

巻頭言

*

開業満10年：私の近況



西川武二

月日の過ぎるのは早い。およそ40年の大学病院生活から、平成17年3月定年退職。一転、慶應義塾大学時代の同僚、松尾聿朗先生との分担開業に踏み切って満10年が過ぎた。古巣を4月のうちに明け渡し、同時に電子カルテの使い方を週3回、各2時間の特訓をうけ、5月17日から四谷メディカルビルで開業。この年の暮れまでは、大学病院の新人と同じように時間に追われて働きながら、在任中のやり残し仕事を片付け、1年が過ぎる頃には新しい環境でのペースにほぼ順応できた。松尾先生とのコンビは、それぞれの専門が異なっていたお蔭で「相互補完性」が発揮されて都合よく機能し、お互い週3日診療、残り3日は自由の生活が定着し、現在に至っている。

私は昭和47年以来、現在の横浜市保土ヶ谷区峰岡町に住み着いており、神奈川県皮膚科医会には大学在任中は時間のあるときに、退職後はほぼ欠かさず出席している。会場は自宅から30分で行けるし、いつも比較的、耳新しいトピックが取り上げられる事が多く、また、健康保険の問題も解説されるので、開業医の立場からすると極めて有益な会といえる。私はこの会で昭和47年に「イギリス留学雑感」、平成17年に「自己免疫性水疱症：類天疱瘡とその周辺」の2回、講演の機会があった。どちらのトピックも開業の先生方には縁のうすい話で、日常の診療にはそれほど参考になることもなかったことは明白である。しかし、皮膚科専門医の教養として、必要な知識の補充として、意味のある話題提供として、許容されたと解釈している。

さて、皮膚病診断にとって何が一番必要かといえ、それは「発疹の観察と記載」であることに反対する皮膚科医はいないと思う。では、その視診力を

向上させるにはどうするか？ これは出来るだけ多くの発疹を見ることに尽きる。残念なことに健康保険では視診力は均一の評価でしかない。しかし視診力を鍛えておくと患者さんには喜ばれる。とくに原因病原体のわかっている皮膚病の場合、完治が可能となるからだ。異型白癬、疥癬、シラミ症、梅毒、毛包虫性瘡瘡、丹毒、HIV感染症などを適確に診断し得るか否かは、開業皮膚科専門医にとって極めて身近な問題である。この経験が欠かせない「専門医に必要な視診力」は大学病院の教育プログラムの一コマに入れて頂いている。

釣りは「フナ釣りには始まり、フナ釣りに終わる」そうだが、私の場合、皮膚科は「水疱症に始まり水疱症に終わりそう」である。皮膚科医となって初めて書いた論文は、紅斑性天疱瘡の症例報告だった(Keio J Med 1969, 18:99-107)。その後、抗表皮細胞間抗体の補体結合性を巡っては、自己抗体発見者の1人、Beutner教授(故人)と誌上で議論を何度も繰り返したことは始まり、「水疱症」のテーマで臨床から研究まで幅広く楽しませて頂いた。開業してすっかり足を洗ったつもりでいたところ、ある日、突然、麻痺側に水疱が限局する脳梗塞後の類天疱瘡患者があらわれた。この方は幸いステロイドを使わずに寛解しただけでなく、昔の仲間のお蔭で症例報告となった(J Dermatol 2012, 39:1-3)。これで終わりと思ったが、思いがけないオマケがついた。詳細はBJDの“Letter to the Editor”(印刷中)を見て頂きたい。水疱症から完全に足を洗うか否かは別として、なお暫くは皮膚科の診療を「ありのまま」楽しむつもりである。

(左門町皮膚科)