

スーパーバイザー養成研修 実践編

スーパービジョン（以下 SV という）の最大の目的はバイザー（事例提供者）の成長です。その成長を支えるバイザーや参加者に必要な力量は多岐に亘ります。

なかでも《事例提供者の成長課題》に焦点を当てることは難易度が高い力量と言えるでしょう。事例を使ってSVを行いますので、どうしても事例の課題に目が向きがちですが、バイザーから見える事例の理解、事実と解釈、視点・視野・視座の整理が重要になってきます。

今回はそういったことを意識してSV実践編を行ってみたいと考えています。ぜひライブSVの臨場感を体感しにきてください。ご参加をお待ちしております。

- 1 主催 一般社団法人 山口県介護支援専門員協会
- 2 日時 令和7年2月8日（土）午前9時から午後4時15分まで（6時間半）
令和7年2月9日（日）午前9時から午後3時15分まで（5時間半）
※各日の終了時間が異なります。ご注意ください。
※受付時間は午前8時30分からになります。
※昼食休憩は45分間です。
- 3 会場 山口県セミナーパーク 研修室204 山口市秋穂二島1062
※定員60名の会場です。常時換気します。各自で防寒対策をお願いします。
- 4 対象 経験3年以上の介護支援専門員
- 5 内容 講義 バイザーから見える事例の理解、事実と解釈、視点・視野・視座の整理（60分）
ライブスーパービジョン4題
- 6 講師 社会福祉士・主任介護支援専門員 梅田 真嗣 氏
- 7 定員 40名（定員になり次第、締め切らせていただきます。）
- 8 受講申込 (1) 下記QRコードを読み取り「参加申込フォーム」に入力のうえ、送信ください。
別紙申込書に必要事項を記入の上、FAX・郵送でのお申込みも可能です。
※電話による申込は御遠慮願います。
(2) 申込期限 令和6年12月20日（金）
- 9 受講料 会 員：3,000円 非会員：8,000円
※会員とは、山口県介護支援専門員協会の会員です。
※日本介護支援専門員協会他支部の正会員の方は当会正会員と同じ参加費区分を適用します。
- 10 受講料の納入 (1) 受講決定通知と併せて、振込用紙を送付しますので、指定された期日までに振込ください。
(2) 振込手数料は受講料とは別途、各自で負担してください。
(3) 受講料振込後のキャンセルはできません。いかなる場合も返金いたしません。
(4) 指定期日までに入金がない場合はキャンセルとしますが、事前に本会まで必ず連絡してください。こちらから改めて連絡することはありません。
- 11 個人情報取扱い 本研修での個人情報の取扱いは、個人情報保護法に関する条項を含んだ業務委託契約を「名鉄観光サービス株式会社 山口支店」と交わしています。「参加申込書」に記載された個人情報は、本研修会の運営管理にのみ使用させていただきます。
- 12 申込先 一般社団法人 山口県介護支援専門員協会 事務局 担当：福本、岡村
山口市大手町9-6 山口県社会福祉会館内
TEL：083-976-4468 FAX：083-976-4469
- 13 懇親会 日時 令和7年2月8日（土）午後6時～
場所 新山口駅付近（会場未定、居酒屋にて開催予定）
会費 6,000円
- 14 事例提出 バイザー・バイザーにご協力いただく方、4名は追ってご連絡いたします。
事例提出様式は自由ですが、当協会ホームページ、研修案内からダウンロードできます。
(山口県介護支援専門員協会 <https://www.y-cma.jp/>)



【参加申込 QR コード】



※オンライン申込が可能な方は是非ご利用ください。

QRコードで申込ができない方のみ FAX をご使用ください。

*提出先：山口県介護支援専門員協会 事務局

*F A X : 0 8 3 - 9 7 6 - 4 4 6 9

*申込締切日：令和6年12月20日（金）

スーパーバイザー養成研修 実践編 参加申込書

ふりがな			
氏名			
自宅住所	〒		
勤務先		経験年数	おおよそ 年
申込種別	<input type="checkbox"/> 会員 ・ <input type="checkbox"/> 非会員 (いずれかに○をつけてください。)		
日中連絡可能な電話番号	() - <input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 携帯番号 (いずれかに○をつけてください。)		
希望	<input type="checkbox"/> バイザー 通常のケース支援で事例提出したい <input type="checkbox"/> バイザー 部下や地域ケアマネに対する支援について事例提出したい <input type="checkbox"/> バイザーをしたい (希望される方は、☑をつけてください。) 積極的、主体的な参加をお待ちしています。バイザー、バイザーにご協力をお願いします。		
メールアドレス	※連絡の際メールでお問合せする場合があります。 必ず記載してください。	懇親会	<input type="checkbox"/> 参加 ・ <input type="checkbox"/> 不参加 (いずれかに○をつけてください。)

※ 記載された個人情報は本研修会の運営管理にのみ使用させていただきます。

《申込先》

一般社団法人 山口県介護支援専門員協会 事務局

担当：福本、岡村

山口市大手町 9-6 山口県社会福祉会館内

FAX：083-976-4469

会場地図

