【様式９（自施設実習評価・修正用）】

**認知症ケア能力評価表③**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講番号 |  | 氏名 |  | 職種 |  |
| 事業所・施設名 |  |

**実習協力者氏名： 　　　　　　　　　さん**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 評価対象項目 | 評価方法 | 実施日 | 評価結果 |
| できている点 | 改善が必要な点 |
| **認知症ケアの知識・技術・価値観** |  |  |  |  |  |
| **アセスメント** |  |  |  |  |  |
| **介護方法** |  |  |  |  |  |
| **介護評価** |  |  |  |  |  |

＜面接結果＞

16