

食道癌診療ガイドライン第 5 版の評価

日本食道学会ガイドライン評価委員会

大幸宏幸、神宮啓一、有馬美和子、石倉聡、上野正紀、掛地吉弘、原浩樹、宮田剛、安田卓司、矢野友規、小熊潤也

1. 食道癌診療ガイドライン第 5 版の作成手順

2002 年に食道がん診断・診療ガイドラインが刊行されて以来、5 年毎に改訂され今回で第 5 版になる。2012 年に改訂され刊行された食道がん診断・診療ガイドラインから外部の評価として、公益財団法人 日本医療機能評価機構 EBM 医療情報部（Minds）の評価を受けている。2012 年に刊行された第 3 版は、医師向けのガイドラインとしては要求項目は満たしているものの、エビデンスの検索方法、選択基準、吟味方法、推奨レベルの決定方法などに関する評価が低かった。そのため、2017 年に刊行された第 4 版では、ガイドライン作成作業時点から Minds に参加を依頼し、エビデンスに沿ったシステマティックレビューによる評価方法の指導を受け、Minds 手引書に沿ってガイドラインが作成された。その結果、全体評価 75%と非常に高い評価を得ることができた。第 5 版では、第 4 版で培ったエビデンスに沿ったシステマティックレビューによる評価方法を基に、さらに透明性を高めるために、CQ 策定の段階から患者さんの意見を取り入れ、計 24 の関連学会の意見も取り入れながら、多角的に CQ が選定され食道癌診療ガイドラインが改訂された。また、Quality Indicator (QI)31 項目を策定し、その実施状況調査を National Clinical Database（NCD）食道癌全国登録施設を対象に行った。

2. 日本医療機能評価機構 EBM 医療情報部（Minds）の評価

2023 年 2 月に Minds による AGREE II に沿った評価が行われた。

- ① 対象と目的 : 76%
- ② 利害関係者の参加 : 74%
- ③ 作成の厳密さ : 69%
- ④ 提示の明確さ : 79%

⑤ 適用可能性 : 64%

⑥ 編集の独立性 : 65%

全体評価 : 71%

総評

食道癌に関する重要なテーマを取り扱った診療ガイドラインで、アルゴリズムや図表を多く用いており、ボックス内に推奨が要約されていて、読みやすくするための工夫がみられる。診療ガイドライン公開後の普及率を調査する方法についても検討されている点も素晴らしい試みが行われている。以下の点に関して次回の改定に向けてご検討ください。

- ・エビデンスの検索収集から推奨に至るまでの作成過程に関する資料などは、誰もが閲覧できるよう付録として巻末に添付するか参照先を記載し、web で公開するとよい。

- ・外部評価については、評価結果を記載し、評価結果が診療ガイドライン作成過程にどのように活用されたかについて具体的に記載することが求められる。

- ・診療ガイドラインの活用を促進する要因や阻害する要因、適応をサポートするツール、コスト情報、診療ガイドラインの普及および活用状況を評価するためのモニタリングや監査の基準・方法に関して検討し記載することが課題である。

- ・患者・家族の意見の調査方法、調査結果、診療ガイドラインへの反映に関して具体的に記載する必要がある。

- ・個人毎に経済的 COI と学術的 COI の開示が求められる。

3. 日本食道学会ガイドライン評価委員会の評価

ガイドライン発刊後に、ガイドライン評価委員会から 1 つの CQ に対して 2 人の評価を割り当て、AGREEII に従い 7 段階の評価を行った（数が大きいほど高評価）。2 人の評価委員の意見が大きく乖離した CQ は認めず、評価委員 2 人の平均点は全てが中間点の 4 点以上の高評価であった。

以下に各 CQ に対する評価とコメントを記載する。

CQ 1

食道癌発生予防の観点から健常人が野菜果物を摂取することを推奨するか？

評価点 6 (6, 6)

推奨文は妥当である。

観察研究ではあるが1万人以上のコホート研究が報告されており、疫学として質の高い解説が成されているが、「なにを」、「どのくらい」摂取すると発がん抑制に影響しているかを明記することが望まれる。

CQ2

食道癌発生予防の観点から多量飲酒者が禁酒あるいは節酒することを推奨するか？

評価点 4.5 (4, 5)

推奨文は妥当である。

「多量飲酒者」の「多量」の定義、あるいは「節酒」の定義が曖昧であり、エビデンスとして構築し難いCQであるが、これまでの報告を網羅して適切に解説している。ただ、aldehyde dehydrogenase 2 (ALDH2) のバリアントの記載が望まれる。

CQ3

食道表在癌に対して臨床的にT1b-SM1以浅T1b-SM2以深を鑑別する際、鑑別方法として何を推奨するか？

評価点 4.5 (4, 5)

推奨文は妥当である。

CQの問い方を、「cMM/SM1とcSM2を鑑別する際」としたほうが臨床に合っている。また、JCOG1604の結果（ガイドライン内参考文献6）を踏まえ、T1b-SM1以浅とT1b-SM2以深の鑑別にEUSは推奨すべきでないことを明確に記載することが望まれる。しかし、EUS細径プローブならではの利点があり、使用方法によってはコストを抑えることができるので、再検討のうえ注意書きが必要である。また、NBI/BLI併用拡大内視鏡の方が、非拡大内視鏡より良好な結果であると記載されているが、差はわずかであり、NBI/BLI併用拡大内視鏡の上乗せ効果を見たエビデンスはないため、優劣を判断できるものではない。

CQ4

食道表在癌に対する内視鏡切除後の狭窄予防に何を推奨するか？

評価点 4.5 (4, 5)

推奨文は妥当である。

併用療法を強く推奨する根拠は乏しいため、「食道表在癌に対する内視鏡的切除後の狭窄予防に、プレドニゾロン内服、またはトリアムシノロン粘膜下局注の実施を強く推奨する」と記することが推奨される。しかしながら、全周切除の CQ となっているため、どのような症例の ER(ESD)を対象としているのか、CQ の条件を具体的に記載すべきである。

CQ5

cStage I (T1bN0M0)胸部食道癌に対して食道切除術と根治的化学放射線療法のどちらを推奨するか？

評価点 7 (7, 7)

推奨文は妥当である。

システマティックレビューの結果および前向き試験である JCOG0502 の結果に基づいた解説文で異論はないが、「弱く推奨する」根治的化学放射線療法の治療内容（化学療法のレジメンや照射線量、照射野など）についてもう少し言及してもよいと思われる。

CQ6

食道表在癌に対し内視鏡治療を行い pT1a-MM かつ脈管侵襲陽性もしくは pT1b-SM であった症例に対して、追加治療として食道切除術と化学放射線療法のどちらを推奨するか？

評価点 4.5 (4, 5)

推奨文は妥当である。

内視鏡的切除後の追加治療として、手術療法と化学放射線療法との直接的な比較を行ったランダム化比較試験や前向きデータは存在しないものの、集められ得る報告を全て網羅して解説している。ただし、有意差検定にも探索的意義しかない状況で、「生存割合に有意差は認めないものの、手術の方がいずれも高い傾向にあった」、「いずれも手術例と比して化学放射線療法例で有意に予後不良であった」と記載することは妥当でしょうか。また、化学放射線療法については、治療関連死亡および晩期障害の記載がある一方で、手術については治療関連死亡のみの記載とな

っている。化学放射線療法と手術療法の双方の早期及び晩期有害事象を明記し、治療方法を選択させることが必要である。

近年 shared decision making (SDM) の重要性が注目されており、推奨文に「有効性と毒性のバランスを考慮し、患者の価値観や希望に合った治療法を選択する。」と付記することを推奨する。

CQ7

cStageⅡ，Ⅲ食道癌に対して，手術療法を中心とした治療と根治的化学放射線療法のどちらを推奨するか？

評価点 6 (6, 6)

推奨文は妥当である。

JCOG1109 試験の結果を引用した文章について、本 CQ の解説文としての位置づけがわかりにくい印象があります。従来の術前 CF 療法に比べて術前 DCF 療法はさらに長期成績が良好である結果が、「手術療法を中心とした治療」の優位性を支持する内容であることを明確に示した方がよいと思います。

CQ8

cStageⅡ，Ⅲ食道癌に対して手術療法を中心とした治療を行う場合，術前化学療法，術前化学放射線療法のどちらを推奨するか？

評価点 6.5 (6, 7)

推奨文は妥当である。

術前 CF 療法、術前 CF-RT 療法の選択肢も残す記述であり、妥当と判断する。

CQ9

cStageⅡ，Ⅲ食道癌に術前補助療法＋手術を行った場合，術後補助療法を推奨するか？

評価点 6 (6, 6)

推奨文は妥当である。

JCOG9204 では surgery alone でも 50%以上あるのに対して Checkmate-577 では Nivolumab 投与の SCC 患者に限っても 40%を下回っている。そのため、Checkmate-577 の結果を我が国における術前 CRT＋手術の症例のエビデンスとして同じようには扱えないということは説明しておくべきである。

CQ10

治療前切除可能食道癌の化学放射線療法後に遺残・再発を認めた場、救済手術を行うことを推奨するか？

評価点 6.5 (6, 7)

推奨文は妥当である。

救済食道切除の安全性に関しては、COSMOS 試験や阪大関連グループの多施設臨床試験において根治照射後の救済手術でも手術死亡はゼロと報告されているので、救済手術の安全性向上のエビデンスの一つとして紹介した方が良い。

CQ11

(化学)放射線療法後、食道内のみの遺残・再発食道癌(cT1b)に、内視鏡治療は推奨できるか？

評価点 5.5 (5, 6)

推奨文は妥当である。

PDT による死亡例の報告がありリスクも伴うことや、治療成績は明記すべきである。

CQ12

切除不能 cStage IVa 食道癌に対して化学放射線療法を行うことを推奨するか？

評価点 6.5 (7, 6)

推奨文は妥当である。

JCOG0303 を基に本症例に対する標準治療法は CRT であるが、治療成績向上を目指して現在進行している JCOG1510 の礎となった COSMOS study の説明が不足している。

CQ13

cStage II, III, IVa 食道癌に対して根治的化学放射線療法後に完全奏効を得た場合、追加化学療法を行うことを推奨するか？

評価点 6 (5, 7)

推奨文は妥当である。

CQ14

切除不能局所進行食道癌（cT4(大動脈, 気管, 気管支など)N0-3M0）に対し, 根治的化学放射線療法または導入化学療法を行った結果, 切除可能になった場合, 手術療法にて切除することを推奨するか？

評価点 4 (3, 5)

推奨文は妥当である。

cT4 診断及び切除可能の診断そのものが術者と施設間格差が大きく、導入化学療法と化学放射線療法後の治療に関しても施設間格差があるため、「手術療法で切除することを弱く推奨する」という表現で妥当と考える。しかしながら、cT3br、cT4と細分類された現在において、診断基準を明確にしたうえで、それぞれの進行度に応じた治療成績を比較検討した治療ガイドラインの再検討が必要である。

CQ15

切除不能進行・再発食道癌に対して一次治療として化学療法は何を推奨するか？

評価点 7 (7, 7)

推奨文は妥当である。

- ・「抗 EGFR 抗体であるパニツムマブ」→セツキシマブも抗 EGFR 抗体だが、前書きがない。記載の統一が望ましい
- ・「5-FU とオキサリプラチンを併用した臨床試験」→下記文献の掲載を推奨します。FOLFOX 療法とは書いてないですが、記載があります。

Adenis A, et al. Eur J Cancer. 2019 Apr;111:12-20.

CQ16

切除不能進行・再発食道癌に対して一次治療としてフッ化ピリミジン, プラチナ製剤併用療法を含む化学療法に不応の時, 二次治療として化学療法は何を推奨するか？

評価点 6 (6, 6)

推奨文は妥当である。

- ・フッ化ピリミジン+プラチナ製剤併用の dCRT を実施して早期不応、または遺残ありサルベージ手術困難な症例の場合も、この CQ に該当することを示した方がよい。

CQ17

切除不能進行・再発食道癌に対し、一次治療としてフッ化ピリミジン，プラチナ製剤併用療法を，二次治療で抗 PD-1 抗体療法を行った場合，三次治療には何を推奨するか？

評価点 7 (7, 7)

推奨文は妥当である。

CQ18

通過障害がある cStage IVb 食道癌に対して緩和的放射線療法を行うことを推奨するか？

評価点 6.5 (6, 7)

推奨文は妥当である。

急性期放射線障害により QOL を下げることがあるので、期待余命の長さ（推奨文では益と害のバランスと表現）でステントとするか RT とするかを優先するかなど推奨文を入れた方が良い。

「直線性の高い研究」の意味が分かりにくいので「関連が強い研究」を推奨します。

CQ19

根治的化学放射線療法後に完全奏効を得た場合，内視鏡によるサーベイランスは必要か？

評価点 5.5 (4, 7)

推奨文は妥当である。

要約にも解説文にも、「CR にならない場合でも・・・，治療直後は高頻度の内視鏡検査を行うことが重要である」との記述があり，また，第 VII 章 食道癌根治切除後のフォローアップの要約，総説でも「異時性多発癌や他臓器重複癌の発生に留意して内視鏡検査を行う必要がある」と記載されている．CR が得られようが得られまいが内視鏡サーベイランスを行わないという選択は考えにくいので，本 CQ には意義を認めにくい．

「dCRT により CR が得られた場合に，再発の早期発見のために何を推奨するか？」などのほうが実臨床に即しているのではないかと考える．また、CRT 後の遺残病変の救済内視鏡治療を CQ に取り上げ検討すべきである。

CQ20

頸部食道癌に対して予防的に上縦隔リンパ節郭清を行うことを推奨するか？

評価点 6.5 (6, 7)

推奨文は妥当である。

頸胸境界部を含めた頸部食道癌に対するリンパ節転移分を調査した研究は認めず、その郭清範囲は未だに一定の見解は認めない。しかしながら、101-106rec にかけて高頻度にリンパ節転移を認めることより、上縦隔リンパ節はみなし標準的に郭清されている。観察研究（リンパ節転移の有無）を集積して推奨度を提案するのであれば、食道の他の領域の観察研究を参考にするなど食道癌としての包括した見解も含めても良かったかと思います。例えば CQ26 はリンパ節転移の有無と手術侵襲を元に“しないこと”を弱く推奨するとしています。

CQ21

胸部食道癌根治術において予防的に頸部リンパ節郭清を行うことを推奨するか？

評価点 7 (7, 7)

推奨文は妥当である。

現行のレビューの結果からは胸部上部中部食道癌に関して予防的頸部郭清を弱く推奨するで良いと思う。ただ、特に新たなデータが出てきたわけではないのにも関わらず同じ CQ に対する推奨文が「強く」から「弱く」に変更された理由が曖昧になっている。

本 CQ に関するエビデンスレベルが大きく変わらないにもかかわらず、前版と比べ推奨度の強さが変わった理由について、もう少しわかりやすい説明が必要と思われます。本 CQ に限らず、「弱い推奨」「強い推奨」の判断基準にもう少し客観性を持たせる必要があると考えます。

CQ22

胸部食道癌に対して胸腔鏡下食道切除術を行うことを推奨するか？

評価点 7 (7, 7)

推奨文は妥当である。

JCOG1409 で StageII/III 食道癌に対する開胸 vs.胸腔鏡の比較が行われ、現在登録は終了して経過観察中であり、その結果が待たれる、という記載はあっても良かったと思う。

CQ23

胸部食道癌に対してロボット支援下食道切除術を行うことを推奨するか？

評価点 7 (7, 7)

推奨文は妥当である。

CQ24

胸部食道癌に対して縦隔鏡下食道切除術を行うことを推奨するか？

評価点 7 (7, 7)

推奨文は妥当である。

CQ25

食道胃接合部癌に対する手術において、予防的な縦隔リンパ節郭清は推奨されるか？

評価点 6 (6, 6)

推奨文は妥当である。

食道浸潤長が 4cm 超の場合に上中縦隔リンパ節転移が 7%前後で郭清を弱く推奨しているのに、食道浸潤長が 1.1~2cm の場合では No.110 は 6.4%の転移率があるにも関わらず郭清不要となっている。ただ、解説の最後に、「JCOG9502 の結果から、食道浸潤長が 2cm 以下の場合でも、切離断端陰性が十分確保される範囲の食道に付着する[110]の郭清は行うべきと考える」と記載されている。解説文を全て読めばある程度は理解できるが、推奨文からだけでは食道浸潤長 2cm 以下では下縦隔郭清は不要と誤解されるので変更が推奨される。

CQ26

食道胃接合部癌に対する手術において、予防的な腹部大動脈周囲リンパ節

〔16a2〕郭清は推奨されるか？

評価点 6.5 (6, 7)

推奨文は妥当である。

本 CQ に関するエビデンスは乏しく、本システムティックレビューによる転移率、郭清効果指数、および郭清操作による侵襲を勘案すると、「行わないことを弱く推奨する」との推奨文は妥当と判断します。

CQ27

食道胃接合部癌に対する手術において、噴門側胃切除は推奨されるか？

評価点 6 (7, 5)

推奨文は妥当である。

CQ28

cStage II, III 食道胃接合部腺癌に術前補助療法を行うことを推奨するか？

評価点 6 (7, 5)

推奨文は妥当である。

CQ29

食道癌術前リハビリテーションを行うことを推奨するか？

評価点 7 (7, 7)

推奨文は妥当である。

CQ30

術前術後化学療法施行中または終了後早期再発例（6 カ月以内）に対する推奨される化学療法のレジメンは何か？

評価点 7 (7, 7)

推奨文は妥当である。

CQ31

全身状態不良や臓器機能が低下した、手術困難な局所食道癌患者に対して、化学放射線療法を行うことを推奨するか？

評価点 5.5 (6, 5)

「局所進行食道癌」、「早期食道癌」は一般的に使用されますが、「局所食道癌患者」という表現に違和感を覚えます。「局所進行食道癌」に限定する意図がないようでしたら、「遠隔転移のない食道癌患者」が推奨される。

「全身状態不良や臓器機能が低下した」患者は一般的に手術不適と思われるが、「手術困難な」を入れる必要はない。

CQ32

心肺機能が不良な患者に対して陽子線による化学放射線療法を考慮すべきか？

評価点 4.5 (5, 4)

推奨文は妥当である。

線量分布図上は間違いなく陽子線に分がある。しかし、保険適応の治療でもなく、また参考にしたランダム化試験は心臓が悪い症例が対象でもなかった。そのため、心臓不良の方に陽子線治療を考慮するなら分かるが、陽子線による化学放射線療法が安全であることを考慮するべきとは言い難い。いかにもエビデンスが乏しいためやむを得ない推奨文であった。書くのであれば CQ を「陽子線による化学放射線療法を考慮すべきか？」が推奨される。

CQ33

食道癌根治切除後，高頻度の画像診断を併用したフォローアップ，低頻度の画像診断を併用したフォローアップ，画像診断を用いないフォローアップのいずれが推奨されるか？

評価点 5.5 (5, 6)

推奨文は妥当である。

高頻度・低頻度の定義が曖昧です。

CQ34

食道癌根治切除後に限局した領域に再発が生じた場合，根治を目指した積極的治療を行うことを推奨するか？

評価点 6.5 (6, 7)

推奨文は妥当である。

食道癌オリゴ肺転移(n=114)に対する定位放射線治療の全国調査研究の結果が報告されているので推奨される。(Anticancer Res. 2020 Apr;40(4):2065-2072.)

推奨度に異論はないが、「限局した領域」および「根治を目指した積極的治療」についてもう少し具体的な表現の方がよいと思います。

CQ35

(化学)放射線療法後に高度癌性狭窄が残存し，かつ根治切除が不可能である食道癌に対して，食道ステントを留置することを推奨するか？

評価点 7 (7, 7)

推奨文は妥当である。

経口摂取に対する要望が強い患者には食道ステントを留置することを弱く推奨する。ただし、有害事象のリスクが高いことや、胃瘻造設に比べて生存割合で劣る可能性があることの説明が必要である。

CQ36

根治的治療適応外の食道癌性狭窄に対して、食道ステント留置後に放射線療法を行うことを推奨するか？

評価点 6 (6, 6)

推奨文は妥当である。

「40Gy までの RT を行うことは推奨度を決定できない」の追加を推奨する。

CQ37

バレット食道に対して上部消化管内視鏡検査によるサーベイランスを行うことを推奨するか？

評価点 5.5 (6, 5)

推奨文は妥当である。

「サーベイランスの間隔について、各国のガイドラインでは異型上皮の有無によって推奨間隔を変えているが十分なエビデンスは得られていない」については、下記文献 1)などを参考に海外識者の意見も確認することが望ましい。1cm 未満のバレット食道の扱い、サーベイランスが不要であることは文献 2) を参考に明確に記載すべきと考えた。

1) Frederik Hvid-Jensen, et al. Incidence of adenocarcinoma among patients with Barrett's esophagus. N Engl J Med . 2011 Oct 13;365(15):1375-83.

2) Thota PN, et al. Low risk of high-grade dysplasia or esophageal adenocarcinoma among patients with Barrett's esophagus less than 1 cm (irregular Z line) within 5 years of index endoscopy. Gastroenterology 2017;152: 987-92.

CQ38

バレット食道に対して発癌予防目的に薬物治療を行うことを推奨する か？

評価点 4.5 (4, 5)

推奨文は妥当である。

CQ の設定が、「薬物療法」と広範囲過ぎるので、推奨文としても明確な返答がしにくくなって、推奨すべき各論も消えている。「薬物療法」を「PPI による薬物療法」と限定することで、推奨文としても推奨ができるようになる。

CQ39

バレット食道そのものに対して発癌予防目的に内視鏡治療を行うことを推奨するか？

評価点 6.5 (6, 7)

推奨文は妥当である。

「バレット食道そのもの」という表現がおかしいように思う。また、バレット食道腺癌に対する治療の既往がない症例が対象であることを明記することを推奨する。

4. ガイドライン評価委員による AGREEII を用いた全体評価

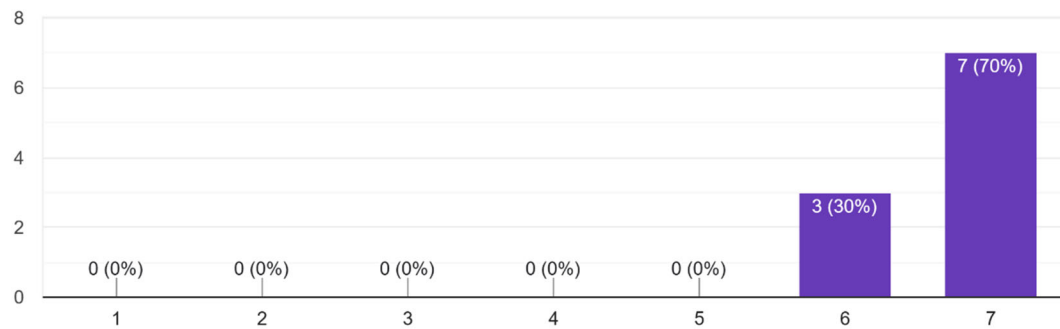
ガイドライン発刊後に、総合評価を AGREEII に従い 7 段階の評価を行った（数が大きいほど高評価）。領域 1：対象と目的、領域 2：利害関係者の参加、領域 3：作成の厳格さ、領域 4：提示の明確さ、の全ての項目においてにガイドライン評価委員の 80%以上が 6 点以上の高評価し、全ての評価委員はこのガイドラインを推奨している。しかしながら、領域 5：適応可能性と領域 6：編集の独立性に関して、多少評価にばらつきが認められた。特に、領域 5-19：そのように推奨を適応する下についての助言・ツールを提供している。、20：推奨の適応に対する潜在的な資源の影響が考慮されている、21：ガイドラインにモニタリングや監査のための基準が示されている、において評価のばらつきが認められた。

以下に各 CQ に対する評価とコメントを記載する。

領域 1 対象と目的

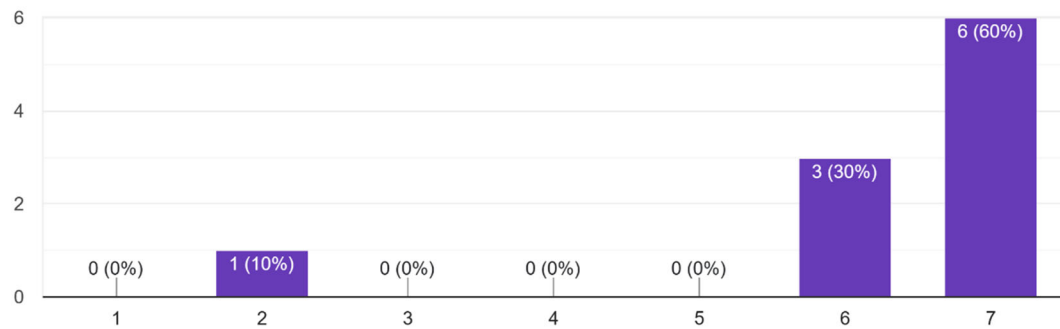
1. ガイドライン全体の目的が具体的に記載されている。

10件の回答



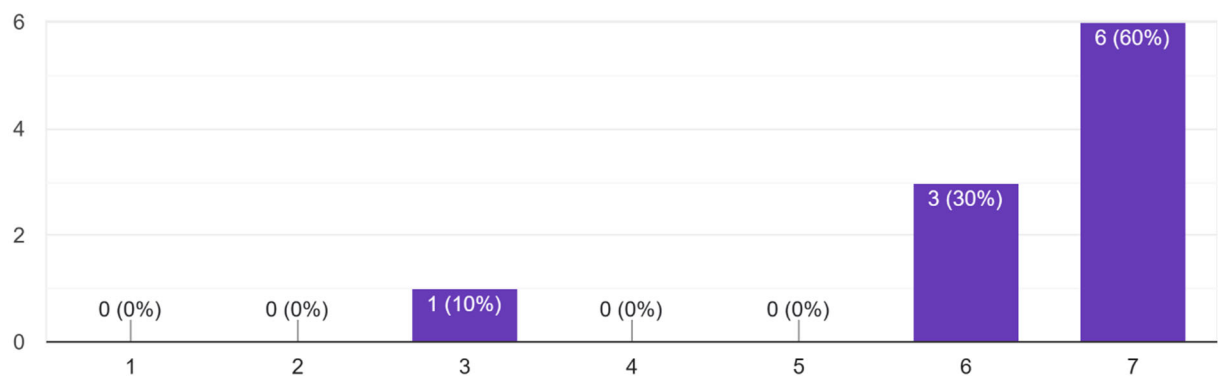
2. ガイドラインが取り扱う健康上の問題が具体的に記載されている。

10件の回答



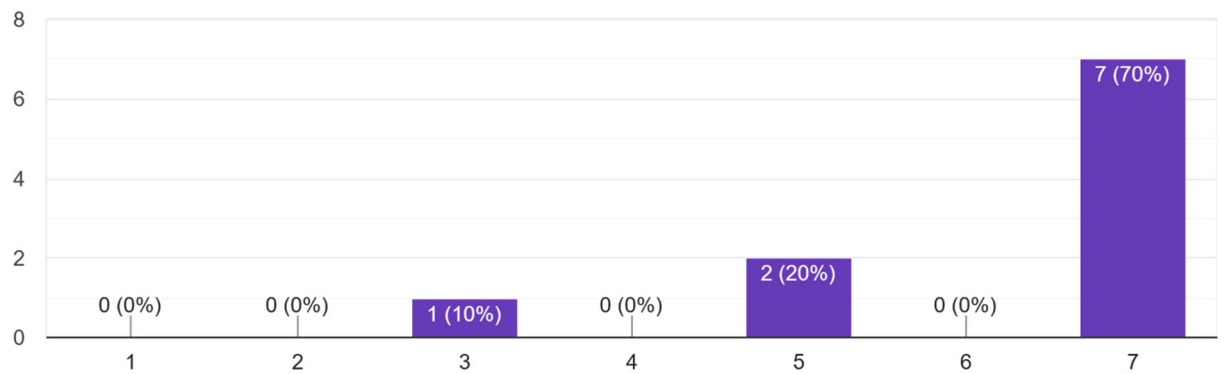
3. ガイドラインの適用が想定する対象集団（患者）が具体的に記載されている。

10件の回答

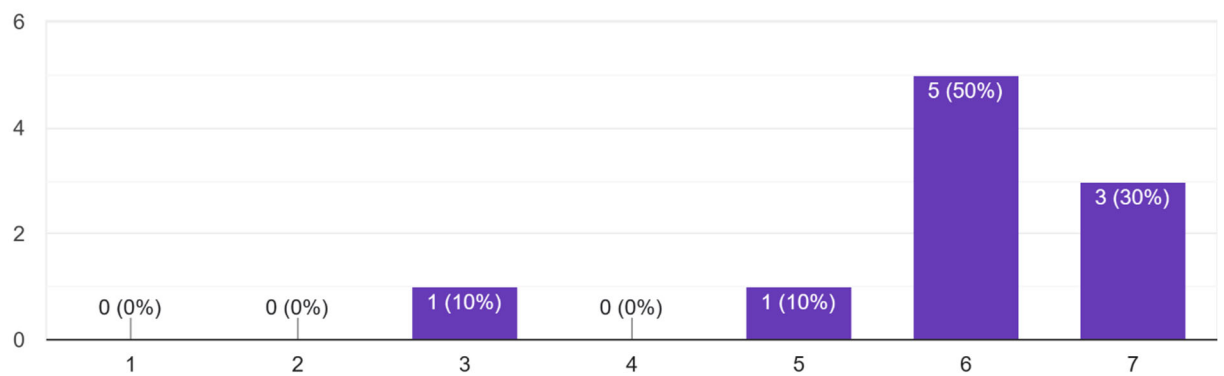


領域 2 利害関係者の参加

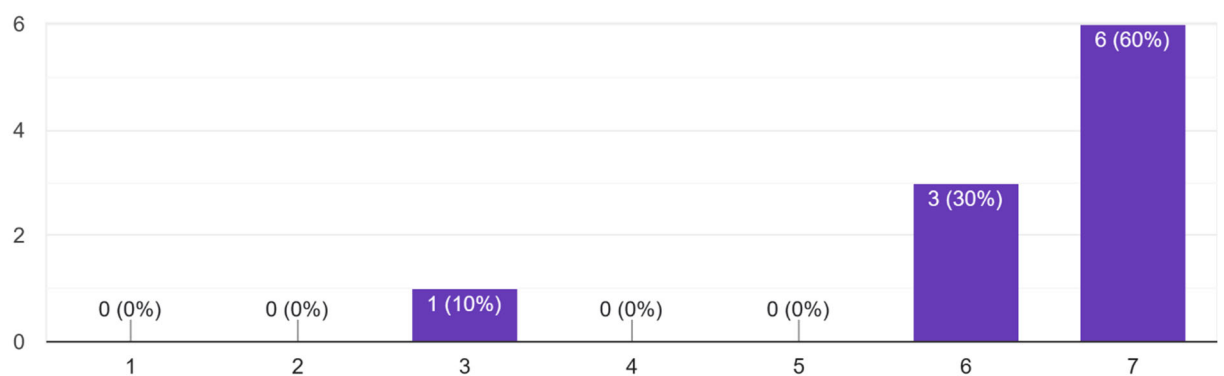
4. ガイドライン作成グループには、関係する全ての専門家グループの代表者が加わっている。
10 件の回答



5. 対象集団（患者、一般市民など）の価値観や希望が調べられた。
10 件の回答



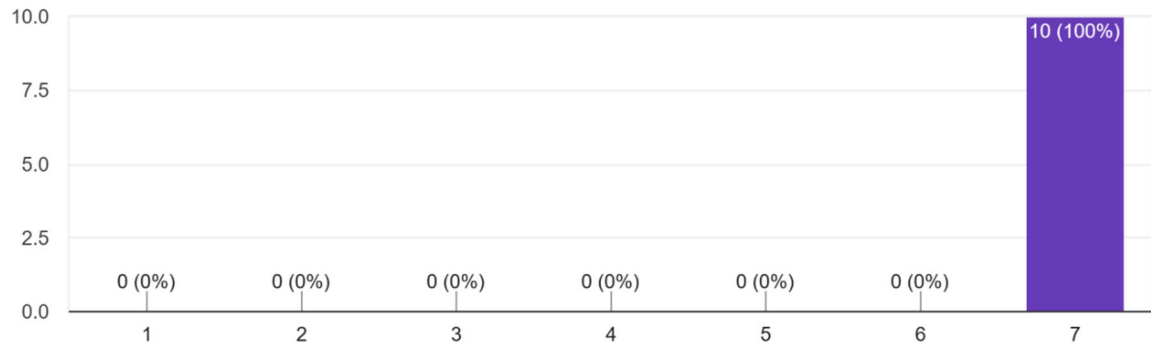
6. ガイドラインの利用者が明確に定義されている。
10 件の回答



領域 3 作成の厳密さ

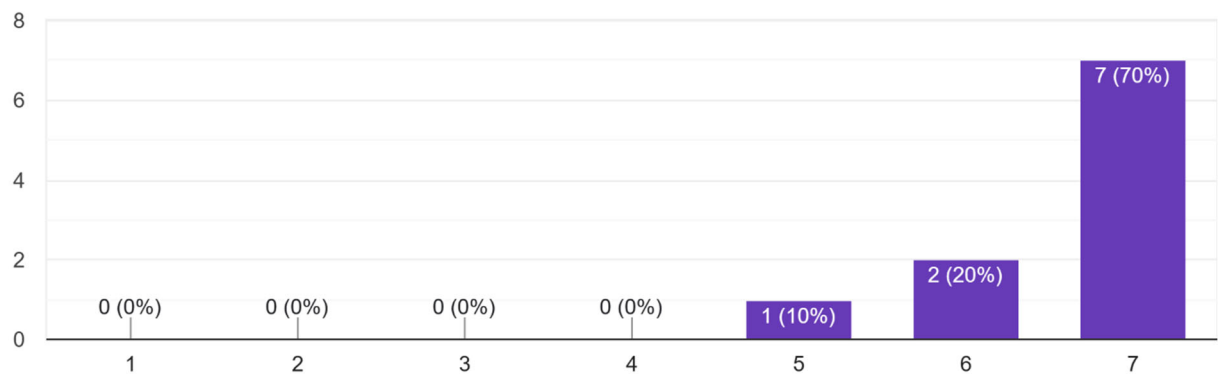
7. エビデンスを検索するために系統的な方法が用いられている。

10 件の回答



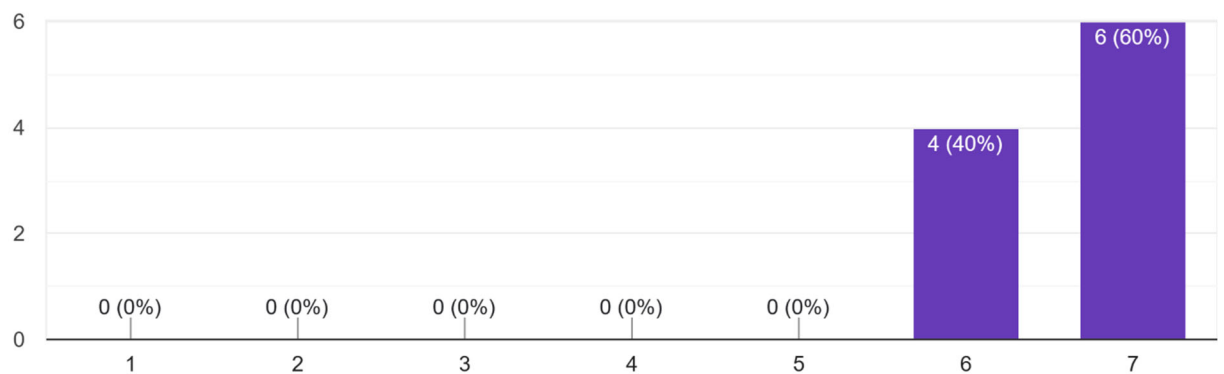
8. エビデンスの選択基準が明確に記載されている。

10 件の回答



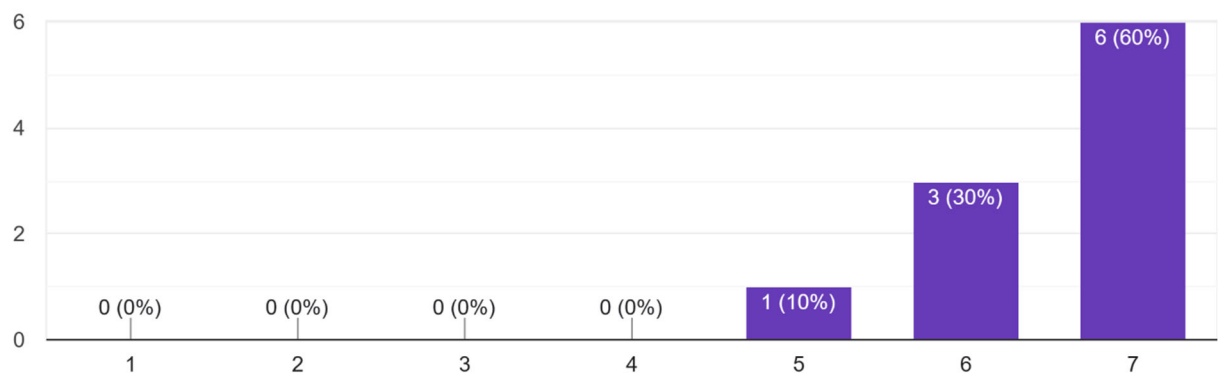
9. エビデンス総体の強固さと限界が明確に記載されている。

10 件の回答



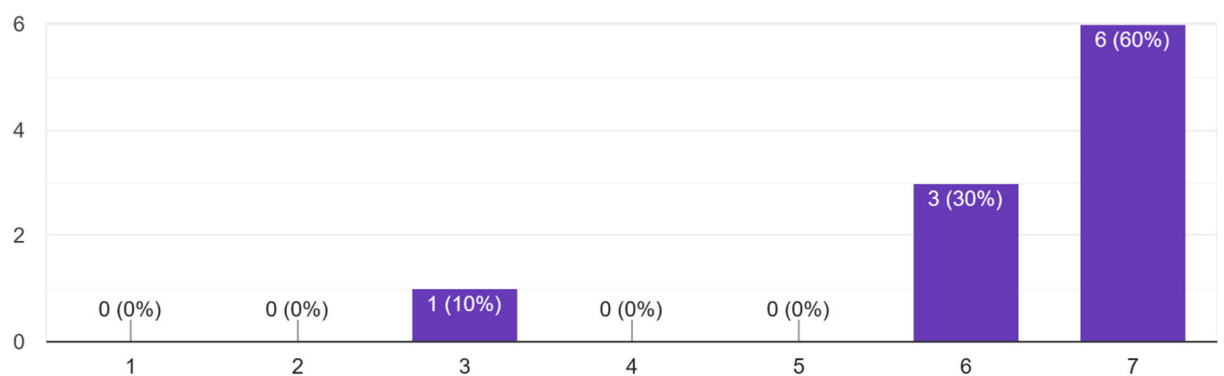
10. 推奨を作成する方法が明確に記載されている。

10 件の回答



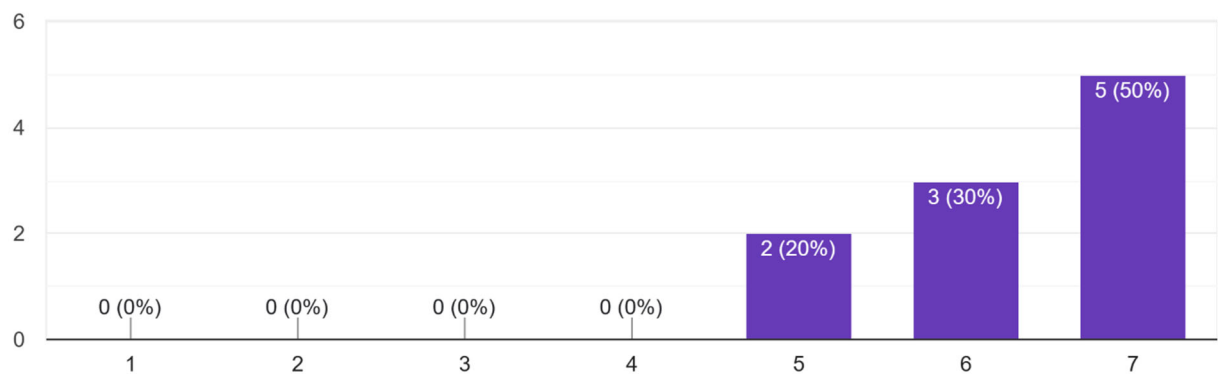
11. 推奨の作成にあたって、健康上の利益、副作用、リスクが考慮されている。

10 件の回答



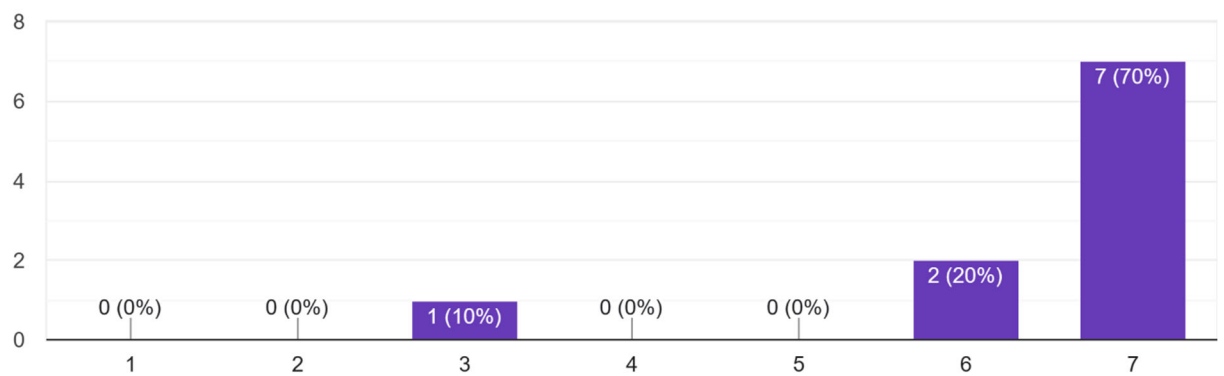
12. 推奨とそれを支持するエビデンスとの対応関係が明確である。

10 件の回答



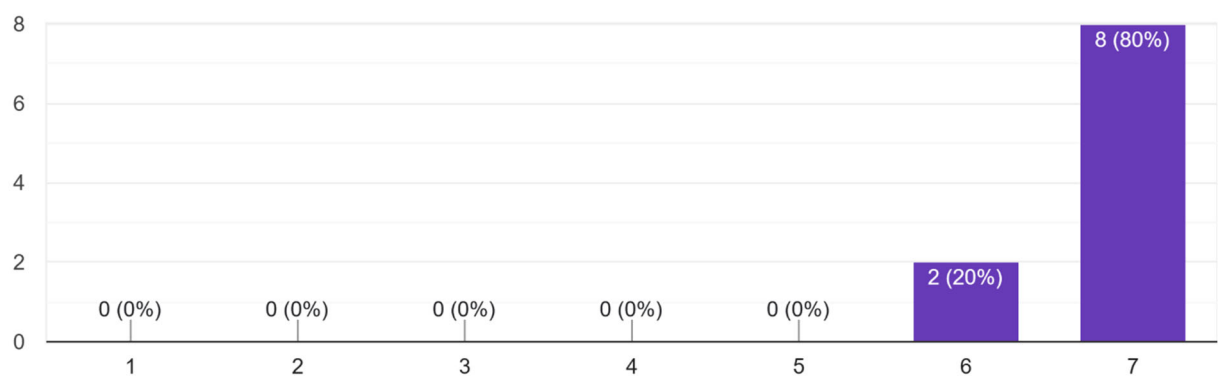
13. ガイドラインの公表に先立って、専門家による外部評価がなされている。

10 件の回答



14. ガイドラインの改訂手続きが示されている。

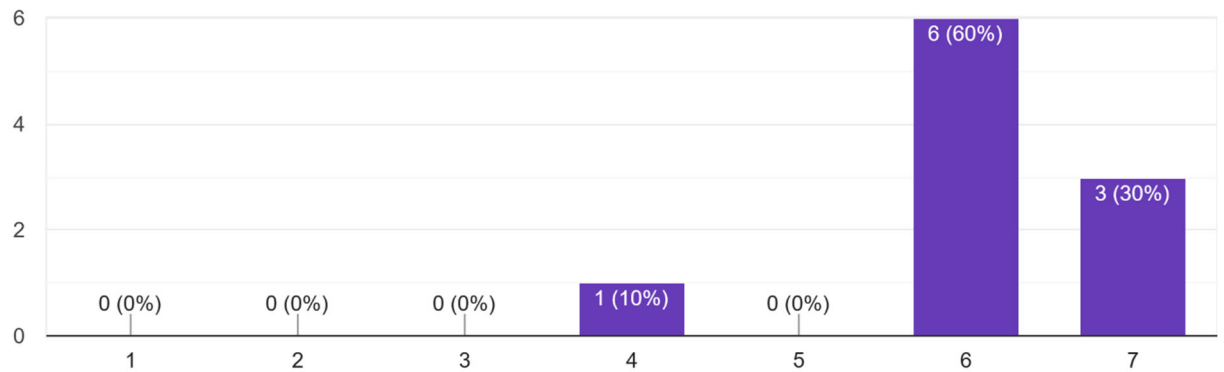
10 件の回答



領域 4 提示の明確さ

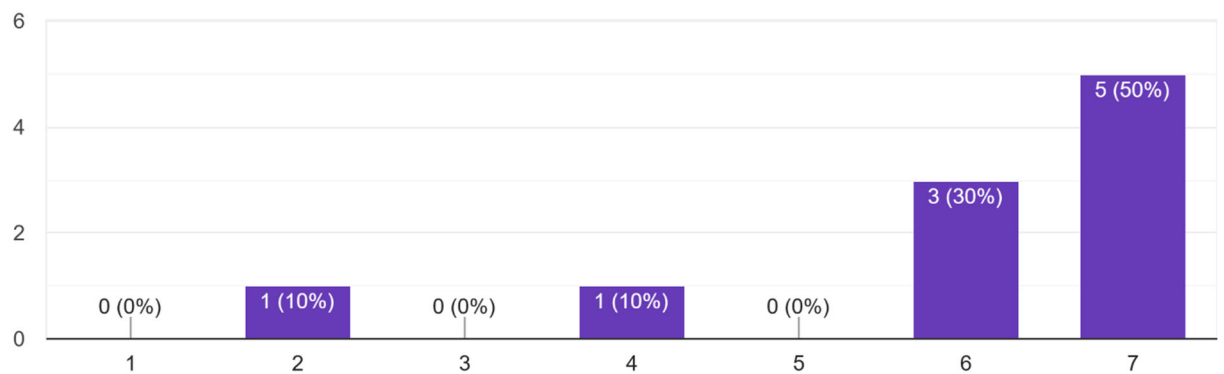
15. 推奨が具体的であり、曖昧でない。

10 件の回答



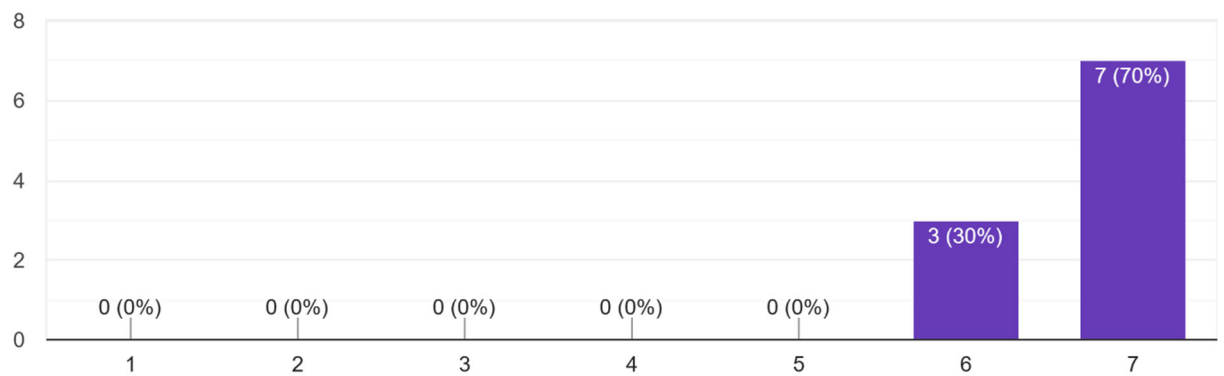
16. 患者の状態や健康上の問題に応じて、異なる選択肢が明確に示されている。

10 件の回答



17. 重要な推奨が容易に見つけられる。

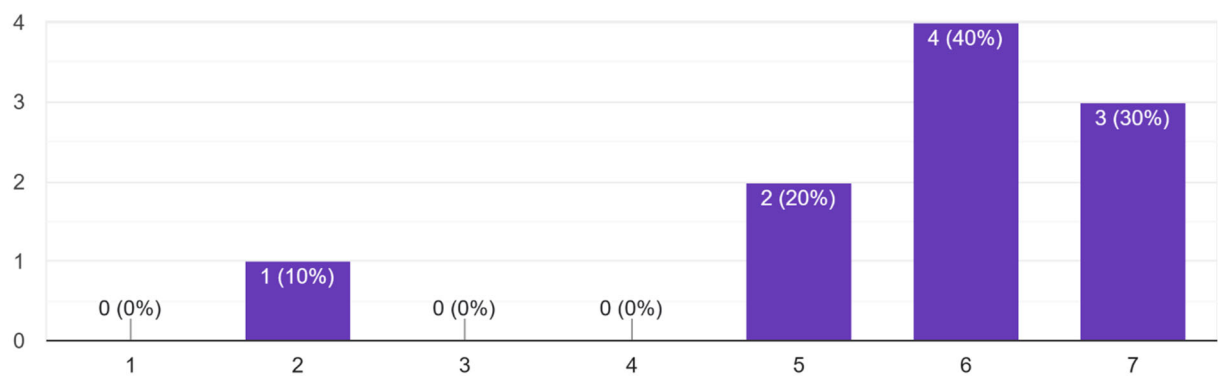
10 件の回答



領域 5 適応可能性

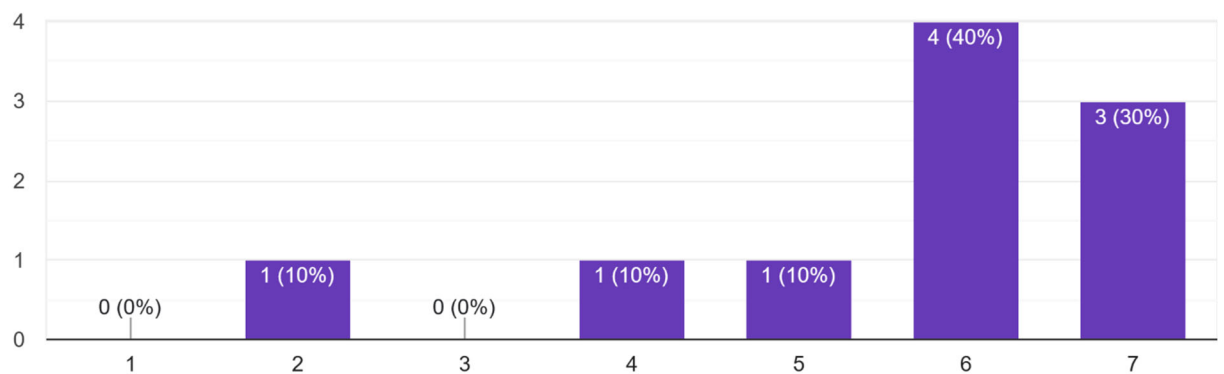
18. ガイドラインの適用にあたっての促進要因と阻害要因が記載されている。

10 件の回答



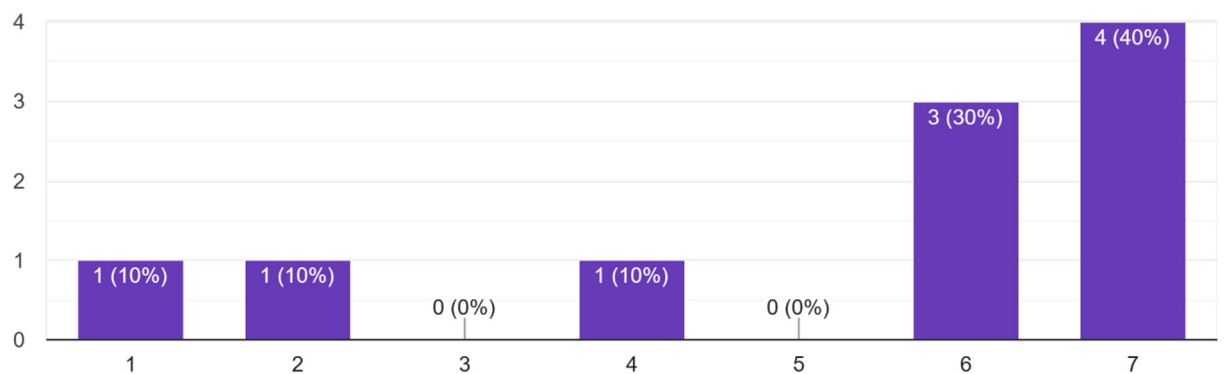
19. どのように推奨を適用するかについての助言・ツールを提供している。

10 件の回答



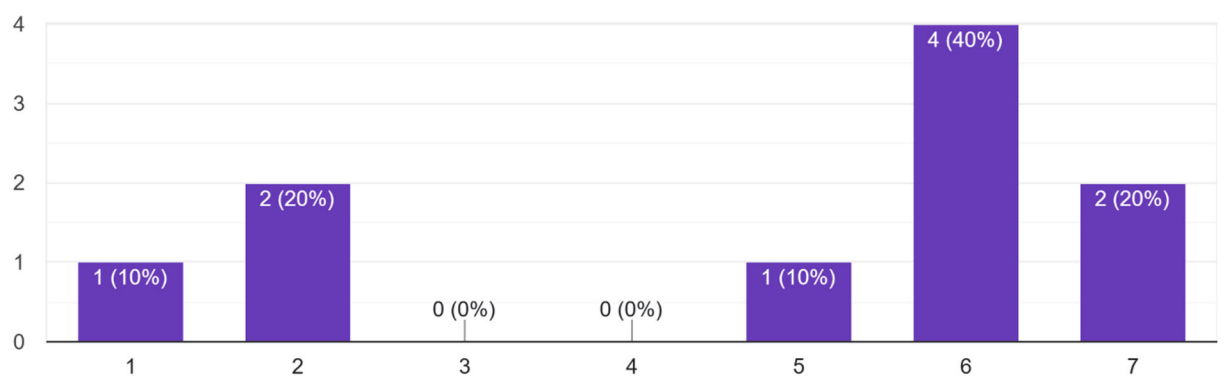
20. 推奨の適用に対する、潜在的な資源の影響が考慮されている。

10 件の回答



21. ガイドラインにモニタリングや監査のための基準が示されている。

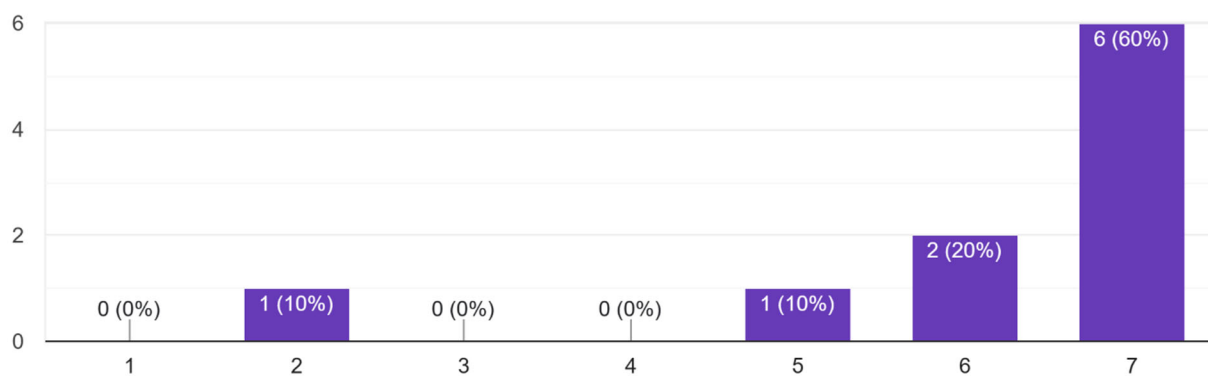
10 件の回答



領域 6 編集の独立性

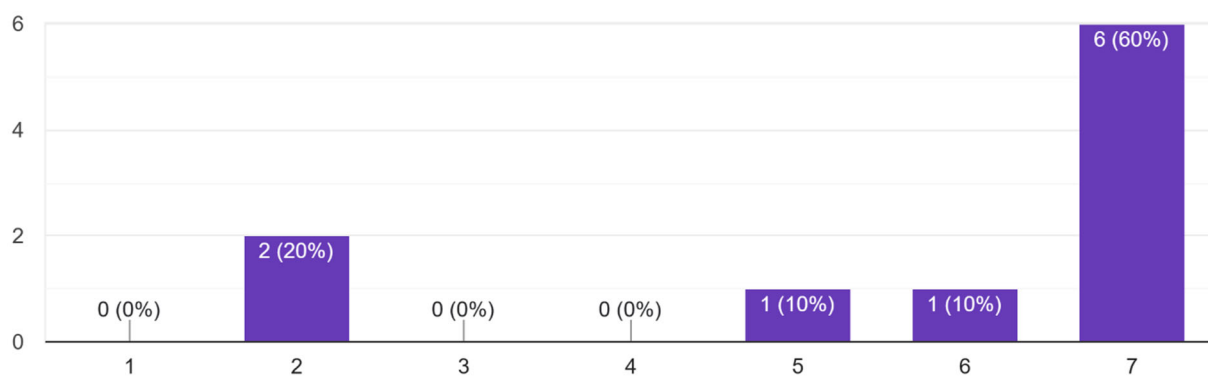
22. 資金提供者の見解が、ガイドラインの内容に影響していない。

10 件の回答



23. ガイドライン作成グループメンバーの利益相反が記録され、適切な対応がなされている。

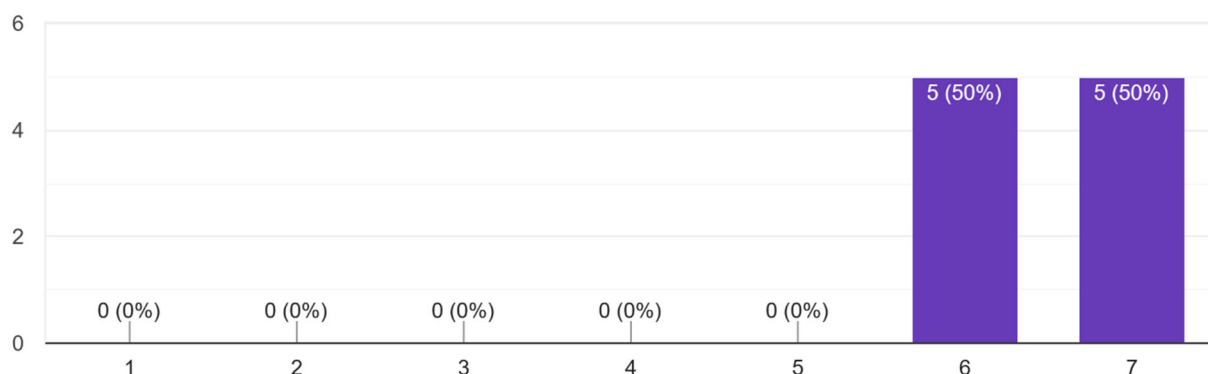
10 件の回答



ガイドライン全体の評価

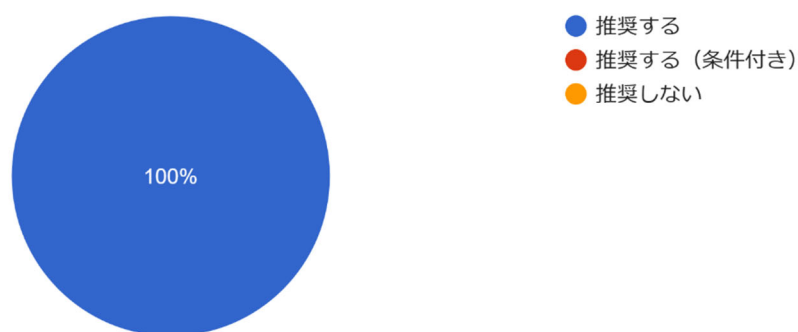
1. このガイドラインの全体の質を評価する。

10 件の回答



2. このガイドラインの使用を推奨する。

10 件の回答



ガイドライン評価委員の意見

- 「行わないことを弱く推奨する」などのガイドライン特有の表現は日本語として不適切と感じています。次回には、この点も再検討をお願いしたいところです。
- 非常に質の高いガイドラインと思いました。適切にレビューされており、かつその治療に関わる資源や費用も考慮して判断されているので分かりやすいと思いました。ただ、第1章のガイドラインの概要のところでのこのガイドラインは主要な対象は医療従事者となっているけど、医師以外の医療従事者、患者及びその家族にも参考となる情報を提供するとなっています。しかし、素人にはこの内容は理解できず、医師がこのガイドラインを利用して治療に関する費用やリスク、その他に関する情報を患者および家族に提供すること

になると思う。なので、医師が患者やその家族に説明する際に参考となる情報を提供するツールとしての意味も兼ねているというような表現にした方が正しいような気がする。患者やその家族と情報を共有するのが目的であれば、患者様のガイドラインが必要になってくると思う。でも、それが必要かという、それよりは医師が分かりやすい言葉でガイドラインの詳細なデータを基に解説する方が良いかと思う。

- COI が提示されていない理由が不明。
- ガイドライン委員について、外科医が多く疫学、病理、緩和ケアの専門家が少ないように感じた。益と害のバランスについて、治療の有害事象については少し記載されているが、QOL についての記載は殆ど見当たらなかった。ガイドラインの目的に記載されている患者及び家族の理解に役立つ内容になっているか患者会にも詳細に確認すべきと考えられた。COI や資金提供者の見解が内容に影響しているか否かは、ガイドラインを読むだけでは判断できなかった。
- 患者向けの分かり易いガイドラインが必要である。

5. 食道癌診療ガイドラインの使用状況に関するアンケート調査

食道癌診療ガイドライン出版から半年が経過した 2023 年 4 月から 5 月の 2 か月をアンケート調査期間として、377 名の会員から回答を得た。377 名中 78%が外科医と圧倒的に多く、経験年数は 20－25 年 26.8%、15－20 年 24.1%、25－30 年 17%と 15 年以上の経験を積んだ医師への関心が高く、評議員と理事で 64.5%、食道外科専門医認定・準施設で 77.5%と専門性高い医師とその施設が大部分を占めていた。また、食道外科専門医認定・準認定施設以外の 200 床以上の病院も 19.1%を占めており、認定・準認定施設以外でも中規模以上の施設で関心が寄せられた。出版後半年における使用回数は、10 回以上が 63.9%を占め、その使用目的は治療方針決定が 60.7%と最多で、参考にした章は食道癌治療のアルゴリズム 55.1%、切除不能進行・再発食道癌 49.7%、外科治療 38.3%、集学的治療 31.4%の順で、75.3%がガイドラインを患者によく適応でき、ガイドラインが大きく診療に影響を与えた 56.8%、多少影響を受けた 41.6%と回答し、74.7%に診療方針が決めやすくなったと回答した。CQ に関しては 91.2%が適切、改定間隔は現行通り（4 年ごと）56.5%で最多回答であったが、約 40%（2 年 19.6%、3 年 20.2%）が治療開発のスピード化による改訂間隔の短縮を求めている。

〈 コメントのまとめ 〉

- ・ガイドラインの電子化・アプリ化
- ・患者向けのガイドラインの作成
- ・食道胃接合部腺癌の治療戦略
- ・周術期の ICI 使用法
- ・T3r、T3br、T4 の診断基準の明瞭化
- ・緩和医療に関する診療ガイドライン
- ・周術期の栄養管理とドレーン管理
- ・術後のサーベイランス
- ・頸部食道がんの治療ガイドライン
- ・陽子線と重粒子線の治療効果
- ・高齢者食道癌の治療ガイドライン