

IV 平成 15 年度「障害者雇用実態調査」 (厚生労働省) の調査票

1. 障害者雇用実態調査 (事業所票)
2. 同上 (個人票 A)
3. 同上 (個人票 B)
4. 同上 (個人票 C)

総務省承認 No. 23629
承認期限 平成16年6月30日

障害者雇用実態調査 (事業所票)

* 最道府県番号 安定所番号 事業所番号 産業分類番号 常雇規模番号 調査票番号

厚生労働省

回答の内容は、統計以外の目的に使われることはありませんので、ありのままを記入してください。

(記入上の注意)

- 1 回答欄が

1	2	3
---	---	---

 などの場合は、特に説明がない限り該当する番号を1つだけ○で囲んでください。
(例)

男	女
①	2
- 2 回答欄が

1	2
---	---

 などの場合は、必要な数字を1欄に1つずつ右詰で記入してください。
(例)

1	2
---	---

- 3 事業所の分のみ記入してください。
- 4 「身体障害者」とは「障害者の雇用の促進等に関する法律」(以下「法」といいます。) に関する身体障害者を受け付けている人を含みます。原則として身体障害者手帳の交付を受けている人を含みますが、身体障害者手帳の交付を受けていなくても、指定医又は産業医(内部障害者の場合、指定医に限りません。)の診断により「知的障害者」とは、法にいう知的障害者であることが確認されることが含まれます。
- 5 「知的障害者」とは、法にいう知的障害者を含みます。具体的には児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医又は障害者職業センターによって知的障害者と判定された人を含みます。
- 6 「精神障害者」とは、法にいう精神障害者をいいます。具体的には、次の(1)又は(2)の者であって、症状が安定し、就労可能な状態の人をいいます。
(1) 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者
(2) (1)以外の者であって、産科医、主治医等(以下「医師」という。)から統合失調症(精神分裂病)、そううつ病(気分障害)又はてんかん(以下「3疾患」という。)の診断を受けている者
なお、精神障害であっても上記(1)又は(2)のいずれにも該当しない者は本調査という精神障害者ではなく、調査対象外です。
- 7 知的障害との重複障害者の場合は、知的障害者として記入してください。身体障害と精神障害の重複障害者の場合は身体障害者として記入してください。
- 8 精神障害者については、既に事業所で把握されている範囲でお答えください。調査項目のうち、わからないことについてはお答えいただく必要はなく、**障害の有無等について改めて従業員への確認を行わない**てください。

なお、この調査についてはご質問等がありましたら、下記の連絡先にお問い合わせください。
お問い合わせ先:

すべての事業所がお答えください。
(特に説明がない限り平成15年11月1日現在についてお答えください。)

I. 事業所に関する事項

1. 貴事業所の名称									
2. 企業全体の常用雇用労働者数									
3. 貴事業所の常用雇用労働者数									
4. 常用雇用身体障害者数									
うち 短時間労働者A数 (注1)									
うち 短時間労働者B数 (注2)									
5. 常用雇用知的障害者数									
うち 短時間労働者A数 (注1)									
うち 短時間労働者B数 (注2)									
6. 常用雇用精神障害者数									
うち 短時間労働者A数 (注1)									
うち 短時間労働者B数 (注2)									
7. 常用以外の雇用身体障害者数									
8. 常用以外の雇用知的障害者数									
9. 常用以外の雇用精神障害者数									

- (注) 1. 短時間労働者Aとは、週所定労働時間が貴事業所の通常の労働者の週所定労働時間より短く、かつ、その週所定労働時間が20時間以上30時間未満のものをいいます。
2. 短時間労働者Bとは、週所定労働時間が貴事業所の通常の労働者の週所定労働時間より短く、かつ、その週所定労働時間が20時間未満の者をいいます。
3. 「常用雇用」、「常用以外の雇用」の定義については記入要領を参考にしてください。

表1 障害の種類

01	視覚
02	聴覚
03	平衡機能
04	音声又は言語機能
05	上肢切断
06	上肢機能
07	下肢切断
08	下肢機能
09	体幹
10	脳脊変上肢機能
11	脳脊変移動機能
12	心臓機能
13	腎臓機能
14	呼吸器機能
15	膀胱直腸機能
16	小腸機能
17	不明(身体障害)
20	身体障害の重複
30	知的障害
40	精神障害
50	身体障害と知的障害の重複
51	身体障害と精神障害の重複
52	知的障害と精神障害の重複
53	身体障害、知的障害、精神障害の重複

表2 疾病名

1	脳性まひ
2	脳血管障害
3	脊髄損傷
4	脳外傷
5	その他
6	精神分裂病(統合失調症)
7	そううつ病(気分障害)
8	てんかん
9	その他(精神障害者保健福祉手帳所持者に限る)
10	不明(精神障害者保健福祉手帳所持者に限る)

表3 職業分類

○ 専門的、技術的職業	○ 販売の職業	○ サービスの職業	○ 保安の職業	○ 農林漁業の職業	○ 運輸・通信の職業	○ 生産工程・労務の職業
01 科学研究者	31 商品販売従事者	33 家庭生活支援サービス職業従事者	39 保安職業従事者	40 農林漁業従事者	43 鉄道運輸従事者	48 金属材料製造従事者
02 農林水産業・食品技術者	32 販売類似職業従事者	34 生活衛生サービス職業従事者	40 農業従事者	41 林業従事者	44 自動車運輸従事者	49 化学製品製造従事者
03 機械・電気技術者		35 飲食物調理従事者	41 林業従事者	42 漁業従事者	45 船舶・航空機運輸従事者	50 窯業製品製造従事者
04 鉱工業技術者		36 接客・給仕職業従事者	42 漁業従事者		46 その他の運輸従事者	51 土石製品製造従事者
(機械・電気技術者を除く)		37 居住施設・ビル等管理人			47 通信従事者	52 金属加工従事者
05 建築・土木・測量技術者		38 その他のサービス職業従事者				53 金属溶接・溶断作業者
06 情報処理技術者						54 一般機械器具組立・修理作業者
07 その他の技術者						55 電気機械器具組立・修理作業者
08 医師、歯科医師、獣医師、薬剤師						
09 保健師、助産師、看護師						
10 医療技術者						
11 その他の保健医療従事者						
12 社会福祉専門職業従事者						
13 法務従事者						
14 経営専門職業従事者						
15 教員						
16 宗教学者						
17 文芸家、記者、編集者						
18 美術家、写真家、デザイナー						
19 音楽家、舞台芸術家						
20 その他の専門的職業従事者						
○ 管理的職業						
21 会社・団体等役員						
22 会社・団体等管理職員						
23 その他の管理的職業従事者						
○ 専務的職業						
24 一般事務従事者						
25 会計事務従事者						
26 生産関連事務従事者						
27 営業・販売事務従事者						
28 外勤事務従事者						
29 運輸・通信事務従事者						
30 事務用機器操作員						
○ 販売の職業						
31 商品販売従事者						
32 販売類似職業従事者						
○ サービスの職業						
33 家庭生活支援サービス職業従事者						
34 生活衛生サービス職業従事者						
35 飲食物調理従事者						
36 接客・給仕職業従事者						
37 居住施設・ビル等管理人						
38 その他のサービス職業従事者						
○ 保安の職業						
39 保安職業従事者						
○ 農林漁業の職業						
40 農業従事者						
41 林業従事者						
42 漁業従事者						
○ 運輸・通信の職業						
43 鉄道運輸従事者						
44 自動車運輸従事者						
45 船舶・航空機運輸従事者						
46 その他の運輸従事者						
47 通信従事者						
○ 生産工程・労務の職業						
48 金属材料製造従事者						
49 化学製品製造従事者						
50 窯業製品製造従事者						
51 土石製品製造従事者						
52 金属加工従事者						
53 金属溶接・溶断作業者						
54 一般機械器具組立・修理作業者						
55 電気機械器具組立・修理作業者						

II. 身体障害者、知的障害者及び精神障害者（以下「障害者」という。）の雇用状況（職場適応訓練中及び社会適応訓練中の者は含まれません。）についてすべての事業所がお答えください。
 問1 身体障害者、知的障害者又は精神障害者を常用で雇用しているかどうか。（あてはまるものすべて選んで番号を○で囲んでください。）

身体障害者を常用雇用している → 常用雇用している個々の障害者（前ページの1で4、5、及び6、に記入した者）について、以下の表に記入してください。

身体障害者を常用雇用している	1
知的障害者を常用雇用している	2
精神障害者を常用雇用している	3
障害者を常用雇用していない	4

問2へ

番号	性別	平成15年11月現在の年齢	疾病名（注1） 障害の種類 （前頁の裏面の表1及び表2を参照し記入）	障害者となった時間（注2）	身体障害者（障害者の種類）の番号が01から17、20、51である者	知的障害者（注3、注4） 障害の程度 障害の程度	精神障害者・障害程度（注5）			雇用形態 正社員・パート社員・嘱託 その他	休職の状況 （他）	週所定労働時間の形態		職（前頁の裏面の表3を参照し記入）	賃金の支払形態 月給・日給・時給・その他		平成15年11月の月間総支給額（注7） （千円）	平成15年11月の月間総支給額（注8） （千円）	入職状況		採用経路（注9）																	
							1	2	3			4	5		6	7			8	9		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20						
1	男	2		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
2	男	2		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
3	男	2		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
4	男	2		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
5	男	2		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
6	男	2		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
7	男	2		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
8	男	2		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
9	男	2		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
10	男	2		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

(注) 1. 「疾病名」欄は、「障害の種類」欄の番号が03～11、20又は40である者についてのみ記入してください。
 2. 身体障害と精神障害の重複障害者（障害の種類）欄の番号が51である者については、身体障害者となった時点をご記入ください。精神障害者となった時点をご記入しなかった場合は「後」欄に記入してください。
 3. 「障害の種類」欄は、「障害の種類」欄の番号が30、50、52又は53である者については、「知的障害者」欄に記入してください。
 4. 知的障害者のうち「重度」とは次のいずれかの者をいいます。
 (1) 療育手帳（愛の手帳）等の名称の場合も「A」とされている者
 (2) 児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健福祉センターで重度知的障害者と判定された者
 (3) 障害者職業センターで重度知的障害者と判定された者
 5. (1) 精神障害者であることと精神障害者保健福祉手帳で確認している場合、手帳の等級を該当する欄に記入してください。精神障害者であることと精神障害者保健福祉手帳で確認している場合、「不明」欄に記入してください。
 (2) 「採用経路」欄に該当する場合（手帳で確認している場合は、統合失調症（精神分裂病）、そううつ病（気分障害）、てんかんの3疾患のみを記入してください）。
 (3) 「採用経路」欄に該当しない場合は、医師の診断書、意見書等により確認している場合は、統合失調症（精神分裂病）、そううつ病（気分障害）、てんかんの3疾患以外の場合は記入しないでください。
 6. 心身の故障のため、調査時点（11月1日時点）を含み長期（概ね1ヶ月以上）にわたり休職している場合は（1）のみを記入してください。なお、貴事業所の業務規程違反などによる休職は除きます。
 7. 扶養給付を受ける給付は30分未満は切り捨て、30分以上は切り上げて記入してください。
 8. 「収入控除額」欄は30分未満は切り捨て、貴事業所に採用された後で身体障害者となった者（障害者となった時点）は、採用後に精神障害者であることを承認した者を含みます。
 9. (1) 「採用後身体障害者」とは、貴事業所に採用された後で精神障害者となった者又は採用時点で貴事業所は精神障害者であることを承認しなかったが、採用後に精神障害者であることを承認した者を含みます。
 (2) 「採用後精神障害者」とは、貴事業所において精神障害者であることを承認した年月（例：医師の診断書の発行年月、貴事業所で精神障害者保健福祉手帳の所持を確認した年月）を記入してください。なお、採用後精神障害者については、「採用経路」欄に記入しないでください。
 10. この用紙で足りない場合は別添の補助紙に記入してください。

Ⅲ 関係機関との連携について（すべての事業所がお答えください。）

問2 障害者の採用や雇用継続、採用後障害者の職場復帰との連携についてお伺いします。
 (1) 障害者の採用に関する次に掲げる事項について、利用したり、又は協力を求めた関係機関がありますか。

	事項	ない	ある
身体障害者	i 募集・採用活動について	1	2
	ii 雇用継続、職場定着について	1	2
	iii 採用後身体障害者の職場復帰について	1	2
知的障害者	i 募集・採用活動について	1	2
	ii 雇用継続、職場定着について	1	2
精神障害者	i 募集・採用活動について	1	2
	ii 雇用継続、職場定着について	1	2
	iii 採用後精神障害者の職場復帰について	1	2

→ (2) (1)で「2」を選んだ場合、当該項目についてお答えください。
 当該項目ごと利用したり、又は協力を求めた機関を表4から2つまで選んで番号を記入してください。

身体障害者	i 募集・採用活動について		
	ii 雇用継続、職場定着について		
	iii 採用後身体障害者の職場復帰について		
知的障害者	i 募集・採用活動について		
	ii 雇用継続、職場定着について		
精神障害者	i 募集・採用活動について		
	ii 雇用継続、職場定着について		
	iii 採用後精神障害者の職場復帰について		

表4 関係機関

1	公共職業安定所	6	1-5以外の就労支援団体(自治体単独事業による支援実施機関等)
2	地域障害者職業センター	7	学校・各種学校
3	職業能力開発校	8	保健福祉機関・施設
4	障害者雇用支援センター	9	医療機関・施設
5	障害者就業・生活支援センター		

Ⅳ 関係機関への期待について（すべての事業所がお答えください）

問3 障害者の雇用をすすめる上で、企業側の取組みと併せ、関係機関による取組み及び支援を期待したいことについてお答えください。
 次に掲げる事項のうち身体障害者については下の表の回答欄(1)欄に、知的障害者については(2)欄に、精神障害者については(3)欄に、それぞれあてはまるものすべてを選んで番号を○で囲んでください。

期待する取組み事項	身体障害者			知的障害者			精神障害者		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
障害者雇用に関する広報・啓発	1	1	1	1	1	1	1	1	1
企業での実習や就労に対する家族の理解の促進	2	2	2	2	2	2	2	2	2
障害者雇用支援設備・施設・機器の設置のための助成・援助	3	3	3	3	3	3	3	3	3
関係機関の職員等による定期的な職場訪問など職場適応・職場定着指導	4	4	4	4	4	4	4	4	4
具体的な雇用ノウハウについて相談できる窓口の設置	5	5	5	5	5	5	5	5	5
雇用管理に役立つマニュアル、研修等の提供	6	6	6	6	6	6	6	6	6
職場内での業務支援者の派遣、業務支援者の配置に対する助成	7	7	7	7	7	7	7	7	7
障害者に対する能力向上のための訓練の実施	8	8	8	8	8	8	8	8	8
職場復帰のための訓練の実施	9	9	9	9	9	9	9	9	9
職場と家庭との連絡調整	10	10	10	10	10	10	10	10	10
障害者の退職後の受け皿の確保に対する支援	11	11	11	11	11	11	11	11	11
生活面を含めた相談援助	12	12	12	12	12	12	12	12	12
余暇活動の企画や場の提供	13	13	13	13	13	13	13	13	13

V. 雇用上の課題等について(すべての事業所がお答えください。)

問4 障害者を雇用するに当たった課題についてお伺いします。

(1) 障害者の雇用について、解決が必要な課題や心配な事項はありますか。

	特にない	ある
身体障害者	1	2
知的障害者	1	2
精神障害者	1	2

→ (2) (1)で「2」を選んだ場合、当該項目についてお答えください。
当該項目ごとに解決が必要な課題や心配な事項で該当するものを表5から4つまで選んでください。

	必要な課題・心配な事項
身体障害者	
知的障害者	
精神障害者	

表5 解決が必要な課題や心配な事項

1	社内において障害者についての理解・知識が得られるか
2	採用時に適性、能力を十分把握できるか
3	会社内に適当な仕事があるか
4	労働意欲・作業態度に不安
5	給与、昇級昇格等の処遇をどうするか
6	勤務時間の配達が必要か
7	配器転換等人事管理面の配慮が必要か
8	通勤上の配慮が必要か
9	業務内容・労働時間等に関し家族への配慮が必要か、家族からの理解が得られるか
10	長期休業した場合の対応をどうするか
11	設備・施設・機器の改善をどうしようか
12	職場の安全面の配慮が適切にできるか
13	作業能力低下時にどうしようか
14	職場定着上の問題について関係機関等外部の支援を得られるか
15	職場復帰のための配慮をどうするか
16	仕事以外の生活面等の問題への対応が必要か
17	雇用継続が困難な場合の受け皿があるか

VI. 障害者に関する雇用上の配慮について(障害者を雇用している事業所のみお答えください。)

問5 雇用している障害者への配慮についてお伺いします。

(1) 雇用している身体障害者、知的障害者又は精神障害者に関して作業遂行や雇用管理の点で何らかの配慮をしていますか。

	特に配慮していない	配慮している
身体障害者	1	2
知的障害者	1	2
精神障害者	1	2

→ (2) (1)で「2」を選んだ場合、当該項目についてお答えください。
次に掲げる事項のうち、障害者の雇用上の配慮事項に関し、現在実施している事項及び今後取り組む必要性を感じている事項を身体障害者、知的障害者及び精神障害者別にあってはまるものを、下の表の回答欄からすべて選んで番号を○で囲んでください。
なお、現在、実施している事項(回答欄の(1)、(3)及び(5))については、上記(1)で「2」を選んだ事業所のみお答えください。

雇用上の配慮事項	身体障害者		知的障害者		精神障害者	
	現在	今後	現在	今後	現在	今後
(1)	1	2	1	2	1	2
(2)	3	4	3	4	3	4
(3)	5	6	5	6	5	6
(4)	7	8	7	8	7	8
(5)	9	10	9	10	9	10
(6)	11	12	11	12	11	12
(7)	13	14	13	14	13	14
(8)	15	16	15	16	15	16
(9)	1	2	1	2	1	2
(10)	3	4	3	4	3	4
(11)	5	6	5	6	5	6
(12)	7	8	7	8	7	8
(13)	9	10	9	10	9	10
(14)	11	12	11	12	11	12
(15)	13	14	13	14	13	14
(16)	15	16	15	16	15	16

5枚のうち4枚目

Ⅶ. 採用後に障害者となった従業員に関する配慮について
 (採用後に障害者となった人を雇用している事業所のみお答えください。なお、本問に知的障害者は該当しません。)

問6 採用後に障害者となった従業員に関する配慮についてお伺いします。
 (1) 採用後に身体障害者又は精神障害者となった従業員の職場復帰に関して、何らかの配慮を
 していますか。

	特に配慮していない	配慮している
身体障害者	1	2
精神障害者	1	2

→ (2) (1)で「2」を選んだ場合、当該項目についてお答えください。
 次に掲げる事項のうち、採用後に障害者となった従業員に関して実施している雇用上の
 配慮事項については下の表回答欄の(1)欄に、精神障害者については(2)
 欄にあてはまるものをすべて選んで番号を○で囲んでください。

	配 慮 し て い る 事 項	身 体 障 害 者		精 神 障 害 者	
		(1)	(2)	(1)	(2)
障害者とな った時点及 び職場復帰 準備期間中 の措置	職場復帰準備期間中の雇用継続 職場復帰準備期間中の給与保障 職場復帰準備のための調整担当者への選定・配置 職場復帰のための研修・職業訓練等能力開発機会の提供 職場復帰に向けた社内の検閲（職域、機器整備等） その他（本人、家族への連絡、医療機関との連携等）	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
職場復帰時 点の措置	社内での障害者理解のための啓発 短時間勤務等勤務時間の配慮 休暇を取得しやすくなる等休養への配慮 配転転換等人事管理面についての配慮 通院・服薬管理等医療上の配慮 工程の単純化等職務内容の配慮 作業環境、施設・設備・機器の改善 復帰後の相談・援助担当者への選定・配置 職場復帰のための再訓練の実施（社内、外部） 関係機関等外部の機関と連携した職場定着支援の実施 その他（家族との調整等の確保等）	8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18	8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18	8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18	8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18

以上で質問は終わりです。御協力ありがとうございました。
 また、個人調査につきましても御協力よろしくお願いたします。

○ 重複障害の方の個人調査は事業所調査の区分と同様、知的障害との重複
 障害の方は個人票B（知的障害者向け）、身体障害と精神障害の重複障害の
 方は個人票A（身体障害者向け）となります。

○ 個人調査票については、回収する必要はございません。個人票の回収に
 ついては、障害者ご本人からの郵送により実施いたします。

障害者雇用実態調査(個人票A)

総務省承認 No. 23630
承認期限 平成16年6月30日

秘 厚生労働省

* 都道府県番号	安定所番号	事業所番号	産業分類番号	常雇規模番号	調査票番号

(御記入のまゝに)

この調査は、雇用されている身体障害者の方々が自分の職業生活をどのように考え、過ごしていらっしゃるか把握し、身体障害者の方々の雇用施策を総合的、計画的に進めるための参考にさせていただき目的で実施するものです。

この調査票は、統計以外の目的に使用されることはありませんので、是非御協力ください。ただし、調査項目のうちお答えになりたくない項目については無理にお答えいただく必要はありません。

お答えになった場合もお答えにならなかった場合も、調査票を別添の封筒に入れ平成16年3月 日までに、郵送してください。

なお、この調査について御質問等がありましたら、下記にお問い合わせください。

問い合わせ先：

(記入上の注意)

1. 回答欄が などの場合は、特に説明がない限り該当する番号を1つだけ○で囲んでください。
2. 回答欄が のように網かけになっている場合は、複数回答となっています。
3. 回答欄が : の場合は、必要な数字を1欄に1つずつ右詰で記入してください。
(例) 年齢 満 歳

I. あなた自身のことについて(平成15年11月1日現在についてお答えください。)

問1 あなたの性別、年齢、障害の程度、障害者となった時点についてお伺いします。

重複障害がある場合はその程度の重い方、同程度の場合は仕事の上でより妨げになる方をお答えください。

i 性別	ii 年齢	iii 障害の程度	iv 障害者となった時点(原則として身体障害者手帳交付時点)								
<table border="1"> <tr> <td>男</td> <td>女</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>	男	女	1	2	満 <input type="text" value=""/> 歳	<input type="text" value=""/> 級	<table border="1"> <tr> <td>今の会社に就職する前</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>今の会社に就職した後</td> <td>2</td> </tr> </table>	今の会社に就職する前	1	今の会社に就職した後	2
男	女										
1	2										
今の会社に就職する前	1										
今の会社に就職した後	2										

問2 あなたの障害の種類についてお伺いします。重複障害がある場合はその程度の重い方、同程度の場合は仕事の上でより妨げになる方をお答えください。

視覚	聴覚又は 平衡機能	音声言語 機能	上肢切断 上肢機能	下肢切断 下肢機能	体幹	脳性まひ 上肢機能	脳性まひ 移動機能	内部障害
1	2	3	4	5	6	7	8	9

問3 あなたの仕事、住居、生活についてお伺いします。

i 職種

専門・技術、管理・事務関係の職業	1
販売、サービス、保安関係の職業	2
農林漁業、運輸・通信、技能工、採掘・製造・建設及び労務の職業	3
その他	4

ii 今の会社へ就職した時の年齢

満 歳

iii 障害年金の受給の有無

障害年金を受給している	1
障害年金を受給していない	2

(注) 勤めている会社の業種ではなく、あなたの今の仕事の内容から判断してお答えください。
(4枚目裏面の「職種分類表」を参照して下さい。)

4枚のうち1枚目

iv 住居、生活状況

単身生活	1
家族と同居	2
友人、知人と同居	3

社員寮・住み込み	4
その他（親戚等）	5

問4 本問については、今の会社に入る前に障害者となった方（問1のivで1を選んだ方）のみお答えください。今の会社に就職するまでに他のところで働いたことがありますか。あてはまるものをすべて選んで番号を○で囲んでください。

今と別の会社で働いたことがある	1
親や親戚の仕事の手伝いをしたことがある	2
個人で経営したことがある	3
授産施設や作業所で働いたことがある	4
働いたことはない	5

1を○で囲んだ場合お答えください。

→ 障害が生じてからこれまでに会社を変わった回数を記入してください（同じ会社の異動、転勤は含みません）。

回数 回

→ 現在の会社に就職する直前の会社ではどのくらいの期間勤めましたか。また、そこを離職した理由は何ですか（同じ会社の異動、転勤は含みません）。

i 勤続期間

年 か月

ii 離職理由

事業主の都合	1
個人的理由	2
定年、契約期間満了	3
その他	4

→ 2を○で囲んだ場合にお答えください。

個人的理由の中で主なものは何ですか。あてはまるものをすべて選んで番号を○で囲んでください。

障害のため働けなくなった	1
通勤が困難	2
賃金、労働条件に不満	3
仕事内容があわない	4

会社の配慮が不十分	5
職場の雰囲気・人間関係	6
家庭の事情	7

問5 あなたは、現在の会社でこれまでに昇進（係員から係長へ等）した経験がありますか。現在の会社に勤めてから障害者となった場合は、障害者となった時点以降についてお答えください。

昇進したことがある	1
入社以来、昇進したことがない	2

4枚のうち2枚目

II あなたの職場環境、職場生活について

問6 あなたは、仕事をする上で、職場の同僚から障害に配慮した援助を受けていますか。

日常的に援助を受けている	1
通常は援助を受けていないが、出張や職場旅行の際に援助を受けている	2
障害があるための援助は受けていない	3

問7 あなたの職場では、あなたの障害に配慮した施設・設備・機器の整備がされていますか。あてはまるものをすべて選んで番号を○で囲んでください。

移動のための配慮がなされている（点字ブロック、スロープ等）	1
作業を容易にする設備・機器が整備されている	2
職場のコミュニケーションを容易にする手段や援助者の配置がなされている	3
特に整備されていない	4

問8 仕事を続けていく上で、さらに改善・充実・整備が必要と思われる事項がありますか。

特にない	1
ある	2

2を選んだ場合お答えください。

→ 改善・充実・整備が必要と思われる事項はどのようなことですか。主なものを2つまで選んで○で囲んでください。

労働条件・時間面での配慮	1	職場介助者等の配置	5	安全対策の充実	9
通勤面での配慮	2	能力に応じた評価、昇進・昇格	6	健康管理体制の充実	10
コミュニケーション手段や体制の整備	3	能力が発揮できる仕事への配置	7	福利厚生への充実	11
作業を容易にする設備・機器の整備	4	教育訓練・研修の充実	8		

III あなたの相談相手について

問9 あなたが仕事や職場に関して悩みや不安を抱いたとき、主に相談をするのは誰ですか。主な相談相手を2つまで選んで○で囲んでください。

職場の上司や人事担当者	1	福祉機関・施設の職員	6
職場の同僚・友人	2	学校の先生	7
職場以外の友人・知り合い	3	障害者団体の相談員	8
家族、親戚	4	その他	9
公共職業安定所・障害者職業センターの職員	5	特にない	10

4枚のうち3枚目

IV 仕事・職場生活以外の活動について

問10 あなたは、職場以外でどのように過ごしていますか。主なものを2つまで選んで○で囲んでください。

一人で過ごす	1	障害のある仲間とのつきあい	4
家族や親戚と過ごす	2	地域の人とのつきあい	5
趣味の共通した人とのつきあい	3	その他	6

V 将来の不安について

問11 あなたは自分の将来に不安はありますか。不安があるとすればどのような点ですか。

特に不安はない	1
不安がある	2

→ どのようなことに不安を感じますか。あてはまるものをすべて選んで○で囲んでください。

仕事を続けられるかどうか	1	生活の援助をしてくれる人がいなくなったらどうなるか	4
障害が重度化するのではないか	2	生きがいがみつけれられない	5
老後の生活が維持できるか	3	その他	6

以上で、終わりです。御協力ありがとうございます。
 調査票は、封筒に入れ、平成16年3月 日までに郵送してください。

しょうがいしゃこようじつたいちようさこじんひょう
障害者雇用実態調査(個人票B)

総務省承認 No. 23631

承認期限 平成16年6月30日



こうせいろうどうしょう
厚生労働省

* 都道府県番号	安定所番号	事業所番号	産業分類番号	常雇規模番号	調査票番号

(お願い)

この調査は、あなたの職場や仕事について質問するものです。調査の結果は、知的障害者の方々が働きやすい職場をつくっていくための参考にさせていただきます。お答えいただいた内容は、調査結果をまとめるほかには使用しませんので御協力をお願いします。

(御記入のまえに)

- なるべく本人が書き入れてください。
- 答えたくなければ無理にお答えいただくなくてもかまいません。答えられる質問だけにお答えください。お答えになった場合もお答えにならなかった場合も、調査票を封筒にいれ平成16年3月 日までに郵送してください。

問い合わせ先：

(書き方の注意)

1. 回答欄が

1 わたしは男です
2 わたしは女です

 のようになっている場合は、あなたに当てはまる番号に○印をつけてください。 (例) 性別

① わたしは男です
② わたしは女です

2. 回答欄が

--

 歳のようにになっている場合は、数字を書き入れてください。 (例) 年齢

3	2
---	---

 歳

ここからお答えください

問1 あなたの年齢、性別についておたずねします。

現在の年齢

--

 歳

性別

- | |
|-----------|
| 1 わたしは男です |
| 2 わたしは女です |

4枚のうち1枚目

問2 あなたは今、だれとくらしていますか。1つだけ選んで番号に○印をつけてください。

- | | | |
|---------------|---------------------|-------|
| 1 ひとりでくらしている | 2 夫婦または夫婦と子供でくらしている | |
| 3 親とくらしている | 4 親と兄弟姉妹とくらしている | |
| 5 兄弟姉妹とくらしている | 6 友だちとくらしている | 7 その他 |

問3 あなたは今、どこにすんでいますか。1つだけ選んで番号に○印をつけてください。

- | | | |
|-----------------|-----------------|-------------|
| 1 自宅にすんでいる | 2 グループホームにすんでいる | 3 通勤寮にすんでいる |
| 4 会社の社宅・寮にすんでいる | 5 その他 | |

問4 あなたは、いまの会社で働き始める前は何をしていましたか。1つだけ選んで番号に○印をつけてください。

- | | |
|-----------------|----------------------|
| 1 別の会社で働いていた | 2 学校で勉強していた |
| 3 働くための訓練を受けていた | 4 授産施設・作業所などの福祉施設にいた |
| 5 病院にいた | 6 家にいて特に何もしていなかった |

問5 あなたは、いまの会社で働き始めることについて、おもにだれと相談しましたか。1つだけ選んで番号に○印をつけてください。

- | | | | |
|----------------------|------------------|------------|---------|
| 1 誰とも相談していない | 2 家族 | 3 知りあい・友だち | 4 学校の先生 |
| 5 公共職業安定所(ハローワーク)の職員 | 6 障害者職業センターの職員 | | |
| 7 授産施設・作業所の職員 | 8 通勤寮・グループホームの職員 | | |

4枚のうち2枚目

問6 あなたは、いまの職場で「こうしたい、こうしてほしい」ということがありますか。あるなら、それはどんなことですか。2つまで選んで番号に○印をつけてください。

- | | | |
|----------------------|---------------------|---------------|
| 1 特にない | 2 今の仕事をずっと続けたい | 3 ほかの仕事もしてみたい |
| 4 まわりの人に仕事をたすけてほしい | 5 仕事ができるように教えてほしい | |
| 6 職場で困ったとき相談できる人がほしい | 7 いっしょに働く仲間、友だちがほしい | |
| 8 休みを増やしてほしい | 9 もっと働く時間や日を増やしてほしい | |

問7 あなたは、職場で困ったとき、だれに相談しますか。一番よく相談をする人を1つだけ選んで番号に○印をつけてください。

- | | | |
|----------------|-------------------|----------------------|
| 1 特にない | 2 職場の上司 | 3 職場でいっしょに働いている人 |
| 4 家族 | 5 職場以外の友だち | 6 公共職業安定所（ハローワーク）の職員 |
| 7 障害者職業センターの職員 | 8 学校の先生 | 9 病院の職員 |
| 10 授産施設や作業所の職員 | 11 通勤寮・グループホームの職員 | |

問8 あなたは、昼休みや仕事の後の自由な時間の過ごしかたで「困っていること」がありますか。あるなら、それはどんなことですか。1つだけ選んで番号に○印をつけてください。

- | | |
|--------------------|-----------------|
| 1 特にない | 2 何をしたらいいかわからない |
| 3 いっしょに何かをする仲間がいない | 4 みんなで過ごせる場所がない |
| 5 自由な時間がない | 6 自由に使えるお金がない |

問9 あなたが仕事をしているのはなぜですか。2つまで選んで番号に○印をつけてください。

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1 働くのが好きだから | 2 友だちや話し相手がほしいから |
| 3 家にいてもすることがないから | 4 家族やまわりの人にいわれるから |
| 5 自由に使えるお金がほしいから | 6 生活していくため |

4枚のうち3枚目

問10 あなたは自分のこれからのことについて不安、心配におもうことがありますか。

1 ない 2 ある 3 わからない

2に○をつけた人におだずねします。あなたは自分の将来のどんな点が心配ですか。1つだけ選んで番号に○印をつけてください。

- 1 いまの仕事をつづけていけるかどうかわからない
- 2 職場の仲のよい人がいなくなるか心配
- 3 職場で仕事をおしえてくれる人がいなくなるか心配
- 4 親がいなくなったら生活を助けてくれる人がいなくなる
- 5 わからないがなんとなく不安

これで、終わりです。御協力ありがとうございます。
調査票は、封筒にいれ、平成16年3月 日までに郵送してください。

4枚のうち4枚目

障害者雇用実態調査(個人票C)

総務省承認 No. 23632
承認期限 平成16年6月30日

秘 厚生労働省

都道府県番号	安定所番号	事業所番号	産業分類番号	常雇規模番号	調査票番号
*					

(御記入のまえに)

この調査は、雇用されている精神障害者の方々が自分の職業生活をどのように考え、過ごしていらっしゃるかを把握し、精神障害者の方々の雇用施策を総合的、計画的に進めるための参考にさせていただき目的で実施するものです。

この調査の対象となる精神障害者は、事業所に雇用されている方で以下の(1)又は(2) (この調査において「精神障害者」といいます。)に該当する方です。

(1) 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方

(2) (1)以外の者であって、産業医、主治医等 (以下「医師」という。) から統合失調症 (精神分裂病)、そううつ病 (気分障害) 又はてんかん (以下「3疾患」という。) の診断を受けている方

この調査票は、統計以外の目的に使用されることはありませんので、是非御協力ください。ただし、調査項目のうちお答えになりたくない項目については無理にお答えいただく必要はありません。

お答えになった場合もお答えにならなかった場合も、調査票を別添の返信用封筒に入れ平成16年3月 日までに、郵送してください。なお、返信用封筒の表に書かれているバーコードは、郵便事情によるもので個人を特定するためのものではありません。

この調査について御質問等がありましたら、下記にお問い合わせください。

問い合わせ先：

(記入上の注意)

1. 回答欄が

1	2	3
---	---	---

 などの場合は、特に説明がない限り該当する番号を1つだけ○で囲んでください。
2. 回答欄が

1	2	3
---	---	---

 のように網かけになっている場合は、複数回答となっています。
3. 回答欄が

--	--

 の場合は、必要な数字を1欄に1つずつ右詰で記入してください。
(例) 年齢 満

3	2
---	---

 歳

I. あなた自身のことについて (原則として平成15年11月1日現在についてお答えください。)

問1 あなたの性別、年齢、障害の程度、障害者となった時点 (精神疾患であるとの診断を受けた時点) についてお伺いします。

i 性別

男	女
1	2

ii 年齢

満

--

 歳

iii 精神障害者保健福祉手帳の所持

持っている	1
持っていない	2

→ 1を○で囲んだ場合

障害の程度

--

 級

iv 障害者となった時点 (精神疾患であるとの診断を受けた時点)

今の会社に就職する前	1
今の会社に就職した後	2

5枚のうち1枚目

問2 あなたの疾患名についてお伺いします。

重複した疾患がある場合はその程度の重い方、同程度の場合は仕事の上でより妨げになる方をお答えください。

統合失調症 (精神分裂病)	そううつ病 (気分障害)	てんかん	その他
1	2	3	4

問3 あなたの仕事、住居、生活についてお伺いします。

i 職種

専門・技術、管理、事務関係の職業	1
販売、サービス、保安の職業	2
農林水産、運輸・通信、技能工、採掘・製造・建設及び労務の職業	3
その他	4

(注) 勤めている会社の業種ではなく、あなたの今の仕事の内容から判断してお答えください。
(5枚目裏面の「職種分類表」を参照してください。)

ii 今回の会社へ就職した時の年齢

満 歳

iii 障害年金の受給の有無

障害年金を受給している	1
障害年金を受給していない	2

iv 通院医療費公費負担(32条(※))の有無

通院医療費公費負担を受けている	1
通院医療費公費負担を受けていない	2

※ 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」第32条に基づく通院医療費公費負担制度

v 住居、生活状況

単身生活	1
家族と同居	2
友人、知人と同居	3

社員寮・住み込み	4
援護寮・福祉ホーム	5
グループホーム	6

その他(親戚等)	7
----------	---

5枚のうち2枚目

問4 本問については、今の会社に入る前に精神疾患であるとの診断を受けた方（問1のivで1を選んだ方）のみお答えください。今の会社で働き始める直前は何かをしていましたか。

今と別の会社で働いていた	1
学校に在学していた	2
職業能力開発校などで職業訓練を受けていた	3
授産施設や作業所などの福祉施設にいた	4
社会適応訓練事業(通院患者リハビリテーション事業)のもと職親企業に通っていた	5
病院にいた	6
家にいて特に何もしていなかった	7

1を選んだ場合お答えください。

→ 現在の会社に就職する直前の会社を離職した理由は何ですか（同じ会社の異動、転勤は含みません）。

i 離職理由

事業主の都合	1
休職期間満了に伴う離職	2
個人的理由	3
定年、契約期間満了	4
その他	5

3を○で囲んだ場合お答えください。
個人的理由の中で主なものは何ですか。あてはまるものをすべて選んで番号を○で囲んでください。

疲れやすく体力、意欲が 続かなかった	1
作業、能率面で適応でき なかった	2
症状が悪化（再発）した	3
賃金、労働条件に不満	4

仕事内容があわない（自 分に向かない）	5
職場の雰囲気・人間関係	6
家庭の事情	7

問5 いまの会社を見つけるにあたって、相談した人、利用した機関を教えてください。あてはまるものをすべて選んで番号を○で囲んでください。

公共職業安定所	1
障害者職業センター	2
保健福祉機関・施設	3

医療機関（主治医等）	4
障害者団体の相談員	5
家族、親戚	6

知り合い・友人	7
自分で探した	8
その他（学校の先生等）	9

5枚のうち3枚目

II あなたの職場環境、職場生活について

問6 あなたは、仕事をする上で、職場において障害に配慮した援助を受けていますか。

援助を受けている	1
援助を受けていない	2

1を選んだ場合お答えください。
あなたが職場において配慮された、配慮されていることはなんですか。あてはまるものをすべて選んで番号を○で囲んでください。

短時間勤務など労働時間の配慮	1
調子の悪いときに休みを取りやすくする	2
配置転換など人事管理面についての配慮	3
通院時間の確保、服薬管理など医療上の配慮	4
業務内容の簡略化などの配慮	5
業務遂行の援助や本人、周囲に助言する者等の配置	6
職場復帰のための訓練機会の提供	7
職業生活、生活全般に関する相談員の配置	8

2を選んだ場合お答えください。
あなたが職場において援助を受けていない、援助を希望しない理由は何ですか。あてはまるものをすべて選んで番号を○で囲んでください。

病気について周囲に知られたくないため	1
特に必要と感じないため	2
会社に支援、援助制度等がないため	3
その他	4

問7 仕事を続けていく上で、さらに改善・充実・整備が必要と思われる事項がありますか。

特にない	1
ある	2

2を選んだ場合お答えください。

→ 改善・充実・整備が必要と思われる事項はどのようなことですか。主なものを2つまで選んで○で囲んでください。

短時間勤務など労働時間の配慮	1	通院時間の確保、服薬管理など医療上の配慮	4	職場復帰のための訓練機会の提供・充実	7
調子の悪いときに休みを取りやすくする	2	業務内容の簡略化などの配慮	5	職業生活、生活全般に関する相談員の配置	8
配置転換など人事管理面についての配慮	3	業務遂行の援助や本人、周囲に助言する者等の配置	6	その他（福利厚生の実施、能力評価（昇進・昇格）等）	9

5枚のうち4枚目

Ⅲ あなたの相談相手について

問8 あなたが仕事や職場に関して悩みや不安を抱いたとき、主に相談をするのは誰（どこ）ですか。
 主な相談相手を2つまで選んで○で囲んでください。

職場の上司や人事・健康管理担当者	1
職場の同僚・友人	2
職場以外の友人・知り合い	3
家族、親戚	4
公共職業安定所	5
障害者職業センター	6

保健福祉機関・施設	7
医療機関（主治医等）	8
職場の産業医	9
障害者団体の相談員	10
その他	11
特にいない	12

Ⅳ 仕事・職場生活以外の活動について

問9 あなたは、職場以外でどのように過ごしていますか。主なものを2つまで選んで○で囲んでください。

一人で過ごす	1
家族や親戚と過ごす	2
趣味の共通した人とのつきあい	3

障害のある仲間とのつきあい	4
地域の人とのつきあい	5
その他	6

Ⅴ 将来の不安について

問10 あなたは自分の将来に不安はありますか。不安があるとすればどのような点ですか。

特に不安はない	1
不安がある	2

2を選んだ場合お答えください。

→ どのようなことに不安を感じますか。あてはまるものをすべて選んで○で囲んでください。

仕事を続けられるかどうか	1
病気が再発、悪化するのではないかと	2
老後の生活が維持できるか	3

生活の援助をしてくれる人がいなくなったらどうなるか	4
生きがいがみつけれられない	5
その他	6

以上で、終わりです。御協力ありがとうございました。
 調査票は、封筒に入れ、平成16年3月 日までに郵送してください。

なお、本調査の回答内容を事業主が確認することはございません。

5枚のうち5枚目