

住宅型有料老人ホーム
青葉の家
重要事項説明書

8

2024.07 更新

重要事項説明書

記入年月日

記入者名 飯野健太郎

所属・職名 代表者

2 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

※サービス付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 4 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 4 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。

9

種類	個人 / 法人	
	※法人の場合、その種類 株式会社	
名称	(ふりがな) 力) ユウアイエアシステム 株式会社友愛エアシステム	
主たる事務所の所在地	〒 800-0045	
連絡先	電話番号	093-371-1208
	FAX 番号	093-371-1205
	ホームページアドレス メールアドレス	aobahome1@gmail.com
代表者	氏 名	飯野健太郎
	職 名	代表取締役
設立年月日	平成 23 年 6 月 1 日	
主な実施事業	別添 1	

名称	(ふりがな) ジュウタタガタユウリユウリョウロウジンホームアオパノイエ 住宅型有料老人ホーム青葉の家		
所在地	〒 800-0045 北九州市門司区青葉台 9 番 6 号		
主な利用交通手段	最寄り駅	JR 門司駅	
	交通手段と所要時間	JR 門司駅より西鉄バス 49 番乗車 10 分。 藤松 1 丁目徒歩 7 分	
連絡先	電話番号	093-982-2220	
	FAX 番号	093-982-2221	
	ホームページアドレス メールアドレス	http:// aobahome1@gmail.com	
管理者	氏名	兵頭悦子	
	職名	介護職兼務	
建物の竣工日		平成 23 年 9 月 1 日	
有料老人ホーム事業の開始日		平成 23 年 11 月 1 日	
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			
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		年 月 日	
指定の更新日 (直近)		年 月 日	

共用施設	共用便所における 便房	7ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	1ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	ヶ所
			その他（	ヶ所
食堂	①あり 2なし			
入居者や家族が利用できる調理設備	1あり ②なし			
エレベーター	①あり（車椅子対応） 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	①あり 2なし		
	自動火災報知設備（A）	①あり 2なし		
	火災通報設備（B）	①あり 2なし		
	A, B の連動	①あり 2なし		
	スプリンクラー	①あり 2なし		
	防火管理者	①あり 2なし		
	防災計画	①あり 2なし		
その他				

サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	障害があっても、どんな状況であっても自分らしく生きていける
サービスの提供内容に関する特色	認知症の利用者も対象。それぞれの障害・症状の進行を緩和して、残された機能維持を目指す。
入浴、排せつ又は食事の介護	①自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	①自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事に供与	①自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施 ①委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	①自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	①自ら実施 2 委託 3 なし

13

(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

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		1 あり	2 なし
	生活機能向上連携加算		1 あり	2 なし
	個別機能訓練加算		1 あり	2 なし
	夜間看護体制加算		1 あり	2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり	2 なし
	医療機関連携加算		1 あり	2 なし
	夜間看護体制加算		1 あり	2 なし
	口腔衛生管理体制加算		1 あり	2 なし
	栄養スクリーニング加算		1 あり	2 なし
	看取り介護加算		1 あり	2 なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり	2 なし
		(H)	1 あり	2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I) イ	1 あり	2 なし
		(I) ロ	1 あり	2 なし
		(U)	1 あり	2 なし
		(m)	1 あり	2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) 6 : 1		
	2 なし			

(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

医療支援 ※複数選択可		1 救急車の手配 2 退院の付き添い 3 通院院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	健和会大手町病院 (大里おおかわ診療所)
		住所	門司区上二十町 1 番 12 号
		診療科目	内科
		協力内容	入居者の健康管理・薬の処方・急患による往診診療
	2	名称	たけはら内科クリニック
		住所	門司区稲積 1-11-2
		診療科目	呼吸器・消化器内科
		協力内容	入居者の健康管理・薬の処方・急患による往診診療
	3	名称	かもめ医院
		住所	小倉北区赤坂 1-8-7 1F
		診療科目	内科・外科
		協力内容	入居者の健康管理・薬の処方・急患による往診診療
協力歯科医療機関		名称	しほデンタルクリニック
		住所	小倉北区清水 2-11
		協力内容	口腔ケア・往診による歯科受診

(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 (利用者の状態変化に応じて部屋の移動あり)	
判断基準の内容		入居者の状態に酔って判断する	
手続きの内容		口頭にて説明	
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 仕様変更	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なし
	要支援の者	①あり 2なし
	要介護の者	①あり 2なし
留意事項	精神に支障をきたして場合は事前に専門に受診	
契約の解除の内容	症状が著しく悪化して対応が困難な場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	他者に暴言、暴行の行為がある場合
	解約予告期間	2ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	①あり (内容:1泊5000円) 2なし	
入居定員	21人	
その他	夫 婦で同室を希望の場合は1~2名の増員あり	

5 職員体制 （職種別の職員数）

※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）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 *1 *2
	合 計			
	常 勤	非 常 勤		
管理者	1.00 人		1.00 人	
生活相談員	1.00 人		1.00 人	
直接処遇職員				
介護職員	3.00 人		3.00 人	
看護職員	1.00 人		1.00 人	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	1.00 人		1.00 人	
調理員	2.00 人		2.00 人	
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。				
* 2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

（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			2.00 人
実務者研修の修了者			2.00 人
初任者研修の修了者			1.00 人
介護支援専門員			

(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 (	時～ 時)	
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員		

(特定施設入居者生活 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※ 【表示奮項】	A 1.5:1 以上 B 2 :1 以上 C 2.5:1 以上 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 以上
※公告、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				1 あり		2 なし			
		業務に係る資格等		1 あり		資格等の名					
				2 なし							
		看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指		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				0							
前年度1年間の退職者数			0								
業務に従事した経験年数 じた職員の人数	1年未満		1								
	1年以上3年未満										
	3年以上5年未満										
	5年以上10年未満	2		3	3	1					
	10年以上										
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 20 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	税制・介護保険制度の改定の時
	手続き	利用者・家族に文書にて専由の説明と承認を得て、重説・契約の変更及び北九州申に届出を行う

(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	介護度	要介護 1	要介護 4
	年齢	76 歳	98 歳
居室の状況	床面積	13.5 m ²	13.5 m ²
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金		
	敷金	円	円
月額費用の合計		円	円
サービス費用	家賃（要支援は 50000 円）	45000 円	45000 円
	特定施設入居者生活介護の費用 * 1	円	円
	食費	54000 円	54000 円
	管理費	17000 円	17000 円
	介護費用	円	円
	水光熱費	12400 円	12400 円
	その他	10000 円	10,000 円
		円	円

(利用料金の算定根拠)

20

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護※における人員配置 が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス）	
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

算定根拠		
想定居住期間（償却年月数）		ヵ月
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) 2024.07 現在

性別	男性	2人
	女性	18人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	5人
	85歳以上	15人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	2人
	要介護2	3人
	要介護3	6人
	要介護4	5人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	9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) 単位の記入不要

平均年齢	88歳
入居者数の合計	20人
入居率※	95%

※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) ※人数は単位の記入不要

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

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。

1	窓口の名称		青葉の家・苦情相談室
	電話番号		093-982-2220
	対応している時間	平日	9:00～17:00
		土曜	休
		日曜・祝日	休
定休日			
2	窓口の名称		
	電話番号		
	対応している時間	平日	
		土曜	
		日曜・祝日	
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) 事業所の責による
	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) 事業所の責による
	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
2なし			
第三者による評価の実施状況	1あり	実施日	
		評価機関名	
		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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☒ 3 公開していない

10 その他

24

運営懇談会	あり	(開催頻度) 年 回
	②なし	
	1 代替措置あり	(内容) 敬老会・クリスマス会等利用して開催
	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 老人福祉法第29条第1 項に規定する届け出	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 2 なし	
有料老人ホーム設置運 営指導指針「6 規模 及 び構造設備」に合致 し ない事項	1 あり ②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	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 (事業主体が北九州市内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 の一覧装)

様

説明年月日 年 月 日

説明者署名 飯野健太郎

※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。

説明を受けた者の署名

別添1 事業主体が北九州市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	事業地
Ⅴ 居宅サービス)				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	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	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
通称介護	あり	なし	青葉の家デイサービス	門司区青葉台 9-6
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホーム友愛	門司区青葉台 6-1
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	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	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホーム友愛	門司区青葉台 6-1
介護予防支援	あり	なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

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							なし	あり
	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）		個別の利用料で、実施するサービス				備 考	
			(利用者が全額 負担)	含	都度	料金		
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり			200 円/1 日	常態化したとき
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			150 円/1 日	常態化したとき
おむつ代			なし	あり				実費
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				外部委託
通院介助	なし	あり	なし	あり				付き添いサービス 1 h 2000 円～2500 円
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				ヘルパー支援
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			同上
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				外部委託
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				季節やイベントに応じて有り
おやつ				あり				
理美容師による理美容サービス			なし	あり				
買物代行	なし	あり	なし	あり				ヘルパー・職員委託
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				日用品代等の金銭代行料 1 ヶ月/1000 円

健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり			主治医の指示で行う
健康相談	なし	あり	なし	あり			日々の健康を行い、変化があれば主治医の指示を得る
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			※付添いができる範囲を明確化すること
入退院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			家族が対応
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○		

- * 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 「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用サービス費用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応じて、いずれかの欄に○を記入する。
- * 3 都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

提出書類 (2) 2023.4/1 現在

施設名		青葉の家
サービス付き高齢者向け住宅の登録の有無		無し
施設の果型		住宅型
所在地（市町村名）		北九州市門司区青葉台 9-6
事業主体名		株式会社友愛エアシステム（設立 H7 年 6 月 1 日）
開設年		H23 年 11 月 1 日（老人福祉第 29 条第 1 項に基づく年月日 H28 年 8 月 12 日）
定員等	入居者数（円）	22/22
	住宅戸数 *2	1
前払金	入居一時金（円）	0
	介護費用の一時金（円）	0
	返還金の保全措置（円）	0
入居者基金への加入		
月額利用料（円） （食費、管理費、介護費用含む）		138400 円（部屋代 45000/管理費 17000/安否確認 10000/水光熱費 12400/食費 1800 円/日）
	介護を行う場所	併設された通所介護事業所及び外部委託による介護保険サービス
	追加費用の有無*3	無し

体験入居の有無		有り
情報開示	重要事項説明書の公開	有り
	契約書の公開	無し
	管理規定の公開	有り
	財務諸表の閲覧	無し
備考		

*1 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を除く

*2 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のみ記入。

*3 介護費用の一時金及び月額利用料以外の介護サービスに係る別途の追加費用負担額を除く）の有無を記入

提出書類（3）

有料老人ホームにおける防火安全体制に関する報告書

令和4年7月1日時点の状況について記載してください。

1. 事業所の概要

(1) 法人名・施設名	(法人名) 株式会社友愛エアシステム
	(施設名) 住宅型有料老人ホーム

・設備の状況

(1) 事業形態	
イ 建物構造	(右から該当する番号を選んで記入してください) 1 木造 2. 防火構造 3. 準耐火（木造） 4. 準耐火（非木造） 5. その他

(2) 消火設備の設置状況等（下表の各欄は全て記入してください）

項 目	設置義務 (0 無し 1 有り)	設置の有無 (0 無し 1 有り)	設置（予定）時期（湘）
イ 消火器	1	1	
ロ 自動火災報知設備（住宅用を	1	1	
ハ 消防機関へ通報する火災通報	1	1	
ニ スプリンクラー設備	1	1	
ホ 防火管理者の選任及び届出	1	1	

3. 入居者の状況

(1) 入居者数及び性別 令和2年7月1日時点で設置していない場合は、設置予定時期を記入すること。

(令和2年7月1日の入居者について記入してください)

(2) 要介護度 入居者数 22 人（うち男性 4 人、女性 18 人）
うち自力避難が困難と思われる者 [4] 人

直近の入居者について記入してください

自立	要支援 1		要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	1		1	1	8	8	2	1