

バリアフリーチェックシステム要綱

（目的・位置づけ）

- 第1条 バリアフリーチェックシステム（以下、「本システム」という）は、安全で利用しやすい障害者用施設を設置するため、ガイドラインなどの基準にない細部の仕様を決定する必要がある場合、事業者が障害者のチェックを受け、その意見を参考として工事を実施することができるシステムとする。
- 2 本システムは、「豊中市バリアフリー推進協議会（以下、「協議会」という）」の下に位置づけられた制度とする。

（適用）

- 第2条 対象工事は、豊中市内の公共交通機関、道路、路外駐車場、公園等のバリアフリー化事業の内、障害者用施設の新設又は改良を伴う工事とする。
- 2 対象施設は、障害者の利用方法を考慮し、細部の仕様を決定する必要があるエレベーター、トイレ、視覚障害者誘導用ブロック、点字案内板及び音響案内装置等の障害者用施設とする。
- 3 本システム利用の判断は、原則として、事業者が行うものとする。

（事務局等）

- 第3条 本システムの事務局は、豊中市都市基盤部道路センター道路建設課とする。
- 2 チェックを行う障害者（以下、「チェックパーソン」という）との連絡調整を行う協力機関は、豊中市立障害福祉センターひまわり（以下、「ひまわり」という）とする。

（チェックの要領）

- 第4条 チェックは現地又は図面上等で行う。
- 2 チェックは、車いす利用者、視覚障害者、聴覚障害者等の内、事業者が希望する障害種別数名で実施する。
- 3 チェックには、事業者、チェックパーソン及び事務局等が立ち会う。
- 4 当日の進行は、簡単な説明、チェック、意見交換の順で行う。

（システムの進め方）

- 第5条 別図「本システムの進め方」を参照。

（事業者の役割）

- 第6条 事務局への依頼は、チェック日の1箇月前までとし、工事概要、チェックを受けたい事項、希望する障害種別等を示す書類（別紙様式1参照）を提出する。
- 2 事業者は、チェック場所（会議室又は現地）及び必要な説明資料を用意する。
- 3 事業者は、チェックパーソンの意見を受け、工事にどのように反映させるか、

又はさせないかの判断を行うものとする。

- 4 事業者は、チェック後、意見の内容とそれに対する考え方（どのように反映させるか、又はなぜできないのか等）を整理した書類（別紙様式4参照）を事務局に提出する。

（事務局等の役割）

第7条 事務局は、事業者からチェックの依頼を受けた場合、書面（別紙様式2参照）を添え、速やかにひまわりに連絡する。

- 2 ひまわりは、チェックパーソンを選出し、本人と日時の調整を行う。
- 3 事務局は、本システムの進行管理を行うと共に活動状況を取りまとめ、協議会に報告する。
- 4 事務局及びひまわりは、事業者とチェックパーソン間に問題が生じた場合、連携し、調整する。

（チェックパーソンの役割）

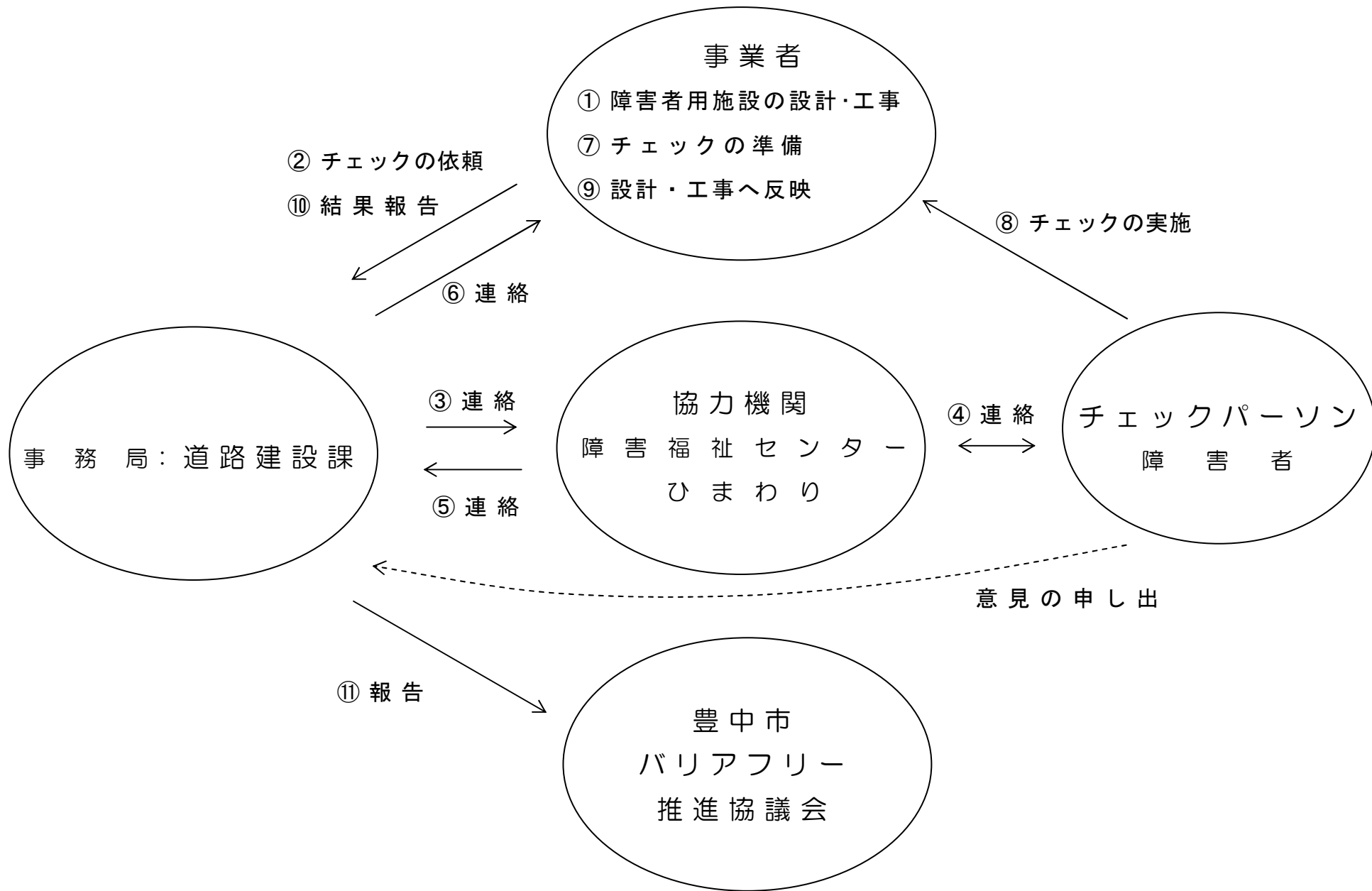
第8条 チェックパーソンは、広範な立場に立って、チェックを行うように努める。

- 2 チェック当日に介助が必要な場合、チェックパーソン自身が準備する。
- 3 チェックパーソンは、チェックの進め方やチェック後の対応に問題がある場合、事務局に意見を申し出ることができる。

附 則

この要綱は、平成24年 5月 1日から実施する。

本システムの進め方



豊中市都市基盤部

道路センター道路建設課長 様

(事業者名) _____

バリアフリーチェックについて (お願い)

下記のとおり、バリアフリー化工事を予定しておりますが、障害者等の助言を受けたいので連絡します。

記

工 事 名 称	
工 事 箇 所	
工 事 概 要	
チェック項目又は箇所	
希望障害種別、人数	車いす (人) 視覚 (人) 聴覚 (人) その他 (人)
チェック希望日時	※複数日でご記入下さい
集 合 場 所	※位置図を添付して下さい
連 絡 先	所 属 : 担当者 : TEL : FAX : Eメール :
備 考	※工事概要がわかる図面があれば提出

豊中市立障害福祉センターひまわり

所長 ○○ ○○ 様

豊中市都市基盤部道路センター

道路建設課長 ○○ ○○

バリアフリーチェックについて (お願い)

（事業者名）_____から、バリアフリーチェックシステムに基づく依頼（別添様式1参照）がありましたので、チェックパーソンの選任及び日時調整をお願いします。

（事務局）道路建設課 計画係 担当：○○、○○

TEL：06-6858-2364 FAX：06-6854-0492

電子メール douro_keikaku@city.toyonaka.osaka.jp

返信表

道路建設課 計画係 宛

障害種別	お名前	連絡先
車いす		
視覚		
聴覚		
その他		

※チェック希望日時 _____ 年 月 日 () _____ 時 分より

(事業者名) _____ 様

豊中市都市基盤部道路センター

道路建設課長 ○○ ○○

バリアフリーチェックについて (回答)

平成 年 月 日付で依頼のありました、バリアフリーチェックにおける
チェックパーソン及び日時が、下記のとおり決定しましたので、お知らせし
ます。

(事務局) 道路建設課 計画係 担当：○○、○○

TEL：06-6858-2364 FAX：06-6854-0492

電子メール douro_keikaku@city.toyonaka.osaka.jp

チェックパーソン名簿

(工事名称) のバリアフリーチェック

障害種別	お名前	備考
車いす		
視覚		
聴覚		
その他		

※チェック日時 _____ 年 月 日 () _____ 時 分より

豊中市都市基盤部

道路センター道路建設課長 様

(事業者名) _____

バリアフリーチェック結果について（報告）

下記のとおり、バリアフリーチェックを行いましたので、報告します。

事業者名	
工事名称	
内 容	〇〇の設計・工事チェック
日 時	
場 所	
参加者名	チェック（リ）〇〇氏（車いす）、〇〇氏（視覚）、〇〇氏（聴覚）、 〇〇氏（その他） 事業者）〇〇、〇〇、〇〇 関連業者） 事務局）〇〇、〇〇、〇〇 計〇名
意 見	考 え 方

意 見	考 え 方

