

重要事項説明書

記入年月日	令和 7年 2月 日
記入者名	池邊 仁
所属・職名	施設長

1 事業主体概要

名称	(フリガナ) ヴィレッジ・イズミ ヴィレッジ・泉	
主たる事務所の所在地	〒 599-8127 堺市東区草尾1435-1	
連絡先	電話番号/FAX番号	072-235-6635
	メールアドレス	ductn503@gmail.com
	ホームページアドレス	
代表者(職名/氏名)	代表取締役 / 池邊仁	
設立年月日	平成20年9月15日	
主な実施事業	※別添1(別の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	(フリガナ) ヴィレッジ・イズミ ヴィレッジ・泉	
届出・登録の区分	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	
有料老人ホームの類型	住宅型	
所在地	〒 599-8127 堺市東区草尾1435-1	
主な利用交通手段	南海高野線北野田駅より徒歩4分	
連絡先	電話番号	072-235-6635
	FAX番号	072-349-3999
	ホームページアドレス	
管理者(職名/氏名)	施設長 / 池邊仁	
有料老人ホーム事業開始日/届出受理日	平成20年9月15日	平成22年8月4日

3 建物概要

土地	権利形態	賃借権	抵当権	なし	契約の自動更新	あり				
	賃貸借契約の期間	～								
	面積	867.5 m ²								
建物	権利形態	所有権	抵当権	なし	契約の自動更新	あり				
	賃貸借契約の期間	平成	20年9月	～						
	延床面積	626.1 m ² (うち有料老人ホーム部分 m ²)								
	竣工日	平成20年9月15日			用途区分					
	耐火構造	耐火建築物		その他の場合：						
	構造	鉄骨造		その他の場合：						
	階数	3階		(地上 3階、地階 階)						
	サ高住に登録している場合、登録基準への適合性									
	居室の状況	総戸数	1戸		届出又は登録(指定)をした室数			34室 ()		
部屋タイプ		トイレ	洗面	浴室	台所	収納	面積	室数	備考(部屋タイプ、相部屋の定員数等)	
介護居室個室							10.78m	1		
介護居室個室							10.88m	1		
介護居室個室							10.77m	32		
共用施設	共用トイレ	2ヶ所		うち男女別の対応が可能なトイレ			ヶ所			
				うち車椅子等の対応が可能なトイレ			ヶ所			
	共用浴室	個室	2ヶ所		ヶ所					
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所		ヶ所					その他：	
	食堂	1ヶ所		面積	152.0 m ²		入居者や家族が利用できる調理設備			
	機能訓練室	ヶ所		面積	m ²					
	エレベーター	あり(車椅子対応)			1ヶ所					
	廊下	中廊下	7.35 m		片廊下	1.4 m				
	汚物処理室	ヶ所								
	緊急通報装置	居室	あり		トイレ			浴室	脱衣室	
通報先					通報先から居室までの到着予定時間					
その他										
消防用設備等	消火器	あり	自動火災報知設備	あり	火災通報設備	あり				
	スプリンクラー	あり	なしの場合(改善予定時期)							
	防火管理者	あり	消防計画	あり	避難訓練の年間回数		2回			

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針		
サービスの提供内容に関する特色		
サービスの種類	提供形態	委託業者名等
入浴、排せつ又は食事の介護	委託	株式会社 UNITED
食事の提供	自ら実施・委託	タイヘイ株式会社
調理、洗濯、掃除等の家事の供与	自ら実施・委託	
健康管理の支援（供与）	委託	南堺病院
状況把握・生活相談サービス	自ら実施	
提供内容		
サ高住の場合、常駐する者		
健康診断の定期検診		年1回
	提供方法	
利用者の個別的な選択によるサービス		※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）
虐待防止		
身体的拘束		

(連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者)

【連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者の提供を行っていない場合は省略】

事業所名称	(ふりがな) けあせんたー ゆう ケアセンター U
主たる事務所の所在地	堺市東区西野396-2-303
事務者名	(ふりがな) いけべ さとし 池邊 聡
連携内容	介護等の関係委託業務

(医療連携の内容)※治療費は自己負担

医療支援	救急車の手配、入退院の付き添い、通院介助	
	その他の場合：	
協力医療機関	名称	医療法人浩仁会 南堺病院
	住所	堺市中区大野芝町292
	診療科目	内科 外科 皮膚科
	協力内容	訪問診療、急変時の対応
		その他の場合
	名称	なかやまメンタルクリニック
	住所	堺市西区津久野町1丁20-1
	診療科目	精神科
協力内容	訪問診療	
	その他の場合	
協力歯科医療機関	名称	医療法人神明会印どうデンタルクリニック
	住所	藤井寺市恵美坂1丁目2番3号
	協力内容	訪問診療
		その他の場合

(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】

入居後に居室を住み替える場合	その他の場合		
判断基準の内容	他の入居者様にご迷惑をかける行為が続いた場合や、常時介護が必要になった場合に、他居室への住み替えを求められます。		
手続の内容			
追加的費用の有無		追加費用	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		調整後の内容	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減		変更の内容
	便所の変更		変更の内容
	浴室の変更		変更の内容
	洗面所の変更		変更の内容
	台所の変更		変更の内容
	その他の変更		変更の内容

(入居に関する要件)

入居対象となる者	自立、要支援、要介護		
留意事項			
契約の解除の内容	①入居者が死亡した場合②賃貸人もしくは入居者の義務違反③入居者、又は事業者から解約した場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他の入居者・職員への声明に危害を及ぼす又はその恐れがあり、通常の介護方法や接遇方法では防止できない場合等。	
	解約予告期間	3 か月	
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月		
体験入居	なし	内容	
入居定員	34 人		
その他			

5 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数	兼務している職種名及び人数
	合計	常勤	非常勤		
管理者	1	1		1	
生活相談員	1	1		1	
直接処遇職員					
介護職員					
看護職員					
機能訓練指導員					
計画作成担当者					
栄養士					
調理員	5		2	1	
事務員	3	1	1	1	
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					56時間

(資格を有している介護職員の人数)

	合計			備考
	常勤	非常勤		
介護職員初任者研修修了者	1	1		

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態		利用権方式
利用料金の支払い方式		全額前払い方式
		選択方式の内容 ※該当する方式を全て選択
年齢に応じた金額設定		なし
要介護状態に応じた金額設定		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		あり
		内容： 食費等減額調整
利用料金の改定	条件	物価高騰・人件費上昇により改定する場合がある。
	手続き	書面にて、ご家族様、身元引受人に案内する。

(代表的な利用料金のプラン)

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度		
	年齢		
居室の状況	部屋タイプ	介護居室個室	
	床面積	10.78m	10.698m
	トイレ	あり	あり
	洗面	あり	あり
	浴室	なし	なし
	台所	あり	あり
	収納		
入居時点で必要な費用	敷金	196.000円	
月額費用の合計		100.000円	
家賃		40.000円	
サービス費用	介護保険外	特定施設入居者生活介護※の費用	
		食費	40.000円
		共益費	10.000円
		状況把握及び生活相談サービス費	
		光熱水費	
		管理費	10.000円
備考		介護保険費用1割又は2割の利用者負担（利用者の所得等に応じて負担割合が変わる。） ※介護予防・地域密着型の場合を含む。詳細は別添3及び4のとおりです。	

(利用料金の算定根拠等)

家賃	40,000円	
敷金	家賃の	5ヶ月分
	解約時の対応	現状回復費を差し引いて金額返金
前払金		
食費	40,000円	
共益費	10,000円	
状況把握及び生活相談サービス費		
光熱水費		
管理費	10,000円	
介護保険外費用		
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	洗濯洗剤費 毎月1,300円	

(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	人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況		人
	施設側の申し出	(解約事由の例)
		人
	入居者側の申し出	(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・虐待に対する窓口等の状況)

窓口の名称 (設置者)		施設内の事務所	
電話番号 / F A X		072-235-6635 / 072-349-3999	
対応している時間	平日	午前9時より午後17時まで	
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日			
窓口の名称 (行政)		東区役所 地域福祉課	
電話番号 / F A X		072-287-8112 / 072-287-8117	
対応している時間	平日	9時～17時	
定休日			
窓口の名称 (大阪府国民健康保険団体連合会)		介護事業者課	
電話番号 / F A X		072-275-6235 / 072-287-0085	
対応している時間	平日	9時～17時	
定休日		土日祝祭日	

(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	なし	
	ありの場合 の内容:	
賠償すべき事故が発生したときの対応	なし	
	ありの場合 の内容:	
事故対応及びその予防のための指針	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	あり	ありの場合	
		実施日	
		結果の開示	なし
		開示の方法	
第三者による評価の実施状況	なし	ありの場合	
		実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	なし
		開示の方法	

10 その他

運営懇談会	あり	ありの場合	
		開催頻度	年 3回
		構成員	
		なしの場合の代替措置の内容	
提携ホームへの移行	なし	ありの場合の提携ホーム名	
個人情報の保護			
緊急時等における対応方法			
大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性	不適合	不適合の場合の内容	
堺市有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	なし		
合致しない事項がある場合の内容			
「7. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	適合している		
	代替措置等の内容		
不適合事項がある場合の入居者への説明			
上記項目以外で合致しない事項	なし		
合致しない事項の内容			
代替措置等の内容			
不適合事項がある場合の入居者への説明			

- 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）
別添3（特定施設入居者生活介護等に関する利用料金表）
別添4（介護報酬額の自己負担基準表）

上記の重要事項の内容について、事業者より説明を受けました。

（入居者）

住 所

氏 名

様

㊞

（入居者代理人）

住 所

氏 名

様

㊞

上記の重要事項の内容について、入居者、入居者代理人に説明しました。

説明年月日

令和

7年

2月

日

説明者署名

㊞

(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

		個別の利用料で実施するサービス		0
			3	
介護サービス	食事介助	なし		
	排せつ介助・おむつ交換	なし		
	おむつ代	なし		
	入浴（一般浴） 介助・清拭	なし		
	特浴介助	なし		
	身辺介助（移動・着替え等）	なし		
	機能訓練	なし		
	通院介助	あり	1時間毎2000円	
生活サービス		3	なし	
	リネン交換	なし		
	日常の洗濯	なし		
	居室配膳・下膳	なし		
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし		
	おやつ	なし		
	理美容師による理美容サービス	あり	本人実費負担	
	買い物代行	なし		
	役所手続代行	あり		
	金銭・貯金管理	あり		
健康管理サービス	定期健康診断	あり		
	健康相談	あり		
	生活指導・栄養指導	あり		
	服薬支援	あり		
	生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり		
入退院のサービス	移送サービス	あり		
	入退院時の同行	あり	1時間毎2000円	
	入院中の洗濯物交換・買い物	あり		
	入院中の見舞い訪問	あり		