

巻 頭 言

精神医学の臨床研究について考える

武田雅俊 日本精神神経学会理事

Masatoshi Takeda

近年の医療費抑制や新研修制度の導入などにより、わが国の研究環境は大きく変化している。基礎医学系大学院では医師の入学者が減少しており、多くの基礎の教室では医師(MD)よりも研究者(PhD)の数が多くなっている。臨床の教室でも、学位よりも専門医資格のほうに魅力を感じる若い人が増えて臨床医が大学の研究室に入らなくなりつつある。このような変化は、医学研究のあり方そのものにも影響を与え始めている。

ある雑誌に、先端医療振興財団理事長(京都大学第22代総長)の井村裕夫先生が、わが国の医学研究の振興に必要なことは、臨床研究のレベルアップであると書いておられる。医学研究を基礎研究と臨床研究とに分けて考えると、ここ十年くらいの間基礎の研究環境はかなり整備され、わが国の大学の基礎研究室でも欧米の施設と比較しても遜色のないくらいの設備が整えられ、優れた研究成果が産出されるようになった。NatureやScienceに掲載される我が国からの論文数も増加した。このような意味では基礎医学の研究は一定のレベルに達していると言えよう。

一方、臨床研究はどうであろうか。確かにLancetやNew England Journal of Medicineに掲載される我が国からの臨床研究論文は極端に少ない。この点を井村先生は憂えておられるのだと思う。優れた臨床研究の遂行には、優れたデザインに基づいた多くの人手と時間と労力が必要であるからである。優れた臨床研究は、決して臨床の片手間ですることができるものではない。

来年1月30日-31日に大阪で第四回日本統合失調症学会が開催される。この学会に合わせて1月31日と2月1日に第一回統合失調症研究アジアワークショップを企画することになった。アジアの統合失調症研究者に参加を呼び掛けて、この領域の研究を活性化しようという意図でアジアの研究者50名を招待して演題を出していただいている最中である。このワークシ

ョップでは、基礎と臨床とに分けて、臨床の会場では、1. 疫学と発症要因、2. 再発・再燃・長期予後、3. 心理社会介入と心理教育、4. 予防と初期介入のセッションを、基礎の会場では、1. 遺伝子、2. 画像・脳機能、3. 病態生理と薬物療法、4. 創薬と研究の展望という、合計八セッションに分けて演題を募っている。このような作業の中で気付いたことであるが、アジアからの演題のほとんどは、臨床上の経験、工夫、知見をまとめた「臨床研究」である。日本以外の国では、遺伝子や脳機能画像、細胞生物学、精神薬理学などのいわゆる「基礎研究」の演題はほとんどない。

臨床研究にはその質において基礎研究以上に大きな幅があるのだろう。質のいい臨床研究は、よくデザインされたサンプル数の大きい、コントロールされた長期間の臨床データに基づくものであり、そのためには膨大な費用と労力と時間が必要とされる。そのような臨床研究の構築には、日本全国あるいはグローバルな協力体制が必要とされる。このような臨床研究は、わが国の臨床家にとっては、なかなか実施しがたいものである。Cochrane Databaseに代表されるような数千から数万の臨床データはEBMの基本として臨床医学において最も価値があるものとみなされている。

精神医学の臨床研究にはEBMを超えた人間性・個別性が要求されるのではないだろうか。数万の臓器別の臨床データを集積して導き出される結果であっても、必ずしもそのまま一個の人間の価値に当てはまるものではない。精神医学が大切にする観点は、人間性全体であり、臓器別のデータのすべてを合わせたものに、さらに人間の主体性が付け加えられねばならないからである。このような視点から言えば、精神医学の臨床研究は、現在の医学教育・研修体制においても、十分に活性化することができる。そのためには、臨床研究を指導しまとめあげるリーダーの育成が重要であろう。