

令和 9 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 丁目 2 番 2 号 新潟ユニゾンプラザ 3 階

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

目 次

介護の魅力情報発信事業（職場体験）実施細則・・・・・・・・・・・・・・・・	1
受入施設の手続きフローチャート・・・・・・・・・・・・・・・・	4
「介護施設の職場体験」事業における個人情報の取り扱いについて・・・・・・・・	5
介護施設の職場体験における留意事項【体験者の方へ】・・・・・・・・	6
介護施設の職場体験申込書(様式1－1)・・・・・・・・	7
介護施設の職場体験情報共有・実施報告書(様式1－2)・・・・・・・・	8
介護施設の職場体験者決定通知書(様式2－1)・・・・・・・・	10
介護施設の職場体験決定通知書(様式2－2)・・・・・・・・	11
介護施設の職場体験受入費用請求書(様式3)・・・・・・・・	12
介護施設の職場体験受入費用 消費税金額等一覧(様式3別表)・・・・・・・・	13

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、または社会福祉施設・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。

3 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。

4 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斡旋し、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

中学生以上の者で福祉・介護の仕事に関心があり、将来的に福祉・介護の現場で働くことを希望している者とする。既に福祉施設等に在職している者や受入施設の採用活動の一環とみなされる場合は対象外とする。

(3) 受入対象の福祉施設

新潟県内に所在する介護保険法に基づく指定または許可を受けた以下の介護サービス施設・事業所で、職場体験の受入を承諾した介護サービス施設・事業所(以下「受入施設」という。)において実施するものとする。

<対象施設種別>

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、老人短期入所施設、老人デイサービスセンター、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護医療院

(4) 実施期間

令和9年4月1日から令和9年12月31日

(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、4時間～6時間程度を目安とする。ただし、体験者または受入施設の実情により配慮する必要があると県社協が判断した場合は、1日の体

験時間を4時間未満とすることも可能とする。

- ③ 体験は、日中の通所による体験とし、宿泊での体験（夜勤、宿直）は行わないこととする。

5 事業の実施方法

- (1) 体験希望者は「介護施設の職場体験申込書」（様式1-1）に必要事項を記入の上、体験希望日の3週間前までに県社協へ提出する。
- (2) 県社協は、体験者が希望する受入施設と連絡調整の上、体験受入日を決定し、「介護施設の職場体験者決定通知書」（様式2-1）を受入施設の長あてに通知する。
- (3) 県社協は、体験希望者に対して、「介護施設の職場体験決定通知書」（様式2-2）により、体験日時や体験内容、留意事項等を通知する。
- (4) 受入施設の長は、体験終了後、「介護施設の職場体験受入費用請求書」（様式3）を県社協へ提出する。

6 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) 施設利用者への身体介護などの体験には、必ず職員が付き添い実施すること。
- (3) 受入施設の長は、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は、県社協と協議の上、職場体験を中止することができる。
- (4) 受入施設が体験希望者に対して健康診断や細菌検査（検便）を求める場合は、県社協と調整し、なるべく体験者の負担が少なくなるように配慮すること。なお、体験日数が1日の場合については、いずれの受入施設においても健康診断や細菌検査（検便）を体験希望者に求めないものとする。
- (5) 新型コロナウイルス感染症等対策について
- ① 受入施設は、必要に応じて、体験希望者に対し、マスクの着用、手洗い・うがい等の基本的な感染防止対策を実施する。
- ② 受入施設は、利用者及び職員に新型コロナウイルス感染症等の感染者がいる場合、体験決定日の受入れを行わないこととする。
- ③ 受入施設は、体験希望者が以下に該当する場合、体験決定日の当該体験希望者の受入れを行わないこととする。なお、受入施設が体験者に対し検査を求める場合は、検査費用等は受入施設で負担すること。
- ア 体験当日の体温が37.5℃を超えている
- イ 体験前1週間に、以下の事象がある
- a 平熱を超える発熱
 - b せき、のどの痛みなどの風邪症状
 - c 嗅覚や味覚の異常
 - d 同居家族や身近な知人に感染が疑われる症状

7 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は、体験者の自己負担とし、受入施設の指示により支払うこととする。
- ③ 受入施設への往復の交通費は、体験者の自己負担とする。
- ④ 受入施設が求めた健康診断や細菌検査（検便）に要した費用については、体験者の自己負担とする。

(2) 受入施設にかかる費用

- ① 受入施設への受入費用は、体験者1人1日当たり4,000円とする。
- ② 県社協は、受入施設の長から「介護施設の職場体験受入費用請求書」（様式3）を受理した後に支払う。

8 職場体験に伴う事故等への対応

(1) 保険の加入

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（ボランティア行事用保険）に加入することとし、保険料（掛金）は、県社協が負担する。

(2) 健康管理等

施設利用者等のプライバシーの保護や健康管理への配慮については、受入施設が体験初日に実施するオリエンテーション等において十分な指導を行うこと。

9 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「「介護施設の職場体験」事業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。
この細則は、令和5年4月1日から実施する。
この細則は、令和6年4月1日から実施する。
この細則は、令和7年4月1日から実施する。
この細則は、令和8年4月1日から実施する。
この細則は、令和9年4月1日から実施する。

受入施設の手続きフローチャート

1 受入施設の申し込み <受入施設→県社協>

- 
- 社会福祉法人新潟県社会福祉協議会（以下、「県社協」）の依頼により、体験者の受入を希望する施設は所定の申込フォームにより申し込んでください。

【対象となる施設種別】

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、老人短期入所施設、老人デイサービスセンター、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護医療院

2 体験受入要請の承諾 <県社協→受入施設>

- 
- 県社協が、体験希望者の受入調整を行います。体験日時等が決定後、「介護施設の職場体験者決定通知書【様式2-1】」により、受入施設の長あてに通知します。（メールまたは郵送）

- 体験者に対しては、「介護施設の職場体験決定通知書【様式2-2】」及び「体験プログラム」を通知します。（メールまたは郵送）

※体験日程の変更・中止等がある場合は、電話でのご連絡をお願いします。

3 職場体験に関する事前連絡 <体験者→受入施設>

- 
- 体験者から受入施設に対し、体験日の1週間前を目処に電話等による事前連絡があります。その際に、体験にあたっての注意事項等について説明してください。

4 職場体験の実施

- 
- 体験者より「介護施設の職場体験情報共有・実施報告書【様式1-2】」を受け取り、体験における目標を共有してください。職場体験は、上記1受入申し込み時に提出されたプログラムに則り、無理のない内容で実施してください。

5 職場体験の終了 <受入施設→県社協>

- 職場体験が終了後、「介護施設の職場体験受入費用請求書【様式3】」を県社協へ提出してください。（メールまたは郵送）合わせて、受入に関するアンケートの回答をお願いします。
- 当該様式を受理後に受入費用をお支払いします。

「介護施設の職場体験」事業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 当該事業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 体験申し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、「介護施設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 当該事業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、本会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

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、体験者は、当該事業により知り得た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該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

職場体験にあたっては、次に掲げる留意事項を遵守してください。

1 心構え

(1) 施設利用者や施設職員への挨拶や言葉遣い、マナーには十分気をつけて、体験者として謙虚な姿勢で臨んでください。

(2) やむを得ない場合を除き、遅刻・無断欠席はしないでください。万が一、遅刻や欠席をする場合は、受入施設と県社協に必ず連絡を入れてください。

(3) 施設は、利用者にとって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し、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。

2 個人情報管理

(1) 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さないでください。

(2) メモを取る際も、個人情報管理には十分注意をしてください。

3 体調管理・感染症対策

(1) 体験日まで毎日の生活リズムを整え、体調管理(右記項目)に注意しましょう。

(2) 体験受入施設から感染症対策を求められる場合は、そちらに従ってください。

(3) 体調不良やその他感染症の疑いがある場合は、無理をせずに体験を中止し、受入施設と県社協に連絡を入れ、指示に従ってください。

<体調管理チェック項目>

- ☐ 体験当日の体温が 37.5℃を超えていない
- ☐ 体験前1週間に、以下の事象はない
 - ア 平熱を超える発熱
 - イ せき、のどの痛みなどの風邪症状
 - ウ 嗅覚や味覚の異常
 - エ 新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触
 - オ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる症状

4 体験当日の決まり事

(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し、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ようにしましょう。自信の無いことや心配なことは、進んで相談しましょう。

(2) 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してください。

(3) 動きやすく派手ではない服装を心がけてください。また、ケガ防止のため、アクセサリ類は着用しないでください。

(4) 体験中、携帯電話は原則使用禁止です。電源を切ってカバンにしまっておきましょう。

5 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、県社協に連絡してください。

6 アンケートの回答について

体験終了後、体験に関するアンケートの回答にご協力ください。

【様式1-1】 介護施設の職場体験 申込書

記入日： 年 月 日

※記載いただいた個人情報は本事業の実施のみに使用し他の目的には使用しません。(体験施設にも提供します)

フリガナ			性別	(西暦)	
氏名			男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒				
連絡先	電話番号	①本人連絡先		②緊急時連絡先(続柄:)	
	メールアドレス	— — @			
所属	学生の方			一般の方	
	学校名				□在職中(□福祉分野/□福祉分野以外) □無職
	担任名		学年		介護現場での業務経験 □あり □なし
福祉関係資格 (該当に○)	介護福祉士		実務者研修		介護職員初任者研修
	入門的研修		旧ホームヘルパー1級・2級		介護支援専門員
	社会福祉士		社会福祉主事		その他()

体験希望内容

※体験受入施設一覧は、『介護施設の職場体験ガイドブック』もしくは新潟県福祉人材センターのホームページをご確認ください。

希望体験箇所数 (該当に○)	ヶ所数	施設No	施設・事業所名	体験希望日 (第3候補までご記入ください)
合計 1・2・3 ヶ所	1			① 月 日～ 月 日 ② 月 日～ 月 日 ③ 月 日～ 月 日
希望体験日数 (1～5日)	2			① 月 日～ 月 日 ② 月 日～ 月 日 ③ 月 日～ 月 日
1ヶ所目	3			① 月 日～ 月 日 ② 月 日～ 月 日 ③ 月 日～ 月 日
2ヶ所目				
3ヶ所目				

※高校生の方は チェックしてください	☐ 申込みにあたって、保護者に同意を得ており、学校担任へ報告している
-----------------------	---

職場体験で学びたいことにチェックを入れてください	
☐ 仕事内容について知りたい	☐ 施設の役割・利用者の状況について知りたい
☐ 利用者とのコミュニケーションを図りたい	☐ 事業所の働き方について知りたい
☐ 介助時の注意点について学びたい	☐ 周辺業務(配膳・洗濯たたみ等)を体験させてほしい
☐ その他()	

《申込》 体験希望日(一番早い日を基準)の3週間前まで

郵送 持参	〒950-8575 新潟県新潟市中央区上所2-2-2 新潟ユニゾンプラザ3階 新潟県社会福祉協議会 新潟県福祉人材センター TEL: 025-281-5523		
FAX	025-282-0548	MAIL	ni.jinzaicenter@fukushiniigata.or.jp

お問合せ・詳細については、上記または特設サイトをご覧ください。



介護施設の職場体験 情報共有・実施報告書

氏名	
体験施設	
体験日時	

介護の業務経験 有 無 福祉関係資格

—— 体験者 事前記入欄（体験日までに目標まで記入し、体験当日に必ず持参してください） ——

【 職場体験参加の動機 】

- ☐ 介護の仕事につきたい ☐ 介護の仕事に関心がある
☐ 実務の再体験 ☐ 介護の職場を知りたい

具体的にあれば↓

--

【 職場体験で見たい・知りたい・体験してみたいこと 】

- ☐ 仕事内容について知りたい
☐ 施設の役割・利用者の状況について知りたい
☐ 利用者とのコミュニケーションを図りたい
☐ 事業所の働き方について知りたい
☐ 周辺業務（配膳・洗濯たたみ等）を体験させてほしい
☐ 介助時の注意点について学びたい

具体的にあれば↓

--

【 職場体験での目標 】

--

※体験受入施設の方へ

体験初日にこのシートを基にオリエンテーション及び目標の共有をしてください。

—— 体験終了後 記入（記入後、施設へ提出してください） ——

体験者氏名 _____

体験日 _____

【 職場体験で印象に残った出来事 】

【 職場体験で疑問に感じたこと 】

【 職場体験をしての感想・学んだこと 】

—— 施設担当者 記入欄 ——

体験施設名 _____

担当者名 _____

【 体験者へのコメント 】

※体験終了後にコメントをご記入いただき、新潟県福祉人材センターへ請求書と一緒に送りください

御中

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長

介護施設の職場体験者決定通知書

「介護施設の職場体験」について、下記のとおり決定しましたので通知いたします。

体験者及び体験日程

フリガナ		年齢	歳	性別	
氏 名					
職業 (学校名・学年)					
本人 連絡先		緊急時 連絡先			
体験日程					
備 考					

事 務 連 絡
令和 年 月 日

様

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長

介護施設の職場体験決定通知書

「介護施設の職場体験」について、下記のとおり決定しましたので通知いたします。

体験日程及び体験施設

体験日程			
法人名			
施設名			
フリガナ		事業所種別	
担当者名			
住 所	〒		
電話番号			

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 様

法人名	
施設名	
施設長名	(公印)
記入者	

- ☐ 適格請求書発行事業者ではない
- ☐ 適格請求書発行事業者である
- ▼適格請求書発行事業者の場合は記入してください。

登録番号 (インボイス制度)																			
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

当施設において、下記の通り介護施設の職場体験が終了しましたので、受入費用を請求します。

1 体験受入 報告

体験者氏名	体験期間	日数	備考
	月 日～ 月 日	日間	
	月 日～ 月 日	日間	
	月 日～ 月 日	日間	
	月 日～ 月 日	日間	

体験者数	人	延体験日数	日間 (A)
------	---	-------	--------

2 請求内容 ※別表の該当金額をご記入ください。

請求金額	円 (一人4,000円/日 × 延体験日数(A) 日)
税抜	円 (10%対象消費税額 円)

3 振込口座

フリガナ			
金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店	
預金種類	(普通・当座)	口座番号	
フリガナ			
口座名義			
備考			

様式3（別表）

介護施設の職場体験受入費用 消費税金額等一覧

「介護施設の職場体験受入費用請求書（様式3）」には

下記の金額をご記入ください。

※体験者1名/日につき4,000円となりますので、体験者2名がそれぞれ1日ずつ体験した場合の費用は8,000円となります。

（単位：円）

体験者（日）数	体験受入費用 【税込】	体験受入費用 【税抜】	消費税額
1人（日）	4,000	3,637	363
2人（日）	8,000	7,273	727
3人（日）	12,000	10,910	1,090
4人（日）	16,000	14,546	1,454
5人（日）	20,000	18,182	1,818
6人（日）	24,000	21,819	2,181
7人（日）	28,000	25,455	2,545
8人（日）	32,000	29,091	2,909
9人（日）	36,000	32,728	3,272
10人（日）	40,000	36,364	3,636

※税抜き金額は、下記のとおり計算しています。

$$\text{税抜き金額} = \text{税込み金額} \div 1.1$$

（小数点以下の端数処理については切り捨て）