

HIV 感染者の障害者（免疫機能障害）雇用・就労に関する企業アンケート

調査実施団体：社会福祉法人はばたき福祉事業団

1.HIV 感染者は内部障害の「免疫機能障害」に該当し、障害者手帳取得者は、障害者雇用促進法の障害者雇用率算定対象者であるということをご存知ですか。

1.知っている () 2.知らない ()

2.【障害者採用の有無】についてお伺いします。(あてはまるほうに)

現在、障害者を、

1.雇用している () ・2.雇用していない ()

2-1-a 障害者を何人雇用していますか。差し支えなければお答えください。()人

2-1-b どのような障害ですか。 < 視覚障害 / 聴言障害 / 肢体不自由 / 内部障害 / 知的障害 / 精神障害 > (あてはまるもの全てに)

2-1-c そのうち HIV 感染者はいますか。

1.いる () 何人雇用していますか？ ()人
2.いない () 今後、雇用の可能性はありますか？ ()
3.わからない ()

2-1-d 雇用の条件に、必要な経験、資格はありますか。

1.ある () 2.ない ()

上記で「ある」と回答された方で、どのような経験、資格が必要なのか、具体的にありましたらお書きください。

2-1-e 1年間のうち雇用の時期は決まっていますか？

1.決まっている (月) 2.随時

3.【労働形態】についてお伺いします。(あてはまるものに)

3-1 労働時間の対応はできますか。

1.フルタイムのみ () 2.短時間のみ ()
3.どちらも可 ()

3-2 休日はいつですか。

1.以下の曜日で固定(あてはまるもの全てに)

日 月 火 水 木 金 土 祝祭日

2.シフト制(具体的にご記入ください)

4.【障害者雇用の今後の意向】についてお伺いします。(あてはまるもの一つに)
障害者の雇用について、

- 1.積極的に雇用を増やしたい ... ()
- 2.現状を維持したい ()
- 3.雇用を減らしたい ()



差し支えなければ、○をつけた項目の理由をご記入ください。

.....
.....

5.【HIV感染者の雇用意向】についてお伺いします。(あてはまるもの一つに)

5-1 現在、HIV感染者を雇用することについて、

- 1.肯定的に考えている ()
- 2.どちらでもない ()
- 3.否定的に考えている ()

5-2 この1年間にHIV感染者からの応募はありましたか？

- 1.あった ()
- 2.ない ()



上記で「あった」と回答された方で、その結果と差し支えなければ理由をご記入ください。

- 1.採用した ()
- 2.断った ()

.....
.....

6.【HIV感染者の受入上の課題について】についてお伺いします。

現在、貴社では、HIV感染者を雇用する上での業務上の課題や懸念はありますか？

(あてはまるものすべてに、そのうち最も当てはまるもの一つに)

- 1.HIV感染者の職務遂行能力 ()
- 2.HIV感染者とその他同僚に対する安全配慮義務 ()
- 3.HIV感染者とその他同僚のコミュニケーション ()
- 4.HIV感染者を雇用していることによる社会的イメージ ()
- 5.本人の体調不良・体調悪化 ()
- 6.短時間勤務や配置転換など本人の体調に合わせた雇用管理面への配慮..... ()
- 7.生活面、医療面も含めたサポート体制の確保..... ()
- 8.保険料の企業負担 ()
- 9.その他..... ()



▶ 6-a 上記6について、具体的にはどのようなことかご記入ください。

.....

7.【HIV感染者の雇用と社会的イメージの関係】についてお伺いします。

現在、HIV感染者が貴社で雇用されていることが社会的に明らかになった場合、貴社の社会的イメージはどのようになるとお考えになりますか？

- | | |
|--------------------------|-----|
| 1.貴社の社会的イメージはアップする | () |
| 2.貴社の社会的イメージは変わらない | () |
| 3.貴社の社会的イメージはダウンする | () |



差し支えなければ、○をつけた項目の理由をご記入ください。

.....
.....

8.【HIVに関する職場での教育】についてお伺いします。

8-1 現在、貴社では、HIVに関する知識等についての職場での教育は行われていますか。

- | | | | |
|----------------|-----|-----------------|-----|
| 1.行われている | () | 2.行われていない | () |
|----------------|-----|-----------------|-----|

8-2 現在、貴社では、「HIV感染者の就労ガイドライン」をご存知ですか。

- | | | | |
|---------------|-----|--------------|-----|
| 1.知っている | () | 2.知らない | () |
|---------------|-----|--------------|-----|

8-3 HIVに関する職場での教育に必要な資料の送付を

- | | | | |
|--------------|-----|---------------|-----|
| 1.希望する | () | 2.希望しない | () |
|--------------|-----|---------------|-----|

8-4 職場における教育を実施する際に、講師派遣を

- | | | | |
|--------------|-----|---------------|-----|
| 1.希望する | () | 2.希望しない | () |
|--------------|-----|---------------|-----|

以下、貴社について差し支えない範囲でご記入ください。

【会社名】 ()
【業種】 1.建設 2.食料品 3.繊維製品 4.金融・保険 5.パルプ・紙 6.化学 7.医薬品 8.エネルギー 9.鉄鋼 10.機械 11.電気機器 12.精密機器 13.情報・通信 14.不動産 15.卸売業 16.小売業 17.サービス 18.商社 19.運輸
【規模】 1. 55人以下 2. 56～100人以下 3. 101人～300人以下 4. 301人～500人以下 5. 501人～1000人以下 6. 1001人以上

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

ご回答いただきました企業の方には、アンケートの集計結果をお送りいたしますので、送付方法を以下よりお選びください。

E-mailでの送付を希望する

E-mail アドレス:

郵送での送付を希望する

住所： 〒 -

貴社名：

ご所属：

お役職：

ご芳名：

今後、はばたき福祉事業団からの資料送付を 希望する / 希望しない

シンポジウムやアンケートに関する情報は、はばたき福祉事業団のホームページで随時提供していきますので、下記の URL をご覧ください。

URL: <http://www.habatakifukushi.jp/>

参考資料として添付いたしました HIV 感染症についての資料はご参考になりましたでしょうか？よろしければ、ご感想をご記入ください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....