



アトピー性皮膚炎診療ガイドラインにおける疾病観の検討

加戸，友佳子

(Citation)

神戸大学大学院人間発達環境学研究科研究紀要, 14(1):55-65

(Issue Date)

2020-09-30

(Resource Type)

departmental bulletin paper

(Version)

Version of Record

(JaLCD0I)

<https://doi.org/10.24546/81012456>

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/81012456>



アトピー性皮膚炎診療ガイドラインにおける疾病観の検討

A Study of Disease Concept of Atopic Dermatitis through
Japanese Clinical Practice Guidelines加戸 友佳子*
Yukako KADO*

要約：アトピー性皮膚炎の診療を行う医師が参照する診療ガイドラインは、日本においては1990年代に国内で起こったステロイド論争と、根拠に基づいた治療（EBM: Evidence-Based Medicine）の潮流の中で作成された。現行の2018年版に至るまで改訂を繰り返している。本稿では、これらのガイドラインを検討することで、医療専門家側がもつアトピー性皮膚炎の疾病観について考察した。診療ガイドラインは「標準治療」の確立による非標準治療批判から、EBM志向に変化する傾向を持っている。ガイドラインの内容については、1. ステロイドを中心とする薬物療法、2. 標準治療の周辺領域、3. 医師－患者関係と、ADの心理・社会的側面への注目、の三つの視点から検討した。そして、医療の専門知としての正統性を得るための手続き上の問題があること、医療専門家の側の個別性と統一性の問題があること、ADを単なる「皮膚の」疾患と見ることの妥当性は揺らぎうること、医師と患者の関係が重要になってきているにも関わらず、患者観が十分に更新されていない問題があることを、診療ガイドラインから読み取れる認識として提示した。

キーワード：アトピー性皮膚炎、診療ガイドライン、ステロイド、アドヒアランス、EBM

1. はじめに

本稿では、日本におけるアトピー性皮膚炎（以下ADと呼称）の診療ガイドラインの変遷から、現在の近代医療専門家にとってADがいかなる意味を持っているかを読み解いていきたい。

それは、ADが、近代医療の疾病観の限界を示す疾患であると考えられるからである。それをよく示すのが、1990年代に日本国内で盛り上がった「ステロイド論争」である。AD治療の中核となるステロイド外用剤について、その副作用や難治化の問題が、患者の側から提起された。そしてステロイドを使用する侵襲的な治療が批判された。

日本国内におけるADの診療ガイドラインは1990年代に作成されはじめるが、ガイドライン作成の重要な目的のひとつは、ステロイド論争を沈静化させ、共通認識を確認することにあった。特に日本皮膚科学会のガイドライン（初版2000年）の主張は明確であり、ステロイドの安全性を主張し、ステロイドを中心的に使用する治療方針を「標準治療」と位置付けている。そして、標準治療側からの非標準治療批判が展開された。患者側からの再批判はなく、論争は収束をみることとなる。

だがそれは、患者の期待する方向での収束であったとは言い難い。その背景について、佐藤令奈は、近代医療批判という、より広い文脈からなされていたはずのステロイド批判について、「医療者個々の知識水準や道徳的態度」に論点が矮小化され、無効化されていっ

たことを指摘している（佐藤 2013：28）。

以上のような背景をもつADにおいては、診療ガイドラインは医療専門知側の明確な立場表明の文書として、また専門知の問題をも示す文書として読むことが可能である。

ADの診療ガイドラインを、医療者側の疾病認識の問題と関連づけて検討した研究は僅少である。牛山美穂は、日本皮膚科学会による医療ガイドラインについて、現実に存在している薬物療法の問題——タキフィラキシー（薬剤を長期使用していくうちに効果が弱まっていくこと）や、リバウンド（ステロイドの長期使用のちに使用中止することによる皮疹の急性増悪）——について、例外的事象として、あるいは存在しないかのように扱っていることを問題視している（牛山 2015：45-7）。また、ADを診療する科の専門性（小児科と皮膚科）や、大学病院勤務か開業医かによって、ステロイドに対する見方が異なっていることを、医師に対する聞き取り調査から明らかにしている（牛山 2018）。

ステロイドを取り巻く医療専門家の姿勢が、一般化・標準化によって少数の例外を無視するものになっていると同時に、医師個人のバックグラウンドによって変化する「主観的」なものであることが示唆されている。

だが、医療知は変化するものであり、医療専門家側がどのような論理でタキフィラキシーやリバウンドを否定しているのか、その立場が変化しているのかどうかについては、検討の余地がある。また、

* 神戸大学大学院人間発達環境学研究科学術研究員

（2020年3月31日 受付）
（2020年7月14日 受理）

ステロイド批判・忌避などに見られる、医療知と患者の経験の乖離は、医療者側のいかなる現実認識と認識枠組みによるものなのかを考察する必要がある。ガイドラインを一つの軸として、その一端が見えてくる。

2. ガイドラインの概要

2-1. 背景

ADのガイドラインは現在に至るまでおよそ20年の間、改訂を繰り返している。その中で、ガイドラインの目的が変化していく様子が観察できる。その変遷を追うことで、論争「沈静化」後のADに対する医療知の認識の変化、そしてADの治療に関わる医療知の認識の特徴と問題点を見ていきたい。

ADの診療ガイドライン制定の背景には、いくつかの事情があり、それらが転換している。

ひとつは、ADに限らず、根拠に基づいた治療（EBM = Evidence-Based Medicine）の世界的潮流があることである。医療現場においては、日々生み出される医学的知見の膨大さと、臨床医の多忙さのために、最新の知見が臨床に反映できていないことが問題とされている（Sackett et al. 1997 = 1998）。そこで根拠に基づいた治療の実践のために、最新の医学的知見を吟味し、評価した上で作られるガイドラインの重要性が認識され始めた。1990年代後半から、旧厚生省は、医療技術評価推進検討会を作りガイドライン作成を推進し始める。EBMは「診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、専門技能を活用して医療を行うこと」とされている（医療技術評価推進検討会 1999）。患者数の多い47疾患がさしあたり日本国内でガイドラインを作成する疾患として選ばれたが、ADもそこに含まれている。この流れの中で1999年に、厚生科学研究班がガイドラインを発表した（厚生科学研究班（研究代表：玉置）1999）。

もうひとつ、AD特有の事情として、ステロイド論争の存在が挙げられる。ステロイドの副作用や難治化が、マスメディアも大々的に取り上げるような問題となったために、従来行われていたステロイドを中心とした治療を離れ、民間療法に走る者が続出した。そしてADの治療効果を謳う様々な商品、民間療法が横行し、それらはのちに「アトピービジネス」と批判されることとなる（竹原 2000）。また皮膚科医の中でも、ステロイドの使用に疑問を持ち、ステロイドを極力使わない治療方針をとる「脱ステロイド医」が現れ始めた。このような状況の中、「標準治療」としてのコンセンサスを確立するために日本皮膚科学会はガイドラインを作成し、2000年に公開した（川島ほか 2000）。

また付随的な背景として、AD治療における、個々の医師の間、診療科間の治療方針をめぐる見解の相違がある。それは、ADが小児に多い、アレルギー性の、皮膚疾患であり、主に小児科、アレルギー科、皮膚科と複数の科が診療する疾患であることも関わっている。これは、のちに検討する、皮膚学会とアレルギー学会のガイドラインの違いにも響くものである。

2-2. 治療ガイドラインの内容と変遷の概要

医療ガイドラインにおけるADについての最初の記述は、さかの

はると1993年、日本アレルギー学会による『アレルギー疾患治療ガイドライン』の一つの章として見出される。これはADの診断と治療について総論的に網羅された内容となっている。それは、共通了解を設定することが難しいからであるという。以下は本ガイドラインの序文からの引用である。

——しかし、現時点ではアトピー性皮膚炎に関するコンセプトに一致はなく、発症機序の解析も検討段階にあり、次々と発表される新知見も集約されることは困難であり、見解の統一にも達していない。さらに治療手段や薬物の開発も急テンポで進められているが、有用性、安全性が確かめられた方法はきわめて少ない。このような環境下では治療のガイドラインを設け、治療に一定の方向性をもたせることは時期尚早の感が拭いきれない。仮にそれを設けたとしても根拠の弱い、あるいは偏った考えに基づいたものでしかないように思われる。そこでわれわれは現在行われている治療のうち、相当期間試みられ、ほぼ一定した評価が得られている治療法、および今後重要視される可能性の高いいくつかの方法を紹介し、それぞれに造詣の深い専門家をお願いしてそれらの実際面、適応、長所、短所、副作用などについて述べていただくことにした。（牧野 1993：8）

ちなみに、このガイドラインにもすでにステロイド忌避への対応に関する記述がみられる（牧野 1993：58）。

その後、1999年に厚生科学研究班によって「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン1999」が発表され、その翌年に、日本皮膚科学会による最初のガイドライン「日本皮膚科学会編『アトピー性皮膚炎治療ガイドライン』」が『日本皮膚科学会雑誌』において掲載される。

それぞれのガイドラインは当初、パンフレットほどの分量（厚生科学研究費：11頁、日本皮膚科学会：6頁）であったが、改訂する毎に内容が拡充し、現行の統合ガイドラインでは72頁に増えている¹。

厚生科学研究班と皮膚科学会のガイドラインは、前者が皮膚科以外も含めた、ADを診療する医師全体に向けてのものであるのに対し、後者が皮膚科専門医を対象としたものである点に大きな差異がある。この二種のガイドラインはそれぞれに内容の修正、追加を進めており、相互に内容上の矛盾はないものの、それぞれの特色が出てきている。厚生科学研究班ガイドラインは、日本アレルギー学会に内容が引き継がれた2006年以降、内容を大幅に充実させていった（1993年のガイドラインとは別のものである）。アレルギー学会のガイドラインは、執筆者に小児科や内科の医師も参加しており（日本アレルギー学会（2006）の序文）、ADを診療する医師全体に向けてのものとする方針は変わっていない。

アレルギー学会のガイドラインは、治療の柱として、「原因・悪化因子の対策、スキンケア、薬物療法」の3点を重要なものと位置付けており、それぞれについて詳細に記述されている点に特徴がある。またADという疾患の疫学・病理学も含めて総論的に記述されている。図や写真を多用し、より実地で参照されることが想定された内容となっている印象である。

一方、皮膚科学会のガイドラインは、薬物療法（主にステロイドを使った治療）に関わる内容が多くを占める。ステロイド論争に対

表 AD 診療ガイドラインのそれぞれの発行年
(下線を主な検討対象とする.)

年	日本皮膚科学会	日本アレルギー学会	厚生科学研究班
1993		「アトピー性皮膚炎の治療」(『アレルギー疾患治療ガイドライン』所収)	
1999			アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 1999
2000	日本皮膚科学会編「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン」		
2001			アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2001
2002			アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2002
2003	日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2003改訂版		
2004	日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2004改訂版		
2005			アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2005
2006		アトピー性皮膚炎診療ガイドライン 2006	←「引継ぎ」
2008	日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎診療ガイドライン		アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2008
2009	アトピー性皮膚炎診療ガイドライン	アトピー性皮膚炎診療ガイドライン 2009	
2012		アトピー性皮膚炎診療ガイドライン 2012	
2015		アトピー性皮膚炎診療ガイドライン 2015	
2016	アトピー性皮膚炎診療ガイドライン 2016年版		
2018	アトピー性皮膚炎診療ガイドライン 2018		

して「標準治療」を確立し、最も明確な立場表明をしている。皮膚科医における共通理解の「再確認」であるという色が強く、アレルギー学会に比して内容はかなり簡素である。薬物療法の記述について専門性の高いものとなっており、改訂ごとに薬剤使用のエビデンスの記述が充実していった。

二つのガイドラインが併存する状態は、2018年の統合ガイドラインまで続いた。この統合ガイドライン作成を行った厚生労働科学研

究費報告書では、ガイドラインの統一による「診療の均てん化」の必要性が述べられている。

——アトピー性皮膚炎の診療を均てん化して国内のすべての地域でより多くの患者が良質な医療を享受できるようにするためには、皮膚科医、小児科医、アレルギー科医、総合診療医など、アトピー性皮膚炎の診療に携わるすべての医師や患者らが活用できる診療ガイドラインを作成することが望まれる。しかし、現在まで、このようなすべての年齢層の患者を対象に、さまざまな診療科の医師や患者を使用対象者として作成されたアトピー性皮膚炎診療ガイドラインは存在しない。(厚生科学研究班(研究代表:加藤)2017:6)

このガイドラインの展開から見えてくるのは、診療科の専門性の違いや、医師個人による受けられる医療の質の差が、現在でも問題であるということである。

本稿では、一定の分量があり、内容の継続性が見られる2006年以降の日本アレルギー学会ガイドライン(2009, 2012, 2015年に改訂)、2000年以降の日本皮膚科学会ガイドライン(2003, 2004, 2008, 2009, 2016年に改訂)、2018年統合ガイドラインを主な検討対象とする(改訂を表に示す)。

ちなみに、AD はこれらのガイドライン以外でも、疾患ガイドラインの一部として記述されている。重要なものとして挙げられるのは、心身症のガイドラインである。2002年に発表された『心身症診断・治療ガイドライン』には「アトピー性皮膚炎」の章が設けられている(西間 2002)。このガイドラインも改訂し、2006年が最新版となっている(小牧ほか 2006)。

3. ガイドラインの内容の一般的傾向

さて、この20年ほどの間に、ガイドラインの記述はいかなる変容をたどってきたのだろうか。ここでは一般的な傾向について述べたい。

3-1. 医学的知見の更新

まず、AD のメカニズムが段々と明らかになってきた様子が見てとれる。アレルギー反応を起こす Th2 細胞(免疫で重要な働きをするヘルパー T 細胞の一種)とそれに関わるタンパク質の挙動が炎症と痒みの発生に関わっているが、その詳細が改訂ごとに詳述されるようになっている。また、重症度評価、痒みの評価、血清 TARC(病状をすぐに反映する指標の一つ)など、AD 診療の客観的指標が多く登場するようになり、内容が充実してきた。

だが重要なのは、それでも、AD の診断において絶対的な基準となる診断マーカーは未だにないということである。つまり、ある数値が一定の水準を超えた者は皆 AD と診断する、というようなことはできない。日本における AD の診断基準は1994年に「アトピー性皮膚炎の定義・診断基準」として皮膚科学会によって発表されており²、現行ガイドラインに至るまで参照されている。それによれば、「1. 痒痒」「2. 特徴的皮疹と分布」「3. 慢性・反復性経過」の3項目を満たすものを、「症状の軽重を問わずアトピー性皮膚炎と診断する」としている(日本皮膚科学会 1994:1210)。つまり、AD

かどうかは本質的に医師による観察で決まり、またそれは症状の重さとは関係がない。

客観的指標が整備されながらも、診断と治療については、医師の経験に頼る部分を大きく持っているのがAD診療である。

3-2. 非標準治療批判から EBM へ

ガイドラインの内容の最も大きな変化として、非標準治療批判から EBM 志向へと変わる流れがある。

これについては、主張が最も明確に見られる、日本皮膚科学会のガイドラインを見てみよう³。ガイドライン初版（2000年）の序文においては、当時の治療現場混乱に対して皮膚科医たちが「困惑」しているという率直な記載が見られる。

——アトピー性皮膚炎の診療の場において、特に治療上の混乱が生じているが、皮膚科医の多くはアトピー性皮膚炎の病態に即した治療法に疑問を感じているわけではない。…（中略）…ところが、この理解のもとにアトピー性皮膚炎の治療に携わる皮膚科医が現在困惑しているのは、治療の大きな柱であるステロイド外用剤に対して患者さらには社会一般に根拠に乏しい不信任感が生じ、ステロイド外用剤忌避の風潮が強まり、必要かつ適切な治療を施せないままに重症化した患者が増加し、結果的に患者に多大なる不利益が生じている事態に対してである。（川島ほか 2000：1099）

現場の皮膚科医の多数派にとって、特に治療方針の修正の必要はない、ということが前提になっている。故に、ガイドラインの内容を学ぶ必要があるのは、専門の皮膚科医以外の医師であり、一般社会であり、患者だということになる。

——以上の経緯より、本ガイドラインは、皮膚科診療技能について充分に修得し、アトピー性皮膚炎の病態を理解し、かつその診療においても充分な経験を有する皮膚科医にとっては、その治療原則の再確認を促すものにしか過ぎないが、それ以外でアトピー性皮膚炎の診療に関与する医師に対しては、診療の大前提としての皮膚科診療トレーニングの必要性を説くものであり、患者ならびに社会に対しては、日本皮膚科学会として現時点で適切と考えられる基本治療方針を提示するものである。（同上）

この記述から読み取れるのは、皮膚科専門医のコンセンサスは既成のものであるという主張である。以上の表現は2004年版まで継続して変更されず使われている。皮膚科学会はステロイド論争を受けて、患者相談システムを整備したり、ガイドライン初版の解説書（竹原ほか（2002））を出版するなどの啓発活動を行っており、その記述がそこに追加されてきた（古江ほか 2003：451）。

大きな変化が見られるのは2008年版である。以上の記述は削除され、序文は以下のように変更されている。

——アトピー性皮膚炎は日常診療上頻繁に遭遇する疾患であると同時に、患者への十分な説明や治療へのコンプライアンス・

アドヒアランスを考慮すべき疾患として、近年世界的に治療ガイドラインが整備されている。本症の治療ガイドラインはすべて近似した疾患概念、治療体系の上に構築されている。（古江ほか 2008：325）

アドヒアランスは、「ある人の行動——薬を服用する、食事制限を守る、そして・または、ライフスタイルの変化を実行する——が、医療供給者と取り決めた勧告（agreed recommendations）とどれだけ一致しているかという程度」（World Health Organization 2003: 3）と定義される言葉で、コンプライアンスよりも、患者の能動性・主体性が含み込まれた表現である。

「標準治療」の確立から、「コンプライアンス・アドヒアランス」に言及するようになる変化は、重要な意味をもつと考えられる。それは、ガイドラインの目的が、皮膚科医のコンセンサスの明示と普及から、EBMを意識したものに変わってきたことを意味するからである。このことは、この改訂版において、内容が大きく拡充され、引用文献が明確に記載されるようになり、治療法に関わる医学的知見の評価と「エビデンスレベル」の記述が追加されているところにも見られる。

また、この転換は、医師側が「ステロイド論争」を意識しなくなったという意味においても、重要である。

EBM が明確に意識されるようになった最近の改訂では、当初のガイドラインとは逆に、コンセンサスの既成よりも、ガイドライン自体には現場の医師の診断に対する拘束力がないことを強調する傾向にある。例えば2016年版の序文には以下の記述が見られる。

——臨床現場での最終的な判断は、主治医が患者の価値観や治療に対する希望も十分に反映して患者と協働して行わねばならない。本ガイドラインは、症例毎の事情を踏まえて行われる医療行為の内容がここに記載されているものと異なることを阻むものではなく、医療者の経験を否定するものでもない。また逆に、本ガイドラインに記載されている内容が実施されないことをもって、実際の診療にあたる医師の責任を追訴する根拠に資するものでもない。（加藤ほか 2016：121）

同様の内容は、2018年の最新版統合ガイドラインにおいて、「免責事項」という項に記載されている。

——本診療ガイドラインは、症例毎の事情を踏まえて行われる医療行為の内容がここに記載されているものと異なることを阻むものではなく、医療者の経験を否定するものでもない。また逆に、本ガイドラインに記載されている内容が実施されないことをもって、実際の診療にあたる医師の責任を追訴する根拠に資するものでもない。本ガイドラインを医事紛争や医療訴訟の資料として用いることは、本来の目的から逸脱するものである。（加藤ほか 2018：2431）

コンセンサスの確立・既成事実化から、現場の状況の多様性に目が向けられ、医療訴訟への意識が見られるように、皮膚科医側の「ディフェンス」の質が変わってきていることがわかる。

治療ガイドラインが医療訴訟の際に参照されてしまうことは既に起きている問題でもある（堀・福井 2013）。2009年版の筆頭著者である古江（2010）は、以下のように語っている。

——「医療過誤の場合にガイドラインが医療水準の判断基準として使用される可能性が高い」と指摘されることが多い。本ガイドラインは、アトピー性皮膚炎に対する標準的治療を明示するという意味合いが強い。ガイドラインはあくまで目安であり、個々の診療に関しては、エビデンスやガイドラインを参考にして医師と患者が十分に相談して決めるものであり、その意味で医師の裁量を制限するものではない。（古江 2010：10）

皮膚科学会のガイドラインの機能は、コンセンサスの既成事実化・明示から、EBM にもとづくガイドラインの本来の機能に合致させるものへとシフトしている。それと同時に、逆に個々の医師の裁量が減ずるという、EBM とそれに基づく診療ガイドラインの問題が、ステロイド論争とは異なる論点で明確になっている。

4. ガイドライン変化の内実

ガイドラインには診断基準、薬物療法の詳細、患者への生活指導など様々な内容が記述されているが、本稿では、以下の三つの視点から考察したい。

1. ステロイドを中心とする薬物療法
2. 標準治療の周辺領域
3. 医師－患者関係と、AD の心理・社会的側面への注目

4-1. ステロイドを中心とする薬物療法

AD の治療は基本的にステロイド外用による皮疹の治療を行い、皮疹が治まれば段階的に弱いステロイドに切り替えていく。またステロイドを含まない保湿剤によるスキンケアも同時に行う、というのがどのガイドラインにも共通した方針である。「標準治療」が指すものもこれである。

当初は、ステロイド外用剤がほぼ唯一の選択肢とされていた。皮膚科学会ガイドライン初版から引こう。

——現時点において、アトピー性皮膚炎の炎症を十分に鎮静化する薬剤で、その有効性と安全性が科学的に立証されている薬剤はステロイド外用剤である。（川島ほか 2000：1100）

ステロイド外用剤以外にありうる外用剤の選択肢としては、非ステロイド系消炎剤外用剤（NSAIDs）や、タクロリムス軟膏がある。この初版では、この二つの短所を述べた後、こう続く。

——よって、アトピー性皮膚炎の炎症を速やかにかつ確実に鎮静させ、患者の苦痛を取り除ける薬剤で広く使用でき、その有効性と安全性が十分に評価されているものは現在のところステロイド外用剤の他にはなく、如何にそれを選択し、使用するかが治療の基本となる。薬剤であるが故、ステロイド外用剤には当然副作用、特に局所性の副作用はあるが、効果の高さと局所性の副作用の起こりやすさは一般的には平行することから、必

要以上に強いステロイド外用剤を選択することなく、皮疹の重症度に見合った薬剤を適正に選択することが重要である。（川島ほか 2000：1101）

効果の高い薬剤が副作用を引き起こすことは所与の前提であり、そのため、適正量を使用する重要性が主張される。

一方で、アレルギー学会のステロイド記述はニュアンスが異なり、ステロイドの皮膚への副作用と皮膚以外の副作用への注意喚起がなされている。ステロイドの具体的な副作用の記述は皮膚科学会にもみられるものの、頻度が低いとされており、対照的である。以下はアレルギー学会の2006年版から2015年版まで記述されている。

——皮膚以外にも副腎機能障害などの全身的な副作用、局所免疫の低下が誘因となる皮膚感染症の増加や、免疫系のバランスの異常などが生じることも注意しておく必要がある。（日本アレルギー学会 2006：65）

ちなみに、厚生科学研究班によるガイドライン（2001年の改訂版）では、「長期使用後に突然中止すると皮疹が急に増悪することがあるので、中止あるいは変更は医師の指示に従うよう指導する」（厚生科学研究班（研究代表：山本） 2003：57）と、ステロイド治療の中止による皮疹の悪化（リバウンド）に関する記述が見られる。アレルギー学会ガイドライン2006年版では、「ステロイド外用薬長期使用後の中止による増悪への対応」という項においてリバウンドへの対応が記述されている。

——患者が副作用を心配してステロイド外用を中止し、急性増悪することはよく経験する。診察なしの投薬は絶対に避け、自己判断による使用の中止は避けるよう指導する。また患者にステロイド外用薬によりおこりうる副作用を説明し、皮膚症状の評価と使用量のモニターにより、その回避が可能であることを十分伝える。（日本アレルギー学会 2006：67）

皮膚科学会ガイドラインに急性増悪が記述されるのは2008年以降であり、長期使用後の中止という表現は使われていない。

また、皮膚科学会ガイドラインにおいては、患者が主張するステロイドによる害は、ステロイドという薬剤の使用の問題ではなく、基本的にはコンプライアンス（これはのちにアドヒアランスという言葉に取って代わる。詳細は4-3参照）、患者指導の問題であるとされる。

——ステロイド外用剤に対する誤解（ステロイド内服剤での副作用との混同およびアトピー性皮膚炎そのものの悪化とステロイド外用剤の副作用との混同が多い）から、ステロイド外用剤への恐怖感、忌避が生じ、コンプライアンスの低下がしばしばみられる。その誤解を解くためには十分な診察時間をかけて説明し、指導することが必要であり、それが治療効果を左右する。（川島ほか 2000：1102）

医師が問題とするのは、皮膚の状態のコントロールのために、ス

ステロイドをどれだけの量、どれだけの期間、塗るかということである。ゆえにガイドラインは外用薬の使用法、使用量の管理の方法の共通指標を志向していくこととなる。例えば、外用薬の使用量については、FTU (Finger Tip Unit, 薬剤のチューブについて、人差し指の先から第一関節までの長さを絞り出し、成人の手のひら2枚分の面積に塗るという目安) が解説されるようになっている(初出はアレルギー学会2006年, 皮膚科学会2008年)。また、皮疹が寛解しても、一定の間隔でステロイドやタクロリムスを塗ることで憎悪を避けるプロアクティブ療法(初出はアレルギー学会, 皮膚科学会とも2009年)が紹介されている。これらの変化からは、薬剤使用のコントロールが治療の肝であるという認識が見られる。

先述のように、皮膚科学会ガイドラインが薬物療法を最も詳細に記述しており(それ以外については最近まで非常に簡素であった)、タクロリムスの記述については最も充実している。ガイドライン更新の重要な契機は、タクロリムスのエビデンス蓄積であり、対象年齢や副作用に関する情報の更新である。例えば、2003年版の翌年に矢継ぎ早に2004年に改訂が行われているが、その理由はタクロリムスに関わる記述変更である。

——2003年12月タクロリムス軟膏0.03%小児用が発売されたことにより、本ガイドライン2003改訂版におけるタクロリムス外用薬に関する記述に修正の必要性が生じたため、本ガイドライン2004を作成した。(古江ほか 2004: 135)

タクロリムスに対する対応の早さは印象的である。それはタクロリムスが新しい薬剤であり、臨床での使用頻度が高いこと、何より、ステロイド以外の十分なエビデンスを伴った外用薬の貴重な選択肢だからであると考えられる。タクロリムスの認可は日本において早く、AD治療に関する知見も日本国内のものが多い。

タクロリムスは、皮膚科学会2008年版において、ステロイドと同等の地位を獲得するに至る。

——現時点において、アトピー性皮膚炎の炎症を十分に鎮静しうる薬剤で、その有効性と安全性が科学的に立証されている薬剤は、ステロイド外用薬とタクロリムス軟膏(Topical calcineurin inhibitor: カルシニューリン阻害外用薬)である。(古江ほか 2008: 329)

——アトピー性皮膚炎の炎症を速やかにかつ確実に鎮静させる薬剤として十分に評価されているステロイド外用薬とタクロリムス軟膏を、いかに選択し組み合わせて使用するかが治療の基本である。(古江ほか 2008: 330)

ステロイドに関してまだ判断が保留されているのは、タキフィラキシーである。タキフィラキシーはステロイド外用薬を長期にわたって使用していくことになるADにとって重要な問題である。皮膚科学会ガイドラインでは「ステロイド抵抗性(連用による効果の減弱)の事象も通常の使用では経験されない」(川島 2000: 1102)とされあまり記述されないが、こちらもアレルギー学会ガイドラインでは、タキフィラキシーに関わる知見について検討され、以下の

ように述べられている(2015年版まで大筋では内容は変わっていない)。

——使用ステロイドのランクとの関連性、使用法、悪化因子など、低反応性の理由も複数にわたり考える必要があるが、タキフィラキシーとの関連性についても今後考慮する必要があると考えられる。喘息と異なり、皮膚でのステロイド外用薬の治療効果の定量的な解析は困難かと思われるが今後も引き続いてステロイド外用薬におけるタキフィラキシーの実態調査、本態の解析などが必要と考える。(日本アレルギー学会 2006: 69)

タキフィラキシーについて最も詳細な記述がなされるのは、2018年最新版の統合ガイドラインである。「内服ステロイド薬で報告されているようなステロイド低反応性、または急速な効果の減弱(タキフィラキシー)の病態がステロイド外用薬でも生じるかは懸案となってきた」(加藤ほか 2018: 2459)とし、アレルギー学会において検討されたものと同じ知見を引用して、タキフィラキシーの存在を完全に否定できるわけではないとしている。が…

——一方で、これらは実験的に誘発された血管拡張をステロイドで抑制する実験であり、病態が多因子性のアトピー性皮膚炎にそのまま当てはめて考えることはできない。ステロイド外用薬による治療中に期待された効果の得られない場合は、タキフィラキシーを考慮する前に、使用しているステロイド外用薬のランクと使用方法、治療アドヒアランスおよび外用に伴う接触皮膚炎の可能性を確認するとともに、持続的なアレルゲンへの曝露を含む悪化因子の関与を考慮する必要がある。(同上)

と、他の因子をまず考慮する必要を主張している。この記述は「ステロイドに対する不安への対処、不適切治療への対処」の項におけるものであり、「タキフィラキシー」と主張されるものも、基本的には患者のアドヒアランス、薬剤選択、アレルゲンの問題として認識されている。

以上の検討からわかるのは、皮膚科学会とアレルギー学会の、AD薬物治療としてのステロイドに対する認識の相違である。

皮膚科学会はステロイドを積極的に使用する姿勢が前面に出ている。副作用の存在は当然の前提であり、また重大な問題として取り上げられてはいない。それは、「標準治療」の確立を負い、ステロイド批判に対抗するという色を強く持っていることからわかる。患者のステロイド忌避は、コンプライアンス(のちにアドヒアランスに取って代わる)や患者指導の問題と認識されている。ただ同時に、ステロイド以外の選択肢のニーズを認識していることも、タクロリムス記載への積極性からわかる。タクロリムスは初期使用時に皮膚に刺激感が生じるという、皮膚疾患にとって致命的ともなりうる欠点を持っているのだが、ステロイドと同等の効果を、科学的に正統性のある手続きを経て、証明できる数少ない薬剤でもある。

一方でアレルギー学会は、ステロイドに対する認識が皮膚科学会に比して消極的であった。リバウンドを認識しており、副作用は存在し、避けるべきものと認識されていた。またタキフィラキシーも

考慮するものとして記載されていた。

ちなみに統合ガイドラインは、ステロイドに関しての記述は皮膚科学会の記述をほとんど踏襲している。同時にステロイド忌避への対処に関するものが充実しているが、ステロイドの副作用・タキフィラキシーに関しては否定的で、患者の誤解やアドヒアランスに帰する傾向も皮膚科学会の姿勢に寄せている。

4-2. 標準治療の周辺領域

ガイドラインには、紫外線療法、漢方、民間療法など、標準治療以外の治療法についても評価・記載されている。これらは標準治療に付加する治療として位置づけられている（ステロイドを使わない治療法としては書かれていない）。「標準治療」を負っていないアレルギー学会ガイドラインの方がこのような療法についての記述が充実している。内容としては、紫外線療法、漢方療法、n-3 多価不飽和脂肪酸の摂取、心身症のアプローチ、プロバイオティクスなどが記載されてきた（心身症アプローチについては次章で扱う）。その内容は、皮膚科学会の最近のガイドラインに流用されている。ここでは、比較的記述が多くみられる紫外線療法と漢方療法を取り上げたい。

さて、日本皮膚科学会のガイドライン初版では、非標準治療について以下のように記述されている。

——その他の特殊な治療法については、一部の施設でその有効性が強調されているのみであり、科学的に有効性が証明されていないものも多く、基本的治療法を示す本ガイドラインには取り上げない。特殊療法のなかでは、PUVA 療法が一定の評価を受けているが、一般的に行われるには別にガイドラインを設定する必要がある。（川島ほか 2000：1104）

PUVA 療法とは紫外線療法の一つである。2003年版には、ここに「更には、むしろその健康被害の面に留意すべきである」（古江ほか 2003：456-7）との文言がつけ加わる。

一方、アレルギー学会ガイドラインでは、標準治療が困難な例に対する選択肢として紫外線療法が記述されている。以下は2006年版からの引用である。

——紫外線療法はステロイド外用薬を含む第1 選択治療が無効な症例ないしはこれらの治療に対して抵抗を示す症例に用いられ、その有用性が認められている。（日本アレルギー学会 2006：81）

紫外線療法の記述自体は、研究が進みどちらのガイドラインにおいても拡大していくが、皮膚科学会2009年版ではその評価の難しさが語られている。

——紫外線療法は、欧米では second line treatment に位置づけているガイドラインもあるが、その作用機序や手技的な問題から二重盲検試験やハーフサイドテストを厳格に行うことは困難であり、高いレベルのエビデンスは得難い。紫外線療法を行う場合には、まずその適用を十分に考慮したうえで、作用機序や様々

な副作用や対処法を十分に理解し、かつ器具に習熟した医師により慎重に行われる必要がある。（古江ほか 2009：1530-1）

紫外線療法は、器具を使い光を当てるというその性格から、EBM において高く評価されるような、二重盲検試験（効果を調べたい薬・治療法を、医師にも患者にもわからない状態で行う実験）を行うことが難しい。また医師個々人の技術に関わるところが大きいため、評価も消極的にならざるを得ない。皮膚科学会2016年版で、記述は以下のように着地している。

——紫外線療法は、抗炎症外用薬や抗ヒスタミン薬、保湿外用薬などによる治療で軽快しない例やコントロールできない例、従来の治療で副作用を生じている例に考慮される治療法に位置づけられる。…（中略）…今後アトピー性皮膚炎患者を対象にした紫外線療法のプロトコルの確立やガイドラインの設定が望まれる。現時点では、紫外線療法を行う場合には、まずその適応を十分に考慮したうえで、作用機序や照射量、急性皮膚障害や合併する感染症の悪化、皮膚がんを含む長期の副作用など様々な副作用や対処法を十分に理解している、紫外線療法に習熟した医師により慎重に行われる必要がある。（加藤ほか 2016：135）

もう一つ、ガイドラインでの評価は消極であるものの、非標準治療としての一定の地位を獲得しているのが漢方療法である。アレルギー学会ガイドラインでは、よく使用される漢方薬について解説が加えられている。だが漢方が基盤とする東洋医学は、近代医療の拠って立つ西洋医学とは疾病認識が異なっているために、評価が難しいところがある。以下はアレルギー学会ガイドライン2006年版の記述である。

——漢方医学的疾患概念「証」の中には西洋医学の病態生理の立場からは、現時点では説明しきれない部分もあるが、体質が重要な部分を占め、慢性疾患であるアトピー性皮膚炎では、体の機能の流れを流動的に捉える漢方治療を併用または補助的治療とすることが有用である場合もあることは否定できない。（日本アレルギー学会 2006：82）

漢方療法の EBM に関しては、皮膚科学会2009年版以降に記載がある。

——漢方療法の EBM については、その多くが数十症例規模の症例集積研究であり、「二重盲検ランダム化比較試験」はこれまでに「Zemaphite」（ママ）と「補中益気湯」に関する4 件のみと少ない。…（中略）…全体としては、自然寛解の多い小児患者を対象に含む研究も多く、今後も対象症例の設定や規模の拡大、多施設での二重盲検ランダム化比較試験結果の集積など、慎重な検討を要すると思われる。（古江ほか 2009：1528）

漢方療法の問題も、紫外線療法と同じく、EBM において高く評価される二重盲検ランダム化比較試験（二重盲検 RCT と呼ばれる。

薬や治療法を試す・試さない対象をランダムに決め、自分がどちらの例にあたるか、医師にも患者にもわからないようにして進める実験の結果が少ないことである。ただ漢方の場合、そのネックになっているのは西洋医学との疾病概念の違いであると思われる。最新版統合ガイドラインでは以下のように述べられている。ここでも、新しい知見の引用はなされていない。

——漢方療法の基本は、患者の呈する症状を、陰陽、虚实などの「証」としてとらえ、それに最も適した処方当てはめる随証治療である。アトピー性皮膚炎の漢方療法は、個々の患者の体質を全身の「証」としてとらえ体質の改善を目指す治療（本治）と、皮疹を局所の「証」としてとらえ症状の改善を目指す治療（標治）を組み合わせることになる。その点から、「アトピー性皮膚炎にはAという方剤」という画一的な処方の有用性には疑問がある。アトピー性皮膚炎の治療における漢方療法の有用性については、皮疹の性状から方剤を選択することの有用性、アンケートのような簡便な方法による証の判断の妥当性なども含め、検討すべき課題が多い。今後も、多施設での精度の高い二重盲検 RCT 結果の集積など、慎重な検討が必要である。（加藤ほか 2018：2493-4）

大まかな傾向として、非標準治療に関して、皮膚科学会ガイドラインは当初ほとんど記載しておらず、詳細に検討されているのはアレルギー学会ガイドラインのほうであった。だが最近になって、EBM という観点から評価されるようになり、最新版統合ガイドラインでは、比較的「中立的」な記述になっている。

紫外線療法は、照射する紫外線の選択肢が広がったこともあり、標準治療が効かない場合の選択肢として認知されつつある。だが薬剤の投与とは異なり、治療の形式的な問題で「質の高いエビデンス」を研究として出すことが難しく、また医師個人の技術が求められる点もその困難に輪をかけている。

漢方療法は、どの版のガイドラインでも効能は否定されていない。だが、西洋医学と異なり、AD 患者の状態を単なる皮膚疾患として捉えない認識枠組みをもつために、EBM の実践のために求められる方法論にそぐわずエビデンスを蓄積しがたいという、紫外線療法とは異なる問題がある。

このような、個別性が高く、根本の考え方が異なる治療法は、二重盲検 RCT などの試験を行うことが難しく、経験以外にその有効性を評価しがたい。EBM の普及と、統合版ガイドラインの目指した、治療の「均てん化」からすればいわば逆行しているものである。だが一方で、患者個々人の症状の個性の高い AD のような疾患では、そうであるからこそ求められる治療法であるともいえる。

4-3. 心理・社会的側面への注目

ここでは、AD の心身症との関わりや医師と患者の関係など、心理・社会的側面について検討したい。実は、最近のガイドライン改訂において、記述が最も大きく変化するのはこれらの内容である。

心身症に関しては標準治療に対する補助的な位置づけであり、これは 4-2 で検討した非標準治療と同様である。ゆえにこちらもア

レルギー学会のガイドラインのほうが詳述されてきた。

AD の症状に心理・社会的側面が関わっていることは、皮膚科学会ガイドラインの初版から認識されていた。特に掻破行動（掻くこと）に関して心理的要因の可能性が語られている。

——アトピー性皮膚炎の特に成人の重症例においては、人間関係、多忙、進路葛藤、自立不安などの、アトピー性皮膚炎以外の心理社会的ストレスが関与し、嗜癢のあるいは依存症とも呼ぶべき掻破行動が生じ、自ら皮疹の悪化をもたらしている例もまれではない。また小児例においても、愛情の欲求が満たされない不満から同様の掻破行動がみられることがある。このような場合には、心身両面からの治療が必要であり、精神科医を含めたチーム医療が必要となることもある。（川島ほか 2000：1103）

2008年版には、個別的悪化因子として、以下の記述が足されている。

——しかしながら、社会生活・日常生活の中で個々の患者に特有の悪化因子が存在することも多く、このような悪化因子の探索ならびに対策はきわめて重要である。（古江ほか 2008：332-3）

ここまでの皮膚科学会の記述は一般論にとどまるが、本格的な記述はアレルギー学会ガイドラインでなされている。特に2009年版以降、顕著に内容が拡大している。2009年版には「心身症アプローチ」の項が設けられ、「各年齢、特に思春期以降は心因的要因の関与が重要な場合がある。このような場合、心理的アプローチなしには十分な治療効果は得られない」とし、治療方法として「主治医によるカウンセリング、場合によっては、心療内科、精神科の医師、心理療法士によるカウンセリングを行う。薬物療法としては心身医学を専門としない一般の医師には、向精神薬ではなく抗不安薬、抗うつ薬、睡眠薬での治療が推奨されている」としている（日本アレルギー学会 2009：80）。

2012年版になると、心身医学と精神科治療との違いが強調され、心身症としての AD に、身体科と精神科とに専門分化した治療法を取ることに明確な異議申し立てがみられる。

——心身医学的アプローチというのは、薬物療法だけではなく、リスクファクターとしての心理社会的因子への介入を含む包括的（全人的）アプローチのことであり、精神疾患へのアプローチのことではない。体のことは身体科（皮膚科や小児科・内科など）の医師が担当し、心のことは精神科医や心理士が担当するというのは、心身医学的アプローチの対極にあり、このような分裂した治療法では決して心身症を根治することはできない。心身一如の観点から患者を全人的に治療する姿勢こそが心身医学的アプローチであることを忘れてはならない。（日本アレルギー学会 2012：83）

心身症に関する記述は皮膚科学会ガイドラインの2016年版におい

て拡大し、「6. 心身医学的側面」の項が、心身症ガイドライン『心身症診断・治療ガイドライン2006』の内容の要約になっている（小牧ほか 2006：250-9）。内容としては、心身医学的配慮の必要なADの病態として、「A. ストレスによるアトピー性皮膚炎の悪化、持続」、「B 1. アトピー性皮膚炎に起因する不適応」、「B 2. アトピー性皮膚炎の治療・管理への不適応」の3群をあげ、以下のように述べている。

——このような例においても心理面のみに注目した治療をおこなうのではなく、受容的共感的態度で傾聴し良好な医師・患者関係を確立したうえで、従来の治療を見直し、まず十分な皮膚科的治療を指導、実施する。そのうえで、必要に応じて専門家と協力して心身医学的治療を計画する。（加藤ほか 2016：135）

患者の言うことを否定せずに聞く「傾聴」の重要性は心身症ガイドラインにおいてよく語られている（小牧ほか編 2007：252, 261）。心身症の治療には良好な患者と医師の関係をすることが基本となるからである。

ところが、2018年版統合ガイドラインでは、「心身医学的側面」の項の記述が大きく変わっており、心身症はADの皮疹悪化に起因する、あくまで二次的な症状であるとされている。

——アトピー性皮膚炎のコントロールが悪いと、二次的に心理的な負荷や異常を生ずるが、そうした患者を心身症として特別視するのではなく、全ての患者に対して心身医学的側面にも留意した包括的な治療を心がけるべきである。（加藤ほか 2018：2470）

ここに続くのは、心身医学的治療ではなく、患者教育の方法論に徹した記述である。特にこの項の下位カテゴリ「患者教育」においては、傾聴そのものの効果は実証されていないとして、行動科学的アプローチの重要性が強調されている。

——RCTによる効果が実証された心身医学的介入は行動療法や認知行動療法などの行動科学的アプローチのみであり、精神分析や傾聴するだけのカウンセリングの有効性は実証されていない。適切な薬物療法、リラクゼーション訓練や認知行動療法などのストレス免疫訓練、習慣性掻破行動を止める行動療法、アドヒアランスを向上させるコーチングや動機付け面接など、行動科学的アプローチを用いて総合的な患者教育を行うことが大切である。（同上）

そして、この版では「行動科学的」方法論に徹した、患者指導に関する記述が増えている。

——国内外において様々な患者指導の方法が検討され、それぞれ湿疹の重症度低下やQOL改善などに効果があると報告されている。その具体的な方法は、多職種の医療チームによる教育、専門看護師によるグループワーク、短期間の教育入院、オンラインビデオによる教育などさまざまであり、特に小児を対象に

した報告が多い。このほか我が国では、アトピー性皮膚炎の患者指導ツールとしてのWebsiteや小児患者向けのパンフレットなども作成公開されている。

診療現場ではこれらのツールを活用し、個々の患者特性や自施設の診療体制を考慮して、効果的で実行可能な指導を選択するとよい。また治療導入時に限らず期待された薬物療法の効果が得られないときにも、治療変更を検討する前に再指導によって外用薬の使用方法を確認することも大切である。（加藤ほか 2018：2474）

患者教育、アドヒアランスは、2018年統合ガイドラインを全体的に彩る言葉となっている。「アドヒアランス」は皮膚科学会ガイドラインでは2008年版から、アレルギー学会ガイドラインでは2012年から登場するが、皮膚科学会の2016年版から、「コンプライアンス」の文言が「アドヒアランス」に完全に取って代わり、「アドヒアランスを高める」という表現が頻出し、「アドヒアランス」の項が出現している。以下はその内容の一部である。この表現は2018年統合版でも引き継がれている。

——慢性疾患であるアトピー性皮膚炎の診療では、患者や養育者が疾患の病態や治療の意義を十分に理解して“積極的に”治療方針の決定に参加し、その決定に従って“積極的に”治療を実行し、粘り強く継続する姿勢、すなわち治療のアドヒアランスを高める配慮が大切である。（加藤ほか 2016：136）

2016年以降のガイドラインでは、アドヒアランスの向上のための様々なコミュニケーションの方法が語られるようになっている。

心身医学に関わるガイドラインの記述は、内容の変化に大きなブレがあり、まだ共通の見解が十分に出不来ていることが推測される。心身症の側面に関する記述はアレルギー学会ガイドラインにおいて拡大し、2012年版では診療科の専門分化に対する批判にまで至るが、その後、それが患者指導・アドヒアランスと同列に扱われていく様子が確認できる。統合版ガイドラインにおける変化は大きく、ADの心身症的側面は皮膚症状に付随的なものと明確に規定されている。ADがあくまで「皮膚の」疾患であることに重きが置かれている格好になる。心身症の治療法としての「特別扱い」はなされず、本来次元が異なるものであるはずの患者指導・アドヒアランスに回収されていくこととなる。そしてアプローチとしては、皮疹コントロールのための形式的なものであり、患者の行動のコントロールをも志向するようになっている。

心身症は、4-2で検討した漢方療法とは違った意味で、ADを単なる皮膚疾患として捉えることに異議申し立てをしようとする認識を持っているといえるだろう。また、「傾聴」などの方法は、医療者と患者の関係を変化させるものである。心身症ガイドラインには「教育」という表現は見られない。

心身症に関わる記述を検討することで問われうるのは、ADを単なる皮膚の病として認識することの妥当性と、医療者と患者の関係のあり方の問題である。

5. まとめにかえて

医療専門家にとってのADとは何か、その意味はいかに変化しているかが本稿の問題意識であった。診療ガイドラインを検討することで見てくるのは、以下のような論点である。

A. まず、医療の専門知としての正統性を得るための手続き上の問題を指摘することができる。この20年のうちに、タクロリムスがステロイドと同等の地位を持つAD治療薬となった。それは1990年代後半以降急速に研究が進み、質の高いエビデンスが蓄積されてきたからである⁴。60年以上使われている薬剤であり、研究も多く蓄積されているステロイドと、タクロリムスが同等のものと扱われるようになったことは、ステロイド以外の外用薬の選択肢のニーズの強さを反映していると思われる。EBMの実践の組上に載せられるように、二重盲検RCTなどの洗練された方法で研究を蓄積することが、「ステロイド以外の薬」のニーズに医学的に正統性をもって応える方法である。

それゆえ、EBMのためのエビデンスとして高く評価される方法を取りにくい治療法はガイドラインでも評価がし難い。本稿ではその例として紫外線療法と漢方療法を取り上げた。特に紫外線療法について行われている研究はほとんどがオープン試験であるが（古江編 2011:57）、薬剤の投与とは異なり、二重盲検RCTをとるのが形式上困難である。

ここからは、経験される治療法の有効性を十分に評価できないこと、前提としている治療法の形式に限りがあるという、EBMにおけるエビデンス評価の問題を読み取ることができる。それは、症状の個性性の高いADの患者にとって、EBMに基づいたガイドラインが制定されても、自分自身にとって有効な選択肢がガイドラインによって十分評価されていない・記載されない可能性は排除できないままであることを意味する⁵。

B. また、これに関わって、医師・診療科の個性性と医療の質の均てん化とのせめぎ合い、つまり専門知の側の個性性と統一性の問題を見ることができる。ステロイド論争の背景のひとつは、皮膚科医による治療方針のバラツキの大きさにあった。「標準治療」の確立は「不適切治療」に対する明確な批判を可能にするものでもあった。統一した参考資料としてのガイドラインを作ることは、EBMの観点からも重要であった。

だが実際には、皮膚科学会とアレルギー学会の二つのガイドラインが並存するという状態（しかもそれぞれのガイドラインは互いの存在を意識している）は2018年の統合まで続いていた。それぞれの論調も、ステロイドへの見方や、標準治療以外の治療法への認識において異なっていた。皮膚科学会ガイドラインが当初持っていた機能は、適切な治療と不適切な治療との線引きであり、皮膚科医のコンセンサスの明示であった。だが皮膚科の専門性が発揮される部分は、医師の熟練・経験とするとところが大きい。アレルギー学会は小児科や内科など複数の診療科の医師が関わっており、明確なポジションは見えにくい、中立的な記述であった。それは皮膚科学会のように「標準治療」を負っていないからであると考えられる。

医師・診療科の個性性と医療の質の均てん化の問題は、医学的知見の問題というよりも、政治的なものであるといえるだろう。

C. 医療知の専門性に関わって、揺らぎうるものとして見えてくるのが、ADを単なる「皮膚の」疾患と見ることの妥当性である。

ADはそのメカニズムが明らかにされつつあるが、基本的に皮膚の疾患であり、皮疹のコントロールが治療となる。だが本稿で検討した漢方療法と心身医学は必ずしもそのような捉え方をしていない。漢方療法の元になる東洋医学は、「証」など、全体的な体質の中で皮疹を捉える認識枠組みを持っている。心身医学は心理的側面と身体的症状を一体のものと考えている。だがこれらはその「全体」性のゆえにEBMの実践に有効なエビデンスを蓄積し難い。このような認識のもとでは皮疹の改善がゴールとは限らないからである。このことが、統合版ガイドラインでの心身医学的記述の縮小の背景にあるものと考えられる。

D. そして、以上のすべてに関わってくるのが、医師と患者の関係の問題である。ステロイドへの拒否、副作用やタキフィラキシーへの恐れなどは、（アレルギー学会ガイドラインでは検討されているが）基本的にアドヒアランスの低下の問題と位置付けられている。特に最新版の統合ガイドラインでは患者の「教育」が重視され、行動科学的アプローチの方法論に終始している。「教育」において求められる「主体性」とは、治療方針に、「積極的に従う」ことである。アドヒアランスは本来「agreed recommendation」である必要があり、EBMは「患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下す」ものである。ここでは、アドヒアランスやEBMが元々前提としていたはずの、医師と患者の「合意」の側面が重視されていない。知識を与え、一定の行動をさせる客体であるという点で、医師側の患者観が本質的には更新されていないことが、診療ガイドラインにおける大きな問題であるといえるだろう。

註

- 1 ただ、頁数自体は、単行本化しているアレルギー学会ガイドラインが最も多い。
- 2 この文書はその後2008年に改訂されているが、「除外すべき診断」にいくつかの疾患が加えられた以外には内容の変更はない（古江ほか 2008:326）。
- 3 アレルギー学会のガイドラインにも皮膚科学会と類似した論点は見いだせるが、皮膚科学会のガイドラインは、医療専門知における変化、皮膚科医の立場をより顕著に反映している。
- 4 タクロリムスに関しては、2000年前後に、特に日本の研究者による研究が蓄積されていることがわかる（古江編 2011:31-4）。
- 5 この形式上のネックは、牛山（2018）が、ステロイド依存を医学的に証明しようとする際の問題としても指摘している。ステロイドが依存性を持つことを主張する脱ステロイド医たちがいるが、ステロイド依存については、医学的に洗練された研究が困難であり、まだ医療のメインストリームの議論の組上に載せられていないという。

文献

- 牧野莊平監修, 1993, 『日本アレルギー学会 アレルギー疾患治療ガイドライン アトピー性皮膚炎の治療』ライフサイエンス・メディカ。
- 日本皮膚科学会, 1994, 「アトピー性皮膚炎の定義・診断基準」『日本皮膚科学会雑誌』104(9):1210。
- Sackett. D.L, Richardson. W.S, Rosenberg. W, and Haynes. R.B, 1997,

- Evidence-based MEDICINE*, London: Churchill Livingstone. (= 1998, 久繁哲徳監訳『根拠に基づく医療 EBM の実践と教育の方法』オーシー株式会社.)
- 医療技術評価推進検討会, 1999, 「医療技術評価推進検討会報告書」厚生労働省 (2020年3月23日取得, https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/1103/h0323-1_10.html)
- 厚生科学研究班 (研究代表: 玉置邦彦), 1999, 「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン」『厚生労働科学研究費 アトピー性皮膚炎の治療法の確立と評価に関する研究 研究報告書』2-4, 厚生労働科学研究成果データベース, (2019.9.10取得, <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=199900538A>).
- 竹原和彦, 2000, 『アトピービジネス』文藝春秋.
- 川島眞・瀧川雅浩・中川秀己・古江増隆・飯島正文・飯塚一・伊藤雅章・塩原哲夫・竹原和彦・玉置邦彦・宮地良樹・橋本公二・吉川邦彦, 2000, 「日本皮膚科学会編『アトピー性皮膚炎治療ガイドライン』」『日本皮膚科学会雑誌』110(7): 1099-104.
- 竹原和彦・川島眞・塩原哲夫・橋本公二・江藤隆史・古江増隆, 2002, 『専門医がやさしく語るアトピー性皮膚炎』暮らしの手帖社.
- 西間三馨監修, 2002, 『心身症診断・治療ガイドライン2002』協和企画.
- 厚生科学研究班 (研究代表: 山本昇壯), 2003, 『アトピー性皮膚炎の患者数の実態及び発症・悪化に及ぼす環境因子の調査に関する研究 平成14年度総括・分担研究報告書』厚生労働科学研究成果データベース, (2019.9.10取得, <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=200200824A>)
- 古江増隆・古川福実・秀道広・竹原和彦, 2003, 「全文訂正版: 日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2003改訂版」『日本皮膚科学会雑誌』113(4): 451-7.
- World Health Organization, 2003, *ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES: EVIDENCE FOR ACTION*, World Health Organization, (2020.2.12取得, https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/)
- 古江増隆・古川福実・秀道広・竹原和彦, 2004, 「日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2004改訂版」『日本皮膚科学会雑誌』114(2): 135-42.
- 小牧元・久保千春・福土審編, 2006, 『心身症診断・治療ガイドライン2006』協和企画.
- 日本アレルギー学会 アトピー性皮膚炎ガイドライン専門部会 (山本昇壯・河野陽一監修), 2006, 『アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2006』協和企画.
- 古江増隆・佐伯秀久・古川福実・秀道広・大槻マミ太郎・中村敏明・佐々木りか子・須藤一・竹原和彦, 2008, 「日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎診療ガイドライン」『日本皮膚科学会雑誌』118(3): 325-42.
- 日本アレルギー学会 アトピー性皮膚炎ガイドライン専門部会 (片山一朗・河野陽一監修), 2009, 『アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2009』協和企画.
- 古江増隆・佐伯秀久・古川福実・秀道広・大槻マミ太郎・片山一朗・佐々木りか子・須藤一・竹原和彦, 2009, 「アトピー性皮膚炎診療ガイドライン」『日本皮膚科学会雑誌』119(8): 1515-34.
- 古江増隆編, 2011, 『アトピー性皮膚炎 よりよい治療のための EBM データ集』中山書店.
- 日本アレルギー学会 アトピー性皮膚炎ガイドライン専門部会 (片山一朗・河野陽一監修), 2012, 『アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2012』協和企画.
- 堀正二・福井次矢, 2013, 「第4回診療ガイドラインの法的側面 重視される臨床医の説明義務」『クリニックマガジン』40(1): 22-27.
- 日本アレルギー学会 アトピー性皮膚炎ガイドライン専門部会 (片山一朗監修), 2015, 『アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2015』協和企画.
- 牛山美穂, 2015, 『ステロイドと「患者の知」 アトピー性皮膚炎のエスノグラフィー』新曜社
- 加藤則人・佐伯秀久・中原剛士・田中暁生・梶島健治・菅谷誠・室田浩之・海老原全・片岡葉子・相原道子・江藤隆史, 2016, 「アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2016年版」『日本皮膚科学会雑誌』126(2): 121-55.
- 厚生科学研究班 (研究代表: 加藤則人), 2017, 『アトピー性皮膚炎の診療の均てん化のための大規模疫学調査と診療ガイドライン・連携資料の作成 平成29年度総括・分担研究報告書』, 厚生労働科学研究成果データベース, (2019.9.19取得, <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201712001A>)
- 牛山美穂, 2018, 「『論争中の病い』と医師の抱く薬剤観——アトピー性皮膚炎治療におけるステロイドの事例から——」『大妻女子大学人間関係学紀要 人間関係学研究』(20): 149-58.
- 加藤則人・大矢幸弘・池田政憲・海老原全・片山一朗・佐伯秀久・下条直樹・田中暁生・中原剛士・長尾みづほ・秀道広・藤田雄治・藤澤隆夫・二村昌樹・益田浩司・室田浩之・山本貴和子, 2018, 「アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2018」『日本皮膚科学会雑誌』128(12): 2431-502.