

令和7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

児童福祉施設で働く職員は、各施設のもつ役割や理念のもと、子どもの意見を尊重し、その健全な心身の発達を図ることを目的に様々な支援を日々行っております。

しかし、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、参加者同士の意見交換等を通して、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7年7月1日（火） 10:00～13:30（受付：9:30～）

4. 会 場

沖縄県総合福祉センター 東棟4階 403研修室
〒903-8603 那覇市首里石嶺町4-373-1

5. 日程及び内容

9:30	10:00	10:20	12:45	13:15	13:30
受付	開会・ アイス ブレイク	①ロールプレイ ②グループ討議	グループ 発表	ま と め	終 了

①ロールプレイによる演習

「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～」

②グループ討議

「子ども達に寄り添った支援の充実に向けて

～事前アンケートを踏まえ～（自由討議）」

※グループに施設の主任・養護課長級職員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事業（マザーズスクエア）、母子生活支援施設に勤める職員（概ね5年未満）
※なお、これまで本研修に参加した職員も参加対象といたします。
- ②里親、ファミリーホーム職員

- ③児童養護施設、児童自立支援施設、児童心理治療施設、乳児院に勤める主任～課長級職員等（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3,300円（内消費税300円）
③ 無料

9. 申込締切

令和7年6月20日（金）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「ジドウゴシツ…」となり確認できません）

11. 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。

12. 注意事項

- ①駐車場の数に限りがございます。お車に乗り合わせ、またはバス・タクシー等の公共交通機関を御利用の上、御参加下さいますようお願い申し上げます。
- ②研修会当日には現金の取り扱いを一切行いません。参加申込み締切日までに振り込みを行ってくださいようお願い申し上げます。
- ③台風接近等により、公共交通機関がストップした場合や、その他の影響により研修会の開催ができない場合は、中止又は延期いたします。中止・延期が決定した場合は、本会ホームページ等にてお知らせいたします。

13. 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（大城・照屋）
〒903-8603 那覇市首里石嶺町 4-373-1 西棟 4 階
T E L : 098-887-2000 F A X : 098-887-2024
E - m a i l : 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

研修会・大会等
お申し込みはこちら

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		

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

申込担当者氏名 姓 名

電話番号 - -

メールアドレス

参加者氏名 姓 名
役職名
経験年数 年 月 (令和4年6月末現在)

参加者氏名 姓 名
役職名
経験年数 年 月 (令和4年6月末現在)

参加者氏名 姓 名
役職名
経験年数 年 月 (令和4年6月末現在)

参加者氏名 姓 名
役職名
経験年数 年 月 (令和4年6月末現在)

参加者氏名 姓 名
役職名
経験年数 年 月 (令和4年6月末現在)

参加ファシリテーター氏名 姓 名

参加費

1人につき 人数 小計
参加者 2,500円 人 円
ファシリテーター 0円 人 円
【合計】 円

振込予定日 月 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 jiyoukyo@okishakyo.or.jp

参加者氏名 仲村 政利
役職名 主査
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 令和4年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。

前に戻る 送信する

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。