

平成 29 年 5 月吉日

会員各位

一般社団法人 沖縄県社会福祉士会
代表理事 竹藤 登
(公印省略)

平成 29 年度 沖縄県社会福祉士会におけるスーパービジョン

申し込み受け付け開始についてのお知らせ

今年度も、生涯研修制度におけるスーパービジョンを実施いたします。このスーパービジョンは、認定社会福祉士認証・認定機構で認められたスーパービジョンであり、必要な単位が取得できます。認定社会福祉士の取得の有無にかかわらず、受付をいたしますので、お気軽にお申し込みください。

スーパービジョンの詳細は認定社会福祉士認証・認定機構のホームページ「認定社会福祉士制度について～スーパービジョン実績とは～」の「スーパービジョン実施マニュアル（スーパーバイザー用）」をご参照ください。

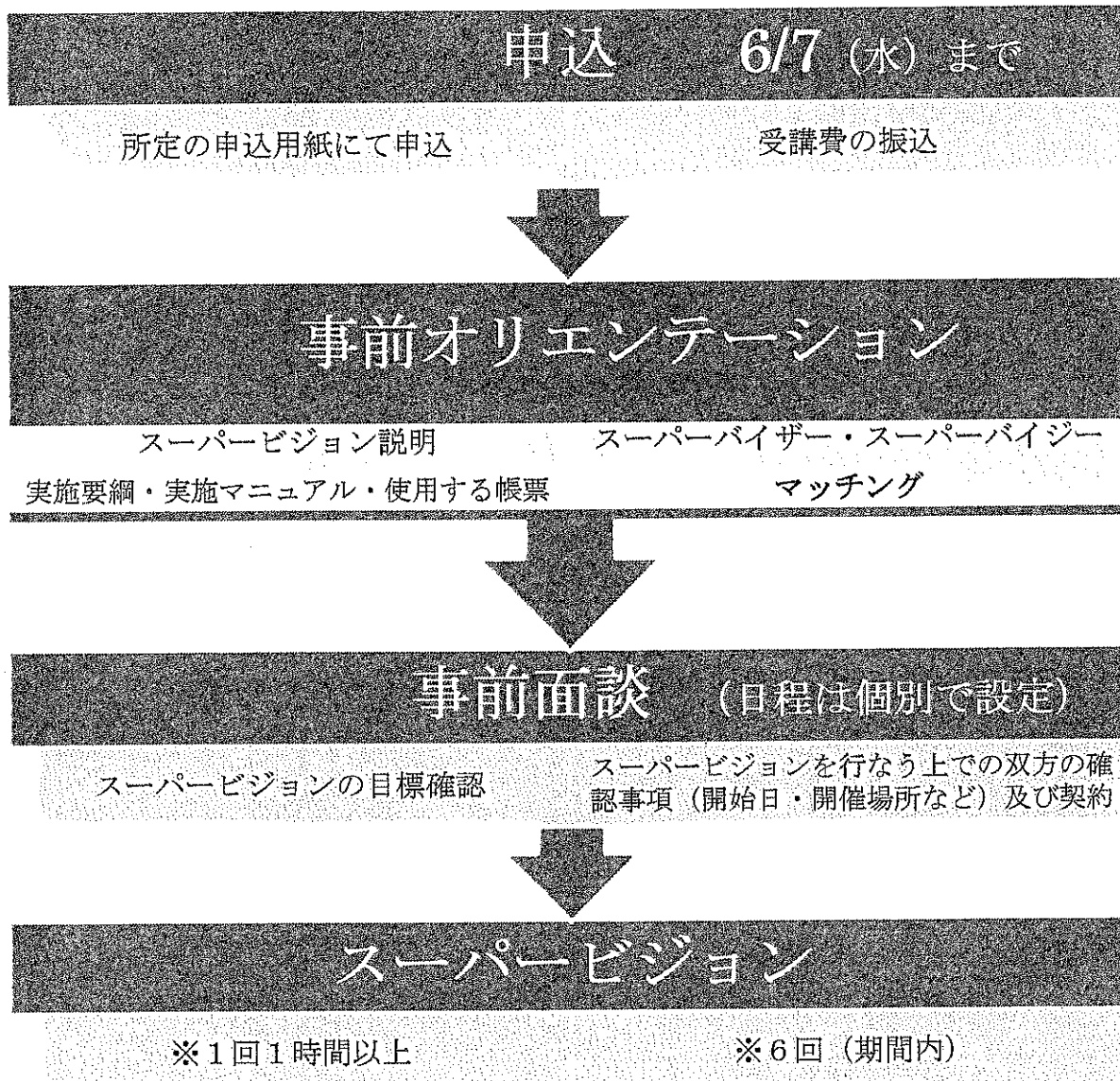
記

1. 実施期間 : 平成 29 年 6 月～平成 30 年 3 月
事前オリエンテーション+事前面談+1回1時間以上×6回
(認定社会福祉士認証・認定機構の規定により)
 2. 方法 : 原則的に対面方式
 3. 募集人数 : 10 名程度
 4. 申込方法 : 申込書(別添)を記入後、平成 29 年 6 月 7 日(水)必着で
当会事務局へ e-Mail・FAX・郵送・持参のいずれかで可
※FAX 時は個人情報が入りますので番号はお間違えないようお願いします。
 5. 受講決定 : 受講の可否については受講決定通知書にて通知を行なう
 6. 受講費 : 50,000 円(受講決定通知書内に記載されている口座へ振り込み)
継続者については 40,000 円となります。
- (事前オリエンテーション、事前面談、スーパービジョン 6 回、事務局経費含む)
7. オリエンテーション : 6 月末頃を予定(受講者に個別にご案内いたします)
 8. 問い合わせ : 一般社団法人沖縄県社会福祉士会事務局

〒903-0804 沖縄県那覇市首里石嶺町 4-135-1 くしばるビル 207

TEL: 098-943-4249 FAX: 098-943-5249

9. スーパービジョンの受講の流れ :



- ※ スーパーバイザー登録者リストは別紙のとおり 8 名が登録されています。
- ※ 認定社会福祉士認証・認定機構の規定により実施いたします。
- ※ 申込用紙は、日本社会福祉士会のウェブサイト → 認定社会福祉士制度 → スーパービジョン実績からダウンロードできますので、ご活用ください。

以上

認定社会福祉士認証・認定機構 認定社会福祉士制度

認定社会福祉士認証・認定機構（以下、「認定機構」という）では、認定機構が定めたスーパービジョン実施要綱にもとづき、スーパービジョンを受ける・することで、認定社会福祉士および認定上級社会福祉士取得や更新に必要なスーパービジョン実績の単位認定を行います。

認定制度のスーパービジョンの特徴

- ・認定制度のスーパービジョンは、スーパービジョンの手順や使用する様式を指定し、一定の枠組みの中で実施します。
- ・スーパービジョンは事例検討とは異なります。事例を評価・検証するのではなく、事例に取り組むスーパーバイザーの価値、知識、技術に焦点をあてます。
- ・認定制度のスーパービジョンは、スーパービジョンを1年間に6回以上行うことを基準としています。
- ・認定制度のスーパービジョンでは、スーパーバイザーとスーパーバイジーは、スーパービジョンを行う前に1年間のスーパービジョン実施契約を締結します。
- ・認定制度のスーパービジョンは、個人スーパービジョンが原則です。
- ・認定制度のスーパービジョンのスーパーバイザーとスーパーバイジーの関係は、職場内／職場外、同じ専門分野／異なる専門分野を問いません。
- ・認定制度のスーパービジョンでは、スーパーバイザーとなることができる者は、認定機構へスーパーバイザー登録をしている者となります。
- ・認定制度のスーパービジョンを受けたい社会福祉士（スーパーバイジー）は、認定機構にスーパーバイザー登録をしたスーパーバイザーに依頼します。

認定社会福祉士制度におけるスーパーバイザーは、本来、認定上級社会福祉士もしくは認定社会福祉士更新者等が担うとされていますが、制度立ち上げ時期である現在、認定上級社会福祉士や認定社会福祉士が少ないことから、一定の要件を満たした者を「経過措置期間のスーパーバイザー」として登録しました。登録者には3つの区分があります。

区分1：社会福祉士有資格者（職能団体が推薦する者）

区分2：施設や機関等において職員のスーパービジョンを担当している者（施設や機関の長が推薦する者）

区分3：認定社会福祉士認証・認定機構が推薦する者（教育団体が推薦する者）

区分1登録者は連絡先の公表が必須、区分2登録者は非公開、区分3登録者は任意です。区分1及び区分3の登録者が行うスーパービジョンは認定社会福祉士取得のための「スーパービジョンを受ける」実績の単位対象となります。区分2の登録者が行うスーパービジョンは、同一施設及び機関の職員に限って認定社会福祉士取得のための「スーパービジョンを受ける」実績の単位対象となります。

平成29年度 沖縄県 経過措置期間のスーパーバイザー登録者一覧

<p>1 角山 信司 沖縄県社会福祉士会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認定社会福祉士（医療分野） ・社会医療法人仁愛会（浦添総合病院） <p>神戸で介護老人保健施設の支援相談員を3年ほど行い、沖縄にて急性期病院で10年ほど医療ソーシャルワーカーとして相談援助を行うと同時に、管理業務も行う。現在は同法人の管理本部 経営企画部で勤務。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・沖縄県社会福祉士会生涯研修委員会所属 	<p>2 大城 則子 沖縄県社会福祉士会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉士 ・介護支援専門員 ・認定ケアマネジャー ・医療ソーシャルワーカー、在宅介護支援センターSW、介護支援専門員として勤務 ・一般社団法人沖縄県介護支援専門員協会 会長（平成15年9月～平成28年5月）
<p>3 石川 和徳 沖縄県社会福祉士会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認定社会福祉士（高齢分野）H28.4登録 ・Super worker 石川和徳社会福祉士事務所 & 沖縄スーパービジョン研究会 代表 <p>高齢者分野 20年の実績を経て、H24.8独立。スーパービジョン、虐待対応、成年後見活動を中心に、分野を超えて活動を展開しています。</p>	<p>4 樋口 美智子 沖縄県MSW協会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認定社会福祉士（医療分野）H28.4登録 ・沖縄県医療ソーシャルワーカー協会会長 ・日本医療社会福祉協会推薦 ・地方独立行政法人那覇市立病院 医療支援部 総合相談センター 総合相談センター長
<p>5 當間 学 沖縄県社会福祉士会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認定社会福祉士(高齢分野)H28.4登録 ・平成23年度に独立型社会福祉士登録 <p>介護保険の居宅介護支援事業所を開設し介護支援専門員業務に携わる。</p> <p>沖縄県社会福祉士会のぱあとなあ沖縄に属し成年後見業務に携わる。</p>	<p>6 新垣 都 沖縄県社会福祉士会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・沖縄県社会福祉士会事務局勤務 事務局次長 ・これまで、訪問介護ステーションサービス管理責任者、居宅支援事業所、地域包括支援センター等に勤務。 ・地域包括支援センターでは、主に高齢者虐待の対応を行う。
<p>7 西垣 美津子 沖縄県社会福祉士会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉士 ・介護支援専門員 ・相談支援専門員 <p>これまで在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、障害児・者相談支援事業所等に勤務。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・石垣島で高齢者、障害児・者などの相談業務、成年後見活動を行う。 	<p>8 奥平 藤也 沖縄県社会福祉士会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認定社会福祉士（医療分野）H29.4登録 ・現在は急性期病院で医療ソーシャルワーカーとして勤務。

※申込受付番号

(※は記入しないでください)

スーパービジョン申込書

申込年月日	西暦 年 月 日			
(ふりがな) 申請者氏名	() Ⓜ			
生年月日(満年齢)	年 月 日 (歳)			
性別	男・女 (○を付けてください)			
勤務先・所属 職名				
連絡先(□自宅□勤務先) 住所/Tel・Fax/ メールアドレス ※平日の昼間連絡が取れるところを記載のこと	〒 — Tel:()-()-() Fax:()-()-() E-mail @			
日本社会福祉士会	会員番号: / 所属都道府県社会福祉士会名:			
社会福祉士として(社会福祉士資格取得後)の 相談援助実務経験年数 ※直近のものから記載	勤務先名	職種	勤務期間	勤務年数(日数)
			年 月	日
			年 月	日
			年 月	日
			年 月	日
合 計			年 月	日
スーパービジョンの学習経験 ※直近のものから記載	研修名	実施主体(機関団体名)		受講年月
スーパービジョンの実施実績 □あり・□なし ※直近のものから記載	区分	実施期間		氏名
	□バイザー/□バイザー	年 月～ 年 月		
	□あり・□なし	年 月～ 年 月		
	□あり・□なし	年 月～ 年 月		
希望スーパーバイザー (未記載も可)	氏名: / 主たる地域:			
スーパービジョンを受けた 課題・テーマ	課題・テーマ	選択した理由		
その他(スーパーバイザーへの要望)				

※本申込書に記載された個人情報は、スーパーバイザーとのコーディネート等、スーパービジョンの運用以外には使用いたしません。

※欄が不足する場合は、適宜広げて記載をしてください。

スーパーバイザー記載欄

受け入れについて □諾・□否	[理由]
-------------------	------