乳房再建に関するアンケート

実施概要と回収状況

- 2023年11月ー12月に認定および関連施設代表者宛にメールでアンケート依頼
  - アンケート回収率　　6.3% (64/1021)

- 2024年1月再度アンケート依頼 (2月末まで)
  - 最終アンケート回収率　　15.1%（154/1021)
    - 乳癌手術＋再建可能施設　　107施設
    - 乳癌手術のみ、再建他施設　　46施設
    - 再建手術のみの施設　　1施設

背景因子：回答者

		全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
年齢中央値（範囲）		55歳（32-73）	55歳 (32-73)	57歳 (34-73)	0.354
性別	男性	121 (78.6%)	84 (78.5%)	37 (80.4%)	0.689
	女性	32 (20.8%)	22 (20.6%)	9 (19.6%)	
	N/A	1 (0.6%)	1 (0.9%)	0	
専門分野	乳腺外科	143 (92.9%)	103 (96.3%)	40 (87.0%)	0.152
	消化器外科	1 (0.6%)	0	1 (2.2%)	
	呼吸器外科	1 (0.6%)	0	1 (2.2%)	
	一般外科	5 (3.2%)	2 (0.9%)	3 (6.5%)	
	その他	4 (2.6%)	2 (0.9%)	1 (2.2)	
資格	乳腺指導医	116 (75.3%)	91 (85.1%)	25 (54.4%)	0.0001
	乳腺専門医	137 (89.0%)	101 (94.4%)	36 (78.3%)	0.007
	乳腺認定医	91 (59.0%)	60 (56.1%)	31 (67.4%)	0.213
	外科指導医	93 (60.4%)	67 (62.6%)	26 (56.5%)	0.588
	外科専門医	140 (90.9%)	98 (91.6%)	42 (91.3%)	1.000
	形成外科専門医	3 (1.9%)	2 (1.9%)	0	1.000
	OPS学会認定責任医師	115 (74.7%)	94 (87.9%)	20 (43.5%)	<0.0001
	OPS学会認定実施医師	47 (30.9%)	39 (36.5%)	8 (18.2%)	0.0334

背景因子：施設

		全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
病床数	100未満 100-300未満 300-500未満 500以上	9 (5.8%) 22 (14.3%) 59 (38.3%) 64 (41.6%)	5 (4.7%) 8 (7.5%) 36 (33.6%) 58 (54.2%)	3 (6.5%) 14 (30.4%) 23 (50.0%) 6 (13.0%)	<0.0001
乳癌診療外科医、中央値（範囲）		4 (1-26)	4 (1-26)	2 (1-7)	<0.0001
乳腺外科医（常勤）、中央値（範囲） 乳腺外科医（非常勤）、中央値（範囲）		2 (0-14) 2 (0-16)	3 (1-14) 1 (0-16)	1 (0-7) 0 (0-3)	<0.0001 <0.0001
乳腺専門医、中央値（範囲） 乳腺指導医、中央値（範囲） 乳腺認定医、中央値（範囲）		2 (0-15) 1 (0-9) 2 (0-23)	2 (1-15) 1 (0-9) 2 (0-23)	1 (0-3) 1 (0-2) 1 (0-4)	<0.0001 <0.0001 <0.0001
外科専門医、中央値（範囲）		7 (0-42)	8 (1-42)	5 (1-30)	<0.0001
独立した診療科としての形成外科あり		114 (74.0%)	89 (83.2%)	24 (52.2%)	0.0001
形成外科医、中央値（範囲） このうち乳房再建医、中央値（範囲）		2 (0-78) 2 (0-51)	3 (0-41) 2 (0-14)	1 (0-78) 26 (1-51)	<0.0001 0.638
形成外科医（常勤）、中央値（範囲） このうち乳房再建医、中央値（範囲）		2 (0-31) 2 (0-10)	2 (0-31) 2 (0-10)	0 (0-10) 1 (1-1)	<0.0001 0.484
形成外科医（非常勤）、中央値（範囲） このうち乳房再建医、中央値（範囲）		1 (0-77) 1 (0-50)	1 (0-10) 0 (0-6)	1 (0-77) 25 (0-50)	0.035 0.469

背景因子：施設

	全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
一次再建実施	106 (69.3%)	106 (99.1%)	0	
TE挿入医師　形成外科	84 (54.9%)	84 (78.5%)	0	
乳腺外科	13 (8.5%)	13 (12.2%)	0	
両者	10 (6.5%)	10 (9.3%)	0	
インプラント入替　自施設	82 (53.6%)	82 (76.6%)	0	
他施設	21 (13.7%)	21 (19.6%)	0	
その他	4 (2.6%)	4 (4.7%)	0	

結果：手術、1次再建

	全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
乳癌手術総数、中央値（範囲）	106 (0-1265)	143 (0-1265)	57 (9-196)	<0.0001
全摘（Bt, SSM, NSM）数	60 (1-848)	85 (2-848)	30 (1-90)	<0.0001
全摘に対する1次再建数 全摘に対する1次再建率 全乳癌手術に対する１次再建率	10 (0-247)	10 (0-247) 12.5% (0-100) 6.4% (0-100)		
人工物による1次再建数 人工物による1次再建率	7 (0-212)	7 (0-212) 70.0% (0-100)		
TEによる1次再建数 TEによる1次再建率 Implantによる1次再建数 Implantによる1次再建数	6 (0-207) 0 (0-54)	6 (0-207) 100% (0-100) 0 (0-54) 0 % (0-100)		
自家移植による１次再建数 自家移植による１次再建率	2 (0-72)	2 (0-72) 21.5% (0-100)		
広背筋皮弁による1次再建数 広背筋皮弁による1次再建率 有茎腹直筋皮弁による1次再建数 有茎腹直筋皮弁による1次再建率 深下腹壁穿通枝皮弁による1次数 深下腹壁穿通枝皮弁による1次率	1 (0-35) 0 (0-14) 0 (0-37)	1 (0-35) 16.7% (0-100) 0 (0-14) 0% (0-100) 0 (0-37) 0% (0-100)		
その他の皮弁による１次再建：MS-2 1, PAP 2, PAP+局所皮弁1, 大腿深穿通枝皮弁4, sGAP/PMT/TAP1				
二次再建待機待ち数・率	1 (0-60), 18.9% (0-50.0)			

結果：手術、2次再建

	全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
全摘に対する2次再建数 全摘に対する2次再建率 全乳癌手術に対する2次再建率	1 (0-477) 10.3% (0-100) 5.9% (0-40.0)	1 (1-81) 11.0% (0-100) 5.9% (0-40.0)		
人工物による2次再建数 人工物による2次再建率	1 (0-477) 31.9% (0-100)	1 (1-81) 31.9% (0-100)		
TEによる2次再建数 TEによる2次再建率 Implantによる2次1期再建数 Implantによる2次1期再建数	0 (0-87) 18.2% (0-100) 0 (0-15) 5% (0-100)	0 (0-26) 23.1% (0-100) 0 (0-15) 0 % (0-100)		
自家移植による2次再建数 自家移植による2次再建率	2 (0-41) 0% (0-100)	2 (0-41) 0% (0-100)		
広背筋皮弁による1次再建数 広背筋皮弁による1次再建率 有茎腹直筋皮弁による1次再建数 有茎腹直筋皮弁による1次再建率 深下腹壁穿通枝皮弁による1次数 深下腹壁穿通枝皮弁による1次率	0 (0-15) 0% (0-100) 0 (0-2) 0% (0-100) 0 (0-34) 0% (0-100)	0 (0-15) 0% (0-100) 0 (0-2) 0% (0-100) 0 (0-34) 0% (0-100)		
その他の皮弁による 1 次再建：MS-2 1, PAP 2, 大腿深穿通枝皮弁1, 大腿内側皮弁 1,SGAP/PMT 1				
二期再建待機待ち数	0 (0-95)	0 (0-23)		

結果：現状把握（乳房再建時の形成外科医数、時間、手術室数）

		全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
全形成外科手術数に対する乳房再建術率（施設）		7% (0-100)	7% (0-100)		
全形成外科手術数に対する乳房再建術率（回答者）		10% (0-100)	10% (0-100)		
現時点で乳房再建術を行う上での					
形成外科医数	充足している 不足している その他	68 36 2	67 (64.4%) 35 (33.7%) 2 (1.9%)	その他の理由：自家再建の場合は招聘している、もっといてもいいと思いますがこなせてます	
	不足の場合の必要人数	1 (1-3)	1 (1-3)		
同時再建手術時間	充足している 不足している その他	70 31 2	69 (67.7%) 31 (30.4%) 2 (2.0%)	その他の理由：症例数少なく回答不可、術式による	
	不足の場合の必要時間数/週	5 (2-10)時間/週	5 (2-10)時間/週		
手術室数	充足している 不足している その他	78 28 1	76 (72.3%) 28 (26.7%) 1 (1.0%)	その他の理由：症例数少なく回答不可	
	不足の場合の手術室数	1 (1-2)	1 (1-2)		

結果：乳房全摘に対して50%の再建術を実施すると想定した場合（乳房再建時の形成外科医数、時間、手術室数）

		全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
形成外科医数	対応可能 対応困難 その他	31 76 2	30 (28.0%) 75 (70.1%) 2 (1.9%)	その他の理由：常勤がいない、形成外科医のことなのでわからない	
	不足の場合の必要人数	2 (1-30)	2 (1-30)		
同時再建手術時間	対応可能 時間不足 その他	37 66 3	35 (33.7%) 66 (63.4%) 3 (2.9%)	その他の理由：不明、時間の問題ではない術者の数、形成外科医のことなのでわからない	
	不足の場合の必要時間数/週	8 (2-30)時間/週	8 (2-30)時間/週		
手術室数	対応可能 手術室不足 その他	50 50 3	48 (47.5%) 50 (49.5%) 3 (3.0%)	その他の理由：乳腺外科・形成外科の手術枠は限られてる、術者の数が重要、不明	
	不足の場合の手術室数	1 (1-6)	1 (1-6)		

結果：

	全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
他院から直接（乳腺外科を経由せず）、形成外科へ二次乳房再建の依頼				
ありなし	44 61	43 (41.8%) 60 (58.3%)		
ありの場合の年間症例数 その二次再建に占める割合（他院/自＋他院）	0 (0-75) 0% (0-90)	0 (0-43) 0% (0-90)		
外科医からの紹介以外に乳癌患者へ乳房全摘術後の乳房再建ができることについてあなたが直接患者へ情報提供				
ありなし	44 49	43 (45.7%) 49 (52.1%)		
上記ありの場合のその内容	全摘の場合、全患者、手術方法を説明する際には必ず選択肢としてDA（decision aid）用の冊子を用いて説明、ホームページ、新聞へのコラム、外来にポスター掲示、外来で、地域連携、診察時、質問の意味がよくわかりません、学会、研究会活動、２次再建希望の可能性がある場合、治療が終了し経過観察の患者に対して、外来で尋ねられた場合、直接受診した場合、希望のある方全員、乳房以外の主訴での形成外科受診時、看護師から、術前説明時、			
形成外科からも乳癌患者へ情報提供を直接行いたいと思われますか？				
行いたい どちらかといえば行いたい どちらかといえば行いたくない 行いたくない その他	29 32 16 5 7	28 (31.1%) 32 (35.6%) 16 (17.8%) 5 (5.6%) 7 (7.8%)	その他の理由：形成外科の対応は不明、非常勤で確認できず、わからない、乳癌との兼ね合いがあるので窓口は乳腺かと。やりたいかやりたくないかという話ではないと思います、外科医なので回答できない、	

結果：

	全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
形成外科から乳癌患者へ情報提供を直接行う場合、どのような手段があると思いますか。（自由記載となります）				
患者教育、講演会・セミナーを行う。乳がん検診会場で啓発する。DA用冊子を用いる。市民公開講座、SNS、乳腺外科と病状の確認などのやり取りが有ったうえで。ホームページ。再建可能な年齢、乳房再建に適する乳房形態を情報提供したい。形成外科外来の受診。乳腺外科初診時に形成外科からの乳房再建の案内も渡してもらい、興味ある患者さんには話を聞きにきてもらう。パンフレット、動画。乳腺外科医からのコンサルト（乳房再建の説明）、メディアでの発信、院内での掲示や冊子の配布、乳腺外科外来に説明動画や紙媒体の配布を配備する、病院の広報など、啓蒙活動、紹介、当院では非常勤の形成外科外来があり、乳腺外科から形成外科に積極的に紹介しています。切除後の再建希望の人が外来受診する。カンファランス、併診				
形成外科からも乳癌患者へ情報提供を直接“行いたくない”“できれば行いたくない”理由				
再建を押し付ける感じにしたくない。乳癌と診断された人の精神状態にもよるが過多な情報で混乱させたくない。乳腺外科と病状の確認などのやり取りが有ったうえで。対応できる手術枠が不足しているため。非常勤なので時間の調整が難しい。時間的余裕がない。常勤形成外科医は乳房再建手術に積極的に関わっていないため。興味がある、聞いてみたいという患者には行うことは問題ない。外科医の紹介なしに情報提供を行う状況がどのようなものか良く分からないから。現在でも詳細は形成外科医から情報提供をしているため。まずは癌の治療が最優先であり、安易な再建を避けるため。適応など情報の不一致・齟齬を生じる可能性。説明に時間が掛かるため、再建希望患者のみに説明を行いたいから。再発リスクなどを絡めて説明するには乳腺外科の介入が必要。現状（乳腺外科からの情報提供）で十分に感じるから。乳癌局所治療が優先されるため。				

結果：

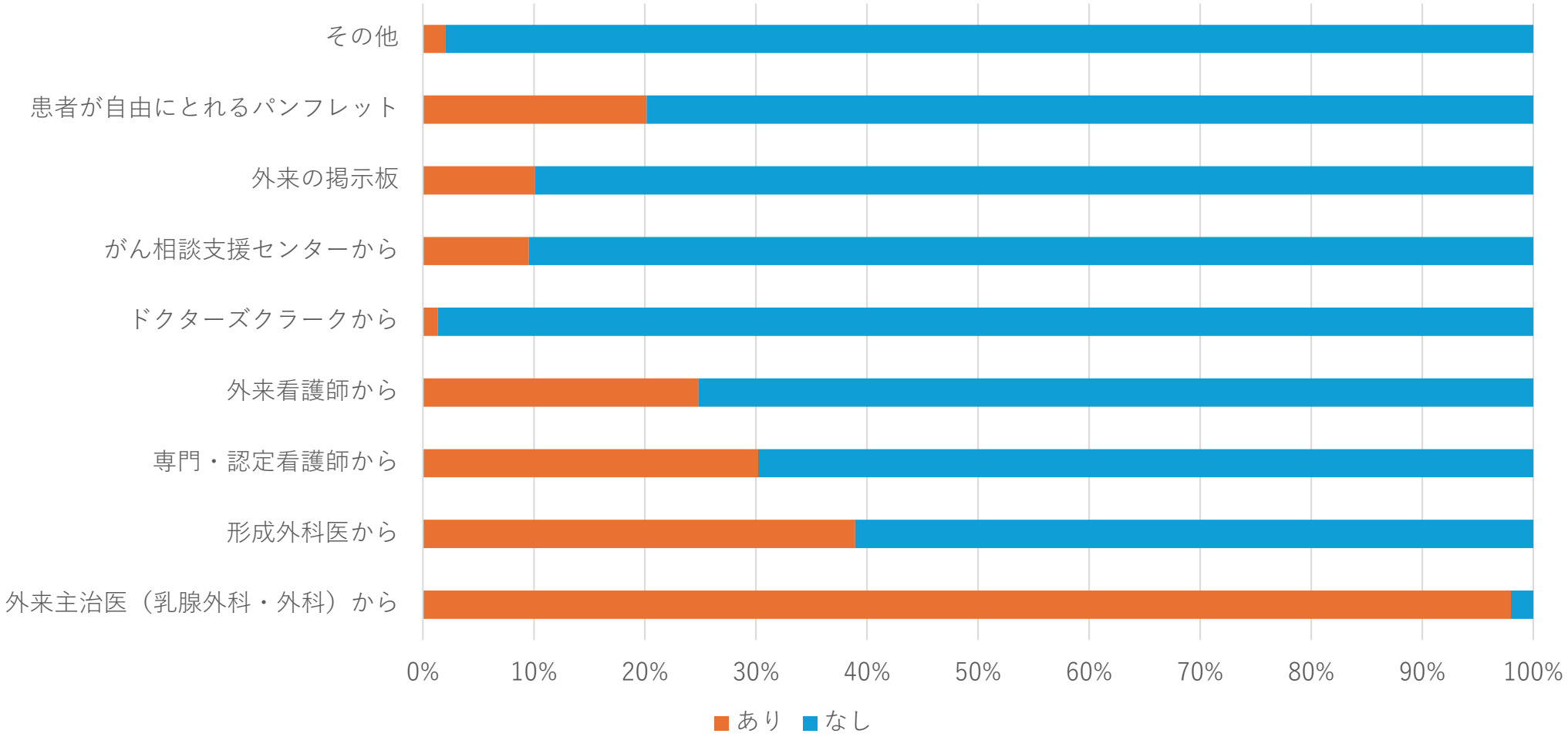
	全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
乳腺外科医に組織拡張器挿入を指導していますか（複数回答可）				
自施設内であれば可能 出向して他施設への指導も可能 乳腺外科医への指導はしない	44 13 36	44 (41.2%) 12 (11.2%) 36 (33.6%)		
乳腺外科医への指導はしない理由	自科で行っている、1名を除いて理由への記載なし			
乳腺外科医への指導は実施していない」方へ、今後、乳腺外科医に組織拡張器挿入を指導することが可能ですか。N=36				
自施設内であれば可能 出向して他施設への指導も可能 今後も乳腺外科医への指導はしない その他	32 (88.9%) 4 (11.1%) 6 (16.7%) 3 (8.3%)	32 (88.9%) 4 (11.1%) 6 (16.7%) 3 (8.3%)	その他の理由：形成外科領域の手術のため	
今後も乳腺外科医への指導はしない	TEの位置が再建の整容性の結果に重要であるため、時間調整が困難(非常勤)、自分自身の経験値不足のため、乳腺外科医からの要望がないため			

結果：情報提供

	全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
貴施設では乳房全切除術が必要な患者へ乳房再建について情報提供していますか。				
はい いいえ その他	149 (97.4%) 2 (1.3%) 1 (0.6%)	104 (98.1%) 1 (0.9%) 1 (0.9%)	45 (97.8%) 1 (2.2%) 0	0.5886
いいえの理由 その他の理由	患者さんから申し出があった場合に他院へ紹介している。 適応のない患者、希望しない患者には提供しない。			

18. 貴施設では乳房全切除術が必要な患者へ乳房再建について情報提供していますか。

上記18で「はい」と答えらえれた149施設にお伺いします。患者への乳房再建について誰が患者へ情報提供を行っていますか。（複数回答可）



結果：情報提供

	全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
「はい」の場合の情報提供時期, n=149				
初診時	9 (5.8%)	9	0	0.0976
乳癌診断直後全身検索前	29 (18.8%)	19	10	
初期治療決定前	45 (29.2%)	29	16	
初期治療決定後	16 (10.4%)	12	4	
術式提案時期	44 (28.6%)	30	14	
術後	1 (0.6%)	0	1	
その他	1 (0.6%)	1	0	
回答なし	9 (5.8%)	7	1	
その他の理由	温存か全摘に関わらず、手術術式相談時。			

結果：

	全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
乳房再建術が保険診療として実施可能なことのどのような患者さんに情報提供されていますか。N=110				
乳癌手術症例全例 乳房全摘手術症例全例 症例毎に選択 その他 回答なし	38 (34.5%) 25 (22.7%) 41 (37.3%) 1 (0.9%) 5 (4.5%)	37 (34.6%) 25 (23.4%) 40 (37.4%) 1 (0.9%) 4 (3.7%)	1 0 1 0 0	
その他の理由	再建に関心を示した患者にのみ詳細な情報を追加している			
「症例毎に選択している」場合の選択基準　n=41				
年齢 ステージ 術前化学療法の有無 術後放射線治療の有無 肥満度（BMI） 喫煙の有無 糖尿病の有無 抗凝固薬や抗血小板薬の使用の有無 その他	48 51 18 29 13 16 18 16 9	31 35 10 19 9 12 14 11 7	17 16 8 10 4 4 4 5 2	
その他の理由	併存疾患、精神疾患、認知症、乳房再建希望者、形成外科で判断、広範な小葉癌は控えめに説明			

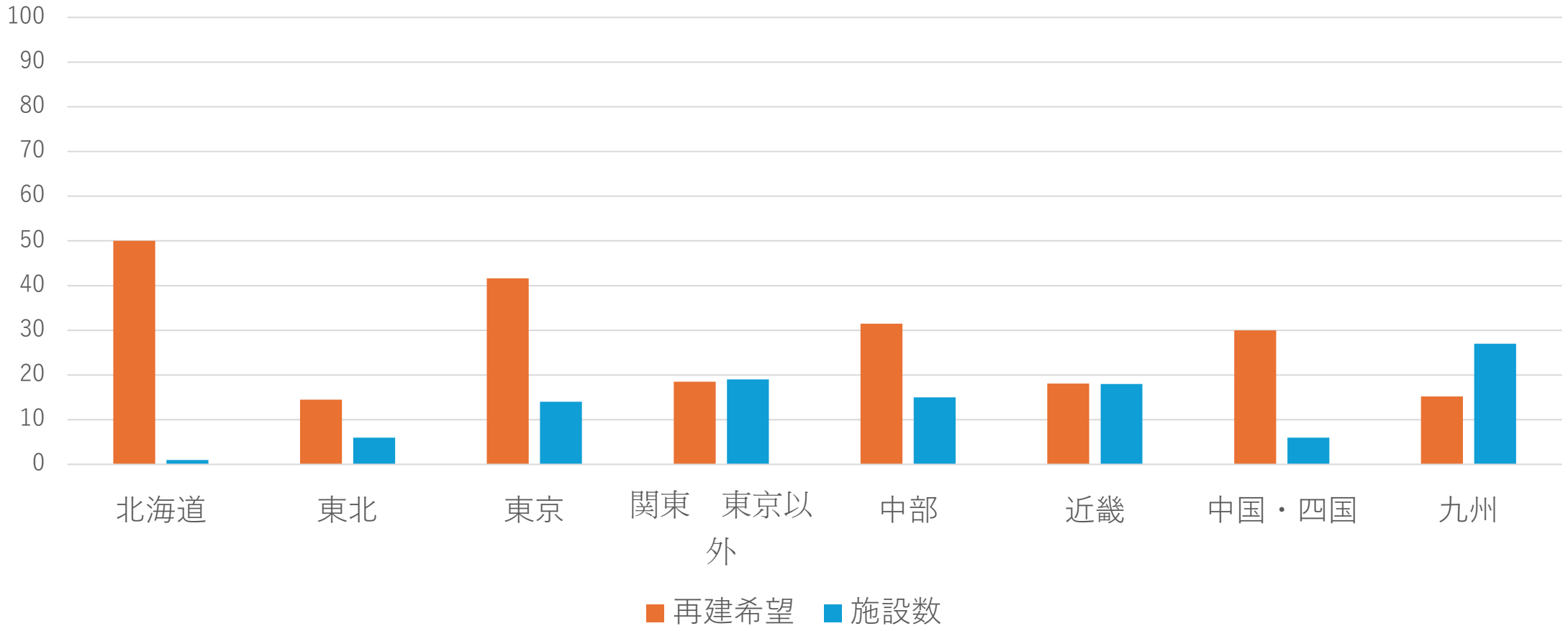
結果：情報提供上の制限

	全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
情報提供上の年齢制限について				
50歳まで	1 (0.7%)	1 (0.9%)	0	0.1528
60歳まで	9 (5.9%)	6 (5.7%)	3 (6.7%)	
65歳まで	5 (3.3%)	3 (2.8%)	2 (4.4%)	
70歳まで	14 (9.2%)	9 (8.5%)	5 (11.1%)	
75歳まで	16 (10.2%)	12 (11.3%)	4 (8.9%)	
80歳まで	12 (7.9%)	8 (7.6%)	4 (8.9%)	
85歳まで	2 (1.3%)	2 (1.9%)	0	
年齢制限なし	80 (52.6%)	53 (50.0%)	27 (60.0%)	
回答なし	13 (8.5%)	12 (11.3%)	0	
情報提供上の臨床病期（ステージ）				
ステージ0のみ	1 (0.7%)	0	1 (2.2%)	0.0028
ステージIまで	7 (4.6%)	4 (3.8%)	3 (6.7%)	
ステージIIAまで	28 (18.4%)	16 (15.1%)	12 (26.7%)	
ステージIIBまで	37 (24.3%)	29 (27.4%)	8 (17.8%)	
ステージIIIAまで	12 (8.0%)	7 (6.6%)	5 (11.1%)	
ステージIIIBまで	7 (4.6%)	7 (6.6%)	0	
制限なし	46 (30.3%)	30 (28.3%)	16 (35.6%)	
回答なし	14 (9.2%)	13 (12.3%)	0	

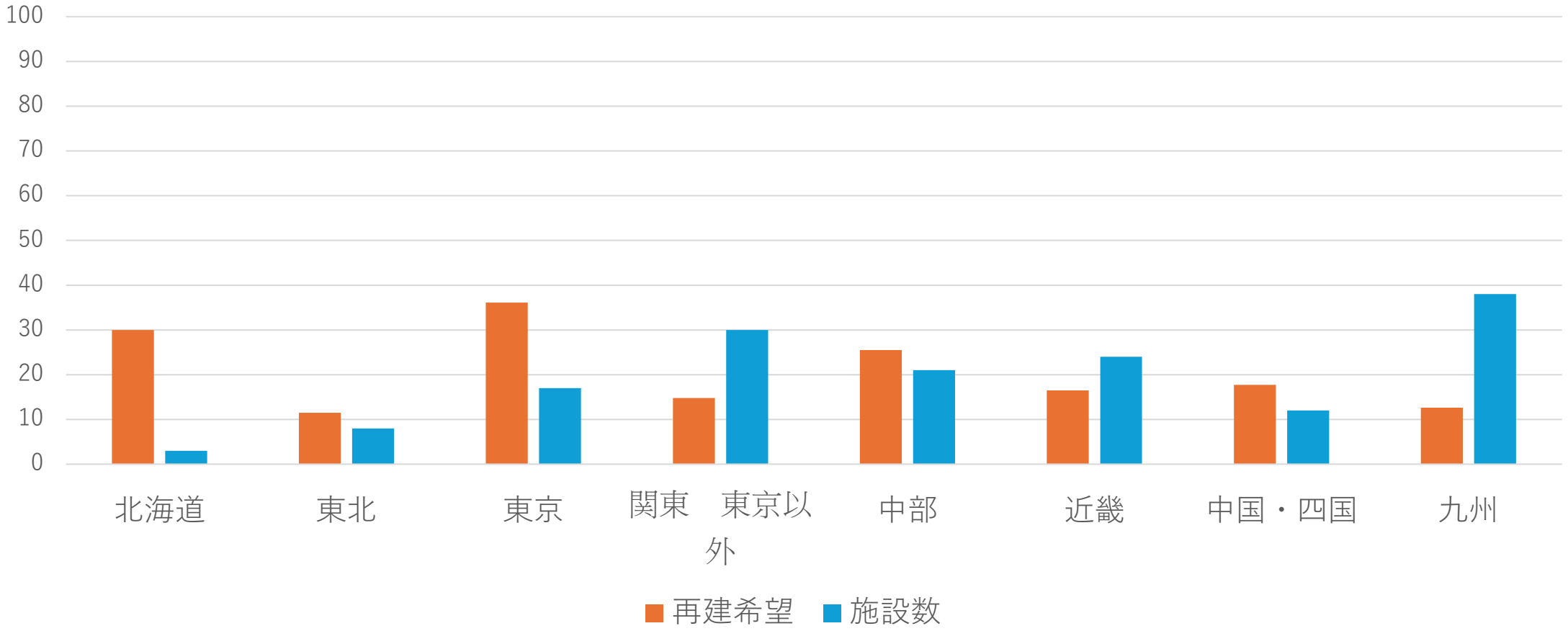
結果：情報提供上の制限、情報提供後の状況

	全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
情報提供上の肥満度（BMI）について				
BMI25以下 BM30 以下 制限なし 回答なし	6 (4.1%) 20 (13.5%) 100 (67.6%) 22 (14.8%)	3 (2.8%) 16 (15.1%) 67 (63.2%) 20 (18.9%)	3 (7.3%) 4 (9.8%) 23 (80.5%) 1 (2.7%)	0.0128
乳房再建術の情報提供後、再建術（1次および２次再建を含めて）を希望される割合（%）中央値（範囲）	10% (0-80)	10% (0-80)	5% (0-40)	<0.0001
上記のうち乳房再建術を実施できた割合（%）中央値（範囲）	60% (0-100)	75% (1-100)	17.5% (0-100)	0.0005

19. 再建自施設
乳房再建術の情報提供後、再建術（1次および２次再建を含めて）を希望される割合はどの程度でしょうか。



19. 再建自施設および他施設
乳房再建術の情報提供後、再建術（1次および２次再建を含めて）を希望される割合はどの程度でしょうか。



結果：乳房再建のメリット

	全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
医療者が考える乳房再建術の患者へのメリットとは何でしょうか。（複数回答可）				
患者のボディイメージの維持	138 (89.6%)	100 (93.5%)	38 (82.6%)	
患者の乳房喪失感（女性としての気持ち）を軽減する	142 (92.2%)	98 (93.5%)	44 (95.7%)	
患者の自尊心の低下を軽減する	79 (51.3%)	58 (54.2%)	21 (45.7%)	
気持ちの落ち込みを軽減する（うつになりにくい）	74 (48.1%)	55 (51.4%)	19 (21.7%)	
患者の外見に対する満足度が向上する	115 (74.7%)	86 (80.4%)	28 (60.9%)	
体のバランスがよくなる	55 (35.7%)	43 (40.1%)	11 (23.9%)	
他者とのコミュニケーションがよくなる	27 (17.5%)	21 (19.6%)	6 (13.0%)	
温泉や水泳など術後の社会活動への抵抗感が軽減する	107 (69.5%)	77 (72.0%)	29 (21.7%)	
補正下着が不要である	61 (39.6%)	44 (41.1%)	16 (34.8%)	
メリットはない	0	0	0	
その他	2 (1.3%)	1 (0.9%)	1 (2.2%)	
その他の内容	自己決定したことが実現されること、単に不便、乳癌であったことを忘れられる			

結果：乳房再建のデメリット

	全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
乳房再建術の患者へのメリットを上回るデメリットとは何でしょうか。（複数回答可）				
手術合併症（出血、感染等）	60 (39.0%)	43 (40.2%)	17 (37.0%)	
乳房再建のための追加的な手術が必要となること	72 (46.8%)	52 (48.6%)	20 (43.5%)	
乳房再建術後の回復期間（入院期間等）が長くなること	51 (33.1%)	39 (36.4%)	12 (26.1%)	
乳房の感覚喪失や感覚の変化	7 (4.5%)	6 (5.6%)	1 (2.2%)	
不自然な硬さや形	29 (18.8%)	17 (15.9%)	12 (26.1%)	
乳房再建術に伴う疼痛	39 (25.3%)	30 (28.0%)	9 (19.6%)	
晩期合併症（BIA-ALCLなど）	67 (43.5%)	45 (42.1%)	22 (47.8%)	
術後放射線治療などの開始の遅延	35 (22.7%)	22 (20.6%)	13 (12.1%)	
患者の期待と現実の外観上のギャップ	47 (30.5%)	27 (25.2%)	20 (43.8%)	
術後の身体変化への患者の心理上の不適応	11 (7.1%)	8 (7.5%)	3 (6.5%)	
費用	24 (15.6%)	18 (16.8%)	6 (13.0%)	
一定期間後のインプラントの交換やメンテナンス	67 (43.5%)	47 (43.9%)	20 (43.5%)	
乳癌再発の発見の遅延	10 (6.5%)	6 (5.6%)	4 (8.7%)	
メリットを上回るデメリットはない	20 (13.0%)	17 (15.9%)	2 (4.3%)	
その他	9 (5.8%)	7 (6.5%)	1 (2.2%)	
その他の内容				
インプラントの拘縮。メリット、デメリットは患者さんによって変わってくると思います。合併症が発生した場合の術後補助療法の遅延。通院回数が多い。患者さんが決めることかと思います。乳房前切除術予定の患者には必ず乳房再建の情報提供するが、年齢や全身状態・併存症などの患者要因で、合併症や複数の手術、入院期間延長が問題となる場合、情報提供しても主治医として推奨しないことを併せて説明している。日本の保健医療制度のへの負担、自費で施行するなら賛成。外科医や家族が勧めないこと。				

結果：

		全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
患者から乳房再建術の希望があるが、自施設で実施できない乳房再建術がある場合、患者へどのような対応をされていますか					
	患者希望の再建術ができる医療機関へ紹介する 貴院で実施可能な再建術を勧める 二次再建を勧める（乳房全切除術を自施設で施行し、その後、再建術ができる医療機関へ紹介） その他 回答なし	109 (70.8%) 7 (4.5%) 10 (6.5%) 11 (7.1%) 16 (10.4%)	70 (65.4%) 6 (5.6%) 6 (5.6%) 10 (9.4%) 15 (14.0%)	40 (87.0%) 1 (2.2%) 4 (8.7%) 1 (2.2%) 0	0.0019
	その他の理由	自施設でほぼすべて対応している。他施設から乳房再建ができる形成外科医を呼ぶ。一次二期再建(自施設切除、TE留置後、できる施設への紹介)。当院で行っている再建方法について説明し、希望あればセカンドオピニオンを行う。保険適応がない場合。乳癌手術を含め他院紹介			

結果：再建希望があるが自施設で実施できない場合の対応

	全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
乳腺手術を担当される方にお伺いします。乳房再建において組織拡張器の挿入を行っていますか。				
はい	25 (16.2%)	24 (22.4%)	1 (2.2%)	
いいえ	81 (52.6%)	80 (74.8%)	1 (2.2%)	
該当しない	45 (29.2%)	0	44 (95.7%)	
回答なし	3 (19.5%)	3 (2.8%)	0	
「いいえ」回答の方へ、形成外科医の指導を受けることができれば組織拡張器の挿入に取り組むことができますか？				
はい	77 (61.6%)	51 (63.0%)	26 (60.5%)	0.1795
いいえ	32 (25.6%)	19 (23.5%)	11 (30.2%)	
その他	10 (8.00%)	6 (7.4%)	4 (9.3%)	
回答なし	6 (5.6%)	5 (6.2%)	0	
その他の理由	TEの挿入は可能だが、形成外科に任せている。若い先生でご本人の技術を拡大したいと考えている先生には勧めたい。自力で可能。形成外科医が担当するが、調整がつかない場合は乳腺外科医が担当する体制を整えている。形成外科医との良好な関係が必要。形成外科医がいるが再建に否定的のため施設認定がとれない。インプラント講習の更新をしていない。形成外科医と手術枠や協力体制の構築が必要。			
いいえの理由	形成外科医の仕事。BIA-ALCLの問題。当院の形成外科Drが望んでいない。形成外科にお任せした方がきれい。TE挿入にかかる手術時間でもう1件別の手術を入れたい。形成外科に一任している。形成外科医が上手に手術を行うため、最終的な仕上がりの問に自身が持てない。形成外科医が自施設にいる以上は取り組まない。自施設にいない場合に、取り組むことはできるが、おそらく形成外科医がいる施設へ紹介する。乳癌治療に専念したい。組織拡張期、インプラント入れ替えまで一連のものと考えているので、担当形成外科にお任せしたい。乳腺外科の人員・時間的に対応困難。組織拡張期挿入は、乳房再建にとって重要だから。再建の必要事項として乳腺外科医と形成外科医が行わなくてはいけないという縛りがあったはず。症例が少ない。担当できる医師がいない。管理が大変だから。			

結果：紹介・連携

	全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
他施設から一次乳房再建希望患者の紹介はありますか。				
はい いいえ 回答なし		56 (52.3%) 42 (39.3%) 9 (8.4%)		
「はい」と回答された方に伺います。貴施設で実施される一次乳房再建において、他施設からの一次再建目的の紹介患者の割合はどの程度（%）ですか（他施設紹介一次再建実施数/自施設実施一次再建総数）		10% (0-80)		
貴院では乳房再建が実施できない他の医療機関との間に連携体制をお持ちでしょうか。				
はい いいえ 回答なし	62 (40.2%) 81 (52.6%) 11 (12.7%)	36 (33.6%) 62 (57.9%) 9 (8.4%)	26 (56.5%) 19 (41.3%) 1 (2.2%)	
基幹—連携施設 認定—関連施設 大学病院—関連病院 その他	30 (19.4%) 25 (16.2%) 32 (20.8%) 3 (1.9%)	16 (15.0%) 18 (16.8%) 17 (15.9%) 2 (18.7%)	14 (30.4%) 7 (15.2%) 15 (32.6%) 1 (0.9%)	
その他の内容	地域連携パス、地域病院からの紹介、信頼できる形成外科医師			

結果：欧米や韓国との本邦の違い

	全体（n=154）	再建自施設 (n=107)	再建他施設 (n=46)	P value
本邦において欧米や韓国に比較し、乳房全切除術に対する乳房再建の実施率が低い理由についてどのようにお考えでしょうか。（複数回答可）				
外科医の人員不足	47 (30.5%)	29 (27.1%)	18 (39.1%)	
形成外科の人員不足	76 (49.4%)	49 (45.8%)	27 (58.7%)	
手術侵襲（癌治療以外の手術操作を要すること）	30 (19.5%)	19 (17.8%)	11 (23.9%)	
手術時間	47 (30.5%)	40 (37.4%)	7 (15.2%)	
入院期間	24 (15.6%)	17 (15.9%)	7 (15.2%)	
収益上の問題	10 (6.5%)	7 (6.5%)	3 (6.5%)	
短期合併症（出血、感染、組織拡張器損傷…）	19 (12.3%)	12 (11.2%)	7 (15.2%)	
BIA-ALCLの懸念	29 (18.8%)	19 (17.8%)	10 (21.7%)	
インプラント破損のリスク	15 (9.7%)	10 (9.3%)	5 (10.9%)	
被膜拘縮によるインプラント入れ替え	12 (7.8%)	7 (6.5%)	5 (10.9%)	
再発の早期発見に関する懸念	8 (5.2%)	3 (2.8%)	5 (10.9%)	
患者の経済的負担	15 (9.7%)	8 (7.5%)	7 (15.2%)	
患者への情報提供不足	36 (23.4%)	28 (26.2%)	7 (15.2%)	
外科医の認識不足	20 (13.0%)	16 (15.0%)	3 (6.5%)	
患者からのニーズが少ない	89 (57.8%)	61 (57.0%)	28 (60.9%)	
患者の理解不足	23 (14.9%)	19 (17.8%)	4 (8.7%)	
乳癌手術と乳房再建が同時にできる施設が少ない	45 (29.2%)	32 (29.9%)	13 (28.3%)	
社会全体の啓蒙不足	29 (18.8%)	26 (24.3%)	2 (4.3%)	
その他	24 (15.6%)	15 (14.0%)	7 (15.2%)	