

トランスジェンダーと性の権利
ニーズ基盤型から人権基盤型アプローチによる議論に向けて

東 優子 (大阪公立大学)

「性の健康」(sexual health) および「性の権利」(sexual rights) 概念が活発に論じられるようになったのは、「性と生殖に関する健康と権利」(sexual and reproductive health and rights: SRHR) 概念が議論されたカイロ・国際人口開発会議(1994)と北京・世界女性会議(1995)を経た1990年代半ばのことである。SRHRは、「リプロダクティブ・ヘルスは、人々が安全で満ち足りた性生活を営むことができ、生殖能力を持ち、子どもを産むか産まないか、いつ産むか、何人産むかを定める自由を持つことを意味する」(「カイロ行動計画」1994)および「女性の人権には、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルスを含め、強制、差別、暴力を受けることなく、自らのセクシュアリティに関する事柄を管理し、それらを自由にかつ責任をもって決定する権利が含まれる」(「北京行動綱領」1995)と説明される。

日本国内におけるトランスジェンダーをめぐる状況が比較的短期間に大きな変貌を遂げたのは、ちょうどこの頃である。1996年に埼玉医科大学倫理委員会が「性転換手術」を承認し、日本精神神経学会による「ガイドライン」の策定(1997)、「ジェンダー・クリニック」の開設などが相次ぎ、「性同一性障害」(gender identity disorder: GID)が広く社会的に認知されるようになった。これらはすべて「当事者」の権利保障を意図するものであると説明され、2003年には「性同一性障害者特例法」が成立し、戸籍上の性別が変更できるようになった。

しかし、日本学術会議の提言(2020)でも指摘されているように、「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」(生殖能力喪失要件)を含む「性同一性障害者特例法」のありようは、国際人権法との整合性を欠く。法律が規定する要件だけでなく、鑑別診断に基づく日本のGID医療のありようもまた、国際学会WPATH(world professional association for transgender health)の策定するケア基準(standard of care: SOC)が重視する「インフォームド・モデル」とは異なり、上記SRHRを保障しているともいい難い。そしてこうした医療・法律を含む社会的対応の影響は、性別違和(gender dysphoria)あるいは性別不和(gender incongruence)を主訴とする受診者・相談者以外のTGD(trans and gender diverse people)や、医学的介入や法律の対象外となる児童・生徒にも及んでいる。

そこで本報告では、これまで「当事者」ニーズを基盤としてきたとされる議論および社会的対応の問題点を整理し、人権基盤型アプローチ(human rights-based approach: HRBA)で議論を展開していく必要性を論じる。

キーワード： TGD/trans and gender diverse、SRHR/sexual reproductive health and rights、HRBA/human rights-based approach)