

私の考える論文の意義と書き方

七島 篤志

[令和2年8月31日入稿, 令和3年3月3日受理]

はじめに

“学会抄録を書いた時点で書き始めよ” “書かなければ何も残らない” という昔からの教えがありました。海外では学会発表前に論文を仕上げよ、いうことも耳にしたことがあります。私は発表の内容次第で、いつ書くのも書かないのも人それぞれだと思います。しかしOriginality, 新規性を競争しているscientistの世界では、結果が出たら世界の誰よりも即書いて投稿せよ！という死に物狂い印象があります。コロナ禍で始まった2020年2月頃からまさに、世界中が我先にこの未知の病原体について基礎から臨床まで一流紙掲載を競っていましたね。スピードではなく結果の信頼性が本当の科学では大事なのですが、私のような俗人は新たなことが頭に浮かんだり、発見したと思った時は誰よりも早く！という魔力に魅せられたことがありました。論文が採用acceptそして掲載publishされたときの喜びを覚え、心躍ることはやむをえません。

さて、論文に慣れてくると何の為に書いているのかジレンマに陥ることもあります。それは、“このことが世の中の何の役に立つ？” “書き屋”, “紙書き”, “論マー” など一部に揶揄されることも経験しましたが、自分の仕事を論文化することが悪行ではないはず。何事も経験してわかるものですし、その揶揄も言葉を換えれば“文豪”という誉め言葉に置き換えれば何ということもありません。多くが学会発表までは一生懸命行うのですが、抄録も主題発表も一時的にしか人の記憶には残りません！つまり、業績とは程遠いということです。論文達成には

長時間手術や真剣勝負のスポーツ同様、気力と体力が必要です。普段の時間に追われる仕事の合間に、うまく時間を使って自分自身と勝負することに意義がないとは思いません。やり遂げないと気が済まない性格の人は、タイトルページをまず書いてみましょう。“ほーら、もう貴方は最後まで書きあげずにはいられなくなる！”と自己暗示がかかりませんか？ある高名な肝胆膵外科の重鎮が、“論文を書くなら君、英語筆頭を生涯自分の身の丈分の数を目指すことだよ！”と講演で話され、それを聞いたときから私の目標が生まれました(図1)。研修医1年目で胸部外科学会雑誌の症例報告の指導を受け、卒後4年目まで邦文10編(原著3編)を手がけました。日本語は比較的順調に書けましたが、研究後に初めて執筆した英論文のほうはまったく通らず、その上誰もしっかりした指導者もいなくて博士論文一つ書けたらやめようと考えました。英語での表現力が最初の課題でしたが、紹介してもらったイランから移民して豪州でシドニー大学准教授にまでなったF.G. Issa先生の校正一つ一つが私にとってかけがえのない英論文指導でした¹⁾。移民で英語圏の医学部トップレベルにのし上がった方なので、非英語圏の人間の問題点をよく理解され、オーダー以上に指導してくれました(図表の書き方からカバーレターの書き方まで人柄の良さが感じられました)。1990年代当時はヒットすると世界中から別刷りの郵送依頼が届き、これが被引用に繋がっていきます。医師としての卒後8年から13年までに45編の英原著論文を仕上げ、助教教員になってからさらに義務としての意識で邁進してきました。論文一つ一つ時間をかけて数は少なくとも、質の高い雑誌に掲載させる親友の理学部教授がいましたが、彼のような秀才でな

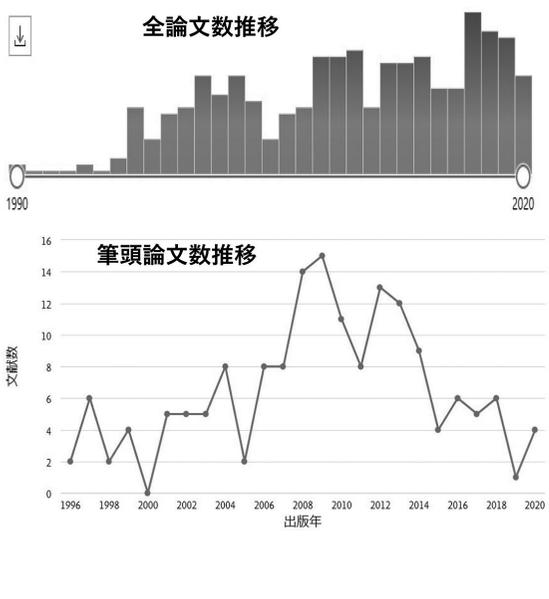


図1. 個々の論文業績を評価するサイト.

い私のような俗人は手頃な“数は力なり”の人生を選びました。健康でないとこの作業を維持することはできないので、病気さえしなければ退官までには前述の重鎮の目標を達成できそうです。

I. 論文の評価・種類・準備

1. 論文検索サイト: 国立図書館, NIHのPubMedや医学中央雑誌, J-stageが古くから有名ですが, 今ではElsevierのScopus, Google scholar, Cochran library, Research gate, InSiteなどさまざまなアーカイブが存在し, 母国語以外でも検索可能な良い世の中になりました。それぞれ利点がありますが, 筆頭著者のみに絞れるのはScopus, 被引用のCitation数を調べるにはGoogle scholar, 抄録abstractや論文形式振り分けが充実しているのはPubMed, 日本の出版する論文検索には医中誌, J-stage, Scopusと私は使い分けています。年度ごとのグラフ化や論文形式別データは図1の様に用途に応じて個人の業績を示すことができます。Impact factor (citation index) はあくまでジャーナルの引用評価なので, 決して個人の評価が上がると思

わないよう。h-indexやi10などで最近評価される個々の論文の被引用数が大事です。全scientistでは教授としてはh-index 15-20以上が妥当らしいですが, 私は生涯でh-index 35, 直近5年間で21 (Google Scholarで計算) なので自信をもってscientistと言えるようでした。

2. 種類: 邦文・英文・その他の言語論文いずれにせよ内容と著者の経験により種類が分けられます。多くの臨床医は症例報告から原著論文, 基礎研究者は研究論文から始まるでしょう。臨床医はコホート研究が行いやすく, 臨床試験などに加われば前向き研究論文の段階を踏みます。新規性 (priority, originality) を確保するためには短報・速報・pilot (またはpreliminary) 研究論文が投稿されます。手技的なものではHow to do論文もありますが一流紙でも原著には及びません。いずれもPeer review査読を受けます。雑誌編集者editorが各編集委員をまとめ, 編集委員が査読者reviewerを2~4人ほど選択・依頼します。多くの英文誌では投稿者が3~5人ほど査読者もしくは非査読者を求められます。査読は本来ボランティアで科学の発展

のために行われるようになったと聞いています。実績を積んでくると編集委員会などから総説review, 論説editorial, 著書textの論文原稿が依頼されます。一見簡単そうで取り組むと相当な時間と労力が求められます。

3. **基本**：私の考える基本は、1) 何よりも字数など雑誌規定や書式の厳守（投稿すればなんとかなるは甘い!）、2) 美しさが無いとはかない、3) ストーリー性を考え読み手の気持ちを配慮する。4) 内容はシンプルかつ文章を限りなく少なく、5) 現在では日本人も英語論文のほうがインパクトは高く、たとえ英文題名や抄録があっても日本人以外は邦文には無関心です。
4. **段取り**：1) 題名とキーワードは論文の主眼軸となる決め言葉、結論としての決め台詞が必要です。それが内容とはまれば、論文を書き上げたも同然です（が、なかなかそれができない）。2) 全体像を考えながら簡単な手順・シナリオをたてる。3) 論文内容にマッチしたジャーナル候補をいくつか調べ、掲載される傾向も読み解き、時にそれに合わせた書き方をします。

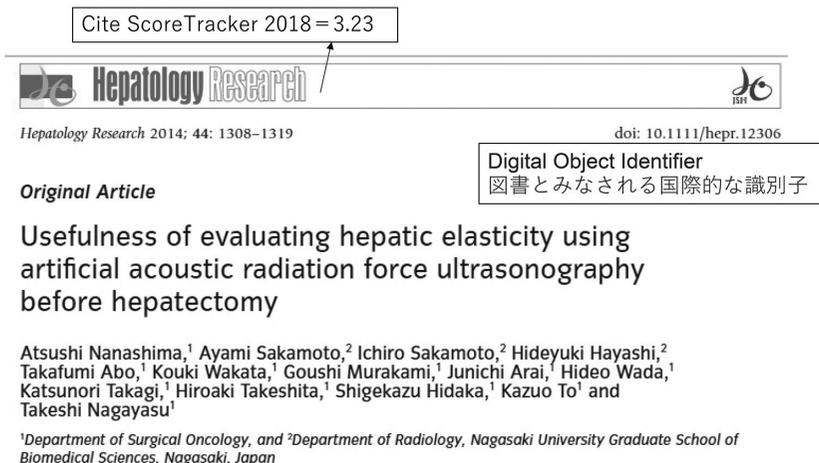
II. 英文原著の実際：筆者の臨床研究論文²⁾を題材に私見を述べます。

1. **題名頁Title page** (図2 a)：Titleはまず方向性を出すため仮称を書いてみます。結語が導き出されてからbrush upし意味が通じるか、最も述べたい内容か？考えます。通り一辺倒の題名ではつまらない（査読者の印象はここで決まる）。全著者名とaffiliation施設はグラ校正までスペルミスがないか注意！（検索に影響します）short (running) titleは30-40字ですがインパクトを熟考。Correspondenceは内容に責任が持て、問題解決や質問に責任もって対処できる著者になるもの（主著者ではない）。共著者はかつてlast authorが大事といわれたが、今は2人目までが重要な位置と言われる。Word®ソフトで一頁にまとめ、フォントは12-13point, 1.5-2行間隔, 余白十分にします。STROBE表などで内容をチェック。
2. **抄録Abstract**：通常150-250字に制限。背景

と目的を2,3行でうまくまとめる。どんな当たり前の略語abbreviationもまずは説明。結果resultsでは大事な部分には実数値やP値をいれsignificantか否か記載する。抄録は論文全体を書いて、最後に熟考して書く！（多くの読者が読みたい論文か否かはまずここを見るので）。Resultsのあいまいな抄録は、学会抄録と同じで信頼性がわからない。抄録の結論conclusionは題名やDiscussionの結論とマッチするように。

3. **諸言Introduction**：諸言にはストーリーが大事で、本研究の仮説や疑問に至った経緯が必要です。仮説が実証されなければ図2 bの結論は“Elasticity is not useful to evaluate hepatic fibrosis”となるだけです。前置きを書いて“いきなり〇〇について調べた”と書いて終わる投稿論文が査読していることが多いです。サラム論文（成果を、症例数や対象で小出し・スライスにすることですね）が、後日二重投稿問題にもつながりますが、この研究が次の研究につながるものであれば、初回はpreliminaryとして続編への展開を記載すればいいのではないかと思います。続編論文を投稿する際にはEditor-in-chiefのCover letterに断っておくほうが無難です。あとはeditorの判断です。
4. **方法Methods**：Material, PatientやSubjectなどを前に付けることもありますね。最も客観的な内容と表現で詳しく記述するところです。冒頭では対象データはどのような期間、どの施設で、どのように収集されたか？結果に影響しない簡単な患者（資料）情報の紹介、データベースのありかなどをまず記載します。倫理承認や患者同意の取り方、承認日や番号、倫理施設などを記載するのはこの数年世界的にも必須です（1990年代から倫理ethicsや同意consentを海外論文から求められていたのですが、当時は適当に書いていたのが真実です。日本は厳しさが足りなかったのですね）ハイエナ雑誌では勝手に倫理サイトを立ち上げ、承認のために金銭を求めてくることもあるので注意が必要です。副題としての方法methodsや手技procedureでは多くの文献引用referenceが必要です。問題とな

a)



b)

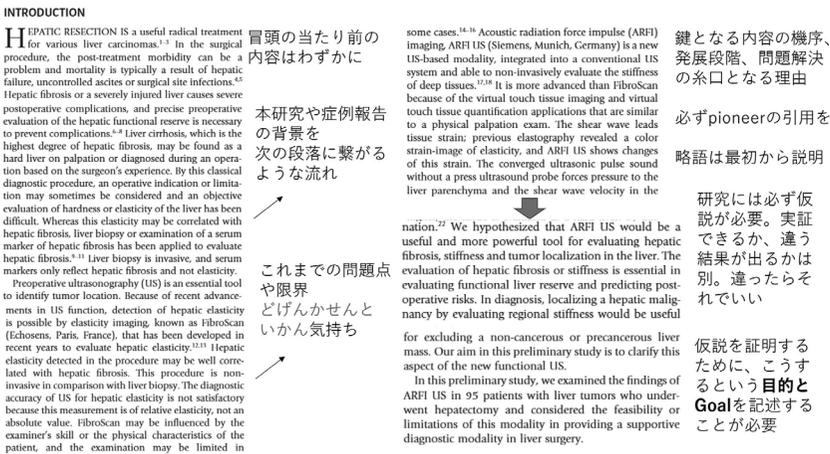


図2. 英語論文を通した著者の書き方例。a) Title page. b) Introduction.

った他人の方法のワープロを用いたコピーアンドペーストも、引用さえあれば可だと思いません。しかし私は一応、どの文章も自分の言葉で修正します。ネット情報などではURLアドレスの引用も可能なようです。計算式formulaを示すときは行を変えて、海外の表記で正確に書きます。当たり前の検査値も検査法も略さず、施設の基準値も単位までしっかり、機器や資料の購入先名や場所も詳しく規定に従って書きます。取り扱い規約やガイドラインもちゃんと引用すべきです。共著者の役割contributeを記すことも求められます。統計方法statisticsはきちんと統計学に基づいて書き慣れないといけま

せん。抜けがちな分散分析ANOVAや多重比較検定multiple comparison testも詳しく勉強しましょう！

5. 結果Result: まず図表を作成することを薦めます。バランスが要求されますがTextと図表でデータが重複するのは無駄な記述です。まずは図表にできるだけ細かなデータを記載し、文章で繰り返すことはせずまとめた文章にし、図表に制限があるときや基本データは文章内に記述しています。結果では、主観や引用は避け、とにかく客観的に記述するのみです。図表の注釈footnoteには引用は可能で(図3 a-c), そこで説明する場合は1) 2), , や

a) b), , など英数字で示す場合や, #*\$£§
¶†‡などの記号で示すのが雑誌ごとに規定さ
れています。≤や≐は一般的ではないよう
です。図の説明Figure legendは原稿では参考文献
の次あたりにまとめて書きます。

* 図表の作成についての注意点です。他人の論文を
修正していると修正がやりにくい図表がありま
す。査読者からの指示でいかなる修正もあるよう
に考えてつくらないといけません。表はワープロ
ソフトにある分割表がいいと思います。行はあま
り分割しなくていいのですが、列は一つ一つデー
タを分割し最も左の因子parameterは左寄せに、
それ以外は中揃え(図3 a-c)に。図は発表用
ソフト(パワーポイント®など)で作成しグルー
プ化しておくのがお勧めです。決して投稿までは
図ファイルには変換しないこと、作成もとのファ
イルを残しておくことです。修正に手間取る図
表は嫌になります。図ファイル(JPEG, TIFFな
ど)に変換するときは解像度dpiに注意を、特に
病理写真などはより高い解像度にしましょう。

6. 考察Discussion: 本研究結果を考える項目で
す。多く知らべて教科書, 総説, 論説のように
症例報告で記述するという例がありますが, 読者に講義する場所ではありません。冒頭
は考察に入りやすいように諸言や既知の報告を

簡単に記す。ここで頁数を稼ごうとかダメで,
症例報告も同じです。原稿ではA4サイズで
3-5頁程度が目安でしょうか。may, would,
should, mustなど主観的言語も使えるパートだ
が, 根拠なしに推測するspeculateの表現はや
めた方がいいようです。仮説が実証されたのかど
うかを結果の順を追って一つ一つ考察するのが
楽ですが, それを説明できる論文を反対論文も
含めて十分に引用すべきです。最後から2番
目くらいの段落で, この研究の限界や制限, 問
題, 将来性, 解決策を記述しますが, よく症例
数に限界がありfuture studyが必要という文章
を見かけます。数に限界があるならこの結果の
信頼性がなく, 報告を辞めておいた方がいいと
いえるので慎重な表現が必要です。結語の段
落(In conclusion, We conclude, in summary
(summarized))の段落は, 非常に大事でし
っかり明確に締めくくる熟考のポイントです。最
後の文章で言い切れるか否かが重要です。結
論のrepeatは学会発表と同じで意味はありません。
そして抄録結語や題名と齟齬がないか確認
します。

7. 引用文献Cited reference (図4): とにかく
一字一語一句, 記号は投稿規定を順守(著者の
責任)。雑誌側に求めてはいけません。症例・

a)

Table 1 Liver functional parameters in all 95 patients

	Total (n=95)	Normal or fatty liver (n=50)	Chronic viral hepatitis or cirrhosis (n=38)	Obstructive jaundice (n=7)
Functional liver parameters				
Platelet count (10 ⁹ /L)	189 ± 63 (50-340)	208 ± 56	152 ± 53**	244 ± 66
Prothrombin activity (%)	93 ± 13 (59-124)	96 ± 11	87 ± 11*	91 ± 22
Total bilirubin (mg/dl)	0.84 ± 0.48 (0.2-2.6)	0.77 ± 0.44	0.85 ± 0.37	1.50 ± 0.74†
Albumin (g/dl)	4.0 ± 0.5 (2.3-5.2)	4.2 ± 0.4	3.9 ± 0.5*	3.9 ± 0.6
AST (IU/L)	32 ± 17 (6-89)	26 ± 12	38 ± 19*	35 ± 26
ALT (IU/L)	33 ± 28 (3-174)	28 ± 23	34 ± 18	69 ± 67†
HA (mg/dl)	119 ± 111 (15-441)	72 ± 65	155 ± 122*	146 ± 156
ICG-R15 (%)	14 ± 9 (1-50)	11 ± 7	18 ± 11*	12 ± 6
LHL15	0.92 ± 0.04 (0.79-0.98)	0.93 ± 0.03	0.90 ± 0.04*	0.93 ± 0.01
Portal pressure (mmHg)‡	12 ± 3 (8-16)	10 ± 3	13 ± 3	11 ± 3
FIB-4 index	2.5 ± 1.9 (0.5-12.6)	2.0 ± 1.3	3.5 ± 2.2**	1.4 ± 0.9
APRI	0.21 ± 0.11 (0.1-0.66)	0.18 ± 0.09	0.25 ± 0.11**	0.14 ± 0.04

Continuous data are shown as the mean ± SD.

†The number of subjects was 10.

*P < 0.01 vs. normal or fatty, **P < 0.01 vs. normal or fatty, and obstructive jaundice.

‡P < 0.01 vs normal or fatty, and chronic viral hepatitis or cirrhosis.

AST, aspartate aminotransferase; ALT, alanine aminotransferase; HA, hyaluronic acid level; ICG-R15, indocyanine green retention rate at 15 min.

LHL15, liver uptake ratio between 3 and 15 min of technetium-99m galactosyl serum albumin liver scintigraphy.³⁵

FIB-4 index,²⁵ age (years) * aspartate aminotransferase (IU/L) / platelet count (10⁹/L) * alanine aminotransferase (IU/L)^{1/2}.

APRI, aspartate aminotransferase (upper limit of normal range at our institute, 33 IU/L) to platelet ratio index.²⁶

b)

Table 2 Relationship between ARH Vs (m/s) in each region and clinicopathological parameters

	Non-cancer region		Liver mass
	Right liver	Left lateral liver	
Age	$r = 0.197$	$r = 0.136$	$r = 0.043$
Sex			
Male (n = 62)	1.45 ± 0.39	1.61 ± 0.50	2.23 ± 1.10
Female (n = 33)	1.52 ± 0.52	1.69 ± 0.50	2.47 ± 0.95
BSA(m^2)	$r = 0.182$	$r = 0.198$	$r = 0.161$
Background liver			
Normal (n = 44)	1.31 ± 0.32	1.48 ± 0.41	2.35 ± 1.12
Fatty (n = 6)	1.40 ± 0.41	1.55 ± 0.18	2.49 ± 1.29
Chronic viral hepatitis (n = 26)	1.49 ± 0.41	1.61 ± 0.45	2.17 ± 0.86
Cirrhosis (n = 12)	$2.01 \pm 0.48^*$	$2.24 \pm 0.56^{**}$	2.23 ± 1.29
Obstructive jaundice (n = 7)	1.49 ± 0.37	1.56 ± 0.30	-
Functional liver reserve			
Platelet count ($/mm^3$)	$r = -0.297^*$	$r = -0.327^{**}$	$r = 0.066$
Prothrombin activity (%)	$r = -0.097$	$r = -0.142$	$r = -0.101$
Total bilirubin (mg/dl)	$r = 0.052$	$r = -0.182$	$r = 0.067$
Albumin (g/dl)	$r = -0.101$	$r = 0.072$	$r = 0.030$
Aspartate aminotransferase (IU/l)	$r = 0.416^{**}$	$r = 0.321^{**}$	$r = -0.102$
Alanine aminotransferase (IU/l)	$r = 0.282$	$r = 0.122$	$r = 0.044$
FIB-4 index	$r = 0.523^{**}$	$r = 0.456^{**}$	$r = -0.186$
APRI	$r = 0.382^{**}$	$r = 0.402^{**}$	$r = -0.219$
HA (mg/dl)	$r = 0.304^*$	$r = 0.165$	$r = 0.083$
ICG-R15 (%)	$r = 0.231^*$	$r = 0.291^*$	$r = -0.052$
IHLI5	$r = -0.199$	$r = -0.133$	$r = 0.053$
Portal pressure (mmHg) (n = 10)	$r = -0.018$	$r = 0.233$	$r = -0.167$

c)

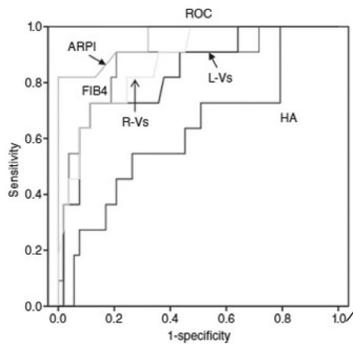


Table 4 Area under receiver-operator curve analysis between surgical records and post-hepatectomy complications and the Vs by the ARH or HA, FIB-4 and APRI

a) Increased blood loss >1500 mL

Parameters	Area	Standard deviation	Significance	95% confidence interval		Cut-off value
				Lower limit	Upper limit	
HA	0.657	0.071	0.064	0.517	0.796	90
FIB-4 index	0.510	0.090	0.910	0.333	0.686	2.41
APRI	0.598	0.087	0.248	0.428	0.768	0.18
Vs (right liver)	0.682	0.071	0.031	0.543	0.822	1.43
Vs (left liver)	0.621	0.079	0.151	0.466	0.777	1.46

図3. 結果におけるデータ図表の例.

- a) 連続変数の群間比較の場合 (カテゴリー変数は数と割合 (%) を記載)
- b) 連続変数同志の相関係数の場合
- c) cut-off値を決める場合や正診率の有意性評価を行うためにROC曲線からカットオフ値を設定する場合.

原著報告, 依頼原稿の引用論文は内容によるが必要最低限多すぎないよう。総説はどうしても100前後くらいになりますね。移しやすいソフトがあるらしいですが私は知りません (コツコ

ツ行っています)。さりげなく被引用を増やすため自分の論文も1-2入れる欲にかられてしまうことがあります。

complication after hepatectomy, which leads to more hepatic dysfunction, a longer hospital stay and a prognosis of malignant liver tumors, according to our previous report.¹⁹ As we hypothesized, liver stiffness evaluated by the Vs by ARFI influenced the operative morbidity because of the impairment of the liver functional reserve. Compared to our previous result, when the serum HA level was examined, management in the patients with cirrhosis may be remarkably improved and the complication rate decreased.¹⁸ In addition to the latest ultrasonic device measuring liver stiffness by ARFI, we hypothesize that the evaluation of liver stiffness should provide useful information about the surgical risks before deciding the indication of hepatectomy. Pesce *et al.* reported that measuring liver stiffness by FibroScan was useful in the follow up of patients with cirrhosis and a direct correlation with portal hypertension may aid in the evaluation of surgical risk in patients with HCC.²⁰ By the AUROC analysis, only Vs over 1.43 in the right liver showed the high possibility of an association with increased blood loss of over 1500 ml. Our previous study showed that intraoperative blood loss over 1500 ml was significantly correlated with posthepatectomy hepatic failure, so the prediction of major blood loss or a method of decrease it was nec-

REFERENCES

- 1 Song TJ, Ip EW, Fong Y. Hepatocellular carcinoma: current surgical management. *Gastroenterology* 2004; 127: S248-260.
- 2 Mayo SC, Pawlik TM. Current management of colorectal hepatic metastasis. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2009; 3: 131-44.
- 3 Guglielmi A, Ruzzenente A, Campagnaro T *et al.* Intrahepatic cholangiocarcinoma: prognostic factors after surgical resection. *World J Surg* 2009; 33: 1247-54.
- 4 Altendorf-Hofmann A, Scheele J. A critical review of the major indicators of prognosis after resection of hepatic metastases from colorectal carcinoma. *Surg Oncol Clin N Am* 2003; 12: 165-92.
- 5 Strasberg SM, Hall III. Postoperative morbidity index: a quantitative measure of severity of postoperative complications. *J Am Coll Surg* 2011; 213: 616-26.
- 6 Poon RT, Fan ST. Assessment of hepatic reserve for indication of hepatic resection: how I do it. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2005; 12: 31-7.
- 7 Nanashima A, Tanaka K, Yamaguchi H *et al.* Fibrosis and inflammatory activity in noncancerous tissue and mitotic index of cancer tissue in patients with hepatocellular carcinoma: relationship to clinicopathological factors and prognosis after hepatic resection. *Dig Dis Sci* 2003; 48: 1517-22.

いろいろなパターンがあるので注意してみる
著者数
年数の位置やboldや
italicになってないか
ページの終わりは下桁
か、全部記載か

括弧parenthesis無し、1) (1), [1] などいろいろ、アルファベット順も

図4. 文献引用の例.

III. 投稿までのチェック

1. 英文チェック：前述した様にイラン系豪州人のIssa先生との出会いが自身の論文人生を変えました。日本人は特に他人の英語のダメ出しをしたがる傾向があるように思いますが、私の持論は必ず信頼おける英語の校正editingの会社に証明certificateを求めるべきだと思います。通じればいいという上辺だけではなく心地よさ、美しさは内容を引き立てます。ただ日本国内では医学論文はこうあるべきだという綺麗な英文の表現や英文法についてなどの著名な先生方の講演を拝見してきましたが、残念ながら文章のテクニックうんぬんを述べる程度にとどまっています。
2. 内容チェック：1) 常に本文と図表、抄録で対象subject数が一致しているか（意外とずれます）、2) 図表に重大な誤りはないか（生存曲線がおかしかったことに気づかず却下rejectされたことがありました）。3) 当然、勝手な解釈ではずれ値としてデータ削除、盗用、ねつ造、隠蔽、修正はダメです。気づかずに間違っているも、掲載後は編集社や学会で重大な罰則対象になります。重複投稿（サラミも近い）は命取り、大学academiaでは役職を失うことにもなります。複数同時に投稿することもだめで、忘れて重複投稿（例えば返信が遅い雑誌で

無視されたと思ひ込んで、別の雑誌に投稿するなども）でないか確認が必要です。ゲラ校正までに上記の問題に気づけば迅速に掲載を断る！

- * 1980年代からPC、ソフトやネットワークの変化を見てきましたが、その進歩が学会発表や論文作成には大きな恩恵を受けてきました。一方で、その手軽さから慎重さも失ってきた気がします。私はタイプライター、原稿や図表の手書き、超低速プリンターをぎりぎり経験できた世代です。次世代はAIによる自動翻訳機ですね。5年後はもう当たり前になっているかもしれないくらいの進歩です。私はそれを甘んじて受ける気持ちはあります。
- 3. カバーレター：この書き方もIssa先生から学び今も踏襲しています。編集者や査読者に英語表現で敬意を払う文章や表現が大きな収穫でした。最後にI hope that the reviewing process finds the final acceptance for publication in your journal.
- 4. オンライン投稿の方法：省略しますが、手間取っても焦らないことが大事です。
- 5. 査読結果とコメント・再投稿：待ちに待ったメールが来ました。I am pleased…なのか、I am sorryやI regret that…かで天国と地獄の差です。多くはいきなり採用ではないので、このままのスタイルでは採用できないが、査読者のコメントに一項一項point-by-pointで答えて

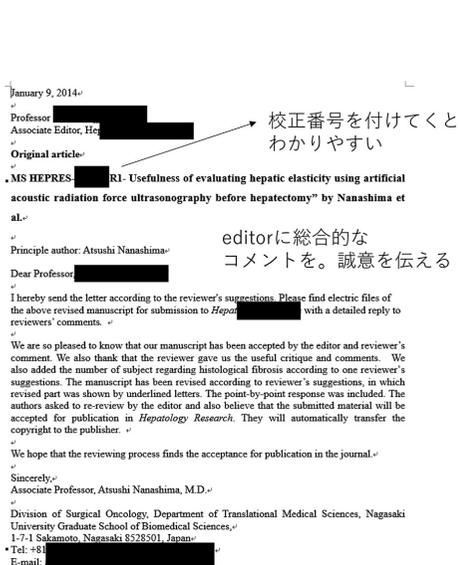
期限までに提出せよ。しかし再投稿は採用と保証されているわけではないという文面で帰ってきます。でも少しでも再投稿のチャンスがあれば、真摯に向き合えば7-8割勝ったも同然です。却下rejectならコメントで修正できる箇所を確認し、重大な問題がなければすぐ次の投稿に頭を切り替えるべきです。必ずどこかで掲載される！と信じて。

再投稿では同様に修正し、修正箇所をきちんとページ数、段落、行、フォント強調で示して編集者や査読者を不快にさせないことです(図5)。どんな辛辣な評価でも、回答の書き方で印象を良くします。掲載されるまでは耐えるのみです。余計な反論はせず、遠回しな言い訳程度で怒らせないようにします(しかしこんな私も我慢できない時がありますが、いっぱい周囲に吐き捨てた後、頭が静まって最後には穏やかに再投稿しています)。とにかく丁寧に修正、怒らない、持ち上げる、相手も人間と思いがら回答します。

昔は最初の返信に1年以上待たされたこともありましたがオンライン化が進み今はどこも、なにかも迅速ですね。さあ、うまく捲ってグラ校正proofは迅速かつ正確に(24-48時間と

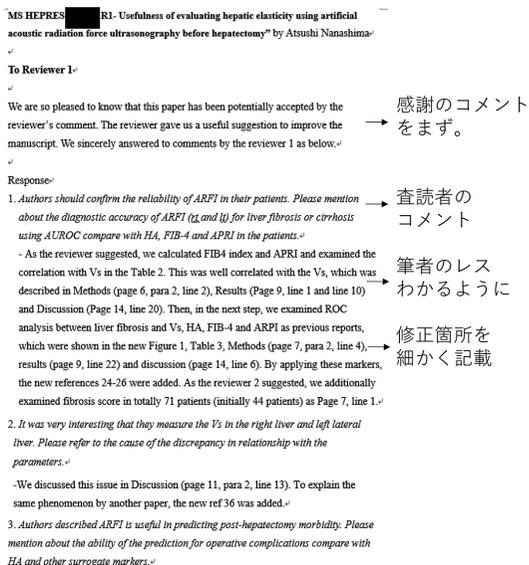
いう期限ですが焦らず)チェックします。共著者の名前を最終チェックです。昔、掲載料は小切手や海外の銀行に電信払いでしたが、今はカード払いです。ただ注意！カード情報が漏出したことがあるので公共料金などの支払いに使用しているカードは使わずに、被害が最小限の専用のカードを作成したほうがいい時代です。

6. 査読review: いずれ自分が査読するときがきます。今は年に20編位でしょう。いかに有名な著者や施設でも妥協してはいけません。オープンアクセスの時代、著者の払う論文投稿料の“搾取predatory”を目的としたハイエナ雑誌・ハゲタカ雑誌・捕食出版はお断りです。一流紙に似せた雑誌名でくることがありますが、逆に業績水増しで投稿している医師や科学者も多いようです。査読はボランティアから始まった歴史がありますが今や編集者の側では査読の引き受け手が少なく大変です。私は再投稿reviseがコメント無視で適当なら即却下します。私はかつて真剣に細かく査読したら査読者を変わってくれと論文投稿者から編集者へ依頼されたことがありました。私は英語のことはよほどでないと言いません(だって日本人だから:持論)読んで理解できないというコメントにしておき



校正番号を付けてく
わかりやすい

editorに総合的な
コメントを。誠意を伝える



感謝のコメント
をまず。

査読者の
コメント

筆者のレス
わかるように

修正箇所を
細かく記載

図5. 再投稿時のeditorや査読者への返答.

ます。また査読依頼された場合に採用・不採用のコメントを勝手に書いてはいけません。最終判断は編集者にあります。私が査読で嫌になる論文は、1) 出だし(タイトル)から面白くない、2) ストーリー性がない、3) 接続語など使って一文がやたら長い、4) やはり英語の意味が理解できない、5) 冗長な論文、6) なんとなく論文全体が雑で心がこもっていない、7) 引用が極めて少なく主観的な表現ばかり、逆に多すぎて自身の考察がほとんどない。8) 図が小さい、9) 有名な環境の下、主張が一方的。

IV. されど論文、実際はどーよ

1. 最初から素晴らしい論文が書けるわけない：誰も書き方習っていないし、有力な指導者も稀で独学が多いのが現実です。何度も投稿し、厳しいコメントを受けてきた経験しかありません。これを書きながら自分がベストなんておこがましい気持ちはありません、私見です。ただ若い皆さんは失敗を恥ずかしく思わず、でも手術と同じでミスは2度と繰り返すな！ということです。私は仕事辞め、ボケるまでいつまでも美しい英語文を追求する姿勢を持ちたいです。
2. 英論文書き出して25年何が変わったか：1) 書きだす前にストーリーを描けるようになった、2) 単純な文章で話すようになった、3) 英語は一生会得出来ません。もういいや、どうせ日本人だからと割り切ってます、4) いつも診療の場やデータをまとめている最中にいい意味での課題ネタを考えるようになりました。5) 査読者の気遣いがきるようになった、6) 国内外の先生と論文業績で交流できる喜びを得た、7) 業績としての興味は薄れ、初心である症例報告にも立ち返ってきました。8) あと定年まで目指すことは、今までの力を最大限に使

って、多くの世界中の読者に強く記憶してもらえる論文の一つは書きたいという夢があります。

V. さいごに

今回は自分が最も書きたかった論文の書き方について書かせて頂きました。この稿を書きながら自分の問題点や矛盾を見つけ、再修正していける気がわいてきました。どうぞ私見ですがご参考になれば幸いです。手術手技も英語論文の書き方・プレゼンの仕方など自身が経験してきたものを、回り道せずこれからの先生たちに会得してもらえたらというのが今の連載のきっかけでした。まだ修行の道半ばの医師の間際ながら、

年齢は重ねていることで何か人生訓なりもたねばと考えると、外科学や会社経営、仏教などの古くからの教えである有名な仏教語“鬼手仏心”からをこのような語呂合わせの造語を紹介させて頂きます。会得した技を多くの後輩に伝授しつつ、自身は篤志の行いで仏心を得る。一笑に付して頂けますと幸いです。

篤志(鬼手)
則(是)佛心(分身)

第4回は“私の考える臨床医レベルの統計解析”を掲載予定です。

著者のCOI開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし。

文 献

- 1) Word-Medex. (<https://www.word-medex.com.au/>) Accessed 2020 September 11.
- 2) A. Nanashima, A. Sakamoto, I. Sakamoto, et al. Usefulness of evaluating hepatic elasticity using artificial acoustic radiation force ultrasonography before hepatectomy. *Hepatol Res* 2014; 44 : 1308-19.