

**資料 5**

第 2 回障害者差別解消支援地域協議会  
令和 4 年 3 月 4 日（金）

障害者からの相談等の現況について（アンケート）

貴法人・事業所名 （  
回答ご担当者様 （  
ご担当者様連絡先 （

①利用者等からの相談窓口を設置していますか？

※障害者に関する専門の窓口である必要はありません

（例）お客さま相談窓口、ご意見箱 など

設置済 ・ 未設置

①- 2 （①で未設置の場合のみ回答してください）

設置の予定はありますか？

予定あり ・ 予定なし ・ 未定

⑤に進んでください

（可能な限りお答えください）

「利用者から寄せられたご意見について教えてください」

②相談窓口の名称は何ですか？

（  
）

③寄せられた意見の期間（※回答はできるかぎり 1 年単位でお答えください）

年 月 日～年 月 日

④全体件数

●●件

⑤寄せられた意見のうち、どのような種類の意見が多いですか？（自由記載）

（記載例）

- ・ 料金に関すること
- ・ 設備に関すること
- ・ 従事者の対応に関すること
- ・ 困りごと

【おもなご意見の種類】

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

⑥寄せられた全体件数(④)のうち、障害（身体・知的・精神・その他の心身の機能の障害）に起因した相談の件数

●件

⑦上記⑥のうち、おもなご意見（※⑥に該当しないと思われるものも幅広く記載してください）

（記載例）

- ・ 係員の方が、目が不自由であることにすぐ気がついてくれて、お金の支払いをサポートしていただき、とても助かった。
- ・ 車いすなので、エレベーターを利用したかったが、エレベーターの設置位置がわかりづらかった。

【おもなご意見】

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

⑧障害者等からの相談で苦慮されていることや留意・工夫していることは何ですか？（自由記載）

【苦慮されていること】

- ・
- ・
- ・
- ・

【留意・工夫していること】

- ・
- ・
- ・

ご回答、ありがとうございました。

いただいた回答は、市内事業者への啓発のため、法人・事業所名を特定されない形で佐倉市差別解消支援地域協議会の資料として使用させていただく場合があります。