

島根県庁より

認知症に関する意識調査へのご協力依頼

認知症に関する全国推計では、令和7年に**65歳以上の5人に1人が認知症高齢者に該当**するとの報告がなされております。

島根県では、認知症施策の検討に活かすため、**認知症に関する意識調査**を実施しております。当アンケートへのご協力よろしくお願ひします。

調査にあたって、**県と包括連携協定を締結している日本生命にご協力**をいただいております。日本生命職員による当件に関する事業所やご自宅へのご訪問について、何卒、ご理解・ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

島根県健康福祉部高齢者福祉課 地域包括ケア推進室

「認知症」につきまして、当てはまるものにチェックをお願いします。

Q1. 認知症に関する、次の言葉をご存じですか

- | | | |
|-------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| ① 認知症サポーター | <input type="checkbox"/> 知っている | <input type="checkbox"/> 知らない |
| 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 |
| 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

最も当てはまるもの1つにチェック

- 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"/> 家族に認知症の人がいる (いた) | <input type="checkbox"/> 親戚に認知症の人がいる (いた) |
| <input type="checkbox"/> 知人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」という言葉をご存じですか

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 知っている・聞いたことがある | <input type="checkbox"/> 知らない・聞いたことがない |
|---|--|

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おもいますか（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、出来なくなるのではないかと
- 家族に身体的・精神的な負担をかけるのではないかと
- 家族以外のまわりの人に迷惑をかけてしまうのではないかと
- 経済的に苦しくなるのではないかと
- 家族や大切な思い出を忘れてしまうのではないかと
- 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置くべきだと思えますか（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仕組みづくり
- 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銃汁
- 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（ ）

ご回答ありがとうございました。回答者さまについてお教えてください

ご本人様	フリガナ	性別	生年月日
		男・女	(西暦・S・H) 年 月 日
ご連絡先	TEL ()	ご住所	〒 -
	携帯 ()		
メールアドレス	@		

お差支えない範囲でご記入ください

ご家族様 ①	フリガナ	続柄	性別	生年月日	ご家族様 ②	フリガナ	続柄	性別	生年月日
			男・女	(西暦・S・H) 年 月 日				男・女	(西暦・S・H) 年 月 日
ご家族様 ③	フリガナ	続柄	性別	生年月日	ご家族様 ④	フリガナ	続柄	性別	生年月日
			男・女	(西暦・S・H) 年 月 日				男・女	(西暦・S・H) 年 月 日

取得しましたアンケート結果は、島根県 高齢者福祉課 地域包括ケア推進室と日本生命で利用します。

日本生命（以下、当社）は、ご提供いただきましたお客様の個人情報を、次の①～③のとおり利用します。詳細については、当社ホームページの「個人情報保護方針」をご覧ください。①「当社からの、各種商品・サービス（関連会社・提携会社のものを含む）のご案内・提供」及び「当社の業務に関する情報提供・運営管理」に必要な範囲で利用します。なお、ご案内したメール・ウェブサイトやアプリの閲覧履歴等、お客様の取引履歴等の情報を分析して、各種商品・サービスのご案内・提供（広告等の配信を含む）をさせていただきます場合がございます。②関連会社・提携会社である他の保険会社（以下、同社）の代理店として取扱う保険商品の提案に必要な範囲で、同社と共同利用することがあります。③取扱職員が同社と直接代理店契約を結んだ損害保険代理店である場合、取扱職員が取扱う保険商品の提案に必要な範囲で、同社と当該職員と共同で利用します。ご家族情報を当社にお知らせいただくことにつきまして、ご家族の方々に了解をお取りくださいますようお願いいたします。

島根県 高齢者福祉課 地域包括ケア推進室は、日本生命にて集計したアンケート結果のみを日本生命より受領し、個人情報は取得しません。

<お問い合わせ先>

島根県健康福祉部高齢者福祉課 地域包括ケア推進室 / TEL: 0852-22-6341

日本生命保険相互会社 松江支社 法職チーム / TEL: 0852-21-5185

販23-41261,23/10/5(期限24/10)