

平成 29 年度スーパービジョン研修会

福祉専門職等において、スーパービジョンは大切な知識・技術です。また今後小規模チームのリーダーとして期待される介護福祉士ファーストステップ研修修了生をはじめ、介護実習Ⅱを担当する実習指導者、訪問介護事業所のサービス提供責任者等において、部下を指導するうえで求められる必要な知識・技術です。そのスーパービジョンの基礎的知識等を修得し、介護事業所等にて実践できることを目的として標記研修会を開催いたします。皆様のご参加お待ちしております。

1. 主 催 一般社団法人 沖縄県介護福祉士会
2. 日 時 平成 30 年 1 月 5 日(金) 9:30～16:30 (9:00～受付)
3. 会 場 沖縄県総合福祉センター 東棟4階 403 研修室(予定)
4. 講 師 実践ソーシャルワーク塾
塾長 菊池 健志 氏
5. 受 講 料 ○ 会員…3,000 円 ○ 一般…6,000 円
6. 受講対象者 介護福祉士・介護支援専門員・社会福祉士・相談業務に携わっている者等
7. 申込方法 別紙2の受講申込書に必要事項をご記入のうえ、FAXまたは郵送・メールにてお申し込み下さい。

受講料については、参加申込後下記口座まで 6 日以内にお振り込み下さい。

振込領収書(受領証・振込入金票)等は紛失なされないよう大切に保管して下さい。

※通帳記帳の際に施設・団体名が印字されないことがありますので、施設・団体名で振込まれる場合は法人名を省いて施設・団体名のみ記入して下さい。

振込先口座記号・口座番号:ゆうちょ銀行

(加入者名)(社)沖縄県介護福祉士会

(口座記号)17030

(口座番号)11842931

(振込手数料は各自でご負担下さい)

* 他の金融機関から振り込みされる場合は、(店名)七〇八(読みナナゼロハチ)、(店番)708、(口座番号)1184293となります。

振込先金融機関:沖縄銀行 普通預金 石嶺支店

(口座名義)(社)沖縄県介護福祉士会 会長 羽鳥 訓秀

(口座番号)1448894

(振込手数料は各自でご負担下さい)

※ 振込後の参加取り消しや欠席の場合、受講料の返金はできません。

8.定員等 80名*定員になり次第申込み受け付けを終了いたします。

9.その他

- 研修概要があります(別紙1)。
- 受講不可の場合のみ本会事務局から受講申込者へ電話にてご連絡いたします。
- 天候等諸事情(台風等)により本研修が開催されない場合がありますので予めご了承ください。
- 昼食のご案内※近くにレストラン等がありませんので、お弁当等の準備をおすすめします。
- 駐車場は台数の制限がありますので公共交通機関等をご利用下さい。
- 郵送で申し込まれる場合は、個人で受講申込書の控えをお取り下さい。
- 申込書に記載された個人情報には本研修会以外での使用はいたしません。
- 本研修は沖縄県主任介護支援専門員更新研修の受講要件の法定外の研修等に該当します。

<菊池 健志 氏 講師プロフィール>

- 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター連携・専門教育専任教員
(2006年4月~2009年3月)
- 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター講師
- 実践ソーシャルワーク塾 塾長

<本会における菊池 健志講師の活動>

- 平成26年度 ファーストステップ研修講師
(家族や地域の支援力の活用と強化)
- 平成27年度~平成28年度 ファーストステップ研修講師
(家族や地域の支援力の活用と強化)(職種間連携の実践的展開)
- 平成26年度&平成28年度 スーパービジョン研修会講師
- 平成27年度~平成28年度 沖縄県介護福祉士会講師養成研修講師

(研修概要)

スーパービジョンの理解と展開方法を学ぶ

1 スーパービジョンとは何か。

～その基礎的知識を身につける。～

①スーパービジョンの定義

②スーパービジョンの機能

③不適切なスーパービジョンは・・

④4つの本来能力を高めよう

2 スーパービジョンの展開方法を知る。

～スーパービジョン能力を高められるよう、日ごろの実践のなかでセルフトレーニングできるよう枠組みを形成する。～

スーパービジョンの展開5つのコツ

① 情報を収集し分析する<アセスメントの応用>

② 根拠をもって説明する<スーパービジョンの基本>

③ 自分の特性を理解し相手の特性に合わせる<コーチングの応用>

④ 事例検討の構造を理解する<ファシリテーションの応用>

⑤ 伝える能力を身につける<プレゼンテーションの応用>

沖縄県介護福祉士会事務局 宛 FAX 番号 098-887-3391 (送付票不要)

平成29年度スーパービジョン研修会受講申込書 平成30年1月5日(金)開催

| | | | |
|--|---|----------|--------------------|
| ふりがな | | | |
| 氏名 | | | 性別 男性・女性 |
| 生年月日 | (和暦) 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| 介護福祉士会 | 1. 会 員 (会員番号:470) 2. 一 般 ※介護福祉士資格登録番号と介護福祉士会会員番号は異なります。 | | |
| 勤務先 | 名 称 | | |
| | 所在地 | 〒 沖縄県 | |
| | 電 話 | | |
| | F A X | | |
| 経験年数 (通算には 介護福祉 士取得以 前も含む) | 介護福祉士取得後 年 | 職 種 | (例:介護福祉士 介護支援専門員等) |
| | 通算実務経験 年 | | |

お問い合わせ先

〒903-0804

沖縄県那覇市首里石嶺町4-373-1(沖縄県総合福祉センター内西棟 4 階)

一般社団法人 沖縄県介護福祉士会 事務局

TEL:098-887-3344 FAX:098-887-3391

E-mail:okikaigo@gmail.com

※ 対応可能時間 13:00~17:00(月~金)※土・日・祝休み