

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント重要事項説明書

<令和8年（2026年）6月1日現在>

1 支援事業者（法人）の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	一般社団法人 熊本市医師会
代 表 者 名	会長 園田 寛
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住所) 熊本市中央区本荘3丁目3番3号 (電話) 096-362-1221 (FAX) 096-366-3628

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	熊本市中央2地域包括支援センター
所在地・連絡先	(住所) 熊本市中央区本荘4丁目1番3号 (電話) 096-221-3242 (FAX) 096-221-3282
事 業 所 番 号	4300100023
所 長 名	田中 英一
管 理 者 名	井上 恵子

(2) 事業所の職員体制

従 業 者 の 職 種	人数 (人)	区分				常勤換算後の 人数(人)	職 務 の 内 容
		常勤(人)		非常勤(人)			
		専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者	1		1			0.1	職員管理、業務の総括
担 当 職 員	6	5		1		5.4	指定居宅介護支援事業の実施
そ の 他	4		2	2		2.9	電話、来所者への対応、会計事務処理等

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	向山・本荘・春竹の各小学校区
---------	----------------

(4) 営業日

営 業 日	営 業 時 間
月曜日～土曜日	8:30～17:15

営業しない日	日曜日・祝日・12月29日～1月3日
--------	--------------------

3 提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容・提供方法

- ア 介護予防サービス・支援計画の作成のための生活機能低下の背景・原因及び課題等の分析（アセスメント）
- イ 介護予防サービス・支援計画の作成
- ウ 介護予防サービス・支援計画に基づき、サービス事業者等との連絡調整及びその他の便宜の提供
- エ 介護予防サービス・支援計画の実施状況の把握及び達成状況に関する評価の実施
- オ 訪問介護事業所等から提供もしくはモニタリング等で担当職員が把握した利用者に関する状況の主治の医師等への情報提供
- カ 利用者の同意を得た上で、主治医等の意見を求め、意見を求めた主治医等に対して介護予防サービス・支援計画の交付
- キ 障害福祉制度の相談支援専門員との連携促進のため、特定相談支援事業者との連携の実施
- ク サービスの利用実績を確認し、給付管理票を提出する等の給付管理業務（初回のみケアマネジメントを除く）

- ケ 介護予防サービス・支援計画の変更に係る上記（ア）から（ウ）に関する業務
- コ 介護サービス・介護予防サービス等に関する利用者からの相談等への対応
- サ 要介護認定または要支援認定に係る申請の補助
- シ 介護予防・日常生活支援総合事業の基本チェックリストの実施
- ス その他介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る必要な便宜の供与

4 委託する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容・委託先

(1) 委託事業所

(2) 委託内容

- ア 介護予防サービス・支援計画（原案）の作成
- イ 要支援等認定の申請代行
- ウ アセスメントの実施
- エ サービス担当者会議の開催（初回のみのケアマネジメントを除く）
- オ 計画の実施状況の把握・評価
- カ 給付管理業務（初回のみのケアマネジメントを除く）
- キ 日常の利用者との連絡調整
- ク 主治医・サービス提供事業者等との連絡調整
- ケ その他事業所が委託先事業所に指示する事項

(3) 担当介護支援専門員

5 費用

(1) 利用料

要支援認定を受けられた方、または熊本市日常生活支援総合事業第1号事業の事業対象者は、介護保険制度から全額給付されるので自己負担はありません。

介護保険適用の場合でも、介護保険料の滞納等により、支援事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者の方は1ヶ月につき下記の利用料をお支払いください。

介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費（1月につき）	4, 420円（442単位）
------------------------------	----------------

【利用料の加算・減算について】

- ※ 新規に介護予防サービス・支援計画を作成する利用者の方に対して介護予防支援または介護予防ケアマネジメントを行った場合は、3, 000円（300単位）が加算されます。
- ※ 介護予防支援または介護予防ケアマネジメントの一部を指定居宅介護支援事業者へ委託して、適切な情報連携等を行った場合は、3, 000円（300単位）が加算されます。
- ※ 支援事業者が指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成十八年厚生労働省令第三十七号。以下「指定介護予防支援等基準」という。）第二十六条の二に規定する虐待防止措置を未実施の場合は、40円（4単位）が減算されます。
- ※ 支援事業者が指定介護予防支援等基準第十八条の二に規定する業務継続計画を未策定の場合は、40円（4単位）が減算されます。

※ 支援事業者が介護職員等処遇改善加算を算定する場合は、上記の加算・減算を反映した後の所定単位数に、当該加算により算定される単位数（所定単位数×21／1000）を加算します。

(2) 利用料等のお支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、末日までに下記口座への振り込み送金にてお支払いください。

※（担当職員が現金で直接いただくことはございません。）入金確認後、サービス提供証明書と領収証を発行します。

肥後銀行本店

普通預金口座（口座番号2477303）

口座名 一般社団法人 熊本市医師会在宅ケアセンター

所 長 田中 英一

6 事業所の特色等

(1) 事業の目的

熊本市医師会が運営する熊本市中央2地域包括支援センターは、介護保険法及び関係諸法規に基づき要支援認定者及び事業対象者に対し、利用者本位で権利性が発揮され、利用者の選択によるサービスが提供され、高齢者の自立支援の推進を図ることを目的とします。

(2) 運営方針

熊本市中央2地域包括支援センターは、要支援認定者及び事業対象者の心身の状況等に応じて適切な介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供するとともに、自らその提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの質の評価を行うこと、その他必要な措置を講ずることにより、常に介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを受ける者の立場に立ってこれを提供するものとします。

(3) 虐待防止に関する措置

熊本市中央2地域包括支援センターは、利用者の人権の擁護・虐待防止等のため、虐待防止の指針に基づき、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し年1回以上の研修を実施する等の措置を講じます。

(4) BCPに関する措置

熊本市中央2地域包括支援センターは、地震・風水害・感染症等の災害時にも必要な支援を継続するため、業務継続計画（BCP）に基づき必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し年1回以上の訓練を実施し、必要に応じて計画を見直す等の措置を講じます。

(5) カスタマーハラスメントに関する措置

熊本市中央2地域包括支援センターは、利用者が安心して相談・支援を受けられる環境を守るために、従業者の安全と尊厳を保持することを重要視しています。利用者または家族等からの言動の内、社会通念上相当な範囲を超え従業者の就業環境を害するおそれのある行為は、カスタマーハラスメントに該当する場合があります、そのような行為が認められた場合、カスタマーハラスメント行動指針に基づき必要に応じて対応方法の見直しを行う等の措置を講じます。

(6) その他

事 項	内 容
地域包括支援センター協議会及び連絡会	市、包括協議会による会議・研修会への参加、中央区役所、中央区管内包括による会議・研修会への参加
連絡会、研修会	圏域内居宅介護支援事業所、MSW等との連絡会、研修会参加
地域運営協議会	事業の円滑な運営、中立公正、研鑽、検証するため開催
従 業 員 研 修	ケアマネジメントの資質向上を図るため、様々な制度に関する事例検討会、研修への参加

7 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 井上 恵子 ご利用時間 8:30～17:15 ご利用方法 ①電話（096-221-3242） ②面接（当事業所相談室）③苦情箱（当事業所設置）
熊本市の窓口	熊本市役所 介護事業指導課 熊本市中央区手取本町1番1号 電話 096-328-2793
公的団体の窓口	熊本県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情・相談窓口 熊本市東区健軍2丁目4番10号 熊本県市町村自治会館5階 電話 096-214-1101

8 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの担当職員

あなたを担当する職員は_____ですが、やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡を致します。

9 その他

- (1) 利用者やその家族は、複数の居宅サービス事業所等の紹介や選定理由を求める事が出来ます。
- (2) 入院時における医療機関との連携を促進する観点から、入院などの際は担当介護支援専門員の氏名や連絡先を医療機関へ伝えていただきますようお願い致します。
- (3) 支援事業者が交付するサービス提供証明書等は、利用者の方の介護（予防）等に関する重要な書類なので、契約書・重要事項説明書等と一緒に大切に保管してください。

私は、本書面に基づいて支援事業者の職員（職名_____氏名_____）から上記重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住所

氏名

代理人（選任した場合）

住所

氏名