

大鰐町介護保険の要介護認定等に係る情報の提供に関する要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険被保険者（以下「被保護者」という。）が心身の状況及び生活環境等に応じた適切な介護サービスを受けることができるよう、被保険者、家族及びその他関係者に要介護認定及び要支援認定に関連する情報の提供をすることについて、必要な事項を定めるものとする。

(情報の提供対象者)

第2条 情報の提供を受けることができる者は、次の各号に掲げるものとする。

- (1) 被保険者又は法定代理人
- (2) 被保険者の家族（3親等以内の親族に限る。）
- (3) 次に掲げる者

ア 被保険者と居宅介護支援の提供に係る契約を締結し、又は締結を予定している居宅介護支援事業者等で介護（介護予防）サービス計画作成依頼届が既に提出されている事業者

イ 被保険者と施設サービスの提供に係る契約を締結し、又は締結を予定している介護保険施設

ウ 被保険者と居宅サービスの提供に係る契約を締結し、又は締結を予定している指定特定施設入居者生活介護事業者

エ 被保険者と地域密着型サービスの提供に係る契約を締結し、又は締結を予定している指定小規模多機能型居宅介護事業者、指定認知症対応型共同生活介護事業者、指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業者、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業者又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業者

オ 被保険者と介護予防支援の提供に係る契約を締結し、又は締結を予定している指定介護予防支援事業者から当該介護予防支援の提供に係る委託を受けた指定居宅介護支援事業者で、介護（介護予防）サービス計画作成依頼届が既に提出されている事業者

カ 被保険者と介護予防ケアマネジメントの提供に係る契約を締結し、又は締結を予定している地域包括支援センター設置者（大鰐町長を除く。）若しくは地域包括支援センター設置者から当該介護予防ケアマネジメントの提供に係る委託を受けた指定居宅介護支援事業者

キ 被保険者と介護予防サービスの提供に係る契約を締結し、又は締結を予定している指定介護予防特定施設入居者生活介護事業者

ク 被保険者と地域密着型介護予防サービスの提供に係る契約を締結し、又は締結を予定している指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者若しくは指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者

（４） 被保険者の主治医
（提供の対象となる情報）

第 3 条 提供の対象となる情報は、次の各号に掲げるものとする。

- （１） 認定調査票（概況調査、基本調査及び特記事項。ただし、調査実施者が特定される部分を除く。）
- （２） 主治医意見書（介護（介護予防）サービス計画に利用することの同意欄について、当該主治医意見書を作成した医師の同意がある場合に限る。）
- （３） 認定結果に関する資料（介護認定審査会の審査判定が終了している場合に限る。）

(4) 調査に基づくコンピュータによる一次判定結果

(申請の手続)

第4条 情報の提供を受けようとする者は、大鰐町介護保険の要介護認定等に係る情報提供申請書(様式第1号)を町長に提出するものとする。

2 介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの提供に係る委託を受けた指定居宅介護支援事業者が情報の提供を受けようとするときは、委託者が前項の申請を代わりに行うことができるものとする。

3 申請者(前項の規定に基づき申請を代わりに行う委託者を除く。以下同じ。)は、第1項の申請を行う場合においては、第2条各号に規定する者であることを証する書類(同条第3号に規定する者である場合にあっては当該事業者の従業員であることを証する書類を含む。)を提示しなければならない。

(情報提供の方法等)

第5条 町長は、前条の申請を受けたときは、特別の事情がある場合を除き、申請に係る情報の閲覧又は写し(第3条第1号に規定する情報については、記入者が特定される部分を覆って複写したもの)を交付するものとする。

2 前項の規定により交付する写しは、申請に係る一の情報につき1部を限度とする。

(遵守事項)

第6条 情報の提供を受けた者は、次の各号に定める事項を遵守しなければならない。

(1) 提供を受けた情報を申請事由以外の目的に使用しないこと。

(2) 被保険者に関する情報を被保険者の文書による同意を得ることなく当該家族以外の者に知らせ、又は提供しないこと。

(3) 被保険者の家族に関する情報を当該家族の文書による同意を

得ることなく当該家族以外の者に知らせ、又は提供しないこと。

(4) 提供を受けた情報を申請事由以外の目的で複写し、又は複製しないこと。

(5) 提供を受けた情報を、紛失、漏えい、破損等の事故がないように厳重に管理するとともに、事故があった場合には、直ちに大鰐町に連絡し、その指示に従うこと。

(6) 被保険者との介護サービスの提供に係る契約関係が終了した場合、その他提供を受けた情報を所有する必要がなくなったときは、速やかに当該情報（複写し、又は複製したものを含む。）を責任もって廃棄すること。

(7) 被保険者又は大鰐町から提供を受けた情報の提出又は返還を求められたときは、速やかにこれに応じること。

（遵守事項違反に対する措置）

第7条 町長は、情報の提供を受けた者が前条各号に規定する事項に違反したときは、提供した情報の返還を求めるとともに、以後の情報の提供を行わないことができる。

（費用負担）

第8条 この要綱に基づく情報提供に要する費用は、無料とする。ただし、情報提供の方法が資料の写しの交付による場合にあっては、当該要介護認定情報の写しの作成及び送付に要する費用は、申請者の負担とする。

2 前項の規定により負担しなければならない費用は、別表に定める額とする。

（申請の却下）

第9条 町長は、第2条の条件に該当しない場合は、開示請求を却下し、情報提供却下通知書（様式第2号）を送付するものとする。

（不服申立て）

第10条 町長は、情報開示に対する不服申立てがあったときは、これを調査し、必要に応じ措置を講じなければならない。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか、情報の提供に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則 (平成21年告示第12号)

この要綱は、告示の日から施行し、平成21年1月1日から適用する。

附 則 (平成26年告示第94号)

この要綱は、平成26年9月1日から施行する。

附 則 (令和3年告示第118号)

この要綱は、令和3年10月1日から施行する。

別表（第9条第2項関係）

区 分		金 額
文書、図書又は写真	複写機により、A3 版サイズ以内に複写したもの(白黒)	片面1枚につき 10円
	複写機により、A3 版サイズ以内に複写したもの(カラー)	片面1枚につき 80円
送付に要する費用		郵送料に相当する額

様式第1号 (第4条関係)

大鰐町介護保険の要介護認定等に係る情報提供申請書

年 月 日

大鰐町長 様

介護保険被保険者の要介護認定等に係る情報の提供を受けたいので、大鰐町介護保険の要介護認定等に係る情報の提供に関する要綱第4条第1項の規定により申請します。

申請者	氏名 (事業者(所)又は施設名称) 代表者又は管理者	被保険者の関係	<input type="checkbox"/> 本人又は法定代理人
	閲覧者 (上記以外の場合)		<input type="checkbox"/> 家族 (続柄) <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者(所) <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他 ()
	住所(所在地) 電話番号		電 話

被保険者	氏 名	被保険者番号													
	生年月日	年 月 日 (歳)	性 別	男 ・ 女											
	住 所														
申請事由	1 介護 (介護予防) サービス計画を作成するため 2 適切な介護サービスを利用するため 3 介護保険施設入所手続きのため (施設名) 4 その他 ()														
対象情報	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (概況調査・基本調査・特記事項) <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定結果に関する資料 <input type="checkbox"/> 調査に基づくコンピュータによる一次判定結果										<input type="checkbox"/> 閲 覧 <input type="checkbox"/> 写 し				

要介護認定・要支援認定申請書に情報開示に同意の旨の本人署名がある場合には、下記記入不要。

被保険者同意欄	私は、申請者が下記の者であることを証するとともに、大鰐町が保有する私の上記情報について申請者に提供することに同意します。	
	<input type="checkbox"/> 私の家族	
	<input type="checkbox"/> 私の主治医	
	<input type="checkbox"/> 私と契約を締結した介護サービス提供事業者	
	<input type="checkbox"/> 私と契約を締結する予定の介護サービス提供事業者	
	署 名	
	(代理人)	_____
	(被保険者との関係) _____

(裏 面)

(遵守事項)

- (1) 提供を受けた情報を申請事由以外の目的には使用しないこと。
- (2) 被保険者に関する情報を被保険者の文書による同意を得ることなく当該家族以外の者に知らせ、又は提供しないこと。
- (3) 被保険者の家族に関する情報を当該家族の文書による同意を得ることなく当該家族以外の者に知らせ、又は提供しないこと。
- (4) 提供を受けた情報を申請事由以外の目的で複写し、又は複製しないこと。
- (5) 提供を受けた情報を、紛失、漏えい、破損等の事故がないように厳重に管理するとともに、事故があった場合は、直ちに大鰐町に連絡し、その指示に従うこと。
- (6) 被保険者との介護サービスの提供に係る契約関係が終了した場合、その他提供を受けた情報を所有する必要がなくなったときは、速やかに当該情報（複写し、又は複製したものを含む。）を責任もって廃棄すること。
- (7) 被保険者又は大鰐町から提供を受けた情報の提出又は返還を求められたときは、速やかにこれに応じること。

(遵守事項に違反した場合の措置)

町長は、情報の提供を受けた者が遵守事項に規定する事項に違反したときは、提供した情報の返還を求めるとともに、以後の情報の提供を行わないことがある。

様式第2号 (第9条関係)

情報提供却下通知書

年 月 日

様

大鰐町長

年 月 日にあなたが行った介護保険要介護認定等に係る情報提供申請を却下します。

被 保 険 者	氏 名		被保険者番号																	
	生年月日	年 月 日 (歳)	性 別	男 ・ 女																
	住 所																			

却下理由

問い合わせ先

大鰐町役場 保健福祉課 介護保険係

住所 大鰐町大字大鰐字羽黒館5番地3

電話 0172-55-6568