

臨床神経学に日本語で書くということ

神田 隆

山口大学神経・筋難病治療学

直近5年間の臨床神経学掲載論文で、私が corresponding author の任にあったものが15編を数え第1位に相当するということで、小文を寄稿する機会を編集部からいただきました。平均して年間3編ですね。神経学会の中四国地方会は年に2回あり、山口大学の私の教室からは毎回5演題程度エントリーしているので、臨床神経学掲載の候補になるのは年10本くらいとして、30%がやっと世に出たということでしょうか。15本はそんなに多いかな、もっと書けるはずだよというのが私の実感ですが、教室としても名誉なことでもありますので、若干考えるところを述べたいと思います。

臨床医学は不可解なことに満ちています。私の職場は大学病院であり、問題点を抱えた患者さんの比率が高いことはいうまでもありませんが、「患者さんは1人1人違う。解決すべき問題はその患者固有のものである」ということを原点に若い先生たちの指導を行ってきました。最近の医学生、研修医は（こういう書き方をすると年寄り臭いと嫌われますが）ともすればAがあるからB、そしてCを行う、という直線的な思考で自分の受け持ち患者を診断・治療しようとします。大学入試から医師試験まで、この思考プロセスで乗り切ってきた人達ですから無理はありませんね。「この患者さんはB疾患の診断基準 probable に“あてはまります”」、学会発表などでもよく耳にする言い回しです。加えて、“common disease”“実践”が強調される新研修制度が導入されて20年近く経ちました。“common disease”の“典型的な症候”に“あてはまらない”現象は、この直線的な思考の中では単なるノイズにしかすぎません。学生に受け持ち症例を振り分ける際、「どうして典型的な症例を当ててくれないのか」と文句を言われることが稀ならずあります。「いや、君たちは典型的云々というけど、それぞれの患者さんの持っている簡単に説明できない症候にこそ、この患者さん、ひいてはもっと広範なまだ見ぬ患者さんの治療に直結する大きなヒントが隠れている」と言いながら彼らの不満をなだめるわけですが、このことが理解できる人が私の教室に入り、そして5年で15編という結果に繋がった、ということなのかもしれません。

臨床神経学は言うまでもなく日本語の症例報告掲載を主眼とした学会誌です。一方で、今は日本語で論文を書くような時代ではない。症例報告は世界の財産なのだから英文で記載

すべきである、という意見も稀ならず耳にします。正論と思います。最近是最初の症例報告から英文で書く若い先生も増えている様ですし、英文での投稿を強く推奨する教室もあるようです。和文で論文を書いても業績にはならないから、ということもあるかもしれませんが、英文で過不足なく自分の考えを表現する能力のある人は私から見れば羨ましい限りですね。しかし、私たちの日常は日本語で満たされています。私たちは日本語で多くの情報を得、日本語で患者さんと会話し、日本語で思考します。この臨床で遭遇した問題点とそれに対処した思考プロセスを過不足なくしっかり記録に残すにあたって、日本語以上の武器はありません。筆者は4年間米国にいて、英語は人並み以上にはできるつもりですが、英語で患者さんの病態を書くと、どうしても表現しきれない1枚の壁があることを感じざるを得ません。おそらくこの文章をお読みになっている大多数の方はそうだろうと思います。

ここで、臨床神経学という歴史のあるプラットフォームを持っていることは、日本の脳神経内科医にとってとても幸せなことではないかと思えます。確かに臨床神経学に何本書いても impact factor の点数は増えることはありません。しかし、Rinshoshinkeigaku で PubMed には掲載されますし、英文抄録はいろんな場面で引用されます。私は、若い先生たちのトレーニングの場として他の追従を許さない“場”であると思っています。この“場”を存分に活用して、臨床の実力を磨いてほしいと思います。

では、臨床神経学に掲載されるような症例報告をどのように記載するか？。原著論文にせよ症例報告にせよ、論文の究極の目的は“知”の共有です。筆者は基本は一つ、「この症例のどこに新しい問題を提起するポイントがあるか、そして、どういう理由で私はそう考察したか」をまず構成することだと思います。「自分が一番興味をもったところ」「自分が受け持ちになって一番時間を使ったところ」ではないことに留意してください。勿論、前者と後者が一致する幸せな症例もないわけではありませんし、重症例で治療に難渋した症例に関して、自分の戦いの軌跡を記述することに目が向くことは初学者として当然だと思います。しかし、中心となる問題提起が無く、しっかりした論理構成も存在しない臨床経験の開陳だけでは臨床神経学への採択はおぼつきません。ここで初学者

に、今ここにある症例のポイントを的確に言語化して説明し、論文化に至る指針を示すのは指導者の責務であり、彼/彼女の実力が露になる瞬間であると思います。日々の臨床・回診での方向付け、“いい臨床”，が症例報告を産み出す基本であることを忘れてはいけません。

具体的な症例報告の書き方についてはこの紙面では書ききれませんので、筆者が今年はじめに *Brain and Nerve* 誌に出版した総説¹⁾をご一読いただければと思います。*Brain and Nerve* 誌は現在筆者が編集主幹を務めており、この総説は“神経学リテラシーを高めるために”と題した特集内の1編です。脳神経内科医の論文作成技術の向上を願って企画した特集号で、これから学術論文を書く上で非常に参考になる総説が並んでいますので是非参考にしてください。ここ¹⁾では、筆者が *corresponding author* となって臨床神経学に掲載された、NSVN と“考えられていた”症例のレポート²⁾を題材として、どのように症例報告を構成するかが具体的に記載されています。日本語の書き方についてどういう工夫が必要か、どんなことに留意しないとイケないかということも併せて記載しています。こういう小姑的な文章はあまりどこにも書かれていないと思いますが、日本語の症例報告を書く上でとても重要なことだと思います。また、今年(2022年)に筆者の編集で末梢神経障害の教科書³⁾を上梓しました。この中のケースレポートという章に教育的価値があると考えた4例を呈示していますが、うち3例は臨床神経学に掲載されたものです²⁾⁴⁾⁵⁾。臨床神経学での症例報告の形では記載しきれなかった、より突っ込んだ臨床の考え方、捉え方が記載されています。原著と併せて熟読していただくと、これから臨床神経学に投稿しよ

うと考えておられる若い先生方には大きな情報が入るものと思います。

最後に若い先生方に一言。貴方の臨床は文章で残さない限り完結しません。症例報告には多大な時間を費やすこととなりますが、何本か書いているうちに自分の症例の問題点は何か、どこを考察すべきかということが自然に身に着くようになってきます。臨床のステップアップということだと思います。英語に自信のある人は英文で書くもよし、しかし、日本語でしっかりと自分の考えをまとめることは、日常臨床の質の向上に大きく寄与します。臨床神経学がその支えとなることは疑いの余地がありません。

文 献

- 1) 神田 隆. 科学論文の書き方・査読のしかた～ビギナーのための総論として. *Brain Nerve* 2022;74:319-328.
- 2) 藤川 晋, 尾本雅俊, 小笠原淳一ら. ¹⁸F-FDG PET CT で他臓器病変が明らかになった“非全身性”血管炎性ニューロパチーの43歳男性例. *臨床神経* 2016;56:88-92.
- 3) 神田 隆編. 末梢神経障害. 解剖生理から診断, 治療, リハビリテーションまで. 東京: 医学書院; 2022.
- 4) 畠 星羅, 清水文崇, 大石真莉子ら. 長時間の肩関節屈曲外旋姿勢での発生訓練で両側性腕神経叢障害を発症した遺伝性圧脆弱性ニューロパチーの18歳男性例. *臨床神経* 2021;61:676-680.
- 5) 前田敏彦, 川井元晴, 石口絵梨ら. 著明な神経根腫大により脊髄症を呈した慢性炎症性脱髄性多発根神経炎の77歳男性例. *臨床神経* 2020;60:603-608.

