

**分担研究報告書**

## 項目【1】「CQにて画像検査を取り扱う場合には、ガイドライン作成過程において、放射線診断専門医の関与が望ましい」の作成

研究分担者

東美菜子 宮崎大学医学部 助教

### 研究目的

昨年度の調査結果をもとに、当該項目の指針を策定すること。

### 研究方法

Minds 診療ガイドラインに掲載されているガイドラインのうち、「画像診断」に関する記載が含まれるものを検索し、そのガイドラインの作成に放射線診断専門医の関与があるかを調査した。

### 研究結果

131の診療ガイドラインで、画像診断に関するなんらかの記載を認めた。このうち、放射線診断専門医が作成委員に含まれている割合は約30%（40/131）であった。各領域別では、脳神経23%（5/22）、頭頸部56%（5/9）、胸部57%（4/7）、心血管64%（9/14）、消化器（肝胆膵含む）35%（11/31）、婦人科0%（0/5）、泌尿器22%（4/18）、乳房100%（2/2）、骨軟部5%（1/20）、全身疾患0%（0/4）であった。

### 考察

検査の適応に関しては、放射線被曝による発癌のリスクの考慮が必要で、特に放射線

感受性の高い小児および青年においてはより慎重な判断が求められ<sup>1,2,3</sup>、被曝線量の抑制が望まれる。また、診断に必要な情報が得られる適切な撮像モダリティの選択が必要である。今後、臨床の現場で適切な画像検査が行われるようになるためには、各診療ガイドラインに含まれる画像検査に関わる項目の作成段階において放射線診断専門医が関与することが望ましい。

### 参考資料

- 1, Berrington de González A, Darby S. Risk of cancer from diagnostic X-rays: estimates for the UK and 14 other countries. *Lancet*. 2004;363(9406):345-51.
- 2, Mathews JD, Forsythe AV, Brady Z, et al. Cancer risk in 680,000 people exposed to computed tomography scans in childhood or adolescence: data linkage study of 11 million Australians. *BMJ* 2013;346:f2360. 8.
- 3, Huang WY, Muo CH, Lin CY, et al. Paediatric head CT scan and subsequent risk of malignancy and benign brain tumour: a nation-wide population-based cohort study. *Br J Cancer* 2014;110(9):2354-2360.

## 項目【2】「CQにて画像検査を取り扱う場合には、安全および効果的に画像検査を施行できる設備・体制の必要性についてガイドラインに明示する」の作成

研究分担者

東美菜子 宮崎大学医学部 助教

### 研究目的

昨年度の調査結果をもとに、当該項目の指針を策定すること。

### 研究方法

鎮静や造影などの処置が必要な画像検査については、適応を十分熟考したうえで、安全が担保された環境を整えて検査を行う必要がある。小児のMRI検査時の鎮静をテーマに、医療安全に関する現状やこれに対する関連学会からの提言について調査した。

### 研究結果

日本小児科学会医療安全委員会が行った調査では、小児科専門医研修施設への調査で回答あった施設の35%（147施設）が鎮静の合併症を経験したと報告されている<sup>1)</sup>。2013年に日本小児科学会・日本小児麻酔学会・日本小児放射線学会から出されたMRI検査時の鎮静に関する共同提言では、MRI検査の指示や検査施行・読影に責任を持つ診断医は、MRIと小児の特性に十分な知識を持つ放射線科診断専門医が担当することが望ましいとしている<sup>2)</sup>。また、検査依頼医は、検査適応を判断し、症例に応じてあらかじめ診断医と話し合うことを強く推奨している<sup>2)</sup>。さらに、診断医は鎮静担当医を兼ねないこと、検査依頼医が鎮静を担当もしくは別に鎮静担当医を配置する必要がある

あることが推奨されている<sup>2)</sup>。また、鎮静中に患者の監視に専念する医師または看護師の配置、緊急事態にすぐに対処できるような人員や設備などの準備について、診断医をはじめとするMRI担当のスタッフとあらかじめ相談をしておく必要があるとしている<sup>2)</sup>。

### 考察

現状として、安全かつ効果的な画像検査施行のために必要な体制が、画像検査機器を保有している全ての施設で構築されているわけではない。しかしながら、特に高度な体制を要する画像検査をCQで取り扱う際には、安全かつ効果的な検査のために必要な体制を本文に明示し、それを達成することが国内のどの程度の施設で可能であるかを吟味した上で、その検査の推奨度を決定する必要があると考えられる。

### 参考資料

- 1, 日本小児科学会小児医療委員会.MRI検査を行う小児患者の鎮静管理に関する実態調査（委員会報告）日児誌 2013;117: 1167-1171
- 2, MRI検査時の鎮静に関する共同提言. 日本小児科学会・日本小児麻酔学会・日本小児放射線学会 2013年

## 項目【3】「CQにて画像検査を取り扱う場合には、想定される疾患を診断する上で最低限必要な撮影プロトコルを明示することが望ましい」の作成

研究分担者

石神 康生 琉球大学放射線科 准教授

### 研究目的

昨年度の調査結果をもとに、当該項目の指針を策定すること。

### 研究方法

画像診断ガイドラインと他の診療科のガイドラインにおける画像検査に関する言及を比較し、プロトコル（撮像法）に関する考え方の相違を抽出した。

### 研究結果

CQにて画像検査をI（Intervention, Index examination）として取り扱う場合には、モダリティのみならず、想定される疾患を診断する上で最低限必要な撮影法（プロトコル）を、できる限り明示することが望ましい。

### 考察

画像検査ではCT、MRIなどの検査モダリティの選択が第一であり、次いで、想定す

る疾患を検出・診断する上で必要な撮影法（プロトコル）を決定する。同一モダリティであっても、撮影法が異なると診断精度や被ばく量は大きく異なり、結果として益と害のバランスも異なることから、推奨が変化しうる。例えば急性膵炎の診断には造影CTを用いるが、経過観察のために造影ダイナミックCTを繰り返し撮影することは、被ばく量と得られる情報のバランスを考えると、有益とはいいがたい。

MRI検査の場合には複数の撮影法があり、また撮影方向も自由に選択できる。疑われる病態を明瞭に描出するには、“MRIが有用”というコメントや推奨は意味を成さない。具体的に、「子宮頸癌の子宮傍組織浸潤の評価には、T2強調横断像またはT2強調頸管短軸像を用いる」のように明確に記載する必要がある。

撮影プロトコルは施設によって詳細が異なるので完全に統一することは困難であるが、推奨される検査が正しく現場で用いられるためにも、適切な撮影法を放射線科から発信していく必要がある。

## 項目【4】「CQにて画像検査を取り扱う場合には、比較対照する検査（診療行為）をできるだけ明示することが望ましい」の作成

研究分担者

伊良波裕子 琉球大学医学部附属病院放射線科 講師

### 研究目的

昨年度の調査結果をもとに、当該項目の指針を策定すること。

### 研究方法

EBM普及推進事業（Minds）が提案する診療ガイドライン作成マニュアルおよび2019年に開催された画像診断ガイドラインの作成に特化したセミナー資料をもとに、現行の画像診断ガイドラインとの相違点を抽出し、今後の診療ガイドライン作成の際の留意点に着目した。

### 研究結果

画像検査のCQにはPICOのC（comparison）となる比較対照の検査が記載されていない場合が多い。実臨床では比較対照（C）は多岐にわたるが、診療ガイドラインでCQとして取り上げる場合は、Cを明確にし、何と比較してその画像検査（I）が推奨されるのか、を明示することが望ましい。Cが異なる場合は、Iと比較した場合の益のアウトカム（診断精度、下流の治療方針の転換など）と害のアウトカム（被ばく、費用、検査時間や患者の負担など）の

バランスも変化するからである。また、Cの定義を曖昧にした場合には、診療ガイドライン作成過程での文献検索や抽出作業もより困難になることも考えられる。

ただしCを一つに絞ることがガイドラインの有用性を狭めてしまう可能性がある場合には、CQではCを明示せず、解説にて可能性のあるCを列挙しそれぞれについて概説する等、個別に対応する必要がある。

### 考察

画像診断のCQにおいては、C（比較対照）が記載されていないことが多い。これは実臨床では比較対照となる検査が多岐にわたるため、すべてを盛り込むと記載が複雑になりガイドラインの汎用性を下げてしまう可能性があるためと考えられる。Cが複数ある場合は重要なものに絞る必要もあると思われる、基本的にはCQの担当者に委ねるところがある。Cをどこまで広げるかを判断する基準の一つとして大切なのが、臨床的重要性である。そもそもCQとは、臨床的重要課題を取り上げているもの。そのCとの比較結果に対して多くの人が興味を持っている重要な臨床課題ならば、Cを記載すべきと思われる。

## 項目【5】「CQにて画像検査を取り扱う場合には、画像検査の対象となる患者の詳細（検査前確率を含め）を明示することが望ましい」の作成

研究分担者

伊良波裕子 琉球大学医学部附属病院放射線科 講師

### 研究目的

昨年度の調査結果をもとに、当該項目の指針を策定すること。

### 研究方法

EBM普及推進事業（Minds）が提案する診療ガイドライン作成マニュアルおよび2019年に開催された画像診断ガイドラインの作成に特化したセミナー資料をもとに、現行の画像診断ガイドラインとの相違点を抽出し、今後の診療ガイドライン作成の際の留意点に着目した。

### 研究結果

画像検査のCQにおいて、PICOのPは介入（画像検査）を受ける対象のことであるが、適切な推奨を出すためにはPの詳細を定義する必要がある。肺癌検査のための胸部CTを考えた場合、スクリーニングを目的とした撮影プロトコルと、確定診断・病期診断を目的とした撮影プロトコルは異なる。加えて、スクリーニングを受けるべき患者群と、確定診断・病期診断を受けるべき患者群も異なる。従って、CQ内で胸部CT検査を推奨する場合には、その対象となるべき患者群の詳細も定義・記載すべきである。誤った対象の患者に適用すると、益と害のバランスが大きく異なる可能性がある。また、画像検査の益と害のバランスの判断を行う上で極めて重要なポイントの一つが、対象となる患者の検査前確率

である。頭痛の患者に対して頭部CTを行うか否かを検討する場合は、その頭痛がクモ膜下出血などの重篤な頭蓋内疾患を示す可能性がどの程度であるのかによって、益と害のバランスが異なり、推奨も異なる。Minds診療ガイドライン作成マニュアルおよびGRADEシステムにおいても、診断精度に関するCQを作成する際には、有病率ごとエビデンスプロファイルをまとめることが推奨されている。多くのCQにおいて「○○疾患が疑われる患者において、▲検査は推奨されるか？」という表現が見られるが、○○疾患が“どの程度”疑われるのか、を記載することで、正しい推奨に基づく検査の実施が期待できる。

以上より、画像検査のCQでは対象となる患者の特性を目的とする疾患の検査前確立を含めて、できる限り明記することが望ましい。

### 考察

画像検査の対象となる患者は、通常「○○を疑う患者」と簡素な記述が多く、どの程度その疾患を疑うか記載はほとんどない。しかし検査前確立を含めて記載しないと、実臨床における益と害のバランスが異なり、推奨も異なってくる可能性がある。推奨される画像検査のモダリティが大きく異なる可能性もあるため、少なくとも対象となる患者の疾患がスクリーニングなのか確定診断なのかは明記すべきである。

## 項目【6】「CQにて画像検査を取り扱う場合には、画像検査の結果によって診療方針が変わりうる確率を適切に吟味した上で、推奨を作成することが望ましい」の作成

研究分担者

藤井進也 鳥取大学医学部画像診断治療学分野 教授

### 研究目的

昨年度の調査結果をもとに、当該項目の指針を策定すること。

### 研究方法

検査前確率、検査後確率が重要となる項目で、ベイズ統計学が関係することから、完全独習ベイズ統計学入門（ダイヤモンド社）等の書籍、及び下記の参考文献等を参照し、実臨床における検査閾値の活用に関して考察した。

### 研究結果

どの程度の検査前確率のときに画像検査を推奨するのかを決める際には、検査後確率の吟味が必要である。画像検査を施行することで得られる検査後確率が検査前確率と比べて大きく変化する場合、診療方針に影響を与える可能性も高いため、一般的にその検査は有用と考えることができる。検査前確率が非常に低いか非常に高い、あるいは適切な感度・特異度を有さない画像検査の場合は、検査を施行しても検査後確率は検査前確率に準じた値にしかならず、診療方針に影響を与える可能性が低い。この例のように、「それ以下の検査前確率では検査をしても検査後確率が大きく変化せず、検査の害が益を上回ると考えられる値」を検査閾値と言う。患者の検査前確率が検査閾

値を超えると、その検査は適応があると言える。検査を推奨するか否かを判断する際には、検査前確率が検査閾値を超えるか否か、すなわち検査結果が診療方針を左右する確率がどの程度か、がポイントとなる。

### 考察

検査閾値は、画像検査の侵襲性や、検出を目的としている疾患の危険性によって変化するため、盲目的に一つの値に決めることはできない。診断の遅れが生命を脅かす疾患（くも膜下出血など）とスクリーニング目的の検査に関する閾値や、侵襲性の高い検査と侵襲性の低い検査の検査閾値は同一とならない。今後の活用には、この点に留意して考えていく必要がある。

### 参考文献：

- (1) Medow MA, Lucey CR. A qualitative approach to Bayes' theorem. *Evid Based Med.* 2011;16:163-167.
- (2) Xie X, Willeminck MJ, de Jong PA et al. Small irregular pulmonary nodules in low-dose CT: observer detection sensitivity and volumetry accuracy. *AJR* 2014; 202:W202-W209

## 項目【7】「CQにて画像検査を取り扱う場合には、画像検査の益と害のアウトカムを明示する」の作成

研究分担者

石神 康生 琉球大学放射線科 准教授

### 研究目的

昨年度の調査結果をもとに、当該項目の指針を策定すること。

### 研究方法

PICOのO（Outcome）に関して、画像診断の観点から様々な益と害の因子を抽出した。

### 研究結果

画像検査の推奨を出す付与するに当たっては、画像検査の益と害の各アウトカムの定義と吟味が必須であり、それが診療ガイドラインを利用する医療者・患者にきちんと分かるように、ガイドライン内に記載すべきである。

### 考察

画像検査の場合（Outcome）の定義が難しく、しばしば最終的な推奨に影響を及ぼす。

検査の場合は患者の直接アウトカム（生存率や生活の質など）を対象とした研究が限

られるため、代理アウトカムである「精度（感度・特異度）」を用いることが多いが、検出する対象を定義しておかなくては精度も一定とならない。たとえ同一のモダリティ・プロトコルであっても、目的の疾患の検出精度と、鑑別疾患の除外の精度と、予後を示す所見の検出精度、いずれも異なる。また、検出する疾患の定義も重要である。

検査精度以外にも、画像検査の「益のアウトカム」としては検査下流の診断・治療方針の転換が挙げられる。いくら画像検査の診断精度が高くとも、画像検査の結果が以後の診療方針に影響を与えないのであれば、通常は強い推奨にはならない。

画像検査の「害のアウトカム」としては、検査の副作用（造影剤アレルギー等）、被ばく、検査時間（患者さんのスループット）などに加えて、間違った分類（偽陰性と偽陽性）によって起こりうる害も含まれ、これらをアウトカムの要因として吟味する必要がある。

最終的には益と害のバランスやエビデンスの確からしさ、資源やコストなど総合的に考慮して推奨を決めることになる



## 項目【8】「画像検査を読影・解釈する医師として、一般的な放射線診断専門医を想定した上で推奨を付与する」の作成

研究分担者

隈丸加奈子 順天堂大学医学部放射線診断学講座 准教授

### 研究目的

昨年度の調査結果をもとに、当該項目の指針を策定すること。

### 研究方法

他国の放射線診断ガイドライン等を参照し、画像検査に関するCQに推奨度を付与する上で、どの程度の感度・特異度の読影力を有する医師を想定することが適切かを検討した。

### 研究結果

ACRのAppropriateness Criteria)においては、推奨を付与する際のthe expertise of the practitionerの考え方は”When rating appropriateness, the panelist assumes that all procedures or treatments are performed by an expert. Some procedures may be appropriate but the benefits may depend on how well the operator or practitioner performs the procedures or interprets the results.”となっていた。有識者からのヒアリングも踏まえ、放射線画像を読影すべき理想かつボリュームゾーンとして、専門医試験合格レベルの、一般的な放射線診断専門医であることを想定した上で感度・特異度を規定し、その感度・特異度に基づいて推奨を付与することが望ましい。

### 考察

手術成績が術者の腕前に左右されることと同様に、病変検出の感度・特異度も、画像検査を解釈する医師のレベルに左右されるため、CQで画像検査を扱う際には、その検

査を解釈する医師がどの程度のレベルの読影力であるかを設定しておく必要がある。

本邦ではCT・MRI検査などの画像診断機器へのアクセシビリティが他国に比べて高いことが利点の一つであるが、放射線診断専門医の絶対数が少ないため、撮影された画像が放射線診断専門医に読影されない場合も少なくない。しかしながら、診療ガイドラインにおいて画像検査の推奨の強さを決定する際には、本来検査を読影すべき妥当な医師を想定することが望ましい。逆に、放射線診断専門医の中でもごく限られたエキスパートのみが達成可能な感度・特異度を基に、その画像検査の推奨を付与することは避けるべきである。ただし、個々のCQにおいて特殊な状況や背景がある場合は、応じて対応する。

### 参考資料

1. OECD 2018, Computed tomography (CT) scanners (indicator). doi:10.1787/bedece12-en. <https://data.oecd.org/healthqt/computed-tomography-ct-scanners.htm>
2. Kumamaru KK, Machitori A, Koba R, et al. Global and Japanese regional variations in radiologist potential workload for computed tomography and magnetic resonance imaging examinations. Jpn J Radiol. 2018; 36:273-281.
3. ACR Appropriateness Criteria® Rating Round Information. <https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/Appropriateness-Criteria/RatingRoundInfo.pdf>

## 項目【9】「画像検査の推奨作成にあたって、用いた手法をガイドラインに明示する」の作成

研究分担者

片岡 正子 京都大学医学部附属病院 助教

### 研究目的

昨年度の調査結果をもとに、当該項目の指針を策定すること。

### 研究方法

Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2014、Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2017、GRADE 法に関する資料に追加して、Cochrane Collaboration, AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), Oxford EBM center の Website 上にある最新資料を参照した。

### 研究結果

推奨決定の手法によって、用いるエビデンスの評価や最終的な推奨も変化する。本邦における Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2014 及び Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2017 版においては、診療ガイドライン作成方法は以前の版と大きく異なり GRADE system の考え方が大幅に採用された。

診療ガイドライン中における画像診断関連の CQ も従来の手法ではランダム化比較

試験の少ない画像診断分野では評価が低くなるが多かったが、GRADE system ではランダム化比較試験がなくとも評価が高くなることもある。手法による最終的な推奨の違いを鑑み、CQ にて画像検査を取り扱う場合は、少なくとも、推奨度決定に際して用いた手法を明示することが望ましい。

### 考察

現在作成中の画像診断ガイドラインにおける推奨度決定が、上記に述べた推奨決定の手法の変更により大きく変わることが予想された。画像診断のエビデンスが正当に評価される動きではあるが、主に非画像診断医が主体となって作成する治療主体の診療ガイドラインにおいて、画像診断に関する項目が混在する場合には留意していただきたい項目であると考えられる

### 参考資料

1. 小島原典子, 中山健夫, 森實敏夫, 山口直人, 吉田雅博編集. Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2017. 公益財団法人日本医療機能評価機構 EBM 医療情報部 2017

## 項目【10】「CQの選定基準（標準的な診断や、新しくエビデンスの少ないテーマの扱いをどうしたか）を明示する」の作成

研究分担者

片岡 正子 京都大学医学部附属病院 助教

### 研究目的

昨年度の調査結果をもとに、当該項目の指針を策定すること。

### 研究方法

これについては、比較的新しい内容であるため資料が少なかったが、乳癌診療ガイドライン2018版や、日本医学放射線学会のガイドライン作成委員会の要望で行ったMindsのオンデマンドセミナーほかのセミナーでの内容、また、乳癌診療ガイドラインの実際の担当者の先生方や、京都大学大学院医学研究科健康情報学の中山健夫先生、後藤禎人先生らにも直接問い合わせを行い助言を得てまとめた。

### 研究結果

CQの選択基準によって、その後のガイドライン作成過程や最終的な推奨も変化する。例として、乳癌診療ガイドライン2018の作成では、「CQ」は、

1. Background question (BQ): 旧来のガイドラインで標準的な事項として位置づけられる内容、古くて新たなエビデンスが出ないと思われる内容
2. Clinical question (CQ): 日常臨床で判断に迷うテーマ
3. Future research question (FQ): データが不足してCQにはできないが今後の重要な課題

の3つに分類され、臨床的に重要である課題のみをCQとしたうえで、詳細なシステムティックレビューを行って推奨を付与し

ている。その他の事項に関しては、標準的治療として受け入れられているもの（BQ）、エビデンスが乏しく現時点で正確な判断が困難なもの（FQ）に分類し、基本的には推奨は付与しない

他方、多くの診療ガイドラインでは全てをCQとしているため、たとえばBQに相当するような内容については推奨度A（行うことを強く推奨）もしくはD（行わないことを強く推奨）、FQに相当するような内容については弱い推奨、あるいはC1,2（科学的根拠はないが行うよう推奨、あるいは科学的根拠がなく行わないよう推奨）という中間的な推奨が付与されることが多い。同一の内容でも推奨が付与される場合と、ステートメントとして記載される場合がありうることになる。

以上より、CQにて画像検査を取り扱う場合には、標準的な事項やデータの足りない新しいテーマについてもCQに含めているのか、それともBQやFQというカテゴリを設けているのか、少なくともガイドライン毎に明示することが望ましい。

### 考察

比較的新しい考え方であるが、実臨床に即した考え方であり、今後広まるであろう考え方と思われる。また、CQを大きな視点でとらえて見直し、真にControversialなCQのみに絞って詳細な検討を行うという方針により、ガイドライン作成を有用かつ効率的に行うことが可能となり、作成側の立場からも重要なポイントと考えられる。

## 項目【11】「ガイドライン作成のために検索した文献の出版時期を 明示する」の作成

研究分担者

藤井進也 鳥取大学医学部画像診断治療学分野 教授

### 研究目的

昨年度の調査結果をもとに、当該項目の指針を策定すること。

### 研究方法

乳癌診療ガイドライン 2018 等の各種ガイドラインの画像に関する項目の推奨度と、画像診断ガイドライン 2016 における推奨度を比較した。

### 研究結果

新規の文献、特に新しいメタアナリシスが出版されると、推奨が大きく変化しうること、また、最近では Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2017 版等では GRADE の考え方を大きく取り入れており、メタアナリシス論文の結果が重視される傾向にある。このため、各ガイドラインの出版の間にこれまでの結果と異なるようなメタアナリシス論文等が出版された場合、推奨度が異なる可能性がある。例えば、画像診断ガ

イドライン 2016 の CQ158「乳房温存療法後の乳房の局所再発の定期的経過観察に CT, MRI, 超音波を推奨するか？」において、超音波と MRI 検査はいずれも推奨 C2（科学的根拠がないので、勧められない）となっている。一方で乳癌診療ガイドライン 2018 では、FQ8「術後、局所再発や対側乳房の早期発見のためには、定期的な超音波検査が行われることが望ましい。」としてあり、温存術後、特に Luminal タイプの乳癌の局所再発早期診断には超音波検査が有用であることを記載している。

### 考察

推奨を付与する際に用いた（検索した）エビデンス（論文）の出版時期は、ガイドラインに明示しておくことが必要であり、最新のガイドラインにおける推奨度を確認して活用する必要があると考えられた。

## 項目【12】「推奨を決める際に、考慮したコストの範囲を明示することが望ましい」の作成

研究分担者

隈丸加奈子 順天堂大学医学部放射線診断学講座 准教授

### 研究目的

昨年度の調査結果をもとに、当該項目の指針を策定すること。

### 研究方法

他国の放射線診断ガイドライン等を参照し、画像検査に関する CQ に推奨度を付与する際に、考慮すべきコストの考え方を検討した。

### 研究結果

推奨作成に際し考慮したコストについて、誰の立場でガイドラインを作成しコストを考慮したかという点も含め、その診療ガイドラインを参照する医療者・患者が理解できるように記載することが望ましい。

### 考察

最終的な推奨作成の際に、コスト（必要資源量）に関して、ガイドラインパネルで検討することもあれば、検討しないこともある。また、検討する場合も、費用対効果を含めた集団（Population）の費用を検討する場合、患者の自己負担額のみ考慮する場合、CT・MRI 機器などの高額な医療機器の初期導入費用など病院経営まで考慮する場合、など様々である。同様のエビデンス（文献）に基づいたとしても、コストの考慮の仕方や範囲で大きく推奨の強さが異なる可能性があるため、推奨作成に際し考慮したコストについて、誰の立場でガイドラインを作成しコストを考慮したかという点も含め、その診療ガイドラインを参照する医療者・患者が理解できるように記載することが望ましい。

コストを検討しない場合には、例えば信頼できるデータがない、介入に有効性がないのでコストを算出する手間をかける意味がない、益が害を著しく上回るためコストの検討によって最終判断が変わることがない、等の検討しない理由を明示することが望ましい。

### 参考資料

原守夫. 診療ガイドラインのための GRADE システム 第3版 中外医学社