

2016年度スーパービジョンⅢ研修

日本社会福祉士会では、実践している社会福祉士が適切にスーパービジョンを受け、実践力が向上できるよう、スーパービジョンの研修体系の構築を進めています。基礎課程を修了した方は、当課程の人材育成科目においてスーパービジョンの講義やスーパーバイザー体験を模擬的に行うことで、スーパービジョンを受けることの意義や受けるために必要な準備を学びました(基礎課程の修了をもって「スーパービジョンⅠ」が修了となります)。

本スーパービジョンⅡ研修は、基礎課程修了後に現場でスーパービジョンを受けたことをふまえて、改めてスーパービジョンの意義を再確認し理解を深めること、スーパーバイザーとなるための予備的知識を学ぶこと、さらに職場における新人の育成をスーパービジョンの視点を踏まえて行えるようになることを目的とします。

なお、本研修の修了をもって認定社会福祉士認証・認定機構のスーパーバイザー登録推薦を行うものではありません。

1. 日 時 2017年2月4日(土曜日)～2月5日(日曜日)
2. 会 場 東京都内(未定)
3. プログラム

	時間	テーマ	講師
1 日 目	10:30～10:40	開会・オリエンテーション	
	10:40～12:10(90分)	【講義】ソーシャルワーク業務の内容・役割の理解	渡辺裕一(武蔵野大学)
	12:10～13:10	昼食(60分)	
	13:10～15:10(120分)	【演習】ソーシャルワーク業務の内容・役割の理解	渡辺裕一(武蔵野大学)
	15:10～15:20	休憩(10分)	
	15:20～17:20(120分)	【講義】スーパービジョンの基礎的理解	高野八千代(社会福祉法人南魚沼福祉会)
	17:20～17:30	休憩(10分)	
	17:30～18:30(60分)	【講義】スーパービジョンの実際	前嶋弘(社会福祉法人ヨハネ会)
2 日 目	9:00～12:00(180分)	【演習】スーパービジョンの実際	前嶋弘
	12:00～13:00	昼食(60分)	
	13:00～14:50(110分)	【講義/演習】人材育成のためのプログラムの作成	中田雅章(中田社会福祉士事務所)
	14:50～15:00	休憩(10分)	
	15:00～16:30(90分)	【演習】人材育成のためのプログラムの作成	中田雅章
	16:30～16:40	閉会	

4. 対象者 次の①～④の全てを満たす者
 - ①社会福祉士であり、基礎研修Ⅲを修了した者
 - ②社会福祉士取得後実務経験が3年以上ある者
 - ③事前課題(ソーシャルワーク業務振り返りシート等)の提出ができる者
 - ④過去にスーパーバイザー経験がある者
5. 定 員 50名 ※申込数が少ない場合は開催しない場合がありますのでご了承ください。
6. 受講費 会員:20,000円 会員以外:30,000円(受講費に資料代含む、食費・宿泊費別)
7. 懇親会 懇親会参加費:4,000円 ※参加人数により開催しない場合があります。
8. 申込方法 申込用紙に必要事項をご記入のうえ、郵便またはFAXにてお申し込みください。
9. 申込期限 12月12日(月曜日)(先着順) 申込締切前でも定員となり次第締め切ります。
10. 受講可否 受講の可否は、12月中旬に郵便での発送を予定しています。併せて、事前課題、会場案内、受講費の納入関係、キャンセルの扱い、懇親会等についてもご連絡します。開催しない場合も合わせて通知します。なお、期日までに通知がない場合は郵便事故などが想定されるため下記の担当までお問い合わせください。
11. 単 位 本研修は認定社会福祉士認証・認定機構に研修認証された研修です。
(研修認証番号:20160003、認証科目:共通専門/サービス管理・人材育成・経営系科目群Ⅰ)
日本社会福祉士会生涯研修制度では、専門課程の1単位となります
日本社会福祉士会の旧生涯研修制度では、共通研修課程の集合研修10単位になります。
12. 修了要件 本研修を修了するためには、全てのプログラムを修了し、事後課題を提出の上、研修主催者による課題審査に合格することが必要です。30分以上の遅刻・早退・途中退席があった場合には、研修は未修了の扱いとなりますので、ご注意ください。
13. 主 催 公益社団法人日本社会福祉士会

スーパービジョンⅡ研修 受講申込書

(ふりがな) 1. 氏名 (性別)	(ふりがな) 氏名 (男 ・ 女)		
2. 自宅住所	〒		
	電話番号		FAX
	E-mail		
3. 勤務先について	名称		
	住所	〒	
	電話番号		FAX
	E-mail		
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先		
4. 受講決定通知等の送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先		
5. 連絡先 <small>※平日の日中連絡がとれるところをチェックしてください。</small>	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先		
6. 会員番号・所属都道府県士会名 <small>※都道府県士会会員／会員以外どちらかに○をつけ、各欄にご記入ください。(会員番号は日本社会福祉士会が発行した会員番号を御記入ください)</small>	都道府県社会福祉士会会員		会員番号 ()
	会員以外		所属都道府県士会名 ()
			所属職能団体 (所属がある場合のみ) ()
7. 実務経験 <small>※現在の勤務先を一番上に、最近のものから記載してください。社会福祉士取得後の実務経験が対象です。</small>	勤務先名	勤務期間	
		年	ヶ月
		年	ヶ月
		年	ヶ月
	合計	年	ヶ月
8. 社会福祉士登録番号 <small>※都道府県士会に所属していない社会福祉士のみ</small>	(社会福祉士登録証のコピーを添付してください)		
9. 受講者名簿への記載	<input type="checkbox"/> 記載しない <small>※「受講者名簿」には、受講者番号、氏名、都道府県士会名、勤務先を掲載し受講者へ配布します。「掲載しない」をチェックされた方は、受講者番号のみの掲載となります。</small>		
10. スーパービジョンについて	社会福祉士からの助言・指導をうけたことが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
	スーパーバイザー経験	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
11. 基礎研修Ⅲの修了	<input type="checkbox"/> 修了している <input type="checkbox"/> 修了していない		
12. 懇親会への参加希望	<input type="checkbox"/> 参加する (4, 0 0 0円) (※参加人数により開催しない場合があります)		
13. キャンセル待ち <small>(希望する場合はチェックしてください)</small>	<input type="checkbox"/> キャンセル待ちを希望します。		
14. 備考 <small>(参加にあたって特に配慮を要することなどがあればご記入ください)</small>			

下記のとおり申し込みます。

注1：お預かりした個人情報、当研修会の運営目的以外には使用いたしません。

注2：受講者が少数の場合には研修を開催しないことがありますのでご了承ください。

注3：申込書の控えをお持ちください。

【自然災害による中止】 自然災害発生によりやむを得ず研修会を中止する場合があります。判断基準等は本会ホームページ (URL: <http://www.jacsw.or.jp/ShogaiCenter/kaisai.php?>) をご参照ください。中止の場合、受講料返金は行いませんのでご了承ください。

【申込先・お問い合わせ】 公益社団法人日本社会福祉士会 事務局

〒160-0004 東京都新宿区四谷 1-13 カタオカビル 2階 TEL：03-3355-6541 (月～金曜日 9:30～17:30)

FAX：03-3355-6543 E-mail：akanuma@jacsw.or.jp 担当：生涯研修センター 赤沼

(電話・E-mailでのお申し込みは受け付けておりません)