

認知症ケアマネジメント ～認知症の人への介護支援～

要介護高齢者の全体を把握する

ケアアセスメントは介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならない。アセスメントは、この「標準課題分析項目」を具備すること。

1 健康状態

既往歴、主傷病、症状、痛み等

2 ADL

寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等

3 IADL

調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等

4 認知

日常の意思決定を行うための認知能力の程度

5 コミュニケーション能力

意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーション

6 社会との関わり

社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等

7 排尿・排便

失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目

8 褥瘡・皮膚の問題

褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目

9 口腔衛生

歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目

10 食事摂取

栄養、食事回数、水分量等

11 問題行動（行動障害、周辺症状、BPSD：行動・心理症状）

暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等

12 介護力

介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等

13 居住環境

住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について

14 特別な状況

虐待、ターミナルケア等

認知症ケアマネジメント

4 認知障害

(1) ケアマネジャーの役割

- ① 認知障害があるかどうかを把握します。
- ② 認知障害を補うために、どのような方法をとることができるのかを判断します。

～施設～

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

- ① 認知障害があるかどうか、急性か慢性か、慢性なら、その障害を補い、生活の質を高めるためにどのような方法をとることができるのかを判断します。
- ② 認知障害のある入所者に、負担やストレスとならない活動を提供します。
- ③ 関わる職員の適切な支援的役割を明らかにします。

(2) 認知障害把握のポイント

- ① 短期記憶に問題があるか。
- ② 日常の判断力が弱く、支援が必要だったり、判断ができないか。

(3) 認知障害

認知障害は、最近や昔の出来事を忘れる、錯乱する、言葉を探したり、話を理解するのが困難になる、社会生活に適応できなくなるなど、生活のほとんどすべてに影響します。

～認知症～

後天的な脳の器質的障害により、いったん正常に発達した知能が低下した状態をいい、「知能」の他に「記憶」「見当識」の障害や人格障害を伴った症候群として定義されます。

以前、治らない場合に使用されていましたが、近年、正常圧水頭症など治療により改善する疾患に対しても認知症の用語を用いることがあります。

単に老化に伴って物覚えが悪くなるといった現象や、統合失調症などによる判断力の低下は、認知症には含まれません。頭部の外傷により知能が低下した場合等にも認知症（高次脳機能障害）と呼ばれます。

～認知症の分類～

1 血管性認知症

脳血管性認知症では、障害された部位によって症状は異なり、めまい、しびれ、言語障害、知的能力の低下等にはむらがあります。

症状が突然出現したり、階段状に悪化したり、変動したりすることがしばしばみられます。また、脳血管障害にかかった経験があったり、高血圧、糖尿病、心疾患など脳血管障害の危険因子を持っていることが多いことも特徴です。更に、歩行障害、手足の麻痺、呂律が回りにくい、パーキンソン症状、転びやすい、排尿障害（頻尿、尿失禁など）、抑うつ、感情失禁（感情をコントロールできず、ちょっとしたことで泣いたり、怒ったりする）、夜間せん妄（夜になると意識レベルが低下して別人のような言動をする）などの症状が早期からみられることもしばしばあります。

- (1) 多発梗塞性認知症広範虚血型
- (2) 多発脳梗塞型
- (3) 限局性脳梗塞型
- (4) 遺伝性血管性認知症

2 変性性認知症

- (1) アルツハイマー型認知症

症状は、徐々に進行する認知障害（記憶障害、見当識障害、学習の障害、注意の障害、空間認知機能、問題解決能力の障害など）であり、社会的に適応できなくなる。重度になると摂食や着替え、意思疎通などもできなくなり最終的には寝たきりになる。

階段状に進行する（ある時点を境にはっきりと症状が悪化する）脳血管性認知症と異なり、徐々に進行する点が特徴的。症状経過の途中で、被害妄想や幻覚（とくに幻視）が出現する場合もある。暴言・暴力・徘徊・不潔行為などの問題行動（周辺症状）が見られることもあり、介護上大きな困難を伴う。

- (2) 前頭側頭型認知症（ピック病）

これらは前頭葉機能の障害による反社会的行動（不作為の法規違反など）、常同行動（同じ行動を繰り返す）、時刻表的生活、食嗜好の変化などがみられる。

- (3) レビー小体病

認知機能障害を必須に、具体的な幻視（子供が周りを走っている、小動物が走り回っているなど）、パーキンソン症状、変動する認知機能障害などの症状が見られる。

- (4) パーキンソン病
- (5) ハンチントン病

3 感染

- (1) クロイツフェルト・ヤコブ病
- (2) HIV関連認知症

4 治療可能なもの

- (1) 慢性硬膜下血腫
- (2) 正常圧水頭症
- (3) 甲状腺機能低下症

～せん妄～

急性の錯乱状態は、急激に（数時間から数日の間に）意識や行動が不安定になる状態であり、支離滅裂な思考や短期記憶の障害、睡眠覚醒周期の乱れや知覚障害を伴います。原因は通常、感染症、薬剤の副作用、脱水その他の急性期の症状です。

※ 早急に専門医に紹介する必要があります。

① 人の名前、出来事などを思い出せないといったことは、どの年齢層の人にもあって、特に問題はありません。しかし、認知症の初期の変化に気づくのは難しく、後になってから「あれが認知症の始まりだった。」と思ひ起こすことが多いのが実情です。

② 認知症の初めの時期、多くの家族は対象者の認知能力の変化を認めがらなかったり、気がつかないことがあります。そのため、生活に支障をきたす状況になって初めて、家族は認知障害に向き合うこととなります。

この時期には、専門医の診察を受けるための紹介手続き、具体的な対応方法を示すことが重要になります。

③ まずは、以下を把握します。

認知障害の程度や原因を決定することまでは、ケアマネジャーやケアスタッフができることはありません。

ア 認知障害があるか。

イ それはいつ頃からなのか。

ウ 日常生活のどのようなところに支障がでてきているのか。

④ 認知障害を把握した場合は、まず、原因を把握するために専門医の診察を受けた

かを確認します。

ア 認知障害が長期（何カ月，何年）にわたり安定，あるいは徐々に進行している場合でも，最近診察を受けたか確認する。

イ 受けていなければ，悪化を防いだり，改善可能なこと（薬剤量の変更など）を把握するため，受診を勧めます。

（４）認知障害対応の指針

障害の確認

認知障害があれば，以下を順に確認します。

① せん妄ではないか確認し，せん妄の可能性が高い場合は専門医の受診を勧めます。

ア 普段と比べて急激な精神状態の変化・変動，異常な行動があったか。

イ すぐ気が散るなど集中力の問題があったか。

ウ とりとめのない話をするがあったか。

エ ぼーっとしている，うつらうつらしている，過敏になっている，など意識に問題があったか。

オ 失見当識があったか。自宅以外にいると思っている，時間や曜日を間違える，などの混乱があったか。

カ 最近のことを思い出せなかったり，言われたことを覚えられない，などの記憶障害があったか。

キ 実際にはないものが，いたり動いていると思う，などの幻覚か錯覚，思い違いがあったか。

ク 落ち着きがない，何かをつかむ，指を鳴らす，急に動く，などの異常に活発な状態や，のろのろしている，一点を見続けている，ずっと同じ姿勢でいる，などの異常に緩慢な状態があったか。

ケ 昼間眠りすぎて夜間不眠症になるなどの睡眠リズムの障害があったか。

② せん妄ではないと判断した場合，最近，認知障害について医師の診察を受けているかどうか確認します。受けていなければ，専門医の受診を勧め，その必要性を説明します。

③ 認知障害による生活上の支障や危険性・可能性の把握し，本人や家族の負担を減らすようなケアサービスを検討して対応します。

ア 認知障害が影響しているADLなどについて把握します。表6

イ 「電話をかけること」など，もっと上手く行いたいと思っている活動を特定し，その方法を検討します。（短縮ダイヤルにする，よくかける電話番号を大きな字で書いて電話機のそばに貼っておくなど。）

ウ 利用者の動作・活動をできるだけ改善することと、介護者の身体的・精神的負担を軽くする方法を検討し対応します。

表6 ADL能力の確認

| |
|---|
| ADL能力を正しく評価するため、以下のことを確認します。 |
| 1：動作を行うときに順番を間違えることはあるか。 食事の場合「食べ物を箸でつまみ、口元にもっていき、食べる」、更衣の場合「下着を上着の前に着る」など。 ※皿と箸を本人の前に置いたり、着るものを順番に並べるなどの準備をすることで、身体的な援助はなくても自分で行えるか。 |
| 2：動作を行うときに途中で気が散ることがないか。 |
| 3：単純な指示でできるか。 介護者が「お茶を飲んでください。」というとき飲むだろうか。 |
| 4：動作を始めることができるか。 いつも使っているもの（箸や歯ブラシなど）を手渡されれば、適切に使い始めることができるだろうか（箸や歯ブラシを口の中にもっていくなど）。 ※始められない場合、OT・PTなどの専門家の評価を受ける必要があるか。 |
| 5：動作を1度始めれば、続けることができるか。 たとえば、1度食べ始めると食べ続ける。 |
| 6：介護者の身振りを真似ることができるか。 利用者と向き合い、眼を合わせて、単純でなれた動作（そでに腕を通す、口に触れるなど）をすると、真似ることができるだろうか。 |
| 7：身体的な援助を1度すると、動作を続けることができるか。 介護者がフォークに食べ物をさし、手に持たせ、腕を誘導して口元に持っていけば、食べ続けることができるか。 |

できることを判断します

利用者と家族に、できないことばかり尋ねるのではなく、本人が自分でできることは何か、あるいは参加できることは何かを尋ねる。軽度の短期記憶の障害のような物忘れは、安心させたり、それを補う工夫をすることによって対応できる。（たとえば、メモをする、カレンダーを使う、鍵の置き場所を一定にする、など。）

以下を確認し、援助の必要性を把握します

- ① ADLやIADLはどのように自立しているか。

利用者にとってADL，特に食事と排泄の自立度を維持することは非常に重要なことです。食事も排泄も，その人なりの方法を思い出すような工夫によって改善することがあります。

- ② 認知障害のために怪我をする危険性が大きいか，あるいは徘徊や他者への暴力，火事など問題となる行動が現われているか。

そうであれば，適切な安全対策をとるほか，介護者に対するそれらの危険性についての情報提供，環境評価をする機関への照会，身体や家事援助サービスの導入，行動への対応（セキュリティー，見守り，指示，誘導，言葉がけの方法など）を行ないます。

必要な援助をします

- ① 家族が認知障害のある利用者の「世話を焼きすぎる」ことはよくみられることですが，それは依存性を増大させ，自尊心も失わせることにつながる可能性があります。

認知症はゆっくりと進行するため，たとえば，それまでできていたスーパーでの買い物の支払いが，ある日できなくなるといった事態が起こります。

- ② 失行などにより，一部，行動を代行，援助，介助をする必要があるかもしれませんが，高齢者にできる限り長い間，できるだけ多くの動作・活動・参加をしてもらうことが目標です。

- ③ 行動を制限するのは本人の安全性に関わる場合であり，ガス台やストーブの火による火傷，徘徊の末に行方不明になる危険性があるときなどです。

感情面へ対応します

- ① 軽度や中等度の認知症の高齢者は，自分自身認知能力の低下に対して怒ったり，落ち込んだり，不安になることがあります。

「アルツハイマー病患者が自分の能力が衰えていくのに気づかない」という昔に言われていたことは間違っています。

- ② ケアの目的は，利用者のできる活動をできるだけ把握して維持し，精神的負担，ストレスを少なくすることです。

- ③ 認知症の10～25%はうつ状態にあり，認知の症状より早く現れる場合があります。

認知症のほとんどすべての高齢者に，ある時期行動の問題がみられます。認知症の人の多くは，妄想症を含めて幻覚や妄想，あるいはその両方がみられます。この

ため、認知障害による記憶障害などの症状、行動障害にともなう感情的な面について、家族も含め、専門医との話し合いや、カウンセリングによって十分に対応することが重要です。

家族支援を行ないます

① 情報提供

ア まず、本人と家族とともに利用者の行動や能力、家族の役割について現実的な評価をして対応します。

イ 利用者の認知障害が重症の場合、家族は極端な選択しか残されていないと感じることがあります（たとえば、日中行動を制限したり、介護施設に入所させる、車の鍵を隠してしまう）。

必要なのは、家族に対し、利用者の症状の経過や予後、認知症であればどの段階にあるか、などの情報を提供することです。

ウ アルツハイマー病や血管性認知症などの進行性の認知症の場合、家族は以下の情報を必要としています。

- a 今後予想されること
- b 残された記憶や判断力に対して、どのような援助をすればよいか
- c 症状に関すること
- d さまざまな周辺症状に対する治療やケアの可能性
- e 多発性脳梗塞性認知症の場合家族は、更なる悪化を防ぐための方法（たとえば、血圧のコントロール、運動、ストレス解消など）。

② 介護者の健康管理

家族は長期にわたる24時間の介護を要求されます。このため介護者は自分の健康管理をしっかりしなければ、自分達も体調を崩す可能性があることを伝えます。

③ 介護者のストレスを最小限にする

認知障害の高齢者を介護することは、大きなストレスになりやすいため、認知障害に合わせた支援や介護、専門医などによるカウンセリングが必要です。短期・中期の外部サービス利用や関係する本を紹介したりするのも一つの方法です。

～認知症の基礎知識～

1 中心となる症状

認知症の症状は中心となる症状と、それに伴って起こる周辺の症状に分けられます。

中心となる症状とは「記憶障害」や「判断力の低下」などで、必ずみられる症状です。

- (1) 記憶障害：直近のことを忘れてしまう。同じことを繰り返す。
- (2) 見当識障害：今がいつなのか、ここはどこなのか、わからなくなる状態。
- (3) 知能（理解・判断）障害：寒くても薄着のまま外に出る。真夏でもセーターを着ている。考えるスピードが遅くなる。失行・失認・失語
- (4) 実行機能障害：段取りが立てられない。調理の動は出来ても食べるための調理ができない。失敗したとわかっていても修正できない。

2 周辺症状（BPSD：行動・心理症状）

周辺の症状は人によって差があり、怒りっぽくなったり、不安になったり、異常な行動がみられたりすることがあります。

(1) 妄想

しまい忘れたり、置き忘れたりした財布や通帳を誰かが盗んだ、自分に嫌がらせをするために隠したという「もの盗られ妄想」の形をとることが多い。このような妄想は、最も身近な家族が対象になることが多い。この他に「嫁がごはんに毒を入れている」という被害妄想や、「主人の所に女が来ている」といった嫉妬妄想などということもあります。

(2) 幻覚

認知症では幻聴よりも幻視が多い。「ほら、そこに子供たちが来ているじゃないか。」「今、男の人たちが何人か入ってきたのよ」などといったことがしばしば見られることもあります。

(3) 不安

自分がアルツハイマー病であるという完全な病識を持つことはないが、今までできたことができなくなる、今までよりもの忘れがひどくなってきているという病感があることは珍しくなく、不安や焦燥などの症状が出現します。また、不安や焦燥に対して防衛的な反応として妄想がみられることもあります。

(4) 依存

不安や焦燥のために、逆に依存的な傾向が強まることがあります。一時間でも一人になると落ち着かなくなり、常に家族の後ろをついて回るといった行動があらわれることがあります。

(5) 徘徊

認知症の初期には、新たに通り始めた所への道順を覚えられない程度ですが、認知症の進行に伴い、自分の家への道など熟知しているはずの場所で迷い、行方不明になったりします。重症になると、全く無目的であったり、常同的な歩行としか思えない徘徊が多くなります。アルツハイマー病に多く、脳血管障害による認知症では多くはありません。

(6) 攻撃的行動

特に、行動を注意・制止する時や、着衣や入浴の介助の際におきやすい。型にはめようとする事で不満が爆発するということが少なくない。また、幻覚や妄想から二次的に生じる場合もあります。

(7) 睡眠障害

認知症の進行とともに、夜間の不眠、日中のうたた寝が増加する傾向にあります。

(8) 介護への抵抗

理由はわかりませんが、認知症の高齢者の多くは入浴を嫌がるようになります。「明日はいる」「風邪をひいている」などと口実をつけ、介護に抵抗したり、衣服の着脱が苦手であること、浴室の床でころぶかもしれないことなど、運動機能や条件反射が鈍くなっているための不安、水への潜在的な恐怖感などから生じると考えられます。

(9) 異食・過食

食事をしても「お腹がすいた」と訴える過食がみられたり、食べられないものを口に入れる、異食がみられることがあります。口に入れるのは、ティッシュペーパー、石けん、アイスノンの中身までさまざまです。

(10) 抑うつ状態

意欲の低下（何もしたくなくなる）や、思考の障害（思考が遅くなる）といった、うつ病と似た症状があらわれることがあります。うつ病では、「気分や感情の障害（悲しさや寂しさ、自責感といったもの）を訴えることがあるが、認知症では訴えることは少ないです。

認知症

認知症とはなにか？

- 記憶の障害（もの忘れ）

 - 新しい記憶から障害される

 - 古い記憶は保たれる

- 見当識の障害

 - 時間／場所／人物

- 判断力の低下

- 日常生活に支障を来している

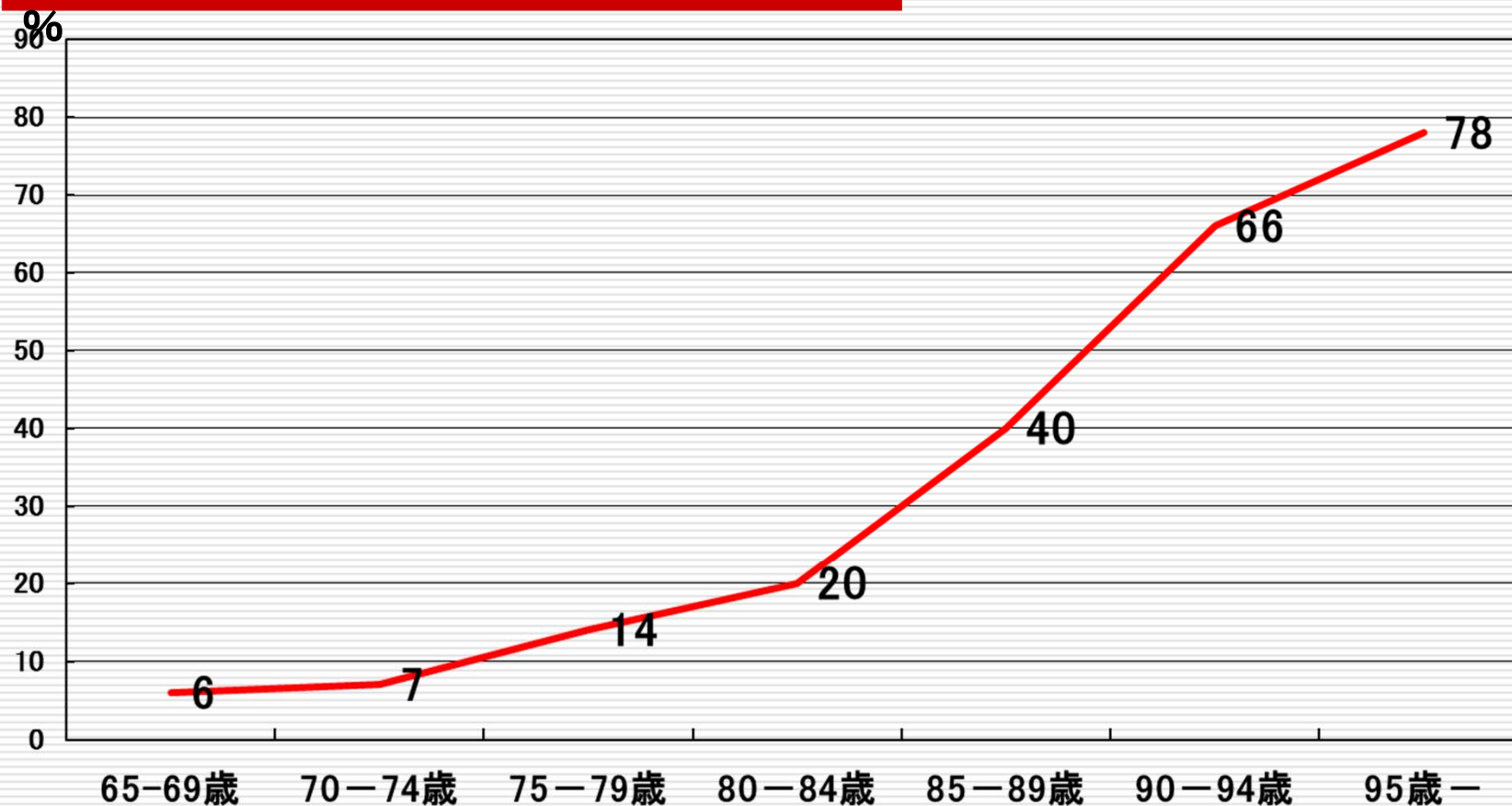
物忘れと認知症

| 加齢に伴なうもの | 認知症 |
|------------|-----------------|
| 体験の一部を忘れる | 体験の全部を忘れる |
| 物忘れを自覚している | 物忘れの自覚がない |
| 別の機会に思い出せる | 思い出せない部分に作り話が入る |

認知症の初期症状

- 新しいことが覚えられない
 - 人と会う約束や日時を忘れる
 - 方向感覚が悪くなる
 - 料理の手順を忘れる
 - 出不精になる
 - 着衣が乱れる
-

年齢層別の認知症有病率



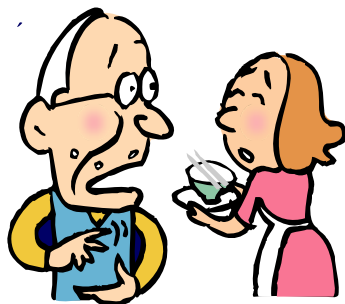
認知症の中核症状

中核症状
認知機能障害

記憶障害・見当識障害・判断力低下など

記憶障害

新しく経験したことを記憶にとどめることが困難となる。



見当識障害

ここはどこで、今がいつなのか、わからなくなる状態。

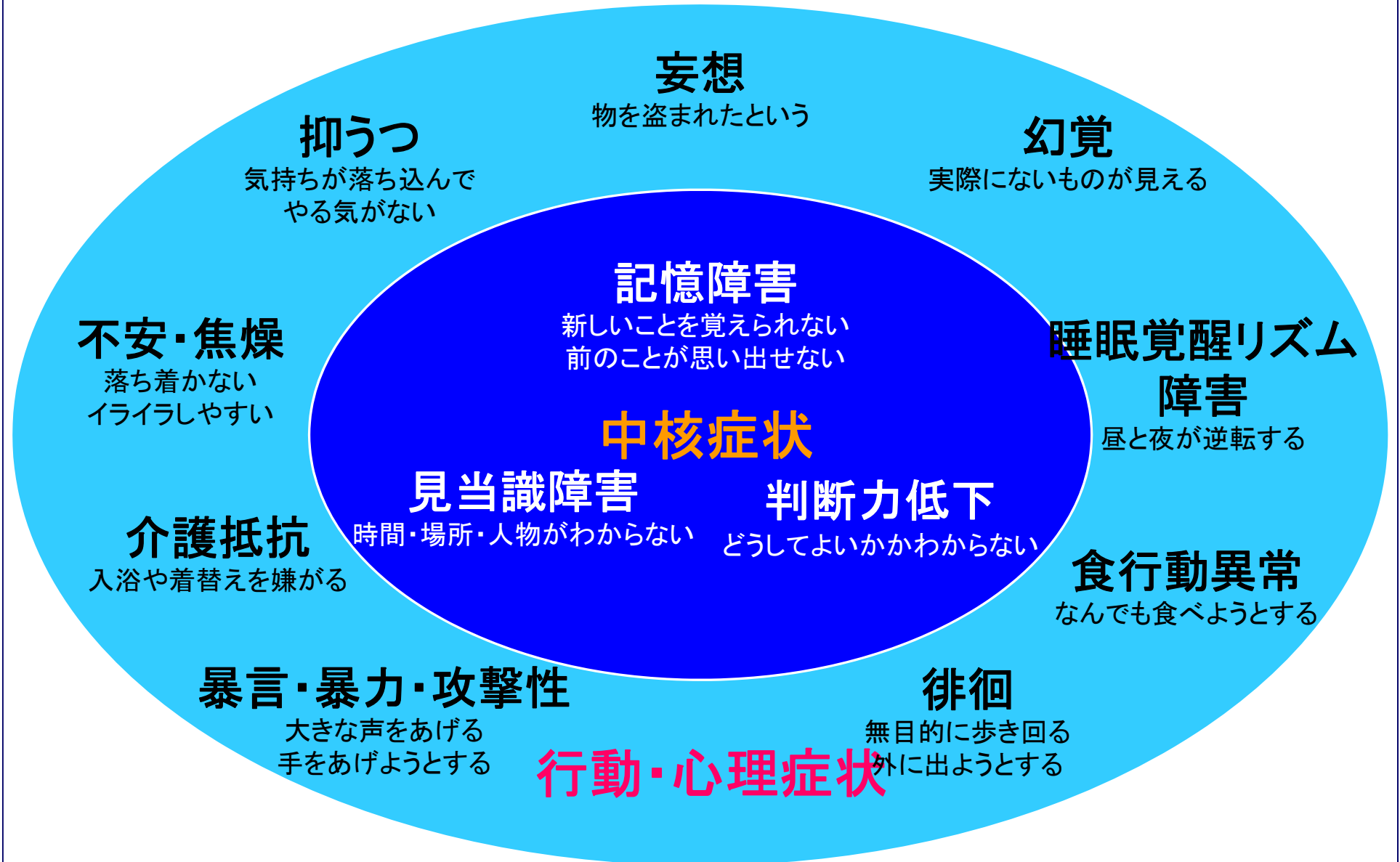


判断力の低下

計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化する、判断するということが出来なくなる。



中核症状と行動・心理症状



中核症状と行動・心理症状

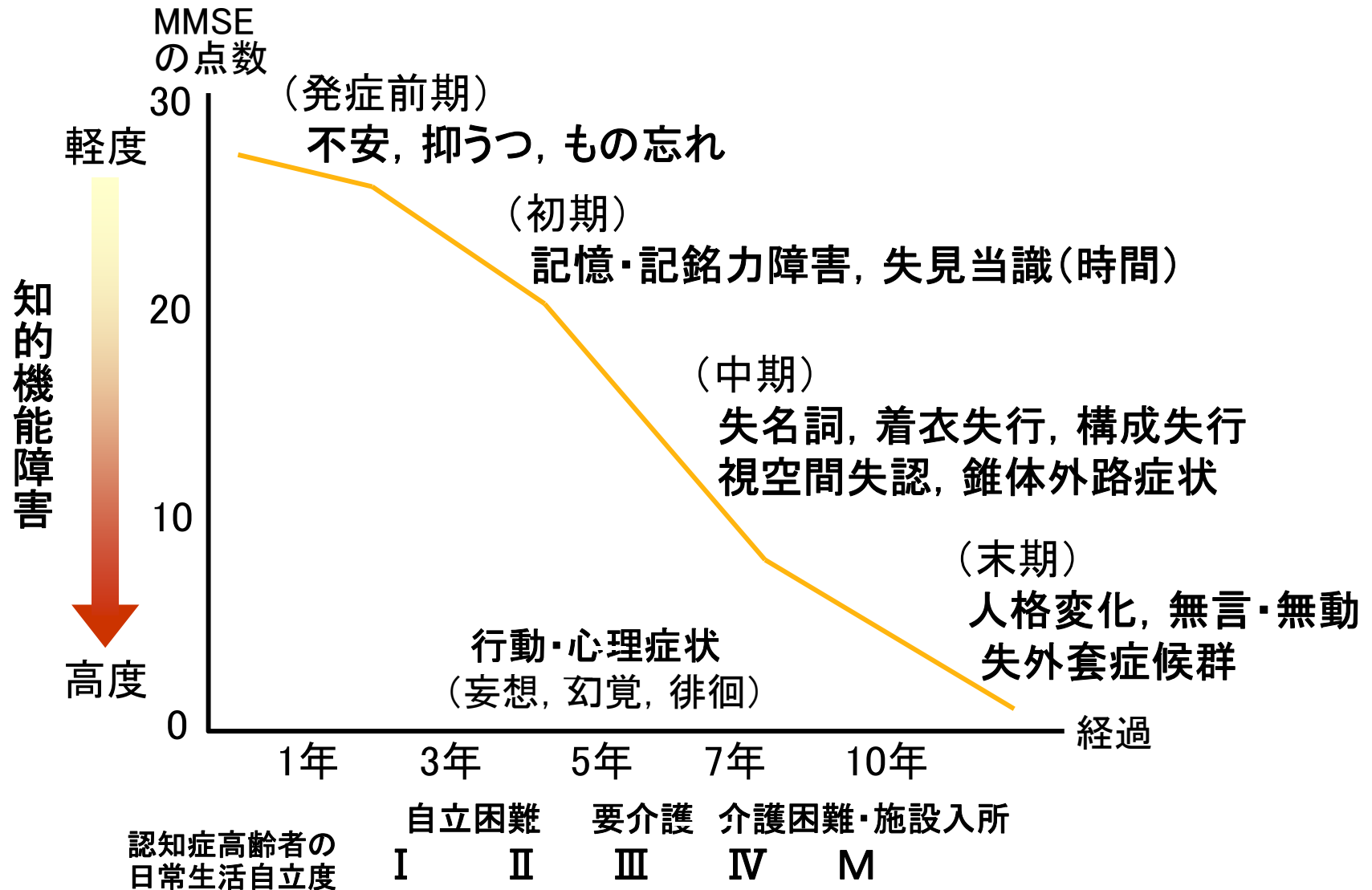
中核症状（記憶障害，見当識障害，判断力低下）

- 程度の差はあれすべての患者にみられる
- 疾患の進行とともに悪化する
- 神経細胞の脱落にともなう能力の喪失

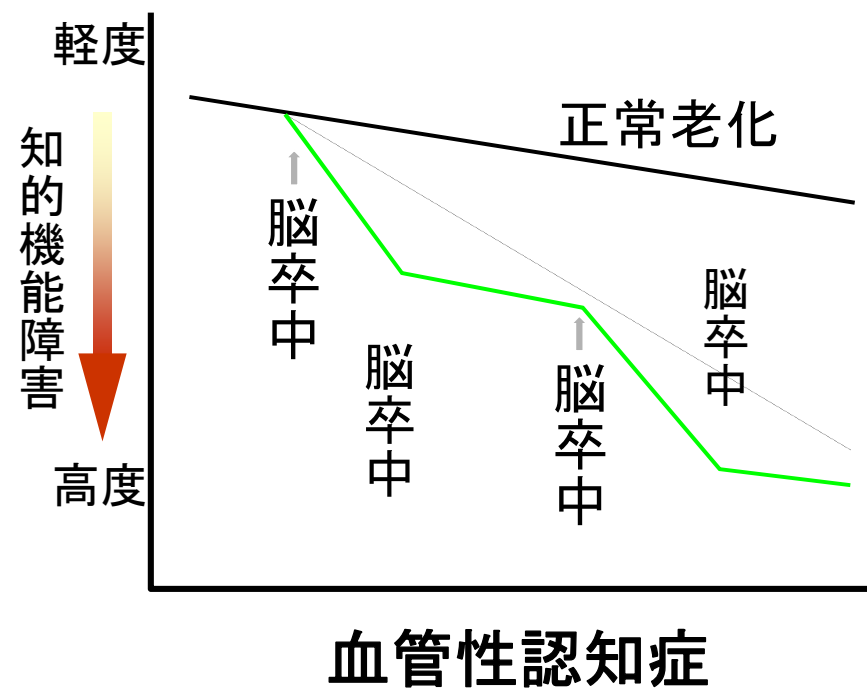
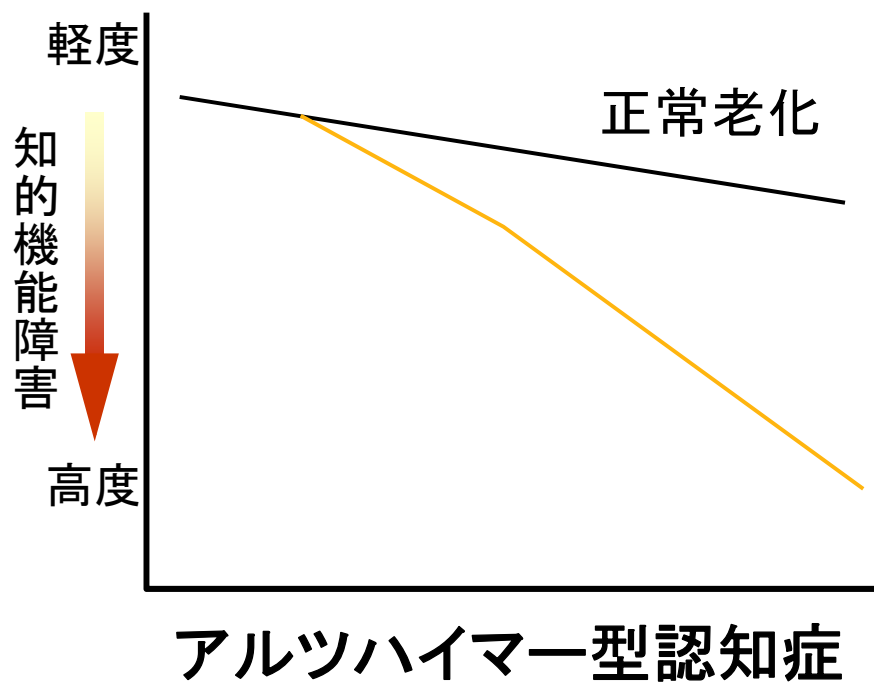
行動・心理症状（精神症状，行動障害）

- みられない患者もいる
- 疾患の重症度（進行）と比例しない

アルツハイマー型認知症の症状と経過



アルツハイマー型認知症と血管性認知症の相違



アルツハイマー型認知症と血管性認知症

| | アルツハイマー型認知症 | 血管性認知症 |
|--------|-------------|----------------|
| 年齢 | 若年から高齢まで | 高齢 |
| 性 | 女性に多い | 男性に多い |
| 発症と経過 | 緩徐に発症し進行する | 急性に発症し階段状に悪化する |
| 症状 | 全般的に忘れる | まだらに忘れる |
| 感情 | 陽気でおしゃべり | うつ的で感情失禁がある |
| 病気の自覚 | 早期に失われる | 晩期まで残る |
| CT・MRI | 脳萎縮(早期にはない) | 脳梗塞・脳出血 |

レビー小体型認知症

- 認知機能の変動が著しい
 - 人物や小動物の幻視が活発にある
 - 転びやすい(パーキンソン症状)
 - 抗精神病薬に過敏で副作用がしやすい
-

前頭側頭型認知症

- 多幸・脱抑制
 - さまざまな行動異常（窃盗・常同行為・立ち去り行動・食行動異常・盗食）
 - 反響ないし模倣行為
 - 前頭葉と側頭葉に限った脳萎縮
-

認知症とまぎらわしい病気

- せん妄
 - うつ病
 - 神経症性障害
 - 不安障害
 - 心気障害
 - 妄想性障害
-

認知症の人についての理解

- 豊かな感情を理解する
 - 認知症の高齢者の世界を理解する
 - 高齢者のプライドを尊重する
-

認知症の人との接し方

- 感情に働きかける
 - 視野に入って話す
 - 簡潔に伝える
 - わかりやすい言葉を使う
 - ゆったり、楽しく
 - 話を合わせる
 - 昔話を聞く
 - 現実検討を強化する
-

行動・心理症状を悪化させる支援者の対応

- 日課または環境に予期しない突然の変化をもたらす
 - 強制する・一定のやり方を押し付ける
 - 能力を超えることを要求する
 - 要求を無視する
 - 思い出させるために何度も急かしたり質問したりする
 - 怒ったり、攻撃的な態度をとったりする
-

家族介護の負担を減らす要因

- 非公式の支援（家族・友人・隣人）
 - 認知症に関する知識
 - 上手な対処能力
 - サポートグループ（家族の会）
 - 経済的ゆとり
 - 休息がとれる
 - 身体的に健康
-

認知症の治療

□ 薬物療法

中核症状の治療薬

行動・心理症状の治療薬

□ 非薬物療法

アルツハイマー型認知症治療薬

| | | | | |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------|---------------|
| 一般名 | ドネペジル | ガランタミン | リバスチグミン | メマンチン |
| 製品名 | アリセプト | レミニール | イクセロン リバスタッチ | メモリー |
| 作用機序 | AChE阻害 | AChE阻害 nAChR感受性 増強 | AChE阻害 BuChE阻害 | NMDA受容体 阻害 |
| 対象 | 軽度～高度 | 軽度～中等度 | 軽度～中等度 | 中等度～高度 |
| 1日の投与回数 | 1回 | 2回 | 1回 | 1回 |
| 用量(mg/日) | 5～10 | 16～24 | 18 | 10～20 |
| 主な副作用 | 悪心・嘔吐・食 欲不振・下痢・ 便秘 | 悪心・嘔吐・食 欲不振・下痢・ 頭痛 | 紅斑・掻痒・浮 腫・悪心・嘔吐 | めまい・便秘・ 頭痛 |

nAChR: ニコチン性アセチルコリン受容体 BuCh: ブチリルコリンエステラーゼ NMDA: N-メチル-D-アスパラギン酸

非薬物療法

- リアリティ・オリエンテーション (RO)法
現実見当識を標的とする治療法
 - 回想法・ライフレビュー
回想を通して自信獲得や心理的安定を図る
 - 音楽療法
音楽を媒介に、行動、態度、構えを望ましいものへ変える
 - その他
絵画療法、園芸療法、ペット療法、ダンス療法
治療的レクリエーション
-

非薬物療法の効果

- 混乱や不安を除き、生活の継続と穏やかな人間関係をもたらす。
 - 行動・心理症状の軽減・予防。
 - 2次的な知的機能の改善と介護負担の軽減
-

高齢者虐待

- 高齢者の認知症の程度
 - 認知症についての理解
 - 家庭内不和
 - 介護者のストレス
 - 暴力の連鎖
-

| | |
|----|--|
| 氏名 | |
|----|--|

介護支援専門員 認知症ケアマネジメント 『振り返り・気づきシート』

| 項 目 | | 自己評価 | 気づいたこと等 |
|-------------------|--------------------------|-----------|---------|
| 生活全般を把握する | 課題分析標準項目が理解出来たか | 1 : 2 : 3 | |
| ケアマネジャー・ケアスタッフの役割 | 認知症の人へのケアマネジャーの役割が理解できたか | 1 : 2 : 3 | |
| | 基本的対応について理解できたか。 | 1 : 2 : 3 | |
| 認知障害の理解 | 認知障害による生活支障が理解できたか | 1 : 2 : 3 | |
| | 認知障害の分類と特徴が理解できたか | 1 : 2 : 3 | |
| | 認知症とBPSDの症状について理解できたか | 1 : 2 : 3 | |
| 対応指針 | 認知障害を把握する方法が理解できたか | 1 : 2 : 3 | |
| | できることを把握する方法が理解できたか | 1 : 2 : 3 | |
| | 必要な援助について理解できたか | 1 : 2 : 3 | |
| | 感情面への対応について理解できたか | 1 : 2 : 3 | |
| | 家族支援の方法について理解できたか | 1 : 2 : 3 | |

1:十分にできた 2:まあまあできた 3:不十分だった (該当する番号に○を付ける)

| |
|--|
| <p>～研修を通して思ったこと～</p> |
|--|