



この町でつながり、そして“今を生きる”を支える介護の力



2026

第13回 静岡県

# 介護技術 コンテスト

参加選手  
エントリー受付中

参加費無料

受付期間 7月27日～9月26日

11月14日(土) 開会10時

会場

静岡コンベンションアーツセンター (グランシップ)  
交流ホール (6階)

競技  
課題

テーマ1 「移動・移乗」部門  
テーマ2 「レクリエーション」部門

応募資格

- 介護福祉士、実務者研修修了者、訪問介護員(2級)以上又は介護職員初任者研修課程修了者で介護業務に従事していること。
- 過去静岡県が実施した介護技術コンテストにおいて最優秀賞を受賞していないこと。

## コンテストの流れ

1. 参加申込み【応募締切9月26日(土)】  
裏面の申込書にご記入の上、下記事務局まで郵送又はFAXでお送りください。静岡県介護福祉士会HPからもダウンロードできます。
2. 決定通知及び出題のプランの通知【9月30日(水)】  
参加者決定後、出題プラン(人物像、課題、ケアプラン)の詳細をお知らせします。HPでも出題プランを公開します。
3. 個別援助計画書の提出締切【10月24日(土)】
4. コンテスト開催【11月14日(土)】

## 同時開催イベント

広がる世界を体験しよう！

～ヤマハの車いす電動化ユニット体験～

15:40～16:10 講演

「全力アシスト！ヤマハ発動機30周年  
車いす電動化ユニットの紹介」

後援

静岡県 / 静岡県老人福祉施設協議会 / 一般社団法人静岡県老人保健施設協会



一般社団法人 静岡県介護福祉士会事務局 平野 〒420-0856 静岡市葵区駿府町1-70 静岡県社会福祉会館4階

イメージキャラクター  
かいごツチ

TEL 054-253-0818 FAX 054-253-0829 <https://shizukai.jp>

# 令和8年度 静岡県介護技術コンテスト ～ケアコン2026～

- ◎開催趣旨
- 介護職員が日頃の業務で身につ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共に、県民の皆さまの介護への理解を深めることを目的としてコンテストを開催します。
- ◎応募資格
- 介護福祉士、実務者研修修了者、ホームヘルパー（2級）以上修了者又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こと。また、過去、静岡県が実施した介護技術コンテストにおいて最優秀賞を受賞していないこと。
- ◎実施日時
- 令和8年11月14日（土） 10:00～16:35（予定）
- ◎会場
- 静岡県コンベンションアーツセンター（グランシップ） 6階交流ホール（静岡市駿河区東静岡2-3-1）
- ◎募集人数
- 20人 ※希望するテーマ順に記載してください。なお、応募人数が募集人数を上回る場合は、同一法人からの競技者を限定するなど、参加申込書の内容により選考する場合があります。また、応募人数が募集人数を下回る場合は、テーマを限定して開催する場合がありますので、ご了承ください。
- ◎競技課題
- テーマ1「移動移乗」部門                      テーマ2「レクリエーション」部門
- ※参加決定者に対して、出題プランの詳細（人物像、課題・ケアプランなど）をお知らせしますので、それを基に個別援助計画書の作成をお願いします。当日は、ご提出頂いた計画書に基づき競技をして頂きます。（競技時間は予定になります）
- 競技時間：実技（8分以内）    ディスカッション（5分以内）
- ◎表彰・副賞
- 最優秀賞（県知事賞）（2名）※各部門から1名    賞状・トロフィー
- 静岡県介護福祉士会会長賞（出場者所属事業所チームで個別援助計画書を作成し事前に審査）賞状
- ※最優秀賞、静岡県介護福祉士会会長賞には、QUOカード（1万円）を贈呈します。
- ※参加者には、参加賞としてQUOカード（2千円）を進呈します。
- ◎応募方法
- 応募用紙にご記入の上、郵送又はFAXでご応募下さい。保有資格（登録証又は修了証）の写しを添付して下さい。
- 応募用紙は「静岡県介護福祉士会」ホームページ（<https://shizukai.jp>）からダウンロードできます。

## 令和8年度 静岡県 介護技術コンテスト ～ケアコン2026～ 参加申込書（      月      日 記入 ）

|                                                                |                                                                                                                                                   |                  |                |                         |                 |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|-------------------------|-----------------|
| フリガナ                                                           |                                                                                                                                                   |                  | 年 齢            | 歳                       |                 |
| 氏 名                                                            |                                                                                                                                                   |                  | 生年月日           | 西暦      年      月      日 |                 |
| 書類の郵送先<br>自宅又は施設住所                                             | <input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> 施設                                                                                        | (〒      -      ) |                |                         |                 |
| 法人名                                                            |                                                                                                                                                   |                  | 所属事業所名         |                         |                 |
| 連絡先                                                            | 本人      (      )      /      緊急連絡先      (      )                                                                                                  |                  |                |                         |                 |
|                                                                | Email                                                                                                                                             |                  |                |                         |                 |
| 保有資格等                                                          | <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 実務者研修修了者 <input type="checkbox"/> 訪問介護員2級課程以上修了者<br><input type="checkbox"/> 初任者研修課程以上修了者 |                  |                |                         | 介護業務経験<br><br>年 |
| 希望するテーマ                                                        | 第1希望（      ）部門                                                                                                                                    |                  | 第2希望（      ）部門 |                         |                 |
| ※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。 |                                                                                                                                                   |                  |                |                         |                 |
| 所属長の出場承諾サイン（職名・氏名）                                             |                                                                                                                                                   |                  |                |                         |                 |

※本コンテストにおいて取得した個人情報については、同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。

但し、最優秀賞受賞者の氏名等については、必要に応じて公表する場合があります。また、競技中に写真、動画を撮影し、ポスターやホームページ等に掲載する場合がありますのでご了承下さい。

◎応募・問合せ先【一般社団法人静岡県介護福祉士会】 TEL 054-253-0818 / FAX 054-253-0829

郵送の場合 〒420-0856 静岡市葵区駿府町1-70 静岡県総合社会福祉会館 4階

<https://shizukai.jp> e-mail shizukai@cy.tnc.ne.jp