

豊中市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、利用者が安全で利用しやすい施設(以下、「施設」という。)を整備するため、ガイドラインなどに基準がない細部の仕様を検討する必要がある場合、依頼者が障害のある人や乳幼児連れ保護者等(以下、「当事者」という。)のチェックを受け、その意見を参考に整備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 対象は、豊中市内の公共交通機関、道路、路外駐車場、公園等の施設の新設又は改良に伴う細部の仕様を決定するバリアフリー化整備とする。
- 2 本システム利用の判断は、原則として、依頼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、基盤整備課とする。
- 2 チェックを行う当事者(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、障害福祉センターひまわり(以下、「ひまわり」という。)、こども政策課とする。

(チェックの要領)

- 第4条 チェックは現地又は図面上や模型等で行う。
- 2 チェックは、肢体不自由者、視覚障害のある人、聴覚障害のある人、オストメイト、乳幼児連れ保護者等の内、事業者が希望するチェックパーソン数名で実施する。
- 3 チェックには、依頼者、事務局等が立ち会う。
- 4 チェックは、施設の説明、施設のチェック、意見交換等を行う。

(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。

(依頼者の役割)

- 第6条 事務局への依頼は、チェック希望日の1か月前までとし、施設の概要、チェックを受けたい内容、希望するチェックパーソン等を示す書類(様式1)を提出する。
- 2 依頼者は、実施場所(会議室又は現地)及び必要な資料を用意する。
- 3 依頼者は、チェックパーソンの意見を受け、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(様式4)を事務局に提出する。

(事務局等の役割)

- 第7条 事務局は、依頼者からの本システムの実施依頼に基づき、書類(様式2)を添え、速やかにひまわり、こども政策課にチェックパーソンの選任及び日時調整の依頼をする。
- 2 事務局は、本システム実施内容が決定後、速やかに依頼者へ書類(様式3)で回答する。
 - 3 事務局は、本システムの進行管理を行うとともに、協議会開催時に実施状況を取りまとめ報告する。
 - 4 事務局、ひまわり、こども政策課は、依頼者とチェックパーソン間に問題が生じた場合、連携して対応する。

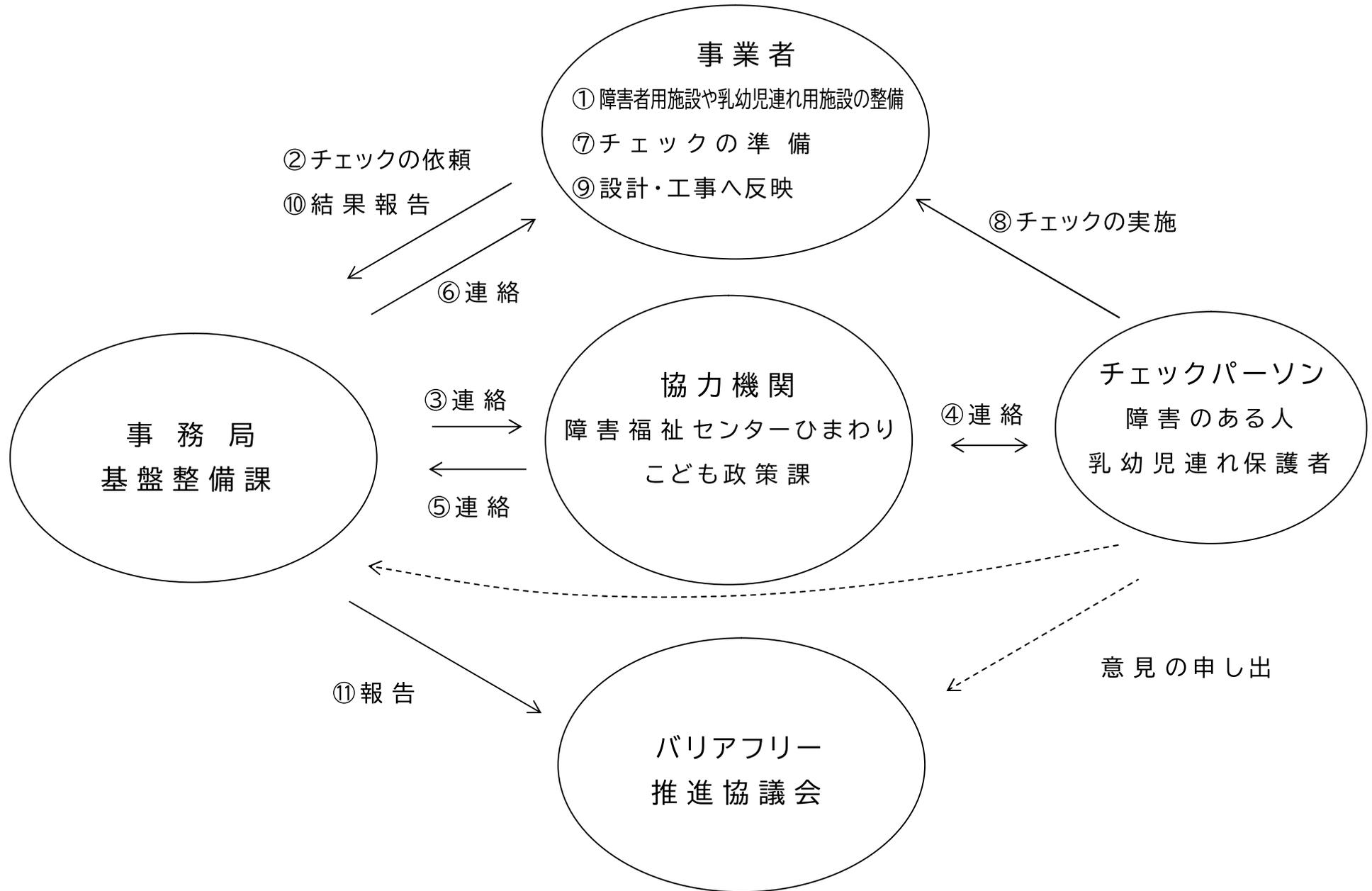
(チェックパーソンの役割)

- 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(2012年) 5月 1日から実施する。
この要綱は、令和 5年(2023年)11月 1日から実施する。
この要綱は、令和 7年(2025年) 3月 31日から実施する。

本システムの進め方



豊中市都市基盤部基盤整備課長 様

(依頼者名)

バリアフリーチェックシステムの実施について (依頼)

バリアフリーチェックシステムの実施について、下記のとおり依頼します。

記

件名	
概要	
チェック内容	について、当事者から意見聴取
希望する チェック パーソン	障害のある 人 肢体不自由 ()人 視覚 ()人 聴覚 ()人 杖利用 ()人 その他 ()
	乳幼児連れ の保護者 乳幼児連れの保護者 ()人
希望日時	(※複数日記入。)
実施場所	(※必要に応じ位置図を添付。)
連絡先	所属： _____ 担当者： _____ TEL： _____ FAX： _____ Eメール： _____
備考	※説明資料 (図面等) があれば提出。 ※チェックパーソンの詳細希望 (車椅子使用、杖歩行、義肢装着、 全盲、弱視、色盲、ベビーカー使用、子ども連れで参加等) があれば記載。

豊基整第 号

令和 年 (年) 月 日

〇〇部 〇〇〇〇課

課長 〇〇 〇〇 様

都市基盤部 基盤整備課

課長 〇〇 〇〇

バリアフリーチェックシステムの実施に伴う
チェックパーソンの選任及び日時の調整について (依頼)

(依頼者名) _____ から、バリアフリーチェックシステムの実施について依頼 (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の調整をお願いします。

【事務局】都市基盤部基盤整備課 計画係 担当：〇〇、〇〇

TEL：06-6858-2886 FAX：06-6854-0492

メール：douro_keikaku@city.toyonaka.osaka.jp

douro_keikaku@city.toyonaka.lg.jp (官公庁用)

返 信 表

基盤整備課 計画係 宛

チェックパーソン		氏 名	連 絡 先
障害のある人	肢体不自由		
	視 覚		
	聴 覚		
	オストメイト		
	その他		
乳幼児連れの保護者	乳幼児連れの保護者		

※チェック希望日時 令和 年 (年) 月 日 () 時 分より

豊基整第 号

令和 年 (年) 月 日

(依頼者名) 御中

都市基盤部 基盤整備課
課長 ○○ ○○

バリアフリーチェックシステムの実施について (回答)

令和 年 (年) 月 日付で依頼のありましたバリアフリーチェックシステムの実施について、下記のとおり回答します。

記

件 名	
日時・場所	
備 考	

チェックパーソン		氏 名	備 考
障害のある人	肢体不自由		
	視 覚		
	聴 覚		
	オストメイト		
	その他		
乳幼児連れの保護者	乳幼児連れの保護者		ベビーカー使用、子ども連れで参加 (子どもの人数) 等を記載

【事務局】都市基盤部基盤整備課 計画係 担当：○○、○○
TEL：06-6858-2886 FAX：06-6854-0492
メール：douro_keikaku@city.toyonaka.osaka.jp
douro_keikaku@city.toyonaka.lg.jp (官公庁用)

豊中市都市基盤部基盤整備課長 様

(依頼者名)

バリアフリーチェックシステムの結果について (報告)

バリアフリーチェックシステムの結果について、下記のとおり報告します。

記

件名	
内容	
日時	
場所	
参加者名	チェック) ○○氏 (肢体不自由)、○○氏 (視覚)、○○氏 (聴覚)、 ○○氏 (オストメイト)、○○氏 (その他)、乳幼児連れの保 護者 依頼者) ○○、○○、○○ 関係者) 事務局) ○○、○○、○○ 計○名
意見	考え方

意見	考え方