

アスリーートのスポーツ障害に対する意識とメディカルトレーナーの対応  
ーバスケットボール選手の事例をととしてー

健康スポーツマネジメントコース  
5011A325-7 松村 進

研究指導教員：中村 好男 教授

## 1. 緒言

スポーツは、青少年の体力向上や人格の形成とともに、我が国社会に活力を生み出すものであるが、行き過ぎた活動は、スポーツ障害の要因やバーンアウトの一因ともなることや、一部に見られる勝利至上主義的な在り方の問題を指摘、中学生で12.6%、高校生で24.9%の運動部員が、スポーツ障害を抱えていることが報告されている。

一方、我が国では、一流選手のスポーツ外傷・障害の実態について、医学的診療やメンタル面の報告は行われているが、スポーツ障害に対するメディカルトレーナーの対応実態に関する報告は極めて少ない。

本論では、バスケットボール選手のスポーツ外傷・障害治療に関する事例から、メディカルトレーナーの対応、選手の心理を分析し、スポーツ障害予防と対応の課題を明らかにすることを目的とした。

## 2. 方法

調査対象者は、全国高校選抜バスケットボール大会優勝経験を持つ、男子大学生バスケットボールT選手1名(以下、T選手)、その治療を行ったメディカルトレーナー1名(以下、Mトレーナー)であった。

対象者に対しては、本研究の目的、方法、拒否の権利、プライバシーの保護、結果の公表について、口頭で説明し、研究への同意を得た。

調査方法は、Mトレーナーに対する1対1の面接を行った。T選手の治療時の発言、競技参加行動および治療対応について、エピソードインタビューを実施した。

調査期間は、2011年9月23日～2012年

1月23日までであり、計5回実施された。各回のインタビュー時間は、1時間～4時間であった。

調査内容は、「MトレーナーとT選手の経歴および治療に至るまでの経緯」、「治療方法」、「T選手のスポーツ障害」、「治療時のT選手の発言」、「T選手の競技参加状況」であった。

分析方法は、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた。分析内容から、「対象者の経歴と治療に至るまでの経緯」、「Mトレーナーの治療の特徴」、「T選手の育成過程」、「T選手の外傷・障害歴」、「T選手の発言と行動に対するMトレーナーの対応(治療初期・治療中期・治療終盤期)」の5つのカテゴリーに分類した。

## 3. 結果

1) T選手は小学校からバスケットボールのみの単一競技に専念し、全国大会優勝の実績を持っていた。2007年1月、T選手の保護者の知人を通して、Mトレーナーが紹介され、治療が始まった。

2) Mトレーナーの治療の特徴は、第一段階目として1時間の患部遠心マッサージ、ストレッチなどの全身治療を行い、3時間の休憩時間を取る手法を採っていた。休憩3時間の間に、歩行や投球動作などの競技動作での痛みの確認を行い、第二段階目として1時間の患部中心の「痛みを取り除く」という治療を行っていた。

3) T選手の発言からは、単一競技種目の継続、スポーツ一家という家庭環境、ケガに対する偏った対応、勝利至上主義的な育成過程が読み取れた。

4) T選手の外傷・障害状況は、1999年脛骨過労性骨膜炎(シン・スプリント)、2002年動揺肩関節(ルーズショルダー)、2005

年 両膝関節靱帯損傷、2006 年 両足関節捻挫であった。

5) M トレーナーは、T 選手が、2006 年 10 月に足関節捻挫のために整形外科受診停止した後、依頼を受けて治療を開始していた。

M トレーナーは、専門性の高いスポーツドクター受診と検査を指示、時間をかけてスポーツ障害を完治させる必要性を伝えたが、T 選手は競技参加を懇願、治療を依頼していた。T 選手は、医療機関についてドクター不信、時間の無駄、お金がかかるといふ時間や経済的な問題に関する発言をし、M トレーナーの受診指示や患部休養指示に従っていなかった。T 選手は、慢性的なスポーツ障害を抱えていたにもかかわらず、M トレーナーの特徴的な治療を受けて、練習を継続し、試合に出場していた。また、その治療を受けることにより、大学4年の引退試合まで競技参加を継続し、達成感と感謝の発言をしていたが、治療終盤期には、外傷の頻度が増加していた。

#### 4. 考察

1) T 選手は、M トレーナーの経歴や治療方法を知人から聞き、M トレーナーの治療方法と他者の回復状況の情報を得て、治療依頼に至ったと考えられる。

2) M トレーナーの治療は、全身治療後に、必ず休憩時間を取り、身体を動かして、競技動作での痛みや症状の確認を行い、身体の治療反応を確かめて、次の段階の治療につなげていく方法であった。5 時間～9 時間の長時間治療、専門医との連携重視という特徴を持っていた。

3) T 選手は、学童期から単一・特化した競技環境・勝利を念頭においた家庭環境や育成過程が、本事例のスポーツ障害の要因になっていた可能性が示唆された。

4) T 選手は、2007 年治療開始時から、慢性的な複数のスポーツ障害を有しており、2010 年、治療終盤期には、外傷の程度が1 ヶ月に3 回と増加していた。これは、過去からの障害が身体調整に影響し、さらなる外傷に及んだ可能性が伺えた。

5) M トレーナーは、治療初期から、予防と治療の重要性を T 選手に伝え、患部休養指示や受診勧奨を繰り返していたが、T 選

手は、常に練習参加と試合出場を優先していた。M トレーナーの特徴的な治療は、競技参加を後押しし、競技継続、バーンアウトの予防に寄与する反面、選手の予後に悪影響を与える可能性が示唆された。

M トレーナーは、T 選手に対する事例では、単独で対応していた。M トレーナーは、通常専門医との連携を重視していたにも関わらず、専門医との連携やチーム管理者など、T 選手を取り巻く人的環境との連携が為されていなかった。

本事例の選手の治療終盤期の外傷頻発状況からも、メディカルトレーナーは専門医やチームスタッフとの連携が重要であり、競技を理解した医療や治療ができる人材や機関を増やすこと、選手が練習を休んで治療に行く時間、専門医を受診するための経済的負担を軽減するとともに、チームの理解を得るという心理的サポートも課題であろう。

#### 5. 結論

スポーツ医学的観点からの予防と治療の重要性が理解できず、リハビリ行動を行うことができない選手の場合には、受傷患部の回復、スポーツ障害の再発防止のために必要な痛みを完全に取り除く処置が必ずしも奏功しない可能性もあるということが示唆されたとともに、選手のスポーツ障害予防のためには、育成環境の改善、メディカルトレーナー、スポーツ専門医、チーム管理者の連携、それを可能にするための選手の時間的、経済的、心理的障害の軽減が課題となることが示唆された。