

様式第2-1号

令和2年度千葉県障害者スポーツ大会 個人競技参加申込書

身体

陸上競技

| | | | | | | | |
|-------------------|----|--|-----|-------------------|--------------------------------------|---------------|-----------|
| ① 事業所(学校)名または市町村名 | | 稲毛特支 | | | 個人番号 | J | |
| フリガナ | 千バ | ハヤト | ③性別 | ④生年月日 | 西暦 2004年6月1日 | 年齢区分 | 1部(39歳以下) |
| 氏名 | 千葉 | 速人 | 2女 | 年齢 | 満15歳(2020年4月1日現在) | 2部(40歳以上) | |
| ⑤ 現住所 | | 〒263-0042 千葉県稲毛区天台6-5 | | | TEL | 〇〇〇-□□□-△△△△ | |
| | | 生年月日と年齢が合わない場合が多い!必ず確認! | | | 携帯 | △△△-□□□□-△〇〇〇 | |
| | | | | | FAX | 〇〇〇-□□□-〇〇〇〇 | |
| ⑥ 身体障害者手帳 | | 千葉県 都道府県 第〇号〇級 市区 | | | 障害名(手帳記載のとおり全文) 脳原生運動機能障害(移動機能障害) | | |
| | | 障害の原因となっている傷病名等(脳性・身体的に記入してください) | | | 常に障害のある方のみ記入。矯正できない場合は「不可」に〇。 | | |
| | | 持発性脳内出血による脳性マヒ | | | 記載漏れが多い!必ず記入! | | |
| ⑦ 精神障害者保健福祉手帳 | | 有 (手帳交付申請中の方を含む) | | 無 (取得の対象に準ずる方を含む) | | | |
| | | 精神障害の証明として用意できる関係書類(該当するものを記入) ・自立支援医療費受給者証 ・精神保健福祉センター所長の精神障害者保健福祉手帳交付済み証明書 | | | | | |
| ⑧ 障害の分類 | | ① 肢体 ② 視覚 ③ 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 ④ 内部 ⑤ 精神 | | | | | |
| ⑨ 重複障害 | | ① なし ② 1 肢体 ③ 視覚 ④ 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 ⑤ 内部 ⑥ 知的 ⑦ 精神 | | | | | |
| | | ⑩ 有・無 | | | | | |

⑩ 障害区分

主たる障害の該当する番号1つの方に〇印を付けてください。

| | | | |
|---------|----------------------|----------------------|-----------------|
| 上肢 | 1 | 片前腕切断または、片上肢不完全 | ⑩ 16 四肢麻痺で車いす使用 |
| | 2 | 両前腕切断または、片前腕および片上肢切断 | |
| | 3 | 両上肢切断または、両上肢完全 | |
| 下肢 | 4 | 片下腿切断または、片下腿不完全 | ⑩ 17 けつて移動 |
| | 5 | 片大腿切断または、片下腿完全 | |
| | 6 | 両下腿切断 | |
| | 7 | 片下腿および片大腿切断 | |
| 体幹 | 8 | 両大腿切断または、両下肢完全 | ⑩ 18 片上下肢で車いす使用 |
| | 9 | 体幹 | |
| | 10 | 第6頸髄まで残存 | |
| 使用車原性麻痺 | 11 | 第7頸髄まで残存 | ⑩ 19 上肢で車いす使用 |
| | 12 | 第8頸髄まで残存 | |
| | 13 | 下肢麻痺で座位バランスなし | |
| | 14 | 下肢麻痺で座位バランスあり | |
| | 15 | その他の車いす | |
| 16 | 視覚障害 | ⑩ 20 その他走不能 | |
| 17 | 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能障害 | ⑩ 21 上肢に不随意運動を伴う走可能 | |
| 18 | その他の視覚障害 | ⑩ 22 その他走可能 | |
| 19 | 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能障害 | ⑩ 23 電動車いす常用 | |
| 20 | その他の聴覚障害 | ⑩ 24 視力0から0.01まで | |
| 21 | ぼうこうまたは直腸機能障害 | ⑩ 25 その他の視覚障害 | |

⑪ 障害区分確認事項

障害区分1~23の方は、該当する箇所に〇印を付け、該当事項を記入してください。

ア 切断 (部位)

イ 脊髄損傷 麻痺の程度 (完全・不完全)

ウ 脳原性麻痺で、上肢に中等度以上の不随意運動や協調性低下がある () ない ()

エ 脳原性麻痺で、上肢の関節可動域に制限がある () ない ()

オ ウ・エの障害で、走ることが (可能) (不可能)

カ イ・ウ・エ以外の車いす使用(二分脊椎や骨・関節機能障害、切断など)の方で座位バランスが (あり) (なし)

キ 日常生活で使用している補装具(装具・車いす・杖などが (あり) (なし))

【ありの場合必ず記入してください】

● 常用の補装具名 []

● 常用でないが併用する補装具名 [車いす]

ク 障害区分4・5・7・8(切断は除く)で、片足または両足で補装具なしで立つことが (可能) (不可能)

参加申込書類が提出された時点で、下記の事項について同意があったものとして取り扱います。

・大会プログラムには、競技運営上必要な氏名、障害区分、年齢区分、所属等の個人情報について掲載します。

・大会当日は、報道機関による撮影、報道がされる場合があります。主催者においても撮影した写真を広報に使用することがあります。

・主催・後援団体等のホームページで公式記録を公表することがあります。

・申し込み時に提出された書類は、プログラム作成及び全国障害者スポーツ大会派遣事業にのみ使用し、その他では使用いたしません。

⑫ 競技中に使用する補装具等 (有・無)

有・無を必ず記入してください。

「有」の方は、番号に〇印を付けてください。

「14 その他」の場合、()に内容を記入してください。

障害区分10~19の方は、「車いす等」の欄の6~10,12から選択してください。

| | | | |
|--------|------------|------------|-----------|
| 歩行杖等 | 1 杖 | 2 松葉杖(1本) | 3 松葉杖(2本) |
| 車いす等 | 4 クラッチ(1本) | 5 クラッチ(2本) | 6 両手駆動 |
| | 7 片手駆動 | 8 足駆動(前向) | 9 足駆動(後向) |
| | 10 片上下肢駆動 | 11 電動 | 12 投てき台 |
| 義肢・装具等 | 14 その他 | () | |

⑬ 特記事項

下記の項目の該当する番号等に〇印を付け、必要事項を記入してください。

1 特になし

2 障害区分24、25の競走競技で、伴走者を同伴(障害区分24の50m音源走を除く)

3 障害区分24の50m走(音源走)で、(競技役員・許可された者)の音源(主催者が用意した音源・持込み音源)による誘導を希望

4 障害区分24、25のフィールド競技(立幅跳以外)で、(競技役員・許可された者)の(声・主催者が準備した音源・持込み音源)による援助を希望

5 聴覚、音声・言語等に障がいのある方で(手話通訳)を希望

6 競技規則上、競技場内に同伴する介助者の入場が認められている者(障害区分10、16、17、23、24、場合によっては区分番号18、25)で、競技場内に介助者の入場を希望。(その理由)

介助者同伴は必ず理由を記入!

片上下肢麻痺により衣服の脱着に介助が必要になるため

1 陸上競技

①～⑨、⑮は、2ページの「4の(5)各競技共通事項」を参照してください。

⑩「障害区分」

- ・ 主たる障害（「⑧障害の分類」で記入した障害）の該当する区分番号を1つ選び、番号を「○」で囲んでください。（参考：参加予定団体説明会資料P13～14「障害区分の解説」）

⑪「障害区分確認事項」

- ・ 障害区分1～23の方は、該当する箇所を「○」で囲み、該当事項を記入してください。

ア

切断部位を記入してください。障害区分1～8（切断・機能障害）を確認する際の参考とします。

イ

障害区分10～14（脳原性麻痺以外で車いす常用・使用）を確認する際の参考とします。

※ 座位バランスの判定は、「へそ」の位置の知覚レベルの有無が一つの判断基準となり、背もたれのない座位の状態で両手の支えなく座ることができる場合は「座位バランスあり」と判断します。
具体的な判定方法として、座位姿勢でからだを前に倒して、手を使わずにからだを起こすことができれば「座位バランスあり」と判断できます。

ウ・エ

障害区分16～22（脳原性麻痺）の方は、記入してください。

※ 脳原性麻痺とは、脳性麻痺、脳血管疾患や脳外傷等による脳に起因する機能障害を言います。

「ウ」の「上肢に中程度以上の不随意運動や協調性低下」とは、自己の意思に反して勝手に上肢が動いたり、上肢は動くが運動のコントロールができず、目的どおりに動かせないなど、日常生活に著しい障害があることをいいます。

※ 「上肢に中程度以上の不随意運動や協調性の低下」があるか否かは、Ashworthの痙性スケールを参考にし、グレード3「筋緊張は著しく増加し、四肢の他動運動は困難」と4「四肢は硬直し、屈伸できない」の場合は「ある」つまり四肢麻痺として分類されます。
具体的な判定方法として、座位姿勢で両手を真横（水平）あるいは真上に挙げる際に、スムーズにできずに肘や手首が曲がってしまったり震えてしまったりする場合は「ある」と判断できます。

「エ」は上肢の関節に著しい障害あれば「ある」を、それ以外は「ない」を「○」で囲んでください。

オ

走れるかどうか、障害区分20～22（脳原性麻痺（脳性麻痺、脳血管疾患、脳外傷等））を確認する際の参考とします。

キ

日常生活で使用している補装具があれば、記入してください。ある場合は、常用の補装具と常用でないが併用する補装具を分けて記入してください。運動機能、移動能力等を把握するための参考とします。

【参考】

- 1 車いすを使用している脳原性麻痺で手帳に「四肢体幹機能障害」等の記載がある場合で、設問ウ・エが「ある」の場合は障害区分16、「ない」の場合は障害区分19の可能性があります。
- 2 手帳に「体幹機能障害、四肢体幹機能障害」等の記載があり、脳原に原疾患がある場合は、障害区分16～22（脳原性麻痺）のいずれかになります。
- 3 設問オが「不可能」の場合、競技中の杖や下肢装具の使用の有無に関わらず、障害区分20の可能性があります。
- 4 設問オが「可能」、設問ウが「ある」場合は、障害区分21の可能性があります。
- 5 設問オが「可能」、設問ウが「ない」場合は、障害区分22の可能性があります。

⑫ 「出場種目」

- ・ 参加を希望する種目の「コード番号」と「自己記録」を記入してください。
「自己記録」は参加人数の制限を実施する場合は必要になりますので必ず記入してください。
- ・ 全国大会出場希望の有無のどちらかを「○」で必ず囲んでください。

※ 本大会の結果は、全国大会千葉県代表選手決定の参考資料となります。千葉県代表選手として、全国大会への参加を希望する方は、選手本人・家族・所属長の確認をとり、了解を得たうえで「有」を「○」で囲んでください。（全国大会派遣選手には、長時間の移動に耐えられ、6日間程度の集団生活が必要となります。）

- ・ 「○走幅跳の踏切板の位置」

走幅跳に出場する場合は、砂場から踏み切り板の距離について「1m」と「2m」のいずれかを○で囲んでください。

⑬ 「競技中に使用する補装具等」

障害区分1～23に該当する方のみ、「有」「無」のいずれかを「○」で囲んでください。「有」の方は、該当する番号を「○」で囲んでください。

義肢・装具等を選んだ方は、使用する補装具の名称を「13（ ）」内に記入してください。

⑭ 「特記事項」

- ・ 該当する番号を「○」で囲んでください。特記事項がない場合は「1 特になし」を「○」で囲んでください。

※ 競技場内に同伴する介助者の入場を希望する場合は「6」を「○」で囲み、（その理由）を具体的に記入してください。

※ 番号2を「○」で囲んだ方に伴走者ゼッケン、番号3・4で「許可された者」を「○」で囲んだ方にコーラーゼッケン、適正な理由で番号6を「○」で囲んだ方に、介助者IDカードを配付します。

障害区分24は、光を通さないアイマスク着用が義務付けられています（各自で用意すること）。

全国障害者スポーツ大会競技規則より

1. 障害区分24の競技者は競技エリアで光を通さないアイマスクやアイシェード（以下、アイマスクなど）を装着するが、使用するアイマスクなどは選手招集の際に光がもれないか審判員などの確認を受ける。アイマスクの光のもれは審判員などがアイマスクを空にかざし（夕方以降は電灯などの明るい方向にかざし）確認をする。アイシェードの光のもれは審判員などがアイシェードを顔にあてて明るい方向を向き確認をする。なお、夕方以降に懐中電灯でアイマスクの光の漏れを確認する場合は、光源からアイマスクを離して確認することとし、光源にアイマスクを密着させての確認は行わないこととする。

2. アイシェードはフェイスパッド（顔に接する部分）のすべてが顔と密着し、ゴムバンドなどを頭の後ろにかけて固定するタイプのもので、サンダラタイプのは認めない。



アイシェードの例

3. 不正なアイマスクを持ち込まないよう、選手招集の際に審判員などにより手荷物確認を受ける。



アイマスクの確認方法



アイシェードの確認方法



懐中電灯を使ったアイマスクの確認方法