

水中運動による健康づくり2009'

～名古屋市立大学プロジェクト研究～
研究にご協力ください。



募集

60歳以上で特別な病気をもたない健康的な方で(運動を制限されている方を除く)、かつ日頃運動習慣のない方で水中運動教室に参加していただける方を募集します。

水中運動効果の検討をおこなうことを目的とした研究の一環ですので、運動効果を調べるための体力測定や種々の検査(体組成、バランス、筋力など)があり、これらを受けることを御承諾いただける方とさせていただきます。運動教室は、30人程度で開催を予定しておりますが、申し込み多数の場合には運動習慣のないことや、年齢などを考慮し、研究目的に沿うように抽選させていただきますのでご了承下さい。なお、お申し込みは別紙の申し込み用紙に必要事項をご記入いただき、名古屋市立大学大学院システム自然科学研究科竹島研究室内「水中運動による高齢者の健康づくり研究2009」事務局まで郵送もしくはFAXにて、お送りください。

運動期間は約3ヶ月となります。基本的には全出席をお願いしたく、欠席回数が多く予想される方は御遠慮下さい。

運動教室

1. 運動種類：水深1.0mでの水中運動(顔を付けることはありません。プールでの有酸素性運動、筋力トレーニング、バランス運動、ストレッチ、日常生活の擬似動作などを行います。) 水泳ではありません。
2. 運動前後に関わる検査費用や運動に関わる費用はすべて無料です。検査は、名古屋市立大学、名古屋市総合リハビリセンターで行います。運動前後の検査などは個別に決める必要がありますので申し込みを頂いた後に調整します。少なくとも運動教室の前後には1週間くらいは大学にお越しいただく余裕をお持ちくださいますようお願いいたします。なお、疾病などを有する方には御遠慮いただく場合もあります。

スケジュール

期間：8月下旬から11月上旬までの3ヶ月間

頻度：週3日(月曜日、水曜日、金曜日)

時間：11:30～14:00頃を予定(運動時間は1時間程度)

場所：アクアスペース北(名古屋市北区浪打町)

アクアスペース北（名古屋市北区）のプールで、週3日（月曜日、水曜日、金曜日）水中運動をおこないます。運動時間は毎回1時間程度。大学院生、アクアビクスインストラクターが指導します。複合型運動（Well-rounded exercise:有酸素性運動、筋力トレーニング、バランストレーニング、柔軟性運動）の要素に加え、日常生活動作の擬似動作を水中で行うことで、全身持久力、筋力を向上させて、日常生活をより楽に行えるよう全身の機能を高めることをねらいとします。

説明会・体力測定予定

説明会：7月28日（火曜日）午後予定

メディカルチェック：説明会后、8月上旬まで

体力測定：説明会后、8月上旬まで

*メディカルチェック・体力測定の日程および内容の詳細につきましては、説明会でご紹介します。



■■■本研究に参加していただける方のメリット■■■

1. 自分の体力や健康度を知ることができる。
2. 現在の体力や健康度に基づいて正しい運動が行える。
3. 体力が高められる。
4. 水中では浮力の影響で体重が軽減されるため、膝痛や腰痛をお持ちの方で、長時間の運動や陸上の運動が困難な方でも安全に負担無く行える。
5. 水中で運動を行う場合の自分に合った方法や長期的な運動の継続が可能となる。

● 申し込み方法

別紙の申し込み用紙に必要事項をお書きいただき、ご返送ください。

ご参加いただける方は、郵送もしくはFaxにて申込用紙をお送りください。

締め切りは、平成21年7月17日（金）まで（当日消印可）

※送り先

〒467-8502 名古屋市瑞穂区瑞穂町山の畑1

名古屋市立大学大学院システム自然科学研究科

竹島研究室内「水中運動による高齢者の健康づくり研究2009」事務局宛

担当：小泉、彦坂

電話：052-872-5033 Fax：052-872-5033



申込用紙

水中運動による高齢者の健康づくり研究 2009'に参加することを希望します。

お名前 _____ 性別 1)男 2)女 年齢 _____ 歳

ご住所 〒 _____

電話番号 (_____)

Fax (_____)

●以下の質問にお答えください。該当する答えに○をおつけください。

1.	現在、病気をお持ちで通院されていますか。	はい	いいえ
	1. で <u>はい</u> の方 → (病名: _____)		
2.	主治医から運動の許可が出ていますか。	はい	いいえ
3.	現在、運動を定期的におこなっていますか。	はい	いいえ
	3. で <u>はい</u> の方 → (何をどのくらい: _____)		
4.	これまでに高血圧症と言われたことがありますか。	はい	いいえ
5.	これまでに心臓病（心筋梗塞、狭心症、心不全など）があると 言われたことがありますか。	はい	いいえ
6.	現在、胸の痛みや苦しさ、めまい、失神などの症状が ありますか。	はい	いいえ
7.	これまでに糖尿病と言われたことがありますか。	はい	いいえ
8.	これまでに高脂血症と言われたことがありますか。	はい	いいえ
9.	喫煙をされていますか。（ただし、過去6ヶ月以内の禁 煙は喫煙とお考え下さい。）	はい	いいえ
10.	薬を飲んでいますか。	はい	いいえ
	10. で <u>はい</u> の方 → (名前や種類: _____)		
11.	これまでに運動教室や今回の研究などに参加されたこ とがありますか？	はい	いいえ
	11. で <u>はい</u> の方へ。それはどのような内容でしたか？ (_____)		

●御質問があれば以下にお書き下さい。

(_____)