

明治安田生命は島根県との包括連携協定にもとづき、
認知症の共生・予防に向けた取組活動を推進しています。

【アンケート】 「認知症」についてお聞かせください

Q1 認知症に関する、次の言葉をご存知ですか？

- | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ① 「認知症サポーター」 | <input type="checkbox"/> 知っている | <input type="checkbox"/> 知らない |
| <input type="checkbox"/> ② 「認知症カフェ(オレンジカフェ)」 | <input type="checkbox"/> 知っている | <input type="checkbox"/> 知らない |
| <input type="checkbox"/> ③ 「若年性認知症」 | <input type="checkbox"/> 知っている | <input type="checkbox"/> 知らない |

Q2 認知症に対して、どんなイメージを持っていますか？1つだけお答えください

- 自分で工夫しながら、今まで暮らしてきた地域で生活ができる
- 医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活ができる
- 身の回りのことができなくなり、介護施設に入ってサポートが必要となる
- 周りの人に迷惑をかけ、今まで暮らしてきた地域で生活することが難しくなる
- 症状が進行していき、何もできなくなってしまう

Q3 今までに認知症の人と接したことがありますか？(複数回答可)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 家族の中に認知症の人がいる(いた) | <input type="checkbox"/> 親戚の中に認知症の人がいる(いた) |
| <input type="checkbox"/> 知り合いや友人に認知症の人がいる(いた) | <input type="checkbox"/> 仕事を通じて接したことがある |
| <input type="checkbox"/> その他の場面で接したことがある | <input type="checkbox"/> 接したことがない |

Q4 「MCI」という言葉をご存知ですか？

- 知っている・聞いたことがある 知らない・聞いたことがない

「認知症」 「MCI」
については、こちらをご覧ください
明治安田生命ホームページ

<https://www.meijiyasuda.co.jp/find/ld/ni.html>



質問はあと2問。裏面の記入もお願いいたします

Q5 ご自身が認知症になったら、どのようなことを不安に感じると思いますか？
(複数回答可)

- 買い物や車の運転など、これまで出来ていたことができなくなるのではないか
- 家族に身体的・精神的な負担をかけるのではないか
- 家族以外の周りの人に迷惑をかけてしまうのではないか
- 経済的に苦しくなるのではないか
- 家族や、大切な思い出を忘れてしまうのではないか
- その他()

Q6 認知症について県や市町村がどのようなことに重点をおくべきだと思いますか？
(複数回答可)

- 普及啓発や情報提供
- 相談窓口・体制の充実
- 早い段階から利用できる医療や介護などのしくみづくり
- 家族の身体的・精神的な負担を減らす取り組み
- 認知症の人が利用できる介護施設の充実
- 仕事と介護の両立支援を含めた経済的負担を減らす取り組み
- その他()

ありがとうございました。以下に回答者さまの情報をご記入願います

| | | | | | |
|-------|--|----------|------|---|----------|
| お名前 | フリガナ | 性別 | 生年月日 | | |
| | | 男性 女性 | S・H | 年 | 月 日 (歳) |
| ご住所 | 〒 | ご勤務先 | | | |
| | TEL : () | | | | |
| ご家族構成 | 【配偶者】あり・なし 【お子さま】あり(人)・なし 【兄弟・姉妹】あり・なし 【その他】() | | | | |

ご家族さまについてご記入願います

ご家族の情報を当社に提供することにつきまして、ご本人にご了解をお取りいただきますようお願いいたします

| お名前 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | お名前 | 続柄 | 性別 | 生年月日 |
|------|----|----------|-------------|------|----|----------|-------------|
| フリガナ | | 男性 女性 | S・H・R 年 月 日 | フリガナ | | 男性 女性 | S・H・R 年 月 日 |
| フリガナ | | 男性 女性 | S・H・R 年 月 日 | フリガナ | | 男性 女性 | S・H・R 年 月 日 |
| フリガナ | | 男性 女性 | S・H・R 年 月 日 | フリガナ | | 男性 女性 | S・H・R 年 月 日 |

○当社は取得いたしました個人情報を、以下の目的で利用させていただきます

- ・各種保険契約のお引き受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金のお支払い
- ・子会社・関連会社・提携会社等を含む各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理
- ・当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
- ・その他保険に関連・付随する業務

なお、当社におけるお客さまに関する情報の取り扱いについては、ホームページ (<https://www.meijiyasuda.co.jp/>)をご覧ください

担当者

明治安田生命 松江支社

〒690-0003
島根県松江市朝日町478-8 明治安田生命松江ビル2F
(電話)0852-21-5657

ア2001711松江【2101】