

■地域（民生児童委員，児童館，学童クラブ，保育所等）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

- 車いすを押したり，買い物を手伝ったり，家族の介護や付き添い，きょうだいの世話・送迎等  
をしている姿を見かける
- 大声を出したり泣き出したりする家族をなだめたり，感情面のサポートをしているところを  
見かける
- 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
- 遅刻や学校にきちんと行けていない様子がみられる
- 以前はよく子ども同士で交流があったのに，学校行事，部活動，地域の集まり等に  
参加しなくなった，児童館に来なくなった

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
- 学校に提出する書類や保育園に通うきょうだいの準備等をするしっかり者である
- 役所等とのやり取りをし，書類の提出等を行っている

保護者・家族の様子

- 家庭訪問時に家の中の片付けがあまりできていない
- 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
- 保護者が多忙である
- 必要な手続きの遅れ・漏れ等がしばしばある

## 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

- |                                     |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 特にしていない    |
| <input type="checkbox"/> 身体的な介護     |
| <input type="checkbox"/> 感情的なサポート   |
| <input type="checkbox"/> きょうだいの世話   |
| <input type="checkbox"/> 家事         |
| <input type="checkbox"/> 通院や外出時の同行  |
| <input type="checkbox"/> 金銭管理や事務手続き |
| <input type="checkbox"/> 服薬管理・投与    |
| <input type="checkbox"/> 生活費のための就労  |
| <input type="checkbox"/> 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？ 歳頃

③家庭内に子ども以外にケアを担う人がいるか

- |                                   |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> いる（誰か： ） | <input type="checkbox"/> いない |
|-----------------------------------|------------------------------|

## 4 子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

- |                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 認識している | <input type="checkbox"/> 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

- |                                      |
|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 話せている（誰に： ） |
| <input type="checkbox"/> 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）

--