

スーパーバイザー スキルアップ研修（試行研修）

目的・ねらい

本研修は、スーパーバイザーが自身の実施したスーパービジョンの点検（スーパーバイザーの役割の理解、システム理解に基づくスーパーバイザーの見立て、プロセスの振り返り）を行い、スーパービジョンの質を向上させることを目的として開催します。

1. 日程 2024年2月4日（日）10:30～16:30（予定）
2. 実施方法 オンデマンド研修（e-learning）
集合研修（会場：ビジョンセンター東京八重洲 906
東京都中央区日本橋2-3-4 日本橋プラザビル9F）

3. 受講対象者：

次のすべての要件をみたす者

- ①認定社会福祉士認証・認定機構のスーパーバイザー登録をしてから、認定社会福祉士認証・認定機構が定めたスーパービジョンの枠組みにもとづくスーパービジョンを3件以上実施していること（事前課題作成のため、3件のうち1件は2年以内に実施したものであることが必要です。）
- ②事前課題を含む研修プログラムのすべてに出席できること
- ③都道府県社会福祉士会会員であって、所属の都道府県社会福祉士会の推薦があること
- ④受講終了後にアンケートに回答いただけること

4. 定員：48名

※定員を超えた場合は、スーパービジョン実績・経験等を考慮した上で、受講者を決定します。
（先着順ではありません）

5. 研修プログラム（予定）

（1）事前課題：2023年12月13日（水）提出締切

①オンデマンド研修：以下のe-learningを視聴し、課題を提出する。

- ・スーパービジョンにおけるリフレクション 70分
- ・地域共生社会の実現に向けた社会福祉士の役割とスーパーバイザーへの期待 45分
- ・地域共生社会の実現に向けたソーシャルワーク・スーパービジョン 50分

②SV実践の振り返り：過去2年以内に自身がスーパーバイザーとして実践したスーパービジョンに関する振り返りシートを作成し、提出する。

(2) 集合研修：2024年2月4日（日）

プログラム（予定） ※時間配分について変更になる場合があります。

時間	内容
10:30～10:35（5分）	オリエンテーション、開会挨拶
10:35～11:05（30分）	講義「本研修の目的」（仮） ※講師未定
11:05～16:35 ・演習 285分（休憩含む） ・昼食休憩 60分	演習「スーパービジョンの振り返り」
16:45	閉会挨拶

5. 課題：本研修には事前課題があります。（提出締切 12月13日）

6. 受講費：2,200円（資料代を含む。通信料、交通費等は自己負担となります。）

7. 申込方法：

- 生涯研修センター日本社会福祉士会主催 研修情報のページから受講申込書をダウンロードし、必要事項を入力後、**10月25日（水）**までにご所属の都道府県に送付してください。（都道府県社会福祉士会は、推薦を記入の上、**11月10日（金）**必着で日本社会福祉士会に送付してください。）
- お預かりした個人情報は本研修の運営目的以外では使用しません。
- 受講者が少数の場合には本研修を開催しないことがありますのでご了承ください。
- 受講申込後に受講ができなくなった場合は、受講申込のキャンセル連絡をお願いします。
- 受講決定後のキャンセルはできませんのでご注意ください。

【生涯研修センター日本社会福祉士会主催 研修情報 URL】

<https://jacsw.or.jp/ShogaiCenter/kenshu/senmon/index.html>

8. 申込期間：**2023年10月25日（水）**（ご所属の都道府県社会福祉士会へ）

9. 受講可否：

- 受講の可否は、**11月15日（水）**にメールにてお知らせします。受講決定者へは、あわせて、受講費の入金方法、受講方法、事前課題、キャンセルの扱い等についてもご案内します。
- 受講決定後のキャンセルはできませんのでご注意ください。

10. 研修単位：

- 研修プログラムの受講修了をすることで、日本社会福祉士会の生涯研修制度独自の研修・実績（①社会福祉士会が行う研修で認定社会福祉士制度の認証を受けていない研修）の7.5時間分となります。（eラーニング分を含んでいます。）

11. 主催：公益社団法人 日本社会福祉士会

12. 備考：

- 自然災害（悪天候及び地震が事由となるものに限る）の発生、本会の通信状況の不具合により、やむを得ず研修の開催を中止する場合があります。中止の判断基準は、本会ホームページの日本社会福祉士会主催 研修情報のページに掲載している「自然災害等発生時の研修会運営の判断について」をご確認ください。また、中止の決定をした場合は、本会ホームページの生涯研修センター「お知らせ」にてお知らせします。
- 本研修の申込にあたりお預かりした個人情報は、本研修の目的以外には使用いたしません。
- 研修会の受講にあたり配慮が必要なこと等がありましたら、通信欄にご記入ください。

13. 申込先・問い合わせ：公益社団法人日本社会福祉士会 生涯研修センター（月～金 10:15～16:15）

〒160-0004 東京都新宿区四谷 1-13 カタオカビル 2階 ホームページ：<https://www.jacsw.or.jp/>

Tel：03-3355-6541 Fax：03-3355-6543

E-mail：kenshu-center@jacsw.or.jp

◎本研修は、公益財団法人 社会福祉振興・試験センターの助成を受けて実施しています。

ご所属の都道府県社会福祉士会への送付：10月25日（水）まで ⇒ 県士会から日本社会福祉士会への送付：11月10日（金）必着

スーパーバイザースキルアップ研修 受講申込書

下記のとおり申し込みます。

所属の都道府県 社会福祉士会名		申込書記入日	年 月 日
会員番号		スーパーバイザー 登録番号	S —
(ふりがな) 氏 名	()		
送付先住所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	〒		
勤務先名			
日中連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 TEL: _____ FAX: _____ <input type="checkbox"/> 勤務先 TEL: _____ FAX: _____ ※平日の日中にご連絡が可能なものを記入してください		
メールアドレス	_____ ※受講決定はメールでご連絡しますので、必ずご記入ください。 ※ドメインしている方は、フィルターの解除をお願いします。 ※キャリアメールではないアドレスをご記入ください。		
受講要件の確認	<input type="checkbox"/> 都道府県社会福祉士会会員であって、所属の都道府県社会福祉士会の推薦があること ※本申込書に必要事項を記入の上、都道府県社会福祉士会の推薦を受けてください。		
	<input type="checkbox"/> 事前課題を含む研修プログラムのすべてに出席できること ※e-ラーニング講義を視聴の上で、取り組んでいただきます。 ※ご自身のスーパーバイザーとしての実績をご提出いただきます。		
	<input type="checkbox"/> 認定社会福祉士認証・認定機構のスーパーバイザー登録をしてから、スーパーバイザーとして認定社会福祉士認証・認定機構が定めた枠組みに基づくスーパービジョンを3件以上実施していること（3件のうち1件は2年以内に実施したものであることが必要です。） ※ご自身のスーパーバイザーとしての実績をご提出いただきます。		
	<input type="checkbox"/> 受講終了後にアンケートに回答いただけること ※受講終了後に、研修に関するアンケートにご回答いただきます。		
●受講動機			

ご所属の都道府県社会福祉士会への送付：10月25日（水）まで ⇒ 県士会から日本社会福祉士会への送付：11月10日（金）必着

<p>●協力同意 (受講には同意が必要です)</p>	<p>この研修は、社会福祉・振興試験センターの助成を受け、試行研修として実施します。日本社会福祉士会及び都道府県社会福祉士会のスーパービジョンの実施に関して協力をします。</p> <p><input type="checkbox"/> 上記について、協力の同意をします。</p>
<p>●事前課題の取り扱いについて (受講には同意が必要です)</p>	<p>◎ 事前課題は「正会員及び正会員に所属する社会福祉士がスーパービジョンを行う際の事例取扱ガイドライン」に従い、個人及び事例の特定ができないよう加工します。</p> <p>◎ グループメンバーの事例は、紛失、複写、その他のインシデントによる個人情報の漏洩がなされないよう十分配慮します。</p> <p><input type="checkbox"/> 上記の事前課題の取り扱いについて同意します。</p>
<p>●氏名等の公開 (受講には同意が必要です)</p>	<p>受講者氏名、都道府県士会、勤務先は、研修当日の受講者名簿に掲載します。また、スーパービジョンに関して協力できる者として、都道府県社会福祉士会等での公開に同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 上記について、情報公開することに同意します。</p>
<p>都道府県社会福祉士会の推薦 (公印は必須です)</p>	<p style="text-align: right;">記入日： _____ 年 ____ 月 ____ 日</p> <p>下記の理由により、続スーパーバイザーフォローアップ研修（試行研修）に上記の者を</p> <p><input type="checkbox"/> 推薦します。</p> <p><input type="checkbox"/> 推薦しません。</p> <p style="text-align: right;">都道府県社会福祉士会会長 印</p>
<p>推薦の理由 (必ず記入してください)</p>	