

生殖医療と家族援助

～LGBT:トランスジェンダー編～

荒木晃子

卵子と子宮を誰かの役に立てたい

前号に、自分の卵子と子宮を誰かの役に立てたいと望むトランス男性の語りを紹介した。

女性の体で生まれ、男性として自分の人生を送る彼にとっては、“乳房も卵子も子宮も必要ない”ものだという。ごみ箱に捨てられるくらいなら、誰かの役に立った方がいいに決まっています、とも断言している。この発言は、卵子ドナーになりたい、子宮を提供したい、と希望する提供ドナーの動機や意志とは少々異なるニュアンスが含まれているように思う。卵子の提供ドナーは、持って生まれた自己卵子の全ては使わないので誰かに分けてあげたい、また、子宮の提供ドナーは、これ以上自ら子どもを産むことはないので必要とする人に子宮を使って欲しいなど、利他的精神で提供することを望んでいることは、先の調査ですでに明らかである。しかし、このトランス男性は、「自分の卵子はいらない」。でも「それを必要とする人」がいて、「誰かの役に立つなら使って欲しい」と段階的に利他的精神に移行していると考えることができる。これまで実際に卵子を提供した/提供したいヘテロセクシュアル女性の動機と、セクシュアルマイノリティであるトランス男性は共に、自分には必要ないと判断していること、誰かの役に立ちたいなどの利他的精神があるという点では共通していることが理解できる。ただし、ヘ

テロ女性は、自分にある卵子や子宮を“いらない”のではなく、それがなくて子どもを産むことができない女性のために役立てて欲しいと願っている。一方、トランス男性は、卵子や子宮がいらないだけではなく、それがあることが苦痛の一因となっていた。本来女性のからだに備わっている生殖機能を持つことが、彼にとっての苦悩に繋がっていたのである。善し悪しは別として、この点がヘテロ女性とトランス男性との異なる提供動機であろう。

トランス男性の「ごみ箱に捨てられるくらいなら」という一言には正直、筆者も驚きを隠せなかったが、後に、実際に性別変更手術に携わる医師に「ごみ箱に捨てるのか」を確認すると、ごみ箱という言葉には語弊があるものの、認識としては決して間違っていないとの回答を得た。

利他的精神のリスク

2015 年、国内の年間出生数の内、5.07%の児が体外受精で生まれる(厚生労働省 HP)現状のなか、体外受精に必須となる採卵(卵子の採取)と呼ばれる生殖医療は、それが必要な不妊カップルにとって不可欠な医療技術となってきた。当然ではあるが、あらゆる医療技術には多かれ少なかれリスクが伴う。卵子提供ドナーの場合、自己卵子を取り出す際に実施する採卵という手技は、骨髄採取と比較すればリスクが低く、輸

血の際の採血と比較すればリスクは高いといえるかもしれない。では、子宮の提供ドナーの場合はどうであろう。子宮がん等の要因で子宮摘出のみを目的とした手術と、子宮を別の第三者女性に移植する目的で摘出する手術とは、所要時間、費用、医療技術の他にも、移植医療の専門性を持つ幾つかの領域の専門医の協力によるチーム医療が不可欠となる。ある医師からは、提供を希望するドナーの身体的負荷も大きく、子宮移植を目的とした摘出手術には、ドナーのからだに相当なリスクが伴うというコメントを得た。一例を挙げると、子宮摘出を目的とした手術の際の所要時間は数十分、子宮移植を目的とした摘出手術の場合は 11 時間を超えるといった具合である。

単に、「自分には必要ない」といった理由で子宮を摘出することと、「それを誰かの役に立てたい」と安易に利他的精神に移行するのでは、提供ドナーの身体的リスクに加え、生命に関わる事態が生じる可能性があることを、当事者は事前に知るべきであろう。例え、利他的精神という動機は同じでも、卵子を提供することと、子宮を提供することで生じる身体的リスクの大きな違いを前提に、提供ドナーになることへの意志決定には、医学的側面、心理的側面の双方を改めて検討、支援する必要があるのではないだろうか。

では、提供ドナーになるリスクは誰が、どこで説明し、ドナーの意志決定への支援は誰がどのようにすればよいのだろうか。当然ではあるが、医学的リスクは、医師による説明がなされなければならない。その際、卵子を提供したいのか、それとも、子宮を提供したいのかで、それを説明する医師の専門性も異なるだろう。同じ産科領域の医師であって

も、出産を扱う周産期の専門医、不妊患者を対象とした医療を行う生殖医療専門医の他にも、各々の専門性を持つ産科・婦人科医師が存在する。ましてや、子宮の提供には、摘出した子宮を別の患者に移植する医療技術が必要となるため、移植医療の専門性と技術は必須であろう。残念ながら、臓器移植の対象となっていない子宮移植に関しては、その専門性を持つ国内の医師が希有であるため、容易に相談や説明を求めることができない実情がある。このような現状のなか、国内で子宮移植が実現する日が訪れるまでには、乗り越えなければならないハードルは高く、その道のりは長いかもしれない。

精子・卵子・子宮はいぼこ？

最高裁の統計によると、国内では 2016 年末までに 6,906 名が性別を変更済みであるという。最新の情報では、特例法の施行から 14 年余りを経て、これまでに 7,000 名を超えるトランスジェンダーの方々が性別を変更したとの情報も入手した。「子どもとの家族形成を望む多様な当事者の家族援助」の研鑽を積む筆者には、この情報が、「7,000 名を超える人々の精子・卵子・子宮が特例法により廃棄された」と聞こえてならず、恐怖さえ覚えている。実際に当事者は特例法をどのように捉えているのだろうか。

現状、日本では、女性の体で生まれたトランス男性が、戸籍の性別を女性から男性へ変更し、本来の自分に戻るためには性別変更のための手術要件が必須となる。生まれながらに備わっている卵子を有する卵巣、ひとつしかない子宮を手術によって摘出し、女性の形状の生殖器から変更後の性別に類似した生殖器を成形する必要もあるという、

性別変更の手術要件「生殖腺がないこと又は生殖腺の機能を永続的に欠く状態にあること」を求める性同一性障害者の性別の取り扱いの特例に関する法律上の規定故にである。女性の体で生まれたトランス男性の場合は、卵巣(卵子)と子宮、さらに、男性の体で生まれたトランス女性の場合は、精巣をそれぞれ摘出し、永続的に子どもができないからだにすることが条件とされている。法律、もしくは社会のルールとして認識される、痛みを伴う性別変更の手術要件には、トランスジェンダー当事者、医師、研究者などから賛否両論の意見があり、2019年2月には、性別変更手術をせずに戸籍の性別変更を求めたトランス男性が最高裁に上告し、棄却する判決がくだったことは記憶に新しい。

一般に、女性は生まれながらに卵巣の中に数億という卵子を所有しているという。しかし、子宮は、ひとりの女性にひとつ(例外もある)あるのが通常である。数億ある卵子とひとつしかない子宮を、同様に「提供」という括りで扱うにはあまりにも乱暴な気がしてならない。だが、「提供」に係る諸問題や、その賛否を問う以上に、危惧することがある。一歩間違えば、まるで強制不妊手術のように聞こえかねない「性別変更のための手術要件」には、じくちたる思いを抱いている。

条件は不妊？

社会には、本来の自認する性別のからだに戻りたい当事者が存在する。一方で、自認する性別とは異なっても、生まれたままの健康なからだにメスをいれたくない、傷つけない当事者の存在も確認した。そこには自認する性別で人生を送るため、医療に自らのからだを委ねるという選択を、自らの意

志で決定できないという当事者の苦悩があった。果たして、その苦悩は社会制度が新たに生み出したものではないのか疑問に思う。何も隠すことなく自分らしく生きるため、人生の伴侶となることを誓い合ったパートナーと法的婚姻関係を結ぶため、社会のルールに従って自身の健康な体にメスを入れ、新たに体感する痛みと苦悩を抱えたまま、後悔の日々を送る当事者の語りを、私は忘れることができない。現行法下で、永続的に生殖機能を失った当事者カップル間で子どもが生まれることは、まずあり得ない。日本では、トランスジェンダー当事者が自認する性別で自分らしく生きるためには、「子どもを生めないからだ(身体)」になることが定められている。この事実を、どうすれば受け入れることができるのだろうか—これが、筆者の苦悩になりつつある。