

南国市 認知症徘徊対策事業調査

問1. 貴事業所の利用者のうち、認知症による徘徊行動や失見当識等によって、行方が分からなくなったり自宅に帰れなくなるリスクがある利用者及び今後リスクが発生しそうな利用者はいますか。(有料老人ホーム入居者、特定入居者生活介護利用者は除く)
該当する方に○を記入してください。

はい ・ いいえ

※「いいえ」と回答した場合、問5の質問へお進みください。

問2. 問1で「はい」と回答した事業所につきまして、問1に該当する利用者は何人程度いますか。()内に数値を記入してください。

(約.....人)

問3. 南国市で徘徊への対策事業を実施するとしたら、どういったサービスを家族にお勧めしますか。該当するものに○を記入してください。Dを選択した場合はその理由も記入をお願いします。(A~Cの詳細は別紙参照)

- A. QRコード付きシール(原則利用者負担なし)
- B. Bluetooth通信端末+無料スマートフォンアプリ(利用者負担あり)
- C. GPS通信端末(利用者負担あり)
- D. お勧めしない・必要ない

(選択した理由:.....)

※「D」と回答した場合、問5の質問へお進みください。

問4. 問3でA以外の選択肢を選んだ場合、認知症利用者及び家族ほどの程度の自己負担額であれば利用すると思いますか。AもしくはBいずれか該当する方に○を記入し、選択した方の右側にあるスケールにも数値に○を記入してください。

A. 初期費用のみ	2,000円	4,000円	6,000円	8,000円	10,000円
	----- ----- ----- ----- -----				
B. 月額利用料上限	1,000円未満	1,000円	2,000円	3,000円	4,000円
	----- ----- ----- ----- -----				

問5. 今後の認知症施策について期待すること、必要だと感じることをあればご記入ください。

(自由記述)

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。
令和3年11月15日(月)までに、同封の返信用封筒に入れ切手を貼らず郵送してください。

識別番号《アンケート送付先居宅介護支援事業所一覧(計59か所)》