

第1〇期印西市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（案の抜粋）

問8 認知症について

(1) 認知症の症状がある、または、家族に認知症の症状がある人がいますか(1つに○)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

(2) 認知症に関する相談窓口を知っていますか(1つに○)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

(3) 認知症が心配になったとき、どこ・誰に相談すると思いますか
(あてはまるものすべてに○)

- | |
|-----------------------------------|
| 1. かかりつけ病院の医師 |
| 2. 家族や知人 |
| 3. 認知症専門病院 |
| 4. 地域包括支援センター |
| 5. 市役所 |
| 6. 担当ケアマネジャー |
| 7. その他() |
| 8. どこに相談したらよいかわからない。または相談できる人はいない |

(4) 認知症の方が自宅で生活を続けるために、地域に必要なことは何だと思いますか
(あてはまるものすべてに○)

- | |
|----------------------------|
| 1. 認知症の方や、介護する家族が通える場・集える場 |
| 2. 認知症の方が活動・活躍する場 |
| 3. 認知症を理解する方が増える |
| 4. ボランティアなどの支援 |
| 5. 近所の方の見守りや声かけの支え |
| 6. その他() |

- | |
|-------------|
| 7. 必要なことはない |
|-------------|

(5) 「認知症サポーター養成講座」を知っていますか(1つに○)

- | | | |
|----------|-----------------|------------------|
| 1. 知っている | 2. 聞いたことはあるが、よく | 3. 知らない
わからない |
|----------|-----------------|------------------|

(6) 「認知症初期集中支援チーム」を知っていますか(1つに○)

- | | | |
|----------|-----------------|------------------|
| 1. 知っている | 2. 聞いたことはあるが、よく | 3. 知らない
わからない |
|----------|-----------------|------------------|