

[ASCO Coronavirus Resources](#)

米国臨床腫瘍学会コロナウイルス情報リソース

[COVID-19 Patient Care Information](#)

COVID-19 患者の治療に関する情報

[COVID-19 Provider & Practice Information](#)

医療従事者と診療に関する情報

バージョン 1.0

2020年5月2日作成

Japanese translation by Japanese Physical Therapy Association (Japanese Society of Physical Therapy Section on Oncology)

日本語監訳

井上 順一郎 神戸大学医学部附属病院国際がん医療・研究センター
牧浦 大祐 神戸大学医学部附属病院リハビリテーション部

日本語翻訳

石井 瞬 道ノ尾みやた整形外科リハビリテーション科
上野 順也 国立がん研究センター東病院骨軟部腫瘍・リハビリテーション科
大段 裕樹 北見赤十字病院医療技術部リハビリテーション科
小野部 純 東北文化学園大学医療福祉学部
笠原 龍一 北福島医療センターリハビリテーション科
國澤 洋介 埼玉医科大学保健医療学部
黒岩 澄志 昭和大学藤が丘病院リハビリテーション室
幸坂 真宏 富士宮市立病院リハビリテーション科
児玉 慶司 大分大学医学部附属病院リハビリテーション部

佐藤 明紀	北海道文教大学人間科学部理学療法学科
高倉 保幸	埼玉医科大学保健医療学部
中村 和司	名古屋第一赤十字病院リハビリテーション科
原田 裕子	北海道大学病院リハビリテーション部
広田 桂介	久留米大学病院リハビリテーション部
松村 和幸	手稲溪仁会病院リハビリテーション部
峯岸 忍	筑波メディカルセンター病院リハビリテーション療法科
村岡 法彦	旭川医科大学病院リハビリテーション部
森本 貴之	埼玉医科大学総合医療センターリハビリテーション部
森山 武	市立函館病院中央医療技術部リハビリ技術科
矢木 健太郎	聖マリア病院リハビリテーション室
山本 優一	北福島医療センターリハビリテーション科
吉田 信也	金沢大学附属病院リハビリテーション部
吉田 裕一郎	宮崎善仁会病院リハビリテーション部

このページは、発行元である **American Society of Clinical Oncology** の許可を得て作成している。著作権は、**American Society of Clinical Oncology** に帰属しており、このページの二次利用を禁じる。

COVID-19 患者の治療に関する情報

このページの最終更新日は 2020 年 4 月 23 日である。更新は頻繁に確認すること。

[米国臨床腫瘍学会 \(American Society of Clinical Oncology、以下 ASCO\) の患者情報サイト](#)では、がん患者やがんサバイバーのために COVID-19 に関する情報を英語とスペイン語で定期的に更新している。

ASCO では、このページに掲載されている患者ケアガイダンスを以下のような方法で作成している。

- ・ ASCO では、ASCO の会員と非会員から寄せられた質問や、ASCO スタッフや臨床専門家のボランティアからの意見に基づいてトピックを決定する。
- ・それぞれのトピックについて、ASCO スタッフは臨床専門家と複数回やりとりを行いながら協力してガイダンスを作成する。このガイダンスは、査読付き文献で発表されたエビデンス、国や地方の保健当局や専門機関（例：米国疾病管理予防センター（Centers for Disease Control and Prevention、以下 CDC）、米国心臓協会、米国放射線腫瘍学会など）が発行したガイダンスを参照している。
- ・作成されたガイダンスの草案は、ASCO の最高医療責任者と副社長によって審査され、患者ケアに関するすべての声明が承認される。
- ・その後、承認されたガイダンスがページに掲載される。

ガイダンスは新しい情報が出てくるたびに更新される。他の組織や政府機関が公表しているガイダンスの変更との整合性を確保するために、すべてのコンテンツは ASCO スタッフによって定期的にレビューされている。最新の更新日はページのトップに記載されている。

患者ケア：COVID-19 のパンデミックによって、がん患者のケアはどのように変更されるべきか？

データ：COVID-19 に感染したがん患者のケアに関する最新のデータは何か？がん患者はCOVID-19 に感染しやすいか？がん患者では合併症が多いか？

CDC は COVID-19 に関する情報を随時更新している。ウイルスと流行に関する最新の一般的な情報については、CDC が最良の[情報源](#)である。

COVID-19 に感染したがん患者の死亡率

がんを併存した症例の死亡率に関して、ASCO が現在確認している最も包括的なデータは、2020 年 2 月 28 日に発表された「[WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease](#)」の報告書である。この報告書によると、中国（2 月 20 日時点）において、がんを併存疾患とし、検査室で感染が確認された症例の死亡率は 7.6%であった。感染が確認された患者全体の死亡率は 3.8%、併存疾患のない患者では 1.4%、心血管疾患併存の患者では 13.2%、糖尿病併存の患者では 9.2%、高血圧併存の患者では 8.4%、慢性呼吸器疾患併存の患者では 8.0%であった。

COVID-19 に感染したがん患者の重症度と合併症

がん患者における COVID-19 の病状経過について、現時点での最も詳細な報告は、The Lancet Oncology に掲載されている [Liang らの報告](#) である。この論文は、COVID-19 を有する患者 1571 人（うち 18 人はがんの既往歴がある集団）の前向きコホート研究を報告したものであり、がんの既往歴のある患者は他の患者と比較して、重篤なイベント（集中治療室に入院して侵襲的人工呼吸を受ける、または死亡）の発生率が高いことが明らかになった。がんの既往歴のある患者において、他の患者と比較して COVID-19 感染症の発生率の増加は認められなかった。この報告に対して、Xia らは、これら 18 人の患者は不均一な集団であり、がん患者の全体を反映した集団ではないことを指摘している（[Xia et al, Lancet Oncol](#)）。European Respiratory Journal に掲載されている [Guan らの報告](#) は、Liang らによって報告された同じコホートを用いた最新解析であり、1590 人の患者を解析したところ、非がん患者と比較して、がん患者（18 人）における集中治療室への入室、侵襲的人工呼吸、または死亡のハザード比は 3.50（95%CI, 1.60-7.64）であることが明らかになった。Journal of Clinical Oncology の編集者（[Cannistra et al, JCO](#)）は、これらのデータの解釈には注意が必要であることを指摘している。

Wang らは、がん患者における合併症の重症度を扱った 4 つの研究について、システマティックレビューとメタアナリシスを [Aging \(Albany NY\)](#) で報告している。メタアナリシスでは、重篤な合併症のオッズ比は 2.29（95%CI, 1.00-5.23）であった。

がん患者における COVID-19 の発生率

JAMA Oncology に掲載された [Yu らの論文](#)では、2019 年 12 月 30 日から 2020 年 2 月 17 日の間に中国・武漢の病院の腫瘍科に入院したがん患者 1524 人について報告された。著者らは、がん患者の感染率 0.79% (1524 患者中 12 人; 95%CI, 0.3%-1.2%) は、同病院が医療提供する地域社会での累積発生率 (0.37%) を上回っていたことを明らかにした。12 人の患者のうち 5 人は、入院時に抗がん剤治療を受けていた。

COVID-19 患者におけるがんの有病率

[Desai ら](#)は、COVID-19 患者におけるがんの有病率について報告した 11 の研究を対象に行ったシステマティックレビューとメタアナリシスを JCO Global Oncology で報告した。COVID-19 の治療を受けた患者におけるがんの推定有病率は 2% (95%CI, 2%-3%) であった。[Emami ら](#)は、10 の研究を対象に行った同様のシステマティックレビューとメタアナリシスを Archives of Academic Emergency Medicine に報告しており、悪性腫瘍の有病率は 0.92% (95% CI, 0.56%-1.34%) であった。

特定の組織型 (乳がん、肺がんなど)、治療法 (免疫療法、チロシンキナーゼ阻害薬など)、あるいはがん患者のサブグループ (小児、高齢者など) に関して、現時点で信頼できるエビデンスは確認されていない。エビデンスが得られ次第、ASCO はこのページを更新する。

一般的なケア：がん患者の一般的なケアに関する推奨事項は何か？

ASCO は、がん患者のケアに関わる全ての人に対して、可能な限り CDC のガイダンスに従うことを推奨する。

- [一般的な医療施設および医療従事者のガイダンス](#)
- [診療のガイダンス](#)
- [在宅療養のガイダンス](#)
- [重症化リスクが高い集団のガイダンス](#)

一般的な CDC のガイダンスに加えて、以下のような実践すべきポイントが考えられる。

- 患者は COVID-19 の症状について説明を受け、適切な手洗い、衛生管理、病人や人混みへの接触を最小限に抑えるように指導を受けるべきである。
- 現時点では、がん患者のマスク使用に関する具体的な根拠やガイダンスは公表されていない。患者および臨床家は、[CDC のマスク着用に関する一般的なガイダンス](#) (現在は、公共の場に出かける際には布製のフェイスマスクを着用することを推奨) および地域の保健当局か

らのガイドランスに従うことが強く求められる。N95 マスクの必要性を示唆する根拠やガイドランスはない。

・発熱などの感染症の症状があるがん患者に対しては、日常診療と同様に、総合的に評価を行うべきである。

がん種別のガイドランス：がんの種類（乳癌、肺癌など）によって患者ケアはどのように変更するのがよいか？

ASCO は、以下に記載されている場合を除き、特定のがん種別の管理についてのガイドランスは公表していない。今後、他の組織からガイドランスが公表された際は情報を提供する。

・乳がん

・米国乳腺外科学会は、乳がん患者のケアの優先順位に関して簡潔な[ガイドランス](#)を公表している。

・米国外科学会は、乳がん患者の手術に関するトリアージの[ガイドランス](#)を公表している。

・消化器がん

・米国の腫瘍医グループが、消化管悪性腫瘍患者のリスクを最小化するための推奨事項を作成し、Journal of Clinical Oncology - Oncology Practice に間もなく掲載される予定である。

[\(Lou et al, JCO Oncol Pract\)](#)

・泌尿器がん

・泌尿器がん患者における全身療法の優先順位に関するカナダのガイドランスが発表された。

[\(Lalani et al, Can Urol Assoc J\)](#)

・European Urology 誌の論説では、泌尿器がんを含めた泌尿器手術を受ける患者のトリアージに関する検討事項を示している。[\(Stresland et al, Eur Urol\)](#)

・婦人科がん

・International Journal of Gynecological Cancer の編集者は、婦人科がん患者の管理に関するガイドランスを発表している。[\(Ramirez et al, Int J Gynecol Cancer\)](#)

・National College of French Gynecologists and Obstetricians は、COVID-19 パンデミック時の婦人科がんの外科的管理に関する推奨事項を発表している。[\(Akladios et al, J Gynecol Obstet Hum Reprod\)](#)

・血液腫瘍

- ・ 米国血液学会は、いくつかの血液腫瘍に関する[ガイドンス](#)を公表している。
- ・ Seattle Cancer Care Alliance は、血液腫瘍患者の管理に関するガイドンスを発表しており、Journal of Clinical Oncology - Oncology Practice に間もなく掲載される予定である。(Percival et al, JCO Oncol Pract)
- ・ 肝細胞がん
 - ・ 国際肝がん協会は、肝細胞がん患者に関する[ガイドンス](#)を公表している。
- ・ 肺がん
 - ・ The Thoracic Surgery Outcomes Research Network は、胸部悪性腫瘍患者に対する胸部外科手術のトリアージに関するガイドンスを発表している。(Ann Thorac Surg)
- ・ 神経腫瘍
 - ・ 米国神経外科学会(AANS)/神経外科学会(CNS)腫瘍部門と神経腫瘍学会(SNO)は、脳腫瘍および脳転移を有する患者のケアに関する一般的なガイドンスを発表している。(Ramakrishna et al, J Neurooncol)
 - ・ 神経膠腫患者の管理に特化したガイドンスが国際的集学的グループによって発表されている。(Mohile et al, Neuro Oncol)
- ・ 手術
外科腫瘍学会は、いくつかの疾患の手術に関して簡単な[ガイドンス](#)を公表している。

サブ集団の特異的ガイドンス：がん患者のサブ集団における特異的なガイドンスはあるか？

- ・ 高齢患者：Journal of Geriatric Oncology に掲載された [Falandry らの論文](#)では、高齢がん患者のケアに関するガイドンスが発表されている。

COVID-19 の検査：COVID-19 の検査について、どのような情報があるか？

がん患者における COVID-19 の検査に関して具体的なガイドンスは公表されていない。誰が検査を受けるべきか、どのように検査を実施すべきかについては、地方や州の公衆衛生に関する指示やガイドンスに従うべきである。

米国感染症学会（IDSA）は、[検査に関するガイドンス](#)を公表している。CDC では、[検査室向けの情報](#)も公表している。

COVID-19に感染した患者に対する抗がん剤治療：COVID-19に感染した患者ではがん治療を遅らせるべきか？

抗がん剤治療を受けている患者がインフルエンザやその他のウイルスに感染すると、肺炎や入院などの重篤な合併症のリスクが高まる可能性がある。Annals of Oncology に掲載された [Zhang らの論文](#) では、過去 14 日間の抗がん剤治療と COVID-19 感染の重症度との間に強い関連があることが 28 人の患者で報告されている (HR=4.079, 95%CI 1.086-15.322, P=0.037)。これらのデータは限定的であるが、COVID-19 が活性化している患者では、抗がん剤治療の継続がさらなる免疫抑制や重篤な合併症のリスクにつながる可能性があるため、抗がん剤治療の中断を強く検討すべきである。

感染が治ってから抗がん剤治療を開始・再開するまでにどれくらいの期間が必要かは明らかになっていないが、がんが急速に進行しており、リスクとベネフィットを評価した上でがん治療を進めることが望ましいと判断される場合を除いて、COVID-19 の症状が消失し、ウイルスが存在しないことがある程度確実になるまでは（例えば、SARS-Cov-2 検査が陰性）、治療を再開すべきではない。がんに特化したガイダンスはないが、CDC は COVID-19 患者に対する感染予防策の中止に関する [勧告](#) を公表しており、感染予防策が不要になってから抗がん剤治療を開始・再開するのが妥当であろう。英国国立医療技術評価機構は、抗がん剤治療の実施に関する [ガイダンス](#) を公表しており、SARS-Cov-2 検査が 1 回陰性となった後に治療を開始・再開することを提言している。

手術：手術は中止あるいは延期するべきか？ 手術が延期された場合、術前化学療法が可能であれば、患者は早期に開始すべきか？

[医療施設に対する CDC のガイダンス](#) では、入院施設での「待機手術」は可能であれば予定を変更することを提案している。米国外科学会も同様の [ガイダンス](#) を公表し、がん治療における手術患者のトリアージに関して提言している。しかし、臨床医と患者は、必要ながん手術を延期することで想定される有害性に基づいて個々に判断する必要があると、多くの場合、がんの手術は「待機手術」とは見なされ。また、術後に集中治療管理が必要となる場合は、利用できる集中治療室の受け入れ状況も考慮して方針を決定すべきである。外科腫瘍学会は、いくつかのがん種の手術に関して [ガイダンス](#) を公表している。

日常的には考慮されていないが術前化学療法が利用可能な場合（早期乳がんなど）では、手術の代わりに術前化学療法を検討するか、あるいは手術の延期を検討する方が妥当である。

根治手術の延期による腫瘍進行のリスクは、病院資源にかかる負担、症例の複雑化、COVID-19への曝露リスクと比較して検討されるべきである。しかしながら、術前化学療法は、診療所への通院や臨床医と患者との接触を必要とすること、それ自体が免疫抑制を引き起こして患者のリスクを伴うことも考慮しなければならない。

放射線療法：放射線療法の開始を延期することは可能か？放射線療法の開始を延期するべきか？すでに治療中の場合、放射線療法を中断または延期することはできるか？

米国放射線腫瘍学会は、[COVID-19 の情報ページ](#)でこの問題を部分的に取り上げている。ASCO は、臨床家は米国放射線腫瘍学会の最新のガイダンスに従うことを推奨している。米国放射線腫瘍学会が指摘しているように、分割回数の少ない照射計画が妥当であるならば考慮すべきである。ASCO は、急速に進行する治癒可能な腫瘍を有する患者に対して治療を延期することは、COVID-19 の曝露や感染リスクを上回るかもしれないが、症状コントロール目的の治療の患者や、放射線療法のスケジュール変更による有害性が低い患者では、安全に放射線療法を延期できると認識している。患者は、担当の放射線腫瘍医と相談して最適な治療方針を決定するべきである。英国国立医療技術評価機構は、放射線療法の実施に関する有用な[ガイダンス](#)を公表している。

免疫抑制療法：免疫抑制療法（同種幹細胞移植を除いて）は中止、遅延、または中断すべきか？

現時点では、がん患者における化学療法や免疫療法の変更あるいは中止を支持する直接的な根拠はない。したがって、重要な抗がん剤治療や免疫抑制療法を日常的に中止することは推奨されない。治療を延期したり中断したりすることで生じる可能性のあるリスクと、COVID-19 への感染を予防したり遅らせたりすることで得られる可能性のある利益のバランスは非常に不確実である。治療を延期したり、変更または中断したりした場合のがん再発のリスク、すでに完遂している治療のサイクル数、および患者の治療耐性などの要因を考慮して、個々に臨床的な判断が必要である。

ただし、以下のような点を考慮する必要がある。

- ・維持療法を受けている寛解期の患者では、化学療法を中止することも選択肢の一つである。
- ・患者によっては、化学療法を静脈内投与から経口投与に切り替えることができる場合もある。その場合は来院頻度を減らすことができるが、患者の服薬の確認について医療者はより一層注意を払う必要がある。
- ・化学療法の変更または中止の決定には、化学療法の適応や治療目標だけでなく、患者の治

療経過や治療耐性も考慮すべきである。例えば、未治療の広範囲小細胞肺癌患者において化学療法を継続するかどうかのリスク・ベネフィット評価は、転移性非小細胞肺癌患者においてペメトレキセドの維持療法を継続するかどうかのリスク・ベネフィット評価とは異なる。

・局所的な感染が特定のがんセンターに影響を及ぼす場合には、化学療法を2週間中断する、影響を受けていないサテライトユニットや別の施設での治療を手配するなどが選択肢になる。

・在宅での化学療法薬の点滴投与は、患者、医療者、介護者にとって、医学的にも論理的にも実現可能かどうかを検討する。

・いくつかの条件では、補助療法の延期または変更が、疾患の制御や長期生存率を低下させるリスクを高めることがある。

・ハイリスクな化学療法レジメンで使用されるような成長因子や抗生物質の予防的投与は、患者の全体的な健康を維持し、COVID-19の合併症に対する脆弱性を減少させるのに有益である可能性がある。

・補助化学療法の絶対的利益が非常に小さい場合や、非免疫抑制治療（例えば、エストロゲン受容体陽性の早期乳がん患者におけるホルモン療法）の選択肢が利用可能な場合には、患者が利用可能な選択肢を比較検討する際にCOVID-19への感染リスクも合わせて考慮する。

幹細胞移植：同種造血幹細胞移植は延期できるか？延期すべきか？

COVID-19の感染リスクが高い患者では、特に患者の悪性腫瘍が従来の治療でおさえられている場合には、同種幹細胞移植の予定を延期することが妥当である。さらなるデータが得られるまでは、臨床医は、[米国移植細胞治療学会](#)や[欧州骨髓移植学会](#)が提言している幹細胞移植に関するガイドランスに従うことが推奨される。[英国国立医療技術評価機構](#)も同様に、幹細胞移植に関するガイドランスを公表している。

以下の点は実践することを考慮してもよい。

・輸血によって感染が発生する根拠がなくとも、ドナー候補者に対してはCOVID-19の検査を行うことが賢明である。

・一般的な予防策として、移植後の面会を制限し、面会者の症状や曝露の可能性をスクリーニングする必要がある。

Fred Hutchinson Cancer Research Center と Seattle Cancer Care Alliance は、[幹細胞移植とCOVID-19に関するガイドランス](#)を提供している。

免疫チェックポイント阻害薬：免疫チェックポイント阻害薬（イピリムマブ、ニボルマブな

ど)による治療を延期・中断することは可能か？または延期・中断すべきか？それらの使用に関して特別な予防策や行動は必要か？

ASCO は、免疫チェックポイント阻害剤と COVID-19 の感染に関する特定のデータを把握していない。スケジュール変更が妥当であると考えられる場合、かつ／あるいは患者の症状がコントロールされている場合には、投与頻度をより少なく調整することが適切であろう。しかし、これらの薬剤は免疫関連の重篤な有害事象を引き起こす可能性があり、免疫抑制作用は有害事象の治療に望ましくない可能性があるため、治療の潜在的な弊害と利益を患者ごとに検討する必要がある。懸念されることは治療に関連した肺炎であり、患者が COVID-19 を発症した場合、重篤な合併症を起こすリスクが高くなる可能性がある。

抗ウイルス療法：予防的抗ウイルス療法を検討すべきか？

・予防：現在のところ、免疫抑制患者において COVID-19 に対する予防的抗ウイルス療法の使用に関する根拠や公表されているガイダンスはない。これは盛んな研究分野であり、エビデンスは随時発表される可能性がある。他のウイルス感染症に対する予防的抗ウイルス療法は、標準的な臨床ガイドラインおよび施設での実績に従って継続するべきである。オセルタミビル（タミフル）が COVID-19 の治療に有効であるかはわかっていない。ASCO は、潜在的な抗ウイルス薬（例：レムデシビル、ロピナビル）および抗ウイルス特性を有するクロロキンなどの抗マalaria薬の使用に関する臨床試験が進行中であること、その結果が報告されていることを認識しているが、現在までのところ、これらの試験はいずれもがん患者に特化したものではない。CDC には、COVID-19 の治療に関する研究の現状を説明する[情報ページ](#)がある。また、米国病院薬剤師会は、抗ウイルス療法における現在のエビデンスと進行中の臨床試験を説明した[資料](#)を提供している。

・感染症の治療：[NIH の最新のガイダンス](#)は、「COVID-19 の治療に安全かつ有効であることが証明された薬剤はない」としており、そのため、いかなる治療法の使用も実験的であると考えられる。このガイダンスは、新たなエビデンスに基づいて、いつでも大幅に変更される可能性がある。注目すべきは、2020 年 4 月 23 日現在、NIH は、ヒドロキシクロロキンとアジスロマイシンの併用は毒性の可能性があるため、ロピナビル/リトナビルや他の HIV プロテアーゼ阻害剤については、好ましくない薬理学的作用や臨床試験データがネガティブであるため特に推奨していない。

併用薬が COVID-19 の転帰に与える影響：がん患者の併用薬の使用に関して懸念や問題はありますか？

・心臓薬：逸話的で議論の余地はあるが、レニン・アンギオテンシン・アルドステロン系拮抗薬（例：ACE 阻害薬）の使用が COVID-19 への感染リスクを増加させたり、感染した患者の疾患の重症度を低下させたりする可能性があることを示唆する情報が存在する。米国心臓協会は、現時点ではレニン・アンギオテンシン・アルドステロン系拮抗薬（例：ACE 阻害薬）による治療を継続することを推奨する [声明](#) を発表している。

・ G-CSF：G-CSF は、ASCO ガイドラインに従って慎重に使用すべきである。骨髄抑制作用の強い免疫療法との予防的使用は、COVID-19 への感染リスクを高める可能性のある好中球減少症や骨髄抑制を避けるためにも妥当であろう。COVID-19 を発症した患者の場合は、発熱性好中球減少症あるいは好中球減少症のために G-CSF が必要かどうかについてのデータは限定的であるか、データはない。臨床状況に応じて判断する必要がある。追加情報については、以下の好中球減少熱・好中球減少症の項を参照のこと。

・その他の薬物：ASCO では、その他の薬物の併用について臨床医や患者が判断する際に有益な情報が判明すれば、今後情報を提供する。がん患者に使用するいくつかの薬剤について、現在利用可能な限られた間接的なエビデンスのシステムティックレビューについては、[Ecanermedicalscience](#) における [Russell らの報告](#) を参照のこと。

サバイバーにおける免疫不全：長期的な免疫抑制（例：低ガンマグロブリン血症）を有するがんサバイバーのケアはどのように変更すべきか？

ASCO は、長期の免疫抑制を有する患者では感染症のリスクが高いことを認識している。しかし、現時点では、これらの患者に対して通常受けるケアを超えるようなケアの変更は推奨しない。これらの患者は、感染の可能性を最小限に抑えるために、CDC が勧告している一般的な対策（例：ソーシャルアイソレーション）をすべて実行すべきである。免疫グロブリンの静脈内投与を受けている患者では、定められた用量とスケジュールで投与を継続すべきである。

その他の治療：延期、中断、中止すべき他の治療はあるか？

現時点では、ASCO は他の形態のがん治療について具体的なガイダンスを提供できない。より多くのデータが得られれば、これに関する情報を更新する。しかし、一般的には、必要な全身治療の延期、中止、または変更を決定する際は、治療の全体的な目標、治療を延期または中断した場合のがんの進行リスク、患者の治療耐性や全身状態を考慮する必要がある。各決定には、個別にリスクとベネフィットを評価することが必要である。

発熱性好中球減少症と好中球減少症：現在の COVID-19 のパンデミックによって発熱性好中

球減少症と好中球減少症の可能性のある患者はどのようにケアすべきか？

ASCO は、COVID-19 による発熱性好中球減少症の可能性のある患者のケアには、予防と急性期ケアの 2 つの側面があると認識している。

- ・ 予防：発熱性好中球減少症のリスクがある患者では、発熱性好中球減少症のリスクと救急医療の必要性を最小限に抑えるために、好中球数のモニタリングと医療チームとの定期的な連絡を行いながら、予想されるリスクをより低いレベルに留めるために成長因子を投与することが妥当であると考えられる。

- ・ 発熱性好中球減少症の可能性のある場合の急性期ケア：現在の状況では、発熱患者の好中球減少症の可能性を遠隔医療または電話で評価し、診療所で評価すべきか救急施設に送るべきかを判断するのが妥当であろう。

- ・ 既知の発熱性好中球減少症に対する急性期ケア：COVID-19 の状態にかかわらず、隔離を含めた好中球減少症患者のケアに関する [標準的なガイドライン](#) に従うべきである。COVID-19 の迅速検査が可能な場合には、介護者に必要な PPE のレベル、および継続的なケアのための施設内の適切な場所を決定するために、COVID-19 の迅速検査を行うべきである。迅速検査が行えない場合は、COVID-19 に感染していると仮定し、標準ガイドラインに従って発熱性好中球減少症の患者を管理する。

がん関連貧血：現在の COVID-19 のパンデミックによってがん関連貧血のリスクがある患者、またはがん関連貧血を発症している患者はどのようにケアすべきか？

- ・ 予防：重篤、かつ／あるいは症候性のがん関連貧血や治療関連貧血が予想され、薬剤が安全であると考えられる場合には、エリスロポエチン刺激剤の使用を考慮すべきである。臨床検査値に基づいて無症候性と判断される患者に対する予防的輸血は、可能であれば避けるべきである。

- ・ 急性期ケア：重篤、かつ／あるいは症候性のがん関連貧血や治療関連貧血が発現した場合は、通常の診療に則って輸血を行うべきである。米国血液学会が以前公表した [Choosing Wisely ガイダンス](#) では、貧血の症状を和らげるため、あるいは患者を安全なヘモグロビン範囲（心疾患以外の安定した入院患者では 7~8g/dL）に戻すために、必要な赤血球の最小単位数を超えて輸血しないことが推奨されている。輸血を検討する際には、特定の患者の背景（高齢者、うっ血性心疾患など）を考慮すべきであり、特に酸素運搬能力が低下して人工呼吸器サポートを受けている患者に対しては、より高いヘモグロビン閾値が必要となる場合がある。献血は地域の公衆衛生対策の影響を受ける可能性があるため、意思決定の一環として地域の血液供給を考慮しなければならない。エリスロポエチン刺激剤が安全と判断される場合には、輸血と同時にエリスロポエチン刺激剤を開始することを考慮すべきである。

中心静脈カテーテル/ポート：中心静脈カテーテル/ポートはどのように維持すべきか？フラッシングを延期することはできるか？

12週間ごとの頻度であれば、有害事象を明らかに増加することなくフラッシングを行うことができるというエビデンスがある。訓練自体が曝露の原因となり、家庭では滅菌用品へのアクセスが制限される可能性があるが、患者が自身でフラッシュできるのであれば、自身でのフラッシュを考慮すべきである。

アドバンス・ケア・プランニング：積極的治療を受けている患者とコードの状態について話し合うべきか？

COVID-19 のリスクが高まっている現在では特に、事前にアドバンス・ケア・プランニングを行うことはすべてのがん患者にとって重要である。この議論は、COVID-19 のパンデミックによって、患者が緊急入院し、担当医が終末期の議論に参加したり助言したり指導することがないまま他のチームにケアされてしまう危険性があるため、これまで以上に緊急性が高くなっている。ASCO は、患者とアドバンス・ケア・プランニングを行うことを腫瘍医に勧めており、事前指示書やその他の方法を用いて終末期の意思を表すこと、話し合いを明確に文書化することを推奨している。

以下のリソースは、Center to Advance Palliative Care[™]および Respecting Choices[®]から利用可能である。

- [CAPC COVID-19 Response Resources](#)
- [Respecting Choices COVID-19 Tools and Resources](#)

COVID-19 を発症したがん患者では、人工呼吸器や ICU 管理を必要とするリスクが高く、生命維持治療に関する指示書（POLST）について話し合うのが適切である。詳細は [National POLST](#) を参照。

がんのスクリーニング：地域医療においては、推奨されているがんのスクリーニング（マンモグラフィなど）を継続すべきか？

ASCO は、医療システムの資源を節約し、医療施設と患者の接触を減らすために、マンモグラフィや大腸内視鏡検査などクリニックやセンターへの来院を必要とするがんのスクリーニング検査は、当面の間延期することを推奨している。現時点では、臨床現場におけるスクリー

ーニング検査などの待機的な検査の実施については、リスクとベネフィットを慎重に比較検討することを推奨する。

診断と病期分類：現在の COVID-19 のパンデミックによって、診断や病期分類に関する介入（画像診断の受診や生検など）はどのように変更すべきか？ COVID-19 への感染が、診断や病期分類の機能（肺がんの可能性がある場合の胸部画像診断）に影響を与えるという根拠はあるか？

一般的に、CDC が推奨しているように、延期しても患者に害を及ぼさない受診は延期すべきである。これには、急速に進行するリスクの低い疾患が臨床的に疑われる患者も含まれる可能性がある（例：マンモグラフィでの軽度の疑わしい所見）。

ASCO は、COVID-19 感染症ががんの診断や病期分類を妨げたり、影響を与えたりするというエビデンスは把握していない。新たにがんと診断された患者においては、最初の治療計画を立てるために最も必要な病期分類だけに限定するのが妥当である。エビデンスが得られれば、このガイダンスを更新する。

サーベイランス：進行中のサーベイランス（例：再発検出のための画像診断、既存疾患の積極的サーベイランス）を受けている患者では、サーベイランスを延期・中断したりすることができるか？延期・中断すべきか？

一般的に、CDC が推奨しているように、延期しても患者に害を及ぼさない受診は延期すべきである。これには、再発のリスクが比較的低いと考えられる患者や、フォローアップ期間中に無症状であった患者の定期的なサーベイランスも含まれると考えられる。これまでにサーベイランスの頻度（例えば、3-6 ヶ月ごと）が規定されている場合には、規定されている最も長い期間に延期するのが妥当である。

COVID-19 の新興治療：COVID-19 感染症の治療に有用な抗がん剤治療はあるか？

ASCO は、COVID-19 感染症の治療に有用な抗がん剤治療があるというエビデンスは把握していない。しかし、ウイルスの治療や合併症の ARDS の治療について、様々な薬剤で適応外使用による臨床試験が多く開始されており、そのうちのいくつかはがん患者にも使用されている薬剤である。The Reagan-Udall Foundation for the Food and Drug Administration の [COVID-19 のページ](#)には、現在開始または進行中の臨床試験に関する情報が掲載されている。

免責事項

ここで公開された COVID-19 に関する質問への回答は、急速に拡大する COVID-19 の危機に対して、米国臨床腫瘍学会（ASCO）が自発的に情報提供を行っている。この情報は、医学的または法的なアドバイスではなく、個々の疾患の診断や治療に使用することを目的としたものではなく、製品や治療法を推奨したり、特定の医療コースを推奨したり強制したりするものではなく、標準的な治療法を示すものでもない。情報が作成されてから発表されるまでの間に、新たなエビデンスが出てくる可能性がある。情報は包括的ではなく、継続的に更新されるものではない。この情報は、個々の患者の治療に関して、治療を実施している専門家の判断に代わることを意図したものではない。ASCO はこの情報を「現状のまま」で提供しており、情報に関して明示的、黙示的を問わずいかなる保証も行わない。ASCO は特定の用途や目的への適合性について、一切保証しない。ASCO は、この情報の使用や誤り、不備によって発生した人や財産への傷害や損害について、一切の責任を負わない。情報の使用は、[ASCO ウェブサイトの利用規約](#)に従うものとする。

医療従事者と診療に関する情報

このページの最終更新日は2020年4月28日である。更新は頻繁に確認すること。

COVID-19のパンデミックにおける希少資源の配分に関する ASCO のガイダンス

ASCO は、全国の医療機関が資源配分について難しい決断を下す準備をしている中で、がん領域のコミュニティが検討すべき新しい推奨事項を発表した。この勧告は、個々の配分の決定を行うためのガイダンスとなるものではない。

この勧告は、「がんに侵された各患者の本質的な価値観と尊厳」を支持し、資源配分の決定プロセスにおいて「希少な資源へのアクセスを考慮してがん患者を無条件に否定すべきではない」と述べている。

Journal of Clinical Oncology 誌に掲載された[全文](#)を参照すること。

CancerLinQ COVID-19 Insights

CancerLinQ では、参加機関のがん患者 150 万人のデータベースの中から、がん患者におけるコロナウイルス感染症の診断をモニターしている。コロナウイルス感染症は、SARS-CoV-2 ウイルスまたは β -コロナウイルスの検査陽性、および/またはコロナウイルス感染症の診断、および/または既知の薬剤に帰属しないウイルス性肺炎の診断を検索することで検出している。これらの症例の年齢、性別、人種、民族、がん診断といった患者特性を報告している。さらに、コロナウイルス感染症を発症したがん集団と同一施設の非感染患者集団を比較する目的で、コロナウイルス感染症を報告している施設のすべてのがん患者（「ベースライン症例」）について、患者特性を報告している。

また、エンカウンターデータも追跡している。2019年と比較して、遠隔医療のエンカウンターが大幅に増加している。このデータは、がんコミュニティの利益のために定期的に更新される。

医療従事者と診療に関する情報

ASCO はこのページに掲載されている医療従事者と診療に関するガイダンスを以下の方法で作成した。

- ・ ASCO では、ASCO の会員と非会員から寄せられた質問や、ASCO スタッフや臨床専門家のボランティアからの意見に基づいてトピックを決定する。
- ・ それぞれのトピックについて、ASCO スタッフは臨床専門家と複数回やりとりを行いながら協力してガイドンスを作成する。このガイドンスは、査読付き文献で発表されたエビデンス、国や地方の保健当局や専門機関（例：米国疾病管理予防センター（Centers for Disease Control and Prevention、以下 CDC）、米国心臓協会、米国放射線腫瘍学会など）が発行したガイドンスを参照している。
- ・ 作成されたガイドンスの草案は、ASCO の最高医療責任者と副社長によって審査され、患者ケアに関するすべての声明が承認される。
- ・ その後、承認されたガイドンスがページに掲載される。

ガイドンスは新しい情報が出てくるたびに更新される。他の組織や政府機関が公表しているガイドンスの変更との整合性を確保するために、すべてのコンテンツは ASCO スタッフによって定期的にレビューされている。最新の更新日はページのトップに記載されている。

診療所/センターの準備：COVID-19 の局所的な流行にどのように備えるべきか？

以下のガイダンスは、COVID-19 の局所的な流行の報告の有無にかかわらず、すべてのがん診療所において検討すべきである。

スタッフの準備：

- ・症状の理解、スクリーニングの手順、[標準予防策](#)と個人用防護具（PPE）の使用に関して、追加のトレーニングを行う。
- ・通常は使用しないスタッフが適切に作業を行うために必要となる場合に備えて、追加の個人用防護具を入手／調達する。
- ・最新の検査ガイドラインに従って、SARS-COV2 検査の方法についてトレーニングを行う。
- ・地域で利用できる電話によるメンタルヘルスサービスを確認し、患者とその家族、必要な場合にはスタッフに紹介する準備をする。

診療所の準備：

- ・可能であれば、施設の入り口を一箇所に限定する。
- ・業者や最小限の付帯サービス、大部分あるいはすべての面会者、18 歳未満の人の施設への立ち入りは制限すべきである。リモートまたはバーチャルサポートサービスを検討する。
- ・患者や面会者が立ち入る前に、社会的距離が 6 フィート離れた状態で COVID-19 の症状および発熱の有無をスクリーニングできるように、施設、診療所、またはオフィスの外にトリージステーションを設置する。
- ・施設の外でスクリーニングを行わない場合は、受付にバリアや社会的距離を離す仕組みを設置する。
- ・待合室を改造して、少なくとも 6 フィートの距離を空けることができるようにする。診察回数を減らすか、診察の間隔を長くして、待合室を縮小または廃止することができるようにする。
- ・単純な再配置やカーテンを患者間のバリアとして使用することで、現在の開放的な輸液室から、患者間の距離が少なくとも 6 フィート離れたセミプライベートな空間に変換する。
- ・施設内のすべてのグループ活動や患者活動（ヨガ、教育セミナー、グループサポートなど）を中断するか、仮想プラットフォームに変更する。

患者のスケジューリング：

- ・積極的ながん治療を受けていない患者では定期的なフォローアップ外来を延期する。これには 6 ヶ月および 12 ヶ月のサバイバーシップ外来が含まれる。
- ・定期的なフォローアップ外来の代わりに、簡単な遠隔診療を開始し、維持療法を受けてい

る患者に十分な薬剤が供給されているかを確認し、医療従事者に連絡すべきタイミングを指示する方がよい。

- ・サバイバーシップのケアでは、感染拡大による制限が長期化するほど、遠隔診療の重要性が高まる。サバイバーシップの診療に遠隔通信を導入するためには、今後数ヶ月間のスケジュールを把握する必要がある。
- ・遠隔通信、ウェブサイト、COVID-19 ウイルスに関する患者ポータルサイトを介して患者とのコミュニケーションや患者教育を行うこと、外来スケジュールの変更の根拠を示すことが不可欠になる。
- ・診療所への通院の代わりに、定期的に自宅で検体を採取することを考慮する。検査結果の評価は医療チームが行い、遠隔通信を用いて結果を連絡する。
- ・感染拡大の影響を受けていない地域では、緊急でない外来は延期して、緊急の外来の予定をより迅速に決めるべきである。

CDC は、近隣地域での COVID-19 の流行に備える準備や対応の手順について[ガイダンス](#)を公表している。

遠隔医療：定期的なフォローアップは遠隔医療に移行すべきか？

明らかに緊急ではない外来を延期するとともに、身体診察や治療、院内診断を必要としない患者には遠隔医療の導入を推奨する。

具体的には、

- ・対面でのトリアージや外来診察に代わる方法を検討する。
- ・遠隔医療を介して予約を取る。
- ・電話や遠隔通信で患者とやりとりを行うスタッフを固定する。スタッフが患者のトリアージと評価を迅速に行うためのプロトコルを作成する。
- ・電話でのトリアージ、患者ポータルサイト、オンライン評価ツールを利用することや、診療所スタッフに電話して会話するように患者に指導する。
- ・リスクの高い患者の症状モニタリングを遠隔診療で実施する。

The American College of Physicians は、遠隔医療サービスを配備するための[チュートリアル](#)を作成している。

The Federation of State Medical Boards は、どの州が COVID-19 に対応して遠隔医療の免許要件を変更したかを追跡できるように[情報源](#)を作成している。

遠隔医療の権利拡大に関する追加情報は、[COVID-19 Government, Reimbursement & Regulatory Updates](#) のページに掲載されている。

感染予防と感染管理：どのようなスクリーニング、感染予防、感染管理を行うべきか？

がんセンターでは、施設への入り口を一箇所に制限し、すべての患者と面会者に対して、施設や診療所、オフィスの外で COVID-19 の症状と発熱に関してスクリーニングすることを推奨する。その他の推奨事項は次のとおりである。

到着前

- ・予約の際に、受診予定日に呼吸器感染症（咳、咽頭痛、発熱など）の症状が出た場合には、事前に電話で予約を変更するように患者に指導する。症状に関係なく、施設に入る前にフェイスマスクなどの顔を覆うものを着用するようにアドバイスする。
- ・予約の前日までに患者に連絡し、咳、喉の痛み、発熱、その他のインフルエンザ様症状をスクリーニングする。症状がある場合は、トリアージプロトコルを利用して予約が必要なのか、在宅での管理が可能なのかを判断すべきである。患者が自宅で管理できる場合は、感染性がなくなると判断されるまで、予約を変更すべきである。（[Discontinuation of transmission-based precautions for patients with COVID-19](#)）

到着時または訪問中

- ・施設に入館する患者や面会者には、症状の有無にかかわらず、入館前に布製のフェイスカバーやフェイスマスクを着用し、COVID-19 の発熱や症状のスクリーニングを待つように指示する。
- ・面会は必要な場合に限り許可する。面会が必要な場合、面会者は1人に制限し、治療エリアへの立ち入りは断り、車の中で待つか、治療後に戻るように依頼する。呼吸器感染またはその他の感染症の症状を呈している面会者の立ち入りは拒否する。患者と面会者との対話には、携帯電話やタブレットでのビデオ通話などの代替手段の使用を推奨する。
- ・施設に入るすべての患者と面会者に対してスクリーニングを行う。
 - ・スクリーニングを行うスタッフに個人用防護具（マスクを含む PPE）、ゴミ箱、洗浄/消毒剤を提供する。
 - ・医療従事者は、医療施設にいる間は常にフェイスマスクを着用すべきである。フェイスマスクは、他人からの感染物質への曝露から着用者を保護することができるため、利用可能な場合には、布製のフェイスカバーよりもフェイスマスクの方が医療従事者には一般的に好まれる。

- ・患者と面会者に対して、咳、咽頭痛、発熱などの症状、過去 14 日間の海外渡航歴、呼吸器症状のある人や COVID-19 の感染が確認された人との接触について質問する。可能であれば、スクリーニング中に赤外線温度計を使用して体温を測定する。
- ・すべての患者と面会者に向けて、COVID-19 のスクリーニングの質問と症状のイラスト、注意事項、適切な感染予防策のイラスト、報告すべき症状を記載した掲示物を設置する。
- ・感染が疑われる患者にはフェイスマスクを配布し、より徹底したスクリーニングや検査が実施できるようになるまで速やかに隔離する。隔離は、診察室またはその他の個室のドアを閉めた状態で行う必要がある。
- ・COVID-19 の感染患者、あるいは感染疑いの患者の部屋に入るすべてのスタッフは、標準予防策を遵守し、N95 マスクまたはフェイスマスク、ガウン、手袋、およびゴーグルを使用する必要がある。布製のフェイスカバーは効果的な個人用防護具ではないことが証明されており、COVID-19 に感染している、または疑われている患者のケアの際、あるいは人工呼吸器やフェイスマスクが必要とされるその他の状況では着用すべきではない。
- ・呼吸器症状を呈する患者に対する行動計画を作成する（例：検査の手配、プライマリケアまたは保健所への連絡）。

CDC は、COVID-19 が流行している状況下での医療現場における感染管理と感染予防についての[ガイドランス](#)を公表している。

免疫不全、高齢者、その他のリスクの高い医療従事者を保護するにはどうすればよいか？

- ・以下の方法で曝露する機会を制限することで、すべての医療従事者を保護する。
 - ・標準予防策やその他の感染予防・管理戦略を用いて、曝露の機会を制限する。
 - ・予約業務、会計業務、電話業務のスタッフの在宅勤務を許可し、診療所内のスタッフ数を減らす。
 - ・カンファレンスやミーティングをバーチャルな形式に移行する。
 - ・遠隔医療やその他の遠隔での患者管理システムを利用する。
- ・日常診療の一環として、自身の発熱や COVID-19 の症状を定期的にモニターすることが医療従事者には求められる。
 - ・医療従事者は、病気の時は自宅で待機する必要がある。
 - ・医療従事者が仕事に発熱 ($\geq 100.0^{\circ}\text{F}$ (\approx 摂氏 37.8°C)) や COVID-19 の症状を発症した場合は、フェイスマスクを着用したままにして、上司に報告し、職場を離れるべきである。
- ・すべての医療従事者に対して、仕事の最初に、発熱と COVID-19 の症状をスクリーニング

する。

・医療従事者の中には、業務の変更やその他の調整を必要とする可能性のある更なるリスク要因を持っている人もいます。そのような医療従事者は、自身のかかりつけ医に感染のリスク評価を依頼し、人事部に該当する法律や政策を評価するように連絡する必要がある。

・CDC の医療従事者における感染管理に関するガイドライン（1998 年）には、「雇用主への強制力はないが、免疫不全の医療従事者の要請に応じて、雇用主は医療従事者が病原体への職業的曝露のリスクが可能な限り低くなるような職場環境を提供する必要がある」と記載されている。

COVID-19 に感染した患者を治療したスタッフは隔離すべきか？

CDC は、曝露の可能性のある医療従事者のリスク評価と公衆衛生管理に関するガイダンスを公表している。リスク評価は、接触時間、個人用保護具の使用、患者がフェイスマスクを着用していたかどうかに基づいて評価する。CDC が公表しているリスク要因、推奨するモニタリング、および就業制限については、[こちら](#)を参照すること。

COVID-19 の感染が判明した職員や感染疑いの職員が回復した場合、いつ職場に復帰するのがよいか？

CDC の「[Criteria for Return to Work for Healthcare Personnel with Confirmed or Suspected COVID-19 \(interim guidance\)](#)」を参照すること。

臨床試験：臨床試験の治験責任医師は COVID-19 のパンデミックにどのように対応すべきか？

ASCO は、この時期の臨床試験の実施は特に困難であることを認識している。

・ASCO は、パンデミックで現在直面している臨床プログラムと課題について、新たな調査を実施した。調査結果は、近日 JCO Oncology Practice 誌に掲載される予定である。公開前のバージョンの記事は、[こちら](#)で参照可能である。

・FDA は、コロナウイルスのパンデミック時における臨床試験患者の管理に関するガイダンスを公表した。

・国立がん研究所は、NCI Central Institutional Review Board の[ウェブサイト](#)上で、アドバイスやよくある質問を含むガイダンスを公表している。

医薬品の不足:すべての患者が化学療法/生物療法の薬をすぐに利用できるようにするにはどうしたらよいか?

ASCO は、会員が協力して、不足している資源を慎重に使用するよう奨励している。今回の感染拡大に伴い、医薬品不足に陥る可能性は十分にあるが、信頼性の高い情報を提供してくれるリソースがある。FDA は、不足している医薬品の[リスト](#)を所持しており、これには、予想される不足期間や代わりに薬を提供できる医療機関がある場合は、その情報も含まれる。

FDA は、不足している可能性のある重要な医薬品や生物学的製剤、施設で厳密に管理・配給されている医薬品や生物学的製剤について、医療機関に報告するように求めている。報告書には、その薬剤が診療において重要であると考えられる理由を含めて報告する。不足している医薬品を報告するには、[How to Report a Product Shortage or Supply Issue to FDA](#) を参照すること。

医療従事者の健康:感染拡大の中で患者をケアする腫瘍医やスタッフのためのメンタルヘルスのリソースはあるか?

がん診療に携わる医療従事者は、COVID-19 のパンデミックによってストレスの増大を感じている可能性が高い。次のページには、ストレスに関する情報、心身の健康をサポートするためのヒント、他のリソースへのリンクが含まれている。ASCO は新しいリソースが利用可能になり次第、このコンテンツを更新していく。

医療従事者の健康

臨床医は、以下に示す多くの要因により、危機時にストレスが増大するリスクがある。

- ・ 隔離：厳格なバイオセキュリティ対策を講じる必要性；友人や家族からの物理的な隔離
- ・ リスク：病気の感染リスク；自分自身と家族、同僚の健康に対する不安
- ・ 競合的な要求：複数の医療的および個人的な要求；典型的な日常業務と COVID-19 への対応の競合的な要求；家族ケアの責任の変化
- ・ 臨床的な課題：患者ケアにおける困難な選択と課題、患者の心配；面会制限中の患者と家族のサポート

出典：US Department of Veterans Affairs, [Managing Healthcare Workers' Stress Associated with COVID-19 Virus Outbreak](#); National Academies, [Duty to Plan: Health Care, Crisis Standards of Care, and Novel Coronavirus SARS-CoV-2](#)

対処力を高めるためのヒント

- ・ ソーシャルサポートの維持
- ・ 情報過多を避ける
- ・ 信頼できる情報を信用する
- ・ 新型コロナウイルスに関するニュースやソーシャルメディアから距離を置く

心身の健康を高めるためのヒント

- ・ 深呼吸、ストレッチ、瞑想を行う
- ・ 健康的な食事、運動、規則正しい睡眠の維持を心がける
- ・ 時間をかけてリラックスする
- ・ ソーシャルディスタンスを実践しながら、バーチャルで社会的なつながりを維持する（電話、Face Time、Skype、Twitter、テキストなど）
- ・ マインドフルプラクティスを取り入れる：臨床でのやりとりを行いながら、意図的に、中立的に現在の患者の体験に注意を払う。マインドフルネスには、自分自身、患者、目の前の問題を注意深く観察することが含まれる。ジャーナリングも、難渋した症例を診察する際に役立つかもしれない。
- ・ 演習：丁寧な手洗い（またはハンドジェルの使用）：水／ジェルの重さ、温度、音、流れなどに焦点を当てて意識して注意を向ける。水/ジェルを見る。思考は迷うかもしれないが、それを認め、焦点を水に戻す。
- ・ 途方にくれたように感じたり、自身や他人に害を及ぼす危険があると感じたりする場合は、COVID-19 によるストレスに対処するためにメンタルヘルスやその他のサポートを依頼する。

その他のリソース

- ・ [PTSD Coach](#)：トラウマの経験の影響を受けている、または可能性のある人を支援するために復員軍人援護局と国防総省が作成したアプリ
- ・ [Doctor On Demand](#)：行動保健に焦点を当てた遠隔医療サービス
- ・ Substance Abuse and Mental Health Services Administration' (SAMHSA's) Disaster Distress Helpline：1-800-985-5990 or text TalkWithUs to 66746. (TTY 1-800-846-8517)
- ・ [Talk Space](#)：COVID と闘う医療従事者に無料のオンラインセラピーを提供
- ・ 米国医師会、[Caring for our Caregivers During COVID-19](#)
- ・ アメリカ心理学協会、[Resources for Pandemic](#)
- ・ Cates, Gomes, and Krasilovsky. Bioemergency Planning, [Behavioral Health Support for Patients, Families, and Healthcare Workers](#)

患者やスタッフを守るために、他の組織がパンデミックにどのように取り組んでいるかの実

例はあるか？

The Levine Cancer Institute は、JCO Oncology Practice 誌に近日掲載される予定の[論文](#)の中で、その取り組みを紹介している。

シンガポールの国立大学がん研究所は、2003 年の SARS と COVID-19 の影響を受けて、がん医療を維持するための [segregated-team model](#) を開発し、Annals of Oncology 誌に掲載される予定である。

免責事項

ここで公開された COVID-19 に関する質問への回答は、急速に拡大する COVID-19 の危機に対して、米国臨床腫瘍学会（ASCO）が自発的に情報提供を行っている。この情報は、医学的または法的なアドバイスではなく、個々の疾患の診断や治療に使用することを目的としたものではなく、製品や治療法を推奨したり、特定の医療コースを推奨したり強制したりするものではなく、標準的な治療法を示すものでもない。情報が作成されてから公表されるまでの間に、新たなエビデンスが出てくる可能性がある。情報は包括的ではなく、継続的に更新されるものではない。この情報は、個々の患者の治療に関して、治療を実施している専門家の判断に代わることを意図したものではない。ASCO はこの情報を「現状のまま」で提供しており、情報に関して明示的、黙示的を問わずいかなる保証も行わない。ASCO は特定の用途や目的への適合性について、一切保証しない。ASCO は、この情報の使用や誤り、不備によって発生した人や財産への傷害や損害について、一切の責任を負わない。情報の使用は、[ASCO ウェブサイトの利用規約](#)に従うものとする。