

第Ⅱ章 ガイドライン 作成方法

1 急性腹症診療ガイドラインの改訂の必要性

急性腹症は腹部および腹部以外のさまざまな疾患によって引き起こされる病態で、時に致命的な場合もあり、適切かつ迅速な治療が必要である。急性腹症診療ガイドラインが初めて発表されたのは2015年3月である¹⁾。初版は日本腹部救急医学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本医学放射線学会、日本産科婦人科学会、日本血管外科学会によって作成され、108の臨床的疑問を設定した。診療は新たな知見の出現や医療環境の改善により進歩し、診療ガイドラインもそれに伴って改訂が必要であり、発刊後の評価と約5年ごとの改訂が重要視されている^{2,3)}。

2022年の調査では、関連学会員に対する周知率は60.9%であり、2014年の調査との比較を行うと特定の診断・治療実践の増加が確認されたが、2-step methodの使用、超音波検査の実施、教育機会については不十分とされた⁴⁾。これに基づき、病院総合診療医の視点と超音波検査の推進が期待され、日本病院総合診療医学会、日本超音波医学会、日本超音波検査学会の参画が依頼され、38名の委員で改訂委員会が組織された。新たに教育コンテンツ班を設置し、改訂作業と公聴会を経て、改訂版が出版された。

改訂委員会では、オンラインを中心とした改訂委員全員がそれぞれの役割を果たし、初版の108の臨床的疑問を整理し、初版で不十分であった部分を改善し、改訂内容を広く周知できる方法を検討し、多くの医療関係者、学生、患者・家族に理解してもらい、現場で実践できる学習コンテンツを加えた。若手医療者からベテランまで、現場での急性腹症の対応の際だけでなく、学び直す際にも使用してもらうことを願っている。

2 本診療ガイドラインおよび改訂版の目的

この改訂診療ガイドラインの目的は初版と同様に急性腹症での的確な診断と初期対応を行うための指針を示し、診療の質や効率を向上させ、急性腹症患者の予後や生活の質を向上させることである¹⁾。

なお、改訂版は、初版に対する評価で不十分とされた2-step methodの使用、超音波検査の実施、教育機会について診療ガイドラインの改善を行っており、改訂内容をわかりやすく伝え、医学生を始め教育コンテンツとして利用してもらうために、「シナリオ動画と確認チェックリスト」を付しており、医学生、臨床研修医に対する教育機会の提供も目的の一つである。

3 対象利用者

急性腹症を診療する医療従事者(プライマリ・ケアから高次救急での診療者)に加えて医学教育者を追加する。

4 対象疾患

本診療ガイドラインは急性腹症患者全般を対象としているが、成人とし、対象疾患は非外傷性の急性腹症に限定したものとする。

5 本診療ガイドラインを使用する場合の注意事項

本診療ガイドラインでの推奨はあくまでも現在までの各医療行為の重要なアウトカムに関するエビデンス総体の質の他に、益と害のバランス、患者の希望、コスト、日本での診療内容、保険制度などの医療状況を考慮

し、推奨度を決定した。診療ガイドラインはあくまでも最も標準的な指針であり、実際の診療行為を決して強制するものではなく、施設の状況(人員、経験、機器等)や個々の患者の個別性を加味して最終的な対処法を決定すべきである。

急性腹症および頻度の高い疾患(例えば、腸閉塞、急性虫垂炎)の定義や診断基準については、国内外の文献をもとに日本の医療の実態を考慮して本改訂診療ガイドラインで再定義した。

また、診療ガイドラインの記述の内容に関しては学会が責任を負うものとする。しかし、診療結果に対する責任は直接の治療担当者に帰属すべきものであり、学会は責任を負わない。

今回は、本改訂ガイドラインをより効果的に学んでもらうために、「シナリオ動画と事前・事後確認チェックリスト」を参考資料として、二次元コードで閲覧および回答できるようにした。5つのシナリオを体験することで、本改訂ガイドラインの要点を模擬患者で体験できるように設定しているので、ぜひ利用してほしい。

シナリオ動画と事前・事後確認チェックリスト



- ケース1 急性虫垂炎
- ケース2 超緊急シナリオ 肥満
- ケース3 腸閉塞
- ケース4 非特異的腹痛(NSAP)
- ケース5 診断困難例

<https://www.igaku-shoin.co.jp/book/detail/115447#tab5>

6 診療ガイドラインの作成・改訂過程

1) 初版作成・出版

初版はEBMの概念を中核にし、日本腹部救急医学会(平田公一理事長、真弓俊彦委員長)と、日本プライマリ・ケア連合学会(丸山泉理事長、田妻進副委員長)とで腹部救急疾患診療における専門家からガイドライン作成委員会を構成して、より客観的にエビデンスを抽出すべく文献検索および評価作業を行った。ガイドライン案の概要を3回の公聴会、内部および外部評価委員での評価、関連学会のホームページでの公開とパブリックコメント募集および、さらなる修正の上、2015年に発刊に至った¹⁾。

2) 初版の影響・普及の評価・利用者の意見

改訂版の作成に先立ち、初版出版後の臨床、学術および医学教育への影響の評価を得るため、急性膵炎診療ガイドラインにおけるアンケート調査^{5,6)}に準じて、日本腹部救急医学会と日本プライマリ・ケア連合学会の評議員、または一般会員を対象にアンケート調査を実施し、2014年にすでに取得していたアンケート調査と比較を行い、書籍販売数、Mindsアクセス数、被引用文献のレビューを行った⁷⁾。その結果(1)回答者の60.9%が初版診療ガイドラインを認識し、64%の診療内容が変化し、周知群でより変化した。2-step methodの実践は乏しく、教育機会は不十分と回答された。2014年に比べ1か所での腹部聴診、打診痛、腹壁圧痛試験、血中プロカルシトニン測定、疼痛管理、腹部大動脈破裂の転院調整が増加し、超音波検査の実施は減じた。(2)書籍は発刊月に最も販売され、Mindsは安定してアクセスされていた。(3)初版は105編で引用され、普及し、診療行動を変化させたが、改善の必要性も示された。

3) 2025年版(改訂2版)本診療ガイドライン作成

改訂2版は、「8 診療ガイドライン改訂方法」に示す手順で診療ガイドライン案を作成した。公聴会、外部評価委員会での意見を参考に改訂を加え、2025年3月に刊行した。詳細は、序文、本文を精読されたい。

7 診療ガイドライン改訂出版委員会

1) ガイドライン作成団体

- ・日本腹部救急医学会(理事長：吉田雅博)
- ・日本医学放射線学会(理事長：富山憲幸)
- ・日本プライマリ・ケア連合学会(理事長：草場鉄周)
- ・日本産科婦人科学会(理事長：加藤聖子)
- ・日本血管外科学会(理事長：東 信良)
- ・日本病院総合診療医学会(理事長：田妻 進)
- ・日本超音波医学会(理事長：飯島尋子)
- ・日本超音波検査学会(理事長：尾羽根範員)

2) 診療ガイドライン改訂出版委員(各学会内では五十音順)

学会	委員	所属
日本腹部救急医学会	小豆畑丈夫	医療法人青燈会小豆畑病院/日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野
	狩野謙一	京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻
	関根慎一	富山大学 消化器・腫瘍・総合外科(第二外科)
	佐藤 雄	東邦大学医療センター佐倉病院 外科
	佐藤格夫	愛媛大学 救急医学
	西館敏彦	JR 札幌病院 外科・こう門外科・乳腺外科
	播摩 裕	愛媛大学 救急航空医療学
	真弓俊彦 (担当理事)**	地域医療機能推進機構(JCHO)中京病院 ICU 診療部
	貝田佐知子	滋賀医科大学 外科学講座
	辻川知之	独立行政法人公立甲賀病院 消化器内科
	高山祐一	大垣市民病院 外科
	前田重信	福井県立病院 救命救急センター
	三原 弘*	札幌医科大学 医療人育成センター 教育開発研究部門(医学部総合診療医学講座兼任)
	山岸俊介	国際医療福祉大学市川病院 消化器外科
	山田岳史	日本医科大学 消化器外科
吉田雅博 (理事長)	国際医療福祉大学 消化器外科学教室	
日本医学放射線学会	井上明星	滋賀医科大学 放射線科
	亀井誠二**	JA 愛知厚生連海南病院 放射線診断科
	近藤浩史*	帝京大学医学部 放射線科学講座
	渡口真史	沖縄県立中部病院 放射線科
	和田慎司	聖マリアンナ医科大学 放射線診断・IVR 学講座
日本プライマリ・ケア 連合学会	原田 拓**	練馬光が丘病院 総合診療科
	矢吹 拓*	栃木医療センター 内科
日本産科婦人科学会	阿部修平**	長崎大学 産婦人科
	三浦清徳*	長崎大学 産婦人科
日本血管外科学会	重松邦広**	国際医療福祉大学三田病院 血管外科
	前田剛志*	国際医療福祉大学成田病院 血管外科

日本病院総合診療医学会	伊藤公訓	広島大学病院 総合内科・総合診療科
	瓜田純久	瓜田医院(青森)/東邦大学(名誉教授)
	田妻 進*	JR 広島病院
	宮森大輔**	広島大学病院 総合内科・総合診療科
日本超音波医学会	亀田 徹**	栃木県済生会宇都宮病院 超音波診断科
	畠 二郎*	川崎医科大学 検査診断学
日本超音波検査学会	刑部恵介*	藤田医科大学 医療科学部 生体機能解析学分野
	丸山憲一**	東邦大学医療センター大森病院 臨床生理機能検査部

*：委員長，**：副委員長

システムティックレビューチーム員(委員はシステムティックレビューチームを兼ねる。システムティックレビューチーム員は推奨の投票は行わない)

学会	委員	所属
日本腹部救急医学会	井上祐真	阪和記念病院 消化器内科/富山大学 第三内科
	神野 敦	札幌医科大学 総合診療医学講座
	藤野紘貴	函館五稜郭病院外科

3) ガイドライン評価委員会(各学会内では五十音順)

学会等	委員	所属
日本腹部救急医学会	岡本好司	北九州市立八幡病院
	木村康利	札幌医科大学 消化器・総合、乳腺・内分泌外科
日本プライマリ・ケア連合学会	南郷栄秀	社会福祉法人聖母会 聖母病院 総合診療科
日本産科婦人科学会	永井立平	高知大学医学部産科婦人科学講座
日本血管外科学会	工藤敏文	東京科学大学 血管外科
日本病院総合診療医学会	大塚文男	岡山大学大学院医歯学総合研究科 総合内科学分野
日本超音波医学会	木暮宏史	日本大学医学部内科学系消化器肝臓内科学分野
	眞部紀明	川崎医科大学 検査診断学(内視鏡・超音波)
日本超音波検査学会	森 貞浩	相模原赤十字病院 検査部生理検査課
	米山昌司	静岡県立静岡がんセンター 生理検査室
日本消化器病学会	良沢昭銘	埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科
日本消化器外科学会	田中千恵	名古屋大学医学部附属病院消化器・腫瘍外科
日本救急医学会	金子直之	深谷赤十字病院 外傷・救命救急センター
	森下幸治	東京科学大学病院 救急救急センター
日本臨床救急医学会	井上潤一	日本医科大学武蔵小杉病院 救命救急科
	藤見 聡	大阪急性期・総合医療センター 高度救命救急センター 救急診療科
弁護士代表	柴田義朗	医療事故情報センター理事長
患者代表	大谷正身	公益財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団事務局長

8 診療ガイドライン改訂方法

1) 企画(スコープ)

診療ガイドライン改訂出版委員会(以下、本委員会)は、まず、2014年と、2022年のアンケート調査、書籍販売数、Mindsアクセス数および被引用文献を詳細に検討した⁷⁾。その結果、初版診療ガイドラインは十分に周知されたと考えられた。また、1か所での腹部聴診、打診痛、腹壁圧痛試験、血中プロカルシトニン測定、疼痛管理、腹部大動脈破裂の転院調整が増加し、初版の推奨内容の多くが十分実施されていることが確認され

た。一方で、超音波検査の実施は減じており、コロナ禍を含めた医療状況の変化のためか推奨とは逆の方向の変化も観察された。また、腸閉塞とイレウスの定義について保険病名は変わっていない等の現状から、2020年までの医師国家試験の出題文⁸⁾、学会の演題抄録内においても混同がみられる状態であった。これらの結果をもとに、初版のクリニカルクエスチョン(Clinical Question: CQ)に加えて、新たなCQを検討した。

2022年11月第1回ガイドライン改訂委員会で作成基本方針と作成スケジュールの確認が行われ、ガイドラインはGRADE(The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)システムの考え方を取り入れて作成することとなった⁹⁾。

2) クリニカルクエスチョン(CQ)作成と文献検索

本委員会は、企画(スコープ)で検討された重要臨床課題に基づき、初版で用いたCQに対しては、初版時の検索最終日から再検索日までの間の文献を加えてシステムティックレビューを行い、CQの再検討および周知度と委員合意度が高くかつ、推奨を変えうるほどの新規の文献がないCQをBackground Question(BQ)とした。設定された新規CQに対しては、2013年から2022年までシステムティックレビューを行った。その結果、十分なエビデンスが存在する、あるいは、自明の事項で今後、RCTなどが行われることがないと思われるものはBQとし、検索時点では十分なエビデンスがなく明確な推奨を提示できないものはFuture Research Question(FRQ)とした。同年12月の第2回会議から2023年3月の第4回までで、初版のCQすべてに対して再度のシステムティックレビューが実施され、78個のBQ、5個のFRQ、15個のCQに整理された。

改訂版では初版と同じキーワードを用いて担当委員とシステムティックレビューチーム員が検索期間を初版の検索日である2013年5月から、2023年2月に修正し実施した。新規CQについては、検索可能日から2023年2月までCQからキーワードを抽出し、学術論文を収集した。検索期間外の文献は検索期間外論文として取り扱った。

ハンドサーチで列挙された文献は、ハンドサーチ論文として取り扱われた。データベースは、PubMed, Cochrane Library, 医学中央雑誌を用いた。検索式等のシステムティックレビューレポートをホームページに公開する*。なお、収集した論文のうち、ヒトまたはhumanに対して行われた臨床研究を採用し、動物実験や遺伝子研究に関する論文は除外した。患者データに基づかない専門家個人の意見はExpert Opinion(EO)として参考にした。

*以下の二次元コードから閲覧可能。



システムティックレビューレポート

<https://www.igaku-shoin.co.jp/book/detail/115447#tab5>

3) システマティックレビュー(エビデンス総体の評価)の方法

エビデンス総体の評価は以下の手順で行った。Minds のホームページに掲載されている、システマティックレビューテンプレートを用いて CQ の特性に合わせて、エビデンス総体の評価(SR-7)、定性的システマティックレビュー (SR-9)などのテンプレートを用いて実施した。ホームページに公開している。(前掲の二次元コードから閲覧できる)

(1) CQ から益と害のアウトカム抽出

CQ に対する推奨文を作成するため、CQ ごとに「益」のアウトカムのみでなく「害」のアウトカムも含めて抽出し、各重要度を提示した。

(2) 各文献の評価：構造化抄録の作成

CQ ごとに検索された各論文を一次、二次選択を通じて選別し、文献の研究デザインの分類¹⁰⁾ (表 II-1)を含め、論文情報を要約した。症例対照研究、コホート研究、横断研究を観察研究(observational study ; OS)とし、臨床症例の集積を行って解析した研究は症例集積研究(case series ; CS)とした。

次に、個々の試験や観察研究に対して、バイアスのリスク(論文としての偏り)を判定した。なお、急性腹症の領域においては、ランダム化比較試験は少数であり、診断精度の文献が多かった。

(3) 推奨を支えるエビデンスの確実性の定義方法

CQ に対する推奨文を作成するために下記の作業を行った。

- a. まず、上記(1)で提示されたアウトカムごとに、(2)で評価された個々の論文を総合して評価・統合した「エビデンス総体(body of evidence)」として評価した(表 II-2, II-3)。エビデンス総体としての評価は、GRADE システムの考え方を参考にして行った^{9,11)} (表 II-2)。
- b. 次に、上記 a の「アウトカムごとのエビデンス総体」を総括して、1つの CQ に対する総括としてのエビデンスの確実性を決定し、表記した(表 II-3)¹¹⁾。なお、BQ におけるエビデンスの確実性は評価されたものについて記載した。

また、論文では有用性が示されていても、保険適用外の場合には解説の中に明記した。

4) 推奨の強さの決定

システマティックレビュー作業によって得られた結果をもとに、治療の推奨案を作成した。推奨の強さを決めるためにコンセンサス会議を開催し、オンライン投票を繰り返した。

表 II-1 研究デザイン分類

各文献へは下記7種類の「研究デザイン」を付記した。	
CPG	Clinical practice guidelines : 診療ガイドライン
SR	Systematic review : システマティックレビュー
MA	Meta-analysis : RCT のメタ解析
RCT	Randomized controlled trial : ランダム化比較試験
OS	Observational study, Cohort study, Case control study, Cross sectional study : 観察研究, コホート研究, 症例対照研究, 横断研究
CS	Case series, Case study : 症例集積研究, 症例報告
EO	Expert opinion : 専門家の意見*

*患者データに基づかない専門委員会や専門家個人の意見は、本ガイドラインではEOとして作成の参考にした

(福井次矢, 山口直人監, 森實敏夫, 吉田雅博, 小島原典子編. Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2014, 医学書院, 東京, 2014. より引用改変)

表Ⅱ-2 アウトカムごと、研究デザインごとの蓄積された複数論文の総合評価

1) 初期評価：各研究デザイン群の評価
SR(システマティックレビュー), MA(メタ解析), RCT群=初期評価「高(A)」 OS(観察研究)群, CS(症例集積, 症例報告)群=初期評価「低(C)」 CPG(診療ガイドライン), EO(エキスパートオピニオン)=初期評価「非常に低(D)」
2) エビデンスレベルを下げる要因の有無の評価
研究の質にバイアスリスクがある ・結果に非一貫性がある…複数の論文間で結論が異なる ・エビデンスの非直接性がある…論文内容とCQ間でずれがある, または論文内容を, 日本の臨床にそのまま適応できない(医療保険等) ・データが不精確である…症例数が不十分, または予定例数に到達しない ・出版バイアスの可能性が高い…都合のいい結果のみが報告されている
3) エビデンスレベルを上げる要因の有無の評価
・大きな効果があり, 交絡因子がない…全例に大きな効果が期待される ・用量-反応勾配がある…用量を増やせば, さらなる効果が期待できる可能性のある交絡因子が, 真の効果をより弱めている
総合評価：最終的なエビデンスの確実性「高(A), 中(B), 低(C), 非常に低(D)」を評価判定した。

(Balslem H, Helfand M, Schünemann HJ, et al. GRADE guidelines : 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol 2011 ; 64 : 401-406. より引用改変)

表Ⅱ-3 エビデンスの確実性

高：質の高いエビデンス	真の効果がその効果推定値に近似していると確信できる。
中：中程度の質のエビデンス	効果の推定値が中程度信頼できる。 真の効果は, 効果推定値におおよそ近いが, 実質的に異なる可能性もある。
低：質の低いエビデンス	効果推定値に対する信頼は限定的である。 真の効果は, 効果の推定値と, 実質的に異なる可能性がある。
非常に低：非常に質の低いエビデンス	

(Balslem H, Helfand M, Schünemann HJ, et al. GRADE guidelines : 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epi- demiol 2011 ; 64 : 401-406. より引用改変)

推奨の強さは, ①エビデンスの確かさ, ②患者の意向・希望, ③益と害, ④コスト評価, の4項目を評価項目とした。コンセンサス形成方法は, Delphi法, もしくは, GRADEの推奨決定方法, nominal group technique(NGT)法に準じて投票を用い, 80%以上の賛成をもって決定した⁹⁾。一方, 1回目で80%に達しない, 達していても逆方向の投票者が発生した, または, 「選択できない」への投票者が発生した場合は, 結果を公表し, 協議の上推奨文の文言調整を行い投票を繰り返した。2回目以降は「実施する」あるいは「実施しない」の同じ方向で80%以上の賛成が得られた場合には「提案する/しない」とした。表Ⅱ-4に示す推奨の強さを決定し, 本文中の囲み内に明瞭に表記した。推奨の強さの表記方法は「強い推奨」, 「弱い推奨」の2通りとし, 「推奨する」と「提案する」という文言を利用した(表Ⅱ-4)¹²⁾。

5) Clinical question(CQ), Background question(BQ), Future research question(FRQ)

本診療ガイドラインでは, Clinical question(CQ)以外に, Background question(BQ), Future research question(FRQ)を設けた。初版CQで推奨度が高く, アンケート調査での実施率が高く, 改訂時に再度システ

表Ⅱ-4 推奨の強さの表現とその意味

強い推奨	
“実施する”ことを推奨する	“実施しない”ことを推奨する
弱い推奨	
“実施する”ことを提案する	“実施しない”ことを提案する

(Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, et al. GRADE guide- lines : 14. Going from evidence to recommendations : the significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol 2013 ; 66 : 719-725. より引用改変)

表Ⅱ-5 CQ に対する回答を GPS として提示する要件

(i) 提示が明確であり，実行可能である。
(ii) 臨床の質の向上において特に必要なターゲットとなる
(iii) 関連するすべてのアウトカムが向上する結果を考慮した上で，GPS を導入することが広範な有益性をもたらす
(iv) エビデンスを収集し続けて発表するのはガイドラインパネルの労力の無駄遣いである (機会費用が大きい)
(v) 関連する適切な検討の枠組みを提供するために適切な理論的根拠および正味の利益が大きい

(Guyatt GH, et al. Guideline panels should seldom make good practice statements : guidance from the GRADE working group. J Clin Epidemiol 80 : 3-7, 2016. から改変引用)

マティックレビューを行っても，推奨を変化させるような重要文献は存在せず，改訂委員全員が BQ とすることに異論がない場合に BQ とした。つまり，BQ では推奨度は示されないが，原則的に実施する事項となる。また，CQ として，システマティックレビューを実施したが，推奨度をつけるだけの質の高い研究が検索時点では十分には行われていない場合に FRQ として，今後さらなる研究が必要とされる項目とした。一方，「診療上の重要度の高い医療行為について，新たにシステマティックレビューを行わなくとも，明確な理論的根拠や大きな正味の利益があると診療ガイドライン改訂出版委員会が判断した医療行為を提示するもの」は，FRQ ではなく，Good practice statement (GPS) として，設定することも検討したが¹³⁾，表Ⅱ-5 に示した項目すべてを満たすものはなかった¹⁰⁾。

9 公聴会(医療者からの情報収集)と外部評価

診療ガイドライン改訂出版委員会は，2024年3月の第60回日本腹部救急医学会総会，同年9月，第29回日本病院総合診療医学会学術総会，同年10月の第52回日本救急医学会総会・学術集会での公聴会にて改訂ガイドライン案を提示し，会員から意見を収集した(対面での意見交換に追加して，19個のコメントがあった)。また，関連学会のホームページ上でガイドライン案のパブリックコメントを求め，ガイドライン作成方法論の専門家，患者・市民の代表者や弁護士に外部評価を依頼した(120個以上のコメントがあった)¹⁴⁾。それらの意見をもとにさらに改訂し，2025年3月に発刊予定とした。

10 普及のための工夫

- 1) 書籍で発刊するとともに、関連学会のホームページ等で公開する。
出版から6か月を経過後、電子データ(印刷は不可)で公開、閲覧可能とする。
- 2) 英語版¹⁵⁾：作成公開予定
- 3) 教育・学修コンテンツ：以下の二次元コードから学習ください



教育・学修コンテンツ

<https://www.igaku-shoin.co.jp/book/detail/115447#tab5>

11 診療ガイドラインの出版後の評価について

初版同様、アンケート調査、書籍出版数、Minds アクセス数、被引用論文数に加え、教育・学修コンテンツ利用者数等のフィードバックを集計し、次回の改訂の参考にする。また、推奨度の高い医療行為の遵守率をモニタリングする等の臨床指標を用いてガイドラインの普及・遵守率を評価するとともに、遵守の有無による臨床効果の相違を評価することによりガイドラインの有用性の評価も行う。

これらは、次回の改訂に大きな効果をもたらす。これらの調査結果は改訂出版委員会より英文論文として公開し、次の改訂ガイドラインに引用する。

なお、診療ガイドライン利用者からのご意見(パブリックコメント)を広く募集しており、下記 URL または二次元コードから入力可能である。



パブリックコメント入力フォーム

<https://forms.gle/WpaD69bWmCQqBnRL6>

12 改訂について

本診療ガイドラインは、急性腹症診療ガイドライン改訂出版委員会を中心として、5年後以降の改訂を予定している。本文の内容について、定期的に学会等で情報収集解析を行い、臨床医療の急激な変化や保険適用、分類定義の改訂にも対応し、重要事項に関しては適宜改訂、公開を行う予定である。

13 利益相反(COI)

本診療ガイドライン改訂出版委員会のすべての構成員は、診療ガイドライン作成作業に先立ち、利益相反(COI)の自己申告を行い、内容に経済的および学術的関連で偏りが生じる可能性を避ける努力がなされた。

経済的 COI だけでなく、学術的 COI も鑑み、ガイドライン作成委員が引用論文の著者である場合や、または臨床治験や臨床研究に関与していた場合には、関連 CQ の推奨度決定の投票には参加しないこととした。

また、複数の関連学会や研究組織との協力体制を構築することで、単独学会の学術的利益相反を避けるべく努力がなされた。

さらに、各専門領域の医療者の外部評価に加えて、患者・市民代表および弁護士の外部評価も依頼し、それらのご意見を十分検討し、推奨内容の中立性を保つ努力をした。

14 作成資金

本診療ガイドラインの作成資金として、日本腹部救急医学会からオンライン会議システム費用、関連論文の英文校正費および投稿料が提供された。また、対面会議の旅費が発生する場合には、参加学会からの資金が使用された。ガイドラインの内容は資金元と完全に独立している。一方で、製薬会社等の企業からの資金提供や寄付は一切なく、中立性を保つ形でガイドライン作成が進められた。

なお、出版に関わる印税は、参加学会に割り当てられ、それぞれの学会事務局が管理を行う。

□ 引用文献 □

- 1) 急性腹症診療ガイドライン出版委員会(編)：急性腹症診療ガイドライン 2015. 医学書院, 2015
- 2) Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, et al : Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines : how quickly do guidelines become outdated? JAMA 2001 ; 286 : 1461-1467. PMID : 11572738
- 3) Shojania KG, Sampson M, Ansari MT, et al : How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis. Ann Intern Med 2007 ; 147 : 224-233. PMID : 17638714
- 4) 急性膵炎診療ガイドライン 2021 改訂出版委員会(編)：急性膵炎診療ガイドライン 2021 第5版. 金原出版, 2021
- 5) 真弓俊彦, 高田忠敬, 平田公一, 他 : 急性膵炎診療ガイドラインのアンケート調査結果と改訂について. 膵臓 2006 ; 21 : 514-518
- 6) 吉田雅博, 高田忠敬, 真弓俊彦, 他 : エビデンスに基づいた急性膵炎の診療ガイドライン出版後の普及活動と今後—インターネット化, ダイジェスト版, 英文化. 日腹部救急医学会誌 2007 ; 27 : 487-490
- 7) 三原弘, 前田重信, 佐藤格夫, 他 : 急性腹症診療ガイドライン初版発刊が診療内容と被引用論文に与えた影響. 日腹部救急医学会誌 2024 ; 44 : 489-500
- 8) 第114回医師国家試験 I-31 (2020), (外科的“イレウス”解除術). [https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/topics/dl/tp200421-01d_01.pdf]
- 9) Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2020 ver. 3.0[<https://minds.jcqh.or.jp/methods/cpg-development/minds-manual/>]
- 10) 福井次矢, 山口直人(監), 森實敏夫, 吉田雅博, 小島原典子(編) : Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2014. 医学書院, 2014
- 11) Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, et al : GRADE guidelines : 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol 2011 ; 64 : 401-406. PMID : 21208779
- 12) Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, et al : GRADE guidelines : 14. Going from evidence to recommendations : the significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol 2013 ; 66 : 719-725. PMID : 23312392
- 13) Guyatt GH, Alonso-Coello P, Schünemann HJ, et al : Guideline panels should seldom make good practice statements : guidance from the GRADE Working Group. J Clin Epidemiol 2016 ; 80 : 3-7. PMID : 27452192
- 14) The AGREE Next Steps Consortium : The AGREE II Instrument (2009) [<https://www.agreetrust.org/>]
- 15) Mayumi T, Yoshida M, Tazuma S, et al : Practice Guidelines for Primary Care of Acute Abdomen 2015. J Hepatobiliary Pancreat Sci 2016 ; 23 : 3-36. PMID : 26692573

