

- 資料編 -

使用した調査票（要介護者等調査）

要介護者等（全体）

仙台市介護保険事業計画策定のための実態調査
（要介護者等調査）

－ 調査へのご協力をお願い －

日頃より、本市の市政の推進につきまして、ご理解とご協力をたまわり、厚く御礼申し上げます。

さて、本市におきましては、介護保険事業を推進するために策定している「仙台市介護保険事業計画」の見直しに向け、現在準備作業を進めているところです。計画の見直しにあたり、介護サービス等の利用状況、今後の利用にあたっての考え方、制度に関する市民の皆様のご意見・ご要望などを把握するため、この調査を実施することといたしました。

この調査は、仙台市の介護保険の被保険者で、令和7年9月末時点で要支援・要介護認定を受けている方々から、無作為に抽出した5,000名を対象としております。

つきましては、ご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、この調査は無記名方式であり、回答者は特定できません。また、ご回答いただいた内容は統計的に処理し、この調査以外の目的に利用することはございません。

令和7年10月

仙台市長 郡 和子

調査票のご記入にあたって

- 1 この調査は、できるだけご本人がご回答ください。
- 2 健康状態などにより、ご本人による回答ができない場合は、ご本人の状況がわかるご家族の方などが、ご本人の意思を確認しながらご記入いただくか、ご本人の立場にたっご記入ください。
なお、在宅で介護をされているご家族・ご親せきの方（介護者）は、「28 ページ以降の問 41～問 52」について回答をお願いいたします。
- 3 回答は、問 1 から順番に調査票に直接、黒か青のボールペンまたは鉛筆で記入してください。
- 4 回答は、該当する答えにシ点（）をつけてください。また、数字を記入する欄は右詰め（例

0	6
---	---

 人）でご記入ください。
- 5 質問により、1 つだけにをつけるものと、2 つ以上にをつけるものがありますので、記載のとおりにご回答ください。「その他」に回答した場合は、なるべく具体的にその内容をご記入ください。
- 6 この調査には、令和 7 年 11 月 1 日現在の状況でお答えください。
- 7 記入が終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、令和 7 年 11 月 26 日（水）までに郵便ポストに投函してください。
- 8 調査票の内容などでわからないことがありましたら、下記までお問い合わせください。
- 9 この調査の回答内容によって、不利益を受けることはありません。

※「特別養護老人ホーム」「老人保健施設」に入所している方も本調査票でご回答いただけますが、必要な設問のみを抜粋した簡易な調査票を別途ご用意しております。必要の際は下記までご連絡ください。

－ お問い合わせ先 －

仙台市健康福祉局保険高齢部介護保険課

〒980-8671 仙台市青葉区国分町三丁目 7 番 1 号

電 話：022-214-8246（直通）

FAX：022-214-4443

メールアドレス：fuk005170@city.sendai.jp

受付時間：午前 9 時～午後 5 時（土日・祝日を除く）

問2～問40については、封筒の宛名のご本人についてお答えください。

◆ご本人のことについておたずねします。

問2 ご本人の性別をお答えください。（1つのみ）

※現在の社会生活上の性別（自分がどちらの性として日常生活を送っているか）をお答えください。

男性

女性

問3 ご本人の年齢をお答えください。（1つのみ）

40～64歳

70～74歳

80～84歳

90歳以上

65～69歳

75～79歳

85～89歳

問4 世帯の状況は次のどれですか。（1つのみ）

ひとり暮らし（特別養護老人ホームや有料老人ホームなどに入所している場合を含む）

夫婦のみ（ともに65歳以上）

夫婦のみ（どちらかが65歳以上）

夫婦のみ（ともに65歳未満）

上記以外で全員が65歳以上の世帯

その他の世帯

（1）にお進みください

【問4で「上記以外で全員が65歳以上の世帯」「その他の世帯」と回答した方におたずねします。】

（1）世帯全員の人数をご記入ください。

世帯全員の人数

--	--

人

問5 現在の要介護度は次のどれですか。（1つのみ）

※要介護度は、「介護保険被保険者証（水色のもの）」に記載されています。

要支援1

要介護1

要介護3

要介護5

要支援2

要介護2

要介護4

わからない

問7 ご本人の年間総収入（年金、仕送りなども含みます。）の額はおよそどれくらいですか。（1つのみ）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 50万円未満 | <input type="checkbox"/> 500万円～700万円未満 |
| <input type="checkbox"/> 50万円～100万円未満 | <input type="checkbox"/> 700万円～1,000万円未満 |
| <input type="checkbox"/> 100万円～200万円未満 | <input type="checkbox"/> 1,000万円～1,500万円未満 |
| <input type="checkbox"/> 200万円～300万円未満 | <input type="checkbox"/> 1,500万円以上 |
| <input type="checkbox"/> 300万円～500万円未満 | <input type="checkbox"/> わからない |

問8 ご本人も含めた世帯全員の年間総収入（年金、仕送りなども含みます。）の合計額はおよそどれくらいですか。（1つのみ）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 50万円未満 | <input type="checkbox"/> 500万円～700万円未満 |
| <input type="checkbox"/> 50万円～100万円未満 | <input type="checkbox"/> 700万円～1,000万円未満 |
| <input type="checkbox"/> 100万円～200万円未満 | <input type="checkbox"/> 1,000万円～1,500万円未満 |
| <input type="checkbox"/> 200万円～300万円未満 | <input type="checkbox"/> 1,500万円以上 |
| <input type="checkbox"/> 300万円～500万円未満 | <input type="checkbox"/> わからない |

問9 ご本人は、現在どこで生活していますか。（1つのみ）

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 自宅（親せきなどの家での同居、特別養護老人ホーム等での短期入所を含む） |
| <input type="checkbox"/> 賃貸住宅（市営住宅等を含む） |
| <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅（サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、ケアハウス等） |
| <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム |
| <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム（長期入所） |
| <input type="checkbox"/> 老人保健施設 |
| <input type="checkbox"/> 病院等 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） |

問 10 今後、高齢者の増加にともない、介護が必要な方も増えていく中で、本人の希望に沿いながら、できるだけ在宅で暮らしていけるようになるには、どのようなことが必要だと思いますか。（いくつでも）

- 高齢者が一人でも安心して暮らせる住居の確保
- 買い物や見守りなどの生活支援サービスの充実
- 地域の元気な高齢者が、ボランティアとして支える仕組みの充実
- 地域包括支援センターなどの介護について相談できる機関の充実
- ケアマネジャーなどの専門職によるケアマネジメント機能の充実
- 訪問介護系サービスの充実
- 施設等に入所している方の在宅復帰に向けた支援の充実
- ショートステイなど介護者の負担軽減のためのサービスの充実
- かかりつけ医等による在宅医療のさらなる充実
- 専門職が関わり介護・フレイル予防に気軽に取り組める場の充実
- 介護保険以外のサービスの情報を調べる方法の充実
- その他（）
- 特にない

問 11 介護保険に関連して、知りたい情報は何か。（いくつでも）

- 介護保険で利用できるサービスや費用など介護保険制度の仕組みについての情報
- 市内や近隣の介護保険事業者の案内
- 介護保険事業者に対する評価や評判等の情報
- 介護保険事業者に対する苦情や相談内容等の情報
- 介護保険の手続き等の案内
- 日常の金銭管理等に関する支援サービス等の情報
- 財産管理や相続等に関する情報
- 民間やボランティア団体等が提供する買い物や見守りなどの介護保険サービス以外の生活支援サービスの情報
- 介護保険以外の市の保健福祉に関する情報
- 医療や保健に関する情報
- その他（）
- 特にない

問 12 ご本人（またはご家族の方など）が仙台市に介護保険に関する相談をしたいとき、何が充実していると便利だと思いますか。（いくつでも）

- 区役所窓口での相談機能
- Web会議システムによる相談機能
- 電子メールによる相談機能
- 市ホームページへのFAQ（よくある質問と回答）の充実
- その他（ ）
- 特にない

65歳以上のすべての方におたずねします。

※65歳未満の方は、9ページの問17にお進みください。

◆介護保険料と制度全般についておたずねします。

問 13 ご本人の保険料段階は、次のうちどれですか。（1つのみ）

※保険料の段階は、「令和7年度介護保険料決定通知書」に記載されています。

- | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 第1段階 | <input type="checkbox"/> 第5段階 | <input type="checkbox"/> 第9段階 | <input type="checkbox"/> 第13段階 | <input type="checkbox"/> わからない |
| <input type="checkbox"/> 第2段階 | <input type="checkbox"/> 第6段階 | <input type="checkbox"/> 第10段階 | <input type="checkbox"/> 第14段階 | |
| <input type="checkbox"/> 第3段階 | <input type="checkbox"/> 第7段階 | <input type="checkbox"/> 第11段階 | <input type="checkbox"/> 第15段階 | |
| <input type="checkbox"/> 第4段階 | <input type="checkbox"/> 第8段階 | <input type="checkbox"/> 第12段階 | <input type="checkbox"/> 第16段階 | |

次ページの

【参考】仙台市の第1号被保険者（65歳以上の方）の保険料（令和7年度）をご参照ください。

【参考】 仙台市の第1号被保険者（65歳以上の方）の保険料（令和7年度）

所得段階	対象となる方			基準額に対する割合	年額保険料 (月額換算)	
1	<ul style="list-style-type: none"> 生活保護を受給している方 同じ世帯の方全員が市町村民税非課税で、本人が老齢福祉年金を受給している方 			0.285 (※)	20,700円 (1,732円)	
2	本人が市町村民税非課税で	同じ世帯の方全員が市町村民税非課税	本人の前年の課税年金収入額と年金以外の合計所得金額の合計額が	80万9,000円以下の方	0.285 (※)	20,700円 (1,732円)
3				80万9,000円を超え、120万円以下の方	0.395 (※)	28,800円 (2,401円)
4				120万円を超える方	0.685 (※)	49,900円 (4,164円)
5	本人が市町村民税非課税で	同じ世帯に市町村民税課税の方がいる	本人の前年の課税年金収入額と年金以外の合計所得金額の合計額が	80万9,000円以下の方	0.850	62,000円 (5,167円)
6				80万9,000円を超える方	1.000	72,900円 (6,079円)
7	本人が市町村民税課税で		本人の前年の合計所得金額が	125万円未満の方	1.100	80,200円 (6,686円)
8				125万円以上200万円未満の方	1.250	91,100円 (7,598円)
9				200万円以上300万円未満の方	1.500	109,400円 (9,118円)
10				300万円以上400万円未満の方	1.700	124,000円 (10,334円)
11				400万円以上500万円未満の方	1.800	131,300円 (10,942円)
12				500万円以上600万円未満の方	2.000	145,800円 (12,158円)
13				600万円以上700万円未満の方	2.100	153,100円 (12,765円)
14				700万円以上1,000万円未満の方	2.300	167,700円 (13,981円)
15				1,000万円以上1,500万円未満の方	2.500	182,300円 (15,197円)
16				1,500万円以上の方	2.600	189,600円 (15,805円)

(※) 公費により第1段階及び第2段階は0.455→0.285、第3段階は0.595→0.395、第4段階は0.690→0.685に軽減しています。

問 14 現在の保険料額を、どのように感じていますか。（1つのみ）

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 無理なく支払える額である | <input type="checkbox"/> 支払いが困難な額である |
| <input type="checkbox"/> なんとか支払える額である | <input type="checkbox"/> わからない |

問 15 現在のご本人の保険料段階として、妥当と考える保険料の額は、ひと月あたりどのくらいの額ですか。（1つのみ）

※例えば、第2段階の方は第2段階として妥当と考える額をお答えください。

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 2,000円程度 | <input type="checkbox"/> 6,000円程度 | <input type="checkbox"/> 12,000円程度 |
| <input type="checkbox"/> 3,000円程度 | <input type="checkbox"/> 7,000円程度 | <input type="checkbox"/> 15,000円程度 |
| <input type="checkbox"/> 4,000円程度 | <input type="checkbox"/> 8,000円程度 | <input type="checkbox"/> 18,000円程度 |
| <input type="checkbox"/> 5,000円程度 | <input type="checkbox"/> 10,000円程度 | <input type="checkbox"/> わからない |

問 16 介護保険料の基準額は、介護施設の増加や介護サービスの充実に伴いサービスの利用量が増えると、保険料も増加することになります。

また、介護保険制度では基本的なサービス水準を国が定めますが、仙台市の判断でその他サービスを保険対象に加えたり、サービス利用限度額（1～3割負担で利用できる限度額）を高く設定することが出来ます。

ただし、この場合は必要な費用の全額を65歳以上の方の保険料からまかなうことになるため、結果として保険料が高くなります。

このことを踏まえ、保険料と介護サービスのあり方について、ご本人の考えに最も近いものは、次のうちどれですか。（1つのみ）

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 保険料が高くなってもよいから、
施設を増やすなど介護サービスを充実させたほうがよい |
| <input type="checkbox"/> どちらかという、保険料が高くなってもよいから、
施設を増やすなど介護サービスを充実させたほうがよい |
| <input type="checkbox"/> 保険料も介護サービスも現状の程度でよい |
| <input type="checkbox"/> どちらかという、介護サービスの水準を今より抑えて、保険料が低くなるほうがよい |
| <input type="checkbox"/> 介護サービスの水準を今より抑えて、保険料が低くなるほうがよい |
| <input type="checkbox"/> その他（
） |
| <input type="checkbox"/> わからない |

◆在宅サービスの利用状況についておたずねします。

※現在「特別養護老人ホーム」「老人保健施設」のいずれかに入所している方は、
23 ページの問 33 にお進みください。

問 17 現在、介護保険のどの在宅サービス*を利用していますか。（いくつでも）
※たまたま今月の利用がない場合でも、普段利用している在宅サービスをお答えください。
※各サービスの内容については、35～36 ページをご覧ください。

<input type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルプサービス）	「訪問介護」から「看護小規模多機能型居宅介護」を利用している方は次ページの問 18 にお進みください
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	
<input type="checkbox"/> 訪問看護	
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	
<input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス）	
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（デイケア）	
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護・療養介護（ショートステイ）	
<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等における介護）	
<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	
<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	
<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	
<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホームにおける介護）	
<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	
<input type="checkbox"/> 福祉用具購入費の支給	
<input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給	
<input type="checkbox"/> 訪問介護型サービス	「訪問介護型サービス」から「訪問・通所連動型短期集中予防サービス」を利用している方は次ページの問 18 にお進みください
<input type="checkbox"/> 生活支援訪問介護型サービス	
<input type="checkbox"/> 通所介護型サービス	
<input type="checkbox"/> 生活支援通所介護型サービス	
<input type="checkbox"/> 訪問・通所連動型短期集中予防サービス	
<input type="checkbox"/> 利用していない ⇒ 17 ページの問 26 にお進みください	

問 17 で「訪問介護」から「看護小規模多機能型居宅介護」、「訪問介護型サービス」から「訪問・通所連動型短期集中予防サービス」のいずれかのサービスを「利用している」と回答した方におたずねします。

※問 17 で「福祉用具貸与」「福祉用具購入費の支給」「住宅改修費の支給」のみ利用している方は 12 ページの問 19、「利用していない」と回答した方は、17 ページの問 26 にお進みください。

問 18 以下の介護保険サービスについて、令和 7 年 10 月の 1 か月間の利用状況をご回答ください。対象の介護保険サービスをご利用になっていない場合は、「①利用していない」を選択してください。

（A～Qの項目ごとに、それぞれ 1 つ）

※各サービスには地域密着型、認知症対応型のサービスを含めます。

	1 週間あたりの利用回数（それぞれ 1 つ）					
	① 利用して いない	② 週 1 回 程度	③ 週 2 回 程度	④ 週 3 回 程度	⑤ 週 4 回 程度	⑥ 週 5 回 以上
(例) ●●サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.訪問介護（ホームヘルプサービス）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.通所介護（デイサービス）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.通所リハビリテーション（デイケア）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G.夜間対応型訪問介護（訪問回数を回答）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	利用の有無（それぞれ1つ）	
	①利用していない	②利用した
H.定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I.小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J.看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K.訪問介護型サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.生活支援訪問介護型サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M.通所介護型サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N.生活支援通所介護型サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O.訪問・通所連動型短期集中予防サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1か月あたりの利用日数（1つのみ）				
	① 利用して いない	② 月1～7 日程度	③ 月8～14 日程度	④ 月15～21 日程度	⑤ 月22 日以上
P.短期入所生活介護・療養介護（ショートステイ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1か月あたりの利用回数（1つのみ）				
	① 利用して いない	② 月1回 程度	③ 月2回 程度	④ 月3回 程度	⑤ 月4回 程度
Q.居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【問 20 で「やや不満」「不満」と回答した方におたずねします。】

（1）どのようなことに不満がありますか。（いくつでも）

- ケアプランを作成するための専門的な知識や経験が不足している
- 言葉づかいなどの対応が悪い
- ケアプランを作成する際、本人や家族の意向があまり反映されない
- いつも決まった事業者のサービスの利用をすすめられる
- 介護保険制度に関する知識が不足している
- 介護保険以外の福祉サービスに関する知識が不足している
- 質問をしても、回答や説明が十分でない
- 日ごろ不安に思っていることなどについて、あまり相談にのってくれない
- ケアマネジャーに連絡がつきにくい
- ケアマネジャーがよく変わる
- 利用者宅を訪問したり、電話で状況を確認したりすることがほとんどない
- その他（ ）

**問 21 現在利用している在宅サービス事業者を選んだ理由は次のうちどれですか。
（いくつでも）**

- 家族にすすめられたから
- 親せきや知人にすすめられたから
- ケアマネジャー等（地域包括支援センター職員を含む）にすすめられたから
- 民生委員や町内会の人にすすめられたから
- かかりつけの医師や看護師にすすめられたから
- 介護サービス情報を調べてよいと思ったから
- 事業者情報を掲載した市や県の冊子を見てよいと思ったから
- 事業者情報を掲載した市や県のホームページを見てよいと思ったから
- 事業者の新聞広告やホームページ等を見てよいと思ったから
- 知名度が高いから
- 自宅から近いから
- サービス内容が充実しているから
- 職員の対応がよいから
- 他の事業者との連携がとれているから
- 他に知っている事業者がなかったから
- その他（ ）
- 特に理由はない

問 22 現在利用している在宅サービスの質や内容に満足していますか。（1つのみ）

<input type="checkbox"/> 満足	}	問 23 にお進みください
<input type="checkbox"/> やや満足		
<input type="checkbox"/> どちらともいえない		
<input type="checkbox"/> やや不満	}	(1) にお進みください
<input type="checkbox"/> 不満		

【問 22 で「やや不満」「不満」と回答した方におたずねします。】

(1) どのようなことに不満がありますか。（いくつでも）

<input type="checkbox"/> 職員の介護技術や専門性が低い
<input type="checkbox"/> 言葉づかいなどの対応が悪い
<input type="checkbox"/> 提供される食事の内容がよくない
<input type="checkbox"/> サービス内容の事前説明が十分でない
<input type="checkbox"/> 本人や家族の希望を聞いてくれない
<input type="checkbox"/> 事業所の設備や環境がよくない
<input type="checkbox"/> プライバシーの配慮に欠けている
<input type="checkbox"/> 利用料に対してサービス内容がともなわない
<input type="checkbox"/> 予定の時間に遅れたりする
<input type="checkbox"/> 担当者がよく変わる
<input type="checkbox"/> 本人の身体状況に合わせた対応をしてくれない
<input type="checkbox"/> その他（)

問 23 現在利用している在宅サービスの量（回数、1回あたりの時間など）に満足していますか。（1つのみ）

<input type="checkbox"/> 満足	}	次ページの間 24 にお進みください
<input type="checkbox"/> やや満足		
<input type="checkbox"/> どちらともいえない		
<input type="checkbox"/> やや不満	}	次ページの (1) にお進みください
<input type="checkbox"/> 不満		

【問 23 で「やや不満」「不満」と回答した方におたずねします。】

(1) どのようなことに不満がありますか。(いくつでも)

- 利用したいサービスをすべて利用すると、利用限度額（1～3割負担で利用できる限度額）を超えるため、サービスを減らしている
- 利用したいサービスをすべて利用しても、利用限度額の範囲内ではあるが、少しでも利用者負担を抑えるため、サービスを減らしている
- 利用したいサービスを提供する事業者数が少ないため、十分なサービスが受けられない
- 利用したいサービスを提供する事業者が利用定員超過のため、サービスが受けられない
- 希望する曜日や時間帯にサービスが受けられない
- その他（)

問 24 現在、利用限度額*までサービスを利用していますか。(1つのみ)

※「利用限度額」…要支援・要介護状態区分に応じて、1か月あたりの利用限度額が単位数で決められています。(ケアマネジャーから交付されたサービス利用票別表などに記載されています。)単位数はサービスによって、1単位の単価が10円～10.42円の範囲で設定されています。

利用限度額を超えてもサービスを利用することは可能ですが、限度額を超えた分は全額自己負担となります。

《利用限度額の一例》

要介護1の方は167,700円～174,700円程度、要介護5の方は362,200円～377,400円程度。

- 利用限度額いっぱいまでサービスを利用していない ⇒ (1)にお進みください
 - ほぼ利用限度額いっぱいまでサービスを利用している
 - 利用限度額を超えてサービスを利用している
 - わからない
- } 次ページの問 25 にお進みください

【問 24 で「利用限度額いっぱいまでサービスを利用していない」と回答した方におたずねします。】

(1) 利用限度額いっぱいまでサービスを利用していない理由は何ですか。(いくつでも)

- 現在のサービス量で十分満足しているから
- もう少しサービスを利用したいが、費用負担が可能な範囲で我慢しているから
- 経済的余裕はあるが、介護費用にあまりお金をかけたくないから
- 介護者の急な入院など万一の場合に備えて利用枠を残しているから
- 利用しようとしたが、利用定員超過等の理由でサービスを受けることができなかったから
- 本人や家族が利用したいサービスがあまりないから
- 利用することでかえって本人や家族に負担がかかるから
- ケアマネジャーに任せているため、わからない
- その他（)

◆今後の在宅サービスの利用意向についておたずねします。

問 25 今後利用したい、あるいは増やしたいと思う在宅サービスをお答えください。
（いくつでも）

※各サービスの内容については、35～36 ページをご覧ください。

- 訪問介護（ホームヘルプサービス）
- 訪問入浴介護
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 居宅療養管理指導
- 通所介護（デイサービス）
- 通所リハビリテーション（デイケア）
- 短期入所生活介護・療養介護（ショートステイ）
- 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等における介護）
- 夜間対応型訪問介護
- 認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホームにおける介護）
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 看護小規模多機能型居宅介護
- 福祉用具貸与
- 福祉用具購入費の支給
- 住宅改修費の支給
- 訪問介護型サービス
- 生活支援訪問介護型サービス
- 通所介護型サービス
- 生活支援通所介護型サービス
- 訪問・通所連動型短期集中予防サービス
- 特にない
- わからない

－ 次は 19 ページの問 28 にお進みください －

在宅サービスを利用していない方におたずねします。

※在宅サービスを利用している方は、19 ページの問 28 にお進みください。

◆在宅サービスを利用していない理由と今後の利用予定についておたずねします。

問 26 在宅サービスを利用していないのはなぜですか。（いくつでも）

- 要介護認定を受けてから間もないから
- 入院中だから
- 自分で生活できるから
- 家族・ボランティア等が介護してくれるから
(介護保険外のサービスで十分間に合っているから)
- 本人の状況に適した在宅サービスがないから
- 在宅サービス利用の手続きが複雑で面倒だから
- リハビリテーションや機能訓練などに取り組むのが面倒だから
- 提供される在宅サービスの質に疑問がある（あった）から
- 利用したいサービスがないから
- 自宅に上がられることに抵抗があるから
- その他（）

問 27 今後の在宅サービスの利用予定は次のうちどれですか。（1つのみ）

- そろそろサービスを利用したいと考えている ⇒ **次ページの(1)にお進みください**
 - 現在入院中だが、退院したら利用したい
 - 将来、要介護度が重くなったり、
家族などの介護が困難になったら利用を考えたい
 - 将来的にもサービスは利用したくない
 - わからない
- } **19 ページの問 28 にお進みください**

【問 27 で「そろそろサービスを利用したいと考えている」と回答した方におたずねします。】

（1）今後利用したいと思う在宅サービスをお答えください。（いくつでも）

※各サービスの内容については、35～36 ページをご覧ください。

- 訪問介護（ホームヘルプサービス）
- 訪問入浴介護
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 居宅療養管理指導
- 通所介護（デイサービス）
- 通所リハビリテーション（デイケア）
- 短期入所生活介護・療養介護（ショートステイ）
- 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等における介護）
- 夜間対応型訪問介護
- 認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホームにおける介護）
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 看護小規模多機能型居宅介護
- 福祉用具貸与
- 福祉用具購入費の支給
- 住宅改修費の支給
- 訪問介護型サービス
- 生活支援訪問介護型サービス
- 通所介護型サービス
- 生活支援通所介護型サービス
- 訪問・通所連動型短期集中予防サービス
- 特にない
- わからない

在宅サービスを利用している方・利用していない方の両方におたずねします。

問 28 介護保険以外の高齢者福祉サービスの利用状況と利用意向についてお聞きします

（１）現在利用しているサービスはどれですか。（いくつでも）

- 弁当を自宅に配達するサービス
- 緊急時にボタンひとつで通報できる機器を貸し出すサービス
- 布団の洗濯サービス
- 痰等吸引器の給付サービス
- 養護老人ホームへの短期宿泊サービス
- 紙おむつなどの介護用品を提供するサービス
- 自宅を訪問しての理容や美容のサービス
- 成年後見制度を利用するための支援事業
- まもり一ぶ仙台の権利擁護事業（福祉サービス利用援助や日常的金銭管理等）
- その他（ ）
- 利用しているサービスはない

（２）今後利用したい（現在利用していて、今後も引き続き利用したい場合を含む）と思うサービスはどれですか。（いくつでも）

- 弁当を自宅に配達するサービス
- 緊急時にボタンひとつで通報できる機器を貸し出すサービス
- 布団の洗濯サービス
- 痰等吸引器の給付サービス
- 養護老人ホームへの短期宿泊サービス
- 紙おむつなどの介護用品を提供するサービス
- 自宅を訪問しての理容や美容のサービス
- 成年後見制度を利用するための支援事業
- まもり一ぶ仙台の権利擁護事業（福祉サービス利用援助や日常的金銭管理等）
- 自宅または近所に移動販売車が来るサービス
- 本人の代わりに買い物をしてくれるサービス
- お店までの送迎をしてくれるサービス
- その他（ ）
- 利用したいサービスはない

ここからは、現在「特別養護老人ホーム」「老人保健施設」のいずれかに入所している方におたずねします。

※それ以外の方は、26 ページの問 36 にお進みください。

問 33 現在の施設に入所する前、ご本人はどこで生活していましたか。（1つのみ）

- 自宅（親せきなどの家での同居、特別養護老人ホーム等での短期入所を含む）
- 賃貸住宅（市営住宅等を含む）
- 高齢者向け住宅（サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、ケアハウス等）
- 認知症高齢者グループホーム
- 特別養護老人ホーム（長期入所）
- 老人保健施設
- 病院等
- その他（ ）

問 34 現在の施設に入所した理由は何ですか。（いくつでも）

- 介護者がいないため、在宅で生活することが難しかったから
- ひとり暮らしや高齢者世帯のため、在宅での生活に不安を感じたから
- 認知症などのため、施設でより手厚い介護が必要だったから
- リハビリなどが必要であり、医師などの専門家に入所をすすめられたから
- 親せきや知人に入所をすすめられたから
- ケアマネジャーや地域包括支援センター職員にすすめられたから
- 民生委員や町内会の人に入所をすすめられたから
- 介護してくれる家族の負担を少しでも軽くしたかったから
- 介護してくれる家族の負担が限界に近かったから
- 居室や廊下幅が狭いなど、住居が介護に適していなかったから
- 希望した施設に入所できなかったから
- その他（ ）

問 35 現在受けている施設サービスに満足していますか。（1つのみ）

<input type="checkbox"/> 満足	}	(2) にお進みください
<input type="checkbox"/> やや満足		
<input type="checkbox"/> どちらともいえない		
<input type="checkbox"/> やや不満	}	(1)、(2) にお進みください
<input type="checkbox"/> 不満		

【問 35 で「やや不満」「不満」と回答した方におたずねします。】

(1) どのようなことに不満がありますか。（いくつでも）

<input type="checkbox"/> 職員の介護技術や専門性が低い
<input type="checkbox"/> 言葉づかいなどの対応が悪い
<input type="checkbox"/> 提供される食事の内容がよくない
<input type="checkbox"/> サービスの事前説明が十分でない
<input type="checkbox"/> 本人や家族の希望を聞いてくれない
<input type="checkbox"/> 施設の設備や環境がよくない
<input type="checkbox"/> プライバシーの配慮に欠けている
<input type="checkbox"/> 利用料に対してサービス内容がともなわない
<input type="checkbox"/> 本人の身体状況に合わせた対応をしてくれない
<input type="checkbox"/> その他 ()

(2) 今後どのような場所で介護を受けたいですか。（1つのみ）

<input type="checkbox"/> 現在入所している施設 ⇒ 次ページの(4) にお進みください	}	次ページの(3) にお進みください
<input type="checkbox"/> 現在入所している施設以外の施設		
<input type="checkbox"/> 自宅		

問 39 仙台市の介護保険事業や高齢者保健福祉施策に関してご意見・ご要望などがございましたら、ご自由にお書きください。

問 40 ご本人には、同居、別居を問わず介護をしてくれるご家族・ご親せきの方はいらっしゃいますか。（1つのみ）

<input type="checkbox"/> いる	➡	次ページ以降の問 41～問 52 の介護者に対する質問にもお答えください。また、下の【次回調査に向けたアンケート】にもご協力をお願いいたします。
<input type="checkbox"/> いない	➡	質問は以上です。調査にご協力いただきありがとうございました。調査は以上ですが、下の【次回調査に向けたアンケート】にもご協力をお願いいたします。
<input type="checkbox"/> ご本人が施設に入所している	➡	この調査票を同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、11月26日（水）までに郵便ポストに投函していただきますようお願い申し上げます。

【次回調査に向けたアンケート】

この調査がスマートフォンやパソコンを使ったオンライン回答も可能となった場合、利用したいと思いませんか。（1つのみ）

- 利用したい
- 利用したくない（紙の調査票で回答したい）
- わからない

ここからは、普段ご本人を主に介護されているご家族・ご親せきの方（以下「介護者」といいます。）におたずねします。

※ここでいう「ご本人」とは封筒の宛名の方のことです。

◆介護者ご自身のことについておたずねします。

問 41 介護者の方について、次の項目にお答えください。（それぞれ1つのみ）

性 別	<input type="checkbox"/> 男性		<input type="checkbox"/> 女性	
	※現在の社会生活上の性別（自分がどちらの性として日常生活を送っているか）をお答えください。			
続 柄 （ご本人から 見た場合）	<input type="checkbox"/> 配偶者（夫または妻）	<input type="checkbox"/> 孫		
	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> その他の親せき（父母・兄弟姉妹を含む）		
	<input type="checkbox"/> 子の配偶者	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
年 齢	<input type="checkbox"/> 20歳未満	<input type="checkbox"/> 40代	<input type="checkbox"/> 70代	
	<input type="checkbox"/> 20代	<input type="checkbox"/> 50代	<input type="checkbox"/> 80歳以上	
	<input type="checkbox"/> 30代	<input type="checkbox"/> 60代	<input type="checkbox"/> わからない	
健 康 状 態	<input type="checkbox"/> 健康である	<input type="checkbox"/> 病気がち、通院している		
	<input type="checkbox"/> 持病はあるが、どちらかといえば健康である	<input type="checkbox"/> 健康状態は常に悪い		
要介護 認 定	<input type="checkbox"/> 要介護（支援）認定は受けていない <input type="checkbox"/> 要介護（支援）認定申請をしたが、非該当（自立）と判定された <input type="checkbox"/> 要介護（支援）認定を受け、要支援・要介護と判定された			
他の介護 の 有 無	（1）介護者が介護をしている方は、ご本人以外にいますか。			
	<input type="checkbox"/> いる	⇒（2）にお進みください		
	<input type="checkbox"/> いない	⇒ 次ページの間 42 にお進みください		
	【（1）で「いる」と回答した方におたずねします。】 （2）介護者から見たその方の続柄をお答えください。（いくつでも）			
	<input type="checkbox"/> 配偶者（夫または妻）	<input type="checkbox"/> 孫		
	<input type="checkbox"/> 父または母	<input type="checkbox"/> その他の親せき（兄弟姉妹を含む）		
	<input type="checkbox"/> 配偶者の父または母	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
	<input type="checkbox"/> 子または子の配偶者			

問 42 介護者の方は、どのくらいの頻度で介護を行っていますか。

(1) 1週間のうち何日くらい介護を行っていますか。(1つのみ)

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 | <input type="checkbox"/> 週に1日程度 |
| <input type="checkbox"/> 週に4～5日程度 | <input type="checkbox"/> 週に1日未満 |
| <input type="checkbox"/> 週に2～3日程度 | |

(2) 1日平均どのくらいの時間、介護を行っていますか（付き添いや見守りの時間も含まれます）。(1つのみ)

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1～2時間程度 | <input type="checkbox"/> 5～8時間程度 |
| <input type="checkbox"/> 3～4時間程度 | <input type="checkbox"/> ほぼ1日中 |

問 43 介護者の方はどちらにお住まいですか。(1つのみ)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 本人と同居している |
| <input type="checkbox"/> 本人と同じ敷地内の別の住宅に住んでいる |
| <input type="checkbox"/> 本人と同じアパート・マンション内の別の住宅に住んでいる |
| <input type="checkbox"/> 本人とは別居しているが、すぐ近く（歩いて10分以内）に住んでいる |
| <input type="checkbox"/> 本人とは別居し、市内には住んでいるが離れている（歩いて10分以上） |
| <input type="checkbox"/> 市外に住んでいる |
| <input type="checkbox"/> その他（) |

問 44 現在、介護者の方が行っている介護等は何ですか。(いくつでも)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 日中の排泄 | <input type="checkbox"/> 服薬 |
| <input type="checkbox"/> 夜間の排泄 | <input type="checkbox"/> 認知症状への対応 |
| <input type="checkbox"/> 食事の介助（食べる時） | <input type="checkbox"/> 医療面での対応（経管栄養・ストーマ等） |
| <input type="checkbox"/> 入浴・洗身 | <input type="checkbox"/> 食事の準備（調理等） |
| <input type="checkbox"/> 身だしなみ（洗顔等） | <input type="checkbox"/> その他の家事（掃除・洗濯・買い物等） |
| <input type="checkbox"/> 歯磨き（口の衛生状態の維持） | <input type="checkbox"/> 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |
| <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 | <input type="checkbox"/> その他（) |
| <input type="checkbox"/> 屋内の移乗・移動 | <input type="checkbox"/> わからない |
| <input type="checkbox"/> 外出の付き添い・送迎等 | |

問 48 介護者の方が、介護をするうえで困ったり不満に思ったりしていることは何ですか。（いくつでも）

- 介護者自身も病気なので大変である
- 力仕事が多く体力的につらい
- 経済的な負担が大きい
- 介護がいつまで続くのか不安になる
- 自分の時間がとれない
- 本人との関係がうまくいっていない
- 本人にやさしく接することができない時がある
- 介護が原因で家庭内の人間関係がぎくしゃくしている
- 他の家族や親せきなどの協力が得られない
- 本人が介護サービスを利用したがない
- 介護の知識や技術が不足
- 介護サービスの利用方法がわからない
- 本人と別居しているので、介護に出向くのが大変である
- 家事との両立が大変
- 仕事との両立が大変
- 本人の住居が介護に適していない（狭い・バリアフリーでない）
- その他（ ）
- 特にない

問 49 現在の生活を継続していくにあたって、介護者の方が不安に感じる介護等は何ですか。（3つまで）

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 日中の排泄 | <input type="checkbox"/> 服薬 |
| <input type="checkbox"/> 夜間の排泄 | <input type="checkbox"/> 認知症状への対応 |
| <input type="checkbox"/> 食事の介助（食べる時） | <input type="checkbox"/> 医療面での対応（経管栄養・ストーマ等） |
| <input type="checkbox"/> 入浴・洗身 | <input type="checkbox"/> 食事の準備（調理等） |
| <input type="checkbox"/> 身だしなみ（洗顔等） | <input type="checkbox"/> その他の家事（掃除・洗濯・買い物等） |
| <input type="checkbox"/> 歯磨き（口の衛生状態の維持） | <input type="checkbox"/> 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |
| <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 | <input type="checkbox"/> 不安に感じていることは特にない |
| <input type="checkbox"/> 屋内の移乗・移動 | <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| <input type="checkbox"/> 外出の付き添い・送迎等 | <input type="checkbox"/> わからない |

【問 51 で「フルタイムで働いている」「パートタイムで働いている」と回答した方におたずねします。】

（２）介護者の方は、勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があると思いますか。（いくつでも）

- 介護休業・介護休暇等の制度の充実
- 制度を利用しやすい職場づくり
- 労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）
- 働く場所の多様化（在宅勤務・テレワークなど）
- 仕事と介護の両立に関する情報の提供
- 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置
- 介護をしている従業員への経済的な支援
- 自営業・フリーランス等のため、勤め先はない
- その他（）
- 特にない
- わからない

【問 51 で「フルタイムで働いている」「パートタイムで働いている」と回答した方におたずねします。】

（３）介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか。（１つのみ）

- 問題なく、続けていける
- 続けていくのは、やや難しい
- 問題はあるが、何とか続けていける
- 続けていくのは、かなり難しい

問 52 ご家族やご親せきの中で、ご本人の介護のために、仕事を辞めた方はいますか。
（現在働いているかどうかや勤務形態は問いません）（いくつでも）

- 介護者が仕事を辞めた（転職を除く）
 - 介護者以外の家族・親せきが仕事を辞めた（転職除く）
 - 介護者が転職した
 - 介護者以外の家族・親せきが転職した
 - 近く辞める予定である
 - 辞めるかどうか迷っている
 - わからない
 - 介護のために仕事を辞めた家族・親せきはいない
（就業していない方などが介護されている場合を含む）
- } 次ページの（１）にお進みください
- } 次ページの（２）にお進みください

【問 52 で “介護者等が仕事を辞めた、転職した” などと回答した方におたずねします。】

（１）仕事を辞めた（検討・転職した）理由は何ですか。（いくつでも）

- 本人を介護する家族や親せきがない
- 利用定員超過などにより介護サービスを利用できない
- 介護サービスだけでは足りない
- 本人が家族や親せきに介護してほしいと希望したため
- 本人の身体状況が悪化したため
- その他（ ）

【問 52 で「介護のために仕事を辞めた家族・親せきはいない」と回答した方におたずねします。】

（２）仕事を辞めたご家族やご親せきがない理由は何ですか。（いくつでも）

- 就業していない方などが本人を介護している
- ほかに本人を介護する家族や親せきがいる
- 介護サービスの利用でおぎなっている
- 介護保険以外の仙台市の高齢者福祉サービスで調整している
- 本人の身体状況がよいため
- 経済的に仕事を辞めることが困難
- その他（ ）

質問は以上です。調査にご協力いただきありがとうございました。

この調査票を同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、11月26日（水）までに郵便ポストに投函していただきますようお願い申し上げます。

【参考】在宅サービス

No.	サービス名	内 容
1	訪問介護 (ホームヘルプサービス)	ホームヘルパーが家庭を訪問して、身体介護や生活援助を行います。
2	訪問入浴介護	移動入浴車で家庭を訪問し、入浴の介助を行います。
3	訪問看護	医師の指示に基づいて看護師等が家庭を訪問し、じょくそうの処置等の必要な看護や家族へのアドバイスを行います。
4	訪問リハビリテーション	医師の指示に基づいて理学療法士、作業療法士などが訪問し、リハビリテーションを行います。
5	居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士などが訪問し、療養上の管理や指導を行います。
6	通所介護 (デイサービス)	デイサービスセンターなどで、入浴や食事、日常生活のお世話、機能訓練などを日帰りで行います。
7	通所リハビリテーション (デイケア)	介護老人保健施設や病院等で、作業療法士や言語聴覚士によるリハビリテーションを日帰りで行います。
8	短期入所生活介護・療養介護 (ショートステイ)	一時的に家族の方が介護できない場合などに、特別養護老人ホーム等で短期間のお世話をします。
9	特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム等における介護)	有料老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス）などで介護や機能訓練などを行います。
10	夜間対応型訪問介護	夜間に定期的な巡回や利用者からの連絡に応じて、随時ホームヘルパーが訪問介護を行います。
11	認知症対応型通所介護	特別養護老人ホームやデイサービス等で、認知症の方に、入浴や食事、機能訓練などを日帰りで行います。
12	小規模多機能型居宅介護	「通い」を中心に、「訪問」や「泊り」を組み合わせ、入浴や食事、日常生活のお世話や機能訓練などを行います。
13	認知症対応型共同生活介護 (認知症高齢者グループホーム における介護)	認知症の方が少人数で「グループホーム」において共同生活を営みます。入浴や食事、日常生活などの介護を受けたり、機能訓練などを行います。
14	定期巡回・随時対応型訪問介護 看護	定期的な巡回により、ホームヘルパーによる食事や日常生活の世話、看護師によるじょくそうの処置や点滴の管理などを行うほか、利用者からの連絡により対応・訪問など24時間の随時対応を行います。
15	看護小規模多機能型居宅介護	小規模多機能型居宅介護のサービスに加え、必要に応じて看護師が「通い」「泊まり」時のたんの吸引や経管栄養、家庭への「訪問」時にじょくそうの処置や点滴の管理などを行います。

No.	サービス名	内 容	
16	福祉用具貸与	日常生活の自立を助けたり、機能訓練に用いるための車いすや特殊寝台などの福祉用具を貸し出します。	
17	福祉用具購入費の支給	日常生活の自立を助けるために必要な腰掛便座や入浴補助用具などの福祉用具について購入費を支給します。	
18	住宅改修費の支給	介護者等の負担軽減のため、手すり取付や段差解消など、居住住宅の一部を改修した場合、その費用を支給します。	
19	サービス (介護・活動・生活 支援サービス事業)	訪問介護型サービス	ホームヘルパーが家庭を訪問して、身体介護や生活援助を行います。
20		生活支援訪問介護型サービス	訪問支援員が訪問して生活援助を行います。必要に応じて身体介護を行う場合があります。
21		通所介護型サービス	デイサービスセンターなどで入浴や食事、日常生活の世話、機能訓練などを日帰りで行います。
22		生活支援通所介護型サービス	デイサービスセンターなどの通いの場で、軽運動、レクリエーションなどを半日程度で行います。
23		訪問・通所連動型短期集中予防サービス	リハビリ専門職等がご自宅を訪問し、生活状況や課題を確認したうえで、利用者に応じた介護予防プログラムを3か月間集中的に実施します。

【参考】施設サービス

No.	サービス名	内 容
1	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	寝たきりや認知症の方に、介護職員などが、食事、入浴、介護や機能訓練などを支援します。
2	介護老人保健施設	病状が安定し、入院治療の必要はないが、リハビリに重点を置いたケアが必要な方に、機能訓練や必要な医療、日常生活上の介護を提供し、家庭への復帰を支援します。

要介護者等（施設）

仙台市介護保険事業計画策定のための実態調査
（要介護者等調査）

－ 調査へのご協力をお願い －

日頃より、本市の市政の推進につきまして、ご理解とご協力をたまわり、厚く御礼申し上げます。

さて、本市におきましては、介護保険事業を推進するために策定している「仙台市介護保険事業計画」の見直しに向け、現在準備作業を進めているところです。計画の見直しにあたり、介護サービス等の利用状況、今後の利用にあたっての考え方、制度に関する市民の皆様のご意見・ご要望などを把握するため、この調査を実施することといたしました。

この調査は、仙台市の介護保険の被保険者で、令和7年9月末時点で要支援・要介護認定を受けている方々から、無作為に抽出した5,000名を対象としております。

つきましては、ご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、この調査は無記名方式であり、回答者は特定できません。また、ご回答いただいた内容は統計的に処理し、この調査以外の目的に利用することはございません。

令和7年10月

仙台市長 郡 和子

調査票のご記入にあたって

- 1 この調査は、できるだけご本人がご回答ください。
- 2 健康状態などにより、ご本人による回答ができない場合は、ご本人の状況がわかるご家族の方や施設の方などが、ご本人の意思を確認しながらご記入いただくか、ご本人の立場にたってご記入ください。
- 3 回答は、問1から順番に調査票に直接、黒か青のボールペンまたは鉛筆で記入してください。
- 4 回答は、該当する答えにシ点（）をつけてください。また、数字を記入する欄は右詰め（例

0	6
---	---

 人）でご記入ください。
- 5 質問により、1つだけにをつけるものと、2つ以上にをつけるものがありますので、記載のとおりにご回答ください。「その他」に回答した場合は、なるべく具体的にその内容をご記入ください。
- 6 この調査には、令和7年11月1日現在の状況でお答えください。
- 7 記入が終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、令和7年11月26日（水）までに郵便ポストに投函してください。
- 8 調査票の内容などでわからないことがありましたら、下記までお問い合わせください。
- 9 この調査の回答内容によって、不利益を受けることはありません。

－ お問い合わせ先 －

仙台市健康福祉局保険高齢部介護保険課

〒980-8671 仙台市青葉区国分町三丁目7番1号

電 話：022-214-8246（直通）

FAX：022-214-4443

メールアドレス：fuk005170@city.sendai.jp

受付時間：午前9時～午後5時（土日・祝日を除く）

◆ご本人のことについておたずねします。

問2 ご本人の性別をお答えください。（1つのみ）

※現在の社会生活上の性別（自分がどちらの性として日常生活を送っているか）をお答えください。

- 男性 女性

問3 ご本人の年齢をお答えください。（1つのみ）

- 40～64歳 70～74歳 80～84歳 90歳以上
 65～69歳 75～79歳 85～89歳

問4 世帯の状況は次のどれですか。（1つのみ）

- ひとり暮らし（特別養護老人ホームや有料老人ホームなどに入所している場合を含む）
 夫婦のみ（ともに65歳以上）
 夫婦のみ（どちらかが65歳以上）
 夫婦のみ（ともに65歳未満）
 上記以外で全員が65歳以上の世帯
 その他の世帯
- } (1)にお進みください

【問4で「上記以外で全員が65歳以上の世帯」「その他の世帯」と回答した方におたずねします。】

(1) 世帯全員の人数をご記入ください。

世帯全員の人数

人

問5 現在の要介護度は次のどれですか。（1つのみ）

※要介護度は、「介護保険被保険者証（水色のもの）」に記載されています。

- 要支援1 要介護1 要介護3 要介護5
 要支援2 要介護2 要介護4 わからない

問7 ご本人の年間総収入（年金、仕送りなども含みます。）の額はおよそどれくらいですか。（1つのみ）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 50万円未満 | <input type="checkbox"/> 500万円～700万円未満 |
| <input type="checkbox"/> 50万円～100万円未満 | <input type="checkbox"/> 700万円～1,000万円未満 |
| <input type="checkbox"/> 100万円～200万円未満 | <input type="checkbox"/> 1,000万円～1,500万円未満 |
| <input type="checkbox"/> 200万円～300万円未満 | <input type="checkbox"/> 1,500万円以上 |
| <input type="checkbox"/> 300万円～500万円未満 | <input type="checkbox"/> わからない |

問8 ご本人も含めた世帯全員の年間総収入（年金、仕送りなども含みます。）の合計額はおよそどれくらいですか。（1つのみ）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 50万円未満 | <input type="checkbox"/> 500万円～700万円未満 |
| <input type="checkbox"/> 50万円～100万円未満 | <input type="checkbox"/> 700万円～1,000万円未満 |
| <input type="checkbox"/> 100万円～200万円未満 | <input type="checkbox"/> 1,000万円～1,500万円未満 |
| <input type="checkbox"/> 200万円～300万円未満 | <input type="checkbox"/> 1,500万円以上 |
| <input type="checkbox"/> 300万円～500万円未満 | <input type="checkbox"/> わからない |

問9 ご本人は、現在どこで生活していますか。（1つのみ）

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 自宅（親せきなどの家での同居、特別養護老人ホーム等での短期入所を含む） |
| <input type="checkbox"/> 賃貸住宅（市営住宅等を含む） |
| <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅（サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、ケアハウス等） |
| <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム |
| <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム（長期入所） |
| <input type="checkbox"/> 老人保健施設 |
| <input type="checkbox"/> 病院等 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） |

問 10 今後、高齢者の増加にともない、介護が必要な方も増えていく中で、本人の希望に沿いながら、できるだけ在宅で暮らしていけるようになるには、どのようなことが必要だと思いますか。（いくつでも）

- 高齢者が一人でも安心して暮らせる住居の確保
- 買い物や見守りなどの生活支援サービスの充実
- 地域の元気な高齢者が、ボランティアとして支える仕組みの充実
- 地域包括支援センターなどの介護について相談できる機関の充実
- ケアマネジャーなどの専門職によるケアマネジメント機能の充実
- 訪問介護系サービスの充実
- 施設等に入所している方の在宅復帰に向けた支援の充実
- ショートステイなど介護者の負担軽減のためのサービスの充実
- かかりつけ医等による在宅医療のさらなる充実
- 専門職が関わり介護・フレイル予防に気軽に取り組める場の充実
- 介護保険以外のサービスの情報を調べる方法の充実
- その他（）
- 特にない

問 11 介護保険に関連して、知りたい情報は何か。（いくつでも）

- 介護保険で利用できるサービスや費用など介護保険制度の仕組みについての情報
- 市内や近隣の介護保険事業者の案内
- 介護保険事業者に対する評価や評判等の情報
- 介護保険事業者に対する苦情や相談内容等の情報
- 介護保険の手続き等の案内
- 日常の金銭管理等に関する支援サービス等の情報
- 財産管理や相続等に関する情報
- 民間やボランティア団体等が提供する買い物や見守りなどの介護保険サービス以外の生活支援サービスの情報
- 介護保険以外の市の保健福祉に関する情報
- 医療や保健に関する情報
- その他（）
- 特にない

問 12 ご本人（またはご家族の方など）が仙台市に介護保険に関する相談をしたいとき、何が充実していると便利だと思いますか。（いくつでも）

- 区役所窓口での相談機能
- Web会議システムによる相談機能
- 電子メールによる相談機能
- 市ホームページへのFAQ（よくある質問と回答）の充実
- その他（ ）
- 特にない

65 歳以上のすべての方におたずねします。

※65歳未満の方は、9ページの問17にお進みください。

◆介護保険料と制度全般についておたずねします。

問 13 ご本人の保険料段階は、次のうちどれですか。（1つのみ）

※保険料の段階は、「令和7年度介護保険料決定通知書」に記載されています。

- | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 第1段階 | <input type="checkbox"/> 第5段階 | <input type="checkbox"/> 第9段階 | <input type="checkbox"/> 第13段階 | <input type="checkbox"/> わからない |
| <input type="checkbox"/> 第2段階 | <input type="checkbox"/> 第6段階 | <input type="checkbox"/> 第10段階 | <input type="checkbox"/> 第14段階 | |
| <input type="checkbox"/> 第3段階 | <input type="checkbox"/> 第7段階 | <input type="checkbox"/> 第11段階 | <input type="checkbox"/> 第15段階 | |
| <input type="checkbox"/> 第4段階 | <input type="checkbox"/> 第8段階 | <input type="checkbox"/> 第12段階 | <input type="checkbox"/> 第16段階 | |

次ページの

【参考】仙台市の第1号被保険者（65歳以上の方）の保険料（令和7年度）をご参照ください。

【参考】 仙台市の第1号被保険者（65歳以上の方）の保険料（令和7年度）

所得段階	対象となる方			基準額に対する割合	年額保険料 (月額換算)	
1	・生活保護を受給している方 ・同じ世帯の方全員が市町村民税非課税で、本人が老齢福祉年金を受給している方			0.285 (※)	20,700円 (1,732円)	
2	本人が市町村民税非課税で	同じ世帯の方全員が市町村民税非課税	本人の前年の課税年金収入額と年金以外の合計所得金額の合計額が	80万9,000円以下の方	0.285 (※)	20,700円 (1,732円)
3				80万9,000円を超え、120万円以下の方	0.395 (※)	28,800円 (2,401円)
4				120万円を超える方	0.685 (※)	49,900円 (4,164円)
5	本人が市町村民税非課税で	同じ世帯に市町村民税課税の方がいる		80万9,000円以下の方	0.850	62,000円 (5,167円)
6				80万9,000円を超える方	1.000	72,900円 (6,079円)
7	本人が市町村民税課税で		本人の前年の合計所得金額が	125万円未満の方	1.100	80,200円 (6,686円)
8				125万円以上 200万円未満の方	1.250	91,100円 (7,598円)
9				200万円以上 300万円未満の方	1.500	109,400円 (9,118円)
10				300万円以上 400万円未満の方	1.700	124,000円 (10,334円)
11				400万円以上 500万円未満の方	1.800	131,300円 (10,942円)
12				500万円以上 600万円未満の方	2.000	145,800円 (12,158円)
13				600万円以上 700万円未満の方	2.100	153,100円 (12,765円)
14				700万円以上 1,000万円未満の方	2.300	167,700円 (13,981円)
15				1,000万円以上 1,500万円未満の方	2.500	182,300円 (15,197円)
16				1,500万円以上の方	2.600	189,600円 (15,805円)

(※) 公費により第1段階及び第2段階は0.455→0.285、第3段階は0.595→0.395、第4段階は0.690→0.685に軽減しています。

問 14 現在の保険料額を、どのように感じていますか。（1つのみ）

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 無理なく支払える額である | <input type="checkbox"/> 支払いが困難な額である |
| <input type="checkbox"/> なんとか支払える額である | <input type="checkbox"/> わからない |

問 15 現在のご本人の保険料段階として、妥当と考える保険料の額は、ひと月あたりどのくらいの額ですか。（1つのみ）

※例えば、第2段階の方は第2段階として妥当と考える額をお答えください。

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 2,000円程度 | <input type="checkbox"/> 6,000円程度 | <input type="checkbox"/> 12,000円程度 |
| <input type="checkbox"/> 3,000円程度 | <input type="checkbox"/> 7,000円程度 | <input type="checkbox"/> 15,000円程度 |
| <input type="checkbox"/> 4,000円程度 | <input type="checkbox"/> 8,000円程度 | <input type="checkbox"/> 18,000円程度 |
| <input type="checkbox"/> 5,000円程度 | <input type="checkbox"/> 10,000円程度 | <input type="checkbox"/> わからない |

問 16 介護保険料の基準額は、介護施設の増加や介護サービスの充実に伴いサービスの利用量が増えると、保険料も増加することになります。

また、介護保険制度では基本的なサービス水準を国が定めますが、仙台市の判断でその他サービスを保険対象に加えたり、サービス利用限度額（1～3割負担で利用できる限度額）を高く設定することが出来ます。

ただし、この場合は必要な費用の全額を65歳以上の方の保険料からまかなうことになるため、結果として保険料が高くなります。

このことを踏まえ、保険料と介護サービスのあり方について、ご本人の考えに最も近いものは、次のうちどれですか。（1つのみ）

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 保険料が高くなってもよいから、
施設を増やすなど介護サービスを充実させたほうがよい |
| <input type="checkbox"/> どちらかという、保険料が高くなってもよいから、
施設を増やすなど介護サービスを充実させたほうがよい |
| <input type="checkbox"/> 保険料も介護サービスも現状の程度でよい |
| <input type="checkbox"/> どちらかという、介護サービスの水準を今より抑えて、保険料が低くなるほうがよい |
| <input type="checkbox"/> 介護サービスの水準を今より抑えて、保険料が低くなるほうがよい |
| <input type="checkbox"/> その他（
） |
| <input type="checkbox"/> わからない |

すべての方におたずねします。

問 17 現在の施設に入所する前、ご本人はどこで生活していましたか。（1つのみ）

- 自宅（親せきなどの家での同居、特別養護老人ホーム等での短期入所を含む）
- 賃貸住宅（市営住宅等を含む）
- 高齢者向け住宅（サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、ケアハウス等）
- 認知症高齢者グループホーム
- 特別養護老人ホーム（長期入所）
- 老人保健施設
- 病院等
- その他（)

問 18 現在の施設に入所した理由は何ですか。（いくつでも）

- 介護者がいないため、在宅で生活することが難しかったから
- ひとり暮らしや高齢者世帯のため、在宅での生活に不安を感じたから
- 認知症などのため、施設でより手厚い介護が必要だったから
- リハビリなどが必要であり、医師などの専門家に入所をすすめられたから
- 親せきや知人に入所をすすめられたから
- ケアマネジャーや地域包括支援センター職員にすすめられたから
- 民生委員や町内会の人に入所をすすめられたから
- 介護してくれる家族の負担を少しでも軽くしたかったから
- 介護してくれる家族の負担が限界に近かったから
- 居室や廊下幅が狭いなど、住居が介護に適していなかったから
- 希望した施設に入所できなかったから
- その他（)

問 19 現在受けている施設サービスに満足していますか。（1つのみ）

<input type="checkbox"/> 満足	}	(2) にお進みください
<input type="checkbox"/> やや満足		
<input type="checkbox"/> どちらともいえない		
<input type="checkbox"/> やや不満	}	(1)、(2) にお進みください
<input type="checkbox"/> 不満		

【問 19 で「やや不満」「不満」と回答した方におたずねします。】

(1) どのようなことに不満がありますか。（いくつでも）

<input type="checkbox"/> 職員の介護技術や専門性が低い
<input type="checkbox"/> 言葉づかいなどの対応が悪い
<input type="checkbox"/> 提供される食事の内容がよくない
<input type="checkbox"/> サービスの事前説明が十分でない
<input type="checkbox"/> 本人や家族の希望を聞いてくれない
<input type="checkbox"/> 施設の設備や環境がよくない
<input type="checkbox"/> プライバシーの配慮に欠けている
<input type="checkbox"/> 利用料に対してサービス内容がともなわない
<input type="checkbox"/> 本人の身体状況に合わせた対応をしてくれない
<input type="checkbox"/> その他 ()

(2) 今後どのような場所で介護を受けたいですか。（1つのみ）

<input type="checkbox"/> 現在入所している施設 ⇒ 次ページの(4) にお進みください	}	次ページの(3) にお進みください
<input type="checkbox"/> 現在入所している施設以外の施設		
<input type="checkbox"/> 自宅		

問 23 仙台市の介護保険事業や高齢者保健福祉施策に関してご意見・ご要望などがございましたら、ご自由にお書きください。

【次回調査に向けたアンケート】

**調査は以上となりますが、
引き続き下記のアンケートにもご協力をお願いいたします。**

この調査がスマートフォンやパソコンを使ったオンライン回答も可能となった場合、
利用したいと思いませんか。（1つのみ）

- 利用したい
- 利用したくない（紙の調査票で回答したい）
- わからない

質問は以上です。調査にご協力いただきありがとうございました。

この調査票を同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、11月26日（水）
までに郵便ポストに投函していただきますようお願い申し上げます。

第 10 期仙台市介護保険事業計画策定のための実態調査報告書
【要介護者等調査】

令和 8 年 3 月

発 行：仙台市健康福祉局保険高齢部介護保険課
〒980-8671
宮城県仙台市青葉区国分町 3 - 7 - 1
電 話：022-214-8246
F A X：022-214-4443