

# 第1回婦人科腫瘍診療に関するアンケート調査（平成23年2月）最終解析報告書

平成23年12月17日

公益社団法人日本産科婦人科学会医療改革委員会

委員長： 海野 信也

調査担当者：委員・主務幹事 高倉 聡

調査協力者：永田 知映（慈恵医大）

## 1. アンケート調査の目的

全国の日本産科婦人科学会専攻医指導施設と婦人科腫瘍登録施設における婦人科腫瘍症例の取扱い状況とその診療提供体制を調査し、今後の体制整備へむけた施策立案のための基本情報を収集することを目的にアンケート調査を行った。

## 2. アンケート対象施設

専攻医指導施設 734 施設、腫瘍登録施設 14 施設、計 748 施設であり、医学部・医科大学附属病院（医育施設）114 施設、がん専門病院 16 施設、その他の病院 618 施設を対象とした。なお、本会の専攻医指導施設は 737 施設であるが、明らかに周産期医療に特化している 3 施設は施設に確認の上、除外した。

## 3. アンケート回答率

483 施設/748 施設（64.57%）より回答を得た。施設種別では医学部・医科大学附属病院（以下図表では、大学と表記）では 90 施設/114 施設（78.95%）、がん専門病院（同、がん専門）13 施設/16 施設（81.25%）、その他の病院（同、その他）380 施設/618 施設（61.49%）であった（表1）。

表1 アンケート回答率（施設種別）

	送付 施設数	回答 施設数	回答率 (%)
医学部・医科大学 附属病院(医育機関)[大学]	114	90	78.95
がん専門病院[がん専門]	16	13	81.25
その他の病院[その他]	618	380	61.49
総計	748	483	64.57

本調査では全国を11の地域（北海道、東北、北陸、関東、甲信、東海、近畿、中国、四国、九州、沖縄）に分けて集計している。地域毎の回答率は53.33%（四国）から73.68%（九州）の間であった（表2）。

表2 アンケート回答率（地域別）

	送付 施設数	回答 施設数	回答率 (%)
医学部・医科大学 附属病院(医育機関)[大学]	114	90	78.95
がん専門病院[がん専門]	16	13	81.25
その他の病院[その他]	618	380	61.49
総計	748	483	64.57

## 4. 人員

回答のあった483施設で常勤として勤務する産婦人科医総数は3705人であり、1施設あたりでは7.68人であった。産婦人科専門医数（PPTでは以下、専門医と表記）は2766人（平成22年11月10日での産婦人科専門医総数は12200人）であり、1施設あたりでは5.75人で

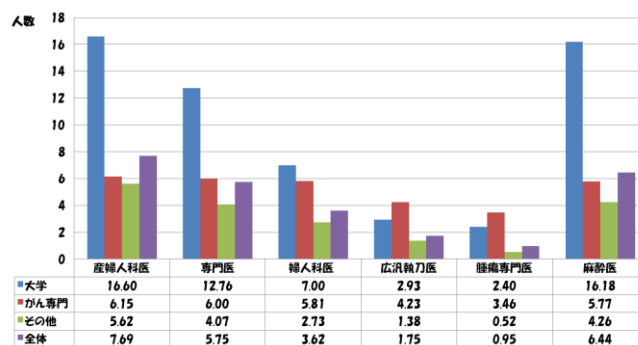
あった。婦人科腫瘍臨床にたずさわっている実人数(同、婦人科医)は1722人であり、1施設あたりでは3.61人、(施設の基準で)指導者なしで広汎性子宮全摘術を執刀できる人員(同、広汎執刀医)は841人、1施設あたりでは1.74人であった。婦人科腫瘍専門医数(含む暫定指導医、同、腫瘍専門医と表記)は457人、1施設あたりでは0.95人であった。なお、正しくは暫定指導医は平成22年4月30日で失効しているため、質問文に(含む暫定指導医)としたのは誤りであった。なお、婦人科腫瘍専門医は婦人科腫瘍学会に問い合わせたところ平成23年1月18日で518人、平成23年5月1日で575人である。これらの施設で常勤として勤務する麻酔科医(同、麻酔医)は3041人、1施設あたり6.44人であった(表3)。

表3 人員

	総数	平均値	標準偏差	中央値
産婦人科医数[産婦人科医]	3705	7.68	7.75	5
産婦人科専門医数[専門医]	2766	5.75	5.03	4
婦人科腫瘍臨床にたずさわっている実人数[婦人科医]	1722	3.61	3.07	3
指導者なしで広汎性子宮全摘術を執刀できる人数(施設の基準)[広汎執刀医]	841	1.75	1.53	2
婦人科腫瘍専門医数(含む暫定指導医)[腫瘍専門医]	457	0.95	1.45	0
麻酔医数[麻酔医]	3041	6.44	6.60	4

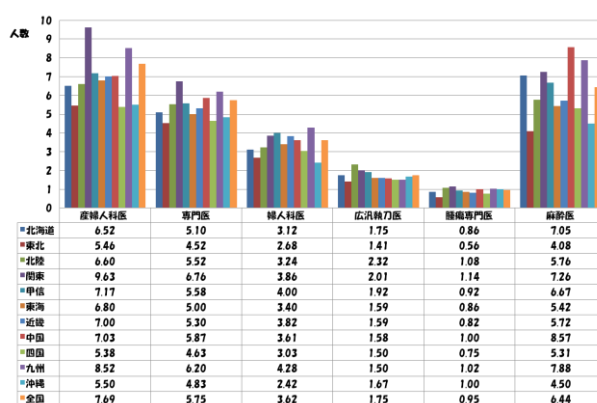
施設毎の産婦人科医、産婦人科専門医、麻酔科医は大学附属病院ががん専門病院やその他の病院より有意に多かった(p<0.05)。しかしながら、婦人科腫瘍臨床にたずさわっている実人数では大学病院は7.00人とその他の病院(2.73人)より有意に多いが(p<0.05)、がん専門病院(5.81人)とは差がなかった。さらに、指導者なしで広汎性子宮全摘術を執刀できる人員や婦人科腫瘍専門医はがん専門病院で最も多く、大学病院、その他の病院の順であった(p<0.05)。大学病院では周産期医療や生殖・内分泌分野に多くの人員が従事しているためと推察される(図1)。

図1 施設毎人員(施設種別平均値)



地域間では施設毎人員が東北や四国で少ない傾向はあるものの有意差は認められなかった(図2)。

図2 施設毎人員(地域別平均値)



産婦人科医が不足していると回答した施設は360施設(76.6%)で、ちょうどいいとした施設は109施設、過剰であると回答した施設は1施設のみであった。不足していると回答した施設は大学病院、がん専門病院、その他の病院でそれぞれ79.3%、75.0%、76.0%であった(表4)。

表4 人員の過不足(施設種別)

	大学	がん専門	その他	全体
産婦人科医				
足りない	69	9	282	360
(%)	(79.3)	(75.0)	(76.0)	(76.6)
ちょうどいい	18	3	88	109
過剰である	0	0	1	1
婦人科医				
足りない	67	9	262	338
(%)	(77.0)	(75.00)	(73.0)	(73.8)
ちょうどいい	20	3	96	119
過剰である	0	0	1	1

地域別では東海が88.2%と最も高く、次いで東北が84.6%であった(表5)。

表 5 人員の過不足（地域別）

	北海道	東北	北陸	関東	甲信	東海	近畿	中国	四国	九州	沖縄	全国
産婦人科医												
足りぬ	15	33	19	109	8	45	63	21	10	33	4	360
(%)	(71.4)	(84.6)	(79.2)	(76.8)	(66.7)	(88.2)	(70.8)	(70.0)	(71.4)	(78.6)	(66.7)	(76.6)
ちょうどいい	6	6	5	32	4	6	26	9	4	9	2	109
過剰である	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
婦人科医												
足りぬ	13	26	16	104	6	44	64	18	13	31	3	338
(%)	(65.0)	(72.2)	(66.7)	(75.9)	(50.0)	(88.0)	(72.7)	(62.1)	(86.7)	(75.6)	(50.0)	(73.8)
ちょうどいい	7	10	8	32	6	6	24	11	2	10	3	119
過剰である	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1

産婦人科医の施設当たりの不足人員は 1.86 人であり、回答された施設あたりの不足人員を合計すると全体で 879 人の不足となる。なお、過剰であると回答した施設は 1 施設のみ（過剰人員は質問していない）であったので、これはアンケート回答施設全体での不足数とみなしてよいと思われる。施設種別では施設あたり大学病院で 3.84 人、がん専門病院で 1.23 人、その他の病院で 1.42 人の不足との回答であった（表 6）。

表 6 必要人員（施設種別）

	産婦人科医				婦人科医			
	総数	施設毎 平均値	標準 偏差	中央値	総数	施設毎 平均値	標準 偏差	中央値
大学	334	3.84	3.25	3	187	2.17	1.76	2
がん専門	16	1.23	0.93	2	13	1.38	1.04	2
その他	529	1.42	1.22	1	388	1.04	0.89	1
全体	879	1.86	2.00	2	593	1.26	1.18	1

地域別では施設あたり東海の 2.20 人不足が最多であり、次いで東北の 2.15 人であった（表 7）。

表 7 必要人員（地域別）

	産婦人科医				婦人科医			
	総数	施設毎 平均値	標準 偏差	中央値	総数	施設毎 平均値	標準 偏差	中央値
北海道	39	1.83	2.36	1	20	0.95	1.12	1
東北	80	2.15	2.37	2	41	1.06	1.07	1
北陸	50	1.98	2.33	1	27	1.13	1.15	1
関東	304	2.10	2.19	2	202	1.41	1.28	1
甲信	27	2.08	3.30	1	14	1.17	2.29	0
東海	110	2.20	1.88	2	85	1.69	1.14	2
近畿	135	1.49	1.62	1	100	1.10	0.96	1
中国	42	1.35	1.52	1	30	0.97	1.17	1
四国	18	1.13	0.97	1	20	1.30	0.80	2
九州	71	1.76	1.41	2	50	1.25	1.09	1
沖縄	5	1.00	1.22	1	5	0.83	1.17	1
全国	879	1.86	2.00	2	593	1.26	1.18	1

5. 年間婦人科悪性腫瘍新規症例数（非手術例を含む）

回答のあった施設の子宮頸癌（上皮内癌を除く）総数は 7165 人、子宮体癌（癌肉腫を含む）総数は 8201 人、卵巣癌（境界悪性腫瘍を除く）・卵管癌・腹膜癌総数は 7067 人、これらの総計は 22419 人である（表 8）。独立行政法人国立研究センター がん対策情報センターの全国がん罹患モニタリング集計 2006 年罹患数・率報告での主要部位別全国罹患数（推計値）2006 年では子宮 18642 人（子宮頸部 8968 人、子宮体部 8629 人）、卵巣 7913 人であり、これらの総計は 26555 人であるので、今回集計された症例は卵管癌・腹膜癌が含まれていることを考慮しても本邦の年間の子宮・卵巣の悪性腫瘍の 80%以上を占めるものと考えられる。

表 8 婦人科悪性腫瘍新規症例数（年・非手術例を含む）

	総数	施設毎 平均値	標準 偏差	施設毎 中央値
子宮頸癌(上皮内癌を除く)	7165	14.95	20.61	7
子宮体癌(癌肉腫を含む)	8201	17.12	19.00	12
卵巣癌(境界悪性腫瘍を除く)・ 卵管癌・腹膜癌	7067	14.78	15.12	11
全体	22419	46.90	52.66	30

22419 人の新規症例の 38.65%は大学病院で、10.66%はがん専門病院で、50.69%はその他の病院で治療を受けている。また、施設毎の年間新規症例数は 46.90 人であり、大学病院で 98.45 人、がん専門病院で 183.85 人、その他の病院で 30.14 人であった（有意差あり  $p < 0.05$ ）。がん専門病院や大学病院は施設毎の症例数は多いが、そこで治療を受けている患者は全体の半分に満たない（表 9）。

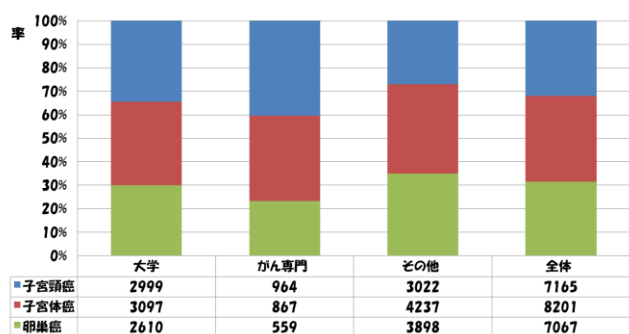
表 9 婦人科悪性腫瘍新規症例数（施設種別 年・非手術例を含む）

	総数	疾患別総数		%	施設毎 平均値	疾患別施設毎 平均値		標準偏差	施設毎 中央値
		子宮頸癌	子宮体癌			子宮頸癌	子宮体癌		
大学	8664	2999	3097	38.65	98.45	33.70	34.80	62.70	80
		2610	29.33						
がん専門	2390	964	867	10.66	183.85	74.15	66.69	92.82	179
		559	43.00						
その他	11365	3022	4237	50.69	30.14	8.49	11.24	30.14	21
		3898	10.37						
全体	22419	7165	8201	100	46.90	14.95	17.12	52.66	30
		7067	14.78						

施設種別に疾患別新規症例の割合をみるとがん専門病院では治療例に占める子宮頸癌の割合が大学病院やその

他の病院より高く、卵巣癌の占める割合が低い(p<0.001) (図3)。

図3 疾患別新規症例の割合 (施設種別 年・非手術例を含む)



地域別で施設毎の新規症例数は九州で63.57と最多であったが、有意差は見られなかった(表10)。

表10 婦人科悪性腫瘍新規症例数 (地域別 年・非手術例を含む)

	総数	施設毎平均値	標準偏差	施設毎中央値
北海道	823	41.15	46.04	26
東北	1314	33.69	43.72	18
北陸	1041	41.64	38.54	39
関東	7487	51.63	61.26	35
甲信	589	49.08	34.63	46
東海	2365	46.38	48.48	30
近畿	4072	44.75	56.12	22
中国	1412	45.55	36.86	38
四国	566	35.38	48.91	16
九州	2670	63.57	51.76	53
沖縄	79	13.17	11.05	11
全国	22419	46.90	52.66	30

婦人科悪性腫瘍新規症例数を増やせる・現状維持・減らすつもりか質問したところ、198施設(41.08%)が増やせると回答し、全体では3415例増加可能との回答であった。それに対して減らすつもりであると回答した施設は19施設に過ぎず、全体で66例減らすつもりとのことであり、全体で差し引き3349例増やすことが可能であることになる。しかしながら、産婦人科医として879人もの人員がたりないとしている結果とは矛盾がある。また、増やせるとしながら、増やせない場合の理由にするしなど付けている施設が多数みられたことなどを考えると、多くの施設は実際には条件付きで増やせるということが実状であろう(表11)。

表11 婦人科悪性腫瘍新規症例数 増やせる・現状維持・減らすつもり

	施設数	%	増減総数
増やせる	198	41.08	3415
現状維持	265	54.98	0
減らすつもり	19	3.94	-66
全体	482	100	3349

婦人科悪性腫瘍新規症例数を増やせないもしくは減らすつもりとした施設に理由を聞いたところ(複数回答可)産婦人科医の不足が最多であった。それ以外では増やせない理由として使用できる手術室の不足を120施設(45.28%)があげていたが、病床の不足をあげた施設は57施設(21.52%)にすぎなかった(表12)。

表12 婦人科悪性腫瘍新規症例数を増やせない・減らすつむりの理由

理由	増やせない(265)		減らすつむりの施設(19)	
	施設数	%	施設数	%
産婦人科医の不足	207	78.11	17	89.47
麻酔科医の不足	91	34.34	5	26.32
看護師の不足	63	23.77	2	10.53
使用できる手術室の不足	120	45.28	2	10.53
病床の不足	57	21.51	2	10.53
放射線治療医の不足	42	15.85	4	21.05
放射線治療設備の不足	54	20.38	3	15.79
外来化学療法室の不足	31	11.70	3	5.26
その他	29*	10.94	7*	36.84

\*婦人科腫瘍専門医・技術の不足、他分野(周産期等)に重点をおいているなど

## 6. 手術室数

回答のあった施設の手術室総数は3838室、1施設あたりでは8.04室であった。手術室数は大学病院>がん専門病院、その他の病院であり(p<0.05)、地域間では有意差はなかった。1コマは手術室を全日使用できるとすると産婦人科では全体で週当たり1554コマ使用可能であり、年間80808コマ使用可能である。夜間の緊急手術などが含まれないので正確ではないが、産婦人科医は1コマあたり2.51件の手術を行っている計算となる。なお、使用可能室(コマ)数/週は大学病院>その他の病院であり(p<0.05)、地域間では有意差はなかった(表13)。

表 13 手術室数・使用可能室（コマ）数/週

	総数	施設毎 平均値	標準 偏差	施設毎 中央値
手術室数	3838	8.04	3.78	7
大学	1095	12.17	3.95	12
がん専門	118	9.08	3.99	8
その他	2625	7.02	2.98	7
使用可能手術室(コマ)数/週	1554.5	3.46	2.15	3
大学	369.5	4.30	1.97	4
がん専門	53.5	4.12	2.12	4
その他	1131.5	3.23	2.16	3

## 7. 病床数

回答のあった施設の産婦人科総病床数は23562床であり、1施設当たりでは49.3床、産婦人科医1人あたりでは6.35床であった。大学病院>その他の病院であり(p<0.05)、地域間では有意差はなかった。なお、婦人科病床総数は9554床であり、施設当たりでは20.07床、がん専門病院>大学病院>その他(p<0.05)、地域間では有意差なかった(表14)。

表 14 病床数

	総数	施設毎 平均値	標準 偏差	施設毎 中央値
産婦人科病床数	23562	49.39	72.22	38
大学	6269	70.44	112.86	52
がん専門	520	40.00	18.69	36
その他	16773	44.73	59.16	35
婦人科病床数	9554	20.07	13.77	18
大学	2686	30.18	12.18	30
がん専門	520	40.00	18.69	36
その他	9554	20.07	13.77	15

## 8. 手術数

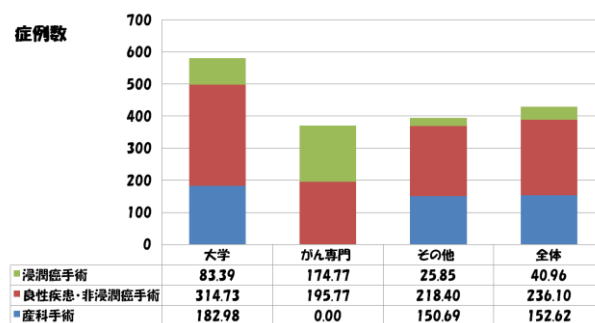
回答のあった施設の産婦人科手術件数(子宮内容除去術・子宮内膜試験掻爬を除く)の総数は203242件、婦人科手術件数(産科手術を除く)では130775件、婦人科浸潤癌手術件数は19128件である。また、施設当たりではそれぞれ429.68件、277.06件、40.96件である。施設種別にみると大学病院では581.10件、398.12件、83.39件、がん専門病院では370.54件、370.54件、174.77件、その他の病院では394.94件、244.25件、25.85件であった。産婦人科手術件数では大学病院>がん専門病院、その他の病院であり(p<0.05)、婦人科手術件数では大学病院、がん専門病院>その他の病院であり(p<0.05)、婦人科浸潤癌手術件数ではがん専門病院>大学病院>その他の病院であった(p<0.05)(表15)。

表 15 手術数(施設種別)

	総数	(%)	施設毎 平均値	標準 偏差	施設毎 中央値
産婦人科手術件数*1	203242	100	429.68	251.06	383
大学	52299	25.73	581.10	281.37	535
がん専門	4817	2.37	370.54	225.00	304
その他	146126	71.90	394.94	230.13	338
婦人科手術件数*2	130775	100	277.06	186.13	240
大学	35831	27.40	398.12	199.26	363
がん専門	4817	3.68	370.54	225.00	304
その他	90127	68.92	244.25	167.69	210
婦人科浸潤癌手術件数*3	19128	100	40.96	49.79	24
大学	7422	38.80	83.39	51.79	73
がん専門	2272	11.88	174.77	100.61	150
その他	9434	49.32	25.85	29.71	16

なお、産科手術件数=産婦人科手術件数-婦人科手術件数、良性疾患・非浸潤癌手術件数=婦人科手術件数-浸潤癌手術件数とすると、1施設あたりの産科手術件数は152.62件、良性疾患・非浸潤癌手術件数は236.10件、浸潤癌手術は前述したように40.96件である。施設種別の件数を図4に示した。

図 4 手術数(施設種別)



地域別では表16に示したように関東や九州で施設毎の手術件数が多い傾向があるが、有意差は認められなかった。

表 16 手術数(地域別)

	産婦人科手術件数*1		婦人科手術件数*2		婦人科浸潤癌手術件数	
	総数	施設毎 平均値	総数	施設毎 平均値	総数	施設毎 平均値
北海道	7725	386.25	5826	291.30	716	37.68
東北	13725	351.92	9096	233.23	789	21.32
北陸	9075	363.00	6141	245.64	808	32.32
関東	72999	496.59	45321	314.73	7081	49.17
甲信	4938	411.50	2493	207.75	544	45.33
東海	21187	423.74	13570	271.40	2039	42.48
近畿	34785	404.48	23425	269.25	3293	37.85
中国	12352	411.73	8060	260.00	1260	40.66
四国	5432	339.50	3450	215.63	520	32.50
九州	18786	447.29	12290	292.62	1995	47.50
沖縄	2238	373.00	1103	183.83	83	13.83
全国	203242	429.69	130775	277.07	19128	40.96

婦人科悪性腫瘍浸潤癌手術件数を増やせる・現状維持・減らすつもりか質問したところ、199施設(41.37%)が増やせると回答し、増やせるとする症例は全体では

3318 例であった。それに対して減らすつもりであると回答した施設は 19 施設に過ぎず、全体では 38 例減らすつもりとのことであり、全体で差し引き 3280 例増やすことが可能であることになる（表 17）。しかしながら、5 と同様で、人員が著しくたりないという調査結果とは矛盾する。また、本質問でも増やせない場合の理由にしるしなど付けている施設が多数みられたことなどを考えると、多くの施設は実際には条件付きで増やせるということが実状であろう。

表 17 婦人科悪性腫瘍浸潤癌手術件数 増やせる・現状維持・減らすつもり

	施設数	%	総数
増やせる	199	41.46	3318
現状維持	262	54.58	0
減らすつもり	19	3.96	-38
全体	480	100	3280

婦人科悪性腫瘍浸潤癌手術件数を増やせないもしくは減らすつもりとした施設に理由を聞いたところ産婦人科医の不足が最多であった。それ以外では増やせない理由として使用できる手術室の不足を 136 施設（52.71%）、麻酔科医の不足を 109 施設（42.25%）があげていたが、病床の不足をあげた施設は 52 施設（20.16%）にすぎなかった（表 18）。

表 18 婦人科悪性腫瘍浸潤癌手術件数を増やせない・減らすつむりの理由

理由	増やせない(258)		減らすつむりの施設(18)	
	施設数	%	施設数	%
産婦人科医の不足	200	77.52	18	100.00
麻酔科医の不足	109	42.25	4	22.22
看護師の不足	68	26.36	1	5.56
使用できる手術室の不足	136	52.71	2	11.11
病床の不足	52	20.16	1	5.56
その他*	22	8.53	3	16.67

\* 婦人科腫瘍専門医・技術の不足、他分野(周産期等)に重点をおいているなど

## 9. 医師あたりの年間執刀数

年間の産婦人科医 1 人当たりの産婦人科手術執刀件数は 54.85 件、全ての手術を 2 人で行うと仮定した場合術者もしくは第 1 助手の件数は 109.71 回となる。これはおおむね週 2 回手術に入り、その内 1 回は執刀する計算となる。指導者なしで広汎性子宮全摘術を執刀できる医師一人(重複なし)が全ての浸潤癌手術に入った場合こ

の医師が入る年間浸潤癌手術件数は 22.74 回である（表 19）。

表 19 医師あたりの年間執刀数

	総数	医師	医師数	医師あたりの執刀数(週あたり)*1	術者もしくは第一助手(週あたり)*2
産婦人科手術件数 (子宮内容除去術・子宮内膜試験掻爬を除く)	203242	産婦人科医	3705	54.85 (1.05)	109.71 (2.10)
婦人科手術件数 (産科手術を除く)	130775	婦人科医	1722	74.95 (1.46)	151.88 (2.92)
婦人科浸潤癌手術件数	19128	広汎執刀医	841	22.74*3 (0.43)	-

施設種別の医師あたりの年間執刀数を表 20 に、地域別の医師あたりの年間執刀数を表 21 にそれぞれ示した。これらは手術総数を医師数で割った値であり、施設あたりの値を平均したものではない。

表 20 医師あたりの年間執刀数(施設種別)

	総数	医師数	医師あたり執刀数
産婦人科手術件数*1	203242	3705*3	54.85
大学	52299	1494	35.01
がん専門	4817	80	60.21
その他	146126	2131	68.57
婦人科手術件数*2	130775	1722*4	74.65
大学	35831	630	56.91
がん専門	4817	76	63.80
その他	90127	1018	88.55
婦人科浸潤癌手術件数	19128	841*5	22.74*6
大学	7422	264	28.11
がん専門	2272	55	41.31
その他	9434	522	18.07

\* 1 子宮内容除去術・子宮内膜試験掻爬を除く、\* 2 産科手術を除く、\* 3 産婦人科医、\* 4 婦人科腫瘍臨床にたずさわっている医師、\* 5 指導者なしで広汎性子宮全摘術を執刀できる医師、\* 6 指導者なしで広汎性子宮全摘術を執刀できる医師一人が全ての浸潤癌手術に手術責任者として入ると仮定した場合の手術責任者件数

表 21 医師あたりの年間執刀数(地域別)

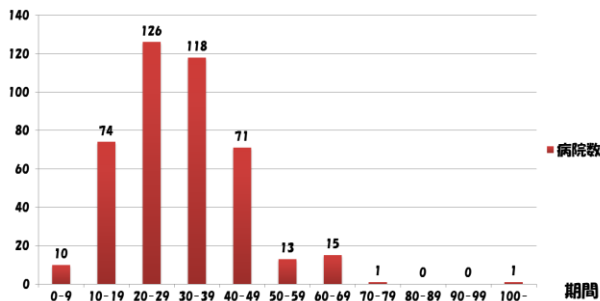
	産婦人科手術件数*1			婦人科手術件数*2			婦人科浸潤癌手術件数		
	総数	医師数*3	医師毎執刀数	総数	医師数*4	医師毎執刀数	総数	医師数*5	医師毎執刀数*6
北海道	7725	137	56.39	5826	66	88.95	716	35	20.46
東北	13725	213	64.44	9096	105	87.04	789	55	14.35
北陸	9075	165	55.00	6141	81	75.81	808	58	13.93
関東	72999	1425	51.23	45321	563	80.51	7081	298	23.76
甲信	4938	86	57.42	2493	48	51.94	544	23	23.65
東海	21187	347	61.05	13570	166	81.55	2039	81	25.17
近畿	34785	637	54.61	23425	344	68.08	3293	145	22.71
中国	12352	218	56.66	8060	112	71.96	1260	49	25.71
四国	5432	86	63.16	3450	49	71.13	520	24	21.67
九州	18786	358	52.47	12290	176	70.03	1995	63	31.67
沖縄	2238	33	67.82	1103	15	76.07	83	10	8.30
全国	203242	3705	54.85	130775	1722	74.65	19128	841	22.74

注釈は表 20 と同じ

## 10. 初診から婦人科悪性腫瘍手術までの期間

回答のあった施設の初診から婦人科悪性腫瘍手術までの期間は平均値で 28.36 日、中央値で 30 日であった。待ち期間が 50 日を超える施設が 30 施設 (6.99%)、60 日を超える施設が 17 施設 (3.96%) みられた (図 5)。

図 5 初診から婦人科悪性腫瘍手術までの期間



症例数が多い施設では初診から手術までの期間が長くなる傾向があり、年間症例数が 39 例以下の施設での手術までの期間は、それ以上の症例数の施設より有意に短かった ( $p < 0.05$ )。これを補正するため、(各病院初診から手術までの日数 × 各病院悪性手術数) ÷ 全悪性手術数を算出したところ、31.83 日であった (表 22)。

表 22 初診から婦人科悪性腫瘍手術までの期間

施設(年間症例数)	施設数	施設毎平均値	標準偏差	施設毎中央値
① 39例まで	257	25.05	21.00	21
② 40-69例	83	31.51	12.51	30
③ 70-99例	36	34.79	10.76	35
④ 100例以上	52	34.72	13.78	30
全施設	429	28.36	13.13	30

初診から婦人科悪性腫瘍手術までの期間と各因子の相関をみたところ、人員、手術室数や婦人科病床数が多い大規模施設、悪性腫瘍症例や手術数が多い施設ほど長い傾向があり、指導者なしで広汎性子宮全摘術を執刀できる医師一人あたりの浸潤癌手術数が多いほど長い傾向があった (表 23)。

表 23 初診から婦人科悪性腫瘍手術までの期間と各因子の相関 (全施設)

因子	相関係数	P値
産婦人科医数	0.19482	<0.0001
産婦人科専門医数	0.28027	<0.0001
婦人科医数	0.24879	<0.0001
広汎摘刀医数	0.23142	<0.0001
婦人科腫瘍専門医数	0.22278	<0.0001
麻酔医数	0.30320	<0.0001
産婦人科病床数	0.08915	0.0663
婦人科病床数	0.23073	<0.0001
子宮頸癌年間新規症例数	0.26817	<0.0001
子宮体癌年間新規症例数	0.27926	<0.0001
卵巣癌年間新規症例数	0.27104	<0.0001
悪性腫瘍年間新規症例数	0.28361	<0.0001
手術室数	0.30872	<0.0001
使用可能手術室(コマ)数/週	-0.06067	0.2115
産婦人科手術数/年	0.27183	<0.0001
婦人科手術数/年	0.25436	<0.0001
婦人科浸潤癌手術数/年	0.28853	<0.0001
産婦人科手術数/年/産婦人科医数	-0.06655	0.1709
婦人科手術数/年/婦人科医数	0.03602	0.4638
婦人科浸潤癌手術数/年/広汎摘刀医数	0.22655	<0.0001
申し込みから受診までの日数	0.08420	0.0815
自院での経過観察率(-2年)	0.04455	0.3618
自院での経過観察率(2-5年)	0.04507	0.3592
自院での死亡患者/死亡患者	-0.11050	0.0237
終末期患者の病床占有率	0.13829	0.0064

悪性腫瘍年間新規症例数 100 例以上の 52 施設だけみると、終末期患者の病床占有率が高い施設では長い傾向があった (表 24)。

表 24 初診から婦人科悪性腫瘍手術までの期間と各因子の相関 (悪性腫瘍年間新規症例数 100 例以上の 52 施設)

因子	相関係数	P値
産婦人科医数	0.06079	0.6686
産婦人科専門医数	0.09199	0.5166
婦人科医数	0.01011	0.9433
広汎摘刀医数	-0.03488	0.8061
婦人科腫瘍専門医数	-0.03672	0.7960
麻酔医数	0.04800	0.7459
産婦人科病床数	-0.04052	0.7755
婦人科病床数	-0.15435	0.2746
子宮頸癌年間新規症例数	0.05480	0.6996
子宮体癌年間新規症例数	0.01315	0.9263
卵巣癌年間新規症例数	0.12531	0.3761
悪性腫瘍年間新規症例数	0.07342	0.6086
手術室数	0.01919	0.8926
使用可能手術室(コマ)数/週	-0.16022	0.2664
産婦人科手術数/年	0.07868	0.5793
婦人科手術数/年	-0.04375	0.7605
婦人科浸潤癌手術数/年	0.10285	0.4681
産婦人科手術数/年/産婦人科医数	-0.04157	0.7698
婦人科手術数/年/婦人科医数	-0.01191	0.9339
婦人科浸潤癌手術数/年/広汎摘刀医数	0.9339	0.5025
申し込みから受診までの日数	0.19068	0.1757
自院での経過観察率(-2年)	0.02633	0.8530
自院での経過観察率(2-5年)	0.06996	0.6257
自院での死亡患者/死亡患者	0.25240	0.0770
終末期患者の病床占有率	0.30144	0.0316

施設種別では大学病院 > その他の病院であった ( $p < 0.05$ ) (表 25)

表 25 初診から婦人科悪性腫瘍手術までの期間(施設種別)

施設(年間症例数)	施設数	施設毎 平均値	標準 偏差	施設毎 中央値
大学	87	36.76	21.00	40
がん専門	13	30.00	12.51	30
その他	329	26.00	10.76	21
全施設	429	28.36	13.13	30

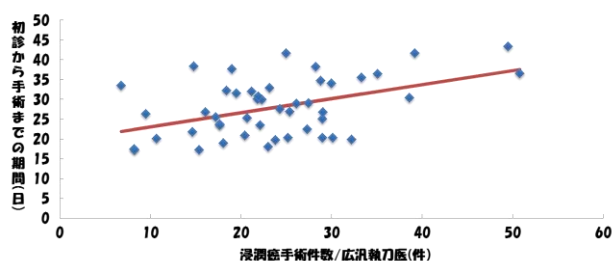
地域別では東海>北海道、北陸、近畿、中国、四国、九州 (p<0.05)、関東>北海道、北陸、近畿 (p<0.05)であった(表 26)。

表 26 初診から婦人科悪性腫瘍手術までの期間(地域別)

施設(年間症例数)	施設数	施設毎平均値	標準偏差	施設毎中央値
北海道	18	20.89	10.90	17
東北	34	28.29	10.65	30
北陸	24	22.52	12.35	21
関東	129	32.37	14.26	30
甲信	11	28.55	13.74	28
東海	45	35.85	15.00	30
近畿	83	26.11	9.77	25
中国	30	24.60	10.14	21
四国	14	22.21	8.32	21
九州	37	24.91	13.50	21
沖縄	4	17.25	3.20	18
全体	429	28.36	13.13	30

35 日以上平均期間がある都道府県は 9 県であり、都道府県別浸潤癌手術件数/指導者なしで広汎性子宮全摘術を執刀できる医師/年と都道府県別手術までの平均期間の間には強い相関(相関係数 0.46070、p=0.0011)が認められた(図 6)。なお、都道府県別産婦人科手術数/産婦人科医/年とは相関係数-0.05929、p=0.6922 であり、都道府県別婦人科手術数/婦人科医/年とは相関係数 0.28583 p=0.0515 であった。

図 6 都道府県別手術までの平均期間と医師当たりの手術症例数の相関



初診から婦人科悪性腫瘍手術までの期間を短縮するには何が必要かという質問では、産婦人科医の増員が 278 施設 (66.67%) と最多であり、使用できる手術室の

増加が 277 施設 (66.43%) とほぼ同数であった(表 27)。

表 27 初診から婦人科悪性腫瘍手術までの期間を短縮するには何が必要か?

理由	施設数 (417施設)	%
産婦人科医の増員	278	66.67
麻酔科医の増員	191	45.80
看護師の増員	99	23.74
使用できる手術室の増加	277	66.43
病床の増加	86	20.62
その他-記載なし	13	3.12
その他-放射線検査室の増加	24	5.76
その他-婦人科腫瘍専門医(技術ある医師)の増加	4	0.96
その他-短縮の必要なし	6	1.44
その他-病理診断の迅速化	4	0.96

### 1.1. 初診の予約

初診に予約が必要な施設は 79 施設 (16.6%) であり、申し込みから受診までの日数は 7.62 日であった(表 28)。

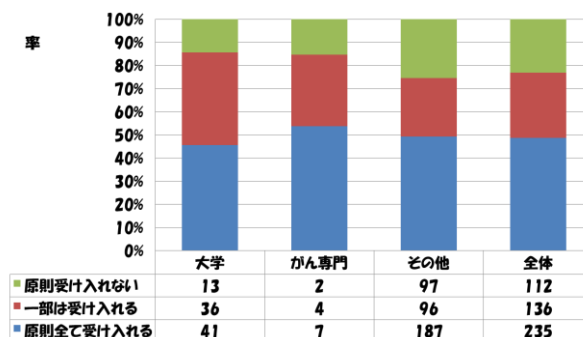
表 28 初診の予約

	施設数	%	申し込みから受診までの日数		
			平均値	標準偏差	中央値
予約不要	397	83.40%			
予約必要	79	16.6%	7.62	6.32	7

### 1.2. 他院治療中・治療後の悪性腫瘍患者の受け入れ

他院治療中・治療後の悪性腫瘍患者の受け入れについては原則受け入れるが 235 施設 (48.76%)、一部は受け入れているが 136 施設 (28.15%) に対して原則受け入れないとした施設が 112 施設 (23.19%) があった。大学病院とその他の病院で有意差を認めた (p<0.01) (図 7)。

図 7 施設種別他院治療中・治療後の悪性腫瘍患者の受け入れ



また、受け入れには地域による違いもあり関東地方は他のほとんどの地域と比べ受け入れする施設の割合が低かった(図 8、表 29)。



図 8 地域別他院治療中・治療後の悪性腫瘍患者の受け入れ

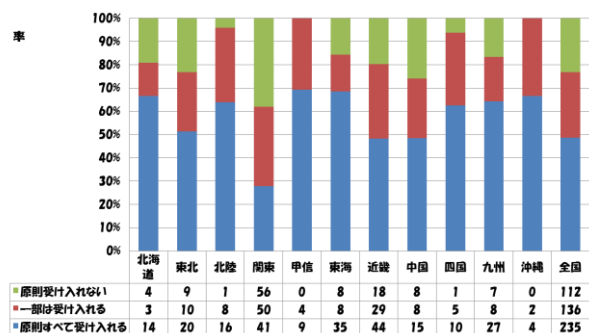


表 29 地域別他院治療中・治療後の悪性腫瘍患者の受け入れの差異

	北海道	東北	北陸	関東	甲信	東海	近畿	中国	四国	九州	沖縄
北海道	ns	ns	0.01	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
東北	ns	ns	0.05	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
北陸	ns	ns	0.001	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
関東	0.01	0.05	0.001	0.01	0.001	0.01	ns	0.01	0.001	0.05	ns
甲信	ns	ns	ns	0.01	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
東海	ns	ns	ns	0.001	ns	0.05	ns	ns	ns	ns	ns
近畿	ns	ns	ns	0.01	ns	0.05	ns	ns	ns	ns	ns
中国	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
四国	ns	ns	ns	0.01	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
九州	ns	ns	ns	0.001	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
沖縄	ns	ns	ns	0.05	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

\* 数値 (p 値) が記載されている箇所は有意差あり

一部受け入れるとした施設にどのような患者は受け入れるとかを質問した (複数回答可)。131 施設が回答し、手術後の後療法目的では 81.68%であるが、初回治療後一回目の再発・再燃例では 67.94%、二回目以降の再発・再燃例、複数の治療に抵抗性の例では 56.49%と徐々に下がり、緩和医療目的では 38.17%であった。予後不良な状態となった他院治療中の患者は受け入れ先が少なくなっていくことが明らかになった (表 30)。

表 30 一部受け入れ (こういう患者は受け入れる)

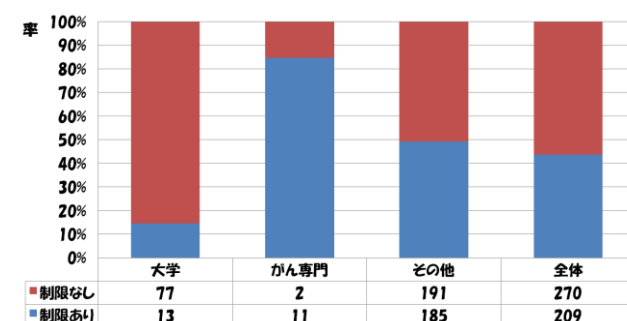
受け入れる患者	施設数 (131施設)	%
手術後の後療法目的	107	81.68
初回治療後一回目の再発・再燃例	89	67.94
二回目以降の再発・再燃例、複数の治療に抵抗性の例	74	56.49
臨床試験もしくは治験対象例	38	29.01
緩和医療目的	50	38.17
その他(その他の欄は設定なし)	1	0.76

### 1.3. 合併症などのリスクをもつ悪性腫瘍患者の受け入れ

合併症などのリスクをもつ悪性腫瘍患者の受け入れを制限していない施設は 270 施設 (56.37%) であったのに

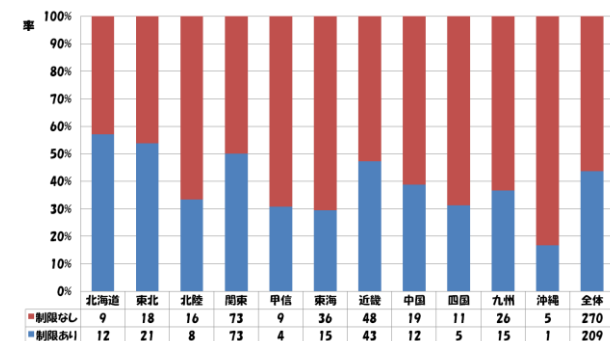
対して、制限しているとした施設が 209 施設 (43.63%) あった。アンケート対象施設が日本産科婦人科学会専攻医指導施設と婦人科腫瘍登録施設という中核病院であることを考えるとかなり高い数字であると考えられる。制限ありはがん専門病院>その他の病院 (p<0.05)、がん専門病院・その他の病院>大学病院 (p<0.001) であった (図 9)。

図 9 施設種別合併症などのリスクをもつ悪性腫瘍患者の受け入れ



また、地域による違いもみられ、東海<北海道、東北、関東、近畿 (p<0.05) であった (図 10)。

図 10 地域別合併症などのリスクをもつ悪性腫瘍患者の受け入れ



受け入れできないリスクの実例をあげて、該当するもの全てにしるしをつけてもらったところ、180 施設から回答があった。精神疾患患者、心不全患者、透析患者で受け入れできないとする回答が多かったが、1 年以内に発作をおこした喘息患者やインスリンもしくは血糖降下剤の投与が必要な糖尿病患者も受け入れ不可とした施設も見受けられた (表 31)。

表 31 受け入れできないリスク

合併症	受け入れできない施設数	%
85歳以上の高齢者	32	17.78
1年以内に発作をおこしている喘息患者	16	8.89
外来で投薬治療中の統合失調症患者 (統合失調症のための入院の必要はない)	94	52.22
インスリンもしくは血糖降下剤の投与が必要な糖尿病患者	25	13.89
NYHA II度の心不全患者(心疾患患者で日常生活が軽度から中等度に制限されるもの。安静時には無症状だが、普通の行動で疲労・動悸・呼吸困難・狭心痛を生じる)	74	41.11
NYHA III度の心不全患者(心疾患患者で日常生活が高度に制限されるもの。安静時には無症状だが、平地の歩行や日常生活以下の労作によっても症状が生じる)	137	76.11
透析が必要な腎不全患者	101	56.11
その他(自由記載欄は作製してなかったが、余白に記載あり)	9	5.00

は表 33 に示した。

図 12 地域別化学療法実施場所(シスプラチン使用時を除く)

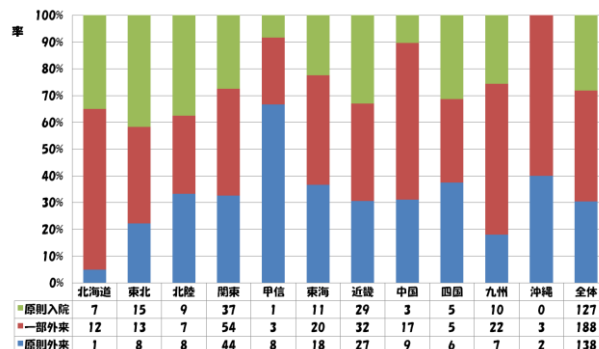


表 33 地域別化学療法実施場所の差異(シスプラチン使用時を除く)

	北海道	東北	北陸	関東	甲信	東海	近畿	中国	四国	九州	沖縄
北海道		ns	0.05	0.05	0.01	0.05	0.05	0.05	0.05	ns	ns
東北	ns		ns	ns	0.05	ns	ns	0.05	ns	ns	ns
北陸	0.05	ns		ns	ns	ns	ns	0.05	ns	ns	ns
関東	0.05	ns	ns		ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
甲信	0.01	0.05	ns	ns		ns	0.05	ns	ns	0.01	ns
東海	0.05	ns	ns	ns	ns		ns	ns	ns	ns	ns
近畿	0.05	ns	ns	ns	0.05	ns		0.05	ns	ns	ns
中国	0.05	0.05	0.05	ns	ns	ns	0.05		ns	ns	ns
四国	0.05	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns		ns	ns
九州	ns	ns	ns	ns	0.01	ns	ns	ns	ns		ns
沖縄	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	

\* 数値 (p 値) が記載されている個所は有意差あり

また、化学療法実施医師では産婦人科医が行っているとした施設が 88.91% (401 施設) をしめ、腫瘍内科医が関与している施設は 10.41% (47 施設) にすぎなかった (表 34)。

表 34 化学療法実施医師

実施医師	施設数	%
産婦人科医	401	88.91
腫瘍内科医	8	1.77
産婦人科医と腫瘍内科医が協力して	39	8.64
その他	3	0.66
	451	100

### 1 5. 放射線療法について

局所進行子宮頸癌に対する根治照射が可能かどうかきいたところ、外照射、腔内照射ともに可とした施設は 125 施設 (27.17%) にすぎず、自施設で治療が完遂できる施設は 4 分の 1 に過ぎないことが明らかになった。外照射のみ可一腔内照射は他施設にてとした施設は 219 施設 (47.60%)、施行できないとした施設は 116 施設 (25.21%) であった (表 35)。

### 1 4. 化学療法について

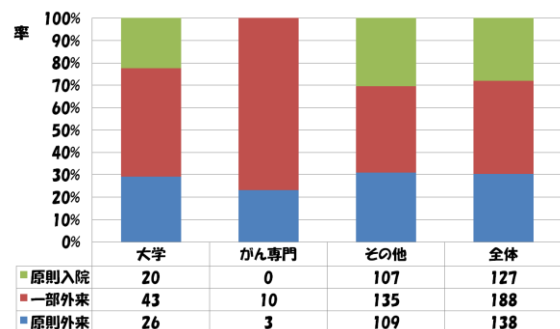
シスプラチン使用時を除く化学療法実施場所をきいたところ、原則外来としたのは 138 施設 (30.46%) にすぎなかった。一部外来としたのは 188 施設 (41.50%)、原則入院としたのは 127 施設 (28.03%) であった。外来化学療法の導入は十分でない現状が明らかになった (表 34)。

表 32 化学療法実施場所(シスプラチン使用時を除く)

	施設数	%	外来化学療法室ごと	各科外来ごと	記載なし
原則外来	138	30.46	115	1	22
一部外来	188	41.50	155	1	32
原則入院	127	28.03	-	-	-
計	453	100			

施設種別でその割合をみるとがん専門病院と大学病院で有意差あり (p<0.05)、がん専門病院とその他の病院で有意差あり (p<0.01) との結果となり、がん専門病院で外来化学療法の導入が進んでいることが明らかになった (図 11)。

図 11 施設種別化学療法実施場所(シスプラチン使用時を除く)



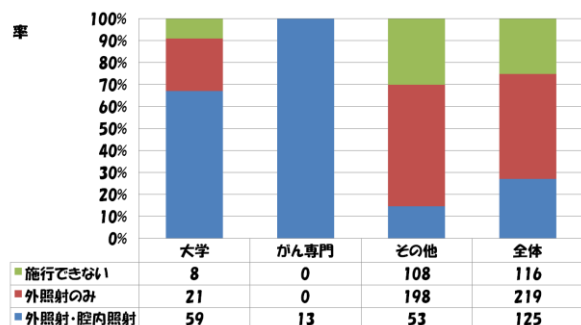
地域別でも違いがあり、甲信地方でその導入が進んでいるようである (図 12)。詳細な地域間の統計学的比較

表 35 局所進行子宮頸癌に対する根治照射の可否

	施設数	%	CCRT 可	CCRT 不可	記載 なし
外照射、腔内照射ともに可	125	27.17	113	1	11
外照射のみ可—腔内照射は他施設にて	219	47.60	198	4	17
施行できない	116	25.21	—	—	—
計	460	100			

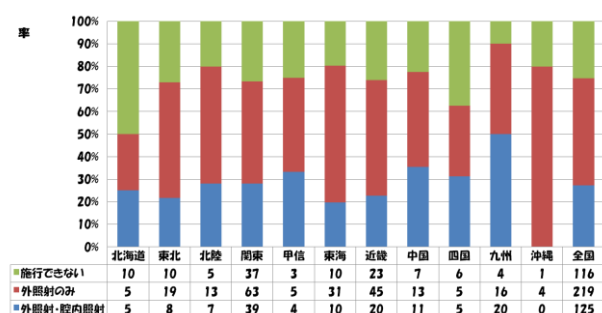
施設種別でその割合をみるとがん専門病院と大学病院で有意差あり (p<0.05)、がん専門病院とその他の病院で有意差あり (p<0.001)、大学病院とその他の病院で有意差あり (p<0.001) との結果であり、がん専門病院、次いで大学病院で子宮頸癌の放射線療法を行う環境が整っていることが明らかとなった。このことはがん専門病院で子宮頸癌患者の比率が高いことと関係があることが予想される (図 13)。

図 13 施設種別局所進行子宮頸癌に対する根治照射の可否



また、地域別でも違いがみられ、九州地方では根治照射が自施設で完遂できる施設の比率が高かった。統計学的には九州と北海道 (p<0.01)・東北 (p<0.05)・関東 (p<0.05)・東海 (p<0.01) に有意差があり、また、北海道と東海 (p<0.05) にも有意差を認めた (図 14)。

図 14 地域別局所進行子宮頸癌に対する根治照射の可否



また、外照射、腔内照射ともに可とした施設では施設あたり年間 35.94 人 (総数 4493 人) の子宮頸癌患者が治療を受けており、外照射のみ可—腔内照射は他施設に

てとした施設では 10.42 人 (2271 人)、施行できないとした施設では 2.95 人 (342 人) であった。施設毎での子宮頸癌症例数は 3 群間で有意差を認め (p<0.05)、放射線治療が全く施行できない施設では子宮頸癌の治療が行われない現状が明らかになった (表 36)。

表 36 局所進行子宮頸癌に対する根治照射の可否と子宮頸癌年間新規症例数

	施設数	治療 総数	施設毎 平均値	標準 偏差	施設毎 中央値
外照射、腔内照射ともに可	125	4493	35.94	27.69	30
外照射のみ可—腔内照射は他施設にて	218	2271	10.42	10.85	7
施行できない	116	342	2.95	4.38	2
計	459	7106	15.84	20.84	8

### 1.6. 悪性腫瘍患者の経過観察

悪性腫瘍患者の経過観察を自院で行っている割合をきいたところ、治療終了後 2 年以内では 94.51% (中央値 100%)、治療終了後 2 年以上 5 年以内でも 90.69% (中央値 99%) であった。一部施設を除きほぼ全員の経過観察をアンケート対象施設で行っていることが分かった。なお、施設種別、地域別の有意差も認められなかった。

(表 37)

表 37 悪性腫瘍患者の経過観察

経過観察	平均値	標準 偏差	中央値
治療終了後2年以内	94.51	14.52	100
治療終了後2年以上5年以内	90.69	16.52	99

この経過観察している割合を下げたいかどうかきいたところ、積極的に下げように対策しているが 29 施設 (6.58%)、考えてはいるが、対策はとっていないが 157 施設 (35.60%)、考えていないが 251 施設 (56.92%) という結果であった (表 38)。

表 38 悪性腫瘍患者の経過観察している割合を下げたいか

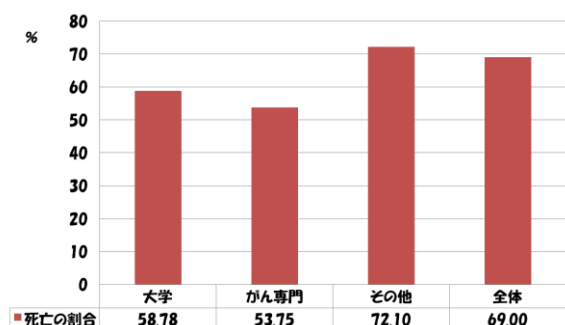
経過観察している割合を下げたいか?	施設数	%
積極的に下げように対策している	29	6.58
考えてはいるが、対策はとっていない	157	35.60
考えていない	251	56.92
その他	4	0.91
	441	100

### 1.7. 終末期医療

悪性腫瘍患者が亡くなるのが自施設である割合は平均 69%、中央値 80% であった。施設種別でその割合をみる

と、その他の病院（72.1%）>大学病院（58.78%）であり有意差を認めた（ $p<0.05$ ）（図 15）。

図 15 終末期医療 自施設での死亡の割合（施設種別）



また、地域別では東北、北陸、関東、東海、近畿>九州（ $p<0.05$ ）であった（図 16）。都道府県別でも、60%未満は 10 県（岐阜、滋賀、高知、福岡、大分、宮崎、長崎、熊本、鹿児島、沖縄）であり、全て西日本とりわけ九州地方では佐賀県を除く 6 県が 60%未満、その内、長崎県を除く 5 県が 50%未満であった（図 17）。地域により悪性腫瘍患者が亡くなるのが自施設である割合が大きく異なることが明らかとなった。

図 16 終末期医療 自施設での死亡の割合（地域別）

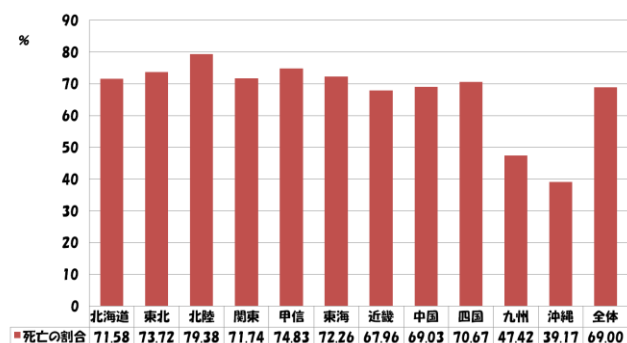
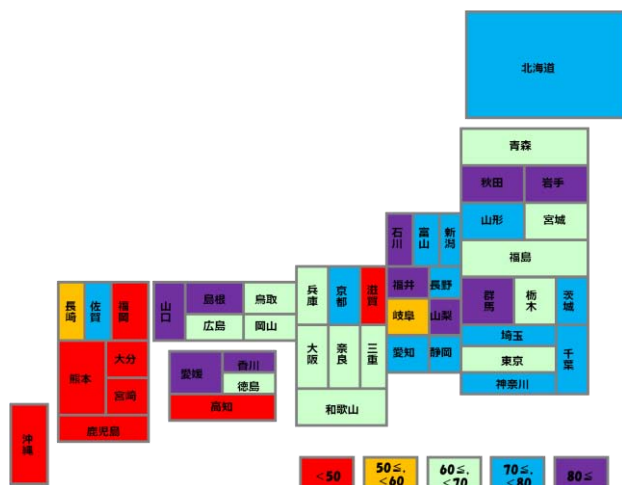


図 17 都道府県別自施設での死亡の割合



終末期患者での病床占有率は 8.21%であり全体で 784

床終末期医療に病床が使われていることとなる。なお、施設種別、地域別で有意差は認められなかった。

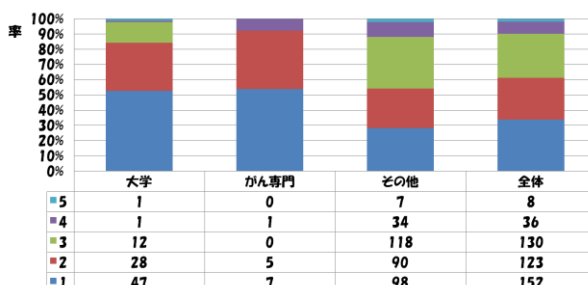
終末期医療を在宅や地域の医療施設で行っていく方がいいと考えますかという問いに対しては、積極的に対策し、成果がでて（きて）いるが 152 施設（33.85%）、対策しているが、あまり成果はでていないが 123 施設（27.39%）、考えているがあまり対策はとっていないが 130 施設（28.95%）、考えていない 36 施設（8.02%）であった。多くの施設で終末期医療を在宅や地域の医療施設で行っていく方がいいと考えていることが分かったが、反面、十分な結果がでていないことも分かった（表 39）。

表 39 終末期医療を在宅や地域の医療施設で行っていく方がいいと考えますか？

	施設数	%
1) 積極的に対策し、成果がでて（きて）いる	152	33.85
2) 対策しているが、あまり成果はでていない	123	27.39
3) 考えているが、あまり対策はとっていない	130	28.95
4) 考えていない	36	8.02
5) その他	8	1.78
	449	100

また、これらの比率を施設種別でみると大学病院とその他の病院で有意差あり（ $p<0.001$ ）、がん専門病院とその他の病院で有意差あり（ $p<0.05$ ）との結果であり、その他の病院では終末期医療を在宅や地域の医療施設で行っていく方がいいと考え対策をとっている施設が少ないことが明らかになった（図 18）。一方、地域別にも同様の集計を行ったが九州地方で積極的に対策し、成果がでて（きて）いるとした施設が多かったが統計学的有意差は認められなかった（図 19）。

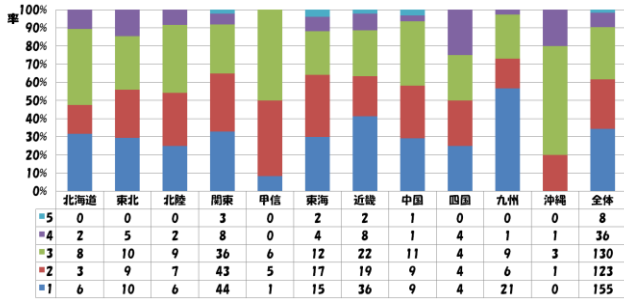
図 18 施設種別集計終末期医療を在宅や地域の医療施設で行っていく方がいいと考えますか？



\* 1) 積極的に対策し、成果がでて（きて）いる、2) 対策しているが、あまり成果はでていない 3) 考えているが、あまり対策はとっていない、4) 考えていない、

5) その他

図 19 地域別集計 終末期医療を在宅や地域の医療施設で行っていく方がいいと考えますか？



\*注釈は図 18 と同じ

終末期医療の体制では婦人科病棟にて、婦人科医が主に担当しているが、緩和ケアチームなどが積極的にサポートしているが 254 施設 (56.19%) と最多であった。60%以上の施設で緩和ケアチームなどが終末期医療に関与していることが分かったが、およそ 30%の施設では緩和ケアチームなどのサポートがないことも明らかになった (表 40)。

表 40 終末期医療の院内診療体制

体制	施設数	%
1) 施設内にホスピス(PCU)などがあり、専任スタッフが主に担当	34	7.52
2) 設内にホスピス(PCU)などはあるが、婦人科医が主に担当	14	3.10
3) 婦人科病棟にて、緩和ケアチームなどが主に担当	12	2.68
4) 婦人科病棟にて、婦人科医が主に担当しているが、緩和ケアチームなどが積極的にサポートしている	254	56.19
5) 婦人科病棟にて、婦人科医が主に担当(緩和ケアチームなどのサポートはあまりない)	123	27.21
6) その他	9	1.99
7) 1)+4) (設問は一つに○)	6	1.33
	452	100

\* 1)、3)、4)、7) : サポートあり ; 2)、5) : サポートなし

施設種別でみると、緩和ケアチームなどのサポートを受けていない施設の割合はその他の病院>大学病院であった (p<0.05)。その他の病院では緩和ケアチームなどの体制が整備されている施設が少ないことが明らかになった (図 20)。一方、地域別でも集計を行ったが統計学的有意差は認められなかった (図 21)。

図 20 施設種別終末期医療の院内診療体制

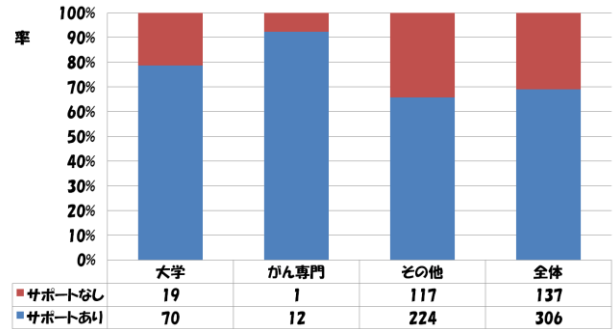
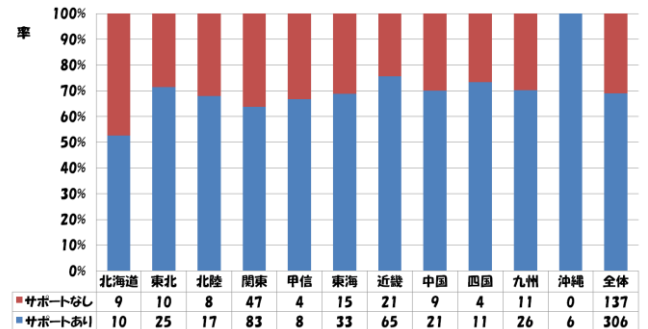


図 21 地域別終末期医療の院内診療体制



1.8. まとめ

1. 日本産科婦人科学会専攻医指導施設と婦人科腫瘍登録施設を対象に婦人科腫瘍診療に関するアンケート調査を行い、回答率は 64.7%(483/743)であった。
2. 回答施設において年間 22419 例の新規婦人科悪性腫瘍症例 (子宮頸癌、子宮体癌、卵巣癌) が治療されており、本邦での同疾患の年間新規治療例の 84.4% と推測される。
3. 回答施設において、悪性腫瘍患者の治療は 38.7%が大学附属病院で、10.7%ががん専門病院で、50.7%はその他の病院で行われている。
4. 回答施設において、人員の不足はあるものの、初診から婦人科悪性腫瘍手術まで平均 1 か月程度で行うことができている。しかしながら、手術までの期間が 60 日を超える施設も 4.0%存在する。
5. そのほとんどが中核病院である回答施設において、合併症などのリスクをもつ悪性腫瘍患者の受け入れ制限が 43.6%の施設で行われている。
6. 質の高い婦人科腫瘍の治療を迅速に供給するには、産婦人科専攻医の増加、婦人科腫瘍専門医の育成に加え、合併症に対応できる診療体制の構築、手術室

の増加・外来化学療法への導入・放射線治療可能施設数の増価・終末期医療の体制の充実・地域施設との連携などにむけたソフト・ハード両面の整備が必要である。

#### 19. 婦人科腫瘍委員会からのコメント

本調査の中間解析報告を平成23年10月の理事会で行い、同理事会にて婦人科腫瘍委員会での検討を依頼し、以下のごとく婦人科腫瘍委員会からコメントをいただいた。

公益社団法人日本産科婦人科学会  
医療改革委員会  
委員長 海野信也 先生

10月の理事会で検討依頼をいただきました「婦人科腫瘍診療に関するアンケート調査報告書」について、婦人科腫瘍委員会委員のコメントです。

「提言としての最後にまとめられた点につきと思います。」が、委員全員の一致したコメントでした。以下に各論でのコメントを記載いたします。

1. 専門医制度が質の高い医療を提供できる専門医の育成を目的に掲げていますが、専門医が十分に技量を発揮できる環境が整っていないければ絵に描いた餅です。人材の確保と育成、医療施設の整備とその地域間格差の解消といったこれまでの医療改革委員会が発信してきた産科医療についての提言がそのままあてはまると思います。
2. 専門医に対してのインセンティブも大きな要素ですので婦人科悪性腫瘍の手術点数が他科と比べて低い点は早急に改善するよう関係各方面に日産婦が主導して働きかけることが必要であると思います。
3. 放射線治療可能施設数の増加が指摘されています。外照射・腔内照射可能施設：27.2%、外照射のみの施設：47.6%となっており、根治照射に対してきわめて不十分な数値です。資金面もありますが、質の高い医療を提供するためにも速やかな

腔内照射の導入（これだけで74.7%となります）とIMRTなどの新たな外照射機器が今後必要かと思われま。

4. 外来化学療法に腫瘍内科医専門医の参画が少ないので婦人科腫瘍医だけではかなりの負担があり、マイナス面の可能性が指摘されます。まだ移行期かと思われまので機能分担を図るためにも積極的な腫瘍内科医の協力を求めることも重要かと存じます。

平成23年12月7日

婦人科腫瘍委員会  
青木 陽一