

視 座

変貌する皮膚科診療

宮城県医師会副会長

相 場 節 也

新しく副会長に就任いたしました東北大学病院皮膚科相場節也です。よろしくお願いたします。これまで医師会に属し、新年会にはたびたび参加させていただきましたが、医師会そのものについてはほとんど知識がありません。これから少しずつ勉強し、何かお役に立ちたいと思います。

まず、早速ですがこの機会に医師会の皆様に皮膚科の現状をお伝えしたいと思います。いまさら皮膚科になど興味はないと言われる方もいらっしゃるかと思いますが、同じ医療保険制度の中で診療行為を行っている先生方ですので、ある程度他科の状況を知っている必要もあるかと思えます。実際皮膚科は、他科の多くの先生方が抱えているイメージとここ数年で大きく変化しました。さすがに皮膚科医が水虫と湿疹だけを診ている医者と思っている先生はいないと思いますが、皮膚科医療は日に日に複雑になり、また高額な医療費を必要とするようになっていきます。

確かに今でも、クリニックで治療する患者さんの中では、湿疹、水虫の患者さんが多くを占めていますし、この領域では爪水虫の塗り薬が登場した以外に大きな変化はありません。ここ数年で劇的に変化したのは、乾癬と悪性黒色腫の治療です。乾癬は軽症、重症の違いはありますが、全身の皮膚に白い鱗屑の付着した紅斑が多発する疾患です。以前から皮膚症状以外に関節炎を合併することは知られていましたが、最近、有効な治療薬の開発に後押しされた啓発活動が功を奏し、関節炎を併発している患者さんの数がこれまで考えられていたよりも遥かに多いことが分かりました。それに加えて、乾癬患者は肥満、高血圧、糖尿病、脳卒中、冠動脈疾患にも罹患しやすいことが明らかとなり全身疾患としても注目されるようになっていきます。数年前から乾癬治療に、リウマチや炎症性腸疾患に使用されているTNF- α 阻害薬が保険適用になりました。さらにそれらに加えて、あまり他の疾患では使われることのないIL-12p40阻害薬、IL-17a阻害薬が使用されています。IL-17受容体拮抗薬も最近認可されました。確かにこれらの薬剤は、これまでの皮膚科のお家芸とも言える軟膏療法や光線療法とは効果が格段に違います。軟膏療法のゴールは皮疹の軽快です。光線療法では一時的皮疹の消失が期待できますが、皮疹の消失までには1か月以上の入院治療や、週3回の通院治療が必要です。いずれにしても、患者さんによっては、毎日30分以上、軟膏を塗るために時間を割かれます。ところが、これらの生物学的製剤を投与された患者さんでは、外来や自宅における注射のみで皮疹がほぼ消失し軟膏を塗る煩わしさから開放されます。

一方悪性黒色腫治療においては、他の腫瘍に先駆けて免疫チェックポイント阻害薬の使用が認められるようになりました。これによりStage IIIやIVの患者さんの生存率が有意に改善しました。これらの薬

剤が登場する前にも皮膚科では術後患者さんに抗がん剤を定期的に投与していましたが、それらの効果は免疫チェックポイント阻害薬の足下にも及びません。確かに総回診で進行期の悪性黒色腫患者さんを診察すると、以前ならとうの昔に亡くなっていたような患者さんが元気に免疫チェックポイント阻害薬の点滴を受けています。これらの薬にも重篤な副作用が潜んではいますが、通常の抗がん剤のように悪心、嘔吐、食欲不振、脱毛などで苦しむことはありません。極端な話、死ぬ直前まで投与可能です。

これらの薬以外にも、皮膚科領域ではアトピー性皮膚炎、慢性蕁麻疹にも近々生物学的製剤が使用できるようになります。そこで幾つかの変化があらわれてきています。まずは、大学病院皮膚科の稼働額と経費率がふくれあがりました。乾癬を軟膏、光線療法で治療している時は1か月の治療費は高くても数万円でしたが、生物学的製剤を用いたら軽く二十万円になってしまいます。悪性黒色腫をこれまでどおり外科手術とDTICを中心とした抗がん剤で治療していたら数十万円の医療費で済みますが、最近登場した免疫チェックポイント阻害薬を使って治療すれば毎年二千万円になってしまいます。今後、アトピー性皮膚炎、蕁麻疹でも同様のことが起こります。他の科でも同様のことが起こっていると思いますが、特に以前医療費がかからない診療科の代表であった皮膚科だからこそ一層その違いが際立っています。いずれにしても、このような高額な医療費を現行の保険制度が負担し続けられるはずがありません。いずれ大きな保険制度の改革が行われるものと思われませんが、その前段階として厚生労働省の指導のもとに、現在大学では院内採用薬の70%を後発品に切り替えようとしています。これは後発品が存在する薬剤に関しては、ほぼ先発品を使えないということの意味しています。ただ軟膏には錠剤や注射薬と異なった事情があります。通常皮膚科で使う軟膏は、1%以下の主成分と99%の配合剤からなっています。ただこの99%がくせ者で、これにより主成分の経皮吸収率、刺激感、使用感、保湿効果などが大きく左右されます。極論を言えば、軟膏は主成分が同じでも基剤が違えば全く別な薬です。一般に経験のある皮膚科医であれば、患者さんの皮疹を見れば、デルモベート軟膏やアンテベート軟膏で治療した際の2週間後の治療効果を予想できます。しかし、それらの後発品の効果は全く予想できません。このような状況で大学病院でこれまでと同じレベルの軟膏治療ができるか不安になります。

今回の役員任命で、医師会の役員の皆様と突然接点が生まれましたが、是非お聞きしたかったのが、この高額な薬剤費の問題です。私は、多分大学で働いている多くの勤務医と同様に、医療制度、健康保険の仕組み等には疎く、この薬剤費問題も厚生労働省と医師会が考える問題だと思っていました。そこでこの機会に、早速医師会の皆様にお聞きしましたが、やはりこの難題の解決にはどなたも明確なビジョンはお持ちではありませんでした。今、日本の国民皆保険制度は、元寇を前にして神風到来を待っている状態のような気がしてなりません。

最後に、7月に正式に新専門医制度の来年度からの施行が見送られ、日本専門医機構の体制も一新されました。島田眞路日本皮膚科学会理事長は、以前から新専門医制度の問題点を指摘し機構と折衝を重ねてきていました。この度、日本医師会からの延期要請があり、新制度の正式導入は2018年度以降に見送られ新制度を見直す時間ができました。皮膚科領域でも、研修医制度導入以降の東京をはじめとする大都市への医師の偏在は著しく、せつかく新たに作成する専門医制度ですので、それを是正するような方策を盛り込んでいただきたいと思います。

突然、宮城県医師会の副会長という重職を任せられ当惑していますが、在任期間中、職務を全うし何かの形で医師会に貢献いたしたいと思っております。よろしくご指導願います。

