

今月の視点

男女共同参画でなく男女平等で

常任理事 長谷川奈津江

3月8日は「国際女性デー」。

2022年度のジェンダーギャップ指数（Gender Gap Index：GGI）は、そろそろ発表されただろうか。この男女格差を測る指数は、「経済」「政治」「教育」「健康」の4つの分野から作成され、「0」が完全不平等、「1」が完全平等を示す。2021年の日本の総合スコアは0.656で、順位は156か国中120位。上位国は1位アイスランド・2位フィンランド・3位ノルウェー・4位ニュージーランド・5位スウェーデン。下位国を見ると、81位ロシア・102位韓国・107位中国・119位アンゴラ・120位日本・121位シエラレオネ。この順位には、違和感や疑問を持つ人もおられる事と拝察する。

そう、このGGIに対し、経済・社会の発展と民主主義の成熟は必要かつ十分条件ではない。日本のスコアを各分野別に見ると（表1）、「政治」スコアが著しく低いため順位を押し下げていることがわかる。

なぜ、日本の「政治」スコアがここまで低いのか。その答えの一つが、ヨーロッパ、アジア、南米、アフリカ諸国では、ジェンダークォータ（Gender Quotas）を法律で定め実施しているため、女性議員比率が増加していることだ。

政治におけるジェンダークォータは、政治の意思決定の場における男性優位を是正するため、候補者や議席、政治幹部の一定比率を女性に割り当てる制度であり、世界では広く普及している制度である。quotaとは、分け前や定員の意味（私自身はつい最近まで、quarter(4分の1)と誤っていたことを告白する)。

このクォータに対しては、日本では慎重論が根強い。選挙という競争を歪ませ、実力無き政治家を生むと。ここでは詳細な説明を避けるが、議員における女性比率の上昇に対する各国の研究結果を示すと、例えばインドの村議会においては、飲料水の確保など健康にかかわる予算が増え、フランス議会では立法過程で多様な論点による法案

表1 2021年度日本のGGI

分野	スコア	昨年のスコア
経済	0.604	0.598
政治	0.061	0.049
教育	0.983	0.983
健康	0.973	0.979

内閣府男女共同参画局 「共同参画」令和3年5月号より抜粋

修正案が提出されるようになった。スウェーデンでは、クオータの影響が強い市ほど、当選する男性の平均実力が上昇したという興味深い変化が報告されている。

では、医療界のGGIはどうだろう。人口の半数が女性であるから女性議員が半数である状態が当然である政治の世界と医療界では、一律に比較はできない。そもそも日本では全医師に対する女性医師の割合は近年増加傾向にはあるが、2016年で21.1%、2018年で21.9%と諸外国に比べ低い。しかし、年齢層のピークでは男性医師は「50～59歳」が最多であるが、女性医師の場合は「30～39歳」がトップで、ここだけで女性医師全体のおよそ3分の1を占めている。女性医学生生の割合は2019年で40%。若い世代ほど女性医師の割合が確実に増えている。この現実の変化に対し、現在の医療界の対応はできているのだろうか。

2019年の日本医師会女性医師支援センターのアンケート調査では、女性医師の割合が20%を超えている学会が4割近くに上る一方、85学会中、女性医師の理事がいないのは35学会で、44学会で女性理事の理事就任割合は5%未満であり、20%を上回る学会はなかった。評議員に関しクオータなどのポジティブ・アクションを導入している学会の割合は、2015年は8.9%、2019年は13.6%。学会役員、大学教授、都道府県医師

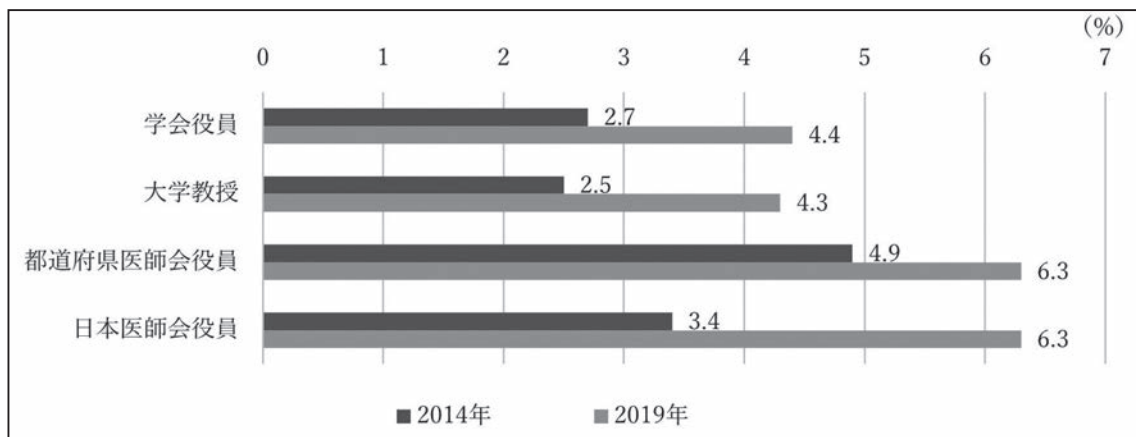
会役員、日本医師会役員における女性医師の割合もゆっくりであるが確実に増加している（表2）。この変化は、女性医師の努力も勿論のこと、組織の意思決定層の意識の表れであると考える。

ちなみに、山口県医師会は2022年3月現在、会員数2,528人中女性医師会員375名で14%。また、郡市医師会役員総数は201名、そのうち女性役員は10名で4.9%。

近年の医師不足と女性医師の増加を背景に、女性医師の家庭と仕事の両立が医療界の大きな課題となっていることは共有されている。現在の女性医師の両立支援策は、主に育児期のサポート（ベビーシッター斡旋・24時間院内保育所等）と女性医師の勤務体制の柔軟化（短時間雇用、ワークシェアリング、当直免除等）が中心である。育児期のサポートは非常に重要であるが、女性医師をある意味で妻つき男性即ち「ケアレス・マン」に近い働き方にする支援といえる。女性医師の勤務体制の柔軟化も男性並みには働けないという不利な地位におかれる。

日本医師会の調査では、女性医師の8割以上が「食事調理」「食事の後片付け」「掃除」「洗濯」の主たる担当者は自分であると答えている。また、別の調査では週当たりの診療時間は男性の中央値が50時間、女性では40時間と女性の方が短い。週当たりの家事労働時間は男性の中央値3時間に比べ女性は30時間であった。職場では男性医

表2 日本医学会分科会・医学部・医師会における指導的立場（役員）の女性医師の割合



日本医師会女性医師支援センターのアンケート調査結果を基に作成

師並に働けないと評価されがちな女性医師であるが、家庭内での無償労働のほとんどは女性に偏り、診療時間に家事労働時間を加えた総労働時間をみると、女性医師のほうが男性医師よりも長時間働いているのである（表3）。女性医師の配偶者の7割以上が男性医師であることを考えると、パートナーである男性医師の家事・育児への不参加が、女性医師の仕事と家庭の両立困難に影響している。医学生から指導的地位に至る医師までがジェンダー問題に知識を持つことが不可欠であり、医師の生涯教育としてのジェンダー学習を検討すべきであろう。

女性医師の就業率を上昇させるためには、現在の育児期のサポートや勤務体制の柔軟化に加え、女性の無償労働の上で成り立つ医師の長時間・不規則な労働環境の見直し、女性医師の家庭と仕事の二重負担の解消が重要である。従来の性役割分業観を是正するジェンダー平等対策を進めるためには、国レベル、大学レベル、病院レベルの対策が必要である。女性医師にではなく、女性医師がという視点を強化するためにも、大学、医療機関、医師会組織の意思決定層における女性のさらなる増加が不可欠ではないだろうか。

この変革は決して非現実的ではない。昨日まで当然の事と疑うこともなかった医療界の常識が通用しない時代を私たちは迎えている。初期研修医

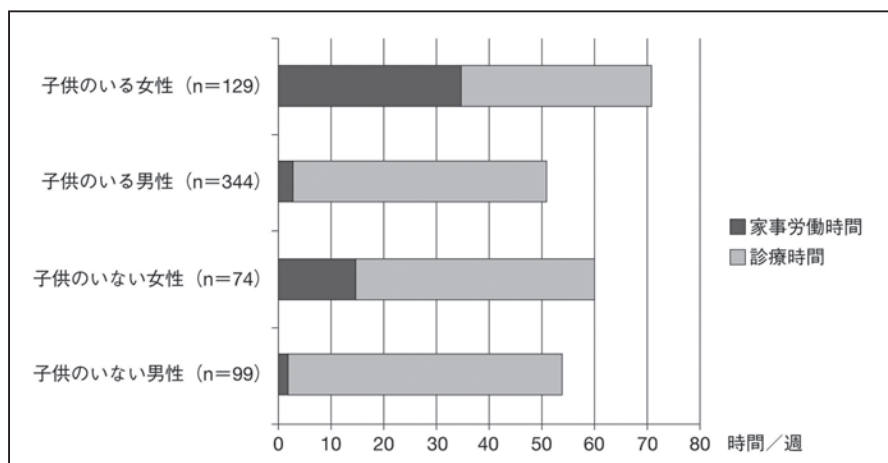
の労働条件がこれほどまでに厳格にコントロールされる日が来ようとは、10年前、20年前に予測できただろうか。子どもの発熱などで休むことなかったハードワーカーの男性医師であっても、コロナ感染症陽性や濃厚接触者となれば、明日から欠勤である。

女性医師が、女性であることが医師として不利益にならない労働環境を獲得するという目標を医療界が明確に保ち、小さな変化を重ねてゆけば、必ずその目標を達成できると考える。

参考文献

「ジェンダークオータ
世界の女性議員はなぜ増えたのか」
三浦まり・衛藤幹子 明石書店
「男女均衡参加、再生への鍵 民主主義の未来」
奥山陽子 日本経済新聞 2021/8/20
「医療界における男女共同参画は進んだか」
高橋克子
「日本の医学界におけるジェンダー平等について」
安川康介・野村恭子 医学教育 2014；43（4）
「女性医師の活躍を阻むものは何か」
深見佳代 日本労働研究雑誌；722 巻9号

表3 子供の有無で層化した週当たりの診療時間と家事労働時間



安川康介・野村恭子, 医師による性別役割分担.
医学教育 2014；43(4)：315-319 より転載