

卷末資料 1

アンケート調査票用紙

企業用アンケート調査票

企業用		在職障害者の訓練ニーズ調査に係るアンケート調査票		
1 貴社の概要等についてお伺いします。				
貴社名		従業員数 (※1)	1. 50名未満 2. 50～99名 3. 100～299名 4. 300～499名 5. 500～999名 6. 1000名以上 (名)	うち 障害者 従業員数 (名)
住所				
業種番号(※2) (日本標準産業分類・中分類)				
回答者	所属部署・役職			
	氏 名			
	電 話 番 号 E-mail			
<p>※1 当該事業所の従業員数(パート・アルバイト、契約社員など直接雇用している非正規社員を含み、派遣社員、請負社員は除く)の数字に○を記入してください。6に○を付けた場合は人数も併せて記入してください。</p> <p>※2 業種番号欄には、別紙(日本標準産業分類第13回改定表)の中から中分類の番号(数字2桁)を記載して下さい。</p> <p>※3 記入内容は令和3年4月現在の情報で記入してください。</p> <p>《障害区分の選択等》</p> <p>1 身体障害者:身体障害者手帳所持者</p> <p>2 知的障害者:療育手帳(愛の手帳等)又は知的障害者判定機関による判定書所持者</p> <p>3 精神障害者:精神障害者保健福祉手帳所持者、もしくは統合失調症、気分障害(そう病、うつ病、そううつ病を含む)、てんかんにかかっていることが医師の診断書等により確認された者</p> <p>4 発達障害者:障害者手帳の有無によらず、広汎性発達障害、アスペルガー症候群、自閉症(高機能自閉症を含む)、LD(学習障害)、ADHD(注意欠陥多動性障害)のいずれかの診断名が、診断書等により確認された者</p> <p>5 高次脳機能障害者:障害者手帳の有無によらず、高次脳機能障害が、診断書等により確認された者</p>				
2 貴社の障害のある従業員についてお伺いします。 下記の①～⑧の質問に回答いただき、表に各人の状況をご記入してください。 なお、重複障害をお持ちの場合は、主たる障害種類の欄に記入してください。				
<p>① 以下の選択肢から年齢を記入してください。</p> <p>1. 20歳未満 2. 20歳～30歳 3. 31歳～40歳 4. 41歳～50歳 5. 51歳～60歳 6. 60歳以上</p> <p>② 以下の選択肢から雇用期間を記入してください。</p> <p>1. 6ヶ月未満 2. 6ヶ月～1年未満 3. 1～3年未満 4. 3～5年未満 5. 5～10年未満 6. 10年～</p> <p>③ 以下の選択肢から主な仕事内容を記入してください。<u>その他を選択した場合は仕事内容を具体的に記入してください。</u></p> <p>1. 管理的業務 2. 専門的、技術的業務 3. 事務的業務 4. 販売の業務 5. サービスの業務 6. 保安の業務</p> <p>7. 農林漁業の業務 8. 生産工程の業務 9. 輸送・機械運転の業務 10. 建設・採掘の業務</p> <p>11. 運搬・清掃・梱包等の業務 12.その他()</p> <p>④ 以下の選択肢から現在の勤務状況を記入してください。</p> <p>1. 通常勤務(通勤) 2. 在宅勤務(テレワーク) 3. 一部在宅勤務(週2～4日) 4. 一部在宅勤務(週1日程度)</p> <p>⑤ 従業員が採用後に実施したスキルアップ(技能・技術の向上)のための研修内容について記入してください。</p> <p>⑥ ⑤の研修を外部的教育訓練機関等を活用してOff-JTにより実施した場合は○を記入してください。</p> <p>⑦ 今後スキルアップ(技能・技術の向上)させたいと考えている場合、必要とする研修内容を記入してください。</p> <p>⑧ ⑦の研修を外部的教育訓練機関等を活用してOff-JTによる実施希望がある場合は○を記入してください。</p>				

障害種類	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	
	年齢	雇用期間	主な仕事内容	勤務状況	実施した研修内容	Off-JTの活用	今後の研修内容	Off-JTの希望	
※記載例	3	4	3	3	Access基礎	○	Access VBA	○	
身体障害	視覚障害								
	聴覚言語障害								
	肢体不自由								
	内部障害								
知的障害									
精神障害									
発達障害									
高次脳機能障害									
※ 一つの障害種類について、6名まで記入できます。6名以上いる場合や複数の研修を受講している場合等は、お手数ですが行を追加してください。									

(1) 上記⑥で外部の教育訓練機関等を活用したOff-JTとなった理由と活用した教育訓練機関等の名称を記入してください。

上記⑤の研修内容	理由	教育訓練機関等の名称
※記載例 Access基礎	内部に指導者がいないため	〇〇障害者職業能力開発校

(2) Off-JTの研修を実施する際に配慮した事柄がありましたら、具体的に記入してください。
障害種類などで回答が異なる場合は可能な範囲で記入ください。

※記載例： Access基礎の研修には、企業内の支援担当が初日に付き添って対応した。

(3) 上記⑥で外部の教育訓練機関等を活用したOff-JTの希望で○を記入した理由を具体的に記入してください。
障害種類や雇用期間などで理由が異なる場合は可能な範囲で記入をお願いします。

※記載例： Access VBAの研修には、内部に指導を担当できる者がいないため。
理由：

3 在職障害者に対する職業訓練(在職者訓練)についてお伺いします。
(1) 在職障害者を対象とした公共職業訓練についていずれかに○を記入してください。
※公共職業訓練とは国や都道府県等が実施する公的な職業訓練で、原則無料で実施しているものです。

① 都道府県内にある公共職業訓練施設を
a.知っている b.知らない

② 在職障害者向けの在職者訓練を実施している公共職業訓練施設を
a.知っている b.知らない→(2)へ

③ 知っている場合、その施設名を記入してください。
施設名：

④ 知っている場合は③の施設で実施している在職者訓練を
a.利用したことがある b.利用したことがない

⑤ ④で利用したことがある場合は、コース名を記入してください。
コース名：

⑥ ④で利用したことがない場合は、その理由を記入してください。(例：日程が合わなかった。受講させたいコースがなかった。等)
理由：

<p>(2) 在職障害者を対象とした公共職業訓練について、もし利用する場合に以下のどの項目が重要となりますか。 あてはまる項目の()に○を記入し、具体的な理由をお聞かせください。(複数項目に記入可)</p>
<p>① 実施時期()</p> <p>※記載例: 4月から5月ごろの平日</p> <p>具体的に</p>
<p>② 実施回数()</p> <p>※記載例: 週に1回程度</p> <p>具体的に</p>
<p>③ 実施期間()</p> <p>※記載例: 連続して3日程度来ていただいて指導していただけると助かる</p> <p>具体的に</p>
<p>④ 講師の派遣()</p> <p>※記載例: 会社内に派遣してもらいたい</p> <p>具体的に</p>
<p>⑤ 実施環境()</p> <p>※記載例: 車いすに対応した机等、空調設備</p> <p>具体的に</p>
<p>⑥ その他()</p> <p>※記載例: 移動が困難な方が多いのでリモート研修があるとよい</p> <p>具体的に</p>
<p>4 その他に障害者に対する公共職業訓練について、要望等がありましたら記入してください。 (障害の種類、仕事内容、雇用期間など要望が異なる場合は、可能な範囲で記入してください。)</p>
<p>※記載例: 今後精神・発達障害の方に備品・倉庫等のピッキング作業を検討しているので研修を実施してもらいたい 要望:</p>

都道府県用アンケート調査票

在職障害者に対する職業訓練に係るニーズ等に関するアンケート調査

1 概要等についてお伺いします。

都道府県 主管課名				
住所				
回答者	所属部署		役職	
	氏名		電話番号	
	E-mail			

2 令和元年度（一昨年度）の在職障害者を対象とした在職者訓練（施設内訓練及び委託訓練）についてお伺いします。

(1) 在職障害者を対象とした在職者訓練コースを実施しましたか。該当する方に○を記入してください。
※ 以下「在職者訓練コース」と記載があるものは、全て在職障害者を対象とした在職者訓練コースを指します。

① 実施した →(2)へ ② 実施していない →(10)へ

(2) 在職者訓練コースはどのような実施方法ですか。該当する選択肢に○を記入してください。（○はひとつ）

① レディーメイド型 ② オーダーメイド型 ③ 両方

(3) 【レディーメイド型】の在職者訓練コース概要を記入してください。※7コース以上開設されている場合、別紙に記載し同封願います。
開設したコースごとに、「コース名」「施設内訓練か委託訓練か(どちらかに○)」「コース内容」を具体的に記入してください。
またコース開設の日程として該当する全てに○を、「時間数」にはコース終了までの総時間数をお書きください。
予定した「定員」と実際に受講された「受講者数」を記入してください。
最後に、対象としている障害種類がありましたら、該当する障害に○を記入してください。
なお、身体障害の場合は、身体障害の種類にも○をつけてください。

コース名 / 施設内・委託	コース内容	日程(複数回答可)			定員	受講者数	対象障害種類					
		実施日	時間数(総時間)	時間			1	2	3	4	5	6
1 <input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 委託		<input type="checkbox"/> ①土日祝 <input type="checkbox"/> ②平日日中 <input type="checkbox"/> ③平日夜間		時間	定員	人	<input type="checkbox"/> ①身体障害★ <input type="checkbox"/> ②知的障害 <input type="checkbox"/> ③精神障害 <input type="checkbox"/> ④発達障害 <input type="checkbox"/> ⑤高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> ⑥障害種類問わず	<input type="checkbox"/> ★障害の種類 (複数回答可) <input type="checkbox"/> 1視覚障害 <input type="checkbox"/> 2聴覚言語障害 <input type="checkbox"/> 3肢体不自由 <input type="checkbox"/> 4内部障害				
2 <input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 委託		<input type="checkbox"/> ①土日祝 <input type="checkbox"/> ②平日日中 <input type="checkbox"/> ③平日夜間		時間	定員	人	<input type="checkbox"/> ①身体障害★ <input type="checkbox"/> ②知的障害 <input type="checkbox"/> ③精神障害 <input type="checkbox"/> ④発達障害 <input type="checkbox"/> ⑤高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> ⑥障害種類問わず	<input type="checkbox"/> ★障害の種類 (複数回答可) <input type="checkbox"/> 1視覚障害 <input type="checkbox"/> 2聴覚言語障害 <input type="checkbox"/> 3肢体不自由 <input type="checkbox"/> 4内部障害				
3 <input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 委託		<input type="checkbox"/> ①土日祝 <input type="checkbox"/> ②平日日中 <input type="checkbox"/> ③平日夜間		時間	定員	人	<input type="checkbox"/> ①身体障害★ <input type="checkbox"/> ②知的障害 <input type="checkbox"/> ③精神障害 <input type="checkbox"/> ④発達障害 <input type="checkbox"/> ⑤高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> ⑥障害種類問わず	<input type="checkbox"/> ★障害の種類 (複数回答可) <input type="checkbox"/> 1視覚障害 <input type="checkbox"/> 2聴覚言語障害 <input type="checkbox"/> 3肢体不自由 <input type="checkbox"/> 4内部障害				
4 <input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 委託		<input type="checkbox"/> ①土日祝 <input type="checkbox"/> ②平日日中 <input type="checkbox"/> ③平日夜間		時間	定員	人	<input type="checkbox"/> ①身体障害★ <input type="checkbox"/> ②知的障害 <input type="checkbox"/> ③精神障害 <input type="checkbox"/> ④発達障害 <input type="checkbox"/> ⑤高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> ⑥障害種類問わず	<input type="checkbox"/> ★障害の種類 (複数回答可) <input type="checkbox"/> 1視覚障害 <input type="checkbox"/> 2聴覚言語障害 <input type="checkbox"/> 3肢体不自由 <input type="checkbox"/> 4内部障害				
5 <input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 委託		<input type="checkbox"/> ①土日祝 <input type="checkbox"/> ②平日日中 <input type="checkbox"/> ③平日夜間		時間	定員	人	<input type="checkbox"/> ①身体障害★ <input type="checkbox"/> ②知的障害 <input type="checkbox"/> ③精神障害 <input type="checkbox"/> ④発達障害 <input type="checkbox"/> ⑤高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> ⑥障害種類問わず	<input type="checkbox"/> ★障害の種類 (複数回答可) <input type="checkbox"/> 1視覚障害 <input type="checkbox"/> 2聴覚言語障害 <input type="checkbox"/> 3肢体不自由 <input type="checkbox"/> 4内部障害				
6 <input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 委託		<input type="checkbox"/> ①土日祝 <input type="checkbox"/> ②平日日中 <input type="checkbox"/> ③平日夜間		時間	定員	人	<input type="checkbox"/> ①身体障害★ <input type="checkbox"/> ②知的障害 <input type="checkbox"/> ③精神障害 <input type="checkbox"/> ④発達障害 <input type="checkbox"/> ⑤高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> ⑥障害種類問わず	<input type="checkbox"/> ★障害の種類 (複数回答可) <input type="checkbox"/> 1視覚障害 <input type="checkbox"/> 2聴覚言語障害 <input type="checkbox"/> 3肢体不自由 <input type="checkbox"/> 4内部障害				

(4)レディーメイド型の在職者訓練コース設定するために収集した情報(コース設定の根拠となった)について、具体的に記入してください。

【収集情報】

(5)【オーダーメイド型】の設定方法について具体的に記入してください。またその在職者訓練コース概要についても(3)と同様に記入してください。※7コース以上開設されている場合、別紙に記載し同封願います。

設定方法:

コース名 / 施設内・委託	コース内容	日程(複数回答可)		定員	対象障害種類
		時間数(総時間)	受講者数		
1 <input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 委託		実施日	<input type="checkbox"/> ①土日祝 <input type="checkbox"/> ②平日日中 <input type="checkbox"/> ③平日夜間	定員	①身体障害★ ②知的障害 ③精神障害 ④発達障害 ⑤高次脳機能障害 ⑥障害種類問わず ★障害の種類(複数回答可) <input type="checkbox"/> 1視覚障害 <input type="checkbox"/> 2聴覚言語障害 <input type="checkbox"/> 3肢体不自由 <input type="checkbox"/> 4内部障害
		総時間	時間	受講者数	
2 <input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 委託		実施日	<input type="checkbox"/> ①土日祝 <input type="checkbox"/> ②平日日中 <input type="checkbox"/> ③平日夜間	定員	①身体障害★ ②知的障害 ③精神障害 ④発達障害 ⑤高次脳機能障害 ⑥障害種類問わず ★障害の種類(複数回答可) <input type="checkbox"/> 1視覚障害 <input type="checkbox"/> 2聴覚言語障害 <input type="checkbox"/> 3肢体不自由 <input type="checkbox"/> 4内部障害
		総時間	時間	受講者数	
3 <input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 委託		実施日	<input type="checkbox"/> ①土日祝 <input type="checkbox"/> ②平日日中 <input type="checkbox"/> ③平日夜間	定員	①身体障害★ ②知的障害 ③精神障害 ④発達障害 ⑤高次脳機能障害 ⑥障害種類問わず ★障害の種類(複数回答可) <input type="checkbox"/> 1視覚障害 <input type="checkbox"/> 2聴覚言語障害 <input type="checkbox"/> 3肢体不自由 <input type="checkbox"/> 4内部障害
		総時間	時間	受講者数	
4 <input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 委託		実施日	<input type="checkbox"/> ①土日祝 <input type="checkbox"/> ②平日日中 <input type="checkbox"/> ③平日夜間	定員	①身体障害★ ②知的障害 ③精神障害 ④発達障害 ⑤高次脳機能障害 ⑥障害種類問わず ★障害の種類(複数回答可) <input type="checkbox"/> 1視覚障害 <input type="checkbox"/> 2聴覚言語障害 <input type="checkbox"/> 3肢体不自由 <input type="checkbox"/> 4内部障害
		総時間	時間	受講者数	
5 <input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 委託		実施日	<input type="checkbox"/> ①土日祝 <input type="checkbox"/> ②平日日中 <input type="checkbox"/> ③平日夜間	定員	①身体障害★ ②知的障害 ③精神障害 ④発達障害 ⑤高次脳機能障害 ⑥障害種類問わず ★障害の種類(複数回答可) <input type="checkbox"/> 1視覚障害 <input type="checkbox"/> 2聴覚言語障害 <input type="checkbox"/> 3肢体不自由 <input type="checkbox"/> 4内部障害
		総時間	時間	受講者数	
6 <input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 委託		実施日	<input type="checkbox"/> ①土日祝 <input type="checkbox"/> ②平日日中 <input type="checkbox"/> ③平日夜間	定員	①身体障害★ ②知的障害 ③精神障害 ④発達障害 ⑤高次脳機能障害 ⑥障害種類問わず ★障害の種類(複数回答可) <input type="checkbox"/> 1視覚障害 <input type="checkbox"/> 2聴覚言語障害 <input type="checkbox"/> 3肢体不自由 <input type="checkbox"/> 4内部障害
		総時間	時間	受講者数	

(6)受講者の申し込みを受ける際、申込者を限定していますか。該当する選択肢に○を記入してください。また、「限定していない」と回答された方は、「個人」、「企業」のおおよその割合を記入してください。

①個人による申し込みに限定
 ②企業による申し込みに限定
 ③ 限定していない

※③限定していない場合の個人と企業の割合(回答は整数で)

(「個人」の申し込み % + 「企業」の申し込み % = 100%)

(7) 在職者訓練の広報について、現在実施している広報手法についておきかせください。
 またその効果について、集客につながったものに○を記入してください。

1	【広報手法】（効果… <input type="checkbox"/> ①あった <input type="checkbox"/> ②なかった）
2	【広報手法】（効果… <input type="checkbox"/> ①あった <input type="checkbox"/> ②なかった）
3	【広報手法】（効果… <input type="checkbox"/> ①あった <input type="checkbox"/> ②なかった）

(8) 在職者訓練を実施するうえで現在抱えている課題についてお伺いします。
 課題としてあてはまる項目に○を記入し、具体的な理由をおきかせください。（複数項目に記入可）

<input type="checkbox"/>	① 教室・設備などの不足 【理由】
<input type="checkbox"/>	② 職業訓練指導員の不足 【理由】
<input type="checkbox"/>	③ 職業訓練指導員以外の障害者支援者が不足 【理由】
<input type="checkbox"/>	④ 在職者訓練ニーズの不明 【理由】
<input type="checkbox"/>	⑤ その他（ <input type="checkbox"/> ） 【理由】

(9) 在職者訓練を実施する場合、どのように委託先を開拓していますか。効果的な開拓方法や工夫している点等、可能な限り具体的に記入してください。

(10)【在職障害者を対象とした在職者訓練コースを実施されなかった方にお伺いします。実施された方は次の問へお進みください】
在職者訓練が実施できなかった理由についてお伺いします。あてはまるもの全てに○を記入し、具体的な理由をおきかせください。
(複数項目に記入可)

<input type="checkbox"/>	① 教室・設備などの不足 【理由】
<input type="checkbox"/>	② 職業訓練指導員の不足 【理由】
<input type="checkbox"/>	③ 職業訓練指導員以外の障害者支援者が不足 【理由】
<input type="checkbox"/>	④ 在職者訓練ニーズの不明 【理由】
<input type="checkbox"/>	⑤ その他 () 【理由】

3 すべての方にお伺いします。在職者職業訓練に関して、運用上の課題や工夫等がありましたら記入してください。

--

アンケートは以上です。ご協力いただきありがとうございます。同封の返信用封筒にて**10月8日(金)まで**にご返送をお願いします。