

中川米造医学教育論集（断片）について

池田光穂

私が作成した中川米造先生の研究業績リストがある。

<http://www.cscd.osaka-u.ac.jp/user/rosaldo/Ynakagawa.html>

しかし、このリストの原資料は、彼の死後叙勲に関して、慌ててまとめた感が強く未収載のものが多く、とりわけ、1963年以降のインターン闘争時代から1969年頃の全共闘運動の頃には、中川もさまざまところで医学教育について発言してきたと思われる。しかし、この時代の彼の書いたものには、出典がマイナーメディアである、資料そのものが散逸した、等の理由でわからないことが多い。

今回、といっても昨年（2013年）夏に大阪大学医学部学生の東條文明氏より、大阪大学医学部学生自治会・医学教育研究委員会が編集していた『医学教育』（1966-1985）の複写の一部の提供を受けていたが、それをpdf化することにした。あわせて、岩間吉也教授（1919-2010）による「大学院医学研究科の改革について」も併載する。委員長だった岩間は、そこで医学部のメディカルスクール化（4年制大学院）を提唱しているからである。

大阪大学医学部は、幸か不幸か——私は功（＝幸）の部分が多大だと信じているが——著名な小説家により「浪速大学」のモデルとして長年揶揄されてきたが、戦後初の「医学概論」教室の設置など、医学教育に関しては、長く教育には熱心な伝統があることの証としてここに示したい。

2014年8月9日

1945年長崎原爆投下日がかつ

ソビエト連邦の大日本帝国への宣戦布告の日の記憶として

医学教育論 (6)

医学概論助教授

中川米造

前号までで医学の歴史的な潮流を跡づけ、そこから来るべき医学の方向と、医学教育のあるべき姿について一応の結論点まで達した。これを更に踏みかためる前に、最近の日本における医学教育論について検討しておくことにする。

昨年と一昨年に各種の医学雑誌にのった医学教育論は約40篇、単行書は一冊ある。置としては最近増加の傾向のあることは事実である。

一般論としては、教育の目標を臨床医の養成におくことに大体意見がかたまってきたように思える。他の領域の人からすれば笑いだされるようなこの一般論は、戦前にあった、臨床医養成のための医専と、「学の蘊奥を究めて、大学との区別がなくなり、大学に一元化されたため、すべて学の蘊奥を究める目標でゆかねばならぬ」という考え方が、多少とも反省を要求されるにいたったということでもあろう。これに対する反論は、医学生生の90%が卒業後臨床医になる現実を認めるとしても、大学ともあろうものが単なる職人教育の場にされるのは我慢がならないというにつくる。これが旧体制維持の最も有力な口実となっている。もっと(考える医師を)というのがその反対案だが、その内容についての明確な提示はないようだ。職人だから、臨床医だから考えない人種だということも変な偏見といわねばならない。すくなくとも考える医師をつくるためには従来のような詰め込み主義をすてて、科学的、能率的な教育体系をつくらねばならないことは自明のことであろう。それをミニマム・レクアイアメントと表現した場合におこる反対も多分に上記の理由による。どのような分野の専門家になるに

しても、また研究者になるにしても、全体に共通の基礎になる知識があって悪いはずはないし、これを自らの権利侵害のように感ずるのはやはり旧体制へのノスタルジーに他ならない。

たゞ、基礎医学系の研究者から将来の研究者の養成についての不安がかなりある。これに対して、専門課程の上級生を臨床医と基礎系研究者の二本立てにし全体としてY字型の系列化を提唱した意見があったが、いくらミニマム・レクアイアメントといっても、実習やスモールグループ方式を重視することになれば、4年間の専門課程を縮めるのは相当の困難があるので、専門分化はあくまでも卒業後に伸ばすべきであろう。たゞし現行の教養を含めて6年を超えることはさけねばならない。世界中の医学教育の傾向としてアンダーグラジュエイトは短くする方向には向ってはいずれ、長くする方向にはないということも指摘されている。

そこで医学教育の整理についての意見も大分でた。この場合指導性を発揮しなければならぬのは臨床側であることも大分徹底してきたようである。解剖学にあまり重点をかけるすぎたという批判も2,3あった。これに対しては、もっと臨床と結びつく解剖学の教育のありかたが解剖学教育担当者のなかから提出されつゝある。公衆衛生・衛生・法医学の時間も多すぎるという意見があるが一方において社会系の医学教育の重要性を唱える意見と真向から対立する。しかし社会性を全く無視してもよいという結論まで極論するものはない。要は臨床医学教育に全く異質的な感じを与えている教育法や講義のありかたに問題が転化しなければならない。社会系の医学教育科目から分裂的イメージを除くことが要求されている。

このほか整理の意見の対象になったのは、内・外科以外の臨床科目で、1) 生命を脅かす緊急疾患 2) 伝染病 3) 重篤な病状を残す緊急疾患を中心に編成しな

れば、当然大巾な整理が要求されるであろう。ただし、この整理まで含めた実験的教育はまだ現われていないようである。

インターン制度廃止の意見は益々つよくなってきているようだ。存続に賛成の意見は主に大学と無関係の指定病院からでている。一部にかなり熱心にインターン生の指導の実績をあげたところもあるが、これを一般するための条件がないことが明らかになった以上、存続論も力がない。それと、そもそもこの制度を押しつけたアメリカが現在インターン制度の廃止を考慮していることが発表された以上外国（特にアメリカ）がやっているからという根拠もなくなる。つまりインターンの目標とした一般医の養成にしても、一年やそこらの研修でできるものでなく、専門医としての一般医の養成が真剣に考えられるべき時期になっているのである。

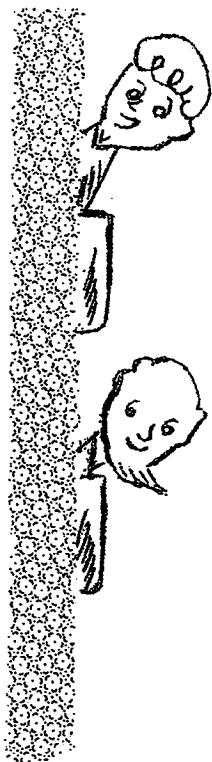
さて、その専門医の問題は無給医の問題とからまりあって、日本ではかなり複雑な様相を呈してきた。公立、私立の大学、そして新設された専門病院の一部では、多少意欲的なとりくみがみられ、有給化した上で、スケジュールに従った訓練計画を発足させているところもあるが、これも一般化するには多くの難題がひかえているようである。最も有力な意見は大学か附属病院のほかにアフィリエイトした病院をいくつかもって、連携を保ちつつ専門を養成してゆくことのようなのだが、たださえ忙しい病院の乏しいスタッフにより過重な任務を課することになることにも問題があるようである。それに有給化といっても決して一人の生活を支えるほどの給料があたりられている例はないし、その可能性も急には得られないとすれば、益々限られた時間で最大限の研修効果をあげられるような方法の研究が必要となろう。この意味で医療技術論への注目が始まっている。

昨年は「チフス菌事件」があって医療の倫理性についての議論が医学教育論にもかなり反影した。医学教育において、ナレアイを排

し、酷しさを要求する声も大分めだった。倫理教育もかなり要求されたが、医学のほかに特別の医の倫理があるという考え方に、先程の社会医学と医学の分裂的イメージと同じ問題がある。

そして、医学教育改革の最も現実的な壁となっているのは、教養課程から専門課程、基礎と臨床、そして、各教室間のセクト主義であることも明らかになった。現在の予算と人員の範囲でも可能な改革案が大世帯の大学ほどおこなわれずにいることが、それを示している。

教育改革にまず学生が立あがらなければならぬ事態は変則的である。教育担当者としてこれを取すべきであるという意見が少数ながらあった。



医学教育

Vol. 2, No. 1, April, 1, 1967

大阪大学医学部学生自治会・医学教育研究委員会

目次

・理想への途	教務委員長 岡野 錦也 (1)
・「昭和42年度授業時間割編成に関する 学生自治会の要望書」に対する回答書	教務委員長 岡野 錦也 (4)
・第3回ポリクリ懇談会	主催 医学部自治会・医育研 (7)
・青医連(42年卒)研修カリキュラムについて	青医連(42年卒)阪大支部カリキュラム委員会 (9)
・臨床研修委員会だより	(12)
・医学教育論(7)	助教授 中川 米造 (13)
・ポリクリ雑感	白倉 良太 (14)

理想への途

教務委員長
岡野 錦 弥

私が教務委員長を仰せつかって三年半になる。茲で今迄の反省と最後の仕上げに対する私見を述べて欲しいと云う事で一筆する。

松倉前教務委員長の方針として講義と実習を連繋し、且つ自発的な勉学意欲を盛り上げる為に比較的集中制度をとったカリキュラムを踏襲するのが第一段階であった。

ついで私の基本方針として第一に医学の学習に医学研究をなるべく結びつける為にゼミ

ナール制を新設した事、第二にポリクリを単なる外来実習に止めずに、新たにベッドサイド教育を加える事により臨床実習を強化した事である。

第一の点は頂度その当時の年度の学生委員が指導教官制度を希望した事と第二に土曜日の曾っての所謂自由講義時間が効果が上らず対策を講じて欲しいとの要請もあったので、これ等をも考慮に入れての計画であった。もともと私は医学部の教育は他の学部と異って、大学本来の目的である研究に結び付ける事が少なく、教



けることを委員会より要請する。

- 3) 41年度研修生の一教室最大人数については15名の中に研修生以外の者も含めるか否か、又更にその人数について再考慮するか否かを改めて臨床教授会で検討することをお願いする。

第2回 3月24日

以下の決定事項が得られた。

- 1) カリキュラムについては、研修委員会はその立案にあたり、臨床教授会を経て、教授会で決定する。インターン指導委員会はその実行機関とする。
- 2) 42年卒研修生について
 i) 研修カリキュラムは現段階では12月10日終了を目標に編成する。
 ii) 研修カリキュラムは4月中旬に決定される。
- 3) 41年卒研修生について
 4月以降の内科系及び外科系研修生について具体的に検討するための話し合いの場を教官(教授、医局長)を含めて)設ける事にする。
 内科系……4月7日午後3時
 病院中2階会議室
 外科系……4月初旬

医学教育論 (7)

—方法への接近—

中川米造

方法は本質や目的を実現するための手続きである。従って本質についての確然とした認識なくしては方法は生れようがない。方法論

とはまず二のような本質への問いから始まらなければならない。

往々にして医学を応用生物学であると考えたものがいるが、そのような理解は医学の本質を抜きにした危険な空転を招く。その典型的な現われはナチスの医学を見ればよい。医学がそこでは大量殺人の道具となってしまっている。医学を単なる科学と考えれば、他の多くの自然科学の諸分科のように両刃の剣になり、使うものの意図によって人間のためにもなり、また人間否定のためにもなる。他の科学はいざしらず、医学だけはこのようなことがあってはならない。医学の対決するのはいつも人間の問題であるからである。

しかしながら、このようなことを書きだしたからといって、決して医学における科学性や客観性をすてよといっているのではない。客観性は認識を共通の広場にもちこむために不可欠の原則であり、それなくしては知識の伝達は不可能になり、より有用な基準をあたえるものとして体系化されるにはその第一歩でたちまちつまづく。言いたいことは、医学における科学性や客観性は、その適用される場面の特殊性にかんがみて、他の自然科学や社会科学とは異った客観化が必要であるということである。更にいうならば、他の自然科学や社会科学も、人間に有用な知識や技術を与えるものであるならば、医学をも含めた科学性、客観性の理解把握の特例として、許されるものであると考えなければならない。最も抱括的で根元的な科学性、客観性とは主体から認識を切りはなすことでなく、主体の生命的な要求を状況にぶつけると、再現性のあるものとして問題解決を可能にするためである。

新しい医学の方法論は、従って、医学を人間の科学の最高位におき、他のすべての科学を従属せしめるほどの気概のもとに発足しなければならない。きらびやかな他領域の科学の進歩に幻惑されて、それに媚をていすることが医学を進める途だと思ふとき、医学は事

(14)

の本質を失った非人間的な知識や技術に墮落する。

医学が他の科学と異なる点はどこにあるのか。形式の上では、医学は他の科学に比して著しく因果性を重視する認識を採用していることが言える。科学における因果性の重要なことは特にとりあげるまでもないが、自然科学においては、その因果性はアリストテレスの区分によると *causa efficiens* つまり動力因としてそれであり、内容としては *causa equat effectum* つまり原因と結果は等号で結ばれるものとしての認識である限り、わざわざ因果性をとりたてて言うほどでもないものである。

ところが医学においては病因論といわれる分野が重要な位置を与えられ、医学研究で追求されることは、いつも病気の原因である。原因と結果は等しいという自然科学、特に物理学的な認識と医学的な因果性とは違うことを一つの例で説明しよう。

これは論理学では古典的な例である。某年某月某時、Aという人が町を歩いてくる。ある場所に建築中の建物があり、その下までAがやってきたところが上で職人が誤って煉瓦を落す。これが運悪く頭に当たって死んだとする。さて死の原因は何かという問を提出してみよう。なるほど煉瓦の落下が原因だといえはいえそうだがそれにつくされない。何故煉瓦が落下したのか。途中で網でも張っておけばこうした事件はおこらなかったはずである。更に職人が何故手をすべらせたのか、何故こんなところに建物をたてなければならぬのか。一方、Aという人間が何故に、この時刻に煉瓦のあたるような場所にいなければならぬのか。途中靴の紐を結んだりして一秒でもおくれたり、早かったりすれば惨事はなかったはずである。原因と結果は等しいという同一律に従う限り、Aの死んだことは、それへ集中するすべての過去の総和でなければならぬ。物理学なら、この出来事のうちから唯煉瓦の落下だけを取り上げ、その落下

速度や運動エネルギーを算出する。それは事象を切りはなして、それだけの同一律を求めるからである。

しかしながら、死んだAのことを考える場合、そして以後再びこのような事件がおこらないようにと望んでAの死因を考える場合いろいろなことが考えられる。対等としてでてくる、その一つ一つが原因であるとするれば、自然科学における同一律とは全く異った次元から因果性への関心が発していることになる。その次元では、かかる不幸をとにかくも防がねばならぬという情念的な欲求である。

何故という問、これは優れて人間的な問であり、新しい事象、不幸な事象に人間が遭遇した時、その抵抗を乗り越えようとする意欲的な働きかけである。何故という問をしつこく提出するのは幼い子供である。老人は世界の動きはなるようにしかならないと考えるから何故とはいわない。また人間の関係しない事象は何故という問の対象にならない。科学の原動力は何故という新鮮な驚きから発するというが、医学を進める原動力は単に驚いたり感心したりするところに始まるのでなく健康の喪失という人間的な不幸を克服するための至上命令から発するのである。ここから科学化なり客観化がどのように組織されるかが次の問題になる。

ポリクリ雑感

4年 白倉 良

ポリクリに対する学生の態度にか書いてくれとのことなのだが、書けるほど書けなくなる。医学部の存在意義があるべきだなどと考えはじめると、まえさん自身のこの一年間をどう

専門医問題の考え方

ガンチャーの“専門の法則”

アメリカの開業医にもっとも広く読まれている雑誌はJAMAでなくてMedical Economicsという雑誌である。毎号医業経営のあれこれを親切に解説した記事が読みやすくなっている。この雑誌の1966年5月号にカリフォルニア・オークランドの開業医ガンチャーという人が面白い一文を投稿している。題して“Ganchers' left-handed law of medicine”

left-handed というのはくぎっちよ、ぎこちないという意味もあるが、彼はこれを手の5本指にもからませて医療の世界の奇妙な現象を5つとりあげて法則化している。もっとも法則といっても、2,3年前流行したパーキンソンの法則と同じく、根拠は疑わしいが、言われて見ると確かに一面の真実をもっている現象を多小のかいぎゃく味を帯びさせて述べたものである。

たとえば、G氏の第一法則を回復度の法則という。内容は“患者は入院中は退院後に比して1.4倍病気が重い”という。何故なら病気の重さは医師が患者を見舞う回数によって示される。入院中は朝夕2回は回診するが、退院すると週2回ど通院するだけだ。とすれば1.4倍という数字が導きだされる。こんな風に5つの現象がのべられるわけだが、その第5法則を“専門の法則”と名づけている。

曰く“専門医とは夫々の時点において彼が望むだけ専門的である医師をいう”少し舌足らずの表現だが、外延的に説明すると、次のようなことになる。大学病院の内科の医師のところに“膿瘍”の患者がくると、それは外科に行きなさいと断られる。同じ医師が内科の看板で開業していると、えい、切りましようということになる。それが深夜だったら、私は専門でないから外科へおいでなさいと断る。G氏のアメリカにおける例を日本的にア

医学概論助教授 中川米造

レンジすればこんなことになる。

内包的にいえば、専門医というものは、彼自身のインテレスト(興味や関心事とともに利害関係もふくめて)において専門的であるということになる。もっとくだけて言えば、専門医を要求する基礎は、専ら医師の側にあって、それすら明確な規定をもたないということである。

専門医は分業でない

専門医を医療における分業であり、技術の進歩の掃蕩であるという考え方がある。しかしながら、分業とは“多数の人間が協同して、それぞれ自己特有の相互に異質的な活動をして、共同の目的を達成することを意味する。分業が成立するためには、各個人の職能が特殊化せねばならず、職業が形成されねばならない……”(樺俊雄編：社会学辞典)

内科医と外科医は患者の診察においてはほとんど異なる。同じく問診をとり、一応頭の方から足の先まで診察するのが原則である。治療の段階で外科は内科と多少異なるとはいえ、協同して、共通の目的を達成するというのではない。夫々が独立に治療するのである。眼科や産婦人科は診察の段階で異なるとはいえ、それはただ詳しさが異なるだけで、産婦人科医が眼底を見てはならないという規定はない。

医療における分業とは、看護婦、X線技師、臨床検査技師などをいうのであって、医師には、正しい意味での分業はないといえる。麻酔医が独立したとき、多少ともその意味に近づいたが、ペインクリニックとか、蘇生科などの名称で、患者をもつようになったのを見れば、分業とはいえない。

専門医は医学の進歩の結果より、むしろ後退的な現象だと見ることも可能なのである。

28

医学史上、最も分科のはなはだしかったのは、紀元前のエジプトであった。眼の医者、頭の医者、腸の医者、肛門の医者、器官ごとの医者があったし、同じ眼の医者でも、病気に応じて何種類かの医者があった。そして、これらの甚しい分科傾向はエジプト医学の退行を意味するものと考えられているのである。

原始社会では、ある特定の病気に対する治療法を一つ知っているだけで、医師といえる。これは特定であるという意味では専門医である。しかし、医師としては、不十分な存在であるといわねばならない。古いギリシャの伝説に、病人は町角におかれ、旅人のなかに治療法を知っているものが現われるのを待ったという。あちらこちらに散在している医療の知識や経験を集約してはじめて十分な医師の資格ができてくるのである。従って、古い時代に医師の修業が旅であったというのは、知識を集め技術をつみかさねるためであったと考えられる。

エジプトの医療も古い王朝時代には、これほどの分科はなかったといわれるから、分科は必ずしも進歩を意味しないことになる。

そして、こうした甚しい分科を一本にまとめあげたのがギリシャ医学であり、その代表的人物ヒポクラテスを医術の父とよぶのは、何よりも、総合的な医療の原則を樹てたからではなかったのか。これが進歩である。

傷医や理髪外科医が近世に一本化し、更に内科とともに同じ医学教育の中に吸収されたのは、病理学や診断学という共通の原則をもとにして可能であった。これが進歩である。医療のある一部をしかできないとすれば、医師としては半端者だといわねばならない。

その半端者が、一般医より高級と見られる現在の傾向は何故なのか。アメリカでもイギリスでも、ドイツでも G.P. 志望者が減少して、専門医になりたがるのは何故なのか。(日本では、G.P. そのものすらない)

シユライオクの観察

最近シユライオクが、アメリカの医師免許史を発表した。彼は大誠功訳による「近代医学発達史」の原著者であるが、外にもいくつかの問題作を書いている。この新著の対象はアメリカの医師免許制度の発生と変遷だが、本意はそれを材料に医療制度のある側面を明らかにするところにある。ヨーロッパの医師免許制度の変遷に比べると、アメリカは古い伝統的な権威づけの主体をもたなかっただけに、問題をより現実的な社会との関連で示すのに都合がよいということもある。そして、その解釈が逆に医師免許制度史の一般にも照明を与えることになるのである。

結論的にいえば、医師免許制度というのは、医療の専有によって医師の地位と利益を保証する制度である。ということである。口実として国民の健康水準の向上ということが言われるが、運動において結びつくだけで、本質は直接の関連はないということになる。むしろ、医師免許制度ができて、その資格のないものは医療ができないということになると、それまで民衆が身近にもっていた医療家（アポセカリーとかサージョンとか）を絶滅させることになる。彼等が庶民の医療に果たした部分は大きかったにもかかわらず、それを切り捨てることを強制される。

近代諸国家には、どこでも医学改革という時点がある。主な内容は医師免許の一元化により、所謂非医者者を医療の世界から追い出すことである。すると医療担当者の数は減少し、身分、経済ともに上昇する。しかし、医学改革後約1世代経過すると、医療は民衆から益々はなれていくので、強制健康保険制度を考慮しなければならなくなることも、どの国でも共通している。

一方、医学改革より少しおくれて医学の技術の複雑化、高度化を口実にして、近代的専門医制度がおこってくるが、これも医師の中に特定階級をつくることにより、ある領域の医療を独占し、地位と経済保証をより高次の

ものにするというメリットに本質がある。医師志望者はこのメリットを目標に G.P. より専門医へと段階を上がりたがる。

こうなると、強制保険の実施による医療の普及の目的は、“高級”な専門医の増大とは相互に背馳的な関係になる。医療の普及のためには、より多くの一般医を必要とするのに、医師は一般医であることを嫌うからである。

そこにできる空隙は、これまでのような自由職業としての医師でなく、社会の要請に則し、社会の責任において養成される一般医によって埋められるであろうというのがシュライオックの観察よりくる展望である。

もっともシュライオック自身がこれほどははっきりと述べているのではない。彼は、再び医学改革・以前のような B 級医師が医療の主役を狙うようになると言い、最近、アメリカの 2, 3 の大学で試験的に養成が始められている “assistant doctor” にその萌芽をみとめているにすぎない。しかし、本誌 2 巻 2 号（本年 5 月号）に紹介されているような、イギリスにおける画期的な動向や、アメリカでも市民代表を混ぜての医学教育への提言などを見ると、単に歴史はくりかえすといった単純な理解に終らせることは出来ない。

医師の専門医化は社会学的意味における分業とは異なることは既にのべたが、このほかにも奇妙な点がいくつもある。分業は能率化を約束するはずのものであるが、医療の分化は逆に非能率化を招いていることもその一つ。3 時間まつと 3 分ということもいわれるが、これは診療を放棄した局面で、実際には、諸検査、各科廻り、複雑な治療など時間と費用は年々増大するばかりである。

技術的にいえば、専門医の発生は診療における特殊な方法の発見開発によるところが大きく、全体の医療を組織的に分担するためのものではない。特殊な面における進歩は確かに瞠目するほどのものがあるが、特殊性が強調されることによって、一般性は軽視される

結果を生む。個々の進歩した技術の間にある断層が無視され、分化したものの同志の連絡も稀薄化せざるを得ない。C.C. とか C.P.C. などはいわば糊塗的なものにすぎない。一人一人の患者について C.C. をもつことは到底不可能であるからである。

かって、医療の分化に対する批判として、専門医は病気を部分的にしかみない。病気だけを見て患者をみないといわれた。その批判に応じて生れたのが病態生理等であった。これは患者の全身状態を病態生理学的指標で代表させ、これを専門別の疾病所見と対置関連せしめることによって、かなりの程度総合の役割を果たした。しかしながら病態生理学が個々の分科専門医の手にわたると、再び特殊化が進化し、総合化の意味は稀薄化しつつある。

これに代る総合のきづなが再び用意されなければならないが、特殊化・分化を強化しようという傾向そのものの中に、それを発見することは難かしい。

インパクトはむしろ医療の世界の外からくるであろう。

アメリカの医学教育の中に、戦後、精神科的、心理学的側面が強調されたり、生態学や行動科学的側面が重視されているのは、医学界内部の反省というよりは、外部的な要請である。医学校を単立してきた医師達の行動が社会的な期待にそわない面が多くなったために、医学界に働きかけて、その修正を迫ったのである。

これらの諸側面が必ずしも医療の総合性を約束するものであるかどうかは、更に検討が必要であるが、単に内部的技術的要因によって勝手な分科を考えるよりも、医療の社会的要請については十分な配慮が必要であろう。

医学教育がいつも不信の眼で見られている限りその改革もまた医師又は大学教育者の独善であるという評価は続くであろう。

医学教育は変わるか

助教授 中川米造

1 医学教育は変らなかつた。

今年1月メイシイ財団後援でサンフランシスコにおいて医学教育史のシンポジウムが開かれた。イギリス、フランス、ドイツ、スウェーデン、インドなどからも集会して、それぞれ各国における医学教育の発展について報告、討論がなされた。日本の医学教育史については、かねてから、特に関心をもって研究、調査されており、同財団の理事長J. Z. Bowers氏が報告した。内容が気になったので、同氏の知友である慶応大学の原島進教授を通じて、発表原稿の全文を入手することができた。早速読んでみたが、内容は大むね、蘭学受け入れの前後事情に力点があり、明治以降の医学教育については走り書き程度で、特に目新しいものではなかつた。

しかし、問題になるのは原稿の最後の部分である。彼は次のように結ぶ。“日本は、第二次大戦後、医学教育の大改革をおこなわなかつた、ただ一つの国である。今日の日本の医学教育は100年前に採用されたドイツの哲学と形式を続けている。”と。

たしかに、日本の医学教育は変らなかつたといつてよい。しかし、変えようという声は常にあつた。たとえば、次のような意見がある。“日本の医学教育の欠点は、次の4つである。1.基礎医学教育において教官と教材が著しく不足している。2.治療教育においても教材、施設の不備が目を見らる。3.精神科の教育が不十分で、医学生は患者の心理的な取扱いを知らない。4.国家試験の課目が少ないため、学生が真剣に勉強しない課目が多くである。”この意見は明治39年、山根正次が述べている。とくに、最後の点について

は、すでに明治10年代からでている意見でもある。

また、こんな意見もある。“助手や副手は任期制にして、後進の学生が入局する途をひろげるべきである。”これは、大正9年、東大の医学部学生500名が全員署名して、学部長に提出した建議文の内容である。同じ年、九大医学部の副手たちは、“われわれは入院、外来の実務、教材の整理など、随分と働いているのに無給であるのは不当である。近年物価も高まり生活に脅威をもたらすことになったので、手当をよこせ。”と運動をおこしている。

大学院問題にしても、かなり昔から注目されてはいる。すでに大正初年に、「大学院といつてもスタッフも建物も古い幽霊施設である。このようなものは宜しく廃止せよ」という意見と、逆に、「この際、有形大学院をつくるべきだ」という意見が対立しているが、本質は同じく大学院制度を充実させるべきだということである。そのほか、今日の医学教育に対する批判で全く同じ内意のものが、文体こそ、少々古めかしいが、いくらかでも見られる。なかには、かなり積極的な計画案さえある。

2. 何故変らなかつたか。

それにもかかわらず、何故、医学教育は変らなかつたか。パウアーズは、先の結論の直ぐ前に次のように書いている。“1968年現在日本には46の医学校があるが、新設計画はない。日本の医学教育の基準は東京の文部省が決定する。このことと、日本の医学校の第一の目標が、医学研究にあると考えつけられたことが結合されて、医学教育の上で、改革の芽(ferment)はつくられなかつた。”と。

医学教育の基準が文部省でつくられるというのは誤解である。日本では、医学校のカリキュラムだけは、直接文部省の支配下にない。他の学部の教育は大学基準等研究協議会によって、かなり詳細まで定められているが、医学教育については、文部省に直接つながらない、全国の医科大学の代表を主体とした大学基準協会の医学専門部会が案として示すだけであった。そこへ意見を集中すれば、変革は容易であるし、医学部の自主性において変更することも自由なのである。

とすれば、パウアーズの指摘のうちでは、後者つまり、研究偏重だけが、医学教育の変革の阻害因子として残る。この点が、ドイツ医学の100年前の哲学の形式といわれるものであろう。1830年代、ドイツは大学改革をおこなって、自然科学教育を充実した。そこで基本的哲学は、研究と教育の一体化というフンボルトの考えである。“良い研究者こそ、良い教師である、”というこの原則は、ドイツでさえ、1910年代に破綻する。大学教官を時に研究に専念させるためにカイザー・ウィルヘルム研究所（現マクス・プランク研究所）が設立されたのは、研究の内容と教育のそれとが余りにもはなれているのに対応するためであった。フンボルトの哲学は現在、無意味になったと考えるには問題があるが、新しい医学教育は、新しい医学研究と結合して、はじめて、有機的な機能を発揮できることは確かであろう。そのためには、新しい医学像や、新しい医療像を足にふまえていなければならない。

しかし、パウアーズのいう日本の医学教育が変らなかった現在の説明は、まだ充分ではない。それを一言でいえば、日本の医学教育が変らなかったのは、その方が、社会的に安泰な構造であったということ、つまり、なりゆきにかまかせているうちに、もっとも安定な状態に落着いたということ

に他ならない。

医学教育がどうあろうと、それはたゞ医師免許をとるだけの過程でしかない。国としての体面をつくらうために、年限やタイトルは、標準的な国とそろえなければならぬとしても、免許さえとれば、知識や技能がどうであろうと、医療はおこなえるし、投資効果もあるということになれば、別に変革をおこなう必要もないということになる。形式さえ整えれば内容はどうでもよいのである。むしろ、安直にやるのがよいということにもなる。

もう一度、古い話をもちだすが、明治末には、学用患者や、教育設備の基準が一応できていた。しかし、これは、大正期に入ると急速に崩壊して有名無実になる。また、大正時代に、他の学科、私立大学に対しては年間1万円の補助金が交付されていたのに、医学校にはそれが交付されなかったということもある。

3. 何が変えるか

すっかり安定してしまった制度や講堂は、すこしくらいゆすっても、動くものではない。医学教育をふくむ、医師の世界に不安定な要求が高まってはじめて、医学教育は変る。第二次大戦後の世界の主要国が医学教育改革をおこなったのは、そのためである。

アメリカの医学教育は、その多くの資金を政府や民間財団に負っている。毎年12月にJAMAに報告されて、その投資効果が常に公開されている。政府や民間財団の意向を敏感にキャッチして、変化の姿を見せることが、学校を盛んにする途である。社会性を植えつけるべきだといわれれば、直ちにいくつかの学校がアメリカのカリキュラムを組む家庭医が必要となれば、そのような取組のスケジューリングや研究組織を発足させる。

州ぐるみの医学水準の向上が必要とならうことになれば、ケンタッキーや北

ナのように大学がセンターになっての全医師の再教育の運用法がつけられるなど、金と意見とがほとんどいつも一致する。もっとも最近になって、医学教育への投資の限界はどこにあるかなどということが問題になっているので、このような傾向が、いつまで続くか怪しくなってきたのはいるが。

イギリスは、NHSの施行と、激しい医師の階級制度が、医師の大部分に深刻な不安と希望の消退を感じさせている。若い医師は母国を見捨てて、旧植民地やアメリカへ進路を求め、入れ替りに、下級医師としてインドやパキスタンの医学校卒業生が増大しつつある。いくつかの手直しを戦後やってみたが、とても枯息的な改革では駄目だということが判ってきたようである。たゞし、保守主義の権化みたいなイギリスのことで、既存の医学校では抵抗が強すぎるということで、新設の医学校をつくって、大変革のモデル校にしようと、強力なメンバーをそろえて立案中である。労働組合など民間からの発言も強い。

西ドイツの場合、いわゆる“レルン フライハイト”は医学部に閉する限りなくなつて、どこの医学部も Numerus Clausus つまり定員制の一貫教育になった。渡り鳥のように、大学から大学に移り歩くのは、大学の設備が学生数に対して余欲のある限り許されることだが、産業復興にばかり金を注ぎこんで、大学にあまり金をかけなかったため、増大する学生数に対応しきれなくなったためであろう。医学生生の学位志望者も激減した。これも別で、学位ボイコット運動があったためでなく、学位とりの無給生活をするより、実利的な専門医コースをとることで見限られてしまったのである。今では卒業生の1割くらいしか、学位修得希望者はいないという。医師不足は西独でも甚だしい。ドイツ医師会誌を見ていると、時に“ドイツ語を喋れるものに限る”と但し書きのある広告がで

ている。逆に見ると、あまりドイツ語を喋れなくてもよいというところがあるということになる。アラブ系の医師を筆頭にして外人医師が増えてきている。ニュールンベルグにアメリカ式の医科大学が新設されて、モデル校になっているが、それがどれだけ影響力をもつか、あやぶまれている。

フランスはドゴールが政権をとった直後、医学部に人間生物学コースを置いて、改革をはかった。フランスの基礎医学のおくれをとりもどし、フランスの威光の回復をはかったものである。しかし、結局、これは不十分であり、多くの医学生、それに若い医師にも不満であることが、この度の5月騒動の結果、明らかになった。ここでも極端な精選主義と身ひいきによる医師の身分格差が批判的になっている。医師社会の水平運動として、ここ数ヶ月の動向が注目される。

4. 変らなければどうなるか。

おそらく、これら主要国における医学教育改革が、必ずしも正しい方向にむかっているとは断定できない。しかし、変える動力が、医学の社会の中に生れて、始めて変りだしているということは確かなようである。

日本の場合、そのような動力があるのかということになれば、少なくとも現在までの段階では芽生えはないといわざるを得ない。たとえ芽生えがあっても、それを育てる環境はないと言わざるを得ない。なるほど、医学生やインターン生、無給医の運動はあったしまた続いてもいる。しかし、無給医が有給医になれば、運動はまた新しいメンバーによって1から出直してある。青医連の組織にしても同様である。学位制度が悪い、講座制が悪いといっても、表面にサザ波が立つ程度で骨組みは変わらない。

おそらく、ここ当分は、現状維持を続けるであろう。そして外部からの圧力によって医学教育は徹底的に“合理化”されるであろう。低医療費政策のおもむくところ、

医師はもっと安直に短期で養成されるべきであるという意見はかならずおこる。(既に、アメリカ、イギリスあたりで、そのような声があがりつゝある。)一方、国民の医療に対する不信から、医事訴訟事件は激増し、企業としての医療が成り立たなくなるであろう。医療国営ないし医療公団案が、その時に日の目を見る。

資本主義下の国営や公団の医療がどのようなものであるか、想像に余りある。しかし、国家独占の進行は、社会主義への前提であるというテーゼからすれば、むしろ望ましいことかもしれない。医療経済の動向からすると、その時期は来世紀まで待つ必

要がなさそうだが、算定法をすこし甘く(つまり、現実認識としてはカラク)すると、来世紀どころか、ここ10年や15年くらいで、国民総医療費が、国民総所得の10%を超える時点に、大変動があるという予想も立つ。

小手先の改善より、根本的に、国民の健康を維持する専門職の中核としての医師教育がどのようにあらねばならぬか、医学の本質はなにであるのかという認識の上で立つて、検討をすすめる時期である。そのくらいの自覚は、もう芽生えてもよいであろう。

医育研より学生の皆さんへ

11月26日(火)に行なわれる予定であった。医学部専門課程教育についてのシンポジウムが“学生の参加が少なすぎる”という理由で流れました。我々はこのことを非常に残念に思います。参加出来なかった理由はいろいろあるにせよ(実習、宣伝不足etc)やはり教育をうけている当事者である学生は、このような催しには、まっ先に参加するのが本筋ではないかと我々は思います。医育研が大学祭に行なったアンケートでも、学生は決して現在うけている教育に満足していないことが示されています。又このようなシンポジウムが、医学部長が座長になって開かれるということは、先生方の中にも、医学教育を改革しようという動きがもりあがってきたことを示すものであり、学生はそのような動きに敏感に反応し、先生方と共に改革にたちあがらなければならないと思います。日本の医学教育は今、改革へむかっている胎動期にあります。改革の基盤は先生方の中にも我々学生の中にも巾広く存在しているのです。その芽を我々は大切に育てていかなければならないと思います。シンポジウムは年を越してから行

なわれるでしょうが、そのときには、学生の圧倒的多数の参加で討論をもちあげていきたいものです。そのことをとくに学部生の皆さんに訴えます。

阪大医学部自治会医学教育研究委員会(医育研)について

昭和39年9月、インターン廃止運動が全国的に高揚する中で、学生自治会の下に諮問機関の形で医学教育研究委員会がうまれました。

医育研委員は各クラスから選ばれますが、自治委員と違って希望者はだれでもなることができます。

発足以来、現在にいたるまで冊子“医学教育”を発行し、学部教育、卒業教育についての研究をかさねてきたわけですが、現在の医育研は、優秀なる先輩の活躍のおかげで、全国的にはかなりその業績なども評価され、周知が知られているにもかかわらず、学内の間でもとくに学生の間などでは、“医育研”の存在が知られていず又正しく理解されず

ないくらいがあります。(各クラスからきっちり医育研委員が選ばれていないこと、活動不足がその原因か?)

そこで我々は、これからは活動の主力が2年生にうつったことでもあるし、医育研再出発の意味をもこめて、今までの活動の成果を簡単に総括してみました。これを読んで皆さんが医育研の趣旨を理解され、我々と共に、阪大医学部教育改革のために活躍されることを期待しています。

インターン闘争は一方では「教育の名による労働収奪反対」に表わされるように卒業医師の諸権利拡大と反合理化の運動であり、他方では医学教育、さらに卒業教育にわたって十分検討されないままに放置されている現状を批判し、変革する運動として発展した。

医育研は後者の立場から、まず学部教育問題を明らかにするため活動を始めた。研究課題は「学部教育の目標」「現代医学の方向とその批判」などであり、教育方法、教育内容について検討が重ねられた。

その成果を要約すると次のようになる。

“現代医学”の最近の著しい進歩に伴って知識量は膨大化の一途をたどっている。

しかるに教育内容に検討が加えられることなく、各科がばらばらに旧態依然たる講義が行なわれ、時間の少なさと相まってつめこみ教育が強要され、学生は受身的になっていく。この結果、「病める人間」について真の理解ができないまま卒業することになる。

これを打開するには、①卒業後の医師に必要とされる必須事項を十分検討した上で定め、受身的な講義時間数を少なくすること。

②学生の創造力、思考力を養ない個性を伸ばすための自由時間、選択制度を設けること。

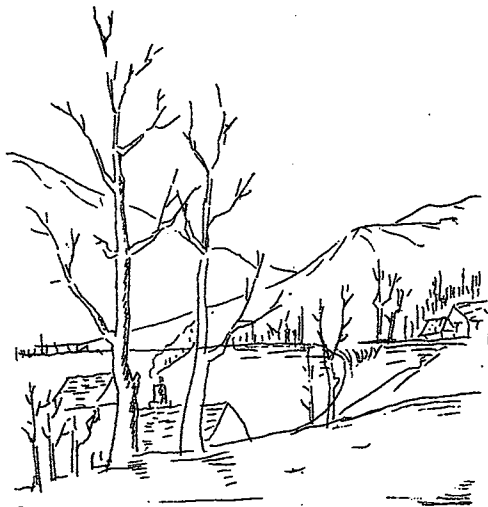
③その他、臨床イントロダクションコース、実習のあり方、試験制度などについて検討を要すること。

このような結論について、教官と話し合い、昨年3月、カリキュラム委員会が設けられた。教育方法に関して主に討議が進み、

本年度1年次より、基礎系科目の講義時間の20%削減と、講義選択制、基礎教室配属制のカリキュラムが実施されている。これに併行して、講義内容が検討されているが、私達は、さらに広い視野からの検討を要求している。このような経過を経て、現在もっとも重要な問題は、教育内容(=現代医学に規定される)の検討である。これは即ち、卒業教育、研究でも問題になっている研究体制、医学研究の内容と全く同様に、大学医学に対する批判である。この批判については近々発行される医学雑誌「医学のあゆみ」に医育研の一文が掲載される予定である。

以上、簡単に現在までの医育研の活動の経過をふりかえってみたものであるが、我々はこれらの成果をふまえて、今、また一足、新しい方向にふみださなければならない。

我々が歩もうとする道は速く決して平坦ではないだろう。しかし我々はやる意気に燃えている、一足一足、おそくとも確実な足どりで、多くの学友と共に手をたずさえて歩いていきたいと願っている。



MEDICAL EDUCATION OF OSAKA UNIVERSITY

医学教育

Vol. 2, No. 6, December 1, 1967

大阪大学医学部学生自治会・医学教育研究委員会

目 次

- ・大学院医学研究科の改革について
高次元生理教授 岩 間 吉 也
- ・医学部臨床系大学院制度 — 問題点と改革案
高次研教授 佐 野 勇
- ・入局後の臨床教育について — (アンケート)
学四 クラス委員会
- ・医学教育論(8) — 専門医問題の考え方
医学概論助教授 中 川 末 造
- ・専門医制度について
4 2 青医連阪大支部研究委員会

はじめに

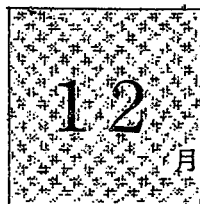
医 育 研

医学卒後教育について、私達の関心は主に臨床研修におかれています。一方大学院、特に基礎大学院の弱体化、ひいては基礎研究スタッフの弱体化の問題が主に基礎系の先生方を中心にとりあげられ、検討がすすめられています。

大学院問題は日本の医学教育・研究制度の欠陥を典型的に示すものであり、又学部教育に内在する問題の延長ともいえると思います。そこで岩間教授、佐野教授が夫々大阪大学医学部制度委員会に問題提起、討論のために提

出された論文を特にお願いして転載させていただきました。両論文はあくまでも教育者間で問題提起をし、これを中心に討論を進める意図で書かれたもので、今までの討論でも修正されつつあるようですが、更に今後検討を深めてゆかれるとのこと。

これを参考に大学院、基礎研究の現状、研究の意義を一考していただく一方、大学院問題の意味するところを医学教育全般の問題としてとらえ、創造性はいかにして獲得しうるものであるかを考えていただきたいと思います。そして基礎配属、卒後教育での研究に関して検討を深めたいと思います。



12 月号

大学院医学研究科の改革について

高次元生理教授 岩間吉也

I. 事のおこり

(1) 1955年に発足してから、これまでまがりなりにも維持されてきた大学院(医学研究科)は、41年度と42年度の阪大卒業生によって、ボイコットされるという事態がおこった。しかも、この事態はこれからも当分続くであろうと思われる。われわれは、これを「異常」なものと考え、可能ならば何らかの解決をはかりたいと念願する。

(2) 戦後新たに発足した教育制度は、日本の実情にあわないとか、時勢がかわったとか、などの理由でいろいろの手直しを受けている。この手直しは、やがて大学のレベルへ、つづいて大学院のレベルへ及ぶであろう。われわれは、きたるべき大学院制度の改変を自分自身の問題として考えておく必要がある。

昭和42年6月に発表された国立大学協会の「大学院設置基準をめぐる所見」は、予想される大学院制度の改変に対し、国立大学側の要望をまとめたものである。この「所見」は、大筋においては支持すべきものと考えられる。

(3) 目下、阪大では生物科学部の設立が論議されている。近い将来、それが実現するだろうことは、ほぼ間違いない。新設の学部と医学部(ことに基礎)との間には、大きな相互作用があるだろうと思われる。これを考慮に入れた上で、大学院のあり方を考えることは、一度はしておかねばならぬことである。

II. 問題の焦点

私見によれば、現在の大学院にとって最大の悩みは、学生も教官も大学院に固有のメリットをほとんど認めていない、という点にあ

る。また卒業生も、自分がかって大学院学生であったことをよかったと思っているものは、ほとんどいない(教授を除いた基礎系教官の約40%は大学院卒業生で占められている)。目下は、大学院学生であり、しかも基礎系に属するものの特典は、18,000円の貸費を比較的、優先的にうけられるということだけである。これは、余りにも情ない状態といわねばならない。

大学院の実情がこうであるからといって、直ちに大学院は無用であり、廃止すべきものとする考えは、さしあたりわれわれはとらない。この制度のある限りは、これを活用して、大学の研究・教育の発展をはかりたいと思う。大学院の目的がどこにあるかの議論はさておいても、大学院学生たることの特権を充分生かせるようにすれば、それなりに大学院のメリットが生れるであろうし、そこに人材を導入することもできるのでないか、と考える。

III. 改革の一試案

A. われわれは、大学院学生を predoctoral trainee である、と考える。その意味は、教育と訓練をうけて、次第に独立研究者に成長してゆくもの、ということである。学生として入学したものが、最後にどんなレベルの独立研究者になるかは、始めは勿論わからない。指導的地位につき得るものもあるだろうし、あるいは独立研究者の最低線にも達せずに終るものがあるかもしれない。いずれにしても、大学院は、学生をして少なくとも独立研究者の水準に達するよう、教育と訓練を与えるべきである。しかも、その教育と訓練とは、徒弟修業的なものでなく、計画性のあるものでなければならぬ。

上記の理想に幾分なりとも近づくために、

次の事項を提案する。

- (1) 大学院4年を前期1年と後期3年とにわける。
- (2) 前期1年は、もっぱら教育の期間とする。この期間には、学生は特定講座に属することなく、複数の教官(特に医学部と限らない)から、講義・演習・実習を受ける。
- (3) 後期3年は、ある特定講座に所属し、特定教官の指導のもとで論文実験(thesis work)を遂行する。
- (4) 教官側が、前期1年の学生のために留意することは、各種の特殊講義・演習・実習であるが、特に実習に力を入れることが望ましい。後期3年の学生に対する指導は、従来の方式とほぼ同様であろう。しかし、大学院学生を単なる man power として取り扱う悪習が払拭されぬ限りは、どんな制度の改変を行なっても、大学院は結局は自壊すると思わねばならぬ。

上記の提案の要点は、大学院前期1年の教育にある。これを維持するためには、物的、人的な裏付けが是非必要である。人的な裏付けとしては、大学院専任教官のあることが是非望ましい。しかし、それが早急には実現しないというのであれば、大学院所属の教官の一部は一定期間 undergraduate の教育から解放されて、大学院学生の教育に専念する、という方法を考えることができる。

大学院学生のための講義・演習などが実施されていないのは、医学部だけである。他学部では、少なくともマスター・コースならば、教官も学生も熱心にこれを維持している。

- B. 教育・訓練の一環であるという名目で、大学院学生が学部学生への講義・実習の手伝いに従事させられることがある。この種の業務が教育・訓練に役立つというのは、限度がある。いつも、またいつまでも、そ

うであるとはいえない。限度以上の業務を大学院学生に課することは、嚴重に慎むべきことである。

上記の業務に従った大学院学生は pay されてしかるべきである。勿論、pay があれば、それでよいというのではない。

- C. 大学院学生には、それ相当の生活を維持できるよう、経済的援助があるべきことは、いうまでもない。しかし、大学院学生の「格付け」は自ら定まっいて、育英会からの奨学金援助に限度のあることは、認めざるを得ない。奨学金の増額・貸費条件を有利にすることは、たえず外部に向って要望すべきことであるが、結局は阪大内部の問題としては解決できない。

しかし、われわれに許される範囲内でも、いくつかのことは出来るのではないだろうか。たとえば、大学院学生のアルバイトをもっとすっきりした形で行なえるよう、応援すべきでないか、大学院学生の学会出席の費用を大学が公的に負担する道を開けないか、福利厚生面ですべきことがもっとあるのではないか、などである。

阪大独自で将学金財団を設立する努力を払うことも試みてよいことである。

- D. 大学院学生の卒業後には、優秀でありしかも意志をもっているものに対しては、助手またはそれに相当する地位が必ず保証されるようにしたい。このためには、講座に固定している助手定員の一部を供出し、これをプールしておき、必要に応じて大学院卒業生を充当するようにしたい。

目下は、助手に任用されるものの qualification については、何の制限もない。上記の案が実行されるためには、助手は大学院卒業生(postdoctoral)に限る、という内規を設ける必要があらう。

(4)

なお、基礎系の大学院学生についていえば、卒業後研究を続けたい希望をもつものにとつては、上記案の実現は強い希望であることを付言する。

IV. 将来の問題

現行の大学院は、進学過程2年、専門過程4年の上に、上ずみされたコースである。アメリカの医学教育でいう *medical school* と日本の医学部専門過程とをくらべると、日本のそれは1~2年程度が低い(?)と見ねばならない。したがって、専門過程の上に大学院の上ずみが考えられたのであろう。しかし、4年のドクター・コースが上ずみされてみると、*dontoral level* に達するには、日本ではむしろ2年長くかかることになる。結局、日本の医学部専門過程は中途半端であり、しかもその上に余計なものをのせている。といわねばならない。

将来、大はばな法規改正があり得るとすれば、医学部教育を次のように編成し直す改革案があり得よう。

- (i) 現在の医進過程・大学院は廃止する。
- (ii) 現在の医学部は、これをそのまま「格上げ」して、大学院とする。定員、80~100名。年限、4年。
- (iii) 格上げされた医学部へ入学するものは、現在の理科系学部⁴の卒業生である。阪大では、生物科学部の卒業生が優先権をもつとしてもよい。
- (iv) 格上げされた医学部での教育は、現在よりは高度のものになるであろう。卒業の要件として、*thesis work* を要求する。卒業生には、医学博士の学位が与えられる。また医師の免許証を同時に与えられる。

上記の案は、大学医大学において医学部がどんな形になるかを考える際に、一つの材料たり得るもので、検討に価すると考える。

以上

医学部臨床系大学院制度

問題点と改革案

大阪大学医学部大学院制度委員会は、来る4月以来、数度にわたり委員会を開催し、問題点を検討したが、大学院制度の改革に関して、「タタキ台」的な構想案の作製が必要とされ、山村医学部長は、小生にこれを依頼されたので、ここに私案を作ってみた。

本稿の作製にあたり、以下の各氏に意見をご提出願うため、数度にわたり会合した。有益な意見を承ったことに対し、改めて深謝する。しかし、この私案はあくまで小生の私案にすぎない。

高次元教授 佐野 勇

意見を求めた各氏氏名(敬称略)

岩間吉也(教授 高次研)
柿本泰男(助教授 高次研)
和田博(助教授 生化学)
三木吉治(講師 皮膚科)
東郁郎(講師 眼科)
西崎宏(講師 外科)
近藤七郎(講師 内科)
谷向弘(講師 精神科)
谷口和寛(講師 高次研)
金沢彰(助手 精神科)
宮本英七(大学院生)
南野寿重(大学院生)
日和田邦男(大学院生)

目次

- A 問題点
 1. 大学院医学研究科規定の空文化
 2. 大学院生の身分の稀薄化
 3. 大学院生の研究意欲の低下
- B 大学院制度の必要性について
- C 医学部大学院制度改革案

- 1. 大学院が教育コースであるとする考え方を改め、研究機関であるとの解釈に変える。
- 2. 臨床系大学院の活動目的
- 3. 大学院在籍者の身分
- 4. 研究指導委員会（仮称）の構成
- 5. 研究費
- 6. 大学院研究員の定員
- 7. 入学と在学年限
- 8. 学位との関連
- 9. 専門医コースとの関連
- 10. 大学院研究員の生活保障
- 11. 大学院終了者の取扱い。
- D. 関連諸問題
 - 1. 学位制度との関連
 - 2. 大学院大学に関する岡田試案との関連
 - 3. 生物学部設置案との関連
- E. 結語

A. 問題点

- 1. 大学院医学研究科規程の空文化
 医学歯学関係大学院設置審査基準要項（昭和29年7月19日）にもとづき、大阪大学医学部では、昭和30年4月に、第1回の大学院入学者を採用し、すでに12カ年を経過した。当初は医学研究科規程にもとづき（別表参照）、入学試験をはじめ、主科目40単位以上、副科目1科目6単位以上、選択科目1科目4単位以上などの単位制による講義演習なども、ある程度規程に近い形で実施されていたが、数年にして、大学院生に対する特別の講義、実験、演習などを実行する教室はなくなり、副科目や選択科目に関する規定はもとより、主科目に関する規定の実施も有名無実となり、医学研究科規定は、まったくの空文と化した。

〈大学院制度に関する規定〉

大学院設置審査基準要項（大学設置審議会 昭27. 10. 11）

↓
医学歯学関係大学院設置（大学設置審議会 基準要項 昭29. 7. 19）

↓
大阪大学大学院学則（大阪大学）

↓
大阪大学大学院医学研究（大阪大学医学部）科規程

〈大阪大学大学院医学研究科規程〉

（目的）

第1条 この規程は、大阪大学大学院学則（以下「学則」という。）に基づき、医学研究科（以下「研究科」という。）における事項を定めることを目的とする。

（学科目、単位数及び履修方法）

第2条 専攻別学科目及びその単位数は、別表のとおりとする。

第3条 学生は、次の主科目、副科目、及び選択科目を組合せて、50科位以上を履修しなければならない。

- 1. 主科目は、40単位以上
- 2. 副科目は、1科目6単位以上
- 3. 選択科目は、1科目4単位以上

第4条 学生は、指導教官の指導をうけ、在学中に履修しようとする副科目及び選択科目を定め、指定の期間内に所定の様式により当該学科目担当教官に届出なければならない。

（学科目の試験）

第5条 履修した学科目の試験は、毎学年の終りに、筆記試験、若しくは口答試験、又は研究報告によって行なう。但し、担当教官は研究科委員会の承認を得て、平常の成績を以って、試験に代えることができる。

（学位論文）

第6条 研究科に三年以上在学した者は、指導教官の承認をうけて、学位論文を提出することができる。

（最終試験）

第7条 最終試験は、第3条に定める単位を

(6)

修得した者について、学位論文を中心とし、これに関連ある学科目について行なう。

(細則)

第8条 この規程及び学則に定めるもののほか、必要な細則は、研究科委員会で定める。

2. 大学院生の身分の稀薄化

本来、大学院生は、生理系、病理系、社会系、内科系、外科系の5系のいずれかに属するが、各講座に直属することなく、またも、特定の講座主任のみから指導をうけるたてまえにはなっていないが、単位制の空文化と同時に大学院生は所属教室以外の教室での知識吸収の機会を事実上断たれた。したがって所属教室でのみ診療や研究に従事することとなり、他の研究生、副手などの身分上の差異は稀薄となった。

大学院生の取扱いについては、各教室間にかなり大きな差異があることが調査により判明した。すなわち、研究意識の高い教室では、一般に大学院生を中心とした研究展開をみせ、一般教室員との対立感情などはみられず、たとえ経済的には恵まれない現状においても、充足した環境で意欲的に研究生を送っている。ところで、大学院学生と一般教室員と区別して取扱うことに消極的な教室も存在する。一般教室員の中にも、大学院学生を特別扱いすることに反感を抱くものがあるが、このような教室では大学院生に対して、一般教室員と区別することなく診療要員としての日常を義務づけ、また他診療機関に診療要員としての出張を命じたりした。

最も悪い表現をした人の言によれば「4年間に学位をもらうかわりに、給料をもらわない無給医が大学院生で、有給(大学助手という意味ではない)であるかわりに6年間かかるのが一般教室員である」という。

このように学位論文提出までの期間の長短のみが大学院生の特典として残るに止るような指導方針は明らかに誤りであり、充分反省されなければならない。つまり大学院生を将来の研究指導者として養成しようとする努力が教官側に不十分であったと思える。

3. 大学院生の研究意欲の低下

大学院発足当初は、一般に大学院生の研究意識は旺盛で、研究上の貢献を積んだ者がかなり多かった。この点については後に触れるが、最近になり、研究意欲を欠く者の増加が目立つようになった。ある者は4年後には指導教官が何とか学位論文を作ってくれるであろうから、なるべく労力を使わずにお茶を濁しておこうという安易怠惰型であり、ある者はアルバイトなどによる収入獲得を生活目標に置き、研究はそのけで必要以上の時間をこれに費してしまいう型であり、ある者はパーソナリティーに積極性はあっても、無給医運動その他の身分闘争に過剰のエネルギーを費し、結果として研究の進行に停滞を招いている型である。

このような傾向を招いた原因については国立大学協会の「大学院設置基準をめぐる所見」(昭和42年6月)などをも参考として大学院指導教官側で充分検討してみる必要がある。

B. 大学院制度の必要性について

大学院制度の発足当時、すでに臨床系教授の中には、大学院は不必要であるとの意見をもつ人がいた。「よき臨床医学者の育成には不断の診療行為が必要であり、卒業後の教室員を研究室にのみとじこめておくべきではない」とする考え方の人(例えば故木谷教授)もあった。しかし、過去12カ年の大学院の功罪を顧みると、やはりバランスは正に傾くように思える。効果を挙げた教室をみると、大学院の4カ年は、

専門学の基礎的把握、研究のオーソドックスな展開の仕方、研究のまとめ、内外の専門領域の研究との競合を通じての自らの研究の価値づけ、など研究者としての姿勢の基礎的教養に大きく役立ったと考えられる。

大学院発足の時期も、戦後10年目に当っており、海外との交流もようやく活発となりはじめていたので、大学院終了後の海外留学のケースが非常に増え、母教室の国際交流にも多大の成果を挙げた。

現在臨床系諸教室の幹部クラスには、昭和34年度終了者以後の大学院出が年々増加し、昭和33年以前の教室員の新陳代謝が行なわれると、数年後(約5年後)には各教室の幹部は大学院終了者によって占め

られると推定される。

現在医学部付属病院における助教授、講師、学部内講師を合計すると123名となるが、そのうち42名(34%)が新制大学院終了者で占められ、また7名が他大学の教授および助教授の職についている。以上の内訳を別表に示す。このように大学院終了者が漸次教室の中心的存在となりつつあることは、優秀な者が大学院に入学した結果であるとの見方も成立しようが、研究意欲を失わず、大学院終了後も研究活動を続けているという意味で、やはり大学院制の「功」とみとめてよい。

〈各教室の助教授、講師、学部内講師のうち大学院終了者が占める実数〉

内科学第1 3/8	外科学第2 1/8
内科学第2 2/8	整形外科 3/9 (内・奈良医大助教授 1)
内科学第3 2/11 (内・医療短大助教授 1)	産婦人科学 0/8
小児科学 3/7	眼科学 5/8
皮膚科学 4/7 (内・和大助教授 1 奈良医大助教授 1)	泌尿器科学 3/8
精神神経科学 5/9 (内・奈良医大助教授 1)	耳鼻咽喉科学 4/9
放射線科 3/9	麻酔学 1/3
外科学第1 6/10 (内・京府大教授 1)	高次研神経 2/3
	中 検 0/5

専門医制度について

専門医制度をめぐる情勢と問題提起

専門医制度は戦後、政府・日経連・健保連等の保険支払い側の強い要請により幾たびか行政的に取りあげられて来たが、現在に至るまで何ら結論を得るに至らなかった。専門医制度はこの様に医学内部からの要請でなく、医学教育研究とおよそ関係のない諸団体から提起され、その実現が図られたという歴史的経過をもっている。

ところが最近に至り逆にこの問題が医学内部(特に各学会)から積極的に討議されその早急な樹立への努力がなされようとしている。内科学会における43年度以降専門医制度採用声明が医学会総会でなされ、今後一層この動きが各学会で活発になろうとしている。他学会においても既に専門医制度委員会が設置されており、しかも麻酔科、小児科、皮膚科学会において専門医認定が行なわれていることは周知の事実である。このことは各学会の専門医制度への狙いは各々の相違はあるが政府の一貫した低医療・低文教費政策のもとで医療制度の矛盾が激化して来ており、医学研究教育体系の混乱がその度を深めるといふ客観情勢が各学会に少なからず反映していることを示している。高度の発展と分化が必然的に要請される医学医療技術がこの困難な情勢のもとで、しかもそれを支えるべき医学研究教育体系が明治以来旧態依然とし、そ

4.2 青医連阪大支部研究委員会

の要請に応えることができず、逆にその対立物に転化せんとしている。こうした中で学会を中心とした医育関係者から専門医制度が新しい展望をもって積極的に提起されてきている。

ま たここ数年来の無給医・インターン問題の全国的な紛糾のもとで、無給医・インターン生・医学生の、無給医の解消、そして「イ」制廃止後の一貫した卒後研究・教育体系の確立の根強い要求は学会のこうした動きに一層拍車をかけているし、この運動の中にあつて自らの要求の道を専門医制度に託さんとする機運が強まりつつあることは否めない。現在の医学研究・教育体系の劣悪さへの批判は、勢い能率的・合理的な体系を要求し、このことは安易に専門医制度と結びつかざるを得ない傾向を生じている。

昭 和30年代の厚生省の専門医制度確立の策動に対し、日本医師会は強硬に反対し、その阻止に大きな力を果して来た。日医を構成する多数の開業医は基本的には専門医制度反対の意向に変わりないが、最近とみに政府との結びつきを強めている日医執行部は、「イ」廃止後、2年制の専門医制度を提唱する事態に至っている。

以 上の様に専門医制度をめぐる新たな情勢の展開のもとで戦後一貫してその樹立を促進して来た保険支払い側は、医療保険財政の危機を背景に健保法の抜本的改悪を政府に強く迫っている。そしてこのことと関連して、以前にも増して強く専門医制度の樹立を要請している。しかも政府にあっては無給医・インターン運動の全国的な高まりの中で医師養成に対する自らの無責任さが白日のもとに晒され、早急に何らかの解決をはからざるを得ない窮地に追込まれている。この時期にあって政府としては、積年の狙いでもあった専門医制度が、かつては強い反対によりその樹立を断念させられた医学会が自らその準備を整え、舞台にのせようとしているこの有利な情勢を、最大限に利用せんと画策していることは明らかである。

専門医制度をめぐる情勢は以上述べてきた様に医学会・医師会・政府・保険支払い団体・無給医・医学生とその必要性その意図の相違を包含しつつも各方面からの関心は高まり、確立の機運が全体として一つの大きな流れとならんとしている。

大 きくクローズアップされた専門医制度の概略は説明したが、誰が、如何なる必要性・意図のもとにその制度化を促進してきたかを歴史的に追求し、現在の混乱した医療制度のもとで制度化されたとしたらそのイニシアチブは誰が握り、どの様な要因がその中で

貫徹するか、また制度として動き出した場合、どの様な問題が起ってくるのか、果してそれは日本の医学医療の正しい発展のため貢献するものとなり得るのか否かを明らかにすることが現時点において必要と考える。