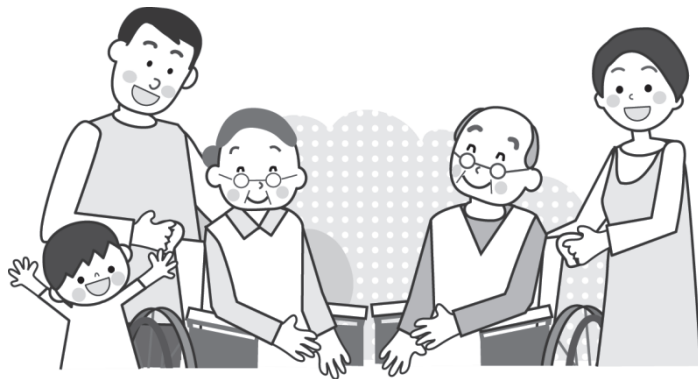


教育職員免許法の特例に基づく
「介護等の体験」受入の手引き

受入社会福祉施設等版

(令和4年度)



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

〒754-0041 山口市小郡令和一丁目1番1号
KDDI 維新ホール 3階
TEL (083)902-2355 FAX(083)902-5877
E-mail kirari-kagayaku@yg-you-i-net.or.jp
ホームページ URL <http://yamaguchi-fjc.jp/>

目 次

「介護等の体験」とは	1
1 本事業の流れ	2
2 「介護等の体験」が実施できない場合	3
3 体験の受入れに当たっての諸注意	4
施設でのオリエンテーションの手引き	5
参考：受入施設の介護等の体験のプログラム（例示）	7
参考：施設の一日の流れ（例示）	8

様式等

• 介護等の体験受入に関する調査の回答（様式1）	10
• 令和4年度 年間受入計画表（様式2）	11
• 介護等の体験受入連絡表（様式3）	12
• 介護等の体験に関する質問事項等（様式4）	14
• 介護等の体験受入決定通知書（施設用）（様式9）	15
• 介護等の体験学生プロフィール（様式10）	16
• 介護等の体験（変更・中止・辞退）届（様式11）	17
• 証明書（様式12）	18
• 介護等の体験終了報告書（様式13）	20
• 介護等の体験費用請求書（様式14）	21

「介護等の体験」とは

趣 旨

個人の尊厳や社会連帯の理念についての認識を深め、教員としての資質向上と義務教育の一層の充実を図る観点から、「小学校及び中学校の教諭の普通免許状の授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律」に基づき、当面、小学校及び中学校の教諭の普通免許状取得希望者に社会福祉施設等での「介護等の体験」が義務化されたものです。

「介護等の体験」の内容

法律第2条第1項では「障害者、高齢者等に対する介護、介助、これらの者との交流等の体験（介護等の体験）」と規定されており、体験は、介護、介助のほか、障害者等の話し相手、散歩の付添い等の他、掃除や洗濯のように施設の利用者に直接接することはないが受入施設の職員に必要とされる業務の補助等も含む幅広い内容です。

「介護等の体験」の指定施設（省令第2条関係）

山口県内にある次の施設

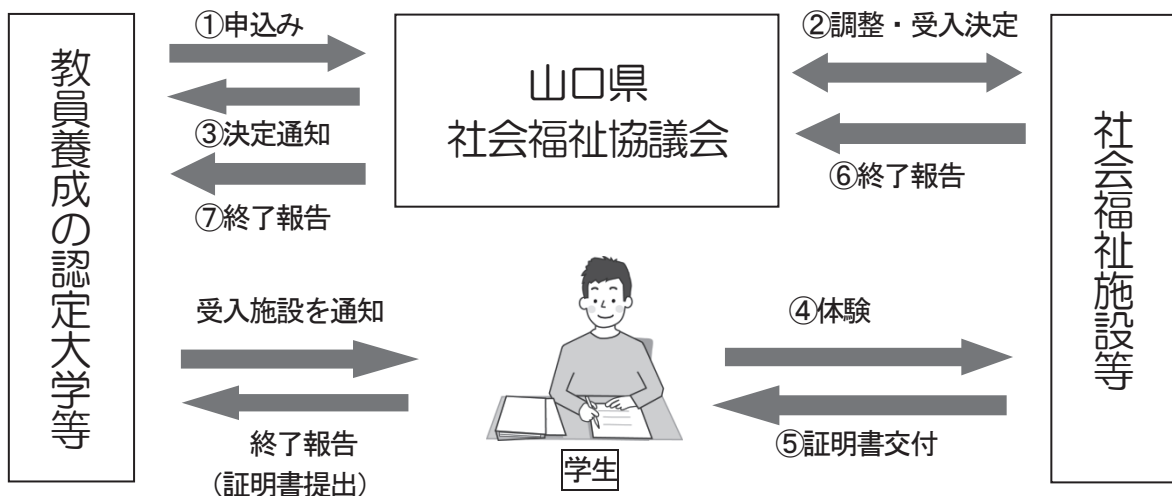
- (1) 児童福祉法による施設
- (2) 障害者総合支援法による施設
- (3) 生活保護法による施設
- (4) 老人福祉法による施設
- (5) 介護保険法による施設
- (6) 文部科学大臣が認める施設

体験対象者

小学校及び中学校の教諭の普通免許状を取得しようとする、いずれか次の者

- ・ 山口県内にある大学等の学生
- ・ 山口県内に自宅、帰省先のある学生
- ・ 県社協が特に認める者

「介護等の体験」事業の流れ



1 本事業の流れ

STEP1 県社協からの 受入依頼	毎年1月～2月 次年度の受入について依頼・調査を行います。 ○「 <u>介護等の体験受入に関する調査の回答</u> 」(様式1)に受入の可否をご記入ください。 ○受入可の場合は、次の書類を作成してください。 「 <u>年間受入計画表</u> 」(様式2)、「 <u>介護等の体験受入連絡表</u> 」(様式3) *様式は県社協ホームページよりダウンロードできます。 http://yamaguchi-fjc.jp/ ※回答の時点で、受入時期をはっきり決められない場合でも、受入の可能性があれば、可能性のある期間に受入可能人数を記入してください。(受入調整の際に、電話・FAX等で改めて確認させていただきます。)
STEP2 県社協への 受入回答	回答期限 令和4年2月28日(月)【厳守】 ※メールで回答 専用アドレス: kirari-kagayaku@yg-youri-net.or.jp 《提出書類》 全施設…「介護等の体験受入に関する調査の回答」(様式1) 受入可の施設…「年間受入計画表」(様式2) 「介護等の体験受入連絡表」(様式3) 質問等がある場合は、次の書類も添付してください。 「介護等の体験に関する質問事項等」(様式4)
STEP3 体験受入の 依頼・調整 決定通知	令和4年4月～12月 ① 施設にFAXで依頼し、電話で確認の上、体験受入を決定します。 ② 県社協から「介護等の体験受入決定通知書」(様式9)を送付します。 ※大学等(学生)にも同時に連絡します。
STEP4	① 各大学の担当者や体験生と連絡・必要事項確認 ※大学等の担当者・学生には「介護等の体験受入連絡表」(様式3)を送付しています。指定された日までに連絡がない場合には、確認の連絡を大学等にしてください。 ※学生にはできるだけ事前に受入施設を訪問するよう通知していますので、その対応についてもお願いします。 ② オリエンテーションの実施 (参考:P5「施設でのオリエンテーションの手引き」) ※施設の都合に合わせて、体験開始前か体験初日に行ってください。 ※プライバシーの保護や 感染症対応 等、注意事項の徹底を図るとともに、施設案内、体験プログラム(体験内容・日程等)の説明を行ってください。 ※施設案内は、同一敷地内等にある他の事業所(体験活動を行わない施設)も可能な範囲でお願いします。

	<p>※体験で使用させる機器等があれば、実際の使用時にも十分説明してください。また、学生に使用させることができない機器は、はっきりと示してください。</p> <p>③ プログラム作成</p> <p>※各施設の実情に応じて、「介護等の体験」のプログラム（P7 参照）を作成してください。</p> <p>※社会福祉援助技術等の取得を目的とした社会福祉実習とは異なります。社会福祉施設の役割や状況、利用者の実態等が理解できるような基礎的・入門的なプログラムとしてください。<u>介護技術を必要とする介護、介助、保育の補助などを学生に体験させる場合には、方法を十分指導し、必ず職員が付き添った上で体験を行うようお願いいたします。</u></p>
--	--



令和4年5月9日（月）より「介護等の体験」スタート

STEP5 介護等の 体験の終了	<p>① 体験終了時に、「証明書」（様式 12）を学生に手渡してください。 ※P19の「記入上の注意」を十分に参照の上、証明書に必要事項を記入し、<u>公印を押してください</u>（次の3点は、特に注意してください）。 ・<u>施設の長の職名及び氏名</u> ・<u>生年月日（和暦で）</u> ・<u>証明日</u></p> <p>② 報告書と請求書の作成・提出 <u>貴施設での全ての体験終了後、次の書類をセットにして県社協に送ってください。</u> ・「介護等の体験終了報告書」（様式 13）…<u>公印は不要です。</u> ・「介護等の体験費用請求書」（様式 14）…<u>公印を押してください。</u></p> <p style="text-align: center;"></p> <p>体験費用の振込 「終了報告書」「費用請求書」が届いた後、県社協より送金について通知書を送付するとともに、指定口座に費用を振込みます。</p>
------------------------	--

〔お願い等〕

- (1) 受入調整は年度当初に一括して行いますが、体験の申込み期限 12 月 9 日までに大学等から申込みがあれば、随時、追加の受入れを依頼することがあります。その都度、連絡・協議させていただきます。
- (2) 「介護等の体験」実施期間中は、必ず学生証を携帯させるよう大学等に指示していますので、本人であることを確認してください。
- (3) 「介護等の体験」実施に伴う事故等は、大学等において対応します。
なお、学生の加入している保険については、「介護等の体験学生プロフィール」に記載してあります。確認してください。
- (4) 学生のプロフィールは、体験プログラムを作成する際に参考としてください。

2 「介護等の体験」が実施できない場合

- (1) やむを得ない場合を除き、調整した日程に実施してください。
- (2) 施設の事情等により体験を中止または体験日を変更する必要があるときは、
①まず、学生に連絡してください。

- ②その後、施設から大学等の担当者、県社協に連絡をお願いします。
- (3) 感染症（新型コロナ、インフルエンザ等）や食中毒等で長期に受入れを停止する必要が生じたときは、速やかに県社協に連絡をお願いします。
- (4) 学生のやむを得ない理由により介護等の体験を変更又は辞退する場合は、大学等から速やかに受入施設へ連絡することとしています。この場合、県社協への報告は大学等が行いますので、施設からは不要です。
また、体験中に、病気等で本人から直接、施設に欠席の連絡や相談があった場合は、回復後の日程調整（体験日の代替）をお願いします。なお、証明書には、実際に体験した5日間を記入してください。
- (5) 停止に伴う代替日が調整できなかった場合は、速やかに県社協に連絡してください。他の社会福祉施設等との調整を行います。

3 体験の受入れに当たっての諸注意

- (1) 学生に対して、利用者及び施設職員から性的な冗談やからかい、個人的な誘い、身体への不必要な接触など（セクシャルハラスメント）が生じないようにお願いします。社会福祉施設等は、性的言動のある利用者等について日常業務の中で知り得る立場にありますので、予め体験プログラム上で予防策を講じるようお願いします。
- (2) 指導者としての立場を利用して、職員から不適切な言動（パワーハラスメント）がないようお願いします。「介護等の体験」において、施設職員は学生にとって指導者です。発言・行動等には十分留意するようお願いします。
<例>
◆学生に個人的な内容で連絡を取る。 ※天災・事故等、緊急連絡は除く
「個人的に会いたい」「今度、飲みに行こう」など
◆威圧的な態度や面倒くさそうな態度をとる。 等
- (3) 社会福祉施設等においては「介護等の体験」の本旨から逸脱するようなプログラムを避け、事故防止に努めてください。
- (4) 体験学生のプライバシー及び学生から提出されたプロフィール等の個人情報は適切に管理してください。

【注意が必要な例】

- 異性の利用者への入浴介助、排泄介助、清拭などの身体介助（セクハラ予防）
 - 性的な言動の可能性のある利用者と同じフロアでの体験（セクハラ予防）
 - 施設車や公用車の運転（体験中の事故の防止）※通勤での自家用車の運転を除く
 - 職員不在の場での介護・介助・見守り等の体験（体験中の事故の防止）
- など

ハラスメントは被害を受けた者が「ハラスメントだ」と感じれば、いかなる発言・行動もハラスメントとなります。

介護等の体験には様々な価値観・背景を持った学生が参加しています。どのような発言・行動を不快と感じるかは人それぞれです。

学生・職員・利用者すべての方を守るためにも、十分な配慮をお願いします。

施設でのオリエンテーションの手引き

「介護等の体験」学習の意義

社会福祉施設等に入所・通所している高齢者、障がい者及び児童と生活を共にし、その生活に触れながら、社会福祉施設等の果たす社会的役割と機能、社会福祉施設等の職員のそれぞれの役割や職務内容などを、自らの体験を通して正しく認識し理解する。

「介護等の体験」学習の具体的目標

- (1) 社会福祉施設等の役割・機能を知る。
- (2) 入所・通所している高齢者、障がい者及び児童について正しい理解を深める。
- (3) 社会福祉施設等の職員の役割・職務内容を学ぶ。

体験する社会福祉施設の概要（施設パンフレット、法人・施設の理念等）

- (1) 施設の目的とその対象について
- (2) 施設の沿革について
- (3) 施設の運営について
- (4) その他

学生に事前に提出させるもの（貴施設「介護等の体験受入連絡表」（様式3）参照）

- (1) 介護等の体験学生プロフィール（様式10）
- (2) 健康診断書（一般定期健診）
- (3) 細菌検査結果書（赤痢菌、サルモネラ菌、腸管出血性大腸菌（O157）等）
※（2）・（3）は、施設の必要に応じて「介護等の体験受入連絡表」（様式3）にて指示してください。
- (4) 証明書（様式12）
- (5) 感染症対応の記録（様式は任意）…必要に応じて提出させてください。

体験する上での学生の心得（基本的に必要とされるマナー等）

- (1) 勤務に関して
 - ①体験については、施設の方針と指示に従うこと。
 - ②勤務時間を厳守すること。
 - ③遅刻・早退・欠勤は、事前に連絡して届出ること。
 - ④挨拶は自分から進んで行うこと。
 - ⑤職場の風紀を乱さないように、明るい態度でふるまうこと。
 - ⑥自分に与えられた仕事には責任を持ち、積極的に取り組むこと。
 - ⑦担当部署から、無断で離れないこと。
 - ⑧批判的な態度は慎み、建設的に取り組むこと。
 - ⑨備品等の使用に当たっては、丁寧に扱い、後始末をしっかりとすること。
など

(2) 職員との関係では

- ① 礼儀をわきまえ、素直で謙虚な気持ちで従うこと。
- ② 指示や質問を受けたときは、素直に落ち着いて対応すること。
- ③ 分からないこと、自信のないこと、心配なことは、進んで相談すること。
- ④ 指示を受けた仕事が終わったら、その結果を必ず報告すること。
- ⑤ 質問・意見を述べたいときは、時、場所等を考え、言葉の使い方に気をつけること。 など

(3) 入所・通所している高齢者や障がい者、児童について

- ① 公平に接し、偏った扱いをしないこと。
- ② 個人的に親密になりすぎないこと。また、実習時間外での私的な接触は避けること。
- ③ 入所者や通所者の前では、言葉遣いや動作、服装などに注意すること。
- ④ 施設の入所者、利用者への配慮事項や接し方、マナー等に注意すること。
例：児童に物品や金品を与えたり交換したり、軽々しく約束したりしない。
認知症高齢者への接し方、障がい者等への基本的人権の尊重 など

(4) その他

- ① 動きやすい清楚な服装で実習すること。
- ② 化粧、髪形、爪、装身具（腕時計を含む）等は特に注意すること。
- ③ 貴重品、その他不必要な物は持ってこないこと。
- ④ 体験中は、私用の電話やスマホ操作、外出、面会等は控えること。
- ⑤ 体験を通して知り得た情報は、決して口外しないこと。（個人情報保護） など

体験日程の説明

施設で作成したプログラム表を手渡し、体験の日程や内容等を説明

※施設の1日の流れと入所者の生活パターン又は利用者の施設での過ごし方などを考慮し、各種の作業を組み合わせ、施設独自のプログラムを作成してください。

参考：P7…受入施設の介護等の体験のプログラム（例示）

P8…施設の1日の流れ

（Ⅰ 特別養護老人ホーム、Ⅱ 就労継続支援事業所、Ⅲ 児童養護施設）

※プログラムは、1日当たり概ね6時間をめやすにして、通常の1日の流れを基本にベースになるものを作成しておき、行事等の開催に合わせて変更すると便利です（変更は、口頭で徹底されることも可能です）。

※体験生個々にプログラムを作成する必要はありません。同時に複数の体験生を受入れる場合、1日の流れや1週間分のプログラム等は同じ内容でオリエンテーションしておき、朝の打合せや朝礼等で体験生それぞれにその日の作業等を確認させ、指導者等から具体的作業、介助等を指示するとよいでしょう。

参考：受入施設の介護等の体験のプログラム（例示）

- * 1 オリエンテーション(オリエンテーションは、事前又は初日に行ってください。)
 ・施設概要の説明
 ・体験日程、体験内容の説明
 ・施設内における基本的マナーの説明
 ・利用者との接し方
 ・個人情報の保護について
 - * 2 施設内の案内
 ・施設案内（全館）
 ・介護機器等の取扱いについて
- ◎日々の作業等では、注意点等を具体的に指示してください。
- * 3 生活介護・介助等体験（★は同性介助が原則）
 ・介助（移動介助、身辺介助、食事介助、★入浴着脱介助 等）
 ・車イスの移動等介助（食堂へ、レクリエーション室へ、外出、★トイレへ 等）
 ・話し相手 ・散歩、病院への付添い ・掃除、洗濯
 - * 4 レクリエーション・サークル活動等への支援
 ・サークル活動、地域との交流会、運動会、文化祭等の支援
 （用具の準備、必要な資材購入、活動・作業・移動等の補助、声掛け、片付け、清掃 等）
 - * 5 総括
 ・1日の終わりに学生と施設長等との意見交換 ※最終日…記入・押印した証明書を手渡す

【施設名】「介護等の体験」プログラム
 体験者：

	第1日目	第2日目	第3日目	第4日目	第5日目
8:00				} 朝礼・打合せ	
9:00					
10:00	} * 1 オリエンテーション	} 打合せ	} 打合せ		} 打合せ
11:00				} * 3 生活介護体験	
12:00					
13:00	} * 4 レクリエーション 等への支援	} * 4 サークル活動等へ の支援	} * 4 レクリエーション 等への支援	} * 4 レクリエーション 等への支援	} * 4 サークル活動等へ の支援
14:00					
15:00	} * 3 生活介護体験	} * 3 生活介護体験	} * 3 生活介護体験		} * 5 総括 (学生と職員との 懇談) ※証明書を手渡す
				} * 5 総括	
16:00					

●数名の体験生を一度に受入れる場合等は、同じ内容のプログラムを作成し、毎日の朝礼や打合せ、総括の際に、学生ごとに個別の指示をするとよいでしょう。

●1日の体験時間（概ね6時間をめやす）を日によって開始時間を変えることで、いろいろな時間帯を体験させることもよいでしょう。

参考：施設の一日の流れ（例示）

I 特別養護老人ホームの場合（他の入所系施設にも可能）

		介護等の体験内容
朝	起床	○介助
	朝食・口腔ケア（＊配薬）	移動介助、身辺介助、食事介助、入浴介助、車イス介助、オムツ交換補助、排泄介助補助 など
	ラジオ体操（参加）	
昼	掃除（居室・室内・屋外の清掃）洗濯物の整理	○作業
	昼食（配膳・下膳・食事補助、食事誘導 ＊配薬）	配膳・下膳、洗濯物の整理、清掃、ベッドメイキング など
	入浴（入浴介助・移動・着脱等の補助）	○入所者との交流
	クラブ・レクリエーション活動（活動への参加・補助）	話し相手、外出、買い物、散歩 など
	おやつ（介助、誘導、観察）	○レクリエーション活動の参加、支援 など
	入所者と交流（話し相手・外出散歩等の介助、観察）	○クラブ活動や行事の支援 など
	リハビリ搬送	○リハビリテーション見学、デイケア見学など
ケースカンファレンス	○作業療法参加 など	
夕	おむつ交換	
	夕食（準備 ＊配薬）	
	更衣・口腔ケア	
	*情報提供・総括	
夜	自由時間	☆1日を所外レクリエーションに充てることもできます。
	就寝（＊配薬） （巡回）	
行事	花見、スポーツ大会、趣味の会、クリスマス会、餅つき、旅行 など	

II 就労継続支援事業所の場合（他の通所系施設にも可能）

		介護等の体験内容
朝	利用者登所	○介助
	朝礼	移動介助、身辺介助、トイレ介助、食事介助、作業介助 など
	作業開始（作業援助・介助）	○作業
昼	生活介助	配膳・下膳、清掃 など
	昼食（食事介助）	○利用者との交流
	作業（作業援助）	話し相手、外出、散歩 など
	交流（話し相手・外出散歩等の介助）	○レクリエーション活動の参加、支援 など
	クラブ・レクリエーション活動（活動への参加・補助）	○クラブ活動や行事の支援 など
	掃除（室内・屋外の清掃）洗濯物の整理	○買い物実習支援 など
利用者帰宅	○作業療法参加 など	
	*情報提供・総括	
夕		
行事	花見、ハイキング、プール、キャンプ、旅行、スポーツ大会、クリスマス会、餅つき、 など	☆1日を所外レクリエーションに充てることもできます。 ☆利用者がいない時間帯は、職員の業務補助に充てることもできます。

Ⅲ 児童養護施設の場合（他の児童関係施設にも可能）

		介護等の体験内容
朝	起床	○介助 保育介助、身辺介助、食事介助、入浴 着脱介助、移動介助、排泄介助補助 など ○作業 配膳・下膳、清掃、施設の業務補助 など
	朝礼・ラジオ体操（参加）	
	清掃	
	朝食	
	登校・登園	
	保育活動（手伝い） 施設の業務の手伝い（清掃等）	
昼	昼食（手伝い）	○入所者との交流 遊び相手、話し相手、学習指導、散歩 など ○レクリエーション活動の参加、支援 など ○クラブ活動や行事の支援 など
	午睡	
	園児降園迎え	
	おやつ（手伝い、観察）	
	自由時間（遊び相手、散歩、サークル活動）	
	学習（学習指導） 生活介助（洗濯物整理、居室清掃）	
夕	掃除	☆児童入所施設の場合、体験時間をずらして、昼から夕方まで体験させることも可能です。（体験者が了承し、通勤等に支障がない場合に限りです。）
	夕食（手伝い）	
	入浴（入浴介助）	
*情報提供・総括		
夜	自由時間	☆入所児童との時間を確保するため、土・日曜日を体験日とすることもよいでしょう。 ☆児童が学校等で施設にいない時間帯は、職員の補助業務に充てることもできます。
	学習	
	就寝（宿直巡回）	
行事	誕生会、スポーツ大会、クリスマス会、餅つき、旅行など	

介護等の体験受入に関する調査の回答

令和 年 月 日

山口県社会福祉協議会事務局長 御中

法人名 _____

フリガナ 受入施設名		施設種別 (略記)	※別表3参照	
フリガナ 施設長		フリガナ 担当者		
住所 (連絡先)	〒			
	TEL	— —	FAX	— —
令和4年度の受入	受入可 ・ 受入不可 ・ 応相談			
不可の理由				

(1) 受入可の場合の提出書類

- ・「介護等の体験受入に関する調査の回答」(様式1)
- ・令和4年度「年間受入計画表」(様式2)
- ・「介護等の体験受入連絡表」(様式3)
- ・「介護等の体験に関する質問事項等」(様式4) (質問等がある場合)

※ 応相談の場合は、受入可の場合に準じて可能な書類をご提出ください。

(2) 受入不可の場合の提出書類

- ・「介護等の体験受入に関する調査の回答」(様式1)

施設名

令和4年度 年間受入計画表

☆体験期間は、令和4年5月9日～令和5年1月20日です。

注：最終申込み締切 令和4年12月9日（金）

体験等を希望する期間初日から30日以内の申込みは原則として受けません。

5月	第1週	9 10 11 12 13 月 火 水 木 金	第2週	16 17 18 19 20 月 火 水 木 金	第3週	23 24 25 26 27 月 火 水 木 金	第4週	30 31 1 2 3 月 火 水 木 金
		14 15 土 日		21 22 土 日		28 29 土 日		4 5 土 日
		人		人		人		人
6月	第5週	6 7 8 9 10 月 火 水 木 金	第6週	13 14 15 16 17 月 火 水 木 金	第7週	20 21 22 23 24 月 火 水 木 金	第8週	27 28 29 30 1 月 火 水 木 金
		11 12 土 日		18 19 土 日		25 26 土 日		2 3 土 日
		人		人		人		人
7月	第9週	4 5 6 7 8 月 火 水 木 金	第10週	11 12 13 14 15 月 火 水 木 金	第11週	18 19 20 21 22 月 火 水 木 金	第12週	25 26 27 28 29 月 火 水 木 金
		9 10 土 日		16 17 土 日		23 24 土 日		30 31 土 日
		人		人		人		人
8月	第13週	1 2 3 4 5 月 火 水 木 金	第14週	8 9 10 11 12 月 火 水 木 金	第15週	15 16 17 18 19 月 火 水 木 金	第16週	22 23 24 25 26 月 火 水 木 金
		6 7 土 日		13 14 土 日		20 21 土 日		27 28 土 日
		人		人		人		人
9月	第18週	5 6 7 8 9 月 火 水 木 金	第19週	12 13 14 15 16 月 火 水 木 金	第20週	19 20 21 22 23 月 火 水 木 金	第21週	26 27 28 29 30 月 火 水 木 金
		10 11 土 日		17 18 土 日		24 25 土 日		1 2 土 日
		人		人		人		人
10月	第22週	3 4 5 6 7 月 火 水 木 金	第23週	10 11 12 13 14 月 火 水 木 金	第24週	17 18 19 20 21 月 火 水 木 金	第25週	24 25 26 27 28 月 火 水 木 金
		8 9 土 日		15 16 土 日		22 23 土 日		29 30 土 日
		人		人		人		人
11月	第27週	7 8 9 10 11 月 火 水 木 金	第28週	14 15 16 17 18 月 火 水 木 金	第29週	21 22 23 24 25 月 火 水 木 金	第30週	28 29 30 1 2 月 火 水 木 金
		12 13 土 日		19 20 土 日		26 27 土 日		3 4 土 日
		人		人		人		人
12月	第31週	5 6 7 8 9 月 火 水 木 金	第32週	12 13 14 15 16 月 火 水 木 金	第33週	19 20 21 22 23 月 火 水 木 金		24 25 土 日
		10 11 土 日		17 18 土 日				
		人		人				人
1月	第34週	9 10 11 12 13 月 火 水 木 金	第35週	16 17 18 19 20 月 火 水 木 金				
		14 15 土 日						
		人		人				
					祝日	記入例 第24週に3人 受入可能な場合	第24週 17 18 19 20 21 月 火 水 木 金 3人	

受入に当たっての特記

様式3 受入施設 ⇒ 県社協（専用アドレス：kirari-kagayaku@yg-you-i-net.or.jp）
⇒ 大学等（学生）

介護等の体験受入連絡表

施設種別 (略記)	※別表3参照
--------------	--------

令和 年 月 日現在

フリガナ 施設名		フリガナ 施設長名	
所在地	〒	フリガナ 担当者名	
TEL		ホームページ	有 ・ 無
FAX			
体験中の 通勤方法	・バス（バス停（ ）） ・鉄道（（ ）線（ ）駅） ・自家用車（可 ・ 不可） ・バイク（可 ・ 不可） ・自転車（可 ・ 不可）		

◎学生は、以下の事項を順守してください。順守できない場合は、受入を中止することがあります。

事前の確認	<input type="checkbox"/> 体験初日の（ ）日前までに訪問してください。 <input type="checkbox"/> 体験初日の（ ）日前までに確認の連絡をください。		
学生のプロフィール	体験初日の（ ）日前までに	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 不要
オリエンテーション	<input type="checkbox"/> 体験期間前に実施 ⇒ <input type="checkbox"/> 事前に施設から連絡します。 <input type="checkbox"/> 体験初日の（ ）日前までに確認の連絡をしてください。 <input type="checkbox"/> 体験初日に実施（集合時刻に注意）		
体験内容			
体験時間	おおよそ（ ）：（ ）～（ ）：（ ）		
	健康診断等		細菌検査
◎健康診断書	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要	
◎結核検査	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> サルモネラ菌 <input type="checkbox"/> 赤痢菌 <input type="checkbox"/> O157	
◎検便	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> その他（（ ））	
◎その他（（ ））	<input type="checkbox"/> 不要		
◎体験初日の（ ）ヶ月以内のものを	<input type="checkbox"/> （ ）日前までに提出	<input type="checkbox"/> 体験初日に持参	
体験初日の 集合	<input type="checkbox"/> 集合時刻（（ ）：（ ）） <input type="checkbox"/> 集合場所（（ ）） <input type="checkbox"/> 集合時の服装… <input type="checkbox"/> 普段の服装 <input type="checkbox"/> スーツ <input type="checkbox"/> その他（（ ））		
体験中の 食事	<input type="checkbox"/> 施設の食事を提供可 1食 約（ ）円（毎日確認） <input type="checkbox"/> 提供不可（ <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> 外食 <input type="checkbox"/> 配達弁当（約（ ）円程度）		
体験時の 服装	<input type="checkbox"/> 当施設から貸与（更衣室で着替える。） <input type="checkbox"/> マスク着用 <input type="checkbox"/> マウスシールド着用 <input type="checkbox"/> 自前の服装（活動しやすい服装で出勤し、そのまま実習に臨む。）		
体験に必要な 持ち物	<input type="checkbox"/> 着替え（ジャージ等） <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> タオル <input type="checkbox"/> 三角巾 <input type="checkbox"/> 名札 <input type="checkbox"/> 上履き（スリッパ等は不可） <input type="checkbox"/> 運動靴（屋内用） <input type="checkbox"/> 運動靴（屋外用） <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 筆記用具 <input type="checkbox"/> 記録ノート等 <input type="checkbox"/> その他（（ ）） （証明書は初日に施設へ提出、学生証・健康保険証は体験中携帯するよう指示済み）		
感染症対応 の記録	<input type="checkbox"/> 2週間前からの検温・体調記録 <input type="checkbox"/> 2週間前からの行動記録（移動、会食、接触等） <input type="checkbox"/> その他（（ ）） 上記の記録を <input type="checkbox"/> 体験初日に提出 <input type="checkbox"/> 必要に応じて提出を求める		
その他の 連絡事項			

※ 上記□には✓を入れ、必要な日数等を記入してください。

様式3 受入施設 ⇒ 県社協（専用アドレス：kirari-kagayaku@yg-you-i-net.or.jp）
⇒ 大学等（学生）



介護等の体験受入連絡表

施設種別 (略記)	デイ施設 ※別表3参照
--------------	----------------

令和4年〇月〇〇日現在

フリガナ 施設名	イロハデイサービス いろはデイサービス	フリガナ 施設長名	いろは太郎
所在地	〒753-0072 山口市大手町〇〇-〇	フリガナ 担当者名	ジンザイハナコ 人材 花子
TEL	083-922-〇〇〇〇	ホームページ	有・無
FAX	083-922-〇〇〇〇		
体験中の 通勤方法	・バス（バス停 県庁前） ・鉄道（山口線 上山口駅） ・自家用車（可・不可） ・バイク（可・不可） ・自転車（可・不可）		

◎学生は、以下の事項を順守してください。順守できない場合は、受入を中止することがあります。

事前の確認	<input type="checkbox"/> 体験初日の 日前までに訪問してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 体験初日の 14 日前までに確認の連絡をください。	
学生のプロフィール	体験初日の7日前までに <input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input checked="" type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 不要	
オリエンテーション	<input checked="" type="checkbox"/> 体験期間前に実施 ⇒ <input type="checkbox"/> 事前に施設から連絡します。 <input checked="" type="checkbox"/> 体験初日の14日前までに確認の連絡をしてください。 <input type="checkbox"/> 体験初日に実施（集合時刻に注意）	
体験内容	高齢者の介助の補助・話し相手など	
体験時間	おおよそ 8:00 ~ 15:00	
	健康診断等	細菌検査
◎康診断書	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input checked="" type="checkbox"/> 必要
◎結核検査	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> サルモネラ菌 <input type="checkbox"/> 赤痢菌 <input checked="" type="checkbox"/> O157
◎検便	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> その他（ ）
◎その他（ ）		<input type="checkbox"/> 不要
◎体験初日の	1ヶ月以内のものを <input type="checkbox"/> 日前までに提出 <input checked="" type="checkbox"/> 体験初日に持参	
体験初日の 集合	◎集合時間（ 8:00 ） ◎集合場所（いろはデイサービス事務室） ◎集合時の服装… <input checked="" type="checkbox"/> 普段の服装 <input type="checkbox"/> スーツ <input type="checkbox"/> その他（ ）	
体験中の 食事	<input type="checkbox"/> 施設の食事を提供可 1食 約 円（毎日確認） <input checked="" type="checkbox"/> 提供不可（ <input checked="" type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> 外食 <input checked="" type="checkbox"/> 配達弁当（約500円程度）	
体験時の 服装	<input type="checkbox"/> 当施設から貸与（更衣室で着替える。） <input checked="" type="checkbox"/> マスク着用 <input type="checkbox"/> マウスシールド着用 <input checked="" type="checkbox"/> 自前の服装（活動しやすい服装で出勤し、そのまま実習に臨む。）	
体験に必要な 持ち物	<input type="checkbox"/> 着替え（ジャージ等） <input type="checkbox"/> エプロン <input checked="" type="checkbox"/> タオル <input type="checkbox"/> 三角巾 <input type="checkbox"/> 名札 <input checked="" type="checkbox"/> 上履き（スリッパ等は不可） <input checked="" type="checkbox"/> 運動靴（屋内用） <input type="checkbox"/> 運動靴（屋外用） <input checked="" type="checkbox"/> 印鑑 <input checked="" type="checkbox"/> 筆記用具 <input checked="" type="checkbox"/> 記録ノート等 <input type="checkbox"/> その他（ ） （証明書は初日に施設へ提出、学生証・健康保険証は体験中携帯するよう指示済み）	
感染症対応 の記録	<input checked="" type="checkbox"/> 2週間前からの検温・体調記録 <input checked="" type="checkbox"/> 2週間前からの行動記録（移動、会食、接触等） <input type="checkbox"/> その他（ ） 上記の記録を <input checked="" type="checkbox"/> 体験初日に提出 <input type="checkbox"/> 必要に応じて提出を求める	
その他 連絡事項	体験初日の2週間前までには確認の連絡をしてください。その際、事前訪問の日時をお知らせします。事前訪問時にオリエンテーションを2時間程度行います。	

※ 上記□には✓を入れ、必要な日数等を記入してください。

介護等の体験に関する質問事項等

（「介護等の体験受入に関する調査の回答」に添付してください。）

施設種別	
施設名	
質問事項	
その他	

山 社 協 人 第 号
 令和 年 (年) 月 日

《受入施設名》 施設長 様

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会
 事務局長 ○ ○ ○ ○

介護等の体験受入決定通知書(施設用)

小学校及び中学校の教諭の普通免許状に係る「介護等の体験」について、下記のとおり決定しましたので、学生の受入れをよろしくお願いいたします。

記

1 総括表

決定学生数	人
-------	---

2 体験決定者

1	学生氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女	
	学生住所 連絡先	〒□□□-□□□□				TEL	○○○-○○○-○○○○
	体験期日	月 日	～	月 日	(第 週)		
	大学等名	大学	学部	学科			
	大学等地 所在地	〒□□□-□□□□				担当者名	TEL ○○○-○○○-○○○○
2	学生氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女	
	学生住所	〒□□□-□□□□				TEL	○○○-○○○-○○○○
	体験期日	月 日	～	月 日	(第 週)		
	大学等名	大学	学部	学科			
	大学等地 所在地	〒□□□-□□□□				担当者名	TEL ○○○-○○○-○○○○
3	学生氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女	
	学生住所	〒□□□-□□□□				TEL	○○○-○○○-○○○○
	体験期日	月 日	～	月 日	(第 週)		
	大学等名	大学	学部	学科			
	大学等地 所在地	〒□□□-□□□□				担当者名	TEL ○○○-○○○-○○○○

介護等の体験学生プロフィール

令和 年 月 日現在

注：緊急連絡先は、体験中に学生本人以外で連絡が取れる者を記入

フリガナ 氏名	性別		写真貼付欄 1 脱帽、正面の胸部から上の写真 2 3ヶ月以内に撮影したもの (4cm×3cm)
生年月日		年齢	
◎和暦で記入 (昭和・平成) 年 月 日生		満 歳	
連絡先 (連絡が確実に届く所)	現住所	〒	
	帰省先	TEL ()	本籍地 都・道・府・県
緊急連絡先	連絡者名：	電話：	
在籍校又は卒業学校	専修	大学	学部 学科 コース (第 学年)
介護等の体験 自己目標等	◎介護等の体験をするに当たっての自己目標、施設に対する希望等を記入		
保険の加入状況	<input type="checkbox"/> 公益財団法人日本国際教育支援協会の「学生教育研究災害傷害保険・学研災付帯賠償責任保険」に加入 <input type="checkbox"/> A：学生教育研究賠償責任保険 <input type="checkbox"/> B：インターンシップ・教職資格活動等賠償責任保険 <input type="checkbox"/> その他の保険に加入（会社名： ） ◎補償の対象 <input type="checkbox"/> 本人の傷害事故 <input type="checkbox"/> 対人賠償 <input type="checkbox"/> 対物（受託物を含む。）賠償		

※□に✓をするか、必要な字句を○で囲ってください。

※プロフィールの提出時期は、受入施設の指示に従ってください。

介護等の体験（変更・中止・辞退）届

※（変更・中止・辞退）のいずれかを○で囲んでください

山口県社会福祉協議会事務局長 様

受入施設名 _____

連絡担当者名 _____

TEL _____

次のとおり届け出ます。

学生名（大学・学部名）	(大学 学部)
実施予定施設名	
変更・中止・辞退を したい期日 (決定通知書の日程)	月 日 ~ 月 日 (第 週)
変更後の日程	<ul style="list-style-type: none"> • 月 日 ~ 月 日 (第 週) • 月 日、 日、 日、 日、 日
学校・施設との 連絡・調整	未 ・ 済 (該当に○印)
理 由	

証 明 書

本 籍 地

氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

上記の者は、下記のとおり本施設において、小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律第2条に規定する介護等の体験を行ったことを証明する。

記

期 間	施設名及び住所	体 験 の 概 要	施設の長の名及び印
令和 年 月 日			
令和 年 月 日			
令和 年 月 日			
令和 年 月 日			
令和 年 月 日 (5日間)			令和 年 月 日

備考1 「期間」の欄には、複数の期間にわたる場合には期間毎に記入すること。

備考2 「体験の概要」の欄には、「高齢者の介護等」「知的障がい者の介護等」の区分を記入すること。

備考3 期間は、和暦で記入すること。



証 明 書

プロフィールで確認の上、
本籍地は「都道府県名のみ」
 生年月日は「和暦」で
 記入してください。

本籍地 山口県
 氏名 山口 太郎
 生年月日 昭和・平成 13年 8月30日生

上記の者は、下記のとおり本施設において、小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律第2条に規定する介護等の体験を行ったことを証明する。

記

期 間	施設名及び住所	体 験 の 概 要	施設の長の名及び印
令和4年6月6日	いろはデイサービス 山口市大手町〇〇-〇	高齢者の介護等	施設の長、管理者いずれでも可。 「施設長」「管理者」等の職名を必ず記載してください。 施設長 いろは太郎 公印 又は、 管理者 ふくし武史 公印 公印を押してください。私印は不可!! 令和4年6月10日 日付は体験最終日を記入してください。
令和4年6月7日			
令和4年6月8日			
令和4年6月9日			
令和4年6月10日			
(5日間)	体験実施日を5日分、 和暦で記入してください。		

※ 訂正箇所は、二重線で消し同一の公印を押すこと。修正液等での訂正は行わないこと。

- 備考1 「期間」の欄には、複数の期間にわたる場合には期間毎に記入すること。
 備考2 「体験の概要」の欄には、「高齢者の介護等」「知的障がい者の介護等」の区分を記入すること。
 備考3 期間は、和暦で記入すること。

介護等の体験終了報告書

山口県社会福祉協議会事務局長 様

施設名 _____

施設長名 _____

本施設において、下記の学生が体験を終了したことを報告します。

1 総括表

学生総数	人
------	---

2 体験終了者

No.	氏名	大学等名	体験日数	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
例	山口太郎	〇〇大学	5日	
例	大手福子	△△大学	2日	途中辞退

※ 途中辞退者も含めて記入してください。20人を超える場合は必要な欄を追加してください。

介護等の体験費用請求書

山口県社会福祉協議会事務局長 様

施設名 (法人名) _____

施設長名 (代表者名) _____

公
印

施設住所 〒 _____

担当者名 _____

TEL _____

本施設において介護等の体験受入が終了しましたので、その費用を請求します。

1 総括表

学生総数	人	延べ体験日数	日
請求金額	円 (@1,100円 × 延べ体験日数)		

2 振込口座

(☑をご記入ください)

体験費用 振込口座	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所
	(<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 別段) 口座番号 _____
	フリガナ _____ 名 義 _____
備考	



社会福祉施設総合損害補償

しせつの損害補償

◆加入対象は、社協の会員である社会福祉法人等が運営する社会福祉施設です。

プラン1 施設業務の補償

(賠償責任保険、医師賠償責任保険、看護職賠償責任保険、サイバー保険、動産総合保険、費用・利益保険)

① 基本補償(賠償・見舞費用)

保険期間1年

▶ 保険金額		▶ 年額保険料(掛金)			
	基本補償(A型)	見舞費用付補償(B型)	定員	基本補償(A型)	
賠償事故に対応	身体賠償(1名・1事故)	2億円・10億円	2億円・10億円	1~50名	35,000~61,460円
	財物賠償(1事故)	2,000万円	2,000万円	51~100名	68,270~97,000円
	受託・管理財物賠償(期間中)	200万円	200万円	以降1名~10名増ごと	1,500円
	うち現金支払限度額(期間中)	20万円	20万円		
	人格権侵害(期間中)	1,000万円	1,000万円		
	身体・財物の損壊を伴わない経済的損失(期間中)	1,000万円	1,000万円		
	徘徊時賠償(期間中)	2,000万円	2,000万円		
お見舞い等の各種費用	事故対応特別費用(期間中)	500万円	500万円		
	被害者対応費用(1名につき)	1事故10万円限度	1事故10万円限度		
	傷害見舞費用		死亡時 100万円 入院時 1.5~7万円 通院時 1~3.5万円		

基本補償(A型) 保険料 + 【見舞費用加算】
 定員1名あたり
 入所: 1,300円
 通所: 1,390円

- ② 個人情報漏えい対応補償 ③ 施設の什器・備品損害補償

- オプション1 ● 訪問・相談等サービス補償
- オプション2 ● 医務室の医療事故補償
- オプション3 ● 看護師の賠償責任補償
- オプション4 ● 借用不動産賠償事故補償
- クレーム対応サポート補償

プラン2 施設利用者の補償

(普通傷害保険)

- ① 入所型施設利用者の傷害事故補償
- ② 通所型施設利用者の傷害事故補償
- ③ 施設送迎車搭乗中の傷害事故補償
施設送迎車に搭乗中のケガに対し、プラン2-①、②の傷害保険や自動車保険などとは関係なく補償



プラン3 施設職員の補償

(労働災害総合保険、普通傷害保険、約定履行費用保険、雇用慣行賠償責任保険)

- ① 施設職員の労災上乗せ補償
● オプション: 使用者賠償責任補償
- ② 施設職員の傷害事故補償
- ③ 施設職員の感染症罹患事故補償
(新型コロナウイルス感染症も補償の対象となります。)
- ④ 雇用慣行賠償補償



プラン4 社会福祉法人役員等の補償

(役員賠償責任保険)

社会福祉法人役員等の賠償責任補償

▶ 保険金額	Aタイプ	Bタイプ	Cタイプ
1事故・期間中	5,000万円	1億円	3億円

保険期間1年

● このご案内は概要を説明したものです。詳しい内容のお問い合わせは下記までお願いします。●

団体契約者 ▶ 社会福祉法人 全国社会福祉協議会

〈引受幹事 損害保険ジャパン株式会社 医療・福祉開発部 第二課 保険会社〉
 TEL: 03(3349)5137

受付時間: 平日の9:00~17:00(土日・祝日、年末年始を除きます。)

取扱代理店 ▶ 株式会社 福祉保険サービス

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3丁目3番2号 新霞が関ビル17F
 TEL: 03(3581)4667 FAX: 03(3581)4763

受付時間: 平日の9:30~17:30(12/29~1/3を除きます。)

全国200万人加入!! 日本国内でのボランティア活動中のケガや賠償責任を補償

ボランティア活動保険



保険金額・年間保険料 (1名あたり)

保険金の種類		プラン	基本プラン	天災・地震補償プラン	
ケガの補償	死亡保険金			1,040万円	
	後遺障害保険金			1,040万円(限度額)	
	入院保険金日額			6,500円	
	手術保険金	入院中の手術		65,000円	
		外来の手術		32,500円	
	通院保険金日額			4,000円	
賠償責任の補償	賠償責任保険金(対人・対物共通)		×	○	
年間保険料			350円	500円	

商品パンフレットは
コチラ



(ふくしの保険)
ホームページ

団体割引 20%適用済 / 過去の損害率による割増引適用

<基本プランに加入される方へ>

基本プランでは、地震・噴火・津波が起因する死傷は補償されません。

◆災害ボランティア活動の参加は、「天災・地震補償プラン」への加入をおすすめします。

※被災地でのボランティア活動では、予測できない様々な事態が想定されます。二次被害への備えとしても、あらかじめ「天災・地震補償プラン」に加入いただきますと、より安心してボランティア活動に参加いただけます。

ボランティア行事用保険

(傷害保険、国内旅行傷害保険特約付傷害保険、賠償責任保険)

地域福祉活動やボランティア活動の一環として行われる各種行事におけるケガや賠償責任を補償!

送迎サービス補償

(傷害保険)

送迎・移送サービス中の自動車事故などによるケガを補償!

福祉サービス総合補償

(傷害保険、賠償責任保険、約定履行費用保険(オプション))

ヘルパー・ケアマネジャーなどの活動中のケガや賠償責任を補償!

●このご案内は概要を説明したものです。お申込み、パンフレット・詳しい内容のお問い合わせは、あなたの地域の社会福祉協議会へ●

団体契約者 **社会福祉法人 全国社会福祉協議会**

〈引受幹事〉 損害保険ジャパン株式会社 医療・福祉開発部 第二課
TEL: 03(3349)5137
受付時間: 平日の9:00~17:00 (土日・祝日、年末年始を除きます。)

取扱代理店 **株式会社 福祉保険サービス**

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3丁目3番2号 新霞が関ビル17F
TEL: 03(3581)4667 FAX: 03(3581)4763
受付時間: 平日の9:30~17:30 (12/29~1/3を除きます。)

●この保険は、全国社会福祉協議会が損害保険会社と一括して締結する団体契約です。