

オールインワン

経験症例を

学会・論文発表する

見坂 恒明 著

兵庫県立丹波医療センター

Tips



はじめに この本を手にとられたあなたへ

私の主勤務地である兵庫県立丹波医療センターは2019年7月に新築オープンしました。旧病院の兵庫県立柏原（かいばら）病院は、「県立柏原病院の小児科を守る会」に代表されるように医師不足による医療崩壊を経験した病院です。2013年に、現病院長の秋田穂東先生が赴任され、優れた医学教育を提供し続けることで、若手医師にとって魅力ある病院にしようと取り組んでいます。私は2015年より神戸大学大学院医学研究科地域医療支援学部門 特命教授 兼 県立柏原病院（現丹波医療センター）地域医療教育センター長として赴任し、卒後教育の中心を担う立場となりました。初期研修医は毎年度末に、「基本的臨床能力評価試験」を受験しますが、同じ研修医学年は1年次より2年次に経年的に順位を上げ、総合的な能力が上昇し、特に身体診察・臨床手技においては、他の臨床研修病院に比し格段により成績を収めています。2019年の丹波医療センターの総合成績は過去最高の全国6位でした。また、新専門医制度においては、総合診療プログラム責任者としてプログラムを立ち上げ、2020年には3学年で11人の専攻医が在籍し、他にプライマリ・ケア連合学会の家庭医療専攻医も3名在籍しております。地域医療の担い手かつ、将来の地域医療のリーダーとなる人材育成に努めております。

初期研修医は2年間で最低1回、専攻医は年1回の学会発表を目標としております。多い医師は年3～5回発表しています。初期研修医や専攻医の数が増えれば、必然的に学会発表の数が増えます。赴任当初、私が直接的に関与した学会発表数は、年間20演題前後でしたが、2019年度は50演題を超えました。論文作成数も年間10～15本前後で推移しております（いずれの数も症例報告だけでなく、臨床研究も含む）。関連するいくつかの医療機関での症例・研究での数値ですが、大半は病床数320床で対象人口約10万人の丹波医療センターのもの

です。当然、この規模の病院で、年間何十例もの稀な疾患に遭遇するわけではありません。疾患自体は稀でなくても、学会発表にできる症例の題材は多くあります。発表回数が増えれば増えるほど、症例に対する学術的な洞察力が増し、学会発表できそうな症例を見つける能力がアップしています。

私は、総合診療医として臨床を行っており、ドクター G と呼ばれるような優れた臨床能力を有する医師や、私自身が尊敬すべき臨床医は多数います。しかし、ことさら学会発表や論文作成においては、そういった方々よりも数多く発表していることを直接的・間接的に実感しております。

学会発表の抄録や論文発表を通じてきちんと記録を残せば、自分の知らないところで沢山の人が見てくれ、自分自身が診療を行ってなくても、似たような経過を示す患者の診療において困っている医師が文献検索を行い、診療に役立ててくれます。そして似たような経過を示す患者にもメリットがあります。

この書籍を通じて、私自身や丹波医療センターが行っている、学会発表や論文作成のノウハウを、この書籍を手にする多くの方々に広く活用して頂きたいです。これから学会発表や論文作成を始める初期研修医や専攻医だけでなく、指導医にとっても役立つ書籍だと自負しております。読者の方々の新たな学会発表や論文作成を通じて、患者診療で困っている医師や、病気で苦しむ患者に対して、間接的に役に立ちたいと考えています。

2020年11月 兵庫県立丹波医療センター

地域医療教育センター長

見坂恒明

<https://tmc.hyogo.jp/department/education/>

Contents

第1章 症例報告の学会発表・論文作成、こんなところでつまずいて いませんか？	1
1-1. つまずく要因	2
1-2. つまずきポイント1) 期限について	6
1-3. つまずきポイント2) 症例選択の話	9
1) 症例選択の基準	9
〈例1〉 稀な疾患である症例①	10
〈例2〉 稀な疾患である症例②	11
〈例3〉 論文化されていなかった症例	14
1-4. つまずきポイント3) 論文文化にあたっての話	19
1) 論文作成の意義	20
〈例4〉 検査羅列の症例	20
〈例5〉 新しい治療の提示が客観的事実に基づく症例	23
2) 論文投稿時の査読への対応	25
〈例6〉 査読者の指摘が大いに役立った症例	26
〈例7〉 査読者の指摘をそのまま記載した症例	27
〈例8〉 査読者の指摘が納得できなかった症例①	29
〈例9〉 査読者の指摘が納得できなかった症例②	31
第2章 学会発表・論文にできる症例の見つけ方	35
2-1. 貴重な症例、見逃していませんか？ 症例の見つけ方	36
1) 頻度が高い疾患×よくある症状や検査結果×一般的な治療経過 ..	36
2) 頻度が多い疾患×見逃しがちな症状・報告が少ない症状・所見 ..	37
3) 頻度が少ない疾患×よくある症状や検査結果×一般的な治療経過	37
4) 日本で発症者が少ない疾患	38
5) 頻度が少ない疾患×あまりない症状・検査結果	38
6) 治療・救命に難渋した症例	39
7) 非典型所見×診断に難渋した症例	39
2-2. その症例、学会発表できる題材ですか？	45
1) 一般的な情報検索方法	45
2) 私の情報検索方法	46

2-3. 文献検索の方法について	50
1) 例1. 伝染性単核球症に心筋炎を合併した症例を調べる	50
2) 例2. 青汁によって肝機能障害を来たした症例を調べる	54
3) 例3. 70歳の悪性リンパ腫による腸重積の症例を調べる	55
第3章 学会発表に向けて	61
3-1. 学会発表ができそうと思ったらすること	62
1) 学術的に耐えうる内容にする	62
〈症例1〉アロプリノール内服中の60歳代の発熱と皮疹	62
〈症例2〉70歳代の発熱と皮疹、多関節痛、フェリチン高値	63
〈症例3〉60歳代の発熱と四肢の筋痛、四肢末梢の浮腫	64
2) 患者とその家族への説明	65
3-2. 学会発表の準備、発表の持って行き方	66
1) 臨床的メッセージについて	67
2) 一般化できる臨床メッセージを示す	67
3-3. 学会発表までの流れ	69
1) 余裕を持って、文献的考察を深める	69
2) 学会発表は計画的に	70
3-4. 抄録の書き方について	71
1) 抄録例①	71
〈症例〉	72
〈主訴〉	73
〈現病歴〉	73
〈来院後経過〉	75
〈考察〉	78
〈演題名〉	80
〈抄録作成時、文献的考察をしっかりと行う〉	80
〈抄録登録時の注意点〉	81
2) 抄録例②	82
〈症例〉	83
〈主訴〉	84
〈現病歴〉	85
〈薬剤使用歴〉〈社会生活歴〉	86
〈臨床経過〉	87
〈考察〉	89

〈演題名〉	90
〈文字数制限に気をつける〉	91
〈抄録作成後、学会発表のスライド作成に着手する〉	92
3-5. 学会発表のスライド作成について	93
1) スライドのサイズ	94
2) 書体	95
3) スライド内の情報量	95
4) スライド中の文字サイズと行数	95
5) 適切な行間の使用、改行部分への配慮	96
6) 結語	96
7) スライドの構成	96
8) スライドの具体例	98
〈「タイトル」「COI 開示」「緒言」のスライド〉	99
〈「症例」のスライド〉	102
〈「身体所見」のスライド〉	103
〈「検査所見」のスライド〉	104
〈「画像所見」のスライド〉	104
〈「経過」のスライド〉	107
〈「一般論」のスライド〉	111
〈「考察」のスライド〉	115
〈「結語」のスライド〉	116
〈「謝辞」のスライド〉	117
3-6. 学会発表のポスター作成について	118
1) ポスターの基本はわかりやすいことが何より大事	118
2) ポスターサイズ	118
3) フォント	119
4) 文字サイズ	119
5) レイアウトの方法	120
6) ポスターの内容の配列順	121
7) 改行部分への配慮	122
8) 余白をとる	122
9) 背景の塗りと囲いの2重強調	123
10) 矢印は目立たせない	123
11) 全体レイアウトも囲い枠をうまく使う	124
12) 情報の整理	124

13) PDF形式に書き出してチェック	126
14) ポスターの印刷	126
3-7. 学会発表について	128
1) 院内予演会の意義	128
2) 発表の実際	129
3) 学会発表後	132
3-8. 学会発表の意義を理解していますか？	134
1) 似た症例に出会った医療者や患者のために	134
2) 専門家の見解が聞ける	136
第4章 論文発表に向けて	139
4-1. 学会発表した症例は論文化できそうですか？	140
1) ある疾患で症状・所見・経過が新規	143
2) 副作用、薬剤相互作用が新規	143
3) 二つの疾患間に予想外の関連性	144
4) 新規の診断方法	145
5) 新規の治療方法、予想外の治療効果	146
6) 稀・新規の疾患・病原体	147
4-2. 論文化の意義について	149
1) 症例報告が臨床研究につながった例	149
2) 記録として残す	150
4-3. 同意書のとり方について	152
1) 倫理規定を把握する	152
2) 研究とみなされる症例報告の例数は	153
3) 同意書をとるタイミング	154
4-4. 論文投稿先の選択について	158
1) 論文投稿先の相談	158
2) IFが高いジャーナルが良いか？	160
3) 内容に応じた投稿先	163
4) 論文採択率と論文掲載料	164
4-5. 論文を書いてみましょう！ どの部分から書きますか？	168
1) 私の執筆順	168
2) Introduction	169
3) Discussion	169
4) References	170

5) Abstract	170
4-6. 論文を書いてみましょう！ 実際の本文の書き方について	172
〈例示1〉	174
〈論文の方向性の軸の設定〉	174
〈例示2〉	175
〈論文の方向性の軸の設定〉	175
1) Introduction	175
〈例示1〉	177
〈例示2〉	178
2) Case	179
〈例示1〉	183
〈例示2〉	187
3) Discussion	191
〈例示1〉	192
〈例示2〉	194
4) Abstract	198
〈例示1〉	199
〈例示2〉	200
4-7. 論文を書いてみましょう！ タイトルのつけ方	204
1) 良いタイトルとは	204
〈例示1〉	206
〈例示2〉	207
2) 「症例報告」と入れるべきか	210
4-8. 論文を書いてみましょう！ 意外に手間のかかる本文以外のところ	214
1) References	214
2) Figure Legends	220
3) Keywords	223
4) List of abbreviations	224
5) Declarations	224
6) Consent for publication	225
7) Availability of data and materials	226
8) Competing interests	226
9) Funding	226
10) Authors' contributions	227
11) Acknowledgements	228
4-9. 英文校正について	231

1) 英文校正会社に依頼をする	231
2) 英文校正会社でできること	233
3) カバーレター	236
4) 剽窃・盗用について	238
4-10. 論文を投稿してみましょう!	240
1) オンライン投稿前に	240
2) オンライン投稿の実際	242
4-11. 査読者とのやりとり	253
1) 論文投稿後の流れ	253
2) 査読コメントへの対応方法	256
3) 再投稿する	257
4-12. Reject 後の流れ	264
1) 査読に回らず reject の場合	264
2) 査読され reject の場合	264
3) 査読コメントに対する対応	265
4-13. 論文の Accept 後の流れ	270
1) 論文掲載料の支払い	270
2) 出版社から校正依頼	271
3) いよいよ刊行	273
4-14. 論文の Publish 後に起こること	275
1) 学会等へのお誘い	275
2) 投稿の依頼	276
3) Letter への対応	277
4) 査読の依頼	278
索引	285
執筆者プロフィール	293
こぼれ話	
自治医科大学 CRST 活動	159
守破離について	173
PubMed が新しくなりました	217
文献管理ソフト	219
論文共著者の並び順と共著者資格について	248
1日に4度の論文の reject	266

コラム

学会発表の数×質⇒自身のレベルアップ……………	44
MeSH (Medical Subject Headings) について……………	59
査読してわかるいろいろな論文……………	203
画像系論文 (Clinical picture/clinical image) ……	267
オープンジャーナルと論文掲載料……………	274
「Letter」を活用した論文投稿……………	282

第1章

症例報告の
学会発表・論文作成、
こんなところで
つまずいていませんか？

第1章

症例報告の学会発表・論文作成、こんなところでつまづいていませんか？



つまづく要因

本書を手にとるあなた、症例報告の学会発表をしたことがありますか？ ほとんどの方が「症例報告の学会発表をしたことがある」とお答えになるでしょう。おおよそ初期研修の2年間で1回発表、後期研修（専攻医）の3年間で2回前後発表というのが相場でしょうか。

「学会発表した症例報告を論文にしてみましょう」と言われたことはありますか？ 発表した経験のある多くの方が、上司や学会の座長から「論文を書こう」「是非論文文化してください」と言われたことがあるのではないのでしょうか。

では、実際に症例報告を論文（ケースレポート）にしたことがありますか？ ほとんどの方が「症例報告の論文作成までは、したことがない」とお答えになるでしょう。

なぜ??

いろいろな要因があると思います。私たちが行ったアンケートでは表1のような要因が挙げられました。

表 1. ケースレポート作成の障壁（注1）

ケースレポート作成の障壁 (自由記載、複数回答あり)	回答数 (%)
論文作成の方法 (事例認知、診療の対応、ケースレポート論文の書き方そのもの、 個別の論点・臨床メッセージの方向性が難しい、指導者がいない等)	18 (66.7%)
文献検索・入手 (検索方法がわからない、文献入手ができない)	8 (29.6%)
論文作成のための時間	8 (29.6%)
論文作成の意識づけ	3 (11.1%)
金銭 (英文校正、論文掲載料)	2 (7.4%)
英語への苦手意識	2 (7.4%)
投稿先の選択	1 (3.7%)
倫理審査	1 (3.7%)

全回答者数：27名

注1：2018年6月17日 第9回日本プライマリ・ケア連合学会学術集会 インタレストグループ「ケースレポートを書こう！—acceptされるために必要なこと—」への参加者のアンケートより。

参加者は、下記の通りで

- 職種は、医師 35 名、薬剤師 3 名、看護師 1 名。
- 卒後年数は、1～28 年（中央値 14 年）。
- ケースレポート作成経験者は、18 名（46.2%）。
- 経験者の作成本数は、1～10 本（中央値 2 本）。

ケースレポート作成経験がある、または、これから書こうとしている人たちが主な対象者でした。ケースレポート作成の障壁について自由記載での回答があった参加者の回答集計になります。

症例報告の論文を作成しようと思うものの障壁となる因子として、「論文作成の方法そのもの」「文献検索・入手」「論文作成のための時間がないこと」が3大要因のようです。

私自身は自治医科大学を卒業し、卒後9年間はへき地医療等に従事

しておりました。初期研修の2年間で学会発表1回、後期研修(専攻医)の3年間で学会発表1回、卒後9年間では共同演者も含めると20回程度の学会発表をしました。しかし、9年間で書いた学術論文は「ゼロ」です。研究論文はもとより症例報告論文(ケースレポート)でもいいので書きたいと思っておりましたが、書き方がわからず、適切に指導してもらえない環境にもありませんでした。しかし書き方のノウハウやコツさえつかめれば、どんどん論文は書けます。症例報告論文を中心に研究論文も含め、その後の10年程度で100本以上の論文を作成しています。

本書は、私のこういった経験も踏まえ、症例報告の論文作成が初めてという方を対象に、症例の認知から学会発表、論文作成、そして論文刊行までの流れをわかりやすく解説しています。また、論文を書いて投稿したけれど受理(accept)されずお蔵入りした方のみならず、何本も受理されている方、あるいは、指導する側にある方にも「読むためになるTips」を盛り込んでいます。私自身、(現在投稿中のものを除き)お蔵入り論文はゼロです。

まずは、症例報告の学会発表・論文発表で、次の1) - 3) のつまづきポイントとその対策の概要について、症例を提示しながら紹介します。

- ・つまづきポイント1) 期限について
学会発表は締め切り日の期限があるが、論文作成には期限がない
- ・つまづきポイント2) 症例選択の話
考察や結語を含めた視点の持って行き方
【症例提示】
稀な疾患である症例(例1、2)
論文化されていなかった症例(例3)

- ・つまづきポイント3) 論文化にあたっての話
検査方法や査読の乗り越え方等

【症例提示】

検査羅列の症例 (例4)

新しい治療の提示が客観的事実に基づく症例 (例5)

査読者の指摘が大いに役立った症例 (例6)

査読者の指摘をそのまま記載した症例 (例7)

査読者の指摘が納得できなかった症例 (例8、9)



つまずきポイント2) 症例選択の話

考察や結語を含めた視点の持って行き方

1) 症例選択の基準

症例報告の学会発表は稀な症例が良いのでしょうか？ もちろん稀であったり、学術的な新規性があったりするに越したことはありません。しかし「診断に難渋した症例」や「ピットフォールに陥った症例」「失敗から学ぶ症例」等も学会発表になり得ます。ただ単に稀な症例や、稀な症例同士が2つ組み合わせることを学会参加の聴衆が聞いても、明日からの診療には活きません。もちろん勉強熱心な先生は「こんな症例があるのか」と、新しく知識を得ることになるかもしれませんが。同様に、「診断に難渋した症例」「ピットフォールに陥った症例」等もただ単にその話をしただけでは、明日からの診療には活きません。

稀な症例は「こういうことがあったらこの症例を疑うべき」「稀な症例同士が2つ組み合わせることはなお稀であるが、実はこういったことが隠れていて見逃されているだけではないか」というような臨床に役立つ発表が望まれます。診断に難渋した症例、ピットフォールに陥った症例も「なぜそのようになったか」「こういうことでそのようになった」「こういうことに気づいた」「こういうことをしていれば、もっと早く診断できた」「ピットフォールに陥らずに済んだ」等、そういった経験から学び、臨床への注意を喚起する発表が好ましい発表

です。

症例報告の学会発表では、稀さの強調に重点を置くのではなく、日常診療への有用性・日常診療で一般化できる臨床的メッセージが示せる工夫をしましょう。

では、具体的な例を挙げながら、詳しく説明をしていきます。

〈例1〉 稀な疾患である症例①

藤川萌恵美, 他. APTT 単独延長が診断契機となった第XII凝固因子欠乏症の1例. 日本プライマリ・ケア連合学会第33回近畿地方会, 姫路, 2019年12月1日.

これまでも血液検査でAPTT延長を認めていましたが、原因検索はされていなかった症例です。今回、別の疾患で入院されたのを契機に原因検索を行ったところ、稀な疾患である第XII凝固因子欠乏症と確定診断できた1例です。

〈概要と経緯〉

APTT 単独延長が診断契機となった第XII凝固因子欠乏症の1例の経験がありました。菌状息肉症で皮膚科に定期通院中の70歳男性です。既往に60歳時に脳幹出血、70歳時に左橋ラクナ梗塞があります。これまで脳幹出血以外の出血傾向を認める疾患や症状はありません。1年5カ月前の血液検査でAPTT延長を認めていましたが、原因検索はされていませんでした。今回、カンピロバクターによる感染性胃腸炎と熱せん妄による体動困難のために入院しました。入院時にPT-INRは基準値内でしたが、APTTは50.7秒と延長を認めました。von Willebrand 因子、抗リン脂質抗体症候群の抗体、凝固活性第VIII因子、凝固活性第IX因子、凝固活性第XI因子、凝固活性第XII因子等を調べたところ、凝固活性第XII因子のみ低下を認めました（活性30%台：基準値50～150%）。クロスミキシングテストで下に凸な凝固因子欠

乏パターンを認めたため、第XII凝固因子欠乏症と確定診断しました。

これは、平成30年の日本の全国調査では生存中の患者数は32人¹⁾とされている稀な疾患です。血栓傾向を示す症例や産褥期の子宮収縮不良による子宮出血の遷延を来たす症例が報告されていますが、第XII因子単独欠損では活性が1%未満であっても臨床的な出血症状を示さないため、補充療法は必要ないとされています。かなり稀ではありますが、この疾患を見つけることが臨床的に有用かといわれると「？」などあります。一方で、第VIII因子欠乏（血友病A）や第IX因子欠乏（血友病B）は反復する出血を引き起こし、かつ補充療法があるため、診断することは临床上極めて重要です。

〈ポイント〉

ですので、学会発表や症例報告するために、次のような考察にするのはどうでしょう。

「第XII凝固因子欠乏症は、APTT単独延長を認めるが臨床的に出血症状は顕在化しにくく、未発見例が多数存在すると推察される」と、第XII凝固因子欠乏症の稀さに触れた上で、結語を「APTT単独延長が診断契機となった第XII凝固因子欠乏症の1例を経験した。APTTの単独延長を認めた際には、凝固因子欠乏症を鑑別に挙げることが重要である」とすれば、第VIII因子欠乏（血友病A）や第IX因子欠乏（血友病B）、全身性エリテマトーデスや抗リン脂質抗体症候群等の重要な疾患を見逃さないようにするという、明確な一般化した臨床的メッセージが示せます。

〈例2〉稀な疾患である症例②

上田康雅, 他. 抗CCP抗体が高値陽転化した高齢発症関節リウマチの1例. 日本プライマリ・ケア連合学会第33回近畿地方会, 姫路, 2019年12月1日

抗 CCP 抗体が陽転化した高齢発症関節リウマチの1例の経験がありました。抗 CCP 抗体は関節リウマチの病勢を反映すると勘違いしている先生が多く見られます。この勘違いが幸いして発見された1例です。

〈概要と経緯〉

患者は93歳女性です。3年前(90歳時)、両肩痛、右股関節痛、両膝関節痛等のため、筆者が勤めている病院の外来を受診しました。リウマトイド因子(RF)及び抗 CCP 抗体は陰性で、当初はリウマチ性多発筋痛症と診断されましたが、プレドニゾロン(PSL)15 mg/日は無効でした。炎症反応高値、MMP-3高値、関節エコーで疼痛関節や手の小関節の滑膜炎所見があり、左右対称性の多発関節炎のため、血清反応陰性関節リウマチと診断されました。メトトレキサート(MTX)4 mg/週で症状は改善しました。治療経過中に血球減少が生じたため、MTXを休薬されました。PSLに変更し、関節症状や炎症反応が落ち着いていることより、PSLでコントロールされ受診時、PSLは5 mg/日で治療されていました。今回受診の数週間前から、発熱、食欲不振が出現しました。両肩関節、両股関節、両中手指節関節等の関節痛が増悪し、疼痛で自宅での生活が困難になってきたため、内科外来を紹介受診されました。

担当医が関節リウマチの病勢を反映すると勘違いして抗 CCP 抗体を再度測定したところ、113 U/mlと著明な高値を示しました。PSLを10 mg/日に増量し、リハビリテーションを行うことで自宅退院できました。関節リウマチは抗 CCP 抗体の陽性/陰性で診断する病気ではありません。「2010年ACR/EULAR分類基準」²⁾に合わせて検討します(注2)。3年前は小関節1つ以上含む11カ所以上で5点、CRP高値で1点、6週間以上の罹患期間で1点、RF・抗 CCP 抗体両者が陰性(0点)でしたが、合計7点で関節リウマチと診断されました(合計6点以上で関節リウマチ分類基準を満たします)。今回は、

小関節の4-10カ所で3点、CRP高値で1点、6週間以上の罹患期間で1点、抗CCP抗体が高値陽性で3点で、合計8点でした。

注2：関節リウマチの病勢はACR/EULAR分類基準ではなく、Disease activity score 28 (DAS28)、Clinical disease activity index (CDAI)、Simple disease activity index (SDAI)等の疾患活動性指標で診ますのでお間違いのないように。

臨床的に、抗CCP抗体高値陽性は関節破壊と相関すると報告されています³⁾。関節リウマチの(早期)診断には有用ですが、疾患活動性とは相関しません⁴⁾。関節リウマチの発症・臨床症状の出現の数年前前から出現すると報告されています⁵⁾。いったん関節リウマチが発症すると、抗CCP抗体の抗体価やエピトープの増加は生じないというのが通説です⁶⁾。抗CCP抗体の陽転化は、かなり稀な経過です。

〈ポイント1〉

60歳以上で発症する[高齢発症関節リウマチ(EORA)]は、若年発症と比較して、①男性例、大関節での発症例、急性発症例が多い、②リウマチ性多発筋痛症様症状の合併が多い、③骨破壊の進行は若年発症例と大差ない、という特徴を持ちます⁷⁾。

20歳代では抗CCP抗体は100%陽性であるのに対して、加齢とともに陽性率は減少し、60歳代では68.8%、70歳代では57.4%、80歳を超えると46.2%という報告もあります⁸⁾。関節リウマチのACR/EULAR分類基準に照らし合わせても、抗CCP抗体の陰性のみをもって関節リウマチではないとは言えません。

しかし、患者側も医師側も、抗CCP抗体の陽性/陰性をもって、関節リウマチの有無を判断していることが多々みられます。そこで「RA発症後に抗CCP抗体が高値陽転化した高齢発症関節リウマチの稀な1例を経験した」という稀さを提示するとともに「高齢発症関節

リウマチでは、血清反応が陰性のことがしばしばみられるため、抗CCP抗体のみにとらわれず、分類基準の症状・所見に照らし合わせ、総合的に診断する必要がある」という、明確な一般化した臨床的メッセージが示せます。

〈ポイント2〉

4カ月以内に関節腫脹のある患者281例（うち55例が1年以内に関節リウマチと診断）を1年間観察すると、初診時に陰性だった抗CCP抗体の陽転化は1例のみだったという報告⁹⁾があり、この症例を担当した専攻医に「そもそもこの論文をどうやって検索したのですか？」と質問されました。普段から一生懸命に文献検索をしている専攻医ですが、必死に検索したけれど、見つけれなかったようです。

「anti-citrullinated protein antibody」や「CCP antibody」というキーワードと「positive change」ないし「seroconversion」というキーワードを掛け合わせて、PubMed やら MEDLINE (EBSCO) 等でいろいろ検索していると、ようやく該当の論文にたどり着きました。文献検索を行い、適した文献を見つけるのもなかなかひと苦勞です（本書では、2-3（→P.50）で「文献検索の方法について」を概説します）。

〈例3〉論文文化されていなかった症例

合田建，他．クランベリージュースと経腸栄養剤の反応によるカード化について．癌と化学療法．2020; 47: 1001-1003.

半消化態栄養剤がクランベリージュースと混合すると容易に沈殿物が生成されます。比較的ありそうで機序もはっきりしているけれど、論文文化されていない1例です。

〈概要と経緯〉

経管栄養中に多量のカード化栄養剤が食道内に貯留していた症例です。多系統萎縮症（オリーブ橋小脳萎縮症）の50代女性で、ADLは

全介助です。神経因性膀胱に対し尿道カテーテルを留置中で、ジスキネジアが著明で嚥下障害も進行し、食事摂取量は徐々に減少していました。誤嚥性肺炎を発症し入院されました。経口摂取困難で経鼻胃管から半消化態栄養剤での経腸栄養と、家族の希望で尿路感染予防に酸性物質のクランベリージュースを投与されていました。胃瘻造設前に上部消化管内視鏡を行ったところ、食道内に多量の白色固形物を認めました。カンジダ培養は陰性で、上部消化管内視鏡検査を行った先生から、「これは何か？」と相談があり、内視鏡カンファレンスでも議論となりました。「まさか？」と思いつつ、管理栄養士と相談し、検証実験を行いました。クランベリージュースと今回使用していた半消化態栄養剤を混ぜ合わせると図1のような沈殿物を認め、カード化していることがわかりました。



図1. クランベリージュースと半消化態栄養剤を混ぜ合わせた結果

更なる検証のため、室温下でクランベリージュースの原液（pH 2.8～2.9）、あるいは、酢 20 ml と各種栄養剤 40 ml（各々たんぱく含有量が異なる）を混合し、スプーンで 10 秒程度攪拌しました。すると、クランベリージュースでも酢でも、たんぱく含有量と比例し、容易に沈殿物を生じました。また、ペプチド（消化態栄養剤）では沈殿物は生成されませんでした。

結果は、以下の通りです。

- ① 半消化態栄養剤はクランベリージュースと混合すると容易に沈殿物が生成されました。
- ② 沈殿物の量は栄養剤のたんぱく含有量と比例しました。

このことより、沈殿物はたんぱく質が変性したものと推測されました。

次に、中性栄養剤 (pH 6.8) と酸性栄養剤 (pH 4.0) の2種類の半消化態栄養剤 10 ml に、クランベリージュース (pH 2.8 ~ 2.9) 希釈液 (原液、2倍希釈、5倍希釈、10倍希釈) の10 ml を混合し、混合物中の沈殿物の有無と、そのpHを測定しました。

結果は、以下の通りです。

- ① 中性栄養剤 (pH 6.8) では原液及び2倍希釈のクランベリージュースとの混合により沈殿物が生成されましたが、5倍希釈と10倍希釈では沈殿物は生成されませんでした。混合者のpHは「原液で < 3.6」「2倍希釈で 3.9」「5倍希釈で > 5.1」「10倍希釈で > 5.1」でした。
- ② 酸性栄養剤 (pH 4.0) では原液、2倍希釈、5倍希釈、10倍希釈のいずれでも沈殿物を認めませんでした。混合物のpHは「原液で < 3.6」「2倍希釈で 3.9」「5倍希釈で 3.9」「10倍希釈で 4.2」でした。

このことより、半消化態栄養剤の中でも酸性の栄養剤は沈殿物を生成しないことがわかりました。

栄養剤に含まれるたんぱく質の等電点は一般にpH 4 ~ 5とされ、酸性物質との混合でpHが低下すると、等電点を通過する際にたんぱく質の凝固が生じると考えられています¹⁰⁾ (図2)。



図2. 栄養剤に含まれるたんぱく質の変性

そうはいつても、主な栄養剤の pH とたんぱく含有量を調べると、一部のペプチド製剤を除き、ほとんどが同じくらいたんぱくを含有し、また、ほとんどが中性栄養剤です。

本症例は、多系統萎縮症罹患の患者で、迷走神経障害やジスキネジアのため、胃内でカード化した栄養剤が蓄積されて逆流を助長した可能性を考慮しました。こういったことも踏まえ、予定通り、胃瘻造設を行いました。また、家族の希望で尿路感染予防に酸性物質のクランベリージュースを投与されていましたが、今回の経過をお話しし、クランベリージュースの投与中止でご納得いただきました（注3）。

注3：プロアントシアニジンが、大腸菌等の尿路上皮細胞への付着阻害効果を有する機序¹¹⁾により、クランベリージュースは50歳以上の女性の再発性の尿路感染症に対して予防効果が認められたという報告¹²⁾がある一方で、施設入所中の65歳以上の女性を対象にした試験では細菌尿や膿尿の予防効果はないという報告もあります¹³⁾。

〈ポイント〉

検証実験中、栄養士、研修医、専攻医が一緒になり、その結果に大いに盛り上がったのはいうまでもありません。まるで理科の実験をしているような感じでした。文献を調べると、栄養系の論文でカード化についての記載文献がいくつかありました。恥ずかしいことに臨床医はほとんどそのことを知らず、学会発表しても「へー」という感じで

した。高齢者が増え、摂食嚥下の問題が日常的にある今日、このことは広く臨床医に知ってもらう必要があると考え論文化することにしました。単なる症例の報告だけではなく（研究というカテゴリーでは頻回に同様の手順を繰り返す必要があります）、検証実験結果を考察に用いることで、症例報告論文としました。

本症例での考察は「栄養剤は胃内という酸性条件下において投与後にその流動性、形状が変化します。また、半固形状流動食では短時間で十分量投与することで胃が伸展し、蠕動が誘発されます。経鼻経管を用いた栄養では、液体流動食にとろみ調整食品を付加することで半固形化栄養療法を行う方法も報告されています¹⁴⁾。カード化したものが消化されず、嘔吐につながる可能性もあり、逆流のリスクが高い患者に対しては消化態栄養剤もしくは成分栄養剤、酸性の半消化態栄養剤等カード化しにくい栄養剤の投与、もしくはカード化の可能性を考慮し、とろみ調整食品を併用し、急速投与することも検討されます」としました。また、メッセージは「原液の2倍希釈までのクランベリージュースや酢との混合によって、中性栄養剤はカード化し、胃・食道内に沈殿物を生じる可能性がある」ので注意が必要という非常に明快なものにしました。

この症例は論文化されました。通常は英語での症例報告論文を考えているのですが、本症例は引用文献がほとんど日本語の文献しかないということで、英語論文は当初より断念しました。しかし、abstractのみ英語でPubMedに掲載される日本語の雑誌「癌と化学療法」に受理（accept）されました。

第3章
学会発表に向けて



抄録の書き方について

実際の抄録の添削過程を示していきます。初めての学会発表の初期研修医の抄録です。

1) 抄録例①

関根浩史, 他. 著明な MMP-3 高値を呈した胃癌合併 RS3PE 症候群の 1 例. 第 229 回日本内科学会近畿地方会, 大阪, 2020 年 9 月 26 日.

《修正前》

〈演題名〉

RS3PE 症候群に胃体部癌を合併した 1 例

〈症例〉

慢性腎不全, 高血圧, 腰部脊柱管狭窄症で近医通院中の 83 歳男性.

〈主訴〉

四肢浮腫, 倦怠感.

〈現病歴〉

慢性腎不全, 高血圧, 腰部脊柱管狭窄症で近医通院中. 来院 10 年前の時点で Cr1.5 程度だったが, 腎機能は徐々に悪化し来院 4 年前より

クレメジンを開始した。来院1年前に血清 Alb 低下と貧血進行を認めた。来院1ヵ月前には四肢の浮腫を認めた。腎不全以外の要因がないか検査目的に当院紹介受診となった。

〈来院後経過〉

来院当初から手背、下腿の浮腫あり、心機能、肝機能、尿蛋白、甲状腺機能に異常を認めず、腎機能低下も増悪を認めず、CTで胸腹水や皮下浮腫を認めないことからRS3PE症候群が考慮された。診断的治療目的にPSL15 mg/dayから開始した。来院1ヵ月後、PSL著効し疼痛と手背浮腫は改善し、下腿浮腫は遷延した。RS3PE症候群の基礎疾患として悪性腫瘍、代表的なものとしては胃癌が考慮され、上部消化管内視鏡検査の結果、来院2ヵ月後に4型進行胃癌の診断となった。

〈考察〉

MMP-3は過剰発現により癌細胞の浸潤転移に影響する。本患者ではMMP-3が来院時1476.1と異常高値を認めたため、癌のスクリーニングは有用であったと考える。本患者では発見時既に癌が進行しており予後改善効果には乏しかったが、スクリーニングの時期が早期であるほど予後改善効果は期待できると考える。

まず、〈主訴〉〈現病歴〉〈来院後経過〉について解説します。

学会抄録の大原則として、入院サマリーや研修医レポートとは異なり、厳然たる字数制限があります。論文作成においても同様ですが、必要なことは盛り込みつつ、不要なところはどんどん削除する必要があります。

〈症例〉

慢性腎不全，高血圧，腰部脊柱管狭窄症で近医通院中の83歳男性。

「83歳男性」だけよりは、患者のイメージがつきやすく、患者プロフィールとして悪くないと思います。ただ抄録は字数制限があり、文

字数を考慮する必要があります。現病歴の中で「慢性腎不全，高血圧，腰部脊柱管狭窄症で近医通院中」とかぶっています。主訴が四肢浮腫、全身倦怠感であり、慢性腎不全のくだりは現病歴の中に入れて方が良いでしょう。【既往歴】として高血圧、腰部脊柱管狭窄症を入れるかですが、文字数によりけりで、今回、学会発表で提示したい内容と直接的に関係ない時は省くことも可です。

〈主訴〉

四肢浮腫，倦怠感。

「患者が何に困って受診したか？」というとても重要な部分です。必ず記載しましょう。本人の症状がなく、健診異常や他院からの〇〇目的での紹介は「〈主訴〉肝機能障害」ではなく、「〈受診理由〉肝機能障害」となりますので区別しましょう。

〈現病歴〉

慢性腎不全，高血圧，腰部脊柱管狭窄症で近医通院中で，来院10年前の時点でCre1.5程度だったが，腎機能は徐々に悪化し来院4年前よりクレメジンを開始した．来院1年前に血清Alb低下と貧血進行を認めた．来院1カ月前には四肢の浮腫を認めた．腎不全以外の要因がないか検査目的に当院紹介受診となった．

起点を明確にして記載しましょう。通常、初診日や入院日を起点とすることが多いです。それから計算して〇年前、〇日前、〇時間前という記載になります。ちなみによく間違われるのが、〇週前を〇週間前という使い方です。間は不要です。〇週間前と誤りを見受ける抄録がしばしばあるので注意してください。

4年前から腎機能は徐々に悪化していますが、基本的には Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema (RS3PE 症

候群)の話なので、あまりさかのぼらず、緩徐な腎機能悪化があったが血清Cr値は1年前と不変であったことが重要です。また、RS3PE症候群の話ですので、現病歴において、いつから関節痛や浮腫の出現・増悪があったかが重要です。実際には「1カ月前より急性発症の手背浮腫と両肩関節痛、2週前より足背浮腫及び全身倦怠感」を認めていました。ここのRS3PE症候群を示唆する所見が現病歴で欠落しているのは致命的です。

文字数はかさみますが、Cr 1.5はCr 1.5 mg/dLとしっかり単位を記載します。一般的には検査項目と数値、単位の間は各々スペースを空けた方が良いですが、学会によって各々基準や取り決めがあります。

クレメジン[®]は商品名のため、入れるなら商標[®]が必要です。抄録や学会発表、論文では、一般名で記載するのが基本です。クレメジン[®]は薬品の書籍により一般名が微妙に異なりますが、球形吸着炭あたりが無難な名称です。そもそも腎機能のくたりは本症例では本論でないので、クレメジン[®]投与の有無はRS3PE症候群と全く関係なく不要です。

学会抄録でも、研修医レポートや認定試験のレポートでも「てにをは」の欠如がよく見られます。日本語として明らかな間違いです。本文中にはないですが、同様によくある間違いに「近医紹介した」というのがあります。「近医」は学会用語・抄録用語として容認されます。ただし、カルテ記載では、明確に〇〇医院、△△クリニックと固有名称を記すようにしましょう。「てにをは」の原則からは「近医へ紹介した」というのが正しい日本語です。

医学用語の正しい使い方という点においては「食思不振」「呼吸苦」「嘔気」等は、商業誌はもとより、学会誌でも頻繁に間違っ使用される用語です。それぞれ「食欲低下」「呼吸困難」「悪心」が正しい医学用語です。普段の会話の用語ならまだしも、学会に提出し、データ

ベースとして残る抄録です。正しい医学用語を記載するよう心がけましょう。『日本医学会医学用語辞典』（Web版あり）、各学会が出している「用語辞典」や「主な検査項目の表記」を参考にしてください。

「検査目的に当院紹介受診となった」部分については、カルテ記載は、Problem Oriented Medical Record：問題志向型診療記録の「SOAP」に情報を分類して記載するのが原則なのは皆さん知っていますよね。Sに該当する病歴部分は、主語が患者であることが原則です。患者を主語として「検査目的に当院へ紹介され受診した」等がしっくりします。

〈来院後経過〉

来院当初から手背，下腿の浮腫あり，心機能，肝機能，尿蛋白，甲状腺機能に異常を認めず，腎機能低下も増悪を認めず，CTで胸腹水や皮下浮腫を認めないことからRS3PE症候群が考慮された．診断的治療目的にPSL 15 mg/dayから開始した．

外来診療で行った診断で、除外診断の過程を提示しています。診断基準が除外診断を含むような場合には有用ですが、抄録の文字数にも注意を払い、除外のための言及が過剰になり過ぎないことが重要です。逆に病理診断や培養検査等で診断がつくものでは、余計な除外診断のための臨床推論過程は不要です。また診断基準がある場合はそれに合致する項目を入れ込んでいくのが良いでしょう。

RS3PE症候群は絶対的な診断基準はありませんが、Olivéの診断基準²⁾が用いられることが多く、①急性発症の両側左右対称性の多関節炎、②両側手背に強い圧痕性浮腫、③50歳以上、④リウマトイド因子陰性のすべてを満たすことが条件で、ステロイドへの治療反応性が良好なことで、診断を確定します。本症の特徴である四肢末梢の対称性の圧痕性浮腫は、屈筋腱や伸筋腱の腱鞘滑膜炎に由来すると考えられています。血管新生作用や血管透過性作用を持つ血管内皮細胞

増殖因子（vascular endothelial growth factor : VEGF）が、滑膜炎や浮腫に寄与する可能性が注目されて、補助診断として用いられることが多いです³⁾。

です。「肝・心機能、尿蛋白、貧血、甲状腺機能は浮腫を来たす程度の異常は認めず、血清Cr値は1年前と不変であった。」ということは除外診断に必要です。「急性発症の両肩から上腕にかけての疼痛に加え、四肢の圧痕性浮腫、年齢、リウマチ因子陰性、VEGF 105 pg/mlであり、RS3PE 症候群と診断した。プレドニゾロン 15 mg/日投与で、疼痛と手背浮腫は著明に改善した」というのは、RS3PE 症候群の診断の確からしさを増すために、重要な記載です。これを見たら、RS3PE 症候群という疾患を知っている人なら「ふむふむ、そうですね。診断は間違いないですね」と納得できます。文字数制限のある抄録では、診断基準をすべて明確に提示する必要はありませんが、少なくとも診断の根拠になる陽性ないし陰性の症状・所見や診断根拠を、抄録に入れ込みましょう。

来院1ヵ月後、PSL 著効し疼痛と手背浮腫は改善し、下腿浮腫は遷延した。RS3PE 症候群の基礎疾患として悪性腫瘍、代表的なものとしては胃癌が考慮され、上部消化管内視鏡検査の結果、来院2ヵ月後に4型進行胃癌の診断となった。

血清MMP-3も滑膜炎の所見として、RS3PE 症候群の補助診断によく使用されます。血清MMP-3の著明高値は本症例の考察のキモです。血清MMP-3 1476 ng/mlは、考察部分でいきなり出てくるのではなく、現病歴や経過の中で必ず出てくる必要があります。悪性腫瘍の検索では、腫瘍の病期分類は文字数が許容すれば入れたいところです。とりわけ、比較的急な経過をたどった症例ですので。経過は、診断だけでなく、その後の治療や経過もある程度抄録に入れましょう。

本文では出てきませんが、よくある違和感のあるものとして、「近医へ紹介した」で終わっている抄録や学会発表があります。「近医へ紹介した」というのは、確かに自分は見えていませんが、患者本人の経過の観点からは誰が見たというのは二の次の話です。「原因不明の発熱で循環器科からコンサルトされ、感染性心内膜炎と診断した。感染症科に相談の上、抗菌薬は A と B を使用し、心臓血管外科に転科し準緊急で、弁置換術を施行した」のような、何科、何科としつこい文章や、転科するまでで終わり、あるいは転院した後の経過を追っていない学会発表が、時に見られます。

大切なのは自分が見た経過だけではなく、その患者本人の全体的な経過です。責任転嫁のような文章ではなく、患者本位の経過や考察を心がけましょう。

これは、診療科の縦割り教育の弊害と言えるでしょう。きちんとその症例の経過を追うことが必要です。論文や学会発表を見て、その後どうなったのか皆さんも知りたいでしょう。だから簡単でもいいので、その後のことも記載する必要があります。

血清 MMP-3 1476 ng/ml と著明高値で、悪性腫瘍の検索では、進行胃癌 cT3N2M0 cStage III A を認めた。初診時 CT でリンパ節腫大はなかったが、1 ヶ月後の診断時に転移を認めた。初診から 2 ヶ月後に手術を行ったが、腹膜播種を認め根治切除不能と判断した。初診から 4 ヶ月後に永眠された。

こんな形でまとめたらいいと思います。

《修正後》抄録〈主訴〉〈現病歴〉〈来院後経過〉の部分
〈症例〉

83 歳，男性。

第4章
論文発表に向けて



論文を書いてみましょう！
実際の本文の書き方について

先の4-5（→ P.168）でも書きましたが、論文の構成で、主要部分は、Abstract、Introduction、Case presentation、Discussion、Conclusionからなることが多いです。

原著論文の構成（structure）に比べれば、症例報告論文のstructureは自由度が高く、ことにDiscussion部分には相当のバリエーションがあり得ます。

私が提示した論文化できそうな症例（→ P.142）の4）新規の診断方法、5）新規の治療方法、予想外の治療効果、6）稀・新規の疾患・病原体においては、新規性があり、その根拠がはっきりし、内容が素晴らしければ、どのように書こうが受け入れられます。そのため、新規発見や通常の医学概念を覆す内容が記載された画期的な症例報告論文においては、常識を逸脱した構成で書かれた論文もあります。しかし通常は、それほど画期的な症例に遭遇しません。画期的ではない通常の症例報告論文においては、まずは「型」にはめて書いてみるのが論文受理の近道となります。書き慣れてくれば「型破り」を企てる構いません。皆さん、千利休の「規矩作法守りつくして破るとも、離るとても本（もと）を忘るな」という言葉をご存じでしょうか？「守破離」の3段階です。初学者のうちは基本を徹底的にたたきこむこと

が重要です。

「症例報告論文の structure」は「二つわかった法」²¹⁾を参考にして、今回提示する structure を考案しました。

まず、論文作成には、何より新規性が重要です。新規性（第1新規性）を追求するのが第一で、もうひとつ同じような新規性（第2新規性）があれば、素晴らしい論文となります。しかし、第1新規性はあっても、第2新規性まであることは、そう多くはありません。ですので、第2新規性については、「第1新規性があるので、何が臨床的に有用か（＝第2新規性）」を記載します。第1新規性の確保を行うことは論文受理のためには必要不可欠ですが、それだけで論文を終わらせてはいけません。

こぼれ話

守破離について

千利休（注4）「規矩作法守りつくして破るとも、離るとても本（もと）を忘るな」

「規矩」は規則や規範、決まりごとのことです。

【守】まず、無意識にできるまで基本を徹底的に習得する（基本の域）

【破】次第に基本を破り、応用（転用）できるようになる（応用の域）

【離】ついには、枠を離れて自分なりの境地を創造する（創造の域）

の3段階からなります。しかし、根源の精神（基本精神）は決して忘れないことが重要です。型がある人間が型を破ると「型破り」と言いますが、そもそも型がない人間が型を破ったら「形無し」です〔無着成恭（注5）〕。千利休と無着成恭も基本の型を徹底的に習得することを説いています。医学においても論文作成についても同様のことがいえると思います。

注4：千利休は戦国時代から安土桃山時代にかけての茶道家。わび茶の完成者。

注5：無着成恭は1927年生まれ、禅宗の僧侶で日本の教育者。

「臨床的に重要」「ここを知っていると陥りやすい落とし穴にはまらずに済む」「稀な病態ではなくて、どこにでも存在する落とし穴かもしれない」「あなたの身近に潜んでいるかも」といった方向へ導くように展開します。そして「こういうことから、この報告は臨床的に価値がある」という方向性に持って行きます。これがアイデア新規性＝第2新規性です。Specific (第1新規性) から General (第2新規性) に広がります。

症例報告論文の structure を考える際に、報告内容の骨格となる第1新規性と第2新規性 (アイデア新規性)、その医学的な意味合い (臨床的有用性) を最初に決め、そのことを軸にして論文を展開して行きます。**この論文の方向性の軸の設定**をまず行うことが最も重要です。

それでは、例を示します。まずは、論文の方向性の軸の設定です。

〈例示1〉

Kosami K, Kenzaka T, Sagara Y, Minami K, Matsumura M. Clinically mild encephalitis/encephalopathy with a reversible splenic lesion caused by methicillin-sensitive Staphylococcus aureus bacteremia with toxic shock syndrome: a case report. BMC Infect Dis. 2016; 16: 160.

〈論文の方向性の軸の設定〉

第1新規性：可逆性脳梁膨大部病変を伴う軽症脳炎／脳症 (clinically mild encephalitis/encephalopathy with a reversible splenic lesion ; MERS) の原因が黄色ブドウ球菌菌血症による toxic shock syndrome だった。

第2新規性：TSS は様々な症状を来たすがその存在を知って注意深く全身的な評価を行うことが必要である。

臨床的有用性：本報告が世界で初めてであるが、toxic shock syndrome に併存する MERS の可能性を無視できない。toxic shock

syndrome の時に頭部 MRI を施行すれば、MERS に特徴的な信号変化があるかもしれない。

〈例示 2〉

Yamamoto T, Kenzaka T, Mizuki S, Nakashima Y, Kou H, Maruo M, Akita H. An extremely rare case of tubo-ovarian abscesses involving corynebacterium striatum as causative agent. BMC Infect Dis. 2016; 16: 527.

〈論文の方向性の軸の設定〉

第 1 新規性：卵管卵巣膿瘍の起炎菌として極めて稀な *Corynebacterium striatum* が検出された。

第 2 新規性（＝「臨床的有用性」）：尋常性乾癬等の皮膚バリアが脆弱化した症例や皮膚汚染が強い症例においては、*Corynebacterium* 属やメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）を考慮に入れた、バンコマイシンを含む抗菌薬のレジメンを推奨。

上記の個々の論文の軸の設定に基づいた、Introduction、Case presentation、Discussion、Abstract の structure とその実際の書き方について、例を示しながら解説していきます。

1) Introduction

Introduction は、第 1 新規性に関する既知のこと・標準的なことをまずは書きます（**known**）。第 2 新規性も第 1 新規性同様に新規性の高いことや稀有性があれば、第 2 新規性に関する既知のこと・標準的なことをも **known** として書きます。ここで注意すべきことはあまりに Common な knowledge を **known** に据えないことです。

例えば、「市中肺炎は細菌感染によって起こる」のような内容です。



執筆者プロフィール

見坂恒明 (けんざか つねあき)

1975年生まれ。2000年自治医科大学医学部卒業。大学時代は陸上競技中距離で、日本選手権・日本インカレ・国体出場、関東選手権優勝、関東インカレ入賞等、競技に没頭。兵庫県立淡路病院で初期研修の後、公立和田山病院、公立村岡病院で勤務。公立豊岡病院総合診療科立ち上げ。日本一の出勤を誇る同院ドクターヘリ立ち上げにも関与。2010年10月より母校の自治医大に戻り、地域医療学センター総合診療部門助教、講師、また自治医大附属病院総合診療内科病棟医長を経て、2014年より同部門准教授。2015年より現職の神戸大学大学院医学研究科 医学教育学分野 地域医療支援学部門 特命教授に着任し、兵庫県立柏原(かいばら)病院地域医療教育センター長を兼任。2019年に柏原病院は兵庫県立丹波医療センターとして新築移転した。大学時代の競技へのエフォートを診療や教育に注ぎ、丹波医療センターを拠点に診療・教育・研究を行う傍ら、豊岡病院総合診療科の指導や初期研修医の指導等を行っている。

賞 罰：

2012年度 自治医科大学附属病院臨床研修 優秀指導医賞

2013年度 自治医科大学教務委員会 最優秀教員賞

2018年度・2019年度・2020年度 医学生・研修医の日本内科学会ことはじめ優秀指導教官賞

2020年度 医燈会 地域医療奨励賞(教育部門)

主な資格認定：日本内科学会認定内科医・総合内科専門医、日本プライマリ・ケア連合学会認定医・家庭医療専門医・指導医、日本循環器学会専門医、日本感染症学会専門医・指導医など

メッセージ：「カンファレンスの議論でわからないことの多くの答えは、ベッドサイドの患者にある」。患者さんの声に耳を傾ける病歴聴取、視診から始まる身体診察により多くの情報が得られます。一方、「上医は国を医し、中医は民を医し、下医は病を医す」の通り、国や地域という大局的な見方や未病への取り組みも大切です。

オールインワン 経験症例を学会・論文発表する Tips

2020年12月29日 第1版第1刷 ©

著者……………見坂恒明 KENZAKA, Tsuneaki

発行者……………宇山閑文

発行所……………株式会社金芳堂

〒606-8425 京都市左京区鹿ヶ谷西寺ノ前町34番地

振替 01030-1-15605

電話 075-751-1111 (代)

<https://www.kinpodo-pub.co.jp/>

組版……………株式会社データボックス

印刷・製本……………モリモト印刷株式会社

落丁・乱丁本は直接小社へお送りください。お取替え致します。

Printed in Japan

ISBN978-4-7653-1848-8

JCOPY <(社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、その都度事前に、(社)出版者著作権管理機構(電話 03-5244-5088, FAX 03-5244-5089, e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください。

●本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャンやデジタル化することは、たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法違反です。