

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 ( )



(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。