子育て支援・介護・福祉・医療・国保等に関する

自治体アンケート調査項目

 自治体名

 所属課　　　　　　　　　　℡

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　記入者

１．新型コロナ感染拡大への対応施策について

(1)新型コロナ感染拡大に伴う医療・介護保険料の減免について

・新型コロナ感染拡大から住民の暮らしを守るために、国保料の減免制度を創設しましたか

　　・創設した　　・創設していない

・新型コロナ感染拡大から住民の暮らしを守るために、介護保険料の減免制度を創設しましたか

　　・創設した　　・創設していない

(2)新型コロナ感染拡大から住民のいのちと健康を守るために

＜資格証明書発行自治体へ＞

1) 国保資格証明書所持者が「帰国者・接触者外来設置医療機関」に受診した場合には、通常の保険証同様に取り扱うようにされましたが、その対応をお聞かせください。

　　・実施要項を作成し各医療機関に通知した。　・要項は作成していない。

2) 資格証明書所持者は、病気になってもなかなか受診できなく、発熱症状がでても受診・治療ということになりません。そしてそのことが新型コロナ感染拡大につながる危険もあります。従って、資格証明書は廃止し、短期証に切り替えることが必要です。資格証明書の廃止についてお聞かせください。

・資格証明書の廃止を検討した。・資格証明書の廃止を検討中。・資格証明書の廃止は必要がないと考えている。

(3)新型コロナに感染して病気休業した場合に国保傷病手当金制度が通知され、条例化する自治体も増加していますが、新型コロナウィルスに関する傷病手当金についてお聞かせください

　　・実施条例を作成した。　・実施条例を作成検討中　・傷病手当は考えていない。

(4)新型コロナ感染拡大により、医療機関や介護事業所が大幅に減収となり経営的が不安定となっていますが、医療機関や介護事業所の経営状況についてお聞かせください。

　・医療機関や介護事業所が大幅に減収となっている事を様々なデーターできちんと把握している。

　・医療機関や介護事業所の経営状況は把握していない

(5)新型コロナ感染拡大で、対応に特に困ったことはどのようなことでしょうか、お聞かせください。

|  |
| --- |
|  |

(6)新型コロナ感染拡大への対応に当たって、国に要望することをお聞かせください

|  |
| --- |
|  |

2．子育て支援について（2020年9月1日現在）

(1)子どもの医療費助成制度についてお尋ねします。

◇石川県子どもの医療費助成制度についての貴自治体としての改善要望をお聞かせ下さい。

イ．県に「県の子どもの医療費助成制度の対象年齢拡大」の要望を（・上げている　・上げたい）。

ロ．県に「県の子どもの医療費助成制度の1,000円の自己負担撤廃」の要望を（・上げている　・上げたい）。

(2)小児科医の確保についてお聞かせください。

イ．当自治体には小児科医は（　　　人）おり、小児科、乳幼児・学校健診等で困っていない。

ロ．当自治体には小児科医は（　　　人）いるが、不足しており困っている。

（困っていることを具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

(3)産科医の確保についてお聞かせ下さい。

イ．当自治体には産科医は（　　　人）おり、特に困っていない。

ロ．当自治体には産科医は（　　　人）いるが、不足しており困っている。

　（困っていることを具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

(4)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、（　　　）広報（　　　）その他「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」

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（　　　　　　　）倍又は（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

◇2018年10月からの生保基準引き下げへの対応についてもご記入ください（○をつけてください）。

・引き続き就学援助と生保基準引き下げとは連動しないようにする。

・2020年から就学援助と生保基準引き下げとは連動するようにせざるをえない。

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）　　…　　（　　　　　　　　　　　）円

・4人家族（父母は30歳代、子ども小学生と4歳児の場合）　　…　　（　　　　　　　　　　　）円

④申請書の受付先　（　　　）市町窓口　（　　　）学校　　（　　　）市町窓口と学校のどちらも可

⑤民生委員の証明は必要ですか　　（　　　）必要である　　（　　　）必要ない

⑥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 | ※受給割合は、小数点第1位までご記入ください。※2019年度の支給額は見込み額をご記入ください。 |
| 生徒総数 | 人 | 人 |
| 受給者数 | 人 | 人 |
| 受給割合 | ％ | ％ |
| 支給額 | 円 | 円 |

⑦就学援助家庭の給食費の助成について

1）給食費は　・全額を助成している。　・一部助成をしている（助成割合は給食費の　　　％）

2）一部助成の自治体へ　・全額助成を検討している　・引き続き一部助成のままである

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

4）償還払いの自治体へ　・加賀市のように現物給付化を検討している。・償還払いを継続する。

⑧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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

(5)学校給食について（2020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べていますか。

（　　　）食べている　　（　　　）未納者には給食支給を停止している

（　　　）その他「　　　 　　　　　 」

②給食費未納の児童・生徒への学校、自治体の対応をお聞かせください。

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食当たりの単価 |
| 直営 | 委託 | 直営 | 委託 |
| 小学校 | 校 | 校 | 校 | 校 | 校 | 円 |
| 中学校 | 校 | 校 | 校 | 校 | 校 | 円 |

④給食費未払い滞納額

　累積滞納総額（　　　　　　　　）円／内2019年度滞納額（　　　　　　　　）円

⑤給食費の助成事業について（以下を選択ください）

・第二子から無料にしている。　　　　　　　　　　　 ・第三子から無料にしている。

・第何子からは不明だが無料にすることを検討している。 ・給食費の無料化は考えていない。

(6)保育所（園）について

① 保育所（認可保育園）数　　　公立（　　　ヶ所）　私立（　　　ヶ所）

② 保育従事者の非正規化が進行していますが、貴自治体ではどのようになっていますか。

1）公立保育所（認可保育園）　正規職員数（　　　　　）非正規職員数　　（　　　　　　　）

・非正規職員数の内訳は（・非常勤職員　人・派遣職員　人・その他　　　　人）

・非正規職員の内で　　 （有資格者＝　　　　人、　無資格者　　　　　人）

2）私立保育所（認可保育園）　正規職員数（　　　　　）非正規職員数　　（　　　　　　　）

・非正規職員数の内訳は（・非常勤職員　人・派遣職員　人・その他　　　　人）

・非正規職員の内で　　 （有資格者＝　　　　人、　無資格者　　　　　人）

③ 待機児童について伺います

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 待機児童数 | 認可保育所数 | 無認可保育所数 |
| 人数 |  |  |

④2人以上の対象児童をもつ母親が2人目（以降）の育児休業中の場合、利用中の児童は退所（園）

　としていますか。（　　）退所してもらっている。（　　）育児休業中でも入所してもらっている、（　　）柔軟な対応をしている

⑤障がい児受け入れを行っている保育所（園）はありますか　　　　　有　　・　　無

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 保育所数 | 利用人数（月平均） | 保育士等の加配等の設置内容 |
|  |  |  |  |  |
|  |

⑥保育士は足りていますか　　（　　　）足りている　（　　　）不足している。

⑦保育従事者不足対策としてどのようなことをしていますか。

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑧保育従事者の処遇改善のためにどのような対策をしていますか

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑨ 〇歳～三歳未満児の保育料への助成制度についてお聞かせください。

　1)第二子の保育料について　所得制限は　・所得制限なし・単独（　　　万円）　・360万円　 〃 　 年齢制限は　・年齢制限なし・年齢制限あり（　　　　　　　　）

　2)第一子の保育料についての助成制度は（　）ない、（　）ある→その場合の金額（　　　　　円）

（　）検討中

⑩ 幼児給食費の市町村独自の補助・減免措置についての実施状況

　　　　（　　）実施している　　（　　）検討中である　　（　　）実施していない

(7)「子どもの貧困対策大綱」を受けて、どんなことを計画し、具体化されているのか、お聞かせく

 ださい。

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

2019年度実績　（　　　　　　）件　　給付額（　　　　　　　　　　　）円

2020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

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　（　　　　　　）件　　給付額（　　　　　　　　　　　）円

2020年度予算　（　　　　　　）件　　給付額（　　　　　　　　　　　）円

⑤ＮＰＯなどが取り組む「無料塾」や「こども食堂」への支援について

1）「無料塾」への支援について　　（　　）実施（　　　　　年　　月実施）　　　（　　）未実施

2019年度実績　（　　　　）カ所（　　　　）人、　2020年度予算　（　　　　）カ所（　　　　　）人

支援方法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

2）「こども食堂」への支援について　　（　　）実施（　　　　年　　月実施）　　（　　）未実施

2019年度実績　（　　　　）カ所（　　　　）人、　2020年度予算　（　　　　）カ所（　　　　　）人

支援方法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

3．高齢者医療について　（2020年9月1日現在）

(1)後期高齢者医療制度に加入しない65～74歳の障害者への障害者医療費助成制度について

　イ（　　）一部負担全額を助成している。　（＊全国39都道府県で全額助成を実施しています。）

　ロ（　　）一部負担のうち、一割を助成している。

　【一割助成の自治体へ】

　イ（　　）一部負担全額の助成を検討したい。

　ロ（　　）一割助成を継続する。

(2)後期高齢者への適用の有無をお聞かせください（○×で）。

・人間ドック（　）、プールなど保養施設の利用割引（　）

・ガン健診：胃がん（　）、肺癌（　）大腸ガン（　）、前立腺ガン（　）他「　　　　　」（　）

(3)2020年9月1日現在の対象者

・後期高齢者医療受給者　　（　　　　　　　　）人

・短期保険証　　　　　　　（　　　　月　　　　人）

(4)2019年度差し押さえ件数・金額をお聞かせください。

・差し押さえ件数　　　　　　　　件　差し押さえ金額　　　　　　　　　　　　円

(5)後期高齢者医療制度窓口無料化に要する必要額は　　　　　　　　　　　　　　円

 一般予算額に占める割合 ％

4．国民健康保険　　※2020年9月1日現在でご記入ください。

(1)国保保険料（税）についてお聞かせください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 区分 | 定　　　義 | 2020年度 |
|  |  |  | 医療分 | 支援分 | 介護分 |
| 保険料率 | 所得割 | 旧但し書き方式 | ×（　　　）％ | ×（　　　）％ | ×（　　　）％ |
| 資産割 | 固定資産税額 | ×（　　　）％ | ×（　　　）％ | ×（　　　）％ |
| 均等割 | 加入者1人につき | 円 | 円 | 円 |
| 平等割 | 1世帯につき | 円 | 円 | 円 |
| 1世帯当たり調定額（平均保険料） | 円 | 円 | 円 |
| 1人当たり調定額（平均保険料） | 円 | 円 | 円 |
| 一般会計からの1人当たり法定外繰入額 | 円 |  |
| 2020年3月31日国保基金残高 | 円 |

　　※2020年度の「一般会計からの1人当たり法定外繰入額」等は予算額をご記入ください。

(2)納付金額・予算額をお聞かせください。

・納付金総額について　　＝　　　　　　　　　　　　　　　　　円

・＜2020年国民健康保険特別会計「予算」＞

1)保険料（税）額　　　　＝　　　　　　　　　　　　　　　　　円

2)国庫支出金額　　　　　＝　　　　　　　　　　　　　　　　　円

3)県支出金額　　　　　　＝　　　　　　　　　　　　　　　　　円

4)一般会計繰入金(法定分)＝　　　　　　　　　　　　　　　　　円

5)一般会計繰入金(法定外)＝　　　　　　　　　　　　　　　　　円

6)予定収納率　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　％

(3)国民健康保険料（税）の子どもの均等割について

　全国知事会は、国民健康保険料（税）で子どもの均等割の廃止を国に要望しています。国保料の子どもの均等割についてご意見をお聞かせください

　1)子どものいる国保世帯数　　（　　　　）世帯、　子どもの数数（　　　　）

　2)子どもの均等割を廃止するに必要な金額は？　　　（　　　　　　　　　　円）

　3)加賀市のように子どもの均等割の減免について

　　・減免を検討している。　・やがて減免をしないといけないと考えている。　・減免はしない

(4)保険者支援制度・新たな保険者努力支援制度について

　法定減免世帯に応じて国からの支援金が増やされていますが、以下をお聞かせ下さい

①法定減免世帯数をお聞かせください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　国保全加入世帯　　 | 7割減免世帯数 | 5割減免世帯数 | 2割減免世帯数 |
|  |  |  |  |

②2020年度保険者支援制度（低所得者対策）で交付される予算額をお聞かせください

　（合計　　　　　　　　　　　　　　円）

③ 2020年度保険者活動努力支援金制度で交付される予想額をお聞かせください

　（合計　　　　　　　　　　　　　　円）

(5)貴自治体の国民健康保険料の滞納世帯数等についてお尋ねします。（2020年9月1日現在）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　 | 　　　世帯数 |  | 　　　世帯数 |  |
| 国保全加入世帯 |  | 資格証明書の交付 |  |  |
| 国保料滞納世帯 |  | 短期被保険者証の交付 |  |

(6)保険料（税）の市町独自の軽減・減免制度

①市町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。

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

③2019年の保険料減免申請件数をお聞かせください。

　2019年度の減免件数（　　　　　　）件　　　減免金額　（　　　　　　　　　）円

(7)資格証明書を交付している自治体のみご記入ください。

①資格証明書の発行の目的は、「接触の機会の確保」にあるとされています。従って、資格証明書を発行する場合には、必ず本人と面談することが不可欠です。貴自治体では資格証明書の発行に当たっては、面談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「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」

②資格証明書の発行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（○印をつけてください）。

　　＜　　＞18歳年度末までの子どものいる世帯　＜　　＞障害者医療費助成制度の対象世帯

　　＜　　＞母子家庭等医療費助成制度の対象世帯 ＜　　＞病弱者

(8)短期保険証の発行期間別の発行枚数をお聞かせください。（2020年9月1日現在）

・1カ月（　　　　　　）枚　・2カ月（　　　　　　）枚　　　・3カ月（　　　　　　）枚

・4カ月（　　　　　　）枚　・5カ月（　　　　　　）枚　　　・6カ月（　　　　　　）枚

・その他（　　　　　　）

(9)保険証の窓口留め置きについてお聞かせ下さい。

（　　）県の通知（2006年3月10日）の通り、1ヶ月以上の留め置きはない。（年間を通して）

（　　）県の通知の通り取り組んでいるが、1ヶ月以上の留め置きがある。 （年間を通して）

⇒アンケート記載時点での1ヶ月以上の留め置き件数（　　　）件

(10)国民健康保険法第44条の一部負担金減免制度について

①特別事情による減収がないが、生保基準120%以下等、低所得のみを根拠にした医療費窓口負担減免制度がありますか。

　イ.その趣旨の申請減免条例がある。

　ロ.　〃　　の申請減免制度を検討している。

　ハ.　〃　　の申請減免制度は必要ないと考えている。

②2019年の申請窓口負担減免件数をお聞かせください。

　2019年度の減免件数　（　　　　）件　　　減免金額　（　　　　　　　　　）円

③窓口一部負担減免制度を実施している自治体に聞きます。

　貴自治体では、減免件数・金額が少ない要因をどのように考えていますか、そしてこの問題の解決には何をどうすべきか、お聞かせください。

＜減免件数が少ない要因＞

＜減免件数が少ない問題の解決にむけての施策＞

(11)保険料（税）滞納者への差し押さえ件数・金額・差し押さえ物件についてご記入ください。

①年金、児童手当など差し押さえ禁止財産にかかわる広島高裁判決（H25.11.27）を知っていますか

（　　　）知っている・（　　　）知らない

②差押・滞納整理について、成文化された「整理マニュアル」（規定や要綱など）をお持ちですか

（　　　）ある・（　　　）ない

③「整理マニュアル」があると回答された自治体に伺います

　滞納整理マニュアルは、情報公開の対象としていますか

（　　　）公開している・（　　　）一部公開している・（　　　）公開しない

④2019年度差し押さえ件数・金額をお聞かせください。

　差し押さえ件数　　　　　　　　件　差し押さえ金額　　　　　　　　　　　　　　　円）

⑤差し押さえ内容についてお聞かせください。（2019年度）

　ｱ.予告通知書の発行（　　　　　）件

　ｲ.差押え件数：不動産（　　）件、預貯金（　　）件、生命保険（　　）件（内学資保険（　　　）件）、給　 与（　　）件・年金（　　）件　その他（　　）件　タイヤロック（　　）件

⑥競売などによる現金化　（　　　　　）件　（　　　　　　　　）円、④

⑦「滞納処分停止」を行った件数と金額について伺います。　2019年度分

・総件数（　　　　）件・金額（　　　　　　　）円

・無財産　　　　　（　　　　　）件　－　 金額（　　　　　　）円

・生活困窮世帯 　 （　　　　　）件　－　 金額（　　　　　　）円

※内生活保護受給世帯＜　　　　＞件　－　 金額＜　　　　　　＞円

・所在不明　　　 （　　　　　）件　－　 金額（　　　　　　）円

(12)高額療養費について

（　　　）自動払いしている、（　　　）申請書を送付している、（　　　）通知ハガキのみ送付している

(13）国民健康保険料滞納世帯への「限度額認定書」の交付について（県内11自治体が滞納にかかわらず交付）

　・交付している　　・交付していない

　上記で「交付していない」場合は、その理由をお聞かせください。

（14）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

(15）非自発的離職者のための国保税減免制度について

・2019年度の実績を教えてください。　（　　　　　）人

5．介護保険及び高齢者福祉施策

(1)介護保険料は2001年から比べるとほぼ倍加しましたが、自治体独自の減免措置についてお聞かせください

・高齢者の生活に大きな影響をもたらしているので何らかの措置をする時期が来ていると思う。

・高齢者の生活に大きな影響をもたらしているが単独措置は考えていない。

・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

(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、等級の見直しなどの検討状況をご記入ください。

(3)保険料滞納の状況と処分件数について　（2019年度実績）

1）保険料滞納者数 （　　　　　　 　　）件

2）「償還払い」処分件数 （　　　　 　　）件

3）「保険給付の一時差し止め」処分件数 （　　　　　　 　　）件

4）「3割負担」処分件数 　　　　（　　　　　　 　　）件

5）「財産差し押さえ」処分件数 （　　　 　　）件

(4)利用料の自治体独自の減免措置がありますか。

（　　　）ない

（　　　）ある→実施年月（　　年　　月）　2019年度実績（　　　）件（　　　　）円

(5)2020年度の介護保険改定でのそれぞれの人数をお聞かせください。（2020年8月時点で）

 認定者数（　　　　）一割負担人数（　　　）二割負担人数（　　　）三割負担人数（　　　）

(6)2019年度の困難事例のうち、措置対応した件数は？（　　　　　　　　）件

(7)特別養護老人ホームの最新の待機者数と内訳をお聞かせください。（2020年　月現在）

・総数　　　　人（在宅　　　人、老人保健施設　　　人、病院 人、その他　　　　　人）

　上記のうち介護１・2の人数をお聞かせください

・総数　　　　人（在宅　　　人、老人保健施設　　　人、病院 人、その他　　　　　人）

(8)「改正」介護保険法への対応について

1）介護認定について　該当するところに○をつけてください

　・チエックリストと介護認定と振り分けている。

　・チックリストは認定関連では使用しない。

＜チエックリストを活用している自治体へ＞

　・チエックリストに振り分けている人はどなたですか　　（　　　　　　　　　　　　）

　・チエックリストに振り分ける基準がありますか　　（・ある　・ない個別に判断する）

 ・それぞれの新規人数（2019年度）をお聞かせください。事業対象者数

 　　　　　 要支援認定者数

2）総合事業

①総合事業の対象者数をお答えください。（　　　　　　　　　）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年度 | ２０２０年度 | ２０１９年度 | ２０２０年度 |
| 現行の訪問介護相当の訪問介護 |  |  |  |  |
| 生活支援型訪問Ａ（緩和した基準） |  |  |  |  |
| 現行の通所介護相当の通所介護 |  |  |  |  |
| 通所型サービスＡ（緩和した基準） |  |  |  |  |
| 通所型サービスＣ（短期集中予防） |  |  |  |  |

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

④ 総合事業における現在の問題点や利用者の状況がありましたら、ご記入ください。

(8)介護従事者不足による事業所経営・運営等への影響について、どのようなことが起きているの

か、お聞かせください。

(9)2019年10月から実施された介護の特定加算について、申請した事業所の割合を教えてください。

（2020年9月時点）

特定加算申請事業所数（　　　　　）／総事業所数

(10)地域包括支援センター設置数（　　　　　）箇所　　　直営（　　　　）箇所、委託（　　　　）箇所

・職員配置人数（　　　　）人　　　正職員（　　　　）人、非正規職員（　　　　）人

(11)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（20　　年　　　月　　　日）2019年度実績（　　　　　）件

（　　　）検討中である　　　（　　　）実施の予定がない

(12)介護保険サービス利用人数について　　（　　　　　　　　　　）人（　　　　　年　　月　現在）

(13)介護保険支給限度基準額超過者の人数について　　（　　　　　　　　）人（2020年　　月　現在）

(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 | 実施の有無 | （　　）実施している、（　　）していない、（　　）検討中 |
| 実施回数（週○回昼・夕などと記入） | 総延べ食事数（　　　　　）食÷年間配食日数（　　　）日＝1日当たり平均（　　　　）食 |
| 月平均利用者実数（2018年度） |  |
| 1食あたりの助成額 |  |
| 1食あたりの利用者負担額 |  |

(15)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　・　無 | （　　　）自治体　（　　　）新総合事業　　（　　　）その他事業 |
| 担い手 |
| 安否確認・見守り | 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　・　無 | （　　　）自治体　（　　　）新総合事業　　（　　　）その他事業 |
| 担い手 |
| 買い物支援 | 有　・　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サロン・認知症カフェなど高齢者の「通いの場」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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

(16)移動支援・外出支援・足の確保

①巡回バス・福祉バスなどを実施していますか。

　・（　　　）実施している。　　　　・（　　　）実施していない

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〇印を付し必要事項をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| タクシ｜代助成 | 実施の有無 | （　　　）実施している。（　　　）していない。（　　　）検討中 |
| 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  |  | （　　　　　　　　　）人 |
|  障害者  |  | （　　　　　　　　　）人 |
| 要介護認定者 |  | （　　　　　　　　　）人 |

③ＮＰＯなどによる福祉有償運送事業所について伺います

ア）利用できる福祉有償運送事業所はありますか・無　・有→（　）事業所・車両台数（　　）台

イ）福祉有償運送事業所の開設を必要としていますか　・必要としている　　・必要ではない

(17)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（2019年度実績）は？（　　　　　　　）枚

1）認定書は（　　　）毎年発行している

（　　　）1回発行すれば翌年以降も使える

②介護認定者に障害者控除請書があったものとして認定書を送付していますか。

・該当者に申請があったものとして認定書を送付している　→　2019年度（　　　　　　　）件

・該当者全員に申請書は送付している　　　　 　 　　　→ 2019年度（　　　 　　　）件

・相談・依頼があった人に申請書を送付している →　2019年度 （ 　　　　　　）件

(18）2021年4月に改正社会福祉法が施行されますが、貴自治体の任意事業である「ワンストップサービス窓口設置」についてお聞かせください。

・設置する意向　（・ある　　・なし）

　　「なし」の場合の理由をお聞かせください。

6．健診事業　※2019年度の実施状況をご記入ください。

(1)特定健診・ガン検診の計画と実績

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  　　  　　　　　　 | 健診の種類 | 長期受診率目標 | 2018年実績受診率 | 2019年実績受診率 | 2020年計画受診率 |
| 特定健診 |  |  |  |  |
| がん健診 | 胃がん |  |  |  |  |
| 大腸がん |  |  |  |  |
| 肺がん |  |  |  |  |
| 子宮がん |  |  |  |  |
| 乳がん |  |  |  |  |
| 前立腺がん |  |  |  |  |

（2）自己負担金・実施期間・実施方式

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 健診の種類 | 実施方式 | 個別医療機関委託 | 集団健診（検診） |
| 自己負担 | 実施期間 | 自己負担 | 実施回数 |
| 特定健診 | 個別・集団 |  |  |  |  |
| がん健診 | 胃がん | 個別・集団 |  |  |  |  |
| 大腸がん | 個別・集団 |  |  |  |  |
| 肺がん | 個別・集団 |  |  |  |  |
| 子宮がん | 個別・集団 |  |  |  |  |
| 乳がん | 超音波 | 個別・集団 |  |  |  |  |
| マンモグラフィー | 個別・集団 |  |  |  |  |
| 前立腺がん | 個別・集団 |  |  |  |  |
| 歯周疾患 | 個別・集団 |  |  |  |  |

(3)40歳未満の住民を対象にした健康診査について

（　　）実施している　→　健診内容（　　　）特定健診と同じ、（　　　）特定健診とは異なる

（　　）実施していない

(4)歯周疾患検診の対象年齢・回数

　（　　）節目年齢に限定せず毎年受けられる

　（　　）40・50・60・70歳の年に受けられる

　（　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

7．任意・定期予防接種の助成

(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） | 実施／予定年月 |
| おたふくかぜ |  | 円 | 円 |  |
| 帯状疱疹 |  | 円 | 円 |  |
| 子どものインフルエンザ |  | 円 | 円 |  |
| 麻しん（接種漏れの人） |  | 円 | 円 |  |

(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 | 自己負担（1回） | 実施年月 |
| 高齢者用肺炎球菌（定期） |  | 円 |  |
| 高齢者用肺炎球菌（任意） |  | 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

７．公立病院について　　（2020年9月1日現在）

(1)診療科の縮小、病棟・病床閉鎖、医師・看護師不足などについてお聞かせください。

|  |
| --- |
|  |

(2)公的病院再編成含む地域医療構想についてのご意見をお聞かせください。

|  |
| --- |
|  |

８．障がいがある人の医療・福祉施策

(1)心身障害者医療費助成制度

①2020年度石川県は65歳以上障害者医療費助成制度の支給方式を変更しました。貴自治体の対応施策をお聞かせください。

　・10月から現物給付化するよう要項を変えた　・現物給付化するよう要項を変更中

　・現物給付化する考えは今のところない。

②2020年度石川県は精神に障がいがある人を心身障害者医療費助成制度の対象にするよう改定しました。貴自治体の対応施策をお聞かせください。

　・10月から精神に障がいがある人を心身障害者医療費助成制度の対象にするよう要項を変えた

　　対象範囲　イ精神保健手帳　　級まで　ロ・入院・外来

　・10月から精神に障がいがある人を心身障害者医療費助成制度の対象にするよう要項を変更中。

　　対象範囲　イ精神保健手帳　　級まで　ロ・入院・外来

　・精神に障がいがある人を心身障害者医療費助成制度の対象にする考えは今のところない。

(2)障がい福祉施策

①訪問系各サービスの支給状況について（20201年8月時点）

　最多支給時間は8月の1カ月。平均時間は1カ月あたりでご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 支給者数(人) | 最多支給時間数(時間) | 平均支給時間数(時間) |
| 居宅介護 |  |  |  |
| 重度訪問介護 |  |  |  |
| 行動援護 |  |  |  |
| 同行援護 |  |  |  |

②地域生活支援事業の移動支援

　支給者数（　　　　　）人　　　最多支給時間数（　　　　　）時間　　　平均支給時間数（　　　　　）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2020年8月利用実績　　（　　　　　）人

⑤障害者総合支援法第7条、40歳以上の特定疾患・65歳以上障害者の障害福祉サービスの利用についてご記入ください。（いずれかに○）

・介護保険の申請を行わない障害福祉サービス利用者は、障害福祉サービスを打ち切っている。

・本人意向にもとづき障害福祉サービスが利用できるようにしている。

９．税の滞納について　　担当課（　　　　　　）電話（　　　　　　）ＦＡＸ（　　　　　）

①滞納整理マニュアルはありますか　　　（　　　）ある　　（　　　）ありません

②2020年3月31日現在の滞納者の件数

市町・県民税　　　　（　　　　　）件中　（　　　　　）件

国民健康保険税　　　（　　　　　）件中　（　　　　　）件

固定資産税　　　　　（　　　　　）件中　（　　　　　）件

③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（2019年度）

1）徴収の猶予について　　申請件数（　　　　　）件　　許可件数（　　　　　）件

2）換価の猶予の適用件数（　　　　　）件

3）滞納処分の停止の適用件数（　　　　　）件

④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）（　　　　　　）件

⑤地方税滞納整理機構に引き継ぎをする基準

⑥少額でも滞りなく分納している納税者も地方税滞納整理機構に引き継ぎますか？

　　　（　　　）引き継ぐ　　（　　　）引き継がない

※以下は市のみお答えください

10．生活保護 担当課（　　　　　　　　　　）電話（　　　　　　　　）ＦＡＸ（　　　　　　　　）

(1)生活困窮者自立支援のための事業について

1）実施しているものに○印をつけ、運営形態と委託の場合は委託先を記入してください。

（　　 ）自立相談支援事業：（ 　　）直営 （　　 ）委託 → 委託先（ 　　　　　　　　　）

（ 　　）住宅確保給付金の支給：（　　 ）直営 （　　 ）委託 → 委託先（　　　　　　　　　　）

（　　 ）就労準備支援事業　 ：（ 　　）直営 （　　 ）委託 → 委託先（　　　　　　　　 　）

（　　　 ）1時生活支援事業 ：（ 　　）直営 （　　 ）委託 → 委託先（ 　　　　　　　　　）

（　　　 ）家計相談支援事業 ：（ 　　）直営 （ 　　）委託 → 委託先（　　　　　　　　 　）

（ 　　　）学習支援事業　　　：（ 　　）直営 （　　 ）委託 → 委託先（ 　　　　　　　　　）

2）就労訓練事業（中間的就労）の実施箇所数　 （ 　　　　）カ所

(2)生活保護担当職員（ケースワーカー）及び1職員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 | 人 | 年　　　カ月 | 人 | 世帯 | 人 |
| 2020年4月現在 | 人 | 年　　　カ月 | 人 | 世帯 | 人 |

(3)生活保護申請時や受給者が、就労・生活のために「自家用車」保有と利用が必要と判断された場合は認めていますか。

・（　　　）認めている

・（　　　）条件付きで認めている→条件（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・（　　　）認めていない