

「こんなもの、あったらいいなあ」

支援機器に関するニーズ調査票

所属			
氏名		職名	
連絡先	TEL	Mail	

1. あったらいいなあと思う支援機器について、該当する項目すべてに☑してください。

対象者の大分類		<input type="checkbox"/> 当事者支援… 障がい者、高齢者など <u>対象者の年代を教えてください。</u> (<input type="checkbox"/> 幼児 <input type="checkbox"/> 小学生(低学年) <input type="checkbox"/> 小学生(高学年) <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 限定しない) <input type="checkbox"/> 支援者支援… (<input type="checkbox"/> 保護者・家族、 <input type="checkbox"/> 教員、 <input type="checkbox"/> 介助者)
対象者の障がい または状態	障がい者 向け	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 病弱・身体虚弱 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 情緒障害 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害 <input type="checkbox"/> 複数障害対応 <input type="checkbox"/> 限定しない <input type="checkbox"/> その他()
	高齢者 向け	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型痴呆症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 聴力低下(難聴) <input type="checkbox"/> 発話困難 <input type="checkbox"/> 全身の筋力低下 <input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 注意力の低下 <input type="checkbox"/> 日常生活における介助が必要な高齢者 <input type="checkbox"/> 機能訓練が必要な高齢者 <input type="checkbox"/> その他()
利用場面		<input type="checkbox"/> 施設・学校内 <input type="checkbox"/> 在宅(自宅)内 <input type="checkbox"/> 外出先 <input type="checkbox"/> 就業先
支援内容		<input type="checkbox"/> 視覚支援(見る) <input type="checkbox"/> 聴覚支援(聞く) <input type="checkbox"/> 発話支援(話す) <input type="checkbox"/> 読む <input type="checkbox"/> 書く <input type="checkbox"/> 計算する <input type="checkbox"/> 社会性・コミュニケーション <input type="checkbox"/> 就学支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> 動作支援(運動と姿勢) <input type="checkbox"/> 覚える/理解する <input type="checkbox"/> 意思表示 <input type="checkbox"/> 注意・集中 <input type="checkbox"/> 類推する <input type="checkbox"/> 多動性-衝動性 <input type="checkbox"/> その他の学習支援 <input type="checkbox"/> あそび <input type="checkbox"/> 日常生活支援(<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> トイレ・排泄 <input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> 洗面 <input type="checkbox"/> 入浴) <input type="checkbox"/> 機能訓練・リハビリ <input type="checkbox"/> 移動・移乗支援 <input type="checkbox"/> 操作 <input type="checkbox"/> その他の日常生活支援()
対応科目 <small>※特別支援学校の生徒を対象とするニーズの場合のみ記入して下さい。</small>		<input type="checkbox"/> 国語 <input type="checkbox"/> 社会 <input type="checkbox"/> 算数・数学 <input type="checkbox"/> 理科 <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 音楽 <input type="checkbox"/> 図画工作 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 体育 <input type="checkbox"/> 道徳 <input type="checkbox"/> 英語・外国語活動 <input type="checkbox"/> 総合的な学習の時間 <input type="checkbox"/> 特別活動 <input type="checkbox"/> 自立活動 <input type="checkbox"/> 情報(eラーニング) <input type="checkbox"/> 限定しない <input type="checkbox"/> その他()

2. 『あったらいいなあ』と思う支援機器の具体的内容について教えてください。

課題		
障害種		
授業単元・必要な場面		
対象のこどもの実態	身体的機能面	
	認知面	
	使用できる支援機器 (スイッチなどの支援機器を、どの部位で、どのように使用しているか)	
授業で達成したいねらい (こどもの活動の視点で)		
支援機器・教材について考えられること、希望等がありましたら、例示してください。 (大きさ、重さ、ソフトウェアによる支援・ハードによる支援などや、図など)		
その他		

ご協力いただき、誠にありがとうございました。

その他、『シーズ&ニーズ調査』について、ご意見・ご要望等ございましたら、自由にご記入ください。