学籍番号　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　実習施設名

１. 実習の到達目標に対して、実習施設の状況や体験を踏まえレポートしてください。

|  |
| --- |
| １　特別支援学校（担当：小・中・高等部　　年生）では、どのような教育環境と教育方法で支援していましたか。 |
|  |
| ２　障がい児・者施設（または病院）では、どのような生活環境と支援,介助をしていましたか。 |
|  |
| ３　障がい児・者の個々のニーズに応じたコミュニケーションを図るには、どのようなことに配慮すべきですか。 |
|  |
| ４　障がい児・者の個々のニーズに応じた支援または介助するには、どのようなことに配慮すべきですか。 |
|  |
| ５　実習施設で連携・協働していた他職種とその役割について説明してください。 |
|  |

|  |
| --- |
| ６　障がい児者の口腔機能や口腔健康管理の現状と支援方法（どう支援すべきか）について考察してください。 |
|  |
| ７ 発達支援臨地実習Ⅱ(障がい児・者)を通して、気づいたこと，学んだこと，反省点，今後の課題を述べてください。 |
|  |

２. 実習目標の達成度について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 実習目標 | 達成度 |
|  | できなかった　　　　　　　 　 できた |
| (1) 障がいを理解し、障がい児・者の個別のニーズに応じたコミュニケーションと支援方法を修得する。 | １　 　　２　　　 3 　 　４　 　 ５ |
| (2) 學校・施設・病院に勤務する他職種の役割を知り、他職種協働・連携　　　について考察する。 | １　　 　２　 　　3 　 　４　 　５ |
| (3) 障がいや疾患の特徴を理解し、個別のニーズに応じた口腔保健について考察する。 | １　　 　２　 　　3 　 　４　 　５ |
| 評価理由 | |