

# 人を制度に合わせるのではなく、制度を人に合わせる

住む場所や施設の種類にかかわらず、必要な医療・介護を受けられる仕組みへ

第37回 全国介護老人保健施設大会 栃木  
シンポジウムⅥ「社会保障を支える、これからの老健」

2026年 10月23日

元内閣官房長官、元厚生労働大臣      塩崎 恭久

## 何のための「老健」改革か？

「制度救済」ではなく、個々の暮らしニーズに基づく柔軟な組み直し

一人ひとりのWellbeing 実現を目指し、医療・介護・リハビリ・生活支援等をニーズに応じてベストな組み合わせ

## 改革の3つの原点

① 一人ひとりの  
Wellbeing 実現

② 必要な機能への  
確かなアクセス

③ 社会保障の  
持続可能性強化

# 「老健」の強みをさらに育みながら、制度の「逆インセンティブ」を解消。

医療・リハビリ  
で状態を整え在  
宅生活へ



- 在宅復帰させる  
ほど空床・固定  
費圧力が増加
- 医療を担うほど  
包括報酬の下で  
コスト上昇



個人・地域の  
ニーズに応え  
る機能を、報  
酬・施設基準  
できちんと評  
価

「在宅復帰か経営か」の二者択一にしない。  
制度上、当事者に良い行動が、経営上も成り立つ仕組みに変える

**データ**：「老健」は在宅復帰を担う一方、その分、稼働率・収支維持は困難

32.2%

退所先が「本人の家」

特養2.5%／  
介護医療院4.8%

88.2%

稼働率

特養94.5%／  
介護医療院91.1%

0.6%

収支差率

特養1.4%／  
介護医療院3.5%

未検証

回転率、稼働率と  
収支差率のクロス  
データなし

在宅復帰の成果は明確。

だからこそ、回転率・稼働率・収支差率の改善策を検討し、報酬設計に反映

# 高齢者の「住まい」は、既に介護保険3施設の外へ大きく拡大

## 介護保険3施設

特別養護老人ホーム  
約65.6万人

介護老人保健施設  
約35.2万人

介護医療院  
約5.2万人

## 3施設の外に広がる主な受け皿

有料老人ホーム  
約67.4万人

サービス付き高齢者向け住宅  
約28.8万戸

認知症高齢者グループホーム  
約21.8万人

3施設だけでは、高齢者の暮らしの全体像を捉えられない。

「箱」ではなく、本人のそれぞれのニーズに  
応える機能を確実に届ける制度へ

# 論点① | 在宅復帰を守りながら、地域で担う 医療・介護・看取り・再入所調整機能も評価

## 強み：在宅復帰支援

医学管理・リハビリ  
多職種で状態を  
整える

在宅生活へ  
つなぐ

退所後の  
空床タイムラグ

固定費負担  
稼働率リスク

## 多様化するニーズ

在宅復帰が難しい人  
医療ニーズの高い人

長期生活支援  
ショート・  
訪問看護

医療・看取り  
地域での  
多職種連携

現行評価と  
地域で求めら  
れる役割がず  
れている

## 論点② | 必要な医療の保障と、過剰医療の防止を 両立させる

「老健」の医療  
機能

現行の支払構造

制度上のリスク

本人本位の  
制度か？

医学管理  
看護・薬剤・処置  
慢性期の医療対応

日常医療の多くを包括  
高額・代替困難な医療提  
供により施設負担が重く  
なり得る

受入れ抑制  
医療アクセスの差  
必要医療の先送り

制度原則：「通常医療」は「包括」を基  
本にしつつ、「高額・代替困難な医療」  
は「適切な別建て」を検討する。

医療を保障しつつ、在宅復帰できたか、  
入院を減らせたか等のアウトカム、規律  
も合わせて「老健」の機能を評価する。

# 論点③ | 「箱ごとの給付」から「本人ニーズごとの給付」へ

**現状** : 住まい・  
施設起点

自宅

有料老人ホーム・サ高住

特養・老健

介護医療院・  
療養病床

**今後** : 必要機能を適切評価

医療

リハビリ

介護

認知症

看取り

生活支援

「どこに住むか」  
ではなく  
「何が必要か」で  
給付を決める

機能加算 + 本人の状態像に  
応じた報酬調整

短期 : 機能加算・状態像調整

中期 : 人員・施設基準を地域差に応じ柔軟化

長期 : 施設類型にかかわらず、本人のニーズに応じて給付

# 具体案 「子ども園」ならぬ「大人園機能」を地域に創る

新しい“箱”を一つ増やすのではなく、既存の施設それぞれの強みを本人・地域ニーズに応じて組み合わせる

特養から

長期生活支援  
重度介護  
看取り

老健から

医学管理  
リハビリ  
在宅復帰支援

介護医療院から

長期療養  
継続的な医学管理  
生活の場

本人ニーズ  
+  
地域ニーズ

まず既存施設の連携・併設・転換、人員基準・報酬を柔軟化。必要なら将来の新類型も検討する。

「介護医療院」創設の経験からも、制度は機能の変化に合わせて変えられる。人材面では、医師不在の中山間地域等向けを手始めに「ナースプラクティショナー（NP：診療看護師）」創設も。

# 結論 | 一人ひとりに必要な医療・介護・生活支援等を、 既存の施設の枠を越えて届ける制度へ

## 1 本人ニーズ起点

Wellbeing 実現を原点に、必要な機能と報酬を設計する。

## 2 地域に応じ柔軟化

連携・併設・転換、人員・施設基準を地域の実態に合わせる。

## 3 医療・介護を 一体評価

必要医療を保障し、総費用・生活継続・過剰医療も併せて評価する。

## 4 イコールフッティ ング

同じ公的機能には、法人格を越えて公平な税制・補助・規制条件を

## 最終メッセージ

「制度救済」のための改革に非ず。  
暮らしと社会保障を守る改革へ。