

障害者雇用のための  
企業用自己診断チェックシート（採点表）

記入日：           年       月       日

【記入方法】

各質問に対して、「はい」の場合は下表の該当するQ欄に「○」を、「いいえ」の場合は「×」を、「どちらともいえない」場合は「△」を、白地部分に記入してください。

全ての質問に回答後、各「領域別集計」欄及び「対応別集計」欄に○印の数を記入してください。

領域		企業の対応			領域別集計
		知識・認識	方針・計画策定	具体的行動	
Ⅰ 障害者雇用への理解	Q1				/7
	Q2				
	Q3				
	Q4				
	Q5				
	Q6				
	Q7				
Ⅱ ・障害者の職務の選定 ・労働条件の検討	Q8				/8
	Q9				
	Q10				
	Q11				
	Q12				
	Q13				
	Q14				
	Q15				
Ⅲ ・障害者の募集 ・採用・選考	Q16				/7
	Q17				
	Q18				
	Q19				
	Q20				
	Q21				
	Q22				
Ⅳ ・社内の意識向上 ・障害者の職場定着 ・職場環境の見直し	Q23				/8
	Q24				
	Q25				
	Q26				
	Q27				
	Q28				
	Q29				
	Q30				
対応別集計		/10	/11	/9	

## 【解釈のしかた】

「障害者雇用のための企業用自己診断チェックシート」は、障害者雇用に関する準備状況を確認することを目的としており、点数により良否を決めるものではありません。

課題を確認し、どのような方針をたてて行動していくか検討する資料としてください。

- ◆ 「領域別集計」欄：「○」の数の少ない欄が、障害者雇用に向けて課題が多い領域になります。Ⅰ～Ⅳのうち、どの領域に課題があるのか確認してください。
- ◆ 「対応別集計」欄：「○」の数の少ない欄が、課題が多い部分になります。  
「知識・認識」、「方針・計画策定」、「具体的行動」のどの対応に課題があるのか確認してください。
- ◆ 採点表に「×」を付けた項目について、チェックシートのQを○印で囲ってください。  
課題を抱えている、又は、準備が進んでいない内容になります。
- ◆ 採点表に「△」を付けた項目について、チェックシートのQを△印で囲ってください。  
引き続き準備を進めることが望まれる内容になります。
- ◆ 別冊「活用の手引き」に課題ごとの対応方法を掲載しています。該当部分をお読みいただき、障害者雇用を支援する機関と具体的な対応について相談してください。

フリガナ		フリガナ	
企業（事業所）名		記入者	
事業内容			
連絡先		従業員数	名
障害者雇用数	名	※ 現在、障害者を雇用していない場合は、過去の障害者雇用経験を記入してください。	雇用経験（有・無）

支援機関名	
記入者	
連絡先	