

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
主任 CM 経験年数	年 月
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)	

【平成 30 年度岩手県主任介護支援専門員更新研修演習様式】

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

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