富山県の眼科医をつなぐ情報マガジン

vol.3

EYE LiNK

FREE PAPER

対談

木下 茂×林 篤志

京都府立医科大学大学院
医学研究科
視覚機能再生外科学教授

富山大学医学薬学研究部
眼科学講座　教授

future's eye 淵澤 千春

富山大学医学薬学研究部眼科学講座講師

未来を見つめて。

木下茂×林篤志
～これからの眼科医療～

研究成果は臨床へ。世界に通ずる治療法は、名より実から生まれる。

角膜疾患の分野で世界でも最先端の治療を実践する木下茂教授は、新たな発想、新たな治療法の開発をテーマに、京都府立医大の角膜、緑内障、網膜硝子体など5つの診療、研究グループをけん引する。木下教授を師と仰ぎ、眼科教室のあり方として「京都府立医大は成功モデル」と位置づける林篤志。これからの眼科医療などについて話し合っていただいた。

林 篤志
富山大学医学薬学研究部
眼科学講座　教授

モーレン潰瘍との出会いが最初の転機

林●木下先生は、わたしが大阪大学にいたとき時から角膜のチーフとして、つねに新しい発想で新しい治療を行っておられた印象があります。その後は京都府立医科大学の教授になられてずっと角膜の研究、臨床に取り組まれ、医学会から表彰を受けるような業績を上げておられます。今現在も新しいことを生み出されている先生が、20代、30代の時にどういう仕事をしてこられたのか。それは若い医師にとってとても貴重な話になるのではないかと思っています。きょうはぜひ、そのあたりのお話を聞かせてください。

木下●わたしはもともと心臓血管外科に行きたかったんです。ひょんなことか

ら、研修医時代にお世話になった先生から「眼科に来ないか」と誘われましてね。自分なりに研究と臨床の両方ができて、なおかつ外科系の診療にも携わりたいという思いがありましたので最終的に眼科にきめたんですが、当時の大学はまだ学園紛争の名残があって大きな所帯より、個別の小さなグループで研究できる方が現実的に思えたのかもしれません。それと大阪大学眼科の外来は当時で一日500人くらい、通勤電車のラッシュアワーみたいにたくさん患者さんがきました。現実問題として、眼科医が足りない状態だったのですね。

林●それ以来30年以上にわたって角膜の、主に重症疾患を専門にやって来られているわけですが、それだけの期間、新しい治療法の開発、研究に取り組んでこられた先生は非常に数少ないのではないかと思います。

木下●恩師の先生方に出会い、恵まれたことが良かったんでしょう。研修医時代、角膜、緑内障、網膜など日本を代表するような専門の先生がたくさんおられました。当時、どういうわけかわたしは角膜の手術の主治医を数多く担当しました。そのうちしだいに角膜の重症疾患の治療に駆りだされる機会が多くなって。それからスティーブンス・ジョンソン症候群、モーレン潰瘍、角膜感染症などの難治疾患に出会います。なかでも両眼がモーレン潰瘍の重症患者さんがいて、最終的にその患者さんは治らなくて視力を失うんですが、そのときにいつか自分が治せるようになり

木下　茂

京都府立医科大学大学院医学研究科
視覚機能再生外科学教授

＜プロフィール＞
1974年 大阪大学医学部卒業
1978年 大阪大学眼科学教室助手
1979年 アメリカ・ハーバード大学眼科研究員
1984年 大阪労災病院眼科部長
1988年 大阪大学眼科学教室講師
1992年 京都府立医科大学眼科学教室教授に就任。
1999年～2001年京都府立医科大学医療センター長（兼任）
2001年～3003年京都府立医科大学附属脳・
血管老化研究センター神経化学・分子遺伝学部門教授（兼任）
2003年 Adjunct Clinical Senior Scientist,
The Schepens Eye Research Institute, Boston, USA（兼任）
2003年 京都府立医科大学大学院医学研究科視覚機能再生外科学教授
2007年～2009年まで京都府立医科大学附属病院病院長（兼任）
2008年 Honory Distinguished Professor、Cardiff University、UK（兼任）
2009年 同志社大学生命医科学部客員教授（兼任）

たいと思ったんです。モーレン潰瘍は当時、治療法がないといわれていたのでなんとか自分で治療法を開発できないものか、と。20代の終わりから30代のはじめごろに、そういう患者さんに出会ったことも大きな経験だったと思います。

大切なのは「眼の前の患者を治す」

林●驚くのは、先生は20代のころにモーレン潰瘍の治療法を開発したいと思ったことをのちに角膜上皮形成術として実現されたことです。スティーブンス・ジョンソン症候群の治療の方向性を示されたのも木下先生ですし、若いころに難治疾患と出会って自分で治そうと思っても、実際にはなかなかできるものではありません。眼科医として新たな発想に立って新たな治療法を開発していくには、どういう意識や心構えが大切だと思われますか？

木下●医科学に貢献するにはふたつのタイプがあると思います。一つはベーシックサイエンスを専門にずっと追求する基礎医科学者。この場合には、最近はトランスレーショナルリサーチが強調されていますが、その研究者の知的好奇心を大いに満たすために行っているようなリサーチのほうが最終的には大きな可能性を秘めており魅力的だと思っています。一方、もう一つはサイエンティストの方。わたしは後者です。一般的に大学病院では、教育、診療、研究を三つに分ける傾向がありますが、研究成果を臨床に還元するのは当たり前ですし、わたし自身、基礎医学的な理解をしたうえで治療にあたることを重視しています。そこで、わたしは、教育は過去の臨床、診療は現在の臨床、研究は未来の臨床、と考えています。過去の臨床という言葉はあまりいい表現ではないかもしれませんが、確立した臨床知識と技術を伝えるという意味です。未来の臨床というのは、研究の最終的なゴールは、いずれ何かの疾患に応用することですから、それを意味しています。いずれにしても時系列でならべて診療レベルを高めると考えれば、教育も研究も非常に重要な臨床の一部になってきます。

林●先生はいつも世界初の治療をされてこられましたね。

木下●世界初かどうかは、わたし自身はどっちでもいいんです(笑)。大切なことは「眼の前の患者さんを治せるかどうか」。モーレン潰瘍の治療法を開発した当時、わたしは大阪労災病院の眼科部長でしたが、当時、学会では「モーレン潰瘍は治せない」が通説でした。だけどわたしは絶対に治せると思っていましたし、自信もありました。それで自分の研究成果を学会で発表したら、ある日、名古屋大学附属病院の先生からモーレン潰瘍で半年くらい入院している患者さんを治療してもらえないかと相談された。たしかに重症でしたが、なんとか治すことができた。しばらくして今度は東大病院の角膜移植が専門の先生から、同じようにモーレン潰瘍の重症患者さんで入退院を繰り返している人を紹介されました。この患者さんも重症疾患でしたが、これも治すことができた。日本有数の大学病院で治せない患者さんを、大阪の堺にある病院で治療するなんて普通はありえません。モーレン潰瘍は治ることが立証できて、なおかつわたし自身の評価も一気に高まりました。それが何よりうれしかったですし、二人の先生には本当に感謝しています。

「人を使わない」のがモットー

林●わたくしも一時期、大学病院から出向し地方の病院勤務を経験していますが、そのときの体験が今、富山大学でとても役に立っていると感じます。臨床ができなければ発展はありませんので、自分が目指す臨床を実現していく過程でさまざまな苦労を伴います。その苦労を乗り越えて得たノウハウは、のちのち大きな病院で役に立つと思います。

木下●絶対にそう。大学病院から一度病院で経験するのは今は当たり前になりましたが、昔は〝都落ち〟のような扱いを受けました。でもわたしは「実」をとりました。実の勉強はどこでもできます。その成果がどこで役立つかもわからない。順風満帆のなかで自分が得られることはそうありません。チャンスは苦しいとき、逆境のなかでこそ培われるものです。

林●ただ逆境で踏ん張れるということと、新しい治療法を生み出せることとは違うような気もしますが？

木下●歯を食いしばって頑張るのはあまり良くない(笑)。研究は基本的に楽しくないといけません。その楽しい環境を自分

でつくりながら、やっていけたらいいと思います。

林●わたしの世代と今の世代では若い人の考え方もかなり違うので、自分のやり方を押し付けるのは良くないと思っています。むしろどうやれば彼らがモチベーションを感じるかを大事にしているのですが、先生の場合はいかがですか？

木下●教授だから人を使うという発想は、わたしにはほとんどありません。それをやっているあいだは若い人の気持ちはわからないと思っています。年齢は関係なく、人は「使ったらいかん」がわたしの持論です。正直しんどいときもありますが、研究者として医師として彼らとイーブンな関係でありたいと言うのが、わたしのスタンスでもあります。

眼科医療の魅力をもっとアピールすべき

林●先生のご専門分野では今後、どのようなことに力を入れていきたいとお考えですか？

木下●再生医療や再生医療的な手法を用いた点眼薬の研究開発など臨床試験中のものはありますが、いずれにしても角膜の重症疾患を何らかの形で治したい。その手段のひとつとして再生医療的なアプローチがあります。もう一つは、最終的にスティーブンス・ジョンソン症候群という最も重症なターゲット疾患を治せるようになりたい。これには、分子細胞生物学、免疫学、細菌学の三つの知識を併せないとできません。

林●眼科領域の位置づけ、役割として今後どんなことが大事になると思われますか？

木下●わたしは角膜が専門ですが、京都府立医大の組織を考えたとき角膜の専門医をたくさん増やそうとは思いません。眼科医としてそれぞれがやりたいことをやればいい。角膜、緑内障、網膜硝子体、眼形成、屈折矯正、斜視・弱視などそれなりのサブスペシャリティを備えた人を揃えたい。その人たちがグループとしてコミュニケーションがしっかり取れれば総合力で非常にレベルの高い診療ができると思います。ただしそれは1年や2年では難しい。わたしは42歳で教授になったとき、63歳の定年までの21年数カ月で、6年ごとに3段階で組織づくりをしていこうと考えました。その結果、角膜、緑内障、網膜硝子体、眼形成、屈折・矯正手術、斜視・弱視という体制が、ようやく整ったと思っています。

林●京都府立医大は、わたしたちにとってまさに成功モデルです。富山大学もぜひそれをめざしていきたい。最後にぜひお聞きしたいのは、これからの眼科医療はどうすすんでいくべきか、日本の医療の中で眼科医療はどうあるべきだとお考えですか？

木下●正直、混迷してきていると思います。日本の眼科医は、平成16年に卒後臨床研修制度が導入されるまで毎年、400～450人を数えました。それが、今年は230人と言うように年々右肩下がりになってきています。今回の東日本大震災で、もしかしたら災害医療に若い人たちの気持ちがシフトしていって、ますます眼科医が少なくなるかもしれません。社会の流れはとめられませんが、若い人はつなぎとめないといけないとわたしは思っています。アメリカの医師で人気があるのは、放射線科、皮膚科、眼科がトップ3です。アメリカは眼科医の人数が決まっているので、勝ち抜かないと眼科医になれません。日本は、勝ち抜く意識が希薄です。われわれ自身、眼科医の魅力をもっと伝えないといけないし、眼科医療がそれだけ大切であることを理解してもらう必要があると思っています。