

受講コース：	受講者氏名：	提出事例作成日： 年 月 日
受講番号：		

介護支援専門員の 経験年数	年            ヶ月	うち主任介護支援専門員の 経験年数	年            ヶ月
基礎資格	<b>*介護支援専門員実務研修受講時の資格を記載する。</b>		基礎資格の実務経験年数                  年            ヶ月
相談受付時の 主任介護支援専門員 のポジション	所属事業所	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域密着型サービス <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護（看護小規模多機能型居宅介護） <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> その他	
	役職	<b>*なければ「なし」と記載する。</b>	
	地域活動	<b>*主任介護支援専門員として地域づくりのために事業所外で行っている活動を記載する。なければ「なし」と記載する。</b>	
所属事業所について	介護支援専門員数	名	うち主任介護支援専門員の数                  名
	特定事業所加算	<input type="checkbox"/> 加算Ⅰ／ <input type="checkbox"/> 加算Ⅱ／ <input type="checkbox"/> 加算Ⅲ／ <input type="checkbox"/> 加算A／ <input type="checkbox"/> なし	
	事業所所在地域の特徴	<b>*所在地の人口や高齢化率、地場産業や災害を含めた地域の特性、この地域ならではの風習や住民活動の状況、介護サービス（居宅サービス、居宅介護支援事業所、地域密着型サービス、介護保険施設）の充足状況、医療機関の状況などを記載する。</b>  地域ケア会議参加の有無 ＜直近１年間＞ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
資質向上について （直近一年）	スーパービジョンに関する研修の受講歴	<b>*事業所内外を問わず受講した研修の「開催日時」「タイトル」「講師名」を記載する。</b>	
	法定外研修の受講歴	<b>*事業所内外を問わず受講した研修の「開催日時」「タイトル」「講師名」を記載する。</b>	
	研究大会等での発表歴	<b>*事業所・法人外での研究大会（研修会での事例発表含む）で発表した「開催日時」「研究大会（研修会）名」「発表のタイトル」等を記載する。</b>	
スーパービジョンの実践 （直近一年）	実践の場	<input type="checkbox"/> 地域 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> その他	
	対象者（複数選択）	<input type="checkbox"/> 同一法人の介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 地域の介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（                                  ）	
	頻度	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期 <b>*チェック漏れに注意</b>	
	回数	直近一年で概ね        回 <b>*記載漏れに注意</b>	

S01 スーパービジョンに関する情報 (1 / 2)

## S01\_スーパービジョンに関する情報

受講コース：	受講者氏名：	提出事例作成日：
受講番号：		年 月 日

## ■担当介護支援専門員（バイジー）の基本情報

介護支援専門員の 経験年数	年 月	性別	
基礎資格		基礎資格の実務経験年数	年 月
相談時の 担当介護支援専門員 のポジション	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域密着型サービス <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護（看護小規模多機能型居宅介護） <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> その他		
担当介護支援専門員が これまで担当してきた ケースの特徴	<p><b>いずれかを選択</b></p> <p><b>*例えば、前任者からの引継ぎのケースが多い、比較的軽度な利用者が多い、認知症のケースが少ない、医療系サービス利用のケースが少ない、短期間のターミナルケアのケースが多い、独居、男性介護者のケースが多いなど、これまでどのようなケースを担当してきたか把握をして記載する。</b></p>		
所属事業所について	介護支援専門員数	名	うち主任介護支援専門員の数
	特定事業所加算	<input type="checkbox"/> 加算Ⅰ / <input type="checkbox"/> 加算Ⅱ / <input type="checkbox"/> 加算Ⅲ / <input type="checkbox"/> 加算A / <input type="checkbox"/> なし	
担当介護支援専門員の 直近一年における 研修等の履歴 (法定研修も含む)	<p><b>*事業所内外を問わず受講した研修の「開催日時」「タイトル」「講師名」を聞き取り記載する。但し、法定研修の場合は、研修名と受講期間を記載する。</b></p>		

## ■担当介護支援専門員（バイジー）からの相談内容

受付年月日	<b>*事例提出の場面の相談を受けた日を記載する。</b>
担当介護支援専門員からの 相談内容 (事例の概要を含む)	<p><b>*担当介護支援専門員は何を求めて相談してきたのか、スーパービジョンの実践の振り返り(演習)のポイントとなる部分を記載する。</b></p> <p>◆記載例◆          「80歳女性 アルツハイマー型認知症(Ⅱb相当)。通帳を無くしたと再発行を繰り返す。病識なし。キーパーソンとなる長女夫婦は他県在住で多忙。長女夫婦は施設入所を希望している。週末毎に施設から帰宅する知的障がいのある長男と、今後も自宅で過ごしたいという本人の意向がある中、今後、どのように相談支援を行っていくべきか主任介護支援専門員に相談があった。」</p>
担当介護支援専門員との関係	<input type="checkbox"/> 内部（同一法人に所属） <input type="checkbox"/> 外部（別法人に所属）

## ■担当介護支援専門員（バイジー）への支援の内容・経過

主任介護支援専門員からみた 事例の問題点・課題	<b>*担当介護支援専門員の事例について、主任介護支援専門員としての分析結果(問題点・課題)を記載する。担当介護支援専門員の課題は下記に記載する。</b>
主任介護支援専門員が考えた 担当介護支援専門員への 支援課題、支援（指導）の 目標と計画など	<b>*担当介護支援専門員から相談を受け、スーパービジョンする中で主任介護支援専門員として担当介護支援専門員の課題がどこにあると考えたのか、またその課題に対してどのような目標でスーパービジョンを行ったのか記載する。</b>

※□にチェック☑を記入（パソコン入力の方は□をクリック）してください。