

記入年月日	2020.9/20
記入者名	下地 シヅ子
所属・職名	代表取締役

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について(平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡)」の別紙5の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙5の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1 事業主体概要

種類	個人 <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	常利法人(有限会社)
名称	(ふりがな) 株式会社 のぞみ 有限会社 のぞみ	
主たる事務所の所在地	〒904-0012 沖縄市安慶田二丁目12番13号。	
連絡先	電話番号	098-939-6618
	FAX番号	098-939-6619
	ホームページアドレス	http://nozomi-ks@coral.piala.or.jp
	メールアドレス	'' ''
代表者	氏名	下地 シヅ子
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 17年4月11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) 有料老人ホームのぞみ	
所在地	〒904-2153 沖縄市大星2-28-35	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・〇〇バスで乗車〇分、△△停留所で下車、 徒歩〇分 コザ新校舎バス停下車→ ②自動車利用の場合 徒歩10分 ・乗車〇分
連絡先	電話番号	098-939-6618 (〒付-区2153)
	FAX番号	098-939-6619 (" ")
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	nozomi-kso@coral.plala.or.jp
管理者	氏名	下地 シツ子
	職名	施設管理者 兼 代表取締役
建物の竣工日		昭和・平成 19年 10月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 22年 12月 5日

(類型) 【表示事項】

1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合)			
2 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)			
③ 住宅型			
4 健康型			
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号		
	指定した自治体名	県 (市)	
	事業所の指定日	平成	年 月 日
	指定の更新日 (直近)	平成	年 月 日

(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		
理学療法士		
作業療法士		
言語聴覚士		
柔道整復士		
あん摩マッサージ指圧師		
はり師		
きゅう師		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (22 時 ~ 9 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	1 人	1 人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		① あり 2 なし							
	業務に係る資格等		① あり 資格等の名称 認知症実務者研修修了済 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						
前年度1年間の退職者数				1						
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満									
	1年以上 3年未満			1						
	3年以上 5年未満									
	5年以上 10年未満			1	2					
	10年以上			1	1					
	従業者の健康診断の実施状況			① あり 2 なし						
従業者に対する教育訓練等、資質向上に向けた取組の実施状況			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法 【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	
	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	2	3	
	年齢	75 歳	95 歳	
居室の状況	床面積	14 m ²	13 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	0 円	0 円	
	敷金	0 円	0 円	
月額費用の合計		9,000 円	9,000 円	
家賃		3,000 円	3,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		円	
	介護保険外※2	食費	3,000 円	3,000 円
		管理費	2,000 円	3,000 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
		その他	3,000 円	3,000 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)

費用	算定根拠
家賃	
敷金	家賃の 2,000 ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担金額は含めないで記入。
管理費	3,000
食費	3,000
光熱水費	
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	なし

(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	7	人
	女性	3	人
年齢別	65歳未満	0	人
	65歳以上75歳未満	2	人
	75歳以上85歳未満	4	人
	85歳以上	4	人
要介護度別	自立		人
	要支援1		人
	要支援2		人
	要介護1	2	人
	要介護2	3	人
	要介護3	3	人
	要介護4	1	人
入居期間別	要介護5	1	人
	6ヶ月未満		人
	6ヶ月以上1年未満	1	人
	1年以上5年未満	3	人
	5年以上10年未満	6	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	83	歳
入居者数の合計	10	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		人
	医療機関	1	人
	死亡者		人
	その他		人
生前解約の状況	施設側の申し出	1	人
		(解約事由の例)	
	入居者側の申し出		人
		(解約事由の例)	

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況)※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		〒114-0225 五和 相談窓口
電話番号		098-939-6618
対応している時間	平日	9:00 ~ 17:30
	土曜	9:00 ~ 18:00 管理有携帯 090-8588-9688
	日曜・祝日	9:00 ~ 17:30
定休日		

(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)
	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時の対応	① あり	(その内容)
	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	H31年1月 ~ R1年6月
	2 なし	結果の開示	1 あり ② なし
第三者による評価の実施状況	① あり	実施日	令和1年11月
		評価機関名称	さくらが介護連済会 会員より依頼
	2 なし	結果の開示	① あり 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 3 公表していない
管理規程	1 入居希望者に公開 ② 入居希望者に交付 3 公表していない
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 ③ 公表していない
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 ③ 公表していない
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 ③ 公表していない

10 その他

運営懇談会	① あり (開催頻度) 年ノ回 R.準.なし
	2 なし
	① 代替措置あり (内容) 焼で郵送(送信押印)
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:) ② なし
有料老人ホーム設置時の 老人福祉法29条第1項に 規定する届出	① 届出あり 2 届出なし 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 登録あり ② 登録なし
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 不適合事項あり ② 不適合事項なし
合致しない事項があ る場合の内容	<input type="checkbox"/> 居室が個室ではない (<input type="checkbox"/> 全室・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> 一般居室が1人当たり床面積が10.65㎡未満 (<input type="checkbox"/> 全室・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし (<input type="checkbox"/> スプリンクラー全室 <input type="checkbox"/> 自動火災報知設備 <input type="checkbox"/> 火災通報装置) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)
「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 (代替措置を実施済) ② 適合している (将来の改善計画を策定している。) 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	1 指導事項あり (過去1年以内に改善) 2 指導事項あり (未改善のまま、指導から1年経過) ③ 指導事項なし
1又は2の場合、不適 合事項の内容	

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 平成 年 月 日

説明者署名 _____

説明を受けた者署名 _____

※契約を前提とした説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添1

(1) 事業主体が沖縄県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類		事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	有 / 無		
訪問入浴介護	有 / 無		
訪問看護	有 / 無		
訪問リハビリテーション	有 / 無		
居宅療養管理指導	有 / 無		
通所介護	有 / 無	千代-2527	沖縄市大里-19-46
通所リハビリテーション	有 / 無		
短期入所生活介護	有 / 無		
短期入所療養介護	有 / 無		
特定施設入居者生活介護	有 / 無		
福祉用具貸与	有 / 無		
特定福祉用具販売	有 / 無		
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	有 / 無		
夜間対応型訪問介護	有 / 無		
認知症対応型通所介護	有 / 無		
小規模多機能型居宅介護	有 / 無		
認知症対応型共同生活介護	有 / 無		
地域密着型特定施設入居者生活介護	有 / 無		
看護小規模多機能型居宅介護	有 / 無		
地域密着型通所介護	有 / 無		
居宅介護支援	有 / 無		
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護	有 / 無		
介護予防訪問看護	有 / 無		
介護予防訪問リハビリテーション	有 / 無		
介護予防居宅療養管理指導	有 / 無		
介護予防通所リハビリテーション	有 / 無		
介護予防短期入所生活介護	有 / 無		
介護予防短期入所療養介護	有 / 無		
介護予防特定施設入居者生活介護	有 / 無		
介護予防福祉用具貸与	有 / 無		
特定介護予防福祉用具販売	有 / 無		
<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	有 / 無		
介護予防小規模多機能型居宅介護	有 / 無		
介護予防認知症対応型共同生活介護	有 / 無		
介護予防支援	有 / 無		
<介護福祉施設>			
介護老人福祉施設	有 / 無		
介護老人保健施設	有 / 無		
介護療養型医療施設	有 / 無		
介護医療院	有 / 無		

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業

訪問型サービス	有 / 無		
通所型サービス	有 / 無		
その他の生活支援サービス	有 / 無	13	

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

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	個別の利用料で実施するサービス			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）	包含※2	都度※2	
介護サービス		(利用者が全額負担)	料金※3	備考※4
食事介助	0	有 / 無		
排泄介助・おむつ交換	0	有 / 無		
おむつ代	0	0		
入浴（一般浴）介助・清拭	0			
特浴介助				
身辺介助（移動・着替え等）	0			
機能訓練				
通院介助		0		代行業に依頼
生活サービス				
居室清掃	0			
リネン交換	0			
日常の洗濯	0			
居室配膳・下膳	0			
入居者の嗜好に応じた特別な食事	0	有		相同室の意. 1人1回1回
おやつ	0			
理美容師による理美容サービス	0			予約完了書2ヶ月に1回.
買い物代行	0			
役所手続き代行	0			
金銭・貯金管理				
健康管理サービス				
定期健康診断				
健康相談				
生活指導・栄養指導				
服薬支援	0			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	0			
入退院時・入院中のサービス				
移送サービス	0			
入退院時の同行	0			
入院中の洗濯物交換・買い物	0			
入院中の見舞い訪問	0			

※1 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。
 ※2 「有」の場合は、各種サービスの費用が、月額の利用費に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に於いて、該当する欄に「○」を記入する。
 ※3 都度払いの場合は、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。
 ※4 備考欄には、サービスの範囲や条件を明確に記入する。