

職場見学等実施要領（介護分野限定）

1 目的

介護未経験者等に対して、介護分野及び障害福祉分野（以下「介護分野等」という。）の事業所における職場見学、職場体験、職場実習を訓練カリキュラムに盛りこんだ職業訓練コースを実施することにより、離職者の再就職及び人材不足が顕著な介護分野等における人材確保を促進することを目的とする。

2 職場見学等の実施

(1) 設定

委託先事業者（以下「委託先」という。）は、訓練カリキュラムに職場見学、職場体験、職場実習（以下「職場見学等」という。）のいずれかを組み込む。

(2) 受入先等

委託先は、特別養護老人ホーム、グループホーム、デイサービス、ショートステイ、訪問介護、障害福祉施設などの中から訓練生の就業ニーズを踏まえて選定し、訓練生それぞれについて、複数（2か所以上）の施設における職場見学等を実施する。

なお、同一敷地内で同一法人が運営する複数の施設で職場見学等を行った場合や同一施設内で複数の介護サービスや障害福祉サービスについて職場見学等を行った場合は、それぞれを1か所としてカウントするが、複数のサービスを一体的に提供する施設（小規模多機能型居宅介護事業所等）については、原則として1か所とカウントする。

(3) 実施時間

総訓練設定時間のうち、職場見学等の実施時間（合計）は、6時間以上とする。

(4) 実施方法

職場見学等は、原則として介護分野等の事業所の現場で実施するものであるが、職場見学についてのみオンラインでの実施も可能とする。

(5) 保険加入

委託先は、職場見学等受講中の事故等に備え、対象訓練生全員に職業訓練生総合保険への加入を義務付けるものとする。ただし、オンラインで行う職場見学のみを実施する場合はこの限りではない。

3 委託費等に係る留意事項

(1) 職場見学等推進費

本要領に基づき、委託先が職場見学等を実施した場合、埼玉県立職業能力開発センター（以下「センター」という。）は、職場見学等推進費を「訓練生1人当たりの委託費」に加えて支払うものとする。

(2) 職場見学等推進費の単価

職場見学等推進費は、次の算定方法で算出する「職場見学等実施率」が80%以上である場合に支払うこととし、単価は訓練生1人当たり10,000円（税抜き）とする。

<職場見学等実施率>

$$\text{職場見学等実施率} = (b + c) \div (a + c - d) \times 100$$

a：修了者

b：修了者のうち2か所以上かつ6時間以上職場見学等に出席した者

c：中途退校者のうち2か所以上かつ6時間以上職場見学等に出席した者

d：修了者のうちやむを得ない理由により2か所以上または6時間以上職場見学等に出席できなかった者

(3) 職場見学等推進費の支払額

支払額は、次のとおり計算される額を支給する。

入校者数 × 職場見学等推進費

4 職場見学等の確認方法

(1) 公募時の確認

委託先は、公募時に「職場見学等実施計画書」（様式1）をセンターに提出し、承認を受ける。

(2) 職場見学等実施時の確認

委託先は、職場見学等実施前に「職場見学等実施報告書 受入先事業所確認票」（様式3）を作成し、実施時に受入先事業所の確認を受ける。

(3) 訓練終了後の確認

委託先は、訓練終了後、完了報告時に「職場見学等実施報告書」（様式2）、職場見学等実施報告書 受入先事業所確認票」（様式3）及び「職場見学等実施報告書 受講者確認票」（様式4）をセンターに提出する。

5 その他

委託先は、都道府県社会福祉協議会（福祉人材センター）等が実施する介護分野就職支援金及び障害福祉分野就職支援金の貸付制度について、周知等の依頼があった場合には、適切に対応する。

〔参考〕職場見学等の定義

- (1) 職場見学：介護（障害）福祉サービス利用者（以下「利用者」という。）のいる時間帯に福祉施設等を訪問し、当該施設職員の説明を受けながら、福祉サービス提供の実態を見学すること。
- (2) 職場体験：一つの福祉施設等において、当該施設職員の指導を受けながら、利用者に提供するサービスの補助等を体験すること。
- (3) 職場実習：一つの福祉施設等において、当該施設職員の指導を受けながら、利用者に提供するサービスについて法令の範囲内で実習すること。

職場見学等実施計画書

講座番号 講座名（開講月）		定 員	
訓練実施施設名			
訓練期間			

No	サービス種類 (注 1)	事業所名	所在地	連絡先	職場見学、職場体験、職場実習の別	実施予定日	受入予定人数	備考（注 2）

（注 1）介護保険法又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定に基づくサービスの種類を記載すること。

（注 2）備考欄には、オンラインにて実施予定の場合はその旨を記載すること。また、調整中の事項についてはその状況を記載すること。

職場見学等実施計画書

講座番号 講座名（開講月）	〇〇〇〇〇 介護初任者（〇月）	定 員	〇〇人
訓 練 実 施 施 設 名	〇〇〇〇〇		
訓 練 期 間	令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日		

No	サービス種類 （注1）	事業所名	所在地	連絡先	職場見学、職場体験、職場実習の別	実施予定日	受入予定人数	備考（注2）
1	訪問介護	（株）〇〇	●●	000-000-0000	職場体験	●月●日、 ●月×日	※	※受入人数については調整中。
2	通所介護	特定非営利活動法人●●	●●	000-000-0000	職場見学	●月●日、 ●月×日	10人	オンラインにて実施
3	介護老人福祉施設	社会福祉法人△▲	●●	000-000-0000	職場実習	●月●日、 ●月×日	3人	
4	生活介護	社会福祉法人○●	●●	000-000-0000	職場見学	●月●日、 ●月×日	10人	
5	就労移行支援	△△株式会社	●●	000-000-0000	職場実習	●月●日、 ●月×日	7人	
6	介護老人福祉施設	社会福祉法人〇〇	●●	000-000-0000	職場見学	●月●日、 ●月×日	5人	

（注1）介護保険法又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定に基づくサービスの種類を記載すること。

（注2）備考欄には、オンラインにて実施予定の場合はその旨を記載すること。また、調整中の事項についてはその状況を記載すること。

職場見学等実施報告書

講座番号 講座名 (開講月)	
訓練実施施設名	

※受講者に見せないこと

	受講者名	職場見学等を行った事業所名 (実施日)	職場見学、職場体験、 職場実習の別	修了・ 中退	2か所以上かつ6時間以上の 訪問等
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

a 修了者数

b 修了者のうち2か所以上かつ合計6時間以上見学等した者の数

c 中途退校者で2か所かつ合計6時間以上以上見学等した者の数

d 修了者のうちやむを得ない理由により2か所以上または合計6時間以上見学等できなかった者の数

名

名

名

名

職場見学等実施率 $(b + c) \div (a + c - d) \times 100$

%

(注) 受入先事業所及び受講者の確認票を添付すること。

2か所以上かつ合計6時間以上職場見学等を実施し中途退校した者は、確認票のある者のみ記載すること。

職場見学等実施報告書

講座番号 講座名 (開講月)	〇〇〇〇〇 介護初任者 (〇月)
訓練実施施設名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇

※受講者に見せないこと

	受講者名	職場見学等を行った事業所名 (実施日)	職場見学、職場体験、 職場実習の別	修了・ 中退	2か所以上かつ6時間以上の 訪問等
1	あ☆☆☆☆	①●● (XX年XX月XX日) ②△▲ (XX年XX月XX日～XX月XX日) ③〇〇 (XX年XX月XX日)	①職場見学 (オンライン) ②職場実習 ③職場体験	修了	○
2	い☆☆☆☆	①●● (XX年XX月XX日) ②△▲ (XX年XX月XX日～XX月XX日) ③〇〇 (XX年XX月XX日)	①職場見学 ②職場実習 ③職場体験	修了	○
3	う☆☆☆☆	①●● (XX年XX月XX日、XX年XX月XX日) ②〇〇 (XX年XX月XX日)	①職場見学 (オンライン) ②職場体験	修了	○
4	え☆☆☆☆	①●● (XX年XX月XX日) ②△▲ (XX年XX月XX日～XX月XX日) ③▲〇 (XX年XX月XX日)	①職場見学 (オンライン) ②職場実習 ③職場体験	修了	○
5	お☆☆☆☆	①▲〇 (XX年XX月XX日)	①職場体験	修了	×
6	か☆☆☆☆	①〇● (XX年XX月XX日) ②△△ (XX年XX月XX日～XX月XX日)	①職場見学 ②職場実習	修了	○
7	き☆☆☆☆	①△△ (XX年XX月XX日～XX月XX日) ②▲〇 (XX年XX月XX日)	①職場実習 ②職場体験	修了	○
8	く☆☆☆☆	①〇● (XX年XX月XX日、XX年XX月XX日)	①職場見学 (オンライン)	修了	やむを得ず×
9	け☆☆☆☆	①〇● (XX年XX月XX日) ②▲〇 (XX年XX月XX日)	①職場見学 ②職場体験	中退	○
10	こ☆☆☆☆	①△△ (XX年XX月XX日～XX月XX日) ②▲〇 (XX年XX月XX日)	①職場実習 ②職場体験	中退	○
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

修了者は全員記載する。

私用により職場見学欠席

職場実習時、インフルエンザにより出席停止

中退者は職場見学等推進費の支払対象となるもののみ記載する。

- a 修了者数
b 修了者のうち2か所以上かつ合計6時間以上見学等した者の数
c 中途退校者で2か所以上かつ合計6時間以上見学等した者の数
d 修了者のうちやむを得ない理由により2か所以上または合計6時間以上見学等できなかった者の数

8 名
6 名
2 名
1 名

職場見学等実施率 (b+c)÷(a+c-d)×100

88 %

(注) 受入先事業所及び受講者の確認票を添付すること。
2か所以上かつ合計6時間以上職場見学等を実施し中途退校した者は、確認票のある者のみ記載すること。

職場見学等実施報告書 受入先事業所確認票

講座番号 講座名 (開講月)	
訓練実施施設名	

1 受入先事業所名 (所在地)

2 受入日時

・ _____
・ _____
・ _____

3 受入受講者の氏名

1		6		11		16	
2		7		12		17	
3		8		13		18	
4		9		14		19	
5		10		15		20	

4 受入事業所担当者署名

上記の記載内容に間違いありません。

署名：

職場見学等実施報告書 受入先事業所確認票

講座番号 講座名 (開講月)	〇〇〇〇〇 介護初任者 (〇月)
訓練実施施設名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

1 受入先事業所名 (所在地)

社会福祉法人〇〇苑〇〇ホーム (●県●市 1 - 2 - 3)

2 受入日時

・ 令和〇年〇月〇日 (〇) 13:00から16:00まで (3時間)

・ 令和〇年□月□日 (□) 13:00から16:00まで (3時間)

・

3 受入受講者の氏名

1	あ☆☆☆☆	6		11		16	
2	い☆☆☆☆	7		12		17	
3	う☆☆☆☆	8		13		18	
4	え☆☆☆☆	9		14		19	
5	お☆☆☆☆	10		15		20	

4 受入事業所担当者署名

上記の記載内容に間違いありません。

署名 : 〇〇 〇〇

職場見学等実施報告書 受講者確認票

講座番号 講座名 (開講月)	
訓練実施施設	
受講者氏名	

1 職場見学等を行った事業所名 (実施日)

2 職場見学、職場体験、職場実習の別

上記の記載内容に間違いありません。

署名 : _____

職場見学等実施報告書 受講者確認票

講座番号 講座名 (開講月)	〇〇〇〇〇 介護初任者 (〇月)
訓練実施施設	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
受講者氏名	あ☆☆☆☆

1 職場見学等を行った事業所名 (実施日)

- ①●● (XX年XX月XX日)
- ②△▲ (XX年XX月XX日～XX月XX日)
- ③〇〇 (XX年XX月XX日)

2 職場見学、職場体験、職場実習の別

- ①職場見学 (オンライン)
- ②職場実習
- ③職場体験

上記の記載内容に間違いありません。

署名： 〇〇 〇〇