

返信（メール）：a-nakamura37@pref.kyoto.lg.jp

返信（FAX）：075-414-4572（京都府高齢者支援課中村宛て）

認知症本人家族教室セミナー事前アンケート

この度は本研修にご参加いただきありがとうございました。セミナーをより良いものにするため、事前アンケートを行いますので、ご協力いただきますようお願いいたします。

1 所属と氏名をご記入いただき、当てはまる職種に☑してください

○所属（ ）

○氏名（ ）

- 職種
- | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 社会福祉士 | <input type="checkbox"/> 介護福祉士 | <input type="checkbox"/> (主任) 介護支援専門員 | <input type="checkbox"/> 医師 |
| <input type="checkbox"/> 歯科医師 | <input type="checkbox"/> 薬剤師 | <input type="checkbox"/> 保健師 | <input type="checkbox"/> 看護師 |
| <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 | <input type="checkbox"/> 公認心理士 | <input type="checkbox"/> 作業療法士 | |
| <input type="checkbox"/> 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> 行政職 | |
| <input type="checkbox"/> 認知症地域支援推進員 | <input type="checkbox"/> ボランティア | | |
| <input type="checkbox"/> 認知症リンクワーカー養成研修受講 | <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

2 現在の取組み状況について、当てはまるものに○をご記入ください

(1) 認知症本人や家族の交流会（※）を行っている（協力している）

<会の場> 認知症カフェ デイサービス（デイケア） 医療機関
 その他（ ）

<会の主な対象者>

- ① 認知症の方 ② 認知症の方の家族 ③ 認知症の方及び家族

<テキストの使用>

- ① 認知症本人家族教室テキストを使ったことがある
② 認知症本人家族教室テキストを使ったことはない

<使用した場面>

例) 認知症カフェで、地域包括支援センター職員が、参加者同士の交流のネタとして医療的知識についてミニ講話を行った

(裏面もご記入ください)

(2) 認知症本人や家族の交流会は行っていない(協力していない)

※認知症本人や家族の交流会

＝認知症本人家族教室、認知症カフェ、介護者交流会、本人ミーティング等

3 認知症本人や家族の交流会を行っており、(協力しており)、改善が必要だと感じていることがあれば、教えてください。(上記問いで、(1)と回答された方のみ)

例) 認知症の方の参加が少ない、認知症の方が楽しまっているか分からない

4 本セミナーに参加しようと思った理由を教えてください

ご協力ありがとうございました。