

特集 フレッシュワーズ必読！日本各地の皮膚病からみた皮膚科診療の醍醐味—皮膚科センスの磨き方—

message **2** Part2. 皮膚科医のありよう：先達からのメッセージ

J Visual Dermatol 16: 374-375, 2017

地方大学学長・病院長からみた皮膚科

島田 眞路

Key words 卒後臨床研修制度, 日本専門医機構

■ 地域医療の現状

① 医師不足と研究軽視傾向

医学・医療システムに関する近年の大きな出来事は、2004年から始まった卒後臨床研修だと思えます。研修医による医療事故が頻発したため導入された制度で、全ての医師がプライマリケアができるようにとのスローガンでした。しかし、この12年間、まず地方から医師が消え、都会に集中するという深刻な問題が生じています。さらにマニュアル中心主義がはびこり、研究が軽視されるようになりました。

つまり、地域医療が医師不足により崩壊し、さらに都会に集まった医師たちは大学医局よりも診療病院を選び、病院では長期に医師を抱えることができないことなどから十分な研修期間を経ないまま現場に出る、「フリーター医師」と呼ばれる非常勤医師が激増しています。都会の医療レベルも当然下がっているものと思われまふ。また、若手医師たちは研究への興味を失いつつあります。これは大学の医師たちにも波及し、研究レベルが全体的に低下しています。地方大学の医師たちも医師不足のなか、診療に時間を取られすぎて、かつて元気であった研究レベルが低下しています。このような研究力の低下は、日本の論文数の減少や、IFの引用頻度の高い論文数の低下につながっています。この傾向は先進国のなかでは日本だけにみられる特異な現象となっています。かつては「日本では基礎研究は強いが、臨床研究は弱い」というのが定説でしたが、それは過去のことです。この問題を昨年ノーベル賞を受賞された大隅良典先生等が深刻に憂慮され、機会があるごとに訴えられています。つまり、日本の医学研究の将来は、基礎、臨床とも非常に暗いということです。卒後臨床研修制度は稀代の悪制度といえるでしょう。

② 日本専門医機構の課題

また、本年開始を目指していた日本専門医機構は学会否定の極めて問題のある制度でしたので、日本皮膚科学会（日皮会）や日本脳神経外科学会、日本眼科学会や日本医

師会などの反対で一年延期となりました。私は日皮会理事長（2012年-現在）として中心的役割をはたしました。卒後臨床研修制度で大学を否定し、専門医制度で学会を否定、つまりアカデミズムを否定する《医療改悪》を政府が進めてしまったこととなります。これはかつて中国が断行した《文化大革命》に匹敵する改革（悪）です。何とか1年は延期となりましたが、これからどうなるのかしっかりと見張っていかなければなりません。

③ 皮膚科学研究の未来

幸い、皮膚科学の研究はJSIDを中心とした活動により、地方大学からの発信は低下しつつも、なんとかレベルを維持しています。私が主催した第5回国際研究皮膚科学会（2008年、京都）で欧米と肩を並べ、以降も若手研究者育成のための、きさらぎ塾や学会全体の英語化によるグローバル化に成功しています。他科ではこのように研究に特化したJSIDのような学会はありません。JSIDのもつJornal of Dermatological Science (JDS) という雑誌はIFも3.7と我が国のすべての医学雑誌でもトップ3を常に維持しています。JSIDが更に発展し、医学界全体の手本となしてほしいものと思ひます。

幸い、JSIDは今やアメリカの米国研究皮膚科学会 (Society for Investigative Dermatology: SID)、ヨーロッパの欧州研究皮膚科学会 (European Society for Dermatological Research: ESDR) と完全に対等な学会に成長しており、年次大会にはSID、ESDRからも参加者が来るようになってきました。私も1988年から20年間JSIDの発展に理事として、とくに2005年から2008年まで理事長として寄与することができ、本当に光栄に思っています。

④ バイオ薬の登場で変化する皮膚科臨床

さて、サイエンスの面では何とか維持できている皮膚科ですが、臨床面ではどうでしょうか？ 一時期は新薬の登場も少なく、あまり活気がなかった時期もありましたが、最近のバイオ薬や分子標的薬が登場してからは、すっかり様変わりした感があります。嚙失となったのは、乾癬のバイオ薬が次々と登場したことでしょう。乾癬の病理メカニズ

ムもバイオ薬の登場により、IL-23 — IL-17 システムがもっとも重要ということがわかり、以前の Th1 説は吹き飛んでしまいました。逆にアトピー性皮膚炎の Th2 説は IL-4/IL-13 レセプター抗体 Dupilumab (本邦承認申請中) が奏効するなど、再確認された感があります。また、メラノーマでは、免疫チェックポイント阻害薬が抗 PD-1 抗体をはじめとして次々と登場、最も悪性度の高いといわれたメラノーマの治療が成功する例もみられるような時代に入りました。これらの薬剤はいずれも高額で皮膚科の売上は急上昇、むしろ国民の医療費の著増が問題となっています。

私は 2009 年から 2015 年まで山梨大学医学部附属病院の病院長を務めました。病院長になった頃は、皮膚科といえば売上高は、ほぼワースト 1, 2 を争い、売上至上主義の病院長は皮膚科をポスト削減の対象としたこともあるようです。(ただ、今は売上よりも利益の時代ですので、これらの高額な薬剤を使用しても利益はそれほどではないのが問題ではあります。)

■ 大学病院での皮膚科の地位

① 医学部長や病院長を多数輩出

さて、診療報酬以外の大学病院での皮膚科の地位はどうでしょうか？ 数年前、皮膚科から大学病院の病院長や医学部長を多数輩出していました。アメリカでもかなりの数の Dean (医学部長) や病院長が皮膚科出身でした。なぜ“マイナー”とよばれる診療科の中でも弱小な皮膚科から医学部長や病院長が選ばれたのでしょうか？ その理由は、恐らく病院内で内科と外科の対立関係がある中で、皮膚科は内科的な要素と外科的な要素がほどよく混じりあっていること、先に述べたサイエンスに比較的強いことから各科の医師から尊敬、信頼され、公平公正の判断を見込まれているのではないかと考えています。

さらに、褥瘡対策や薬疹など全科にわたる疾病のコンサルトを受ける立場にあり、またチーム医療の中心となるため医師だけでなくナースやコメディカル、事務職員の人気が高くなる要素があることもあります。私の場合も感染対策や安全管理を無事務めあげたため、役が回ってきたものと思います。

② 感染対策と安全管理

感染対策と安全管理は病院全体の根幹を形成する部署で、いわば“縁の下の力持ち”に相当します。安全管理は 1998 年、横浜市大の患者取り違え事件以来、病院では特に重要な管理部門です。国立大学病院では、病院長は安

全管理対策副院長を経験することが必須となろうとしていますし、安全管理室に専従医師 [80% 以上 (エフォート)] と薬剤師の GRM (ジェネラルリスクマネージャー) を置くことになりそうです。現在は、GRM ナースを 2 名おくことになっています。私の場合、この安全管理室長を 2 名の GRM とともに、4 年間大きな問題を出すことなく (マスコミの前で頭を下げることなく) 務めました。これは本当の意味でのチーム医療が必要ですし、リーダーシップ、協調性、高い倫理観なども必須となります。あらゆるインシデント、アクシデントに対し迅速に的確に対処するというのは私の性格に合っていたのかもしれませんが、病院長の 6 年間も感染、安全を通して培った経験が生き、無事務めることができました。その間、いろいろ問題が起こり看護部長、薬剤部長も務めました。看護部、薬剤部は現在、ほぼ問題なく運営されており、私の行った人事改革断行の方向性が間違っていなかったものと自負しています。このように感染対策委員長、安全管理室長、病院長を務められたのも、皮膚科で診療、研究、教育に真面目にいそしみ、また JSID や日皮会で様々な役職を務めてきた経験があった賜物と考えています。本当に皮膚科を専攻して良かったと思っています。

■ おわりに

2015 年からは、学長として全く新たな環境で仕事をしていますが、他学部 of 全く違う言語を話す教員たちとも何とか付き合っていけるのは、今までの特に病院長として他職種を含むチーム医療や安全管理の経験があつてのことと思っています。

2015 年には、山梨大学出身の大村智先生がノーベル賞を受賞されたり、それをきっかけに山梨大学が Nature (2016 年 7 月 7 日号) に取り上げられたりしています。大村智先生の発見されたイベルメクチンはアフリカ等のオンコセルカ症だけでなく、皮膚疾患である疥癬にはもちろん頭ジラミにも効果があります。その意味では何らかのご縁を感じています。

国立大学、特に地方国立大学は予算を大幅に削られ、平成 29 年度には人件費の削減にも手を付けざるを得ないほど冬の時代を迎えています。日皮会理事長との兼任は大変ですが、何とかがんばっていきたくと思っています。

島田 眞路 Shimada, Shinji

山梨大学 学長
〒400-8510 甲府市武田 4-4-37
FAX: 055-220-8799