

攻の「医薬学系専攻」の新設を中心に、大学院医学系研究科の改組が検討されている。このような学際的な独立専攻が作られた場合、教官やカリキュラムをどうするかといった基本的な問題に加えて、学位の呼称についても検討が必要となる。現在のところ、出身や指導教官にこだわらず、研究成果に応じて医学博士または薬学博士を与えるとの案があるが、修業年限、学位については弾力的な運用が必要であろう。

このような新しい大学院構想を実現する上での大きな問題点の一つに、医学部医学科を基礎とする大学院専攻（生理系、病理系、社会医学系、内科系、外科系）の入学志望者が恒常的に定員に充たないことがある。同じ医学系研究科にありながら、総合薬学科を基礎とする分子薬学系、生命薬学系の2専攻では毎年定員を大きく上回る志願者があるのとは対照的である。最近行われたアンケート調査の結果（国立大学医学部長会議医学系大学院に関する委員会編「医学系大学院の現状と将来像について：アンケート調査結果の報告」平成2年10月9日）を見ると、このような医学博士課程の定員割れは多くの大学医学部に見られる現象で、この主な原因を本学大学院のカリキュラムや指導体制の不備に求めるのは酷であろう。しかし、医学博士課程の充実

のためにカリキュラムの改善が必要であることは多くの医学系大学院で認められており、本学の医学博士課程担当者にも、専攻の再編成を含め、より魅力的なカリキュラム、指導体制作りが強く望まれる。大学院の充実を論じる際に常に問題点として指摘されるのは人員・予算の不足であり、それは事実大きな問題ではあるが、熱心な大学院教育を行っている教官にはそれに応じた優遇措置をとるなど個々の教官のインセンティブを高める工夫も必要なのではあるまいか。

現在の厳しい国家財政の状況で、新しい組織づくりには、スクラップ・アンド・ビルドが要求されている。一方では、寄附講座の開設が認められるなど、民間活力導入も可能になった。研究費にしても、民間からの奨学寄附金の比重は年々増している。医学部では、平成元年度の奨学寄附金は文部省科学研究費補助金の3倍以上にもなっている。このような状況をうまく生かせば、たとえ国からの予算は限られたものではあっても、医学部の大学院・研究体制をよりよいものに整備する方策はいろいろと考えられるのではなかろうか。このような方策の立案・検討に当たっては、学長、学部長の強力なリーダーシップが望まれる。

歯学部 浜田 泰三へは基礎の充実と専攻の充実を、歯学部から少々の手直しより、大胆な再編もありえとの認識から今は少し静観しているのではなかろうか。

- 1) 生命、健康科学研究の推進は方向としてはどれもよいことが多い。しかし実際にはよほど構成員の賛同がないと難しいことばかりである。
- 2) 学際領域の研究は重複などもあるが、現在でもうまくいっているのではなかろうか。
- 3) 重点研究領域は歯科ではなかなかしぼりにくい。全国29大学（歯学部）を再編する

ぐらいの気がないと無理。

4) 共同研究を円滑に行えるような制度、post-doctoral fellowship に類する制度、教官の再教育の制度などが設けられることを切に望む。しかし、我々の職務が研究のみならず、臨床、教育とあり、多くの委員会の分担などが困難にしている。研究機関と教育・臨床も含む研究機関との違いである。

5) 学部が西条地区に集中するので、共同利用できる高度研究施設に関しては、医・歯・薬としては中央的にやるものと、分離するものと考えなおす必要がある。

6) 21世紀に向けて附属病院のあり方について検討することは大切なことであるが、議論したことをどのようにして具体化するかという点に問題がある。たぶん現在の診療科やシステムを根本から変えるなり、人の移動も考えない限り実現困難ではなかろうか。

1つの方向に邁進することにも賛否あるが、大学もたくさんあり、それぞれの大学が特徴をもってやることを是とするならば、たとえば5年前からはっきりと方針を公告し、とくに人事ではそれにむけてある部分は自然縮小したり、5年間の期間をみて再編などする必要はある。また一大学で行うのではなく数大学、数機関で人の受け入れを考えないかぎり実行できないのではないかと。

歯学部として答申の中のことを実現する具体的なアプローチの1つとして、また他国で将来構想検討委員会のメンバーとして答申に関わった身としてはむしろご批判を受ける立場で、とやかく申し上げるのはさしひかえるべきではないかと思うが、以下の論は個人的ないわば感想ということでお許しいただきたい。とかく将来構想というものは絵に書いた餅になりがちである。議論をしていると、

は以下のような例もみられるので我が大学でも導入可能と考えて提案してみる。

現行の基礎系8講座、臨床系10講座をさらに群に分ける。

- 基礎系 基礎群 4講座
- 応用群 4講座
- 臨床系 予防群 3講座(→小児に対応可)
- 治療群 4講座(→成人)
- 修復群 3講座(→老人)

既存のどの講座がどの群に属するかは多少の調整も要るのであえて記さないが、大方の理解は得られるだろう。さてこうすることで、各講座は若干の規制をうけることになるが、重点研究の推進などで便利だし、むだな重複が少しでもさけられる。今後、社会的にも関心の高い重点研究は一講座に一任することは無理であり、群レベルでの対応が現実的ではなかろうか。またボスをつくらないために、各群内は1年もちまわりの当番教授が、定常的な仕事に当れば、4年に1回の当番以外の年はサバティカルなどもとりやすいのではないかと。現行のサイクルは、構成員の年齢などの関係で非現実的であり、いろんなことのサイクルも3~5年にする方向がよいだろう。基本的には現行の講座制は保ちつつ、一部、重点研究や学際研究のため、また増えすぎた定常的な組織運営的な仕事の簡略化のため、また、とかく自浄作用が十分でないことを反省して、少々規制を研究や運営面でうけることを覚悟したらいかがであろうか。

医学部総合薬学科 石橋 貞彦

どうしても理想論になってしまう。今回の主題である大学院・研究体制についても議論の間では良いのだが、具体化ということで話がいわば生臭くなると途端に厄介になるからである。まずは大学院に関してであるが、総論として大学院の充実が大事であるということとは