

北海道大学大学院文学研究院
応用倫理・応用哲学研究教育センター 主催

トランス ジェンダーと 医療



Transgender and Medical Care 2024

公開シンポジウム

記録

講演
高井ゆと里
小門 穂

コメンテーター
満島てる子

司会
藏田 伸雄
斉藤 巧弥

2024年10月12日(土)
13:30~16:30
文系共同講義棟 8番教室



北海道大学
HOKKAIDO UNIVERSITY



目 次

| | |
|--------------------|----|
| 開会・趣旨説明 | 3 |
| トランスジェンダーの身体と医療・制度 | |
| 高井ゆと里 | 6 |
| 性別の変更と生殖医療 | |
| 小門 穂 | 18 |
| 登壇者間の意見交換 | 26 |
| 質疑応答 | 34 |
| 閉会 | 37 |

トランスジェンダーと医療

日時：2024年10月12日（土）13:30-16:30

場所：北海道大学 文系共同講義棟8番教室

従来、性同一性「障害」と捉えられてきたトランスジェンダーは、多様な性のあり方の一つとして捉えられるようになり、また2023年10月には性同一性障害特例法に違憲判断が下って、性別登録変更のための「不妊化要件」は無効とされました。また今年7月に広島高裁は手術なしでの性別変更を事実上認めました。しかしトランスの人々が差別される現状は変わらず、トランスの人々をめぐる様々な問題が解決されたわけではありません。今回のシンポジウムでは「医療」、特に不妊化要件と生殖医療に着目することで、「トランスジェンダーの身体」について考えてみたいと思います。

講演者紹介

高井 ゆと里（たかい ゆとり）

群馬大学情報学部教員。専門はハイデガー哲学、生命倫理学（主に研究倫理）、トランスジェンダー研究。トランスジェンダーに関する出版物として『トランスジェンダー入門』（集英社：共著）、『トランスジェンダーQ&A』（青弓社：共著）、『トランスジェンダーと性別変更』（岩波書店：編著）、翻訳書としてショーン・フェイ『トランスジェンダー問題』（明石書店）、ノア・グリニ&テレサ・ソーン『じぶんであるっていいかんじ』（エトセトラブックス）がある。

小門 穂（こかどみのり）

大阪大学人文学研究科教員。専門は科学技術社会論、生命倫理学。フランスと日本を中心に、生殖をめぐる倫理的・法的・社会的問題についての研究を行っている。著書に『フランスの生命倫理法 生殖医療の用いられ方』（ナカニシヤ出版、2015年。2016年第33回渋沢・クロード賞特別賞）。論文に、小門穂「生殖補助医療により生まれる子どもの権利」『法律時報』96（4）（2024年）など。

詳しくは、<https://researchmap.jp/kokadominori64687>

コメンテーター

満島 てる子（7丁目のパウダールーム店長、さっぽろレインボープライド実行委員）

司会

藏田 伸雄（北海道大学文学研究院教員、応用倫理・応用哲学研究教育センター長）

斉藤 巧弥（札幌国際大学観光学部教員、応用倫理・応用哲学研究教育センター共同研究員）

公開シンポジウム 「トランスジェンダーと医療」

開会の挨拶

(藏田伸雄 北海道大学大学院文学研究院教授、応用倫理・応用哲学研究教育センター長)

皆様、こんにちは。本日はお忙しい中、本シンポジウムにおいでいただき、まことにありがとうございます。これより、北海道大学大学院文学研究院応用倫理・応用哲学研究教育センター主催の公開シンポジウム、「トランスジェンダーと医療」を開催いたします。私は本日のシンポジウムの司会の一人を務めさせていただきます、藏田伸雄と申します。本日のシンポジウムを主催しております応用倫理・応用哲学研究教育センターのセンター長を務めており、開催にあたってご挨拶をさせていただきます。

まず本センターと本センター主催のシンポジウムについて簡単にご紹介させていただきます。本センターは2007年に当時の文学研究科内に応用倫理研究教育センターとして設立され、2018年には活動分野として応用哲学等も含めることを意図して「応用倫理・応用哲学研究教育センター」と改称いたしました。本センターの設立の翌年の2008年には本センター内にジェンダー・セクシュアリティ部門が設置され、その後本センターは北海道大学におけるジェンダー・セクシュアリティの研究教育のプラットフォームとして活動を続けてまいりました。本センターでは学内の全学教育・学部教育・大学院の関連授業科目を開講するだけでなく、研究及び社会貢献の一環として、研究会、ワークショップ、フォーラム、国際シンポジウム等を企画・開催してまいりました。「性差医療」「DVのメカニズム」「ワーク・ライフ・バランス」「結婚という制度」「触発する映画—女性映画の批評力」「同性パートナーシップ」「教養とジェンダー」「LGBTはどうつながってきたのか」「国際労働移動とジェンダー」「占領と性」「女性参政権運動史を振り返る」といったテーマで、一般公開のシンポジウムやフォーラムを開催してまいりました。これらのシンポジウムの記録は本センターで発行しているジャーナル『応用倫理』の別冊として、また『公開フォーラム・シンポジウム記録集』として発行され、本センターのホームページの「出版情報」というサイトで公開しております。

趣旨説明

次に本日のシンポジウムの趣旨を簡単に説明させていただきます。本日のシンポジウムのテーマは「トランスジェンダーと医療」です。本センターでは昨年度も「LGBTQを「理解」するとは?」というタイトルで公開シンポジウムを開催いたしました。そこでは広く「LGBTQ」とテーマを設定いたしました。登壇者の中にはトランスジェンダーの当事者でもある大阪大学の三木那由他さんがいらっしゃいました。LGBTQとまとめられることが多いのですが、トランスジェンダーの人

は数が少ないこともあり、そのような方々が直面している問題、特に医療との関連で生じる問題についてはなかなか理解されていません。

従来、性同一性「障害」と捉えられてきたトランスジェンダーは、多様な性のあり方の一つとして捉えられるようになってきました。また2023年10月には性同一性障害特例法に違憲判断が下り、性別登録変更のための「不妊化要件」も無効とされました。また本年7月には広島高裁で手術なしでの性別変更が事実上認められました。しかしトランスの人々が差別される現状は変わらず、トランスの人々をめぐる様々な問題が解決されたわけではありません。今回のシンポジウムでは生命倫理の分野でご活躍の気鋭の研究者のお二人にご登壇いただき、「医療」、特に不妊化手術と生殖医療に着目することで、「トランスジェンダーの身体」について考えてみたいと思います。今回のシンポジウムは関連する喫緊の課題に対して、何か分かりやすい一つの答えを与えるものにはならないかもしれませんが、少しでもトランスジェンダーの人々をめぐる状況を改善することにつながることを願っています。

なお本シンポジウムは開催にあたり、北海道大学ダイバーシティ・インクルージョン推進本部「ダイバーシティ・インクルージョン推進に向けた部局等による取組支援プログラム」の支援を受けております。関係各位に感謝いたします。

それでは、本日の進行予定について確認します。まず前半では、高井ゆと里さん、小門穂さんにお話しいただきます。その後、休憩を取り、後半は、北海道大学の哲学倫理学研究室の修了生で、さっぽろレインボープライドの副実行委員長である満島てる子さんにコメンテーターを、また同じくさっぽろレインボープライド実行委員で本センターの共同研究員の齊藤巧弥さんに司会に加わっていただき、討論を進めてまいります。

会場の皆様のお手元に質問用紙があろうかと思いますが、お二方のお話を聞いてご質問のある方は、この質問用紙にご記入ください。質問用紙は休憩時間にスタッフが回収いたします。オンラインで参加の皆様には、ZOOMのチャット欄に、質問受付のフォームのリンクをお送りいたします。このフォームから質問をご記入ください。

後半では、皆様から質問用紙とフォームで頂いた質問に対して、講演者の方々にできるだけお答え頂きたいと考えております。なお、その際、質問された方のお名前をご記入いただいても読み上げません。また、頂きましたご意見、ご質問は、シンポジウムの記録や関連ウェブサイトで公開させていただく可能性がありますが、その際にも記入者は特定できないようにいたします。

また、お手元にアンケートもあると思いますが、こちらはシンポジウムが終わって皆様がお帰りになる際に、出口でスタッフが回収いたします。今後の企画に役立てていきたいと考えておりますので、皆様の貴重なご意見を頂けますようお願いいたします。

では、最初の講演に移りたいと思います。

まず、高井ゆと里さんにお話しいただきます。高井ゆと里さんは群馬大学情報学部教員で、ご専門はハイデガー哲学、生命倫理学（主に研究倫理）、トランスジェンダー研究です。トランスジェンダーに関する出版物として周司あきらさんとの共著『トランスジェンダー入門』（集英社新書）、

同じく周司あきらさんとの共著『トランスジェンダー Q & A』（青弓社）、編著として『トランスジェンダーと性別変更』（岩波書店）、翻訳書としてショーン・フェイ『トランスジェンダー問題』（明石書店）、さらにノア・グリニ&テレサ・ソーン『じぶんであるっていいかんじ』（エトセトラブックス）があります。

トランスジェンダーの身体と医療・制度

高井ゆと里

群馬大学情報学部教員

今日は最初に、「トランスジェンダーとは？」という話をいたします。その後、日本でトランス医療を考えるときにずっとその医療の枠組みを規定してきた「性同一性障害」という概念についてお話しし、後半は、それに基づいて作られた戸籍上の性別を変更するための法律、いわゆる「特例法」に関してお話ししていきます。

正面のスクリーンに、1998年にとある方が新聞に寄稿した手記を映していますが、以下、読み上げてまいります。

埼玉医科大学の原科先生の初診を受け、「性転換手術を受けたい」とお願いしたのは、1992年7月20日のことです。あれから6年3か月。長いようで、仕事や通院に追われ、あっという間でした。原科先生をはじめ、ジェンダークリニックの先生方を信じ、日本でも手術を受けられる日が来るとがんばってきました。感無量というのがまずは正直な感想です。

これまで親身になって支えてくださった先生方、埼玉医大倫理委員会や日本精神神経学会など関係者の方々、支援してくれた仲間、家族に深く感謝しています。

私は小さいころから、自分の身体に強い違和感を感じてきましたが、今、やっと本来の自分の体を取り戻すことができるのだという実感をかみしめています。

しかし、沖縄から北海道まで全国に私と同じ悩みを抱える当事者は数多くおり、その数は数千人と言われていています。私たちが将来に希望を持って生きていけるようになるには、さまざまな問題の一刻も早い解決が必要です。

医療面でいうと、専門医はごくわずかで、国内にたった一つのジェンダークリニックしかありません。医療費は健康保険の対象外です。そのため多くの当事者が医療の場で偏見や差別にさらされたり、不十分な医療しか受けられずにいます。また医療費や通院費の負担がその肩に重くのしかかっています。私たちも不安なく医療を受けられるよう、専門医の育成や全国数カ所への拠点病院の設置、健康保険の対象疾病への認定など、医療環境の改善を強くお願いいたします。

法律面ではトランスセクシュアル（性転換希望者）にとって戸籍の性別の変更が認められないことが就職や結婚など、生活上の大きな壁になっています。不当解雇や昇進差別にあう人もいます。これらのことは日本国憲法が定める『幸福追求権』（13条）をはじめとする基本的人権を脅かすものです。性転換法の制定の検討も含めて、法的な整備が急務です。

教育面では無理解や偏見から性的少数者である子供たちが不登校になったり、いじめに苦しんでいます。トランスセクシュアルやトランスジェンダー、トランスヴェスタイト、インターセックス、同性愛など多様な性の人々がいることを授業に取り上げ、正しい知識を普及してほしいと思います。『心の性』を『体の性』へ合わせることはできません。性同一性障害の子供たちに男らしさ・女ら

しさを強いることは、精神的な虐待に等しいことです。どうか『心の性』を尊重してください。

そして最も望むことは、差異のあるおのおのが互いに個性や人格を認め合い、生かすことができる、多様性の共存が可能な社会が実現することです。これらのために私たちも努力しますが、多くの報道関係者の方々も、長い間あたたかく見守ってくださり、ありがとうございました。今後とも社会的な理解が深まるようご協力をお願いいたします。



高井ゆと里氏

長々と読み上げさせてもらいました。こちらは、日本で初めて公的な医療行為として認められた性別適合手術を受けた患者Nさんの、毎日新聞への寄稿です。1998年に乳房の膨らみを取る手術、子宮卵巣の摘出、膣を閉鎖する手術と陰茎形成、および尿路変更を行った方です。かつての言葉で言うと、FtMの方に当たります。98年にこの手術を埼玉医大で受けた患者さんご本人が、毎日新聞に寄稿したものです。98年ですから、26年たっています。確かに、この手紙の内容から、変わっているところも多くあります。

今、このページの一番上に「性転換法」という表現が出てきていますが、トランスの人たちが戸籍の性別を変えられるようにする法律です。この手紙から5年後に法律はできています。ほかにも、「拠点病院を増やしてください」「性同一性障害の治療ができるように、ジェンダークリニックを増やしてください」と書いてあります。確かに増えました。ただ、変わっていないことも数多くあるということに気づかされると思います。特に教育面です。「教育、学校の場所で多様な性のあり方について、もっと教えてください」と書いていますが、日本では全然、性教育が進んでいません。最後に、「差異のある人たちは互いを認め合い、多様性が共存できる社会を作ってください」と書いてあります。まだまだ実現していないところがあります。

私は今日研究者としてここに来ていますけれども、何もトランスジェンダーの研究発表をするためではありません。今日は1通の手紙を紹介しましたが、私は、トランスの人たちの権利が守られ、多くの人と同じように、トランスであることが人生の足かせにはならず生きていける社会を作るために、今日ここに来ています。

今日話の主人公になるトランスジェンダーに関しては、多くのところでこれまで説明もされてきましたので、ざっと紹介しておきます。

トランスの人たちは性別に関する一つのプレッシャー、あるいは社会からの期待にこたえそびれている人たちです。ただ、性別に関するプレッシャーや期待というと、性別をめぐるジェンダー規範を思い浮かべる方も多いと思います。ただ、トランスの人たちを苦しめているのはどちらかというと、「性別らしさ」の規範ではなく、「その性別で生きてください」という課題、あるいは押しつけの方です。「女なのだから女らしくしろ」と言われていい気持ちになる人は、いないと思います。それはそうですね。ただ、トランスの人の場合はもうちょっと手前のところ、例えば「あなた、女の子なんだよね？」と人生の最初に言われ、しかし女性として生きていくということが自分の人生と両立していない、というタイプの人です。逆もまたしかり。その性別で死ぬまで生きてください

という割り当てとか課題が、自分の人生と両立していない人です。結果として社会から与えられた性別、およびそれに伴う標準的な期待とは、生きている性別のリアリティが違ってきます。女性を割り振った人には女性としての生きていくアイデンティティを持ってほしい、とみんな思うわけですが、そうではないアイデンティティを形成する人たちがいます。

身体とのかかわり方もそうです。第1次性徴とか第2次性徴と言われる身体の特徴やその変化を自分の身体として受け入れることができず、そこに医療的な介入を行う人たちがいます。最初に手紙を紹介したNさんもまた、その一人でした。

生活実態も期待からそれていくことがあります。私は大学で働いていますけれども、昨今であれば、生まれたときに女性を割り振られたけれども、男子大学生として入学して、4年間男子として学んで卒業していく、そのようなトランスの学生たちも毎年入学してくるというのは、大学で働いていれば何となく分かることだろうと思います。このケースですと、例えば女の子として割り振った子どもは、そのまま少女になって、女性になって、おばさんになって、おばあさんになるのだな、とみんな信じるのだけれども、それとは異なって男性としてのリアリティを生きていくようになるという人たちがいます。トランスの人たちは、与えられた性別とそれに伴う標準的な期待と少し違った性別のリアリティを生きている、そのような集団であると言うことができます。

今日一つ手に入れてほしい概念として、「生活する性別」というものも挙げておきます。

トランスジェンダーに関してはこれまで、「心の性と身体の性が食い違っている人たち」という説明がなされてきました。間違っていないのですけれども、正確さを欠くところがあると思います。なぜかと言うと、先ほども見ましたが、例えばもっばら男性として入学してくる学生がいます。彼らに関して「身体が女で、心が男なんだね」と言っただけで、現実は何も見えてきません。

トランスの男性の中にはさまざまな生活を生きている人たちがいます。まだまだ女性として見なされていたり、あるいは女性にありがちな身体の特徴を持っていたりして、そのことがすごくしんどくて、辛いという人もいます。他方でトランス男性の中には、先ほどから例に挙げているように、もっばら男性として生活している人、生活してしまっている人がいます。それぞれの人には生きている性別のリアリティがあるということです。こういう人たちの現実を、「身体の性」と「心の性」という表現はべしゃんこにしてしまうことがあります。なので、生きている性別のリアリティがあるということを伝えるために、「生活する性別」という言葉を私はよく使っています。

場所によって違った性別のリアリティを生きている人は、トランスの人の中にたくさんいます。例えば、会社では男性として働いているのだけれども、実家に帰ると娘扱いされてしまうということがある。あるいは、休日に外に遊びに行くときは女性として遊びに行くのだけれども、そして自然にそのようにできているのだけれども、会社では男性のふりをしているということがある。このように、いろんな人がいます。

時には男か女どちらか一方ではない性別のリアリティを生きているという人もいます。現代であれば、例えばLGBTQのコミュニティなどに行って、「自分はノンバイナリーなんだ」「Xジェンダーなんだ」とカミングアウトする。コミュニティの外であれば、そのカミングアウトはほとんど尊重されない現実があります。ただ、そういった理解のあるコミュニティであれば、「そうか、あなたのアイデンティティはそうなんだね」ということで、ノンバイナリーとして生きていく場所を獲得していくことができます。ノンバイナリーやXジェンダーの人たちにとって、そのような自分の

アイデンティティが尊重される空間が、当事者コミュニティの外側にどんどん広がっていくことが求められている時代だと思います。

トランスの人たちというのはどんな人たちか—。

私たちの性別にはいろんな要素があります。いろんな水準で性別を考えることができます。生まれたときに「男だね」「女だね」と言われて戸籍に書かれる、法律上の性別があります。そのときには、身体の特徴が一部、使われることがあります。「この子は陰茎があるから男だな」とか、「膣があるから女の子だな」とやる。ただ、そういう身体の特徴と現在の身体の特徴が異なっているという人もいます。トランスの人です。ここでも、性別のアイデンティティ、ジェンダーアイデンティティが生まれたときの割り振りと違う人たちがいます。生きている性別が法律上の性別と違うという人もいます。性別というのはいろんな水準があって、いろんなリアリティがあるのですけれども、トランスでない人たち、すなわちシスジェンダーの人たちは全部、同じなのです。男が割り振られて、アイデンティティも男だし男として生きていて、身体も男性の平均的な特徴を持つ人が多い。このように全部男とか、全部女というのは、シスジェンダーの人たちです。トランスの人たちは、これらのすべてが一貫してはいません。どこどこが食い違っているのか人それぞれですけれども、全部一貫しているわけではない人たちがトランスの人たちということになります。今日はこの「一貫性」という言葉もキーワードになりますので、覚えておいてください。

続いては、「性同一性障害」という言葉に関してです。

先ほど、98年に日本で初めて公的な医療として性別適合手術を受けた方の手紙を紹介しました。98年にあの方が手術を受けるまでの道のりは、平坦ではありませんでした。簡単に歴史を紹介します。

重要な事実あるいは重要な事件として、1970年の「ブルーボーイ事件」があります。70年に判決が確定しています。

男性として生まれて男性的な身体の特徴を持って人生を始めたけれども、女性的な身体の特徴へと医療的な介入を行っていたタイプの人たちがいます。60年代ころ、そのような人たちを「ブルーボーイ」と呼びました。睾丸摘出手術や膣を作る手術もこの医師はしていたようですが、ブルーボーイに対する睾丸摘出手術が優生保護法28条に違反しているとされて、捕まったという事件です。この医師は麻薬取締法でも捕まっていた、結果として刑期がかなり長くなってしまったのですが、これによって、今で言う性別適合手術は優生保護法に違反しているのではないかという空気が広がりました。この判決では一性転換の人にはこの手術は必要かもしれない。ただ、患者にちゃんと説明していなかった。患者が手術の内容をちゃんと理解していなかったのではないか。あるいは、インフォームド・コンセントをちゃんと取っていなかった—という理由で、この医師は裁かれてしまいました。同時代の人たちの間に、やっぱり優生保護法に触れてしまうのではないか、生殖能力の喪失を伴う手術はやってはいけないのではないかという空気が作られてしまったという事件でした。

その後、先ほどのNさんが埼玉医大の原科さんを訪れます。この原科さんという方は当時、事故で陰茎を喪失したシスジェンダーの男性、ペニスを喪失した人の陰茎を再建する手術でニュースになっていた人でした。もともとペニスを持って生まれた人が事故でペニスを損傷し、それを再建するという手術でした。Nさんはトランスの男性ですから、生まれたときから陰茎があったわけでは

ありません。ただ、週刊誌でその報道を見て、自分も陰茎形成手術が日本でできるのではないかと考えました。海外ではそういうケースはあって、日本でもできるのではないかとということで原科さんのところに来たわけです。原科さんは長い間悩んで、95年にやっと埼玉医大倫理委員会に「自分はこういう手術をしたいのだけれども、やっても構わないか」という申請を出します。

翌年には倫理委員会が一つの答えを返してきました。その答えは何かというと、「確かに性同一性障害という疾患があり、手術によってその苦しみがなくなるということは、正当な医療行為である」という結論でした。優生保護法に触れるのではないかとみんながおびえていた時代に、「これは正当な医療である」という答申を出したのです。ただ、まだ時代状況が追いついていませんでした。例えば学会のガイドラインなどがあれば、原科さんも、「うちで手術してもよくなるのではないか」と答申は考えました。(そうした状況にあって)「ガイドラインを作ってください」といった、幾つかのアドバイスを答申がつけました。それを受けて、早くも97年には精神神経学会がガイドラインを作っています。現在第5版が発表されたばかりですけれども、ガイドラインができたのにはこのような経緯がありました。それで、準備も整ったので、原科さんは98年、Nさんに手術を行いました。その手術を受けた当事者の方が毎日新聞に寄稿したのが、最初の手紙ということになります。

少しまとめておきます。

現在で言う性別適合手術は当時は性転換医療などいろいろな言われていましたが、性別適合手術には、倫理的懸念だけでなく、法的・社会的懸念が存在していました。

診療ガイドラインは、主にはブルーボーイ事件を念頭に置きながら、性同一性障害への治療を優生保護法との関係で整理するというものでした。つまり、「この手術は正当な医療行為であって、優生保護法で禁止されているようなものではない」ということを整理するために生まれたのです。法的な問題をクリアしたり、社会に対して「私たちがやっていることは医療なのです」ということを訴えるためにガイドラインは生まれたということです。すなわち、日本におけるオフィシャルな性同一性障害の治療は当初から、本人の身体違和を解決するというだけでなく、社会からの目線を意識しつつ始まりました。実際、ガイドラインを読んでもみると、最初にブルーボーイ事件をめぐるてんまつが長々と書かれています。つまり、それがもっぱら患者さんのためにあるものではなく、社会の方を向いているということが分ると思います。

これは、さっき出てきた埼玉医大倫理委員会の答申です。「これはちゃんとした医療です」ということですが、ここから先に、次のようにちょっと変わったことが書いてあります。

まず、人間の性別にはセックスとジェンダーがある。セックスとはこういうもの。他方で、ジェンダーというのは心理・社会的性別と言われている。基本的に、生物学的に男性の人は、心理・社会的性別も男性的に……男性のアイデンティティを持って男性として生きていくのだけれども、そうではない人たちがいる。女性の場合も同じ。したがって、自分は男である……この辺の日本語がめちゃくちゃなのですけれども、「生物学的性」と「心理・社会的性」、つまりセックスとジェンダーが共に例えば男性であるというふうに一致するとき、その人は「性同一性」がある、と言う。どっちも男性だったら、「同じ男性なんだ。同一だ」というわけです。性をめぐる情報が同一である、性同一性がある、と。

他方で、男性性・女性性がなんらかの理由により一致しないとき—すなわち、セックスは男性だ

けどジェンダーが女性、セックスは女性だけどジェンダーが男性というふうに、二つが一致していないとき、これを「性同一性障害」と呼ぶ、ということです。

ここに出てきている性同一性障害の発想、そして「性同一性」という概念は、今私たちが持っているジェンダーアイデンティティ（性同一性）の考え方とは異なるものです。

答申に何が書いてあるか、図にしてみました（図1）。この図が今日、何度も出てきます。

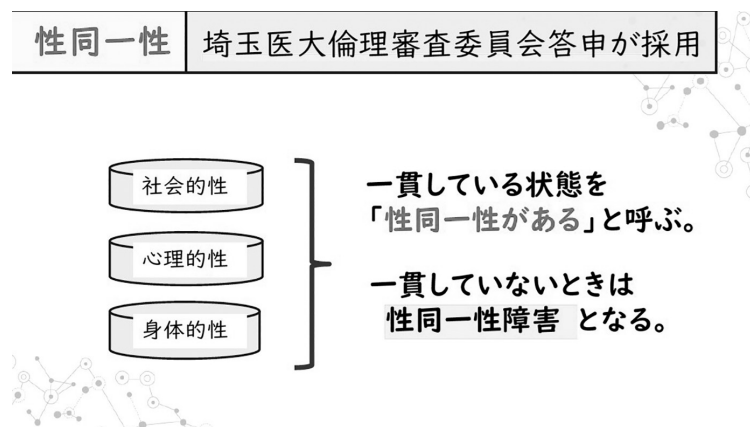


図1

身体をめぐる性別の特徴があります。さっき「セックス」と言っていたものです。その上に「心理的性」とか「社会的性」があります。さっきの答申では何と言っていたかという、「身体の性的な特徴と心理・社会的な性が、全部男とか全部女で一貫しているとき、性同一性がある」と言っています。これは、「性一貫性」と呼んだ方がいいかもしれません。対して、ここに食い違いがあるとき、すなわち一貫していない場合のことを「性同一性障害」と呼ぶ、と書いている。これが、答申で出てきた性同一性障害の概念です。

不思議だと思わないですか。性同一性というのは、ジェンダーアイデンティティです。今の言葉で言うと、「性自認」です。普通、性自認というのは心理的性のことを指すと思います。実際、当時から批判がありました。最も厳しい批判を向けていたのは、針間克己さんです。先ほどの答申のこの言葉遣いに関して、針間さんは何度も厳しい批判を向けています。性同一性というのはジェンダーアイデンティティであって、性自認であって、この図で言えばここでしょ？というわけです。答申は「一貫しているときに性同一性がある、一貫性がないときに性同一性障害である」と言っていたのですけれども、それは「言葉遣いが間違っている」というわけです。針間さんはこうした批判をしていました。しごくまっとうな批判だと思います。

ただ、さっき見たような表現というのは、当時の文献を読むと何度も出てきます。例えば代表的なものとして、吉永みち子さんの『性同一性障害 性転換の朝』という新書があります。私も去年、集英社新書で『トランスジェンダー入門』という本を出したのですけれども、吉永さんのものは20年前に書かれた性同一性障害の本です。何と書いてあるか—。

「もちろん、生物学的な性と社会的・心理的な性は、ほとんどの人の場合、一致している。つまり性同一性を持っている。が、ごくまれにはあるが、肉体的性と頭の性が一致しないケースがある。性の同一性を欠いたこういう状態を、性同一性障害と呼ぶ」というわけです。当時答申でも使われていたし、一般書でも使われていたし、報道でもこのような表現は出てきていたはず。性

別をめぐる状況は、一貫しているときは性同一性があって、食い違いがあるときは障害だという発想なのです。今の性同一性、ジェンダーアイデンティティの考え方とは、言葉遣いがそもそも違っています。ただ、そういう言葉遣いの違いを抱えたまま、「この食い違いを解消すること、一貫させていくことが治療である」という治療観があつた答申以後、できていくことになります。

例えば、身体の性と心理的性が食い違っていてどうしようかとなったときに、手術やホルモン治療で身体の特徴を変えることによって、一貫性は回復します。アイデンティティが男性だけれども、子宮・卵巣がある、胸に膨らみがあるという身体の特徴を例えば男性的に引っ繰り返すことによって、男、男、男というふうに一貫性が回復されます。つまり、性同一性障害がなくなるということです。このように「一貫性を回復させる」ということが、GIDの治療と呼ばれていたものです。

もちろん当時、いろんな治療の考え方があったと思います。現在もあると思います。なのでこれは一つの考え方です。ただ、当時明確に存在していたものだと言うことができると思います。一貫性がない状態が性同一性障害なので、例えば身体の治療をすることで一貫性を回復させるということです。ただ、気をつけなければいけないのは、依然として、心理、社会、身体すべてを一貫させるというのが治療であつて、当然、その治療は社会適合までを目標に含んでいたということです。

答申の部では次のような表現が出てきます。

性同一性障害に苦しんでいる人は例えば、自分はおかしいのではないかと不安に思っています。これは精神療法によって緩和できます。身体の特徴によって苦しんでいる、いわゆる身体違和がある人がいます。その不一致はホルモンや手術によって軽減します。ほかにも、自分が考えている心の性と社会生活上の性が不一致を起こすこともあります。そのとき必要なのは、社会生活を安定させることです。周囲の理解を伴う社会的な性別移行とか、周囲に対するカミングアウトや理解によって、ここの不一致をなくす。不一致が困難と苦痛を生んでいるので、ここを一致させればよいという話です。不一致をなくす。これが性同一性障害の治療です。

なんだこれ、と思うと思うのですが、これは当事者団体の人たちも受け入れていた発想でもありました。山本蘭さんというのは、「gid.jp」という当事者団体をずっと率いていた方です。自助組織です。蘭さんが2016年に書いている文章があります。医学をやっている人はみんな見ていると思いますが、「医学のあゆみ」という雑誌が「性同一性障害者の当事者がおかれている現状と治療」という特集を組んだときに、蘭さんは次のような文章を書いています。以下は、蘭さんが寄稿した文章の要旨に当たることです。

「性同一性障害は一般的に、身体の性と精神の性（性自認）が異なることによって生じる疾患であると理解されているが、一致していないのはそのほかにも社会生活上の性別や制度・法制上の性別などもある。これらの性すべてが一致していないとジェンダーアイデンティティは一貫せず、それによって当事者は苦痛・苦悩を感じ、また困難な状況に置かれてしまう。すなわち、医学的な治療だけでは性同一性障害は寛解せず、社会生活や制度上の性も含めたすべてが性自認に一致してはじめて寛解に向かうものと考えられる」

現在の言葉遣いから見たとき、蘭さんのこの文章はもう、意味が分からないと思います。なぜかという、蘭さんは性自認とジェンダーアイデンティティを違う意味で使っているからです。ただ、この困難を理解するにはこの図が有用です（図2）。今日ずっと出てきています。

先ほどの欄さんの文章を見ると分るように、法律上の性別、社会的性別、心理的性別（性自認）、

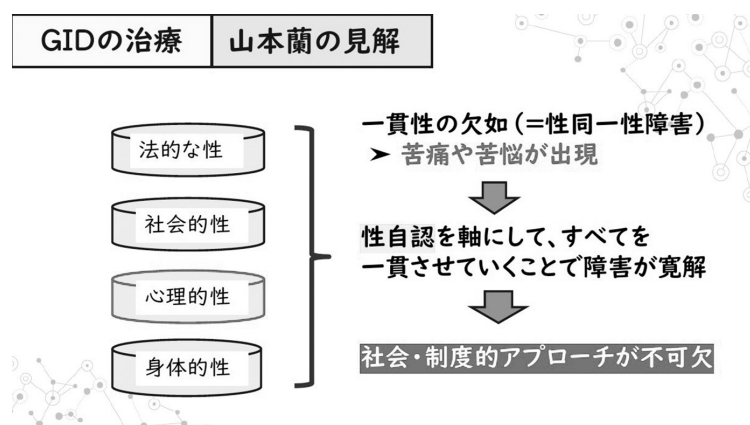


図2

および身体的性という、これらの一貫性がない状態のことを性同一性障害とはっきり呼んでいます。一貫性がなく食い違いがあることによって、苦痛や苦悩が出現しています。その苦痛や苦悩をなくすには、性自認は変えることができないので、性自認を軸にして、これに全部を合わせていくことによって障害が寛解する、と蘭さんは書いているのです。これまで例えば、身体の治療をすれば苦痛がなくなると思っていたかもしれないけれども、それだけではだめだと書いてあります。すなわち、医学的治療だけではだめだと。ここの食い違いをなくすのは確かに役に立つけれども、それだけではだめで、ここの違いや法的な性と性自認の違いなど、あらゆる水準で一貫性を回復させる、それによって「障害が寛解する」と言っているのです。不思議な表現だと思います。

ただ、蘭さんが言っていることは事実、正しくもあります。当事者の人たちの苦痛や苦悩をなくすために、医学的なアプローチだけでなく、制度・社会的アプローチが不可欠だと書いています。実際、蘭さんの文章の中では「会社で通称名で働く」とか、「保険に入る」とか、「法律上から特定の条件をなくす」とか、そういった話もたくさん書かれています。

さて、今日この図を使ってざっと説明してきたのは、次のようなことでした。

性同一性障害というのは、性別をめぐる情報や状況に不一致を抱え、一貫性のなさを抱えていて、それが困難になっている状態のこと。それを治療するには一貫性を回復すればいいという発想です。この一貫性の回復としてのGID治療観は先ほどの答申にも書かれていましたし、ガイドラインにも部分的に闖入していると思います。すなわち、この「一貫性の回復」という観点に立てば、ホルモン治療や外科手術はただの身体改変ではないということになります。すなわち、心理・社会的に他方の性別を生きていこうとする人が、その社会適合のために身体の治療をする(のであって)、社会適合を含まない身体治療というのは逆に、考えにくくなってしまっている、という世界観です。結果として、ノンバイナリーの人が胸の膨らみを取ろうとすることに対して、「はっきり男として生きていく決意がないのに、胸オペをするのはどうなんだ」というお医者さんも出てくる始末です。一貫性の回復という目標は、ノンバイナリーの人たちが医学的アプローチを拒否されてきた原因にもなってきたと思います。

同じことですが、身体への医学的介入は、社会生活上の適合を前提に実行されてきました。単に陰茎を取るとか、胸の膨らみを取るとか、卵巣を取るとか、それだけではなくて、陰茎を切断する前に女性として生きていけるリアルライフテストをしよう、といったことが、ガイドラインにずっと書かれてきました。陰茎の存在に対する身体違和をなくそうと思って手術しているのにな

ぜ、「女として試みに生きてください」などと社会生活上のテストを課せられるのかということ、こういう発想に立っているからです。心理的性が女性で、女性として生きていく。それに当たって、身体との一貫性も回復させる。手術、ホルモンというのが単に身体改変なのではなく、社会的性別を含めたすべてを一貫させるプロセスの中でいつも考えられているせいで、リアルライフテストのような、私からすると不合理なプロセスが入ってきたのです。

そして、今ではなくなっているのですけれども、ガイドライン初版では「手術を受けたりするときには、近親者に治療への理解を求めましょう」と書いていたのです。「これがあるのが望ましい」と。なぜかということ、近親者の理解もないまま手術をしたりしてしまうと、社会的性が安定しなくなってしまうから、というわけです。

まとめておきます。

ブルーボーイ事件の歴史を含め、法的・社会的な懸念がGID医療に向けられて、医療もまた社会の方を向いて始まりました。だからこそ、治療を施した患者さんがうまく社会適合できるということを目標とする一すなわち「一貫性を回復する」という治療観がしぶとく残り続けることになったのではないかと思います。この先は、特例法の話をしていきます。

特例法は、トランスの人が戸籍の性別を変えられるようにしている法律です。この法律における「性同一性障害者」というのは、次のように定義されています。

「……生物学的には性別が明らかであるにもかかわらず、心理的にはそれとは別の性別であるという持続的な確信を持ち、かつ、自己を身体的及び社会的に他の性別に適合させようとする意思を有する者……」

つまり、今日ずっと出ていることですが、性別をめぐる状況が一貫しておらず、特に身体的性と心理的性に太い断切がある人たちが性同一性障害者である、と法律で定義されています。この法律に関する逐条解説が当時、出版されています。この解説では次のように言っています。

「通常は、生物学的な性別と心理的な性別が一致し、性について同一性がある状態であるのに対し、これらが一致していないことは、医学上『性同一性障害』と呼ばれている」。今日見てきた答申で出てきましたね。「性同一性がある」というのは、「一貫している」ということです。一貫していないときは「性同一性障害」と呼ぶ、と書いています。

繰り返しますが、現在の私たちが考えているジェンダーアイデンティティというのは、性自認のことです。すなわち、心理的性別のことです。当時から、針間さんがそう批判していました。ただ、法律の中での「性同一性障害」は、そのジェンダーアイデンティティ概念ではなく、現在からするとおかしな概念の方を採用しているのです。一貫性があるときは「性同一性がある」、一貫性がないときは「性同一性障害である」という、今日見てきた特有のGID観です。この「一貫性が欠けている」状態のことをGIDと呼ぶという、日本独自のGID治療観がこの法律にも流れ込んでいます。

このような発想は、司法の世界でも確かに確認されていて、昨年、性同一性障害の不妊化要件に対して最高裁判所が憲法違反という判断を下した判決文の中にも出てきています。例えば判決では、自己の性自認に従って社会生活を営んでいるにもかかわらず、法的性別が生物学的な性別のままであることにより、社会生活上困難がある、と言っています。確かにそうですね。女として生きているのに、法律上男だったら不便がありますよね。

そんな状況にかんがみて、一定の条件に従えば性自認どおりの戸籍登録を受けられるようにする。

そのことによって、「治療の効果を高める」と判決には書いてあります。なぜ、特例法の話をしているのに、治療の話が出てくるのでしょうか。多くの人はこの判決文を読んで、意味が分からないと思ったと思います。ここに隠されているのは、今日ずっと見ているものです。すなわち、「一貫性を回復させる」という治療モデルです。

心理的性、身体の性、社会的性、法的な性のすべてが一貫している人が世の大多数ですが、ここに一貫性を欠いている人たちがいます。この一貫性が欠けていることが当事者の不利益や困難を生み出しているのであれば、一貫性を回復させればよい、という理屈です。法的な性別を書き替えるというのも、一貫性を回復するという治療の一部なわけですが。最高裁の判決にもそう書いてあります。法律上の性別も変えられたら治療がよく進む、一貫性がよく回復する、と言っているわけです。診断を受けて、ホルモンをして、手術をして、戸籍を変えて治療が進むと、性同一性がどんどん回復していく、というのです。このように、治療が進んで性同一性障害ではなくなっていく—その一貫性の回復というプロセスの中に特例法は自分の身を置いてしまっています。「治療としての特例法」と呼ぶことができると思います。

これは確かに、トランスの困難が法制度によって軽減できるということを適切に認識してはいます。ただ、当時は「段階的治療」という言葉が使われていました。まずみんなが診断を受けて、最初にホルモンをして、その後に手術をして、最後に戸籍を変更する。この一貫性を回復するときの——本当は、どの順番でどこを変えていってもいいですし、性別移行のペースや順番、ニーズは人それぞれであるはずですが——、特例法はなぜか、法的な性別の変更は「治療の最終段階」である、治療ステップとしては最後に来るのだと、治療の段階説と結合してしまったのです。そして、性同一性障害という一貫性の食い違い、不一致をなくす最終ステップのように戸籍変更を位置づけてしまったことは、結果として、昨年憲法違反の判断が出たような手術要件をずっと裏支えしてきました。

しかし、手術要件を含めたことによって、つまりは余計な段階説を採ったことによって、特例法は、本来の意味で手術をしたい当事者にとっての足かせになってきてしまいました。

例えば、SRSをしたいと思った多くの当事者は、お金がなくて困ります。例えば陰茎を切除するのには、100万円とか150万円かかってしまいます。「SRSしたいな。でもお金がないからできない」となる。どうしますか。働きます。でも、働こうとするときに戸籍の性別が自分の生活実態とずれていると、安全に働けません。女として生きているのに戸籍は男だというので、多くの人が就職に悩んでいます。でも、働かないとお金を稼げない。「どうしよう。働くためには戸籍を変えなきゃいけない」となる。戸籍が理由で働けなくなっているわけですから。「じゃあ、戸籍変えるか」となる。でも、戸籍を変えるときにはSRSをしなければいけない。じゃあどうする？というので、ループするわけです。そして、このループにけっこうな数の当事者がはまってしまっています。なぜこんなループができるかというと、特例法に手術要件などが入ってしまったからです。「性の食い違いが一貫すれば、当事者の福利が向上する」という発想はまだよかったと思うのですが、必要のない「段階的治療」論と結合してしまったせいで、今見たように、手術のハードルが不必要に上ってしまいました。

最後に、「社会防衛としての特例法」という話をします。

特例法は3条において5つの条件を課しています。すなわち、成人であること、結婚していない

こと、未成年の子がないこと、永続的に生殖能力を欠くこと、性器の外観が移行後のそれに近似していることです。

2番目と4番目の条件は、同性婚を認めない、男が出産するのは許せないといった、観念的な法秩序や家族秩序を防衛するために挿入されています。

5番目の性器の外観要件は、すごくざっくり言うと、トランスの女の人に対して陰茎の切断を要求しているもので、理屈としては「公衆浴場の秩序維持」ということが理由に上げられています。

3番目は、親がトランスジェンダーだったらかわいそう、という仮想上の子どもの福利です。

いずれも、トランスジェンダーが戸籍を変えることによって社会に迷惑が起きるかもしれないので、社会を守るために要件が挿入されているのです。裁判でもいつも、国はこのように主張しています。ただ、「社会を守る」という目的を仮に認めたとして、それは特例法でやるべきことなのか。この点、甚だ疑問です。

性別を変更する人の数はごくわずかです。どこかで一組、同性カップルができたところで、家族秩序が破壊されるのでしょうか。「公衆浴場の秩序維持」に至っては、もはや意味不明としか言うほかありません。なぜそれを特例法でやるのかという話です。仮想上の子どもの福利を考えて、子どもがいる人は戸籍を変えられない、とやってきたわけですが、現実の家族を見るべきです。特例法は社会防衛を目的として不必要な要件をたくさん入れてきましたが、社会防衛としての役目から特例法を速やかに解放すべきだと思います。そうした社会防衛としての役目を特例法に期待してしまったことによって、どのような弊害が生じたか。例えば、要件が緩和されるとすぐに社会に危機が訪れる、というふうに言われてしまう。結果として、手術要件がなくなると風呂に男が入ってくる、といった、意味の分からない喧騒に巻き込まれたりするわけです。とにもかくにも、「社会防衛」という誤った役目を特例法に課してきたせいです。加えて、社会に混乱を来す「偽物」を排除するよというプレッシャーや門番の役目が、お医者さんに課せられてしまうことになりました。しかしながら、社会生活上の性別を移行した人が必要に応じて戸籍変更すればよいだけの話で、私に言わせれば、本来は医療の範疇ですらありません。この「診断」要件は、昨今ますます社会防衛の役目を果たすものと誤認されつつありますが、私は、これは実際に誤認だと思います。速やかに、こういった社会防衛としての役目から特例法を解き放つべきです。

こういうことを言うと、「なりすまし」が出るのでは？という人がいるのですが、なりすましに意味があるのは、なりすますことで利益が得られるときだけです。皆さん、ネットフリックスのオリジナルドラマ「地面師たち」をご覧になりましたか。あれは、地主になりすましていたのです。地主になりすますと利益があるからです。土地を売って、お金が手に入るからです。

では聞きたいのだけれども、トランスジェンダーを偽って、利益がありますか。男として生きていて、男として会社で働いていて、保険証にも「男」と書いてある状態で病院にも通っていて、それで「トランスジェンダーです」と偽って戸籍の表記をいきなり変えて、「法律上の登録が女になりました」と言ったところで、どんな利益があるのでしょうか。二度と就職できなくなるかも知れません。健康保険も、保険証が変わってしまって、病院に行くたびにトラブルになるでしょう。パスポートも、男なのに「女」と書いてあるせいで、いろんな国でトラブルになるでしょう。「地面師たち」では、地主を偽ることで利益があったのです。だからなりすましが成立するのです。では「トランスジェンダーになりすます」って、どういう利益のことを考えているのでしょうか。

実際のところ、戸籍上の性別が生活実態と違うというのは、めちゃくちゃ不利益があります。この不利益が分からないから、「なりすます」といった発想になるのです。男の人が男として生きていて、戸籍だけ女になって「トランス女性になりすまします」といったって、何の利益もありません。むしろ、トランスジェンダーの人たちがふだんどれだけ差別されているかが分ると思います。それに万一、要件緩和をきっかけになりすましが出たとして、それは特例法の内部でトランスの権利を制約する根拠にはならないはずです。

なにもかも、「社会防衛」という誤った役目を特例法に期待してきたせいです。誤った社会防衛を口実に、特例法はトランスの身体に対する行き過ぎた管理を行ってきました。その結果、相次ぐ違憲判決を生んでいます。そして、同じ社会防衛の期待から、今度は診断を下す精神科医に管理の任務を強く期待する人たちが現れるという始末です。はっきり言って、精神神経学会のお医者さんたちにとってもいい迷惑だと思います。私は「地面師」に倣って、こう言いたいです。「もうええでしょう。」と。

必要なのは、特例法を速やかに法的な性別の次元に戻すことです。誤った段階的治療説の延長線上に戸籍の変更を位置づけるという治療観から、解放すべきです。また、要件を通じた社会防衛、間違った役目も、特例法から解き放つべきだと思います。

社会生活上の性別を移行した人がいて、戸籍上の性別のせいで過去を曝露される人たちがいます。その曝露が差別や困難の経験につながっているのです。では戸籍を変えて、差別されないようにしよう、困難を解消しようという、それだけです。戸籍変更を申請する人はすればいいし、戸籍を変えたってメリットがないと思うのだったら申請しないというだけの話です。本当に、「もうええでしょう」と思います。

今日は、GIDのちょっと変わった治療観を紹介しました。性別をめぐる状況を一貫させていくという話です。結果として、法律も治療の一部に位置付けられてしまったし、社会生活も医療によって侵食されてしまいました。例えば、「男として生きるつもりがないのに胸オペをすることはできない」といった話にもなってしまった面がある。医療は本来、身体の治療です。身体違和をなくするためのものです。社会適合まで見据えた治療の管理は、もう時代遅れだと思います。医療、社会生活、法律をきちんと分けましょうというのが、私の結論です。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

(藏田) ありがとうございました。高井さんは「社会的性」というあまり着目されることのない概念、ならびに「一貫性」という観点から非常に緻密な分析をしていただき、「社会防衛」というなかなか目が行き届かないような観点から、かなり批判的なお話をしてくださいました。

次に、小門穂さんからお話しいただきます。

小門さんは大阪大学人文学研究科教員で、専門は科学技術社会論、生命倫理学です。特にフランスと日本を中心に、生殖をめぐる倫理的・法的・社会的問題についての研究を行っていらっしゃいます。著書に『フランスの生命倫理法 生殖医療の用いられ方』（ナカニシヤ出版、2015年。2016年第33回渋沢・クローデル賞特別賞受賞）がごございます。論文には「生殖補助医療により生まれる子どもの権利」『法律時報』96巻4号（2024年）などがごございます。

性別の変更と生殖医療

小門 穂

大阪大学人文学研究科教員

私は今日、「性別の変更と生殖医療」というタイトルでお話をいたします。

まず前提となる状況として、性的マイノリティの方々が子どもを持つということの困難さが指摘されてきています。白井・二宮（白井千晶・二宮周平「LGBTQ当事者による子育て—当事者ヒアリングの分析」二宮周平編『LGBTQの家族形成支援 生殖補助医療・養子&里親による（第2版）』信山社、2023年）によると性的マイノリティの方が子を授かる経緯には、一つ目に、里親制度や養子縁組制度を利用して子どもを引き取るということがあります。性的マイノリティの方々がだれでも利用できるというものではありません。二つ目に、子どもを生むということで、友人・知人の協力を得たり、生殖医療を利用する、そしてステップファミリー型の、同性カップルのどちらかの実子とともに暮らすという形が考えられます。本日は、この中の「生殖医療の利用」というところに注目していきます。

生殖医療というのは、日本語で「不妊治療」とも呼ばれる医療技術であり、妊娠・出産を希望しているけれども、妊娠・出産に至らない場合に用いられます。生殖医療の発展がもたらしたこととして指摘されているのが、性と生殖が分離される、つまり性的に関係を持たなくても、例えば第三者の男性から精子を提供してもらおうということが可能になったことです。第三者の関与ということでは精子提供を例に挙げましたが、体外受精の技術を用いて第三者の女性から卵子を提供してもらい、そして受精卵を提供してもらい、生まれて子どもを引き取る代理出産という方法も存在しています。

また、生殖医療のもう一つの発展として、精子、卵子、受精卵を凍結保存することによって、採取から時間がたった後に、離れた場所で使うこともできます。精子提供者本人が亡くなった後にその精子を使う、あるいは卵子を取り出した女性が亡くなった後にその卵子を使って子どもを作るといったことも、可能になってきています。生殖医療というのは、もともとは男女のカップルの医学的な不妊に対する治療として登場したのですが、こういった第三者の関与を組み合わせることで、当初は対象として想定されていなかった人も子どもを作ることができるようになってきました。医学的な不妊の治療から、家族を持つもう一つの方法として定着しつつあると言えます。

本日私がお話ししたいことは、生殖医療はどう使われるかということです。生殖医療をめぐる規制、すなわちどんな法律があるのかということ、あるいは法律の有無にかかわらずどのように使うことができるかということです。規制とか利用の状況によっては、社会にもともとある価値観、つまりは家族観とか生殖観を揺るがす方向に使われることもありますし、もともとある価値観を強化する方向に使うこともできます。例えば、シングル女性や、女性の同性カップルも精子提供が受けられるという制度を作り、実態として受けることができるようにし、多様な家族を増やしていく方向に使うこともできるわけです。あるいは、法律婚をして婚姻届を出している男女のカップル、男

女の夫婦だけにしか精子提供を受けることは許さないという制度を作ることで、子どもというのは男性と女性の結婚している夫婦からしか生まれたい、という生殖観を強める方向にも使うことができるということです。生殖にかかわる制度というのは、子どもを持って親になる人としてどんな人を社会が想定しているのかが反映されると言えます。今日は、性別を変更する、あるいは変更した人が子どもを授かるための生殖医療を使うことについて、どのような制度状況なのかを共有して、課題を検討したいと思っています。

検討にあたっては、性別の変更と生殖医療とはどのようにリンクしているかという観点から見ていきます。

まずは、性別変更した人・変更する人が生殖医療を使うことができるかということで、一つ目に元の性別の生殖機能を維持して性別の変更ができるのかということを見ます。次に精子や卵子を保存することができるのかということと、性別変更した後に、保存しておいた精子や卵子を使って子どもを作ることができるのかということ、そして三つ目に第三者からの提供を受けることができるかということなど三つの観点から見ていきます。

私は、フランスと日本の生殖医療の状況や制度の研究をしているので、今日もフランスと日本の話をいたします。そこで、フランスでは性別変更がどうなっているか、また生殖医療がどうなっているかを見ていきます。

まず、性別変更に関してです。フランスでは2016年以降、手術なしで、法的な文書上、つまり身分証書上の性別の記載を変更することができるようになっています。民法典61-5条には次のように書かれています。

「成人、または親権・後見から解放された未成年者は、身分証書における性にかかわる記載が、そのままの外観および認識されている性に合致していないという事実を立証する場合に、その記載を変更することができる」

ここでいう「事実」とは「この者が要求する性に属していることを公に呈していること」、さらに「この者が家族や友人、職場において要求する性であると認識されていること」、そして「この者が、要求する性に合致する名前—『苗字と名前』の名前の方—に変更していること」です。

続く民法典61-6条には「身分証書上の性別の表記変更の手続きは司法裁判所で行われる」と記載されていて、「申請者は、身分証書上の性別表記の変更について、十分に理解したうえで、自発的に同意し、申請を裏付ける証拠—すなわち、先述の『事実』を裏付けるもの—を提出すること」とあります。そして、大事なのが次の一文です。「医療的措置や外科的手術を受けていないことは、拒否の理由とはならない」というものです。

なお、子どもを作るといふ今日のテーマとのかかわりからは、民法典61-8条が重要になってきます。そこには次のように書かれています。「性別表記の変更は、変更以前に確立された親子関係を含む第三者との関係に影響を与えない」。これは例えば、女性で母として子どもを育てていた人が男性になった場合に、この子どもとの母子という親子関係は変更されない、ということです。しかし、変更後はどうなのか。生殖機能を維持したまま性別を変更し、その後から生まれてくる子どもとの親子関係はどうなるかという点については、実は法的に規定はありません。

フランスは性別変更に関してももとはかなり厳しい姿勢を示していたのですが、欧州人権裁判所に批判され対応を迫られるという経緯があって、規制が変わってきています。



小門 穂氏

フランスは性別変更に関する制度としては四つの段階があると言えます。

まず、変更を容認しない時期というのが92年まででした。1975年、外国で性別適合手術を受けて、帰国後、法的な身分証書上の性別を変更しようとした人がいたのですが、このときは認められませんでした。当時の理屈としては、「出生時の性別が基準となる」という説明がなされています。というのは、出生証書に記載される事項を定めている条文が民法上にあるのですが、その項目は誕生日、出生地、性別で、これらは法における後の操作に堪えうる歴史的真実であると見なされていて、変更が認められてきま

せませんでした。この75年の判決も、それに則っています。しかし、1992年に欧州人権裁判所が、「性別の変更を認めないのは、欧州人権条約の定める『私生活の尊重』に反する」という判決を出しました（CEDH 1992 13343/ 86）。これを受けてフランスは、元の性別の記載の変更を認めないという姿勢を変えざるをえなくなると、92年以降、記載の変更ができるようになります。ただそのときは、外科的な手術を受けている場合にのみ変更可能、というものでした。

その後、過渡的な時期があり「不妊化の処置を必須とする」という裁判所がある一方で、生殖腺を残していても性別変更を認める裁判所も出てきていました。この時期を経て、2016年に「21世紀司法の現代化についての法律」という司法制度改革を定める法律の中で、性別記載の変更について現行の条文が設けられることとなりました。そのときにどんな議論があったかという点、司法の現代化法のもとでの法案の中では性別記載の変更というのは全然出てきていなかったのですが、審議の中で出てきました。しかしながら、今日私がお話したいテーマである子どもを作ることとの関連については、審議の中でほとんど言及されていません。生殖能力を維持することや、性別変更後に子どもを作る場合の親子関係をどうするのかということはほとんど議論されておらず、上院の報告書の中で短く言及されているだけです。そこでは、変更後に子どもを持つというのは、公的な性別と生物学的性別に矛盾を生じさせる非常に例外的なケースであろう、そういうことがあるとしたら子の出生証書には親の元の性別を記載するという点でよいのではないか、という記述で、ここの議論にはあまり時間は割かれませんでした。審議では、本人の望む性別になっていることをどう確認するのが争点となっていました。

続いて、フランスの「生殖医療の概要」です。

フランスは生殖医療の実施数が多い国の一つです。1994年以降、生命倫理法という法律によって生殖医療に対する規制がされており、少しずつ改正されています。代理出産の禁止は維持されています。最近の2021年の改正までは、生殖医療を受けられるのは男女のカップルのみでした。2021年の改正後は、シングル女性と女性同性カップルも受けられるようになっています。第三者からの提供を受けることも可能です。提供者は匿名と定められていましたが、2021年の改正後は、提供をともなう生殖医療で生まれた子どもが成人後に、本人が希望する場合に提供者の個人情報を含めた情報の提供を受けられるようになりました。

フランスの性別変更と生殖医療の状況を見ると、代理出産が認められていないということと、

2021年の生命倫理法の改正によって女性カップルによる生殖医療の利用が可能になったこと、この二つがキーになってきます。冒頭で挙げた三つの観点から見ると、元の性別の生殖機能を維持した性別変更は、フランスでは可能になっています。そして、精子や卵子を保存して、性別変更後にそれを使うことに関しては、保存はできるけれども使えないのではないかと解釈できる、と指摘している法学者もいて、実態がよく分かりません。そこで、後の利用については「？」をつけました。第三者からの提供については、代理出産が禁止されているということと併せて考えると、出産可能な人が生殖医療を受けられる、精子提供を受けられるということです。さらに、ここはちょっと議論のあったところですが、フランスは今、シングル女性、女性同性カップル、異性カップルが生殖医療を受けられるのですが、身体機能は女性で法的には男性という人が生殖医療を受けられるのかという点については議論がありました。しかしながら、今のところ、「法的な女性のみ受けられる」という結論が出ています。ということで、第三者からの提供を受けられるのは、出産可能な法的な女性のみと言うことができます。

実際の状況ですが、トランス男性とその女性パートナーに関しては、すでに長く、精子提供を実施しています。異性のカップルだけが生殖医療を受けられるという時代から、異性のカップルなので精子提供を受けることができていたということです。1987年にはトランス男性とその妻がカップルとして生殖医療を受けたという記録があります。

女性の生殖機能を維持していて法的には男性の人、すなわちトランス男性の生殖医療の利用に関してはどうかというと、2021年の生命倫理法改正審議の中でも、トランス男性の生殖医療の利用も容認するという修正条文が提出されているのですが採択されませんでした。その理由として挙げられていたのが、法的男性の生殖医療の利用を容認することで代理出産の解禁につながるのではないかと懸念でした。この点に関しては、法改正後にもGIAPS（生殖と性の問題の情報提供・活動グループ）という当事者団体から「このような規定は憲法違反ではないか」という提起がなされています。これは、憲法の定める、男女平等の原則、通常の家生活を送る権利、個人の自由を侵害しているという理由で違憲であるという主張がなされましたが、憲法院は合憲であると判断しました（8/7/2022, no. 2022-1003 QPC）。平等の原則は立法府が異なる状況を異なる方法で規制することを妨げるものではない、という理由が挙げられていました。つまり、男性と女性は生殖に関して違う状況にあるのだから、違う扱いをすることは憲法違反ではないと判断したということです。

もうひとつ、トランス女性が子の法的な母となったというケースについてもご紹介します。これは生殖医療ではなく、自然生殖のケースですが、少し詳しく見ていきます。

出生時男性だったXが女性Yと結婚した後、子どもを2人作ります。Xは女性へと変わり始めて、2011年に身分証書上の性別を女性へと変更しました。2014年に妻Yとの間に自然生殖で3人目の子ができて、Yは2014年に出産します。それで、Yを母親とする出生証書が作成されています。当初、Xは「出産者ではない母」として公証人の前で出生前認知を作成し、子が生まれた後に出生証書に転記しようとしたのですが、これは受理されませんでした。このときの説明は、法の禁じる二重の母子関係にあたる一つまり、この子どもはYとの間にすでに母子関係があるので、さらにXとの間に母子関係を作ると二重の母子関係になるからできない、というものでした。そこで、Xは、母となることを求めて裁判を起こします。これに関して興味深かったのが、モンペリエ控訴院（高裁）が、母でもなく父でもない「生物学的親」という新しい表現を提案したということです（CA

Montpellier no. 16/06059)。これは新しい親のカテゴリーであるとして、「親の脱性化」や「非性的な親子関係」、「非ジェンダーな親となること」として、とても大きく報道されました。

この新しい表現は、その後、破毀院（最高裁判所）では容認されませんでした。破毀院は「フランス法は身分登記上、子の父母を『生物学的親』と表記することを容認していない」と説明し、父子関係を作るのか、あるいは養子縁組するかを選ぶことを求めました（Cass. civ. 1re 18-50.080, 19-11.251）。このケースはトゥールーズ控訴院（高裁）に送られて、再度審議され、最終的にこのトランス女性が、妻の出産した子の母親として子の出生届に登録されることが認められました（Cour d'appel de Toulouse, no. 16/04/2022）。この時期になにがあったのかということ、破毀院判決の後、控訴院での2回目の判決が出るまでの間に、先ほど説明した生命倫理法の改正が成立しています。生命倫理法は女性同性カップルが生殖医療を使うことを認めただけで、女性同性カップルの場合、子どもを生む側の女性は生んだということで母になるのですが、そのパートナーの女性がどのように親子関係を作るのかということも詳細に議論されて、最終的に、生殖医療を受ける前に共同で事前の認知をし、それによって出産後に母になる、すなわち母子関係を作るということを規定しました。しかもこの規定を民法典の実親子関係について定めた章の中に入れており、生命倫理法によって二重の母子関係が容認されたということになりました。それが恐らく大きな影響を与えているのだらうと思います。このケースでは、当初認められなかった二重の母子関係が認められ、最終的に、子の出生証書にはトランス女性がその妻の産んだ子の母親として記載されました。

今後とも続くと考えられる争点としては、以下の二点が挙げられます。2021年の生命倫理法改正によってもたらされた女性カップルとシングル女性への生殖医療の利用の拡大は、「すべての女性のための生殖医療」と表現されていますが、法的性別が男性となっていて女性の生殖機能を温存しているトランス男性は「すべての女性」の一員として生殖医療を利用できるのかという点に関しては現在まで、できないということになっています。また、性別適合手術の前などに精子や卵子を保存し、後に利用できるかという点については、保存はできるが利用についてはまだ実態がわかっていません。

次に、日本の話をします。

日本は実は生殖医療の実施数が非常に多く、体外受精・顕微受精の実施数が世界で2番目です。1番は中国です。2022年には体外受精・顕微受精・胚移植で8万人近くの人が生まれています。

国内医療機関での第三者の関与する生殖医療の実施がかなり少ないという特徴と、日本では夫婦の卵子と精子を用いる体外受精・顕微受精の実施数が多いのに法律がないという特徴もあったのですが、2020年の年末に民法を改正する特例法（生殖補助医療の提供等及びこれにより出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する法律、令和2年法律第76号）ができました。特例法では、卵子提供を受けて出産した女性が母親であり、精子提供を受けることに同意した夫は嫡出否認できない—つまり父親であるということが定められました。要は、提供を受けて子が生まれた場合には、親子関係についての法律があるという状況です。

これ以外については法的に定められていません。「出自を知る権利」というのは、提供をともなう生殖医療を用いて生まれた人が提供で生まれたという事実と提供者の情報を得る権利のことですが、この出自を知る権利の保障や、利用者や提供者の要件については法的な規制はありません。報道でご存じの方もいらっしゃるかと思いますが、現在、超党派議連による特定生殖補助医療法案の

検討がなされていて、10月7日に最終案がまとまったそうです。最終案には、医療機関の認定制度、利益授受の禁止などが盛り込まれていて、利用者は結婚している夫婦に限定する見込みであることが報じられています。

先ほど、提供を受けた場合の親子関係についてのみ法律ができたと言いましたが、ではこの民法特例法ができるまでは何もないところですとやってきたのかということとそういうわけではなくて、日本産科婦人科学会の見解がガイドラインとしての役割を果たしていて、見解に従って実施されてきています。利用の要件としてどのようなことが言われているかということ、事実婚を含む「夫婦」が利用でき、夫婦の精子と卵子を使って本人が生む、としています。精子提供に関しては、法的に婚姻している夫婦のみが受けられる、という見解が出されています。この精子提供というのは、提供された精子を使って人工授精を行うということで、提供精子を女性の子宮に注入するという医療行為についての見解であって、提供された精子を使って体外授精をすることに関する見解はありません。

性別変更とのかかわりでは、性別適合手術前の精子や卵子の凍結保存については見解の中には特に言及はなくて、これは容認されていないと言えるのではないかと、という指摘があります（中塚幹也「日本の法制度の検討 医療から見た現状と課題〈2〉トランスジェンダーの家族形成」、二宮周平編著前掲書）。中塚の調査では、少なくとも三つの施設で性別適合手術を受ける前に精子保存をしているということでした。実際に東京では、カウンセリングをへて、「やります」と公表しているクリニックもあるということです。

実際はどうかということ、トランス男性の妻が精子提供を受けて出産したというケースがあります。以下、詳しく見ていきます。性同一性障害の診断を受けて性別適合手術を受けたトランス男性が、2008年に特例法に基づいて性別を変更して、その後、結婚しています。妻が精子提供を受けて、翌年にお子さんが生まれています。この子について嫡出子の出生届を提出したけれども、「記載事項不備」とされ不受理となりました。裁判所で争われ、2013年に最高裁にて父子関係が認められました（最高裁平成25年12月10日第三小法廷決定 平成25年（許）第5号）。最高裁判所は特例法に基づいて、性別変更後は変更後の性別とみなされ、婚姻中妻が懐胎したときは、子は夫の子と推定されるというべき、と述べています。しかしながら、最高裁では容認されたのですが、当初出生届が不受理となったというような状況があったために、実際には医療機関がトランス男性とその妻に対して精子提供の実施を行わないという場合があることが指摘されています。

そしてもう一つは、今年起きたトランス女性のケースです。性別変更前に精子を凍結しており、女性パートナーがこの凍結精子を用いて生殖医療を受け、トランス女性の性別変更前の2018年に長女を生み、変更後の2020年に次女を生みました。この方は胎児認知の届け出もしていたのですが、これが不受理となっていて、子どもからの認知請求によって親子関係が争われ、今年6月に次女とAの法的父子関係が認められました（2024年6月21日最高裁判所第二小法廷 令和5年（受）第287号認知請求事件）。最高裁判所は、認知請求が妨げられる場合、子どもは監護・養育・扶養を受けることのできる法的地位を取得することや、相続人となることができず、子の福祉・利益に反する、と説明しています。

ここで、性別変更と生殖医療をめぐる日本の状況をまとめます。

日本では、事実婚を含めた男女の夫婦が生殖医療の利用者として想定されていて、実施されてい

ます。特に第三者から精子提供を受ける場合は、法律婚夫婦であることが求められる状況であるということが前提としてあります。それで、冒頭で挙げた三つの観点から見ると、生殖機能を維持した性別変更に関しては、2023年の特例法の生殖不能要件が違憲とされたことを踏まえて可能になりつつあるのだけれども、それで生殖医療を受けられるかというところ、そこは明確ではありません。

精子や卵子を保存して、性別変更後に利用できるかというところ、先ほど見たように、実際に利用してお子さんが生まれているケースがあるわけですが、特に参照できるルールがあるわけではなくて、どこでやっているのかなど、よく分からない状況です。

そして、第三者からの提供を受けられるかに関しては、法律婚夫婦のみ提供精子を用いる人工授精を受けられるということなので、トランス男性とその妻が結婚している場合だけは受けられます。

最後にまとめます。

フランスでは、生殖医療の規制に関しては、2021年の法改正による大きな変化がありました。その背景には、家族のあり方の変化、社会の変化などを踏まえた議論が行われてきたことがあります。変化しているということに合わせて、制度を変えていこうという努力がなされていると言えます。「すべての女性」は生殖医療を受けられる、という説明がされたりもするのですが、「すべての女性」とはだれかということ、出産可能な法的な女性であると言えます。また、二重の母子関係が容認され、トランス女性が妻の生んだ子の母になるというケースもありました。つまり、法的な女性であるトランス女性は自然生殖によって母となることは容認されているということです。

日本では、第三者の提供を受ける生殖医療の利用者要件つまり、だれが受けられるのかということについての法的な規制がない中、実際には実施されているということから、当事者と協力的な医療機関が実施を手探りしている状況です。しかし、いろんな規制を見ると、「男女から子が生まれる（生まれてしかるべき）」という考え方を強く守りたいという社会的な認識があるからではないかと思います。先ほど、超党派議連の法案について報道されていたと言いましたが、議連は、傍聴はできるのですけれども、国会の委員会のように議事録を見ることができず、今回どのように議論されて「婚姻している夫婦に限定する」といった案が出てきているのか、たどりにくい状況があります。制度の構築についての議論がよりオープンにされる必要があると思っています。

性別変更するかどうかに限ったことではなく、生殖医療全般について最後に言及したいことがあります。今日は提供を受けることができるかどうかという観点から論じてきましたが、提供について考える際に、精子は卵子よりも提供者の負担がずっと小さいということもあって、無限にある資源のように扱われてしまうこともあります。しかし、すべての生殖医療に関して、関与する第三者、提供者、生まれてくる人の保護ということも常に併せて検討することが必要だということは、申し添えたいと思います。私からは以上です。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

(藏田) ありがとうございました。ただいまの小門さんのご発表からは、「すべての女性には出産する権利がある」という言葉や、関連する判例を重ねているフランスに対して日本はまだ手探りで、これからどのような方向に社会が進んでいくのかを決めなければならない状況にあるという点など、フランスと日本の違いというものを印象深く受け止めました。

それでは、今から休憩とさせていただきます。

会場にいらっしゃる皆様のお手元に質問用紙があると思います。そこに直接書いていただいてもけっこうですし、用紙の裏のQRコードの方から入って、フォームの方に質問を書いていただいてもけっこうです。オンラインで参加しておられる方にはフォームのURLをお送りしていると思いますので、そちらの方から入っていただいて、質問をお書きください。

質問用紙は休憩時間にスタッフが回収に参ります。

なお、頂いたご質問やご意見を記録集に掲載するにあたり、適宜取捨選択したり、個人が特定できないように手を加えさせていただく可能性もありますので、その旨ご了承ください。

(休 憩)

登壇者間の意見交換

(齊藤巧弥 札幌国際大学観光学部教員、応用倫理・応用哲学研究教育センター共同研究員)

それでは後半のプログラムである、登壇者の皆様の意見交換および質疑応答に移りたいと思います。

お二人のご講演はかなり幅広い内容にわたり、それぞれのお話に対してご質問・ご意見があるかと思います。現在、オンラインからのものも含め、「ご意見・質問用紙」を取りまとめており、その作業にもう少し時間がかかります。この時間の前半は、コメンテーターの満島てる子さんからお二人に質問していただき、多面的な議論をするきっかけとしたいと思います。満島てる子さんについてはご存じの方も多いたと思いますが、「7丁目のパウダールーム」店長、さらに「さっぽろレインボープライド」の副実行委員長であり、本学文学研究院の哲学倫理学研究室の修了生でもいらっしゃいます。

(満島てる子 さっぽろレインボープライド副実行委員長)

お二人から目覚ましいご発表がありましたが、これより意見交換を進めてまいります。まずは、お二人のご発表から私が感じたことをお話しし、そのうえで質問を投げかけさせていただきます。

私は、「さっぽろレインボープライド」というLGBTQのプライドパレードにかかわるかたわら、すすきのの外れにある「7丁目のパウダールーム」というバーの店長をしております。店はセクシャリティフリーのバーですが、「女装したい男性のための店」というのが出発点でした。広くさまざまな方をカテゴリーの対象としたいという思いを持って、女装バーとしてスタートしました。私どもの店にはさまざまな方がいらっしゃいます。ふだんは男性として生きていて、女装を一種の趣味としているという方もいれば、性別適合手術を受けたい、女性として生きていきたいという方もいます。

高井さんから今回、治療のできる医療機関が増えたというお話がありました。その関連で言うと、札幌医科大学がやっているGID治療は抽選制なのですが、抽選に落ちたというので、「抽選落選会」が私のバーのカウンターで開かれていたりします。トランスの当事者の方といろいろな話をし情報交換していく中で、どのような生き方をしているか、あるいはどんなことを自分たちの問題、課題として抱えて生きているかということ、私自身は女装のゲイなわけですが、非常にアクチュアルな問題として感じていました。その中で、「トランスジェンダーと医療」というテーマに関しては、いろいろと伺ってみたいと思っていましたので、今回お二人のお話をお聴きできることをとても楽しみにしておりました。前置きが長くなってしまいましたが、まずお二人のご発表にコメントさせていただきます。

最初に、小門さんのご発表は非常にインフォーマティブなものだったと思います。生殖医療がどのように用いられるかを、トランスジェンダーの当事者に焦点を当てながら、一般的な生殖医療の話も含めつつ展開していくという流れでしたが、フランスと日本の現状を比較すると、フラン

スでは非常に豊かな議論がなされているということでした。また、日本での生殖医療の利用状況については、医療は存在するけれども、まだまだ議論につながっていないところがあるという点を、克明に分かりやすく提示していただきました。フランスの規制の変化について、法的なものにかんがみて議論がなされてはいるのだけれども、例えば「すべての女性」という文言が、「法的に出産可能な女性」というふうに限定される面があります。ですから、フランスは進歩的かというところとばかりも言えないと思いつつ、お話を聴いておりました。

10月7日ですから、本当にこの間のお話なのですが、特定生殖補助医療に関する最終法案の中で「婚姻夫婦に限定する」というショッキングなニュースが出ました。ご発表の中で日本の事例として取り上げておられた、トランス女性の性別変更前・後の子どもに関する取扱いについても、今年6月に最高裁の発表があるなど、今年になってから本当にたくさんの議論があった内容を、よくまとめていただいたと思っております。ありがとうございました。

高井さんのお話についても、コメントさせていただきます。

まず、「足かせのない社会を作るためにここに来ているのです」というコメントからお話が始まりました。まさにその思いに貫かれた、一貫したご発表だったと思っております。お話に出てきた「生活する性」という点に関しては、その重要性を新聞などさまざまなところで訴えておられます。私も、LGBTQに関する基礎知識講座といったことでいろんな場所でお話しするときに紹介するようにしていた概念です。

そうした「生活する性」というものに着目すると、生活実態の複雑さがすごくあるところから始まって、そこに寄り添わないような一貫性に貫かれた治療の、一貫性の回復という発想があったのではないかと。それが生む問題というのがあって、非常に日本独自のものであるということでした。そこに段階的な治療というのを想定することによって、当事者がさまざまな苦しみを抱えてきた。しかも、その裏に、法律における社会防衛というものも合わさって、今、日本がどんな状況にあるのかということが、非常に分かりやすくまとめられていたと思います。そして最後、生活実態、医療、法を分けようというお話には、非常に強いメッセージ性があると感じました。

ではここから、お二人に質問をさせていただきます。まず小門さんに、高井さんのお話と絡めてお聞きします。

高井さんのご発表では、日本独自のGID観についてのご紹介がありました。小門さんからは、フランスの生殖医療について話を展開していく前に、現行のフランスの性別変更に関する規定のご紹介がありましたが、フランスの独自性をどう感じる点に感じておられますか。そして、それが生殖医療の現状とどのように関わっているとお考えかお聞きしたいと思います。

二つ目ですが、日本において制度構築についての議論がもっとオープンにされる必要があるというお話をされました。私が一国民として常々感じることは、特に立法サイドについて思うことですけれども、「オープンづらをした議論」に回収されてしまうということが、この日本では多いわけです。例えば、LGBT理解増進法の時にも「当事者を呼んだ」と言っていたけれども、その「当事者」と言われる人たちのいろんなものを見ると、非常に保守的な価値観を前提としている人たちばかりでした。「オープンな」と言うのだけれども、それは、今この日本で行える既存の（考え方に立った）「オープン」であるわけです。そういう建前でありながら、しかしクロ

ーズドな議論の中で制度を作ってしまうと、もしかしたら間違った方向に行ってしまうのではないかという、恐ろしさを感じます。そうした点について、こんな議論がなされるべきというところがあれば、教えていただきたいと思います。

高井さんにも二つ、お聞きしたいと思います。

まず一つ目、私の店でも、「一貫性の回復」とか、「治療の段階説」といったことを一種、内面化して、人生の指針にしてしまっている当事者に出会います。当事者がすべて現状を適切に整理できているかという、そうではない人もいます。とにかくさまざまな人がいるわけですが、ある意味、足かせとともに生きてしまっている、あるいは足かせの強化につながってしまっていて、それを無意識にやっつけてしまっている人もいるのではないかと思うのです。今日はまた、その人たちの足かせを解くためのご発表でもあったかと思います。そうした人たちの存在に出会うたびに、どうしたらいいのか言葉にできない思いを抱えるときがあります。そうした方たちについて何か思うことがあれば、教えてください。

二つ目の質問ですが、高井さんは、生活実態、医療、法を分けましようと言われました。この「分ける」という取り組みのためには、今後何が必要なのでしょう。医療、生活、法それぞれの側面についてでも構いません。あるいは、総体的に見てどんな取り組みが必要なのか伺いたと思います。

それでは、小門さんからお願いします。

(小門) ちょっと答えることが難しいような……。

(満島) すみません。純粹に私がお聞きしたいことをぶつけてしまいました。(笑い)

(小門) いえ、とても大事なことですし、そこはちゃんと伝えていなかったかもしれないということで、ありがたいご質問を頂いたと思います。

まず一つ目、フランス独自のトランスジェンダー観、性別変更に関する観念ということですね。性別変更に限定したことなく、むしろ私が生殖医療の方で触れていた生命倫理法などに関連して、自己決定だけですべてを進めてはいけないという共通の認識があるのだと思っています。フランスにおいては自己決定だけでなく、公序、すなわち社会の秩序もあり、どちらも大事だということで、両方のバランスをどう取るかを強く意識しているのではないかと思っています。

生命倫理法を生殖医療の法律のように紹介しましたが、生命倫理法—これは総称なのですが—は生殖医療に限定されたものではなくて、先端的な医療を使うことに対して倫理原則をまず設けて、そして個別の規制を設けるというものです。倫理原則として「人体の尊重」を打ち出しました。民法典の中に「人体の尊重」という節が設けられ、ここに生命倫理法の意義があると言われています。従来の法的なカテゴリーには人かモノかしかなかった、つまり主体と客体しかなかったのを、「人体」という、人ではないけれどもモノでもない、特別な保護を必要とする存在の規定を作ったというのが生命倫理法なのです。生命倫理法というのはそういう始まりがあって、「人体の人権宣言」と呼ばれてもいます。

人体というのは本人からさえ守られなければならない存在だということで、本人の自己決定で何をやってもいいというわけではない、自己決定だけですべてを進めてはいけないという考え方です。性別の変更については、フランスは積極的、進歩的に進めてきたというわけでは全然ありません。むしろ国内では、身体の手術をした人でさえ性別の変更ができなかった時期もあり、

結局、欧州人権裁判所に背中を押されてというか、首を引っ張られてやらざるをえなかったというところがあります。そのときどういう理屈で認めたかという、結局、国内でも今、「私生活の尊重」という理由で認めていったのです。今日の高井さんのご発表の日本のGID観のような整理された説明はできないのですが、本人の自己決定と同じくらい守るべき社会の秩序がある、という発想は多分、ここにも前提としてあるのではないかと思います。

もう一つ、途中で触れましたが、結局「生物学的親」という表記を認めなかったということから強く感じるのが、性別二元論の強さというか、「男女しか認めない」ということです。

「オープンな議論」についてですが、これはやはり難しいように思います。フランスは生命倫理法の改正にかかわって、最近の試みとして、いわゆるコンセンサス会議のようなものを行っています。2021年の改正のときは、このために特化したSNSみたいなウェブサイトを作って情報提供を行うとともに参加者の意見交換を促進し、さらに各地で講演会を開いて参加してもらうなどしています。30人くらいの少数の市民を集めて、何を議論するかから決めて、専門家呼び、合宿をした後に市民と専門家で報告書を作るといったこともやっています。このウェブサイトでは生命倫理法の改正にかかわる議題を参加者自身も出して「いいね」とともに「よくないね」をつけられる、つまり賛成と反対の両方をつけられるしくみになっていました。このSNSのようなウェブサイトでの生殖医療をテーマとする場で何が起こったかという、フランスでは2013年に同性婚法が成立したのですが、それまで同性婚法に強く反対していた人たちが今度はターゲットを「生殖医療の拡大」に定めて、このウェブサイトに大挙して押し寄せてきました。新聞社が実施する一般的な世論調査とは全く逆の結果が示されました。一般的な世論調査には、女性同性カップルとかシングル女性に生殖医療を拡大することには7割ぐらいが賛成だったのですが、この生命倫理法改正の議論のためのSNSでは、9割が反対でした。そうしたことが起こってしまうので……

(満島) どの国でも、SNSってとんでもないですね。

(小門) そうなんです。(笑い)なので、何かいい案があるのかと言われてたら、すごくだめ……と言ったらしかられますね。(爆笑)始めにすることとしては、ちゃんと議事録を出すとか、何かそのところがなという……。(笑い)まず、後からちゃんとたどれるようなところから。

(満島) そうですね。どんな議論がなされたか分るようにしてくれという話もあったと思うのですが、そういうことですよ。SNSの運用には気をつけないといけないと思いました。ありがとうございました。

では、高井さんからお願いします。

(高井) ご質問は二つとも、とても大事なことだと思います。

一つ目の質問は、制度として作られてきたGIDの一つのモデルを受け入れている当事者の人もとても多いというお話でした。二つ目の話は、最後に私が、医療と法律と社会生活は分けましょうということで円い図を出したのですけれども、そこを分けるにはどうしたらいいかというご質問でした。一つ目は私が話していなかったこと、二つ目は話が少なかったところで、いずれも大事なご質問を頂きました。そこでまず、当事者の人たち自身がGIDという概念や発想とどうつきあってきたのか、に関するご質問にお答えします。

私は今日、「性同一性障害」という言葉が、実はけっこう不思議な意味で使われてきた歴史が

あるという話をしました。まず、「性同一性がある」という表現が存在しています。一貫性があれば性同一性がある、一貫性がなければ性同一性障害という概念用語がありました。そしてそれを、お医者さんだけでなく、暗黙のうちに医療者も受け入れ、当事者団体の人も受け入れていました。

今、性同一性障害とかGIDという言葉が持っているイメージというのは圧倒的に、身体にまつわる性別違和なのです。例えばSNSなどで、「私はトランスジェンダーではなくて、GIDです」と言っている方がいます。言わんとしていることは何かというと、自分は身体に関する性別違和がともしんどいということを強調したくて、「GIDです。トランスジェンダーではありません」と言っているのです。ただ歴史的に見てみると、GIDあるいは性同一性障害というのは、今日私が追跡したように、身体に関する違和だけではないのです。社会生活上、自分の性自認との異なりが生じていて、そこに困難が生まれているとか、性自認や社会生活と法律上の登録が食い違っていることによって困難が生まれているなど、食い違いによる困難をあらゆるフェーズで表現しているのが、性同一性障害なのです。

先ほど山本蘭さんの文章を映しましたが、「ジェンダーアイデンティティを一貫させることが、性同一性障害の寛解につながる」という表現をしています。すごく変わった表現だと思いますが、蘭さんは、本当に治療だと思っていたのだと思います。トランスの人が通常名で働けること、そうして困難が減ること、それが一貫性の回復につながっていて、治療である、と本当に山本蘭さんは信じていたのだと思います。今、SNSで「自分はGIDです」と言っている人たちは、蘭さんが使っていたようなこの概念の広がりや、全く理解していないと思うのです。「身体に関する違和感が強い」というのはすごく分るし、それが自分にとっては優先順位が高く、そのことを伝えたいという気持ちは分かります。ただ、この概念が持っていた奥行き、すなわち社会的水準、法的水準まで含めて、この不一致こそがトランスの困難につながっている、もしくはGIDの困難につながっているのだから、不一致をなくすためには制度も変えなければいけないし、社会の理解も進めなければいけないしということで、単に医学的アプローチだけでは解決しない困難を表現するためにGIDという概念があったということで、医療者たちもかつてある程度の数の人はそれを受け入れていました。そのことを私たちは思い出すべきだと思って、今日、このGID概念の歴史を少しさかのぼりました。

なので、私は、一貫性を回復させるという治療モデルは功罪あったと思います。功の面としては、今言ったような当事者が抱えている、社会的・法的水準まで含めたコンフリクトを概念化したときに生まれたということです。逆に言えば、この社会・制度的な解決なしにGIDはよくなるということ。山本蘭さんは「寛解」という表現を使っていたけれども、なおもこれを医学の言葉で表現することには、もちろんいろんな考えがありますが、少なくともそこに困難があるということも理解はしていた。それは功の面だと思っています。そして、私たちはそれを思い出すべきだと思っています。

ただ、罪の面に関しては、今日私が後半にかけてけっこう強調したので、割とみんな覚えているのではないかと思います。すごく性別二元論的。身体の治療をしたいと思っている人がいるのに対して、そしてそれが明らかに性自認との不一致によって、あるいは性自認と結びついた身体イメージとの不一致によって性別違和、身体違和が生じているのに、社会生活上の適合という目

標に向かっていない当事者に対して、医療者はそれを制限してきました。話の中で例に挙げたのは、例えば自分は男性というアイデンティティがあるかも分からないのだけれども、胸があるのがすごくつらいとか、すごく生理があるというたびに、自分が女の身体であることがしんどいという当事者に対して、男として社会適合して生きていくという一貫性の回復モデルに乗らないのであればちょっと診断はしにくいといった形で、診断を渋ったり治療を渋ったりしてきた人がいます。これは一貫性の回復モデルの罪の面、悪かった面としてはやはり、極めて性別二元論的であったということが挙げられると思います。オンラインからの質問でも同様の指摘を頂いていて、まさにそのとおりだと思います。

最後に、では当事者の人たちで、今……というか、これまでもそうですけれども、GIDの診断や治療、そして一貫性の回復というプロセスを、まさに自分自身の歩むべき道として受け入れてきた人たちは少なくないと思います。私は功罪共にあると思っているので、特に足かせになってしまっている側面に関して、どういうふうを考えていったらいいかということがあります。

まず、答えを言う前に思い出すべきなのは、今の社会で、そしてずっとそうですけれども、トランスとして生きていくということは、その事実を自分で受け入れた瞬間から、歩むべき道はほとんどないのです。「ない」というのは、ロールモデルもないし、何をすればよいのかも分からないし、周りからは「おかしい」と否定され続けます。「おまえは男である」あるいは「女である」と周りから永遠に言われ続ける中で、しかしその道を歩めない事実を自分が受け入れたときに、もはや道はないのです。その道のない状況で、お金をためて手術をする、名前を変える、働く姿を変える、生きていく姿を変えるなど、ほとんどすべての人が経験していないいろいろなことを本人はしなければいけなくなるわけです。その圧倒的なしんどさとか道のなさの中に、当事者の人たちはいるということです。まず始まりはそこであるということです。そこにGIDのガイドラインができたりしていくわけです。この社会にその概念が普及していくということは、全く道がなかったところに、少しずつ道が見えてくることでもあります。これに従えば手術ができるかもしれない、ホルモンができるかもしれない、自分一人ではないかもしれない、この医者のところ電話すれば同じような人がいることが分るかもしれない、患者が行けば仲間が見つかるかもしれない、というように、道ができるわけです。すなわち、生きていくためのスペースと道を作ってきた面があって、私はそこでその道を選んだ人たちを責めるということは絶対にできないし、だれにもそんな権利はないと思っています。

ただ、道は少ない。私はその道を増やしたいと思っています。与えられた性別と性自認が違って、その違いを受け入れるときに診断をもらうというのは、本人たちにとってものすごく心の支えになるのです。「お医者さんが性同一性障害だと言った。だから自分はもう、女じゃない。女として生きなくていいんだ」、あるいは「男じゃないんだ」というふうに自分のアイデンティティを自分のものにするなんて、そんなの一人でやればいい話だと思うのだけれども、実際には、シスジェンダーの人たちの場合は周りからずっと肯定され続けて、アイデンティティを持っていくわけです。翻ってトランスの人は、自分の性自認を自分のアイデンティティとするまでに、例えば自分一人ではなく医者の力が必要だったかもしれない。でも、社会にそのリソースがなかった。私は、もっとトランスに関する情報を増やして、トランスである人がいっぱい生きているし、それは全くおかしくないことであるというふうに肯定的な言説をきちんと増やして、トランスの

存在が受容される空間を増やすことによって、道として医療しかない、認めてもらうために診断しかないといった状況を変えたいと思っています。それが一つ目の問いに対する答えです。なので、道を受け入れてしまっていて自ら足かせをはめているように見える当事者さんはたくさんいるのですけれども、全く責められません。ただ、リソースを増やすということはできます。ですから、本人に直接論ずる必要はないのだけれども、社会にトランスに肯定的な場所と言葉を増やしていく、そして制度を作っていくことによってその足かせをはめなくて済む人を増やすことは、必ずできると考えています。

二つ目の質問にお答えします。社会生活と法律と医療の三つを分けるという話ですけれども、今日三つの図を出したときにお話ししたように、これまで社会・医療・法の三つすべてわたって、「治療」という発想は貫徹されているのです。法に関してもGIDの治療であるし、社会生活に関しても社会的希望込みでの医療という形で、ある種、医療が全領域に侵犯してきています。具体的にはどのようなものがあるかという、例えば学校で生徒あるいは学生が「通称名で学びたい」と言ったとする、あるいは会社で「通称名で働きたい」と言ったとします。ところがいまだに、「性同一性障害の診断書を持ってきてください」という機関は多いのです。なぜかという、やはりこの社会でトランスである人たちを受容するときに、「お医者さんが診断を与えるのだったら、うちでもそうしましょう」というやり取りをずっとしてきたからです。つまり、社会生活における庇護者の役割をも医師が果たしてきた側面があります。私は、この役割から早く医師を解放すべきだと思っています。私が理解する、GID医療に携わるお医者さんたちのプロフェッションである本来の専門領域は、本人に対する精神療法であったり、必要な医学的プロセスを説明して、一緒に同意を作っていくことです。そのための情報提供、あるいは内服、外科治療といったものはGID医療の本来の仕事だと思うのですけれども、会社で通称名を使うためだけに「診断書を持ってきてください」といった、庇護者としての役割をお医者さんに期待し過ぎていました。

法律に関しても同じです。「社会防衛」というのが目的に組み込まれているせいで、お医者さんには今、偽物を排除するようというプレッシャーがかかっています。偽物に診断を下さないように、診断を下す医師の資格を限定しようといったことを右派議員は言っているのですけれども、精神神経学会の人たちからすれば、それは医者の仕事ではないはずで、本当にこの人が社会生活を女性として送っているのか、男性として送っているのか、戸籍変更が必要な社会状況なのかなど、そんなことは本来、お医者さんが考えることではないはずで、ましてや、なりすましをブロックするなんてことは、医者の仕事ではないはずで、なので、「社会防衛」という側面を特例法から除くこと、それは同時に、お医者さんを早く法律の中から解放してあげることだと思っています。

フランスの例もそうでしたけれども、本来、何かの診断を下しているということが戸籍変更の要件になっているのは、私はカテゴリーミステイクだと思います。社会生活が男性になっているのに戸籍が女性だと、不便だと感じる人がいます。だから申請して変える、というだけのプロセスです。お医者さんが「この人は変えていいよ」というステップは、本来余分なプロセスなわけです。今、お医者さんはその余分なプロセスに巻き込まれているせいで、要らない役目まで課せられている。早くそこは解放すべきだと思っています。特例法のような法律は法の次元と生活

の次元にかかわっていて、医療とは切って考えるべきだと思っています。医師の負担を減らしていくためには、当事者コミュニティが力をつける必要もあるし、社会がトランスの現実をよく知る必要もあると思います。医療は今、浸透し過ぎているので、長期的にはそこを狭くしていくことが目標になると思います。

(満島) ありがとうございます。医療の側面からお話を伺えたと思うのですが、自分たちがどのようなところを目指すべきかが見えてきたように思います。そして何より、こうしたシンポジウムが開催されることで、トランスの人たちがアクセスできるリソースや道が増えていくということは、願ってやまないところです。

さて話が盛り上がってまいりましたが、ここからは皆様から頂いたご意見・ご質問に対して、お二人にお答えいただくことにしたいと思います。

この後の進行は、本センター共同研究員の齊藤巧弥さんが務めます。



満島てる子氏・齊藤巧弥氏

質疑応答

(斉藤) ご質問をたくさん頂いております。似たような質問も頂いており、そうしたものについてはこちらで適宜まとめつつ簡潔に申し上げる場合もあります。したがって、当初の意図と違うということが生じるかもしれませんが、ご了承ください。

まず、高井さんに寄せられたご質問を紹介します。オンラインのもの、会場のを併せて、まとめて伺います。ポイントとなるようなキーワードとともに寄せられている質問が幾つかあります。その中で、医師、医療機関、医学界などについてのご質問です。高井さんの最後のコメントに、「医者法律から解き放つ」というお話がありました。そのうえで、医師の意識についてご質問が幾つかありました。

まずは、「医師自身も、一貫性の回復、性別二元論の意識が非常に強いのではないか。それが多様な影響を与えてしまっているのではないか。医師の中にはトランスに対するヘイト的な意識を持っている人もいるのではないか。そうした医療や医師の現状もあるのではないか。こうした医師側あるいは医療機関側の意識を変えていく、乗り越えていくためにはどのようなことが必要であり、何ができるか」というご質問です。

(高井) お医者さんにもさまざまな人がいます。本当にさまざまな人がいて、GID医療にかかわる人たちでも、年代、地域、だれと仲よくしているなどでかなり違います。最初の世代の人たちや、特例法を作ってきた世代の人たちなどは、当事者の生活を全体的に守る、あるいは一貫性による不都合を全体的に減らしていくという視点を強く持っていたと思うのです。ただ最近では、単に外科的によりきれいに乳房を切除するということに特化して勉強を積んで、GID医療の世界に入ってくる方がいます。それは別に何も悪くないのですけれども、見ている世界や目指している方向は、年代などによってもけっこう違うのではないかと思います。

では今、何をしていくべきかということで私が考えていることは、「生活全体の庇護者」という立場からいったん退いてもらうのがよいと思うのです。一貫性の回復モデル、社会や法の摩擦まで含めてGID医療だという考え方があったと言いましたが、功罪ありました。現在はやっぱり罪の方が強く出ているのではないかと思いますので、医療にかかわる者もプロフェッショナルとして社会や法の領域から退いてもらうというのが大事で、そのときには、生活全体あるいは人格全体の庇護者という立場ではなく、患者と医療者という適切な関係をわれわれと回復すべきではないかと思っています。自分の身体でしんどいことがあって、何が必要なか見極めたいとか、必要な医療的措置を実際に受けたいといった医療的ニーズを持った人について、本当にどのような意味で必要としているのか、あるいはホルモン治療をすると何が起きるのか専門家から説明するとか、そうした医療的ニーズとそれにこたえる医師ということで、従来の患者と医師という関係をGID医療においても取り戻すというのが、お医者さんと向き合うときに目指すべき方向ではないかと思っています。

当事者の人たちがもう少し力をつけて、お医者さんと向き合えるだけのコミュニティになっていく必要があると、常々思っています。ちょっと抽象的な話でしたが。

(斉藤) 「庇護者」というところから抜け出して、今後は必要なものだけを提供していくという関係性を築いていく必要がある、というお話だったと思います。もちろん、医療的なケアが必要な状態はこの後も続いていくと思うのですけれども、その一方で、そもそもジェンダークリニックなどの医療的なケアを受けられる機関が少ない、というコメントも頂いています。

そのうえで、「新しい取り組みとして、オンライン診療など多様な形のケアを提供していくこともできるのでしょうか。あるいは、そもそもそういうものの需要があるのか、またハードルなどはあるのでしょうか」ということで、同じく高井さんへのご質問です。

(高井) 医療機関の少なさは、本当に絶望的な課題であり続けています。最初に98年の手紙を紹介して、拠点病院などがちょっと増えたという話はしたのですが、ちょっと増えただけで、すごく乏しい数です。ですから、当事者の人たちはガイドラインに従って診療を受けようと思ったときに、まず性同一性障害あるいは性別不合の診断がつくまでに、精神科医と10回面談することがあります。地方に住んでいるとジェンダークリニックなんか無い、ガイドライン診療をやってくれる人なんかいないとなって、東京に夜行バスで10回通うという人もいます。これはもうしかたのないコストと受け入れられてしまっているきらいがあるのですが、地方であればあるほど通院に掛かる費用はとて高いので、どこに住んでいてもオンライン診療ができるというのは理想的な環境かもしれませんが、やっぱり診てくださるお医者さんを増やしていくということが必要です。今現実にはちょっとずつ増えているので、これをますます充実させていくのは本当に喫緊の課題だと思っています。

(斉藤) 医者を増やすために私たちができること、大切なことというのは、何でしょうか。

(高井) うーん……どの立場かにもよると思うのですけれども、今GID医療にかかわっているお医者さんというのは、すごく偶発的な理由でかわり始めた人も多いのです。最初に原科さんという方を紹介しましたがけれども、あの方は陰茎形成手術をただけなのです。シスジェンダーの男の人の傷ついたペニスを再建しただけで、まさかトランスジェンダーの話が来るとは、というところから始まっているわけです。高校の先輩の友達がGID医療をやっていて、同じ医者だというのでパーベキューに誘われて、知らない間に巻き込まれていったという人もいます。逆に言うと、それぐらいか細いつながりでしか、増えていかないのです。何で増えないかというと、患者さんの数が十分に大きくないので、大きな病院に診療科として設けることに賛同が得られなかったりします。あるいは、お金もうけになるかという、当然ならぬ。それに、保険診療にもなっていないという現実があって、けっこう手弁当で、良心でやったださっているという感じなのです。その良心に動かされてくださるお医者さんを、どうにか人とのつながりで見つけていくしかないのです。まず、トランスの人たちに必要な医療がすごく不足しているということ、世の中全体で共有したいと思います。不必要な医療を受けさせられているやつらがいる、つまり医療が過剰である、という主張をしたがるトランスを嫌う人が多いのですけれども、現実には全く逆で、極端に不足してしまっています。極端に不足するから、一部の病院に長い待ち時間が発生する。長い待ち時間があるのを見ると、殺到しているように誤解してしまう人がいる。逆なのです。一部の病院に長い待ち時間が発生するのは、人が殺到してしまって不必要な医療を求めているからではなくて、提供する医療機関が少な過ぎるからなのです。札幌医大の抽選になってしまっているのもそうですし、今、トランス医療は不足しているというところから、誤った現実

認識を持たないことが社会全体にとって必要ではないかと感じます。

(斉藤) 続いて、小門さんへのご質問に移ります。

まず確認の意味も含め、「フランスで代理出産が認められていない、あるいはフランスが代理出産に否定的だという現状がどうして生まれてきたのか、もう少し詳しくお聞きしたい」というご質問です。

(小門) 実はフランスでは、1980年代は法律もなく、代理出産できました。代理母になってもいいという女性と、代理出産を頼みたいという人をつなぐ仲介機関があったのですが、80年代末に仲介機関の解散命令が出されています。そのときの理由として挙げられたのが、「人体の処分不可能性」と「身分の処分不可能性」ということです。

「人体の処分不可能性」というのは、たとえ本人が同意しているからといって、自分の子宮を他人に貸すことはできないという説明がなされています。もう一つ、「身分の処分不可能性」というのは、子を産んで、その子をその子を引き取りたいという他者に勝手に渡すこと、すなわち当事者が勝手に親子関係という身分をやり取りしてはいけないとされたのです。90年代の最初に破毀院（最高裁判所）でこれらを理由として代理出産を容認しないという判決が出て、それで94年に生命倫理法ができたときに、このあたりが取り込まれました。代理出産というのは公の秩序に反する行為だという条文の建て付けになっていて、後に「女性からの搾取である」という理由も述べられています。生命倫理法の意義ということで言うと、人体の人権宣言—すなわち、人体というのは本人からも守られなければならない、代理出産はやってはいけない行為だという考えも含まれていると説明できるのではないかと思います。

(斉藤) 次の質問についても伺いたいと思います。

「フランスの現状についての話もお聞きできて、新しい視点を獲得することができました。フランスではいろんな議論がなされているということですが、議論の中に当事者はどれくらい入っているのでしょうか。当事者不在の議論で作られた法律ではないかとも感じています」というご質問です。繰り返しますと、「当事者が法律の形成においてどのようにかかわっていたのか、また法律自体が今、フランス社会でどのように受け止められているのか」ということです。

(小門) 性別変更に関する法律については、当事者からどれくらい聴き取りしたのか、当事者の団体がどれくらいかかわっているのかという点については調べが足りず分からないのですが、生殖医療については当事者に議会に来てもらうなど、けっこう積極的になされていると思います。ただ、性別変更後の家族形成について当事者からの意見聴取とか実態調査がどれくらいされているのか、それは分かりません。

また、法律が社会でどのように受け止められているかということですが、「社会の中に反対の人もいたということだけでも、その後どうなったか」という趣旨のご質問ですね？

もちろん、法律ができたからといって、みんながすんなりと賛成の立場に立つということはないのですが、制度として粛々と定着しつつあるという状況ではないかと思っています。

(斉藤) 最後に小門さんに、フランスと日本それぞれの文化的な違いも背景にあるのではないかとということで、関連するご質問を頂いています。

「日本とフランスの家族の大きな差として、非嫡出子の割合の違いがあるのではないのでしょうか。非嫡出子の割合が低いという日本の現状は、生殖医療システムの法制度や社会的な理解にど

のような影響を与えているでしょうか」ということです。

(小門) ご指摘のとおり、非常に大きな違いがあると思います。日本は非嫡出子の割合がすごく低くて、恐らくまだ3%くらいか、2%台だったと思うのですが、フランスは最近ずっと6割を超えていたかと思います。フランスは20世紀後半から、カップルの関係と親子の関係、横の関係と縦の関係というか、親が結婚しているかどうかは子どもの地位に影響を与えないということで、カップルと親子の切り離しということを家族政策として進めてきているので、非嫡出子が増えている状況があると思います。

生殖医療とのかかわりだと、日本は今のところ、事実婚を含めて夫婦が生殖医療を受けるということになっていて、そのように夫婦というのが出てきます。今後できそうな法律には「婚姻夫婦」ということがどうしても結びついて、「結婚している人が生殖医療を使う」という関係が非常に強いということがあると思います。フランスは、94年に生命倫理法ができたときは、婚姻しているか、2年以上同居している男女のカップルが生殖医療を使えるということが定められていました。これは「カップルが安定している」ことを量る指標であるという説明がされていて、当時から、親になる人は結婚していなくてはならない、といったことではありませんでした。

日本は、生殖医療の側面だけではなく、結婚している人から子が生まれるものという考え方が社会全体としてすごく強いので、それがダイレクトに反映されているのではないかと思います。日本では今、精子の提供を受けられるのは結婚している夫婦だけということになっています。なぜかというと、育てる父親と血縁のない子が生まれてきて、その子がさらに、法的にすぐ決まる父がいないと非常に不利益だから、という理由で、どちらが先か……日本ではそれが非常にがちり結びついているということが言えます。

閉 会

(斉藤) ありがとうございます。それでは、ちょうど時間となりましたので、これで質疑応答を終了させていただきます。

最後に皆様から一言ずつ、感想や、お互いへのご質問などをお話いただければと思います。小門さんからお願いします。

(小門) このような会に呼んでいただいて、私自身にとって非常に有意義でしたし、ありがたく思っています。日本の性同一性障害観というのが、今日やっと分かったというか、そうしたずれがあって進んできたのだということがよく分かりました。そこで、今後はどうなっていくのか、高井さんのお考えを伺えればと思います。

(高井) 今後、どうなるのでしょうか。(笑い) 今後どうなるかは分からないし、それは多分、今後私たちが何をしたいかによると思うのです。こういうけっこう複雑な性同一性障害観は、かつて例えばDSM（精神疾患の診断・統計マニュアル）とか国際診断基準に入っていたようなものとは、そもそも違うのです。言葉の使い方が違うし、性同一性障害特例法で定義されている性同一性障害と、治療と診断のガイドラインで定義されている性同一性障害の間にも、すでに違いがあるのです。いろんな違いが存在しているのはそれぞれに目的があるからで、私たちがどうい

目的を定めていくのかによって言葉遣いは変わってくると思うのです。ただ、忘れてはいけないのは、言葉遣いは目的によって多様に使われてきたという事実です。これが分からないまま、例えば国際診断基準でGIDがなくなって、「性別不合一になりました。だから法律の名前も『性別不合一』に変えます」とか、性別不合一のガイドラインができていて、これと特例法の間をちゃんと直結できるようにする、といったことをやってしまうと、めちゃくちゃになってかみ合わなくなってしまいます。いろんな意味で使われてきて、いろんな発展を遂げてきて、いろんな目的があって使われてきた言葉なので、国際的に変わったからこう置き換えよう、といったときには、単純に解決しません。今、厚労省や国会議員には分かっていない人たちがたくさんいて、「性別不合一のガイドラインができたのですか」というので、「このガイドラインの性別不合一と、今特例法に存在している性同一性障害みたいなものはガッチャンとくっつけられますよね」という発想の人がいっぱいいるのです。けれども、そもそもそこは定義が別だし、ということを知っている人が多いのです。「一貫性の回復」という治療モデル抜きには特例法を理解することはできないので、今の性別不合一の診断やガイドラインなどは身体違和が強くて治療を必要としている人のためのカテゴリーなので、その食い違いがちゃんと埋まらないまま議論が進むと、めちゃくちゃになってしまうと思っています。答えになっていないかもしれないですけども。

私から、これは質問ではなく感想を述べたいと思います。

小門さんのスライドの最初の方に、「生殖に関わる制度は、その社会が子を持ち親になる人としてどういう人を想定しているか反映される」とあります。どんな人だったら親になっていいか、どんな人だったから子どもを持っていいかという「社会の想定」、しかもこの場合の「想定」は、「当たり前だよ」つまり、「そうじゃない子どもって、いちゃだめだよ」「そうじゃない人は、親になっちゃだめだよ」という強い規範として機能しているわけです。こういうものというのは、性的マイノリティの人たちにとってとりわけダメージが大きいのです。もちろん、そうではない人たちにとって免疫はあるのですけれども。ですから、この「どんな人が子どもを生んでもよいのか」に関する私たちの規範というのが、いろんな形で人間の自由や権利を奪っている、特に医療アクセスすら時に阻んでいると痛感した一日でした。本当に楽しかったです。

(満島) ありがとうございます。お二人のご発表に大いに触発されるとともに、お互いのお話に関して思うところをそれぞれに述べていただきました。

私が一番強く思うのは、トランスジェンダー、GIDに関してさまざまなことがあり、生殖補助医療的な点について皆さんがお聴きになっていてよくよく分かったと思うのですけれども、今まさにこの日本社会では、実感としてアゲインストな風が吹いているように思います。そんなアゲインストな風が吹いている中で、本当にアクチュアルな問題に言及し、発表することをお引き受けいただいたお二人にはもう、感謝しかありません。

皆さんが、質疑応答を含んだお二人のお話の中からもいろんなことを持ち帰り、「トランスジェンダーと医療」というテーマに即して、何ができるのかご自身の中でも昇華していただきたいと強く思います。昇華したうえで、どんなアクションにつなげられるのか、それが私たち個人個人に求められていることではないかと思います。

(斉藤) 私自身、今回のテーマについてはまだまだ勉強不足です。その中で強く感じたのは、基本的な知識も含めて情報不足というか、私たちの知識はまだまだ足りないということでした。今後、

問題を解決するために何ができるかということでは、私たちのような立場の人間は、議論していくということに尽きるのではないかと思います。いろんな形の活動がある中で、このように大学という場所で議論されるのは有意義なことですし、今後も続けていきたいと考えています。皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

(藏田) 最後に、企画に当たった者としてご挨拶させていただきます。

これにて、公開シンポジウム「トランスジェンダーと医療」を終えさせていただきます。先ほど「アゲインスト」という言葉も出ましたが、こうした問題を扱うに当たっては色々な問題が生じるのではないかと危惧していたのですが、それも杞憂に終わったという気がします。わざわざ札幌までお越しいただきました、高井さん、小門さんには心から感謝の意を表したいと思います。それから、いつものように素晴らしいコメント、質問をしていただいた満島てる子さんにも御礼を申し上げます。

LGBTQについて扱うイベントを開催するときには、どのような内容のイベントがふさわしいのか、どのような形で開催すればいいのか、そもそもこうしたイベントを開催すること自体に意味があるのかということを考えながら実施しております。今回はオンラインも含めて多くの方に来ていただきましたが、こうした場所を作ることが大切なのだと改めて思いました。こうした場所に皆さんが集まって、しかもオンラインを含めて大変鋭いご質問やご意見を頂きました。こちらの時間配分の不手際もあり、ご質問やご意見のすべてを紹介できなかったことをまことに残念に思っております。本日お越しいただいた皆様、またオンラインでご参加の皆様に感謝を申し上げます。本日はまことにありがとうございました。(拍手)



上段左から、藏田伸雄、満島てる子、齊藤巧弥、
下段左から、高井ゆと里、小門 穂、山田（事務局）
（敬称略）

公開シンポジウム
「トランスジェンダーと医療」記録

発行 2025年3月31日

北海道大学大学院文学研究院
応用倫理・応用哲学研究教育センター 編集

編集責任者 藏田伸雄
(北海道大学大学院文学研究院教授、応用倫理・応用哲学研究教育センター長)

©2025 応用倫理・応用哲学研究教育センター

ISBN 978-4-9913419-1-5

〒060-0810
北海道札幌市北区北10条西7丁目
北海道大学大学院文学研究院
応用倫理・応用哲学研究教育センター

E-mail : caep@let.hokudai.ac.jp
URL : <http://caep-hu.sakura.ne.jp/>
X : @caep_hu