第８回　新潟県介護技術コンテスト　開催要項

～そのチャレンジが自信と優しさになる～

日々の勤務で鍛えた介護技術の高さや専門性をステージ上で披露してみませんか。介護職員等が、介護技術を競うことにより、県民の皆様に「介護のすばらしさ」「介護の仕事のやりがい」を発信し、介護の仕事への理解を深めてもらう良い機会です。今回も昨年と同じ会場で実施しますが、より専門性の高い介護技術を撮影させていただき、動画配信等を実施させていただきます。

【開催名】第８回　新潟県介護技術コンテスト

【概　要】介護技術コンテストは、新潟県の介護の魅力情報発信事業として、広く県内に従事する介護職員を選手として募り、設定課題に応じた実技を披露していただきます。第８回のテーマは、「認知症ケア」。施設における「移乗・移動ケア」「食事ケア」の２場面の課題に対する実技に対し、評価者等が審査・評価を行い、優秀者を選考・表彰します。

【目　的】日頃身に付けた介護技術を発表し、その技術の高さや専門性を競うことにより、介護技術の向上を図るとともに、県民に「介護の魅力」の理解を深めてもらうことを目的としています。

【主　催】新潟県/事業委託　新潟県介護福祉士会が新潟県より委託を受けて実施します。

【会　場】新潟市産業振興センター 　福祉・介護・健康フェア会場（新潟市中央区鐘木185番地10）

【実　技】会場ステージ上に、約４ｍ×５ｍ四方の２つのコートを用意します。そのコート内で、与えられた「移乗・移動ケア」「食事ケア」の課題をもとに、実技演技を行っていただきます。各チーム出場者は２名とし、実技は、場面①（「移乗・移動ケア」→２名：場面②（食事ケア）→1名とします。場面①→場面②の順で課題テーマに沿った実技を行って下さい。また、各コートに評価者（審査員）を配置し、演技内容を確認していきます。

【日　程】　令和６年11月９日（土）9:30～16:00（受付開始～閉会式終了まで）

|  |  |
| --- | --- |
| 時間帯 | 参加チーム数（前半3チーム、後半3チーム）競技内容「場面①　移乗・移動ケア」６分　→「場面②　食事ケア」６分 |
| 9:30～ 9:5010:00～10:2010:40～11:0011:10～11:3011:40～12:00 | 競技者受付開会式等1. チーム　コンテスト実技
2. チーム　コンテスト実技
3. チーム　コンテスト実技
 | 競技者への対応 |
| （流れ）受付→コンテスト→閉会式・競技者は個別に用意した控室で受付し着替等準備し、開会式・競技開始時間まで待機してもらいます。・開会式開始前に演技会場へ案内します。・開会式終了後は自身の演技時間まで控室等にて待機してもらいます。・競技時間になりましたら、演技会場に案内します。・競技終了後は、インタビュー、取材等を行います。・取材等終了後は自由ですが、当日に表彰および閉会式を行いますので、再度、時間までに演技会場にお越しください。 |
| 12:40～13:0013:10～13:3013:40～14:0014:00～14:5515:00～15:30～16:00 | 1. チーム　コンテスト実技
2. チーム　コンテスト実技
3. チーム　コンテスト実技

審査・選考等表彰・閉会式等終了 |

【参加費】無料

【交通費】参加される選手には、当日の会場までの交通費等（駐車料金等含む）を負担いたします。

【昼　食】昼食はご用意しておりませんので、各自ご用意願います。

【表　彰】最優秀賞（新潟県知事賞）

1. 「移乗・移動ケア」場面での得点１位のチーム
2. 「食事ケア」場面での得点１位のチーム
3. 「移乗・移動ケア」「食事ケア」の２つの場面での合計得点が１位のチーム

【副　賞】あり

【申込先】公益社団法人新潟県介護福祉士会事務局

〒950-0994新潟市中央区上所2－2－2新潟ユニゾンプラザ３Ｆ　電話025-281-5531

FAX　025-281-7710　 ﾒｰﾙ　kaigo@sage.ocn.ne.jp 　ＨＰ　<http://www.kaigo-niigata.or.jp>

■参加申込について

|  |  |
| --- | --- |
| 申込方法 | 「応募用紙」に必要事項を記入し、ＦＡＸ等でお申込み下さい。また、お電話での受付も可能ですのでお気軽にご連絡ください。※新潟県介護福祉士会ホームページからも応募用紙をダウンロードできます。 |
| 選手対象者 | 介護福祉士またはホームヘルパー２級課程もしくは初任者研修課程以上修了者で介護業務に従事している方。　※職場の種別は問いません。友人同士での参加も可能です。 |
| 募集人数 | ２名×１チーム　　計６チーム（合計：12名）　　※６チームを越える応募があった場合は、参加チームを選考させていただきます。 |
| 申込締切日 | 令和６年９月27日（金） |
| 参加決定通知 | お申込後に選考し、参加申込チームへ参加決定可否を通知します。 |
| 課題決定時期 | 設定された課題はコート見取図・評価ポイント等と併せてコンテスト１カ月前に発送します。 |
| コンテスト実技内容 | 各チームの２名（「移乗・移動ケア」「食事ケア」）が、各コートでテーマに基づきモデルを対象に実技を行い、評価者が審査・評価し、優秀者を選出します。 |
| 実技・評価 | 実技スタート前に、司会者からチーム紹介等を行います。その後、最初のコートに移動し、合図と同時に実技を開始します。審査は各コートで実技を行う選手に対して、評価者が実技評価項目に沿って行います。なお、選手の方には、マスクを着用していただきます。（各コート別タイムスケジュール　※約15分を想定しています）チーム紹介　　　１分実技時間　　 　12分（2場面合計）退場　　　　　　１分 |
| * 設定課題

イメージ | ○「移乗・移動ケア」　課題イメージ\*\*\*さんを食事へお誘いするため居室へやってきました。ベッドで横になっている\*\*\*さんを職員２人で車いすへ移乗して、ホールまでお連れしてください。○「食事ケア」課題イメージ\*\*\*さんは、ホールの車いすに座っています。お食事をお持ちしますが食欲がないのか、召し上がりません。\*\*\*さんに食事を召し上がっていただけるよう支援してください。 |
| 実技時の服装 | 参加選手の服装は自由です。但し、用意する出場ゼッケン等を装着していただきます。 |
| 選手変更 | 選手が新型コロナウイルス感染等により参加困難であることが判明した場合は、当会事務局までご連絡ください。なお、可能な限り代理者の参加をご検討いただくようお願いいたします。 |

■感染症対策として

・当日は、控室、コンテスト演技会場、取材コーナー等を用意しております。開会式、閉会式は間隔を取って並列してもらいますが、競技時は参加チームごとに時間をずらして入退室するため、他チームとの接触のない動線づくりをし、消毒・換気を行います。

■コンテストの様子等の配信などについて

・コンテストの様子は、担当スタッフが撮影し編集したものを新潟県介護人材マッチング支援サイト「にいがたかいごのお仕事」及び当会ホームページに動画で掲載し配信する予定です。

■個人情報の取扱い及び掲載等の承諾について

・申込書に記載された個人情報については応募後の事務連絡等のために使用し、それ以外の目的には使用いたしません。但し、最優秀賞受賞者や参加者の氏名等については、許可を得た上で公表する場合がありますことをご了承ください。また、コンテスト当日の演技時の映像、写真等、その後取材時等につきましても、動画配信、新潟県介護人材マッチング支援サイト「にいがたかいごのお仕事」及び当会ホームページ、新潟日報社の紙面掲載等を予定しております。本参加申し込みをもって承諾いただいたこととさせていただきます。ご理解ご承諾のほど、よろしくお願い申し上げます。

■コンテスト会場について（設置予定図　新潟市産業振興センター）

←　　約14ｍ　　→

ステージ奥

場面１　　　　　　　　　　　　　場面２

←約２ｍ→　　　　　　　　　　　 ←約２ｍ→　　　　　　　　　 　←約２ｍ→

コートサイズ

横４ｍ×縦５ｍ

ステージ正面

Bコート

「食事ケア」

Aコート

「移乗・移動ケア」

〇　Ａ・Ｂコートの中では与えられた課題に沿った、家具・机・イス・ベッド・福祉用具等が配置されます。

〇　各コートには司会者、評価者２名、タイムキーパー等が配置されます。

〇　Aコート「移乗・移動ケア」競技終了後、Bコート「食事ケア」の競技に移っていただきます。2コート同時には競技は行いません。

■応募方法について

　次葉の応募用紙でお申し込みください。

併せて、各競技者の保有資格証の写しも一緒に提出してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※　応募用紙 |  |  |  |  |  |
| **＜申込先＞　ＦＡＸ　　025－281－7710** |
| 新潟県介護技術コンテスト　事務局（公益社団法人新潟県介護福祉士会事務局）　宛 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 新潟県介護技術コンテスト　参加選手（競技者）申込書 |
| 応募締切　令和６年９月２７日（必着） |
|  |  | 申込日（ＦＡＸ等送信日）　　　　　　月　　　　　　日　　 |
| （ふ　り　が　な）エントリー氏名 | 性別 | 年齢 | 従事している事業職種 | 現在お持ちの介護職保有資格 |
| １ | 移乗・移動ケア部門 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  | 歳 |  |  |
| ２ | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  | 歳 |  |  |
| ３ | 食事ケア部門 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | １・２の内、どちらか１名の氏名をエントリーしてください |
| チーム名 | 　チーム　・・・・・・・・・・・（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | チーム代表氏名 | 　 |
| チーム代表者の連絡先及び住所（日中連絡がとれる所属施設・事業所名） | （所属先）　〒　　　　　　　-新潟県電話（所属先）　　　　　　　　　　　　携帯電話（個人等）　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX（所属先）　Mailアドレス（所属先等） |
| 所属法人、施設・事業所名（２人とも記載してください） | （エントリー氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）→ |
| （エントリー氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）→ |
| 日々の介護業務で大切にしていること、気をつけていること、自分にとっての介護とは何かなど、介護への想いを自由にご記入下さい。（２人とも書いて下さい。余白が不足の場合は本書をコピーして下さい。）　 | （エントリー氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （エントリー氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |