

障がいを理由とする差別の解消の推進に関する安曇野市職員対応要領

(趣旨)

第1条 この対応要領は、障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（平成25年法律第65号。以下「法」という。）第10条第1項の規定に基づき、また、障害を理由とする差別の解消の推進に関する基本方針（平成27年2月24日閣議決定。以下「基本方針」という。）に即して、法第7条に規定する事項に関し、安曇野市職員（非常勤職員を含む。以下「職員」という。）が適切に対応するために必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要領において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

(1) 障がい 障害者基本法（昭和45年法律第84号。以下「基本法」という。）第2条第1号で規定する障害をいう。

(2) 障がい者 基本法第2条第1号に規定する障害者をいう。

(3) 社会的障壁 基本法第2条第2号に規定する社会的障壁をいう。

(不当な差別的取扱いの禁止)

第3条 職員は、その事務又は事業を行うに当たり、障がいを理由として、障がい者でない者と不当な差別的取扱いをすることにより、障がい者の権利利益を侵害してはならない。

2 職員は、別に定める障がいを理由とする差別の解消の推進に関する安曇野市職員対応要領に係る留意事項（以下「留意事項」という。）第1項から第3項までに示す事項に留意するものとする。

(合理的配慮の提供)

第4条 職員は、事務又は事業を行うに当たり、障がい者から現に社会的障壁の除去を必要としている旨の意思の表明があった場合において、その実施に伴う負担が過重でないときは、障がい者の権利利益を侵害することとならないよう、当該障がい者の性別、年齢及び障がいの種別、状態等に応じて、社会的障壁の除去の実施について必要かつ合理的な配慮（以下「合理的配慮」という。）の提供をしなければならない。

2 職員は、留意事項第4項から第6項までに示す事項に留意するものとする。

(管理監督職員の責務)

第5条 職員を管理し、又は監督する地位にある職員（以下「管理監督職員」という。）は、障がいを理由とする差別の解消を推進するため、次に掲げる事項を実施しなければならない。

(1) 日常の職務を通じた指導等により、障がいを理由とする差別の解消に関し、その管理又は監督の対象となる職員の注意を喚起し、障がいを理由とする差別の解消に関する認識を深めさせること。

(2) 障がい者及びその家族その他の関係者（以下「障がい者等」という。）から、職員による不当な差別的取扱い又は合理的配慮の不提供に対する相談、又は苦情の申し出（以下「相談等」という。）があった場合は、迅速に状況を確認すること。

(3) 合理的配慮の必要性が確認された場合は、その管理又は監督の対象となる職員に対して、合理的配慮の提供を適切に行うよう命じなければならない。

2 管理監督職員は、障がいを理由とする差別に関する問題が生じた場合は、迅速かつ適切に対処しなければならない。

(相談等受付窓口)

第6条 市は、障がい者等からの相談等に的確に対処するため、福祉部福祉課（以下「福祉課」という。）に相談等受付窓口を置く。

2 福祉課は、障がい者等からの相談等への対応が適切に実施できるようにするため、事務又は事業の所

管課（以下「所管課等」という。）からの相談に応じるものとする。

（相談等の受付）

第7条 障がい者等からの相談等は、福祉課又は所管課等で受け付けるものとする。

2 職員は、障がい者等から相談等があった場合は、性別、年齢、障害の状態等に応じ、筆談、説明書の読み上げその他の意思疎通ができる体制の整備をしなければならない。

（相談等の対処）

第8条 福祉課の職員は、相談等（福祉課の所掌する事務事業に関するものを除く。）があった場合は、内容を詳しく聴き取り、障がい者差別に関する相談記録兼対応依頼票（様式第1号）の記載区分に従い、記録し、福祉部長に報告するとともに、要点を所管課等に情報提供し、対処を依頼するものとする。この場合において、要点を所管課等に伝達するにあたっては、相談者のプライバシーに配慮し、障がい者等の意向を確認し情報提供するものとする。

2 前項の報告を受けた所属長は、相談等の対処について、他の部局の協力が必要であると判断する場合は、所属する部局の長に協議し、又は福祉課に相談し、その助言等を得て、対処するものとする。

3 第1項の情報提供を受けた所属長は、対処の結果について、障がい者差別に関する相談対応報告票（様式第2号）により、福祉課に報告するものとする。

第9条 職員は、相談等（福祉課の所掌する事務事業に関するものを含む。）があった場合は、内容を詳しく聴き取り、障がい者差別に関する相談対応報告票の記載区分に従い、必要な事項を聴き取り、記入の上、所属長に報告するものとする。

2 前項の報告を受けた所属長は、相談等の対処について、他の部局の協力が必要であると判断する場合は、所属する部局の長に協議し、又は福祉課に相談し、その助言等を得て、対処するものとする。

3 第1項の報告を受けた所属長は、対処の結果について、障がい者差別に関する相談対応報告票により、福祉課に報告するものとする。この場合において、情報提供同意書（様式第3号）により相談者の同意を受けるものとする。

（差別の解消の推進）

第10条 福祉課は、第8条第3項及び第9条第3項の報告内容を活用し、職員の障がいを理由とする差別の解消の推進を図るものとする。

（研修・啓発）

第11条 福祉課は、市の障がいを理由とする差別の解消の推進を図るため、職員に対し、必要な研修・啓発を行うものとする。

2 福祉課は、新たに職員となった者に対しては、障がいを理由とする差別の解消に関する基本的な事項について理解するために、新たに管理監督職となった職員に対しては、障がいを理由とする差別の解消等に関し求められる役割について理解させるために、それぞれ研修を実施する。

3 福祉課は、職員に対し障がいの特性を理解させるとともに、障がい者に適切な対応をするために必要な意識の啓発を図るものとする。

（その他）

第12条 この要領の施行に関し必要な事項は、福祉部長が定める。

附 則

この要領は、平成29年3月21日から施行する。

この要領は、平成30年10月5日から施行する。

年 月 日

障がい者差別に関する相談記録 兼 対応依頼票

(宛先)

_____部
_____課長

福祉部 福祉課長

下記のとおり、障がい者差別に関する相談を受理いたしましたので、貴所属における対応をお願いします。

相談窓口担当部署	福祉課障がい福祉担当、役職名： 氏 名		
相談受付者	電 話： _____ (内線)	FAX： _____	
相談受理日時・場所	日時： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 午前・午後 _____ 時頃 場所： _____		
相談受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> その他(_____) <small>※「書面」「電子メール」の場合は、文面等を本票に添付。</small>		
事案発生部署・施設	(部署・施設名) ----- (場所等の詳細)		
相談者	氏 名： _____	性 別： _____	年 齢： _____ 歳
※1	電 話： _____	F A X： _____	E-mail： _____
障がいの内容	※障がいの種類や程度などについて、聴き取りの範囲内で記載。		
事案種別	<input type="checkbox"/> 不当な差別的取り扱い 関連事案 <input type="checkbox"/> 合理的な配慮の提供 関連事案		
内容（聴取主訴）	事案発生日時： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 午前・午後 _____ 時頃		
	【詳細】(必要であれば別紙を作成。事案に係る写真等があれば、本票に添付。)		
	所管課等への情報提供の承諾 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 条件付有 <input type="checkbox"/> 無 (理由 _____) 条件付有の条件 (_____) 承諾者氏名 _____ 年 _____ 月 _____ 日 時頃 口頭・その他 情報提供 _____ 年 _____ 月 _____ 日 提供先担当者 _____		
	返答の要否	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	整理番号 _____

※(※1)(※2) 相談者のプライバシー保護に十分留意してください。※「整理番号」は、福祉課が記入

障がい者差別に関する相談 対応報告票

(宛先)福祉部 福祉課長

部 課長

当課において対応した障がい者差別に関する相談内容について、下記のとおり報告します。

相談受理日時	日時：平成 年 月 日 () 午前・午後 時頃		
事案 担当部署 事案対応担当者	部 課 係 (担当)		
	役職名： 氏名：		
	電話： (内線) FAX：		
相談受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 福祉課から情報提供※「書面」「電子メール」の場合は、文面等を本票に添付してください。		
相談者 ※1	氏名： 性別： 年齢： 歳		
	電話： FAX： E-mail：		
障がいの内容 ※2	※障がいの種類や程度などについて、聞き取りの範囲内で記載してください。		
事案種別	<input type="checkbox"/> 不当な差別的取り扱い 関連事案 <input type="checkbox"/> 合理的な配慮の提供 関連事案		
相談内容 (主訴)	事案発生日時：平成 年 月 日 () 午前・午後 時頃		
	【詳細】(必要であれば別紙を作成。事案に係る写真等があれば、本票に添付。)		
対応内容・経過 および課題等	【詳細】(必要に応じて別紙により作成してください。また、事案に係る写真等があれば、本票に添付してください。)		
	福祉課への相談を目的とした情報提供の承諾 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 条件付有 <input type="checkbox"/> 無 (理由) 条件付有の条件 () 承諾者氏名 年 月 日 時頃 <input type="checkbox"/> 口頭・その他		
相談者等への返答	<input type="checkbox"/> 済 (年 月 日 時頃) <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 未済		
対応完了の有無	<input type="checkbox"/> 完了 (平成 年 月 日)		整理 番号
	<input type="checkbox"/> 対応継続 <input type="checkbox"/> 情報提供の同意 (所管課等のみで対応の場合)		

※(※1)(※2) 相談者のプライバシー保護に十分留意すること。※(様式1)の(写)とともに提出してください。なお、相談を受付けた部署が直接対応を行った場合は、本票のみを作成し提出してください。※「整理番号」は、福祉課にて記入します。

情報提供同意書

私は、この度市に提案（相談）した

不当な差別的取り扱い 関連事案 合理的な配慮の提供関連事案 である

事案概要：

_____ について

個人情報保護厳守に基づく情報と、市職員の障がい理由とする差別の解消の推進を図る目的以外に情報を使用しないことを条件に、以下の情報を安曇野市役所福祉部福祉課に情報提供することについて同意します。

_____年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

○提供に同意する情報

この度の市への提案（相談）で、私が市に提供した個人情報（住所、氏名等）を含む、提案（相談）内容、及び所管課等の対応内容などの記録