

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

2021年に引き続き、2022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て実施しております厚生労働行政推進調査事業費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）「新型コロナウイルス感染症による他疾患を含めた医療・医学に与えた影響の解明に向けた研究—今後の新興感染症発生時の対策の観点から—（21HA2011）」（門田班）との協力実施となります。

2022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7波の COVID-19 禍（2022年7月～9月頃、第7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
- いわゆる「第6波」：2022年1月頃～3月頃
- いわゆる「第7波」：2022年7月～9月

1回目の調査対象期間

2回目(前回)の調査対象期間

3回目(今回)の調査対象期間

日本臨床腫瘍学会 会長委員会編 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, 2022



日本臨床腫瘍学会 会長委員会編 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, 2022

2. 実施概要

調査期間：2022年11月24日～2023年2月26日

調査対象：日本臨床腫瘍学会員（2022年11月24日時点の全会員）

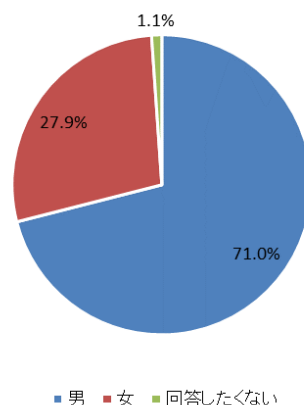
調査方法：インターネットアンケート提供サービス（Survey Monkey）を使用して実施した。

URLをemailにて配信し、設問数全71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

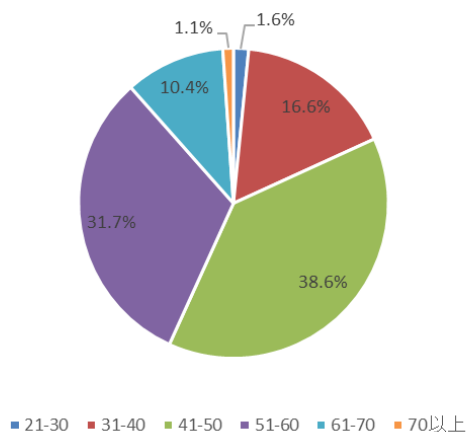
Q1. 性別

	%	n
男	71.0%	451
女	27.9%	177
回答したくない	1.1%	7
計	100.0%	635



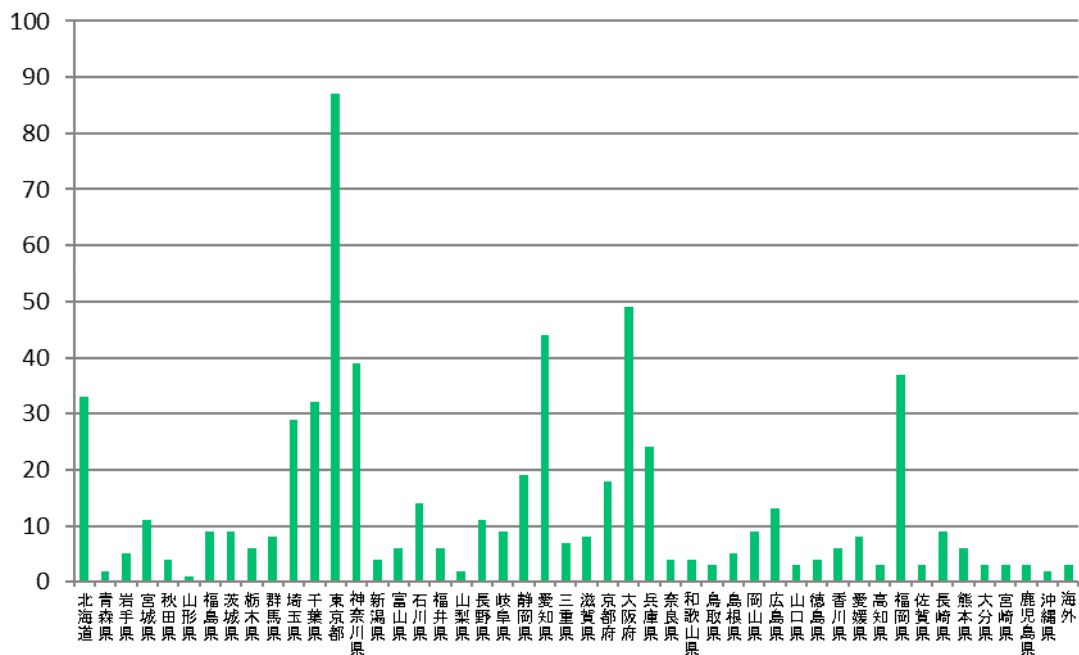
Q2. 年齢

	%	n
21-30	1.6%	10
31-40	16.6%	105
41-50	38.6%	244
51-60	31.7%	200
61-70	10.4%	66
70以上	1.1%	7
計	100.0%	632



Q3. 勤務地の都道府県

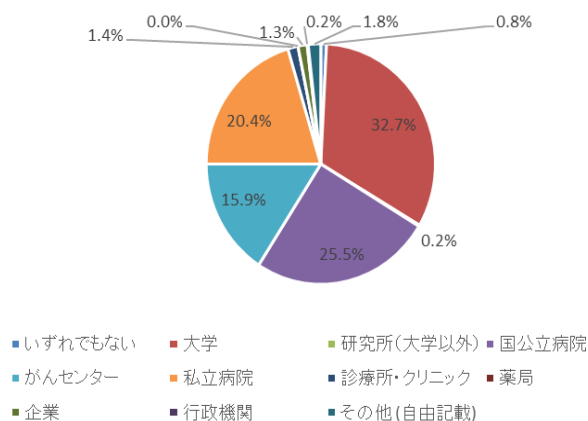
	%	n		%	n		%	n
北海道	5.3%	33	石川県	2.2%	14	岡山県	1.4%	9
青森県	0.3%	2	福井県	1.0%	6	広島県	2.1%	13
岩手県	0.8%	5	山梨県	0.3%	2	山口県	0.5%	3
宮城県	1.8%	11	長野県	1.8%	11	徳島県	0.6%	4
秋田県	0.6%	4	岐阜県	1.4%	9	香川県	1.0%	6
山形県	0.2%	1	静岡県	3.0%	19	愛媛県	1.3%	8
福島県	1.4%	9	愛知県	7.0%	44	高知県	0.5%	3
茨城県	1.4%	9	三重県	1.1%	7	福岡県	5.9%	37
栃木県	1.0%	6	滋賀県	1.3%	8	佐賀県	0.5%	3
群馬県	1.3%	8	京都府	2.9%	18	長崎県	1.4%	9
埼玉県	4.6%	29	大阪府	7.8%	49	熊本県	1.0%	6
千葉県	5.1%	32	兵庫県	3.8%	24	大分県	0.5%	3
東京都	13.9%	87	奈良県	0.6%	4	宮崎県	0.5%	3
神奈川県	6.2%	39	和歌山県	0.6%	4	鹿児島県	0.5%	3
新潟県	0.6%	4	鳥取県	0.5%	3	沖縄県	0.3%	2
富山県	1.0%	6	島根県	0.8%	5	海外	0.5%	3
						計	100.1%	627



集計結果について：小数点以下第 2 位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも 100 とはならない。

Q4. 所属先

	%	n
いずれでもない	0.8%	5
大学	32.7%	204
研究所（大学以外）	0.2%	1
国公立病院	25.5%	159
がんセンター	15.9%	99
私立病院	20.4%	127
診療所・クリニック	1.4%	9
薬局	0.0%	0
企業	1.3%	8
行政機関	0.2%	1
その他（自由記載）	1.8%	11
	100.0%	624

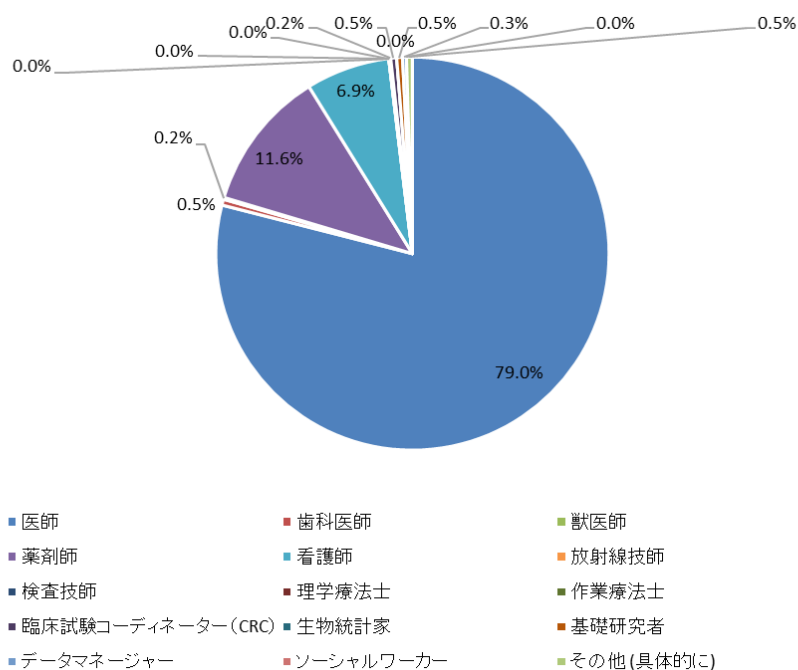


【その他（自由記載）】

- ・ 公的病院
- ・ 公設民営病院
- ・ 赤十字病院
- ・ 公的病院
- ・ 公立病院
- ・ JA 厚生連病院
- ・ 日本赤十字社
- ・ 日本赤十字社
- ・ 厚生連
- ・ 赤十字病院
- ・ Industry

Q5. 職種

	%	n		%	n
医師	79.0%	492	作業療法士	0.2%	1
歯科医師	0.5%	3	臨床試験コーディネーター (CRC)	0.5%	3
獣医師	0.2%	1	生物統計家	0.0%	0
薬剤師	11.6%	72	基礎研究者	0.5%	3
看護師	6.9%	43	データマネージャー	0.3%	2
放射線技師	0.0%	0	ソーシャルワーカー	0.0%	0
検査技師	0.0%	0	その他 (具体的に)	0.5%	3
理学療法士	0.0%	0	計	100.0%	623

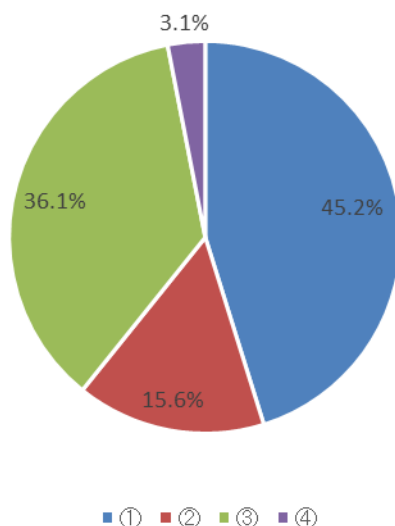


【その他 (具体的に)】

- ・ MEDICAL AFFAIRS
- ・ 企業
- ・ PM/CRA Leader

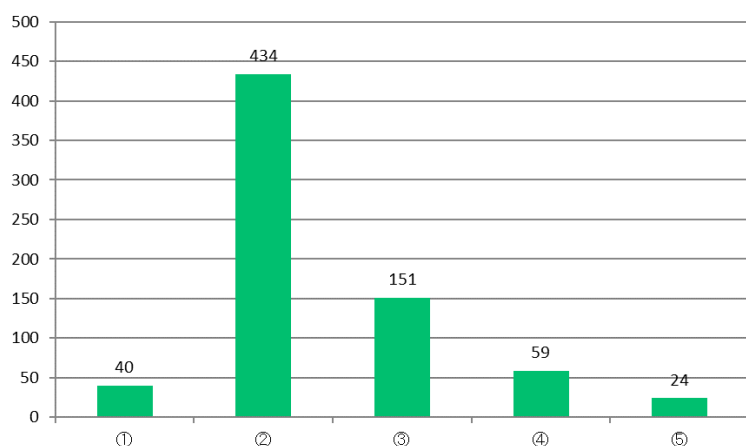
Q6. 所属先の COVID-19 受け入れ態勢について教えてください。

	%	n
①感染症指定医療機関	45.2%	220
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	15.6%	76
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	36.1%	176
④COVID-19患者を受け入っていない	3.1%	15
計	100.0%	487



Q7. 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	8.6%	40
②COVID-19専用病棟を作った	92.9%	434
③手術件数の制限	32.3%	151
④化学療法件数や化学療法内容の制限	12.6%	59
⑤その他	5.1%	24
計	151.6%	708



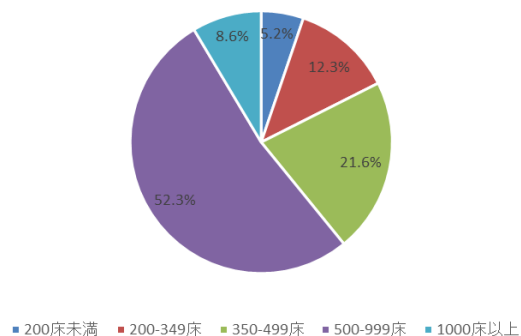
【その他】

- ・ 感染症病棟を拡張するために、緩和ケア病棟などの専門病棟の廃止
- ・ 専用病床作成のため一般病床停止
- ・ 院内発生時、ゾーニングにて対応
- ・ COVID-19 診療に全内科系医師が分担して当たった

- ・ 複数の病棟を COVID-19 用にゾーニングした
- ・ 救急患者受入制限
- ・ 病棟全体ではないが、専用ベッドを作った
- ・ 面会の中止
- ・ 専用病床を作った
- ・ 専用病床を若干数用意している
- ・ Covid19 の蔓延状況で適宜専用病棟を設置
- ・ 通常診療体制だが、入院や外来化学療法ができにくい状況となっている
- ・ 入院可能病床数の削減
- ・ 入院の制限
- ・ 入院患者数の制限
- ・ 病棟の一部を COVID19 専用病室にした
- ・ COVID-19 診療を手を挙げた医師で分担した
- ・ 院内クラスターの場合は診療制限した
- ・ 専用病棟があるが、場合によっては各診療科での受け入れの依頼あり
- ・ 新型コロナウイルス診療部を設立した
- ・ 外来制限
- ・ 駐車場や屋外で診察施行
- ・ 放射線治療の制限
- ・ 職員での濃厚性接触者発生などに伴い、入院制限なども行った

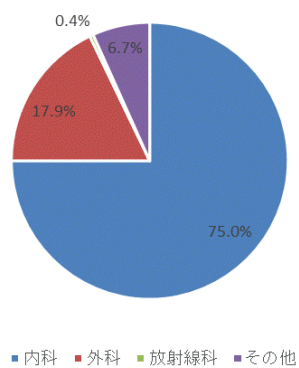
Q8. 病床数

	%	n
200床未満	5.2%	25
200-349床	12.3%	59
350-499床	21.6%	103
500-999床	52.3%	250
1000床以上	8.6%	41
	100.0%	478



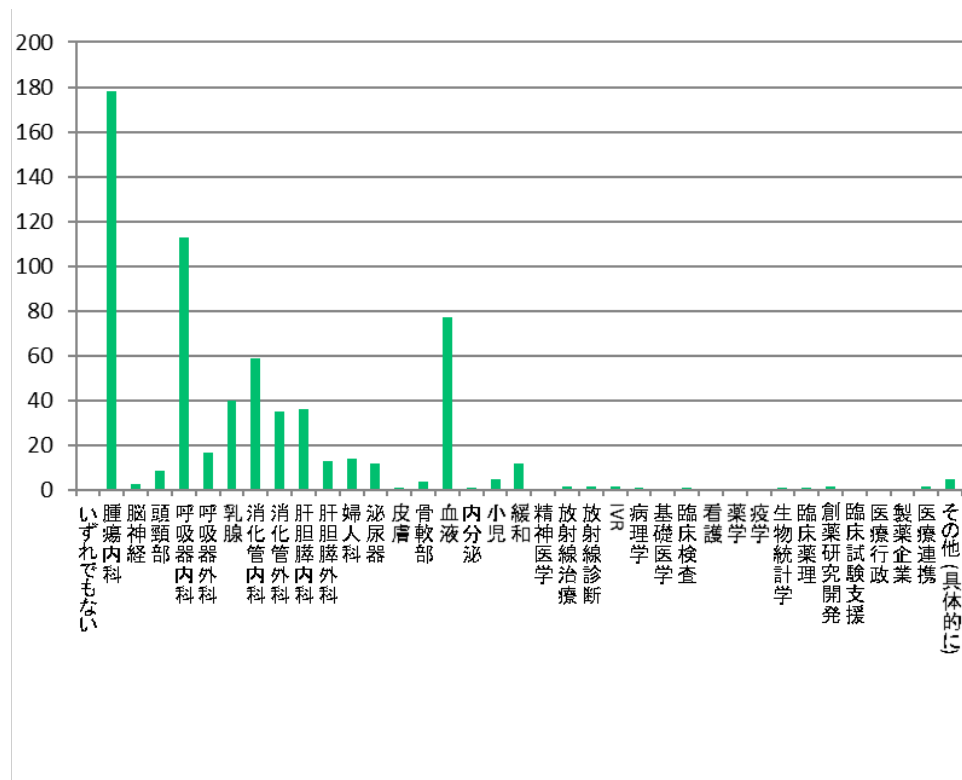
Q9. 専門領域 1

	%	n
内科	75.0%	357
外科	17.9%	85
放射線科	0.4%	2
その他	6.7%	32
計	100.0%	476



Q10. 専門領域2 (複数回答可)

	%	n		%	n		%	n
いずれでもない	0.0%	0	泌尿器	2.5%	12	基礎医学	0.0%	0
腫瘍内科	37.5%	178	皮膚	0.2%	1	臨床検査	0.2%	1
脳神経	0.6%	3	骨軟部	0.8%	4	看護	0.0%	0
頭頸部	1.9%	9	血液	16.2%	77	薬学	0.0%	0
呼吸器内科	23.8%	113	内分泌	0.2%	1	疫学	0.0%	0
呼吸器外科	3.6%	17	小児	1.1%	5	生物統計学	0.2%	1
乳腺	8.4%	40	緩和	2.5%	12	臨床薬理	0.2%	1
消化管内科	12.4%	59	精神医学	0.0%	0	創薬研究開発	0.4%	2
消化管外科	7.4%	35	放射線治療	0.4%	2	臨床試験支援	0.0%	0
肝胆膵内科	7.6%	36	放射線診断	0.4%	2	医療行政	0.0%	0
肝胆膵外科	2.7%	13	IVR	0.4%	2	製薬企業	0.0%	0
婦人科	3.0%	14	病理学	0.2%	1	医療連携	0.4%	2
						その他(具体的に)	1.1%	5
						計	111.4%	529



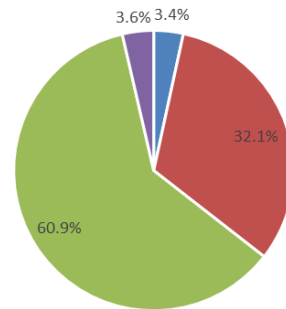
【その他】

- ・ 輸血
- ・ 腫瘍免疫
- ・ がんゲノム診療科
- ・ 感染症
- ・ 日本化学療法学会 指導医

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7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？

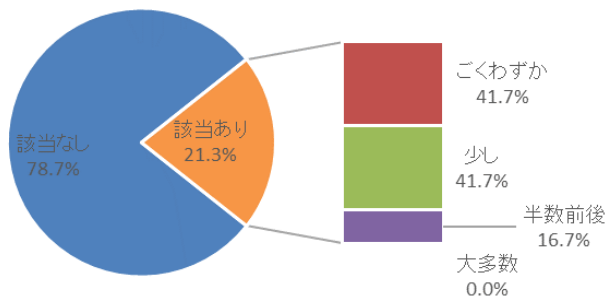
	%	n
大きく変わった	3.4%	16
少し変わった	32.1%	151
変わらなかった	60.9%	286
がん薬物療法を実施していない	3.6%	17
計	100.0%	470



■大きく変わった ■少し変わった ■変わらなかった ■がん薬物療法を実施していない

Q2. 「変化があった」と回答された方に伺います。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7波の時期において、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。

Q2-1 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

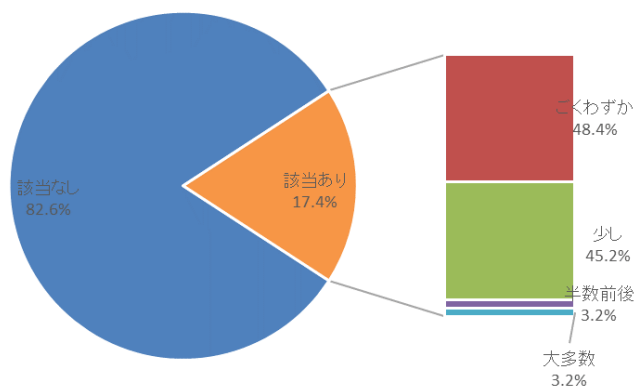


該当ありの場合

	%	n
該当あり	21.3%	36
該当なし	78.7%	133
計	100.0%	169

	%	n
ごくわずか	41.7%	15
少し	41.7%	15
半数前後	16.7%	6
大多数	0.0%	0
計	100.0%	36

Q2-2 再発リスクの低い患者で、術後化学療法を中止・延期した

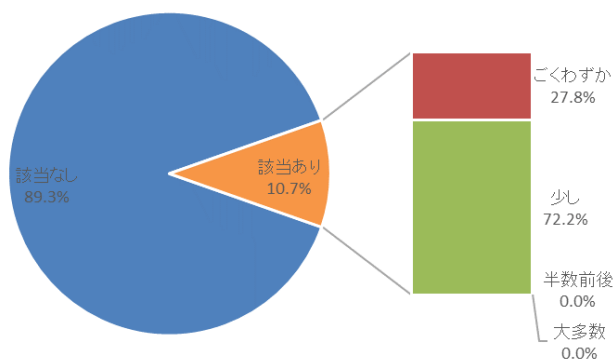


該当ありの場合

	%	n
該当あり	17.4%	29
該当なし	82.6%	138
計	100.0%	167

	%	n
ごくわずか	48.4%	15
少し	45.2%	14
半数前後	3.2%	1
大多数	3.2%	1
計	100.0%	31

Q2-3 通常手術先行していた患者で、術前治療を実施した

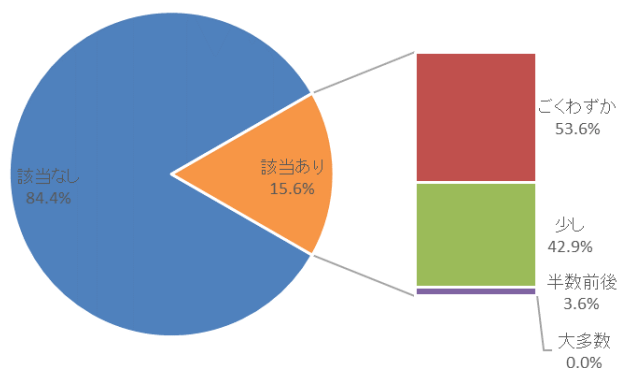


該当ありの場合

	%	n
該当あり	10.7%	18
該当なし	89.3%	150
計	100.0%	168

	%	n
ごくわずか	27.8%	5
少し	72.2%	13
半数前後	0.0%	0
大多数	0.0%	0
計	100.0%	18

Q2-4 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）

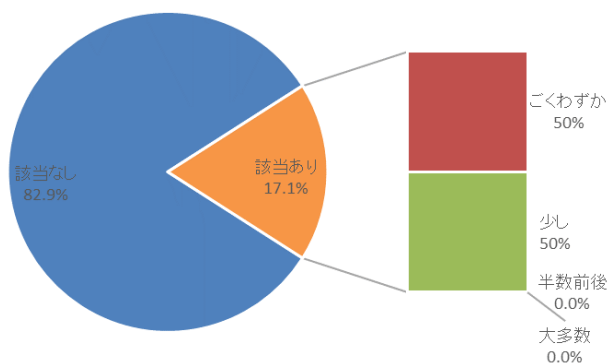


該当ありの場合

	%	n
該当あり	15.6%	26
該当なし	84.4%	141
計	100.0%	167

	%	n
ごくわずか	53.6%	15
少し	42.9%	12
半数前後	3.6%	1
大多数	0.0%	0
計	100.0%	28

Q2-5 注射薬レジメンから内服薬レジメンに変更した（進行癌）

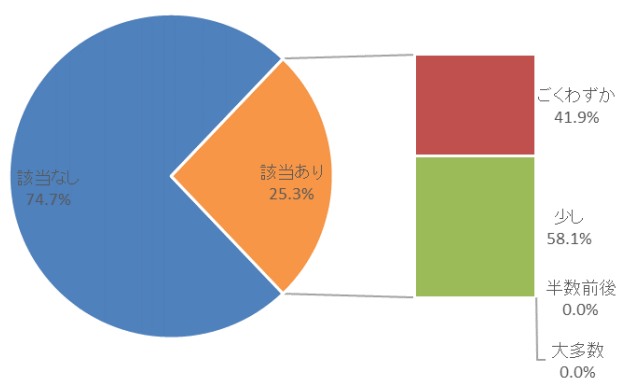


該当ありの場合

	%	n
該当あり	17.1%	28
該当なし	82.9%	136
計	100.0%	164

	%	n
ごくわずか	50.0%	15
少し	50.0%	15
半数前後	0.0%	0
大多数	0.0%	0
計	100.0%	30

Q2-6 投与間隔が長めのレジメンに変更した

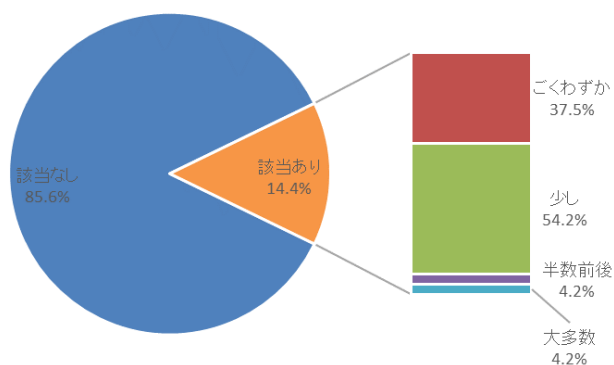


該当ありの場合

	%	n
該当あり	25.3%	42
該当なし	74.7%	124
計	100.0%	166

	%	n
ごくわずか	41.9%	18
少し	58.1%	25
半数前後	0.0%	0
大多数	0.0%	0
計	100.0%	43

Q2-7 投与時間（院内滞在時間）が短いレジメンに変更した

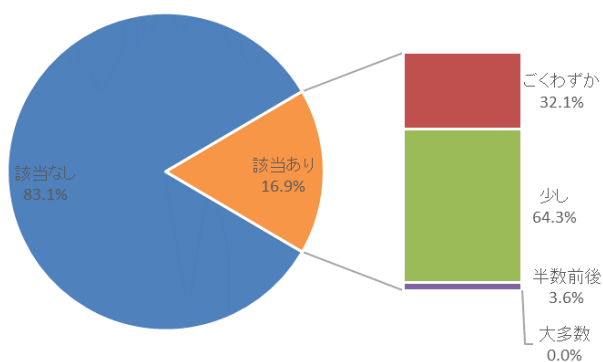


該当ありの場合

	%	n
該当あり	14.4%	24
該当なし	85.6%	143
計	100.0%	167

	%	n
ごくわずか	37.5%	9
少し	54.2%	13
半数前後	4.2%	1
大多数	4.2%	1
計	100.0%	24

Q2-8 骨髄抑制の少ないレジメンに変更した

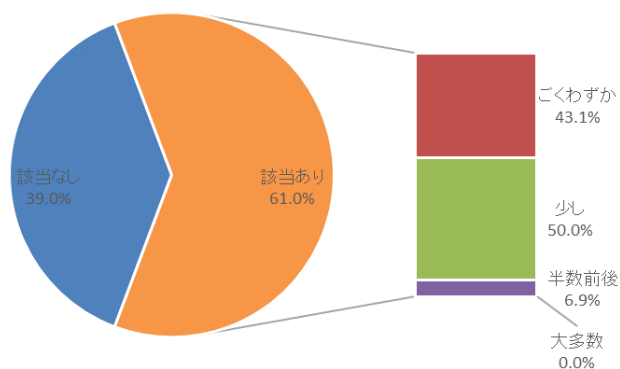


該当ありの場合

	%	n
該当あり	16.9%	28
該当なし	83.1%	138
計	100.0%	166

	%	n
ごくわずか	32.1%	9
少し	64.3%	18
半数前後	3.6%	1
大多数	0.0%	0
計	100.0%	28

Q2-9 治療期間を延長あるいはスキップした



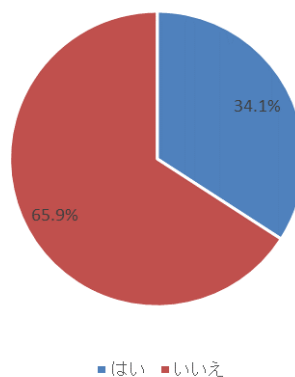
該当ありの場合

	%	n
該当あり	61.0%	100
該当なし	39.0%	64
計	100.0%	164

	%	n
ごくわずか	43.1%	44
少し	50.0%	51
半数前後	6.9%	7
大多数	0.0%	0
計	100.0%	102

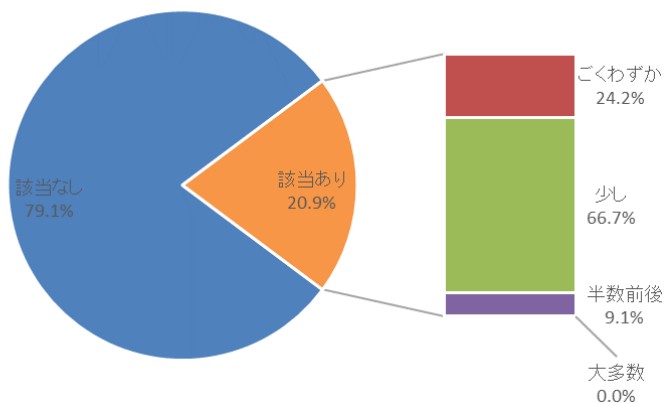
Q3. がん薬物療法について「COVID-19 蔓延前（2020年2月まで）」と比較して、いわゆる第7波の時期において COVID-19 の影響を鑑みて何らかの治療計画の変更が生じたか。（治療内容変更・治療中止・延期・投与間隔延長・減量・スキップなど）

	%	n
はい	34.1%	158
いいえ	65.9%	305
計	100.0%	463



Q4. 以下のケースに対し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。）

Q4-1 術前・術後補助療法を変更した

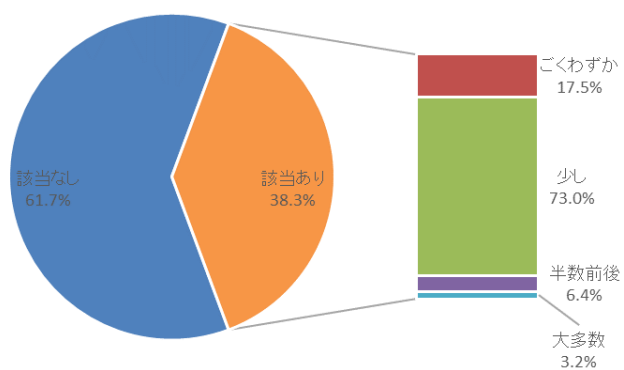


該当ありの場合

	%	n
該当あり	20.9%	34
該当なし	79.1%	129
計	100.0%	163

	%	n
ごくわずか	24.2%	8
少し	66.7%	22
半数前後	9.1%	3
大多数	0.0%	0
計	100.0%	33

Q4-2 緩和・姑息的治療を変更した

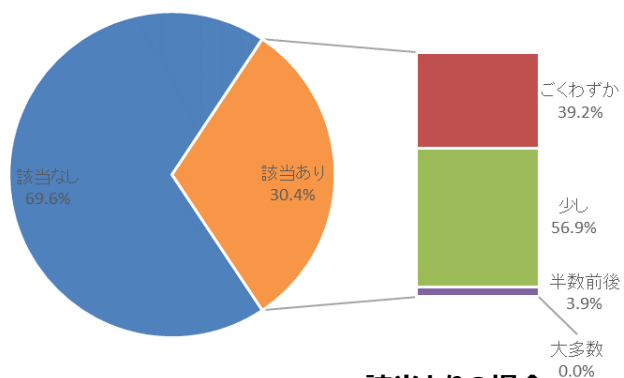


該当ありの場合

	%	n
該当あり	38.3%	62
該当なし	61.7%	100
計	100.0%	162

	%	n
ごくわずか	17.5%	11
少し	73.0%	46
半数前後	6.4%	4
大多数	3.2%	2
計	100.0%	63

Q4-3 細胞傷害性抗がん剤を変更した

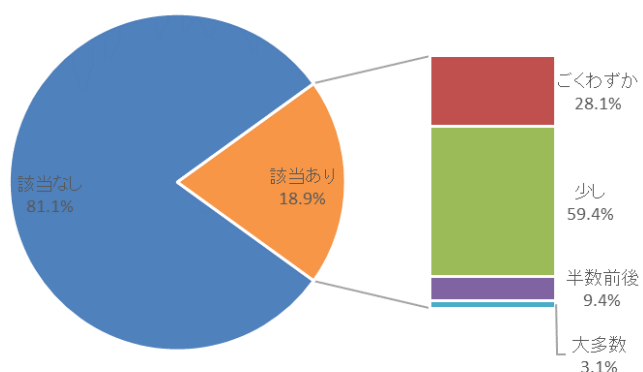


該当ありの場合

	%	n
該当あり	30.4%	49
該当なし	69.6%	112
計	100.0%	161

	%	n
ごくわずか	39.2%	20
少し	56.9%	29
半数前後	3.9%	2
大多数	0.0%	0
計	100.0%	51

Q4-4 分子標的治療薬を変更した

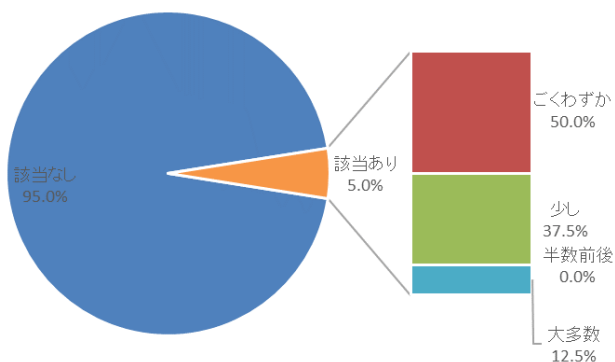


	%	n
該当あり	18.9%	30
該当なし	81.1%	129
計	100.0%	159

該当ありの場合

	%	n
ごくわずか	28.1%	9
少し	59.4%	19
半数前後	9.4%	3
大多数	3.1%	1
計	100.0%	32

Q4-5 ホルモン or 骨吸収抑制剤を変更した

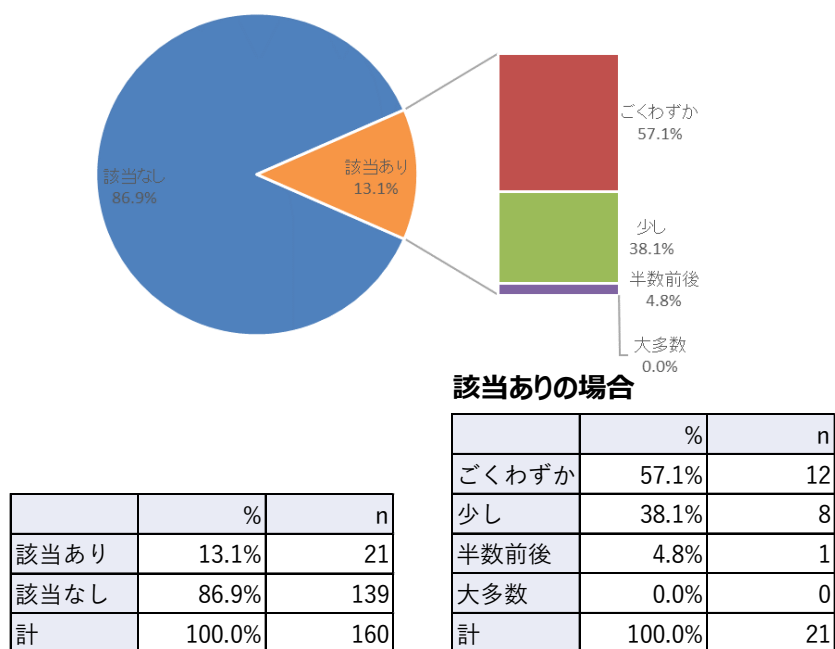


	%	n
該当あり	5.0%	8
該当なし	95.0%	153
計	100.0%	161

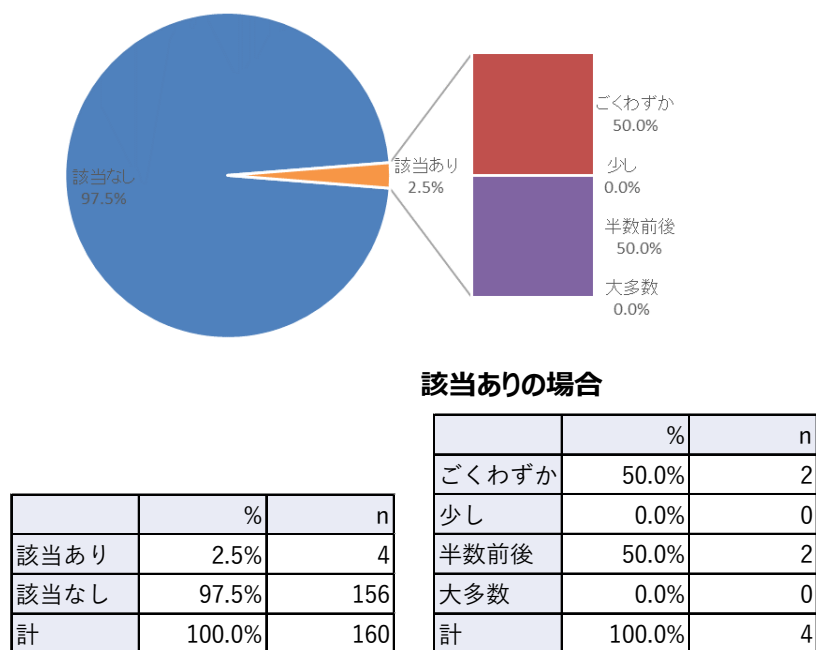
該当ありの場合

	%	n
ごくわずか	50.0%	4
少し	37.5%	3
半数前後	0.0%	0
大多数	12.5%	1
計	100.0%	8

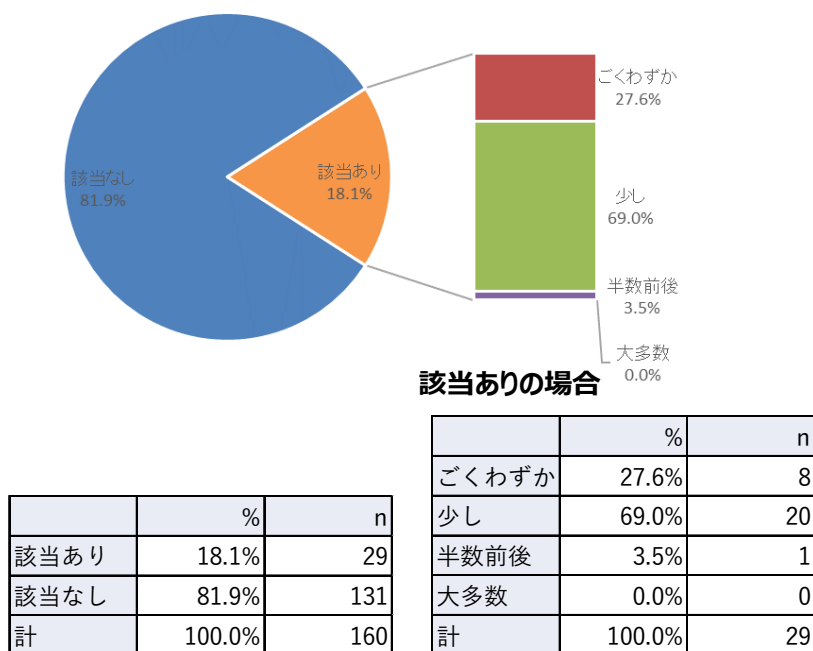
Q4-6 免疫チェックポイント阻害薬を変更した



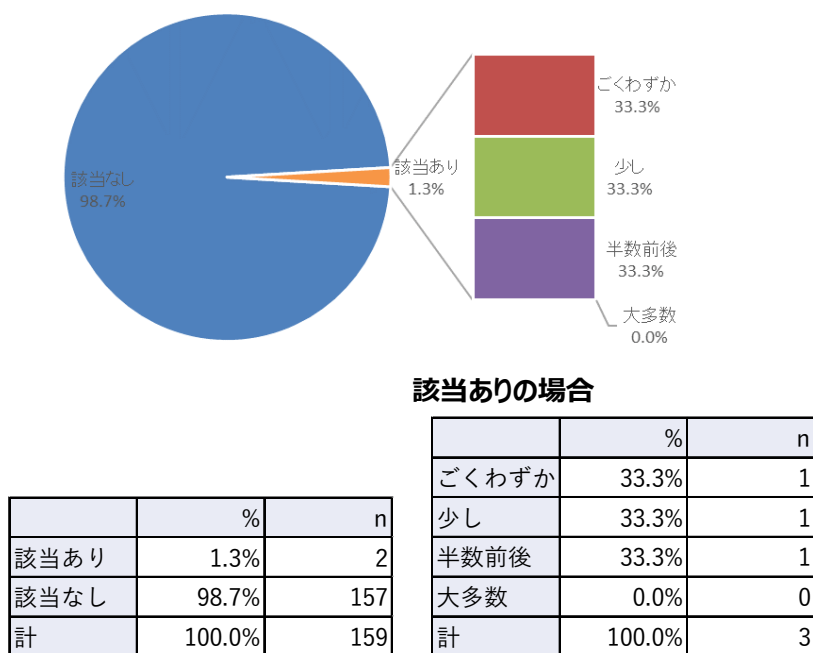
Q4-7 経口投与を経静脈内投与に変更した



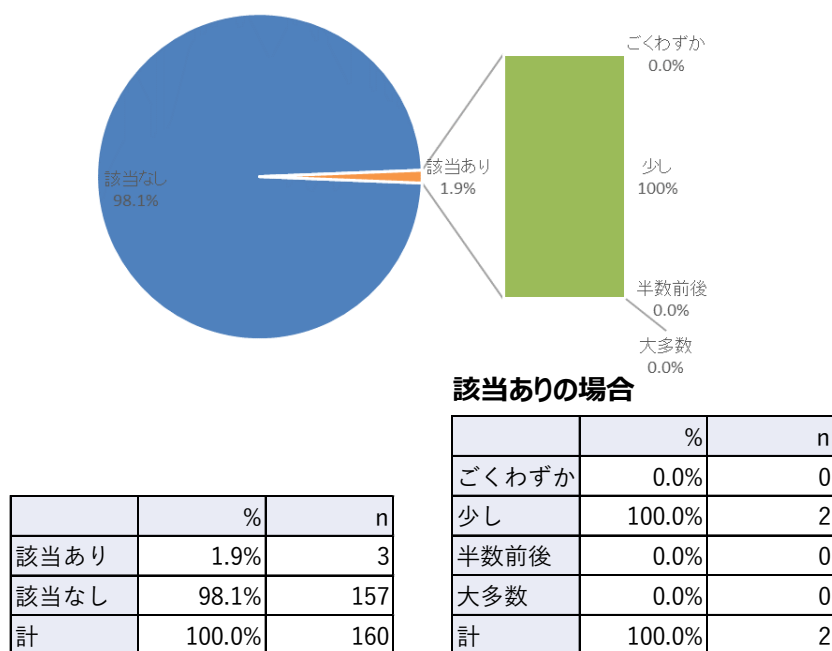
Q4-8 経静脈内投与を経口投与に変更した



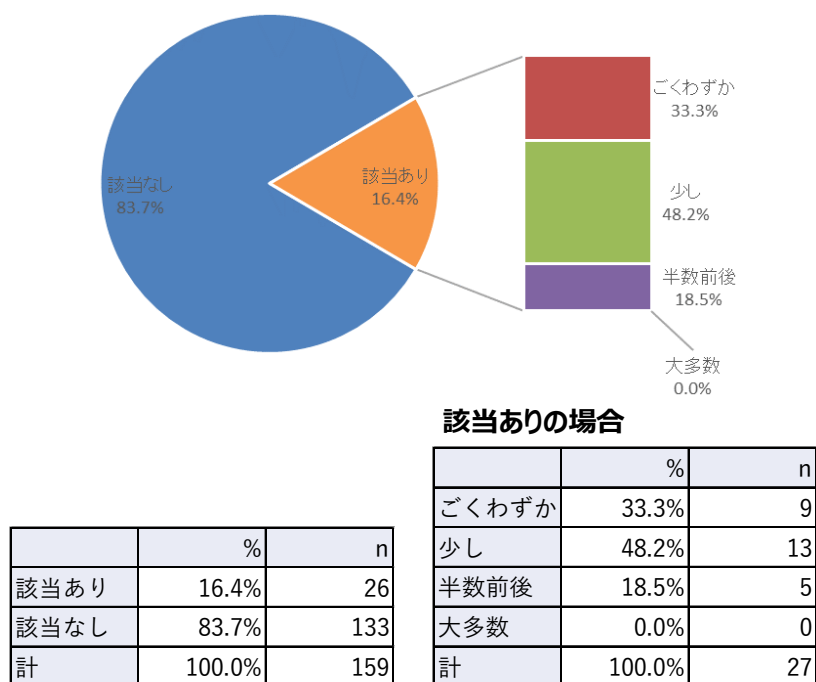
Q4-9 経皮投与を経静脈内投与に変更した



Q4-10 経静脈内投与を経皮投与に変更した

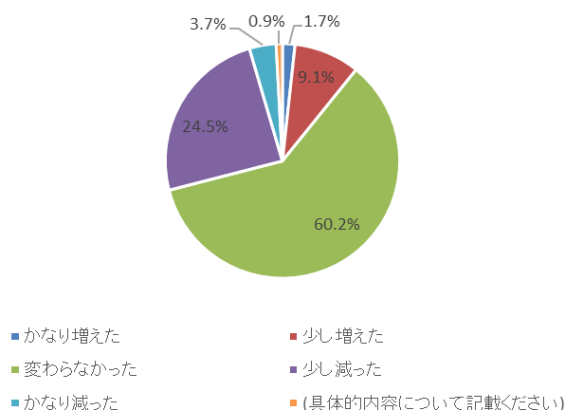


Q4-11 ステロイド（支持療法を目的とした使用）を減量した。あるいは中止した。



Q5 「COVID-19 蔓延前（2020年2月まで）」と比較して、いわゆる第7波の時期において診療されるがん患者数に変化がありましたか？

	%	n
かなり増えた	1.7%	8
少し増えた	9.1%	42
変わらなかった	60.2%	278
少し減った	24.5%	113
かなり減った	3.7%	17
(具体的内容について記載ください)	0.9%	4
計	100.0%	462

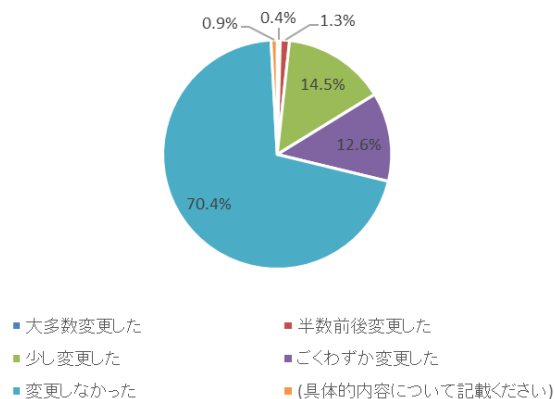


【具体的内容について記載ください】

- ・勤務先を変ったため比較できません
- ・病院を異動しているため、不明
- ・重症化してからの初診が増えた
- ・新患外来枠を減らした。

Q6 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	0.4%	2
半数前後変更した	1.3%	6
少し変更した	14.5%	67
ごくわずか変更した	12.6%	58
変更しなかった	70.4%	325
(具体的内容について記載ください)	0.9%	4
計	100.0%	462

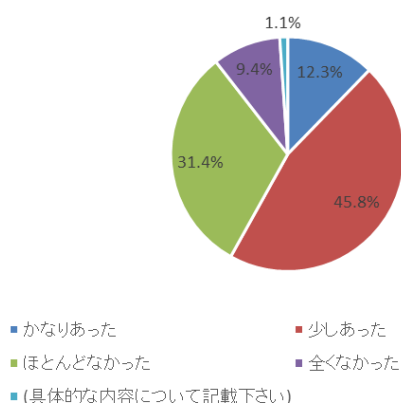


【具体的内容について記載ください】

- ・ワクチン接種、濃厚接触等による治療日程の変更
- ・エパシールド投与
- ・入院ベッドが不足したため、外来化学療法のみとなった。
- ・高齢者レジメン使用

Q7 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	12.3%	56
少しあった	45.8%	209
ほとんどなかった	31.4%	143
全くなかった	9.4%	43
(具体的な内容について記載下さい)	1.1%	5
	100.0%	456

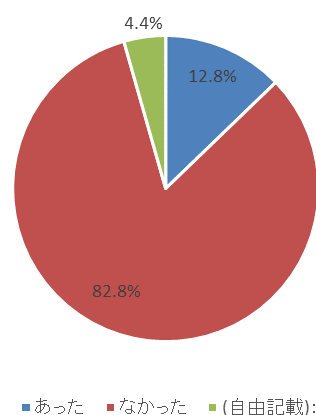


【具体的な内容について記載下さい】

- ・ ワクチンを打つべきか。またいつ打つべきか。
- ・ 予防ワクチン接種のタイミングについての質問が多かった
- ・ 再来予定日の延長の希望
- ・ ワクチン接種についてのみ
- ・ コロナワクチンの可否、発熱時等の受診の仕方

Q8 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7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	12.8%	58
なかった	82.8%	376
(自由記載)：	4.4%	20
計	100.0%	454



【自由記載】

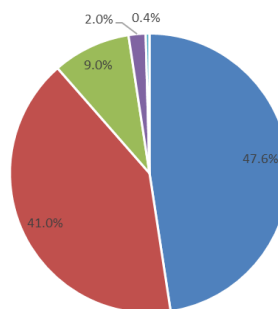
- ・ 減量開始する場合があった
- ・ 治療適応の判断
- ・ 一部の薬剤の供給が滞った
- ・ 逆にそこまで気にしなくなった
- ・ 入院が不要な治療を選択した
- ・ 他院で治療予定だったががん患者の薬物療法を多数引き受けた
- ・ IC 内容、入院におけるコロナリスクの説明
- ・ 受診時に COVID-19 感染が判明して化学療法中止することがあった。
- ・ 進行肺癌患者がコロナ感染で複数死亡、担当者も感染した
- ・ ベッドが逼迫し治療計画の変更を要することがあった。

- COVID-19 に罹患したり、後遺症のために薬物療法の中断や変更を余儀なくされた患者がいた
- 入院中の外泊や一時退院が困難となった。
- COVID-19 前とはあったが、第 5 波の頃とは何も変わっていない。そのことがこの調査でどう解るのがわからない。
- 入手できない抗がん剤があった
- 移植症例は変化なく、維持療法はやや延期などが増えている。
- ワクチン接種のこと以外は相談もなく通常通りの診療であった
- 入院しないレジメの使用
- (面会制限のため) 緩和治療で特に在宅医療を推奨する立場をとった
- 入院病床数を 10-30%減らした時期があり。
- COVID 発症による治療延期あり

<第 7 波の時期における、終末期ケア、緩和ケアに関して>

Q9 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	47.6%	216
少しあった	41.0%	186
ほとんどなかった	9.0%	41
全くなかった	2.0%	9
具体的な内容について記載下さい (自由記載)	0.4%	2
	100.0%	454



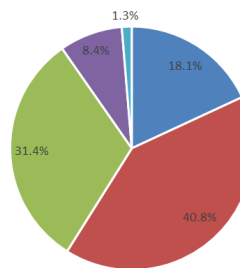
■ かなりあった ■ 少しあった ■ ほとんどなかった ■ 全くなかった ■ 具体的な内容について記載下さい (自由記載)

【具体的な内容について記載下さい (自由記載)】

- 終末期患者を診ていない
- 終末期の為面会可能とした

Q10 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	18.1%	82
少しあった	40.8%	185
ほとんどなかった	31.4%	142
全くなかった	8.4%	38
具体的な内容について記載下さい (自由記載)	1.3%	6
	100.0%	453



■ かなりあった ■ 少しあった ■ ほとんどなかった ■ 全くなかった ■ 具体的な内容について記載下さい (自由記載)

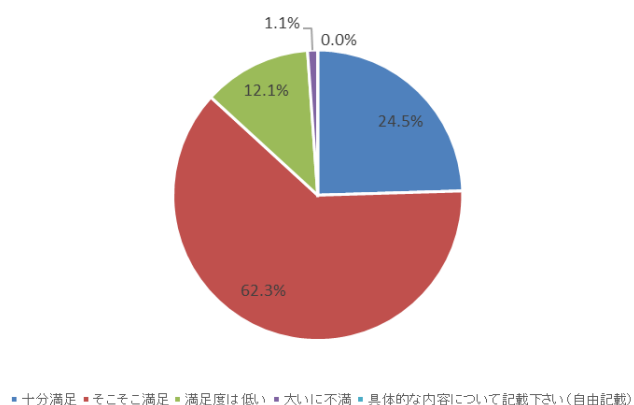
【具体的な内容について記載下さい (自由記載)】

- 在宅希望が増加した

- ・ 在宅看取りは元々そういう位置づけではない。
- ・ 看取りを前提とした場合、主治医許可により病棟で個室管理、面会制限無し、と規定を設けたため、この段階での不都合は感じなかった
- ・ せざるを得なかった、というより、積極的に誘導した。よいことかもしれない。
- ・ 終末期患者を診ていない
- ・ 面会制限の緩い施設への転院の機会が複数あった。

Q11 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ものでしたか？（Q10において、かなりあった、少しあったと回答した方の回答）

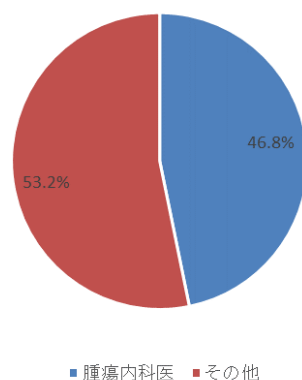
	%	n
十分満足	24.5%	65
そこそこ満足	62.3%	165
満足度は低い	12.1%	32
大いに不満	1.1%	3
具体的な内容について記載下さい（自由記載）	0.0%	0
	100.0%	265



<コロナ禍における、がん診療医師の診療実態について>

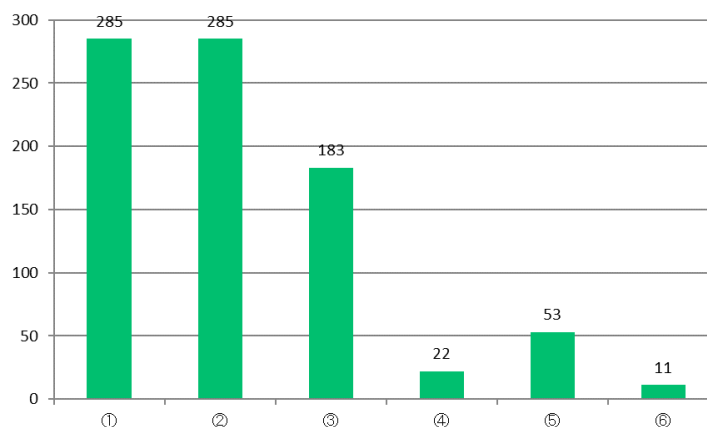
Q12. ご担当の専門診療を教えてください。

	%	n
腫瘍内科医	46.8%	212
その他	53.2%	241
計	100.0%	453



Q13. コロナ禍において、1回以上、従事した診療内容をお教えてください。（複数回答可）

	%	n
①COVID-19患者の入院診療	66.6%	285
②COVID-19患者の外来診療	66.6%	285
③一般市民向けのワクチン接種業務	42.8%	183
④酸素ステーション・入院待機ステーションまたは療養ホテルでの診療	5.1%	22
⑤COVID-19に関する診療に従事していない	12.4%	53
⑥その他(具体的に)	2.6%	11
計	196.0%	839

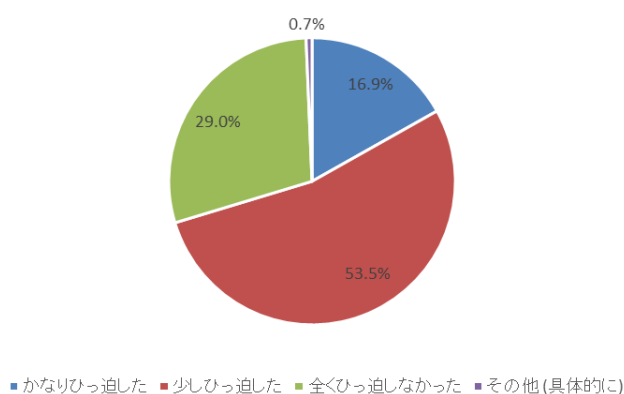


【その他（具体的に）】

- ・ 職員のワクチン接種業務 発熱外来診療 ICTとして院内クラスター対応
- ・ 職員のワクチン接種業務
- ・ スクリーニング当番
- ・ 職域のワクチン接種
- ・ 腫瘍内科医ではありませんがこの設問に飛んでいます
- ・ クラスター発生した施設への訪問診療
- ・ COVID-19の入院時スクリーニング検査に従事
- ・ 内視鏡部門のCOVID-19感染対策
- ・ はっきりわかりません
- ・ 腫瘍内科医ではない
- ・ COVID-19に関する検査業務を行った

Q14. 第7波において、ご自身の勤務体制がひっ迫した。

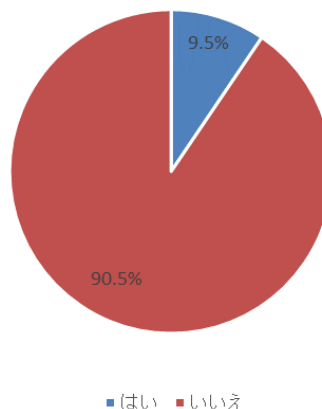
	%	n
かなりひっ迫した	16.9%	75
少しひっ迫した	53.5%	238
全くひっ迫しなかった	29.0%	129
その他(具体的に)	0.7%	3
計	100.0%	445



【その他（具体的に）】

- ・ コロナとは無関係に普段からひっ迫している
- ・ 診療科スタッフの感染によりものすごくひっぱりました
- ・ 当直など救急外来での対応変化あり

Q15. がん薬物療法（含む緩和ケア）の実施において COVID-19 治療薬との薬物相互作用を考慮した症例は多かったですか？



	%	n
はい	9.5%	42
いいえ	90.5%	401
計	100.0%	443

Q16. COVID-19 禍における働き方、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。

- ・ 新型コロナ感染の患者さんを在宅で看取りたいとの要望に応えるにはどうすればよいでしょうか。
- ・ 第 7 波では患者側ではなく医療スタッフの感染や濃厚接触者としての労働力減少が問題となった。
- ・ COVID-19 が外来化学療法室で蔓延することはなかったが、今後 5 類になった時の感染の状況は気になる。感染への啓蒙はこれまで通り行う予定だが、解除がどの程度許容されるのかも未知のため不安がある。
- ・ コメディカルの消耗が顕著で、バーンアウトで離職するスタッフが多かった。今後、一般的には COVID 明けと捉えた社会活動が増えると、医療者や高齢者や病気治療中の患者など弱者との分断が深まるのではないかと懸念している。
- ・ できる限り時間を短く端的に終了しなくてはならず、満足感がないものであった。がん患者のコロナ陽性者は、明らかに体力低下、肺への影響で予後は悪いと思います。仕事として対応していましたが、直接対応する者は、対応しない方に比べて簡単な治療でもなく偏見もあり、ストレス度は高いです。フォローのシステムもありましたが、形だけで理解はされないため無意味とってしまいました。
- ・ 在宅がん診療が定着する可能性を感じた
- ・ もっとリモートワークが進めばいいと思っている。
- ・ 検診の遅れ→早期発見患者減少→進行がん患者増
- ・ COVID-19 禍において、がん薬物療法の遅延が生じたのは
- ・ COVID-19 感染の際も対応を慌てなくなった。
- ・ 制限がある中でもオンラインで診療や教育を続けられるようになったことは、なかなか進まなかった IT 化を加速させたりできたと思います。しかし、人とのつながりが希薄になり、落ち込んだりしたときに復活できない患者、医療者を多数見てきたので、この状況でのサポート体制や連携の強化については引き続き考えていかなければならないことなのかと思っています。
- ・ 看護スタッフの負担が大きい
- ・ がん薬物療法を行うことの目的をより明確に意識してもらったこと。また、終末期医療の準備を以前より早めに行うようになったことは、かえて良いがん治療につながったと考えている。
- ・ 院内には発熱患者対象の特別外来が新設され、一般内科の先生方が当番制で対応されていました。化学療法中の当科患者さんが発熱した場合、特別外来で対応してもらえないことが多く、場所だけ間借りさ

せてもらって、当科診察を止めて対応せざるを得ないことが多かったです。月～金毎日夕方まで化学療法外来一人体制で行っているため、導線も作業も煩雑になり負担が大きく、体調も崩しがちでした。ただ、初期の頃に比べると重症化する方が少なくなっている頃だったため、徐々に地元かかりつけで対応してもらえらることも増えた時期でした。

- ・ 主治医は病状を理解しているが、外来化学療法センターで治療となると、他の治療患者と距離はあっても個室ではないので、集合治療となるために、Covid 関連による症状とがん疾患による症状との判別がしにくく、同室で治療をしてもよいものか判断に迷う時がある。
- ・ 感染に弱い患者様に自分から COVID-19 を移してしまわないように自身の行動（公私を含めて）をかなり制限していた。
- ・ 化学療法で G-CSF を使用する頻度が増えた
- ・ COVID-19 治療を最優先とした。化学療法は後回し。
- ・ 論文文化など実績になることだけとしようとする医師がいる一方で前線で働いて疲弊している医師もいる。COVID-19 診療しているといっても後者の前線で働く医師を評価したいが結局論文文化したものが評価されてしまうことは問題に思います。
- ・ 体力の限界
- ・ 同僚がコロナに罹患し、そのカバーが大変だった。
- ・ 終末期の患者に対する面会制限を緩和すべき
- ・ 抗 CD20 抗体の点滴を受けた患者が、コロナウイルスワクチンを全くうっていないケースが多い。
- ・ 腫瘍内科主治医がワクチン接種を勧めず、罹患して重症化 持続感染に移行した症例がいた。今後既感染と持続感染の再燃の鑑別が難しくなりそうだと感じています。なる
- ・ COVID-19 感染症により、がん治療が中断されたり、開始が遅れたりなどの影響で病状が進行している方をみると心苦しむことがあります。
- ・ がん薬物療法中のワクチン接種時期、ワクチン接種に伴う治療日程の変更について明確な指針があれば有難かった。
- ・ 人は死をもう少し世間に教育が必要
- ・ 医療機関への受診を控えの影響のためか、進行がんが増加した印象がある
- ・ 外来患者が発熱していると診療に時間と手間がかかる
- ・ コロナ陽性者や濃厚接触による投薬の遅延が多発した
- ・ 発熱時、感冒時の鑑別が悩ましい
- ・ これからは通常医療へのアクセスを妨げないようにしてほしい。
- ・ がん診療を削ってコロナに対応しているが、いつまでも続ける訳には行かない。
- ・ 5 類になっても、予防策は変わらない
- ・ がん専門施設の専門性を活かせるよう周囲の施設が協力し Covid19 診療を担ってくれました。反対に周囲医療機関のがん診療は積極的に引き受けることでお互いの不足を補いあったと思います。
- ・ がん患者数が減少しており、受診を控えている可能性がある。
- ・ 入院制限がかかり、初回化学療法導入の患者さんの入院待機時間が長くなり、病状悪化してからの入院となる症例が多数あった。
- ・ 行政のコロナ診療における現場の不理解、医療者と非医療者のコロナに対する意識の相違。
- ・ with コロナとはいうものの弱いところ（がん患者）は特に血液疾患の患者では持続感染となることもあり、感染対策を緩めることに対して慎重に考えることが必要と感じています。
- ・ Covid-19 患者が入院の大半を占め、長い間診ていた患者さんの看取りができなかった。また、患者さんと

ご家族の面会ができないことで、医療に対する不信とも取れる患者さんからの発言があった。

- ・ 病院からの、職員の生活行動に対する行き過ぎた制限や、責任を公で追及する態度は不当だと感じた。
- ・ 現在イタリアにて研究室で勤務しています。日本の実情とは異なると思いますが、現時点では COVID-19 の影響は特に感じられません。
- ・ COVID-19 禍でもがん治療は極力変更したくないため、緊張感の持続で疲弊した
- ・ 5 類になっても対策は変えれないと思うと憂鬱
- ・ GW 明けより COVID-19 の取り扱いが変わるが、がん診療にどのような影響を及ぼすのか継続して調査・共有することは意味があると考えます。
- ・ 実際 COVID19 の対応をしておりました。がん薬物療法を行っている患者が罹患した場合、いくら治療をしても抗原量の低下が遅く治療難治で 1 か月程度入院や隔離を強いられ体力低下がおき、治療ができるまでの回復までに時間がかかります。また、間質性肺炎などの慢性呼吸器疾患合併患者はさらに重症化する。背景に抗がん薬治療を行っていた患者の治療は継続不可となるケースが容易に予測されました。
- ・ 発熱すればまず PCR 陰性でなければ病院内に入れない。がんの病態が発熱の原因と主治医が判断しても、患者対応が遅れる。
- ・ 当院は初回化学療法導入は全例入院することとなっていたが、院内クラスター発生もあり、初回化学療法導入も外来で可能となりよかった。
- ・ 同時期に臨床研究法の施行（特定臨床研究の開始）もあり、治験が大幅に減りました。代わりに特定臨床研究が増えたので、医薬品の適用拡大は治験から特定臨床研究に移行されたような気がします。本当に適用拡大に結びついて、患者さんのためになっているのでしょうか。
- ・ あの当時は救急と COVID19 診療がすべてにおいて優先でした。
- ・ 通常の感染対策があれば大きな問題はありませぬ
- ・ 現在のコロナ診療は「がん患者の命の選別」を強いています。早く通常のがん診療に戻りたい。
- ・ 東北地方は腫瘍内科医はほとんどいません
- ・ 保険診療での癌治療は従来の標準的なものとどめ、高額な新規抗がん剤や免疫チェックポイント阻害剤などは自費診療とすべき。歯科診療のように、保険で賄う部分と自費診療（インプラントなど）の住み分けが必要。
- ・ オンライン面会も利用した。
- ・ がん患者が感染し、癌治療の中断・延期があったことが患者の不利益につながった。
- ・ 抗がん剤治療中の患者さんにおける発熱の診療が困難になって非常に困っている。当院では発熱のある患者さんは一律発熱外来へ回されるが、発熱外来担当医はほとんど診察せず X p と COVID19 検査のみで終わる。そのため FN が見逃される可能性が高く、極力 FN を起こさないよう減量、早めの休薬や延期を余儀なくされる。また、ぎりぎりまで自宅で療養して看取り直前で入院することは実質不可能になった。以前よりは早期に化学療法を終了し、在宅診療へ紹介せざるを得なくなった。
- ・ 情報が少ない
- ・ COVID-19 禍に抗がん剤治療を行うため患者も医療従事者側も大変であり、点数や給料の見直しを欲しい
- ・ 病院の診療制限により、治験のスケジュール調整に難渋する事例が多く、
- ・ がん薬物療法を受けている患者さんやご家族の楽しみが減ったと思います。患者さんや家族の中で、活動や行動制限をしています。日常生活のひとつでもある買い物さえも控えるかたがいます。がん薬物療法に携わる特に外来化学療法室などで働く看護師は、どのくらい生活に制限をかけているのでしょうか？
- ・ 国や自治体と病院の間で方針が揺れ動くことで現場に影響があった。

- ・ 大学ですが、病院と同様の勤務形態により、対面授業を継続してきました。がん薬物療法のパンデミック下での対応と発展は薬学教育においても多くの学びを与えました。最前線の医療従事者の努力に感謝いたします。
- ・ 感染は仕方ないが、コロナの恐怖心が緩和し、危機管理できない患者や家族が多い。そのため入院患者が罹患しスタッフに移すことが見られる。
- ・ 管理職として、医療スタッフのストレスマネジメントは重要だと思っています。
- ・ 最近の経験として、他病棟に入院していた患者さんが、手術直前に当科の病棟に転棟してきたところ、転棟前の同室他患が COVID-19 陽性と判明し、濃厚接触者扱いとなり、当該患者の同室者(BSCで転院直前)に影響しかけた、ということがありました。幸い、当該患者は手術を受けられましたが、このようなケースは今後も想定されます。ただ、COVID-19 の状況が概ね把握出来るようになり、マネジメントに関しては大分慣れたように感じます。職場でのコミュニケーションがいまいち取れてない（新人看護師が覚えられない）節はあるので、そろそろそのような交流の機会を設けたい、とは思っています。
- ・ 他施設の現状を把握する機会となる
- ・ 7波、8波では感染者が増えたため、診療中のがん患者が COVID -19 に感染し、治療の遅れが生じてしまった。
- ・ 家族面談禁止となっている緩和ケア病棟が存在したが、各施設での代替え策に関する取り組みについて情報不足を感じた
- ・ 患者と医療スタッフとの web 面談できる体制も病院に必要である。
- ・ 医療者の安全確保、治療遅延
- ・ 感染が広がったことで患者さんの症状が電話では分かりづらくもっとオンライン診察への普及や電話やオンラインでの相談への診療報酬制度の整備をして欲しいと感じています。直接診察しなければいけないケースとオンラインで対応可能なケースをもっと選別して必要な患者さんへ必要な医療提供を行うための整備が進むといいなと感じています。
- ・ COVID-19 流行禍にも関わらず、免疫力低下(骨髄抑制の強い患者)にがん薬物療法を行うことは必要なのか。
- ・ 治療がしくて家族が感染していることを隠している患者さんが多い
- ・ 感染または濃厚接触医療従事者への制限を緩和したほうがよい
- ・ 血液内科の病棟で勤務しています。患者さんが感染すると、すぐに院内感染します。なかなか陰性にならないため、治療も延期せざるを得ません。早く陰性になる治療薬が欲しいと思います。
- ・ 担当患者がコロナに感染すると対応を迫られる。同僚が感染すると穴埋めをしなければならない。このような場合は、仕方がないと理解しつつも、負担が増え余裕がなくなる。。
- ・ 新型コロナの法的取り扱いの変更の議論が行われ始めているが、進捗は遅々としており、患者、患者家族、医療従事者の権利が大きく制限されている状況が続いている。がん診療を含む新型コロナ以上に重症化率の高い医療への制限が緩和されるよう早急な法的取り扱いの変更を望む。感染症診療の専門家の意見が重視されている印象があるが、がん診療や終末期医療を行う学会、組織などからの声明なども必要ではないかと考えている。
- ・ これだけ蔓延していると、多少化学療法の工夫をしてもあまりメリットがないように感じています。
- ・ 薬剤師も感染リスクを感じながら、適切ながん医療の提供に寄与しております。様々な職種がコロナ禍においても誠心誠意努めていることを国民へ発信頂きたいです。
- ・ それぞれが、それぞれの利益を得ようとする、なかなかチームワークはできかねると思います。病院全体でどうしていきたいのか現場と話し合いをする場が必要だと思います。執行部と現場の距離が離れてしまうとうまく

立ち行かなくなると思います

- 血液腫瘍を担当する機会が多い。疾患そのものや抗がん薬によって免疫力が落ちやすい状況となり、治療の選択に苦慮する場面が多いと思う。
- 3-5分では終わらないと思います。
- COVID-19患者 軽傷～重症、（夜間緊急入院も含む 夜中でも入院すれば、必ず呼び出しあり）まで、また、癌の診断、治療、緩和まで、当科では見ており、常にひっ迫した状況下での診療は、体力の限界である。
- 面会制限によって、意思決定支援が滞ることがある
- 病床数が制限され、入院が必要な化学療法の遅延が生じるケースが増加した。また、他院に依頼できていたがん薬物療法の患者が、紹介先の病院でコロナが蔓延し受け入れ不可になる事例が多々あり自身の病院の患者が増加する結果となった。
- 第8波で入院病棟でのクラスターが起こり、コロナ病棟が満床となり、がん薬物療法を受けている患者が新型コロナウイルス感染症に罹患した場合に、入院ができないという問題がある。実際に自宅で死亡することもあり、重症化リスクの高い患者への治療ができないことが課題であると思う。また、看取りの場面でも面会が容易にできないことが、患者や家族が辛い思いをしていて、医療スタッフも、家族に十分な説明ができなかったり、コミュニケーションがとりにくいことで医療がやりにくい状況であると思う。
- 働き方においては、医療従事者
- 患者への影響よりは、むしろ看護師の病欠など職員不足の影響の方が大きい
- 医療者もいつ COVID-19 陽性者となるかわからず、いつ欠員になっても良いように G 間のコミュニケーションを徹底した。
- 自分も含めて、自宅待機期間が一般人よりも長く設定されているため、勤務できる人数に制限があり、日常診療編への影響が強かった。一般の隔離解除基準よりも遥かに厳しいのは、自分たちのクビを締めている状況。
- スタッフは自分と家族の健康管理と、業務増加に疲弊し心身の変調や、ストレス耐性の低下を感じていると多くの現場で耳にする。これによって、がん医療／看護への興味やモチベーションの維持に影響することを危惧する。Covid-19 禍でさえ、外来化学療法を支える看護師を担保することに苦慮していたことを考えると、ポストコロナにおいては、がん薬物療法を支えるスタッフの心身の健康ややりがいの維持につながる仕組みは何かを調査することや、取り組むことが将来のがん医療においてとても重要な課題だと考える。
- 周りの医師も在宅療養について早めから紹介する例が多くなり、病棟も早くから意識するようになった。一方で、治療継続中の患者に対する病院としての隔離期間が長く、予後にも悪影響を与えている可能性は否定できない。医療者としても突然出勤停止になる状況が続く、代診する習慣ができたことは自分にとってはありがたく受け止めている。
- がん専門病院でも、COVID-19 禍によって医療職の業務負担は明らかに増えたのにも関わらず（病院の経営も苦しくなったからだと思うが）給与などで対価が支払われることはほとんどない。これでは若い世代に医療職を勧めることはできない。
- 病院管理上、入院患者に対して家族との面会禁止とするのが安全策と思われるが、特に進行期がん患者のケアに家族のサポートは必須であるので、コミュニケーションが難しいシーンが多々ありました。面会制限の緩和に向けた取り組みやエビデンスがより増えることが望ましいと思います。
- この質問がいつまで続くのか不安でした 笑
- 現状の COVID-19 は、通常診療の中の疾患の一つとして取り扱うべき。面会制限なども入退室時のスタンダードプリコーションの徹底で問題なし。

- ・ がんに関しては COVID-19 流行下で選択肢が少なくなる状況は避けたいと思っている。On Off をはっきりとした働き方が必要と思う。
- ・ 患者、家族とのコミュニケーションが不足し、信頼関係が希薄になってきたと感じる。
- ・ 直接患者さんに接する業務ではないが、感染者数の増減により振り回されることに疲れてきている。インフルエンザと同じ扱い（感染症法上の 5 類）になることを願います。
- ・ 治療内容の変更というよりは、治療のキャンセルや延期などが相次いで dose intensity が下がった印象です。
- ・ COVID-19 患者以外の診療に対する病院や一般の関心が薄い事が問題
- ・ COVID-19 診療に携わる医療従事者とそうでない医療従事者との意識の差、ギャップが激しく、院内体制を整えるのに苦慮しました。
- ・ 回答項目が多く、重複した質問が見られた。
- ・ 政府や厚労省は医療機関に無理な努力を強いるばかりで、長期的・根本的な対策を全く示していない。各病院に COVID19 患者を診させたことで中小規模の病院は通常の診療を制限せざるをえなかった。補助金があっても病院経営が危機に陥っている。感染症専用病院を作って患者を集約する方が効率よい医療が提供できると思う。当然回復者の「下り搬送」はこの病院でも受け入れる前提で、そもそも「がんセンター」で COVID19 患者を診るためにがん患者の治療が遅れるなどあってはならない事態である。私の家族も 2020 年夏にホテル療養をしたが、発熱して咳痰で苦しんでいるときに冷めた弁当は食べられたものではない。全てが後手後手になっている。
- ・ リモートワークは不可能
- ・ 第 7 波では重症者は少なかったが、病棟の入退院制限がかかることが最大の問題であった。外来化学療法は特に支障なく施行できた。
- ・ 直接 COVID の患者を診療したり、発熱外来を行っているわけではないが、診療上 COVID 感染のことを懸念したり、患者の発熱に際しても感染の有無を明らかにする必要性があり、まったくノータッチというわけではないなか、悩みながら診療に携わっている。スタッフ数も感染や退職でコロナ禍以前より減り、患者のストレスもたまり、あちこちで不満が噴出している。
- ・ 今気にしているのはワクチンとのスケジュール調整くらいで、他はコロナ前に戻っています。
- ・ がん治療は何とか継続できているが、療養生活支援が十分できない。例えば、がんサロンを再開できていない（サバイバーからのピアサポートが受けられない）がん相談なども気軽に…という状況ではない。
- ・ 第 8 波では COVID-19 禍以前の体制に戻すべき。
- ・ COVID-19 に国全体が振り回されすぎていると思いました
- ・ 職場スタッフの急な休みが頻発。
- ・ 通常通りの診療を心がけている
- ・ がん治療医の不足は明白であり、もっと一般開業医が COVID-19 診療を担うべき
- ・ 5 類相当にすべきである。
- ・ 医療の逼迫で待ち時間の延長があったが容赦ない暴言を浴びつつ医療を行なった、医師にも心がある事を知って欲しいと心から感じた。
- ・ 医療者の感染、濃厚接触者となつての隔離期間で医療体制がひっ迫しました。
- ・ ケモ実施時の長袖ガウンが不足し、閉鎖式ルートであるため、袖無しエプロンに変更しました。主治医が腫瘍熱であるためケモを実施すると決定しても、外来ケモ室には個室が無いため、発熱患者を外来ケモ室に入れることはできず、迅速 PCR で陰性確認後に、主科外来の診察室を使って実施しました。
- ・ がん患者自身の covid-19 罹患や同室患者との濃厚接触等により化学療法が延期になるなど治療への

影響は大きいと感じる。

- ・ がん患者の中でもオミクロン株の感染を絶対避けるべき症例と感染が許容される症例があります。それらを同一に扱えば、医療機関の閉鎖環境を作ることになりますので、もっと感染リスクに応じた対応を考えていければと思います。
- ・ COVID 罹患患者は、隔離病棟に入院し診療する体制がとられていたが、患者数が増えたことで、一定の期間が経過した患者（一般的な隔離期間解除のタイミングで）は、一般病床（各診療科病床）への異動を強制された。血液内科や腫瘍内科の症例は、免疫不全患者も多く、感染後にもウイルス量が残り、重症化するリスクが高いにも関わらず、病院としての対応は除外を認めないスタンスであり、非常に疑問を感じた。終末期患者へも、画一的に面会を禁止しており、仕方がないことではあるが、もう少しやりようがあるのではないかとわかれてならない。病院としてのスタンスも重要であるが、柔軟な対応を可能とする組織であった欲しかったし、学会などからのガイダンスがあれば、交渉の余地があったのかもと思う。
- ・ 医師によりワクチン接種日の指示がバラバラで、患者からの質疑に困ることがある
- ・ ここ最近また患者さんやご家族の COVID-19 陽性による受診ができなくなった電話連絡や相談が増えてきている。COVID-19 罹患後のがん薬物薬物療法で注意すべき点や副作用の変化なども考慮した治療計画や副作用モニタリングの必要性もあるのかと考えている（幸いにも倦怠感が持続しているといった世の中の的には問題になっている後遺症に悩んでいる方にはお会いしていないのでわからないが irAE などの選別は難しいだろうなと思いました）
- ・ 面会制限は患者家族とのコミュニケーションをとるうえで、大きな障壁となり、クレームにもつながっており引き続きの課題です。
- ・ 気を付けつつ、いつも通りの体制へと変遷する時期とも感じております。
- ・ 一部の病院で covid を診療しないという社会的批判に応じて多くの医療機関でコロナ病棟を設置したことにより、地域施設による終末期患者の受け入れが厳しくなり、第 6 波がもう少し長引けば破綻しそうであった。第 7 波以降は元に戻ったと思う。
- ・ 早くインフルエンザ相当にして欲しい
- ・ 早くインフルエンザ等と同じ 5 類にして診療を従来のようにして欲しい。
- ・ 病院という枠にとらわれず医療機関間で連携をとり人・物の配置を考えのはいかがでしょうか
- ・ 第 6 波までと違って、今はもうほとんど COVID-19 の影響なく診療できている。
- ・ 仕方がないことだが子供のいるスタッフがすぐに休む。病児保育も復活しているが利用しない。あまりに頻回だと本当に病気なのか疑問を感じる。
- ・ COVID19 蔓延期に受診控えていた患者が、COVID が減り始めた時期から受診するようになり、9 月～10 月にかけて診療が非常に厳しかった。
- ・ COVID-19 が言われたところに比べれば、蔓延化している現状、デルタ株の時のような重症化もあまり見られないため、普通の風邪として扱うことで問題ないと考えられます。
- ・ マンパワーの安定した確保が困難と感じます。
- ・ 家族の感染で毎日 PCR 検査下に外来診療と家族の自宅での看護は大変でした。自分のみ感染せず。
- ・ 死因に問わず、死生観とリスク回避手段としての医療を議論する必要性を感じた(感じている)
- ・ 感染してしまったらやむを得ないが、ワクチン接種と薬物療法とのインターバルなどで悩むことが多かった。
- ・ 眼科医や皮膚科医も新型コロナ感染症対策にもっと積極的になって欲しい。医師には専門とする診療科に関わらず指定感染症対策にあたる義務があり、
- ・ COVID-19 禍が長引き医療従事者に対するリスペクトは大きく低下し、むしろ対応の遅さ、後手後手感にイライラされていると感じる。諸外国ではもはや風邪症候群と同等の扱いで、本邦でもワクチン接種を前

提とすれば致死的な状況は低く、法律上の見直しも検討して欲しい。

- ・ 抗がん剤の開発に携わり承認も取得し世に出してきましたが、両親が癌になりファーストライン、セカンドラインまでは、副作用も許容できるものでしたが、サードラインより副作用がきつく 85 歳という高齢者でもあったので、抗がん剤を打ち切りモルヒネ等の痛み止めで最期を看取りました。家族の最後を見て単なる延命にどれだけの意味があるのか考える機会になりました。日常生活を送れる抗がん剤の開発に努めたいと思った。
- ・ 律速段階は看護師の勤務状況が一番影響しました
- ・ 面会制限やがん患者の外来での発熱時の対応（COVID-19 の除外から始まる）などに影響があった。
- ・ 抗がん薬治療を受ける患者家族へのレジメン説明ができず、患者支援の質は従来よりも落ちている気がします。どのようにすれば患者家族へもレジメン説明ができるか、模索しています。
- ・ Covid19 はもうほとんど問題ではないので、次の課題を検討してほしい
- ・ COVID-19 による影響で治療の遅れや感染など、患者さんに対する影響は甚大だと思います。
- ・ COVID-19 感染拡大期の手術予定患者に関して、入院時 SARS-CoV-2 PCR 陰性であっても、SARS-CoV-2 の window period を鑑みると、全身麻酔での挿管自体、特に医療従事者側への感染拡大のリスクになってしまいます。そのため、全身麻酔手術については手術枠自体を制限せざるを得ません。当院では、過去に複数回、手術枠制限を行っており、このことで、症状を有する担癌患者さんの治療に遅れが生じてしまうことは、大変歯がゆいと感じていました。軽症者や濃厚接触者への経口薬が普及すれば、少しは事態は改善するかと淡い期待をもちつつ現況を注視したいと思います。
- ・ 抗がん剤で治る血液疾患も多いので、極力治療強度は落とさずしっかりやることを心がけています。
- ・ 終末期患者の面会制限がもう少しなんとかならないかと思う。陰性証明持参なら通常通りの面会可能とか。あるいは、すぐには無理だろうが、面会希望の家族はその病院で自費で検査（病院が赤字にならないように）した上で、通常的面会制限を緩和するなど。
- ・ 病院薬剤師は増員もなく、緊急承認薬やワクチンの対応、平時は院外処方中心のため、外来患者における院内調剤の体制は救急患者のみであったが、コロナ禍において、陽性患者に対してはすべて院内処方であり、業務負担が増加している。がん患者に対する対応に十分な時間を割くことができない。
- ・ 濃厚接触者となったがん患者の対応に苦慮した。
- ・ 感染が比較的落ち着いている時期でも、面会や付き添いが原則禁止のまま、本当によいのか
- ・ 血液や乳腺は化学療法が非常に重要なので COVID を理由に治療強度を弱めるわけにいかない。
- ・ COVID-19 診療の在りかたを見直す時期だと思います。このまま同様の対応をしていけば、本来すべき診療が後回しになったり、支障が避けられません。医療機関と世間の温度差が大きすぎると感じます。
- ・ 職種で質問内容が異なり、疎外感を感じます。薬剤師であっても COVID-19 感染情報、疫学情報、空間疫学解析（疾患集積性）の情報を提供しております。
- ・ 進行期や症状が出てからの受診が増えていること、気管支鏡検査数が減っていることが気になります。
- ・ 部内の B C P をきちんと構築していく必要性を感じている