

令和7年度堺市高齢者等実態調査ご協力をお願い

日頃から、堺市の福祉施策の推進にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。
このたび、市内在住の要支援1～要介護5の認定を受けている在宅の65歳以上の方
1,300名を無作為に抽出し、「アンケート調査」を実施することになりました。

この調査は、今後の高齢者保健福祉行政の計画的かつ効果的な推進と次期の高齢者保
健福祉計画・介護保険事業計画策定のために役立たせていただくものです。

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

回答に当たってのお願い

- 1 このアンケートは、【A票】のA-問1～17まではご本人が、【B票】のB-問1～
24までは主な介護者の方が回答してください。ご本人が回答できない場合は、
ご家族等がご本人の立場に立って回答していただいて結構です。
- 2 ご回答は、令和7年12月1日現在の状況を回答してください。
- 3 アンケートの回答はお答えいただける範囲で結構です。途中まででも結構ですので、
ご回答くださいますようお願い申し上げます。
- 4 アンケートは、令和8年1月23日（金）までにご回答ください。
- 5 次のいずれかの方法で、回答をお願いします。
 - (1) 紙での回答：この調査票に記入し、同封の返信用封筒に入れ、切手を貼らずに無記
名でご投函ください。堺市役所長寿支援課へ直接お持ちいただいても結構です。
 - (2) インターネットでの回答：次のページをご覧ください。

【 この調査の実施主体 】

堺市 健康福祉局 長寿社会部 長寿支援課

電話 072-228-8347 FAX 072-228-8918

メールアドレス choshi@city.sakai.lg.jp

【 この調査に関するお問い合わせ先 】

(堺市高齢者等実態調査業務 受託事業者) 株式会社グリーンエコ

電話 0120-341-296 FAX 06-6484-5573

メールアドレス sakaisurvey@gr-eco.co.jp

※ お問い合わせ時間：平日の午前9時から午後5時30分まで

(年末年始および午後0時から午後1時を除く)

インターネットでの回答方法

このアンケートは、パソコン、スマートフォン等を使って、インターネット上でもご回答いただけます。

以下の【ログイン方法】から、アンケート専用ウェブサイトアクセスし、回答ID・回答パスワードを入力の上、ご回答ください。

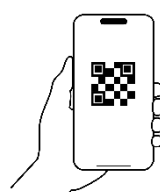
※ インターネット接続に係る通信料が発生する場合は、ご負担をお願いいたします。

【ログイン方法】

右記の二次元コードまたは
下記アドレスよりご回答ください。



アドレス: [https://sakaicity.fmq.jp/Q/
auto/ja/homecare/survey/](https://sakaicity.fmq.jp/Q/auto/ja/homecare/survey/)



スマートフォンのカメラを
このコードに向けると、
簡単にページが開きます

専用サイトへのログインには、次の回答IDと回答パスワードを入力してください。

◆回答ID : ●●●●●●
◆回答パスワード : ○○○○

インターネットで回答していただいた場合、本調査票のご返送は不要です。

調査票での回答方法

アンケートに記入する際は、各項目で該当する数字に○をつけてください。設問によって、「○はひとつ」「○は3つまで」「○はいくつでも」など、○をつける数が異なりますので、ご注意ください。なお、「その他」を選択された場合は、()内に具体的な内容を記入してください。

■まずはじめに、記入日についてお教えてください。

記 入 日	令和 年 月 日
-------	----------

- ※ 【A票】のA-問1～17まではご本人が、【B票】のB-問1～24までは主な介護者の方が記入してください。ご本人が記入できない場合は、ご家族等がご本人の立場に立って記入していただいて結構です。

個人情報の取り扱いについて

【個人情報の保護および活用目的について】

- この調査は、今後の高齢者保健福祉行政の計画的かつ効果的な推進と次期の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定及び策定後の政策評価のために行うものです。調査結果は、介護保険の認定・利用状況等の個人データと連結し、分析する場合がありますが、この調査で得られた個人情報については、個人情報保護法に基づき適切に管理し、これらの目的以外には利用いたしません。
- この調査で得られたデータについては、個人が識別されないよう加工した上で、大学等の研究機関や厚生労働省等に提供することがあります。
- 回答内容に応じて、市から高齢者保健福祉や介護保険に関する施策・サービスの案内を行うことがあります。

A票 調査対象者様ご本人について、おうかがいします。

※「ご本人」が記入してください。「ご本人」のご回答・ご記入が難しい場合は、ご家族等がご本人の立場に立って記入していただいて結構です。

この調査票にご回答を頂いているのは、どなたですか。(○はいくつでも)

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. 調査対象者本人 | 2. 主な介護者となっている家族・親族 |
| 3. 主な介護者以外の家族・親族 | 4. 調査対象者のケアマネジャー |
| 5. その他 () | |

A-問1 世帯類型について、お教えてください。(○はひとつ)

- | | | |
|-----------|---|-----------------|
| 1. 単身世帯 | } | ⇒ 1の方は【A-問3】へ |
| 2. 夫婦のみ世帯 | | |
| 3. その他 | } | ⇒ 2、3の方は【A-問2】へ |

問1で「2.夫婦のみ世帯」「3.その他」と回答した方(ご家族など同居されている方)におうかがいします。

A-問2 日中、あなた(ご本人)は一人になることがありますか。(○はひとつ)

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. ほとんど毎日 | 2. 週に4～5日 | 3. 週に2～3日 |
| 4. 週に1日 | 5. ほとんどない | |

※ここから再び、全員におうかがいします。

A-問3 現在のお住まいをお教えてください。(○はひとつ)

- | | |
|--------------|---------------------|
| 1. 持ち家(一戸建て) | 2. 持ち家(マンションなど) |
| 3. 借家(一戸建て) | 4. 借家(マンション・アパートなど) |
| 5. 施設等 | 6. その他 () |

※「施設等」とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、特定施設(有料老人ホーム等)、グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型特別養護老人ホームを指します。

A-問4 初めて要支援・要介護認定を申請した際、どなたから申請を勧められましたか。(○はひとつ)

- | | |
|---------------|---------------------|
| 1. ご本人の家族や親族 | 2. 友人・知人 |
| 3. 近所の人 | 4. 医療機関 |
| 5. 地域包括支援センター | 6. 民生委員・児童委員などの地域の方 |
| 7. 介護サービス事業者 | 8. ご本人の意向 |
| 9. その他 () | |

A-問5 あなた（ご本人）が初めて要支援・要介護認定が必要になった主な原因は何ですか。（○はひとつ）

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| 1. 脳卒中(脳出血・脳こうそく等) | 2. 心臓病 |
| 3. がん(悪性新生物) | 4. 呼吸器の病気(肺気腫・肺炎等) |
| 5. 関節の病気(リウマチ、変形性膝関節症等) | 6. 認知症(アルツハイマー病等) |
| 7. パーキンソン病 | 8. 糖尿病 |
| 9. 泌尿器の病気(膀胱炎、前立腺肥大症等) | 10. 視覚・聴覚障害(白内障、難聴等) |
| 11. 骨折・転倒 | 12. 脊髄(せきずい)損傷 |
| 13. 高齢による衰弱 | 14. その他() |

A-問6 あなた（ご本人）が、現在抱えている傷病についてお教えてください。（○はいくつでも）

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1. 脳血管疾患(脳卒中) | 2. 心疾患(心臓病) |
| 3. 悪性新生物(がん) | 4. 呼吸器疾患 |
| 5. 腎疾患(透析) | 6. 筋骨格系疾患(骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等) |
| 7. 膠原病(関節リウマチ含む) | 8. 変形性関節疾患 |
| 9. 認知症 | 10. パーキンソン病 |
| 11. 難病(パーキンソン病除く) | 12. 糖尿病 |
| 13. 眼科・耳鼻科疾患(視覚・聴覚障害を伴うもの) | |
| 14. その他 | 15. なし |
| 16. わからない | |

ご本人の生活状況や健康についておうかがいします。

A-問7 あなた（ご本人）は普段どのような食事をとっていますか。（○はいくつでも）

- | |
|-------------------------------------|
| 1. 自宅で本人または家族が調理した食事 |
| 2. 家族が持ってきてくれる食事(家族が調理したかどうかは問いません) |
| 3. 本人または家族が店で買った弁当、調理済食品 |
| 4. 配食サービス |
| 5. ホームヘルパーが調理した食事 |
| 6. その他() |

A-問8 定期的に通っていたり、必要な時に診療や相談しようと思う、かかりつけの医師・
歯科医師・薬剤師はいますか。(○はいくつでも)

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1. かかりつけ医師 | 2. かかりつけ歯科医師 |
| 3. かかりつけ薬局(薬剤師) | 4. いない |

サービスの利用状況についておうかがいします。

A-問9 令和7年12月1日現在、(住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の)介護保険サービスを利用していますか。(○はひとつ)

- | | | | |
|-----------|-----------|------------|-----------|
| 1. 利用している | ⇒【A-問11へ】 | 2. 利用していない | ⇒【A-問10へ】 |
|-----------|-----------|------------|-----------|

A-問9で「2. 利用していない」と回答した方におうかがいします。

A-問10 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(○はいくつでも)

- | |
|-----------------------------|
| 1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない |
| 2. 本人にサービス利用の希望がない |
| 3. 家族が介護をするため必要ない |
| 4. 以前、利用していたサービスに不満があった |
| 5. 利用料を支払うのが難しい |
| 6. 利用したいサービスが利用できない、身近にない |
| 7. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため |
| 8. サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からない |
| 9. その他 () |

※ここから再び、全員におうかがいします。

A-問 11 現在、あなた（ご本人）が利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、お教えてください。（○はいくつでも）

- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| 1. 配食 | 2. 調理 |
| 3. 掃除・洗濯 | 4. 買い物（宅配は含まない） |
| 5. ゴミ出し | 6. 外出同行（通院、買い物など） |
| 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） | 8. 見守り、声かけ |
| 9. サロンなどの定期的な通いの場 | 10. その他（ ） |
| 11. 利用していない | |

※ 総合事業に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含めます。

A-問 12 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス（現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む）について、お教えてください。（○はいくつでも）

- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| 1. 配食 | 2. 調理 |
| 3. 掃除・洗濯 | 4. 買い物（宅配は含まない） |
| 5. ゴミ出し | 6. 外出同行（通院、買い物など） |
| 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） | 8. 見守り、声かけ |
| 9. サロンなどの定期的な通いの場 | 10. その他（ ） |
| 11. 特になし | |

※ 介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含みます。

A-問 13 現時点での、あなた（ご本人）の施設等への入所・入居の検討状況について、お教えてください（○はひとつ）

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 1. 入所・入居は検討していない | 2. 入所・入居を検討している |
| 3. すでに入所・入居申し込みをしている | |

※「施設等」とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、特定施設（有料老人ホーム等）、グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型特別養護老人ホームを指します。

A-問 14 あなた（ご本人）は、現在、訪問診療を利用していますか。（○はひとつ）

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|

※ 訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

※「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人がご回答・ご記入をお願いします（ご本人のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です）。

B-問1 ご家族やご親族の中で、ご本人の介護を主な理由として、過去1年の間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、現在の勤務形態は問いません）。
（○はいくつでも）

1. 主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）
2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く）
3. 主な介護者が転職した
4. 主な介護者以外の家族・親族が転職した
5. 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない
6. わからない

※ 自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

B-問2 主な介護者の方は、どなたですか。（○はひとつ）

- | | | |
|--------|----------|----------|
| 1. 配偶者 | 2. 子 | 3. 子の配偶者 |
| 4. 孫 | 5. 兄弟・姉妹 | 6. その他 |

B-問3 主な介護者の方の性別について、お教えてください。（○はひとつ）

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

B-問4 主な介護者の方の年齢について、お教えてください。（○はひとつ）

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代 |
| 4. 40代 | 5. 50代 | 6. 60代 |
| 7. 70代 | 8. 80歳以上 | 9. わからない |

B-問5 主な介護者の方と要介護者との同居状況について、お教えてください。（○はひとつ）

1. 同居している
2. 別居しているが、15分以内で行き来できる範囲である
3. 別居しており、行き来に15分以上かかる

B-問6 現在、主な介護者の方が行っている介護等について、お教えてください。

(○はいくつでも)

【身体介護】

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 1. 日中の排泄 | 2. 夜間の排泄 |
| 3. 食事の介助（食べる時） | 4. 入浴・洗身 |
| 5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等） | 6. 衣服の着脱 |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 8. 外出の付き添い、送迎等 |
| 9. 服薬 | 10. 認知症状への対応 |
| 11. 医療面での対応（経管栄養、ストーマ 等） | |

【生活援助】

- 12. 食事の準備（調理等）
- 13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物 等）
- 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き

【その他】

- 15. その他()
- 16. わからない

B-問7 ご本人に認知症の症状がありますか。(○はひとつ)

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. 認知症の症状がある | 2. 認知症の症状がない |
|--------------|--------------|

B-問8 人生の最終段階における医療や介護について、ご本人自身の希望を、家族等や医療介護関係者と話し合っていますか。(○はひとつ)

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 詳しく話し合っている | 2. 一応話し合っている |
| 3. 話し合ったことはある | 4. 話し合ったことはない |

B-問9 この1年間のご本人の介護サービスの利用頻度を教えてください。(○はひとつ)

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. これまで利用したことが1度もない | 2. この1年間は利用していない |
| 3. 年に1回程度、利用している | 4. 半年に1回程度、利用している |
| 5. 2～3カ月に1回程度、利用している | 6. 月に1回程度、利用している |
| 7. 月に2回程度、利用している | 8. 週に1回程度、利用している |
| 9. 週に2～4回程度、利用している | 10. 週に5～7回程度、利用している |

主な介護者の方の介護に要する時間についておうかがいします。

B-問10 介護の日数について、お教えてください。(○はひとつ)

- | | | |
|-----------|-------------|-------------|
| 1. ほぼ毎日 | 2. 週に4～5日程度 | 3. 週に2～3日程度 |
| 4. 週に1日程度 | 5. 週に1日未満 | |

B-問11 1日あたりの介護の時間について、お教えてください。(○はひとつ)

- | | |
|------------|----------|
| 1. 1～2時間程度 | 2. 4時間程度 |
| 3. 8時間程度 | 4. ほぼ1日中 |

B-問12 主な介護者の方の介護期間について、お教えてください。(○はひとつ)

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. 6か月未満 | 2. 6か月～1年未満 |
| 3. 1年～2年未満 | 4. 2年～3年未満 |
| 5. 3年～5年未満 | 6. 5年～10年未満 |
| 7. 10年～20年未満 | 8. 20年以上 |

B-問13 主な介護者の方の育児状況について、お教えてください。(○はひとつ)

※「1. 育児をしている」を選んだ方は子どもの人数・末子の年齢を()内に数字で記入してください。

- | | |
|-------------|----------------------|
| 1. 育児をしている | …子どもの人数()人 末子年齢()歳 |
| 2. 育児はしていない | |

※ 18歳以下の自分の子ども(養子等を含む)および孫を対象とします。なお、育児には見守り、認定子ども園・幼稚園等・学校・塾・習い事等の送迎、付き添い、保護者会等への出席なども含みます。また、同居の有無は問いません。

B-問14 主な介護者の方の現在の勤務形態について、お教えてください。(○はひとつ)

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. フルタイムで働いている | } ⇒ 1、2の方は【B-問15～17】へ |
| 2. パートタイムで働いている | |
| 3. 働いていない | } ⇒ 3、4の方は【B-問18】へ |
| 4. 主な介護者に確認しないと、わからない | |

※ 「パートタイム」とは、「1週間の所定労働時間が、同一の事業所に雇用される通常の労働者に比べて短い方」が該当します。いわゆる「アルバイト」、「嘱託」、「契約社員」等の方を含みます。自営業・フリーランス等の場合も、就労時間・日数等から「フルタイム」・「パートタイム」のいずれかを選択してください。

B-問 14 で「1.フルタイムで働いている」「2.パートタイムで働いている」と回答した方におうかがいします。

B-問 15 主な介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をして
いますか。(○はいくつでも)

1. 特に行っていない
2. 介護のために、「労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）」
しながら、働いている
3. 介護のために、「休暇（年休や介護休暇等）」を取りながら、働いている
4. 介護のために、「在宅勤務」を利用しながら、働いている
5. 介護のために、2～4以外の調整をしながら、働いている
6. 主な介護者に確認しないと、わからない

B-問 14 で「1.フルタイムで働いている」「2.パートタイムで働いている」と回答した方におうかがいします。

B-問 16 主な介護者の方は、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。(○は3つまで)

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

B-問 14 で「1.フルタイムで働いている」「2.パートタイムで働いている」と回答した方におうかがいします。

B-問 17 主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか。
(○はひとつ)

1. 問題なく、続けていける
2. 問題はあるが、何とか続けていける
3. 続けていくのは、やや難しい
4. 続けていくのは、かなり難しい
5. 主な介護者に確認しないと、わからない

※ここから再び、介護者の方全員におうかがいします。

B-問 18 介護に対して負担に感じることは何ですか。(○はいくつでも)

- | | |
|-------------------------------|--------------------|
| 1. いつまで介護が続くかわからない | 2. 家族が介護に非協力的 |
| 3. 相談できる人がいない | 4. 仕事と両立することの負担 |
| 5. 育児も含めて世話や介護が必要な人が他にもいる | |
| 6. (介護を必要とする人が) 介護サービスの利用を嫌がる | |
| 7. 介護に関する制度がわからない | 8. 介護に関する情報が入手しづらい |
| 9. 体力的な負担 | 10. 自由な時間が減る |
| 11. 孤独を感じる | 12. 介護にお金がかかる |
| 13. 特に負担はない | |
| 14. その他 () | |

B-問 19 介護を続ける上で、日常生活の負担を軽減するために、どのような家事援助サービスを利用したいと思いますか。(○はいくつでも)

- | | |
|------------------------|-----------------|
| 1. 掃除(居室・トイレ・浴室など)の手伝い | 2. 洗濯や衣類の整理 |
| 3. 食事の準備 | 4. ゴミ出しや片づけの手伝い |
| 5. 庭の手入れや簡単な修繕 | 6. 日用品の買い物代行 |
| 7. 定期的な見守り | 8. 話し相手 |
| 9. 通院や外出時の付き添い・送迎 | |
| 10. 特に利用したいと思わない | |
| 11. その他 () | |

B-問 20 現在、介護の際に利用している ICT・IoT※機器やサービスについて、お教えてください。(○はいくつでも)

1. 見守りカメラ (室内の様子を確認できるカメラ)
2. センサー付き見守り機器 (人の動きや温度を感知する装置)
3. GPS機能付き機器 (外出時の位置情報確認など)
4. 服薬支援機器 (服薬時間を知らせる機器など)
5. 排泄支援機器 (尿意や排泄状況を感知・通知する機器など)
6. 緊急通報装置 (ペンダント型・ボタン型など)
7. コミュニケーションロボット・AIスピーカー (会話や見守り機能のある機器)
8. スマート家電 (声で操作・連携できるもの)
9. どれも利用していない
10. その他 ()

※ ICT (情報通信技術) や IoT (モノのインターネット) とは、通信機能を備えた機器やサービスを活用し、情報の記録・共有・見守りなどを行う仕組みのことです。

B-問 21 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等について、お教えてください (現状で行っているか否かは問いません)。
(○は3つまで)

【身体介護】

- | | |
|---------------------------|----------------|
| 1. 日中の排泄 | 2. 夜間の排泄 |
| 3. 食事の介助 (食べる時) | 4. 入浴・洗身 |
| 5. 身だしなみ (洗顔・歯磨き等) | 6. 衣服の着脱 |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 8. 外出の付き添い、送迎等 |
| 9. 服薬 | 10. 認知症状への対応 |
| 11. 医療面での対応 (経管栄養、ストーマ 等) | |

【生活援助】

12. 食事の準備 (調理等)
13. その他の家事 (掃除、洗濯、買い物 等)
14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き

【その他】

15. その他 ()
16. 不安に感じていることは、特にない
17. 主な介護者に確認しないと、わからない

B-問 22 介護に困ったときだれに相談していますか。(○はいくつでも)

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| 1. 家族・親戚 | 2. 友人・知人 |
| 3. となり近所の人 | 4. ホームヘルパー |
| 5. 市や府の相談窓口(介護・福祉担当職員、保健師など) | |
| 6. 地域包括支援センターや在宅介護支援センターの職員 | |
| 7. ケアマネジャー(介護支援専門員) | 8. 介護サービスを利用する施設の職員 |
| 9. 民生委員・児童委員 | 10. かかりつけ医・かかりつけ歯科医 |
| 11. 薬局(薬剤師)や介護用品店(店員) | 12. 職場の同僚 |
| 13. 家族会 | 14. インターネット上のコミュニティ・サイト |
| 15. その他() | |
| 16. 相談したいが、相談する相手がいない | |
| 17. だれにも相談しない | |

B - 問 23 地域包括支援センターは、高齢者の方々が住みなれた地域で安心して暮らしていけるよう、介護・福祉・健康など、さまざまな面から総合的に相談や支援を行う役割を担っていますが、この役割を知っていましたか。(○はひとつ)

- | |
|-----------------------------|
| 1. 知っていた |
| 2. 名前は聞いたことがあるが、役割までは知らなかった |
| 3. 地域包括支援センターの存在を知らなかった |

B - 問 24 家族を介護する人の介護疲れやストレスのケアをするためには、何が必要だと思いますか。(○は3つまで)

- | |
|---------------------------|
| 1. 周りの人の理解や協力 |
| 2. 介護生活に必要な情報の提供 |
| 3. 介護者同士が気兼ねなく話し合いや相談をする場 |
| 4. 介護者が息抜きできるイベント |
| 5. ボランティアによる手助け |
| 6. 専門職員による相談窓口 |
| 7. 介護に必要な技術を習得する機会 |
| 8. ショートステイ※などの介護保険サービスの活用 |
| 9. その他() |

※ ショートステイ：介護を必要とする方が介護老人福祉施設などに短期間入所して、日常生活上の世話や機能訓練を受けるサービス

