

キラリ輝く介護の魅力！介護技術コンテスト2018 実技発表応募要領

1 実技発表内容及び問題

(1) テーマ「移乗・移動介助」

(事前説明3分以内、実技7分以内、事後説明1分以内の合計11分以内とし、実技は7分経過した時点で途中であっても終了とする。)

(2) 場面設定は別添「設定」参照。

2 応募

(1) 応募対象

青森県内で介護業務に従事している介護職員。

(2) 応募方法

介護者役・被介護者役等2人以上での申込み。ただし、同一事業所あるいは法人内でのチーム編成とします。

(3) 定員

10チーム程度

(4) 応募期間

平成30年5月21日(月)～6月15日(金)(6月15日必着)

(5) 応募方法

所属長等からの承認を受けた上で、別紙申込書に必要事項を記入し、FAX又は郵送にて応募してください。

(6) 応募先・問い合わせ先

社会福祉法人青森県社会福祉協議会 介護啓発・福祉機器普及センター
〒030-0822 青森市中央3丁目20-30 県民福祉プラザ2階
TEL:017-723-1391 FAX:017-777-0015

3 出場者の決定

- ・出場の可否について、後日、書面にて通知いたします。(6月下旬頃予定)
- ・定員を超える場合は、原則先着順としますが、申込状況によっては、主催者において調整します。

4 審査基準及び審査方法

(1) 審査基準

コミュニケーション、健康状態の介助、移乗の介助、移動の介助等の観点から総合的に評価します。

(2) 審査方法

- ①介護福祉士国家試験実技試験委員の経験者が審査を行います。
- ②評価点を考慮のうえ、協議により最優秀賞等を決定します。

5 表彰及び特典

(1) 最優秀賞

5千円相当の図書カード

(2) 優秀賞

3千円相当の図書カード

6 個人情報の取り扱い

介護技術コンテストにおいて取得した個人情報については、介護技術コンテスト実施のために使用し、それ以外の目的には使用しません。

ただし、受賞者の所属、氏名等については、後日公表します。

7 その他

コンテスト当日、広報及び記録のために写真撮影を行います。ご了承ください。



《 設 定 》

移 乗 ・ 移 動 介 助

1 問 題

青森 青子さん【85歳女性、要介護3、認知症日常生活自立度Ⅲa】

青森 青子さんは、脳こうそく後遺症で、右上下肢麻痺があります。起き上がり、立ち上がり、移乗の際は一部介助が必要です。普段の移動は車いすを使用しており介助が必要ですが、体調がよければ左手足で車椅子を操作してベッドからテーブルの近くまで自身で移動する日もあります。

今日は青森さんが好きな演歌特集が放映される日です。

ベッドに仰臥位で休んでいる青森さんを車椅子に移乗し、リビングに移動してテレビを観られるように介助をしてください。

***競技はスタッフが青森さんの居室に入る前から、青森さんがリビングにあるテーブル席につくまでとします。**

2 青森さんについて

- (1) 寒がりなので、離床時にはいつもカーディガンを着ています。
- (2) 居室は個室です。
- (3) 青森さんのテーブル席は、リビングのテレビを正面から見る位置です。
- (4) 青森さんはいつも車いすで着座してテレビを観ています。

3 状況の設定

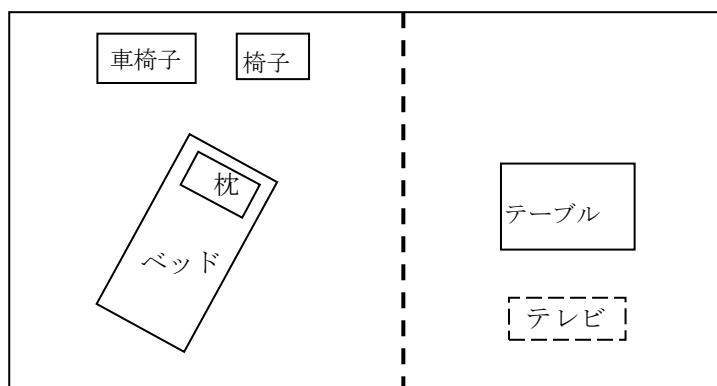
車椅子の点検は済んでいます。

4 被介護者役の準備

カーディガンは持参してください。

会場レイアウト図

準備物	
居 室	
①	3 モーターベッド
②	ベッド柵 2 本、介助バー1 本
③	モジュラー型車椅子
④	椅子 1 脚 (手すりあり)
⑤	毛布
リビング	
⑥	テーブル



※点線（テープが貼ってある）より左が居室。右がリビングです。

※留意事項

- ① 問題に記載されている被介護者の状態、場面設定以外の詳細については、参加チームごとに設定してかまいません。
- ② 上記の準備物を必要に応じて使用してください。また、チームごとに使用したい物品を持参しても構いません。但し、持参した物品等の工夫は評価の対象外です。
- ③ 時間内に一連の実技がすべて終了した場合は、手を挙げて終了の合図をしてください。
- ④ 実技途中であっても時間がきた時点で終了です。

【申込み期間】平成30年5月21日（月）～6月15日（金）必着

青森県社会福祉協議会 介護啓発・福祉機器普及センター 宛
FAX：017-777-0015

キラリ輝く介護の魅力！介護技術コンテスト2018実技発表申込書

申込日：平成30年 月 日

法人名					
住所	※こちらの住所に参加可否の通知を郵送します。 〒				
事業所名					
記入担当者名					連絡先（TEL）
メールアドレス					
チームメンバー	※チームのリーダーに○をつけてください	氏名（フリガナ）	介護従事経験年数	資格	年代
介護者役					
被介護者役					
その他（解説役等）					

上記の者が、介護技術コンテスト2018の開催目的を理解し、参加することを承認します。

平成30年 月 日

○施設名等： _____

○役職名： _____

○氏名： _____ (印)