

重要事項説明書

		記入年月日	
記入者名		所属・職名	

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人等の種類	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	名称	(ふりがな) いりょうほうじん おおにしぐりにつく 医療法人 大西クリニック	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒799-2202		
	愛媛県今治市大西町紺原甲 827 番地 1		
事業主体の連絡先	電話番号	0898-53-2282	
	FAX 番号	0898-53-5082	
	メールアドレス	oriibu@hi.enjoy.ne.jp	
	ホームページ	なし	
	アドレス	あり : http://	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	寺谷 禎史	
	職名	理事長	
事業主体の設立年月日	平成 12 年 4 月 25 日		
主な実施事業	※別添 1 (別に実施する介護サービス一覧表)		

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) ゆうりょうろうじんほーむ おりーぶ 有料老人ホーム オリーブ	
所在地	〒799-2202 愛媛県今治市大西町紺原甲 828 番地 1	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	① JR 予讃線「大西駅」より車 2 分、徒歩 15 分 (900m) ② 「今治駅」より車 10 分 ③ せとうちバス「紺原」バス停徒歩 1 分
連絡先	電話番号	0898-53-3601
	FAX 番号	0898-53-3643
	メールアドレス	oriibu@hi.enjoy.ne.jp
	ホームページアドレス	http : //
管理者	氏名	渡邊夏樹
	職名	管理者
建物の竣工日		平成 19 年 9 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 20 年 2 月 1 日

(類型)【表示事項】

<div> <div>1</div> <div>介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）</div> </div> <div> <div>2</div> <div>介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）</div> </div> <div> <div>3</div> <div>住宅型</div> </div> <div> <div>4</div> <div>健康型</div> </div>		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	3870201641
	指定した自治体名	愛媛県（市）
	事業所の指定日	平成 20 年 2 月 1 日
	指定の更新日（直近）	令和 2 年 2 月 1 日

3. 土地建物概要

土地	敷地面積	2385.47 m ²					
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地(普通賃貸・定期賃貸)					
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地					
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成20年2月1日～令和10年1月31日) 2 なし				
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし					
建物	延床面積	全体	1386.52 m ²				
		うち、老人ホーム部分	925.28 m ²				
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()					
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()					
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物(普通賃貸・定期賃貸)					
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物					
		抵当権の設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成20年2月1日～令和10年1月31日) 2 なし				
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室(縁故者居室を含む)				
			2 相部屋あり				
			最少	人部屋			
			最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※	
タイプ1		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	16.36 m ²	2	介護居室個室	
タイプ2		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	16.60 m ²	2	介護居室個室	
タイプ3		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	16.81 m ²	16	介護居室個室	
タイプ4		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	16.86 m ²	2	介護居室個室	
タイプ5		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	17.12 m ²	4	介護居室個室	

	タイプ6	<input checked="" type="checkbox"/> 有／無	有／ <input checked="" type="checkbox"/> 無	17.34 m ²	4	介護居室個室
	タイプ7	有／無	有／無	m ²		
	タイプ8	有／無	有／無	m ²		
	タイプ9	有／無	有／無	m ²		
	タイプ10	有／無	有／無	m ²		
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	2.3階に1ヶ所	うち男女別の対応が可能な 便房	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な 便房	2ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	1ヶ所		
			その他（ ）	ヶ所		
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応） <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし					
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他（ ）		
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり		
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり		
	3 なし	3 なし	3 なし	3 なし		
その他						

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	一人一人を大切に自分の力で、自分の人生を生きる事が困難な人の拠所となり、個人の生活機能を基本として、本人の居場所を作り、自由な生活を実現することを目指す。
サービスの提供内容に関する特色	施設が本人の生理的な欲求の充足の場だけではなく、住み安らぎ、満たされ、そして癒される。普通の家、我が家を目指す。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ
	テクノロジーの導入 (入居継続支援加算関係)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし 2 あり
	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ
	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ
	ADL維持等加算(申出)の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし 2 あり
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし 2 あり
	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし 2 あり
	科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし 2 あり
	協力医療機関連携加算	1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし 2 あり
	口腔・栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし 2 あり
	退院・退所時連携加算	1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ

(医療連携の内容)

医療支援		※複数選択可	
		1	救急車の手配
		2	入退院の付き添い
		3	通院介助
		4	その他（ ）
協力医療機関	1	名称	医療法人 大西クリニック
		住所	愛媛県今治市紺原甲 827-1
		診療科目	内科・外科
		協力科目	内科・外科
		協力内容	利用者の訴えのある時、職員が必要と認めた時、診察・検査・処置を行うものとする。 定期的な健診
	2	名称	社会医療法人 真泉会今治第一病院
		住所	愛媛県今治市宮下町1丁目1番21号
		診療科目	外科・内科・循環器科・心臓血管外科・整形外科・耳鼻咽喉科・眼科・泌尿器科・放射線科・リハビリテーション科
		協力科目	外科・内科・循環器科・心臓血管外科・整形外科・耳鼻咽喉科・眼科・泌尿器科・放射線科・リハビリテーション科

		協力内容	利用者の病状が急変したとき、その他必要な場合で、利用者の主治医が対応できない時、甲の可能な範囲で通院、検査、処置などの必要な措置を講ずるものとする。
協力歯科医療機関		名称	社会医療法人 真泉会今治第一病院
		住所	愛媛県今治市宮下町1丁目1番21号
		協力内容	利用者により治療の依頼があり、事業者が治療の必要があると判断した場合は、速やかに受け入れる態勢を整えるものとする。

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()		
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無		1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		1 あり 2 なし	
従前の居室と の仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし	
	便所の変更	1 あり 2 なし	
	浴室の変更	1 あり 2 なし	
	洗面所の変更	1 あり 2 なし	
	台所の変更	1 あり 2 なし	
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
留意事項	概ね 65 歳以上で伝染病疾患、重度の精神疾患等を有しない方。入居時要支援、要介護認定を受けられている方。毎月の施設利用料などの支払いが負担でき、原則として身元引受人がおられる方。	
契約解除の内容	入居契約書第 5 章参照	

事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第 27 条
	解約予告期間	1～3 ヶ月
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり （内容：空室がある場合のみ） <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	30 人	
その他		

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません。）

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※ 1
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	20	14	5	
介護職員	16	11	5	14.5
看護職員	4	3		3.0
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	2	1	1	0.5
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				

1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

※ 1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

（資格を有している介護職員の人数）

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	9	7	2
実務者研修の修了者 （旧基礎研修・1 級課程）	2	2	
初任者研修の修了者 （旧 2 級課程）	1	1	
介護支援専門員			1

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	1	1	
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤または宿直を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16 : 30 時 ~ 9 : 30 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	2 人	2 人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率 ※ 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> a 1.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> b 2 : 1 以上 <input type="checkbox"/> c 2.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	1.5 : 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	
		資格等の名称	介護福祉士
		<input type="checkbox"/> 2 なし	

		看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数				1	3						
前年度1年間の退職者数			1	2	4						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満			1	1						
	1年以上				1						
	3年未満										
	3年以上			1	1						
	5年未満										
	5年以上			3	1						
	10年未満										
10年以上		3	1	6	1	1		1		1	
従業者の健康診断の実施状況				1 あり 2 なし							

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】		1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】		1 全額前払い方式	
		2 一部前払い・一部月払い方式	
		3 月払い方式	
		4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定		1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定		1 あり 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い		1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	消費者物価指数、諸条件において必要と考えられる場合	
	手続き		

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度	要介護3	要介護5
	年齢	85歳	85歳
居室の状況	床面積	16.36 m ²	16.81 m ²
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	円	円
	敷金	円	円
月額費用の合計		156,040 円	161,650 円
家賃		55,000 円	55,000 円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1 の費用	20,840 円	24,830 円
	介護保険外※		
	食費	43,200 円	43,200 円
	管理費	37,000 円	37,000 円
	介護費用	0 円	1,650 円
光熱水費		管理費内に含む円	管理費内に含む円
その他		円	円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	近辺の有料老人ホーム及び、賃貸住宅の家賃相当額を参照
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	建物維持管理費、水道光熱費、冷暖房費、設備維持管理費、消耗品費（共有部分）、エレベーターの保守・管理費、厨房経費
食費	朝食 400 円、昼食 627 円、夕食 627 円（1,654 円/日） （食事をキャンセルする場合の取り扱いについて） キャンセル日の3日前までに申し出て下さい。 入院・退去の場合も費用が発生致します。 ※コンピューターでのデータ管理の為、最大3日分の費用がかかります。
光熱水費	TV、ラジオを除く電化製品使用料 50 円/日（1点につき）
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	寝具使用料（クリーニング代込み）1日130円 医療費及び薬剤費 おやつ代80円 レクリエーションに関わる費用 電話代 日常生活費及び居室内消耗品（オムツ代等）

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		
想定居住期間（償却年月数）		ヶ月
償却の開始日		入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）		円
初期償却率		%
返還金の 算定方法	入居後３月以内の契約終了	
	入居後３月を超えた契約終了	
前払金の 保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（名称： ）	

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	8 人
	女性	22 人
年齢別	65 歳未満	人
	65 歳以上 75 歳未満	人
	75 歳以上 85 歳未満	4 人
	85 歳以上	26 人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	10 人
	要介護 2	4 人
	要介護 3	5 人
	要介護 4	7 人
	要介護 5	3 人
入居期間別	6 ヶ月未満	3 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	9 人
	1 年以上 5 年未満	14 人
	5 年以上 10 年未満	4 人
	10 年以上 15 年未満	人
	15 年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	90 歳
入居者数の合計	30 人
入居率※	100%

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	2 人
	医療機関	4 人
	死亡	5 人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
	(解約事由の例)	
	入居者側の申し出	人

		(解約事由の例) ・自立に伴う、自宅への復帰に伴う申し出 ・特別養護老人ホーム入所の順番が到来したことに伴う申し出
--	--	---

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	有料老人ホーム オリーブ 苦情相談窓口	
電話番号	0898-53-3601	
対応している時間	平日	9時00分～18時00分
	土曜	9時00分～18時00分
	日曜・祝日	9時00分～18時00分
定休日	定休日は特になし	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容) 加入済み
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	(その内容) 早急に損害賠償を速やかに行い、市町村へも連絡をする
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり 2 なし	

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	2 なし		
	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置時の 老人福祉法第 29 条第 1 項 に規定する届出	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の 居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保 に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付 き高齢者向け住宅の登録	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営 指導指針「5. 規模及び構 造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある 場合の内容		

「6. 既存建築物等の活用 の場合等の特例」への 適合性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営 指導指針の不適合事項	
不適合事項がある場合 の内容	

添付書類：別添1（別に実施する介護サービス一覧表）
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 様

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

介護サービス等の種類			併設・隣接 の状況	事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	大西クリニック	今治市大西町紺原甲827番地1
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	有料老人ホーム オリーブ	今治市大西町紺原甲828番地1
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
＜地域密着型サービス＞					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービスセンター オリーブ	今治市大西町紺原甲828番地1
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	居宅介護支援事業所 オリーブ	今治市大西町紺原甲828番地1
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	大西クリニック	今治市大西町紺原甲827番地1
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
＜地域密着型介護予防サービス＞					
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
＜介護保険施設＞					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
＜介護予防・日常生活支援総合事業＞					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	デイサービスセンター オリーブ	今治市大西町紺原甲828番地1
その他の支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無									
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）			個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）			なし	あり	
		包含※2	都度※2	料金※3					
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり					
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり					
おむつ代			なし	あり	○				
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり					
特浴介助	なし	あり	なし	あり					
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり					
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり	○			※協力医療機関以外への通院介助 1,500 円	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり					
リネン交換	なし	あり	なし	あり					
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○				
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり	○				
おやつ			なし	あり	○				
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり		○	1,800 円～		
買い物代行	なし	あり	なし	あり				※代行範囲に制限あり	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり					
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり					
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり					
健康相談	なし	あり	なし	あり					
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり					
服薬支援	なし	あり	なし	あり					
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり					
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	なし	あり	なし	あり					
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				※必要に応じて実施	
入院中の洗濯物交換	なし	あり	なし	あり				※必要に応じて実施	
入院中の見舞い・訪問・買い物	なし	あり	なし	あり					