

令和 7 年度

小・中学校の教諭の普通免許状取得希望者に対する
「介護等体験」受入調整事業

実 施 要 綱
並びに
様 式

社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会

〒852-8555 長崎市茂里町 3 番 24 号 長崎県社会福祉協議会 介護等体験係
TEL : 095-846-8600 E-mail : kikaku@nagasaki-pref-shakyo.jp

目次

「介護等体験」受入調整事業 実施要綱

1. 趣旨	1
2. 実施主体	
3. 実施スケジュール	
4. 体験期間及び体験日数	
5. 受入施設	
6. 対象者	
7. 体験内容	
8. 体験に伴う費用	2
9. 本会の業務	
10. 施設の業務	
11. 学校の業務	3
12. 学生の責務	
13. 日程変更、辞退、受入取消について	
14. 個人情報の取扱いについて	4
15. 関係法令等	
介護等体験事業のスケジュール	5
施設種別表	7
様式集	8

令和7年度「介護等体験」受入調整事業 実施要綱

1 趣旨

小学校及び中学校教諭の普通免許状取得希望者に対し、「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」（以下「教員免許特例法」という）で義務付けられている「介護等体験」（以下「体験」という）を、長崎県内の社会福祉施設等において円滑に実施することを目的とする。

2 実施主体

社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会（以下「本会」という）

3 実施スケジュール

「事業のスケジュール」のとおりとする。（P5 参照）

4 体験期間及び体験日数

令和7年6月30（月）～令和7年11月29日（土）の原則として連続した5日間

5 受入施設

当該法令に根拠を有する県内の社会福祉施設等（以下、「施設」という）とする。（P7 参照）

6 対象者

原則として、以下のいずれかに該当する者とする。

- (1) 長崎県内に所在する大学、短期大学および教員養成機関（以下「学校」という）に在籍する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者
- (2) 長崎県内に自宅（帰省先）があり、県外の学校に在籍する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者

7 体験内容

教員免許特例法2条第1項において「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、介護、介助のほか、障害者、高齢者及び児童の話し相手、散歩の付き添い等の体験、掃除や洗濯のように障害者、高齢者及び児童と直接接することはないが施設の職員に必要とされる業務の補助等も含む幅広いものとする。1日あたり6時間から8時間程度（施設での1日の生活プログラムに準ずる）とする。

8 体験に伴う費用

- (1) 学生一人につき1日あたり2,000円(税込)とし、申し込み時に学校から本会の指定する下記銀行口座に一括して支払うものとする。なお振り込みに係る手数料は学校が負担する。

振込先：十八親和銀行 本店営業部 普通預金 口座番号 0033985 名 義：社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会

- (2) 上記費用のうち1,000円を施設の体験費用、1,000円を本会の調整費とする。
- (3) 体験期間中の交通費、昼食代は含まない。
- (4) 本会は、特段の理由がある場合を除いて体験費用を返金しない。

9 本会の業務

(1) 受入調整

- ① 県内の施設に「介護等体験学生受入計画書類」(様式2-1, 2-2、以下「受入計画書類」という)の提出を依頼する。
 - ② 学校へ体験申込の取りまとめを依頼し、学校からの「介護等体験申込書類」(様式1-1, 1-2、以下「申込書類」という)と施設から提出された「受入計画書類」を基に調整を行い、施設及び学校に「介護等体験受入決定通知書」(様式3)により通知する。
 - ③ 施設に対し、提出された「介護等体験終了報告書」(様式4、以下「終了報告書」)に基づき体験費用を支払う。
 - ④ 体験終了後、施設から提出された「終了報告書」を基に「介護等体験終了報告書」(様式5)を学校に送付する。
 - ⑤ 学校及び施設から提出のあった関係書類等は、電子データ化し「介護等体験基本台帳」として一定期間保管する。
- (2) 施設や学校に対し本制度に関する情報提供を行う。
 - (3) 長崎県教育委員会の呼びかけにより開催される「介護等体験実施連絡協議会」へ出席する。

10 施設の業務

- (1) 本会からの依頼を受け「受入計画書類」を提出する。
- (2) 希望する学生に対し体験を実施する。実施期間中は毎日、学生が記入した「体験シート」(※P25参照)の内容を確認の上、所定の欄に捺印し、学生に交付する。
- (3) 施設長は、体験を終了した学生に対し、教員免許特例法施行規則第4条に規定する「証明書」(様式は各学校で作成)を発行する。
- (4) 体験終了後、施設長は「終了報告書」を作成し、「アンケート」(受入決定通知に同封)と共に、最終体験者の終了日から1週間以内に本会へ送付する。

※個人情報の取り扱いについて

学生から提出された関係書類のうち個人情報の記載があるものは、本事業に係る目的にのみ使用し、取り扱いに十分留意し、適切に管理することとする。

11 学校の業務

- (1) 学生から「介護等体験申込書」(※P12 参照)等を使用して希望を聴取し、取りまとめのうえ、「申込書類」および振込明細書(写し)を添付して期日までに本会に提出する。
※取りまとめ・送付の方法については、本会から別途案内する。
- (2) 原則として受入初日の1ヶ月前までに、施設あてに「学生受入依頼」及び「健康診断書」(様式は各学校で作成)を送付する。
- (3) 体験前に学生に対し事前説明会を実施し、必要な指導及び援助を行う。また、「体験シート」(※P25 参照)の説明も併せて行う。なお、体験が終了したことを証明する「証明書」は、各学校で様式を作成し、体験の際に学生に持参させる。
- (4) 体験に伴い想定される事故等に備え、保険に適宜加入する。

12 学生の責務

- (1) 社会福祉制度および受入施設についての事前学習を行う。
- (2) 受入先の施設が決定したら、受入先に電話連絡または訪問し、事前に打合せを行う。
※個人情報の取り扱いについて
体験で知り得た施設利用者に関する情報は外部に漏らさない。

13 日程変更、辞退、受入取消について

決定通知後の変更及び辞退は原則として認めない。

ただし、病気や事故等、やむを得ない事由が発生した場合は以下の通りとする。

(1) 日程変更

変更を申し出る方は速やかに相手方に連絡し、日程の再調整を行う。学校が変更を申し出る場合は「介護等体験辞退・変更届」(様式 6-1)を施設へ提出し、併せて本会に「介護等体験辞退・変更届」(様式 6-2)を提出する。施設が変更を申し出る場合は「介護等体験変更届」(様式 7)を学校と本会に提出する。

(2) 辞退

- ① 辞退を申し出る学校は、速やかにその旨を施設に電話連絡し、かつ学生が体験に参加したと認められる日数を確認する。その後、速やかに施設あてに「介護等体験辞退・変更届」(様式 6-1)を、本会あてに「介護等体験辞退・変更届」(様式 6-2)を提出する。
- ② 施設は、部分的に体験が認められる場合、その日数分の「証明書」を発行し学校へ送り、「終了報告書」(様式 4)を本会に提出する。なお「証明書」は再発行しない。
- ③ 学校は、上記「証明書」を保管(再発行しない)し、次回体験申込時に「申込書」に前回辞退した旨を記載し、「証明書」の写しを添付する。
- ④ 本会は、受入決定通知前の辞退者については、本会の調整費を差し引き返金する。
- ⑤ 本会は、受入決定通知後の辞退者については、施設に全日程分の体験費用を支払う。
- ⑥ 本会は、学生が辞退をした後に再度体験を希望する場合、施設を再調整する。学校は、体験費用を新たに支払う。

(3) 受入取消

施設は、学生の体験に臨む態度等が下記に該当し、かつ運営に支障が生じる場合、施設長の判断により体験を取り消すことができる。

- ・ 体験に係る指導事項に従わず、著しく趣旨から外れた行為を行ったとき。
- ・ 体験にて知り得た施設利用者に関する情報を他に漏らしたとき。
- ・ 上記事項に類する行為があったとき。

- ① 施設は、受入取消を行いたい旨を学校に連絡する。
- ② 学校は、状況の詳細を確認し、取消が適当と認められる場合は、了承する旨を施設に返答する。
- ③ 施設は、学校の連絡を受け、「介護等体験取消通知書」（様式 8、以下「取消通知書」）を学校及び本会に提出する。
- ④ 学校は、施設から「取消通知書」を受取った旨を本会に連絡する。
- ⑤ 本会は、全日数分の体験費用を施設に支払う。
- ⑥ 本会は、取消しを受けた学生が再度体験を希望するとき、取消しが同年度初であること、及び不適切行為を反省し「誓約書（様式不定）」を提出した場合のみ同年度の期間内において日程等の再調整を行う。その際、体験費用は再度徴収することとする。

14 個人情報の取扱いについて

- (1) 「介護等体験」事業において本会が得た個人情報は、本事業に係る業務以外の目的で使用しないこととする。また、管理については、本会「個人情報保護規程」に基づき適切に行い、取得した個人情報を無断で第三者に提供しない。
- (2) 体験に係る関係書類の管理については、本会「文書取扱規程」に基づき適切に行い、文書の保存期間が経過するまで保管し、経過後は適切に廃棄処理する。

15 関係法令等

- (1) 「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」（平成 9 年 6 月 18 日 法律第 90 号）
- (2) 「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施行規則」（平成 9 年 11 月 26 日 文部省令第 40 号）
- (3) 「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等の施行について」（平成 9 年 11 月 26 日 文部省事務次官通達）
- (4) 「文部省告示第 187 号」（平成 9 年 11 月 26 日）
- (5) 「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の施行について（依頼）」（平成 9 年 12 月 3 日 文部省教育助成局教職員課長通知）
- (6) 「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等の施行について」（平成 9 年 12 月 18 日 厚生省社会・援護局長通知）

介護等体験事業のスケジュール

	施設	本会	学校
12月	【受入計画書類の提出】 (様式2-1,2-2) ※(WEB)回答 12月下旬～1月下旬	【学生受入調査依頼】 【予定人数調査依頼】 12月中旬	【予定人数調査】 12月下旬～1月中旬
1月		【予定人数の把握】 【受入可能施設確認】 2月下旬	
2月		【受入施設一覧の送付】 ※実施要綱等を同封 3月中旬	
3月			【申込書類の取りまとめ】 【体験費用の振込】 【申込書類の提出】 ※様式1-1,1-2と振込明細書 (写し)を提出(メールと郵送) ～4月下旬
4月		【大学・学生申込データ取込】	
5月	【仮決定の確認と承認】 5月中旬	【調整・仮決定】 5月上旬	
5月	【決定通知書(様式3-1)受領】 【受入準備】	【仮決定の返答確認】 【本決定の通知】 5月下旬	【決定通知書(様式3-2)受領】 【体験準備】
6月	受入依頼・健康診断書の受領		【受入依頼の送付】 【健康診断書の送付】 (様式不定) 受入日程の1か月前まで
7月 11月	【変更届の提出】 (様式7→学校・本会) 随時 【取消通知書の提出】 (様式8→学校・本会) 随時	＜介護等体験の実施＞ (6月30日～11月29日)	
			【辞退・変更届の提出】 (様式6-1→施設) (様式6-2→本会) 随時
12月	【証明書(各学校様式)の発行】 終了後随時 ※1		証明書の受理
12月	【終了報告書(様式4)の提出】 【アンケート(WEB)回答】 終了後随時 ※2	【終了報告書の確認・入力】 12月中旬	
1月	体験費用の受領	【体験費用送金】 12月末～1月初旬	
2月		【終了報告書(様式5)の送付】 2月中旬～3月中旬	終了報告書の受理
3月			

- ※1 「介護等体験」の終了後、施設長は証明書(様式は各学校で作成)を発行する。
 ※2 最終体験者の終了日から1週間以内に本会へ送付する。

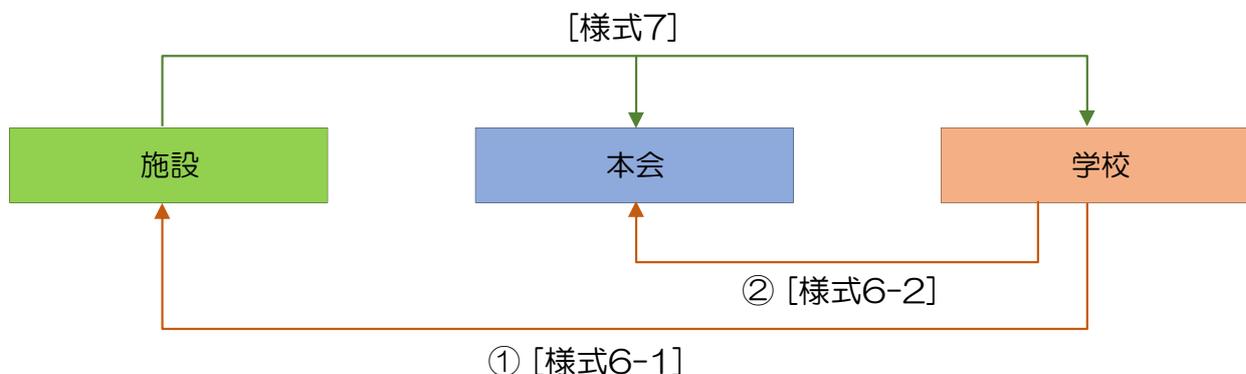
◆日程変更

【学生側からの変更】

- ①介護等体験辞退・変更届(様式6-1)を施設に提出
- ②介護等体験辞退・変更届(様式6-2)を本会に提出

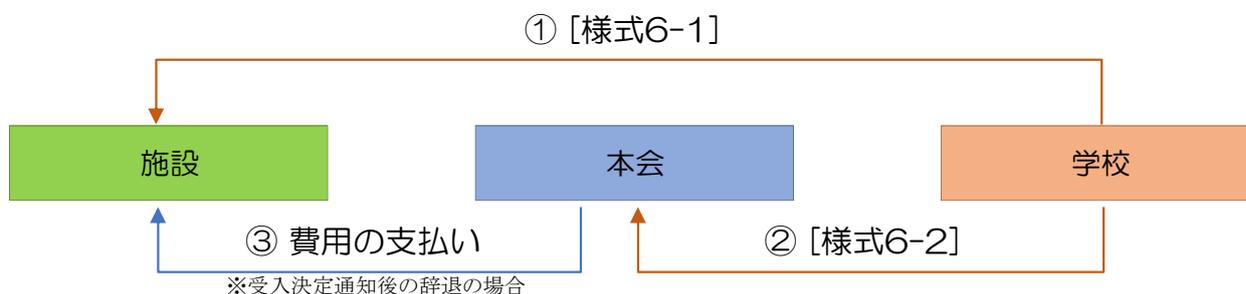
【施設側からの変更】

介護等体験期間変更届(様式7)を学校と本会にそれぞれ提出



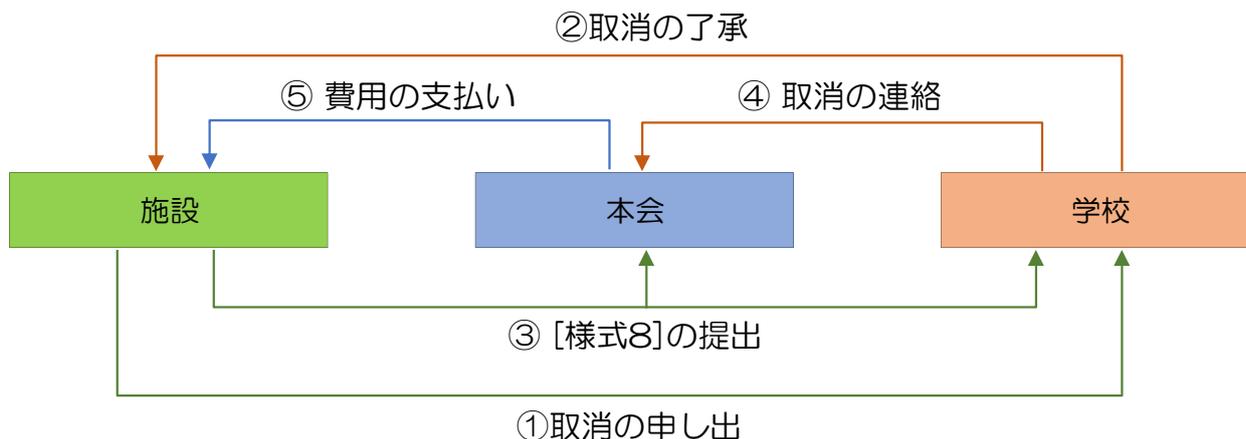
◆辞退の場合

- ①介護等体験辞退・変更届(様式6-1)を施設に提出
- ②介護等体験辞退・変更届(様式6-2)を本会に提出
- ③受入決定通知後の辞退の場合は、全日程分の体験費用を施設に支払う
注：部分的に体験が認められる場合、証明書を学校に発行し、終了報告書を本会に提出



◆受入取消の場合

- ①受入取消を行いたい旨を学校に連絡
- ②状況の詳細を確認し、妥当と認められる場合は、取消を了承する旨を施設に連絡
- ③介護等体験取消通知書(様式8)を学校と本会にそれぞれ提出
- ④取消通知書を受け取った旨を本会に連絡
- ⑤体験費用を全日程分、施設に支払う



施 設 種 別 表

施 設 種 別 名	略 記
1. 児童福祉法に基づく施設	
乳児院	乳児院
母子生活支援施設	母子支援
児童養護施設	児童養護
障害児入所施設(福祉型)	福祉型
障害児入所施設(医療型)	医療型
児童発達支援センター	児童発達
児童心理治療施設	児心
児童自立支援施設	児童自立
障害児通所支援(児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス)	障害児通所
2. 生活保護法に基づく施設	
救護施設	救護
更生施設	更生
授産施設	授産(生活)
3. 老人福祉法に基づく施設	
老人デイサービスセンター	老人デイ
老人短期入所施設	短期入所
養護老人ホーム	養護老人
特別養護老人ホーム	特養
軽費老人ホーム	軽費
老人福祉センター	老人センター
有料老人ホーム	有料老人
老人居宅生活支援事業 (老人デイサービス事業、老人短期入所事業、小規模多機能型居宅介護事業、認知症対応型老人共同生活援助事業)	老人居宅
4. 介護保険法に基づく施設	
介護老人保健施設	老健
介護医療院	医療院
居宅サービス(通所リハビリテーション、短期入所療養介護)	居宅
地域密着型サービス(複合型サービス)	複合型
5. 障害者総合支援法等に基づく施設	
障害者支援施設	障害支援
地域活動支援センター	地域活動支援
福祉ホーム	福祉ホーム
療養介護	療養
生活介護事業所	生活介護
短期入所	短期入所
自立訓練(機能訓練)事業所	機能訓練
自立訓練(生活訓練)事業所	生活訓練
就労移行支援事業所	就労移行
就労継続支援(A型)事業所	就労継続(A)
就労継続支援(B型)事業所	就労継続(B)
身体障害者福祉センター	福祉センター
身体障害者生活訓練等事業	訓練等
6. その他の社会福祉施設等	
授産施設	授産(社会)
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第38条に規定する事業を行う施設	原爆居宅
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第39条に規定する事業を行う施設	原爆養護

様式集

- この様式をコピーしてご使用ください
- 「長崎県社会福祉協議会」ホームページからもダウンロードできます
<https://nagasaki-pref-shakyo.jp/>
検索方法:「長崎県社会福祉協議会 介護等体験」で検索してください。

各大学等に配布するExcelデータで入力・印刷・提出(データ・紙とも)してください

(大学等 → 長崎県社会福祉協議会)

介護等体験申込書 (総括表)

発 号
令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

大 学 等 名	
住 所	〒
部 署 ・ 職 名	
ご 担 当 者 名	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
E - m a i l	

小・中学校の教諭の普通免許状取得希望者に対する「介護等体験」について
下記により申し込みます。

※網掛け部分は自動計算です。

申込学生総数		体験総日数	
体験費用	(@2,000円×体験総日数)		
振込日			
フリガナ			
振込人名義			

(注) 体験総日数は、申込学生総数×社会福祉施設等での体験日数で計算してください。
本様式裏面に振込明細書(コピー可)を貼付してください。

※別途添付している「介護等体験申込集約表」(様式1-2)エクセルデータに入力し、
紙とデータで送付ください。

介護等体験申込書

1. 学部・学科名 学年 年

2. 体験申込者氏名 フリガナ
氏名

3. 性別 男:1 女:2

4. 希望施設

※別添「長崎県内介護等体験学生受入施設一覧」及び介護等体験週間コード表を参考に記入してください。

第1希望

施設番号 施設名

週間コード 期間 月 日 ~ 月 日

施設種別 市町名

第2希望

施設番号 施設名

週間コード 期間 月 日 ~ 月 日

施設種別 市町名

5. その他
(要望・前年度辞退
の有無)

※第2希望でも調整ができなかった場合は、直接希望を聞き調整します。

※自家用車等(含バイク)の使用に関しては、受入施設決定後、施設担当者に直接相談してください。

介護等体験週間コード表

「4. 希望施設」の週間コードを記入する際の参考にしてください。
 ※太枠が基本体験期間、○印は祝日です。

月	週間 コード	月	火	水	木	金	土	備 考
7	1	6/30	7/1	2	3	4		
	2	7	8	9	10	11		
	3	14	15	16	17	18		
	4	21	22	23	24	25		7/21(海の日)
8	5	28	29	30	31	8/1		
	6	4	5	6	7	8		
	7	11	12	13	14	15		8/11(山の日)
	8	18	19	20	21	22		
	9	25	26	27	28	29		
9	10	9/1	2	3	4	5		
	11	8	9	10	11	12		
	12	15	16	17	18	19		9/15(敬老の日)
	13	22	23	24	25	26		9/23(秋分の日)
10	14	29	30	10/1				
	15				2	3	4	
	16	6	7	8				
	17				9	10	11	
	18	13	14	15				10/13(スポーツの日)
	19				16	17	18	
	20	20	21	22				
	21				23	24	25	
	22	27	28	29				
11	23				30	31	11/1	
	24	3	4	5				11/3(文化の日)
	25				6	7	8	
	26	10	11	12				
	27				13	14	15	
	28	17	18	19				
	29				20	21	22	
	30	24	25	26				11/24(勤労感謝の日振替休日)
	31				27	28	29	

(社会福祉施設等 → 長崎県社会福祉協議会)

介護等体験学生受入計画書

ふりがな		施設種別		ふりがな	
施設名				施設長名	
所在地	〒				
	Tel - -		Fax - -		
	Email				
担当者	職名		ふりがな 氏名		
施設への交通手段	JR・島鉄・MR/ _____ 駅下車徒歩 ____分		体験学生の自家用車使用 (可・不可)		
	バス/ _____ バス _____ バス停下車 徒歩 ____分		職員用送迎バスがある施設のみ記入		
	路面電車/ _____ 駅下車徒歩 ____分		体験学生の利用 (可・不可)		
	その他/ _____ 徒歩 ____分				
事前連絡	事前訪問必須 ・ 電話連絡でよい ・ その他 ()				
	休日・受入が出来ない曜日、時間等				
	<p>宿泊が必要な場合の宿泊先</p> <p>※交通機関の関係で体験に参加する際、宿泊を伴う場合などにご記入ください。</p> <p>宿泊が必要/ 施設に宿泊可 ・ 各自で手配</p>				
	長崎市老人福祉施設協議会の会員ですか？				
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
備考					

受入可能人数をWEBフォームで入力

介護等体験学生受入計画表

体験期間は、週間コードで管理しています。

受入計画表(WEBフォーム)の受入可能な週に、受入可能人数を入力してください。

※太枠が基本体験期間、○印は祝日です。

※週間コード1~31を確認して入力してください。

※週間コード14~31は、基本的に3日間の体験の週間コードです。

月	週間 コード	月	火	水	木	金	土	備 考
7	1	6/30	7/1	2	3	4		
	2	7	8	9	10	11		
	3	14	15	16	17	18		
	4	21	22	23	24	25		7/21(海の日)
8	5	28	29	30	31	8/1		
	6	4	5	6	7	8		
	7	11	12	13	14	15		8/11(山の日)
	8	18	19	20	21	22		
	9	25	26	27	28	29		
9	10	9/1	2	3	4	5		
	11	8	9	10	11	12		
	12	15	16	17	18	19		9/15(敬老の日)
	13	22	23	24	25	26		9/23(秋分の日)
10	14	29	30	10/1				
	15				2	3	4	
	16	6	7	8				
	17				9	10	11	
	18	13	14	15				10/13(スポーツの日)
	19				16	17	18	
	20	20	21	22				
	21				23	24	25	
	22	27	28	29				
11	23				30	31	11/1	
	24	3	4	5				11/3(文化の日)
	25				6	7	8	
	26	10	11	12				
	27				13	14	15	
	28	17	18	19				
	29				20	21	22	
	30	24	25	26				11/24(勤労感謝の日振替休日)
	31				27	28	29	

長崎県社会福祉協議会 → 社会福祉施設等

長社総企第 号
令和 年 月 日

社会福祉施設等の長 様

長崎県社会福祉協議会会長
(公 印 省 略)

介護等体験受入決定通知書

「小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る介護等体験」について、下記により決定いたしましたので通知いたします。

記

A. 体験決定学生数

総 計	人
-----	---

B. 体験決定者

1	学 生 氏 名				性 別	
	体 験 期 間	月 日 ~ 月 日				
	大 学 等 名		担 当 者 名		TEL	
	備 考					

※終了後は、同封のアンケートにご回答ください。
(本会ホームページから回答できます)

長崎県社会福祉協議会 → 大学等

長社総企第 号
令和 年 月 日

大学等の学長 様

長崎県社会福祉協議会会長
(公 印 省 略)

介護等体験受入決定通知書

「小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る介護等体験」について、下記により決定いたしましたので通知いたします。

なお施設への事前連絡（訪問）は、確実に実施していただきますよう、学生への徹底をお願いいたします。（※実施要綱 P3 の「12.学生の責務」参照）

記

A.体験決定学生数

総 計	人
-----	---

B.体験決定者

1	学 生 氏 名				性 別		
	施 設 名			種 別			
	施 設 住 所 等	〒					
		担当者名 _____			Tel. _____		
	体 験 期 日	月 日 ~ 月 日					
	備 考						

社会福祉施設等→長崎県社会福祉協議会

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会 会長 様

施設名

施設長名

施設印

介護等体験終了報告書

本施設において、下記学生が介護等体験を終了したことを報告します。

記入者名：	TEL：
E-mail：	

A. 体験終了者（最終体験者の終了を待ち、全員分記入してください）

	学生氏名	大学等名	体験期間（期間が分かれる場合は 行を分けて記入）	体験日数	備考 (取消日数等)
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	
6			月 日 ~ 月 日	日間	
7			月 日 ~ 月 日	日間	
8			月 日 ~ 月 日	日間	
9			月 日 ~ 月 日	日間	
10			月 日 ~ 月 日	日間	
学 生 総 数		人	体 験 日 数 計	日間	

B. 体験費用振込口座 ※長崎市老施協所属施設は市老施協に振り込みますので記入不要です。

_____銀行 _____本店・支店（ 普 ・ 当 ）口座番号_____

フリカ`ナ_____

口座名義_____

（注）最終体験者の終了日から1週間以内に長崎県社協へ必ず郵便にて送付してください。
郵送の際は、アンケート（受入決定通知に同封）を添付ください（またはWEBフォームで回答）。

様式4

社会福祉施設等→長崎県社会福祉協議会

令和 x年 x月 x日

 ← 記入日

長崎県社会福祉協議会 会長 様

施設名 就労継続支援B型 OO荘 ← 法人名ではなく、施設名を記入

施設長名 茂里 一郎 ← 理事長名ではなく、施設長名を記入

施設印 施設印 ← 施設印 または、施設長公印(私印不可)

介護等体験終了報告書

本施設において、下記学生が介護等体験を終了したことを報告します。

記入者名： 長崎 幸子	TEL： 095-846-00xx
E-mail： xxxxxx @ xxxxxxxx.ne.jp	

A. 体験終了者（最終体験者の終了を待ち、全員分記入してください）

No.	学生氏名	大学等名	体験期間（期間が分かれる場合は行を分けて記入）	体験日数	備考（取消日数等）
1	福祉 早太	OO大学	10月 4日 ~ 10月 6日	3 日間	
2	田中 ハナ	xx大学	10月 4日 ~ 10月 6日	3 日間	← 体験期間が分かれる場合は、わかるように行を分けて記入。
3	〃	〃	10月 7日 ~ 10月 8日	2 日間	
4			月 日 ~ 月 日	日間	
5			月 日 ~ 月 日	日間	
6			月 日 ~ 月 日	日間	
7			月 日 ~ 月 日	日間	
8			月 日 ~ 月 日	日間	
9			月 日 ~ 月 日	日間	
10			月 日 ~ 月 日	日間	
学 生 総 数		2 人	体 験 日 数 計	8日間	

B. 体験費用振込口座 ※長崎市老施協所属施設は市老施協に振り込みますので記入不要です。

十七 銀行 _____ (本店)・支店 (普・当) 口座番号 1234567

フリカナ シャカイフクシホウジン マルバツカイ カイチョウ シャキョウ タロウ

口座名義 社会福祉法人 O×会 会長 社協 太郎

← 記入漏れがあると送金できないため、注意して記入する。

(注) 最終体験者の終了日から1週間以内に長崎県社協へ必ず郵便にて送付してください。
 郵送の際は、アンケート（受入決定通知に同封）を添付ください（またはWEBフォームで回答）。

長崎県社会福祉協議会 → 大学等

長社総企第 号
令和 年 月 日

大学等の学長 様

長崎県社会福祉協議会会長
(公印省略)

介護等体験終了報告書

下記学生が介護等体験を終了したことを報告します。

A.総括表

学生総数	人	延べ体験日数	日	施設への振込総額	円
------	---	--------	---	----------	---

B.体験終了者

	学生氏名	体験期間	体験日数	受入施設	備考
1		月 日 ~ 月 日	日		
2		月 日 ~ 月 日	日		
3		月 日 ~ 月 日	日		
4		月 日 ~ 月 日	日		
5		月 日 ~ 月 日	日		
6		月 日 ~ 月 日	日		
7		月 日 ~ 月 日	日		
8		月 日 ~ 月 日	日		
9		月 日 ~ 月 日	日		
10		月 日 ~ 月 日	日		

大学等 → 社会福祉施設等

発 号
令和 年 月 日

社会福祉施設等の長 様

大学等名

代表者名

⑩

介護等体験辞退・変更届

先に決定いたしました介護等体験について、下記の理由により申込みを（辞退・変更）いたしますので、お届けします。

記

1. 【 辞退・変更 】 ○をつけてください。

学生氏名	体験期間		理由
	予定	変更後	

(注：辞退の場合、体験期間の変更後欄は記入しないでください。)

2. 連絡先

担当課・担当者名： _____

TEL： _____

FAX： _____

E-mail： _____

大学等→長崎県社会福祉協議会

発 号
令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会 会長 様

大学等名

代表者名

⑩

介護等体験辞退・変更届

先に決定いたしました介護等体験について、下記の理由により申込みを（辞退・変更）いたしますので、お届けします。

記

1. 【辞退・変更】○をつけてください。

学生氏名	受入施設名	体験期間		理由
		予定	変更後	

(注：辞退の場合、体験期間の変更後欄は記入しないでください。)

2. 連絡先

担当課・担当者名： _____

TEL： _____

FAX： _____

E-mail： _____

3. 体験費用返金口座

_____ 銀行 _____ 本店・支店 (普・当) 口座番号 _____

フリカ`ナ _____

口座名義 _____

(注：介護等体験受入決定通知前に辞退した場合のみ記入してください。)

社会福祉施設等 → 大 学 等
長崎県社会福祉協議会

令和 年 月 日

大 学 等 の 学 長 様
長崎県社会福祉協議会 会長 様

社会福祉施設等名

代表者名 ㊟

介護等体験変更届

先に決定いたしました介護等体験について、下記の理由により受け入れ体験期間を変更いたしますので、ご通知いたします。

記

1. 変更内容

学生氏名	体験期間		理由
	予定	変更後	

2. 連絡先

担当課・担当者名： _____

TEL： _____

FAX： _____

E-mail： _____

社会福祉施設等 → 大 学 等
長崎県社会福祉協議会

令和 年 月 日

大 学 等 の 学 長 様
長崎県社会福祉協議会 会長 様

社会福祉施設等名

代表者名

印

介護等体験取消通知書

先に決定いたしました介護等体験について、下記の理由により体験の取消をご通知いたします。

記

1. 取消内容

学生氏名	取消期間	理由

2. 連絡先

担当課・担当者名 : _____

TEL : _____

FAX : _____

E-mail : _____

《体験シート様式例》 P2参照

介護等体験 第 日目	令和 年 月 日 曜日		
本日の目標			
体験内容(時間の経過にしたがって体験内容を記録)			
時間	体験内容	考えたこと・感じたことなど	
本日の体験のまとめ(反省・感想・質問事項等)			
(コメント)			
			担当職員確認印 ⑩

【体験シート作成のポイント】

- ・「本日の目標」を入れることで、より主体的に学ぶことができる。
- ・学生の学びを深めるために「考えたこと・感じたことなど」が記載できるスペースを十分にとる。
※「時間」のスペースは最小限にとどめる。

6年ぶりに
改訂!

- ✓ 社会福祉施設を知りたい方のために
- ✓ 「介護等体験」の教材・参考資料として

第6版では新たに
「福祉現場で
働く人」を紹介!



よくわかる 社会福祉施設

教員免許志願者のためのガイドブック

第6版



詳しくはこちら!



増田 雅暢 執筆代表

●2024年6月刊行 ●B5判・90頁 ●定価770円(税込)

さまざまな人が生活する社会福祉施設を
施設別・分野別にわかりやすく解説!

現場の声を数多く紹介!

主な内容

I 社会福祉施設ってどんなところ?

- 1 高齢者にかかわる施設
- 2 児童福祉・障害児にかかわる施設
- 3 障害者(身体・知的・精神障害者)にかかわる施設
- 4 生活保護にかかわる施設

II 介護等体験にあたってのQ&A

III 資料

介護等体験受け入れ施設からの応援メッセージ

1日のスケジュールを
各施設ごとに掲載!



現場で働く人に仕事の魅力や
やりがいを聞きました!



お申込みは、下記へ

全社協出版部受注センター 受注専用 ☎049-257-1080

社会福祉法 全国社会福祉協議会 出版部

FAX 049-257-3111

✉ zenshakyo-s@shakyo.or.jp

〒100-8980 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル

福祉関係図書の検索・注文ができるホームページ

福祉の本出版目録

検索

▶▶ <https://www.fukushinohon.gr.jp>



注文申込書

●太枠内にご記入のうえ F A X にてお申込みください

FAX : 049-257-3111

53030213		第6版 よくわかる社会福祉施設		冊	
送付・請求先	ご住所	〒 -			
	フリガナ				
	お名前	電話番号	()	-	
		幹旋	05000042	長崎県社会福祉協議会	

◎図書代金のほか荷造・送料を申し受けます(1,500円未満400円、1,500円以上500円) ※ただし、1回のご注文で1万円以上ご購入の場合は送料無料
◎お届けまで4日~10日程度かかります(請求書同封) ※遠方や島しょ部のお客様の場合、お届けにお時間をいただきます。あらかじめご了承ください。

令和7年度

スケールメリットを活かした割安な保険料で
充実補償をご提供します!



ホームページでも内容を紹介しています
<https://www.fukushihoken.co.jp>



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		基本補償(A型)	見舞費用付補償(B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
	財物賠償(1事故)	2,000万円	2,000万円
	受託・管理財物賠償(期間中)	200万円	200万円
	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
お見舞い等の各種費用	徘徊時賠償(期間中)	2,000万円	2,000万円
	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

▶年額保険料(掛金)	
定員	基本補償(A型)
1~50名	35,000~61,460円
51~100名	68,270~97,000円
以降1名~10名増ごと	1,500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 ●看護職の賠償責任補償
- 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



プラン3 職員等の補償

(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 職員の労災上乗せ補償
- 2 役員・職員の傷害事故補償
- 3 役員・職員の感染症罹患事故補償
- 4 雇用慣行賠償補償



プラン4 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

● このご案内は概要を説明したものです。詳細は「しせつの損害補償」手引またはホームページをご参照ください。●

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
受付時間: 平日の9:30~17:30(土日・祝日、年末年始を除きます。)

(SJ24-11108 より抜粋)

令和7年度

<https://www.fukushihoken.co.jp>

ふくしの保険

検索

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) 団体割引20%適用済 / 過去の損害率による割増適用

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)	5億円(限度額)		
年間保険料		350円	500円	

商品パンフレットは
こちらから



(ふくしの保険
ホームページ)

<重要>

- ◆ 基本プランでは地震・噴火・津波に起因する死傷は補償されません。
- ◆ 年度途中でご加入される場合も上記の保険料となります。
- ◆ 中途脱退による保険料の返金はありません。
- ◆ 途中でボランティアの入替や、ご加入プランの変更はできません。
- ◆ ご加入は、お1人につきいずれかのプラン1口のみとなります。

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)

送迎サービス補償 (傷害保険)

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))

● このご案内は概要を説明したものです。詳細は、「ボランティア活動保険パンフレット」にてご確認ください。●

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。)

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。

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

受付時間: 平日の9:30~17:30 (土日・祝日、年末年始を除きます。)

