

令和 6 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. 関係法令等	
3. 施行及び適用	
4. 制度の対象者	
5. 「介護等体験」の内容等	
6. 実施主体	2
7. 長崎県社協の主な業務	
8. 社会福祉施設等の主な業務	3
9. 大学等の主な業務	4
10. 学生の責務	5
11. 「介護等体験」の費用	
12. 「介護等体験」の日程変更	
13. 「介護等体験」の辞退	6
14. 「介護等体験」の取り消し	
15. 個人情報の取り扱い等	7
介護等体験の流れ	8
施設種別表	10
様式集	11

令和 6 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

社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会

1. 趣旨

教員が個人の尊厳及び社会連帯の理念に関する認識を深めることの重要性に鑑み、教員の資質向上及び学校教育の一層の充実を図る観点から、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、長崎県内の社会福祉施設等や介護老人保健施設（以下、「社会福祉施設等」という）で「介護等体験」を行わせることを目的とする。

2. 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）

3. 施行及び適用

平成 10 年 4 月 1 日から施行、平成 10 年度の大学入学者等から適用

4. 制度の対象者

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者

5. 「介護等体験」の内容等

(1) 「介護等体験」の内容

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社会福祉施設等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。

- (2) 「介護等体験」の実施施設（P10 参照）
 - ①社会福祉施設
保育所を除く法令に根拠を有するほぼ全ての社会福祉施設
 - ②その他の施設（介護老人保健施設、指定国立療養所、原子爆弾被爆者養護ホーム等）
- (3) 「介護等体験」の時期及び期間
学生が 18 歳に達した後の相当期間（7 日間以上、うち社会福祉施設等での体験は 5 日間を目途とする）

6. 実施主体

長崎県社会福祉協議会（以下「長崎県社協」という）

7. 長崎県社協の主な業務

- (1) 各社会福祉施設等への情報提供
各社会福祉施設等に対し、本制度に関する情報等の提供を行う。
- (2) 「介護等体験実施連絡協議会」への出席
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。
- (3) 受入調整・通知事務
 - ①県内の各社会福祉施設等に「介護等体験学生受入計画書（様式 2-1（WEB フォーム）、以下「受入計画書」という）」及び「介護等体験学生受入計画表（様式 2-2（WEB フォーム）、以下「受入計画表」という）」の提出を依頼する。
 - ②大学・短期大学（以下「大学等」という）に「介護等体験申込書（様式 1-1、1-2、以下「申込書」という）」の取りまとめ及び提出を依頼する。
 - ③社会福祉施設等から提出された「受入計画書」及び「受入計画表」に基づき作成した「長崎県介護等体験学生受入施設一覧」と、大学等から提出された「申込書」を基に調整を行う。
なお、当該調整は「申込書」に記入された学生の希望施設等を考慮して行う。
 - ④調整結果として、社会福祉施設等及び大学等に「介護等体験受入決定通知書（様式 3）」を送付する。（社会福祉施設等へは、アンケートを同送する）
- (4) 大学等への年間体験状況の報告
介護等体験終了後、社会福祉施設等から提出された「介護等体験終了報告書（様式 4）」を基に「介護等体験終了報告書（様式 5）」を作成し、大学等宛てに送付する。
- (5) 「介護等体験基本台帳」の作成、保管
大学等及び社会福祉施設等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。

8. 社会福祉施設等の主な業務

(1) 「受入計画書」及び「受入計画表」の作成

長崎県社協からの依頼を受け「受入計画書（様式2-1）」及び「受入計画表（様式2-2）」をWEBフォームより入力し、長崎県社協へ送信する。

(2) 「介護等体験」の内容

「介護等体験」は、学生の希望や社会福祉施設等の事情に応じ、以下に例示するような無理のない内容とする。なお、社会福祉施設等の敷地外で社会福祉施設等が主催する行事等も「介護等体験」の範囲に含む。

- ①障害者、高齢者及び児童に対する介護、介助
- ②障害者、高齢者及び児童の話し相手
- ③障害者、高齢者及び児童の散歩の付き添いなどの交流等の体験
- ④レクリエーションや運動会等の行事の手助け
- ⑤掃除や洗濯といった、障害者、高齢者及び児童と直接接することはないが、受け入れられる社会福祉施設等の職員に必要とされる業務の補助等

(3) 「介護等体験」の実施

希望する学生に対し「介護等体験」を実施する。「介護等体験」の1日あたりの時間は、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。

オリエンテーション時には、社会福祉施設等の利用者への個人情報保護や感染症対策について、十分な指導を行う。

介護等体験の実施期間中は毎日、学生が記入した「体験シート※」の内容を確認の上、所定の欄に捺印する。

(4) 「証明書」の発行

「介護等体験」を受け入れた社会福祉施設等の長は、「介護等体験」を終了したことを証明するため、「証明書（様式は各大学等で作成）」に必要事項を記入の上、社会福祉施設等の長の名を記入・捺印し、学生本人に交付する。

(5) 「介護等体験終了報告書」の作成

「介護等体験」の終了後、社会福祉施設等の長は「介護等体験終了報告書（様式4）」を作成し、最終体験者の終了日から1週間以内に長崎県社協へ郵送する。

「介護等体験終了報告書」の郵送の際、回答した「アンケート（受入決定通知に同封）」を添付する（またはWEBフォームで回答する）。

(6) 個人情報の取り扱い

「介護等体験」の受け入れに伴い学生から提出のあった関係書類のうち、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、個人情報保護の観点から取り扱いに十分留意し、適切に管理する。なお、受け入れに際し、学生個人の履歴書（様式不定）が必要な場合は、学生に直接提出を求めることとする。

9. 大学等の主な業務

(1) 学生からの「申込書」の受付

学内の学生から「介護等体験」の希望を聴取し、希望する学生から「申込書（様式1-2）」の提出を求める。「介護等体験」は原則として月曜日から金曜日までの連続した5日間とする。ただし、祝日等で社会福祉施設等が受け入れできない場合、連続しないことがある。

(2) 「申込書」の取りまとめ・送付

学生から提出のあった「申込書」を取りまとめ、長崎県社協に送付する。申し込みは、大学等で一括して行う。（様式1-1及び銀行の振込金受取証（写し）を添付）

学生が直接申し込んだ場合は、大学等に連絡し、大学等より再度提出する。

※取りまとめ・送付の方法については、長崎県社協から別途案内する。

(3) 社会福祉施設等への受け入れ依頼

原則として受け入れ日程の1ヶ月前までに、社会福祉施設等あてに「学生受け入れ依頼」及び「健康診断書（様式不定）」を送付する。また、受け入れ先によっては、履歴書の提出を求める場合があることをあらかじめ学生に周知する。

(4) 学生に対するオリエンテーション等での指導

長崎県社協からの調整結果の報告を受け、当該学生にオリエンテーション等を通じ、「介護等体験」実施のための指導及び援助を行う。特に調整結果が「申込書」に記載した希望と異なる場合もあるため、学生がその旨を理解するように説明を行う。

また、「体験シート※」の説明も併せて行う。

なお、「介護等体験」が終了したことを証明してもらうための「証明書」は、各大学等で様式を作成し、「介護等体験」の際に学生に持参させる。

(5) 保険への加入

「介護等体験」に伴い想定される事故等に対応した保険は、学生を派遣する大学等で対応する。

※「体験シート」について

学生が体験内容等を記録するために用いるもの。

様式は各大学等で作成する。（体験シート様式例は巻末を参照）

10. 学生の責務

(1) 事前学習

社会福祉制度や社会福祉施設等の事前学習を積極的に行うこと。

また、本会が参考資料として提示する『「介護等体験」に参加する学生の皆さんへ』の記載事項を遵守すること。

(2) 受け入れ先社会福祉施設等への事前連絡

受け入れ先の社会福祉施設等が決定したら、必ず受け入れ先に電話連絡または訪問し、事前に打合せを行うこと。

(3) 守秘義務

「介護等体験」にて知り得た社会福祉施設等利用者に関する情報は口外しないこと。

11. 「介護等体験」の費用

- (1) 学生一人につき1日あたり2,000円とし、申し込み時に大学等から長崎県社協の指定する下記銀行口座に一括して払い込む。なお、振込みに係る手数料は、大学等で負担する。

(「介護等体験」期間中の交通費、昼食代は含まない)

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) 上記費用のうち社会福祉施設等の体験費用に1,000円、長崎県社協の調整費として1,000円を充てる。

長崎県社協から社会福祉施設等への振込みは、提出された「介護等体験終了報告書(様式4)」に記載の指定銀行口座に一括して払い込む。(12月末送金予定)

12. 「介護等体験」の日程変更

- (1) 介護等体験受入決定通知後の学生の都合による変更は、原則として認めない。ただし、学生の特別な事情による変更の場合は、大学等は社会福祉施設等と十分に協議をした上で「介護等体験辞退・変更届(様式6-1)」を提出する。併せて長崎県社協に「介護等体験辞退・変更届(様式6-2)」を提出する。
- (2) 社会福祉施設等は、行事等の事情により受け入れが困難になり日程を変更するときは、大学等と協議の上「介護等体験期間変更届(様式7)」を大学等と長崎県社協に提出する。

13. 「介護等体験」の辞退

- (1) 大学等は、学生の特別な事情により、学生が「介護等体験」に参加できなくなったときは、社会福祉施設等と十分に協議をした上で辞退の諾否を決定する。
- (2) 大学等は、辞退の許諾後、社会福祉施設等から学生が「介護等体験」に参加したと認められる日数を確認する。その後、速やかに当該社会福祉施設等あてに「介護等体験辞退・変更届（様式6-1）」及び長崎県社協あてに「介護等体験辞退・変更届（様式6-2）」を提出する。
- (3) 長崎県社協は、学生の都合等による辞退の場合、大学等より既に振り込まれた「介護等体験」に要する費用は、特段の理由がある場合を除いて返金しない。ただし、介護等体験受入決定通知前の辞退であれば、長崎県社協の調整手数料を差し引いた額を大学等に返金する。
- (4) 長崎県社協は、学生が「介護等体験」の辞退をした後、再度「介護等体験」を希望する場合は、代わりとなる社会福祉施設等を調整するとともに新たに「介護等体験」に要する費用を大学等より徴収する。
- (5) 社会福祉施設等は、部分的に「介護等体験」を認める場合、その部分につき「証明書」及び「介護等体験終了報告書（様式4）」を作成し、発行する。
- (6) 大学等は、上記にて発行された「証明書」を保管し、次回「介護等体験」を申し込むときに申込書に前回辞退した旨を記載する。なお、「証明書」は再発行できないため、保管に注意する。

14. 「介護等体験」の取り消し

- (1) 大学等は、社会福祉施設等から受け入れ学生に下記に該当する行為があったために、学生の受け入れの取り消しを行いたい旨の連絡があった場合は、状況の詳細を確認し、取り消しが適当と認められる際は、取り消しを了承する旨を社会福祉施設等に連絡する。

社会福祉施設等は、大学等の連絡を受けて取り消したときは「介護等体験取消通知書（様式8）」を大学等及び長崎県社協に提出する。

 - ・社会福祉施設等の定めた「介護等体験」に係る指導事項に従わず、著しく「介護等体験」の趣旨から外れた行為を行ったとき。
 - ・「介護等体験」にて知り得た社会福祉施設等利用者に関する情報を他に漏らしたとき。
 - ・その他、上記事項に類する行為があったとき。
- (2) 大学等は、社会福祉施設等から「介護等体験取消通知書」を受け取ったときは、長崎県社協にその旨を連絡する。
- (3) 長崎県社協は「介護等体験」が取り消されたときは、社会福祉施設等に取り消された日数も含め、本来、当該取り消しがなければ社会福祉施設等が受け入れることとなっていた全日数分の「介護等体験」に要する費用を支払う。

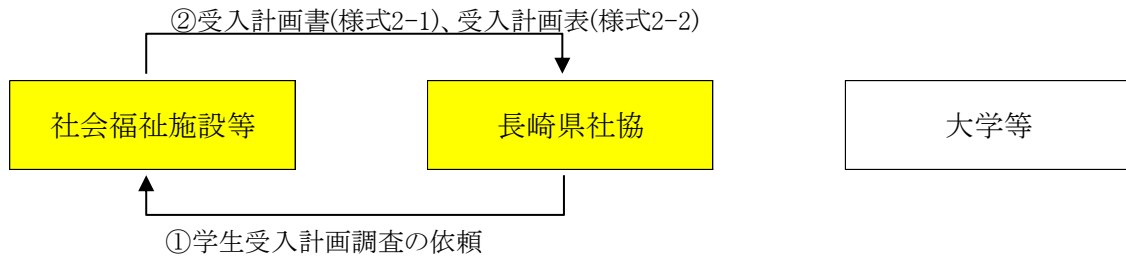
- (4) 長崎県社協は、取り消しを受けた学生が再度「介護等体験」を希望するとき、学生が下記の条件を満たした場合のみ同年度の体験期間内において日程等の再調整を行う。
- ・取り消しが同年度初めてであること。
 - ・取り消しの要因となった行為を十分に反省し、今後同様の行為を繰り返さない旨の「誓約書（様式不定）」を長崎県社協に提出すること。
 - ・再調整した社会福祉施設等に係る「介護等体験」の費用を追加で支払うこと。

15. 個人情報の取り扱い等

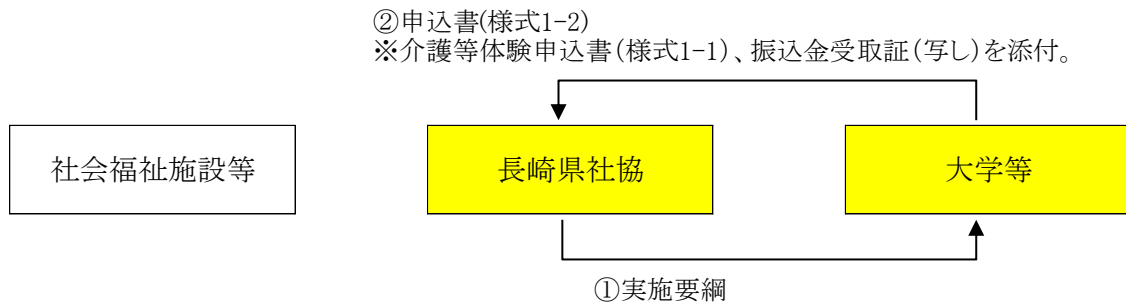
- (1) 「介護等体験」において取り扱う個人情報は、本事業に係る目的にのみ使用し、長崎県社協の「個人情報保護規程」に基づき適切に管理する。
- (2) 「申込書」及び「介護等体験基本台帳」等の「介護等体験」に係る関係書類は、長崎県社協の文書取扱規程に基づき、文書の保存期間が経過するまで保管し、保存期間経過後は適切に廃棄処理する。

介護等体験の流れ

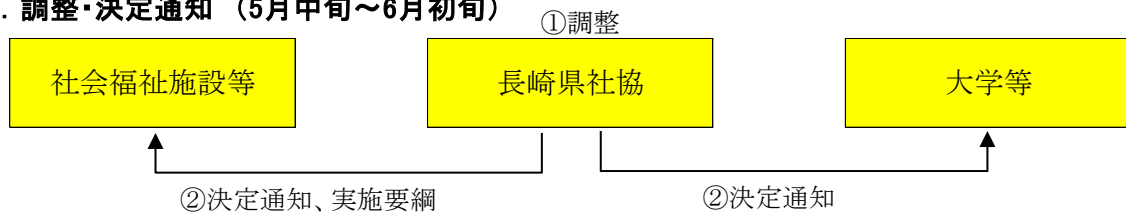
1. 社会福祉施設等の学生受入計画の調査（1月下旬～3月中旬）



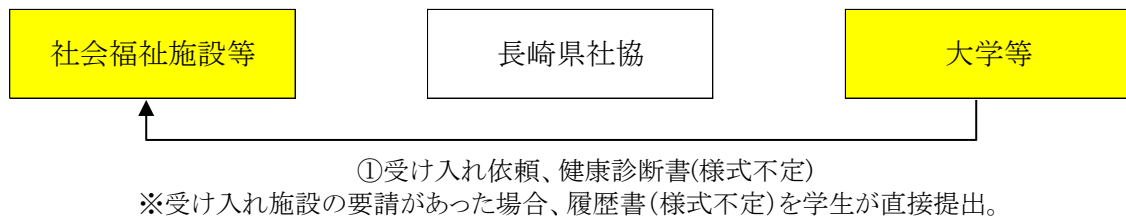
2. 参加申し込み（4月上旬～5月初旬）



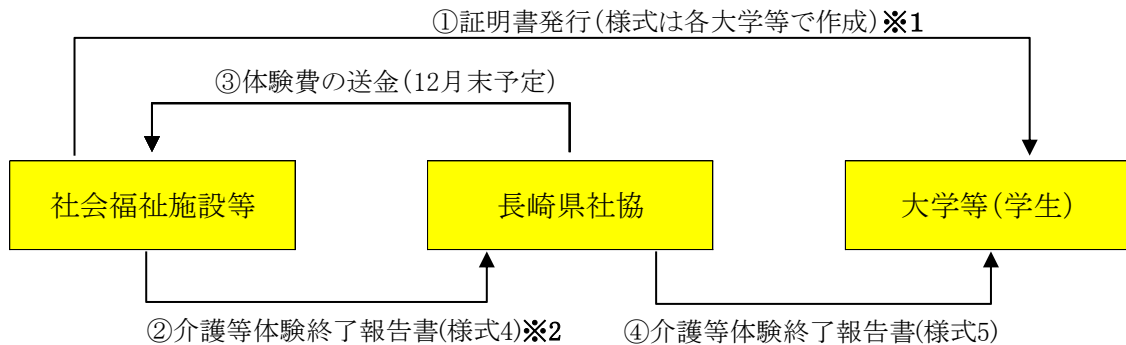
3. 調整・決定通知（5月中旬～6月初旬）



4. 受け入れ依頼（6月初旬～受け入れ日程の1ヶ月前）



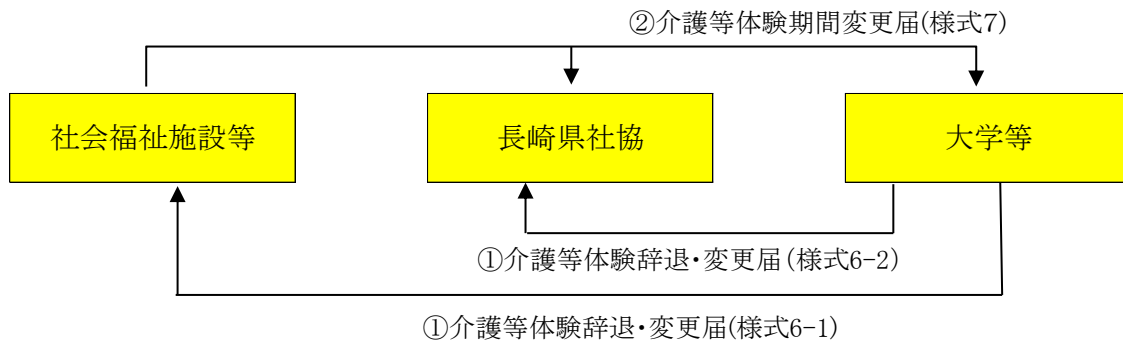
5. 介護等体験終了時



※1 「介護等体験」の終了後、社会福祉施設等の長は証明書を作成し、学生に渡す。
 ※2 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送で送付する。

◆日程変更の場合

事前に十分な協議を行う。

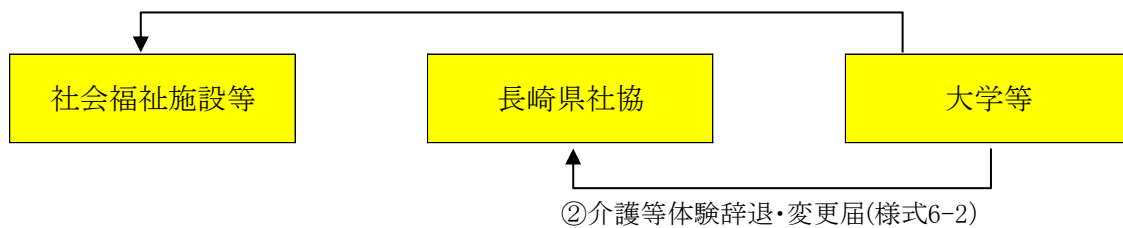


施設側の事情による変更の場合は「②介護等体験期間変更届(様式7)」のみ

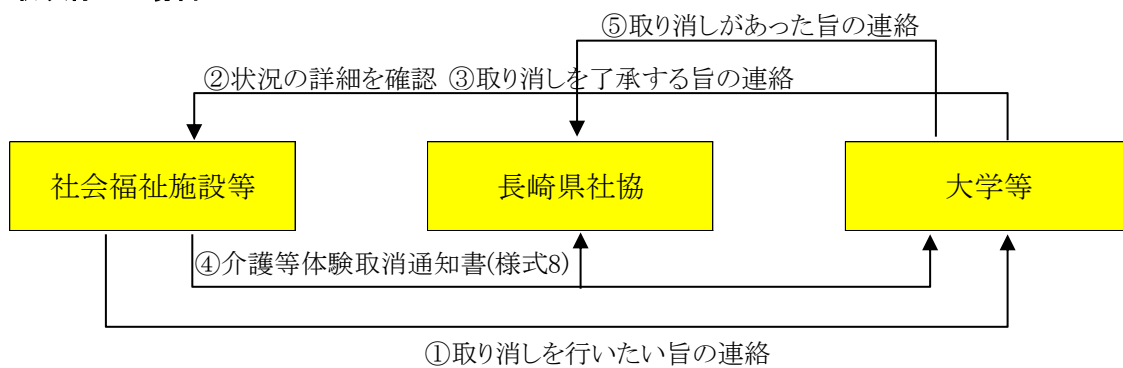
◆辞退の場合

事前に十分な協議を行う。

①介護等体験辞退・変更届(様式6-1)



◆取り消しの場合



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
重度障害者等包括支援	重度
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://sub.nagasaki-pref-shakyo.jp/section/jinzai/shigoto/kaigo.php>
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

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	〒 —		
担 当	部署・職名 _____	Tel. _____	_____
	担当者名 _____	Fax. _____	_____

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。

A.総括表

申込学生総数	人	体験総日数	延べ 日
体験費用	総額 _____ 円 (@ 2,000 円 × 体験総日数)		
振込日	令和 年 月 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。
本様式裏面に振込金受取書又はそれに代わるもの(コピー可)を貼付してください。

B.介護等体験申込書(申込学生全員分)

※別添(様式1-2)及び Excel データ

介護等体験週間コード表

様式1-2の「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。

※ 週間コード1~29を確認して記入してください。

※ 週間コード14~29は、基本的に3日間の体験の週間コードです。この期間に5日間の体験を希望する場合は、該当する2つの週間コード及び実際の日付（5日間の始期・終期）も記入してください。

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

楷書体で丁寧に記入してください。

(体験申込者用)

介護等体験申込書

整理番号

※長崎県社協で使用

1. 大学等名

学部・学科

学年

年

2. 体験申込者氏名

フリガナ

氏名

3. 性別(どちらかに✓)

 男 女

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ご記入ください。

※3日間のコードを2つ合わせて体験期間とする場合、「期間」には実際に体験を希望する日付をご記入ください。

第1希望

施設
番号

施設名

週間
コード

期間

月

月

日

日

～

月

月

日

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

月

日

日

～

月

月

日

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、再度大学等を通じて希望をお聞きし調整いたします。
 ※自家用車等(含バイク)の使用に関しては、受入施設決定後、施設担当者に直接ご相談ください。

実際には、下記内容をWEBフォームで入力

(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	(所在地) 〒 _____ _____ _____ Tel. _____ Fax. _____ (ふりがな) 担当者/ 職名 _____ 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				
	その他/ _____ 徒歩 _____ 分			体験学生の利用 (可・不可)	
事前連絡	事前訪問必須・電話連絡でよい・その他()				
体験参加時の留意事項	下記について、体験参加時に留意すべき点があればご記入ください。 記入が無い場合、留意する必要が無いものとして取り扱わせて頂きますので予めご了承ください。 時間帯/ : ~ : , : ~ : ※体験の時間帯が夜間になる場合などにご記入ください。 宿泊が必要/ 施設に宿泊可・各自で手配 ※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。				
備考 (学生への要望等)	_____ _____ _____ _____ _____				

介護等体験学生受入計画表

体験期間は、週コードで管理しております。
 介護等体験学生受入計画表(様式2-2)の受け入れ可能な週間コードのところに、受け入れ可能な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1~29を確認して記入してください。
- ※ 週間コード14~29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	7/1	2	3	4	5		
	2	8	9	10	11	12		
	3	15	16	17	18	19		7/15(海の日)
	4	22	23	24	25	26		
8	5	29	30	31	8/1	2		
	6	5	6	7	8	9		
	7	12	13	14	15	16		8/12(山の日振替休日)
	8	19	20	21	22	23		
	9	26	27	28	29	30		
9	10	9/2	3	4	5	6		
	11	9	10	11	12	13		
	12	16	17	18	19	20		9/16(敬老の日)
	13	23	24	25	26	27		9/23(秋分の日振替休日)
10	14	30	10/1	2				
	15				3	4	5	
	16	7	8	9				
	17				10	11	12	
	18	14	15	16				10/14(スポーツの日)
	19				17	18	19	
	20	21	22	23				
	21				24	25	26	
22	28	29	30					
11	23				31	11/1	2	
	24	4	5	6				11/4(文化の日振替休日)
	25				7	8	9	
	26	11	12	13				
	27				14	15	16	
	28	18	19	20				
	29				21	22	23	11/23(勤労感謝の日)

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	
	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もご回答できます。)

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P5の「10.学生の責務」をご参照ください。

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
 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

印

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》 P4参照

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。

第5版

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

「介護等体験」を
有意義なものにする
教員免許志願者の



増田雅暢 執筆代表

●2018年5月発行 ●B5判・80頁 ●定価660円(税込)

高齢者、障害者、乳幼児と、社会福祉施設にはさまざまな人が生活しています。それぞれに必要な支援は異なり、それに合わせていくつもの種類の施設があります。

どんな施設で、どんな人が利用し、どんな人が働き、どんな仕事をしていて…基本的な情報を本書で事前に学び、貴重な介護等体験に臨みましょう。

「介護等体験」の教材・参考資料として、
ぜひご検討ください！



お申込みは、下記へ

全社協出版部受注センター

受注専用 TEL.049-257-1080 FAX.049-257-3111 E-mail: zenshakyo-s@shakyo.or.jp

全社協

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 出版部
〒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



▶▶ <https://www.fukushinohon.gr.jp>

注文申込書 ●太枠内にご記入のうえFAXにてお申込みください FAX：049-257-3111

53030180	第5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	電話番号	() -
	お名前	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6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

見舞費用付補償(B型)

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

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



新型コロナウイルス感染症の感染症法上の分類が5類感染症に変更されたことに伴い、「特定感染症重点プラン」を廃止して2つのプランとします。

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		
	特定感染症	補償開始日から補償 ^(*)		
地震・噴火・津波による死傷	×	○		
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)

*特定感染症についても10日間の免責期間がなくなり、補償開始日から補償対象となります。
なお、令和5年5月8日以降、新型コロナウイルス感染症は補償対象外となりました。

<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**

取扱代理店 **株式会社 福祉保険サービス**

〈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。)

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。

〒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。)