

**紛争の防止、解決等に関する事例提供のお願い【相談機関用】**

記入上の注意

ご提供いただける具体事例がない場合は、本シートのみご記入いただき、ご提出ください。

事例を記入していただくシートは5シート用意しています。1例につき1シートを使って回答してください。  
6例以上ご紹介いただける場合は、お手数ですが、本ファイルのコピーを作成し、2ファイル目に記入してください。本ファイル内でシートを増やすことはできません。

回答の仕方については「回答例を田舎」または「」を参照ください。

の欄は、該当する場合に半角数字の1を記入、またはプルダウンから選択してください。

**基本情報**

①機関名					
②属性  ※該当する欄に半角数字の1を記入してください。	障害者差別解消に関する地域協議会	<input type="checkbox"/>	③業務内容		
	自治体の障害者支援機関	<input type="checkbox"/>			
	NPO法人	<input type="checkbox"/>			
	その他	<input type="checkbox"/>			
④相談対応実績等	1.相談件数		平成23年度	<input type="checkbox"/>	件
	①平成28年度	<input type="checkbox"/> 件	平成24年度	<input type="checkbox"/>	件
	② 過去5年間の相談件数		平成25年度	<input type="checkbox"/>	件
			平成26年度	<input type="checkbox"/>	件
			平成27年度	<input type="checkbox"/>	件
	2.障害学生に関する相談件数		平成23年度	<input type="checkbox"/>	件
	①平成28年度	<input type="checkbox"/> 件	平成24年度	<input type="checkbox"/>	件
	② 過去5年間の相談件数		平成25年度	<input type="checkbox"/>	件
			平成26年度	<input type="checkbox"/>	件
			平成27年度	<input type="checkbox"/>	件
3.地域の大学等との連携している		<input type="checkbox"/>			
具体的な連携内容	通学支援	<input type="checkbox"/>	生活介助	<input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/>
4.相談事例の開示					
(ア) 開示可	<input type="checkbox"/>	(イ) 開示の範囲等			
(ウ) 開示に関する規約等がある	<input type="checkbox"/>				
具体的内容					

## 障害学生に対する差別の解消等についての意見・要望・課題・今後の方針等

--

本件に関する 問合せ先	部署名			担当者	
	電話		E-Mail		

## 【ご提供いただいた事例を公表する際の取り扱いについて】

- ・大学名、大学所在地は公表しません。
- ・機関名等、大学や地域を特定される可能性のある名称については、一般的な呼称に置き換えます（例：東京都地域協議会→地域協議会、NPO法人ひまわり→NPO法人）。
- ・その他、個人または大学が特定される可能性のある情報は公表しません。
- ・「体制整備支援セミナー」における事例紹介にご協力をお願いする場合があります。その際には改めて別途ご相談させていただきます。

事例を記入していただくシートは各5枚用意しています。1例につき1シートを使って回答してください。

の欄は、該当する場合に半角数字の1を記入、またはプルダウンから選択してください。

## 相談事例(1) 障害のある学生と大学等との関係に関する相談事例

### 1. 事例が起きた時期

①平成28年度       ②差別解消法施行以前 (ア)過去5年以内       (イ)6年以上前

### 2. 事例が起きた学校 (①、②はプルダウンリストから選択してください。③には事例が起きた学校の名称を記入してください。学校名を伏せる場合は空欄にしてください)

①学校種別	②設置別	③学校名
-------	------	------

### 3. 当該学生の属性 (①、②はプルダウンリストから選択してください)

①学科(専攻)					②申し出を受けた年次等															
③障害内容																				
視覚障害		聴覚・言語障害			肢体不自由			病弱・虚弱		重複	発達障害				精神障害			その他の障害		
盲	弱視	聾	難聴	言語障害のみ	上肢機能障害	下肢機能障害	上下肢機能障害	他の機能障害	内部障害等		他の慢性疾患	S	A	A	発達障害の重複	統合失調症等	気分障害		神経症性障害等	摂食障害・睡眠障害等
<input type="checkbox"/>																				

### 4. 相談者 ※複数回答可 (③は具体的にどういう人から相談があったかを記入してください)

①本人       ②保護者       ③その他(教員、知人等)

### 5. 相談にいたる経緯 貴機関に相談にいたるまでの経緯を記入してください。

### 6. 相談内容 (できるだけ具体的に記載してください)

**7. 貴機関の対応**（できるだけ具体的に記載してください）

①当該校に問い合わせた	<input type="checkbox"/>	②他の機関や人に紹介した	<input type="checkbox"/>
③対応について助言した	<input type="checkbox"/>	④その他	<input type="checkbox"/>

**8. その後の経過**（その後の状況、学校の対応、学生の反応や様子等について記載してください）