

不定

不定

② *H. pylori* 陽性の出血性胃潰瘍の再出血予防についてうかがいます。

以前

現在

適応のない場合以外必ず除菌する

適応のない場合以外必ず除菌する

50%以上の症例で除菌する

50%以上の症例で除菌する

25-49%の症例で除菌する

25-49%の症例で除菌する

1-24%の症例で除菌する

1-24%の症例で除菌する

除菌しない

除菌しない

c. *H. pylori* 陽性胃潰瘍の場合の除菌治療についてうかがいます。

以前

現在

適応のない場合以外必ず除菌する

適応のない場合以外必ず除菌する

50%以上の症例で除菌する

50%以上の症例で除菌する

25-49%の症例で除菌する

25-49%の症例で除菌する

1-24%の症例で除菌する

1-24%の症例で除菌する

除菌しない

除菌しない

d. 非除菌治療

① 第1選択薬(治療)として何を使われますか。

以前

現在

プロトンポンプ阻害薬(PPI)

プロトンポンプ阻害薬(PPI)

ヒスタミン受容体拮抗薬(H₂-blocker)

ヒスタミン受容体拮抗薬(H₂-blocker)

選択的ムスカリン受容体拮抗薬

選択的ムスカリン受容体拮抗薬

防御因子増強薬

防御因子増強薬

その他の方法

その他の方法

② 維持療法はどのようにおこなわれていますか。

以前

現在

H₂-blocker 半量

H₂-blocker 半量

H₂-blocker 全量

H₂-blocker 全量

選択的ムスカリン受容体拮抗薬

選択的ムスカリン受容体拮抗薬

防御因子増強薬

防御因子増強薬

PPI+防御因子増強薬

PPI+防御因子増強薬

H₂-blocker+防御因子増強薬

H₂-blocker+防御因子増強薬

その他の方法

その他の方法

行わない

行わない

e. NSAID 胃潰瘍治療についてうかがいます。

① NSAID の中止が不可能な場合の治療はどうされていますか。

以前

現在

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PPI | <input type="checkbox"/> PPI |
| <input type="checkbox"/> プロスタグランジン(PG)製剤 | <input type="checkbox"/> PG 製剤 |
| <input type="checkbox"/> H ₂ -blocker | <input type="checkbox"/> H ₂ -blocker |
| <input type="checkbox"/> 選択的ムスカリン受容体拮抗薬 | <input type="checkbox"/> 選択的ムスカリン受容体拮抗薬 |
| <input type="checkbox"/> 防御因子増強薬 | <input type="checkbox"/> 防御因子増強薬 |
| <input type="checkbox"/> PPI+PG 製剤 | <input type="checkbox"/> PPI+PG 製剤 |
| <input type="checkbox"/> PPI+ 防御因子増強薬 | <input type="checkbox"/> PPI+ 防御因子増強薬 |
| <input type="checkbox"/> H ₂ -blocker +PG 製剤 | <input type="checkbox"/> H ₂ -blocker +PG 製剤 |
| <input type="checkbox"/> H ₂ -blocker + 防御因子増強薬 | <input type="checkbox"/> H ₂ -blocker + 防御因子増強薬 |

② NSAID 胃潰瘍の予防はどうされていますか。

- | 以前 | 現在 |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PPI | <input type="checkbox"/> PPI |
| <input type="checkbox"/> PG 製剤 | <input type="checkbox"/> PG 製剤 |
| <input type="checkbox"/> H ₂ -blocker | <input type="checkbox"/> H ₂ -blocker |
| <input type="checkbox"/> 選択的ムスカリン受容体拮抗薬 | <input type="checkbox"/> 選択的ムスカリン受容体拮抗薬 |
| <input type="checkbox"/> 防御因子増強薬 | <input type="checkbox"/> 防御因子増強薬 |
| <input type="checkbox"/> PPI+PG 製剤 | <input type="checkbox"/> PPI+PG 製剤 |
| <input type="checkbox"/> PPI+ 防御因子増強薬 | <input type="checkbox"/> PPI+ 防御因子増強薬 |
| <input type="checkbox"/> H ₂ -blocker +PG 製剤 | <input type="checkbox"/> H ₂ -blocker +PG 製剤 |
| <input type="checkbox"/> H ₂ -blocker + 防御因子増強薬 | <input type="checkbox"/> H ₂ -blocker + 防御因子増強薬 |
| <input type="checkbox"/> 行っていない | <input type="checkbox"/> 行っていない |

15. 患者から胃潰瘍診療ガイドラインを話題にされたことがありますか。

(宜しければ具体的にご記入ください)

16. 診療の際、患者に胃潰瘍診療ガイドラインを資料として示したり、提供していますか。

- はい いいえ

17. 患者とガイドラインについてのご意見がございましたらご記入下さい。

18. 今後、胃潰瘍診療ガイドラインで改定すべき項目(エビデンスが古い、現状に合わない、記載が乏しい等)があればお教えてください。

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

★★★★★長時間調査にご協力いただき有り難うございました。★★★★★

今後の胃潰瘍診療ガイドライン改定の参考資料として活用させていただきます。

参考資料2. 胃潰瘍診療ガイドラインの適用に関する第2回アンケート調査票
(実際より縮小表示)

この調査は胃潰瘍診療ガイドラインの改定の資料として活用させていただくためにのみ使用させていただきます。

実地臨床に携わっておられる先生方の貴重なご意見を是非お寄せいただければ幸いです。

以下の質問について当てはまるものにチェックを入れてください。わからない場合は未記入でも結構です。

1. 「EBMに基づく胃潰瘍診療ガイドライン」(じほう社2003年)をご存知ですか。
知っている 知らない

2. 1で知っているとお答えの方にお尋ねします。
「EBMに基づく胃潰瘍診療ガイドライン」(じほう社2003年)に記載されている胃潰瘍治療について、保険適応となっていないものがあることをご存知ですか。
知っている 知らない

3. 2で知っているとお答えの方にお尋ねします。
それは以下のどれですか。あてはまるものをチェックしてください(複数回答可)。
 メトロニダゾールを用いる *H.pylori*の除菌治療
 8週間以上のPPI(プロトンポンプ阻害薬)長期投与
 倍量のPPIによる治療
 倍量のH2RA(H2受容体拮抗薬)による治療
 PPIによる非ステロイド抗炎症薬(NSAID)潰瘍の予防
 H2RAによるNSAID潰瘍の予防
 COX2特異的阻害薬(Celecoxib)の使用

4. 欧米のガイドラインでは、NSAID潰瘍の予防に*H. pylori*陽性者の除菌治療を勧めていることをご存知ですか。
知っている 知らない

5. 4 で知っているとお答えの先生にお尋ねします。

NSAID潰瘍の予防のために *H. pylori* 陽性患者に対して除菌治療を行っていらっしゃいますか。

行っている 行っていない

6. 5でNSAID潰瘍予防のために除菌治療を行っていると答えの先生にお尋ねします。

どのような患者さんに対して除菌を行っていらっしゃいますか。

潰瘍あるいは潰瘍瘢痕のある場合

潰瘍歴のある場合

H. pylori 胃炎

7. NSAID 長期投与する場合、投与前に上部消化管内視鏡検査を実施していらっしゃいますか。

行っている 行っていない

8. 除菌治療に失敗した場合の再除菌治療についてお尋ねします。

再除菌治療を行っていらっしゃいますか。

行っている 行っていない

9. 8. で再除菌治療を行っていらっしゃるとお答えの先生にお尋ねします。

どのような方法で再除菌治療を行っていらっしゃいますか。

PPI+CAM+AMPC (1週間)

PPI+CAM+MNZ (1週間)

PPI+AMPC+MNZ (1週間)

その他

10. 先生のご年齢と医学部卒後年数につきお教えてください。

20 歳代

0-5 年未満

30 歳代

5 年以上—10 年未満

40 歳代

10 年以上—20 年未満

50 歳代

20 年以上—30 年未満

60 歳代

30 年以上

70 歳代以上

11. 先生の専門とする診療科についてお教えてください。
- 消化器内科 総合(一般)内科 消化器以外を専門とする内科
消化器外科 総合(一般)外科 消化器以外を専門とする外科、
救急科 その他()
12. 先生のご勤務になられておられる施設の病床数を教えてください。
- 300床以上 100-299床 20-99床 1-19床 無床
13. 大学病院ですか。
- はい いいえ
14. 臨床研修指定病院ですか。
- はい いいえ
15. この1年間に胃潰瘍の診療に直接携われましたか。
- なし→以降の質問にお答え頂かなくて結構です。
あり→以降の質問にお答え下さい(御不明の箇所は未記入でも結構です)
16. 1年間での胃潰瘍診療症例数はどのくらいありますか。
- 1-10例 11-20例 20例以上
17. 最後にガイドラインについて何かご意見がございましたら自由にご記入下さい。

★★★★★長時間調査にご協力いただき有り難うございました。★★★★★

今後の胃潰瘍診療ガイドライン改定の参考資料として活用させていただきます。

参考資料3. 胃潰瘍診療ガイドラインWeb版 フォーマット(森實敏夫教授作成)
(実物は <http://www.kdcnet.ac.jp/naika/gugl.htm> に掲載) (縮小して表示)

胃潰瘍診療ガイドラインアンケート調査票

この調査は胃潰瘍診療ガイドラインの改定の資料として活用させていただくためにのみ使用させていただきます。

実地臨床に携わっておられる先生方の貴重なご意見を是非お寄せいただければ幸いです。

以下の質問について当てはまるものにチェックを入れてください。わからない場合は未記入でも結構です。

最後に一番下にある終了・送信ボタンをクリックしてください。よろしくお願いします。

最初にお手数ですが、先生の所属を入力してください。

所属:

1. 「EBMに基づく胃潰瘍診療ガイドライン」(じほう社2003年) 以下、「胃潰瘍診療ガイドライン」と略)が出版されているのをご存知ですか。

知っている 知らない

2. 「胃潰瘍診療ガイドライン」が日本医療機能評価機構のホームページで公開されているのをご存知ですか。

知っている 知らない

3. 「胃潰瘍診療ガイドライン」を書籍または日本医療機能評価機構のホームページ等でご存知のかたにお尋ねします。

「胃潰瘍診療ガイドライン」をお読みになりましたことがありますか？

本文も読んだ 推奨度だけ読んだ フローチャートだけ見た 読んでない

4. 上記で、「胃潰瘍診療ガイドライン」を少しでもお読みになった方にお尋ねします。

「胃潰瘍診療ガイドライン」によって胃潰瘍の診療内容が変化しましたか？

大きく変わった 少し変わった ほとんど変わらない 全く変わらない

5. ガイドラインの内容で、特に有用であった項目に◎、有用であった項目に○、実地臨床では用いていない項目に×を選択して下さい。また、コメントがあれば、その内容を下欄にご記入下さい。

推奨度 ◎ ○ ×

	▲ ▼
	▶ ◀

フローチャート ◎ ○ ×

	▲ ▼
	▶ ◀

治療 ◎ ○ ×

	▲ ▼
	▶ ◀

索引 ◎ ○ ×

	▲ ▼
	▶ ◀

文献 ◎ ○ ×

その他 ×

6. 先生のご年齢と医学部卒後年数につきお教えてください。

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 20 歳代 | <input type="checkbox"/> 0-5年未満 |
| <input type="checkbox"/> 30 歳代 | <input type="checkbox"/> 5年以上-10年未満 |
| <input type="checkbox"/> 40 歳代 | <input type="checkbox"/> 10年以上-20年未満 |
| <input type="checkbox"/> 50 歳代 | <input type="checkbox"/> 20年以上-30年未満 |
| <input type="checkbox"/> 60 歳代 | <input type="checkbox"/> 30年以上 |
| <input type="checkbox"/> 70 歳代以上 | |

7. 先生の専門とする診療科についてお教えてください。

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 消化器内科 | <input type="checkbox"/> 総合(一般)内科 | <input type="checkbox"/> 消化器以外を専門とする内科 |
| <input type="checkbox"/> 消化器外科 | <input type="checkbox"/> 総合(一般)外科 | <input type="checkbox"/> 消化器以外を専門とする外科 |
| <input type="checkbox"/> 救急科 | <input type="checkbox"/> その他 | |

8. 上部消化管領域をご専門とされていますか。

- はい いいえ

9. 先生のご勤務になられておられる施設の病床数を教えてください。

300 床以上 100-299 床 20-99 床 1-19 床 無床

10. 大学病院ですか。

はい いいえ

11. 臨床研修指定病院ですか。

はい いいえ

12. この1年間に胃潰瘍の診療に直接携われましたか。

なし→以降の質問にお答え頂かなくて結構です。

あり→以降の質問にお答え下さい(御不明の箇所は未記入でも結構です)

13. 1年間での胃潰瘍診療症例数はどのくらいありますか。

1-3例 4-10例 11-20例 21-29例 30例以上

14. お手数ですが、「胃潰瘍診療ガイドライン」出版(2003年4月)の前後での先生方の胃潰瘍診療内容の変化につきご回答下さい。

なお、「以前」はガイドライン出版前の、「現在」は現在の診療です。

当てはまるものをチェックして下さい。お分かりにならない箇所は「分からない」を選択して下さい。

a. 出血性胃潰瘍の内視鏡的止血治療の対象はどれに該当しますか。

以前 現在

Forrest 分類 Forrest 分類

laのみ laのみ

la、lbのみ la、lbのみ

- la、lb、IIa la、lb、IIa
 la、lb、IIa、IIb la、lb、IIa、IIb
 分からない 分からない

b. 出血性胃潰瘍の内科治療についてうかがいます。

① 絶食期間はどのくらいですか。

- | 以前 | 現在 |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> 1日 | <input type="radio"/> 1日 |
| <input type="radio"/> 2日 | <input type="radio"/> 2日 |
| <input type="radio"/> 3日 | <input type="radio"/> 3日 |
| <input type="radio"/> 4日以上 | <input type="radio"/> 4日以上 |
| <input type="radio"/> 不定 | <input type="radio"/> 不定 |
| <input type="radio"/> 分からない | <input type="radio"/> 分からない |

② H. pylori 陽性の出血性胃潰瘍の再出血予防についてうかがいます。

- | 以前 | 現在 |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> 適応のない場合以外必ず除菌する | <input type="radio"/> 適応のない場合以外必ず除菌する |
| <input type="radio"/> 50%以上の症例で除菌する | <input type="radio"/> 50%以上の症例で除菌する |
| <input type="radio"/> 25-49%の症例で除菌する | <input type="radio"/> 25-49%の症例で除菌する |

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> 1-24%の症例で除菌する | <input type="radio"/> 1-24%の症例で除菌する |
| <input type="radio"/> 除菌しない | <input type="radio"/> 除菌しない |
| <input type="radio"/> 分からない | <input type="radio"/> 分からない |

c. H. pylori 陽性胃潰瘍の場合の除菌治療についてうかがいます。

以前

現在

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> 適応のない場合以外必ず除菌する | <input type="radio"/> 適応のない場合以外必ず除菌する |
| <input type="radio"/> 50%以上の症例で除菌する | <input type="radio"/> 50%以上の症例で除菌する |
| <input type="radio"/> 25-49%の症例で除菌する | <input type="radio"/> 25-49%の症例で除菌する |
| <input type="radio"/> 1-24%の症例で除菌する | <input type="radio"/> 1-24%の症例で除菌する |
| <input type="radio"/> 除菌しない | <input type="radio"/> 除菌しない |
| <input type="radio"/> 分からない | <input type="radio"/> 分からない |

d. 非除菌治療

① 第1選択薬(治療)として何を使われますか。

以前

現在

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> プロトンポンプ阻害薬(PPI) | <input type="radio"/> プロトンポンプ阻害薬(PPI) |
| <input type="radio"/> ヒスタミン受容体拮抗薬(H2-blocker) | <input type="radio"/> ヒスタミン受容体拮抗薬(H2-blocker) |
| <input type="radio"/> 選択的ムスカリン受容体拮抗薬 | <input type="radio"/> 選択的ムスカリン受容体拮抗薬 |

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> 防御因子増強薬 | <input type="radio"/> 防御因子増強薬 |
| <input type="radio"/> その他の方法 | <input type="radio"/> その他の方法 |
| <input type="radio"/> 分からない | <input type="radio"/> 分からない |

② 維持療法はどのようにおこなわれていますか。(複数選択可)

- | 以前 | 現在 |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> H2-blocker 半量 | <input type="checkbox"/> H2-blocker 半量 |
| <input type="checkbox"/> H2-blocker 全量 | <input type="checkbox"/> H2-blocker 全量 |
| <input type="checkbox"/> 選択的ムスカリン受容体拮抗薬 | <input type="checkbox"/> 選択的ムスカリン受容体拮抗薬 |
| <input type="checkbox"/> 防御因子増強薬 | <input type="checkbox"/> 防御因子増強薬 |
| <input type="checkbox"/> PPI+防御因子増強薬 | <input type="checkbox"/> PPI+防御因子増強薬 |
| <input type="checkbox"/> H2-blocker+防御因子増強薬 | <input type="checkbox"/> H2-blocker+防御因子増強薬 |
| <input type="checkbox"/> その他の方法 | <input type="checkbox"/> その他の方法 |
| <input type="checkbox"/> 行わない | <input type="checkbox"/> 行わない |
| <input type="checkbox"/> 分からない | <input type="checkbox"/> 分からない |

e. NSAID 胃潰瘍治療についてうかがいます。

① NSAID の中止が不可能な場合の治療はどうされていますか。(複数選択可)

- | 以前 | 現在 |
|----|----|
|----|----|

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> PPI | <input type="checkbox"/> PPI |
| <input type="checkbox"/> プロスタグランジン(PG)製剤 | <input type="checkbox"/> プロスタグランジン(PG)製剤 |
| <input type="checkbox"/> H2-blocker | <input type="checkbox"/> H2-blocker |
| <input type="checkbox"/> 選択的ムスカリン受容体拮抗薬 | <input type="checkbox"/> 選択的ムスカリン受容体拮抗薬 |
| <input type="checkbox"/> 防御因子増強薬 | <input type="checkbox"/> 防御因子増強薬 |
| <input type="checkbox"/> PPI+PG 製剤 | <input type="checkbox"/> PPI+PG 製剤 |
| <input type="checkbox"/> PPI+防御因子増強薬 | <input type="checkbox"/> PPI+防御因子増強薬 |
| <input type="checkbox"/> H2-blocker +PG 製剤 | <input type="checkbox"/> H2-blocker +PG 製剤 |
| <input type="checkbox"/> H2-blocker + 防御因子増強薬 | <input type="checkbox"/> H2-blocker + 防御因子増強薬 |
| <input type="checkbox"/> 分からない | <input type="checkbox"/> 分からない |

② NSAID 胃潰瘍の予防はどうされていますか。(複数選択可)

以前

現在

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> PPI | <input type="checkbox"/> PPI |
| <input type="checkbox"/> PG 製剤 | <input type="checkbox"/> PG 製剤 |
| <input type="checkbox"/> H2-blocker | <input type="checkbox"/> H2-blocker |
| <input type="checkbox"/> 選択的ムスカリン受容体拮抗薬 | <input type="checkbox"/> 選択的ムスカリン受容体拮抗薬 |
| <input type="checkbox"/> 防御因子増強薬 | <input type="checkbox"/> 防御因子増強薬 |

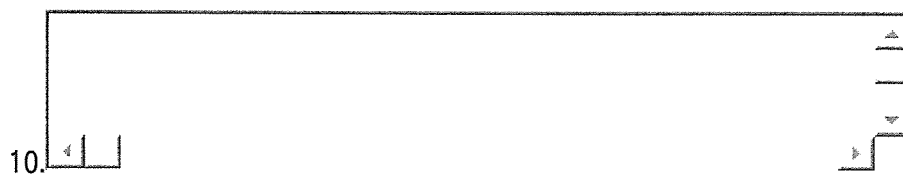
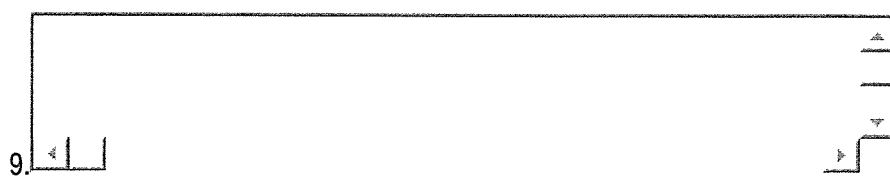
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PPI+PG 製剤 | <input type="checkbox"/> PPI+PG 製剤 |
| <input type="checkbox"/> PPI+防御因子増強薬 | <input type="checkbox"/> PPI+防御因子増強薬 |
| <input type="checkbox"/> H2-blocker +PG 製剤 | <input type="checkbox"/> H2-blocker +PG 製剤 |
| <input type="checkbox"/> H2-blocker +防御因子増強薬 | <input type="checkbox"/> H2-blocker +防御因子増強薬 |
| <input type="checkbox"/> 行っていない | <input type="checkbox"/> 行っていない |
| <input type="checkbox"/> 分からない | <input type="checkbox"/> 分からない |

15. 患者から胃潰瘍診療ガイドラインを話題にされたことがありますか。
宜しければ具体的にご記入ください：

16. 診療の際、患者に胃潰瘍診療ガイドラインを資料として示したり、提供していますか。

- はい いいえ

17. 患者とガイドラインについてのご意見がございましたらご記入下さい。



★★★★★長時間調査にご協力いただき有り難うございました。★★★★★

今後の胃潰瘍診療ガイドライン改定の参考資料として活用させていただきます。

終了・
送信

参考資料4. 第2回胃潰瘍診療ガイドラインアンケートWEB版調査票

この調査は胃潰瘍診療ガイドラインの改定の資料として活用させていただくためにのみ使用させていただきます。

実地臨床に携わっておられる先生方の貴重なご意見を是非お寄せいただければ幸いです。

以下の質問について当てはまるものにチェックを入れてください。わからない場合は未記入でも結構です。

最後に一番下にある終了・送信ボタンをクリックしてください。よろしくお願いいたします。

最初にお手数ですが、先生の所属を入力してください。

所属:

1. 「EBMに基づく胃潰瘍診療ガイドライン」(じほう社2003年) 以下、「胃潰瘍診療ガイドライン」と略)が出版されているのをご存知ですか。」

知っている 知らない

2. 「1で知っているとお答えの方にお尋ねします。「EBMに基づく胃潰瘍診療ガイドライン」(じほう社2003年)に記載されている胃潰瘍治療について、保険適応となっていないものがあることをご存知です」

知っている 知らない

3. 「2で知っているとお答えの方にお尋ねします。

それは以下のどれですか。あてはまるものをチェックして下さい(複数回答可)。」

メトロニダゾールを用いる H.pylori の除菌治療

8週間以上のPPI(プロトンポンプ阻害薬)長期投与

- 倍量のPPIによる治療
- 倍量のH2RA(H2受容体拮抗薬)による治療
- PPIによる非ステロイド抗炎症薬(NSAID)潰瘍の予防
- H2RAによるNSAID潰瘍の予防
- COX2特異的阻害薬(Celecoxib)の使用

4.「欧米のガイドラインでは、NSAID潰瘍の予防にH.pylori 陽性者の除菌治療を勧めていることをご存知ですか」

- 知っている 知らない

5.「4 で知っているとお答えの先生にお尋ねします。 NSAID潰瘍の予防のために H. pylori 陽性患者に対して除菌治療を行っていらっしゃいますか。」

- 行っている 行っていない

6.「5でNSAID潰瘍予防のために除菌治療を行っているとお答えの先生にお尋ねします。どのような患者さんに対して除菌を行っていらっしゃいますか。」

- 潰瘍あるいは潰瘍瘢痕のある場合
- 潰瘍歴のある場合
- H.pylori 胃炎

7.「NSAID 長期投与する場合、投与前に上部消化管内視鏡検査を実施していらっしゃいますか。」

- 行っている 行っていない

8.「除菌治療に失敗した場合の再除菌治療についてお尋ねします。 再除菌治療を行って

らっしゃいますか。」

行っている 行っていない

9. 「8 で再除菌治療を行っていらっしゃるとお答えの先生にお尋ねします。 どのような方法で再除菌治療を行っていらっしゃいますか。」

PPI+CAM(クラリスロマイシン)+AMPC(1週間)

PPI+CAM+MNZ(メロニダゾール)(1週間)

PPI+AMPC(アモキシシリン)+MNZ (1週間)

その他

10. 先生のご年齢と医学部卒後年数につきお教えてください。

20 歳代 0-5年未満

30 歳代 5年以上-10年未満

40 歳代 10年以上-20年未満

50 歳代 20年以上-30年未満

60 歳代 30年以上

70 歳代以上

11. 先生の専門とする診療科についてお教えてください。

消化器内科 総合(一般)内科 消化器以外を専門とする内科

消化器外科 総合(一般)外科 消化器以外を専門とする外科

救急科 その他