

1st Sports Medicine Forum

第1回

スポーツメディスン フォーラム

旧: スポーツ用装具を考える会

要 旨 集

会 期 2010年 2月 7日(日)

会 場 早稲田大学 国際会議場
(早稲田キャンパス18号館)

世話人 福林 徹 早稲田大学スポーツ科学学術院

- 後 援: 早稲田大学スポーツ医科学クリニック
- 協 賛: アルケア株式会社
スミス・アンド・ネフュー エンド スコピー株式会社
日本シグマックス株式会社 (50音順)
- ランチョンセミナー共催: 久光製薬株式会社

第1回 1st Sports Medicine Forum

スポーツメディスン フォーラム

要 旨 集

会 期 ● 2010年2月7日(日)

会 場 ● 早稲田大学 国際会議場
(早稲田キャンパス18号館)

会 長 ● 福林 徹 早稲田大学スポーツ科学学術院

第1回スポーツメディスンフォーラム大会事務局

早稲田大学スポーツ科学学術院

福林研究室 担当：永野

〒359-1192 埼玉県所沢市三ヶ島2-579-15

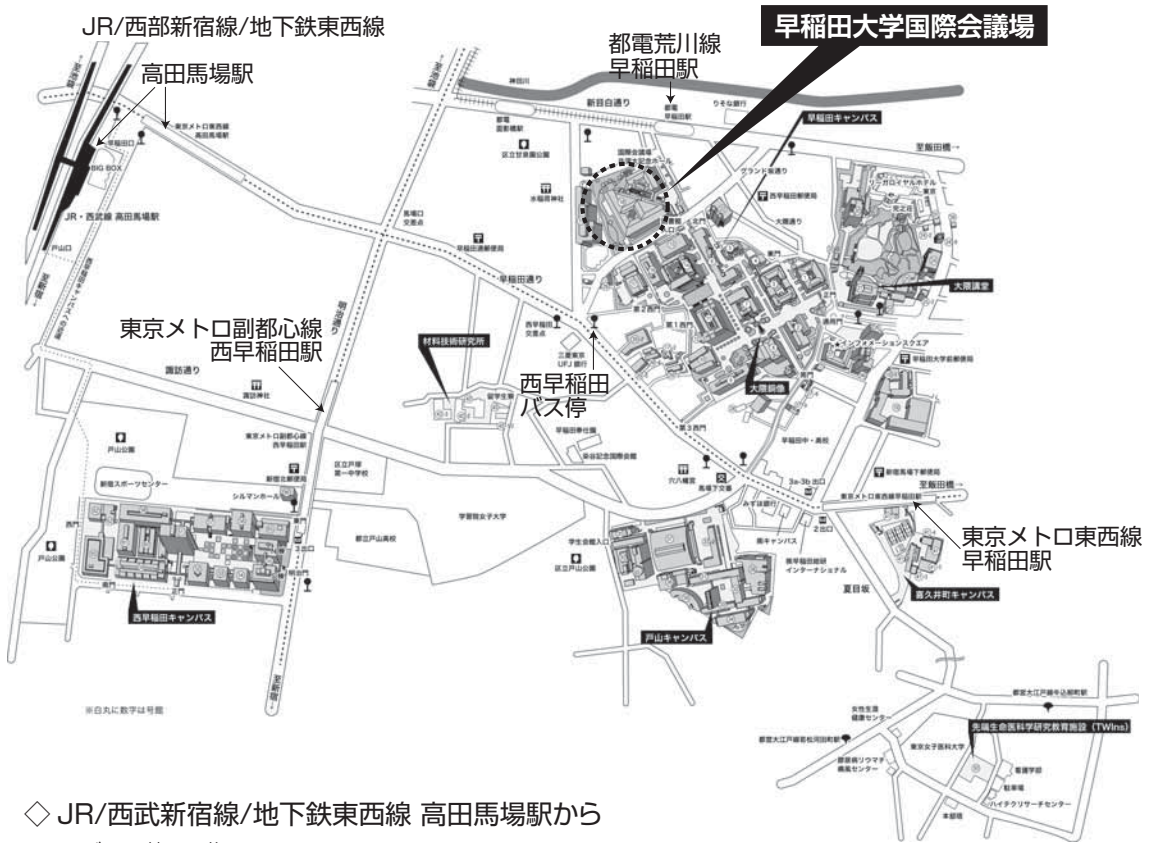
TEL&FAX：04-2947-6879

E-mail：spomedforum@gmail.com

INDEX

交通のご案内	3
会場案内図	4
タイムスケジュール	5
学会参加者へのお知らせ	6
プログラム	7
要 旨	
海外・特別招待講演	9
ワークショップ	11
教育講演	13
ランチョンセミナー1	15
ランチョンセミナー2	17
シンポジウム1	19
シンポジウム2	25
スポーツメディスンフォーラム 会則	28
スポーツメディスンフォーラム 世話人一覧	29
協賛企業一覧	30

交通のご案内



◇ JR/西武新宿線/地下鉄東西線 高田馬場駅から

- バスで約15分
(路線バス/約10分) >>> 西早稲田バス停 >>> (徒歩/約5分) 早稲田大学国際会議場
- タクシーで約5分
- 徒歩で約20分

◇ 都電荒川線 早稲田駅から

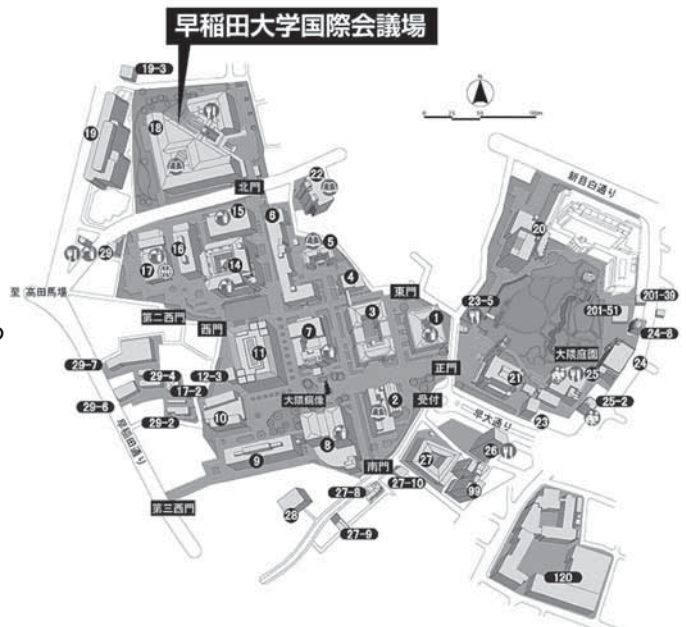
- 徒歩で約5分

◇ 東京メトロ東西線 早稲田駅から

- 2・3a・3b出口より徒歩で約15分

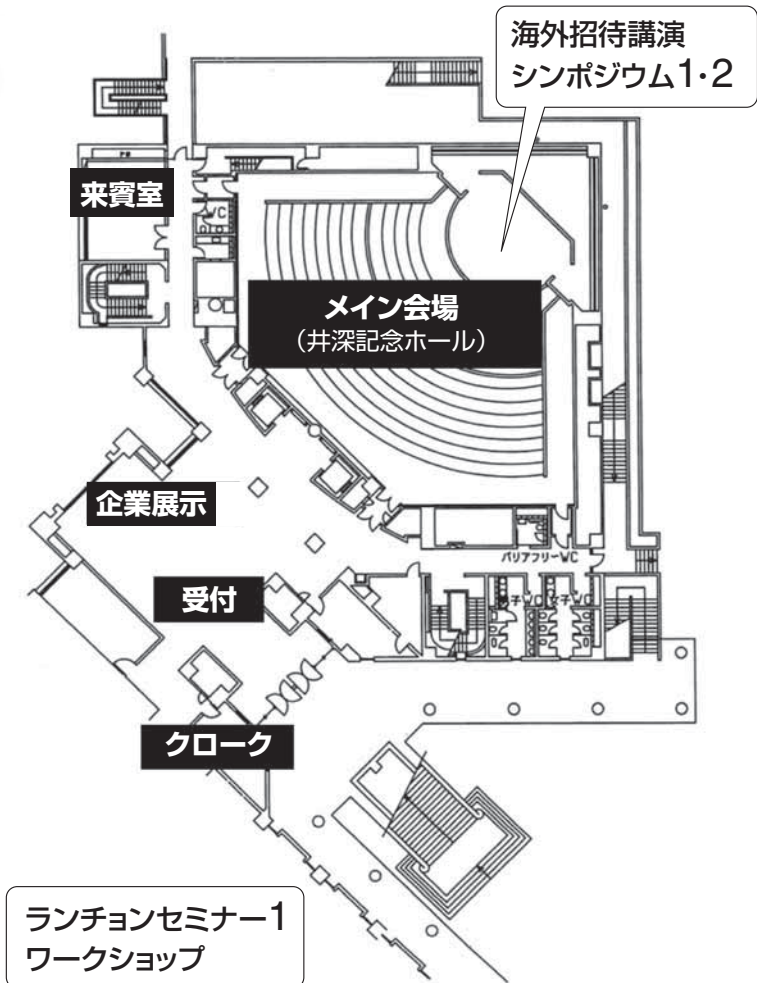
◇ 東京メトロ副都心線 西早稲田駅から

- 徒歩で約17分



会場案内図

1階



3階



タイムスケジュール

	1F 井深記念ホール	3F 第1会場	3F 第3会場
10:00			
	10:25～ 開会の辞		
11:00	10:30～12:00 シンポジウム 1 女子選手に対する ACL再建術後 リハビリテーション 司会：宗田 大 鈴川 仁人		
12:00		12:10～13:10 ランチョンセミナー 1 スポーツ現場におけるフィールド テストの分析と活用の実際 講演：広瀬 統一 司会：藤谷 博人	12:10～13:10 ランチョンセミナー 2 スポーツ選手の腰痛 -Sports Medical & Biomechanical Approach- 講演：西良 浩一 司会：金岡 恒治
13:00		13:20～14:20 ワークショップ アスリートのためのダイナミック アライメントを重視したトレーニング 講演：松田 直樹 司会：松本 秀男	13:20～14:20 教育講演 関節の画像診断 講演：新津 守 司会：斉藤 明義
14:00			
15:00	14:30～15:30 シンポジウム 2 反復性肩関節脱臼の 術後リハビリテーション 司会：筒井 廣明		
16:00	15:30～16:30 海外招待講演 The Team Doctor and Athletic Trainer in the USA 講演：Gordon Matheson 司会：中田 研		
	16:30～ 閉会の辞		
17:00			

学会参加者へのお知らせ

1. 参加受付

受付は当日午前10時00分より、早稲田大学国際会議場1階受付にて開始致します。

2. 参加費

ご来場の方は、参加受付にて登録用紙に所属・氏名をご記入の上、参加費(医師 3,000円 一般 1,000円)をお支払いください。引き換えに参加証(ネームカード)をお渡し致しますので、所属・氏名をご記入の上、ご着用ください。

3. ドリンクコーナー

第2会場(早稲田大学国際会議場3階)に用意しております。

4. クローク

早稲田大学国際会議場1階入口付近にクロークを設置致します。ご利用ください。

5. 呼び出し

緊急の場合のみ各会場でサブスライドによる呼び出しを致します。
受付へお申し出ください。

6. 昼 食

ランチョンセミナーをご利用ください。

プログラム 2010年2月7日回

開会の辞 10:25～

シンポジウム 1 10:30～12:00

1F 井深記念ホール

[女子選手に対する ACL 再建術後リハビリテーション]

司会：宗田 大、鈴川 仁人

S1-1 女子アスリートの ACL 再建術

関東労災病院 スポーツ整形外科 内山 英司

S1-2 ACL 再建術後リハビリテーションに関する EBM

早稲田大学スポーツ科学学術院 永野 康治

S1-3 女子バスケットボール選手に対する ACL 再建術後リハビリテーション

日本バスケットボール協会 清水 結

S1-4 女子バレーボール選手に対する ACL 再建術後リハビリテーション

日本女子体育大学健康管理センター 板倉 尚子

ランチョンセミナー 1 12:10～13:10

3F 第1会場

司会：藤谷 博人

[スポーツ現場におけるフィールドテストの分析と活用の実際]

早稲田大学スポーツ科学学術院 広瀬 統一

ワークショップ 13:20～14:20

3F 第1会場

司会：松本 秀男

[アスリートのためのダイナミックアライメントを重視したトレーニング]

国立スポーツ科学センター 松田 直樹

ランチョンセミナー2 12:10～13:10

3F 第3会場

司会：金岡 恒治

[スポーツ選手の腰痛
- Sports Medical & Biomechanical Approach -]

帝京大学医学部附属溝口病院 西良 浩一

教育講演 13:20～14:20

3F 第3会場

司会：斉藤 明義

[関節の画像診断]

首都大学東京健康福祉学部 放射線学科 新津 守

シンポジウム2 14:30～15:30

1F 井深記念ホール

[反復性肩関節脱臼の術後リハビリテーション] 司会：筒井 廣明

S2-1 スポーツ選手の反復性肩関節脱臼に対する鏡視下手術と後療法

船橋整形外科スポーツ医学センター 肩関節・肘関節外科 菅谷 啓之

S2-2 反復性肩関節脱臼の術後リハビリテーション

船橋整形外科病院スポーツ医学センター 高村 隆

海外招待講演 15:30～16:30

1F 井深記念ホール

司会：中田 研

[The Team Doctor and Athletic Trainer in the USA]

Stanford University Gordon Matheson

閉会の辞 16:30～

海外招待講演

15:30～16:30 1F 井深記念ホール

The Team Doctor and Athletic Trainer in the USA

演者：Gordon Matheson Stanford University

司会：中田 研 大阪大学整形外科

[The Team Doctor and Athletic Trainer in the USA]

Gordon Matheson MD, PhD & Tomoo Yamada, MSc, AT
Stanford University

The method for delivering health care to athletes in the United States has gradually changed over the past 20 years from being an athletic oriented model to being more medically based. The traditional model was where the team or athletic department coordinated the medical care of the athlete. The problem with this system was two-fold. One is that sport organizations do not have the expertise to deliver high quality health care to athletes with complex conditions. The other problem is that team administrators and athletic departments are in a conflict of interest situation that can bias a decision for return-to-play. The Trainer has experienced growing difficulty in trying to bridge the gap between the needs of the sport and medical decisions that are best for the athlete.

The current system is one in which medical decision making is now the responsibility of the Team Doctor and Trainer and team administrators and athletic governing bodies are no longer involved. Part of the transition is the result of advances made in the medical community that place greater value on care of the athlete care. Another part of the transition is a closer alliance between Trainers and Doctors. In this lecture, we will explain how the transition to the current model of health care has occurred and why we feel it is an excellent way to deliver health care.

ワークショップ

13:20～14:20 3F 第1会場

アスリートのためのダイナミックアライメントを 重視したトレーニング

演者：松田 直樹 国立スポーツ科学センター

司会：松本 秀男 慶應大学スポーツ医学総合センター

アスリートのためのダイナミックアライメントを重視したトレーニング

松田 直樹 国立スポーツ科学センター

多くのスポーツ障害は、悪い姿勢(マルアライメント)によって発生する。とくに下肢のスポーツ障害は使いすぎという「量的」な問題に、悪い姿勢での運動の影響という「質的」な問題が組み合わされて発生する。スポーツ障害予防のためには、偏りがなくバランスのよい姿勢を維持できることが非常に重要である。また、バランスの崩れない姿勢は非常に効率よく動力伝達が可能で、パフォーマンスにも非常に大きな影響を及ぼす。

バランスの崩れは、例えば前額面上のマルアライメントである外転筋力の不足によって起こる骨盤・股関節のトレンデレンブルグ現象を考えてみても、実際には前額面のマルアライメントだけではなく矢状面・水平面といった他の面でのアライメントにも影響を及ぼしている。今回のセミナーではこのような三次元的に発生するマルアライメントを防止するためのトレーニングについて「前額面」「矢状面」「水平面」といったそれぞれの面における姿勢コントロールのためのトレーニングを紹介していく。

教育講演

13:20～14:20 3F 第3会場

関節の画像診断

演者：新津 守 首都大学東京健康福祉学部 放射線学科

司会：齊藤 明義 日本大学駿河台病院整形外科

〔 関節の画像診断 〕

新津 守 首都大学東京健康福祉学部 放射線学科

本講演ではこの分野の初心者の方々も含めて、MRI、超音波を中心とした大腿と膝関節のスポーツに起因する関節外傷・障害の画像診断のエッセンス、及び最近のトピックスをお伝えする。

1. 膝関節：最大のターゲットは受傷頻度が高く臨床上重要な前十字靭帯である。その描出のコツは「膝をMRIのコイル内で少しでも曲げること」。断裂が好発する前十字靭帯前縁と大腿骨付着部をあらゆる努力を払って描出、読影する必要あり。一方、後十字靭帯は靭帯内断裂が圧倒的に多い。内側側副靭帯損傷が一番頻度が高い。半月板は微細な損傷が多く高品質画質が必須。断裂の走向方向により思わぬ像を示す場合もある。
2. 肩関節：腱板損傷に最大の注意が必要。特に部分損傷の場合、関節側か滑液包側かの病変局在が関節鏡施行前に術者への情報として必須である。関節唇は個人差、変異が多い。筋肉の萎縮も観察する。
3. 足関節：内側の三角靭帯と前距腓靭帯など外側の靭帯損傷の頻度が高いが、臨床的に診断が下されている場合が多い。画像診断では骨病変の有無、靭帯自体の連続性を評価する。
4. 肘関節：野球肘、テニス肘など、肘の靭帯および軟骨損傷には高分解能MRIとともに超音波も有効である。
5. 検査・読影の際に問題となる normal variant：「異常」の診断はまず「正常」を知ってから。

ランチョンセミナー 1

12:10～13:10 3F 第1会場

スポーツ現場における フィールドテストの分析と活用の実際

演者：広瀬 統一 早稲田大学スポーツ科学学術院

司会：藤谷 博人 聖マリアンナ医科大学スポーツ医学講座

スポーツ現場における フィールドテストの分析と活用の実例

広瀬 統一 早稲田大学スポーツ科学学術院

コンディショニングやリコンディショニングを行ううえで、選手の状態把握は必須である。特にフィジカルコンディションは主観的な評価のみならず客観的な評価を行う必要がある。フィジカルコンディションを客観的に評価するための方法としてラボラトリーテストとフィールドテストがあるが、チーム競技においては、「簡便性」、「効率性」、「継続性」の観点から、主にフィールドテストが用いられる。

スポーツ現場でフィールドテストを行う際には、テストの①企画・運営、②実施、③分析、④フィードバックの各能力が要求される。企画・運営をする際には、実施する測定項目を、競技に要求される体力要素を分析して導き出す能力が問われる。またテストの実施タイミングも重要であり、タイミングによってテストのもつ意味(トレーニングプログラムの基準づくり、トレーニング効果の判定など)が異なる。さらに適切にテストを実施する上で、条件設定(特に環境)の統一化は必須である。

また結果を分析するためには、数値のみを評価するのではなく、数値に影響する身体的要因について詳細に検討する必要がある。その点でアジリティなど、「フィジカルスキル」の優劣がパフォーマンスに影響する体力要素の評価を行う際には、数値だけでなく動きを観察することが必要である。

そして得られた結果をできる限り速やかに、かつ適切に選手にフィードバックしなければならない。そのためには数値を加工し、順位やポイント化、グラフ化するための技術や選手へのプレゼン能力が必要となる。また選手の現状分析のために、よりパフォーマンスレベルの高い選手のデータ(代表選手など)と比較し、客観的な目標値を設定することも有用となる。

本セミナーでは上述したフィールドテストの企画・運営からフィードバックまでの流れを概説し、サッカー選手を対象とした具体例についても紹介する。

ランチョンセミナー2

12:10～13:10 3F 第3会場

スポーツ選手の腰痛 - Sports Medical & Biomechanical Approach -

演者：西良 浩一 帝京大学医学部附属溝口病院

司会：金岡 恒治 早稲田大学スポーツ科学学術院

スポーツ選手の腰痛 - Sports Medical & Biomechanical Approach -

西良 浩一 帝京大学医学部付属溝口病院

【はじめに】スポーツ選手の腰痛はパフォーマンス中の繰り返される運動負荷が原因となる過労性障害が多い。また、小児腰椎には成人に見られない成長軟骨板や椎体骨端輪があり、発育期特有の病態もある。したがって、選手の年齢や種目を基本に、腰痛が生じるパフォーマンスを聴取することがスポーツ選手の腰痛の理解には最も重要である。

【病態】腰痛発症メカニズムは、屈曲・伸展回転中心を基本に考えると理解しやすい。屈曲運動で腰痛が生じる場合回転中心より前方の椎間板周囲が病態であることが多い。椎間板ヘルニアが代表的である。発育期の選手では椎体骨端輪骨折であることが多い。伸展時痛の場合は回転中心よりも背側の障害である。代表的疾患は腰椎分離症である。発育期に生じた疲労骨折の時期では骨折に伴う痛みである。偽関節となった慢性期での腰痛は偽関節内の滑膜炎である。椎弓根の疲労骨折や椎間関節の炎症も伸展時痛を来す。椎体終板にMODIC TYPE Iのような炎症性の病態がある場合、炎症部位により腰痛誘発運動が異なる。炎症が外側にある場合、側屈で腰痛が誘発される。

【画像診断】過労性障害の診断に最も有用な画像診断はMRIである。特にT2脂肪抑制画像は極めて有用である。炎症や疲労骨折の早期判断が可能である。

【治療】治療の基本は保存法である。初診時に腰痛の病態を把握しスポーツ継続の可否を判断する。継続可能と判断される場合は疼痛対策として体幹装具を処方することが多い。現在、腰痛発現とタイトハムストリングスとの関連性に注目している。強いタイトハムストリングスがあると、屈曲動作での骨盤傾斜が制限され、体幹にかかる負荷が増える。スポーツ選手の基本は柔軟性である。柔軟性獲得を復帰の条件としている。

【おわりに】腰痛が生じるスポーツ中のパフォーマンスを聴取し、そのバイオメカニクスを判断することは治療決定のみならず、再発防止の観点からも有用であることを強調したい。

シンポジウム1

10:30～12:00 1F 井深記念ホール

女子選手に対する ACL 再建術後 リハビリテーション

司会：宗田 大 東京医科歯科大学運動器外科学分野
鈴川 仁人 横浜市スポーツ医科学センター

〔 女子アスリートの ACL 再建術 〕

○内山 英司

関東労災病院 スポーツ整形外科

1997年より2008年までの女子 ACL 再建術は1,096件行われた。

種目別にはバスケットボール350名、スキー184名、バレーボール122名、サッカー56名、バドミントン48名、テニス41名、ハンドボール40名、スノーボード28名、ラクロス26名、バレエ・ダンス26名、体操18名、チアリーディング16名でこれら12種目が全体の87%を占めていた。

年齢は13歳から66歳まででピークは16歳、17歳であるが平均は28.4歳であった。15歳から22歳までの高校生・大学生に相当する年齢で63%を占めていた。レベル別にみると、アスリートレベル3の地方大会レベルは176名(16%)、平均19.4歳、アスリートレベル4の全国大会レベルは80名(7%)21.2歳 アスリートレベル5のプロ、国際大会出場するトップレベルは26名(2%)平均25.7歳。レベル4と5は9.7%であった。アスリートレベル4の種目はバスケットボール14名、スキー12名、サッカー9名、体操6名、柔道4名、バレーボール4名である。アスリートレベル5ではバスケットボール8名、スキー3名、スノーボード3名、スタントウーマン2名、チアリーディング2名、バレーボール1名、棒高跳び、サッカー、アルティメット、ダンス、パントマイム、フラッグフットボールが各1例であった。

手術方法は基本的にはSTGによる再建であるが、体操、クラシックバレエはBTBで行った。手術後のリハビリスケジュールは、術後1日の午後より病棟でCPM開始。術後2日より訓練室でのリハビリ開始、ヒールスライド、SLR、1/4スクワット、歩行訓練を行った。術後1週間で装具装着下で杖が除去された。2週間で、装具伸展制限は0度とした。4週でエアロバイク開始、8週でジョギングが行われた。12週サイドステップ、ランニングからダッシュへ移行し、5ヶ月で健患差70%以上であれば、非接触プレー開始。8ヶ月で健患差80%以上となればスポーツ復帰が許可されていた。再建靭帯手術の目標は膝安定性であるが、当課の特に注意する点としては膝伸展位の確保が出来るように、手術・リハビリが計画されていることである。

〔 ACL 再建術後リハビリテーションに関する EBM 〕

○永野 康治

早稲田大学スポーツ科学学術院

EBM (科学的根拠に基づく医療) の重要性はスポーツ医学においても同様であり、近年の学会主題などにも挙げられている。そこで本発表では ACL 損傷のリハビリテーションについてのシステマティックレビューを行い、EBM を明らかにしたい。特にリハビリテーションに関する話題として、術後固定、術後可動域制限、正常歩行獲得、CKC トレーニング、大腿四頭筋トレーニング、バランストレーニング、競技復帰時期について、現状での EBM を示したい。

文献の検索には PubMed を用い、” ACL (or Anterior Cruciate Ligament) injury ” “rehabilitation” “RCT (or Randomized controlled trial)” をキーワードとして検索を行った。検索の結果 91 文献が該当し、その内、上記に該当するリハビリテーションを検討した文献は 26 件であった。

術後固定期間、術後伸展可動域制限、大腿四頭筋トレーニング、CKC トレーニングについては、エビデンスレベルの高いとされるランダム化比較試験 (RCT) を行った文献があり、一定のエビデンスが得られた。バランストレーニングについては、論文により評価の分かれる結果となった。正常歩行獲得について言及している文献はほとんどみられなかった。また、競技復帰時期や復帰基準に注目している文献はわずかであり、今後 EBM が確立されることが期待された。

女子バスケットボール選手に対する ACL 再建術後 リハビリテーション

○清水 結

(財)日本バスケットボール協会

膝前十字靭帯再建術後のリハビリテーションにおける留意点は、術後早期（ランニング開始以前）では炎症症状に配慮し、グラフトの成熟や骨孔の癒合に沿ったプロトコルが必要となることである。術後後期にはグラフトの種類に応じた積極的な筋力トレーニングを行い、競技に即した“動き”を漸進的に再学習させることが求められる。再建術後のリハビリテーションにおけるエビデンスは特に術後早期については多くの報告があるが、競技復帰段階における報告は多くない。スポーツ動作に必要な身体機能の回復、再受傷のリスク管理、その他、選手個人の持つ問題点を把握しながら競技復帰を進める必要がある。

バスケットボールはジャンプ・ストップ・ターン・切り返しなどの素早い動き、さらに接触を伴うパワフルな動きが要求される。その中でも、ルール上の制約によりトップスピードから2歩以内で止まるという動きが大きな特徴である。この止まるという動作にジャンプ・方向転換などの要素が加わることで体幹や上肢の動きを伴ったより高度なバランス能力が要求される。バスケットボール女子日本リーグ機構（WJBL）では2005年より外傷調査を実施している。過去4年間の調査結果からその発生率や受傷機転を検証し、予防対策へ役立てている。

今回は再建術後のリハビリテーションの中でも、術後後期から競技復帰までの段階におけるバスケットボール選手の特徴的な動作の練習方法を紹介する。また、我々は術後時期に加えて、動作習得の過程を細かな達成基準として設けることで、段階的な復帰を目指している。それらをもとにしたリハビリテーションの構成を紹介する。

女子バレーボール選手に対する ACL 再建術後 リハビリテーション

○板倉 尚子

日本女子体育大学健康管理センター

膝前十字靭帯（以下、ACL）再建術施行後のバレーボール競技者に対し、本学健康管理センターで施行しているアスレティックリハビリテーション（以下、AT）について紹介する。なお日本国内においては国際バレーボール連盟（FIVB）のルールに基づく6人制バレーボールと、日本バレーボール連盟（JVA）のルールに基づく9人制バレーボールがあるが、今回は6人制バレーボールを対象に述べる。バレーボールは縦18m、横9mのコートの中央を一般男子2.43cm、一般女子2.24cmの高さのネットで区切り、6人の競技者が自陣のコートの中で、床にボールを落とさずにボールをつなぎ、3回のプレーで守備と攻撃を組み立て相手コートへ返球する競技であり、相手チームの競技者と接触がない「ネット型競技」である。イン・プレーから一つのラリー終了までの時間は2～15秒であり、瞬時の状況判断と身体操作を要求される競技である。代表的な動作にアンダーハンドパス、オーバーハンドパス、スパイク、ブロック、サーブの基本的技術がある。バレーボールではローテーションで試合が行われるため、フロントプレーヤーとバックプレーヤーの配置が替わり、リベロ以外の競技者は攻守のいずれにも参加する。そのため ACL 再建術施行後に競技復帰する際にはすべての基本的技術が復帰レベルに達することが要求される。

再建術施行後のバレーボール競技者に対する競技とポジションの特徴をふまえた AT は、術後3ヶ月頃よりプログラム設定し開始している。サーブは一人で、また自分のタイミングで行う安全な練習であり積極的に行わせる。ジャンプサーブは手術後4ヶ月以降とする。パスは確実にボールの落下点に入るステップワークが求められるため、競技者のステップ動作のスキルにあわせ球種をかえた設定でのプログラムとする。ブロックはステップ動作を伴わない両脚でのジャンプ動作から開始し、徐々にステップ動作とジャンプ動作を組み合わせたブロックを取り入れる。スパイクは助走による水平方向の推進力を制動しながら垂直方向へ切り替える技術が求められるため、十分に練習を行わせた後にボールに合わせたスパイクを開始する。ゲーム形式を含む全ての練習メニューへの合流は手術後6ヶ月以降としている。当センターでは、再建靭帯へのリスク管理を行いながら競技者の能力低下を防ぎ、速やかな競技復帰が出来るよう AT プログラムを工夫し指導し、公式試合への参加については監督・コーチと相談し決定している。

シンポジウム2

14:30～15:30 1F 井深記念ホール

反復性肩関節脱臼の術後リハビリテーション

司会：筒井 廣明 昭和大学藤が丘リハビリテーション病院整形外科

スポーツ選手の反復性肩関節脱臼に対する 鏡視下手術と後療法

○菅谷 啓之

船橋整形外科スポーツ医学センター 肩関節・肘関節外科

従来、アスリートの反復性肩関節前方不安定症に対する手術療法といえば、直視下手術が主流であった。直視下手術では、手術のアプローチの際に三角筋や肩甲下筋などの正常関節外構造物の損傷を伴うため、術後の stiffness (いわゆる硬さ) や関節可動域制限が避けられない。また、鏡視下手術と比較すると視野が悪いため、病態に応じたきめ細かい修復や再建が難しい。従って、近年ではラグビーやアメフトなど術後再発のリスクの高いスポーツ選手や骨欠損の大きな症例を除けば、スポーツ選手はほぼ鏡視下手術で対応される場合が多い。1990年代の導入当初の鏡視下手術は、スポーツ復帰できても術後再発が多く直視下手術に術後再発率で遠く及ばなかった。しかしながら、関節鏡の導入による新しい治療コンセプトの導入に基づく治療技術の進歩により、鏡視下手術は、スポーツ復帰率や復帰レベルの高さはもちろん、術後再発率でも直視下手術のそれを上回るようになってきた。ただし、鏡視下手術には手技的な難しさがあるため、ある程度以上の成績をあげるためには熟練と経験が不可欠である。また、スポーツ選手を完全復帰させるためには、もちろん手術だけではだめで、術後のメディカルおよびアスレティックリハビリテーションが不可欠である。当院では、演者が赴任した2002年4月より、症例を選ばずに全例に鏡視下手術を行ってきた。この間、幸い多くの症例は満足できるレベルでスポーツ復帰を果たしたが、復帰に難渋した症例や術後再発を来した症例があることも事実である。これらの難渋例や再発例を踏まえて、また治療器具の進歩も取り入れ、術式や後療法の修正を行い、2004年には現在の治療方針がほぼ確立した。本講演では、本症に対する演者の現時点での治療コンセプトおよび術式、2004年以降の手術成績について述べると同時に、術後リハビリテーションのポイントにつき解説する。

〔 反復性肩関節脱臼の術後リハビリテーション 〕

○高村 隆

船橋整形外科病院スポーツ医学センター

反復性肩関節脱臼の病態は、外傷に伴う骨あるいは関節包靭帯の損傷による関節安定化機構の破綻である。肩関節周囲における筋収縮の調整には関節包に存在するメカノレセプター、筋紡錘や腱紡錘、およびその他のレセプターからのフィードバック・フィードフォワード制御が関与している。反復性不安定症では、関節唇靭帯複合体の解剖学的破綻のみならず、これらのメカノレセプターを介した神経生理学的フィードバックメカニズム機能の異常などの生理学的な破綻も生じるため、軽度の外力でも脱臼を繰り返すものと考えられる。また、このような状態での労働や日常生活、スポーツ活動の継続にともなう二次的な機能障害も加わっている事が多い。そのため、術後の理学療法は損傷部位の改善だけではなく、肩甲上腕関節以外の機能障害に対してもアプローチすることが重要となる。当院では全例関節鏡視下で手術が行われるため、三角筋や肩甲下筋腱に対する侵襲がなく、術後翌日より理学療法が開始され、早期より筋力トレーニングを実施する。機能訓練では、主として肩甲上腕関節と肩甲胸郭関節運動の機能改善を中心に訓練を行う。

術後筋力を回復させるためには、筋力を十分に発揮させるために必要な肩関節複合体機能の改善が必要不可欠である。また、競技復帰には最大筋力のみならず、筋の瞬発力、持久力、協調性など質的な向上が重要である。

反復性肩関節脱臼に対する術後リハビリテーションについて述べたが、本術式におけるアスリート向けの特別なトレーニングは存在しない。解剖学的に修復された肩関節を機能的に改善させ、肩関節の安定化機構を整える土台作りが重要である。しかし、現場でのトレーニング指導を十分にうけられないアスリートも少なくないため、医師・理学療法士・トレーナーの連携のもと正しい筋力強化、トレーニング指導が必要と考えられる。

スポーツメディシンフォーラム 会則

第1章 総 則

第1条 (名称) 本会は『スポーツメディシンフォーラム』と称する

第2条 (事務局) 埼玉県所沢市三ヶ島2-579-15 早稲田大学スポーツ科学学術院福林研究室に置く。

第3条 (目的) 本会は医科学的立場からスポーツ選手の健康とパフォーマンスの維持を支援し正しいスポーツ医科学の発展に貢献することを目的とする

第4条 (事業) 本会は前条の目的を達するために、以下の事業を行う。

- 年1回のスポーツメディシンフォーラムの開催
- 研究会・講習会及び目的達成に必要な事業

第2章 参加資格

第5条 この会の目的に賛同する医師・理学療法士・作業療法士・公認トレーナー・義肢装具士・医療工学技術者・スポーツ医科学研究者とする。

第3章 運 営

第6条 (世話人会の設置) 本会の企画運営に際し、意思決定機関として世話人会を設置する。

第7条 (協賛メーカー会の設置) 本会の目的に賛同するメーカーで構成され、世話人会の承認を得た企業とする。

第8条 (企画運営) 実質的企画運営は世話人会で方針が決定され、開催年の当番世話人がその運営にあたる。

第9条 (他学会と併催の場合) 開催年の当番メーカーは、掲載学会の会長と本会の当番世話人との間で連携をとり会を円滑に進行する。

第4章 会 計

第10条 (会計) 開催年度の会計報告はすべて当番世話人が行う。当番メーカーは所定の会計報告項目を作成し当番世話人に報告する。

附 則

本会則は、スポーツメディシンフォーラム会則として2009年7月末日制定

スポーツメディスンフォーラム 世話人

奥脇	透	国立スポーツ科学センター
斉藤	明義	日本大学駿河台病院整形外科
菅谷	啓之	船橋整形スポーツ医学センター
田中	寿一	兵庫医科大学整形外科
筒井	廣明	昭和大学藤が丘リハビリテーション病院 整形外科
中田	研	大阪大学整形外科
福林	徹	早稲田大学スポーツ科学学術院
藤谷	博人	聖マリアンナ医科大学スポーツ医学講座
堀部	秀二	大阪労災病院整形外科
松本	秀男	慶應大学スポーツ医学総合センター
宗田	大	東京医科歯科大学運動器外科学分野
山崎	哲也	横浜南共済病院スポーツ整形外科
米田	稔	大阪厚生年金病院整形外科

(50音順)

スポーツメディスンフォーラム 協賛企業一覧

アルケア 株式会社
スミス・アンド・ネフューエンドスコピー株式会社
日本シグマックス 株式会社

第1回スポーツメディスンフォーラム

会 長：福林 徹

事務局：早稲田大学スポーツ科学学術院 福林研究室
担当：永野
〒 359-1192 埼玉県所沢市三ヶ島 2-579-15
TEL&FAX：04-2947-6879
E-mail：spomedforum@gmail.com

印 刷： 株式会社セカンド
株式会社セカンド
学協会サポート <http://www.secand.com/>
〒 862-0950 熊本市水前寺 4-39-11 ヤマウチビル 1F
TEL：096-382-7793 FAX：096-386-2025



早稲田大学国際会議場

スポーツメディスンフォーラム
第1回大会事務局

早稲田大学スポーツ科学学術院
福林研究室

〒359-1192 埼玉県所沢市三ヶ島2-579-15
TEL&FAX: 04-2947-6879
E-mail: spomedforum@gmail.com