

【次に、治療法のエビデンスが確立されていない場合の対応について、お伺いします】

問 1 0. 新しい治療法について、まだエビデンスが確立していないが、有用でありそうな治療法が出てきた場合、あなたはどのように対応しますか。

	エビデンスが 確立するまで 採用しない	エビデンスが なくても、有用 そうであれば 採用する	どちらともいえ ない
死に至る疾患である場合は、	1	2	3
死に至らない疾患である場合は、	1	2	3

問 1 1. あなたは、新しい治療法が有用かどうかを判断する情報として、次の情報源をどの程度重視しますか。

	重視する	まあ重視 する	どちらと もいえな い	あまり重 視しない	全く重 視しな い
症例報告	1	2	3	4	5
症例集積報告	1	2	3	4	5
その新しい治療法の経験者の意見	1	2	3	4	5
専門領域の権威者の意見	1	2	3	4	5

問 1 2. そのほかに、新しい治療法が有用かどうかを判断する情報として、重視するものがありましたら、お聞かせください。

問 1 3. 仮に、「有用そうだがエビデンスが確立していない治療法」があるとした場合、その治療法を自分の日常診療で研究できるとした場合、あなたはどのようにされますか。次のうちもっもお気持ちに近いものひとつをお選びください。

1. 自分自身で研究活動を推進する
2. 同僚らが中心となるのであれば、研究活動を手伝う
3. 研究活動には参加しない
4. その他 ()

問 1 4. 症例報告書のエビデンスは出つつあるものの、ガイドラインでは推奨されていない治療法として、「褥瘡治療におけるラップ療法」があります。

あなたの専門領域に同様な例がありましたら、その内容を具体的にお聞かせください。

【ここからは、ランダム化比較試験（RCT）の実施に関して、お伺いします】

治療法のエビデンスを出すためにはランダム化比較試験（RCT）が適しています。しかし、RCT は時間と費用がかかり、多大な労力が必要です。

RCT はどのような状況下で行われるのが適切か、についてお伺いいたします。

問 15. RCT を実施するには、関係する医師全体の何%以上の医師の賛同が必要だと思われますか。正数桁のパーセンテージでお答えください。（上限値 100 に設定）

その RCT の実施には、関係医師全体の □□□ %以上の医師の賛同が必要だともう

問 16. あなたは、RCT を実施するためには、以下のそれぞれについて、どの程度重要だと思いますか。

	重要である	まあ重要である	どちらともいえない	あまり重要でない	全く重要でない
医師個人の意見	1	2	3	4	5
学会の方針	1	2	3	4	5
世論	1	2	3	4	5
患者会からの要望	1	2	3	4	5

問 17. そのほかに、RCT を実施するための「重要な意見」と思われるものがあれば、お聞かせください。

--

問 18. RCT を実施するための「必要条件」と思われるものがあれば、お聞かせください。

--

（属性項目は、プラメドの登録情報から引用）

年齢⇒誕生年

性別

臨床経験年数 ⇒医師免許取得年

基本診療科・専門診療科名 ⇒「主たる診療科」

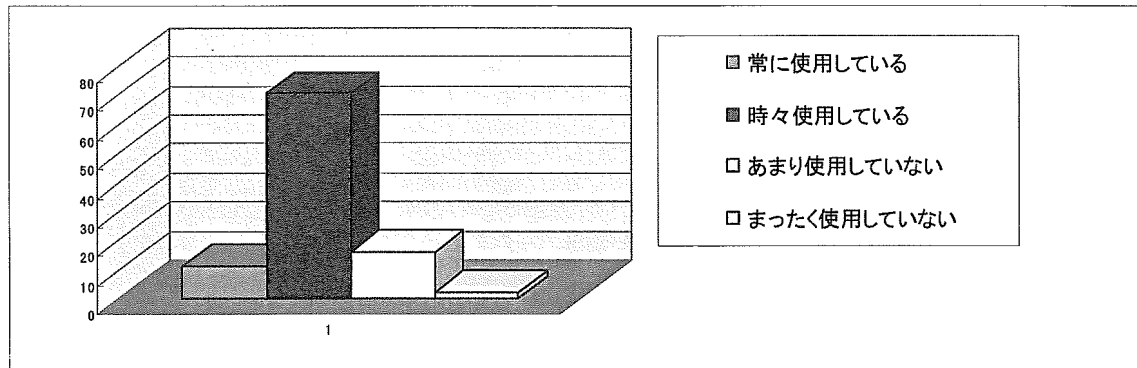
以上

根拠に基づく医療に関する調査結果

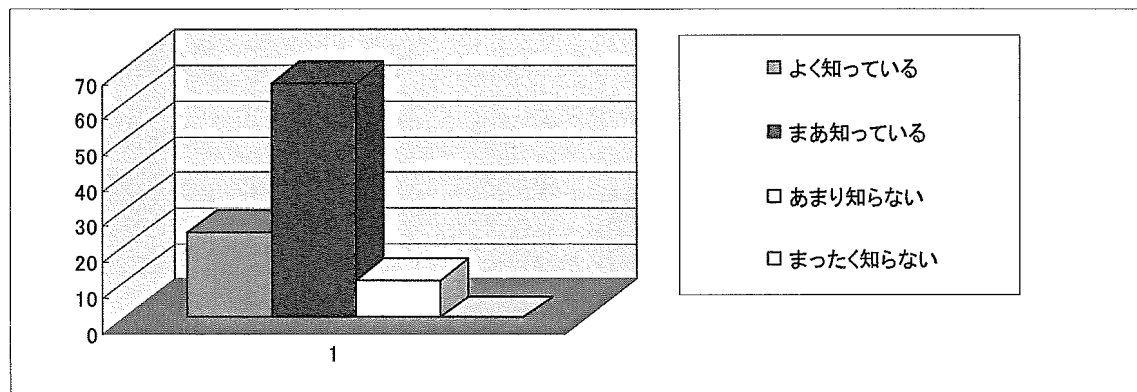
【最初に、根拠に基づく医療（EBM）一般について、お伺いします。】

対象者：有効回答者数（180） 無効回答者数（0）

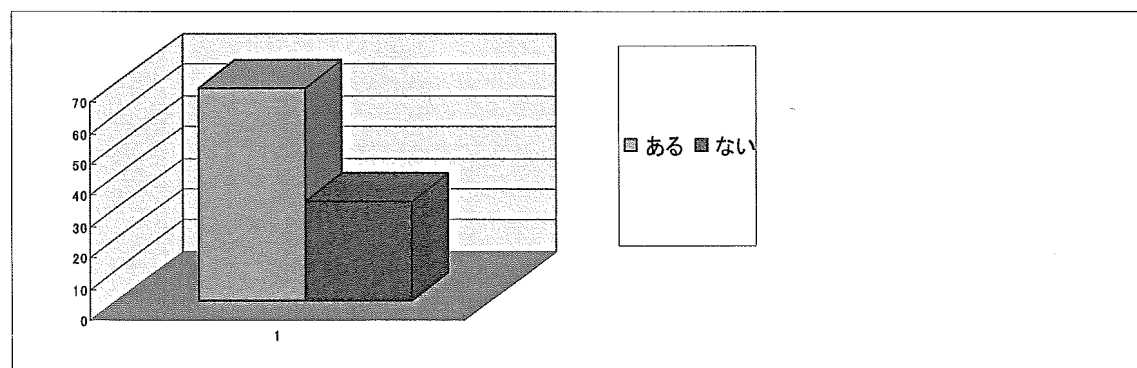
Q1 あなたは普段、診療ガイドラインを使用していますか。（回答は1つ）



Q2 あなたは EBM について、どの程度知っていますか。（回答は1つ）



Q3 あなたはこれまでに、EBM の講演会や講習会に参加したことがありますか。（回答は1つ）



Q4 あなたは、普段の診療で EBM 的手法をどの程度使用されていますか。以下の EBM 的手法のステップを参考にお聞かせください。

ステップ 1：疑問の定式化：PICO あるいは PECO

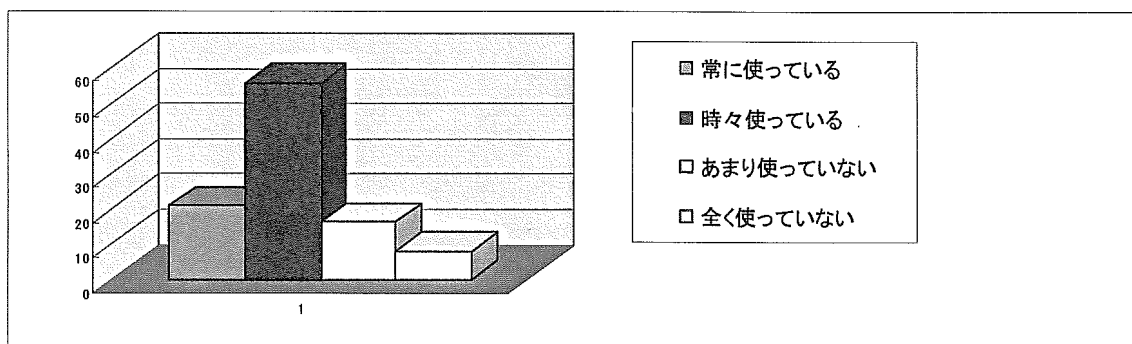
ステップ 2：文献検索

ステップ 3：文献の客観的評価

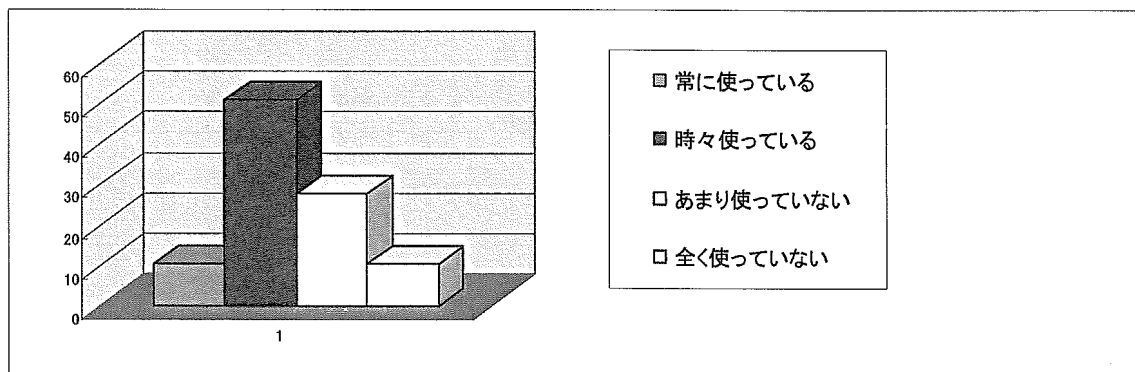
ステップ 4：患者への適用ステップ 5 自己評価

ステップ 5：自己評価

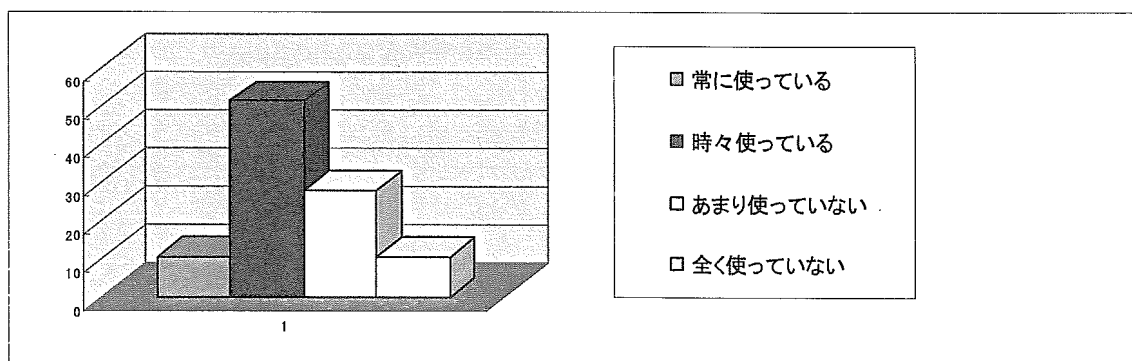
①ステップ 1 からステップ 2 まで



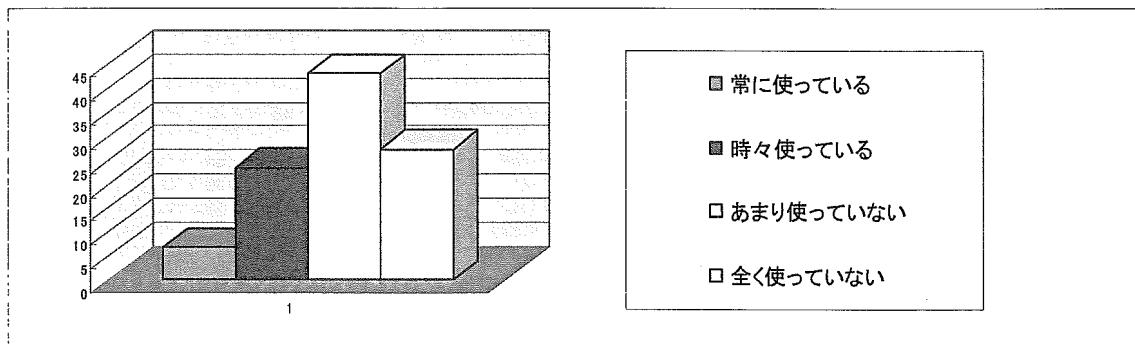
②ステップ 1 からステップ 3 まで



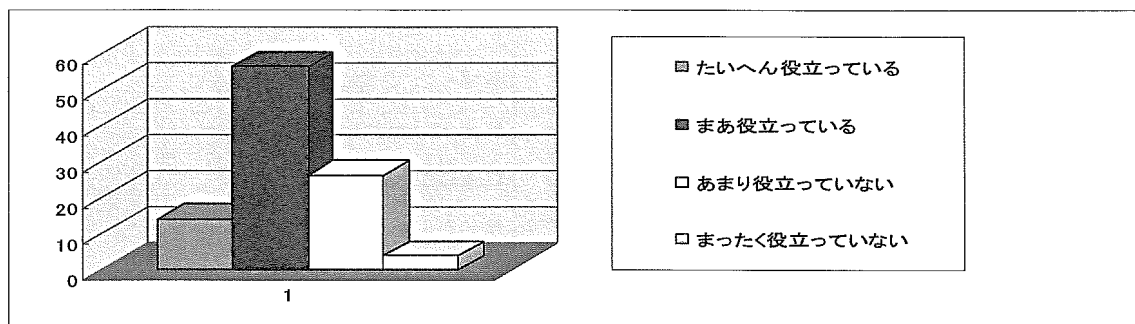
③ステップ 1 からステップ 4 まで



④ステップ 1 からステップ 5 まで

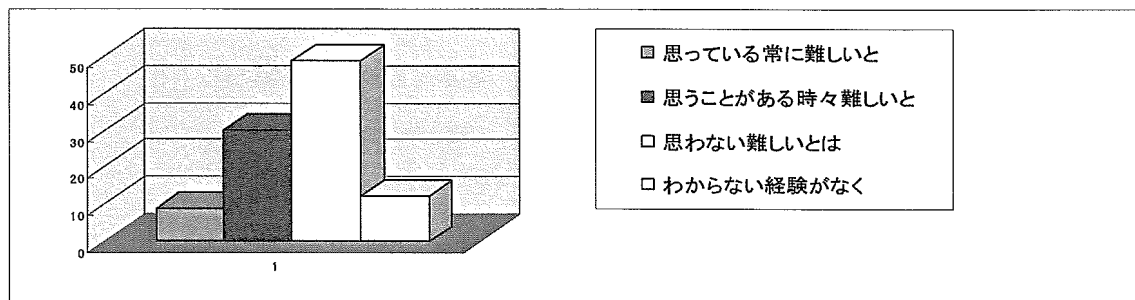


Q5 普段の診療で、EBM 的手法は、どの程度診療に役立っていますか。(回答は 1 つ)

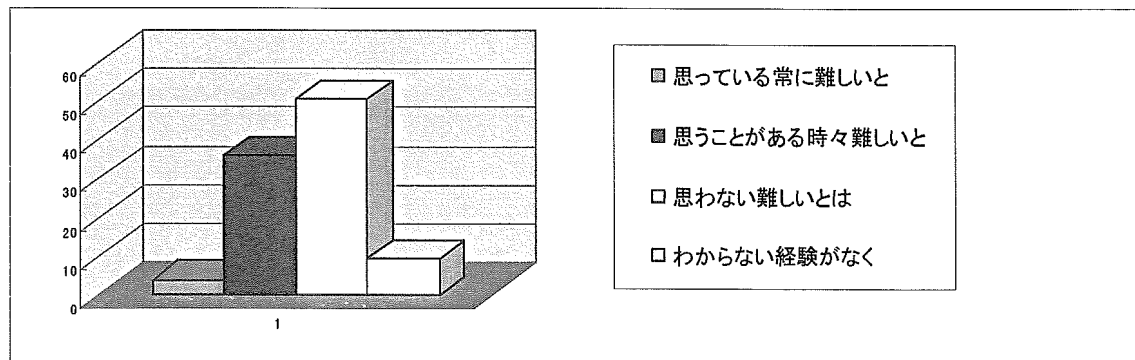


Q6 EBM 的手法の各ステップは、どの程度難しいと思われますか。

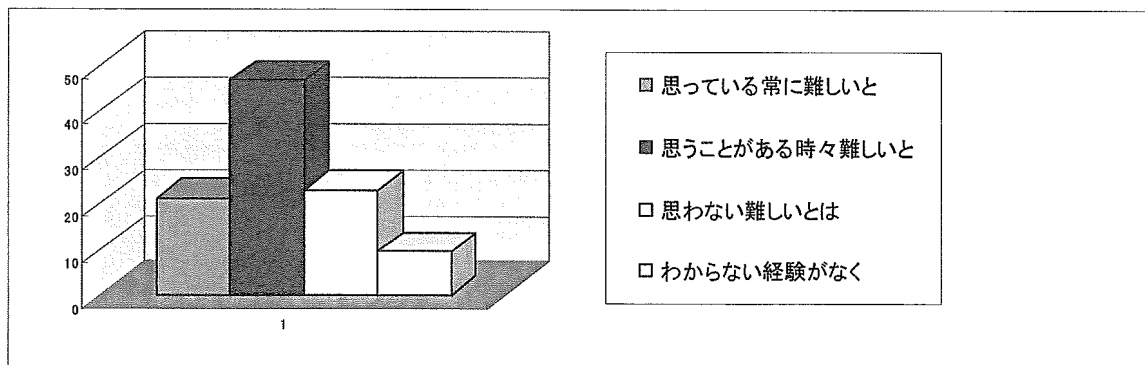
① ステップ 1 は？



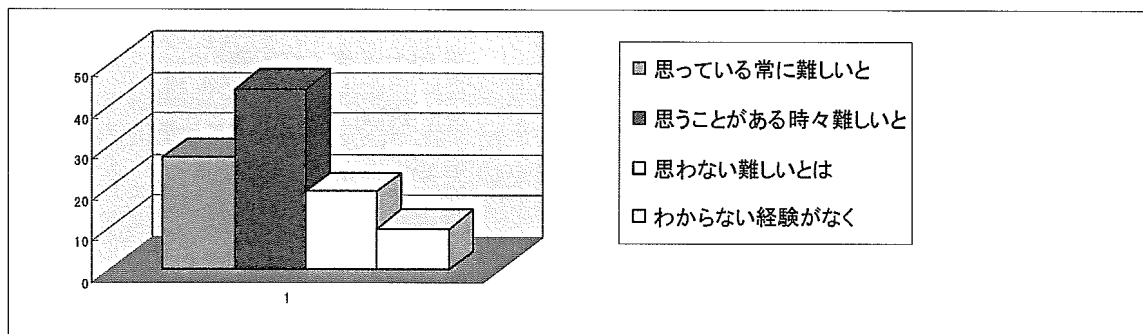
② ステップ 2 は？



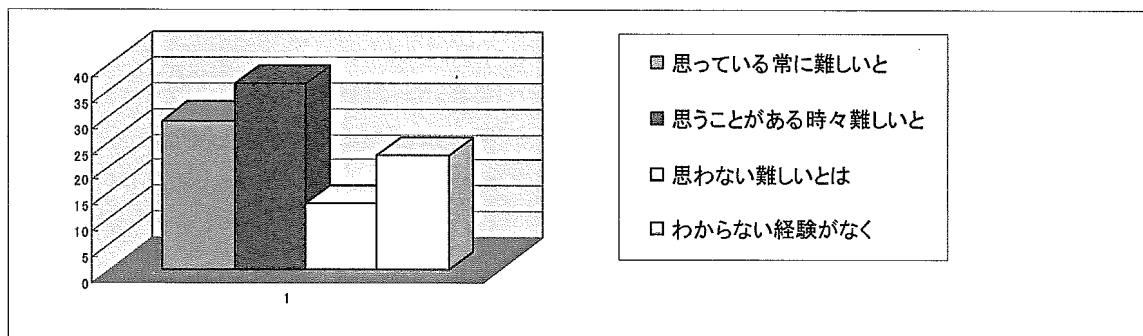
③ ステップ3は？



④ ステップ4は？



⑤ ステップ5は？



Q7.

<ステップ 1>「常に難しいと思っている」もしくは「時々難しいと思うことがある」理由

※特にない場合は「特になし」とご記入ください。

	%
特になし	31.4
もやもやしている疑問を簡潔に定式化することが難しい。	1.4
典型的でないことがある。	1.4
セッティングなどを定義することが面倒くさい。	1.4
適切な定式化方法。キーワード。	1.4
適切な設定ができていないかわからない	1.4
適切な PECO をたてるための background knowledge が不足していると感じることがあるから。	1.4
特にないが簡単ではない	1.4
頭に浮かんだ疑問を文章化すること自体に難しさを感じる場合がある その疑問に直接答えるエビデンスがあるとは限らない	1.4
難しいと言うよりも面倒くさい。時間に余裕があるときは良いが。	1.4
定式化することが難しい。漠然とした疑問でとどまることも多い	1.4
定式化するということを公式のように頭に描いておかないといけないから。	1.4
定式化するのを忘れることがある。	1.4
定式化が難しい	1.4
定式化しにくい疑問がある場合、例えば、高齢者で色々な疾患を複数抱えている状態で、背景が特殊な場合、一般化しにくい	1.4
定式化の結果が EBM 的に正しいのかどうか判断が難しい。	1.4
定式化が困難	1.4
定式とはどの程度の定式なのか？	1.4
日常診療の忙しさに紛れてしまうため。	1.4
経験が少ないため 複雑なバックグラウンド・合併症の患者様が多いため	1.4
病態についての背景知識に乏しいときがあるから	1.4
忙しくてあまり活用できない。	1.4
複数の要因が混在	1.4
疑問点から仮説を立てるところがうまくいかないことがあります。	1.4
問題を PECO で絞り込むことで、かえって患者にとって重要な問題から遠ざかることがある	1.4
疑問の定式化に慣れていない	1.4
わかりやすく PECO に置き換えることが困難	1.4
一般化しにくい	1.4
目の前の患者の本当に必要とする医療行為は、必ずしも目の前にあるとは限らないから。	1.4

臨床の複雑な状況から、疑問点をうまく抽出されているか疑問を感じることもある。	1.4
質問が妥当かどうか、比較対象の選び方など	1.4
実際の診療に時間を費やすため、このようなステップを踏んで考える時間がない	1.4
手法そのものをよく理解していない	1.4
自分が抱いた疑問そのものが、既に出ている答えに対する疑問と、そもそも言いたい事のニュアンスからして違うのかなあと思うことがある。定式化しようにもしづらいという感じです。	1.4
自己学習のため正しいかどうか判断できない	1.4
自己の Pt にあてはまることのできるかの判定	1.4
PECO が適切にできているかどうか、不安	1.4
PICO や PECO がわかりません。	1.4
個別化しすぎ、検索で見つからない アウトカム設定が難しいことがある 診断の疑問	1.4
患者背景を specific にすると、求めるスタディが見つからない。患者背景にこだわらなければ、ステップ 4 で悩むことになる。感染症診療では、治療のゴールについて hard outcome の設定が難しい。結局、臨床的に役に立つ answerable question を作るところが最大のハードルであることが多い。	1.4
現実と key word の解離	1.4
患者により条件が異なるため	1.4
患者の訴えや症状を定式化するのは困難である。	1.4
患者の問題点を隔日に把握するのが難しい。	1.4
患者さまの抱える問題点を整理し切れていないことがある。	1.4
検索に上手くヒットする用語とならない。	1.4
時間的な制約	1.4
時間に余裕が無い	1.4

<ステップ 2> 「常に難しいと思っている」 もしくは 「時々難しいと思うことがある」 理由

※ 特になし場合は「特になし」とご記入ください。

	%
特になし	22.2
スムーズに適切な論文に到達できないことが多いから。	1.4
絞りきれないとき 多すぎるとき	1.4
典型的でないことがある。	1.4
適当な文献が見つからないときあり	1.4
適切な文献が見当たらない。	1.4
適切に文献検索ができているかどうか	1.4
適切な情報が見つからない 時間がかかりすぎる	1.4
難しいと言うよりも面倒くさい。時間に余裕があるときは良いが。	1.4
定式化したPECOに合う文献が見当たらないことがしばしばある。	1.4

同上だが、とりあえず必要あれば文献検索は行うようにしている	1.4
リストアップした後に絞り込むのがうまくできない(経験が少ないため)	1.4
忙しくてあまり活用できない。	1.4
なかなか思うような文献を見つけることができないため。	1.4
文献に当たらない時	1.4
文献検索がすぐできる環境ではないから	1.4
文献検索をするタイミングを忙しさに紛れて逸してしまう。やっても2次資料の活用のみで、原著にあたることはほとんどない。	1.4
疑問をメッシュに置き換えるとき	1.4
良い文献を適格に見つけだすことができないとき。	1.4
臨床上の疑問が、必ずしも明確なエビデンスとして存在しないことがある 関連性の高い文献は(2次資料も含めて)少ない 国内のリソースが少ない	1.4
keyword の選び方により、選択される文献が異なり、うまく的を絞れない	1.4
英語の教材が多い	1.4
ヒットしないことあり	1.4
ヒットさせるキーワードの選択(どの言葉を使えばいいか?)	1.4
自分の思っている文献がうまくヒットしないことがある、key word の設定に迷う事がある	1.4
治療以外の情報検索について、思うような情報が得にくいことがある	1.4
キーワードなどの選択、リソースの偏り	1.4
キーワードの設定の仕方により得られる文献が異なるため	1.4
キーワードがヒットしない、すごく多数ヒットしてしまう場合がある	1.4
その場で疑問を片付けないと思いつながら、時間が経過していくから。	1.4
自己学習のため正しいかどうか判断できない	1.4
インターネット環境が手に入ってから楽になっているが、それでも検索する時間が...	1.4
pubmed などでの hit が難しい。たくさんの文献が出てきて煩雑。	1.4
ほしい文献が探しきれないときがある	1.4
UpToDate などの情報源で情報が得られない場合、Pubmed, 医中誌, google などを利用するが、なかなか求める情報を得ることは難しい。	1.4
症例の前例があまりない時	1.4
症例の疑問に合った文献が見つからない。見つけにくいことがあるから。	1.4
環境	1.4
見つからない	1.4
限られた時間内に外来で示すのは困難。	1.4
検索するエンジンが少なく、全文に当たれる機会が少ない。	1.4
検索して出てくるのはいいが使えるかどうかわかりにくい	1.4
検索ツールが発達しているが、やはり自分の欲しい文献がかならず手にはいるとは限らないし、検索の仕方によっ	1.4

では重要な文献を手に入れられないことがある。	
検索が面倒	1.4
検索件数が多すぎる時	1.4
検索式の立て方が難しい	1.4
検索条件の設定が難しい	1.4
マッチしないことがある。	1.4
時間的な制約	1.4
時間的な問題が大きい、目的に到達できないことがある	1.4
時間的に困難	1.4
時間がない。コンピューターの使い方がもうひとつわからない。	1.4
時間におわれ十分な文献検索の出来ない場合もある	1.4
時間の不足	2.8

<ステップ3>「常に難しいと思っている」もしくは「時々難しいと思うことがある」理由
※特になし場合は「特になし」とご記入ください。

	%
特になし	24.6
我流になっていないか不安である	0.8
教科書、学会のガイドラインなどについては尊重するが、大規模臨床試験などの客観的評価については難しい場合もある	0.8
このようにしたいと思うが、時間がない	0.8
典型的でないことがある。	0.8
正当性の証明が困難	0.8
ゆっくり吟味する時間がない	0.8
特に英文内容の的確な理解。行間が読みきれない。	0.8
内容を吟味することになれていない。	0.8
独学で勉強してはみたが、なかなか難しい時があるし、もっと詳しい人と一緒に読むと、そこまで検討しないといけな いのかと思う。	0.8
やり方がわからない	0.8
難しいと言うよりも面倒くさい。時間に余裕があるときは良いが。	0.8
多くの文献を読まなければ、その文献の価値は評価が困難である点	0.8
多くの文献が集まった場合、読むのに時間がかかります。	0.8
吟味の仕方がそれでよいかわからないことがある	0.8
専門外の領域では批判的吟味が難しい。	0.8
知識不足のため、妥当性の判断が難しい	0.8
むずかしい	0.8

統計学的な知識が乏しいから	0.8
統計的な考察が難しい	0.8
他人の吟味を聞いていると、自分の中にない発想に驚かされ、学ぶことが多い。自分の思考過程の限界を広げて行く課程であるが、自分の考えつかないことはやはり考えつかないし、思考にも一定のパターンが生まれてくる。一本の論文でも患者が100人いれば100通りの使い方があるはずと思うものの、難しいと日々痛感している。	0.8
全ての文献に critical appraisal の全てのコンポーネントを実行することは 難しいと思う。時間的にも。	0.8
生命統計用語にいまだに慣れない。	0.8
Data が欠如しているとき	0.8
経験が少ないため	0.8
どこを評価すればよいのかわからない。また、その評価で正しいのかわからない。	0.8
批判的吟味は難しい。文献の解釈は各自行えばよいが、時に一般の解釈と異なる異なることがある。	0.8
批判的吟味はほとんど EBM2 次資料に頼っている(1 次資料の批判的吟味は時間的に厳密に行うのは困難)	0.8
かなり読み込まなければならない	0.8
ガイドラインを基準にして、参考文献を評価するが、全てにおいて確認できるわけではない。	0.8
どの程度のエビデンスか判定困難な場合がある。	0.8
必要な文献を読む時間が十分でないこと。交絡因子やバイアスなど文献評価をする技能自体が未熟で、自身で実施しようとしても難航しているのが現実。	0.8
どれくらいの規模であれば信頼できると評価できるかの感覚がよく分からないため。	0.8
トレーニング不足	0.8
本当に客観的になっているかどうか疑問を感じたりする	0.8
evidence が十分でないものの多く、少し低いレベルの evidence に関してはその結果をどう評価するかが難しいときがある。	0.8
評価が難しい	1.6
評価方法が難しく批判的吟味が出来ないことがある	0.8
評価方法がわからない。	0.8
評価の時間がない。評価の方法になれていない。	0.8
なじみのない statistical analysis が用いられているとき	0.8
文献に記載されている study のエビデンスレベルとして、適切な study であるのかどうか、批判的に吟味する能力が自分にあるとは言い切れないから。	0.8
文献の内容がときに十分理解できない。	0.8
文献の吟味方法がよくわかっていないため。	0.8
文献の信頼性について、疑問に思えることがある。	0.8
文献の意図を十分に把握できたと考えない場合があるから	0.8
文献を読むのが面倒	0.8
文献を取り寄せたり、読んだりする時間がなかなかとれない。	0.8
Nやオッズ比、信頼区間などを見るくらいで、十分な評価はなかなか内容が読みこなせていないと出来ない	0.8

論文中に解釈困難な点が含まれることがあるから。	0.8
論文を評価するには、それ以上の論文を書く能力がないと適切にできない	0.8
目先の結論に目が行ってしまうから。	0.8
臨床と照らし合わせてややそぐわない時など、評価に窮する場合がある	0.8
臨床疫学の知識が不十分	0.8
英文を読むのが大変	0.8
アブストラクトだけのことが多いこと、統計学的評価に慣れていないこと	0.8
疫学的評価は、比較的慣れればできるようになるが、専門領域の異なる文献の場合、その文献の歴史的位置、背景がわかりにくく、評価が難しい場合がある。	0.8
質的検討とくに、検査の論文などはいまひとつ評価が分からないことがある。特に、尤度比などを計算しなおすとき	0.8
質を評価して選択する時間がとれない INFOPOEM に頼る	0.8
自分できちんと評価できているのか不安	0.8
手法そのものをよく理解していない	0.8
自分の知らない分野の場合、たとえ IF の低い雑誌に載っている文献でも多くの医師が引用している場合があったり、その逆に有名な雑誌に載っていても誰も信じていないような文献があり、信じてよいかわからない場合があるから。	0.8
手術治療に関することになるので、主義的な部分を論文には全て書けるものではない。そのため、表面的には文献で評価できても、実際にその内容を実践する段では難しいことがある	0.8
治療経験と他の専門医の意見の相違もあるため。	0.8
その疾患や、治療・検査などの専門知識がなければ判断できないときがある。	0.8
自己学習のため正しいかどうか判断できない	0.8
指標不明	0.8
インパクトファクターが気になる	0.8
昨今製薬会社主導の臨床試験が増えており、自社の製品に有利な結論を導こうと研究デザインや事後の統計処理を巧みに操作している論文が見受けられる。そうしたものを短時間で見抜くのに難儀することがある。	0.8
客観的というのは専門分野でないと判断しにくい	0.8
客観的評価が妥当なものかどうか自信がない。	0.8
客観的評価の定義	0.8
客観性の確保の評価	0.8
RCT なら信頼して良いのだろうが、RCT がそろわないことの方がほとんど	0.8
施設の背景が異なれば結果も当然全然変わってくることを日々身をもって実感していると、そもそも文献からして信用ならないなあと思うこともある。	0.8
情報不足(抄録から)	0.8
情報の取捨選択は、個人の知識／経験不足のため困難	0.8

常に大規模スタディが行われているとは限らず、限定的エビデンスの場合も多いため	0.8
慣れていないため時間がかかる	0.8
厳密に評価するほどの時間がない	0.8
研究の状況によって、研究結果が相反する場合もあり、客観的に評価する難しさを感じる	0.8
効果が大きさに異論が無いようなスタディであれば大体 systematic review や UpToDate などの二次リソースで十分に事足りるため、critical appraisal は必要ないことが多い。primary research を検索・評価する必要がある場合には治療効果の大きさがわずかであることが多く、ともすると statistical message でごまかされているかも知れない result を見抜く必要がある。特に adjusted OR など、多変量解析の変数選択がどのように行われているかは記載されていない(見破れない)こともありうる。	0.8
マイナス面はしばしば文献に記述されない事がある。統計データには様々なバイアスがかかるが、これに気づかない(見破れない)こともありうる。	0.8
時間的余裕がない。	5.6
時間がかかる、面倒、2次情報で満足してしまう	0.8

<ステップ4> 「常に難しいと思っている」もしくは「時々難しいと思うことがある」理由

※ 特になし場合は「特になし」とご記入ください。

	%
特になし	16.4
ステップ3までができていないので、経験に基づいたものしか適応できない。	0.8
高齢者のエビデンスはほとんどない	0.8
合わない患者も多い	0.8
外国人のデータをもそのまま日本人に使っていいかどうかで迷う。	0.8
海外論文の結果をどのように日本の臨床現場に適応すればよいか悩むことが多い。	0.8
ここのケースに応じて適応を考えることは、最も重要であり、石の最良が問われるため、	0.8
3がクリアできなければ4は困難	0.8
世界的に見ても、今まで治療経験の無い治療に関しては、いくら EBM があっても信用し切れないところがある。	0.8
典型的でないことがある。	0.8
典型的ではない場合など、適用しても大丈夫か、有効なのだろうかと思う	0.8
いつもどうすればいいか迷う	0.8
適当なエビデンスが見当たらない時がある。	0.8
難しいと言うよりも面倒くさい。時間に余裕があるときは良いが。	0.8
日米間の人種差などがあり、難しいことがある。	0.8
日本人のデータに乏しい。目の前の患者さんの特性(遺伝、素因など)に合致して適用できるかどうか分からない。	0.8
日本人の Data があまりない	0.8
医療行為は常に侵襲的であり、また個別的であるので、どんな結果が起きるか分からないから。	0.8
多くの要素を統合しなければならないから。	0.8

近いのか、じつはまったく関係ないのかわからなくなって、結局手元にある文献や総説などで間に合わせてしまうことがある。	0.8
医師集団・治療に当たる医療チーム内での合意形成が難しいことがある。	0.8
適応が難しい	0.8
適応範囲の信頼性	0.8
診療に使うために調べているので、あまり困らない。	0.8
バックグラウンドの違いが大きいことが多い。(患者層が高齢者に偏っているため化学療法の時などに難渋する。)	0.8
経験が多くないのが原因と考えられます	0.8
EBM そのものの限界を感じているため	0.8
分かりやすく説明するのが難しいため。数字で説明してもなかなか理解は難しいので。	0.8
ガイドラインなどにのっとり検査・治療をしようとしても院内で実施できない検査や院内不採用の薬剤もあり実施困難な場合もある	0.8
結局エビデンスは明快な事実として出てこない場合が多く、伝え方が難しい 患者および医師(私)の志向に影響されることもある	0.8
なかなか患者と文献がフィットしない	0.8
どのように適用するのかわからないときもある	0.8
必ずしも適応できるとは限らない	0.8
必ずしも納得しないことがある	0.8
必ずしも明確な解答がないケースが多い。	0.8
判断に迷うことがある	0.8
複雑なバックグラウンド・合併症の患者様が多いため	0.8
evidence と対象が少しずれている患者に対して適用するかどうか判断が難しいときがある。	0.8
文献から得られた情報と、自施設との乖離を含めた外的妥当性の問題が大きい	0.8
文献と自分の患者の特性に解離があるとき	0.8
文献に載ってるような「選ばれた」患者さんだけが来る様な外来だったら、そりゃあ文句ないですよ、、、、。コンプライアンスにしても、受診までのアクセス期間にしても。	0.8
文献に載ってる治療が出来るとは限らない	0.8
文献の適用の判断が、難しい。研究の対象者が目の前の患者と同じ集団化の判断材料が論文の対象と手法からのみでは十分判断できないことの方が多い。	0.8
論文の対象集団と、実際の患者の年齢など、属性が大きく異なる場合がしばしばある	0.8
論文の設定が患者と異なる。	0.8
良いエビデンスがない時	0.8
いろいろ	0.8
様々な患者さんの環境因子のため、適用が難しい	0.8
informed consent が難しい時がある。どこまで説明するべきか迷うときがある。	0.8

人種差、年齢など文献と患者との相違。	0.8
目の前の患者とEBM 対象患者との違い	0.8
目の前の患者は臨床試験の参加者ではない。目の前の患者の利益に本当につながるかどうかは神のみぞ知る事実であり、常に難しいのが当然である。	0.8
臨床試験では、絞られた対象で検討が行われており、患者がその対象に当てはまらない時の解釈は難しい。	0.8
理解力の低い患者の好みに合わせることが、現実的には難しい	0.8
臨床状況が EBM より重視されることが多い	0.8
ケースバイケースなので・・・	0.8
疾患の発症率が異なっていたり、試験の対象患者と実際の患者で背景が異なるなど。経済的面の評価が困難。	0.8
手法そのものをよく理解していない	0.8
自分の考えを適応するときに問題点をすべて包含しているか不安になる。	0.8
自分の臨床経験をとるか文献をとるか、迷う（これまでの臨床経験がなければ迷わず、エビデンスのあるものを選択する）	0.8
治療や検査が日本で一般に行われていなかったり、保険診療できなかったりすることが多い。	0.8
治療経験と専門外の場合。	0.8
治療効果を示す数字の解釈を、正しく患者に理解してもらうのが難しい	0.8
その study もしくは文献から得られた結果が自分の患者さんにそのまま当てはまるとは言い難いため	0.8
そのままエビデンスを当てはめてよいのか迷う患者がいること論文の対象患者と患者の特性が微妙に異なる場合がある。今まで経験したことのない治療をしないといけない場合があること。	0.8
自己学習のため正しいかどうか判断できない	0.8
指標不明	0.8
客観的評価が困難	0.8
エビデンスが得られていても、患者に適応する場合には、いろいろな因子を総合的に判断する必要に迫られるため、適応は非常に難しい問題である。	0.8
エビデンスとして選んだものが自分の症例と近似する状態への適応に触れているとは限らない	0.8
エビデンスと一般的通念的に日本でやられている医療内容が異なることが多々あり、エビデンスより、まわりから後ろ指をさされないようにしようという意識が大きくなりがちである。	0.8
エビデンスを個々の状況が違う個人に適応すること	0.8
上記と同様に、『ほぼ』推奨される治療を実際に 適応するのは熟考が必要なため	0.8
上記のことと通じるが、論文において暗黙知のものと著者が思っていることは書かれていない。海外や、国内でも手術に関しては細かい差異が、重要になることもあり、適用するのは難しいことがある。	0.8
情報をどのように説明するか 文献を吟味すると、判断がより難しくなる エビデンスと患者の病い体験の共通基盤を落とし込むこと	0.8
個々の患者によりその他の条件がちがうから	0.8

個々の患者にその文献の内容がうまく当てはめることができないことが多々ある。	0.8
個体差、年齢差、性差の多様性から考慮が難しい	0.8
個別の状況と一般的法則(エビデンス)のすりあわせには決まった方法がなく、ケースバイケースで処理しなければならない。ここは臨床の醍醐味でもあるが。	0.8
眼の前の患者さんに適応するのにエビデンスの患者と眼の前の患者に隔たりが大きい	0.8
個人差があるから	1.6
厳密に言えば、適応してよいのか不安になる。	0.8
患者側の要因が多い場合が多く、必ずしも個別の問題点のみでの決定が困難	0.8
患者に適用できるのかわからないことがある	0.8
患者に適応するか判断に迷う	0.8
患者に文献が一致するのか疑問	0.8
患者に治療を施す場合、文献の情報を鵜呑みにしてはいけないから。主治医がリスクを背負わなくてはならないから。プロトコルの行間が大事であることが多いから。	0.8
患者と十分にディスカッションできていない場合がある 医師患者関係がまだ強化できていなかったり、患者がディスカッションを好まなかったり、時間の制約があったりします	0.8
患者の多様性に対応することが難しい	0.8
患者の判断は時に非論理的であるから	0.8
患者の評価が難しいとき	0.8
患者様の個別の状況により難しい場合がある	0.8
患者の受け入れ、理解、等個人差があるし、EBMに基づく診療が正しく、その患者にとってベターかどうかは別問題、すべての患者に適用することはできないし、その必要もないと考えている	0.8
患者の意向と最善利益が一致しないとき。インフォームドコンセントがとれないとき。	0.8
患者の希望を聞き出すのが難しい。	0.8
患者さんに説明し、理解頂くのは困難。	0.8
患者さんは千差万別で一律にいかないことが多いため	0.8
患者への適用は面倒	0.8
検査や治療において海外では常識でも日本では保険適応外とかその他の理由で非常識だったりしてそのまま目の前の患者に当てはめてよいのかわからないことがある。	0.8
研究環境と患者背景の違い等	0.8
寒邪ごとの背景の違いでEBMを適応しにくいときがある。	0.8
既存のプラクティスを変えることへの心理的抵抗。保険診療との整合性。	0.8
時間の不足	0.8
さまざまな因子が絡むのでかならずしもエビデンスどおりには行かないので	0.8

<ステップ5>「常に難しいと思っている」もしくは「時々難しいと思うことがある」理由

※ 特になし場合は「特になし」とご記入ください。

	%
特になし	29.9
時間がない	2.6
ステップ4までをきちんと活用できていないので、自己評価も難しい。	0.9
ステップ5に関しては、シビアに評価できないのが現実的だと思う	0.9
我流になっていないか不安である	0.9
過去は美化され、都合のいいものしか覚えられない。何とか自己評価してもそれを体系的にストックしたり自分に利用可能な形にまとめ上げる手法がはっきりしていない。	0.9
何事においても自分を評価することは難しいと思っています。	0.9
何を持ってうまくいったかと評価するかの基準があいまい 患者満足度 or 自分の満足度など	0.9
ここまで至らず	1.8
3がクリアできなければ5は困難	0.9
このステップに関しては方法論がわからないから。	0.9
長期的な目で振り返るのを忘れてしまう。	0.9
典型的でないことがある。	0.9
つつい自分の考えに合ったエビデンスを選びがち(治療効果に批判的なものなど)	0.9
適切な方法を知らないから。	0.9
多忙であるため、自己の医療を再点検する機会が得られにくい	0.9
独善的になっていることがある	0.9
同僚評価や客観的評価の機会が少ない、	0.9
かくして臨床現場と出来上がった美しいエビデンスの間で途方に暮れると、結局「今日の占い！あなたのラッキーアイテムはエビ餃子！」くらいな使い方しか出来ていないのかと自己嫌悪で、自己評価以前です。	0.9
難しいと言うよりも面倒くさい。時間に余裕があるときは良いが。	0.9
同上	0.9
医療行為を行った結果が、常に科学的な結果として判定できるとは限らないから。患者の心の中や家族の思いは、必ずしもわからない。	0.9
途中でうまく使えない時は自己反省に至らない	0.9
結果がすぐに分からない	0.9
結果でしか評価できない	0.9
どちらかというステップ4の経過の中で振り返ることが多く、ステップ4が済んでから取りかかる時間もないし、客観的な評価の手段を知らない(あるんでしょうか？)	0.9
いかにして自己評価をするかよく分からない。	0.9
EBM だけの話しではない	0.9
振り返ることは時間的にも精神的にも難しい	0.9