

インタビューに先立ち、あなた様やお世話をしている療養者の方について、教えてください。

①あなた様について

年齡：() 才

性別：男・女

療養者の方との続柄： 配偶者・子・その他（ ）

お仕事の有無： 有（常勤・パート）・無

介護を手伝ったり一時的に交代してくれる人はいますか。 はい・いいえ

②あなたがお世話をしている療養者の方について¹

年齡：() 才

性別： 男・女

同居のご家族の人数：(療養者の方を含めて) () 人家族

要介護度： 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

認知症の症状が出始めたのは、いつごろですか。

レビー小体型認知症と診断されたのはいつごろですか。

認知症以外のご病気はありますか。

無・有（ ）

あなたが介護を始めたのは、いつごろですか。

お世話を必要とする内容について、当てはまるものに○を付けてください。

食事	全面的に介助が必要・部分的に介助が必要・見守りが必要・自立
排泄	全面的に介助が必要・部分的に介助が必要・見守りが必要・自立
入浴・清潔	全面的に介助が必要・部分的に介助が必要・見守りが必要・自立
移動	全面的に介助が必要・部分的に介助が必要・見守りが必要・自立
(体位変換)	全面的に介助が必要・部分的に介助が必要・見守りが必要・自立

利用している介護サービスについて、当てはまるものに○を付けてください。

ホームヘルパー（週 回）、訪問看護（週 回）、訪問リハビリ（週 回）、

訪問入浴（月 回）、デイサービス（週 回）、デイケア（週 回）、

ショートステイ（年 回）、グループホーム

ありがとうございました。

*家族構成については、聞き取りを行う。