

編集後記

本誌への投稿論文の9割以上は症例報告である。原著論文は少ない。英文誌に回っているのかもしれない。原著論文を書きたいと思うようなテーマが見つからない、あるいはないというのもその一因ではなからうか。

日常の臨床の中に、論文が書きたくなるような idea、臨床研究が欲しい。論文の内容は様々であるが、randomized controlled trial(RCT)に基づく臨床研究は質の高い原著論文になりうる。新しい術式、治療法を開発するには RCT が必須であり、その結果は原著論文、さらには EBM にもつながる。

もう15年程前になるが、ある研究会で200例の肝癌の治療成績を報告したことがある。その際、先生、retrospective な data は日本ではどうか知らないが、欧米では受け入れられませんよ、これから500、1000例集めても余り意味がないですよ。10例ずつでもいいから RCT をやりなさい”と臨床腫瘍学の先生に言われたことがある。Historical な data にも価値はあると思うが、これからは RCT に基づく臨床研究が盛んになることを切望する。それは単に原著論文執筆のモチベーションとなるばかりでなく、EBM を新たに作り上げるという、臨床家としての基本的な姿勢に通ずるからである。IC を得なさいと言うが、その根底となる EBM が少な過ぎる。

ヘルシンキ宣言の32項に、患者治療の際に、証明された予防、診断及び治療方法が存在しないときまたは効果がないとされているときに、その患者からインフォームド・コンセントを得た医師は、まだ証明されていないまたは新しい予防、診断及び治療方法が、生命を救い、健康を回復し、あるいは苦痛を緩和する望みがあると判断した場合には、それらの方法を利用する自由があるというべきである。可能であれば、これらの方法は、その安全性と有効性を評価するために計画された研究の対象とされるべきである。すべての例において、新しい情報は記録され、また適切な場合には、刊行されなければならない。(日本医師会訳)とある。

“evidence のない治療法を行うには十分に IC を得る必要があり、同時にその有効性が実証できる study の対象としなければならない”と、済し崩し的に新たな試みを臨床の現場に持ち込むことへの警鐘ともなっている。

やや本筋とかけ離れたが、新たな診断・治療法を開発し、その有効性を RCT で実証しようという意識・意欲の希薄なことが原著論文が少ないという背景に潜んでいるような気がしてならない。プロトコルの立案・作成、医の倫理委員会の申請、患者さんからの IC の取得と、RCT を行うにあたってはかなり煩雑なところがあるが、それを乗り越えればプロトコルは走り出す。論文が多い医者は臨床(手術)ができない患者を診ない、臨床ができれば論文は必要ないという、一部の風潮は臨床の発展につながらない。原著論文が増えることは臨床の発展に直結している。症例報告も当然歓迎である。どんどん投稿していただきたい。

(草野 満夫)