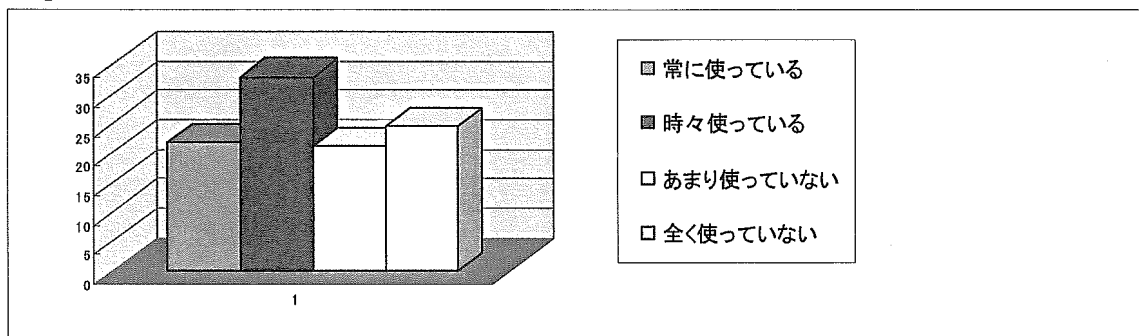


振り返りを持つことが大切だと分かっているが、そのまま流れてしまうことがある 近頃、自己振り返りを心がけているが、つい忘れることは多々ある	0.9
なるべく客観的に評価することに努力するが、主観的な判断になりがちである。	0.9
複数の医師が勤務しているなどで、自分のところで治療が完結しない。	0.9
どう評価すべきかわからない。	0.9
評価方法が難しい	1.8
評価方法が不十分。	0.9
評価(効果)が現れにくいことが多い。(はっきりしないことが多い)	0.9
評価の基準の設定が困難	0.9
良かったのかどうかの判断はわからない	0.9
いろいろ	0.9
有効かどうかの判定を客観的にするのが難しい	0.9
最新のニュースを取り入れているか、常に自問する必要があるため	0.9
そこまでする時間がない。	0.9
そこまで患者を診られないことが多い	0.9
自分ではアウトカムの評価が困難。	0.9
手法そのものをよく理解していない	0.9
自分の領域では、まとまった症例数としての自己評価まで到達しにくい。	0.9
自分をできるだけ客観視しようとはしているが、本当にできているのか、確かめる術はあるのでしょうか。	0.9
自分自身でアウトカムを設定することが困難	0.9
自分自身に文句をつけることは難しい	0.9
自分を客観的に評価すること自体難しい	0.9
それらについて、実施する研修、教育を受けておらず、具体的な方策がわからない。	0.9
自己学習のため正しいかどうか判断できない	0.9
自己評価はしたくない	0.9
自己評価は本当に難しいと思っている。もっとよい診療、医療を提供できる人が沢山いるのに自分が患者さんをお世話していること自体が申し訳ない気がしている。逆にいえば、自分の良い点、ポジティブな面も自分の思考でつぶしてしまっているところがあり、生産性に乏しい考え方をしているので、良いところはよくて、悪い点は悪いというバランスのとれた評価が困難である。本当の step5 はでも難しいものだと思うし、step5 が出来ている人などはまずいないと考えている。そのために評価ツール(ポートフォリオ)などがあるわけで、本当はE	0.9
自己評価の評価をどう follow するか？	0.9
自己評価の方法がつかめない場合が多い	0.9
自己評価は客観性が難しい	0.9
自己評価の客観的指標がわからない	0.9
自己評価の基準	0.9

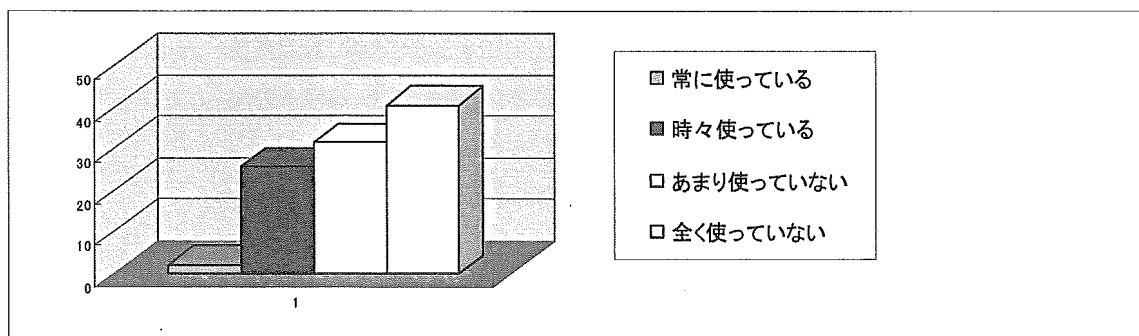
自己評価を的確にしているかどうかの評価は難しい。	0.9
自己評価出来ていない	0.9
自己評価までした、経験が少ない。	0.9
指標不明	0.9
『自己評価』は常に難しいものです 自分の症例で適応した治療が他の要素からどの程度影響されているかわからない	0.9
客観的評価になっているかどうか疑問であるから	0.9
客観的評価が困難	0.9
ほとんどしたことが無いから	0.9
個人で行っていることが多く、なかなか評価する段階にまでいたらない。	0.9
患者への適用が難しいので、その後の評価も困難。	0.9
患者が軽快退院すれば「結果オーライ」になってしまい、十分な考察をしないままになってしまう。	0.9
あくまで 自己 評価なので正しいかどうか	0.9
あまり適応しないので、評価のしようがない。また、診療データをきちんととりまとめている暇はないので、後からの評価は困難	0.9
サマリー作製時になってはじめてようやく冷静に自己評価していることが多い。	0.9
応用しても、症例数が少なければ効果があったのかなかったのか実感がわからないため	0.9
時間的に自己評価する時間がたりない。単なる怠慢とも言える。	0.9
時間の不足	1.8

Q8 最近二次情報が充実してきていますが、次の二次情報をどの程度使用していますか。

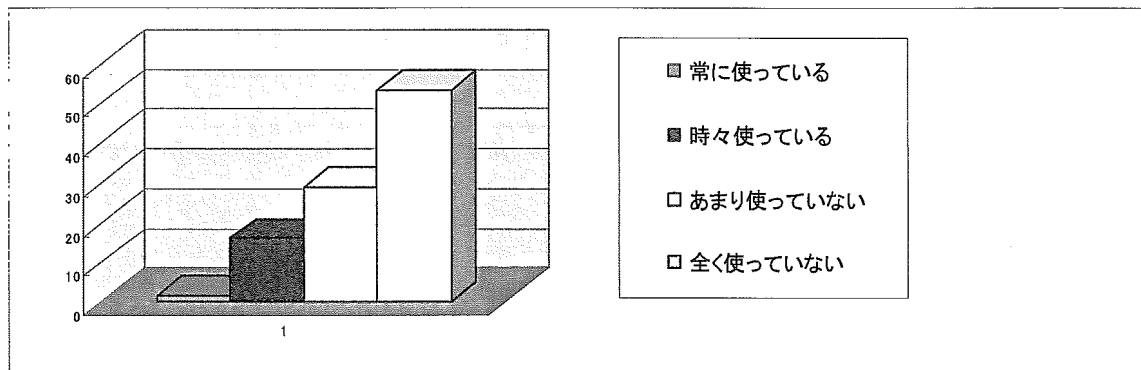
① Up To Date



② Clinical Evidence



③コクランライブラリー



Q9 EBM に関するご意見がありましたら、なんでも結構ですのでお聞かせください。（回答は具体的に） ※特にない場合は「特になし」とご記入ください。

	%
特になし	43
国内では、大学病院でも必ずしも電子ジャーナルで必要な論文が全て入手できるわけではない。検索でヒットしても、論文がその場で入手できないと、少なくとも原著論文を用いたEBMは実践しにくい。ここで、大学病院で契約している電子ジャーナルは、数だけを言えば米国の病院と比較しても遜色はないようなのだが、どうも欲しい論文は手に入らないことが多い。出版社側が、日本国内では数百冊分の電子ジャーナルを一括でないと契約できないような販売のし方をしているようだが、米国ではどのような状況なのだろうか？	0.6
欧米のデータベースが多く、日本語の使いやすいデータベースがあると助かる。	0.6
2次情報に専門知識も経験も豊富な「専門医」が頼るのはよいが、二次情報に一般医・総合医が頼りすぎるのはかえって危険な場合があるのではないかと懸念している。	0.6
2次情報の充実は、時間短縮のために大変役立っている。	0.6
海外でのエビデンスは充実しているが、日本人でのエビデンスはまだ少ないと思う。さらに蓄積されてくることを望む。	0.6
コクランライブラリーは一応眼を通すが、エビデンスの不足の指摘ばかりで、臨床上有用でないことが多い。	0.6
これからの医療の基本だと思います。	0.6
これは”依頼された”アンケートですので、こちらからの意見はここでは特にありません。	0.6
この用語は誤解されている。流行おくれなどという的外れの意見がある。	0.6
もっと気楽に使えるようになりたい	0.6
もっと簡単に自分の患者に関する情報が欲しい。1人で判断するのが心配。診療所だとしかしひとりで判断するので勇気がいり、つい従来の方法や、なんとなくこっちの方がよさそうだという臨床的かんにたよることが多い。またそれで大過なくいくことが多いので、EBMを使う動機づけがさがる。	0.6
EBMが全てを支配すべきでない、自然環境では様々な因子あり。Experimentalも必要。	0.6

EBMという言葉が聞かれるようになって、流行して、また飽きられてきたと思う。その中で、日本のEBMのスタイルは着実に変化してきていると考えている。スタンダードなEBMの知識がゆっくり広がるのと別に、診療科別、もしくは個人の行動様式がそれなりにデータを活用し、場合により論文を書き、統計データがない場合は積極的に経験や専門家、仲間の意見を活用するというスタイルがあちこちで散見されるのを見ながら、たぶん自分はそう感じるようである。	0.6
EBMそのものではありませんが一言。医学は学問としては普遍性を追求しますが、人間一人一人は異なる個性をもちその多様性が特徴であるとも思います。EBM的な手法は必要ですが、目の前の患者さんへの適用はなかなか難しいと感じます。また日本人はその多様性を重んじる傾向があります。たとえば 100 人中 95 人に当てはまる事実があれば、米国人は 95%に適用されることを重視しますが、日本人的考え方は 5%はずれてしまうことを決して軽視しないと思います。どちらが優れているというのではなくどちらにも必要な視点には違いありません。	0.6
電子媒体で文献を調べたいが、施設の事情で困難である。無料で文献を読める等のサービスを整備してほしい。	0.6
正直言って、個々の医師が網羅するのは困難であるので、もっと二次資料が身近なものになってほしい。	0.6
いつでも利用できる体制にあるとよいと考えます。	0.6
難しくはないと考えていますが、つい経験的な診療になりがち。もう少し簡単に二次情報が利用できれば、と考えます。	0.6
占い師の友人が言っていました。「占いは統計学だ」と。易学＝疫学、どちらも岐路に立ったときの助けとして、大切な事ではないでしょうか？また、テレビでは有名な占い師がこうも言っていました。「運命を選ぶのは自分」と。自分の人生の賽を投げ、他人様＝患者様の賽を拾う、そういう覚悟でエビデンスを適用できるような診療を出来る様になりたいと思います。これから求められるのは、その「覚悟」を鍛えるような勉強～倫理学でしょうか？～なのではないでしょうか？	0.6
二次情報の充実と日本語訳をさらに進めて頂きたいと思います。	0.6
日本でも診療ガイドラインが多く出ているが、それらがどの程度EBMに即しているのかの判断が難しい。すべてのガイドラインでエビデンスレベルを明記してほしいと思う。	0.6
日本人に逢うものが無い。	0.6
日本語で提供される媒体が必要と思う。また、日本やアジア人におけるデータが必要	0.6
①日本語の2次情報に簡単にアクセスできると助かります。たとえば、UpToDate の日本語版などだと、アクセスしやすくいいと思います。②文献を検索していると、自分のほしい文献までたどり着くのに時間がかかり過ぎることがあります。結局、雑誌の文献を子引き、孫引きして済ませてしまうことが多いです。	0.6
日本語環境が貧弱	0.6
日常業務の中では忙しいことと EBM の手法に慣れていないためほとんど実践できない。	0.6
日常臨床では、忙しくなると、よほど疑問を感じる症例でしかEBMを行うことは無く、実際小規模な病院に勤めてしまうと、文献が入手しにくく、pubmed 検索した abstract だけ読んで終わらせてしまうことが多い。	0.6
私は家庭医ですが、家庭医向けの2次資料として、DynaMed を愛用しております。こうした PC 向けの使いやすいものが欲しいですね。	0.6

やはり日本では、エビデンスがEBMとイコールと思われたり(権威者や為政者に)、ガイドラインが力を持ちすぎたりしており、非常に問題であると思う。特に昨今は医療訴訟の場に、これまでの「その時の医療水準」という物差しとして「ガイドライン」が登場しているようで、裁判のためのEBM、裁判のためのガイドラインに成り下がっているような気がする。	0.6
専門化された科では EBM の各ステップを自分で行う事はなからう	0.6
専門外のEBMに関して、専門外の学会に入会していなくても、気軽に手に入るように書店で販売して欲しい。あるいは、学会でインターネット上で検索しやすいように公開して欲しい。	0.6
当たり前の手法として広がってほしい	0.6
製薬会社主導のEBM作りの問題点。疾患によっては、スポンサーがなくEBMが出来にくいこと。	0.6
統計で差があるから即 EBM、というのはおかしい。	0.6
全体的に言って、EBMとして調べてみて、正にその内容の通りに当てはまるものの方が少ないような気がします。多くの場合、EBMは、典型例しか出ていないではないですか！EBMを調べて「無い」ということを確認する だけのことが多いです。従って、EBM という手法を必ず使ってはいますが、その内容が必ず治療に役立つかというのは、別問題です。だいたい、集中治療の現場で、ある症状が出たときに、いちいち EBM を調べていたら、大変なことになりますよね。	0.6
年配のお医者さんに EBM を御理解いただく方法として何かコツはないか？	0.6
データという言葉に振り回される人種のおおい日本で、EBM だけを強調するのはいかなるものか 数年前に EBM の勉強会を企画したが、継続するのは難しい	0.6
cost がかかる。また、日本文献は evidence に乏しく読む気がしない。英語だと時間がかかる。	0.6
病院(の Library) 単位で、2 次情報源に Log in できるようにして欲しい。	0.6
某メーリングで、EBM 信奉者と非信奉者のバトルでうんざりしたことがあり、それがトラウマになっている。研究者の EBM 知らずと臨床家の研究知らず。	0.6
普及のための講習会などがもっと開催されるべき	0.6
EBM におぼれ自分で直接患者様に向き合い触れることで問題解決をはかる時間・密度が減少しているように思う。マニュアル世代に多く見られる傾向とは思いますが、個別性を重視した臨機応変な工夫が見られないことが多くなった。こうしておけば訴えられないという萎縮した医療を助長する一因になりかねない。	0.6
EBM 偏重は良くないと思う。極端な信仰はまずい。あくまでも参考程度が望ましいし。患者を中心に治療法は考えることが基本である。	0.6
EBM による診療といっても、主治医としての姿勢がかなり影響される。	0.6
EBM という特別な言葉を使うのは、排他的でよくないと思います。	0.6
EBM という名前にこだわらない方が世間に浸透していきやすいと思います。	0.6
EBM の概念をもっと軽く考えていました。	0.6
EBM の絶対視は弊害が無いのだろうか	0.6
EBM は医療の基本だと思います。	0.6
EBM の教育を受けてこなかったのが、独学になってしまっている。それが不安につながっている。	0.6
EBM の目的、利用する意義を共有できない医師と討論する時に、ストレスを感じることもある。	0.6

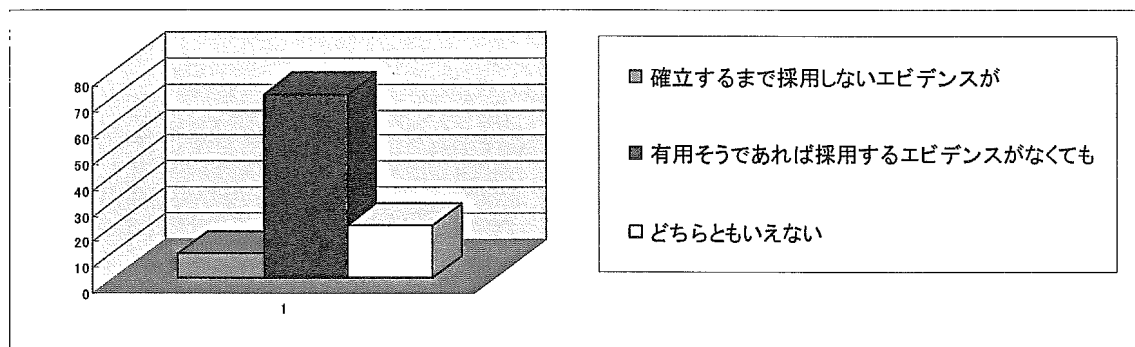
EBM の実践を通して、日常診療をふりかえる、自分の医療の質を考え直すことにつながる。EBM が有効な問題解決方法・自己学習方法である、という認識に立って教育・実践されるとよいのではないか。	0.6
EBM が役に立たないという人もいるが、はっきりいって勉強不足の言い訳にしかない。	0.6
EBM の言葉ばかりが独り歩きしているように思います。	0.6
EBM 原理主義は白い巨塔でのみ通用するイデオロギーである	0.6
とにかく国内での EBM 集積を熱望しています。	0.6
“EBM 万能”の風潮が強すぎると思われます。現実の臨床現場の問題はかなり複雑でクリアカットに割り切れる場合はむしろ少ないと思われます。	0.6
ガイドライン的なところから review することがほとんどです	0.6
とにかく RCT が信頼性が高いとか、母集団が多ければよいとかいう風潮になりはしないかと危惧している。たしかに水準の高い trial は存在するが、母集団の設定、抽出の仕方など、ときおり疑問を感じる trial も散見する。多少は客観的かつ批判的な目も必要であろう。	0.6
よく耳にするが実際使っている人は少ないように思う。	0.6
使えない場合も多い	0.6
本や雑誌のタイトル、ガイドラインのタイトルまでもが「EBM に基づく・・・」というおかしい表現を用いられていることが多い。「頭痛が痛い」と言うのと同様、内容を理解していない表現なので、やめて欲しい。論文がある＝エビデンスがある＝EBM・・・という変な図式(変な表現)が広く広まっている。そのプロセス、批判的吟味、患者への適用など、Core となることこそ広く知らしめて欲しい。	0.6
本の読み方みたいなものです。	0.6
evidence 自体ほんとうに正しいか評価が必要	0.6
一つのツールにすぎない。重要視されすぎではないか。	0.6
一般的な疾患に対してはある程度エビデンスはあるが、実際の診療の場ではエビデンスのないもの多い。また、ガイドラインは自分の専門以外の領域は見る人がすくないのではないと思う。	0.6
臨床疫学のみで、医療を実施しようとすることは、医学のみで医療を実施することと同様、とても対処できることではないということを臨床医家に十分普及啓発して欲しい。	0.6
理論だけが一人歩きしているというか、理論だけ理解している方もいるように思います。型どおりの治療ではなく、患者にとって何がベターかベストか、それを探求し、診療しようとする姿勢、考え方、行動こそが EBM なのではないでしょうか	0.6
名称の変更が必要	0.6
NBM とかけあわせが必要.	0.6
数年前位に、二日間のセミナーに参加したことがあります。その後は、実践はすすみませんね。	0.6
耳鼻科医ですが、処方漢方薬を中心に使っています。漢方薬は、現在のEBMとは相容れない部分もあり、あまり使っていません。	0.6
習得必要と考えていますが、なかなか独学では難しい	0.6
「EBM」という言葉に、まだアレルギーがあると思います。現場での意見としては ・Up to Date を浸透させること ・EBM の「手法」の習得を「後期」研修医の必須獲得目標とする ことが、現実的かな、と思っています。	0.6

自らの責任と同僚からの批判的コメントで診療を担っています。EBM をどのように使うかも含めて。	0.6
POMR のように日々の診療にとけ込むまでに浸透したシンプルで使いやすくなれば良いと思う。EBM のコンサルテーションシステムがあれば有益でしかも勉強になると思う。	0.6
エビデンスだけでな EBM がなりたないことをもう少し広く知ってもらわなければならない。誤解が多い。	0.6
エビデンスに基づいたものか、疑問点がある	0.6
エビデンスの選択や患者への適応は常に困難だが、これらを『医師の裁量』ではなく、『施設のコンセンサス』により選択するようにならなければ本来の EBM とはなりえないと思う。これは日本の医師社会において、最も重要ではないかと思う	0.6
エビデンスはもっと積極的に公開するべきである	0.6
エビデンスは重要であると思うが、考えや方法の内の 1 つではないかと思っている。エビデンスだけではすべてが解決するわけではないし、もしかしたら間違っているかもしれないと思っている	0.6
【普及を妨げる要因1】EBM の基礎は学生の間に理解できるが、国試受験には教科書以上の知識は必要ないので、EBM を活用する動機がない。医者になってからは教科書やマニュアルで解決できない問題が生ずるので EBM は役に立つが、教育できる施設も機会も限られている。【普及を妨げる要因2】一次文献を当てるには、また UpToDate やハリソンなどの二次文献を当てるのにすら、そこそこの英語力が必要。医学教育の中で日常的に医学英語への exposure がないと、研修医に英文読解の練習までさせるのは困難。	0.6
UpToDate は最近注文しました。いずれも高額なので …	0.6
up to date を使いたいのが個人で使うには高価であり、病院として入っているところも少ない。	0.6
情報を取り出すときに、UpToDate のように使いたいものはあっても、お金がかかって使用できないものも多い。EBM が賛否両論に分かれているときなど、EBM をどのように使ういろいろなケースを具体的にどんどん紹介してもらわないと、治療など使いやすい狭い範囲でしか EBM をしようできなくなるような気がしています。	0.6
限界を知って、なるべく有効になるように使う。	0.6
個体差や環境によるバリエーションが大きすぎる	0.6
個人的には EBM は『〇〇先生がいうから』に対するアンチテーゼ＝『論理的矛盾や検討方法を批判的に検討すること』ととらえていますが、『〇〇先生』が『〇〇という RCT』に置き換わっているだけの人がいるようで、残念です。	0.6
基本的には大事で従うべきであると思う。但し、個々に対する適用は慎重であるべきである。	0.6
まだお題目で、臨床で用いるには煩雑であり、データベースの費用がかかったり、診療情報を扱う端末と外部との接続の安全性などの問題もあり、臨床現場で用いるにはインフラ整備が不十分(少なくとも当院では)	0.6
まだ全く理解していないのに理解したと思っている人が、普通に大学で講義で、講義形式で EBM を教えていたり、「大規模臨床試験でこういっているから、この疾患にはこの治療ね」という意見があったり	0.6
まだ完全には納得しないです	0.6
あまりに情報氾濫していて混乱している	0.6
時に発刊時期でずれがある	0.6
時間的な制約の中で、個別の患者、ケースへの文献検索・適応・判断・実施に難渋することが多い。	0.6

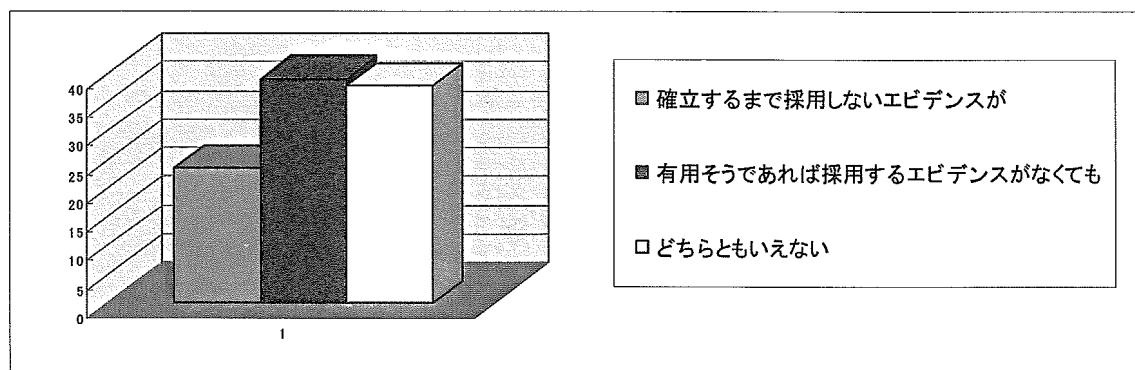
【次に、治療法のエビデンスが確立されていない場合の対応について、お伺いします。】

Q10 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。

① 死に至る疾患である場合は、

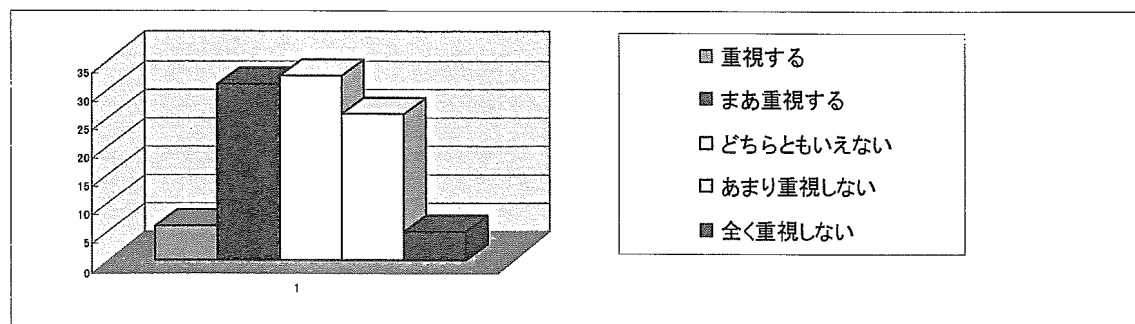


② 死に至らない疾患である場合は、

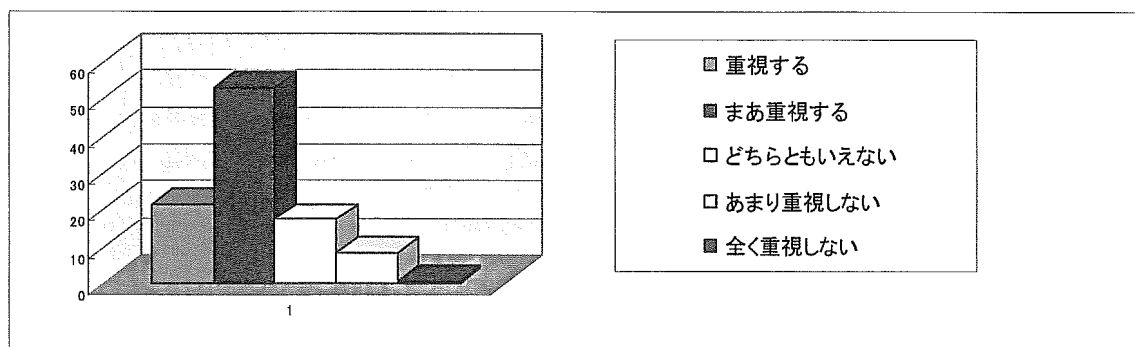


Q11 あなたは、新しい治療法が有用かどうかを判断する情報として、次の情報源をどの程度重視しますか

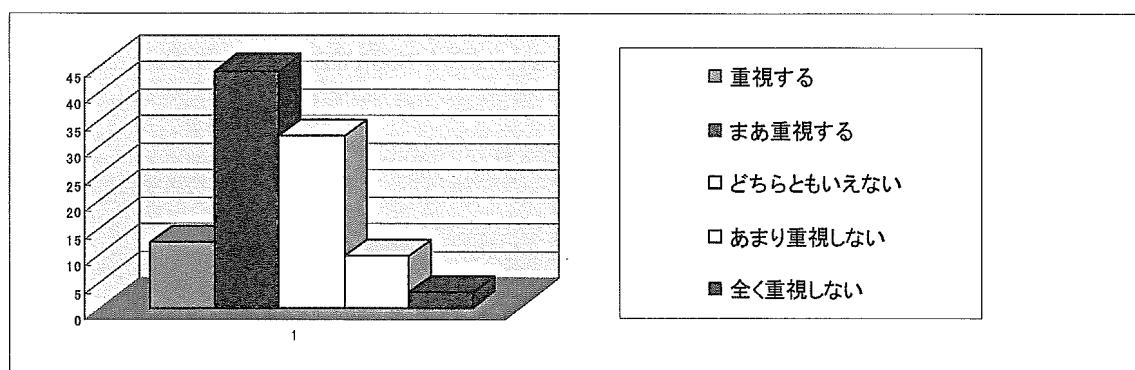
① 症例報告



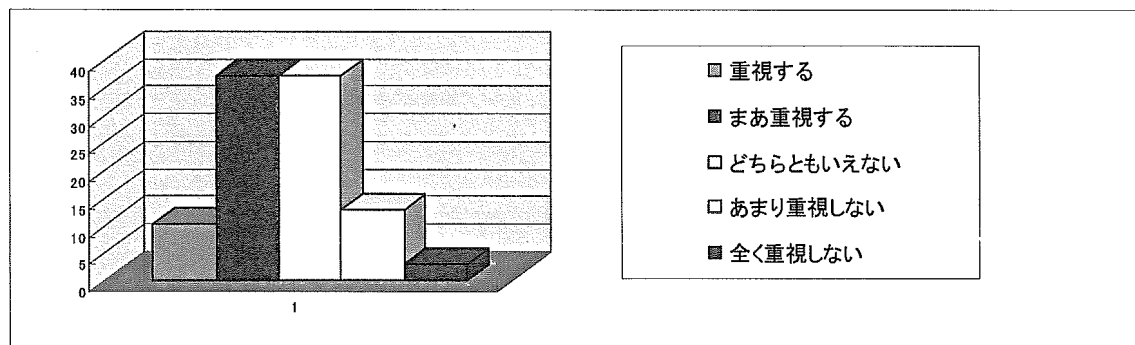
② 症例集積報告



③ その新しい治療法の経験者の意見



④ 専門領域の権威者の意見



Q12 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。(回答は具体的に) ※特にない場合は「特になし」とご記入ください。

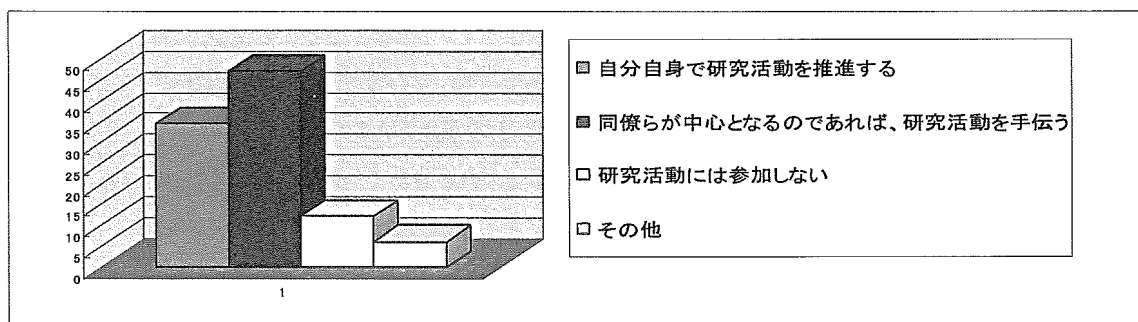
	%
特になし	49.6
欧米の情報	0.6
コストと副作用	0.6
コストパフォーマンス。費用対効果で明らかに吹っかけているような高額な(場合によっては怪しい)医療の場合、患者さんに「しませんよ」と説得するために。	0.6

外国での報告など	0.6
各種情報をよく吟味する	0.6
学会でのセミナーや講習など	0.6
学術講演	0.6
適切にデザインされた研究報告によるものかどうか	0.6
安全性を重視	0.6
大規模スタディ	0.6
大規模臨床試験	0.6
仲間の経験	0.6
特にこれと特筆すべき事項はないように思う。	0.6
先輩の助言	0.6
動物実験や生理・薬理学的研究の結果も、重視するとはいえないまでも、情報としては活用する。	0.6
知り合いの医師の意見。	0.6
メーカーの症例提示	0.6
多施設による検討が必要	0.6
経済的に安価かどうか。	0.6
double blind による RCT	0.6
経験者のコメント	0.6
リスクや副作用に関する情報や報告	0.6
結果が出るまで待つ	0.6
反対意見の収集	0.6
どちらかというと保守的なもので新しい治療法にとびつくことはあまりありません。治療の利益が不利益(副作用、コスト)に引き合うかどうかは常に考えます。	0.6
使用してみても効果を注意深く観察しながら、いつでも中止できる体制で臨むようにしている。	0.6
費用対効果 患者の compliance	0.6
ランダム化、背景の差がないこと、副作用、コストなど	0.6
判断を患者に投げることもある(私自身、経験がないものは、判断しかねる)	0.6
どうしても知っている医師の話は重みがあります。	0.6
副作用の程度と、頻度が一番大事だと考える。(重篤なものがないならば、新しい治療にトライすることは、患者の心の張りにもなると考えるし、それは医療の提供者と患者がつむぐナラティブだと思う。)ただ、製薬会社の常として、死亡率であるとか死亡例についてはデータを提供しない事が多い。先日もタミフルの治験中に2歳の子供が死亡していたのを製薬会社がデータを公表していないというショッキングな話があった。副作用に関して、信頼できる情報があるならば新しい治療もどんどんトライし、データを蓄積していくべきだと思う。	0.6
副作用の有無	0.6
有益性と有害性のバランス。医療経済的な面からの評価。	0.6
信頼できる同僚の経験、意見。	0.6

信頼できる友人などの意見	0.6
II 相試験の結果	0.6
友人と相談する。	0.6
友人の経験談	0.6
一流誌に掲載された論文ならば、エビデンスが確立してなくても、ある程度参考にする。	0.6
有用であるかよりも強い副作用がないかが重要である。	0.6
有用であると裏付けになる科学的根拠がどのくらいあるかを重視したい。	0.6
有用ではなかった症例を経験した医師からのコメント。	0.6
有用かどうかよりも、合併症、副作用等が気になる	0.6
薬物であれば審査報告書。	0.6
臨床試験	0.6
臨床試験の結果	0.6
理論的根拠。	0.6
有効性が見込まれる病態生理学的機序。	0.6
MR からの情報	0.6
ひとつの情報だけに左右されないように判断する。	0.6
そもそもプライマリケア医は、新しい治療には最も慎重であるべきと教わっています。重視するのは、疾患の mortality/morbidity、primary outcome の改善度、治療法に関するエビデンスの質、治療法のコスト、治療法の副作用・合併症、患者の意向、治療者の経験値、厚生行政の姿勢などでしょうか。	0.6
実際に見学、研修に行く	0.6
自分で経験するのが一番重要。	0.6
自身あるいは知り合い医師の経験談。	0.6
自分の経験、友人医師の意見。	0.6
治療経験者に直接聞いてみる。	0.6
治療が身近に行なえるものか。副作用が許容できる範囲のものか。	0.6
治療者の実績	0.6
治療効果の程度・度合いを明らかにする研究と、治療効果のメカニズムを明らかにする研究を上手に切り分けて説明したり発表したり解釈する必要がある。治療の有用性を見積もるのなら、当然治療効果の程度が明らかになる研究でなければあまり意味はない。しかし、今まで1例も助かったことがない疾患・病態で生存者が得られたと聞けば重視せざるを得ない。ただ、治療内容がその要因なのか、患者背景や併用された治療方法など他の要因がないか気になって仕方ない。	0.6
治療効果のみならず、副作用に関する情報。	0.6
それに類する治療法の間接的なエビデンス＋理論的背景	0.6
その治療法に関する基礎的知見や同じような機序の治療法の有用性などを参考とする。	0.6
その新しい治療法の、他疾患における有用性。生物学的機序。	0.6
その根拠となる理論、科学的考察	0.6

その時の患者の症状、所見から、解剖・生理学的考察及び、人間生活上・性格上のエッセンスを考察し、さらに他の薬剤の反応性などを考慮に入れたうえで、結果を予測します。	0.6
諸外国における治療成績、(その新しい治療法の経験者の意見)の垂型ではあるものの、「身近な同じ分野の経験者の意見」	0.6
従来法との比較検討が出来る場合.	0.6
治験情報	0.6
周りや知り合い医師の意見	0.6
周りの意見	0.6
周囲で、同様の疾患の治療経験のある医師の意見	0.6
作用・効果の機序に関する研究結果	0.6
インフォトライバー	0.6
『新しい治療法』の定義がされていないので回答しづらいのですが、エビデンスがないということは有り得ないのではないのでしょうか？ 治療法が考案された時点でそれは lowest level evidence であり、論理的に矛盾していれば却下され、そうでなければ、実験⇒治験⇒症例集積とエビデンスレベルを上げるためのステップが踏まれていくというのが私の意見です。	0.6
UpToDate などの2次文献や、専門家グループによる評価。	0.6
症例の集積を十分見極めてた上で、害のない範囲で検討。	0.6
症例を踏まえた総説	0.6
個人的に信頼する医師の意見	0.6
基礎データ	0.6
患者負担額と治療効果の大きさとの比較。例:スタチン vs HMG-CoA 医療者への負担と治療効果の大きさとの比較。例:点滴回数	0.6
患者とのコミュニケーション	0.6
患者のコンセンサスも考慮の対象となる。	0.6
患者の希望	0.6
既存の治療との差	0.6

Q13 仮に、「有用そうだがエビデンスが確立していない治療法」があるとしたします。その治療法を自分の日常診療で研究できるとした場合、あなたはどうかされますか。次のうちもっともお気持ちに近いもののひとつをお選びください。(回答は1つ)



Q14 症例報告等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。(回答は具体的に)

※特にない場合は「特になし」とご記入ください。

	%
特になし	73.0
下肢虚血性潰瘍のウジ虫治療	0.6
新鮮外傷に対する湿潤療法、ターミナルの皮下輸液	0.6
電解酸化水の抗菌効果	0.6
操体法による関節痛、筋肉痛などの除去 神経言語プログラミングによる、パニック障害の広場恐怖の治療	0.6
大動脈解離の抗炎症療法.	0.6
特に思い当たりません	1.8
動注化学療法＋放射線治療(局所進行例の頭頸部腫瘍など) 早期食道がんの化学放射線療法は、ガイドラインとしては多分第1選択は手術じゃなかったでしょうか？(すみません今資料が手元にない環境で入力しています)	0.6
二次性高血圧を疑う患者への、抗アルドステロン剤。アルドステロン症の場合、著効する。専門ではありませんが、アテローム血栓性脳梗塞に対するヘパリン。	0.6
知り合いの先生が実践中	0.6
創傷デブリードマンとしてのマゴット(蛆虫)療法。	0.6
創傷治療について(褥瘡についても同様であるが)開放性ウエットドレッシング療法など積極的に導入している。	0.6
切除不能肺癌に対するラジオ波焼灼療法	0.6
転移性肝癌に対する肝動脈内抗がん剤投与	0.6
爪白癬の密封療法	0.6
膣炎や尿道カルUNKルにおけるエストロゲン膣錠の使用	0.6
尿路感染症に対するクランベリージュース。これを結石に応用した。	0.6
肺癌に対する第一選択でのイレッサ投与	0.6
経管栄養における固形化注入、および酢酸によるチューブ洗浄	0.6
たしかに ラップ療法を実施して改善例を経験している	0.6
皮膚科疾患における漢方療法	0.6
皮膚欠損(指先などの)でのアルミホイル療法。断端にイソジンゲルを塗布しアルミホイルでドレッシングするもの。上皮化が結構いいです。	0.6
腹部外科手術領域における術前術後の抗生物質の使用基準に関して。ガイドラインがあるかどうか知りませんが5-10年前の抗生物質使用方法と最近の使用法は全く異なると思います。	0.6
ガイドラインでは推奨されていないのに、未だに症例報告などが発表されて一般医を惑わしているもの 重症呼吸不全に対するステロイドパルス療法 腎不全を合併しない急性肺炎・ARDS に対する血液浄化法	0.6
褥瘡治療におけるラップ療法は、実際に著明に改善する患者が多いため、行っている。	0.6

風邪に対する漢方薬の効果。	0.6
アルファー2アゴニストによる麻酔(鎮痛効果、鎮静効果)	0.6
HOMED-BP への参加	0.6
血液透析患者さんへの二次性副甲状腺機能亢進症に対する副甲状腺内へのオキサロール投与(PMIT)はすでに12-13例施行しました。	0.6
LMT や3枝病変でCABG かPCI か	0.6
喘息のマグネシウム	0.6
「臨床研究結果が目の前の一患者に当てはまる」というエビデンス「EBM 教育は臨床に役立つ」というエビデンス「ガイドラインを使用したことにより治療効果が改善する」というエビデンス	0.6
インフルエンザ脳症におけるステロイドパルス療法・免疫抑制療法・低体温療法	0.6
救命救急領域に於けるPCPSの適応に関して。PCPS研究会では、有用である報告が多数あるが、実際のところ、大規模スタディーがなく、各施設の判断で施行している。	0.6
ケタミンによる神経性の疼痛の緩和。	0.6
消化器科なので、こんな事例ばかりである。肝臓癌にたいする動注化学療法。早期胃ガンのうち、潰瘍を伴ったり、m 以深に浸潤している癌に対するESDの有用性。大腸の拡大内視鏡の有用性。肝硬変に対するインターフェロン治療。肝臓癌＋肝硬変に対するTAEによる延命効果・・ありすぎてかけません。	0.6
後天性の甲状腺機能低下症において思春期早発傾向がでてきた場合に、甲状腺ホルモン補充療法以外に性腺抑制療法＋成長ホルモン治療を組み合わせ、身長予後を良好とする。	0.6
漢方の治療はどうでしょう?	0.6
漢方薬の効果について大規模臨床試験があるとよいと思います。	0.6
漢方治療。冷えや感冒などに対する治療。	0.6
気管内挿管後の抜管時には、その数時間前に、挿管時間にかかわらず、ステロイドを投与して、声門浮腫を防ぐ(神戸中央市民病院)	0.6
緩和医療分野における各種補完代替医療など	0.6
誤嚥性肺炎予防のACE。	0.6
関節リウマチに対するLCAP療法	0.6
陥入爪に対するマチワイヤによる矯正	0.6

【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。】

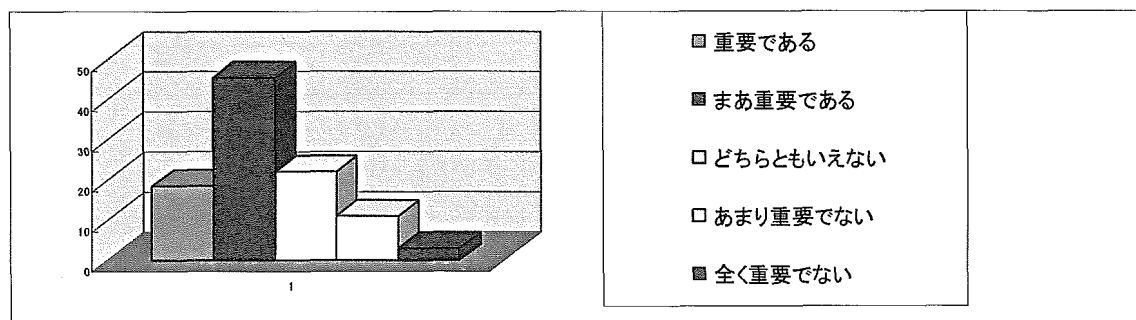
治療法のエビデンスを出すためにはランダム化比較試験（RCT）が適しています。しかし、RCTは時間と費用がかかり、多大な労力が必要です。RCTはどのような状況下で行われるのが適切か、についてお伺いいたします。

Q15 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。

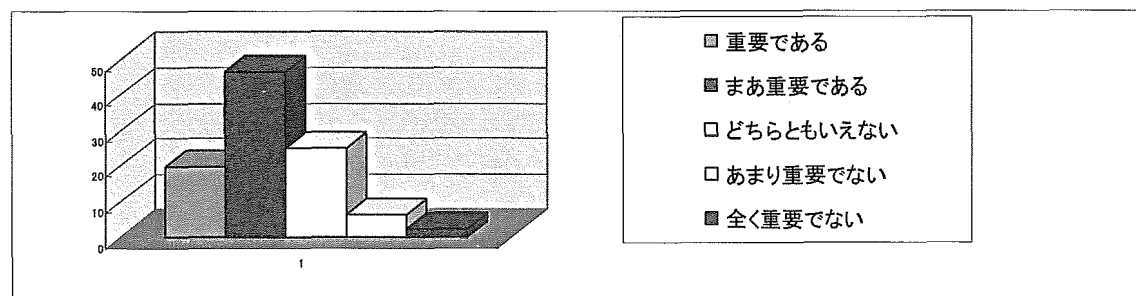
	%
0～10%	11.3
11～20%	2.3
21～30%	8.9
31～40%	3.4
41～50%	24.5
51～60%	11.7
71～70%	15.6
71～80%	10
81～90%	6.2
100%	6.1

Q16 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われますか。

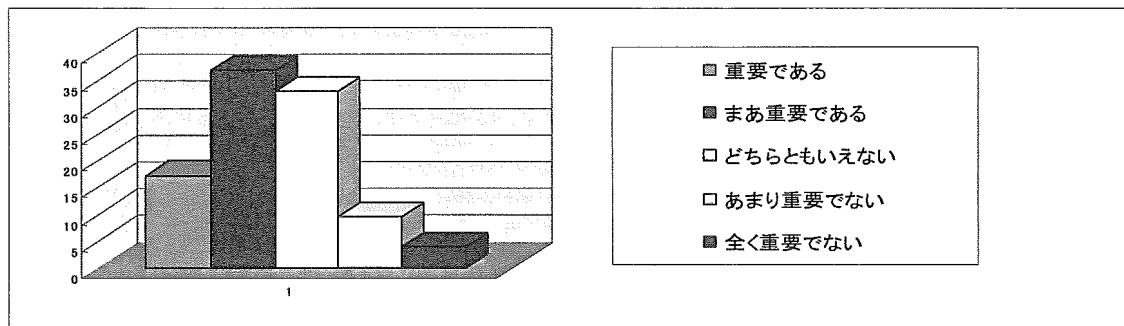
①医師個人の意見



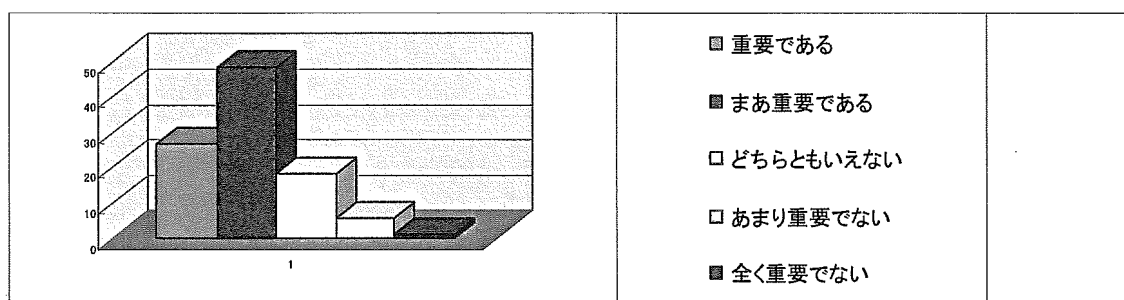
② 学会の方針



③世論



④ 患者会からの要望



Q17 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。(回答は具体的に) ※特にない場合は「特になし」とご記入ください

	%
特になし	73
すぐに思いつかない	0.6
国の意見	0.6
スポンサー、金の出所、利害関係、様々なバイアス、プラセボ効果	0.6
コストの明確化	0.6
多額のコストのかかる診療はできるだけ行わべきと考える	0.6
先行研究の結果(Ⅱ相試験など)	0.6
第三者の意見	0.6
日本では、これまでガイドラインは、外国のデータ者を参考に作成され、日本のエビデンスがないというのが、実状でした。日本のエビデンスを確立するためには、学会主導で多施設で協力する必要があると思います。	0.6
政府の方針	0.6
世論とも関係するが、国民全体に対するRCTなどの重要性を含めた「適切な」健康・医学教育。	0.6
医療従事者が困っている、あるいは常々疑問に思っているが論文になっていないこと	0.6
医療機関(スタッフを含む)の理解	0.6

製薬会社からの援助無くして、RCT は作れないが、製薬会社は巨大企業であり、その希望をいれずに RCT が作られることもまた無いと考えている。実際にネガティブデータが出て発表出来ない RCT も多いわけで、効果ありでないと駄目というのは明らかにメーカーよりの発想だと思うが、仕方ないかもしれない。よくみられる血圧のデータなんぞは、大事なテーマでありながら、製薬会社と専門家がよってたかって、ねつ造はなくても、結果の解釈を歪曲しているように感じている。	0.6
きちんとしたパイロット study	0.6
経済的な分析	0.6
経済的観点	0.6
遂行責任者の強固な意思	0.6
法律家の意見。	0.6
費用対効果に関する専門家の意見。	0.6
倫理的妥当性が確保されているという保証	0.6
予想される効果と行わない場合の不利益の差	0.6
臨床的必要性(臨床医のニーズ)	0.6
試験の倫理的側面を十分に理解できる学識経験者の意見	0.6
RCTの結果得られる利得が、その時間と費用、および RCT による被験者のリスクを上回っているかを踏まえた検討と、それらの意見。	0.6
実務に関わる関係者(看護師)などの意見。	0.6
実施団体の主旨。	0.6
治療に際して必要を迫られている様な問題であるかどうか。	0.6
治験委員会	0.6
「権威者の発言」:このレベルで治療法が決定されており、検証されていないもの	0.6
pre-study の結果。	0.6
Q15 の「関係する医師」が治験参加医師を指しているならば、研究参加に同意した医師以外は当然に参加できないので、100%としました。学会など「同業者のコンセンサスで治験を計画するかどうかを決める」という意味であれば、まれな疾患を対象にするのでもない限り、賛同者が 10%もいれば計画可能でしょう。	0.6
Q15 は RCT の『実施に』関わる医師のパーセンテージとして答えさせて頂きました。『治療法に』関わる医師では回答できませんので。治療は患者のためにあり、致死性の高い疾患を自覚している程、どんな治療法でも可能性があれば行って欲しいと思っているはずで。それに対して統計的に意味のある数字を含めて治療法の有用性を提示してインフォームドコンセントを得るために多くの RCT が成されるべきでしょう。個人的には今までの学会は大学教授の売名と収入のためだけにあり、患者の利益はもちろん、職人集団としての会員の利益すら一顧だ	0.6
RCT に伴う害・副作用が相対的に小さいと予測されること	0.6
RCT をするかどうかは、その療法のリスクと利益がはっきりしていないからであって、Q15, Q16 とも、RCT を実施すべき要件と関係ないので、答えられないですね。	0.6
施設の方針	0.6

施設の承認	0.6
緊急性と重大性。	0.6
情報を患者に正確に伝え、選択をするのは患者に任せる。医師はそれを支えることが重要である。	0.6
監視体制。	0.6
完全に公平な割り振り決定	0.6
基礎学者の示唆。	0.6
患者さん自身の意見	0.6
患者個人の意見、保険者の意見。RCT 参加者の健康に不利益がでた場合、健康保険外(実施者負担)で治療するのでしょうか？もし健康保険を使用した場合は患者負担金などが生じます。健康保険とRCTの関係は整理できているのでしょうか？保険者の立場として、RCT による最終的な利益は患者にもたらされると思います。が、現行で治験関連の検査や健康被害救済を健康保険に付け回されることは心外に感じ、複雑です。	0.6
研究活動を推進する	0.6
検察官・裁判官の考え 警察官の考え 医師以外の医療従事者(特に看護師)の声	0.6

Q18 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。(回答は具体的に) ※特にない場合は「特になし」とご記入ください。

	%
特になし	39.4
100 例程度の症例集積で有用と思われる新しい治療法であり、できれば費用対効果が(人的負担を含め)良いもの。広く行われてきているが、有用性が確認されていないもの。	0.6
国民の理解。参加者の奉仕の精神。	0.6
参加する患者さんの理解	0.6
参加医師の業務を負担する CRC 等のシステムの整備	0.6
過去の研究結果が inconsistent であり、その治療法が患者の予後および QOL 改善に大きく影響しうる場合	0.6
核になって推進していく機関や施設	0.6
これまでにエビデンスがない	0.6
学会の方針	0.6
コントロール群において、悪影響(harm)のある治療選択肢とならないこと。	0.6
コントロール群が不利益を受けないこと	0.6
制度	0.6
適切なリサーチエスチョン 費用、費用対効果 倫理的問題 良質な研究デザイン	0.6
第 1 相、第 2 相試験で安全性や RCT をおこなうだけの有効性を示す必要があるでしょう。	0.6
しっかりした計画	1.2
同様に臨床研究を指向する他施設の医師とのつながり 豊富な研究資金 スポンサーの利益にとらわれずに研究の中立性を保つ倫理観 専任の研究者 or リサーチアシスタント 疫学/統計の専門家の協力	0.6

当該医師の説得力。	0.6
製薬会社の有利な結果にならない様に。	0.6
結果を客観的に判断する第三者組織の存在	0.6
偏らないための工夫	0.6
必要な場合は倫理委員会での審査が必要。	0.6
被験者の安全性確保	0.6
費用及び期間	0.6
よい治療法がないこと、画期的な治療法であること	0.6
副作用の程度	0.6
真に患者に役立つ情報が得られるか。	0.6
明らかな、既に分かっている「害」がない	0.6
わからない。費用？__	0.6
綿密な研究計画、スタディデザイン	0.6
倫理的配慮(経過中、治療率に明らかな差がでた時点で、試験の中止等)。	0.6
倫理的な面。	0.6
倫理性。当然 IRB 通すので今更ですが、やはりこれが一番大切ではないかと。あとは RCT に参加する担当医師及び患者本人それぞれの「やる気」。現場の個々の高い医師がなければ無理だと思います。	0.6
倫理面での十分な配慮	0.6
倫理委員会。	0.6
倫理委員会の審査	0.6
新薬	0.6
予算、時間	0.6
試験を行う時点で結果が不明であるが、ある程度よい結果がでることが期待できること	0.6
資金・労力に関する保障・補填 あるいはそれらが認容限度以下負担であるシステム	0.6
財政的な裏付け	0.6
RCTを実地するには、多数の症例を集めなければならないので、一部の医師だけでなく、皆が協力する必要があると思います。しかし、日々の診療が忙しく、これ以上仕事を増やすのは、大変なので、なかなか協力を得るのも難しいと思います。やはり、それなりの予算と専任のスタッフが必要と思います。	0.6
RCTを円滑に進めるためのサポート組織が必要と思います。MEGAスタディのときのイーピーリンクのような。	0.6
最低限のスタディ経験	0.6
最低限の安全性。いつでも中止できる柔軟性。	0.6
質問の意味が分かりません。RCT を実施する論理学的な意味での必要条件であれば、その介入の利益とリスクが定まっていなかったこと、です。利益とリスクが定まっている場合は、RCT は行うべきではないのですから、RCT を行うためには、利益とリスクが定まっていなかったことが必要です。それだけで”十分”だとは思いませんが。	0.6
質問の意味不明	0.6

実施にあたり、現場の仕事量が増えることが多いので、関係者の理解と協力。そのためには現場の手間を最小限に抑えるプロトコールと適切なデータ処理・管理方法。	0.6
実施手順の具体化	0.6
実施・運営の透明性を確保するシステムの構築	0.6
疾患に偏りがいないこと	0.6
疾患による morbidity や mortality がかなり高いこと。新しい治療法が、これらの morbidity や mortality をかなり変える可能性があること。疾患の頻度が稀ではないこと(恩恵を受ける人が多数存在すること)。	0.6
実現可能なこと	0.6
それがわかると、臨床用非常に有用だと思われること	0.6
社会とその施設の倫理的な問題。	0.6
サンプルサイズと追跡率	0.6
十分な文書同意(IC)	0.6
十分な患者数と協力してくれる医師	0.6
十分なマンパワーと予算	0.6
周囲の理解と協力	0.6
「意見」よりも、理論的な必要性が重要と考えます。すなわち、従来の治療法と新しい治療法の間に効果の差があるかないかが判っていないこと、小規模の前段階の試験で重大な副作用の懸念が認められていないこと、などの条件を満たしているかどうか。もちろん、この条件を満たしているかどうかの判断に個人差がある場合もあると思いますが、それは単なる「意見」とは異なると思います。	0.6
pre-study での positive な結果。	0.6
RCT に参加している人たちが、RCT で求められた行為、データ収集などに関する行為のコンプライアンスが良いこと。	0.6
RCT により従来と全く異なった治療法が導入され得、かつその治療法が明らかに従来法より優れている点があること。	0.6
RCT に伴う害・副作用が相対的に小さいと予測されること	0.6
RCT の必要性(外的妥当性)	0.6
RCT を行う妥当性。	0.6
RCT への患者の協力を要請してくれる団体等の存在	0.6
RCT を円滑に行なうことが出来るネットワーク	0.6
エビデンスが確立された際の患者へのメリットのインパクトの大きさ	0.6
厳格な文書化された研究に関するガイドライン	0.6
完全に利潤追求と切り離された薬品などの選定	0.6
基礎的な研究結果、報告(これは当然の前提?であれば、特になし)	0.6
厳密なプロトコール	0.6
患者サイドの同意。	1.8
患者の安全性	0.6
患者の同意と協力	0.6