

【 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	
基礎資格及び経験年数	基礎資格： 経験年数： 年
ケアマネ経験年数	ケアマネ実務経験 年 か月
主任ケアマネ経験年数	主任実務経験 年 か月 主任資格取得後 年
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状況について】 ※通常時の実施状況について記入してください。	
① 実践の場 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 地域 <input type="checkbox"/> その他 ()	
② 誰にスーパービジョンを提供しているか <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 ()	
③ スーパービジョンの回数 (直近1年) _____ 回 (定期 ・ 不定期)	

バイジーから相談を受けた事例の概要

事例の分類 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患のある方のケアマネジメント <input type="checkbox"/> 認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント <input type="checkbox"/> 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント <input type="checkbox"/> 心疾患のある方のケアマネジメント <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント <input type="checkbox"/> 看取り等における看護サービスの活用に関する事例 <input type="checkbox"/> 家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例 <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】 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・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			
ADL 〔起居動作、歩行、移乗、排泄、入浴、食事、着脱衣等〕			
IADL 〔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	

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