

2019年度 福祉の職場体験事業実施要項

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会

1 目的

福祉の仕事に就労を希望する者、関心を有する者等に対して、社会福祉施設等の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等を直接知ること、体験者の業務への興味・理解を深めるとともに、福祉職場への人材参入を促進する。

2 対象者

小・中・高校生及び福祉の仕事に就労希望や関心を持つ者

3 実施体制

〔主催〕 山口県

〔実施主体〕 社会福祉法人 山口県社会福祉協議会 山口県福祉人材センター（以下「県社協」という）

〔後援〕 山口県教育委員会

〔協力〕 山口県社会福祉法人経営者協議会、山口県老人福祉施設協議会、山口県デイサービスセンター協議会、山口県障害福祉サービス協議会、一般財団法人山口県知的障害者福祉協会

4 実施内容等

(1) 職場体験の内容

「職場体験」とは、本事業の目的に沿って、施設利用者に対する支援（介護、介助、話し相手、散歩の付添い、交流等）、施設で行われる諸行事への参加・支援、施設の職員が行う業務（掃除、洗濯等）の補助等。

(2) 職場体験の種類

職場体験は、「個人」と「団体」の2種類とする。

(3) 職場体験を行う施設

職場体験を行う施設は、「職場体験」申込者の希望を考慮した上で受入可能な施設（以下「受入施設」という）とする。

(4) 職場体験の期間等

〔体験期間〕 平成31年（2019年）4月1日（月）から平成32年（2020年）3月31日（火）

〔申込期間〕 平成31年（2019年）4月1日（月）から平成32年（2020年）2月28日（金）

〔日数等〕 下表のとおりとし、原則、同一事業所につき1人（1団体）1回を限度とする。

体験の種類	日数	時間
個人	10日以内	半日（2時間以上4時間以内）
団体（2名以上19名以下）	5日以内	一日（4時間を超え8時間以内）
団体（20名以上）	5日以内	半日（1時間以上4時間以内） 一日（4時間を超え8時間以内）

5 県社協の主な役割

県社協は、次の業務を行うものとする。

(1) 調整及び通知

- ① 「福祉の職場体験申込書」（個人用：様式1-1、団体用：様式1-2）を受理した時は、体験希望者（個人、団体）と受入施設等との日程及び受入人数等の調整を行う。
- ② 体験希望者（個人、団体）及び受入施設等へ「福祉の職場体験決定通知書」（様式2、3）を送付する。

(2) 職場体験受入費用の支払事務

受入施設等からの「請求書」（個人用・5名以下の団体用：様式4-1、6名以上の団体用：様式4-2）に基づき、職場体験受入費用を支払う。

(3) 中止及び辞退

職場体験の決定について、中止又は辞退の申し出があったときは調整を行う。

6 受入施設等の主な役割

受入施設等は、次の業務を行うものとする。

(1) 職場体験プログラムの作成

受入施設等は、事前に体験者（個人、団体）と調整を行いプログラムを作成する。

(2) 受入施設等の都合により中止する場合は、速やかに「福祉の職場体験（中止・辞退）届」（様式6）を県社協に提出する。

(3) 職場体験受入費用の請求

受入施設等は、事業終了後、2週間以内に「請求書」（個人用・5名以下の団体用：様式4-1、6名以上の団体用：様式4-2）を県社協に提出する。

7 職場体験者の責務

職場体験者の責務等は、次のとおりとする。

(1) 職場体験を希望する者（個人、団体）は所定の「福祉の職場体験申込書」（個人用：様式1-1、団体用：様式1-2）を、体験希望日の2週間前までに県社協に提出する。

なお、申込書の提出は、受入予定施設からも可能とする。

(2) 職場体験を決定された者がやむを得ない事情により体験を辞退する場合には、「福祉の職場体験（中止・辞退）届」（様式6）を県社協に提出する。

(3) 職場体験者は、体験終了後、10日以内に「職場体験終了報告書」（個人用：様式5-1、団体用：様式5-2）を県社協に提出する。

- (4) 職場体験中に知り得た利用者等の個人情報については、適切に管理するとともに個人情報情報を保護し、職場体験終了後も同様とする。
- (5) 受入施設の就業規則などを遵守する。
- (6) 職場体験中に事故が発生した場合には、速やかに受入施設に報告し、その指示に従う。

8 事故への対応

事故等への対応は、次のとおりとする。

(1) 保険への加入

万一の事故に備え、職場体験者には、県社協が加入手続きを行い保険に加入する。保険料は、県社協が負担するものとする。

なお、学校や受入施設等ですでに保険に加入している場合は、この限りではない。

(2) 県社協への報告

職場体験中に事故が発生した場合、職場体験を受入れている施設長は直ちに適切な対応を執り、「職場体験の事故報告書」(様式7)を県社協に提出する。

9 職場体験受入費用について

職場体験受入費用は、次のとおりとする。

- (1) 県社協は、職場体験受入費用として、受入施設等に対し、下記により支払うこととする。

受入の規模		※1人(団体)1日につき	
		半日コース(4時間以内)	1日コース(8時間以内)
個人		3,000円	6,000円
団体	5名以内	1,500円/1人	3,000円/1人
	6名以上	9,000円/1団体	18,000円/1団体

- (2) 職場体験参加に係る必要な昼食代、交通費等は、職場体験者の自己負担とする。

10 その他

- (1) 「教員免許状取得希望者に対する介護等体験」に係る学生及び各種資格(介護職員初任者研修等)取得のための実習生の受け入れは、本事業の対象外とする。
- (2) 調整が必要な事項が生じた時は、その都度関係者で協議し対応する。

附 則

この要項は、平成31年(2019年)4月1日から施行する。

(様式1-2)

送付先 FAX 番号：083-922-6652

※郵送又は来所による提出も可



福祉の職場体験申込書

申込日

年 月 日

フリガナ				
学校等 団体名	代表者名		担当者名	
住所	〒 -			
連絡先	TEL :		FAX :	
体験希望者について	■5名以下の団体の場合			
	氏名	性別	氏名	性別
■6名以上の団体の場合（人数を確認できるものを添付してください。）				
体験希望者数： 名（男性： 名 女性： 名）				
■体験動機や学びたいこと				

希望コース	<input type="checkbox"/> 半日コース（4時間以内）		<input type="checkbox"/> 1日コース（8時間以内）		
体験に伴う保険	<input type="checkbox"/> 本センターで加入を希望		<input type="checkbox"/> 施設・学校等で加入済		
希望施設名	①	第一希望	施設名：		
	②	第二希望	施設名：		
	③	第三希望	施設名：		
希望日数	1日	2日間	3日間	4日間	5日間
希望日程 <small>（可能な限り、第三希望まで記入してください）</small>	①	月 日（ ）	～	月 日（ ）	
	②	月 日（ ）	～	月 日（ ）	
	③	月 日（ ）	～	月 日（ ）	

注

- 希望日は申込日から2週間先の日を記入してください。
- 体験期間は計5日以内。（半日も1日とカウントします。）
- 受入施設等の状況により希望に沿えない場合があります。
- 本申込書(写)は当センターから受入施設へも提出させていただきます。
- 記載された内容は、職場体験事業のみを目的として使用させていただきます。

職場体験申込者
氏名 様

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会
会 長 隅 喜 彦

福祉の職場体験について

年 月 日付で申し込みのあった職場体験については、下記のとおり決定しましたのでお知らせいたします。

なお、体験の際には、下記の留意事項を遵守いただくようお願いします。

記

コース名	半日 ・ 1日
体験施設名	TEL : (ご担当 : 様)
体験期間	年 月 日 () から 年 月 日 () までの 日間
備考	

[留意事項]

- 1 事前に職場体験施設の担当者と施設への通所方法、服装、体験時間、体験プログラム等について十分協議の上、参加すること。
- 2 当該施設の就業規則などを遵守すること。
- 3 利用者の個人情報の保護には、特に注意し、この体験を通して知り得たことは、体験終了後も他人に漏らさないこと。
- 4 求職登録者の方で、職場体験終了後、求人登録施設と就職のための面接を希望する場合には『紹介状』を発行するので、速やかに山口県福祉人材センターに連絡すること。

《問い合わせ先》

山口県福祉人材センター
担当：山田、松村
〒753-0072 山口市大手町 9-6
TEL：083-922-6200 FAX：083-922-6652

(様式3) 受入施設等への通知

山 社 協 人 第 号
年 月 日

受入施設名
施設長名 様

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会
会 長 隅 喜 彦

福祉の職場体験について

下記の者（団体）から申し込みのあった職場体験について、下記のとおり決定しましたので体験者の受入をよろしくお願ひします。

記

コース名	半日 ・ 1日
体験者 (団体)名	(性別 ・ 年齢)
	住所：〒 TEL :
体験期間	年 月 日 () から 年 月 日 () までの 日間
備 考	

職場体験をするにあたり、体験者には下記の内容を通知済みです。その他ございましたら、貴施設の方で指導していただきますようお願いいたします。

- ・ 事前に職場体験施設の担当者と施設への通所方法、服装、体験時間、体験プログラム等について十分協議の上、参加すること。
- ・ 当該施設の就業規則などを遵守すること。
- ・ 利用者の個人情報の保護には、特に注意し、この体験を通して知り得たことは、体験終了後も他人に漏らさないこと。

《問い合わせ先》

山口県福祉人材センター

担当：山田、松村

〒753-0072 山口市大手町9-6

TEL：083-922-6200 FAX：083-922-6652

(様式4-1) 個人・5名以下の団体用

請 求 書

金 円

ただし、福祉の職場体験費用として、上記のとおり請求します。

● 算出根基

半日コース (名) : 日 × 円 = 円

1日コース (名) : 日 × 円 = 円

● 受入費用について (参考) ※1人1日につき

受入規模	半日コース	1日コース
個人	3,000円	6,000円
5名以下の団体	1,500円/人	3,000円/人

● 職場体験終了者一覧

※団体の場合 ⇒ 団体名 : _____

(団体の場合にも下表に終了者氏名及び体験期間をご記入ください。)

終了者氏名	体 験 期 間
	月 日 () ~ 月 日 () 日間
	月 日 () ~ 月 日 () 日間
	月 日 () ~ 月 日 () 日間
	月 日 () ~ 月 日 () 日間
	月 日 () ~ 月 日 () 日間

年 月 日

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会会長 様

施 設 名

施設長名

印

金融機関名	銀行	支店・出張所
口座番号	普・当	No.
フリガナ		
名 義		

(様式4-2) 6名以上の団体用

請 求 書

金 円

ただし、福祉の職場体験費用として、上記のとおり請求します。

● 算出根基

半日コース ⇒ 団体 × 日 × 9,000円 = 円

1日コース ⇒ 団体 × 日 × 18,000円 = 円

● 受入費用について (参考)

6名以上の 団体	体験受入費 ※1団体1日につき	
	半日コース	1日コース
	9,000円/1団体	18,000円/1団体

● 職場体験終了団体一覧

団体名	参加 人数	体験期間
		月 日 () ~ 月 日 () 日間
		月 日 () ~ 月 日 () 日間
		月 日 () ~ 月 日 () 日間
		月 日 () ~ 月 日 () 日間

年 月 日

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会会長 様

施設名
施設長名

印

金融機関名	銀行	支店 ・ 出張所
口座番号	普 ・ 当 No.	
フリガナ		
名 義		

(様式5-1) 個人用

職場体験終了報告書

※体験終了後10日以内に、こちらの報告書をご記入いただき、返信用封筒にて山口県福祉人材センター宛てに返送をお願いいたします。

お名前		コース	半日 ・ 1日
体験期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()	計	日間
体験先事業所名			

本事業をお知りになったきっかけ	①山口県福祉人材センター (窓口 ・ ホームページ ・ facebook) ②学校 ③ハローワーク ④社協ニュース ⑤チラシ (場所:) ⑥その他 ()
-----------------	---

体験の目的	①福祉の仕事に就きたい ②福祉の仕事に関心がある ③実務の再体験 ④知識・技術を学びたい ⑤その他 ()
-------	---

実施内容	①オリエンテーション ②施設見学 ③話し相手 ④食事介助 ⑤入浴介助 ⑥排せつ介助 ⑦リハビリ介助 ⑧作業の手伝い・参加 ⑨散歩の付き添い ⑩レクリエーション ⑪送迎 ⑫その他 ()
------	---

体験日数	①長かった ②ちょうど良かった ③短かった ④その他 ()
------	---

福祉の仕事に対して	①魅力ややりがいを感じた ②大変だと思った ③就きたいと思った ④就きたくないと思った ⑤その他 ()
-----------	--

全体の感想	①大変満足 ②満足 ③どちらともいえない ④不満 ⑤大変不満
-------	--

【理由】	
------	--

今後の予定	①体験先に就職 (予定) ②他事業所に就職 (予定) ③福祉・介護職就職活動 ④福祉・介護職以外の就職活動 ⑤未定
-------	---

山口県福祉人材センターからの福祉の求人情報等の提供	希望する ・ 希望しない
---------------------------	------------------------

※体験を終えての感想、要望等をお聞かせください。(匿名で当センターのHPに掲載させていただくことがあります。)

ご協力ありがとうございました。

(様式5-2) 学校等団体用

職場体験終了報告書

※体験・見学等終了後、こちらの報告書をご記入いただき、返信用封筒にて山口県福祉人材センター宛に返送をお願いいたします。

お名前		コース	半日 ・ 1日
体験期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 () 計 日間		
体験先事業所名			
体験の目的	①福祉の職場・仕事について知りたい ②知識・技術を学びたい ③施設の様子や利用者の過ごし方を知りたい ④利用者とのふれあい ⑤その他 ()		
実施内容	①オリエンテーション ②施設見学 ③食事介助 ④散歩の付き添い ⑤レクリエーション ⑥話し相手 ⑦整理・清掃 ⑧作業の手伝い・参加 ⑨その他 ()		
福祉の仕事に対して	①魅力ややりがいを感じた ②大変だと思った ③就きたいと思った ④就きたくないと思った ⑤その他 ()		
※体験を終えての感想等をお聞かせください。(匿名で当センターのHPに掲載させていただくことがあります。)			

ご協力ありがとうございました。

職場体験終了報告書

※体験・見学等終了後、こちらの報告書をご記入いただき、返信用封筒にて山口県福祉人材センター宛に返送をお願いいたします。

お名前		コース	半日 ・ 1日
体験期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 () 計 日間		
体験先事業所名			
体験の目的	①福祉の職場・仕事について知りたい ②知識・技術を学びたい ③施設の様子や利用者の過ごし方を知りたい ④利用者とのふれあい ⑤その他 ()		
実施内容	①オリエンテーション ②施設見学 ③食事介助 ④散歩の付き添い ⑤レクリエーション ⑥話し相手 ⑦整理・清掃 ⑧作業の手伝い・参加 ⑨その他 ()		
福祉の仕事に対して	①魅力ややりがいを感じた ②大変だと思った ③就きたいと思った ④就きたくないと思った ⑤その他 ()		
※体験を終えての感想等をお聞かせください。(匿名で当センターのHPに掲載させていただくことがあります。)			

ご協力ありがとうございました

(様式6)

年 月 日

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会会長 様

施設長名
又は
職場体験者

印

福祉の職場体験（中止・辞退）届

このことについて、職場体験を（中止・辞退）したいので、下記のとおり届出します。

記

- 1 職場体験者の氏名
- 2 職場体験を（中止・辞退）する理由
- 3 職場体験施設の所在地、名称
- 4 職場体験を（中止・辞退）する年月日
- 5 その他

(様式7)

年 月 日

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会会長 様

施設長

印

職場体験の事故報告書

このことについて、下記のとおり報告します。

記

- 1 職場体験者の氏名
- 2 事故の起きた日時・場所
- 3 事故の内容（詳細に記入してください）
何をしていたときに、どのような事故が起きたのか。
被害者がある場合には、被害者の氏名、年齢、被害の程度など
- 4 事故の処理状況（保険活用等）
- 5 その他