

【論文】

日英における女性医療専門職の比較研究の視点 —医師とジェンダー—

渡邊 洋子

Perspective on the Comparative Study of
Female Clinical Professionals in Japan and UK;
Medical Doctors and Gender

WATANABE, Yoko

1 はじめに

本稿は、医療専門職の女性、とりわけ女性医師の生涯を通じたキャリアの形成・継続・発展とその養成上の諸問題を検討することを通して、女性医療専門職をめぐる現代的課題への示唆と展望を得ようとする総合的研究の序論にあたるものである。

近年、社会問題化した医師不足を背景に、女性医師の「医療現場からの撤退」問題が注目されるようになった。それに伴い、医療・医師の世界における女性のキャリア形成、キャリア継続、さらに男性医師をも含めたワークライフバランスへの対応の必要性が、徐々に認識されるようになってきた。女性医師支援としては、現状では、大学医学部と同附属病院、一般病院、医師会などを足場に様々な取り組みが行われてきているが、助成金によるプロジェクトや時限つきのものが大半を占め、一過性の対応策の域を超えるものにはなり難いのが実状である。

そもそも、女性医師の多くが抱える問題は、医師として働き始めた後に、個人の人生選択のレベルで対応すればよい問題なのか。また、結婚・子育て期の女性医師が在籍する個々の職場で、ニーズに対応して措置するという次元の問題なのだろうか。

現代日本において医師養成は、厚生労働省および文部科学省が主導する一大国家的プロジェクトであり、日本社会の医療の質保証を目指して多大な税金の投入により取り組まれているものである。このことを鑑みれば、性別に拘らず、医師がキャリアの形成・発展プロセスにおいて、また継続の可否などに関わって直面する諸問題は、個人的問題であると同時に、社会的問題でもあると言えるのである。それゆえに、医師のキャリアの形成・継続・発展は、言い換えれば、社会的視野に立った専門職の「生涯キャリア」の問題として、トータルに捉え返すべきものであろう。

筆者は修士論文以来、戦前社会教育史における女性の主体形成を主要テーマとして、処女会・女子青年団活動、農繁期託児所運動、女性指導者などの一連の研究を行ってきた¹。中でも、女子高等教育・社会教育指導者としての吉岡彌生研究には1991年以降、

時期的な濃淡はあれ、継続的に取り組んできた。一方、2007年の日本医学教育学会に招聘された教育講演「成人教育学の基本原則と提起—職業人教育への示唆」²以降、筆者は同学会の医学教育専門教育成検討委員会等の専門委員を務めるなど、医学教育にも携わるようになり、その中で医師養成とプロフェッショナルリズム、特に女性医師のキャリアをめぐる問題への関心をも抱くようになった。同時期、看護学教育の講演・研修にも招聘を受け、新人看護師問題への寄稿も行っている³。そのような中で、従来から取り組んできた吉岡研究のスタンスが徐々に変化してきたことは、研究者として興味深い内的変化であった。本特集で書評していただいた著書やその土台になった学位論文も、その過程で熟成した新たな問題意識が色濃く反映されている。

筆者は現在、女性医師をめぐる諸課題を、個々の女性医師や個々の職場環境（病院・大学医学部等）に限定された問題としてのみならず、むしろ医師とジェンダー、とりわけ医療専門職としての女性・男性のキャリアに関わるものと捉えている。医局中心の医師養成システムでは、個々の医師において、自らのキャリアを能動的に捉える発想や自己決定の余地が生まれにくかったとされる。従来、医師のキャリア、キャリアパスやキャリアの多様性などに関する議論は不問に付されてきたのも、それゆえと言えるかもしれない。近年、新臨床研修制度の導入を背景に、医師自身のまなざしがようやく、自らのキャリアの形成・継続・発展にも向けられてきたのである。

本共同研究は、そのような問題状況への知見と示唆を得ることを目的に、「生涯キャリア」を鍵概念とし、歴史研究、国際比較研究、比較職業研究、実践・事例研究等の多面的アプローチを含む、総合的研究として構想された。国際比較としては、世界初の女性医師E. Blackwellや看護職の専門職化への道筋を拓いたF. Nightingaleをも輩出し、現役医師の中で女性医師の占める割合が半数を超えるイギリス⁴を取り上げ、女性における医師という職業・キャリアの発達経緯、キャリアの現状と実践的課題などの多面的な比較検討を行うものである。

以下、本研究の中核となる「生涯キャリア」という考え方について論じた後、歴史研究のアプローチ、比較研究のアプローチ（国際比較・比較職業）、キャリアヒストリーのアプローチ（実践・事例研究）の3つのアプローチにおける本研究の視点について述べ、現時点での成果と課題を整理したい。

2 「生涯キャリア」という発想 —女性医師理解に向けて

現代の女性医師の多くは、社会の医療を担う専門職の一員として、男女共同参画社会に向けて活躍を期待される高学歴の職業女性として、各々の職場や部署の責任ある構成員として、学会や研修団体などのメンバーとして、そしてプライベートな役割（娘・妻・母・「嫁」など）をも期待されつつ仕事と私生活を両立しようとする個人として、複雑化・高度化する世界と多面的なコミュニティの中で生きている。

このことは、当事者である女性医師自身、またその同僚であり上司・部下である男性医師たちにとっては、ごく自明の現実であろう。だが、医師とは異なる世界に生きる第三者、とりわけ筆者のような外部者＝生涯教育学研究者にとっては、女性医師の世界と現段階を正確に理解し、その多様性と課題をありのままに叙述することは、気の遠くな

るような膨大な基礎作業とそれを踏まえた多面的な理解や知見を必要とするものである。すなわち、女性医師の過去から現在に至る経緯や多様な歴史的・社会的背景、国際的動向、普遍的・個別的なジェンダー秩序やそこに顕著に見られる複合的な諸要因、それらに対応して将来的に必要とされる諸施策や取り組みへの展望を度外視しては、現代の女性医師が置かれた状況と課題について、総体として明らかにすることはできないと考えている。

近年、女性医師をめぐる問題の重要性は、自明のものとして共有されるようになってきた。出産・育児期の女性医師が「仕事と家庭の両立」に悩み、医療現場から退職・休職する例は以前から存在したが、医師不足問題との関わりから、近年、このことが脚光を浴び、マスメディア等に取り上げられるようになったことが、大きな転機となった。男女共同参画社会基本法が施行され、育児休暇制度が一般化した職域も少なくない今、女性医師の育児休暇取得は未だに例外的とも言える状況にある。

医師という職業の「他をもって代えがたい」独自の専門性と、女性医師の医師世界と生活世界の両方に張りめぐらされた「ジェンダー秩序」(江原由美子)⁵こそが、家庭責任を他に委ね難い女性医師の「仕事と家庭」の両立を困難にしている。同じ医療専門職でも看護師は、育児・子育てや介護と同様、「女の仕事」＝「無償労働」(アンパイドワーク)⁶の一環と見なされてきた職域ゆえに、従来、その専門職性が十分に確立・評価されにくいとの問題を長年抱えてきた。女性医師は対照的に、その専門職性がすでに自明かつ不問のものとされている医師の「他を以て代え難い」部分と、妻・母親役割に代表される家族としての「他を以て代え難い」部分との齟齬や葛藤こそが、女性医師のキャリアに大きな影響を与えるものになっているのである。

本研究では、そこで女性医師が抱える問題を、キャリアの継続・断絶という個人的な一過性の問題、ないし物理的に問題解決が求められる個別具体的な課題としてではなく、男女専門職が生涯を見通したキャリア、すなわち「生涯キャリア」の形成・継続・発展の方向性と諸課題を明確に捉えるために、重要な手がかりを提供してくれるものとみなしている。「生涯キャリア」という視野をもつことは、医師養成という国家的なプロジェクトを、現代社会の文脈においてより有効・有益な形で、持続可能性をもって遂行することを可能にするものでもあるのである。

「キャリア」(career)とは、2000年以降に国内で普及した言葉である。様々な文脈で用いられるが、総じて、働く当事者が自分なりのキャリアのあり方について考え、学び、問題解決するという当事者性への志向の上に成り立つ概念と言える。従来は「長い目で見た仕事生活のパターン」といった単純明解な定義もなされたが、近年は金井壽宏が「長期的な(通常は何十年にも及ぶ)仕事生活における具体的な職務・職種・職能での諸経験の連続」および「節目での選択が生み出していく回顧の意味づけ(とりわけ、一見すると連続性が低い経験と経験の間の意味付けや統合)と、将来構想・展望のパターン」と周到な定義を行うなど、新たな認識も生み出されている⁸。

筆者はこれらを念頭に置きつつ、キャリアを、個人の一連の職業遍歴や職業経路のプロセスからなる職業的経験とそれらの「省察」(Schönのreflection-on-practice)⁹に基づいて獲得された、職業的見通しの総体とみなす。その上で、生涯にわたる職業生活や生き方を見据える長期的展望の中で、当事者(学習者)の観点から能動的にキャ

リアを捉えようとする、いわば生涯学習的要素を含み込む発想を「生涯キャリア」概念と措定する。

「生涯キャリア」とは、物理的諸条件の有無や如何を問わず、当事者自身が生涯継続的な視野に立って専門職としての自覚や意識を培うと同時に、生涯の視野におけるキャリア設計や人生・生活設計の視点を獲得し、それを実現するための具体的道筋を描き得るようになることを目指すものである。そこには「専門職としての生涯的なキャリア設計」と「専門職のワークライフバランスに基づく生活設計」の二側面が含まれる。前者は、専門職として自らの専門性をどう培い、何を目的にどんな方法でいかに自らのキャリアを構築していくか、後者は、専門職であると同時に一人の人間としてどう生き、何を全うしたいか、という問いに、各々関わるものと考えられる。

現代の専門職女性にとって「専門職としての生涯的なキャリア設計」は、専門職世界の一員としての自己形成とキャリアの確立に関わっている。多くの専門職女性は、専門職世界への参入段階で、形式上は男性と同一ないし同一基準のキャリア設計を承認・奨励されるが、実態としては、専門職と一般社会（生活世界）の双方に内在するジェンダー秩序によってキャリアの実現を阻止され、困難さや生き難さを抱えることも多い。だからこそ「生涯的なキャリア設計」の側面は、女性が専門職に就き、将来的見通しをもって働き続ける上で不可欠の側面なのである。とはいえ、専門職女性の前に立ちはだかるジェンダー秩序は、「専門職としての生涯的なキャリア設計」の獲得によって消滅するわけでも、容易に乗り越えられるわけでもない。そこではむしろ「仕事と家庭の両立」問題への対応など、個人としての生活や生き方を起点とする発想が求められるのである。

それゆえ、専門職として「他をもって代え難い」度合いが大きい領域ほど、「仕事と家庭の両立」のあり方は、他の職種以上に特異なものとなり得るだろう。必然的に、それに応じた独自の対応が求められ、「専門職のワークライフバランスに基づく生活設計」の側面が肝要となる。この側面は、単に「ワークライフバランスに基づく生活設計」を意味するのみならず、そもそも「専門職のワークライフバランス」はいかにして可能になるのかという問い、ないし問題提起を含むのである¹⁰。

このような「キャリア設計」と「生活設計」の二側面を有する「生涯キャリア」概念は必然的に、女性のみならず、男性にも重要な意義をもつ。医師養成における「生涯キャリア形成」は、学部教育（「卒前教育」）段階では、医師としての知識・技能を獲得するための従来の医学教育に加えて「キャリア形成教育」（carrier development education）として、就業後は専門的知識・技能のアップデートを中心に行われている生涯教育（「生涯継続教育」）に加えて、「生涯キャリア教育」（lifelong carrier education）として、行われるべきものである。

3 女性医師への歴史的研究的アプローチ —登場の経緯と現在

筆者は先述のように、歴史的アプローチに基づく学術研究と女性医師をめぐる現代的課題に同時並行的に関心を深める中で、歴史的対象を現代的課題の観点から再検討することの重要性を認識するに至った。ここでは、多くの先進諸国と比較して医師の女性占

有率が最も低い国の一つである日本における、女性医師の登場と戦前・戦後の動向について概観する。

(1) 女性医師の登場

日本の医史学研究の権威である酒井シヅは、「原始、医療の担い手は女性であった」として、次のように述べる。「医療の原点は病める人の苦痛を除き、世話をして、病から救うことである。それは人類が誕生してからずっと続いてきた。男が狩猟や戦いに身を挺しているとき、医療に携わったのは女であった。それを巫女と呼んだ時代もあった。現代でも、地球上には原始的医療が続いている地域もある。そこでの医療の担い手が女性であることが多い。また、古代から助産は女性に担われていた。」また「日本では、701 年、大宝律令が制定されたとき、『医疾令』、すなわち医療制度が初めて制定されたが、その中に、女医の教育、仕事を定めている。しかし、それはあんま、助産などに限られた仕事であった。医療の主な担い手は男子であったとしても、宗教上、慣習上、女性の手が必要であった」ことも指摘している¹¹。

このように、古代や中世から女性の医療者が存在したとの記録があるとはいえ、近世までは「医師」とみなされる女性は皆無に等しかった¹²。また西洋社会でも日本でも、19 世紀以前は男性が出産や分娩への関与を忌避したために「医療者の中で最も身近な存在は助産師であった」が、以後は数多くの男性が産婦人科医となり、女性は医業から締め出された。女性医師の歴史はこのように参入と排除とのせめぎ合いの中で紡がれてきたのである。

近代以降は多くの国々で、医業は男性の仕事として制度化され、権威づけられてきた。先進諸国の大半において医師養成機関が女性を排除する形で確立され、男性が独占的に医師世界を形成する一方で、一握りの志高い女性たちが並はずれた努力と奮闘によって果敢に参入を試みるとの構図が生まれた。国家・社会の需要から医療職がジェンダー化され、助産師や看護師が「女の職業」として発展し得たのと対照的に、医師世界は、男性を自明視し男性のみで自己充足し得た専門職域ゆえに、少なくとも第二次大戦時までは、女性は「招かれざる同僚」だったとも言えるのである。

「医師」＝男性という前提が広く共有される中で、わずかに存在した女性医師は常に例外的存在とみなされ、「医師」でなく敢えて「女医」と呼ばれた。「女医」というジェンダー呼称には当初、技術や知識が男性「医師」には及ばない存在との意味合いを含む、一種の侮蔑的なニュアンスが含まれていた。だが、女性医師の増大に伴ってその社会的評価は変化しており、呼称としてのニュアンスにも、次第に肯定的な要素が含まれていったことが窺える。戦後日本では「男性医師」「女性医師」と便宜的に性別を付する場合があるとはいえ、「医師」として同等との認識が概ね受容され、共有されるようになっていく¹³。

この「女医」をキーワードに、戦前期に女子医学教育を確立したのが、吉岡彌生(1871～1959)である。吉岡の女性医師養成の取り組みの全体像を描く紙幅はないので、主要な活動を概観してみる。吉岡は自らが公許 25 番目の女性医師として専門性と「女医アイデンティティ」を培い、地域医療に携わった。のみならず、自らが学んだ済生学舎での女子学生の学びにくさや男子からの嫌がらせなどを憂い、女子が安心して医学

を学び、医師としての知的・精神的・社会的基盤を培う「女医」養成の場として、独自の女医学校を創設・発展させた。吉岡の主な貢献は、このようにして女子医学教育の成立に貢献したこと、独自の「女医」養成論の構築を通して女性医師の存在意義とキャリアモデルを提起し、その貢献可能性を広く発信したこと、さらに、自らが医師として、教育者・学校経営者として、女子教育家として、女性指導者、さらに戦時翼賛体制下の社会・国家的指導者として、ロールモデル＝「女性医師の生き方」モデルを実際に生き、世に示したこと、そこで専門職としての役割遂行に加え、「女医」が社会的・国家的指導者として広くリーダーシップを発揮できる存在であると身をもって示したこと、などにある。（だが、その方向性を見誤ったがために、吉岡は敗戦後、公職・教職追放を受けており、この事実をもって、吉岡は現代の私たちに多くの示唆と警告をも与えてくれる。）

（２） 女子医学生・女性医師の現在

第二次大戦後、新制大学として生まれた国立・私立大学の医学部や医科大学はほぼすべてが男女共学であり、男女同一のカリキュラム、教育内容・方法による教育を施してきた。現行の医師国家試験の受験資格も「大学医学部・医科大学の卒業」が義務づけられているだけで、性別に関わる制限はない。このように、医師への道は実力と学費を賄う経済力がある限り、男女に同じように開かれてきたのであり、この文脈に限定すれば、医師は弁護士など職種と同様に、養成段階の機会均等や形式的平等が保障される専門職と言えよう。

実際、医師国家試験¹⁴の合格者の女性比率が3割程度まで増加してきたのは、2000年以降である¹⁵。他方、現役医師の女性比率は2010年末でも医師総数の2割に満たず¹⁶、特に30代以降に激減する¹⁷。医師世界で女性は参入のみならず、継続にも困難を抱えてきたことが示唆される。例えば、国家試験合格者のうち10%以上が医療現場から撤退するといった現象は、男性医師一般には考えられないであろう。これらは、女性医師が「ジェンダー秩序」の中で、医師（「活動の主体」）として生きるか、「他者の活動を支える」存在として生きるかの選択に追い込まれたことを示唆する事象である。

だが、男女平等を建前とする学校教育と何の齟齬もなく共生してきた医師世界の「ジェンダー秩序」においては、そのような男子と女子との自己形成プロセスにおける非対称性が問題にされることは従来、ほとんどなかった。ゆえに客観的には、圧倒的多くの場合、女子のみに提示される二者択一による解決法は、飽くまでも当事者の「個人的な人生選択」の問題、ないし幸福観のバロメーターとしてしか存在し得なかった。個々の女子医学生や若い女性医師にとって、専門職としてのキャリア継続の可否は、個人としての限られた選択肢の中での「自己決定」に委ねられてきたのである。

4 女性医師への比較研究的アプローチ（国際比較・比較職業）

日本における女性医師の占有率は、国際的に見てどのような水準にあるのだろうか。図表で見る医療2013年版（Health at a Glance 2013）によれば、全医師に占める女性医師の割合は、OECD加盟国全体で2011年には微増しているが、日本は全加盟国の平

均44%を大きく下回る19%で、加盟国中、最下位であることがわかった¹⁸。なぜ、このような事態が続いているのだろうか。

3で見たように、日本における医師は、明治政府の近代化政策の中で、1874(明治7)年の「医制」により、女性を度外視する「(男の)職業」として成立している。医師世界は以後、荻野吟子、高橋端子らをはじめとする一連のパイオニア女性たちの孤独な闘い¹⁹と、吉岡彌生が東京女医学校(現東京女子医科大学)を通して道を拓いたことに代表される民間の取り組みから、「女性参入型」専門職として発達した。

「女性参入型」専門職とは、男性を前提に成立した専門職のうち、後に女性の参入やその増加により、一定の構造変容がみられた領域を指す。同専門職としては、医師・法曹者・聖職者などの古典的専門職に加え、労働基準法第14条で「高度な専門知識を有する」者として挙げられる職種のうち、公認会計士、歯科医師、獣医師、一級建築士、技術士、社会保険労務士、税理士など、女性比率が一定比率(ここでは5%を目安とする)を超えるものが含まれる。この意味では、看護師、保健師、薬剤師など、「女の仕事」として確立され、近年男性が増えている領域は「男性参入型」専門職領域と呼ぶことが可能と思われる²⁰。

近年、欧米を中心とする先進諸国において、女性医師の占める割合は年々増大しており、2000年以降のその伸びには目を見張るものがある。例えば、米本倉基は、2004年と2007年のデータを用いて、先進4か国(アメリカ・イギリス・フランス・ドイツ)と日本の女性医師占有率を比較している²¹。それによると、2004年と2007年全医師数に対する女性医師の割合(2004→2007)は、アメリカ28.1%→30%、イギリス37.1%→41%、フランス37.7%→39%、ドイツ37.6%→40%に対し、日本は16.4%→17%であった。これを見る限り、先進諸国の中で、日本の女性医師の割合が顕著に低いことが、明らかである。

とはいえ、女性医師の割合は、先進国ほど高いというわけでもない。OECD Health Data2009によれば、女性医師の割合が最も高い5か国(1990→2007)は、スロバキア(1993年建国のため未調査→57%)、フィンランド(49%→56%)、ポーランド(54%→56%)、チェコ(51%→53%)、ハンガリー(48%→53%)と、すでに2007年時点で女性医師が過半数を占めていることがわかる。さらに、筆者らの2013年夏のイギリス女性医師会等での聴き取り調査では、同時期の女性医師の割合は、医師全体の7割に及ぶ勢いであることが報告された。これら上位5か国の順位も、激しい入れ替えが起こっていることが推測される。

先のOECD調査によれば、逆に、女性医師の割合が最も低い5か国(1990→2007)には、日本(11%→17%)、トルコ(不詳→21%)、ルクセンブルグ(10%→25%)、アイスランド(17%→29%)、アメリカ(20%→30%)が挙げられている。すなわち、日本は2007年の時点では、調査対象の国々の中で最も女性医師の割合が少ない「後進国」であることが明らかになったのである²²。

このような女性医師の占有率の上昇には、いくつかの要因が考えられる。その構造的な分析には別途、本格的な調査研究が必要となるが、大きな理由の一つは、医療専門職の専門職としての性格が大きく変化したことにあると言えるかもしれない。たとえば、エリオット・フリードソン『医療と専門家支配』(1992)で展開されたような専門職支配

への批判、医療ケア構造における専門職の位置づけの変化、さらには「インフォームド・コンセント」などに代表されるようなアカウンタビリティ、医師と患者の関係性の変化などである。

加えて、他の要因の一つとして注目されるのが、女性医師の国際組織におけるジェンダー主流化（メインストリーミング）の精力的な運動であろう。2001年12月、国際女性医師会（the Medical Women's International Association、MWIA）は、イタリアのRockefeller Study and Conference Center 主催の国際会議プログラムの下で会議を開催した。国際女性医師会は同会議で「医療専門職のジェンダー主流化のための研修マニュアル」を作成（2013年改訂）し、ロビー活動などのノウハウをも確認し合っている²³。このような国際的な女性医師の運動の潮流が、各国の医師世界を改革する一つの原動力となってきたと言えるかもしれない。

またMWIAはすでに、次の段階として、「医療専門職の女性化（feminization）」への批判的論調を展開し、医師に代表される医療専門職の社会的地位自体の低下への危惧を表明している。これは、欧米の新聞論調において、専門職に女性が参入することが、女性の地位向上ではなく、実質的にその専門職の「ピンクカラー職」（本来は、伝統的に女性が担ってきた職種のことを意味する）化に繋がりがかねないという問題点の指摘とも一致する。

日本の女性医師をめぐる状況は、これらの議論より、はるかに前の段階にあるが、以上のような国際動向を見据えながら、現状を一步でも進めるためにはどのような取り組みが必要なのか、慎重かつ十分に検討すべき時期に来ていると言えよう。

5 女性医師へのキャリアヒストリーの視点（事例・実践研究）

本研究では、これまで述べてきたような諸問題を総合的・中長期的視野において考え、議論していく上で基盤となるような、基礎的なデータや研究的アプローチの蓄積が必要だと考えている。その具体的取り組みの一つが、女性医師のキャリアヒストリーの事例の収集と多面的分析、そしてそれを踏まえた実践研究に向けた基礎資料とプログラム開発への試案の提起である。

従来、女性の生き方に関わる先行研究では、個別事例のパターンを一般化・普遍化して議論する枠組としてライフサイクルやライフコース、ライフヒストリーなどの研究枠組が用いられ、各々の観点から研究的アプローチが行われてきた。本研究では、これらの蓄積を踏まえつつも、女性医師の個々のキャリアについて、客観的に確認できる軌跡のみならず、その主観的理解、職業観、働き方、生活時間等とともに包括的に捉えるために、キャリアヒストリーという新たな概念と手法を用いる。

キャリアヒストリーは、個人のキャリアの歩みを、そのキャリアの転換点や画期に注目しながら大まかな時期区分において跡づけ、そのキャリアを牽引し・促進してきたと思われるキーワードを用いながら、職業上の信念や信条、仕事への取り組み姿勢、キャリア形成上の画期や転機となった様々な経験などを、当事者の文脈と観点から叙述していく手法である²⁴。キャリアヒストリーには、「研究的アプローチとしてのキャリアヒストリー」と「実践的振り返りのためのキャリアヒストリー」があると考えられ

る。本研究では前者を前提に議論を展開する²⁵。

このキャリアヒストリーについては、管見の限り、有力な先行研究はないが、個人のキャリアプロセスを省察的に跡づける作業は、アメリカの組織心理学者 Edgar H. Schein の提唱した「キャリアアンカー」を見出す手立てとも位置づけられる。キャリアアンカーとは、自分の職業人生を丁寧に振り返った時に見えてくる、何をおいても犠牲にしたくない、すなわち本人が大変重視しているコンピテンスや動機、価値観のことである²⁶。本研究は、個々のキャリアヒストリーを各々のキャリアプロセスに注目しながら考察する中で、対象者にとってのキャリアアンカーの存在と内実を浮き彫りにすることをも目指す。キャリアヒストリーはゆえに、女性医師にとってのキャリアアンカーのありようを解明する作業とも連動するのである。

おわりに代えて

以上、本稿では、女性医師をめぐる比較研究の視点として、「生涯キャリア」という発想を踏まえた 3 つのアプローチ、すなわち歴史研究的アプローチ、比較研究的アプローチ、キャリアヒストリー的アプローチについて検討してきた。

女性医師を研究することは、男性医師を研究することであり、あらゆる専門職に従事する女性・男性を研究することであり、あらゆる職場で働く男女の共生を考えることである。また男女共同参画社会への道のりといった抽象的な言葉を、具体的な諸課題とともに、次世代の若者や子どもたちを視野に入れて、現実のものにするために、具体的に何が求められるのかを考えることである。課題は山積しているが、生涯教育学のチャレンジとして、一つ一つ丁寧に取り組んでいきたい。

1 渡邊洋子『近代日本女子社会教育成立史』（明石書店、1999年）、相庭和彦・大森直樹・陳錦・中島純・宮田幸枝・渡邊洋子『満洲「大陸の花嫁」はどうつくられたか—戦時期教育史の空白に迫る』（明石書店、1996年）、渡邊洋子「女性の労働と子育ての社会的基盤に関する史的研究 I—農村季節託児所の発達経緯と新潟県における地域的取り組みの動向—」（『暁星論叢』第43号、新潟中央短期大学、1998年、19-44頁）、同「1940年代前半期の女子青年団運動の指導理念と事業（I）—「国民化」とジェンダーの問題を考える手がかりとして—」（『京都大学生涯教育学・図書館情報学研究』第1号、京都大学大学院教育学研究科生涯教育学講座、2002年、3-41頁）、同「1930年代の女子青年団と男子青年団—『公的精神』と『結婚』—」（橋本紀子・逸見勝亮編『ジェンダーと教育の歴史』川島書店、2003年、157-183頁）など。

2 渡邊洋子「成人教育学の基本原則と提起—職業人教育への示唆」『医学教育』第38巻第3号所収。同論文の趣旨は、渡邊洋子『生涯学習時代の成人教育—学習支援者へのアドヴォカシー』、明石書店、2002年に詳しい。

3 渡邊洋子「『おとな』を『おしえる』という考え方のすすめ」『Nursing BUSINESS』第1巻4号、2007年。

4 例えば、渡邊洋子・柴原真知子「イギリスにおける女性医療専門職の誕生と養成・支援活動—パイオニア女性のキャリア確立プロセスに関する成人教育的考察から—」『京都大学大学院教育学研究科紀要』2013年、第59号、99-123頁を参照のこと。

5 渡邊洋子『近代日本の女性専門職教育—生涯教育学から見た東京女子医科大学創業者・

吉岡彌生』、明石書店、2014年、31-33頁。なお、「ジェンダー秩序」とは、「男らしさ」「女らしさ」という意味でのジェンダーと、男女間の権力関係でもある「性支配」を同時に算出する「社会的実践のパターン」を指す。江原由美子『ジェンダー秩序』勁草書房、2001年、「はじめに」i頁。

⁶ 竹中恵美子『家事労働（アンペイドワーク）論』（竹中恵美子著作集IV）明石書店、2011年などを参照。

⁷ 『近代日本の女性専門職教育—生涯教育学から見た東京女子医科大学創立者・吉岡彌生』44-47頁。なお、生涯キャリアと同様の概念として「人の一生という長い時間軸の上に、職業生活だけではない、家族、教育、社会活動などの様々な人間の役割を組み込んだ人生経路を視野に入れるもの」とされる「ライフキャリア」がある（矢澤澄子・岡村清子編『女性とライフキャリア』、東京女子大学女性学研究所、勁草書房、2009年）が、同概念は、生涯を通じてのキャリアに関わる学びや人生設計など、当事者の能動的な志向性を含むものではない点が、筆者のそれとは異なっている。

⁸ 金井はより厳密には、「成人になってフルタイムで働き始めて以降、生活ないし人生(life)全体を基盤にして繰り広げられる長期的な（通常は何十年にも及ぶ）仕事生活における具体的な職務・職種・職能での諸経験の連続と、(大きな)節目での選択が生み出していく回顧の意味づけ（とりわけ、一見すると連続性が低い経験と経験の間の意味付けや統合）と、将来構想・展望のパターン」との定義を行っている。金井壽宏『働くひとのためのキャリア・デザイン』、PHP新書、2002年、140-141頁。

⁹ Donald Schön, *Reflective Practitioner: How Professionals think in Action*, Ashgate Publishing Limited, 1995.

¹⁰ 戦後日本の職業教育・訓練は、既存の職種や職場に適応するための知識・技術の修得に焦点化され、そこには働く人自身の働き方や職業人としての人生設計、ましては「ワークライフバランス」のような発想は含まれ得なかった。2000年代以降、「キャリア」概念が頻繁に用いられるようになったが、当初は、教育学よりむしろ人事管理などの経営学的見地から、企業教育・研修に導入・活用されてきた。中には、本論で取り上げた金井のように、経営学を足場にそこに教育学的要素、すなわち人間形成的側面を組み込もうとする研究者もいる。

¹¹ 酒井シツ「女性医師の歩み」津田喬子編著『女性医師からのメッセージ—医系キャリアアップの道しるべ』、真興交易（株）医書出版部、2005年、12-14頁。

¹² 「江戸時代の終わりまで、医師もまた身分制度下に置かれていた。武士階級の医師は男性に限られていた。江戸中期になると、長らく女性が受け持ってきた助産の分野に男性が進出して、かつては助産をしながら治療もした女性が認められなくなり、女性は産婆として身分が固定されていった。特に、江戸後期に西洋医学が受け入れられると、各藩では医学所が設けられ、医師の再教育が始まり、医学教育と医師の資格が結びついた。そこで、もともと武士のためのものであった医学所で町医の教育も始まった。しかし、女性はいれなかった。結果として女医は医師の鑑札を受けることができず、閉め出された。この時代、鑑札制度をとったのは限られた藩だけであったが、明治時代に入って、この傾向が一挙に強化された。」同前書、14頁。

¹³ とはいえ、戦後になっても、様々なレベルにおいて、女性医師がすぐに男性医師と同等とみなされるようになったわけではない。例えば、村上信彦は『大正期の職業婦人』において、女性医師への聞き取りによって、戦後になっても女性医師が病院などで男性医師とは明らかに異なる差別的扱いを受けていたことを明らかにしている。

¹⁴ 医師法第2条で「医師になろうとする者は、医師国家試験に合格し、厚生労働大臣の免許を受けなければならない」、第9条で「医師国家試験は、臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能について、これを行う」と定められている。法庫HP、<http://www.houko.com/00/01/S23/201.HTM#s3>、2010年12月26日参照。なお、医師国家試験の合格者は、同受験者の約9割である。

¹⁵ 1990 年代初頭に約 2 割、2000 (平成 12) 年に 3 割を超え、2008 (平成 20) 年には 34,5% と過去最高を記録し、2009 年は 34,2%、10 年は 33,2% であった。「第 104 回医師国家試験学校別合格者発表」『週刊医学界新聞』2878 号、2010 年 5 月 10 日、医学書院。

http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02878_01、2015 年 2 月 14 日参照。

¹⁶ 2008 年末で医師総数の 18,1%。厚生労働省「平成 18 年 (2006) 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」「統計表 (9) 医療施設従事医師・歯科医師数の年次推移、施設の種別・性・診療科名 (主たる) 別」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/06/tou9.html> 2009 年 7 月 2 日参照 (同調査は 2 年ごとに実施)、2015 年 2 月 14 日最終確認。

¹⁷ 2010 年時点の現役医師の男女比は大枠でみると、20 代では 2 対 1 であるが、30 代になると 3 対 1、40 代は 5 対 1、50 代で 8 対 1、60 代以上は 10 対 1 と、年代が進むに従って極端な不均衡が目立つようになる。パーセンテージでみると、2010 年 (2008 年) ではすると、20 代 (63,9% 対 35,8%)、30 代 (73,5% 対 26,5%)、40 代 (83,9% 対 16,1%)、50 代 (89,0% 対 11,0%)、60 代 (90,7% 対 9,3%)、70 代 (90,1% 対 9,9%) である。また、29 歳以下 35,8%、30~39 歳 24,2%、40~49 歳 14,4%、50~59 歳 10,2%、60~69 歳 8,9%、70 歳以上 10,4% である。「平成 18 年 (2006) 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」「統計表 (9) 医療施設従事医師・歯科医師数の年次推移、施設の種別・性・診療科名 (主たる) 別」。なお「平成 20 年 (2008) 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」では「統計表 (5) 医療施設従事医師・歯科医師数及び薬局・医療施設従事薬剤師数の年次推移、施設・業務の種別・年齢階級・性別」として病院と診療所ごとの数字が算定されている。

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/08/dl/toukei01.pdf>、2015 年 2 月 14 日最終参照。

¹⁸ <http://mtpro.medical-tribune.co.jp/mtpronews/1311/1311062.html>、2015 年 2 月 14 日最終参照。

¹⁹ パイオニア女性医師たちの歩んだ険しい道のりとその奮闘の様子は、例えば、秋山龍三『日本女医史』(1962 年) 等に詳しい。

²⁰ なお、不動産鑑定士などほぼ 100% が男性で占められる領域は「男性独占型」、助産師など、男性の参入を制度的にも認めていない助産師は「女性独占型」職業とする。

²¹ 米本倉基「我が国における女性医師の現状：諸外国との比較を踏まえて」『同志社政策科学研究』13 (2)、同志社大学政策学会 2012 年 3 月、109-125 頁。

²² 以上、同前論文。

²³

<http://mwia.net/wp-content/uploads/2013/07/TrainingManualonGenderMainstreaminginHealth.pdf>、2015 年 2 月 14 日最終参照。

²⁴ 渡邊洋子「キャリアヒストリーを書く」『京都大学生涯教育フィールド研究』Vol.2 (通算第 13 号)、京都大学大学院教育学研究科生涯教育学講座生涯教育フィールド研究編集委員会、2014 年 2 月、151-152 頁。

²⁵ 実践的振り返りとしてのキャリアヒストリーについては、当事者の経験や学びを「キャリアプロセスマップ」により視覚的に整理する作業が有用と考えている。同マップは、個々のキャリアの歩みを客観的・主観的な「区切り」「転換点」を中心に設定した時期区分を Y 軸に、「働き方・就労形態」「キャリアの認識」「Lifelong Perspective をもった契機」「ロールモデルの存在」などの事項を X 軸に配したものである。この詳細については今後、別稿を期したい。

²⁶ エドガー・シャイン著 (金井壽宏訳)『キャリアアンカー — 自分のほんとうの価値を発見しよう』、白桃書房、2003 年。シャインのキャリアアンカー論の提起と女性医師への援用可能性については、次の機会に検討する。