

アセスメント日 年 月 日 ケアラー (歳) 当事者

家族構成(年齢)	サービス 利用 状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 介護保険:訪問介護(週 回)通所介護(週 回)訪問看護(週 回) 短期入所(月 回)他() <input type="checkbox"/> 障害サービス:訪問介護(週 回)通所介護(週 回) 訪問看護(週 回)短期入所(月 回)他()
----------	------------------	---

		内 容	問題
子どもの権利	健康に生きる権利	表情が乏しい	<input type="checkbox"/>
		家族や将来の不安を口にしている	<input type="checkbox"/>
		極端に痩せている(太っている)、痩せてきた(太ってきた)	<input type="checkbox"/>
		生活リズムの乱れが見られる	<input type="checkbox"/>
		身だしなみが整っていない	<input type="checkbox"/>
	教育を受ける権利	学校に行っている時間に学校以外で見かける	<input type="checkbox"/>
		訪問時、いつも家にいる	<input type="checkbox"/>
	子どもらしく過ごせる権利	家族の介護・付添をしている姿を見かける	<input type="checkbox"/>
幼いきょうだいの送迎をする姿を見かける		<input type="checkbox"/>	
家族の状況	経済状況	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他	
	支援が必要な家族の有無	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 要介護高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 慢性疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 幼いきょうだいが多い <input type="checkbox"/> 生活能力が低い <input type="checkbox"/> 日本語が不自由 <input type="checkbox"/> 自殺企図 <input type="checkbox"/> その他()	
	支援の内容	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 排泄介助 <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 医療的ケア <input type="checkbox"/> 精神的な支援 <input type="checkbox"/> その他()	
	子どもへの思い	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 迷惑をかけているとの思い <input type="checkbox"/> その他()	
ケアラーの状況	子どもが支援している相手	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> その他()	
	支援に費やしている時間	<input type="checkbox"/> 平日 1日 時間程度 <input type="checkbox"/> 休日 1日 時間程度	
	子どもの特性	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 障害の有無(種別)	
ケアラーの認識	ヤングケアラーの認識	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	相談できる人の有無	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	
	子どもの思い、希望		

事業所内確認

支援の検討や確認を必要と判断する場合はあんしんすこやかセンター・民生委員等へ相談

記入日 年 月 日 事業所名 記入者

ケアラーへの説明と同意 月 日 本人への説明と同意 月 日

事例の概要

経過

良かった点

困った点(こんなサービスがあれば良かった)

その他