

大 学 院^{*1}

高 久 史 磨^{*2}

はじめに

医学系大学院は第2次大戦後、大学における医学の最高の教育・研究機関として位置づけられて発足し、その後40年余にわたって次第に整備、充実されてきた。1986年度に琉球大学に、さらに1987年度に防衛医科大学校に医学研究科が設けられて、全国すべての医学部、医科大学並びに医学校に大学院が設けられた。

医学系大学院の目的は大学における医学の高度の教育・研究組織として、自ら先端的な医学研究を行うとともに独創的な研究能力とあわせて豊かな学識と人間性を備えた医学教育者・研究者の養成を行うこととされている。しかしながら昭和40年代の大学紛争の際には、医学研究に対する否定的な風潮もあって大学院への入学者が減少し、とくに卒後臨床研修制度が確立してからは、臨床の教室への大学院入学者がきわめて少ない状態が長い間続いた。最近では臨床系大学院の入学者も次第に増加してきたが、それでも1984年の国立大学の調査では表1のごとく平均58.9%の定員充足率となっている。本文では医学系大学院の現状と問題点を指摘するとともにとくに、問題の多い臨床系大学院に関して、その解決の方策につき言及する。

1. 医学系大学院の現状と問題点

医学系大学院の大部分の講座は学部の講座がそのまま医学系研究科の講座になっているものであり、大学院として独立専攻の講座を有しているのは京都大学で、分子医学系として、分子腫瘍学、

分子遺伝学、分子生物学、分子免疫学、分子生化学、細胞生物学、腫瘍ウイルス学、分子病診断学、分子医学診断学、分子核医学、腫瘍外科学、分子放射線治療学、の講座があるにすぎない。

したがって内容的にも基礎医学、臨床医学、社会医学（保健学を含む）を主体としている。また東京大学大学院医学系研究科保健学、筑波大学医科学研究科、大阪大学医科学研究科、琉球大学大学院保健学研究科、杏林大学大学院保健学研究科を除けばいずれも博士課程のみで、医学部（医科大学）を卒業後直接博士課程コースに入学するようになっている。ちなみに保健学の大学院があるのは東京大学大学院、琉球大学大学院、杏林大学大学院の3大学院で東京大学、杏林大学はいずれも修士課程・博士課程を有している。

医学系大学院の大部分の講座が学部の上になり立っていることを反映して、従来医学系大学院は一律に生理系/病理系/社会医学系/内科系/外科系の5つの専攻にわけられてきた。しかし新設の医科大学では従来の名称にとらわれない形の専攻の編成を行っているところが少なくない。新しい型の専攻の編成の例として表2のようなものがあげられる。

医学系大学院学生の定員の充足率が低いことは上述の通りであるが、この傾向は臨床系の大学院においてとくに著明である。その理由として1) 大学院学生に対する特定のカリキュラムができていない、2) 卒後臨床研修医と同じように病棟で臨床に従事しているにもかかわらず、研修医は一定の金額を支給され、一方大学院学生は月謝を払わなければならない、3) 論文博士を取得するのがそれほど困難ではない、などの事実があげられる。

ちなみに1986年の文部省の調査では表3に示すごとく論文博士の割合が課程博士よりも国・公・

^{*1} The Graduate School.

キーワード：医学系大学院，博士課程，臨床系大学院，独立専攻

^{*2} TAKAKU, Fumimaro 国立病院医療センター

表 1 旧設大学院の学生充足率

大学名	1979年 4 月入学				1984年 4 月入学			
	修士課程 1 年		博士課程 1 年		修士課程 1 年		博士課程 1 年	
	定 員	現 員	定 員	現 員	定 員	現 員	定 員	現 員
A			63	17 (27.0)			62	23 (37.1)
B			92	25 (27.2)			92	35 (38.0)
C	18	14 (77.8)	136	31 (22.8)	18	22(122.2)	136	51 (37.5)
D			80	29 (36.3)			80	28 (35.0)
E			86	72 (83.7)			90	99(110.0)
F	20	20(100.0)	83	46 (55.4)	21	20 (95.2)	86	73 (84.5)
G			72	34 (47.2)			72	55 (76.4)
計	38	34 (89.5)	612	254 (41.5)	39	42(107.7)	618	368 (58.9)

注 1) 医学研究科についての集計

2) () 内は%を示す

表 2 新しい名称の大学院医学研究科系

細胞器官系, 生体情報調節系, 生体防禦機構系, 人間生態系, 病態科学系, 生体代謝調節系, 環境生態系, 形態学系, 機能学系, 生態情報・制御系, 発生・分化・増殖系, 形態・細胞機能系, 生体制禦系, 発生・形態系, 機能代謝系, 分子医学系, 機能形態系, 細胞・器官系, 形態機能系, 地域医療系, 人間生物学系, 生物・医学研究系, 予防医学系

表 3 1986年度の医学博士授与数(文部省調べ)

	課程修了者(甲)	論文博士(乙)	乙/甲
国立大学	775	1,526	1.87
公立大学	124	290	2.34
私立大学	603	897	1.49

私立のいずれを問わず多くなっている。

大学院の学生でも臨床系の場合, 将来医師として患者の診断・治療にあたるのが十分に予想される。したがって卒業後ただちに大学院に入学した場合には研修医と同じように入院患者をうけて患者の診療にあたっている場合が少なくない。また現在各学会が中心になって認定医, 専門医の制度がつくられ, 臨床医のほとんどすべてがその資格をとるようになっているが, 大学院に入学した場合, 大学院のコースと専門医の資格を得るためのコースとをどのように整合させるかということも問題になる。

その他現在臨床系の大学院の卒業生はほとんどすべてが4年間の修学ののち卒業しているが, かりに臨床研修ののちに大学院に入学するととなると卒業の時点でかなりの年齢に達している。

以上のような問題点があるため, 臨床系大学院の入学希望者が少なく, 臨床系大学院無用論さえもしばしば聞かれる。しかし臨床系の医学にあって

ても研究・教育に従事する人材の養成は必須であり, その人材養成のためには臨床系大学院を存続し, より充実すべきである。しかしその内容に関しては現在の形のものと異なったものであるべきであると考え, 日本医学教育学会卒業教育委員会(委員長福岡誠之, 高久史麿)は臨床系大学院のあり方に関して以下のような提言を行った。

2. 臨床系大学院に関する提言(日本医学教育学会卒業教育委員会)

1) 臨床系大学院存在の必要性

医系大学院には周知のごとく, 大別して基礎・社会・臨床の3つの部門がある。大学によっては別の名称・構成になっているが, 医学そのものが上述の3つに大別されるため, 内容的には同様な区別があると考えて差し支えないであろう。この中で卒業教育委員会がとくに臨床系大学院の問題をとりあげたのは, この問題が卒後の臨床教育にもっとも密接に関連していることと臨床系の大学院が医学系の大学院の中でもっとも大きな問題を抱えているからである。

現在臨床系の大学院の存在に対して否定的な意

見がないわけではない。事実一部の大学の臨床教室では大学院の学生と研修医とを全く区別せず、同じようにもっぱら診療に従事させ、学生の方も大学院学生になると早く博士号が取れるために入学する場合があると聞いている。一方、医学の進歩に伴い、医学の研究は基礎の教室で行い、大学院学生も基礎系だけで十分であるという考えがある。現在各学会が行っている認定医・専門医の制度もこのような傾向に拍車をかけているといえる。

しかし臨床の教室においても、臨床に関連した医学の研究を行い、さらに将来臨床医学の研究・教育の中心となる人材の養成を行う必要がある、そのためには臨床系大学院の存在は絶対に必要である。日本医学教育学会卒後教育委員会は、臨床系大学院の内容の充実と発展をはかるために以下述べるごとき改善の提言を行う。

2) 臨床系大学院制度改善の具体策

(1) 開始の時期

2年間の卒後研修を修了した後に臨床系大学院に入学する。臨床医学の研究・教育は患者さんを対象とするものである。また大学院の卒業生は将来臨床医学の指導者となることが期待されるが、臨床医学の指導者となるためには臨床医学に関する基本的な知識・技術・態度を身につけておくことが強く要求される。そのためにも大学院に入学する前に卒後研修を終えておく必要がある。しかし個人の希望、専門の特殊性によっては卒後2年以上たった後に入学しても差し支えない。

(2) 期間

3年間とする。博士論文としてふさわしい研究業績をあげた場合には2年でもよい。

臨床系大学院は卒後研修を経てから入学するのであるから、その期間として従来より1年短い3年間を原則とする。

そもそも大学院は将来研究者として発展するための基本となを研究能力を身に付けるところであるから、そのためには3年間で十分であると考えられる。

(3) 履修内容

(a) 基礎・臨床系大学院共通の基礎的な研究技術等に関するコースを1年受けた後に各自が実際に研究の指導を受ける教官を選んで2年間研究

をする。指導教官の選択にあたっては基礎・医学・他大学の研究室のいずれを問わない。

臨床医学の進歩には目覚ましいものがあるが、それに伴いその研究の遂行に際しては研究者として十分な基礎的な技術・考え方を身につけていなければならない。そのために大学院の学生の間に研究者として基本的な教育・訓練を十分に受ける必要があり、その内容は基礎・臨床のいずれにも共通のものであるべきである。したがって大学院学生は基礎・臨床を問わず、一定のコースによる教育を受け、それを修了した後上記の趣旨による各自の研究を開始すべきである。

(b) 大学院の期間中は研究の遂行に必要なこと以外の診療行為を行わず、研究に専念すべきである。したがって認定医、専門医の資格を取得するための期間には大学院の期間を算入しない。そもそも大学院は研究者を養成するためのものであり、臨床的な能力の指標となる認定医、専門医とは別個のものである。したがって大学院学生の期間と認定医、専門医の資格をうるための臨床的な訓練のための期間とは別個に考えるべきである。

(c) 奨学金制度の充実

臨床系大学院は卒後臨床研修を終了後入学するものであるから、親からの援助を受け難い状態にある。臨床系大学院の学生がいたずらにアルバイトに時間を費やすことがないように奨学金制度を充実すべきである。

おわりに

医学系(含保健学)大学院の現状と問題点、臨床系大学院の改善に関する日本医学教育学会の提案につき概説した。日本の臨床医学の推進のためには大学院制度の充実、post-doctoral fellow 制度の確立など医学研究についての諸政策の実施が是非必要である。

文 献

- 1) 国立大学協会旧設大学院問題検討小委員会：旧設大学院の改善について、昭60年11月。
- 2) 国立大学医学部長会議：医学教育に関する専門委員会報告。医学系大学院の現状と将来像、昭和63年5月。
- 3) 高久史磨監修：医学歯学系大学院案内、1989年度版、東京図書、1989。