

性的マイノリティーと生殖

木村 正

堺市立病院機構

1. 性的マイノリティーとは何か

2023年6月に「性的指向およびジェンダーアイデンティティーの多様性に関する国民の理解の増進に関する法律（いわゆるLGBT理解促進法）」が施行された。こういうものを作らねばならないぐらい国民が理解していない、ともいえる。

性には、

- 生物学的性別(sex)：遺伝子・染色体に支配される生殖器で決まる
- 社会的性(gender)：社会的に構築された性、その性らしさ
- 性的指向(sex orientation)：性的な魅力を感じる相手に関する指向
- 性自認(gender identity)：個人が認識する自身の性があり、LGBTQ+など一括りにされるが、T（トランスジェンダー）とLGBQ+（レズビアン・ゲイ・バイセクシュアル・クエッシング／クイア）より性自認への適合という観点から医療を用いる可能性がより大きくなる点が異なる（表1）。

日本における頻度は2019年に大阪で行われた「性的指向と性自認の人口学－日本における研究基盤の構築」プロジェクトの結果によると生物学的男性の1.3%、女性の0.3%は同性へのみの性的指向を持ち、同様にそれぞれ0.7%、0.8%の人が現在は生物学的性と異なる性自認をもつなど、バイセクシュアルやクイア・アセクシュアルを含めると2-3%の人はLGBTQ+の範疇にはいるとされる¹⁾。

医療を用いて・用いずとも生物学的性を自認する性に転換する場合があります。男性になった人をトランス男性(trans male)、女性になった人をトランス女性と呼ぶ。性自認が生物学的性に一致する場合はシス男性、シス女性である。医療を希望して受診した場合に以前は「性同

一性障害 (gender identity disorder ; GID)」と診断したが障害ではないのでICD-11では「性別不合 (gender incongruence)」という名称を用いている。ただ、日本では「性同一性障害者の性別の取り扱いの特例に関する法律」（2003年制定）が基本的に残っており、戸籍上の性別を転換するためには、

- 一 18歳以上であること
- 二 現に婚姻をしていないこと
- 三 現に未成年の子がいないこと
- 四 生殖腺がないことまたは生殖腺の機能を永続的に欠く状態であること
- 五 その身体については他の性別にかかる身体の性器にかかる部分に近似する外観を備えていること

の条件を二人以上の専門的知識を有する医師の診断を受けたうえで満たさなくてはならない。これが国家による強制手術である、と批判され、2023年に四の条項が違憲・無効であるとの最高裁判決が下った。五に関しては高裁に差し戻され現在審理中である。四の条件がなくなるとトランス男性・トランス女性ともに妊娠出産の可能性が出てくる。その一方で、性ホルモン投与を含む性適合に関する医療は医師一人でその開始を決定するようなものではなく、米国内分泌学会が出しているガイドライン²⁾などを参照しつつ多職種が合同で総合的な情報提供と実践を行うべきである。われわれ生殖内分泌学を専門とする研究者にとって、性的マイノリティーと妊娠出産を含む生殖は当然必要な知識ということが出来る。

2. 性的マイノリティーと生殖

日本では同性カップルの婚姻は認められていない。生殖医療に関するさまざまな制約はこれまで専ら日本産科婦人科学会（日産婦）が出した見解しか存在しない。見解によると第三者由来精子を用いた人工授精は夫婦間でのみ認められている。しかし、平成13年厚労省母子保健課課長通知により、体外受精等に第三者配偶子を用いることは「法律の整備がなされるまで待つように」指導され、日産婦はこの指導に従っているだけである。現在配

連絡先：木村 正 堺市立病院機構
〒593-8304 大阪府堺市西区家原寺町1丁目1番1号
TEL : 072-272-1199
FAX : 072-272-9911
E-mail : tadashi@gyne.med.osaka-u.ac.jp

表1 性の多様性に関する用語

	生物学的性	性自認	性指向
L レズビアン	女	女	女
G ゲイ	男	男	男
B バイセクシャル	男/女	問わない	男女どちらにも向く
Q+ クエッションング /クイア +は他にもある, という意味	男/女	定まっていない/意図的に定めない	定まっていない/意図的に定めない
A アセクシャル	男/女	問わない	他者に性的欲求・恋愛感情を抱かない (意図的ではない)
T トランスジェンダー*	男 女	女 男	男 (女ならトランス女性のレズビアン) 女 (男ならトランス男性のゲイ)

*トランスジェンダーに対応する言葉でシスジェンダー（生物学的性と性自認が一致する）がある。シス男性・シス女性と呼ぶ。
ジョブレインボーマガジン <https://jobrainbow.jp/magazine/category/news> の解説を著者改変

偶子の管理, 情報提供を含む法案が作成されつつある(令和6年4月段階)と聞く。しかし, 第三者配偶子を用いて行う生殖補助医療の対象は夫婦とされるようである。体外受精では事実婚を夫婦に運用上含めている。同性カップルに事実婚・婚姻に準じる関係を法的に認めるかは, これを認め二人の関係の破綻に関する慰謝料請求を認めた判例や, パートナーが受けた犯罪に対して犯罪被害者給付金支給を認めないとする判例, 扶養手当支給に関する都道府県の姿勢のばらつきなどがあり, 一定していない。現時点では女性同性カップルへの第三者精子の人工授精あるいは体外受精が問題となるが人工授精は日産婦の見解で夫婦, とされており, 体外受精は平成13年厚労省母子保健課長通知とともに止められている。男性カップルの場合は第三者の卵あるいは懐胎者の卵を用いた代理懐胎あるいは養子縁組以外に方法はないが見解で代理懐胎は行うべきではない, とされている。米国生殖医学会は「婚姻状況, 性的指向, 性自認に関係なく」生殖医療を利用できる, としており, 米国産科婦人科学会もすべての人に質の高いケアを提供する, としている。欧州生殖医学会はトランス男性（生物学的女性）への卵子凍結をみとめる国, 費用補助がある国のリストを示している³⁾。

このような性的マイノリティカップルに配偶子提供あるいは代理懐胎により実子をなすことを認めるかどうか, については国としての在り方の問題である。(※この姿勢の差は“進んでいる・遅れている”の差ではなく, 旧来の規制倫理学から, さらに古典である個人の徳を幸福に重きを置くニコマコス倫理学への生命倫理の回帰が生んだもの, と著者は理解している。) 現在は日産婦が生まれてくる子の福祉・法的安定性の欠如を理由に会員に対して見解で指導しているが, 会員外には何の効

力もない。このような個人の願望に対する規制行為は本来一学会が行う事柄ではない, と著者は考えている。

レズビアン (L) カップルにとっては第三者精子が妊娠するために必要であるが, 妊娠する女性の女性パートナーから採卵し, 第三者精子と配偶子を作って胚移植をすることで, カップル双方が生殖に関与する実感を得て, 家族形成に有利, という主張もある⁴⁾。

性別不合の人（トランスジェンダー）はその自認する性に身体を一致させるためのホルモン療法を行うことが多い。トランス男性における男性ホルモン作用下の卵巣は皮質の肥厚や髄質の過形成などがあるが胞状卵胞数は変わらない, 閉鎖卵胞が増加する, AMHが低下する・あるいは変わらない, 子宮内膜もほとんどが活動性に乏しく委縮状だが一部に分泌期内膜がみられる, など多彩であり, 男性ホルモンを一時中止すると自然排卵が起こり妊娠する例もあるが多くは生殖補助医療のもとで自己の卵子を用いて妊娠している⁵⁾。調節卵巣刺激を用いるとシス女性にくらべトランス男性から得られる卵子数はテストステロン暴露の既往には影響されない, という報告もある⁶⁾。

トランス男性は, 自らが妊娠をした場合はテストステロンを中断しなければならない。胎内でのテストステロン暴露は, 偶発的投与（ほとんどは運動選手のドーピング事例）で女兒の性器形態異常を起こすことが知られているが, その精神的影響について先天性副腎過形成 (CAH) の子どもに対して検討されている。女兒で比較した場合, 攻撃的 (aggressive) な行動は CAH 児の方が強いが, コントロール男児よりは弱いレベルであった。CAH 女兒はおもちゃや遊び友達, 行動が男児のパターンに似るが男児では CAH の有無で行動は変わらない, などの報告があり, 主に女兒に影響が出るようである^{7,8)}。

また、トランス男性が自らの膣を用いた性交渉を経験することはあり、HPV感染のリスクはあるので子宮頸がん検診の対象とすべきである⁹⁾。

一方、エストロゲン暴露を受けたトランス女性の精巣に関しては外科的性別適合のため精巣摘出を受けた85人(うち73人は同時に陰形成術を受けている)の組織学的報告がある。その中では活動性造精は8.2%、精子形成は28.2%に見られた。精巣のガラス化は年齢が上(40歳より上)の群で高率に見られていた。エストロゲン投与期間別で大きな差は見られず、投与が短くても造精障害は起こっていたが、長くても造精が認められた人もあり個体差が大きい¹⁰⁾。また、1年以上エストロゲン療法を受けたトランス女性の40%にspermatids(性細胞)が存在するとし、造精状態は精巣容積が指標になるとされた。トランス女性で一度始めたエストロゲン療法をやめる人はほほえないので、より若年で治療を希望する場合は始める前に思春期発来を抑制することで時間を稼ぐ、あるいはすでにエストロゲン投与を受けている方ではTESE-spermatid-ICSIなどの戦略も考えられる¹¹⁾。

性的マイノリティーの人々は、そもそも親になることを希望するのであろうか。スウェーデン(2013年に性腺摘出を性適合の条件から外した。日本での昨年最高裁判所判決で日本も同じ状況になる可能性がある)の調査によるとトランス男性の7割、トランス女性の8割が将来親になることを望んでおり、トランス男性の26%、トランス女性の75%は配偶子(卵・精子)の凍結保存を行っていた¹²⁾。カナダにおける性的マイノリティーのシス男性に対するオンライン質問では回答者112名の中で3割以上の男性が子を持つことを希望し、それよりやや少ない割合で(3割弱)血縁のある子を求めていた。44%は将来親になるだろうと予測し、経済力とパートナーとの安定した関係が親になるための重要な条件、と考えている¹³⁾。性別不含有含めた性的マイノリティーの人たちのパートナーシップは、性指向と性自認が独立した因子となり、科学の進歩に伴い、さまざまな生殖戦略を医療として提供できる時代になった(表2)。むろん、これ以外に養子縁組などの方法もある。子の福祉に最大限留意しつつ、この方たちの親になりたい、とする願望にどのように対応するのか、を多様性社会の中で真剣に考える時代になっている。

3. 性的マイノリティーと妊娠出産

では、生殖が首尾よく成し遂げられて、妊娠した場合の予後はどうであろうか。妊娠にストレスはよくない、

とされ、性的マイノリティーの方々は多様性社会という掛け声にもかかわらず、さまざまな差別、貧困、偏見などのストレスを受けていることは間違いない。唾液中の cortisol 値の変化を一定のストレステスト(Trier Social Stress Test)を行う前後で検討するとヘテロセクシャル(異性への性指向を持つ)女性に比べ、レズビアン・バイセクシャル女性ではストレス後の cortisol 値上昇が長く続き、ヘテロセクシャル男性に比べゲイ・バイセクシャル男性は cortisol 値上昇がみられなかった。もともと、この用いたストレステストの反応性には性差があることが知られており、各群20名程度の検討ではあるが性的マイノリティー女性はストレス感受性が高いのかもしれない¹⁴⁾。米国で出産した女性の性指向(対男性のみと性交する女性)とヘテロセクシャル(女性と性行為を持つ・レズビアン、バイセクシャルなど)が自記式に記載されたレジストリで19,995件の妊娠を後方視的に解析すると流産はヘテロセクシャル女性に(OR:1.25)、死産はレズビアン、バイセクシャルと答えた人に(OR:2.85)多く、低出生体重児や早期早産のリスクもレズビアン、バイセクシャル女性に多かった¹⁵⁾。また、カリフォルニア州での病院出産で家族が母-母であるものや、分娩者が父(パートナーは問わない)であるものを性的マイノリティー分娩と仮定するとそれぞれ、148万件のレジストリの中に2,572名、498名存在し、母-母のカップルの分娩では多胎妊娠、分娩誘発、産後出血、重症合併症などの率が有意に高いが妊娠糖尿病、妊娠高血圧症候群、帝王切開、早産、低アプガー(<7)の確率は変わらなかった。父が分娩した、とされた群では多胎が多い傾向であったがその他は変わらなかった¹⁶⁾。性的マイノリティーの方々は社会的・経済的に不利であることが多く、医療や保険へのアクセスが悪い可能性があるが、これらの検討ではその背景は解析できていない。

トランス男性の妊娠は特にそのケア(外見上男性の妊婦の健診場所、外性器形成後の分娩様式、授乳、内診、など)に工夫が必要であり、ネット上で公募した出産経験があるトランス男性10名へのインタビューをまとめた narrative 論文¹⁷⁾や、トランスと nonbinary(自身を男性とも女性とも認識しない)方の妊娠・分娩・産後ケアについてのケアを受けた側の意見をまとめた narrative 論文¹⁸⁾は、どのような医療者の行為(理学的所見を取る、検査、診療場所など)や言動に性的マイノリティーが傷ついたり、配慮を望むか(例えば breast feeding は chest feeding と言ってほしいなど、日本の場合でも医療現場における日本語による事例集積が必要である)などが記

表2 性的マイノリティーにおける様々なパートナーシップと生殖

クライアント	パートナー	代表的妊娠方法（これ以外にもあり得る）
シス女性	シス女性	ドナー精子, 本人またはパートナー卵子
シス男性	シス男性	ドナー卵子+代理懐胎, 第三者への人工授精・体外受精
トランス女性	シス男性	ドナー卵子+代理懐胎, 第三者への人工授精・体外受精
	シス女性	自然妊娠, トランス女性（凍結）精子による ART, シス女性出産
	トランス男性	自然妊娠, トランス女性（凍結）精子による ART, トランス男性出産
	トランス女性	ドナー卵子+代理懐胎, 第三者への人工授精・体外受精
トランス男性	シス女性	ドナー精子, 本人またはパートナー卵子
	シス男性	トランス男性が出産する自然・生殖補助医療妊娠
	トランス女性	自然妊娠, トランス女性（凍結）精子による ART, トランス男性出産
	トランス男性	ドナー精子, 本人またはパートナー卵子, トランス男性出産

性自認と性指向は独立したものであるためこのような代表的なパターンが考えられる。BやQ+はここでは触れていない。赤字は戸籍上の変更を性腺除去なしに行うことが認められたら法的婚姻関係を結ぶことができる可能性のあるカップル。

載されていて、今後そのような事例に遭遇した場合の参考になる。

性的マイノリティーの出産がなされた場合、その子どもたちの成育はどうであろうか。Narrativeな論文も多い中でのメタ解析がなされていて、性的マイノリティーの親と異性間の親の比較を行うと、子どもの心理的適合度(children's psychological adjustment)はマイノリティー群でむしろよく、身体的健康はどちらの親であれ、親の結婚状態に依存していた。子どもの性的役割では両者は変わらない、とするものとレズビアンカップルで男児が男の子らしくない (less masculine) 傾向がある、とされていた。親子関係はマイノリティーの方が良い、子の学業成績はマイノリティーの方が劣る・あるいは良い、親の精神的適合度は変わらない、カップルの関係性の満足度は変わらない、他にもいくつかの比較項目があるが明らかな傾向の差は見られないとのことであった。しかし、性的マイノリティーの親は社会的サポートの欠如や差別による安全への脅威を感じており、むしろこちらの方が問題である、と指摘されていた¹⁹⁾。

4. まとめ

筆者が日本産科婦人科学会理事長の時代に、レズビアンカップルの女性が第三者精子を用いて妊娠し、その出産を分娩施設が断った、という事案が発生した。日産婦がそのような妊娠を成立させるための医療行為を禁じている、というような理由だったと記憶しているが、出産に関しては全くそのような見解はなく、また出生届も日本の法律に則り提出すればよい。すでに妊娠した方に対するケアはこれまでの報告からハイリスク妊娠と認識しつつ行うのが当然で厚生労働省から「性的指向や性自認を理由とした不当な扱いの防止について（2023年10月厚生労働省総務課）」という文章が発出され、出産に限らず医療全体に対して不当な扱いをしないように求められ

ている。

ダイバーシティ アンド インクルージョン (D&I) は今後の社会のあるべき姿であり、性的マイノリティーはこの概念の中に含まれている。最高裁判所令和5年10月25日付特別抗告事件に対する大法廷決定²⁰⁾による影響は大きく、今後トランスジェンダーの方を含め妊娠出産が可能な時代となるであろう。その方々に生殖補助医療まで含めた医療を提供するべきかどうかに関して一学会が決定する時代は終わっている。医療者・医学者だけではなく社会全体での意見交換がなされるべき時代である。

性的マイノリティー、特にトランスジェンダー当事者から平易な解説書が出ており、考えるきっかけとして適していると考え最後に参考文献として掲載する²¹⁾。

引用文献

1. 「大阪市民の働き方と暮らしの多様性と共生にかんするアンケート」報告書 <https://www.ipss.go.jp/projects/j/SOGI/>
2. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, Rosenthal SM, Safer JD, Tangpricha V, T'Sjoen GG (2017) Endocrine treatment of gender-dysphoric/Gender-Incongruent persons: An endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab 102, 3869-3903.
3. Female Fertility Preservation (2020) Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology. pp 32-36. <https://www.eshre.eu/guidelines>
4. Aktöz F, Loreti S, Darici E, Leunens L, Tournaye H, De Munck N, Blockeel C, Roelens C, Mackens S (2024) IVF with reception of oocytes from partner in lesbian couples: a systematic review and SWOT analysis. Reprod Biomed Online 48, 103411.
5. Moravec MB, Kinnear HM, George J, Batchelor J, Shikanov A, Padmanabhan V, Randolph JF (2020) Impact of exogenous testosterone on reproduction in transgender men. Endocrinol 161, 1-13.
6. Leung A, Sakkas D, Pang S, Thornton K, Resetskova N (2019) Assisted reproductive technology outcomes in fe-

- male-to-male transgender patients compared with cisgender patients: a new frontier in reproductive medicine. *Fertil Steril* 112, 858–865.
7. Spencer D, Pasterski V, Neufeld S, Glover V, O'Connor TG, Hindmarsh PC, Hughes IA, Acerini CL, Hines M (2017) Prenatal androgen exposure and children's aggressive behavior and activity level. *Horm Behav* 96, 156–165.
 8. Spencer D, Pasterski V, Neufeld S, Glover V, O'Connor TG, Hindmarsh PC, Hughes IA, Acerini CL, Hines M (2021) Prenatal androgen exposure and children's gender-typed behavior and toy and playmate preferences. *Horm Behav* 127, 104889.
 9. Potter J, Peitzmeier SM, Bernstein I, Reisner SL, Alizaga NM, Agenor M, Pardee DJ (2015) Cervical cancer screening for patients on the female-to-male spectrum: a narrative review and guide for clinicians. *J Gen Intern Med* 30, 1857–1864.
 10. Sinha A, Mei L, Ferrando C (2019) The effect of estrogen therapy on spermatogenesis in transgender women. *Fertil Steril Rep* 2, 347–351.
 11. Jiang DD, Swenson E, Mason M, Turner KR, Dugi DD, Hedges JC, Hecht SL (2019) Effects of estrogen on spermatogenesis in transgender women. *Urology* 132, 117–122.
 12. Mattelin E, Strandell A, Bryman I (2022) Fertility preservation and fertility treatment in transgender adolescents and adults in a Swedish region, 2013–2018 *Hum Reprod Open*, 1–17.
 13. Yee S, Mamone AA, Fatima M, Sharon-Weiner M, Librach CL (2024) Parenthood desire, perceived parenthood stigma, and barriers to achieving parenthood in childless sexual minority men. *J Assist Reprod Genet* doi:10.1007/s10815-024-03098-6.
 14. Juster RP, Hatzenbuehler ML, Mendrek A, Pfaus JG, Smith NG, Johnson PJ, Lefebvre-Louis JP, Raymond C, Marin MF, Sindi S, Lupien SJ, Pruessner JC (2015) Sexual orientation modulates endocrine reactivity. *Biol Psychiat* 77, 668–676.
 15. Everett BG, Kominiarek MA, Mollborn S, Adkins DE, Hughes TL (2019) Sexual orientation disparities in pregnancy and infant outcomes. *Maternal Child Health J* 23, 72–81.
 16. Leonard SA, Berrahou I, Zhang A, Monseur B, Main EK, Obedin-Maliver J (2022) Sexual and/or gender minority disparities in obstetrical and birth outcomes. *AJOG*, 846 : e1–e14.
 17. Hoffkling A, Obedin-Maliver J, Sevelius J (2017) From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy and Childbirth* 17 (Suppl 2), 332.
 18. McCracken M, DeHaan G, Obedin-Maliver J (2022) Perinatal considerations for care of transgender and nonbinary people: a narrative review. *Curr Opin Obstet Gynecol* 34, 62–68.
 19. Zhang Y, Huang H, Wang M, Zhu J, Tan S, Tian W, Mo J, Jiang L, Mo J, Pan W, Ning C (2023) Family outcome disparities between sexual minority and heterosexual families: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health* 8 : e010556.
 20. 裁判例 (2020) https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/527/092527_hanrei.pdf?ref=factcheckcenter.jp
 21. 周司あきら, 高井ゆと里 (2023) *トランスジェンダー入門*. 集英社新書. 東京.