

島根医科大学の現在と未来 ——新しき大学への提案——

(大 学 研 究)

廣 谷 速 人*

Study on Shimane Medical School

(academic evaluation)

Hayato HIROTANI, M. D.

I はじめに

すべての組織体には、その存在が許されるべき社会的目的があり、その達成のために機能しているわけであるが、そのためにはその活動効果や目的達成度を常に分析、評価し、その成果を日常の意志決定や活動の改善、向上に役立てねばならない⁴⁾。

島根医科大学においては、昭和45年12月以来の設置運動が実って、昭和49年6月創設準備室設置、昭和50年10月開学、昭和54年10月附属病院開院、昭和57年第1期生卒業という経過をたどって今日に至っている¹⁾。

開学10年を迎えようとしているとき、本学の実体を分析し、今後直面するであろう新制医大受難の時代への対策を考えることは、本学大学人の義務の一つであると思われる。

しかし大学の評価⁴⁾ (academic evaluation) を試みるにはその具体的な基準に乏しく、さらに本学の如き歴史の浅い大学ではおのずとその限界があるといわざるをえない。そこでわたしは、昭和50年9月策定の「島根医科大学の構想」¹⁾ がいかに具体化されているかを先づ検討し、さらに本学の現状を直視しつつ、改善への提言を述べたいと思う。

II 「島根医科大学の構想」と現状

本学創設以来金科玉条とされてきた「島根医科大学の構想」¹⁾ (以下「基本構想」という) がその策定(昭和50年9月)以来9年余を経た今日、その構想がいかに具体化され、いかように実働しているかを述べる。

1. 医学部

(1) 教育

教育における外観は当然ながら「基本構想」が実現している。とくにカリキュラムでは、「基本構想」では述べられていないリハビリテーション医学の講義(社会医学系)24時間は、他大学にみられないところである(担当整形外科学教授および非常勤講師2名)。しかし「臨床基礎医学教育のために附属病院、関連教育病院へ学生を配属する」ことは、今日までだれも触れていないし実行されていない。

臨床教育の早期導入のため「基本構想」では後期3年間病院へ配属させるよう述べられているが、現状の1年半も長すぎるというのが私見である。卒前教育はいたずらに短絡的な臨

* 整形外科学教室
Department of Orthopaedics

床教育を行うべきでない。臨床解剖実習ないし生体観察，あるいは臨床生化学といった授業を5～6年次に相当長期間実施し，卒後の新知識吸収と臨床医学への理解を深めるべきである。われわれは「はだしの医師」を養成するのでも，こざかしい小医を育てるのでもない。また「CPC や臨床検討会を開催し，地域病院の医師，開業医の参加を求める」旨述べられているが，過日行った整形外科公開講座への出席は，学内他科，関連教育病院からは0であり，地元開業医は11名に過ぎなかった。このような考えがいかに一方的であるかがわかる。

卒後教育では，「関連教育病院の整備が要請され」，「卒後教育の教育病院として参加させ」，さらには「卒後最初の2年を関連教育病院の必要な科に配属させる」という大学サイドのみの意見が記されているが，むしろ愛媛大学などで行われているように研修医採用方を本学は積極的に働きかけるべきである。そのためには関連教育病院長，県病院協会会長がメンバーである参与会で積極的に大学の立場を陳述すべきではなかろうか。わたしは寡聞にして過去5年間このような話を全く聞かない。

(2) 研究体制

「基本構想」の中央化は完成したが，例えばコールドルームなどについては全く行われず，米国などでは活躍しているフォトセンターは全く弱体化している。しかしこれらは本学の構想というより文部省の方針通りということであろうか。

(3) 大講座制

少なくとも外科，整形外科，脳外科，泌尿器科を含めた外科学講座にとって，大講座制は同床異夢，中2階的無用の長物であって，何らの意味もない。とくに整形外科学は，学問上も歴史的にも外科の1分科ではなく，誤解を招くだけのものである。因みにわれわれの「講座」の英訳を一般的な Department of Orthopaedic Surgery ではなく，Department of Orthopaedics している。わが同門の祖松岡道治京都帝国大学医科大学教授は Orthopaedics の和訳にあてるとに畸形矯正学の名称をもってなされている。

またユニットという呼称は，私見では大きな組織に附設されたその組織内の特殊な分野を専門的に取り扱う部門を意味するように思われる。Gait Analysis Unit, Department of Rehabilitation Medicine というように。

2. 附属病院

「附属病院の本旨」である学生の教育と医師の養成については，後述のような患者の対応からも症例のバラエティに乏しく，各科分配の病床数も既設大学よりもかたよりが大きい点，さらに指導教官が少ないことなどから，必ずしも満足すべき状態にはない。また医療水準も学年進行中はともかく，その完成後は予算，定員の面からの重圧が，年を経るに従って強くなっているのが現状である。

附属病院の機能面については，タテマエとホンネの粗齧が著しい。

「外来患者の受付は医師の紹介制を採用したい」という言葉は，附属病院開設当時市井に多くの誤解を招いたことは記憶に新しい。

「地域病院，実地医家との機能の分担」も全く実現のきざしすらない。地元医師は医大設置によって大幅な収入減をきたしているやに聞く。すなわち開業医とわれわれは同質の患者を治療対象としているわけである。身体障害者手帳あるいは国民年金，障害年金などのための診断書をみる限り，再建手術の可能性のある患者は多数存在するが，これらは今日までわれわれの所へ紹介されたことはない。市内開業医からの紹介は，入院看護面での利点（特2類看護で附添を要しない）を根拠に考慮されているふしがあり，入院待機リストに入れるとすぐには入れる。病院への紹介を患者家族は紹介医に求めている。一方福井医大整形外科では，県下外科医の約85%が医大へ患者を紹介し，しかも説明がゆきとどいているので，入院加療を目的として来院するという。それに対し少なくともわたしの5年間の経験では，大学を大学として依頼された症例は極めて少ないのである。

さらに開院以来、県から義肢装具判定業務が委託される動きはなく、車椅子などの処方時には県立中央病院整形外科医長の印鑑を必要としていた。正面からの折衝は全く不可能であったが、側面からの運動で、最近漸くそれが可能となった。同じく身体障害者を取り扱う眼科、耳鼻科にはこの業務は未だ委託されていない。また労災に関しても、後遺症の診療が行える外科後処置病院、脊髄損傷者に対するアフターケアの実施医療機関、義肢等の採型指導医などの整形外科、リハビリテーション医学の本道ともいえる診療に関して、同じ政府機関である島根労働基準局は、委託契約の意向さえ今日に到るも全く表明していない。

一方患者も、大学病院を一般開業医と何ら区別することなく、比較的軽度の早期患者が多く、地区最終、最高病院の取り扱う重症、悪性の疾患、例えて整形外科領域でいえば悪性骨軟部腫瘍患者が、他府県の大学病院、大病院へと去って行くという苦い経験を持ったのは、わたしだけであろうか。本年3月19日より5月28日までの期間にわたし自身が外来初診した患者は185名であり、これらの中で精査あるいは手術目的で入院をすすめた患者は17名である。直ちにすすめに応じた患者はその内4名に過ぎなかった。

また昭和58年9月1日より同11月30日までの間、地元新聞に記載された地方有名人の死亡場所を調査したところ、表1の通りであって、

表1 地方知名人の死亡場所

58.9.1.~58.11.1 死亡者数	富山*	島根**	高知***
	171	140	11
医大病院	8.8%	5.0%	11.1%
県立中央病院	11.1%	4.3%	11.1%
その他の公的病院	23.4%	47.1%	22.2%
私的病院	27.5%	7.1%	44.4%
自宅	29.2%	36.4%	11.1%
事故	0.6%	1.4%	—
不明	—	1.4%	—

*北日本新聞 **山陰中央新報 ***高知新聞

表2 新設医大病院の比較（昭和58年度）

	外来 1日平均	入院 1日平均	病床 稼働率	備考
富山	645	533	85.6%	622床
浜松	780	492	81.9%	600床
滋賀	633	461	76.9%	600床
島根	553	513	83.7%	613床
高知	504	516	87.1%	593床

新設医大附属病院の患者数、病床稼働率を比較してみると、本院は他と大差はない（表2）。しかし本院開設以来の月別平均新患数をみると、図1、2に示すように、新患数、患者総数ともに極く僅かづつ増加傾向にあるものゝ、季節的変動が著しく、高次の診療を行う病院という認識よりも、一般病院として受けとめられており、このことは昭和59年10月1日以降の健保改革による患者激減（15~20%減）からも明らかである。

(1) 診療科

とくに大講座における専門科の診療は、単に内科が「特殊外来」なるものを公式に（病院内に）設置しているにすぎず、外科系では各診療科の連繋はない。とくにわたしの専攻す

廣 谷 速 人

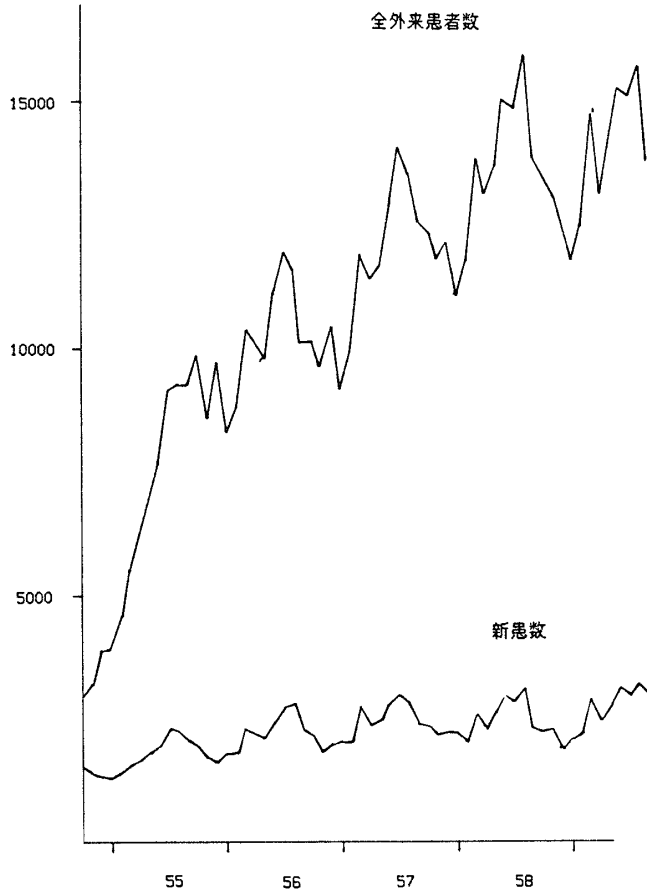


図1 患者推移(全科)

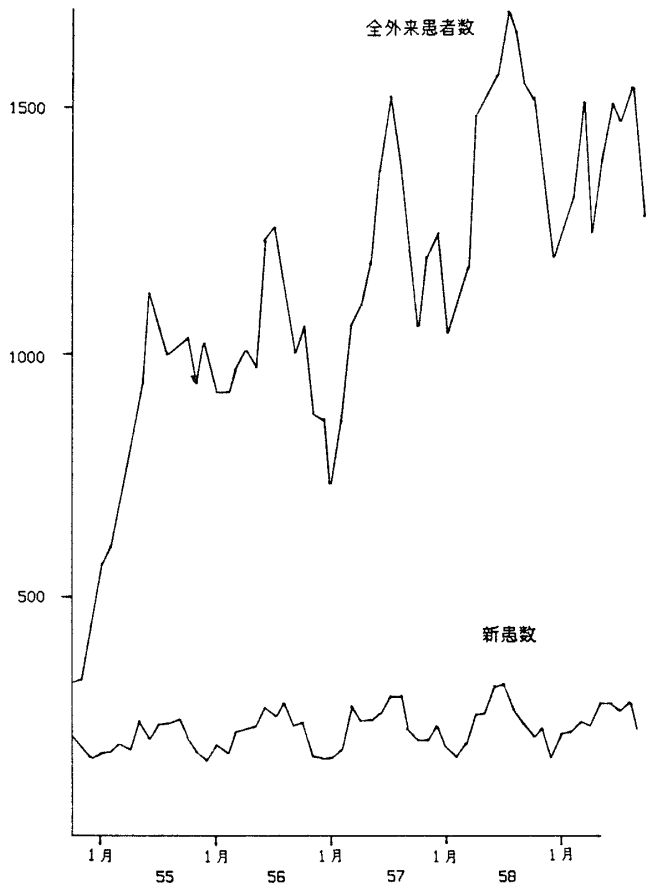


図2 患者推移(整形外科) (月別)

る整形外科では四肢、体幹の運動器をその学問的対象とするため、その間の事情が他科に比べてより良く理解できるのである。なお附属病院規程第5条に述べられている「診療グループ」は今日までいかなる会議の席上でも討論の対象となったことはない。

(2) 中央診療施設

中央診療施設の4つの部門（中央検査部、中央手術部、中央放射線部、中央材料部）は形態上、すなわち既設大学に比べて極めて貧しい定員と予算の下に、存在しそれなりに機能している。

一方特殊診療施設では「当面置く」べき4部門中、理学療法部、I. C. U. の2部門は設立されたが、分娩部、輸血部については実現をみない。それらの緊急度が正式の議論の対象となったこともない。

「将来設置予定の特殊診療施設」の中で、透析室、RI 診断・治療センターはしばらくおくとして、救急部については、教授会での提案が事務官の一言の下に却下された事実がある。本学参与である県医師会長、出雲医師会長より県救急医療構想の一環として、私的に、(多分公的にも)、「地域事情の要求」があったにも拘らず、本学では「設置を考慮する」ことが今日までなかったのである。

(3) 関連教育病院

卒前・卒後教育に大いに参加することになっており、教育のカリキュラム、成績評価等には、「大学の教官のみならず関連教育病院の教育責任者も」参加することになっている。現状は各診療科における成績評価が送付されてくるだけであり、両者の診療科長の接触は、鳥根医科大学関連教育病院運営協議会の運営の実体を別にすれば（委員でないので不明）、年1回の非公式の（すなわち何らの規定のない）懇談会のみである。さらにいえば、昭和50年10月1日、本学学長と鳥根県知事との間に成立した協定書（関連教育病院に関する協定）によれば、指導医は運営協議会の議を経て選任されるようになっているが、この協議会の構成には両者の事務局長、病院看護部長も加わっており（第2条）、学生臨床教育の20%を担う指導医の選考機関としては常識になじまないだけでなく、教育公務員特例法第4条の精神をそこなうものと考えられる。

地域医師の教育に対しては、「定期的 C. P. C.」あるいは「夏期大学」がうたっているが、おそらく本学初めての整形外科公開講座(医大医師会後援)の出席率は前述の通りである。また最近になって漸く告げられたことであるが、日医補修講座が本学で開催されるようになった初期(昭和53年頃)には、電話の借用禁止をはじめ病院内随所に立ち入り禁止地域が設けられていたとのことで、当時の大学事務局の地域医療への姿勢が問われるべきであろう。

3. 附属図書館

「図書館の整備は学生および教官にとって非常に重要で、しかも急を要する問題である」とされていて、具体的な「整備」については基本構想は何も述べていない。購入図書、購入雑誌について、就任予定教官に何らの発言の機会なく、少なくとも購入図書は事後知らされ、個々の図書は整形外科(運動器)領域に限れば特殊な疾患のシンポジウム記録が2冊もあつたりしてその選定は杜撰、かつ片寄りがある。今となってはどうしようもないが、極めて惜しいことである。また雑誌については、いわゆる core journal でも1970年以降しか購入されておらず、一般的なものまでも学外へ依頼せざるをえないのが実状である。

各新設医大の蔵書数の比較は表3の通りで、これからどのような傾向を見出すかは、各人の自由であろう。

4. 将来計画

基本構想の中で「将来計画」として、難病研究所、併設医療技術短期大学、疾患モデル動物研究センターの3つの設立が挙げられている。

1) 難病研究所および疾患モデル動物研究センター

表3 新設医大附属図書館調べ（昭和58年）

	学生受 入年度	全所蔵 冊数	和/洋	全所蔵 種類数	和/洋	昭57年度 受入分 単行本
旭川	48	71,539	32,328/39,211	1,440	537/903	834(9,782千円)
浜松	49	56,363	20,169/36,194	1,764	644/1,120	
宮崎	49	66,014	32,916/33,098	1,327	489/838	
滋賀	50	63,491	28,027/35,464	1,576	430/1,140	1,302(11,449千円)
島根	51	61,726	30,412/31,314	1,580	747/833	938(8,479千円)
高知	53	49,282	27,859/21,423	1,768	955/813	
京都		150,907				
岡山		186,862				
鳥取		116,903				
広島		127,162				
山口		107,098				

基本構想の難病研究所はその研究プロジェクト（脳卒中、自己免疫症、遺伝・体質）からみて、すでに本学西側に聳え立つ（財）島根難病研究所がその研究センターとしてもつもの（脳卒中予防研究部門、自己免疫性疾患研究部門、遺伝体質部門）に一致するだけでなく、さらにその疾患モデル動物センターは、基本構想の疾患モデル動物研究センターに全く一致するものといわざるをえない。

（財）難病研究所は、その定礎の記（昭和54年3月10日）によれば、「地域医療の充実進展を図ると共に、ユニークな大学としての発展を期し、もって21世紀の医学といわれる予防医学の確立を目指し、併せて県民医療福祉の増進に寄与する目的」をもって設立されたものである。一方「基本構想」の中の難病研究所の項では、「優れた医学教官」には「優秀な研究者であること」が要求され、研究を「発展させるのに必要な研究に適した組織」が必要であるだけでなく、「個人的に興味をもつ領域の研究」のための「中央研究施設」が必要である。さらに「大規模なプロジェクト研究を行う」には「大学の内外を問わず研究に参加できる組織」をもつ必要があり、そのような意味で「医学に直接結びつく総合研究の場」をもつために設立するとされている。さらに「基礎、臨床系を問わず」「一人の教官が両組織——教育の組織と研究の組織——に関与」することになっている。

両者の難病研究所との間に微妙なニュアンスの差があり、（財）難病研究所に無関係なものが批判すべきではないが、大学人として将来構想の難病研究所、即（財）難病研究所とすることはできない。それは少なくとも、次のような問題点があるからである。

(1)（財）難病研究所の職員録によれば、その研究員（顧問3を除く）の所属は表4の通りである。本学で「難病」に無関係な専門教育科目は、基礎医学系3講座5教室中1、臨床基礎医学系3講座4教室中1、社会医学系2講座3教室中1、臨床医学9講座17教室中8の教室で、診療科2科中1もまた関係はない。さらに臨床医学の4科（外科、整形、耳鼻科、眼科）では、本学以外のみが参加している。

(2)（財）難病研究所のパフレットによれば、その研究センターは日本自転車振興会、疾患モデル動物センターは日本船舶振興会の、それぞれ補助施設とされてはいるものの、昭和56年12月4日付サンケイ新聞によれば、（財）島根医科大学設置協力会の寄付金は、医大が2億6百万円に対し、難病研設立には約6億1千万円が充てられている。新聞記事の信憑性については問題なしとしないものの、昭和55年9月24日付朝日新聞の伝えるところでは、島根医大への寄付は「2億円をわずかに超える程度」であろうと報じ、「県の難病研究所へも同設置協力会が窓口となり7億円を目標に寄付集め」をしている。これらの金額はほぼ一致するのである（富山医薬大の医学部創設に県は5億円を集めたと聞いている）。

表4 (財) 難病研究所の職員構成

	生	解	生	生	病	微	環	内	神	小	外	整	脳	精	耳	眼	中	
	物	剖	理	化	理	生	境	科	経	児	科	形	外	神	鼻		検	
本学教授	1	2	2	1	2	1	2	5*		1			1				1	29
助教授		1			2	1		1		1								6
講師		1						2					1					4
助手		3**			2		1	5										11
医員																	1***	1
県中副院長								1										
部長								1				1	1				1	4
医長								1										1
山陰労災病院															1			1
松江医師会										1								} 5*
松江赤十字								2										
国療松江										2*								
出雲医師会								11		4	2					1		18
大田市医師会											2							2****
仁摩郡医師会								2										2
邑智郡医師会								6△			1							7
京大助手									1									} 3
医員								1										
不明						1△△												

* うち1名は兼
 ** うち1名は58.4.1神戸大へ転任
 *** 59.9.1本学医員採用予定
 **** うち1名は県医師会名簿(昭和58年度)になし
 △ うち2名は町(村)立診療所
 △△ 京大職員録(昭和58年度)になし

以上の点から、少なくとも現在、(財) 難病研究所を「将来構想」の難病研究所と同一視することは、前者に無関係なものにとって、全く不自然な感じをいだかせるものと考えざるをえないのである。

2) 併設医療技術短期大学部

看護科、理学療法部に一般教育を加えた構想であり、基本構想中の附属看護学校もこれに包括されるものと考えられる。

看護学部門においては、非専門家の容喙すべきことではないが、本学附属病院看護部の知的水準からすれば、その実習病院としての適正化のためには、相当の困難が伴うものと予想される。また何よりも県下の需給関係の調査が必要である。県下には高等看護学校8校、準看護養成施設7校(うち2は休校)があつて、なおかつ必要かは甚だ疑問であるからである。

理学療法科については、昭和58年でPT38,880、OT24,505がすでに存在し、昭和61年以降、PTは38校から年900、OTは24校から年500が巣立って行くので、医療機関のみの必要予測数(PT, 60-61年6,000、OT, 63-64年、4,000)を十分充足するものと考えられる(日本リハ学会評議員会資料)。さらにまたPT、OTの教官の確保、実習病院の確保について、何らの見通しも準備もなしに、教育施設を作ることは、今日不可能といわざるをえないのである。

5. 小括

昭和50年3月22日大学設置審議会で承認された「島根医科大学の基本構想」は、その策定後9年半を経て達成度をみると、文部省直轄事項は完全に行われたとみるべきであろうが、本学独自の判断にまつもの、努力によるべきものはほとんど達成されていないと考えるべきであろう。すなわちハードウェアは完成したが、ソフトウェア確立の努力は全くされてい

い。というよりも基本構想は全く建前に終わっているものといわざるをえない。

そのようなソフト面での対応の欠如は全学的な体制のないことの実現であり、その根本的な原因は講座・診療科定員の不均等にあると思われる。「基本構想」によれば、前者は「授業時間数および講座に課せられる職務の量」、後者は「診療業務量および研修医教育量等」によって、恣意的に、教官の配分数が異っている。講座独立対等の立場はいうに及ばず、その不合理性を表5, 6, 7の授業時間数, 外来・入院患者数, 医員・研修医数などで示す。これらの現状からは決してこのような不均衡は算出されないのである。この是正なくして本学の将来への一定の方向づけは不可能とさえ極言しうるのである。

表5A 専門教育時間数

基礎 (講座数)	講義	実習	計
解剖学(2)	158	270	428(19.3%)
生理学(2)	176	96	272(12.3%)
生化学(2)	200	72	272(12.3%)
薬理学(1)	146*	48	194 (8.7%)
病理学(2)	160	110	270(12.2%)
微生物免疫学(1)	176	96	272(12.3%)
環境医学(2)	190	212	402(18.2%)
法医学(1)	86**	18	104(4.7%)
計	1,292	922	2,214

* 診断学2hを含む

** 医事法制24hを含む

表5B 専門教育時間数

臨床 (講座数)	講義時間数
内科学(4)	506+16*=522(33.0%)
皮膚科学(1)	50(3.2%)
精神神経科学(1)	80(5.0%)
小児科学(1)	100+5*=105(6.6%)
外科学(2)	220+2*=222(14.0%)
整形外科(1)	60+25*△=85(5.4%)
脳外科学(1)	60+2*=62(3.9%)
泌尿科学(1)	50(3.2%)
眼科学(1)	60(3.8%)
耳鼻咽喉科学(1)	60(3.8%)
産科婦人科学(1)	110+2*112(7.1%)
放射線医学(1)	50+26*○=76(4.8%)
麻酔学(1)	50+6*=56(3.3%)
歯科口腔外科(1)	20(1.3%)
検査部	22*(1.4%)
計	1,582 [実習 1,118]

診断学全体で62

* 診断学, △リハビリテーション医学 (24h),

○ 放射線基礎医学 (20h) を含む

表6 患者数 (昭和59年4月)

	外来(1ヵ月)		入院 (1日平均)	
	新患	総数		
第1内科			38.2 (7.6)	1,469 (29.1)
第2内科	433(17.8)	3,414(26.2)	38.2 (7.6)	
第3内科			35.5 (7.0)	
第4内科			35.0 (6.9)	
皮膚科	241(9.9)	882(6.8)	13.9 (2.8)	
小児科	306(12.6)	1,177(9.0)	23.9 (4.7)	
第1外科	59(2.4)	254(2.0)	31.5 (6.2)	
第2外科	65(2.7)	343(2.6)	40.8 (8.1)	
整形外科	229(9.4)	1,250(9.6)	37.9 (7.5)	
脳神経外科	56(2.3)	320(2.5)	22.2 (4.4)	
泌尿器科	81(3.3)	405(3.1)	25.3 (5.0)	
精神科	42(1.7)	439(3.4)	33.7 (6.8)	
産婦人科	151(6.2)	877(6.7)	37.5 (7.4)	
耳鼻咽喉科	209(8.6)	983(7.5)	29.5 (5.8)	
眼科	339(13.9)	1,400(10.7)	30.9 (6.7)	
放射線科	62(2.5)	321(2.5)	11.5 (2.3)	
麻酔科	26(1.1)	321(2.5)	10.2 (2.0)	
歯科口腔外科	135(5.5)	683(4.9)	8.2 (1.6)	
計	2,434	13,024	504.3	

表7 昭和57~59年度の医員・研修医数

	医員 研修医 計			基本構想				計
	教授	助教授	講師	助手				
第1内科	1	9	10	1	1	3	8	13
第2内科	3	13	16	1	1	3	8	13
第3内科	1	7	8	1	1	3	7	12
第4内科	0	2	2	1	1	3	7	12
皮膚科	0	2	2	1	1	2	4	8
小児科	3	10	13	1	1	2	6	10
第1外科	0	5	5	1	1	3	6	11
第2外科	0	6	6	1	1	3	6	11
整形外科	0	7	7	1	1	2	6	10
脳神経外科	0	0	0	1	1	2	5	9
泌尿器科	0	1	1	1	1	1	5	9
精神科	0	0	0	1	1	2	6	10
産婦人科	2	4	6	1	1	2	8	12
耳鼻咽喉科	1	3	4	1	1	1	5	8
眼科	1	3	4	1	1	1	5	8
放射線科	1	5	6	1	1	0	4	6 (+2△)
麻酔科	0	7	7	1	1	0	4	6 (+4*)
歯科口腔外科	14	3	17	1	1	1	0	3
検査部	0	0	0	1	0	0	2	3
手術部	—	—	—	0	1	0	3	4*
放射線部	—	—	—	0	1	0	1	2△
計			114	19	20	34	106	179

文部省規準：学部 教授1，助教授1，助手3 } 計10
病附 講師2，助手3 }

III 提 案

以上みてきたような「島根医科大学の構想」を踏まえての現状の認識の下に、わが島根医科大学の将来について、新しい時代を予測しつつ新しい構想を樹てねばならない。それについての提案を以下行ないたい。

その際、われわれは大前提として島根医科大学は何よりも「大学」であるということを取り上げたい。大学とは「學術の中心として、広く知識を授けるとともに、深く専門の学芸を教授研究し、知的、道德的及び応用的能力を展開させる」（学校教育法第52条）ところであるが、最近では社会へのサービスもまた大学の大きな使命と考えられるようになった。とくに医科大学では、附属病院において一般診療が行われており、ことに新設医大では地域との結びつきが重要視されているところである。

A 管理運営

1. 講座の独立

学問の自由は憲法第23条に保障されているところであり、大学における目的、すなわち教育、研究、診療を遂行するに当たっての自主性ないし自律性は、実定法および慣行上、すでに確立されているところである⁶⁾。しかるに本学では、戦中戦後の医専が地域病院を中核として大学へ発展したものと異り、初めから医科大学として発足したにも拘らず、このような信念に欠ける点がなしとしなかったのである。その原因と考えられるものとして、外的に文部省、大学設置審議会の指導に対する盲目的服従が、国立大学としてやむをえざるものがあったにしても顕著であったし、内部的には大講座制の採用などの学内体制の歪みを挙げることができ、さらにわれわれもまた大学人としての基本的信条に欠けるところがないとはいえなかったのである。

大学における講座制は明治26年（1893）より施行され¹⁷⁾、何よりも教育研究組織の専門単位である¹⁸⁾。従って教員組織の基礎単位であり、予算上の単位であり、学生定員の単位でもあり、博士課程の大学院をもつ大学に限られて設けられている制度である^{17,18)}。

大学とは個々の講座の対等な連合体であるという認識を、わたしは第1の原則と考えたい。このことは、すでに指摘した講座定員の不均等の是正を意味することはいうまでもない。助教授のいない講座、診療科定員に講師のない講座が存在することは許されてはならない。このような不平等制度を取り入れているのは、少なくとも西日本10新設医大中本学と高知医大のみであるが、後者では本学ほどの格差はなく、また弾力的に運用されていると聞いている。

具体的な方策としては、各講座とも文部省定員に一致する定員を一旦配布し、現状との差は講座間の貸借とし、数年がかりで過剰定員欠員時の不充足を行って定数化する以外によい方法はないと思われる。その際世話役として文部省定員通り配分されている講座（小児科、整形、精神科）がその整理を行ない、その決定は教授会が多数決ではなく、絶対に服従することを前提とする。

第2の問題は大講座制の廃止である。解剖学、生理学、生化学、病理学、環境保健医学、内科学、外科学のように第1、第2のナンバーのある講座での大講座制は、教育カリキュラムなどの関係から必要であるのかもしれないが、現状の皮膚科学を内科学講座に、整形外科学、脳外科学、泌尿器科学を外科学講座とすることは、それらの学問の歴史と伝統を無視するだけでなく、現在における学問をも否定する一面をも有している。ナンバー講座以外はこのような不自然な大講座の枷から解放されるべきである。

2. 教授会の機能

個々の講座の対等な独立性を認め、その連合体として大学を考えると、各講座の最終責任者によって構成される教授会は、当然大学の中核でなければならない。

学校教育法第59条には、「大学には、重要な事項を審議するため、教授会を置かねばならない」と明記されている。これは「学生の入学、退学、転学、留学、休学、進学課程修了、卒業」（学校教育法第施行規則67条）を議するのみならず、学長、部局長（教育公務員特例法施行令第1条によれば、本学では病院長、図書館長）の採用ならびに教員の採用及び昇任、前2者の任期、これらの転任、降任、免職、休職、懲戒処分（教育公務員特例法第4、第5、第6、第7、第8、第9の各条）などを審査する大学管理機構に外ならないのである（教育公務員特例法第25条）。さらに大学管理機構としての教授会には、不可分的に教育、研究の内容、方法、対象の自主決定権、大学の施設管理権を含む内部秩序権、財政上の自治権などの権限を有するものと考えられる⁶⁾。

そのような意味において、現行の評議会は廃止すべきである。評議会は数個の学部を置くものであるが、「当該大学の事情により」「一個の学部を置く国立大学においても」置くことができるようになっている（国立学校の評議会に関する暫定措置を定める規則）。本学管理規則制定時（昭和51年4月1日）本学にいかなる「事情」があったかは不明であるが、伝えられるように大学紛争を想定して作られたものならば、大学運営に関する臨時措置法（昭和44年8月17日施行、5年以内に廃止）の精神からして、紛争発生時には特定な法的措置をとることができるのである。「島根医科大学の構想」に述べられているように、医学部附属図書館、難病研究所、併設医療技術短期大学部、疾患モデル動物研究センターがそれぞれに教授会、またはそれに準ずる機関、または運営機関をもつとき、「全学的運営は、部局から選ばれた評議員による評議会が審議機関となる」べきものであろう。

表8 管 理 機 関

滋賀医大教授会

(審議事項)

第2条 教授会は、次の各号に掲げる事項を審議する。

- (1) 学則その他重要な規則の制定、改廃に関する事項
- (2) 予算概算の方針に関する事項
- (3) 学科、講座、学科目、附属教育研究施設等の設置、改廃に関する事項
- (4) 教官の人事に関する事項
- (5) 学生定員に関する事項
- (6) 教育課程の編成に関する事項
- (7) 学生の入退学、基礎学課程の修了及び卒業等その身分に関する重要事項
- (8) 学生の厚生補導に関する事項
- (9) その他、本学の教育研究及び管理運営に関する重要事項

島根医大

評議会

(権限)

第8条 評議会は、学長の諮問に応じ、次の各号に掲げる事項を審議する。

- 一 学則その他重要な規則の制定改廃に関する事項
- 二 予算概算の方針に関する事項
- 三 重要な施設の設置廃止に関する事項
- 四 人事の基準に関する事項
- 五 学生定員に関する事項
- 六 学生の厚生補導及びその身分に関する重要事項
- 七 学内の機関の連絡調整に関する事項
- 八 その他本学の運営に関する重要事項

教授会

(権限)

第14条 教授会は、次の各号に掲げる事項を審議する。

- 一 教育課程の編成，試験その他履修に関する事項
- 二 入学，退学，卒業等学生の身分に関する事項
- 三 学生の懲戒に関する事項
- 四 学生の厚生補導に関する事項
- 五 その他教育及び研究に関する重要事項

2 教授会は、前項に掲げる事項のほか、教育公務員特例法（昭和24年法律第1号）の規定によりその権限に属することとされた事項を取り扱う。

因みに滋賀医大と本学の規定を表8に示すが、本学管理規則第14条に定める教授会の審議事項は、学校教育法第59条の一部をのみ満足しているに過ぎないとさえ極言しうるのである。

さらに島根医大管理規則第10条に掲げる委員会のうち、医学部附属病院運営委員会のみはその委員が教授以外の職員も包括されており、大学における「重要な事項を審議する」のに相応しいものとはいえない。従って該運営委員会は改組するか、重要でない事項を審議するようにすべきである。

予算のことは人事と並んで大学において最も重要な管理事項である。ところが本学諸規則等には人事についての多くの詳細な規定はあるが、予算の要求，配分に関しては、ただ評議会の審議事項に「予算概算の方針に関する事項」が挙げられているに過ぎない。ここに教授会から選出された委員による予算委員会の設置を提案する次第である。この委員会は、事務局からの事務的，技術的補佐をえて予算概算の「方針」だけでなく実際のなものを立案し，最終的には教授会の議を経て予算を決定するようにすべきである。なお本委員会は常置とし，予算の要求，配分に十分な時間をかけて審議し，年間を通じて教授会の議題として討論の対象とされることを望みたい。

本学諸規則に規定された各種委員会は，構成員が余りにも多すぎることはしばらく置くとして，もっとも実務的な委員会が，むしろなおざりにされている。たとえば駐車場問題委員会は久しく開催されることもなく，一方では臨床講義棟周辺の縄ばりが作られ，他方西部には仮とはいえ新駐車場も出来ている。また節約委員会も便宜的であり，数年前の委員会で決められた病院玄関自動ドアや病院エレベーターの休止も今日まで実行されることなく推移し，最近のものも何故か病院の委員会は立ち消えとなるとともに，学部の委員会で決められた研究棟エレベーターの隔月使用と廊下の消灯のみが忠実に守られ，われわれに不便だけが残った。このような全学的委員会は学部，病院と分離することなく，またすべて副学長が委員長になる必要もなく，間断なく続けられるべきであろう。

その点において，病院教官人事については（仮称）臨床教授会なるものが開催されていたが，本来教授会一本で人事は決定されるべきであり，病院に関するものであっても大学の運営上重要な事項は，前述のように，教授会においてのみ決定されるべきものであると考える。

これを要するに大学における管理はすべて教授会においてのみ専断的に決定されるべきであり，教授はそのような自覚の下に行動すべきである。看護部長の助手併任にみせたような，けじめのない姿勢は深く反省されるべきである。教授会決定後においてその運営は学長，副学長の命令下，教官を含む全大学職員が，個々に，あるいは委員会の下で行うべきである（現病院運営委員会は，他の委員会と異り病院に関する運営のみならず管理業務を行っている感がある）。

3. 参与会

新設医大に置かれる参与（文部省大学学術局49.4.2.）は，筑波大学の参与会とは異って会議制はとらないものの文部大臣によって任命される非常勤の職であり，「大学の運営に関

する事項について大学の求めに応じて意見を述べる」ものである。本学においてはごく最近まで本来最も関係深かるべき島根大学学長は本学参与でなく、一方県知事、県医師会長、県病院協会会長が参与であるにも拘らず、卒業生の県内病院研修その他について大学側から意見を求めた形跡もない（愛媛大学では卒業生の県立病院での研修医制度が設けられているやに聞く、前述）。

大学は自らの意志を参与に伝えるべきであるが、その意志決定には当然教授会が当るべきであるが故に、参与会の議題、議事録などは教授会構成員に伝えられるべきであり、教授会とは十分な意志疎通があるべきであろう。後述との重複を恐れずに参与会に対する要望を挙げれば、次のようなものがある。

- 1) 県立中央病院，県立湖陵病院，松江赤十字病院，済生会江津病院，県立整肢学園（松江，島根）など，および県病院協会加入公私立病院への本学卒業生の採用
- 2) 自治医大卒業生の本学への受け入れ（自治医大卒業生は58の公的病院と12の大学病院で卒業初期研修を行っている¹³⁾）
- 3) 県，市救急体制における本学の役割
- 4) 島根大学との学生レベルでの連繫
- 5) 市水道料金などの減免と市企画文化事業（例えば図書館，会館など）への参画（神戸市はポートアイランドの国際会議場建設に際して神戸大医学部の参加を求めたといわれている）。

B 教育

1. 学生の選抜

医師過剰時代を迎えるとともに医学の聖域も狭められ，今日ほど医師のあり方が問われる時代はない。その意味において理想的な医師像に適した資質をもつ学生を選抜教育すべきであるという議論は，一見完璧に見えるけれども，どのような資質が医師として適性があるといえるのか，それらをいかにして見出すのか，など具体的な一步を進めるとき，極めて難解な命題に突き当るのである。さらにまた認知領域と情意領域とにバランスのとれた医師を養成するためには，その知情は単に高等学校卒業時のみに求めるべきものではなく，医科大学6年，さらに卒後研修，生涯教育すべてを通じて醸成されるべきであろうと考えられる。

今日の如き選抜形態，すなわち米国のように調査，面接に数カ月という長時間をかけることができず，家庭環境など個人的情報がタブーとされる状況下では，学生の情的背景，思考構造を個々に短時間に見分けることは全く不可能といわざるをえない。

さらに，本学をはじめ多くの大学で実施されている面接，小論文などによる選抜は，本質的に決定的なものとなりえないし，現になってもいない。昭和54年度におけるこれらの実施状況は表9に示す通りである³⁾。本学においては，今日の新設医大や私立医大に平均的に採

表9 選 抜 試 験

	旧帝大	旧医大	新設	新々	公立	私立
	7	6	12	13	8	28
学力試験のみ	100%	50%	58%	15%	38%	0
学+面 and/or 小	0	50%	33%	75%	62%	75%
面 and/or 小のみ	0	0	8%	15%	0	25%

用されている学力検査+面接+小論文という方式をとっているが，後2者については次のような問題ないし極言すれば欠陥がある。

(1) 面接：面接に際しての評価項目も作成せず（作成校³⁾，国公立80%，私立82%），いわんや段階的評価も行っていない。また個別面接のみで集団討議方式（実施校³⁾，国公立44%，私立15%）も採用していない。時間も1人5分で国公立平均の10分，私立平均8分の約半に過ぎない³⁾。従って本学での効用は全く消極的にならざるをえず，単に挙動不審なものを見出すことだけのものと想定して始められたと推測されるが，労力の割に実効は挙っていない。面接による不合格者は今日まで皆無であろう。また面接で異常なく，入学後神経障害をきたすものはあとをたたない。

(2) 小論文については，国公立校43%，私立校64%に課せられてはいる³⁾ものの，総点に合算した大学は前者の92%，後者の43%であり，その配点は10%以内のものが大勢（国公立91%，私立56%）を占め，本学ほどの比重をおかないのが普通である。

そもそも小論文の出題は国公立大の20%に行われているに過ぎず，その型式は(1)「～について」という論述型，(2)「次の文章を読み～を述べよ」として要旨などを述べさせる要約型，(3)資料にもとづく分析型，に分けられ⁷⁾，国公立大での出題傾向は表10に示す通りである。本学での出題は

昭和54年度 学ぶということ
 昭和55年度 人間と環境
 昭和56年度 生きるということ
 昭和57年度 豊かな心
 昭和58年度 みち
 昭和59年度 文化と病気

といずれも論述型であり，表現力，論理性，人間性，医師としての適性が出題のねらいとされている。

表10 小論文の形式⁷⁾

	56	57	58	59
論 述 型	30%	27%	21%	28%
要 約 型	46%	49%	52%	49%
分 析 型	24%	24%	27%	23%

一般に小論文では3～5段階の評価が行われ，さらに2名以上の複数の試験官による評価が行われ，評価の開きの大きいときは第3の試験官による採点が行われているようであるが，本学においてはこのような評価がなされているのであろうか。筆者が採点者となった場合，これら設問のいずれに客観性，普遍性を保ちつつ表現力のみ，論理性を評価し，さらに受験者の人間性や医師としての適性を見出すことは，ほとんど不可能であると告白せざるをえない。

小論文のみを2次試験に課す佐賀医大の傾向はその意味において興味がある。

昭和54年度 医学の進歩と人間の生命の尊厳

昭和55年度 医師の急速な増加とこれからの医療のあり方

とより具体的，非文学的な出題から，さらに昭和56年度からは要約型に変わり，昭和58年度からは膨大な長さ（数頁に亘る）の論文，あるいは英文まじりの論文を出題している。

このような要約型ないし分析型の方が，理解力，問題解決力，表現力が客観的，定量的に評価しやすいものと思われる。

それにしても，このような小論文を課されて合格した学生の書くカルテに誤字，あて字の多いのはどうしたことか。これはこのような高次の大脳機能ではなくて，日常の注意力欠如によるものであり，正に医師としての適性に欠くものであろう。小論文は本学受験生では，

より低次元に問題があるのかもしれないとも考えられる。

これを要するに、今日本学で行われているような面接、小論文を課すことは、評価の不統一などから、労力に比してえられる情報が少なく、いわんや後者の総点への相当な比重でのかかわり合いは、学生選抜の方面として好ましいものではない¹²⁾。入学生の追跡調査をもとに抜本的改革を行うか全廃する必要がある。後者をとったときは、入学後一般科目、基礎医学終了後に担当全教官による人物考査を行ない、情意不安定なものは退学させるようにすることが納税者への義務と考える。

(3) 学力試験

医師は医学生としての卒前教育だけでなく、卒後教育、生涯教育を受け、日進月歩の医学を十分吸収、消化することによってのみ、その職業を全うしうることはいうまでもない。その意味において職務に必要な新知識、新技術を身につけていく能力、すなわち訓練可能性⁴⁾ (trainability) が医師には要求されるのである。一方大学の入学試験はまた訓練可能性を測定するものでもあり、学力試験もまた訓練可能性の1つの表現であるといえることができる。

今日学力試験測定の目安は、「高等学校における一般的、基礎的な学習の達成度を判定する」共通第1次試験と「大学、学部の特性に応じた能力、適性を見る」第2次試験によって測定される。両者の比率は、表11 (A, B) に示すように一般に2.0あたりが多く、1:1

表11 国公立校における1次/2次の比

A.	1次/2次	54	56	59
	>2.0	13	2	7
	2.0~1.0	12	8	21
	1.0	4	5	8
	<1.0	2	1	5

新 設 国 立 医 大

B.	>2.0	3	浜松, 香川, 愛媛
	2.0	6	秋田, 富山, 滋賀, 高知, 大分, 宮崎
	>2.0~>1.0	2	福井, 山梨
	1.0	3	山形, 筑波, 島根
	<1.0	0	

の比率は旧設校でも、北海道大、東京大、東京医歯大、岐阜大、名古屋大にすぎない。一回限りの2次試験よりも、学習達成度全体を判定する共通1次を重視する方が合理的と考えられるものの、受験生が面接時異口同音に告白するところによれば、本学は共通1次が悪いものが一発逆転をねらう大学とされており、このことは正規分布する共通1次試験得点の比較的下位のものが受験し(すなわち本学学生となりうる)、さらに僥倖を期待する性格のもの入学の対象となっていることを意味し、ある意味では極めて反医師的思考の持ち主が入学する危険性すらあるのである。

そのような傾向を来たしたもう1つの要因は高校調査書の重視である。調査書評定を最終評価に合算しているのは、国公立21%、私立25%に過ぎないのである³⁾。調査書の評定の一部では学業成績の正規分布からの評定をしているが、ほとんどすべてはそれぞれの高校での絶対的な得点からの評定を行っている。前後者共にいわゆる学校差は不明である。文部省、あるいは高校側の調査書重視の声は公式的建前論であり、入試に指導的な影響力をもつ大学に先がけて調査書を重視し、総点にその評定を重く加算する必然性は本学にはない。それよりも調査書により受験生の高等学校時代の人間的な活動を読みとり、合否判定に資するべき

である。高等学校時代の成績が入学後の試験，国家試験と相関しないことは，自治医大の研究¹⁴⁾(表12)より明らかである。調査書の評定でかさ上げされるために，共通1次の成績の

表12 自治医大追跡調査
国試個人成績との相関係数(入学者437名，卒業生422名，国試合格者419名)

	一期生	二期生	三期生	四期生	平均値
卒業年	1978	1979	1980	1981	
総合Ⅱ	0.711*	0.752*	0.821*	0.751*	0.759±0.040
卒 試	0.688*	0.781*	0.798*	0.780*	0.762±0.043
臨 床	0.646*	0.719*	0.750*	0.603*	0.680±0.058
基 礎	0.691*	0.510*	0.495*	0.458*	0.539±0.090
教 養	0.361	0.478*	0.255	0.165	0.315±0.117
入試Ⅱ	0.059	0.154	0.197	-0.029	0.095
高 校	0.303	0.065	0.007	0.087	0.116±0.112
自治医大国試合格者 新卒(春)	99.0%	100%	94.3%	96.9%	97.6%±2.2%
新卒旧卒計(春)	99.0%	100%	93.9%	96.2%	97.3%±2.4%
全国国試合格者(春)	81.2%	78.6%	80.4%	75.6%	79.0%±2.2%
自治医大国試合格者の 全国医学部中での順位	1位	1位	8位	3位(2位)**	3.3位±2.9位***

* P<0.001, ** 新卒合格率全国順位, *** 最近4年間通算合格率は全国一位。

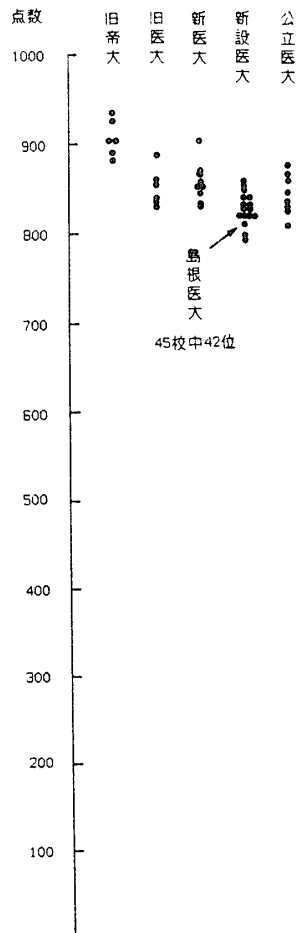


図3 共通一次難易度(旺文社, 昭和59) (註: 昭和60年度は44位)

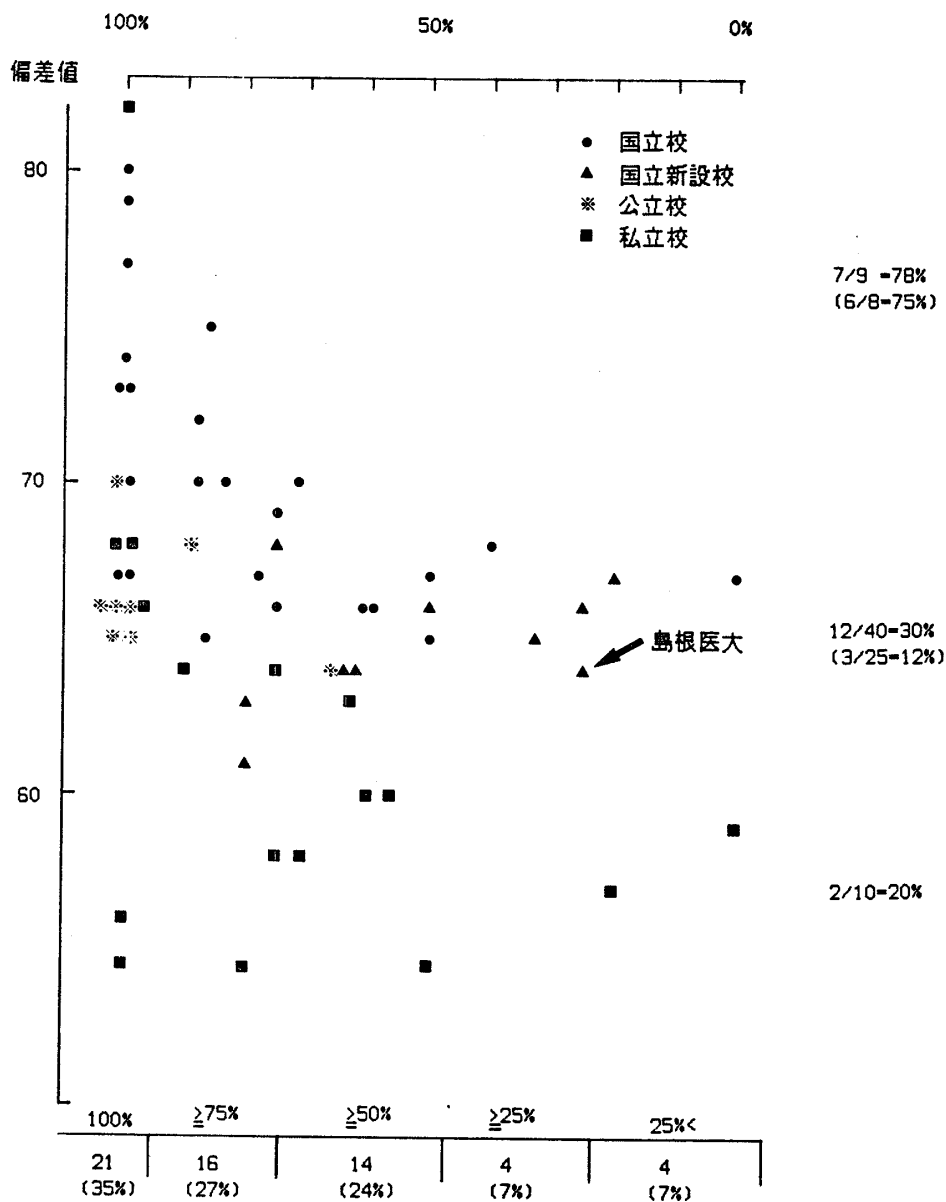


図4 母校残留率（昭和58年卒業生，全国整形外科学教室）日整会誌名簿補遺による。

よくないものまでが合格することになり，引いては偏差値が下り（図3），いたずらに本学学生の劣等感をあおることになるものと考え。なお図4に示すように少くとも日本整形外科学会新入会員については偏差値の高い大学と著しく低い大学が母校への残留率が高い。偏差値中等度の大学では極言すれば学生は大学を単に医師になるための方便ないし通過地点と考えているにすぎないのであろうか。

以上より選抜試験は次の通り改革すべきである。

(1) われわれ教官が求める学生は、訓練可能性に富み、生々と新知識、新技術に対応、摂取、消化するとともに豊かな人間性をもった学業優秀な若人である。高等学校の授業内容のみ汲々と勉強する（あるいはせざるをえないような）生徒は採らない。そのために

(2) 共通1次と2次との比率を少なくとも1.5:1, 出来れば2:1にする。

(3) 小論文, 面接, ことに後者を廃止する。小論文を残すときは、明確な内容についての評価基準を定めるだけでなく、分析型の出題をして、論旨不明確なもの、誤字当て字のあるものに大きく減点できるよう配点する。とくに後者は受験生の注意力、常識度を測定するよい資料となると考える。

(4) 約10%は高等学校時代クラブ活動の主将、マネージャー、委員長などの経験者から採る。本学学生の気質は学園紛争時代のいわゆるノンポリ学生のように、クラス内の団結なく、クラス間の連絡もないようである。従って学力成績90~110番の中から、順位に拘らず、これら人間的に優れたものを採り、本学学生の気風を変える必要がある。その際こそ調査書を活用すべきである。

いわゆる④制度は学校差を無視したものであるだけでなく、推薦制度のミニチュア版であるので、④合格者の追跡調査を人物、学業両面から入念に追跡調査し、実効なければ廃止、良ければさらに拡大して行く必要がある。

(6) 海外帰国子女の受け入れ、推薦入学制度については、本学入試管理委員会は否定的な意見ではあるが、私見からすればその理由は退嬰的であるといわざるをえない、とくに前者については本学「基本構想」にも述べてあるところである。姑息的な選抜方法に固執して homogeneous というより monotonous な学生のみを選んでいけば、本学の地盤はますます沈下して行くであろう。

因みに昭和59年度と昭和60年度を比較すれば（朝日新聞昭和59年8月17日版）、帰国子女特別選抜は16大学33学部から26大学62学部へと倍増し、推薦入学も70大学116学部から76大学138学部へと増加しているだけでなく、前者を東北大医学部が、後者を愛媛大医学部、佐賀医大、大分医大が採用している。とくに佐賀医大では定員の20%をそれに当てている。

なお昭和60年入試で国公立大学430学部中帰国子女はその14%が受け入れし、推薦入学はその32%が行っている。各大学とも優れた学生を入学させることに自ら努力しているのである。因みに小論文は31%の学部、面接は15%の学部に行われている。

これを要するに、学校差があり、かつ信憑性にも疑義なしとしない調査書の重視を廃止してその総括として共通一次試験の成績をとらえ、本学の行う二次筆答試験に重点をおいて、訓練可能性の高いものを選択すべきである。さらに地方大学の宿命からその残留率向上のためにも、推薦制も導入されるべきである。

2. 卒前教育

一般科目については門外漢の容喙すべきことではないが、臨床医として次の点を指摘したい。

(1) 外国語の重視：外書講読の6年までの義務化とドイツ語の強化が必要である。整形外科の外書講読グループで判断する限り、学生は5年生にしてなお受験英語の絆から離れていない。臨床各科は適当な英語の本を指定、公示し、学生を登録して長期に亘って実用英語を読み、多読力、読解力を養成させる必要がある。またドイツ語は短期間に論文を読むだけの語学力をつけさせる必要がある。他校からの新入局者の「学力」は、臨床では、外国論文の読解力で測定されるのが常である。

(2) 行動科学の導入：単に心理学ないし臨床心理学でなく、行動科学の教育は、患者を人間として視る基礎である。それは「医学概論」というような抽象的なものでなく、心身医学などのように、より臨床的、より科学的なものと理解している。青木¹³⁾の報告によれば、67%の大学で行動科学の講義が行われ、30%の大学で独立講座をもち、教育は平均医師7.2

名，非医師1.6名を擁するという。

(3) 生物学，化学などと解剖学，細菌学，生化学，薬理学，生理学などの合同講義の可能性。非専門家の空想であるが，授業時間を削減しうる可能性はないであろうか。

専門科目についても，大英断が必要であろう。例えば臨床の系統講義と並んで，局所解剖学，生体観察，臨床生化学，臨床薬理学の講義を行なう。専門科の系統講義はテキストの活用などで重点的に行ない，余剰の時間は臨床講義として予診のとり方，書き方，診察のしかた，手術に際してのデモンストレーションのような臨床の実際の基礎を教育する。しかる後にそれらの実戦的応用ともいうべきポリクリを行なう。

戦後スモールグループによるベッドサイドティーチングや病棟でのクラーク制が導入されたが，これらは格段に教官層の厚い米国などのみで実施可能な制度で，既設医大に比しても定員が少なく，その定員にすらなお欠員がある上に，卒後教育，研究，なによりも診療を課せられる本学（研究，診療のための非常勤講師は本学では認められていない）では，ほとんど不可能に近い(表13)。従って安易に，建前だけの模倣に走るだけでなく，本学で可能なような方策をとるべきである。

表13 常勤教員数³⁾

	国立 38校	公立 8校	私立 29校	島根 医大
教授	33.2	29.9	41.5	32
助教授	29.2	29.0	38.3	30
講師	40.9	35.8	56.1	25
助手	129.4	136.9	187.0	104
計	232.7	231.5	322.9	191

* 国公私72校，基礎，臨床，附属施設

教育カリキュラムの編成については，過去2回とくに臨床医学において改定が行われた。他大学の現状と比較するに(表14, 15)，基本構想から持越された歪みであろうか，基礎医

表14 授業時間数

	島根医大	1校平均授業時間 ³⁾		
		国立	公立	私立
一般科目	3,300 (40.1)	1,802 (27.4)	2,139 (28.4)	1,707 (24.3)
基礎医学	972 (11.8)	1,037 (15.8)	1,291 (17.2)	1,132 (16.1)
臨床基礎医学	734 (8.9)	740 (11.2)	799 (10.6)	667 (9.5)
社会医学	482 (5.9)	305 (4.6)	347 (4.6)	295 (4.2)
臨床医学	2,601 (31.6)	2,413 (36.6)	2,749 (37.1)	2,950 (42.0)
その他	132 (1.6)	291 (4.4)	158 (2.1)	277 (3.9)
計	8,221 (100)	6,588	7,528	7,028

学に軽く，臨床的なものに重い比重がおかれ，実験，実習の時間数が多い。このことはまた新しい医学教育の方向であるかもしれないが，上述の如き手薄な教官陣でこれを行うときは，一步誤ると現場軽視に連なることになる。われわれは安易な臨床医のみを育ててはいないし，本学は戦時中の臨時医専の戦後版ではない筈である。一部卒業生は基礎研究者となり，多くは臨床へ進むものの，やがてはそこからわれわれの後継者，すなわち大学人を育てる意気

表15 専 門 教 育 時 間 数

	島 根 医 大			1 校平均授業時間 ³⁾ (実習の比率)		
	講義(a)	実習(b)	計 b/a+b	国 立	公 立	私 立
解 剖 I	72	174	246			
II	86	96	182			
生 理 I	96	48	144			
II	80	48	128			
生 化 I	108	36	144			
II	92	36	128			
小 計	534	438	972 (45.1%)	1,037(43.5)	1,291(43.6)	1,132(42.1)
薬 理	144	48	194			
病 理 I	80	54	134			
II	80	56	136			
微 生・免 疫	176	96	272			
小 計	480	254	734 (34.6%)	740(33.1)	799(29.7)	667(31.1)
環 境 I	102	96	198			
II	88	116	204			
法 医	62	18	80			
小 計	252	230	482 (47.7%)	305(28.3)	347(32.4)	295(30.5)
内 科 I	124	1,188	1,316			
II	122	1,188	1,314			
III	126	1,188	1,318			
IV	134	1,188	1,326			
皮 膚 科	50	1,188	1,238			
精 神 神 經 科	80	1,188	1,268			
小 児 科	100	1,188	1,293			
外 科 I	110	1,188	1,298			
II	110	1,188	1,300			
整 形 外 科	60	1,188	1,273			
脳 外 科	60	1,188	1,250			
泌 尿 器 科	50	1,188	1,238			
眼 科	60	1,188	1,248			
耳 鼻 咽 喉 科	60	1,188	1,248			
産 科・婦 人 科	110	1,188	1,300			
放 射 線 科	50	1,188	1,264			
麻 酔 科	50	1,188	1,244			
歯 科	20	576	596			
検 査 学		612	634			
計	1,476	1,125	2,601 (43.3%)	2,413(39.6)	2,794(34.6)	2,950(40.9)

込みである。従ってこのような傾向もまた被期待感なき不無力な卒業生を生み、かれらはまた母校を捨てて全国を回遊するのではあるまいか。

教育カリキュラムの内容についても、他大学の現状を十分調査する上で最終的な結論をうるべきであるが、基礎、臨床を通してその凹凸が著しいように思われる。基礎学科はさておき、臨床において、少なくとも内科学が全講義時間数の $\frac{1}{3}$ ($\frac{52}{1582}$) を占めることは、誠に不自然であると云わざるをえない。また臨床では社会医学系の primary health care に対応する primary comprehensive medical care の教育、救急医療などの教育¹⁹⁾ も、本学

が地域医療の旗印をかかげ、社会的にもその必要性が叫ばれている今日、等閑視することは許されないであろう。

カリキュラムに挙げられている CPPC や総合講義が、教育理念の欠如、教官の時間的・労務的余猶の欠如から、全く画餅に終わっている前例に鑑み、総合医学 comprehensive medicine という概念をも導入すべきである。

また教育カリキュラムは余裕を持ち、学生に自習の習慣を植えつけるべきである。

さらに本学の教育カリキュラムに関して特筆すべきことは、その立案が教授のみによって行われていることである。日本医学教育学会の調査³⁾によれば、教授以外の教員の参加は国公立75校中60 (80%, 国立のみでは76%) に認められ、さらに学生の参加ないし意見聴取は31% (国立のみでは37%) に行われているのである。このようなことは、若手教官の授業への関心を失わせ、学生の興味を希薄化する危険があるものと考えられる。大学は常にそのすべての構成員の参加によって発展するものであり、「知らしむべからず与らしむべし」とは封建時代の化石である。

学生の自治能力はこれを育成しなければ、無気力な母校愛なき卒業生を生むだけである。

最後にチェックポイントであるが、私見では、5年後期の臨床実習直前の試験を厳しくし、十分な知識をもって患者に接するようにすべきである。現状ではこの試験は何らの効果を挙げていず、患者に対して失礼である。この時期の試験成績は国試の成績とよく相関するといふ (自治医大¹⁴⁾, 高知医大)。

われわれは、一応の目安として国試合格者数の入学者数に対する割合を見る必要がある (表16)。本学の分止まりは既設国公立大と私立大との中間にあり、下位20~25%の学生に

表16 入学者の国立合格率

	入学者数	中退・死亡 休学者数	6年後の 卒業生数	入学者に対 する割合	入学者に対する 国家試験(春) 合格
第1期生 (昭51年入学)	103	(1)	85	83%	72%
第2期生 (昭52年入学)	101	(4)	82	81%	81%
第3期生 (昭53年入学)	102	(2)	78	77%	74%
国公立37校 ³⁾ (昭48年入学)	3,706		3,161	85%	77%
私立26校 ³⁾ (//)	3,194		2,059	64%	55%

対しては、厳格な姿勢で望むべきであり、かつ将来的には、このような学生の入学を許可しない方向を研究すべきである。さらにいえば、われわれはその目標を米国 ECFMG 試験に向けるべきである。本学学生が合格したということは寡聞にして知らないが、自治医大生では相当数が合格している模様である。

3. 卒後教育

本学における卒業教育については多くの問題があると考えられる。ここに香川医大の行った10新設医大、西日本11医大のアンケートの大略を表17に示しておく。この表から分かることは卒後教育、すなわち医員(研修医)および医員に対する大学あるいは病院としての取り組み方に本学は極めて消極的であるということであり、今後は是正されなければならない。

なお学生に対する説明は、新設医大では富山が7月、旭川、浜松、滋賀、大分が10月、佐賀が12月に対して、既設では長崎11月、九州1月、熊本2月と遅い。本学では各科説明会は概ね5~6月、夏休前に行われるが、本年は2月に5年生を対象に行った科があるやに聞いている。学生の方も概ね夏休、最近では5月の連休、さらには6年生進級直前の春休みに、しかるべき大学、病院を訪問しているようであって、本学へ残る学生の少なさ(図4, 表18)の現われであり、一面淋しい現実である。

表17 香川医大卒後研修調査(抄)

	新設 ¹⁾	既設 ²⁾
1. 学生に対する説明：大学	6	8
各科	<u>4</u>	3
2. (1)研修：ローテート方式	0(1)*	1(1)*
ストレイト方式	<u>7</u>	6
両者併用	3	4
(2)研修カリキュラム：あり	6	7
なし	<u>3</u>	4
3. (1)研修医に関する委員会：あり	6	8
なし	<u>4</u>	3
(2)医員に関する委員会：あり	5	5
なし	<u>5</u>	6

* 内科のみローテイト

- は本学の属する群

1) 旭川, 富山, 浜松, 滋賀, 島根, 高知, 佐賀, 大分, 宮崎, 愛媛

2) 大阪, 神戸, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 九州, 長崎, 熊本, 鹿児島

表18 卒業生のうち母校へ残る率

	57	58	59
浜 松	64%	74%	62%
富 山	77%	55%	55%
島 根	58%	41%	42%
高 知	—	—	68%

表19 学 生 の 意 識 調 査

調 査 数 (男:女)	2 年 生		3 年 生		5 年 生		6 年 生	
	75 57:18		96 76:20		81 86:14		22	
1. 出身高校所在地	県		県		県		県	
	内	外	内	外	内	外	内	外
2. 出雲市は住みやすい	5	14	5	27	4	10	3	5
住みにくい	2	12	1	6	2	16	1	1
どちらともいえない	10	32	22	35	14	35	4	8
3. 卒後県内に住みたい	7	2	7	3	14	1	6	1
場合により住む	1	23	3	22	3	25	2	8
住みたくない	1	28	4	30	0	28	0	4
わからない	8	5	14	13	3	7	0	0
4. 卒後の希望：本学院生・研修医	6	5	8	7	(60%) (15%)		6	1
	2	31	9	38	5	33	1	10
	0	4	0	3	(25%)		0	1
	9	13	11	20	3	17	1	3
5. 将来の専攻を決めている	3	9	6	19	3	17	3	6
	14	49	22	49	17	44	5	8

その原因として多くのものが考えられる。

1) 共通1次/2次の配点の低い(2次重点)「手頃な」大学が全国的にみて、ことに関東以西になく、共通1次試験の悪い学生が、ただ医者になるための手段として入学してくる。

2) 後述するように本学の教員で本県出身者が比較的少なく、地元に残ることを拒否する何かが存在する。本学の学生に行った私的アンケートの結果は表19の通りである。

3) 教官あるいは大学に対する期待感の欠如。

その他公表すべきでない要因も考えられないことはないが、ある意味では当然のこととしてすなおに認容すべきことであるのかもしれない。しからば如何にして大学のマンパワーを保持して行くか。

1) 学外的にはまず関連教育病院をはじめ県下公的病院への本学からの研修医の派遣・学閥による確固たる系列の間隙を縫い、かつ県下でも医師急増が目立っている(表20)ので実施

表20 医 師 数 の 増 加

	医師数 (10万対)			57年/50年増加率	
	50年	57年	増加数	総数	10万対
全 国*	118.4人	141.5人	23.1人	26.8%	19.5%
京 都	175.0	189.9	14.9	14.4	8.5
大 阪	139.6	166.3	26.7	23.0	19.1
兵 庫	126.5	146.7	20.2	20.7	16.0
鳥 取	177.1	193.8	16.7	14.9	9.4
島 根**	109.4	149.2	39.8	39.8	36.4
岡 山	151.9	181.7	29.8	24.4	19.6
広 島	139.0	156.7	17.7	18.3	12.7
山 口	128.7	152.1	23.4	21.4	18.2
福 岡	158.0	183.6	25.6	25.4	16.2
東 京	140.9	190.2	49.3	35.0	35.0

実数 * 132,479 167,952

** 841 1,176
(0.64%) (0.70%)

(日本医事新報No.3137, 113頁, 昭59.6.9)

することは極めて困難であろうが、大学側が参与会とともに真剣に取り組むべき命題の1つであろう。さらに県、郡市医師会との連絡をよくして医師会病院へ参加すること、県環境保健部との関連の下に僻地診療所(島根県下で101カ所)へ研修医を常置させ、指導医が巡回することも可能であろう。自治医大卒業生受入れもある(前述)。さらに民力の低い島根県(表22)に留まるだけでなく他府県への飛躍も望ましいことである。

2) 学内的には、講座増設、研究施設附置がほとんど絶望である以上、現在の講座の中で、少なくとも島根県の要求に適合した卒後教育を行って就職先を確保する必要がある。今日最も求められているものは、primary medical care であることはいうまでもない。そのための卒後教育として川崎医大²⁰⁾、自治医大²¹⁾などでは総合診療部、地域医療部を設けて活動している。本学にはそれらの教育のための定員も予算もないが、各講座少しづつの犠牲においてこれを実現、実行させるならば、そのユニークさは学生の興味を引くだけでなく、求人もあるものと考えられる。現在自治体病院の不足率は16.2%、同診療所のそれは21.2%で、前者の52.4%(都道府県立の38.0%、市立の50.0%、組合立の55.4%、町村立の62.0%)が医師対策に困っており、全国自治体病院協議会の医師あっせんしているのは、病院19.1%、診療所21.2%にのぼっている(日医新報3125号, 101頁, 昭59.3.17)。

表21 島根県の相対的位置 (文献5より算出)

	人口集中地区面積%	人口集中地区人口%	65歳以上人口%	総合民力 指数	配送指数	
	総面積	総人口	総人口		月刊誌	週刊誌
全 国	2.7	0.60	8.98	1000.00	1,000	1,000
京 都	4.9	0.79	10.15	22.9	24	24
大 阪	43.2	0.94	7.33	82.1	83	104
兵 庫	9.6	0.72	9.17	41.1	35	35
鳥 取	0.9	0.26	12.14	4.6	5	4
島 根	0.6	0.24	13.57	5.9	5	4
岡 山	1.9	0.34	11.74	15.9	15	13
広 島	2.9	0.57	10.05	23.2	21	21
山 口	3.0	0.44	11.58	12.7	12	11
福 岡	9.3	0.63	9.26	34.5	35	33
東 京	45.4	0.97	7.82	144.9	194	263

	通常郵便 人口(万)	速達・書留 人口(万)	人口 電話数	情報化率	生活 現代化率	医師数 (人口10万)	病床数 (人口10万)
	全 国	986.4	50.5	2.86	100	100	142
京 都	1109.0	50.1	2.50	110.6	112.8	191	143
大 阪	1444.2	88.0	2.47	117.8	99.6	170	128
兵 庫	733.6	38.6	3.00	96.6	105.1	147	118
鳥 取	667.1	33.2	3.13	96.0	101.3	193	167
島 根	591.0	34.7	3.16	88.5	93.0	149	156
岡 山	1004.7	41.1	2.99	97.6	105.4	180	190
広 島	1070.0	52.5	2.83	102.3	109.2	157	151
山 口	671.3	36.8	2.84	100.2	89.7	153	182
福 岡	909.1	50.8	2.82	99.5	94.0	183	200
東 京	3139.2	145.2	2.03	143.1	105.5	194	126

人口集中地区：市区町村の区域内で人口密度の高い調査区（4000人/km²）が隣接して、調査時の人口が5000人以上となる地域

情報化率：書籍雑誌年間小売販売額，新聞頒布数，テレビ契約数の1人当たり受入れ量。

生活現代化率：生活財（カラーテレビ，タイムスイッチ，電子レンジ），レジャー財（ステレオ，ラジカセ，VTR，カメラ）の平均。

総合民力指数 (24)	}	基本指数	人口，世帯数，事業所，個人所得，国税， (6) 地方税
		産業活動指数	農業粗生産額，林業，水産業，工場数，工 (6) 業製造品年間出荷額，就業者
		消費指数	商店年間販売額，電灯，預貯金，一般公共 (6) 事業費，自動車
		文化指数	教育費，書籍雑誌，新聞，テレビ，電話， (6) 郵便

具体的な方策は種々検討を要するが，例えば4～6年の卒後研修期間中，内科，外科，麻酔科，精神神経科をベースとしてそれに周産期医学を加え，さらに要すれば眼科，耳鼻咽喉科，整形外科などの臓器別専門科の1つを研修させる方式が考えられる。その際内・外科については，とくに primary medical care，救急医療を主体とすべきであろう。

医師の将来推計は図5に示す通りであり，NHK行天良雄の推計は表22の通りで，将来（昭和75年）病院勤務医は文字通り倍増するが，その中で本学卒業生が如何なる位置を占めるかということが，われわれの最大関心事の一つでなければならず，在学生もまたこのよう

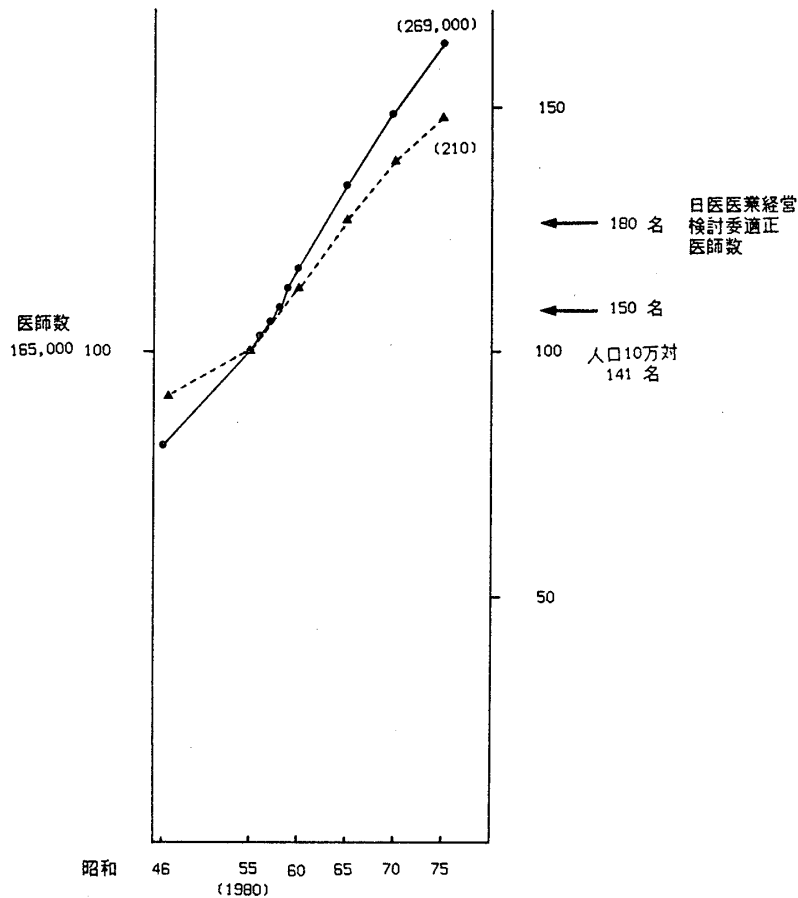


図5 医師の将来推計¹¹⁾

表22 行天良雄氏の推計

	昭和55年	昭和75年
医師数	17万	27万
病院勤務	40% (6.8) ^千	51% (13.7) ^千
大学勤務	14% (2.4)	9% (2.4)
開業	36% (6.1)	25% (6.8)
その他	10% (1.7)	15% (4.1)

日本医事新報3125, 109, 昭59

な推計を正しく受けとめねばならない。

本学では環境医学講座による学生の primary health care の実習が行われている¹⁴⁾。それを卒後教育にまで延長して primary comprehensive medical care を行うことも不可能ではあるまい。すなわち自治医大に設けられたような24時間オープン「地域家庭診療センター」を開設して一定地域住民の診療、保健指導を行うこと（病院42巻12号1033頁，昭和58年12月）や、例えば安来・能義医師会病院，益田医師会病院での実習を加味することも、意志さえあれば可能なことである（前者については卒前教育に利用して欲しい旨の申し出がすでであることを附記しておく）。

C 研究

大学における研究活動は、教育研究費、設備、図書費など経済的な面からの評価、論文数、

ないし発表業績の国際抄録誌掲載数、あるいは学会口演数などの研究生産性の面からの評価などがある⁴⁾が、これらの調査がきわめて膨大な労力を要するだけでなく、研究活動の質的側面を明確にすることはほとんど不可能に近いので、研究人口、すなわち研究生産性の基礎となる人間の数の面から考察を進めたい。

本学のような医科大学では教官は診療科定員を含めて研究人口と考えることができる。本学教官現員が医科系大学全体の現員と比較して、とくに講師、助手と実際上の研究のにない手ほど少ないことはすでに表9に示した通りである。

表23 教官現員数(昭和59年4月)

	整形外科				脳外科		
	島根	浜松	富山	高知	島根	富山	高知
教授	1	1	1	1	1	1	1
助教授	1	0	1	1	1	1	1
講師	1	2	2	2	1	1	2
助手	2	7	6	4	4	6	4
医員	0	4	0	3	0	0	0
研修医	3	6	13	8	0	3	0
大学院生	7	1	4	2	1	1	0
研究生	5	14	9	6	0	10	0
計	20	35	36	27	8	23	8

そこで教官現員数を新設医大間で比較すると表23の通りで、少なくとも整形外科、脳外科において先発、同時学年進行および後発の各医大よりも陣容に著しい見劣りがするのである。その原因の1つは、表24に示すような県内他大学出身者の参加が少ないことによるものと考

表24A 整形外科教室員の出身地・出身校
(島根-浜松-富山-高知)

	県内		県外		計
	本学	他大学	本学	他大学	
教授				1-1-1-1	
助教授		0-0-0-1		1-0-1-0	
講師		1-0-0-1		0-2-2-1	
助手		2-1-3-3	0-4-0-0	0-2-3-1	
医員		0-1-0-2	0-3-0-0	0-0-0-1	
研修医	0-0-3-2	0-2-4-2	3-4-5-4	0-0-0-1	
大学院生	1-1-2-0	0-0-1-1	6-0-1-1	0-0-0-0	
研究員*	0-3-2-0	1-4-2-6	2-5-3-0	2-2-2-0	
島根	1 → 5 ← 4 (25%)(20%)		11 → 15 ← 4 (20%)		20
浜松	4 → 12 ← 8 (34%)(23%)		16 → 23 ← 7 (20%)		35
富山	7 → 17 ← 10 (47%)(28%)		9 → 19 ← 10 (28%)		36
高知	2 → 18 ← 16 (67%)(59%)		5 → 9 ← 4 (15%)		27

* 出張中のものを含む。

() は全教室員に占める割合

表24B 脳外科教官の出身地・出身校
(島根-富山-高知)

	県内		県外		計
	本学	他大学	本学	他大学	
教授				1-1-1	
助教授				1-1-1	
講師		1-0-1		0-1-1	
助手		0-6-3	2-0-0	2-0-1	
医員					
研修医	0-2-0		0-1-0		
大学院生			1-1-0		
研究生	0-2-0	0-2-0	0-2-0	0-4-0	
島根	0 → 1 ← 1 (13%)(13%)		3 → 7 ← 4 (50%)		8
富山	4 → 12 ← 8 (52%)(35%)		4 → 11 ← 7 (30%)		23
高知	0 → 4 ← 4 (50%)(50%)		0 → 4 ← 4 (50%)		8

える。わが島根医大は地域の要望により設置されたにも拘らず、医科大学卒業者にとって、それほど魅力がないのであろうか。

次に研究の原動力となる大学院生の数をみると、先発医大に比して良好ではあるが、年々減少しつつあることは否めない(表25)。一方昭和50—52年度旧7帝大医学部での学位授与

表25 大学院医学研究科入学者数

	56年度	57	58	59	計	定員に対する比率
旭川	14	13	13	12	52	43.3%
浜松*	16	16	14	18	64	53.3%
宮崎	14	13	8	11	46	38.3%
滋賀	11	10	15	15	51	42.5%
富山	—	24(19)	15(10)	22(11)	61(40)	67.8%(44.4%)
島根	—	26(23)	20(17)	16(14)	62(54)	68.8%(60%)
高知	—	—	—	25	25	83.3%

* 入学者数 他は在学生(昭和58年4~5月)
括弧内は本学出身者

数⁴⁾は平均年間57, うち課程博士は20%であるので, これら大学の課程終了者は平均11名と推定され, 本学大学院在籍者学年平均20名(6%)は圧倒的に多いのである。しかし論文博士の出現が望みがたい現状では, 本学の学位論文授与数は将来低いレベルに低迷するものと推定される。

大学院生の研究に関しては, 宮崎医大は臨床系大学院生全員を基礎教室へ派遣して研究に専念させ, 論文は国内外専門誌に accept されることを必要条件としているやに聞く。本学においても学位規定が定められたが, 単に文部省令の「学位規則」を満足させるだけでなく, その審査方法などについても慎重に討議して決定しなければ, 島根医大のステータスの低下につながるものと考ええる。

次に本学のもつ雑誌についていえば, 島根医大紀要, Shimane Journal of Medical Science の2誌はいずれも年間発刊回数から定期刊行物とは考えられず, 前者においては投

稿規定なきにも拘らず編集委員会によって臨床講義の記録が拒絶され、後者はその発刊時よりの非常識的な面もあったがすべて英文である必要があり、およそ学会にインパクトを与える雑誌としての形態、内容をもつとはいえない。一方「島根医学」なる雑誌は県医師会によって編集発行され、大学とは無関係である（医大教官は1名もその編集委員に入っていない）。「愛媛医学」は県医師会雑誌であるが愛媛大医師会より選出された県医理事が編集委員長として活動し編集室も大学にある。宮崎も同様な傾向である。さらに関連教育病院からも雑誌が年1回発行されている。これらの各誌はほぼ共通の読者層をもちながら、個々に分かれているために発行回数、発行部数も少ない。そこで費用の出所は違っていても大同団結して統合し、1誌としてより強力な雑誌に生まれかわるべきであると思われる。費用分担の点については、その出所によってその母体の特集号ということにすれば、全く不可能とはいえないであろう。そしてまたそのイニシアチフは本学がとるべき使命があると考えられる。

最後に研究費の主たる部分を占める文部省科学研究費につき本学広報創刊以来のデータを表26に示す。

表26 科 学 研 究 費

	54年度	55	56	57	58	59
申請件数	61	85	102	106	113	116
決定件数	14	18	24	22	23	20
(交付率)	(23%)	(21%)	(24%)	(21%)	(20%)	(17%)
金額	23,460	54,730	29,750	30,700	39,960	49,800

〔注〕 昭和55年度交付件数率⁴⁾

旧 帝 大	51.4%
その他の国立大	34.6%
公立大学	2.2%
私立大学	6.5%

D 診療

およそ新設医大が設置時にかかげた目的の1つである地域医療への責務は、教育面では卒業生の定着、ことに僻地、無医地区への医師派遣、研究、および診療面での高次医療機関としての役割であると考えられる。

これらのうち、まず卒業生の定着については、すでにみてきたように年々むしろ減少し悲観的な状況にあり、この傾向はさらに強まるものと考えられる。表27は第1～第3期卒業生、現1～6年生の出身地、父兄が医師であるものの統計である。これらの分析から定着率の向上を期待できるであろうか。女子学生の比率は増加傾向にあるが、専門科選択、定着率に影響がなければ幸である（図6）。

島根県下には101カ所の僻地診療所があることは余り知られていないところである。大学と県環境保健部との連携の悪さと、卒後教育の方針とから、本学はその課せられた地域医療向上へこの面から全く貢献する姿勢がみられないのは残念である。

本学の卒後教育についても、primary comprehensive medical care¹⁷⁾を取り上げるべきである。そのためには、県医師会、郡市医師会および医師会病院、行政との連絡の下に、人的、財政的損失を覚悟の上でレジデント制および診療体制を確立すべきである。レジデントは前述のようにローテーションとストレートを組み合わせたものとし、診療体制は地域家庭診療センターの如きものとする。しかし現在川崎医大²⁰⁾、自治医大²¹⁾、天理よろず相談所病院²²⁾などで行われているものの直輸入は、国立大学では危険であろうから、そのプロジェクトチームは国内外の実状を視察研究する必要がある。レジデントの統括と診療の責任の

表27 本学学生・卒業生調査

	1期生	2期生	3期生	6年生	5年生	4年生	3年生	2年生	1年生
卒業・入学生	85	98	94	107	105	105	95	111	103
うち女子	14(16%)	13(13%)	13(14%)	12(11%)	17(16%)	19(18%)	20(21%)	28(25%)	29(28%)
父兄が医師	9(11%)	15(15%)	12(13%)	16(15%)	12(11%)	17(16%)	14(15%)	16(14%)	15(15%)
島根	19(22%)	14(14%)	14(15%)	29(27%)	26(25%)	21(20%)	28(29%)	26(23%)	20(19%)
鳥取	4	4	1	4	3	3	4	1	4
山陽(3県)	9	14	16	15	13	25	14	28	16
四国	1	6	8	5	2	10	7	4	2
近畿	13	13	16	18	20	17	19	18	26
東海(4県)	5	7	6	4	4	6	4	5	9
北陸(3県)	0	1	2	1	1	2	1	2	1
関東甲信越	18	18	19	14	17	11	8	13	17
東北	2	0	1	2	0	0	0	1	2
北海道	0	1	0	1	1	0	0	1	1
九州	15	19	11	14	16	9	10	11	5
沖縄	0	0	0	0	2	1	0	1	0

ため、将来は1臨床講座をこれに当てるべきであろう。米国の Department of Family, Preventive and Rehabilitation Medicines に相当するものである。その守備範囲の中には、地域医療体系に組み込まれた救急医療、医療の総仕上げともいうべきリハビリテーションセンターも包まれることはいうまでもない。

医科大学としての研究については、すでに全国医学部長病院長会議・医学部（医科大学）のあり方委員会の日本の医学教育に関する白書⁹⁾（昭和54年3月31日）に指摘されたように、学問の専門的細分化と研究方法の飛躍的な発達によって、より生命科学研究が主流を占めてきた。すなわち、かねて考えてきたように、臨床医学は基礎医学を指向し、基礎医学は理学部の生物学へ進み、むしろ理学部人類学の方が、例えばヒトの起立、歩行のような、あるいは文学部心理学の方が、例えば患者の精神状態ないし背後にいそむ心理的葛藤のような、より臨床医学的領域へ総合的研究を進展させている。しかるに前記白書が主張するような研究要員の充実、研究設備の拡張は、とくに新設医大では少なくとも近い将来解決されるものとは考えられない。さらに最近の臨床医学の傾向は、とくに工学部との学術的研究の面で目を見張るものがあるが、本学は単科大学であり、附設研究所ももたず、この方面での発展は極めて困難であるといわざるをえないのである。

このような現実を直視するとき、本学における研究の主眼は、とくに臨床医学において、必然的にその必要を満たすものとならざるをえないのである。

ひるがえって島根県の疾病をみるに、全県的にも老人人口が多く（人口の14.68%、昭和56年度）、成人病死亡のうち脳卒中、癌、心臓病がその60%を占めるが、中年層においては、少なくとも出雲医師会管内（出雲市、平田市、簸川郡）において、癌死亡が最近死因第1位となっているのである（図7）。このような推移から、本学各科の患者構成上老人が多く、好むと好まざるとに拘らず、われわれは老人医学を主対象としなければならないのは勿論であるが、本学各科共通の研究目標を癌治療におくならば、各科の足並みを揃えて、全学的規模の研究ができるのではないかと考えられる。島根県の財政状態で独立の県立がんセンターを設立することはほぼ不可能であろうから、本学がその役割を果す必要があるであろう。

さらに医師会側より強く要望され、学内的にも基礎、臨床の一部講座で準備されつつある腎移植の問題もある。眼科の角膜移植も含め、移植センターといったものの設立も研究プロジェクトとして可能であろう。因みに、県下の腎透析患者は200名を越え、県外で移植術を

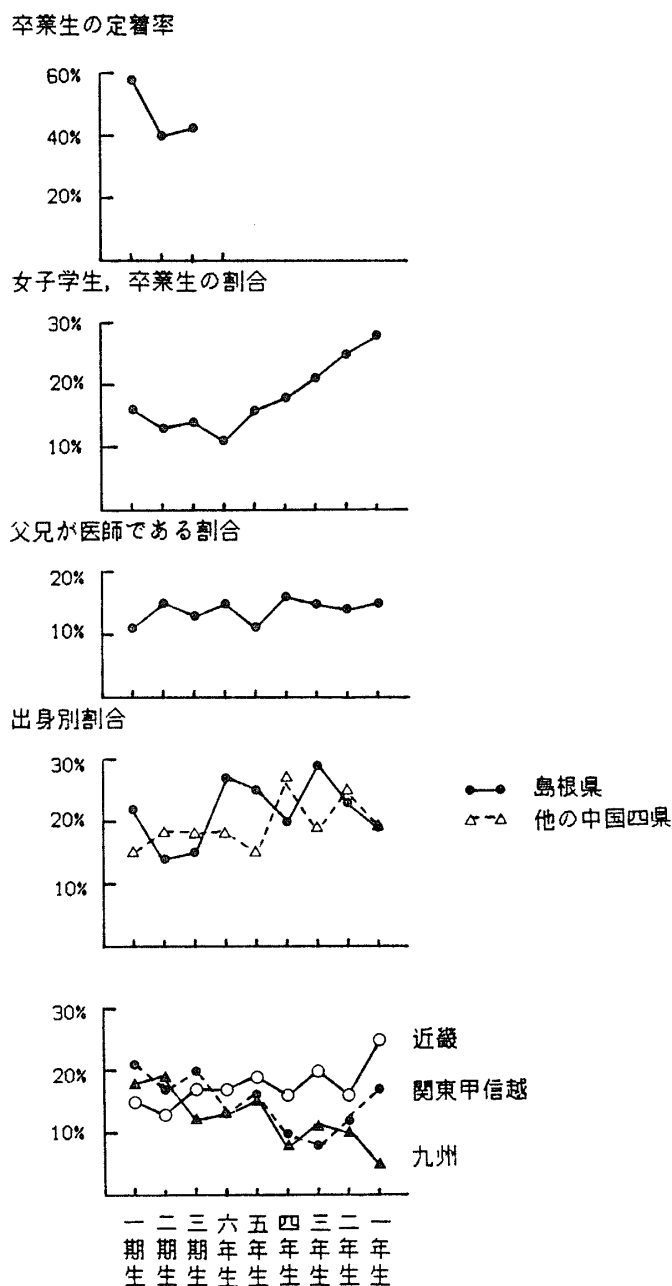


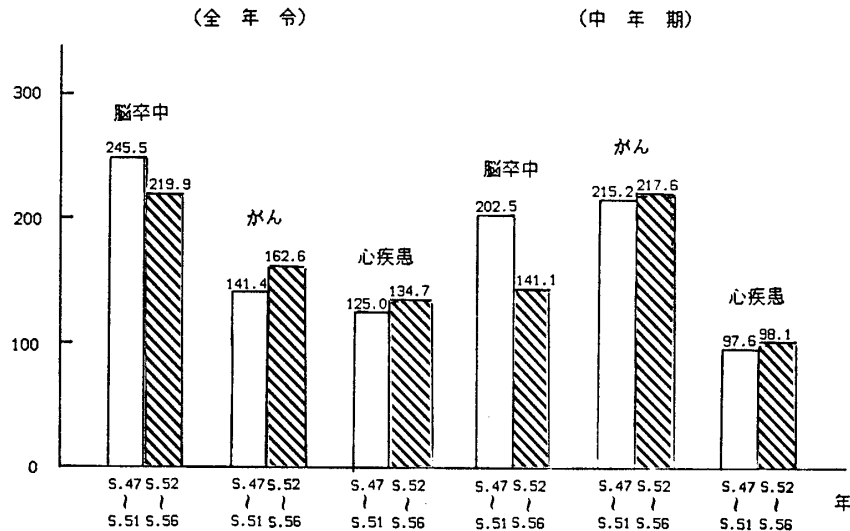
図6 本学学生・卒業生の調査

受けるものは跡をたたないのである。

このような老人医療，ことに癌診断治療，移植外科といった本学の明確な方向づけは，学内的には臨床，基礎各講座の協力体制を生んで地域社会，学生に好影響を与えるだけでなく，既存の公的医療機関に対する優勢をもたらし，地域における高次医療機関としての役割を果たすことができるものと考えられる。また一方では primary medical care の主眼点を設定しうるものであろう。さらには，かつて基本構想に強くうたわれた一般医を対象とした生涯教育の場をも提供するであろう。このことは，ひいては卒業生の定着率を向上させることにも連なって行くものと考えられる。

E 具体的方策

かつて本学において，大学設置審議会の傘下を離脱した昭和57年4月，田村副学長の提案



管内：出雲市，平田市，斐川町，佐田町，多岐町，湖陵町，大社町

図7 出雲地区3大死因の推移
出雲医師会資料

により「見なおし委員会」が発足した。すべての面での決定事項の「見なおし」が意図されたものの、目的意識に欠け、例えば臨床の見なおし委員会は、焦眉の急であった各講座定員の見なおしを検討したものの、今日に至るも最終的合意に達したものと理解し難い。

また昭和58年3月17日事務局長名で、4月14日学長名で、「教授会席上説明した」(学長自身の発言なく、もとより議事録に記載なし)「本学の将来構想」につき、それぞれ月末までに会計課主計「係長」へ連絡するようとの同一の書面がとどけられた。その仕掛人は誰であるにしろ誠に非常識なものであり、多くの教授は黙殺をもってこれに答えた。新学長は本年4月6日「学長として皆様への問いかけ——島根医科大学における諸問題に関して——」という文章を各教授に配布した。解答として集められたであろう国立学校としての11、大学附属病院としての12の概算要求の事項は、評議会において審議されていたやに聞く。その提案理由、審議経過はもとより教授会に知られることなく、関係者が評議会に出席して意見を陳述することもなく、やがて本学の常套句である「時間的制約」のために拙速的に「議決」され、教授会へは「報告事項」として知られるであろう。このような推測は病棟南に4,000万円(?)かけて作られたひとつ子一人見られない遊歩路(?) (リハビリ公園?)を一瞥すれば、当らずとも遠からざるものといえよう。

しからばわれわれはいかにすべきか・前記学長書翰はその提案は短期、中期、長期に分けられると述べているが、短期間の計画は長期間の構想理念の具体的一歩であるべきであり、長期間の見通しこそ本学存在理由の確認に外ならない。従って本学の将来に関する計画案策定は、次の順序で行うべきであろう。

(1) 教授全員によるフリートーキングによる本学の将来像に関する共通認識の確立：テキスト1,2,3,9,10)を用いて徹底的に討議する。

(2) 教授全員を選挙、本人の希望などにより4分し、管理運営、教育、研究、診療の各分科会に属さしめ、それぞれの分科会にて討議をすすめるとともに、随時合同会議、分科会長連絡会を開催する。さらに分科会は管理運営では事務局、教育では学生、診療では医師会、教育関連病院などとの連絡会議を持つ。

(3) さらに臨床系教授は卒後研修の面から教育、診療各分科会とともに横割りで分科会を作るのもよい。

(4) 分科会は定例教授会にその討論の結果を報告するとともに、報告書を月ごとに配布す

る。

(5) これらの分科会は原則として1年以内に成案をえ、教授会の全体的討議を経て決定する。

(6) 成案策定後、その実現の度合、実施上の問題点、部分的ないし全面的修正を見極め検討し、教授会へ報告、提案するために、各分科会は常置とする。

(7) なお各分科会は必要に応じてさらに小分科会を作ることとする。たとえば教育では卒前、卒後、前者はさらに一般科目、専門科目と分けることができる。

以上の如き教授会内での分業による研究、立案と平行して、教授会の意志、意向の下に対外的に工作を行う委員会を少数で形成する。具体的には、前者は教育研究補導担当副学長の下に統括されるべきものであり、対外的な委員会は診療担当副学長、すなわち病院長の補佐役となるかもしれない。例えば教育の中には当然入学選抜試験の問題があり、この件では必然的に県教育委員会、県高等学校校長会などとの接触が必要である。また卒後教育では、教育関連病院長、県病院協会長などとの話し合いが必要となってくる。学長、両副学長は各分科会の審議内容を把握し、対内的、対外的諸問題に関して大所高所より分科会に随時示唆、助言を与え、大学を代表して分科会とともに折衝するものとする。

VI むすび

医師過剰時代は世界的傾向であり、わが国も例外ではない。また医療費総額の制限も西ドイツに次いで米国でも実施されるようになってきた。わが国における健保法改正も目前に迫っているところである。

一方新設医大の実現も昭和56年度の琉球大学の学生募集によって一段落とする(図8)と

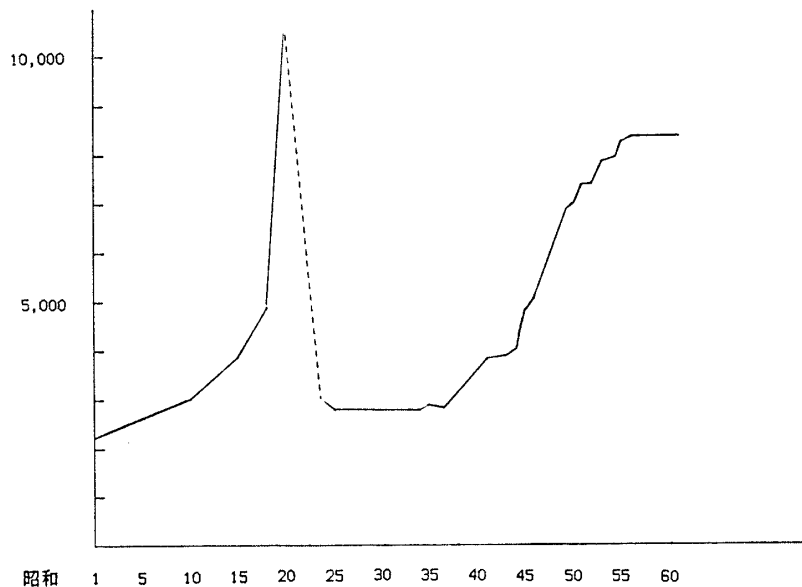


図8 医学部入学定員の推移

ともに、愛媛大の入学定員削減に象徴されるように国立大学といえども不易性を誇ることはできなくなってきた。

わが国の医科大学(医学部)に正に *turning corner* にさしかかっているわけである。われわれはこのような共通の認識の下に、全学を挙げて本学の特性を樹立し、21世紀への生き残り作戦を展開しなければならない。(明治以来、医学部ほどその定員が社会情勢により塔減したところはない)

大学の自治, 自律を云々するに足る教授会の自覚と責任のもとに, われわれは前進しなければならぬ。

わたしの提案, というより本学将来構想のたたき台としての提案は次の通りである。

- (1) 管理運営: 評議会の廃止と教授会の審議事項の正常化
- (2) 教育: 入試方法の改革, 卒前教育カリキュラムの改善, 卒後研修への大学としての取り組み
- (3) 研究: 全学的テーマへの取り組み
- (4) 診療: 地域医療とのより密接な関わり合い。とくに救急医療, リハビリテーションを含む **primary comprehensive medical care** の促進
- (5) 学外的活動の活潑化

本論文は学長の「問いかけ」に対する提案(昭和59年7月)を一部修正補筆したものである。

本論文作製に際しては浜松医大井上哲郎教授, 富山医大辻陽雄教授, 玉置哲也助教授, 高知医大山本博司教授, 滋賀医大福田真輔助教授などの整形外科関係各位, 本学島田宜治教授, 田中修教授, 事務局福沢浪雄会計課長補佐, 片寄清吉学生課長補佐, 葛原栄一任用係長, 鐘撞悦男教務係長, とりわけ杉本宗明図書係長のご協力を得た(順不同)。附記して感謝の意を表する。

参 考 文 献

- 1) 島根大学島根医科大学創設準備委員会: 島根医科大学の構想. 昭和50年9月
- 2) 文部省大学局医学教育課編: 医科大学創設の経緯. 昭和51年6月
- 3) 日本医学教育学会編: 医学教育白書 1982年版('78~'82). 篠原出版, 昭和57年7月
- 4) 慶伊富長編: 大学評価の研究. 東京大学出版会, 昭和59年2月
- 5) 朝日新聞社編: '84民力. 朝日新聞社, 昭和59年6月
- 6) 解説教育六法編修委員会: 解説教育六法(昭和60年版). 三省堂, 昭和59年2月
- 7) 佐藤喜一: 60年受験用大学入誌傾向と対策19 小論文. 旺文社, 昭和59年7月
- 8) 経済企画庁総合計画局: 2000年の日本(各論)——高齢化に対応した福祉社会の形成——. 大蔵省印刷局, 昭和58年5月
- 9) 伴忠康: 医学のあゆみ——日本の医学教育によせて. 創元社, 昭和59年6月
- 10) 筑波大学将来計画委員会: 筑波大学の創設とその実施について——実施状況のレビュー. 筑波大学 昭和56年3月
- 11) 医師数急増をどうみるか. ①~⑩: 日本医事新報, No.3110~3120, 3123, 3125, 3126, 3128, 3130~3133, 3137, 3138, 3144~3147, 昭和58年12月3日~昭和59年8月18日
- 12) 松浦健児: 入試面接の技法と心得. 医学教育, 14: 71, 昭和58年4月
- 13) 青木宏之: 行動科学の卒前教育に関するアンケート調査. 医学教育, 14: 182, 昭和58年6月
- 14) 箕輪良行ほか: 自治医大卒業生の卒後初期研修. 病院, 42: 1029, 昭和58年12月
- 15) 山根洋右ほか: 環境保健医学教育におけるCommunity-based education の試み. 医学教育, 13: 389, 昭和57年12月
- 16) 雪川靖雄ほか: 自治医科大学における入学試験より医師国家試験に至る学業成績の追跡調査. 医学教育, 13: 55, 昭和57年2月
- 17) 寺崎昌男: 「講座制」の歴史的研究序説. 大学論集, 1: 1, 昭和37, 2: 77, 昭和39
- 18) 天野郁夫: 日本のアカデミック, プロフェッション——帝国大学における教授集団の形成と講座制. 大学研究ノート, 30号, 昭和42年6月
- 19) 日本医師会プライマリ・ケア委員会: 昭和58年度プライマリ・ケア委員会報告書. 昭和59年3月
- 20) 山田治, 平野寛: 川崎医大病院総合診療部の研修体制. 病院, 42: 1043, 昭和58年12月
- 21) 宮森正: 自治医大におけるプライマリ・ケア教育と研究. 病院, 42: 1033, 昭和58年12月
- 22) 今中孝信, 柏原貞夫: 総合外来におけるプライマリ・ケア教育の試み. 医学教育, 14: 427, 昭和58年12月