



Kekkaku

結核

▼ 読みたい項目をクリックしてください

Vol. 96 No.1 January-February 2021

原 著
会 報

1……[剖検記録から見た最近の結核臨床診断の精度](#) ■森 亨他
7……[定例理事会議事録 2020年度 第1回／第2回](#)

1……[Accuracy of Tuberculosis Diagnosis in Recent Clinical Practices Evaluated Based on the Autopsy Record Database](#)
■ Toru MORI et al.

会 告

[結核・抗酸菌症認定医・指導医および抗酸菌症エキスパートの認定](#)

結核・抗酸菌症認定医・指導医および抗酸菌症エキスパートの認定

一般社団法人日本結核・非結核性抗酸菌症学会

理事長 藤田 明
認定制度委員長 大崎 能伸
エキスパート委員長 永田 容子

2021年度日本結核・非結核性抗酸菌症学会 結核・抗酸菌症認定医・指導医，および抗酸菌症エキスパートについて
2020年12月12日開催の認定制度審議委員会において承認されましたのでここに公示します。

記

結核・抗酸菌症認定医 新規：116名（認定期間：2021.4.1～2026.3.31）

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 安藤 英治 | 猪狩 智生 | 池上 靖彦 | 池田 直哉 | 石黒 勇輝 | 磯嶋 佑 | 伊藤 弘毅 |
| 伊藤 辰徳 | 稲垣 雄士 | 井上 大輔 | 井上 健男 | 岩崎 剛平 | 氏家 秀樹 | 内田 信彦 |
| 大石 享平 | 大脇 一人 | 緒方 大聡 | 奥富 泰明 | 小澤 貴裕 | 押尾 剛志 | 小野 英也 |
| 笠原 嵩翔 | 春日真理子 | 川口 レオ | 川並 透 | 岸本祐太郎 | 木田 言 | 北島 平太 |
| 九嶋 祥友 | 國松 勇介 | 黒川 良太 | 桑原 由樹 | 公平 誠 | 小坂 充 | 小鹿 雅和 |
| 児嶋 駿 | 小林 晶子 | 小林 敬典 | 小林 信明 | 近藤 真代 | 齋藤 佐 | 齋藤 幹人 |
| 齋藤 良太 | 坂口 直 | 坂本 祥 | 佐藤 正大 | 佐藤 碧 | 澤田 凌 | 篠木 聖徳 |
| 下田 学 | 白石 英晶 | 新谷 栄崇 | 鈴木真奈美 | 鈴木 勇三 | 洲脇 俊充 | 瀬戸友利恵 |
| 相馬 亮介 | 峠岡 康幸 | 高橋 進悟 | 瀧 玲子 | 田坂 定智 | 谷野 明里 | 田村 休心 |
| 千葉 亮祐 | 塚尾 仁一 | 筒井 俊晴 | 戸根 一哉 | 富田 洋樹 | 内藤真依子 | 永井 博之 |
| 中野 哲治 | 中村 祐介 | 中安 弘征 | 軒原 浩 | 野澤 智 | 萩谷 英大 | 土師 恵子 |
| 峰巢 克昌 | 花輪 智秀 | 濱田 洋平 | 林 大樹 | 林 優介 | 原 英則 | 東 盛志 |
| 肥田 憲人 | 平田 優介 | 平野 瞳 | 廣瀬 友城 | 深田 充輝 | 福家 麻美 | 藤岡 伸啓 |
| 古部 暖 | 保坂 悠介 | 眞木 充 | 馬島 徹 | 松村佳乃子 | 松本錦之介 | 松本周一郎 |
| 松本 紘幸 | 松山 崇弘 | 松山 政史 | 三木 真理 | 美園 俊祐 | 三好 美穂 | 森口 修平 |
| 矢崎 夏美 | 矢野 潤 | 山口 雄大 | 山下 潤 | 山下 有己 | 山本 真也 | 横山 達也 |
| 渡邊 恵介 | 渡邊 俊和 | 渡邊 裕文 | 渡部 裕介 | | | |

結核・抗酸菌症認定医 更新：43名（認定期間：2021.4.1～2026.3.31）

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 池尾 聡 | 池田宗一郎 | 糸賀 正道 | 岩瀬 彰彦 | 往西 誠 | 太田 千晴 | 大月 亮三 |
| 岡田 陽子 | 笠松 紀雄 | 門田 篤 | 川口 将也 | 川崎 靖貴 | 川田 忠嘉 | 菊池 寿隆 |
| 北 俊之 | 倉堀 純 | 後東 久嗣 | 小山 祐介 | 佐藤 千賀 | 杉山 陽介 | 関谷 怜奈 |
| 竹内 典子 | 竹田 正秀 | 田邊 嘉也 | 塚平 晃弘 | 堂嶽 洋一 | 徳田 敦子 | 長井 桂 |
| 西田 敏秀 | 野寺 博志 | 濱川 正光 | 船橋 秀光 | 古内 浩司 | 増田 浩之 | 松井 啓夫 |
| 松田 周一 | 宮内 幸子 | 宮下 起幸 | 宮本 正秀 | 森田 弘子 | 柳澤 大輔 | 山岸 由佳 |
| 渡邊 直樹 | | | | | | |

結核・抗酸菌症認定医 更新：8名（認定期間：2020.4.1～2025.3.31）

| | | | | | | |
|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|
| 岡島 正明 | 佐野 将宏 | 庄司 淳 | 杉山由香里 | 外城 美江 | 中島 康博 | 西屋 克己 |
| 増田 憲治 | | | | | | |

結核・抗酸菌症認定医 更新：2名（認定期間：2019.4.1～2024.3.31）

| | |
|-------|-------|
| 副島 賢忠 | 寺尾 一郎 |
|-------|-------|

* * * * *

結核・抗酸菌症指導医 新規：31名（認定期間：2021.4.1～2026.3.31）

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 浅見 貴弘 | 市川由加里 | 井上 恵理 | 岩本 信一 | 宇佐美 修 | 倉原 優 | 呉家 圭祐 |
| 古賀 康彦 | 國東 博之 | 木庭 太郎 | 塩沢 綾子 | 竹内 章 | 田中 徹 | 天神 佑紀 |
| 長島 広相 | 中屋 順哉 | 西尾 智尋 | 野口 真吾 | 長谷衣佐乃 | 濱口 愛 | 二見 真史 |
| 堀田 信之 | 三雲 大功 | 宮川 英恵 | 森 雅秀 | 森 雄亮 | 山川 英晃 | 山崎 進 |
| 山田 充啓 | 山田 豊 | 渡邊 彰 | | | | |

結核・抗酸菌症指導医 更新：23名（認定期間：2021.4.1～2026.3.31）

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 阿部 達也 | 伊藝 博士 | 梅田 喜亮 | 大村 春孝 | 小野 昭浩 | 掛屋 弘 | 川畑 政治 |
| 菅野貴世史 | 吉川弥須子 | 小林 大介 | 古森 雅志 | 榊原 ゆみ | 澤井 豊光 | 高尾 匡 |
| 高橋 良平 | 谷野 功典 | 中尾 彰宏 | 錦織 博貴 | 畠山 暢生 | 船山 康則 | 松竹 豊司 |
| 山田 敬子 | 山根 章 | | | | | |

結核・抗酸菌症指導医 更新：1名（認定期間：2020.4.1～2025.3.31）

鮎 稔隆

結核・抗酸菌症指導医 更新：1名（認定期間：2018.4.1～2023.3.31）

藤野 忠彦

結核・抗酸菌症指導医 更新：1名（認定期間：2017.3.1～2022.3.31）

神宮 浩之

* * * * *

登録抗酸菌症エキスパート 新規：36名（認定期間：2021.4.1～2026.3.31）

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 井出 和男 | 今井 由実 | 岩井真理子 | 海野 高志 | 江口 奈々 | 江原健太郎 | 香川 貴亮 |
| 片木 千晴 | 加藤 葉子 | 金山有希恵 | 後藤 美保 | 佐藤 翼 | 荘司 智和 | 菅沢 理恵 |
| 鈴木 明美 | 鈴木 祥江 | 鈴木 直子 | 須藤 裕子 | 竹内 亜紀 | 竹下 陽子 | 竹村 美和 |
| 鶴田 佳子 | 富田 和江 | 中村翔太郎 | 西松 裕子 | 林 明子 | 東 昂翔 | 益子 溪 |
| 松尾 由美 | 松本 大輔 | 三関彩友美 | 森 凧沙 | 八木 考洋 | 矢澤 珠美 | 山本 幹典 |
| 吉田 裕子 | | | | | | |

登録抗酸菌症エキスパート 更新：14名（認定期間：2021.4.1～2026.3.31）

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 赤羽 貴行 | 嵐 ようこ | 石飛 映美 | 小川 麻子 | 神之田和久 | 小林 訓 | 佐藤 可奈 |
| 神保 智子 | 瀬戸富士子 | 妹尾千賀子 | 高原 順子 | 手塚 佳子 | 森下智代美 | 森山留美子 |

登録抗酸菌症エキスパート 更新：4名（認定期間：2020.4.1～2025.3.31）

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| 浅田 道幸 | 貝原 陽子 | 中澤 恵子 | 中出 順也 |
|-------|-------|-------|-------|

* * * * *

認定抗酸菌症エキスパート 新規：1名（認定期間：2021.4.1～2026.3.31）

難波 幸枝

認定抗酸菌症エキスパート 更新：3名（認定期間：2021.4.1～2026.3.31）

| | | |
|-------|-------|-------|
| 上村のり子 | 大嶋 圭子 | 松本 英伸 |
|-------|-------|-------|

認定抗酸菌症エキスパート 更新：1名（認定期間：2020.4.1～2025.3.31）

渋谷 俊介

剖検記録から見た最近の結核臨床診断の精度

¹森 亨 ²岡 輝明

要旨:〔目的〕最近の日本の臨床診療における結核の診断の精度を病理解剖例の臨床診断、剖検診断の比較から検討する。〔対象・方法〕日本病理剖検輯報データベースの2013年～2017年版から臨床・剖検いずれかの死因として結核が記載されている症例689例を抽出し、臨床・病理の診断の関連をみる。〔結果〕剖検で結核が主要死因であった症例のうち臨床でも結核が主要死因とされたのは38.8%、これに臨床で結核が副死因とされた例を加えると51.9%であった（感度）。剖検診断で播種性結核だった症例についてみると感度は29.3%であった。〔考察〕同様の研究を1999年～2004年に行った先行研究では、全結核、播種性結核の感度はそれぞれ55.7%、21.9%で今回とあまり変わらない。〔結論〕原資料たるデータベース標本の、一般人口からの偏りに注意が要するというものの、近年の日本の結核の臨床診断の水準をうかがわせる一つの証拠としたい。

キーワード: 結核, 精度, 病理解剖, 臨床診断

はじめに

結核対策上、早期の患者発見は、周囲への感染の予防、患者の治療予後の改善のために重要な意義がある。最近の日本では、新たな肺結核患者の78%が、患者が症状を訴えて臨床の場で診断を受けることで発見されており、結核の早期発見における日常診療の重要性はきわめて大きい。この発見過程の効果は、発症後受診までの期間（「患者の遅れ」と呼ばれる）と初診から診断までの期間（「診断の遅れ」「医師の遅れ」と呼ばれる）の要素に分けて議論されることが多いが、後者を左右するのが、いわゆる「結核診断の精度」であり、医師や診療体制の能力にかかるところとなる。本研究では、最近の結核診断の精度について、死後の病理解剖診断を基準（gold standard）として生前（臨床）診断の精度を検討した。

材料と方法

日本病理学会の「日本病理剖検輯報データベース」²⁾の2013～17年の5年間分の症例のなかから、「臨床診断」欄に「結核」が記載されている者、もしくは（剖検）「病変」欄に「結核」が記載されている者をもれなく対象と

する。このような対象個々人のデータ（年次、性、年齢、臨床診断、剖検診断）の提供を同学会から受け、これらのデータについて分析を行った。このデータベースの記載から、「臨床診断」「病変」のそれぞれについて、「結核」が病名として最初に記載されている者を臨床ないし剖検で「結核を主要死因とする例」とし、それ以外の「結核」の記載例は「副次的死因とする例」とした。データベースにおいて結核診断の再分類は、臨床、剖検ともに呼吸器結核、播種性結核・粟粒結核（以下、「播種性結核」とする）、珪肺結核、神経結核等々となっているが、本論文ではこれらを「病類」と呼ぶ。

結 果

（1）概況

検索されたデータベース収録56,047例中、「結核」が臨床診断、剖検病変の少なくとも一方に記載されていた剖検例（以下、結核例）は689例（1.23%）、そのうち剖検病変で「結核」が記載されていた例は599例、臨床では297例、双方に記載されていたのは207例であった（Table 1）。全689例中男は473例（68.7%）、女は216人（31.3%）で、感染症法による新登録患者¹⁾におけるそれ

¹⁾公益財団法人結核予防会結核研究所, ²⁾公益財団法人結核予防会複十字病院

連絡先: 森 亨, 公益財団法人結核予防会結核研究所, 〒204-8533 東京都清瀬市松山3-1-24 (E-mail: tmori-rit@jata.or.jp)
(Received 6 Nov. 2020/Accepted 17 Nov. 2020)

ぞれ60.6%, 39.4% (2017年) に比して明らかに男に偏っていた。年齢は平均77.6歳, 60歳以上が93.6%を占めており, 登録患者における71.1%よりも明らかに高齢である。また人口動態統計による結核死亡者では, 60歳以上の割合は97.5%であり⁶⁾, 本研究の結核例と似ていた。臨床診断に結核をもつ者, 剖検病変に結核をもつ者についてみても, 性・年齢の傾向は同様である。全剖検例中, 剖検により結核が主要死因とされた例の全体に対する割合は516 (対10万), 副次的死因例も含めれば1,069 (同)となる。

(2) 剖検診断から見た臨床診断の精度

Table 1は臨床, 剖検の診断を主要死因, 副次的死因に区別し, それらの関係をみたものである。全689例中臨床診断 (主要死因もしくは副次的死因) に結核をもつ者は297例, 剖検病変 (同上) に結核をもつ者は599例であった。剖検病変で結核が主要死因であった289例中, 臨床でも同様であったのは112例 (38.8%) であり, これに「結核は副次的死因」(38例, 13.1%)を加えると51.9%となる。これらは剖検病変を絶対基準gold standardとし, それを「厳しい」「緩やかな」の2段階に分けて記述した臨床診断の感度 (捕捉率) である。逆にこれらの中で

臨床診断が「結核なし」とされたのは139例, 48.1%で, これは臨床診断における見落とし率といえる。剖検病変で結核をもたない例のなかで臨床でも結核がないとされた例は55,358例 (99.8%) で, これは臨床診断の特異度である。

一方, 臨床的に結核を主要死因とした156例中, 剖検でも主要死因とされたのは112例 (71.8%) であった。これに副次的死因とされた14例 (9.0%)を加えると80.8%となる。これらは臨床診断の「厳しい」「緩やかな」陽性的中率となる。臨床的に結核がないとされた例の中で剖検病変でもそのように判定された例, すなわち陰性的中率は99.3% (55,358/55,750) である。

(3) 病類別に見た臨床診断の精度

Table 2は剖検病変の主要死因が結核であった例の結核病類を中心に, 臨床診断での結核病類 (主要および副次的死因該当例を含む) との関連をみたものである。剖検病変で結核が主要死因とされた289例中, 呼吸器結核が129例 (44.6%), 播種性結核が123例 (42.6%)と伯仲している。播種性結核の割合は結核登録では全結核中の3.5% (本研究対象年次の中間年2015年) であるので, 剖検例中の割合はこれよりも明らかに高い。関連要因とし

Table 1 Relationship between clinical diagnosis and autopsy diagnosis

| | | TB as clinical diagnosis | | | |
|-------------------------|-----------|--------------------------|---------------|-------------------|------------------|
| | | Main | Accessory | None | Total |
| TB as autopsy diagnosis | Main | 112 (38.8%) | 38 (13.1%) | 139 (48.1%) | 289 (100%) |
| | Accessory | 14 | 43 | 253 | 310 |
| | None | 30 (0.05%) | 60 (0.11%) | 55,358 (99.8%) | 55,448 (100%) |
| | Total | 156 | 141 | 55,750 | 56,047 |

Abbreviation. TB: tuberculosis

Table 2 Clinical diagnoses given to cases with subclassifications of autopsy diagnoses

| Clinical diagnosis | Autopsy diagnosis | | | | | | | Total |
|--------------------|-------------------|--------------------|-----------|----------|-------|-----------------|-------|-------|
| | Main cause | | | | | Accessory cause | No TB | |
| | Respir TB | TB (not specified) | Dissem TB | Other TB | Total | | | |
| Respiratory TB | 57 | 5 | 19 | | 81 | 37 | 63 | 181 |
| TB (not specified) | 8 | 7 | 8 | | 23 | 9 | 13 | 45 |
| Disseminated TB | 4 | | 36 | | 40 | 8 | 8 | 56 |
| SilicoTB | | | | 1 | 1 | 1 | | 2 |
| Abdominal TB | 1 | | | 3 | 4 | | 2 | 6 |
| Nervous system | | | | | | 1 | 3 | 4 |
| Bone-joint | | | 1 | | 1 | 1 | | 2 |
| Urogenital TB | | | | | | | 1 | 1 |
| Subtotal (TB) | 70 | 12 | 64 | 4 | 150 | 57 | 90 | 297 |
| No TB diagnosis | 59 | 14 | 59 | 7 | 139 | 253 | — | 392 |
| Total | 129 | 26 | 123 | 11 | 289 | 310 | 90 | 689 |

Abbreviations. Dissem: Disseminated, SilicoTB: Silicotuberculosis

て年齢との関係を見るべく、剖検病変、登録（2015年）の年齢階級別にみた全結核例中播種性結核の割合をみたのがFig.である。登録では播種性結核の割合は年齢とともに有意の傾きで上昇するが、剖検例では一定の傾向はなく、年齢によらず一様に高い。

同じく剖検病変で主要死因が結核の289例について、臨床的に主要または副次的死因をみると、呼吸器結核81例（28.0%）、播種性結核40例（13.8%）、呼吸器外結核6例（2.1%）、病類不明23例（8.0%）となっていた。

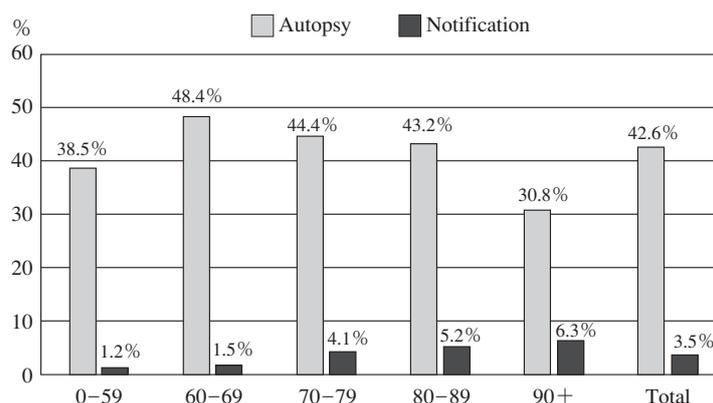
さらに、その剖検病変の病類別にみると、呼吸器結核では129例中57例（44.2%）、播種性結核では123例中36例（29.3%）、その他（珪肺結核、神経系、泌尿器系など）では11例中4例36.4%が剖検診断に一致していた（上記「緩やかな」感度に相当）。播種性結核が臨床的に診断される割合が低い。

Table 3には剖検病変による主要および副次的死因が呼吸器結核、播種性結核であったが臨床診断（主要およ

び副次的死因を含む）では結核でなかった者の診断名をみた。剖検病変が呼吸器結核であった者では呼吸器以外の疾患とされた者が59.4%を占めた。播種性結核だった者でもやはり呼吸器以外の疾患が66.7%であった。呼吸器疾患では肺炎・気管支炎がそれぞれ18.9%、20.5%で最も多かった。約13年前のデータと比較すると、呼吸器結核例では肺炎・気管支炎と誤られる例が減少し、代わりに呼吸器以外の疾患とされる例が増加している。播種性結核では逆に肺炎・気管支炎の診断が微増、呼吸器外疾患の診断が微減しているが大きな違いはない。

考 察

本研究の材料の原典である「日本病理剖検輯報データベース」は、2013～2017年には死亡例合計56,047件を収載し、これはこの間の日本の死亡全体の約0.86%にあたる。今回はこの中から条件に適合した689例を選んで分析したものである。これらは死亡例であるので、当然の



Test of trends of proportion: $P=0.00$ for notification, $P=0.15$ for autopsy

Fig. Comparison of proportion of disseminated TB cases among all forms of TB between autopsy (2013–2017) and notification (2015) according to age groups¹⁾

Table 3 Clinical diagnoses of cases who were diagnosed clinically as non-TB and as either respiratory or disseminated TB by autopsy. Comparison between two periods

| | 1999–2004 (Hoshino et al ³⁾) | | 2013–2017 | |
|---------------------------|--|-----------------|----------------|-----------------|
| | Respiratory TB | Disseminated TB | Respiratory TB | Disseminated TB |
| Pneumonia & bronchitis | 48 (30.8%) | 31 (17.7%) | 54 (18.9%) | 16 (20.5%) |
| Interstitial pneumonitis | 9 (5.8) | 6 (3.4) | 7 (2.4) | 4 (5.1) |
| Respiratory failure | 8 (5.1) | 6 (3.4) | 8 (2.8) | 0 (0.0) |
| Pneumoconiosis | 8 (5.1) | 0 (0.0) | 1 (0.3) | 0 (0.0) |
| Fungal disease | 6 (3.8) | 0 (0.0) | 5 (1.7) | 1 (1.3) |
| Lung cancer | 8 (5.1) | 3 (1.7) | 22 (7.7) | 1 (1.3) |
| ARDS | 3 (1.9) | 3 (1.7) | 4 (1.4) | 0 (0.0) |
| Empyema | 2 (1.3) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Other respiratory disease | 11 (7.1) | 0 (0.0) | 15 (5.2) | 4 (5.1) |
| Non-respiratory disease | 53 (34.0) | 126 (72.0) | 170 (59.4) | 52 (66.7) |
| Total | 156 (100.0%) | 175 (100.0%) | 286 (100.0%) | 78 (100.0%) |

Abbreviation. ARDS: Acute respiratory distress syndrome

ことながら、同時期の結核新登録患者にくらべると高齢に偏り、また男が多い。人口構成は人口動態統計の結核死亡例に近い。

本研究の直近の先行研究として、星野ら³⁾による1999～2004年（本研究より13～14年前）の、同じ日本病理剖検輯報データベースの分析がある。診断精度の近年の変化に関しては、以下この研究の知見との比較を中心に考察する。

まず結核が生前臨床でどの程度正しく診断されていたか（感度ないし臨床診断捕捉率）を、剖検病変で主要死因が結核例のうち臨床診断の主要死因も結核となっていた割合でみると38.8%、これに臨床で副次的死因が結核となっていた例を加えると51.9%であり、約13年前の星野らの51.7%に近い（星野ら³⁾のいう生前診断率、同文献Table 2から計算）。また同様の率を剖検病変による呼吸器結核の例に限定してみると44.2%、播種性結核では29.3%で、これらは星野ら³⁾の観察ではそれぞれ55.7%、21.9%であり、今回の観察では呼吸器結核では低下、播種性結核は改善している。逆に見落とし（見逃し）率は、星野ら³⁾45.7%に対して今回は48.1%とやはり近似していた。病類別にみると、見落とし率は呼吸器結核では45.7%（星野ら³⁾36.4%）、播種性結核では48.0%（同61.8%）と、呼吸器結核では見落としが増え、播種性結核で減少している。

なお、特異度は全収載症例数に基づいて計算すると99.8%となる。便宜的に緩やかな陽性基準に基づいて計算すると陽性的中率は69.7%、陰性的中率は99.3%であった。感度、特異度が上記の程度とした場合、今後結核有病率が低下するにつれて陽性的中率はさらに低下する、つまり診断の見落としが多くなると懸念される。なお、結核全体の罹患率の低下とともに播種性結核が剖検するまで診断が付きにくくなってきたことは既に1960年代の米国でも指摘されている⁴⁾。同様に、剖検で確定した結核死亡の臨床での見落とし率に関して、結核蔓延状況が日本と似ているポーランドでは1972～81年24%、1982～91年54%という報告がある⁵⁾。

このように、13年前に比して全体として臨床診断の精度はあまり変わらないが、少し掘り下げて病類別にみると微妙な変化が見えてくる。病類としてみた呼吸器結核と播種性結核の変化である。結果（Fig.）で述べたように、全症例中に占める播種性結核の頻度は42.6%と、新登録者統計からみた割合（3.5%）よりはるかに高く、また年齢にも関係しない。一般人口において、人口動態統計⁶⁾にみるように全結核死亡例中の播種性結核死亡例の割合は1960年代以降年とともに大きくなっている（1980年1.3%、1990年2.8%、2000年4.4%、2010年7.2%、2017年8.6%）。実人数においても増加傾向は明らかである

（1980年86、1990年102、2000年116、2010年154、2017年198）。このように、近年の一般人口における播種性結核の増加がまず剖検例中の当該疾患による死亡例の（相対的）増加の要因である。結核死亡全体が減少傾向にあるなか、播種性結核がこのような独自の傾向を示すのは、1999～2004年当時の症例の観察から星野らが論じていたように、近年のHIV感染者に代表される免疫抑制宿主への結核患者発生の集中⁷⁾がその重要な原因であろう。次に臨床診断の感度の違い（呼吸器結核44.2%、播種性結核29.3%）にみるように、呼吸器結核に比した播種性結核の診断のむずかしさゆえに、この病気の死亡例が死後剖検に付される割合が高くなり、相対的増加の原因になっていると考えられる。この頻度はすでに星野ら³⁾（1999～2004年）の剖検結核症例での観察（37.0%）においても高くなっているが、今回はさらに高くなり、結核のリスク集団への偏在および診断上の見落としという上記の2つの傾向の進行を示している。ただし今回は呼吸器結核の診断感度は低下しつつも播種性結核の感度は多少改善している傾向がみられ、例えばCTによる診断⁸⁾の普及など最近の医療の向上の可能性をうかがわせる。結核蔓延の状況が今の日本と同様（やや日本のほうが低い）であった1950～80年代の米国で、剖検まで診断のつかなかった例として肺結核11例、播種性結核10例を報告している⁹⁾。

今回改めて確認された結核臨床診断の感度の低さに関して、結核見逃し例の臨床診断をみると、その6～7割が肺の病変に注目されていないことが知られる。この傾向は13年前（星野ら）と比較すると呼吸器結核で悪化、播種性結核でわずかに改善している。これは上の感度の改善と軌を一にする。一方、非結核性呼吸器疾患と誤られた症例の中では「肺炎、気管支炎」が最も多かった（呼吸器結核で18.9%、播種性結核で20.5%）。播種性結核の増加と同じ背景から、胸部X線所見上も非定型的所見の症例が増加していることから、このような誤謬も起こりやすくなっていると考えられる。CTの効果的な援用、菌検査の励行などがこのような問題の軽減に有用と思われるが、基本的に重要なのは臨床一般で「結核はまだある」という意識が強化、持続されることであろう。そのための関連学会、行政の一般医療に対する効果的な働きかけにまっところは大きい。

研究の限界：今の日本で、どのような死亡例が剖検に付されることが多いのかが明らかでなく、施行は限定的・恣意的であることからくる偏りについて注意を要する。

著者のCOI（conflicts of interest）開示：本論文発表内容に関して特になし。

文 献

- 1) 厚生労働省：平成27年, 29年結核登録者情報調査年報集計結果.
- 2) 日本病理学会：病理剖検輯報データベース (<http://pathology.or.jp/kankoubutu/JSP-syuhou-db.html>) (2020年8月8日閲覧)
- 3) 星野齊之, 菅原 勇, 大森正子, 他：病理剖検輯報を用いた近年 (1999–2004) の結核死亡例の診断精度の検討. 結核. 2007; 82: 165–171.
- 4) Sahn SA, Neff TA: Miliary tuberculosis. *Am J Med.* 1974; 56: 494–505.
- 5) Rowinska-Zakrzewska E, Szopinski J, Remiszewski P, et al.: Tuberculosis in the autopsy material: analysis of 1500 autopsies performed between 1972 and 1991 in the Institute of Tuberculosis and Chest Diseases, Warsaw, Poland. *Tubercle and Lung Disease.* 1995; 76: 349–354.
- 6) 厚生労働省：人口動態調査. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei18/index.html> (2020年8月17日閲覧)
- 7) 木村 哲, 森 亨監修：「エイズ合併結核—その臨床と対策」. 新企画出版社, 東京, 2003.
- 8) 日本結核病学会編：「結核臨床ガイドライン」改訂第3版, 南江堂, 東京, 2015, 13–38.
- 9) Bobrowitz ID: Active tuberculosis undiagnosed until autopsy. *Am J Med.* 1982; 72: 650–658.

Original Article

ACCURACY OF TUBERCULOSIS DIAGNOSIS IN RECENT CLINICAL PRACTICES
EVALUATED BASED ON THE AUTOPSY RECORD DATABASE¹Toru MORI and ²Teruaki OKA

Abstract [Purpose] To determine the accuracy level of tuberculosis diagnosis in recent clinical practices in Japan, we evaluated the autopsy diagnosis reports retrieved from the autopsy record database.

[Materials and Methods] A total of 689 cases of tuberculosis diagnosed clinically or pathologically from 2013 through 2017 were extracted from the autopsy record database (Japanese Society of Pathology) and were analyzed in order to observe the relationship between clinical and pathological diagnosis and their related cause of death.

[Results] Among the cases with tuberculosis as the main cause of death diagnosed by pathology, 38.8% had been diagnosed as such clinically, with another 13.1% having tuberculosis as an accessory cause of death. The sum of these two percentages, 51.9%, gives a conventional index of the sensitivity of clinical diagnosis for all forms of tuberculosis, with pathological diagnosis being the gold standard. For miliary or disseminated tuberculosis, the sensitivity was 29.3%.

[Discussion] A previous study using the same database for cases from 1999 to 2004 showed that the sensitivities of clinical diagnosis of all forms and of miliary tuberculosis were 55.7% and 21.9%, respectively, which was not much different from our current results.

[Conclusion] Although careful attention should be paid to the wide bias of the database, the results of our analysis could help understand the accuracy level of tuberculosis diagnosis in the present-day Japan.

Key words: Tuberculosis, Accuracy, Autopsy, Clinical diagnosis

¹Research Institute of Tuberculosis, Japan Anti-Tuberculosis Association (JATA), ²Fukujuji Hospital, JATA

Correspondence to: Toru Mori, Research Institute of Tuberculosis, JATA, 3–1–24, Matsuyama, Kiyose-shi, Tokyo 204–8533 Japan. (E-mail: tmori-rit@jata.or.jp)

一般社団法人 日本結核・非結核性抗酸菌症学会

定例理事会議事録

2020年度第1回 書面開催

決済日：2020年6月15日（新型コロナウイルス感染防止の観点から緊急性がある議案のみを対象とした書面開催）

理事（36名）：藤田明理事長、齋藤・菊地・磯部常務理事、網島・大崎・高橋弘毅・阿彦・鈴木博貴・三木・猪狩・加藤・小山・権・佐々木・高橋典明・永井・船山・御手洗・桑原・山本・小川・須田・新實・長谷川好規・鈴木克洋・田中・露口・平井・松本・西井・森高・門田・藤田次郎・藤田昌樹・迎理事

監事（3名）：稲瀬・小倉・坪井監事

議案

第1号議案 2019年度決算報告・監査報告について

第2号議案 2020年度予算（案）

第3号議案 今村賞・研究奨励賞の受賞候補について

第4号議案 第95回総会の10月延期に伴う認定制度について

第5号議案 2020年度事業計画（総会会期）

第6号議案 報告事項

第1号議案 2019年度決算報告・監査報告について

2020年5月に監査が実施され、稲瀬・小倉・坪井監事3名は適正かつ正確であることを認めた。

第2号議案 2020年度予算（案）

2020年5月現在、地方会開催が不確定であるため開催収益を差し引いている。

第3号議案 今村賞・研究奨励賞の受賞候補について

1. 今村賞：応募なし

2. 研究奨励賞：受賞者2名

- ・井上恵理：原著「日本で増加傾向にある粟粒結核の予後因子の検討」（和訳タイトル，論文は英文）（本学会誌 Vol. 93 No.11-12）

- ・八木光昭：原著「肺 *Mycobacterium avium* complex 症に対するシタフロキサシン使用例の検討」（本学会誌 Vol. 93 No. 11-12）

第4号議案 第95回総会の10月延期に伴う認定制度について

新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受け、第95回総会・学術講演会の日程が2020年10月11日(日)・12日(月)に変更されることに伴い、認定制度の申請受付締切日を当初の2020年9月30日から2020年11月30日に延長する。

第5号議案 2020年度事業計画（総会会期）

第95回と第96回総会の会期延期について、それぞれ4月20日と4月27日理事会において承認された。

第6号議案 報告事項

「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）とBCGワクチンの接種に関して」（2020年4月6日）を本学会ホームページにおいて公開した。

審議結果

期限までに理事36名中32名が第1～4号議案賛成の表示があった。また、監事3名中3名の議案賛成の表示があった。

一般社団法人 日本結核・非結核性抗酸菌症学会

定例理事会議事録

2020年度第2回

日 時：2020年10月11日 17時30分～18時30分

場 所：パシフィコ横浜ノース（横浜市西区）

出 欠：出席：理事（36名中10名）藤田明理事長，齋藤常務理事，大崎・猪狩・加藤・佐々木・御手洗・小川・西井・藤田昌樹理事。小倉監事，永田，長谷川直樹委員長。（オブザーバー）中川拓第96回総会・学術講演会事務局長。

欠席により委任状（26名）：網島・高橋弘毅・阿彦・鈴木博貴・三木・小山・権・高橋典明・永井・船山・菊地・桑原・山本・須田・新實・長谷川好規・鈴木克洋・田中・露口・平井・松本・磯部・森高・門田・藤田次郎・迎理事。欠席監事：稲瀬・坪井監事。

議 案（第1回理事会にて書面審議済みの一部議案を再掲）

- 第1号議案 2019年度事業報告
- 第2号議案 2019年度決算報告・監事報告
- 第3号議案 2020年度予算案
- 第4号議案 2020年度事業計画（案）
- 第5号議案 第98回総会会長の選任について
- 第6号議案 100周年記念行事の開催時期について
- 第7号議案 名誉会員・功労会員の推薦について
- 第8号議案 学会賞
- 第9号議案 委員会報告
- 第10号議案 支部会報告
- 第11号議案 その他

齋藤常務理事より会の成立が宣言され，藤田明理事長の議長により開始。

（理事長）一般社団法人法により議事録の作成が必要であり，定款第36条「理事会に出席した理事長及び監事が署名又は記名押印しなければならない」の規定に従い，監事の小倉高志先生が議事録署名人として署名され承認された。

第1号議案 事業報告：会員状況について（齋藤常務理事）

2018年以降，退会者数が入会者数を上回っているが，会費未納のいわゆる消極的退会者が多い状況であり，対策を考えたい。

第2号議案 2019年度決算報告・監事報告

第1回理事会にて書面審査。

第3号議案 2020年度予算案

第1回理事会にて書面審査。

第4号議案 2020年度事業計画（案）

- ・第95回総会・学術講演会について（藤田明会長）
学術講演会の教育講演を本学会ホームページの会員サイトにてオンデマンド配信する予定であったが，第96回へ移行したため，その代わりとして“めがせ！エキスパート”セミナーの一部から選んでオンデマンド配信する。他学会とのジョイントシンポジウムについては当該学会のホームページで公開を希望されるかどうか調査する。（承認された。）

- ・第96回総会・学術講演会準備状況（小川賢二会長）
2021年6月18日(金)・19日(土)の日程で，学術講演会はWEB開催を考えている。一般演題も口演発表とする予定。理事会等は6月17日(木)。

- ・第97回総会・学術講演会準備状況（大崎能伸会長）
2022年7月1日(金)・2日(土)の日程で，星野リゾートOMO7旭川にて会場開催の予定。理事会等は6月30日(木)。早めに宿泊やフライトの予約をお願いしたい。

第5号議案 第98回総会会長(2023年)の選任について
推薦委員会より加藤誠也理事(結核予防会結核研究所)が第98回総会・学術講演会会長に推薦され，承認された。

第6号議案 100周年記念行事の開催時期について

本学会は1923年に設立された。審議の結果，2023年の第98回総会・学術講演会において記念行事を開催することが承認された。また，100周年記念誌について，記念誌編集委員会（仮称）を設置し発行することも承認された。委員会には本学会の歴史に詳しい名誉会員や功労会員にも入っていただく予定。

第7号議案 名誉会員・功労会員の推薦について

（社員総会へ提案）

第8号議案 学会賞

学会賞の申し合わせの改定（文言整理等）について承

認された。(研究奨励賞受賞者については第1回理事会で承認された。)

第9号議案 委員会報告

1. 編集委員会 (藤田明理事長代理)

「メディカルオンライン」を契約している施設の方は非学会員でも、発行1年未満の学会誌「結核」掲載論文を閲覧できるように本学会は「メディカルオンライン」と契約する。(承認された。)

第95回総会・学術講演会講演には、例年執筆を依頼している教育講演がなく変則的であるため、学会誌の執筆依頼対象については編集委員長と会長に一任する。

2. 治療委員会

デラマニド・ベダキリン適格性確認システムの運用状況について報告。ベダキリンについてはデラマニドとの併用が98%であったが、懸念されたQT延長などの明らかな有害事象は報告されていない。委員会報告「本邦での多剤耐性結核治療に対する考え方」を結核 Vol. 95 No. 2に掲載した。「提言：新型コロナウイルス感染症による結核医療体制への影響に鑑み」を2020年6月26日学会ホームページに掲載した。

3. 社会保険委員会

新規薬剤保険承認および適応外使用承認に関する報告。内保連「標準的医療説明の手順書 拡大版」の「結核患者の隔離」の執筆者代表を社会保険委員長とする。執筆者は治療委員会、予防委員会からの推薦者とする。2022年度診療報酬改定にかかわる新規申請項目を本年10月末までに提出してほしい。

4. 倫理委員会 (藤田明理事長代理)

「倫理委員会規程」「利益相反に関する指針(別紙)」の改定。(承認された。)

「医学研究の利益相反に関する指針」の改定について、2020年3月、「日本医学会 COI管理ガイドライン」が改

定されたことに伴い、本学会の指針を改定。(承認された。)

5. 将来計画委員会 (藤田明理事長代理)

会員獲得のため支部活動を活性化したい。各種委員会の名称・規定について再検討する。第95回学術講演会講演集に会員対象のアンケートを同封した。回答期限は10月末なので、協力をお願いする。

6. 結核診療ガイドライン統括・作成委員会 (猪狩委員長)

「結核診療ガイド」の小改訂については新ガイドライン発行までの期間を考慮した結果、見送りとする。

システマティックレビューチームを公募したところ52名の応募があった。9月末に委員会を開催し、ガイドラインの骨格が決まった。システマティックレビューチーム応募者にはCOI報告書を提出してもらい審査する必要がある。応募者を委員に任命する書面の発行を希望する。

第10号議案 支部会報告

各支部会報告は議案書参照。

支部学術講演会の抄録集に関する前回改定の申し合わせにおいて解釈に混乱が生じたため、支部学術集会申し合わせを再度改定する。(承認された。)

第11号議案 その他

- 賛助会費内規について一部の文言を改定する。(承認された。)
- 本年11月の代議員選挙、12月の理事・支部長選挙の開票立ち会い要件について、今回は特例的に開票結果についてリモートでの通信手段等による確認とした。(承認された。)
- 次回の理事会日程：2021年6月17日(木)。会場：名古屋コンベンションホール(名古屋市中村区)

以上で理事会は終了。

2020年度 定例社員総会議事録

日 時：2020年10月11日 18時50分～19時20分

場 所：パシフィコ横浜(横浜市西区)

出 欠：代議員(214名中)11名出席。欠席により委任状165名。

議 案

- 第1号議案 2019年度事業報告
- 第2号議案 2019年度決算報告・監事報告
- 第3号議案 2020年度予算案
- 第4号議案 2020年度事業計画(案)

第5号議案 第98回総会会長の選任について

第6号議案 100周年記念行事の開催時期について

第7号議案 名誉会員・功労会員の推薦について

第8号議案 学会賞

第9号議案 委員会報告

第10号議案 支部会報告

第11号議案 その他

第95回総会会長挨拶。物故会員への黙禱。

以上で社員総会は閉会。

編集委員 委員長：菊地利明 委員：網島 優，石井幸雄，伊藤 穰，下内 昭，田邊嘉也，
西井研治，宮崎英士，守 義明，山崎善隆

結 核 第 96 卷 第 1 号（1-2 月号） 隔月 15 日発行

2021 年 1 月 15 日 発行

編 集 兼 藤 田 明
発 行 人

発 行 所 一般社団法人日本結核 非結核性抗酸菌症学会

〒108-0074 東京都港区高輪4-11-24-A101

電話 (03) 6721-9983 FAX (03) 6721-9986

学会ホームページ <http://www.kekkaku.gr.jp>

© The Japanese Society for Tuberculosis and Nontuberculous
Mycobacteriosis

4-11-24-A101, Takanawa, Minato-ku, Tokyo 108-0074 Japan.

依田印刷株式会社

本誌に掲載する著作物の原著者の権利は、日本結核 非結核性抗酸菌症学会が保有します。
本会は、学会誌の複写に係る著作権管理を、一般社団法人学術著作権協会に権利委託しています。
本誌に掲載された著作物を複写される場合は、その都度、学術著作権協会より許諾を受けて複写
してください。

複写以外の許諾（著作物の引用、転載、翻訳等）に関しては、日本結核 非結核性抗酸菌症学会へ
ご連絡ください。

権利委託先：一般社団法人 学術著作権協会 (JAC)

〒107-0052 東京都港区赤坂9-6-41 乃木坂ビル 3 階

TEL：03-3475-5618 FAX：03-3475-5619 E-mail: info@jaacc.jp

投稿規程

2019年11月29日一部改訂

1. 論文は結核ならびにその周辺領域に関する学問の進歩に寄与するもので、原著、短報、症例報告、活動報告、総説、論壇、資料、通信とし、他誌に発表されていないもの。また、掲載される論文に対する査読者の意見を論説として掲載することができる。
2. 論文の採否は編集委員会の決定による。概ね受付順に掲載する。
3. 原稿は原則として、原著・活動報告・総説・資料の場合は刷上り6頁(400字詰原稿用紙25枚程度)、症例報告・論壇の場合は刷上り4頁(同15枚程度)とする。図・表及び文献もこれらに含める。ただし図は5個以内とする。上記制限をこえた場合、及びカラー写真掲載については、すべて著者負担とする。
4. 短報は刷上り2頁以内(400字詰原稿用紙10枚程度)。図は2個までとし、文献は最小限にとどめる。原著としての体裁は不十分でも、情報価値の高い研究報告の掲載を目的とする。
5. 図・表は原則として英文とする(校閲用に和文を付記)。
6. 原稿には英文抄録を添付すること。英文抄録は300ワード以内とする。英文抄録の書き方は「原稿作成について」を参照。なお、論文内容を代表し、文献索引作成に役立つと思われる用語(キーワード)5~6語を、結核用語事典等を参照して英語ならびに日本語で付記する。
7. 掲載された論文に対する意見などを「通信」の欄に掲載することがある(2000字以内)。同一主題に関する討論は1回限りとするが、その採否は編集委員会の決定による。意見は過去6カ月以内に掲載された論文に対するものとする。
8. 原稿は横書きとし、口語体を用いる。
9. 日本語化した外国語は片かなで書き、無用な外国語はさけ、雑誌名、外国人名等のやむをえないものは原語(活字体)のままとする。
10. 引用文献については、本文に引用された順に番号を付し、末尾に一括して、著者名(3名まで):題名. 誌名(一般に通用する略称でよい). 年(西暦); 卷:頁-頁. の順に掲載する。単行本の場合は、著者名(上記に準ずる):題名. 書名(邦文の場合は特に「」をつけること)、版数、編者名、発行所、発行地、年(西暦)、引用頁. の順に記載する。

例:(定期刊行物)

- 1) 木野智慧光, 佐藤瑞枝, 岩崎龍郎, 他: 非空洞性肺結核に対するINH・RFP2剤併用による短期化学療

法(9カ月)の治療成績ならびに遠隔成績. 結核. 1991; 66: 291-297.

- 2) Samson PC, Barnwell J, Litting J, et al.: Tuberculous tracheobronchitis. JAMA. 1937; 108: 1850-1855.
- 3) Wiegshaus EH: Evaluation of the protective potency of new tuberculosis vaccines. Rev Infect Dis. 1989; 11 Suppl 2: S484-90 (19 ref.)

(単行本)

- 4) 松岡緑郎, 玉田太朗: 咯血, 血痰. 「診断ハンドブック」, 第1版, 中尾喜久監修, 南江堂, 東京, 1985, 86-87.
- 5) Heightsman ER, Raasch BN: Diseases of the pleura. In: The Lung, 2nd ed., Heightsman ER, ed., C.V. Mosby Co., Toronto, 1988, 502-540.

引用論文数は原則として、原著30編以内、症例報告20編以内、総説は制限なし、短報は6編以内とする。

11. 度量衡の単位の書き方は、

例: m, cm, mm, ml, kg, g, mg, μ g等を用いる。

12. 査読の後、著者返送された原稿の再投稿期間は60日以内とする。60日を経て再投稿された場合は新投稿とする。

13. 投稿方法は、ScholarOne オンライン査読システムからとする。

14. 別刷は著者の希望により校正時に申し込むこと。費用は著者負担とする。

15. 本学会誌に掲載された記事、または論文の内容に関する責任は原則的には著者にあり、必ずしも学会の公的見解ではない。但し、著作権(=著作財産権, Copyright)は、日本結核・非結核性抗酸菌症学会に帰属する。

16. 著作権使用については届け出を必要とする。

掲載論文の著作権使用料 3,000円×頁数+10円*×部数
(*当学会賛助会員は5円)

17. 全文を英文で投稿することができる。

投稿分類の定義

基本：結核ならびにその周辺領域に関する学問の進歩に寄与するもの

| | 種類 | 内容 | 掲載頁数 |
|----|----------------------------|--|--------------------------|
| 1. | 原著 Original article | これまでになされていない実験、観察に基づくオリジナリティのある成果と深い考察に基づく論文 | 6頁，図5個以内 (図・表：英) |
| 2. | 短報 Short report | 情報価値の高い研究報告と小論文 | 2頁，図2個以内 (図・表：英) |
| 3. | 症例報告 Case report | 貴重な症例や臨床的な経験の報告 | 4頁，図5個以内 (図・表：英) |
| 4. | 活動報告 Activity report | フィールド実践活動・保健看護活動などの価値ある報告 | 6頁，図5個以内 (図・表：英 or 和) |
| 5. | 総説 Review article | ある課題に関する網羅的な解説(文献)と議論 | 6頁，図5個以内 (図・表：英) |
| 6. | 論壇 Opinion | 研究，活動，政策などに関する議論や提言 | 4頁，図5個以内 (図・表：英) |
| 7. | 資料 Materials | 有用な資料 | 6頁，図5個以内 (図・表：英) |
| 8. | 通信 Letter-to-the Editor | 過去6カ月以内に学会誌に掲載された論文に対する意見，学会参加報告，見聞録など | 2000字以内 図表なし |
| 9. | 論説 Editorial | 掲載される論文に対する査読者の意見 | 4000字以内 |

原稿作成についてのお願い

2019年11月29日一部改訂

1. 原稿の体裁

- ①投稿分類・題，②著者および共著者(10名以内)，全員の所属，連絡先(氏名・所属・住所・E-mailアドレス)，③キーワード(和)，④和文抄録(掲載用500字以内)，⑤本文，⑥文献，⑦図・表の順に③④⑤⑥⑦は頁を替えて組む。①②を第1ページとしたページ番号を記入し，行番号を第1ページからの通し番号で付加する。
- 英文抄録は，⑧題，⑨著者および共著者，全員の所属，連絡先(氏名・所属・住所・E-mailアドレス)，⑩キーワード(英)，ランニングタイトル(スペースを含む30文字数以内)，⑪英文抄録の順に，⑪は頁を替えて組む。ただし，保健看護に関わる活動報告については英文抄録は添付しなくともよい。
- 英文原稿の場合，タイトルは前置詞，冠詞，接続詞以外は大文字。ただし，タイトルの副題またはただし書き，カッコ内の文等は最初のみ大文字(表も同様)。
- 原著・短報の抄録(和文・英文)は目的，対象，方法，結果，考察，結論等を項目立てにする。
- 図・表の書き方(原則的に英文)：
 - 図表はできるだけ簡略にし，それに付する用語もできるだけ短くすること。
 - 表の各欄を分ける横罫，縦罫は，できるだけ省く。
 - 図の線・面種は，明確に区別できるものにする(データがある場合は添付)。
 - 図・表は，本文中に挿入箇所を明示する。
 - 表タイトルは上に，図と写真のタイトルは下につける。
 - 表，図中の説明文および単語等は最初のみ大文字。

- 略語の用い方：本文中で最初に用いる時は全記のあと()内に記す。図表で略語を用いる場合は，最初の図表のみ略語と全記を脚注に記す。結核用語事典もしくは日本医学会用語辞典の略語を用いる。
- ホームページ等からの引用については，(URL/アクセス年月日)を記載すれば使用可とする。読者が閲覧不能な文献は引用文献として認めない。
- 「資料」を投稿する際，データ以外については，目的，考察，結論等を記載する。
- データ共有に関するポリシー。「結核」では，論文に用いられているデータの共有を著者をお願いしています。特に，投稿される論文に臨床試験データが含まれるような場合には，著者は論文内に下記の内容を含むデータ共有ステートメントを記載してください。
 - 非特定化された試験データの可否
 - 誰に共有されるのか
 - データが共有されるまでの流れ
 - 共有されるデータの種類
 - 共有される関連文書
 - いつデータが共有されるのか

〔付記〕

- 投稿された論文全てはレフェリー2人による査読を行う(特別に編集委員会から依頼した原稿を除く)。
- 英文は英語に堪能な人の校閲を受けること。
- 招請講演，特別講演，会長講演，教育講演，シンポジウム等の構成は別に定める。
- 支部学会の一般演題抄録は本文200字以内，特別講演・シンポジウム等は1200字以内。

共著者の同意書

著者 _____ 会員番号： _____

論文名 _____

私は本論文の共著者として投稿することに同意致します。

共著者氏名 _____ 会員番号： _____ 年 月 日

様式1 日本結核 非結核性抗酸菌症学会誌「結核」：自己申告による COI 報告書

筆頭著者名： _____

共著者名(本人、但し、集計の際は全員)： _____

論文題名： _____

(投稿時、学会員・非学会員の別を問わず、著者全員は、投稿時から遡って過去1年間以内での発表内容に関する企業・組織または団体とのCOI状態を記載し、筆頭著者へ提出。筆頭著者は各報告書を集約し、本報告書を作成し、著者全員のCOI報告書と共に事務局に提出する)(なお、1年間とは1月から12月までとする)

| 項目 | 該当の状況 | 有であれば、著者名：企業名などの記載 |
|---|-------|--------------------|
| ①顧問 営利企業との契約に基づいた有償の顧問 | 有・無 | |
| ②株式の利益 1つの企業から年間100万円以上、あるいは当該株式の5%以上保有 | 有・無 | |
| ③特許使用料(特許等に係るロイヤリティ収入を含む) 1つにつき年間100万円以上 | 有・無 | |
| ④講演料 1つの企業・団体から年間合計50万円以上 | 有・無 | |
| ⑤原稿料 1つの企業・団体から年間合計50万円以上 | 有・無 | |
| ⑥寄付金(奨学寄附)等の総額 1つの企業・団体からの研究経費を共有する所属部局(講座、分野あるいは研究室など)に支払われた年間総額が200万円以上 | 有・無 | |
| ⑦委受託研究(治験を含む)の総額 1つの企業・団体からの奨学寄付金を共有する所属部局(講座、分野あるいは研究室など)に支払われた年間総額が200万円以上 | 有・無 | |
| ⑧企業等が提供する寄付講座 (企業などからの寄付講座に所属している場合に記載) | 有・無 | |
| ⑨裁判等における専門的助言・証言 1つの企業・団体から年間100万円以上 | 有・無 | |
| ⑩旅費、贈答品等の受領 1つの企業・団体から年間5万円以上(学会からの旅費は含まない) | 有・無 | |

(本COI申告書は論文掲載後2年間保管されます)

(申告日) 年 月 日

Corresponding author (署名) _____

日本結核 非結核性抗酸菌症学会誌「結核」：自己申告による COI 報告書の 記載方法について

- 1) 投稿前に、筆頭著者は共著者全員から、様式 1（日本結核 非結核性抗酸菌症学会誌「結核」：自己申告による COI 報告書）を集める。
- 2) 筆頭著者は、集めた全員の COI について、代表して、様式 1 の各項目に該当するものがあればすべて転記する。書ききれない場合は、別紙にし、様式 1 と一緒にまとめて提出する。
- 3) 最後に、集計した申告書に Corresponding author の署名、捺印をし、提出する。
- 4) 投稿時に、様式 1 の自己申告による COI 報告書は、学会事務局内 COI 担当者まで提出する（投稿時に論文に同封し、事務局宛送付でも可）。
- 5) 原則、投稿時、筆頭著者は共著者全員分の申告書及び集計した申告書 1 枚（共に様式 1：自己申告による COI 報告書）を提出することとなる。

本自己申告は平成 25 年 1 月から開始する。

本報告書の記載事項（あるいはその一部）は、掲載誌に記載される。

<記入例>

- (1) 著者名：筆頭著者を先頭に、順に共著者を記載する。

○○○夫，□□□子，△△△代，●●●郎

報酬額：○○○夫：アルプス製薬，△△△代：ヒマラヤ試薬

- (2) 旅費・贈答品等の受領：有 ○○○夫：穂高財団 ●●●郎：北岳協会

以上 内科学会の例に基本的には倣う。

ご不明な点がございましたら、事務局までお問い合わせください。

照会先：日本結核 非結核性抗酸菌症学会事務局

TEL：03-6721-9983 FAX：03-6721-9986 E-mail: info@kekaku.gr.jp