

# いつでも どこでも どこへでも

## ～障害があるひとへの出前型スポーツ支援活動実施中～

場所がない・・・用具がない・・・仲間がいない・・・  
そのような悩みのご相談受け付けます！！



### メニュー

- 1) 障害、年齢や体力に応じたスポーツの紹介と体験
  - 障害別のスポーツ教室
  - 重度な障害の方へのスポーツ
  - 多くの方が参加できるスポーツ
  - 介護者やボランティアが参加できるスポーツ
- 2) 地域のミニ・スポーツイベントの企画・実施へのお手伝い
  - 運動会への新しい種目の導入
  - アトラクションとしてのアスリート模範競技の斡旋
- 3) 運動不足のみなさんに健康づくりや介護予防への運動とスポーツ提供
  - 健康への運動によるアプローチ
  - どこでもストレッチと筋力トレーニングなど
- 4) 特定のスポーツ（陸上競技、卓球、フライングディスクなど）の技術指導
  - 全国障害者スポーツ大会への取り組み
- 5) なんでも相談コーナー
  - 障害のあるひとへのスポーツ情報の提供と相談

### 条件

- ◆参加者の募集やレクリエーション保険費用は主催者でお願いします。
- ◆会場となる施設の申し込み、また費用は主催者のご負担となります。
- ◆特殊なスポーツ用具を持参します。
- ◆事業に係る諸費用（体育指導員交通費と報償費）※詳細については、お問合せ下さい。



### 問合せ・申込先

▲兵庫県立障害者スポーツ交流館（神戸市西区曙町 1070）

TEL 078-927-2727 FAX 078-927-8022

▲兵庫県立ふれあいスポーツ交流館（たつの市新宮町光都 1-7-1）

## 令和3年度 「出前障害者スポーツ教室に伴う講師派遣事業」

### 実施要綱

- 1 目的 兵庫県下の関係機関、団体、施設からの要請を受け、地域・施設へ体育指導員を派遣し、スポーツの普及・振興を推進させることを目的に実施する。
- 2 主催 社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団 兵庫県立総合リハビリテーションセンター  
社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団 兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター
- 3 実施期間 2021年4月1日～2022年3月31日
- 4 対象 兵庫県下の関係機関や障害者施設及び団体
- 5 実施方法 実施には委託契約書を締結する。  
(1) 実施回数は1機関・団体につき年4回までとする。  
(2) 会場は申請者が準備、その費用を負担する。  
(3) 教室の広報、募集は申請者が行う。  
(4) 教室には、スポーツ保険の加入を勧める。  
(5) 特殊な用器具（消耗品以外）は、被申請者が準備する。
- 6 経費 (1) 講師派遣に係る交通費（依頼者側の規定）と派遣費用1回8,000円とする。

### 7 内容

時間	1時間～2時間程度
種目	① レクリエーションスポーツ及びニュースポーツ指導を中心とします。 ② 車いすバスケットボール、陸上、水泳、卓球、バドミントン、風船バレーボール、フライングディスク、ポッチャ等、既存のスポーツ。 ※上記に記載のない種目は、応相談。
参加人数	5名～30名程度
指導内容	初心者対象

- 8 申請手続き 別紙申込書に記載のうえ下記の方法で申し込む。  
①電話、②FAX、③郵送、④スポーツ交流館またはふれあいスポーツ交流館に持参  
〒651-2181 神戸市西区曙町 1070  
兵庫県立総合リハビリテーションセンター 県立障害者スポーツ交流館  
TEL ; 078-927-2727 (代表) FAX078-927-8022  
〒679-5165 たつの市新宮町光都 1-7-1  
西播磨総合リハビリテーションセンター ふれあいスポーツ交流館  
TEL ; 0791-58-1050 (代表) FAX0791-58-1323
- 9 その他 (1) 教室中は、必ずスポーツウエアを着用（体育館では体育館シューズを使用）  
(2) 教室は、安全と円滑な進行を行うため、関係者も介助参加をする。  
(3) 参加者の年齢、性別、障害程度や医療的情報を事前に連絡調整する。  
(4) いかなる場合も個人情報は漏えいしない。

令和3年度

# 「出前障害者スポーツ教室」



## 講師派遣申請書

施設(団体)名		
代表者	印	
住所	〒	
担当者		
電話番号	—	—
緊急連絡先	—	—

		内 容					
日時時間帯	第1希望	月	日	( )	時	分	
		時	分	~	時	分	
日時時間帯	第2希望	月	日	( )	時	分	
		時	分	~	時	分	
会場	会場名						
	住所 〒						
	広さ(具体的に)…例)バスケットコート1面分						
参加人員内訳	肢体	知的	精神	視覚	聴覚	内部	介助員
	その他	合計					
希望内容 or 希望スポーツ種目 ※☑を入れてください。	<input type="checkbox"/> 車いすバスケットボール <input type="checkbox"/> 陸上競技 <input type="checkbox"/> 水泳 <input type="checkbox"/> 卓球 <input type="checkbox"/> テニス <input type="checkbox"/> バドミントン <input type="checkbox"/> 風船バレーボール <input type="checkbox"/> ボッチャ <input type="checkbox"/> フライングディスク ※上記に記載のない種目は、応相談します。						
備考							

※職員記載欄

受付日	年	月	日 ( )	備考
受付職員	印			