

# 第 16 回全国障害者スポーツ大会サッカー競技

## 中国・四国ブロック予選会実施要綱

### 1. 目 的

この大会は、岩手県で開催される第 16 回全国障害者スポーツ大会サッカー競技の中国・四国ブロック代表を選出するものである。

### 2. 主 催

高知県、社会福祉法人高知県社会福祉協議会、高知県立障害者スポーツセンター

### 3. 共 催

公益財団法人日本障がい者スポーツ協会、NPO 法人日本知的障害者スポーツ連盟

### 4. 主 管

一般社団法人高知県サッカー協会

### 5. 協 力

高知県障がい者スポーツ指導者協議会

### 6. 後 援（ 予 定 ）

公益財団法人高知県体育協会、高知県教育委員会、高知市  
社会福祉法人高知県知的障害者育成会、高知県知的障害者福祉協会  
高知新聞社、読売新聞高知支社、朝日新聞高知総局、毎日新聞高知支局  
NHK 高知放送局、RKC 高知放送、KUTV テレビ高知、KSS さんさんテレビ

### 7. 開 催 日

平成 28 年 6 月 11 日（土）、12 日（日）

### 8. 会 場

春野総合運動公園 球技場及び多目的広場 住 所：高知県高知市春野町芳原 2485  
T E L：088-841-3105

### 9. 日 程

6 月 11 日（土）	6 月 12 日（日）
選手団受付 11：00～	競技開始 9：00～
代表者会議 11：30～	競技終了 11：50
開会式 12：30～	閉会式 12：30～
競技開始 13：30～	

### 10. 競技規則

平成 28 年度公益財団法人日本障がい者スポーツ協会編「全国障害者スポーツ大会競技規則集」及び平成 28 年度公益財団法人日本サッカー協会競技規則を準用する。

### 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平成 28 年 4 月 1 日現在 13 歳以上の知的障がい者。

なお、「知的障がい者」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がいのある者とする。

②参加する都道府県・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、監督1名、コーチ2名以内、選手18名以内とし、男女を問わない。ただし、ベンチに入れるのは16名とする。
- (2) 監督・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。この場合の選手の数人は、選手を兼ねるコーチを含む18名である。怪我等の対応の為、トレーナー等の帯同があるチームは、1名までベンチに入ることを認める。ただし、医療知識があり、実際に施術が可能なものとし、ベンチに入る場合は、参加申込書に記載すること。

## 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。ただし、前回大会1位のチーム及び2位のチームはシードする。

### (2) 競技方法

- ①参加チームによるトーナメント戦とし、交流戦は2日目に行う。(参加チーム数より変更の場合もある。)
- ②試合時間はハーフタイム10分を挟んで前後半各30分とする。
- ③同点の場合は、ペナルティキック方式で勝敗を決定する。
- ④決勝戦において同点の場合は、前後半5分の延長戦を行い、なお同点の場合はペナルティキック方式で勝敗を決定する。
- ⑤試合球は、モルテンヴァンタツジオ F5V5000 芝用を使用する。
- ⑥マルチボールシステムを採用する。
- ⑦選手の交代については、試合開始前に登録した5名の交代要員の中から5名までの交代が認められる。
- ⑧テクニカルエリアを設ける。監督及びコーチは、その都度1名がテクニカルエリアから戦術的指示を選手に伝えることができる。指示を与えた後は直ちに所定の位置に戻る。監督及びコーチは、常にその中にとどまり、責任ある態度で行動する。
- ⑨警告の累積が2回に及んだ選手は、当大会の次の1試合を出場停止処分とする。また、退場処分を受けた者についても、次の試合を出場停止処分とする。

### (3) 招集

- ①メンバー表は試合ごとにマッチコーディネーションミーティング時に持参すること。
- ②招集開始時間は原則として試合開始10分前とする。ただし、前の試合でペナルティキック方式により試合時間が延びた場合は、前の試合終了後10分後にキックオフとする。

### (4) 服装

- ①チームのフィールドプレイヤー、ゴールキーパーはそれぞれ正・副2組のユニフォームを持参し、背番号は1番から18番までの通し番号とする。
- ②フィールドプレイヤーがゴールキーパーと交代するときは、それまで着ていたユニフォームと同じ背番号を使用する。その際、ユニフォームの用意がない時は、白布に背番号を記入し、ユニフォームに貼り付けることとする。

## (5) その他

- ①代表者会議は、平成 28 年 6 月 11 日（土）11:30 から会議室にて行う。また代表者会議の場において申し合わせ事項を設けることができる。
- ②各試合開始 60 分前にマッチコーディネーションミーティングを行う。
- ③ベンチは、組合せ表番号が若いチームをグラウンドに向かって左側とする。
- ④ウォーミングアップは、アップシューズにてピッチ外で行うこととし、試合開始 30 分前から試合コートの使用を認める。
- ⑤不明な点に関しては、大会事務局に問い合わせること。

## 14. 参加費

10,000円（1チーム）を当日、受付にて徴収いたします。

## 15. 申込み方法

別紙申込書に必要事項を記入し、証明書類<sup>1)</sup>を添付のうえ、平成 28 年 5 月 18（水）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がい者スポーツ協会の確認印をもらってください）

- <sup>1)</sup> 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）

### <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、各チームで手配してください。

※弁当（1個 700円・お茶つき）の申込には別紙申込書に個数を記入してください。

### （大会事務局）

〒781-0313 高知県高知市春野町内ノ谷 1-1

高知県立障害者スポーツセンター

T E L : (088) 841-0021      F A X : (088) 841-0065

## 16. その他

- (1) 役員・選手変更については、代表者会議までに、「役員・選手変更用紙」にて申込むこととする。
- (2) 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。

(3) 荒天時による予選会中止の場合の順位決定方法は下記のとおりとする。

① 全日程中止の場合

競技方法で定められた組み合わせに則り各チーム代表 11 名による抽選を行い、優勝チームを決定する。

② 1 日目競技実施し、2 日中止の場合

1 日目に実施した結果に基づいて、2 日目の中止分の試合を抽選とし、優勝チームを決定する。抽選方法は全日程中止の場合と同じ

③ 1 日目競技が中止となったが、2 日目競技実施できる場合

1 回戦、準決勝のみを行ない、決勝戦については、大会事務局が該当チームと試合日時等を調整のうえ別途実施し、優勝チームを決定する。なお、3 位決定戦および交流試合は行わない。

④ 台風や震災等自然災害により、予選会が中止となった場合

後日、各チーム代表者が集合し、抽選で優勝チームを決定する。