

## 10. スーパーバイザー登録紹介事業について

### 【スーパーバイザー紹介事業のしおり】

日本医療社会事業協会は、ソーシャルワークサービスの充実を図るため、「スーパービジョンを受け、ソーシャルワーカーとしての資質向上をはかる」ことを希望する会員に、スーパービジョンの機会を提供し、スーパービジョンを実施することにより、会員の専門教育水準の向上を図る事を目的とし、2002年度より実施に取り組んできました。

つまりこれは日本医療社会事業協会会員による会員のためのサポート事業であり、同じソーシャルワーカーの仲間が専門領域の中で人材を育てていくという新しい試みなのです。そのため、一般の個別契約やグループで実施されているスーパービジョンとは少し考え方が違うことをご理解いただきご活用いただきたいと思います。

#### <当協会が考えているスーパービジョン>

基本的な考え方を以下のように考えています。

保健・医療・福祉分野における対人援助の専門職が、組織体制や運営、職務や援助業務、援助計画に関する課題や問題などに取り組むために、ソーシャルワーカー領域の専門家から新しい情報・知識・技術を修得する目的として、教育作業と提案作業を中心に指導が行われることをスーパービジョンと考えます。

当協会として紹介するスーパーバイザーの指導は、あくまでも助言レベルの指導であり、進行中のケースはもとよりスーパーバイザーの所属する組織に対して干渉することや、責任を取る機能は含まれていません。

また組織的な業務上の責任は伴わず、新しい情報、知識、技術の求めに応じた教育機能の責任を重視するものです。

#### <協会の提案する実施上注意したいルール>

##### 1. スーパーバイザーの方へ

当協会のスーパービジョンを受けることへの了解を職場の上司からとって参加すること。

職場外の教育機能を果たすため、自分の職場から外へ出て開催場所を決めること。

秘密保持の原則の徹底に十分注意すること。ケースに関する情報は徹底的にカモフラージュしてから相談すること。

##### 2. スーパーバイザーの方へ

スーパーバイザーに対する指導は指示ではなく、あくまでも提案として行なうこと。

助言する場合はできるだけ具体的な助言にし、非現実的な助言は避けること。

患者の援助方法を直接どうするかに応えるのではなく、ソーシャルワーカーとしての成長を指導する事を基本にしてください。

##### 3. その他の基本事項

開催期間は1年とし、回数は5回から6回を基本として実施すること。

協会として紹介する事業のため、同じスーパーバイザーからスーパービジョンを受けるのは1年とします。継続してスーパービジョンを受けたい場合は次年度はまた別のバイザーになります。

金額については当面は1時間2,000円として実施します。

### <スーパービジョンの評価について>

スーパービジョン開始後のアンケート調査と、終了時にアンケートによる評価を実施いたしますのでご協力お願いいたします。

### <スーパーバイザー登録者のフォローアップ等>

スーパービジョン開始後において、協会に相談する必要が発生した場合は、研修部スーパーバイザー事業担当理事が対応します。

毎年の全国大会時に情報交換を開催し、事業運営にあたっての意見を協会に提案していただきます。

### <スーパーバイザー登録・紹介事業の流れ>

- (1) 日本医療社会事業協会会員から、スーパービジョンを受けたい旨の連絡が事務所にある。
- (2) スーパービジョン紹介申請書用紙をファックスまたは郵送にて研修部担当者より会員に送る。
- (3) 会員は紹介希望内容を記載し、担当理事に送る。そのとき手元にコピーを1通取っておく。
- (4) 協会事務所事務員は、研修部担当理事にその内容を連絡する。
- (5) 研修部担当理事は、スーパービジョン希望者に連絡し、スーパーバイザー紹介希望の内容を確認。  
(地域性、男女別、施設別などの希望の有無確認)
- (6) 研修部担当理事は、該当するスーパーバイザー登録者リストを希望会員に郵送する。そのときにあわせて覚書と契約報告書を同封する。
- (7) スーパービジョン希望会員は、スーパーバイザー登録者リストの中から自分でスーパーバイザーを選択し、スーパービジョン紹介申請書のコピーを送付の上で交渉して、引き受けてもらえる依頼をする。
- (8) 交渉の結果スーパーバイザーを引き受けてもらうことが決定した場合は、開始前に直接話し合う場をもうけ、スーパーバイザー・スーパーバイジー両方で記入した覚書とスーパービジョン契約報告書を作成し担当理事に提出する。
- (9) スーパービジョン希望会員はスーパーバイザーが決定次第登録者リストを協会に返送する。
- (10) 3ヶ月たった時点で、研修部担当理事よりスーパーバイザー・スーパーバイジーにアンケートによるフォローアップを行う。

## スーパーバイザー紹介申請書

ふりがな 氏 名		性	男	年齢	協会名簿番号又は封筒タックシール 番号 _____
		別	女	才	
所属機関名				部署名	
住 所 (案内の希 望先を記載 すること) 電 話	〒  (都道府県名から記載) 自宅/ 職場				
	( ) -	F A X Eメール	( ) -		
種 別 (該当に )	特定機能病院 地域支援病院 一般病院 精神病院 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 診療所 在宅介護支援センター その他 ( )				
医療ソーシャルワーカーの経験年数(申込み時現在) 年 月 ・ 施設のSWの人数 名					
スーパービジョンの経験歴					
スーパービジョン希望動機					

作成 年 月 日