

### 用語集

この用語集には、含まれている項目の解釈を助けるために、GDC 全体に現れる用語および頭字語の定義が含まれています。リスト内の関連用語は、ガイドライン作成のさまざまな側面を説明するカテゴリにグループ分けされています。

用語	定義
<i>ガイドライン開発プロセスに関与するグループ、個人、および組織</i>	
ガイドライン作成グループ	ヘルスケアおよびその他の専門家、利害関係者、患者および介護者、ガイドラインを作成する研究および技術スタッフの全グループ。ガイドライン開発グループは、監督委員会、ガイドラインパネル、利害関係者と消費者コンサルタント、ワーキンググループなど、いくつかのタスク特有のサブグループまたは委員会で構成されている。個人のあるものは、複数のサブグループまたは委員会（例えば、ワーキンググループとガイドラインパネルのメンバーとしての臨床医科学者）のメンバーである可能性がある [1, 2]。
監督委員会	優先順位の設定、提案されたトピックからの開発のための潜在的ガイドラインの選択、ガイドラインパネルのメンバーの採用と任命、出版と配布のための最終的なガイドラインの承認を含む、ガイドライン開発プロセスを監督する機関。実行委員会またはガイドライン諮問委員会とも呼ばれることもある [2]。
ガイドラインパネル	ワーキンググループが準備したエビデンス要約を用いて、ガイドライン内の対象トピックを決定し、疑問を定式化し、ガイドラインにおける推奨事項を作成、同意し、監督委員会による承認のための最終ガイドライン文書を承認する。ガイドラインパネルのメンバーは、「パネリスト」と呼ばれることが多い [2]。
議長(ガイドラインパネルの)	ガイドラインパネルの中心メンバー。この人物は中立で、医療従事者と患者と介護者のグループを調整する専門知識を持っている。最適なグループプロセスの戦略と円滑化に資格を持ち経験を積んだ誰かが、パネルのすべてのメンバーが及び腰になることがなく自由に意見を述べる機会を与えられるようにする。この人物は必ずしも特定の臨床領域の専門家である必要はない [3, 4]。

副議長(ガイドラインパネルの)	ガイドラインパネルが特に大きい場合、またはタスクが特に複雑な場合に任命されるべきである。副議長はまた経験豊富なグループを持つべきであるが、議長とは異なる規律(臨床的または方法論的)を表すべきである [3, 4]。
ワーキンググループ	PICO 形式の疑問の定式化におけるガイドラインパネルの支援、システマティックレビューの実施、エビデンスの質の等級付け、ガイドラインパネルの議論のためのエビデンス要約とバックグラウンド文書の作成、ガイドラインの記述、利害関係者や一般市民との意見交換からのコメントのレビューなどの、ガイドライン作成の準備と技術的側面を担当する個人のグループ。ガイドラインの目標と目的を達成するための作業が確実に完了するよう、ガイドラインパネルと緊密に協力する。
事務職員	ガイドラインの作成と記述の準備する際に、ガイドライン作成グループを支援することを任命された個人のグループ。事務局は、テクニカルサポートと管理上のサポート(例: 会議や電話会議の予定、資料の配布など)を提供する [2]。
利害関係者	健康管理の組織と配達に関心を持ち、ガイドラインの内容やアウトカムに関心を持つ個人、団体、組織。これには、医療提供者、専門家団体および大学、疾患や状態の専門家、研究機関、政策立案者などが含まれる [1, 2]。
消費者	医療の消費者には以下が含まれる。(a) 個々の患者、(b) 患者の家族や友人を含む介護者、(c) (潜在的患者であり、税金、保険、直接支払いによる医療の資金提供者としての) 市民のメンバー、(d) 患者、介護者および市民の利益を代表する自発的およびコミュニティ組織、(e) 患者、介護者および他の顧客グループの利益を代表する主張者。 それらはまとめて「消費者」(医療サービスについての消費者主義の前提を暗示することなく)と記述され、医療専門家、委員およびサービス提供者などの他のガイドライン消費者とは異なる [5]。
介護者	患者(家族、友人など)に払い戻されないケアやサポートを提供し、患者や介護者にとって重要な問題について知識を持っている。介護人とも呼ばれる。

擁護者	患者のために話す人、または患者グループが彼らの望みを知らせるのを助けるための患者のグループ [6]。
スポンサー組織	ガイドラインの作成に資金を提供し、出版および普及のためにそれを推奨する組織。
専門家団体	特定の分野または専門分野で働く医療の専門家で構成され、ヘルスケアの特定の分野またはトピックに焦点を当てた仕事をする非営利団体(例: 米国胸部専門医学会、欧州心臓学会)。専門家団体は、しばしばガイドラインの作成のメンバーに携わり、医療上の問題や健康増進に関する政策立案を行う。専門機関や医療団体、団体とも呼ばれる。
第三者機関	ガイドラインの作成に直接関与していないが、ガイドラインを採用または適用したい組織または団体。これには、ガイドラインを新規に作成するのに十分な資源を持たない政府部門や保健省、あるいは既存のガイドラインで扱われている集団や医療状況と類似した集団や医療施設が含まれることがある。
<b>ガイドラインとトピック</b>	
ガイドライン	疾患または状態に焦点を当て、この疾患または状態の患者の適切な管理のための推奨を含む文書。ガイドラインは、入手可能な最良のエビデンスに基づいていなければならない、医療提供者の知識とスキルを補完するために役立つべきである。ガイドラインは、臨床、保健政策、保健システム、または公衆衛生の設定などに合わせて調整することができる [2]。
対象読者	医療現場における作業を知らせるために診療ガイドラインが意図されている医療提供者の特定のグループまたは範囲。対象読者は、ガイドラインの内容の広さと深さに影響を与える [7]。主なプライマリオードイェンスは、ガイドラインの意図されたエンドユーザーから構成される。例えば、ガイドラインがプライマリケアのための場合、対象読者はプライマリケア医と看護師で構成される。セカンダリオードイェンスには、医療従

	<p>事者、病院管理者、政策立案者など、ガイドラインの内容が適用される他のグループも含まれる [8]。</p>
<p>ガイドライントピック</p>	<p>ガイドライントピックは、ガイドラインによってカバーされる疾患、状態または全体領域を指定する(例えば、慢性閉塞性肺疾患)。ガイドライン作成者は、ガイドライントピックの優先順位付けを検討し、医療と健康アウトカムを向上させる可能性を最大限に引き出す必要がある [9]。</p>
<p>ガイドライン内のトピック</p>	<p>ガイドライン内のトピックには、ガイドラインがカバーする内容が含まれる。例えば、ガイドラインが状態の診断、状態の治療、またはその両方を対象とするかどうか、もしくは不確実性またはばらつきが最も多いトピックに焦点を当てるかどうか。ガイドラインパネルは、対象読者にとって重要となるガイドライン内で対処できる多くの問題を検討し、決定する必要がある。ガイドラインのスコープとも呼ばれ、ガイドラインで扱われるPICOの疑問と相互関係にある [9]。</p>
<p><b>ガイドライン作成におけるステップとプロセス</b></p>	
<p>優先順位の設定</p>	<p>優先順位の設定は、利害関係者による優先順位の同定、比較、および等級付けである。それは、医療の推奨が集団、管轄区域、または国に最大の利益をもたらす一般的な分野(例えば、慢性閉塞性肺疾患、糖尿病、心血管疾患、癌、予防)に資源と注意が集中することを保証する。優先順位を設定するアプローチは、既存の潜在的に困難な状況に対応しながら将来の計画に貢献する必要がある [10]。</p>
<p>ピアレビュー</p>	<p>学術的作業、研究、またはアイデアを他者の精査に付すプロセス。類似した利益と専門知識を持つ人々によるガイドラインと推奨のピアレビューは、ガイドラインが正確で妥当であることを保証することを目的としている。ピアレビューは、ガイドラインの作成に直接関与していない同じ組織の同僚によって実施される内部的、またはガイドライン作成から完全に独立しガイドライン作成に関与していない人によって実施された外部の者によって実施される外部的なものであってもよい [2, 6]。</p>
<p>配布</p>	<p>対象のエンドユーザーにガイドラインなどの情報を配信し、最大限の公開、理解、実装を確実にするための積極的なプロセス。ガイドライン全文の印刷版、ガイドラインのオンライン版、クイックリファレンスガイド、ガ</p>

	<p>イドラインのモバイルアプリケーション、臨床決断支援システムへのガイドラインの推奨の組み込み、ガイドラインの消費者版、推奨を詳述した教育資料、対象エンドユーザーとの会議など、さまざまな配布方法を使用することができる。作成された主なガイドライン文書以外の製品は、一般に、<b>派生製品</b>と呼ばれる [11]。</p>
実行	<p>対象のエンドユーザーによる実践へのガイドラインにおける推奨事項の習得と取り込み。                  実施計画には、潜在的な障壁、成功のための基準と指標、指標のベースラインデータ、必要なリソース、訓練と教育の必要性、既存のメカニズムやネットワークの同定、実施プロセスの監視方法、報告とフィードバックのメカニズム、タイムスケールのマイルストーンが含まれるべきである [2, 11]。</p>
ガイドラインの改変	<p>異なる文化的または組織的背景を持つ新しい環境で使用するために、既存のガイドラインを使用して調整する体系的なアプローチ。ガイドラインとその推奨を改変するプロセスは、改変されたガイドラインが、使用される状況に関連する特定の健康疑問に対処し、新たな目的状況における必要性、優先順位、法律、方針、およびリソースに適していることを確実にしなければならない [12]。</p>
グループプロセス	<p>グループプロセスは、グループのメンバーがどのようにいつやりとりするかを網羅する。例えば、推奨を策定するためのコンセンサス会議中のガイドラインパネルメンバーの交流 [3]。</p>
合意形成方法	<p>特定の問題に関する合意に達するための意思決定に使用される技術。合意は、非公式でも正式でもよく、デルファイ法、ノミナルグループ手法を含む正式な合意手法の例がある [1]。</p>
定足数	<p>有効な会議または投票または合意プロセスを構成するために提示しなければならないグループメンバーの最小数 [1]。</p>
マイルストーン	<p>ガイドライン作成プロセス中に大きなステップが達成されたとき。例としては、システムティックレビューの完了、推奨事項の作成、ガイドラインレポートの出版 [3]。</p>

ガイドライン作成の際の検討事項	
利益関係の宣言(または利益関係の開示)	利益関係の宣言とは、起こり得る利益相反を決定するために、仕事や会議の主題に関連する金銭的、専門的、知的、またはその他の利益を含む潜在的または実際の利益相反の開示である。また、利益関係の宣言には、直属の家族、雇用主、密接な専門家、または専門家が実質的な共通の個人的、金銭的、専門的な利益を持つ他の者など、専門家の判断に不当に影響を及ぼす可能性のある関連利益が含まれる [2]。
利益相反	独立した観察者が、個人の専門的な行動や意思決定が、金銭的、学術的な進歩、臨床的な収入の流れまたは地域社会の地位などの個人的な利益によって動機付けされているかどうかについて合理的に疑問を抱くような、個人の個人的利益とその職業的義務との相違。この定義には、組織または個人がオープンな考え方で科学的な問題にアプローチする能力に影響を与える、金銭的または知的な関係が含まれる [13]。
民間出資	ガイドライン作成に向けた資金獲得を含め、個人または組織に当てはまるかもしれない事項である。特に懸念されるのは、ガイドライン作成者が、民間スポンサーの利益に配慮した推奨の策定を行う恩義やプレッシャーを感じる可能性、あるいはそのように感じている印象を与える可能性である。民間出資の形態としては、企業出資による研究、委員会メンバーの収入源の相当部分を占める診療サービス、コンサルティング、なんらかの報酬の支給を伴う諮問委員会への所属などがあげられる[14]。
変更への障壁	推奨が、診療内容の変更を示唆するものである場合には、そのような変更への障壁をガイドライン作成前に特定し、検討すべきである。変更への障壁は医療システムの様々なレベルで存在すると考えられ、構造的障壁(例: 資源不足や、金銭的に不利な条件)、組織的障壁(例: スタッフ内における適切なスキル保有者の欠如、設備や機器の欠如)、ピアグループに関わる障壁(例: 現場の診療基準と望ましい診療の不一致)、専門家と患者の意思疎通に関わる障壁(例: コミュニケーションや情報処理に関わる問題)、そして優先事項の競合などがあげられる。障壁の特定には様々な方法があり、正式な手法に基づくものもあれば、そうでないものもある。障壁は、入手可能な資源や、セッティング、ガイドラインの種類によって異なる [11]。
(医療における)公平性	医療における公平性、すなわち医療の公平性とは、医療政策によってどの程度公平に健康を分配できるかを示す指標である。また医療の公平性とは、健康状態や、医療および健康増進環境へのアクセス、さらには

	<p>健康上の一側面または複数側面の治療において、集団間あるいは社会的・経済的・人口統計学的・地理的に定義される集団グループ間で系統的または修復可能な差異がみとめられないことを意味する。医療の不公平は、健康状態や医療サービスへのアクセスにおいて、異なる社会階級間、民族集団間、ならびに異なる地理的エリアの集団間で格差があることが原因で生じる。ガイドラインパネルは、推奨が、医療の公平性に影響を与えるかどうか、そしてその影響の程度について検討しなければならない。「医療の不公平 (inequity)」ともいう [1、10、15]。</p>
<p>価値観、好み、および効用値</p>	<p>これには、「患者と介護者の知識、態度、期待、道徳的および倫理的価値観、ならびに信条」、「人生および健康に対する患者の目標」、「当該介入または当該状態に関わる過去の経験」、「症状の経験(例: 息切れ、痛み、呼吸困難、体重減少)」、「望ましいアウトカムと望ましくないアウトカムに関する好みと重要性」、「当該状態または介入が生活の質、幸福、または満足度に及ぼす影響に対する認識、ならびに当該介入の実行に関わる業務、介入そのもの、および患者が経験するかもしれないその他の状況の相互作用」、「複数の処置選択肢に対する好み」、「コミュニケーションの内容や様式、情報、ならびに意思決定と治療への関与に関わる好み」が含まれる。</p> <p>これは、経済学的文献でいうところの効用値に関係するといえる。介入そのものは推奨の帰結とみなすことができ(例: 薬剤服用または手術の負担)、それには重要性または価値観が関係してくる。推奨の影響を受けることになる人々の価値観と好みに関する検討が、ガイドライン作成プロセスの中に組み込まれるべきである [5]。</p>
<p>透明性</p>	<p>透明性には、関与する参加者、検討されたエビデンスおよび情報、ならびに意思決定の間になされた判断、特に推奨の策定を含む、ガイドラインを作成するために使用された方法とプロセスの全体の詳細が明確に文書化され提示されることが含まれる。透明性を確保することは、当該ガイドライン作成プロセスを再現する場合、他の人が同じガイドライン製品に到達することを可能にする。</p>
<p>ガイドラインの信頼性</p>	<p>ガイドラインの結論と推奨事項が信頼できる程度。AGREE II ツール、ガイドラインに関する IOM 報告、および Guideline International Network に記載されているようなタイミングや編集への依存を含め、採用されてい</p>

	る方法やアプローチによって決まる [4, 16, 17]。
<b>エビデンスのレビューと追加情報の検討</b>	
プロトコル	ガイドラインの作成方法と使用される方法論を定義する計画または一連のステップを概説する文書。例えば、ガイドラインを実施する前に、プロトコルでは、答えるべき疑問は何か、情報をどのように収集し分析するか、推奨事項を形式化するためのフレームワークとコンセンサスの方法を定めている。
PICO 疑問	集団/患者- 介入 - 比較 - アウトカム; 特定のヘルスケアの疑問を作成する際に使用される語句。PICO フレームワークを使って生成された疑問は、どのエビデンスがレビューされ、患者とその状態、実施された関心の介入、現在の介入と可能な選択肢との比較、および望ましいまたは達成されるアウトカムについての情報を引き出す [2]。
集団	同じ病状や同じ地域に住んでいる、または同じ特徴を共有しているなど、共通の関連性を持つ人々のグループ。ガイドラインのために特定された集団は、推奨が適用されることを意図しているすべての人々である (例、糖尿病の成人) [18]。
併存疾患	研究または治療の対象となる関心のある主な疾患 (例、慢性閉塞性肺疾患や糖尿病) に加えて、患者に存在する疾患または状態。 併存疾患は、臨床症状および疾患の自然経過に影響を及ぼし得る。付随状態とも呼ばれることがある [6, 19]。
クリニカルパス (またはケアパス)	特定の臨床症状を持つ人々のケアを提供するために使われるべき、慣行、手順、検査、介入および治療の順序 [6]。
アウトカム	検査、治療、方針、プログラム、または他の介入が人、グループ、または集団に及ぼす影響。国民の健康を改善するための介入のアウトカムには、人々の健康と福祉や健康状態の変化が含まれる可能性がある。臨床的には、病気や入院から完全に回復した患者の数、ある人の健康、機能的な能力、症状または状況の



	改善または悪化が含まれる [6]。
患者にとって重要なアウトカム	次のような質問に「はい」と答えるようなアウトカムとして定義される。「患者が、この治療によって変化する唯一のアウトカムがこのアウトカムであると知った場合、それに有害作用や不便さ、またはコストを伴うとしても、この治療を受け入れることを検討するだろうか」。このようなアウトカムには、死亡、罹患および患者によって報告されたアウトカムが含まれる [20, 21]。
健康関連QOL	人の身体的、精神的、社会的福利の組み合わせ。単に病気の欠如ではない。患者にとって重要なアウトカムの一例 [1]。
代理アウトカム	それ自体重要な健康アウトカムではないが、患者にとって重要な健康アウトカムと関連している可能性のあるアウトカム(例えば、患者にとって重要なアウトカムとしての骨折の代理としての骨密度)。代替または間接アウトカムと呼ぶことがある [21]。
アウトカムの重要度	問題の介入に対する望ましいアウトカム(例、死亡率の低下、健康関連 QOL の改善)および望ましくないアウトカム(例、副作用、コスト)の相対的重要度をランク付けすることにより、ガイドラインパネルは、特定のアウトカムおよびそれらのアウトカムの結果と効果推定値が、推奨の定式化においてどれほど影響を及ぼすかを決定することができる。アウトカムの相対的重要度は、患者や臨床医、政策立案者の視点から考慮した場合、価値観や好みの違いによって変化する可能性が高い。GRADE の枠組みでは、アウトカムは意思決定にとって重大、意思決定には重要ではあるが重大ではない、意思決定にとって重要性は低いと等級付けされる [21]。
効果の大きさ	対照群のアウトカムと比較した、介入群のアウトカムに対する介入の差または相対効果の尺度。効果サイズとも呼ばれる [6]。

システマティックレビュー	医療トピックに焦点を当て、特定の疑問に答える出版文献の包括的なレビュー。広範な文献検索は、すべての研究を同定するための検索戦略に基づいて行われる。研究をレビューし、その質を評価し、レビューの疑問に従って結果を要約する [2]。
エビデンスの検索	システマティックレビューの文脈では、特定の疑問に関連するすべての科学研究を体系的に検索し、レビューのためにそれらを取得するプロセス。このプロセスには、未発表の可能性のある他の情報源からのエビデンスの入手も含まれる [2]。
選択基準	ガイドラインの作成中にエビデンスを検索する際に、エビデンスの潜在的な出所としてどの研究および研究タイプを含めるべきか、検討から除外すべきかを決定するために使用される基準。組み込み基準および除外基準とも呼ばれる [6]。
エキスパートの意見	エビデンスの解釈。時にはランダム化比較試験や適切に実施された観察研究などの質の高いエビデンスに基づき、ある時には、非体系的に収集された情報に基づいて、理想的には書面で要約される。エキスパートの意見は、系統的な研究から得られないか、系統的に要約されていないというエビデンスの概念としばしば混同される。また、エビデンスを体系的に収集しないための言い訳としてよく使われる。
経済評価	リソースの使用と期待されるアウトカムに関して、1 つ以上または複数の介入、プログラム、または戦略を評価するために使用される一連の正式な定量的方法。経済的評価には、費用効果分析、費用便益分析、経済モデルなどの異なる調査タイプが含まれる [2]。
エビデンスの質	特定の集団における特定のアウトカムへの介入の効果推定値における確信性または確実性のレベルを記述する。エビデンスの強さ、推定値の確信性、エビデンスの確実性、エビデンスのレベルとも呼ばれる [22]。
エビデンステーブル、エビデンスプ	関心のあるアウトカムおよび関連するエビデンスの質に関する研究からの結果/効果推定値を要約した表。

<p>ロファイル、結果要約(SoF)テーブル</p>	<p>この表は、意思決定を下す人が必要とする重要な情報の簡潔な要約を提供し、ガイドラインの文脈では、推奨の根底にある重要な情報の要約を提供する [6, 23]。</p>
<p><b>推奨事項と推奨事項の定式化</b></p>	
<p>分析的枠組み</p>	<p>ガイドラインパネルがエビデンスをレビューし、推奨に達するための関連情報を分析する基準を概説する枠組み。この分析では、エビデンスの質、利益と害の差の大きさ、価値観と好みの確実性またはばらつき、資源利用、公平性と他の要因からの情報を使って、望ましい帰結と望ましくない帰結とのバランスに焦点を当てるかもしれない(例、GRADE/DECIDE の Evidence-to-Recommendation framework) [24]。</p>
<p>推奨</p>	<p>臨床疑問、エビデンス検索、および分析的枠組み内の他の情報の検討に基づいて、ガイドラインが推奨する行動方針。ガイドラインの推奨事項は、臨床介入、公衆衛生活動、または政府の政策に関連する場合がある [2]。</p>
<p>条件付き推奨</p>	<p>推奨された行動の実施が望ましくない帰結よりも望ましい帰結になるかどうかについて、ガイドラインパネルがより不確実な状態に置かれた推奨。特定の条件を記述する必要があるかもしれない。GRADE の枠組みにおける弱い推奨としても知られている [25]。</p>
<p>研究の推奨</p>	<p>研究のコンテキストでのみ使用するためのガイドラインプロセスの結果としての推奨事項。ガイドラインパネルは、介入の望ましい効果と望ましくない効果についての重要な不確実性がある場合には研究の推奨を検討すべきであり、さらなる研究によりその不確実性を低減でき、不確実性を低減する潜在的な利益が研究の推奨を行わない場合の潜在的な害よりも上回ることになる。追加の研究のための推奨の策定は、可能な限り正確かつ具体的でなければならない。集団、介入、比較およびアウトカム(PICO)を明示的に定義することで、研究の推奨事項をより役立つものにできる [24, 26]。</p>

<p>推奨の強さ</p>	<p>推奨の強さは、ガイドライン作成者が、推奨への遵守による望ましい効果が望ましくない効果を上回ると確信できる程度を反映している [24, 25]。</p>
<p>パフォーマンス指標</p>	<p>パフォーマンス測定値は、医療の質(例、特定の管理選択肢に従う医師)を評価するために測定することができる基準である。強い推奨事項に関連する管理選択肢は、質基準の特に優れた候補である [24]。</p>
<p><b>チェックリストで使用される頭字語</b></p>	
<p>AGREE II</p>	<p>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II); 診療ガイドラインの作成プロセスと報告の質を評価するために国際的な協力によって開発された有効なツール [16]</p>
<p>GRADE</p>	<p>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation approach (GRADE); 国際的な共同作業グループによって開発されたGRADEは、エビデンスの質と推奨の強さを等級付けするための透明性の高いアプローチを提供するシステムであり、多くの国際機関によって使用されている。それは、システムティックレビューや推奨の作成と普及に関連する方法論的かつ実践的な問題に対処する [27]。</p>
<p>USPSTF</p>	<p>United States Preventive Services Task Force(米国予防サービスタスクフォース); スクリーニング、カウンセリング、予防薬などの臨床予防サービスに関する推奨を作成する政府機関。組織は、エビデンスの質の等級付けと推奨のグレーディングのための独自の枠組みを開発した [28]。</p>

文献

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. The guidelines manual: Appendix L – Abbreviations and Glossary. 2012; <http://publications.nice.org.uk/the-guidelines-manual-appendix-l-abbreviations-and-glossary-pmg6d/l2-glossary>. Accessed July

21, 2013.

2. World Health Organization. Estonian Handbook for Guidelines Development. 2011; [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502429\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502429_eng.pdf). Accessed April 22, 2013.
3. Kunz R, Fretheim A, Cluzeau F, et al. Guideline Group Composition and Group Processes: Article 3 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):229-233.
4. Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. 2011; [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=13058](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=13058). Accessed April 22, 2013.
5. Kelson M, Akl EA, Bastian H, et al. Integrating Values and Consumer Involvement in Guidelines with the Patient at the Center: Article 8 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):262-268.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Glossary. 2013; <http://www.nice.org.uk/website/glossary/glossary.jsp>. Accessed July 21, 2013.
7. National Health and Medical Research Council. Procedures and requirements for meeting the 2011 NHMRC standard for clinical practice guidelines. 2011; <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/cp133-and-cp133a>. Accessed April 22, 2013.
8. Yawn BP, Akl EA, Qaseem A, Black P, Campos-Outcalt D. Identifying Target Audiences: Who Are the Guidelines For?: Article 1 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):219-224.
9. Atkins D, Perez-Padilla R, MacNee W, Buist AS, Cruz AA. Priority Setting in Guideline Development: Article 2 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):225-228.
10. World Health Organization. Health Systems Strengthening Glossary. 2013; [http://www.who.int/healthsystems/hss\\_glossary/en/index.html](http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index.html). Accessed July 26, 2013.
11. Grimshaw JM, Schönemann HJ, Burgers J, et al. Disseminating and Implementing Guidelines: Article 13 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American*

*Thoracic Society*. 2012;9(5):298-303.

12. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. 2009; <http://www.g-in.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>. Accessed July 5, 2013.

13. Schunemann HJ, Osborne M, Moss J, et al. An official American Thoracic Society Policy statement: managing conflict of interest in professional societies. *Am J Respir Crit Care Med*. Sep 15 2009;180(6):564-580.

14. Boyd EA, Akl EA, Baumann M, et al. Guideline Funding and Conflicts of Interest: Article 4 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):234-242.

15. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 12. Incorporating considerations of equity. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):24.

16. AGREE Research Trust. The AGREE Enterprise Website. 2013; <http://www.agreetrust.org>. Accessed July 21, 2013.

17. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschlager G, Phillips S, van der Wees P. Guidelines International Network: Toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann Intern Med*. 2012;156(7):525-531.

18. Wilt TJ, Guyatt G, Kunz R, et al. Deciding What Type of Evidence and Outcomes to Include in Guidelines: Article 5 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):243-250.

19. Fabbri LM, Boyd C, Boschetto P, et al. How to Integrate Multiple Comorbidities in Guideline Development: Article 10 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):274-281.

20. Guyatt G DP, Montori V, Schünemann HJ, Bhandari M,. Putting the patient first: In our practice, and in our use of language. *ACP journal club*. Jan-Feb 2004;140(A11).

21. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol*. Apr 2011;64(4):395-400.

22. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. Apr 2011;64(4):401-406.

23. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. Apr 2011;64(4):383-394.
24. Schünemann HJ, Oxman AD, Akl EA, et al. Moving from Evidence to Developing Recommendations in Guidelines: Article 11 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):282-292.
25. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *Journal of clinical epidemiology*. 2013;66(7):719-725.
26. Brown P BK, Chalkidou K, Chalmers I, Clarke M, Fenton M, et al. How to formulate research recommendations. *BMJ*. Oct 14 2006;333(7572):804-806.
27. The GRADE working group. GRADE Working Group. 2013; <http://www.gradeworkinggroup.org>. Accessed July 21, 2013.
28. U.S. Preventive Services Task Force. Methods and Processes. 2013; <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/methods.htm>. Accessed July 21, 2013.