

ケアラーを知る・つながるシート(アセスメント)

年 月 日 記入者

ケアラー	氏名()	男・女	歳	被介護者との関係()
被介護者	氏名()	男・女	歳	要介護度/障害区分()

ケアラーの意向

❖ 今後、自分自身の生活において、大切にしたいこと
 (例: 仕事は続けたい、家族の時間を大切にしたい、趣味の活動の時間を確保したい)

(1)からだの健康			課題
睡眠	<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他()	平均睡眠時間 ()時間 夜中に起きる回数 ()回	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未判断 <input type="checkbox"/> サービス導入・見直し <input type="checkbox"/> 受診勧奨 <input type="checkbox"/> その他 ()
食事	食欲 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 回数 1日()食	(食事内容)	
嗜好	飲酒 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 喫煙 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(量、頻度、種類、増加の理由など)	
持病	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 治療中()	(既往歴、かかりつけ医情報など)	
体の痛み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 治療中()	(部位、かかりつけ医情報など)	
定期健診	内科 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 歯科 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(頻度、手段など)	
その他	自覚症状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(いつからか、具体的な症状など)	

(2)こころの健康			課題
お世話する相手との関係	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不仲 <input type="checkbox"/> その他	(具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未判断 <input type="checkbox"/> サービス導入・見直し <input type="checkbox"/> 受診勧奨 <input type="checkbox"/> 精神保健相談 <input type="checkbox"/> その他 ()
心の支え	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	(具体的に)	
自分の時間(休憩時間)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(趣味・社会活動、ケアから離れる時間など)	
不安・困りごと	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(ケアラーからの訴えなど)	
うつ傾向	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 治療中()	(具体的に)	

(3)家族の現状			課題
家族構成	(ジェノグラム)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未判断 <input type="checkbox"/> サービス導入・見直し <input type="checkbox"/> 受診勧奨 <input type="checkbox"/> その他 ()
ケア以外の役割	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(具体的に)	
他家族の協力	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(具体的に)	

(4)介護の現状			課題
サービスの利用状況	利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 満足度 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや満足 <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満	(サービス内容) (満足度の理由)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未判断 <input type="checkbox"/> 包括支援センター相談 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員相談 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員相談 <input type="checkbox"/> サービス導入・見直し <input type="checkbox"/> その他 ()
ケア負担度	<input type="checkbox"/> 負担 <input type="checkbox"/> やや負担あり <input type="checkbox"/> 負担なし	(負担度の理由)	
ケアの知識技術	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 低い	(具体的に)	
緊急・急用時のサポート	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(具体的に)	

(5)地域・社会参加			課題
地域とのつながり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> やや薄い <input type="checkbox"/> 孤立傾向	(具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未判断  <input type="checkbox"/> サービス導入・見直し <input type="checkbox"/> その他 ()
家族会等への参加	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(具体的に)	
災害時の対処法	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> なし	(具体的に)	

(6)経済状況			課題
主な収入源	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	(具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未判断  <input type="checkbox"/> サービス導入・見直し <input type="checkbox"/> 生活困窮自立支援相談 <input type="checkbox"/> 生活保護相談 <input type="checkbox"/> 法律相談 <input type="checkbox"/> その他 ()
就労状況	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 未就労 <input type="checkbox"/> 不明	(具体的に)	
貯蓄・資産	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	(具体的に)	
経済的負担	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	(具体的に)	
負債	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	(負債理由、金額など)	

(7)就労状況			課題
働く意欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	(具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未判断  <input type="checkbox"/> サービス導入・見直し <input type="checkbox"/> 生活困窮自立支援相談 <input type="checkbox"/> 生活保護相談 <input type="checkbox"/> 総合労働相談 <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> その他 ()
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 (フルタイム) <input type="checkbox"/> 有期雇用社員	(勤務時間・日数、雇用期間、時短有無など)	
育児介護休業法の活用	知識 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不十分	(具体的に)	
	活用 <input type="checkbox"/> あり(予定含む) <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> なし	(具体的に)	
	勤務先の知識 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不十分	(具体的に)	
時間的拘束	通勤時間 片道 () 時間	出勤時間/帰宅時間	
	残業 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	土日祝日 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 出勤	

(8)子育て／学業との両立			課題	
子育て／学業	子育てに要する時間／通学・授業・勉強に要する時間		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未判断  <input type="checkbox"/> サービス導入・見直し <input type="checkbox"/> 市町村子育て担当課 <input type="checkbox"/> ヤングケアラー窓口 <input type="checkbox"/> 学校 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	子どもの年齢、就学状況／学校、進路、友人関係			
	家族の協力	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		(具体的に)
	悩み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		(具体的に)
	肉体的負担	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		(具体的に)
	精神的負担	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		(具体的に)

総合的な方針