

認知症高齢者グループホームに係る情報提供の項目

(平成18年 5月 1日現在)

(1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	1	0	2	6	9	0	
※グループホーム名	たんぽぽの里										
※事業主体名(法人名)	有限会社 ライフサポート							※代表者名	佃 望		

(2) ※事業の目的及び運営の方針

介護保険法による指定居宅介護支援事業及び居宅サービス事業  
(認知症対応型共同生活介護)を行う。

(3) 組織の概要

※所在地	(〒891-0144) 鹿児島市下福元町 6718			
※連絡先	電話	099-210-8812	FAX	099-210-8813
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通バス(動物園線) 影原バス停より徒歩15分			
開設年月日	平成14年 4月 8日	※ユニット数 と利用定員	(3) ユニット 利用定員 (27) 人	
※グループホーム の併設施設 (併設施設からのサー ビスがあればご記入下 さい。)	デイセンター たんぽぽの里			

(4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	市街化調整区域 既存集落			
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
※建物構造	( 木 ) 造り ( 2 階建ての1・2階部分)			
※広 さ	敷地面積 ( 1018.55 ) m <sup>2</sup>		延床面積 ( 673.52 ) m <sup>2</sup>	
	1室あたりの居室面積 ( 9.75 ) m <sup>2</sup>			
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			

(8) その他

※提携医療機関名	・敬愛クリニック ・鹿児島生協病院 坂元生協クリニック ・鹿児島赤十字病院 ・オムロ科医院
市町村との連携状況 (事業を受託している場合の事業名等具体的に記入してください。)	
入居者家族会等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 (      時～      時) <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護相談員(注)等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (具体的に記入してください) 鹿児島市から毎年2名の相談員の方が派遣され利用者の中に入れお話しされている。 また管理者や職員との面談もあり質問や内容の説明など話をしてはいる。  <input type="checkbox"/> 無

(注)「介護相談員」とは、「介護相談員派遣等事業実施要綱」(平成12年5月1日老発第473号厚生省老人保健福祉局長通知別添1)に基づき市町村より派遣され、介護サービスの提供の場において、サービスの提供者・利用者等の話を聞き、相談に応じる等の活動を行う者のこと。

(留意事項)

「※」の項目は、介護保険法施行規則第131条第1項第10号に該当する事項であることから、変更があった場合は10日以内に届け出る必要があります。

また、届出事項以外の項目以外も含め、少なくとも1年のうち一定の時期(各年5月1日現在)に情報を更新し、都道府県知事及び市町村長に届け出るものとする。

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(30日換算 19,500 ) 円	
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有 ( ) 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有 (期間: ) 円 <input type="checkbox"/> 無	
※食費	朝食 ( ) 円 昼食 ( ) 円 夕食 ( ) 円 おやつ ( ) 円 又は1日 ( 1,000 ) 円	
※その他の費用と徴収方法		
名目	徴収方法	金額 (円)
①理美容代	当ホ-4で立替え 翌月請求	実費
②おむつ代	購入はホ-4で 翌月請求	実費
③その他	通院介助費	翌月請求 4,000円 / 1回
	各種手続代行費	翌月請求 1,000円 / 1回

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 ( 9 名) [男性 ( 1 名) 女性 ( 8 名)]
	要介護1 ( 2名) 要介護2 ( 2名) 要介護3 ( 1名) 要介護4 ( 4名) 要介護5 ( 0名)
	年齢 (平均 81歳) [最低 ( 59歳) 最高 ( 89歳)]
※入居に当たっての条件	・認知症があって要介護1以上の方 ・鹿児島市に在住の方
退居に当たっての条件	・継続的医療行為が必要の方

(7) 職員の概要 (複数のユニットがある場合には、各ユニット毎に作成すること。)

ユ ニ ツ ト 名 ( 一 階 至 )	総数 ( 9 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 6 名) (兼務 1 名) 常勤換算 (7.4 名) ・非常勤 ( 2 名) ・職員の勤務時間を1週間当たり40時間とした場合の常勤換算数 職員の1週間の勤務延時間数(注) ( ) 時間 ÷ 40 時間 = 常勤換算数 ( 名 ) (注) 勤務延時間数には、宿直時間数は含まない。
	夜間の体制 <input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 ) <input type="checkbox"/> 夜勤 ( / 名 ) <input type="checkbox"/> 宿直 ( 名 )
	※管理者 氏名 ( 佃 公 恵 ) <input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 ) 資格 ( <input type="checkbox"/> 看護師等, <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 ) <input type="checkbox"/> その他 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 6 年 5 か月 ) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修 (基礎課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (H17年度苦情・事故事例活用研修会) (新しい認知症ケア研修会)
	計画作成担当者 氏名 資格 ( <input type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 ) <input type="checkbox"/> その他 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 6 年 月 ) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修 (基礎課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (介護技術者のケアプラン作成技術向上研修会) ( )
	その他介護職員 ( 7 ) 名 資格 介護福祉士 ( 2 ) 名    看護師等 ( 名 ) 介護支援専門員 ( 名 ) その他 (ホームヘルパー2級) ( 2 名 ) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修 (基礎課程) 受講済者 ( 名 ) [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済者 ( 名 ) ・上記の研修の他に受講した研修名 (南加賀保健医療福祉研修会)    受講済者 ( / 名 ) ( )    受講済者 ( 名 )
(再掲) ホーム長 (注) 氏名 ( 佃 公 恵 ) 職員の中から、いわゆる「ホーム長」が定められている場合に記入すること	資格 ( <input type="checkbox"/> 看護師等, <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 ) <input type="checkbox"/> その他 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 6 年 5 か月 ) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・痴呆介護実務者研修 (基礎課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (H17年度・事故事例活用研修会) (新しい認知症ケア研修会)

(注) 「ホーム長」とは、グループホームの中で介護従業者に対する指揮命令権を管理者に次いで有する者を定めている場合に、その者を指すこととする。定めていない場合には記入は省略できる。資格の欄は、複数ある場合はすべて記入すること。

(8) その他

※提携医療機関名	・敬愛クリニック ・鹿児島生協病院・坂ノ上協クリニック ・鹿児島赤十字病院 ・南山産科医院
市町村との連携状況 (事業を受託している場合の事業名等具体的に記入してください。)	
入居者家族会等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 (        時～        時) <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護相談員(注)等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有(具体的に記入してください。 鹿児島市から毎年2名の相談員の方が派遣され利用者の中に入れお話されている。 また管理者や職員との面談もあり質問や内容の説明など話をしてる。  <input type="checkbox"/> 無

(注)「介護相談員」とは、「介護相談員派遣等事業実施要綱」(平成12年5月1日老発第473号厚生省老人保健福祉局長通知別添1)に基づき市町村より派遣され、介護サービスの提供の場において、サービスの提供者・利用者等の話を聞き、相談に応じる等の活動を行う者のこと。

(留意事項)

「※」の項目は、介護保険法施行規則第131条第1項第10号に該当する事項であることから、変更があった場合は10日以内に届け出る必要があります。

また、届出事項以外の項目以外も含め、少なくとも1年のうち一定の時期(各年5月1日現在)に情報を更新し、都道府県知事及び市町村長に届け出るものとする。

## (1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	1	0	2	6	9	0
※グループホーム名	たんぽぽの里									
※事業主体名(法人名)	有限会社 ライフサポート						※代表者名	佃 望		

## (2) ※事業の目的及び運営の方針

介護保険法による指定居宅介護支援事業及び居宅サービス事業(認知症対応型共同生活介護)を行う。
--

## (3) 組織の概要

※所在地	(〒891-0144)		
	鹿児島市下福元町 6718		
※連絡先	電話	099-210-8812	FAX 099-210-8813
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通バス(動物園線) 影原バス停より徒歩15分		
開設年月日	平成14年4月8日	※ユニット数 と利用定員	(3) ユニット 利用定員(27)人
※グループホーム の併設施設 (併設施設からのサー ビスがあればご記入下 さい。)	デイセンター たんぽぽの里		

## (4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	市街化調整区域 既存集落		
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型		
※建物構造	(木)造り(2階建ての1.2階部分)		
※広さ	敷地面積(1018.55) m <sup>2</sup> 延床面積(673.52) m <sup>2</sup> 1室あたりの居室面積(9.75) m <sup>2</sup>		
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		

## (5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(30日換算 19,500 ) 円	
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有 ( ) 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有 (期間: ) 円 <input type="checkbox"/> 無	
※食費	朝食 ( ) 円 昼食 ( ) 円 夕食 ( ) 円 おやつ ( ) 円 又は1日 ( 1,000 ) 円	
※その他の費用と徴収方法		
名目	徴収方法	金額 (円)
①理美容代	当ホムで立替え翌月請求	実費
②おむつ代	購入された方は当ホムで立替え翌月請求	"
③その他	通院介助費	翌月請求 4,000円 / 1回
	各種手続代行費	" 1,000円 / 1回

## (6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 ( 9 名) [男性 ( 2 名) 女性 ( 7 名)]
	要介護1 ( 2 名) 要介護2 ( 2 名) 要介護3 ( 2 名) 要介護4 ( 2 名) 要介護5 ( 0 名)
	年齢 (平均 82歳) [最低 ( 76歳) 最高 ( 88歳)]
※入居に当たっての条件	・ 認知症があって要介護1以上の方 ・ 鹿児島市に在住の方
退居に当たっての条件	・ 継続的医療行為の必要な方



(7) 職員の概要 (複数のユニットがある場合には、各ユニット毎に作成すること。)

ユ ニ ツ ト 名 二 階 花	総数	( 9 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 5 名) (兼務 1 名) 常勤換算 ( 6.8 名) ・非常勤 ( 3 名) ・職員の勤務時間を1週間当たり40時間とした場合の常勤換算数 職員の1週間の勤務延時間数(注) ( )時間÷40時間=常勤換算数( )名 (注)勤務延時間数には、宿直時間数は含まない。
	夜間の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 ) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 ( / 名) <input type="checkbox"/> 宿直 ( 名)
	※管理者 氏名 ( 佃 公 恵 )	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 ) 資格 ( <input type="checkbox"/> 看護師等, <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 6 年 5 か月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修 (基礎課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (H17年度苦情・事故事例研修会) (谷山地区グループホーム研修会)
	計画作成担当者 氏名	資格 ( <input type="checkbox"/> 看護師等, <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 2 / 年 か月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修 (基礎課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (新しい認知症ケア研修会) (認知症ケアバリデーション研修会)
	その他介護職員 ( 7 ) 名	資格 介護福祉士 ( / ) 名 看護師等 ( ) 名 介護支援専門員 ( ) 名 その他 ( ホームヘルプ 2 報 ) ( 6 名) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修 (基礎課程) 受講済者 ( ) 名 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済者 ( ) 名 ・上記の研修の他に受講した研修名 (南部地区保健医療福祉研修会) 受講済者 ( 1 名) (谷山地区グループホーム研修会) 受講済者 ( 4 名)
(再掲) ホーム長 (注) 氏名 ( ) 職員の中から、いわゆる「ホーム長」が定められている場合に記入すること	資格 ( <input type="checkbox"/> 看護師等, <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 6 年 5 か月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・痴呆介護実務者研修 (基礎課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (H17年度苦情・事故事例研修会) (新しい認知症ケア研修会)	

(注)「ホーム長」とは、グループホームの中で介護従業者に対する指揮命令権を管理者に次いで有する者を定めている場合に、その者を指すこととする。定めていない場合には記入は省略できる。資格の欄は、複数ある場合はすべて記入すること。



(8) その他

※提携医療機関名	・ 敬愛クリニック ・ 鹿児島協病院・坂元生協クリニック ・ 鹿児島赤十字病院 ・ 永山産科医院
市町村との連携状況 (事業を受託している場合の事業名等具体的に記入してください。)	
入居者家族会等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 (      時～      時) <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護相談員(注)等の受入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (具体的に記入してください) 鹿児島市から毎年2名の相談員の方が派遣され利用者の中に入れお話をしている。また管理者や職員との面談もあり質問や内容の説明など話をしている。 <hr/> <input type="checkbox"/> 無

(注)「介護相談員」とは、「介護相談員派遣等事業実施要綱」(平成12年5月1日老発第473号厚生省老人保健福祉局長通知別添1)に基づき市町村より派遣され、介護サービスの提供の場において、サービスの提供者・利用者等の話を聞き、相談に応じる等の活動を行う者のこと。

(留意事項)

「※」の項目は、介護保険法施行規則第131条第1項第10号に該当する事項であることから、変更があった場合は10日以内に届け出る必要があります。

また、届出事項以外の項目以外も含め、少なくとも1年のうち一定の時期(各年5月1日現在)に情報を更新し、都道府県知事及び市町村長に届け出るものとする。

## (1) 事業主体の概要

介護保険事業所番号	4	6	7	0	1	0	2	6	9	0
※グループホーム名	たんぽぽの里									
※事業主体名(法人名)	有限会社 ライフサポート					※代表者名	佃 望			

## (2) ※事業の目的及び運営の方針

介護保険法による指定居宅介護支援事業及び居宅サービス事業(認知症対応型共同生活介護)を行う。

## (3) 組織の概要

※所在地	(〒891-0144)		
	鹿児島市下福元町6718		
※連絡先	電話	099-210-8812	FAX 099-210-8813
交通の便 (最寄り交通機関等)	鹿児島交通バス(動物園線)影原バス停より徒歩15分		
開設年月日	平成14年4月8日	※ユニット数 と利用定員	(3) ユニット 利用定員(27)人
※グループホーム の併設施設 (併設施設からのサー ビスがあればご記入下 さい。)	デイセンター たんぽぽの里		

## (4) 建物の概要

※都市計画法上の 用途地域	市街化調整区域 既存集落		
※建物形態	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型	<input type="checkbox"/> 併設型	
※建物構造	(木)造り(2階建ての1・2階部分)		
※広さ	敷地面積(1018.55)㎡	延床面積(673.52)㎡	1室あたりの居室面積(9.75)㎡
※二人部屋の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		

おたも

(5) 利用料等 (入居者の負担額)

※家賃 (月額)	(30日換算)	19,500	) 円
※保証金の有無 (入居時一時金)	<input type="checkbox"/> 有 ( ) 円	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
	有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有 (期間: ) 円	<input type="checkbox"/> 無
※食費	朝食 ( ) 円	昼食 ( ) 円	
	夕食 ( ) 円	おやつ ( ) 円	
	又は1日 ( 1,000 ) 円		
※その他の費用と徴収方法			
名目	徴収方法		金額 (円)
①理美容代	当ホ-ムで立替え翌月請求		実費
②おむつ代	購入された方は当ホ-ムで立替え翌月請求		〃
③その他	通院介助費	翌月請求	4,000円 / 1回
	各種手続き代行費	〃	1,000円 / 1回

(6) 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数 ( 9 名) [男性 ( 2 名) 女性 ( 7 名)]
	要介護1 ( 0 名) 要介護2 ( 2 名) 要介護3 ( 4 名) 要介護4 ( 3 名) 要介護5 ( 0 名)
	年齢 (平均 81 歳) [最低 ( 73 歳) 最高 ( 94 歳)]
※入居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症があつて要介護1以上の方</li> <li>・ 鹿児島市に在住の方</li> </ul>
退居に当たっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 継続的医療行為の必要な方</li> </ul>

(7) 職員の概要 (複数のユニットがある場合には、各ユニット毎に作成すること。)

ユ ニ ツ ト 名 ( わ た ち )	総数 ( 9 ) 名 (内訳)・常勤 (専任 5 名) (兼務 / 名) 常勤換算 ( 7.1 / 名) ・非常勤 ( 3 名) ・職員の勤務時間を1週間当たり40時間とした場合の常勤換算数 職員の1週間の勤務延時間数(注) ( )時間÷40時間=常勤換算数( 名) (注) 勤務延時間数には、宿直時間数は含まない。
	夜間の体制 <input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設 ) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 ( / 名) <input type="checkbox"/> 宿直 ( 名)
	※管理者 氏名 ( 佃 公 恵 ) <input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設名 ) 資格 ( <input type="checkbox"/> 看護師等, <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 ) <input type="checkbox"/> その他 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 6 年 5 か月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修 (基礎課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・グループホーム管理者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 ( 鹿児島ケア研究会セミナー ) ( 新川認知症ケア研修会 )
	計画作成担当者 氏名 _____ 資格 ( <input checked="" type="checkbox"/> 看護師等, <input type="checkbox"/> 介護福祉士, <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 ) <input type="checkbox"/> その他 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 17 年   か月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修 (基礎課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 ( 17年度苦情 事故事例活用研修会 ) ( 県グループホーム協会研修会 )
	その他介護職員 ( 7 ) 名 資格   介護福祉士 (    ) 名    看護師等 (    ) 名 介護支援専門員 (    ) 名 その他 ( ホ-ムヘル 1 級 ) (    / 名) 痴呆介護に関する研修の受講歴    2 級    3 名 ・認知症介護実務者研修 (基礎課程) 受講済者 (    ) 名 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 受講済者 (    ) 名 ・上記の研修の他に受講した研修名 ( 南部地区保健医療福祉研修会 ) 受講済者 ( 2 名) ( 新川認知症ケア研修会 ) 受講済者 ( 1 名)
(再掲) ホーム長 (注) 氏名 ( 佃 公 恵 ) 職員の中から、いわゆる「ホーム長」が定められている場合に記入すること	資格 ( <input type="checkbox"/> 看護師等, <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士, <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 ) <input type="checkbox"/> その他 ) 痴呆性高齢者のケアの経験年数 ( 6 年 5 か月) 痴呆介護に関する研修の受講歴 ・痴呆介護実務者研修 (基礎課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 [17年度以降]・認知症介護 実践者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 ( グループホーム研修会 事例検討会 ) ( 県グループホーム協会研修会 )

(注) 「ホーム長」とは、グループホームの中で介護従業者に対する指揮命令権を管理者に次いで有する者を定めている場合に、その者を指すこととする。定めていない場合には記入は省略できる。資格の欄は、複数ある場合はすべて記入すること。