

# 始まる制度改革議論と 医薬品卸の選択肢



クレコンリサーチ&コンサルティング(株)  
代表取締役社長

木村 仁

令和4年7月14日(木)

13:00~13:50

講演2では、クレコンリサーチ&コンサルティングの木村社長に、制度改革議論と医薬品卸の選択肢をテーマにお話しいただいた。

木村社長は、現行の薬価基準制度における薬価差の偏在や不採算品目の拡大、調整幅への圧力などを挙げ、改善を訴えるには数値を伴うエビデンスが必要だと強調された。また、医薬品流通業界の環境変化や社内コストの把握の必要性を指摘し、早急な取り組みを促した。一方、厳しい環境下にあるとはいえ医薬品卸のMSは貴重な資源であり、その強みを生かした大胆で新たな事業が生まれる可能性があるとし、「医薬品卸の未来は明るい」と鼓舞された。

## はじめに

クレコンリサーチ&コンサルティングの木村です。よろしくお願いします。

この業界を10年という少し長いレンジで見ると、私は医薬品卸はどんな企業にも発展する可能性を持っていると感じています。このことは、医薬品

卸の皆さん、特にMSの皆さんは医療機関と直接触れあって、そのニーズの多様性を肌で感じておられるので、おそらく私と同じようにお感じだと思います。一方で、医薬品卸の皆さんと仕事をさせていただいている中で、すごく苦しい部分があることも理解しているつもりです。

ただ、いろいろな経営者の皆さんとお話しして

「こういうこともできるのでは？」という明るい未来も感じており、このような苦しさや希望の両面の気持ちを持ちながら、日々仕事をさせていただいております。

本日は、これから始まる制度改革議論と医薬品卸における成長戦略の選択肢についてお話いたします。

## ■ 現状認識と制度議論について

### ●2022年の財政審指摘事項

昨今の財務省財政制度等審議会（財政審）は、医薬品の分野について、かなり焦点を当てた政策論を打ち出しています。直接医薬品卸に関わるここでは、今年5月25日に出された既取載品の薬価改定（毎年薬価改定）の徹底と調整幅、薬剤費総額に係るマクロ経済スライド制度の検討があります。

おそらく具体的な動きは7月の参議院選挙後で、どのように話が進むのかは分かりませんが、重要なことは、こういった課題に対して業界団体としてエビデンスに基づいた主張を準備しておくことです。厚生労働省でも準備していますが、具体的なエビデンスに基づいた主張をつくるためには医薬品卸や業界団体、厚生労働省との連携が重要になってきます。

### ●現行の薬価基準制度の課題

薬価基準制度における課題としては、①薬価差の偏在、②不採算品目の拡大、③調整幅への圧力、が挙げられます。

薬価差の偏在の要因は、医療機関や薬局ごとに異なるコストを考慮しない価格交渉であり、またその多くが総価交渉であることが挙げられます。是非はともかく、このような取引慣行は、自由市場における単品単価に基づいて薬価改定が行われるという制度とそぐわない部分があります。さらに検討をすすめるべきは、単品単価交渉の定義です。例えば、全国一律のベンチマークを使って単品単価交渉を行った場合、本当に単品単価といえるのでしょうか。

得意先ごと、地域ごとに、当然かかるコストは違うはずです。それを一律にしてしまうと、確かに単品単価交渉ではありますが、単品総地域交渉になってしまいます。この単品総地域交渉を単品単価交渉と呼んでいいのでしょうか。まず定義をしっかりとしないと、話がバラバラになります。

これから有識者検討会が始まりますが、始まるに当たり、まず厚生労働省とその定義を詰めておくことが非常に重要だと思っています。

2番目の不採算品目の拡大は、日本にとって最も大きな問題です。いま、ジェネリック医薬品がなければ国の医療は回らないわけです。金額での市場シェアでは11%~12%ですが、数量シェアでは8割に届くか届かない状態です。つまり、ジェネリック医薬品がないと日本の医療は回りません。長期取載品も含めてですが、この状況は、医療機関、医薬品卸、メーカーといったすべてのサプライチェーン関係者に当てはまります。

すべての関係者が損をしながらビジネスを展開する、そんな薬価制度がそぐわなくなってきています。いま皆さんが損を出しながら事業を進めている状態を続けていくとどうなるのでしょうか。例えば、戦争が明日起こったら、食料自給率は低いですが、食料は代替がきく部分があります。しかし、医薬品は代替がききません。APIの原料の生産地は中国やインドなど多少ちらばっていますが、その前の原料となるとほぼ中国です。つまり、低分子医薬品の原料はほとんど中国です。高分子医薬品の工場は、ほとんど米国やヨーロッパにあります。いわゆる医薬品の核の部分は米国と中国が握っているのです。ところが日本は何も持たずに、皆さんが損する状況のままでは、どんどん国家リスクを高めています。

こういう状況にどう対応するかですが、そもそも、どのプレイヤーにとってもコストを賄えない必須医薬品が多く存在しているので、国家リスクは予見できません。制度を変えていかなければならないということです。

3番目は調整幅です。これは不採算品目の拡大とは別次元のアジェンダで、政治的なものです。そもそも2%に根拠はなく、緊縮政策というか経

済が伸びない中で予算を獲得していくには、もう予算上でギブアンドテイクを考えていかなければならないわけです。それに対して、業界はギブアンドテイクの提案をどう行っていくのか。やはりエビデンス、特に数字を出していく必要があるということです。

### ●課題に対するエビデンスの必要性

流通薬価制度に関する有識者検討会で今後の流通薬価制度に関する方向性の案をつくりませんが、手ぶらの状態では始まらないというのが、いまの業界団体へのプレッシャーです。業界団体として、その切り口での医療機関ごとの薬価差はアンタッチャブルです。できるところとしては地域差です。流通コストには必然的に地域ごとに差があります。さらに、どうやってもコストが見合わない品目があるし、出荷調整品もあります。

### ●流通コストの地域差の考察

流通コストの地域差の考察ですが、日本は特殊な地形です。どれくらい特殊かという、地球儀の海面を抜いてみると、実は日本列島で表に出ているところは、例えば、富士山なら6合目かその上です。プレートが重なり合った場所で、伊豆半島は昔インドのほうにありました。特殊な地形で、本来住めるところはごくわずかでした。いま住んでいるところは昔湿地帯だったか、海沿いのかろうじて平地だった部分です。都市に人口がものすごく集まっています、他は点々としています。こう



制度改革議論と医薬品卸の選択肢をテーマに講演

いう場所はヨーロッパ大陸にはほとんどありません。簡単に言えば、戦車が通れるか通れないかです。日本は戦車が通用しない土地が殆どです。

医薬品卸の地域別コスト調査ができれば一番いいのですが、まず弊社で、売上高1億円を上げるために必要な宅地面積を出してみました。これは田畑の面積は抜いています。

東京が宅地面積0.7なら、東北はほぼ4以上、宮城や北海道は3以上です。信越、北陸、中国、九州も高いです。これだけの地域差があるにもかかわらず、公定価格である薬価の下、皆さん、同じサービスをされています。

次に離島です。離島が多いか少ないかでコストに差があります。例えば、離島における医療機関および薬局の数は、長崎、鹿児島、沖縄、新潟が多いです。この部分だけでも追加コストがかかります。

さらに僻地です。厚生労働省によると、無医地区とそれに準ずる地区があり、そこに一番近い診療所を僻地診療所としています。僻地と呼ばれているところは北海道が飛び抜けていますが、全国に分布しています。

これほどの差があることを、頭だけでなく心にも留めておいてください。できれば有識者検討会までに、そういった地域差を示すエビデンスを作成すべきだと考えています。

このように日本は特殊な地形ですが、いろいろなモノを運ぶサービスは永遠になくなりません。この特殊な地域性の中で、日本の限られた資源を、どうやって効率よく活用し限なくモノを運ぶかを、業界だけでなく経済界全体が、あるいは政治家も含めて理解する必要があると思います。

### ●出荷調整品の医薬品卸の負担コストの考察

2つ目は、経済安全保障の問題です。出荷調整に関する調査を弊社で行い、厚生労働省と卸連合会へ提出しています。例えば、昨年9月は包装単位で3100品目ありましたが、本年4月には4900品目~5000品目です。これは企業によってかなり違います。あくまで参考例ですが、どこにどれだけの時間がかかったのかをヒアリングすると、多

かったのは私たちがフロントと定義している支店・営業所・物流センターです。ほとんどそこに時間と手間がさかれています。本社のコストは多少減っていますがフロントでの負担は増えています。

出荷調整にかかわる業務は概ね医薬品卸全体の14.12%に負荷がかかっていると弊社では算出しています。これでは新しいビジネスに取り組もうとしても難しいでしょう。通常業務の積み増し分とは、出荷調整品や欠品に関わる業務です。棚を別に分けたり、システムのマスター登録を別にしたりのなどの関連業務です。これらの作業分を足すと19%ぐらいになります。

こうした時間を人件費に換算すると548億円となります。この数字は医薬品卸だけのものです。これに医療機関を入れたら、大変な数字になります。医薬品卸は医療機関との調整に手間取るし、すべての保険医療機関は患者さんにかかる時間があります。これらを全部足すと、2000億円を超えると予測しています。

薬剤費が10兆円ですから、2000億円は10兆円の2%です。おそらく現状でも追加コストとして2%は確実にかかっていると思います。これは、製薬企業の負荷を抜きにした数字です。だから、こういった具体的な数字の検証を積み重ねていかないと、例えば調整幅は突破できません。課題に対して、ある主張をするのであれば、こういうエビデンスをどんどんつくっていくことが極めて重要なのです。

## ■ 医薬品卸の課題と対策

### ● 低薬価品の不採算品目の特定

私が危惧しているのは、長期収載品、後発医薬品、局方品、輸液・透析液です。東日本大震災のときも地域を維持するために必要だったのは、意外にも慢性疾患の薬や日々の生活のQOLを維持するために重要な薬でした。薬剤費10兆円のうち、約7兆円超は特許品です。しかし、医薬品卸の負担は数量ですから、数量でみた場合、長期収載品などの低薬価品が多いのです。制度上、この長期収載品などの低薬価品では利益が上げられない構

造になっています。

私見ですが、安い医薬品、不採算品目など、明らかに誰もが損をしている事実から目を背けるべきではないと思います。けれども、現在の不採算品の特定の方法では実態を正しく反映しているとは言えません。不採算制度の課題は、同一成分を販売している全メーカーが不採算でなければならないことです。

不採算を判定する計算式がありますが、それも均一です。GMP基準に則り高品質で製造する努力をしている企業が報われないのです。しかも、仮に不採算品目に特定されても、また実勢価に基づいて改定されてしまいます。そして、国家維持の観点から不採算品目数もあまりに少ないのです。ここを見直していかなければなりません。その観点は、国の医療を維持する上で、医療現場と経済安全保障において必要不可欠な品目を今一度はつきりと線引きする必要があります。

安定確保医薬品のカテゴリー分類は一応ありますが、これは医学会からあがったものをそのままリスト化しており、同じ作用機序でも、入っている薬と入っていない薬があります。これもやはり、有識者検討会で明確に線引きする必要があります。その際に、製造が困難、もしくは困難になる可能性のある成分、製造しても採算が取れない成分などに加え、医薬品卸が製薬企業から購入する際の割戻しも含めた原価では、明らかに赤字となる品目・カテゴリーも入れるべきです。

この差額をしっかりと見せておく必要があります。コスト上、無理なものです。流通にはそれだけの地域差があることを理解してもらうためには、数字を用意しておくことが重要です。この不採算品目の定義を変えて、品目をしっかり増やして特定し、できるだけ短期の安全保障上のリスクを抑えることが必要です。また、最低薬価を引き上げる必要もあります。必ず損をする成分の製造は決して長続きしません。持続可能なビジネスがあってこそその安全保障といえるのではないのでしょうか。

長期のリスク課題は2つです。1つは、日本独自規格のJP（日本薬局方）です。私はメーカーでアジア向け事業担当の経験がありますが、ほとん

どの国はUSP（米国規格）かEP（ヨーロッパ規格）で登録ができます。一方、日本には、日本独自の日本薬局方があります。それがあつこと自体はいいのですが、なぜ独自に制限を厳しくしているかという、裏側には後発医薬品80%目標を達成するということがあります。品質を担保するため、できるだけ厳しくしたのです。

薬機法により、原薬メーカーは日本用に特別な原薬をつくらなければなりません。昔は、日本は10%のマーケットがあつたのでつくってくれましたが、いまはもう5%~6%になり薬価が低いために高い原料代も払えないというレベルになっています。新たに定義する不採算品目においても特例的に、米国規格やヨーロッパ規格などの国際標準となつている規格に日本の基準を緩和していくことも、長期リスク回避の一方策です。

2つ目は、購入価償還です。あくまでも不採算品目の部分です。医薬品卸の負担は数量ですから、購入価償還も部分的・特例的に規制を緩和することです。また、薬価差の部分基本的には認めず、購入価償還によりインセンティブを働かせないということです。これを進めていかなければ、日本は資源を持たない国ですから、維持できないと思います。つまり、成長のために競争する領域と、安全保障のために共生する領域を併存させる制度が必要になります。

### ●社内コストの把握

いままでお話ししたことは、業界団体が打つべき根幹の手、今年度打つべき手ですが、次に個々の企業が取り組むべき手を考えてみます。

私は、弊社に入つて14年間ずっと思つてきたことがあります。それは、医薬品卸は、どこに、どれくらい時間やお金を費やしているかを把握し切れていない企業が多いということです。それで11年前に機能別コスト、販管費のコスト配分について話したり、レポートも出したりしましたが、そういうことをしなくても、なんとなくの値ごろ感が存在しているようでした。しかし、もはやこの値ごろ感というものは、個々の企業が内部でしっかり検証して意思決定していかない限り、醸成で

きないものだと思います。

昨年の流通改善ガイドライン（改訂版）にも、ついに「コストに基づく」との記述が載りました。価格を決めるのは個々の企業ですし、コストだけで決めるものではないので、私が「こうだ」と言えることではありませんが、少なくとも社内の仕入れ担当者は、製品別コストや地域別コスト、メーカー別コストは知つておくべきです。さらに大事なのは得意先別コストです。

得意先別に、どれくらいコストがかかっているかを決めるときに割り振る係数があります。その係数について、現場と本社、特に管理系の担当者も含めて話し合つて決めていけば、納得感が出てきます。そこで、FS-CATと呼ばれる、無料のエクセルツールのプログラムを組みました。しっかりしたモデルとして、ようやく完成したので近々配り始めたいと思っています。医薬品卸の現場の皆さんにお知恵をいただき、つくり上げたものです。

MSの皆さんが結果的に使うものは2つしかありません。1つは、メーカー別コストです。その内容を全部メーカーに話す必要はありません。どういう交渉をするかといった戦略に使います。

もう1つは、得意先別コストです。例えば、どこが損益分岐点かを見極めます。さらに配送は正社員が行っているのか、それともパートタイムの従業員が対応しているかなど、いくつかのパラメータがあります。このパラメータを少し変えれば、その得意先の利益率が変わります。そうすることで、どこで得して、どこで損しているかがよく分かります。ここの条件を少し変えれば、利益率が上がることが分かります。改めて分かつたことですが、債権管理や、受注形態の違い（つまり、手作業に近い業務か、それとも基本的には自動化されているかとかの違いです）、そして配送頻度なども得意先コストに大きな影響を与えています。

その条件を変えるだけで、利益率は結構変わります。企業によって係数は全然違いますので、それぞれ社内の関係部署間でのコンセンサスを得ながらつくと、プロット図ができます。そして現場で取引条件を変えたシミュレーションをしながら得意先の損益状況を改善させるという現場の



「医薬品卸の未来は明るい」と鼓舞する木村社長

行動変容に繋がります。

こういう考え方をぜひ取り入れていただきたいと思います。いままで「見える化」といっても、具体的なことが一目で見えませんでした。プロット図の作成を全企業が行えば、どこに手間がかかっているのか、医薬品卸として何の仕事をしているのかがより明確になってきます。

また、これらの取り組みを行うと、得意先にも取引内容を説明しやすくなります。「お宅には、ここはこれぐらいかかっている、これぐらい力を注いでいます」と言えます。メーカーにも「ここにこれぐらいかかっています」と言えるので、こういったことをルーティン化して行って、初めて見える化ができるのです。

出発点はこの得意先別コストとメーカー別コストの2つだけで、これをやらない限り、その先の見える化は進まないと思います。このツールを使ってソフトウェア化してもらってもいいですし、既に計算されている会社は、それをどんどん運用していただければと思います。私たちはツールを提供するだけでなく、むしろツールを使おうが使わなかろうが、それをどうやって運用していくのかをお手伝いさせていただきたく予定です。

この業界が、ディフェンスサイドで生き残っていくためには、常に工程ごとや活動ごとのコストを把握していくことです。何に力を注いでいるかを把握し、その内容を説明できる力をつけていくことに心血を注いでいただきたいと思っています。これはもう私の個人的な長年の思いでもあるので、

弊社一丸となって一生懸命取り組んでいきたいと思っています。

## ■ 医薬品卸売企業の成長要素

### ● 貴重なMSの存在

ここからは明るい話で、医薬品卸の成長要素です。取り組めることはたくさんあります。

まず、根本にあるのは、医薬品卸のMSの存在です。しかも医療機関のチャンネルはMSだけでなく、今後はメディカルの営業担当者も非常に重要です。総合力で、診療所だけでなく、病院も薬剤部だけでなく医局、さらには経営者など、いろいろな人に会えます。

全部の医療機関にアクセスできるわけです。ここが大事だという線を踏み外したら、将来の成長要素はなくなります。幹がなくなるからです。医療機関へのアクセス、会話ができる関係があることが新しい収益源を生むということなのです。

また、これからは社会保障費、医療費、薬剤費の中だけでなく、そのほかにも考えていかなければなりません。

### ● パーパスを変えた企業例

米国の大手卸のマッケソンは、基本的には卸売業で儲けていますが、本日ご紹介したいのはテクノロジーソリューション事業です。たった数年で一度全部投げ打ったものを、再構築しています。特に、いま癌領域が強いのですが、大量のカルテデータを集めて患者さん向けのサービスを行っています。物流が基本にあります。すべてが連動しています。売上高はまだ小さなものです。しかし、また集中的に取り組み始め、まだまだ成長過程ですが、利益ベースで見たら、存在感があります。利益率がいいのです。

このように、経営者の舵取りのパーパスを少し変えるだけで、もっと言えば数年間変えるだけで利益率が大きく違ってきます。日本でもこの速度でできるかという問題はありますが、M&Aなどの手段を使えばこういったこともできるはずで

もう1つの例は、アメリカのソースバーゲンです。

全面的にドラッグストアと組み、ドラッグストアの物流部門を諦めさせました。

日本のOTCは逆に小売業側に物流機能を持たれて厳しくなってきました。しかしアメリカソースバーゲン、ウォルグリーンに物流機能を諦めさせた点がポイントです。これは今後の日本を考えていく上で、ドラッグストアもそうですし、eファーマシーなどの物流機能を担えるかどうかヒントになります。

さらに大胆に変化した例がカーディナルヘルスです。カーディナルヘルスは、米国での医薬品卸の大手一角を形成すると同時に、いまや世界第9位の医療機器販売業者です。

ジョンソンエンドジョンソンからステントの権利を買いました。それぐらい大胆な判断をしたわけですね。その代わりに、アジアの物流は諦めました。権利を買った後、もう1回売るという判断をしました。このように、三者三様の色が出ています。

また、スイスのガレンシアは、在宅を含めたありとあらゆる患者さん向けの薬局やサービス機能を持っている総合サービスセルフケア企業です。この事例を見ると、企業の大胆な決断・変革とともに、ポイントとなっているのが物流とITであることが分かります。次から次へとサービスブランドを生み出しています。

## ■ 地域創生からの切り口

### ●薬局市場の直近の変化

ここで、地域創生の切り口から3つのポイントをお話しします。

1つは、薬局市場が大きく変化していきます。オンライン診療もそうですが、いままでの薬局の形態が、日本にとって合理的だったかどうかという問題があります。

例えば、調剤工場ができてくるでしょう。異業種から調剤外部委託業務を請け負う集中型物流、調剤工場という考え方が出てきますし、それに伴いメーカーの直取引や所有権が移転して医薬品卸が受託取引するといったことも起こるようになるでしょう。こうした考え方は、絶対に頭の中に入

れておかなければなりません。

調剤ペイシェントジャーニーの変化も起こるでしょう。調剤薬局に行っていた患者さんや消費者の行動変容が今後起こります。それにどう対応していくかを考えていかなければなりません。実際、コンビニエンスストアの一部店舗では、処方薬の受け渡し業務が始まっています。処方薬の受け取り方の多様化により、調剤ペイシェントジャーニーに関連するサプライチェーン間の競争が激化するの間違いありません。

ただ、これは広域卸、地域卸に関係なく物流はなくなるので、先ほどのセンターやデポなどのバックヤード機能をどのようにするか、万遍なく配送するのが難しい拠点をどうやって整えられるかは、アスクルの考え方が参考になると思います。

アスクルでは、文房具店だったところを配送のデポにしていきました。そういった事例を学びながら、先を考えておくことは重要です。

### ●サプライチェーンの先を見る

また、「つなげる」という観点が大事です。

MSの皆さんは、医薬品を売買するだけでは市場は伸びませんので、だんだん取り扱うコト、つまり売るコトを増やしていかなければなりません。そのときに、例えば、銀行が掲げているのは、企業には経営支援、個人にはライフスタイルアドバイザーとして、いろいろな代理店機能を果たすということです。

医薬品卸の皆さんは、医療機関の交渉担当者だけではなく、いろいろ経営に携わる人にも会い経営支援をする必要があります。同時に、医療機関が有する患者さんのフォローアップができる仕組みをつくることができます。先ほどのガレンシアの例のように、そうしたサービスを構築できる可能性を持っています。

挑戦してみても時間がかかるかと思いますが、しかし、とにかく取り組み提案を早く行うことです。この領域に関しては多くの方々が困っていることなので、その地域の人的資源を有効活用し協力して進めてみるのが大事だと思います。

また、いま流行りの考え方ですが、MSさんがBtoBのチャンネルであることがポイントです。なぜなら、いまのIT企業やデジタル企業では、なかなか医療機関にアクセスできないからです。ですから、MSの皆さんが医療機関にIT企業などの各種企業を紹介することでつなげていくのです。アローアンスはどんどん減っていきます。パートナー企業が持っているデータを使用することは難しい面があります。一方で、MSの皆さんの泥臭く集めた情報をフォーマット化することで、パートナー企業のサービスと組み合わせたソリューション提供型の事業も可能になると思います。

### ●自治体とのパイプを生かす

自治体と協定を結んでいる医薬品卸も増えてきました。今回のコロナワクチンは良いきっかけでした。その後の展開では、先ほど紹介した例と似ていますが、どうやって医療機関や薬局、企業、地域住民と共に、患者さんが普通の生活を送る上でのサポートができるのかを他業種と組み挑戦することが非常に重要になります。自治体には、地方のデジタル化政策の課題はありますが、このままではなかなか進みません。自治体とのパイプを生かし、パートナーシップによるビジネスにはチャンスがあります。

### ●コストから資源の活用へ

物流に関しては、コストから資源を活用することに主眼を置くべきです。思い切った考え方をしていいと思います。自動運転やAIなどの様々なテクノロジーを掛け合わせた次世代交通サービスのMaaSもありますが、MaaSの一部に医薬品卸、医薬品卸の一部にMaaSという考え方もあります。

配送による地域課題解決の例としては、貨客混載、福祉＋一般旅客、福祉＋貨客混載、共同配送などの取り組みが実施されています。固定概念を捨てて、その地域の限られた資源、コストという概念から資源を有効活用することが大切です。

MS、DSの皆さんは貴重な資源です。これを使わない手はありません。といいますか、使ってもらわない手はないのです。

### ●地域創生からの切り口のまとめ

以上、地域創生からの切り口を3つにまとめますと、先ず、薬局には直近の変化への対応、そして商流には「つなげる」ことの深化、最後に、物流にはコストから資源活用、となります。

最後になりますが、一人ひとりが考えられる選択肢は無限だと思います。私も皆さんと一緒にいろいろなことに取り組みたくて仕方ありません。手が回らない部分もありますが、卸さんがどこでモノとコトを売って、どこで利益を上げるのか。先ほどのカーディナルヘルスの例のように、業界内でも海外で活躍する会社が出てきて欲しいです。そういったことを考えていく上では、誰と組み、何を解決していくのが大切です。

解決するのは、社会課題です。日本の課題であったり、地域の課題であったり、海外の課題であったり、そういったことを真剣に座標軸として持ち、この問題を解決するためには誰と組めばいいのかを考え、自ら動いていくことが、今後の医薬品卸の成長に欠かせないものだと思います。

繰り返しになりますが、しっかり積み重ねていけば未来は明るいと思います。明るい未来になるために、私も、守るサイドと攻めるサイドの両方で、この業界に心血を注いで貢献したいと思っていますので、今後ともご指導をよろしくお願いいたします。そのようなお願いをさせていただきます。ご清聴、誠にありがとうございました。



ライブ配信会場で講演する木村社長