



## ◆特集／保存版！皮膚科1人医長マニュアル 外来と入院診療のバランス

古橋卓也\*

**Key words** : 1人医長(solo chief physician), 1人赴任, 入院収益, 相対的入院, 入院適応コントロール

**Abstract** 明日はわが身の「1人医長」, この状況に対して少しも不安を抱かない人はいないと思うが, 1人になると嫌でも収益という数字が, あたかも皮膚科医としての通知表のように目の前に突きつけられる。病院・地域に必要とされ, やりがいを持って働くためには, ある程度の数字を出しておくのが必要条件だろう。2年間のデータから読み取れることは, 全体の収益が, 外来より入院収益に大きく影響を受けるということだが, しかし無計画に入院数を増やせば, 自分の限界が訪れつづれてしまうジレンマを含んでいる。では, その解決策はなんだろうか。私はそれを「相対的な入院適応」という概念で考えてみようと思う。絶対に入院治療が必要な患者を理解し, そうではないが入院で治療してもよいという患者群を, 状況に合わせていかにコントロールするかがポイントだと考えている。「やりがい」と「つづれない」を両立するために, 少しでもお役に立てれば幸いである。

### はじめに

突然上司から「今度〇〇病院で1人医長お願いします。」と言われたらあなたは思うでしょう。一部の人を除き, 多くの人には「大丈夫かな。」と大なり小なり不安を抱くのではないだろうか。

2016年頃に他雑誌で筆者が書いた「置かれた場所で咲くために」という文章の中で, 事前に置かれる場所を想定し, いかに咲くための準備をするかが大切としたが, 数年経った今でもその考えは変わらない。医者になれば誰もが1人赴任する可能性はあり, 聞けば教えてくれる優しい上司がいつまでもいるとは限らない。医者は誰も独立事業主であると恩師に言われた言葉が, 今ではよく理解できる。もう既に1人置かれてしまった人も, まだこれからの人も, 今回の1人医長マニュアルをきっかけにより方向にスイッチが入ることを願う。そして, その一見厳しい環境を自分の成長の

ためにプラスに変えられるようにと願う。そこまですでなくとも, 直面している先生の不安が少しでも軽減されることを願っている。

### 入院適応をコントロールするスキル

本稿では「外来と入院のバランス」にフォーカスしてお話する。このテーマにおける最大のポイントは, 「入院させるかどうかを, 自分でコントロールできるスキルを身につける」ことである。指導医によっては, 入院適応を患者ごとに変えてはいけないと指導する場合もあるかもしれないが, これは初期の研修の段階や, 大人数の医者のいる環境において優先されることである。1人医長がつづれないことを最優先にするためには, 状況によって柔軟に対応したほうがよい。経験上, 疾患によって多少の違いはあるが, 入院患者数が増えるほど, その入院患者が高齢になるほど, 主治医として必要となる絶対的時間が増加する。患者家族の希望のままにすべてを入院させていては, 必ず限界が訪れる。例えば, 重症下肢虚血の患者を

\* Takuya FURUHASHI, 〒486-8510 春日井市 鷹来町1-1-1 春日井市民病院皮膚科, 主任部長

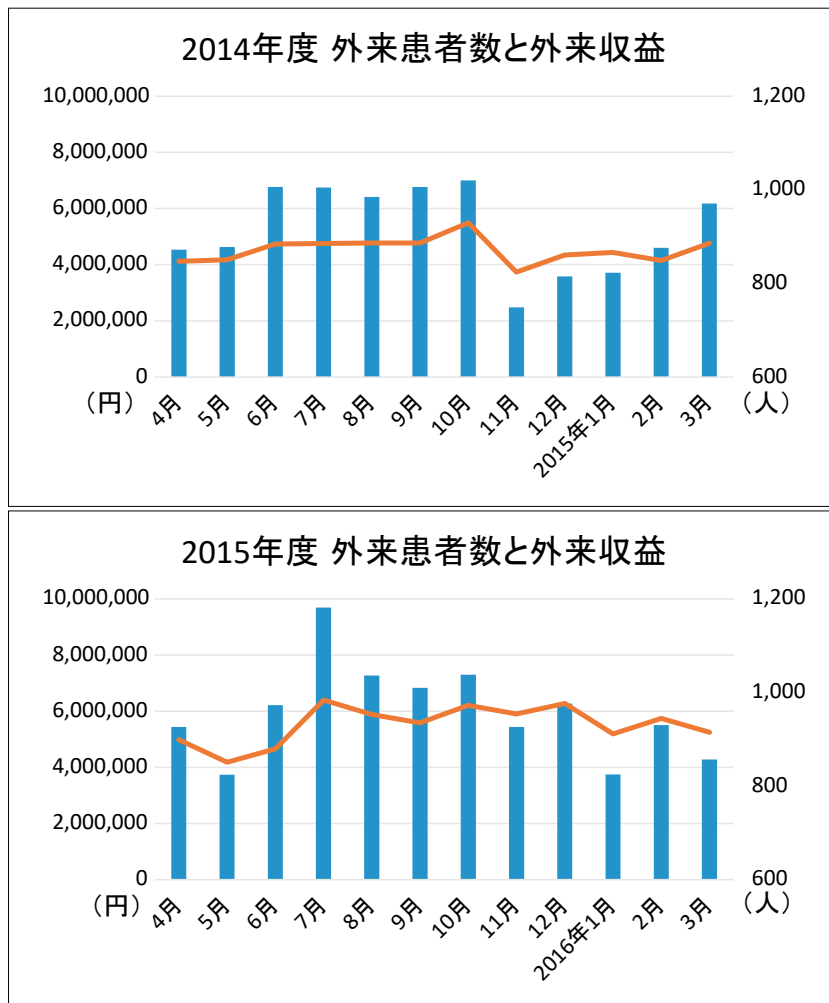


図 1. 外来患者数と外来収益

患者数と収益はある程度相関しているが、患者数の変動に比べて、収益の変動は少ない印象である。

折れ線グラフ：外来収益

棒グラフ：外来患者数

多数入院させていると、休日夜間に何らかの緊急事態が生じる可能性が驚くほど増える。他科の当直医がその場は緊急対応してくれたとしても、家族説明、その後のフォローは主治医の仕事である。それらの負担はそのまま QOL に直結するのである。

加えて2つめのポイントは、大学病院や近隣のより大きな病院へ紹介する症例のレベルをある程度決めておき、できることなら各々の先生と面識を持っておくことである。さらには迷ったときに相談できる関係でいられることが理想的である。

ではそうなってくると、できるだけ患者を入院させないようにという逃げ腰の姿勢になってしまいそうであるが、それでは自分の成長もなく、地域や病院への貢献度も低くなってしまふ。そして大きな問題点は診療報酬である。もちろん病院によって診療報酬が皮膚科の評価にどれほど影響するかは様々であろうが、病院から必要とされやりがいを持つためには、ある程度の診療報酬は必要条件であると考える。

図 1 に示したグラフは、私が1人赴任で勤務した2014～2015年度の外来患者数と外来収益であ

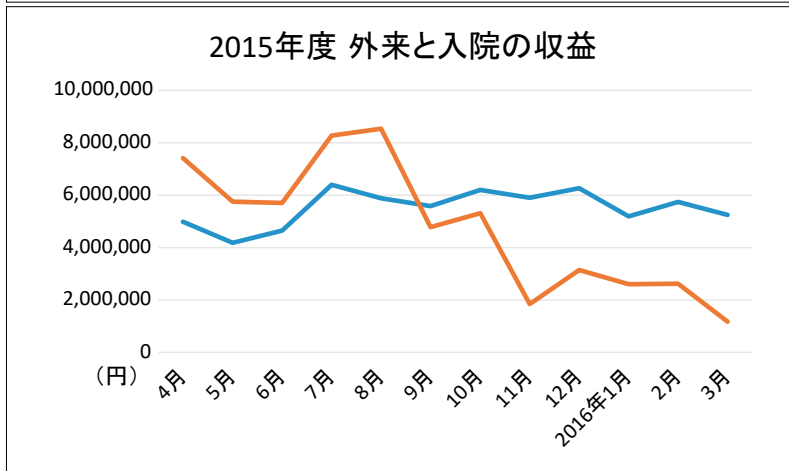
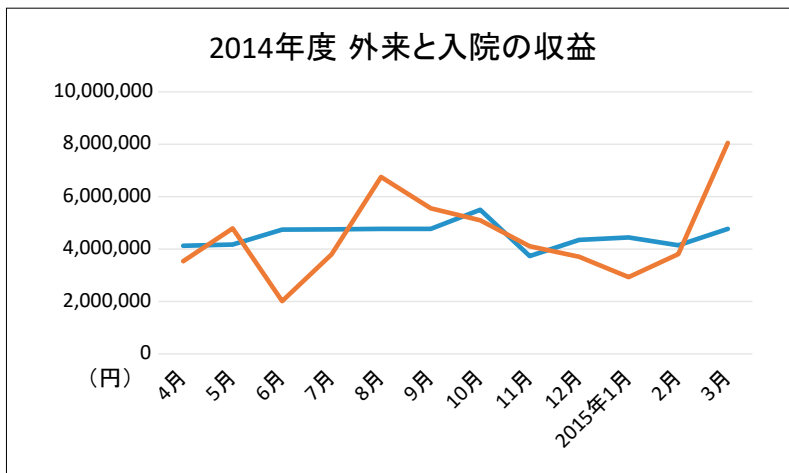


図 2. 外来と入院の収益

入院収益が月によりばらつきがあるのに対し、外来収益は変動が少なく安定している。  
 折れ線グラフ(青)：外来収益  
 折れ線グラフ(橙)：入院収益

る。解釈の方法は様々であろうが、例えば2015年7月のように1,200人/月に迫る勢いで患者を診たとき、800人/月程度で比較的余裕をもって診たときで、収益にそれほど大きな差がないように思える。外来で使う時間には限りがあるため、数が増えれば質が下がる。つまり、自然と単価が下がるだけである。

次に図2では外来と入院の収益のグラフを示すが、外来収益に大きなばらつきがないのに対し、入院収益では月ごとに大きなばらつきを認める。さて、これはどうしてだろうか。

図3では入院外来収益合計の折れ線グラフと、その月に入院した患者の実数の棒グラフを示す

が、明らかに入院患者数が多い月ほど、合計収益が大きくなるのがわかる。以上のデータから考えられることの1つは、1人赴任の皮膚科診療においては、昼食を抜くくらい外来診療に力を入れたとしても思ったほど数字は伸びず、入院患者を増やしたほうが圧倒的に数字を伸ばせるということである。さらに言えば、合併症リスクの低い、診療報酬の高い入院患者を効率よく入れることがカギとなる。したがって、「やりがい」と「つぶれない」を両立させる最大のポイントは、入院適応のコントロールなのである。

さて、それではどうすれば入院適応をコントロールするスキルが身につくのだろうか。

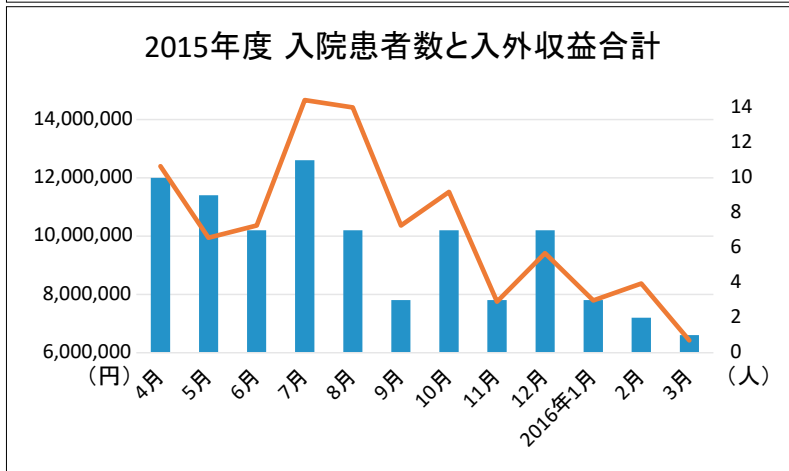
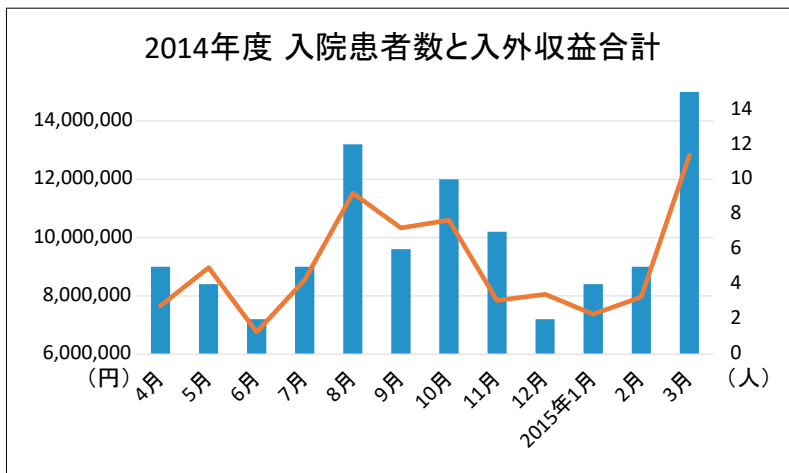


図 3. 入院患者数と入外収益合計

入院患者が多い程、合計収益が高くなる傾向が伺える。

折れ線グラフ：外来と入院収益の合計

棒グラフ：入院患者の実症例数(延べではなく、その月に何人入院したか)

### 絶対的入院適応と相対的入院適応

例えば、顔に水疱、びらんが出現した帯状疱疹の患者と、発熱、全身に紅斑、一部にびらん、口唇に血痂を認める重症薬疹の患者が目の前にいるとする。前者は内服治療で外来通院できる可能性があるが、入院して治療をする施設もあり、相対的入院適応と考えられる。しかし後者ではステロイドパルス点滴、血漿交換などが必要で、さらに症状が悪化していく可能性もあり、どう考えても通院での治療はほぼ不可能であり、絶対的入院適応と考えられる。つまり、まず大切なことは、絶対的入院適応の疾患とその重症度を理解しておくこと、そしてコントロールすべきは相対的入院で、

その適応となる疾患について理解しておくことなのである。ここで先に具体例を挙げておけば、前述の帯状疱疹、蜂窩織炎、水疱性類天疱瘡、多形滲出性紅斑などは外来治療が可能な場合が多い疾患だろう。加えて相対的入院適応のなかには、皮膚科で入院させるのか、他の科に任せるのかという点も含まれる。ここからは、各疾患において入院適応を考えるとポイントとなることをお話する。

### 足壊疽・潰瘍は理論武装

私が考える、皮膚科医が負担に感じる疾患ランキング1位は、足壊疽・潰瘍である。若い先生に何度も何度も忠告していることの1つだが、足壊疽という疾患についてしっかりと理論武装してお

きなさいと必ず話すようにしている。なぜなら、ノープランで足壊疽の診療を始めると、たちまち方々から患者が集まり、外来、入院を埋めつくすからである。前述のとおり、足壊疽・潰瘍の患者は合併症が多く、いろんな意味で時間がかかる。皮膚科医として診るべき患者を選別し、担うべき役割を整形外科医、内科医へはっきりと伝えられるようになることが必須である。具体的なポイントはまず、患肢に血流が保たれているかどうかに尽きる。それを判断するにはSPP(皮膚灌流圧)は必須である。虚血があれば血行再建の適否、下肢切断の適否、どれもだめなら改善の見込みのない患肢と、全身の血管がリスクである重症下肢虚血(critical limb ischemia: CLI)/包括的高度慢性下肢虚血(chronic limb-threatening ischemia: CLTI)の患者を自分で診ていくのか、整形外科、形成外科の先生にお願いするのかを判断する必要がある。もし主治医として診ていくのであれば、医療の発展で生命予後が伸びている悪性腫瘍の患者よりも圧倒的に予後の悪い<sup>1)</sup>患者と向き合っていく覚悟を持ち、まずは患者家族に納得のいく説明、予後の説明が必要で、その後も休日夜間にどのような対応とするのかをある程度話しておくことをお勧めする。我々の現在の施設では、重症下肢虚血のAdvance Care Planning(ACP)チームを皮膚科で構成し、血行再建の適否に関わらず、Fontaine分類Ⅳ度の重症度の患者家族に介入し、病態の受け入れと残された予後の現実について個々の症例に合わせて対応をするようにしている。

虚血がなく、血流が保たれていた場合は、皮膚、皮下組織の感染の有無、骨髄炎の有無により判断が分かれる。このように、患者患肢ごとに適切なタイミングで判断し、ときには将来を予想して判断していく必要があり、そのためにはどうしても足壊疽・潰瘍について体系的に理解しておくことが大前提である。運よく赴任した施設に、それらをマネジメントしてくれる他科の医師がいればラッキーであるが、日々直接皮膚科に来院される患者すべてをお任せするわけにはいかないだろ

う。その先生に甘えることなく、自分でマネジメントできるようになってほしい。

当院では形成外科がなく、循環器内科も下肢虚血について治療はされない。そのような状況のなか、血管外科、整形外科と何度も話し合い、骨髄炎が足趾に局限した場合のminor amputationまでは当科で行うというラインを決めているが、これは各施設で検討を重ねていってほしい。話し合いをせずなんとなく患者が行き来しているという状況のないようにしたい。患者を守るためにも、そして自分自身を守るためにもまず病態を理解し、どこまで自分が診ていくかを考え、適切な環境を構築していくことが大切である。

### 蜂窩織炎で入院コントロール

一般病院の皮膚科での入院患者といえば蜂窩織炎だというくらい、患者数の多い疾患といえる。個人的には患者に説明する際に「皮膚の風邪」のようなものと表現しているが、ほとんどが下肢に出現するため歩行困難となり入院希望の患者が多い。敗血症にまで至っていれば間違いなく絶対的入院適応となろうが、全身状態、CRPなどを参考に個々に入院かどうかを考えたい。そして、蜂窩織炎にみえる疾患の鑑別は案外大切である。例えば高齢者の足関節、膝関節に局限した腫脹、疼痛で、CRPが高値のわりに全身状態がよい場合は、痛風、偽痛風、RS3PE症候群<sup>2)</sup>などの関節炎である場合も多く、ある高位から明らかに腫脹し、発赤、圧痛が少ない場合には深部静脈血栓症が紛れ込んでくる場合もあり、抗生剤で改善しない下腿の大伏在、小伏在静脈領域の紅斑、圧痛は、動静脈瘻などによる硬化性脂肪織炎<sup>3)4)</sup>である。視診だけで診断する癖を改めて、どうか触診、触る癖をつけるようにしてほしい。特に痛みを訴える患者の場合には必ず、どこをどれくらいの強さで押さえると痛いかを確認する癖をつけることである。診断に自信を持ってない際は、毎日観察することを目的に入院させることは大いにすべきである。なぜならその積み重ねが臨床力、診断力となり、

入院のコントロールスキルにつながるからである。また、蜂窩織炎は他科の医師にも理解しやすい病態であり、基本的に安静と抗生剤投与という、専門性の低い治療でよい場合が多く、もし他科の協力が得られるならば入院治療をお願いするのも選択肢である。このように蜂窩織炎という疾患は、相対的入院を最も考えられる疾患であり、患者数も多いことから優先的に対応を考えておくことをお勧めする。

### 壊死性軟部組織感染症(necrotizing soft tissue infection : NSTI)は壊死性筋膜炎を診断できるように

絶対的入院の代表例ともいえる NSTI は壊死性筋膜炎とガス壊疽を総称した概念であるが、ドレナージをしっかりと効かせることさえできれば比較的治疗しやすいガス壊疽に対し、菌や宿主によって重症度の幅が大きく、知識、経験、人員を総動員して立ち向かう壊死性筋膜炎は、実臨床で大きな違いがある。したがって、1人医長で勤務している期間は、ガス壊疽程度なら1人で対応できたとしても、壊死性筋膜炎と診断した場合は適切な施設へ紹介するほうがよいかもしれない。絶対的入院の疾患だとしても、主治医として入院させる必要は必ずしもない。さてここまでで気づいていると思うが、NSTIをマネジメントする際の最大のポイントは、壊死性筋膜炎を診断するスキルである。患者が発する重症感、患部の血疱、紫斑、知覚鈍麻、紅斑の急激な拡大、白血球、CRPの異常高値、LRINECスコア(重症蜂窩織炎でも上昇するため特異度は高くないし、低くてもその後急速に進行悪化する場合もある)、画像、finger testを参考に診断するが、最後は自分で決めるしかない。蜂窩織炎患者を診ているうちにいつか壊死性筋膜炎は紛れ込んでくるため、誰しもが無関係ではいられない。疑い、診断までできれば、整形外科やほかの施設などをお願いすることもできようが、なかなか最初から満足のいくマネジメントができるわけではなく、1つ1つの経験を大切に

してほしい。

### 褥瘡は地域とつながるための最良のツール

突然だが、特別養護老人ホーム(特養)と介護老人保健施設(老健)入所中の患者への処方の違いがあることをご存じだろうか。特養は住宅のような施設と考えるため、通常の通院患者のように処方箋で薬を処方するが、老健は病院のような施設と考えるため、基本的には処方箋を出さない。療養型病院(介護医療院)からの患者は実際は多くないが、こちらも同様である。まず最低限こういったルールを抑えることからスタートする。

なぜそういったポイントが最初に大切かという点、1人赴任で褥瘡患者を診ていくという状況下では特に、地域の医療スタッフと連携することが重要だからである。相手のことも知らずに一方的に協力してもらうことなど絶対にできないからである。もちろん、院内の褥瘡の管理には、院内の褥瘡チームの連携は欠かせないが、今回のテーマとずれるため(そこにも多くのポイントがあるが)触れずにおく。まずは公的施設のスタッフとの連携から始め、訪問診療の医師、訪問看護師、訪問介護員(ホームヘルパー)、できればケアマネジャーとも連携していく。Face to faceに勝るものではなく、まずはついてきてくれる施設スタッフを大切に、その他コミュニケーションをとるチャンスを大切に。院内にWOCナース(皮膚・排泄ケア認定看護師)がいれば、地域連携の間に入ってもらうこともよい。アイデアは様々だが、常に努力を怠らないことである。連携がとれるようになってくると、個々の症例の相談などが入ってくるようになり、1つ1つ丁寧に返答していくことで、お互いすべてを丸投げする関係ではなく、どうなったら病院に連れてきてほしいとか、どこまで地域で診てほしいかなどのすり合わせができるようになり、患者家族を含めた関係者が安心できる褥瘡連携が構築していくだろう。

そしてここまできてようやく、褥瘡を通じて地域とのつながりを感じるようになる。褥瘡患者を

診ていくという大きな仕事のなかで皮膚科医ができることはせいぜい、二次感染を起こした患者の治療、ガス壊疽となった患者のドレナージを含めた治療、ポケット形成した褥瘡の切開、外用薬の選択ぐらいしかない。大半は家族や地域のスタッフが担っていることが理解できてようやく褥瘡患者の入院コントロールができるのである。例えば、褥瘡を診られる施設長のいる老健の患者と、訪問看護の入っていない在宅の患者では対応が変わってくるのは当然で、誰がその褥瘡を処置管理しているかを主治医は理解しておく必要がある。それらを知ったうえで、許す限り地域で診てもらおうようにするのも1つかもかもしれない。ご家族が納得のうえ、病院にてしっかりと指導し、看護師に負けないくらいしっかりと処置してくれる場合だってある。もちろん皮膚科医として、創傷治療のスキルは大前提となるが、最初からそこに自信がなくても恐れなくてよい。一生懸命で真摯な姿勢があれば、周りのスタッフは必ず協力してくれるし、褥瘡や創傷自体がいろいろなことを教えてくれるだろう。

### 水疱性類天疱瘡は基本入院で治療する

水疱症のなかで、尋常性天疱瘡と落葉状天疱瘡ではPSL 1mg/kgが必要になってくることが多く、血漿交換、免疫抑制剤を使うことがあるため、絶対的入院適応と言えよう。もちろん、一部の落葉状天疱瘡は外来治療でよい場合もあるし、リスクの高い天疱瘡では大学病院などに紹介して診てもらったほうがよいだろう。しかしながら、超高齢社会の現在、一般病院においてcommon diseaseと言っても過言ではない水疱性類天疱瘡(bullous pemphigoid:BP)は、基本的に自分でなんとかしたい疾患である。蜂窩織炎と同様に、重症度によって絶対的入院と相対的入院に分けられるが、全身に水疱・びらんが生じてしまっている状態では、全身処置が必要という意味で絶対的入院適応となるだろう。アルツハイマーや脳血管障害を始めた神経疾患の既往が多く、入院中に栄養経路の

評価選択が必要な場合もある。褥瘡のように地域で処置をしてもらうということもなかなか難しい疾患であるので、潔く入院させたほうがよいだろう。相対的入院になるとすれば、DPP-4阻害薬など薬剤で誘発された非炎症性のBPや高齢発症の四肢優位の軽度BPでは、PSL 0.5 mg/kg程度を内服させ外来で治療することは可能であろうが、ある程度治療の経験を積んで、先を予見して治療していくことができるまでは、入院させて様子を見ることをお勧めする。最近ではドキシサイクリン 200 mg/日で治療する方法<sup>5)</sup>や、クロバタゾールプロピオン酸エステル軟膏にて治療する方法<sup>6)</sup>などもありうまく利用したい。入院治療で経験を積んで少しずつ外来で管理する症例を増やしていくとよいだろう。

それよりBP患者で困ることは、退院のタイミングと退院後の行先である。水疱・びらんが上皮化する2~4週程度はよいが、それ以降内服ステロイドを漸減していく期間まで入院させていると、約2か月のDPCⅢ期を超えてしまう。ステロイド減量をお願いできる後方支援病院があればよいが、1人赴任の病院がそもそもその規模の病院である場合は難しい。各病院で医療区分の異なる病棟があればそれを活用するとよい。

### 薬疹、多形滲出性紅斑は入院で経験を積んで、外来で診られる症例を増やす

一般病院で診ることの多い疾患として多形(滲出性)紅斑(erythema exsudativum multiforme: EEM)があるが、若い先生に指導する際にいつも伝えていることとして、すぐに原因を特定しようとせず、まず重症度を判断するようにとお話している。EEMの患者は割合でみればほとんどがEEM minorであるが、EEM majorやステューブンス・ジョンソン症候群(Stevens-Johnson syndrome: SJS)を的確に診断できることが何より大切である。一息おいて(実際には初診当日であるが)様々な情報から原因を推定、感染症によるものか、どの薬剤によるものかを見極めていく。

その際に、入院させて様子を見るかどうか決めるために重要なことの1つとして、感染症によるEEMの場合はよほど重症でもSJSまで、薬剤が原因である場合にはさらに重症化し中毒性表皮壊死症(TEN型薬疹)に移行する可能性があるという点である。感染症が原因だと自信がある場合を除き、経験を積むまでは、EEM major以上の重症度の場合は入院させて様子を見たほうがよい。PSL 0.5 mg/kg程度で1~2日様子を見て、皮疹、体温、炎症反応の悪化がある場合にはすぐに大病院などスタッフの多い施設へ相談するべきで、1人で抱えないほうがよい。ステロイドパルス、血漿交換、その後のステロイド高用量による合併症、全身処置などが必要になり、そのプレッシャーを1人で抱えることは得策ではない。大病院や主研修施設時代に何例かTEN型薬疹やSJSの経験があれば、EEM majorとSJSのステロイド要求量の違いの理解や、合併症のコントロールなどもできようが、そうでない場合は、入院させて毎日皮疹やデータをみて経験を積み重ね、外来でEEM majorくらいまではマネジメントできるレベルになるとよい。ステロイド内服を入れるタイミングを逃さないことと、SJS、TEN型薬疹への移行点を見逃さないことが大きなポイントである。EEMが自信をもって診療できるようになると、皮膚科救急疾患の怖さが軽減していくだろう。

今ではファーストタッチの研修医から、EEM majorの患者情報ももらい、口頭でステロイド投与を指示するだけでよいように指導してきた。最初は膨疹と多形紅斑の違いから指導が始まるが、根気よく指導し続けることで次第に研修医でもEEM、薬疹を診ることができるようになっていく。彼らのその経験はきっと、他科の上級医になったときにも発揮されることと信じている。

#### 帯状疱疹は基本外来だがケースバイケース

比較的重症患者が少ない病院であれば、帯状疱疹は患者ごとのバイアスが少なく、クリニカルパ

スなどが作りやすい疾患であり、積極的に入院で診ていってもよいかもしれない。以前は点滴の抗ウイルス薬のほうが効果が高いだろうと考えられていたが、最近では内服薬の優位性がいわれている。そのため、入院で治療する目的が、独居で処置ができないとか、痛みで日常生活に支障があるなどの社会的要因となることもある。加えて、約1週間後の退院時にはまだまだ痛みが回復しないことや、びらんも完全に回復しないため、患者家族とトラブルになり、余計に時間を必要とする場合もある。そのため私は以前より帯状疱疹患者を入院させることは多くなかったが、対応としては入院時にその目的とゴールをしっかりと話しておけばよいだろう。散布疹程度であれば、自宅隔離を指示したうえで内服治療で十分であり、全身状態が良ければ必ずしも入院個室隔離が必要とは思わない。

#### 手術症例を入院させるのはもちろんよい方法

様々なところで目にするのが、手術症例をできるだけ1泊入院させる方法である。診療報酬以外にもメリットは多く、それに費やす入力の手間をデメリットと考えるのであれば、理想的な相対的入院の疾患である。

#### アナフィラキシーは救急疾患

1人赴任時代ではないが、現在の552床の市民病院では当初、アナフィラキシーの救急対応を皮膚科で担っていた。1年間に約30件、多いときで月8件程の緊急呼び出しが休日夜間、夜中でもあった。場合によってはエピネフリン筋注する前に指示を仰ぐような連絡もあり、それを2年半担っていた。この状況は、患者、担当する救急医、我々にとってもよくない状況であったため、夜間でも何度も病院に行き直接指導を重ねながら、病院との交渉により、救急担当医と内科当直医で対応するように変えることができた。それまでは明らかにアナフィラキシーの病態であっても、ショックではないからとよくわからない説明でエピネフリンだけ投与せず様子を見ていたり、尋麻



疹と診断して抗アレルギー薬のみで帰宅させ、翌日症状が遷延して治療に難渋する場合も多かったが、ようやく少しずつではあるが、アナフィラキシーという病態に対しエピネフリンの筋注が必要であることが浸透してきたように思う。今考えると信じられないようなことだが、赴任した病院によっては常識として存在するかもしれないので、おかしいと思う場合は1人で悩まずに医局やほかの関連病院の先生に相談するとよい。

ただ言えることは、皮膚科医だけでアナフィラキシーに対応していたこの期間に、6時間ごとにエピネフリン筋注を複数回必要とした症例や、心肺停止後蘇生し、歩いて退院した症例など多数経験できたことで、外来で通常診療をしながら、隣で軽症のアナフィラキシー患者を治療できるくらいに肝が据わった。

### さいごに

今回は入院適応のコントロールというポイントに絞って、総論、各論とお話してきた。私個人の経験からの内容であるので、時代や場所が変わればもちろん状況もまったく違うだろう。何かの役に立てばという一心で書いたまでである。もし誰かのプレッシャーになっていたり、何かを否定されていると感じられる部分があるなら読み飛ばしてほしい。

そして最後に伝えたいのは、1人医長は1人であるが故の強みもたくさんあるということである。例えば旅行でも、1人で行くほうが地域の人々とのコミュニケーションの機会が多くなるように、1人であるからこそ様々な人が助けると感じる。ただ前提として、誠実に真摯に一生懸命やることが求められる。例えばスタッフからの電話連絡1つをとっても、不機嫌に不愛想に受け答えしているようではまだまだである。電話をとって、電話番号を探して、あえて知らせてくれ

ているわけだから、忙しいなかでもありがとうと言えるようになるるとよい(全部とは言わないが)。そして、看護師だけではなく、コメディカルスタッフ、事務スタッフ、病院各所のスタッフのそれぞれの仕事を尊重しあえる存在になれるとよい。医師という立場は病院では特に、上位にいるような錯覚を持ちやすいが、自分が病院という大きな組織のなかのほんの一部にすぎないことが腹に落ちたときに、たくさんの人が助けてくれるようになり、その組織のなかで、また地域のなかでやりがいをもって働くことができるようになるのだと思う。何に対しても真摯に誠実であること。もちろん自分に対しても。1人赴任となってしまった若い先生たちが、やりがいをもって、つぶれず、そしてその先で皮膚科を楽しんでくれることを祈っている。

### 参考文献

- 1) Norgren L, et al : TASC II Inter-Society Consensus for the Management of PAD. *J Vasc Surg*, **45**(Suppl 1) : S1-S68, 2007.
- 2) 藤尾圭志 : RS3PE 症候群. 日内会誌, **106** : 2131-2135, 2017.
- 3) 棟田加奈子ほか : 下腿微小動静脈瘻による硬化性脂肪織炎の1例および下腿微小動静脈瘻の13例のまとめ. 臨皮, **71** : 419-423, 2017.
- 4) 沢田泰之 : 高血圧が発症要因であった硬化性脂肪織炎の3例. 皮膚診療, **46** : 324-328, 2024.
- 5) Williams HC, et al : Doxycycline versus prednisolone as an initial treatment strategy for bullous pemphigoid : a pragmatic, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet*, **389** : 1630-1638, 2017.
- 6) Joly P, et al : A comparison of two regimens of topical corticosteroids in the treatment of patients with bullous pemphigoid : a multicenter randomized study. *J Invest Dermatol*, **129** : 1681-1687, 2009.