

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つの方向に進捗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かであろうか。

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れ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

れも異論のないところである。しかし、どのように充実するかということになると議論が分かれる。大学院の議論でいつも問題にされるのは、学部の上におかれているという点である。が、学部からまったく独立した形態を指向するのかどうかということになると、選択がいろいろ変わってしまう。

大学院での教育の在り方についても意見は人さまざまである。自然科学系でアメリカに長く滞在された方は、彼地では大学院でも講義や実習等スクーリングに重点が置かれていることを経験されておられると思われる。一方我が国では大学院生はいわば研究者の卵としての毎日を送っている。スクーリングの強化は広い視野を持ち既存の分野にとらわれない人物の養成に重要かもしれないけれども、我が国のような方式が専門家の育成に効を奏してきたことは周知のことである。加えて、職員が少なくポストドクトラルフェロー制度のない（これらの充実・改善は声を大にしたいところであるが、テーマから少しずれるので今回は触れない）我が国大学では、大学院生が研究をすすめる大きな力になっている。翻って、院生にとっても講義等を聴くよりも研究をする方を選ぶという向きもあるように思われる。

さて答申では大学院教育におけるカリキュラム整備をうたっている。それはそれでいいのだが、極論にはなるけれども前記の2つの方式の間のどのへんの線で話を落ち着かせるかという基本的なところでさえコンセンサスを得るのがもう難しいと私には思われる。

結局、本答申の具体化過程で遭遇する困難な問題とは、大学院についてのこの根本的な考え方をどうするかということに始まり、対処は簡単ではないというのが私の認識である。

話は変わるが、将来構想は上述のようにソフトの問題として論じられる一方で、ハードの問題は別に置かれることが多い。しかも、

ソフトが片付かないとハードに入れないのが一般的傾向である。そのためハード段階に来て具体化は頓挫してしまう。両者は表裏一体のものであって、分けるべきものではないのに特に国立機関等では予算とのからみで大変なことになってしまう。立案部分と実務部分を融合させて計画を進めていくことが肝要である。

なお、この種の論議は大学全体として重要であるけれども、広島大学のように大きな組織体を一つの結論でまとめるのは難しいのではあるまいか。委員会答申でも明らかであるが、独自のカラーを持つ各研究科がそれぞれ固有の将来構想を描いていくこともまた大事であり、多角的な形で整備を進めていきたいものである。

医学系研究科の場合、一つの案として医学と薬学を融合させた専攻をつくることをいろいろ議論している。現在でも広島大学では学部でも大学院でも医学と薬学が共存しており、国立、公立、私立を問わず、全国に類のない形態なのであるが、この優位性をさらに進めて両者の区別がまったくない専攻を設置しようとするものである。

癌や老人性痴呆等の薬の開発は望まれるところであるが、一般的にも薬の有効性を高め、副作用を減少させることは大問題である。医学出身者は、病態は熟知していても薬についての知識は必ずしも十分でないことはあるし、一方、薬学出身者はその逆である。上記のような融合型専攻の設置は、“薬学を理解した医学人、医学を理解した薬学人”の養成に大変有力で、かつ意義あることであり、また前記のような形態の広島大学でこそ初めて実現可能な構想であると考えている。

各研究科でもユニークなアイデアをお待ちに違いないが、競争しないで、共存共栄しながら発展していくことを期待したい。