

ジェネリック医薬品の普及のための流通に関する提言

Suggestion on Distribution for Spreading Use of Generic Drugs

茂居真裕、佐々木彩里、新村俊治、佐藤璃奈

(日本大学商学部秋川卓也研究室)

要旨

今日の日本において高齢化により医療費が増加している。医療費増加により国民皆保険制度が崩壊の危機にある。国民負担がなく医療費を削減する方法として、国は先発医薬品よりも価格の安いジェネリック医薬品の普及を進めている。しかし、日本においてジェネリック医薬品はあまり普及していない。その原因は薬局の在庫管理の問題や、ジェネリック医薬品の品質に疑問があるからである。問題改善の提案として、近隣の薬局同士によるボランタリーチェーン化と共同倉庫の設置を提言する。共同倉庫の設置により在庫管理を高度化でき、1店舗あたりのジェネリック医薬品の在庫水準を減らすことができる。そして、近隣の薬局ボランタリーチェーン化により、地域の医師と薬剤師が協議して、薬剤の品質を吟味することで、ジェネリック医薬品の品質が保証できる。これによりジェネリック医薬品がより普及し、医療費削減に貢献するだろう。

Abstract

Today, medical cost in Japan keeps increasing by reason of fast-aging society. Because of increasing medical cost, Japanese insurance system faces a crisis of collapse. Then, Japan government promotes spreading of generic drug use as a solution to this problem. However, generic drug has been rarely used in Japan today. These causes are problems of inventory management in pharmacies, and questions of generic drug quality. So, as an improvement plan, we propose voluntary chain of pharmacies and setting up a sharing warehouse. By a sharing warehouse, pharmacies can improve inventory management, and decrease the level of stock. In addition, consultation between doctors and pharmacists in a local area makes it possible to assure quality of generic drugs. So, realization of our proposal enables generic drugs to spread, and can contribute to decrease medical cost.

1. はじめに

現在、日本では急速に高齢化が進行していることに伴い、医療費が年々増加している。医療費は平成24年度で38.4兆円に達している⁽¹⁾。このまま国の負担が増加し続ければ、日本独自の国民皆保険制度の継続が困難になるであろう。本論文では、国が現在普及を促進しているジェネリック医薬品に注目し、同医薬品をより普及させることにより、国民に負担をかけずに医療費を削減する方法について言及していく。

2. ジェネリック医薬品

2.1 ジェネリック医薬品とは

ジェネリック医薬品とは、いわゆる後発医薬品のことであり、先発医薬品の特許が切れた後に同等の品質と効果で製造販売される薬である。先発医薬品の成分の特許は20年で切れるが、特許が切れることにより、製薬会社は自社で成分配合を開発する必要がなくなり、莫大な開発費や時間を費やすことなく、同等の医薬品を製

造することができる。そのため、ジェネリック医薬品においては、先発医薬品と同じ成分を廉価で供給が可能となる。

先発医薬品(新薬)の場合、研究開発期間は10~15年で開発費用は数百億円程度⁽²⁾と言われる。販売前に有効成分の特許を取得し、承認された後に販売される。特許が切れるまでの間、メーカーの独占販売となる。一方、ジェネリック医薬品の開発期間は3年程度で、開発費は1億円程度⁽³⁾とされる。先発医薬品メーカーの特許が切れると、先発医薬品の製造方法を利用できるため、期間と費用を極端に抑えることができる。

前述のとおり、国はジェネリック医薬品の使用を推進しているが、その理由として健康保険制度上の問題がある。日本の健康保険制度は皆保険であり、その自己負担額は年齢によって異なる。原則として自己負担は3割であるが、70歳以上(一定以上の所得者は除く)は1~2割となる⁽⁴⁾。高齢化社会が進めば進むほど、医療費の増加が進展する構造にある。その医療費の削減

を目途とした施策の 1 つがジェネリック医薬品の普及なのである。

ジェネリック医薬品のより一層の使用促進のために、調剤・処方を行う医療機関や薬局を対象に、診療報酬制度の改定が平成 24 年なされている⁽⁵⁾。医療機関に対して、改定前においてはジェネリック医薬品の採用品目数の割合が 20% 以上の場合に後発医薬品使用体制加算を行っていたが、新たに 30% 以上の評価を加えることにした⁽⁶⁾。薬局に対しては、調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直しが行われ、ジェネリック医薬品の調剤割合が数量ベースで 35% 以上を調剤すると調剤基本料が最大となるようになった(それまでは 30% が最大)⁽⁷⁾。すなわち、ジェネリック医薬品の普及促進に協力すれば、医療機関と薬局にも診療報酬が増えるというメリットがある。

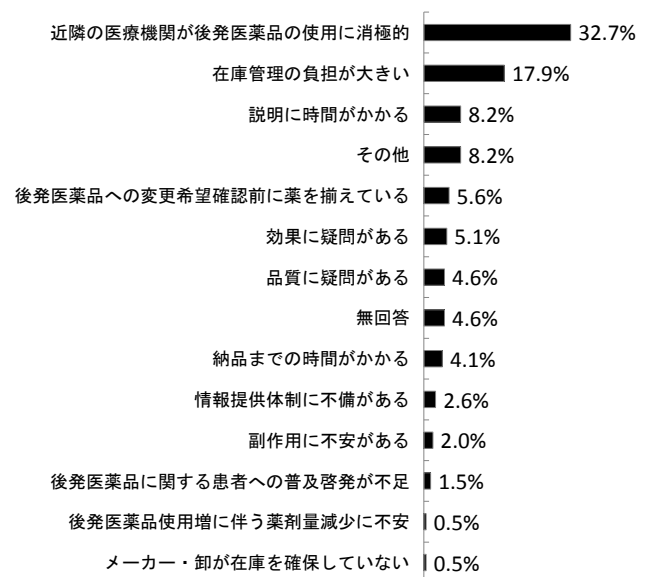
2.3 普及への課題

国が診療報酬を改定してジェネリック医薬品の普及を促す背景には、その普及がはかばかしくない実態がある。厚生労働省の調査によると、平成 24 年度のジェネリック医薬品調剤率は数量ベースで約 28.7%、薬剤料ベースで 10.2% にとどまっている⁽⁸⁾。図 1 は、薬剤師がジェネリック医薬品を積極的に使用しない理由のアンケート結果である。理由の上位には、「近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的」と「在庫管理の負担が大きい」の 2 つが存在することが分かる。

先発薬と同じ効用のジェネリック医薬品を保管することで在庫品目は当然に増える。ジェネリック医薬品の取り揃えを行うと、在庫スペースをとるだけでなく、在庫管理が複雑となることで在庫切れや不良在庫が発生しやすくなる。在庫負担を回避するために、薬局はジェネリック医薬品の使用に消極的な面がある。

また、医療機関側の意識にも問題がある。多くの医師がジェネリック医薬品の品質や効果に対して不安を感じている。図 2 は医師がジェネリック医薬品を積極的に使用しない理由のアンケート結果であるが、上位に品質、効果、副作用への

不安や疑問が挙げられている⁽⁹⁾。これらの理由は、医師への情報提供が不足していることに起因している。また、実際に私たちが薬剤師に対して行なった調査で、「薬剤師と医師との間でジェネリック医薬品に関する薬剤の情報交換は行われているのか」というアンケートをとったところ、48.5% もの薬剤師が医師との情報交換を全く行っていないことが判明した⁽¹⁰⁾。実際に開業の内科医にインタビュー調査を行なったところ⁽¹¹⁾、「先発医薬品に比べて情報が少ないために品質に不安がある」との意見があった。医師が処方箋を作成する時点でジェネリック医薬品の使用を不可とってしまうため、薬局が患者に調剤できないのである。



出典:厚生労働省『平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 23 年度調査)後発医薬品の使用状況調査報告書』, p. 26.

図 1 薬剤師がジェネリック医薬品を積極的に使用しない最大の理由

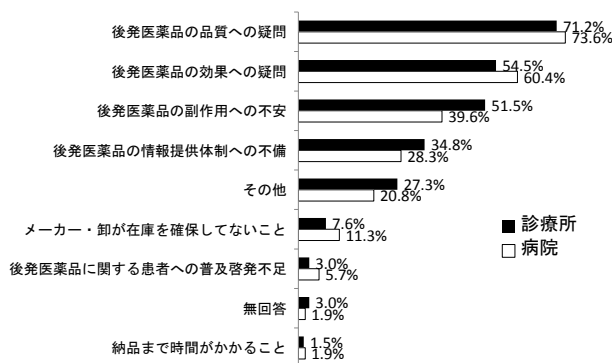
3. ジェネリック医薬品の普及に資する提言

以上の問題点を踏まえ、ジェネリック医薬品を普及させるために「薬局のボランタリーチェーン化」と「共同倉庫の設置」を提案したい。

3.1 提言のターゲット層

提案のターゲットはチェーン化されていない薬

局である。現在全国には約 5.5 万の薬局が存在する⁽¹²⁾が、この数値はコンビニエンスストアの店舗数(全国で 5 万店未満⁽¹³⁾)よりも多いのである。平成 19 年商業統計⁽¹⁴⁾によると、その内の約 6 千店が個人経営の調剤専門の薬局であり、約 8.4 千店が法人組織であるが単独開業の(本支店関係を持たない)調剤専門の薬局である。すなわち、チェーン組織に加入していない薬局数として、両者の合計である 14.4 千店(全体の 26.2%)をターゲットとする。前述のとおり、ジェネリック医薬品は在庫管理に課題であるが、大手チェーンは独自の流通網を構築して在庫管理の高度化を試みている一方で、資力に乏しい非チェーン化の薬局では独力で在庫管理の高度化は難しい。



出典:厚生労働省『平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 23 年度調査)後発医薬品の使用状況調査報告書』, p. 94.

図2 医師が外来診療でジェネリック医薬品を積極的に処方しない理由

3. 2 ボランタリーチェーンの導入効果

ボランタリーチェーンとは、多数の小売業者が独立性を保持しつつ、チェーン化して共同活動を行う法人組織である。多数の医薬品メーカーによって同じ効用のジェネリック医薬品が製造・販売されることが多い⁽¹⁵⁾が、複数薬局をボランタリーチェーン化することで、薬剤師同士の協議で取り扱うジェネリック医薬品を1効用につき 1~2 種類程度に限定できる。選定した仕入品目を共通化すれば、大量仕入が可能となるだろう。ボラ

ンタリーチェーン化によって、経営は独立したままで、共同仕入れによりバイイングパワーを獲得できるという、チェーン化のメリットを享受できるのである。

ジェネリック医薬品の選定においては、前述したジェネリック医薬品に対する品質や効用の不安を払拭しなくてはならない。そのために、選定の場においては、薬剤師だけでなく、地域の医療機関に属する医師が参加する必要がある。医薬品選定基準として、品質だけでなく、情報提供や供給体制のような多面的なチェック内容⁽¹⁶⁾について合意しておくこととよいであろう。選定基準を用いたジェネリックの選定過程において、医師と薬剤師の間で情報共有ができることになる。それにより、医師が有するジェネリック医薬品に対する不安感が払拭され、安心して処方ができる環境づくりが進むはずである。

3. 3 共同倉庫の設置と運用

チェーン化するだけでなく、仕入れた医薬品を一時保管して、地域内の参加薬局に医薬品を供給する共同倉庫を設置することによって、以下の3つのメリットが生じる。まず、仕入れた医薬品を共同倉庫で小分けにし、シート単位で配送すれば、ロットサイズが小さくなるので薬局の在庫負担を軽減できる。第二に、参加薬局の周辺に倉庫を設置すれば、配送距離が短くなり、注文リードタイムを短縮することもできる。最後に、注文リードタイムを短くできれば、発注間隔も短縮できるので、多頻度配送が可能となり、薬局の在庫水準を低く抑えつつ欠品を防ぐことができるようになる。すなわち、ジャストインタイムの供給が可能となるのである。

一般的に医薬品倉庫は大規模なものが多いが、薬事法の定めによると、最低1人の薬剤師を設置し、空調、温度管理、防塵、防湿ができていれば医薬品倉庫を設置することができる⁽¹⁷⁾。すなわち、マンションの1室を医薬品倉庫とすることもできるのである。共同倉庫が薬局との距離を短くする地域密着型を志向するのであれば、倉庫の規模は小さくて済み、配送手段も軽自動車でも十

分である。倉庫設立の初期投資も少なく済み、低予算での運営が可能となる。

以上のように、同地域内の複数薬局によるボランティアチェーン化と共同倉庫の設置が提言の骨子である。これらの提言は、前述したジェネリック医薬品普及の課題である、薬局の在庫管理の問題や医師の不安感などの主要の問題の解消に資する内容を有している。

4. 提言の検証

以上の提言についての実現性と効果を数量的に検証してみよう。

4. 1 共同倉庫

まずは共同倉庫設置における採算性についてである。共同倉庫は実質卸売機能を有するため、メーカーからの仕入額と薬局に対する卸売額の差額を粗利益として獲得できる。

検証を行うにあたり、共同倉庫のモデルを仮定する。具体的には、2LDK の賃貸とし、管理薬剤師 2 名とアルバイト 2 名を配し、配送車両 2 台を保有する。6 畳の 2 部屋を保管場所とすれば、保管棚は 6 つ設置が可能となる。1 薬局にかかるピッキング時間は約 8 分であり、保管できる医薬品は 200 品目程度とする。在庫量は全部で 45 薬局の 5 日分とする。これは配送車両 2 台が 1 日に回れる店舗数である。

表 1 は共同倉庫の月間運営費の計算例を表している。在庫管理システムにおいては、製薬メーカーと医薬品卸の間の業界 VAN (Value Added Network) である JD-NET と、医薬品卸・医療機関・薬局との間で受発注に関する事務処理手続きの一元化が可能な PRO-NET を使用すると仮定する。現在、医薬品の受発注管理を行ううえで、この 2 つのシステムは欠かせないものとなっている。以上のようなシステム利用費、人件費、スペース費などをまとめると、月間の運営費は合計 161 万円となる (表 1)。

倉庫の運営費を回収する損益分岐点の計算を行った。まずは薬局のチェーン加入によ

て卸売が増えることで発生する貢献利益を計算する。現在、薬局数は 5.5 万、全国の処方箋枚数は年間 7.9 億万枚⁽¹⁸⁾、処方箋 1 枚当たりのジェネリック医薬品薬剤料が 632 円⁽¹⁹⁾であることから、1 薬局当たり月間におけるジェネリック医薬品の薬剤料は 75.6 万円 (7.9 億枚÷5.5 万店×632 円÷12 ヶ月) となる。ジェネリック医薬品の薬価に対する卸売業者の平均マージン率を 20%⁽²⁰⁾とすると、15.1 万円がジェネリック医薬品の卸売販売から得る 1 薬局当たりの月間粗利益となる。これが 1 薬局当たりの貢献利益となる。

表 1 共同倉庫月間運営費例

区分 項目	ドライ			
	単価(万円)	数量	月間コスト	
スペース費 倉庫 (マンション)	5.5	1	5.5	
人件費	固定人件費	50	50	
		30	30	
	変動人件費	12.5	2	25.0
	合計	4	105.0	
設備費 保管機器	2.25	6	13.5	
運営維持費	WMS・TMS	20	20	
	水道光熱費	1	1	
	産廃処理	0.5	0.5	
	通信費	1	1	
	合計		23	
配送費	車両費	4	2	8
	車両維持費	2.5	2	5
	運賃	0	0	0
	管理費	1.5	1	1.5
	合計			14.5
総合計			161.0	

損益分岐点を出すために、倉庫の固定費 161 万円を貢献利益 15.1 万円と除すると 10.7 となる。つまり、11 店以上の薬局がチェーンに加入すれば採算取れることとなる (図 3)。これは十分に実現可能な数値であろう。

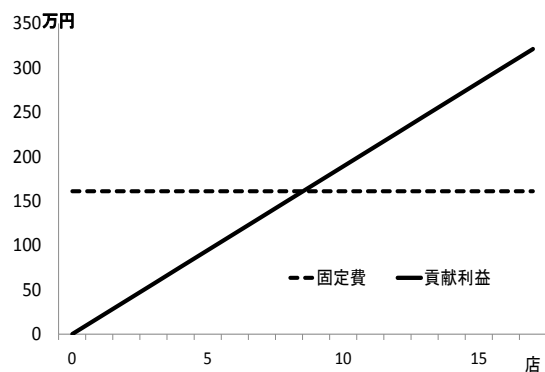


図3 損益分岐点分析の結果

4. 2 アンケート調査

提言内容の賛同について、平成 25 年 8 月にマクロミル社を通じて全国の薬剤師 103 名に対して、ウェブアンケートを行なった⁽²¹⁾。その結果、「参加したい」が 19%、「会費が安ければ参加したい」が 34%、「参加したくない」が 47%となり、53%の薬剤師が提案に賛意を示した。ただし、今回の対象は大手チェーンの薬局に属している薬剤師も含まれており、非チェーン化の薬局における賛意は結果数値よりも大きいものと推察される。

4. 3 在庫シミュレーション

提言に基づいて、リードタイム、発注間隔、ロットサイズを変更した場合の平均在庫における変化を測定することを目的とする、薬局の在庫変動に関するシミュレーションを行なった。

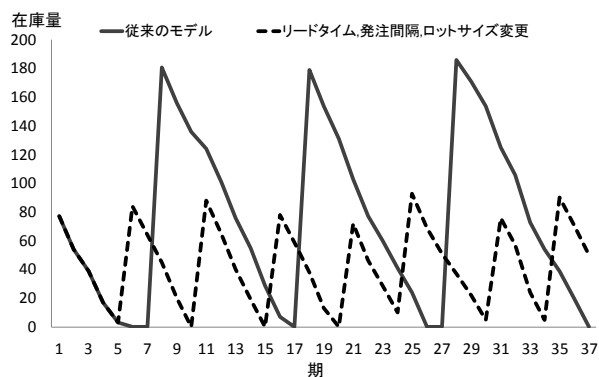


図4 在庫シミュレーションの結果

そのシミュレーション条件は以下のとおりである。発注方式は固定補充点までの不足分を補充する補充点方式とする。固定補充点は最低在庫量であり、2%と設定した品切れ許容率を満たす最適点を活用する。1期(1日2期)ごとの発生需要はポアソン分布に基づく乱数として、その平均を20とした。発注頻度を1日1回から午前・午後の2回に変更する。発注ロットサイズは200から、小分けにより2分の1の100に変更したものとする。注文リードタイムは2期から1期に短縮した。品切れした場合は先発医薬品の供給に切り替わ

るため、受注残は発生しない。最初の100期(50日)を安定期間として、平均在庫の測定対象期間をその後の1,000期(500日)とした。

シミュレーションの結果、図4の縦軸の在庫量が大幅に減少したことがわかる。リードタイム、発注間隔、ロットサイズを変更した結果、平均在庫量は変更前に比べ、提案のシステムにより約80%の削減が可能となった。

4. 4 国の医療費の削減額

今回の提案の実現で想定される国全体の医療費削減額を検証した。削減額を計算する条件として以下の仮定が必要となる。ジェネリック医薬品の目標普及率を、厚生労働省が平成30年度までの目標とする60%⁽²²⁾とする。また、全国の処方箋枚数(平成24年度)は年間7.9億万枚である⁽²³⁾が、前述のとおりターゲットは全国薬局の26.2%であるので、計算対象となる処方箋枚数を2.1億枚とする。ジェネリック医薬品の価格は、初めて収載される際の薬価が先発医薬品の薬価の70%とされる⁽²⁴⁾ことから、先発医薬品の70%と仮定する。また、処方箋1枚当たりの調剤報酬量のうち薬剤料分(平成24年度)は6,217円、その内訳は先発医薬品分が5,585円(89.8%)、ジェネリック医薬品分632円(10.2%)であった⁽²⁵⁾。

前述のとおり、数量ベースでジェネリック医薬品の普及率が28.7%であるから、31.3%(60%-28.7%)が未達分となる。先発医薬品分のうちジェネリック医薬品に転換すべき割合は、未達分の割合を数量ベースの先発医薬品普及率(1-28.7%)で除した数値、すなわち43.9%であり、処方箋1枚当たりの金額に換算すると2,452円になる。この数値に先発医薬品とジェネリック医薬品の薬価差額(1-70%)を乗じた数値である、736円が処方箋1枚当たりのジェネリック医薬品転換による薬剤料減額分となる。この数値に先の処方箋枚数(2.1億枚)と、アンケート調査の結

果から得た提案に賛同する薬局の割合である53%を乗じることで、今回の提言の実現で期待される薬剤料の年間減額分、すなわち 819 億円が算出される。

前述したように、ジェネリック医薬品の普及によって医療機関と薬局に対する後発医薬品使用体制加算が増額するので、その分削減効果が相殺される。しかしながら、普及定着後において加算額の計算方法を厳しくすることができるので、この点については一時的な支出と割り切ることができる。

以上のように、今回の提言が実現されれば、相当額の医療費削減に貢献できるものと推察される。

4.5. 副次的なメリット

今回の提案のメリットは、薬局の在庫負担軽減や医療費の削減だけではなく、その他に以下のようなメリットも挙げられる。

(1) 在宅医療の支援

今後医療費削減のために、病院における入院患者を在宅治療へと移行する必要がある、国もその動きを推進している。薬局のボランタリーチェーンがあることで、病院・薬局・患者・介護施設間の情報ネットワークの構築が容易になる。また、共同倉庫は在宅医療患者宅に薬剤師が医薬品を届ける拠点にもなる。

(2) 大衆薬と処方薬の通信販売拠点

共同倉庫では、ジェネリック医薬品だけを保管するのではなく、大衆薬を保管することで、家庭に配送する拠点にも使用できる。薬事法の改訂により、一部を除く大衆薬の通信販売が可能となったため、今後需要も大きく伸びるだろう。また、将来的にさらなる薬事法の改訂が進めば、処方薬の家庭配送が可能となる可能性もあり、その場合共同倉庫は有力な配送拠点となり得るだろう。

(3) 災害時の物資提供

災害時、物流網の寸断により医薬品の供給が途絶えた場合でも、共同倉庫に医薬品が保管されていることで、医薬品の供給を継続す

ることができる。また共同倉庫を避難所向けの医薬品物資の集積所として利用することもできる。

6. まとめ

ジェネリック医薬品の利用においては、薬局の在庫管理問題や医師に対する品質不安などの課題があり、その普及を阻んできた。それらの課題を解消する提案として、本論文では近隣の薬局によるボランタリーチェーン化と共同倉庫の設置について提言した。共同倉庫の設置で薬局におけるジェネリック医薬品の在庫管理を高度化できる。また、薬局のボランタリーチェーン化によって、地域内で活動する医師と薬剤師の協議により、ジェネリック医薬品の選定と品質保証が可能となる。以上の提言を、採算性、参加可能性、在庫削減効果、経済効果の4点から検証し、その実現性と有効性について確認することができた。これによりジェネリック医薬品の普及は進み、医療費削減への貢献が可能となるであろう。

残された課題としては、薬局に対してボランタリーチェーンの参加を促進する方法、およびボランタリーチェーンの設立と運営管理に関する方法論について詳細に議論することである。以上の点を残された課題として明記しておきたい。

謝辞

本研究を進めるにあたり、ご助言をいただいたヤマトロジスティクス株式会社と厚生労働省医師局経済課、アンケート調査に協力していただいた全国の薬剤師の方々、そして多くの調査協力を頂戴した日本大学商学部秋川ゼミナールの学生諸君に感謝いたします。しかしながら、すべての文責は筆者に帰する。

注記

(1) 厚生労働省：平成24年度 国民医療費動向、2013 <<http://www.mhlw.go.jp/topics/med>>

- ias/year/12/dl/iryohu_data.pdf> (2014年1月29日閲覧)。
- (2) 日本ジェネリック製薬協会：ジェネリック医薬品について <<http://www.jga.gr.jp/general/about/faq01/>> (2014年1月29日閲覧)。
- (3) 注2の文献と同じ。
- (4) 厚生労働省：我が国の医療制度の概要 <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryohu/iryohuhoken/iryohuhoken01/index.htm> (2014年1月29日閲覧)。
- (5) 厚生労働省：ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進について、2012 <<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2012/03/01.html>> (2014年1月29日閲覧)。
- (6) 厚生労働省：平成24年度調剤報酬改定及び薬剤関連の診療報酬改定の概要、2012 <http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryohu/iryohuhoken/iryohuhoken15/> (2014年1月29日閲覧)。
- (7) 注6の文献と同じ。
- (8) 厚生労働省：平成24年度調剤医療費（電算処理分）、2013 <http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/12/dl/gaiyo_data_h24.pdf> (2014年1月29日閲覧)。
- (9) 注8の文献と同じ。
- (10) 2013年10月25日と31日に、都内で開業する内科医2名に半構造化形式にてインタビュー調査を実施した。質問内容は、ジェネリック医薬品に対する認識などである。
- (11) 2013年10月25日と31日に、都内で開業する内科医2名に半構造化形式にてインタビュー調査を実施した。質問内容は、ジェネリック医薬品に対する認識などである。
- (12) 厚生労働省：平成23年度衛生行政報告例の概況 薬事関係、2012 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/11/dl/kekka5.pdf> (2014年1月29日閲覧)。
- (13) 日本フランチャイズチェーン協会：JFAコンビニエンスストア統計調査月報 <<http://www.jfa-fc.or.jp/particle/320.html>> (2014年1月29日閲覧)。
- (14) 経済産業省：平成19年商業統計確報 第1巻 産業編（総括表）、2010 <<http://www.meti.go.jp/statistics/tyo/syogyo/result-2/h19/xls/niji/kaku1.xls>> (2014年1月29日閲覧)。
- (15) 例えば、先発薬「ロキソニン錠」と同効用のジェネリック医薬品は8種類も存在する。
- (16) 選定基準については以下の文献が参考になろう。兵庫県立病院薬剤部長会議：兵庫県立病院における後発医薬品使用促進マニュアル、2013 <<http://pharm-hyogo-p.jp/manual/kyoutsu-manual/km05.pdf>> (2014年1月29日閲覧)。
- (17) 薬局等構造設備規則の第3条に医薬品の「卸売販売業の営業所の構造設備」の要件が定めてある。それによると、①換気が十分であり、清潔であること、②当該卸売販売業以外の場所から明確に区別されていること、③面積はおおむね100㎡以上、④60ルクス以上の明るさを有すること、⑤冷暗貯蔵のための設備を有すること（必要な医薬品がない場合は除く）、⑥鍵のかかる貯蔵設備を有すること（毒薬がない場合は、この限りでない）とされる。
- (18) 注8の文献と同じ。
- (19) 注8の文献と同じ。
- (20) 一般に医薬品卸のマージン率は低いが、ジェネリック医薬品に関して言えば、メーカー差がある。下記の文献におけるジェネリック医薬品メーカーのアンケート調査によると、卸売業者の実質仕入原価率（薬価ベース）の平均は約70%であった。一般に、医療機関への卸値は薬価に対して九掛けと言われるので、その差額である20%をジェネリック医薬品の卸売マージン率とした。公正取引委員会：医療用医薬品の流通実態に関する調査報告書、pp.23-25、2006。
- (21) 注10と同じアンケート調査である。該当する質問内容は、3節で述べた提案概要を示したうえで、その仕組みへの参加に対する賛否を訊いたものである。
- (22) 厚生労働省：後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ、2013 <<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002z7fr.html>> (2014年1月29日閲覧)。
- (23) 注8の文献と同じ。
- (24) 厚生労働省：後発医薬品の価格と価格帯について、2013 <<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000029614.pdf>> (2014年1月29日閲覧)。
- (25) 注8の文献と同じ。