

医療モールの最適規模の実証 — 2025 年全国悉皆調査を踏まえて —

Determining the Optimal Scale of Medical Malls: Evidence from Japan's 2025 Nationwide Census Survey

京都府立大学	伊藤 敦
株式会社マゼランメディカル	渋谷悠希
株式会社マゼランメディカル	荒川 徹
北見工業大学	中村文彦
Kyoto Prefectural University	Atsushi ITO
Magellan Medical INC.	Yuki SHIBUYA
Magellan Medical INC.	Toru ARAKAWA
Kitami Institute of Technology	Fumihiko NAKAMURA

Keywords : Medical Malls, Optimal Scale, Japan's 2025 Nationwide Census Survey

1. はじめに

近年、医療機関の経営環境は物価高騰や診療報酬改定の影響により、一層厳しさを増している。医療機関の倒産件数は過去最多を記録し、病院数は減少傾向にある一方、診療所数は横ばいで推移している。こうした中で、複数の診療所や薬局が同一空間内に集積し、相互に連携する「医療モール」が新興モデルとして注目を集めている。2019 年に実施された悉皆調査では、国内に 2501 か所の医療モールの存在が確認されている。

しかし、日本の医療モールは米国などと比較して小規模であることが指摘されており、その最適な規模がどの程度なのか、経済学的な根拠は明らかではない。臨床現場では連携不全や運営摩擦により、医療モールの空中分解や撤退に至る事例も報告されており、適正な規模の特定が求められる。

そこで、本研究では、日本の医療モールの最適規模を解明することを目的とする。2025 年 5 月に第 2 回の全国悉皆調査を実施したので、そのマクロ・データを用いて、医療モールの最適規模を理論的、実証的に明らかにすることを試みる。

2. 方法

まず、医療モールを構成する診療所数（最適規模）を把握するモデルについて定義した。本モデルは、クラブ財理論（Buchanan, 1965）と取引コスト理論（Williamson, 1985）を基盤として、医療モール内診療所数 n と 1 診療所あたりの平均費用 $AC(n)$ との関係を次の式で定式化する。

$$AC(n) = F/n + \theta n^2 + \delta n$$

ここで、

F : 固定費（建物・共用設備等）

θ : ガバナンス費用係数（診療間連携や情報共有に伴う調整コスト）

δ : 混雑費用係数（移動や待ち混雑に伴う追加費用）とする。最適規模 n^* は平均費用 $AC(n)$ の最小化問題より $\min_{n \in \mathbb{Z}, n \geq 3} AC(n)$ と定義し、一階条件は次式で与えられる。

$$dAC/dn = -F/n^2 + 2\theta n + \delta = 0$$

識別のため本研究では $\delta=1$ を据え置く。凸性条件は $d^2AC/dn^2 > 0$ が成立するため、解は一意的な最小値となる。

次に、パラメータの推定法について定義した。

暫定的に固定費 F : 2,200 万円に定め、平均商業地価を基準に各地域の F_i をスケーリングした上で次式により観測平均 n_i から θ_i を逆算した。

$$\theta_i = -(F_i/(n_i^2) - \delta)/2n_i$$

これにより、地価・賃料の地域差が固定費やガバナンスコストを介して最適規模に及ぼす影響を定量化し、理論との整合性を検証した。

3. 結果

まず、2025 年 5 月に実施した悉皆調査では、2,943 箇所の医療モールが存在することを特定し、その中に診療所が 11,250 軒、薬局が 2,461 軒開業していたことが判明した。ただし、全国の医療モール数の 8 割は、首都圏、京阪神、北海道を含む主要 13 都道府県に集中立地していた。

次に、表 1 より診療所・薬局を合わせた規模数を見ると、平均 4.66 軒（診療所のみでは 3.82 軒）であった。中央値及び最頻値はそれぞれ 4 軒で同様であり、規模の範囲は 3～38 軒にあった。

表 1 記述統計

	診療所数	診療所+薬局数
平均値	3.82	4.66
中央値	3	4
最頻値	3	4
標準偏差	1.40	1.65
範囲	3-35	3-38
Sample size	2,943	2,943

また、地域別分析では、北海道（5.15 軒）、広島県（4.98 軒）、愛知県（4.86 軒）と地方都市部で比較的大規模な傾向を示した。一方で、福岡県（4.54 軒）、千葉県（4.57 軒）、東京都（4.46 軒）、など大都市圏では相対的に小規模であった。実際、商業地価と規模との間には、有意な負の相関が見られ（ $R \sim -0.567, p < 0.05$ ）、地価の高い地域ほど医療モールの規模が小さくなる傾向を確認することができた。

さらに、表 2 より推定された固定費 F_i とガバナンス係数 θ_i を見ると、地価の高い都市部で高止まりしており、地方部では低水準であった。例えば東京都では $F \sim 2,416$ 万円/年、 $\theta \sim 13.54$ に対し、北海道は $F \sim 117$ 万円/年、 $\theta \sim 0.33$ と大きく乖離していた。それゆえ、固定費とガバナンスコストの双方が小規模化の要因であることが裏付けられた。

表 2 パラメータの推定結果(診療所+薬局)

Prefecture	Size	F_i	θ_i
北海道	5.15	116.91	0.33
広島県	4.98	247.93	0.91
兵庫県	4.89	352.80	1.41
宮城県	4.88	322.76	1.29
愛知県	4.86	521.23	2.17
奈良県	4.76	187.52	0.76
神奈川県	4.73	716.34	3.28
大阪府	4.73	1,165.24	5.41
埼玉県	4.67	353.13	1.63
千葉県	4.57	308.99	1.51
福岡県	4.54	446.94	2.28
京都府	4.47	809.18	4.42
東京都	4.46	2,416.69	13.54

4. 考察

2008 年に実施した調査では、薬局を含む医療モールの平均規模が 6.33 軒であったが、2025 年の調査では 4.66 軒であったことから、この 17 年間で小規模化が進行していることが示された。この変化は、医療モールの 8 割が国内の主要都市圏で開業していることに加えて、物価・賃料の上昇や診療報酬の伸び悩みといった経営環境の悪化が背景にあると考えられる。実際、地域別分析では、商業地価の高い都市部ほど固定費 F とガバナンス係数 θ が高くなる結果、最適規模が小さくなる傾向が見られた。北海道や広島県などの地価が低い地域では相対的に規模が大きい一方、大都市圏では規模が抑制される構造が浮き彫りになった。

以上の結果は、固定費の高さがガバナンス面にも波及し、取引コストを押し上げることで規模の経済を阻害するという理論的予測と整合的である。ただし、地域内で平均規模から乖離した大規模な医療モールも観測されている。これは、内部の協議機関や連携体制により θ を低減させる結果、規模を拡大させている可能性を示唆する。

5. おわりに

本研究では医療モールの最適規模について検証した結果、平均 4.66 軒と推定し、モデルと整合的であった。日本の医療モールは、固定費やガバナンスコストの圧力が規模の拡大を制約している構造が存在することを明確化することができた。