

医大・医学部入試における女性差別と 専門・管理職における男女不平等

シカゴ大学ラルフ・ルイス記念特別社会学教授

山口 一男

やま ぐち かず お

東京大学理学部数学科卒。社会学博士（シカゴ大学）。コロンビア大学助教授、UCLA准教授を経て1991年よりシカゴ大学教授。同校グラハムスクール理事を兼任。2003年に米国情報科学研究所より「1980－1999年に社会科学一般の部で論文が最も引用された一人」と認定。主な著書：『働き方の男女不平等－実証と政策提言』（2017年度日経経済図書文化賞）。



医大・医学部入試における女性差別は法に反するのみならず、合理性を持たない。本稿は「差別容認論」の詭弁性を指摘するとともに、医療分野における男女共同参画社会実現の障害となっている、いくつかの要因を明らかにする。またそれらの事実が日本社会における女性リーダーの欠如の結果の縮図ともなっていることを同時に明らかにする。

1. はじめに一法の遵守について

今回の東京医科大学や順天堂大学の入学試験における女性差別は、大学という最も普遍的価値観を体現すべき組織において、遵法精神が欠けているという事実を示した。憲法14条第1項で

すべて国民は、法の下に平等であって、人種、信条、性別、社会的身分又は門地により政治的、経済的又は社会的関係において差別されない。

とし、またそれを受ける形で教育基本法3条において教育の機会均等を定めているが、これに反する。

また政府が、受験要領に記していなかった

ことが問題であるかのような発言をし、女性差別そのものが憲法および教育基本法に反していることを明言しなかったことも大きな問題であった。

一般に物事の判断基準に複数の拮抗する基準があるとき、何を優先するかについて日本では社会的合意がないことが問題である。例えばヘイトスピーチ禁止と表現の自由についてどちらを優先するかである。これは双方が法で保障されていれば判断が必要になるが、一方の基準が法で保障され他方がそうでないときは、法の遵守は当然である。それではなければ法治国家とは言えない。今回の医大・医学部の行為はこの優先判断基準が未だ日本で

女性医師の就業時間が男性医師より少ないことは事実である。これは主として既婚の女性医師が既婚の男性医師に比べ就業時間が短いことによるもので、未婚者の男女差は少ない。この事実は1980年代の米国を観察してアーリー・ホックシルドが著書『セカンド・シフト』において、男性と異なり女性にはセカンド・シフトがあると強調し、女性の活躍の推進には家庭内の役割の平等化が必須であると強調したことと関連する¹⁾。彼女は共に常勤の既婚の男女雇用者について、就業時間と家事育児時間の合計時間を比べると、女性のほうがより多くの時間を費やしていたという事を示した。現在の米国では合計時間の男女差はほとんどないが、日本では未だ常勤の共働きの夫婦の間では、女性の合計時間の方が大きい。医師に関しても家事育児時間の男女の不平等が女性医師の就業時間を制限している状況があることは間違いない。日本における家庭内の家事育児時間の夫婦間の不平等は実はOECD内で最大である（2018年の28カ国比較による）。家事育児の大部分を女性に押し付けておいて、女性の就業時間が短いという理由で差別をするのは、不当極まりない。

3) 女性医師のパフォーマンスが劣る？

これは全くの偏見である。UCLA助教授の津川友介氏は2016年の医学学術誌の論文で、女性医師に診てもらったほうが、死亡率も、再入院率も低いと発表し、マスコミの注目を浴びた³⁾。また1992年には米国の医学学術誌AJMで専門医師数の男女の違いを制御して、男性医師が医療過誤で患者から訴えられる率は女性医師の約3倍と報告している³⁾。日本に

おいて就業時間という本来の医療行為の質とは異なる基準での判断で女性が劣るという議論には合理性も正当性も全くない。もっとも、時間当たりの生産性でなく、平均何時間働くかで専門職を含むホワイトカラー雇用者を評価するというのは日本企業一般に見られる不合理な傾向で、これが女性の活躍を阻んでいるばかりか、日本のホワイトカラーの労働生産性をも低下させている⁴⁾。

4) 女性医師の専門が偏るので女性を増やすと医師の専門が偏る？

女性の専門医は分野に偏りがあり、女性を増やすと専門別の医師供給に偏りが生じるという論がある。実際女性医師割合は皮膚科、産婦人科、眼科などに多い。だが経済学的に考えれば供給過多の分野は職が得られないので自然に供給が減り、逆に供給過小の分野は、報酬が上がるなどして供給が増えると考えられる。また仮にこのような市場原理による調整機能だけでは不十分であれば、供給過多の分野には大学で男女合わせた人数に制限を設けることもできるし、供給過小の分野には学生の授業料を軽減するなどして、その分野の専門家になるインセンティブを与えることも

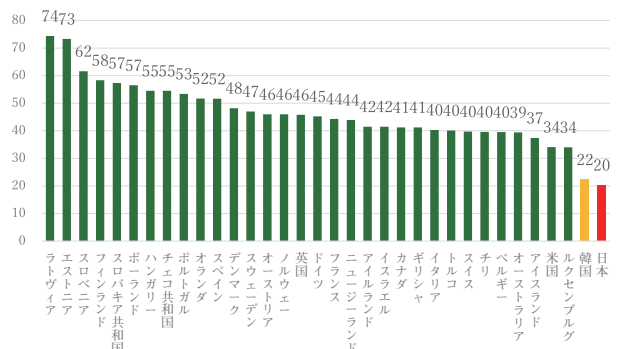


図2 医師の女性割合 (OECD統計2019年)

あるのに、難関大学や、医学部のような高度な専門職への受験を避ける傾向があり、それが女性の活躍を阻む一つの理由ともなっている。この原因については大学受験以前の教育のあり方が問題だと考える。特に初等・中等教育において①リーダー（校長・教頭）が男性に著しく偏り、男女の機会の平等に配慮した教育が行われないこと、②女性差別は基本的な人権の侵害という教育を行っていないこと、③性別にかかわらず職業キャリアは重要という視点からの進学指導に欠けること、④生徒会や男女合同の部活動などでリーダーは男性、補佐は女性という「刷り込み」を行うことが多いこと——などの問題がある。

図3はOECD諸国における中学校長の女性割合であるが、日本とトルコのみ飛びぬけて最低の7%、韓国が20%、他の国は皆35%以上で、半数以上の国の中学校長の女性割合は50%を超えている。こういった男性リーダー中心の日本の中等教育制度のあり方と、教育志望の男女差が無関係とは言いがたい。

4. 日本における高度専門職や経営管理の男性への偏りについて

一般にヒューマン・サービス系と言われる

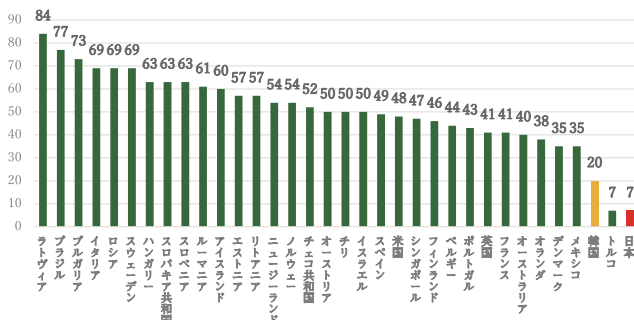


図3 中学校校長の女性割合（OECD統計2018年）

教育・養育、医療・健康、社会福祉の専門職には欧米では女性が多い。日本でもヒューマン・サービス全体では欧米と同様だが、医師や大学教員のような高度専門職になると女性の割合が極端に少なくなる⁵⁾。大学教員の女性割合（2012年）は日本は25%で、OECD諸国で最低であり、OECD平均では40%を超えている。医大・医学部に限ると日本での教員の女性割合は2018年で16%、教授・准教授・講師に限ると11%とさらに減少する。

こういった医大・医学部における女性リーダーの欠如は、日本の医学部教育が、病理学・解剖学・生理学など科学・技術部門が核で、医療教育学や医療情報学は補助的役割で、また社会における医療といったより広い見地に欠けることと関係していると思われる。ちなみに1980年代に社会疫学研究をしていた社会学者の筆者はコロンビア大学公衆衛生大学院の社会医療学科（sociomedical sciences）の助教授であり医学部研究員も兼任していたが、同じ社会医療学の専門で医療史の専門家であったデイビッド・ロスマン教授は医学部の学部長を務めていた。歴史学博士が医学部長だったのである。医療という専門をより広くとらえているわけだが、日本では歴史学者が医学部長になる可能性などまずない。女性のリーダーの欠如に加えそのような医大・医学部教育における社会的視野の狭さが、今回の憲法や教育法に反する医大・医学部入試における女性差別にも結びついているという気がする。

一般に米国において女性は経営管理職において大きな活躍をしている。図4は2018年のOECD統計による、経営

