

令和4年度 沖縄県児童養護協議会
児童福祉施設等職員初任者研修会
開催要項

1. 趣 旨

児童養護施設や児童自立支援施設、児童心理治療施設等は、保護者等からの虐待や児童本人の非行や心理的問題等、様々な理由により家庭での生活が困難になった児童に生活面・心理面から寄り添い、家庭復帰や退所後の自立に向け支援を行っています。

児童福祉施設で働く職員は、「子ども達のために働きたい」というそれぞれの想いと、各施設のもつ役割や理念のもと、日々起こる様々な出来事や課題に対応していますが、児童の言動に心が揺れることも少なくはありません。

そのような日常の中で、職員自身が「自分」を知ること（自己覚知）、一人で背負わないこと、職員同士で助け合えることで、課題を乗り越え、児童とともに職員も育っていくことができます。

本研修会は児童福祉施設で働く新任職員を対象に、模擬事例によるロールプレイを通して、自己覚知や子どもの権利擁護、職員間連携のあり方等を学び、職員の資質向上につなげることを目的に開催します。

2. 主 催

社会福祉法人 沖縄県社会福祉協議会、沖縄県児童養護協議会

3. 日 時

令和4年7月15日（金） 14時00分 開会（受付：13時30分～）

4. 会 場

沖縄県総合福祉センター 東棟1階 ゆいホール
〒903-8603 那覇市首里石嶺町4-373-1

5. 日程及び内容

| 13:30 | 14:00 | 14:20 | 15:50 | 16:15 | 16:30 |
|-------|--------------------|-------------------|------------|-------|-------|
| 受付 | 開会・ アイス ブレイク | ロールプレイ・ グループ討議 | グループ 発表 | まとめ | 終了 |

ロールプレイによる演習・グループ討議

「施設あるある事例から学ぶ子どもの気持ち・自分自身

～より良い支援のために～」

※グループに施設の養護課長をファシリテーター兼アドバイザーとして配置します。

6. 参加対象

- ①児童養護施設、児童自立支援施設、児童心理治療施設、自立援助ホーム、乳児院、ひとり親家庭等生活支援モデル事業（マザーズスクエア）、母子生活支援施設に勤める新任職員（経験年数3年未満）
- ②里親、ファミリーホーム
- ③児童養護施設、児童自立支援施設、児童心理治療施設、乳児院に勤める養護課長（ファシリテーター兼アドバイザー）

7. 定 員 ①・② 50名まで (各施設1～5名以内)
※定員に達し次第、締切りとさせていただきます。

③全 員

8. 参加費 ①・② 1名あたり2,500円

③ 無料

9. 申込締切 令和4年6月30日(木)17時 <<必着>>

10. 申込方法

(1) 本会ホームページからお申込みください。

「受講申込入力フォーム」へアクセスし、必要事項を入力の上、送信してください。 <https://www.okishakyo.or.jp/workshop/>

※最終ページで「自分にも送信内容のメールを送る。」に必ず✓マークを入れてください。受付完了後、確認メールが登録されたメールアドレスに自動送信されます。(確認メールが届かない場合はお問い合わせください)。

(2) お申し込みと合わせて下記本会指定口座へ参加費をお振込みください。

(3) 振込手数料は申込者にて御負担ください。

(4) 申込後のキャンセルについては返金致しません。

(5) 参加費の現金納付は受け付けいたしません。

金融機関：琉球銀行 石嶺支店 普通預金

口座番号：315935

口座名義：社会福祉法人 沖縄県社会福祉協議会 会長 湧川昌秀

フリガナ：フク、オキナワケンシャカイフクシキョウギカイ

※お振り込み者が確認できるよう。必ず御依頼人名(施設名)を先に御記入ください。

【記入例】「△△園」または「△△園 児童養護施設」と御記入ください。

「児童養護施設 △△園」はNGです。

(通帳記帳の際に「ジドウウゴ シツ…」となり確認できません)

11. 離島施設の参加について

感染拡大防止の観点から参加が困難な場合、研修内容の録画配信にて対応させていただきます。

録画配信での受講を希望される場合、機材の手配、配信日、施設内での研修の進め方等、事前調整が必要になりますので、令和4年6月30日(木)までに事務局に御連絡ください。

12. 新型コロナウイルス感染拡大防止に向けたお願いと本会の感染予防対策

- (1) 感染拡大防止の観点から、研修会場は各参加者との距離を保つため、入場人数を制限しております。状況により来場をお断りすることもございますので、予め御了承ください。
- (2) 研修会場に来場する際は下記の点を全て満たしたうえ御参加ください。
 - ① 自宅で必ず検温を行い、その結果を別紙「健康状態申告書」（氏名、連絡先の記入を含む）に記入の上、会場の受付へ御提出ください。
 - ② マスクの着用
- (3) 本会においても、消毒液の設置、フェイスシールド（参加者全員分）、マイクの除菌等の感染防止対策を図ります。

13. その他

- (1) 「申込フォーム」に入力された個人情報は、本研修会を運営する目的にのみ使用いたします。
- (2) 駐車場に限りがありますので、お乗り合わせの上、御来場ください。



14. 連絡先

社会福祉法人 沖縄県社会福祉協議会 施設団体福祉部
 沖縄県児童養護協議会（仲村・翁長）
 〒903-8603 那覇市首里石嶺町4-373-1 西棟4階
 TEL：098-887-2000 FAX：098-887-2024
 E-mail：jiyoukyo@okishakyo.or.jp

■本会のホームページからお申し込みする方法

(本会ホームページアドレス <https://www.okishakyo.or.jp/>)

Step 1

沖縄県社会福祉協議会

本会ホームページトップにある「研修会・大会等 お申し込みはこちら」をクリック

Step 2

研修会・大会等一覧

| 研修名 | 研修日程 | 開催要項・日程表 | 申込み | 申込み状況 |
|----------------------------|------------|--------------------------|----------------------------|-------|
| 生活福祉資金貸付制 | ①10/21 (水) | | WEB申込み> | 募集中 |
| | | 要項 (PDF) | WEB申込み> | 募集中 |
| | | 要項 (PDF) | WEB申込み> | 募集中 |
| 令和2年度 沖縄県障害児者支援施設等課題別WEB研修 | 10/20(火) | 要項 | WEB申込み> | 募集中 |

本研修会の開催要項はこちらをクリック

「WEB申込み」をクリック
必要事項を入力の上、申し込んでください。

Step 3

令和4年度 沖縄県児童養護協議会
【児童福祉施設等職員初任者研修会】申込フォーム

申込期限：令和4年6月30日(金) 17時まで

| | |
|--------------|---|
| 施設・団体名 | <input type="text"/> |
| 申込担当者氏名 | 姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/> |
| 電話番号 | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| メールアドレス | <input type="text"/> |
| 参加者氏名 | 姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/> 役職名 <input type="text"/> 経験年数 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 (令和4年6月末現在) |
| 参加者氏名 | 姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/> 役職名 <input type="text"/> 経験年数 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 (令和4年6月末現在) |
| 参加者氏名 | 姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/> 役職名 <input type="text"/> 経験年数 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 (令和4年6月末現在) |
| 参加者氏名 | 姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/> 役職名 <input type="text"/> 経験年数 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 (令和4年6月末現在) |
| 参加者氏名 | 姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/> 役職名 <input type="text"/> 経験年数 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 (令和4年6月末現在) |
| 参加ファシリテーター氏名 | 姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/> |
| 参加費 | 1人につき 人数 小計 参加者 2,500円 <input type="text"/> 人 <input type="text"/> 円 ファシリテーター 0円 <input type="text"/> 人 <input type="text"/> 円 [合計] <input type="text"/> 円 |
| 申込予定日 | <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 予定 |

申込フォームの必要事項は全て入力してください

Step 4

令和4年度 沖縄県児童養護協議会
【児童福祉施設等職員初任者研修会】申込フォーム

入力した内容を確認してください。

| | |
|--------------|---|
| 施設・団体名 | 沖縄県社会福祉協議会 |
| 申込担当者氏名 | 仲村 政利 |
| 電話番号 | 098-887-2000 |
| メールアドレス | jijoukyo@okishakyo.or.jp |
| 参加者氏名 | 仲村 政利 役職名 主任 経験年数 11年 3ヶ月 (令和4年6月末現在) |
| 参加者氏名 | 翁長 湖夏 役職名 嘱託 経験年数 1年 3ヶ月 (令和4年6月末現在) |
| 参加者氏名 | 入力無し |
| 参加者氏名 | 入力無し |
| 参加者氏名 | 入力無し |
| 参加ファシリテーター氏名 | |
| 参加費 | 0円 |
| ファシリテーター | 0円 |
| 振込予定日 | 6月 30日 予定 |

自分にも送信内容のコピーメールを送る。
内容に間違いがなければ「送信する」ボタンを押してください。

申込フォームの入力内容に誤りがなければ、「自分にも送信内容のコピーメールを送る」にチェックを入れると、登録したメールアドレスに確認メールが届きます。