

スーパーバイザー養成研修 実践編

スーパービジョンの最大の目的はバイザー（事例提供者）の成長です。支援に困難さを感じている事例を振り返り、その背景や要因を分析（絵解き）していくなかで、教育・管理・支持・評価が有効に機能します。

また、スーパービジョンはスパイラル関係と言われ、バイザー（指導者）がバイザー（部下などの担当ケアマネジャー）に与える影響は、そのまま担当ケアマネジャーと利用者の関係に反映されるとされており、スーパービジョンはサポートティブな雰囲気で行われることが重要です。

それぞれの職場や地域でも気軽にサポートティブなスーパービジョンが開催されるようになることを願い、スーパーバイザー養成研修 実践編を開催します。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8年2月28日（土）午前9時から午後4時15分まで （6時間半）
令和8年3月1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 YMfg 維新セミナーパーク 研修室201 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 事例の絵解き、サポートティブなスーパービジョン展開（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8年1月9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：岡村、福本
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8年2月28日（土）午後6時～
場所 山口市湯田付近（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活用ください。

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
*FAX：083-976-4469
*申込締切日：令和8年1月9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	会 員 ・ 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	() - () () 自 宅 ・ 勤 務 先 ・ 携 帯 番 号 (いずれかに○をつけてください。)		
希 望	☐ バイジー 通常のケース支援で事例提出したい ☐ バイジー 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 ☐ 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、バイジ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 参加 ・ 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：岡村、福本
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

