

貴自治体名( 半田市 )

懇談日時 10月 23日( 木 ) 午前 ・ 午後 10時 30分～ 11時 30分

懇談会場 庁議室 ※会場が確定している場合はご記入ください。

## 2025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】自治体DX推進 担当課(デジタル課 )電話(0569-84-0603 )FAX(0569-25-2180 )

メールアドレス(joho@city.handa.lg.jp )

- (1) 情報システムの標準化にあたって国がシステム移行の完了期限を2025年度としているもとでの見通し  
 ( )すべての標準化対象事務で期限までに移行できる ( ○ )期限までの移行は困難  
 ( )わからない

※期限までの移行が困難またはわからない場合、その理由をご記入ください。

2025年度の移行を予定していたが、全国の自治体で標準化移行が進められている中で、ベンダー側から移行後の対応が困難であるとの意見が寄せられたことから、移行後の安定運用を考慮し、移行時期を2026年度以降に変更することとした。

- (2) 情報システムの標準化にあたっての自治体独自施策についての考え方  
 ( ○ )独自施策はこれまでどおり実施する ( )施策の見直し・廃止を検討している  
 ( )その他( )  
 ※施策の見直し・廃止を検討している場合、その理由、対象となる施策、見直し内容等を具体的にご記入ください。

(理由)

(見直し・廃止の対象となる具体的な施策と見直しの内容)

- (3) 情報システムの標準化にあたっての費用負担

## ①システム標準化への移行に必要な経費(イニシャルコスト)

- ( )国からの補助金の範囲で移行可能 ( ○ )自治体で財政負担が発生  
 ( )把握していない

※自治体で財政負担が発生する場合の概算額をご記入ください。具体的な額が不明な場合には「積算中」と記入してください。( 積算中 )円

## ②システム利用料やガバメントクラウド利用料等の運用経費(ランニングコスト)

- ( )不変または低減 ( ○ )増加する見込み ( )把握していない

※増加する見込みの場合の概算額をご記入ください。具体的な額が不明な場合には「積算中」と記入してください。 移行前( 積算中 )円 → 移行後( 積算中 )円

- (4) ガバメントクラウド(国が整備する全国統一の共通クラウド基盤)について

## ①ガバメントクラウドの利用

- ( ○ )ガバメントクラウドを利用 ( )検討中 ( )独自のクラウドを利用

( )その他( )

※クラウドとはアプリケーション・データなどをインターネット上で管理・保存・利用するサービスのこと

## ②ガバメントクラウドを利用する場合の理由 ※該当する全部を選択してください。

- ( )既存のシステムよりも運用経費が安い ( )既存のシステムよりも使いやすい

- ( )既存のシステムよりも安定している ( )国の推奨 ( ○ )ベンダの選択または推奨

( )その他( )

※ベンダとはシステムやソフトウェアの販売会社のこと

## ③SaaSの利用

- ( ○ )SaaSを利用 ( )検討中 ( )利用する予定はない

( )その他( )

※SaaSを利用または検討中の場合、利用する部局や職務を具体的にご記入ください。

※SaaSとはインターネット上で提供され、利用できるソフトウェアのこと

(5) 標準準拠システム移行後の懸念

- ( ) 担当者への負担の集中 ( ) 職員のシステム利用の利便性低下  
( ) デジタル人材の採用・育成 ( ) ベンダの確保 ( ) ○ 運用費の増大  
( ) 住民サービスが向上しない、または低下する ( ) その他( )

(6) 情報システム標準化にあたっての業務への影響

- ( ) 一部業務に遅滞等の影響が出ている ( ) 業務全般に遅滞等の影響が出ている  
( ) ○ 特に影響はない ( ) 把握していない

(7) デジタルデバйд(情報格差)への対策

※従来の紙による窓口での申請や、窓口・電話での問合せ・相談の受付を基本とすることは前提です。そのうえで、すべての住民が平等に情報や福祉にアクセスできるための対応についてお聞きします。

※該当する箇所に○をご記入ください。

|                              | 実施 | 検討中 | 予定なし |
|------------------------------|----|-----|------|
| 手続きのフォローのための窓口への人員配置         | ○  |     |      |
| 通信機器による情報入手・利用できない住民への紙による広報 | ○  |     |      |
| スマートフォン講座・相談会等の開催            | ○  |     |      |
| 高齢者デジタルサポーターの養成              |    |     | ○    |
| その他( )                       |    |     |      |

【2】1. 介護保険・高齢者福祉 担当課(高齢介護課) 電話(0569-84-0648) FAX(0569-22-2904)

メールアドレス(kaigo@city.handa.lg.jp)

(1) 介護給付費準備基金・繰越金等

- ①第9期介護保険事業計画の保険料(第1号被保険者)を決めるに際し、取り崩した前期の介護給付費準備基金の状況についてご記入ください。

|                                    |                              |                               |
|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 2023年度末の準備基金残高<br>(計画決定時点での見込み)(A) | 第9期保険料策定にあてて<br>取り崩した準備基金(B) | 取り崩し割合〈(B)／(A)〉<br>(小数点第1位まで) |
| 403,905,044 円                      | 191,518,000 円                | 47.4%                         |

②次年度繰越金・準備基金保有高

| 質問項目                    | 2022年度末       | 2023年度末       | 2024年度末       |
|-------------------------|---------------|---------------|---------------|
| 第1号被保険者数 (A)            | 29,272 人      | 29,436 人      | 29,547 人      |
| 次年度決算繰越金 (B)            | 113,526,435 円 | 148,878,646 円 | 210,550,200 円 |
| 1人当たり繰越金 (B)／(A)        | 3,878 円       | 5,058 円       | 7,126 円       |
| 年度末準備基金保有額 (C)          | 595,065,027 円 | 403,905,044 円 | 403,918,544 円 |
| 繰越金＋基金保有額(D)            | 708,591,462 円 | 552,783,690 円 | 614,468,744 円 |
| 1人当たり「繰越金＋基金保有額」(D)／(A) | 24,207 円      | 18,802 円      | 20,796 円      |

(2) 介護保険料の独自減免制度 → 2024年4月以降の変更は ( )ある (○)ない

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。(2025年4月1日現在)

・減免対象の規定(所得段階区分等)の内容

介護保険料所得段階が第1・2・3段階に該当し、下記に当てはまる者

- ・前年の所得がない世帯に属する
- ・市町村民税が課税されている者と生計を共にしていない
- ・市町村民税課税者の扶養を受けていない

・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       | 2023年度   | 2024年度    |
|------------|----------|-----------|
| 保険料減免件数    | 1 件      | 2件        |
| 保険料減免の金額実績 | 8, 930 円 | 22, 970 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。(コロナ特例減免は除く)

(○)ある ( )ない

2) ある場合、2025年4月1日現在の内容をご記入ください。(コロナ特例減免は除く)

世帯の生計を主として維持する者が死亡、長期入院、失業等により収入が減少し、下記に当てはまる者

- ・世帯の生計を主として維持する者の前年の合計所得金額が 250 万円未満
- ・本人の前年の合計所得金額が 125 万円未満
- ・当該年合計所得金額(見込額)が前年の合計所得金額の十分の五以下に減少

3) ある場合、その実績をご記入ください。(コロナ特例減免は除く)

| 質問項目       | 2023年度    | 2024年度   |
|------------|-----------|----------|
| 保険料減免件数    | 1 件       | 1 件      |
| 保険料減免の金額実績 | 27, 890 円 | 8, 600 円 |

(3) 保険料滞納の状況と処分件数について

| 質問項目    |               | 2023年度 | 2024年度 |
|---------|---------------|--------|--------|
| 保険料滞納者数 | 保険料滞納者実人数     | 40     | 99     |
|         | 保険料滞納者延べ件数    | 271    | 213    |
| 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      | 0      |
|         | 3割負担人数        | 0      | 0      |
| 財産差押え   | 差押え実人数        | 25     | 24     |
|         | 差押え件数合計       | 31     | 30     |

(4) 介護保険利用料の独自減免制度 → 2024年4月以降の変更は ( )ある (○)ない

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 → 実施年月(平成12)年(4 )月 ( )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。(2025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

- ・半田市に住所を有し、市民税非課税世帯に属していること。
- ・市町村民税が課される者の扶養控除の対象者となっていないこと。
- ・前年の年間収入が単身世帯で百五十万円、世帯員が一人増えるごとに五十万円を加算した額以下であること。

2) 訪問介護利用料の助成割合 ( 二分の一 )

3) 居宅サービス利用料の助成割合 ( 二分の一 )

4) 施設サービス利用料の助成割合 ( )

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。

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       | 2023年度     | 2024年度     |
|------------|------------|------------|
| 利用料減免件数    | 12 件       | 8 件        |
| 利用料減免の金額実績 | 679, 884 円 | 446, 055 円 |

(5) 介護保険施設、グループホーム入所者等への食費・居住費の助成制度

①介護保険施設、介護付き有料老人ホーム、グループホーム等の入所者や短期入所者等の食事、居住費に対する助成制度がありますか。

( )ある → 実施年月( )年( )月 ( ○ )ない

②ある場合、その内容をご記入ください。(2025年4月1日現在)

|  |
|--|
|  |
|--|

(6) 総合事業

①総合事業の「事業対象者」数をお答えください。( 766 )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(2025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  |       |
|------------------|-------|-------|-------|-------|
|                  | 2024年 | 2025年 | 2024年 | 2025年 |
| 現行の訪問介護相当の訪問介護   | 24    | 19    | 224   | 228   |
| 生活支援型訪問A(緩和した基準) | 9     | 8     | 11    | 3     |
| 現行の通所介護相当の通所介護   | 30    | 30    | 234   | 233   |
| 通所型サービスA(緩和した基準) | 13    | 12    | 292   | 282   |
| 通所型サービスC(短期集中予防) | 13    | 13    | 167   | 155   |

(7) 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。( 42 )人(2023年4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( 2 )人 待機者数( 0 )人 (2023年4月現在)  
( )把握していない

③特別養護老人ホームの入所者の申し込みにあたって貴自治体の対応(該当に○印を)

( )自治体の窓口でも相談・受け付け業務を行っている  
( )行政区内の施設から情報を定期的に得ている  
(○)当該施設に任せており、対応はしていない

(8) 施設サービス基盤整備

①特別養護老人ホーム等の整備状況について

※( )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9期(～2026年度) |               | 2024年度      |               |             |              |
|----------------|--------------|---------------|-------------|---------------|-------------|--------------|
|                | 計画           |               | 計画          |               | 実績          |              |
|                | 施設数          | 定員            | 施設数         | 定員            | 施設数         | 定員           |
| 特別養護老人ホーム      | 3<br>( 0 )   | 360<br>( 40 ) | 3<br>( 0 )  | 360<br>( 40 ) | 3<br>( 0 )  | 320<br>( 0 ) |
| 介護老人保健施設       | 4<br>( 0 )   | 315<br>( 0 )  | 4<br>( 0 )  | 315<br>( 0 )  | 4<br>( 0 )  | 315<br>( 0 ) |
| 認知症グループホーム     | 16<br>( 0 )  | 261<br>( 0 )  | 16<br>( 0 ) | 261<br>( 0 )  | 16<br>( 0 ) | 261<br>( 0 ) |
| 特定施設入居者生活介護事業所 | 6<br>( 3 )   | 215<br>( 89 ) | 6<br>( 3 )  | 215<br>( 89 ) | 3<br>( 0 )  | 126<br>( 0 ) |

②サービス付き高齢者住宅等の設置状況について(2025年3月末現在)

|             | 施設数 | 定員  |
|-------------|-----|-----|
| サービス付き高齢者住宅 | 4   | 142 |
| 住宅型有料老人ホーム  | 13  | 356 |

(9) 介護施設の夜勤形態について

①介護施設の夜勤形態について把握をしていますか。

( )把握している (○)把握していない

②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<br>施設数 | 2交替(12時間以上<br>の長時間)夜勤 | 3交替夜勤 | 2交替と3交替<br>が混在 | その他 |
|-----------|-----------|-----------------------|-------|----------------|-----|
| 特別養護老人ホーム |           |                       |       |                |     |
| 介護老人保健施設  |           |                       |       |                |     |

|          |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|
| グループホーム  |  |  |  |  |  |
| 小規模多機能   |  |  |  |  |  |
| 看護小規模多機能 |  |  |  |  |  |
| 短期入所     |  |  |  |  |  |

- ③上記施設の内、夜勤配置人員が1人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フロアー・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(12時間以上の長時間)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 |                   |       |            |     |
| 介護老人保健施設  |                   |       |            |     |
| グループホーム   |                   |       |            |     |
| 小規模多機能    |                   |       |            |     |
| 看護小規模多機能  |                   |       |            |     |
| 短期入所      |                   |       |            |     |

(10)次期(第10期)介護保険事業計画策定委員会

- ①計画策定委員会の公開 (○)公開する ( )公開しない ( )未定  
 ②計画策定委員の公募枠 (○)ある → 公募枠( )人 ( )ない (○)未定

(11)高齢者福祉施策

- ①加齢性難聴者への補聴器助成を実施する予定はありますか？すでに実施済みの場合、事業名、対象者、助成額、助成実績をご記入ください。

( )予定がある ( )年 月から ( )検討中 (○)予定がない  
 ( )実施中

| 事業名 | 対象者 | 助成額 | 2024年度助成実績<br>(人数・金額) |
|-----|-----|-----|-----------------------|
|     |     |     | 人<br>円                |

- ②加齢性難聴の検診制度がありますか？ある場合は、実施内容をご記入ください。

( )ある (○)ない

- ③高齢者の外出支援施策について、該当項目に○印を付してください。

- 1)地域巡回バス (○)ある ( )ない ( )検討中  
 2)タクシー代助成 (○)ある ( )ない ( )検討中  
 3)その他の移動支援がありますか？ある場合または検討中の場合は、実施内容をご記入ください。  
 ( )ある (○)ない ( )検討中

- 4)外出支援策について前年度から変更がありますか。ある場合は、変更内容をご記入ください。

( )ある (○)ない

(12)認知症関係

- ①「市町村認知症施策推進計画」の作成予定は

( ) 年 月に作成予定 (○)作成予定は未定

- ②認知症の人が事故を起こした時に備える「賠償補償制度」は

( )実施している → 保険料の補助は ( )全額補助 (○)一部補助 ( )補助なし  
 ( )実施していない

- ③認知症の無料検診事業(物忘れ検診など)を実施していますか。  
☐ 実施している → 自己負担は ☐ 無料 ☐ 有料 (自己負担額 円)  
☐ 実施していない

(13)やむを得ない事由による老人福祉法の措置

※2024年度措置件数

| やむを得ない事由            | 施設入所件数<br>(第11条1項2号) | 居宅サービス等件数<br>(第10条の4第1項) |
|---------------------|----------------------|--------------------------|
| 虐待                  | 0                    | 0                        |
| 認知症                 | 0                    | 0                        |
| その他(同居家族死亡、身体状況悪化等) | 4                    | 0                        |

(14)65歳以上高齢者の障害者控除の認定について

→2024年4月以降、対象者・要件の変更は ☐ ある ☐ なし

①認定書の発行枚数実績は → 2023年度( 462 )枚、2024年度( 487 )枚

②障害者控除の対象者に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 → 2023年度(0)件※廃止、2024年度( )件

☐ 認定書を送付している → 2023年度( 462 )件、2024年度( 311 )件

☐ 自動的に送付していない

③65歳以上高齢者の認定書の発行要件(複数回答可)

☐ 要支援2以上は基本的に該当する

☐ 要介護1以上は基本的に該当する

☐ 障害高齢者自立度( A1 )以上は基本的に該当する → 要介護要件 ☐ ある ☐ なし

※要介護要件がある場合は、( 要支援1 )以上

☐ 認知症高齢者自立度( IIa )以上は基本的に該当する → 要介護要件 ☐ ある ☐ なし

※要介護要件がある場合は、( 要支援1 )以上

☐ その他、次のような基準で判断している( )

2. 国民健康保険 担当課( 国保年金課 )電話( 0569-84-0651・0652 )FAX( 0569-22-8561 )

メールアドレス( honen@city.handa.lg.jp )

(1)国保保険料(税)等について

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)と法定外繰入について

|                            | 区分  | 定 義      | 2024年度      | 2025年度      |
|----------------------------|-----|----------|-------------|-------------|
| 保<br>険<br>料<br>・<br>税<br>率 | 所得割 | 旧但し書き額   | × (10.45) % | × (10.45) % |
|                            | 資産割 | 固定資産税額   | × (0) %     | × (0) %     |
|                            | 均等割 | 加入者1人につき | 43,500 円    | 43,500 円    |
|                            | 平等割 | 1世帯につき   | 29,500 円    | 29,500 円    |
| 1人当たり調定額(平均保険料)※予算額        |     |          | 113,500 円   | 117,000 円   |
| 一般会計からの1人当たり法定外繰入額         |     |          | 予算 0 円      | 予算 0 円      |
| ※2024年は予算・決算、2025年は予算      |     |          | 決算 0 円      |             |

②モデルケース別の国保保険料(税)(医療給付費分と後期高齢者支援金分の合計)について

| No. | モデルケース                                                       | 2024年度    | 2025年度    | 増減  |
|-----|--------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----|
| 1   | 夫婦(40歳代)・子ども(中学生1・高校生1)の<br>4人世帯、給与所得200万円〈妻の年収0〉<br>※2割軽減世帯 | 326,700 円 | 326,700 円 | 0 円 |
| 2   | 夫婦世帯(70歳代)、年金所得80万円(年金<br>収入190万円)〈妻年収0〉<br>※5割軽減世帯          | 96,800 円  | 96,800 円  | 0 円 |
| 3   | 単身世帯(70歳代)、所得0円<br>※7割軽減世帯                                   | 21,800 円  | 21,800 円  | 0 円 |
| 4   | 単身世帯(20歳代)、給与所得100万円(給与<br>収入155万円)                          | 132,500 円 | 132,500 円 | 0 円 |

|  |         |  |  |  |
|--|---------|--|--|--|
|  | ※軽減なし世帯 |  |  |  |
|--|---------|--|--|--|

※資産割がある自治体の場合、資産税額は0円で算出してください。

③次年度繰越金・基金保有額

| 質問項目                     | 2022年度末       | 2023年度末       | 2024年度末       |
|--------------------------|---------------|---------------|---------------|
| 被保険者数 (A)                | 20,577 人      | 19,442 人      | 18,304 人      |
| 次年度決算繰越金 (B)             | 59,587,018 円  | 30,248,700 円  | 77,271,268 円  |
| 1人当たり繰越金 (B)／(A)         | 2,896 円       | 1,556 円       | 4,222 円       |
| 年度末準備基金保有額 (C)           | 683,125,474 円 | 373,399,472 円 | 313,598,657 円 |
| 1人当たり保有額 (C)／(A)         | 33,198 円      | 19,206 円      | 17,133 円      |
| 繰越金＋基金保有額(D)             | 742,712,492 円 | 403,648,172 円 | 390,869,925 円 |
| 1人当たり「繰越金＋基金保有額」 (D)／(A) | 36,094 円      | 20,762 円      | 21,354 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 → 2024年4月以降の変更は ( )ある (○)ない

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、その要件と減免内容をご記入ください。

非自発的な離職及び事業の廃業等により、所得が著しく減少した者(非自発的失業減額を受けておらず、前年所得が 510 万円以下の者。)

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       | 2023年度    | 2024年度    |
|------------|-----------|-----------|
| 保険料減免件数    | 8件        | 8件        |
| 保険料減免の金額実績 | 123,200 円 | 117,700 円 |

4)低所得者減免に対する一般会計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市町村独自の子どもの均等割などの減免(就学前までの5割減免は除く)

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 ( )検討中 (○)ない

2)ある場合、2025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       | 2023年度 | 2024年度 |
|------------|--------|--------|
| 保険料減免件数    | 件      | 件      |
| 保険料減免の金額実績 | 円      | 円      |

③収入減少を理由にした保険料(税)減免制度(コロナ特例減免は除く)

→ 2024年4月以降の変更は ( )ある (○)ない

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、2025年4月1日現在の内容をご記入ください。(コロナ特例減免は除く)

前年合計所得 総所得金額のうち、譲渡所得及び一時所得金額を除いた非自減額前の金額で 510 万円  
 当年合計所得見込額 合計所得金額から退職所得金額を除いた非自減額前の金額  
 ※金額について規定なし  
 当年合計所得見込額の減少要件割合 3/10  
 減免割合 所得割額の 最小(3)割～最高(10)割

3)ある場合、その実績をご記入ください。(コロナ特例減免は除く)

| 質問項目 | 2023年度 | 2024年度 |
|------|--------|--------|
|------|--------|--------|

|            |             |             |
|------------|-------------|-------------|
| 保険料減免件数    | 162 件       | 221 件       |
| 保険料減免の金額実績 | 4,808,300 円 | 8,067,300 円 |

(3) 資格証明書・留め置き・差押え

① 国保被保険者数・世帯数・滞納世帯数・資格証明書・留め置き世帯数等

| 質問項目           | 2024年6月1日               | 2025年6月1日                |
|----------------|-------------------------|--------------------------|
| 被保険者数          | 19,438                  | 18,382                   |
| 世帯数            | 12,864                  | 12,380                   |
| 滞納世帯数          | 739                     | 829                      |
| 資格証明書交付世帯数     | 0                       | 0                        |
| 特別療養費支給対象世帯数   | 8/10<br>(3 か月 5、6 か月 5) | 4/16<br>(3 か月 4、6 か月 12) |
| 留め置き世帯数(※1)    | 410/12,649 (R6)<br>※4   | 285/13,103 (R7)<br>※5    |
| 未交付・未更新世帯数(※2) | 2/10                    | 11/16                    |

R6は、一斉更新(保険証)を行ったため、※4は8月中に交付し、9月に郵便局から返戻された件数になります。

R7は、一斉更新(資格情報通知書と資格確認書の重複世帯あり)を行ったため、※5は7月中に交付し、8月に郵便局から返戻された件数になります。

※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」

② 資格証明書の交付または特別療養費の支給 (2025年6月1日現在)

資格証明書の交付または特別療養費の支給で独自に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、次の場合は対象から除外している

(○) 高校生世代以下の子どものいる世帯

(○) 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、対象から除外している

|  |
|--|
|  |
|--|

③ 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。 → 2024年4月以降の変更は ( ) ある (○) ない

|  |
|--|
|  |
|--|

2) 以下の件数をご記入ください。

| 質問項目     |          | 2023年度      | 2024年度 |
|----------|----------|-------------|--------|
| 財産調査件数   |          | -           | -      |
|          | 差押え件数    | 242         | 372    |
|          | 件数<br>内訳 | 給与          | 81     |
|          |          | 不動産         | 25     |
|          |          | 預貯金         | 213    |
|          |          | 生命保険(内学資保険) | 21     |
|          |          | その他         | 32     |
| 競売による現金化 |          | 0           | 14     |
| 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 | 3    | 1    |
| 滞納処分の停止 | 適用件数 | 74   | 66   |
|         | 件数内訳 |      |      |
|         | 無資力  | 4    | 17   |
|         | 生活保護 | (36) | (28) |
|         | 生活困窮 | 36   | 28   |
|         | 所在不明 | 26   | 21   |
|         | その他  | 8    | 0    |

(4) 一部負担減免制度

① 一部負担減免制度がありますか。

(○)ある ( ) 検討中 ( ) ない

② 相談・申請・適用の実績

| 質問項目         | 2023年度 | 2024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    |

(5) マイナ保険証登録率・利用率、資格確認書

① 国民健康保険加入者のマイナ保険証登録率・利用率 (2025年6月現在)

登録率 70.88% 利用率 43.29%

※ 国から提供されている最新の数値は、5月診療分となります。

② 資格確認書の交付についての貴自治体の対応は。

(○) マイナ保険証登録者には、要配慮者に限り資格確認書を交付する。

( ) 全ての国民健康保険加入者に送付する。

( ) 全ての国民健康保険加入者に交付できないか検討中。

( ) その他( )

③ 資格確認書の交付などについて、困っていること、改善してほしいことなどがあればご記入ください。

(6) 国保運営協議会 → 2024年4月以降の変更は (○)ある ( ) ない

① 運営協議会の公開 (○) 公開している ( ) 公開していない

② 運営協議会議事録のホームページへの掲載 (○) 掲載している ( ) 掲載していない

③ 運営協議会委員の被保険者枠は (4) 人 そのうち、公募枠は (1) 人

### 3. 生活保護・生活困窮者支援

(1) 生活保護 担当課(生活援護課 保護担当) 電話(0569-84-0655) FAX(0569-25-3254)

メールアドレス(seikatsuengo@city.handa.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 生活保護の相談件数、申請件数とその保護開始件数

| 質問項目   | 2023年度 | 2024年度 |
|--------|--------|--------|
| 相談件数   | 90 件   | 205 件  |
| 申請件数   | 115 件  | 136 件  |
| 保護開始件数 | 109 件  | 125 件  |

② 利用(受給)世帯数と人数

| 質問項目 | 2024年4月分 | 2025年4月分 |
|------|----------|----------|
|------|----------|----------|

|           |        |        |
|-----------|--------|--------|
| 世帯数       | 558 世帯 | 556 世帯 |
| うち、外国人世帯数 | 29 世帯  | 30 世帯  |
| 人数        | 686 人  | 678 人  |
| うち、外国人人数  | 47 人   | 51 人   |

※以下は市のみお答えください

③扶養照会

| 質問項目                              | 2023年度 | 2024年度 |
|-----------------------------------|--------|--------|
| 1) 扶養照会したケース数                     | - 件    | - 件    |
| 2) 扶養照会した扶養義務者数                   | 754 人  | 817 人  |
| 3) 上記2)のうち金銭的援助が受けられるようになった扶養義務者数 | 0 人    | 0 人    |

④生活保護担当職員

1) ケースワーカーの人数

|           | 正規職員数(内女性) | 生保担当の<br>平均在任年数 | 非正規職員数(内女性) |
|-----------|------------|-----------------|-------------|
| 2024年4月現在 | 8 人( 2 人)  | 1 年 8 カ月        | 0 人( 0 人)   |
| 2025年4月現在 | 8 人( 2 人)  | 0 年 8 カ月        | 0 人( 0 人)   |

※正規職員には暫定再任用職員(フルタイム)を含む

※非正規職員をケースワーカーとして配置している理由をご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|--|

2) 社会福祉主事の資格がない職員数(2025年4月現在)

| 社会福祉主事の<br>資格がない職員数 | 正規職員 | 非正規職員 |
|---------------------|------|-------|
|                     | 4 人  | 0 人   |

3) 1ケースワーカー当たりの世帯数・人数

|           | 世帯数   | 人数   |
|-----------|-------|------|
| 2024年4月現在 | 70 世帯 | 86 人 |
| 2025年4月現在 | 70 世帯 | 85 人 |

4) 専門職としての採用(2025年4月現在)

専門職としての採用がありますか。 ( )あり ( ○ )なし

5) 生活保護担当部署に配置されている会計年度任用職員について

| 職種    | フル・パートの別 | 人数  |
|-------|----------|-----|
| 就労支援員 | フル       | 1 人 |
| 面接相談員 | フル       | 1 人 |
| ( )   |          | 人   |

(2)生活困窮者支援 担当課(生活援護課 暮らし相談担当)電話(0569-84-0677)FAX(0569-25-3254)  
メールアドレス(seikatsuengo@city.handa.lg.jp)

※市民向けのパンフレットがあれば添付してください。

①実施方法

|               | 実施 | 運営方法 | 事業所数 | 委託先       |
|---------------|----|------|------|-----------|
| 自立相談支援        |    | 直営   | 1    |           |
| 住居確保一時給付金窓口   |    | 直営   | 1    |           |
| シェルター(一時生活支援) | 実施 | 委託   | 8    | 社会福祉協議会など |
| 地域居住支援        | 実施 | 委託   | 3    | 社会福祉協議会など |
| 就労準備支援        | 実施 | 委託   | 1    | 一般社団法人    |
| 就労訓練          | 実施 | 県実施  | -    |           |

|             |    |    |   |          |
|-------------|----|----|---|----------|
| 家計改善支援      | 実施 | 委託 | 1 | 社会福祉協議会  |
| 子どもの学習・生活支援 | 実施 | 委託 | 6 | 一般社団法人など |
| 町村の相談支援     | -  | -  | - | -        |
| その他( )      |    |    |   |          |

※実施には、「実施」「未実施」「実施予定」の別を記入ください

※運営方法は「直営」「委託」「直営＋委託」「借上」の別を記入ください

※委託先は「社協」「社会福祉法人」「NPO法人」「一般社団(財団)法人」「株式会社」「生協」など種別を記入ください。複数ある場合は複数記入ください。

## ②実施状況

|          | 2023年度        | 2024年度 |
|----------|---------------|--------|
| 新規相談受付件数 | 299           | 323    |
| プラン作成件数  | 43            | 46     |
| 就労支援対象者数 | 80            | 111    |
| 事業等利用件数  | 住居確保給付金       | 17     |
|          | シェルター(一時生活支援) | 7      |
|          | 地域居住支援        | 0      |
|          | 就労準備支援        | 44     |
|          | 就労訓練          | 13     |
|          | 家計改善支援        | 78     |
|          | 子どもの学習・生活支援   | 48     |
|          | 町村の相談支援       | -      |
|          | その他( )        |        |

## (3)低所得世帯等へのエアコン助成 担当課(生活援護課 暮らし相談担当)電話(0569-84-0677)

FAX(0569-25-3254) メールアドレス(seikatsuengo@city.handa.lg.jp)

①自治体独自の低所得世帯・高齢者世帯等へのエアコン購入費助成事業がありますか。

※国の住宅省エネキャンペーン、子育てグリーン住宅支援などは除く。

( )ある ( ○ )ない ( )検討中

②ある場合は、実施内容(対象者、助成額、助成実績)をご記入ください。

| 対象者      | 助成の有無 | 助成額 | 助成実績(件) |
|----------|-------|-----|---------|
| 生活保護利用世帯 |       |     |         |
| 高齢者世帯    |       |     |         |
| 住民税非課税世帯 |       |     |         |
| その他( )   |       |     |         |

## 4. 福祉医療など 担当課(国保年金課)電話( 0569-84-0652 )FAX( 0569-22-8561 )

メールアドレス( iryofukushi@city.handa.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、2024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)R7.4.1<br>(改定内容)中学生・高校生等の通院に係る医療費助成について、自己負担額の3分の2の助成から全額助成に改定 |
|-----------------------------------------------------------------------|

**5. 子育て支援策 担当課( 子ども育成課 )電話( 0569-84-0658 )FAX( 0569-84-0610 )**  
**メールアドレス( kodomoikusei@city.handa.lg.jp )**

(1) 子どもの権利を守る施策

①教育・学習支援 (○)実施 ( )未実施

|              | 2024年度実績                                     | 2025年度予算                                     |
|--------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| カ所数          | 9カ所(常設・長期休暇)                                 | 9カ所(常設・長期休暇)                                 |
| 人数           | 293 人                                        | 人数で予算計上なし                                    |
| 実施時期(○月～○月等) | 常設:4月～3月<br>長期休暇:夏(7月～8月)<br>冬(12月)<br>春(3月) | 常設:4月～3月<br>長期休暇:夏(7月～8月)<br>冬(12月)<br>春(3月) |
| 実施日・回数等      | 常設:152日<br>長期休暇:54日                          | 常設:153日<br>長期休暇:80日                          |
| 対象者の学年       | 常設:中学生<br>長期休暇:18歳以下の児童                      | 常設:中学生<br>長期休暇:18歳以下の児童                      |

※実施している場合の具体的な内容や対象者の要件等をご記入ください。

学習支援・生活支援を実施  
 学習支援:学校の勉強の復習や宿題の習慣づけ等の学習の向上  
 生活支援:日常生活習慣の形成や居場所の提供等  
  
 常設:就学援助受給対象世帯の児童(生活保護受給世帯、児童扶養手当受給世帯等)  
 長期休暇:18歳以下の児童

②「無料塾」、「こども食堂」への支援

1)「無料塾」への支援 ( )実施 (○)未実施

2024年度実績 ( )カ所( )人、決算額( )円

2025年度予算 ( )カ所( )人、予算額( )円

※支援内容を具体的にご記入ください。

2)「こども食堂」への支援 (○)実施 ( )未実施

2024年度実績 ( 11 )カ所( 不明 )人、決算額( 0 )円

2025年度予算 ( 11 )カ所( 不明 )人、予算額( 0 )円

※支援内容を具体的にご記入ください。

市として補助金等の運営支援はなく、実施団体が主体となり活動している。  
 活動状況の集約と発信、各種補助金や寄付に関する情報の仲介等を実施している。

③こども家庭センターについて

1)こども家庭センターの設置状況 (○)設置済み ( )設置を検討中 ( )設置しない

2)こども家庭センターを設置している場合の状況

設置カ所数( 1 )カ所 設置場所( 半田市役所 子育て相談課 )

| 職員体制     | 人数(人) | 任用形態 | 専任・兼務   | 所持している資格 |
|----------|-------|------|---------|----------|
| センター長    | 1     | ①    | 専任 ・ 兼務 |          |
| 統括支援員    | 1     | ①    | 専任 ・ 兼務 | 保健師      |
| 子ども家庭支援員 | 2     | ④、⑦  | 専任 ・ 兼務 | 教員免許、保育士 |
| 虐待対応専門員  | 2     | ⑦    | 専任 ・ 兼務 | 教員免許、保育士 |

|        |    |   |       |  |
|--------|----|---|-------|--|
| 保健師    | 10 | ① | 専任・兼務 |  |
| 心理担当職員 |    |   | 専任・兼務 |  |
| その他( ) |    |   | 専任・兼務 |  |

※任用形態は①正規職員、②フルタイム再任用職員、③短時間再任用職員、④任期付職員、⑤短時間任期付職員、⑥臨時職員、⑦フルタイム会計年度任用職員、⑧パートタイム会計年度任用職員、⑩その他、から選択してご記入ください。

④要保護児童対策地域協議会について

- 1) 要保護児童対策地域協議会の設置状況 (○)設置している ( )設置していない  
 2) 要保護児童対策地域協議会を設置している場合の状況  
 設置か所数(1)カ所 設置場所(半田市役所 子育て相談課 )  
 職員体制 全体(7)人 うち正規職員(3)人 →うち専任(3)人・兼任( )人  
 正規職員以外(4)人 →うち専任(4)人・兼任( )人

(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。

①就学援助受給者数・予算額をご記入ください。

|      | 2024年度       | 2025年度       |
|------|--------------|--------------|
| 受給者数 | 1,106 人      | 1,056 人      |
| 受給割合 | 12.2%        | 11.9%        |
| 支給額  | 97,021,808 円 | 97,021,808 円 |

※受給割合は、小数点第1位までご記入ください。  
 ※2025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。→ 2024年4月以降の変更は ( )ある (○)ない

生活保護基準額の( 1.3 )倍

※上記生活保護基準に含まれているものに○印を付してください。

(○)生活扶助(基準生活費+加算)、(○)住宅扶助(家賃)、(○)教育扶助、  
 ( )前記以外に追加しているもの( )

③就学援助の対象となる所得基準額(年額)をご記入ください。

- ・2人家族(母就労30歳代、子ども小学生の場合) … ( 3,000,000 )円  
 ・4人家族(父母とも就労30歳代、子ども小学生と4歳児の場合) … ( 4,000,000 )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 → 2024年4月以降の変更は (○)ある ( )ない

- ( )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)  
 ( )めがね・コンタクトレンズ ( )卒業記念品 ( )オンライン学習通信費  
 ( )その他( )

⑥日本スポーツ振興センター掛け金

- (○)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(就学援助家庭への減免は除く)

①学校給食費について

- 1) 一般財源により市町村独自の補助・減免を行っていますか。(例:半額補助、第2子以降無料など)  
 → 2024年4月以降の変更は ( )ある (○)ない  
 ( )徴収していない ( )補助・減免を行っている ( )検討中 ( )行っていない  
 ※徴収していない、または補助・減免を行っている場合は、具体的な内容をご記入ください。

- 2) 重点支援地方交付金を活用した時限的な補助・減免を行っていますか。  
 (○)補助・減免を行っている ( )検討中 ( )行っていない  
 ※補助・減免を行っている場合は、具体的な期間・内容をご記入ください。



向も確認しながら制度見直しを検討していく。

2) 育休退園を行っている場合、育休退園となった子どもの延べ人数とその内訳

|        | 延べ人数 | 0歳児 | 1歳児 | 2歳児 | その他 |
|--------|------|-----|-----|-----|-----|
| 2023年度 | 26   | 2   | 11  | 13  | 0   |
| 2024年度 | 36   | 0   | 15  | 21  | 0   |

3) 再び入園する際の配慮があれば具体的にご記入ください。

再度入所申込をされる場合、優遇措置を設け、入所の優先度を高くしている。

④ 保育施設等に対する指導監査における実地検査について

1) 保育士等、現場経験のある専門家は同行していますか。

(○) 保育士が同行している ( ) その他の専門家が同行している ( ) 同行していない

※ その他の専門家が同行している場合、具体的にご記入ください。

2) 実地による検査ではなく、書面やリモートにて実施する予定はありますか。

( ) すでに実施している ( ) 予定がある (○) 予定はない

※ すでに実施している、予定がある場合は、実地の検査を行わないこととした理由をご記入ください。

3) 指導監査における実地検査以外に、保育施設等を訪問する機会がありますか。

(○) 定期的に訪問している ( ) 特別な事情があれば訪問している ( ) 特にしていない

※ 訪問している場合、どの種類の保育施設を訪問していますか。

(○) 認可保育所 (○) 小規模保育事業 ( ) 企業主導型保育事業 ( ) 認可外保育所

※ 訪問している場合、その理由や目的(職員からの聞き取り、保育の指導、状況把握等)、訪問者などをご記入ください。

施設全体の確認や保育内容への助言

⑤ 保育施設におけるスポットワーク(いわゆるスキマバイト)の利用を把握していますか。

( ) している → ( ) カ所の施設で利用している (○) していない

1) 把握している場合、その把握方法を具体的にご記入ください。

2) 把握している場合、以下の状況があった際に指導・指摘等の対象としていますか。

( ) スポットワークの保育士を最低基準上の保育士定数の一部に充てている場合

( ) 組・グループの保育をスポットワークの保育士のみで行っている場合

( ) スポットワークの保育士を長期かつ継続的に利用している場合

( ) その他( ) の場合 ( ) 特にしていない

⑥ 保育士の離職防止や保育士確保のために市町村独自の施策や工夫を行っていますか。

(○) 市町村独自のとりくみを行っている ( ) 特に行っていない

※ 市町村独自のとりくみを行っている場合、その内容について具体的にご記入ください。

保育士の負担軽減のための事務員の配置、適正な勤怠管理、働きやすい職場作りのための研修

⑦ 乳児等通園支援事業(こども誰でも通園制度)の実施状況(予定含む)について

1) 実施施設 ※該当する全部を選択してください。

( ) 公立保育園・認定こども園・幼稚園 ( ) 民間保育園・認定こども園・幼稚園

( ) 小規模保育事業所 ( ) 家庭的保育事業所 ( ) 地域子育て支援拠点

( ) 児童発達支援センター (○) その他(子育て支援センター) ( ) 検討段階にない

2) 実施方法 ※該当する全部を選択してください。

(○) 一般型(在園児合同) ( ) 一般型(専用室独立実施) ( ) 余裕活用型

( ) 検討段階にない

3) 職員配置

( ) 正規保育士を配置 ( ) 非正規保育士を配置 ( ) 保育従事者を配置

(○) 現体制のまま実施 ( ) 検討段階にない

4) 事業に対する指導監査・勧告・命令等について

- ( )新たに人員を配置 ( )外部委託 ( )その他( )  
 (○)検討段階にない  
 5)乳児の対象地域  
 ( )限定する ( )検討中 (○)限定しない ( )検討段階にない  
 6)その他、自治体独自で実施・検討していることなどあれば具体的にご記入ください。

特にございません。

6. 障害者施策 担当課(地域福祉課)電話(0569-84-0643)FAX(0569-22-2904)  
 メールアドレス( [chiikifukushi@city.handa.lg.jp](mailto:chiikifukushi@city.handa.lg.jp) )

- (1)自治体独自の障害者手当 → 2024年4月以降の変更は ( )ある(○)ない  
 ①自治体独自の障害者手当を支給していますか(○)支給している( )支給していない  
 ②支給している場合、2025年4月現在の内容をご記入ください。

|        |                                                                               |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 手当の事業名 | 半田市心身障がい者手当                                                                   |
| 支給者数   | 2024年度実績 5,485 人                                                              |
| 手当額    | ※月額または年額のいずれかをご記入ください<br>月額 (最低) 1,300 円 ~ (最高)14,000 円<br>年額 (最低) 円 ~ (最高) 円 |
| 支給対象者  | 半田市在住、在宅の障がい者手帳を所持している方                                                       |

- (2)入所施設 ※複数施設の待機者は、名寄せしてご記入ください。

|            | 2024年7月現在 | 2025年7月現在 | 対前年比(%) |
|------------|-----------|-----------|---------|
| 入所施設設置数    | 1         | 1         | 100     |
| 入所待機者数     | 把握していない   | 把握していない   | —       |
| 施設入所支援決定者数 | 49        | 43        | 88      |

- (3)グループホーム

|                     |            | 2024年7月現在 | 2025年7月現在 | 対前年比(%) |
|---------------------|------------|-----------|-----------|---------|
| グループホーム設置数          |            | 18        | 22        | 122     |
| 共同生活援助支給決定数         |            | 238       | 267       | 112     |
| 日中サービス支援型共同生活援助事業所数 |            | 0         | 2         | 200     |
| グループホームの運営法人        | 1) 公営      | 0         | 0         | —       |
|                     | 2) 社会福祉法人  | 7         | 8         | 114     |
|                     | 3) 非営利活動法人 | 5         | 6         | 120     |
|                     | 4) 営利法人    | 6         | 8         | 133     |

- (4)訪問系各サービス

- ①訪問系各サービスの支給状況

| サービス   | 支給者数(人)   |           |          | 最多支給時間数   | 平均支給時間数   |
|--------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|
|        | 2024年7月現在 | 2025年7月現在 | 前年同月比(%) | 2025年7月現在 | 2025年7月現在 |
| 居宅介護   | 259       | 245       | 95       | 230       | 20        |
| 重度訪問介護 | 8         | 8         | 100      | 744       | 434       |
| 行動援護   | 13        | 13        | 100      | 108       | 39        |
| 同行援護   | 13        | 11        | 85       | 29        | 13        |

地域生活支援事業

|      |     |     |    |    |   |
|------|-----|-----|----|----|---|
| 移動支援 | 337 | 328 | 97 | 49 | 8 |
|------|-----|-----|----|----|---|

※最多支給時間は2025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移動支援の報酬単価について

- 1)2025年度 1時間あたりの報酬単価(身体介護有 4,020 円、身体介護無 1,960 円)  
 ( )引き上げた ( )引き下げた (○)変更していない

## 2) 2026年度

( ) 引き上げる予定 ( ) 引き下げる予定 ( ○ ) 変更しない予定

※上記1)、2)の改定にあたって参考にしたことがあればご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|--|

## (5) 短期入所

| 短期入所支給者数      |               |              | 最多支給日数 | 平均支給日数 | 年間180日以上利用可とする支給者数 |               |
|---------------|---------------|--------------|--------|--------|--------------------|---------------|
| 2024年7月<br>現在 | 2025年7月<br>現在 | 前年同月比<br>(%) |        |        | 2024年7月<br>現在      | 2025年7月<br>現在 |
| 165           | 179           | 108          | 10     | 6      | 1                  | 0             |

## (6) 介護保険利用を優先することについて

① 要介護認定の申請をせず、障害福祉サービスの更新申請の受理について。

( ) 受理する ( ) 受理しない ( ○ ) その他

受理しない場合、その理由

( ) 介護保険の利用申請は必須である。

( ) 要介護認定の申請をしない理由がない。

② 要介護認定の申請をしない場合(介護保険を利用しない)、障害福祉サービスの継続利用について

( ) 65歳の誕生日前日をもって介護保険に相当する障害福祉サービスは打ち切る

( ) 65歳の誕生日前日をもって支給決定していた障害福祉サービスはすべて失効する

( ) 介護保険の利用申請をしないことを理由に障害福祉サービスを打ち切ることはない  
その際の支給期間数( ) カ月

※①と同じくその他に該当

## (7) 障害者・児虐待について

|               | 養護者による障害者・児虐待<br>(者のみ) |        | 障害者・児福祉施設従事者等<br>による障害者虐待 |        |
|---------------|------------------------|--------|---------------------------|--------|
|               | 2023年度                 | 2024年度 | 2023年度                    | 2024年度 |
| 市町村等への相談・通報件数 | 24                     | 25     | 17                        | 20     |
| 市町村等による虐待判断件数 | 17                     | 14     | 3                         | 6      |
| 被虐待者数         | 17                     | 14     | 3                         | 6      |

## (8) やむを得ない事由による身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、児童福祉法の措置

※2024年度措置件数

| やむを得ない事由 | 療養介護等件数<br>(身障第18条2項<br>知障16条1項2号) | 居宅介護等件数<br>(身障18条1項 知障15<br>条の4 児福21条の6) |
|----------|------------------------------------|------------------------------------------|
| 虐待       | 0                                  | 0                                        |
| 認知症      | 0                                  | 0                                        |
| その他( )   | 0                                  | 0                                        |

## 7. 任意予防接種の助成 担当課( 健康課 ) 電話( 0569-84-0662 ) FAX(0569-25-2062 )

メールアドレス( kenkou@city.handa.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<br>(1回) | 自己負担<br>(1回) | 助成開始または予定年月 |
|-------------------|-----|-------------|--------------|-------------|
| おたふくかぜ            |     | 円           | 円            | 未定          |
| 子どものインフルエンザ       |     | 円           | 円            | 未定          |
| HPVワクチン(18歳以下の男性) |     | 円           | 円            | 未定          |
| RSウイルスワクチン        |     | 円           | 円            | 未定          |

(2) 高齢者用肺炎球菌ワクチン・带状疱疹ワクチン

① 高齢者用肺炎球菌ワクチン・带状疱疹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<br>(1回)                                 | 自己負担<br>(1回)                               | 助成開始または予定年月 |
|----------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------|
| 高齢者用肺炎球菌 | (定期) | 予防接種法に示す対象者                                                                                                                                                                                                                     | 5,811 円                                     | 2,400 円                                    |             |
|          | (任意) | —                                                                                                                                                                                                                               | 円                                           | 円                                          |             |
| 带状疱疹ワクチン | (定期) | <ul style="list-style-type: none"><li>令和 7 年度に 65 歳になる市民</li><li>令和 7 年度に 60 歳～64 歳になる市民で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障がいをもつ者として厚生労働省令に定める方</li><li>令和 7 年度に 70、75、80、85、90、95、100 歳になる市民(5 年間の経過措置)</li></ul> 令和 7 年度に限り、100 歳以上の方は全員対象 | 生ワクチン:<br>5,926 円<br><br>組換えワクチン:15,226 円/回 | 生ワクチン:<br>2,500 円<br><br>組換えワクチン:6,400 円/回 |             |
|          | (任意) | —                                                                                                                                                                                                                               | 円                                           | 円                                          |             |

② 高齢者肺炎球菌ワクチンの2回目の任意予防接種を実施していますか。

( ) 実施している → ( ) 1回目を助成していない人が対象 ( ) 1回目を助成した人も対象  
(○) 実施していない ( ) 検討中

8. 健診事業 担当課( 子育て相談課 ) 電話( 0569-84-0645 ) FAX( 0569-84-0610 )  
メールアドレス( [boshihoken@city.handa.lg.jp](mailto:boshihoken@city.handa.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。

・1 回  
・平成20年4月1日

(2) 5歳児健診を実施していますか。

(○) 実施(予定)している … 開始(予定)年月(令和7年7月)  
( ) 実施していない

9. 地域の保健・医療 担当課( 健康課 ) 電話( 0569-84-0662 ) FAX(0569-25-2062 )  
メールアドレス( [kenkou@city.handa.lg.jp](mailto:kenkou@city.handa.lg.jp) )

(1) 地域の公立公的病院の病床数の変更予定 ( ) ある (○) ない

※ある場合、具体的にご記入ください。

知多半島医療圏では現状、急性期病床数は過剰となり、高度急性期、回復期、慢性期病床数が不足しています。持続可能な地域医療提供体制を確保するため、令和7年4月1日から常滑市民病院との地方独立行政法人化及び経営統合を実施し、新たに設立された地方独立行政法人知多半島総合医療機構が両病院を運営しております。知多半島総合医療センター(新半田病院)が主に急性期医療機能、知多半島りんくう病院(新常滑市民病院)が主に回復期医療機能等を担っています。知多半島総合医療センターの病院機能については、より高度急性期に特化するため、病床数を 499 床から 416 床に削減し運営しております。今後も機構と協議しながら適切な地域医療提供体制の確保に努めていきます。

(2) 自治体独自の医師、看護師等医療従事者の確保対策や奨学金制度の内容についてご記入ください。

確保対策:  
半田常滑看護専門学校における看護師養成  
奨学金制度:  
なし

【3】国または愛知県に対して市町村独自に提出した意見書の項目と提出年月日をご記入ください。

※2024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 | ①国民健康保険の国庫負担引き上げ等を求める意見書         | 年 月 日 |
|   | ②安心できる年金制度を求める意見書                | 年 月 日 |
|   | ③介護保険制度の改善を求める意見書                | 年 月 日 |
|   | ④介護従事者の労働環境の改善を求める意見書            | 年 月 日 |
|   | ⑤加齢性難聴者に対する補聴器購入に係る公的支援制度を求める意見書 | 年 月 日 |
|   | ⑥子どもの医療費無料制度創設を求める意見書            | 年 月 日 |
|   | ⑦小中学校の給食費無償化を求める意見書              | 年 月 日 |
|   | ⑧障害者・児の「暮らしの場」の拡充を求める意見書         | 年 月 日 |
|   | ⑨医療・介護・福祉・保育等への支援を求める意見書         | 年 月 日 |
| 県 | ①国民健康保険への支援を求める意見書               | 年 月 日 |
|   | ②加齢性難聴者に対する補聴器購入の補助制度の新設を求める意見書  | 年 月 日 |
|   | ③子ども医療費助成制度の拡充を求める意見書            | 年 月 日 |
|   | ④学校給食費無償化のための補助制度の新設を求める意見書      | 年 月 日 |
|   | ⑤地域に必要な病床を確保し、感染症病床の増床を求める意見書    | 年 月 日 |
|   | ⑥医療・介護・福祉等で働く職員の処遇改善、人材確保を求める意見書 | 年 月 日 |

※2024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。