

## 伊勢原市における要介護認定等に係る情報提供に関する事務処理要領

### (趣旨)

第1条 この要領は、介護支援専門員等が要介護者又は要支援者（以下「本人」という。）について介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するに当たり、本人の負担を軽減することを目的として、市が行う本人の要介護認定又は要支援認定（以下「要介護認定等」という。）に係る情報の提供について必要な事項を定めるものとする。

### (情報の提供)

第2条 市長は、次に掲げる者に対し、本人の要介護認定等に係る情報を提供することができる。

- (1) 本人と居宅介護支援又は施設サービスの提供に係る契約を締結し、又は締結することを予定している指定居宅介護支援事業者若しくは基準該当居宅介護支援事業者又は介護保険施設（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）の管理者
- (2) 指定居宅介護支援事業者等に勤務し、本人の介護サービス計画を作成する介護支援専門員
- (3) 本人の介護予防サービス計画を作成する地域包括支援センターの管理者

2 市長は、前項の規定による情報の提供に当たっては、事前に本人の同意を得なければならない。この場合において、本人の同意は、介護保険（要介護・要支援）認定申請書における同意欄において確認するものとする。

3 前項に規定する同意欄において本人の同意を確認することが困難な場合においては、市長が適当と認める書面をもって本人の同意を確認することができるものとする。

### (情報提供の対象)

第3条 この要領に基づき提供することができる情報は、次に掲げるものとする。

- (1) 認定調査票（特記事項に限る。）
- (2) 介護認定審査会資料（コンピュータにより出力された基本調査結果の記載されたもの）
- (3) 主治医意見書
- (4) 介護認定審査会の判定日及び判定結果
- (5) 介護保険法第27条第5項及び同法第32条第4項に規定する介護認定審査会の意見

2 前項第3号に規定する主治医意見書に係る情報の提供に当たっては、当該主治医意見書を作成した医師の同意を要する。この場合において、当該医師の同意は、主治医意見書における介護サービス計画に利用されることの同意欄において確認するものとする。

### (申込みの手続)

第4条 情報の提供を受けようとする者（以下「情報提供申込者」という。）は、次に掲げる書類を市長に提出しなければならない。

- (1) 居宅（介護予防）サービス計画作成・介護予防ケア・マネジメント依頼（変更）届出書（第1号様式）

(2) 要介護認定等に係る情報提供申込書（第2号様式。以下「情報提供申込書」という。）

2 情報提供申込者は、情報の提供の申込みを行う場合には、第2条第1項各号に掲げる者であることを証する書類を提示しなければならない。

3 情報の提供の申込みができる期間は、本人の要介護認定等の認定日から当該要介護認定等の有効期間満了日までの間とする。

4 情報提供申込者が、第1項第1号の規定による届出書に記載された事業者であり、その

所在及びその所属である身分等が明らかな場合は、電話、ファクシミリ又は電子メール等により情報の提供の申込みを予約し、写しの交付時に必要書類を提出することができる。

(写しの交付)

第5条 市長は、情報の提供の申込みがあった場合は、特段の事情があるときを除き、速やかに第3条第1項各号に掲げる情報のうち相当と認めるものの写しを交付するものとする。ただし、速やかに交付することができない場合にあつては、情報提供申込者に交付予定日を明示し、交付予定日以後に交付するものとする。

2 前項の交付予定日は、特段の事由がある場合を除き、情報の提供の申込みがあった日から1週間以内とする。

3 情報提供申込者は、写しの交付を受けようとする場合には、第2条第1項各号に掲げる者であることを証する書類を提示しなければならない。

4 第1項の規定により交付する写しの数は、同一の情報提供申込者につき1部に限るものとする。

5 第1項の規定による写しの交付に要する費用は、次条に掲げる場合を除き、徴収しない。

6 情報提供申込者は、写しの交付を受けたときは、要介護認定等に係る情報提供資料受領書(第3号様式)を提出しなければならない。

(郵送による写しの交付)

第6条 前条第1項の規定による写しの交付は、情報提供申込者が希望する場合にあつては、郵送によることができるものとする。

2 前項の郵送は、簡易書留郵便によることを原則とし、情報提供申込者あての親展とする。

3 前2項の規定に基づき郵送により写しを交付する場合は、情報提供申込者は、これに要する実費を負担しなければならない。

(代理人による手続)

第7条 情報提供申込者と同一の事業所等に属する者で情報提供申込者から代理人として委任を受けたもの(以下「代理人」という。)は、情報提供申込者に代わって前2条に規定する手続をすることができる。

2 前2条の規定は、代理人の手続にこれを準用する。ただし、代理人が情報提供申込者に代わって申込みをしようとする場合は、情報提供申込書に情報提供申込者が介護サービス計画作成予定者等であることを証する書類の写しを添付しなければならない。

3 市長は、前項に規定する介護サービス計画作成予定者等であることを証する書類の写しを情報提供申込書とともに保存するものとする。

(情報の提供を受けた者の遵守事項)

第8条 情報の提供を受けた者は、次に掲げる事項を遵守しなければならない。

(1) 資料を本人の介護サービス計画又は介護予防サービス計画作成以外の目的に使用しないこと。

(2) 資料を本人、親族等に知らせ、又は提供しないこと。

(3) 資料をサービス担当者会議等において用いる場合は、あらかじめ本人の同意を文書により得ておくこと。

(4) 資料を厳重に管理し、紛失又は破損しないよう適正な保管に努めること。また、資料を紛失又は破損した場合は、直ちに市に連絡し、その指示に従うこと。

(5) 本人とのサービス提供に係る契約事務が終了したとき、その他資料を所持する必要が

なくなったときは、原則として、速やかに、当該資料（それを複写し、又は複製したものを含む。次号において同じ。）を責任を持って廃棄すること。

(6) 市長から資料の提示若しくは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。

2 第2条第1項各号に掲げる者で、情報の提供を受けた者は、自らの職員又は職員であった者に対し、前項各号に規定する事項を遵守するよう必要な措置を講じなくてはならない。  
(遵守事項違反に対する措置)

第9条 市長は、情報の提供を受けた者が前条に規定する事項を遵守しなかった場合は、当該遵守しなかった者に対して、その後の情報の提供を拒否することができるものとする。  
(本人及び親族への情報提供の取扱い)

第10条 本人又は親族への情報提供については、医学的見地並びに介護者本人又は親族に対して、基本的人権及び平穏なる介護生活上の配慮を必要とする場合があるため、原則として伊勢原市個人情報保護条例（平成19年伊勢原市条例第9号）の規定に基づき処理するものとする。

2 前項の規定にかかわらず、介護保険担当課長が介護上の緊急性又は必要性により適当と認める場合は、情報の全部又は開示できる情報の一部を提供することができる。  
(委任)

第11条 本要領に定めるもののほか、情報の提供の実施について必要な事項は、別に定める。

附 則（平成13年12月10日告示第142号）

この告示は、平成14年1月4日から施行する。

附 則

この告示は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

この告示は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この告示は、平成28年1月1日から施行する。

附 則（平成28年3月30日告示第74号）

この告示は、公表の日から施行し、改正後の伊勢原市における要介護認定等に係る情報提供に関する事務処理要領の規定は、平成28年4月1日から適用する。

附 則（令和2年3月31日告示第55号）

この告示は、令和2年4月1日から施行する。

附 則（令和4年8月1日告示第114号）

この告示は、公表の日から施行する。

第1号様式(第4条関係)

居宅(介護予防)サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

被保険者氏名	被保険者番号	個人番号	生年月日	性別
			年 月 日	
居宅サービス計画作成について (いずれかの数字を○で囲んでください)	1. 居宅介護支援(小規模多機能型居宅介護)事業者に依頼する。 2. 事業者に依頼しない(被保険者が作成する) 3. 介護予防支援(介護予防小規模多機能型居宅介護)事業者/地域包括支援センターに依頼する。			
居宅(介護予防)サービス計画作成を事業者に依頼する場合又は、 介護予防ケアマネジメントの作成を地域包括支援センターに依頼する場合に、記入してください。				
事業者の事業所名	事業者の所在地		〒	
			電話番号 ( )	
介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成を居宅介護支援事業者に委託する場合に、 委託先の事業者を記入してください。				
事業者の事業所名	事業者の所在地		〒	
			電話番号 ( )	
事業者の変更事由				
開始(変更)年月日 ( 年 月 日)				
(介護予防)小規模多機能型居宅介護の利用開始月における、利用開始前の居宅サービス等の利用有無				
※(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者に変更する場合に、記入してください。				
<input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用あり	利用した居宅サービス			
<input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用なし				
伊勢原市長 様				
上記のとおり居宅(介護予防)サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。				
年 月 日				
住所				
被保険者		氏名		
		電話番号 ( )		
代理人	※届出者が被保険者から委任された代理人の場合に記入してください。			
委任年月日 ( 年 月 日)				
住所				
代理人	氏名			
	電話番号 ( )			
被保険者との関係				
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格			
	<input type="checkbox"/> 支援事業者(地域包括支援センター)番号			
	<input type="checkbox"/> 委託先居宅介護支援事業者番号			

要介護認定等に係る情報提供申込書

年 月 日

(宛先)伊勢原市長

私は、次の要介護者等の要介護認定又は要支援認定に係る情報提供について、伊勢原市における要介護認定等に係る情報提供に関する事務処理要領に基づき申込みます。  
申込者

法人名・事業者・施設名称	
事業者区分	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 事業者指定番号 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護保険施設
所在地	〒
フリガナ	
申込者氏名	
必要な情報	裏面の情報提供対象者一覧に記載する要介護認定又は要支援認定に係る情報 *取扱上の遵守事項を参照のこと

◎提供を受けようとする資料に関し、次の取扱上の注意を遵守します。

- (1) 本人の介護サービス計画作成以外の目的に使用しないこと。
- (2) 本人、親族等に知らせ、又は提供しないこと。(必要があれば、市から本人宛に提示又は提供をすること。)
- (3) サービス担当者会議等において用いる場合は、予め本人の同意を文書により得ておくこと。
- (4) 厳重に管理し、紛失又は破損しないよう適正な保管に努めること。また、紛失又は破損した場合は、直ちに市に連絡し、その指示に従うこと。
- (5) 本人の居宅介護支援又は施設サービスの提供に係る契約事務が終了したとき、その他所持する必要がなくなったときは、原則として、速やかに、当該資料(それを複写し、又は複製したものを含む。)を責任を持って廃棄すること。
- (6) 市から資料の提示若しくは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。

※情報提供を受けようとする申込者は、次の書類を提示してください。

介護支援専門員実務研修修了証明書(携帯用)  事業者等が発行する身分証明書

※代理人が申込手続きを行うときは、次の書類の写しを必ず添付してください。

申込者の介護支援専門員実務研修修了証明書(携帯用)  事業者が発行する代理人の身分証明書

修了証明書(携帯用)番号	確認者
身分証明書番号	

第2号様式(裏面)(第4条関係)

情報提供対象者一覧

※申込者は、太枠内をご記入ください。

No	フリガナ 氏 名	被保険者番号	生年月日	サービス 計画の区分	事務処理欄					備考
					2次判定日、 結果	審査会意見の 有無	サービス計画 作成依頼届出 状況	同意確認		
								本人	主治医	
			M T S 年 月 日	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設	..... -----	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 届出あり <input type="checkbox"/> 届出なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全(審査意なし) 基本シート・特記 主医意・審査意
			M T S 年 月 日	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設	..... -----	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 届出あり <input type="checkbox"/> 届出なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全(審査意なし) 基本シート・特記 主医意・審査意
			M T S 年 月 日	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設	..... -----	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 届出あり <input type="checkbox"/> 届出なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全(審査意なし) 基本シート・特記 主医意・審査意
			M T S 年 月 日	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設	..... -----	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 届出あり <input type="checkbox"/> 届出なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全(審査意なし) 基本シート・特記 主医意・審査意
			M T S 年 月 日	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設	..... -----	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 届出あり <input type="checkbox"/> 届出なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全(審査意なし) 基本シート・特記 主医意・審査意

◎施設入所者の施設サービス計画作成申出書 (居宅・介護予防サービス計画作成の場合、以下の欄は記入不用です。)

サービス計画の区分欄「施設該当者」は、当施設に入所又は入所予定のため、当施設において施設サービス計画を作成することを申し出ます。

年 月 日

入所開始(予定)年月日

介護保険施設名・所在地・電話番号

管理者氏名

第3号様式(第5条関係)

要介護認定等に係る情報提供資料受領書

年 月 日

(宛先)伊勢原市長

年 月 日に申し込んだ情報提供に関する資料について、次のとおり確認し受領しました。

受領者 \*受領者は、所属事業者等が発行する身分証明書を必ず提示してください。

所属事業者等名
氏名

申込内容		
	様ほか	件
申込資料にかかる非開示区分(同意の有無)	調査(基本特記)	主治医
うち本人が同意しなかったもの	件	件
うち本人は同意したが、主治医が同意しなかったもの	*****	件
うち認定申請はされているが認定されていないもの ( )	件	件
受領する件数	件	件
審査会意見		
受領日	年 月 日	

資格確認欄

修了証明書(携帯用)番号	確認者
身分証明書番号	