
一般口演

一般口演7

教育・研修・ガイドライン評価

2017年11月21日(火) 14:15 ~ 16:00 G会場 (10F 会議室1006-1007)

[2-G-2-OP7-7] 診療ガイドライン作成ツール GUIDEを利用して作成したガイドラインの質

畠山 洋輔¹, 佐藤 康仁^{1,2}, 吉田 雅博^{1,3}, 奥村 晃子^{1,6}, 福岡 敏雄⁴, 中山 健夫⁵, 菅原 浩幸¹, 森實 敏夫¹, 山口 直人^{1,2}

(1.日本医療機能評価機構, 2.東京女子医科大学, 3.国際医療福祉大学 臨床医学研究センター 化学療法研究所附属病院, 4.倉敷中央病院, 5.京都大学, 6.東京大学)

診療ガイドラインは患者と医療者の意思決定を支援し、患者中心医療を実現して、医療の質を向上させると期待される資料だが、その実現ためには適切に作成・記載される必要がある。Mindsは、厚生労働省委託事業 EBM普及推進事業として、ガイドラインの質の向上を目的に様々な作成支援を行ってきた。2014年には、Mindsの提案する方法でガイドラインを作成するためのウェブアプリケーション「GUIDE」を開発した。GUIDEの公開に際し、実際の作成組織を対象に、GUIDEの課題の情報収集を目的としたトライアルを実施した。トライアルでは、使い方の紹介、作成過程中的質問への返答等、作成支援を行った。Mindsでは、日本で作成されたガイドラインを検索収集し、作成支援担当以外の者が評価対象となったガイドラインを国際的に標準的なツールで評価し、掲載する対象のガイドラインを選定している。2016年度に入り、トライアルで作成されたガイドラインが発行されてきた。そこで、2016年度の評価を用いて、評価対象ガイドライン、掲載候補ガイドライン、GUIDEトライアル作成ガイドラインの評価結果を比較することで、GUIDEの有用性について検証することとした。評価対象ガイドラインは50件、掲載候補ガイドラインは41件、GUIDEトライアル作成ガイドラインは4件（全て掲載候補）であった。6つの評価項目全てでGUIDEトライアル作成ガイドラインの評価が最も高く、総合評点は評価対象が56.4%、掲載対象が61.9%、GUIDEトライアル作成ガイドラインが76.0%であった。件数が少ないものの、GUIDEトライアル作成ガイドラインは、他のガイドラインに比べて評価が高く、GUIDEトライアルが質の向上に役立っていた可能性が伺えた。今後、作成組織へのインタビューを通して、質の向上に寄与した要因の分析を深めていく予定である。

診療ガイドライン作成ツール GUIDE を利用して作成したガイドラインの質

島山洋輔^{*1}、佐藤康仁^{*1,2}、吉田雅博^{*1,3}、奥村晃子^{*1,4}、福岡敏雄^{*5}、中山健夫^{*6}、菅原浩幸^{*1}、森實敏夫^{*1}、山口直人^{*1,2}

*1 日本医療機能評価機構、*2 東京女子医科大学 医学部 衛生学公衆衛生学第二講座、

*3 国際医療福祉大学 市川病院、*4 東京大学大学院医学系研究科 社会医学専攻 医療コミュニケーション学分野、

*5 倉敷中央病院、*6 京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 健康情報学分野

The Quality of Clinical Practice Guidelines Developed Using the Guidelines Development Tool “GUIDE”

Yosuke Hatakeyama ^{*1}, Yasuto Sato ^{*1,2}, Masahiro Yoshida ^{*1,3}, Akiko Okumura ^{*1,4}, Toshio Fukuoka ^{*5}, Takeo Nakayama ^{*5}, Hiroyuki Sugawara ^{*1}, Toshio Morizane ^{*5}, Naohito Yamaguchi ^{*1,2}

*1 Japan Council for Quality Health Care,

*2 Department of Public Health, School of Medicine, Tokyo Women’s Medical University,

*3 International University of Health and Welfare, Ichikawa Hospital

*4 Department of Social Medicine, Tokyo University, School of Public Health, *5 Kurashiki Central Hospital,

*6 Department of Health Informatics, Kyoto University, School of Public Health

Minds developed “GUIDE”, a web application for developing clinical practice guidelines. GUIDE supports guideline development by showing the development method, providing templates for report, and preparing the function for editing guidelines. In this research, to clear whether GUIDE improves the quality of clinical practice guidelines, we compared between guidelines developed using GUIDE and guidelines not using GUIDE by AGREE II instrument, which consists of 6 domains and overall assessment. In guidelines search, 50 clinical practice guidelines were identified, and 4 (8%) were clinical practice guidelines developed using GUIDE. The mean score of “Scope and Purpose” (89.3% vs 65.2%), “Stakeholder Involvement” (77.5% vs 51.6%), “Rigor of Development” (77.0% vs 47.5%), “Clarity of Presentation” (84.3% vs 65.2%) were statistically higher in the clinical practice guidelines developed using GUIDE, “Applicability” (58.5% vs 47.1%) and “Editorial Independence” (76.0% vs 54.2%) were not. Overall assessment was also higher in the clinical practice guidelines developed using GUIDE (76.0% vs 54.6%). It can be said that GUIDE will contribute to improving the quality of clinical practice guidelines.

Keywords: Practice Guideline, Minds, GUIDE, AGREE II Instrument

1. 緒論

1.1 「診療ガイドライン」とその作成

診療ガイドラインは、「診療上の重要度の高い医療行為について、エビデンスのシステマティックレビューとその総体評価、益と害のバランスなどを考量して、患者と医療者の意思決定を支援するために最適と考えられる推奨を提示する文書」¹⁾²⁾である。医療情報としての診療ガイドラインが、臨床場面における患者と医療者の意思決定を支援し、患者中心医療を実現することを通して、医療の質を向上させることが期待されている。

1990年代以降、国際的に数多くの診療ガイドラインが作成されてきた。日本では、1990年代後半から、厚生(労働)省の研究費により複数の領域で診療ガイドラインが作成され始め、現在では、学会・研究会・研究班等により、改訂版を含め、年間80程度の診療ガイドラインが作成されている³⁾。

診療ガイドラインが有効に活用されるためには、適切に作成される必要がある。診療ガイドラインの作成方法は1990年代に広まったEBMの考え方を取り入れて発展してきた。現在、各国・地域で様々な作成方法に関するテキストが作成されているが、その基本的な考え方は透明性の確立にあると言える⁴⁾。また、近年では、診療ガイドライン作成において重要な過程であるシステマティックレビューと推奨作成の方法の標準化を目指す取り組みも広まってきている⁵⁾。

診療ガイドラインの作成過程について簡略的に示すと図1のようになる。

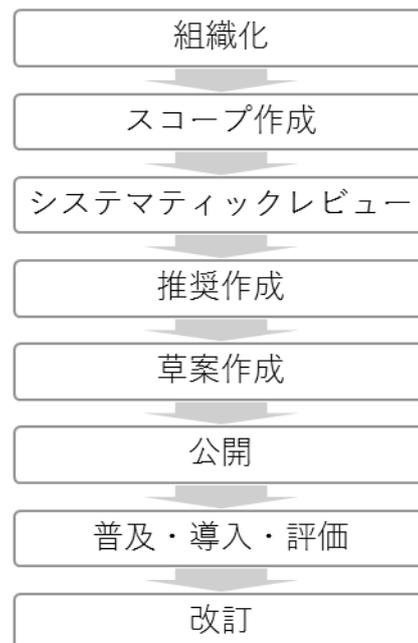


図1 診療ガイドライン作成過程
参考文献 1)、2)を元に、執筆者作成。

1.2 Minds と GUIDE トライアル

日本医療機能評価機構は、厚生労働省委託事業 EBM 普及推進事業 (Minds) により、日本で作成された診療ガイドラインを検索収集、評価選定して掲載するウェブサイト「Minds ガイドラインライブラリ」⁶⁾を運営している。

また、診療ガイドラインの質の向上を目的として、他の国・地域に見られる取り組みと同様に、図 1 に示される診療ガイドライン作成の全過程に対して、その作成方法を提案し、記載すべき項目をテンプレート集の形でまとめたテキスト (『Minds 診療ガイドライン作成マニュアル』¹¹⁾) の開発・提供をはじめとして、様々な作成支援を行っている。

その作成支援の一環として、2014 年に、Minds の提案する方法でガイドラインを作成するためのウェブアプリケーション「GUIDE (Guideline Innovation & Development)」⁷⁾を開発した。GUIDE で実現した主要機能は、マニュアルの表示、マニュアル内のテンプレートの提供、記入後テンプレートの管理、ガイドライン草案の編集、パブリックコメントの募集である⁸⁾。

GUIDE の公開に際し、実際の診療ガイドライン作成組織を対象に、GUIDE の課題に関する情報収集を目的とした GUIDE トライアルを実施した。GUIDE トライアルでは、応募のあった作成組織に対し、実際に GUIDE を利用いただきながら、GUIDE の使い方の紹介、作成方法の案内、作成過程での質問への回答等の作成支援を行った。

2. 目的

GUIDE は、他の作成支援同様、診療ガイドラインの質の向上を目指した取り組みである。しかし、GUIDE、および GUIDE トライアルが診療ガイドラインの質の向上に寄与しているかは、実際の支援の過程からは判断できない。

そこで、本研究は、GUIDE トライアルで作成された診療ガイドラインの質を明らかにすることで、GUIDE の有効性と限界について検討することとした。

3. 方法

3.1 対象とする診療ガイドラインの特定

特定の期間に発行された診療ガイドラインの中で、GUIDE トライアルで作成された診療ガイドラインと他の診療ガイドラインの質を比較することで、GUIDE、GUIDE トライアルの有効性について検討できると考えられる。

Minds は、「Minds ガイドラインライブラリ」に掲載するガイドラインを選定するために、日本で発行された診療ガイドラインを検索収集し、特定の基準、方法を用いて評価を実施している。2016 年度には、GUIDE トライアルの対象となり作成された診療ガイドラインの一部が発行され、評価対象となっていた。

そこで、本研究では、Minds が実施した 2016 年度の評価の対象となった診療ガイドラインを対象とした。

3.2 分析

Minds は、診療ガイドラインを評価する際に、診療ガイドラインの記載内容から、ガイドライン作成過程における作成手法の厳密さと透明性を評価するツールである「AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II)」⁹⁾¹⁰⁾を用いている。

AGREE II は、6 領域 23 項目と全体評価 2 項目から構成されている。それぞれの項目と領域は表 1 の通りである。

評価は作成支援に携わっていない評価者 4 人が、独立に、各領域の項目を評価し、最後に全体評価を行う。各項目と全体評価の 1 つの項目 (1.) は 1~7 の 7 段階で評価し、全体評

価の 1 項目 (2.) はガイドラインの利用について、推奨する、推奨する (条件付き)、推奨しないの 3 カテゴリで評価する。

各領域を構成する項目に対する複数名の評価結果をもとに、領域ごとの割合を「領域別スコア」として算出する (0~100%)。また、Minds では独自に、全体評価 (1.) についても同様に算出している (0~100%)。

表 1 AGREE II の領域・項目・全体評価

領域 1. 対象と目的	1.ガイドライン全体の目的が具体的に記載されている。
	2.ガイドラインが取り扱う健康上の問題が具体的に記載されている。
	3.ガイドラインの適用が想定される対象集団 (患者、一般市民など) が具体的に記載されている。
領域 2. 利害関係者の参加	4.ガイドライン作成グループには、関係する全ての専門家グループの代表者が加わっている。
	5.対象集団 (患者、一般市民など) の価値観や希望が調べられた。
	6.ガイドラインの利用者が明確に定義されている。
領域 3. 作成の厳密さ	7.エビデンスを検索するために系統的な方法が用いられている。
	8.エビデンスの選択基準が明確に記載されている。
	9.エビデンス総体 (body of evidence) の強固さと限界が明確に記載されている。
	10.推奨を作成する方法が明確に記載されている。
	11.推奨の作成にあたって、健康上の利益、副作用、リスクが考慮されている。
	12.推奨とそれを支持するエビデンスとの対応関係が明確である。
	13.ガイドラインの公表に先立って、専門家による外部評価がなされている。
領域 4. 提示の明確さ	14.ガイドラインの改訂手続きが示されている。
	15.推奨が具体的であり、曖昧でない。
	16.患者の状態や健康上の問題に応じて、異なる選択肢が明確に示されている。
領域 5. 適用可能性	17.重要な推奨が容易に見つけられる。
	18.ガイドラインの適用にあたっての促進要因と阻害要因が記載されている。
	19.どのように推奨を適用するかについての助言・ツールを提供している。
	20.推奨の適用に対する潜在的な資源の影響が考慮されている。
領域 6. 編集の独立性	21.ガイドラインにモニタリングや監査のための基準が示されている。
	22.資金提供者の見解が、ガイドラインの内容に影響していない。
全体評価	23.ガイドライン作成グループメンバーの利益相反が記録され、適切な対応がなされている。
	1.このガイドラインの全体の質を評価する。 2.このガイドラインの使用を推奨する。

本研究では、Minds が 2016 年度に実施した評価のデータを用い、GUIDE トライアルで作成された診療ガイドラインとそ

れ以外の診療ガイドラインについて、領域別、全体評価(1.)のスコアの平均で比較することとした。GUIDE トライアルに参加して作成された診療ガイドラインのスコアが、それ以外の診療ガイドラインのスコアに比べて高くなっていけば、GUIDE が診療ガイドラインの質の向上に寄与していると考えられる。

また、GUIDE トライアルへの参加は、Minds や Minds が提案する方法へに賛同と受け取ることもでき、診療ガイドラインに記載されている内容を評価する際に、そのような診療ガイドラインに対して評価が「甘く」になってしまうのではないかの疑念が生じる可能性がある。そこで、GUIDE トライアルへの参加に関する記載が診療ガイドラインの評価者に与える影響を検討するために、全体評価を目的変数とし、領域別スコアとGUIDE トライアルへの参加とを説明変数とした重回帰分析を実施することとした。GUIDE トライアルに参加しているという記述が、領域別のスコアに対する影響を考慮した上でも、全体評価に影響を持っているのであれば、作成支援と評価との独立性の確保ができていないことが疑われる。

分析には IBM 社の SPSS Statistics version 22 を用いた。

4. 結果

4.1 診療ガイドラインの特定

Minds では、検索収集の結果、診療ガイドラインと考えられる資料を 53 件特定した。診療ガイドラインを評価する中で、3 件は AGREE II の評価対象外として除外し、50 件の診療ガイドラインの評価を実施した。

50 件の診療ガイドラインのうち、GUIDE トライアルで作成された診療ガイドライン(以下、GUIDE 利用ガイドライン、図表中は GUIDE)は 4 件(8%)、GUIDE トライアル対象以外の診療ガイドライン(以下、GUIDE 非利用ガイドライン、図表中は非 GUIDE)は 46 件(92%)であった。

4.2 領域別スコアの比較

まず、領域別スコアの平均について、GUIDE 利用ガイドラインとGUIDE 非利用ガイドラインとを比較した。比較において差が認められた領域は、「対象と目的」(89.3% vs 65.2%)、「利害関係者の参加」(77.5% vs 51.6%)、「作成の厳密さ」(77.0% vs 47.5%)、「提示の明確さ」(84.3% vs 65.2%)であった。一方、「適用可能性」(58.5% vs 47.1%)、「編集の独立性」(76.0% vs 54.2%)では、どちらも GUIDE 利用ガイドラインの方が平均は高かったものの、両者の間に有意な差は認められなかった。

結果は表 2 の通りである。

表 2 領域別スコア

	GUIDE (n=4)	非 GUIDE (n=56)	差	P 値
対象と目的	89.3%	65.2%	24.1%	0.003
利害関係者の参加	77.5%	51.6%	25.9%	0.003
作成の厳密さ	77.0%	47.5%	29.5%	0.006
提示の明確さ	84.3%	65.2%	19.1%	0.024
適用可能性	58.5%	47.1%	11.4%	0.120
編集の独立性	76.0%	54.2%	21.8%	0.076

4.3 全体評価の比較

次に、GUIDE 利用ガイドラインと GUIDE 非利用ガイドラインとの全体評価の平均を比較した。

GUIDE 利用ガイドラインは 76.0%、GUIDE 非利用ガイドラインは 54.6%で、その差は 21.4%であり、有意な差が認められた(P = 0.016) (図 2)。

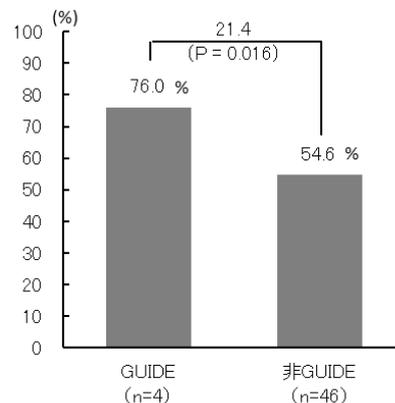


図 2 全体評価

4.4 GUIDE 利用に対する評価

最後に、GUIDE の利用自体が評価に与える影響を検討するために、各領域別スコアと GUIDE 利用との全体評価に対する影響を重回帰分析で検討した。

結果は表 3 の通りである。全体評価に対して有意な影響が見られたのは「作成の厳密さ」、「提示の明確さ」、「適用可能性」であった。「GUIDE」利用については、有意な影響が認められなかった。

表 3 重回帰分析結果

	標準化係数	P 値
対象と目的	0.147	0.050
利害関係者の参加	0.062	0.402
作成の厳密さ	0.424	0.000
提示の明確さ	0.206	0.013
適用可能性	0.163	0.004
編集の独立性	0.113	0.063
GUIDE	-0.039	0.373

* 目的変数は全体評価。調整済み決定係数は 0.926。

「GUIDE」は利用を 1、非利用を 0 としている。

5. 考察

5.1 領域別の質に対する影響

GUIDE 利用ガイドラインは、GUIDE 非利用ガイドラインに比べて、いくつかの領域別スコアが高かった。

とりわけ、「作成の厳密さ」のスコアには大きな開きが認められた。「作成の厳密さ」は、エビデンスの収集と統合に用いられた手順・推奨を導き出す方法・改訂に関する事項であり、作成される診療ガイドラインの方法論的な妥当性を評価する項目である。GUIDE は、『Minds 診療ガイドライン作成マニュアル』¹⁾を提供おり、また、GUIDE トライアルの中で作成方法に関する案内が実施されていた。そのことから、GUIDE の利

用が、診療ガイドラインが適切な方法に基づいて作成されることに対して寄与していたと考えられる。

また、「対象と目的」、「提示の明確さ」についても領域別スコアの平均点に差が見られている。「対象と目的」は当該ガイドラインの全体の目的、取り扱う健康上の問題、対象集団に関する事項であり、「提示の明確さ」はガイドラインの言葉遣い、構成や形式に関する事項である。GUIDE は、記載すべき項目をテンプレートとして提供しているため、作成組織が、GUIDE に従って診療ガイドラインの中に対象と目的に関する項目を記載し、診療ガイドラインとして取るべき構成を実現させることができたのではないかと想定される。

一方で、「適用可能性」や「編集の独立性」に対する有意な影響は認められなかった。「適用可能性」はガイドラインの導入にあたっての阻害因子と促進因子、ガイドラインの利用を促す戦略、ガイドラインの適用に際しての資源に関する事項であり、「編集の独立性」は推奨作成が利益相反により不正に偏っていないかどうかに関する項目である。この2点については、記載すべき項目が示されていたとしても、その実施が困難であった可能性がある。たとえば、「適用可能性」については、ガイドラインの作成にかかる労力が大きく、その後の活用に向けた取り組みについては十分に検討がされないままに発行されていたかもしれない。また、「編集の独立性」については、作成組織も COI の重要性は認識し、その開示は行うものの、COI の影響を考慮して対策を実施するまでの取り組みを行うためには、作成組織の置かれている個別の文脈を踏まえた対応方法が未確立であったことも考えられる。この点について診療ガイドラインの質を向上させるためには、GUIDE の範囲を超えて、課題がある場合の対応方法についてより具体的な提案が必要となるのではないかと考えられる。

「利害関係者の参加」については、GUIDE 利用の有意な影響を見て取れる。「利害関係者の参加」は、ガイドラインが適切な利害関係者により作成されているか、ガイドラインの利用者として想定した人々の意向をどの程度反映するものであるかに焦点をあてた項目である。確かに、GUIDE 利用により、利害関係者の参加に関するスコアは高くなっているものの、GUIDE を利用した作成組織は、GUIDE トライアルへ参加する段階ですでに組織化を終えており、この結果を GUIDE トライアルの影響と考えることは難しい。むしろ、「利害関係者の参加」に積極的に取り組むほどに診療ガイドライン作成方法を重視していた作成組織が GUIDE トライアルの利用を申請したと考えるべきかもしれない。

5.2 全体の質に対する影響

全体評価に対する影響については、GUIDE の利用が有意に影響を持っていたことが分かった。5.1 で見てきた通り、個々の領域に対する GUIDE の利用の影響については様々な検討の余地があるものの、GUIDE が診療ガイドライン全体の質に貢献している可能性が明らかとなったことは、GUIDE の有効性を検討する本研究の中でも最も重要な結果の一つである。

また、領域別スコアと GUIDE 利用との全体評価への影響についての検討では、「作成の厳密さ」、「提示の明確さ」が大きな影響を有していた。この結果は、AGREE II の領域別評価と全体評価の関係を検討したシステムティックレビューと同様の結果であった¹¹⁾。しかし、GUIDE 利用それ自体が全体評価に与える影響は認められなかった。この点は、Minds による作成支援と評価選定が中立的に行われていることの表れと考えられる。

5.3 本研究の限界

本研究で取り上げた診療ガイドラインは 50 件であり、定量的に検証するにはあまり少ないケース数であると言わざるを得ない。また、取り上げたケースが偏っている可能性も否定できない。GUIDE 利用ガイドラインは 4 件、全体の 8%に過ぎず、特異な作成組織だけが GUIDE トライアルに参加した可能性がある。また、2016 年度に評価された診療ガイドラインだけを取り上げたが、この年度に特異的な事象であったかもしれない。今回得られた結果をより確かなものとするためには、今後、ケースを増やした検証が必要になる。

また、GUIDE 利用によって、なぜ AGREE II の評価が向上したのかについても検討の余地がある。GUIDE トライアルに参加した作成組織が GUIDE 利用の有無に関わらずスコアを向上させるような特異的な背景を持っていた可能性がある。この点については、取り上げるケースの特性、たとえば、疾患、作成組織の人員数、先行版の有無等、質の向上に寄与することが想定される要因を変数として取り上げ、今回の結果が再現されるか分析することで検証できるかもしれない。また、GUIDE を利用せずに作成した先行版がある場合には、先行版との比較についても検討されるべきだろう。さらには、個別の作成組織がいかにして GUIDE を利用して診療ガイドラインの質の向上を実現したのかについて、作成過程に関するインタビューなどの定性的な方法を用いることで検討することもできるだろう。現在、GUIDE を利用した作成組織に対するインタビューを実施しており、その結果をもって今回の結果を再検討する予定である。

最後に、AGREE II の評価結果の解釈についても更なる検討が必要である。今回は領域別スコアを診療ガイドラインの質の評価結果としたが、それぞれの領域別スコアは複数の項目の評価から算出されており、GUIDE 利用がどの項目の評価に影響し、質を変化させているのか検討できていない。GUIDE の影響を詳細に検討するためには、項目別の評価、さらには、元の記載に戻った内容分析等が必要になるかもしれない。また、AGREE II において、個別の項目に対する評価については具体的な基準や指示があるものの、全体評価については具体的な基準や指示がないことも結果の解釈の際の課題として挙げられるだろう。

6. 結論

様々な限界はあるものの、GUIDE を利用した診療ガイドラインは、GUIDE を利用しなかった診療ガイドラインよりも、作成方法の厳密さや透明性の観点で質が高かった。この点から、診療ガイドラインの質の向上に GUIDE が有効であると言える。今後、より多くの診療ガイドライン作成組織が GUIDE を利用することで、日本全体の診療ガイドラインの質が向上することが期待される。

謝辞

本研究は、厚生労働省委託事業 EBM(根拠に基づく医療)普及推進事業の一環として実施された。

参考文献

- 1) 小島原典子, 中山健夫, 森實敏夫, 山口直人, 吉田雅博. Minds 診療ガイドライン作成マニュアル. Ver. 2.0. 日本医療機能評価機構, 2016.
- 2) 福井次矢, 山口直人. Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2014. 医学書院, 2014.
- 3) 畠山洋輔, 佐藤康仁, 吉田雅博ら. 日本の診療ガイドラインと Minds. ガイドラインと最新文献による小児科学レビュー 2016-'2017. 総合医学社, 2016. 3-5.

- 4) Institute of Medicine. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington, DC: The National Academies Press. 2011.
- 5) Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, and Oxman A. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. 2013. [<https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html> (cited 2017-Sep-6)].
- 6) 日本医療機能評価機構. Minds ガイドラインライブラリ. [<http://minds.jcqhcc.or.jp> (cited 2017-Sep-6)].
- 7) 日本医療機能評価機構. Minds 診療ガイドライン作成ツール GUIDE. [<http://minds.jcqhcc.or.jp/guide/pages/GuideTopHome.aspx> (cited 2017-Jun-31)].
- 8) 佐藤康仁, 畠山洋輔, 奥村晃子, 吉田雅博, 森實敏夫, 山口直人. 診療ガイドライン作成をウェブ上で支援するアプリケーション GUIDE の開発. 医療情報学 2017 ; 37(2) : 87-95.
- 9) The AGREE Next Steps Consortium. AGREE II Instrument. The AGREE Research Trust. 2013. [http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf (cited 2017-Sep-6)].
- 10) 日本医療機能評価機構. AGREE II 日本語訳. 日本医療機能評価機構 . 2016. [<http://minds4.jcqhcc.or.jp/minds/guideline/pdf/AGREE2jpn.pdf> (cited 2017-Sep-6)].
- 11) Hoffmann-Eßer W, Siering U, Neugebauer E, Brockhaus A, Lampert U, Eikermann M. Guideline appraisal with AGREE II: Systematic review of the current evidence on how users handle the 2 overall assessments. PLoS One 2017 ; 12(3) : e0174831.