

■保健・福祉・医療関係者等用  
チェックリスト

| 氏名 | 性別 | 年齢 |
|----|----|----|
|    |    |    |

1 ヤングケアラー気付き（ポイントの一例）

子どもがケアをしている様子

- ☐ 食事づくりや買い物、洗濯などの家事をしている
- ☐ 家族の介護・付き添い、きょうだいの世話・送迎等をしている姿を見かける
- ☐ 家族の感情面のサポートしている
- ☐ 家計を支えるために就職・アルバイトをしている
- ☐ 日本語の苦手な家族・聴覚障がいのある家族等の通訳をしている

ケアによる影響と思われる子どもの様子

- ☐ 疲れている様子や精神的な不安定さがみられる
- ☐ 感情の起伏が激しい、感情を出さない
- ☐ 周囲の人に気を遣いすぎる、しっかりしている
- ☐ 年齢に不相応な受け答え（年齢よりも幼い、または大人びている）
- ☐ 自分の事を話したがない、質問などをすると話をすり替える
- ☐ 物や支援を欲しがらない
- ☐ 家族の顔をうかがっている
- ☐ 不登校である、学校に行っているべき時間に、学校以外で姿を見かけることがある

子どもが必要な世話をされていない様子

- ☐ 身だしなみに気になる点が見られる
- ☐ 食事の世話を、あまりされていないようである
- ☐ 保護者等が書くべき手続き書類等を、自分で用意しているようである
- ☐ 必要な病院に通院・受診できていない、服薬できないようである

保護者・家族の様子

- ☐ 介護や通院・治療が必要な家族、障がいのある家族がいる
- ☐ 多子世帯 幼い子ども（きょうだい）がいる
- ☐ 経済的に困窮している
- ☐ 日本語が母語でない家族がいる
- ☐ 疲れている様子や精神的に不安定な様子がみられる
- ☐ 仕事や家族の世話に追われていて余裕のない様子である
- ☐ 家事等ができないことで、子どもに影響がでないかを心配している
- ☐ 家庭訪問時に家の中の片付けがあまりできていない
- ☐ 必要な手続きの遅れ・漏れ等がしばしばある
- ☐ 家族の世話について、子どもをあてにしている
- ☐ 家事援助などの必要なサービスを受けたがらない

## 2 世帯の状況はどうか確認

①サポートが必要な家族の有無とその状況（ ）内に該当する家族を記入

- |                                           |                                           |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 特にいない            | <input type="checkbox"/> 介護認定を受けている（ ）    |
| <input type="checkbox"/> 高齢（ ）            | <input type="checkbox"/> 障害者手帳を持っている（ ）   |
| <input type="checkbox"/> 障がいがある（ ）        | <input type="checkbox"/> 福祉サービスを利用している（ ） |
| <input type="checkbox"/> 疾病がある（ ）         | <input type="checkbox"/> 生活保護を受給している（ ）   |
| <input type="checkbox"/> 生活能力・養育力が低い（ ）   | <input type="checkbox"/> 日本語が不自由（ ）       |
| <input type="checkbox"/> 精神疾患（疑い含む）がある（ ） | <input type="checkbox"/> その他（ ）           |

②子どもが行っている家族等へのサポートの内容

- ☐ 特にしていない
- ☐ 身体的な介護
- ☐ 感情的なサポート
- ☐ きょうだいの世話
- ☐ 家事
- ☐ 通院や外出時の同行
- ☐ 金銭管理や事務手続き
- ☐ 服薬管理・投与
- ☐ 生活費のための就労
- ☐ その他（ ）

## 3 ヤングケアラーである子どもの状況はどうか確認

①子どもがサポートしている相手

- |                                 |                             |                                |
|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 母親     | <input type="checkbox"/> 父親 | <input type="checkbox"/> きょうだい |
| <input type="checkbox"/> 祖母     | <input type="checkbox"/> 祖父 |                                |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） |                             |                                |

②子どもがサポートに費やしている時間

1日 に 時間程度

1週間に 日

いつ頃から？

③家庭内に子ども以外にケアを担う人がいるか

- ☐ いる（誰か： ） ☐ いない

## 4 こども本人の認識や意向を確認

①子ども自身が「ヤングケアラー」であることを認識しているか

- ☐ 認識している ☐ 認識していない

②家族の状況やサポートをしていることについて、誰かに話せているか

- ☐ 話せている（誰に： ）

☐ 話せていない

③子ども本人がどうしたいと思っているか（想い・希望）