

～アスリートの健康増進をめざして～ ヘルシー・アスリート・プログラム

文責：
公益財団法人スペシャルオリンピックス日本
ヘルシー・アスリート・プログラム委員会
前委員長 高橋 久雄

**Special
Olympics**
Nippon



目次

見出し		ページ
1	SO活動におけるヘルシー・アスリート®・プログラム(HAP)	4
2	HAPの活動の実際	9
3	過去のナショナルゲームでのHAPの健診実績	33
4	アスリートの健康管理について	34
5	HAP後のケアの現状 健診結果報告書各種	36
6	フォローアップ	46
7	HAPの課題	53
8	HAP今後の目標	56
9	HAPの実施方法	57
10	アンケート調査でのHAPに対するファミリーからの励ましのお言葉紹介	71
11	SO国際本部 2016－2020年「グローバルストラテジーを踏まえて	72

SO創設者 ユニスの気付き

SO創設者であるユニス・ケネディ・シュライバーは、いつもと違って元気のない、姉ローズマリーの顔が腫れていることに気がきました。

病院で診察した結果、口腔内異常が発見されました。

ローズマリーは適切な治療を受け、元気を取り戻すことができました。

ユニスは、知的障害がある人の中には、自分自身の身体の異常について伝えることが難しい場合があることから彼らの健康維持増進の為に、周囲が気にかける必要があることに気がきました。

SOでは、ユニスの気付きからアスリートの**健康維持増進**という観点も大切にして活動を続けています。

1 SO活動における ヘルシー・アスリート®・プログラム(HAP)

スペシャルオリンピックスの**使命**は
知的障害のある人たちに年間を通じて
オリンピック競技種目に準じた様々な
スポーツトレーニングと競技の場を提供し、
参加したアスリートが**健康を増進し**、
勇気を奮い、喜びを感じ、
家族や他のアスリート、そして地域の人々と
才能や技能、友情を分かち合う機会を継続的に提供します。

SOの使命と目的を果たすためのHAP

SO活動は障害のある人たちの生活を改善し、
社会に受け入れられ、歓迎され、貢献できる
受容的な社会を構築することが**目的**です。

健康であることは、社会の一員としてあらゆる活動に
参加する可能性を最大限に広げ、自信を与え、
また、運動のパフォーマンスを上げ、生活の質を高めます。
→HAPはSOにおいて重要な位置を占めています。

HAPはなぜSOに必要か

- 自己の体調に関して表現することが難しい場合がある。
- 学校卒業後に定期健康診断の機会が不足する。



HAPで改善

- 健康増進と予防の為の継続的な健康チェックの機会を提供する。
- 疾病の早期発見・早期治療の観点により、最新の科学的根拠に基づく予防対策の提案と、コーチ・ファミリーへの啓蒙。
- アスリートの住む地域の適切な医療機関を紹介するシステムを構築する。

HAPの社会への貢献

国際的に

HAPの健診で得られたデータはSOIで管理され、知的障害のある人の医療、保健政策等の改善の為の提言に役立っている。

国内/地域的に

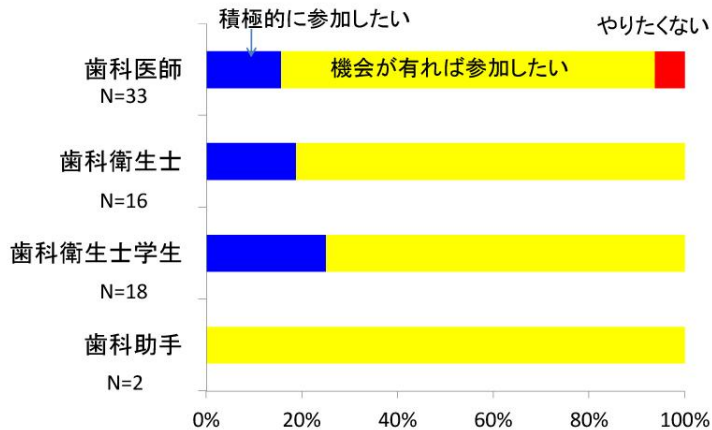
医療関係者がボランティアとしてHAPに参加することにより、知的障害のある人たちへの理解を促す。

＝受け入れ環境が整っている医療機関の増加によって適切な治療が受けられる。

ボランティアアンケート調査

SOに関わっていききたいか？

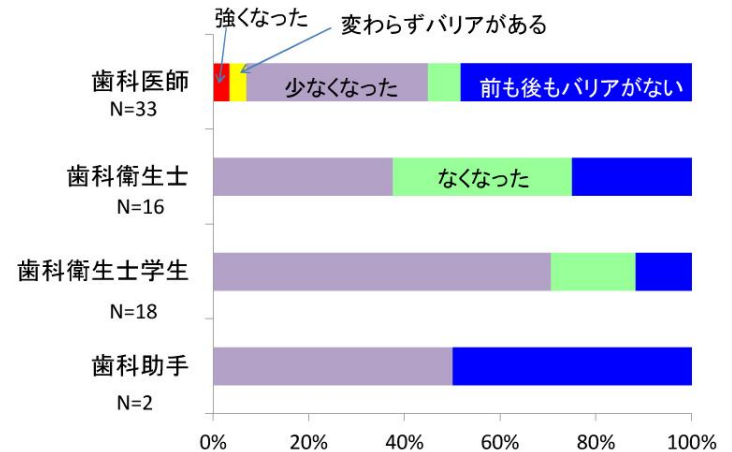
(2009 東海・北信越フロアホッケー競技会;長野市)



χ^2 検定 NS

SO参加前後の知的障害者への心のバリア

(2009 東海・北信越フロアホッケー競技会;長野市)



χ^2 検定 NS

医療従事者、医療系学生がボランティア参加することで、アスリート理解に繋がり、地域の医療機関での受け入れ態勢づくりに役立つ

調査:スペシャルスマイルズ クリニカルディレクター
小笠原 正、高橋 久雄



2 HAPの活動の実際

HAPは6部門で構成されています。



OE オープニング・アイズ (眼)

眼科



SS スペシャル・スマイルズ (歯・口腔)

歯科



HH ヘルシー・ヒアリング (聴覚)

耳鼻科



HP ヘルス・プロモーション (栄養・生活習慣) 内科



FF ファン・フィットネス (筋力・柔軟性)

整形外科



FT フィットフィート (足のケア)

足病科

Special Olympics
Lions Clubs International
Opening Eyes®

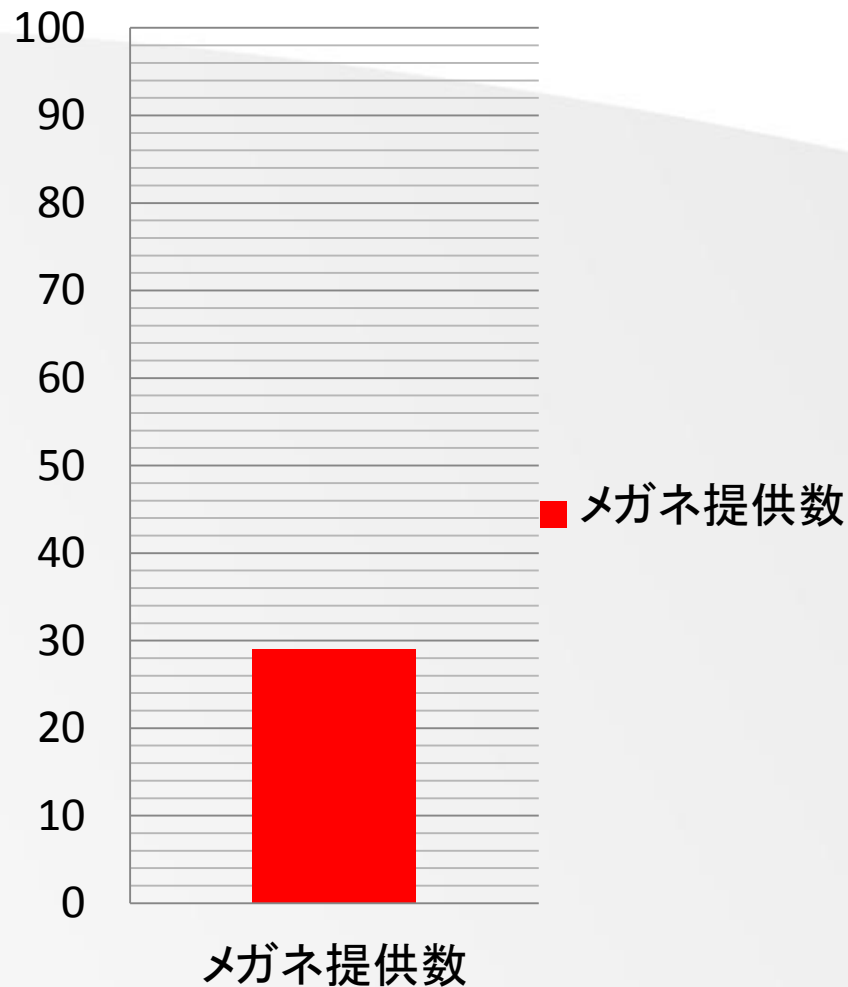
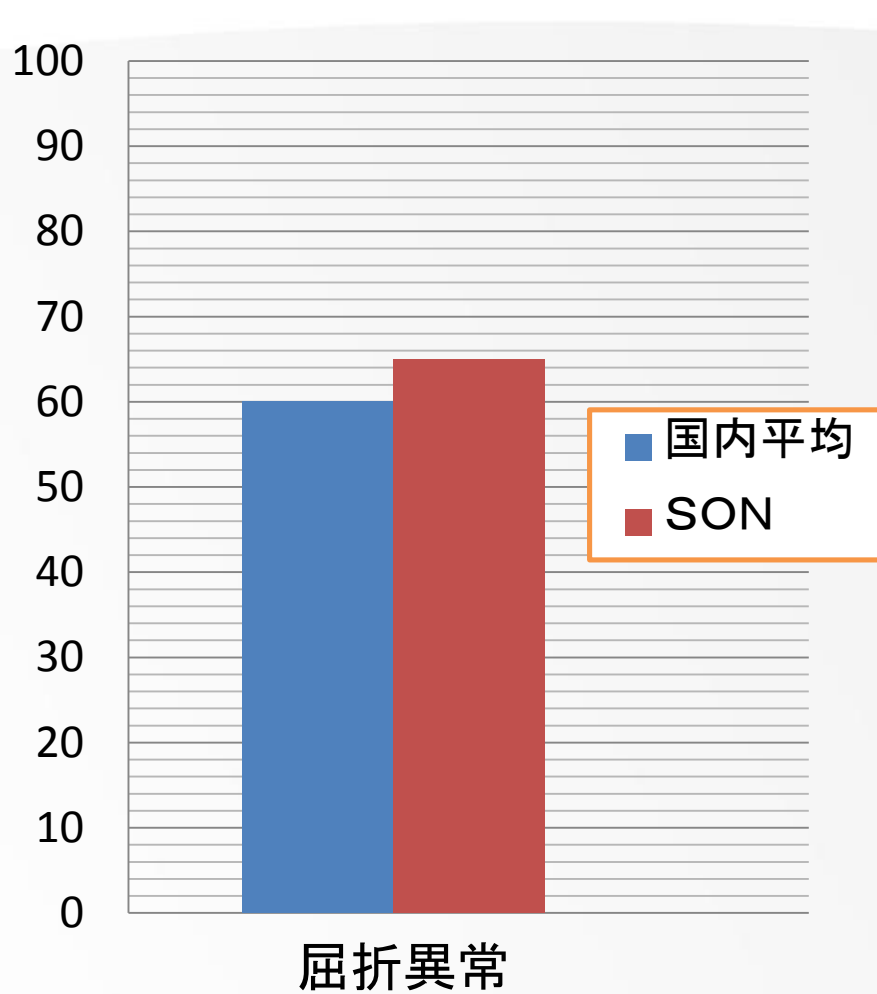


新潟で見られた疾患の疑い	視神経疾患 9.8% 白内障 5.7% 網膜疾患 2.3% 角膜疾患 1.1% 結膜炎 1%未満 緑内障 1%未満
医療機関を勧めた事例	白内障、緑内障、角膜疾患、視神経疾患など
提供物など	屈折異常を認め矯正が必要で本人の希望がある場合に無償で眼鏡提供 必要に応じて、スポーツゴーグル（度付き、度なし）サングラス・スイミングゴーグルなどの無償提供

受診件数に対し発見された疾患の疑い			
	世界 (上海大会)	日本 (福岡大会)	日本 (新潟大会)
健診数	3,571名	208名	174名
視力矯正※	33%	20%	16.2%

※ 視力矯正が必要なすべてのアスリートへライオンズクラブインターナショナルの協力により眼鏡提供を行った。

オープニングアイズ



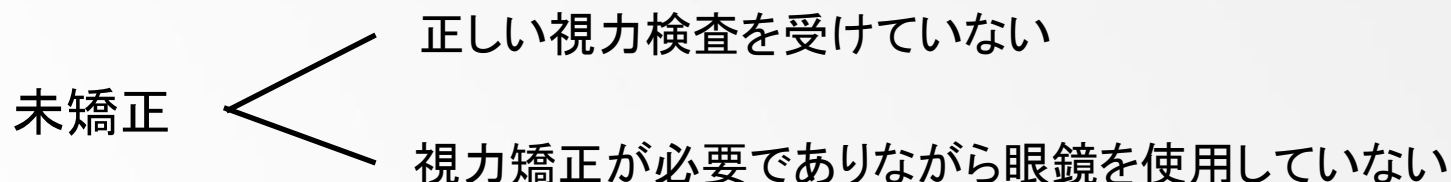
※矯正が必要なのにも関わらず、
未矯正のままのアスリート数

オープニングアイズ (OE)より

LCIOE(ライオンズクラブインターナショナル・オープニングアイズ)は、唯一HAPプログラムの中で、ライオンズ国際協会のバックアップのもとアスリートの快適な私生活を実現できるように活動を行っています。

アスリートにとって、コミュニケーションの重要性は言うまでもありません。スポーツおよび人間の行動の基となるのは外界の情報です。人は五感と呼ばれる感覚機能を使い、外界の情報を収集します。視覚と呼ばれる眼が携わっている割合は、この情報収集の中で85%~90%と言われるように非常に高いウェートを占めています。

一般的な眼科診療機関(眼鏡店含む)では、なかなかうまく視力検査が出来ないのが現状で、矯正が必要なものにも関わらず、**未矯正**のままのアスリートを多く見かけます。我々は、アスリートたちがより快適な「見る」を実現できるように、今後も全力でサポートしていきたいと考えています。



Special Olympics Special Smiles®



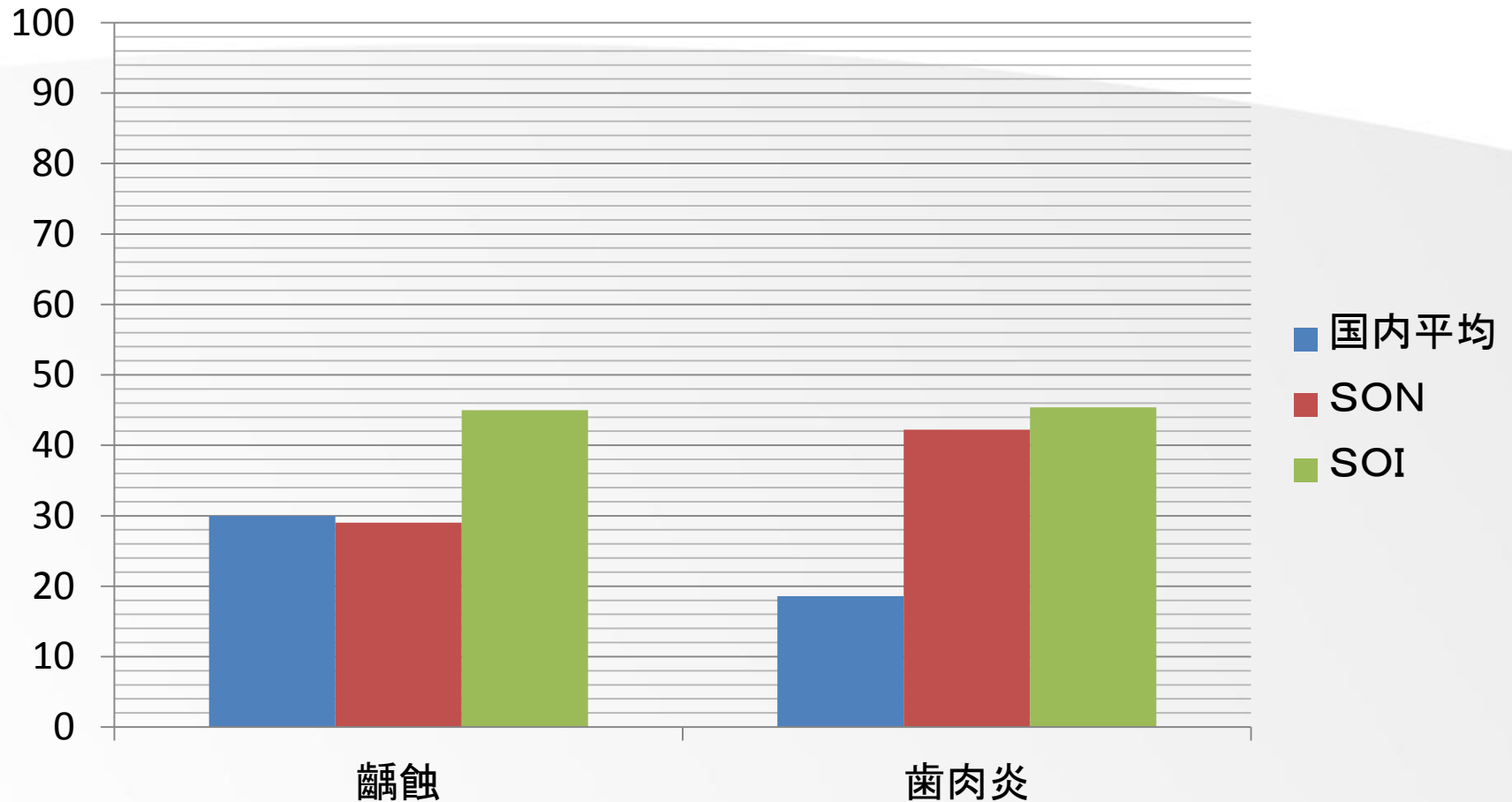
(SS)



新潟で見られた疾患及び疑い	歯肉炎 35.7% 齲蝕 17.5% 外傷による破折 5.9% 口腔内の痛み 3.7% 斑状歯 1.1% 欠損歯 1%未満
予防処置の状況	シーラント 21.9%
外傷予防	マウスガードの推奨 37.9%
医療機関を勧めた事例	齲蝕、歯肉炎、歯周病 外傷により破折 (歯髄に影響が疑われる者)
提供物など	歯磨き指導 歯ブラシ デンタルフロス などを無償提供

受診件数に対し発見された疾患の疑い			
	世界 (上海大会)	日本 (福岡大会)	日本 (新潟大会)
健診数	3,805名	311名	269名
齲蝕	45.3%	28.5%	17.5%
口腔内の痛み	9.9%	6.6%	3.7%
歯肉炎	45.4%	38.2%	35.7%

スペシャルスマイルズ



噛み合わせは身体のバランスに影響する。

齲蝕や歯周病で歯を失っても義歯を装着できない場合が多い⇒予防が大切

スペシャルスマイルズ(SS) より

特に成人期以降になると歯肉炎から歯周病への罹患が多数にみられます。

歯周疾患は目に見えない、気づきにくい疾患なので、いざ気づいた時には病状が進んでいることも稀ではありません。

今回の歯科検診で齲蝕や歯肉の問題がない方でも、歯周病の治療という観点だけでなく、予防的な観点からも定期的継続的な歯科管理が有効と思われるます。

歯の喪失による補強の現状は？

義歯は不可能？

Special Olympics Healthy Hearing



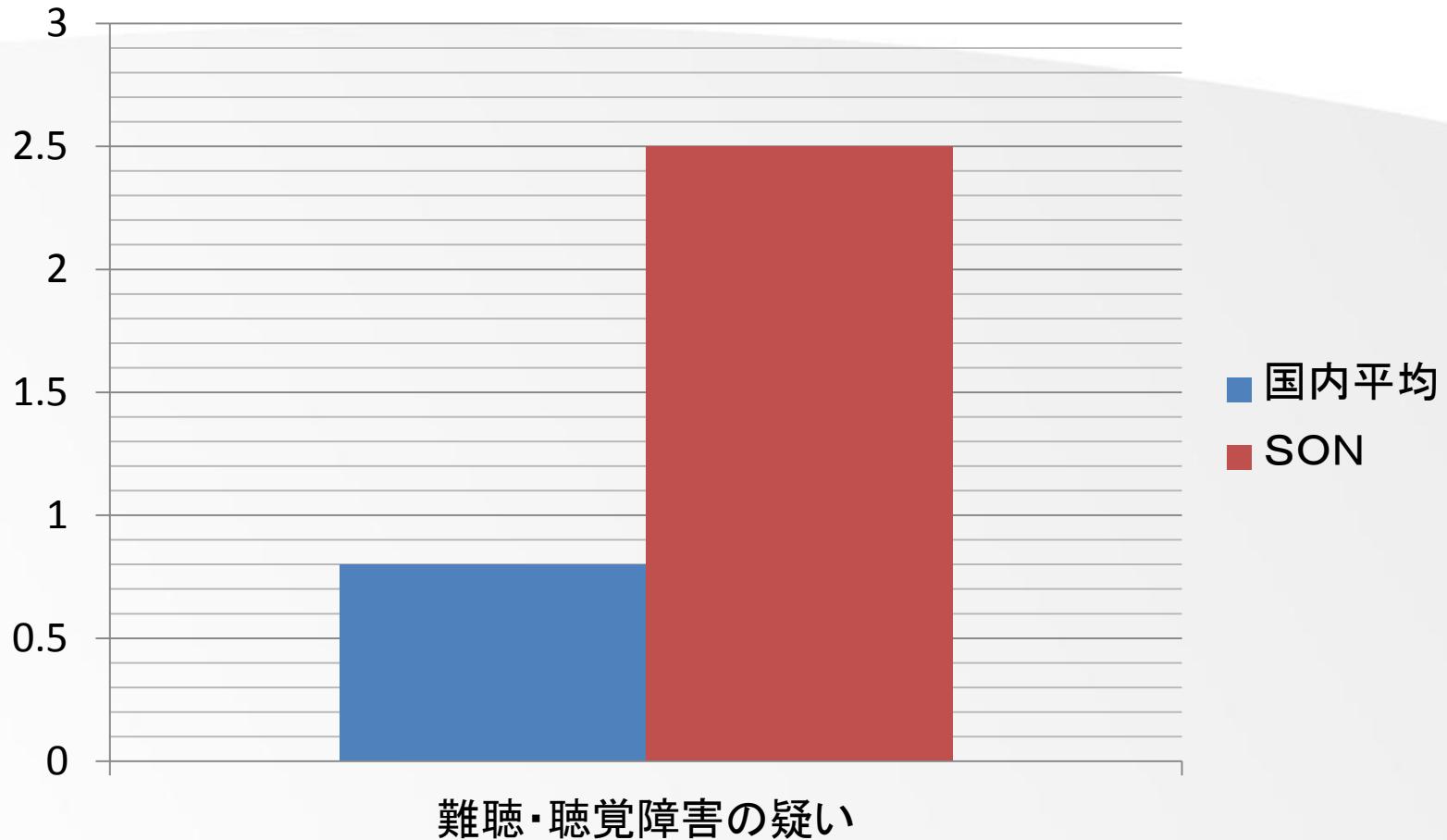
(HH)



新潟で見られた疾患及び疑い	難聴の疑い 2.4% 耳垢 1%未満 補聴器が必要 1.6%
医療機関を勧めた事例	難聴の疑い 耳垢のつまり
提供物など	補聴器※世界大会のみ

	受診件数に対し発見された疾患の疑い		
	世界 (上海 大会)	日本 (福岡 大会)	日本 (新潟 大会)
健診 数	3,156名	182名	254名
難聴	20%	8%	2.4%

ヘルシーヒアリング



耳垢が原因で難聴の疑いとなる場合も多い

ヘルシーヒアリング(HH)より

- ・スポーツをするだけでなく、毎日の生活においても聴力の影響が高いことから、聴覚機能のチェックの必要性を感じています。
- ・HAPをきっかけとして、定期的な健診の機会を増やすことお勧めします。
- ・聴こえの問題に対して引率コーチからの質問にお答えすることもあります。普段の様子でも気になる点があればお伝えください。

耳垢による難聴の予防法は？

-定期的な耳鼻科受診

ヘルシーヒアリングの意義

- 養護学校などでは必ずしも聴力検査が実施されるとは限らない
- 知的障害があれば、難聴を自覚することが困難である
- 自覚しても家族らにそれを伝えることが困難である
- 重度難聴が発見されることは稀だが、症状に気づきにくい知的障害者の難聴診断と生活の質の向上を図ることが可能となる
- 医師と言語聴覚士の交流、再教育

Special Olympics Health Promotion



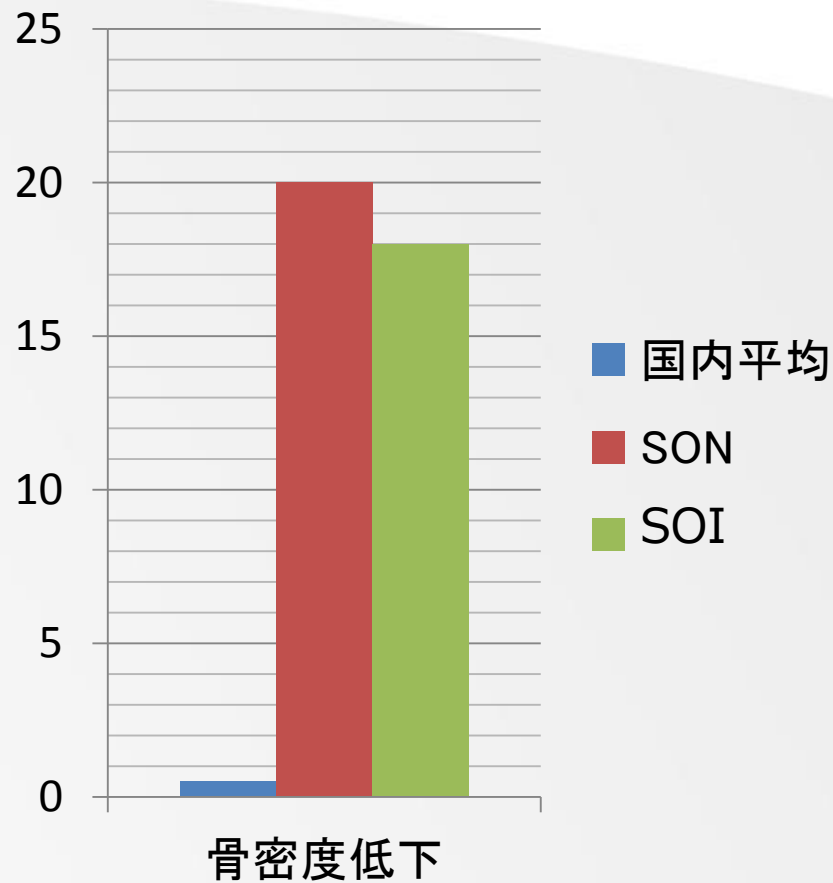
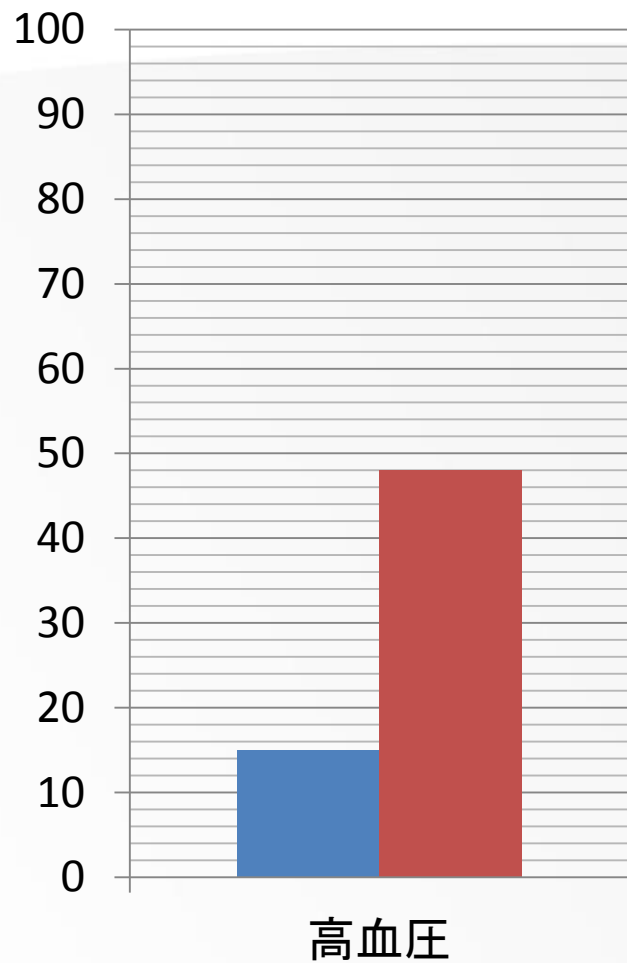
(HP)



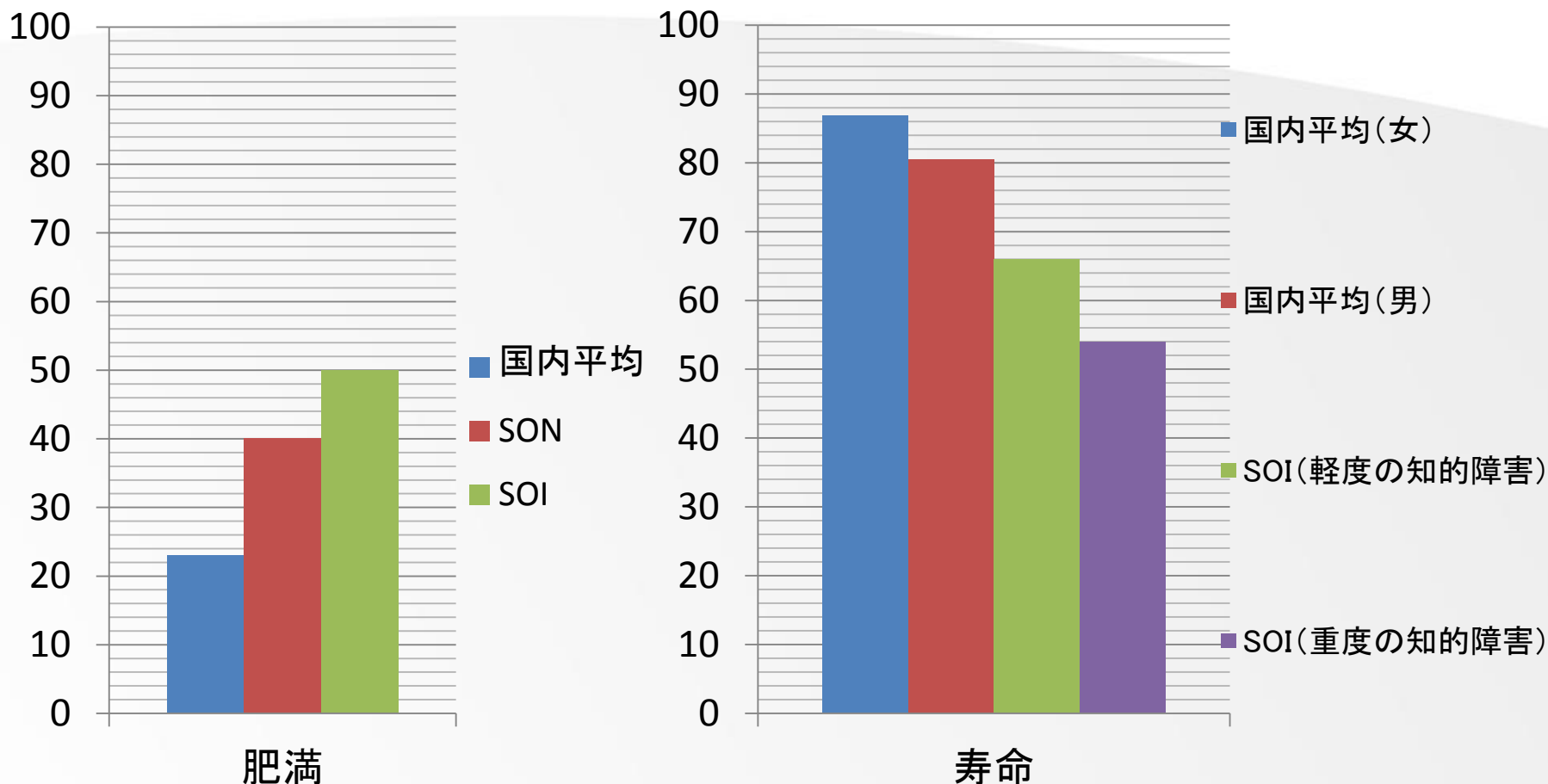
新潟で見られた疾患及び疑い	<p>高血圧</p> <p>20歳以上 9.2%</p> <p>20歳未満 17.9%</p> <p>肥満傾向</p> <p>20歳以上 5.6%</p> <p>20歳未満 9%</p> <p>骨質減少のリスクあり</p> <p>33.7%</p> <p>骨粗しょう症のリスクあり 5.8%</p>
医療機関を勧めた事例	<p>食生活を中心に、身体活動の偏り等について、本人およびコーチにコメントペーパーを渡して、家族および、精密検査を受ける際には医師へ見せるよう指導。</p> <p>骨密度、血圧が正常値をはるかに超える場合には、現地医師が精密検査の指示を出しています。</p>
提供物など	<p>提供物</p> <p>検査結果、生活習慣上望ましいコメントを書いた結果表</p>

受診件数に対し発見された疾患の疑い			
	世界 (上海大会)	日本 (福岡大会)	日本 (新潟大会)
健診数	2,609名	137名	158名
肥満	30%	8%	7%
骨密度	26%	13%	19%

ヘルスプロモーション



ヘルスプロモーション



生活習慣病が多い⇒改善すれば健康寿命が延びる ➡ 食事と運動が大切

ヘルスプロモーション(HP) より

食は心身の状態に大きく影響します。

アスリートは食のこだわり(習慣として甘い飲み物やジャンクフード等を好むなど)が見られることも多々あります。

普段の生活習慣においても、生命力あふれる自然からの恵みを大いに意識してとることでアスリートの心身の健康に繋がることを望みます。

Special Olympics **FUNfitness**

Special Olympics **Fit Feet**



(FF)



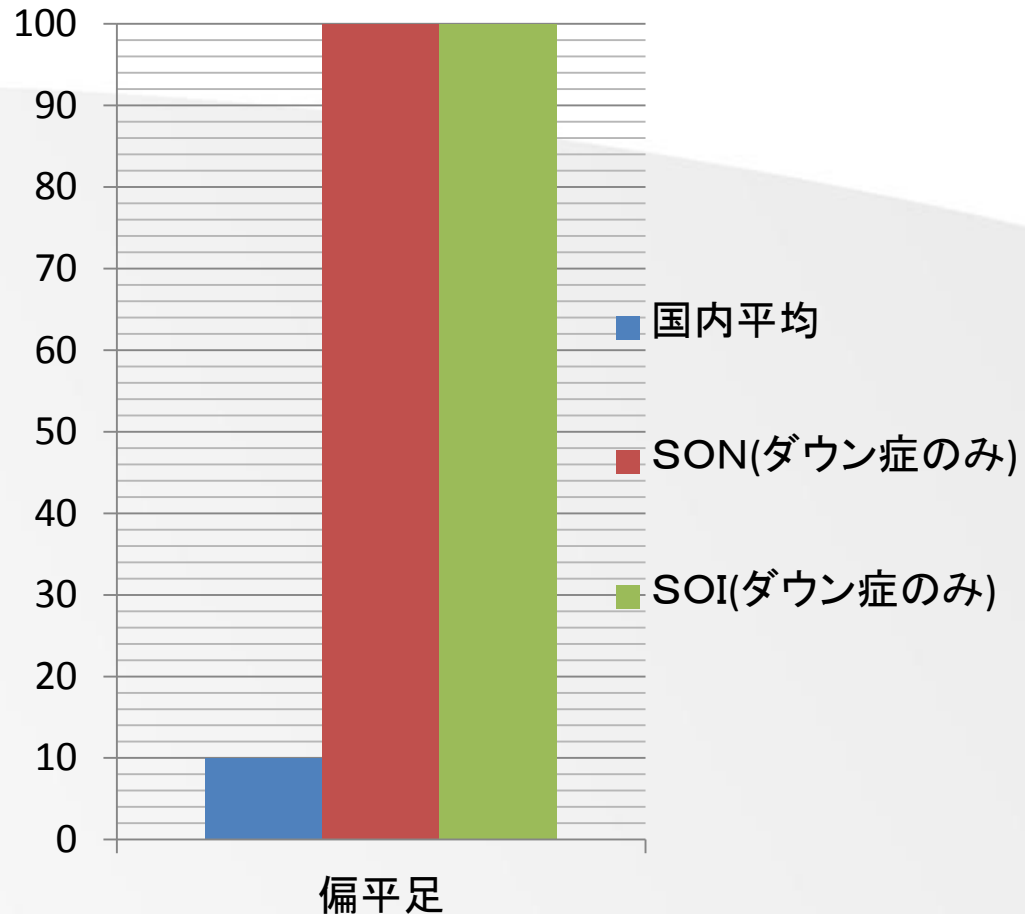
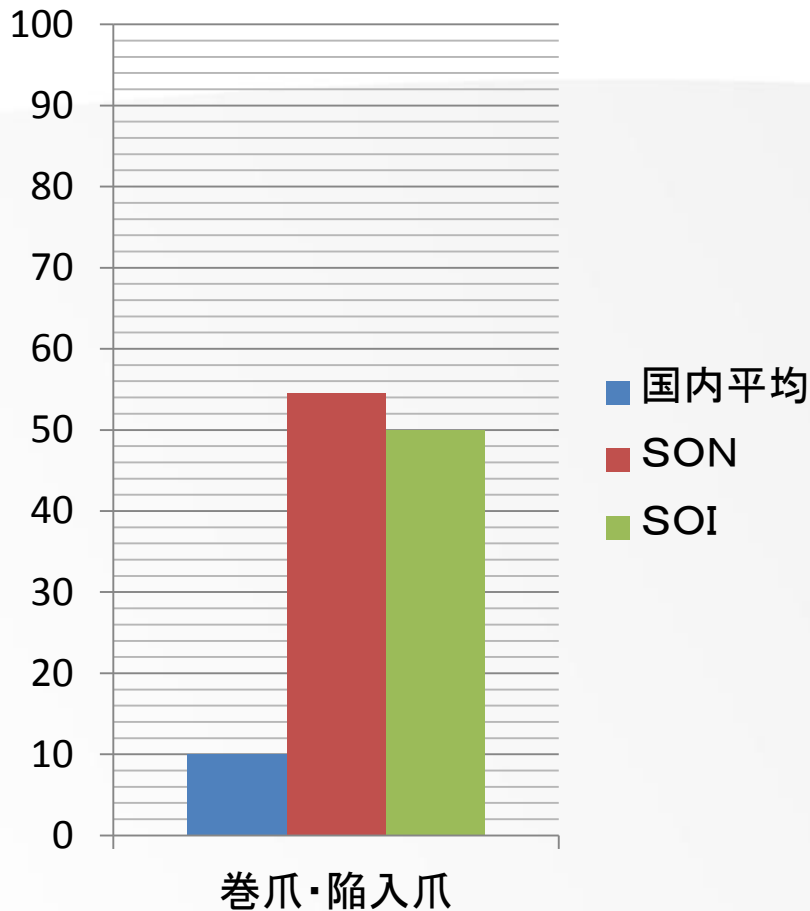
(FT)



福岡で見られた疾患及び疑い	扁平足 63% 巻爪・陥入爪 36.4% 胼胝 21.2% 爪白癬 12.1% 外反母趾 9.1%
医療機関を勧めた事例	白癬 陥入爪 炎症症状の皮膚科への受診
提供物など	教育用パンフレット

受診件数に対し発見された疾患の疑い (FTのみ)			
	世界 (上海大会)	日本 (福岡大会)	日本 (新潟大会)
健診数	2,817名	34名	33名
足の疾患	50%	68% (巻爪・陥入爪)	36.4% (巻爪・陥入爪)
		57% (扁平足)	63% (扁平足)

フィットフィット



扁平足 → 巻爪 → 白癬
→ 外反母趾 → 痛み
→ 不安定

自分に合った靴を履くことが大切

ファンフィットネス(FF)、フィットフィート(FT)より

筋力は生活するにも必要な運動機能すべてを支えます。
機能改善のためにも、日ごろからの運動の必要性は高いと言えます。

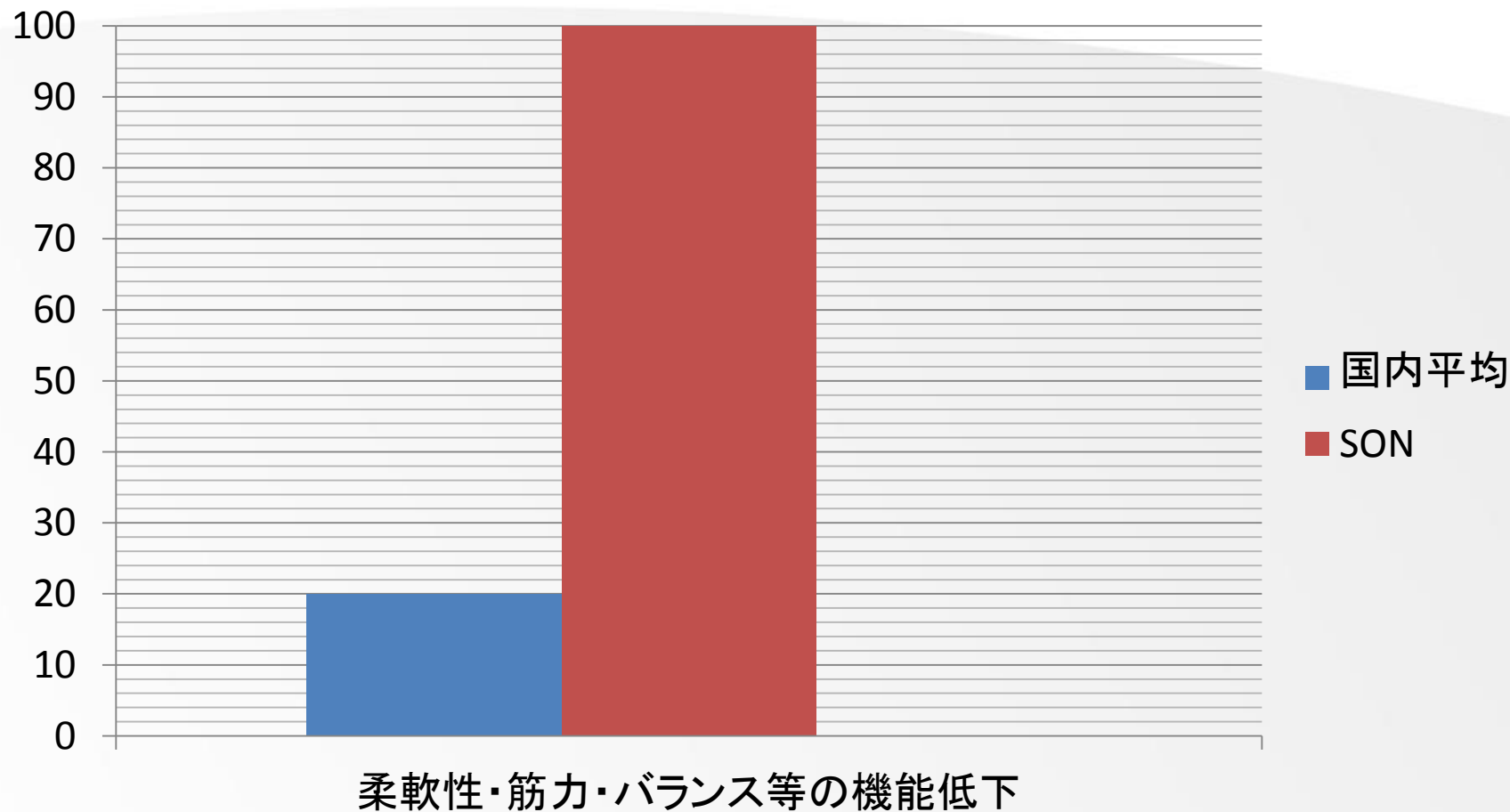
足の機能は、人間が地上を歩く上で非常に重要な役割を担っています。膝・股関節の痛みや腰痛などの原因に関与していることが多いため、普段から足のケアを心掛けていくことが大切です。
靴も大切な運動用具です。足に適した靴を選びましょう。

↓
インナーソールなどで調整

ダウン症の100%が扁平足です。

関節も特にやわらかいので足首を固定できるものをお勧めします。

ファンフィットネス



生活の中での運動が重要

3 過去のナショナルゲームでのHAPの健診実績

受診者数（平均）夏季1,045名 冬季905名

A - アスリート
V - ボランティア

大会名	熊本 夏季大会 (1129名)		山形 冬季大会 (984名)	大阪 夏季大会 (997名)		福島 冬季大会 (413名)		福岡 夏季大会 (1011名)		新潟 冬季大会 (978名)	
	A	V		A	A	V	A	V	A	V	A
オープニングアイズ (眼の健康チェック)	188	55	186	162	48	58	33	208	53	174	31
スペシャル スマイルズ(口腔)	237	54	246	258	50	138	72	331	43	269	41
ヘルシーヒアリング (聴力)	226	42	191	216	23	95	19	182	17	254	25
ヘルス プロモーション (栄養・生活習慣)	159	57	137	186	24	67	15	137	12	158	19
ファンフィットネス (筋力・柔軟性改善)	142	46	133	127	24	34	18	119	15	90	25
フットフィート (足の健康チェック)	177		91	48		21		34		33	
健診日数 (時間)	2日 (2h/6h)		2日 (3.5h/6h)	1日 (4h)		2日 (3h/5.5h)		1日 (3h)		2日 (3h/4h)	

4 アスリートの健康管理について

「平均寿命は10歳程度短い、しかし長生きな人もいる」

⇒ 寿命は伸ばすことができる!

寿命が短くなる原因

肥満 糖尿病⇒心血管障害	<ul style="list-style-type: none">・ 食へのこだわり 好きなものを与え続ける・ 座ったままのライフスタイル 例) 技能不足などの理由からスポーツをしない 例) 肉体を動かす仕事に就いていない
精神疾患 社会不適合 ひきこもり	<ul style="list-style-type: none">・ 社会不適合と感じてしまうことによるストレス・ 運動不足
合併症	<ul style="list-style-type: none">・ 経過観察が必要な合併症
急死	<ul style="list-style-type: none">・ 疾患が見過ごされる 例) 痛みに鈍感 例) 自分の状態を伝えられない

- ・ 定期的な運動⇒SO参加、日常のトレーニング
- ・ 適正な食生活⇒ファミリーの協力
- ・ 定期健診⇒HAPを各地で定期的開催

寿命が伸びることに繋がる

SOと健康診断

■HAPで問題なし

⇒ アスリート、ファミリー、コーチの努力の賜物
さらに健康に対し積極的に取り組む意欲を生む

■HAPで問題発見

⇒ 早期発見、早期治療につながる
HAPの健診で医療機関を勧められたのアスリートのほとんどが
適切な治療を受けた。

健康診断を健康増進に繋げる

SOでは1人ひとりの努力、勇気をたたえることを大事にしている。

⇒ 健康に対する努力も称える

5 HAP後のケアの現状



アスリート お名前 _____

EVERY SMILE IS SPECIAL!

あなたの笑顔がステキ!

歯と歯ぐきを健康に保つことは大切なことです。

そこで、今日私たちは、あなたのお口（歯）をチェックしました。

健診結果から、以下の対応をお勧めします。

- あなたの歯と歯ぐきはすばらしい！ これからも歯磨きとフロスを続けましょう。
- 歯をきれいに磨く必要があります。もうひとつがんばり！ 1日に2回は磨こう。
- 歯医者さんでみてもらいましょう。いくつかの問題があると思われます。
- 緊急：できるだけ早く歯科医院に行きましょう。私たちが見た範囲内で、あなたの問題点を以下に要約します。

- むし歯があります _____
- 歯ぐきに問題があります。 _____
- 痛みとこころがあります _____
- その他 _____

※ これは視診によるスクリーニング診査結果です。歯科医師によるX線検査を含む、精密検査に優先するものではありません。

(注) 個人に関する検査結果や相談内容は一切公開いたしません。ただし、統計的なデータ等を障害者医療向上のために活用することがあり得ることをご了承ください。

健診日 2014年11月1日

健診結果報告書各種

ヘルスプロモーション

2014年11月1日の結果です☆

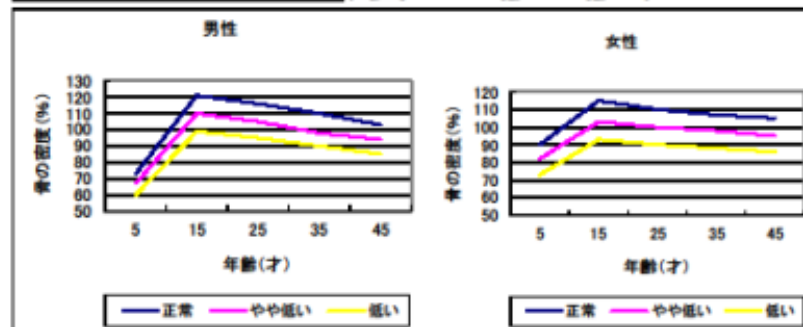
アスリート _____ さまへ

身長(しんちょう) _____ cm BMI(体格指数) _____

体重(たいじゅう) _____ kg 体脂肪率 _____ %

	低い	標準	高い
体格指数	18.5未満	18.5~25	25以上

骨密度(こつみつど) _____ (正常 やや低い 低い)



血圧(けつあつ) _____ / _____ mmHg

脈拍(みやくはく) _____ 拍/分

体温(たいおん) 右 _____ °C、左 _____ °C

☆生活や食べ方の一言アドバイス!



ヘルシー・ヒアリング部門
スペシャルオリンピックス

スクリーニングテスト結果

アスリート氏名 _____ 大会名 _____ 年 月 日 _____

- おめでとうございます! どちらの耳も 聴力のテストに合格です。
- 気をつけてもらいたいことは以下の点です。
- 1年に1回/2回、耳鼻咽喉科の医師に耳あかのチェックをしてもらいましょう。
 - 1年/3年/5年に一度、耳鼻科医、言語聴覚士による聴力の検査をしてもらいましょう。
- 今回行ったサービス:
- 外耳道の視診
 - 簡易聴力検査
 - 中耳機能のスクリーニング検査
 - その他.....

Special Olympics
Healthy Hearing



ENGLISH

ヘルシー・ヒアリング部門
スペシャルオリンピックス

スクリーニング検査結果

アスリート氏名 _____ 大会名 _____ 年 月 日 _____

- ヘルシーヒアリングプログラムに来ていただき ありがとうございます。..
- スクリーニング検査で以下のことがわかりましたので、お勧めしたいことがあります。..
- こんなことが必要です:
- 耳鼻咽喉科に行って耳あかととってもらいましょう
 - 耳鼻咽喉科に行って中耳の問題を相談しましょう
 - 耳鼻咽喉科に行って聴力検査をしてもらいましょう
- 右耳 左耳
- 右耳 左耳
- 右耳 左耳
- 他に気をつけてもらいたいことはこんなことです:
- 1年に1回/2回、耳鼻咽喉科の医師に耳あかのチェックをしてもらいましょう。
 - 1年/3年/5年に一度、耳鼻咽喉科の医師に聴力検査をしてもらいましょう。
- 今回行ったサービス:
- 外耳道の視診
 - 簡易聴力検査
 - 中耳機能のスクリーニング検査
 - 聴力閾値の検査
 - その他.....

Special Olympics
Healthy Hearing



受け取り控え

姓	名	HASS ID
---	---	---------

- お渡し情報: 受け取り時間: 日にち _____ 時間 _____
- 後日郵送します

Opening Eyes

※視力矯正が必要な方に眼鏡の受け取り控えを渡しています



Prescription/Screening Results



Athlete's Name: _____ Date: _____

- Congratulations, you have FIT FEET and require no follow-up care
- You have the following condition(s):
- over pronation
 - bunion
 - hammer toe
 - corns
 - calluses
 - other _____
 - warts
 - arthritis
 - athlete's feet
 - nail fungus
 - high arches
- Your feet require extended treatment; please contact the following physician for a follow-up appointment:

Treatment for these conditions are listed below

Prescribing Physician Signature



スペシャルオリンピックス ヘルシーアスリート フィットフィートプログラム



健診結果

アスリート氏名 _____

日付 _____

おめでとうございます。
 あなたの足はフィットフィート、
 まさに健康な足です。この状
 態を保てるよう、これからも足
 を大切にしてください。

スクリーニングの結果、以下が見つ
 かりました。

- 過回内 いぼ
- 外反母趾 関節炎
- ハンマートウ 水虫
- 魚の目 爪の水虫
- たこ ハイアーチ足
- その他 _____

以下をお奨めします。

医療機関の受診をお奨めします。

History **When was your last eye exam?**
 Less than 1 year
 1-3 years
 More than 3 years
 Never
 Unknown

Do you experience any of the following
 Difficulty seeing: Far Near
 Headaches
 Sensitivity to light
 Double vision: Far Near



Do you wear corrective lenses (glasses or contacts)?
 No Yes
 Standard Rx Sports Rx Contact lenses
 Full time Near only Far only Soft Hard

Please check what is worn during screening: Without Glasses With Glasses With contact lenses

Current prescription

	Sphere	Cylinder	Axis	Add
Right Eye				
Left Eye				

Visual Acuity FAR Right Eye 20/ Unable to test Left Eye 20/ Unable to test

<input type="checkbox"/> Lea	<input type="checkbox"/> Walk up	<input type="checkbox"/> Light projection/Light perception	<input type="checkbox"/> Walk up	<input type="checkbox"/> Light projection/Light perception
		<input type="checkbox"/> No light perception		<input type="checkbox"/> No light perception
Other:		Other:		

NEAR Both Eyes 20/ Unable to test

<input type="checkbox"/> Lea	<input type="checkbox"/> Light projection/Light perception	<input type="checkbox"/> No light perception	Other:
------------------------------	--	--	--------

Cover Test FAR orthophoria PHORIA range 02-99 Unable to test TROPE range 02-99

eso exo hyper hyper/eso hyper/exo

eso exo hyper hyper/eso hyper/exo

O Latent Nystagmus
 Constant Intermittent

NEAR orthophoria PHORIA range 02-99 Unable to test TROPE range 02-99

eso exo hyper hyper/eso hyper/exo

Constant Intermittent

Color Vision Unable to test Trial 1 ___ / 9 If less than 8/9 Trial 2 ___ / 9 Stereopsis Unable to test ___ / 6

Autorefraction

	Sphere	Cylinder	Axis
Right Eye			
Left Eye			

Eye Health External Right Eye Unable to test Left Eye Unable to test

<input type="checkbox"/> Norm al	<input type="checkbox"/> Lid anomaly	<input type="checkbox"/> Ptergium/pinguela	<input type="checkbox"/> Norm al	<input type="checkbox"/> Lid anomaly	<input type="checkbox"/> Ptergium/pinguela
<input type="checkbox"/> Blepharitis	<input type="checkbox"/> Conjunctivitis	<input type="checkbox"/> Iris anomaly	<input type="checkbox"/> Conjunctivitis	<input type="checkbox"/> Blepharitis	<input type="checkbox"/> Iris anomaly
<input type="checkbox"/> Ptosis		<input type="checkbox"/> Conjunctivitis	<input type="checkbox"/> Ptosis		<input type="checkbox"/> Conjunctivitis

Abnormality: _____

Internal Right Eye Normal Retinal Left Eye Normal Retinal

Cataracts anomaly Coloboma Optic Nerve anomaly Glaucoma suspect Cataracts anomaly Coloboma Optic Nerve anomaly Glaucoma suspect

Abnormality: _____

IOP Right Eye ___ Left Eye ___ Pupils Normal Abnormal: ___ Unable to test Icare Noncontact Unable to test

	RETINOSCOPY	REFRACTION
RIGHT EYE	20/ ___	20/ ___ Add
LEFT EYE	20/ ___	20/ ___ 20/ ___

Recommendations:
 No new Rx No glasses recommended No change in glasses recommended Sunglasses (plano)
 New Rx Full time Rx Distance only Close work only

PD ___ / ___ Sphere Cylinder Axis VA Distance VA Near (OU) ADD

Right eye				20 /	20 /	
Left eye				20 /	20 /	

Sports goggles: Plano Rx

Right eye				20 /
Left eye				20 /

Referral to: Optometrist Ophthalmologist Primary care physician Neurologist Other: _____

Additional comments: _____

OE HAS

名		姓		HASS ID番号	
開催日 / /	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	生年月日 / /		年齢 歳	<input type="radio"/> 不詳
大会名	会場	<input type="radio"/> アスリート	<input type="radio"/> ユニファイドパートナー	スポーツ	
選手団	リジョン			国	

検診者名

歯科病歴

- このシートはそれぞれのアスリートにつき(無歯顎の場合も)記入すること。
 1. 1日にお口の中をきれいにしますか？
 1日に1回以上 1週間に2~6回 1週間に1回
 それ以下 不明
2. 口内の痛み
 有 無
 歯
 その他
3. 診察拒否/診断不能

検診(スクリーニング)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	・現在歯: / ・未処置歯: C1, C2, C3, C4 ・処置歯: ○ ・喪失歯: △ ・要注意乳歯: × ・要観察歯: CO
上 右							左 上									
			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
下							下									

4. 無歯顎
 はい(5以降回答不要) 検診終了
 いいえ(5~14へ進む)
5. 未処置う蝕(乳歯、永久歯)
 有 無
 前歯
 小臼歯
 大臼歯
6. 処置歯(乳歯、永久歯)
 有 無
7. 欠損歯(小臼歯および智歯を除く永久歯)
 有 無
 前歯
 臼歯
8. シーラント(永久歯:第1および第2大臼歯のみ)
 有 無
9. 外傷による歯牙破折または変色歯(上下顎中側切歯:永久歯のみ)
 有 無
10. 斑状歯(上顎前歯類側:永久歯のみ)
 有 無
11. 歯肉炎(下顎前歯類側:永久歯のみ)
 有 無
12. 処置の緊急性
 定期検診を勧める
 処置が必要
 緊急処置を要す
13. マウスガード
 勧める 勧めない
 マウスガードを手渡した
14. 検診終了

名		氏		HASS ID _____	
日付	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	年齢 (歳) <input type="radio"/> 不詳		
施設名	会場	<input type="radio"/> アスリート <input type="radio"/> ユニファイド スポーツ	スポーツ		
代表	地区	国名			

ステーション 1: 外耳道観察: 第1回 第2回外耳道観察 耳道除去後



記録者氏名 _____

右 問題なし 部分閉塞 閉塞

要経過観察

鼓膜の異常に関する医学的検査の指示

上呼吸器系の感染またはアレルギーの報告

外耳道に異物

鼓膜穿孔

非定型外耳道

耳 流音

耳道除去の歴史

左 問題なし 部分閉塞 閉塞

要経過観察

鼓膜の異常に関する医学的検査の指示

上呼吸器系の感染またはアレルギーの報告

外耳道に異物

鼓膜穿孔

非定型外耳道

耳 流音

耳道除去の歴史

ステーション 2: 耳音響放射装置 (OAE)

記録者氏名 _____

右 問題なし 問題あり 問題ありからステーション2と4へ

密閉が保てない

耳垢による外耳道塞

騒音過多

アスリートが拒否

左 問題なし 問題あり 問題ありからステーション2と4へ

密閉が保てない

耳垢による外耳道塞

騒音過多

アスリートが拒否

ステーション 3: ティンパノメトリー

記録者氏名 _____

右 問題なし 問題あり 両の後者連続

中耳病変の証拠

外耳道塞栓が大き

密閉が保てなかった

アスリートが拒否

左 問題なし 問題あり 両の後者連続

中耳病変の証拠

外耳道塞栓が大き

密閉が保てなかった

アスリートが拒否

名		氏		HASS ID _____	
---	--	---	--	---------------	--

ステーション 4: 25 デシベル、2000 ヘルツにおけるオーディオメーター

記録者氏名 _____

右 問題なし 問題あり 聴覚検査の推奨

検査状況良好

反応の訓練に失敗

イヤーフォンの装着ミス

騒音過多

左 問題なし 問題あり 聴覚検査の推奨

検査状況良好

反応の訓練に失敗

イヤーフォンの装着ミス

騒音過多

ステーション 4: 25 デシベル、4000 ヘルツにおけるオーディオメーター

Recorder's name _____

右 問題なし 問題あり 聴覚検査の推奨

検査状況良好

反応の訓練に失敗

イヤーフォンの装着ミス

騒音過多

左 問題なし 問題あり 聴覚検査の推奨

検査状況良好

反応の訓練に失敗

イヤーフォンの装着ミス

騒音過多

コメント

- 右水泳用耳栓を作成
- 左水泳用耳栓を作成
- 右補聴器のフィッティング
- 左補聴器のフィッティング
- 通常の耳の清掃が必要
- 医学的な耳の検査が必要
- 聴覚検査が必要

コメント

サイン

名 姓 GMS番号

日付	イベント	場所	HASS ID 番号
○アスリート ○ユニ ファイドパートナー	○男 ○女	生年月日	年齢
種目	代表団	地域	国

骨の健康

身長 cm

体重 kg BMI

PIXI スキャナー

Tスコア

禁煙

タバコは吸いますか

はい いいえ

1日あたりのタバコの量

1週間あたりのタバコの量

1月あたりのタバコの量

1年あたりのタバコの量

葉巻は吸いますか

はい いいえ

1日あたりの葉巻の量

1週間あたりの葉巻の量

1月あたりの葉巻の量

1年あたりの葉巻の量

パイプタバコを吸いますか

はい いいえ

かみタバコを吸いますか

はい いいえ

栄養 - ウォーキング

毎日どれくらい歩きますか

- 10分以下
- 30分
- 45分（店まで、駐車場まで歩くが、いずれも家の近いか家をほとんど離れない）
- 60分以上（町内または家への主たる移動手段）
- 歩かない

栄養 - 食物

毎日どんな種類の食物を食べますか

牛乳、チーズ、ヨーグルトその他の乳製品

2点以上 1点 0

果物と野菜

緑黄色野菜や葉野菜

1日1点 1日2点 1日3点以上 0

その他の野菜（ジャガイモ、トウモロコシなど）

1日1点 1日2点 1日3点以上 0

果物（フルーツジュースも入れること）

1日1点 1日2点 1日3点以上 0

肉、たまご、鶏肉、魚、豆類

1日1点 1日2点 1日3点以上 0

パン、シリアルその他の穀物

1日1点 1日2点 1日3点 1日4点以上 0

脂肪、油、菓子類

1日1点 1日2点 1日3点 1日4点以上 0

栄養 - 飲み物

のどが渇いたとき何を飲みますか

水

フルーツジュース

ソフトドリンク

スポーツドリンク

乳製品（豆乳を含む）

HP HAS 1

栄養 - その他の食物

その他の食物を食べたり、特別な栄養剤を飲んだりしますか（すなわち、スポーツバー、栄養強化粥、スポーツドリンク、エンシュアのような栄養補助食品、ビタミンサプリメント、プロテインサプリメント）？

- スポーツバー、栄養強化粥、スポーツドリンク
- 栄養補助食品
- ビタミンやミネラル、プロテインのサプリメント
- 食物以外のもの（粘土、土、冷凍庫の霜、新聞紙）

サンセーフティ

あなたの髪の色は

- ブロンド／赤
- 茶
- 黒

あなたの目の色は

- 青／緑
- ヘーゼル
- 茶

真に太陽光線を浴びると

- 日に焼ける
- 日に焼け、ときには水疱ができる
- 日に焼け、その後黒くなる
- 黒くなる

あなたは太陽の下で肌をどうやって守るか
知っていますか

- はい
- いいえ

該当するものにすべてチェックを

- 日焼け止めの使用
- 帽子をかぶる
- 日陰を探す
- サングラスをかける

冬の間も日焼け止めを使いますか

- はい
- いいえ

姓	名	ID
実施日: 年 月 日	性: <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日: 年 月 日 歳、 <input type="radio"/> 確かではない
行事:	場所:	<input type="radio"/> アスリート <input type="radio"/> その他 競技種目:
選手団(県):	地域:	SOプログラム:
車椅子使用: <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		標高:
補助具使用: <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		<input type="checkbox"/> 0~1,500m
装置装着: <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="checkbox"/> 手部・手関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 1,500~3,000m
	<input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 足部・足関節	<input type="checkbox"/> >3,000m

スクリーニング結果に影響する可能性のある疾患または外傷は？

<input type="checkbox"/> 呼吸または肺の問題:	<input type="checkbox"/> 心臓の問題:	<input type="checkbox"/> 血管の問題:
<input type="checkbox"/> 疼痛: <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 捻挫: <input type="checkbox"/> 足部・足関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 手部・手関節	
<input type="checkbox"/> 筋挫傷: <input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 背部・骨盤 <input type="checkbox"/> 手部 <input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 頸部	
<input type="checkbox"/> 皮膚の問題:	<input type="checkbox"/> 肩・肩甲骨 <input type="checkbox"/> 頸部	
<input type="checkbox"/> 発熱・病気・感染:		

過去1年間に自宅で転倒したことがあるか？ はい いいえ

1, 柔軟性

定期的にストレッチをしているか？
毎日数回 毎日1回 時々、毎日ではない 定期的に行っていない

質問に対して返答が得られない: 返答を拒否する 返答ができない 理解ができない

1) ハムストリングス: 背臥位、他動的膝関節伸展(股関節屈曲90度位)

左	度	右	度
---	---	---	---

教育 (<-15度、または非対称があればチェック)
測定不能: 実施を拒否する 実施できない 理解できない

2) 下腿三頭筋: 背臥位、他動的足関節背屈(膝伸展位)

左	度	右	度
---	---	---	---

教育 (<10度、または非対称があればチェック)
測定不能: 実施を拒否する 実施できない 理解できない

3) 股関節前面(修正トーマステスト)

左	度	右	度
---	---	---	---

教育 (<-10度未満、または非対称があればチェック)
測定不能: 実施を拒否する 実施できない 理解できない

4) 肩 (Apley's test: 機能的肩関節回旋)

左上	cm	右上	cm
----	----	----	----

教育 (<-15cm、または非対称があればチェック)
測定不能: 実施を拒否する 実施できない 理解できない

2, 筋力

筋カトレーニングを1週間に平均して何日しているか？
(この運動には、重りの拳上、弾性バンドの使用、起き上がりを含む)
行っていない 1~2日 3~6日 毎日

この筋カトレーニングは、どの程度、スペシャルオリンピックスのトレーニング・練習・大会に関わるものか？
関連していない いくらか ほとんど すべて

質問に対して返答が得られない: 返答を拒否する 返答ができない 理解ができない

5) 下肢筋力: 10回反復立ち上がりテスト

時間:	秒
-----	---

教育 (>20秒)
測定不能: 実施を拒否する 実施できない 理解できない

6) 腹筋力: 部分的上体起こしテスト(1分間)

回数:	回
-----	---

教育 (<25回)
測定不能: 実施を拒否する 実施できない 理解できない

7) 前腕と手部の筋力(握力)

利き手: <input type="radio"/> 左 <input type="radio"/> 右	
左: ① kg ② kg ③ kg	右: ① kg ② kg ③ kg

教育 (参考資料参照)
測定不能: 実施を拒否する 実施できない 理解できない

8) 上肢筋力(座位プッシュアップテスト) (最長20秒)

実施期間	秒
------	---

教育 (<5秒)
測定不能: 実施を拒否する 実施できない 理解できない

9) バランス

3) 開眼片脚立位時間 (最長20秒)

左	秒	右	秒
---	---	---	---

教育 (<20秒)
測定不能: 実施を拒否する 実施できない 理解できない

10) 閉眼片脚立位時間 (最長10秒)

左	秒	右	秒
---	---	---	---

教育 (<10秒)
測定不能: 実施を拒否する 実施できない 理解できない

11) ファンクショナルリーチ

左	cm	右	cm
---	----	---	----

教育 (<20cm)
測定不能: 実施を拒否する 実施できない 理解できない

4, 有酸素運動

平均的に、1週間に何日、運動をしているか？
定期的には行っていない 1~2日 3~6日 毎日

平均的に、1週間に何日、中等度レベルの運動を行っているか？
(「中等度」は、心拍が速くなり、発汗するくらいの十分な強度を意味する)
行っていない 1~2日 3~6日 毎日

例: 散歩、水泳、サイクリングなど

この中等度な身体的活動は、どの程度、スペシャルオリンピックスに関わるものか？
関連しない いくらか ほとんど すべて

質問に対して返答が得られない: 返答を拒否する 返答ができない 理解ができない

定期的な身体活動プログラムを行っていない場合、その理由は？

<input type="checkbox"/> 利用できる運動施設がない	<input type="checkbox"/> 交通手段がない	<input type="checkbox"/> お金がない
<input type="checkbox"/> 興味が無い	<input type="checkbox"/> 指導者・介助者がいない	<input type="checkbox"/> 安全でない
<input type="checkbox"/> 身体的にできない	<input type="checkbox"/> 一緒に行う者がいない	<input type="checkbox"/> 道具や衣類がない

心拍数の測定法は？ 用手(脈) MIO心拍モニター パルスオキシメーター

心拍数(拍/分):	運動前	拍/分	終了直後	拍/分	終了2分後	拍/分
SaO2(%)		%		%		%

12) 2分間ステップテスト:

ステップ回数:	回/2分
---------	------

12) 代替テスト(車いす5分間漕ぎ):

歩行距離:	m/
-------	----

教育
測定不能: 実施を拒否する 実施できない 理解できない

理学療法士への紹介が必要か？ はい いいえ

理由: 柔軟性 筋力 バランス 有酸素運動能力

医師への紹介が必要か？ はい いいえ

理由:

Firstname	Lastname	HAS ID _____
-----------	----------	--------------

Firstname	Lastname	HAS ID _____
-----------	----------	--------------

日付	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	誕生日	年齢 (才) <input type="radio"/> 不明
イベント名	場所	<input type="radio"/> 選手 <input type="radio"/> ユニフォームパートナー	競技名
Delegation		SO Program	

主訴、病歴、手術歴



Station 1: バイオメカニクス、関節可動域、皮膚、爪、足趾評価
検査場所

バイオメカニクス Over Pronator 過内傾 <input type="radio"/> <input type="radio"/> Supinator 過外傾 <input type="radio"/> <input type="radio"/> Abduct 外転 <input type="radio"/> <input type="radio"/> Adducted 内転 <input type="radio"/> <input type="radio"/> Antalgic 疼痛性 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Crossover クロスオーバー <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Foot Structure 足の構造 Pes Cavus 凹足 <input type="radio"/> <input type="radio"/> Pes Planus 扁平足 <input type="radio"/> <input type="radio"/> Metatarsus Adductus 内転足 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Let 左足	Right 右足	Skin 皮膚 Toes 足趾 1 2 3 4 5 Left Foot Right Foot Toes 足趾 1 2 3 4 5 Left Foot Right Foot Toes 足趾 1 2 3 4 5 Left Foot Right Foot Toes 足趾 1 2 3 4 5 Left Foot Right Foot	
	Corns 角質 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Calluses たこ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tinea 水虫 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Warts ニウゼン <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 蜂窩織炎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 丹毒性多汗症 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ulcers 潰瘍 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Xerosis 乾皮症 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other その他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other その他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	Joint Range of Motion 可動域 Ankle 足関節 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> STJ 距骨下関節 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> MTP 趾関節 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
	Nail 爪 Mycosis 爪白癬 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ingrown 巻き爪・陥入爪 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Gait Analysis (optional) (select one on each foot)

	Left Foot			Right Foot		
BW Heel Strike	Val	N	Var	Val	N	Var
Tibia/Calca Angle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calca/Ground	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Midstance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Shock Absorption	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Propulsion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FW Angle of Gait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knee/Tibia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Giveaways (optional) (select one only)

Molded insoles
 OTC insoles

Comments: 追記

Station 2: 靴、靴下、靴サイズ評価 Shoe and Sock Exam and Shoe Size Measurement
検査場所

現在着用の靴 <input type="checkbox"/> 推奨される靴 <input type="checkbox"/> 靴タイプ <input type="text"/> 靴下タイプ <input type="radio"/> Acrylic <input type="radio"/> Wool <input type="radio"/> Cotton <input type="radio"/> Other <input type="radio"/> Nylon 現在履いている靴 <input type="radio"/> USA <input type="radio"/> Eng サイズ <input type="text"/>	計測した靴のサイズは? <input type="radio"/> 小児用 <input type="radio"/> 成人用 USA Euro Engl Asia USA Euro Engl Asia 足長 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 幅 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																

Station 3: 教育、評価項目確認、チェックアウト Education, Review of Findings and Checkout

Follow up care recommended? 何か異変を認めましたか? No Yes

Prescribed OTC Treatment 処方されたケア内薬 Name of Physician Referred 受診機関/受診を薦めた、以下の氏名

Signature サイン _____

FT HAS

6 フォローアップ

【アンケートへのご協力をお願い致します】アンケート記入日：_____月_____日

アスリート氏名：_____

アンケート記入者：_____ アスリートとの続柄：_____ ※本人以外

該当する数字を○で囲んでください。その他の場合には()にご記入ください。

① ナショナルゲーム・新潟での HAP の健診結果をご覧になりましたか？

はい → ③へ いいえ ②へ

② ①で いいえ を選択された方への質問です

1) 健診結果をご覧になっていない理由を教えてください。

1. アスリートが持ち帰っていない
2. 結果は受け取ったが内容は確認していなかった
3. その他 ()

2) この通知/アンケートをご覧になって、今後医療機関を受診されますか？

1. はい
2. いいえ (理由 ())

③ ①で はい を選択した方に質問です。

医療機関の受診をお勧めしていましたが、その後の医療機関は受診されましたか？

1. はい (受診した) ④へ
2. いいえ (受診していない) ⑤へ

④ 受診した を選択した方に質問です。

1) 受診した医療機関名

() ※病院/医院 () 科

2) 受診の結果

1. 完治
2. 治療中
3. 経過観察中
4. 治療不要
5. その他 ()

⑤ 受診していない を選択した方に質問です。

1) 受診していない理由をお答えください

()

2) 今回の通知/アンケートをご覧になり、今後医療機関を受診されますか？

1. はい (受診する) →⑥へ 2. いいえ (受診しない) →⑦へ

⑥ 通知を受けて受診すると判断した理由をお答えください。

()

⑦ 通知を受けても受診しないと判断した理由をお答えください。

()

ご協力ありがとうございました。

受診する医療機関が不明な場合、本件に関するお問い合わせは下記にご連絡ください。

〒105-0003 東京都港区西新橋 2-22-1 西新橋 2 丁目森ビル 7 階
公益財団法人 スペシャルオリンピックス日本 HAP 担当 立山 結希
TEL : 03-6809-2034 FAX : 03-3436-3666

HAP参加者数とフォローアップ通知(アンケート送付)数

	受診者数	通知数
SS	269	91
HH	254	39
OE	174	4
HP	158	16
FT	33	10
FF	90	0
計	978	※160

SO日本冬季ナショナルゲーム・新潟 2016年2月12日10:30～13:30(3h)・2月13日10:00～14:00(4h)

※ うち52名が複数の部門で医療機関を勧められた。

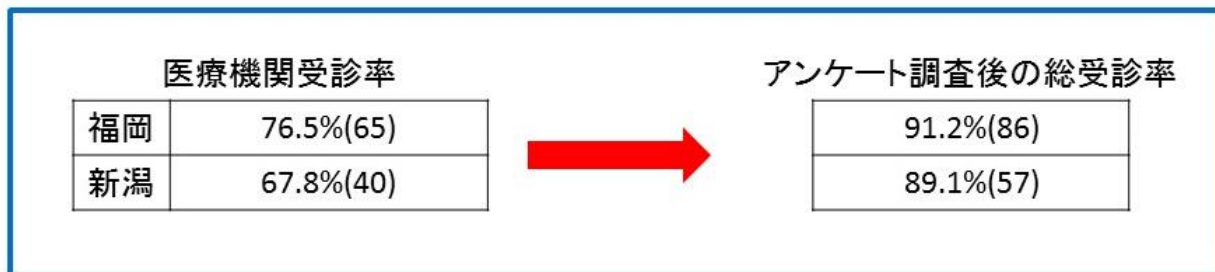
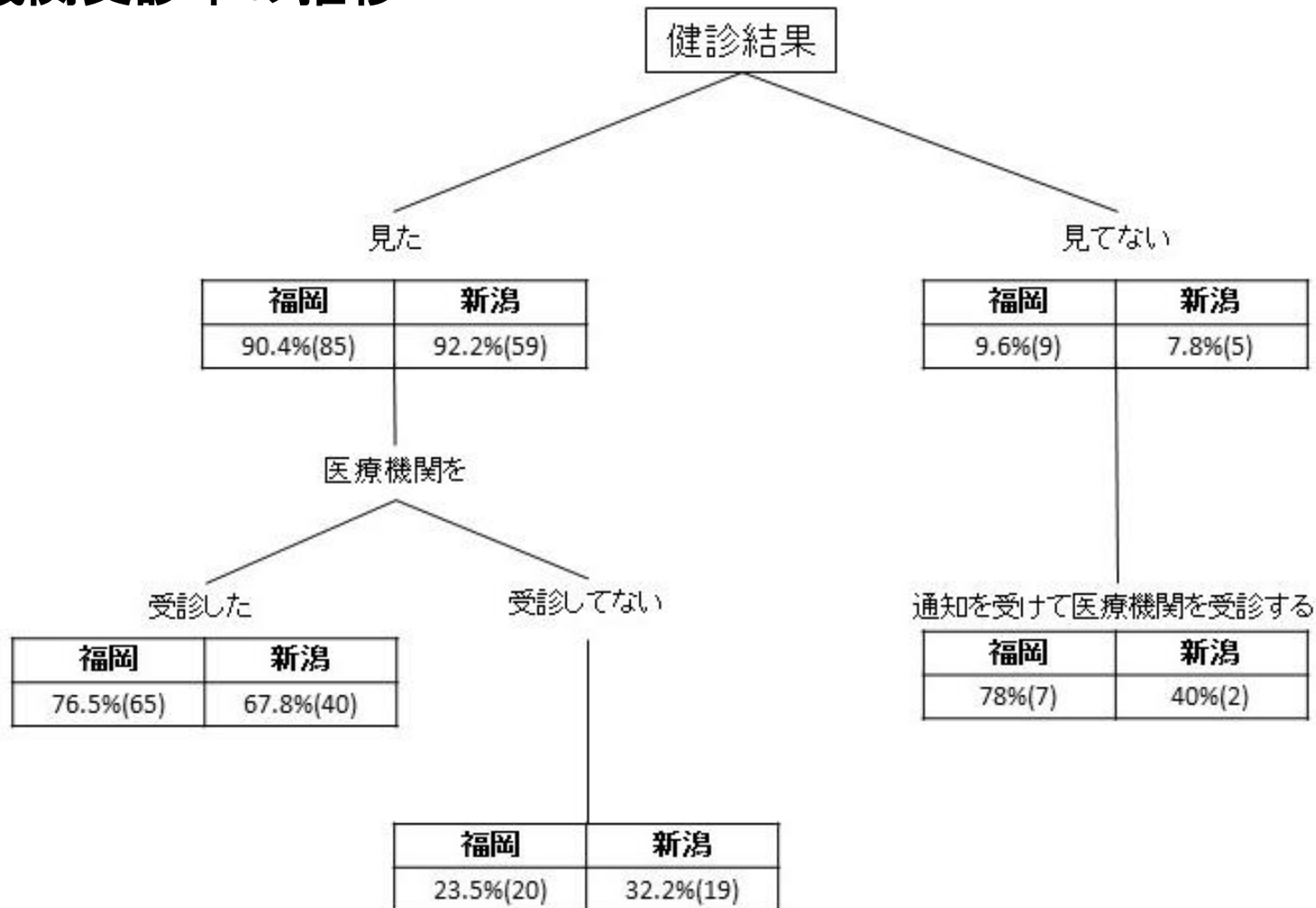
フォローアップ通知数とアンケート回答数

	新潟大会	福岡大会
フォローアップ通知数	108通	157通
回答数	64通 (59%)	101通 (64%)
対象アスリート平均年齢	27.1歳	27.2歳

アンケート回答率 地区別

	新潟大会	福岡大会
100%	5県 宮城、栃木、兵庫、佐賀、鹿児島	9県 岩手、宮城、茨城、山梨、静岡、愛知、徳島、佐賀、熊本
60～99%	5県 長野、埼玉、東京、愛知、熊本、	5県 福島、東京、新潟、福岡、長崎
40～59%	6県 北海道、群馬、新潟、三重、山口、宮崎	5県 北海道、千葉、大阪、兵庫、宮崎
20～39%	2県 富山、大阪	5県 青森、石川、山口、大分、鹿児島
1～19%	1県 石川	

医療機関受診率の推移



ファミリーがHAP健診結果を確認した4ヶ月後に
再度アフターケアの重要性を通知した結果、

医療機関を受診した割合は63.5%⇒88.5%※まで増加。

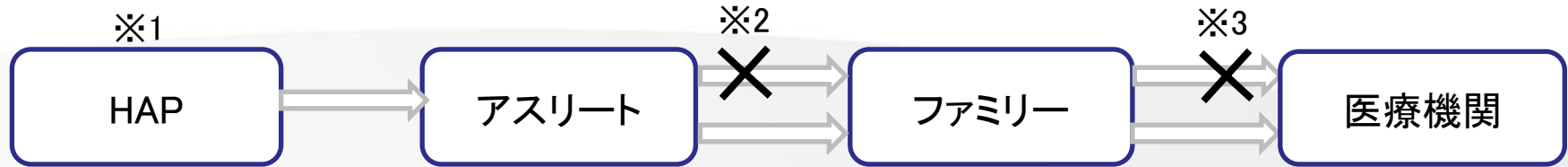
※福岡大会、新潟大会の2大会の平均値。

なお、受診を不要と答えた中では

- ・職場での健診がある為
- ・かかりつけ医師の診断を受けている

という回答が見られたことから、
何かしらでの健診の機会を活用されると推測できる

アンケート結果から発見された問題



	問題点	問題を解決する改善策
HAP	<ul style="list-style-type: none"> ・HAP健診時に健診結果用紙の渡し間違いがあった ※1 ・アスリートが健診結果用紙を紛失した ⇒事前からアスリートが健診結果用紙を持ち帰ることを周知できていなかった ※2 	<ul style="list-style-type: none"> ・アスリートのHAPバッグに確実に入れたことを確認する ・問題あるなしにかかわらず、参加したアスリートは健診結果用紙を持ち帰ることの周知を徹底する ⇒HAP実施のご案内に明記する
ファミリー	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果用紙を確認していない ※3 ・30%は医療機関を受診していない ※3 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果用紙を必ず確認するよう、各地区のファミリー / コーチへの周知を徹底する ・ファミリー/コーチに対する健康管理と増進への啓蒙

2016年第6回スペシャルオリンピックス日本冬季ナショナルゲーム・新潟
ヘルシー・アスリート・プログラム(HAP)実施のご案内



Special Olympics
Healthy Athletes®

選手団・選手団以外のSO所属アスリート

2016年第6回スペシャルオリンピックス日本冬季ナショナルゲーム・新潟
ヘルシー・アスリート・プログラム参加同意書

大会期間中、知的障害のある人々(アスリート)の健康増進や競技能力の向上のための健診プログラム「ヘルシー・アスリート・プログラム(HAP)」を実施します。HAPを受けることで、アスリートが自らの健康により高い関心を持ち、健診の機会を増やすことにつながればと思います。なお、HAPで実施されたデータは、知的障害のある人々の健康状態や医学的な問題を把握し医療者への提言を行うなど、医療向上に役立てられています。

なお、この度のHAPでは、大会に参加するアスリート以外の知的障害がある方へも健診の機会を提供することとなりました。皆様のご参加をお待ちしております。

1. 会場 赤鷲マッセ メインホール(スノーホール)

2. 日時 2月12日(金) 10時30分～13時30分 (最終受付:13時)

※対象: 選手団アスリート(フロアホッケー以外の競技に参加するアスリート既先)

2月13日(土) 10時00分～14時00分 (最終受付:13時30分)

※対象: 選手団アスリート

選手団以外のアスリート並びに周辺地域在住の知的障害がある方

3. 対象 選手団アスリート、SO所属アスリート、並びに新潟市・周辺地域在住の知的障害がある方

4. 健診内容

- オープニングアイズ 目の健康チェック、必要に応じてメガネを提供します。
- スペシャルスマイルズ 口腔の健康チェック、歯ブラシ指導、衛生教育。
- ヘルシーヒアリング 耳の健康チェック。
- ヘルスポモーション 身長・体脂肪率測定、栄養指導、日焼け予防、寒暄教育。
- ファンフィットネス 柔軟性、筋力、持久力測定など。
- ファットファイト 足、足首、爪、皮膚、多汗分析など。



オープニングアイズ



スペシャルスマイルズ



ヘルシーヒアリング



ヘルスポモーション



ファンフィットネス



ファットファイト

5. 参加方法

参加を希望する方は必ず『参加同意書』をご確認頂き、必要事項をご記入のうえ、地区組織宛にご提出ください。同意書の提出により事前申し込みとさせていただきます。

*参加された方には健診を受けた部門の「健診結果用紙」をお渡ししています。必ずご確認ください。

【注意事項】

- ・ 健診要員の数および時間の都合で受診人数が削減される場合があります。
- ・ 希望者が多い場合、一人でも多くのアスリートが受診できるように、受診部門も削減がある場合があります。(希望の部門全てを受診できない場合もあります。)
- ・ 会場にて給食は行いません。

スペシャルオリンピックスは、世界大会やナショナルゲーム、また地区の競技会で「ヘルシー・アスリート・プログラム」として、外科的処置を含まない特定のヘルスケアサービスをアスリートに提供しています。このサービスには、健康状態やヘルスケアニーズを調査するための個人健診、健康教育の提供、通常の予防サービス(例えば歯ブラシ指導など)、教育サービスがあり、必要に応じて視覚用具(メガネ、水泳用ゴーグル、保護用メガネ類)を提供します。健診結果は、アスリートに提供され、健康増進のための必要なアドバイスも提供されます。加えて、ヘルシーアスリートで提供されるサービスにより収集された情報は、施策の開発、財源の確保に役立てられ、アスリートの健康ニーズにより合致するプログラムが導入されています。

私は、下の署名欄に署名することにより、スペシャルオリンピックスのヘルシー・アスリート・プログラムへの参加に同意したことになることを理解しています。また私は、私がヘルシー・アスリート・プログラムに参加する義務はなく、私が参加または不参加を決定できること、また、ヘルシー・アスリート・プログラムのヘルスケアサービスの提供は、定期的な健康管理の代替を意味するものではないことを理解しています。私はまた、私自身に関する個人的な医療上の助言と援助は、上記のサービス受給に関わらず求めるべきものであり、スペシャルオリンピックス日本および2016年スペシャルオリンピックス冬季ナショナルゲーム・新潟が、これらのプログラムの提供によって、私の健康に責任を有することはないことを理解しています。また、スペシャルオリンピックス独自の健診の過程で収集された情報が、スペシャルオリンピックスによって集団の形で(匿名で)扱われ、アスリート全体の健康増進のニーズの把握、情報の共有化を図るために使用され、またそのニーズに対処するためプログラムの改善に使用されることを理解しています。

(未成年者のための同意)

私は、下の署名欄に署名することにより、(アスリート氏名)がスペシャルオリンピックスのヘルシー・アスリート・プログラムに参加することに同意することを理解しています。このプログラムは健康状態およびヘルスケアのニーズ、視覚、口腔、聴覚、理学療法、および様々な健康促進分野(身長、体重、日焼け防止等)における個人健診を提供するものです。私は、上記のアスリートがヘルシー・アスリート・プログラムに参加する義務はなく、アスリートが参加、不参加の意思を決定できることを理解しています。さらに、これらのヘルスケアサービスの提供は、定期的な健康管理の代替を意味するものではないことを理解しています。私はまた、個人に関する個人的な医療上の助言と援助は、上記アスリートのためのサービス受給にかかわらず求めるべきものであり、スペシャルオリンピックス日本および2016年スペシャルオリンピックス冬季ナショナルゲーム・新潟がこれらのプログラムの提供によって、上記アスリートの健康に責任を有することはないことを理解します。また、スペシャルオリンピックス独自の健診の過程で収集された情報がスペシャルオリンピックスによって集団の形で(匿名で)扱われ、アスリート全体の健康増進のニーズの把握、情報の共有化を図るために使用され、またそのニーズに対処するためプログラムの改善に使用されることを理解しています。

署名 アスリート(20歳以上)

署名 法定代理人
(親権者、未成年後見人、成年後見人等)

地区組織名

参加競技(選手団の場合)

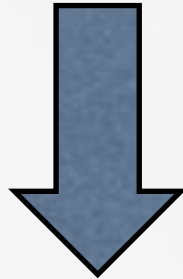
署名日: 平成 年 月 日

※個人情報取扱いについて

本用紙記載の個人情報については、本大会運営のために利用するものであり、その他の目的には一切利用いたしません。

7 HAPの課題

HAPは米国の法律の基に構築されたため日本の医師法には適合していない。



特に医師(内科、耳鼻科、眼科、整形外科)のボランティアを育成することが急務

SOが認知されていないために医師のほとんどがHAPを知らない！



	スペシャル スマイルズ SS	オープニング アイズ OE	ヘルシー ヒアリング HH	ヘルス プロモーションHP	ファン フィットネスFF	フィットフィート FT
国家資格	歯科医師	オプトメトリスト (眼科医0名)	耳鼻科医師1名 言語聴覚士	管理栄養士・栄養士 内科医1名	理学療法士	理学療法士 整形外科医1名
SOI承認 クリニカル ディレクター	登録数 7名 実働数 7名	登録数 8名 実働数 8名	登録数 4名 実働数 4名	登録数 4名 実働数 3名	登録数 7名 実働数 5名	登録数 6名 実働数 5名
協力要請 団体 専門家	歯科医師会 歯科大学 歯科大学勤務医 歯科衛生士会 歯科医師 歯科衛生士	医師会 眼科医会 日本オプトメトリッ ク協会 眼科医 検眼士 視能訓練士	医師会 耳鼻科医会 大学医学部 言語聴覚士会 耳鼻科医 言語聴覚士	医師会 栄養士会 看護師会 保健所 医師 栄養士 保健師	理学療法士会 理学療法士	医師会 (スポーツ医会) 整形外科医 理学療法士会 整形外科医 理学療法士
健診概要	・歯科病歴 歯磨きの回数、 口内の痛みの 有無 ・口腔内 歯式、未処置う蝕 処置歯、シーラント、 外傷による破折/ 変色、斑状歯、 歯肉炎、マウス ガードの推奨	眼疾患に対するプ ライマリー検査、 視力をはじめとした、 視覚機能検査及び 屈折矯正検査	全員：外耳道と鼓膜 の視診、耳音響放 射(OAE)による聴力 スクリーニング 対象者のみ：純音聴 力検査、ティンパノメ トリ	食事、 生活習慣問診他、 骨密度、血圧、 体温、 体組成(体脂肪率、 BMI)測定	柔軟性、筋力、 バランス、有酸素 運動の検査	足(可動域、皮膚、 爪、歩容、靴)の 検査
※HAP存続の為に医師のボランティア (ディレクター)の養成が急務						

HAP委員会からのお願い

ファミリーの医師の方

お知り合いの医師の方 が、いらっしゃいましたら
HAP委員会(SON事務局)へご紹介ください。

HAPの存続にかかわります！

8 HAP 今後の目標

- ・公益財団法人として

アスリートに限らず地域の知的障害がある人も HAPを受け健康増進とSOを知る機会とする

- ・HAPのディレクター養成（ナショナルゲームを通して）

各地区組織内でのHAPの中心となるボランティアを養成

- ・HAPに特化したスポンサーの募集、獲得

※現在は予算不足のため十分な活動が出来ておらず、継続的な活動が確約出来ていない状態にある。

- ・アスリートのパフォーマンス向上のための研究、開発を行う

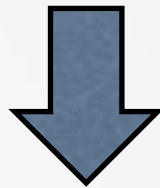
- ・各地区組織内でHAPを根付かせ、継続的に開催する

- ・アスリートの住む地域での適切な医療機関紹介システムの構築

9 HAPの実施方法

地区SOでの定期的なHAPを開催することで…

SO関係者と医療関係者の連携が密になる



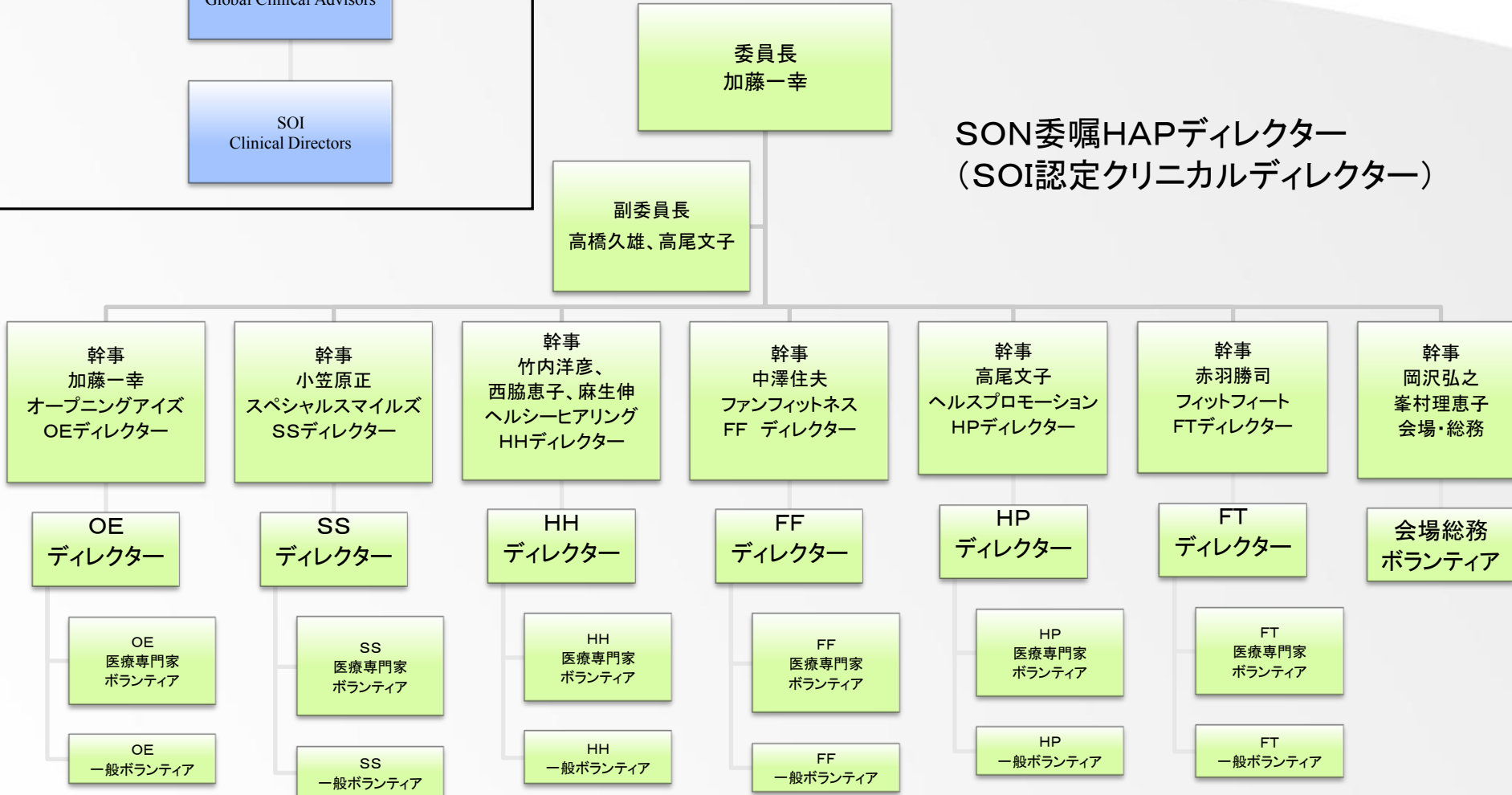
アスリートにとって適切な医療機関を紹介するシステムが構築できる。

SOI Healthy Athletes Program 概念図



SON HAP委員会組織図

SON委嘱HAPディレクター
(SOI認定クリニカルディレクター)



ナショナルゲームにおけるHAP運営体制

SON HAP委員会

HAP委員会幹事
実施運営のアドバイス

【地元の各部門代表者に】

OE }
SS } 横の繋がりで
HH } SON HAP委員会
FF } 各幹事から声掛け
FT }
HP } → ボランティアとして実行
委員会に入ってください

医師
オプトメトリスト
歯科医師
言語聴覚士
理学療法士
栄養士 他

NG実行委員会

HAPの実働部隊

実行委員会内から、
HAP担当者決定

HAP委員会が紹介する
各部門の地元のボランティ
ア(コアメンバー)と
SONHAP委員会と連携をと
りながら準備を進める

メリット:大会後もHAPの継続、定着、医療関係者との関係構築

準備 スケジュール例： 冬季NGの場合

- 4月～ 会場視察 会場レイアウト検討
専門家ボラ募集要項作成
- 5月～ 関係団体への協力要請
診療所開設手続きについて確認(市・県)
- 6月～ 専門家ボラ募集開始
- 7月 実施マニュアル作成
- 10月 借用備品関係 手配
- 11月 ボランティア名簿作成
資料・検診マニュアル送付
- 1月 診療所開設申請
- 2月 ナショナルゲーム開催

会場について

No.	部門等	面積(m ²)		備考
		最低	理想	
1	OE	100	200	
2	SS	50	100	
3	HH	100	150	
4	FF	50	100	
5	FT	50	100	
6	HP	50	100	
7	総合受付	400	600	※冬季は要屋内待機場所
8	待機場所			
	合計	800	1350	

- 初日 開会式会場内
 (隣接会場は避ける。移動が必要な場合、参加者が激減の可能性あり)
- 2日目 初日開催会場 競技を行わない場合は実施しない
- 3日目 過去実施実績無し
- その他 1日目、2日目で会場の移動は行わない



2014福岡
HAPレニアフト

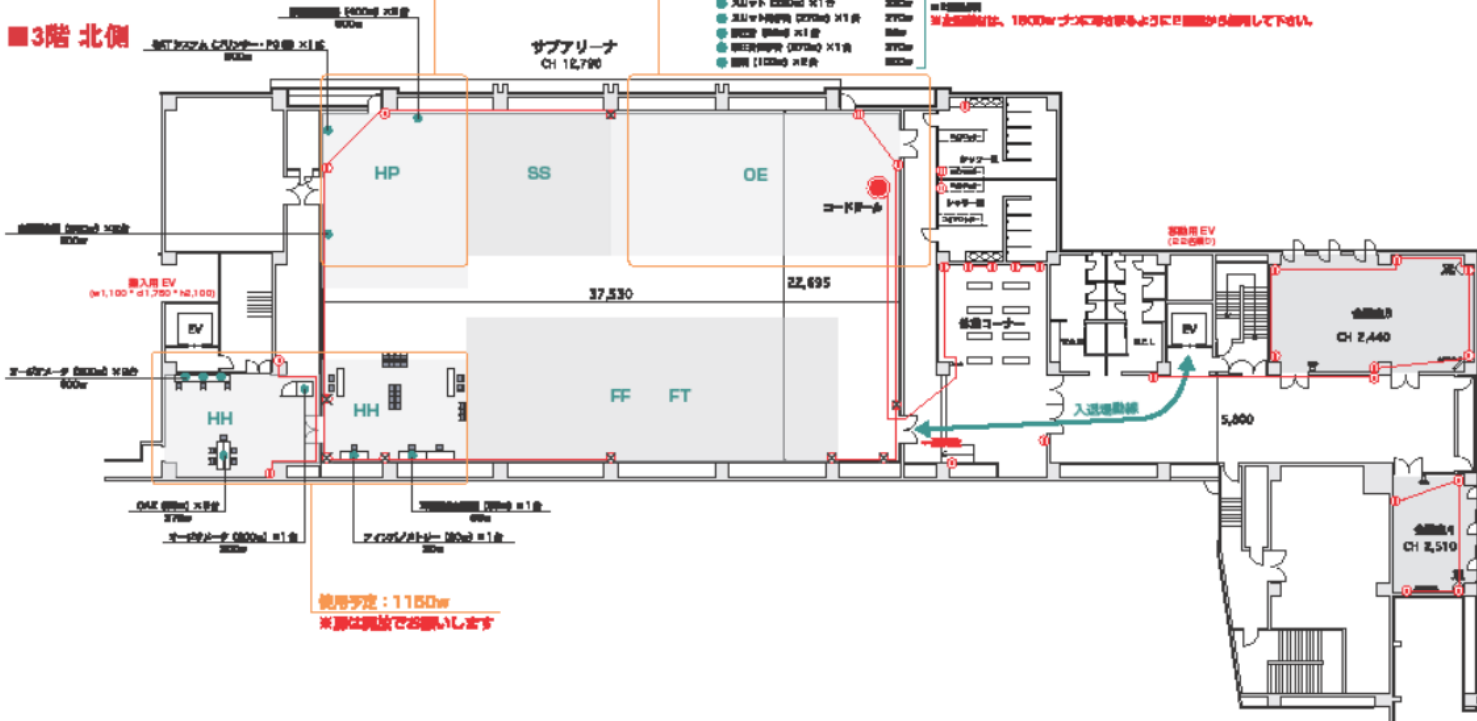
使用予定：2800w
(2階の必要/3階のコンセントから1階：コードリールより1階)
*休憩コーナーからの電力使用

- コーナー CH200 40台 780w
- レジスター CH100 4台 400w
- マーケット CH200 X1台 800w
- テーブルCH200 X1台 800w
- スクワイヤ CH200 X1台 800w
- スリット CH200 X1台 800w
- スリット CH200 X1台 800w
- スリット CH200 X1台 800w
- スリット CH200 X1台 800w
- スリット CH200 X1台 800w

2800w
※上記は、1800w プラントを参考に2階から割り当て下さい。

300w オーバーしてます
BATシステムは、プリンター機なので
200w でおさまりませんか？
使用予定：1800w

■3階 北側



使用予定：1150w
※断は調整をお願いします

Healthy Athletes

Opening Eyes

Special Smiles

Healthy Hearing

Health Promotion

FUNfitness

Fit Feet

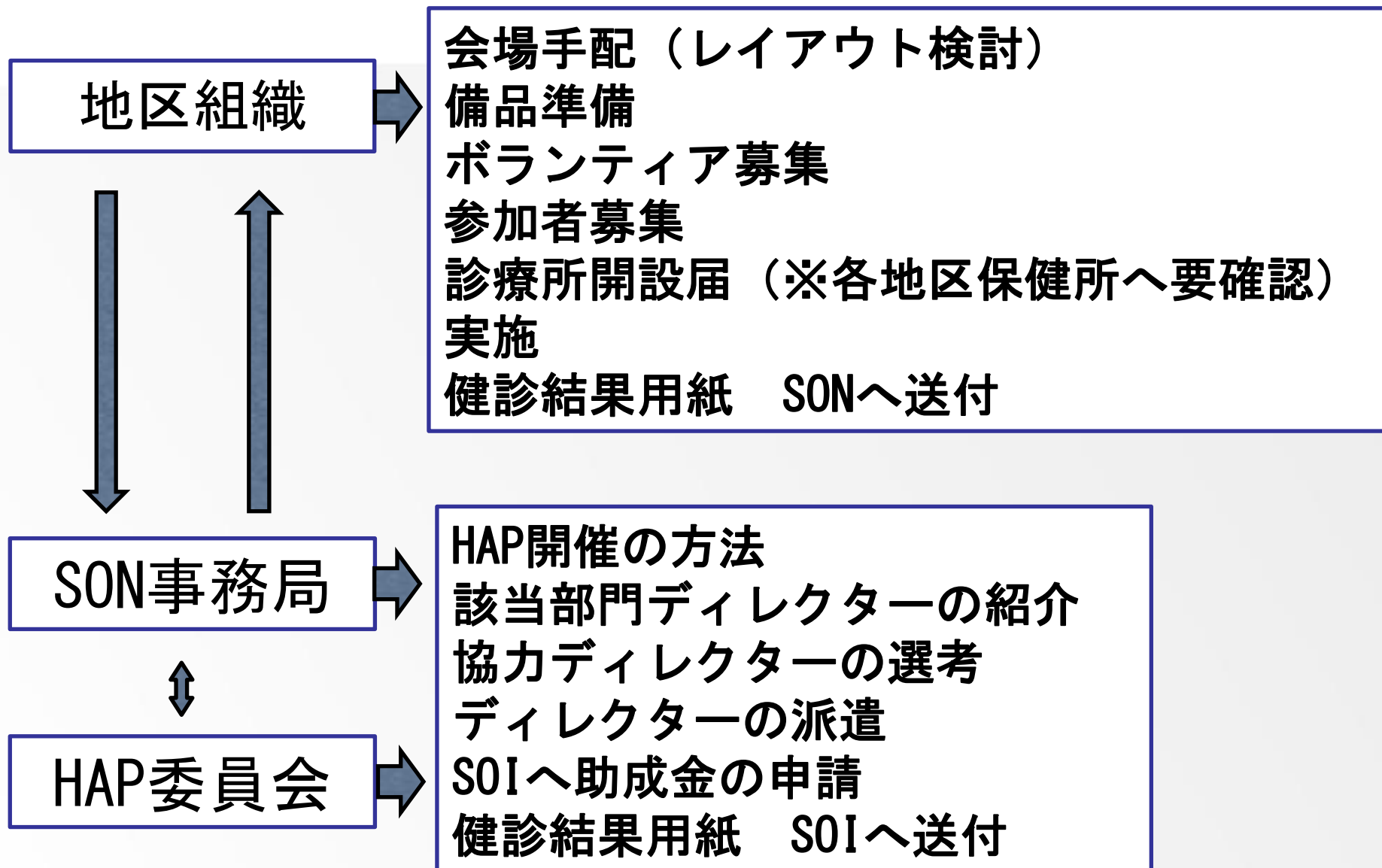
※コンセント
消費電力：1800w まで

例) ナショナルゲーム・福岡 HAP会場

会場：851m² ※別途HHは静かな場所、OEは暗所をつくる必要がある

控室：44m²+ (88m² 階が違った為、活用できず)

地区組織でHAPを開催する流れ



HAP開催ガイドライン

2014年4月
公益財団法人
スペシャルオリンピックス日本

ヘルシー・アスリート®および地区組織における「健康プログラム」ガイドライン

ヘルシー・アスリート®・プログラム(HAP)とは？

アスリートの健康とヘルスケア向上のためのプログラムです。アスリートがトレーニングや競技をする能力を高めること、そして生活の質を向上することを目指しています。ヘルシー・アスリート・プログラムは、楽しい雰囲気の中、無料で様々な種類の健康チェックをアスリートに提供しています。

知的発達障害のある人々は、一般に肥満、栄養不良や、眼科、口腔、聴力、足の問題など広範囲にわたる健康問題をかかえています。彼らが健康を自己管理していくための保健医療や教育を受ける機会が障害のない人に比較して限られています。これらは、知的発達障害のある人の保健医療の機会の不足、特に青年期以降、定期的に健康チェックをおこなう機会が極端に減少することや、医療関係者が知的発達障害のある人についての理解を深める機会が不足していることにも起因しています。そこで、アスリートが健康を維持するための健康チェックの機会を増やし、また知的発達障害のある人々について医療専門家や医療系の学生の理解を促進するために、1991年に米国のスペシャルオリンピックスで HAP が正式に始まりました。日本では2004年から本格的に HAP を実施しています。

HAPの目標

1. スペシャルオリンピックスの使命を推進する。
 2. アスリートの競技能力の向上に貢献する
 3. アスリートの健康の向上と保健衛生教育を促進する
 4. 医療従事者と医療系の学生に知的発達障害のある人々に対する理解を促進する
 5. ファミリー、コーチ、介助者にアスリートの健康への知識や意識を高めてもらう
 6. 健診結果を SO 国際本部で収集、分析し知的発達障害のある人々の医療や政策に対する提言を行う。*
- *そのため、各国で健診内容を統一し、結果を SO 国際本部に提出しています。

ヘルシー・アスリート®・プログラムの対象者

SO に登録しているアスリートとユニファイドパートナーです。

また、コーチやファミリー、アスリートの介助者なども同行し、健診結果と一緒に聞いてもらい、アスリートの健康状態や、健康維持のための知識を身につけてもらうことも重要と考えています。

ヘルシー・アスリート®・プログラムの実施要件

1. HAP 実施には、SON・HAP ディレクター (SOI 承認クリニカルディレクター) が準備段階からかかわる必要があります。実施当日も運営を行います。*
2. 必ず SOI の指定する健診内容、健診用紙 (HAS) を使用する必要があります。
3. 健診結果用紙は必ず SON に返送してください。

*今後、ナショナルゲーム等で実施する HAP に参加し、研修を受け、HAP に精通した医療関係者が当日運営を代替できるような場合は、当日運営は地元医療関係者に委譲してゆく予定です。

ヘルシー・アスリート®・プログラムの内容 (健診部門)

HAP は以下の6部門があります

健診部門名	内容
スペシャルオリンピックス・ライオンズクラブインターナショナル・オーブニングアイズ® (目の健康チェック)	ライオンズクラブインターナショナルなどから多くの支援を受け、視力だけでなく、さまざまな眼の機能、健康状態を含め眼の大切さ、見ることの喜びを多くの人に知ってもらうことを目的に活動しています。メガネ、セーフティーゴーグルなど必要なアスリートには無料提供し、眼の正しいケアについて情報提供をしています。
スペシャルスマイルズ® (口腔の健康チェック)	口腔のチェック、ブラッシング指導を通してアスリートの食生活、健康への意識の向上などを目的としています。
ヘルシー・ヒアリング (耳の健康チェック)	耳の健康チェック、聴力検査、衛生教育を行います。外耳道検査、自動聴力検査、(耳音響放射)、中耳機能の検査、純音聴力検査などを行い、耳道の衛生管理、聴力損失の程度等に助言をしています。2割程度のアスリートに難聴の恐れが指摘されています。
ヘルスプロモーション (栄養、生活習慣)	身長・体重測定に加え、普段機会の少ない骨密度測定を行います。また、食生活・水分補給・日焼け防止・禁煙・エクササイズなど様々なアプローチから健康を促すプログラムです。
ファンフィットネス (筋力、持久力、柔軟性)	理学療法士による、筋、関節の柔軟性、筋力、バランス能力、全身持久力のチェックを行います。また、柔軟性、筋力、バランス、全身持久力を改善するための運動を体験しながら学べます。
フィットフィット (足の健康チェック)	足、足首、爪、皮膚、靴のチェック、歩行分析などを行います。足や足首に問題を抱えているアスリートは多く、靴や靴下が合っていない、水虫などの皮膚病や爪の手入れなどは、すべての競技に大きな影響を与えます。

ヘルシー・アスリート®・プログラムまたは「健康プログラム」実施の判断

前述の通り、HAP は SO 国際本部が商標登録しており、実施には要件があります。HAP 実施を希望する場合は SON・HAP ディレクターと相談の上、実施の可否を判断することになります。条件が整わず HAP の実施が困難な場合は「健康プログラム」の名称で実施してください。

地区組織におけるアスリートの健診について

地区組織において、独自にアスリートの健診等を計画される場合も是非、SON にご一報の上、SON・HAP ディレクターにご相談ください。そして可能な範囲で HAP に即した健診を実施してください。それが難しい場合にも、HAP の健診内容について、地区組織でご理解いただけるよう、SON・HAP ディレクターから HAP とはどのようなプログラムであるか、紹介をさせていただきたいと思っております。

公益財団法人 スペシャルオリンピックス日本

〒105-0003 東京都港区西新橋2-22-1 西新橋2丁目森ビル7階

電話 03-6809-2034 FAX 03-3436-3666

E-mail: tokyo_office@son.or.jp <http://www.son.or.jp>

必要な面積と電力

面積

部門等	最低限 (㎡)	理想的な面積(㎡)
OE	100	200
SS	50	100
HH	100	150
FF	50	100
FT	50	100
HP	50	100
総合受付	400	600
待機場所		
合計	800	1350

電力

部門	使用機器	台数	小計(W)最大
OE	エッジャー	1	800
	ウォマー	2	760
	グラインダー	1	60
	レンズメータ	2	330
	オートレフ	1	220
	オートレフ用光学台	1	270
	ハンディーレフ	1	200
	スリット	1	320
	スリット光学台	1	270
	眼圧計	1	26
	眼圧計光学台	1	270
	照明	2	200
HH	耳音響放射装置	4	220
	ティンパノメトリー	1	20
	オージオメーター	3	600
HP	骨密度測定器	2	800
	血圧測定器	2	
全体	コンピュータ	8	960
			6326

その他

項目	数量など	対象部門	備考
プラグ差込口	多数	10か所程度は必要	更に延長コード、ドラム等を利用
耐荷重量		OE レンズ、メガネ加工機	使用電力量多
	459kg	HH 聴力検査室	相当重いので、状況により コンパネ使用
距離	5m	OE 視力	
	1×10m	FT 歩行	
水回り	レンズ加工	OE	
	イヤーチップ洗浄 のための水道	HH	洗面所があればOK
	マウスガード加工	SS	※通常は不要
静かな環境	個室がベスト	HH	
暗室	OEサイト内に	OE	パーティションとブルーシートなど で設置可
加工エリア		OE	飛び地で可、個室等、スペースが あれば可

必要備品



OE

エッジャー	手指消毒剤
ウォマー	長机
グラインダー	椅子
レンズメータ	PC
オートレフ	wifi環境
オートレフ用光学台	HAPロゴサイン
ハンディーレフ	延長コード
スリット	文書箱
スリット光学台	OE健診マニュアル
眼圧計	HAS用紙
眼圧計光学台	健診結果用紙
照明	クリップボード
ブルーシート	OEバナー
パネル	



SS

ペンライト	HAPロゴサイン
予備電池	SSパペット
鉛筆	SSパペット用歯ブラシ
消しゴム	SSバナー
デイスポーザルミラー	クリップボード
サージカルマスク	はさみ
手指消毒剤	ボールペン
ラテックスグローブ	テーブルタップ
ペーパータオル	セロテープ
ティッシュペーパー	文書箱
長机	ゴミ袋45L
椅子	健診マニュアル
PC	HAS用紙
Wifi環境	健診結果用紙



HH

オージオメーター	ボールペン
ティンパノメーター	延長コード(3ピン)
OAE	文書箱
検査ブース	ニトリルグローブS・M・L
耳鏡	エタノール(70%)
結束バンド	脱脂綿
中性洗剤	ペーパータオル
長机	ゴミ袋45L
椅子	健診マニュアル
PC	HAS用紙
HAPロゴサイン	健診結果用紙
クリップボード	教育用資料
はさみ	



HP

禁煙用パンフレット	クリップボード
禁煙用DVD	はさみ
DVDプレーヤー	ボールペン
DVDモニター	テーブルタップ
身長計	文書箱
メジャー	骨密度計
血圧計	体重計
聴診器	風呂用椅子
布ガムテープ	教育用資料
フック	風船
資料の掲示用スペース	ニトリルグローブS・M・L
長机	アルコールジェル
椅子	アルコールスプレー
スクリーン	ゴミ袋
PC	健診マニュアル
wifi環境	HAS用紙
HAPサイン	健診結果用紙
	体温計



FF

治療ベッド	健診マニュアル
手指消毒剤	HAS用紙
長机	採点用紙 FF
椅子	ゴニオメーター(大)
椅子(演奏用)	functional reach用器具
PC	握力計
wifi環境	指導用具
HAPサイン	目隠し
クリップボード	バスタオル
文書箱	ストップウォッチ



FT

手指消毒剤	文書箱
長机	ニトリルグローブS・M・L
椅子	ペーパータオル
PC	ゴミ袋45L
カーペット	マニュアル予備
HAPサイン	HAS用紙
クリップボード	健診結果用紙
ボールペン	教育用資料(爪・皮膚・全般)
FTピン	足長計

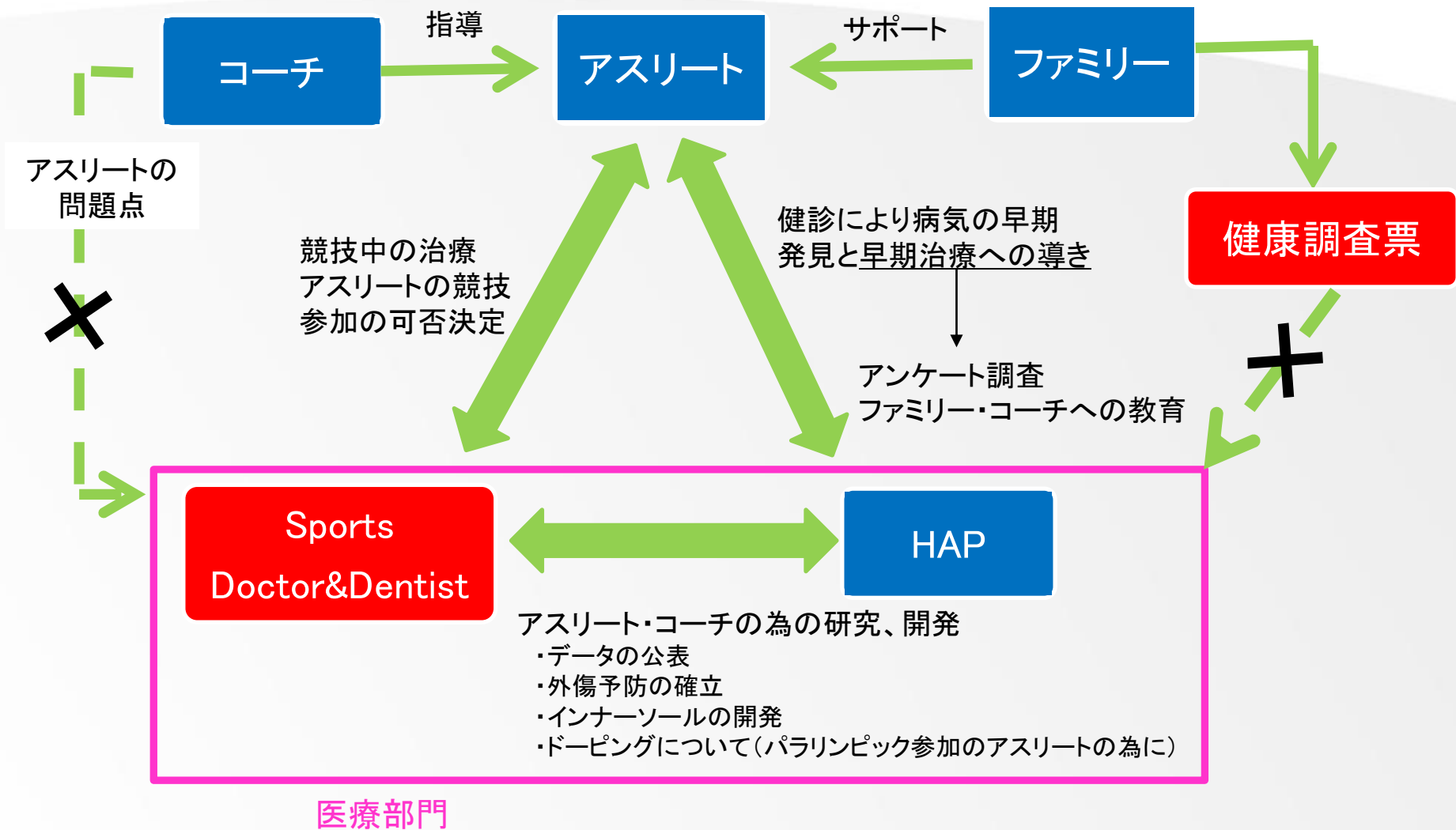
SON・愛知 オープニングアイズ 健診の様子



10 アンケート調査でのHAPに対する ファミリーからの励ましのお言葉の紹介

- ◆ HAPのおかげで早期治療ができました。ありがとうございました。
- ◆ 今回娘は初めて全国大会に参加いたしました。
そこでHAPで歯科を受診し、フォローアップを受けたことで
このように医療面での心配りをされていることを知ることができました。
お手紙を受け取ったとき、SOの素晴らしさに触れ感激いたしました。
- ◆ 子どもが成人してしまうと、つい日々が流れてしまい、細かいケアを
怠ってしまいがちですが、こういう機会に診てもらい、定期健診の
必要性を改めて認識できました。

11 SO国際本部 2016 - 2020年 「グローバルストラテジー」を踏まえて



- ご清聴ありがとうございました。

スペシャルオリンピックス日本
ヘルシー・アスリート・プログラム 委員会
委員長 高橋 久雄