【　　組】　　　　スーパービジョン実践報告

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　歳） |
| ポジショニング | □包括　　□居宅　　□施設　　□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□事業所　　　　　　　　　□地域　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　）②　誰にスーパービジョンを提供しているか　□同一法人のケアマネ　　　□地域のケアマネ　　　□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 |  |
| バイジーとの関係 | □同一法人のケアマネ　□地域のケアマネ□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 性別・経験年数 | □男　　　□女　　　　　　　ケアマネ経験年数：　　　　　　年 |
| ポジショニング | □包括　□居宅　□施設　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 基礎資格及び経験年数 | 基礎資格：　　　　　　　　　　　　　　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☑） | □　脳血管疾患のある方のケアマネジメント □　認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント□　大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント□　心疾患のある方のケアマネジメント□　誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント□　看取り等における看護サービスの活用に関する事例□　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　　　　　　　　□　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 |  |

**①　気づきを得たスーパービジョン提供場面の逐語録**

※　気づきを得た場面について記入してください。

**◆スーパービジョンの場所（　　　　　　　　　　　　　　　　）　◆何回目の場面か（　　　　　　回目）**

|  |  |
| --- | --- |
| 発言者 | 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**

|  |
| --- |
|  |