

## 【 組】 スーパービジョン実践報告

氏名	( 歳)
ポジショニング	<input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )
事業所及び地域でのあなたの立場 (管理者有無やケアマネ数など)	事業所：  地 域：
地域の特性	
基礎資格	
経験年数	年 月 日
主任 CM 経験年数	年 月 日
資質向上について (直近1年)	研修受講状況 (受講した研修名及び回数) 主任介護支援専門員フォローアップ研修 回 ・地域 回  ・県内 回  ・県外 回  ・学会等その他 回
スーパービジョンの実践の場	地域 ・ 事業所 ・ その他 ( )
スーパービジョンの実践をした事例について	
①誰にスーパービジョンを提供したのか。 <input type="checkbox"/> 同一法人のケアマネ <input type="checkbox"/> 地域のケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
②スーパービジョンの回数 (直近1年) _____ 回 ( 定期 ・ 不定期 )	

**バイジーの情報**：今回提出のスーパービジョン実践事例について（あなたとバイジーの関わり）

スーパービジョンのきっかけ	
性別・経験年数	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                      経験年数                      年
ポジショニング	<input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他（                      ）
基礎資格及び経験年数	（                      年）
これまで担当してきた事例の特性	
事業所のケアマネの人数	
研修受講歴（直近 1年） あなたがわかる範囲で記入して下さい	研修受講状況（受講した研修名及び回数）  ・ 地域                      回  ・ 県内                      回  ・ 県外                      回  ・ 学会等その他                      回

## バイジーから相談を受けた事例の概要

事例の分類 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> リハビリ・福祉用具 <input type="checkbox"/> 医療連携 <input type="checkbox"/> 家族支援 <input type="checkbox"/> 社会資源 <input type="checkbox"/> 多様サービスの活用 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
提出理由			
【氏名】	【性別】 男・女	【年齢】 歳	【世帯状況】
【家族構成（ジェノグラム）】	【主な疾患、病歴等】		
	【要介護度】 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		
	【寝たきり度】 J1・2 A1・2 B1・2 C1・2		
	【認知度】 無・有 I II a・b III a・b IV M		
	【障害手帳等】		
	【住居状態】		
生活歴			
支援経過			
身体状況 精神状況			
A D L 〔起居動作、歩行、移乗、排泄、入浴、食事、着脱衣等〕			
I A D L 〔家事、買物、服薬、ゴミ出し、金銭管理、通院等〕			
介護状況 介護負担		経済面	
家族関係		ストレス	
社会交流		趣味 生き甲斐	

**① 気づきを得たスーパービジョン提供場面の逐語録**

気づきを得た場面（スーパービジョン 回目 ）について記入してください。

場 所	バイザーとバイジーの逐語録

**② バイジーの気づき**

・何を気づいたか

・バイジーの変化

**③ スーパーバイザーとしての振り返り**