

令和3年度 スーパーバイザー入門講座

～ スーパービジョンの理解とコーチングの活用 ～

-
- 1. 目的** 今、自信をもって「私はスーパービジョンをしています」という方は、どれくらいおられるでしょうか。本研修では、スーパービジョンの基礎と必要性を確認し、職員の人材育成と職員間のより良い関係づくりのため、日常業務でスーパービジョンを円滑に実践するためのポイントを学びます。
- 2. 主催** 社会福祉法人 奈良県社会福祉協議会
- 3. 対象者** スーパーバイザーの役割や、人を育てる役割を担う県内社会福祉施設・事業所等職員（予定者含む）
- 4. 開催期日** 令和3年6月23日（水）、6月30日（水）〈計2日間〉
9：30～16：30（途中、1時間昼食休憩あり）
- 5. 定員** 60名（先着順。ただし、申込多数の場合、多くの職場から受講していただくため、優先順位が2位以下の方の受講をお断りすることがあります。）
- 6. 会場** 奈良県社会福祉総合センター 研修室B・C
橿原市大久保町320-11
（近鉄橿原線畷傍御陵前東出口より北東へ徒歩約3分）
- 7. 受講料** 6,000円／名 ※後日、受講決定者に送付する振込書にてお支払いください。
※本来は10,000円の設定ですが、奈良県介護人材確保対策総合支援補助金を活用し、6,000円に減額します。（予定）
※受講料払込後に受講者側の理由によるキャンセルが生じた場合、返金はいたしかねます。
- 8. 申込方法** 別紙申込書に必要事項を記入の上、下記あて郵送またはFAXでお申込ください。
- 9. 申込期限** 令和3年5月10日（月）必着 〈先着順〉
※申込締切後、受講決定通知をお送りします。
6月2日（水）を過ぎても受講決定通知が届かない場合は下記までご連絡ください。
- 10. 申込・照会先** 〒634-0061 橿原市大久保町320-11
奈良県社会福祉協議会 福祉人材センター 担当：西田
TEL：0744-29-0130 FAX：0744-29-6114
URL：<https://nara-shakyo.jp/>

◆プログラム内容

	月日・会場	時間	研修内容
第1日目	6/23(水) 研修室B・C	9:30 ～16:30	【講義・演習】 ○スーパービジョンの基礎理論を学ぶ ○スーパービジョンの実際をビデオから学ぶ
第2日目	6/30(水) 研修室B・C	9:30 ～16:30	【講義・演習】 ○スーパービジョンで活用するコーチング ○過去のスーパーバイザー養成講座受講者による実践報告

※進行の都合上、研修時間(終了時間)が多少前後する場合があります。
また、上記内容は企画段階の予定であり、一部変更になることがあります。

講師 植田 寿之 氏 (花園大学 非常勤講師)

♪ 受講生へのメッセージ ♪

「それぞれの職場で、試行錯誤を重ねながらもスーパービジョンを実践していただく準備をします。そして、部下や後輩、仲間の成長だけではなく、受講者自らの成長をももたらすことをねらいとしています」

<留意事項>

※新型コロナウイルス感染症の拡大状況等により、研修が中止となる可能性がありますので、予めご承知おきください。

※上記を含め、自然災害等、不測の事態により研修を中止する場合は、研修当日、研修開始時刻の2時間前に、奈良県社会福祉協議会ホームページに掲載いたします。(こちらからご連絡はいたしませんので、ご了承ください。)

【 前年度受講者の声 】

まずは、スーパービジョンとは何かと言うことを広げ、意識づけしていきたい。ハードルを上げるのではなく、利用者さんへのより良い支援に繋がるということを法人の理念とともに再認識したいと思える研修でした。
(障害者関係・支援員)

自分が答えを出すのではなく、聞く事で相手から思いを引き出し、気づきの役に立たせてもらえるよう努めていきたいと思いました。(高齢者関係・事務職)

実践報告では、具体的な現場の話が聞けて良かった。自分自身の振り返りや次に進む活力をいただく良い機会となりました。

(高齢者関係・介護職)

令和3年度 スーパーバイザー入門講座
受講申込書

(社福)奈良県社会福祉協議会 事務局長 様

下記の者に標記研修を受講させたいので申込みます。

法人名 _____
所属名 _____
役 職 _____
所属長名 _____

受講希望者氏名	(フリガナ)	生年月日	S・H 年 月 日	同一所属内での優先順位(※)	人中 番目
		性 別	男 ・ 女		
勤務先名称		機関(施設等)の種別 (該当するものに○をつけてください) <高齢者関連> A. 養護老人ホーム B. 特別養護老人ホーム C. 軽費老人ホーム D. 有料老人ホーム E. 介護老人保健施設 F. デイサービスセンター G. 地域包括支援センター H. 認知症高齢者グループホーム I. 小規模多機能型居宅介護 J. 訪問介護事業所 K. 居宅介護支援事業所 L. その他の高齢者関連施設			
勤務先所在地	〒 _____	<障害者(児)関連> M. 障害者支援施設 N. 日中活動に関する事業を実施する事業所 O. グループホーム P. その他の障害者関連施設 Q. 障害児関連施設 <その他> R. 保護施設 S. 児童関連施設 T. 市町村社会福祉協議会 U. 医療機関 V. その他()			
	TEL: () FAX: () 連絡ご担当者: _____ ・ 本人 ※担当が決まっていない場合は、「本人」に○印をつけてください。				
現在の職種	介護職 ・ 相談職 ・ 支援員 ・ 管理職 その他()	現職場での経験 福祉職経験(通算)	年	ヶ月	年 月
保有資格 (該当するものに○印をつけてください)	ア. 介護福祉士 イ. 社会福祉士 ウ. 精神保健福祉士 エ. 社会福祉主事任用資格 オ. 介護職員初任者研修修了(旧訪問介護員養成研修1級~3級及び旧介護職員基礎研修を含む) カ. 介護職員実務者研修修了 キ. 介護支援専門員 ク. 保育士 ケ. 看護師・准看護師 コ. その他() サ. 保有資格なし				
担当業務内容	※簡潔にご記入ください。				

※同一の事業所や所属部署内で、複数の受講希望者がおられる場合は、本申込書を複写いただきお申込みください。
その場合、所属内での優先順位をご記入ください。(例:3人中、2番目)

【個人情報の取り扱い】

受講申込書に記載いただいた個人情報は、当該研修に関する通知等の送付及び研修実施に関する連絡以外には一切、使用いたしません。

FAX: 0744-29-6114
社会福祉法人 奈良県社会福祉協議会 福祉人材センター行

【申込期限: 5月10日(月)】