

自由診療圏のプレゼンス向上と 医療機関・事業者求められるスタンス 公定価格の内外にある医療市場の 対比的構造と事業者参入の要諦



藤原浩平



松本大夢



遠藤慧一郎

CONTENTS

- I 2つの診療圏の地殻変動
- II 保険診療圏からの不可逆的な領域流出
- III 医療機関の種別に応じた生き残りモデル
- IV ヘルスケア各領域への参入事業者に必要な検討事項

要約

- 1 国民皆保険制度に基づく保険診療圏は患者数の減少と公定価格制度の下でのコスト増に挟撃され、撤退戦の様相を呈している。一方、自由診療圏は標準化・大衆化型、高付加価値・先端型、制度補完・周辺型の3類型に分化しながら、独自の市場原理によって産業セクターとしての存在感を高めている。
- 2 混合診療の原則禁止、規制スコープの非対称性、ガバナンスコストの不可逆的な積み上がりという3つの障壁が、保険診療から押し出された領域の再吸収を構造的に阻んでおり、保険診療圏と自由診療圏は、不可逆的に分断が深まっている。
- 3 こうした構造を前提に、保険診療圏では診療件数を極大化する「高回転型」と政策誘導に沿った加算取得を軸とする「地域医療密着型」が、自由診療圏では類型ごとに異なる競争優位性を享受するモデルが、それぞれ分化する構造となっている。
- 4 さらに視点を事業者（民間企業）側に転じると、保険診療圏では制度に整合したソリューション設計による横展開、自由診療圏では大手との共創・富裕層基盤へのアクセス・支払者の設計といった要諦がそれぞれモデルとして浮かび上がる。エンドユーザー・医療機関の課題・支払者という3つの要素を明確に定義することが事業設計の出発点といえるだろう。

I 2つの診療圏の地殻変動

わが国の医療は、すべての国民が少ない自己負担で必要な医療を受けられる仕組み、すなわち国民皆保険制度を前提としているため、疾病に対する診療など必要な医療は原則的に保険診療圏で行われる。この原則の下、美容医療を代表とする自由診療圏は、長らく隙間産業としての様相を呈していたが、近年、ヘルスケア需要の高まりや医療に関する価値観の変化に加え、必要性の高い医療が保険診療圏から溢れるように切り出されてきたことにより、相対的に存在感を高めている。

本章では、存亡をかけてあり方が厳しく問われる保険診療圏と、拡大・分化を続ける自由診療圏についてそれぞれ述べ、わが国の医療経済圏に生じる変化を論じていく。

なお本稿においては、「保険診療」「自由診療」は診療行為を表すこととし、国民皆保険の内外で展開される経済圏・市場についての言及は「保険診療圏」「自由診療圏」と記載して区別する。

1 撤退戦を強いられる保険診療圏

2024年、厚生労働省の「第12回新たな地域医療構想等に関する検討会」において、当時、日本医療法人協会会長代行であった伊藤伸一委員は次のように述べた。「地域の必要な医療機能というのは、ある意味、撤退戦でございます。撤退戦であることを明確にして、協働での対策に取り組む必要があります」^{注1}。

当然ながらこれは保険診療圏に対する言及であるが、ではなぜ、保険診療圏は「撤退戦」の様相を呈しているのだろうか。

(1) 撤退戦を強いる主な要因は 患者数の減少とインフレによる コスト増加

撤退戦を強いる最大の要因は、患者数の減少である。わが国は人口減少フェーズに入っており、患者の母集団の減少に伴って医療需要そのものが縮小し始めている。医療供給体制もそれに応じて減退させる必要があるが、医療機関の選択は患者の権利であり、現在は各地域で患者の奪い合いによる医療機関同士の消耗戦が繰り広げられている状況である。

これに追い打ちをかけているのが、インフレによる人件費や医療材料費の高騰である。一部の医療材料では、仕入れ値が公定価格を上回る、いわゆる逆ザヤも発生している。一般企業であれば、こうしたコスト増は販売価格に転嫁できるが、保険診療の価格は診療報酬として定められており、医療機関が自由に設定できない。そのため、経営赤字が続き、撤退あるいは機能の縮小を行う医療機関が後を絶たない^{注2}。

(2) 「経済財政運営と改革の基本方針2025」 で示された新たな方向性

2025年に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2025」（以下、「骨太方針2025」）を受けて、これまでの社会保障制度を大きく変える可能性のある改革が進められている。

①高額療養費制度の自己負担額引き上げ

高額療養費制度は、医療費が高額になっても患者負担額を一定の上限に収めることで、患者負担を個人に集中させない仕組みであり、社会保障の根幹を成すものである。

骨太方針2025では、この自己負担上限額についても「方針を検討する」との言及があり、世論の強い抵抗を受けながら引き上げが進められてきた。とりわけ、2025年度の予算策定においては、参議院で予算案の再修正案を可決した後に衆議院に戻し成立するという異例の事態となった。さらにその後、こうした事態を踏まえてそのあり方を検討する専門委員会が立ち上げられ、同年12月には全所得区分での上限引き上げが決定、翌2026年8月より、全所得区分での引き上げが段階的に実施されることが決定された。

個人で背負い切れない患者負担を国民で均てん化する当制度にまでメスが入ったことは、いよいよ諦めるものを決めざるを得ないフェーズに入ったといえるだろう。

②民間保険の開発・活用へのシフト

もう一つ特徴的であったのは、民間保険の開発・活用を促す方針が明示されたことである。骨太方針2025では、民間保険が「保険外併用療養費制度の対象範囲の拡大や保険外診療部分を広くカバーし、公的保険を補完する」役割を果たすことが言及されている。これは裏返して考えると、公的保険の対象範囲外に個人で負担が難しいほどの国民負担が生じ、これに対するニーズは公的保険ではカバーし切れない状況と捉えられる。

もとより「評価療養」という、公的保険への組み入れを判定するために保険適用外での実施を許容する仕組みはあったが、今回打ち出された方針はそうではなく、公的保険で賄い切れない領域を民間保険で補うものである。今後、公助の枠組みから漏れたものを共助や自助へと段階的に移行していく構造転換

は、さらに加速することが予測される。

(3)「地域医療構想」による 医療資源の最適化

撤退戦の行く果てとしては、厚生労働省医政局主体で策定・更新されてきた「地域医療構想」「新たな地域医療構想」が行政の描く医療の絵姿といえるだろう。そもそも、地域医療構想とは、国が進める医療提携体制の再編であり、将来の地域の医療ニーズを推計し、医療機関の機能分化・連携を進め、保険診療を効率的に提供できる体制確保を目的とした取り組みである。

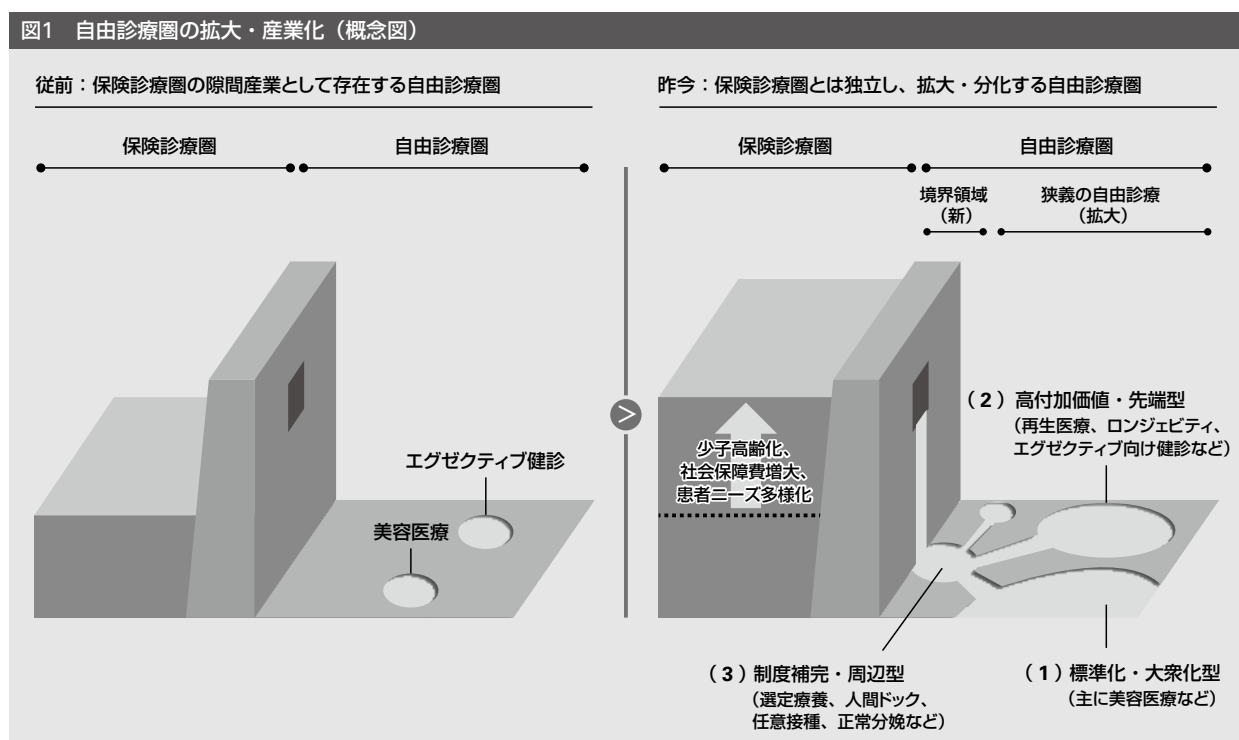
地域医療構想の実現に向けて、保険診療圏を目指す方針に誘導するための強力な手段の一つが診療報酬である。国が求める機能への報酬を手厚くし、そうでない機能への報酬を低くすることで、地域から求められる医療を担わなければ収益を確保しづらい仕組みが意図的に構築されている。そのため、医療機関は自らがどの機能を担い、どの機能から撤退するかという選択を迫られている。

保険診療圏は、医療資源を最適化することで、縮小していく医療需要に見合った提供体制へと再編していく過渡期にあるといえるだろう。

2 自由診療圏の拡大・産業化

自由診療圏はかつての「一部の富裕層や美容愛好家のための隙間産業」から、自律的に拡大・分化する産業セクターへと変貌を遂げている。その実態を正確に捉えるには狭義の自由診療圏だけでなく、公的保険の外側または周辺で保険外負担（全額自己負担）によって成立する医療サービス群まで視野を広げる

図1 自由診療圏の拡大・産業化（概念図）



必要がある。

そこで本稿では、狭義の自由診療圏に加え、選定療養、正常分娩、任意接種、自由診療として提供されるオンライン診療なども含めて論じる（図1）。

(1) 標準化・大衆化が進む自由診療領域

第一の類型は、標準化・大衆化が進む自由診療領域である。本領域の代表として美容医療市場が挙げられるが、当市場は「ジェボンのパラドックス」的に拡大している。ジェボンのパラドックスとは、技術進歩によって資源利用の効率性が高まると、価格低下によって需要が喚起され、資源の消費量はむしろ増加するという経済学の現象である^{注3}。

近年の美容医療において、施術の低侵襲化やオペレーションの標準化が進んだことで、サービス単価は低下傾向にある。上記に伴っ

て、心理的・経済的ハードルが下がり、女性若年層だけではなく、男性・シニア層に至るまで顧客（患者）の裾野が広がった。かつては高額で敷居の高かった美容医療が日常的なメンテナンスとして消費される巨大なマス市場へと転換している。

(2) 高付加価値・先端的な自由診療領域

第二の類型は、高付加価値・先端的な自由診療領域である。保険診療が国民皆保険制度の下、原則として全国どこでも一定水準の医療を広く提供する制度であるのに対し、本領域では、個別化医療、再生医療、ロングエビデ、エグゼクティブ向け健診のように、希少性の高い技術や体験を高価格で提供することを価値としている。本領域では前項で述べた標準化・大衆化が進む自由診療領域とは異なる原理が働いており、高付加価値・先端的

な医療を高単価で提供することで、富裕層の資金を医療市場へ呼び込んでいる。

(3) 制度補完・周辺型の保険外領域

第三の類型は、制度補完・周辺型の自由診療領域である。本領域には差額ベッドや歯科の金合金のように、長期収載品など患者の選択によって追加料金を支払うことで保険診療との併用が認められている選定療養が含まれる。これに加え、人間ドックや、選定療養に該当しない歯科の自費補綴のような予防・選好型のサービス、正常分娩や任意接種のように、原則として医療保険給付の対象外でありながら自治体助成など一定の公的関与を伴う制度周辺領域、さらに自由診療として提供されるオンライン診療のように、保険外の提供形態として広がる領域も存在する。

本領域は、美容医療や再生医療ほど市場形成は進んでいないものの、公的保険では十分吸収し切れない患者のニーズに対応するものである。公的財源に十分な余力がある場合は、社会保障の枠内で賄われてもおかしくない需要の一部が財源の制約などを背景に保険外へ切り出され、市場を形成しつつあるのが実態である。足元ではOTC類似薬の保険給付を見直す健康保険法改正案が国会で審議される（2026年4月時点）など、公的保険の給付範囲そのものを見直す議論も進んでおり^{注4}、今後さらに拡大していく可能性がある。

(4) 結論

以上を踏まえると、現在の自由診療圏は①標準化・大衆化型、②高付加価値・先端型、③制度補完・周辺型という3つの類型に整理できる。公定価格で統制される保険診療圏と

は異なり、自由診療圏では価格、体験、提供方法、連携構造を自ら設計できる余地が大きい。したがって、自由診療圏は保険診療圏の補完物としてではなく、独自の市場原理によって拡大する産業セクターとして把握する必要がある。

II 保険診療圏からの不可逆的な領域流出

第I章では、保険診療圏は撤退戦の様相を呈し、自由診療圏が独自の市場原理によって拡大している現状を示した。この2つの診療圏は、事業環境としての明暗が対照的であるだけでなく、領域の移動には明確な方向性がある。本章では、ひとたび保険外に押し出された領域が保険診療圏に戻らない構造的理由を、3つの障壁から示していく。

1 第一の障壁：

いわゆる「混合診療」の禁止

日本の公的医療制度は、保険医療機関及び保険医療養担当規則（療担規則）の下、保険診療と保険外の診療を同一患者に併用する、いわゆる「混合診療」を原則として認めていない。つまり、先進医療・選定療養などの一部例外を除き、保険診療と保険外の診療を同時に行った場合は、双方において保険給付の対象外となる^{注5}。

なお、この原則の下でも皮膚科での美容施術、内科でのエグゼクティブ向け人間ドックといった実務上の併存は確かに存在し、患者や日時を明確に分けることで制度上の整合を保つケースもある。しかし、第I章で述べたような独自の市場力学を持つ自由診療圏にお

いて、保険診療主体の医療機関が、同じ診療プロセスや接遇機能で容貌を自分好みにすることや、顧客（患者）が求める特別な体験を提供することで競争力を保つことは容易ではない。混合診療の原則禁止は、保険診療と自由診療がそもそも別レーンの事業であることを制度的に規定しており、保険から押し出された領域を保険側に再吸収する経路を構造的に塞いでいる。

2 第二の障壁： 規制スコープの非対称性

療担規則は保険医療機関および保険医に対する厚生労働省令であり、その適用範囲は保険診療に限られるため、自由診療専門の医療機関は、そもそもこの規則の範囲外にある。この非対称性が保険診療圏側の参入要件を一方的に引き上げ、押し出された領域の不可逆性を強化している。

自由診療を直接規制し得るのは医療法・医師法などの上位法令であるが、省令である療担規則と比べられないほどの法改正コストがかかる。そのため自由診療領域に対する規制は、公衆衛生上の危機が顕在化した後の対応が少なくない。HIFU（ハイフ：高密度焦点式超音波）施術による三叉神経麻痺や急性白内障などの事故の頻発はその典型²⁶であり、再生医療領域でも幹細胞培養上清液投与による死亡（2023年）や自己脂肪由来幹細胞投与中の死亡（2025年）を経て初の緊急停止命令が発出されるなど、いずれも制度による対応が後手に回っている。

一度保険診療圏の外に出た領域で問題が生じて、2026年4月施行の改正医療法で美容医療提供機関への報告義務が課されたよう

に、それを再び引き戻すのではなく、独自の規制層を重ねる形で対処される。結果として、保険診療圏と自由診療圏は別々の規制体系を持つ産業セクターとして分化が進んでいる。

公衆衛生上の危機には至らないが看過できない医療の質の問題に対しても、同じ理由で規制当局は保険診療圏側の参入要件を引き上げる対応を取っており、代表例は専門医制度である。学会ごとにはばらついていた専門医の品質を統一すべく、2018年から専門研修プログラムの修了が必須化された。しかし、この要件が効力を発揮するのは保険診療圏においてのみであり、自由診療専門の医師に同等の研修を義務づける枠組みはない。

さらに象徴的な対応が、いわゆる直美（ちよくび：臨床研修後すぐに美容医療を専門とする医師）への規制である。医師偏在や医療安全の観点から問題視されてきた直美の増加に対して、2026年4月施行の改正医療法は、保険医療機関の管理者に保険診療の実務経験を一定以上求める要件を設けた。しかし、この規制は美容医療への従事そのものを制限するものではない。結果として、臨床研修後すぐに自由診療圏を選ぶ医師の流れは止まらないまま、保険診療圏への参入障壁だけが引き上げられた。一度自由診療圏に転じた医師が保険診療圏に戻ろうとしても、専門医取得には数年単位の研修が求められ、管理者要件はさらに厳格化されている。こうして規制が改定されるたびに保険診療圏側の要求水準は上がり、自由診療圏からの帰還はいっそう困難になる。

3 第三の障壁： ガバナンスコストの 不可逆的な積み上がり

保険診療の現場では、質の担保を目的とした管理要件が改定ごとに積み上がっている。院内感染対策の報告、看護必要度の記録、各種加算の算定にかかる文書要件といった対策の実施にかかる規定は、実施記録や委員会運営を課すことを意味し、実務上の負荷は小さい。急性期病院の売り上げの根幹である「急性期一般入院料」で高単価を獲得するための受入患者重症度・医療看護必要度の見直しに見られるように、同一の加算を取得し続けるためのハードルも改定ごとに引き上げられている。

こうした質的管理の仕組みは、医療の質を維持するために不可欠である一方で、導入後の要件撤廃は極めて困難であり、社会全体の医療提供力が縮小する局面においても、管理コストは積み上がり続ける。本来ならば、提供体制の縮小に合わせた質的再設計が必要な段階にあるにもかかわらず、善意に基づいて設計された管理要件がその再設計を阻んでいる。その構築・運用にかかる人員と時間といったコストは、患者の目には見えにくい。情報の非対称性の下では、ガバナンスの整備度合いが医療機関の選択に反映されにくく、管理コストは費用対効果を単純に押し下げている。

一方、自由診療専門の医療機関は、保険診療上の算定要件や報告義務から自由である。管理コストを価格やサービスの競争力に振り分けることができるため、保険診療側の管理負担が増大するほど、市場効率における自由診療側の相対的優位が強化されるという

逆説的な構造が生じるため、押し出された領域を保険診療圏側に戻すインセンティブがいつそう生まれにくくなっている。

4 分断の不可逆性

本章で述べた3つの障壁は、保険診療圏から押し出された領域が保険診療圏に戻ることを構造的に阻んでいる。混合診療の原則禁止が保険診療と自由診療を制度的に別レーンとし、規制スコープの非対称性が保険診療圏側の参入要件を一方的に引き上げ、ガバナンスコストの不可逆的な積み上がりが保険診療圏の市場効率を低下させる。診療領域レベルでは、一度保険診療圏外に出た領域が再び取り込まれる見込みは乏しい。医師・医療機関レベルでも、専門医取得や施設基準充足のコストなどが、保険診療圏への復帰を容易ではないものになっている。

こうして保険診療圏と自由診療圏は、同じ医療法の下に存在しながら、異なる規制環境と市場原理によって別々の産業セクターへと分かれつつある。次章ではこの構造的違いを前提に、それぞれの医療経済圏において生き残る医療機関の戦略を論じる。

Ⅲ 医療機関の種別に応じた 生き残りモデル

1 保険診療圏医療機関の勝ち筋

保険診療圏における医療機関の売り上げは公定単価×診療件数の積算で決まり、公定価格制度の下で据え置かれた価格を引き上げることはできない。したがって、売り上げ最大化のためには診療件数を極大化するか高い公

定単価が設定された加算を漏らさず取得する
かが取り得る手法となる。前者については
「高回転型」を、後者については地域で求め
られる医療を提供し、診療報酬上の加算を最
大化する「地域医療密着型」を代表例とし
て、本章ではその勝ち筋を述べる。

(1) 高回転型

高回転型とは、一日当たりの診療件数を極
大化することで収益を確保する経営モデルで
あり、都市部の内科・眼科・皮膚科クリニッ
クやオンライン診療主体の医療機関で典型的
に見られる。医療現場は効率改善の余地が依
然として多く残るとされており、高回転型は
この非効率性を解消することで、患者一人当
たりの所要時間を短縮し、多くの患者を集め
るモデルである。成功要因として大きくオペ
レーションの効率化と集患力の2つが特に重
要である。

オペレーションの効率化として代表的なも
のは、患者導線と医師業務の効率化である。
患者導線は、Web予約・事前問診・自動精
算機の導入などにより、受付から会計までの
診療以外の時間を極小化することが基本とな
る。

たとえばクリニックTEN渋谷は、完全
Web予約制・キャッシュレス決済・来院前
情報登録を組み合わせることで待ち時間をほ
ぼゼロにする運営を掲げている。医師業務の
効率化はタスクシフトが代表的で、予診や次
回予約のヒアリングを看護師に委任する方法
やシュライバー（医療事務補助者）がカルテ
記載を代行するといった人的な役割分担がこ
れに該当する。

さらにはAIの活用もトレンドである。兵

庫医科大学病院では音声認識と生成AIを組
み合わせた「medimo」（病状説明の自動要
約・電子カルテ記録システム）を導入し、カ
ルテ記載の大幅な省力化を実現した³⁷。豪
州発の「Heidi Health」のように診療中の会
話をリアルタイムで臨床ノートに変換する
AIスクライブも登場しており、こうしたAI
活用は今後の拡大が期待される。

効率化だけでなく、一日の診療枠を埋め続
けるために集患力、すなわち新規患者の獲得
と再診患者の確保が求められる。患者の新規
獲得は、夜間・土日診療や年中無休体制のよ
うに、他院が閉じている時間に診療時間・診
療日を拡大することで受診機会の間口を広げ
る手法が典型で、再診患者の確保は、CPAP
療法（睡眠時無呼吸症候群の代表的な治療
法）や精神科の継続処方のように定期的な通
院が前提となる慢性疾患の患者を抱えること
が安定した経営のカギといわれている。

もっとも、集患手段の選択には制度上の制
約があり、たとえば訪問診療において同じ施
設の患者を一度に診察する効率化モデルが減
算の対象となっているように、制度の趣旨を
逸脱した手法は診療報酬上のディスインセン
ティブによって早晚塞がれる点には留意が必要
である。

(2) 地域医療密着型

①足元の診療報酬改定が示す方向性

もう一つの方向性は、地域で需給を調整す
るための国の政策誘導に沿って高い公定単価
を取得することである。政策誘導は2年ごと
の診療報酬改定へと反映されるため、足元の
2024年・2026年の改定にこの政策誘導の方向
性を見て取ることができる。

一つには、従来の「回復期」の分化型として「包括期」という機能区分が導入されたことが挙げられる。これは、急性期の受け皿としての回復期機能と異なり、誤嚥性肺炎のような、高齢者にとって日常的な容態悪化への対応まで幅広い役割を担う病床機能の定義である。地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟に対しては、包括期充実体制加算の新設に見られるように手厚い報酬が設定された。

また、かかりつけ医機能に対する評価が拡充され、地域包括診療加算の対象患者が拡大されたことや、生活習慣病管理料における眼科・歯科連携加算が新設されるなど、かかりつけ医を中心として多職種・他科連携を後押しする姿勢が鮮明となった^{注8}。こうした改定の方向性は、地域に根差した包括的な医療提供体制に高い経済的インセンティブを与えるものであり、次に述べる地域医療密着型の戦略的な根拠となっている。

②地域医療密着型の勝ち筋

このモデルは、前述のような政策誘導に沿って、地域における不可欠な存在となることで収益を確保するものであり、中小病院や診療所において主に取られる勝ち筋である。

成功要因としては、所属する医療圏の中で勝てる領域に選択と集中を行うことが挙げられる。現在は、地域医療構想に照らすと急性期病床が過多であり、包括期や回復期への転換に対してインセンティブが与えられている。しかし、すべての医療機関が急性期以外の機能を担うわけではなく、地域で有数の医療体制を整えることで急性期病院として生き残る道も存在する。自院がどの機能区分を担うべきかを、医療圏内で求められている機能

とすでに充足されている機能を見極めたうえで判断することが重要である。

ただし、一度インセンティブが与えられた機能区分であっても、その椅子が埋まれば要件の厳格化や報酬の引き下げが行われることは過去の改定が示すとおりである。外来手術や訪問診療の報酬体系がその典型であり、一時的なインセンティブのみならず、今後の制度改変に対して柔軟に対応できるかどうかを見極めて方向性を定める必要がある。

また、地域連携による安定的な患者獲得も不可欠であり、たとえば回復期区分では退院患者の受け皿として地域で存在感を発揮できるかが要となる。病床再編が進む中、急性期病院から回復期を経て在宅や地域クリニックへと患者が流れる導線が強化されているため、この一連の連携体制の一端を構成することができれば、逆紹介受け入れなどにかかる加算を取得しながら、患者個人々人への訴求によらない安定的な患者獲得が可能となる。

このほかに、地域全体で患者を支える体制に加わることも勝てるモデルの一つである。地域包括診療加算の取得には、認知症や要介護高齢者を地域全体で支える体制が要件として求められており、眼科・歯科連携加算に象徴されるように、ほかの診療科や介護事業者との連携体制を構築することで、患者が競合へ流出する余地を狭め、安定的な収益基盤を形成することができる。

なお、地域医療密着型を選ぶうえでとりわけ病床機能区分の変更に際しては、求められる人員配置が病床機能ごとに異なるため、看護師をはじめとするコメディカル（医師以外の医療専門職）の再配置や新たな採用が必要となる。こうした体制構築に際しては、ある

表1 保険診療圏の勝ち筋

類型		各領域のKSF（Key Success Factor）	具体事例・内容例
診療件数 ↗	高回転型	オペレーションの効率化	- Web予約・事前問診の導入などによる患者導線の効率化 - タスクシフト（看護師・シュライパーによる業務分担） - AI活用によるカルテ記載省力化
		集患力の強化	- 夜間・土日診療や年中無休の診療体制の構築 - 慢性疾患患者の安定確保
× 公定単価 ↗	地域医療密着型	国の政策誘導に沿った加算の最大化	- 回復期・包括期への機能転換 - かかりつけ医機能強化
		医療機能区分（機能選択と集中）の適切な判断	- 医療圏のニーズと自院の体制に応じて機能区分を選択 - 今後の制度改変に対する柔軟な対応

程度の採用コストをかけざるを得ないところであるが、その際たとえば、その分で事務職の人件費を削減するなどの民間事業者によるソリューションを活用することも有効な選択肢である。その具体像については第Ⅳ章で論じる。

以上を踏まえると、保険診療圏における医療機関の勝ち筋は、診療件数の極大化を追求する高回転型と、国の政策誘導に沿った加算取得を軸とする地域医療密着型の2つの方向性にほとんど集約される（表1）。両者は排他的ではなく、自院の規模や立地に応じて要素を組み合わせることも可能であるが、重要なのは公定価格制度の下で自院が勝てる領域を見定め、それに適した経営資源の配分を行うことである。現状維持は逆に危うく、たとえば、急性期としての医療資源整備が困難でありながら急性期であり続ける選択は、要件

の厳格化によって加算を維持できなくなるリスクを抱える。また、改定動向に無関心なまま漫然と外来を続ける診療所は、かかりつけ機能を備えた近隣の診療所との患者の奪い合いで徐々に劣後することになるだろう。

なお、前述のとおり診療報酬は2年ごとに改定されるため、ここで述べた勝ち筋も固定的なものではない。改定の方向性に継続して目を光らせ、自院の戦略を適宜見直していく姿勢が求められる。

2 自由診療圏の勝ち筋

自由診療圏の勝ち筋は一樣ではない。同じ保険外負担で成立する市場であっても、第Ⅱ章で述べた標準化・大衆化型、高付加価値・先端型、制度補完・周辺型の領域ごとに顧客（患者）の意思決定構造も提供価値も大きく異なる。

(1) 標準化・大衆化型

本領域を捉えるうえでの要点は供給過剰とコモディティ化である。医療脱毛や一部の美容医療に象徴されるように、高性能な機器とその運用を整えれば比較的均質なサービスを提供しやすい領域では、差別化余地が限定されやすい。その結果、競争は施術の質そのものよりも、広告投下量、価格設定、回転率といった消耗戦に陥りやすい。こうした中で勝ち残るために重要なのは「機械依存だけでは模倣困難な専門性の確立」と「デジタル上での信頼の可視化」である。

①機械依存だけでは模倣困難な専門性の確立

第一の勝ち筋は、機械に依存するだけでは模倣困難な専門性を確立することである。低侵襲化・標準化が進む本領域であっても、解剖学的知見や経験に基づいて顧客（患者）ごとの状態を見極め、複数の施術選択肢から最適な組み合わせを提案できるかどうかで提供価値にはなお差別化が可能な余地が生まれる。患者の悩みに応じた提案力、施術のレパートリーの広さ、他院では対応が難しい症例への対処などは、機械を導入しただけで一朝一夕に獲得できるものではない。

興味深い事例として、修正手術を含む美容後遺症診療、合併症対応、他院施術後の複雑例への対応力は、その専門性が端的に表れる領域の一つである。日本医科大学では朝日林太郎氏らが美容後遺症外来として非吸収性充填剤による豊胸後遺症やPRP+bFGF後の硬結、鼻形成後トラブルなどに対応しており⁹、こうした「最後の砦」としての機能は価格競争から距離を取るうえで有効な差別化要

素となる。

すなわち、低侵襲化・標準化が進む本領域においては、患者ごとに異なる悩みやリスクに対して、適切な見立てと方策を提示できる臨床力そのものの価値があらためて高まっているのではないか。

②デジタル上での信頼の可視化

第二の勝ち筋は、デジタル上で信頼を可視化することである。標準化・大衆化型では「見つけてもらい、安心して選ばれること」の重要性が高い。

Googleは医療情報を人々のお金や人生に大きな影響を与える「YMYL (Your Money or Your Life)」領域として位置づけ、当領域におけるコンテンツの評価基準として経験 (Experience)、専門性 (Expertise)、権威性 (Authoritativeness)、信頼性 (Trustworthiness) の4要素からなる「E-E-A-T」を重視している¹⁰。これは単なるSEO（検索エンジン最適化）の技術論ではなく、誰がどのような実績と根拠に基づいて情報を発信しているかが、患者からの信頼獲得に直結することを示唆している。

さらに、Google検索のAI機能において別途、特別な最適化は不要であり、従来のSEOの基本原則が引き続き有効だとしている¹¹。すなわち、AI時代においても信頼できる情報源として認識される重要性は変わらないといえる。

以上のように、専門資格の適正表示、治療内容・費用・リスクの明示、医学的根拠の提示などを通じて、デジタル上で信頼を可視化することが実質的な集患力となる。もっとも、信頼の可視化に際しては医療広告などが

イドラインに準拠した表示が求められることはいうまでもない。

(2) 高付加価値・先端型

本領域で求められるのは、他院では受けられない技術、継続的なフォロー体制と快適で特別感のある体験を束ね、「この医療に高い対価を払う意味」を成立させることである。その際の勝ち筋は、「他院では代替しにくい技術的希少性の提示」「上質な受診体験の設計」「限られたネットワーク内での評判形成」の3点に集約される。

①他院では代替しにくい

技術的希少性の提示

第一の勝ち筋は、他院では代替しにくい技術的希少性を提示することである。たとえば、再生医療や個別化医療の領域では、細胞培養加工施設の併設・連携、スタートアップとの協業、専門医ネットワークの構築などを通じて、「そこでしか受けられない医療」を実装できるかが差別化の源泉となる。単に高額なメニューを並べるのではなく、希少な技術や知見に裏打ちされた価値を提示することが重要である。

もっとも、この勝ち筋では先端性を掲げるだけでなく、制度、倫理、安全管理を含むガバナンス体制が整っていることを前提としなければならない。特に再生医療領域では再生医療等の安全性の確保等に関する法律（安確法）により、提供計画、認定再生医療等委員会、特定細胞加工物等製造施設といった枠組みが明確に定められており、2025年5月には改正法も施行された¹²。

②上質な受診体験の設計

第二の勝ち筋は、上質な受診体験の設計である。本領域の顧客（患者）、とりわけ富裕層は日常的に質の高いサービスに触れているため、医療技術の高さだけでなく、一連の体験そのものを一段と重視する。

たとえば、予約の取りやすさや待ち時間の短さは単なる利便性にとどまらず、「時間を無駄にしたくない」というニーズに応える要素である。また、経営者や著名人のように秘匿性を重視する顧客にとって、プライバシーへの配慮や専用空間の設計は、安心して受診するうえでの不可欠な要素となる。さらに、コンシェルジュ的な個別対応や継続的なフォローは受診前後の煩雑さや不安を和らげ、医療サービス全体への満足感や信頼感を高める。

すなわち、この勝ち筋では医療の中身だけでなく、受診前後を含む一連の体験について、とりわけ富裕層の顧客（患者）の求める水準で設計されているかが競争力を左右する。

③限られたネットワーク内での評判形成

第三の勝ち筋は、限られたネットワーク内での評判形成である。高付加価値・先端型における集客（集患）は、マス市場のような広告依存ではなく、紹介、口コミ、指名の比率が大きい。

したがって、この勝ち筋におけるマーケティングとは不特定多数から広く認知を獲得することではなく、限られたネットワークの中で評判を蓄積し、信頼に足る人物・施設として選ばれる状態をつくることにほかならない。その集客（集患）チャンネルの代表例として、

経営者層の人的ネットワーク、既存顧客（患者）からの紹介、あるいは「この医師に診てもらいたい」という個人指名が挙げられる。

(3) 制度補完・周辺型

一方で、制度補完・周辺型では、高度な技術そのものよりも、「制度変化を踏まえたビジネスモデルの設計」と「外部プレーヤーとの連携構築」が競争力を左右する。

①制度変化を踏まえた

ビジネスモデルの設計

第一の勝ち筋は、制度変化を踏まえてビジネスモデルを設計することである。制度補完・周辺型では、現行制度を把握しているだけでは不十分である。保険適用範囲の見直し、選定療養の運用、自由診療として提供されるオンライン診療をめぐる制度整備などの動きを継続して把握し、その影響を事業機会と事業リスクの両面から読み解くことが求められる。

保険診療圏からどの領域が保険外に切り出され、新たな領域を形成するのか、制度改定によって競争条件が変わるのはどの領域なのかを見極め、商品・価格・導線設計に反映できることが重要となる。すなわち、現行制度を所与として受け止めるだけではなく、制度環境の変化を先読みし、その変化を解釈して事業機会に転換する発想が求められるのである。

②外部プレーヤーとの連携構築

第二の勝ち筋は、企業、健保組合、自治体など外部プレーヤーとの連携構築である。制度補完・周辺型では、医療機関が単独でサー

ビスを完結させるよりも外部と役割を分担する方が顧客（患者）との接点を多様化・継続させやすい。

たとえば、人間ドックや任意接種では企業や健保による受診勧奨や費用補助、正常分娩や産後ケアでは自治体施策や育児関連サービスとの連携、また、自由診療として提供されるオンライン診療では配送事業者やプラットフォームと協業することで、診療後の継続利用や再接触を設計しやすくなる。

顧客（患者）個人に直接訴求するだけではなく、費用負担の主体、送客の仕組み、継続的な接点の持ち方、実務オペレーションの分担といった事業構造によって、集客コストや価格設定、運営負担は大きく変わる。

したがって、医療機関に求められるのは自院単独で顧客（患者）を集める力だけではない。企業、健保組合、自治体、物流事業者、プラットフォームなどと連携しながら、複数のプレーヤーにメリットのある事業構造を組み立てる力が重要となる。

(4) 結論

以上を踏まえると、自由診療圏の勝ち筋には大きく分けて3つの方向性が見て取れる。すなわち、標準化・大衆化型の領域で機械依存だけでは模倣困難な専門性の確立、デジタル上での信頼の可視化を通じて競争優位を築くこと、高付加価値・先端型の領域で技術的希少性の提示、上質な受診体験の設計、評判形成を通じて指名される存在になること、あるいは制度補完・周辺型の領域で制度変化を踏まえたビジネスモデルの設計、外部プレーヤーとの連携構築を通じて市場拡大を図ることである（表2）。

表2 自由診療圏 3 領域の勝ち筋

自由診療圏の3領域	各領域のKSF (Key Success Factor)	具体事例・内容例
(1) 標準化・大衆化型	機械依存だけでは模倣困難な専門性の確立	- 解剖学的知見や経験に基づいた患者個別対応 - 施術の多様なレパートリー - 美容後遺症外来
	デジタル上での信頼の可視化	- 専門資格の適正表示、治療内容・費用・リスクの明示、医学的根拠の提示 - 医療広告ガイドライン準拠の情報発信
(2) 高付加価値・先端型	他院では代替しにくい技術的希少性の提示	- 再生医療の細胞培養加工施設の併設・連携 - スタートアップとの協業、専門医ネットワーク構築 - 法令遵守
	上質な受診体験の設計	- 予約の取りやすさ、待ち時間の短縮 - プライバシー配慮や専用空間の設計 - コンシェルジュ対応や継続フォロー体制
	限られたネットワーク内での評判形成	- 紹介や口コミによる集客 - 主治医や経営者層ネットワークの活用 - 個人指名による患者獲得
(3) 制度補完・周辺型	制度変化を踏まえたビジネスモデルの設計	- 保険適用範囲の見直しなどの政策動向の把握 - 制度変化を先読みした商品・価格・導線設計
	外部プレーヤーとの連携構築	- 企業や健保組合による受診勧奨・費用補助 - 自治体施策や育児サービスとの連携 - プラットフォームとの協業による継続利用設計

逆に危ういのは自院がどの領域で戦うのかを曖昧にしたまま、自由診療を単なる保険外の追加メニューとして並べているだけの医療機関である。

自由診療圏は価格が自由であるからこそ、その価格に見合う理由を技術、体験、安全性、信頼性を含めて示せるかが問われる市場である。これからの自由診療圏で勝ち残る医療機関とは、自院がどの領域で戦うのかを明確に定め、その領域に適した勝ち筋を磨き込んだ医療機関にほかならない。

Ⅳ ヘルスケア各領域への 参入事業者に必要な検討事項

ここまで、保険診療圏と自由診療圏という2つの医療経済圏が別個の道を進んでおり、

それぞれ異なる市場原理に規定されていることを論じてきた。本章では、ヘルスケア領域への参入を企図する民間事業者を対象に、事業設計上踏まえるべき要諦を、医療経済圏ごとに整理する。

1 対保険診療圏ビジネスの要諦

保険診療圏は全国共通の公定価格体系で運用されており、機能区分ごとの定型業務が地域を問わずほぼ同型で存在する。したがって、有効性実証済のソリューションについて、横展開への障壁は自由診療圏に比べて相対的に低い。裏を返せば、診療報酬や療担規則などの制度的枠組みに整合しないソリューションは、個々の医療機関固有の事情に振り回されやすく、拡張性を欠くことになる。

(1) オペレーション効率化ソリューション

第Ⅲ章で論じた高回転型と地域医療密着型のどちらにおいても、オペレーションの効率化はコスト削減を目的とした重要課題である。

この課題へのアプローチとして、たとえばエムスリーの「デジスマ診療」は、診察にかかる一連の業務フローを一気通貫で効率化することに貢献している。また、GEヘルスケアの「コマンドセンター」は、病床稼働率や患者フローをリアルタイムデータで可視化し、病院全体のオペレーションを最適化するもので、複数の総合病院でまさに横展開が進んでいる。

ほかにも、診療報酬の算定要件充足について判別を容易にする機能や、AI補助入力・音声認識によるカルテ記載の省力化など、規定された定型業務を効率化するソリューションは、世間一般のデジタル化・自動化の認知拡大や受容度の高まりに伴い、医療機関でも今後は需要の拡大が見込まれる。

(2) 機能間接続の提供

保険診療の現場では、電子カルテ、会計機器、ファクシミリといった各機能がそれぞれ異なるベンダーによって個別に最適化されており、機能間データ連携は十分に進んでいない。しかし、厚生労働省・内閣府らによる「全国医療情報プラットフォーム」や、わが国が目指す社会「Society 5.0」における「統合型ヘルスケアシステム構想」では、医療情報のシステム間連携やマイナポータル開示を今後の当たり前にすることを目指しており、各医療機関は各システムに散在したデータを連携しやすい型として整備することが求めら

れる。

対保険診療圏ビジネスに参入しようとする民間事業者にとっては、行政の標準仕様書や工程表を踏まえ、ガラパゴス化した各システムの橋渡しなど機能間での連携・統合・翻訳を織り込むことで競争優位に立つことができるだろう。

(3) 人材不足への対応

保険診療圏はサービス業ではなく社会インフラであり、人口減少が進む地方や僻地でも一定水準の医療提供体制を維持しなければならない。この点は自由診療圏との決定的な違いであり、回復期・包括期へのシフトに対応したコメディカルの配置など、人材確保の支援はそのまま課題解決に直結している。

こういった直接的な人材派遣・紹介にとどまらず、たとえばソラストの「リモート医事サービスiisy」は委託した医療事務を遠隔で実施するモデルであり、これも実質的な人手の提供として機能する^{注13}。人材確保は地域医療の存続に直結するため、地方や僻地において「何人分の工数を提供できるか」といった能力を具体的に示すことができれば、強い訴求力になるだろう。

対保険診療圏ビジネスの要諦は、既存のオペレーションを阻害せず、その内側に溶け込む形で参入し、診療報酬に整合したソリューション設計によって横展開を図ることである。ソリューションありきで制度の潮流を抑えられていない、PoC対象の医療機関に過学習したソリューションを設計してしまう、といった事例は典型的な失策といえよう。保険診療はあくまでも全国共通のルールで運用される公的インフラであるという特性に立ち戻

って事業の設計を行う必要がある。

2 対自由診療圏ビジネスの要諦

自由診療圏は、保険診療圏ほど制度の枠組みが定まっておらず、第Ⅰ章で整理した3つの類型ごとに市場構造も顧客の意思決定も異なるだけでなく、同一類型でも個々の医療機関が独自のポジショニングを志向するため、こうした相手に対して、新規参入を図る民間事業者が単一の方程式で横展開することは難しい。

(1) 標準化・大衆化型：大手との共創

標準化・大衆化型では、個々の医療機関の志向に合わせて調整の余地があるサービスが好まれるが、中小の医療機関と組んでもスケールすることが難しいため、大手医療機関グループとの共創が有力なモデルとなる。

たとえば、AIも活用したソフトウェア・システム開発事業を手がけるコトヒューレとTCB東京中央美容外科が共同開発したAIシミュレーターは、来院前に施術の仕上がりをイメージできるサービスであり、まさに大手の売り上げ拡大へ貢献するサービスの好例といえよう^{注14}。ほかにも、昨今では複数の信販会社が消費者向けの医療ローンを提供しており、倫理的問題はさておき、施術費用の分割払いを可能にすることで顧客基盤の裾野の拡大に寄与している。また、美容医療領域を中心に賠償責任保険の整備も進んでおり、今後の潮流の一つとなるだろう。

さらに、大衆化によるコスト低下圧力に加え、足元で進む規制の強化が別の地平を生み出す可能性がある。一部の業者による不始末を取り締まるべく、医師以外による施術の禁

止、安全管理措置の状況報告義務、患者が希望する施術内容の明記といった要件が整備されたが、これらはどれも医療機関側に然るべき管理コストを課すものである。コスト低下と規制強化といった標準化の圧力が生じている状況は、保険診療圏と同様の道筋をたどっているものとも考えられる。この流れが加速すれば、自由診療圏でも保険診療圏で先行してきた業務効率化や報告対応を支援するソリューションへの需要が顕在化する可能性がある。

(2) 高付加価値・先端型：

顧客基盤へのアクセス

高付加価値・先端型は、もとより医療以外での顧客（患者）体験の質を向上させるものであり、医療機関単独では医療サービスの設計を完結できないことが多いため、コンセプトの段階から民間事業者がモデルを牽引する役割を果たすことができる。しかしながら、それ以上に重要なことは富裕層が集積する顧客基盤へのアクセスであり、富裕層やエグゼクティブ層が集積するネットワークへの接続が不可欠である。

たとえばJTJBはメディカルツーリズム事業を実施しており、これは為替環境を背景に自由資金を持つインバウンド富裕層への接点を活かしたものといえる。一定の年商を有する起業家コミュニティであるEO（Entrepreneurs' Organization）やYPO（Young Presidents' Organization）のようなエグゼクティブネットワークへのアクセスも潜在的な活用余地が考えられる。その意味で、国内では野村證券やSMBCグループのプライベートバンキング部門など、金融各社のリテール部門が

その役割を牽引していくのではないか。すなわち、本領域に新規参入する民間事業者の価値は医療機関単独では到達しがたい顧客基盤との接続であり、そうした基盤を保持している企業は明確な優位性を有している。

(3) 制度補完・周辺型：支払い者の設計

制度補完・周辺型の自由診療領域は、わが国では保険適用範囲外ではあるが、社会保障の原資が潤沢であれば、公的保険の給付範囲になり得たという共通の背景を持つ。その代表は選定療養の対象として自己負担が求められるようになった長期収載品であり、2027年3月から自己負担の追加が大筋で合意されているOTC類似薬も同様である。

OTC類似薬への自己負担上乗せは、顧客(患者)が薬局で購入できるOTC薬を選択するインセンティブを相対的に高めるため、既存OTC薬市場の拡大をもたらす。それに伴い、要指導医薬品や第一類医薬品を適切に選択・提供する薬剤師の指導的役割も重要性を増すことになる。

こうした切り出しは、薬剤や医療材料といった製品にとどまらず、業務や権限といった領域にも及んでいる。タスクシフトがその典型であり、2022年度に導入されたリフィル処方箋は、医師の処方行為の一部を薬剤師に移管するという方向性が示されたものであり、かかりつけ薬局に健康相談機能を持たせる施策もこの延長線上にある。米国では、薬剤師がプロトコールに基づき医師の処方なしに調剤を行う権限を有している。また、フランスでは軽症時の健康相談や医薬品選択を薬剤師が第一線で担っている。

日本における薬剤師の社会的役割の拡大

は、これらの先行事例と方向をともにしており、また、薬剤師に限らず看護師の特定行為研修制度など、医師から他職種への権限移管は今後も続くと見るべきであろう。

もっとも、本領域の最大の課題は支払者の特定にある。健康増進やヘルスケアに属するサービスは喫緊性が乏しく、なくても日常生活に直ちに支障をきたさないため、個人への直接課金では健康意識の高い限られた層にしか届かない。健康保険組合は被保険者の健康増進にインセンティブを持つと考えられるが、単年度決算が原則で中長期投資が難しく、財政難の問題もある。潜在的には規模が大きく拡大も想定される市場だからこそ、誰のどのような課題を解決するのかという対象の絞り込みが一段と重要になる。

注目すべきは、従業員や関係者に業種固有の健康課題を抱える企業・団体が、支払者となって課題解決を図るモデルが複数立ち上がりつつある点である。ヤマト運輸×アルフレッサによる「MY MEDICA」は、健康課題を抱えやすいドライバー向けにオンライン診療・服薬指導・薬配送を一体で提供し、企業がシステム利用料を負担する仕組みである^{注15}。クリーク・アンド・リバーは、女性比率が高い自社グループの従業員を対象に、妊婦健康管理サービス「MamaWell」を福利厚生として導入した。VCスタートアップ健康保険組合は、個社単位では社会保険基盤を整備しにくいスタートアップ業界に対して、支援先企業群を取りまとめ、健保機能を提供する仕組みを横断的に提供することで価値を生み出している^{注16}。いずれも、業種や業界に固有の健康課題を起点に、課題の当事者が支払者として仕組みを構築した事例である。

なお、MY MEDICAが提供するオンライン診療は、現時点では保険診療として実施されているが、前述の切り出しの潮流が進み、軽医療領域が保険の外側に押し出された場合にも、企業負担によって持続し得るモデルの萌芽と捉えることができる。実際、クリニックフォアの「CLINIC FOR WORK」は、企業と従業員が診療費・薬代を折半する形で保険外の軽医療アクセスを提供しており^{注17}、企業負担によるヘルスケアサービスの成立可能性を実証に移す取り組みといえる。

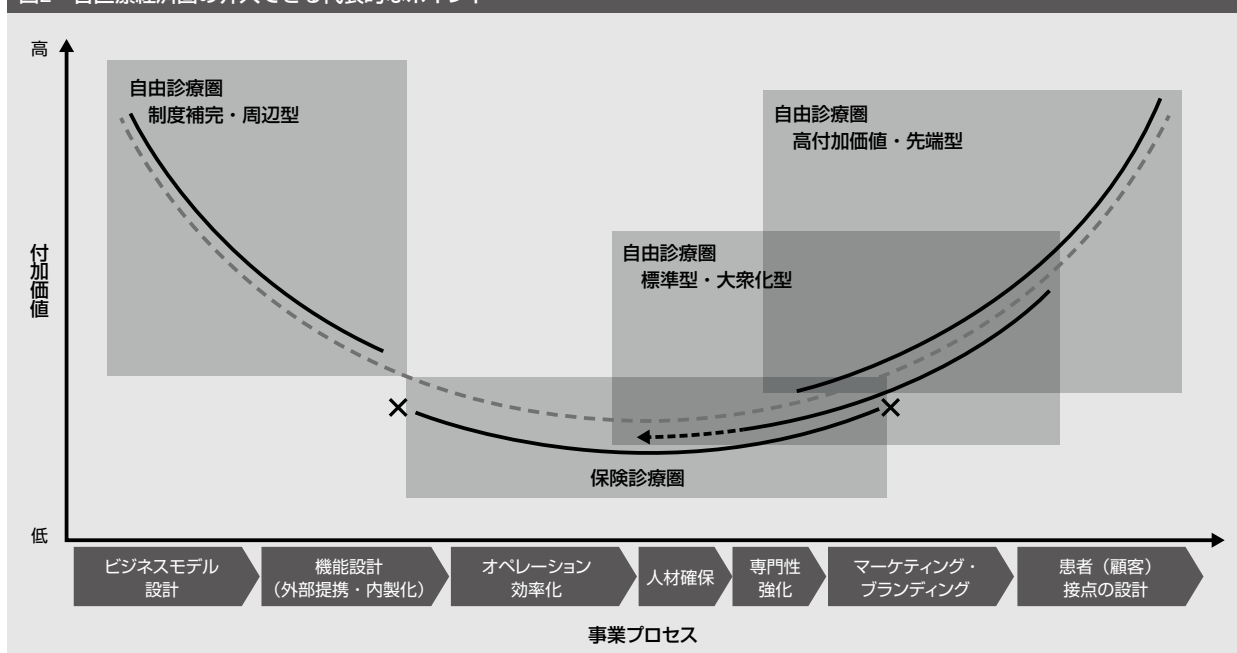
3 事業設計における思考の順序

本章では、医療経済圏ごとに民間事業者が介入できる代表的なポイントが異なることを示した。これを医療サービスの事業プロセスとして、図2のように上流から下流までを整理すると、興味深いことに製造業のバリューチェーン同様、上・下流に比べて中流で付加価値が低いスマイルカーブ状の構造が見て取れる。

保険診療圏では、ビジネスモデルや提供サービスのあり方が療担規則をはじめとする各種制度で強固に規制されているため、民間事業者の参入余地は付加価値を出しにくい中流域に集中し、キャッシュポイントを上・下流に広げることが構造上難しい。よってかわる保険診療圏の汎用性を念頭に、医療機関の数を増やすことが重要となる。

自由診療圏では、3つの類型ごとに事業化余地の位置と幅が異なる。標準化・大衆化型では、マーケティング・ブランディングに代表される顧客の裾野拡大が付加価値の高い価値貢献であるが、価格競争により当領域の付加価値が減少すると、今後は中流のオペレーション効率化などにもソリューションの需要が拡大することになるだろう。高付加価値・先端型では、特別な顧客体験に直結する専門性強化よりも顧客そのものの獲得に価値が高いことは先に述べたとおりである。制度補完・周辺型では、従前と異なる商流の中でパートナーの選定から支払い者の設計といった

図2 各医療経済圏の介入できる代表的なポイント



上流プロセスに課題があり、そこにブルーオーシャンが広がっているといえよう。

このような医療経済圏ごとの差分を前にして、各事業者はどういったアプローチを取ればよいか。

出発点は、誰がエンドユーザーかを定めることである。保険診療圏では公的保険を介してサービスを受ける患者を、標準化・大衆化型の自由診療圏では大衆層の美容消費者を、高付加価値・先端型の自由診療圏では富裕層・エグゼクティブ層を、それぞれのエンドユーザー対象として論じた。健康増進を求める健常者と治療を要する患者、大衆層と富裕層では、集患経路もサービス設計の前提も根本的に異なるため、解くべき課題を定めるためにエンドユーザーの像を明確に定める必要がある。

次に、そのユーザーにサービスを届ける医療機関や薬局が現に抱えている課題を理解することが重要である。保険診療圏に関して、オペレーション効率化、機能間接続、人材不足という3つの課題を挙げたが、これらはいずれも診療報酬制度の枠組みに起因するものである。自由診療圏では各類型の医療・ヘルスケアサービスプロバイダーの特性に伴い、課題も異なる。

最後に、サービスに対して誰が対価を支払うのかである。保険診療圏では公的保険が原資であるため、診療報酬算定要件への合致がそのまま支払者への適合となる。自由診療圏の標準化・大衆化型や高付加価値型・先端型では患者本人が支払者となる場面が多い。一方、制度補完・周辺型では、個人課金の限界故に企業や健保組合など第三者が支払者となるモデルの構築が求められていることを指摘

した。

医療・ヘルスケア市場は多様である。こうした市場へ参入を図ろうとする民間事業者には、巨大市場の幻想にしがみつき、使われないプロダクトや意義の薄いPoCを量産しないためにも、エンドユーザー、医療機関の課題、支払者という3つの要素を明確に定義したうえで、参入する市場を具体的に定めることが求められる。

注

- 1 厚生労働省「第12回新たな地域医療構想等に関する検討会：議事録」(2024/11/20)
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000161127_00074.html
- 2 一般社団法人日本病院会、公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会、公益社団法人日本精神科病院協会「2025年度病院経営定期調査 概要版 結果報告（集計結果）」(2025/11/26)
<https://ajhc.or.jp/siryo/20251126report.pdf>
- 3 William Stanley Jevons “The Coal Question; An Inquiry Concerning the Progress of the Nation, and the Probable Exhaustion of Our Coal Mines” London: Macmillan, 1865
- 4 厚生労働省「現在検討している医療保険制度改革についての考え方」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuohoken/newpage_00014.html
- 5 厚生労働省「保険外併用療養費制度について」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuohoken/sensiniryo/index_00007.html
- 6 関東裕美「エステサロン等での脱毛・HIFU（ハイフ）による事故」『ウェブ版 国民生活』No.143、2024年7月、pp.15-17、国民生活センター
https://www.kokusen.go.jp/pdf_dl/wko/wko-

- 202407.pdf
- 7 兵庫医科大学病院「病状説明をAIが自動要約し電子カルテに記録」(2025/6/12)
<https://www.hyo-med.ac.jp/files/20250612/1788c048a0df9f31738f741e89d1bc9a1310b18c.pdf>
 - 8 厚生労働省「令和8年度診療報酬改定 7. 外来医療の機能分化・強化等」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001681336.pdf>
 - 9 朝日林太郎「大学病院での美容外科・美容後遺症外来の役割」『日本医科大学医学会雑誌』19巻4号、2023年、pp.313-316、日本医科大学
<https://www.nms.ac.jp/sh/jmanms/pdf/019040313.pdf>
 - 10 Google Search Central, "Creating helpful, reliable, people-first content"
<https://developers.google.com/search/docs/fundamentals/creating-helpful-content?hl=ja#eat>
 - 11 Google Search Central, "AI features and your website"
<https://developers.google.com/search/docs/appearance/ai-features>
 - 12 厚生労働省「再生医療等の安全性の確保等に関する法律について」
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001527354.pdf>
 - 13 ソラスト「医療事務のオンライン受託サービス〈リモート医事〉提供開始」(2021/5/12)
<https://www.solasto.co.jp/news/iisy/>
 - 14 コトヒューレ「TCB東京中央美容外科が提供する『TCB AI シミュレーター for エイジングケア』のAI開発を支援」(2024/7/1)
<https://www.cotofure.com/news/20240701/>
 - 15 ヤマトホールディングス、アルフレッサ ホールディングス「自動車運送事業者の従業員の健康管理と重症化予防に向けてオンライン医療を中心としたサービスを提供する新会社を設立」(2025/2/6)
https://www.yamato-hd.co.jp/news/2024/newsrelease_20250206_3.html
 - 16 VCスタートアップ健康保険組合
<https://startupkenpo.com/>
 - 17 クリニックフォア「健康経営支援サービスCLINIC FOR WORK」
https://www.clinicfor.life/lp/hello_wellness/

著者

藤原浩平（ふじわらこうへい）

野村総合研究所（NRI）ヘルスケア産業コンサルティング部 医療・医薬グループ シニアコンサルタント（医師）

専門は医師向け広告・マーケティング、医療データ分析、事業戦略立案や実行支援など

松本大夢（まつもとひろむ）

野村総合研究所（NRI）ヘルスケア産業コンサルティング部 パブリック・デジタルヘルスグループ シニアコンサルタント（薬剤師）

専門は医療ヘルスケア分野における新規事業開発、事業戦略立案・実行支援など

遠藤慧一郎（えんどうけいいちろう）

野村総合研究所（NRI）ヘルスケア産業コンサルティング部 パブリック・デジタルヘルスグループ シニアコンサルタント（保健師）

専門は社会保障政策、労働政策など