

2025年 2月 21日

新規登録者の皆さまへ

東北身体障がい者水泳連盟

東北パラ水泳選手権大会前のクラス分けについてのご案内

2025年6月1日（日）に開催されます東北パラ水泳選手権大会において、新規に登録し本大会に出場される皆さまにはクラス分けを受けていただくこととなります。

クラス分けは、皆さまの障がいの種類に関わらず、公平かつ安全に競技を実施することを目的に行なわれます。日本パラ水泳連盟が公認する大会へ初めて参加される選手は、必ずクラス分けを受けていただきます。このクラス分けを受けないと大会へは出場できませんのでご了承ください。

クラス分けは、下記のとおり実施いたします。なお、聴覚障がいのみの選手は、クラス分けを受ける必要はありません。

受検を希望される方は、別紙申込用紙に必要事項を記入の上、大会出場申込の際に併せてお申込みください。

記

【日 時】 2025年5月31日（土）11:00～17:00

※実施時間は、後日委員より連絡いたします。

【場 所】 セントラルスポーツ宮城G21プール
宮城県宮城郡利府町菅谷字館40-1

【持ち物】 ① 身体障害者手帳

② はがき代85円 ※クラス決定通知用

（受付時に徴収します。釣銭のないようご用意ください。）

③ 水着、帽子、ゴーグル ※クラス分けテスト時に着用します。

④ 障がいによっては医師の診断書の提出をお願いする場合があります。

【参 考】 < 大会参加までの流れ >

① 選手登録 ➡ ② 東北大会申込及びクラス分け申込 ➡ ③ クラス分け日時決定
➡ ④ クラス分けテスト ➡ ⑤ 東北選手権大会出場

※ 次頁の「クラス分け手順と注意事項」についてご一読下さい。

※ クラス分けシステムについては、日本パラ水泳連盟ホームページを参照下さい。

URL : <http://new.paraswim.jp/>

【問い合わせ先】

東北身体障がい者水泳連盟 クラス分け委員 齋藤真一

TEL : 090-3502-8833 / E-mail : myz@yk2.so-net.ne.jp

クラス分けの手順と注意事項

【 肢体不自由 】

肢体不自由者のクラス分けには、多くのテスト項目があります。

以下の実施内容・注意事項をよく読み、クラス分けを受けて下さい。

- クラス分けは、大きく分けて「ベンチテスト」（陸上での身体機能の検査や観察）と「ウォーターテスト」（競技中の動きの観察、水中での動作テスト）に分けられる。
- テスト中はクラス分け委員の指示に従い、現在可能な限りの最大能力を発揮すること。
- クラス分けには、付き添いの方（コーチ、家族など18歳以上の方）も同伴すること。（同意書へのサインおよびテスト時に、協力をお願いする場合がある。）

<クラス分け手順>

- ① 水着に着替えてから受付（上着は着用すること）※受付時にはがき代63円を支払う。
- ② 説明文を読み、同意書へサイン。
- ③ 身体状況、練習等についての聞き取り。
- ④ 水着姿になり、ベンチテストを行う。
- ⑤ プールへ移動し、ウォーターテストを行う。
- ⑥ テスト終了後、仮クラスが確定するまで待機後、仮クラスの確認とサインを行う。

【 視覚障害 】

視力・視覚障がい者のクラス分けは、身体障がい者手帳の確認と、簡単な聞き取りを行います。

- クラス分けの結果「S1 1・SB1 1・SM1 1」と判定された選手は、競技規則において「不透明のゴーグル」の着用が義務づけられているので、大会前に必ず準備すること。（光が漏れていると、大会時に失格となる）

【 その他の注意事項 】

- ◆ クラス分けを受けた方は、事前判定の仮クラスでの参加となる。
- ◆ クラスの確定は大会終了後、はがきで通知する。（約1～2週間以内）
- ◆ 次の大会からは、通知されたクラスで申込を行うこと。
- ◆ 今大会でクラスが一時確定されるが、パラ水泳選手権大会やジャパンパラ競技大会等の全国大会、パラリンピック等の国際大会に出場の際は、再度クラス分けが行われる。
- ◆ 日本身体障がい者水泳連盟競技規則の変更などに伴い、再度クラス分けが行われる場合がある。
- ◆ 選手は、クラス分けに対する質問や抗議を行うことができる。（抗議には所定の手続きが必要）
- ◆ 今後、病状の進行など、障がいに変化があった場合は再度クラス分けを行う。その際は大会エントリー時に申し出ること。（障がい変化を証明する診断書、または、身体障がい者手帳を用意すること）

【 FCS クラス分け申込書 実施日： 5 月 31 日（土） 】

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	年 月 日
		水泳歴	年
住所	〒		
電話番号 〔携帯番号〕			
診断名			
障害名			
受障した時期 （経過年数）			
受障の要因 〔先天性, 事故〕 〔発病など〕			
<p>次の日常生活での身体能力について当てはまるものに、□にレ点を付けてください。 できるという判断は、少しできるのであれば、“できる”としてください。</p>			
<p> <input type="checkbox"/> 歩くことができる <input type="checkbox"/> 立つことができる <input type="checkbox"/> 背もたれのない椅子に座ることができる <input type="checkbox"/> 杖や補装具などが必ず必要である <input type="checkbox"/> 手すりなどが必ず必要である <input type="checkbox"/> 移動は常に車椅子である〔種類は問わず〕 </p>			
<p>連絡希望日時など（都合の良い時間帯または e-mail など希望があれば記載してください）</p>			
<p> < クラス分け実施日 > * 実施日 : 5 月 31 日 ※ 会場・実施時刻については、後日ご連絡いたします </p>			