

日本医薬品卸業連合会 国際委員会報告書

医薬品卸の機能別コストの 国際比較

2010年 12月



社団法人

日本医薬品卸業連合会

～ ま え が き ～

「日本の医薬品流通のコストは、果たしている機能の質と量に対して妥当なのか」という問いが、医療機関や製薬企業から投げかけられている。

ご高承の通り、わが国の医薬品卸は、世界で最も多くの医療機関と調剤薬局16万軒のニーズに対応し、多種多様な機能を果たしている。具体的には、医薬品卸のMS (Marketing Specialist) は、受注から配送、医薬品情報提供を中心とした販売促進活動から患者情報の収集、加えて、経営に関する相談や債権問題まで幅広い業務を行っている。そのため、これらの機能に係るコストやパフォーマンスを評価するためには困難な作業を伴うことから、その解明に体系だてた取り組みを行ってこなかった。

しかしながら、医薬品卸を取り巻く環境は大きく変化している。創薬面では、製剤技術や科学の進歩によって開発・上市される医薬品は、専門化・多様化してきた。医薬品の多様化は、製薬企業による医薬品卸へのニーズの多様化を意味する。つまり、製薬企業が利用したい医薬品卸の機能や負担すべきコストは製薬企業によって大きく異なるようになってきたのである。一方、流通面では、政府の医薬分業促進政策によって、日本市場の約5割強を占める巨大な調剤薬局市場が形成され、後発品の処方も次第に拡大してきている。このような状況の中で、医薬品卸は社会的存在価値を高めるために、積極的に合併を行い、フルライン化を実現するとともに、物流オペレーションの効率化と機能強化を図ってきた。

2010年4月、民主党政権下において初めての診療報酬改定が実施された。同党が「医療・介護の再生」をマニフェストに掲げていることを背景に、10年ぶりのプラス改定となった。しかし、わが国の財政状況を反映して改定率はプラス0.19%とごく僅かであり、医療機関の経営状況は依然として厳しい。また、同じく2010年4月に試行的に導入された「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」によって、日本の薬価制度60年の歴史で初めて、一定の条件内で特許期間中の医薬品の償還価格が改められた。一見すると製薬企業の環境はプラスに転じているように見えるが、2010年から相次ぐ大型医薬品の特許期間の終了は経営に大きな影響をもたらしており、極めて厳しい経営環境となってきた。

このようにサプライチェーンにおける医薬品卸を挟む両サイドのニーズが変化してきている中で、日本の医薬品卸は社会的に果たしている機能とコストの妥当性が正しく理解される活動を展開すべき時期を迎えている。ここで忘れてはならないのは、日本の医薬品卸が他国にはない特殊な付加価値を提供している流通業者であり、他国の医薬品卸と比較すると、果たしている機能の量と種類が異なるという点である。この点についても関係者の方々に正しく理解されるよう、業界としての啓発活動が必要である。

本調査研究は、日本の医薬品卸が果たしている機能を明らかにするとともに、日本と欧米の医薬品卸の各機能とそのコストを、定性・定量の両面から比較したものである。まず、日米欧の医薬品に関する社会制度、医薬品卸の果たしている機能について定性的な比較を行い、次に、医薬品卸の粗利益、医薬品卸の機能別販管費と営業利益について定量的な比較を行った。最後に日本の医薬品卸独自の機能である医薬品の販売促進活動が、医師の処方に与えるインパクトについても検証し、それらを踏まえた上で、最終的な提言を行った。

本調査研究によって、医薬品卸の存在価値が正しく評価され、医薬品卸の経営活動が一層質の高いものに進展していくことを切に願うものである。

本調査研究をまとめるにあたり、貴重な助言を賜った慶應義塾大学大学院の青井倫一教授に深甚なる感謝の意を表したい。

まず第一に、日米欧の医療用医薬品に関する制度面での比較を行った。【表1】は、日本・アメリカ・欧州（イギリス・ドイツ・フランス）の卸・医療機関・薬局のマージン制度を比較したものである。

日本では、新薬の償還価格（薬価）は、製薬企業の申請の後、政府により決定される。上市後は、薬価調査に基づく市場実勢価を反映して、薬価は2年毎に改定される。なお、全医療用医薬品の市場実勢価変化率の加重平均を下回る特許品に関しては、薬価が一定率加算される「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」が2010年4月に試行的に導入された。この他、特許期間を終了した医薬品を中心とした薬価が強制的に引き下げられる場合がある。アメリカでは、償還価格は原則自由価格であり、民間保険における償還価格は各支払者との話し合いによって決定される。メディケアやメディケイドなどの公的保険の価格は、各自治体との話し合いによって決定されるが、卸売実勢価格が参考にされる場合が多くなっている。欧州は自由価格と統制価格の混合型であり、新薬（または画期的新薬）の薬価の設定には製薬企業に一定の自由がある。しかし、一方で、イギリスにおける後発品の実勢価に基づいた四半期毎の薬価引き下げ、ドイツ、フランスの参照価格制度など、統制价格的な色彩も強い。

次に、医療機関・薬局と卸のマージンは、日本とアメリカは自由競争により決定される。ドイツ、フランスは公定マージンであり、イギリスでは特許品は卸・薬局合計の最大マージン率に制限があるが、後発品には制限がなく、自由競争と公定マージンの混合型である。

すなわち、制度を大枠で捉えれば、アメリカは薬価もマージンも自由、欧州は新薬と後発品で取り扱いを変えているが、画期的な新薬に限れば薬価設定は製薬企業が比較的自由に設定できる。その一方で、医薬品卸・医療機関・薬局のマージンは公的に定められている。日本は薬価は公定だが、マージンの配分は自由であるため、自由競争が発生し、販売価格は下落する傾向にある。従って、薬価は市場実勢価に基づいて見直され、引き下げられる仕組みとなっている。

【表1】各国の薬価制度とマージン制度

	医療保険制度	卸・医療機関・薬局のマージン
日本	国民皆保険	自由競争
アメリカ	民間保険 公的保険	自由競争
欧州 (イギリス ドイツ フランス)	国民皆保険	公定マージン・自由競争 イギリス(イングランド) ●新薬は卸・薬局合計の最大マージン率が対薬価12.5%に制限されているが、後発品は制限されていない ●但し、薬局の内部留保がイングランド全体で年間5億ポンドを超えた場合、償還額から一定率が差し引かれる ドイツ・フランス ●納入価格・包装単位に基づき卸・薬局それぞれのマージン率が法で定められている

(クレコンR&C 作成)

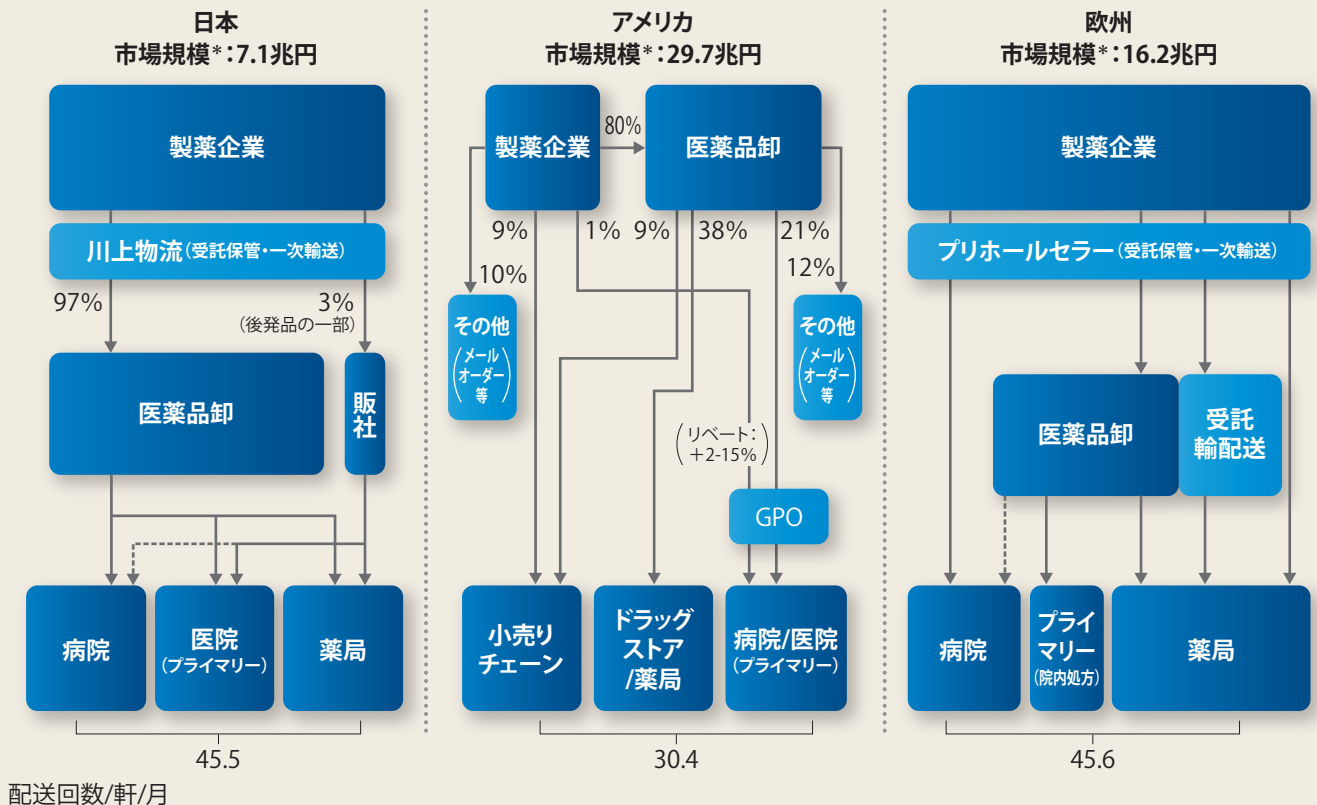
2 医療用医薬品市場の物流の比較

第二に、各国の医療用医薬品市場の物流の比較を行った。【図1】は日本・アメリカ・欧州の医療用医薬品市場の物流構図を示したものである。2008年の工場出荷価格ベース（1米ドル＝104.23円：税関長公示レート2008年平均）でみた市場規模は、日本7.1兆円、アメリカ29.7兆円、欧州（イギリス、ドイツ、フランス、イタリア、スペイン5カ国の合計）16.2兆円である。日本と欧米の最も大きな違いは、その配送先の軒数である。定量的な比較は後述する。

日本の場合、医療用医薬品の物流の97%は卸経由であり、直販は後発品の一部が販社経由で流通しているのみである。卸は、全国9千軒の病院、9万7千軒の診療所（歯科診療所を除く）、5万1千軒の薬局、合計約15万7千軒への配送を担う。アメリカの場合、医療用医薬品の物流の80%が卸経由である。その販売先の内訳は、ドラッグストア・薬局38%、病院・診療所21%、小売チェーン9%、その他（メールオーダー等）12%である。卸は薬局・病院・診療所への配送を担うが、配送先は薬局6万5千軒と病院と診療所の6千軒を合わせて約7万軒と配送先は日本の2分の1弱である。欧州の場合、国によって異なるが、日本との大きな違いは、病院は製薬企業からの直販が多く、卸は主に薬局に配送している。

配送軒数の違いに伴い、価格交渉や債権管理を行う交渉先の軒数も日本と欧米とでは大きな差が出ることとなる。この配送軒数、交渉先数の違いに伴うサービスの定量的な比較については、「4.日米欧の医薬品卸のサービス量の違い」で詳しく述べる。

【図1】日米欧の医療用医薬品市場の物流構図



欧州はイギリス、ドイツ、フランス、イタリア、スペイン
 *2008年工場出荷価格ベース、USD＝JPY104.23（税関長公示レート2008年平均）

（日本医薬品卸業連合会資料、HDMA資料（文献1）、IMS Health資料、クレコンR&C資料より作成）

第三に、日米欧の医薬品卸の機能を定性面から比較し、まとめたのが【表2】である。

日本の卸には、アメリカや欧州にはない日本独自の機能がある。それは、医薬品の情報提供を中心とした販売促進（以下、「販促」という。）機能であり、製薬企業の代行的な役割も担っている。この機能を担うのが卸MSの存在である。

主に約16万軒の開業医を中心とする医療機関の医師に対し、約2万人のMS（Marketing Specialist）が、製薬企業に代わり医薬品の販促と情報収集を行っている。これらMSの処方元に対する年間コール数は約530万件（下記＊参照）と集計されている（このコールが処方傾向に及ぼす影響については「7.日本の医薬品卸の処方元販促のインパクト率」で詳しく述べる）。また、後発品への変更決定権が薬剤師に移譲された約5万軒の薬局市場に対しても、長期収載品と後発品の販促を行い、同時に情報活動もきめ細かく実施している。

医薬品卸にとって、物流が業務の根幹であることはどの国においても変わりはない。しかし、日本の医薬品卸の機能はそこに止まらず、販促という諸外国にはない機能を備え、製薬企業の業務の一部代行的役割を担っている。日米欧の医薬品卸を比較する場合において、このような機能の質的な相違には、十分留意する必要がある。

＊：医師の記憶に残ったコール数

【表2】日米欧の医薬品卸の機能の違い

	機 能	日 本	アメリカ	欧 州
物流機能	受発注	✓	✓	✓
	仕入	✓	✓	✓
	荷役・包装	✓	✓	✓
	配送	✓	✓	✓
金融機能（アカウントマネージメント）	価格交渉	✓	✓	✓
	債権管理・回収	✓	✓	✓
販促機能	薬局向け販促	✓		
	処方元向け販促	✓		
情報機能	安全性情報収集・提供	✓	✓	✓
	地域処方・在庫情報提供	✓	✓	✓
	発注・在庫管理システム運用	✓	✓	✓

（クレコンR&C 作成）

本章では、「2.医療用医薬品市場の物流の比較」に示した配送軒数の違い、「3.日米欧の医薬品卸の機能の違い」に示した卸機能の違いを踏まえ、日米欧の医薬品卸のサービス量の定量的比較を試みた。

【図2】に日本、アメリカ、欧州(*) (イギリス、ドイツ、フランス) の配送先数および処方元コール数を表した。

日本の配送先数は「2.医療用医薬品市場の物流の比較」および図1にも示したとおり、日本はアメリカや欧州(イギリス、ドイツ、フランス)の倍以上ある。

なぜ、日本の配送軒数はこのように多いのだろうか。原因は大きく分けて2つ考えられる。

1つは、日本の医薬品卸は調剤薬局に加えて全ての診療所や病院への配送を担っている点である。医薬分業が完全ではなく、外来患者に対して病院内で医薬品を処方するケースがある。また、診療所への注射薬の配送も医薬品卸が全て行っている。

もう1つは、薬局の開業や診療所の開設の自由度が高い点である。日本の薬局は自由開業制である。人口10万人あたりの薬局数(2004年)は、日本39.9、アメリカ22.0、イギリス22.8、ドイツ25.9、フランス37.3であり、日本の病院の前には多くの門前薬局が開設されている(右写真)。また、入院医療に関しては医療計画において病床数の制限が設けられているが、診療所の開設は届け出制である。さらに、患者のフリーアクセスが保証されていることも、医療機関数の多さに影響しているものと思われる。

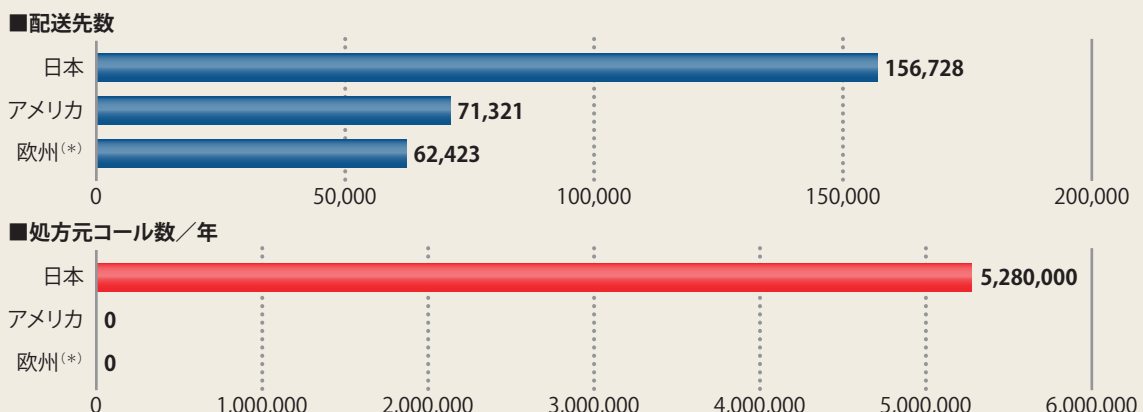


1か月1施設あたりの配送回数(日本医薬品卸業連合会調べ)は、ドイツが78回と5か国中では最も多く、イギリスが48回とそれに次ぐ。日本46回、アメリカ30回、フランス27回である。配送先数に配送回数を乗じた総配送回数は、日本はアメリカの3.4倍、ドイツの4.3倍、フランスの11.8倍、イギリスの12.4倍となる。

次に交渉先数である。日本の場合、各国と比較して病院の共同購入、薬局のチェーン化が相対的に遅れているため、交渉先数は他国に比べて圧倒的に多い。

さらに、処方元への販促活動として、MSから処方元に年間約530万回の医師の記憶に残るコールが行われている。これは諸外国には見られない日本独自の機能である。

【図2】日米欧の医薬品卸のサービス量の違い



*イギリス、ドイツ、フランス

(配送先数:日本は厚生労働省資料(文献2,3)、歯科医は除外している。アメリカは日本医薬品卸業連合会資料、2004年IFPW総会で発表された「日常的な配送が行われている配送先数」の推定値であり、現在の延べ配送先数とは異なる。欧州は医療経済研究機構資料(文献4~6)および文献7をもとに作成。処方元コール数:クレコンR&C調査より作成)

日本の医薬品卸の売上高に対する販売費及び一般管理費（以下、「販管費」という。）の比率は、諸外国と比較して高く、更なるコスト抑制の余地があるのではないか、という指摘がある。しかし、これまでのこの指摘についての議論には、各国間の医薬品の価格の差異が考慮されてこなかった。そこで本項では、財務諸表上の対売上高比率による比較ではなく、以下の方法により、医薬品卸の粗利益金額に着目して比較した。

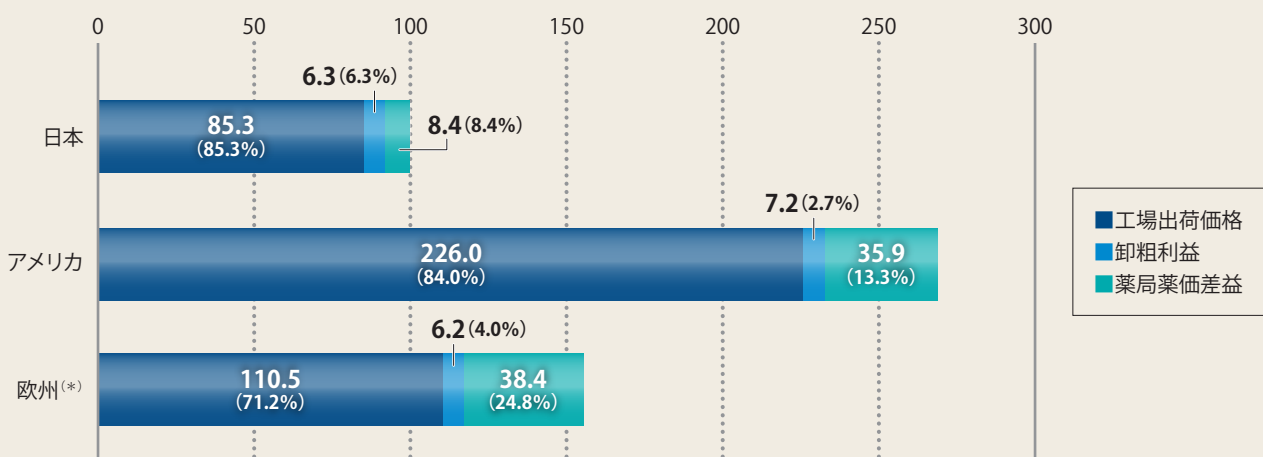
まず、世界における売上高上位品目のうち、各国間で用量・包装単位で比較可能な13品目（ディオバン・リピートル・クレストール・ゼチーア・アリセプト・パリエット・アクトス・レミケード・エンブレル・プラビックス・グリベック・ジプレキサ・シングレア）を抽出した。そして、IMS Healthの2008年アメリカドルベースの卸売価格データから、日本の薬価を100とした場合の各品目の薬価を算出した。13品目の平均値は、日本の薬価を100とした場合、アメリカ269.1、欧州(*)155.1（イギリス、ドイツ、フランスの2008年医薬品販売額による加重平均値）となった。

次に各々の価格の内訳を製薬企業工場出荷価格、医薬品卸粗利益、薬局薬価差益の3部分に配分した。その結果を示したのが【図3】である。配分は、日本はクレコンリサーチ & コンサルティング集計の卸経営資料、アメリカはHDMA (Healthcare Distribution Management Association) 資料（文献1）、欧州(*)は医療経済研究機構の調査（文献8）ならびにOECD (Organization for Economic Co-operation and Development) による集計（文献9）を参照した。その結果、日本の薬価を100とした場合の日本の粗利益は6.3、アメリカ7.2、欧州(*)は6.2となった。【図2】で示した配送先数の違いを考慮すれば、日本の果たしている機能は格安である。

すなわち、ここで明らかになったことは、財務諸表上の日本の医薬品卸の粗利益率は、諸外国よりも高くなっているが、「製品を1個売る」ときの日本の卸の粗利益は、諸外国と比較して決して高いものではない、ということである。

ここで解決しておかなければならないのは、各国の薬価が物価を反映しているものではないか、という問題である。その国の物価が全体的に高ければコストが上がり、粗利益も上昇することになるからである。しかし、OECD2009年11月発表の内外価格差表（同一の商品を国内および国外で購入した場合の価格の差。調査時点の為替レートによって換算されている）によると、日本を基準（日本=1）とした場合、アメリカ0.72、イギリス0.79、ドイツ0.93、フランス0.98であり、5カ国の中では日本が最も物価が高い。よって本項で取り扱った薬価は、各国の物価を直接反映しているものではないと判断することができる。日本の薬価が各国と比較して低めに抑えられているのは、自由競争でマージンおよび薬価が圧縮される仕組みであることが影響しているものと推察する。

【図3】日本の薬価を100とした場合の価格構成（ ）は各国の償還価格における構成比



*イギリス、ドイツ、フランス

(IMS Health資料、クレコンR&C資料、HDMA資料（文献1）、医療経済研究機構資料（文献8）、OECD資料（文献9）より作成）

「5.医薬品卸粗利益の比較」では、日本の薬価を100としたときの各国の薬価および卸粗利益等を算出した。本項ではその値を用いて、日本の卸売価格を100としたときの、各国の卸粗利益における機能別販管費と営業利益を比較した。粗利益については、【図3】では流通各部門の利益配分を比較するために薬価を100としたが、ここでは卸の機能を比較することが目的なので、日本の卸売価格を100とする。その場合、各国の粗利益は日本が6.9、アメリカが7.9、欧州(*)が6.8となる。また、各国卸決算およびアンケート調査により営業利益は日本が0.3、アメリカが2.0、欧州(*)が1.4と計算される。

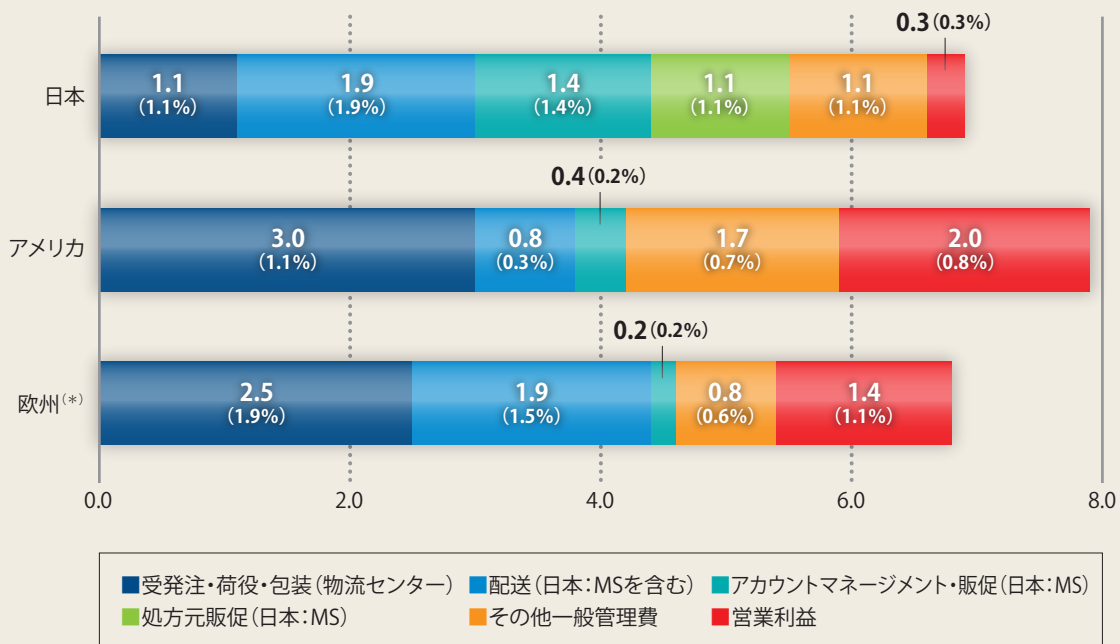
さらに残った販管費部分を、5つの機能別に配分した。機能別販管費の配分にあたっては、日本と欧州(*)については、各国卸に依頼し、5つの卸機能(受発注・荷役・包装など物流センターにかかるもの、配送、アカウントマネージメント、処方元販促、その他一般管理費)の比率を管理会計手法により算出した結果を用いた。アメリカについては、HDMA発表の2008年決算を用いた。これらをまとめて表したのが【図4-1】である。

まず、物流と配送にかかる部分を比較すると、最も大きいのが欧州(*)の4.4(物流2.5、配送1.9)、次がアメリカ3.8(物流3.0、配送0.8)、次いで日本の3.0となった。欧州(*)については、「4.日米欧の医薬品卸のサービス量の違い」で述べたとおり、1か月1施設あたりの配送回数が多いことを反映していると思われる。

アカウントマネージメントにかかる部分は、日本の場合、1.4と他国よりも大きい。これは交渉先数の違いを直接表していると推察される。

【図4-1】日本の卸売価格を100とした場合の医薬品卸の機能別販管費と営業利益(2008/2009)

(())は各国の卸売価格における構成比



*イギリス、ドイツ、フランス

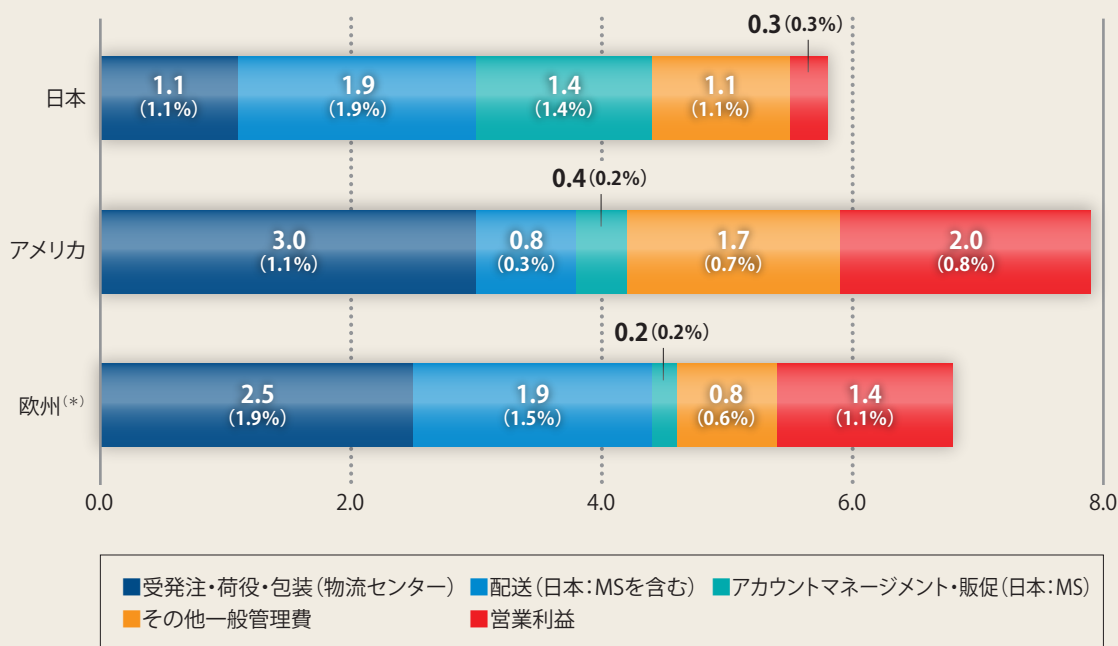
(日本医薬品卸業連合会資料、IFPW加盟企業調査、HDMA資料(文献1)、IMS Health資料、クレコンR&C資料より作成)

■【図4-1】の比較による考察は以下のようにまとめられる。

- ①日本は欧米よりも物流関連の機能が効率的に行われている。(過小評価されている。)
- ②日本はアカウントマネージメントにかかる部分が欧米よりも大きい、交渉先数を考慮すれば高いとはいえない。
- ③その他一般管理費には、本社学術部門などの機能が含まれているので、コスト評価をする際には、他の機能に振り替えて考えなければならないであろう。

さらに、処方元販促が日本独自の機能であることは前に述べた。この独自部分を除いて比較したのが【図4-2】である。【図2】に示した配送先数、交渉先数の多さを考慮すれば、製品1個販売したときの販管費は、国際間の比較において決して大きすぎるものではない。

【図4-2】日本の卸売価格を100とした場合の医薬品卸の機能別販管費と営業利益(2008/2009)
(処方元販促を除く)(()は各国の卸売価格における構成比)



*イギリス、ドイツ、フランス

(日本医薬品卸業連合会資料、IFPW加盟企業調査、HDMA資料(文献1)、IMS Health資料、クレコンR&C資料より作成)

さて、処方元販促が日本独自の機能であることは繰り返し述べてきたが、それは医師の処方意識に関して、どれほどのインパクトがあり、効果を挙げているのだろうか。

2009年5・6月にクレコンリサーチ&コンサルティングが研究目的で実施したMSの医薬品販促に関する1,500名の開業医を中心とした調査では、未処方の薬剤に対するプロモーションの68%が医師に何らかの影響を与えたことが明らかになった。更に、【図5】の通り、マーケティングのAIDCAモデル*に則り、薬剤に対する認知から行動(処方)までのプロセスを5段階(1段階20%)に分け、MSの訪問前と訪問後でどのように印象が変化したかで平均新規処方インパクト率を測定した結果、20.8%、つまり、MSの訪問により5段階のうち約1段階進む変化を記録した。つまり、現在のMSのプロモーション手法によって、医師はかなり影響を受けているのである。このことは、多くのMSが医師から信頼を受けている証しでもある。実際に、クレコンリサーチ&コンサルティングの別の調査では、少なくとも1割の医師がMSとの信頼関係が処方に影響を与えたと回答している。

【図5】医師によるMSプロモーション前後の製品印象の違い

n(総訪問数):18,513

平均新規処方インパクト率**:20.8%

訪問前スコア→ 訪問後スコア↓	0 知らなかった	1 知っていた (認知)	2 関心を 持っていた (関心)	3 使っ て み た い と 思 っ て い た (欲求)	4 他と比べても ベストだと思 っていた (確信)	5 処方している (行動)	
1 知った (認知)	843 4.2%	2,476 12.4%					3,319 16.6%
2 関心を持った (関心)	372 1.9%	3,063 15.3%	1,014 5.1%				4,449 22.3%
3 使ってみたく 思った (欲求)	176 0.9%	1,173 5.9%	1,058 5.3%	610 3.1%			3,017 15.1%
4 他と比べても ベストだと思 った (確信)	14 0.1%	164 0.8%	123 0.6%	148 0.7%	210 1.1%		659 3.3%
5 処方した (行動)	44 0.2%	696 3.5%	155 0.8%	154 0.8%	138 0.7%	4,970 24.9%	6,157 30.8%
	1,449 7.3%	7,572 37.9%	2,350 11.8%	912 4.6%	1,260 6.3%	4,970 24.9%	

* 1925年にエドワード・ストロングが提唱した消費者行動のプロセスモデル。Attention(注目)、Interest(興味)、Desire(欲求)、Conviction(確信)、Action(行動)の略。

(クレコンR&C作成)

** (訪問前スコア5を除く各訪問の訪問後スコアと訪問前スコアの差の合計) × 0.2 ÷ 訪問回数

■ 本調査研究の結果は、以下の3点に要約される。

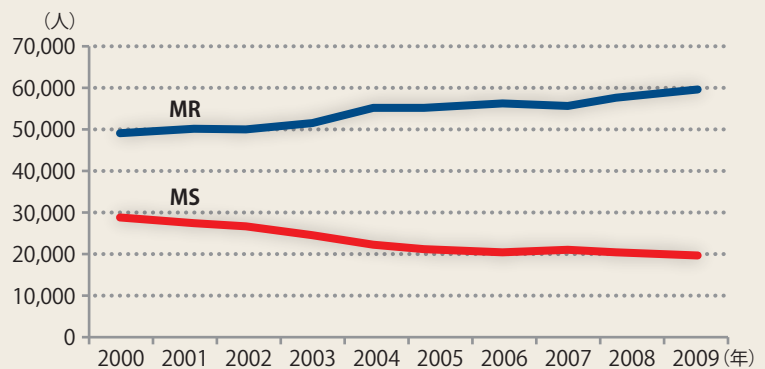
- ① 日米欧の医薬品卸の業務に関しては、各国医薬品に関する制度、流通に関する慣習の違いから、配送先数や交渉先数及び販促機能に大きな違いがある。
- ② 日本の総配送回数や交渉先数が他国に比べて圧倒的に多いにもかかわらず、日本の医薬品卸の販管費の額は高いとはいえない。機能別にみれば、物流に係る費用は非常に安く、アカウントマネージメントに係る費用も高いとはいえない。
- ③ 日本の医薬品卸では、他国にはない販促機能が、医師が処方決定する際、かなり有効に機能している。

日本のGDPに占める医薬品支出の割合(2005年)は1.5%であり、アメリカ(1.9%)、フランス(1.8%)、ドイツ(1.6%)よりも低い。しかし、医薬品卸にとってこの10年間は、集約化の波の中で効率性と付加価値を追求する10年であった。社数は10年間で約6割に、他国にはない販促機能を持つMSの数を約1万人削減し、10年前の約3分の2となった(【図6】参照)。このように集約化が進む一方で、顧客に選ばれる卸となるために、各卸は、機能の多様化と高度化を図ってきた。わが国の医薬品流通において、偽造医薬品がほとんどゼロに近いという事実は、諸外国と比べて安全性の面での優位性を示しており、極めて特徴的である。

社会的コストの面からMSをみると、日本の医薬品卸のMSはMRを補完するだけでなく、複数の製薬企業の製品を取り扱う代理店としての役割を担っており、開業医市場では自社製品の販促に特化するMRよりも効率的な存在である。また、在庫管理、製品比較、他の医療機関の処方情報などさまざまなノウハウを医療機関に伝え、経営上の相談役として、地域医療の円滑な実現を支える存在でもある。

日本医薬品卸業連合会は、平成22年5月、会員総意のもとに「決議」を表明した。その中で、「医薬品が有する価値に見合った市場価格の形成を目指した流通改革の実現」、「新型インフルエンザのパンデミックで示された危機管理流通の取組みの継続」と並んで、「卸機能の充実」を謳っている。スペシャルティ医薬品と後発品の増加や、「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」という新しい薬価制度の試行的導入など、医薬品業界は潮流の変わり目に立っている。そのような中、医薬品卸業は、医療の高度化、効率化に貢献できるよう、果たすべき機能の質的充実に務め、社会的存在意義を高めてまいりたい。

【図6】MR数とMS数の変化



(医薬情報担当者教育センター資料(文献10)、日本医薬品卸業連合会資料)

文 献

- 1) Center for Healthcare Supply Chain Research (2007), The Role of Distributor in the U.S. Healthcare Industry
- 2) 厚生労働省「平成16年医療施設調査」
- 3) 厚生労働省「平成16年衛生行政報告」
- 4) 医療経済研究機構、イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書(2007年版)
- 5) 医療経済研究機構、ドイツ医療関連データ集(2007年版)

- 6) 医療経済研究機構、フランス医療関連データ集(2007年版)
- 7) hospitalsworldwide.com
- 8) 医療経済研究機構、薬剤利用状況等に関する調査研究報告書(平成20年3月)
- 9) OECD(2008), OECD Health Policy Studies; Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market
- 10) 医薬情報担当者教育センター「平成22年版MR白書」

調査手法

- 第1項～第4項: 参考文献を基礎とした分析
第5項: IMS Healthの2008年USDベースの卸売価格をベースとした比較と分析

- 第6項: 各国卸決算およびIFPW加盟企業によるアンケートによる比較と分析
第7項: クレコンリサーチ&コンサルティング(株)のMSの医薬品販促に関する開業医調査から抜粋



「医薬品卸の機能別コストの国際比較」
2010年12月発行

— 発行 —

社団法人 日本医薬品卸業連合会
〒103-0028 東京都中央区八重洲1-7-20 八重洲口会館

— 執筆・編集 —

クレコンリサーチ & コンサルティング株式会社
〒150-0002 東京都渋谷区渋谷2-12-15 日本薬学会 長井記念館

本書の全部または一部の複写・複製・転載を禁じます。
©2010 The Federation of Japan Pharmaceutical Wholesalers Association