

第4章 付録

(1) アセスメントシート例

※虐待用のアセスメントシートの一部にヤングケアラーのアセスメント項目を追加して使用している市町もあります。

例1

ヤングケアラーアセスメント	子が障害、病気、精神疾患の保護者や家族の介護・子がきょうだいの世話（ ）が（ ）の介護、世話をしていることで（ ）の状態になっている。
---------------	---

例2

ヤングケアラーアセスメント	健康に生きる権利	<ul style="list-style-type: none"> ・必要な病院に通院・受診できない。 ・精神的な不安定さがある。 ・給食時に過食傾向が見られる。(何度もおかわりをする) ・家族や将来に対する不安や悩みを口にしている。
	教育を受ける権利	<ul style="list-style-type: none"> ・欠席が多い。 ・不登校・遅刻や早退が多い。 ・保健室で過ごしていることが多い。 ・学校へ行っている時間に、学校以外で姿を見かけることがある。 ・修学旅行や宿泊行事等を欠席する。
	子供らしく過ごせる権利	<ul style="list-style-type: none"> ・保育所や認定こども園に通園・通所していない。 ・生活のためにアルバイトをしている。 ・家族の介助をしている姿を見かけることがある。 ・家族の付き添いをしている姿をよく見かける。

※該当があれば「ヤングケアラーのアセスメントシート」でより細かいアセスメントを実施する。

「ヤングケアラー」に気づくためのアセスメントシート (広島県版)				作成機関	【 年 月 日 】	初回作成日	【 年 月 日 】	
0. 子供本人の基本情報				住所地	市/町	担当者職・氏名	【 年 月 日 】	
氏名：_____ 生年月日：____年__月__日生 年齢：__歳 性別：__				現在の 連携状況 (有・無)	SC・SSW・市町・児相 その他 ()	対 応	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 自機関対応 (内容：_____) <input type="checkbox"/> 情報提供 <input type="checkbox"/> 通告	
身長：_____cm 体重：_____kg 心身の状況：_____							連絡先 ()	連絡日 (年 月 日)
所属名：_____ 学年・組：_____ 部活/委員会等：_____								

1. 本来守られるべき「子どもの権利」が守られているか ~ 子供と関わりのある第三者が、ヤングケアラーの可能性のある子供に気づくために → 児童虐待、その他ヤングケアラー以外の支援を要する場合には、別途通告等の対応が必要です

①健康に生きる権利		②教育を受ける権利		③子供らしく過ごせる権利	
◇ 必要な病院に通院・受診できない、服薬できていない	★	◇ 欠席が多い、不登校	★	◇ 幼稚園や保育園に通園していない	★
◇ 精神的な不安定さがある	★	◇ 遅刻や早退が多い	★	◇ 生活のために(家庭の事情により)就職している	★
◇ 給食時に過食傾向がみられる(何度もおかわりする)	★	◇ 保健室で過ごしていることが多い	★	◇ 生活のために(家庭の事情により)アルバイトをしている	★
(その他の気になる点)		◇ 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	★	◇ 家族の介助をしている姿を見かけることがある	★
<input type="checkbox"/> 表情が乏しい		(その他の気になる点)		◇ 家族の付き添いをしている姿を見かけることがある	★
<input type="checkbox"/> 家族に関する不安や悩みを口にしている		<input type="checkbox"/> 授業中の集中力が欠けている、居眠りしていることが多い		◇ 幼いきょうだいの送迎をしている姿をみかける	★
<input type="checkbox"/> 将来に対する不安や悩みを口にしている		<input type="checkbox"/> 学力が低下している		(その他の気になる点)	
<input type="checkbox"/> 極端に痩せている、痩せてきた		<input type="checkbox"/> 宿題や持ち物の忘れ物が多い		<input type="checkbox"/> 子供だけの姿をよく見かける(親・養育者と一緒にいるべき場面で)	
<input type="checkbox"/> 極端に太っている、太ってきた		<input type="checkbox"/> 保護者の承諾が必要な書類等の提出遅れや提出忘れが多い		<input type="checkbox"/> ともだちと遊んでいる姿をあまり見かけない	
<input type="checkbox"/> 生活リズムが整っていない		<input type="checkbox"/> 学校(部活含む)に必要なものを用意してもらえない		<input type="checkbox"/> 家事全般を担っている	
<input type="checkbox"/> 身だしなみが整っていないことが多い(季節に合わない服装をしている)		<input type="checkbox"/> お弁当を持ってこない、コンビニ等で買ったパンやおにぎりを持ってくる人が多い		<input type="checkbox"/> 年齢と比べて情緒的成熟度が高い	
<input type="checkbox"/> 予防接種を受けていない		<input type="checkbox"/> 部活に入っていない、休みが多い		④ ①~③以外で気になる状況・その他特記事項	
<input type="checkbox"/> 虫歯が多い		<input type="checkbox"/> 修学旅行や宿泊行事等を欠席する			
<input type="checkbox"/> 傷やあざなどがみられる(けがをすることが多い)		<input type="checkbox"/> 校納金が遅れる。未払い			
<input type="checkbox"/> 自分を傷つける行為がみられる		<input type="checkbox"/> クラスメイトとのかかわりが薄い、ひとりであることが多い			
		<input type="checkbox"/> 高校に在籍していない			

2. 家族の状況 → 「ヤングケアラー」であるかどうかの確認				3. ヤングケアラーである子供の状況 → サポートの実態を確認				4. 子供本人の認識や意向 → 子供自身がどう思っているかの確認			
①家族構成(同居している家族)				①子供がサポートしている相手				①子供自身が「ヤングケアラー」であることを認識しているか			
◇ 母親	<input type="checkbox"/> 父親	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 母親	<input type="checkbox"/> 父親	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 認識していない <input type="checkbox"/> 認識している			
<input type="checkbox"/> 姉(人)	<input type="checkbox"/> 兄(人)	<input type="checkbox"/> 妹(人)	<input type="checkbox"/> 弟(人)	<input type="checkbox"/> 姉(人)	<input type="checkbox"/> 兄(人)	<input type="checkbox"/> 妹(人)	<input type="checkbox"/> 弟(人)	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"/> その他()				<input type="checkbox"/> 家族全体 <input type="checkbox"/> その他()				<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる → 誰に()			
②サポートが必要な家族の有無とその状況				②子供自身が家族のサポートに費やしている時間				③子供本人が相談できる、理解してくれていると思える相手がいるか			
◇ 特にいない				【平日】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → () 時間程度				<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる → 誰か()			
◇ 高齢				◇ 幼いきょうだいが多い				④子供本人がどうしたいと思っているか(思い・希望)			
◇ 障害がある				◇ 親が多忙				※「情緒的な支援」とは 精神疾患や依存症などの家族の感情的なサポートの他、自殺企図などの話などを聞かされるなど、子供にとって過大に負担になることなどを含みます			
◇ 疾病がある				◇ 経済的に苦しい							
◇ 精神疾患(疑い含む)がある				◇ 生活能力・養育力が低い							
◇ 日本語が不自由				◇ その他()							
③子供が行っている家族等へのサポートの内容				③家庭内に子供本人以外にサポートする人がいるか							
◇ 特にしていない				<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる → 誰か()							
◇ 身体的な介護				◇ 福祉等サービスを利用しているか							
◇ 情緒的な支援※				⑤その他、家族のサポートに関する特記事項							
◇ きょうだいの世話											
◇ 家事											
◇ 通訳(日本語・手話)											

『令和元年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業 ヤングケアラーへの早期対応に関する研究』内の『ヤングケアラーの早期発見・ニーズ把握に関するガイドライン(案)』三菱UFJリサーチ&コンサルティング(令和2年3月)を一部改変して作成

(2) 支援計画例

様式 2

フェイスシート

管理番号 _____ 受理年月日 _____
 初回面談年月日 _____ 担当者 _____
 初回相談対応者 _____ 更新年月日 _____
 情報共有に関する本人同意 有・一部有(範囲 _____)・無【 年 月 日時点】

1 相談者

相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 親以外の家族 <input type="checkbox"/> 関係機関 (<input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 民間団体) 具体的に： (_____)
相談者の氏名・連絡先	_____
相談経緯・関係機関の場 合は気付いた経緯や様子 ※必要に応じチェックリストを参照	_____

2 ケアをしている子供の基本情報

フリガナ	_____	家族構成・ジェノグラム (男性□、女性○、本人◎)
氏名	_____ (性別) _____	
生年月日・年齢	(H・R) 年 月 日 (歳)	
本人・家族の連絡先 (携帯電話の場合は 続柄・氏名記載のこと)	本人 家族 (続柄： _____) (続柄： _____)	
居住地	〒 _____	
学校名	_____	
家族構成 (きょうだいその他は具 体的に。年齢、学年等) 備考(別居等あれば)	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
本人の疾患・障害等	_____	要保護児童対策 地域協議会登録状況

3 ケアの状況について

本人が担っているケアの 内容 (ケア相手については 「4」で詳細を記載)	<input type="checkbox"/> 家事 (食事を作る、掃除、洗濯、アイロンかけ、食事の後片付け等) <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 外出の付き添い <input type="checkbox"/> 通院の付き添い <input type="checkbox"/> 家族の身体介護 (衣服の着脱介助、移動介助、服薬管理等) <input type="checkbox"/> 家族の身体介護のうち、トイレや入浴の介助 <input type="checkbox"/> 見守り (直接的な介助ではないが、要ケア者の心身の状態を見守り) <input type="checkbox"/> 感情面のケア <input type="checkbox"/> きょうだいの世話 <input type="checkbox"/> きょうだいの送迎 <input type="checkbox"/> 通訳 (コミュニケーションに困難があり通訳が必要な場合) <input type="checkbox"/> 手続きの支援 (学校への提出物、金銭の管理) <input type="checkbox"/> その他 _____		
ケアの頻度	_____	1日当たりのケアの時間	(平日)
ケアを始めた時期	_____	_____	(休日)
ケアに対する本人の認識	_____		
学校生活・学業に 関する状況	(通学状況、宿題の状況、学習時間、進路相談状況、部活動など)		
生活に関する状況 (生活リズム、地域で通っている 場所等)	(食事、睡眠、遊び、地域でよく行く場所など)		
身体的・精神的健康状態・ 通院状況等	_____		
本人が家族の状況やケアについて 誰かに話しているか	_____		
ケアのことに限らず、本人が相談 できる相手がいるか	_____		

4 ケアを必要としている家族について

生活保護受給有無	有 ・ 無	その他家計状況等	
ケアを必要としている家族の続柄、氏名、年齢 (複数人いる場合は列記)		続柄 () 氏名 () 年齢 ()	
家族の状況 (複数人ケア相手がいる場合は、それぞれについてわかるように具体的に記載)	① 高齢 (65歳以上) ② 若い ③ 要介護 (介護が必要な状態) ④ 認知症 ⑤ 身体障害 ⑥ 知的障害 ⑦ 精神疾患 (発達障害など) (疑い含む) ⑧ 精神疾患以外の慢性疾患 (がんや難病など) ⑨ 依存症 (アルコール依存症、ギャンブル依存症など) (疑い含む) ⑩ ⑦、⑧、⑨以外の病気 ⑪ 日本語を母語としない ⑫ その他 具体的に記載 (障害者手帳有無、介護認定有無、ADL 等もわかれば記載) :		
疾患・障害等の状況 (名称、発症年月、経過等を記載)			
必要なケアの内容			
すでに受けている支援内容 (行政サービス等) ・ 頻度			
すでに携わっている支援機関リスト (事業所名等、担当者名、連絡先電話番号) ※医療機関、地域の支援機関等もあれば記載のこと	・ 事業所名、担当者、連絡先		
家族側の意向			
その他の家族の状況、留意点・特記事項			

5 相談履歴

	対応者の見解	相談に対する組織判断 (緊急対応の可否含む)
対応日：__年__月__日 対応者：（ ） ↓ 組織確認日：__年__月__日 確認者：（ ）		
対応日：__年__月__日 対応者：（ ） ↓ 組織確認日：__年__月__日 確認者：（ ）		
対応日：__年__月__日 対応者：（ ） ↓ 組織確認日：__年__月__日 確認者：（ ）		
対応日：__年__月__日 対応者：（ ） ↓ 組織確認日：__年__月__日 確認者：（ ）		
対応日：__年__月__日 対応者：（ ） ↓ 組織確認日：__年__月__日 確認者：（ ）		
対応日：__年__月__日 対応者：（ ） ↓ 組織確認日：__年__月__日 確認者：（ ）		
対応日：__年__月__日 対応者：（ ） ↓ 組織確認日：__年__月__日 確認者：（ ）		
対応日：__年__月__日 対応者：（ ） ↓ 組織確認日：__年__月__日 確認者：（ ）		
対応日：__年__月__日 対応者：（ ） ↓ 組織確認日：__年__月__日 確認者：（ ）		
対応日：__年__月__日 対応者：（ ） ↓ 組織確認日：__年__月__日 確認者：（ ）		

支援検討シート

開催日時 _____ 作成日 _____
 開催回数 第__回 _____ 作成者 _____
 開催場所 _____

情報共有に関する本人同意 有・一部有(範囲 _____)・無【年 月 日時点】

1 基本情報

フリガナ		管理番号
氏名※	(性別)	○
生年月日・年齢	(H・R) 年 月 日 (歳)	

2 会議出席機関・出席者 (会議招集機関に◎)

子供家庭支援センター・児童福祉		教育委員会	
児童相談所		学校	
地域包括支援センター・高齢者福祉		医療機関・訪問看護	
特定相談支援事業所他・障害福祉		社会福祉協議会	
生活福祉(福祉事務所等)・自立相談支援機関		民間支援団体(団体名も記載)	
保健所・保健センター		その他	

3 本人家族の認識・困りごと・支援を受けることへの意向、やりたいこと等の希望課題・ニーズ

本人の意向	(食事、睡眠等に関すること) (学業に関すること) (進路に関すること) (遊び、やりたいことなどに関すること)
ケアを必要とする家族や家庭の状況・意向	
保護者の意向 (ケアの相手が保護者以外の家族の場合)	

4 対応方針

必要と思われる 支援内容・支援方針	
対応方針・対応結果	<input type="checkbox"/> 地域の民間支援団体等の紹介、情報提供の実施 <input type="checkbox"/> 他の制度や支援機関につなぐ <input type="checkbox"/> 現時点では本人同意はとれていないが、引き続き同意に向けて取り組む <input type="checkbox"/> 関係機関で見守り実施 <input type="checkbox"/> 連絡が取れない等により対応が進んでいない その他【 】
本人の支援	
家庭の支援	
エコマップ（地域や周囲との関係図）	
その他	（家族の入退院予定、ライフイベントなどの注意すべき事象その他）

支援計画書

ステータス（選択）：【初回、変更（第 回）、終了】

作成日 _____

作成者 _____

1 基本情報

フリガナ	〇	初回相談日	1900/1/0
氏名	(性別)	支援検討シート作成日	1900/1/0
生年月日・年齢	(H・R) 年 月 日 (歳)	ケアをしている相手	
居住地	〒	はじめに気付いた機関	

2 総合的な支援方針・目標

総合的な方針	
長期目標	
短期目標	

3 具体的な支援の計画 ※行政サービス、地域・民間サービス含め記載

①ヤングケアラー本人の支援

目標	支援のポイント	支援内容	頻度・期間	実施機関・社会資源	該当事業・サービス

②家庭支援

目標	支援のポイント	支援内容	頻度・期間	実施機関・社会資源	該当事業・サービス

4 支援を行う上での課題や留意点

--

5 支援計画の見直し

次回検討時期	
--------	--

6 本人・家族への説明状況

本人・家族への説明 有 無 説明者 ()

本人・家族同意 有 無 同意日 ()

生活に関する状況 (生活リズム、地域で通っている場所等)	(食事、睡眠、遊び、地域でよく行く場所など) 学校が終わったらすぐ家に帰る。夜中にも母のケアをすることがある。
身体的・精神的健康状態・ 通院状況等	通院は無し。身体的健康状態に問題はないが、元気のない様子、寝不足である。
本人が家族の状況やケアについて 誰かに話せているか	話せる人はいない。学校では家族のことはあまり言いたくない。
ケアのことに限らず、本人が相談 できる相手がいるか	保健室の先生は気にかけてくれる。

4 ケアを必要としている家族について

生活保護受給有無	無	その他家計状況等
ケアを必要としている家族の続柄、氏名、年齢 (複数人いる場合は列記)		続柄(母親) 氏名(広島 一子) 年齢(41) 続柄(弟) 氏名(広島 五郎) 年齢(9)
家族の状況 (複数人ケア相手がいる 場合は、それぞれについて わかるように 具体的に記載)	① 高齢(65歳以上) ② 幼い ③ 要介護(介護が必要な状態) ④ 認知症 ⑤ 身体障害 ⑥ 知的障害 ⑦ 精神疾患(発達障害など) (疑い含む) ⑧ 精神疾患以外の慢性疾患(がんや難病など) ⑨ 依存症(アルコール依存症、ギャンブル依存症など) (疑い含む) ⑩ ⑦、⑧、⑨以外の病気 ⑪ 日本語を母語としない ⑫ その他 具体的に記載(障害者手帳有無、介護認定有無、ADL 等もわかれば記載) 母親は⑦: 体調不良で動けないことが多い、感情的になってしまうことがある。 精神障害者保健福祉手帳2級 弟は②: 食事の準備、通学の持ち物準備等を花子さんがしている。	
疾患・障害等の状況 (名称、発症年月、 経過等を記載)	母親は2020年6月にうつ病発症	
必要なケアの内容	母親の感情面のサポート、食事・家事支援、外出付き添い、服薬管理 弟の世話、持ち物の準備等	
すでに受けている支援内容 (行政サービス等)・頻度	訪問看護 保健師の訪問	
すでに携わっている 支援機関リスト (事業所名等、 担当者名、 連絡先電話番号) ※医療機関、 地域の支援機関等も あれば記載のこと	・事業所名、担当者、連絡先 訪問看護ステーション〇〇 08 2-xxxx-xxxx 担当者: 〇〇 〇〇 090-xxxx-xxxx 〇〇診療所 〇〇医師 08 2-xxxx-xxxx 〇〇特定相談支援事業所 担当者: 〇〇 〇〇 08 2-xxxx-xxxx 〇〇保健センター 08 2-xxxx-xxxx 担当者: 〇〇 〇〇 090-xxxx-xxxx	
家族側の意向	訪問看護等が入っていない時は花子さんを頼ってしまう。	

その他の家族の状況、 留意点・特記事項	
------------------------	--

5 相談履歴

	対応者の見解	相談に対する組織判断 (緊急対応の要否含む)
対応日：2025年12月6日 対応者：（ 鈴木 ） ↓ 組織確認日：12月10日 確認者：（ 佐々木 ）	教育委員会から子供家庭支援センターが情報共有を受け、聞き取り。緊急性は低いが、ケアの影響が学校生活に出ており、心理面にも影響していると思われる。次回、家庭、本人と面談を設定する。	緊急性は低いものの、相談・支援を要継続
対応日：2026年1月10日 対応者：（ 山田 ） ↓ 組織確認日：1月15日 確認者：（ 佐々木 ）	家庭訪問し、父親、母親と面談。その後、本人と面談。ケアの頻度時間が長く、学校生活に影響がでている。本人もこれまで相談等できていないため、本人・家族の支援が必要である。情報共有に関する本人同意は取得済み。	緊急性は低いものの、相談・支援を要継続
対応日：__年__月__日 対応者：（ ） ↓ 組織確認日：__年__月__日 確認者：（ ）		
対応日：__年__月__日 対応者：（ ） ↓ 組織確認日：__年__月__日 確認者：（ ）		
対応日：__年__月__日 対応者：（ ） ↓ 組織確認日：__年__月__日 確認者：（ ）		
対応日：__年__月__日 対応者：（ ） ↓ 組織確認日：__年__月__日 確認者：（ ）		
対応日：__年__月__日 対応者：（ ） ↓ 組織確認日：__年__月__日 確認者：（ ）		
対応日：__年__月__日 対応者：（ ） ↓ 組織確認日：__年__月__日 確認者：（ ）		
対応日：__年__月__日 対応者：（ ） ↓ 組織確認日：__年__月__日 確認者：（ ）		

支援検討シート

開催日時 2026/2/4 13:00-14:00
 開催回数 第1回
 開催場所 ○○

作成日 2026/2/4
 作成者 山田 一郎

情報共有に関する本人同意 (有) ・ 一部有 (範囲) ・ 無 【2026年 1月10日時点】

1 基本情報

フリガナ	ヒロシマ ハナコ	管理番号
氏名※	広島 花子 (女)	1001
生年月日・年齢	(H) ○ 年 ○ 月 ○ 日 (14歳・中2)	

2 会議出席機関・出席者 (会議招集機関に◎)

子供家庭支援センター・児童福祉	◎ 子供家庭支援センター 担当者：○○ ○○	教育委員会	担当者：○○ ○○
児童相談所		学校	担当者：○○ ○○
地域包括支援センター・高齢者福祉		医療機関・訪問看護	訪問看護ステーション○○ 担当者：○○ ○○
特定相談支援事業所他・障害福祉	特定相談支援事業所 担当者：○○ ○○	社会福祉協議会	
生活福祉(福祉事務所等)・自立相談支援機関		民間支援団体 (団体名も記載)	ピアサポートサロン○○、 NPO法人○○ ○○学習教室
保健所・保健センター	○○保健センター 担当者：○○ ○○	その他	広島四郎(父親)

3 本人家族の認識・困りごと・支援を受けることへの意向、やりたいこと等の希望課題・ニーズ

本人の意向	(食事、睡眠等に関すること) 夜に起こされることなく、ぐっすり眠りたい。 (学業に関すること) 授業についていきたい、宿題をやる時間がほしい。 (進路に関すること) きちんと考えたことはないが、高校には行きたい。 (遊び、やりたいことなどに関すること) 部活はやったことがないので、やってみたい。 (ケアについて) 母の反応につらくなることはあるが、当たり前とっており、あまり考えたことがなかった。これまで相談したことはなかったが、つらいことを話せる人がいたら嬉しい。弟の朝の支度の手伝いは自信にもなり、続けてもよい。
ケアを必要とする家族や家庭の状況・意向	母親は花子さんには傍にいてほしいと思い、つい様々なことを頼んでしまうが、学校を休ませないことにも一定の理解を示している。
保護者の意向 (ケアの相手が保護者以外の家族の場合)	父親は仕事が忙しく家のことは手伝えない。花子さんに負担をかけていることを申し訳なく思いつつ、ある程度子供がケアを行うことを当たり前と思っている。妻への福祉サービスを増やし花子さんの負担が減らすことには賛同している。

4 対応方針

<p>必要と思われる支援内容・支援方針</p>	<p>ケア時間が長く、学校に行けない・勉強や宿題が十分にできないことがある。ケアを離れ自分の時間、遊びや勉強時間の確保が必要。母親へのサービス追加で症状を安定させ、母親が花子さんに穏やかに向き合えるようにする。 花子さんは、家庭以外の交流が少なく、家庭外にも話を聞いてもらったり自分のことを考えられる時間・安心できる場を作れるようにしていく。</p>
<p>対応方針・対応結果</p>	<p><input type="checkbox"/> 地域の民間支援団体等の紹介、情報提供の実施 <input type="checkbox"/> 他の制度や支援機関につなぐ <input type="checkbox"/> 現時点では本人同意はとれていないが、引き続き同意に向けて取り組む <input type="checkbox"/> 関係機関で見守り実施 <input type="checkbox"/> 連絡が取れない等により対応が進んでいない その他【】</p>
<p>本人の支援</p>	<p>ピアサポート等で話を聞いてもらったり同じような環境の子供の話を聞いたりできるような機会を設ける。勉強についていけるようにする。</p>
<p>家庭の支援</p>	<p>母親が福祉職等のサポートを利用して、花子さんや弟の身の回りの世話をすることや、花子さんに過度に頼らず暮らすことをサポートする。</p>
<p>エコマップ (支援後の地域や周囲との関係図)</p>	
<p>その他</p>	<p>(家族の入退院予定、ライフイベントなどの注意すべき事象その他) 本人は4月から中学3年生。進路は漠然と高校進学希望があり、どの高校を希望するか考えたり、進学に必要な学習支援等を行っていく必要がある。</p>

支援計画書

ステータス（選択）：【初回】

作成日 2026/2/5

作成者 山田 一郎

1 基本情報

フリガナ	ヒロシマ ハナコ	初回相談日	2025/12/6
氏名	広島花子（女）	支援検討シート作成日	2026/2/4
生年月日・年齢	(H) 〇年〇月〇日（14歳・中2）	ケアをしている相手	母親
居住地	〒xxx-xxxx 〇〇市〇〇1-2-3 〇号室	はじめに気付いた機関	学校

2 総合的な支援方針・目標

総合的な方針	母親への支援を充実させ、花子さんのケア負担が減る、母親の症状が安定し穏やかに過ごせるようになるように支援する。花子さんが家庭以外にも居場所を持って、自分の気持ちを整理したり自分のやりたいことを考えられるようにする。
長期目標	同じような環境の子供と交流し、自分の気持ちを話し整理できるようになる。前向きにやりたいことなど考えられるようになる。希望の高校を決め、高校に進学する。
短期目標	宿題や学習時間を確保する。学習支援等の場に通うことで家事を任せられる時間を減らす。一人で抱え込まずに、「話したい」と思う人を作る、話せるようになる。

3 具体的な支援の計画 ※行政サービス、地域・民間サービス含め記載

①ヤングケアラー本人の支援

目標	支援のポイント	支援内容	頻度・期間	実施機関・社会資源	該当事業・サービス
学校等に通り勉強の時間・進路を考える時間等が確保できるようにする。自分の気持ちを支援者等に言えるようになる。	利用時の様子を気にかける、進路や学習の相談にのる	宿題、学校の授業についていけなかった内容のサポート	週1回・土曜日	NPO法人〇〇 〇〇学習教室	学習支援
	学校での様子を気にかける	見守り	平日	学校 養護教諭	—
	一人じゃないこと、自分の気持ちを話してよいことを感じてもらう	同じような環境の子供と交流する	月1回	ピアサポートサロン〇〇	ピアサポート
	生活面・地域での様子を気にかける	見守り	日常的に	民生児童委員	—

②家庭支援

目標	支援のポイント	支援内容	頻度・期間	実施機関・社会資源	該当事業・サービス
家事援助サービス等を受けながら母親の症状が安定し、子供の世話をしたり、身の回りのことをできるようにする。	母親の症状の安定を図る	母親が服薬ができるようにする	2日/週	訪問看護ステーション〇〇	訪問看護、服薬支援
	家事支援をしながら母親や本人、弟の様子を気にかける	家事支援（食事準備、洗濯、掃除等）	2日/週×2時間	子供家庭支援センター	家事援助
	外出同行等は花子さんではなく、ヘルパーが行うようにする	移動支援サービスを利用する	1日/週	〇〇特定相談支援事業所	移動支援
	父親へ「子供がケアしている」状況打開のための啓発	可能な範囲で家事等や妻・本人のサポートをする等の意識変革		子供家庭支援センター	訪問相談

4 支援を行う上での課題や留意点

関係者は、3月の春休みや4月から新学年になる等、学校生活の環境変化も気にしながら日々接し、気になる変化があればすぐに子供家庭支援センターに共有する。本人のほか弟の様子も気にかける。必要に応じ、次回の検討時期を待たず会議を行う。

5 支援計画の見直し

次回検討時期	3か月後
--------	------

6 本人・家族への説明状況

本人・家族への説明 有 無 説明者（山田 一郎）

本人・家族同意 有 無 同意日（2026/2/5）