

登録販売者とヘルスケア市場に関わる関係制度

最近の登録販売者制度を巡る動き

2026年4月24日（金）

日本医薬品登録販売者会
専務理事 横田 敏

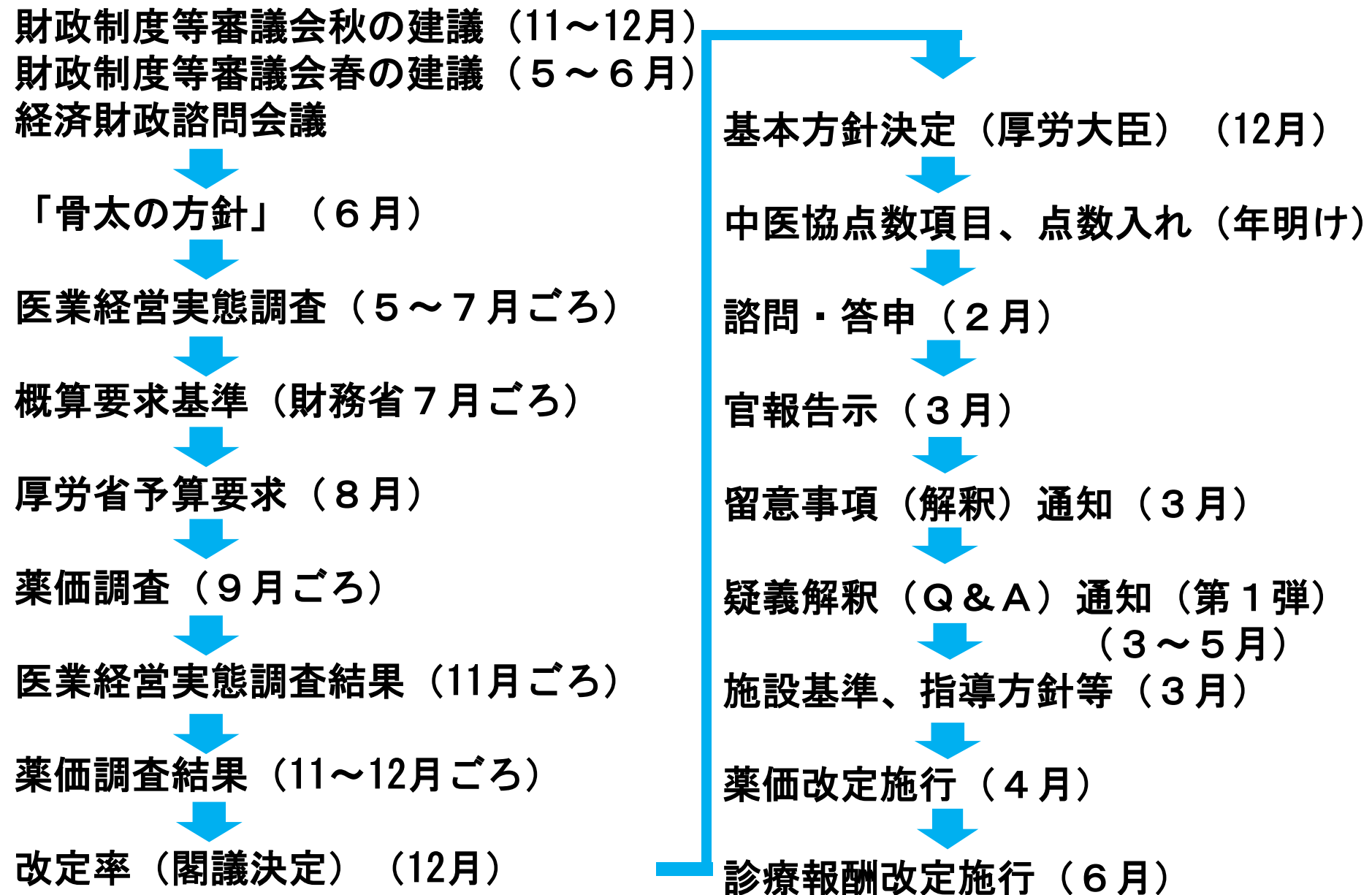
本日のお話し

1. 財務省23日、財政制度等審議会・財政制度分科会

- ①効率的な医療提供体制の構築①(総論)
- ②効率的な医療提供体制の構築②(診療所)
- ③効率的な医療提供体制の構築(薬局)

2. 国会で審議されている医療保険制度改革のポイント

診療報酬等改定にかかわる大まかな流れ



- 日本では、諸外国と比べ、**総病床数が多く、平均在院日数も長い**。人口当たりの医師数は少なくないが、**病床百床当たりの医師数は少ない**。また、MRIやCTスキャナーの台数が極めて多く、外来受診回数も多い。医療費と相関性が高いとされる病床数は西高東低の傾向。
- **診療所については、人口当たりでも都市部に集中する傾向にある一方、1診療所当たりの従事者数が少ない**。
- 人材確保も困難となる中、できる限りコストを縮減し、医療資源を効率的に活用することで、質の高い医療を提供する必要。地域の実情に応じ、**病床数の適正化を図り、入院機能の高度医療への重点化を図るとともに、診療所を含めた外来機能を集約していくべき**。

◆医療提供体制に関する各種指標の国際比較

国名	平均在院日数	平均在院日数 (急性期)	人口千人当たり 総病床数	人口千人当たり 臨床医師数	病床百床当たり 臨床医師数	1病院当たり 臨床医師数	人口百万人当たり MRI台数	人口百万人当たり CTスキャナー台数	処方薬薬剤費 対GDP比	1人当たり 外来受診回数
日本	26.3	15.7	12.5	2.7 (2022年)	21.0 (2022年)	40.6 (2022年)	59.8	119.8	1.6%	12.1 (2022年)
ドイツ	9.0	7.5	7.7	4.7	60.8	131.5	35.3	37.1	1.4%	9.7
フランス	9.1	5.5	5.4	3.9	72.1	89.8	19.2	21.0	1.3%	5.4
イギリス	8.3	7.5	2.4	3.4	138.5	124.5	8.6	9.9	0.6%	—
アメリカ	6.6 (2022年)	6.0 (2022年)	2.8 (2022年)	2.7 (2022年)	98.9 (2022年)	148.1 (2022年)	38.0 (2021年)	42.6 (2021年)	1.6%	3.5 (2022年)

(注) 記載がない場合は2023年データ。(出所) OECD Data Explorerより作成(2026年3月13日閲覧)。

◆人口千人当たりの病院病床数 (2024年)

都道府県	病院病床数 (人口千人当たり)
高知県	23.6
鹿児島県	20.4
長崎県	19.8
徳島県	19.1
熊本県	18.7

(中略)

千葉県	9.5
東京都	8.8
愛知県	8.7
埼玉県	8.6
神奈川県	7.9

◆1診療所（無床）当たりの従事者数 (2023年)

区分	1診療所当たりの人数
医師	1.4
看護師	1.6
准看護師	0.6
事務職員	1.7

(注) 1診療所（無床）当たりの従事者数は、2023年度の各区分従事者数を同年度の無床診療所数で除して得た数。

(出所) 厚生労働省「2023年医療施設（診療・看護）調査」及び「2024年医療施設（診療・看護）調査」を基に作成。

◆人口10万人当たりの無床診療所数（2024年）

区分	無床診療所数 (人口10万人当たり)
特別区	117.9
政令市	91.1
中核市	80.7
全国平均	80.6

◆医療費の決定要因に関する研究

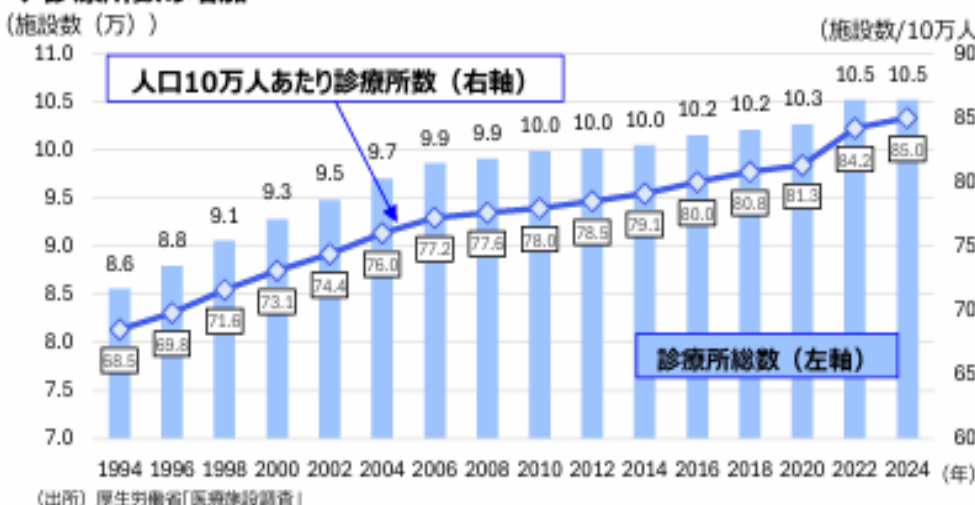
<医師関係>（日本にも当てはまる）

- ① 医師誘導需要仮説：**医師の増加が医療需要を喚起**
- ② アバーツ・ジョンソン仮説：**医師間の競争が激しくなるほど、価格競争ではなく設備投資競争（MRI等）が起きる**
（設備投資により、働きたい医師＋患者を引きつけることができる）

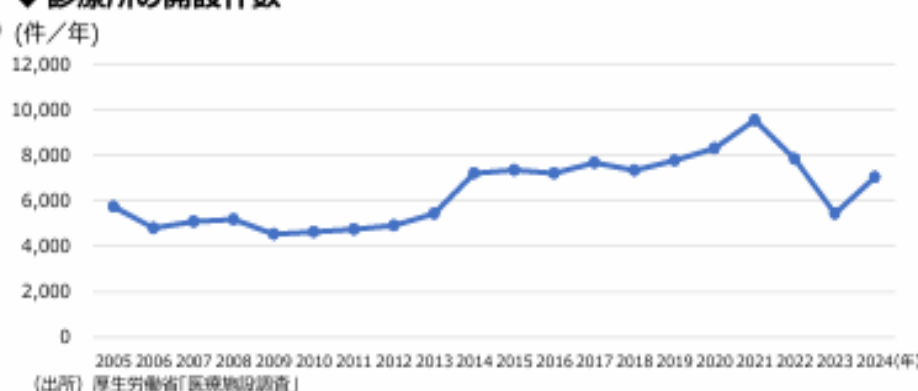
(出所) 第2回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会 資料2（印南構成員・野口構成員資料）から抜粋39

- 全国で既に10万施設を超える診療所については、人口減少下で外来需要が減少していくことが明らかであるにもかかわらず、増加を続けている。また、1診療所当たりの平均従事者数は、各職種いずれも1～2名程度と、非常に小規模な形態となっている。
- 年齢に応じて病院から診療所へ移行してきたこれまでの医師の傾向が今後も続く場合、診療所開設のペースは継続するおそれ。
- 小規模分散の診療所の体制により、受付・事務・IT・検査等の機能が施設ごとに散在し、検査設備やシステムへの投資が重複することに加え、医療人材の効率的活用にも制約が生じやすいため、限られた医療資源のより効率的な活用の観点から、地域単位での外来機能の統合・大規模化や医療機器共同調達化を進める必要。

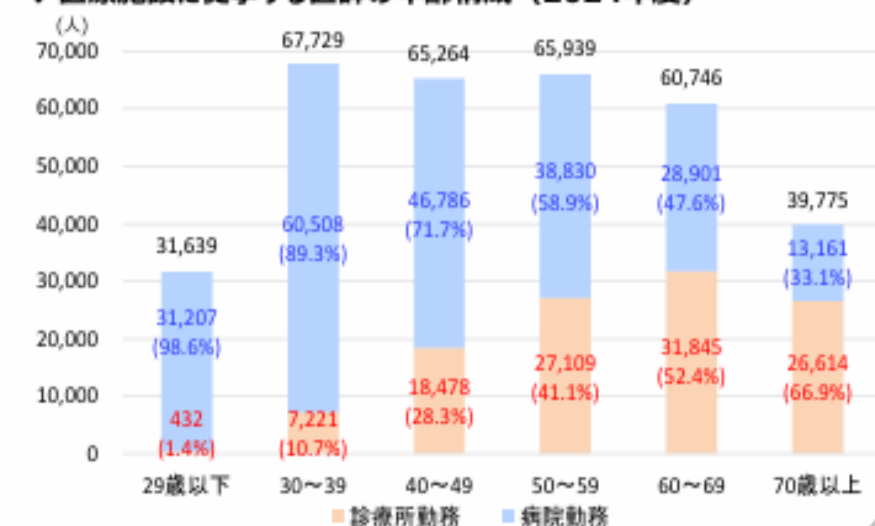
◆ 診療所数の増加



◆ 診療所の開設件数



◆ 医療施設に従事する医師の年齢構成(2024年度)



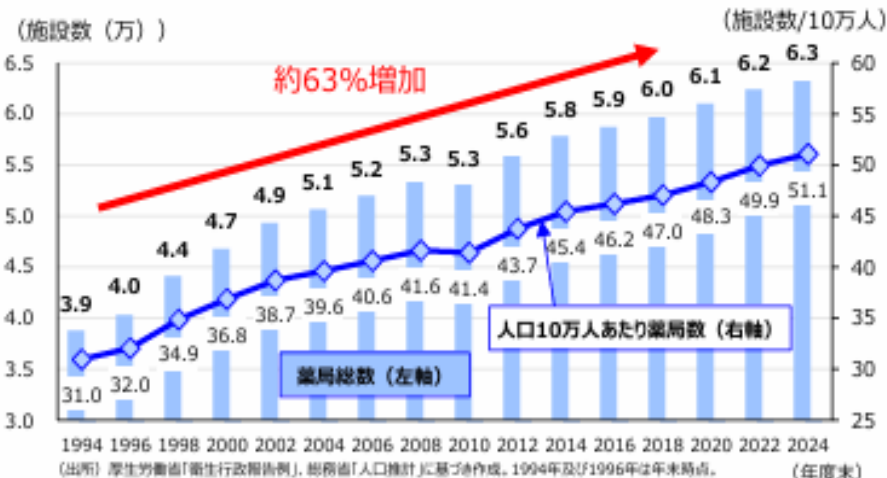
◆ 外来患者の将来見通し

- ✓ 外来患者数は、今後、減少傾向となる見込み。



- 過去30年間で、薬局数は6割以上増加し、薬局に従事する薬剤師の数は3倍以上となっている。また、薬局は、小規模な形態が 大宗を占めている。提供体制の効率化がなされないまま、人材の流入が継続してきたことが見て取れる。
- こうした小規模分散の体制は、対人業務の充実や安定的な医薬品供給の観点から問題。限りある医療人材の最適配分を実現し、効率的な医療提供体制を構築する観点から、薬局の集約化や大規模化に向けた取組が不可避。

◆薬局数の推移



◆薬局に従事する薬剤師数の推移



(出所) 厚生労働省「医師・薬剤師・歯科医師統計」

◆薬局ごとの常勤薬剤師数及び薬局あたり処方箋受付回数

- ✓ 常勤薬剤師が2人以下の薬局は約2/3を占め、1人の薬局でみても全体の1/3を占める。
- ✓ 薬局ごとの処方箋受付回数は、月1,000回未満の薬局が5割超を占めている。



(出所) 左図: 中央社会保険医療協議会資料「調剤(その2)」(2023年11月28日)より、「薬局の機能に係る実態調査」の結果を引用。
右図: 同「調剤(その2)」(2025年9月10日)より、2024年度の処方箋受付回数(厚生労働省調べ)を引用。

◆中央社会保険医療協議会資料「調剤について(その2)」(2025年11月28日)(抄)

「薬局・薬剤師の偏在により生じる課題 都市部における薬局・薬剤師の集中」において指摘された、小規模分散の体制により生じる課題の例

- 小規模乱立の結果、薬局1つ当たりの受付処方箋枚数が減少し、地域における医療提供体制が非効率になる。
- 小規模乱立の結果、医薬品配送先の薬局数が多くなるだけでなく1回あたりの配送数量も少なくなるため、卸による医薬品の配送が非効率になるなど、流通に負荷をかける。
- 小規模乱立の結果、多数の薬局がそれぞれ医薬品の在庫を持つことになるため、過剰な流通在庫を生じさせるだけでなく、供給不安発生時に医薬品の供給不足を助長する。
- 小規模乱立の結果、患者が薬局を近さのみで選び、薬歴の一元化が成立しにくい。
- 過当競争の結果、効率的収入を求め、特定の医療機関の処方箋を集中的に調剤する門前薬局等が乱立し、結果として薬剤師の質の低下やかかりつけ薬剤師機能の脆弱化、医療アクセスの偏在等に伴う患者不利益の可能性がある。

今回の医療保険制度改革のポイント

基本の考え方

将来にわたり我が国の医療保険制度を持続可能なものとしていくために、現役世代を中心に**保険料負担の上昇を抑制**しながら、全世代を通じて、**医療保険制度に対する信頼や納得感を維持・向上**させる観点から、給付と負担の見直しを行います。

主な改正内容

日常的な医療に用いる医薬品の保険給付の見直し

保険を使って医療用医薬品の処方を受ける場合と**保険を使わず**OTC医薬品で対応する場合の**公平性**を踏まえ、OTC医薬品でも代替可能な医薬品の保険給付の範囲を見直します。

後期高齢者医療制度における金融所得の公平な反映

後期高齢者医療制度において、上場株式の配当等の金融所得を、確定申告をするかしないかの選択にかかわらず窓口負担や保険料負担に勘案することで、**不公平を解消**します。

長期に治療が必要な方のセーフティネット機能の強化

高額療養費の**月単位の自己負担**は、将来にわたり制度を維持するため、**医療費の伸びや所得に応じて負担**いただきますが、医療費の自己負担に、**新たに年間上限**を設け、治療にいくらかかるかわからないという不安に対応し、**長期にわたり治療が必要な方のセーフティネット**としての機能を強化します。



妊娠・出産に対する支援の強化

妊娠・出産にかかる費用の見える化をさらに進め、**出産の標準的な費用**（手術などが必要になった場合の追加負担や希望により選択するサービスを除く）に**自己負担がかからないようにする**など、妊婦健診や出産の経済的負担の軽減を進め、**安心して出産できる環境**を整えます。

子育て世帯の保険料負担軽減

国民健康保険において、被保険者数に応じて課される保険料（均等割保険料）を子どもについて半減する措置の対象を、**未就学児から高校生年代まで**広げます。