

特集：医療専門職の業務の変化と現代的課題

総論：日本の医療専門職の特徴
——医師をめぐる多面的考察から——

渡邊 洋子*

抄 録

本論では、日本の医師の専門職的・歴史的・社会的考察を通し、その日本の特徴と今後の「働き方」への示唆を探究した。得られた知見は、①日本の医師は男性を前提に構築され、女性の参入で変容した「女性参入型」専門職であり、現在もその性質が濃厚なこと、②近年、医師のプロフェッショナルリズムが議論・強調される一方、それが医師のライフやファミリーのさらなる最小化を自明視する土壌にもなっていること、③医師のキャリア支援が、女性医師の職業継続と両立支援に焦点化され、男女医師のライフとワークのバランス調整、長時間労働の是正、ワーク・ファミリー・コンフリクトの対応には及んでいないこと、④一人の医師に共存すべきプロフェッショナルリズムとキャリアが実際には、プロフェッショナルリズム＝男性、キャリア＝女性と分岐する方向で働き方や労働時間に影響を及ぼしていること、などである。以上を踏まえ、「医師の働き方」をよりトータルに検討することが望まれる。

キーワード：専門職，医師，「女性参入型」専門職，プロフェッショナルリズム，キャリア

社会保障研究 2019, vol. 3, no. 4, pp. 458-475.

序

本論は、日本の医療専門職のうち医師に注目し、医師世界の専門職的・歴史的・社会的考察を通して、医師の「働き方」をめぐる問題構造にアプローチするものである。明治以降の医師養成をその日本の特徴、医師をとりまくプロフェッショナルリズムとキャリアをめぐる現状や課題を手がかりに、今後の医師、ひいては医療専門職の働き方への問題提起を行いたい。

現代の専門職は、グローバリゼーション、高度情報化、知識基盤型社会の到来などを背景に、「不確実性、複雑性、不安定性、独自性、価値観の衝突により、専門的多面性 (professional pluralism) の発生が促された」(Donald Schön)¹⁾状況に置かれている。Schön自身が提起した「省察的実践」(reflective practice)も含め、専門職は現場の諸課題に柔軟かつ臨機応変に対応できる資質・能力を期待されている。さらに高度化・複雑化する現場の状況やニーズに即応して知識・技術を効率的・効果的に更新し続けるべく、生涯継続的な専門職

* 新潟大学人文社会科学系 創生学部 教授

¹⁾ D. Schön, *The Reflective Practitioner: How professionals think in action*, London: Temple Smith, 1983, p.17. (ドナルド・ショーン『省察的実践とは何か—プロフェッショナルの行為と思考』, 柳沢昌一・三輪建二監訳, 鳳書房, 2007年, 16頁)。

能力開発 (Continuing Professional Development) が求められている。

「専門職」の原語 profession は、1933年に A.M.Carr-Saunders と P.A.Wilson が刊行した書名 (*The Professions*)²⁾ に由来する。国内の専門職研究は「米国の専門職の分析概念規定」との対比検討の段階から、「専門職の特徴的要素の考究 (trait approach)」の段階へと軸足を移してきた。その動向における現代の「代表的な専門職の特徴的要素」(以下、「特徴的要素」) は、次の4点にまとめられる。

- (a) 長期の訓練・教育を通して、高度の体系化・理論化された知識・技術 (rational body of knowledge) を習得していること。
- (b) その職業集団の成員に、国家または団体による資格認定がなされていること。
- (c) 職業集団自体の組織化と組織維持のための一定の行為準則が存在すること。
- (d) 職務を遂行する際の目的 (service ideal) は、営利でなく、愛他的動機に従った公共の利益であること³⁾。

現代社会では、領域や分野にかかわらず、これらの条件を満たす職種は「専門職」と呼ばれる。また、この職種に就く者は、性別、年齢、人種、出自などの属性や障害の有無などを問わず、一律に専門職として認知され、社会的責任を付与され、専門職性に即した自律的な働きが期待される。現在では担当領域によって、医療専門職、法務専門職、教育専門職、福祉専門職などと呼ばれ、職種ごとに職能団体が組織されている。

このうち医療専門職は文字通り、医療に携わる専門職であり、一般には医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師などを指す。本論では、このような広範な医療関係従事者を念

頭に置きつつ、医師に注目する。医師は、医療行為の中核的存在とも言える職種であり、患者や一般の人々に与える直接的・間接的影響も最も大きい。それゆえに医療分野はもちろん、あらゆる専門職域を考慮しても、最も高度な社会的地位と社会的権威に位置づけられる。

以下、医師法と日本医師会の対応を手がかりに、先の「特徴的要素」の4点とかかわって、専門職としての医師の位置づけを吟味する。

まず、(a) の長期の教育・訓練、(b) 国家・団体による資格認定、にかかわる点である。

医師法では、医師の職務内容は「医療及び保健指導を掌ること」により「公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するもの」(第1条) と規定されている。そして「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2条) と規定される。免許取得の前提となる医師国家試験は、「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」(同第9条) について行われる。受験資格は、主に学校教育法に基づく「大学」で「医学の正規の課程を修めて卒業した者」(第11条) とされており、実質的には、大学医学部ないし医科大学の卒業者のみが、医師国家試験を受験できることになる。すなわち、日本の医師の場合、「特徴的要素」4項目のうち、「医師か否か」の区分を決定づけるのは (b) の医師免許の有無である。免許取得が医師国家試験受験と不可分な中、受験要件として、(a) に該当する大学医学部での「長期の訓練・教育」が存在する、という構造になっている。また、(c) に挙げられた「行為準則」(Codes of Practice) とは、労働分野において「特定の領域の行為に関する実務的ガイダンスを提供する文書」⁴⁾ を指す。従来、

²⁾ 中野秀一郎『プロフェッションの社会学』木鐸社、1981年、37頁。

³⁾ 専門職の定義や特徴にかかわる内外の議論では、若干の相違はあれ、これらに集約される要素が提示されている。時井聰『専門職論再考—保健医療観の自律性の変容と保健医療専門職の自律性の変質』(淑徳大学社会学部研究叢書16、2002年)。

⁴⁾ イギリスの文脈では、「それ自体としては法的拘束力を持たない」が、これを遵守しているかどうかは裁判所等における手続の結果に影響を与える可能性があり、その意味で、「労使双方にとって無視できないルール」とされる。内藤忍「イギリスの行為準則 (Code of Practice) に関する一考察—当事者の自律的取組みを促す機能に注目して」JILPT Discussion Paper 09-05、独立行政法人 労働政策研究・研修機構、2009年8月、4ページ。

医師の行動規範については、医療事故との関連で「医学的準則」が取り上げられる程度であったが、近年は、医の倫理全般にかかわって医師が共有すべき事項が明示的な形で導入されてきた。

日本医師会は2000年に新たな「医の倫理綱領」、2004年には「医師の職業倫理指針」を作成後、医の倫理にかかわる会員医師への情報提供や啓発に努めている。2016年11月には、世界医師会が刊行した「医の倫理マニュアル」（2005年1月）を翻訳刊行し、18年8月には日本医師会HPに「医の倫理の基本知識」ページが立ち上げられた。(d)「目的」にかかわって日本医師会は、「営利でなく、愛他的動機に従った公共の利益」を強調し、「医の倫理の基本知識」の情報提供に加え、「ジュネーブ宣言」「医の国際倫理綱領」「ヘルシンキ宣言」「患者の倫理に関するリスボン宣言」「プロフェッショナル・オートノミーと倫理上の独立性に関わるソウル宣言」「医師主導の職業規範に関するマドリッド宣言」などを翻訳・掲載している。これらを通して、世界医師会を中軸に、医師の職業倫理への認知の共有化を推進しようとしているのである。

ヘルシンキ宣言の「一般原則」は、ジュネーブ宣言「医の国際倫理綱領」の「私の患者の健康を私の第一の関心事とする」条項、および「医師は、医療の提供に際して、患者の最善の利益のために行動すべき」との条項を踏まえ、「医学研究の対象とされる人々を含め、患者の健康、福利、権利を向上させ守ることは医師の責務である。医師の知識と良心はこの責務達成のためにささげられる」とする。後述するように、このような「医師—患者」の関係性を軸とする医師の責務は近年、医師の職業倫理の根幹をなすものとして最重要視されるようになっており、医学部の卒前教育における医療倫理やプロフェッショナリズムにかかわる教育の推進にも顕著に反映されている。

では、以上の諸要素を備えた専門職としての医師は、日本においていかに生み出され、どのような専門職世界を構築してきたのだろうか。近年、

「ワークライフバランス」の重要性が社会のあらゆる領域で強調され続ける中、医師は、専門職としてのワーク（職務／責務）とライフ（個人生活）が最も両立しにくく、最も葛藤を引き起こしやすい職種と言える。そして、その困難さは女性医師に、より顕著に見出されうる。すなわち医師こそが、日本の医療専門職の特徴、および働き方にかかわる現代的課題を、最も集約的に体现しているのである。

本稿では以下、Ⅰで近代日本に「医師」という職業とその養成課程（医学教育）が「医師＝西洋医＝男性」として成立した経緯、そこにパイオニア女性が「参入」し、女子医学教育の成立に至ったプロセスを跡づけた後、Ⅱで「女性参入型」専門職としての医師世界の特徴を明らかにする。その上で、ⅢとⅣで一人の医師の中で表裏一体として存在すべきプロフェッショナリズムとキャリアが、男女医師において異なる位相を呈していることを示す。Ⅲでは近年、医のプロフェッショナリズムをめぐる議論と推進動向が「患者のため」を至上命題と明確に位置づけていること、Ⅳでは、キャリアにかかわる視野が女性医師の「両立」「継続」支援に矮小化されており、女性医師の「両立」「継続」への努力や意欲、予測される新たな変化、男女医師の長時間労働、男女医師のバーンアウト問題などが看過される状況にあることを指摘する。Ⅴではこれらを踏まえ、現状では結果的に、プロフェッショナリズム＝男性、キャリア＝女性と分岐する方向で、両者が医師の働き方や労働時間に影響を及ぼしており、今後、当事者の視点からの再検討が必要なことを提起する。

Ⅰ 医師養成をめぐる歴史的経緯

1 近代日本における医師の成立と医学教育

日本社会に西洋医学とそれに基づく医療システムを導入したのは、明治新政府である。広範な社会改革の中で、医学は兵学と並ぶ「西洋近代科学受容の窓口」⁵⁾とされた。1867（慶応3）年、王政復

⁵⁾ 神谷昭典『日本近代医学の定立—私立医学校済生学舎の興廃』、医療図書出版社、1984年、7頁。

古の大号令を受けた「太政官布告」ではすでに「医学振興」が謳われている。1871（明治4）年には、岩倉具視を全権大使とする欧米使節団に文部少丞長と専齋が同行し、医学・医療分野の調査に当たった。米英独やオランダなどを精力的に調査した長与は「衛生行政」「公衆衛生」の概念を持ち帰り、帰国後に設置された文部省医務局の局長として、医事衛生に関する法規の制定に取り組んでいる⁶⁾。

以後の日本の近代医学は、「文部省、帝国大学医科大学の“官権的医学”の潮流」とその対極にある「“民権的医学”の潮流」の「対立、相剋の図式」⁷⁾の中で進んだとされる。当初、外国人による西洋式の医学教育に取り組んだ二校のうち長崎医学校が廃校になり、1882（同15）年、東京医学校（現東京大学医学部）⁸⁾が中央で唯一の官立医学校となった。同校は無試験開業免許を授与され⁹⁾、86（同19）年に帝国大学として不動の地位を得ており、「プロシヤ陸軍軍医学校を模した」「“官医”“学医”の養成機関」であった。

これに対し、「国の医療政策からはみ出てくる『四方疾病ニ苦シム人』のため」に私立病院が生まれ、「官立大学から締め出された多くの医学生」のために私立学校が「簇生した」。具体的には、1874（明治6）年2月、医務官僚佐藤が建設・開学した順天堂学院、同年10月にアメリカをモデルに開設された慶応義塾医学所、1877（明治9）年4月、長谷川泰が本郷の自宅に開いた医学私塾済生学舎、

1882（明治14）年、海軍軍医高木兼寛がイギリス医学のもとに創始した夜間医学校成医会講習所（東京慈恵医院医学校）などが挙げられる¹⁰⁾。

この二つの潮流の狭間で、西洋医学がいかに日本社会に大きな影響力をもつものであったかは、「医術は支配者も民衆とともに、最も期待を寄せた異国文明の要素だった」¹¹⁾との記述にも示唆される。とはいえ、一般民衆の間ではまだ、東洋医学の影響を受けた「民間療法」が一般的であった。「患者を診察して、種類や軽重など症状に応じて、数種類の生薬を配剤して治療を行う」漢方医の医療に加え、その治療法から派生した民間療法が普及し、「医者にかかることが『贅沢』であった時代」に、人々は医師以外の多くの「医療者」に接していた。「宗教家や呪術師の施す治療」も、庶民の生活の中では「無視できない役割をはたしていた」¹²⁾とされる。

1874（明治7）年の「医制」¹³⁾の公布、翌年の東京・京都・大阪の三府への医師開業試験施行の通達により、各府県で開業試験の実施が指示されることとなった¹⁴⁾。同試験は78年頃にはほぼ全国で実施されており、医師を志望する者は、私塾や私立学校に入って、試験準備を行った。

そのような私立学校のうち「明治期最大」の済生学舎は、1876（明治9）年4月、後の内務省衛生局長長谷川泰¹⁵⁾が「西洋医の速成」を掲げて創立し、野口英世など著名な医師や学者を輩出したことで知られる。開校当初は生徒数28、9名程度と

⁶⁾ 新村拓編『日本医療史』、吉川弘文館、2006年、225-227頁。

⁷⁾ 『日本近代医学の定立』、5頁。

⁸⁾ 東京医学校では、政府が幕府から接収した医学所を東校と改名し、西洋医学教育を施した（現東京大学医学部）。同校では設立当初、洋書でなく日本語訳を用いた短期速成の養成課程を設置したが、方針転換し、ドイツ陸軍軍医学校式の厳格な医学教育を導入した。同前、11-22頁。

⁹⁾ 「医学校規則」による。同前、146頁。

¹⁰⁾ 同前、58-59頁。なお、高木は1875（明治8）年、海軍留学生としてロンドンの医学校に在籍し、臨床医学重視の伝統と病院での徒弟的技術教育を特徴とする英国医学を学び帰国した（同書120頁）。

¹¹⁾ 梶田昭『医学の歴史』、講談社、2003年、280頁。

¹²⁾ 同前、235-236頁。

¹³⁾ 全76条。西洋医学に基づく医学教育と医師開業免許制度、医薬分業など幅広い事項が含まれた。

¹⁴⁾ 科目は、物理・化学・解剖・生物・病理・内外科・薬剤学の7つ。同前、227-235頁。

¹⁵⁾ 長谷川は漢方医から出発し、佐藤尚中に師事後、佐藤の計らいで大学東校の学事監督、文部少教授、医学校長、長崎医学校長などを務め、後に済生学舎を創設した。唐沢信安『済生学舎と長谷川泰—野口秀世や吉岡弥生が学んだ私立医学校』、日本医事新報社、1996年。

小規模で「幕末洋学塾の延長線上」と形容されたが、80（明治13）年頃には地方から学問を志す青年が上京し、数百名の学生を得て「学校」の体裁が整った¹⁶⁾。同校は82年に「医学専門学校」に昇格、87年には試験が免除される「特別認可学校」と認定され「全盛時代」を迎えた¹⁷⁾。1903（明治36）年8月末の「ドラスティックな廃校」までの間、入学者21,494人、医術開業試験前期・後期合格者9,628人、東京以外の同試験合格者が2,000余人で、「全国開業医の半ばに達した」¹⁸⁾とされる。とはいえ「臨めば誰でも年齢制限も、学歴も問わず入学せしめ」た済生学舎の開放性には、林太郎（森鷗外）のような「官権的医学」の関係者からの手厳しい批判もあった¹⁹⁾。

以上のように、医師開業試験を軸に「西洋医」が確実に日本社会に根づく中、新時代の医療への意欲をもちつつ、潮流から排除される人々があった。一方は、江戸時代から日本の医療を担ってきた漢方医、他方は、医業を志した女性である。医制施行当初、一定の履歴を有するとして同試験の受験を免除された²⁰⁾漢方医は、後に新規開業には「受験が必須」とされた。危機感を募らせた漢方医が、抵抗運動を展開する動きさえ生まれた²¹⁾。この動きは西洋医学への一元化を目指す政府方針の下で次第に弱体化したが、政府は1882年、加持・祈祷・お祓い・まじないなどを、近代的医学を「妨害するもの」と禁じている²²⁾。

そして女性もまた、同試験の受験を認められていなかった。その「第一の理由」は「医業は命を預かる重要な仕事である。身分の低い女性が携わる仕事ではないと、役所は女性の受験を拒否した」ことにあったとも言われる²³⁾。また明治政府

は、従来の開業医（漢方医）に履歴を出させ、新たに開業医と認めて医業を継続させたが、そこでも女子は排除された。開業医として十分な資格があったシーボルトの娘イネさえも、明治期の新制度のもとでは産婆として扱われ、医師としては認められていない²⁴⁾。この時期に、ほとんどの府県に公立病院が誕生し、大半に医学校が併置され、地域の医療とともに西洋医学の伝達・普及に貢献するようになったが、そこで期待された人材は「医師＝西洋医＝男性」であった。

2 「女医」と女子医学教育

このような動向の中、「女医」の名称のもとに医師世界に参入したパイオニアの女性たちがいた。「公許（官公庁の正式な認可を受けた）女医」の第1号は、高階経徳の好寿医院で学んだ荻野吟子である。荻野は夫の梅毒に感染し男性医師の診察を受けた辛い体験から「女性の病は女性が診るべき」との信念をもち、一大決心をして医学を学んでいる。

医術開業試験は1884（明治17）年に初めて前期・後期の二回に分けて施行された。前期合格者が後期試験を受験でき、後期合格者は医術開業免許を得られることとなったが、政府は「前例なし」と女子の受験を認めなかった。荻野の恩師に依頼された医学界の重鎮、陸軍軍医監・大学医学部総理事心得の石黒忠恵は後に、衛生局長の長与に「女は困る」と言われたと回想した。石黒自身は「医術開業試験に『女が医者になってはいけない』という条文があるか、ない以上は受けさせて及第すれば開業させてもよいではないか、もし女がいけないなら『女は医者になる可からず』と書き入れ

¹⁶⁾ 『済生学舎と長谷川泰—野口秀世や吉岡弥生が学んだ私立医学校』、66頁。

¹⁷⁾ この時点で在籍者484名、教員16名であった。

¹⁸⁾ 「廃校の辞」『日本近代医学の定立』、2頁。

¹⁹⁾ 『済生学舎と長谷川泰』65-68頁。なお、長谷川はその後、森の批判を受け、顕微鏡の購入や演習の開始など、大幅な改善に努めていった。

²⁰⁾ 同時点に全国で開業していた西洋医は約5,200人、漢方医は約23,000人であった。

²¹⁾ 『日本近代医学の定立』、160-164頁。

²²⁾ 山本和利編著『医学生から見る医学史』、診断と治療社、2005年、179頁。

²³⁾ 酒井シヅ「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、15頁。

²⁴⁾ イネは、福沢諭吉の推挙を得て、助産婦として宮中に仕えたという。「女性医師の歩み」。

て置くべきだ、と言ってやった」という。さらに「女性医師がいれば自分のような女性患者が早期に診断治療を受けて救われる」との荻野の嘆願書と熱意によって、受験が可能となった。荻野は84年の前期試験の女子受験者4名のうち唯一合格し、85年の後期試験にも合格して、初の「女医」となった²⁵⁾。荻野以外に別の経路を取った女子受験者がいたことも注目される。

これに続く生沢クノは、埼玉の医師の家庭に生まれ育ち、榎村清徳の東亜医学校で学び、85年に前期試験、翌86年に後期試験に合格し、第2号となった。3番目となる高橋瑞子は、1884（明治17）年12月に済生学舎への入学を長谷川に直接交渉し、「体当たりで学校の門の鎖を破った」ことで知られ、「女医を志す人々の道がそこに開けた」（吉岡彌生）とされる²⁶⁾。

この交渉経緯には諸説ある。「三日三晩頑張って、漸く舎長長谷川泰の許可を得て入学を受諾された」（唐沢信安）、上京し学舎門前で3日間長谷川を待ち「女医が許されているのに女子が入学を許されない方はないという論法」で懇願し、10日間のやりとりで「ようやく入学を許可された」（村上信彦）、そこで長谷川が「女医が許されたのに学校がないのは不都合な話だが、自分の一了簡にも行かないから、教授達と相談の上で返事をしよう」と対応した（『吉岡弥生伝』）、長谷川が高橋の「熱誠に感激され、多数の男性中只一人の女性でも、斯様に意志の堅固なる人ならば弊害もあるまいと許可」した（吉岡彌生）、などの説である²⁷⁾。

高橋の入学以後、済生学舎では1884（明治17）年から1901（明治34）年までの17年間に、総計59名の「女医」を輩出した²⁸⁾。神谷昭典は、同学舎が

「医学に向う日本の女性たちに道を開いた」と評価し、唐沢信安は高橋の入学許可をもって「済生学舎の女子学生の教育が始まった」として「済生学舎の女子医学教育」の経緯を概観した。だが、同校の受け入れ体制や学習環境からは、女子の入学が学校側の積極的取り組みによるとは認め難い。むしろ、高橋の熱意と意志が、性別を超えて「個人」として認められ、それが後継の女子志望者に有用な「前例」を提供することになった、それゆえの展開、とみる方が妥当であろう。

1901（明治34）年、同校は昇格を焦り、「風紀悪化」を理由に女子の入学を禁じた。これを受け、同校の卒業生吉岡彌生（公許27番目）は、夫とともに1900（明治33）年12月、東京女医学校を創立した。至誠医院の一室を使った同校の教室は机とイスを並べただけの粗末なもので、夫が物理と化学、吉岡が生理学を、済生学舎の木村太郎が解剖学を教えることから始まった²⁹⁾。

日露戦争開始後、至誠医院は多くの患者を迎える。「女だからということをはなれて、普通の町医者としての信用が付いてきましたまた女医でなければという婦人や子供の患者も詰めかけてき」た³⁰⁾。また、「若い婦人の間に女でも万一の場合には働けるよう自分の体になにか職をつけておかねばならないという自覚³¹⁾から同校には、「びっくりするほど多勢の志願者が押し寄せてき」たという。同校の志願者数は当初の50～60人から200人以上に激増している。

1887年以降の10年間で、医師総数に医術開業試験合格者の占める割合は二倍以上となり³²⁾、同試験は西洋医の急速な増加と西洋医学普及の一翼を担った。97年以降、医師の権利擁護団体として医

²⁵⁾ 日本女医史編纂委員会編（秋山籠三著）『日本女医史 追補』、1991（1962）年、71-80頁。

²⁶⁾ 吉岡博人（高見君恵著）『吉岡弥生』、中央公論事業出版、1960年、128頁、吉岡弥生女史伝記編纂委員会編（神崎清著）『吉岡弥生伝』柏書房、1941年、114頁。

²⁷⁾ 『済生学舎と長谷川泰』104頁。村上信彦『大正期の職業婦人』ドメス出版、1983年、269頁、『吉岡弥生』128頁、『吉岡弥生伝』114頁、および吉岡彌生「女醫五十年史」『科学知識』第16巻第7号、1937年。

²⁸⁾ 『済生学舎と長谷川泰』、104頁。なお、同年までの「女医」数の累計は83名とされる。吉岡弥生「日本に於ける女子医学教育」『日本女医界雑誌』第33号、1928年12月、および同「女医五十年史」。

²⁹⁾ 『吉岡弥生伝』、226頁。

³⁰⁾ この時期、往診が一日10件程度あり、真夜中も急患で起こされることが続く中、吉岡は1907（明治40）年にチフスで寝込み、休養を余儀なくされた。同前、248頁。

³¹⁾ 同前、247頁。

師会も結成され、医師の質的向上を目指す医学教育制度改革の一連の動きが生まれた。その中で1902（明治35）年3月の専門学校令は、私立学校を公立学校と同様、文部省監督下に置くべく公布された³²⁾。同法令により、専門学校卒業業者以外の医師への道は閉ざされた³⁴⁾。

そして1906（明治39）年5月、医師法改正により、医術開業試験に代わる新たな医師試験が施行される。受験資格に高等女学校が明記されたとはいえ、私立学校には専門学校昇格が新たな課題として立ち現れた³⁵⁾。吉岡は校長として施設の条件整備に取り組んだが、文部省との交渉は難航し経営上の困難にも直面し続け、「一生の中で最も苦心をし、最も辛い思ひをした」³⁶⁾時期だったという。そんな中の1908（明治41）年1月、創立9年目に竹内茂代が後期医師試験に合格し、同年に2名、09年に2名、10年に8人が合格して、医学校として「面目躍如」となった³⁷⁾。だが09年6月、医学専門学校設立申請書を文部省に提出したが、「一向沙汰が」なく「かなり足を運んでも局長次官に会ふことも出来な」³⁸⁾かった。吉岡が「官尊民卑の権化」と呼んだ文部省は「私立でしかも女子の医学専門学校を必要と認めていなかった」³⁹⁾。「同国のよしみ」の文部大臣岡田良平も「きわめて冷淡な御挨拶」⁴⁰⁾に留まり、文部省当局との交渉は「数え

るに暇もないほど行われ」た⁴¹⁾。だが同省には「潰れてもよいという態度があった。役人は相変わらず、女医の意義、必要性を全く無視していた」⁴²⁾という。東京女子医学専門学校（以下、東京女子医専）がようやく条件付きで認可されたのは、1912（明治45）年3月であった⁴³⁾。

さらに1920（大正9）年、東京女子医専は、文部省から無試験検定の指定校の資格を得て、専門学校として安定した地位を得た。同校の受験倍率は、1914年の1.23倍、19年の1.47倍、20年の2.61倍、24年の3.66倍と明らかに上昇し、入学生数もこの14年間に二倍程度に増えている。28年時点の日本の「女医」の総数は1,500人程度、同校の卒業生総数1,247人を考慮すると、昭和初期までの「女医」の大半が、同校出身者で占められたことがわかる⁴⁴⁾。とはいえ、時すでに医科大学の時代であった。

1918（大正7）年の「大学令」は、地方公共団体および私人の大学設置を認め、法学・医学・工学・文学・理学・農学・経済学・商学のうち複数学部で構成される専門学校を「大学」として認可するもので、単科大学の設置も認められた⁴⁵⁾。医学専門学校（以下、医専）の単科大学昇格は比較的早く、官立や府県立の医専が続々と認可を受けた⁴⁶⁾ほか、財政基盤の審査が厳しかった私立でも、東

³²⁾ 試験及第者は、明治20年の4,072人（医師総数40,343人の10.1%）、明治30年の8,467人（医師総数39,392人の25.4%）に増加した。『東京女子医科大学百年史』、東京女子医科大学（ぎょうせい）、2000年、20頁。

³³⁾ 専門学校令の下、「公立私立専門学校規程」と「同入学者検定規定」が定められた。前者は、専門学校の認可申請に当たり、申請の必要事項、専門学校が備えるべき条件等を規定するもので、後者は、専門学校本科への受験資格を「男子は満17歳以上、女子は満16歳以上」「身体健全であること」「品行方正であること」「中学校あるいは高等女学校に在学中であること」と定めた。『学制五十年史』（『東京女子医科大学百年史』、21頁より重引）。

³⁴⁾ 1884年以降の医術開業試験では「医師は年齢二十歳以上にして、医術開業試験を受け、内務卿により開業免状を得たる者」とされ、受験資格は問われていなかった。

³⁵⁾ 『東京女子医科大学百年史』、23頁。

³⁶⁾ 吉岡彌生（平井恒子著）『この十年間—続吉岡彌生伝』、学風書院、1952年、10頁。

³⁷⁾ 例えば、菅志津勢や三輪田繁子なども含まれる。

³⁸⁾ 吉岡弥生『来るものの為に』、相模書房、1927年、286-290頁。

³⁹⁾ 酒井シヅ『通史』『東京女子医科大学百年史』、31頁。

⁴⁰⁾ 『来るものの為に』、286-290頁。

⁴¹⁾ この経緯は『東京女子医科大学小史』、1966年、94頁、ならびに『東京女子医科大学百年史』、29-39頁に詳しい。

⁴²⁾ 『通史』、18-19頁。

⁴³⁾ 吉岡弥生「女医志望の婦人へ」『婦人公論』第1巻第10号、1916年10月。

⁴⁴⁾ 吉岡弥生「日本における女子医学教育」『日本女医会雑誌』第33号、1928年12月。

⁴⁵⁾ 『学制百年史』第一編第三章第四節二を参照。

京慈恵会医科大学、日本医科大学などが認可された。他方、この時期になって東京女子医専はようやく文部大臣指定学校に認定された段階にあり、制度上も政策上も、女性医師は常に、男性医師より一段階遅れて認められるという形で、劣位に置かれていた。

そのような中で、吉岡は新入学生に対し、「其処に三ヶ年の差があるのに、同じ力をつけやうと云ふのですから、非常な努力を要します」と並々ならぬ覚悟を促し続けた。具体的には、貞操問題や健康保持、規則正しい生活、授業出席と自習時間の厳守、「医者には愛せらるるより敬せらるるやうにと云ふ態度」などを説き、「かくの如く堅苦しい事を細々と申しますのも、只皆さんを立派な女医として、五カ年の後に華々しく社会に送り出し度いため、その成業を希ふ一心からであります」⁴⁷⁾と叱咤激励した。だが、同医専の「女子医科大学」への昇格は、「女子大学令」の未発により、戦後を待たねばならなかった。

以上のように、日本の医師養成システムとしての医学校＝医学教育は、1880～1900年代に西洋医の育成を目的に男性を前提に構築され、それは大枠として「女性」を排除する方向で確立された。吉岡は自らが「排除される側」として直面した問題や経験を踏まえ、女子のみを対象とする医学校＝医学教育を設立し、傍流としての女性医師養成システムを生み出したのである。

II 医療専門職としての医師世界の特徴

—「女性参入型」専門職—

Iで考察した成立経緯から、医師世界は、当初は男性を前提に（あるいは、女性を想定せずに）

成立した職域であり、女性の参入や増加によって一定の構造変容がみられる専門職の領域にとらえられる。このような領域を「女性参入型」専門職と呼ぶ⁴⁸⁾。

戦後改革の五大柱の一つに「教育の民主化」が謳われ、1946（昭和21）2月には、総司令部の勧告に基づき、医学教育の改善、特に医専の整備と水準向上に向けた検討が行われた。翌年3月に「医学教育刷新改善要領」が閣議決定され、医学教育は1951年度以降、すべて大学教育に統一すること、医専は大学昇格の可能性を調査・判定することなどが決定された。ほかの専門学校の大半は1948（昭和23）年度から順次新制大学に転換したが、医専の多くは22年に旧制の医科大学ないし医学部に昇格し、次いで新制大学に転換された。それに先立つ45年12月には、男女間における教育の機会均等、教育内容の平準化などを目指す「女子教育刷新要綱」で、女子の大学入学を妨げる規定の改正、女子大学の創設、大学での共学制の実施、などの方針が定められた。翌46年の「米国教育使節団報告書」でも女子への高等教育開放が強く勧告され⁴⁹⁾、以後の医師養成は、東京女子医大を唯一の例外に、男女共学の新設大学医学部・医科大学で行われてきた⁵⁰⁾。

ゆえに現在、日本の医療を支えている医師のほとんどは、以上のような戦後理念を背景に、おおむね男女共学で育った世代である。では、戦後73年を経た現在、男女の割合はどうなっているのか。表1は、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、看護師、保健師の男女比を示したものである。性別の偏り具合に注目すると、(1) 男性が圧倒的に多い職種（医師8：2、歯科医師約8：2）、(2) 女性が圧倒的に多い職種（助産師0：10、保健師約0：

⁴⁶⁾ 1926（大正11）年、官立医学専門学校のうち新潟と岡山が、翌年には千葉・金沢・長崎が、医科大学に昇格し、1929（昭和4）年には公立からの移管で熊本・愛知の医科大学が、府県の医学専門学校でも大阪府立医科大学（後の大阪帝国大学医学部）などが生まれた。『学制百年史』。

⁴⁷⁾ 吉岡弥生「医学を学ぶ婦人の為に」『女医界』第266号、1935年5月。

⁴⁸⁾ 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立者吉岡彌生』、明石書店、2014年、42頁、および註（63）。さらに、渡邊洋子「専門職のキャリアをめぐる現代的課題—女性医師を手がかりとして」『京都大学生涯教育フィールド研究』第4巻、2016年、4-5頁も参照。

⁴⁹⁾ 「終戦直後の高等教育」『学制百年史』文部科学省HP、http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/html/others/detail/1317750.htm、2018年12月9日最終参照。

表1 主な医療専門職におけるジェンダー比

	男性 %	女性%	備 考
医師	78.9	21.1	2016*
歯科医師	77.0	23.0	同上
薬剤師	34.1	65.9	同上
理学療法士	57.5	42.5	同上
看護師	93.0	7.0	2012
保健師	1.3	98.7	2010
助産師	0	100.0	

厚労省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」、平成30年日本理学療法士協会調査などをもとに、筆者作成。

10、看護師1:9)、(3) 中間にある職種(理学療法士6:4、薬剤師3.5:6.5)の3タイプがあることがわかる。「女性参入型」専門職である医師世界は、現在に至っても、ほかのどの医療専門職にも増して、男性が圧倒的に優勢な世界なのである。

では、日本社会で「女性が医師になること」自体は、どう受け止められてきたのか。再び、戦前期に戻って探ってみよう。

明治社会は基本的に、「女の独立を刺戟して家制度を弱体化すること」を恐れ、知識や技術を基盤とする職業に女性が就くのを拒んだとされる。だが、「女教師」「産婆」「看護師」はすべて「国や公共事業が必要とみとめて発足した」がゆえに、むしろ資格化によって積極的に保護された。これに対し、「女の医者……男の社会の欲求とはまったく無縁の、純粋に女の側からの発想」であった。大正期には「職業をもつ」ことを「女の新しい生き方として認める機運」も生まれたが、医師は除外された。なぜなら、一般社会の認識として「医師は男と相場がきまっていて、だれひとり疑問を抱くものがない。医師は患者と対等でなく、支配し、命令し、ときには叱りつけても意に従わせる。八字の威厳がふさわしいイメージであ

る。投棄するだけでなく場合によってはメスも振るわなくてはならない。そんなことがどうして女にできようか⁵¹⁾といった医師観(村上信彦)が濃厚だったためである。それゆえ、医師になろうと懸命な女性たちに「男たちの反応は他の女の職業に対するよりもはるかに強く、厳しかった」とされる。「女がわざわざ医者になろうなどと考えるのはまったく無益の空想のようなものだ」というのが、一般社会や教育関係者にも広く浸透した受け止め方だったのである⁵²⁾。

このことは、先の東京女子医大創立者吉岡彌生の二つの回想から裏付けられる。

1つは、済生学舎での「男女共学」経験である。吉岡の入学時点には、計16人の女子前期生が在籍した。数百人の男子学生の中で戸惑う少数派の女子に対し、同校は「特別の配慮」として、教壇の近くに「女子席」を設置した。女子学生は通常、そこにすわったが、受講者が多い臨床講義では常に後ろに追いやられ、板書や実演を十分に見られなかった。男性優位・女性蔑視の社会風潮の中、男子学生にとって女子は対等な「仲間」どころか、格好の「からかい」や「冷やかしの」対象だった。どの女子もやじや嘲笑などの侮蔑的な言動・行動にさらされ、講義中に紙の礫があちこちから机上に飛んでくる状況に加え、「付け文」「送り狼」など、女子学生への妨害や誘惑が繰り返された⁵³⁾。学生同士の演説会で、女子学生は「学校の組織に食いこみ、学生を腐敗と墮落に導く」「特異性バクテリア」なので速やかに「駆逐せねばならない」と主張する男子学生に対し、ほかの男子学生が一斉に拍手を送った、との事件もあった⁵⁴⁾。

吉岡のように「医師になるまで」と苦痛に耐え抜いた者の一方で、せっかく入学しながら耐えき

⁵⁰⁾ 新設機関の中には、第二次大戦終盤に医師が不足する中、医師速成機関として設立された女子医学専門学校を改編したものも少なくない。1943(昭和18)年10月12日、閣議決定された「教育ニ関スル戦時非常措置方策」を受け、福島県立女子医専(現福島県立医大)、岐阜県立女子医専(現岐阜大学医学部)、名古屋市立女子高等医専(現名古屋市大医学部)、北海道庁女子高等医専(現札幌医大)などが設立されている。「戦時下の教育行政」『学制百年史』文部科学省HP http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/html/others/detail/1317720.htm, 宮原誠一他編『資料日本現代教育史4』三省堂, 1974年3月, 334-336頁, など。

⁵¹⁾ 『大正期の職業婦人』267-268頁。

⁵²⁾ 村上信彦『明治女性史 中巻後編 女性の職業』, ドメス出版, 1971年, 245-248頁。

⁵³⁾ 以上、『吉岡彌生伝』133-135頁。

れずに3、4日でやめる女子もいた。吉岡は後に男子学生について「新しい時代の医者への学問に触れているのですから、少しは考えが新しくてもいいはずでしたのに」と嘆いた。世界初の女性医師 E.Blackwell がニューヨークの Geneva College of Medicine に入学希望した際、男子学生が満場一致で賛成し、「私たちのいかなる行動も、彼女がこの学校に入学したことを後悔させる要因とならないことを誓います」との「宣誓」まで行っている⁵⁴⁾。このことを念頭においた吉岡は済生学舎の「共学」体験に、「あ、こんな間に合わせな共学はいけない、女は女で十分に研究することの出来る学校があったら」と実感したという⁵⁶⁾。

もう1つは、「女医亡国論」である。1908（明治41）年6月、東京女子医専が初の卒業生（竹内茂代）を出し、第一回卒業式が挙行された。その際、来賓が壇上から「女医亡国論」を次々と弁じて混乱し、大隈重信の演説でようやく収拾がついたとされる⁵⁷⁾。「亡国論」の論旨は、以下の4点に要約される。

- ①女子に高等教育を授けることは、おのずから晩婚になり、あるいは独身生活を余儀なくさせる基となる。日本の人口を減らすことは国家の危機を招く。
- ②手術をし、血を流すことに平気な殺伐な女が増え、日本の醇風美俗を壊し、ひいては国家を滅亡に誘う。
- ③女は月経という穢れがある。手術室の神聖を冒す。
- ④女は妊娠して仕事を休む。人命を任される医師には不適當である⁵⁸⁾。

これらの点のうち、①は「女子高等教育有害論」、②は「手術をし、血を流すことに平気」という医師の職業的専門性を「女性特性」に合わないものとみなす「女性医師排除論」、③は「女人禁制」にも通じる「女性不浄論」、である。現代社会において①～③はときに、人々の意識の中に垣間見えることはあっても、声高に語られることはほほえない。これに対し、「医師には不適當」とまで言われなくても、現代の少なからぬ女性医師も、妊娠・出産で「仕事を休む」ことにかかわる数多くの言説に晒されている。このような言説や意識が、第一線からの撤退（一時休業）の要因や契機となることも多く、まさに時代を超えた女性医師の苦悩を示唆している。

女子医学生の教育のみならず、卒業生の就職や活動基盤の形成に何より心血を注いだ吉岡は、女性医師を「害悪」「無用」とする「女医亡国論」と対峙し、それを克服し、展望や可能性を見出すべく、独自の「女医論」「女医養成論」を構築した⁵⁹⁾。医師という専門職の直面する諸課題を見る限り、「女性」「男性」との性別呼称を使わざるを得ない状況は、看護師（「男性参入型」専門職）と並び、今後も続くであろう。これこそが、日本社会における医療専門職の特徴の一つと思われる。

Ⅲ 医のプロフェッショナリズム

日本では近年、医師の「プロフェッショナリズム」について活発に議論がなされるようになった。2018年12月時点の研究情報検索サイト JStage で「プロフェッショナリズム」を検索すると608件

⁵⁴⁾ 吉岡弥生『来るものの為に』、相模書房、1937年、209-210頁、『吉岡弥生伝』142-145頁。またこれらに対して、吉岡を含む女子学生が「女医学生懇話会」を結成している。詳細は、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立者吉岡弥生』、明石書店、2014年、84-85頁参照。

⁵⁵⁾ 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—バ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の考察から」『京都大学大学院教育学研究科紀要』第59号、2013年、108-109頁（99-123頁）。吉岡は別の論稿には、この件への言及と思われる記載が見られる。

⁵⁶⁾ 吉岡彌生『来るものの為に』215頁。

⁵⁷⁾ 『吉岡弥生伝』、251-253頁。

⁵⁸⁾ 『大正期の職業婦人』272頁。

⁵⁹⁾ 吉岡の「女医」論および「女医」養成論については、渡邊『近代日本の女性専門職教育』第4章『女医』像＝キャリアモデルの構築」を参照。

がヒットし、掲載誌別は『医学教育』(123件),『日本内科学会雑誌』(55),『日本プライマリケア連合学会』(33),『心身医学』(24),『日本マスコミュニケーション研究』(11)と、医学系学会が40%近くを占め、医学分野でのプロフェッショナルリズムへの注目が、特にプロフェッショナルリズム教育とのかかわりで顕著なことがわかる。

プロフェッショナルリズムは、欧米では以前から“明示的に”教えられるべきとの考えで教育が進められてきたが、国内でこの言葉を使った教育は、一部で行われていても、公式に取り上げられることはほとんどなかった⁶⁰⁾。だが、国際認証の必須化などを機に、事態は変化している。2017年2月、すべての大学医学部・医科大学で採用される「医学教育モデル・コアカリキュラム 平成28年度改訂版(最終版)」(文部科学省高等教育局)が公表された。そこでプロフェッショナルリズムは「医師として求められる基本的な資質・能力」の第一項目に掲げられ、「人の命に深く関わり健康を守るという医師の職責を十分に自覚し、患者中心の医療を実践しながら、医師としての道(みち)を究めていく」ものと解説されている。

このような動向を背景に、自ら医師である大生定義が「医のプロフェッショナルリズム」を「自律性を持ち、社会契約に基づいた医師という専門職の姿勢・構え・行動様式であり、その背景には健全な倫理感がある⁶¹⁾と定義している。そこでは、チーム医療や患者中心の医療を行う現代では、もはや医師単独で「医のプロフェッショナルリズム」を考えることはできない。すなわち「社会の視点や医療を遂行する多くの職種との相互作用の中で考えていくことが必須である」と述べられており、現代的な問題意識が反映されている。

2015年に「医学教育専門家認定制度」を発足さ

せた日本医学教育学会には、大生が副会長を務める「倫理・プロフェッショナルリズム委員会」が設置されている。同委員会の活動は活発で、2008年に『医療プロフェッショナルワークショップガイド』、2012年には、『医療プロフェッショナルリズム教育—理論と原則—』を編集・刊行した。また2014年11月には、ワークショップ「プロフェッショナル教育のコンセンサスを形成しよう」を実施し、成果を『医学教育』誌に掲載するなど、プロフェッショナルリズム教育への会員の関心を喚起してきた⁶²⁾。

同委員会は、近年の複雑な医学・医療の状況におけるプロフェッショナルリズムには「包括的な定義がない」(宮田靖志)としつつも、「プロフェッショナルリズムに含まれる資質・能力」として「1. 社会的使命に献身する意志, 2. 患者中心の医学の実践, 3. 誠実さと公正性の発揮, 4. 多様な価値観の受容と基本的価値観の共有, 5. 組織やチームのリーダー/メンバーとしての役割, 6. 卓越性の追求と生涯学習, 7. 自己管理とキャリア形成」(野村英樹)を設定しようとする。1の「社会的使命」とは、欧米のprofessionに関連の深い「社会契約」を「より日本人にも受け容れやすいと思われる別の表現」にしたものだという⁶³⁾。

他方、この間に、日本人医師のプロフェッショナルリズムの根幹にかかわる議論が展開された。武士道を日本固有の倫理規範の一つととらえ、新渡戸稲造が「医は仁術」の「仁」を英語で解説したことを評価する立場からは、武士道の徳目(義・勇・仁・礼・誠・名誉・忠義)が日本の文脈でのプロフェッショナルリズムに繋がるとの主張⁶⁴⁾、「身内への忠誠を誓う倫理」の「武士道」より「三方よし」の精神による「商人道」こそが「患者よし、医療者よし、社会よし」につながるとする主張⁶⁵⁾、

⁶⁰⁾ 宮田靖「プロフェッショナルリズム教育」日本医学教育学会監修・日本医学教育学会学会広報・情報基盤委員会編集『医学教育白書 2018年版』, 篠原出版新社, 2018, 33-36頁。

⁶¹⁾ 大生定義「医のプロフェッショナルリズム総論」『京府医大誌』120(6), 2011, 399(305-402)。

⁶²⁾ 同委員会の活動については、<http://jsme.umin.ac.jp/>を参照。同ワークショップの成果は、「特集 プロフェッショナル教育の現在とこれから」と題して『医学教育』46-2号, 2015年4月にまとめられている。

⁶³⁾ 野村英樹「専門職の倫理—プロフェッショナルリズム その期待と責務—医師の立場から—」『理学療法学』第42巻第8号, 2015年, 730-731頁。

⁶⁴⁾ Nishigori H. Harrison R, Busari J, Dornan T. Bushido and medical professionalism in Japan, Acad Med 2014;89:560-3.

医療人が最も重視すべきは「現在および将来の患者の『保護』」であり、「忠誠」や「権威」などの道徳的直観を重視する武士道は「医療者の職業道徳として相応しくない」⁶⁵⁾との主張、「武士道プロフェッショナリズム」の議論自体が本質主義的で、「日本人」「日本文化」の多様性や境界領域に置かれた人々の存在を軽視し、武士道を非歴史化し、西洋の東洋を見る差別的な視点を内包しているとの批判⁶⁷⁾、などである。これらは、欧米発のグローバルスタンダードに歩調を合わせることを余儀なくされる現代日本の医学教育ゆえに、ローカル（日本独自）な文脈のプロフェッショナリズム論が要請されたことを示唆すると言えよう。

なお、同委員会は、2015年の学会誌『医学教育』で「特集 プロフェッショナリズム教育の現在とこれから」に、2017・18年には、医学生・研修医の「アンプロフェッショナルな行動」に注目し、同じ2018年には「卒前・卒後教育に継続的にプロフェッショナル教育を組み込む」ことにも取り組んでいる。そこで改めて「プロフェッショナリズムは、医療専門職集団、個々の医療専門職者が、患者、住民、社会とともにより良い医療を進めていくために必要な信頼構築の基盤となる価値観、態度、行動」（宮田）⁶⁸⁾との定義が示されている。

これまで見てきたように、プロフェッショナリズム教育の導入過程における、一連の議論や取り組みの最大の成果は、日本の医師の職業倫理の中核に「患者」「住民」「社会」が明確に位置づけられ、「患者のため」が医師の最大の使命として明示されたことだと言えよう。これは、医師法第19条

「診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」の遵守について、単なるコンプライアンスの問題を超えた職業倫理上の裏付けを設けたものともみなしうる。

IV 医師におけるキャリアとジェンダー

前述のように、プロフェッショナリズムは、専門職者（医師）の属性を問うことなく、専門職に一律に、同一の価値規範や具体的行為を期待するニュートラルな概念である。これに対し、次に見ていくキャリアは、専門職者（医師）の属性や環境など固有の文脈における価値や行為と結びついて成立する概念である。この意味で、両者が異なる次元で論じられ、異なる諸側面を有することは不自然ではない。とはいえ、プロフェッショナリズムもキャリアも、ともに一人の医師の中に、表裏一体で存在すべきものなのである。

「キャリア」概念は、働く当事者が自分なりの職業人生のあり方について考え、学び、問題解決する、との当事者性の志向の上に成り立っている⁶⁹⁾。2015年に医療系の論文検索サイト、医学中央雑誌（「医中誌」）で行った調査によれば、医師のキャリア研究が盛んになったのは、2000年代後半以降である⁷⁰⁾。従来、大学の医局が研修医の配置に影響力をもった時期には、医師は自らのキャリアに関心をもつ必要はなかった。2004年に医師臨床研修制度が導入され、マッチングにより各自が研修先・就職先を選ぶようになったことを契機とし

⁶⁵⁾ 大生、「医のプロフェッショナリズム総論」401頁。

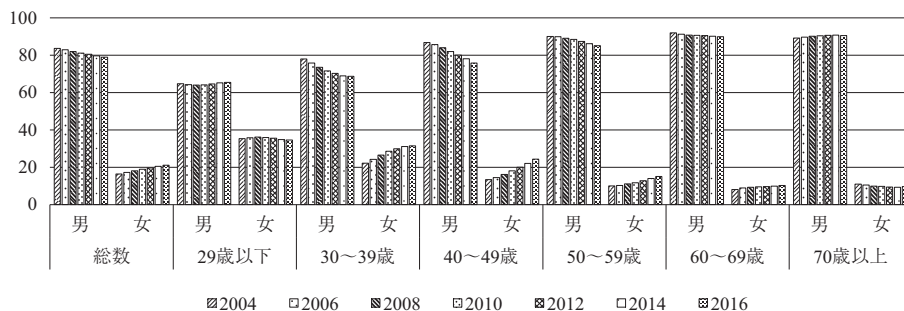
⁶⁶⁾ 野村「専門職の倫理」、731頁。

⁶⁷⁾ 飯田淳子「意見：武士道プロフェッショナリズムと本質主義について」『医学教育』第47号6巻、2016年、377-380頁。

⁶⁸⁾ 宮田靖志「プロフェッショナリズム教育の基本的考え方と教育方略共有の重要性」『第50回日本医学教育学会大会 パネルディスカッション開催報告書 卒前・卒後教育に継続的にプロフェッショナル教育を組み込む』、2018年、5-9頁。

⁶⁹⁾ 例えば、金井壽宏は「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的意味づけ（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。

⁷⁰⁾ 医中誌は、特定非営利活動法人医学中央雑誌刊行会による国内医学論文情報の検索サービスで、現在、全国の医学・歯学・看護学系大学の大半で導入され、約6,000誌から収録した約1,000万件の論文情報を網羅している。



出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師の概況」をもとに筆者作成。

図1 医師の男女別構成割合の経年変化 2004-2016年

て、総体として、キャリアに注目が集まるようになったとみることができる。

だが、近年の医師のキャリア研究には、男性・女性と性別を冠したもの、特に女性医師に焦点化した研究が多い。その中心的課題は、結婚・妊娠・出産・育児などのライフイベントをめぐる就業継続支援、すなわち「仕事と子育ての両立」である。具体的には、専門科・機関ごとの女性医師の働き方と支援体制（労働環境の整備、チーム内の連携など）を取り上げたものが多く、医師個人の人生選択（職業継続）を周囲がどう応援し支えるかに焦点を当てる傾向にあった⁷¹⁾。

だが、ここで注意すべきは、医師のキャリアにかかわる視野が女性医師の「両立」「継続」支援に限定されてきた点である。女性医師自身の「両立」「継続」への努力や意欲、予測される新たな変化に加え、深刻化する男女医師の長時間労働、男女医師のバーンアウト問題などは、医師のキャリアの問題として看過されるべきではない。

近年の調査を見てみよう。日本国内の現役医師における女子の占有率は、1970年に9.5%、1982年に10.2%、1990年に11.5%、1998年に14.1%、2002年に15.7%と遅々とした歩みながら、上昇してき

た。前掲の通り、2016年の厚労省調査の時点で現役医師のジェンダー構成比は約8:2(78.9:21.1)⁷²⁾、医師国家試験合格者の女性割合は2018年で34.0%、2014～18年の平均でも30.9%⁷³⁾を占めている。これらの数字の正確な分析には、コホート調査が必要であるが、従来、この動向については、30～40代の育児・子育て期に離職・休職者が多いために、女性比率が低下していると解釈されてきた。実際はどうかだろうか。

図1は、2004～16年度の各年代の医師総数を100とした場合に、男女が占める割合をグラフにしたものである。20代では12年間に女性割合の大きな変化はないが、30代では9.3%(22.1→31.4%)、40代では11.0%(13.3→24.3%)、と増加していることがわかる。これは明らかに、離職・休職者の減少を示唆するものである。とはいえ、望ましい形での職業継続ができていないことを意味するわけではない。むしろ、この間に「継続」に向けた努力や取り組みが、当事者のみならず、医療現場にも、見られるようになったと推測すべきであろう。

田中朱美らは今から20年前の1996年、「近い将来、必然的に全医師に占める女性の割合は増加することが予測される」がゆえに、「来るべき21世紀

⁷¹⁾ 佐伯知子「研究動向 女性医師をめぐるキャリア研究の現状と課題」(同前特集)『京大大学生涯教育フィールド研究』3号、101-106頁、2015年。

⁷²⁾ 厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/14/> 2018年12月9日最終参照。

⁷³⁾ 「第112回医師国家試験合格状況」<https://www2.tecomgroup.jp/igaku/topics/kokushi/112result/>, 2018年12月9日最終参照。

における女性医師のあり方を模索する」として、全国の女性医師全員29,275人に質問紙を送付し、就業状況および家庭環境などのアンケート調査を行った⁷⁴⁾。同調査では、「結婚によって生じた問題」は約半数が「ある」と回答し、「問題」の内訳（複数回答）は「仕事量が多くて家事ができない」が最も多く、「研究ができない」「夫の面倒が見られない」が続いた。また59.8%が「仕事と家庭の両立」は「大変」と回答している。

他方で、結婚や出産が、女性医師にとってキャリア形成の障碍になるよりむしろ、医師という職業への満足度を上げるというプラスの効果を持つことを示唆する研究もある⁷⁵⁾。2011年、2つの医学部同窓生962人を対象（回収率は38%・71%）とする調査では、医師という職業選択に「満足している」と回答した女性医師は85%、既婚者は74%、うち80%に産後経験があり、77%が医師と結婚していた。女性医師の職業満足度に正の関連を認めた因子は、全女性医師では「未婚に比して既婚であること」、既婚女性医師では「産後経験」であったという。さらに2014年には、女性医師の離職と復職及び育児休業の取得について岡山大学卒業生などを対象にアンケート調査が行われ、回答者（1403名のうち420名、回答率29.9%）のうち、離職経験者は46.6%、離職時期は卒後92.4%、離職理由は「出産育児」が51.5%、「夫の転勤」が21.1%で、初回離職時82%が復職を希望していた

ことが、明らかにされている⁷⁶⁾。

以上を見る限り、日本の女性医師にとって結婚、出産育児、それに伴う離職・復職などにかかわる諸課題は、決して少なくないとはいえ、女性医師の多くがこれらに前向きに対峙し、自らのライフイベントとキャリアを両立させるべく努力していることが、図1の変化の背景にあると考えられる。とはいえ、日本の女性医師は、国際的には低位にある。2017年にOECDが加盟国を対象に行った女性医師占有率の国際比較調査⁷⁷⁾では、加盟34か国の平均46.5%を境に、最上位はラトビア74.4%、日本は最下位の20.3%であった（2014年データ）。

特筆されるのは、2000年以降の約15年間、西欧・北欧で、東欧社会の後を追うように、女性医師が10%以上増えている点である（表2）。この医療専門職の急速な「女性化」現象は多くの研究者から注目されており⁷⁸⁾、EU諸国の比較研究では医療に加え、法律・財務などの専門職域でも「女性化」傾向が指摘されている⁷⁹⁾。

序章で言及した現代の専門職全般への期待や要求の高まりは、「男性か女性か」よりも「必要とされる能力を有するか否か」の価値がより優先されることにより、「女性参入型」専門職域にも、より透徹した能力主義を加速させるものと思われる。それはまた、医師という専門職の性格をよりジェンダー中立なものに変容させる契機ともなりえよう。

⁷⁴⁾ 同調査の回収率29.5%、回答者の平均年齢45.2歳、医療施設従事者94.8%、常勤職者89%、既婚者61.4%、最少年齢25歳、最高年齢97歳であった。田中朱美、清水悟、澤口彰子、神津忠彦、橋本葉子「日本における女性医師の現況に関する調査研究—全女性医師（対象27,779名）に対するアンケート結果から—」『医学教育』第28巻、第3号、1997年6月、181-186頁。

⁷⁵⁾ 野村恭子・山崎由花・鶴ヶ野しのぶ、丸井英二、矢野栄二「結婚・出産が女性医師の職業満足度へ与える影響—2大学医学部同窓会調査より—」『医学教育』第42巻第4号、2011年、209-215頁。

⁷⁶⁾ 片岡仁美、野村恭子、川畑智子、勅使河原早苗、岩瀬敏秀「女性医師の離職と復職に関する現状と課題：岡山大学卒業生及び同大学臨床系講座入局者のアンケート調査より」『医学教育』45巻5号、2014年、365-375頁。

⁷⁷⁾ ECD, Chapter 8. Health Figure 8.6. Share of female doctors, 2000 and 2015 (or nearest year), in *Health at a Glance 2017*, OECD Publishing, Paris, 2017, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-graph133-en, 最終参照2018年3月1日。

⁷⁸⁾ 例えば、Riska, E., “The feminization thesis: discourses on gender and medicine,” *Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, Vol.16, NO.1, 2008., Mari Tsouroufli Ed. *Gender, Careers and Inequalities in Medicine and Medical Education: International Perspectives*, Emerald, 2015など。

⁷⁹⁾ Malatesta, M., *Professional Men, Professional Women*, Sage, 2011. これらの国際的動向については、合わせて、以下を参照のこと。渡邊洋子「キャリアヒストリー法の構築に向けて—女性医師を対象として—」『創生ジャーナル Human and Society』新潟大学キャリア創生研究会、2018、1、65-74頁。

表2 OECD加盟国における女性医師占有率の変化(2000-2015)

増加割合の区分	国名・女性医師占有率の増加割合	備考
15.0%以上	オランダ17.3, スペイン15.8	
10.0~14.9%	ノルウェー*14.1, アイスランド13.0, デンマーク**12.9, ベルギー-12.9, スイス11.5, イギリス10.5, カナダ10.5, イタリア10.5, ニュージーランド10.0, オーストラリア10.0	*2002 **2003 ***2014
5.0~9.9%	オーストリア9.7, ドイツ9.7, 米国*9.6, ポルトガル8.5, スウェーデン**8.0, フィンランド7.8, フランス7.8, ギリシア7.4, OECD34か国平均7.4, アイルランド6.7, 日本***6.0, ハンガリー-5.8	*2014 **2014 ***2014
0.0~4.9%	チェコ共和国2.9, ポーランド2.7, イスラエル2.3, スロバキア共和国1.4, ラトビア1.3, エストニア0.0	*2013
0.0未満	なし	
比較データなし	スロベニア, トルコ, チリ, ルクセンブルク, 韓国	

ECD(2017), Chapter 8. Health Figure 8.6. Share of female doctors, 2000 and 2015 (or nearest year), in *Health at a Glance 2017*, OECD Publishing, Paris. より筆者が計算・作成。なお、上記は基本的に2015年の女性医師占有率から2000年の占有率を差し引いた数字である。
※創生ジャーナル *Human and Society* 第1巻(2018)より転載。

とはいえ、表2の国々に示唆されるように、女性医師の参入段階からの主流化には、男女医師のキャリアとライフ、ファミリーにかかわる新たな視点が求められよう。

V 小括に代えて—日本の医師におけるプロフェッショナルリズムとキャリア

近年、医学世界においてプロフェッショナルリズムをめぐる教育や議論は、当然のことながら、性別を問わず、すべての医師に向けられてきた。そして現在、男女医学生そして男女医師は、「卒前・卒後・生涯教育」において継続的にプロフェッショナル教育を受け、実際にその成果を、自らのキャリアの中で効果的に活かすことが期待されている。では医師個人にとってこれらの動向は、どのようにとらえられるだろうか。

現実社会において医師は、属性にかかわらず、プロフェッショナルリズムの十全な遂行を最優先することを求められ、キャリアの継続・発展と違和感なく両立できることを期待されている。このため大多数の男性医師がライフやファミリーを度外視しがちになる一方、女性医師の場合、結婚や子どもなどのライフイベントの問いが、キャリアの分岐点となる。

すなわち、男性医師と同様にプロフェッショナルリズム追求を最優先課題とする女性医師には、非婚や一時休業で、キャリア・ファミリーコンフリクト(仕事と家族生活の間の葛藤)の回避・先送

り・克服を図るか、あるいは、家族生活とキャリア継続の調和/両立に最大限のエネルギーを投入しつつ、可能な範囲でのプロフェッショナルリズムの遂行に留めるか、の二者択一の選択をせまられることになる。

このような中、現代日本のプロフェッショナルリズムは、ライフやファミリーの占める割合を極限にまで最小化させられる(とみなされがち)男性医師に深くかかわる問題と位置づけられてきた。他方、ワークとライフのバランスをとることは男女共通の課題であるとはいえ、キャリアは、ライフやファミリーを優先することが自明視される女性医師の専有物ととらえられがちであった。そこでは、キャリアをめぐる問題意識は、女性役割の遂行上、プロフェッショナルリズムの縮小・制限を余儀なくされる女性医師に対し、職業継続と円滑な両立を可能にするための支援策に集約されてきた感がある。

本来、プロフェッショナルリズムとキャリアはともに、一人の医師の中で、表裏一体の関係において共存すべきものである。だが現状では、個々の医師にとってのプロフェッショナルリズムの追求と一人の人間としての働き方、生涯を通じてのキャリアとライフやファミリー、などを架橋する視点が希薄と言わざるを得ない⁸⁰⁾。それは職業継続や両立問題に悩む女性医師だけの問題ではない。地域の医師不足や医療施設の経営困難などの外的要因により、「過労死寸前」「バーンアウト」段階ま

での長時間労働のシフトやローテーションで働くことを余儀なくされ⁸¹⁾、傍らで「患者中心」を掲げるプロフェッショナルリズム教育を強化され、結果としてライフやファミリーを犠牲にせざるを得ない男女医師の直面する窮極の問題なのである。

最後に、保坂隆編著『医師のストレス』（中外医学社、2009）という本に言及したい。2008年6月、日本医師会内に「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」が設置された。翌年、同委員会では「医療崩壊の背景のひとつである『医師のストレス』を真正面からとらえるべき時が来た」との認識のもと、「医師が罹りうる精神疾患」「臨床各科に特異的なストレス状況」「諸外国での取り組み」「我が国の課題と取り組みの現状」などを紹介・整理した同書を刊行した。以下の序文は、深刻な医療現場の現状を、如実に示唆している。

本書はまず、現場で疲弊しながらも患者さんのために一生懸命臨床に従事して下さっている医師に読んでいただきたい。もしかしたら、誰か専門家に相談してもよい状況に陥っているかもしれないからだ。そして、病院長や経営者にも読んでいただき、一緒にストレス対策について考えていただきたい。また、国や自治体の行政に携わっている方にも読んでいただき、逼迫した現場の状況を感じとっていただきたい。そして最後に、患者さんや一般の方にも読んでいただきたい。現場で働く医師も、ストレス処理の下手な人間であることを知っていただきたいからだ。

医療は誰のものでもなく、社会全体のものすなわち公共財である。われわれは、そこで働く

医療者には十分に健康を維持していただき、この公共財を有効に利用すべきであろう⁸²⁾。

以上、本稿では、日本における専門職としての医師に多面的に光を当てて考察してきた。そこで得られた知見および課題は、以下の4点である。①医師世界は、医師＝男性を前提に構築され、女性の参入によって変化を遂げてきた専門職世界（「女性参入型」専門職）であり、その性質が現在も濃厚であること、②近年、患者本位のプロフェッショナルリズム教育が強調される一方、「患者のため」との至上命題により、ライフやファミリーの縮小・最小化が許容・奨励される傾向が否めないこと、③他方で、キャリアの問題への視野が、女性医師の職業継続と家庭との両立支援の範囲に留まり、キャリア支援も、生涯的な見通しをもった男女医師のライフとワークのバランス調整や長時間労働の是正、ワーク・ファミリーコンフリクトの解決などには至っていないこと、④医師個人の中で、表裏一体で共存すべきプロフェッショナルリズムとキャリアが、現状では、プロフェッショナルリズム＝男性、キャリア＝女性と分岐してしまう傾向にあり、このことが、男女医師の働き方や労働時間に直接・間接的に影響を及ぼしていることが示唆されること、などである。男女医師が生涯的視野に立ち、一人の人間としてキャリアとライフを享受しつつ、最大限のプロフェッショナルリズムを発揮できるような環境が何よりも求められる。

今後、これらの事項と「医師の働き方」の相互関連や実態について、「公共財」としての持続可能性との認識のもと、当事者の視点⁸³⁾に立って、よ

⁸⁰⁾ 渡邊洋子・佐伯知子・柴原真知子・池田法子「専門職におけるキャリアとプロフェッショナルリズムの現代的課題—一日英の女性医師の比較研究から」第7回公教育計画学会研究大会、新潟大学サテライトキャンパス・ときメイト、2015年5月29日。

⁸¹⁾ 2018年12月、医師の働き方改革をめぐって2024年4月から勤務医に適用となる残業時間の上限規制について、厚生労働省が将来的な上限を「年960時間」とする方向で検討を進めていることが判明した。地域医療提供体制の維持や技能向上を理由により長い上限が必要として、特定の医療機関の医師は当面、上限が年千時間を超える見通しであるが、年960時間は1カ月に換算すると80時間で、脳・心臓疾患の労災認定基準となる「過労死ライン」と重なりとされた、「勤務医、残業上限を年960時間」、YahooJapanニュース、2018年12月12日。<https://news.yahoo.co.jp/pickup/6306524>、2018年12月13日最終参照。

⁸²⁾ 保坂隆編著『医師のストレス』中外医学社、2009年、序より。

り具体的に考察・検討していくことが望まれる。

(わたなべ・ようこ)

⁸³⁾ 例えば、筆者らは、専門職のキャリアの歩みを視覚化しながら振り返る、研究／実践方法論として「キャリアヒストリー法」を提起している。渡邊洋子・犬塚典子・池田雅則・種村文孝・池田法子「職業人生を振り返る／見直す学習—キャリアヒストリー法の課題と可能性—」日本社会教育学会第65回研究大会，名桜大学，2018年10月6日。

General Remarks: Characteristics of the Healthcare Profession in Japan; from the Multidimensional Observation of Medical Doctors

Yoko WATANABE*

Abstract

In this article, medical doctor in Japan is examined from professional, historical, and sociological perspectives, and through the work its uniquely Japanese traits and implications for the work style reform are inquired. Four points were clarified.: 1. Doctor in Japan is the profession of 'women entry' model, whose world was firstly built up for men-only, and later was transformed by the entry of women. And this historical background has a lot to do with today's gender situation in Japanese doctors. 2. Recently, professionalism of doctors is much discussed and valued, however, elements such as doctors' private life and family are regarded as something to be minimized on that ground. 3. The organizational career supports have mainly focused on helping the individual women doctors with continuity of vocation and balance of work and life but have not dealt with the total coordination of work and life balance of men and women doctors, correction of long working hours, and coping with the work family conflicts. 4. Professionalism and career, which are supposed to be coexisting in one doctor, are seemingly as canalized as professionalism for men and career for women. This tendency seems to be affecting to not only the working style but also the working hours of men and women doctors. Keeping these in mind, 'doctor' s working style' in Japan should be totally reinvestigated from the viewpoint of person concerned.

Keywords : Profession, Medical Doctor, Women Entry' Profession Model, Professionalism, Career

* Professor, College of Creative Studies, Niigata University