|  |
| --- |
| 様式についての補足説明  チェックシート内に参考として  盛り込んだので不要  ○スーパービジョンの開始時に契約の形で、確認・誓約事項を明らかにし、双方が保存する。  ○スーパーバイジーがスーパーバイザー候補にスーパービジョンを申込むときは、  ①スーパーバイジー氏名（職歴書を添付（実務経験、職位含む））  ②スーパーバイジーのスーパービジョン経験（スーパービジョンの学習経験、スーパービジョンを受けた経験回数）  ③スーパービジョンを受けたい領域・課題・テーマ（添付資料をもとに決定）  などの項目をあらかじめ伝える。  ○グループスーパービジョンの場合であってもスーパーバイザーと個別に契約を締結する。  ○スーパービジョン実施契約書（案）は、契約書のひな形である。 |
|  |
| **スーパービジョン実施契約書（案）**  （スーパーバイザー登録番号・スーパーバイザー氏名）Ｓ　-　　 　　　　　　　（以下、甲という）と  （社会福祉士登録番号・スーパーバイジー氏名） 　　No. 　　 　　　　　　（以下、乙という）及び  公益社団法人　福岡県社会福祉士会（以下、丙という）は、、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第47条の２に定める資質向上のため、認定社会福祉士制度におけるスーパーバイザーの行動規範を遵守し、次の条項によりスーパービジョン実施契約を締結する。  （スーパービジョン内容）  第１条　甲は乙に対し、認定社会福祉士認証・認定機構が定めるスーパービジョンを行う。  ２　本スーパービジョンの目的は、「①社会福祉士としてのアイデンティティを確立する、②専門職として職責と機能が遂行できるようにする、③個別支援・組織・地域のすべてのレベルにおける実践力を開発する。」とする。  ３　甲及び乙は、スーパービジョンの実施場所についてスーパービジョン開始前に協議・決定し、覚書に記載することとする。  ４　スーパービジョン期間は、１年間で６回以上とする。なお、１回は１時間以上とする。  ５　甲及び乙は、乙の希望に基づくスーパービジョンの課題及びテーマについて、スーパービジョン開始前に協議・決定し、覚書に記載することとする。  ６　甲は乙に対し、適切なスーパービジョンを行うものとする。  （機密の保持）  第２条　甲及び乙は、スーパービジョンで扱う事例及びスーパービジョンの内容等のスーパービジョンの実施中に知り得た個人情報及び機密の保持に関しては、社会福祉士及び介護福祉士法第46条（秘密保持義務）の規定を遵守しなければならない。  ２　正当な理由のためスーパービジョンで得られた個人情報を他に知らせる場合は、所属するソーシャルワーカーの職能団体の「倫理綱領」を遵守するものとする。  （事故の責任）  第３条　スーパービジョン中に、甲又は乙が第三者に損害を与えた場合、損害を与えた者は誠意をもって対応しなければならない。  （スーパービジョン経費）  第４条　スーパービジョンを実施する際に発生する経費の実費は、甲及び乙のそれぞれの負担とする。  ２　甲及び乙は、前項の経費についてスーパービジョン開始前に協議・決定し、覚書に記載することとする。  （信義誠実）  第５条　甲及び乙は、信義誠実の原則を尊び、本契約を履行するものとする。  （契約の変更・解除）  第６条　乙は、この契約の履行が困難になった場合には、契約を解除することができる。  ２　甲は、正当な理由によりこの契約の履行が困難になった場合には、契約を解除することができる。  ３　契約の解除にあたっては、未履行分に関する費用（謝金）の支払いは要しない。  なお、既に履行予定の費用（謝金）を支払っている場合は、甲は乙に未履行分の費用（謝金）を返金するものとする。  ４　甲及び乙は、前3項に定める他、この契約の履行を中止、または契約内容を変更し、もしくはこれを解除する必要を生じた場合は、甲、乙、丙協議により決する。  （補足）  第７条　この契約の履行に関し、定めのない事項の取り扱い及び解釈上の疑義を生じた場合の取り扱いについては、その都度、甲、乙、丙協議により決する。  以上、契約の証として、本契約書を３通作成し、甲乙それぞれ記名捺印の上、各１通を保有する。  西暦　　　　　年　　　月　　　日  （スーパーバイザー）  甲　　住所  氏名　　　　　　　　　　　　　㊞  （スーパーバイジー）  乙　　住所    　　　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞  （公益社団法人　福岡県社会福祉士会）  丙　住所　福岡市博多区博多駅前3-9-1  ｱｲﾋﾞｰｺｰﾄⅢﾋﾞﾙ5F  公益社団法人　福岡県社会福祉士会  会長　　髙田　裕矢　　印 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **スーパービジョン実施覚書**　個人スーパービジョン用  （スーパーバイザー登録番号・氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　と  （社会福祉士登録番号・スーパーバイジー氏名）　　　　　　　　　　　　　　　とは、スーパービジョン実施契約に基づき、スーパービジョンの実施に関し協議した内容について、下記のとおり確認する。  なお、下記の事項については、双方の合意の上、変更することがあり得る。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 課題・テーマ |  | | | 契約期間  （１年間） | 西暦　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日  （原則１年間とする。同一期間における複数契約は認められない） | | | 回数  （６回以上） | （認定社会福祉士制度のスーパービジョン実績となる設定とする） | | | 時間 | （深夜には行わない） | | | 場所 | （個人情報保護の観点から守秘義務が遵守できない場所では行わない） | | | 実施費用(経費)と負担の方法 |  | | | 謝金と支払いの方法 |  | | | スーパーバイザーへの連絡方法 | □　固定電話 |  | | □　ファックス |  | | □　携帯電話 |  | | □　e-mail |  | | □　その他 |  | | スーパーバイジーへの連絡方法 | □　固定電話 |  | | □　ファックス |  | | □　携帯電話 |  | | □　e-mail |  | | □　その他 |  |   スーパービジョンの円滑な実施のために、下記の留意事項について遵守します。   |  | | --- | | １．スーパービジョンを円滑に実施するために、スーパーバイジーは事前の準備を必ず行います。  ２．お互いのプライバシーを尊重します。  ３．各種のハラスメントは行いません。  ４．同意・強制を問わず性的行動・性的接触は行いません。 |  |  | | --- | | 西暦　　　　　　年　　月　　日 | | （スーパーバイザー）甲　住所 | | 氏名 　 　　　　　　　　　㊞ | |  | | （スーパーバイジー）乙　住所 | | 氏名　 　　　　　　　　　㊞ | |