

障害者差別相談票(最終案)新旧対象表

項目	現行：障害者差別・虐待相談票	新：障害者差別相談票
表現の修正	被差別者	本人(差別をされた障害者)
性別項目の追加	男・女	男・女・無回答
生年月日和暦の追加	T、S、H	T、S、H、 <u>R</u>
住所項目に居住形態選択欄の追加	回答欄のみ	回答欄のほかに、 <u>□自宅/□施設()</u>
連絡先の追加	電話番号のみ	電話番号、 <u>メールアドレス</u>
項目の削除	かかりつけ医院(主治医) 障害福祉サービスの申請の有無 サービス利用状況 地域とのつながり(主な支援者) 虐待・差別の種類、虐待の緊急度、世帯構成	削除
差別者項目表現の修正	差別者	相手方(差別を行った主体)の氏名、名称、業種
差別者項目内容の修正	回答欄＋年齢	氏名、名称、業種： <u>□行政機関()、□事業者(□飲食業、□不動産業、□交通機関、□その他())</u>
差別者項目内容の追加		<u>住所、電話番号</u>
項目の追加		<u>どのような場面で(いつ、どこで、誰が、誰から)</u> <u>どのような対応をされた(された理由があれば理由を)</u>
相談内容項目内容の追加	回答欄のみ	回答欄のほか、 <u>□差別的取扱い</u> <u>【確認事項】・障害を理由としているか</u> <u>・相手方に正当な理由があるか、その理由に対して、具体的な説明があったか</u> <u>□合理的配慮の不提供</u>

		<p>【確認事項】・求めている配慮内容</p> <p>・代替措置の提案があったか、実際に行われた配慮、代替措置</p>
項目の追加		<p>希望する対応</p> <p><input type="checkbox"/>相談窓口の職員から相手方に障害者差別解消法や合理的配慮の説明をしてほしい</p> <p><input type="checkbox"/>相談者と相手方の間に入って調整してほしい</p> <p><input type="checkbox"/>相談窓口の相談員に話を聞いてほしい</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>
項目の追加		<p>相手方・第三者に提供する情報の本人同意状況</p> <p>以下の機関に情報を共有してもよい</p> <p><input type="checkbox"/>相手方()</p> <p><input type="checkbox"/>庁内関係部署担当者()</p> <p><input type="checkbox"/>_____</p> <p><input type="checkbox"/>全了承 <input type="checkbox"/>一部了承(不承部分の内容:)</p> <p><input type="checkbox"/>不承 <input type="checkbox"/>未確認</p>
内容の追加		<p>※相談の受付にあたっては、アクセシブルサービスについて規定している、日本産業規格 JIS Y0201-1(第1部:サービス提供者の基本的配慮事項)、JIS Y0201-2(第2部:コミュニケーションに関するサービス提供者の基本的配慮事項)、JIS Y0201-3(第3部:誘導に関するサービス提供者の基本的配慮事項)に基づいて対応するものとする。</p> <p>※相談者から、回答を控えたい旨の表明があった場合や不必要であると考えられる項目については、空欄で構わない。</p>

障 害 者 差 別 相 談 票

相 談 日 時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分				
相 談 者				本人との関係	
				連 絡 先	— —
本 人 (差別をされた障害者) 氏 名		性 別	男・女 無回答	生 年 月 日	T S H R 年 月 日 (歳)
本 人 (差別をされた障害者) 住 所	<input type="checkbox"/> 自宅 / <input type="checkbox"/> 施設 ()			電 話 番 号	
				メ ー ル ア ド レ ス	
本 人 (差別をされた障害者) の 障 害 の 状 況	身体障害(手帳 級)(種類)・知的障害(手帳 ① A B C)・ 精神障害(手帳 級)・発達障害・難病・その他()				
相 手 方 (差別を行った主体) の 氏 名 、 名 称 種 業	氏 名 : 名 称 : 業 種 : <input type="checkbox"/> 行政機関 () <input type="checkbox"/> 事業者 (<input type="checkbox"/> 飲食業 <input type="checkbox"/> 不動産業 <input type="checkbox"/> 交通機関 <input type="checkbox"/> その他 ())			住 所	
				電 話 番 号	
				特 記 事 項	
ど の よ う な 場 面 で	(いつ、どこで、誰が、誰から)				
ど の よ う な 対 応 を さ れ た	(された理由があれば理由を)				
相談内容 <input type="checkbox"/> 差別的取扱い 【確認事項】・障害を理由としているか ・相手方に正当な理由があるか、その理由に対して、具体的な説明があったか <input type="checkbox"/> 合理的配慮の不提供 【確認事項】・求めている配慮内容 ・代替措置の提案があったか、実際に行われた配慮、代替措置					

希望する対応	<input type="checkbox"/> 相談窓口の職員から相手方に障害者差別解消法や合理的配慮の説明をしてほしい <input type="checkbox"/> 相談者と相手方の間に入って調整してほしい <input type="checkbox"/> 相談窓口の相談員に話を聞いてほしい <input type="checkbox"/> その他()
対 応	
<div style="background-color: #cccccc; text-align: center; padding: 5px;">相手方・第三者に提供する情報の本人同意状況</div>	
以下の機関に情報を共有してもよいか <input type="checkbox"/> 相手方() <input type="checkbox"/> 庁内関係部署担当者() <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 全了承 <input type="checkbox"/> 一部了承(不承部分の内容：) <input type="checkbox"/> 不承 <input type="checkbox"/> 未確認	

相談受理機関(☒ 支援課 ・ ☒ 障害者生活支援センター ・ その他 ())

※相談の受付にあたっては、アクセシブルサービスについて規定している、日本産業規格 JIS Y0201-1(第1部:サービス提供者の基本的配慮事項)、JIS Y0201-2(第2部:コミュニケーションに関するサービス提供者の基本的配慮事項)、JIS Y0201-3(第3部:誘導に関するサービス提供者の基本的配慮事項)に基づいて対応するものとする。

※相談者から、回答を控えたい旨の表明があった場合や不必要であると考えられる項目については、空欄で構わない。

障害者 虐待 ・ 差別 相談票 ※虐待又は差別に〇をつける

相 談 日 時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分				
相 談 者			本人との関係		
			連 絡 先	— —	
被虐待(差別)者氏名		性別	男・女	生 年 月 日	T S H 年 月 日 (歳)
被虐待(差別)者住所				電 話 番 号	
被虐待(差別)者の障害の状況	身体障害(手帳 視 級)(種類) ・ 知的障害(手帳 ㊤ A B C) ・ 精神障害(手帳 級) ・ 発達障害 ・ 難病 ・ その他()				
かかりつけ医院(主治医)					
障害福祉サービスの申請の有無	有 ・ 無 障害程度区分()	サービス 利用状況		地域との つながり (主な支援者)	
虐待(差別)者	(歳)	特記事項 (家族関係 ・経済状況等)		世帯 構成	
被虐待(差別)者との関係					
虐待・差別の種類					
虐待の緊急度					
相談内容					
対 応					
対応者					