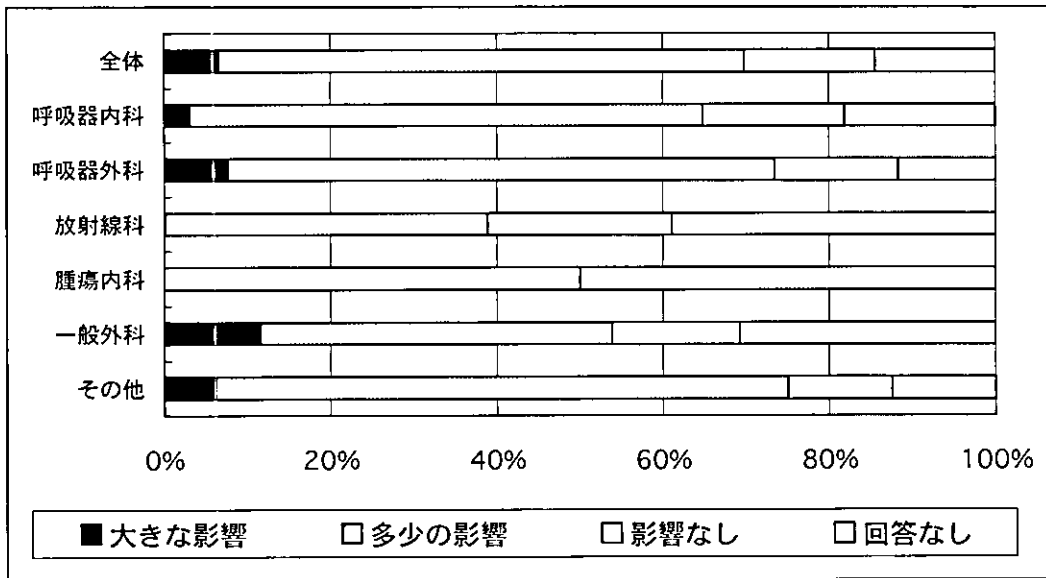


表6.G. 今後記載されることが望ましい臨床的疑問点としてお書き頂いた事項

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	

A

	大きな影響	多少の影響	影響なし	回答なし
全体	6.6%	63.2%	15.7%	14.5%
呼吸器内科	3.0%	61.8%	17.0%	18.2%
呼吸器外科	7.7%	65.6%	14.9%	11.7%
放射線科	0.0%	38.9%	22.2%	38.9%
腫瘍内科	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%
一般外科	11.5%	42.3%	15.4%	30.8%
その他	6.3%	68.8%	12.5%	12.5%



B

	大きな影響	多少の影響	影響なし	回答なし
20年以上	3.1%	59.0%	21.6%	16.3%
20年未満	4.3%	68.1%	15.2%	12.5%
10年未満	12.7%	62.4%	10.8%	14.1%
研修医	25.0%	31.3%	6.3%	37.5%

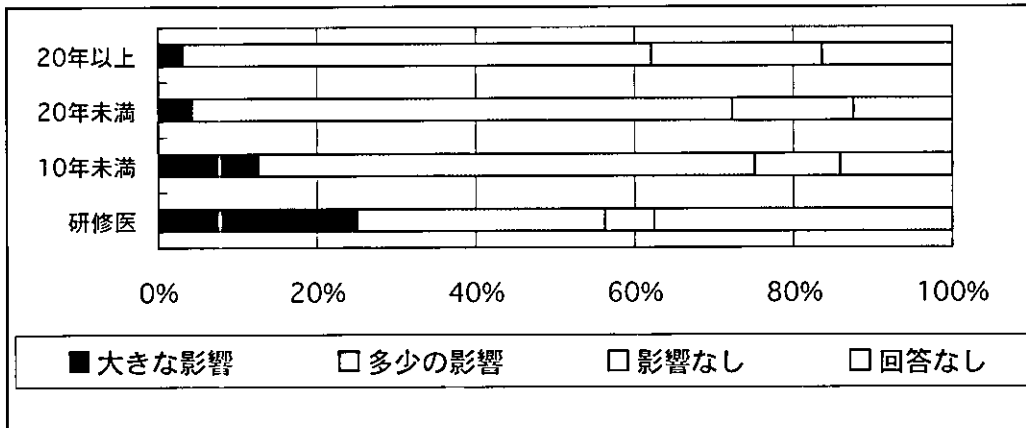
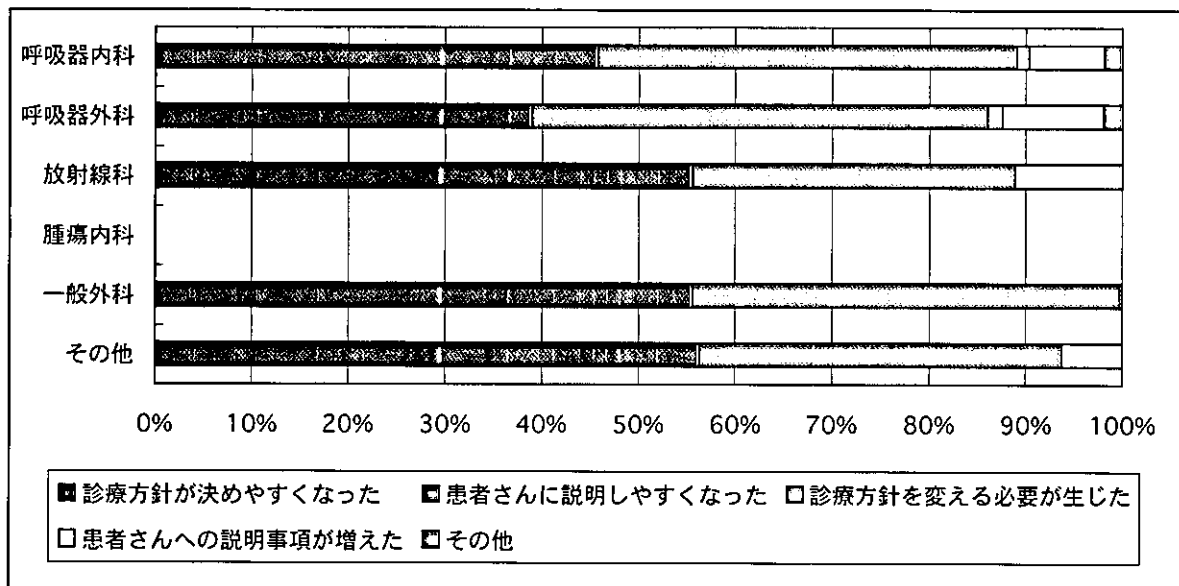


図7.H. ガイドラインの出版による診療への影響の有無 (A. 科別、B. 経験年数別)

A

	診療方針が決めやすくなった	患者さんに説明しやすくなった	診療方針を変える必要が生じた	患者さんへの説明事項が増えた	その他
全体	41.1%	46.0%	1.5%	9.5%	1.9%
呼吸器内科	45.8%	43.2%	1.3%	7.7%	1.9%
呼吸器外科	38.9%	47.1%	1.5%	10.5%	2.0%
放射線科	55.6%	33.3%	11.1%	0.0%	0.0%
腫瘍内科	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
一般外科	55.6%	44.4%	0.0%	0.0%	0.0%
その他	56.3%	37.5%	0.0%	6.3%	0.0%



B

	診療方針が決めやすくなった	患者さんに説明しやすくなった	診療方針を変える必要が生じた	患者さんへの説明事項が増えた	その他
20年以上	36.5%	49.3%	1.9%	9.0%	3.3%
20年未満	41.7%	46.4%	1.4%	9.3%	1.2%
10年未満	44.3%	42.2%	1.3%	10.5%	1.7%
研修医	42.9%	50.0%	0.0%	7.1%	0.0%

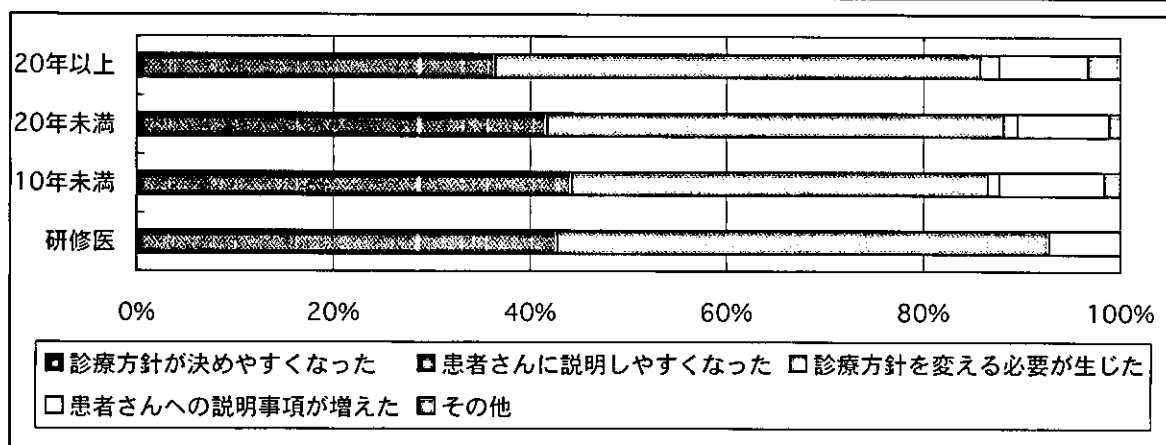
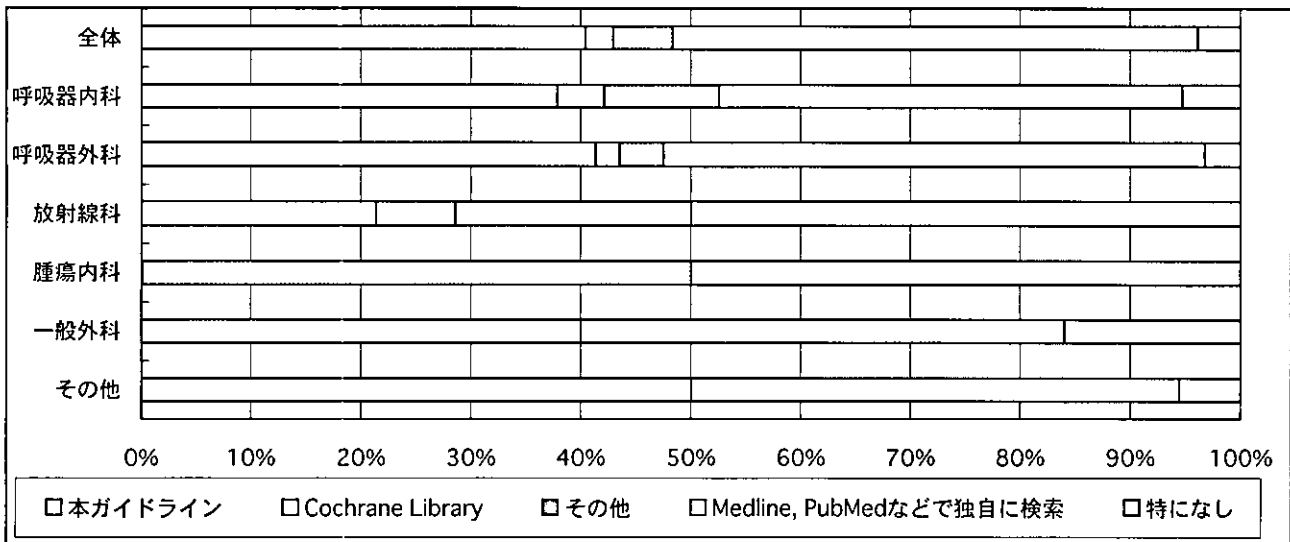


図8. H-I. ガイドラインの出版による診療への影響の種類 (A. 科別、B. 経験年数別)

A

	本ガイドライン	Cochrane Library	その他	Medline, PubMed などで独自に検索	特になし
全体	40.4%	2.5%	5.5%	47.7%	3.9%
呼吸器内科	37.9%	4.2%	10.5%	42.1%	5.3%
呼吸器外科	41.3%	2.1%	4.0%	49.3%	3.2%
放射線科	0.3%	0.1%	0.3%	0.7%	0.0%
腫瘍内科	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%
一般外科	40.0%	0.0%	0.0%	44.0%	16.0%
その他	50.0%	0.0%	0.0%	44.4%	5.6%



B

	本ガイドライン	Cochrane Library	その他	Medline, PubMed などで独自に検索	特になし
20年以上	39.7%	3.0%	6.7%	45.3%	5.2%
20年未満	42.4%	2.4%	5.8%	47.5%	2.0%
10年未満	37.7%	2.3%	4.2%	50.9%	4.9%
研修医	38.5%	0.0%	0.0%	38.5%	23.1%

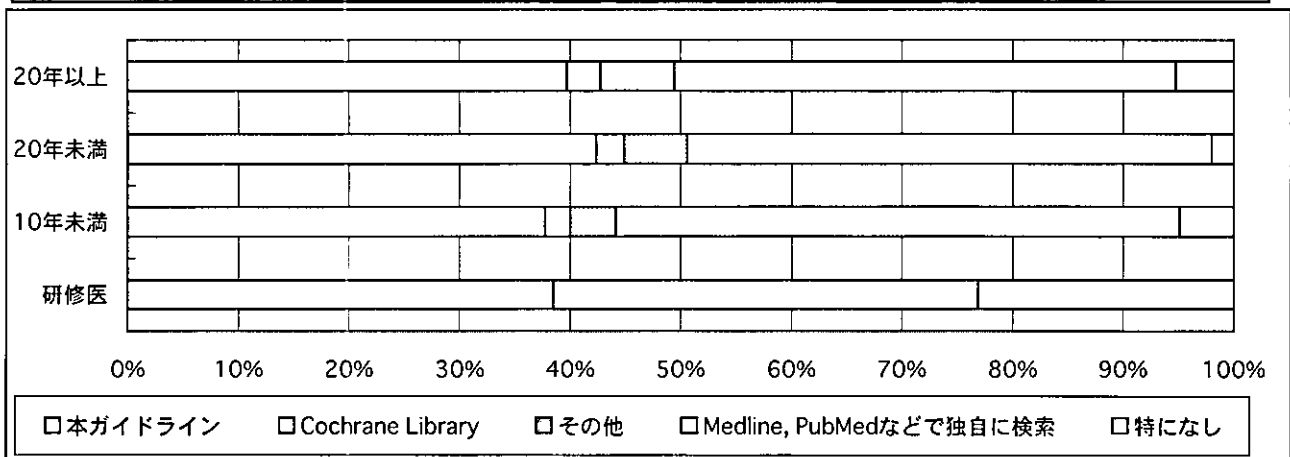


図9.I. 診療の参考に使っているガイドラインあるいはデータベース
(A. 科別、B. 経験年数別)

表7.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でも見ることができ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るととってもわかりやすい。	
・ 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。	
・ 治療についても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いえない。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7.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ってほしい。 ・ 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。 ・ 診療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、化学療法は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の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考えられる。 ・ ガイドラインの存在により積極的治療法がやりに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

許可なく転載することを禁じます。



この冊子は環境にやさしい「植物性大豆油インキ」を使用しています。