

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

2020 年に引き続き、2021 年度も日本臨床腫瘍学会では、「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」を実施いたしました。

本調査は一般社団法人日本医学会連合による厚生労働科学特別研究事業「新型コロナウイルス感染症による他疾患等への影響調査研究 門田分担班」にて実施しております「新型コロナウイルス感染症が広く診療等に与える影響」との協力実施となります。

2021 年度の調査も、日本臨床腫瘍学会（JSMO）の会員委員会が主体となって作成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。また、全会員を対象としておりますが、医師とそれ以外の職種の方では質問内容と回答する範囲が異なります。

本調査では、いわゆる第 5 波の COVID-19 禍（2021 年 6 月下旬～9 月頃、第 5 波についてはスライド参照のこと）の時期における、会員自身のがん診療や薬物療法の実態について回答いただきました。

新型コロナウイルス感染症蔓延下におけるがん薬物療法の影響調査

新型コロナウイルス感染症のフェーズについて

いわゆる「第1波」： 2020年2月頃～5月頃

いわゆる「第2波」： 2020年7月頃～9月頃

いわゆる「第3波」： 2020年11月頃～2021年2月頃

いわゆる「第4波」： 2021年4月頃～6月頃

いわゆる「第5波」： 2021年6月下旬～9月頃

前回の調査対象期間

今回の調査対象期間



2. 実施概要

調査期間：2021 年 12 月 22 日～2022 年 1 月 24 日

調査対象：日本臨床腫瘍学会員（2021 年 12 月 22 日時点の全会員）

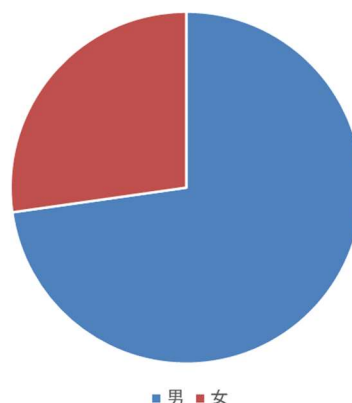
調査方法：インターネットアンケート提供サービス（Survey Monkey）を使用して実施した。

URL を email にて配信し、設問数全 60 問、回答所要時間 5-15 分程度、無記名形式とした。

3. 回答者背景

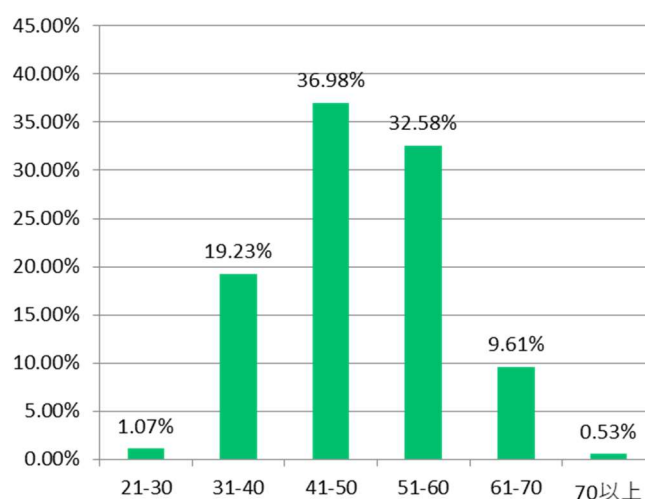
Q1. 参加性別

	%	n
男	72.76%	545
女	27.24%	204
計	100.00%	749



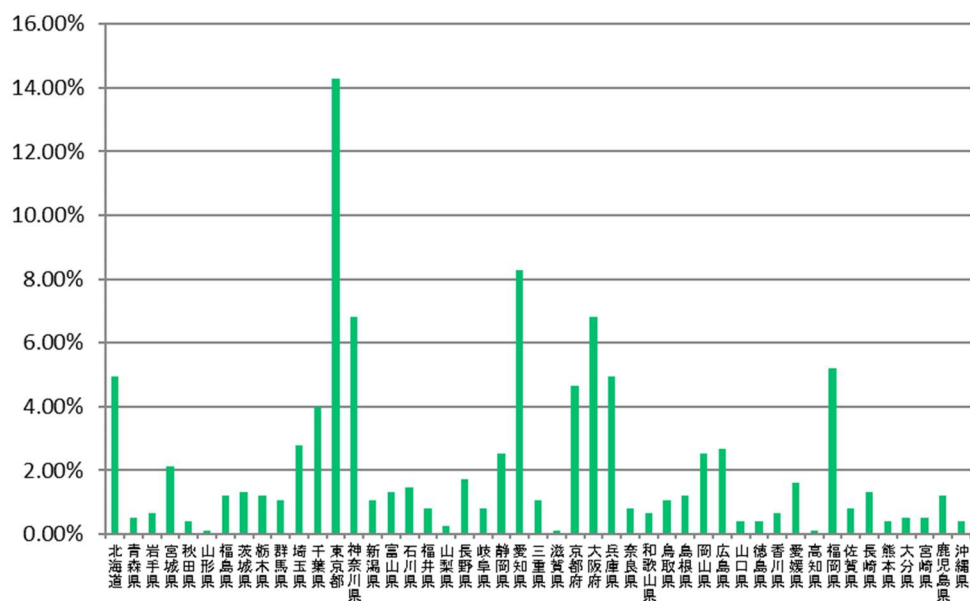
Q2. 年齢

	%	n
21-30	1.07%	8
31-40	19.23%	144
41-50	36.98%	277
51-60	32.58%	244
61-70	9.61%	72
70以上	0.53%	4
計	100.00%	749



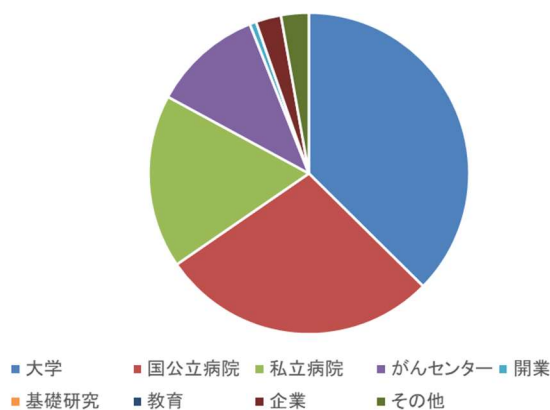
Q3. 勤務地の都道府県

	%	n		%	n		%	n
北海道	4.9%	37	石川県	1.5%	11	岡山県	2.5%	19
青森県	0.5%	4	福井県	0.8%	6	広島県	2.7%	20
岩手県	0.7%	5	山梨県	0.3%	2	山口県	0.4%	3
宮城県	2.1%	16	長野県	1.7%	13	徳島県	0.4%	3
秋田県	0.4%	3	岐阜県	0.8%	6	香川県	0.7%	5
山形県	0.1%	1	静岡県	2.5%	19	愛媛県	1.6%	12
福島県	1.2%	9	愛知県	8.3%	62	高知県	0.1%	1
茨城県	1.3%	10	三重県	1.1%	8	福岡県	5.2%	39
栃木県	1.2%	9	滋賀県	0.1%	1	佐賀県	0.8%	6
群馬県	1.1%	8	京都府	4.7%	35	長崎県	1.3%	10
埼玉県	2.8%	21	大阪府	6.8%	51	熊本県	0.4%	3
千葉県	4.0%	30	兵庫県	4.9%	37	大分県	0.5%	4
東京都	14.3%	107	奈良県	0.8%	6	宮崎県	0.5%	4
神奈川県	6.8%	51	和歌山県	0.7%	5	鹿児島県	1.2%	9
新潟県	1.1%	8	鳥取県	1.1%	8	沖縄県	0.4%	3
富山県	1.3%	10	島根県	1.2%	9	計	100.02%	749



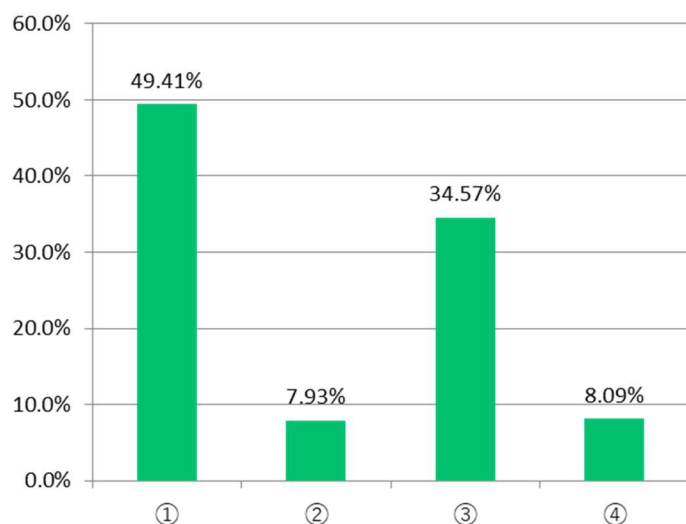
Q4. 所属先

	%	n
大学	37.38%	280
国公立病院	28.04%	210
私立病院	17.49%	131
がんセンター	11.08%	83
開業	0.67%	5
基礎研究	0.00%	0
教育	0.00%	0
企業	2.54%	19
その他	2.80%	21
計	100.00%	749



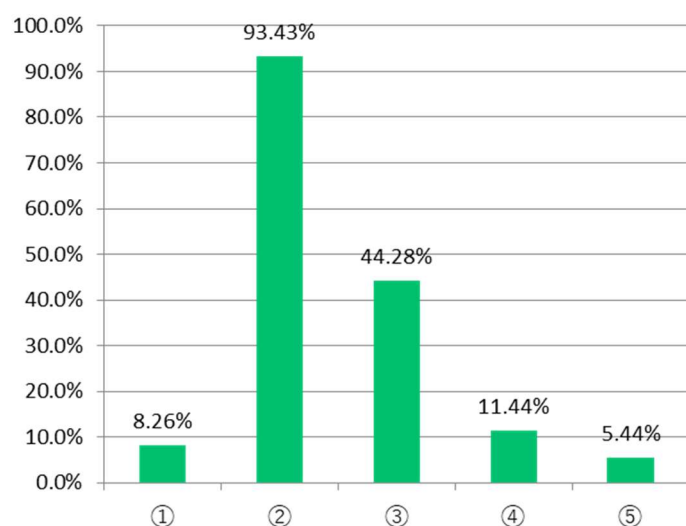
Q5. 所属先の COVID-19 受け入れ体制について教えてください

	%	n
① 感染症指定医療機関	49.41%	293
② 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	7.93%	47
③ 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	34.57%	205
④ COVID-19患者を受け入っていない	8.09%	48
計	100.00%	593



Q6. 受け入れありの場合。状況について教えてください（複数回答可）

	%	n
① 特別な病院体制をとらず通常診療のまま	8.26%	44
② COVID-19専用病棟を作った	93.43%	498
③ 手術件数の制限	44.28%	236
④ 化学療法件数や化学療法内容の制限	11.44%	61
⑤ その他	5.44%	29
計	162.85%	533



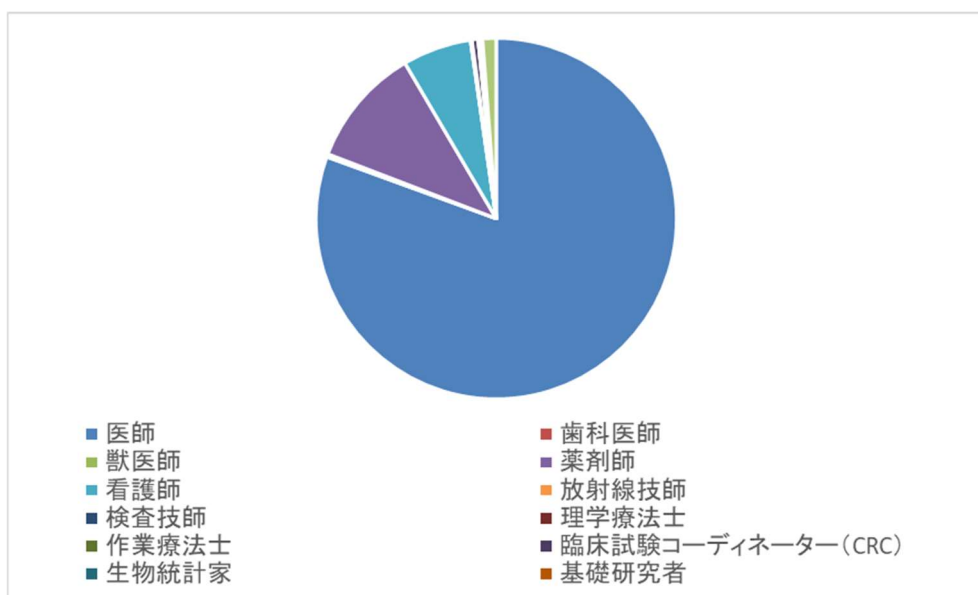
【その他】

- ・ 結核病床を covid-19 に、モデル病床を結核病床に転用して受け入れている
- ・ 地域の流行度(感染者数)で変更
- ・ 受け入れの患者数により上記内容に変化あり
- ・ 検査入院の延期
- ・ 一般病床数の制限
- ・ 外来治療への移行推進
- ・ 新規患者では、重症患者のみを受け入れている

- ・ 院内クラスターも発生、入院制限、外来もとめたことがある。
- ・ ICUの一部を COVID-19 専用化した。
- ・ 各診療科から順次 COVID チームに医師を出している。
- ・ 個人の裁量でのケモ制限で実質的に大きな影響なかったです。
- ・ 各科から、COVID 対策要員を供出。呼吸器科が内科輪番制や外来化学療法室当番を受け入れられないというので、その肩代わり。
- ・ 専用病室（エリア）を作った
- ・ 体制の整備、ワーキンググループの設置
- ・ 一般病床を64%で運用のため、有害事象の際の入院病床確保は困難となり、間接的に化学療法内容の制限をせざるを得なくなったが、表向きは件数や内容の制限の指示は上層部からなかった。
- ・ 当初専用病棟を作ったが現在は一部病床を専用としている。外来は当初から発熱外来を行い、内科医師を中心に当番制とした。入院患者は内科各診療科で持ち回りで行っている
- ・ 地域の感染状況に応じ対応を決定 現在は通常診療に戻っている
- ・ 一般病棟内の一部を COVID-19 治療区画としています。
- ・ 病棟の一部を COVID-19 対応とした。
- ・ プレハブで診察
- ・ 病床数の制限
- ・ 入院患者制限
- ・ 外来の制限
- ・ 検査の制限
- ・ 緊急性のない新患紹介に制限を設けた
- ・ 一般病床の減少により必然的に手術や抗がん剤治療が減少した
- ・ 一般診療病棟の制限
- ・ 救急患者の受け入れ制限
- ・ 不急の紹介患者の制限

Q7. 職種

	%	n		%	n
医師	80.56%	601	理学療法士	0.00%	0
歯科医師	0.27%	2	作業療法士	0.00%	0
獣医師	0.00%	0	臨床試験コーディネーター（CRC）	0.54%	4
薬剤師	10.72%	80	生物統計家	0.00%	0
看護師	6.17%	46	基礎研究者	0.27%	2
放射線技師	0.00%	0	データマネージャー	0.13%	1
検査技師	0.13%	1	ソーシャルワーカー	0.00%	0
			その他（具体的に）	1.21%	9
			計	100.00%	746

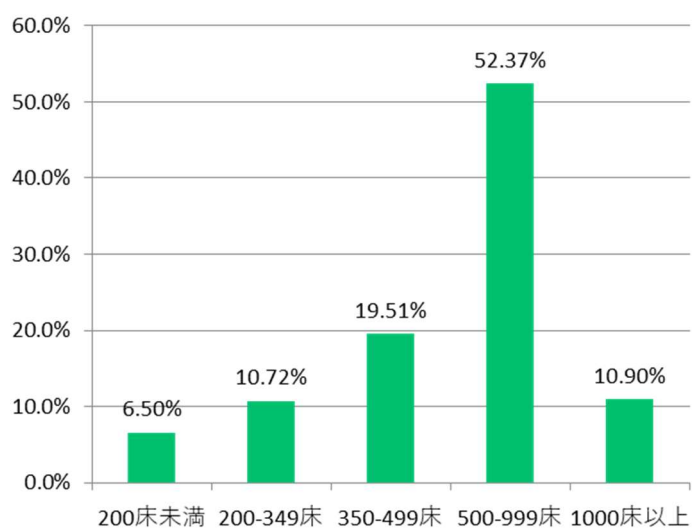


【その他】

- ・ 臨床開発戦略及びプロジェクトマネジメント
- ・ 看護教員
- ・ 製薬会社のがん領域専任
- ・ メディカル部門
- ・ MR
- ・ 臨床開発
- ・ MSL
- ・ マーケティング
- ・ 臨床開発企画推進

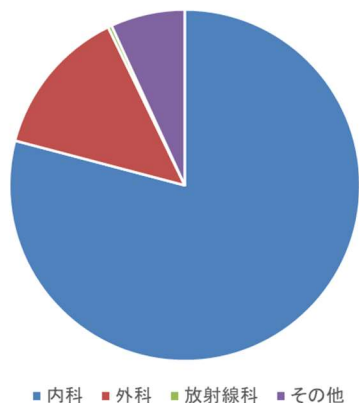
Q8. 病床数

	%	n
200床未満	6.50%	37
200-349床	10.72%	61
350-499床	19.51%	111
500-999床	52.37%	298
1000床以上	10.90%	62
計	100.00%	569



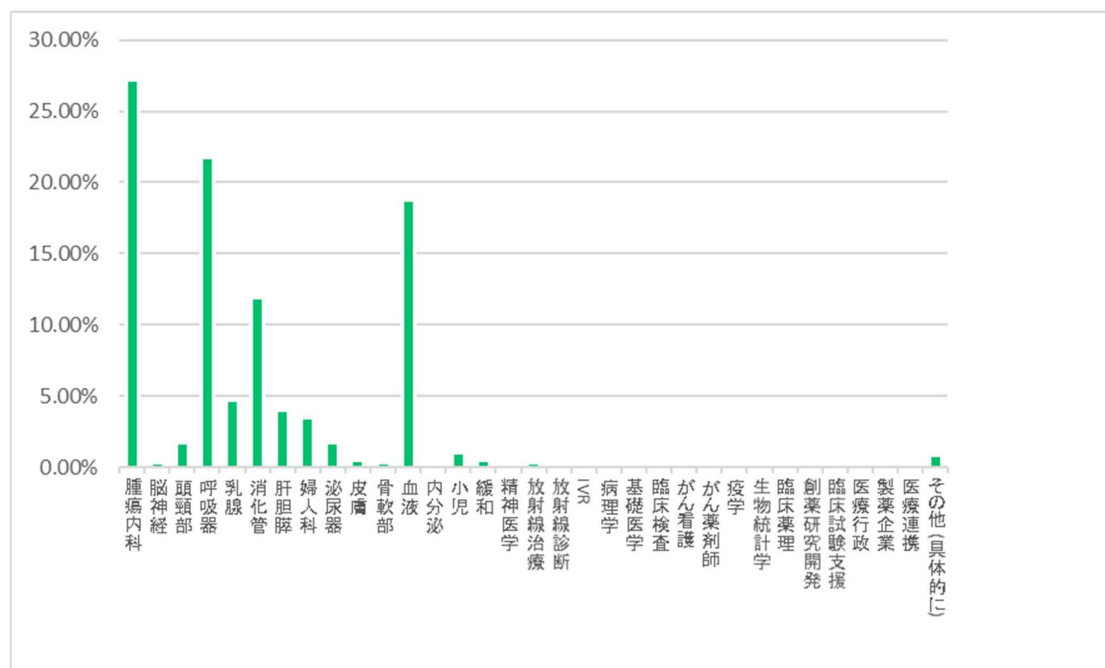
Q9. 専門領域 1

	%	n
内科	79.09%	450
外科	13.71%	78
放射線科	0.35%	2
その他	6.85%	39
計	100.00%	569



Q10. 専門領域 2

	%	n		%	n		%	n
腫瘍内科	27.24%	155	血液	18.80%	107	がん看護	0.00%	0
脳神経	0.35%	2	内分泌	0.18%	1	がん薬剤師	0.00%	0
頭頸部	1.76%	10	小児	1.05%	6	疫学	0.00%	0
呼吸器	21.79%	124	緩和	0.53%	3	生物統計学	0.00%	0
乳腺	4.75%	27	精神医学	0.00%	0	臨床薬理	0.00%	0
消化管	11.95%	68	放射線治療	0.35%	2	創薬研究開発	0.18%	1
肝胆膵	4.04%	23	放射線診断	0.00%	0	臨床試験支援	0.00%	0
婦人科	3.51%	20	IVR	0.00%	0	医療行政	0.00%	0
泌尿器	1.76%	10	病理学	0.00%	0	製薬企業	0.00%	0
皮膚	0.53%	3	基礎医学	0.00%	0	医療連携	0.00%	0
骨軟部	0.35%	2	臨床検査	0.00%	0	その他(具体的に)	0.88%	5
						計	100.00%	569

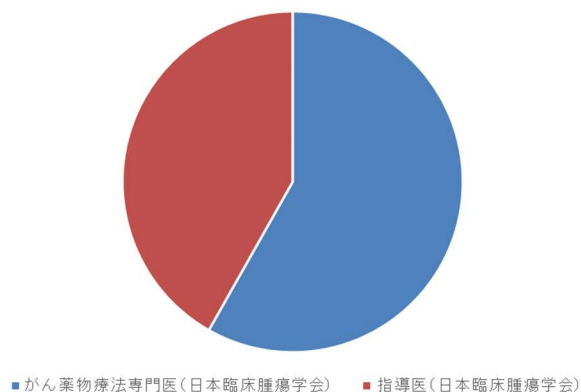


【その他】

- ・ 循環器
- ・ 外来化学療法
- ・ 感染症
- ・ 消化器内科
- ・ 健診

Q11. 専門領域資格について

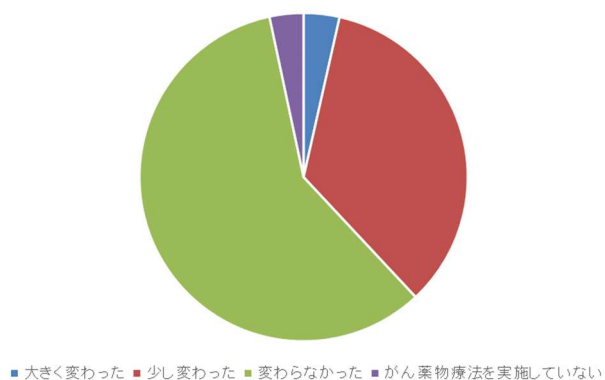
	%	n
がん薬物療法専門医（日本臨床腫瘍学会）	95.41%	291
指導医（日本臨床腫瘍学会）	68.52%	209
計	163.93%	305



4. 調査結果

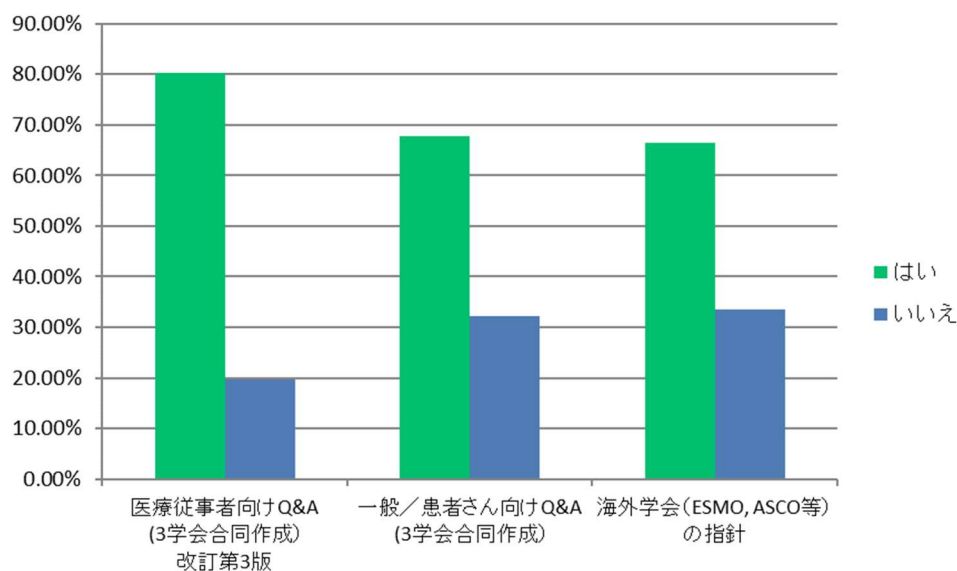
Q1. COVID-19 蔓延前（2020 年 2 月まで）と比較して、いわゆる第 5 波の時期において、ご自身の実践されるがん薬物療法に変化はありましたか

	%	n
大きく変わった	3.53%	19
少し変わった	34.51%	186
変わらなかった	58.63%	316
がん薬物療法を実施していない	3.34%	18
計	100.01%	539



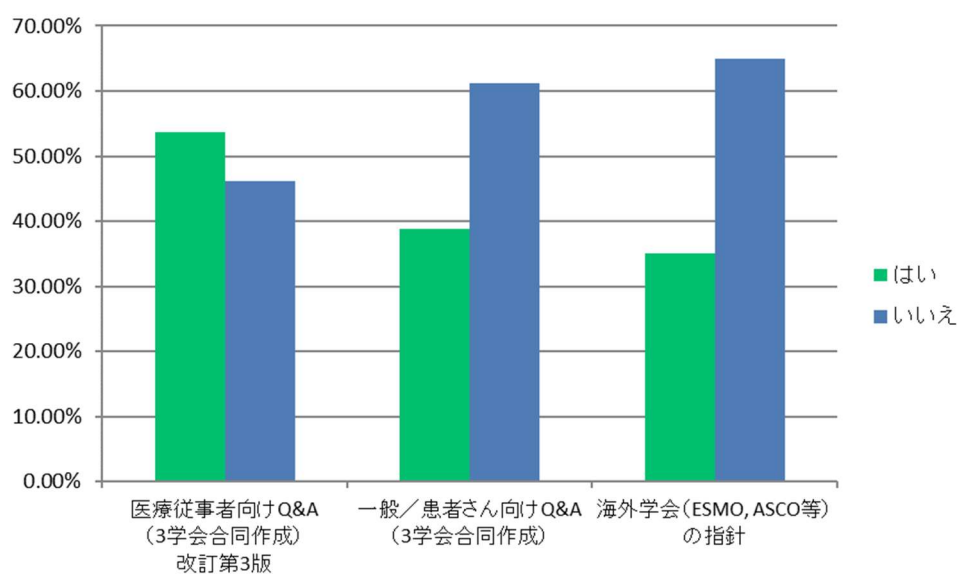
Q2. 2021 年 1～2 月に下記の指針・Q&A 等が発出されておりますが、その当時ご存知でしたか？

	はい		いいえ		計
医療従事者向けQ&A（3学会合同作成）	80.22%	434	19.78%	107	541
一般／患者さん向けQ&A（3学会合同作成）	67.84%	365	32.16%	173	538
海外学会（ESMO, ASCO等）の指針	66.42%	356	33.58%	180	536
その他（200字以内）					1
計	214.48%	1155	85.52%	460	542



【その他】 ASH 指針

Q3.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？



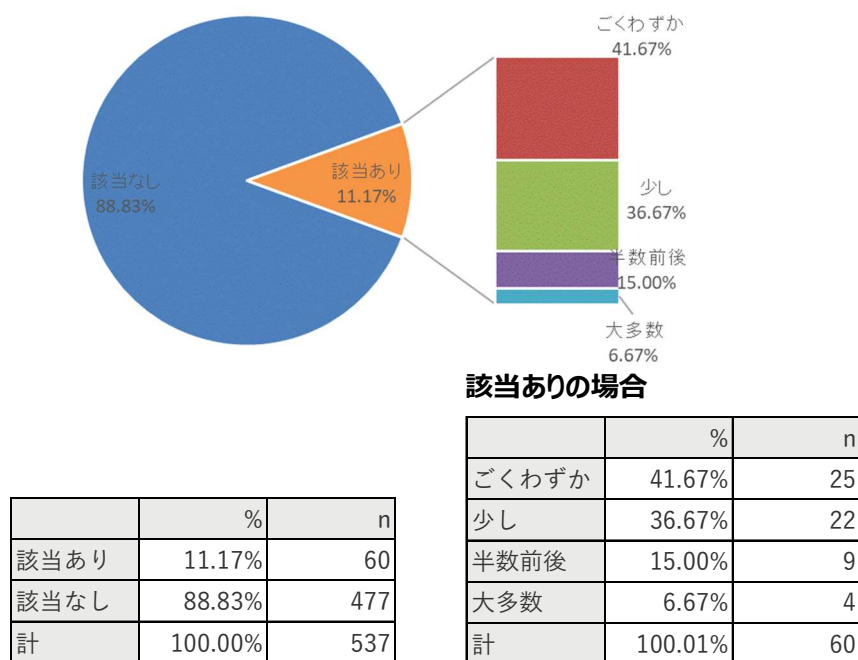
	はい		いいえ		計
医療従事者向けQ&A (3学会合同作成)改訂第3版	53.76%	250	46.24%	215	465
一般／患者さん向けQ&A (3学会合同作成)	38.84%	174	61.16%	274	448
海外学会 (ESMO, ASCO等) の指針	34.98%	156	65.02%	290	446
その他 (200字以内)					3
	127.58%	580	172.42%	779	468

【その他】

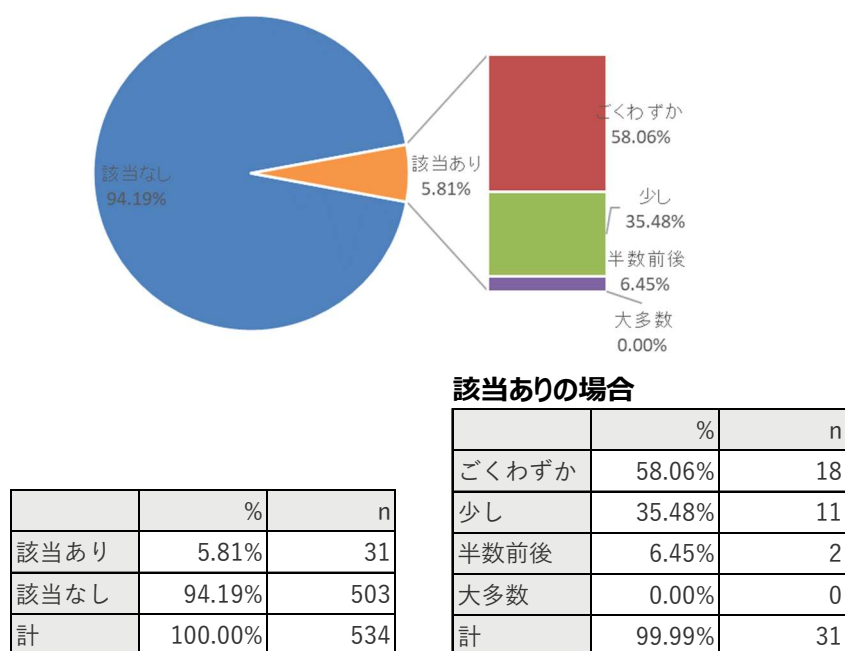
- ・ 薬物療法を行っていない
- ・ 施設独自に指針を作成した
- ・ 肺癌の場合 変更は必要なかった

Q4. がん薬物療法に関して、COVID-19 蔓延前（2020 年 2 月まで）と比較して、いわゆる第 5 波の時期におけるがん診療の変化について、それぞれの質問に最もあてはまるものを選んでください。（COVID-19 蔓延前の治療法と COVID-19 禍での治療法に変化があったかを踏まえてご回答ください。）

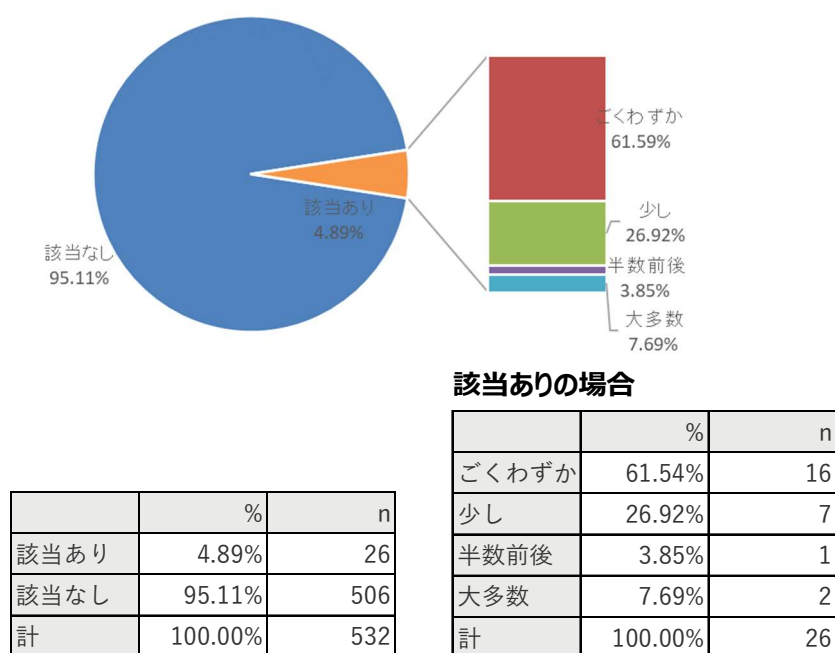
Q4-1 寛解状態（あるいは落ち着いた状態）にある患者の維持療法を中断した



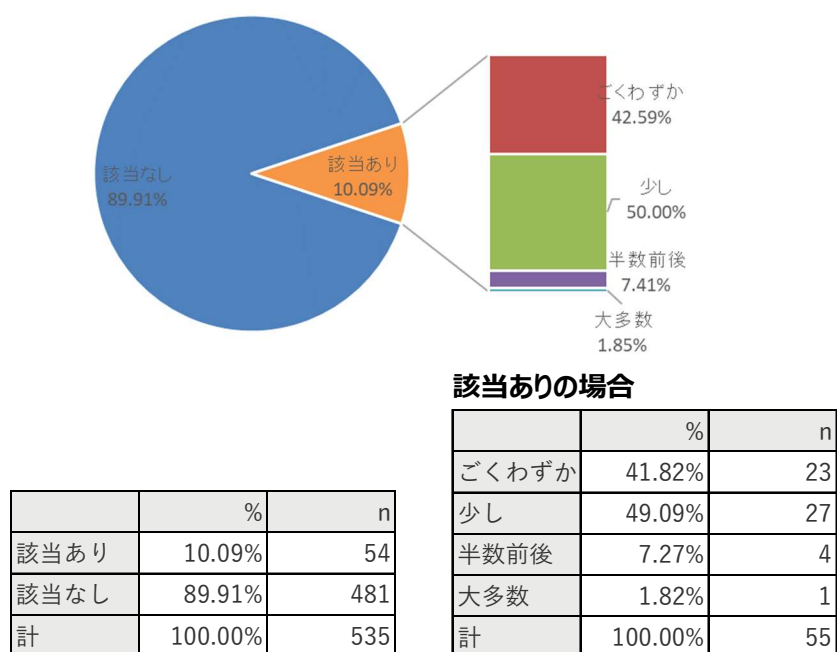
Q4-2 再発リスクの低い患者で、術後化学療法を中止・延期した



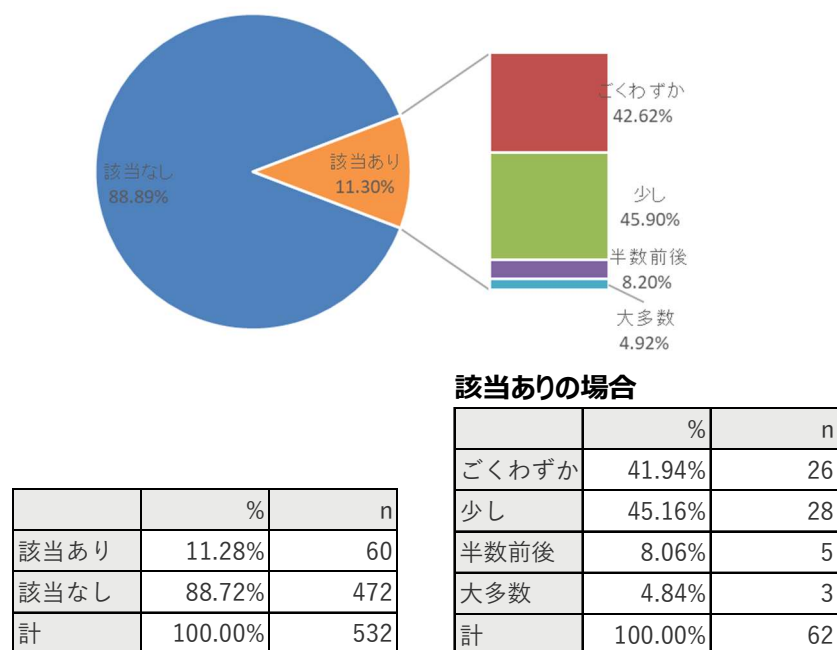
Q4-3 通常手術先行していた患者で、術前治療を実施した



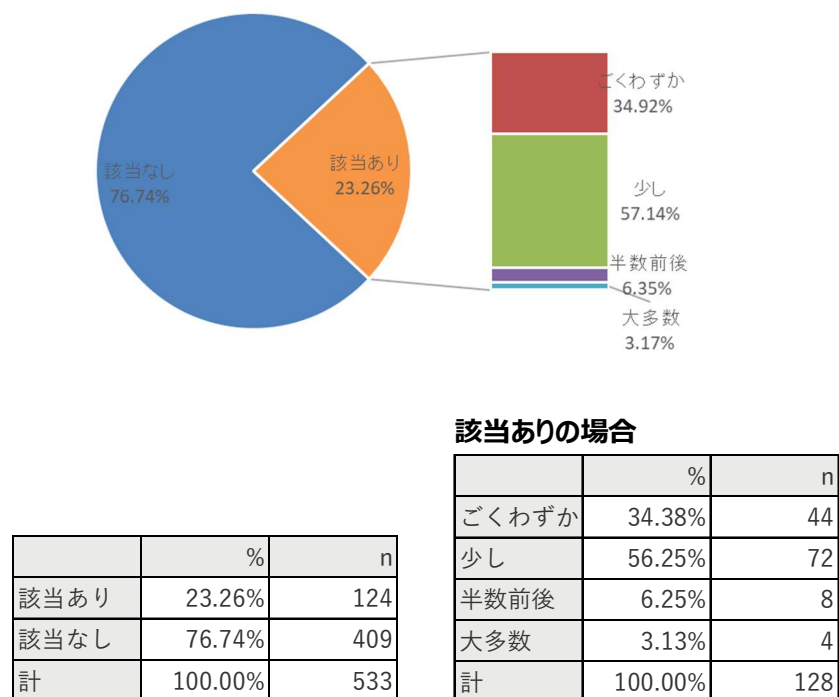
Q4-4 注射薬レジメンから内服薬レジメンに変更した（補助療法）



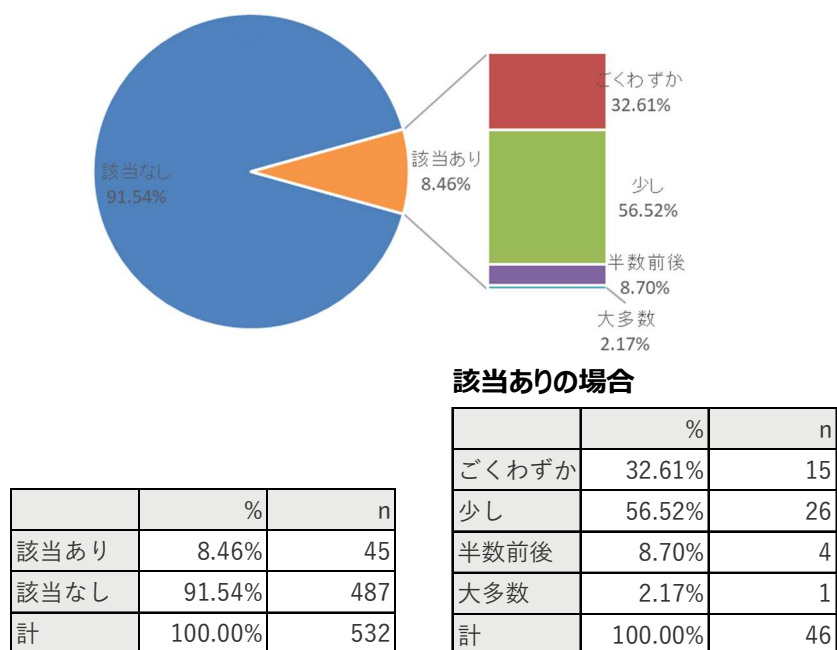
Q4-5 注射薬レジメンから内服薬レジメンに変更した（進行癌）



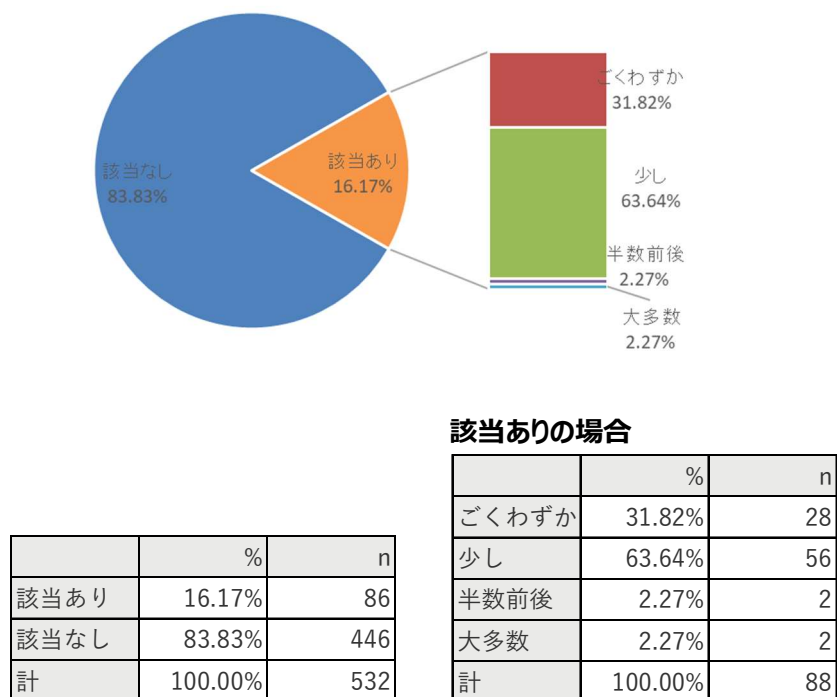
Q4-6 投与間隔が長めのレジメンに変更した



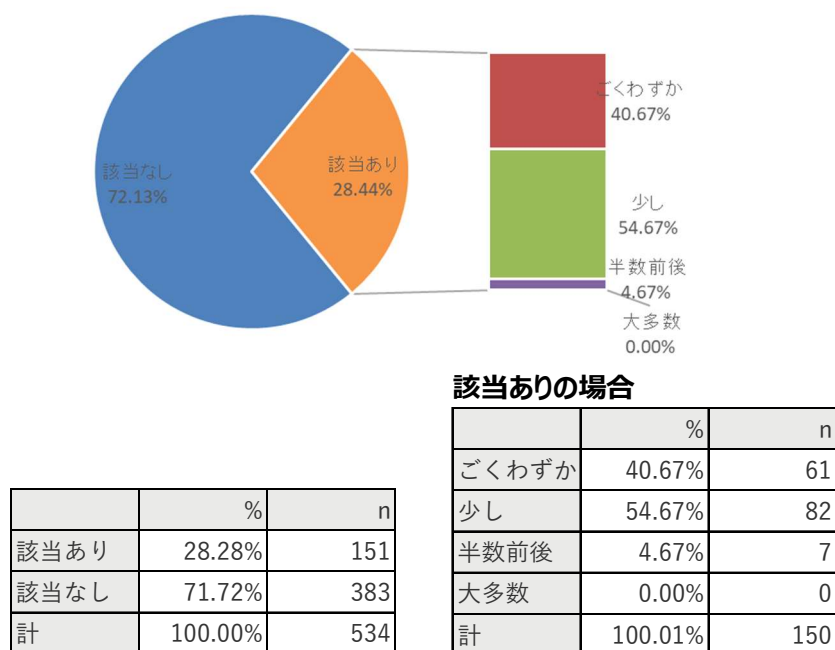
Q4-7 投与時間（院内滞在時間）短いレジメンに変更した



Q4-8 骨髄抑制の少ないレジメンに変更した

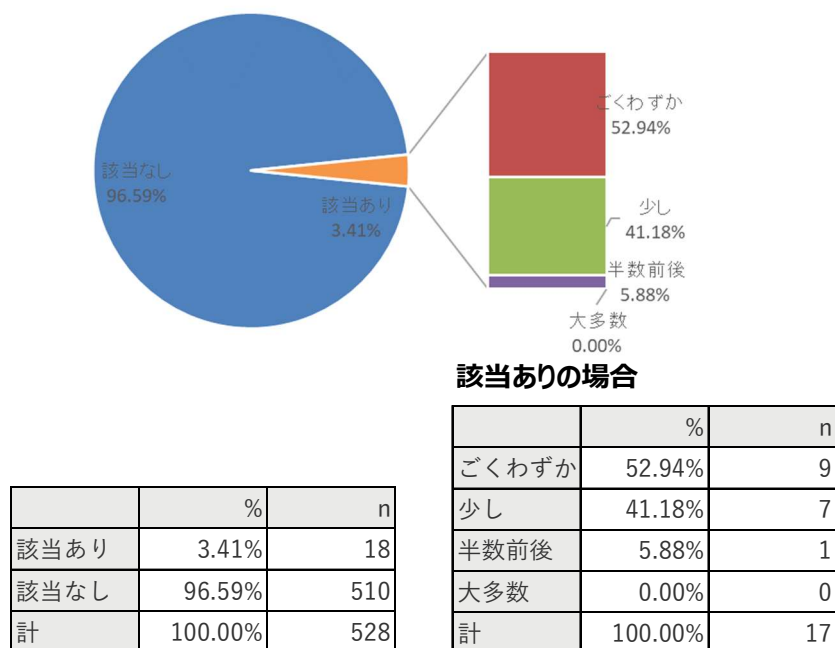


Q4-9 COVID-19の影響を鑑みて治療期間を延長あるいはスキップした

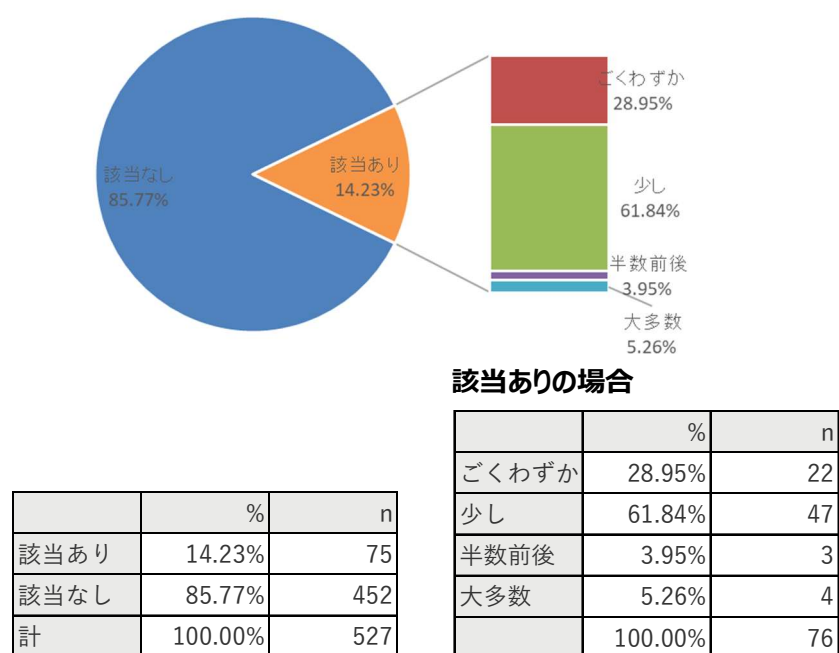


Q5. 薬物療法について、以下のケースに対し COVID-19 の影響を鑑みて何らかの治療計画の変更が生じた割合について回答ください。（治療内容変更・治療中止・延期・投与間隔延長・減量・スキップなどを指します）

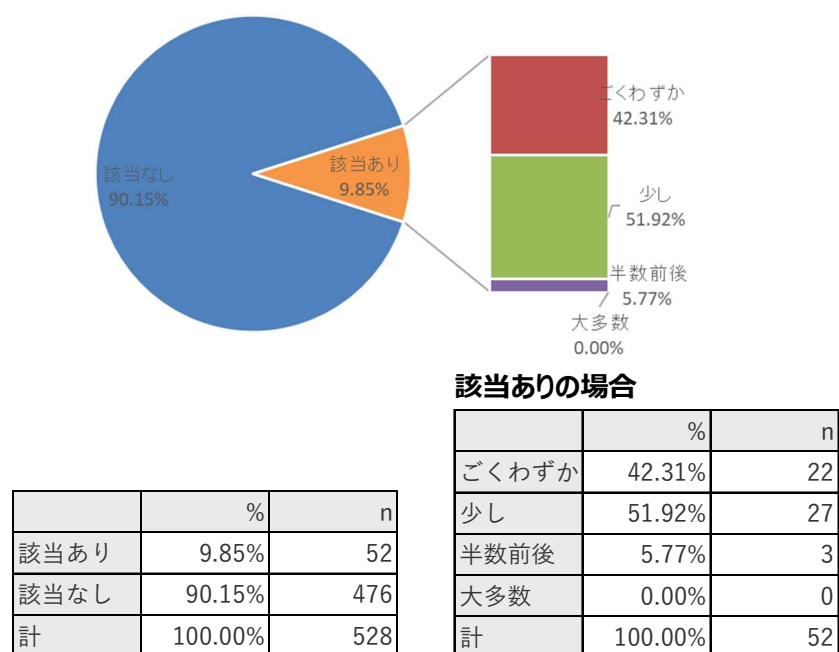
Q5-1 術前・術後補助療法を変更した



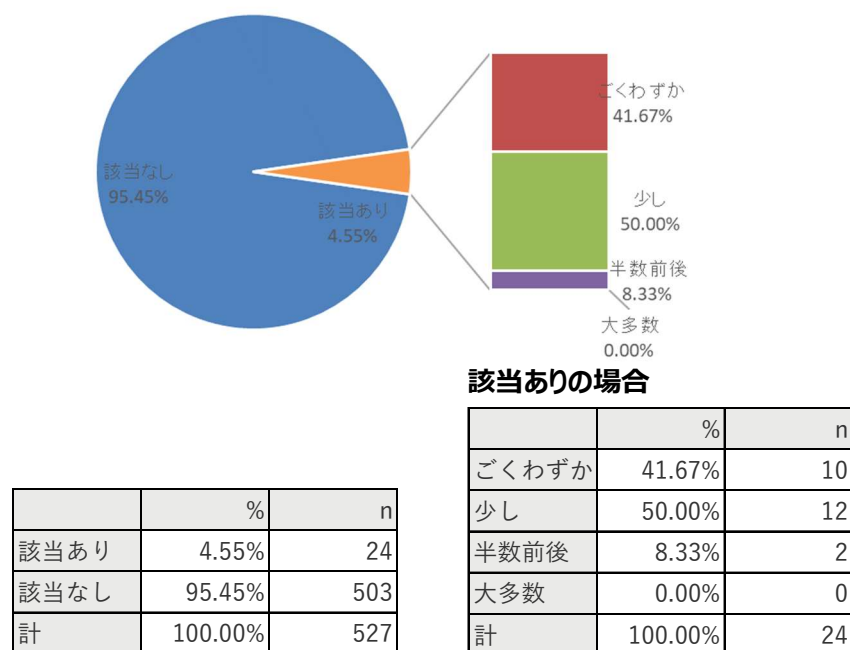
Q5-2 緩和・姑息的治療を変更した



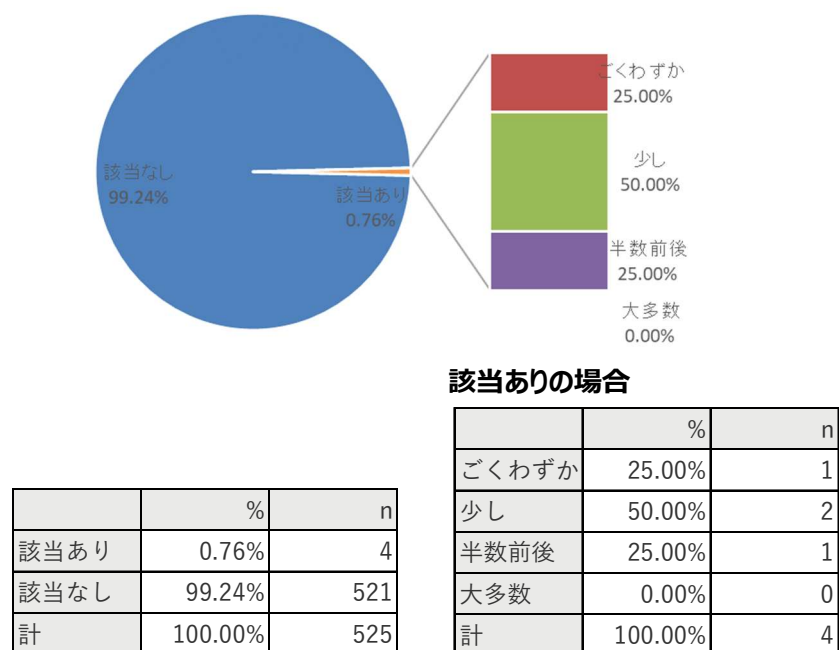
Q5-3 細胞傷害性抗がん剤を変更した



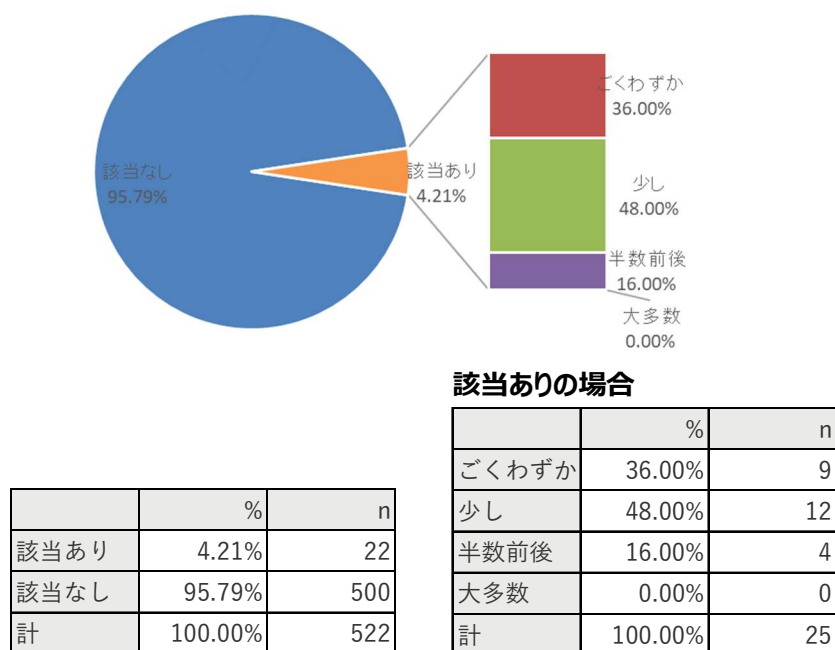
Q5-4 分子標的治療薬を変更した



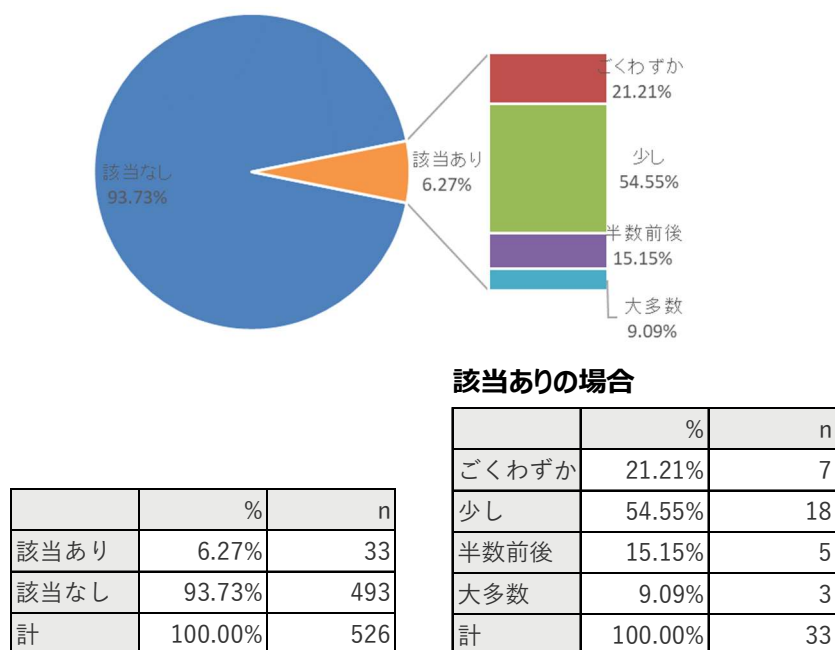
Q5-5 ホルモン or 骨吸収抑制剤を変更した



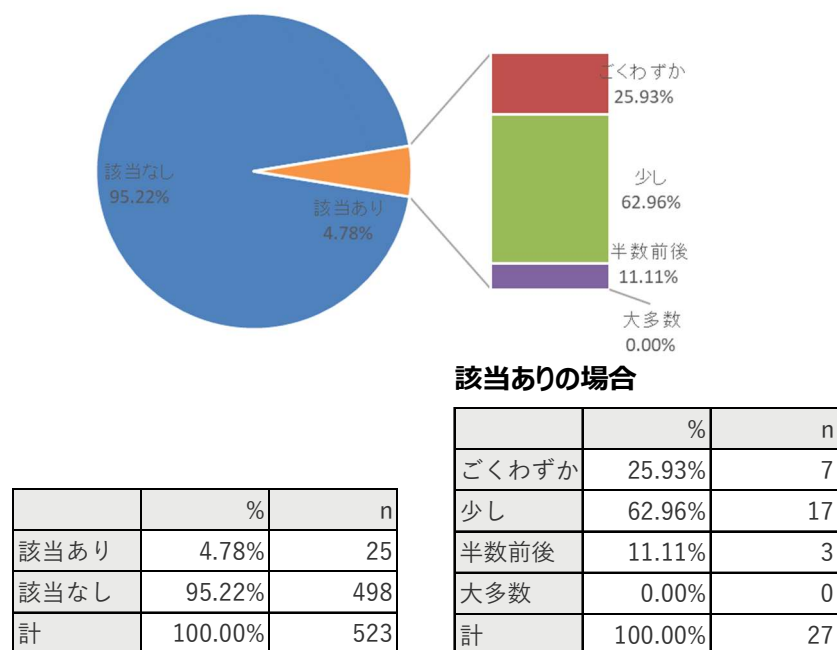
Q5-6 免疫チェックポイント阻害薬を変更した



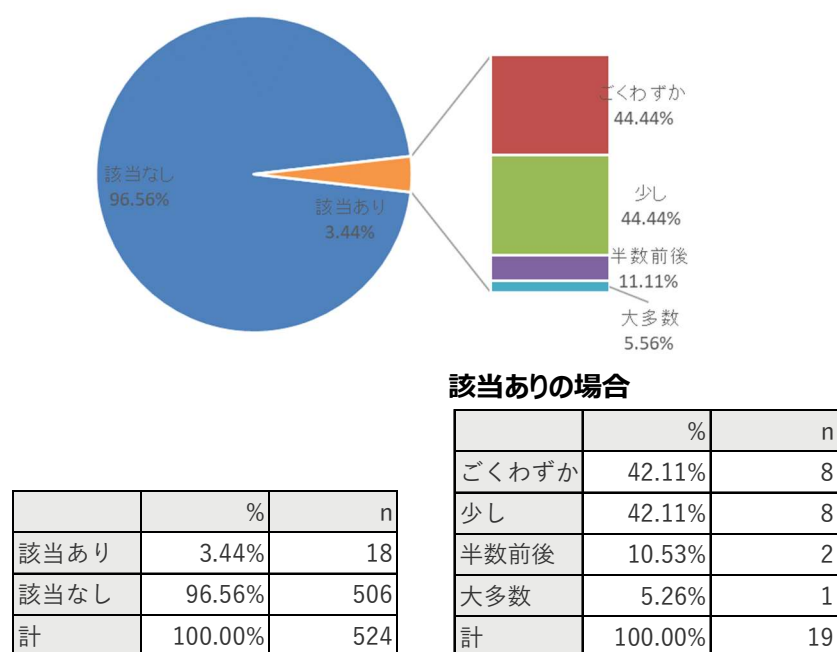
Q5-7 ステロイド（支持療法を目的とした使用）を変更した



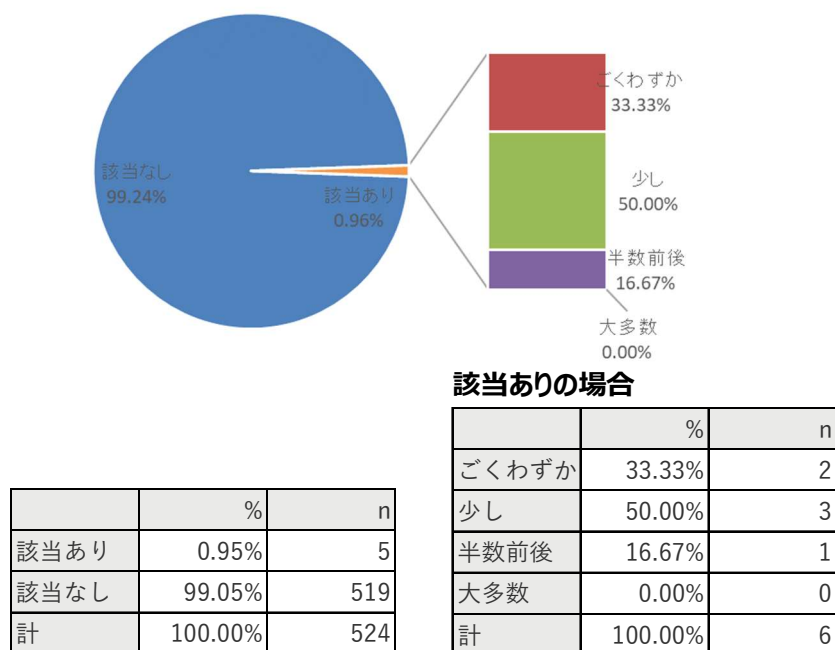
Q5-8 静脈内投与を変更した



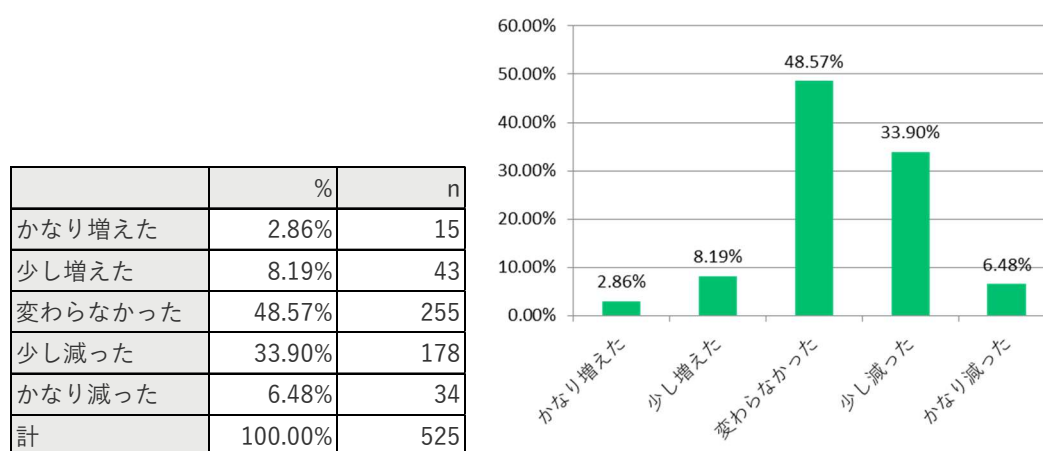
Q5-9 経口投与を変更した



Q5-10 経皮投与を変更した



Q6 COVID-19 蔓延前（2020 年 2 月まで）と比較して、いわゆる第 5 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？

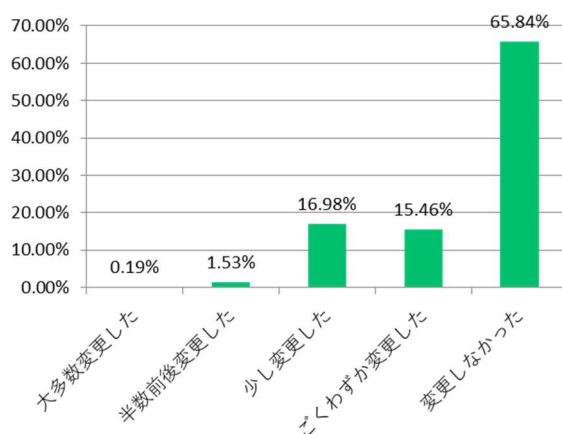


- ・都市部に通院できず当院へ紹介される患者が増えました。
- ・患者数はやや減少、進行がん割合が増えた印象。
- ・患者の受診控え
- ・新規患者の減少
- ・東京からの紹介が多数あった
- ・外来経過観察患者さんの来院間隔が長くなった
- ・初診が減少しました
- ・コロナ診療のため新患を制限した。
- ・白血病が減った
- ・外勤先での治療で、コロナ対応病院であったため、その診療科の入院ベッドが約半数になったため、再発患者の点滴薬での外来治療をメインとしている自分の場合、有害事象での緊急入院を減らすため、他のコロナを診ない病院に患者さんを転院させるような、常勤医からの動きがあった。

- ・ 初診の制限を行った
- ・ 胃がん症例数の減少 大腸は変わらず
- ・ 通常診療はそのまま、COVID-19 診療もおこなった。
- ・ ほぼコロナ前と変わらず。
- ・ 当科の新患肺癌患者を呼吸器外科が一部引き受けてくれた
- ・ 外来受診患者が減少しました。
- ・ COVID 受け入れ施設からの紹介患者を受け入れました
- ・ 癌以外の患者さんが減った
- ・ 40%くらいになったこともある。
- ・ 感染症指定病院ががん新規患者を受け入れなくなった影響で増加
- ・ COVID19 の入院診療が増えた
- ・ 投与時間の長いレジメンが増加し、かつ患者数も増加した。
- ・ 化学療法を行っておりません。

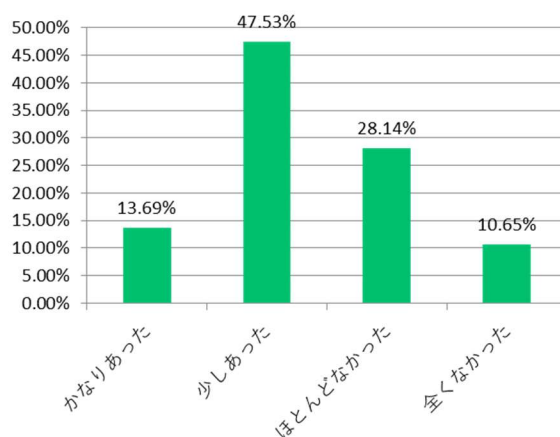
Q7 高齢者、糖尿病、循環器疾患など、COVID-19 の重症化リスク因子を持つ患者に対して、がん薬物療法の対応を変更しましたか？

	%	n
大多数変更した	0.19%	1
半数前後変更した	1.53%	8
少し変更した	16.98%	89
ごくわずか変更した	15.46%	81
変更しなかった	65.84%	345
計	100.00%	524



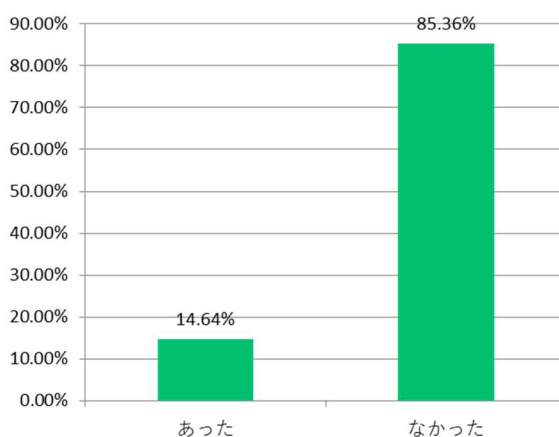
Q8 がん薬物療法を受けている患者さんから COVID-19 を意識した治療に関する要望・問い合わせがありましたか？

	%	n
かなりあった	13.69%	72
少しあった	47.53%	250
ほとんどなかった	28.14%	148
全くなかった	10.65%	56
計	100.00%	526



Q9 上記の質問項目以外で、COVID-19 蔓延前（2020 年 2 月まで）と比較して、いわゆる第 5 波の時期において、薬物療法に関して変化があったことはありますか？

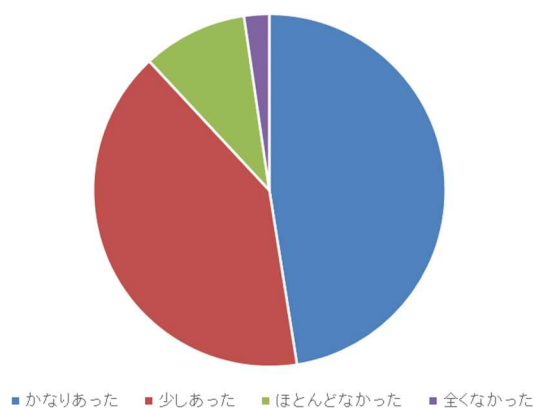
	%	n
あった	14.64%	76
なかった	85.36%	443
計	100.00%	519



<第 5 波の時期における、終末期ケア、緩和ケアに関して>

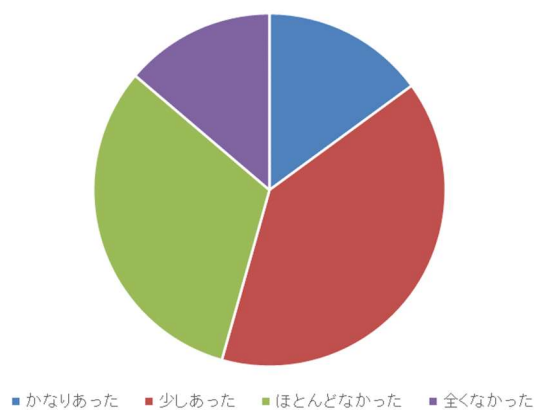
Q10 家族等の面会制限や付き添い禁止のため、終末期の患者の診療に苦慮した。

	%	n
かなりあった	47.50%	247
少しあった	40.58%	211
ほとんどなかった	9.62%	50
全くなかった	2.31%	12
計	100.00%	520



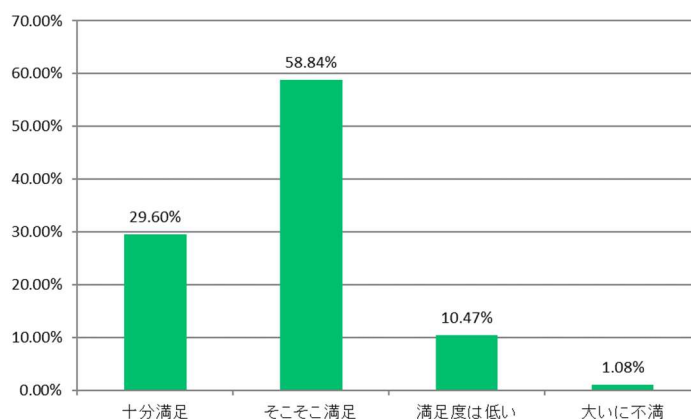
Q11 入院での緩和ケアや看取りの予定であった患者が、面会制限や付き添い禁止のため、在宅ケアあるいは在宅看取りにせざるを得なかった。

	%	n
かなりあった	14.95%	77
少しあった	39.42%	203
ほとんどなかった	31.84%	164
全くなかった	13.79%	71
計	100.00%	515



Q12 在宅ケア、在宅看取りとしたケースにおいて、在宅ケアや在宅看護の体制は満足のいくものでしたか？（Q11において、かなりあった、少しあったと回答した方の回答）

	%	n
十分満足	29.60%	82
そこそこ満足	58.84%	163
満足度は低い	10.47%	29
大いに不満	1.08%	3
計	99.99%	277



【具体的な内容について記載下さい（自由記載）】

- ・ 終末期在宅医療に関心が高い地域なので。
- ・ 在宅緩和に切り替えたが受け入れ施設を見つけるのが困難だった。質的不満はない。
- ・ 回答困難
- ・ 寧ろ、満足度が高くなった。
- ・ 入院よりは良いと思った
- ・ 緊急的に往診対応いただける開業医さんの存在がかなりありがたかった。
- ・ 治療開始時より在宅と併診を依頼
- ・ 在宅医の手厚い地域かどうかによる。
- ・ 本人・家族の受け入れや病状が整っても、在宅への移行が遅れることがあった。退院前カンファレンスもwebにせざるを得ず、準備不足の感もあった。

<COVID-19 禍でのがん薬物療法や入院・外来診療、終末期ケア、緩和ケアに関して>

Q13. 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。（自由記載）

- ・ 肺転移などの方で咳が出ていても、周りの方からのクレームなどがあり、ジレンマがあるなどがあり、特に家族と医療従事者のコミュニケーションが不足するようになった
- ・ 血液がん患者は入院が長期になることが多く、家族の面会に苦慮しました
- ・ ワクチン接種と抗がん剤投与の時期に関する変更はあった
- ・ COVID-19 も怖いのは間違いないが、やはり日本の流行程度で命に関わるがん治療の方針を大きく変更するのは好ましくないと考える。
- ・ 薬物療法中に感染した患者や家族から連絡があると化学療法室に回ってくるため、対応に時間がかかり業務に支障がある日々が続いている。
- ・ コロナが蔓延すると面会禁止となるため、患者がうつ傾向となることが多くなった。あるご家族は、娘が毎日、母親(患者)が窓から見える駐車場にき、患者が 4 階から手をふるということがあった。このような光景をみると医療者として何ができるのだろうと、いたたまれなくなる。また、ある患者では、ご家族が定期的に面会することができなかったため、久々に患者に会った際、急速な容態の変化に家族の気持ちがついていけないといった事例があった。主に緩和ケア領域となるが、コロナ禍となり、医療者として辛い経験をする人が多くなっ

た。

- ・ 患者によってはさまざまなところから情報を収集して、先入観から医療者の説明を信用しない時は、やるせないと思う
- ・ リンパ球が抑制される抗がん剤については使用を躊躇しました。
- ・ ワクチン接種が引き金となりがん病変が急に増悪した、と思われる患者がいました。
- ・ 前勤務地で外勤していたところ、そこで院内クラスターが発生して新患患者の入院治療（FP 療法の新規導入）が不可能になる事件が起きた。すぐに現勤務地に紹介手続きをとり翌週入院することができて事なきを得た。医療機関同士のつながりで救われる患者がいることを知った一件であった。
- ・ COVID 時と、通常時で基本的に診療体制に変化ない
- ・ 皆さん同じでしょうが、コロナの診療は行っていない当院でも、コロナウイルスを院内に持ち込ませないために感染の専門家がいなくて苦慮している。
- ・ COVID-19 の影響で、薬剤師の病棟業務、患者指導を行い難しくなっている。
- ・ 思いのほか、家族内感染のリスクのある患者が少ない高齢者が多く、特別な対応をとることが少ない印象でした。
- ・ 検診、病院受診の躊躇による診断の遅れがみられていると感じます。
- ・ 医療者としてコロナ感染に注意して業務にあたっていることがいることが日常的になっていると感じる。患者さんも理解されていると思うがコロナ以前と違い日常生活に制限がかかり病気と向き合うと同時に不自由さに今までにないストレスを感じている印象です。
- ・ 治療室内で、患者が咳をすると、ドキッとする
- ・ がん薬物療法の副作用で COVID-19 感染症状と重なる症状（発熱 感冒症状など）は発熱外来受診となり、適切な副作用対策が迅速にできなかった。
- ・ 幸いにも大きな影響を受けなかった
- ・ 当院では外来化学療法室が狭く密な環境なため、無症状のコロナ陽性者が長時間ケモを実施していることがありました。幸い他の患者への発症は認められませんでした。現在も恐る恐る業務を行っている状況です。発熱があっても実施される医師もあり、腫瘍熱等を疑っているとは思いますが、鑑別もできない状況です。不安に思います。
- ・ 患者、家族、医療従事者およびその家族の行動制限が求められる。親族が県外に在住の場合、接触した後、2 週間の観察期間を要請したり、県外者が受診できないような制限を行うことがまかり通ったが、これらは感染拡大防止上は必要と思われるようだが、差別であり、人権侵害の割合が大きいと思う。中核的医療施設にコロナ疑いや接触者でも通常診療が続けられる体制や、設備を設置を行うようにしてほしい。
- ・ 第 1 波時は受診控えや治療延期が散見されましたが、その後は大きな影響はないものと思われます。検診や手術件数の減少などによる補助療法の件数は入院患者数の増加時期には減っている印象です。
- ・ 造血細胞移植では長期入院となるため、家族の面会ができないのは患者の気持ちの影響がとても大きく感じます。家族も体調が悪くなると患者からの連絡が減るため、不安が大きいです。患者・家族の精神的ケアが課題です。
- ・ がん治療導入の際は、有害事象観察のために入院となることがあるが、COVID-19 感染拡大の対策として面会謝絶となっており、患者、家族ともに不安を感じていることが多い。少しでも不安が軽減するように、多職種で情報共有し、関わるようにしている。
- ・ COVID19 の影響は避けられない
- ・ コロナ禍に於いても標準治療を優先した。

- ・患者に正しい情報が伝わっているか甚だ疑問です。
- ・発熱など、がん薬物療法の副作用との鑑別に時間を要しそう
- ・コロナの流行で当院でも発熱外来を行っており、軽症のコロナ患者の入院体制を請け負っています。当院の内科は消化器内科の医師しかおらず、発熱患者を診察することを積極的に行っていません。初診患者を診ながら、その合間に発熱患者を診るので、2 時間 3 時間の待ち時間があり、その苦情を聞きながら何人もの発熱患者を看護するのは、約 2 年になりスタッフの苦痛となっています。化学療法をしている患者も体調を崩すことがあり、特に発熱を伴うと他の発熱患者さんの同様に長い待ち時間を経験することになり特に心を痛めます。こういうシステムを何とかできないかと考えますが、難しい現実があります。今は、初めにニア法でコロナ陽性かを検査して、陰性であれば院内の診察に変更してくれることが医師の判断であるので、少しマシになっているように思います。
- ・感染症用ガウンが不足し抗がん剤調製用ガウンを融通しなければならなくなったので、各分野それぞれで日頃から物品・人員ともにギリギリの体制ではダメだと感じた。
- ・蔓延初期よりはしっかり診療ができたと思う。
- ・当院は幸いコロナ患者の受け入れ施設とはならず、第 5 波においてがん薬物療法への影響はなかった。
- ・コロナ禍が在宅緩和ケア・在宅看取りの体制を確立する一つの機会になるのではないかと考えられました。
- ・化学療法による副作用のため、コロナウイルスが重症化するのではないかと患者の不安があり、抗がん剤使用と重症化リスクの調査が必要と考えている。
- ・コロナ禍の中、全国的な状況はなかなか分かりづらいので、このような調査は大変意義深いと思います。
- ・新型コロナウイルス感染症の蔓延を言い訳に診療が雑になっている医療機関、医師の存在を感じることがある。
- ・ワクチン接種を優先したいという患者様が多く、抗がん剤治療の間隔を延期せざるを得ないことがあった。
- ・患者さんが感染するのは仕方ない。
- ・癌治療は必要であることを学会からも強くアピールしてほしい。不要不急の外出禁止として、治療や外来に来なくなるのは言語道断。
- ・アブラキサンの流通制限について、EU 流通品を国内導入するなどの対策が smooth でないことにやや憤りを感じます。プロボフォールの際に実例があるわけで、企業努力によりできるはずのものと考えます。
- ・定期開催していたがんサロンの運営継続が難しいです。患者さんは集まりたいけど、感染も気になる。でも遠隔会議システムの操作はわからないので、対面がよい。とのことで、ピアサポートの継続が難しいです。
- ・COVID-19 禍であっても、必要な薬物療法は変更せず行った。もちろん、病院内や個人の感染対策は十分行い、また患者にも感染対策をとるよう毎回しつこく依頼した。
- ・当院では 2021 年 2 月と 8 月に院内クラスター発生がありました。造血器腫瘍患者さんが COVID-19 感染した場合は致死率が高く、特に 8 月のクラスター発生時には COVID -19 発症したほとんどの造血器腫瘍患者さんが亡くなってしまうという辛い状況でした。今後このようなことが繰り返されないことを願っています。
- ・がん患者自身の感染対策がかなりしっかりしており、重症化リスクを上回る効果を上げたと思っている。日頃の感染対策・患者教育が重要である。
- ・日本の病院は感染対策をしっかりとしているため、あえて治療の変更の必要はなく、特に問題もおこらなかったが、末期の患者の面会制限の検討する必要がある。
- ・本来の業務ができず強いストレスを感じている。COVID-19 の治療は特に専門性なくできる診療であり、呼吸器内科だけに押し付けられることに同僚内でも不満が高まっている。
- ・抗がん薬治療中の患者さんにおける発熱や倦怠感等において、感染兆候の有無をさらに注意深く確認す

るようになりました。

- ・ COVID によるがん治療の延期などの懸念
- ・ 新型コロナウイルスの感染が怖いからと、非ホジキンリンパ腫寛解後の経過観察 CT を本人がキャンセルしたために再発の発見が遅れてしまった人がいました。
- ・ 30 代や 40 代の若いがん患者さんのケアに大きく制限がかかったことが、非常に辛かった。
- ・ 発熱者に対する PCR 体制や発熱外来の設置など、都道府県、市町村によって異なり、いまだに発熱者が一般外来に来院し、隔離対応などを要する。一般外来にきた発熱者を分離するための対応をとっているが、いつまでこれが続くのだろうと思う。PCR を受けられるハードルをもっと下げ、がん患者の疾患に起因する熱なのかどうかの判別ができる体制を望む。
- ・ もう少し具体的ば学会でのガイドライン作成に期待します
- ・ 中等症・重症例を中心に相当数のコロナ患者診療に当たりましたが、平素の癌（肺癌）診療も基本的に体制を変えることなく継続できました。科内でコロナ診療班と非コロナ診療班のグループ分けを行ったことが結果的には良かったと考えています。
- ・ がん終末期の面会については、柔軟な対応が必要と考える
- ・ がん患者は感染予防に対する意識が高く、可能な限りがん薬物療法を希望している。
- ・ 家族そろって病状説明することすら困難であり、患者-家族間、医療者-家族間の意思疎通を取るのが難しいと感じる場面が複数あった。大学病院だが ICT を利用した対応に関して、全く先導する者がおらず、各科対応になっており、病院として統一性がない。
- ・ 制度やリソースが柔軟に改善される良い機会になっているので、これを機にこの動きを加速していただきたい。
- ・ 面会制限で家族とのコンタクトが少なくなり、急変時などには少し問題になることもあった。
- ・ FN や腫瘍熱で発熱している患者も抗原検査や PCR 検査をしないといけないため、診察までの時間がかかる。
- ・ 新規にがんと診断される人はコロナ禍で減少したのかもしれないが、既に治療中の患者は、基本的には治療を継続していたように感じている。以前の職場でクラスターが発生しても治療を拒む患者は少なかった。
- ・ 入院化学療法の制限がありました。
- ・ 療養の場の選択が難しいと感じる
- ・ 少なくとも日本では COVID への過剰対応となっている。がん診療は本来は縮小すべきでないのに、その煽りを受けたり、また医療者が COVID を理由に診療や環境において患者に妥協を強いるのは不適切と思う。
- ・ 第 5 波の時は既に患者自身の感染予防に対する意識が高く、ワクチン接種も進んでいたため、薬物療法自体の制限はほぼなかったです。むしろ手術制限のため薬物先行で術前治療数が増えました。一番影響を受けているのは、終末期の緩和ケアだと思います。これは患者も医療者も辛い状況であり、今も続いています。コロナ禍によって緩和ケア病棟自体が閉鎖されたところもあり、例年よりも多く在宅ケアのスタッフに依頼しました。
- ・ 5 波の後で発見された患者の進行度が半端ではなく問題です。
- ・ 在宅見取りが増加し、その体制づくりが最も困難だった。
- ・ COVID-19 の影響で、薬剤師の病棟業務、患者指導を行い難くなっている。
- ・ 他県移動不可となっても治療のみ当院で行う患者に毎回 COVID 検査が必要で有るのか、また就業事情によっては治療が延期された事例もあり、自施設の対応に則り対応していましたが、患者の不安に繋がっていたのではないかと感じていました。今後、再度県またぎができない場合はどのように対応したら良いの

か悩みますし、患者の精神面への対応も必要だと思っています

- ・ 外来化学療法の継続とコロナ感染症対策の両立の難しさ。
- ・ がん治療は家族の支えが必要だが、COVID-19 のため近くで支えられない
- ・ COVID-19 流行下だからこそ、家族とのコミュニケーションのあるべき姿についてより考えた
- ・ 血液内科では、抗 CD20 抗体などを使用する患者さんが多いので、COVID-19 に対する中和抗体価を健康保険で何回か測定できるとよいと思います。
- ・ 治験参加にあたり、病状と治療を受けることを最優先と被験者さんが判断し同居家族内に COVID-19 感染者がおり自身濃厚接触者であることを隠したまま入院された。入院時 PCR 検査を実施したことで判明。幸い軽症であったため住居がある保健所との連携で即時退院自宅療養としたが、治験スケジュール上やむ負えず脱落となった。当該治験薬は間質性肺炎の懸念もあったこと、安全性を鑑みて再 screening は実施しなかった。医療者として COVID-19 感染症治療を最優先と示唆するが情報の提示やガイダンスなどを示していても、やはり被験者さんが考える優先順位の違いが明確にあった事案である。
- ・ 在宅でがん治療をできる体制はまだ少ない
- ・ かなり進行した状態で受診されるケースが多くなったのが、残念に思う
- ・ 血液疾患においては、治療を行わず原疾患の状態が悪いだけでも免疫低下につながる（COVID-19 リスクも高い）ため、原則的には通常診療を行っているように思います。領域別でも意見や考え方が異なるように思うので、本アンケートについても、領域別での結果もフィードバックいただけるとありがたいです。
- ・ 在宅との連携を今後高めていくことが重要と考える
- ・ ワクチン接種による治療の一時休業は 4 件程度あった。
- ・ 受診控えなどで、かなり末期的な症状が出てから受診されるケースが増えている印象。
- ・ コロナを契機として、デジタルを活用した更に良いがん薬物療法体制が出来れば良いかと思います。
- ・ 自分自身が癌治療をしながら仕事をしている。自分自身の治療の際に担当医師から最低限の通院で済むようにしてもらっている。従って仕事で、治験に入る患者さんを探すのも非常に困難になっているのではと思う。
- ・ 服薬指導において、新型コロナウイルスの感染対策が徹底されていることで、以前と比べて、患者の感染症の理解度、感染対策は徹底されていると思う。
- ・ 控室での待ち時間短縮のための対策などに工夫が必要
- ・ 優先する治療とその他状況をみての判断が難しく
- ・ 第 5 波も覚悟していたよりもずっと小さく、そのまま落ち着いており、外来診療スタンスはほぼコロナ前に戻っている。入院患者の外泊や面会制限の問題は根深く、解除されても今後の超高齢化社会への突入を考えると退院困難例がさらに増えそうで憂鬱になる。
- ・ 当院の医療の役割を説明しやすくなり、自分の場合は無理を聞いてほしいという患者がいなくなった。
- ・ 治療中の行動制限が必要か。
- ・ 健診控えで進行肺癌となって受診された方が何名かいた
- ・ 地域にて他院がコロナにて 1 時閉鎖となり病院で患者を受け入れてたときの負担がとて大きかったことを思い出した。
- ・ 癌末期の在宅移行はよかったが、在宅できない事情がある家庭では困った。
- ・ 家族との面会ができないことが、意思決定支援に影響する
- ・ 自宅待機で進行ガンが増えた。
- ・ 面会制限などを契機に、終末期に備えるための ACP について、以前にもまして早期から取り組むようになった。それにより、もともと在宅緩和ケアを望んでいる方が予想以上に多いことに気づかされ、実践できる例が

増えた。

- ・ 地方であるためか、COVI-19 によるがん診療に対する影響はなかった。しかし、面会制限や、発熱対応など体制の変化による影響を受けた。
- ・ がん看護外来に来る患者さんは、コロナ禍の中で通常より引きこもりストレスがある方が多い。
- ・ 重症化リスクを事前に完全に把握できればありがたい。
- ・ IC を本人のみにすることが増えて、万一の場合の不安を感じた
- ・ ほとんどの医師がコロナ禍でもレジメン変更しなかった。コロナが蔓延すると抗がん薬治療は通院頻度や投与間隔などを考えて再考されるべきと思っています。最高の医療提供をと思いますが、有事の際は学会から強く推奨して欲しいと思います。
- ・ 特に患者数に関する影響は感じられなかった。しかし、コロナ感染への不安や恐怖を吐露される患者さんが多かった。
- ・ 終末期に緩和ケアにして本人も家族も大変な時に、社会的状況によりさらに苦勞をかけてしまったことは、COVID19 が終息しても心残りです
- ・ 薬物療法は予定通り行いましたが、CT 内視鏡のフォローの間隔は延期しました
- ・ 先に書きました通り、地方のためか感染蔓延自体の治療への影響はほぼありませんでした。一方で、根拠はないとはいえ COVID-19 ワクチン接種と薬物療法とのタイミングには苦慮し、治療休止などをおこないました。
- ・ COVID19 のせいにして通常のがん診療の手を抜くことがないように戒めなければならない。
- ・ 当院では 37 度以上の患者は原則として通常の受診をお断りしています。がん患者の場合は腫瘍熱や進行に伴う発熱がしばしばあるため、それを鑑別する必要があるのですが、絶対的な鑑別方法はないためいつも医師とともに苦慮しています。
- ・ リツキシマブ投与後でリンパ球数が低下している患者の予後が不良な印象がある。
- ・ 本ウイルスの弱毒化の後にも感染者への偏見等は長く残ってしまうことを懸念する。
- ・ 抗 CD20 抗体の維持療法は完全中止
- ・ 行政はコロナに関して、病院に入院制限などの指示を出す前に国民にも強く働きかけてほしい。
- ・ 医師や医療従事者ではないのがん診療上の体験はありません。残念ながら本アンケートの目的とした回答者ではないと考えます。
- ・ COVID-19 禍で新規のがん患者が大きく減少し、IV 期で PS 不良となつてから来院する患者の割合は増えた印象がある。
- ・ 診療に関する業務には携わっていないため、特にありません。
- ・ コロナ禍における通常診療（がん診療を含む）と新型コロナ対応の両立の難しさを強く感じる。特にマスクをはじめ医療に多事触らない方々の理解が無いことがとても残念に感じる
- ・ 患者家族との面会が制限されており、家族指導が十分に行えていない。また、治療中の患者への家族によるサポートも薄くならざるを得ない印象を受ける。
- ・ 歯科（支持療法）に関しては、患者さんが感染リスクを過度に恐れて来院が途絶え、適切な介入ができない事例が散見された。
- ・ 他の患者との違い

【アンケート調査へのご意見】

- ・ 都道府県を選ばせて、施設の種類を選ばせると、地方の大学病院の場合、施設が特定されてしまう。それに対する配慮がない。大きな公的病院に関しても言えることで、〇〇地方とかすべき。地方に対する配慮が欠落している。

- ・ 本アンケート調査の内容は、とても興味がある内容です。当院では健診受診者が減り、来院をキャンセルされた患者さんも少なくない人数おりました。それらが、がん治療にどう影響するか、コロナを経験したからこそわかることだと思うので結果が楽しみです。
- ・ 血液疾患においては、治療を行わず原疾患の状態が悪いだけでも免疫低下につながる（COVID-19 リスクも高い）ため、原則的には通常診療を行っているように思います。領域別でも意見や考え方が異なるように思うので、本アンケートについても、領域別での結果もフィードバックいただけるとありがたいです。
- ・ アンケートの自由記載が横一列にしか記載できないので、記載しにくいです。
- ・ こういう調査も必要なことはわかるけど、特定の人の業績のためにやっているのでは、という思いもあります。具体性にかける質問も多く、記憶もやや曖昧になっているので、どのくらい信頼性のおけるデータになるのか、わかりません。なんともこういうアンケート調査をされるのであれば、回答しない自由もほしい