

H-I. 影響の種類（複数回答可）（図7）

本ガイドラインの診療への影響の種類の大
部分は、「診療方針が決めやすくなった」あ
るいは「患者さんに説明しやすくなった」で
あった（図7）。

その他の欄の記載は、「自分の知識の整
理・確認に役立った」4名、「医師への説明
が少なくなった」1名、「研修医の教育」1
名、「学生講義にEBMを示すことができる」
1名であった。

I. 診療の参考に使っているガイドラインあ るいはデータベース（図8）

診療の参考に使っているガイドライン・デー
タベースは、全体では「Medline、PubMedな
どで独自に検索」47.7%、「本ガイドライン」
40.4%、「Cochrane Library」2.5%、その他5.5%
であった（図8-A）。その他の欄には、ASCO
11名、Up To Date 8名、NCCN 4名、医中
誌 2名、NCI-PDQ、国立がんセンターのサイ

ト、InfoPOEMS、ACCP ガイドライン、AHRQ 報告の他、独自のガイドライン 4 名、自院データ 2 名といった記載もみられた。

科別では、本ガイドラインを診療の参考に行っているとの回答は、腫瘍内科ではみられず、放射線科でも他の科に比しその頻度が少ない傾向を認めた (図 8 -A)。

経験年数別では、研修医で「Cochrane Library」「その他」がみられないものの、その他明らかかな傾向の差を認めなかった (図 8 -B)。

J. ガイドラインに対する意見 (表 6)

本ガイドラインに対する意見として自由記載とした部分への記載が多かったものは、「(定期的な)改訂が必要」(24名)、「webでも見ることができるようにしてほしい」(5名)であった。その他、多数貴重な御意見を頂戴した (表 6)。

考 察

アンケートを発送した530施設中、約半数の260施設785名もの先生に御協力頂いた。回答者の71%の専門領域が呼吸器外科であった。これは、アンケート発送先を日本呼吸器外科学会認定施設、関連施設、日本肺癌学会員の在籍する施設のうち前記2者以外の施設としたためであると考えられる。集計結果全体の傾向が呼吸器外科医の意見に偏ってしまった可能性は否定できない。このため、科別の集計結果も併記した。

ガイドラインの使用回数に関しては、回答者785名中約1/4が10回以上、半数以上が4回以上、80%以上が最低1回は使用したと回答している。今回のアンケート調査により、本ガイドラインが発行から1年の間に多数の医師に使用されていることが明らかとなった。

使用目的としては、「診療方針決定」あるいは「インフォームドコンセント」といった

実際の診療が半数以上を占めた。参考にした章に関しては、科ごとの特性はあるものの、全体的には全ての章が使用されていた。ガイドラインの患者への適用度は、全体の約80%の回答者が「適用できた」あるいは「部分的に適用できた」と答えている。反対に5.9%、46名の回答者が「適用できなかった」と答えている。その原因として「ガイドラインの内容（データや療法）の遅れ」「年齢」、「合併症」、「患者の体力、PS (performance status)」「具体性に欠ける記載」等が挙げられており、今後の改訂の際の課題と考えられる。

回答者の約70%が、本ガイドラインの出版により診療に「多少の影響」あるいは「大きな影響」があったと答えている。影響の種類の大部分は、「診療方針が決めやすくなった」あるいは「患者さんに説明しやすくなった」であった。この結果は、本ガイドラインが肺癌の实地診療に寄与していることを示す

ものである。

今後記載されることが望ましい臨床的疑問点として、多数の意見が寄せられた。このうち「術後補助化学療法」、「定位照射療法」、「PET」に関しては、現在改訂作業が進行中の新版で新たな記載がなされる予定である。「末梢小型結節・GGO (ground glass opacity) Type の肺癌の診断・治療方針」に関しては、一部本ガイドラインにも記載されており、また現在進行中の改訂作業でも検討がなされているが、エビデンスレベルの高い論文が極めて少ないのが現状である。今後の改訂にあたってひきつづき検討されるべき臨床的疑問点であろう。「術後再発例・転移例に対する治療法」、「転移性肺腫瘍の治療方針・手術適応」、「高齢者、合併症を有する患者に対する治療法」、「術後合併症とその治療法」、「悪性胸膜中皮腫に対する治療法」「セカンドラインの治療法」「傍腫瘍症候群（癌性胸膜炎、高Ca血症など）に対する治療法」

等は、今後の改訂の際には是非検討されるべき臨床的疑問点であると考えます。

本ガイドラインに対する意見として自由記載とした中で最も多かった「(定期的な)改訂」に関しては、日本肺癌学会において改訂頻度の検討がなされている。また、「webでも見ることができるようにしてほしい」という意見も多数頂戴した。本ガイドラインは、日本医療機能評価機構の Minds (Medical Information Network Distribution Service) 医療情報サービス (<http://minds.jcqhcc.or.jp/to/index.aspx>) で既に web 上に公開されているので、是非御利用頂きたい。

まとめ

今回のアンケート調査により、本ガイドラインが多数の先生により利用されていることが明らかとなり、肺癌診療に寄与している可能性が示された。一方で、定期的な改訂、記

載事項のさらなる充実を求める声が非常に多いことも明らかとなった。頂いた貴重な御意見が、現在進行中の改訂のみならず、次回以降の改訂にも反影されるよう日本肺癌学会に要望したい。

謝辞：稿を終えるにあたり、アンケート調査に御協力くださった先生方に御礼申し上げます。また、アンケート発送・集計・図表作成を行って下さいました小山田 悟子さんに深謝致します。

本研究は、平成16年度厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）、「電子化に向けた肺癌診療ガイドラインの整備（H16-医療-062、研究代表者：近藤 丘）」によった。

REFERENCES

1. EBM の手法による肺癌診療ガイドライン。
Evidence-based Medicine (EBM) の手法による
肺癌の診療ガイドライン策定に関する研究
班、編集。東京：金原出版；2003.

への影響の種類（A. 科別、B. 経験年数別）

図 8 . I. 診療の参考にしているガイドライン
あるいはデータベース（A. 科別、B. 経験年
数別）

表1. 肺癌の診療ガイドラインの使用状況に関するアンケートと各質問に対する回答率

本アンケートは、肺癌の診療にあたっている医師を対象に、「EBMの手法による肺癌診療ガイドライン」（金原出版）の使用状況およびそれに対する御意見を調査する目的で行われるものです。ご協力をお願い致します。

A. あなたの専門をお答え下さい（回答率 99.9%）

1. 呼吸器内科 3. 放射線科 5. 一般内科 7. その他（ ）
2. 呼吸器外科 4. 腫瘍内科 6. 一般外科

B. 医師としての経験年数をお答え下さい（回答率 100%）

1. 研修医 2. 10年未満 3. 20年未満 4. 20年以上

C. どの程度ガイドラインを使用しましたか（回答率 98%）

1. 使用せず 2. 3回以内 3. 4-9回 4. 10回以上

D. ガイドラインの使用目的をお答え下さい（複数可）（回答率 88%）

1. 患者の診療方針を決定するため 3. 知識の整理
2. インフォームドコンセント 5. その他（ ）
4. 文献情報を得るため

E. あなたが参考にした章をお答え下さい（複数可）（回答率 85%）

1. 肺癌の診断 8. 非小細胞肺癌 Stage I 期
2. 肺癌の化学療法 9. 非小細胞肺癌 Stage II 期
3. 肺癌の放射線治療 10. 非小細胞肺癌 Stage III 期
4. 肺癌の手術療法 11. 非小細胞肺癌 Stage IV 期
5. 肺癌の術前術後併用療法 12. 小細胞肺癌 Stage I 期
6. 中心型早期肺癌の診断・治療 13. 限局型小細胞肺癌
7. 肺癌の胸腔鏡手術 14. 進展型小細胞肺癌

F. ガイドラインを患者に適用できましたか？（回答率 85%）

1. 適用できた 2. 部分的に適用できた 3. 適用できなかった

F-I. 特に参考になった項目がありましたらお答え下さい（回答率 5%）

F-II. ガイドラインが適用できなかった場合、その原因についてお答え下さい（症例の臨床的な状況を簡単に述べて頂いても結構です）（回答率 11%）

G. 今後記載されることが望ましい臨床的疑問点がありましたら、具体的に記載してください（回答率 9%）

H. ガイドラインの出版によってあなたの診療に影響がありましたか？（回答率 85%）

1. 大きく影響を受けた 2. 多少の影響を受けた 3. 全く影響がない

H-I. 影響があった場合、どのようなものですか（複数可）（回答率 77%）

1. 診療方針が決めやすくなった 4. 患者さんへの説明事項が増えた
2. 患者さんに説明しやすくなった 5. その他（ ）
3. 診療方法を変える必要が生じた

I. 診療の参考にされているガイドラインあるいはデータベースをお答え下さい（回答率 93%）

1. 本ガイドライン 4. Medline, PubMedなどで独自に検索
2. Cochrane Library 5. 特になし
3. その他（ ）

J. ガイドラインに関する御意見を自由に御記入下さい（回答率 13%）

表 2. E. 参考にした章

	1章	2章	3章	4章	5章	6章	7章	8章	9章	10章	11章	12章	13章	14章
全体	5.1%	13.7%	8.6%	10.7%	10.8%	2.4%	5.5%	6.3%	6.3%	11.1%	6.9%	4.1%	4.7%	3.9%
呼吸器内科	5.7%	17.2%	11.4%	5.7%	6.8%	1.0%	1.2%	2.9%	4.0%	12.5%	10.6%	4.3%	8.1%	8.5%
呼吸器外科	4.7%	13.0%	7.8%	11.8%	12.0%	2.5%	6.4%	7.2%	7.0%	11.0%	6.0%	4.1%	3.8%	2.8%
放射線科	15.6%	9.4%	21.9%	3.1%	3.1%	9.4%	0.0%	3.1%	3.1%	6.3%	3.1%	3.1%	12.5%	6.3%
腫瘍内科	6.3%	18.8%	12.5%	6.3%	6.3%	0.0%	0.0%	6.3%	6.3%	6.3%	12.5%	6.3%	6.3%	6.3%
一般外科	7.0%	11.6%	2.3%	18.6%	7.0%	7.0%	14.0%	7.0%	4.7%	7.0%	7.0%	0.0%	2.3%	4.7%
その他	12.1%	9.1%	9.1%	18.2%	6.1%	3.0%	6.1%	3.0%	3.0%	9.1%	9.1%	3.0%	6.1%	3.0%
20年以上	4.6%	13.4%	7.1%	11.7%	11.2%	2.0%	6.9%	6.5%	6.2%	11.6%	6.5%	4.0%	5.0%	3.4%
20年未満	4.8%	14.6%	9.1%	9.8%	11.2%	2.6%	5.3%	5.8%	5.9%	11.7%	6.9%	3.9%	4.7%	3.7%
10年未満	5.8%	12.5%	8.9%	10.8%	10.0%	2.5%	4.4%	7.0%	7.0%	9.8%	7.4%	4.5%	4.6%	4.8%
研修医	10.7%	17.9%	17.9%	25.0%	7.1%	0.0%	3.6%	3.6%	3.6%	10.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

1章：肺癌の診断	2章：肺癌の化学療法	3章：肺癌の放射線治療
4章：肺癌の手術療法	5章：肺癌の術前術後併用療法	6章：中心型早期肺癌の診断・治療
7章：肺癌の胸腔鏡手術	8章：非小細胞肺癌Stage I期	9章：非小細胞肺癌Stage II期
10章：非小細胞肺癌Stage III期	11章：非小細胞肺癌Stage IV期	12章：小細胞肺癌Stage I期
13章：限局型小細胞肺癌	14章：進展型小細胞肺癌	

表3. F-I. 特に参考になった項目

記載内容	人数
・化学療法	8
・術前術後療法	8
・Stage別治療法	6
・全体的に（文献、evidenceの確認、知識の整理）	5
・放射線療法	4
・手術療法	4
・胸腔鏡手術	2
・限局型小細胞肺癌	2
・再発非小細胞肺癌の治療	2
・肺癌の診断	1
・進展型小細胞肺癌	1
・N2に対する化学放射線療法	1
・cT4N0-1の非小細胞肺癌の手術適応について	1
・標準的治療について	1
・小細胞肺癌に対するPCIの評価の記事	1

表4. F-II. ガイドラインが患者に適用できなかった原因

記載内容	人数
・ガイドラインの内容（データや療法）の遅れ	15
・患者あるいは家族の希望	14
・年齢	11
・合併症	9
・患者の体力、PS	8
・具体性に欠ける記載	8
・記載が無いあるいは不足している（癌性胸膜炎に対する化学療法、小細胞の再発、小型肺癌に対する縮小手術、再発肺癌に対する治療）	5
・参考のために使用	4
・ガイドラインの存在が、あまり念頭にない	4
・evidenceのグレードが低い場合	4
・施設間の差（設備、指針）	4
・化学療法のレジメがいくつもあり、選択しづらい	1
・advanced NSCLC (trial case)	1
・日本人にそのまま適応できないこともあった（用量）	1

表5.G. 今後記載されることが望ましい臨床的疑問点としてお書き頂いた事項

記載内容	人数
・術後補助化学療法（効果、生存率、予後改善の有無、レジユメ、evidenceの追加、改訂）	17
・末梢小型結節、GGO Typeの肺癌の診断、治療方針	7
・術後再発例、転移例に対する治療法	5
・転移性肺腫瘍の治療方針、手術適応	5
・高齢者、合併症を有する患者に対する治療法	3
・胸腔鏡手術の記載	3
・イレッサ、VFT、TS-1等の新薬について	2
・多発肺癌（同時性、異時性）の手術療法	2
・現在進行中の臨床試験、開発中の薬剤のうち代表的なものについて	2
・リンパ節郭清の程度や必要性に関するevidenceについての記載	2
・術後合併症とその治療法	2
・定位照射療法	2
・悪性胸膜中皮腫に対する治療法	2
・周術期化学療法	2
・PETに関して	2
・セカンドラインの治療法（非小細胞癌）	以下すべて1
・同側肺内転移の手術成績	
・neuroendocrine carcinomaの治療法	
・傍腫瘍症例群（癌性胸膜炎、高Ca血症など）に対する治療法	
・対症療法について緩和も含めて	
・実際には行われているのにスタンダードとなっていない治療法	
・症状コントロールやQOLについて評価したもの（evidence採用データの多くが、生存/死亡をエンドポイントとしているため）	
・抗癌剤、手術、放射線での死亡率、特に放射線における他病率の高さは、治療関連ではないか	
・ネガティブデータ	
・rare case	
・術前補助療法後の気管支形成術	
・抗癌剤使用の際、dose, interval等の比較検討	
・縮小手術、鏡視下手術の適応	
・腎・肝機能障害の症例等	
・TNM以外で更に有効なstagingの方法（指標）	
・進行肺癌と考えられるが臨床的に診断のつかない症例の取扱い	
・組織分化度別の予後、抗癌剤薬剤別のまとめなど	
・clinical N2の定義	
・どのような点でガイドライン上で推奨の域に達していないかの記事（新薬や、分子標的治療、温熱等）	
・実地医療でよく行われているevidenceのないものに対しての、“禁忌”でないとの記載	
・局所進行肺癌は診療者の経験と患者の状態（局所の状態）によって決定されるべきでガイドラインの適応にならないことが多いことを明記してほしい	
・clinical T3、T4の正診率がそれほど高くない現状（実際にはT2であることがある）を、もう一度認識する必要がある。例えば、T3かT1or2かを迷ったときにはclinicalにはT1orT2とするUICCの基本原則を明記すべき	
・緩和ケアへの移行の時点	
・ホスピスの意義、有用性	
・より具体的な日本人に用いられる用量の提示、日本人での生存期間（がんセンターやその他の施設における）	
・長期外来化学療法	

表6.J. 本ガイドラインに対する意見

記載内容	人数
・ (定期的な) 改訂が必要。	24
・ webでも見るようにしてほしい	5
・ 知識の整理に役立つ。	5
・ 今後利用してみたい。	5
・ 文字の多いガイドラインであり、文献etc.はもう少し表etc.で整理してほしい。	2
・ 何年に一度の改訂か、その間の重要なエビデンスの出現についての情報伝達はどうするかを公にするのがよい。	2
・ 曖昧な記載になるところは省略あるいは"不明"であるとするほうが、EBMを進めて行く上で効率的であり、混乱を避けられるのではないか。	2
・ 重複している部分をフローチャート式にするなど工夫しては。	2
・ 特に新しい知見はない。	2
・ かなりの文献検索の結果を列挙しているのはありがたいが、もう少しcompactにしてほしい。	2
・ 治療方針の決定や患者説明の参考資料として使用している。	2
・ 存在自体を知らなかった。	2
・ より多くの医師に周知させなければいけない。	2
・ ガイドラインは診療を行う上で必須と考えられるため、関連学会員には配布するべきと考える。	2
・ 文献のエビデンスのレベルの羅列だけでなく、推奨される方針、治療について記載してほしい。	以下すべて1
・ もう少しページを増やして、有意差などは具体的に示してほしい。	
・ grade、evidence levelでの表示はよいが、対立項目の(ex.stageⅢのop or chemotherapy)内容は別々でなく、一つにして対比してもらえともっとわかりやすい。	
・ 抗癌剤をはじめとして、各病期の治療法に関しても、現時点で推奨される治療法や抗癌剤の組み合わせを最後にまとめて載せるか、別冊でもいいからまとめてほしい。	
・ 治療についてはもう少し具体的な記載が欲しい項目がある。例えば非小細胞癌Ⅲ期の化学療法・放射線療法の併用については、推奨される具体的な抗癌剤の組み合わせや投与量(化学療法単独の場合と比べて減量が必要なのかなど)については何も触れられていないが、これでは非実用的だと思う。	
・ 胃癌のガイドラインではstage別の標準治療・郭清範囲まである程度示されているが、肺癌ではそこまでクリアに書いていないので採用しにくい。	
・ studyにentryされている患者の適格条件や、抗癌剤のdoseが分かるとよかった。	
・ 新しいtrial dataなども参考として付記してほしい。	
・ 肺癌の治療法にはいまだに100%のものは無く、流動的である。確かに「EBM診療ガイドライン」は、多くの文献検索に基づいているが、個々の癌患者に対する普遍的治療法とは言いがたい。今後も改編されていくべきものであり、この「EBM診療ガイドライン」治療の指針のような意味を持たせるべきではない。	
・ 入手したときに一通り目を通したが、既に理解・実施していることとの一致を確認しただけで、後はほとんど使っていない。研修医への指導の際に活用している。	
・ EBMに基づいており、確診が持てる。	
・ ガイドライン作成に従事し、evidenceを作るのが非常に困難であることを痛感した。	
・ ガイドラインは大変重要だがあくまでガイドラインであり、柔軟に応用されるべきである。	
・ 現在のいわゆるEBMが、本当に臨床の場においてEVIDENCEとなりうるか、患者は個人個人異なる。ガイドラインは参考にはなるが、すべてではないと思う	
・ 今までと大きく変化無し。	
・ 本当に参考にしている人が多いのでしょうか？	

表6.J. 本ガイドラインに対する意見 (つづき)

記載内容	人数
<ul style="list-style-type: none"> ・BFSの方法についてはかなり施設間のばらつきがあると思う。EBMに基づいたガイドラインが必要である。 ・参考になる。 ・ガイドラインの使用による臨床的ないし経済的な効果についての検証が本邦ではなされていない。(肺炎についてはATSのガイドラインの使用による経済的な効果など検証されている。) ・ガイドラインとして使用できるガイドラインを作してほしい。 ・胃癌治療ガイドラインのほうがわかりやすく使いやすいと思う。 ・診察への影響については、手術に対しては全くガイドラインとおりに行っていることが確認できた。しかし、化学療法2nd line以後は、ガイドラインに乏しく、実験的な医療を各医師が選択せざるを得ない状況であり、さらなるevidenceを欲する。 ・脳転移の予後について患者の誤解を解くのに有効だった。 ・抗癌剤として肺癌治療として適応があるのに"evidence"がないというのは患者には理解しづらいと考える。 ・ガイドラインができることにより、臨床試験の重要性への認識が関係者間で強まると思われ、よいことだと思う。 ・ガイドラインはモデルケースにあてはめたモデル治療のようなもので、実際には色々な事情で変わりうる。ガイドライン=こうあるべき治療と考えている人が多いのに驚かされる。ただ、独善に陥らないため、知識を整理し、自分の行っている治療を振り返るのには、必要で有効なものとする。 ・ガイドラインの存在により積極的治療法がやりにくくなる雰囲気が生じる可能性が心配される。 ・術後のp-II、III期群については以前から術後化療を必要と考えていたので、ASCOの方針に沿って加療を行っている。残念ながら『本ガイドライン』は全く利用していない。 ・ガイドラインの出版を継続していくことに意義がある(治療の標準化)と思う。 ・あくまで対象は腫瘍を専門としていない呼吸器内科や一般医であり、現時点でのstatus of the artを形にしたものと考えたい。 ・この本をもってEBMがあるとは言えないと思っている。 	以下すべて1

FIGURE LEGENDS

図 1 . A. アンケートへの回答者の専門領域
(科)

図 2 . B. アンケートへの回答者の医師としての
の経験年数

図 3 . C. ガイドラインの使用回数 (A. 科別、
B. 経験年数別)

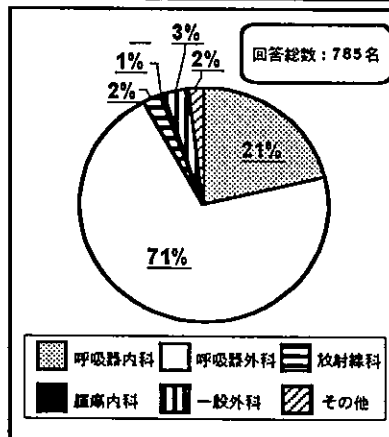
図 4 . D. ガイドラインの使用目的 (A. 科別、
B. 経験年数別)

図 5 . F. ガイドラインの患者への適用度 (A.
科別、B. 経験年数別)

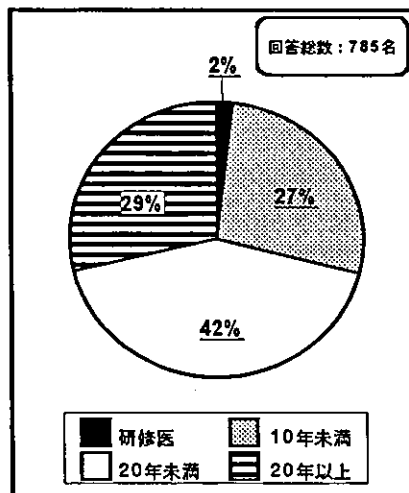
図 6 . H. ガイドラインの出版による診療へ
の影響の有無 (A. 科別、B. 経験年数別)

図 7 . H-I. ガイドラインの出版による診療

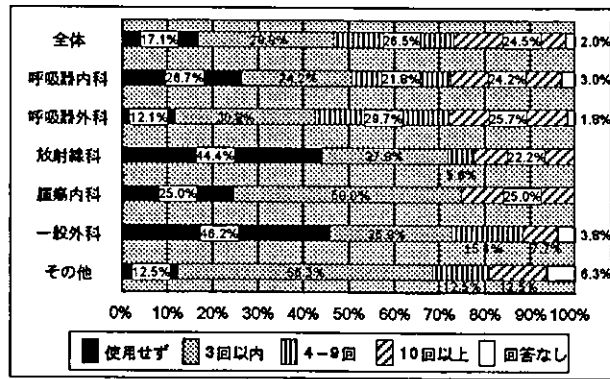
	呼吸器内科	呼吸器外科	放射線科	腫瘍内科	一般内科	一般外科	その他
割合	21%	71%	2%	1%	0%	3%	2%
人数	165	556	18	4	0	26	16



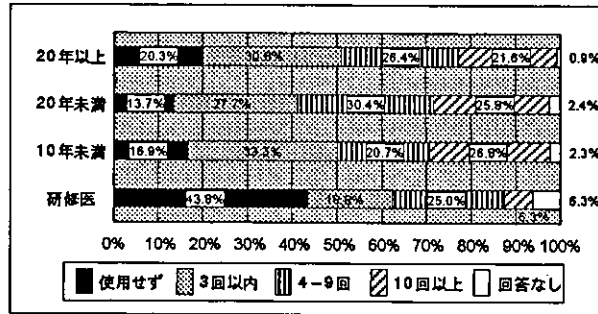
	研修医	10年未満	20年未満	20年以上
割合	2%	27%	42%	29%
人数	16	213	329	227



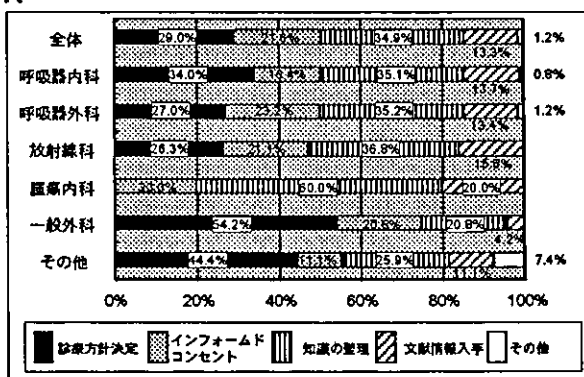
A



B



A



B

