

meditur *insight*

vol.4

セルフメディケーションを進めるアイデア

vol.4

セルフメディケーションを進めるアイデア

目次

目次.....	2
はじめに.....	3
.....	4
Chapter.1 セルフメディケーションの状況.....	4
■セルフメディケーションとは.....	4
■日本におけるセルフメディケーション.....	5
■海外におけるセルフメディケーション.....	6
■海外のドラッグストアから見てくるセルフメディケーションの状況.....	7
Chapter.2 セルフメディケーションを取り巻く法規制とその課題.....	9
■登録販売者制度.....	9
■ネット販売の是非.....	10
Chapter.3 セルフメディケーションを浸透させるためには.....	12
■セルフメディケーションが浸透しない理由.....	12
■セルフメディケーションを浸透させるには.....	13
まとめ.....	15
引用文献.....	16

はじめに

「セルフメディケーション」と聞いて真っ先に思い浮かべるのは、何年前のことだろうか、かつて放送されていたマツモトキヨシのCMだ。その当時は、ドラッグストアが特定の商品を勧めるのではなく薬を飲め飲めCMで言っているなあとぼんやり感じていた記憶がある。その対比には東京電力の「でんこちゃん」があり、こちらは電力会社の主力製品である電力を”使いな”とCMで言っていて、面白いものだと感じていた。

そのCMからだいぶ時間が経つのにセルフメディケーションは一向に浸透している様子もない。しかし、ドラッグストアや小売業の業界では、毎年のように「今年こそセルフメディケーションの熱が高まるに違いない」「新しい役割を提唱していくべきだ」と熱い理念が展開されているのだ。

この市民と業界のギャップはどうして埋めることができないのだろうか。

また、セルフメディケーションは、医療費増加が止められない行政や保険者が何とか医療費の増加を抑制するための策として、推し進めようと考えている側面もある。しかし、ドラッグストアのように自分の売上に直結している組織ですら、浸透させることに成功しているとは言えない状況において、行政や保険者は有効な策を打ち出せるのだろうか。

そこで、本レポートでは、セルフメディケーションの日本とアメリカを中心とした海外の状況を見ながら、その将来、特にどのようにしたらセルフメディケーションが浸透するのか考えてみたい。





Chapter.1 セルフメディケーションの状況

■セルフメディケーションとは
セルフメディケーションとはセルフケアの一部である。セルフケアには、セルフメディケーション、薬物以外の自己治療、病気に対する社会的支援、日常のファーストエイドが含まれている [1]。つまり自分で健康を改善・維持する目的で、服薬することである。これは医師に相談するほどではないが、何らか薬を服用すべきというくらい厄介な状況にあり、自発的に薬を選ぶことで解決しようとする行動は、社会的・経済的な利益がある。
セルフケア・セルフメディケーションの概念は、別に新しいものではなく、軽度な風邪や怪我であれば、わざわざ医師に診てもらわなくても、自

然に治る自然治癒力に期待したり、生姜湯を飲んだり、傷口にアロエを塗ったりするような長い歴史上の習慣の一つでもある。セルフメディケーションにおいて、何かしら体調が悪い時に薬局に行き薬を買うのであれば、自分の体調を正しく理解し、どのような薬が適しているのか理解していることが大切である。そのため、セルフメディケーションを考えると、冒頭で触れたドラッグストアのような「売る側」、医療を提供している「医療者側」に加え、その理解度が問われる「一般市民側」の立場をそれぞれ理解することが重要なかもしれない。

■日本におけるセルフメディケーション

薬事工業生産動態統計調査の平成24年の年報によれば、日本の医薬品精算金額は平成15年以降、ほぼ横ばいだった平成24年を除き、前年増で推移している [2]。そのうち、セルフメディケーションで対象となるのは、医療用医薬品以外

の一般用医薬品と配置用医薬品である。実のところ、医薬品全体では年々増加傾向を示している一方で、一般用医薬品と配置用医薬品は、低迷を続けている。

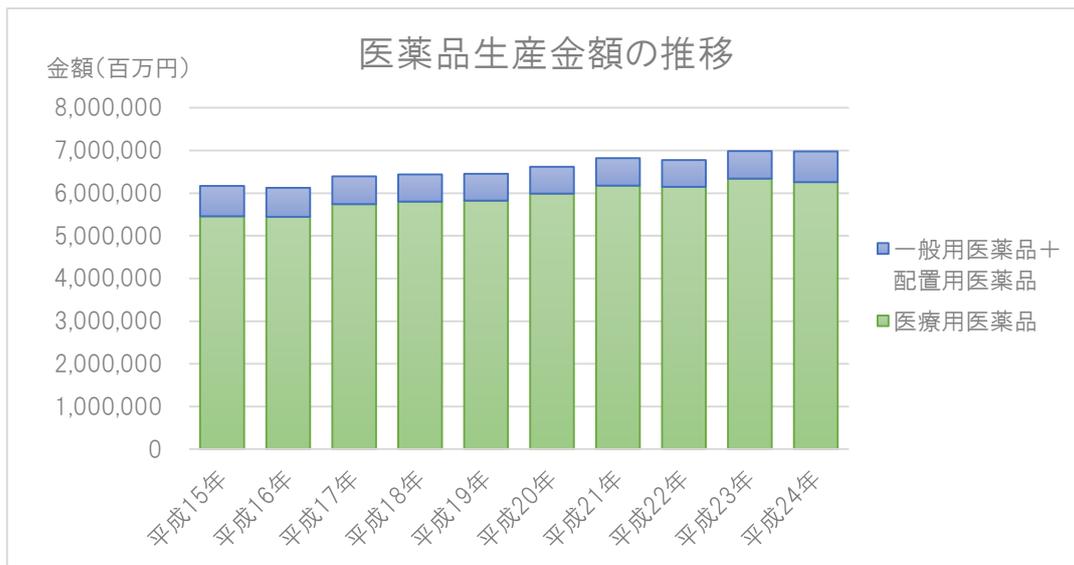


図 1 医薬品生産金額の推移

出所:平成24年薬事工業生産動態統計年報 [2]を元に作成

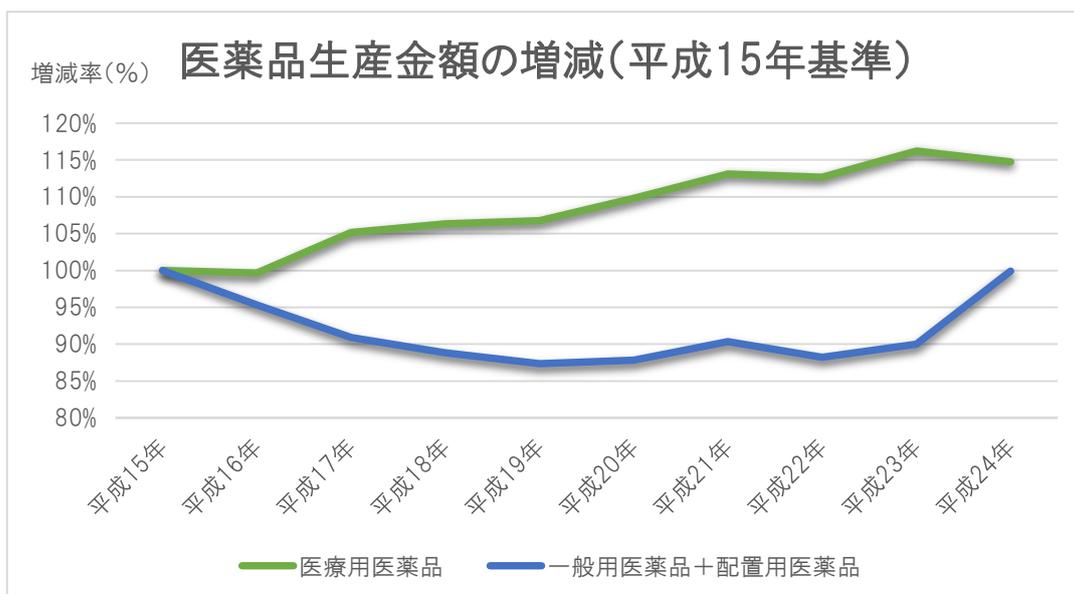


図 2 医薬品生産金額 平成15年基準の増減率推移

出所:平成24年薬事工業生産動態統計年報 [2]を元に作成

生産金額の多寡だけで、セルフメディケーションが浸透しているか、規模が拡大しているか判断することは難しいかもしれないが、あまり生産金額が伸

びていないということは、セルフメディケーションがこの10年で急速に理解浸透していることはなさそうである。

■ 海外におけるセルフメディケーション

日本では、一般用医薬品などの生産金額から推測するとセルフメディケーションが広まっている傾向は見えなかったが、世界ではどうなのだろうか。IMSのレポート [3]から、医薬品市場全体とOTC薬の成長性を見てみた。

この資料(図3)によると、医薬品市場全体は成長率が10%弱(2002年～2004年)から5%前後(2010～2012年)まで低下してきているのに対し、OTC薬は2～3%程度(2002年～2004年)から5%以上(2010～2012年)まで上昇してきている。

各国様々な事情があるため、世界中でセルフメディケーションが浸透してきていると一概に決めつけることはできないが、次の図(図4)を見ると日本が、世界の多くの地域と若干異なっていることが見てくる。日本以外のアジア・オセアニア地域や中南米地域において急激な勢いで市場が成長しているのに対し、ヨーロッパや北米、日本は成長率が低い。その中でも特に日本は3年平均成長率が唯一マイナスであり、セルフメディケーションの環境としては厳しいことがうかがえる。

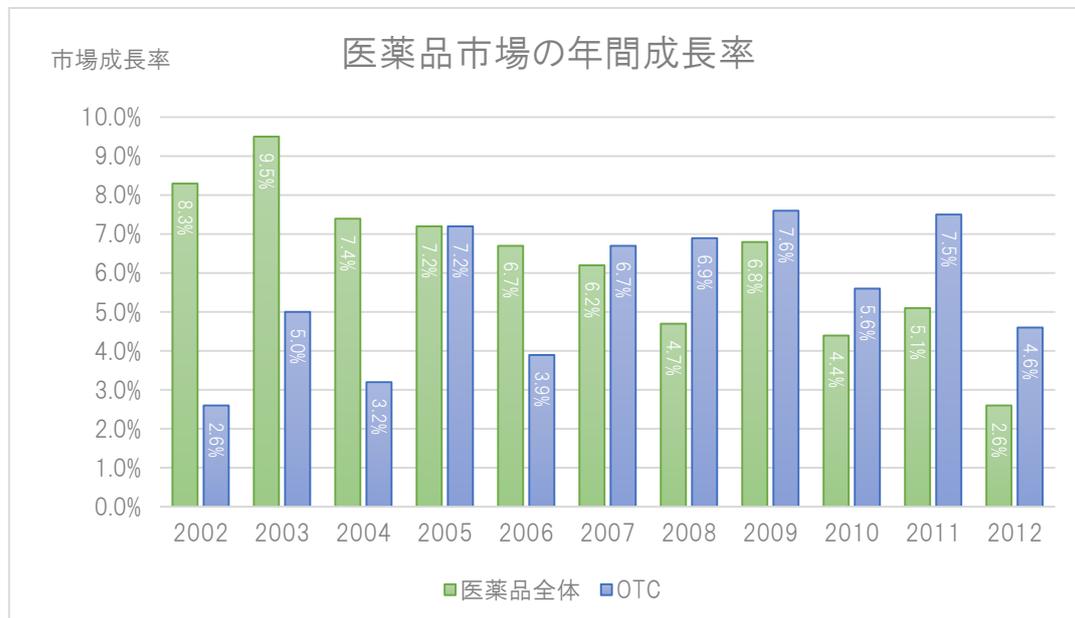


図 3 世界の医薬品市場の年間成長率推移

出所:IMS AESGP 2013 Latest OTC Market Trends [3]を元に作成

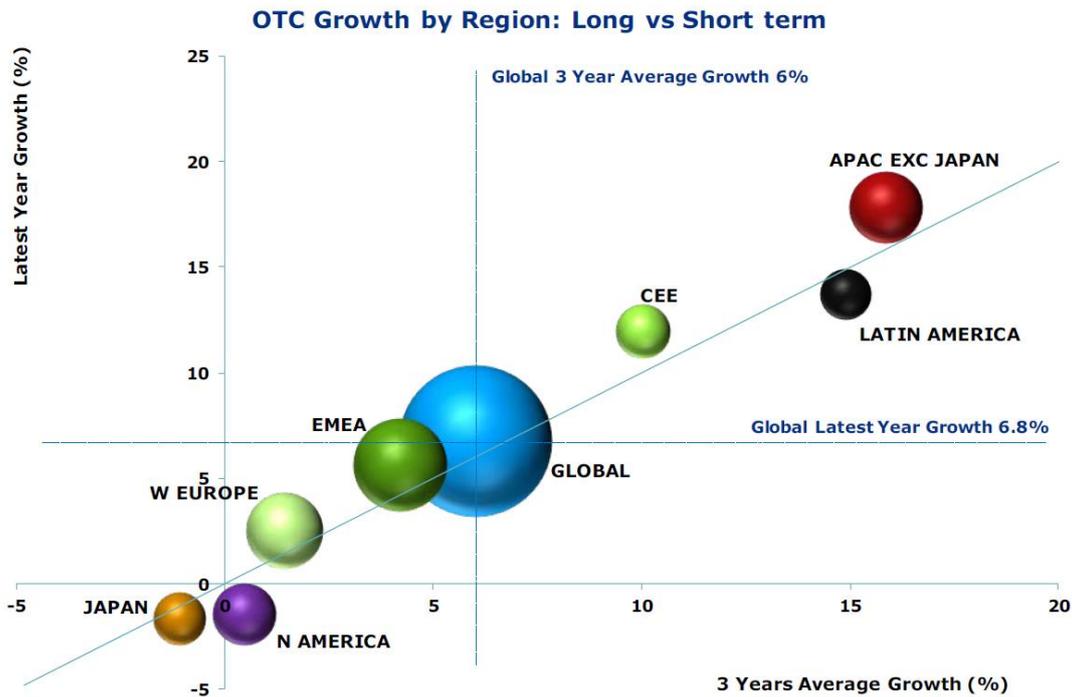


図 4 日本と世界各地の OTC 薬市場の 3 年平均成長率と直近年間成長率
出所:IMS AESGP 2013 Latest OTC Market Trends [3]

■ 海外のドラッグストアから見えるセルフメディケーションの状況

右の写真はアメリカのドラッグストアで売られていたアセトアミノフェンのカプセル。Extra Strength Caplets と書いてあり、1 錠で 500mg のようだ。日本では処方薬で 200mg や 300mg のものだ。これが 500 錠で 8ドル 19 セント。1 錠 1.6 セントだ。そもそも 500 錠という単位で売っていることが日本ではありえない光景だ(1 日 3 錠ずつ飲んだとしても 150 日以上持つわけで、アメリカという国が不思議でならない)。同じ薬をケンコーコム (<http://www.kenko.com/>)で調べたところ、アセトアミノフェン 300mg のタイレノール 10 錠で 733 円だった(2013 年 10 月調査時点)。成分量を考慮した金額差は、実に 74 倍以上。日本が高すぎるのか、アメリカが安すぎるのか、どちらと言

うべきか分からないが、定番の薬は非常に安価だということは間違いないだろう。



図 5 アメリカのドラッグストアで売られていたアセトアミノフェンのカプセル

アセトアミノフェン以外の薬も見てみたい。次は「ドリエル」などで有名な塩酸ジフェンヒドラミンだ。アメリカのドラッグストアでは、塩酸ジフェンヒドラミン 50mg のソフトジェルタイプ 64 カプセルが 8ドル 19 セントだった。日本では、同じ分量のドリエル EX6 カプセルで 1,904 円だった(ケンコーコム 2013 年10月調査)。アメリカは 1 カプセル 13 円弱。日本は 317 円。その差、25 倍。これは製造原価が非常に安いことを示唆している。そのことに確信を持てる理由のひとつに、ドリエルと同じ成分の塩酸ジフェンヒドラミンが含まれている抗アレルギー薬のレスタミンコーワは 120 錠で 800 円(1 錠 10mg)。ドリエル1カプセルに相当する金額は 33 円。アメリカの 1 回分との差は 3 倍弱まで縮まった。つまり薬価・販売価格の決め方の問題で OTC 薬は高いケースがものの、その薬自体の製造原価は非常に安く、政策的・販売戦略的な都合がなくなれば、かなり安く提供できるに違いない。



図 6 アメリカのドラッグストアで売られていた塩酸ジフェンヒドラミン

セルフメディケーション、日本ではあまり浸透してこない理由のひとつには「意外と薬が高い」ということもあるのではないだろうか。

～OTC 薬になってむしろ高くなってしまいうケースも～

セルフメディケーションが進むには、価格の議論もなされるべきだろう。初の生活習慣病治療薬のスイッチ OTC 薬として、2013 年夏にエパデールの販売が開始された。薬局で OTC 薬を買うにはそれなりの価格差による誘導が必要と思われるものの、現実にはクリニックで処方されても自己負担は変わらないとのことだ。また、購入には事前の医療機関での受診を要するなど、購入条件の厳しさに薬局の現場で敬遠しているらしい [4]。



図 7 生活習慣病を対象とした日本初のスイッチ OTC 薬「エパデールT」

出所:大正製薬ホームページ [5]

Chapter.2 セルフメディケーションを取り巻く法規制とその課題

■登録販売者制度

セルフメディケーションが進まない理由として、市販薬がそもそも高いのではないかと、という疑問を見つけた。次に挙げるのは「ビジネスチャンス・意欲を削ぐ規制」である。適切な規制は必要であるが、過度な規制、特に既得権益を守るための規制であるのならば、それはセルフメディケーションの浸透の妨げになっているかもしれない。

2009年に改正薬事法が施行され、第二類、第三類の医薬品であれば、薬剤師がいなくても登録販売者がいれば売れるようになった[6]。(その違いを出すため第一類は鍵付きの透明なケースに入っていたりする)しかし、この「登録販売者」の制度のデキがあまりよしくなかった。ネット上での散々な評判のみならず、販売側の大手小売業の代表(上場企業の代表取締役社長)も制度について「意味が無い」と言っていた。

登録販売者になるには、大学で薬学の課程を学んでいない場合、通常は実務経験が必要だったりするのだが、実際は厳密な管理・把握ができてない状態で、ずさんな制度と思われても仕方ないし、実際、虚偽の申告で受験している例が指摘さ

れているくらいだ[7]。医薬品などを陳列していればOKなのだ。

中途半端な規制は何の役にも立たない。リスクがあるものを販売する以上、責任がつきまとうものだが、登録販売者に責任を負わせるのは事実上不可能くらい役に立たない資格だ。もちろん、登録販売者にセルフメディケーションを推し進めるだけの知識など期待できない。こんな制度の元では、ビジネスチャンスを伺っているコンビニやスーパーなど小売業が意欲的になれるかどうか疑わしい。例えばだが、薬剤師が管理者となり、その独自権限で販売者を認定して良いものの全責任をその薬剤師に負わせるような制度としてはどうだろうか。薬剤師とて、無茶な売り方をさせるような店では働きたくないだろうし、販売員の無知を放っておくわけにはいかないだろう。薬剤師に新たな権限を与えることで、登録販売者の制度自体はなくなってよい。そのくらい大胆な制度改革、規制緩和を行わなければ、ビジネスチャンスと捉え、セルフメディケーションが盛り上がることはないのではないだろうか。

表 1 2009年の改正薬事法で導入された医薬品のリスク分類に応じた登録販売者の活用制度

出所：厚生労働省 薬事法の一部を改正する法律の概要 [6]

医薬品のリスク分類	質問がなくても行う情報提供	相談があった場合の応答	対応する専門家
第一類医薬品	義務	義務	薬剤師
第二類医薬品	努力義務		薬剤師又は登録販売者 ^{注)}
第三類医薬品	不要		

注) 今回の制度改革により新たに導入される資質確認のための試験に合格し、登録を受けた者

■ ネット販売の是非

2013年12月13日、一般用医薬品を適切なルールの下、ネット販売できるよう薬事法および薬剤師法の一部を改正する法律が公布された [8]。これは、いわゆる薬のネット販売裁判で国が負けたこと(2013年1月11日に最高裁判所において、ケンコーコム株式会社が国を相手に第一類・第二類医薬品のインターネット販売を行う権利の確認の訴えに対し、国が敗訴となる判決が出された)を受け、法律を改正したものだ。

厚生労働省は一貫して一般用医薬品の危険性を理由に対面販売の重要性を主張してきたものの、ネット販売であっても薬剤師による十分な説明環境を整備できることなどもあり、一般用医薬品の危険性はネット販売特有のものではないことは明白だった。そのため、これまでの薬事法はネット販売を制限していないものの、省令では禁止していた矛盾を解消すべきというのが最高裁の判決を受けた改正の趣旨である。

実際、自分がドラッグストアで第一類医薬品を買った時の経験で言えば、薬剤師からは「お飲みになられたことはございますか？」の一言だけで、「はい」と答えるとあとは何も聞かれず、そのまま販売してくれた。薬剤師として、現在の症状やこれまでの既往歴、服薬歴、アレルギー歴などを確認したい気持ちはあるのかもしれないが、そこまでしつこく確認しているとお客に嫌がられてしまうなどの理由で、消極的になっているのが実情なのではないだろうか。このような現状において、対面はOKで、ネットはNGだ、としているのは適切ではなく、本来は適切な対応ができる店舗は対面・ネット問わず販売OKで、逆に適切な対応ができない店舗は対面であってもNGにすべきだろう。

12月13日公布の法律改正を受け、なし崩しにネット販売を始めたところも多いようだが、大事なことは、適切な説明ができる店舗を見極める仕組みや一般市民の能力を高めることが不可欠だろう。

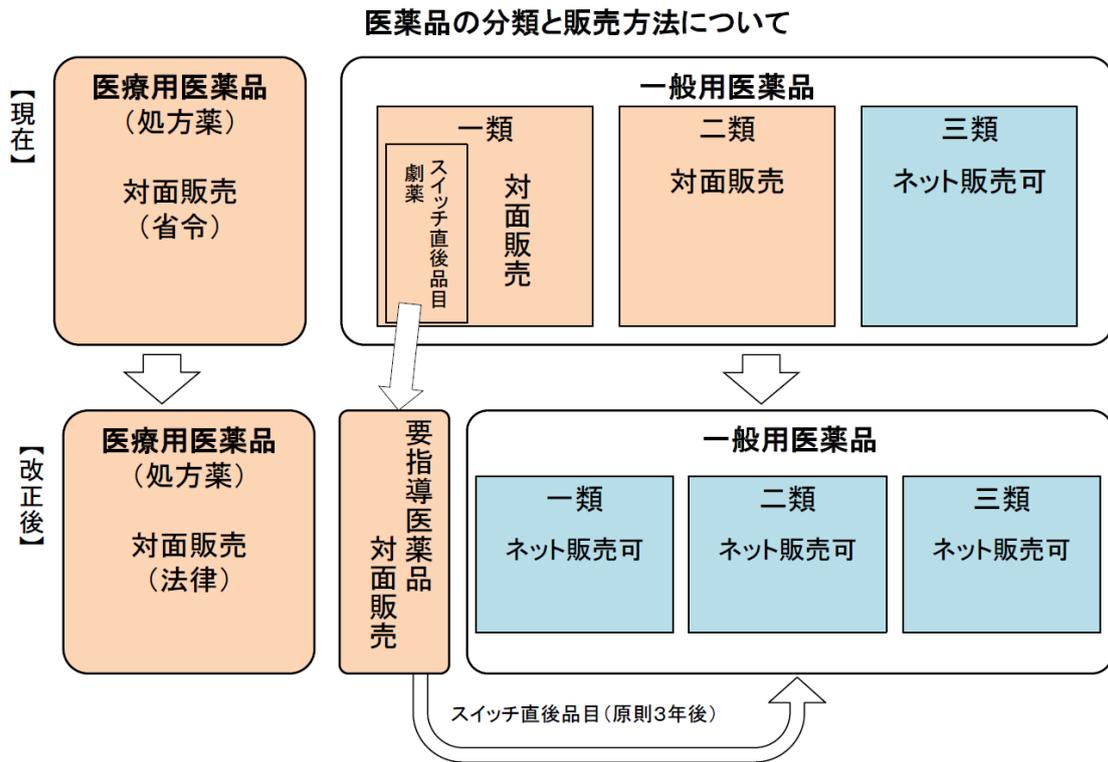


図 8 ネット販売を認めた薬事法及び薬剤師法の一部を改正する法律の概要

出所: 厚生労働省 薬事法及び薬剤師法の一部を改正する法律 [8]

Chapter.3 セルフメディケーションを浸透させるためには

■セルフメディケーションが浸透しない理由

セルフメディケーションが浸透しない訳には、これまで見てきた「一般用医薬品の価格が高い」「法制度が適切で無い」に加え、一般市民の理解不足が大きく関係しているのではないだろうか。一般市民の理解不足とは、以下の3点だ。

- ✓ 自分の健康状態には自分で責任を持つという自覚が足りない
- ✓ 医薬品に頼っても仕方ないという考え方が当たり前になっている
- ✓ 健康のための知識を得る努力が足りない

結局のところ、ドラッグストアが懸命にセルフメディケーションのCMを流したところで、一般市民が「とりあえず医者に行こう」という思考回路になっている状態では効果がない。

1点目に「自分の健康状態には自分で責任を持つ、という自覚が必要」とある。他人(医者など)に診てもらう前に、自分である程度自分の状態を理解することが大事なのだが、とりあえず医者に、という傾向が見られる。2点目の「医薬品に頼らない」とは、セルフケアのひとつがセルフメディケーションなのであり、適度な休息を取ったりすることで自然治癒力に期待し、食事などの栄養摂取状態を改善したり、それでも解決しない場合はドラッグストアで一般用医薬品を買って飲んだり、さらにそれでも無理であれば医者に行くというような流れを作るべきだ。セルフメディケーションの最前線であるドラ

ッグストアは薬を売ることだけに一生懸命で、本来は過度に薬に頼らないよう理解させるべき役割・自覚はほとんど感じられない。そして、3点目の一般市民が健康に対する知識を得る努力が欠けていることだが、『皆保険』平和ボケのために、医療費の自己負担が軽すぎて、健康維持や医学・薬学的知識獲得に対する意欲が湧きにくくなってしまっている。この『皆保険』平和ボケを解消しないことには、セルフメディケーションの推進はできないだろう。



図9 アメリカのドラッグストア店内 調剤カウンターにはインフルエンザ予防接種コーナーが併設されている

■セルフメディケーションを浸透させるには

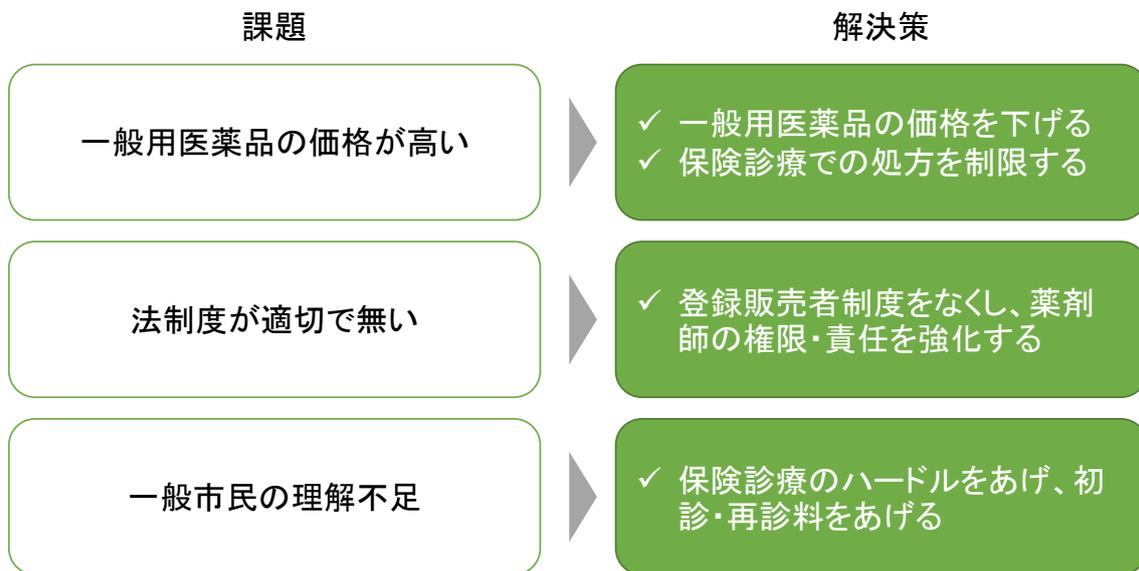


図 10 セルフメディケーションが浸透しない課題と解決策

浸透しない3つの理由について、解決策を考えてみたい。まず一般用医薬品の価格が高い点は、単純に価格を下げる策も考えられるが、それよりはむしろ保険診療で処方できる薬を制限した方がよいのではないだろうか。先日、うがい薬のみの処方を制限する話が中医協で議論された。どうやら批判が続出したようだが [9]、そもそも医療機関を受診し、うがい薬だけしか処方されない状況は、セルフケアで済ませられたのではないだろうか。ドラッグストアで売っている薬を医療機関で処方する場合は、全額自己負担か、もしくは処方自体を禁じ、ドラッグストアか調剤薬局で買うようにしてはどうだろうか。そのとき、24時間いつでも薬を買うことができるコンビニエンスストアのような店舗はありがたいに違いない。忙しいときに腹痛でクリニックに行き、ピオフェルミンだけ処方されたものの、調剤薬局が開いている時間に行くことができず、結局その日の夜は飲めなかった…なんていうときに、ドラッグストアやコンビニエンスストアで買うことができるのであれば、一般市民はメリットを感じられる

気がする。ただ、全額自己負担にしてしまうと、経済的に支払いが難しい人々にとっては、薬代をケチって、より症状を悪化させてしまうような懸念もあるため、自己負担割合の軽減やドラッグストアでの負担額還付制度などの多少コントロールが必要かもしれない。

2点目の登録販売者制度については、Chapter.2で述べたとおり、薬剤師の権限と責任を拡大強化させることが良いのではないだろうか。薬剤師養成は6年制に移行し、従来の薬理作用を理解した安全な薬の処方から、患者に服薬指導をしたり、医療者に投薬のアドバイスをしたり、より専門的な知識に基づいた業務へシフトしつつある [10]。しかし、6年制に移行した養成制度を経てきた薬剤師であっても、ドラッグストアに就職し、調剤業務を行うならまだしも、日用品を並べたり、形骸化した質問応対で一般用医薬品を販売したり、あまり専門性を活かしているとは言えない状況である。セルフケア・セルフメディケーションと、「モノ」を対象

とした化学の学問から「ヒト」を対象とした薬物治療に関する学問へと変わってきている 6 年制で養成された薬剤師は非常に相性が良いように思う。

3 点目、一般市民の理解不足は、教育の充実も重要だが、効果が出るまでに非常に時間がかかってしまう。そこで、保険診療のハードルをあげることで、保険診療のありがたみを適切に感じられるようにし、セルフケア・セルフメディケーションの必要性を理解できるように誘導していくことはできないだろうか。多くの自治体で整備されている乳幼児医療費助成制度により、未就学児の多くは無料で医療機関を受診することができ、処方薬も無料でもらうことができる。そのような状況下では、ドラッグストアで薬を買うより、まず病院で診てもらい処方してもらおう、という安易な発想になりかねない。ある保湿剤は子供の肌荒れを理由にタダで簡単に処方してもらえ、しかも有名芸能人が絶賛しているというような評判もあり、大人気らしい [11]。このよ

うな状況で、適切なセルフメディケーションが進むとは到底思えない。教育という観点でもハードルを上げることは必要なのではないだろうか。しかし、受診患者数の減少など医療者が懸念することも理解できる。ハードルをあげることで、診療内容の密度が高い患者が増え、その分、診療時間がかかるという一連の相関性を鑑みるならば、診療報酬を引き上げることも必要かもしれない。ちなみに日本の初診料 2,700 円は、諸外国に比べかなり安いことは知っておいても良いだろう。例えば、ニューヨーク 15,000~30,000 円、イギリス 17,400 円、フランス 16,200~24,400 円、オーストラリア 12,800 円と、1 万円以上の国が多い [12] [13]。2,700 円という金額は多くの患者を短時間で診る現状ゆえの低価格であり、診るべき患者にじっくり時間をかけ診療を行うのであるならば、諸外国並みとまではいかななくても、もう少し引き上げられても決しておかしくはないだろう。

まとめ

セルフメディケーションの日本と海外の現状比較を通じ、セルフメディケーションがなかなか浸透しない理由を垣間見ることができた。セルフメディケーションが浸透することは、それだけで病気が治る等の劇的なメリットがあるわけではないものの、市民にとって医療・健康に対する認識を改めるための大きなきっかけになることは間違いない。医療費増加をいかに抑制するかという近視眼的目的でセルフメディケーションの普及・浸透を考えるのではなく、日々の生活・身近なところで自分や家族の健康を考える生涯教育の推進というようなより大きな視点で考えることが肝要ではないだろうか。そこには市場の原理をうまく働かせることも重要だ。

昨今、医師不足が叫ばれている。この問題を解決するため、東北地方に医学部を新設することを検討しているらしい [14]。しかし、不足しているからといって、供給を増やすのが適切なのだろうか。容易にコントロールできる定員数での調整ではなく、大学の新設は不可逆的な意思決定であることはそれ相応の理由がなければ納得できない [15]。弁護士が不足しているといって、司法試験制度を変え法科大学院を作った

ものの失敗したようなケースにならないだろうか [16] [17]。理想論かも知れないが、医師が不足しているならば、本当に医者が診るべき患者に対象を絞り、そうでない患者はセルフケア・セルフメディケーションを推進してもらうべきなのではないだろうか。セルフメディケーションの推進により、医者が診るべき患者を診ることで、少ない患者数であっても十分な収入を確保できるような道筋をつけるべきである。そのためには、初診・再診の診療報酬をアップさせるといった具体策も必要だろう。その結果、国民の医療費負担は大きく変えず、国民皆保険の診療体制を維持できるかもしれない。セルフメディケーションが日本の国民皆保険制度を守るひとつの解決策だとしたら、直接的な受益者であるドラッグストアのみならず、医師や調剤薬局薬剤師、保険者など、様々なステークホルダーが一致団結し、セルフメディケーションを推進すべきではないだろうか。行政はステークホルダーが一致団結できるように診療報酬の調整などの政策誘導を行うとともに、学校教育などでセルフケア・セルフメディケーションの重要性理解の内容を充実させる取り組みをすべきだろう。

引用文献

1. **World Health Organization**. Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for Use in Self-Medication. (オンライン) 2000 年.
<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/>.
2. **厚生労働省**. 薬事工業生産動態統計年報 平成 24 年. (オンライン)
<http://www.mhlw.go.jp/topics/yakuji/2012/nenpo/index.html>.
3. **IMS**. IMS AESGP 2013 Latest OTC Market Trends. 2013.
4. **オンラインダイヤモンド**. 医師会配慮で自虐的販売規制 医療用大衆メタボ薬の悲惨. (オンライン) 2013 年 11 月 11 日. <http://diamond.jp/articles/-/44213>.
5. **大正製薬株式会社**. ニュースリリース「生活習慣病を対象とした日本初のスイッチ OTC 薬「エパデールT」新発売」. (オンライン) 2013 年 4 月 15 日.
<http://www.taisho.co.jp/company/release/2013/2013041501.html>.
6. **厚生労働省**. 薬事法の一部を改正する法律の概要. (オンライン)
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/ippanyou/pdf/kaiseiyakuji.pdf>.
7. -. 登録販売者試験受験者の実務経験証明における不正等について(中間報告) . (オンライン) 2013 年 4 月 18 日. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002zx0t-att/2r9852000002zx2a.pdf>.
8. -. 薬事法及び薬剤師法の一部を改正する法律. (オンライン) 2013 年 12 月.
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/ippanyou/131218-1.html>.
9. **CBnews**. 【中医協】うがい薬の扱いで反対意見続出- 単独処方の保険適用除外、再度検討へ. (オンライン) 2013 年 12 月 25 日. <http://www.cabrain.net/news/article/newslid/41723.html>.
10. **文部科学省**. 薬学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議 薬学教育の改善・充実について(中間まとめ). (オンライン) 2003 年 8 月 29 日.
11. **NAVERまとめ**. 『3 万円の高級乳液より効果がある』と医者が絶賛する 200 円のヒルドイドって? (オンライン) 2013 年 5 月 6 日. <http://matome.naver.jp/odai/2136523877341942601>.
12. **外務省**. 在外公館医務官情報(アメリカ合衆国 ニューヨーク). (オンライン)
http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/n_ame/ny.html.
13. **海外の医療事情**. イギリス、フランス、オーストラリア 医療事情. (オンライン)
<http://www.jihoken.co.jp/>.
14. **河北新報**. 特集／医師不足解消へ一歩／仙台に大学医学部新設. (オンライン) 2013 年 12 月 5 日. <http://blog.kahoku.co.jp/saisei/2013/12/post-113.html>.
15. **日本医師会公益社団法人**. 医学部新設について. (オンライン) 2013 年 9 月 25 日.
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20130925_12.pdf.
16. **産経新聞ニュース**. 法科大学院、5段階分類 統廃合推進へ補助金傾斜 文科省方針. (オンライン) 2013 年 11 月 6 日.

<http://sankei.jp.msn.com/life/news/131106/edc13110606590000-n1.htm>.

17. **法務省**. 法曹養成制度検討会議第16回(平成25年6月26日開催) 法曹養成制度検討会議取りまとめ.(オンライン) 2013年6月26日. <http://www.moj.go.jp/content/000112060.pdf>.



Meditur Insight vol.4
2013年12月

株式会社メディチュア
info@meditur.jp