、そして一般市民も「知り、そして、考える」機会が必要である。（本稿はJSPS 科研費17H04096および17K18639の助成による成果をもとに作成した。）

## 引用文献

1. 中塚幹也（2017）封じ込められた子ども、その心を聴く：性同一性障害の生徒に向き合う。ふくろう出版、岡山。
2. 中塚幹也（2017）性の多様性に対する生殖医療の役割。医学のあゆみ263：349-351, 2017。
3. 中塚幹也（2016）性同一性障害の現状と治療：性同一性障害

- 診療を取り巻く課題と今後の展望. 医学のあゆみ256 : 312-316.
4. 中塚幹也, 小西秀樹, 工藤尚文, 永井敦, 公文裕巳, 光嶋勲, 佐藤俊樹, 山本文子, 黒田重利 (2003) 岡山大学ジェンダークリニックにおける性同一性障害121症例の検討. 産科と婦人科70 : 368-373.
  5. 瀬尾奏衣, 周宇, 樫野千明, 新井富士美, 中塚幹也 (2018) ジェンダークリニックを受診する性同一性障害当事者における戸籍上の性別変更のための手術要件への意識. GID (性同一性障害) 学会雑誌11 : 129-144.
  6. 中塚幹也 : 連載第7回 (2019) 助産師・看護師に知ってほしいLGBTの基礎知識「LGBTの子どものライフプランへの支援:結婚」. 臨床助産ケア11 : 114-119.
  7. 中塚幹也 (2014) 性同一性障害当事者が子どもを持つこと. GID 全国交流誌2014. pp. 46-48.
  8. 中塚幹也 (2016) 性的マイノリティのリプロダクティブ・ヘルス/ライツ. 精神科治療学31 : 1073-1076.
  9. 中塚幹也 (2017) 性の多様性に対する生殖医療の役割. 医学のあゆみ263 : 349-351.
  10. 中塚幹也 (2018) 性同一性障害当事者と家族形成. 母性衛生 58 : 学3-学8.
  11. 村上優子, 田淵和宏, 酒本あい, 松田美和, 清水恵子, 鎌田泰彦, 新井富士美, 平松祐司, 中塚幹也 (2012) 性同一性障害当事者が, 生殖医療技術, 特別養子縁組で子どもを持つことへの肯定感. GID (性同一性障害) 学会雑誌5 : 31-37.
  12. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2015) Access to fertility services by transgender persons: an Ethics Committee opinion. Fertil Steril 104 : 1111-1115.
  13. De Wert G, et.al (2014) ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people. Hum Reprod 29 : 1859-1865.
  14. Jin H, Dasgupta S (2016) Disparities between online assisted reproduction patient education for same-sex and heterosexual couples. Hum Reprod 31 : 2280-2284.
  15. 中塚幹也 (監修) (2018) 個「性」ってなんだろう? あかね書房, 東京.
  16. 中塚幹也 (2019) ライフプランを考えるあなたへ: まんがで読む「未来への選択肢」拡大版, 第2版, 中塚研究室, 岡山.