

特集レポート：法改正により厳しい経営環境に直面する県内介護施設事業者

【要 旨】

(居住費と食事費の自己負担化と基本食事サービス費の廃止の影響)

- ・ 2005年10月より開始された介護保険施設における居住費と食事費の自己負担化と施設へ給付されていた基本食事サービス費の廃止は、利用者と同様、施設側にも大きな痛手となっている。
- ・ 各介護保険施設は、種々の対応策により基本食事サービス費の廃止による影響の軽減に注力しているが、当室が実施した介護保険施設に対するアンケート調査の結果によると、最も多い回答で3~4%の減収が避けられない見通しである。
- ・ 介護保険施設を利用する際のコストが増大したことにより民間の介護付き有料老人ホームの参入が促進されるという見方があるが、県内においては、利用負担の最も増大する所得段階(第4段階)の高齢者の割合とユニット型個室の割合が全国に比べ少ないことから、民間ホームの参入は限定的なものとなろう。

(介護保険施設の将来像)

- ・ 国は、将来的に現在の介護保険施設を「生活重視型」か「在宅復帰支援型」の二つに集約する方針を打ち出していることから、今後、介護保険施設はいずれを選択するか重要な経営判断を迫られることになった。
- ・ また、国は生活重視型についてはユニット型個室を基本とするという方針であり、今後生活重視型を志向する施設(特に特別養護老人ホーム)は、個室化のための施設の増改築への対応が必要となる。今回の介護報酬改定において多床室が減算される予定であり、国の個室への誘導姿勢が色濃くなっている。
- ・ 介護老人保健施設については、今後、これまで通りリハビリに注力し在宅復帰支援型でいくのか、あるいは生活重視型かを選択する必要がある。

はじめに

2000年にスタートした介護保険は、法律により5年をめぐりに見直されることが定められており昨年にかけて見直しのための議論が重ねられた。05年6月には介護保険制度改革関連法が国会で成立し、06年4月から新しい介護保険がスタートする。

見直しのポイントの一つである「在宅と施設の利用者負担の公平性の観点」から介護保険施設における居住費および食事費(いわゆるホテルコスト)が原則として全額利用者負担となる。居住費・食事費が利用者負担になると同時に、施設に給付されていた基本食事サービス費も廃止となる。これらは主に財政上の理由から他の改正部分に先行し05年10月から施行されている。今回の改定は、利用者にとってはもちろんのこと介護保険施設事

業者にとっても大きなインパクトを持つものである。さらに、今年は3年ごとに見直される介護報酬改定の年でもあり、介護保険は制度の見直しと介護報酬改定により大きく変わることになる。

居住費と食事費の徴収等の影響について、当室では県内の指定介護保険施設に対しアンケート調査を実施した。以下はその概要である。さらに、4月からの他の改正部分が県内の介護保険事業者、特に施設事業者に対しどのような影響を持つのかについてもまとめた。

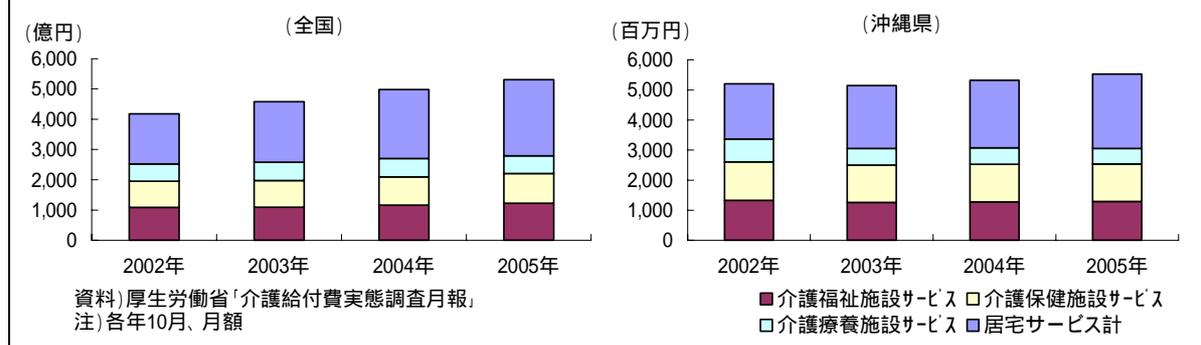
アンケート要領

2005年11月下旬に県内132の介護保険施設（うち介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）54、介護老人保健施設41、介護療養型医療施設37）にアンケート票を郵送し、郵便あるいはFAXにて回収した。有効回答数は51（介護老人福祉施設24、介護老人保健施設18、介護療養型医療施設9）で有効回答率は38.6%であった。

1. 食事費廃止の介護保険施設への影響

05年10月より介護保険施設における食事費と居住費が全額利用者の自己負担となった。介護保険の大きな目標のひとつである在宅介護への移行がこれまであまり進まない理由として、居宅で介護サービスを受ける際に利用者自身が負担している食事費や居住費が介護保険施設では大部分が保険から支給されることが施設サービスの利用を助長しているとの指摘があった。今回の自己負担化は、その是正とともに、国として在宅介護への移行重視の姿勢を一層明確化し、増加の一途をたどる介護費用の抑制を狙ったものである（図表1）。

（図表1）介護保険費用額の推移



施設側にとって最も影響が大きいのは、居住費と食費の利用者自己負担化とともに、基本食事サービス費が全額廃止されたことである。基本食事サービス費はそれまで入所者一人につき月額 2,120 円支給されていた。食事費が自己負担となったことで施設は入所者から食事費を徴収することとなったが、厚生労働省が示した食事費の基準額は 1,380 円で、基準通りに入所者から徴収すると基本食事サービス費との差である 740 円が減収となる。これは、以前から食事サービス費が高止まりしているという指摘があり、今回市場の実勢に近づけるとい措置がとられたことがこの差の理由である。しかし、このままだと居住

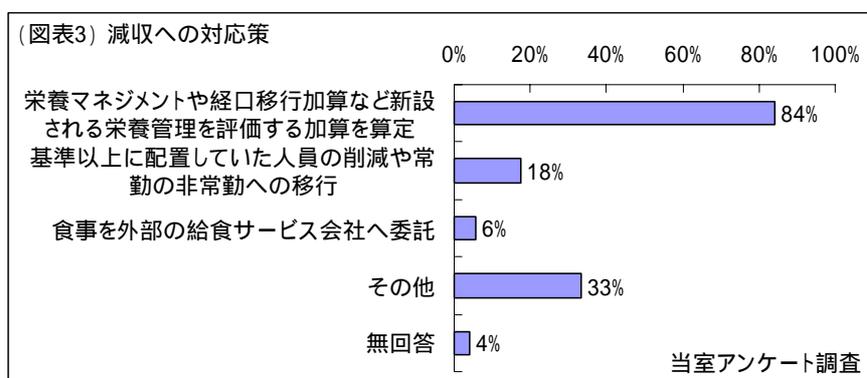
費徴収のプラス分を加えても(差し引き 600円)、入所者一人あたり月額およそ1万8,000円の減収となる(図表2)。定員100名規模の施設の場合、年間2千万円以上の減収ということになる。

(図表2) ホテルコスト徴収の施設側からみた影響

	(マイナス要因)		(プラス要因)		(差し引き)
食事費	基本食事サービス費支給廃止	2,120	食事費を利用者より徴収(基準額)	1,380	740
居住費	居住費相当分の介護報酬減額	180	居住費を利用者より徴収	320	140
小計		2,300		1,700	600
加算分			新設の栄養管理+マネジメント加算	240	240
合計		2,300		1,940	360

注) 数字は入所者一人あたり日額(円)

各施設はこの減収幅を縮小させるために様々な対応を余儀なくされている。アンケートによると、対応策で一番多いのが「(10月より新設された)栄養マネジメントや経口移行加算を算定する」(84%)というものである(図表2の240円)。次に多いのが「基準以上に配置していた人員の削減や常勤の非常勤への移行」(18%)といった職員のリストラクチャリングや「食事の外部業者への委託」(6%)などの経費削減策である。「その他」は33%で具体的には「日常生活費の新設や値上げ」、「利用者負担額増加に伴う未集金発生への予防的対策」、「設備・清掃委託費の見直し」、「ショートステイの増床」などがあつた(図表3)。



アンケート調査の自由意見には、現状の経費では経営の維持ができないため人件費・物件費の削減が必要になり結果として介護サービスの質の低下につながる、という指摘があつた。この指摘にある通り、基本食事サービス費は食事の充実以外にも基準以上の人員配置によるサービス向上などにも回っていたと思われるが、今回の措置でこのプラスアルファ部分に回す余裕がなくなったものと推察される。

所得段階が第4段階の入所者については、昨年10月より食事費を施設側が入所者との契約により自由に設定することができることとなつた(所得段階については図表4を参照)。アンケート調査では回答施設全体の35%が、国が示した一応の目安である基準額(日額1,380円、月額約4万2,000円)を超える額を設定するとしており、これも減収幅を縮小させる効果を持っている(図表5)。基準額を超える食事費は月額で4万2,800円から5万

6,500円までと幅があり、最も多いのは4万5,000円から4万8,000円となっている。

(図表4) 特別養護老人ホーム入所者の利用負担変化のモデル

改正後の負担区分		利用者負担計	1割負担	居住費	食費
第1段階 例)生活保護 受給者など	多床室 (相部屋)	2.5万円	1.5万円	0万円	1.0万円
	個室	5.0万円 (4.5~5.5万円)		2.5万円 (2.0~3.0万円)	
第2段階 例)年金80万円 以下の方	多床室 (相部屋)	3.7万円 (4.0万円)	1.5万円 (2.5万円)	1.0万円	1.2万円 (1.5万円)
	個室	5.2万円 (7~8万円)		2.5万円 (3~4万円)	
第3段階 例)年金266万円 以下の方	多床室 (相部屋)	5.5万円 (4.0万円)	2.5万円	1.0万円	2.0万円 (1.5万円)
	個室	9.5万円 (7~8万円)		5.0万円 (3~4万円)	
第4段階 例)年金266万円 を超える方	多床室 (相部屋)	8.7万円 (5.6万円)	2.9万円 (3.0万円)	1.0万円	4.8万円 (2.6万円)
	個室	13.4万円 (9.7~10.7万円)		2.6万円 (3.1万円)	

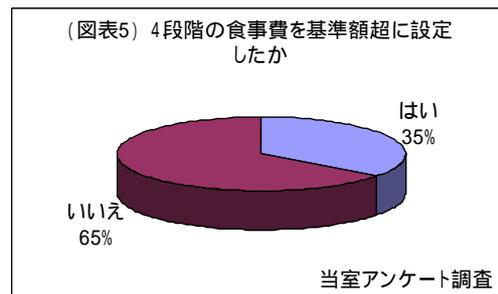
資料)沖縄県、市町村、広域連合

注1)要介護度5のケース

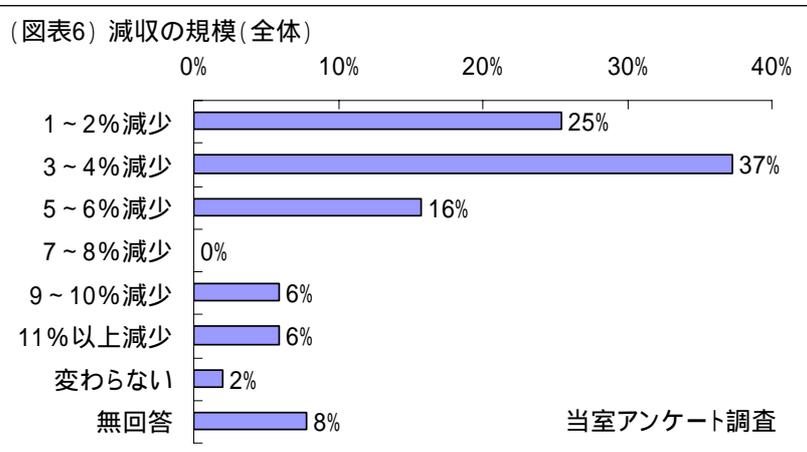
注2)()内は05年9月までの負担額

注3)第4段階の食事費、居住費は施設ごとに変わることがある

以上のような対策の結果、施設の減収幅は、アンケート調査によれば全体の4分の1がホテルコスト導入前に比べて「1~2%の減少」ととどまるとしている。次に4割近くの施設が「2~3%の減少」で、「5~6%の減少」が16%で続いている。さらに、「9%以上の減少」を見込む施設も全体の1割程度あり、これらの施設の中には、厚生労働省の介護保険施設の収支状況に関する調査結果に照らしてみると、赤字に転落するところもあると思われる(図表6、7)。



施設の収入が減少する要因は食事費の減額分だけにとどまらない。他に減収要因として、まず、利用負担の上昇を理由とする退所や未集金の増加、アンケート調査では、将来的な入所者の減少などが挙げられる。自己負担増を理由とした家庭への復帰や別施設への転所などの退所の有無については、18%が「ある」と答えている。また、自己負担増により利用者からの居住費・食費などの費用の徴収難(未収金の増加)を



見込む施設が65%にのぼり、さらに、負担増による将来的な入所者の減少を見込む施設は31%となっている(図表8)

(図表7) 介護保険事業所収支状況

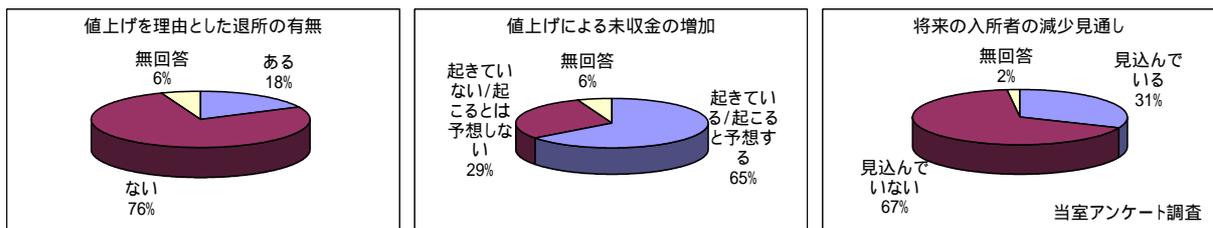
(単位:千円)

		介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護療養型医療施設(病院) 療養病床60%以上	
介護事業収益	(1) 介護料収益	23,564	99.3%	33,093	96.2%	40,446	96.1%
	(2) 保険外の利用料収益	174	0.7%	1,340	3.9%	1,664	4.0%
	(3) 補助金収入	272	1.1%	-	-	-	-
	(4) 国庫補助金等特別積立金取崩額	1,151	4.8%	-	-	-	-
	(5) 介護報酬査定減	0	0.0%	-20	-0.1%	-27	-0.1%
介護事業費用	(1) 給与費	14,040	59.1%	17,338	50.4%	24,576	58.4%
	(2) 減価償却費	1,860	7.8%	2,309	6.7%	2,026	4.8%
	(3) その他	6,527	27.5%	10,068	29.3%	13,595	32.3%
介護事業外収益	借入金利息補助金収入	215	0.9%	-	-	-	-
介護事業外費用	借入金利息	258	1.1%	1,042	3.0%	624	1.5%
特別損失	会計区分外繰入金支出;本部費繰入(役員報酬等)	209	0.9%	-	-	-	-
(補助金を含まない収益ベース)							
収益A(= - (4) - (3))		23,738	100.0%	34,414	100.0%	42,083	100.0%
費用A(= - (4) +)		21,743	91.6%	30,757	89.4%	40,820	97.0%
損益A(= -)		1,995	8.4%	3,657	10.6%	1,263	3.0%
(補助金を含む収益ベース)							
収益B(= - (4) +)		24,224	100.0%				
損益B(= -)		2,481	10.2%				
1施設あたり定員数(病床数)		74		95		87	
施設数		193		142		119	

資料)厚生労働省「2004年介護事業経営概況調査結果」

注)1施設1カ月あたりの損益

(図表8) その他の減収要因



そのほか高齢者が日帰りで通うデイサービスの食事費についても05年10月より保険給付の対象外となっており、その一部を事業者側が負担するケースも少なくないようだ。よって、デイサービスを併営する施設では減収の規模はさらに拡大することになる。

介護保険施設へのヒアリングによると、ホテルコストが自己負担となった10月以降すでに3か月分(3回)の費用徴収があったが、施設によっては未収金の額・件数ともに増加傾向にあるようだ。これは裏を返せば今回の値上げが利用者にとってかなりの負担になっていることを意味している。アンケート調査の自由意見にも「実際に徴収が始まり負担の大きさが実感されると未集金が増加するのではないか」といった不安の声があったが、その不安は一部で現実のものとなりつつある。

ホテルコスト徴収開始による利用者負担の増大により、株式会社などの民間事業者が経営する有料老人ホームの参入が促進される、と注目を集めている。マスコミでも民間事業者にとってまたとない商機が到来、というような論調で取りあげられている。実際、コムスンやツクイといった大手の介護事業者や、外食チェーンのワタミなどの介護事業者以外にも低価格型の介護付き有料老人ホーム事業に今後全国規模で参入することを表明している。

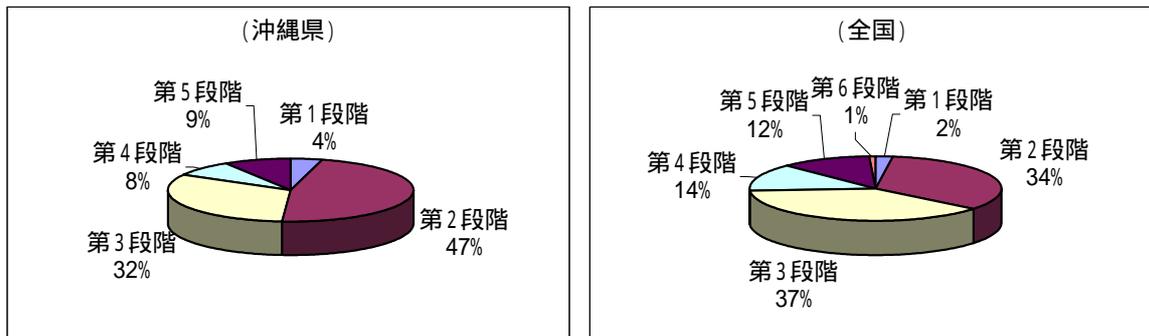
ホテルコストの徴収開始で利用者にとってどれくらいの負担増となるのかを特別養護老

人ホームの個室に入所する所得段階4で要介護度4のケースでみると、食事費と居住費に介護費用の自己負担1割を加えた利用額は、10月より合計で13万円程度となり低価格の介護付き有料老人ホームとほとんど差がなくなっている（自己負担額については前出の図表4を参照）。

県内においては、今回のホテルコスト徴収開始に伴う有料老人ホーム参入は、全国レベルと比べれば限定的なものになると思われる。理由としては、県内では全国に比べ所得段階4の対象者が少ないこととユニット型を含む個室を備えた介護施設がまだ少ないことの2点が挙げられる。

まず、第1、2段階の低所得者の割合が沖縄県で51%と過半数を超えているのに対し、全国では36%で本県とは15%ポイントの開きがある（図表9）。また、いずれの介護保険施設においても本県の個室割合が全国を下回っている（図表10）。特に特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）において全国との開きが大きい。

（図表9）所得段階別保険者数



資料)厚生労働省「介護保険事業状況報告」(03年度末現在)
注)05年9月以前の改定前所得段階による(1、2段階が低所得者)

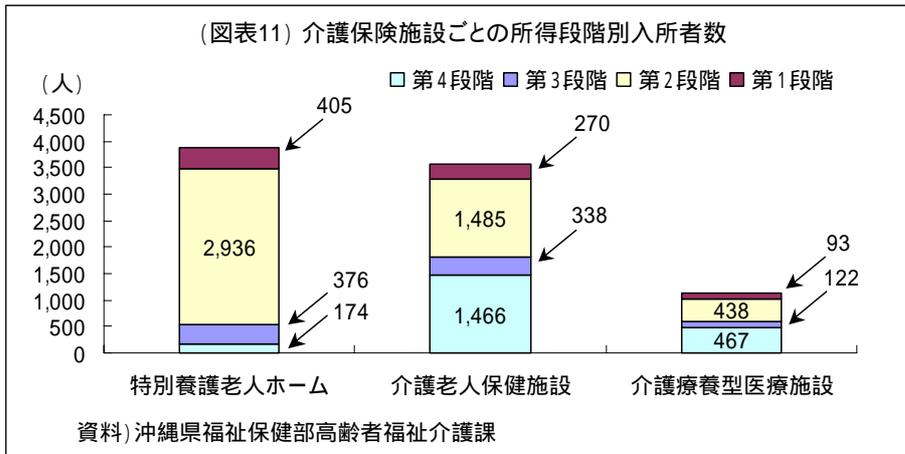
（図表10）介護保険施設の居室の構成割合

2003年10月1日現在

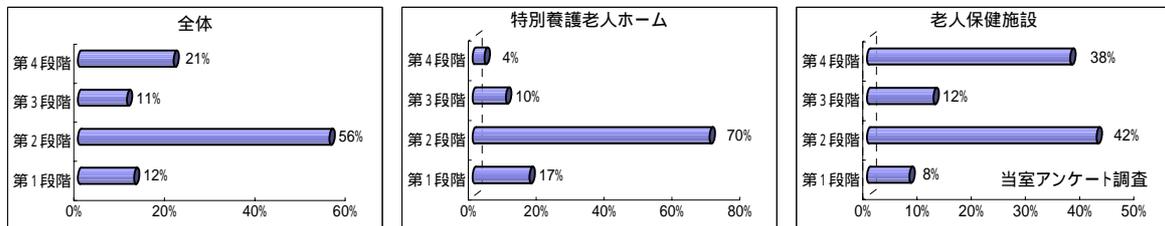
室定員	介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護療養型医療施設	
	沖縄県	全国	沖縄県	全国	沖縄県	全国
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
個室	14.2	35.3	18.1	30.8	8.8	19.8
2人室	12.5	17.5	13.8	15.9	8.6	18.3
3人室	3.5	1.7	2.0	2.2	11.8	10.5
4人室	69.8	44.0	66.0	51.1	68.4	49.2
5人以上室	-	1.6	-	-	-	2.2

資料)厚生労働省「平成15年介護サービス施設・事業所調査」、
沖縄県福祉保健部「衛生統計年報(衛生統計編)」

県高齢者福祉介護課によると、2005年9月1日時点の介護保険施設の入所者8,570人のうちおよそ4分の1にあたる2,107人が所得段階4に該当している（図表11）。ちなみにアンケート調査では、第2段階が最も多く全体のおよそ6割を占め、次に第4段階が2割、続いて第3段階と第1段階がそれぞれ1割となっている（図表12）。全国同様に県内でも経営主体が地方公共団体や社会福祉法人である特別養護老人ホームに低所得者が多いことが特徴として挙げられる。

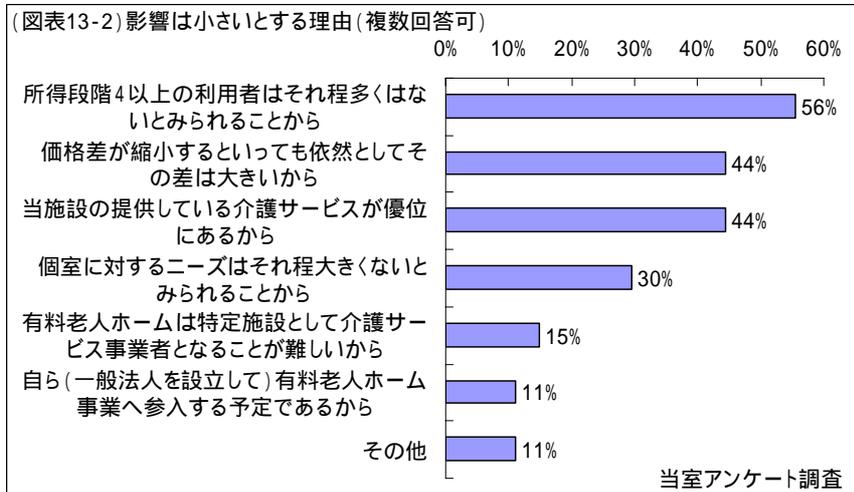
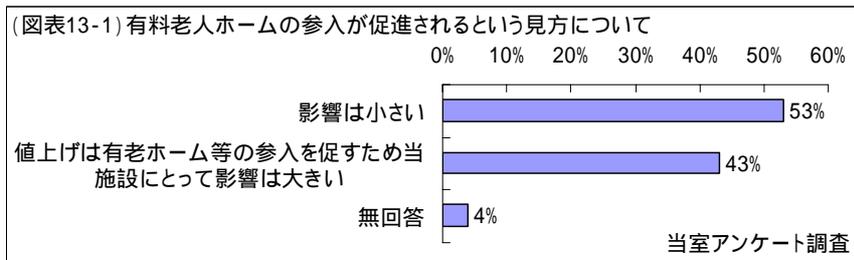


(図表12) 所得段階別入所者の分布状況



介護付き有料老人ホームと利用料金が接近している「第4段階で個室に入所している入所者」の数は、個室に第4段階のみが入所しているとすれば約420人、個室のうち第4段階の割合だけ入所しているとすれば約100名いることになる。ただし、県内の介護保険施設の個室は、10月のホテルコスト徴収では経過的に多床室とみなされる「従来型個室」がかなり含まれており、実際の対象者はもっと少ないものと思われる。

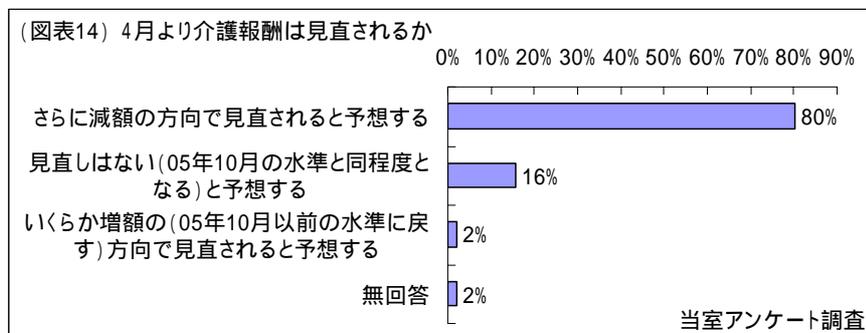
以上のことから、県内においては民間の介護付き有料老人ホームが今後続々と参入するという状況にはないと思われる。アンケート調査において、ホテルコスト徴収により有料老人ホームの参入が促進されるという見方に対する介護保険施設の反



応は、「影響は小さい」とする施設が53%と半数を超えた(図表13-1)。しかし、「影響は大きい」と回答した施設も4割を超えていることから民間ホームの参入に対しては少なからず脅威と認識していることがうかがえる。影響は小さいとする理由としては、「所得段階4以上の利用者はそれ程多くないから」(56%)や「価格差が縮小するといっても依然としてその差は大きいから」(44%)、「個室に対するニーズはそれ程大きくないとみられることから」(30%)という回答が多かった(図表13-2)。ほかに「当施設の介護サービスが優位にあるから」という回答も44%あり、たとえ民間の有老ホームが参入したとしても価格以外の提供サービス面で対抗できるとしている。

2. 介護保険施設の今後について

06年4月からの改正後の介護保険について、厚生労働相の諮問機関である社会保障審議会介護給付費分科会が1月26日に介護報酬・介護保険から介護サービス事業者へ払う報酬や制度の改定案をまとめたのでその資料などを参考にみていくことにする。

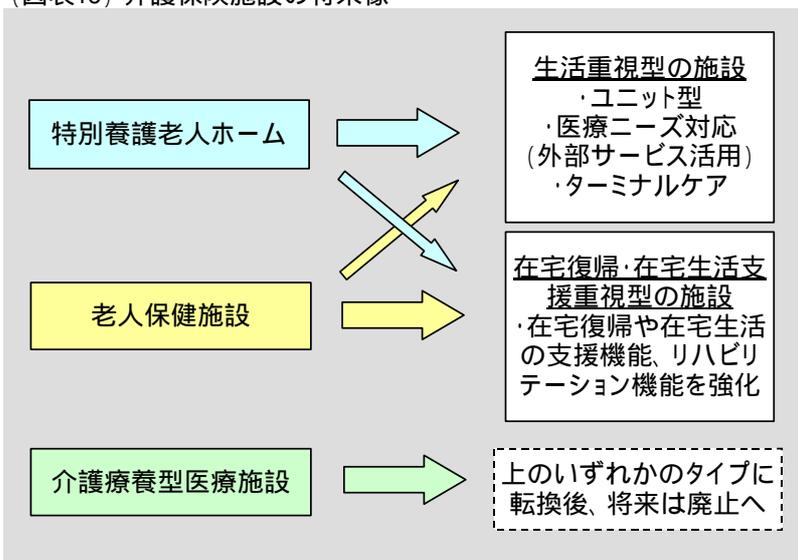


介護報酬については在宅サービスがマイナス1%、施設サービスが0%となった。ただし、施設サービスについては05年10月から先行実施された居住費等の減額分があるため、その分を含めるとマイナス4%である。アンケート調査では4月の介護報酬改定により、8割の施設が「(10月先行分に加え)さらに減額の方で見直されると予想する」と厳しく予想していた。後述の多

床室の減額分を含めれば、10月先行分に加え、さらなる減額となっていることから、多床室の割合の多い県内においては、大方の見方通りとなったと言えよう(図表14)。

介護保険施設の将来像としては、医療保険との機能分担の明確化を図りつつ、「生活重視型の施設」または「在宅復帰・在宅生活支

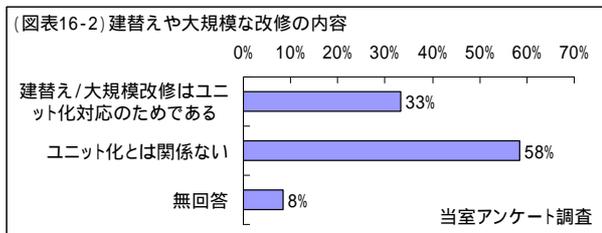
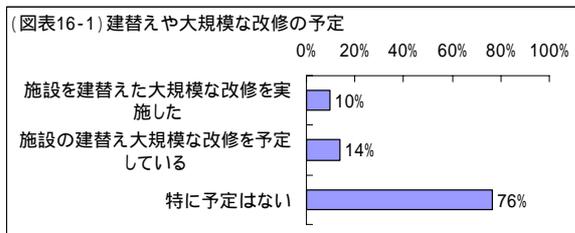
(図表15) 介護保険施設の将来像



資料)厚生労働省医療審議会介護保険給付費分科会資料をもとに当室作成

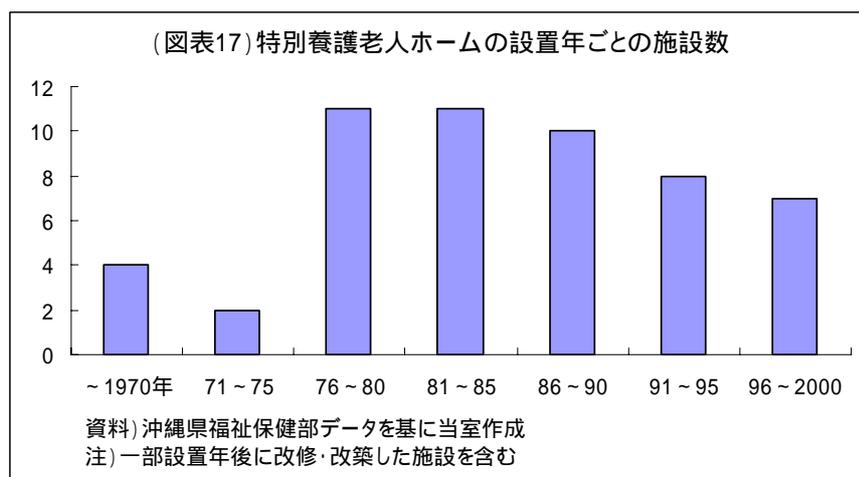
援重視型施設」への集約を図る、としている（図表 15）。これにより現在の3種類の介護保険施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型施設）は、今後、生活重視か、在宅復帰支援かで2つに集約されていくことになる。

生活重視型の施設について国は、生活という視点からユニット型個室を基本とし、2014年度までに介護老人福祉施設(特養)の個室ユニットケアの割合を2004年度における15%から70%以上にするユニット型個室化という方針を示している。アンケート調査においては、県内介護保険施設の個室ユニット型化に向けた施設の改修・改築の動きはまだ本格化しておらず、介護保険3施設のうち生活重視型の施設が想定している特別養護老人ホームにおいては、今後、個室化への対応が迫られることになる（図表 16、17）。さらに、改定により4月から多床室に対する介護報酬が減額される（利用者にとっては利用料が低下する）ことになり、介護報酬というインセンティブ面からも国の個室への誘導に対する姿勢が色濃くなったと言える。



以上をまとめると、介護保険施設入所者の自己負担の増大によって介護付き有料老人ホームなどの民間ホームが県内においてすぐに競争力をつける状況にはないものの、国の介護保険に対する政策面から特に生活重視型を目指す施設にとっては今後個室化への対応が必要になってきている。

ただし、個室化対応のための施設建替えなどを検討するにしても、三位一体の改革により国および地方の財政が厳しい中、補助金を前提とした施設の建替えについては、これまでのように多くは期待できないと思われる。よって、建替えやリニューアルに関して早い段階で多様な資金調達手段を検討しておく必要がある。



あろう。また、注意しなければならないのはユニット型個室化をすすめれば入所者の居住費など負担が増え、特に低所得者には厳しくなることから、行政サイドからの配慮が期待

されるところである。

もう一方の在宅復帰・在宅支援重視型の施設は、介護保険3施設のうち従来からリハビリテーションを得意とし在宅復帰機能を発揮してきた老人保健施設を中心に担うこととなる。規模的にはまだ小さいものの、平均在所期間短縮に対する介護報酬上の評価も導入される予定で、今後各老人保健施設ではこれまで以上にリハビリの腕を競うことになる。老健施設によっては、リハビリに磨きをかけるか、あるいは、一層のこと個室化をすすめ、生活重視型への方向転換を選択するところも出てこよう。いずれにしても老人保健施設はこれまでリハビリと生活環境の向上のどちらにウエイトを置いてきたかを冷静に見つめ、今後の方向性を決定するという重要な経営判断を迫られることになる。これまでもリハビリに注力してきたある老人保健施設はヒアリングの中でリハビリに注力すればするほど在所期間が短くなり施設収入は減少するが、一方では併営の在宅サービスが伸びている、と述べていた。今後は要介護度の改善が評価されるようになることからこの施設のように家庭復帰機能をフルに発揮し、さらに継続して在宅サービスを提供することで施設全体の収入を増やすという戦略が必要になる。

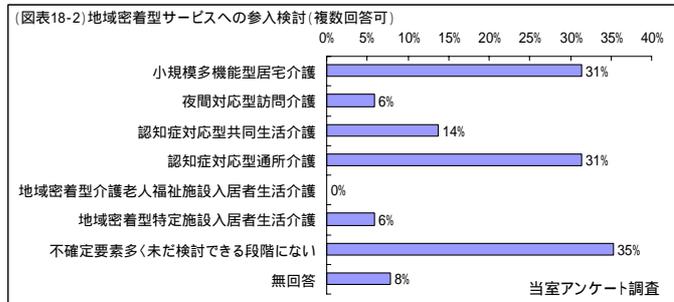
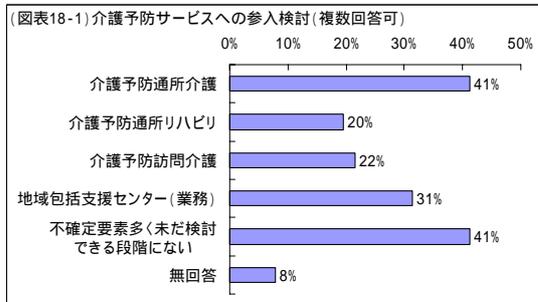
介護療養型医療施設については、厚生労働省は医療の必要性の低い入所者が多く介護保険財政の圧迫要因となっているという認識をもっている。そこで、今後、療養病床のあり方とこれに対する介護保険と医療保険の機能分化の明確化、さらに、介護保険施設の将来像を踏まえ、一定の期限を定めて有料老人ホームなどの生活重視型か老健施設などの在宅復帰・在宅生活支援重視型などへの移行を図り、2012年3月までに介護療養型を廃止する方針を打ち出している（前出の図表15）。介護療養型にとっても今後在宅復帰支援型でいくのか、あるいは生活重視型でいくのかの選択が必要となる。

今年4月から始まる新しい介護サービスのうち既存の介護保険施設に影響をおよぼすとみられる事柄についてみていこう。まず、新たに誕生する施設系サービスとして、これまでの有料老人ホームなどに対する特定施設（特定施設入居者介護）の範囲が十分な居住水準を満たす「高齢者専用賃貸住宅」へと広がる。さらに、早めの住み替えに対応した外部サービス利用型のサービス形態として「外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費」を創設する。

さらに、地域密着型サービスとして、新たに小規模多機能型居宅介護や夜間対応型通所介護が創設され、中重度の介護が必要な高齢者が自宅に居ながら（施設に移ることなく）サービスが受けられるようになる。改定介護保険制度の目玉のひとつである介護予防サービスもスタートする。県内の介護保険施設も当然ながらこうした新しい介護サービスへの自らの参入可能性について収支シミュレーションなどの分析を始めているところである。アンケート調査においては、介護予防サービスでは特に介護予防通所介護、地域密着型サービスでは小規模多機能型居宅介護に対する参入意欲が高いことが示されている（図表18）。

こうした新サービスの介護保険施設に対する影響としては次の通りとなる。すなわち、

小規模多機能型居宅介護や夜間対応型通所介護などが機能し、厚生労働省の期待通り在宅生活の継続を支える環境が整えば、現在介護保険施設に入所している利用者の一部については家庭復帰が可能になる。そうなれば少なくとも長期的な介護保険施設経営の観点からは入所者の減少要因として認識する必要が出てくるだろう。



3. まとめ

介護保険施設は、都道府県の介護保険事業支援計画に基づいて圏域ごとのベッド数を定めた上で指定をしていく仕組みとなっている。県内では特に特別養護老人ホームと介護老人保健施設については計画上の必要数を満たしているとして2000年の介護保険の開始以降新たな施設の参入はない(図表19)。こうした実質的な参入制限もあり県内介護保険施設の経営環境は比較的安定したものであったといえる。しかし、これまでみてきた通り、介護保険施設は今回の改正介護保険法の施行を機にこれまでとは全く違う環境に置かれることとなり、今後は生き残りをかけた厳しい競争にさらされることとなるだろう。

(図表19) 介護保険3施設の施設数、定員の推移

	介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護療養型医療施設	
	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員
2000年	54	4,053	41	3,732	67	1,850
2001年	54	4,066	41	3,732	61	1,824
2002年	54	4,058	41	3,732	57	1,806
2003年	54	4,065	41	3,732	45	1,301

資料)厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

おわりに

アンケート調査の自由意見では、「施設から在宅への移行が国の狙いであることは理解できるが、自己負担の増加により高齢者は実際には(一部の安さを売り物にする)無認可施設へ流れ、サービスの質の低下を通して結果的には利用者や家族の負担が大きくなる」という指摘があった。今回の改定の狙いを施設サービスについて単純化すれば、中重度の介護ニーズを生活重視型施設(主に現在の特別養護老人ホーム)と在宅復帰支援型施設(主に現在の老人保健施設)で支え、軽度の介護ニーズについては、民間資本を導入し、介護付き有料老人ホームや新設の特定施設高齢者専用賃貸住宅や外部サービス利用型特定施設などで支える、ということになるだろう。しかし、指摘にもあるように制度が想定していない

ような第三の施設に流れる危険性をはらんでいることには細心の注意が払われなければならない。もちろん介護保険制度の枠にとらわれず介護の本質を追及するさまざまな試みを否定するものではないが、劣悪な事業者については、これを監視し排除するシステムの強化が切望される。

最後に小論のテーマからは若干離れるが、住所地特例が認められる見通しの介護付き有料老人ホームについて触れたい。住所地特例とは、利用者の入所する施設の住所ではなく入所する前の住所地の市町村が介護保険を負担するというものである。ある地域に介護付き有料老人ホームができると他地域からの入所者がホームのある市町村の介護財政を圧迫することから当該市町村がホームの建設に消極的になるという弊害が起きていた。介護付き有料老人ホームに住所地特例が認められることになれば、特に本県のように移住者の多い地域においては、県内の介護保険財政を圧迫することなく県外の介護ニーズを取り込むチャンスとなる。

(以上)