

Q&A 10問10答

Q1 自分の性格をひとりでいい表す?

せっかち。早めに結論を出そうとする。

Q2 弱点を1つ教えてください。

カラオケが全然歌えないこと。踊ることはできる。

Q3 最近うれしかったことは?

2024年、職員から希望者を募り、医療経営士の認定資格試験に向けた勉強会を開催。4人全員が3級に合格したこと。

Q4 今はまっているものはありますか?

仕事。オープンカーでのドライブ。

Q5 タイムマシンがあったら行きたいの過去? 未来? その理由は?

上野総合市民病院での研修医時代。病理解剖も朝方までやっていたが、仕事は楽しかった。

Q6 人生で最も影響を受けた人は?

自分を研究の道に進ませてくれた大学時代の恩師。経営に強い関心があり、本来、卒業したら、クリニックや病院を開業しようと考えていたが、恩師から「研究の世界は情熱だ」と教えられ、自分でもやればできるかも知れないと思い、米国へ留学。帰国後、勝負した研究が当たった。

Q7 日課はありますか?

特になし。

Q8 人生最後に食べたいものは?

ラーメン。インスタントでもいい。

Q9 今一番会いたい人は誰ですか?

留学したアリゾナ大学農学部デービッド・ハートシオン教授。サイエンスの手法をとことん教えていただいた。

Q10 病院トップとしてふさわしい素養は?

「他利」(他人を利する心)。トップになるとある程度の権限が与えられるが、それを自己の欲のために使ってはいけない。「他利」があれば、周囲から信頼を継続して得られる。

● 国立大学法人 三重大学

三重県全域を活動の場に 4つの地域拠点サテライト



1949年創立。人文、教育、医、工、生物資源の5学部と地域イノベーション研究科を加えた6研究科があり、津市の「上浜キャンパス」に全学部が所在する。理念は、「地域を見つめ 三重から世界へ世界から三重へ 未来を拓く地域共創大学」。地域創生へ取り組みのひとつとして、16年度から5カ所「地域拠点サテライト」(北勢、伊賀、松阪多気、伊勢志摩、東紀州)を展開している。これらの地域拠点サテライトを活用して医療DX、スマート農業などのプロジェクトや忍野、海女などの地域文化の研究を進めている。

国民の安心がわれわれのアウトカム



PROFILE

いとう・まさあき ● 1955年、三重県出身。79年三重大学医学部卒業後、同大学医学部附属病院第一内科入局。80年上野総合市民病院循環器内科医員。83年より三重大学医学部附属病院第一内科で研究に従事後、米国アリゾナ大学留学。90年三重大学医学部附属病院助手、91年同大学医学部助手、97年同大学医学部附属病院講師。97年米国ハーバード医科大学・プリガム&ウィメンズ病院留学。2006年三重大学大学院医学系研究科臨床医学系講座循環器・腎臓内科学分野教授。同大学医学部附属病院長を経て、21年4月から現職。専門は内科学、循環器内科学

— 大学病院と地域医療の現状をどのように見えていますか。

伊藤 地方大学は病院のウェイトが非常に大きく、本学の場合、医学部を合わせると教職員数で大学全体の半分、予算規模では3分の2を占めます。ただ、国立大附属病院の大半は経営が厳しい状況で、私も改善に力を入れているところです。

大学の機能は教育、研究、社会貢献などがベースとなりますが、「トップ10%ジャーナル」(国別の研究力を測る有力な指標)で日本がイランを下回る13位となるなど研究力低下は深刻です。地方大学

薄くなってきているようです。私は小学生ぐらいの幼少期から、そういった考え方に触れることが大事なことだと考えています。

国民の健康、命を守る医療は、いわば平時の国防であり、われわれのアウトカムは基本的に国民の皆さんに安心していただくことです。医師の応召義務は、困っておられる患者さんに、医師としてできる限り対応することです。ましてや、国立大学には多額の国費が投入されており、国のサポートや税金を使って自分たちは育てられていることを忘れてはいけません。本学にとって県民の安心が一番の財産です。このような考えがある限り、大学がなくなる

の附属病院でも研究のウェイトが低下しています。研究時間が診療に割かれてしまうからです。

医療の高度化に伴い医療機器・材料などが高額になるうえ、安全管理、感染症対策にも投資せざるを得ず、支出が毎年10億〜15億円上昇しています。それをカバーするには診療しなければいけません。結果として、大学病院が担ってきた基礎研究、診療以外の市民サービスといった部分がなくなり、大学病院らしさが失われていくことを危惧しています。

医学部定員のなかに地域枠制度を活用した成果もあり、三重県のことはありません。営利のためではなく、地域のための病院を構築すべきです。夢物語かもしれないですが、本来は、病院がなくなるのはいい時代です。予防医学が進み健康寿命が長くなれば、高齢者の入院率は間違いなく減っていくでしょう。そのような時代では大学病院だけでなく、地域の病院を教育研究の場にするとも考えられるのではないのでしょうか。

現在、大学病院では急性期医療のことを教えています。回復期の部分も少し教えるようになりまして、慢性期や地域包括ケアなどの教育が十分にできていません。臨床実習の際、教員が地域の病院で教育してもいいわけですね。地域

人口10万人当たり医師数は以前に比べ改善しています。医師臨床研修制度が始まった2004年当時、県全体で60人ほどしか残らなかった研修医が、現在では150人ほどにまで増えています。

しかし、医師の地域偏在は解消されていません。特に深刻なのは地域医療を支えるリーダーの不在です。地域枠の学生は義務づけられた1、2年間は医師少数区域で就業しますが、たとえば「子どもが大きくなるまで頑張る」といった総合医はなかなか出てきません。開業医の高齢化に伴い、クリニックの閉院が相次いでいます。プライ

包括ケアのなかに教育研究を溶け込ますことが重要だと思います。

私はハーバード医科大学に留学経験があります。ハーバードでもマサチューセッツ総合病院、プリガム&ウィメンズ病院、ベス・イスラエル・デイコネス医療センターといった関連施設で教育をしています。つまり、医学部と病院は違ってもいいわけで、医学部附属病院だけでなく教育する時代ではなくなるのではないかと思います。

三重県では三重大学が「最後の砦」と言われています。教育研究についても大学病院だけでなく、地域の病院も活用して地域で完結型のネットワークを構築することは可能と考えています。そうすれ

マリケアから地域包括ケアまで患者さんに寄り添う総合医が1人もいないと大変喜ばれるのですが……。総合医の育成について少し芽は出てきましたが、まだ目に見える形までには育っていません。

— 今後の医学部教育や大学のあり方、方向性についての見解をお聞かせください。

伊藤 現在の医療の課題に向き合い、その解決に向けて行動していく医師が次第に減少している現実があります。われわれは社会の役にたつて初めて認められる存在になるという意識が、若い世代は希薄で、学生時代からさまざまなことを学ぶことができます。

医師であれば、急性期から在宅で亡くなるまでをみるべきで、私自身も将来、大学を離れたら、急性期から在宅までの医療に接してみたいと考えています。学生時代に接することができなかった分野だからです。