

第75回富山県民体育大会スポーツクライミング競技（一部）
2022年度 国体スポーツクライミング競技富山県予選会
実施要項

※国体予選会は【とやまクライム spring season】と同時開催、競技方法等とはとやまクライムに準じます。

- 1 主催 富山県山岳連盟・石川県山岳協会（合同開催）
- 2 期 日 2022年4月23日（土）、24日（日）
- 3 種 目 リード競技、ボルダリング競技
- 4 会 場
 - ・リード競技：4月23日（土）【桜ヶ池クライミングセンター】
富山県南砺市立野原東1511 TEL：0763-62-8123 <https://climbingcenter.jp/>
 - ・ボルダリング競技：4月24日（日）【ボルダリングジム On The Rock】
石川県金沢市黒田1丁目140 TEL：076-256-2835

※大会中はジム前に駐車できません。また近隣に駐車場はありません。
（最寄りの駐車場は西金沢駅周辺や石川県産業展示館周辺等になります）
- 5 セッター 清水裕登、沼尻拓磨、奥井健吾、加藤大治朗
- 6 参加区分
 - ・国体予選（リード競技及びボルダリング競技の2種目の参加必須）
- 7 参加種別
 - ・国体予選：成年男子、成年女子、少年男子、少年女子
（少年は2022年度に中学3年生～高校3年生）

※オープン参加の選手は【とやまクライム spring season】の要項を参照下さい。
- 8 参加定員 全体で最大60名程度を予定
- 9 競技方法
 - ・リード競技：フラッシング方式（2課題、右側固定壁のみ使用）※録画公開予定
※原則個人のロープを持参して使用（長さ40m以上、呼び径9.0mm～10.0mm）
個人のロープが使用できない場合は主催者で準備したロープを使用
 - ・ボルダリング競技：オンサイト・ベルトコンベア方式（4課題）
- 10 競技規則 日本山岳・スポーツクライミング協会が定めた現行の競技規則を基本とする。
ただし、本大会においてのみ実施する事項は、事前に説明します。
- 11 日 程
 - ・4月23日（土）リード競技
 - 受付 8：00 ～ 8：40（ウォームアップ可）
 - 競技説明 8：45 ～ 8：55
 - 競技1課題目 10：00 ～ 16：15頃（男女同時進行、課題共通各6分）
 - 競技2課題目 10：00 ～ 16：15頃（2課題同時進行）
 - ・4月24日（日）ボルダリング競技 ※受付後オブザベーション可
 - 男子受付 8：00 ～ 9：00（ウォームアップ可）
 - 競技説明 9：05 ～
 - 男子競技 9：30 ～ 11：30頃
 - 女子受付 12：00 ～ 13：00（ウォームアップ可）
 - 競技説明 13：05 ～
 - 女子競技 13：30 ～ 15：30頃

（1課題4分×4課題、インターバル各4分、男女別課題）

※両日とも参加人数等により予定時間が変更となる場合があります。

競技順・タイムスケジュールは大会公式サイトに事前に公表します。



大会公式サイト

- 12 参加申込 大会公式サイト <https://sc-toyama.jp> の参加申込フォームより、
4月10日(日)までに申込み下さい。

- 13 参加料 9,000円(当日受付で現金納入) ※2種目で9,000円

- 14 問合せ 富山県山岳連盟スポーツライミング委員会 嶋村
E-mail: toyamaishikawaclimbing@gmail.com 携帯: 090-1317-3056

15 国体強化選手の選考

リード競技及びボルダリング競技の総合成績(次の順位)により強化選手を選考します。

- ①リード順位×ボルダリング順位で、数字が少ない選手が上位
- ②順位ポイントが同じ場合は、最高順位が1位に近い選手が上位
- ③最高順位も同じ場合は、ボルダリング成績が上位の選手を優先

※ボルダリング競技終了後、国体強化選手を対象に説明会を行う予定です。

16 選手登録(国体予選参加選手)

- (1) 国体予選に参加する選手は、事前に日本山岳・スポーツライミング協会(JMSCA)の選手登録が必要です。

- (2) JMSCAのホームページにアクセスし、2022年度選手登録を行って下さい。

※登録方法については、サイト内の選手登録マニュアルを参考にして下さい。

<https://www.jma-sangaku.or.jp/sports/>

※所属は、富山県山岳連盟(石川県の選手は石川県山岳協会)を入力して下さい。

17 新型コロナウイルス感染防止対策及び健康チェック

本大会の開催及び参加にあたり、選手・役員及び関係者の皆様には、大会までの感染予防や健康管理に十分ご注意いただくとともに、感染防止に格別のご協力をお願いいたします。

- ・ 選手は大会2週間前から別紙の健康チェック表に体温・体調を記録し、当日提出して下さい。
- ・ 大会当日、受付にてマスクの着用、体温測定、健康チェック表の確認を行います。
- ・ 大会中もマスクの着用(競技中以外)、手洗いや手指消毒、3密防止など感染防止に注意願います。
- ・ リード競技は、密にならないように芝生広場で見学可能。
- ・ ボルダリング競技は、無観客で開催予定。

※感染防止に十分注意して大会の開催・運営に取り組みますが、感染状況の変化によりやむを得ず中止となる場合があります。

18 注意事項

- ・ 本大会出場選手の大会期間中の肖像に関わる権利は、大会主催者の管理下にあるものとします。
- ・ 盗難、紛失、駐車場等での事故に関して、大会主催者は一切の責任を負いませんのでご了承下さい。

※リード競技のデモクライミングは、YouTubeで4月22日 20:00頃に公開予定です。

右記のQRコードを読み込んでご覧下さい。



デモクライミング動画

スポーツライミング COVID19対応健康チェック表2

大会名	
氏名	

日付		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体温		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
呼吸器症状	咳が続いている	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	息切、呼吸が苦しい	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	痰が出る	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	喉の痛みがある	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	鼻水、鼻づまり	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
全身	頭痛	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	全身倦怠感	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	関節痛	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	下痢	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	吐き気、嘔吐	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
その他	臭覚、味覚の異常	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>

日付		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体温		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
呼吸器症状	咳が続いている	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	息切、呼吸が苦しい	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	痰が出る	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	喉の痛みがある	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	鼻水、鼻づまり	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
全身	頭痛	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	全身倦怠感	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	関節痛	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	下痢	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	吐き気、嘔吐	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
その他	臭覚、味覚の異常	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>

行動チェック
 濃厚接触があった。
 有
 ()
 月
 ()
 日
 新型コロナウイルス感染症と確定された患者、または疑われる患者と