

Sep-Oct Special

復帰までの コントロール



城内氏には、トップアスリートの手術適応の見極めや、現場のキーパーソンが医療を専門とする人でない場合の難しさを踏まえ、選手本人と周囲の関係者に粘り強くアプローチする取り組みをお話しいただいた。嶋崎氏にはバレーボールチームにおけるメディカルチームの連携、コーチの要望といかにすり合わせるかを紹介いただいた。そして竹原氏には、反復性肩関節脱臼について、保存療法を選択した高校野球の選手を例に、経過やリハビリ、コミュニケーションで意識したことを伺った。

- 1 コントロールが難しい事例をどのように考えるか** 城内泰造 P.2
—— スポーツ医の立場から
- 2 競技復帰に向けた取り組み** 嶋崎 愛 P.7
—— スポーツ医の立場から
- 3 反復性肩関節脱臼の野球選手** 竹原良太郎 P.10
—— 手術をしない選択に対するサポート

1

復帰までのコントロール

コントロールが難しい事例を どのように考えるか —— スポーツ医の立場から

城内泰造

多根総合病院整形外科、医師、ATC

まずは初診

基本的に捻挫もしくは骨折であれば、明確な診断さえつけば、標準化されたプロトコルがありますので、最初の診断のところがきちんとしていれば先を見据えることは簡単になってきます。よって、大事なのは最初の診断にいかにか時間をかけるかではないかと思います。そこさえ間違わなければ、グレード I の捻挫なら 2～3 週間、長くて 4 週間で戻れることがほとんどですし、骨折であれば逆に選手に対して「2～3 週間で戻れるとは思っていけないよ、2～3 カ月だよ」という話ができます。

また、グレードによっては手術も考えないといけません。そこを誤ってしまうと何もできませんし、そこがしっかりしていればその後は自然に成り立ちます。初診が肝であり、その診断をつけるのが我々ドクターの仕事だと思います。その後の治療に関しては様々な治療家さんたちに任せる部分が多くなります。

リハビリでコントロールが 難しい事例

日本の場合とくにそうだと思いますが、アスレティックトレーナー（AT）という存在がなかなか現場にいない環境がほとんどですので、小中高生くらいだといわゆるキーパーソン、決定権を持つ人間が AT ではありません。親であったりコーチ・監督だったり、医療を専門とする人ではない

方々が決定権を持っていることが多いです。そうになってしまうと、仮に診察室で、たとえば離断性骨軟骨炎（OCD）など肘を痛めている中学生に「投球は絶対にしちゃだめだよ、悪くなるよ」という話をしたとしても、その場では「はい、わかりました」と言ってくれますが、2 週間後に診察すると結局投げているという状態です。

外来をしていると大体 4 カ月間くらい、2 週間ごとに同じ話を繰り返すも、投球中止の指示を聞いてもらえなかったことがありました。投球の距離を縮めるくらいはしてくれるのですが、「ノースローだよ」と話してもまったくやめてくれないのです。痛いけれど、やめない。それはなぜかというと、親が競技をさせたいということと、コーチからも「いけるだろう」という感じで投球継続を指示されることもあるからです。そのケースは悪化していき、最終的には手術になってしまいました。その段階になって初めて後悔されて、「本当に手術になってしまうんですね」と背景を教えてくださいました。OCD で肘が腫れてしまってもう投げられなくなったのですが、コーチから「チームにとって必要だから投げてほしいと言われ続けていた」と。親としても、子どもが活躍しているので投げている姿を見たい。私なりに外来で再三、病気の怖さなどの資料をタブレット端末に入れて「こんなにひどくなりますよ」と示すようにしていますが、それでもなかなか、頭ではわかっているけれどコントロールできなかったというケースがあります。

最初の段階で指示に従ってくれていれば手術になるのを止められたと思うのですが、止められなかったのは医療を理解して



城内泰造（しろうち・たいぞう）先生

いる人間が現場で意思決定権を持っていないというのが最大の要因ではないかと痛感させられました。

難治性のリハビリにおける 「残り 20%」のマネジメント

なかなか治らないケガもあります。多いのは肘の外側・内側上顆炎や、アキレス腱症もそうです。MRI で激しく炎症が出るものだと、本人も相当痛みが強いのですが、そこまでの症例はそれほどありません。そうなってくると、注射やリハビリを行いながらやりますが、なかなか難治性です。最近ですと体外衝撃波が有効なものが多いので、改善率も上がったのではないかなとは思っていますが、それでもやはりうまくいかない場合があります。

肘に関しては外側・内側上顆炎は手術までいく経験は私はあまりないですが、アキレス腱は難治性で手術したことがあります。熊井司先生（早稲田大学）が発表されているようなスーチャーアンカーという糸

を用いて、腱の問題のあるところを一度切り取って再接着するような手術も行っています。

そういったものは運動制限、リハビリテーション、注射など保存治療で一定のところまではよくなります。言い方は悪いですが一般のスポーツ愛好者レベルならそれでなんとか競技ができます。しかし、プロレベルや高校生・大学生・クラブチームでやっている人となると、難治性で切り切れなくてパフォーマンスが上がらないという場合に、いろいろな背景を含めて、どこかで仕切り直してゼロにする、あとは確実性を持つ治療の1つの選択肢として「手術」を持っておかないといけないのではないかと思います。

というのも、ジョギングや少しのダッシュは問題なく、アスリートなら80%くらいまで上げられます。ただ、大体アキレス腱のケガをする人は足を武器にしていますので、最後の20%が生きるか死ぬかの勝負になります。20%の差があつてクビを切られてしまったら意味がありませんので、その見極めはすごく重要な部分と言えます。

野球に関わっていてそれがよく起こるのは、内側側副靱帯です。最近アメリカではトミー・ジョン手術が急速に増えています。日本ではやり過ぎだろうという意見が多いです。過剰な手術適応になっているという考え方ですが、一方で、画像診断で悪くても、7～8割方まではよくなりますが、プロレベルでは最後のところでよくなることが時々あります。ネットスロー、キャッチボール、遠投80mくらい痛みなく投げられる、ただピッチングになると押し込めない、同じ140kmだけだと感触が違うという、プロ選手だからこその悩みが大きな適応の違いとなってきます。フォーム的にいろいろな問題があるのですが、それも可能な範囲で修正して、本人もリハビリや注射などやるだけやって、それでもあとの1～2割が戻らない。それを考えたとき、野球選手として今後生き残るために

何が選択肢となるのか。アマチュア野球なら普通に投げられても職業レベルでは通用しない、それでは何の意味もありませんので、プロ野球チームに残るために手術することがあります。MCL（内側側副靱帯）はケガとしては野球界ではトピックではないかと思います。アメリカでは手術が増えている中で、日本では様々なアプローチをした結果で最終的に手術になってしまう人もやはりいます。

とくに、日本の場合は内側側副靱帯損傷は画像だけで判断しないという考えがドクターに浸透してきていますので、そこだけに頼らずにいくという説明を最初にします。すると、選手も期待します。3カ月くらい必死にリハビリをやってくれたりします。最初はパフォーマンスが上がっていくので「よし、よし」といいますが、最後の最後でブルペンに入ったときにがっかりする。さらにそこから1カ月頑張ってくれたけれど結局上がり切らず、「手術です」という話を出されたら、「じゃあ最初に手術したらよかったじゃないか」と思う選手はいると思います。4カ月、野球選手として結果を残せる期間を失ったという風に思う人もいます。その辺りはとても難しく、医師としても葛藤する部分だと思います。

海外は、よくも悪くもスパッとやるというのがあるかもしれません。それでだめだったら仕方ないという考え方なのでしょうか。しっかりと現実の機能まで評価して可能な限り保存治療で治そうと努力する考え方の基礎は、日本人の特性だと思いますし、手術は最終手段でそれ以外の方法を探るという志に基づいていて素晴らしいことです。また戻せるだけの治療家がいるというのは素晴らしいです。何でもそうですが、よい部分があれば、逆に言えばデメリットってしまつて後手に回ること、なきにしもあらずです。正確な診断の上でMCL損傷がプレーを制限する大きな要因であると考えられ、チームや家族、その他の社会的環境が許してくれるのであれば、

アメリカのように早期に手術を検討することも決して間違いではない場合があるのかと思います。トミー・ジョン手術など長期の離脱を余儀なくされる手術はとくにそうですが、手術は本当に始まりでしかありません。復帰までの過程のほとんどはリハビリであり、MCL損傷につながった身体機能の問題点を含めてさまざまな側面のコントロールをして初めて期待するレベルでの復帰が可能となることを選手に自覚させないと駄目です。医師は医学の専門家で、選手は多くの場合素人です。十分な情報と知識を患者サイドに渡して納得して治療に進むことが、復帰に向けて欠かせないキーとなるのはいつも同じだと思います。

それぞれの立場ごとの注意点

①ドクターとして

先ほどの中学生の症例と関わってきますが、やはりドクターとして考えるときには、誰がキーパーソンなのかを見極めていかなければなりません。決定権を持つ人が誰か把握して、深く関与しきれない部分もありますが、できるだけ関与していく。ATがいればATにしっかり話をすれば、彼らが決定権を持っているのでよいと思いますが、いない場合はチームの監督と何かしら連絡を取る場合もあります。診断書ではないですが、こういったプログラムが望ましいですよといったものを書面で提供するとか、そういう場合もあります。キーパーソンを見極めていかないと、お母さんがある程度わかってきている、それならコーチにも伝わるだろうと思っていたのが、実際にはコーチが最終的な決定権を持ってしまっていて、どれだけ言っても変わらない例もあります。キーパーソンにいかアプローチできるかという部分が、若年者であれば有用だと思います。

あとは、治療を受けて復帰していくのは選手本人になりますので、自律の精神をもって復帰してもらわないと、ケガを繰り返すことにもなります。リハビリの意味などもしっかりつかんでもらうために、学会

で使うような資料を簡略化して、タブレット端末などでわかりやすく説明して、きちんと理解してもらいます。「なぜだめなのか」「なぜこれをしないといけないのか」、選手教育をしていくこともドクターとしては必要ではないでしょうか。

また、アメリカもそうですが、日本ではドクターの力は強いです。アスレティックトレーナーも含めてなかなか口を出せないのがドクターという職種ですので、その言葉の強さと言いますか、医者に言われたことはなかなか背けないんだという認識を持ちながら活動しないとイケません。それはよくも悪くもです。私が期待を持たせるような言葉、たとえば「3週間後には絶対に戻れるよ」といったことを軽はずみに言ってしまうと、戻れなかったとき選手はがっかりします。私たちの言葉には重みがありますので、根拠に基づいた目標を設定してあげないと駄目です。逆に、無駄に保険をかけて長めに長めに言うのも駄目だと思います。正確な診断を下して、治療プランを練り、それをATとしっかりコミュニケーション取ってやるのが、ドクターとして重要な仕事なのではないかと思います。

② AT として

私はかつて、アスレティックトレーナーとして仕事をしていた時期がありました(その後医学部へ進学し、医師となりました)。

ATとしてやっていたときは、逆にドクターに期待する部分として、当然ですがきちんと診断をしてもらうことを一番の期待として持ちます。プロならチームドクターが見るのですが、中高生くらいだと中には救急外来に来てしまったりしてきちんとした診断を受けられずに帰り、I、II、III度の捻挫の診断をつけられずに「捻挫だった、数週間くらいで戻れるらしいよ」という感じで言われてしまうことがあります。そういった意味では、言い方は悪いですがきちんとわかっているドクターに診断をつけてもらうのが重要なファクターになりま



写真 選手向けにわかりやすく伝える城内氏。保護者にも同席いただいている

すし、それをもとにプロトコルをある程度立てる必要がATにはあります。選手に毎日接するのはATですので、必ずコミュニケーションを取って、必要に応じてドクターにフィードバックします。

チームドクターがいないのであれば、あまりよくならない場合、自分の判断が間違っているのかもしれないという観点をもって、もう1回みてもらうということも必要になるのではないかと思います。逆にATが普段の治療経過からプロトコルの変化をドクターに確認して求めていることもあってよいと思います。

AT がない環境の場合

現実には、ATがない環境が日本は多いと思います。そうなったとき、監督・コーチ、親御さんに対して、どう関わっていくかという部分がかなり大きいです。

最近、幸いにして関西のスポーツで有名な学校の選手が受診してくれることもあるのですが、「ATがいますか?」と聞いてみると、いないところが結構多いです。いたとしても週に1回や2週間に1回で、それだとコントロールができていないということになります。そうなってくるといか

にして監督・コーチ、親御さんに伝えるか。あとは彼らに頼っていたらやはり危険だと思いますので、リハビリ先を自分が連絡が取れてコミュニケーションできるようなところに送って、そこから逐次フィードバックをもらい、行き過ぎたことをやっているというのであれば、ストップをかけることもしていかなければなりません。

診断を下したら終わりというのでは、治るものも治りません。コントロールするうえではやはり、「誰が決定権を持っていますか?」と直接聞いてしまうのがいいと思います。率直な話、「競技をしばらく止められますか」というのを確認してしまうことによって、キーパーソンが監督さんというのであれば、監督さんに何かしらの形でアプローチします。極端な話、最近は私の連絡先を伝え、それでお話ししてもいいと考えています。チームドクターではないですが、選手に対しても連絡先を交換して、リハビリでしたメニューを送ってもらいます。内容をチェックしてフィードバックする。そういったことをする必要があることもあります。

一般の方であれば、「便りがいいのはいい便り」、つまり連絡がないということは

2

復帰までのコントロール

競技復帰に向けた取り組み ——スポーツ医の立場から

嶋崎 愛

埼玉上尾メディックス女子バレーボールチーム
アスレティックトレーナー

年間を通して試合が多く、急性外傷や慢性障害も発生件数が少ないバレーボール。国内最高峰リーグの上尾中央医科グループを母体とする埼玉上尾メディックス女子バレーボールチームでトレーナーを務める嶋崎氏に、ケガをした選手の競技復帰に向けた取り組みについてお話を伺った。

優れた医療体制の中で

バレーボールにおいて、発生件数が多い慢性障害のコントロールが大変重要になってきます。それぞれのチームで予防エクササイズなどを行いながら予防に務めているとは思いますが。私がチームで障害予防からパフォーマンスアップのためのトレーニングまでを担当している事もあり、丸毛チームPTと連携して障害予防につながるFMSなどのスクリーニングテストを行ったり、またトレーニングの中で障害予防のメニューを取り入れたりできています。週2回来てくれる丸毛PTとも連携し、障害予防や受傷後のリハビリテーション、またパフォーマンスアップに対しても一緒に選手をサポートしています。そういった効果が得られ、4年前にチームに来たときに比べて膝や腰などの障害を通年で抱える選手は減少し、シーズン中に長期離脱する選手も過去2年ではいませんでした。またコンタクトスポーツではないバレーボールでも、コート内で味方同士が衝突してしまったりと不意な接触によって急性のケガが起こってしまうことがあります。なかなか予

防できないと思われがちですが、クロストレーニングとしてウォームアップなどで軽いコンタクト（タグラグビーやバスケットボールなど）を取り入れることが結果的に意図しない動きへの予行練習になり、対応力が身につき、予防対策となっていると考えています。

チームではドクター（大塚一寛医師）、トレーナー（馬晋、嶋崎愛）、理学療法士（丸毛達也PT）がメディカルチームを組んで選手をサポートしています。大塚ドクターにメディカルチームの頂点にいて頂いているお陰で、本来あるべき医学的な根拠を基にして、それぞれのスペシャリストが選手をぶれることなくサポートできています。予防、トレーニング、治療、リハビリテーションという近いようで異なったカテゴリーのタスクをチーム強化という形で体现できていると思います。

ケガをした選手の大まかな流れと分担としては以下となります。

1. 受傷直後の初期対応→トレーナー
2. 病院受診→ドクター
3. 初期段階のリハビリ→理学療法士
4. 回復のための治療→トレーナー
5. 患部外トレーニング→トレーナー
6. 中期～後期リハビリ→理学療法士
7. 通常トレーニング→トレーナー
8. テクニカル要素（ジャンプ、スパイク動作）を含んだトレーニング→トレーナー&コーチ
9. 部分的な合流→コーチ
10. 完全復帰

このようなステップを踏んでいくにあたって、主観的な痛みや定期的なドクター



嶋崎 愛（しまざき・あい）先生

チェック（MRI など）を適時行いながら、主観的な訴えと客観的な要素を確認しながらレベルアップしていくようにしています。

上尾中央医科グループ（上尾中央総合病院）が母体というメリットは沢山あり、メディカル面でのサポートは今まで携わってきたどのチームよりも手厚いと感じています。総合病院ですので全ての科が連携してサポートできますので医療体制としてこれほど心強いことはないと思っています。

女子バレーは年間通して練習をし、練習も比較的長く、オーバーホールする期間を設けにくいという点があります。何かしら痛いところを抱えながらプレーしている選手もいるので、そういった選手に対して年間を通してケアしながら、どう進めていくのかというのもメディカルスタッフの課題かと思っています。

治療とリハビリ、トレーニングを担当

たとえば肩が痛い選手には、評価の後に

3

復帰までのコントロール

反復性肩関節脱臼の野球選手 ——手術をしない選択に対するサポート

竹原良太郎

たけスポーツ鍼灸マッサージ院、鍼灸あん摩
マッサージ指圧師、日本スポーツ協会公認 AT、
中学・高校保健体育教員免許

反復性肩関節脱臼

——初回受傷

私は2010年1月から埼玉の私立西武文理高校の野球部にてトレーナー活動をしていました。その部員の反復性肩関節脱臼において保存療法で試合復帰したケースをお話します。

高校野球では3月末から新1年生の練習参加が解禁されます。その入学前の練習中、走塁練習メニューで、一塁ランナーとしてリードを取り、ヘッドスライディングで帰塁した際に右肩がガクツとなり受傷しました。受傷当日、私は帯同していませんでしたので、後から話を聞きました。ただ、私のところに直接相談に来たのが、受傷してから3週間くらい経ってからで、それまでは中学生のときに通っていた自宅近くの接骨院で診てもらっていたとのこと、受傷後しばらくしてから私が介入した形になります。受傷直後に自分で動かしてみたらはまった感じがしたという話だったので、「もしかしたら亜脱臼では」という思いがありました。ちなみに、そのときが初回脱臼だったようです。

接骨院では「動かしてもいい」と言われ、固定していなかったようです。おそらく診てもらいにいったときは整復された状態だったのだと思います。それで固定などもなく、走ったりしていました。ただ、投げる・打つは痛くてできないので、単に走ったりなどをして動いていたという状況でした。

私が勤務していた JIN 整形外科スポーツクリニックには、股関節や膝のケガの選手が多く来ていましたが、肩の脱臼で来院する選手もいました。初回脱臼であれば、保存的な治療をしていく上で、ある程度固定期間を持っています。ドクターや治療の考え方によって治療方針の違いがあると思いますので一概には言えませんが、勤務していたクリニックではそういった治療の経過を持っていたので、固定していなかった点は少し心配がありました。ですが、痛い動作は本人も避けており、その時点で受傷後から時間が経っていたこともあり、選手本人とも話をし、改めて固定するということはしませんでした。

ただ、肩の可動域制限や痛み、評価の際の不安感が出ていましたので、一度整形外科で精査してもらうように話をしました。その後、近くの整形外科で診てもらって、亜脱臼の診断と、脱臼の際に周りの組織の損傷もあったのだらうと、と言われました。

初回脱臼～3回目

初回脱臼時は1年生であり、上級生もいて試合にすぐ出るという状況でもありませんでしたので、別メニューでリハビリをしていました。初回脱臼でしたので保存的な治療で復帰できる可能性も考えられたためです。リハビリメニューは肩だけではありません。グロインペインをはじめ他のケガでもそうだと思うのですが、患部だけでなく全身の協調性や身体機能などの改善も必要になってきますので、肩関節のアプローチだけではなく肩甲骨周囲や胸郭の動きであったり、体幹部分の安定性などもみしました。もちろん脱臼後の影響で肩関節自体の



竹原良太郎（たけはら・りょうたろう）先生

緩みも感じましたので、肩の安定性を高めるためのトレーニングも並行して行い、3年生が引退するまではチームに合流せずにリハビリを進めました。その中で、少しずつネットスローや短い距離から投げるといったことは、6月末～7月始めにはできる状態で、8月初めにはすべての練習に復帰できるところまで回復していました。

毎年8月には新チームでの夏合宿があり長野遠征に行くということで、その遠征から試合に復帰することになっていました。その合宿に私は帯同していなかったので帰ってきてから確認したのですが、復帰最初の試合で一塁ランナーとして出てヘッドスライディングで帰塁した際に、また同じように右肩を脱臼してしまいました。今回も「ちょっと外れた感じがした」とのこと、これが2回目の受傷だったと記憶しています。

当日の対応としては、長野で近くの病院を受診して、診断をうけ、三角巾で吊って固定してもらったようです。

その後は初回脱臼時と同じように肩まわ



写真1 活動時の様子

り、肩甲骨の安定性を高めるため治療と併せてチューブトレーニングなどを含めて、リハビリを進めていきました。そこも治療、リハビリ、トレーニングを行いながら、状態に応じて少しずつ投げる距離を伸ばしていくことはできました。しかし、軽く投げる分には塁間くらいまではできるのですが、塁間以上に距離を延ばしたり、強く投げようとしたりすると、思いきり投げられないという状態が続きました。どうしても投球側の脱臼になるので、軽く投げたりはできるのですが全力投球までいくと、痛みや怖さが出るような状態でした。また、投げる距離が短くて済むセカンドなどを守っていても投げる体勢などによっては軽く投げるときでも怖さは残っているようでした。

3回目の脱臼感は、自宅でお父さんとキャッチボールをしていた際に、投げたときに右肩がガクッと抜けたような感じがしたときのことです。9月頃のことでした。

保存療法か手術療法か

その選手は右打ちだったのですがバッティングでも痛みがあり、また脱臼感も反復しているということで、3回目の脱臼感を感じた1年生の秋頃に私が勤務しているクリニックでCTなどを撮り、肩の専門の先生に紹介状を書いてもらい、詳しく診てもらおうことにしました。その先生から

は、構造的な破綻もあり、繰り返しているということで、手術適応の症例だということ話をされ、どういう手術をするのか、手術したらどういう経過で復帰に向けて進めていくのかということまで説明を受け、本人もご家族と相談して「手術しようかな」という流れになっていました。ですが、中学のときのチームの先輩で同じように肩を脱臼した選手が手術せずに投げ方を変えたりトレーニングしたりすることで復帰したという話を本人が聞いたようで、最終的には本人が「手術はしない」と決断しました。反復性ですので手術をせずに復帰できるかという懸念はあったのですが、本人の希望もあり、今までの治療やリハビリで塁間までは投げられるようになっていたことを踏まえて、何度か話をし、手術せずにリハビリをしながら復帰を目指していくという判断になりました。

本人もそれまでの経過もあり、手術せずとも復帰できるのではないと思ったのかもしれません。ただ、全力で塁間以上の長い距離は投げられていなかったのも、手術するとしたらこの1年生の秋頃にやっておけばというのは、のちのち振り返るということもあります。うまく本人と話ができていれば、と。ただ本人が納得しないまま手術をしてもあまりいい方向にはいかなかったでしょう。



写真2 選手の話聞く

保存療法を決めてから

方針を決めた後は、普段から痛みや抜ける感じがなくても、「危ないかな」「違和感がある」などの段階で、私がグラウンドに顔を出すときは毎回選手本人から報告がありました。その都度、再脱臼しないよう試行錯誤しながら安定性を高めつつリハビリを進めました。投球フォームに関しても、どうしても腕を後ろに引きすぎ、肩関節に負荷がかかりやすいポジション（肩の伸展が増強するフォーム）で癖がついてしまっていたので、フォームの修正もしながら進めました。ピッチャーだと全力で投げれないということで少し厳しかったかもしれませんが、内野手でしたので二塁手や一塁手なら投げ方を工夫しながら復帰できるのではないかと本人も思っていたようです。

しかし、その後も力を入れて投げると抜ける感じがすることが何度もありました。さらに、バッティングで痛い右肩を庇っていたためか、左腕一本で振り切ったときに今度は左肩がガクッと外れた感じがして痛くなったという問題もありました。その後は、両肩の痛みの繰り返しで、守備の時に打球に飛びこんだ拍子に、右肩であったり左肩が抜けた感じがするということもあり、まさに反復性の脱臼、しかも両肩の状態でした。

一度傷めて反復性になると、初回脱臼のときのように長期間固定していても完治は

難しいということは言われているので、どうしても痛いときは三角巾などで一時的に固定をして、痛みが落ち着いてきたらトレーニングなどを少しずつ始めて徐々に投球再開して、ということの繰り返しでした。

手術をしたケースも

この選手とは別に、私が西武文理高校で活動を始めた2～3年目のときに、中学生の頃から脱臼癖があり、高校2年頃から寝返りしただけで肩が抜けるという選手がいました。その選手はその時点で手術をして3年時には試合にも復帰していました。今回のケースの選手も、寝返りで抜けるというような症状などが出ていたら本人を説得しないといけないと思ったでしょうが、今回は日常生活での脱臼はなく、本人が手術はしないと決めていたのでそれを尊重してサポートする形でした。

繰り返し脱臼して痛みが出る度に、反復性脱臼については手術をしないと完治が難しいということを本人にも話をし、試合のときなどにご家族がいらっしゃるときは、そういう状況であることを何度か話しました。その上で、本人は手術はしないとのことで、ご家族からも「本人の意見を尊重するという形で、症状が繰り返し出てくるのは自分でもある程度覚悟しながらやっていますので、サポートをお願いします」とおっしゃっていただいていた。

ただ、3年生の最後まで、プレーができるようになったらまた脱臼して、という繰り返しで、思うように全力でプレーできるという段階にはなかなかいきませんでした。

チームの理解

チームは、「ケガをして練習を抜けていてもできることがあるから」という感じで、うまくサポート、フォローができるチームでした。それもあって練習参加できない中でチームのサポートはしつつも、リハビリに専念できるチーム環境であったと思います。プレーに復帰した後も、本来であればランナーとして出たらリードを大きく

とって、相手ピッチャーを牽制し、キャッチャーを揺さぶり、一塁に戻る際はヘッドスライディングということになる場合が多いのですが、それは「するな」と。選手たちの状況を考慮して、できる範囲でできるプレーをすればいいからと、うまくプレーさせてもらえる環境でした。

そこで「ヘッドスライディングするくらいリードを取れ」とは言われず、むしろリードは大きく取らずに頭から戻らなくても済むようなリードを取るようという形で、「そこまでリスクを取らなくても別の形で貢献できる方法はあるから自分に合ったプレーをしよう」「最初のリードは小さくてもスタートをよくしたりといったところでカバーできるから」といった理解も指導者やチームメイトにありましたので、うまく復帰していく流れを取りやすいチームだったと言えます。

繰り返すケガを持つ選手とのコミュニケーション

選手の気持ちをうまく保ってもらうことが大事だと思います。この選手は、傷めた直後は「またやってしまった」と落ち込むこともあったのですが、すぐに気持ちを切り替えてチームのために行動をしていました。チームの方針で、野球だけではなく日常生活での過ごし方など、人間形成にかなり力を入れて指導されており、ケガをしていてもしっかりやれることをやって、外からチームを見て還元すれば復帰したときに成果として表れる、と監督がずっとおっしゃっていたことも大きいと思います。本人のメンタリティも10年関わってきた部員の中でもとくに大人びていて、しっかりと考えることができる選手でした。監督も、「彼の考え方や周りへの発言の仕方は高校生とは思えない」と話していました。入学前すぐにケガをしてしまい練習できないという状況から、常に周りを見て、チームにいろいろと意見を言い、気を配って細かいところに気がついて考動してくれて、しっかりとした考え方を持っている選手だった

ので、何度ケガをしても「もういいや」と投げやりになるという感じをグラウンドで見せることはありませんでした。

高校でサポートする際は教室を一室借りてケアなどを行っていたため、練習の合間などに私のところに治療に来るときはチームや指導者と離れるので、マンツーマンでたわいのない日常の話を含めていろいろな話をしました。その中でも肩の脱臼のことに関しては、繰り返しになっているけれどプレーできるところまでは毎回戻れているし、今練習を抜けている間にできること、普段できない細かい部分のトレーニングをしよう。外からチームを見てこういうふうにしたらよくなっていくというのを今のうちに見て、復帰したときにそれを発揮できるように準備をしようと話をしていました。本人も深く落ち込む感じではなかったのですが、希望を持ってもう一度リハビリに取り組めるようなコミュニケーションを意識して行っていました。

トレーナー側の心構え

再受傷はむしろ、リハビリに関わっている自分のほうが「また抜けてしまったか」とショックを受けることが正直なところありました。それまでやっていたトレーニング内容も見返しながら、これよりこっちのほうがよかったのではないかなど、考えるところはありません。今回のケースのほかにも、今までACL断裂からの復帰後の再断裂の選手を何度か見ていますが、もちろん選手自身が一番落ち込んでいますが、リハビリに関わる私も同じようにショックを受けることはありません。

ただ、繰り返しの受傷の直後にショックは受けましたが、一番辛いのは選手本人です。とくに今回のケースは選手本人が「手術しないで戻ってきます！」と宣言をしてリハビリに取り組んでくれるということと、実際に投球の距離を伸ばしていったので、選手本人の強い気持ちに助けられていた部分がありました。本人がそう思って