

卷末資料

いただいた情報の管理等について

- 調査で得られたデータは統計的な処理を行ったうえで報告書に取りまとめ公表するとともに、学会等で発表する場合があります。企業名や回答者個人が特定されることはありません。
- 調査で得られた情報は、調査研究以外の目的には一切使用いたしません。なお、関係法令及び当機構の規程に基づき厳重に管理し、規定の年限が経過した後には消去します。

ご理解とご協力賜りますよう、
何卒よろしくご願ひ申し上げます。

調査についてのご質問などありましたら、お手数ですが、下記までお問い合わせください。

実施・問合せ：独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター 事業主
支援部門
担当：中山・高木・大谷
〒261-0014 千葉県美浜区若葉 3-1-3
電話：043-297-9065, 9037, 9009（月～金 9:15～17:30）
電子メール：esdlv@jseed.go.jp
ウェブサイト：<https://www.jseed.go.jp/>（機構） <https://www.nivr.jseed.go.jp/>
（センター）

OK



障害者雇用の質の向上に向けた 取組等に関するアンケート調査

調査の目的

このアンケートは、企業の皆様が障害者雇用において日ごろ実施されている職場定着、能力の発揮、キャリア形成等に向けた取組や、障害者雇用に関する考え方などについてお伺いするものです。

回答をお願いしたい方

障害者雇用を総括されているご担当者様。（必要に応じ、障害者が実際に業務に従事している現場の担当者の方に状況をご確認いただきながらご回答をお願いいたします。）

回答に当たってのお願い

- 令和6（2024）年10月31日（木）までにご回答ください。
- 令和6年6月1日現在の貴社の状況についてご記入ください。
- 本調査へのご回答は任意です。すべての質問にお答えいただけない場合でも、可能な範囲でご回答いただければ幸いです。
- ご回答の内容によって不利益な取扱いを受けることはありません。
- 障害のある従業員の方々の氏名等、個人を特定する情報は記入しないでください。
- 調査項目として、貴社の令和6年6月1日時点の障害者雇用数をお聞きする質問がございます。以下の情報をあらかじめお手元にご用意いただければスムーズに回答できます。
 - 貴社の障害者雇用者数（障害種類：身体、知的、精神）
 - うち、短時間労働者数

回答フォームの利用方法及び注意事項

- 回答中は、ページ下部に画像のような**進捗バー**が表示されます。

- アンケートの回答は、各ページの「次へ」ボタンをクリックした時点で一時保存されます。
- 後から回答を修正したい場合は、進捗バー左の「戻る」ボタンで一つ前のページに戻ることができます。**(ブラウザの「戻る」操作で戻った場合、それまでの回答は保存されませんのでご注意ください。)**
- アンケートを途中で中断した場合も、**同じ端末かつ同じブラウザ環境** (※)であれば、中断した箇所から回答を再開することができます (途中回答の保存期間は**1週間**です)。
※ プライベートブラウザ環境で回答した場合、Cookieやキャッシュを消去した場合には、途中復帰できません。
- **最終ページの「回答を完了する」ボタンをクリックすると、回答内容が送信されます。**完了後の修正はできませんので、ご注意ください。

戻る

回答をはじめ

I. 企業の属性についてお尋ねします。

(1) 貴社が特例子会社または就労継続支援A型事業所であるかについてお答えください。あてはまる項目を1つ選んでください。

特例子会社

就労継続支援
A型事業所

左記以外の企
業

戻る

次へ

以降の設問は、(1)で選択された内容に応じて、**貴社またはグループ全体の状況**についてお答えください。

※【**特例子会社以外の場合**】特例子会社制度、グループ特例、グループ算定特例を利用している場合は、以降の設問は**グループ全体の主な状況**をお答えください。

※【**特例子会社の場合**】以降の設問は**貴社（特例子会社）の状況**をお答えください。

(2) 貴社の主たる事業の産業分類（日本標準産業分類の大分類）についてお答えください※。あてはまる項目を1つ選んでください。

※特例子会社でいずれか1つを選択することが難しい場合は、「サービス業（他に分類されないもの）」を選択してください。

選択してください

「その他」の具体的な内容を教えてください。

(3) 貴社の令和6年6月1日現在の常用雇用労働者数※ についてお答えください。あてはまる項目を1つ選んでください。

※ 障害者雇用状況報告における常用雇用労働者の数（週所定労働時間30時間以上の常用雇用労働者＋短時間労働者（週所定労働時間30時間未満の労働者）×0.5）をお答えください。なお、「常用雇用労働者」とは、週所定労働時間が20時間以上であって、雇用契約の形式の如何を問わず、①期間の定めなく雇用されている労働者、②過去1年を超える期間について引き続き雇用されている労働者又は③採用のときから1年を超えて引き続き雇用されると見込まれる労働者をいいます。

選択してください

(4) 貴社の障害者雇用の経験年数※ についてお答えください。あてはまる項目を1つ選んでください。

※ 初めて障害者を採用した年または中途障害となった社員の方を継続雇用した年から起算して、おおよその年数をお答えください。途中に障害者の方が一人も在籍していない期間があっても構いません。
※ 特例子会社の場合は、自社における経験年数をお答えください（親会社等での経験年数は含みません）。

選択してください

(5) 貴社で雇用している障害者の雇用形態についてお答えください。あてはまる項目をすべて選んでください。

正社員

契約社員、嘱託社員

派遣・請負労働者

パート・アルバイト

(6) 貴社の令和6年6月1日現在での障害種別の雇用障害者数についてお答えください。障害種別に人数を記入してください。なお、短時間労働者とば週所定労働時間30時間未満の労働者をいいます。【必須回答】

<本調査における障害種別の定義>

【身体障害者】

原則として身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）に規定する身体障害者手帳の等級が1級から6級に該当する方及び7級に該当する障害が2以上重複する方。

【知的障害者】

児童相談所、知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第9条第6

身体障害者

※該当する障害種別の方が一人も在籍していない場合は必ず「0」とご記入ください。

実人数（企業全体）

うち短時間労働者数

数字のみ入力

*

数字（実人数より小さい値）のみ入力*

知的障害者

※該当する障害種別の方が一人も在籍していない場合は必ず「0」とご記入ください。

実人数（企業全体）

うち短時間労働者数

数字のみ入力

*

数字（実人数より小さい値）のみ入力*

戻る

次へ

※該当する障害種別の方が一人も在籍していない場合は必ず「0」とご記入ください。

実人数（企業全体）

うち短時間労働者数

数字のみ入力

*

数字（実人数より小さい値）のみ入力*

10%

(7) 貴社における障害者の配置場所についてお答えください。あてはまる項目をすべて選んでください。

一般社員と共に既存の部署内に配置（混合配置）

自社内の主に障害者で構成される部署に配置（集合配置）しており、一般社員と事業所・フロア等が同じである

自社内の主に障害者で構成される部署に配置（集合配置）しており、一般社員とは事業所・フロア等が異なる

在宅勤務（テレワーク、リモートワーク）

自社が組合員となっている事業協同組合の事業所に配置

派遣先の事業所に配置

自社の契約先企業（障害者の就業場所や業務を提供する企業）の事業所に配置

その他

戻る

「その他」の具体的な内容を教えてください。

次へ

13%

(8) 貴社で雇用している障害者の担当職務についてお答えください。あてはまる項目をすべて選んでください。

事務、事務補助

郵便、社内便

印刷、製本

清掃、衛生管理

接客、販売

店舗の品出し、バックヤード

運輸、物流、倉庫

製造、ものづくり

情報システム

医療、福祉、介護

クリーニング、リネン

調理、調理補助

土木、建築作業

農作業、林業、漁業

その他

「その他」の具体的な内容を教えてください。

戻る

次へ

15%

II. 雇用の質向上に向けて企業が必要であると考える取組についてお尋ねします。

貴社の障害者雇用の方針、および職場定着、能力の発揮、キャリア形成、仕事や職場に対する満足度の向上等の、障害者雇用の質的要素を改善する取組に関する貴社の取組状況等についてお伺いします。

(1) 貴社の障害者雇用の方針に関する以下の項目について、それぞれの程度重視していますか。各項目に対し最もあてはまる選択肢を選んでください。

	重視している	やや重視している	あまり重視していない	重視していない
①法定雇用率の充足を目指している	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
②法定雇用率を上回る人数を雇用することを目指している	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
③障害者雇用を社会貢献の一つとして位置づけている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
④障害者雇用を経営戦略の一つとして位置づけている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑤障害者の戦力化を目指している	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑥障害者が社内より中心的な業務（コア業務）に貢献できることを目指している	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑦障害者の新たな職域や新規事業の開拓を目指している	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑧組織の理念や組織目標について障害者に伝えている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20%

	重視している	やや重視している	あまり重視していない	重視していない
⑨障害者を隔離せず一般社員と同じ部署に配置することを目指している	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20%

(2)～(6) 貴社の障害者雇用において、以下の取組を実施した実績がありますか。各項目に対しあてはまる選択肢をすべて選んでください。

※障害者の方全員に実施していただくも、一部の方へに実施した実績があれば「実施したことがある」とお答えください。

(2) 業務とのマッチング

	正社員に 対し実施 したことが ある	非正社員 に対し実 施したこ とがある	実施 したこ とがな い
①複数の手段による、障害者の能力や特性の把握（面接、作業観察、支援機関からの情報提供等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②入社前の実習やインターンシップ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③担当職務についての障害者本人の希望の確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④個々の障害者の能力や特性に合った職務の創出又は再構成	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤障害者の能力や特性と業務とのマッチングの定期的な状況確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(3) 教育訓練 (OJT)

	正社員に 対し実施 したことが ある	非正社員 に対し実 施したこ とがある	実施 したこ とがな い
①多様な業務への取組機会の提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②担当する作業の手順やスケジュール等に関する、一定の責任や裁量の付与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③障害者が指導役やチームリーダー役を経験する機会の提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④障害者の業務パフォーマンスに関する振り返り・フィードバックの定期的な実施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(4) 教育訓練 (Off-JT)

	正社員に 対し実施 したことが ある	非正社員 に対し実 施したこ とがある	実施 したこ とがな い
①障害のない従業員と共通の研修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②障害のある従業員に向けた独自の研修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③自己啓発に関する補助金の支給	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④資格取得に対するインセンティブの付与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	正社員に 対し実施 したこと がある	非正社員 に対し実 施したこと がある	実施 したこと がない
⑤社内表彰制度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(5) 評価・処遇

	正社員に 対し実施 したこと がある	非正社員 に対し実 施したこと がある	実施 したこと がない
①昇進・昇格・賞与等について、障害のない従業員と共通の基準の適用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②障害に配慮した昇進・昇格・賞与等の基準の設定または基準の明確化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③障害者の希望・能力を踏まえた業務目標の設定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④業務実績等を踏まえた人事評価の実施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤人事評価に基づく待遇の実施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(6) 中長期的なキャリア形成

	正社員に 対し実施 したこと がある	非正社員 に対し実 施したこと がある	実施 したこと がない
①会社の人材育成方針や身につけるべき知識・能力の伝達	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②個別のキャリアプラン、教育訓練の計画等の作成	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③特定の仕事を極める、様々な業務を経験する、リーダーや管理職に昇進するなど、複数のキャリアパスの提示	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④キャリアラダー（職階や年次等の段階ごとに職務内容や必要なスキルを整理したもの）等の適用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤障害者も参加可能なキャリアに関する研修の実施（キャリアデザイン研修等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥キャリアに関する相談の実施（上司、人事担当者、キャリアコンサルタント等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(7) 障害者が働きやすくなるために、障害者の特性に個別に配慮した取組として以下の取組を実施した実績がありますか。障害種別（身体障害・知的障害・精神障害・発達障害・その他の障害）に実施した実績がある項目をすべて選んでください。

※その他の障害：高次脳機能障害、難病等を含む

	身体障害	知的障害	精神障害	発達障害	その他の障害
業務指導や相談、職場介助に関し、担当者を定めている	<input type="checkbox"/>				
業務指示・作業手順の示方を工夫している	<input type="checkbox"/>				
本人の状況に応じて業務量や業務内容を調節している	<input type="checkbox"/>				
物理的環境整備により職場内での作業や移動の負担を軽減している（就労支援機器の活用、リアフリー整備、室内パーテーション設置、休憩室の整備など）	<input type="checkbox"/>				
出退勤時刻・休憩・休暇に関し、通院・体調に配慮している（時差出勤、時間単位の有給休暇等）	<input type="checkbox"/>				
他の労働者（回療等）に対して、障害の内容や必要な配慮等を説明している	<input type="checkbox"/>				
通勤時の負担を軽減している（通勤援助者の配置、通勤・住居手当の加算、駐車場の優遇など）	<input type="checkbox"/>				

	身体障害	知的障害	精神障害	発達障害	その他の障害
その他	<input type="checkbox"/>				
いずれも実施していない	<input type="checkbox"/>				

「その他」の具体的な内容を教えてください。

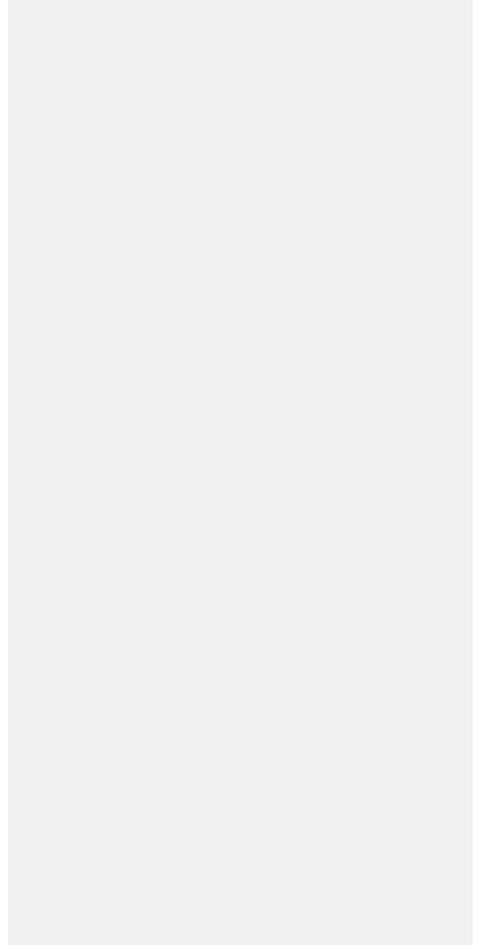
(8) 貴社で実施している(2)～(6) ※1の取組によりもたらされたと思われる効果※2についてお尋ねします。各項目に対し最もあてはまる選択肢を選んでください。

※1
 (2) 業務とのマッチング (3) 教育訓練(OJT) (4) 教育訓練(OJT-JT)
 (5) 評価・処遇 (6) 中長期的なキャリア形成
 ※2
 間接的な効果も含めてお答えください。また、障害者の方全員ではなく一部の方のみにもたらされた効果であっても、回答に含めていただいて構いません。

	あてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	あてはまらない
障害者の業務や職場に対する満足度が向上した	<input type="radio"/>				
障害者の早期離職が減少した	<input type="radio"/>				
障害者の生産性が向上した	<input type="radio"/>				
障害者の職業能力やスキルが向上した	<input type="radio"/>				
障害者が元々有していた能力を適切に発揮できる機会が増加した	<input type="radio"/>				
障害者の処遇(昇給・昇格など)が向上した	<input type="radio"/>				
障害者の正社員登用が進んだ	<input type="radio"/>				

	あてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	あてはまらない
職場全体の士気が向上した	<input type="radio"/>				
障害者雇用の経験やノウハウの蓄積を、他の従業員群(例:疾患・育児・介護を抱える従業員、外国人従業員等)にも応用することができた	<input type="radio"/>				
社会における自社の評価や企業イメージが向上した	<input type="radio"/>				
その他	<input type="radio"/>				

「その他」の具体的な内容を教えてください。



「その他の方法（指標）」の具体的な内容を教えてください。

(9) 前問 (8) で回答した取組の効果について、貴社ではどのような方法（指標）で把握していますか。あてはまる項目をすべて選んでください。

- 障害者も対象に含めた職務満足度調査の実施
- 障害者雇用に関する様々な数字（指標）による把握（定着率や正社員登用数等）
- 障害者の作業成果に関する様々な数字（指標）による把握（作業時間の短縮、ミスの減少等）
- 障害者本人からのフィードバック（意見、反応等）
- 周囲の上司や同僚等からのフィードバック（意見、反応等）
- 企業全体の業績指標による把握
- その他の方法（指標）
- 特に把握していない

戻る

次へ

28%

(10) その他、貴社において障害者雇用の質の向上のために実施している取組があれば、以下に記述してください。

※PCで回答されている方は、入力欄の右下部分をドラッグすることで、枠の大きさを広げることができます。

戻る

次へ

(11) 合理的配慮の手続きにおいて、障害者の事情や意向を適切に確認するために、企業として特に工夫している点についてお伺いします。あてはまる項目をすべて選んでください。

(11) ー1 採用後に障害者に対し、職場において支障となっている事情を確認するための措置

職場において支障となっている事情があれば申し出るように伝え
ている

雇入れ時または障害を把握した際に面談を実施し、企業側から職
場において支障となっている事情について確認している

配置転換など職場環境に変化があった際に面談を実施し、上記事
情について改めて確認している

定期的に面談を実施し上記事情について確認している

その他

いずれも実施していない

「その他」の具体的な内容を教えてください。

戻る

次へ

(11) 一2 職場の配慮に関する当人からの相談に応じるために実施している手続き

相談に対応する担当者・部署をあらかじめ定め、当人に周知している

配慮事項を申し出る方法（相談、申出書等）について当人に周知している

申し出のあった事項について社内に検討する部署や委員会等を設けている

対応について労働局、ハローワークに相談している

対応について地域障害者職業センター等その他の外部機関に相談している

その他

いずれも実施していない

「その他」の具体的な内容を教えてください。

戻る

次へ

33%

(12) 合理的配慮に関する話し合いを行う際に、どのような方法で行っていますか。あてはまる項目をすべて選んでください。

本人と管理者が口頭で話し合っている

本人の希望に応じ支援者（社内の産業保健スタッフ、支援機関の職員、企業内のジョブコーチ等）を同席させている

支援機関が提供するツールを活用している（就労パスポート、ナビゲーシヨンブック等）

上記ツール以外に本人が独自に書面を作成し企業に提出している

上記以外に企業側が独自に書面やツールを作成し本人と共有している

その他

いずれも実施していない

「その他」の具体的な内容を教えてください。

戻る

36%

次へ

(13) 貴社において、どのような障害者雇用が「質の高い障害者雇用」であると考えていますか。「貴社における質の高い障害者雇用」に関するお考え・イメージ等があれば、以下に記述してください。

※PCで回答されている方は、入力欄の右下部分をドラッグすることで、枠の大きさを広げることができます。

38%

戻る

次へ

Ⅲ. 障害者雇用の質の向上における課題、必要な制度や支援についてお尋ねします。

職場定着、能力の発揮、キャリア形成、仕事や職場に対する満足度の向上等、障害者雇用の質的要素を改善する上での課題、必要な制度や支援についてお伺いします。

(1) 貴社が障害者雇用の質の向上に取り組む上での課題について、あてはまる項目をすべて選んでください。

- 障害者の能力に関する社内の理解の不足
- 職場において必要な環境整備を行うノウハウの不足
- 障害者の勤怠やパフォーマンスの安定を表現するノウハウの不足
- 障害者のモチベーションの維持・向上のためのノウハウの不足
- 配属先現場において障害者をサポートする上司・同僚の不足
- 企業の経営や業務を深く理解した支援員・ジョブコーチの不足

- 障害者個人のキャリア志向やライフサイクルの変化に合わせた支援ノウハウの不足

- 障害者の能力開発や能力発揮に有用な業務の安定的な供給の不足

- その他

- 特に課題はない

「その他」の具体的な内容を教えてください。

(2) 障害者雇用の質の向上に取り組む上で、支援を受けた・活用した機関はありますか。あてはまる項目をすべて選んでください。

ハローワーク

障害者就業・生活支援センター

自治体設置の就労支援機関

地域障害者職業センター

就労系障害福祉サービス ※

障害者職業訓練校

委託訓練を行っている事業所

民間の人材サービス会社

企業内の専門部署・事業所

先進的な他の障害者雇用事業所

その他

特になし

「その他」の具体的な内容を教えてください。

(3) 貴社において、障害者雇用の質の向上に取り組む上で現状未実施又は不十分のため、より実施が必要と感じている制度や支援について、あてはまる項目をすべて選んでください。

配属部署や管理職への研修の実施

活躍している障害者ロールモデルに関する情報提供

キャリア形成を実現するための担当職務に関する助言

障害者の職務内容や職場環境が変化した際の職場適応における支援（ジョブコーチ支援等）

障害者の健康管理に関する助言

在職障害者が活用可能な公的職業訓練の充実

在職障害者が自身の将来のキャリアについて考えるための支援

その他

より実施が必要と感じている制度や支援はない

「その他」の具体的な内容を教えてください。

IV. 雇用の質の向上に繋がった事例についてお尋ねします。

貴社で現在雇用している障害のある社員のうち、貴社の何らかの取組によって「職場定着、能力の発揮、キャリア形成、仕事や職場に対する満足度の向上等に繋がった方」を **1～2名** 想起していただき、以下の設問にお答えください。

2名分ご記入いただける場合は、可能であれば1人目と2人目は異なる障害種別の方を選んでください。

【事例①】1人目の事例についてお尋ねします。

※ 1名分のみご回答いただくことも可能です。

※ 上記に該当する事例がない場合は、以下の選択肢（「該当する事例はない」）から「V.企業ヒアリングの可否」へお進みください。【必須回答】

該当する事例がある

該当する事例はない →
V.に進みます

(1) 該当する障害者の方の属性について、あてはまる項目を**選**ぶ、あるいは回答を記入してください。

(1) - 1 障害種 **[複数選択]**

<本調査における障害種別の定義>

【身体障害者】

原則として身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）に規定する身体障害者手帳の等級が1級から6級に該当する方及び7級に該当する障害が2以上重複する方。

【知的障害者】

児童相談所、知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第9条第6

身体障害者

知的障害者

精神障害者

発達障害者

高次脳機能障害者

難病者

その他

「その他」の具体的な内容を教えてください。

戻る

次へ

(1) - 2 障害者手帳 **[複数選択]**

身体障害者手帳（申請中含む）

療育手帳等（申請中含む）

精神障害者保健福祉手帳（申請中含む）

手帳なし

(1) - 3 受障時期 [択一選択]

入社前

入社後

不明

(1) - 4 疾患名 [記述]

※障害が複数ある場合は全て記述してください。

(1) - 5 勤続年数 [記述]
※概ねの年数・月数で結構です。

年数を入力

年

か月

月数を入力

(1) - 6 雇用形態 [択一選択]

正社員

契約社員、嘱託社員

派遣・請負労働者

パート・アルバイト

(1) - 7 役職 [択一選択]

管理職

一般職

不明

(1) - 8 週所定労働時間 [択一選択]

10時間未満

10~20時間未満

20~30時間未満

30~40時間未満

40時間以上

不明

(1) - 9 職務内容 [択一選択]

選択してください



「その他」の具体的な内容を教えてください。

(1) - 10 他社での職歴 [択一選択]

職歴なし

職歴あり

不明

(1) - 11 最終学歴 [択一選択]

※卒業・修了、あるいは在学中の学歴についてお答えください。

選択してください



「その他」の具体的な内容を教えてください。

(1) - 12 現在連携している就労支援サービス [複数選択]

ハローワーク

障害者職業センター

障害者就業・生活支援センター

自治体設置の就労支援機関

- 就労移行支援事業所
- 就労継続支援A型事業所
- 就労継続支援B型事業所
- 特別支援学校
- 発達障害者支援センター
- 地域若者サポートステーション
- 産業保健支援センター
- EAP等の民間の支援機関※
- 精神保健福祉センター
- 医療機関
- その他
- 利用していた就労支援サービスはない

※EAP等の民間の支援機関…心身に不調を来す従業員を来す従業員のケアを目的とした従業員支援プログラムを提供する機関

「その他」の具体的な内容を教えてください。

(2) 該当する障害者の方が有する、働くことやキャリアに関する希望について、会社として把握している範囲でお答えください。あてはまる項目をすべて選んでください。

- 同じ会社でできるだけ長く働きたい
- 特定の業務の経験や能力を伸ばしたい
- 幅広い業務の経験や能力を身に付けたい
- 後進の指導や育成に関わりたい
- 管理業務に就きたい
- 周囲の人や社会の役に立ちたい
- 安定した収入を得たい・より高い収入を得たい
- 体調管理や私生活とのバランスを取りながら働きたい
- その他

「その他」の具体的な内容を教えてください。

戻る

次へ

(3) 該当する障害者の方の雇用の質の向上（職場定着、能力の発揮、キャリア形成、仕事や職場に対する満足度の向上等）に役立った取組について、あてはまる項目をすべて選んでください。

業務とのマッチング（入社前の実習やインターンシップ、障害者の能力や希望に沿った業務の選定等）

職務上の役割を増やす（多様な業務への取組機会の提供、担当職務の幅（種類・量・難易度）の段階的な拡大、裁量の付与等）

職務上の役割を固定する

職務上の役割を減らす

業務に関する指導（上司等による指導、業務マニュアルの作成、振り返り等）

教育訓練（研修等）

人事評価・処遇（昇進、昇給等）

中長期的なキャリア形成の支援（キャリア相談等）

67%

機器・設備等の導入・整備

雇用管理（柔軟な勤務形態、在宅勤務制度、休暇制度等）

日々の健康状態（体調、気分、睡眠、服薬状態等）の確認

配置部署における相談・コミュニケーション

配置部署外の社内の相談体制

社外の支援機関との相談・連携

その他

「その他」の具体的な内容を教えてください。

【事例②】 2人目の事例についてお尋ねします。

該当する事例がない場合は、以下の選択肢（「該当する事例はない」）から「V.企業ヒアリングの可否」へお進みください。【必須回答】

該当する事例がある

該当する事例はない →
V.へ進みます

戻る

次へ

(1) 該当する障害者の方の属性について、あてはまる項目を
選ぶ、あるいは回答を記入してください。

(1) - 1 障害種 [複数選択]

＜本調査における障害種別の定義＞

【身体障害者】

原則として身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）に規定する身
体障害者手帳の等級が1級から6級に該当する方及び7級に該当する障
害が2以上重複する方。

【知的障害者】

児童相談所、知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第9条第6

身体障害者

知的障害者

精神障害者

発達障害者

高次脳機能障害者

難病者

その他

「その他」の具体的な内容を教えてください。

(1) - 2 障害者手帳 [複数選択]

身体障害者手帳（申請中
含む）

療育手帳等（申請中含
む）

精神障害者保健福祉手帳
（申請中含む）

手帳なし

(1) - 3 受障時期 [択一選択]

入社前

入社後

不明

(1) - 4 疾患名 [記述]

※障害が複数ある場合は全て記述してください。

(1) - 5 勤続年数 [記述]
※概ねの年数・月数で結構です。

年数を入力

年

か月

月数を入力

(1) - 6 雇用形態 [択一選択]

正社員

契約社員、嘱託社員

派遣・請負労働者

パート・アルバイト

(1) - 7 役職 [択一選択]

管理職

一般職

不明

(1) - 8 週所定労働時間 [択一選択]

10時間未満

10～20時間未満

20～30時間未満

30～40時間未満

40時間以上

不明

(1) - 9 職務内容 [択一選択]

選択してください

「その他」の具体的な内容を教えてください。

(1) - 10 他社での職歴 [択一選択]

職歴なし

職歴あり

不明

(1) - 11 最終学歴 [択一選択]

※卒業・修了、あるいは在学中の学歴についてお答えください。

選択してください



「その他」の具体的な内容を教えてください。

(1) - 12 現在連携している就労支援サービス [複数選択]

ハローワーク

障害者職業センター

障害者就業・生活支援センター

自治体設置の就労支援機関

就労継続支援A型事業所

就労移行支援事業所

特別支援学校

就労継続支援B型事業所

地域若者サポートステーション

発達障害者支援センター

EAP等の民間の支援機関※

産業保健支援センター

医療機関

精神保健福祉センター

利用していた就労支援サービスはない

その他

※EAP等の民間の支援機関…心身に不調を来す従業員へのケアを目的とした従業員支援プログラムを提供する機関

「その他」の具体的な内容を教えてください。

(2) 該当する障害者の方が有する、働くことやキャリアに関する希望について、会社として把握している範囲でお答えください。あてはまる項目をすべて選んでください。

同じ会社でできるだけ長く働き続けたい

幅広い業務の経験や能力を身に着けたい

管理業務に就きたい

安定した収入を得たい・より高い収入を得たい

その他

特定の業務の経験や能力を伸ばしたい

後進の指導や育成に関わりたい

周囲の人や社会の役に立ちたい

体調管理や私生活とのバランスを取りながら働きたい

「その他」の具体的な内容を教えてください。

戻る

次へ

87%

(3) 該当する障害者の方の雇用の質の向上（職場定着、能力の発揮、キャリア形成、仕事や職場に対する満足度の向上等）に役立つ取組について、あてはまる項目をすべて選んでください。

- 業務とのマッチング（入社前の実習やインターンシップ、障害者の能力や希望に沿った業務の選定等）
- 職務上の役割を増やす（多様な業務への取組機会の提供、担当職務の幅（種類・量・難易度）の段階的な拡大、裁量の付与等）
- 職務上の役割を固定する
- 職務上の役割を減らす
- 業務に関する指導（上司等による指導、業務マニュアルの作成、振り返り等）
- 教育訓練（研修等）
- 人事評価・処遇（昇進、昇給等）
- 中長期的なキャリア形成の支援（キャリア相談等）

機器・設備等の導入・整備

雇用管理（柔軟な勤務形態、在宅勤務制度、休暇制度等）

日々の健康状態（体調、気分、睡眠、服薬状態等）の確認

配置部署における相談・コミュニケーション

配置部署外の社内の相談体制

社外の支援機関との相談・連携

その他

「その他」の具体的な内容を教えてください。

V. 企業ヒアリングご協力の可否、ご連絡先についてお尋ねします。

(1) 今後の企業における障害者雇用の質の向上や、地域障害者職業センター等による企業への支援等につなげるために、雇用の質の向上に繋がった事例について1時間程度のヒアリングにご協力いただくことはできますか。あてはまる項目をすべて選んでください（複数選択可）。【必須回答】

対面形式で協力できる

オンライン会議システム
で協力できる

電話で協力できる

メールで協力できる

ヒアリングには協力できない

(2) ヒアリング等にご協力いただける場合は、下記にご記入をお願いいたします。

※ ご記入いただきました情報につきましては、ヒアリングの実施に係るご連絡のみで使用し、他の目的で使用することはありません。企業名等の個人情報が外部に漏れることはありません。

所在地（郵便番号）※ハイフン等は不要です。

1234567

*

所在地（住所）

〇〇県△△市××区1-2-3 □□ビル4階

*

企業名

株式会社〇〇

*

ご担当者

高岡 求太郎

*

電話番号 ※ハイフン等は不要です。

01234567890

*

メールアドレス

mail@address.co.jp

*

戻る

次へ

戻る

次へ

これまでの回答に間違いがなければ、[回答を完了する] ボタンを押してください。(訂正する場合は、左下の [戻る] ボタンを選択して再度該当箇所の回答をお願いします。)

【ご回答いただいた内容】

- I. 企業の属性についてお尋ねします。
- (1) 貴社が特例子会社または就労継続支援A型事業所であるかについてお答えください。あてはまる項目を1つ選んでください。

1-(1)無回答

(2) 貴社の主たる事業の産業分類（日本標準産業分類の大分類）についてお答えください。あてはまる項目を1つ選んでください。

1-(2)無回答

「その他」の具体的な内容を教えてください。

1-(2)その他:無回答

(3) 貴社の令和6年6月1日現在の常用雇用労働者数※ についてお答えください。あてはまる項目を1つ選んでください。

1-(3)無回答

(4) 貴社の障害者雇用の経験年数についてお答えください。あてはまる項目を1つ選んでください。

1-(4)無回答

(5) 貴社で雇用している障害者の雇用形態についてお答えください。あてはまる項目をすべて選んでください。

1-(5)無回答

戻る

貴社の令和6年6月1日現在の障害種別の雇用労働者数※を記入してください。なお、短時間労働者とは週所定労働時間30時間未満の労働者をいいます。

回答を完了する

ご回答ありがとうございました。

アンケートはここで終了です。画面を閉じて終了してください。

【ご回答いただいた内容】

- I. 企業の属性についてお尋ねします。
- (1) 貴社が特例子会社または就労継続支援A型事業所であるかについてお答えください。あてはまる項目を1つ選んでください。

1-(1)無回答

(2) 貴社の主たる事業の産業分類（日本標準産業分類の大分類）についてお答えください。あてはまる項目を1つ選んでください。

1-(2)無回答

「その他」の具体的な内容を教えてください。

1-(2)その他:無回答

(3) 貴社の令和6年6月1日現在の常用雇用労働者数※ についてお答えください。あてはまる項目を1つ選んでください。

1-(3)無回答

(4) 貴社の障害者雇用の経験年数についてお答えください。あてはまる項目を1つ選んでください。

1-(4)無回答

(5) 貴社で雇用している障害者の雇用形態についてお答えください。あてはまる項目をすべて選んでください。

1-(5)無回答

(6) 貴社の令和6年6月1日現在の障害種別の雇用労働者数※についてお答えください。障害種別に人数を記入してください。なお、短時間労働者とは週所定労働時間30時間未満の労働者をいいます。

ホームページについて

本冊子のほか、障害者職業総合センターの研究成果物については、一部を除いて、下記のホームページから PDF ファイルによりダウンロードできます。

【障害者職業総合センターホームページ】

<https://www.nivr.jeed.go.jp/>

著作権等について

当研究成果物については、公正な慣行に合致するものであり、かつ、報道、批評、研究その他の引用の目的上正当な範囲内であれば、自由に引用することができます。

(著作権法第32条1項)

また、説明の材料として新聞紙、雑誌その他の刊行物に転載することが可能です。

(著作権法第32条2項)

その際には出所を明示するなどして、必ず引用及び転載元を明示するとともに下記までご連絡ください。

また、視覚障害その他の理由で活字のままではこの本を利用できない方のために、営利を目的とする場合を除き、「録音図書」「点字図書」「拡大写本」等を作成することも認めております。

なお、視覚障害者の方等で本冊子のテキストファイル(文章のみ)を希望されるときも下記までご連絡ください。

【連絡先】

障害者職業総合センター研究企画部企画調整室

電話 043-297-9067

FAX 043-297-9057

Mail kikakubu@jeed.go.jp

調査研究報告書 No.184

企業における障害者雇用の質の向上に向けた取組の現状と課題に関する
調査研究

編集・発行	独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター 〒261-0014 千葉県美浜区若葉 3-1-3 電話 043-297-9067 FAX 043-297-9057
発行日	2026年3月
印刷・製本	株式会社コムラ



NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

ISSN 1340-5527



この印刷物は、印刷用の紙へ
リサイクルできます。