

貴自治体名 みよし市懇談日時 平成29年10月24日(火) 午前・午後 1時～2時懇談会場 みよし市役所3階 研修室4、研修室5 ※会場が確定している場合はご記入ください。

2017年自治体キャラバン請願・陳情項目についてのアンケート

【1】1. 介護保険・高齢者福祉 担当課(長寿介護課)電話(0561-32-8009)FAX(0561-34-3388)

(1) 保険料の市町村独自の低所得者への減免措置がありますか。

() ない (○) ある→実施年月(2000年4月)2016年度実績(0)件(0)円

(2) 保険料の市町村独自の減免について

減免対象の規定(所得段階区分等)の内容(みよし市介護保険条例施行規則別表第2による)

保険料の全額免除はありますか。 () ない (○) ある

資産保有による制限はありますか。 () ない (○) ある

保険料減免分に対する一般財源からの繰り入れはありますか。 (○) ない () ある

申請は必要ですか。 (○) 要る () 不要

*2016年4月以降に改正された場合は、改正された条例・要項を添付してください。

(3) 保険料滞納の状況と財産等の差し押さえについて(2016年度実績)

1) 保険料滞納者数 (278)人

2) 「償還払い」処分件数 (0)件

3) 「保険給付の一時差し止め」処分件数 (0)件

4) 「3割負担」処分件数 (2)件

5) 「財産差し押さえ」処分件数 (0)件

(4) 利用料の市町村独自の低所得者への減免措置がありますか。

(○) ない () ある→実施年月()年()月)2016年度実績()件()円

(5) 利用料減免の内容をご記入ください。

1) 減免対象の規定(所得段階区分等)の内容(みよし市介護保険条例施行規則別表第1による)

2) 訪問介護の利用者負担 () 同上 ()

3) 居宅サービス利用料の助成割合 () 同上 ()

4) 施設サービス利用料の助成割合 () 同上 ()

5) 利用料減免分に対する一般財源からの繰り入れはありますか。 (○) ない () ある

*2016年4月以降に改正された場合は、改正された条例・要項を添付してください。

(6) 特別養護老人ホームの待機者について

1) 特別養護老人ホームの待機者(要介護3以上)は、何人ですか。(54)人(2017年8月現在)

2) 要介護1、2で待機状態にある人を把握していますか。

() 把握していない (○) 把握している→(24)人(2017年8月現在)

(7) 介護給付費準備基金について

2015年度末の残高(521,146)千円 2016年度末の残高(580,748)千円 ※決算前の場合は見込額

(8) 介護保険における通院時の院内介助について (○) 認めている () 認めていない

※原則認めていないが、場合によっては認めている

(9) 介護保険における入院中のヘルパー派遣について () 認めている (○) 認めていない

(10) 住宅改修の受領委任払い制度を実施していますか。

(○) 実施している→実施年月日(H26年4月1日) 2016年度実績(45)件

() 検討中である () 実施の予定がない

- (11) 福祉用具の受領委任払い制度を実施していますか。
 実施している→実施年月日(年 月 日) 2016年度実績()件
 検討中である 実施の予定がない
- (12) 高額介護サービス費の受領委任払い制度を実施していますか。
 実施している→実施年月日(年 月 日) 2016年度実績()件
 検討中である 実施の予定がない

(13) 住宅改修の独自の助成制度について、該当項目に○印を付し、必要事項をご記入ください。

助成制度の有無	<input type="checkbox"/> 助成制度がある <input type="checkbox"/> 助成制度はない <input type="checkbox"/> 検討中である		
制度内容	<input type="checkbox"/> 介護保険に上乗せして実施している		
	上乗せの助成額	30万円	利用者実数(2016年度) 25件
	<input type="checkbox"/> 介護保険利用者以外の助成制度がある		
	対象者と、その要件		
	助成額		利用者実数(2016年度)

(14) 配食サービスについて、該当項目に○印を付し、必要事項をご記入ください。

配食方式	実施の有無	<input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 検討中である
	実施の回数(週○回昼・夕などと記入)	
	1日平均利用者数(2016年度)	総延べ食事数(26,434)食÷年間配食日数(365)日 =1日当たり平均(72)食
	1食あたりの助成額	330円
	1食あたりの利用者負担額	300円
会食方式	実施の有無	<input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 検討中である
	実施の回数(週○回昼・夕などと記入)	
	1日平均利用者数(2016年度)	総延べ食事数()食÷年間配食日数()日 =1日当たり平均()食
	1食あたりの助成額	
	1食あたりの利用者負担額	

(15) ひとり暮らし、高齢ふたり世帯などへのゴミ出し、安否確認・見守り、日常生活支援、買い物など、生活支援施策の実施とその事業主体についてご記入ください。

支援内容	実施	事業の主体
ゴミ出し援助	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自治体 <input type="checkbox"/> 新総合事業 <input type="checkbox"/> その他事業 担い手
安否確認・見守り	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自治体 <input type="checkbox"/> 新総合事業 <input type="checkbox"/> その他事業 担い手
日常生活支援	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自治体 <input type="checkbox"/> 新総合事業 <input type="checkbox"/> その他事業 担い手
買い物支援	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自治体 <input type="checkbox"/> 新総合事業 <input type="checkbox"/> その他事業 担い手

※事業の主体が複数ある場合、代表的な事業をご記入の上、その他事業がわかる資料を添付ください。

(16) 高齢者や障害者への外出支援施策について、該当項目に○印を付し必要事項をご記入ください。

地域巡回バス	実施の有無	<input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 検討中である
	地域巡回バスの名称	さんさんバス
	利用料	高齢者(歳以上) (100)円、障害者(100)円 一般(100)円、子ども(歳～ 歳) (100)円
	その他特記事項	未就学者及び障がい者の介助者は無料(本人は有料)

	2016年度の運行実績	年間利用者数 301,581人	
タ ク シ ー 代 助 成	実施の有無	(○)実施している ()していない ()検討中である	
	各対象者の要件及び助成内容		
	対象者	助成要件	2016年度の助成実績
	高齢者	していない	()人
	障害者	している(福祉課)	(294)人
要介護認定者	していない	()人	

(17)サロン・認知症カフェなど高齢者のたまり場事業の助成金の内容についてご記入ください。

実施の有無	()実施している (○)していない ()検討中である
実施事業の名称	
事業の主体	()自治体 ()新総合事業 ()その他事業
	担い手
助成対象	
助成金について	金額()円→()年額 ()月額 ()1回のみ
助成箇所数	

(18)介護認定者の障害者控除の認定について

1)認定書の発行枚数(2016年度実績)は (284)枚

2)介護認定者に障害者控除の申請書または認定書を自動的に送付していますか。

(○)申請書を送付している → 2016年度(878)件

()認定書を送付している → 2016年度()件

()自動的に送付していない

3)認定書の発行の要件

(○)介護認定者のうち、要支援2以上は基本的に該当する

()介護認定者のうち、要介護1以上は基本的に該当する

()介護認定時の認定調査票または主治医の意見書で判断している

()要介護認定を受けていない者に対しては、医師の証明書(意見書)の提出の上、判断している

()その他、次のような方法で判断している【

】

2. 国民健康保険 担当課(保険年金課)電話(0561-32-8011)FAX(0561-34-3388)

担当課(納税課)電話(0561-32-8051)FAX(0561-76-5103)

(1)国保保険料(税)(医療給付費分と後期高齢者支援金分の合計)について

	区分	定義	2015年度	2016年度	2017年度
保 険 料 ・ 税 率	所得割	旧但し書き額	× (6.4)%	× (6.4)%	× (6.71)%
	資産割	固定資産税額	× (4.3)%	× (4.3)%	× (0)%
	均等割	加入者1人につき	30,000円	30,000円	31,900円
	平等割	1世帯につき	25,500円	25,500円	25,500円
1人当たり調定額(平均保険料)			91,858円	89,651円	90,314円
一般会計からの1人当たり法定外繰入額			35,615円	33,568円	31,993円

※2017年度の「一般会計からの1人当たり法定外繰入額」は、予算額をご記入ください。

(2)保険料(税)の市町村独自の軽減・減免制度

1)市町村独自の低所得者減免を実施している場合は、その要件をご記入ください。

なし

2)保険料(税)の収入減を理由にした減免を実施している場合は、その要件をご記入ください。

別紙①参照

(3)資格証明書 ※2017年8月1日現在でご記入ください。

1)資格証明書は交付していますか。 (○)交付していない ()交付している→()世帯

- 2) 資格証明書を交付している場合、交付に当たっては、面接を実施していますか。
 必ず面談している 面談がなくても交付する場合がある その他
- 3) 資格証明書交付世帯のうち、高校生世代以下の子どもがいる世帯数・子ども数
 世帯数()世帯 内、乳幼児()人、小学生()人、中学生()人、高校生世代()人
 上記のうち、6カ月以上の短期保険証を交付していない資格証明書未解消世帯数・子ども数
 世帯数()世帯 内、乳幼児()人、小学生()人、中学生()人、高校生世代()人
- 4) 資格証明書の交付除外で配慮している点がありますか。
 国の基準どおり実施している
 独自に配慮し、次の場合は交付対象から除外している
 高校生世代以下の子どもがいる世帯
 障害者・母子家庭等医療費助成制度の対象世帯
 病弱者のいる世帯
 次の場合は、交付対象から除外している

- 5) 資格証明書発行世帯で緊急時の短期保険証への切り替えについての基準をご記入ください。

- (4) 短期保険証 ※2017年8月1日現在でご記入ください。

- 1) 有効期間別(交付時から有効期限が切れるまで)の交付数
 ※資格証明書交付世帯の高校生世代以下の短期保険証は除く
 ・1カ月以内(0)人 ・2カ月(5)人 ・3カ月(20)人 ・4カ月(6)人
 ・5カ月(13)人 ・6カ月(110)人 ・1年(0)人 ・その他()
- 2) 短期保険証発行の基準をご記入ください。

国民健康保険税の滞納期間が3年以上あり、かつ滞納額が150万円以上
 国民健康保険税の滞納額が30万円以上150万円未満あり、かつ一の年度の年税額に2分の1以上の滞納額があること

- (5) 保険料(税)滞納者への差押えについて(2016年度)

- 1) 差し押さえの基準(原則として、督促状の納付期限を経過しても納税せず、連絡や相談も無い場合。)
- 2) 分納者への対応(連絡も相談もなく分納約束の不履行があれば、財産調査を実施。資力があると確認できれば差押え。)
- 3) 予告通知書の発行(約120)件
- 4) 差押え件数 不動産(0)件 預貯金(26)件 生命保険(0)件(内学資保険(0)件)
 その他(22)件(給与19件、年金2件、賃料1件)
- 5) 競売などによる現金化 (0)件 (0)円
- 6) 徴収の猶予 申請件数(0)件、許可(0)件、
- 7) 換価の猶予(0)件
- 8) 滞納処分の停止(75)件

- (6) 国保加入者だが、保険証・短期保険証・資格証明書が届いていない人数をご記入ください。

※2017年8月1日現在でご記入ください。

- 1) 交付した保険証・短期保険証の留め置き人数 (24)人
 2) 保険証・短期保険証・資格証明書のいずれも交付していない未交付人数 (55)人
 3) その他()

- (7) 国民健康保険法第44条の一部負担減免制度について

- 1) 一部負担減免制度を実施していますか。
 実施している 検討中である 実施の予定がない

*2016年4月以降に一部負担減免制度が改正された場合は、改正された条例・要項を添付してください。

2017年4月現在	2人	2年	0カ月	0人	45世帯	51人
-----------	----	----	-----	----	------	-----

5. 福祉医療など 担当課(保険年金課)電話(0561-32-8011)FAX(0561-34-3388)

(1) 子ども医療費助成制度について、2017年4月1日時点の助成内容と変更している(予定含む)場合、ご記入ください。

(○)変更なし

()変更あり → 変更内容・実施時期をご記入ください

(変更時期) 年 月 日

(変更内容)

(2)後期高齢者医療について

保険料滞納者数(15)人 短期保険証発行人数(1)人

差し押さえ(2016年度)件数(0)件、金額(0)円

6. 子育て支援策 担当課(子育て支援課)電話(0561-32-8034)FAX(0561-34-4379)

担当課(学校教育課)電話(0561-32-8026)FAX(0561-34-4379)

(1)「子どもの貧困対策大綱」を受けた、自立支援計画について

1)自立支援計画の有無について ()ある(年 月策定) (○)ない

2)自立支援給付金事業について ()実施(年 月実施) ()未実施

2016年度実績 ()件 給付額()円

2017年度予算 ()件 給付額()円

3)日常生活支援事業について ()実施(年 月実施) ()未実施

2016年度実績 ()件 給付額()円

2017年度予算 ()件 給付額()円

4)教育・学習支援について ()実施(年 月実施) ()未実施

2016年度実績 ()カ所()人 実施時期()

2017年度予算 ()カ所()人 実施時期()

5)NPOなどが取り組む「無料塾」や「こども食堂」への支援について

・「無料塾」への支援について ()実施(年 月実施) ()未実施

2016年度実績 ()カ所()人、2017年度予算 ()カ所()人

支援方法()

・「こども食堂」への支援について ()実施(年 月実施) (○)未実施

2016年度実績 ()カ所()人、2017年度予算 ()カ所()人

支援方法()

(2)就学援助

1)保護者への広報はどのようにしていますか。

(○)入学説明会 ()入学式 ()始業式 (○)ホームページ ()市広報

(○)その他(対象になりそうな家庭への個別広報)

*就学援助に関する保護者向けの案内文書を添付してください。(昨年と同じ場合は結構です。)

2)就学援助の認定対象基準をご記入ください。

生活保護基準額の(1.5)倍・金額()円

3)生活保護基準引き下げに対して、どのような対応をされましたか。

()就学援助認定基準を引き上げた

【2016年度 倍 → 2017年度 倍】

()何もしていない

(○)その他(下欄にご記入ください)

引き下げ以前の基準を使用し、影響の無いよう配慮している。

4) 就学援助の対象となる認定基準額または所得基準額(年額)をご記入ください。

- ・2人家族(母30歳代、子ども小学生の場合) … (約210万)円
- ・4人家族(父母は30歳代、子ども小学生と4歳児の場合) … (約325万)円

5) 申請書の受付先 ()市町村窓口 (○)学校 ()市町村窓口と学校のどちらも可

6) 民生委員の証明は必要ですか ()必要である (○)必要ない

7) 就学援助受給者数・予算額をご記入ください。

	2016年度	2017年度
受給者数	402人	370人
受給割合	6.4%	6.0%
支給額	27,412,114円	31,662,510円

※受給割合は、小数点第1位までご記入ください。
※2017年度の支給額は見込み額をご記入ください。

8) 就学援助家庭の給食費の支払い方法 (○)現物支給 ()償還払い ()その他

9) 就学援助の項目について

- (○)学用品費 ()体育実技用具費 (○)入学準備金 (○)通学用品費 ()通学費
- (○)修学旅行費 ()クラブ活動費 ()生徒会費 ()PTA会費 (○)給食費
- (○)校外活動費(宿泊を伴わないもの) (○)校外活動費(宿泊を伴うもの) (○)医療費
- (○)日本スポーツ振興センター掛け金 ()めがね・コンタクトレンズ ()卒業記念品
- ()その他()

10) 就学援助の入学準備金の支給は、新学期前に実施していますか。

- ① 実施している()
- ② 実施する予定(何時から 未定)
- ③ 実施しない()

(3) 学校給食について(2017年度)

1) 給食費未納の児童・生徒も含め、全員が学校給食を食われていますか。

- (○)食われている ()未納者には給食支給を停止している ()その他
- 給食費未納の児童・生徒への学校、自治体の対応(例:就学援助をすすめるなど)

就学援助をすすめる。

2) 給食費への自治体独自の補助などの施策 (例:半額補助、第2子以降無料など)

特になし

3) 給食の実施状況

	全校数	自校方式実施数		センター方式実施数		1食当たりの給食費
		直営	委託	直営	委託	
小学校	8校	校	校	8校	校	240円
中学校	4校	校	校	4校	校	270円

(4) 保育について

1) 国が出した処遇改善等加算Ⅱの取り扱いについて、実施をどう考えていますか。

- (○)積極的に活用する ()活用しない ()わからない
- その理由(より良い保育環境の整備に努めたい)

2) 保育士の処遇改善の為に、自治体独自で新たに設けた補助・支援などありますか。

- (○)ある ()ない

具体的な補助・支援(市職員を基準に市単独で上乗せ補助を実施している)

3) 自治体内の企業主導型保育の開所状況を把握していますか。指導監査を行っていますか。

(○)はい ()いいえ

具体的には(現状、市内に企業主導型保育を開所している企業はありません)

7. 障害者施策 担当課(福祉課)電話(0561-32-8010)FAX(0561-34-3388)

(1) 訪問系各サービスの支給状況について(2017年7月時点)

	支給者数(人)	昨年同月比(%)	最多支給時間数	平均支給時間数
居宅介護	39	130	70	14.23
重度訪問介護	1	-(前年0人)	150	150
行動援護	0	0	0	0
同行援護	8	114	25	11.18

* 最多支給時間は2017年7月の1カ月。平均時間は1カ月あたりでご記入ください。

(2) 地域生活支援事業の移動支援

支給者数(98)人 最多支給時間数(60)時間 平均支給時間数(11.84)時間

(3) 訪問系サービスの支給基準 (○)あり ()なし

(4) 計画相談支援の7月利用実績 (336)人

計画相談支援実施上の問題点があればご記入ください

計画相談のみでは事業所が成り立たない

(5) 介護保険サービスと障害福祉サービスの併給について

1) 併給をしている人の人数(4)人(2017年7月1日現在) ・対昨年同月比(80)%

2) 併給している障害福祉サービスの居宅介護について

平均何時間支給していますか(22)時間

3) 介護保険の被保険者が障害福祉サービスを上乗せ利用する場合の条件

(○) 介護保険サービスのみで、必要なサービスを確保できない状況であれば、障害福祉サービスの上乗せが可能としている。

() 何らかの条件を設けている。

() 要支援の該当者は、上乗せができない。

() 障害者手帳所持者(肢体不自由の身体障害者手帳1級所持者に限る)

() 介護保険の要介護度が要介護5の者

(ただし区分変更しても要介護5にならない場合は、要介護4以下でも検討可能)

() 介護保険サービスの約半分以上を訪問介護が占めていること 等

※上記以外の条件があれば、できるだけ詳しくご記入ください。

(6) 65歳以上の障害者で障害福祉サービスのみの利用者について

・介護給付支給決定者数 (9)人(H29年7月1日現在)

・訓練等給付支給決定者数(2)人(H29年7月1日現在)

(7) 入院中、通院中、通院診療中のヘルパーの付き添いについて、報酬を支給していますか

・入院中 認めて ()いる (○)いない 報酬は ()支給する (○)支給しない

・通院 病院内 認めて ()いる (○)いない 報酬は ()支給する (○)支給しない

・通院 診療中 認めて ()いる (○)いない 報酬は ()支給する (○)支給しない