

令和4年度介護施設の職場体験手引書

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会 **新潟県福祉人材センター**

〒950-8575 新潟市中央区上所2-2-2 新潟ユニゾンプラザ3階

TEL:025-281-5523 / FAX:025-282-0548

目次

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| 手引き書の活用方法 | P 1 |
| 「介護の魅力情報発信事業(職場体験)」フローチャート | P 2 |
| 介護の魅力情報発信事業(職場体験) 実施細則 | P 3～P 6 |
| 「介護の魅力情報発信事業(職場体験)」における個人情報の取り扱いについて | P 7 |
| 介護施設の職場体験における留意事項 | P 8 |
| 介護施設の職場体験プログラムの参考例(別紙) | P 9 |
| 介護施設の職場体験申込書(様式1) | P 10 |
| 介護施設の職場体験者決定通知書(様式2-1) | P 11 |
| 介護施設の職場体験決定通知書(様式2-2) | P 12 |
| 介護施設の職場体験(日程変更・中止)報告書(様式3-1) | P 13 |
| 介護施設の職場体験(辞退・日程変更)報告書(様式3-2) | P 14 |
| 介護施設の職場体験(辞退・日程変更)通知書(様式3-3) | P 15 |
| 介護施設の職場体験(日程変更・中止)通知書(様式3-4) | P 16 |
| 介護施設の職場体験受入終了報告書(様式4-1) | P 17 |
| 介護施設の職場体験終了報告書(様式4-2) | P 18～P 19 |
| 介護施設の職場体験受入費用請求書(様式5) | P 20 |
| 新型コロナウイルス感染防止チェックリスト(様式6) | P 21 |

職場体験の実施について

1 体験の受入に関して

体験希望者から依頼があった場合、当センターより日程調整のご連絡をいたします。その際、受入承諾時に提出された「体験プログラム」の内容について担当者へ確認いたします。（体験プログラムは体験希望者の決定通知に同封します）。

また体験施設宛にP11「**介護施設の職場体験者決定通知書(様式2-1)**」を送付します。

2 体験の日程変更・中止に関して

日程の変更や体験の中止がある場合は、P13「**介護施設の職場体験(日程変更・中止)報告書(様式3-1)**」をご記入頂き、郵送にて送付してください。なお、日程の変更・中止がある場合はまずお電話でのご連絡をお願いします。

3 体験終了後に関して

体験終了後、P17「**介護施設の職場体験受入終了報告書(様式4-1)**」およびP20「**介護施設の職場体験受入費用請求書(様式5)**」を郵送にて送付してください。

当センターで受理後に受入費用を指定の口座にお振り込みします。

4 各種様式に関して

体験の申込がある度に、P13～P21の各種様式を使用しますので、必要に応じてコピーしてください。

5 新型コロナウイルス感染症対策について

- 1)新型コロナウイルス感染症の拡大状況等により、職場体験の受入を中止する場合は、ご連絡ください。
- 2)体験者は、P21「**新型コロナウイルス感染防止チェックリスト(様式6)**」を記入し持参しますので、確認し確認印の押印後に体験者へご返却ください。受入施設で写しが必要な場合は、各施設でコピーし適切に保管ください。また、体験者が持参しなかった場合は、P21「**新型コロナウイルス感染防止チェックリスト(様式6)**」を使用し、体験者の体調を必ず確認してから、体験を行ってください。
- 3)体験受入中および受入後2週間以内に施設で新型コロナウイルス感染症が確認された場合は、ただちにご連絡ください。

6 その他

その他介護施設の職場体験に関する詳しい事項は、P3～P6「**介護の魅力情報発信事業(職場体験)実施細則**」をご確認ください。

またご不明な点は新潟県福祉人材センターまでお問合せください。

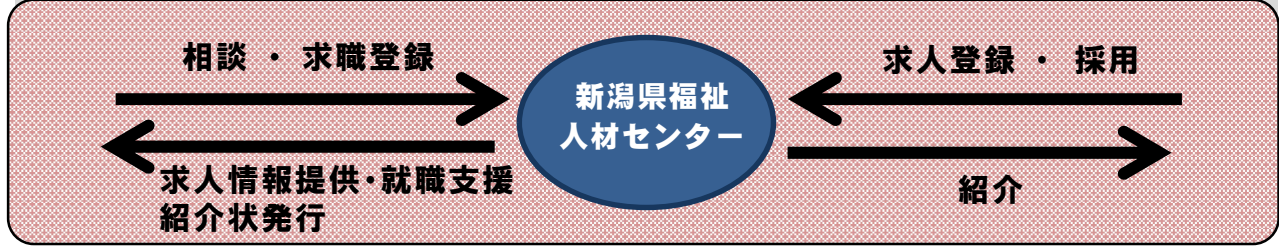
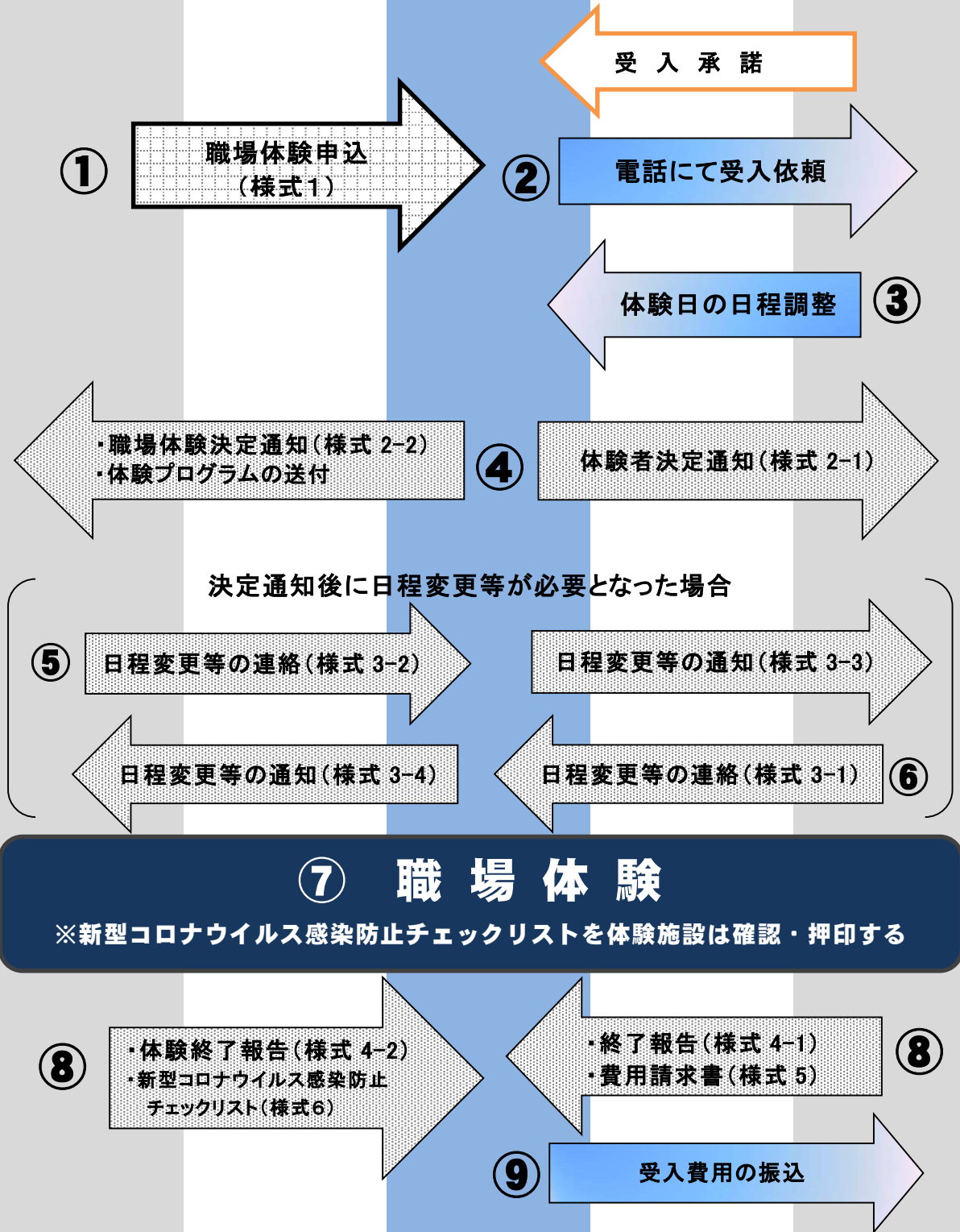
「介護の魅力情報発信事業(職場体験)」フローチャート

体験希望者

新潟県福祉人材センター

社会福祉事業所等

体験希望者と受入施設等との調整・連絡



介護の魅力情報発信事業(職場体験) 実施細則

1 趣 旨

この細則は、「介護の魅力情報発信事業(職場体験) 実施要領」に基づき、職場体験の実施にあたって必要な事項を定める。

2 事業の目的

介護の仕事に関心を有している、社会福祉施設・介護保険事業所等の職場に就業を希望している者(以下「体験希望者」という。)に対して職場を体験する機会を提供し、実際の職場の雰囲気やサービス内容を直接知ることができる環境をつくり、職場への人材の参入を促進することを目的とする。

2 実施主体

新潟県の委託を受け、社会福祉法人新潟県社会福祉協議会(以下「県社協」という。)が実施する。

3 事業の内容等

(1) 実施内容

県社協は体験希望者に対し職場体験をあっせんし、体験希望者は、社会福祉施設・介護保険事業所(以下「福祉施設等」という。)における職場体験を行う。

(2) 職場体験の対象者

高校生以上で、介護の仕事に興味・関心をもっている者、新潟県内の福祉施設等に就職を希望している者、介護の分野への進学を検討している者とする。

(3) 受入対象の福祉施設等

新潟県内に所在する福祉施設等で、令和4年1月5日付新社協第1108号により、職場体験の受入を承諾した福祉施設等(以下「受入施設等」という。)において実施するものとする。

(4) 実施期間

令和4年10月1日(土)から令和5年2月28日(火)

(5) 職場体験の日数等

① 職場体験の日数は、原則、1人あたり1日～10日以内とし、同一施設での体験は5日を上限とした1回限りとする。

また、連続した日程を原則とするが、災害、疾病等特にやむを得ない理由等がある場合には、この限りではない。

② 1日あたりの職場体験時間は、原則、おおむね4時間～6時間程度を目安とする。

③ 形態は、日中の通所による体験とし、宿泊での体験は行わないこととする。

4 事業の実施方法

(1) 体験希望者へのあっせん及び体験申し込み

- ① 県社協は、体験希望者の相談に応じて職場体験のあっせんを行う。
- ② 体験希望者は、「介護施設の職場体験申込書」(様式1)を県社協へ提出する。

(2) 受入施設等との調整及び決定通知等

- ① 県社協は、体験希望者の希望に基づき受入施設等との調整を行う。その際、受入承諾時に提出された「職場体験プログラム」の内容について担当者へ確認する。
- ② 県社協は、上記①により決定した内容を、体験希望者へは「介護施設の職場体験決定通知書」(様式2-2)にて、受入施設等の長へは「介護施設の職場体験者決定通知書」(様式2-1)にて通知する。
- ③ 県社協は、体験希望者へ、受入施設等の利用者への基本的な心得、守秘義務や留意事項等の必要な事項について、事前に連絡を行う。
- ④ 体験希望者は、受入施設等から「健康診断書」・「細菌検査票」等の提出を求められた場合は、必ず受入施設等が指定する期日までに提出しなければならない。

なお、体験期間が1日の場合については、いずれの受入施設等においても「健康診断書」・「細菌検査票」等に係る検査の実施等を体験希望者に求めないものとする。

- ⑤ 体験希望者は、体験2週間前から検温及び風邪症状の確認を行い「新型コロナウイルス感染防止チェックリスト」(様式6)を体験施設へ提示し、施設担当者より確認印をもらい、体験終了後に県社協へ提出する。

(3) 職場体験の終了・報告

- ① 体験者は、職場体験終了後、速やかに「介護施設の職場体験終了報告書」(様式4-2)および「新型コロナウイルス感染防止チェックリスト」(様式6)を県社協へ提出する。
- ② 受入施設等の長は、職場体験終了後、速やかに「介護施設の職場体験受入終了報告書」(様式4-1)および「介護施設の職場体験受入費用請求書」(様式5)を県社協へ提出する。
- ③ 県社協は、体験者及び受入施設等の長からの報告書を受理した後、職場体験にかかる費用を速やかに指定する銀行口座に振り込むこととする。

(4) 職場体験の辞退・中止

- ① 「介護施設の職場体験決定通知書」(様式2-2)を受けた体験希望者、又は「介護施設の職場体験者決定通知書」(様式2-1)を受けた受入施設等の長は、やむを得ない理由により職場体験の辞退・中止を希望する場合、県社協へ事前に相談し、体験者は「介護施設の職場体験(辞退・日程変更)報告書」(様式3-2)を、受入施設等の長は「介護施設の職場体験(日程変更・中止)報告書」(様式3-1)を県社協へ提出する。
- ② 県社協は、受入施設等の長へ「介護施設の職場体験(辞退)通知書」(様式3-3)を、体験希望者へ「介護施設の職場体験(辞退)通知書」(様式3-4)を通知する。

(5) 職場体験の日程変更

- ① 「介護施設の職場体験決定通知書」(様式2-2)を受けた体験希望者、又は「介護施設の職場体験者決定通知書」(様式2-1)を受けた受入施設等の長は、やむを得ない理由により日程の変更を希望する場合、体験希望者は「介護施設の職場体験(辞退・日程変更)報告書」(様式3-2)を、受入施設等の長は「介護施設の職場体験(日程変更・中止)報告書」(様式3-1)を県社協へ提出する。
- ② 県社協は、受入施設等の長、又は、体験希望者と調整のうえ、受入施設等の長へ「介護施設の職場体験(日程変更)通知書」(様式3-3)を、体験希望者へ「介護施設の職場体験(日程変更)通知書」(様式3-4)を通知する。

(6) 職場体験中における中止

受入施設等の長は、職場体験中の体験者の態度又は言動等に著しく問題があると判断した場合や、指定書類の提出がない場合は、県社協と協議のうえ、職場体験を中止することができる。

(7) 職場体験の留意事項

- ① 職場体験の内容は、体験者や受入施設等の実情に応じて、無理のない内容とすること。
- ② 施設利用者の介護・介助の補助などの体験には、必ず受入施設等の職員が付き添い実施すること。
- ③ 新型コロナウイルス感染症対策について
 - ・ 職場体験受入申込み後に新型コロナウイルス感染症の拡大状況等により、職場体験の受入を中止する場合は、県社協へ連絡をすること。
 - ・ 体験者が提示した「新型コロナウイルス感染防止チェックリスト」(様式6)を確認し、押印又は署名をし、体験者へ返却すること。写しが必要な場合は、受入施設において写しをとり適切に保管すること。
 - ・ 体験受入中および受入後2週間以内に受入施設において、新型コロナウイルス感染症が確認された場合は、ただちに県社協に連絡すること。
 - ・ 職場体験は、新型コロナウイルス感染症の状況により、中止することがある。

5 職場体験の費用

(1) 体験者にかかる費用

- ① 職場体験の体験費用は無料とし、体験期間中の給与は無給とする。
- ② 体験期間中の食費や被服費等は、体験者の自己負担とし、受入施設等の指示により払うこととする。
- ③ 受入施設等への往復の交通費は、体験者の自己負担とする。
- ④ 県社協は、受入施設等が求めた「健康診断書」・「細菌検査票」等の検査に要した費用について、3,000円を上限とする実費額を、体験者からの「介護施設の職場体験終了報告書」(様式4-2)を受理した後に、体験者の指定する銀行口座へ振り込むこととする。「介護施設の職場体験終了報告書」に領収書の添付が必要となる。

(2) 受入施設等にかかる費用

- ① 体験者の受入費用は、体験者1人1日当たり4,000円とする。
- ② 県社協は、受入施設等の長からの「介護施設の職場体験受入終了報告書」(様式4-1)および「介護施設の職場体験受入費用請求書」(様式5)を受理した後に、受入施設等の指定する銀行口座に振り込むこととする。

6 職場体験に伴う事故及び体験者の急病等への対応

(1) 保険の加入

- ① 県社協は、職場体験に伴い想定される事故に対応するため、体験者本人の傷害補償・対人及び対物事故への賠償保険に加入する。
- ② 保険料(掛金)は、県社協が負担する。

(2) 事故及び体験者の急病等への対応

- ① 職場体験中に事故及び体験者の急病等が発生した場合、体験者又は受入施設等の長は、ただちに県社協に連絡すること。
- ② 事故及び体験者の急病等の連絡を受けた県社協は、状況把握・保険会社への連絡等の必要な対応を取ることとする。

7 個人情報の取り扱いについて

本事業にかかる個人情報の取り扱いについては、別紙「「介護の魅力情報発信事業(職場体験)における個人情報の取り扱いについて」及び県社協「個人情報保護に関する方針(プライバシーポリシー)」により適切に管理する。

附 則

- この細則は、平成21年11月1日から実施する。
- この細則は、平成28年4月1日から実施する。
- この細則は、平成29年4月1日から実施する。
- この細則は、平成30年4月1日から実施する。
- この細則は、平成31年4月1日から実施する。
- この細則は、令和2年4月1日から実施する。
- この細則は、令和3年4月1日から実施する。
- この細則は、令和4年4月1日から実施する。
- この細則は、令和4年10月1日から実施する。

(別紙)

「介護の魅力情報発信事業(職場体験)」における個人情報の取り扱いについて

1 個人情報の利用目的・利用範囲等について

新潟県社会福祉協議会(以下「本会」という。)は以下の事項を踏まえ、適切に個人情報を取り扱うこととします。

- ① 「介護の魅力情報発信事業(職場体験)」(以下「介護の職場体験」という。)にかかる個人情報については、本会「個人情報保護に関する方針(プライバシーポリシー)」に基づき取り扱います。
- ② 介護の職場体験申込みおよび受入調整作業等において、氏名、生年月日、住所、電話番号等が必要となります。本会において、個人情報を電子データ化して管理するとともに、「介護の職場体験者決定通知書」に記載し、体験受入施設に通知します。
- ③ 介護の職場体験において取り扱う個人情報は、当事業にかかる目的にのみ使用し、県社協処務規程に規定する文書の保存期間により保管し、保管期間経過後は、適切に廃棄処理します。

2 体験申込者本人の同意確認について

介護の職場体験を希望する者は、個人情報の取得・取り扱いについて、上記に同意のうえ申し込み願います。

また、介護の職場体験の体験者は、当事業により知り得た社会福祉施設等の利用者の個人情報等を他に漏らしたり提供してはならないものとします。

3 社会福祉施設等の個人情報保護に関する取り扱いについて

体験受入施設等は、体験者の個人情報を当事業にかかる目的以外には使用してはならないものとします。

個人情報保護に関する方針(プライバシーポリシー)

社会福祉法人新潟県社会福祉協議会は、以下の方針に基づき、個人情報(特定個人情報を含む。)の保護に努めます。

- 1 本会は、個人の人格尊重の理念のもとに、関係法令等を遵守し、実施するあらゆる事業において、個人情報を慎重に取り扱います。
- 2 本会は、個人情報を適法かつ適正な方法で取得します。
- 3 本会は、個人情報の利用目的を特定するとともに、その利用目的の範囲でのみ個人情報を利用します。
- 4 本会は、あらかじめ明示した範囲及び法令等の規定に基づく場合を除いて、個人情報を事前に本人の同意を得ることなく外部に提供しません。
なお、特定個人情報については、本人の同意の有無に関わらず、関係法令に基づき、許容される範囲を除き第三者に提供しません。
- 5 本会は、個人情報を正確な状態に保つとともに、漏えい、滅失、き損などを防止するため、適切な措置を講じます。
- 6 本会は、本人が自己の個人情報について、開示・訂正・追加・削除・利用停止を求める権利を有していることを確認し、これらの申出があった場合には、速やかに対応します。
なお、特定個人情報については、利用目的を達成し、関係法令に定められた保存期間を経過した場合には、適切かつ速やかに削除又は廃棄します。
- 7 本会は、個人情報の取り扱いに関する苦情があったときは、適切かつ速やかに対応します。
- 8 本会は、個人情報を保護するために適切な管理体制を講じるとともに、個人情報保護に関する役職員の意識啓発に努めます。
- 9 本会は、この方針を実行するため、個人情報保護規程及び特定個人情報等取扱規程を定め、これを本会役職員に周知徹底し、確実に実施します。

平成17年4月1日制定

平成28年1月1日一部改正

介護施設の職場体験における留意事項

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会
新潟県福祉人材センター

職場体験に当たっては、次に掲げる留意事項を遵守してください。

1 体験時の行動について

- (1) 体験期間中は、施設の方針や担当指導職員の指示により行動すること。
- (2) 方針や指示が理解できないときは必ず質問し、不明のまま行動しないこと。
- (3) 自信の無いことや心配なことは、進んで相談すること。
- (4) 施設利用者から苦情を言われた場合は、速やかに担当指導職員に報告すること。

2 施設利用者について

- (1) 施設は、利用者にとっての生活の場であることを十分に認識し、利用者の人権を最大限に尊重すること。
- (2) 施設利用者には、指示による特別の場合を除き、公平で節度ある態度で接すること。

3 個人情報の守秘義務について

福祉職場体験で知り得た施設利用者等の個人に関する情報は、体験中はもとより体験後においても、決してこれを他に漏らしてはならないこと。

4 緊急時の対応について

体験中に事故等、緊急の事態が発生した場合は、自ら判断せず、施設の長並びに担当指導職員の指示に従うとともに、新潟県社会福祉協議会に連絡すること。

5 新型コロナウイルス感染症対策について

- (1) 体験の実施 2 週間前から検温及び風邪症状の確認を行い、新型コロナウイルス感染防止チェックリスト(様式 6)を体験時に施設に提示し確認印をもらい、体験終了後に新潟県社会福祉協議会に提出すること。
- (2) 体験者は、新型コロナウイルス感染症対策として、抗原定性検査を実施すること。各自で抗原定性検査キット(研究用は不可とし医療用で体外診断用のみ可)を購入し検査を行う。また、健康診断を必須とする事業所で体験する場合は、健康診断を受けること。
健康診断費用・抗原定性検査キット購入費用(1 回分)として、5,000 円を上限とした実費額を新潟県福祉人材センターが負担する。(領収書を保管ください)
- (3) 体験 2 週間前より感染リスクの高い場所に行くことを自粛すること。
- (4) 体験施設より感染症対策について要請がある場合は従うこと。
- (5) 体験者の家族等に感染が確認されるなど体験者が濃厚接触者に特定された場合や可能性のある場合は、速やかに体験施設及び新潟県社会福祉協議会へ連絡すること。
- (6) 体験者は、体験終了後に自身の感染が判明した場合は、速やかに体験施設及び新潟県社会福祉協議会へ連絡すること。
- (7) 体験施設等で感染が明らかになった場合は、関係機関に必要な個人情報の提供することを了承すること。
- (8) 職場体験は感染の拡大状況により、中止することがある。

《 介護施設の職場体験プログラム 》

体験施設名： デイサービス 新潟県福祉人材センター

体験日数： 3日間（4日間以上） 体験時間： 9:00～16:00

| | 体 験 内 容 |
|------------------------------|--|
| 1日目 | <p>1 オリエンテーション（60分） 施設概要、日程・注意事項等の確認 職場体験における希望確認（やりたいことや知りたいこと等）</p> <p>2 施設・業務見学（30分）</p> <p>3 業務体験「基礎知識の講義と体験型の演習」 基本的な介護講義と介護等の業務を、施設の実情に応じ、施設職員の指導により体験する。 ① 利用者との接し方（コミュニケーションのとり方） ② 車イスの操作、ベッドからの移乗 ③ 食事介助 ④ 衣服の着脱方法 ⑤ トイレ介助 ⑥ 送迎援助の方法 ⑦ 散歩の付き添い、行事への参加などの交流事業 ⑧ 掃除、洗濯などの職員の補助業務 など ※途中 12:00～13:00 で 昼休憩</p> <p>4 振り返り（30分程度） ① 1日目の振り返り・質疑応答 ② 2日目の流れ確認（目標の設定）</p> |
| 2日目 (3・4日目) ↑ 4日間以上 | <p>1 前日の振り返りを元に当日の目標・業務内容確認（30分程度）</p> <p>2 業務体験：施設職員の指導により介護等の業務を体験する。 ※2日目は、13:00～14:00 で 昼休憩</p> <p>3 振り返り（30分程度） ① 2日目の振り返り・質疑応答 ② 3日目の流れ確認（目標の設定）</p> |
| 3日目 (最終日) | <p>1 前日の振り返りを元に当日の目標・業務内容確認（30分程度）</p> <p>2 業務体験：施設職員の指導により介護等の業務を体験する。 ※3日目は、12:00～ or 13:00～ 昼休憩</p> <p>3 振り返り（30分程度） ① 3日目の振り返り・質疑応答 ② 3日間の総括</p> |
| 留意事項 | <p>※3日間以上の体験は、2日目のプログラムを繰り返し、最終日となります。</p> <p>・長い髪は、まとめてください。 ※事前に伝えたいことがあれば、記入してください。 ・爪は出来るだけ短くしてください。</p> |

※お手数ですが、FAX送信後に到着確認の電話をお願いします。TEL：025-281-5523

※メール・郵便・来所でのお申込みも可能です。メールは、ホームページより申込書をダウンロードください。

介護施設の職場体験申込書

申込日： 年 月 日

| | | | | | |
|------------------|--------------|-----------|--------------|---------------------|-----------|
| 氏名 | ふりがな | | 該当に○ | 男・女 | 一般・学生・高校生 |
| | | | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生(歳) | |
| 職業 | | | | | |
| 学生・高校生の方はご記入ください | 学校名： | / | | | 科・学部 / 学年 |
| 連絡先 | 住所 | 〒 - | | | |
| | TEL(本人携帯・自宅) | | | | |
| | TEL(緊急連絡先) | (続柄) | | | |
| 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 | |
| | | 介護職員初任者研修 | ヘルパー(1,2,3級) | 社会福祉主事 | |
| | | その他 () | | | |
| | 無 | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------|------|-----------|---------|-----|-----|
| 希望施設 | 第1希望 | NO. | 施設名： | | |
| | 第2希望 | NO. | 施設名： | | |
| | 第3希望 | NO. | 施設名： | | |
| 希望日数(いずれかに○印) | 1日 | 2日間 | 3日間 | 4日間 | 5日間 |
| 希望日程 ※なるべく第3希望までお書きください | 第1希望 | 月 日 () ~ | 月 日 () | | |
| | 第2希望 | 月 日 () ~ | 月 日 () | | |
| | 第3希望 | 月 日 () ~ | 月 日 () | | |
| 特記事項 | | | | | |

※記載された個人情報は、本事業の運営以外の目的で使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。

問い合わせ先：新潟県福祉人材センター TEL：025-281-5523

<http://www.fukushiniigata.or.jp/jinzai/>

御中

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会
会長 竹内 希六

介護施設の職場体験者決定通知書

「令和4年度介護施設の職場体験」について、下記により決定しましたので通知いたします。

A. 総括表

| | |
|------|---|
| 体験者数 | 人 |
|------|---|

B. 体験決定者

| | | | | | | |
|----|---------|-----------------------|----|---|----|--|
| 1 | フリガナ | | 年齢 | 歳 | 性別 | |
| | 氏名 | | | | | |
| | 職業 | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | |
| | | TEL. | | | | |
| | 体験日程 | 令和 年 月 日 ~ 月 日 (日間) | | | | |
| | 体験時間 | 午前 時 ~ 午後 時 | | | | |
| 備考 | 福祉関係資格: | | | | | |

※体験開始前までに体験者から持ち物・昼食等の確認電話がありますので、ご対応をお願いします。

※職場体験終了後は、次の様式の提出をお願いします。

- ① 「介護施設の職場体験受入終了報告書」(様式4-1)
- ② 「介護施設の職場体験受入費用請求書」(様式5)の提出をお願いします。

介護施設の職場体験(日程変更・中止)報告書

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会 会長 様

| | |
|------|------------|
| 施設名 | _____ |
| 施設長名 | _____ (公印) |
| 記入者名 | _____ |
| 電話番号 | _____ |

令和 年 月 日付 新社協第 号にて通知された「介護施設の職場体験」受け入れについて、(日程変更 ・ 中止) しますので報告します。

※ 該当を○で囲んでください。

A 職場体験決定通知の内容

| 体験者氏名 | 体験予定日時 |
|-------|-------------------------------|
| | 令和 年 月 日～ 月 日 (日間) 午前 時～午後 時 |

B 内容等

(該当に○)

| | | |
|--------------------------|---------|---|
| <input type="checkbox"/> | 体験日程の変更 | ※ 変更後の体験日程を記入してください。 令和 年 月 日～ 月 日 午前 時～午後 時 |
| <input type="checkbox"/> | 体験の中止 | |

C 理由

| |
|--|
| |
|--|

D 体験者本人との協議について

※ どちらかに○を付けてください

●変更・中止の内容について、体験者との協議は終了しているか (いる ・ いない)

介護施設の職場体験（辞退・日程変更）報告書

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会 会長 様

体験者氏名 ㊟

先に決定通知のあった介護施設の職場体験について、下記の理由により体験を（辞退・日程変更）しますので報告します。

記

| | | |
|---------|--------------------------|------------------------------|
| 内 容 | (※ 該当を○で囲んでください) | |
| | 職場体験を (辞退 ・ 日程変更) します。 | |
| 施設・事業所名 | | |
| 体 験 日 程 | 当初予定 | 令和 年 月 日 () ~ 月 日 () (日間) |
| | 変更後 | 令和 年 月 日 () ~ 月 日 () (日間) |
| 理 由 | | |

※ 辞退の場合は、「体験日程 変更後」欄の記入は不要です。

介護施設の職場体験（辞退・日程変更）通知書

御中

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会
会 長 竹 内 希 六

先に決定通知のあった介護施設の職場体験について、体験希望者より下記の理由により体験を（辞退・日程変更）したい旨の申し出がありましたので報告します。

記

| | | |
|---------|--------------------|---------------------------|
| 内 容 | 職場体験を（辞退・日程変更）します。 | |
| 体験者氏名 | | |
| 体 験 日 程 | 当初予定 | 令和 年 月 日()～ 月 日() (日間) |
| | 変更後 | 令和 年 月 日()～ 月 日() (日間) |
| 理 由 | | |

介護施設の職場体験（日程変更・中止）通知書

様

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会
会 長 竹 内 希 六

先に決定通知のあった介護施設の職場体験について、受入施設より下記の理由により
体験を（日程変更・中止）したい旨の申し出がありましたので報告します。

記

| | | |
|---------|--------------------|---------------------------|
| 内 容 | 職場体験を（日程変更・中止）します。 | |
| 施設・事業所名 | | |
| 体 験 日 程 | 当初予定 | 令和 年 月 日()～ 月 日() (日間) |
| | 変更後 | 令和 年 月 日()～ 月 日() (日間) |
| 理 由 | | |

介護施設の職場体験受入終了報告書

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会 会長 様

施設名

施設長名

(公印)

記入者名

当事業所において、下記の者が職場体験を終了したことを報告します。

A 総括表

| | |
|-------|---|
| 体験者総数 | 人 |
|-------|---|

B 体験終了者

| No. | 体験者氏名 | 体験実施期間 | 体験日数 | 備考 |
|-----|-------|-----------|------|----|
| 1 | | 月 日 ~ 月 日 | 日間 | |
| 2 | | 月 日 ~ 月 日 | 日間 | |
| 3 | | 月 日 ~ 月 日 | 日間 | |
| 4 | | 月 日 ~ 月 日 | 日間 | |
| 5 | | 月 日 ~ 月 日 | 日間 | |

※職場体験期間が変更になった場合、「職場体験実施期間」欄に実施した期間を記入し、「備考」欄に当初の実施予定日を記入してください。

C 職場体験にあたっての感想・意見・提案 等

| |
|--|
| |
|--|

D 職場体験受入のきっかけについて、該当番号に○をつけてください。(複数回答可)

| | |
|---|------------------------------|
| 1 | 参加者が今後就職を希望してくれるかもしれないと考えたため |
| 2 | 介護のイメージアップにつながると考えたため |
| 3 | 参加者の就職や進学時に役立つと考えたため |
| 4 | 施設の宣伝につながると考えたため |
| 5 | 職員のやる気を向上させるため |
| 6 | その他 () |

様式 4-2 (体験者 → 新潟県社会福祉協議会)

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会 会長 様

介護施設の職場体験終了報告書

記入日 : 令和 年 月 日

| | | | |
|---------------|----------------------------------|--------|---------|
| 氏 名 | | 年齢(歳) | 学生 ・ 一般 |
| 体験事業所名 | | | |
| 体験月日 | 令和 年 月 日 ~ 月 日 | | |
| 体験日数 (該当に○) | 1日 ・ 2日間 ・ 3日間 ・ 4日間 ・ 5日間 | | |
| 備 考 | ※体験日程を変更した場合は、当初の体験予定日を記入してください。 | | |

※ アンケートにご協力をお願いします。 該当に○をつけてください。 【複数回答可】

1. 介護の職場体験をどこで知りましたか。

- ① 新潟県福祉人材センター ② 学校 ③ ハローワーク等(相談機関) ④ 友人・知人から聞いて
⑤ 家族・親族から聞いて ⑥ 施設・事業所 ⑦ イベント・面接会にて(就職フェア等)
⑧ 他県の福祉人材センター ⑨ その他 ()

2. 体験動機を教えてください。

- ① 介護関係への進学を希望しているため ② 介護業界に就職を希望しているため
③ 実際の職場の雰囲気を知りたいと思ったため ④ 教師や親に進路選択の際に役立つからと勧められたため
⑤ その他 ()

3. 職場体験前の介護に対するイメージを教えてください。

- ① やりがいがある仕事 ② 社会的に意義のある仕事 ③ 専門的な知識や技術が求められる仕事
④ 夜勤などがありきつい仕事 ⑤ 給与水準が低い仕事 ⑥ 将来のキャリアアップが見通せず不安な仕事
⑦ その他 ()

4. 今回職場体験を経て、介護に対する印象を教えてください。

- ① やりがいがある仕事 ② 社会的に意義のある仕事 ③ 専門的な知識や技術が求められる仕事
④ 夜勤などがありきつい仕事 ⑤ 給与水準が低い仕事 ⑥ 将来のキャリアアップが見通せず不安な仕事
⑦ その他 ()

5. 体験後の感想を教えてください。

- ① 将来、介護系の大学・専門学校等に進学してみようと思った。 ② 将来、介護業界に就職してみようと思った。
③ 介護に対するイメージについて良い印象を持つことができた。
④ 福祉人材センターを利用して、介護の資格や就職について相談等してみようと思った。
⑤ その他 ()

※ 裏面につづく ↓

領収書 こちらに添付ください
ホチキス止め のり付け不可

※ 該当に○をつけてください。 【複数回答可】

6. 体験施設の感想等ご自由にお書きください。

(例) 職員の皆さんの笑顔が印象的だった。きちんと清掃されていて過ごしやすそうだった。等

7. 職場体験は、どのような方法が申し込みやすいですか。

- ① 今までどおりでよい。
- ② ホームページから申し込めるとよい。
- ③ その他 ()

8. 職場体験についての要望等ご自由にお書きください。

(例) もっと詳しく介護の説明が聞きたかった。 職員の方から話が聞けるとよかった。等

9. 新潟県福祉人材センターへの登録について

- ・ 既に求職登録済み
- ・ 求職登録の資料を希望する
(後日ご案内を郵送いたします)
- ・ 求職登録の資料は不要
ご協力ありがとうございました。

※体験終了報告書と新型コロナウイルス感染防止チェックリストの2点を新潟県福祉人材センターへご提出ください。

※ 職場体験にあたり、施設・事業所の要望により健康診断・感染症等に関わる検査を受診した場合記入してください。
5,000円を限度とした検査費用の実費額を、新潟県福祉人材センターがお支払いします。
(領収書添付のこと)

| | | |
|------|-------------------|------------------------|
| 請求金額 | 円 (5,000円を上限とします) | |
| 請求内容 | | |
| 振込先 | (フリガナ) 金融機関名 | 銀行 ・ 信用金庫 信用組合 ・ 農協 |
| | (フリガナ) 支店名 | 支店 |
| | 預金種類 | 普通預金 |
| | 口座番号 | |
| | (フリガナ) 口座名義 | |
| | 連絡先 | |
| | | 19 |

介護施設の職場体験受入費用請求書

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会 会長 様

| | |
|--------------|------|
| 法人名 | |
| 施設名 | |
| 施設長名 | (公印) |
| 記入者 役職・氏名 | |
| 電話番号 | |

本施設・事業所において、介護施設の職場体験が終了しましたので、体験受入費用を請求します。

A 総括表

| | | | |
|-------|-------------------------------|-------|----|
| 体験者総数 | 人 | 延体験日数 | 日間 |
| 請求金額 | 円 (一人1日あたり4,000円 × 延体験日数 日) | | |

B 振込口座

| | | |
|---------------|-------------------------|-----------------|
| 受入費用 振込先口座 | フリガナ _____ | フリガナ _____ |
| | _____ <u>銀行</u> | _____ <u>支店</u> |
| | (普通 ・ 当座) 口座番号 _____ | |
| | フリガナ _____ 名 義 _____ | |
| 備 考 | | |

| 受入施設確認印 | |
|---------|---|
| 確認日 | 印 |

新型コロナウイルス感染防止チェックリスト

下記の口に当てはまるものに **✓** をしてください。

※全ての項目に ✓ が入らない場合は体験できません。

体験ができない場合は、**当センターと体験施設へ必ず連絡**してください。

- 本日および前14日以内に、37.5度以上及び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、だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)はない
- 嗅覚や味覚の異常はない
- 体が重く感じる、疲れやすい等はない
- 新型コロナウイルス感染症陽性とされた方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ている方はいない
- 前14日以内に県外に行っていない
- 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
- 体験日より1日～2日前に抗原定性検査で陰性である

令和 年 月 日 体験者(署名)

※その他、体調や体験者・同居家族の行動歴等で心配なことがある場合は、事前に当センター及び受入施設へ確認し、指示に従ってください。

※体験中及び終了後に体験施設内で感染が確認された場合は、ご本人・保健所等に必要に応じて連絡する場合がありますので、ご了承ください。

※チェックリストは、体験当日に受入施設より確認印をもらい、体験者終了報告書と一緒に当センターへご提出ください。

連絡先：新潟県福祉人材センターTEL：025-281-5523