

主旨

激変する医療界の動向について、医療経営の視点で必要な情報を提供すると共に、医事業務に必要な実務知識の提供をしています

今月のピックアップ

「骨太の方針2026」における医療分野の政策について

「経済財政運営と改革の基本方針2026」いわゆる「骨太の方針2026」が2026年7月21日に閣議決定されました。下段にはその全体像をお示していますが、医療分野のキーワードは、「医療費を抑制しながらも、DX・AIと予防医療を活用して、2040年に向けた持続可能な医療提供体制へ転換する方針」という内容と解釈できます。

具体的な項目としては、以下の①～⑥が上がり、特に、医療DX、予防医療、地域医療再編、社会保障改革が今後の医療政策の重要テーマと考えられます。次ページに、関連スライドを2枚添付します。

- ① 社会保障改革の中心は「現役世代の負担軽減」
- ② 医療DXをさらに加速
- ③ AI・医療DXの活用推進
- ④ 地域医療構想の推進
- ⑤ 医療従事者不足への対応
- ⑥ 予防医療の強化

https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2026/basicpolicies_ja.pdf



経済財政運営と改革の基本方針2026

「責任ある積極財政」元年～日本の挑戦を起動する！～

※内閣府作成

令和8年7月21日
閣議決定

I. 経済の現状認識・課題

- ◆ 我が国の潜在成長率は、長年にわたる「未来への投資不足」により、主要先進国と比べて低迷。
 - ◆ 主要先進国では、官民が連携して大規模かつ長期的な財政支出を伴う産業政策が大きな潮流。
- 経済財政運営の在り方そのものに関するコペルニクスの転回であり、我が国も、こうした時代の変化を踏まえた国家運営が求められている。

II. 経済財政運営の基本方針

- ◆ 投資不足の流れを断ち切るとともに、世界的な産業政策の大競争時代に対応していくため、「責任ある積極財政」の考え方下、「危機管理投資」や「成長投資」を大胆かつ戦略的に進め、中長期的な成長力強化につなげていく。
 - ◆ 民間投資を引き出すために政府予算の予見可能性を確保する観点から、予算の作り方を根本から改める。
- 「強い経済」の構築と「財政の持続可能性」をバランスよく同時に実現。令和9年度（2027年度）を「責任ある積極財政元年」と位置付ける。

「強い経済」の実現に向けた戦略的投資・分野横断的な取組

①日本成長戦略の推進

- 17の戦略分野における62の主要な製品・技術等の官民投資ロードマップに盛り込んだ施策パッケージの着実な実行
- 2040年度まで累計370兆円規模の官民投資を想定
- 8つの分野横断的課題へ対応するための具体策、政策パッケージの着実な実行

②成長基盤の強化

- 新技術立国、スタートアップ
- AI・DXの推進、フロンティアの開拓（宇宙・海洋・G空間）
- 規制・制度改革の徹底
- 企業の経営力向上、成長を支える資金の供給・確保
- 資源・エネルギー・安全保障・GXの強化

③強い地域経済の構築

- 地域未来戦略の推進
- 賃上げ環境整備
- 持続可能で活力ある国土の形成、交通空白の解消、観光立国
- 農林水産業の構造転換による成長産業化、食料安全保障の強化

④人材力の強化・人材総活躍

- 人材の育成・能力発揮（教育の質向上、リ・スキリング、アドバンス・エッセンシャルワーカー育成等）
- 人材総活躍、誰一人取り残されない社会の実現（若者・女性の活躍、孤独・孤立対策等）

強い外交・安全保障の確立

- 外交力・安全保障・情報力の強化
- 経済安全保障の強化

国民の安全・安心の確保

- 防災・減災・国土強靱化の推進、東日本大震災・能登半島地震への対応
- 治安・安全の確保（犯罪対策、安全・安心な暮らしの確保、環境リスクへの対応、気候変動適応策）
- 外国人政策の推進

民間投資の拡大による供給力の強化を、経済規模の拡大、税収基盤の強化につなげ、強い経済と財政の持続可能性を一体的に実現

責任ある積極財政に基づく「中長期経済財政計画」

【目指す経済・財政の姿】

- ◆ GDP：2040年度 1,100兆円に近づく
- ◆ 成長率：できるだけ早期に、実質で1%超、名目で3%超を定着させ、更に引き上げていく

（財政運営目標の設定）

- 強い経済の実現と財政の持続可能性を両立する観点から、国・地方の総債務残高対GDP比の安定的低下を中核に位置付け
- PBについては債務残高対GDP比の低下に向けて確認する指標とし、その安定的低下と整合するよう複数年度で管理
- 債務残高対GDP比を安定的に引き下げていく中でも可能となる財政規模を精査し、市場の信頼確保に配慮しつつ、過年の国債発行額などを具体化

（経済の成長力強化と名目の経済規模の拡大にふさわしい予算編成への転換）

- デフレ・低成長時代の一律抑制型の予算編成から、物価・賃金上昇を的確に反映し、経済の成長力強化と名目の経済規模の拡大にふさわしい予算編成へ転換。令和8年度当初予算から実現した経済・物価動向等の的確な反映を更に進めるなど、必要な財政需要に確実に対応
- 社会保障関係費については「現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていく」との方針の下、給付と負担の改革を継続

⇒2040年度までを計画期間とし、目指す経済・財政の姿を実現。

ミクロ・マクロでの実績把握、検証等も踏まえつつ、経済財政諮問会議の下、包括的な検証を実施。必要に応じて計画を見直す。

（「『強く豊かな日本』投資枠』の創設）

- 予見可能性を持って実施できるよう、通常歳出とは別に、「『強く豊かな日本』投資枠」を創設
- 規模については、財政の持続可能性を実現しながら必要十分な規模を確保
- 経済安全保障上、特に重要な分野などについては、特別会計において別枠管理
- （補正予算依存からの脱却、基金や複数年度にわたる予算措置の見直し）
- 補正予算は緊要性の高いものに限定し、恒常的な施策については当初予算で措置
- 基金ルールの抜本的な見直しを具体化
- 基金、国庫債務負担行為による複数年度契約、財政投融资、出資等の手法について、ガバナンスを強化しつつ、投資の性質に応じて適切な手段を活用

（市場の信頼確保と分析・検証の強化）

- 国内外の市場関係者に透明性高く、一貫した説明を行う。経済・物価・金利動向や政策効果をめぐる不確実性に備え、幅広い可能性を踏まえた分析

※中長期的に持続的な経済社会の実現に向け、

全世代型社会保障の構築等、国民生活の基盤となる重要政策を推進

全世代型社会保障の構築①（成長型経済に合わせた持続可能な社会保障制度）

内閣官房
厚生労働省
財務省

- 国民皆保険・皆年金を堅持し、年齢にかかわらず**能力に応じて公平に負担**し合い、必要な方に必要なサービスが適切に提供される**全世代型社会保障を構築**する。
- 連立政権合意書（令和7年10月20日）に盛り込まれた**13の社会保障改革項目について合意された具体的な骨子***に基づき、**2026年度中に具体的な制度設計**を行い、順次実行する。
- 経済・物価動向等に適切に対応し、**安心して医療・介護・福祉サービスを受けられる体制を整備**することとあわせて、医療・介護を中心とした**社会保障制度改革を着実に実行**することにより、**現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていく**ことを目指す。
- 社会保障制度が果たす機能を損なわないよう配慮しつつ、社会保障負担率の目標の検討を進め、これとあわせて、社会保障改革について2026年度中に改革項目の具体化と工程の明確化を図り、順次実施する。**

*「社会保障改革項目に関する具体的な骨子」（令和8年7月7日 自由民主党・日本維新の会 社会保障制度改革協議体）

主な取組

医療・介護・福祉サービスの体制整備

- DX/AX、多職種連携を含むチーム医療等による生産性の向上。
- 物価と賃金の変動への適切な対応、介護・福祉分野における他職種と遜色のない処遇改善の実現。
- 病床数の適正化、医療機関の連携・再編・集約化。
- 地域包括ケアシステムの深化。
- 医療・介護・福祉分野の人材の養成・確保・定着。
- 施設・設備の計画的な整備への支援。



社会保障制度改革の着実な実行

- 医療保険における高齢者の窓口負担の見直し。
- 介護保険における2割負担の判断基準の見直し。
- 医療・介護保険における金融所得・資産の扱い、OTC類似薬の保険給付の見直しの施行と対象範囲拡大に向けた検討など。
- 先行バイオ医薬品の保険給付の在り方の見直しの検討、長期処方やリフィル処方箋の活用など。



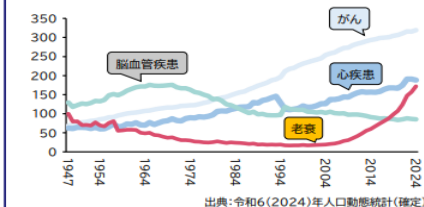
全世代型社会保障の構築②（攻めの予防医療）

内閣府
厚生労働省
経済産業省
文部科学省
こども家庭庁
総務省

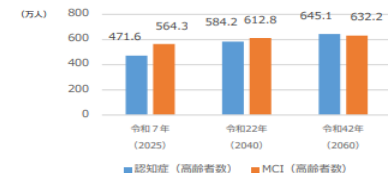
- 国民の**Well-beingの向上と健康寿命の延伸**を図り、**誰もが社会の担い手として活躍できる日本**を実現するため、「**攻めの予防医療**」を推進し、**健康増進、肥満症を含む疾病予防、早期発見、早期介入及び行動変容**に関係機関が連携して取り組む。

主な課題

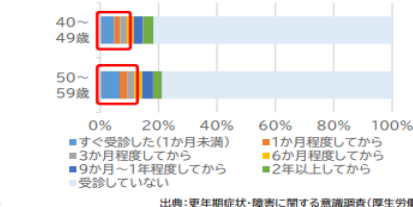
（人口10万対） 各死因別の人口当たり死亡率の推移



認知症および軽度認知障害（MCI）の高齢者数の将来推計



更年期症状を自覚し始めてから医療機関受診までの期間（女性）



- 「がん」については、死因の第1位で、人口当たりの死亡率が上昇している。
- 高齢者数の増加に伴い、認知症およびMCIの高齢者数が増えていく。
- 更年期症状を自覚し始めてから3か月以内程度で医療機関を受診した人の割合は、40歳代・50歳代で約1割。

取組

- 栄養・食生活を含む**健康リテラシーの向上**。
 - 地域住民の**健康増進に資する薬局機能及び薬剤師の果たす役割の強化**。
 - 学齢期の**健康診断の在り方の見直し**。
 - 予防接種、HIVや性感染症の予防、下水サーベイランス等の**感染症対策**。
 - がん検診や精密検査の受診率向上**。
 - 循環器病・糖尿病を含む**生活習慣病等の予防**。
 - いわゆる**国民皆歯科健診の具体化**、口腔と全身の健康の関係に基づく**歯科疾患対策・口腔健康管理**。
 - 認知症の早期診断・早期対応**。
 - 予防・医療・介護を通じた切れ目のない**リハビリテーション**。
 - PHRの活用**と情報連携。
 - 更年期世代の女性への医療の推進**や女性の健康総合センターの機能強化。※
 - 「**フレコンセプションケア推進5か年計画**」の工程表の策定と実行。※
 - 企業と保険者の**コラボヘルス**、睡眠対策を含む**健康経営の推進**等、予防・健康づくりを支える**ヘルスケア産業の育成**。※
- ※攻めの予防医療に向けた性差に由来するヘルスケアに関する副大臣等会議の論点整理（令和8年5月25日）を踏まえて取組を推進する。



令和8年（2026年）熊本地震では、厚生労働省が被災者向けに医療上の特例措置を設けています。主な内容は以下のとおりです。

1. 医療機関窓口での自己負担金の免除・猶予

- 災害救助法適用地域に住んでいた方で、医療機関や薬局の窓口でその旨を申し出られた場合は、一部負担金（自己負担分）の支払いを免除または猶予します。罹災証明書の提示は不要で、口頭申告で対応できます。

2. 保険証・マイナ保険証がなくても受診可能

- 地震で保険証やマイナ保険証を紛失した患者でも、氏名、生年月日、住所、連絡先、勤務先名（社会保険加入者）などを申し出た場合は保険診療扱いとできます。

3. 薬歴・既往歴の確認支援

- 避難先などでかかりつけ以外の医療機関を受診した場合でも、オンライン資格確認システムの「緊急時医療情報・資格確認機能」により、医療機関が既往歴や処方薬情報を確認できる特例措置が実施できます。

4. 公費負担医療の特例

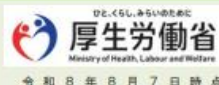
- 難病医療、小児慢性特定疾病、感染症医療、原爆医療などの公費負担医療については、受給者証等を提示されなくても受診可能とし、緊急時には指定医療機関以外でも受診可能の特例を適用できます。

5. 介護保険利用料の免除等

- 介護サービス利用者についても、医療費と同様に利用者負担の免除・猶予措置があります。

「令和8年熊本地震」の被災者の方へ

**マイナ保険証等や現金
がなくても医療機関等を受診できます**



【対象者】

(1)・(2)の両方に該当する方

(1) 災害救助法の適用市町村の住民の方で、次のいずれかの保険者に加入されている方

対象保険者（熊本県）

熊本市、八代市、水俣市、山鹿市、菊池市、宇土市、上天草市、宇城市、天草市、合志市、下益城郡美里町、菊池郡大津町、菊池郡菊陽町、阿蘇郡西原村、上益城郡御船町、上益城郡嘉島町、上益城郡益城町、上益城郡甲佐町、八代郡水川町、葦北郡芦北町、葦北郡津奈木町、熊本県後期高齢者医療広域連合、全国健康保険協会（協会けんぽ）
（上記以外に、一部の健保組合・国民健康保険についても免除される場合があります。詳細は各組合にお問い合わせください。また、具体的な対象保険者は厚生労働省ホームページでもご確認できます。）

↓厚生労働省HP



(2) 次の①～⑤のいずれかに該当する方

- ① 住家の全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をされた方
※罹災証明書の提示は必要ありませんので、窓口で口頭で申告してください。
- ② 主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負われた方
- ③ " の行方が不明である方
- ④ " が業務を廃止、又は休止された方
- ⑤ " が失職し、現在収入がない方

【受診・利用の流れ】

医療機関、介護サービス事業所等の窓口で、**対象者である旨をご申告いただくことで、医療保険の窓口負担や介護保険の利用料について、支払いが不要となります。**

【特例の期間】 **令和8年11月未まで**

【留意事項】

- ・ この免除を受けるには、上記の①～⑤のいずれかに該当する必要があることから、医療機関等の窓口でご申告いただいた内容について、後日、ご加入の保険者から、確認が行われることがあります。
- ・ 上記の医療保険・介護保険の加入者であれば、県外の医療機関等を受診、介護サービスを利用された場合にも支払いを求められることはありません。
- ・ なお、入院・入所時の食費・居住費などはお支払いいただく必要があります。
- ・ **上記以外の保険者については、医療保険の窓口負担や介護保険の利用料を支払っていただく必要がありますが、一定期間は支払いが猶予される可能性があります。詳細は各保険者にお問い合わせください。**

○お問い合わせ

この窓口負担の取扱いについて、ご不明な点があれば、ご加入の各保険者にお問い合わせ下さい。

詳しくは、厚生労働省のHP内に特設コーナーが設けられていますので、ご確認ください。



https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_73935.html#medical-treatment



離床を伴わないリハビリテーションの減算規定について

2026年の診療報酬改定において、リハビリテーションでは、離床を伴わないリハビリテーションに対して90/100で算定するという新ルールができましたが、**「特定の患者」に該当せず**、減算しなくてもよい患者に減算し、返戻対象となっているケースが散見されています。再度、点数表を読み返し、減算の除外規定を確認しておきましょう。

診療報酬点数表より抜粋

各疾患別リハビリテーションの注8又は注9

特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。この場合、通則第4号にかかわらず、**患者1人につき1日2単位まで算定する。**

「特定の患者」とは：

個別療法を実施する日に、ベッド上から移動せずにポジショニング又は拘縮の予防等を主たる目的とした他動的な訓練のみを行う入院中の患者のうち、**以下のいずれにも該当しないものをいう。**

ア「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料、「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「小児特定集中治療室管理料」、「新生児特定集中治療室管理料」、「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、「A303」総合周産期特定集中治療室管理料、「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料及び「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料並びに「H003」呼吸器リハビリテーション料の「注2」、「注3」及び「注4」に規定する早期リハビリテーション加算、初期加算及び急性期リハビリテーション加算のいずれかを算定している患者。

イ 患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難である15歳未満の小児患者。

ウ 患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難な患者であって、当該個別療法を3単位以上行うことが医学的に必要であると医師が特に認めたもの。この場合においては、当該患者がベッド上からの移動が困難な医学的理由、長時間のリハビリテーションが必要な理由及び訓練内容について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

疑義解釈（その2）2026.4.1より抜粋

問69 令和8年度診療報酬改定において、心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料それぞれについて「離床を伴わないリハビリテーション」が新設されたが、以下のような事例は減算及び単位数制限の対象となる「特定の患者」に該当するか。

- ① 最初の1単位はベッド上で他動的な訓練を行い、2単位目の途中から車椅子移乗した上で、計6単位のリハビリテーションを行った場合
- ② 肺炎を発症したため、訓練室に移動せず、ベッド上で自ら膝の曲げ伸ばし等の運動や排痰を促す訓練を行った場合。
- ③ ベッド上でギャッジアップし、高次脳機能障害や構音障害等に係る言語療法を行った場合
- ④ 起立性低血圧を有する患者について、離床を目指して、耐久性向上のために観察しながら臥位から座位に移行し座位を保持する訓練を進めたが、結果的に端座位に至らず終了した場合
- ⑤ 車椅子に移乗したうえで訓練室に移動し、訓練室のベッド上で他動的な関節可動域訓練のみを行った場合
- ⑥ ベッド上で主に拘縮予防や褥瘡予防を目的とした他動的な関節可動域訓練やポジショニングのみを行った場合。

（答）それぞれ以下のとおり。「特定の患者」に該当しない場合は、離床を伴わないリハビリテーションではなく、各個別療法の例により算定すること。

- ① 車椅子に移乗しているため「ベッド上のみ」で訓練したわけではなく、また内容としても「拘縮の予防等を目的とした他動的な訓練のみ」を行ったわけではないため、特定の患者には該当しない。
- ② 「ベッド上のみ」であるが、「ポジショニング又は拘縮の予防等を目的とした他動的な訓練」以外を行っているため、特定の患者に該当しない。
- ③ 「ベッド上のみ」であるが、「ポジショニング又は拘縮の予防等を目的とした他動的な訓練」以外を行っているため、特定の患者に該当しない。
- ④ 「ベッド上のみ」であるが、「ポジショニング又は拘縮の予防等を目的とした他動的な訓練」以外を行っているため、特定の患者に該当しない。
- ⑤ 車椅子に移乗しており「ベッド上のみ」ではないため、特定の患者に該当しない。
- ⑥ 「ベッド上のみ」で「拘縮の予防等を目的とした他動的な訓練のみ」を行っているため、特定の患者に該当し、100分の90の点数による2単位までの算定の対象となる。

返戻事例（１）

返戻（国保）（入院）

2026年7月レセプト

神経内科

主病、リハビリ病名：ベッカー型筋ジストロフィー（人工呼吸器装着、寝たきり状態）

発症日：2026年6月2日

リハビリ開始日：2026年6月10日

【リハビリ実施内容】

- ・脳リハ（理学療法士）（特定患者）1単位：四肢ROM訓練、四肢自動介助運動を実施。
- ・脳リハ（言語聴覚士）（通常リハ）1単位：間接的嚥下訓令（発声・構音・間接嚥下練習）

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（理学療法士・特定患者）221点 →

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（理学療法士）245点

【返戻理由】同日に通常リハと離床を伴わないリハビリを実施しているため「特定の患者」に該当しない。

返戻事例（２）

返戻（国保）（入院）

2026年7月レセプト

神経内科

主病、リハビリ病名：脊髄小脳変性症

発症日：2017年10月20日

急性増悪日：2026年1月22日

運動症状と統合失調症の既往。

元々、自立していたが、昨年末、重症低体温症となり、多発骨折でA病院受診後、当院に転院。

低体温症による遷延性意識障害あり。

【リハビリ実施内容】

- ・脳リハ（理学療法士）（特定患者）1単位：四肢関節可動域訓練、四肢自動介助～自動運動、起き上がり動作訓練、端座位保持訓練、車椅子、トイレ移乗動作、廊下手すりにつかまって立ち上がり・立位保持を実施。

- ・脳リハ（作業療法士）（通常リハ）1単位：ROM、筋肉、協調性、手指機能へのアプローチ

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（理学療法士・特定患者）221点 →

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（理学療法士）245点

【返戻理由】ベッド上での動作訓練のほかに、車いすやトイレ移乗動作、廊下手すり立ち上がりなどのリハビリを実施しているため「特定の患者」に該当しない。



当社レセプトチェックシステム（チェックアイ）では、2026年9月に『同一日に減算コードと通常コード（減算なし）が併算定されている場合』に対するチェックをリリース予定です。