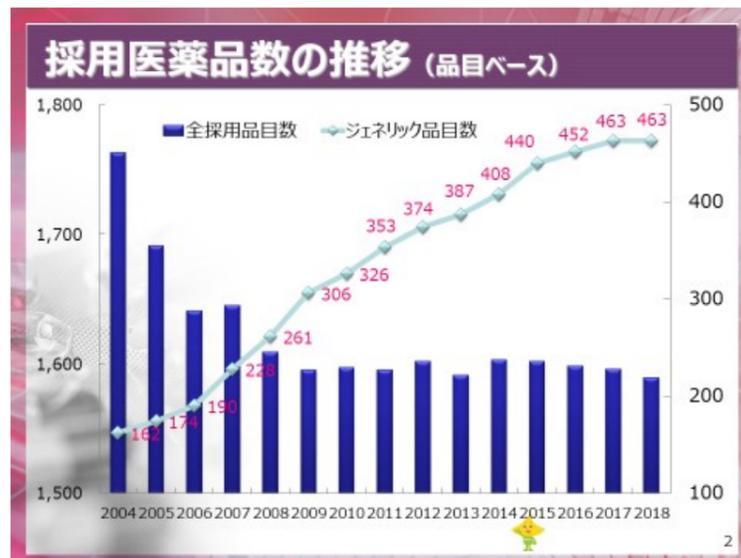


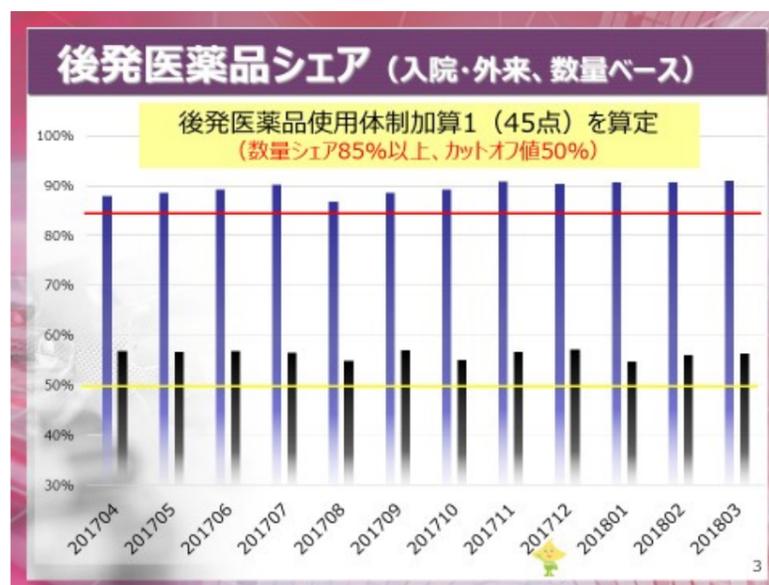
パネリスト講演：ジェネリック医薬品普及 80%時代を見据えて 病院薬剤師の視点から

横浜市立大学附属病院薬剤部副部長 小池博文

横浜市大附属病院の小池でございます。今日私は病院薬剤師という立場でお話をさせていただきます。まず当院の今現在の採用医薬品数の推移でございます。全体の医薬品数が大体 1,600 弱で、そのうちの約 30%が後発品に置き換わっているという状況でございます。



そして後発医薬品のシェア、いわゆる数量シェアにつきましては今 90%前後を推移しているところでございます。今年度から当院のような DPC 病院でも後発医薬品使用体制加算というものが算定可能になりましたけれども、新薬も分母に入れて計算するカットオフ値は 50%。当院ですと大体 56%ぐらいで推移しています。数量ベースで 90%ぐらい使っている病院で、やっと 56%ということですので、恐らく数量ベースで元々 80%以下の病院では、今回の後発医薬品使用体制加算は、このカットオフ値で 50%を下回ることによって算定できないところがあるかと伺っています。



続きまして後発品を採用する中で特に最近というか、ここ数年よく採用しているのが分包品とか分包の液剤のようなもので、こういうものは非常に重宝して使っています。当院ですと調剤室に事務員の方がいて調剤の補助をいただいていますけれども、このような分包品であれば棚から取ってきてバーコードを事務の方がスキャンをしてかごに入れるという作業ができるため、薬剤師の業務を省力化できるということでもあります。こうした分包品は後発品ならではのことで、非常に重宝して使っています。

予包・分包製剤の積極的導入【内用】



ロキソプロフェンNa細粒10%
0.6g 分包品



コカルDS40%
200mg/0.5g 分包品



ハルプロ酸Na
シロップ5%
200mg/4mL

- 患者さんにとって識別しやすい
- 遮光、防湿効果が期待できる
- 秤量・分包が不要である
- バーコードの照合が容易
- 調剤補助員の活用が可能

4

次にAGですが、そのメリットについては制度上あるいは運用上、ここに掲げましたようにいろいろなメリットがあるとされておりまして、後発品の中でもAGは非常にシェアが高いようでございます。ただ当院の考えるAGの選択の基準というか考え方におきましては、やはり例えば抗がん剤とか、過去の臨床データが特に重要視されるとか、あるいは外用剤のように、どうしても塗った感じとか貼った感じとか感応的な違いが現れるものについては、AG がいいのではないかなと思います。しかし原薬や添加物が同じとかということは、もともと後発品をこれだけ推進して使ってきたので、今さらというか、だからAGということではないというようなかたちで選ぶようにしています。

AGのメリットを再考する

制度上のメリット	運用上のメリット
先発品と原薬が同じ	医師の理解が得やすい
先発品と添加物が同じ	患者への説明が容易
先発品と製造方法が同じ	先発品での安定した供給実績がある
先発品と工場が同じ (異なる場合もある)	先発品の臨床データをそのまま流用可
先発品と適応症が同じ (再審査期間中は除く)	先発メーカーのMRによる継続的な情報提供
他のGEよりも先行して販売可	

AG本来のメリットが活かせるのは、過去の臨床データが重要視される薬効群や外用剤であり、それ以外は必要としない。

5

実際の当院の AG の導入状況でございますけれども、これは代表的なものだけでございますが、実はほとんどが AG ではなくて他のメーカーが作っている、販売している後発品を採用しています。AG を選んでいるのは表の上二つなのですが、オルメサルタンは第一三共の戦略というか、非常にうまくいったなあと思うのですけれども、もともと先発品オルメテックが通常の錠剤をやめて OD 錠に一本化していますし、かつ印字錠ということもございます。それからオルメサルタンは独特の原薬の臭みがあるのですが、その臭みを消すような製剤技術が PTP シートに施されているということもございましたので、あえて他のジェネリックを選ぶ必要がこの時はなかったかなと思っています。TS-1 についてはやはり抗がん剤ということで、どうしてもさまざまな新しい薬と組み合わせた臨床試験とか、そういった治験などが走っている場合がありますので、なかなか切り替えが困難だということもありまして、AG を使っています。そのほかの後発品については、我々はいつも言うておりますけれども、錠剤では製品名が印字されているとか OD 錠に改良されているといった製剤的工夫がされている後発品を採用していますので、AG はあえて選択をしていません。それから、いわゆる追っかけ AG については、既にほかの後発品を採用していますので、特段追っかけ AG が製剤的に優れているということがあれば別ですけれども、わざわざ AG だからというブランドで戻すということはありません。

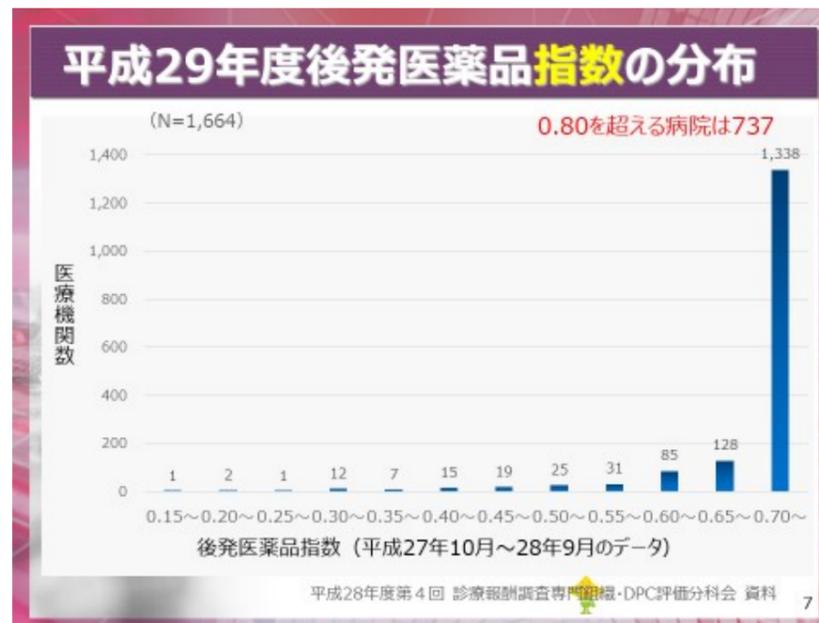
主なAGの導入状況		
一般名	採用	理由
オルメサルタン錠	AG	・ OD錠、印字錠であり、あえて他のGEを選ぶ必要がない
TS-1配合錠	AG	・ 様々な臨床研究が継続しており、切替が困難 ・ 抗がん剤であり、医師の反対が強い ・ 最低薬価群である
カンデサルタン錠	GE	・ 製品名が錠剤に印字されており、識別性が高い
クロピドグレル錠	GE	・ GEは一包化調剤が可能、バラ錠包装有り
テルミサルタン錠	GE	・ GEはOD錠に改良されている
モンテルカスト錠	GE	
レボフロキサシン錠	GE	
ロスバスタチン錠	GE	
バラシクロビル錠	GE	・ すでにGEに切替済みであり、AGに変更する理由がない
レバミピド錠	GE	

単にAGというだけで選ぶのではなく、
薬剤師として患者さんや業務の視点から選択

次に、今年度の診療報酬改定の影響ですけれども、やはり予想していたことが起き始めています。スライド7は昨年度の後発医薬品指数ですね。数量シェアの分布ですけれども、このようにDPC病院ではほとんどが数量70%以上、80%を超える病院もかなり増えてきていて、いわゆるDPC病院においてはもうほぼ80%近く使っているということが、データに示されています。特に病院において医薬品費をどうやって抑制していこうかということですが、もともとDPCでは医薬品費が包括されますので後発品やバイオシミラーを使う、ポリファーマシーといって患者さんが多剤併用をされているのを、薬剤師の視点から不要な薬剤を減らしていきましょうという取り組みもしています。最近ですとこの医薬品使用の適正化ということで、薬をきちんと適正に使ったことによって加算がつくというような制度も出てきますので、診療報酬上ではいろんなインセンティブがついています。これらをうまく活用しながら医薬品費の抑制に努めています。

先ほど少し触れましたけれども、この後発医薬品使用体制加算ですね。今、85%が上限値になっていて45点を算定することができます。この算定にあたっては外来の部分も数量計算に含まれるので、外来においても後発品をた

くさん使っていないと数量が稼げないということになります。もともと後発医薬品については、昨年度までは DPC の機能評価係数 II というもので評価されておりまして、元々の上限値として 0.00949 という係数があったのですが、これが今回はずされて機能評価係数 I のほうに、後発医薬品使用体制加算が移行しています。で、この 45 点、最高点を取った病院が、係数になると 0.0014 ということに今年度から変わっています。病院とすると後発品をたくさん使ったことによるインセンティブが、0.00949 から約 7 分の 1 になったということでございます。当院ですと元々これぐらいの数字があると、0.00949 では 4,000 万から 4,500 万あったのが、今は 0.0014 でするので大体 600 万とか 700 万ぐらいになってしまいます。そのため先発品への揺り戻しというものが、実際にいくつかの大学病院で起きていると耳にしています。600 床クラスの病院でも、たかだか 500 万円ぐらいの収入にしかならないということですし、頑張って数量シェア 85% の満点取ったとしても 70% ぐらいとの差はわずか 10 点しかないのですね。ですから無理やり 85% まで上げる必要はないのではないかというようなことを、病院の執行部などに先発メーカーの MR さんが情報提供しますので、こうしたことが結構起きています。



病院における医薬品費の抑制

- 後発医薬品、バイオシミラーへの切り替え
 後発医薬品使用体制加算：45点～22点（入院）
 一般名処方加算：6点・4点（外来）
- ポリファーマシーの解消
 薬剤総合評価調整加算：250点（入院）
 薬剤総合評価調整管理料：250点（外来）
 向精神薬の多剤併用：処方料・処方箋料2点減点（外来）
- 医薬品使用の適正化
 抗菌薬適正使用支援加算：100点（入院）
 小児抗菌薬適正使用支援加算：80点（外来）
 医薬品フォーミュラー制度の導入（今後？）

診療報酬上、多くのインセンティブが付与されている！

8

後発医薬品によるインセンティブは7分の1に

- 後発医薬品使用体制加算の見直し【入院】
 - DPC対象病棟でも算定が可能になる
 - 数量シェアの算出には、外来部分も含まれる。

評価区分	平成28年度 3区分	平成30年度 4区分
85%以上		45点
80%~85%	42点	40点
70%~80%		35点
60%~70%	35点	22点
50%~60%	28点	評価なし
50%未満	評価なし	評価なし

機能評価係数Ⅱとして0.00949だった係数が、
機能評価係数Ⅰとして0.0014となる

先発品への揺り戻しが現実！

- 「後発医薬品使用体制加算」の課題
 - 600床クラスでも年間500~600万の増収に過ぎない
 - 数量シェア85%と70%の差はわずか10点
 - カットオフ値(50%)を超えられず、算定できない

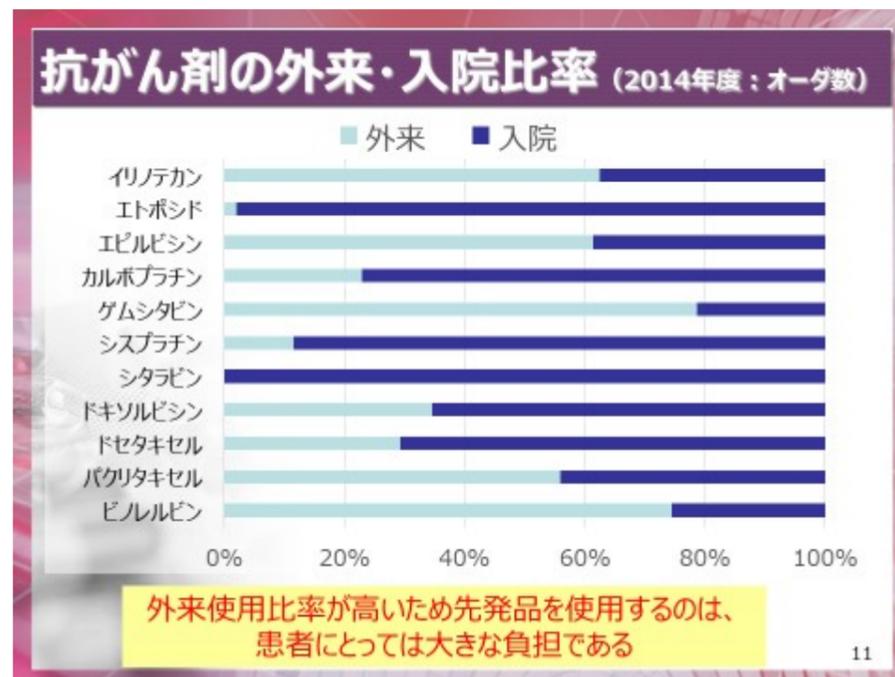
↓

後発品に切り替えるメリットが薄れ、薬価差益の大きい先発品への揺り戻し工作が始まっている！

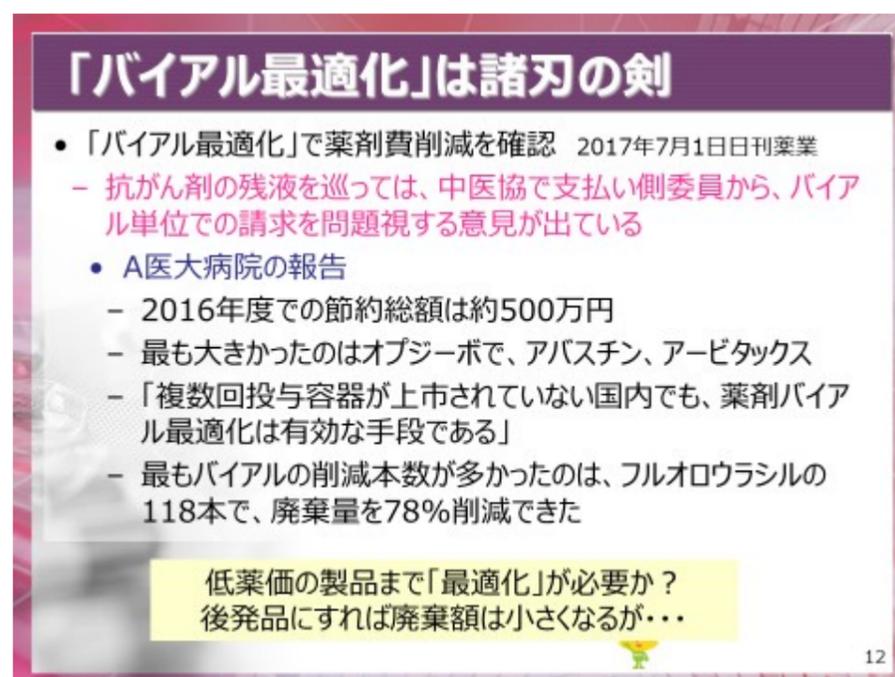
- ・ 外来院内処方を行っている病院
- ・ 外来がん化学療法を多数行っている病院

先発メーカーは、大学病院などの大規模病院をターゲットとしてすでにディテール活動をしている！

後発品に無理に切り替えるメリットは薄れているので、薬価差益の大きい先発品に戻してくださいというような情報提供がなされているのが現状です。特に外来院内処方を行っている病院とか、外来がん化学療法を多数行っている病院が対象となりやすいです。抗がん剤は非常に薬価が高いですけれども、薬剤によってはゲムシタビンのように、外来で使う比率の高いものは先発品に戻したほうが薬価差をたくさん稼げますので、この手の薬剤は先発品にしてはどうですかと。実際に、入院と外来での使用比率を見てこの薬剤は後発品に替える、替えないというような選び方をしている病院は大学病院や、がん診療拠点病院でも多数あるというのが現状ではないかなと思います。やはり患者さんにとっては、同じ点滴をするのにA病院とB病院で薬剤費が倍になるということになりますので、当院は公的な市立病院なので基本的にはすべて後発品を使っています。



それからこれは昨年ですけれども、中医協で抗がん剤バイアルの最適化という話が出ました。要は抗がん剤の残った残液をレセプトに上げるのは問題ではないかということで、このような議論がされたようです。確かにそのとおりだと思いますが、一番の問題はお金のお話をしていますので、まず原則として後発品を使ったほうがいいのではないかと議論されずに、端数が出てもつたないで薬剤師が工夫して使い回しましょうとか、無菌的手技をした上で翌日までとっておいて、それをまた使いましょうなどと話をしています。けれどもそういったことで薬剤師に負担をかけるよりも、まずは原則として後発品を使ったらどうかと私は考えています。



80%達成までの課題についてお話します。当院で削減額が大きい後発品の内服薬を並べてみると、一番大きいのはジフルカン。これは抗真菌剤でちょっと特殊な薬ですけれども、血液内科があるので少し多いです。多くの一般

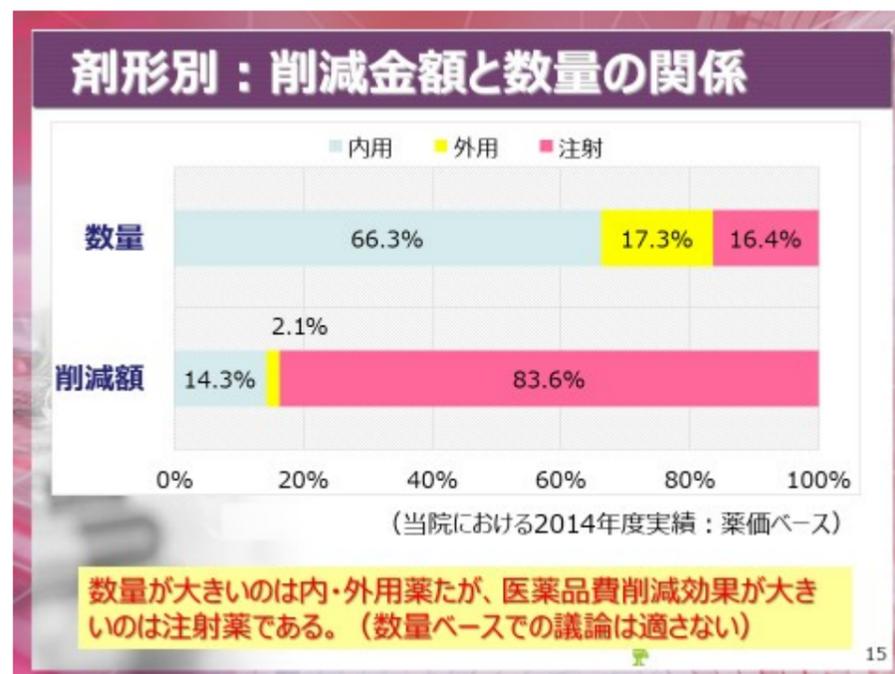
病院では、クラビットとかタケプロンあたりがやはり上位にくるのではないかと思います。免疫抑制剤については、多くの病院では後発品へのシフトがあまり進んでいないといわれています。これも何となく「後発品の免疫抑制剤は血中濃度がばらつくので嫌だ」というようなことだと思いますが、当院で実際に使っている限りでは全くそういう問題はないですし、むしろ診療科の先生方には非常に協力して使っていただいています。ロキソニンについては 89 万円の差額がありますけれども、実際には先発品と後発品の薬価差が 1 錠当たり約 8 円です。10 万錠使っても年間 89 万円の削減額にしかならないということになります。

削減額の大きいGE (2017年度：内用)				
先発医薬品	薬価	ジェネリック医薬品	薬価	年間差額
ジフルカンカプセル100mg	834.2	フルコナゾールカプセル「アメル」	306.8	4,348,160
クラビット錠250mg	234.2	レボフロキサシン錠250mg「明治」	94.4	2,418,540
タケプロンOD錠15mg	80.6	ランソプラゾールOD錠「トーワ」	31.5	2,307,700
プログラフカプセル1mg	750.3	タクロリムスカプセル1mg「ニプロ」	438.1	2,185,400
ネオラルカプセル25mg	227.5	シクロスポリンカプセル25mg「トーワ」	94.2	1,946,180
ブラビックス錠75mg	201.2	クロピドグレル錠75mg「明治」	90.9	1,047,850
セルセプトカプセル250mg	269.4	ミコフェノール酸モフェチルカプセル250mg「ファイザー」	148.7	1,013,880
オメプラール錠20	128.9	オメプラゾール錠20mg「マイラン」	49.3	995,000
ナルバスクOD錠2.5mg	26.7	アムロジピンOD錠2.5mg「トーワ」	14.2	900,000
ロキソニン錠60mg	15.9	ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」	7.8	891,000

削減額の大きいGE (2017年度：注射)				
先発医薬品	薬価	ジェネリック医薬品	薬価	年間差額
ジェムザール注射用1g	15,416	ゲムシタピン注1g「NK」	5,378	41,246,142
エルプラット点滴静注液100mg	51,378	オキサリプラチン注100「ニプロ」	15,309	30,334,029
ゾシン静注用4.5g	2,145	タゾピベ配合静注4.5「明治」	1,231	28,343,140
バンコマイシン点滴静注用0.5g	2,561	バンコマイシン注0.5g「MEEK」	971	17,331,000
トボテン注100mg	10,415	イリノテカン注100mg「トーワ」	4,171	13,543,236
メロベン点滴静注0.5g	1,044	メロベナム点滴用「明治」	685	12,521,920
アイソボリン点滴静注用100mg	7,343	レボホリナート注100「オーハラ」	3,186	11,951,375
プロスコープ300注シリンジ80mL	7,455	イオプロミド300注シリンジ80mL	4,896	11,669,040
タキソール注射液100mg	22,071	パクリタキセル注100mg「NK」	15,534	11,505,120
ゾメタ点滴静注4mg	28,075	ゾレドロン酸点滴静注バッグ4mg	12,183	7,628,160

一方、注射薬でこの赤いところはやはり抗がん剤になります。抗がん剤は薬価が高いので、やはり削減額においては非常にインパクトが大きいと思います。例えばジェムザールですが、1本あたりの差額が1万円なので、4,000本で年間4,000万円の医薬品費削減になります。先ほどのロキソプロフェンは10万錠使ってようやく89万ということでした。このように抗がん剤とか非常に高い薬剤は、数量ベースとしては小さいけれども、削減額は非常に大きいということになります。特にエルブラットなどは1本当たり大体3万6,000円違いますので、年間大体800本ぐらいしか使っていないのですが、これだけの差が出るということになります。

ちょっとデータが古くて恐縮ですが、内服と外用と注射それぞれの数量と削減額を比較してみますと、内服はやはり数量的には多いのですが、削減額ではすごく少なくなっている。数量が多いのは内服と外用ですが、医薬品の削減効果が高いのは注射薬ということになります。少なくともDPC病院で外来を原則院外処方している病院では、数量ベースでの議論は実はあまり適さないのだろうと思っています。というのも後発品への切替えが反対される抗がん剤などにはあまり手をつけずに、内服薬だけ替えて数量を上げている病院が実際多く見られるからです。



新薬も含めた購入額のトップ10ですが、オプジーボは薬価が下がってもやはりたくさん使っています。当院では年間で2億7,000万円ぐらい使っています。その他はほとんどがいわゆるバイオ医薬品ということになっています。一般名が赤字のものはバイオシミラーが既に出ているか、もうすぐ出てくるものとなりますので、やはり少なくとも病院においてはバイオシミラーを使っていかなないと医薬品費の抑制はなかなか困難ではないかなと思います。バイオシミラーは、やはり医師の理解が後発品よりもさらに得られない。構造式が違うとか免疫原性がはっきりしないとか、いろいろ言われます。当院で役に立った症例をご紹介しますと、小児科病棟で、抗がん剤の副作用で好中球が下がってきたのを治療するG-CSFという薬剤でバイオシミラーを入れました。医局のカンファレンスで薬剤師がそれを報告したところ、教授を含めて医局の方針で「そんなのは使えませんよ」と一喝されたそうです。けれどもそこで終わらずに、この薬剤師は同期とか仲のいい若手の先生に「こんな患者さんに使ってみませんか」というようなことを言っていた。すると少しずつ使われて、あっという間に3カ月ぐらいでバイオシミラーに切り替わってしまいました。

製品名	一般名	旧薬価	購入額
オプジーボ点滴静注100mg	ニボルマブ	364,925	274,809,675
レミケード点滴静注用100mg	インフリキシマブ	83,243	256,305,197
アイリーア硝子体内注射液	アブリヘルセプト	142,605	210,057,165
ソリリス点滴静注300mg	エクリズマブ	593,721	140,711,877
アクテムラ点滴静注用200mg	トシリズマブ	45,807	135,634,527
アバスチン点滴静注用400mg	ベバシズマブ	158,942	133,034,454
アービタックス注射液100mg	セツキシマブ	36,920	91,266,240
リツキサン注500mg	リツキシマブ	213,815	77,401,030
キイトルーダ点滴静注100mg	ペムプロリズマブ	410,541	70,202,511
アブラキサン点滴静注用100mg	バクリタキセル (アルブミン懸濁型)	49,103	73,458,088

バイオシミラーを使っていかなくは、医薬品費の抑制は困難

その他には同じ G-CSF 製剤のジーラスタという薬ですが、これは 1 本 10 万円ぐらいする新薬です。初めに出た時は出来高算定が可能でしたので、入院で使ってもそれほど問題はなかったのです。ところがある年から DPC に含まれてしまいましたので、外来で使用するか、入院であれば G-CSF のバイオシミラーで代替できませんかと情報提供をしています。先発品メーカーはいろんな情報を提供しますが、この薬剤が 2016 年 4 月の診療報酬改定から包括されるというマイナスの話は医師に届いていなかったのです。やはりメーカーからの情報は、どうしてもバイアスがかかりやすいと感じています。

BS使用促進のカギは病棟薬剤師

- 積極的な切り替え提案を実施できるコミュニケーション能力と忍耐力
 - 小児科病棟担当薬剤師は、医師にG-CSFのBSを使用するよう呼びかけた。当初は、医局の方針で使用しないようになっていたが一蹴されたが、仲のいい若手医師に個別交渉し、少しずつ使用され、現在ではほとんどBSに切り替わった。
 - 泌尿器病棟・耳鼻科病棟・婦人科病棟の各担当薬剤師は、ジーラスタをオーダした医師に当院の答申内容を説明するとともに、今年度からDPCIに包括される旨を説明したところ、G-CSFのBSに切り替わった。(医師はDPCIに包括される旨を知らなかった)
 - 消化器内科病棟担当薬剤師は、インフリキシマブ初回導入の患者にレミケードがオーダされていたが、患者の支払い額を試算した上で主治医に変更を提案、BSでの治療開始となった。

専門的な薬学知識の提供に加え、コストマネジメントは、これからの薬剤師の職責である

それからインフリキシマブ。レミケードですね。当院でも置き換えがあまり進んでないのですが、レミケードは高額療養費制度が適用になりますので、患者さんの自己負担があまり変わらないということもございます。そこで消化器内

科の担当薬剤師が、この患者さんだったら支払額はこれくらい違うということを医事課と相談して計算をして、それを医師に報告したところ、「じゃあこの人に使ってみましょうか」ということで治療開始になった例もございます。病棟薬剤師の役割の原則は、もちろん専門的な薬学知識の提供ですけれども、このようにコストに関して提案するというのも、多分これはドクターだけだとなかなかできないと思いますので、薬剤師としてやっていくべきことかなと思います。

次にリツキサンですが、これは今年の1月に採用して順調に切り替えが進んでいます。これも上位トップ10に入っていますが、このように積極的にバイオシミラーも使えるものは使っていくというふうにしています。



病院における今後の目標設定ということでは、かなり私見が多くて先生方にちょっとお叱りを受けるかもしれませんが、例えば先ほど病院では数量シェアはスケールとしてあまり適当ではないのではないかとのお話をしましたけれども、例えば数量シェアでいくとすれば、薬効カテゴリー別の数量シェアを作ってはどうか。これが難しければ内用、外用、注射でもいいと思います。そういうふうにしなくても内用と注射のボリュームが元々違いますので、80%と一口に言っても内用、外用だけやっている病院も実際にありますので、この辺は少し考慮してはどうかと思います。それから低薬価の医薬品については、計算に入れていかどうか非常に悩ましいと思います。病院では1錠10円以下の経口剤とか、200円以下の補液類がそれに該当します。その他、薬価基準にグラムとかミリリットル単位で記載されている軟膏とか吸入麻酔薬というのは、使っている患者さんは少ないのに薬価の単位がそうになっているために、数量ベースの計算に大きな影響を与えることがあります。その辺も計算式からは抜いてもいいのではないかと思います。それからバイオシミラーは、他の後発品と一緒に80%というのはかなり現実的には難しい。適応症が違う場合もありますので、この辺は別の目標値が要るのではないかと思います。

病院にはやはり経営の問題があるので、いろんなインセンティブ評価があればすぐに目標を達成するのですが、今回のように評価がなくなったり少なくなったりすると、すぐに使用しなくなる可能性がやはりあります。

まだ試案ですけれどもフォーミュラーの話をする、通常は病院の話なのですが、金沢区といった地域の薬剤師会の先生とフォーミュラーの話をする、まず「後発品のブランドを絞り込んでくれないか」という意見が結構多く出ます。例えばロキソプロフェンという薬でも、薬局によっては三つも四つも違うブランドの製品を置いているという話

になりますので、例えば金沢区といった自治体レベルで二つぐらいに絞り込むとかですね。で、後発品の中でも高い薬価のものはなるべく入れないとか、これがだめな場合には先発品を使ってはどうかみたいなことを、金沢区の先生たちと話し合いを進めているところでございます。

病院における目標設定とインセンティブ

- 薬効群別・剤形別の数量シェアで評価をスコア化し、機能評価係数のインセンティブ評価としてはどうか
 - 抗がん剤、抗生剤、造影剤、免疫抑制剤など
 - 内用薬、外用薬、注射薬など
- 次の薬剤は、数量計算から除外してはどうか
 - 低薬価の医薬品（10円以下の経口剤、200円以下の注射剤など）
 - 薬価がg、mL単位の医薬品（軟膏、吸入麻酔薬など）
- バイオシミラーは目標値を別に設定してはどうか
 - 適応症が異なることが多く、80%達成は極めて困難

病院はインセンティブ評価があれば、目標を達成できる。
ただし、評価がなくなれば、すぐに使用しなくなる。

19

病院における使用促進策を考える

- 外来診療の包括化
 - 入院診療はDPC制度により後発医薬品が使用され、DPC係数により一気に使用が拡大した
 - 薬価差益に依存した病院経営からの脱却を目指す
 - がん化学療法
 - 画像診断（CT、MRI）
- 院内フォーミュラーの整備
 - フォーミュラーを審議する委員会の設置、高額薬剤の使用制限に取り組んでいる施設を機能評価係数で評価
- クリニカルパス適用率の向上
 - パス適用率を段階的に機能評価係数で評価
 - パス作成に薬剤師が関与し、高額薬剤の使用を制限

20

最後に最近の長期収載品の話題です。先発品メーカーから後発品メーカーが引き継ぐのが望ましいと思っています。最近になって登場したLTLファーマ、オーファンパシフィック、太陽ファルマといった異業種やファンドが設立した会社が引き継ぐのではなく、後発品メーカーで既に実績のあるところが引き継いでいけば、情報もそのまま引き継げるのでいいのではないかと思います。例えば日医工だったら日医工の情報サポートセンターで情報提供もできる。こうした方向になればいいのではないかと思います。

長期収載品は誰が引き継ぐべきか？

- 後発品メーカーが引き継ぐことが望ましい
 - ファンド設立会社や異業種が扱うことには違和感がある
 - G1品目になったら、撤退してしまうのではないか？

先発メーカー	長期収載品	継承メーカー	承認継承日
アステラス製薬	セファメジンα、ガスターなど、 16製品	LTLファーマ	2018年4月より順次
	アストミン、ダントリウムなど、 3製品	オーファンパシフィック	2015年4月、10月
中外製薬	ジゴシン、リボトリールなど、 13製品	太陽ファルマ	2017年11月
協和発酵キリン	アドリアシン、バセトシンなど、 4製品	アスベンジャパン	2017年9月
塩野義製薬	アクブラ、フィルデシンなど、 3製品	日医工	2017年5月

長期収載品の販売移管例 

21