

講演 3

# 世界医薬品市場の概況

アイ・エム・エス・ジャパン株式会社副社長

末弘秀人



講演3では、アイ・エム・エス・ジャパン(株)副社長の末弘氏に、世界と日本の医薬品市場の動向についてお話しいただいた。

末弘氏は、世界の先進国市場は2012年の特許切れインパクトから脱し、2014年はこの10年間で最高の成長を遂げたと報告。ただ今後は2%~4%の成長に落ち着き、新興国が成長の牽引役になると指摘した。日本市場については、ジェネリックが急速に浸透しており、さらに薬剤費の抑制策が講じられる可能性が高いことから、日本の医薬品卸は従来のビジネスモデルの延長では苦しくなるとし、新たなビジネス展開の必要性を訴えた。

■日時:平成27年7月8日(水)12:10~13:10 ■場所:東京ガーデンパレス「高千穂の間」

## はじめに

本日は、医薬品の世界市場と日本市場の状況についてお話しします。

その前に、注意点が3つあります。1つは年度表示で、世界市場は1月~12月の暦年、日本市場

は4月~翌年3月の会計年度で集計しています。

次に、世界市場のデータの計算に使用する為替レートです。アイ・エム・エスでは市場の規模をみる場合は変動為替レートとし、その年の四半期ごとの平均を取り、さらにその四半期の平均を年の平均値としています。一方、市場の成長額・率で、例えば対前年比をみる場合は固定為替レート

を使っています。その結果、プラス成長なのに、市場規模ではマイナスになっている可能性があることもお含みおきください。

3つめは、日本市場のジェネリックデータ。私どもでは卸の皆さんの流通データで集計し、販社経由と直販のデータは把握していません。ジェネリック医薬品協会の公表している数字から約7割は卸ルートで販売されていると推定しています。

## 世界医薬品市場の概況

### ●2014年の市場規模は9360億ドル

まず、世界の医薬品市場についてみてみます。

2014年の市場規模は9360億ドル、日本円で約120兆円でした。成長率は8.8%で、2012年が2.1%でしたので、急激に成長しています。これは特許切れという「2010年問題」によるマイナス影響が最も大きかったのが2012年で、その後それが小さくなったということです。さらに、2013年12月にC型肝炎治療剤の「ソバルディ」が承認され、2014年10月には「ハーボニ」が承認され、どちらも最初の四半期でブロックバスター化しました。つまり超大型製品が登場し、米国と欧州の市場で売上を伸ばしていることもあり、2014年はこの10年間で最も高い成長率になりました。

### ●後発品の伸びが先発品を上回る

次に、この10年間の5年ごとの成長率と成長額をみてみます。

複利計算による年平均成長率は、2004年～2009年が6.6%、2009年～2014年が5.3%です。平均成長率は落ちていますが、成長額も450億ドルほど落ちています。やはりこの間の特許切れの影響が非常に色濃く出ているといえます。

この直近の5年間の成長をカテゴリー別にみると、特許期間中の先発品は1940億ドル増えました。逆に、日本でいう長期収載品、特許が切れた先発品は1330億ドルほど市場を縮小しており、トータルでは610億ドルのプラスとなっています。

一方、ジェネリックは、トータルで760億ドル市場を成長させています。この5年間は後発品の伸

びが先発品の伸びを上回ったわけで、「2010年問題」が非常に大きかったといえます。

### ●高い成長率となった米国市場

続いて、地域ごとにみてみます。

まず、米国市場は、2014年に12.2%という先進国としては極めて高い成長率となっています。その2年前の2012年は-2.8%でしたが、2013年に3.8%、そして12.2%と推移しました。これはスペシャルティ製品、中でもC型肝炎治療剤の伸びが大きかったということです。2014年のスペシャルティ製品は前年比260億ドル増、米国市場全体では約3300億ドルですので約8%に相当します。

2014年の新製品の売上は、ウイルス性肝炎治療剤、主にC型肝炎治療剤が113億ドルで、新製品の売上の半分以上を占めました。C型肝炎治療剤が米国市場を強力に牽引したといえます。

### ●欧州市場と中国市場

欧州市場は、米国市場と似たところがあります。「ソバルディ」と「ハーボニ」、またMSDやジョンソン・エンド・ジョンソンのC型肝炎治療剤が出て、売上を伸ばしています。特許切れのインパクトをスペシャルティの成長で補いました。

一方、新興国の中で最も大きな中国市場は、数年前までは20%以上の成長率でしたが、ここ2年連続で10%台に落ちています。中国市場には14億人いますが、所得レベルが低いいため後発品と漢方を中心に、スペシャルティ製品の成長、普及は進んでいません。その物流にもまだまだ遅れていますので、高価値・高価格の製品がなかなか成長しないところがあると思います。

### ●ジェネリック市場は2000億ドル超

世界のジェネリック市場は、2014年に10%の成長があり、市場規模は2040億ドルでした。10年前が720億ドルなので約3倍まで成長しています。過去と比べると成長率はそれほど高くはありませんが、パイが大きくなっているので、成長率10%でも額は非常に大きいといえます。

この10年間の成長率を5年ごとに分けてみてい

くと、2004年～2009年の12.4%から2009年～2014年は9.7%に減っていますが、額は569億ドルから753億ドルへ、184億ドル増えています。特許切れの「2010年問題」があり、ジェネリックに市場が流れる形になっています。

### ●ジェネリックの国別の数量シェア

ジェネリックの国別の数量シェアをみると、私どものデータでは、米国が87%。インドや中国は7割を超えています。先進国では、イギリスとドイツが7割を超えており、間違いなくジェネリックの促進策が功を奏しているといえます。

日本は参考数値ですが、33.4%です。私どもは7割の市場しか把握していませんので、そこから試算すると47%になると考えています。厚労省の数字では50%を超えています。私どもの基準ではまだ40数%というレベルです。

### ●ジェネリックの薬効別市場規模

参考までに、ジェネリックの薬効別の市場規模を紹介します。市場規模では、潰瘍治療剤と抗腫瘍剤が大きくなっています。薬効別で抗腫瘍剤は最大の市場なので、ジェネリックのシェアが小さくても市場規模は大きくなります。抗うつ剤、脂質調整剤の市場規模も大きくなっています。

シェアでは、抗うつ剤、麻薬性鎮痛剤、潰瘍治療剤のプライマリの医薬品が高くなっています。ただ、スペシャルティ製品の特許切れがまた出てくるので、今後は少し変わっていくでしょう。

## 世界市場の予測

### ●先進国2%～4%、新興国9%～10%

次に、世界市場の市場規模と成長率の予測についてお話しします。

まず、先進国市場の成長率は、2014年8.5%で非常に高かったのですが、その後は2%～4%の間に落ち着くであろうと考えています。

一方、新興国市場は、9%～10%で推移するとみえています。ただ、2016年は例外的に5.5%に落ち込みます。その要因は、ベネズエラやアルゼンチ

ン、メキシコなど中南米諸国がハイパーインフレーションで経済的に逼迫することです。

### ●2019年の世界市場は1兆2950億ドル

各年の先進国市場と新興国市場の絶対成長額について、2014年はスペシャルティ製品の成長が大きかったため先進国の成長額も大きかったことはお話ししたとおりです。ただ、先進国の成長の度合いは落ちていき、2017年くらいからは新興国が成長ドライバーになっていくとみえています。そして、2018年に先進国市場の成長率は落ち込むと予測しています。スペシャルティ製品の特許切れが始まると考えているからです。バイオ製品ではバイオシミラーが出てくると思いますが、市場の成長額としては落ち込んでいくでしょう。

トータルで世界市場全体の規模は、2019年に1兆2950億ドル、日本円で約160兆円になると予測しています。そして、2016年以降の成長率は4%～5%の間であろうと考えています。

国別の市場規模ランキングをみると、日本は2014年に中国に抜かれました。今後中国は9%～10%の成長率で推移すると予測しています。日本の成長率は低く予測されていますが、これは為替レートによるものです。もう少し円安が進むであろうとエコノミストが予測しているのです。

## 日本の医薬品市場

### ●薬価改定で落ち込む成長率

次に、日本市場についてみていきます。

日本市場は、すべて保険薬価ベースで市場をみており、実勢価ではありません。そのため、一昨年度に10兆円を超えたのですが、昨年度は-0.6%成長で10兆円を少し切っています。薬価改定が偶数年にあるため、日本の成長率はギザギザな形で推移しますが、全体的にこのトレンドが右肩下がりになっていることが大きな問題だと思います。薬価改定がない年でもだんだん落ちているのです。

5年単位に成長額、成長率をみてみると、世界市場と同様、日本市場の平均成長率も成長額も大きく落ち込んでいます。2004年～2009年の平均成

長率は、薬価改定が2回で3.9%でしたが、2009年～2014年は薬価改定が2010年、2012年、2014年の3回あり、平均成長率は2.3%に落ちました。薬価改定の回数の差でそのくらい下がってもおかしくないのですが、額では前の5年間の1兆5500億円に対し、直近の5年間は1兆600億円で、4900億円も減っています。成長額が3分の2になっているわけで、これは薬価改定の回数だけで説明できるものではありません。

### ●数量トレンド自体が緩やかに

ではどうして下がったのでしょうか。それを、錠剤も液体の薬も貼り薬もすべてユニットに替えるスタンダードユニットという考え方で、過去5年間の売上数量のトレンドをMAT分析でみてみました。MATとは、ムービング・アニュアル・トータルという移動年間トータルのことです。月単位で出した数字をそのまま使うと特殊要因によって大きな変動が出てきます。そこで過去12か月間の数字を各月に入れることによって特殊要因の変動をなくそうという分析手法です。

それによると、2009年、2010年の2年間は「 $y = 0.3321x$ 」。つまり、1に対して0.33でした。2011年～2013年年央までの2年半は「 $y = 0.2595x$ 」。直近の約2年間は「 $y = 0.1233x$ 」で、売上数量の成長が緩やかになっています。薬価改定で価格が下げられても、数量が伸びれば売上を補えますが、数量も減っているのがこの5年間なのです。ですから、薬価改定に加えて数量トレンドが緩やかになっていることが、成長鈍化の要因だといえます。

### ●2014年度の市場成長率は-0.6%

2014年度の成長額を薬剤カテゴリー別にみてみましょう。日本の場合、通常、価格によるプラスの影響はありません。薬価ベースですので、薬価が上がることは通常ないからです。しかし、ここに新薬創出加算品のプラス852億円の影響がありました。また、消費増税で約3%分の消費税が上乗せされています。詳しくみると、価格の引き下げ分は77億円でした。一方、約930億円の消費増税分が上乗せされ、新薬創出加算品は価格影響がプラ



末弘氏の講演に耳を傾ける鈴木会長

スになっています。

結局、新薬が約1400億円、新薬創出加算品が約3000億円、そしてジェネリックが約1100億円のプラスでした。一方で、新たな長期収載品と既存の長期収載品は合わせて約6700億円のマイナスで、市場を小さくしてしまったわけです。このマイナスは、プラスをすべて飲み込んでも足らず、年間-0.6%というのが2014年度の市場成長率です。

この市場成長率-0.6%をもう少し詳しくみると、消費増税があつてプラス3%、本当は105分の3なので2.9%ですが分かりやすくするために3%にします。この消費増税分を除いた税抜き成長率は-3.6%となります。それから、消費増税前の3月に仮償があり、私どもは約1000億円あったとみています。その反動が2014年の第1四半期にありました。10兆円のうちの1000億円なので1%。これを除けば実質成長率は-2.6%。さらに薬価改定があり、それは-5.7%で、その影響がなかったとすれば、本当は新薬、既存品、ジェネリックも入れて+3.1%の成長率ということになります。

また、カテゴリーチェンジ、つまり長期収載品から後発品へのシフトによる単価下落によって約1600億円、1.6%の影響があったとみています。これが2014年度の日本市場の成長率の内訳です。

### ●浸透率の速度は8倍

次に、後発品についてお話しします。

後発品が初めて収載されてから数量シェア20%に到達するまでどのくらいかかったかをみると、

2004年は32四半期、ちょうど8年かかっています。5年後の2009年は16四半期、つまり4年かかっています。5年でスピードが倍になったわけです。さらに5年後の2014年は2四半期、つまり半年で20%を超えています。この5年間で4年が0.5年、8倍の速度になったわけで、ジェネリックの浸透度がいかに速いかが分かります。

ジェネリックの浸透率の推移をみると、2013年12月あたりの浸透度が急上昇しています。2013年12月といえば、2014年の薬価改定の概要が見えてきた頃だと思えます。そのあたりから、調剤薬局や医療機関がジェネリックを増やし始めたことが伺えます。

後発品浸透率を調剤薬局、病床数で分けた医療機関の販路ごとにみると、2013年秋から冬にかけて、グラフの傾きは急になっており、中でも調剤薬局と500床以上の大病院の伸びが大きくなっています。つまり、調剤体制加算とDPCの機能評価係数に後発品の使用評価が組み入れられたことの影響が大きかったといえます。

### ●外資の先発品も特許切れを迎える

今後、後発品収載が予測される主な先発医薬品として、例えば今年は「プラビックス」、来年は「シングレア」、2017年以降は「リリカ」「ジプレキサ」「ゼチーア」などの特許が切れ、後発品が収載されると思われます。つまり、今後外資メーカーも長期収載品が増えてくるわけです。

長期収載品の構成比率が高いメーカーは、薬価改定の影響を大きく受けます。その長期収載品の比率と会社別の薬価改定率をクロスさせると、長期収載品の比率が高くて薬価の引下げ率が高かったのはすべてが内資メーカーで、外資は1社も入っていません。それが、外資も今後3年間に主力品の特許が切れてきますので、薬価引下げの影響を受けるようになるでしょう。

### ●新薬創出加算につなげる可能性

一方、過去2年間に発売された新製品の四半期ごとの売上金額をみてみます。今年1月～3月の売上では、C型肝炎治療剤「ダクルインザ」「スン

ペブラ」が100億円を超えています。6月末に収載された「ソバルティ」「ハーボニ」も上位に入ってくるでしょう。C型肝炎治療剤を除くと、13製品のうち8製品が内資メーカーの製品です。ですから、内資はいま長期収載品が多くて苦しい状況にありますが、今後は新製品を出して新薬創出加算につなげる可能性は十分あると思います。

新薬創出加算品の比率と会社別の薬価改定率をクロスさせてみると、新薬創出加算品構成率が高く、ゆえに薬価改定の影響が少ない領域にいる企業は、アステラス以外はすべて外資です。しかし新製品を開発し、販売を伸ばすことによって、内資も入ってくる可能性があると思います。

## 日本市場の予測

続いて、日本の市場を予測してみます。

2019年度までの5年間の市場予測をみてみますが、実は今年2月に作成したもので、後発品の目標80%などという話はありませんでした。そのため、2016年度で後発品の数量シェア60%で予測しています。その結果、2019年度は長期収載品の市場規模が後発品より大きい予測となっています。

ところが、骨太の方針で、2016年度の後発品は60%、2017年央に70%とし、それを見て2018年度から2020年度の間のできるだけ早い時期に80%にするという話が出ました。そこで2018年度80%という数字で予測し直しました。

骨太の方針に基づく最もアグレッシブな市場の予測では、2014年度に2兆9000億円だった長期収載品は、2018年度にはほぼ1兆円まで落ちます。つまり2兆円下がります。一方、ジェネリックは、9000億円が1兆八千数百億円まで、約9000億円増えます。その結果、新薬創出加算品に次ぐ第2の規模になります。

そして、私どもの試算では、2014年度とジェネリック80%のときを比べると、薬剤費で9900億円縮減されます。それが今回の骨太の方針によってもたらされると考えています。

## 各国の後発品促進策

### ●インセンティブとペナルティ

続いて、各国の後発品促進策についてお話しします。ただし、米国は保険医療制度があまりにも日本とかけ離れているので、ここではドイツ、フランスと比較したいと思います。

まず、私どもで把握しているジェネリックの数量シェアは、日本は33%（ジェネリック品捕捉率70.9%で補正後は47%）、ドイツ72%、フランス60%です。

日本では一般名処方が行われており、一般名で処方すると処方元にインセンティブとして点数がつきます。これはフランスも同様に行われていますが、ドイツでは行われていません。ドイツの医師も一般名処方はできるはずですが、特に義務づけられておらず優遇もされないのが、誰も行わないということです。薬剤師による代替調剤は3国とも行われています。それから、参照価格制度は、ドイツが発祥の地で、フランスも2003年に導入しています。日本ではいま議論中、検討中です。

その他の促進策では、日本には後発品調剤体制加算、処方箋フォーマット変更、DPC病院の機能評価係数への後発品使用評価の組入れがあります。一方、ドイツとフランスは、例えば疾病金庫、これは日本の保険組合のようなものですが、疾病金庫と製薬企業の間不值引き契約があり、疾病金庫から償還される保険金に制約があります。どうということかという、疾病金庫が指定した薬剤（契約している製薬企業の安くなっている薬剤）を処方しないと償還されないのです。

例えば、フランスには後発品使用を条件とする第三者支払い制度があります。通常、患者さんは自己負担分だけ医療機関の窓口で払い、残りの保険償還分は保険組合から医療機関に払われます。そのとき、後発品がある先発品を選んだ場合、つまり後発品の使用を拒絶した場合は窓口で全額払い、後で保険会社に請求する形になります。これは患者にとって手続きが煩雑なので、結果として後発品を促進することになったわけです。



データを駆使して説明する末弘氏

日本の促進策が加算なのに対し、ドイツやフランス、あるいは他のヨーロッパの国は減算査定になっているという違いがあります。日本はインセンティブを与え、ヨーロッパはペナルティを課しているわけですが、日本もいずれペナルティのほうへ行くのではないかと勝手に想像しています。

### ●ドイツとフランスの参照価格制

参照価格制は、ある意味、患者さんに対するペナルティです。そこで、ドイツとフランスの参照価格について少し紹介したいと思います。

ドイツは1989年、26年前に導入しています。フランスは2003年なので、12年前です。

対象は、ドイツでは、類似した薬剤を有効成分、作用機序、薬効により振り分けた医薬品グループとしています。これは処方薬のほぼ8割に当たるといわれています。一方、フランスは、後発品の普及率が45%未満の特許切れ医薬品で、限定された医薬品グループということになります。その意味で、ドイツの参照価格制に比べてまだ緩いところがあります。

価格設定については、ドイツは、最高価格と最低価格の間で下から3分の1を超えない範囲で、かつ、グループ内の薬剤の20%が含まれるとしています。そのグループに20製品あれば、少なくとも4製品はその中に含まれなければならないわけです。フランスは、グループの中の後発品の平均価格としています。

薬剤費の縮減効果は、ドイツとフランスでかな



末弘氏の講演に集中する参加者

り大きな差があります。ドイツは50億～60億ユーロ、日本円で年間6000億～7000億円が縮減されています。フランスは範囲が限定されているため、2億～5億ユーロの縮減にとどまっています。

### ●ドイツの参照価格制

ドイツの参照価格制をもう少し説明します。

疾病金庫連邦中央金庫が参照価格を決定しますが、日本の健保連とは少し違い、診療報酬の支払基金のような団体ではないかと思われまます。連邦となっているので、民間ではないでしょう。

対象はすべての薬剤ではなく、主として特許切れ先発品と後発品ですが、特許期間中の薬剤でも既存薬との間に治療上の有用性に差がない、あるいは限界的な、非常に小さい差しかない類似薬も含まれます。

2011年のデータでは、429の薬剤グループ、3万を超える薬剤が設定されており、医療保険における薬剤処方の78%に当たります。しかし、対応する薬剤給付のための支出は全体の41%です。つまり、8割の薬剤が対象となっているのに、そのための支出は4割でしかないという、いい意味でかなりの効果が出ているわけです。

159の薬剤グループ、約6700の薬剤が参照価格より30%以上低い価格を設定しています。ドイツは自由価格制ですからメーカーが価格を決められるのですが、参照価格より30%以上低い価格が設定されている薬剤を選ぶと患者の一部負担がすべて免除されます。

それから、参照価格制に設定されていない薬剤全体の価格指数は、制度がスタートした1989年を100とすると2011年では130で、参照価格の範囲外のもの3割上がっています。逆に設定されている薬剤の価格指数は50台に低下しており、その価格指数には大きな差が出ています。つまり、そのことで非常に大きな効果を挙げているわけです。

### ●参照価格制を日本で導入した場合

この参照価格制を日本で導入するとどうなるかをシミュレートしてみました。

現行の薬価制度で、先発品100円、その後発品が60円と40円とすると、患者負担は3割なので、30円、18円、12円になります。それを参照価格制で、例えば参照価格を50円に設定すると、先発品は、50円の3割負担15円プラス参照価格を超えた50円の計65円になります。高いほうの後発品は、3割負担15円と、50円を超えた10円で計25円。安いほうの後発品は12円のままです。ですから、先発品を選ぶと、30円だった負担が65円と、倍以上になります。高いほうの後発品でも、18円から25円になり、4割増しです。つまり、患者にとって大きなペナルティになり得るわけです。ですから日本でも、参照価格制が導入されると効果はあると思います。ただ、日本とドイツでは医療制度がまったく違うので、慎重に進める必要があります。

ドイツも導入当初は逆に薬剤費が上がってしまったこともありましたが、その後少しずつ改正し、いまの制度にたどり着いたのです。

### ●日本に導入する場合の問題点

参照価格制の運営は簡単ではなく、日本への導入にはいくつかの問題をクリアする必要があります。現時点で考えられる流通上の問題は、後発品の安定供給です。島嶼部まで含め、すべての地域に後発品が安定供給できるかです。後発品がなければ、患者さんは大きな負担を強いられますので、そういう問題が起こらないようにする必要があります。それから、流通在庫です。対象医薬品の後発品をすべて揃えたとすると、薬局や卸の皆さんの在庫負担は大きくなります。

そして、参照価格を誰がどのように決めるかという価格設定の問題があります。また、後発品でも薬価が参照価格より高い場合は、患者の自己負担が増えてしまうのかという問題もあります。これから政府内、あるいは経済財政諮問会議などで議論していく中では、いろいろな問題が出てくるのではないかと思います。

ですから、簡単に導入できるものではないでしょう。ドイツやフランスの制度をそのまま持ってきても、絶対にうまくいかないと思います。

### ●社会保障費抑制策の標的は

最後に、6月11日の日経新聞に、「厚労省の歳出抑制策は薬が中心」という記事が出ました。そこには社会保障費抑制策として、薬が4つ、医療が2つ、介護、年金が1つずつの計8つの抑制策が出ていました。薬では、まず、「後発品を2017年度に80%」。これは少し変わりました。2つめは「市販類似薬の保険外し」で、これはあり得るでしょう。3つめは「薬価の毎年改定」。4つめは「新薬選ぶ患者の負担増」で、たぶん参照価格制のことだと思います。医療は、「自己負担の上限上げ」「外来診療で追加負担」となっています。

それで、日経新聞は独自の判断で、厚労省の対応について「○」「△」「×」で評価しています。それをみると、介護と年金の対応策は「×」、医療も「外来診療で追加負担」は「×」、「自己負担の上限上げ」は「△」なのに対し、薬関係は「市販類似薬の保険外し」は「○」で、他の3つも「△」となっています。つまり、厚労省の抑制策が薬に集中すると予測しているわけです。

そう予測した理由としては、医療や介護、年金を抑制すると、患者さんやお年寄りをいじめたという悪い印象を持たれると考えていることがあるのでしょうか。一方で、製薬企業や調剤薬局は儲かっているのだから、薬を叩けばいいと世間から見られていることになります。また、政府も、世間や患者団体、医師・薬剤師などを反対勢力に回すことはしないだろうと判断した結果が、そのような予測になったのではないかと思います。

### ●新しいビジネスモデルの必要性

それに対し、医薬品業界のメインプレーヤーは製薬企業と医薬品卸の皆さんです。製薬企業は、長期収載品は落ちますが、新薬創出加算品とジェネリックは増えます。ですから、開発力のあるところは新薬、そうでないところはジェネリックにシフトしていきます。ジェネリックは今後、価格が下がるのでビジネスとして難しくなるものの、製薬企業には生き延びる道があるのです。

ところが、医薬品卸の皆さんにはそのような道がありません。利が薄い新薬創出加算品と流通経費がかさむジェネリックがマジョリティーになるわけで、いまのビジネスモデルの延長では非常に厳しくなります。

米国の卸は10年前にビジネスモデルを大きく転換し、成功しました。それまでは「フォワード・バイイング」というビジネスモデルでした。米国は自由薬価制なので、メーカーは自社の主要製品を毎年値上げします。場合によっては年に2回値上げします。卸は値上げになる直前に大量に買って、値上げになると売って利ざやを稼いだわけです。つまり、かなり投機的なビジネスでした。そうすると、メーカーは市場の需要が見えず生産計画を立てられないため、問題になっていました。そこで、卸はそのビジネスを「フィー・フォー・サービス」というビジネスモデルに変えました。それまで当たり前のように行っていたメーカーに対するサービスすべてに値段をつけたのです。

これは果敢な決断だったと思います。当初、メーカーはかなり抵抗しましたが、3年～4年で治まり、いまでは当たりのビジネスモデルになっています。それによって卸も安定的な収益が上げられるようになり、メーカーも生産計画が立てられるようになりました。

米国のケースは一例でしかありませんが、日本の卸の皆さんも新しいモデルをつくっていく必要があるのではないのでしょうか。最後に勝手なことを申し上げましたが、それが今後の大きなポイントではないかと思っています。ご清聴、誠にありがとうございました。