

## 令和3年度「福祉の職場体験事業」実施要領

### 1 目的

少子高齢社会が到来し、今後さらに福祉ニーズの増大が見込まれるとともに、福祉・介護の担い手としての労働需要が増すことが予想され、安定的な人材の確保が大きな課題になっている。

そこで、福祉・介護の仕事に興味のある方に、福祉の現場の見学や業務、サービスの内容を体験する機会を提供し、実際の職場を知っていただく福祉の職場体験事業を実施する。

2 実施主体 社会福祉法人 長野県社会福祉協議会（以下、「本会」という）

3 後援 長野県教育委員会

4 対象者 福祉・介護の仕事に興味のある学生や就職希望者等

### 5 体験日数・体験内容等

#### (1) 体験日数

- ・ 1日～10日の間で本人が希望する日数とする。
- ・ 1日の体験時間は原則9時～16時とする。

#### (2) 体験内容

福祉現場の業務見学、利用者との交流、作業補助、利用者の介護、介助体験等とする。  
ただし、受入事業所・施設により体験内容は異なる。

※体験期間中に、体験者と施設・事業所との相談の結果、双方の合意があれば体験日数の変更は可とする。

### 6 職場体験の実施内容等

実施内容は、下記の例を参考の上、体験者の希望等を考慮し、福祉・介護の仕事が魅力ある職場であることを正しく認識していただけるような内容とする。

#### ■体験内容の例

福祉現場の見学、利用者との交流（話し相手、レクリエーション等）、作業補助（配膳・下膳、洗濯物の整理、清掃等）、利用者の介護・介助（車いす介助、食事介助、入浴介助等）

#### ※受入事業所側の留意事項

- ・ 体験受け入れの際、体験の内容について申込者に説明、打ち合わせをすること。
- ・ 体験開始前には、必ずオリエンテーションを実施し、業務の流れ、利用者の接し方や留意事項等について説明をするとともに、施設・事業所の事業の概要、目的、利用者の思い等を伝えること。
- ・ 1日の体験終了後、その日の振り返り等指導者との面談時間を設けること。その際、「体験記録ノート」（決定通知書と同封）を活用し、コメント等を記入すること。

### 7 経費の負担等

体験者の参加費は無料とする。但し、交通費、昼食代などは本人の自己負担とする。

### 8 経費の助成

事業所に対して体験者の受け入れに伴い、次のとおり助成金を交付する。

○助成額：1日当たり体験者1人につき2,000円

例：3日間の場合 助成額 6,000円 (@2,000円×3日)

## 9 受け入れ・調整方法等

### (1) 各事業所からの受入希望調書の提出

本会から県内の事業所へ「受入希望調書」(様式1)を送付し、職場体験事業の受入事業所を募集する。

### (2) 学生及び就職希望者等から体験希望の受付

- ① 個人(一般) 「申込書(個人用)」(様式2-1)
- ② 学校等団体 「申込書(学校等用)」(様式2-2)(様式2-2添付)
- ③ 個人(20歳未満学生) 「申込書兼同意書」(様式2-3)

### (3) 受け入れ調整の流れ

- ① 「申込書」の記載内容に基づき、事業所を選定・調整する。
- ② 職場体験申込者に調整結果を連絡する。
- ③ 職場体験申込者は、受入事業所に日時や留意事項の確認等を行い、職場体験を実施する。
- ④ 「申込書」提出期限については原則体験実施の2週間前とし、体験開始後の申込みは受付けない。

### (4) 体験終了後の報告等

- ① 体験終了後、事業所は「職場体験実施報告書」(様式3)及び「助成金請求書」(様式4)を本会へ提出する。

なお、助成金辞退の場合はあらかじめその旨本会に伝え、体験終了後「職場体験実施報告書」(様式3)を提出する。

体験者は、「アンケート」(様式5)に記入し、本会へ提出する。

- ② 「職場体験実施報告書」を確認の上、事業所へ助成金を交付する。
- ③ 体験者終了後、希望者には福祉職場に関する情報提供等を行う。

## 10 その他留意事項

### (1) 万一の事故等に備え、本会ではボランティア行事用保険に加入する。

ただし、学校管理下の職場体験(学校が教育活動の一環とするキャリア教育)については、補償の対象とはならない。

### (2) 本事業で福祉の職場体験を行っても、小中学校の教員免許状取得希望者に対する介護等体験、その他福祉関係の資格取得にかかる福祉就業体験等の対象とはならない。

### (3) 受入施設が体験者に対し健康診断や各種検査等を求める場合、その費用は体験者の負担とする。ただし、受入施設でも必要最小限の検査とする。また、検査内容は体験に必要な範囲とする。

### (4) 新型コロナウイルス感染症拡大防止対策上、中止・延期及び内容が変更になる場合がある。

### (5) この実施要領は長野県議会令和3年2月定例会において「令和3年度一般会計予算案」が議決後、実施となる。

## ○申込み・お問合せ

長野県社会福祉協議会 福祉人材センター(長野県指定 長野県福祉人材センター)

〒380-0936 長野市中御所岡田 98-1

TEL026-226-7330 / FAX026-227-0137 E-mail jinzai@nsyakyu.or.jp

「福祉の職場体験事業」申込書(個人用)

令和 年 月 日

ふりがな 氏名	性別(該当に○)		男・女	年齢	歳
	区分(該当に○)		学生・一般		
	学校名・学年				
住所					
連絡先	※受入事業所との調整にあたり、当センターから連絡させていただきます。必ず連絡の取れる番号をお書きください。				
	TEL				
	TEL(携帯)				
参加の 動機 (該当に○)	福祉の仕事につきたい		福祉の仕事に関心がある		
	知識・技術を学びたい		実務の再体験		
	その他( )				
福祉関係資格 (該当に○印)	有	介護福祉士	社会福祉士	介護支援専門員	
		ヘルパー( 級)	社会福祉主事	保育士	
		看護師	その他( )		
	無				
希望施設名	第1希望				
	第2希望				
	第3希望				
体験希望日	※1～10日間の範囲で、第3希望までお書きください。 ※お申込みいただいてから体験開始まで2週間ほどかかります。			<input type="checkbox"/> 土・日・祝も希望する	
	第1希望	月 日 ( ) ～ 月 日 ( ) まで	日間		
	第2希望	月 日 ( ) ～ 月 日 ( ) まで	日間		
	第3希望	月 日 ( ) ～ 月 日 ( ) まで	日間		
長野県福祉人材センターへの登録 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 登録中 <input type="checkbox"/> 登録を希望する				
職場体験事業を知ったきっかけ (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 福祉ジョブセミナー <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 長野県社会福祉協議会のホームページ <input type="checkbox"/> キャリア支援専門員 <input type="checkbox"/> 中学校・高校・専門学校 <input type="checkbox"/> その他( )				
その他					

※記載された個人情報、本事業の運営以外の目的で利用することはありません。  
また、承諾なしに第三者に提供・開示することはありません。

送付先FAX番号 026-227-0137

## 「福祉の職場体験事業」申込書（学校等用）

令和      年      月      日

■ 申込者等

学校等名			
所在地・ 連絡先等	〒	-	
	T E L		
	F A X		
	E-mail		
	担当者職氏名		

■ 申込人数

総 数	内 訳
_____人	____日間 ____人、 ____日間 ____人、 ____日間 ____人、 ____日間 ____人、 ____日間 ____人、 ____日間 ____人

ふりがな 氏名	性別	学年	希望施設または希望分野(高齢者、障害者、児童等)	希望日	
				※なるべく第3希望までお書き下さい	(日数)
	男・女		第1希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)
			第2希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)
			第3希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)
	男・女		第1希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)
			第2希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)
			第3希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)
	男・女		第1希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)
			第2希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)
			第3希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)
	男・女		第1希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)
			第2希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)
			第3希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)
	男・女		第1希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)
			第2希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)
			第3希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)
	男・女		第1希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)
			第2希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)
			第3希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)
	男・女		第1希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)
			第2希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)
			第3希望	月 日 ~ 月 日	( 日間)

※記載された個人情報、本事業の運営以外の目的で利用することはありません。また、承諾なしに第三者に提供・開示することはありません。

## 「福祉の職場体験事業」申込書兼同意書

令和 年 月 日

### 1. 申込書

ふりがな 氏名		性別(該当に○)	男・女	年齢	歳
		区分(該当に○)	学生・一般		
		学校名・学年			
住所	〒 -				
連絡先	※受入事業所との調整にあたり、当センターから連絡させていただきます。必ず連絡の取れる番号をお書きください。				
	TEL				
	TEL(携帯)				
希望施設名	第1希望				
	第2希望				
	第3希望				
体験希望日	※1～10日間の範囲で、第3希望までお書きください。 ※お申込みいただいてから体験開始まで2週間ほどかかります。				
	第1希望	月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) まで	日間		
	第2希望	月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) まで	日間		
	第3希望	月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) まで	日間		
その他					

### 2. 同意書

長野県社会福祉協議会で実施する福祉の職場体験事業では未成年の参加者は保護者の同意が必要となります。下記同意書に署名、捺印のうえ、ご提出ください。

福祉の職場体験参加同意書	
令和 年 月 日	
社会福祉法人長野県社会福祉協議会長 様	
私は、上記体験者の福祉の職場体験参加を、保護者として同意いたします。	
■保護者氏名:	Ⓜ _____
■保護者の住所:	〒 _____
■緊急連絡先: 電話番号	_____
■体験者との続柄:	_____

※記載された個人情報は、本事業の運営以外の目的で利用することはありません。また、承諾なしに第三者に提供・開示することはありません。

(様式3)

(受付No.)

## 「福祉の職場体験事業」実施報告書

令和 年 月 日

社会福祉法人  
長野県社会福祉協議会長 様

事業所名

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

このことについて、下記のとおり報告いたします。

記

体験者氏名	学校名等	体験日数/体験期間	体験の内容
No. -		～ 日間	

※お手数ですが、「体験の内容」欄に体験項目を簡潔に記載してください。

&lt;受付No. &gt;

令和 3 年度

## 請 求 書

令和 年 月 日

社会福祉法人  
長野県社会福祉協議会事務局長 様

事業所名

代表者名

印

金 円也

但し、「福祉の職場体験事業」受け入れに伴う助成金として  
内訳

体験者受入日数 計 ( 人分)	日 × 2,000 円 円
--------------------	---------------

(令和3年4月以降体験者分)

上記のとおり請求します。

## ■振込先口座

金融機関名	
支店・支所名	
預金種別	普通 ・ 当座 (該当に○印)
口座番号	
ふりがな 口座名義	



「福祉の職場体験事業」体験者アンケート

		提出日 令和 年 月 日	
体験者氏名		年齢 ( 歳 )	一般・学生
体験事業所名			
体験日数 (該当に○)	1日、2日、3日、4日、5日、6日、7日、8日、9日、10日		
体験月日	月 日 ~	月 日	

問1 「福祉の職場体験事業」を希望した動機について、該当の記号に○をしてください。  
(複数回答可)

- ア. 先生や友人から勧められたから
- イ. 介護・福祉の仕事に関心があったから
- ウ. 将来、介護・福祉の職場で働きたいと考えていたから
- エ. 介護・福祉の知識・技術を学びたいと思っていたから
- オ. 実務の再体験として
- カ. その他 ( )

問2 体験を実施してみて思ったことや感じたことについて、該当の記号に○をしてください。(複数回答可)

- ア. 介護・福祉の仕事に、魅力ややりがいを感じた
- イ. 介護・福祉の仕事は大変だと思った
- ウ. 将来、介護・福祉の仕事をしたと思った
- エ. 将来、介護・福祉の仕事はしたくないと思った
- オ. その他 ( )



■上記のように回答した具体的な理由等をお書き下さい。

問3 福祉の職場・仕事についての情報提供(就職ガイダンスの開催案内等)の希望について、該当の記号に○をしてください。

- ア. 希望する (下記に送付先を記入してください)    イ. 希望しない

送付先住所 〒 \_\_\_\_\_

※ご協力ありがとうございました。

■提出先 〒380-0936 長野市中御所岡田 98-1 社会福祉法人長野県社会福祉協議会  
長野県指定 長野県福祉人材センター  
電話:026-226-7330 FAX:026-227-0137  
E-Mail:jinzai@nsyakyu.or.jp

\* 職場体験初日に受入施設に提出ください。

## 新型コロナウイルス感染防止チェックリスト

\* 新型コロナウイルス感染症の感染拡大の観点から、チェックリストに記入して頂き、受入施設担当者様へご提出下さい。

\* 風邪症状や熱がある等、体調不良の場合は無理せず欠席し、体験先施設と長野県社会福祉協議会までご連絡下さい。

施設名	
体験日	
氏名	

下記の□に当てはまるものに✓をしてください

- 本日および前14日以内に、平熱を超える発熱はない
- 本日および前14日以内に、咳・のどの痛みなど風邪の症状はない
- 本日および前14日以内に、息苦しさやだるさ（倦怠感）、嗅覚や味覚の異常はない
- 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触はない
- 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方はいない
- 前14日以内に政府から入国制限・入国後の観察期間を必要とされている国、地域等へ渡航または当該在住者との濃厚接触はない
- 前14日以内に緊急事態宣言や長野県が訪問を控えるよう要請している県外地域への訪問がない
- 前14日以内に不特定多数の方が集まる場所・イベント等への参加はない

こちらの書類は本センターが保管し、感染が確認された場合は、連絡させていただく場合もありますので、予めご了解願います。また必要に応じて保健所等に情報提供します。

(体験者 → 社会福祉施設等 → 長野県社会福祉協議会)