様式第１号

重要事項説明書

記入年月日	2026/7/1
記入者名	伊藤　純平
所属・職名	代表取締役

１ 事業主体概要

名称	（ふりがな）うーるずぷらすかぶしきかいしゃ ウールズプラス株式会社	
法人番号	5120001245131	
主たる事務所の所在地	〒　530-0047 大阪府大阪市北区西天満2-10-2　幸田ビル５階	
連絡先	電話番号／ＦＡＸ番号	0798-78-2406／0798-78-2407
	メールアドレス	info@woolsplus.jp
	ホームページアドレス	http:// woolsplus.jp/
代表者（職名／氏名）	代表取締役　／　伊藤　純平	
設立年月日	令和　4年4月6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）　うーるずいずみ ウールズ和泉			
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	〒　594-0083 大阪府和泉市池上町890番地の2			
主な利用交通手段	JR 信太山駅から徒歩4分			
連絡先	電話番号	0725-54-8383		
	ＦＡＸ番号	0725-54-8384		
	メールアドレス	info@woolsplus.jp		
	ホームページアドレス	http:// woolsplus.jp/		
管理者（職名／氏名）	施設長　／　伊藤　純平			
有料老人ホーム事業開始日／届出受理日・登録日（登録番号）	令和	8年2月1日	／　令和	

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	令和	8年1月20日	～		令和	33年1月20日		
	面積	911.7 ㎡							
建物	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	令和	8年1月20日	～		令和	33年1月20日		
	延床面積	1,071.6 ㎡（うち有料老人ホーム部分				614.8 ㎡）			
	竣工日	令和	8年1月20日		用途区分		有料老人ホーム		
	耐火構造	準耐火建築物		その他の場合：					
	構造	木造		その他の場合：					
	階数	2 階	（地上	2 階、地階		0 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	47 戸		届出又は登録をした室数			47 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）
	一般居室個室	○	○	×	×	×	10.96	4	1人部屋
	一般居室個室	○	○	×	×	×	11.05	4	1人部屋
	一般居室個室	○	○	×	×	×	11.11	6	1人部屋
	一般居室個室	○	○	×	×	×	11.20	30	1人部屋
	一般居室個室	○	○	×	×	×	12.24	1	1人部屋
	一般居室個室	○	○	×	×	×	12.82	1	1人部屋
	一般居室個室	○	○	×	×	×	13.16	1	1人部屋
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			0 ヶ所		
				うち車椅子等の対応が可能なトイレ			1 ヶ所		
	共用浴室	個室	4 ヶ所						
	共用浴室における介護浴槽	機械浴	1 ヶ所				その他：		
	食堂	1 ヶ所		面積	89.2 ㎡				
	入居者や家族が利用できる調理設備	なし							
	エレベーター	あり（ストレッチャー対応）			1 ヶ所				
	廊下	中廊下	2.1 m						
	汚物処理室	2 ヶ所							
	緊急通報装置	居室	あり	トイレ	あり	浴室	あり	脱衣室	あり
		通報先	事務室	通報先から居室までの到着予定時間			1～3分		
	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		ウールズプラス株式会社が運営するウールズ和泉は適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切なサービス提供を確保するものとする。
サービスの提供内容に関する特色		ひとりひとりの生活まで目が行き届く環境で、 24時間安心・安全のサポート体制を整えており、そして、多くの方にとって住まい探しの選択肢としてもらえるように、安心の費用体系を導入している。
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	なし	
食事の提供	委託	株式会社バイタルハウス
調理、洗濯、掃除等の家事の供与	なし	
健康管理の支援（供与）	委託	サークル帝塚山眼科
状況把握・生活相談サービス	なし	
提供内容		スタッフが常駐し、食事等の機会を利用して安否確認を行う。日常の心配事や悩みについてスタッフが相談に応じ、専門的な相談については専門機関を紹介してサポートする。
サ高住の場合、常駐する者		
健康診断の定期検診	なし	
	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		・虐待防止に関する担当者及び責任者を選定する。 ・成年後見制度の利用を支援する。 ・苦情解決体制を整備する。 ・従業者に対する虐待防止を啓発･普及するための研修を実施する。 ・虐待の防止のための対策を検討する委員会を設立する。 ・虐待の防止のための指針を作成する。 ・入居者及び家族等に苦情解決体制を整備する。 ・職員会議で、定期的に虐待防止のための啓発・周知等を行う。 ・職員から虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに市町村に通報する。
身体的拘束		・従事者全員への周知徹底方法 ・契約関係書類への明示 ・認知症高齢者へのケアと事故予防への積極的な取組み（リスクマネジメント） ・代替手段の先駆事例の収集とケアへの活用 ・事故報告およびヒヤリハットの記録整備（原因分析と再発防止策の検討）と再発防止への活用

（併設している高齢者居宅生活支援事業者）

【併設している高齢者居宅生活支援事業者がない場合は省略】

事業所名称	（ふりがな）
主たる事務所の所在地	
事務者名	（ふりがな）
併設内容	

（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）　うーるずおおとりへるぱーすてーしょん ウールズ鳳ヘルパーステーション
主たる事務所の所在地	大阪府堺市西区鳳西町2-15-10　ハイムーン105
事務者名	（ふりがな）　うーるずぷらすかぶしきがいしゃ ウールズプラス株式会社
連携内容	生活支援

（医療連携の内容）※治療費は自己負担

医療支援	その他		
	その他の場合：　救急車の手配、訪問診療医の確保		
協力医療機関	名称	サークル帝塚山眼科	
	住所	大阪府大阪市住之江区粉浜1丁目1-32	
	診療科目	内科	
	協力科目	内科	
	協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	あり
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	あり
	名称	クムケア訪問看護　鳳ステーション	
	住所	大阪府堺市西区鳳西町1-72-10	
	診療科目		
	協力科目		
	協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	あり
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	あり
新興感染症発生時に連携する医療機関	なし		
	名称		
	住所		
協力歯科医療機関	名称	諏訪ノ森歯科・矯正歯科	
	住所	大阪府堺市西区浜寺諏訪森町西2-79-1　イオンタウン諏訪の森2F	
	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				
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	要介護		1～5
留意事項	要支援の方も受け入れ相談可能		
契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合 ②入居者から契約解除が行われた場合 ③事業者から契約解除が行われた場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項		①他の入居者の生命身体に対して危害を及ぼすおそれがあり、通常の対応によってはこれを防止できず、本契約の継続が困難と認められるとき。 ②サービス料金の支払を怠り、その滞納額が2か月分に達したとき。 ③前条の届出を怠り、かつ、１か月以上不在となったとき。 ④本契約の条項違反、生活支援サービスの濫用その他甲乙間の信頼関係を損ね、その回復が困難と認められるとき。
	解約予告期間		１か月以上前
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	47 人		
その他			

５ 職員体制

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			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		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	9	9		訪問介護事業所と兼業9名
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				

（資格を有している介護職員の人数）

	合計			備考
		常勤	非常勤	
介護福祉士	7	6	1	
介護職員初任者研修修了者	2	2		

（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			
柔道整復師			
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･介護職員等の人数）

夜勤帯の設定時間（ 17 時 15 分～ 9 時 15 分）		
	平均人数	最少時人数（宿直者・休憩者等を除く）
看護職員	人	人
介護職員	2 人	1 人
生活相談員	人	人
	人	人

（職員の状況）

管理者	他の職務との兼務			なし						
	業務に係る資格等	なし	資格等の名称							
	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										
前年度１年間の退職者数										
じた職員の人数 業務に従事した経験年数に応 １年未満										
１年以上３年未満			1							
３年以上５年未満			2							
５年以上１０年未満			1							
１０年以上			5							
備考										
従業者の健康診断の実施状況										

６ 利用料金

（利用料金の支払い方法）

居住の権利形態		建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式		月払い方式	
		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：	食費は日割りで減算
利用料金の改定	条件	ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等の上昇。	
	手続き	運営懇談会等で入居者等へ説明し、同意を得た上で改定する。	

（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	要介護3	
		年齢	80歳	
居室の状況		部屋タイプ	一般居室個室	
		床面積	13.00㎡	
		トイレ	あり	
		洗面	あり	
		浴室	なし	
		台所	なし	
		収納	なし	
入居時点で必要な費用		敷金	100,000円	
月額費用の合計			123,600円	
	家賃		65,000円	
	保険外サービス費用（介護保険外※）	食費	48,600円	
		共益費	10,000円	
		状況把握及び生活相談サービス費		
		電気代	実費	

備考　介護保険費用１割、２割又は３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。）

※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等）

家賃	近隣の家賃相場をもとに積算	
敷金	家賃の　1.54 ヶ月分	
	解約時の対応	原状回復の費用を差し引いて返金
前払金	無し	
食費	食材費、厨房管理費に基づく費用	
共益費	水道料金、共用施設等の維持・管理費、事務管理部門の人件費及び事務費、共用部の水光熱費	
状況把握及び生活相談サービス費		
電気代	各個室の電気料金	
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		

（前払金の受領） ※前払金を受領していない場合は省略

想定居住期間（償却年月数）		
償却の開始日		
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）		
初期償却額		
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		

7 入居者の状況

（入居者の人数）

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	人
	８５歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援１	人
	要支援２	人
	要介護１	人
	要介護２	人
	要介護３	人
	要介護４	人
	要介護５	人
入居期間別	６か月未満	人
	６か月以上１年未満	人
	１年以上５年未満	人
	５年以上１０年未満	人
	１０年以上１５年未満	人
	１５年以上	
喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人		人　／　人
入居者数		人

（入居者の属性）

性別	男性	人		女性	人	
男女比率	男性	%		女性	%	
入居率	%	平均年齢	歳	平均介護度		

（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	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）

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）		ウールズプラス株式会社
電話番号　/　ＦＡＸ		0798-78-2406　／　0798-78-2407
対応している時間	平日	9：00～18：00
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土日祝日
窓口の名称（有料老人ホーム所管庁）		和泉市福祉部広域事業者指導課
電話番号　/　ＦＡＸ		072-493-6132　／　072-493-6134
対応している時間	平日	9：00～17：30
定休日		土日祝祭日定休
窓口の名称 （サービス付き高齢者向け住宅所管庁）		
電話番号　/　ＦＡＸ		／
対応している時間	平日	
定休日		
窓口の名称（虐待の場合）		和泉市福祉部高齢介護室介護保険担当
電話番号　/　ＦＡＸ		0725-99-8131　／　0725－40－3441
対応している時間	平日	8：45～17：15
定休日		土日祝祭日定休

（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	加入先	損害保険ジャパン株式会社
	加入内容	施設所有管理者賠償責任保険・生産物賠償責任保険・受託者賠償責任保険
	その他	
賠償すべき事故が発生したときの対応	利用者の生命、身体又は財産に損害を及ぼした場合は、その損害を賠償する。	
事故対応及びその予防のための指針	あり	

（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	令和　8年2月予定
			結果の開示	あり
				開示の方法：館内掲示
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	
				開示の方法：

９ 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に公開
管理規程	入居希望者に公開
事業収支計画書	公開していない
財務諸表の要旨	公開していない
財務諸表の原本	公開していない

10 その他

運営懇談会	あり	ありの場合	
		開催頻度	年　　１回
		構成員	入居者、家族、施設長
		なしの場合の代替措置の内容	
高齢者虐待防止のための取組の状況	あり	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	
	あり	指針の整備	
	あり	定期的な研修の実施	
	あり	担当者の配置	
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	あり	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	
	あり	指針の整備	
	あり	定期的な研修の実施	
	あり	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと	
		ありの場合	
		身体的拘束等を行う場合の態様及び時、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	あり
業務継続計画（ＢＣＰ）の策定状況等	あり	感染症に関する業務継続計画	
	あり	災害に関する業務継続計画	
	あり	職員に対する周知の実施	
	あり	定期的な研修の実施	
	あり	定期的な訓練の実施	
	あり	定期的な業務継続計画の見直し	
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	適合	不適合の場合の内容	
所管庁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			
「８．既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	該当しない		
	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（事業主体が大阪府で実施する他の介護サービス）
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）
別添３（介護保険自己負担額（自動計算））
別添４（介護保険自己負担額）

上記の重要事項の内容、並びに医療サービス等、その他のサービス及びその提供事業者を自由に選択できることについて、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 年 月 日

説明者署名

（別添1）事業主体が大阪府で実施する他の介護サービス

介護保険サービスの種類		事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞			
訪問介護	あり	ウールズ鳳ヘルパーステーション	〒593-8326　大阪府堺市西区鳳西町2-15-10　ハイムーン105
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	なし		
訪問リハビリテーション	なし		
居宅療養管理指導	なし		
通所介護	なし		
通所リハビリテーション	なし		
短期入所生活介護	なし		
短期入所療養介護	なし		
特定施設入居者生活介護	なし		
福祉用具貸与	なし		
特定福祉用具販売	なし		
＜地域密着型サービス＞			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	なし		
夜間対応型訪問介護	なし		
地域密着型通所介護	なし		
認知症対応型通所介護	なし		
小規模多機能型居宅介護	なし		
認知症対応型共同生活介護	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	なし		
居宅介護支援	なし		
＜居宅介護予防サービス＞			
介護予防訪問入浴介護	なし		
介護予防訪問看護	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	なし		
介護予防居宅療養管理指導	なし		
介護予防通所リハビリテーション	なし		
介護予防短期入所生活介護	なし		
介護予防短期入所療養介護	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	なし		
介護予防福祉用具貸与	なし		
特定介護予防福祉用具販売	なし		
＜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	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし		
介護予防支援	なし		
＜介護保険施設＞			
介護老人福祉施設	なし		
介護老人保健施設	なし		
介護療養型医療施設	なし		
介護医療院	なし		

（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		備　　考
			料金※（税込）	
介護サービス	食事介助	あり	月額費用に含む	
	排せつ介助・おむつ交換	あり	月額費用に含む	
	おむつ代	あり	別途実費	
	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）	あり	月額費用に含む	
	機能訓練	なし		
	通院介助	なし		
	口腔衛生管理	あり	別途実費	
生活サービス	居室清掃	なし		
	リネン交換	あり	月額費用に含む	
	日常の洗濯	あり	月額費用に含む	
	居室配膳・下膳	あり	月額費用に含む	
	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	別途実費	
	買い物代行	なし		
	役所手続代行	なし		
	金銭・貯金管理	なし		
健康管理サービス	定期健康診断	なし		
	健康相談	あり	月額費用に含む	
	生活指導・栄養指導	なし		
	服薬支援	あり	月額費用に含む	
	生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	月額費用に含む	
入退院のサービス	移送サービス	なし		
	入退院時の同行	なし		
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし		
	入院中の見舞い訪問	なし		

※「あり」を選択したときは、各種サービスの費用が、月額のサービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、1回当たりの金額など単位を明確にして入力する。