

大阪市障がい支援区分認定等情報提供実施要領

(目的)

第1条 この要領は、障がい支援区分認定における審査及び判定にかかる情報を、大阪市個人情報保護条例に照らし、個人情報の保護に配慮しながら、当該認定にかかる障がい者本人（以下「本人」という。）、本人の親族その他の関係者に提供することにより、以下の各号の目的を達成するために定める。

- （1）本人への良質な障がい福祉サービスの提供に資すること。
- （2）本人の心身、環境、医療等の状況に応じた最適なサービス利用計画の作成を図ること。
- （3）苦情・相談に対し、障がい支援区分認定過程の透明性を高めることにより、障がい福祉サービスへの信頼を確保すること。
- （4）認定調査の際に本人及び調査同席者と調査結果を確認し、認定調査内容の適正性を高めること。
- （5）本人の障がい福祉サービスの適応見込みを参照することにより、適切な医療サービスの提供体制の確保に資すること。

(提供対象情報)

第2条 この要領により、提供を行う情報は、次に掲げるとおりとする。

- （1）概況調査票、認定調査票及び特記事項
- （2）医師意見書
- （3）障がい支援区分認定審査会資料
- （4）審査判定議事録
- （5）障がい支援区分認定結果

2 第1条第1号又は第2号の情報の提供については、前項第1号及び第2号を対象とする。

ただし、前項第2号については、医師意見書の同意欄に主治医の同意がある場合に限り対象とする。

第1条第3号の情報の提供については、前項第1号から第4号までを対象とする。

第1条第4号の情報の提供については、前項第1号の概況調査票（1から6に限る）及び認定調査票を対象とする。

第1条第5号の情報の提供については、前項第5号を対象とする。

(提供申出者)

第3条 情報の提供は、次の各号に掲げる者に対し、その者からの申し出に基づき行う。

- （1）本人（法定後見人及び任意後見人契約に基づき療養看護に関する事務についての代理権が付与されている後見人を含む。）
- （2）本人の親族（本人が死亡している場合を含む。）

(3) 本人と障がい福祉サービス及び地域相談支援給付の提供に係る契約を締結し、もしくは締結を予定している事業者（該当事業者に属する者を含む。）

(4) 本人とサービス等利用計画作成に係る契約を締結し、もしくは締結を予定している指定相談支援事業者、並びに本人からの相談に応じる委託相談支援事業者（当該事業者に属するものを含む。）

(5) 医師意見書を記載した医師

2 第1条第1号又は第2号の情報の提供については、前項第1号、第2号、第3号又は第4号の者からの申し出に基づき行う。

第1条第3号の情報の提供については、前項第1号又は第2号の者からの申し出に基づき行う。

第1条第4号の情報の提供については、申し出を必要とせず、認定調査時に前項第1号の者に交付する。

第1条第5号の情報の提供については、前項第5号の者からの申し出に基づき行う。

(申し出の手続)

第4条 前条第1項第1号、第2号、第3号又は第4号の者が情報の提供の申し出を行う場合は、「区分認定等の情報提供に係る申出書」（様式1）（以下、「申出書」という。）の申請者欄、障がい者本人欄、提供目的欄及び提供情報欄を記載し、該当区保健福祉センター保健福祉課に提出しなければならない。

前条第1項第2号、第3号又は第4号の者が情報の提供の申し出を行う場合は、申出書の本人同意欄に本人の氏名が記載されていなければならない。

ただし、本人が死亡している場合に前条第2号の者が第1条第3号の情報の提供の申し出を行う場合は、本人同意欄に本人氏名の記載を必要としない。

2 前項の申し出を行う場合において、申し出を行う者は、自己が前条第1項各号に規定する者（前条第1項第3号又は第4号に該当する場合にあっては、当該事業者に所属する者を含む。）であることを証する書類を提示しなければならない。

3 前条第1項第5号の者は、本人の医師意見書の「その他特記すべき事項」欄に区分認定結果の情報の提供を求める旨を記載しなければならない。

(情報の提供)

第5条 前条による申し出を受けた区保健福祉センター所長は、次の各号のいずれかに該当する場合を除き、速やかに申し出に係る情報の提供を行うものとする。

(1) 当該申し出に係る区分認定について、大阪市障がい支援区分認定審査会の審査及び判定が終了していない場合。ただし、概況調査票（6～11）は除く。

(2) 第3項の照会の結果、診療上の支障が生じる旨の回答があった場合。ただし、診療上の支障が生じる部分に限る。

(3) その他、情報の提供ができない特段の事情がある場合。

2 情報の提供は、介護給付費等支給申請書の同意欄又は申出書の本人同意欄に本人氏名

の記載がある場合に限る。

- 3 第3条第1項第1号又は第2号の者から第2条第1項第2号の提供の申し出があつた場合、「障がい支援区分認定医師意見書の情報提供に係る診療上の支障について」(様式2)により診療上の支障の有無について当該医師に照会することとする。
- 4 資料を交付する場合は、その写しとし、同一の申出者につき1部に限るものとする。
- 5 第2条第1項第5号の提供は、医師意見書を記載した医師に対しては「障がい支援区分認定結果について」(様式3)によりおこなうこととする。

(提供を受けた者の遵守事項)

第6条 第3条第1項各号の者が情報の提供を受けた場合、次の事項を遵守しなければならない。

- (1) 提供を受けた本人の情報(以下「本人情報」という。)又は親族の情報(以下「親族情報」という。)を、情報の提供を申し出た目的(以下「提供目的」という。)以外の目的に使用しないこと。
- (2) 提供目的で本人情報を本人以外の者に知らせもしくは提供する場合であっても、本人の同意を得ること。提供目的で親族情報を当該親族以外の者に知らせもしくは提供する場合であっても、当該親族の同意を得ること。ただし、第3条第1項第3号又は第4号の者は、文書による同意を得ること。
- (3) 資料の写しを提供された場合は、当該写し(以下「提供資料」という。)を厳重に管理し、紛失、破損しないよう適正な保管に努めること。第3条第1項第2号から第5号までの者が提供資料を紛失、破損した場合は、直ちに本人に連絡し、その指示に従い善処すること。
- (4) 本人又は本市から提供資料の提示、提出又は返還を求められたときは、いつでもこれに応じること。
- (5) 第3条第1項第3号又は第4号の者は、本人と障がい者福祉サービスに係る契約関係が終了したとき、その他提供資料を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該提供資料(複写し、または複製したものを含む。)を本人に提出するか又は責任を持って廃棄すること。
- (6) 第3条第1項第3号又は第4号の者が第2条第1項第2号について情報提供を受けた場合、診療上の支障が生じる可能性があるため、本人を含む他人に知らせもしくは提供しないこと。
- (7) 第3条第1項第3号又は第4号の者は、所属する者又はかつて所属していた者が、この条の各号の事項を遵守するよう必要な措置を講じること。

(遵守事項違反に対する措置)

第7条 第3条第1項各号の者が情報の提供を受け、第6条の事項を遵守しなかつた場合、第5条第1項の規定にかかわらず、その時以降の情報の提供を行わないことができる。

(委任)

第8条 この要領に定めるもののほか、情報提供の実施について必要な事項は、専管する担当課長が別に定める。

附 則

(施行期日)

第1条 この要領は平成18年4月1日から実施する。

(委託相談支援事業者)

第2条 第3条第1項第4号に規定する委託相談支援業者については、平成18年4月1日から平成18年9月30日までは、児童福祉法第6条の2第1項に規定する障害児相談支援事業を行っている者、身体障害者福祉法第4条の2第1項規定する身体障害者相談支援事業を行っている者、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第50条の2第6項に規定する精神障害者地域生活支援センターの設置者、知的障害者福祉法第4条に規定する知的障害者相談支援事業を行っている者とする。

附 則

(施行期日)

この要領は平成19年4月1日から実施する。

附 則

(施行期日)

この要領は平成25年4月1日から実施する。

附 則

(施行期日)

この要領は平成26年4月1日から実施する。

附 則

(施行期日)

この要領は平成31年3月1日から実施する。

附 則

(施行期日)

この要領は令和3年4月1日から実施する。

様式 1

区分認定等の情報提供に係る申出書

年 月 日

(あて先)大阪市_____区保健福祉センター

私は、次により障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障がい支援区分認定等に関する情報について、提供されるよう申し出ます。

なお、情報の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、私の責任で情報を適正に管理することを約します。

申出者	氏名	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
	事業者名称		<input type="checkbox"/> 親族 ()
	住所 (所在地)		<input type="checkbox"/> 事業者

障がい者本人	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	大阪市 区
提供目的	<input type="checkbox"/> 良質な障がい福祉サービス提供のため	
	<input type="checkbox"/> サービス等利用計画案作成のため	
	<input type="checkbox"/> 障がい支援区分認定に関する相談などのため	
提供情報	<input type="checkbox"/> 概況調査票	<input type="checkbox"/> 認定調査票
	<input type="checkbox"/> 特記事項	
	<input type="checkbox"/> 医師意見書	
	<input type="checkbox"/> 区分認定審査会資料	<input type="checkbox"/> 審査判定議事録 (本人関連部分のみ)

【本人同意欄】

私は、申出者が次の者であることを証明するとともに、大阪市が保有する私の前記情報について、申出者に提供することに同意します。

- 私の親族 ()
 障がい福祉サービス提供事業者 ()
 相談支援事業者 ()

本人氏名 _____

遵守事項

様式 1

- 私は、提供を受けた障がい者（以下「本人」という。）の情報（以下「本人情報」という。）または本人の親族の情報（以下「親族情報」という。）を情報の提供を申し出た目的（以下「提供目的」という。）以外の目的に使用しません。
- 私は、提供目的で本人情報を本人以外の者に、親族情報を当該親族以外の者に知らせ若しくは提供する場合であっても、本人、当該親族の同意を得て行います。私（事業者）は、文書による同意を得て行います。
- 私は、資料の写しを提供された場合は、提供された資料の写し（以下「提供資料」という。）を厳重に管理し、紛失・破損しないよう適切な保管に努めるとともに、提供資料を紛失または破損した場合は、直ちに本人に連絡し、その指示に従い善処します。
- 私は、本人または大阪市から、提供資料の提示、提出または返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。
- 私（事業者）は、本人との障がい福祉サービスの契約関係が終了したとき、その他提供資料を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該提供資料（複写し、または複製したものも含む。）を本人に提出するかまたは責任を持って廃棄します。
- 私（事業者）は、医師意見書について情報提供を受けた場合、診療上の支障が生じる可能性があるため、私以外の者（本人を含む。）に知らせ若しくは提供しません。
- 私（事業者）は、私に属する者またはかつて所属していた者が、前記の規定1から6を遵守するよう必要な措置を講じます。

※上記の遵守事項に違反した場合、今後の資料提供が受けられなくなる場合があります。

情報提供制度の概要について

提供目的	良質な障がい福祉サービス提供のため	サービス等利用計画作成のため	障がい支援区分認定に関する相談などのため
申出者	本人・親族・事業者	本人・親族・事業者	本人・親族
※1 提供情報	概況調査票	○	○
	認定調査票	○	○
	特記事項	○	○
	医師意見書	○※2・※3	○※2・※3
	区分認定審査会資料	×	○
	審査判定議事録	×	○

※1 情報提供は、「介護給付費等支給申請書」もしくは「区分認定等の情報提供にかかる申出書」において、情報提供についての本人の同意がある場合にのみ行います。

※2 障がい福祉サービス計画作成のため、医師意見書を情報提供する場合は、「サービス等利用計画作成に利用されること」について、医師の同意がある場合にのみ行います。

※3 医師意見書を本人・親族に情報提供する場合は、診療上の支障の有無について、医師に改めて照会し、支障が生じない場合にのみ行います。

年 月 日

医療機関名 _____

様

_____ 区保健福祉センター保健福祉課長
(担当 : _____ TEL _____)

障がい支援区分認定医師意見書の情報提供に係る診療上の支障について(照会)

平素は、大阪市の保健福祉行政をご理解、ご協力を賜り、お礼申しあげます。

さて、当区保健福祉センター保健福祉課窓口におきまして、次の医師意見書作成対象者の障がい支援認定に係る説明を求める旨の申し出がありました。

その説明を行う際に、医師意見書が必要となります。情報提供(説明の際、医師意見書の提示またはその写しの交付)することにより、本人が傷病名を知った場合などの、診療上の支障の有無について、別紙「障がい支援区分認定医師意見書の情報提供に係る診療上の支障について(回答)」により、_____月_____日までにご回答くださいますようお願い申しあげます。

なお、支障が無いとご回答いただきました内容につきましては、本人に説明を行い、提示またはその写しの交付をすることがありますので、よろしくお願いします。

記

情報提供申出者	(本人との関係)
---------	-----------

医師意見書 作成対象者	(フリガナ) 氏名	
	住 所	
	生年月日	年 月 日
	性 別	男 • 女
医師意見書作成年月日		年 月 日

年 月 日

大阪市 区保健福祉センター
保健 福祉 課 長

医療機関の所在地 _____
医療機関の名称 _____
医 師 の 氏 名 _____

障がい支援区分認定医師意見書の情報提供に係る診療上の支障について(回答)

年 月 日付けて照会のあった _____ に係る障がい支援区分認定医師意見書を情報提供するにあたり、診療上の支障の有無について、次のとおり回答します。

記

支障はありません

支障があります

支障箇所 _____

理由 _____

※該当する□にチェックをしてください。支障がある場合は、その箇所及び支障がある理由を具体的に記入してください。

年 月 日

医療機関名 _____

_____ 様

区保健福祉センター 保健福祉課長
(担当 : TEL)

障がい支援区分認定結果について (通知)

障がい支援区分認定の医師意見書に認定結果通知のご要望がありましたので、次のとおり通知します。

記

1 申 請 者

氏名 _____

住所 _____

2 認 定 結 果

- ・ 非該当
- ・ 該当 (区分 1・2・3・4・5・6)

3 認定有効期間

年 月 日 ~ 年 月 日