**認知症ケア実習・支援計画書（３～４カ月）**

受講生氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　役職（　　　　　　　　　）　事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| **実習協力者の目標** | ３カ月　　　　　　　　　　　　　　　　　６カ月　　　　　　　　　　　　　　　１年 |
| **支援者の目標（３・４カ月）** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **支援課題（優先順位順）** | **支援の視点** | **具体的な支援内容****（いつ、どこで、誰が、どのような方法：個別や集団・外部研修など)** | **支援上の留意点** |
| **知　識** |  |  |  |  |
| **技　術** |  |  |  |  |
| **態　度** |  |  |  |  |