

## 編集後記

編集後記は今回で三回目で、その度に何について触れようか悩むことが多い。担当発刊号の各著者の論文内容についてどうかと考えると、何か焦点が絞れなくて困ってしまうので、いつもその時々頭に浮かぶことを綴ることになってしまう。

本誌は毎号、原著、症例報告、臨床経験の順に掲載されるが、原著には三名の査読者その他は二名の査読者で編集会議において議論の上採否が決定される。それぞれ領域別に担当委員がチームを組み、一つの論文について互いに評価を摺り合わせていくが、原著論文では査読者の意見が少し食い違う場合が多いように思える。色々理由はあると思うが、査読者の専門性や study design に対する評価の相違(例えば本誌に欧文一流紙と同等のものを求めるのか)など種々要因があると思われる。一方、症例報告では多くの場合、査読者の意見が一致することが多い。これは症例報告に求められている共通の認識が、ある程度普遍的であることと関係していると思われる。査読者として毎月平均数編、多いときには十編近い投稿論文に接するが、比較的手間のかからないものとそうでないものとに分かれ、前者に含まれる論文は内容が充実しかつ体裁が整っているものと、全くその逆の場合である。多くは両者の境界にあるもので、多少手間はかかるが手直しすれば採用となるものにはできる限り改善点を指摘し、修正して頂いている。ときに修正点が十数カ所以上、2~3頁に及ぶ場合もあり、著者には鬼のような印象を与えているかもしれないが、そのような査読姿勢の背景をご理解頂ければ有り難い。しかし一方で論文内容が優れているにも関わらず、体裁が乏しく指導医の目が十分通っていないことが伺われるものも散見される。多忙な日常臨床の合間に執筆し又指導することは大変であります。折角の症例を活かさせて頂ければと願います。投稿された症例報告の大半は掲載されている事実から見ても、決して諦めないで欲しいと思います。

新臨床研修制度も一巡し、今春より後期研修が各診療領域で始まりますが、施設によって取り組み方が異なるようです。外科医を目指す方々にとって有意義な研修システムの導入とさらに周辺環境の改善が強く望まれ、それらの早急な具現化の必要性を多くの先輩が強く感じられていることと存じます。

(平川弘聖)