

# 新型コロナウイルス感染症の蔓延下におけるがん薬物療法の影響調査

## 調査結果について

### 1.目的

この度、日本臨床腫瘍学会では、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）蔓延下における日本のがん診療、とくにがん薬物療法の実態を広く調査することとなりました。今後、パンデミックが起きた際に想定されるがん診療の Clinical Question への解決および発展に寄与することを目的としております。

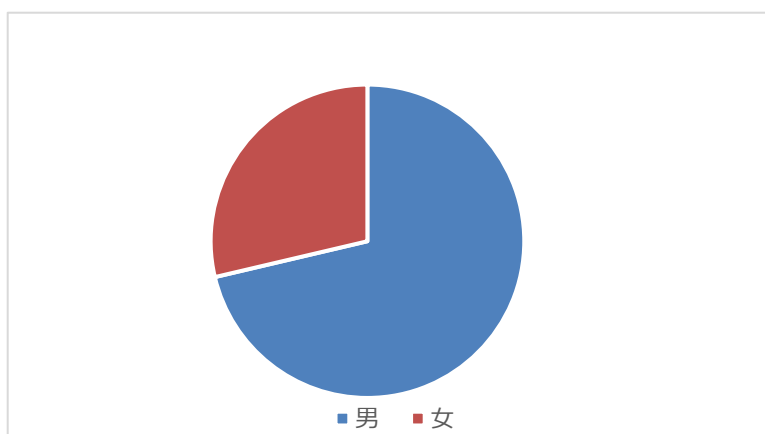
この調査内容は、日本臨床腫瘍学会（JSMO）の会員委員会が主体となって作成いたしました。会員を対象とした Web 調査であり、回答に記載された内容は記入者が特定されないように配慮しております。

### 2.実施概要

- 実施期間：2020年11月27日～2021年2月21日
- 実施対象：日本臨床腫瘍学会員（2020年11月27日時点の全会員）
- 実施方法：インターネットアンケート提供サービス(survey monkey)を利用，URLをemailにて配信  
設問数全60問，所要時間10分程度，無記名形式

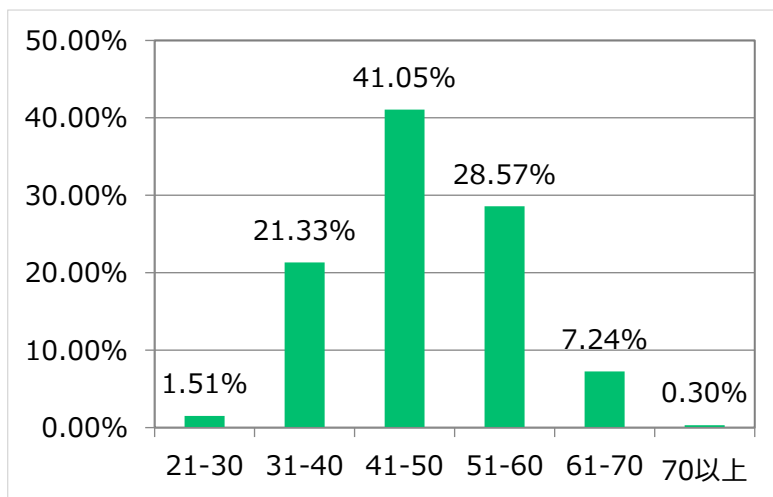
### Q1. 参加性別

| 性別 | %       | n   |
|----|---------|-----|
| 男  | 71.33%  | 709 |
| 女  | 28.67%  | 285 |
| 計  | 100.00% | 994 |



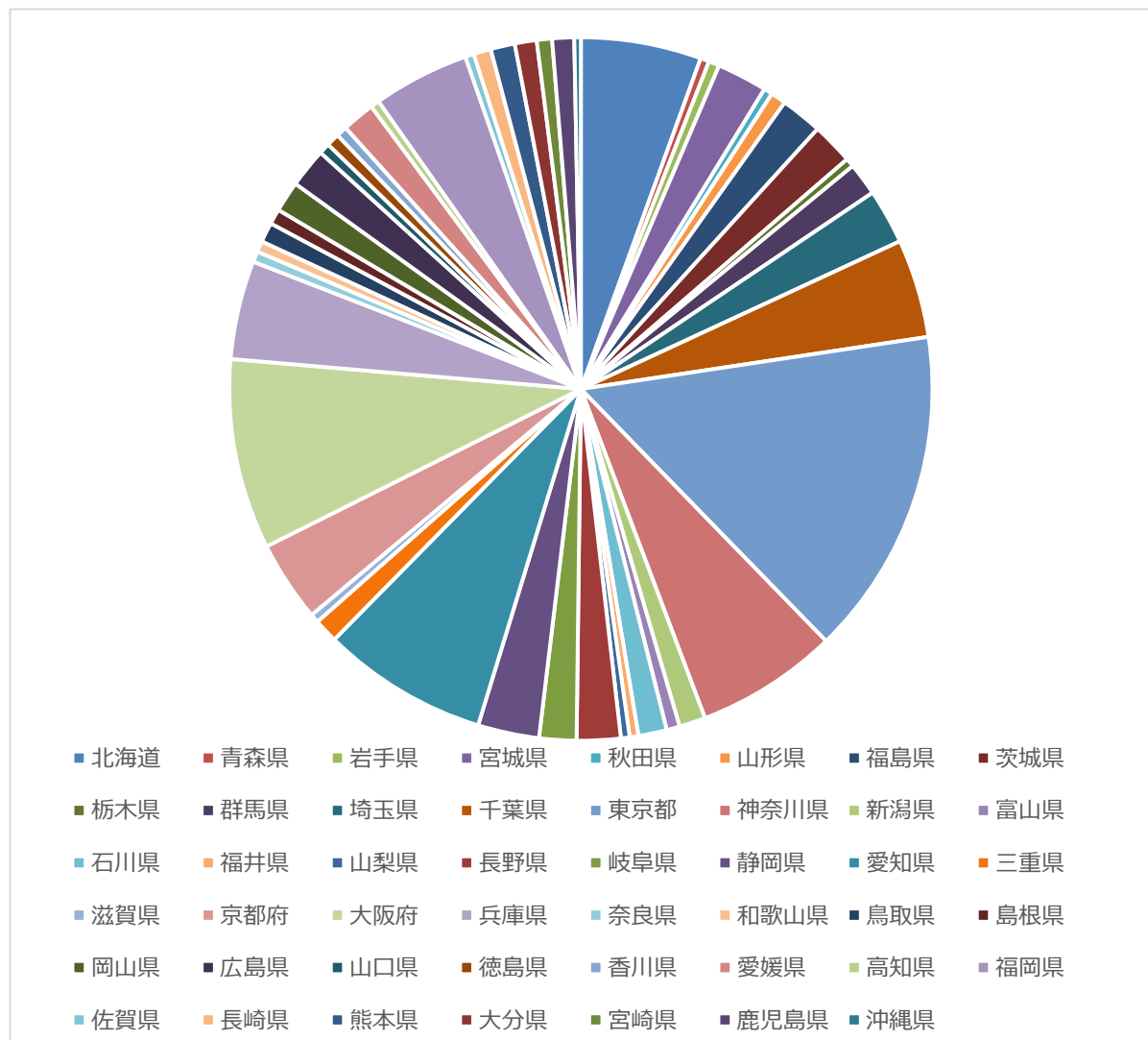
### Q2. 年齢

| 年齢    | %       | n   |
|-------|---------|-----|
| 21-30 | 1.51%   | 15  |
| 31-40 | 21.33%  | 212 |
| 41-50 | 41.05%  | 408 |
| 51-60 | 28.57%  | 284 |
| 61-70 | 7.24%   | 72  |
| 70以上  | 0.30%   | 3   |
| 計     | 100.00% | 994 |



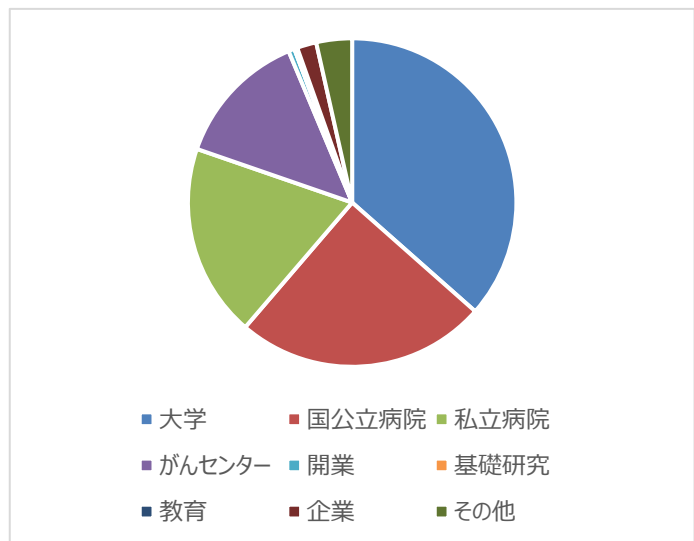
**Q3. 現在の勤務地はどの都道府県にありますか？**

| 都道府県 | n  | 都道府県 | n   | 都道府県 | n  | 都道府県 | n  | 都道府県 | n   |
|------|----|------|-----|------|----|------|----|------|-----|
| 北海道  | 55 | 千葉県  | 45  | 愛知県  | 76 | 広島県  | 18 | 宮崎県  | 7   |
| 青森県  | 4  | 東京都  | 150 | 三重県  | 11 | 山口県  | 5  | 鹿児島県 | 10  |
| 岩手県  | 5  | 神奈川県 | 65  | 滋賀県  | 4  | 徳島県  | 6  | 沖縄県  | 3   |
| 宮城県  | 23 | 新潟県  | 12  | 京都府  | 37 | 香川県  | 5  | 全体   | 994 |
| 秋田県  | 4  | 富山県  | 6   | 大阪府  | 87 | 愛媛県  | 15 |      |     |
| 山形県  | 7  | 石川県  | 13  | 兵庫県  | 45 | 高知県  | 4  |      |     |
| 福島県  | 19 | 福井県  | 4   | 奈良県  | 5  | 福岡県  | 44 |      |     |
| 茨城県  | 19 | 山梨県  | 4   | 和歌山県 | 5  | 佐賀県  | 4  |      |     |
| 栃木県  | 4  | 長野県  | 20  | 鳥取県  | 9  | 長崎県  | 8  |      |     |
| 群馬県  | 15 | 岐阜県  | 17  | 島根県  | 7  | 熊本県  | 11 |      |     |
| 埼玉県  | 25 | 静岡県  | 28  | 岡山県  | 14 | 大分県  | 10 |      |     |



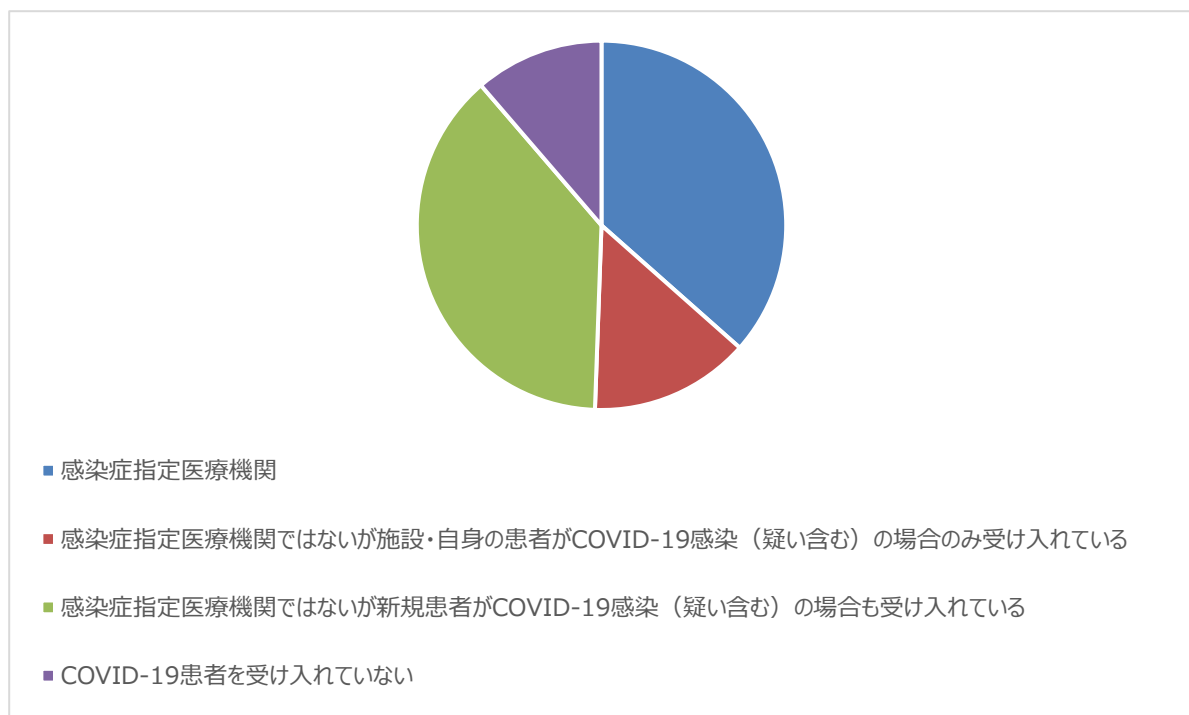
#### Q4. 所属先 1

| 所属先    | %      | n   |
|--------|--------|-----|
| 大学     | 36.52% | 363 |
| 国公立病院  | 24.75% | 246 |
| 私立病院   | 19.01% | 189 |
| がんセンター | 13.38% | 133 |
| 開業     | 0.60%  | 6   |
| 基礎研究   | 0.00%  | 0   |
| 教育     | 0.30%  | 3   |
| 企業     | 1.91%  | 19  |
| その他    | 3.52%  | 35  |
| 計      | 99.99% | 994 |



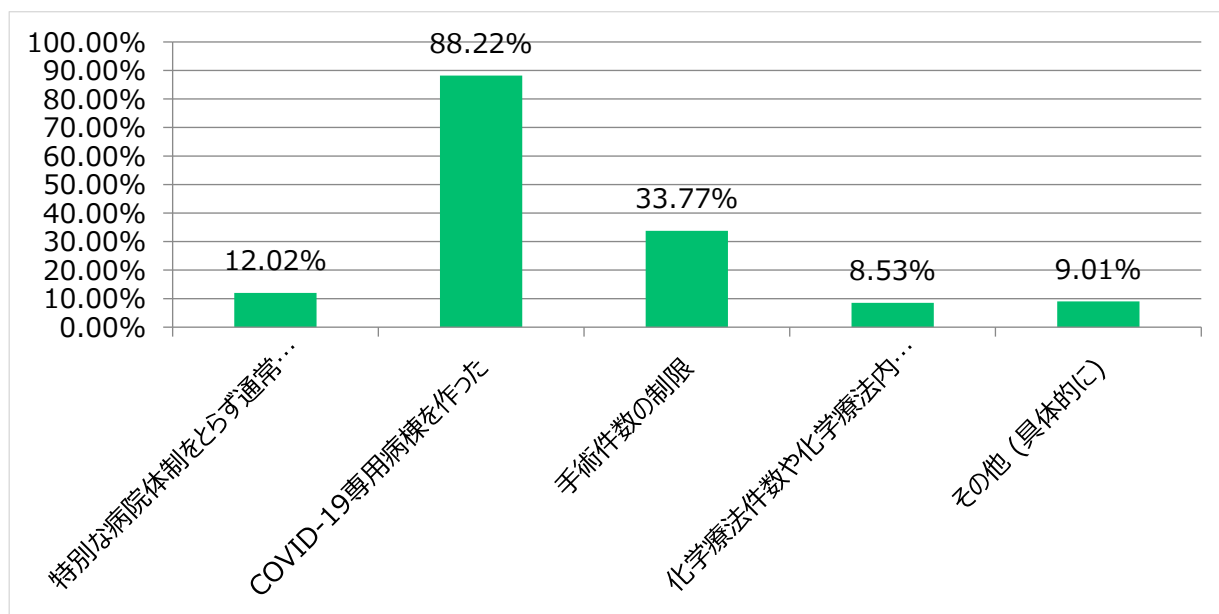
#### Q5. 所属先の COVID-19 受け入れ体制について教えてください

| 受け入れ体制                                                | %       | n   |
|-------------------------------------------------------|---------|-----|
| 感染症指定医療機関                                             | 36.54%  | 349 |
| 感染症指定医療機関ではないが施設・自身の患者が COVID-19 感染（疑い含む）の場合のみ受け入れている | 14.03%  | 134 |
| 感染症指定医療機関ではないが新規患者が COVID-19 感染（疑い含む）の場合も受け入れている      | 38.12%  | 364 |
| COVID-19 患者を受け入っていない                                  | 11.31%  | 108 |
| 計                                                     | 100.00% | 955 |



**Q6. 受け入れ体制ありの場合。状況について教えてください（複数回答可）**

| 状況                 | %       | n   |
|--------------------|---------|-----|
| 特別な病院体制をとらず通常診療のまま | 12.02%  | 100 |
| COVID-19 専用病棟を作った  | 88.22%  | 734 |
| 手術件数の制限            | 33.77%  | 281 |
| 化学療法件数や化学療法内容の制限   | 8.53%   | 71  |
| その他（具体的に）          | 9.01%   | 75  |
| 計                  | 151.55% | 832 |



**【その他】**

- ・ope 患者、入院患者は原則 PCR 検査必須
- ・コロナ診療部を結成し各科から人員をだしています。また 3 月中旬にコロナ専用病棟の運用が開始となります。
- ・外来、入院患者数の制限、面会制限
- ・入院患者全員に抗原検査実施
- ・入院患者の制限、集団研修の中止
- ・病床制限
- ・ICU HCU の体制変更、入室制限
- ・1 病棟の個室で隔離
- ・一般病棟閉鎖してスタッフを集約した。
- ・一時的な内視鏡検査などの制限
- ・COVID -19 診療のために各科から当番制で応援医師派遣
- ・自施設の神経筋難病のみ受け入れ・急性期病棟変更なし
- ・初診の制限

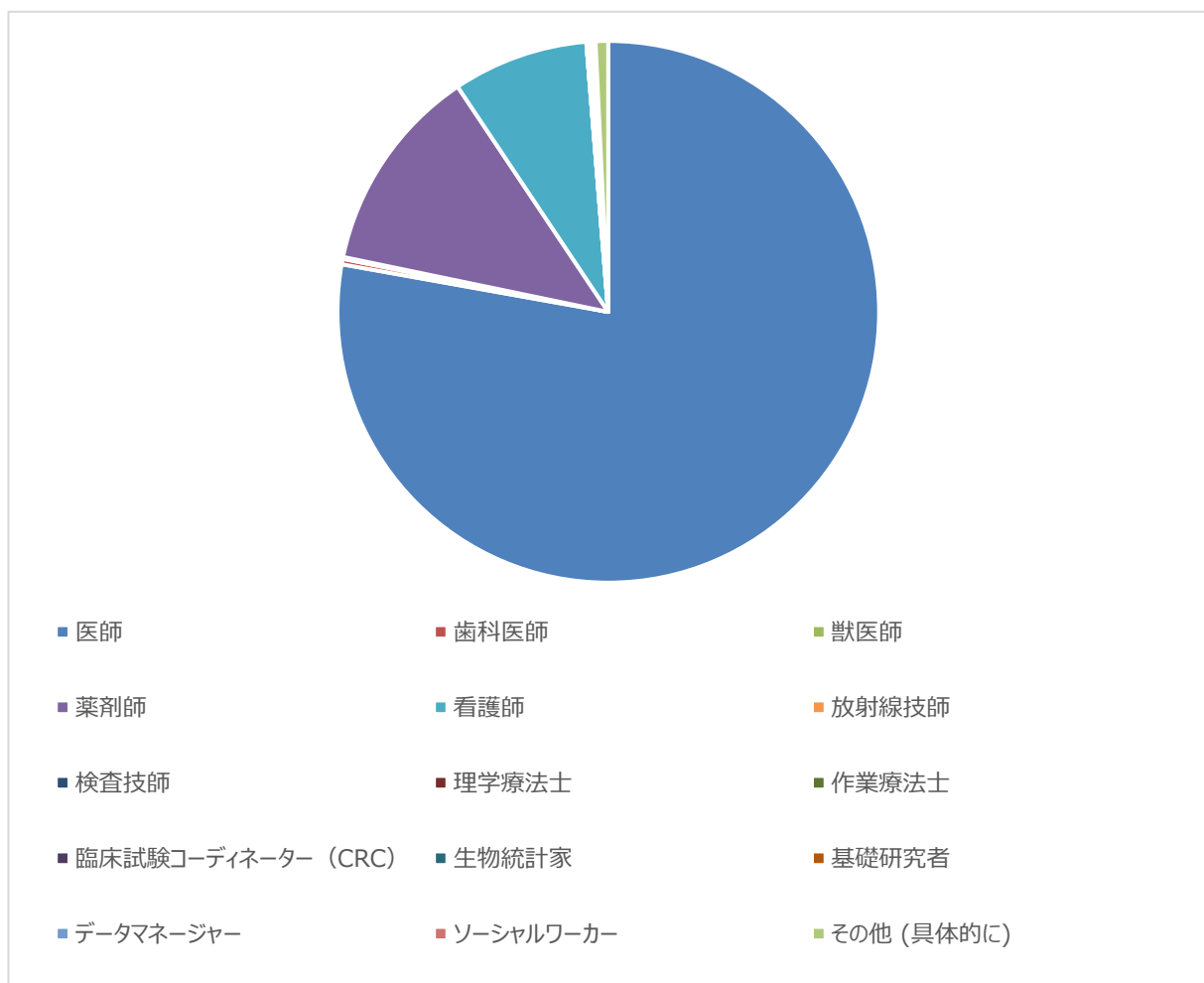
- ・全身麻酔手術前の PCR 検査。発熱患者に対して積極的に PCR 検査を行う方針。
- ・発熱外来
- ・初期研修医、後期研修医による対応チーム（非任意）
- ・ドライブスルーPCR 検査受け入れ、重症患者受け入れ
- ・救急外来の受け入れ制限
- ・外来診療のみ
- ・ICU3 室のうち 2 つをコロナ重症患者用とした。これに伴う人員確保のため 4 病棟閉鎖となった。
- ・一般病床の稼働率を 90%に制限
- ・担当医が COVID-19 患者を対応
- ・電話での再診
- ・ICU をゾーニングしている
- ・クラスター発生
- ・手術数 50%制限。新患制限。緩和ケア科新規受け入れ中止。
- ・専用病棟まではせず、専用病室を運用
- ・緩和ケア病棟をなくしコロナ病棟とした
- ・COVID 以外の診療全般を縮小
- ・外来、入院患者の縮小
- ・病棟の一部に COVID-19 専用病室群（エリア）を作った
- ・外来患者数の制限
- ・全入院患者に COVID19 抗原検査施行
- ・病床数制限
- ・結核病床をコロナに使用しています
- ・良性疾患の入院延期
- ・数字にならない部分で、治療選択に悩む場合に、手術適応の患者が抗がん剤へ、抗がん剤適応の患者が BSC へ移行していると感じる。
- ・通常の入院の制限
- ・専用病床で対応
- ・COVID19 以外の新規紹介受け入れの制限
- ・重症患者多数の際は、ICU→コロナ専用 ICU へ移行
- ・各医師に任せられた
- ・病棟の一部が COVID-19 専用病棟
- ・重症のみを対応、ICU に COVID-19 専用室
- ・COVID 疑いの方は車内や院外で診察
- ・化学療法実施基準の厳格化
- ・一般病床数の制限
- ・感染や濃厚接触の医師への代務対応など。
- ・COVID-19 疑い症例専用病床の確保
- ・COVID-19 専用検査スペース、病床を作った。診療制限は無い。

- ・病棟の閉鎖
- ・受入数に応じて病床制限
- ・一つの病棟で COVID-19 のみを診療するコンパートメントを作った
- ・入院患者数の減少
- ・外来診療の制限、発熱外来の設置、入院患者への面会制限
- ・外来ケモ中心
- ・病床数の制限
- ・病棟閉鎖
- ・手術・内視鏡検査時は P C R 検査必須
- ・救急患者受け入れ制限
- ・内視鏡や透析患者の入院制限
- ・トリアージにも協力している
- ・外来患者数の制限。電話診療への切り替え。
- ・春は専用病棟運用、今季は一般病床を区分分けして受け入れています
- ・COVID 患者は、病棟含め隔離診療。
- ・外来電話再診・処方箋発行(医師が電話)
- ・クラスター施設からの患者受け入れを厳しくした
- ・発熱外来を作り交代で担当している
- ・感染対策をして抗原検査、PCR 検査のみ受け入れ
- ・病床稼働率の制限（70%）
- ・期間によって対応はことなつたため、記載しにくいです
- ・外来・入院の制限
- ・C O V I D-19 患者は重症者のみ受け入れ
- ・空きベッドに応じて救急対応を変動（今のところかかりつけ患者は対応）
- ・訪問診療なので今までは連携対応がメイン

## Q7.職種

| 職種    | %      | n   |
|-------|--------|-----|
| 医師    | 77.83% | 730 |
| 歯科医師  | 0.32%  | 3   |
| 獣医師   | 0.11%  | 1   |
| 薬剤師   | 12.37% | 116 |
| 看護師   | 8.10%  | 76  |
| 放射線技師 | 0.00%  | 0   |
| 検査技師  | 0.00%  | 0   |
| 理学療法士 | 0.00%  | 0   |
| 作業療法士 | 0.11%  | 1   |

|                  |         |     |
|------------------|---------|-----|
| 臨床試験コーディネーターCRC) | 0.21%   | 2   |
| 生物統計家            | 0.00%   | 0   |
| 基礎研究者            | 0.11%   | 1   |
| データマネージャー        | 0.00%   | 0   |
| ソーシャルワーカー        | 0.11%   | 1   |
| その他 (具体的に)       | 0.75%   | 7   |
| 計                | 100.02% | 938 |

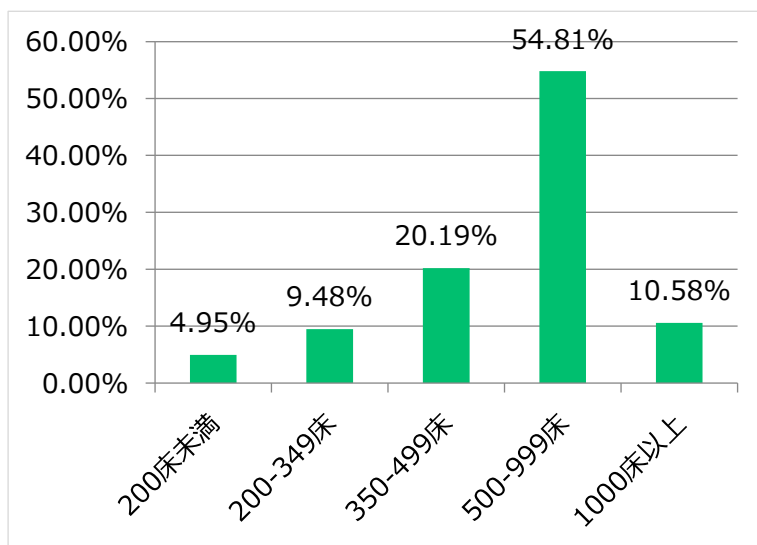


**【その他】**

- ・研究職
- ・経営
- ・医薬品開発
- ・大学教員
- ・会社員
- ・行政官
- ・企業所属

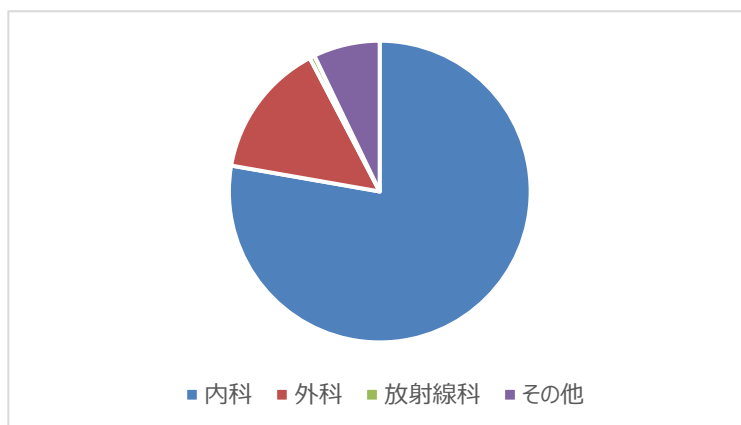
### Q8.病床数

| 病床数      | %       | n   |
|----------|---------|-----|
| 200床未満   | 4.95%   | 36  |
| 200-349床 | 9.48%   | 69  |
| 350-499床 | 20.19%  | 147 |
| 500-999床 | 54.81%  | 399 |
| 1000床以上  | 10.58%  | 77  |
| 計        | 100.01% | 728 |



### Q9.専門領域 1

| 専門領域 1 | %       | n   |
|--------|---------|-----|
| 内科     | 77.75%  | 566 |
| 外科     | 14.56%  | 106 |
| 放射線科   | 0.55%   | 4   |
| その他    | 7.14%   | 52  |
| 計      | 100.00% | 728 |



### Q10.専門領域 2

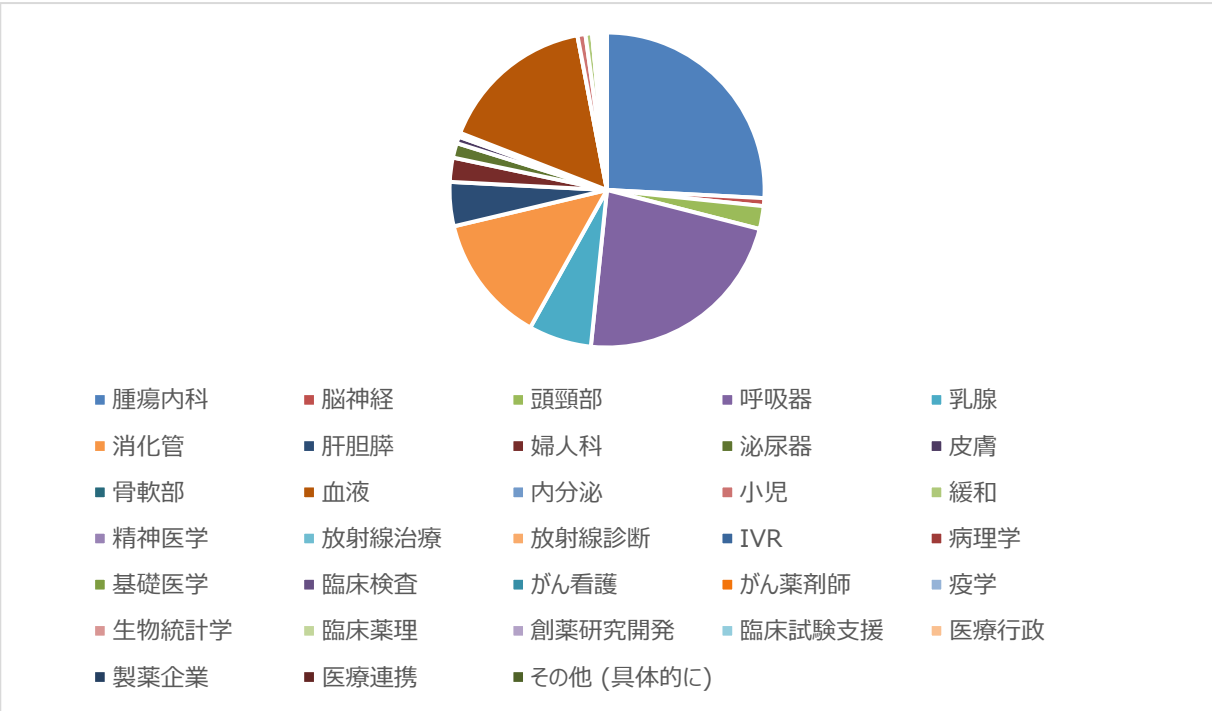
| 専門領域 2 | %      | n   |
|--------|--------|-----|
| 腫瘍内科   | 25.82% | 188 |
| 脳神経    | 0.82%  | 6   |
| 頭頸部    | 2.34%  | 17  |
| 呼吸器    | 22.66% | 165 |
| 乳腺     | 6.46%  | 47  |
| 消化管    | 13.19% | 96  |
| 肝胆膵    | 4.53%  | 33  |
| 婦人科    | 2.47%  | 18  |
| 泌尿器    | 1.51%  | 11  |
| 皮膚     | 0.69%  | 5   |
| 骨軟部    | 0.41%  | 3   |
| 血液     | 16.07% | 117 |
| 内分泌    | 0.00%  | 0   |



|           |        |     |
|-----------|--------|-----|
| 小児        | 0.82%  | 6   |
| 緩和        | 0.69%  | 5   |
| 精神医学      | 0.00%  | 0   |
| 放射線治療     | 0.27%  | 2   |
| 放射線診断     | 0.14%  | 1   |
| IVR       | 0.14%  | 1   |
| 病理学       | 0.14%  | 1   |
| 基礎医学      | 0.14%  | 1   |
| 臨床検査      | 0.27%  | 2   |
| がん看護      | 0.00%  | 0   |
| がん薬剤師     | 0.00%  | 0   |
| 疫学        | 0.00%  | 0   |
| 生物統計学     | 0.00%  | 0   |
| 臨床薬理      | 0.00%  | 0   |
| 創薬研究開発    | 0.00%  | 0   |
| 臨床試験支援    | 0.00%  | 0   |
| 医療行政      | 0.00%  | 0   |
| 製薬企業      | 0.00%  | 0   |
| 医療連携      | 0.00%  | 0   |
| その他（具体的に） | 0.41%  | 3   |
| 計         | 99.99% | 728 |

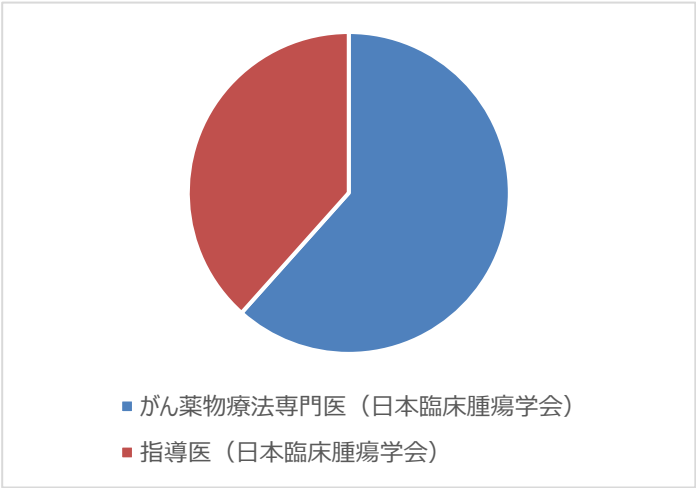
**【その他】**

- ・消化器内科
- ・腫瘍循環器(2 件)



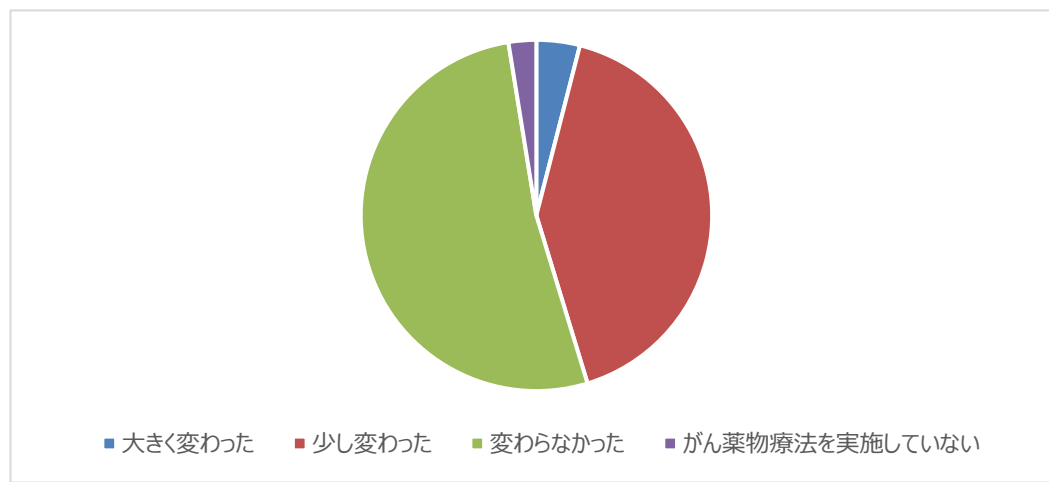
**Q11. 専門医等資格について**

| 専門医等資格           | %       | n   |
|------------------|---------|-----|
| がん薬物療法専門医 (JSMO) | 96.64%  | 345 |
| 指導医 (JSMO)       | 60.22%  | 215 |
| 計                | 156.86% | 357 |



**Q12.COVID-19 蔓延前（2020 年 2 月まで）と比較して、いわゆる第 1 波の時期においてご自身の実践されるがん薬物療法に変化はありましたか？**

| がん薬物療法の変化について  | %       | n   |
|----------------|---------|-----|
| 大きく変わった        | 3.99%   | 28  |
| 少し変わった         | 41.31%  | 290 |
| 変わらなかった        | 52.14%  | 366 |
| がん薬物療法を実施していない | 2.56%   | 18  |
| 計              | 100.00% | 702 |

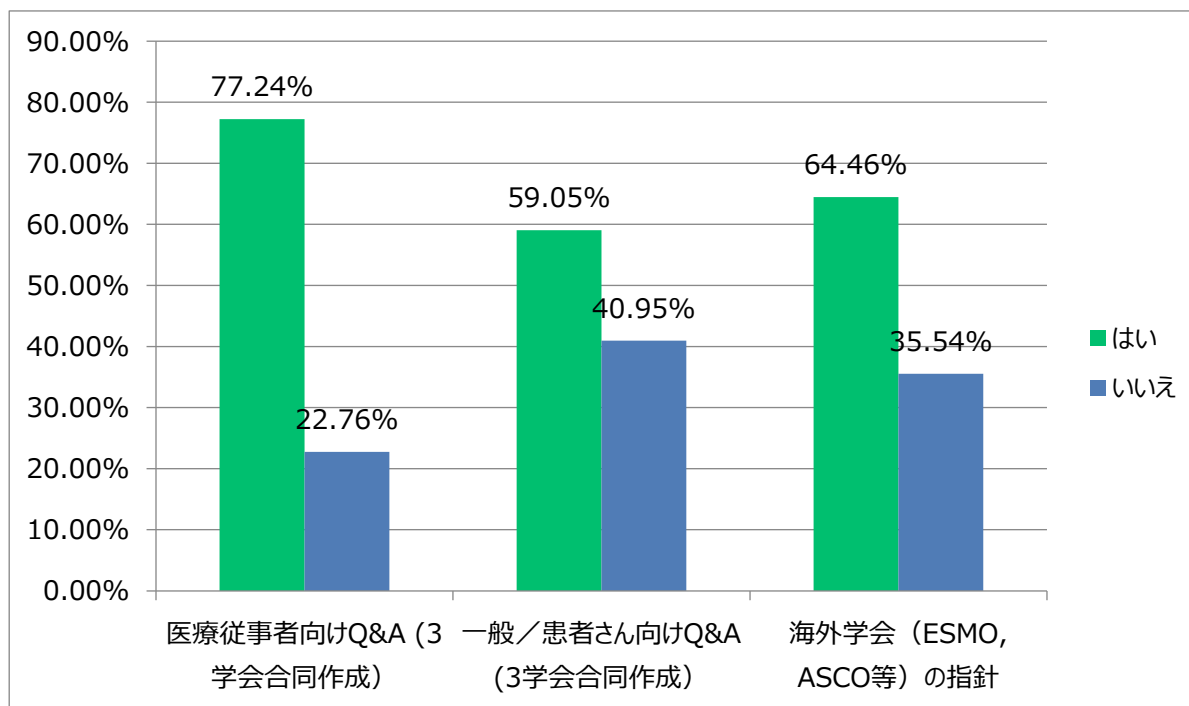


**Q13. 2020 年 4 月頃から下記の指針・Q&A 等が発出されておりますが、その当時ご存知でしたか？**

| 指針・Q&A                   | はい      |      | いいえ    |     | 計   |
|--------------------------|---------|------|--------|-----|-----|
| 医療従事者向け Q&A (3 学会合同作成)   | 77.24%  | 543  | 22.76% | 160 | 703 |
| 一般／患者さん向け Q&A (3 学会合同作成) | 59.05%  | 411  | 40.95% | 285 | 696 |
| 海外学会 (ESMO, ASCO 等) の指針  | 64.46%  | 448  | 35.54% | 247 | 695 |
| その他                      |         |      |        |     | 5   |
| 計                        | 200.75% | 1402 | 99.25% | 692 | 703 |

**【その他】**

- ・存在は知っているが、詳しい内容は知らないし、意識もしていない。
- ・ASH の指針
- ・乳癌学会の指針
- ・フィラデルフィア大学の倫理指針など
- ・4 月時点では知らなかった

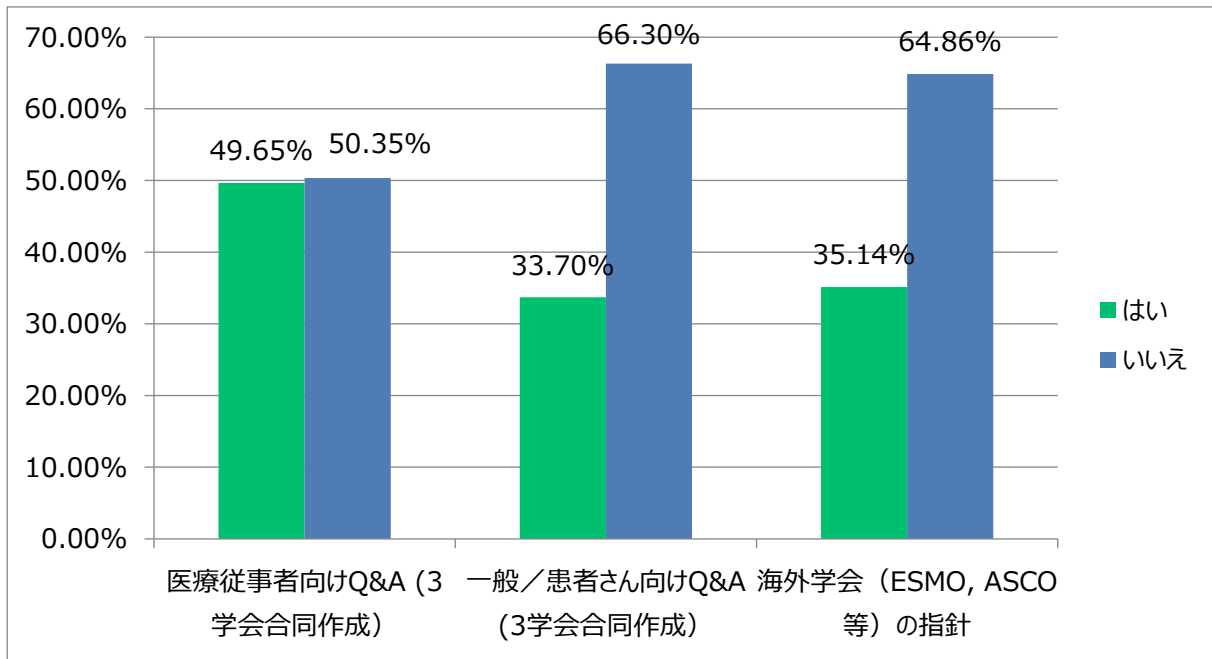


**Q14. 上記の回答にて「はい」と回答された場合、指針・Q&A等を参考に薬物療法の対応を変更されましたか？**

| 指針・Q&A                  | はい      |     | いいえ     |      | 計   |
|-------------------------|---------|-----|---------|------|-----|
|                         | 割合      | 人数  | 割合      | 人数   |     |
| 医療従事者向け Q&A (3学会合同作成)   | 49.65%  | 287 | 50.35%  | 291  | 578 |
| 一般/患者さん向け Q&A (3学会合同作成) | 33.70%  | 184 | 66.30%  | 362  | 546 |
| 海外学会 (ESMO, ASCO等) の指針  | 35.14%  | 188 | 64.86%  | 347  | 535 |
| その他                     |         |     |         |      | 7   |
| 計                       | 118.49% | 659 | 181.51% | 1000 | 588 |

**【その他】**

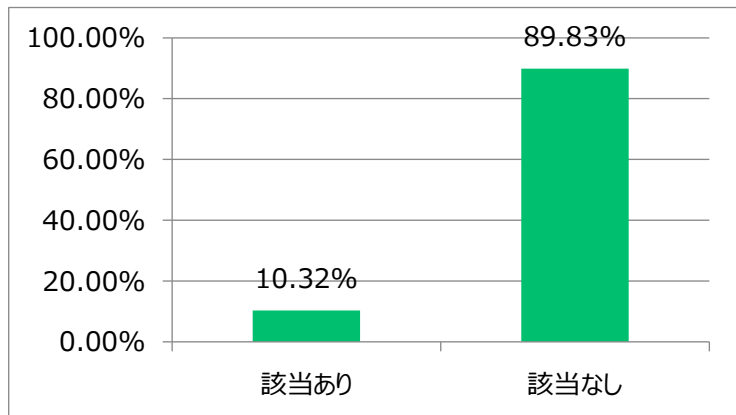
- ・存在は知っているが、詳しい内容は知らないし、意識もしていない。
- ・意識はしていたが、近隣で COVID-19 患者の増加はなかったので対応を変更することはなかった。
- ・知らなかったので、対応変更等していない。
- ・診療行為を行っていない
- ・感染の蔓延が軽微で変更が不要だった。
- ・病院からの指導に従っており、Q&A 等を確認して変更はしていない
- ・現在、血液センター勤務のため、治療に従事していない。



**【がん薬物療法における診療の変化について】**

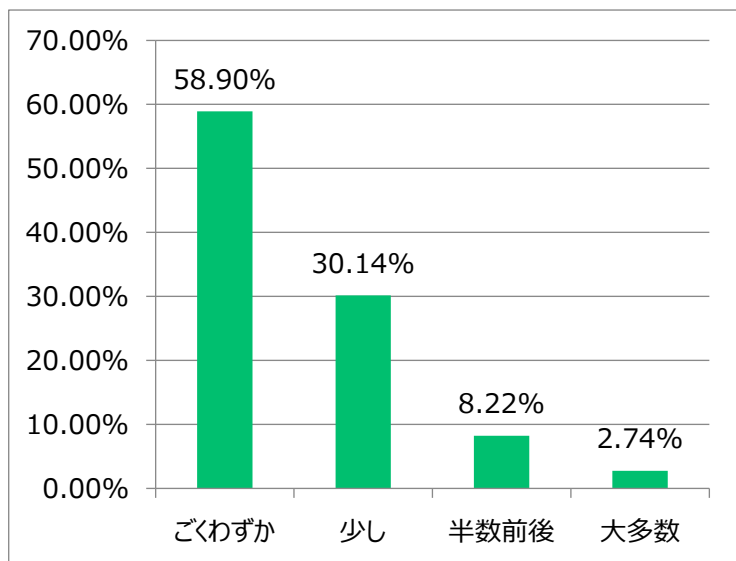
**Q15-1.寛解状態（あるいは落ち着いた状態）にある患者の維持療法を中断した**

|      | %       | n   |
|------|---------|-----|
| 該当あり | 10.32%  | 72  |
| 該当なし | 89.83%  | 627 |
| 計    | 100.15% | 698 |



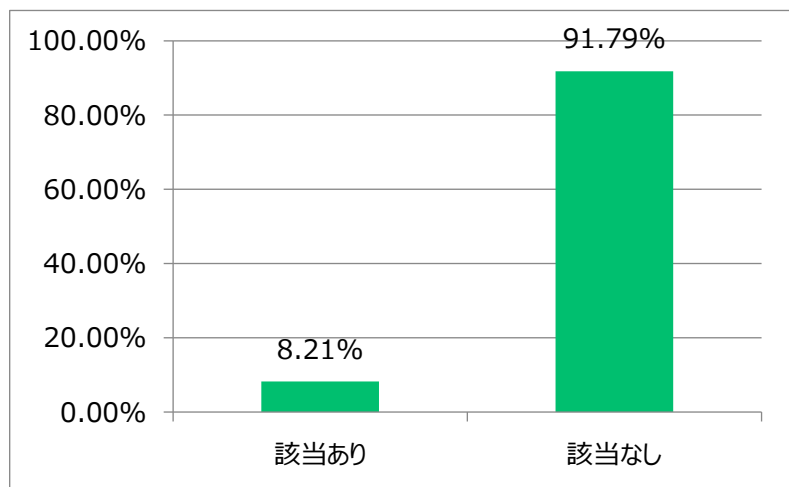
**Q16.【該当あり】の割合**

|       | %       | n  |
|-------|---------|----|
| ごくわずか | 58.90%  | 43 |
| 少し    | 30.14%  | 22 |
| 半数前後  | 8.22%   | 6  |
| 大多数   | 2.74%   | 2  |
| 計     | 100.00% | 73 |



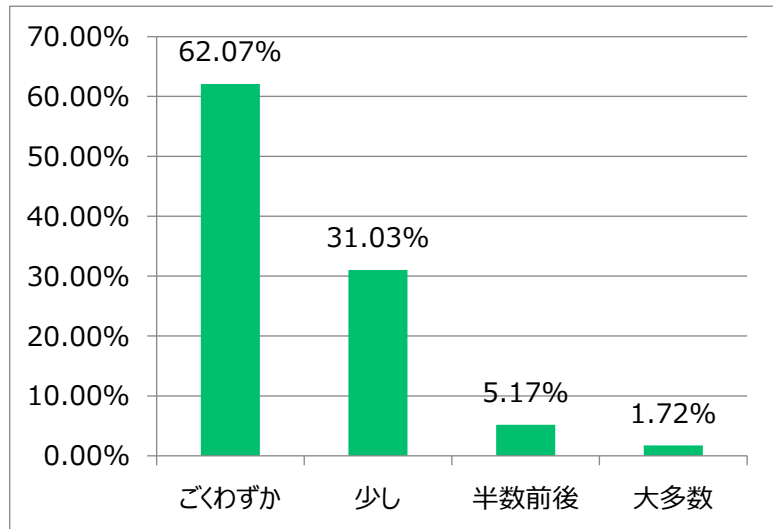
**Q17.再発リスクの低い患者で、術後化学療法を中止・延期した**

|      | %       | n   |
|------|---------|-----|
| 該当あり | 8.21%   | 57  |
| 該当なし | 91.79%  | 637 |
| 計    | 100.00% | 694 |



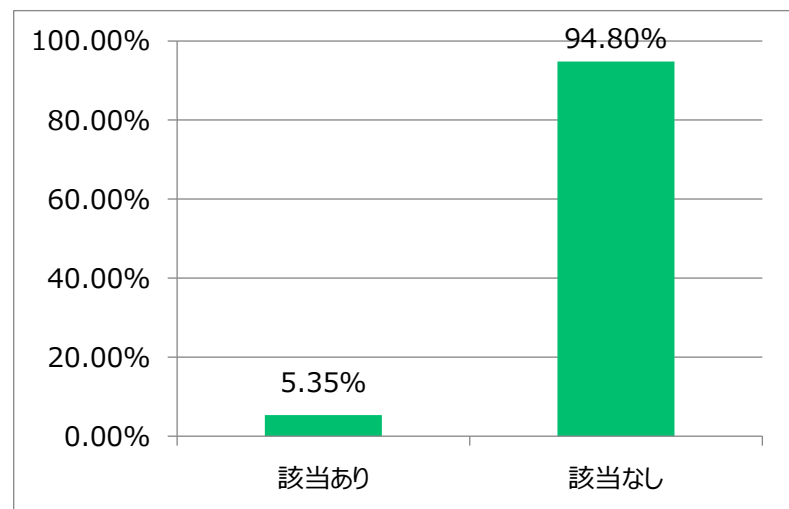
**Q18.【該当あり】の割合**

|       | %      | n  |
|-------|--------|----|
| ごくわずか | 62.07% | 36 |
| 少し    | 31.03% | 18 |
| 半数前後  | 5.17%  | 3  |
| 大多数   | 1.72%  | 1  |
| 計     | 99.99% | 58 |



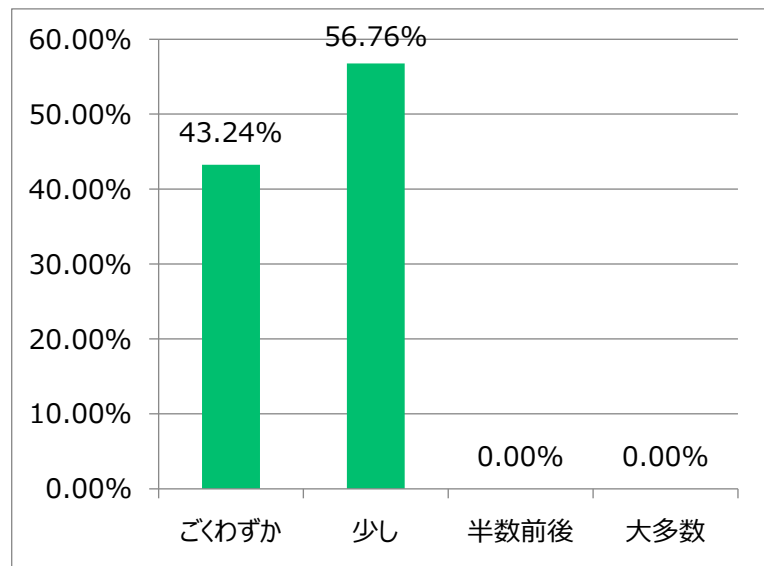
**Q19. 通常手術先行していた患者で、術前治療を実施した**

|      | %       | n   |
|------|---------|-----|
| 該当あり | 5.35%   | 37  |
| 該当なし | 94.80%  | 656 |
| 計    | 100.15% | 692 |



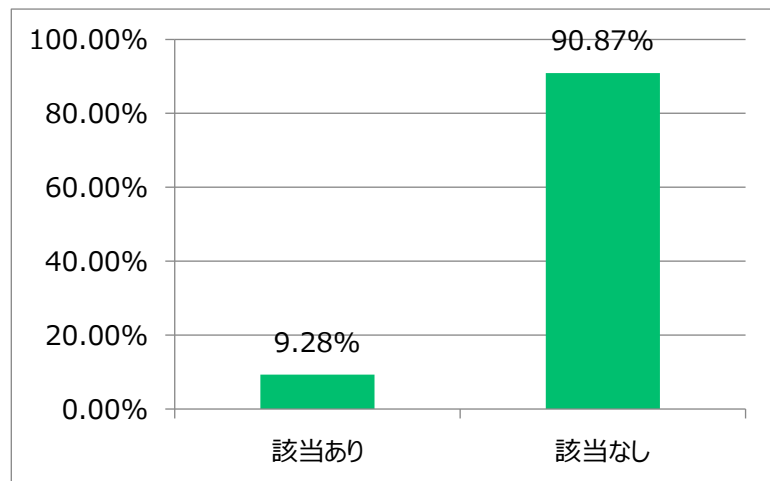
**Q20. 【該当あり】の割合**

|       | %       | n  |
|-------|---------|----|
| ごくわずか | 43.24%  | 16 |
| 少し    | 56.76%  | 21 |
| 半数前後  | 0.00%   | 0  |
| 大多数   | 0.00%   | 0  |
| 計     | 100.00% | 37 |



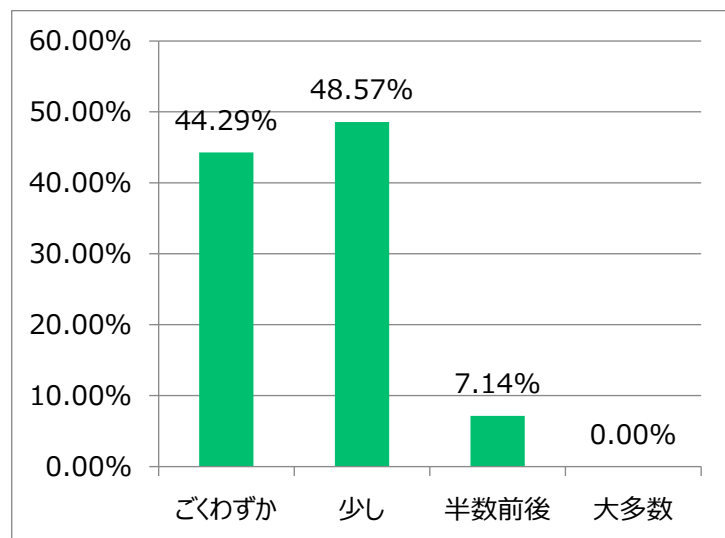
**Q21. 注射薬レジメンから内服薬レジメンに変更した（補助療法）**

|      | %       | n   |
|------|---------|-----|
| 該当あり | 9.28%   | 64  |
| 該当なし | 90.87%  | 627 |
| 計    | 100.15% | 690 |



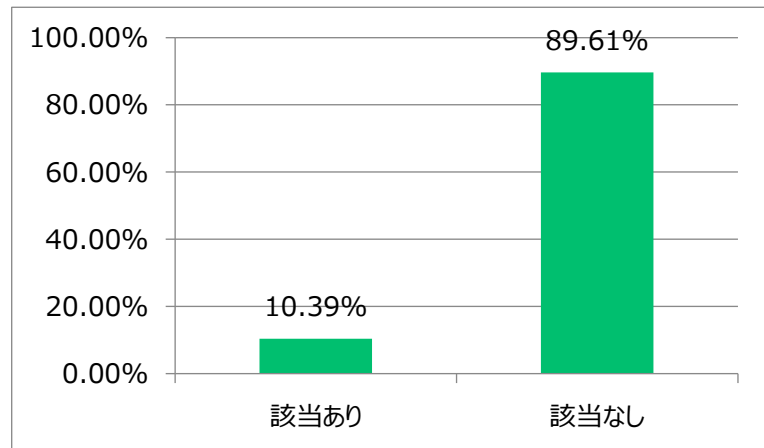
**Q22. 【該当あり】の割合**

|       | %       | n  |
|-------|---------|----|
| ごくわずか | 44.29%  | 31 |
| 少し    | 48.57%  | 34 |
| 半数前後  | 7.14%   | 5  |
| 大多数   | 0.00%   | 0  |
| 計     | 100.00% | 70 |



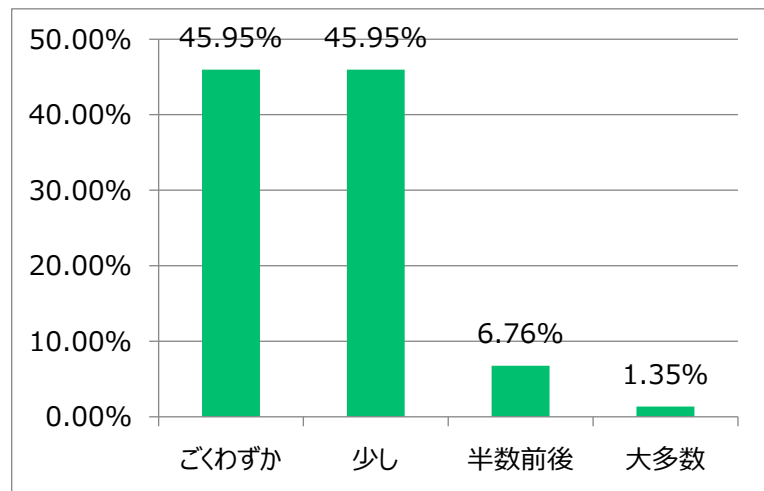
**Q23. 注射薬レジメンから内服薬レジメンに変更した（進行癌）**

|      | %       | n   |
|------|---------|-----|
| 該当あり | 10.39%  | 72  |
| 該当なし | 89.61%  | 621 |
| 計    | 100.00% | 693 |



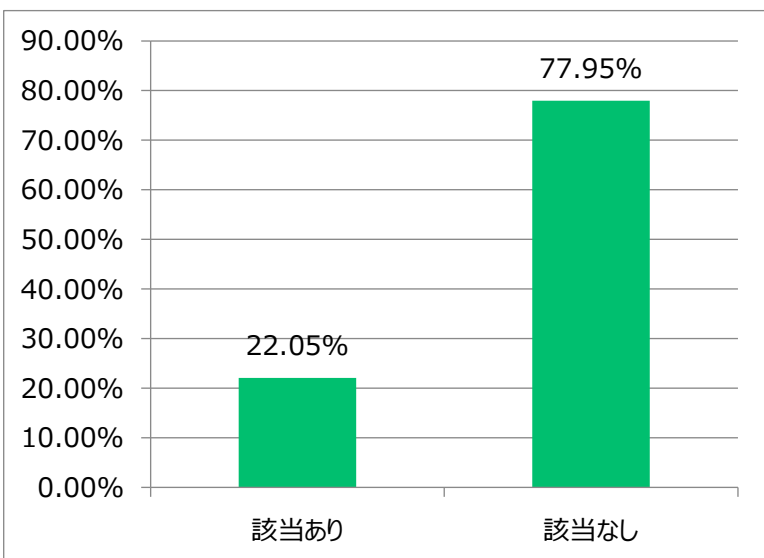
**Q24. 【該当あり】の割合**

|       | %       | n  |
|-------|---------|----|
| ごくわずか | 45.95%  | 34 |
| 少し    | 45.95%  | 34 |
| 半数前後  | 6.76%   | 5  |
| 大多数   | 1.35%   | 1  |
| 計     | 100.01% | 74 |



**Q25. 投与間隔が長めのレジメンに変更した**

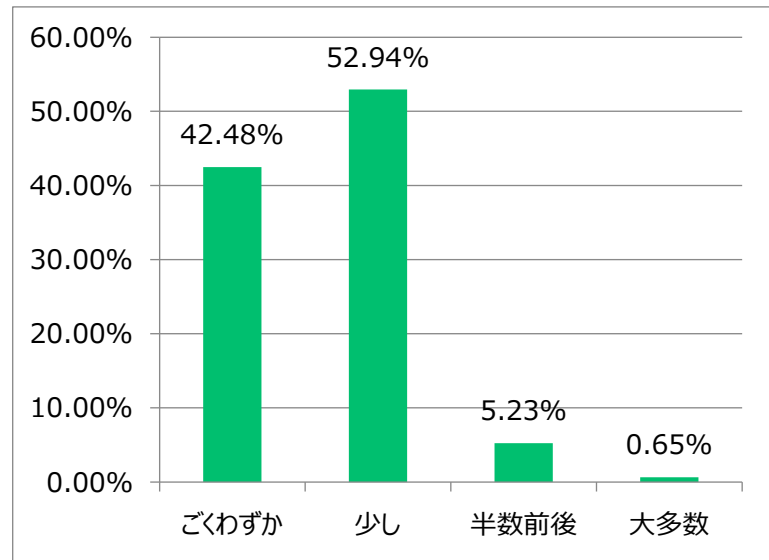
|      | %       | n   |
|------|---------|-----|
| 該当あり | 22.05%  | 153 |
| 該当なし | 77.95%  | 541 |
| 計    | 100.00% | 694 |





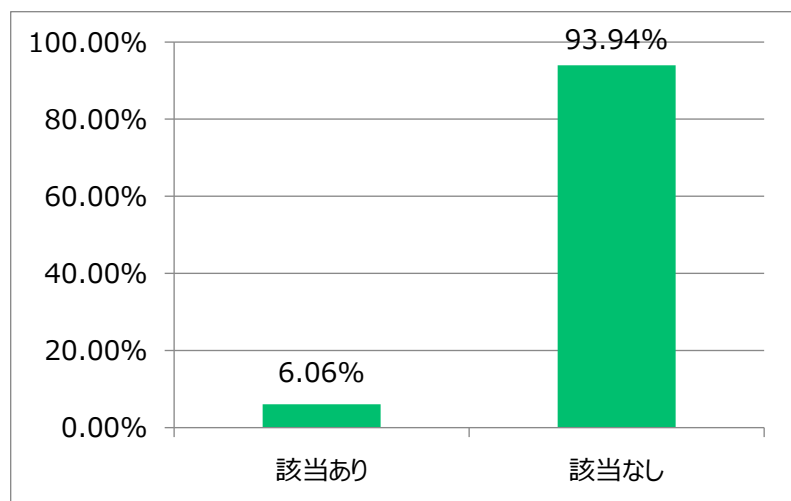
**Q26.【該当あり】の割合**

|       | %       | n   |
|-------|---------|-----|
| ごくわずか | 42.48%  | 65  |
| 少し    | 52.94%  | 81  |
| 半数前後  | 5.23%   | 8   |
| 大多数   | 0.65%   | 1   |
| 計     | 101.30% | 153 |



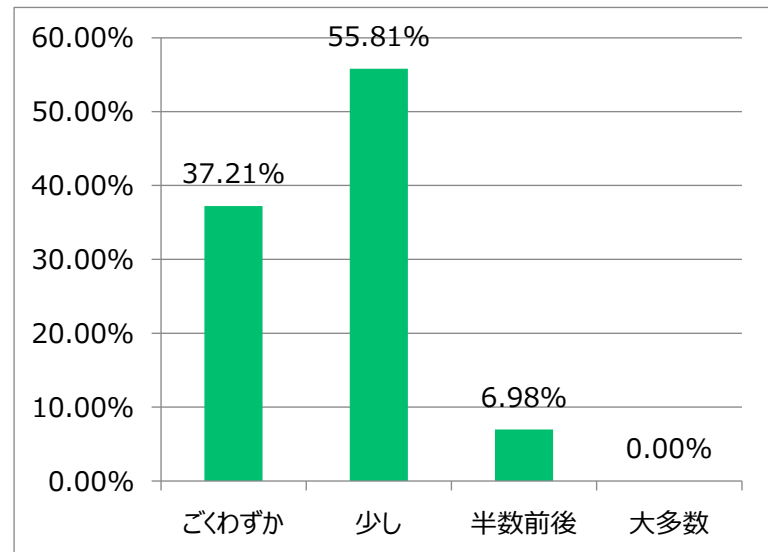
**Q27. 投与時間（院内滞在時間）が短いレジメンに変更した**

|      | %       | n   |
|------|---------|-----|
| 該当あり | 6.06%   | 42  |
| 該当なし | 93.94%  | 651 |
| 計    | 100.00% | 693 |



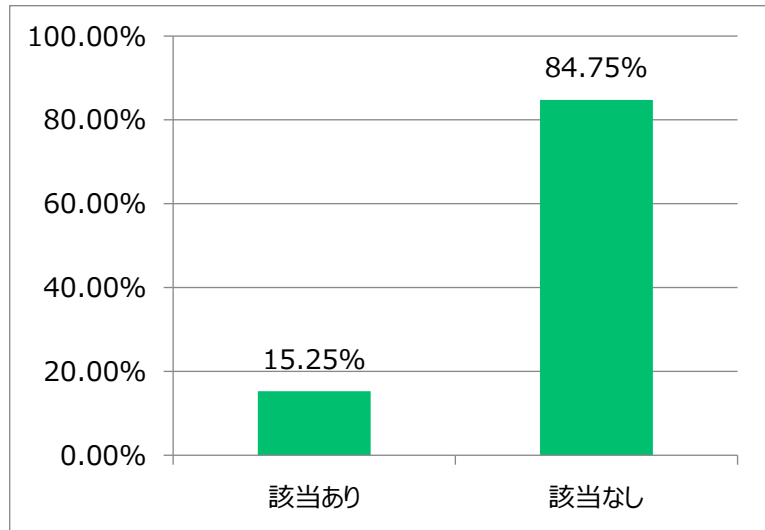
**Q28.【該当あり】の割合**

|       | %       | n  |
|-------|---------|----|
| ごくわずか | 37.21%  | 16 |
| 少し    | 55.81%  | 24 |
| 半数前後  | 6.98%   | 3  |
| 大多数   | 0.00%   | 0  |
| 計     | 100.00% | 43 |



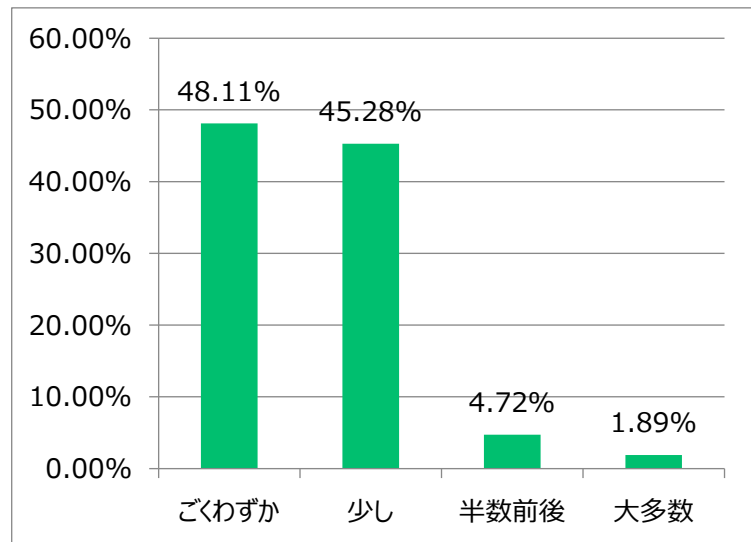
**Q29. 骨髄抑制の少ないレジメンに変更した**

|      | %       | n   |
|------|---------|-----|
| 該当あり | 15.25%  | 106 |
| 該当なし | 84.75%  | 589 |
| 計    | 100.00% | 695 |



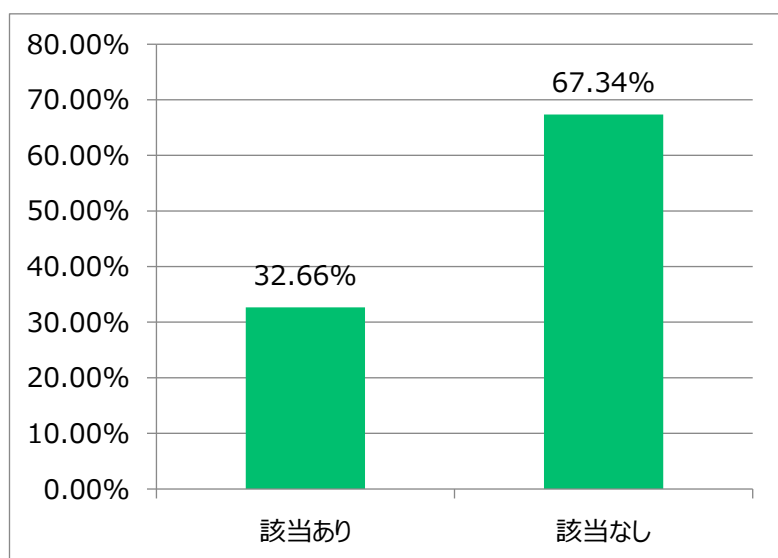
**Q30. 【該当あり】の割合**

|       | %       | n   |
|-------|---------|-----|
| ごくわずか | 48.11%  | 51  |
| 少し    | 45.28%  | 48  |
| 半数前後  | 4.72%   | 5   |
| 大多数   | 1.89%   | 2   |
| 計     | 100.00% | 106 |



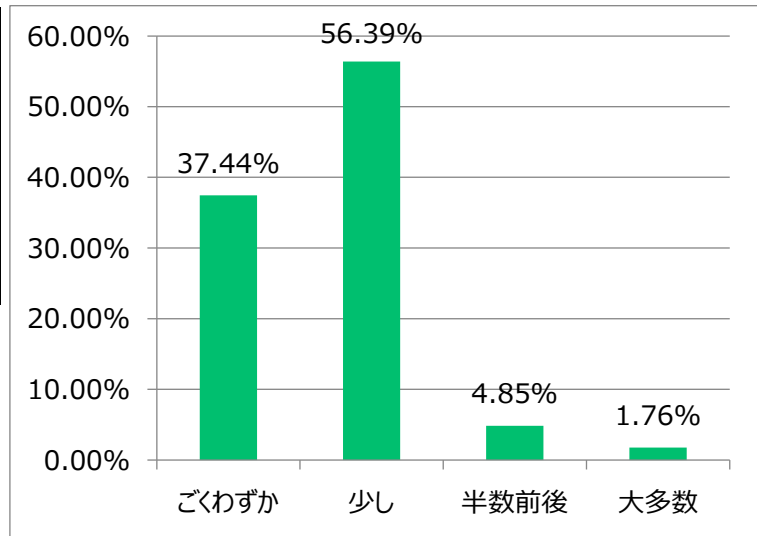
**Q31. COVID-19の影響を鑑みて投与間隔・期間を延長あるいはスキップした**

|      | %       | n   |
|------|---------|-----|
| 該当あり | 32.66%  | 226 |
| 該当なし | 67.34%  | 466 |
| 計    | 100.00% | 692 |



**Q32.【該当あり】の割合**

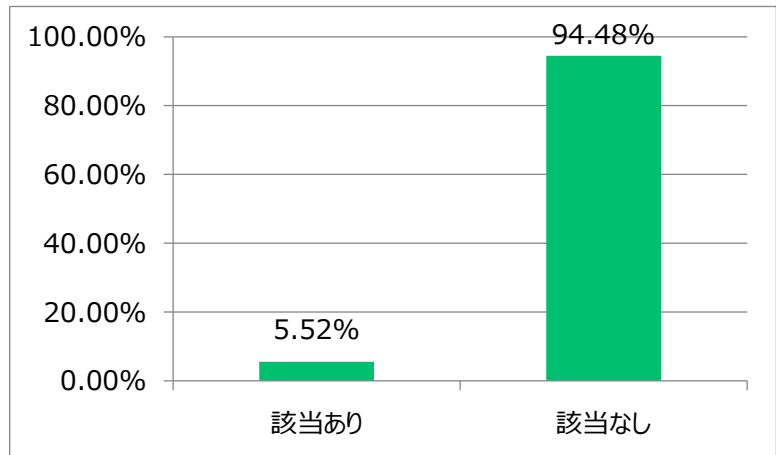
|       | %       | n   |
|-------|---------|-----|
| ごくわずか | 37.44%  | 85  |
| 少し    | 56.39%  | 128 |
| 半数前後  | 4.85%   | 11  |
| 大多数   | 1.76%   | 4   |
| 計     | 100.44% | 227 |



**【薬物療法における治療の変更について】**

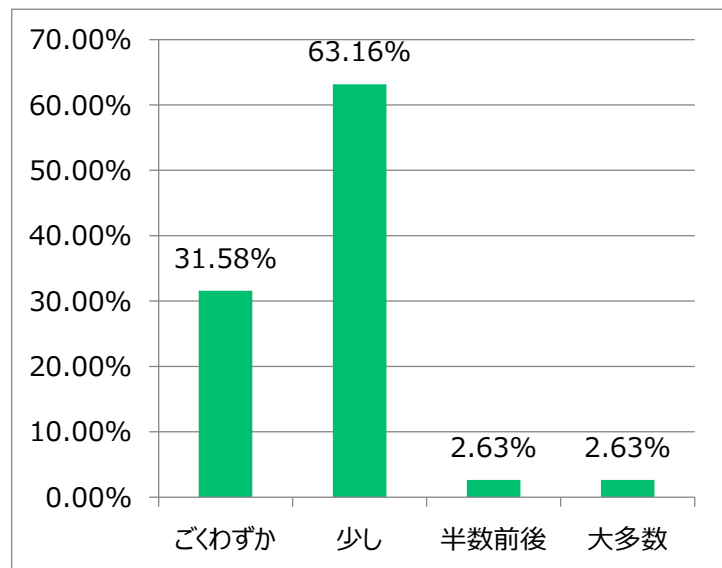
**Q33.術前・術後補助療法を変更した**

|      | %       | n   |
|------|---------|-----|
| 該当あり | 5.52%   | 38  |
| 該当なし | 94.48%  | 650 |
| 計    | 100.00% | 688 |



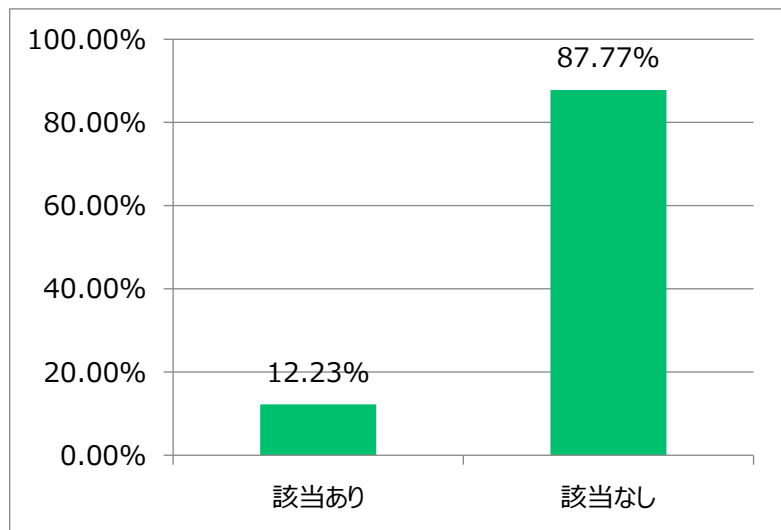
**Q34.【該当あり】の割合**

|       | %       | n  |
|-------|---------|----|
| ごくわずか | 31.58%  | 12 |
| 少し    | 63.16%  | 24 |
| 半数前後  | 2.63%   | 1  |
| 大多数   | 2.63%   | 1  |
| 計     | 100.00% | 38 |



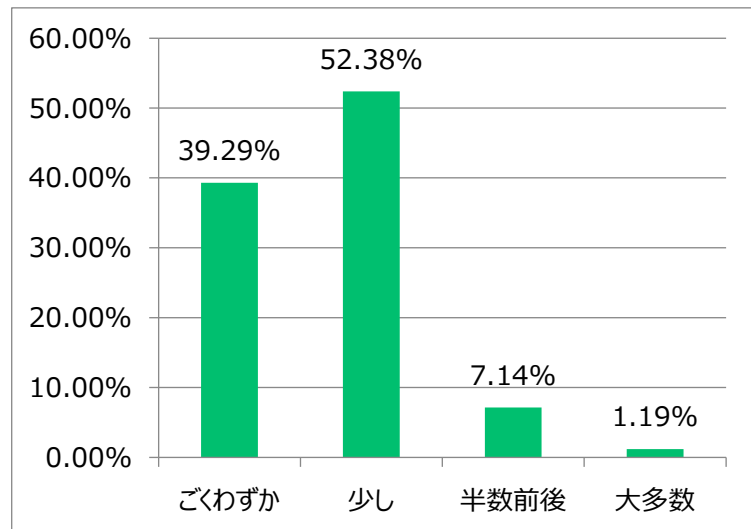
**Q35. 緩和・姑息的治療を変更した**

|      | %       | n   |
|------|---------|-----|
| 該当あり | 12.23%  | 84  |
| 該当なし | 87.77%  | 603 |
| 計    | 100.00% | 687 |



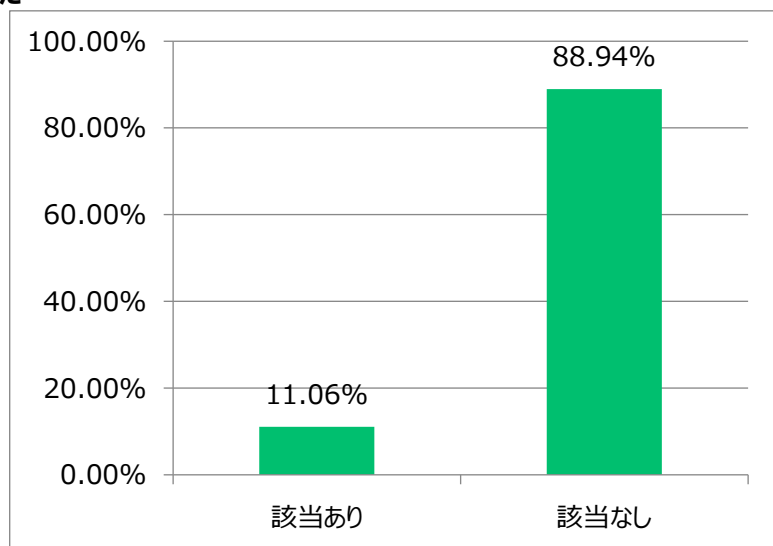
**Q36. 【該当あり】の割合**

|       | %       | n  |
|-------|---------|----|
| ごくわずか | 39.29%  | 33 |
| 少し    | 52.38%  | 44 |
| 半数前後  | 7.14%   | 6  |
| 大多数   | 1.19%   | 1  |
| 計     | 100.00% | 84 |



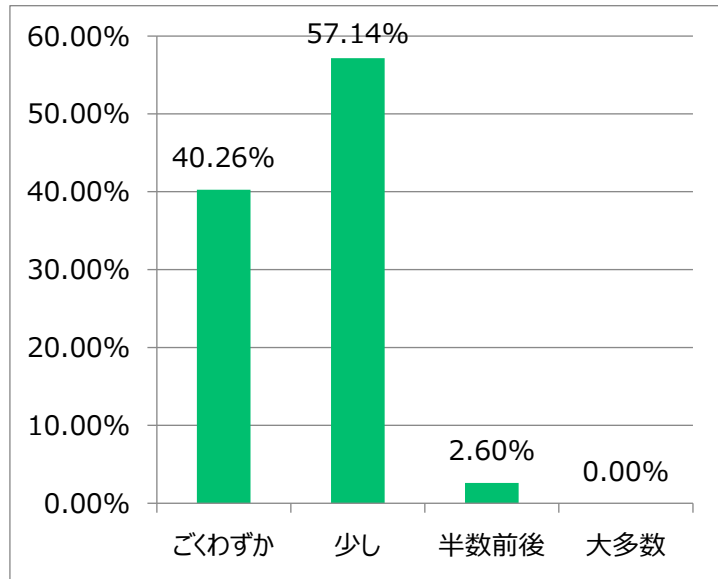
**Q37. 細胞障害性抗がん剤を変更した**

|      | %       | n   |
|------|---------|-----|
| 該当あり | 11.06%  | 76  |
| 該当なし | 88.94%  | 611 |
| 計    | 100.00% | 687 |



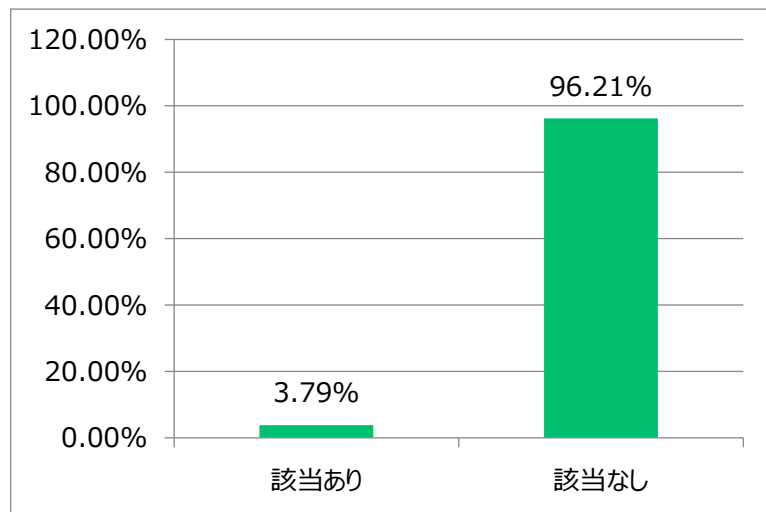
### Q38.【該当あり】の割合

|       | %       | n  |
|-------|---------|----|
| ごくわずか | 40.26%  | 31 |
| 少し    | 57.14%  | 44 |
| 半数前後  | 2.60%   | 2  |
| 大多数   | 0.00%   | 0  |
| 計     | 100.00% | 77 |



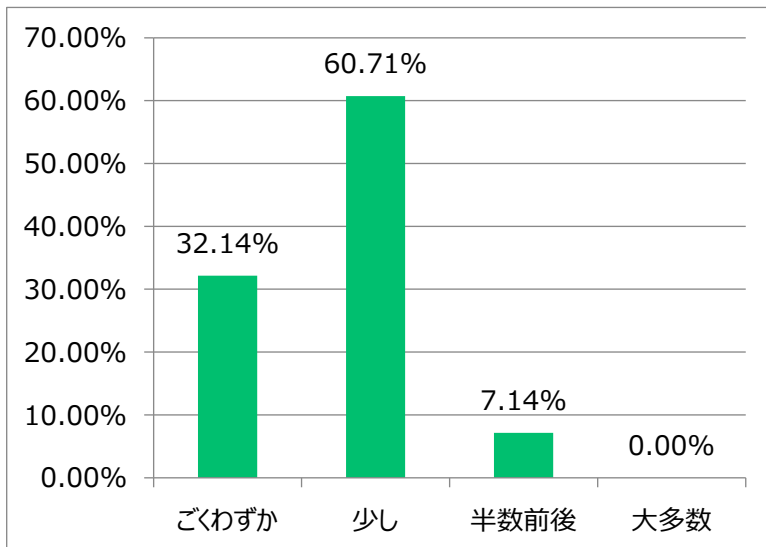
### Q39.分子標的治療薬を変更した

|      | %       | n   |
|------|---------|-----|
| 該当あり | 3.79%   | 26  |
| 該当なし | 96.21%  | 660 |
| 計    | 100.00% | 686 |



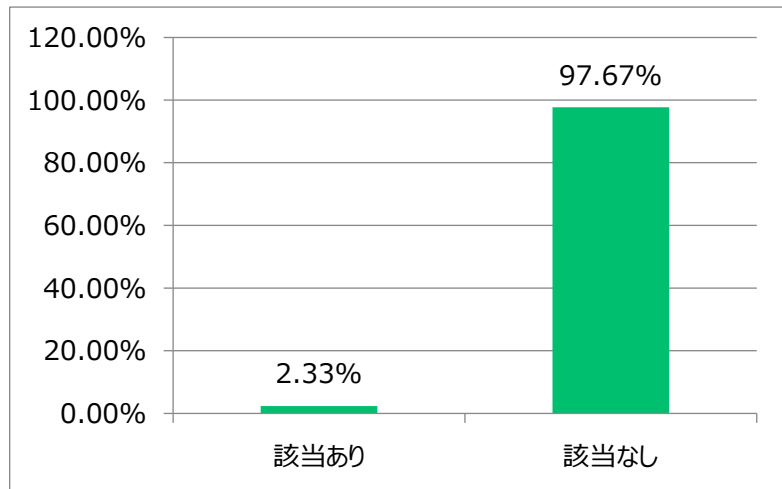
### Q40.【該当あり】の割合

|       | %      | n  |
|-------|--------|----|
| ごくわずか | 32.14% | 9  |
| 少し    | 60.71% | 17 |
| 半数前後  | 7.14%  | 2  |
| 大多数   | 0.00%  | 0  |
| 計     | 99.99% | 28 |



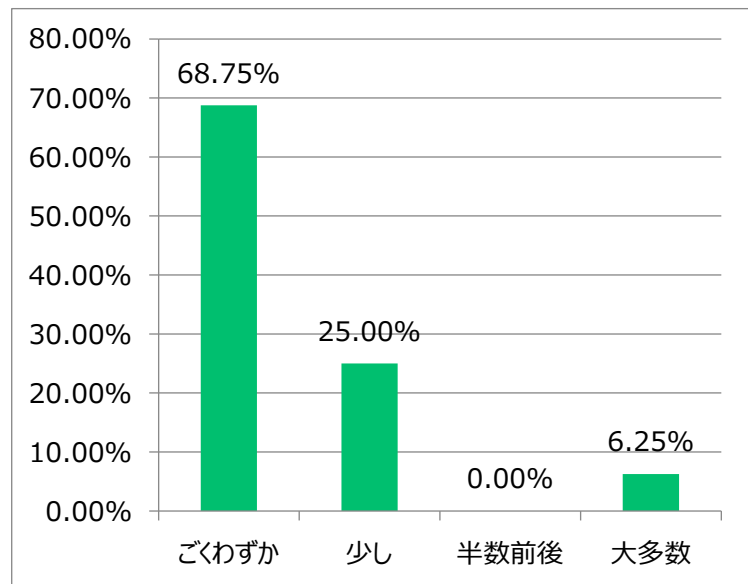
#### Q41. ホルモン or 骨吸収抑制剤を変更した

|      | %       | n   |
|------|---------|-----|
| 該当あり | 2.33%   | 16  |
| 該当なし | 97.67%  | 672 |
| 計    | 100.00% | 688 |



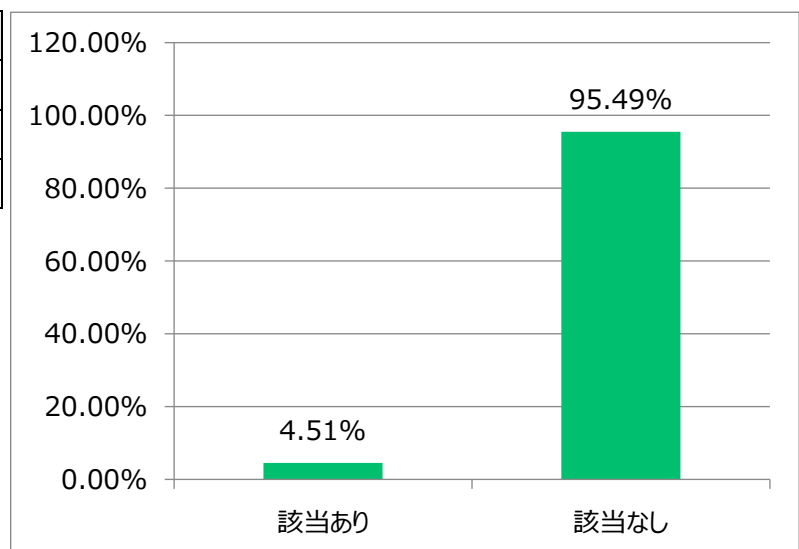
#### Q42. 【該当あり】の割合

|       | %       | n  |
|-------|---------|----|
| ごくわずか | 68.75%  | 11 |
| 少し    | 25.00%  | 4  |
| 半数前後  | 0.00%   | 0  |
| 大多数   | 6.25%   | 1  |
| 計     | 100.00% | 16 |



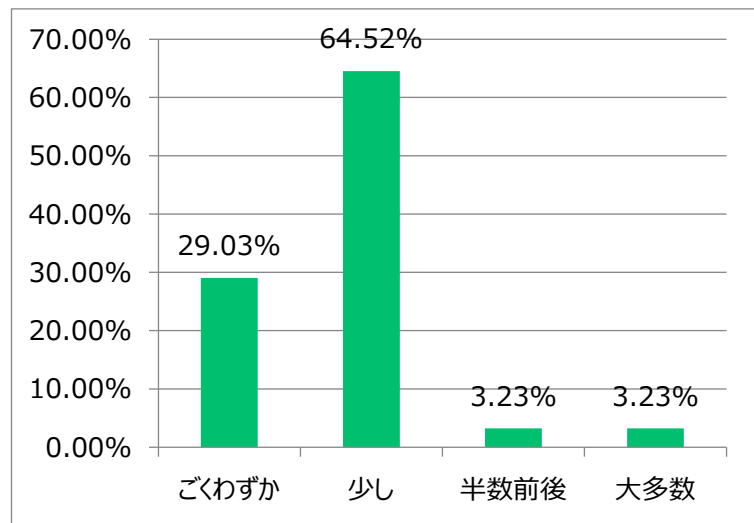
#### Q43. 免疫チェックポイント阻害薬を変更した

|      | %       | n   |
|------|---------|-----|
| 該当あり | 4.51%   | 31  |
| 該当なし | 95.49%  | 656 |
| 計    | 100.00% | 687 |



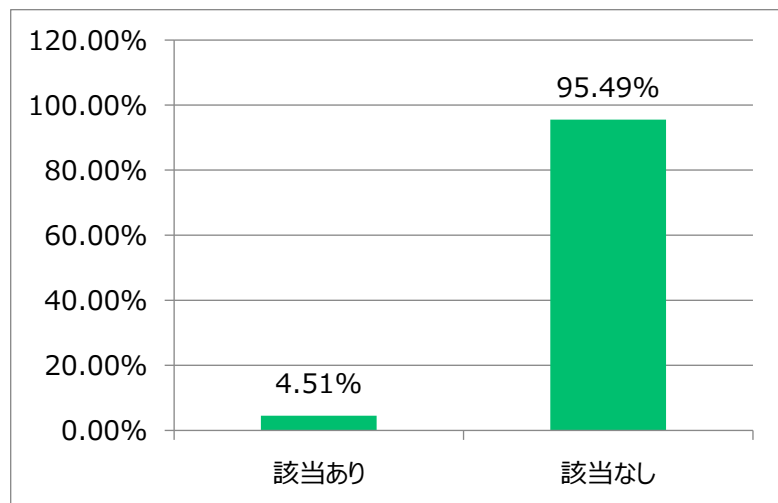
**Q44. 【該当あり】の割合**

|       | %       | n  |
|-------|---------|----|
| ごくわずか | 29.03%  | 9  |
| 少し    | 64.52%  | 20 |
| 半数前後  | 3.23%   | 1  |
| 大多数   | 3.23%   | 1  |
| 計     | 100.01% | 31 |



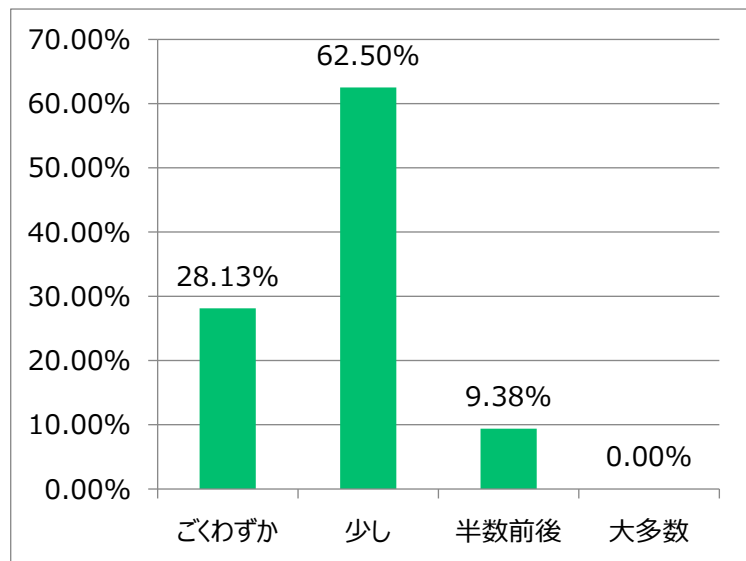
**Q45. ステロイド（支持療法を目的とした使用）を変更した**

|      | %       | n   |
|------|---------|-----|
| 該当あり | 4.51%   | 31  |
| 該当なし | 95.49%  | 656 |
| 計    | 100.00% | 687 |



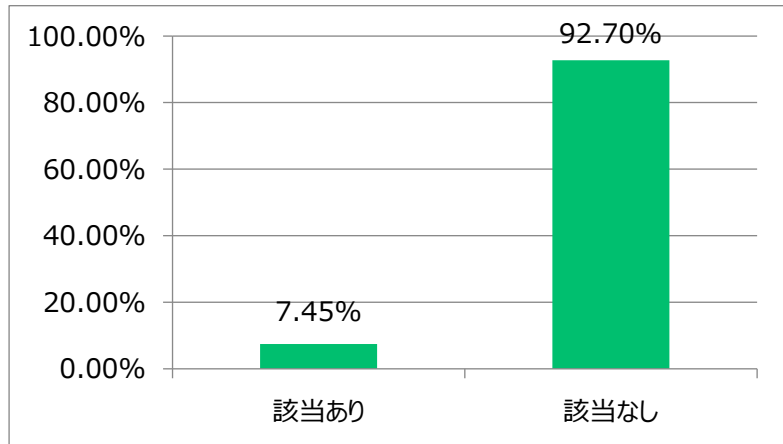
**Q46. 【該当あり】の割合**

|       | %       | n  |
|-------|---------|----|
| ごくわずか | 28.13%  | 9  |
| 少し    | 62.50%  | 20 |
| 半数前後  | 9.38%   | 3  |
| 大多数   | 0.00%   | 0  |
| 計     | 100.01% | 32 |



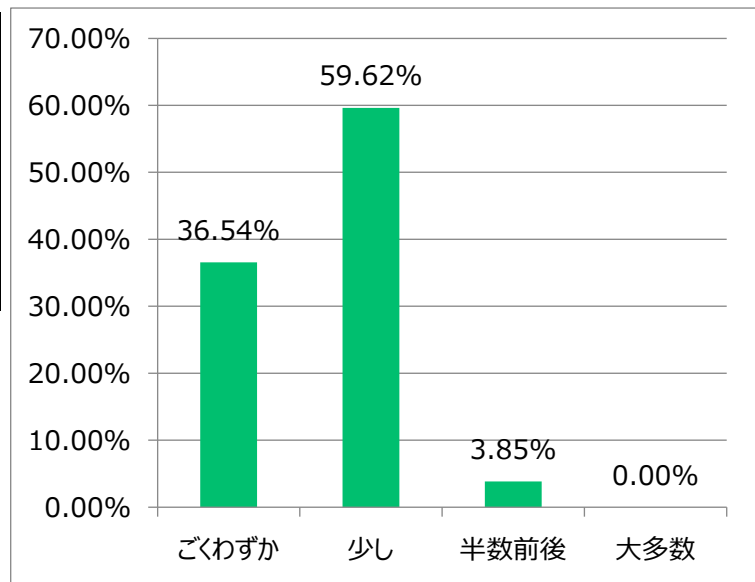
#### Q47. 静脈内投与を変更した

|      | %       | n   |
|------|---------|-----|
| 該当あり | 7.45%   | 51  |
| 該当なし | 92.70%  | 635 |
| 計    | 100.15% | 685 |



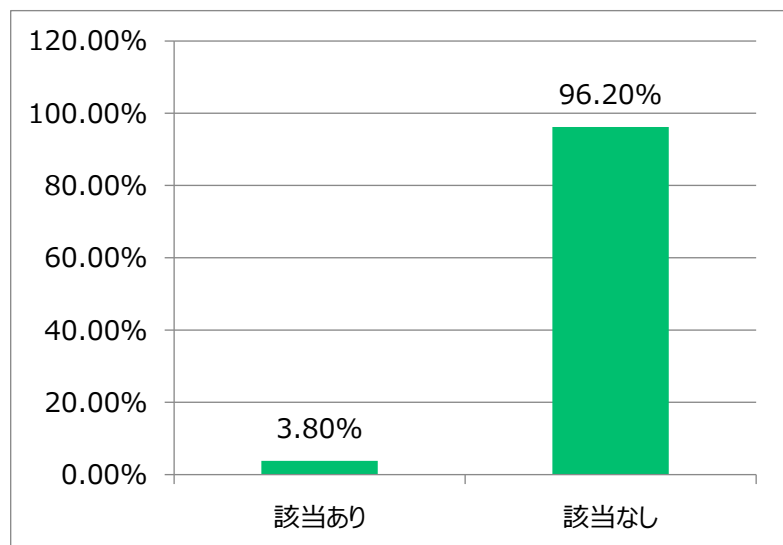
#### Q48.【該当あり】の割合

|       | %       | n  |
|-------|---------|----|
| ごくわずか | 36.54%  | 19 |
| 少し    | 59.62%  | 31 |
| 半数前後  | 3.85%   | 2  |
| 大多数   | 0.00%   | 0  |
| 計     | 100.01% | 52 |



#### Q49. 経口投与を変更した

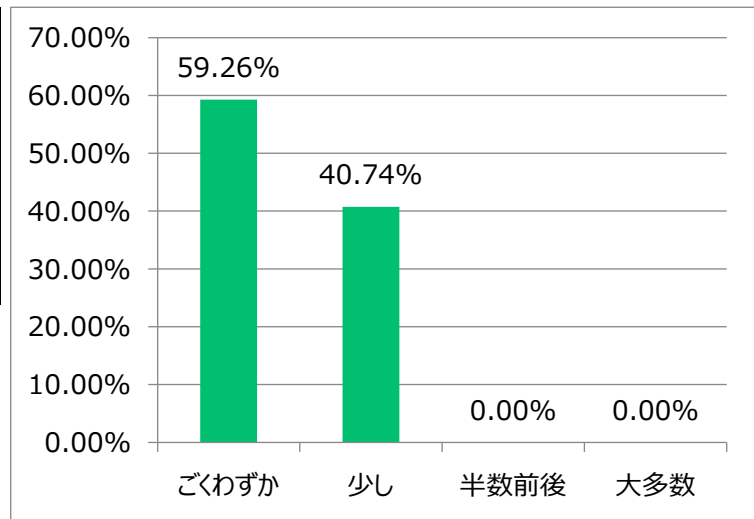
|      | %       | n   |
|------|---------|-----|
| 該当あり | 3.80%   | 26  |
| 該当なし | 96.20%  | 659 |
| 計    | 100.00% | 685 |





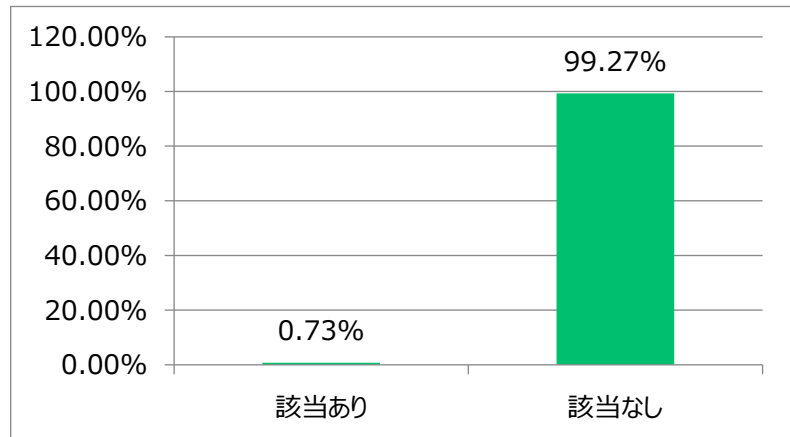
### Q50. 【該当あり】の割合

|       | %       | n  |
|-------|---------|----|
| ごくわずか | 59.26%  | 16 |
| 少し    | 40.74%  | 11 |
| 半数前後  | 0.00%   | 0  |
| 大多数   | 0.00%   | 0  |
| 計     | 100.00% | 27 |



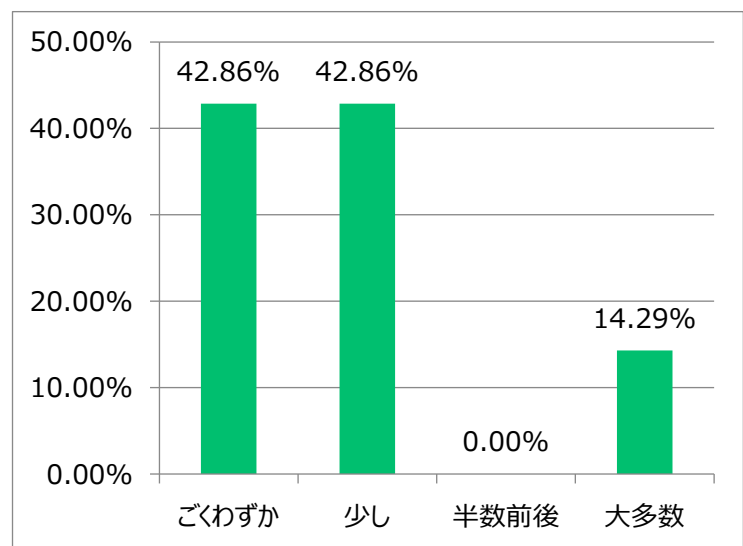
### Q51. 経皮投与を変更した

|      | %       | n   |
|------|---------|-----|
| 該当あり | 0.73%   | 5   |
| 該当なし | 99.27%  | 680 |
| 計    | 100.00% | 685 |



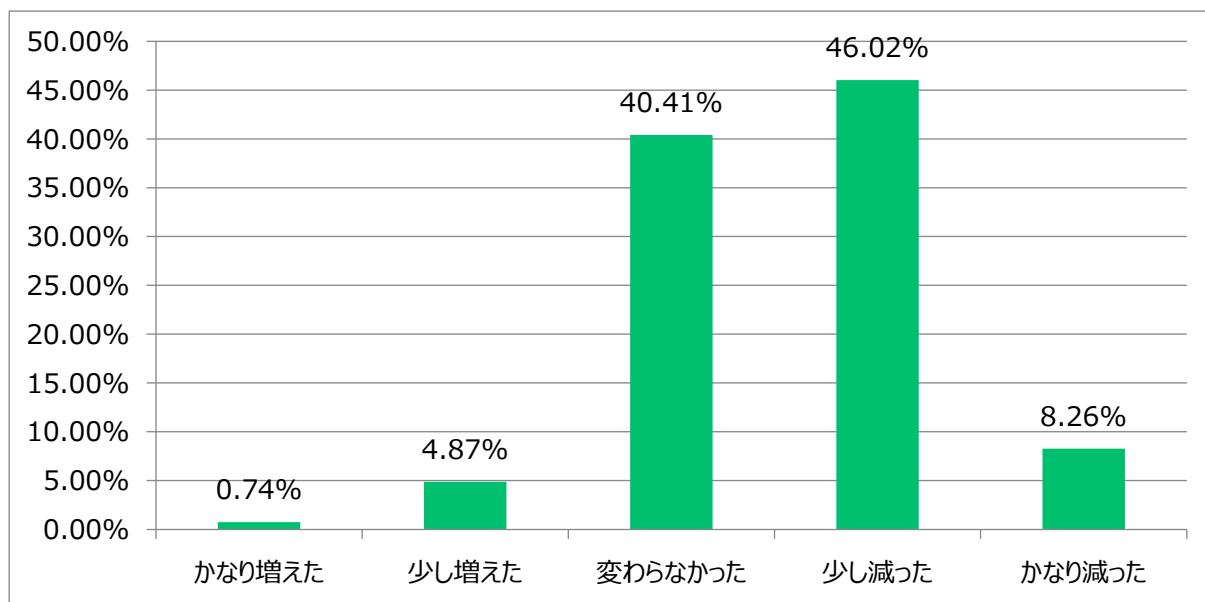
### Q52. 【該当あり】の割合

|       | %       | n |
|-------|---------|---|
| ごくわずか | 42.86%  | 3 |
| 少し    | 42.86%  | 3 |
| 半数前後  | 0.00%   | 0 |
| 大多数   | 14.29%  | 1 |
| 計     | 100.01% | 7 |



**Q53.COVID-19 蔓延前（2020年2月まで）と比較して、いわゆる第1波の時期において診療される患者数に変化がありましたか？**

|         | %       | n   |
|---------|---------|-----|
| かなり増えた  | 0.74%   | 5   |
| 少し増えた   | 4.87%   | 33  |
| 変わらなかった | 40.41%  | 274 |
| 少し減った   | 46.02%  | 312 |
| かなり減った  | 8.26%   | 56  |
| その他     |         | 40  |
| 計       | 100.30% | 678 |



**【その他】**

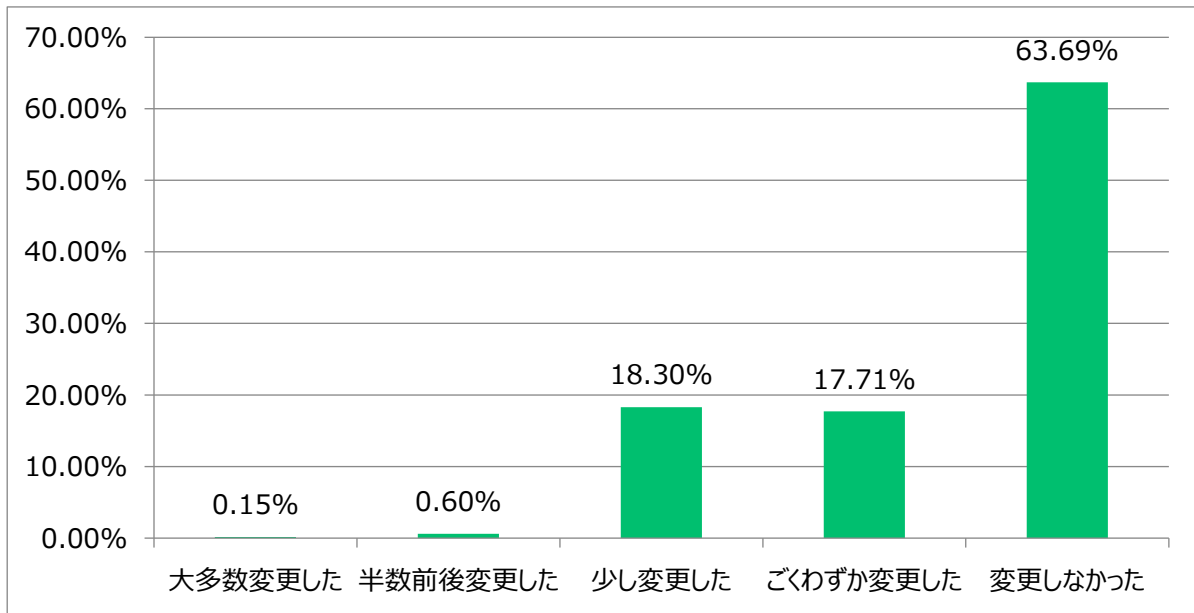
- ・外来の電話診察への変更、通院間隔の延長
- ・検診減少と受診控えによる新規診断の減少
- ・他院でコロナで治療が延期される患者が来院された
- ・休診による影響あった
- ・電話診察へ移行。検診が止まったので要精査が減った
- ・変わっていません。
- ・通院が怖いと言って術後補助療法に来なくなった患者さんがいました
- ・3月4月は気管支鏡検査件数が減った。
- ・新患が減った（特に遠方の病院からの紹介）
- ・新規外来患者が紹介含めて減った。
- ・患者からの通院間隔をあげたいという希望が増えた

- ・周術期の乳ガンは減りました
- ・外来患者数が 10%ほど減った
- ・呼吸器内科の患者診察支援
- ・紹介患者の減少あり
- ・外来化学療法件数の増加
- ・受診控えで新患が減り薬物療法の対象者が減った
- ・院内感染を起こしたので患者を止め小細胞癌の化学療法の方は本院に依頼した。
- ・治療患者は減少しなかった。
- ・手術件数の減少による薬物療法患者総数の減少
- ・他院からの紹介が減少
- ・術前補助化学療法を行う乳癌例が増えた。
- ・経過観察のみの患者さんで来院間隔を延ばした。
- ・新患がへった。既存は変わらず
- ・感染症指定病院からの紹介
- ・フォローアップ患者の受診控え
- ・COVID と関係なく、単純に再発などで治療導入を要する方が重なった
- ・リンパ腫、骨髄増殖性疾患は減少。
- ・癌の紹介が減った
- ・心毒性のフォローアップやスクリーニング間隔を延長したため
- ・進行がん、PS 不良で薬物療法不可の新規患者さんが増えた。
- ・コロナ専門病棟を作ったことで、病床の余裕もなくなり満床で断る日があった
- ・当院がクラスター発生源であり、外来を抑制し、入院は中止
- ・早期癌が減った
- ・20-30%減少した
- ・紹介新患、入院患者とも横ばいからやや増加
- ・新患の制限、他院への紹介で患者数を減らした
- ・再発低リスクの方の検診の間隔をあけた
- ・看護師不足のため病棟閉鎖に伴い新規受け入れが一時期中断
- ・健診レントゲン異常が減った

**Q54. 高齢者、糖尿病、循環器疾患など、COVID-19 の重症化リスク因子を持つ患者に対して、リスクが少ないと思われる患者と比べて、がん薬物療法の対応を変更しましたか？**

|           | %      | n   |
|-----------|--------|-----|
| 大多数変更した   | 0.15%  | 1   |
| 半数前後変更した  | 0.60%  | 4   |
| 少し変更した    | 18.30% | 123 |
| ごくわずか変更した | 17.71% | 119 |

|         |         |     |
|---------|---------|-----|
| 変更しなかった | 63.69%  | 428 |
| その他     |         | 43  |
| 計       | 100.45% | 672 |



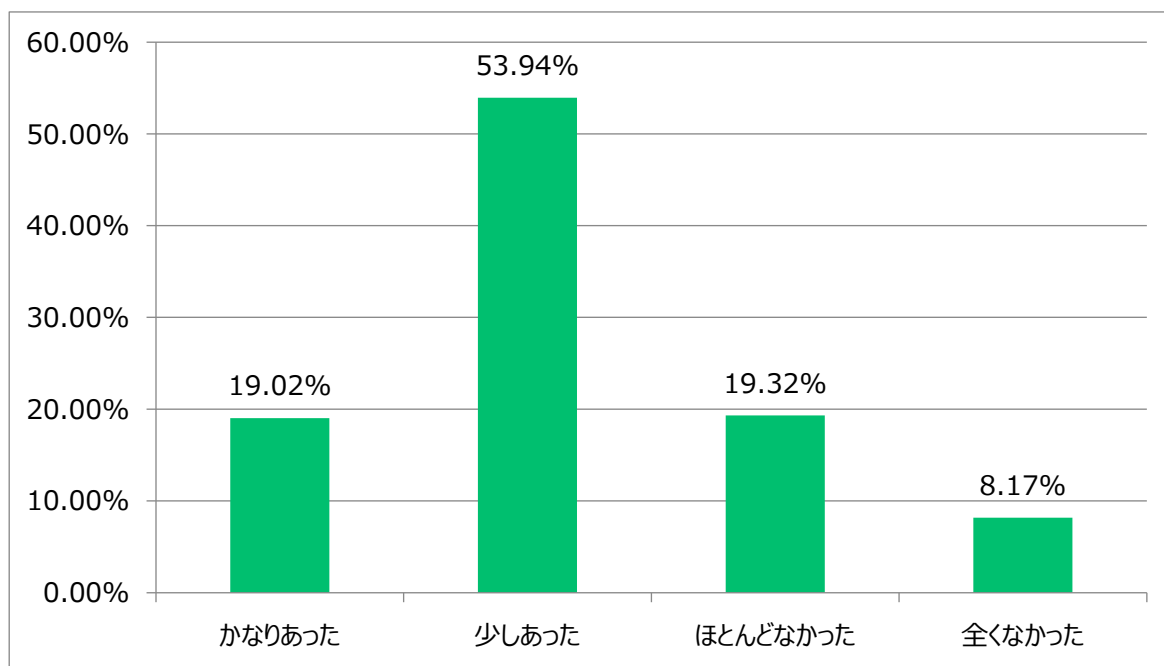
#### 【その他】

- ・減薬や BSC を選択することがあった
- ・感染して必ず重症化するとは限らないため、治療効果を優先しています
- ・変更していません。
- ・投与間隔をのばした
- ・CD20 抗体製剤やトリアキシンのような免疫不全を来す薬剤を避けた。濾胞性リンパ腫など治療を待てる患者さんの治療を先送りにした。
- ・延期できる治療は延期した
- ・待てる患者は治療開始時期を少し遅らせた
- ・投与間隔を延長した
- ・支持療法、全身状態の維持、セルフケア、家族への周知を強化した
- ・投与量の変更
- ・ジールスタの使用頻度が増えた
- ・フォロー中の場合、来院間隔延長を検討した
- ・経口レジメンを優先
- ・薬物療法を担当していません
- ・術後の補助化学療法の期間が短く済むレジメンを選択した
- ・リンパ球抑制作用の強い薬剤の変更・中止
- ・本人が治療拒否した例があった。
- ・血球減少など少なくなるように配慮した。
- ・HER2 陽性早期乳癌へのトラスツズマブ単独を許容するなど。

- ・迷った場合は dose を下げた
- ・pcr の方でハーセプチンを一年から半年とし、来院機会を減らした。
- ・患者さん自身に感染防御を徹底するように指導しました。
- ・予防的 G-CSF を積極的に使用した
- ・G-CSF の積極的使用など
- ・地域性の問題で当地では COVID 患者数が少なかった
- ・制吐剤をデカドロン不使用とするなど
- ・肺障害合併の少ない薬を優先した
- ・適応について厳密に評価
- ・ステロイド剤を減量した。
- ・照射と薬物療法が同等の場合には照射を優先している。
- ・病状が落ち着いている場合には骨髄毒性の少ないレジメンを選択した
- ・薬物療法を行っていない
- ・濾胞性リンパ腫の患者の治療開始を延期した
- ・休薬期間を延期した
- ・AC,EC 療法でジースタをルーチンで使用した
- ・内分泌療法を来院回数を減らして、FAX 処方も対応した。
- ・受診回数を減らした
- ・基本ガイドラインに沿うが、年齢、PS、地域の COVID19 発生状況に合わせて、パワーを減じるなど
- ・クール数を少なくした
- ・やや減量気味で実施
- ・投与間隔を延長した
- ・投与間隔の延長など
- ・NSCLC について、DTX→S-1 に変更した

**Q55.がん薬物療法を受けている患者さんから COVID-19 を意識した治療に関する要望・問い合わせがありましたか？**

|          | %       | n   |
|----------|---------|-----|
| かなりあった   | 19.02%  | 128 |
| 少しあった    | 53.94%  | 363 |
| ほとんどなかった | 19.32%  | 130 |
| 全くなかった   | 8.17%   | 55  |
| その他      |         | 56  |
| 計        | 100.45% | 673 |



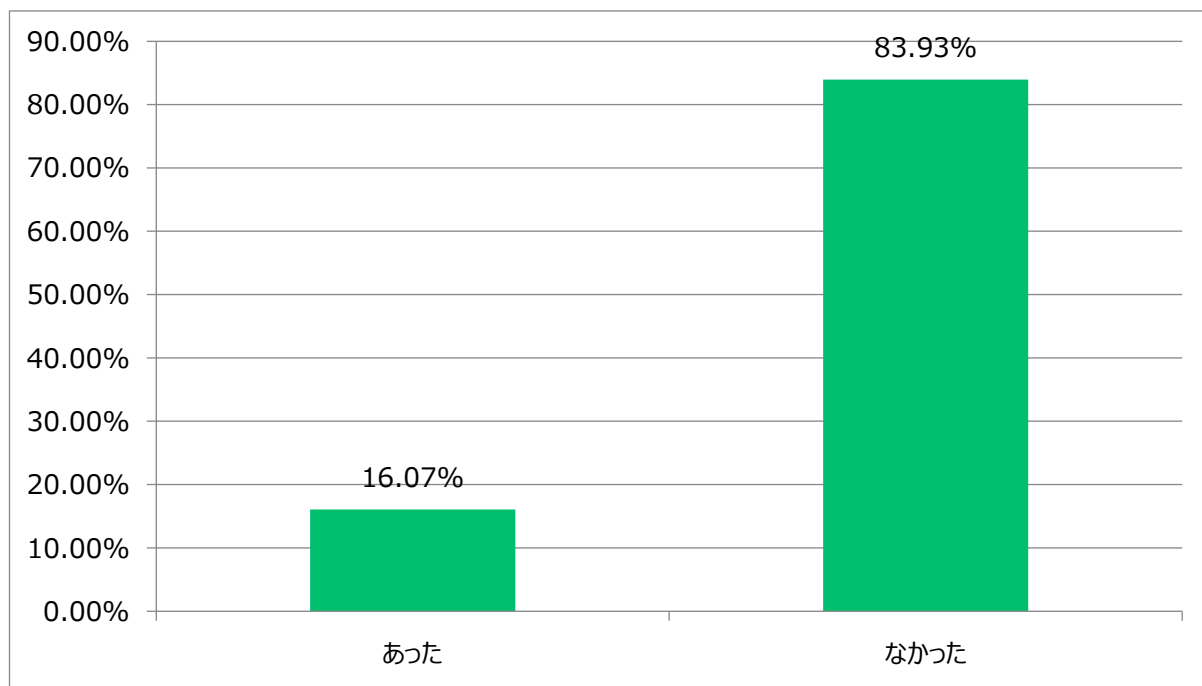
### 【その他】

- ・電話再診について
- ・コロナ感染のリスクが高くなるか？という質問があった
- ・「外来待合室での3密が怖いので待ち時間を短くしてほしい」「他の患者と一緒にならないよう診察予約時間を遅くしてほしい」との要望を受けた。
- ・感染した場合の重症化リスクについて
- ・外来治療でなく入院治療を希望
- ・出来るだけ来院したくない等
- ・電話診察、検査延期の希望
- ・治療の延期の希望が2~3人いました。
- ・治療の受けることの有無について
- ・自身のリスクおよび何を気をつけたらよいかなど
- ・COVID-19にかかったときの重症化リスクについて
- ・地元へ転院したい、治療を止めたい、など。
- ・感染への不安
- ・受診回数を減らす方法
- ・1名だけ、ICI投与を1回だけskip希望があった。
- ・リスクがどのくらい上昇するか、といった質問が多かった
- ・癌治療がリスクになるかどうかを質問された
- ・受診回数を減らせるか
- ・感染リスク
- ・受診日程の変更
- ・リツキシマブ単剤療法中止の申し出
- ・発熱の原因について

- ・治療（抗がん剤投与）の延期の希望あり
- ・感染しやすいか、重症化しやすいか等
- ・受診の延期
- ・発熱時の対応
- ・「コロナにかかりやすいかどうか」
- ・感染リスクとの関連など
- ・定期観察中の患者から受診控えの要望があった。
- ・ワクチン接種をどうすればよいか
- ・感染した際の重症化リスク、予防対策について など
- ・怖いので病院に来たくないという話があった。
- ・GoTo キャンペーンの利用適否など。
- ・来院を延期したい。処方のための来院をしたくない。
- ・感染リスクの上昇がないかの質問が多かったと思います。
- ・経過観察の受診日数を減らしてほしい
- ・医師の判断にお任せすると言われることが全てだった。
- ・治療開始の延期
- ・治療を受けて大丈夫か？
- ・来院頻度の減少の希望
- ・発熱したらどうしたらよいかとの問い合わせあり
- ・不安の表出や県外家族との面会などの相談があった
- ・受診したくない 間隔をあけてほしい 維持療法を止めてほしい 放射線治療を受けたくない など
- ・通院頻度を減らしたいとの相談が何件かありました
- ・薬物療法を行っていない
- ・治療内容というよりは受診の可否
- ・患者さん自身の感染のリスク、重症化のりすくについて
- ・受診に関する相談。緩和ケア病院の外来停止
- ・罹患率や死亡率について
- ・食事内容
- ・待ち時間の短縮や定期通院の延期
- ・外来受診を控えた方が良いか？ など
- ・自分は安全かの質問が多かった
- ・入院ではなく外来で実施を希望された
- ・手術や治療をかわらずに続けているかどうか
- ・電話診療、検査延期の希望

**Q56. 上記の質問項目以外で、コロナ前（2020年3月まで）と比較して、いわゆる第1波（2020年3月以降）の時期において、薬物療法に関して変化があったことはありますか？**

|      | %       | n   |
|------|---------|-----|
| あった  | 16.07%  | 108 |
| なかった | 83.93%  | 564 |
| その他  |         | 52  |
| 計    | 100.00% | 672 |



### 【その他】

- ・骨髄抑制がみられたコースの後では減量をより積極的におこなった
- ・70歳以上の高齢がん患者が白血球減少 Grade2 となった際に細胞毒性抗がん剤の投与を延期することが多くなった。
- ・来院されなくなった患者さんがいた
- ・先が見えずオペや全身麻酔もいつまで通常通りできるかわからなかったので、緊急事態宣言が出そうと分かった時その前に術前化学療法を切り上げてオペ先攻にした。
- ・処方箋外来を積極的に行なった
- ・薬剤科クラスタが発生して、薬剤科が1週間業務停止したため薬物療法が限定された
- ・TKIの間隔延長 検診をきっかけとした受診の激減
- ・入院で行うレジメンを外来から導入した。
- ・患者さんの要望で治療延期を希望するケースもあった
- ・患者の絶対数の減少に起因して、施設側からの診療縮小の打診
- ・離島の方の治療延期など
- ・通院せずに FAX 処方
- ・投与後の経過観察のみの来院は最小限となった
- ・治療方針は変更していない。発熱時の対応方法のみ変更。



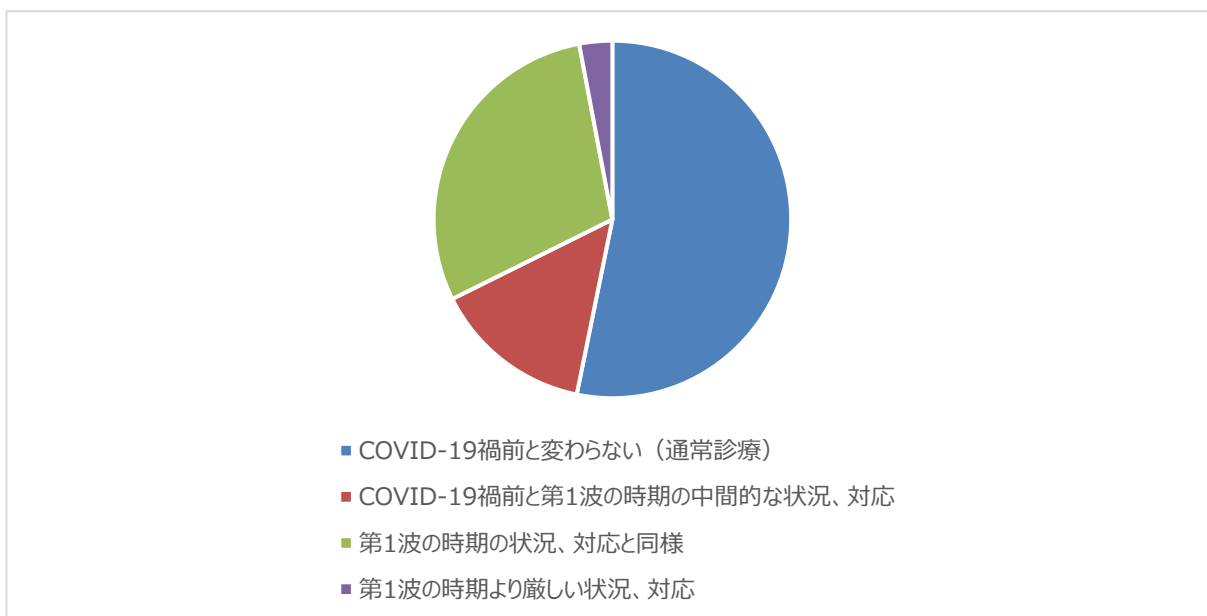
- ・家族の面会禁止による治療への影響が大きい印象がある
- ・骨髄抑制のあるレジメンでベグフィルグラスチムをほぼ全員に使用
- ・外来化学療法室のベッド繰り。他県訪問歴がある人は隣のベッドを空けたりしたので、化学療法室の予約がとりにくくなった。
- ・患者さんや家族から不安の訴えやメンタルの不調を訴える患者さんが増えた
- ・来院回数を減らす、治療選択の段階での来院回数の少ないレジメンの選択など。
- ・入院病床数が減ったため入院での化学療法から外来化学療法へ移行した症例があった
- ・外来化学療法を行う患者数の増加
- ・院内で CT のオーダーが入らなくなり、他院へ依頼となった。
- ・ホルモン療法+CDK4/6 阻害剤でホルモン療法だけ長期処方を実施した(CDK4/6 阻害剤を休薬した)
- ・来院間隔、CT 撮像間隔の延長
- ・補中益気湯の処方を増やした
- ・他の専門領域のがん治療はかなり外来治療への変更や補助化学療法の中止があったように思う。
- ・待てる人は伸ばした
- ・患者さんが病院に来るのを若干嫌がる状況があった。
- ・進行がんが増えた。
- ・入院治療ができず、他院に転院して治療した
- ・できるだけ経口薬で、診療間隔も長いものなどに配慮した。
- ・G-CSF 製剤の積極的使用、セカンドオピニオンなどでの県外移動制限、入院の長期化（外泊禁止）など。
- ・かなりリスクのある患者で臓器機能の低下のある場合には減量や延期で来院を少なくした。
- ・治療導入のタイミングを遅らせた
- ・手術が減り、新患が減った
- ・治療継続例での変化は少なかったが、新規導入例で骨髄抑制が起きる治療を忌避されることがあった。
- ・田舎なのであまり COVID がいなくて影響が少なかった
- ・病勢悪化時の次治療開始を遅らせた
- ・1 次予防としての PEG G-CSF をより積極的に使用するようになった
- ・発熱や有症状の場合の確認作業の負荷が増えた
- ・移植に関しては待てる場合には延期した。
- ・待合室での密の回避
- ・薬物療法を行っていない
- ・なるべく外来治療とした。
- ・薬物療法中の患者さんが罹患しレジメンの一部変更を余儀なくされた。
- ・うがい薬（アズレン）を処方したところ、コンプライアンスが上昇した
- ・分子標的薬内服中安定している患者の来院間隔を伸ばした
- ・ベンダムスチンをさけた
- ・sLV5FU2 を Capecitabine に変更した。Capecitabine を 3 サイクルまとめて処方した。
- ・積極的な GCSF 使用
- ・病院機能を制限していない他院への積極的な紹介

- ・安定している NSCLC に対する Pembro の投与間隔をあけた

**【第 2 波の時期について】**

**Q57. がん薬物療法の診療は、コロナ前（2020年3月まで）や第1波コロナ禍（2020年3月以降）の時期の状況、対応と比べて、どうだったでしょうか？**

|                                | %       | n   |
|--------------------------------|---------|-----|
| COVID-19 禍前と変わらない（通常診療）        | 53.85%  | 357 |
| COVID-19 禍前と第 1 波の時期の中間的な状況、対応 | 14.63%  | 97  |
| 第 1 波の時期の状況、対応と同様              | 29.71%  | 197 |
| 第 1 波の時期より厳しい状況、対応             | 3.02%   | 20  |
| 計                              | 101.21% | 663 |



**Q58. 中間的な状況についてどのような状況、対応だったか教えてください。（自由記載）**

- ・患者の希望があれば変更。なければ当初治療を継続
- ・面会、外泊の原則的な禁止。希望者の電話再診。
- ・通院間隔を広げる治療変更
- ・待合の密を避ける、できるだけ外来主体にする、外泊を原則禁止
- ・対応変化した患者数は少なく軽度
- ・コロナ感染の可能性は意識しつつ、治療自体はなるべく医療上の必要性に沿って判断
- ・可能な範囲で受診間隔をあける
- ・希望のある患者さんには受診の間隔を延ばすなど配慮したが、ほとんどは COVID 蔓延前と変わらなかった
- ・流行地域への移動歴があると、治療を延期した
- ・電話診察の継続
- ・延期していた維持療法を再開した方もいる

- ・フォローのみの症例は間を空ける
- ・第 1 波を問題なく乗り切れたため、ほぼコロナ禍前に近い対応
- ・1 波の時ほど患者さん自身の受診控えがなかった
- ・患者数や治療数などもおよそ中間の数字でした。
- ・患者さんが慣れてきた、必要時は来院されるようになった
- ・若干のリスク回避
- ・第一波より緊張感が少ない
- ・感染様式等がわかってきて、第 1 波よりは対応の幅が増えた
- ・第一期よりは通常対応に近い
- ・気を付けながら通常診療に近いもの
- ・薬物療法レジメンの変更はないが、入院制限、お見舞いの方の対応の変化、緩和ケア主体になった患者さんの転院や在宅への移行がやや難しくなった
- ・症例数を戻しつつも、できるだけ投与間隔の長い、投与時間の短いレジメンを選択しながら治療にあたった
- ・手術などの制限を緩和した。
- ・少し影響があった程度
- ・良性疾患の手術の延期
- ・1 波の時よりは受診控えが減りましたが検診受診は少なく検診異常で癌が見つかり薬物療法が必要という患者さんは連年より少なかったです
- ・診察室への入室人数を制限した。
- ・発熱した場合は、まず発熱外来で対応した
- ・予定入院の 1 週間前に全員コロナ PCR 検査を実施する方針となった。
- ・内服処方期間が中間的
- ・第一波の時より危機感が少なかった。
- ・通院期間延期患者の割合を増やすなど
- ・新規手術件数は回復、薬物療法件数は不変
- ・希望にて間隔をあける、薬を電話処方するなどの対応を行った。
- ・治療適応については比較して厳格に検討するようになった
- ・移動の制限
- ・対応を緩めた
- ・オンライン診療を併用するなど
- ・感染対策を行いながら通常通りの治療
- ・電話診察・処方を施設は推奨しなかったため受診者は減らせなかった
- ・患者意識も含め多少意識が薄れた印象があるが、基本方針（内服に変更したり、vist を減らすこと）は、緊急事態宣言中と概ね変わらない
- ・外出の敷居が下がったと思います。
- ・通院する頻度は通常通りとなったが、感染予防に努めた
- ・新規患者の制限や入院待ち日数が改善
- ・注意はするが、第一波よりはやや緩和した対応をした。

- ・第一波より心毒性フォローアップやスクリーニング間隔を伸ばさなかった
- ・制約等
- ・来院者発熱スクリーニング、術前 PCR、入院内視鏡前抗体測定
- ・新規患者の制限
- ・定期診察の患者側からの延期希望が若干減った。
- ・ややできる範囲を通常時に戻した
- ・もともと内服レジメン、投与間隔の長いレジメンを優先して選択しており、大きくは変更していない。
- ・患者さんも慣れてきた
- ・通常の化学療法を行いつつ希望に応じて投与間隔の延長、休薬を行った
- ・カンファレンス対応の変更など
- ・患者さんによって第 1 波中の対応を続けた方と、以前と同様の対応に戻した方がいた。患者さんと相談して対応を決めた。
- ・経過観察などの間隔を広げた
- ・無理しすぎない
- ・通院レジメンが多くなった。
- ・無理をせず治療施行。
- ・投与間隔は通常通りにしたが、NSCLC については DTX より S-1 を優先した
- ・新規患者の紹介受け入れ人数の制限

**Q59. 厳しい状況についてどのような状況、対応だったか教えてください。（自由記載）**

- ・コロナ専用病棟に人手が取られ、通常どおりの業務を行いにくなくなった。
- ・免疫チェックポイント阻害薬の投与間隔を延長させた。
- ・対象地域への訪問者や接触者のリストアップ
- ・フェイスシールドなどを全職員がつけたりした
- ・より厳格な感染管理
- ・以前よりも進行がんが増えた様子であり、化学療法の開始そのものが微妙な症例が増えた。
- ・PCR スクリーニングの実施
- ・入院予定患者全員に入院前に PCR 検査を実施
- ・院内での C T オーダーがより入らなくなった。入院調整が難しくなってきた。またコロナ専門病棟ができてからは他院へ新規導入患者や術後補助化学療法の患者を送らざるをえなくなった。
- ・面会制限の強化
- ・C O V I D 患者が多く病床数が減った
- ・入院病床数の減少、外来化学療法室の逼迫
- ・気管支鏡検査前の新型コロナ PCR 検査
- ・コロナ診療もあり多忙
- ・病床制限が強くなった
- ・面会制限、入院前検査など

**Q60. COVID-19 禍におけるがん薬物療法や診療に関して、がん診療上の体験談、考えていることや思っていること、本アンケート調査に対するご意見など、ご自由に記載ください。**

- ・がん診療に関しては大きな変化なし
- ・ICIの一部で用法用量追加（オプジーボ：2W→4W など）となったように、他剤でも有効性・安全性を検討して欲しい。
- ・受け入れ病院となってから、外来化学療法を延期したいなどの声がかかる。特に完治を目指すような治療の場合は延期が難しいことがあり、患者への説明に苦慮することがあった。
- ・血液疾患患者は比較的感染対策がしっかりできている方が多い印象であり、大きな混乱は見られなかった。
- ・化学療法による二次性低ガンマグロブリン血症の方へ比較的早期より補充療法を実施しました。
- ・当地域は感染患者様が少なく、治療には影響はありませんでした
- ・初期のころより新型コロナに関するエビデンスが増えてくるにつれて冷静に対応ができるようになってきたと思います。
- ・COVID-19 禍では、面会制限もあり、治療や療養の場の選択において、患者や家族の意思決定に影響している。COVID-19 の重症患者を受け入れることに伴い、通常診療に制限がかかっており、ジレンマを感じる。
- ・外来化学療法センターの消毒を強化した
- ・COVID-19 に関する知識も浅く、体験もないため、患者や他医療スタッフからの相談にうまく答えられず、もどかしい。
- ・一時的に外来患者や入院患者数は減りましたが、抗がん剤の実施件数は減らずにむしろ増加しています。
- ・入院患者の家族の面会（原則）禁止が、患者の療養に悪影響となっている。
- ・なるべく病院に来なくてよいようにしたい。
- ・COVID-19 に対する不安から、検診を受けず、発見時には進行している症例が多いと聞いて、今後のガン治療に不安。面会制限もあり、入院生活も不安なかで行っているのは、患者さんにとってよくないと治療成績にも影響が出るのではないかと思われる。
- ・患者さんが COVID-19 に対して不安なく化学療法外来通院を継続できることがベスト
- ・がん薬物療法の対象者は、通常以上に不安を抱えながら通院していた。一時期、がんとコロナの両方の心配に対するコロナ鬱の患者さんが増え、医療従事者が対応にあたった。
- ・COVID-19 感染が明らかになった当時は通院控えなども多く、治療継続と通院控えによるメリット・デメリットに関して、医師の判断によるところが多く、対応が明確になっていず、患者の不安と向き合うなかで戸惑いも大きかった。メディアによる情報に振り回されることも多く、患者の不安を煽るような情報の出し方に困惑することもあったので、専門機関からの情報を正しく流してほしいと感じた。免疫チェックポイント阻害剤や抗がん剤などによる薬剤性肺炎、腫瘍熱など、通常のがん診療でも発熱患者が多く、トリアージに注意を要し、COVID-19 を受けていない病院であっても通常診療よりも煩雑となり、日々不安のなか診療を行っている状態だった。
- ・COVID-19 禍で発熱性好中球減少症を起こすと鼻咽頭拭い液での検査等で患者に負担をかけるため、骨髄抑制を起こさないよう細胞毒性抗がん剤の投与に自然とブレーキをかけてしまう。また県庁所在地以外の感染症指定医療機関では病床が逼迫するため、がん薬物療法による重症の有害事象で入院させたり、進行がんが重症化した患者を入院させることが難しくなる。そのため高齢がん患者では強力な化学療法の選択を回避する頻度が増加し、がん終末期に至りそうな患者には入院緩和医療を積極的に受け入れている医療機関への

- 転医を早めに勧めるようになった。生活苦に喘ぐ方が増えると、がんの発見の遅れ、進行がん患者の増加につながる可能性が高くなるが、それでもがん患者ケアの質を回復するために COVID-19 禍を早く終息させてほしい。
- ・発熱や肺浸潤影等の症状で発症、診断遅延が生じた急性白血病患者が 2 例いましたが、2 例とも亡くなっています。うち 1 例は 40 代の M3v で著明な白血球高値と DIC・脳出血を伴っていましたが、早期診断で救命できた可能性はあります。
  - ・注射抗癌剤調製に従事しています。調製業務量に変化はあまりないのでがん治療を継続されている患者さんは大したものだと思っておりますが、密閉空間の調製室の薬剤師が新型コロナ感染症にかかったら治療できなくなるほどの影響が出るので、皆が隠し通しているように思います。自分も疑わしい時期がありました。このアンケート調査の趣旨とは異なった暴露話で申し訳ありませんでした
  - ・患者からの罵声を浴びる医療従事者が必要なメンタルケア
  - ・外来でがん薬物療法を受けている患者の家族が感染拡大地域在住の場合の接触制限や独居の場合家族が帰省したことによる外来化学療法への影響に関する指導に苦慮する場面がある
  - ・入院制限に伴い、入院下で施行されていた薬物療法も外来移行となるなど、入院病床が逼迫している。がん患者さんにおいても、必要な医療を提供するために役割の強化や外来の体制整備が必要と考えます。
  - ・不安を持っている患者様が多数いらっしゃる。
  - ・患者自身が感染を気を付けているので特にこちらから個別に注意喚起をしておりません。
  - ・地域によってかなり異なる対応になったのではないのでしょうか。
  - ・基本的には感染対策を行いながら診療継続した
  - ・特に変更していません
  - ・がん薬物療法中の COVID 感染予防対策について明確な啓蒙ポスターがほしい
  - ・患者が感染しないように厳しく注意している
  - ・確かに患者の受診控えで、進行した症例はあった
  - ・当院の通院治療室スタッフ・利用患者や家族などに COVID-19 感染者が居なかったため、あまり治療に影響はなかったと思います。また、患者さんやご家族に疑わしき症状などがあった場合の連絡など行ってもらうようにアナウンスしたことで、患者・家族から症状と来院しても良いかなど確認してもらったため、事前に受診を延期してもらったり対応することができた。
  - ・COVID-19 は対策によりある程度防げるが、がんの進行は止められないので、感染対策をしっかりとった上で、必要な治療は粛々とやるしかないと思います。
  - ・covid 病棟を作ったために一般病床が削減され、新規癌患者の受け入れが難しい時期がありました。
  - ・通常診療と大きく変化はありませんでした
  - ・2020 年 6 月に育休から復帰したため、第 1 波の際のアンケートに返答できず申し訳ありません。その後の診療では、入院化学療法から外来化学療法に移行した症例があったこと、感染流行地域への渡航者や接触者は、外来化学療法室には入室できず、延期できる症例は延期し、施行が必要な症例は個室、感染防御を行い外来の個室で施行したこと、外来化学療法室利用予定者には、前日の電話連絡で、体調、接触歴を確認するようにしたことが COVID-19 流行前と変化したことです。
  - ・化学療法は最適な治療を行うのがいいかと思います。
  - ・経口剤使用に注目
  - ・悪性腫瘍の手術を優先させ、良性疾患手術数は激減した。

- ・医療従事者がきちんと感染対策をして、患者にあたることで混乱は防いでいけると考える。
- ・面会制限下における家族や患者の苦痛についてこの学会からも検討が行われることを望みます
- ・当地域ではコロナ流行が比較的ゆるやかであり、またがん治療以外の患者で通院期間を延長することで診療件数が減り、結果的にがん治療患者が比較的通院しやすい状況が出来上がり、治療変更を行う要件が乏しく通常診療の範囲に収まった印象である。
- ・本アンケートの意義がわかりません。全国調査して何を知りたいかを明確にすべきです。増えた減った変わらないことを知って次に何につながるかがわかりません。
- ・医療施設のクラスター発生などを想定し、平常時から病院の役割分担を決めておくことが必要
- ・病院の感染対策と患者教育、指導をしっかり行えば通常の化学療法は可能。病院でのゾーニングの徹底や発熱外来設置対応で対応は可能と思われる。
- ・県内でクラスター発生施設でがん薬物療法を受ける患者と家族より相談がある。スケジュール通りに治療が受けられないこと、入院を受け入れてもらえないこと、転医を依頼するが返事がないこと等であった。患者、家族の不安は強く、クラスターが発生した施設はおそらくその対応で手いっぱいであると考えられるため、その近隣の施設がどのように支援が出来るのか予め検討できると良いと考える。
- ・大学病院なので、治療意欲が高い方が多く、治療の休止などは希望されなかったのかもしれない。
- ・発熱時の対応が大変である
- ・とくに高齢の患者さんでは、COVID-19をおそれて、ほとんど家からでなくなったと言うかたが結構多くおられた。
- ・癌進行の恐怖と COVID-19 感染のリスクとのバランスで判断するしかなく、患者それぞれで感度は異なる。癌患者を診られる医師が少ないので癌患者診療に専念させていただきました。
- ・COVID-19 の入院前 PCR 検査などの業務が増えて、神経質になっている
- ・がんの治験に参加中の患者が COVID-19 には感染したくない、と規定来院を拒否したい申し出があった。医師より治験の特性、来院の必要性などを説明し来院した。治験においては薬剤の配送手配など依頼者も検討いただいていることがあるが、治験という特性を患者に理解してもらう必要があると感じる。また、SDV の実施など現況における SDV の解釈が PMDA より通知されているが、企業により理解が様々であり工夫が必要。依頼者、施設間、スタッフ間の信頼関係の構築のもと治験を実施している理解が必要と感じる。
- ・当院では多くの COVID-19 患者を受け入れているが、がん薬物療法について制限なく実施できている。ゲートコントロールの実施が大きな役割を果たしていると考えています。
- ・コロナ下での手術、化学療法に怯えている患者が多いため、適切な指導が必要と考えて情報提供、セルフケア指導を行なっている
- ・ガイドラインなどを気にするようになったのは、自分たちの身近に感じられるようになってから、いわゆる第 2 波のあたりです。このころによく、医師向け、患者向けのガイドラインを確認しましたが、医師向けはかなり煩雑で実用的ではないと感じました。
- ・日常の感染予防に留意しつつ、可能な限り標準治療を提供していくことが基本と考える
- ・ほとんど陽性者の出なかった地方に属しているので、診療に影響が少なく幸運であった。
- ・この時期は周囲の感染者数の割合が少なかったため特に変更なかった。
- ・コロナ感染で亡くなった受け持ちがん患者がいるので、感染にはやはり注意が必要

- ・意外に何も変わらない、治療中の患者さんが発熱した場合に FN かどうか、2 波以降の方が検査体制がよくなったので、やりやすくなった。強いて変化と言えば covid で regime を mild なものにした、RDI を下げることは決してなかったが、ペグフィルグラスチムの使用に関して少しハードルがさがったぐらい。
- ・臨床現場では現実の対応にいっぱいいっぱい、それが正しかったかなど検証するゆとりは全くない。このようなアンケートでレトロスペクティブに振り返り、何が起きていて結果どうなったのかを解析することは有益であると考え。
- ・FN や腫瘍熱であっても、結果が出るまで、すべて covid 対応となり、身体的精神的に負担。患者側の精神的な負担も感じる
- ・投与量はやや控えめの方向に傾いているかも
- ・手洗い、口腔ケア、マスク着用の徹底で通常の診療可能と考えます。
- ・COVID-19 禍に関わらずその薬物療法が本当に必要か意識して診療することが大切だと思います。
- ・医療従事者のストレス管理
- ・医療リソースが圧迫を受ける中で weekly レジメンや長時間レジメンはやや使いにくく、許容範囲内の代替レジメンの準備も重要と感じた
- ・コロナ対応へ時間と労力を割くようになり、相対的にがん診療の effort を割くこととなった
- ・がん治療以外に COVID-19 の対応も必要になり、はっきり言って面倒くさい。治療やがんのための発熱だと思われる症例に抗原検査が必要になり、診察や治療が遅くなっている。
- ・外来患者が発熱するたびに PCR 検査を行うのが大変である。
- ・患者は COVID-19 の感染と隣り合わせと感じつつ治療を受けている。COVID-19 の蔓延に伴い治療が出来なくなるのではと不安を口にしている患者もいる。
- ・がん治療に関しては基本、継続している。
- ・患者自身が濃厚接触者になる事例があり、予定通りに治療が遂行出来ない事がある。ケモ患者は有害事象で COVID の症状に該当してしまう。FN の時にかなり慎重に診療を行わなくてはならない
- ・地域や病院ごとに異なる回答が得られる可能性が高く、がん薬物療法の実態を調査するとても意義の大きいアンケートだと思います。
- ・本来のがん治療が遅れることで早期発見もできず、進行した状態で発見されることが増えると予想されます。また、血液内科の患者に感染することで COVID-19 の治療が優先となり血液疾患が悪化して致命的になる可能性があります。血液内科ではクラスターが発生しないように医師は COVID-19 診療から外すなどの対策が必要と考えます。
- ・真っ先にごがん患者が切り捨てられた。そうならない様に、拠点病院などのがん診療報酬の引き上げ
- ・外来化学療法室での患者の密をさけるため、レジメンの変更、投与間隔の変更や受診時間の変更等の工夫を行っているが、薬物療法を受ける患者数の制限はしておらず実際変化はない。しかし、患者が自宅から近い病院への転医を希望された場合に紹介先の医療機関から COVID-19 患者対応の多忙を理由に断られたケースが複数回あった。
- ・外来化学療法センターにウイルスを持ち込ませないようにするにはどうしたら良いかについて悩んでいます。
- ・平時に、このような研究のプロトコルをつくるべき。感染アウトブレイクや災害がおきてからわたわた動くのは遅い！
- ・薬剤の投与方法の変更をエビデンスがある方法を検討し実施した



- ・がん患者に対する治療は待てない場合が多いので、継続するべきである。
- ・ガイドラインには賛同するが、実際の現場を対応された先生にはとても化学療法ができない状況と伺った。ウイルス感染の特徴である免疫不全者への罹患のみでなく今回は健常者に感染し伝播することが知られており、もっと予防を重視した施策をとるべきと思う。
- ・感染防止策を講じた上癌治療の制限はする必要なし
- ・薬物療法は常に最善を目指している。
- ・疾患の性格上、COVID-19 禍でも治療は日常診療として行っています。入退院を繰り返す治療では感染機会がリスクとなり、実際に入院治療開始後に発症した患者もいました。入院時のスクリーニング、その後の兆候を見逃さない事、接触予防策の徹底の大切さを痛感致しました。
- ・患者さんが少ない
- ・第 3 波でリンパ球減少患者に COVID-19 患者が多発した。
- ・現状が最も大変です。自施設の患者さんを軽症—中等症担当施設受け入れてもらえなくなりました。また、がん専門病院でありながら、コロナ病床の設立を要請されています。このため一般病床の縮小はやむを得ず、今後は手術、化学療法ともに診療制限がかかることは避けられません。
- ・薬剤師のため COVID-19 ワクチン接種についての質問が多くなった。
- ・当院は全て外来化学療法室で投与するが、感染交差予防の為入院患者と外来患者が混在しないように時間差をつけている
- ・外来化学療法室内で感染者が出た場合、化学療法の施行に壊滅的な影響が出るだろうことを危惧する。今まであまり影響がなかったのは単に幸運ただけだろう。
- ・COVID-19 の怖さだけに目が行って従来のがん診療に不利があってはならない。
- ・発生から現在まで 1 年あったので、国主体でもっと万全な準備が出来たのではないかと感じている。
- ・本来であれば、がん薬物療法は外来移行をうながすところであるが、患者の安全性や利便性を考慮して入院実施に切り替えた症例がある。
- ・再診が対面でないことで、手足症候群の状況などが見られない。患者が必ずしもオンライン対応可能とは限らない。がん検診が減ったのか、初診患者が減った。
- ・面会禁止による心理的な影響が気になっています。それに対応するため、電話での家族説明などに多くの時間を取っている印象を持っています。
- ・ワクチンへのガイドライン早期作成を願います
- ・併診が困難になりつつある
- ・入院中の患者の面会制限があり、高齢の患者になるほど協力が得にくく、守ってもらえなかったり、不満が強い状況で、通常業務以上に対応に現場の負担がかかる
- ・どこかの施設が陥落した際の戦略など事前に決めておければと思います。
- ・患者は自分のがんに対する不安にさらに COVID-19 への不安と恐怖が重なり、そのケアを必要としていたが、体制が十分に取れず、通常のがん診療だけでも継続を重点的に対応してあげることが求められた。
- ・COVID-19 感染後の治療をどうすべきか。
- ・1. FN の時期に発症者 2 名あり。発熱外来にて対応できるようになった。FN とトリアージされれば、一般内科となってしまう。マニュアルと実診療での動きが一致するのにラグがあると思う。2. 外来化学療法室の環境清掃について。もともと、濃厚接触面は環境クロスで清掃していた。外来化学療法室は、不特定多数ではなく、特定

多数であるため、どのような環境清掃がコロナ禍に於いて適切なものか悩んだ。クラスター発生を機に、看護業務のスリム化を行い、環境清掃に強化することとした。3.コロナ禍を機に、オンライン診療がもっと進むとよい。内服抗がん剤など。電話相談ではなく、オンライン診療→院外処方や採血のオーダーなど。抗がん剤曝露対策 PPE において、感染症対策が最優先とされ、物品不足となった。

・学会がはやくからガイドラインを出してくれたことが、患者さん家族にも伝えやすくて助かった。看取りの患者さんへの対応、病院としての対応も時期によってどんどん変化していくことに対応していくのが大変だった。お看取りの時期に会えないことが家族側も理解していた故に、それまでは選択肢になかった在宅という選択をされた家族もいた。

・感染数の少ない地域でしたので診療に特段の変更はありませんでした

・当院は県立がんセンターですが、県の指示により、12月より COVID-19 診療に資源を投入することになりました。手術 50%制限、新患制限、緩和ケア科受け入れ停止の措置。2 病棟分を COVID19 用ベッドに、0.5 病棟を疑似症用にし、3.5 病棟分の人員をそこに引き込んでいます。私自身も当院とはまったく関係のない新規の COVID19 患者を診療しています。新患を制限しても、今までのがん患者の診療は続くわけでベッドは常に厳しい状態です。

・市のはずれにある民間病院です。症例数は少ないながらもがん診療を行っています。近隣の市町村から、がん治療の患者さんが来ます。近所にコロナのクラスターが発生した、とかになると『明日自分は外来受診して良いのか』『入院で抗がん剤治療予定だが行っても大丈夫か。』電話がかかってくる。感染対策的に治療が延期になる場合もあります。また、最近では covid19 ワクチン接種に関する不安を打ち明ける患者も増えてきました。ワクチンの副作用が心配だ、とのこと。いずれにせよ、これまで同様にがん診療が出来ないのが現状です。終末期の患者の家族との面会制限(特に県外の家族)も非常に悲しいです。治療期にある患者であっても、唯一の楽しみである孫と会えない等という状況です。

・受診控えが多くなった

・1 例だけですがリンパ腫で経過観察していた人が、電話診療を希望して来院しない間に再発していました。致命的にはならなかったものの救済化学療法の開始が遅れました。

・患者さんによって心配の置き方が違うため、それぞれに合った対応が必要だと感じています。

・発熱時、肺炎時に COVID19 検査を追加することが多くなりました。

・進行がんの発見が増えました。

・がん化学療法看護認定看護師であるが、現在、コロナ病棟配属となっている。診療自体はパッと見では変わらないがスタッフ配置が変わることで提供できるケアの質は落ちる（外来化学療法はマイナス一名でまわしている）

・COVID -19 禍で看護師さんがきちんと防護衣を着けるようになり手洗いをを行うようになった

・COVID により治療内容を変更しかつ効果が減弱する場合、主治医個人での判断では行うべきではないと思う。一方で、患者も判断できず以前と同じ治療内容になってしまう傾向がある。ガイドラインもあくまでも evidence が少ないため私見という内容が多く、国内の状況（感染の状態/医療保険の状況）により対応が異なるはずだと思います。

・造血幹細胞移植患者もいる病棟に COVID 疑い患者がいるなど、とても危ない思いをしながら仕事をしていました。疑いだけでも、その結果が出るまで他病棟で患者を診るなどの体制をとって欲しかったです。

・治療内容等について感染拡大前と変化なく診療しました

・フォロー中の患者の診察間隔は延長。投薬はオンライン診察で施行。がん治療に関しては変更なし。

- ・家人の立ち入り制限や訪問診療が増えた
- ・外来治療の患者にまで影響がてまてくるのではないかと心配
- ・できる対策は行っているつもりではありますが、不安に感じながら診療をしています。
- ・継続して調査を行い、学会としてメッセージを発してほしい
- ・がん診療は確実に停滞しています。がんセンターであるのだから、他で治療できなくなったがん患者受け入れが責務であるはずですが、マスコミの圧力に知事が屈し、現状となったようです。
- ・第1波時は、院外からの紹介患者が減った。しかし、その影響で進行がん患者数やがんによる重症患者数が増加している。第2波後は、第1波時ほどの紹介患者数の減少はみられていないと思います。
- ・ピアサポートのがんサロンは、開催できていない。オンラインで行なっている施設もあるが人員がたりない状況
- ・アンケートが長い
- ・終末期患者、緩和ケア病棟入院中の患者の面会の問題が大きくなっている。対策をとっていかなくてはと思うが、病院の意識はCOVID-19（最も取り組まなくてはならないことではあるが）に集中していて難しさがある。一方で、血液内科で治療中の長期入院患者のCINVや味覚障害に対応した食事の問題が長い間「差し入れて対応」として見過ごされていたが、病院食で工夫をすべきという主張が通りやすくなり、この機会に改善を試みている。
- ・化学療法投与期間の延長による効果減少のエビデンスが後方視ではあるがでてくればと思っている
- ・流行拡大及び当院の対象患者受け入れ開始は今年に入ってからであり、今後受診見合わせによる早期発見が遅れた等の影響が出てくるのではないかと懸念します。
- ・コロナ下では患者さんが自覚をもって注意されている
- ・化学療法室に通院中の患者は、意外と感染している患者が少ない（ほぼない）という印象。来院回数の減少させるための取り組みが必要であると感じた。
- ・ICI患者に対するコロナワクチンの安全性と有効性
- ・がん診療が当たり前に行えることのありがたみを感じました。また緩和に入った患者さんは面会もままならずお気の毒に感じています。検診控えて患者さんは少ないのですが、乳癌になる人が減ったわけではないので進行した状態で受診されるのが心配です。
- ・がん患者さんは通常の人よりコロナに対する恐怖心が強いので、我々と同様またはそれ以上に気を付けて過ごされている方が多いと思います。
- ・マスメディアがあまりにも騒ぎすぎている感じを受けます。正しく恐れて、正しく対応指定欲しいと切にねがいます。また、看護師として感じるのは報酬をもう少しいただいてもいいとは思いますが。
- ・がん治療は不要不急ではありません。それを国民に知ってもらうことが重要です。
- ・担癌患者さんは手洗い、うがい、マスク、3密を避けるなどの予防対策が徹底されており、化学療法治療中にコロナ感染症が問題になった症例は経験がありません。現在は毎日、自宅で検温を行い、発熱がある場合には化学療法センターに来院せず、外来での発熱の対応をしています。全例PCR施行しています。
- ・周辺で拡大していなければ通常通り診療していました。
- ・COVID-19の第1波ではがん患者よりも若年層での死亡の可能性が高かったが、第3波までなると治療法をある程度確立し、若年層や女性では「がん」による死亡リスクの方が高いと感じる。平均寿命まで生きたそれだけで十分に幸せな人間よりも、平均寿命にはるかに及ばずに亡くなってしまふ不幸ながん患者の治療を妥協させではならない。

- ・リモートワークができる診療ではないので、何も変えていない。
- ・十分気を付けて行う事しかない
- ・コロナの影響も有り、今後遠隔診療が増加するものと考えている。
- ・化学療法中の発熱について、迅速に COVID19 か否かを判定できる体制の構築が急務
- ・当院では、受付時間の変更で密集を避けることや、発熱患者のスクリーニングなどの対応で大きな混乱なくほぼ通常通りの薬物療法が実施できました。
- ・薬物療法を担当していないので、答えようがなかった
- ・初期の頃院内発生し、診療を一時的に止めたときに、治療が中断した患者は今もその時期に治療ができなかったことが気にかかっている
- ・癌薬物療法だけでなく、様々な制限の中命のトリアージを迫られるようで、毎日倫理を問われ切ない
- ・第3波になってかかる患者が増え治療ができなくなる例が増えている
- ・抗癌剤調製時の PPE などの防具が不足し代替品で対処している。アームカバーは未だに流通していない。COVID-19 禍でのがん診療の指針が様々な学会等から発表されているが、当院ではそれ程影響を受けていない。強いて言うなら 1 回目の非常事態宣言が発令されているときに数名の患者が来院することに躊躇したことがあり治療を延期した。今よりも感染状況が悪化し国民の数十パーセントが感染するような状況になれば急を要さない治療は延期したり、注射から内服に切り替えたり、来院回数のないレジメンへ変更するなどの対処が必要になると思われる。また現在まで当院で院内クラスターは発生していないが、化療担当の医師や看護師、薬剤師でクラスターが発生し、人員不足により外来化療が行えない事態に陥ることも危惧され、そういう事態に陥ることが一番の恐怖である。
- ・感染拡大地域ではないため、治療を変更する必要はなかった。また、癌の治療を行っている患者は全て県内の患者であるため、感染拡大地域の患者として考慮する必要がなかった。
- ・がん医療を継続するためには単施設だけではなく、地域、県、関東圏程度において、患者紹介などの議論がなされているのだとは思いますが、できればそのような議論の結果だけでも教えてほしいと思います。
- ・手術は第一波で一部制限をしたが、現在は感染患者の重症状況により、救急対応は制限しているが、一般の患者入院ができない分、化学療法患者については、外来での治療も増加している。
- ・当院は、院長が診療を一切縮小するな、と言っていることもあり、ほとんどの面において通常通りです。ちなみに当院はコロナ専用の病床があります。
- ・地域により COVID-19 の感染程度が違い、幸い自分の周囲では感染の広がりがそれほど大きくないため、通常通りの薬物療法ができています。しかし、患者数は減っており、治療する患者も減っているが意図的に減らしたわけではない。
- ・造血器腫瘍はあまり治療方針の影響を受けていない
- ・医療体制がひっ迫する中でがん治療の優先度が変化することに不安を感じる。がんも待ってくれる病気ではないが、来院の安全性も気になる。
- ・院内感染対策を十分行えば、通常に近い診療は可能。
- ・いま（第三波）が大変そうです。
- ・当県かでは幸いなことにまだ COVID-19 感染が少なく、がん治療には大きな影響を受けていないと感じている。
- ・COVID が優先されていると感じる。

- ・あくまでも通常医療を行う
- ・ご対応いただいている全ての皆さまに感謝致します。
- ・抗がん剤実施患者が COVID-19 を理由にケモ又は手術を受けないことは、ほぼ無かった。
- ・薬物療法療法継続中患者の定期 PCR
- ・可能な限りの投与間隔延長や時間短縮の検討が必要だと思います。
- ・現在のところまあまあ依然と変わりなくできているが、海外のように蔓延してくると難しくなるだろうと思われた。
- ・入院治療の長期化で、特に高齢患者の ADL 低下が感じられる
- ・ICI/TKI 使用のリスクやワクチン接種の推奨度
- ・無症状感染者の増加を背景として、担癌患者においても無症状感染者がいることが容易に予想される。がん化学療法を行う際に、東京のような流行地では SARS-CoV-2 感染の有無のチェックが必要と思われるが制度上不可である。化学療法室は個室ではなく、感染者がいれば一気に広がる可能性があり、不安に思う。
- ・施設の意見を集約し、医療体制の改善につながることを期待します
- ・FN 対応について説明する時に、コロナ感染検査をすることになる説明をするため、診察に来ないことがあった。
- ・個人的に COVID-19 の診療に従事していないため影響が少なかった。
- ・当院では幸いにして COVID-19 罹患数は非常に少ないため、COVID-19 合併症例に対するがん薬物療法を他施設が実際にどのように診療されているのか情報提供があれば、ありがたいです。
- ・内服薬への切り替えなどが進む
- ・薬剤性間質性肺炎と covid 肺炎の見分けがつかない
- ・造血器腫瘍では、近隣の COVID-19 患者を受け入れている公的病院から、同病院では入院できるベッドが空いていないので、当院へ受け入れてほしいと紹介される患者が多くなった。全病院が少しずつ COVID-19 の患者を受け入れるのではなく、役割分担をした方がよい。
- ・第一波の時は感染症対応していない病院へ化学療法症例を紹介した例もあった。第 3 波はコロナ対応していない病院がすくなく、紹介は行わず自院で治療している
- ・診療制限をしても、待合室での密集が避けられないことに憤りを感じる
- ・がん患者の治療に対する積極性は変わらない
- ・癌診療に関しては、通常診療が優先されるべきかと思われます。癌患者でのコロナによる罹患率、死亡率は健常人と変わらないと認識しております。寛解後のフォローアップなどは期間を伸ばしても良いかと思えます。
- ・必用とする患者さんに必要な医療を提供していきます。
- ・自分自身も院内での診療への影響への調査・アンケートを 8 月頃に行いましたが、主治医はの記憶はその時点でかなり信頼性が低かったです。
- ・COVID-19 が流行しはじめた 2 月、3 月当初、病院への受診控えによるがん診断の遅れが目立った。また、当センターは、がん患者受け入れの病棟が閉鎖し、COVID-19 病棟となった。本来なら入院できるはずのがん患者が入院できずにいる姿をみて、COVID-19 が何よりも優先されるべき疾患なのかと悩むことがある。
- ・現状では、通常通り行っている(無理はさせないように慎重な投与は心がけてはいる)。いつまでこの状況が続くかわからず、終わりがないので。
- ・ガイドラインの作成は診療に大いに参考になった
- ・外来化学療法センターにウイルスを持ち込ませないようにするにはどうしたら良いかについて悩んでいます。

- ・外来化学療法全ての患者に対し、治療前日に発熱や県外者との接触の有無について確認し、安全に治療ができるよう相談支援センターと協力して対応している。
- ・感染予防には留意しますが診療自体は通常通り行っています。経過観察中の患者さんの通院間隔は若干延ばしましたが、どちらかと言えば患者希望に合わせて変更した感じです。
- ・腫瘍熱と COVID-19 の熱が紛らわしい。
- ・感染状況によらず公平に治療が受けれること
- ・可能な限り通常と同じ診療，肥料を行うべきと考えます。
- ・通常業務は行えてる。しかし、FN などの入院が難しいため安全な治療の提供が不十分。スタッフの確保もコロナ対応が最優先のため難しく、他部署からのヘルプで対応。中途半端ながん診療とコロナ受け入れは患者にとって不利益が多く、スタッフの疲弊につながっていると感じる。患者やスタッフにいついつまでがんばろうと声かけしていけばいいか。今回のような非常事態はそうそう起こるものではないが常日頃から他施設連携やリーダーシップとれる施設(役所?)の存在など明確しておくなど工夫が必要と感じる。
- ・外来化学療法で付き添う家族に対する指導が不足していると感じている。
- ・病院がコロナ患者を受け入れただけで、非難する日本の意識が変わらないと逼迫する医療体制は変わらないと思います。
- ・病院としてのがん患者以外の患者数は減ったが、化学療法中の患者さんは減っていない（患者さんの希望により来院している）
- ・コロナの早期収束を願うばかりです。
- ・がんゲノムパネル検査をして治験が hit しても、都市部への通院困難であるため断念するケースあり
- ・COVID 受け入れ病院に感謝しています。
- ・化学療法を目的に入院する患者が COVID-19 に感染していないかどうか、院内感染を予防する上での対策をどこまでするのか。入院時に PCR 検査を全例に行うことが必要かなどの検討を要した。
- ・安定している患者の電話診療、処方を行っている
- ・コロナ用の病床確保や感染対策のためにがん診療の入院病床数が減ってしまい、相対的な医療の逼迫を痛感している。
- ・腫瘍熱や薬剤熱との鑑別に気がついた。
- ・脳腫瘍の領域では、治療も限られており、また患者の生命に直結する状態が多いため、感染者でない限り通常診療を主体とした。治療後の観察期間中で、再発のリスクの低い患者には通院間隔の拡大や電話診療を導入した場合があった。
- ・化学療法を止めることはできない患者が多いため、その時々感染状況に合わせてきめ細やかな対応が必要だと思います
- ・乳腺の場合ホルモン治療など免疫を落とさない治療も選択可能な場合もあるが、COVID-19 禍においても、感染のリスクを理由にがん治療を中断する患者は少ない印象。
- ・ニュースなどを見ると covid-19 により AYA 世代も影響を受けていると思われるのでちゃんと治療できる環境を整えるべきであると思う。
- ・センター化による集約
- ・通院中、治療中の患者から陽性者の発生はない。患者が十分に感染対策を講じながら生活している証拠であるとも考えられる。

- ・やっている内容はほとんどかわらないがそのときどきの判断に、COVID に対する配慮と判断が加わったため緊張を強いられている
- ・がん薬物療法患者で COVID-19 に感染した症例報告があれば提示してほしい。
- ・災害時と異なり、地域をまたいで受診しないようガイダンスなどを示した方がいいかもしれない。がん薬物療法に関連して ACP を強化するように教育をうけた。以前から ACP/AD についてお話していたが、ACP 強化要請をうけて内容を少し変えてお話しをしている。Patient empowerment などでは患者教育や患者力を引き出すことを言われてはいるものの、臨床現場では intelligence や教育背景に大きな差があり、COVID というより本件で疲弊してしまっている。
- ・寛解期の維持療法省略や、放射線治療回避などについては、患者希望により相談の上で行った症例はあるが、原則的には治療方針の変更はしていない。むやみな変更については疾患予後への影響が否定できないため行っていない。感染予防行動の徹底などは日常的に指導しているが、日常よりも強めに指導している例が多いと思います。
- ・COVID 対応のスタッフを増やすために 3 病棟が閉鎖になった。本来その病棟で行っていたがん薬物療法が他の不慣れな病棟で実施されることになりその病棟の負担が増えた。また不慣れな病棟で行うよりも外来化学療法室でやった方がより安全との認識から今まで病棟で実施していたロングのケモを外来でするようになり、外来化学療法室の患者数が増えた。またロングで実施されることで座席の占有時間が長くなり、患者の待ち時間が増えた。
- ・調査が有効利用されることを願っております
- ・患者の受診遅延が存在していると思われ、以前に比べて PS 不良（特に小細胞肺癌など）の状況で診断に至る症例の割合が増加していると感じている。
- ・日本の診療体制自体にそもそも問題がある。機能を分けた病院づくりをするべきだと思います。急性期病院だが、他の患者の診療が困難になっている。感染者が病院内からも出ている状況で通常診療を継続することは、普段からオーバーワークの医療従事者にこれ以上どう働けというのか？
- ・入院・外来・COVID 対応病棟、通院治療センターなど、状況によって対応が大きく異なるため、それぞれの状況ごとの対応事例がわかるとよいと思います。
- ・関連施設で COVID-19 感染のクラスターが多発した。そのため、大学で関連施設で治療しているがん薬物療法患者の受け入れを行った。
- ・国が医療現場の状況を正確に把握してほしい
- ・蔓延下であっても治療内容を変える必要はないと思った。実際に COVID-19 の影響は少なく、感染した患者もいなかった。
- ・治療を変えるよりも、まずは感染防止の啓発が大切
- ・COVID-19 診療で医療資源が足りなくなると言うより、稼働できない状況になってしまうので直接コロナ診療に携わるスタッフ以外は手持ちぶさたになっている様子です。それがコロナ診療に関わるスタッフと関わらないスタッフとの分断を生んでいます。
- ・セカンドオピニオンなどで県外に行くのが躊躇われる。
- ・殺細胞性抗ガン剤使用時の発熱性好中球減少症に対する 1 次、2 次予防に対する支持療法でペグフィルグラスチムの使用がやや増加した

- ・がん化学療法中の発熱患者の来院先を救急外来として COVID-19 対応とするのか一般外来とするのか、また治療の化学療法室への入室、微熱の患者をどこまで許容できるのか咳嗽を伴う患者をとどこまで許容するのか日々迷います。また治療強度についても PS やご年齢によっては推奨レベルよりもリスクを考えて強度を検討したほうが良いのではないかなど意思決定支援を行ううえでも悩みます。
- ・この後数年は終息しないだろう。今後はコロナありきで体制を整えるべき。
- ・末期がん患者、治療中の急変対応など、コロナ禍の救急対応を考え、ACP について早期に話し合っておく必要性を感じる。かかりつけへの受け入れが、コロナ疑いというだけで断られたり、初診 ER で検死になる例も多くなっている気がする。
- ・外来通院患者の付き添い制限について。入院は面会制限など明確な規制があるが、外来については明確な規制がないため付き添いが多く、待合室が密になりやすいと感じています。何か指標のようなものがあると患者さんにアナウンスしやすいです。
- ・通院への不安や通院頻度減少に対して、ICT(対面以外)による補助が重要になってくるかもしれないと感じております。
- ・外来化学療法室の専任看護師です。看護師不足のため、コロナ病棟の夜勤として、上司から相談をされることなく組み込まれました。がん薬物療法の看護の役割を担っていることから、家族に負担をかけるほど気を遣って生活をしています。がん薬物療法を実践する看護師は、どのように対応していくことが望まれるのでしょうか？
- ・がんセンターでクラスターが発生すると本当に危険。
- ・8月に感染した患者さんの通院化学療法室入室が未だに禁止されており、PCR 陰性確認を要求されています。春の第一波のとき、感染した血液腫瘍患者さんが感染から回復しても数ヶ月間 PCR が陰性化せず、陰性証明が意味をなさないことを痛感していますし、厚労省も感染者回復者の陰性確認は不要と言っています。海外文献や国内がん関連学会からのステートメントを切に希望します。
- ・多くの COVID-19 症例を診療しながら、肺癌症例の診療もコロナ発生前と変わらず診療を続けました。科内で役割分担をして診療に当たることでがん治療の縮小には至らずに通常診療が出来ました。
- ・勤務病院で院内感染があった際に、化学療法の実施を継続できるのか不安です
- ・学会が主導して SNS や新聞などに一般向けの正しい知識を発信してみてもどうでしょうか
- ・コロナが優先されコロナ以外が軽視されている状況に矛盾を感じている
- ・JSMO や各種専門学会の声明にも準拠し、通常がん診療の停滞なく、必要度や緊急性に応じてどのように勧めていくか？対応すべきかを、診療サイドと綿密に協議しながら対応している。正しい情報や、最新の知見に敏感にならざるを得ないが、情報に関しては1か月に1回程度のスパンで Up date をしている。受け入れのポリシームに応じた対応レベルが想定され、当県・当院としては今だ余裕はあるものと考えます。
- ・がん患者が真にリスクが高いのか、不明。
- ・面会禁止のため家族と IC し難い
- ・コロナを他の感染症と特別視するのがおかしい。我々、Oncologist は、コロナが流行る前から感染対策など当たりまえにやっけてきている。本学会では、特に慌てる必要は無く、粛々と従来通りの感染症対策を継続しながら、必要な薬物療法を実施していけば良いと思われれます。
- ・感染リスクどれくらい高まるかのチェック
- ・予定手術や検査だけの患者は延期が可能であるが、がん薬物療法は患者自身の生存に直結する治療となるため、患者のみならず担当医も延期や投与経路、間隔などの変更には必ずしも積極的にはなれず、結果的に治



療患者数、内容ともコロナ禍以前と変わらないか、むしろ件数は増加した。進行がん患者は疾患由来で発熱するケースも多く、感染症との鑑別や他の患者とのディスタント確保に苦慮している。

- ・高額な化学療法剤よりもインフラ整備に予算を投じるべき。
- ・当方の地域では、COVID-19 の状況のために治療を変更して欲しいと患者が希望するケースはごく少数であった。
- ・実対岸の火事的な医療者も多く、真剣さが不足している印象があった
- ・COVID-19 は風邪・インフルエンザと同じ。万病の元なのも同様。
- ・面会が制限されることにより、治療の効果や副症状など、患者さんの詳細な経過を把握しないまま時間が経過することで、患者さんと家族の間に気持ちや受け止めなどの点で乖離が大きく、次のステップへの意思決定に際し、阻害因子となることが多いように思う。特に副症状や体力の低下などをきたした場合、家族の思うようなイメージとは異なる患者さんを見て、退院を拒まれた例などもあった。本アンケートとは直接関係ないが、この点も患者さんに非常に強い影響を与えていると思う。
- ・このようなアンケートで、他施設がどのような対応をしているのかが判ると、今後の参考になる。
- ・除外検査が増えた
- ・治療を延ばすことがないよう病院間の連携が必要
- ・医療スタッフが少ない
- ・投与量はやや控えめの方向に傾いているかも
- ・新規がん患者が減少しており、特に高齢者が減少している印象がある
- ・クラスターが発生すると、本来の治療が受けられなかったりしており、地域連携が重要と感じています。
- ・癌治療を優先するべきと考えます。
- ・当院では病院長を委員長とする Covid-19 対策委員会が 2020 年 2 月から設置され、週 1 回協議が行われている。地域、県内の感染状況に応じて診療段階の設定を行っており、幸いに感染状況の悪化が無いため大きな影響は今のところ受けていない。がん化学療法に関しては、外来化学療法室の待合室の 3 密を避ける対策、同伴者の制限、入院では面会制限など一般的な対応で今のところ推移しているが、感染状況が悪化した際の診療指針は既に設定されており、各種ガイドラインに沿って治療内容の変更を行うこととしている。
- ・現時点で自担当症例から COVID の発症例はないが、患者さんはがん治療に関する情報が乏しいので、治療効果に影響を与えない範囲で、来院頻度が減る治療、病院滞在時間が減る治療を積極的に提示していくことが必要と考えている。自担当症例では、そのような選択肢を提示した症例のほとんどで治療変更を希望された。本アンケートについては、他の医師がどのようにされたかがわかる大変重要なアンケートであると思うので、結果が迅速に公表されることを期待する。
- ・みんなで診療すべきなのか、がんの専門医はがん診療に専念すべきなのか、何が正しいのでしょうか。
- ・進行がんに関しては術後薬物療法も切除不能進行・再発に対する薬物療法もレジメン内容は大きく変わっていない。若干来院頻度が少なく済むレジメンへ変更する程度。治療の見合わせはほぼない。治療拒否はごく一部あり。多くはないが初発の有症状者が受診控えをしたために進行してしまい、手術不能になったり薬物療法も十分行えなくなった症例が見られた。
- ・ゲノム医療をする余裕が果たしてあるのか
- ・がん診療は継続のニーズが高く、他領域の診療に比べ患者数の減少は少なかった。病院機能が制限（救急受入停止など）されると、リスクの高い化学療法は制限せざるを得なくなる。

- ・現在外来診療が制限されていないため、患者さんは受診し、治療をすることができている。しかし、患者さんからの相談で、就労など日常生活を送る中で感染することや、重症化リスク該当者であることの不安が強いと思われる。約1年ほどの期間をかけて感染予防しながらの生活に適応でき始めたところで第3波、感染者数の増加により、感染しないかという不安だけではなく、医療崩壊してしまうとこれまで通りの治療ができなくなるのではないかと不安も新たに出てきているように思われる。
- ・第3波は非常に厳しい
- ・フォローアップの間隔はのびた
- ・当院における血液内科の加療はほとんど影響を受けていない
- ・手術制限や人的資源（コロナ病棟への供出やPCR部隊の派遣等々）の減少、受診控えなど、アンケートでは結果が表れないような影響は大いにある。ワクチンへの期待は大きいですが、それでも終息の兆しがなければコロナはコロナで完結するシステム（5類への変更も含め）を構築する必要がある。
- ・「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)とがん診療について」Q&Aの定期的な更新をお願いします。また実際に現場で活動している医療従事者向けの諸注意事項など具体的な推奨なども今後追記いただけると嬉しいです（コミュニケーションの方法、推奨されるPPE、骨髄抑制や肺炎などの副作用とCOVIDの症状についてより具体的な内容を）。
- ・病棟閉鎖や新患中止は短期でもその後非常に長期にわたり患者ケアの質の低下、患者数減少を招くので、患者のためにもスタッフモチベーションのためにも病院経営のためもしないほうがいい
- ・日本にはウイルス専門の臨床家がない。これだけ蔓延しているのに日本からエビデンスを発信しようとしていない。
- ・患者さんの閉塞感が増悪しています。精神腫瘍科などの助けが必要なこともあります。
- ・一部ではあるが電話再診のケースがあった
- ・がん薬物療法の内容はほとんど変化がありませんでしたが、検査の回数やフォローアップの頻度には多少変化がありました。
- ・今までは当地では患者数が少なかったが、今増えていて、ここに記載されているような変更が必要になると思う。
- ・導入時の指導等、患者一人当たり長い時間接しなければならないことがある。透明なパーティション等で物理的に区切られた部屋が必要である。
- ・本格的に影響が出るのはこれからだと考えています。
- ・今回の経験を通して対面診察とオンライン診察をうまく組み合わせたり、来院していただく患者さんを厳選することも必要になると考えています。オンラインで対応可能な場合はオンラインに切り替える体制づくりがまだ整っていないのでさまざまな問題もあると思いますが、対面をしなくても診察や処方、検査の案内が可能となる仕組みをつくれたいと思います。