**（　　Ａ　　）さん 認知症ケア能力評価表**

別紙2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設・事業所名 |  | 受講者氏名 |  |
| サービス種別 |  | 整理番号 | 24リ 　1　 － 　　　　－ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ア．評価対象項目** | **イ．評価方法** | **実施日** | **ウ．評価結果****できている点・課題** |
| **認 知 症 ケ ア の 知 識** |  |  |  |  |
| **ア セ ス メ ン ト** |  |  |  |  |
| **介 護 方 法** |  |  |  |  |
| **介 護 評 価** |  |  |  |  |

〈面接結果〉