

2011年アジア選手権大会

鳥居 俊

早稲田大学スポーツ科学学術院

2011年アジア選手権大会は7月7日より10日まで、神戸市のユニバーシアード記念競技場で行われた。医事委員会では、日本選手団チームに帯同するメディカルメンバーと競技場、選手村などで対応する大会運営側のメディカルメンバーを構成し大会を支えた。本稿では日本選手団チームに帯同した活動について報告する。

(1) 日本選手団の構成、選手村

選手は総勢89名（男子選手49名、女子選手40名）であった。国際大会への参加が少ない選手も多く、ベテラン選手だけでなく若い選手が多い選手団であった。

選手村はJR三宮駅に近い神戸三宮東急インであり、繁華街で便利な場所であった。5日～11日の間、選手村として選手やスタッフの宿泊に使用された。

(2) 会場

ユニバーシアード記念競技場は日本選手団の選手村から離れており、シャトルバスで移動をしたが、道路混雑時は40分～50分を要することがあった。

(3) メディカルスタッフとサポート体制

国内開催のため、医事運営に多数のドクターが必要であり、日本選手団チーム専属のチームドクターは1名、トレーナーは4名（男性2名、女性2名）であった（図1）。

選手村の中で、陸連本部と同じ階で近接した場所に選手村医務室、トレーナールームが設定された（図2）。医務室は客室の1室であるが、非常に広く



図2 日本選手団選手村内の表示



図1 メディカルスタッフ



図3 医務室内部

(図3)、トレーナールームとも隣接しているため情報連絡がしやすくなっていた。

競技期間中、メディカルスタッフは競技場に行き、サブトラックのトレーナーテント(図4)での選手のサポートや競技場内で選手の競技中の動きの点検などを行った。また、競技会中に発生した傷病に対して、携帯電話を通じて常に連絡をとり対応できる体制を考えたが、チームドクターは1名であったため、シャトルバスでの移動中の相談や競技場に滞在中に選手村での診察や相談要請に対応できないことがあった。

(4) 選手のコンディション把握

2010年度より、代表選手には1週間1回のコンディション情報の提出を求め、メディカルスタッフ内で情報共有し選手の状態の把握とより迅速で適切なサポートの構築に活用していた。本大会代表選手においても、選手全員ではなかったものの大部分で



図4 サブトラック内のトレーナーテント



図5 競技場内医務室(医事委員会櫻庭医師、岩本トレーナー)

コンディション情報の提出があり、コンディションの把握、コミュニケーションに有用だった。

大会直前では6/27, 7/4, 入村時にコンディション情報の提出を求めた。

(5) 会期中の対応

18例に対して、相談や診察を行った。

会期中に発生した急性外傷では、スパイクによる挫創が1件、肉離れが2件であった。前者は浅い創であり、消毒のみの対応で済んだ。肉離れの2件はいずれも短距離選手に発生したものであり、受傷後のレースの参加に対してコーチと相談し、結局欠場することになった。大会終了後、国立スポーツ科学センターにおいてMRIで検査を行い、世界選手権への出場の可否を検討した。なお、2009年の大阪世界選手権の際、外国人選手村に超音波断層装置があり、筋・腱障害の診断に非常に好評であったので、本大会でも事前に準備を予定すれば有用であったはずである。

大会以前より保有する疾患に対する対応では、腰痛、膝関節痛に対する内服薬の処方、さらに会期中に悪化したため局所麻酔剤の関節内注射も行った。なお、女子選手の月経随伴症状に対する鎮痛剤処方も数名あった。

内科疾患では、選手村到着時に高熱を出しており、他の選手への感染を防止するため当該選手の個室で診察などの対応をした例もあった。競技場でのウォーミングアップ中に過呼吸発作をおこした1例は、競技場内の医務室(図5)に搬送し経過観察により沈静化し、レースに参加できた。

ドーピング検査については、待機中に選手村より電話での相談がくるなどで、選手にほとんど同伴できず、結果的にコーチが同伴し対応することがほとんどであった。

全体を通してチームドクター1名の体制であったため、移動中に電話があったり、会場で選手村より要請があったりで、全ての要請に応えられなかった。会場と選手村と1名ずつ帯同できると理想的であった。

(6) 結び

国内開催の国際大会であり、若手の選手にとっては小規模ながら国際大会参加の経験になったはずである。最終的に、大きな事故や傷病発生がなく、肉離れの2名の途中欠場のみで終了することができた。