

におけるアウトカム評価)を行い、その結果を改訂版作成に役立てるべきであると考え、アンケート調査を企画した。

## B. 研究方法

平成20年8月から9月にアンケート調査を行った。

### 1. 対象医師

日本外科感染症学会、日本腹部救急医学会、日本胆道学会、日本肝胆膵外科学会的全評議委員  
(1,234名)

### 2. 配布および収集

無記名による郵送法とした。

### 3. 評価項目(資料1)

主たる評価項目として

- 1) 診断や重症度判定の状況
- 2) 両ガイドラインの使用状況
- 3) ガイドラインによる診療行為の変化(抗菌薬、ドレナージや手術の時期・方法)
- 4) 各手技の熟達のために必要な症例数
- 5) ガイドラインで有用であった内容
- 6) 今後の改変点、患者家族へのガイドラインの利用など  
(詳細は、資料1のアンケート本文を参照)

## C. 研究結果(資料2、3)

送付数1,234通に対し、返信数は371通(30.1%)であった。

### 1. 出版後の普及

- 1) 日本語版胆道炎ガイドラインを御覧になったことがありますか?  
日本語版: 見たことがある 96%  
Tokyo GL: 見たことがある 58%
- 2) 診療行為に変化はありましたか?  
日本語版: 変化した 72%  
Tokyo GL: 変化した 55%
- 3) 日本語版とTokyo GLの違いを知っていたか?  
違いを知っていた 45%

同じだと思った 37%

### 2. 診断基準、重症度判定基準、搬送基準

#### 1) どの診断基準を用いているか?

##### (1) 急性胆管炎

日本語版 72%  
Tokyo GL 5%  
診断基準を用いていない 22%

##### (2) 急性胆嚢炎

日本語版 71%  
Tokyo GL 5%  
診断基準を用いていない 22%

#### 2) どの重症度判定基準を用いているか?

##### (1) 急性胆管炎

日本語版 62%  
Tokyo GL 7%  
診断基準を用いていない 23%

##### (2) 急性胆嚢炎

日本語版 68%  
Tokyo GL 5%  
診断基準を用いていない 18%

#### 3) 搬送基準は必要ですか

必要 62%  
不要 7%

### 3. ガイドライン出版前後比較

#### 1) 抗菌薬使用の変化

##### (1) 重症急性胆管炎

ペニシリン系 2%→1%  
第一世代セフェム 3%→3%  
第二世代セフェム 19%→13%  
第三、四世代セフェム 44%→44%  
カルバペネム、キノロン 30%→37%  
アミノグリコシド 1%→1%

##### (2) 軽症急性胆嚢炎

ペニシリン系 6%→5%  
第一世代セフェム 18%→21%  
第二世代セフェム 49%→47%  
第三、四世代セフェム 23%→22%  
カルバペネム、キノロン 2%→3%

2) 急性胆管炎のドレナージ（第一選択）の変化

ERBD	23%→38%
ENBD	46%→47%
PTCD	29%→14%

3) 急性胆嚢炎のドレナージ（第一選択）の変化

PTGBD	77%→67%
PTGBA	10%→13%
ERGBD	5%→7%
手術（含胆摘）	8%→13%

4) 手術可能な症例での急性胆嚢炎の原則的な治療方針

ドレナージ後の早期手術	18%→20%
ドレナージ後の待機手術	40%→20%
ドレナージなしの早期手術	31%→54%
ドレナージなしの待機手術	10%→4%

5) 急性胆嚢炎に対する早期、および通常の原則的な胆嚢摘出術

早期、待機とも腹腔鏡下手術	67%→81%
早期は開腹、待機は腹腔鏡下	17%→9%
早期は腹腔鏡下、待機は開腹	6%→5%
早期、待機とも腹腔鏡下手術	9%→4%

D. 考察

急性胆管炎胆嚢炎の診療ガイドラインについてのアンケートで以下の点が明らかになった。

1. 日本版はよく普及していたが、Tokyo Guidelines は見たことがない方が 42%あり、同じ内容と思っていた方が 37%あった。
2. 日本版診断基準、重症度判定基準が 7 割近くで使用されていた。
3. ガイドライン出版前後の診療行為の変化をみると、一部抗菌薬使用ではガイドライン推奨診療の影響が見られない領域も見られたが、それ以外はガイドラインの推奨診療が反映された結果であった。

具体的には、抗菌薬使用では、ガイドラインの推奨診療では、重症胆管炎には第三、四世代セフェムが第一選択であるが、ガイドライン出版前後

とも 44%と変化は見られていなかった。また、軽症胆嚢炎にはペニシリン系、第一・第二世代セフェムが第一選択として推奨されているが、ガイドライン出版前後とも 73%と変化は見られていなかった。

一方、急性胆管炎のドレナージ（第一選択）の集計をみると、ガイドラインで推奨されているように、内視鏡的なドレナージ（ERBD、ENBD）が 69%から 85%に増加し、経皮的なドレナージが 29%から 14%に減少していた。また、手術可能な症例での急性胆嚢炎の原則的な治療方針の集計をみると、ガイドラインで推奨されているように、ドレナージなしの早期手術が、31%から 54%に増加し、それ以外がすべて減少していた。さらに、急性胆嚢炎に対する早期、および通常の原則的な胆嚢摘出術の集計をみると、ガイドラインで推奨されているように、早期、待機とも腹腔鏡下手術が 67%から 81%と増加していた。

E. 結論

今回のアンケートにより、Tokyo Guidelines の普及が必要と思われたが、ガイドラインによる診療行為の変更の一定の効果が伺えた。

G. 研究発表

1. 学会発表

真弓俊彦、高田忠敬、炭山嘉伸、平田公一、吉田雅博、二村雄次. 胆道炎診療ガイドライン改訂に向けてのアンケート調査結果：第 21 回日本外科感染症学会緊急企画. 2008. 11. 6

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 資料1. アンケート調査用紙

当てはまるものに○またはチェックを記して下さい。

- 1) 「科学的根拠に基づく急性胆管炎、胆嚢炎の診療ガイドライン」(以下、日本語版胆道炎ガイドライン)についてお聞きします。
- a) 日本語版胆道炎ガイドラインを御覧になったことがありますか?  
(本文も読んだ、推奨度のみみた、フローチャートのみみた、みたことがない)
- b) 上記で、日本語版ガイドラインを少しでも御覧になった方にお尋ねします。  
「科学的根拠に基づく急性胆管炎、胆嚢炎の診療ガイドライン」によって診療内容が変化しましたか。  
(大きく変わった、少し変わった、ほとんど変わらない、全く変わらない)
- 2) Tokyo Guidelines for Management of Acute Cholangitis and Cholecystitis」(以下、Tokyo Guidelines)についてお聞きします。
- a) Tokyo Guidelines をご覧になったことがありますか?  
(本文も読んだ、推奨度のみ見た、フローチャートのみ見た、見たことがない)
- b) 上記で、Tokyo Guidelines を少しでも御覧になった方にお尋ねします。  
Tokyo Guidelines によって急性胆道炎患者の診療内容が変化しましたか。  
(大きく変わった、少し変わった、ほとんど変わらない、全く変わらない)
- c) 日本語版胆道炎ガイドラインとTokyo Guidelines の内容の異同について  
(内容の違いをよく知っている、少し知っている、同じ内容と思っていた、不明)

<参考> 両ガイドライン全文はインターネットで自由に閲覧が可能です。

日本語版ガイドライン：日本腹部救急医学会ホームページ & Minds ホームページ

Tokyo Guidelines：日本肝胆膵外科学会ホームページ

- 3) 先生のご年齢 20 歳代、30 歳代、40 歳代、50 歳代、60 歳代、70 歳代以上
- 卒後年数 0-5 年未満、5 年以上-10 年未満、10 年以上-15 年未満、15 年以上-20 年未満、20 年以上-30 年未満、30 年以上
- 4) 施設の病床数：(300 床以上、100~299 床、20-99 床、1-19 床、入院病床なし)
- a) 大学病院ですか？ (はい、いいえ)
- b) 臨床研修指定病院ですか？ (はい、いいえ)
- c) 診療科：消化器内科、総合（一般）内科、消化器以外を専門とする内科、消化器外科、総合（一般）外科、消化器以外を専門とする外科、放射線科、麻酔科、救急科、集中治療科、その他（ )

d) 肝胆膵領域をご専門とされていますか？ (□はい、□いいえ)

e) 所属される団体に○またはチェックを記して下さい (複数回答可)。

- 日本腹部救急医学会、  日本肝胆膵外科学会、  
 日本胆道学会、  日本外科感染症学会、  
 厚生労働科学研究急性胆道炎ガイドライン研究班

5) この3年間に先生の御所属の科で急性胆管炎、急性胆嚢炎の診療に携われた症例数はおおよそ何例でしょうか？

- 0 症例  
 1 ~ 5 症例  
 6 ~ 20 症例  
 21 ~ 50 症例  
 51 ~ 100 症例  
 101 症例以上

ここからは、日本版胆道炎ガイドライン(2005年9月)または、Tokyo Guidelines (2007年2月)の前後での先生方の急性胆道炎での診療内容につき○またはチェックでご回答下さい。

また、現在胆道炎の診療に関係していない先生は、もし診療する場合、の記載で結構です。

記載可能なもののみで、御不明箇所は空欄でも結構です。必ずご返信下さいますようお願いいたします。

#### I. 診断基準/重症度判定基準

6) 現在、急性胆管炎や胆嚢炎が疑われる場合に診断のために用いる診断基準は何ですか？ (複数解答可)。

急性胆管炎	急性胆嚢炎
<input type="checkbox"/> 診断基準は用いていない <input type="checkbox"/> 日本版ガイドライン <input type="checkbox"/> Tokyo Guidelines <input type="checkbox"/> その他 (                    ))	<input type="checkbox"/> 診断基準は用いていない <input type="checkbox"/> 日本版ガイドライン <input type="checkbox"/> Tokyo Guidelines <input type="checkbox"/> その他 (                    ))

7) 現在、急性胆管炎や胆嚢炎の重症度判定を行う場合に用いる重症度判定基準は何ですか？ (複数解答可)。

急性胆管炎	急性胆嚢炎
<input type="checkbox"/> 重症度基準は用いていない <input type="checkbox"/> 日本版ガイドライン <input type="checkbox"/> Tokyo Guidelines <input type="checkbox"/> APACHEII スコア <input type="checkbox"/> SOFA スコア <input type="checkbox"/> その他 (                    ))	<input type="checkbox"/> 重症度基準は用いていない <input type="checkbox"/> 日本版ガイドライン <input type="checkbox"/> Tokyo Guidelines <input type="checkbox"/> APACHEII スコア <input type="checkbox"/> SOFA スコア <input type="checkbox"/> その他 (                    ))

8) 搬送基準は必要または不要とお考えですか？

(  必要、  不要、  どちらとも言えない )

II. 治療法の変化（可能な箇所のみ御記載ください）

- 9) Reynolds の 5 徴を呈するような重症急性胆管炎に使用する第一選択の抗菌薬としては何をどのように投与しますか（併存疾患なし、50 歳、体重 50kg の成人女性の場合として）

重症胆管炎	ガイドライン以前	現在
第一抗菌薬の種類	<input type="checkbox"/> ペニシリン系 <input type="checkbox"/> 第一世代セフェム <input type="checkbox"/> 第二世代セフェム <input type="checkbox"/> 第三、四世代セフェム <input type="checkbox"/> カルバペネム、キノロン <input type="checkbox"/> アミノグリコシド <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> ペニシリン系 <input type="checkbox"/> 第一世代セフェム <input type="checkbox"/> 第二世代セフェム <input type="checkbox"/> 第三、四世代セフェム <input type="checkbox"/> カルバペネム、キノロン <input type="checkbox"/> アミノグリコシド <input type="checkbox"/> その他 ( )
よろしければ、使用薬例と 1 回投与量と投与回数を記載してください。 (一般名または商品名)	抗菌薬例 ( ) 1 回 ( ) mg or g 1 日 ( ) 回投与	抗菌薬例 ( ) 1 回 ( ) mg or g 1 日 ( ) 回投与
もし、併用抗菌薬がある場合には同様のことを以下に記載して下さい。		
第一抗菌薬併用抗菌薬 (一般名または商品名)		
1 回投与量と投与回数	1 回 ( ) mg or g 1 日 ( ) 回投与	1 回 ( ) mg or g 1 日 ( ) 回投与

- 10) 合併症のない軽症急性胆嚢炎に使用する第一選択の抗菌薬として何をどのように投与しますか（併存疾患なし、50 歳、体重 50kg の成人女性の場合として）

軽症胆嚢炎	ガイドライン以前	現在
第一抗菌薬の種類	<input type="checkbox"/> ペニシリン系 <input type="checkbox"/> 第一世代セフェム <input type="checkbox"/> 第二世代セフェム <input type="checkbox"/> 第三、四世代セフェム <input type="checkbox"/> カルバペネム、キノロン <input type="checkbox"/> アミノグリコシド <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> ペニシリン系 <input type="checkbox"/> 第一世代セフェム <input type="checkbox"/> 第二世代セフェム <input type="checkbox"/> 第三、四世代セフェム <input type="checkbox"/> カルバペネム、キノロン <input type="checkbox"/> アミノグリコシド <input type="checkbox"/> その他 ( )
よろしければ、使用薬例と 1 回投与量と投与回数を記載してください。 (一般名または商品名)	抗菌薬例 ( ) 1 回 ( ) mg or g 1 日 ( ) 回投与	抗菌薬例 ( ) 1 回 ( ) mg or g 1 日 ( ) 回投与
もし、併用抗菌薬がある場合には同様のことを以下に記載して下さい。		
第一抗菌薬併用抗菌薬 (一般名または商品名)		
1 回投与量と投与回数	1 回 ( ) mg or g 1 日 ( ) 回投与	1 回 ( ) mg or g 1 日 ( ) 回投与

- 11) 急性胆管炎のドレナージを行う場合、第一選択手技は以下のうちのいずれでしょうか

以 前	現 在
<input type="checkbox"/> ERBD (EST)	<input type="checkbox"/> ERBD (EST)
<input type="checkbox"/> ENBD	<input type="checkbox"/> END
<input type="checkbox"/> PTBD / PTCB	<input type="checkbox"/> PTBD / PTCB
<input type="checkbox"/> 手術的ドレナージ	<input type="checkbox"/> 手術的ドレナージ
<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )

- 12) 急性胆嚢炎のドレナージを行う場合、第一選択手技は以下のうちのいずれでしょうか

ガイドライン以前	現 在
<input type="checkbox"/> PTGBD	<input type="checkbox"/> PTGBD
<input type="checkbox"/> PTGBA	<input type="checkbox"/> PTGBA
<input type="checkbox"/> ERGBD	<input type="checkbox"/> ERGBD
<input type="checkbox"/> 手術 (胆摘も含む)	<input type="checkbox"/> 手術的 (胆摘も含む)
<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )

- 13) 手術可能な症例での急性胆嚢炎の原則的な治療方針はいずれでしょうか

(定義：早期手術：発症後 3-4 日以内の手術。待機手術：発症後 1 週間以降の手術)

ガイドライン以前	現 在
<input type="checkbox"/> ドレナージを行ってから早期手術	<input type="checkbox"/> ドレナージを行ってから早期手術
<input type="checkbox"/> ドレナージを行ってから待機手術	<input type="checkbox"/> ドレナージを行ってから待機手術
<input type="checkbox"/> ドレナージなしで早期手術	<input type="checkbox"/> ドレナージなしで早期手術
<input type="checkbox"/> ドレナージなしで待機手術	<input type="checkbox"/> ドレナージなしで待機手術
<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )

### III. 手術：この項目は外科系の先生にのみお尋ねします。

- 14) 早期および通常の胆嚢摘出術を行う場合の原則的な手術術式はいずれでしょうか？

ガイドライン以前	現 在
<input type="checkbox"/> 早期、待機とも腹腔鏡下	<input type="checkbox"/> 早期、待機とも腹腔鏡下
<input type="checkbox"/> 早期は腹腔鏡下、待機は開腹	<input type="checkbox"/> 早期は腹腔鏡下、待機は開腹
<input type="checkbox"/> 早期は開腹、待機は腹腔鏡下	<input type="checkbox"/> 早期は開腹、待機は腹腔鏡下
<input type="checkbox"/> 早期、待機とも開腹	<input type="checkbox"/> 早期、待機とも開腹
<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )

- 15) 早期の胆嚢摘出術を行う場合に腹腔鏡下で行わない施設の外科系の先生にお尋ねします。

その理由は何ですか？ 該当項目全てに○を、主因を1つのみ◎で記して下さい。

ガイドライン以前	現 在
( ) 設備がなかった	( ) 設備がなかった
( ) スタッフが揃わない	( ) スタッフが揃わない
( ) 手技に自信がない	( ) 手技に自信がない
( ) 慣例に従っていた	( ) 慣例に従っていた
( ) その他 ( )	( ) その他 ( )





20) ご意見、コメント等ありましたら御記載ください。

今後改訂すべき項目、エビデンスが古く現状に合わない、記載が足りない、その他なんでも結構です。

(

)

差し支えなければ、先生の御所属、御芳名を御記載ください。

---

ご協力大変有り難うございました。

皆様の御意見をガイドラインの改訂へ反映させていただきます

資料2. 科学的根拠に基づく急性胆管炎、胆嚢炎の診療ガイドライン アンケート集計結果

アンケート内容		集計値
1) 「科学的根拠に基づく急性胆管炎、胆嚢炎の診療ガイドライン」(以下、日本語版胆道炎ガイドライン)についてお聞きします。		
a) 日本語版胆道炎ガイドラインを御覧になったことがありますか?		
	本文も読んだ	276
	推奨度のみみた	47
	フローチャートのみみた	31
	みたことがない	16
b) 上記で、日本語版ガイドラインを少しでも御覧になった方にお尋ねします。		
	大きく変わった	14
	少し変わった	210
	ほとんど変わらない	112
	全く変わらない	5
2) Tokyo Guidelines for Management of Acute Cholangitis and Cholecystitis		
a) Tokyo Guidelines をご覧になったことがありますか?		
	本文も読んだ	79
	推奨度のみ見た	61
	フローチャートのみ見た	69
	見たことがない	153
b) 上記で、Tokyo Guidelines を少しでも御覧になった方にお尋ねします。		
	大きく変わった	10
	少し変わった	108
	ほとんど変わらない	86
	全く変わらない	9
c) 日本語版胆道炎ガイドラインとTokyo Guidelines の内容の異同について		
	内容の違いをよく知っている	30
	少し知っている	97
	同じ内容と思っていた	96
	不明	47
3) 先生のご年齢		
	20歳代	1
	30歳代	20
	40歳代	156
	50歳代	150
	60歳代	43
	70歳代以上	1
卒業後年齢		
	0~5年未満	1
	5年以上~10年未満	0
	10年以上~15年未満	18
	15年以上~20年未満	57
	20年以上~30年未満	183
	30年以上	76
4) 施設の病床数		
	300床以上	283
	100~299床	60
	20~99床	10
	1~19床	2
	入院病床なし	6
a) 大学病院ですか?		
	はい	154
	いいえ	210
b) 臨床研修指定病院ですか?		
	はい	204
	いいえ	51
c) 診療科		
	消化器内科	35
	総合(一般)内科	13
	消化器以外を専門とする内科	6
	消化器外科	260
	総合(一般)外科	76
	消化器以外を専門とする外科	19
	放射線科	10
	麻酔科	5
	救急科	22
	集中治療科	7
	その他	6
d) 肝胆膵領域をご専門とされていますか?		
	はい	281
	いいえ	86

資料2. 科学的根拠に基づく急性胆管炎、胆嚢炎の診療ガイドライン アンケート集計結果

アンケート内容		集計値
e) 所属される団体		
	日本腹部救急医学会	202
	日本肝胆膵外科学会	273
	日本胆道学会	160
	日本外科感染症学会	79
	厚生労働科学研究急性胆道炎ガイドライン研究班	15
5) この3年間に先生の御所属の科で急性胆管炎、急性胆嚢炎の診療に携われた症例数はおおよそ何例でしょうか？		
	0症例	8
	1～5症例	37
	6～20症例	86
	21～50症例	101
	51～100症例	78
	101症例以上	49
I. 診断基準/重症度判定基準		
6) 現在、急性胆管炎や胆嚢炎が疑われる場合に診断のために用いる診断基準は何ですか？（複数解答可）。		
急性胆管炎		
	診断基準は用いていない	81
	日本版ガイドライン	257
	Tokyo Guidelines	19
	その他	5
急性胆嚢炎		
	診断基準は用いていない	81
	日本版ガイドライン	251
	Tokyo Guidelines	20
	その他	6
7) 現在、急性胆管炎や胆嚢炎の重症度判定を行う場合に用いる重症度判定基準は何ですか？（複数解答可）。		
急性胆管炎		
	重症度基準は用いていない	66
	日本版ガイドライン	267
	Tokyo Guidelines	17
	APACHEIIスコア	21
	SOFAスコア	9
	その他	3
急性胆嚢炎		
	重症度基準は用いていない	70
	日本版ガイドライン	259
	Tokyo Guidelines	18
	APACHEIIスコア	17
	SOFAスコア	11
	その他	4
8) 搬送基準は必要または不要とお考えですか？		
	必要	175
	不要	40
	どちらとも言えない	131
II. 治療法の変化		
9) Reynoldsの5徴を呈するような重症急性胆管炎に使用する第一選択の抗菌薬としては何をどのように投与しますか（併存疾患なし、50歳、体重50kgの成人女性の場合として）		
第一抗菌薬の種類		
ガイドライン以前		
	ペニシリン系	6
	第一世代セフェム	8
	第二世代セフェム	63
	第三、四世代セフェム	152
	カルバペネム、キノロン	107
	アミノグリコシド	4
	その他	4
現在		
	ペニシリン系	3
	第一世代セフェム	8
	第二世代セフェム	46
	第三、四世代セフェム	150
	カルバペネム、キノロン	127
	アミノグリコシド	3
	その他	7
使用薬例と1回投与量と投与回数		
ガイドライン以前		
現在		

資料2. 科学的根拠に基づく急性胆管炎、胆嚢炎の診療ガイドライン アンケート集計結果

アンケート内容		集計値
第一抗菌薬併用抗菌薬例と1回投与量と投与回数	ガイドライン以前	
	現在	
10) 合併症のない軽症急性胆嚢炎に使用する第一選択の抗菌薬として何をどのように投与しますか（併存疾患なし、50歳、体重50kgの成人女性の場合として）		
第一抗菌薬の種類		
ガイドライン以前		
	ペニシリン系	23
	第一世代セフェム	60
	第二世代セフェム	162
	第三、四世代セフェム	77
	カルバペネム、キノロン	8
	アミノグリコシド	0
	その他	4
現在		
	ペニシリン系	21
	第一世代セフェム	72
	第二世代セフェム	153
	第三、四世代セフェム	69
	カルバペネム、キノロン	11
	アミノグリコシド	0
	その他	5
使用薬例と1回投与量と投与回数		
ガイドライン以前		
現在		
第一抗菌薬併用抗菌薬例と1回投与量と投与回数		
ガイドライン以前		
現在		
11) 急性胆管炎のドレナージを行う場合、第一選択手技は以下のうちのいずれでしょうか		
ガイドライン以前		
	ERBD (EST)	78
	ENBD	166
	PTBD / PTC	105
	手術的ドレナージ	2
	その他	3
現在		
	ERBD (EST)	135
	END	168
	PTBD / PTC	51
	手術的ドレナージ	3
	その他	3
12) 急性胆嚢炎のドレナージを行う場合、第一選択手技は以下のうちのいずれでしょうか		
ガイドライン以前		
	PTGBD	272
	PTGBA	44
	ERGBD	18
	手術（胆摘も含む）	31
	その他	0
現在		
	PTGBD	239
	PTGBA	57
	ERGBD	25
	手術的（胆摘も含む）	51
	その他	0
13) 手術可能な症例での急性胆嚢炎の原則的な治療方針はどれでしょうか（定義：早期手術：発症後3-4日以内の手術。待機手術：発症後1週間以降の手術）		

資料2. 科学的根拠に基づく急性胆管炎、胆嚢炎の診療ガイドライン アンケート集計結果

アンケート内容		集計値
	ガイドライン以前	
	ドレナージを行ってから早期手術	63
	ドレナージを行ってから待機手術	137
	ドレナージなしで早期手術	110
	ドレナージなしで待機手術	33
	その他	4
	現在	
	ドレナージを行ってから早期手術	72
	ドレナージを行ってから待機手術	73
	ドレナージなしで早期手術	191
ドレナージなしで待機手術	17	
その他	6	
Ⅲ. 手術：この項目は外科系の先生にのみお尋ねしました。		
14) 早期および通常の胆嚢摘出術を行う場合の原則的な手術術式はいずれでしょうか？		
	ガイドライン以前	
	早期、待機とも腹腔鏡下	211
	早期は腹腔鏡下、待機は開腹	22
	早期は開腹、待機は腹腔鏡下	53
	早期、待機とも開腹	27
	その他	3
	現在	
	早期、待機とも腹腔鏡下	260
	早期は腹腔鏡下、待機は開腹	114
	早期は開腹、待機は腹腔鏡下	27
早期、待機とも開腹	12	
その他	4	
15) 早期の胆嚢摘出術を行う場合に腹腔鏡下で行わない施設の外科系の先生にお尋ねした、		
	ガイドライン以前	
	設備がなかった	6
	スタッフが揃わない	11
	手技に自信がない	18
	慣例に従っていた	18
	その他	12
	現在	
	設備がなかった	5
	スタッフが揃わない	15
	手技に自信がない	15
慣例に従っていた	6	
その他	8	
Ⅳ. 各手技の熟達のために必要な症例数		
16) 下記のいずれかの手技を施行している先生方にお聞きした。その手技を自信をもって施行できるようになるには各々何例の経験が必要か教えてください。		
1. ERBD+EST		
	約0～9例	2
	約10～19例	18
	約20～29例	29
	約30～39例	21
	約40～49例	0
	約50例以上	26
2. ENBD		
	約0～9例	9
	約10～19例	33
	約20～29例	29
	約30～39例	15
	約40～49例	1
	約50例以上	20
3. PTBD / PTCD		
	約0～9例	9
	約10～19例	65
	約20～29例	57
	約30～39例	31
	約40～49例	2
	約50例以上	27
4. 手術的胆管ドレナージ		
	約0～9例	30
	約10～19例	62
	約20～29例	37
	約30～39例	13
	約40～49例	0

資料2. 科学的根拠に基づく急性胆管炎、胆嚢炎の診療ガイドライン アンケート集計結果

アンケート内容		集計値
	約50例以上	8
5. PTGBD	約0~9例	60
	約10~19例	79
	約20~29例	35
	約30~39例	18
	約40~49例	0
	約50例以上	10
6. PTGBA	約0~9例	64
	約10~19例	56
	約20~29例	20
	約30~39例	11
	約40~49例	0
	約50例以上	3
7. 経乳頭的内視鏡的胆嚢ドレナージ	約0~9例	5
	約10~19例	11
	約20~29例	15
	約30~39例	10
	約40~49例	1
	約50例以上	13
8. 手術的胆嚢ドレナージ	約0~9例	58
	約10~19例	62
	約20~29例	25
	約30~39例	5
	約40~49例	0
	約50例以上	7
9. 急性胆嚢炎の早期の開腹胆嚢摘出術	約0~9例	27
	約10~19例	84
	約20~29例	65
	約30~39例	26
	約40~49例	2
	約50例以上	31
10. 急性胆嚢炎の早期の腹腔鏡下胆嚢摘出術	約0~9例	10
	約10~19例	61
	約20~29例	70
	約30~39例	33
	約40~49例	3
	約50例以上	52
V. 患者、介護者とガイドラインについて		
17) 患者、介護者からガイドラインを話題にされたことがありますか？		
	ある	9
	ない	330
18) 診療の時、患者、介護者にガイドラインを資料として見せたことがありますか？		
	ある	65
	ない	271
VI. ガイドライン全体の評価		
19) ガイドラインの内容で、特に有用であった項目に◎、有用であった項目に○、実臨床では用いていない項目に×を記入。		
推奨度		
	◎	102
	○	159
	×	12
フローチャート		
	◎	84
	○	163
	×	11
定義・病態と疫学		
	◎	40
	○	155
	×	27
診断		
	◎	40
	○	166
	×	20

資料2. 科学的根拠に基づく急性胆管炎、胆嚢炎の診療ガイドライン アンケート集計結果

アンケート内容		集計値
	重症度判定	
	◎	98
	○	152
	×	18
	搬送基準	
	◎	32
	○	124
	×	59
	治療	
	◎	69
	○	175
	×	13
	索引	
	◎	11
	○	124
×	61	
文献		
◎	12	
○	117	
×	64	
その他		
◎	2	
○	23	
×	40	

### 資料3アンケート調査結果グラフ

第71回日本外科感染症学会学術集会  
緊急企画

2006.11.6-7 札幌

## 胆道炎診療ガイドライン 改訂に向けてのアンケート調査結果

急性胆道炎診療ガイドライン作成出版委員会  
(日本外科感染症学会、日本腹部救急医学会、日本胆道学会、日本肝臓病学会)  
真弓俊彦、高田忠敬、炭山嘉伸、平田公一、  
吉田雅博、二村雄次、川原田嘉文

Department of Emergency & Critical Care Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine

### 日本における診療ガイドライン作成研究

急性胆道炎の診療ガイドライン 改訂版 2007年3月発刊

Department of Emergency & Critical Care Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine

### 科学的根拠に基づく急性胆管炎・胆嚢炎の ガイドライン（以下、日本語版）が2005年9月に発刊



Department of Emergency & Critical Care Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine

### 厚生労働科学研究 急性胆道炎の診療ガイドラインの作成、普及に関する研究班

主任研究者	高田忠敬	東京大学医学部外科	教授
分担研究者	平田公一	札幌医科大学医学部第一外科	教授
	二村雄次	名古屋大学大学院医学研究科器官腫瘍外科	教授
	福井次夫	京都大学大学院医学研究科臨床疫学	教授
	真弓俊彦	名古屋大学医学部救急救急診療部	講師
研究協力者	名取昌博	福宮直井とつむぎ病態臨床研究センター	センター長
	柳山雅生	大塚市民病院内科	部長
	成田昌彦	熊本大学医学部消化器外科	助教授
	山手隆一	日本医科大学医学部第一外科	教授
	藤 二郎	川崎医科大学医学部消化器科	教授
	安田善孝	中央大学医学部外科	教授
	今津一	京都大学大学院医学研究科産婦人科学	教授
	炭山嘉伸	東海大学第二外科	教授
	渡辺 一	宇治大学医学部内科	教授
	平塚謙二	千葉大学大学院医学研究科救急医学	教授
	安藤久實	名古屋大学大学院医学研究科病態外科学講座小児外科	教授
	木村 規	山形大学医学部救急救急診療学講座消化器・一般外科	教授
	松野正記	東北大学大学院医学部消化器外科	教授
	嶋田 敏	横浜国立大学大学院医学研究科消化器外科	教授
	高崎 健	東京女子医科大学付属消化器病センター外科	教授
	今泉俊秀	千葉大学医学部消化器外科	教授
藤島 敏	香川大学医学部第一外科	教授	
山田 孝一	福岡大学大学院医学部第二外科	講師	
宮川 貴一	藤田健康科学大学消化器第二外科	講師	

Department of Emergency & Critical Care Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine

### 急性胆道炎の診療ガイドラインの作成、普及に関する研究班 評価委員、ワーキンググループ

外部評価委員	川原田嘉文 徳島大学 清水武雄 長崎中央総合病院外科 岡山大学第1外科	三澤文孝 千葉大学大学院医学研究科産婦人科 長崎中央総合病院外科 産業医科大学第1外科	名誉教授 副院長 講師
ワーキンググループ	吉田雅博	東京大学医学部外科	講師
	三浦文彦	東京大学医学部外科	講師
	木村康利	札幌医科大学医学部第一外科	助手
	高井清也	東京社会事業大学救急救急診療部一般内科	助手
	櫻井正人	名古屋大学大学院医学研究科救急診療科	助教授
	岡本美穂	京都大学大学院医学研究科産婦人科学	講師
	廣口利夫	千葉大学大学院医学研究科産婦人科	助手
	田中 実	徳島大学医学部内科	講師
	上野謙一	名古屋大学大学院医学研究科救急医学	助手
	小倉行雄	名古屋大学大学院医学研究科病態外科学講座小児外科	助手
	遠藤幸一	山形大学医学部救急救急診療学講座消化器・一般外科	助手
	高野尚明	東北大学大学院医学部消化器外科	助手
	藤島 敏	横浜国立大学大学院医学研究科消化器外科	講師
	太郎信洋	東京女子医科大学付属消化器病センター外科	助手
笠原昌一	東京大学医学部消化器外科	助手	
新井隆夫	香川大学医学部第一外科	講師	
藤原達彦	日本医科大学医学部第一外科	講師	
伊東昌広	藤田健康科学大学消化器第二外科	講師	

Department of Emergency & Critical Care Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine

### 本ガイドラインの特徴

1. Medline、医学中央雑誌 internet 版より抽出した 15,759 文献を検討し、文献レベルを決定した
2. クリニカルクエスチョンを設定した
3. エビデンスを重視し、臨床に用いやすくするために推奨度をつけた
4. 診断基準、重症度判定基準、診療指針、搬送基準を明記（世界初）
5. 外部の評価委員による検討がなされている  
(日本腹部救急医学会、日本胆道学会、厚生省研究班)

Department of Emergency & Critical Care Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine



## Tokyo Guidelines for Management of Acute Cholangitis and Cholecystitis

2006年4月に国際コンセンサス会議を開催し、協議。  
2007年1月に発刊

J Hepato-Biliary-Pancreatic Surg 14 (1), 2007  
(電子ジャーナルで閲覧、download可能)

Department of Emergency & Critical Care Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine

HBP

Background: Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis

Shimizu T, Nakano M, Kawanishi T, et al. *J Hepato-Biliary-Pancreatic Surg* 2007;14(1):1-10.  
Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepato-Biliary-Pancreatic Surg* 2007;14(1):1-10.

## Tokyo Guidelines for Management of Acute Cholangitis and Cholecystitis

Abstract  
Introduction  
Background  
Methods  
Results  
Conclusion

N Engl J Med 2008;358:2804-11  
に引用

### DISCUSSION

The authors of this study conducted a meta-analysis of the literature regarding the management of acute cholangitis and cholecystitis. The authors of this study conducted a meta-analysis of the literature regarding the management of acute cholangitis and cholecystitis. The authors of this study conducted a meta-analysis of the literature regarding the management of acute cholangitis and cholecystitis.

## Tokyo Guidelines for Management of Acute Cholangitis and Cholecystitis

Abstract  
Introduction  
Background  
Methods  
Results  
Conclusion

N Engl J Med 2008;358:2804-11  
に重症度判定も引用

Department of Emergency & Critical Care Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine

## 日本語版とTokyo Guidelines

1. 診断基準と重症度判定基準が異なる
2. 検証が必要：
  - ✓ 診断基準、重症度判定/搬送基準
  - ✓ 現状に合致、有用性？
3. 国内への流布、影響：
  - ✓ ホームページでの公開など

Department of Emergency & Critical Care Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine

## 厚生労働省との連携：ホームページでの公開

ガイドライン内容をデータベース化し、厚生労働省のホームページに掲載する。さらに日本医療機能評価機構の医療情報サービス事業(Minds 事業)と共同で、一般(医師、患者)向けの情報提供を予定している。

<http://www.joqho.or.jp/html/>

日本医療機能評価機構  
Japan Council for Quality Health Care

医療情報サービス事業

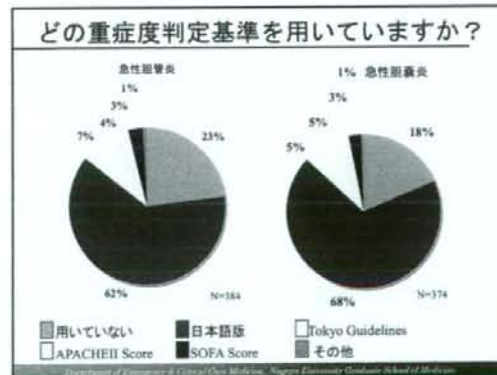
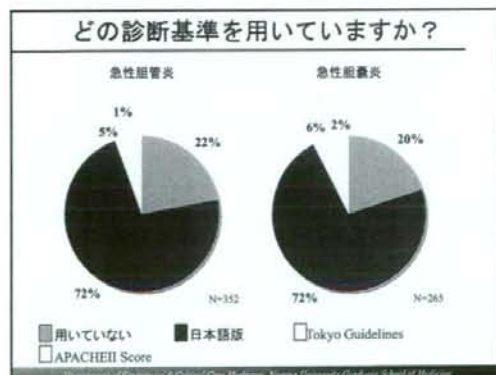
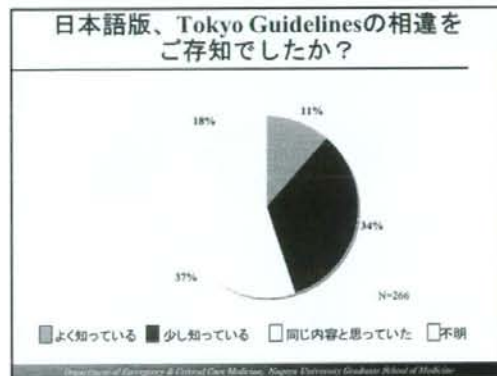
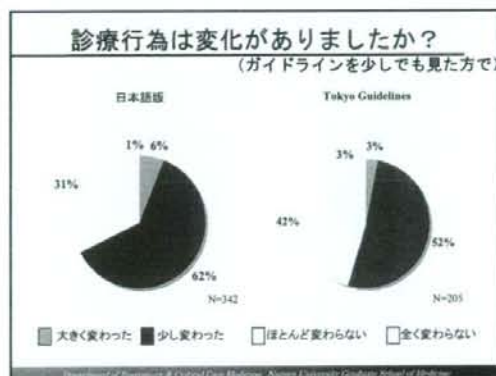
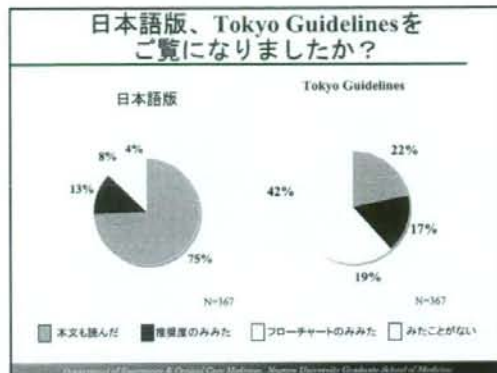
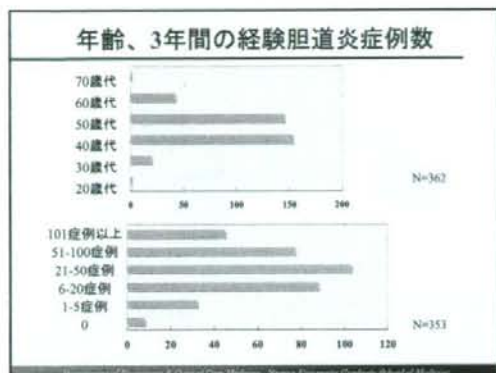
## 改訂に向けてのアンケート調査

ガイドラインの改訂に向けて日本外科感染症学会、日本腹部救急医学会、日本胆道学会、日本肝胆膵外科学会の全評議委員(約1,200名)に、無記名による郵送法で行った。

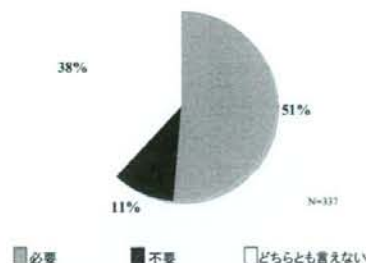
### 内容

- ・診断や重症度判定の状況
- ・両ガイドラインの使用状況
- ・ガイドラインによる診療行為の変化(抗菌薬、ドレナージや手術の時期・方法)
- ・各手技の熟達のために必要な症例数
- ・ガイドラインで有用であった内容
- ・今後の改変点、患者家族へのガイドラインの利用など

Department of Emergency & Critical Care Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine

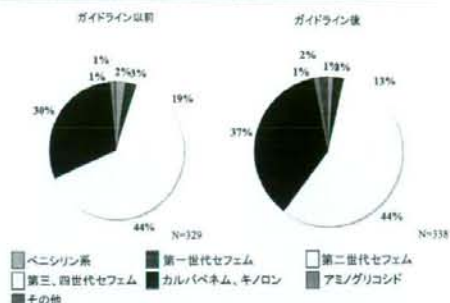


### 搬送基準は必要ですか？



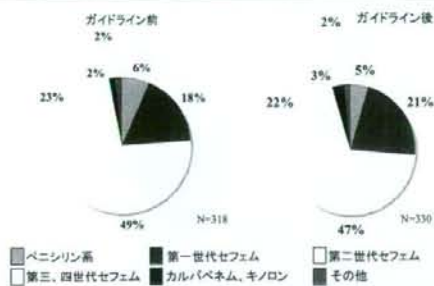
Department of Emergency & Critical Care Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine

### 抗菌薬使用の変化 -重症急性胆管炎-



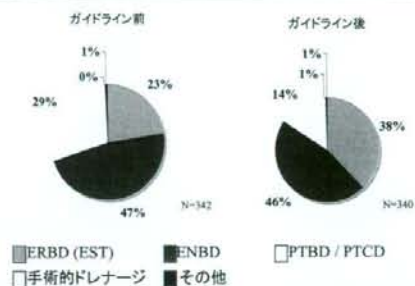
Department of Emergency & Critical Care Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine

### 抗菌薬使用の変化 -軽症急性胆嚢炎-



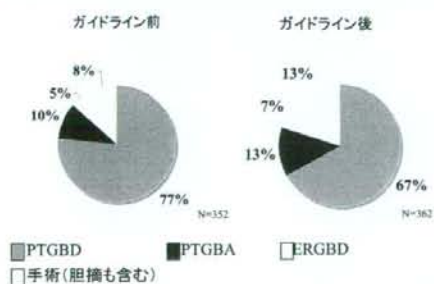
Department of Emergency & Critical Care Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine

### 急性胆管炎のドレナージ -第一選択-



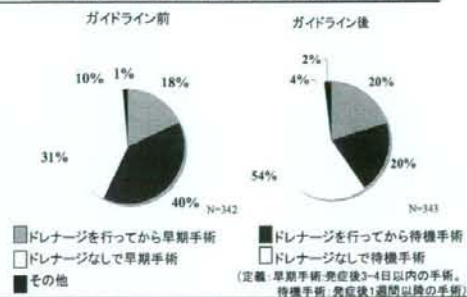
Department of Emergency & Critical Care Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine

### 急性胆嚢炎のドレナージ -第一選択-



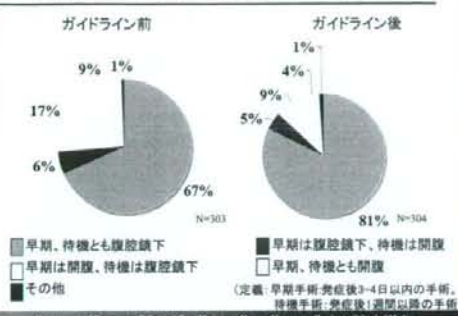
Department of Emergency & Critical Care Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine

### 手術可能な症例での急性胆嚢炎の原則的な治療方針

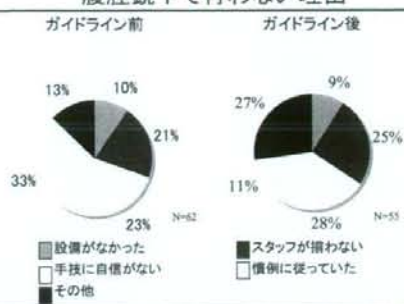


Department of Emergency & Critical Care Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine

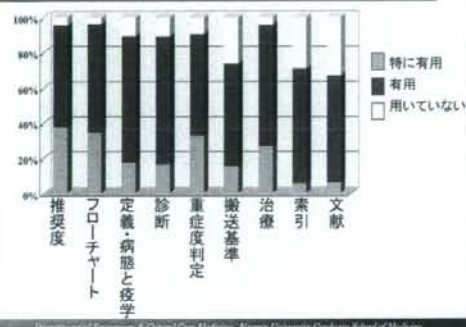
### 早期および通常の原則的な胆嚢摘出術



### 早期の胆嚢摘出術を行う場合に腹腔鏡下で行わない理由



### 有用であった項目



### まとめ

急性胆管炎胆嚢炎の診療ガイドラインについてのアンケートで以下の点が明らかになった。

1. 日本版はよく普及していたが、Tokyo Guidelinesは見たことがない方が42%あり、同じ内容と思っていた方が37%あった。
2. 日本版診断基準、重症度判定基準が7割近くで使用されていた。
3. 診療行為の変化は、抗菌薬使用、胆管ドレナージ、早期胆嚢摘出術、腹腔鏡下手術などで認められた。

### 結語

今回のアンケートにより、Tokyo Guidelinesの普及が必要と思われたが、ガイドラインによる診療行為の変更の一定の効果が伺えた。

この場をお借りしてアンケートにご協力頂いた皆様に深謝致します。