

**特別全国障害者スポーツ大会バスケットボール競技（知的）
中国・四国ブロック予選会実施要綱**

1. 目 的

この大会は、令和5年度に開催される「特別全国障害者スポーツ大会（燃ゆる感動かごしま大会）」の中国・四国ブロック代表チームの選考大会として開催する。

2. 主 催

山口県 公益社団法人山口県障害者スポーツ協会

3. 共 催

公益財団法人日本パラスポーツ協会 一般社団法人全日本知的障がい者スポーツ協会

4. 主 管

一般社団法人山口県バスケットボール協会

5. 協 力

山口市バスケットボール連盟 山口県障がい者スポーツ指導者協議会

6. 後 援（予定）

山口県教育委員会 一般財団法人山口県知的障害者福祉協会
一般社団法人山口県手をつなぐ育成会 山口県特別支援学校長会

7. 開 催 日

令和5年6月10日（土）～6月11日（日）

8. 会 場

維新百年記念公園 維新大晃アリーナ（〒753-0815 山口県山口市維新公園 4-1-1）

9. 日 程

【6月10日（土）】

選手団受付 10：30～

代表者会議 11：30～

開会式 12：30～

競技開始 13：00～

【6月11日（日）】

競技開始 9：30～

競技終了 13：20

閉会式 13：30～

10. 競技規則

令和5年度公益財団法人日本パラスポーツ協会編「全国障害者スポーツ大会競技規則集」及び公益財団法人日本バスケットボール協会競技規則による。

11. 参加資格

- （1）参加チームは、中国・四国地区各県及び政令指定都市の代表チームとする。
- （2）出場選手は、次の条件を両方満たす者とする。

①令和5年4月1日現在13歳以上の知的障害者。

なお、「知的障害者」は、厚生事務次官通知(昭和48年9月27日厚生省発児第156号)による療育手帳の交付を受けた者。あるいは、その取得の対象に準ずる障害のある者とする。

②参加する県・指定都市に現住所を有する者。

ただし、施設や学校等に入所、通所並びに通学している者は、その所在地の県又は指定都市から参加しても差し支えないものとする。

12. チーム編成

(1) 1チームの構成は、コーチ1名、アシスタントコーチ1名、マネージャー1名、トレーナー1名、選手12名以内とする。

(2) コーチ・アシスタントコーチが選手を兼ねる場合は、選手名簿に登録されていなければ選手として出場できない。この場合の選手の人数は、選手を兼ねるコーチ等含む12名以内とする。

(3) トレーナー1名を、決められた席に待機させることができる。なお、トレーナーは参加申込時に登録した者に限る。このトレーナーは、実際に施術ができる者とし、障がい者スポーツトレーナーの有資格者であることが望ましい。

13. 競技運営

(1) 組合せ

組み合わせは、参加申込書とりまとめ後、主催者が関係者立ち会いのもとに代理抽選をおこなう。

(2) コート入退場

定められた時間に入場し、試合後は速やかに退場する。

(3) ウォーミングアップ

定められた時間にウォーミングアップを行う。

(4) 試合

参加チームによるトーナメント戦(勝ち残り)で順位を決定する。

(5) 競技時間

10分4クォーター制とする。

(6) 試合球

試合球は、公益財団法人日本バスケットボール協会検定球、男子は7号球(モルテンB7G5000)、女子は6号球(モルテンB6G5000)とし、主催者が用意する。

(7) ベンチ・服装

ベンチ及びユニフォームは、組み合わせ番号の若いチームをオフィシャル席に向かって右側のベンチとし、ユニフォームは淡色とするが、チーム同士で相談後、変更も可とする。

ユニフォームが揃わない場合は、ビブス可とする。その際は可能な限り県名・指定都市名を表示すること。

14. 代表者会議

(1) 代表者会議には、チームの代表者2名以内が出席すること。

(2) 代表者会議の日時・場所

令和5年6月10日(土) 11:30~12:00
維新百年記念公園 維新大晃アリーナ 控室1、2

15. 表彰

決勝戦終了後、優勝・準優勝チームに対して行う

16. 参加費

10,000円(大会1日目の受付時に徴収する)

17. 申込方法

別紙申込書に必要事項を記入し、証明書類を添付のうえ、令和5年5月19日(金)までに大会事務局へ送付すること。(注:参加申込書に、行政担当者または各県障害者スポーツ協会の担当者名を記入すること。メール提出も可)

証明書類:療育手帳の写し(療育手帳の写しが提出できない場合は、児童相談所・知的障害者更生相談所長の判定書の写し、もしくは在籍または卒業先の所属長による証明書)

<証明書の記載内容>

- ・証明年月日
- ・都道府県・指定都市名
- ・在籍(在学、通所、入所)または卒業(退所)の団体名
- ・在籍(在学、通所、入所)または卒業(退所)の所属長名(公印)
- ・対象選手に関する情報(氏名、性別、生年月日、当該年4月1日現在の年齢)
- ・証明文「療育手帳の取得の対象に準ずる障がいがあることを証明します」

※なお、宿泊が必要な場合は、各チームで手配すること。

※弁当(1個700円(税込)・お茶つき)の申込には別紙申込書に個数を記入し、参加申込書と一緒に提出すること。

【大会事務局】

〒753-0092 山口県山口市八幡馬場36-1 山口県身体障害者福祉センター内
公益社団法人山口県障害者スポーツ協会
TEL (083) 901-4065 FAX (083) 901-4064
Mail: webmaster@syospo-yamaguchi.jp (担当:横田)

18. 参加上の注意

- (1) 競技中の事故・ケガ等については、応急処置以外主催者は責任を負わない。なお、傷害保険の加入については、主催者において行う。
- (2) 天候や自然災害及び新型コロナウイルスの感染症の影響により中止となった場合は、参加申込のあったチームを対象に、主催者が実施する抽選により代表チームを決定する。
- (3) 組み合わせ抽選後に出場できないチームが出た場合、該当チームの試合は対戦相手の不戦勝とする。
- (4) 会場の駐車場には限りがあるため、できるだけ乗り合わせでの来場をお願いする。
- (5) 主催者側で大会中の写真を撮影し、ホームページ等に掲載する場合があるため、ご了承ください。