

貴自治体名 みよし市懇談日時 10月 20日(火) 午後 1時 00分～ 2時 00分懇談会場 市役所1階 101会議室 ※会場が確定している場合はご記入ください。

2020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)メールアドレス(choju@city.aichi-miyoshi.lg.jp)

(1) 介護保険料の基準額と倍率

① 2020年度の基準額と倍率をご記入ください。

基準額(月額)	48,480(4,040)円	
倍率	第1段階	0.2 倍
	第2段階	0.4 倍
	第3段階	0.7 倍
	第4段階	0.85 倍
	最高段階	段階:第(10)段階 所得:(800)万円以上 倍率:(1.8)倍

② 第8期(2021～2023年度)の保険料改定に向けて、一般会計からの繰り入れ、基金の取り崩し、倍率の見直しなどの検討状況をご記入ください。

第8期介護保険料につきましては、法の趣旨に基づき介護保険料を設定する予定であり、法定分以外には一般会計からの繰り入れを行う予定はありません。介護給付費準備基金につきましては、次期介護保険料の上昇抑制に充てていきます。

保険料段階等につきましては、国の動向及び次期計画期間の介護給付費の推計を見極めて検討します。

(2) 介護保険料の独自減免制度

※2020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。

① 低所得者への保険料減免制度

1) 保険料の市町村独自の低所得者への減免制度がありますか。

()ある ()ない

2) 低所得者減免がある場合、その内容をご記入ください。(2020年4月1日現在)

・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。

()必要 ()不要

3) 低所得者減免がある場合、その実績をご記入ください。

質問項目	2018年度	2019年度
保険料減免件数	件	件
保険料減免の金額実績	円	円

② 収入減少を理由にした保険料減免制度

1) 収入減少を理由にした保険料減免制度がありますか。(コロナ関係の減免は除く)

()ある ()ない

2) ある場合、2020年4月1日現在の内容をご記入ください。(コロナ関係の減免は除く)

みよし市介護保険条例施行規則別表第2による

3)ある場合、その実績をご記入ください。(コロナ関係の減免は除く)

質問項目	2018年度	2019年度
保険料減免件数	5 件	7 件
保険料減免の金額実績	60,802 円	85,042 円

4)コロナ関係の減免の適用実績をご記入ください。(2020年2月～7月)

質問項目	2020年2月～7月
保険料減免件数	2 件
保険料減免の金額実績	91,629 円

(3) 保険料滞納の状況と処分件数について

質問項目		2018年度	2019年度
保険料滞納者数	保険料滞納者実人数		96
	保険料滞納者延べ件数	226	173
保険給付の制限	償還払い人数	0	0
	保険給付の一時差し止め人数	0	3
	3割負担人数	0	3
財産差押え	差押え実人数	0	0
	差押え件数合計	0	0

(4) 介護保険利用料の独自減免制度

①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。

()ある ()ない

②市町村独自の利用料減免がある場合、その内容をご記入ください。(2020年4月1日現在)

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)訪問介護利用料の助成割合 (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

※一般会計から直接支給している場合も「ある」としてください。

※2020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低所得者減免がある場合、その実績をご記入ください。

質問項目	2018年度	2019年度
保険料減免件数	件	件
利用料減免の金額実績	円	円

(5) 介護給付費準備基金について ※決算前の場合は見込額

2018年度末の残高(650,850,443)円 2019年度末の残高(572,925,946)円

(6) 特別養護老人ホームの待機者について ※人数は名寄せしてご記入ください。

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。(45)人(2020年8月現在)

②要介護1、2の入所者数、待機状態にある人を把握していますか。

()把握している → 入所者数(不明)人 待機者数(12)人 (2020年8月現在)

()把握していない

(7) 施設サービス基盤整備(第7期計画)

※()カッコ内には新規施設数、新規定員数を再掲してください。

	第7期(2019年度)						第7期計画(2020年度)	
	計画(新規数)		実績(新規)		差(新規数)		2020年度(新規)	
	施設	定員	施設	定員	施設	定員	施設	定員
特別養護老人ホーム	2 ()	80/13 0 ()	2 ()	80/13 0 ()	()	()	2 ()	80/130 ()

介護老人保健施設	1 ()	99 ()	1 ()	99 ()	()	()	()	1 ()	99 ()
認知症グループホーム	2 ()	18 ()	2 ()	18 ()	()	()	()	3 ()	25 ()
特定施設入居者生活介護事業所	1 ()	30 ()	1 ()	30 ()	()	()	()	1 ()	30 ()

(8) 介護施設の夜勤形態について

① 職員の夜勤時の就労形態はどのようになっていますか。施設種別ごとにご記入ください。

	設置施設数	2 交替制夜勤	3 交替制夜勤	2 交替と3 交替が混在	その他
特別養護老人ホーム	2	不明	不明	不明	
介護老人保健施設	1	不明	不明	不明	
グループホーム	2	不明	不明	不明	
小規模多機能	1	不明	不明	不明	
看護小規模多機能	0	不明	不明	不明	
短期入所	3	不明	不明	不明	

② 上記施設の内、夜勤配置人員が1名になる場合がある施設数をご記入ください。(たとえ1病棟・1フロア・1ユニットであっても、実態があれば数えてください。なお、同じシフトで働くスタッフの休憩時に1人になる場合も含まれます。)

	2 交替夜勤	3 交替夜勤	2 交替と3 交替が混在	その他
特別養護老人ホーム	不明	不明	不明	
介護老人保健施設	不明	不明	不明	
グループホーム	不明	不明	不明	
小規模多機能	不明	不明	不明	
看護小規模多機能	不明	不明	不明	
短期入所	不明	不明	不明	

(9) 総合事業

① 総合事業の対象者数をお答えください。(561)人

② 総合事業の事業所数・利用人数

※事業所数は各年4月1日現在、利用者数は月平均(2020年度は4～6月の平均)をご記入ください。

サービス	事業所数		利用人数	
	2019年	2020年	2019年度	2020年度
現行の訪問介護相当の訪問介護	13	12	36	38
生活支援型訪問A(緩和した基準)	11	11	83	81
現行の通所介護相当の通所介護	25	26	187	165
通所型サービスA(緩和した基準)	3	3	62	52
通所型サービスC(短期集中予防)	2	2	0	0

③ 総合事業における通所サービスについて、利用期間制限のあるものはありますか。

()ある (○)ない その他

()

→ある場合

1) そのサービスの名称: ()

2) 制限期間の数字をご記入ください。

・()週間で終了

・()週間後、クール期間()週間を経て継続、()週間で終了

(10) 住宅改修・福祉用具などの受領委任払い制度（該当に○印を付し、実績などをご記入ください）

	実施予定なし	検討中	実施している	実施年月日	2019年度実績
住宅改修			○	2014.4.1	100件
福祉用具	○				
高額介護サービス	○				

(11) 高齢者福祉施策

① 高齢世帯などへのゴミ出し、安否確認、日常生活支援、買い物支援の実施状況をご記入ください。

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

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

② 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	(○)実施している ()していない ()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()円、障害者()円 一般()円、子ども()歳～()歳()円	
	その他特記事項	身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳保持者は、申請により料金助成利用券を発行し全額補助。介護者の利用料金も無料。未就学児無料。	
	2019年度の運行実績	2路線、毎日各 25 便運行しました	
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	2019年度の助成実績
	高齢者	なし	()人
	障害者	身体1・2級、精神1級、療育A判定	(370)人
要介護認定者	なし	()人	
高齢者運転免許自主返納者への外出支援の施策	(○)実施している ()していない ()検討中である 内容:みよし市社会福祉協議会の事業で、申請によりマナカ 3,000 円分とさんさんバス回数券 2,000 円分を補助する。支援回数は1人1回。		

③ サロン・認知症カフェなど高齢者のたまり場事業の担い手とその内容についてご記入ください。

事業名	担い手	事業内容	補助金の有無と金額
オリーブ	社会福祉法人	認知症カフェ	なし
あんみつカフェ	有限会社	認知症カフェ	なし
にこにこサロン	株式会社	認知症カフェ	なし
みなよしカフェ	地域包括支援センター	認知症カフェ	なし
オレンジ茶房	地域包括支援センター	認知症カフェ	なし

④ 加齢性難聴者への補聴器助成がある場合、事業名、対象者、助成額、助成実績をご記入ください。

事業名	対象者	助成額	助成実績

(12) 介護認定者の障害者控除の認定について

- ① 認定書の発行枚数実績は → 2018年度(301)枚、2019年度(267)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 → 2018年度(約 950)件、2019年度(約 950)件
() 認定書を送付している → 2018年度()件、2019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)
メールアドレス(hokennenkin@city.aichi-miyoshi.lg.jp)

(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	2019年度	2020年度
保 険 料 ・ 税 率	所得割	旧但し書き額	× (7.28)%	× (7.55)%
	資産割	固定資産税額	× (0)%	× (0)%
	均等割	加入者1人につき	32,700 円	33,700 円
	平等割	1世帯につき	25,300 円	25,100 円
1人当たり調定額(平均保険料)※予算額			104,273 円	101,486 円
一般会計からの1人当たり法定外繰入額 ※2019年は決算額、2020年は予算額			16,862 円	16,276 円

(2) 保険料(税)の市町村独自の減免制度

① 市町村独自の低所得者減免

- 1) 低所得者減免を実施していますか。 ※生活保護受給期間の減免は除く
()ある (○)ない
- 2) 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。

--

3) 低所得者減免を実施している場合、実績をご記入ください。

質問項目	2018年度	2019年度
保険料減免件数	件	件
保険料減免の金額実績	円	円

- 4) 低所得者減免に対する一般財源からの繰り入れはありますか。 ()ある (○)ない
※一般会計から直接支給している場合も「ある」としてください。

② 収入減少を理由にした保険料(税)減免制度

- 1) 収入減少を理由にした保険料(税)減免制度がありますか。
(○)ある ()ない
- 2) ある場合、2020年4月1日現在の内容をご記入ください。(コロナ関係の減免は除く)

別紙参照

3) ある場合、その実績をご記入ください。(コロナ関係の減免は除く)

質問項目	2018年度	2019年度
保険料減免件数	4 件	11 件
保険料減免の金額実績	416,100 円	741,100 円

4) コロナ関係の減免の適用実績をご記入ください。(2020年2月～7月)

質問項目	2020年2月～7月

保険料減免件数	0 件
保険料減免の金額実績	0 円

③子どもの均等割などの減免

1) 子どもの均等割保険料(税)の減免制度がありますか。

()ある (○)ない

2) ある場合、2020年4月1日現在の内容をご記入ください。

--

3) ある場合、その実績をご記入ください。

質問項目	2018年度	2019年度
保険料減免件数	件	件
保険料減免の金額実績	円	円

(3) 国保被保険者数・世帯数・滞納世帯数・資格証明書交付世帯数・短期保険証交付世帯数

質問項目	2019年6月1日	2020年6月1日
被保険者数	9,377	9,168
世帯数	5,729	5,683
滞納世帯数	103	91
資格証明書交付世帯数	0	0
短期保険証交付世帯数	61	61
留め置き世帯数(※1)	75	72
未交付・未更新世帯数(※2)	42	30

※1・2は、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で、※1は「交付した保険証・短期保険証の留め置き世帯数」、※2は「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・未更新世帯数」

(4) 資格証明書 ※2020年6月1日現在でご記入ください。

① 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

--

② 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。

--

(5) 短期保険証 ※2020年6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()人 ・2カ月()人 ・3カ月(10)人 ・4カ月()人
- ・5カ月()人 ・6カ月()人 ・1年()人 ・その他()

② 短期保険証発行の基準をご記入ください。

<ul style="list-style-type: none"> ・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 万円以上あること。 ・国民健康保険税の滞納額が、30 万円以上 150 万円未満であり、かつ一つの年税額の 2 分の1以上の滞納額があること。
--

(6) 保険料(税)滞納者への差押え等

①差押えの基準をご記入ください。

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以下の件数をご記入ください。

質問項目		2018年度	2019年度	
予告通知書の発行		110	120	
差押え	差押え世帯数	-	-	
	差押え件数合計	38	43	
	件数 内訳	不動産	3	0
		預貯金	21	26
		生命保険(内学資保険)	4(0)	2(0)
その他		10	15	
競売による現金化		0	1	
徴収の猶予	申請件数	0	0	
	許可件数	0	0	
換価の猶予	申請件数	0	0	
	許可件数	0	0	
	職権件数	0	0	
滞納処分の停止	適用件数	62	51	
	件数 内訳	無資力	13	11
		生活保護	12	11
		生活困窮	4	1
		所在不明	33	28
その他	0	0		

(7)一部負担減免制度

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

※2019年4月以降に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。

②相談・申請・適用の実績

質問項目	2018年度	2019年度
一部負担金の相談件数	0 件	0 件
一部負担金の申請件数	0 件	0 件
一部負担金減免の延べ件数	0 件	0 件
一部負担金減免の金額実績	0 円	0 円

(8)70～74歳の高額療養費の支給申請手続きの簡素化

()簡素化している(年 月受診分から実施) ()検討中 ()簡素化の予定はない

(9)国保運営協議会

①運営協議会の公開 ()公開していない ()公開している

②運営協議会委員の公募枠 ()ない ()ある → (4)人

**3. 税の滞納について 担当課(納税課)電話(0561-32-8051)FAX(0561-76-5103)
メールアドレス(nouzei@city.aichi-miyoshi.lg.jp)**

(1)滞納者のうち地方税法第15条(納税緩和措置)の適用について、件数をご記入ください。

質問項目		2018年度	2019年度
徴収の猶予	申請件数	0	0
	許可件数	0	0
換価の猶予	申請件数	0	0
	許可件数	0	0
	職権件数	0	0

滞納処分の停止	適用件数	88	77	
	件数内訳	無資力	17	15
		生活保護	18	16
		生活困窮	3	0
		所在不明	50	46

(2) 地方税滞納整理機構に引き継いだ件数(2019年度内に引き継いだ件数) (83)件

4. 生活保護 担当課(福祉課)電話(0561-76-5190)FAX(0561-34-3388)
メールアドレス(fukushi@city.aichi-miyoshi.lg.jp)

※ 生活保護利用者向けの説明パンフレット(生活保護のしおりなど)を添付してください。

(1) 生活保護の申請件数とその保護件数について

2019年度相談件数 (109)件、申請件数 (41)件、そのうち保護開始件数 (31)件

(2) 2020年4月現在の受給世帯数と人数 (116)世帯、(132)人

※以下は市のみお答えください

(3) 生活保護担当職員(ケースワーカー)及び1職員(同)当たりの担当受給者について

	生活保護担当職員について			1職員当たりの担当受給者数	
	正規職員数	生保担当の平均在任年数	非正規職員数	世帯数	人数
2019年4月現在	2人	年 5カ月	0人	58世帯	62人
2020年4月現在	2人	1年 5カ月	0人	58世帯	66人

5. 福祉医療など 担当課(保険年金課)電話(0561-32-8016)FAX(0561-34-3388)
メールアドレス(hokennenkin@city.aichi-miyoshi.lg.jp)

(1) 福祉医療(子ども・障害者・ひとり親・高齢者の医療費助成制度)について、2019年4月1日以降、制度(助成内容・対象範囲・対象要件・自己負担・支払方法など)を改定(予定を含む)していますか。

※該当項目に○印を付してください。

福祉医療の種類	改定なし	改定あり	改定予定あり
子ども医療費助成制度		○	
障害者医療費助成制度	○		
精神障害者医療費助成制度	○		
ひとり親医療費助成制度	○		
後期高齢者福祉医療費給付制度	○		
妊産婦医療費助成制度	-	-	-

(2) 前記(1)の質問で「改定あり」、「改定予定あり」の場合、実施年月日・改定内容をご記入ください。

(実施年月日)平成31年4月1日

(改定内容)18歳までの入院費の自己負担分に限り助成を拡充

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)
メールアドレス(kosodate@city.aichi-miyoshi.lg.jp)

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

メールアドレス(gakko@city.aichi-miyoshi.lg.jp)

(1) 「子どもの貧困対策推進法」を受けた、貧困対策計画について

① 貧困対策計画の有無について (○)ある(令和2年3月策定) ()ない

※子ども子育て支援総合計画などを含むものも「ある」としてください。

②自立支援給付金事業について ()実施(年 月実施) ()未実施
 2019年度実績 (2)件 給付額(40,000)円
 2020年度予算 (10)件 給付額(2,080,000)円

③日常生活支援事業について ()実施(年 月実施) ()未実施
 2019年度実績 ()件 給付額()円
 2020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
 2019年度実績 ()カ所()人 実施時期()
 2020年度予算 ()カ所()人 実施時期()

⑤「無料塾」、「こども食堂」への支援について
 1)「無料塾」への支援 ()実施(令和元年8月、12月実施) ()未実施
 2019年度実績 (4)カ所(548)人、2020年度予算 (4)カ所(1,600)人
 支援方法()
 2)「こども食堂」への支援 ()実施(年 月実施) ()未実施
 2019年度実績 (1)カ所()人、2020年度予算 (1)カ所()人
 支援方法()

⑥産前・産後の支援について
 1)産前・産後の家事や育児支援について
 ()実施(平成 29 年 10 月実施) ()未実施
 利用期間(出産後から産後2か月 まで)
 対象者(産婦がいる核家族で、養育者の援助をする者がいない家庭)
 利用券やクーポンなど ()作成している ()作成していない
 利用券などの配布方法
 ()対象世帯に配布
 ()母子健康手帳の交付時に配布
 ()その他()
 2)産後ケア事業について
 ()実施(平成 30 年 4 月実施) ()未実施

(2)就学援助

※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)。

①就学援助受給者数・予算額をご記入ください。

	2019年度	2020年度
受給者数	339 人	279 人
受給割合	5.8%	4.8%
支給額	23,667,535 円	37,536,450 円

※受給割合は、小数点第1位までご記入ください。
 ※2020年度の支給額は見込額をご記入ください。

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(1.3)倍・金額()円

③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 184 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 282 万)円

④申請書の受付先 ()市町村窓口 ()学校 ()窓口と学校のどちらも可

⑤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

- ()めがね・コンタクトレンズ ()卒業記念品
 ()その他()

⑥日本スポーツ振興センター掛け金について

- (○)就学援助の対象としている
 ()すべての児童の掛け金を公費助成している
 ()就学援助の対象とせず、すべての児童の掛け金の公費助成も行っていない

(3)給食費の補助・減免について (新型コロナウイルス感染症に関わる臨時的措置は除きます)

- ①学校給食費に自治体独自の補助を行っていますか。(例:半額補助、第2子以降無料など)
 ()行っている (○)行っていない ()検討中

※行っている場合は、補助内容をご記入ください。

②保育施設等の給食費に国の基準を上回って市町村独自の補助・減免を行っていますか。

- (○)行っている ()行っていない ()検討中

※行っている場合は、具体的な内容をご記入ください。

主食費の減免実施、副食費減免の第3子判定範囲を18歳未満に拡充

(4)保育について

①保育施設の数について (2020年4月1日現在)

認可保育所 (か所)	公立	7
	民間	3
その他の 認可保育施設 (か所)	家庭的	
	小規模保育事業A	1
	小規模保育事業B	
	小規模保育事業C	
	事業所内保育所	
認可外保育施設 (か所)	全体数	4
	その内指導監督基準を満たさない施設の数	3
企業主導型保育事業数 (か所)		1

②公立保育施設等の統廃合・民営化・民間委託等の計画がありますか。

- (○)ある ()ない ()検討中

1)ある場合、その計画等の名称と公表時期 (複数ある場合はすべて記載をお願いします。)

(みよし市立なかよし保育園管理運営の民間移管) (令和2年6月)公表

() (年 月)公表

2)ある場合、その計画等は自治体のホームページに掲載していますか。

- (○)している ()していない → していない場合、内容のわかるものを添付してください。

3)検討中の場合、具体的な内容をご記入ください。

③民間の保育施設について、公私間格差是正のための補助を行っていますか。

1)人件費について、公私間の格差是正を行っていますか。

- (○)公立、民間で同等に行っている ()一部行っている ()まったく行っていない

※行っている場合は、具体的な内容をご記入ください。

運営費等への補助金の交付

2)職員配置基準について、自治体の基準を国基準以上としていますか。

()公立、民間ともにしている ()公立だけしている (○)していない

※行っている場合は、具体的な内容をご記入ください。

3)自治体の配置基準以外で保育士の加配を行っていますか。

()公立、民間ともに行っている ()公立だけ行っている (○)行っていない

※行っている場合は、具体的な内容をご記入ください。

7. 障害者施策 担当課(福祉課)電話(0561-32-8010)FAX(0561-34-3388)
メールアドレス(fukushi@city.aichi-miyoshi.lg.jp)

(1)入所施設について(2020年7月時点)

- ・入所施設設置数 (1)カ所
- ・設置する施設の入所待機者数 (21)人 ※複数施設の場合は名寄せしてご記入ください。
- ・待機者数の対前年同月比(91.3)%
- ・()入所待機者数は把握していない

(2)グループホームについて(2020年7月時点)

- ①グループホーム設置数(8)カ所 対前年比(100)%
- ②共同生活援助支給決定数 16 人 対前年比(114.3)%
- ③障害者グループホームの体制について
 - 1)夜勤体制をとっているところ GH (7)カ所
 - 2)宿直体制をとっているところ GH (3)カ所
 - 3)夜間通報体制をとっているところ (7)カ所
 - 4)夜勤体制を複数でおこなっているところ (0)カ所

④県の補助だけではなく、自治体独自でグループホームに対する補助がありますか。

(○)ある → ある場合どんな補助ですか(予算の範囲内で建設費の一部を補助)
()ない

(3)訪問系各サービスの支給状況について(2020年7月時点)

サービス	支給者数(人)	昨年同月比(%)	最多支給時間数 (時間)	平均支給時間数 (時間)
居宅介護	47	90.4	77	18.0
重度訪問介護	3	300	525	193

地域生活支援事業

移動支援	95	100	40	12.8
------	----	-----	----	------

※最多支給時間は2020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。

(4)短期入所について 2020年7月時点

- ・短期入所支給者数(105)人、昨年同月比(105)%、最多支給日数(31)日、平均支給日数(5.0)日
年間 180 日以上利用可(短期入所)とする支給者数(7)人

(5)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時
 - ()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
 - ()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
- ※上記の条件の根拠を詳しくご記入ください。

(6)2018年4月からはじまった高齢障害者の利用者負担軽減制度の対象者数について

- ・2020年度支給予定者総数 (2)人、対前年度比(200)%

8. 任意予防接種の助成 担当課(健康推進課)電話(0561-34-5311)FAX(0561-34-5311)
メールアドレス(kenko@city.aichi-mioshi.lg.jp)

(1)次のワクチンの助成を実施している場合、それぞれの助成内容をご記入ください。

ワクチンの種類	対 象	助成額 (1回)	自己負担 (1回)	助成開始または予定年月
おたふくかぜ	1歳から小学校就学前の子ども	2,000 円	-円	平成 27 年4月
带状疱疹	(制度なし)	-円	-円	
子どものインフルエンザ	(制度なし)	-円	-円	
麻しん(接種漏れの人)	抗体検査、ワクチン接種(各1回)	【抗体検査】 2,650 円 【麻しんワクチン】 3,000 円 【麻しん風しん混合ワクチン】 5,000 円	-円	平成 30 年9月

(2)高齢者用肺炎球菌ワクチン

①高齢者用肺炎球菌ワクチン助成について、定期・任意それぞれの助成内容をご記入ください。

ワクチンの種類	対 象	助成額 (1回)	自己負担 (1回)	助成開始または予定年月
高齢者用肺炎球菌(定期)	65 歳、70 歳、75 歳、80 歳、85 歳、90 歳、95 歳、100 歳の人で、接種歴のない人	2,000 円	-円	平成 26 年 10 月
高齢者用肺炎球菌(任意)	(制度なし)	-円	-円	

②2回目の任意予防接種を実施していますか。

- ()実施している。 ()実施していない。 ()検討中

9. 健診事業 担当課(健康推進課)電話(0561-34-5311)FAX(0561-34-5311)

メールアドレス(kenko@city.aichi-miyoshi.lg.jp)

(1)産婦健診を何回実施していますか。回数と開始年月をご記入ください。

産後8週以内の産婦を対象に2回助成を実施している。

(2)妊婦・産婦への妊産婦歯科健診の実施状況をご記入ください。

(○)妊婦の期間に実施 (○)産婦の期間に実施 ()妊婦～産婦の期間に実施

実施方法(助成回数、集団方式・個別方式、他の健診と同時など)

(妊婦・産婦共にそれぞれ1回無料で歯科検診を個別方式で実施している。)

【2】国または愛知県に対して既に意見書を提出している項目と提出年月日を教えてください。

※2019年9月以降の提出分をご記入ください。

	意見書の種類	提出年月日
国	①75歳以上の2割負担をはじめ医療費患者負担増の計画中止を求める意見書	年 月 日
	②国民健康保険の国庫負担を抜本的に引き上げ、十分な保険者支援を行うことを求める意見書	年 月 日
	③若い人も高齢者も安心できる年金制度を求める意見書	年 月 日
	④介護保険制度の改善を求める意見書	年 月 日
	⑤子どもの医療費無料制度創設を求める意見書	年 月 日
	⑥障害児・者の「暮らしの場」の整備を求める意見書	年 月 日
県	①福祉医療制度を守り、拡充を求める意見書	年 月 日
	②市町村・愛知県の国民健康保険に事業費補助を求める意見書	年 月 日

*2019年9月以降に【2】に関する国または県に提出した意見書の写しを添付してください。

☆ご協力ありがとうございました。