

在宅介護実態調査 (調査票案)

挨拶文等

A 票 調査対象者様ご本人について、おうかがいします

問1 この調査票に記入され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 | |

問2 世帯類型について、ご回答ください。(○は1つ)

- | | | |
|--------|-----------|-------|
| 1 単身世帯 | 2 夫婦のみの世帯 | 3 その他 |
|--------|-----------|-------|

問3 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、ご回答ください。(○は1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。

問4 ご本人が、現在抱えている傷病について、ご回答ください。(○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(パーキンソン病を除く) | 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 | |

問5 令和7年9月の1か月の間に、(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ましたか。(○は1つ)

1 利用している ⇒ **問6**へ

2 利用していない ⇒ **問7**へ

問5で「1 利用している」に○をつけた方におうかがいします。

問6 以下の介護保険サービスについて、令和7年9月の1か月の間の利用状況についてご回答ください。((1) (2) の回答後、**問8**へお進みください)

(1) 利用の有無、利用回数や日数などをお答えください。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、「利用していない(0回、1 利用していない)」を選択してください。(○はそれぞれに1つ)

	1週間の利用回数(○はそれぞれに1つ)					
	利用していない	週1回程度	週2回程度	週3回程度	週4回程度	週5回以上
訪問介護(ホームヘルプ)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
訪問入浴介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
訪問介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
訪問リハビリテーション	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
通所介護(デイサービス)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
療養通所介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
通所リハビリテーション(デイケア)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
夜間対応型訪問介護(*訪問のあった回数)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
特定施設入居者生活介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
認知症対応型通所介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上

利用の有無(○はそれぞれに1つ)

定期巡回・随時対応型訪問介護	1 利用していない	2 利用した
小規模多機能型居宅介護	1 利用していない	2 利用した
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	1 利用していない	2 利用した
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	1 利用していない	2 利用した
介護老人保健施設(老人保健施設)	1 利用していない	2 利用した
介護療養型医療施設	1 利用していない	2 利用した
看護小規模多機能型居宅介護	1 利用していない	2 利用した

	1か月あたりの利用日数(○はそれぞれに1つ)				
	利用していない	月1～7日程度	月8～14日	月15～21日程度	月22日以上
短期入所生活介護(ショートステイ)	0回	1～7日	8～14日	15～21日	22日以上
短期入所療養介護(老人保健施設のショートステイ)	0回	1～7日	8～14日	15～21日	22日以上
通所介護事業所で実施する宿泊サービス(お泊りデイサービス)	0回	1～7日	8～14日	15～21日	22日以上
居宅療養管理指導	0回	1回	2回	3回	4回

*居宅療養管理指導とは、歯科医師、薬剤師等に訪問してもらい、薬の飲み方、食事等の療養上の指導を受けるサービスです。

(2) 以下のサービスについて、満足度(1～5)をお答えください。また満足度が1・2(不満)の場合は理由をご記入ください(利用していないサービスは、選択不要です)。(○はそれぞれに1つ)

	不満	やや不満	ふつう	概ね満足	満足	不満(満足度1・2の場合)を感じた理由をご記入ください
訪問介護(ホームヘルプ)	1	2	3	4	5	
訪問入浴介護	1	2	3	4	5	
訪問看護	1	2	3	4	5	
訪問リハビリテーション	1	2	3	4	5	
居宅療養管理指導	1	2	3	4	5	
通所介護(デイサービス)	1	2	3	4	5	
療養通所介護	1	2	3	4	5	
通所リハビリテーション(デイケア)	1	2	3	4	5	
短期入所生活介護(ショートステイ)	1	2	3	4	5	
短期入所療養介護(老人保健施設のショートステイ)	1	2	3	4	5	
特定施設入居者生活介護	1	2	3	4	5	
定期巡回・随時対応型訪問看護	1	2	3	4	5	
認知症対応型通所介護	1	2	3	4	5	

	不 満	や や 不 満	ふ つ う	概 ね 満 足	満 足	不満(満足度1・2の場合)を感じ た理由をご記入ください
小規模多機能型居宅介護	1	2	3	4	5	
認知症対応型共同生活介 護	1	2	3	4	5	
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	1	2	3	4	5	
介護老人保健施設 (老人保健施設)	1	2	3	4	5	
介護療養型医療施設	1	2	3	4	5	
通所介護事業所で実施する 宿泊サービス(お泊りデイサ ービス)	1	2	3	4	5	
夜間対応型訪問介護	1	2	3	4	5	
看護小規模多機能型居宅 介護	1	2	3	4	5	

問5で「2 利用していない」に○をつけた方におうかがいします。

問7 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
- 8 サービスを受けたいが手続きや利用方法がわからない
- 9 その他()

*ここから再び、全員の方におうかがいします。

問8 現在、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、ご回答ください。(〇はいくつでも)

- | | | |
|---------------------|-----------|------------------|
| 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) | 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。

問9 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、ご回答ください。(〇はいくつでも)

- | | | |
|---------------------|-----------|------------------|
| 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) | 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。

問10 現在、訪問診療を利用していますか。(〇は1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

問 11 定期的（おおよそ 3 か月～1 年おき）に診療（検診）を受ける「かかりつけ歯科」または、定期的にお薬をもらう「かかりつけ薬局」は、ありますか。（○は1つ）

- 1 「かかりつけ歯科」「かかりつけ薬局」ともある
- 2 「かかりつけ歯科」のみある
- 3 「かかりつけ薬局」のみある
- 4 いずれもない

問 12 歯科による訪問診療を利用していますか。（○は1つ）

- 1 利用している ⇒ **問14**へ
- 2 利用してみたいが、利用していない ⇒ **問13**へ
- 3 利用するつもりはない ⇒ **問14**へ

問 12で「2 利用してみたいが、利用していない」に○をつけた方のみ、

問 13 訪問の歯科診療を利用していない理由は何ですか。（○は1つ）

- 1 家族や身の回りの人への負担が大きい
- 2 経済的な負担が大きい
- 3 訪問診療してくれる歯科医療機関を知らない
- 4 どこに相談したらいいかわからない
- 5 住環境が歯科訪問診療を受けるのに適していない
- 6 その他()

問 14 1 人暮らしの方におたずねします。

ご自身に、入院等、万一のことがあったとき、連絡先になってくれる方はいますか。（○は1つ）

- 1 近く(市内)にいる
- 2 近くではないがいる
- 3 いない

問 15 近年、具合が悪くなっても、ご自身で最期まで生活し、介護を受ける「在宅での看取り」について、関心が高まっていますが、どのように看取られたいですか。（○は1つ）

- 1 自宅や住んでいる場所での「看取り」を希望する
- 2 現在入所中の施設(有料ホーム等)での「看取り」を希望する
- 3 自宅や住んでいる場所以外の病院やホスピス等の終末期ケア専門の施設に、最期は入院や入所をしたい
- 4 わからない
- 5 その他()

問16 自分にもしものことがあった時に備えて、今後の生活、医療や介護のことについて、相談したいですか（相談しましたか）。（○は1つ）

- | | | |
|---------|-----------|-----------|
| 1 相談したい | 2 相談したくない | 3 すでに相談した |
|---------|-----------|-----------|

問17 あなたは、福祉に関する相談が安心して出来ると考えますか。（○は1つ）

- | | |
|------------------|------------------|
| 1 安心して相談ができる | 2 ある程度安心して相談ができる |
| 3 あまり安心して相談ができない | 4 安心して相談ができない |
| 5 わからない | |

問18 あなたは、「エンディングノート」を活用していますか。（○は1つ）

- | | |
|----------|-----------------|
| 1 活用している | 2 知っているが使ってはいない |
| 3 知らない | |

問19 自分にもしものことがあった時に備えて、エンディングノート等を活用し、今後どのようなことを相談したいですか（すでに相談しましたか）。（○はいくつでも）

- | | |
|------------------|---------------|
| 1 葬儀やお墓など | 2 相続・遺言書作成など |
| 3 成年後見制度(任意後見制度) | 4 在宅医療や介護施設など |
| 5 延命治療や終末期ケアなど | 6 不動産 |
| 7 その他() | |

問20 あなたは、介護サービスを受けて生活の質が高まったと思いますか。（○は1つ）

- | | |
|--------------|-------------|
| 1 生活の質が高くなった | 2 ある程度高くなった |
| 3 変わらない | 4 悪くなった |
| 5 わからない | |

問21 あなたは、高齢者の人権や権利が守られていると思いますか。（○は1つ）

- | | |
|--------------|--------------|
| 1 十分守られている | 2 ある程度守られている |
| 3 あまり守られていない | 4 守られていない |
| 5 わからない | |

問22 補聴器を使っていますか。（○は1つ）

- | | |
|-------------|----------------|
| 1 補聴器を使っている | 2 持っているが使っていない |
| 3 持っていない | 4 その他() |

問23 他の人の声は聞こえますか（補聴器を利用している人は、補聴器を使っている状態）。（○は1つ）

- | | |
|--------------|-------------|
| 1 普通の声でも聞こえる | 2 やや聞き取りにくい |
| 3 かなり聞き取りにくい | 4 聞こえない |
| 5 その他() | |

問24 ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか（同居していない子や親族等からの介護を含む）。（○は1つ）

1 ない ⇒ 調査は終了です

2 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない

3 週に1～2日ある

4 週に3～4日ある

5 ほぼ毎日ある

B票へ
進んでください

●A票の問24で「2」～「5」を選択された場合は、「主な介護者」の方にB票への回答・ご記入をお願いします。

●「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人様（調査対象者様）にご回答・ご記入をお願いします（ご本人様のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です）。

B票 主な介護者の方について、おうかがいします

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（転勤除く）

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。

問2 主な介護者の方は、どなたですか。（○は1つ）

1 配偶者

2 子

3 子の配偶者

4 孫

5 兄弟・姉妹

6 その他()

問3 主な介護者の方の性別について、ご回答ください。（○は1つ）

1 男性

2 女性

問4 現在、主な介護者の方が行っている介護等について、ご回答ください。(○はいくつでも)

[身体介護]

- | | |
|-----------------------|---------------|
| 1 日中の排泄 | 2 夜間の徘徊 |
| 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 認知症状の対応 |
| 11 医療面の対応(経管栄養、ストーマ等) | |

[生活介護]

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

問5 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ている介護等について、ご回答ください(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 夜間の徘徊 |
| 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 認知症状の対応 |
| 11 医療面の対応(経管栄養、ストーマ等) | |

[生活介護]

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

問6 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください。(○は1つ)

- | | | |
|-----------------------|---------|---------|
| 1 20歳未満 ⇒ 問7 へ | 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 |

問6で「1 20歳未満」に○をつけた方におうかがいします。

問7 (1) 介護をしている影響で次のような経験がありますか。(○はいくつでも)

- | | | |
|--------------------------------|----------------------|--------|
| 1 学校(仕事)を休んでしまう | 2 学校(仕事)で遅刻や早退をしてしまう | |
| 3 勉強や習い事、友だちと遊ぶなど自分のための時間がとれない | | |
| 4 眠る時間が足りない | 5 その他() | 6 特にない |

(2) 介護の悩み事を相談するとしたら、誰に相談しますか。(○はいくつでも)

- | | | | |
|------------------------------|---------------|-------|---------|
| 1 家族 | 2 親戚 | 3 友だち | 4 学校の先生 |
| 5 職場の同僚や上 | 6 近所の人 | | |
| 7 スクールソーシャルワーカーやスクールカウンセラーなど | | | |
| 8 病院・医療・福祉サービ | 9 SNS上の知り合い | | |
| 10 その他() | 11 相談したいと思わない | | |

問8 主な介護者の方の現在の勤務形態について、ご回答ください。(○は1つ)

- | |
|------------------------------------|
| 1 フルタイムで働いている ⇒ 問9 へ |
| 2 パートタイムで働いている ⇒ 問9 へ |
| 3 働いていない ⇒ 問10 へ |
| 4 主な介護者に確認しないとわからない ⇒ 問10 へ |

問8で「1」「2」に○をつけた方におうかがいします。

問9 (1) 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行っていますか。(○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 |

(2) 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環境づくり | |
| 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 | |

(3) 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1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 | |

問10 主な介護者が、緊急入院などで介護ができなくなったとき、どのように対応をしましたか(しますか)。(○はいくつでも)

- | |
|-------------------------------|
| 1 小規模多機能型居宅介護の宿泊サービスを利用した(する) |
| 2 短期入所(ショートステイ)を利用した(する) |
| 3 代わりの家族・親族に介護してもらった(もらう) |
| 4 市の緊急一時保護を利用した(する) |
| 5 訪問介護など他のサービスを増やした(増やす) |
| 6 日野市在宅療養高齢者一時入院支援事業を利用した(する) |
| 7 その他() |

問11 これまで、深夜の介護で困ったことは何ですか。(○はいくつでも)

- | | | | |
|-----------|---------|-------------|------|
| 1 水分補給 | 2 排泄 | 3 体位交換(寝返り) | 4 投薬 |
| 5 医療・看護ケア | 6 認知症ケア | 7 その他() | |
| 8 特にない | | | |

問12 深夜の介護サービスを受けてみたいと思いますか。(○は1つ)

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| 1 を受けてみたい ⇒ 問14 へ | 2 受けたくない ⇒ 問13 へ |
| 3 すでに深夜に介護サービスを受けている ⇒ 問14 へ | |

問12で「2 受けたくない」に○をつけた方におうかがいします。

問13 受けたくない理由は何ですか。(○はいくつでも)

- 1 鍵を介護事業者に預けることが不安だから
- 2 深夜に出入りされることが不安だから
- 3 深夜に作業されると落ち着かないため
- 4 費用が高額になるのではないかと心配だから
- 5 深夜の物音等が近所に迷惑だから
- 6 その他()

問14 近年、具合が悪くなくても、ご自宅で最期まで生活し、介護を受ける「在宅での看取り」について、関心が高まっています。ご本人をどのように看取ってあげたいですか。

(○は1つ)

- 1 できれば、自宅や住んでいる場所
- 2 できれば、自宅や住んでいる場所以外の病院やホスピス等の終末期ケア専門の施設
- 3 わからない
- 4 その他()

問15 介護していて、どのようなことに困っていますか。(○はいくつでも)

- 1 身体的な負担が大きい、体の調子が良くない
- 2 精神的な負担が大きい(ストレスがたまっている)
- 3 本人につい辛くあたってしまうことがある
- 4 経済的な負担が大きい
- 5 介護のために、仕事の時間が満足に取れない・仕事を辞めざるを得ない
- 6 家事や育児に、手が回らない
- 7 希望するサービスが確保しにくい
- 8 他に介護にあたってくれる家族がいない(家族などの協力が得られない)
- 9 介護のことで、家族と意見が合わない。家族関係がうまくいっていない
- 10 介護の辛さを理解してくれる人がいない
- 11 夜間の介護が多く、睡眠時間が十分に取れない
- 12 昼間に自由な時間が取れない
- 13 認知症や認知症の介護に関する知識がない
- 14 介護の仕方や利用できる福祉サービスなどがわからない
- 15 サービスを利用してもらいたいが、本人が嫌がる
- 16 近所の目が気になる
- 17 その他()
- 18 特にない

問16 ご本人は、医師により「認知症」と診断されたことはありますか。(○は1つ)

- 1 はい ⇒ **問17**へ
- 2 いいえ ⇒ **問19**へ

問16で「1 はい」に○をつけた方におうかがいします。

問17 (1) 初めて認知症を疑った時から、認知症という診断を下されるまでの期間はどの位でしたか。 (○は1つ)

- | | |
|------------------------|----------------|
| 1 3か月未満 ⇒ 問18 へ | 2 3か月以上 ⇒ (2)へ |
|------------------------|----------------|

問17 (1)で「2 3か月以上」に○をつけた方におうかがいします。

(2) 初めて認知症を疑った時から、診断が下されるまで時間がかかった理由は何ですか。 (○はいくつでも)

- | |
|--|
| 1 認知症という病気を知らなかったから |
| 2 診断を受けられる医療機関を調べるのに時間を要したから |
| 3 認知症の疑いがあることを、本人が素直に認めることができず、診断を受けさせることができなかったから |
| 4 認知症の疑いがあることを、介護者や家族が素直に認めることができなかったから |
| 5 認知症の診断を下すことができる医療機関が近くになかったから |
| 6 内科医等、かかりつけ医に相談したが、専門医の紹介など、適切な対応をしてくれなかつたから |
| 7 どこに相談すれば良いか、わからなかったから |
| 8 その他() |

問18 認知症であることを誰に伝えていますか。(○はいくつでも)

- | | | |
|--------------|---------------|--------|
| 1 親族 | 2 隣近所の人 | 3 民生委員 |
| 4 介護を受けている本人 | | |
| 5 その他() | 6 特に誰にも伝えていない | |

問19 認知症を疑った時に、身内以外にまずどこに相談しようと思いましたか。(○はいくつでも)

- | | | |
|--------------|-----------|----------|
| 1 地域包括支援センター | 2 民生委員 | 3 主治医 |
| 4 認知症の専門医 | 5 ケアマネジャー | 6 市役所の窓口 |
| 7 その他() | | |

問20 日野市は①～②のような認知症の方やそのご家族を支援する取組を実施しています。これらの取組を知っているか、また参加したことがあるかについてお答えください。

① 認知症を知る月間について *毎年9月に実施している認知症の啓発月間(○は1つ)

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1 知っており参加したことがある | 2 知っているが参加したことはない |
| | (理由) |
| 3 知らないが、参加してみたい | 4 知らないし、参加したいと思わない |
| | (理由) |

② 認知症サポーター養成講座について (○は1つ)

- | | |
|------------------|-----------------------------|
| 1 知っており参加したことがある | 2 知っているが参加したことはない
(理由) |
| 3 知らないが、参加してみたい | 4 知らないし、参加したいと思わない
(理由) |

問 21 あなたは、認知症の人の意思が尊重され、本人の望む生活が継続していると考えますか。(○は1つ)

- | | |
|---------------|---------------|
| 1 十分尊重されている | 2 ある程度尊重されている |
| 3 あまり尊重されていない | 4 尊重されていない |
| 5 わからない | |

問 22 あなたは、認知症の人が自分らしく暮らせると考えますか。(○は1つ)

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1 十分自分らしく暮らすことができる | 2 ある程度自分らしく暮らすことができる |
| 3 あまり自分らしく暮らすことができない | 4 自分らしく暮らすことができない |
| 5 わからない | |

問 23 何かご意見がありましたら記入してください。

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。■■■