**（リ - 様式３－①）事業所用**

一般社団法人 岡山県老人保健施設協会

令和６年度認知症介護実践研修（実践リーダー研修）自事業所アセスメントシート

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設・事業所名 | 所属・役職 | 記入者氏名 |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 自事業所が実現したい理想の認知症ケアとは? |
| その理想に対して、自事業所の現状はいかがですか?　よく取り組まれている点、不十分な点を分析してください。 |
| より質の高い介護サービスを提供するために、自事業所での人材育成という面での課題を書いてください。 |

今回、実践リーダーとしての研修を受講させるに当って、受講生に期待することを書いてください。

※事業所の管理者等、事業所としての見解が書ける人が記入して下さい。