

個 人 情 報 フ ァ イ ル 簿

| | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 個人情報ファイルの名称 | 「地域における要援護者の見守りネットワーク強化事業」の「要援護者名簿」 | |
| 行政機関等の名称 | 大阪市長 | |
| 個人情報ファイルが利用に供される事務をつかさどる組織の名称 | 平野区役所保健福祉課（地域福祉） | |
| 個人情報ファイルの利用目的 | 地域における要援護者の見守りネットワーク強化事業に関する事務において利用する。 | |
| 記録項目 | 別紙１のとおり | |
| 記録範囲 | 地域における要援護者 | |
| 記録情報の収集方法 | 総合福祉システムからの障がい者情報の抽出、介護保険システムからの高齢者情報の抽出、区保健福祉センターからの難病患者の情報の提供、要援護者本人・家族からの聴き取り及び関係機関からの情報の提供 | |
| 要配慮個人情報が含まれるときは、その旨 | 含む | |
| 記録情報の経常的提供先 | 個人情報の取扱いに関する協定締結の上、各区で名簿提供を行っている地域団体（地域団体への提供について同意があった者に係る情報で、別紙２の項目の中から定型様式を元に、記載事項を抽出したものに限る） | |
| 開示請求等を受理する組織の名称及び所在地 | （名 称）総務局行政部行政課（情報公開グループ） | |
| | （所在地）〒530-8201 大阪市北区中之島１丁目３番20号 | |
| 訂正及び利用停止に関する他の法令の規定による特別の手続等 | — | |
| 個人情報ファイルの種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 法第60条第２項第１号 （電算処理ファイル） | <input type="checkbox"/> 法第60条第２項第２号 （マニュアル処理ファイル） |
| | 政令第21条第７項に該当するファイル <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 行政機関等匿名加工情報の提案の募集をする個人情報ファイルである旨 | 非該当 | |
| 行政機関等匿名加工情報の提案を受ける組織の名称及び所在地 | — | |
| 行政機関等匿名加工情報の概要 | — | |
| 作成された行政機関等匿名加工情報に関する提案を受ける組織の名称及び所在地 | — | |
| 作成された行政機関等匿名加工情報に関する提案をすることができる期間 | — | |
| 記録情報に条例要配慮個人情報が含まれているときはその旨 | 含まない | |
| 備 考 | | |

見守り相談システムにおいて記録される項目

| | | | |
|----|-------------------|----|-------------------|
| 1 | 氏名（カナ・漢字） | 36 | 疾患 |
| 2 | 生年月日 | 37 | 服薬 |
| 3 | 年齢 | 38 | 健康管理 |
| 4 | 性別 | 39 | 成年後見人の有無 |
| 5 | 郵便番号 | 40 | 成年後見にかかる特記事項 |
| 6 | 住所・方書 | 41 | 単身世帯の有無 |
| 7 | 連絡先 | 42 | 世帯人数 |
| 8 | 緊急連絡先情報 | 43 | 世帯構成 |
| 9 | 被保険者番号 | 44 | 住居種別 |
| 10 | 送付先情報 | 45 | 年金受給の有無 |
| 11 | 要介護度 | 46 | 年金受給額 |
| 12 | 日常生活自立度 | 47 | 同意確認の有無 |
| 13 | 施設種別 | 48 | 同意結果区分 |
| 14 | 施設名称 | 49 | 同意確認その他事項 |
| 15 | 利用する介護サービス名称 | 50 | 要配慮事項 |
| 16 | 利用する介護サービス事業者名 | 51 | 訪問時留意事項 |
| 17 | 障がい手帳番号 | 52 | 地域区分 |
| 18 | 手帳発行区 | 53 | 生活保護の受給状況 |
| 19 | 福祉台帳番号 | 54 | 担当民生委員 |
| 20 | 手帳種別 | 55 | 支援経過記録 |
| 21 | 障がい等級（身体・精神） | 56 | 見守り支援の有無・支援者 |
| 22 | 障がい程度区分（知的） | 57 | 新規（新規の場合は新規と記載する） |
| 23 | 障害自立度 | | |
| 24 | 障がい名 | | |
| 25 | 手帳交付年月日 | | |
| 26 | 手帳有効期限 | | |
| 27 | 利用する障がい福祉サービス名称 | | |
| 28 | 利用する障がい福祉サービス事業者名 | | |
| 29 | サービス事業者連絡先 | | |
| 30 | その他のサービス利用状況 | | |
| 31 | 医療機器の使用及びその他事項 | | |
| 32 | 医療機関名 | | |
| 33 | 医療機関連絡先 | | |
| 34 | 入院先の有無 | | |
| 35 | 入院先の医療機関 | | |

地域提供リストにおいて記録される項目

| | | | |
|----|-------------------|----|---------|
| 1 | 氏名（カナ・漢字） | 26 | 地域区分 |
| 2 | 生年月日 | 27 | 担当民生委員 |
| 3 | 年齢 | 28 | 返信・訪問区分 |
| 4 | 性別 | 29 | 初回同意日 |
| 5 | 郵便番号 | | |
| 6 | 住所・方書 | | |
| 7 | 連絡先 | | |
| 8 | 緊急連絡先情報 | | |
| 9 | 要介護認定の有無 | | |
| 10 | 日常生活自立度の有無 | | |
| 11 | 施設入所の有無 | | |
| 12 | 利用する介護サービス名称 | | |
| 13 | 障がい認定の有無 | | |
| 14 | 障がい種別 | | |
| 15 | 利用する障がい福祉サービス名称 | | |
| 16 | 難病・医療機器の使用及びその他事項 | | |
| 17 | 医療機関名 | | |
| 18 | 医療機関連絡先 | | |
| 19 | 疾患 | | |
| 20 | 服薬 | | |
| 21 | 世帯人数 | | |
| 22 | 世帯の状況 | | |
| 23 | 見守り支援の有無・支援者 | | |
| 24 | 支援事項 | | |
| 25 | 要配慮事項 | | |