

1. 大学院教育*1

井内 康輝*2

1. はじめに

中央教育審議会からの答申(2005)¹⁾に従って日本における大学院の充実が図られ、医学部および医科大学においても博士課程はその定員が5,000名をこえる状況となった。元来、他学部と異なり医学系では博士号を取得する率は高かったが、それはいわゆる論文博士の率が高いことに起因した。しかし、大学院の充実という命題のもとでは、博士号の取得は課程制大学院に入学して単位を取得し、卒業論文を作成して修了する過程を経ることが求められた。したがって学生定員の増加は、大学院重点化の施策のもとで旧国立大学が競って大学院大学となり、従来、医学部および医科大学に属していた教員がすべて大学院教員となったために、その教員数から算定された大学院の学生定員を増やさざるをえなかったことによる。

大学院の目的は知の継承と創造であり、従来の医学系大学院では、医学・医療の発展のための医学研究者の育成(特に基礎系研究室において)と、高度な医療の知識と技術を身に付けた高度専門医療人の養成(特に臨床系研究室において)を目標として掲げてきた。しかし、新医師臨床研修制度の導入によって、これらの目標のもとに医学部および医科大学を卒業して直ちに大学院へ進学する学生の数は激減した。特に知の創造をめざす基礎系研究室への入学者の減少は著しい。臨床系研究室においても、初期研修終了後の進路として、大学院進学と後期臨床研修(専門医研修)とが競合

しており、初期研修終了後に大学院への進路を志望する医師は大きく減少している。

こうした状況では、大学院の目的は何か、という点を改めて明確にしなければならない。知の継承と創造という立場からみると、有史以来長い時間と幾多の苦労を重ねて積み上げられてきた医学という学問を継承し発展させるために、大学院の存在は不可欠である。研究は必ずしも大学院でなくても可能である、という議論もあるし、研究の最先端では従来の分野の垣根を越えた、たとえば医学と生物学、あるいは医学と遺伝学など、必ずしも生命現象の理解が医学系大学院で医学研究という名のもとにのみ行われているとはいえない。しかし、医療という実践の場を抱え、疾病を実際に目の前にして行う研究、診断や治療を担う医師の立場をふまえて行う研究は、他の立場からみた研究と異なることも事実である。すなわち、今日においても医学系大学院の果すべき役割は厳然として存在すると考えられ、日本の現在の医療人育成システム、医療提供システムの中に医学系大学院をぜひとも明確に位置づける必要があると考える²⁾。

2. 医学系大学院の現状

全国医学部長病院長会議では、2年に1度さまざまな項目についてアンケート調査を行い、それをもとに“わが国の大学医学部(医科大学)白書”が作られる。その2009年版(2009年5月発行)³⁾から、日本の医学系大学院の現状をみると以下のようなことがいえる。

(1) 定員充足率について

入学定員は前述の如く5,000名を超えており明らかに過剰と思われる。定員に等しい、あるいは定員をこえる入学者数を確保できている大学院は

*1 Graduate Education

*2 Kouki INAI 広島大学大学院医歯薬学総合研究科病理学

23校/78校(29%)にすぎず、55校/78校(71%)は定員割れの状態である。

定員を充足させるためにさまざまな工夫がなされている。大学院設置基準第14条にもとづく社会人入学もそのひとつであり、すでに71校/79校(90.0%)の大学院で社会人入学制度が導入されている。この制度の運用には、授業の昼夜開講制や長期履修制度の導入が必要となることでも分かるように、昼間の病院勤務と夜間の授業への出席や休日を使ってのラボでの実験は、大学院生にとっても、また教員にとっても負担が大きい。

入学者の確保にとっては、経済的支援体制の不備も問題である。多くの大学院ではTA(ティーチングアシスタント)制度、RA(リサーチアシスタント)制度などを活用しているものの、奨学金などの不備が大学院生の負担を大きくしている。

(2) 修士制度の導入と医学系大学院での non MD 生の割合の増加

大学院に2年間の修士課程を加えることは、医学系大学院全体では42校/75校(57.5%)でなされており、旧国立大学でみると、29校/40校(72.5%)で導入されている。この修士課程には、薬学などの医療系を中心とした他分野の学部卒業生が医学・医療系の知識をえるために進学してくるが、教員の立場からは、他分野からの人材の中に研究者/教育者にふさわしい資質をもった人材を発掘し、博士課程に進学してくれることを望んでいるものの、そういう事例は多くない。

博士課程修了者の中のMD/non MDの比率をみると、一部の大学ではnon MDがMDの数を上まわっているが、多くの大学では25~40%程度がnon MDである。MDの大学院博士課程修了者のうち基礎医学分野に進んだ者はごく数人であり、多くは臨床医学分野に進んでいる。

(3) MD/PhD コースの導入

医学生るときから研究者の道へすすみ、医学部を一時休学して大学院博士課程へ進学し、その課程を修了した後、学部に復学し卒業することで、早期にMDとPhDの資格もあわせもつことを可能にするのが、MD/PhDコースである。その目的は研究者特に基礎分野の研究者の育成である。

このコースをもつ医学系大学は17校/80校(21.3%)であり、旧国立大学に限ると15校/43校(34.9%)である。すべての旧国立大学におけるこのコースへの入学者数をあわせると平成16年度10名、17年度12名、18年度8名、19年度13名、20年度10名である。未だ卒業生を出していない現段階でのこのコースに対する評価は難しいが、入学者数は期待するほど多くないといえる。教員側が指摘する問題点としては、学生への経済的支援がないことであり、大学側も財源がないことから、国としてこの制度を支援する方策を考えてほしいという要望が強い。

(4) 研究・教育拠点形成に対する大型予算

全国の大学院の中から研究・教育の拠点となるべき大学院を選んで、競争的資金としてのCOEなどの大型予算が措置されている。これを獲得した大学院は35校/76校(46%)であり、旧国立大学でも21校/40校(53%)と、ほぼ半数を占める。この資金は設備の充実、研究環境の改善、特任教員の採用(人件費)などに用いられ、研究活動の活性化に繋がっている。しかし地方大学の中からは、従来から設備・人材が乏しい中で、旧帝国大学と競争してこうした資金を獲得することの困難さを指摘する声もある。国レベルでの研究・教育予算が絞られる状況では、こうした競争的資金はあるレベル以上の大学院に提供されることが多いと予想され、研究環境において大学間の格差が今後、さらに大きくなると予想される。

3. 臨床系大学院と専門医養成

日本のこれまでの医学系大学院では、いわゆる臨床系大学院への入学者が圧倒的に多い。これは医学部卒業後の選択として、ある一定期間の臨床での研修を終えた後、臨床系大学院へ入学して、博士号の取得をめざすと同時に専門医としての研修も行うという形が合理的と考えられたことによる。しかし近年、各分野の専門医制度では研修内容が厳しく規定され、専門医の資格の取得のために経験すべき臨床例数が多くなり、この点では大学附属病院よりも患者数の多い市中の大病院での研修の方が有利であることも指摘される。こうした状況では、大学院に入学して博士の称号を得る

ことと、専門医の資格を取得することを両立するのが極めて困難となったといえる。

若い医師がキャリアデザインを構築するという立場からみると、博士号の取得より専門医の資格の取得がより重要であろうことは想像に難くない。大学院を担う教員の立場から、“リサーチマインドをもつ臨床医の養成”という言葉がよく使われる。このことは日本の医学・医療の将来にとって重要であることは疑う余地はないが、こうした観点で臨床系大学院を維持しようとするれば、このリサーチマインドのもつ意味とそれを獲得するための方策をもう一度考え直す時期にあると思われる。

一方で、臨床医養成に目標を絞って専門職大学院をつくるという発想もある⁴⁾。これは本来の大学院の役割にもとづいて質の高い基礎的研究をめざす大学院とは区別する。全国の大学院が同じ方向でこうした大学院を設置する必要はなく、多様な大学院を認める方向で整備されてもよいと思われる。ここでは真に臨床的な研究、例えば臨床疫学や長期追跡研究などが行われることを前提に、後期研修と並行して臨床研究を行う場を提供することをめざしてはいかがであろうか。

前述のアンケート結果では、臨床系大学院のカリキュラムの中で、研究者育成コースと高度医療人養成コースを区別していると回答したのは、全体で23校/80校(28.8%)、旧国立大学系で12校/43校(27.9%)である。研究者育成コースでは、基礎研究を中心とした科目を必修とするなどが工夫され、高度医療人養成コースではいわゆる“がんプロフェッショナル養成”などの名目で、がん治療の最新知識を知り、その応用力を身につける科目などが提供されている。後者の場合は未だその内容が充分とはいえ、今後そのプログラムが充実していくことが望まれる。

4. 医学系大学院の将来像

大学院が知の継承と創造をめざす組織とすれば、知の創造のために基礎医学分野において、医学系大学院の存在は必須である。医学部入学後早期の段階で、基礎的な医学の面白さに触れる機会を作ることによって、研究者の卵を発掘し、MD/

PhDコースなどを利用してこれを育てることなどを工夫したい。医学・医療において基礎研究が大切なことは言うまでもなく、これを担う人材が医学部卒業生あるいは医学系大学院の中からでることは、国レベルで考えてもきわめて重要といえる。そのためには基礎医学分野にすすむ人材に対して、手厚い経済的支援を行うことを国として考えるべきであり、大学院修了後の進路(ポスト)についてもこれを保障することを考える必要もあろう。

一方、臨床医学分野では専門医養成も目標に含めた形での大学院はその運営が難しい。大学特に地方大学では、地域の医師供給機関として大学がある限り、多くの若い医師の確保が大きな使命であることははずせないが、そのために大学院組織の中に後期研修として専門医養成を取り込むことは本来の大学院の使命とは異なる。専門医養成は別のプランとして大学附属病院に位置付け、大学院における研究者育成とは切り離しつつ臨床研究を中心として運営することが望ましい。この専門医養成と研究者育成の間での移動は容易にし、適切な人材の発見を可能にしておきたい。また、この臨床研究の担い手の育成は、先に述べた基礎医学分野の研究担い手と同じく、国からの経済的支援や大学院修了後のポストの保証が必要であろう。

おわりに

日本の医学系大学院がこれまで、日本の医学・医療の発展を支え、日本の医療水準を世界レベルに押し上げることに寄与してきたことは間違いがないが、今後ともこの形態を維持し続けることが是か否かについて議論すべき段階にあると考える。欧米の研究者育成の仕組みなどを参考にし、わが国独自の研究者育成のあり方を作るべきであろう。

■文 献

- 1) 中央環境審議会。我が国の高等教育の将来像(答申)。2005年1月28日。
- 2) 井内康輝, 平出敦, 櫻井勇・他。日本の医学系大

学院一研究者養成の現状と課題（第 39 回日本医学教育学会シンポジウム“日本の医学系大学院はこれでいいのか”から）。医学教育 2008；**39**：317-20.

3) 全国医学部長病院長会議；わが国の大学医学部

（医科大学）白書 2009. 平成 21 年（2009 年）5 月

4) 堀原一：専門医制度と医学系大学院。総合臨床 2007；**56**：3153-4.