

公益財団法人日本障がい者スポーツ協会公認

平成30年度 初級障がい者スポーツ指導員養成講習会（道北地区）実施要綱

1. 目的 スポーツ・レクリエーション振興・普及を通して障害のある方々に対し健康の維持・増進や社会参加を進めるため、専門的な知識や技能を身につけた指導者を養成し、障害者スポーツの普及・振興に寄与することを目的とする。
※障害者スポーツは現在、アダプテッド（適応された）スポーツと呼ばれ、障害に限らず子どもから高齢者まで誰もが一緒に楽しめるものとなっております、様々な現場で活用されています。
2. 主催 北海道障がい者スポーツ指導者協議会
3. 共催 道北地区障がい者スポーツ指導者協議会
4. 協力 旭川パラスポーツ協議会（旭川障害者スポーツ協会、旭川医科大学スポーツ医科学研究委員会、旭川障がい者文化スポーツ振興支援会、道北地区障がい者スポーツ指導者協議会、カムイ大雪バリアフリーツアースセンター）
5. 後援 旭川市・旭川市教育委員会
(予定) 公益財団法人日本障がい者スポーツ協会・公益財団法人北海道障害者スポーツ協会
特定非営利活動法人旭川障害者連絡協議会
6. 期間 平成30年12月1日（土）・2日（日）※2日間・計18時間
1日目9：00～20：00 2日目9：00～18：20
7. 場所 旭川市市民活動交流センター CoCoDe 旭川市宮前1条3丁目3番30号
8. 対象者 平成30年12月1日現在、18歳以上の人で障害者スポーツに理解と熱意を有し、今後障がい者スポーツ活動の普及・振興に貢献する意欲のある者
（2日間の全研修課程受講可能な者に限る）
9. 定員 30名（応募多数の場合は選者による）受講決定可否は郵送により通知いたします。
10. 内容 障害者スポーツに関する講義と実技（別紙カリキュラム参照）
11. 受講料 5,000円（研修1日目の受付で徴収します）
※資格手続を行う方は、「認定申請料5,500円・初年度登録費3,800円」が受講料とは別にかかる費用となります
12. テキスト 2,500円（障害者スポーツ指導教本 初級・中級）
1,000円（全国障害者スポーツ大会競技規則集）
13. 申込み 所定の申込書を平成30年11月13日（必着）までに下記に郵送・FAXしてください。
〒078-8368 旭川市東旭川町旭正 315 番地 2
カムイ大雪バリアフリーツアースセンター内
北海道障害者スポーツ指導者協議会道北事務局
TEL 0166-38-8200 FAX 0166-38-8211
E-mail nhcsid@kamui-daisetsu.org

平成30年度 道北地区初級障がい者スポーツ指導員養成研修会

カリキュラム

- ① 障害者福祉施策と障害者スポーツ
 - i. 障害者福祉施策の体系、サービス体系、今後の動向と障害者スポーツとの関連性【2時間】
- ② ボランティア論
 - i. ボランティア精神の活動と基本的姿勢【2時間】
- ③ 障害者スポーツの意義と理念
 - i. 障害者のスポーツの捉え方やその意義、効果【2時間】
- ④ 安全管理
 - i. スポーツを実施する際の安全管理の基本的な項目と内容【1時間】
- ⑤ 障害の理解とスポーツ
 - i. 各障害の主な特性を学び、その特性に配慮しながら安全にスポーツを実施させるために必要な最小限の知識【5時間】
 - ・身体障害（内部障害を含む）2時間
 - ・知的障害2時間
 - ・精神障害1時間
- ⑥ 日本障害者スポーツ協会公認 障害者スポーツ制度
 - i. 資格認定制度の概略【1時間】
- ⑦ 全国障害者スポーツ大会の概要
 - i. 全国障害者スポーツ大会の目的や実施内容の概略【1時間】
- ⑧ 障害に応じたスポーツの工夫・実施（実技）
 - i. 実際に行われているスポーツを体験し障害に応じたの工夫【2時間】
- ⑨ 障害者との交流
 - i. スポーツ活動現場に出かけ障害者とのふれあいを体験【2時間】

合計 18時間

平成30年度 道北地区初級障がい者スポーツ指導員養成研修会

申 込 書

| | | | |
|-------------|-----------|--------|------------------|
| ふりがな 氏 名 | | 男・女 | 年 月 日 (生 才) |
| 連絡先 | 〒 - | | |
| | 電話 FAX | 携帯電話番号 | E-mail アドレス |

| | | | | |
|---|-----|-----|----------|--|
| 勤務先 又は 学校名 | 名称 | | 職種 学年 | |
| | 所在地 | 〒 - | | |
| | 電話 | FAX | | |
| 勤務先・学校名を研修時に配布する受講者名簿に記載して (良い ・ 希望しない) | | | | |

| | | | | | |
|-------|-----|------|-----|-------|-----|
| 障害の有無 | 有・無 | 障害等級 | 種 級 | 車椅子使用 | 有・無 |
| 障害名 | | | | | |

(以下の項目は必ず記入すること)

| | | |
|---------------------------|---------------------------------|-------|
| スポーツ活動歴 | | |
| 障害のある人との関わり | | |
| 受講の動機 | | |
| 自己紹介 | (研修時、受講生全員に配布する名簿に掲載します 50字以内で) | |
| スポーツおよび 保健福祉に関する 資格 | 名 称 | 取得年月日 |
| | | |
| | | |
| | | |

※お預かりする個人情報適切に管理し、承諾なく目的以外に利用する事、第三者に開示する事はありません。