

キラリ輝く介護の魅力！介護技術コンテスト2017 実技発表応募要領

1 実技発表内容及び問題

- (1) テーマ「食事介助」（実技7分以内、事前・事後説明合計4分以内）
- (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・解説者役の3名での申込み。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29年6月5日（月）～6月30日（金）（6月30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 青森県介護実習・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：017-774-3234 FAX：017-774-3235

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。（7月中旬頃予定）
- ・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 実技発表に係る留意事項

- (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) 別添「設定」に記載されている準備物は事務局で用意します。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。

5 審査基準及び審査方法

(1) 審査基準

コミュニケーション、健康状態の確認、更衣の介助、移動の介助、食事の介助、食事後の確認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。
- ③介護技術コンテスト検討・審査委員による特別賞もあります。

6 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

(3) 介護技術コンテスト検討・審査委員会特別賞

2千円相当の図書カード

7 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。

8 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。

日頃の介護技術をお互い
披露し、学び合いの機会に
しませんか？
ご応募お待ちしております！



《 設 定 》

食事介助

1 問題

青森 青子さん【75歳女性、要介護4、認知症日常生活自立度Ⅱb】

青森 青さんは、脳梗塞の後遺症で左上肢麻痺があります。青森さんは、昼食をとるためベッドからチルトクライニングの車いすに移乗した直後で座位は安定しています。
気温が少し低いのでカーディガンを着せ、数メートル先の食堂へ移動し、食事の介助を行ってください。

*競技は下膳するまでとします。

2 青森さんの状態

- (1) 日ごろ、車いすで食事をしています。
- (2) 利き手は右手です。食事の自力摂取は難しく介助を要します。
- (3) むせることが多く嚥下に不安があります。
- (4) 長時間座位を取ると麻痺側（左）に傾くことがあります。

3 状況の設定

- (1) メニューは全粥、煮魚、ほうれん草のおひたし、デザートはヨーグルト、お茶。
(ヨーグルトとお茶のみ本物です)

4 被介護者役の準備

カーディガン（上着）は持参してください。

準備物

ベッド、チルトクライニングの車いす、台（上着置場）

食卓机、備品机2個

<備品机1>

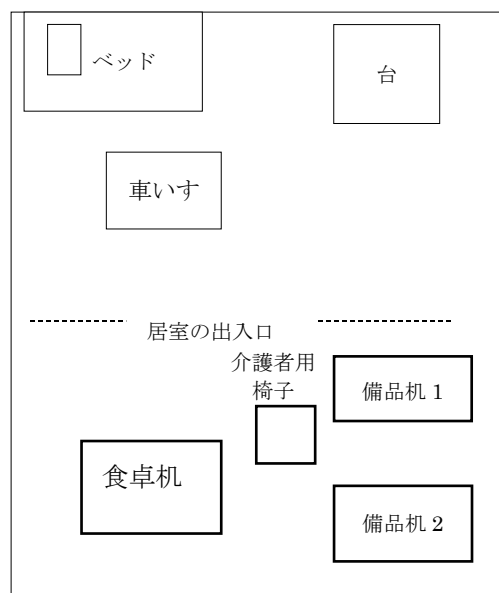
昼食の乗ったトレイ、おしぼり、おしぼり皿、スプーン、はし、ティッシュ

<備品机2>

ポジショニング用クッション数種類

※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。

会場レイアウト図（予定）



※点線（テープが貼ってある）より上が居室。下が食堂です。

※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。
※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29年6月5日(月)～6月30日(金)必着

青森県介護実習・普及センター 宛
FAX: 017-774-3235

キラリ輝く介護の魅力！介護技術コンテスト2017実技発表申込書

申込日：平成29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)				
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					
解説者役					

上記の者が、介護技術コンテスト2017の開催目的を理解し、参加することを承認します。

平成29年 月 日

○施設名等： _____

○役職名： _____

○氏名： _____ (印)