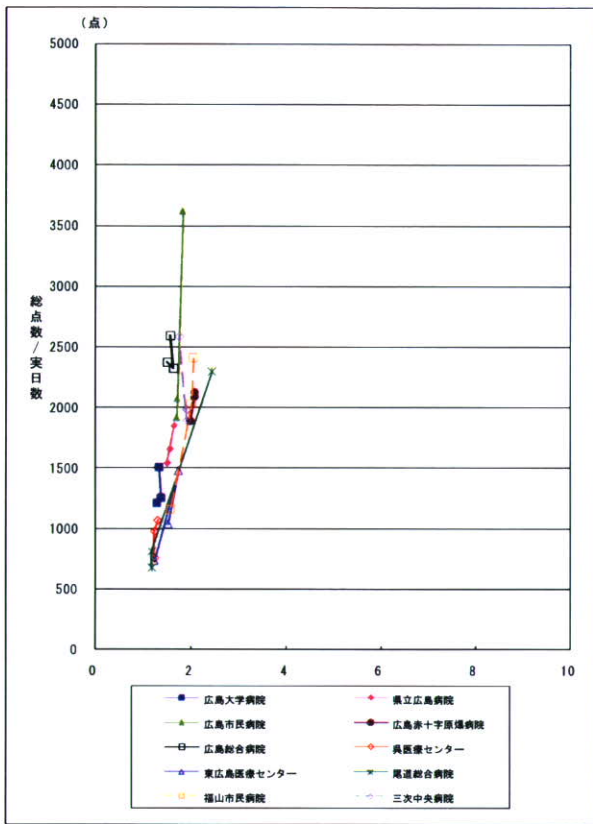
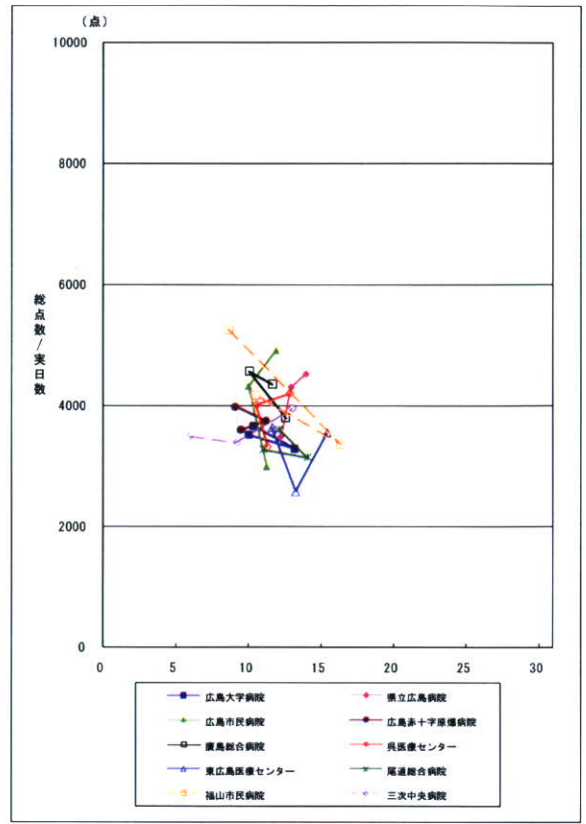


広島県国保レセプト 疾患別 がん拠点病院の平均医療費・平均診察日数

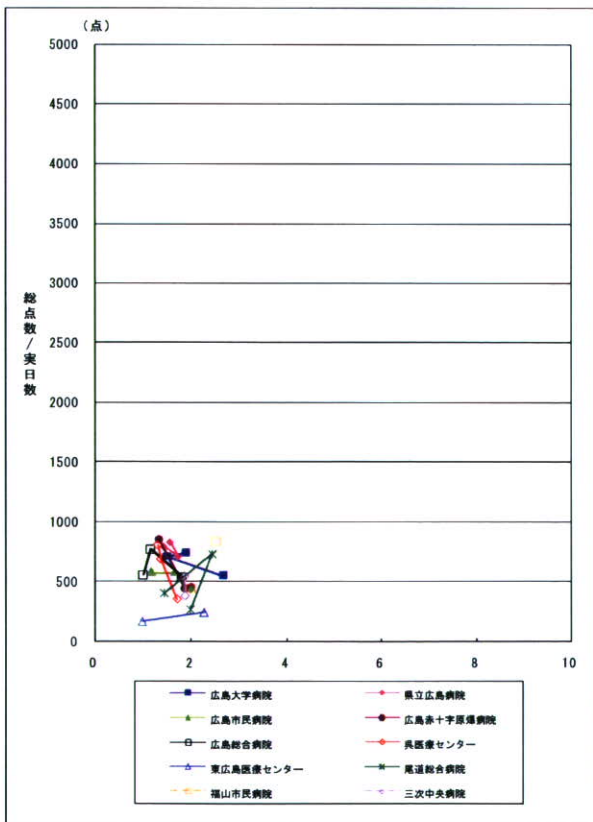


(外来)

XIV. 尿路器系の疾患

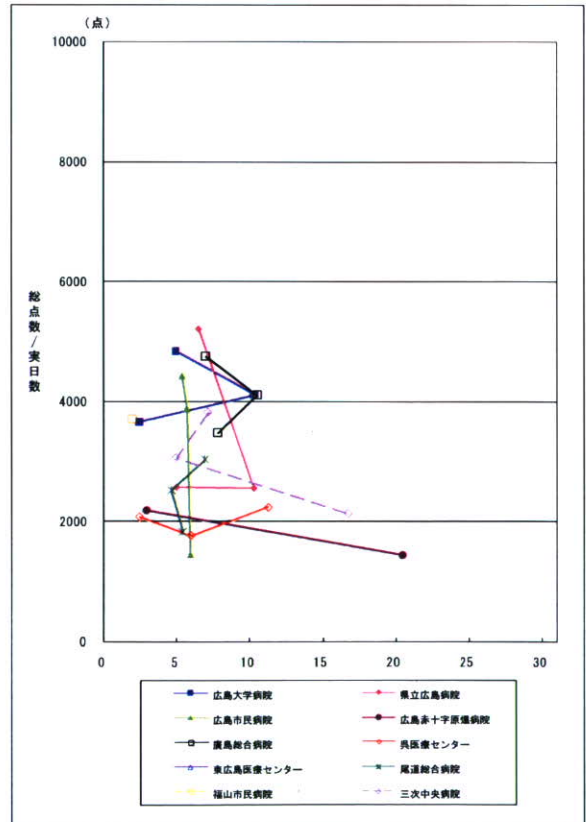


(入院)



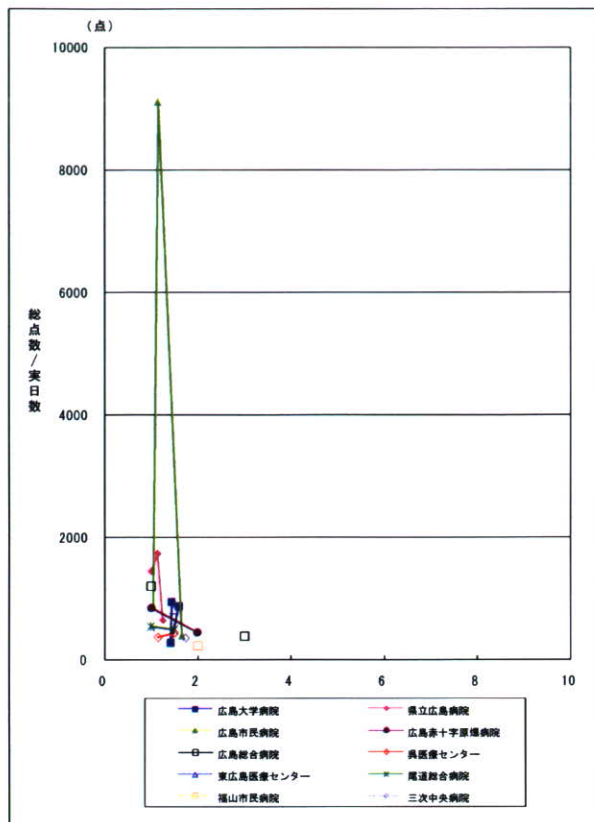
(外来)

XV. 妊娠、分娩及び産じょく



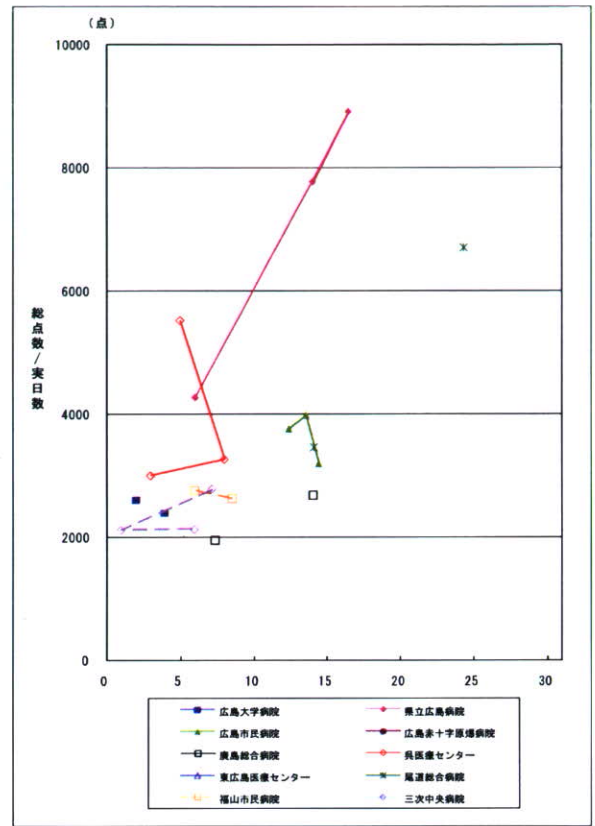
(入院)

広島県国保レセプト 疾患別 がん拠点病院の平均医療費・平均診察日数

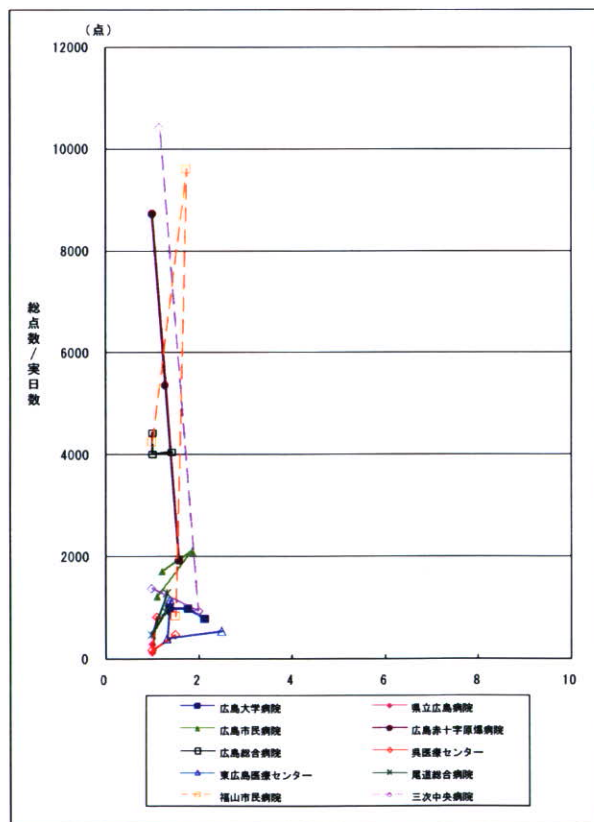


(外来)

XVI. 周産期に発生した病態

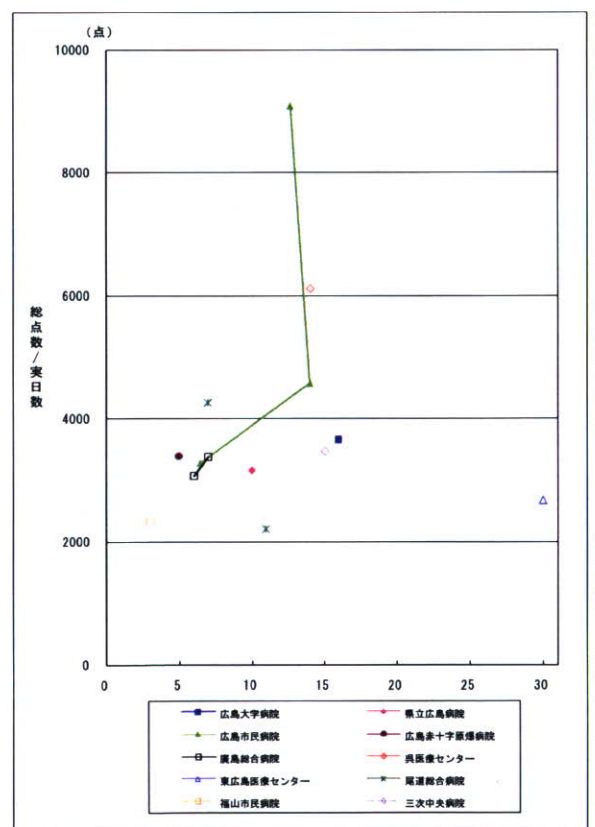


(入院)



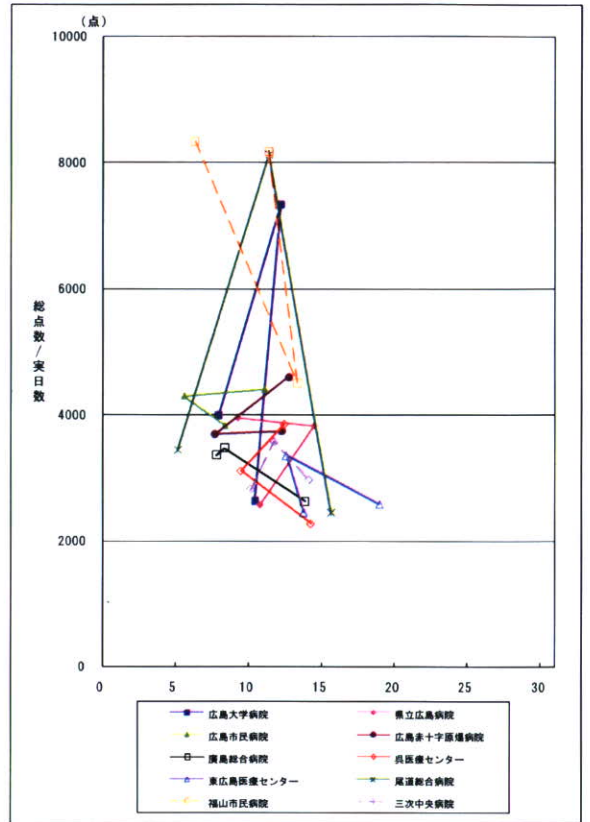
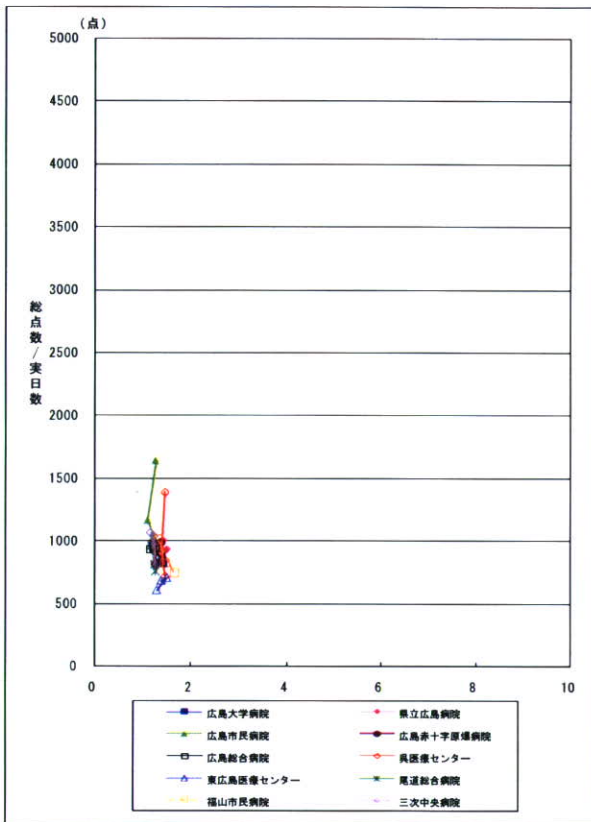
(外来)

XVII. 先天奇形、変形及び染色体異常

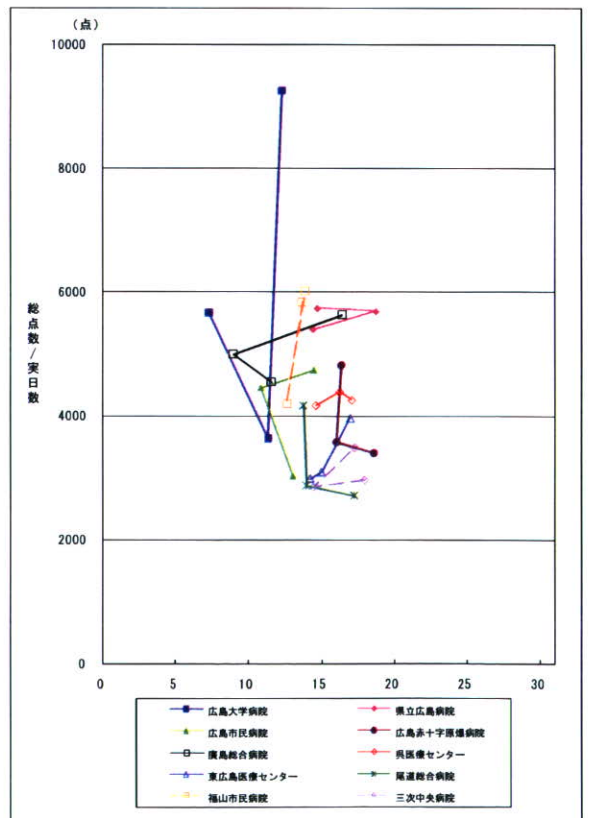
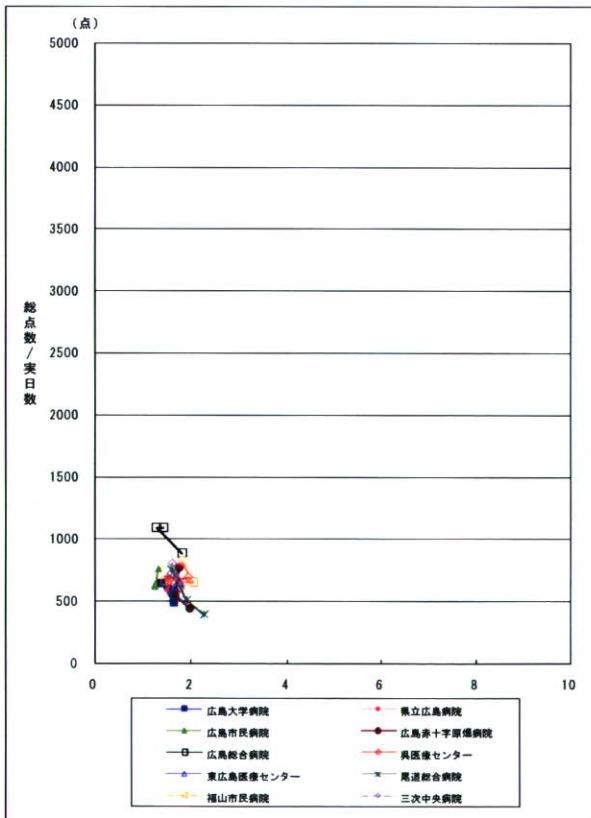


(入院)

広島県国保レセプト 疾患別 がん拠点病院の平均医療費・平均診察日数

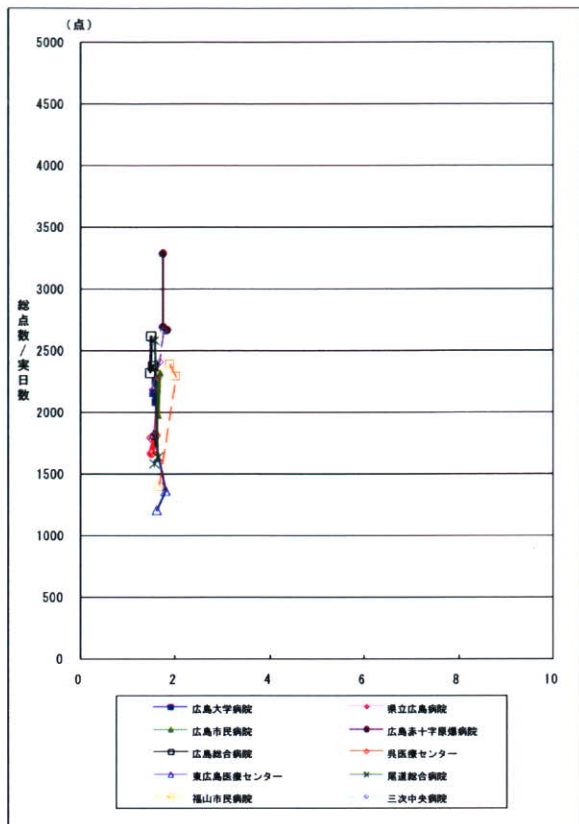


(外来) XⅧ. 症状、徴候及び異常臨床所見・ (入院)
異常検査所で他に分類されないもの

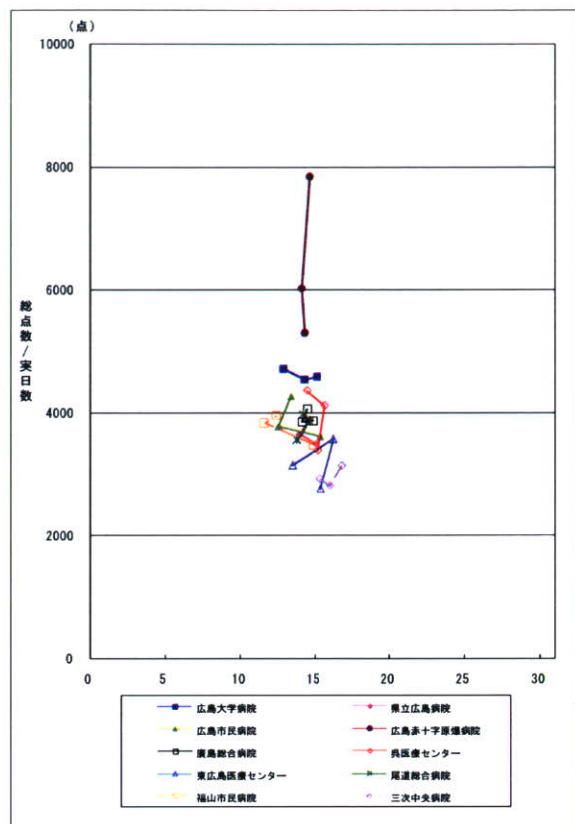


(外来) XⅨ. 損傷、中毒及びその他の外因の影響 (入院)

広島県国保レセプト がん別 がん拠点病院の平均医療費・平均診察日数

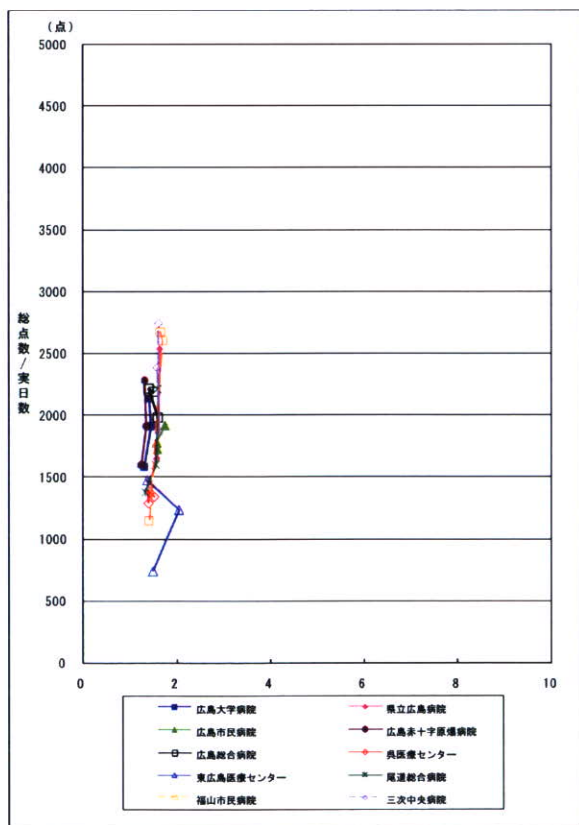


(外来)

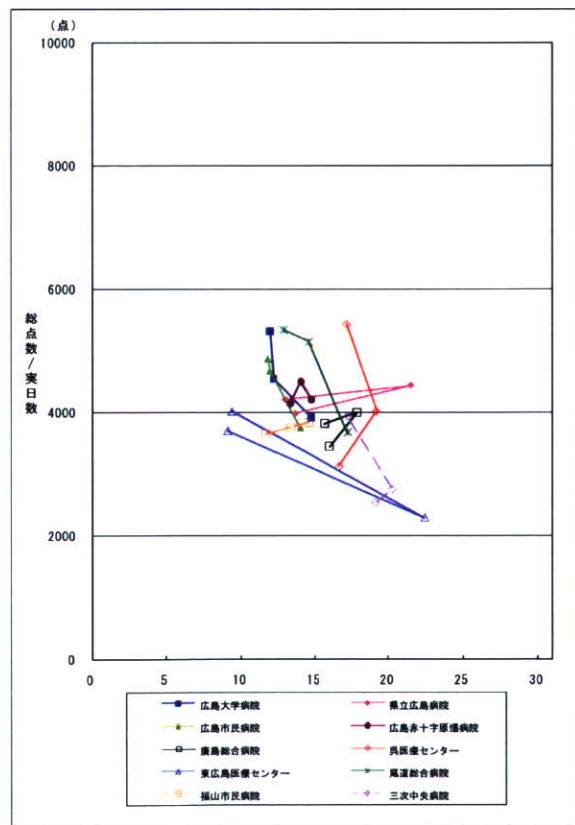


(入院)

総 数



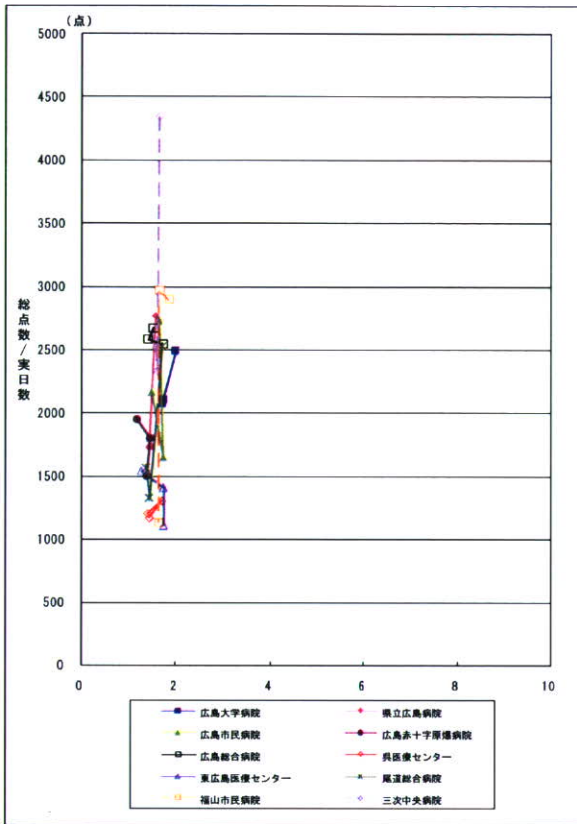
(外来)



(入院)

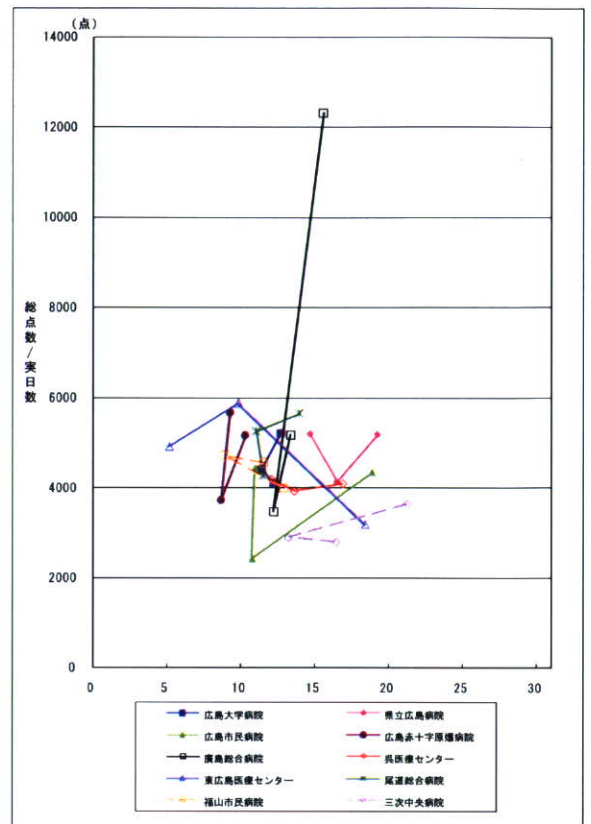
胃の悪性新生物

広島県国保レセプト がん別 がん拠点病院の平均医療費・平均診察日数

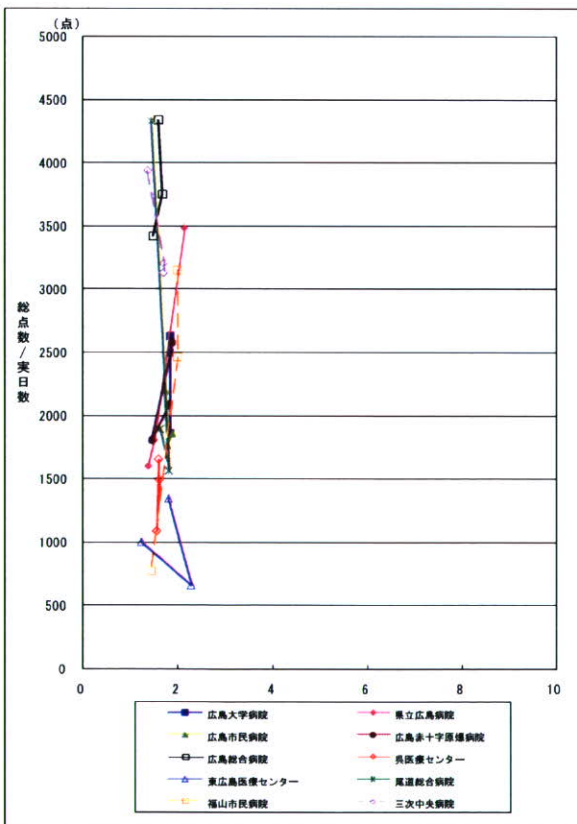


(外来)

結腸の悪性新生物

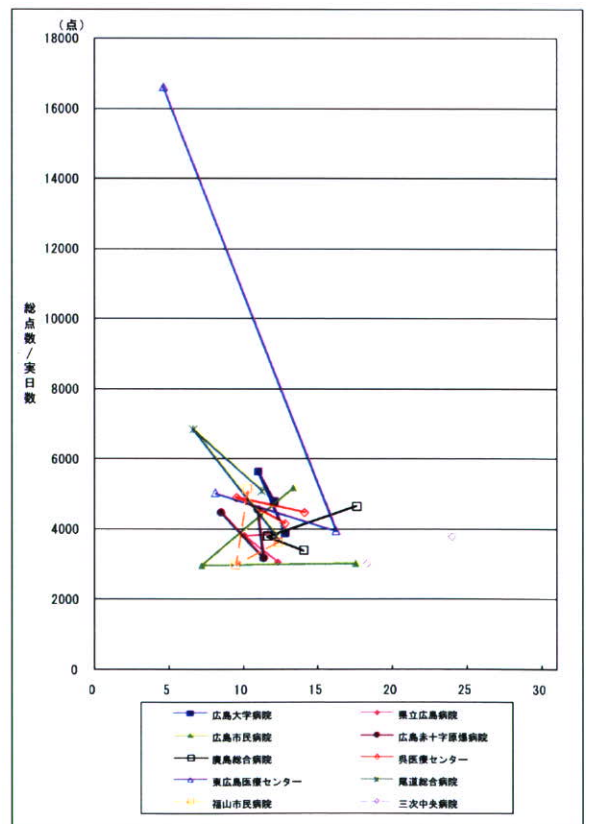


(入院)



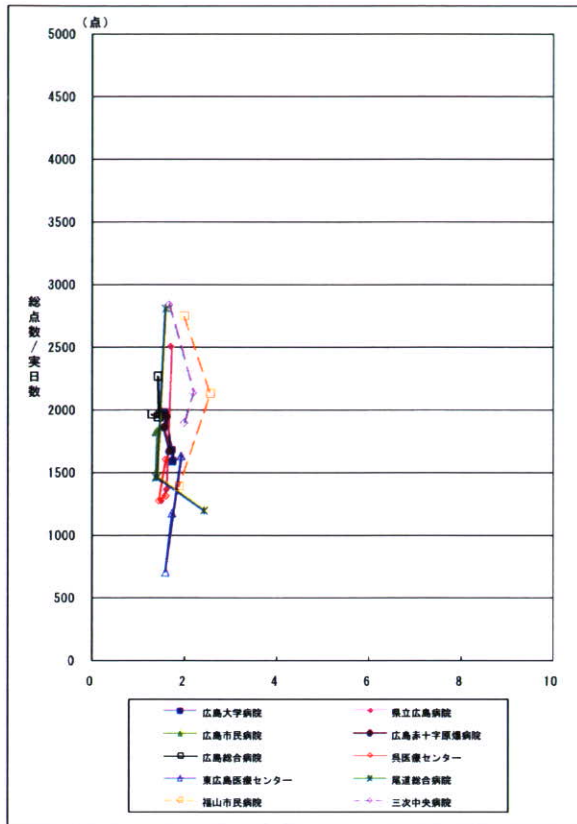
(外来)

直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物



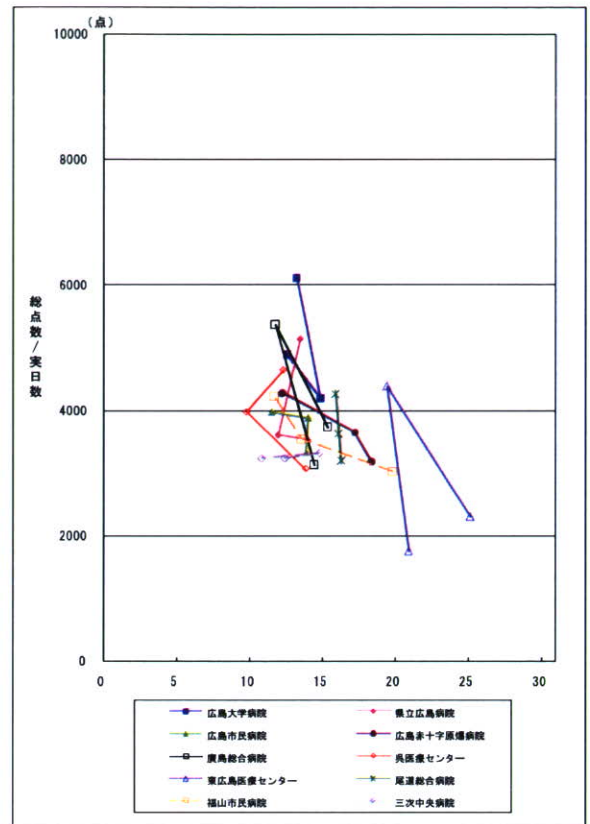
(入院)

広島県国保レセプト がん別 がん拠点病院の平均医療費・平均診察日数

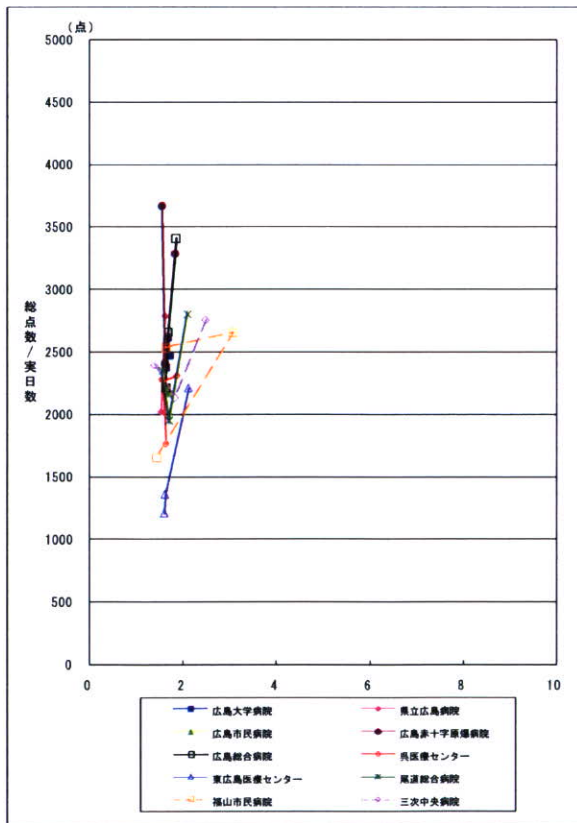


(外来)

肝及び肝内胆管の悪性新生物

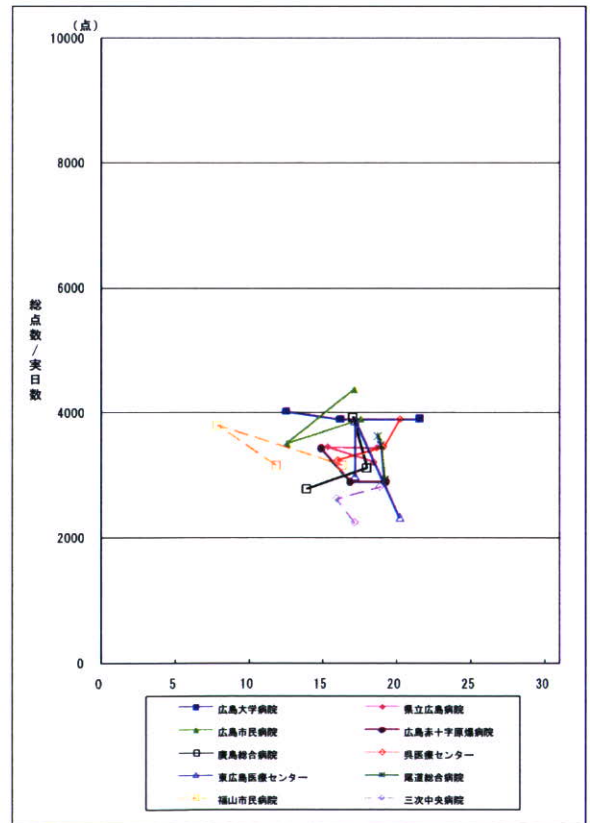


(入院)



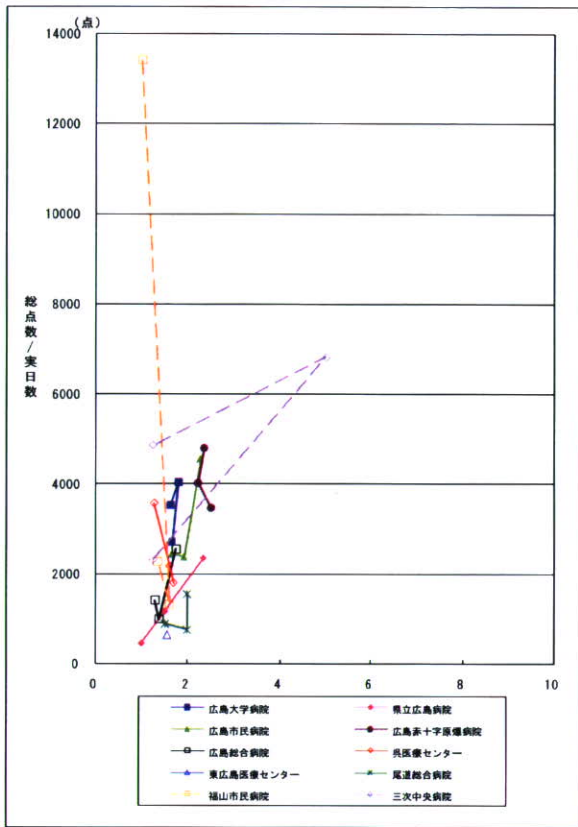
(外来)

気管、気管支及び肺の悪性新生物

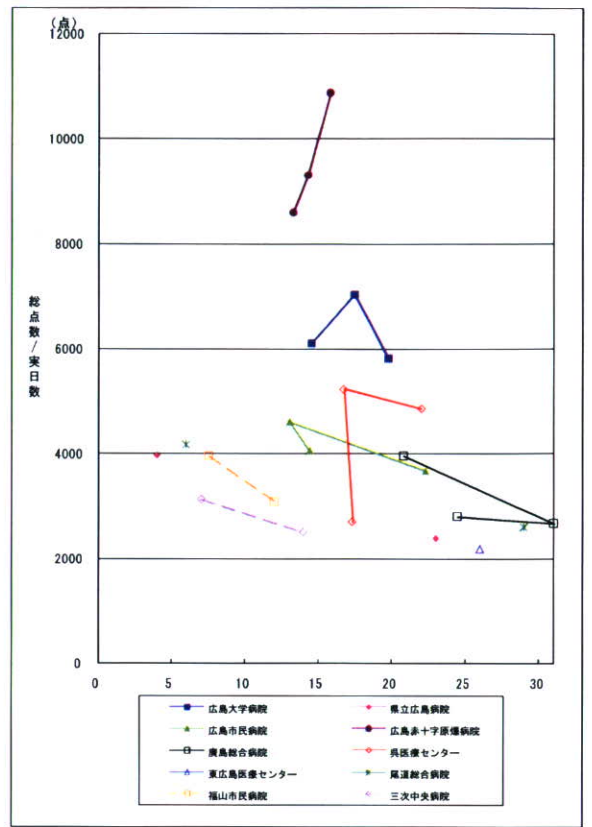


(入院)

広島県国保レセプト がん別 がん拠点病院の平均医療費・平均診察日数

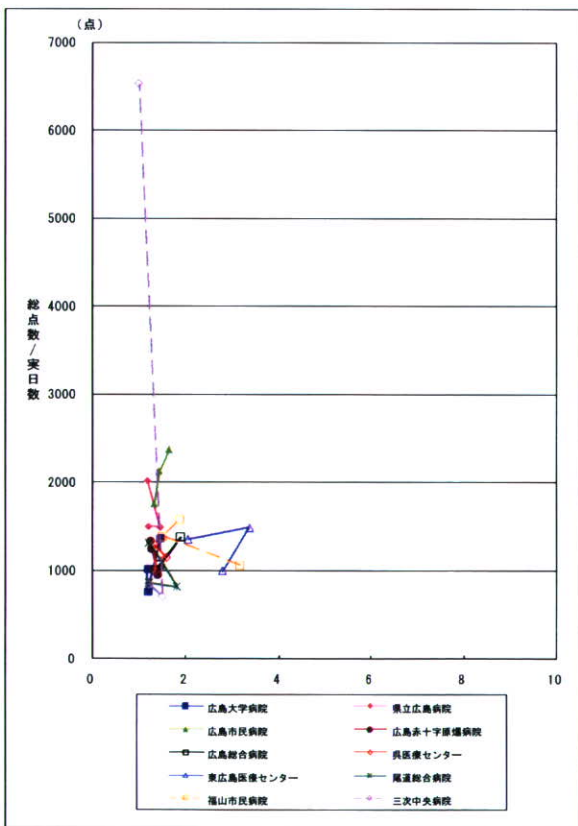


(外来)

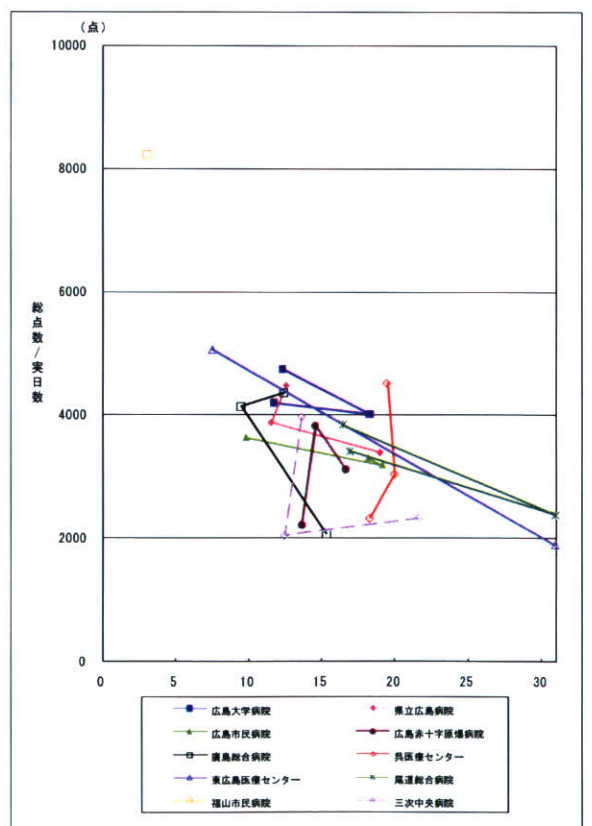


(入院)

悪性リンパ腫



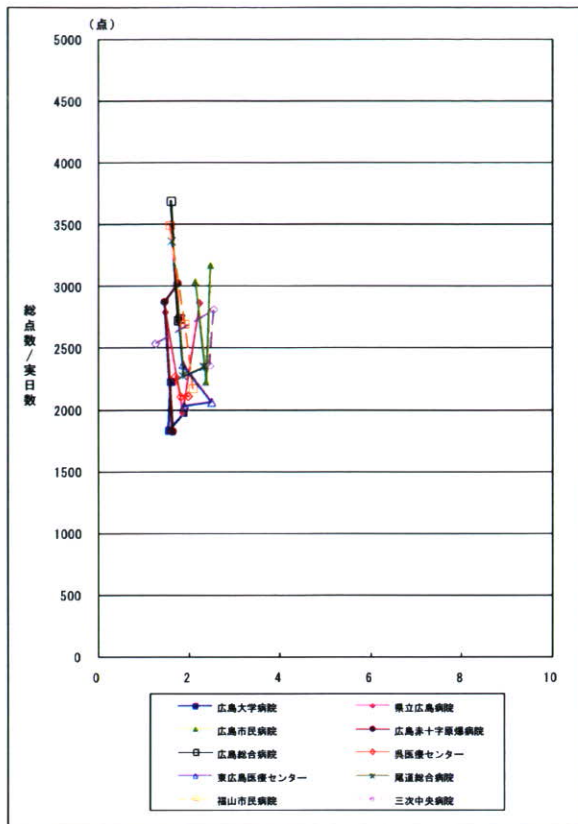
(外来)



(入院)

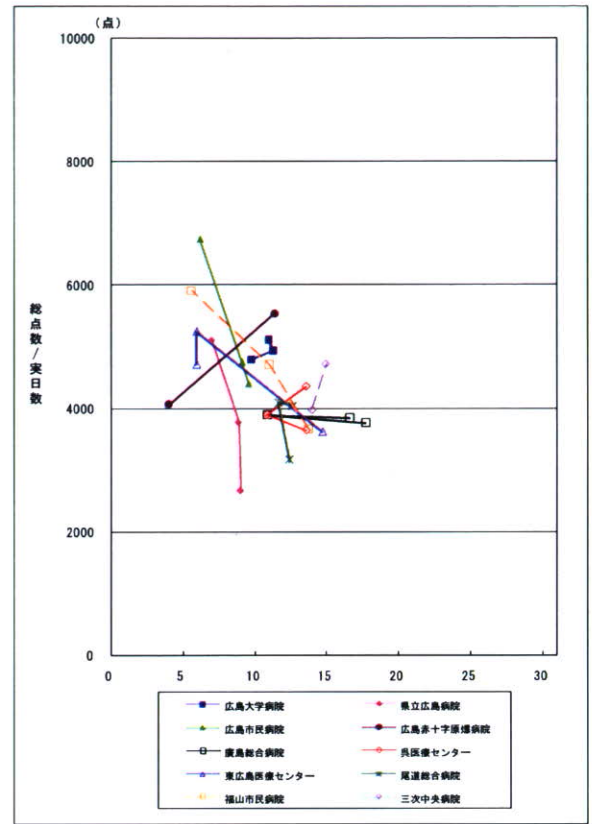
子宮の悪性新生物

広島県国保レセプト がん別 がん拠点病院の平均医療費・平均診察日数

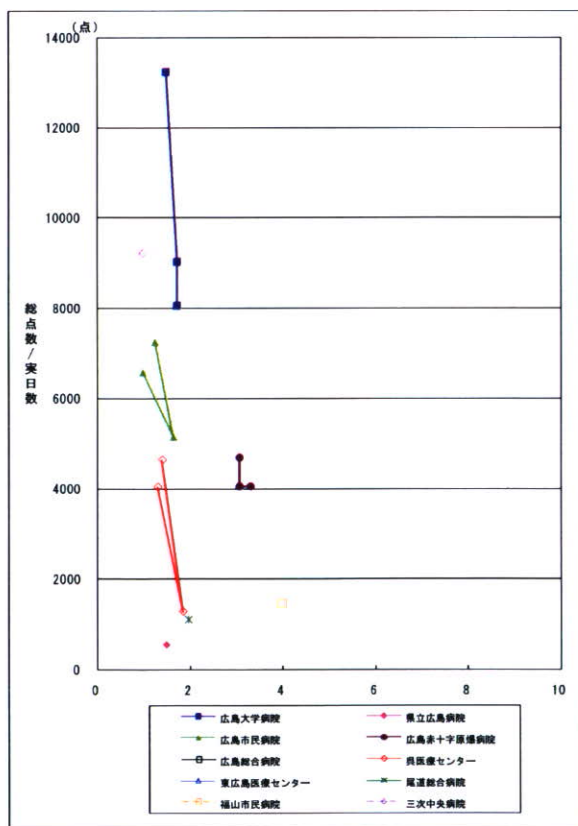


(外来)

乳房の悪性新生物

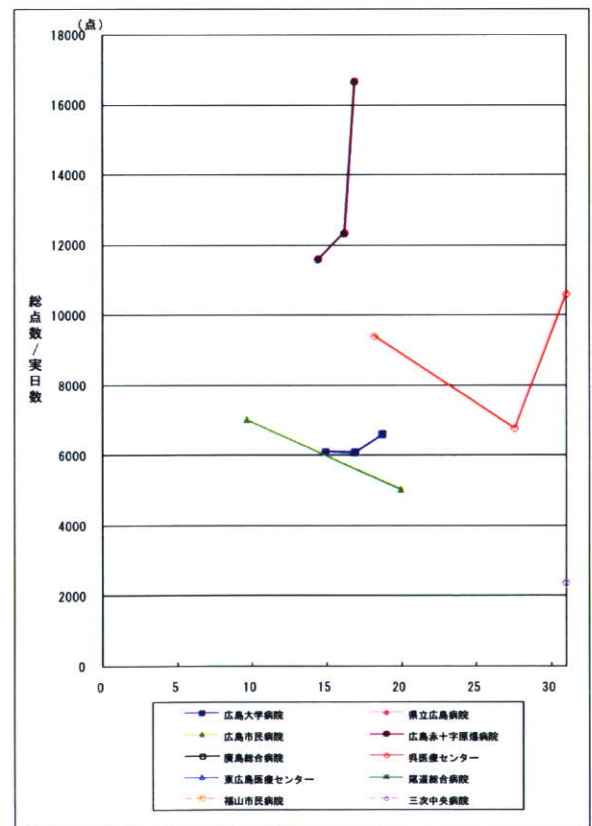


(入院)



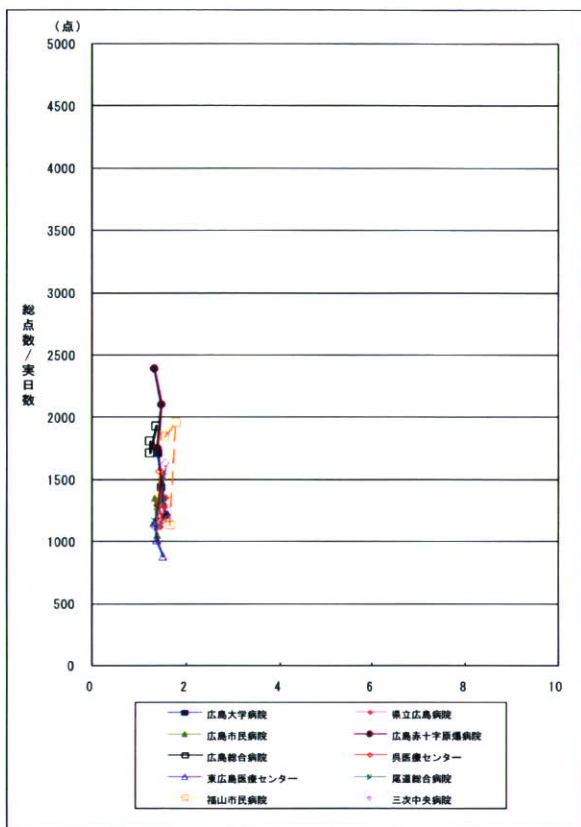
(外来)

白血病



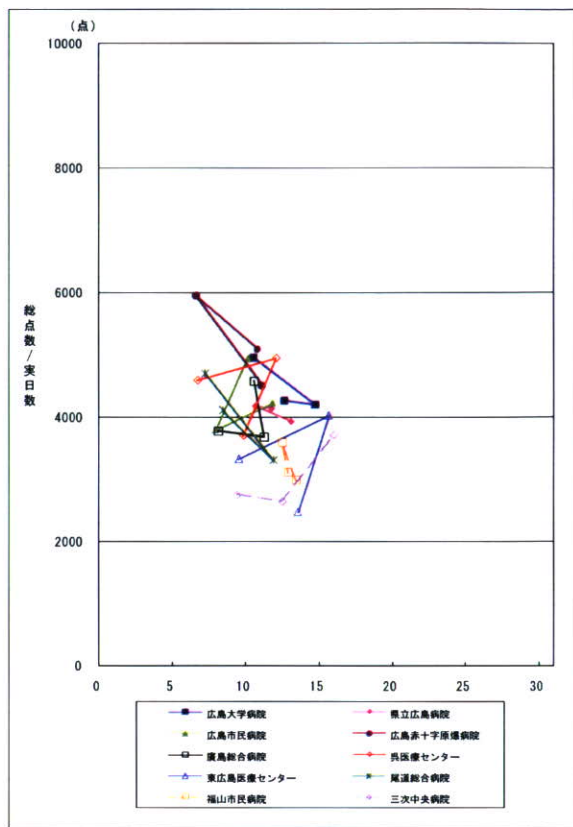
(入院)

広島県国保レセプト がん別 がん拠点病院の平均医療費・平均診察日数

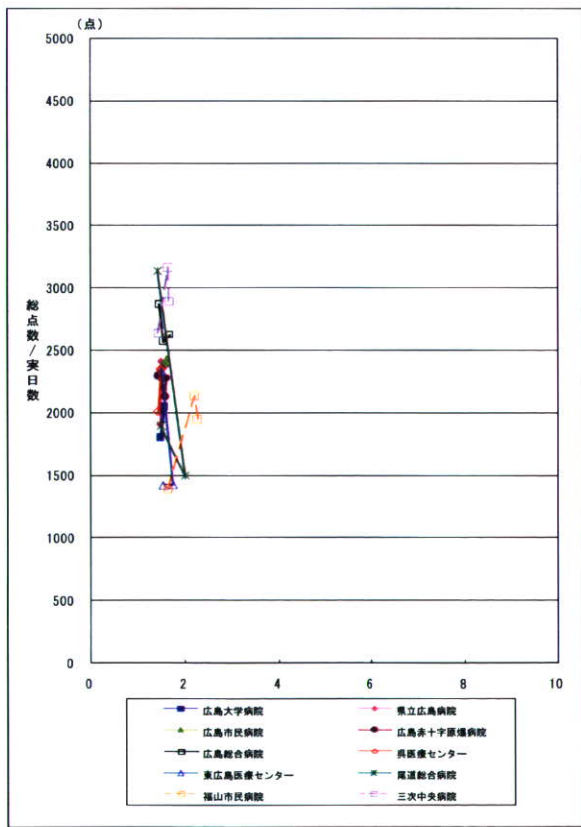


(外来)

良性新生物及びその他の新生物

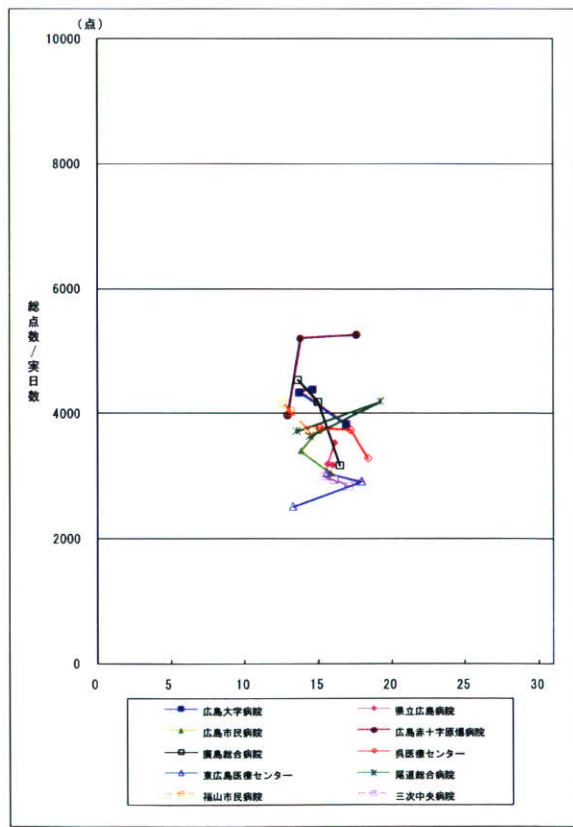


(入院)



(外来)

その他の悪性新生物



(入院)

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
（分担）研究報告書

DPCデータを用い、がん症例のデータ収集の可能性に関する研究

分担研究者 佐能 孝 広島国際大学医療福祉学部医療経営学科教授

研究要旨

DPCデータを用いて、がん症例のデータ収集は困難である。DPCデータには、論理的ストーリー性を考慮した記入がなされていないため、また、記入項目の定義が十分されていないため、がん医療に有用な医学的データ収集は不可能である。DPCの導入で、基幹病院といえども、収益に若干重点を置いた医療が行われている可能性がある。

A. 研究目的

入手できた産婦人科DPCデータを使用し、日本語で表記された、主傷病名、入院の契機となった傷病名、医療資源を最も投入した傷病名の記載の妥当性と診療報酬請求した治療（手術）の妥当性を評価する。

B. 研究方法

入手できた、29施設 2531例 産科1078例（同月手術又は処置例 518例） 婦人科1453例（同月手術又は処置例 885例）を用いた。今回は、子宮頸部の新生物（いわゆる前癌病変、癌病変）に焦点を絞って検討した。子宮頸部の新生物は、病理学的診断、臨床診断が混在することが考えられこの点に焦点を絞った検討を行った。また、治療法（術式）、麻酔法について検討した。

C. 研究結果

1) 病名の日本語表記について

日本語での病名の表記に統一性が見られない。施設内では統一できているのであろうが、施設間での統一性がないものがある。例えば、同様の病状と考えられる、病理学的には「子宮頸部上皮内癌」を「子宮頸癌0期」と

表記されている例がある。また、ICD-10では、高度異型性、CIN、上皮内癌を分類しないが、日本語表記では、「子宮頸部上皮異形成・異型度3」「高度異形成」「高度子宮頸部異形成」等の表現が見られる。ICD-10では、子宮頸部の上皮内癌を「子宮頸内膜」と「子宮外頸部」に分類しているが、1施設のみこの点に留意して診断をつけていた。病状として同じ状態のものを、病理学的立場から日本語表記している施設、臨床上の扱いから日本語表記している施設、ICD-10を考慮して日本語表記をしている施設が混在している。同様な表現の違いが、「子宮体癌」「子宮内膜癌」の表記の差も確認された。

2) 病名の論理性について

ほとんどの施設が、子宮頸部の診断表記が、「主傷病名」、「入院の契機となった傷病名」、「医療資源を最も投入した傷病名」が同一である。これは、外来で確定診断ができ、治療目的で入院治療したと推察される。しかしながら、倫理性を逸脱している表記が見られた。「主傷病名」、「入院の契機となった傷病名」が「子宮頸癌」であり、「医療資源を最も投入した傷病名」が、「子宮頸部異形成」と表記されている大学病院が存在した。外来の組織診

断で「子宮頸癌（子宮頸部上皮内癌と推察）」であれば、その治療を目的に入院し、摘出したのであれば、摘出物の病理診断が「子宮頸部異形成」であっても、診断としては、「子宮頸癌（子宮頸部上皮内癌）」と表記すべきであり、論理性が欠如している例があった。

3) 病名と治療法（手術術式）について

悪性腫瘍を取り扱う婦人科医の共通認識として、子宮頸部上皮内癌（臨床進行期 0 期）の治療法としての術式を選択する場合、子宮頸部摘出術（K867-3 3330 点）、子宮頸部に対しレーザー照射（K867-4 3330 点）、子宮全摘術（K877 17600 点）、または、大変稀であるが、腹腔鏡下膣式子宮全摘術（K877-2 38500 点）を選択すると考えられる。しかし、ある公立の中核病院では、子宮悪性腫瘍手術（K879 39000 点）を行っている。再手術との表記があり、円錐切除術後（子宮頸部摘出術）に、摘出物の病理診断で「子宮頸部上皮内癌」が判明し、残存子宮を摘出したと考えられるが、子宮悪性腫瘍手術（K879）を広汎性子宮全摘術と考えるなら、この術式の実施は婦人科医の共通認識からして over surgery と考えられ疑問である。

また、同一と考えられる術式も日本語表記のさが認められ、診療報酬請求上の名称「子宮頸部摘出術（K867-3）」とほとんどの施設では表記されていたが、ある地方の中核病院では、子宮膣部円錐切除術（K867）と日本語表記されていた。医師が実施した術式は、子宮膣部円錐切除術であるが、手術名として、「子宮膣部円錐切除術」なのか。保険請求上の術式として「子宮頸部摘出術」なのか統一性がない状態である。ICD-9CMでは、69-95 に集約されると考えられるが、ICD-9CMの記載もされていない状態である。

4) 術式と麻酔法について

今回の検討対象例で子宮頸部摘出術（K867-3）を実施した症例は、69 例ありその内、硬膜外麻酔のみ 2 例（3%）、静脈麻酔 6 例（9%）、脊椎麻酔 46 例（67%） 全身麻酔（硬膜外麻酔を伴うを含む）15 例（22%）で

あった。傾向として、全身麻酔が多用される傾向にあったと考えられる。全身麻酔 15 例の内、9 例が同一の私立医科大学病院であることも特徴であり、この病院は、全例全身麻酔で子宮頸部摘出術（上皮内癌、異型性にかかわらず）を行っていた。この施設は、分娩時の会陰切開縫合は、局所麻酔、帝王切開は脊椎麻酔、流産手術は静脈麻酔、その他主な婦人科手術は全例全身麻酔を行っているようである。

D. 考察

今回の検討は、子宮の新生物に焦点を絞った検討を行った。研究結果の 1) の如く、施設間での日本語病名の表記に差が生じている。臨床診断とするのか、病理診断を記載するのかという点でも一致が見られない。現在使用される病名自体が、臨床診断、病理診断、病理診断の基にした ICD-10 の混在に起因していると考えられる。また、同一病態でも、例えば、子宮頸部上皮内癌という概念は海外ではなく、海外では、子宮頸部異形性という範疇になる。どう扱うべきかは、学会等で議論されるべきであるが、一定の結論が出るまでの社会的取り扱い方、表記法を決めないと、混乱は収拾できないのが実情である。

病名の記載、入力に論理性を持たせる必要を感じる。「主病名」、「入院の契機となった傷病名」、「医療資源を最も投入した傷病名」の定義が十分浸透していないためか、記載者の問題（医師か事務職員か、診療情報管理士か）か、いずれにしても論理的ストーリーに欠ける記入である。全体的に、「主傷病名」、「入院の契機となった傷病名」「医療資源を最も投入した傷病名」を同一にしようとする意志が働いているように推察される。典型的な例を示すと、例えば、「主傷病名」、「入院の契機となった傷病名」、「医療資源を最も投入した傷病名」がいずれも「子宮頸癌」であり、手術（処置）が「経尿道的尿管ステント留置術」となっている。推測の域を出ないが、「主傷病名」は「子宮頸癌の放射線治療後」（再発を伴うか

どうかは判断できない)で「入院の契機となった傷病名」は「水腎症」で「医療資源を最も投入した傷病名」も「水腎症」と記載する必要があるであろう。また、今回検討の子宮頸部の新生物の範疇を外れ産科であるが、「主傷病名」、「入院の契機となった傷病名」、「医療資源を最も投入した傷病名」がいずれも「自然頭位分娩 39 週」がある。あえて、論理性を持たせるなら、「主傷病名」は、「初産婦(妊娠 39 週)」、「入院の契機となった傷病名」は「初産婦(妊娠 39 週) 陣痛発来」、「医療資源を最も投入した傷病名」は、「自然頭位分娩 39 週」という表記になるであろう。また、研究結果でも示したが、「主傷病名」、「入院の契機となった傷病名」が「子宮頸癌」で「医療資源を最も投入した傷病名」が、「子宮頸部異形成」とは、論理性が失われている。このように、論理的ストーリー性がないものがほとんどで、「主傷病名」、「入院の契機となった傷病名」、「医療資源を最も投入した傷病名」を意識していない記入がほとんどである。

病名と治療法(手術術式)について研究結果でも示したが、「主傷病名」、「入院の契機となった傷病名」、「医療資源を最も投入した傷病名」「手術名」にストーリー性がない例が多い。研究結果でも示した症例は、over surgery なのか、実際は子宮全摘術を行ったにもかかわらず「癌」病名がついているので医事的に、「子宮悪性腫瘍手術」にしたのか、病名が問題なのか判断つかない例がある。こういった、論理性、ストーリー性が欠如しているデータの解析をすると、症例数の問題もあるが、間違った解析になりかねないと考える。

手術術式に関して、ICD-9CMの記入がされていない。この点からも、論理性を高めよう、ストーリー性を表現しようという意識ではなく、医事上の請求に支障がないようにしたいという意識の現われと考えられる。確かに、ICD-9CMの術式には臨床で使うには問題があるが、医事請求のための術式より、客観性、論理性があり、ストーリー性の検証にも有効であるはずである。実際に医師が選

択し実行した術式の表現はICD-9CMの方が表現しやすいはずである。ICD-9CMの術式を臨床上使用するためには、実際の術式とICD-9CMの術式と医事請求の術式を1対1対応にする、電子カルテシステム(オーダーエントリーシステム)のマスターの工夫を各施設が行う必要があると考える。システムで対応できなければ、読み替え作業のできる、医学的知識、診療情報管理士の知識、医事請求の知識を兼ね備えた人材が必要である。

麻酔方法については、全体のデータを見ると、全身麻酔の症例が増加していると考えられる。研究結果で示した施設は、かなり全身麻酔を行っている。医師が必要と考えれば全身麻酔も必要であるが、医学的というより、保険点数の面から全身麻酔を多用しているように考えられる。良性疾患であるが、子宮脱の手術が44例あったが内、脊椎麻酔その他が14例(32%)、全身麻酔(硬膜外を伴う場合を含む)が30例(68%)であった。施設により、原則的に、脊椎麻酔、全身麻酔を決めているようである。脊椎麻酔でいい、全身麻酔は適応外とは考えないが、施設での偏りから、医事的要素を考慮して、麻酔法の選択をしている可能性が考えられる。

E. 結論

今回は、主に子宮頸部新生物に限って少ない症例数で検討したが、上記の如く問題点が多い。従って、DPCデータからがん症例のデータを解析すること事態が困難であり、解析すれば、誤った結果を導き出す可能性が高い。

また、DPCデータの一部の解析ではあるが、大学病院等の基幹病院においても、かなり医事点数を意識した医療が行われている可能性が高いと考えられる。

データ入力(作成)者が、医療行為全体の流れを把握し、論理性のある表現ができるよう養成することが必要である。

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)
分担研究報告書

院内がん登録システムとレセプト情報との結合の検討

分担研究者 西本 寛 国立がんセンターがん情報対策センターがん情報・統計部室長

研究要旨

患者受療動態を検討する上で、レセプト情報を利用した検討が最も現状を表現する上で現実的であるが、レセプト情報故の限界も存在する。そこで、レセプト情報に院内がん登録情報を組み合わせることで情報を補完して、解析することが可能と考えられる。本年度はそうした補完を行う上で、留意すべき問題点あるいは補完がどの程度可能であるかを Preliminary に検討した。その結果、院内がん登録情報は初発時の情報を収集する仕組みであることから、再発や治療後の増悪のケースについて情報が十分に補完できないという点が明らかになった。しかしながら、その欠点を踏まえつつ情報補完を行うことで、患者受療動態の解析の精度を高めることができるものと期待される。

A. 研究目的

がん診療連携拠点病院(以下、連携拠点病院)への受療動態の評価において、診療報酬情報(レセプト情報)を用いることで、病名と薬物・処置・手術などとの関連を分析することは可能であるが、レセプト情報のみでは得られない情報の多々あり、それを補完する意味でより詳細な病態情報を得るには、より精度の高い院内がん登録データを利用することが必要と考えられる。情報を結合させることで起きうる問題点について本年度は解析を行った。

B. 研究方法

国立がんセンター中央病院をモデルにレセプトなどの情報と院内がん登録情報との結合がどの程度意味があるかを検討するため、国立がんセンター中央病院の院内がん登録集計結果を元に以下の解析を行った。

1. 平成19年4月～6月の3ヶ月間に初診するなどのイベントが発生した症例に対して、院

内がん登録側で登録された新規登録症例(新規症例と呼ぶ)を確認し、そのうち、診断

時期が同時期であると院内がん登録情報で確認できた症例を算出した。

2. また、平成19年4月～6月の3ヶ月間に診断されたと判断できた症例(診断症例と呼ぶ)に対してその初診日が3ヶ月以上以前の症例あるいは登録開始日以前に診断が確定していた症例である率を算出した。

3. また、診断症例については他施設での診断例の割合も算出した。

C. 研究結果・考察

1. 平成19年4月1日～6月30日の3ヶ月間に初診するなどのイベントが発生した症例に2280名に対して、296名は1年以上前に診断された症例であり、約13%はレセプト情報があっても、その時点での新たな院内がん登録情報は発生しないものと推測された。

2. 平成19年4月1日～6月30日の3ヶ月間の診断症例、1713症例に対して、登録対象日以前の症例(院内がん登録情報が通常は得られない症例)は21例が3ヶ月以上前に初診していた症例であり、登録開始日(2004年1月1日)以前の症例については113症例であり、これらの症例については、院内がん登録情報が得られないことになる。

2. 平成19年4月1日～6月30日の3ヶ月間の診断症例、1713症例に対して、登録対象日以前の症例(院内がん登録情報が通常は得られない症例)は21例が3ヶ月以上前に初診していた症例であり、登録開始日(2004年1月1日)以前の症例については113症例であり、これらの症例については、院内がん登録情報が得られないことになる。

3. 平成19年4月1日～6月30日の3ヶ月間の診断症例:1713症例中1118症例は他施設診断であり、セカンドオピニオンなどを除いた治療目的での来院者は808症例、さらにそのうち、他施設での診断が1年以上前という症例が195症例あり、また、既に他施設にて治療されている治療後症例が176症例と多かった。まず、院内がん登録情報がどの程度レセプト情報に対して、情報を補完できるかという点においては、新たなレセプト情報が発生しても、10%程度の症例においては院内がん登録側で新たな情報が発生しない、すなわち、原発巣・初回治療登録主義の院内がん登録では、新たに発生した転移巣やそれらに対して実施された治療は登録されず、情報が不足するという問題点が明確となった。登録開始日以前の症例についても、同様であり、比較的前後の良い前立腺癌や乳癌については遡っての情報収集が必要ということになる。一方、レセプト情報だけでは、この原発巣情報が得られないことがあり、補完すること自体は受療情報の精度向上において必要なことと考えられた。

また、患者の受療動態を解析する上で、初診→診断→初回治療→経過観察→増悪・再発

→増悪後治療→・・・という、患者の病態に関わる条件をできるだけそろえた分析を行わないと、受療動態(居住地や在院日数、治療方法など)の解析において、最終的に偏りを排除できないこととなり得るものと推測されるが、その点では院内がん登録情報から、既に治療後の症例であるかどうかなどの情報を得ることが出来、区別しての解析が可能となることも確認できた。

本年度は、研究年度初年度ということもあり、院内がん登録情報と診療報酬情報を連結した際に起こりうる問題点の解析を主に行うと共に、その問題点の影響をPreliminaryに検討したが、現行の院内がん登録情報を診療報酬情報などとリンクさせて、患者動態と検討を行う場合に問題となる点として ①登録を開始した時点以前に診断されている症例については情報が集積されていない点、②他施設での診断例については、過不足ない情報が得られないため、情報の欠落が起きやすい点、などの院内がん登録側の問題が明確となった。国立がんセンター中央病院の院内がん登録集計情報をもとに行った分析においては、受診症例の約10%において院内がん登録には十分な情報が登録されていないと推測された。

レセプト情報は、いわば実際に実施された診断・治療行為の反映であることから、がん医療の実態を解析する上では有用な情報であるといえる。しかしながら、レセプト情報のみからの解析においては、肺癌の脳転移で放射線療法を行った際には、転移性脳腫瘍が病名となり、集計上はその他の悪性腫瘍に分類されてしまい、原発巣が病名に反映しないなどの問題点があり、その結果、受療動態のデータの大きな分布が罹患率などと一致しない結果となる。無論、受療した原因となった疾患については、こうした罹患率と必ずしも一致せず、むしろ有病率との相関が高いと考えられるものの、患者調査以外に有病率に近い資料の算出が難しい我が国の状況の下では、罹患率などと

の比較がこうした受療動態解析においては必要であると考えられ、その意味で院内がん登録情報との結合に基づく分類・集計は今後試みる必要があるものと考えられる。特に連携拠点病院では、国立がんセンター中央病院において実施されているものと同様の標準様式に基づいた院内がん登録が実施されていることが指定要件であることから、少なくとも連携拠点病院においては院内がん登録情報による補完は可能である。問題は、連携拠点病院以外の病院の情報であるが、連携拠点病院でのデータ分布を元に推計することである程度は補完できるが、連携拠点病院以外の病院において、同じような動態を示しているかの検証は別途必要となろう。

倫理面への配慮

今年度における院内がん登録に関する状況分析には、実情報ではない集計情報を用いて

おり、倫理上問題ないと考えられる。

D. 健康危険情報

特になし

E. 研究発表

1. 論文発表

○西本寛. がん対策基本法をめぐって一院内がん登録の現況と今後の展望. 外科学会雑誌; p101-104(2)109; (2008)

○西本寛. わが国のがん登録の現状と課題. 腫瘍内科; p29-35(1)2; (2008)

2. 学会発表

特になし

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案特許 なし

3. その他 なし

厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)
分担研究報告書

がん診療施設における医療用麻薬の使用量の変化に関する検討

分担研究者 的場元弘 国立がんセンター がん対策情報センター
がん情報・統計部がん医療情報サービス室 室長

研究要旨

がん治療を行っている医療機関から、地域の医療機関への転院や在宅療養支援診療所へ紹介される時点での患者に対する医療用麻薬の使用状況などについて明らかにすることで、転院先あるいは在宅療養支援診療所に対する医療用麻薬による疼痛管理の教育や指導に必要な内容を検討する。

A. 研究目的

がん治療を行っている医療機関から地域の療養型の医療機関や緩和ケア病棟あるいは地域の診療所に紹介された段階で、がん患者に対する医療用麻薬の投与状況をレセプトデータから把握し、転院先あるいは在宅療養支援診療所に対する医療用麻薬による疼痛管理の教育や指導に必要な内容を検討する。

B. 研究方法

今年度は、転院時の医療用麻薬の使用状況の把握をするため、抽出すべき項目の検討を行った。

WHO 方式がん疼痛治療法の第 1 段階である非オピオイド鎮痛薬については、がん疼痛の適応があるものはほとんどなく、処方されている非オピオイド(アセトアミノフェンや NSAIDs)の投与目的ががん疼痛であるか否かを、レセプトデータから区別して把握することは不可能であるため本研究からは除外した、また、鎮痛補助薬についても、処方目的ががん疼痛治療であるかどうかについて明確な区別が困難であるため対象薬剤から除外した。

C. 研究結果・考察

対象薬剤をがん疼痛に対してのみ適応のあるオピオイド鎮痛薬とした。また、現在がん疼痛に対してのみ適応のある医療用麻薬のうち、経口モルヒネ製剤は、塩酸モルヒネ錠、オプソ内服液、MS コンチン錠、MS ツワイスロン、モルペス細粒、カディンカプセル、カディアンスティック、ピーガード錠、パシーフカプセルの 9 製剤、坐剤としてはアンベック坐剤、経口オキシコドン製剤としてはオキシコンチン錠、オキノーム散の 2 製剤、経皮フェンタニル製剤としてはデュロテップパッチがあり、全体で 13 種類の製剤を対象にすることとした。

地域の療養型医療機関あるいは、診療所への紹介段階の把握としては、診療情報提供書の算定が行われた同一月の医療用麻薬の処方状況を対象とすることが適当と考えられた。

調査開始にあたっての問題点として、レセプト情報からは各医療機関でのそれぞれの医療用麻薬の採用状況の把握として製剤および規格の採用状況が把握できないため、処方されている製剤の偏りが治療上の問題であるのか、製剤の採用によるものなのかを把握することができないことが挙げられた。

D. 結論

対象となる薬剤に従って次年度は特定の医療機関を選んでオピオイド鎮痛薬の処方状況を把握し、処方量の幅、種類の検討を進めると同時に、対象となる医療機関については、製剤や規格の採用状況について合わせて調査を行う必要がある。

E. 健康危険情報

特になし

F. 研究発表

論文発表

1. 的場元弘:がん疼痛のレシピ(2007年版). 春秋者、2006-11
2. 橋爪隆弘、富安志郎、余宮きのみ、吉本鉄介、原田亜希子、的場元弘:フェンタニルパッチ導入において添付文書が推奨する先行オピオイド最低用量の妥当性:日本における他施設の専門医処方調査. がんと科学療法 34 (6)897-902,2007
3. 富安志郎、的場元弘、龍恵美、橋爪隆弘、余宮きのみ、吉本鉄介:ナイフクモルヒネレスキュードーズ簡略化の妥当性:5mg単位での鎮痛効果と副作用の多施設調査.ペインクリニック;28(2)209-215,2007
4. Hideya Kokubun, Misako Fukawa, Motohiro Matoba et al: Pharmacokinetics and Variation in the Clearance of Oxycodone and Hydrocotarnine in Patients with Cancer Pain. Biol.Pharm.Bull.,30(11),2173-2177(2007)
5. Hideya Kokubun, Motohiro Matoba, et al:Relationship between fentanyl and transdermal fentanyl concentration and transdermal fentanyl dosage, and intraindividual variability of fentanyl concentration after transdermal application in patients with cancer pain. Jpn. J. Pharm Care Sci.,33(3)200-205(2007)
6. 中村和代、国分秀也、小松敏彰、的場元

弘:がん性疼痛患者におけるオキシコドン除放錠の薬物動態についての検討.癌と化学療法、34(9)、1449-1453(2007)

7. 的場元弘、余宮きのみ、他:WHO 方式がん疼痛ガイドラインの推奨量によるアセトアミノフェン:日本における有効性と安全性の多施設処方調査 ペインクリニック 28 1131-1139

8. 的場元弘、国分秀也、余宮きのみ、他:経口オピオイド鎮痛薬の重要性とオキシコドンの副作用とその対策.がん患者と対症療法.18 (2)、11-17、(2007)

9. 工藤翔二、土屋了介、金沢実、大田賢、的場元弘、他:IV治療の進歩、医療用麻薬の新しい管理法:呼吸器 Annual Review 2008 中外医学社 248-253(2008)

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

特になし。

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

資料



患者調査による受療動向

