

このアンケートでは、アンケートの宛名に名前があるご本人を「お子さま」、アンケートに回答していただく保護者（お母さま）さまを「あなた」とお呼びします。

1. ご家族について

(1) 家族構成について教えてください。(あてはまるものすべてに○をつけ、____か所に人数をご記入ください)

- ① 母 ② 父 ③ お子様 (____人) ④ 祖父 ⑤ 祖母 ⑥ おじ、おば
⑦ 甥、姪 ⑧ その他 (関係 _____)

合計 _____ 人

(2) お子様のうち障害のあるお子様は何人おられますか。(該当する番号に○をつけてください)

- ① 1人 ② 2人 ③ 3人以上

(3) お子さまの介護や支援をしている時間（見守りを含む）は平均して一日何時間ですか。(該当する番号に○をつけてください)

- ① 1時間以内 ② 1～3時間 ③ 3～6時間 ④ 6～9時間 ⑤ 9～12時間
⑥ 12時間以上

(4) ご家族の中で主にお子さまの介護や支援をしている人はどなたですか。(お子さまからみた続柄で、該当する番号に○をつけてください)

- ① 母 ② 父 ③ 祖父 ④ 祖母 ⑤ 兄弟姉妹 ⑥ おじ、おば ⑦ 甥、姪
⑧ その他 (関係 _____)

(5) お子さまの介護や支援について、(4)で回答した方以外からのサポートはありますか。(該当する番号に○をつけてください)

- ①ある ②時々ある ③ほとんどない ④ない

2. お子さまについて

(1) お子さまの年齢を教えてください。

回答 (____ 才)

(2) お子さまがお持ちの手帳や等級等を教えてください。(あてはまるものすべてに○をつけてください)

I 身体障害者手帳 (① 1級 ② 2級 ③ 3級 ④ 4級 ⑤ 5級 ⑥ 6級)

II 療育手帳 (⑦ A ⑧ B)

III 精神障害者保健福祉手帳 (⑨ 1級 ⑩ 2級 ⑪ 3級)

⑫ その他 ()

(3) お子さまはお持ちの手帳以外で他に診断を受けておられますか。(あてはまるものすべてに○をつけてください)

① 自閉症 ② 広汎性発達障害 ③ アスペルガー症候群 ④ 学習障害 (LD)

⑤ 注意欠如・多動性障害 (AD/HD) ⑥ 自閉症スペクトラム障害

⑦ 難病 ⑧ 高次脳機能障害

⑨ その他 ()

(4) お子さまが、日中定期的に通っている機関や施設を教えてください。(該当する番号に○をつけてください)

① 幼稚園または保育園 ② 小・中学校 (通常学級) ③ 小・中学校 (特別支援学級)

④ 総合支援学校 (小学部・中学部・高等部) ⑤ 高等学校 (高専含む)

⑥ 専門学校または大学 ⑦ 一般就労

⑧ 通所施設 (障害児支援事業所・就労継続支援事業所・日中一時支援事業所など)

⑨ 入所・入院している ⑩ 通っているところはない (在宅)

⑪ その他 ()

(5) ((4) で通学・通所していると回答された方にお尋ねします。) 通学・通所に際して家族の送迎が必要な場合、お子さまは主にどなたと通っていますか。(お子さまからみた続柄で、該当する番号に○をつけてください)

① お子さま一人 ② 母 ③ 父 ④ 祖父 ⑤ 祖母 ⑥ 兄弟姉妹 ⑦ おじ、おば

⑧ 甥、姪 ⑨ 学校・施設の送迎バスなど ⑩ その他 ()

(6) お子さまは放課後や帰宅後に定期的に出かける場所がありますか。(あてはまるものすべてに○をつけてください)

① 学童保育 ② 放課後等デイサービスや日中一時支援などの障害福祉サービス

③ 学校の部活動 ④ 習いごと ⑤ 特になく家庭で過ごしている

⑥ その他 ()

(7) お子さまは定期的に通院している医療機関がありますか。(該当する番号に○をつけてください)

- ① ある (以下へ) ② ない (→ (10) へ)

(8) ((7) で①あると回答されたにお尋ねします。) どのくらいの頻度で通院していますか。(該当する番号に○をつけてください)

- ① 週3回以上 ② 週1～2回 ③ 月1～3回 ④ 2,3か月に1回程度
⑤ その他 ()

(9) ((7) で①あると回答されたにお尋ねします。) 通院及び診療に要する時間は1日当たり平均してどのくらいですか。(該当する番号に○をつけてください)

- ① 30分以内 ② 30分～1時間 ③ 1～2時間 ④ 2～3時間
⑤ 3～4時間 ⑥ 4時間以上

(10) お子さまはどのような障害福祉サービスを利用していますか。(あてはまるものすべてに○をつけてください)

- ① 訪問系 (居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護等)
② 日中活動系 (短期入所、療養介護、生活介護)
③ 施設系 (施設入所支援)
④ 居住支援系 (共同生活援助)
⑤ 訓練系・就労系 (自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A, B等)
⑥ 障害児通所系 (児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援)
⑦ 地域生活支援事業 (移動支援・日中一時支援等)
⑧ 利用していない (→ 3. (1) へ)
⑨ その他 ()

(11) ((10) で障害福祉サービスを利用されていると回答された方にお尋ねします。) 障害福祉サービスの利用時間等についてどのように感じておられますか。(該当する番号に○をつけてください)

- ① 満足している ② まあまあ満足している ③ ふつう ④ やや不満がある
⑤ 不満がある

(12) ((11) で④やや不満がある、⑤不満があると回答された方にお尋ねします。) その理由を教えてください。(あてはまるものすべてに○をつけてください)

- ① 希望通りに利用できない ② 開所日が希望に合わない
- ③ 開所時間が希望に合わない ④ 送迎がない ⑤ 送迎時刻が早い(遅い)
- ⑥ その他 ()

3. あなた(お母さま)について

(1)あなた(お母さま)の年齢を教えてください。(該当する番号に○をつけてください)

- ① 24歳以下 ② 25～34歳 ③ 35～44歳 ④ 45～54歳
- ⑤ 55～64歳 ⑥ 65歳以上

(2)現在お勤めをされていますか。(該当する番号に○をつけてください)

- ① している(以下へ) ② していない(→(9)へ)

(3)((2)で①していると回答された方にお尋ねします)現在のお勤めの状況を教えてください。(該当する番号に○をつけてください)

- ① 正規の職員・従業員 ② パート・アルバイト ③ 派遣社員 ④ 契約社員
- ⑤ 嘱託社員 ⑥ 会社・団体等の役員 ⑦ 自営業主 ⑧ 自家営業の手伝い
- ⑨ 内職 ⑩ その他 ()

(4)((2)で①していると回答された方にお尋ねします)直近の1週間に実際にお勤めされた日数と時間を教えてください。

就業日数(1週間に仕事をした日数) _____ 日

就業時間(1週間の残業も含めた総就業時間) _____ 時間

(5)((2)で①していると回答された方にお尋ねします)お勤めをされているおおよその時間帯はいつですか。(あてはまるものすべてに○をつけてください)

- ①日中(7時～18時) ②早朝(0時～7時) ③午前(7時～12時)
- ④昼時(11時～14時) ⑤午後(12時～18時) ⑥夕方時(16時～18時)
- ⑦夕方以降(18時～21時) ⑧夜間(21時～) ⑨交代勤務(不規則勤務含む)
- ⑩その他 ()

別紙

就職についての市の支援についての調査

市ではハローワークなどと連携して、障害のある子を育てる母親の就職を支援すること
にしています。

(1) 市などからの**就職支援**を希望されますか。(該当する番号に○をつけてください)

- ① 希望する ② 希望しない ③ 分からない
④ 今は希望しないが将来希望する可能性がある
⑤ その他 (_____)

(2) (1)で「**①希望する**」と回答された方は、別途、具体的にお話をお伺いいたしますので
ご連絡先等をご記入ください。

後日、宇部市役所障害福祉課より、ご連絡をさせていただきます。

ふりがな

お名前 _____

〒

住 所 _____

電話番号 _____

メールアドレス _____

(3) 障害のある子を育てる母親への就職支援等について、ご意見等があれば、ご記入くだ
さい。

記入欄

ご協力ありがとうございました。