

■ 編集だより

編集後記

臨床からの報告をどのようにして論文にまとめたらよいのだろうか。一般的に医学論文の価値は、単一もしくは複数例による記述的な症例報告では低く、変数を統計的に処理した多数例報告、比較対照群を用いたもの、前方視的追跡研究、コホート研究などの方法を追加することによって価値が上がるとされている。後者に行くほど、専門の研究機関やそのチームに所属していないと、手がけることは難しい。それでは臨床家は論文を書くことができないのかというと、決してそのようなことはない。

上記の研究の序列はいわゆるエビデンスの強さに従ったものである。一部ではエビデンスに基礎を置く医学（EBM）は節目にさしかかっているとされる。EBMは医療の提供者がエビデンスを提供し、医療のユーザーのニーズをくみ上げ、双方の対話によって総合的な医療対応を考えるというものである。多くのEBM研究では患者の適格基準に多くの制約があるために、臨床で出会う複雑な患者にはそのまま適用できないことが少なくない。また最初の治療が失敗した後や、他の治療と併用しての治療についての研究は非常に少ない。EBMの反省点は、エビデンスに関する文献的知識のみを増殖させて、臨床応用力の価値を十分に検討できなかったことと言われる。それでは、こうした臨床応用に関する治験は、研究論文にはならないかということ、決してそのようなことはないはずである。

たとえばClinical Global Impression（CGI）という指標がある。患者の重症度についての臨床的判断を問う。必ずしも信頼性検定を必要としない。エビデンスとしての価値は非常に低い、と言われそうである。しかしEBMのメッカのように言われるCochrane Libraryの薬物療法のレビューにおいて、臨床医にその薬物を推奨するかどうかの判断の歳にCGIが参照されている。たとえ信頼性の高い指標を用いた治療研究の効果判定が思わしくなくても、CGIが高いということで有用性が示されたと考えられることがある。つまり、エビデンスの世界においても、決して経験知が軽んじられているわけではない。エキスパートコンセンサスによるガイドラインが存在する所以でもある。

臨床家が貢献できる領域としては、疾患についてのエビデンス研究というよりは、医療行為そのものについての研究があるのではないか。たとえば平均的なクリニックないし病院を訪れる患者を対象とした医療サービスについての研究など、あまり投稿が見られない。既存の治療プロトコルの適合性や、受領行動に影響を与えるであろう社会心理的な要因の研究は非常に重要である。どのようなエビデンスのある治療法であっても、ユーザーである患者に受け入れられなくては意味がないから、こうした研究は非常に意義のあることと思う。

あるいは新しい疾病現象の報告。そのときは価値が定まらなくても、後日振り返ってみて、貴重な疾病現象の第一号報告としての価値が出るかもしれない。意外かもしれないが、身体医学の領域では、症例報告的な論文が国際的に評価されることは珍しくない。しかし「もの」レベルでの客観的所見が担保されている身体医学とは異なり、精神医学の症例的考察が意味を持つためには、少なくとも論じる対象について、記述的に共有できる報告を期待したい。また精神病理学研究については、その目指すところは臨床的洞察の深化であって、エビデンス研究と張り合うかのような断定的な結論を主張する必要はないのではないか。このレベルで、方法上の限界を指摘される投稿論文が少なくないのは残念である。

EBMの方法論については多くの手引き書が存在するが、そうしたエビデンスをどのように臨床行為の中に生かすのか、という視点に立った臨床報告の方法論は、今後、さらに検討されて良いのではないかと考えている。

金 吉晴