



ラグビー 外傷・障害 対応マニュアル

RUGBY FIRST-AID MANUAL



2024年版

(公財) 日本ラグビーフットボール協会

発刊にあたり

日本中がラグビーに湧き上がったラグビーワールドカップ2019日本大会(RWC2019)から、早一年が過ぎました。世界の一流選手のプレーに接する感動や喜びだけではなく、台風で試合が中止になった後の選手たちの立ち居振る舞いに感銘を受けるなど、ラグビーというスポーツの持つ魅力を多くの人々に知っていただけた忘れることのできない大会となりました。

そのRWC2019の医事運営には日本全国のラグビードクターに携わっていただきました。医務体制の計画段階からワールドラグビー(WR)の担当者と数多くの議論を重ねましたが、その際に彼らからいつも発せられたのが「player welfare」という言葉でした。

この度「ラグビー外傷・障害対応マニュアル」を全面的に改訂いたしました。その内容はWRの「First Aid in Rugby」を元に「player welfare」「players first」という理念に沿ったものになっています。

また、旧版には記述がなかった「ラグビーと感染症」という章を新たに設け、知っておいていただきたい感染症と感染対策についても言及いたしました。

RWC2019の盛り上がりを受けて始まった新シーズンは残念ながら新型コロナウイルス感染症の蔓延という我々が経験した事のない事態により、各種大会の中止、競技活動の停止に追い込まれてしまいました。ラグビーに関わる全ての人々が落胆したことと思いますが、現在は十分な感染対策を講じた上で活動が再開されてきております。

活動再開後も安全・安心なラグビーの実践のため、旧版の「ラグビー外傷・障害対応マニュアル」ともども本書をご活用いただければ幸いです。

最後になりましたが、故高澤晴夫先生をはじめとする安全対策にご尽力いただいた先輩諸氏にこの場をお借りして深謝申し上げます。

2021年1月

日本ラグビーフットボール協会
メディカル委員会

委員長 中村明彦

執筆者 編集者

飯	村	裕	子
宇津宮	幸	正	
川	添	輝	
齋	藤	守	弘
佐	藤		一
佐	藤	晴	彦
宿	澤	孝	太
高	澤	祐	治
田	島	卓	也
田	中	彩	乃
富	田		卓
中	村	明	彦
中	村	夫	左央
平	井	晴	子
堀	野	哲	也
前	田		朗
宗	本		充
村	上	秀	孝
守	屋	拓	朗
山	田	睦	雄
和	田	崇	子

(50音順)



目 次

発刊にあたり	1
1. 一般原則	6
2.グラウンドでのケガに対する標準的アプローチ	10
3.ラグビーにおける頭部のケガ	12
4.ラグビーにおける頸部損傷と脊椎脊髄損傷	22
5.負傷したプレーヤーの気道管理	25
6.呼吸の評価と胸部損傷	29
7.循環とショック	31
8.心停止と気道閉塞	36
9.四肢のケガ	42
10.内科的疾患1(糖尿病、喘息、てんかん、アナフィラキシー)	47
11.内科的疾患2(熱中症)	51
12.歯科・口腔のケガ	56
13.ラグビーと感染症	59
14.特定カテゴリーの安全対策	62
15.安全対策関連動画	67
巻末	70
あとがき	75

とうけいぶ

頭頸部の外傷後、倒れた場合のDR ABC

D (Danger) 自身の安全確認しプレーヤーにアプローチ



R (Response) プレーヤーの反応を確認



反応なし →

大声で助けを呼ぶ

けいぶ
頸部の保護 (MILS) 2章

A (Airway) 気道を確認



気道が閉塞 →

気道確保 5章 6章

B (Breathing) 呼吸を確認



呼吸なし →

心肺蘇生法 8章

C (Circulation) 循環を確認

外傷なく倒れた場合のDR ABC

(観客や会場スタッフなど)

D (Danger) 自身の安全確認し傷病者にアプローチ



R (Response) 傷病者の反応を確認



反応なし →

大声で助けを呼ぶ

A (Airway) 気道を確認



気道が閉塞 →

気道確保

5章

6章

B (Breathing) 呼吸を確認



呼吸なし →

心肺蘇生法

8章

C (Circulation) 循環を確認

ラグビーはランニングスポーツ、投げる・蹴るといったボールゲームの要素に加え、体をぶつける・押すといった格闘技の要素が混在したスポーツであり、プレー中にケガが発生する可能性があります。

安全にラグビーを楽しむためには練習中もしくは試合時の安全対策はもちろんですが、事前の準備が必要です。

1. 試合前の準備

●緊急時対応計画：EAP（イーエーピー）

イマージェンシー アクション プラン

Emergency Action Plan

ケガが発生してから慌てるのではなく、起こりうる事態を想定し事前の準備や計画をしっかりと立てましょう。事前に病院の受診時間なども調べておかないと、閉まっている可能性もあります。

水や氷の確保も必要です。また、誰がリーダーとして指示を出すのか、判断するのも決めておかないとケガが発生した後では混乱することもあります。

このためには、ケガや病気の発生時のフィールドから医務室、病院への移送に至るまでの対応手順も含めてEAPをあらかじめ準備しておくことが重要です。

確認すべき項目

- (1) メディカルキット（救急箱）の内容と使用法・使用期限
- (2) 自動体外式除細動器（AED）や担架の存在と設置場所
- (3) 応急手当や担架搬送の役割を担うスタッフのスキルと協力体制
- (4) フィールド内へ援助を呼ぶための合図
- (5) 水・氷の確保（特に夏季）
- (6) フィールドからの退場経路、救急車の進入経路、搬送路
- (7) 競技場近くの病院、緊急連絡先の電話番号

(8) 対応する責任者・リーダー

(9) プレーヤー・スタッフの連絡先(電話番号)

緊急時対応計画を共有することで、ケガや病気の発生時の対応がスムーズになり、その質を高めることができます。

キーポイント 緊急時対応計画(EAP)をたてておく

1. 試合会場の責任者
 2. チーム責任者(監督・コーチ)
 3. レフリー
 4. ドクター
 5. セーフティアシスタント
- *全員と情報を共有することが大切です

EAPテンプレート

<https://www.jrfuplayerwelfare.com/>



2. 練習や試合時

●現場における安全性

まずプレーヤーが安全にラグビーをプレーできる状態にあるのかどうかを判断しましょう。

体調不良であったり、熱があったりするプレーヤーがいる場合には、指導者・チームとしてしっかりと把握することが重要です。また、どこか痛みを抱えていて十分にプレーできない状態も要注意です。食事や水分摂取が不十分な場合には運動中の体調不良や脱水症状を引き起こす危険性もあります。気温・湿度さらにはWBGT(暑さ指数)値もチェックしましょう。最後にグラウンド状態や練習用具の状態を再確認して安全にプレーできるかどうかを判断しましょう。

●フィールドからの退場

フィールド内でケガが発生した場合にはプレーヤーを退出させます。^{とうけいぶ}頭頸部のケガが疑われる場合には安易に動かさないようにしましょう。下肢のケガの場合でも骨折などが疑われる場合には立たせて歩かせるのではなく、担架やボードなどで退出させましょう。

●頭部損傷や意識障害を起こしたプレーヤー

頭部のケガとくに意識不明の状態になったプレーヤーに対しては慌てることなく対応しましょう。むやみに頭や顔をたたいたり、水をかけたり、体を揺さぶったりすることなく、まずは意識があるかどうかを問ひかけで確認してください。意識不明・意識混濁がある場合にはその場から動かさず、頭頸部を固定して、すぐに救急車を要請しましょう。

●頭部打撲

頭部打撲の際に回転加速度が加わり^{のうしんとう}脳振盪を生じることがよくあります。記憶障害（よく覚えていない）や失見当識（場所や時間がわからない）などの症状が出た後に正常化することも多くみられます。現場では軽視されやすいのですが、正常化したら問題なしではなく、これも立派な脳振盪です。適切な判断を行い、正規の手順に沿って対応しましょう。

⇒詳細はP12 ～「3.ラグビーにおける頭部のケガ」を参照ください

●腹部のケガ

タックルをはじめとするコンタクトが腹部にあった場合には稀に^{まれ}腹部臓器の損傷が生じることがあります。受傷後すぐには症状が出ないことも多く、時間経過とともにあとから腹痛などが進行します。

3. 落雷に対する安全対策

雷は台風のように徐々に危険性が高まるとは限らず、急に危険性が高まる可能性があるため担当者を中心とした連絡系統を作っておく。状況に応じて、ラグビーを中断・中止し、選手・観客・関係者の避難誘導を行います。

●安全な場所

- ・鉄筋コンクリート建築物の内部
- ・自動車・バス・列車等

●非常に危険な場所

- ・広場・グラウンドなど
- ・簡易テントの中
- ・高さ5m未満の物体の周囲

キーポイント [30/30ルール]

雷の閃光とそれに関連する雷鳴の間が30秒以内の場合はプレーを中止し安全な場所へ避難する。競技場への復帰は、最後の閃光または雷鳴より30分以上が必要です。*全員と情報を共有することが大切です

World Rugby ホームページ上の落雷についてのサイト（英語）を参照
<https://www.world.rugby/the-game/player-welfare/guidelines/lightning>



負傷したラグビープレーヤーへのアプローチ時の注意点と初期評価方法、頭と同時に頸部(くび)を保護する標準的な方法をご紹介します。

1.DR ABC

D - DANGER (デンジャー) 危険

負傷したプレーヤーへアプローチする際は、先ず救助者自身の安全性を確認します。プレー中であれば他のプレーヤーの存在や環境障害 (例えば雷) などからのリスクを考慮してアプローチするようにします。

R - RESPONSE (レスポンス) 反応

負傷したプレーヤーに話しかけ、反応の度合を確認してください。返事をしない場合、軽く腕を触って (握って) 目覚めさせてください。返事を返してきた場合は、気道が開いていることであり、肺に空気から酸素が取り入れられていることが確認されます。プレーヤーが反応しない場合は、可能な限り大声で叫び、助けを呼んでください。援助が来ない場合、携帯電話を持っているなら誰かに電話をかけて応援を呼んでください。

A - AIRWAY (エアウェイ) 気道

B - BREATHING (ブリージング) 呼吸

C - CIRCULATION (サーキュレーション) 循環

ヒトの命は全身に酸素が送られることにかかっています。従って、生き続けるためには、気道 (AIRWAY) を確保し、体内に酸素を取り込むことが必要です。酸素は効果的な呼吸 (BREATHING) により、肺や血流の奥深くに到達する必要がある、循環 (CIRCULATION) によって全身に送られなければなりません。A がなければ、B もできず、C に到達することはできません。全ての負傷者において、気道を確保することは最優先されなければなりません。気道の確保ができなければ、負傷したプレーヤーはおそらく死に至ってしまうでしょう。

2. 用手正中固定

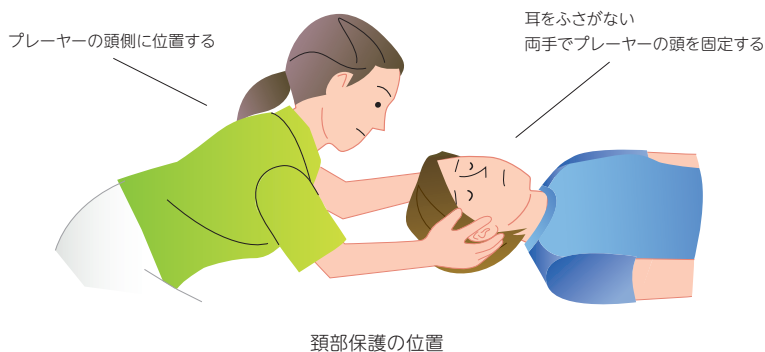
MILS (ミルズ)

Manual (マニュアル) In (イン) Line (ライン) Stabilization (スタビライゼーション)

「用手正中固定」(MILS: Manual In Line Stabilization)は、頭部または頸部損傷が疑われる、負傷したラグビープレイヤーに対して推奨される固定法です。

救助者は手と前腕を用いて、負傷したプレイヤーの頭部と頸部を覆い、ABCの評価を詳しく行います。ABCとMILSの各段階や実践面については、様々なケガに関連した後続の章で説明します。

MILS



キーポイント MILSを行うべき判断は？

1. 意識消失／意識混濁
2. 鎖骨より頭側での受傷
3. 頸部痛
4. 上肢、下肢の麻痺や呼吸困難を認める
まひ
5. 確定診断が困難

頭部に打撃を受けた場合、脳が言わばゼリーのように揺れ、脳振盪あるいはもっと稀に深刻な場合には、脳実質が損傷したり、脳周辺や脳内の出血をきたします。頭部のケガを負ったラグビープレイヤーに遭遇した場合は以下の4点に注意します。

- 頭部のケガのプレイヤーへの対応手順
- 頭部のケガと脊椎・脊髄損傷は関連する。
- 重篤な脳損傷の徴候を見逃さない。
- 脳振盪への現場対応と段階的競技復帰プロトコール

1. 頭部のケガのプレイヤーへの対応手順

- (1) 気道の確保と頸部の保護を優先する＝MILS＋ABCの確認
- (2) 呼びかけながらMILSを実施。返事があれば気道は確保されている。
- (3) 返事がない場合は気道の開通を確認する。
- (4) 呼吸していれば左右対称に胸が動いているか確認する。
- (5) 気道の閉塞があれば下顎挙上法（ジョースラスト）を行う。

※下顎挙上法の詳しい方法は5章を参照

2. 頭部のケガと脊椎・脊髄損傷は関連する

下記項目に該当すれば脊椎・脊髄の損傷があるものとしてMILSを行う。

- (1) 意識：ない場合、または混濁した場合は症状を訴えられないので頸部損傷があるものとして扱う。
- (2) ケガ：鎖骨より上にある場合は頸部のケガの合併を考慮する。
- (3) 運動：四肢あるいは呼吸運動が悪い場合。
- (4) 感覚：頸に痛みがある、四肢にしびれがある。

3. 重篤な脳損傷の徴候を見逃さない

急激な回転や捻転を伴って頭部を地面等に打ちつけると脳血管の損傷が起こる可能性があるため、受傷後の症状を注意深く観察する必要がある。

キーポイント

以下の症状がある場合は急性硬膜下血腫の合併があり得るため
救急搬送を急ぐ

- 嘔吐^{おうと}がつづく
- 頭痛が強くなる
- ものが2重にみえる
- 興奮が強くなる
- 引きつけやけいれん発作を起こす
- 受傷後一旦戻った意識が悪化する

キーポイント 脳振盪を繰り返すことはとても危険

脳振盪を繰り返し受傷すると、次のような問題のあることが知られています。

- 急性脳腫^{しゅちよう}脹（脳のむくみ）
- 症状が長引く（脳振盪症状の慢性化）

※頭部外傷10か条の提言（第2版）を参照

<https://concussionjapan.jimdofree.com/>

**4.脳振盪への現場対応と段階的競技復帰プロトコール**

(GRTP: Graduated Return To Play program)

脳振盪は深刻な脳損傷としてとらえ、重要視する必要があります。

脳振盪は一般的に頭部への打撃で起こるものですが、体への打撃でも発生することがあります。脳振盪での意識消失は10%以下であり、様々な症状や兆候がみられます。
目に見える脳振盪の手がかり：「脳振盪認識ツール5」のステップ2参照（P14）

●脳振盪の評価

ポケット版脳振盪認識ツール（ポケットCRT）は、チューリッヒ脳振盪コンセンサスグループが、脳振盪の兆候と症状の評価ツールとして作成しました。

脳振盪認識ツール5[©]

小児や若年者や成人の脳振盪に気付くために



FIFA®

Supported by



FEI

気付いてやめさせる

頭部への衝撃は、重篤で時に命にかかわるような脳損傷を伴うことがあります。脳振盪認識ツール5（CRT5）は脳振盪の可能性に気付くためのものです。脳振盪と診断するためにデザインされたものではありません。

ステップ1：警告症状—救急車を呼びましょう

もし次のいずれかがあれば、選手を安全にすぐに場外に出して下さい。もしその場に医師がいなければ、すぐに診てもらうために救急車を呼びましょう。

- ・ 首が痛い、または首を押さえると痛い
- ・ ものが二重に（ダブって）見える
- ・ 手足の脱力やジンジン感 / 灼熱感
- ・ 頭痛が強い、またはひどくなる
- ・ 引きつけやてんかん
- ・ 意識消失
- ・ 意識状態が低下しつつある
- ・ 嘔吐
- ・ ますます不穏、興奮気味、けんか腰になる

注意

- ・ いかなる場合も、救急対応の基本原則（安全確保・意識状態のチェック・そして気道 / 呼吸 / 循環の確保）に従ってください。
- ・ 脊髄損傷の評価はきわめて重要です。
- ・ 訓練を受けていないかぎり、（気道確保が必要な場合を除いて）選手を動かそうとしないでください。
- ・ 訓練を受けていないかぎり、ヘルメット等はずさないでください。

上記の警告症状がないなら、脳振盪に気付くために 以下のステップに進みましょう。

ステップ2：見てわかる所見

以下のようなことが見られたら、脳振盪の可能性あります。

- ・ 競技場の地面や床の上で、倒れて動かない
- ・ 見当違いをする、混乱している、質問に正しく答えられない
- ・ バランスが悪い、歩行困難、協調障害、よろめく、動作が鈍く、重い
- ・ 直接的または間接的な頭部への衝撃のあと、すぐに起き上がれない
- ・ ぼうっとしている、うつろな様子、放心状態
- ・ 頭部外傷時の顔面損傷

© Concussion in Sport Group 2017

ステップ3：症状

- ・ 頭痛
- ・ ぼやけて見える
- ・ いつもより感情的
- ・ 集中しづらい
- ・ 「頭がしめつけられる」
- ・ 光に過敏
- ・ 怒りっぽい
- ・ 思い出しにくい
- ・ 足もとがふらつく
- ・ 音に過敏
- ・ 悲しくなる
- ・ 動作を鈍く感じる
- ・ 嘔気・嘔吐
- ・ 疲れている、またはやる気が出ない
- ・ 心配になる、または不安になる
- ・ 「霧の中にいる」ような感じ
- ・ 眠たくなる
- ・ 「何かおかしい」
- ・ 首の痛み
- ・ めまい

ステップ4：記憶の評価

(13歳以上の選手用)

- これらの質問（各スポーツにあわせて修正可能）のいずれか一つにでも正しく答えられなければ、脳振盪を疑います。
- ・ 「今日はこの競技場にきていますか？」
 - ・ 「先週 / 前回はどのチームと試合をしましたか？」
 - ・ 「今は前半ですか、後半ですか？」
 - ・ 「前回の試合は勝ちましたか？」
 - ・ 「この試合で最後に点を入れたのは誰でしたか？」

脳振盪の可能性のある選手は、

- ・ 最初（少なくとも最初の1～2時間）選手をひとりきりにさせてはいけません。
- ・ 飲酒してはいけません。
- ・ 元氣回復薬や処方薬を服用してはいけません。
- ・ ひとりで家に帰してはいけません。責任ある成人の付き添いが必要です。
- ・ 医師から許可されるまで、バイクや自動車を運転してはいけません。

この GRT5 はこのままの形で自由に複写して、個人やチーム、団体、組織に配布して構いません。しかし、いかなる改変、および電子様式による複製もスポーツ脳振盪グループの許可が必要です。いかなる変更、再商標化、利益を得るための販売もしてはいけません。

脳振盪の疑いがある選手は、直ちに競技や練習をやめさせて下さい。そして、もし症状が消えていたとしても、医師に診てもらうまでは運動に復帰させてはいけません

●脳振盪または脳振盪疑いの対応

[確認して止めさせる：Recognise & Remove]の原則

ポケット版脳振盪評価ツールの兆候もしくは症状が一つでも確認された場合や5つの記憶力を確認する“マドックスの5つの質問”に正しく答えられなかった場合のどちらか、または両方があったときは、プレーヤーはプレーから離れ、包括的な医学的評価を受けなくてはなりません。

- (1) プレーを中止しフィールドから退場
- (2) 一人にさせない
- (3) 車の運転をさせない
- (4) 当日中に医学的診断を受ける
- (5) プレーへの復帰は段階的競技復帰 (GRTP) プロトコールに従う

キーポイント マドックスの5つの質問

* 4,5は試合前の確認が必要

- 1.今いる場所は
- 2.今は前半か後半か
- 3.この試合での最後の得点者は、または、得点したチームは
- 4.前回の試合の対戦相手は
- 5.前回の試合は勝ったか負けたか

●プレーへの復帰は段階的競技復帰 (GRTP) プロトコール

GRTPプログラムは6つの異なるステージからなります。

- (1) 第1ステージは推奨される安静期間です。
- (2) 次の4つのステージは制限されたアクティビティに基づくトレーニングです。
- (3) ステージ6はプレーへの復帰です。

GRTP ガイダンス (concussion guidance より)

段階	リハビリテーション ステージ	可能な運動	目的
1	最初の休息 (体と脳)	運転や運動をしない。 画面を見る時間を最小限に抑える。 仕事や勉強を休むことを検討する。	リカバリー
2a 症状が24時間 継続する	症状が出ない程度の 活動	症状が出ない程度の日常活動。 仕事や勉強を休むことを考慮する。	普段の活動に戻る (症状がでないよう)
2b 症状が 24時間ない	軽い有酸素運動	10-15分間の軽いジョギング、水泳、または低～ 中度のエアロバイク。筋力トレーニングはしない。 24時間ずっと症状がないこと。	心拍数を上げる
3	競技に特化した運動	ランニングドリル。 頭部に衝撃を与える活動はしない。	動きを加える
4	コンタクトなしの トレーニングドリル	さらに複雑なトレーニングドリルに進む。 例：パスドリル。漸増負荷による筋力トレーニング を始めてもよい。	運動、協調、認知的負荷学 習に戻れることが、スポーツ 復帰の前に必要である
5	フルコンタクトの練習	医学的評価を得た後、 通常のトレーニング活動に参加する。	自信を取り戻すこととコーチ ングスタッフによる機能スキ ルの評価
6	競技への復帰	競技での通常のプレーに戻る。	

Copyright © Japan Rugby Football Union. All rights reserved.

(注1) ステージ5に進む前にはプレーヤーと医師の同意 (証明書) をとること

(注2) 19歳未満の場合はステージ6 (競技復帰) に進む前に医師の同意 (証明書) をとること

* SCAT5の利用を推奨

●段階的競技復帰 (Graduated Return To Play -GRTP-)

最短復帰ケース

A. 18歳以上のコミュニティレベルの場合

(大学/社会人/クラブチームなど *高校生・高専生は除く)

- ・プレーヤーウェルフェアを最優先としたメディカル体制を有しているチームの管理のもとに、下記の3項目を全て満たす場合に限り、1週間の安静と1週間のGRTPの最短2週間で復帰が可能。

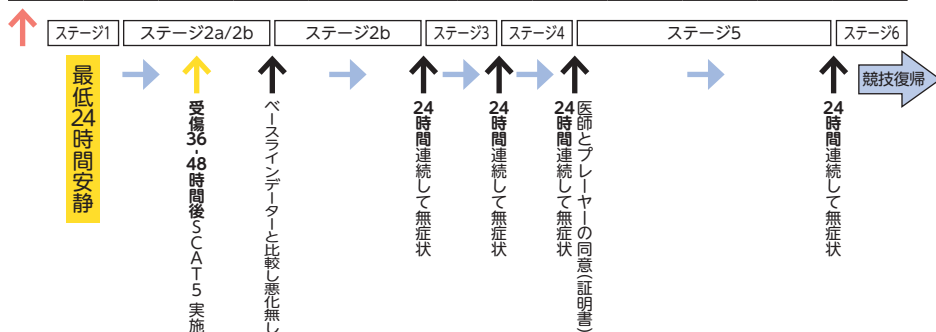
- 1.脳振盪の既往歴*のない選手
- 2.チーム内でSCAT5のベースラインデータがあること
- 3.脳振盪受傷後36-48時間後にSCAT5を実施し、ベースラインデータより悪化がないこと

*：脳振盪の既往とは、以下6項目に当てはまる場合

1. 脳振盪の受傷が過去3ヶ月以内にあった
2. 脳振盪の受傷が過去1年間で3回以上あった
3. 脳振盪の受傷がラグビー競技を始めてから5回以上あった
4. 衝撃によって脳振盪の発症閾値が低下した（医師の指摘による）
5. 脳振盪を起こし、心理的な問題を合併した
6. 過去に脳振盪を起こし、回復に時間がかかった（21日以上）

- 2週間後に復帰を希望する場合は、復帰証明書に脳振盪の既往とSCAT5の結果（ベースラインと回復後）を必ず記載し提出すること。

day0	day1		day6	day7	day8	day9	day10	day11	day12	day13	day14
日	月		土	日	月	火	水	木	金	土	日



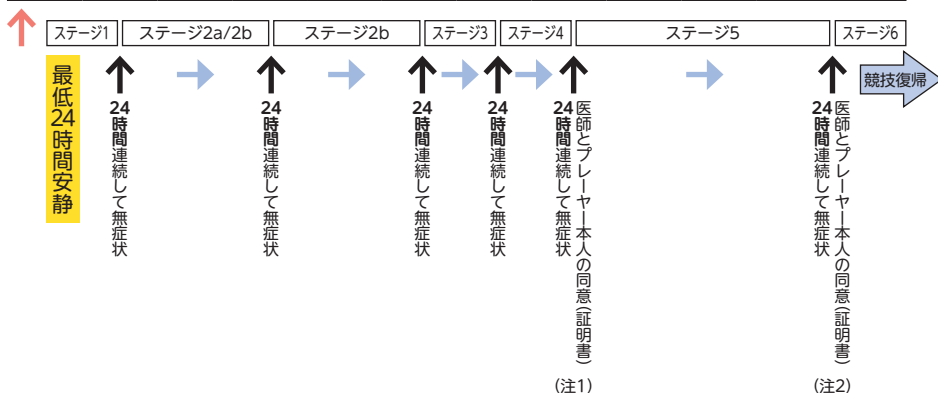
- 受傷36～48時間後SCAT5を実施しベースラインデータと比較、悪化がある場合は、コミュニティレベル最短3週間での復帰day2～13へ進む（高校生、高専生と同様）。悪化がない場合は2aから2bに進む。

* SCAT5はメディカルスタッフが実施する

* SCAT5：医師や専門の医療従事者が使用する脳振盪のための標準化された評価ツール

B. プレーヤーが高校生、高専生またはメディカル体制を有しないコミュニティレベルの場合

day0	day1		day13	day14	day15	day16	day17	day18	day19	day20	day21
日	月		土	日	月	火	水	木	金	土	日

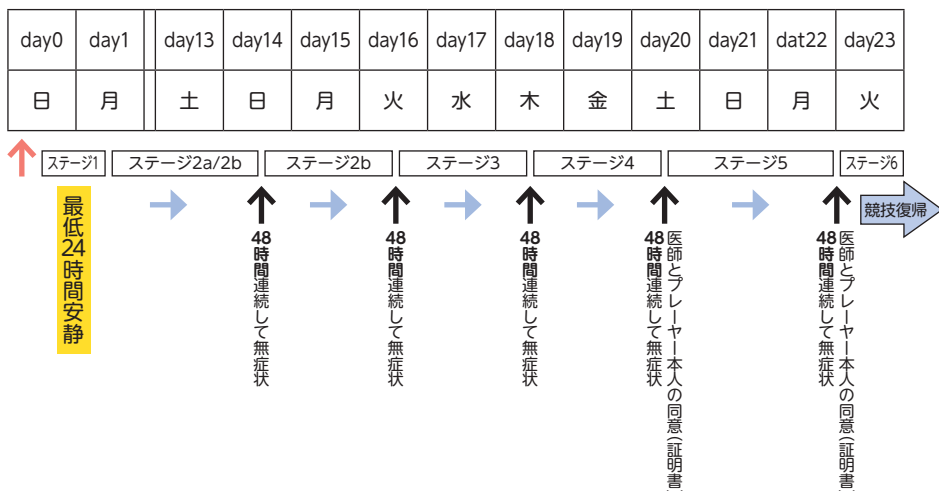


※ステージ2は、最短で15日目、
ステージ5は、最短で20日目となる

- 受傷後は14日間の練習と試合を禁止、安静にして（ステージ1）経過を見る。
14日以上経過して最後の24時間に症状がない場合にステージ2に進む。
- 各ステージとも24時間連続（中学生以下は48時間）して症状がないことを確認して次のステージに進む。
- 次に進んだステージで症状が出たら24時間安静にする。安静にして症状がでなければ一つ前のステージに戻りそのステージの運動から始める。
- 症状の判断には脳振盪認識ツール5を利用する。

C. プレーヤーが中学生以下の場合

* SCAT5の利用を推奨（5～12歳ではChild SCAT5）



※ステージ2からステージ5
各ステージは2日間ずつかける

JRFUホームページ上に脳振盪報告書（兼脳損傷等報告書）・SCAT 5・「脳損傷、硬膜下血腫」受傷後の競技復帰等についての資料サイトを参照。

<https://www.rugby-japan.jp/future/documents/>



World Rugby ホームページ上に詳細な脳振盪の対応についてのサイトがある。

<https://onl.la/gN4tYGq>

※日本語版。サイトの右上にて各言語に変更可能です



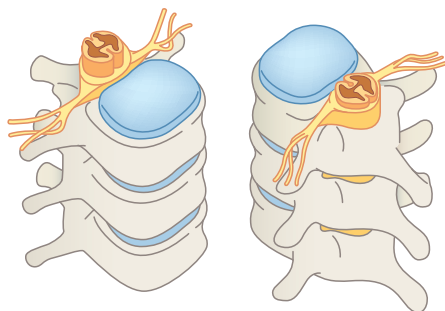
キーポイント 「脳損傷、硬膜下血腫」受傷後の競技復帰について

脳損傷や硬膜下血腫を生じた際は、原則として、競技・練習に復帰すべきでない。ただし、競技復帰を希望する者に対しては、頭部外傷に関する専門性を有した医師の判断により復帰の機会を設けることとなりました。復帰に際しては『競技復帰に関する意思確認書・同意書』の提出が必要となります。（2022年8月 日本ラグビーフットボール協会 安全対策委員会）

ラグビーにおいて、頸部や脊椎・脊髄の重大な損傷は極めて稀です。しかし、頸部で損傷が起きた場合は、手・足の麻痺や障害、あるいはより深刻な事態をもたらされる場合があります。

●解剖

頸椎は、椎骨と、その間の椎間板から成ります。脊髄は、椎体の後にある脊柱管の中にあり、椎骨および周囲の筋肉によって保護されています。脊髄から分かれた複数の神経も椎骨の間を走行して上肢に至ります。頸椎の周囲には気道や食道、動・静脈も存在しています。



椎骨、椎間板と脊柱管

脊髄と神経根

●頸椎損傷

頸椎の骨折や脱臼が生じた状態を頸椎損傷といいます。曲げ伸ばし・回旋・圧迫などの外力が関与しています。特に意識消失／意識混濁のあるプレーヤーは、あらゆる姿勢で落下したり転がり込んだりするため、重大な頸椎損傷が潜んでいる場合があります。注意を要します。

- 屈曲損傷：ボールを守るために頭部を前方（下方）に屈曲する動作やタックル、スクラムが崩れた時などに急な屈曲が起きます。
- 軸圧損傷：ハイボールを競り合った後の落下、スピアータックル、スクラムが崩れることで頭頂部とうちようぶから地面に落ちるような場合です。
- 屈曲と捻転・回旋を伴う屈曲：タックルでも生じますが、多くの場合はスクラムに関連する機序により生じます。

●頸髄損傷

頸椎の骨折や脱臼もしくは椎間板の脱出は脊髄や脊髄から分岐した神経を圧迫し、一過性または永続的な手・足の麻痺や障害をもたらす可能性があります。また気道損傷や喉頭浮腫の合併は、呼吸状態の悪化を起こすことがありその可能性を疑うことが重要です。

●負傷したプレーヤーの搬送

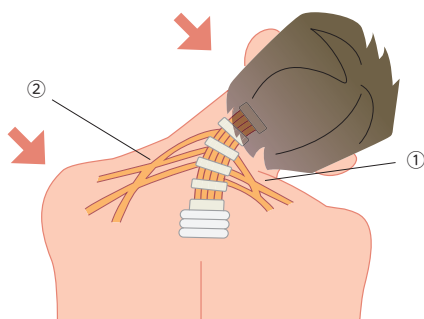
脊髄が回復不能なダメージを受けたのか、あるいは一時的なダメージを受けただけなのかを見分けることは困難です。従って、頭部と頸部はできるだけ動かさないようにしてMILSで保護した後、バックボードやストレッチャーに固定して搬送します。

●脊椎損傷の可能性のあるプレーヤーの対処法

頸部痛を訴えるプレーヤーが重症か軽症かを見分けることはとても難しいことです。特に意識消失を来した場合は、重大な脊椎損傷として対応する必要があります。DR ABCを行い、気道が確保できている場合は、MILSにて頸部を固定し、救助が向かっていることを確認してください。

●バーナー症候群

タックルなどでコンタクトした時、頭部が一方向に強制されることで頸部が側屈強制され、結果として同側の神経の圧迫もしくは反対側の神経の伸長によって、頸部から肩あるいは上肢への放散痛・灼熱感・脱力などを生じます。これをバーナー症候群と言います。バーナー症候群などで、片側の頸部痛や上肢の痛み・脱力が生じた場合、片側でのタックルしかできなくなると、逆ヘッドタックルが起きやすく、ひいては脳や頸椎損傷のリスクが高くなるため危険です。症状の十分な回復を待ってプレーへ復帰させるべきです。



バーナー症候群

- ①神経根の圧迫
- ②腕神経叢の伸展

キーポイント

プレーヤーの中には、生まれつき頸椎の脊柱管が狭い方や、加齢に伴う頸椎の変形に伴う神経圧迫、さらに靭帯骨化症による脊髄圧迫を認める方もいます。手足にしびれ等の症状がある方（特にシニア）やそのような症状を経験されたことのある方は、一度整形外科を受診して診察や検査を受けて自身の状態を把握した上でプレーすることが推奨されます。

気道は口・鼻から肺に至るまでの呼吸の際の空気の通り道です。気道の状態を評価し閉塞が疑われれば、「かいとう開通」かくほ確保」します。

1. 気道の観察

●気道の状態：3つに分けられます。

- ・開通している
- ・不完全に閉塞している
- ・完全に閉塞している

●気道の閉塞を起こす原因：3つが考えられます。

- ・舌や異物（歯・ガム・マウスピースなど）
- ・負傷者自身の血液または嘔吐物
- ・気道の損傷

●気道の評価：呼吸の状態を「聞く」ことで評価します。

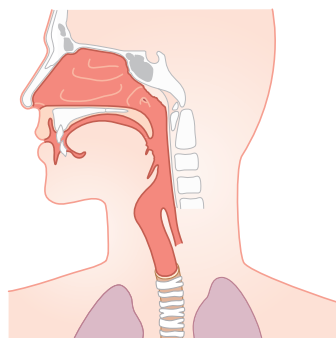
(1) 負傷したプレーヤーが普段通り話している

→気道は開通しています。

(2) 負傷したプレーヤーが話をしていない

→気道が閉塞している可能性があります。

→口から聞こえてくる呼吸音を「聞く」ことで評価します。



音の性状	気道の状態
普通で静か	開通している
「ガーガー」 いびきのような音	不完全に閉塞している 舌などにより気道が障害されている
「ゴロゴロ」 うがいのような喉の音	不完全に閉塞している 血液や嘔吐物など液体によって気道が障害されている
「ゼーゼー」 息を吸うときの高い音	不完全に閉塞している 歯・ガムなど気道に吸い込んだ異物により気道が障害されている
音がしない	完全に閉塞している、もしくは呼吸していない。

キーポイント

救助者は、閉塞の原因を取り除くために負傷者の口の中に指をいれてはいけません。

救助者の指が損傷をきたす可能性があります。

2. 完全または不完全気道閉塞の管理

気道の開通・確保には2つの方法があります。

(1) 下顎挙上法 (ジョースラスト)

^{くび} 頤の動きが少なく、頭部や頸部の損傷における気道確保に適した方法です。

- ① プレーヤーの頭の真上方向にひざまずき、MILSで頭部を支える
- ② 頬骨（^{きょうこつ}ほおの骨）の上に両親指をあてる
- ③ 下顎角（あごの下の骨の角）の後ろに両方の人差し指と中指をあてる
- ④ 両親指でほおを押しながら人差し指と中指であごを優しく前方にもちあげる
- ⑤ 気道の音を「聞いて」再評価する



下顎挙上法

(2) 頭部後屈・あご先挙上法

頭部と頸部を後方に傾けることで気道を確保する方法。頸部を大きく動かすので頭部や頸部の損傷の可能性がある場合には極力用いないようにします。

- ① プレーヤーの横、頭部と頸部の位置にひざまずく
- ② 片手を負傷者の額を覆うようにあて、頭部を安定させる
- ③ もう一方の手の人差し指・中指を顎の下にあてる
- ④ 額を安定させたまま人差し指と中指であごを前方に持ち上げ、頭を後ろに傾ける
- ⑤ 気道の音を「聞いて」再評価する



頭部後屈・あご先挙上法

キーポイント

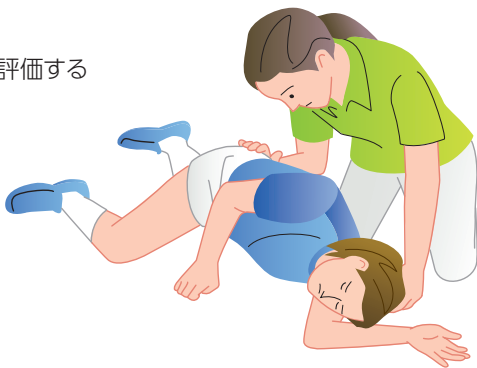
頭部や頸部の損傷の可能性があるプレーヤーの気道確保の方法は先ず下顎挙上法を用います。

3.血液または嘔吐物による不完全気道閉塞

HAINES法 (High Arm In Endangered Spine) は、口から血液・嘔吐物などの液体を排出する方法です。プレーヤーの体を横向きにして口を横から下向きにすることで、血液や嘔吐物を気道から排出することができます。

HAINES法

- ①プレーヤーの近い方の手を胸部に置く
- ②プレーヤーの反対の手を頭沿いに上げる
- ③救助者の手をプレーヤーの頭の下に置く
- ④プレーヤーの近い方の膝を曲げ、遠い方の足をまたがせ、救助者のもう一方の手をプレーヤーの骨盤にあてる
- ⑤頭部を支えながらプレーヤーを自分から遠ざけるように寝返りを打たせ頭を後屈させる
- ⑥口腔内・気道内の液体を重力によって排出させる
- ⑦もとの体位に戻す
- ⑧気道の音を「聞いて」再評価する



HAINES法

キーポイント

うがいのような「ゴロゴロ」音が聞こえる気道閉塞の原因とその対処は？

→原因：嘔吐物・血液などの液体、HAINES法で液体を排出します。

ラグビー競技では肋骨骨折や肋軟骨損傷など胸壁の損傷によく遭遇します。かなりの痛みを伴い、呼吸ができないことにより苦しむ可能性もあります。多くの場合、胸壁損傷は深刻な問題には至りませんが、肋骨の下には重要な肺や心臓があり、それらの器官が損傷を受けていないことを確認することが重要です。

1.呼吸の観察

●運動時の呼吸の変化

ヒトは酸素を体内に取り込むため、1分間に15回程度の呼吸をしていて、呼吸の深さ・長さはほぼ一定です。激しい運動時には、より多くの酸素を必要としますので早い呼吸となります。

休息によって呼吸数が時間とともに減少しているのであれば問題になりません。しかしながら、呼吸数が増加しているのであれば、緊急に対応が必要です。

●胸部のケガ

フィールドでは肋骨が骨折しているのかどうかを見分けるのは不可能です。症状が持続し、時間が経過してもあまり痛みが改善しない時には注意が必要です。肋骨の骨折によって、肺の周りに出血したり（血胸）、骨片が肺に刺さってしまう（気胸）ことがあるからです。

●チアノーゼ

必要な酸素が肺に取り込まれない場合、唇や舌が青くなる事があります。このような青い変色をチアノーゼと呼びます。唇と舌が青く変色している場合は、体内に十分な酸素をとりこめていない可能性があり、緊急に対応が必要です。

●速い呼吸

運動後や一時的な痛みのために呼吸が速くなっているプレーヤーは、数分後にはすぐに正常な呼吸に戻ります。パニックを起こしているプレーヤーは速い呼吸のままですが、「救助が向かっています。」と安心させることで平静を保つ助けとなります。

<速い呼吸の原因>

- (1) 運動後
- (2) 痛みまたはパニック／不安
- (3) 胸壁損傷または肺損傷
- (4) その他の損傷—ショックまたは失血
- (5) 内科的疾患 例) 気管支喘息^{ぜんそく}

●遅い呼吸

非常に稀な状態ですが、とても注意すべき兆候です。ゆっくりとした呼吸や不規則なパターンの呼吸は、呼吸停止や心肺停止の状態である場合があります。心肺停止状態では、心肺蘇生法^{そせい}を直ぐに開始することが必要です。

2.呼吸の評価

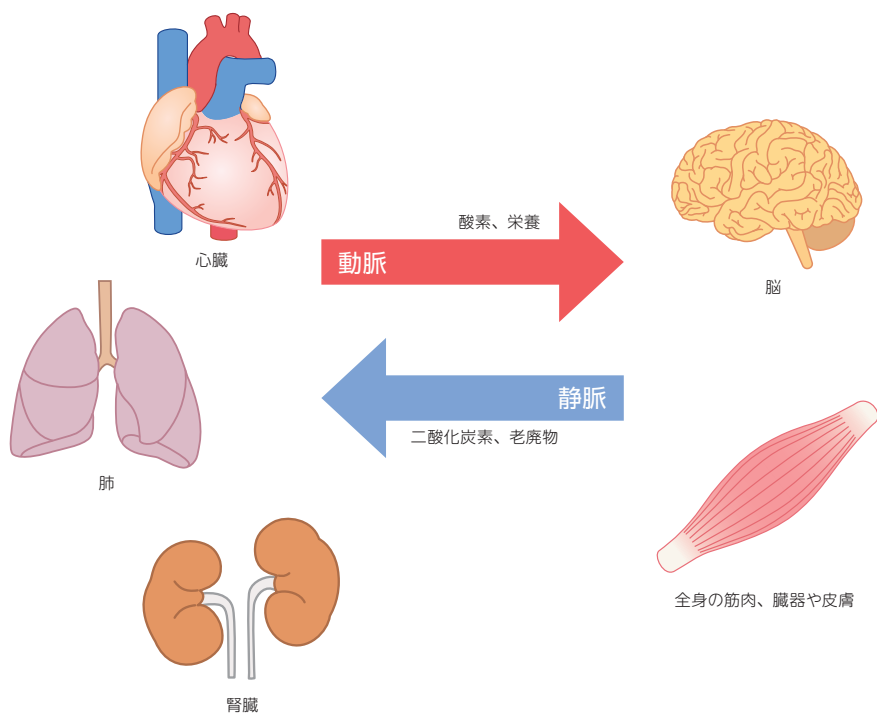
呼吸を評価する時は、まず気道(AIRWAY)が確保されていることを確認してください。その後、10秒間かけて呼吸(BREATHING)の評価を行います。胸部が上がっていることを見て、呼吸の音を聞いて、自分の頬に呼吸の息を感じ取る^{ほお}ことが重要で、さらに下記のことに留意します。

- 負傷者は呼吸しているか？
- 呼吸は「正常」か？
- 呼吸は規則的か？
- 呼吸は速い(1分間に25回より多い)か、遅い(1分間に10回より少ない)か？
- 胸部は両側とも均等に動いているか？
- 負傷者の顔色はピンク色をしているか、青い色をしているか？

キーポイント

意識を消失していて、遅く不規則な呼吸をしている負傷者は心肺停止とみなし、直ちに心肺蘇生法を開始することが重要です。

「循環」とは、心臓が血液を全身に送り出し、臓器や筋肉に酸素や栄養分を届け、二酸化炭素や老廃物などを取り除いて、体の外に排出することを表しています。出血によって循環する血液量が不足し、臓器が正常な働きができなくなった状態を「ショック」と呼びます。



1. ショック

ラグビーでショックがおきるのは主に次の2つの場合です。

- (1) 出血などで十分な血液量が不足しておこる出血性ショック
- (2) 脊髄の損傷で神経が遮断されて血圧が低下する神経性ショック

キーポイント ショックを疑うのは？

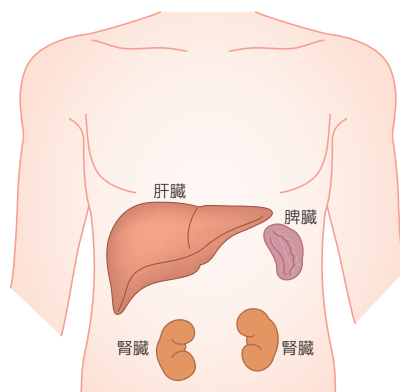
1. 意識障害、失神、混乱、傾眠などの症状が見られる
2. 顔面の蒼白や冷や汗、手足が冷たく触れる
3. 胸、腹、背中、腰など体幹部を強打している
4. 頸部を強打して痛みがある、手足の麻痺が見られる
5. 創から多量の血液が流れ出ている

ショックの対処で最も重要なことは、その可能性に少しでも早く気づいて助けを呼び、病院へ搬送することです。

2. 創以外からの出血

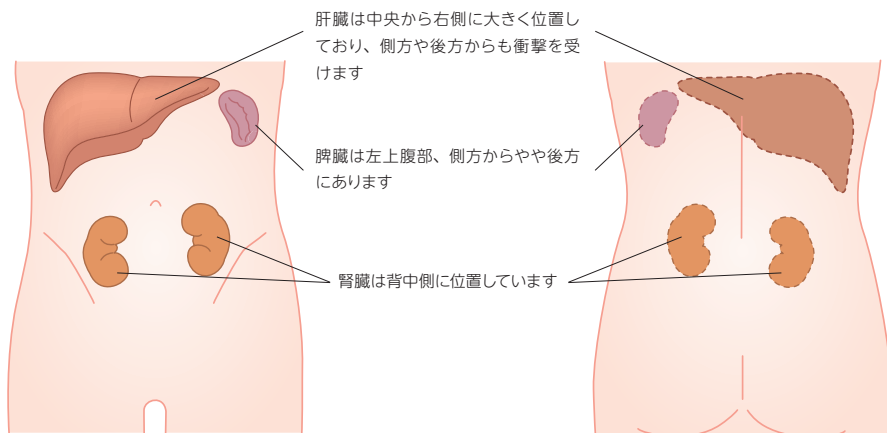
創から体の外への出血の他に、主に次の4つの部位から体内への出血がショックに至る可能性があります。

- (1) 胸部：肋骨骨折などで肺の中への出血
- (2) 腹部：肝臓、脾臓、腎臓などの出血
- (3) 骨盤：骨盤の骨折
- (4) 四肢の太い骨：大腿骨の骨折

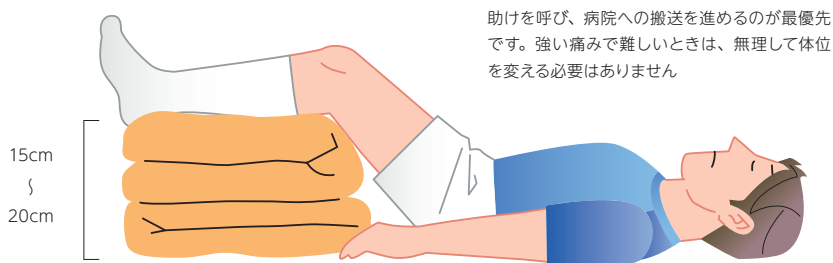


腹部臓器の位置

腹部臓器の位置



ショック体位



援助や搬送車が到着するまでの間は、プレーヤーを横たわらせて脚を挙上させることによって、心臓や脳に送る血液を増加させて症状の進行を遅らせることができる可能性があります。

キーポイント 腹部のケガでショックを疑うような状態

1. 苦しそうな呼吸
2. 腹部の右上や左上、胃の周りに痛みがある
3. 徐々に青ざめたり、意識が混乱してきた場合
4. 真っ赤な尿が出る

●出血や創の管理

血液を触る際には必ずグローブを着け、滅菌ガーゼや清潔な包帯を使用しましょう。タオルを使用する際は、他のプレーヤーが使用し、すでに汚染されたものは使わないように注意してください。出血したプレーヤーは、血液で汚染した衣類の着替えを含めて、できるだけ早く血液を取り除いてください。出血が続いているプレーヤーは競技規則に従ってフィールド外に出して、出血が止まり付着した血液が取り除かれるまでプレーさせないでください。

出血に対しては、顔面（鼻・口腔内）は圧迫で、四肢は圧迫と拳上で対処します。滅菌ガーゼなどで出血部位を圧迫し、可能であればその部位を30秒から1分ぐらい心臓より高い位置に挙上します。これによりほとんどの出血は止まります。それでも血が止まらないときは、圧迫を継続しながら医師による治療を検討してください。

圧迫と拳上



キーポイント 感染を予防しながら処置をするためには準備が大切

1. 処置用のグローブ、清潔なガーゼ類、包帯、汚れた物品を入れるためのビニール袋など
2. 出血点を直接圧迫するのが止血の基本

心停止とは心臓が鼓動を止めることで、脳や他の重要な臓器^{ぞうき}へ血液が届かなくなる状態です。自動体外式除細動器 (AED: Automated External Defibrillator) を用いた一次救命処置 (BLS: Basic Life Support) と心肺蘇生法 (CPR: Cardio Pulmonary Resuscitation) をしなければ、5～10分以内で重大な脳の損傷が起きることになります。突然倒れたのが目撃されていない場合、ボールから離れたところで突然倒れた場合は、心停止の可能性があると扱うべきです。誤ってCPRを開始したとしても、プレーヤーがすぐに目を覚ますか、または嫌がるために、ほとんど害はありません。AEDを使用した場合でも、AEDは電気ショックが必要かどうか自動で感知してくれるため、ほとんど害は起きません。

●心停止の認識

プレーヤーが突然倒れたのが目撃されていない場合、または接触から離れたところで倒れた場合は、常に心停止を念頭におき、まずDR ABCとMILSでアプローチします (第2章参照)。

- (1) 「大丈夫ですか?」と尋ねながらプレーヤーに優しく触れます。
- (2) 反応がない場合は、続けて呼吸を評価します (第5・6章参照)。
- (3) プレーヤーが正常な呼吸をしていない／正常な呼吸をしているのか確信が持てない場合はCPRを開始します (後述)。

キーポイント 心停止が疑われたら?

1. 大声で助けを求める
2. 誰かにAEDを持ってきてもらうよう頼む
3. 救急車を呼ぶ
4. すぐにCPRを開始する

キーポイント しせんきこきゅう 死戦期呼吸

死戦期呼吸とは、心停止直後の傷病者に見られる、しゃくりあげるような不規則呼吸をいいます。直ちにCPRを開始してください!

プレーと関係ない場所で選手が倒れる場合は注意が必要です。

●心肺蘇生法 (CPR)

CPRとは、心臓に効果的な圧迫をかけ、血液を強制的に送り出すことです。救命率を高めるためには、効果的なCPRを絶え間なく行うことが重要です。

(1) 胸骨圧迫の方法

- ①プレーヤーの横に膝をついて立ちます。
- ②胸の中央に一方の手の平の関節に近い部分を置きます。
- ③もう片方の手を最初の手の上に置きます。
- ④指を絡ませ、肘を伸ばして垂直に5～6cm圧迫します。
- ⑤圧迫のたびに胸が完全に戻るまで待ちますが、手は胸から離さないようにします。
- ⑥1分間に100～120回のリズムで行います。

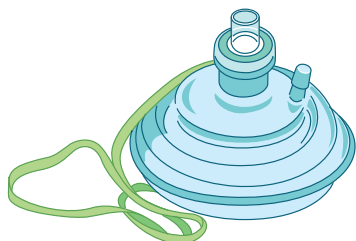


(2) 人工呼吸

30回の胸骨圧迫の後に、負傷したプレーヤーに対して人工呼吸を2回行います。ポケットマスクがあれば、皮膚と皮膚の接触を介さずに人工呼吸が行えます。

(3) ポケットマスク

ポケットマスクは、救助者が皮膚と皮膚の接触をせずに人工呼吸を実行できる簡単な用具です。



- ① ケースから取り出して、折り畳まれている中央部分を開きます。
- ② マスクの細いポートにフィルターを取り付けます。
- ③ 細いポート部分が鼻を覆うように、マスクを口と鼻の上に置きます。
- ④ 自分の親指と人差し指で「C」の字を作るようにマスクをプレーヤーの頬骨の上に押さえながら、他3本の指をプレーヤーの下顎の下に置きます。C&Eテクニックといいます。
- ⑤ 気道を確保し、前述の要領で人工呼吸を行います。

※気道の確保は26ページ参照

*嘔吐や血液の付着等があったり、飛沫^{ひまつ}によるウイルス感染の恐れがあり負傷したプレーヤーに人工呼吸を行いたくない場合は、胸骨圧迫のみのCPRを行ってください。

キーポイント CPRを中断するのは？

1. 負傷したプレーヤーが生きている兆候^{せき}を見せる
例) 動く、うなる、咳をする、正常な呼吸を始める
2. より資格のある人が到着して引き継いでくれる
3. 自分自身が極度に疲労してしまい継続できなくなってしまう

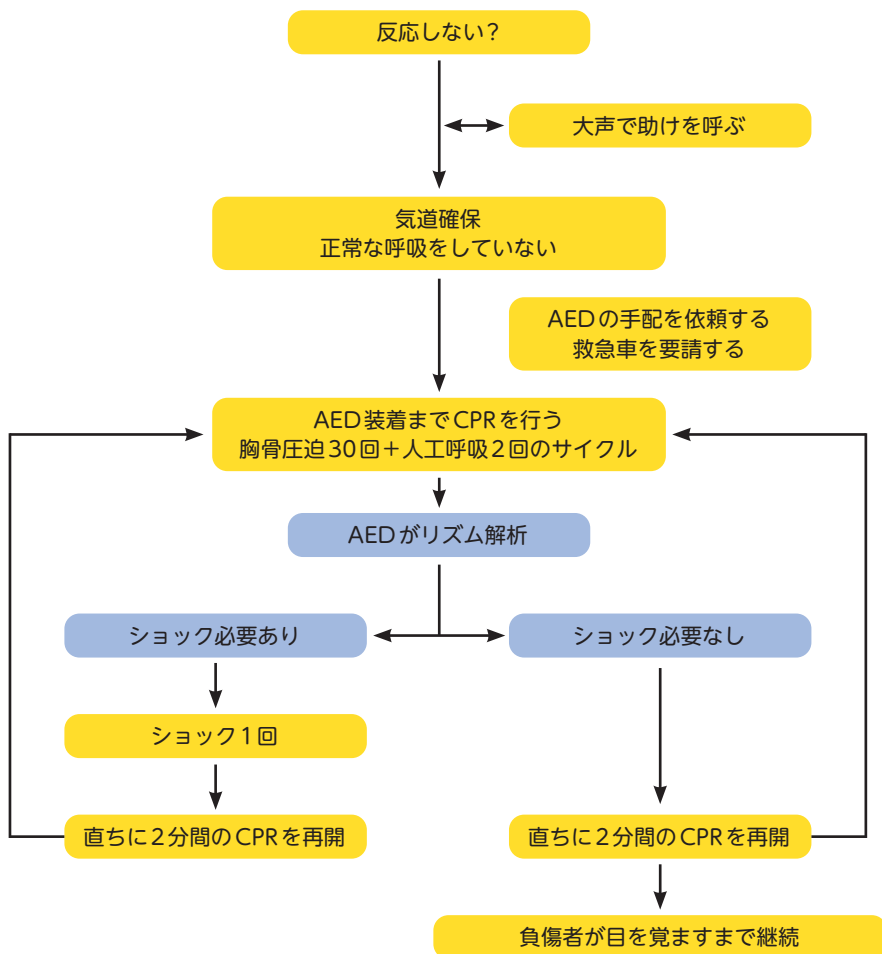
●自動体外式除細動器（AED：Automated External Defibrillator）

AEDは心臓に電氣的衝撃を与え、再び正常な鼓動を開始させる方法です。AEDは除細動が必要かどうかを自動で判断してくれます。使用時に音声で、どこにパッドを貼り付けるか、どのようにCPRを実践するか指示を出してくれ、過去に使用した経験のない人でも使用できるように設計されています。



自動体外式除細動器（AED）

AEDを用いたCPRフローチャート

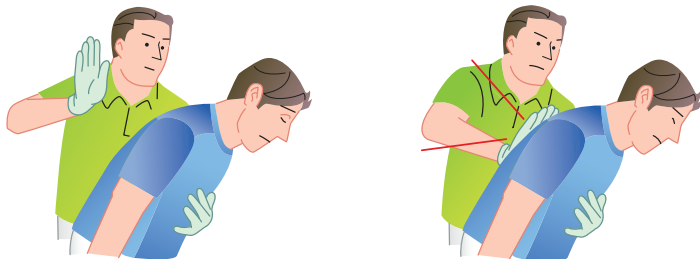


●窒息

窒息は、多くの場合は食べ物やガムなど、口の中の小さな異物が、声門または喉頭の入り口で止まった場合に発生します。

●こうだほう背部叩打法

窒息している負傷者の後ろに立ち、負傷者をやや前のめりにさせます。手の平で左右の肩甲骨の真ん中辺りを上方へ強く、異物を上方へ押し上げる要領でたた叩きます。毎回異物が除去されたかを確認しながら、5回繰り返します。



●腹部突き上げ法

背部叩打法では効果がなかった場合は、負傷者の後ろに立ち、両手で抱きかかえ、負傷者のみぞおちで自分の握りこぶしをもう一方の手で握ります。両手を負傷者のみぞおちから、力強く手前上方に向かって圧迫するように突き上げます。異物が除去されなければ、これを5回繰り返します。そして、背部叩打法に戻ります。



キーポイント 窒息が疑われたら？

1. 自分でわずかでも声が出せる場合は、咳を促します。
2. 咳ができない場合は、まず背部叩打法を5回、続いて腹部突き上げ法を5回行います。
3. 呼吸が停止した場合は、素早くCPRを開始します。

靱帯損傷や筋損傷などの筋肉や関節のケガは、あらゆるコンタクトスポーツでよく起こります。時には骨折や脱臼^{だっしゅう}が発生し、プレーを続けることは難しくなります。骨折の受傷部位は手指関節、顔面、足関節・足、鎖骨、前腕に多く、そのようなケガをした部位は変形や急に腫れる場合があります。

※出血時の対応については、7章P34を参照

●軟部組織^{なんぶそしき}の損傷

太ももの前（大腿四頭筋）や太ももの後ろ（ハムストリング）の筋損傷はよく起こり、タックルや他のプレーの動きの後に腫れや痛みが発生することがあります。腫れは痛みを更に増悪させ悪循環になります。したがって、応急手当はケガをした部位の保護、動きを制限することと、腫れを減少させることを基本とします。

●PRICE処置

ほとんどの軟部組織の損傷の治療は、以下のPRICE処置の原則に従って行います。重大なケガの場合は、医師・医務心得者・救急隊のようなより技能の高い援助が到着するか、医療機関を受診するまで、DR ABCの評価とPRICE処置に従った手当を行います。

PRICE	処置
Protect (保護)	更にケガが起きないように、ケガをした部位を保護します。圧迫包帯や簡単な副子でケガをした部位を保護し、疼痛緩和のため固定します。
Rest (安静)	吊り包帯や固定具を用いることによって、ケガをした手足を使うことをなるべく少なくし、疼痛緩和と腫れの悪化を防ぎます。
Ice (冷却)	氷で患部を冷やすことは直接疼痛を緩和でき、腫れを最小に留める助けとなります。氷と水が半分ずつ入った袋で冷却し、患部に20分間あて、2時間後に再びあてます。
Compression (圧迫)	ケガをした筋肉や関節を包帯で圧迫することにより患部を固定し、痛みを和らげることができます。また腫れを抑えることもできます。
Elevation (挙上)	可能であれば吊り包帯や椅子や枕などを用いて手足を挙上させることによって、患部にいく血流を減らし腫れを最小にすることができます。

●筋損傷

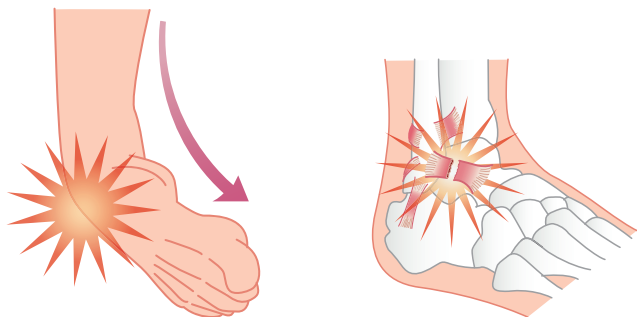
筋肉の打撲または肉離れなどは、筋肉内の出血をもたらすことがあります。程度は様々で、フィールドで応急処置を受けた後プレーを継続できるものから、全く継続できないものまであります。



●じんたい靱帯損傷

靱帯損傷は関節がねじれた時、または強い力で関節がずれた場合に発生します。靱帯は骨と骨をつないでいますが、伸びることや断裂することがあります。靱帯損傷は足関節や膝関節に多く発生します。

応急手当はDR ABCとPRICE処置に添って行います。靱帯損傷後に関節の痛みが激しい場合は、副木固定や肩関節用の吊り包帯を使うことによって、関節を固定して痛みを伴う動きから守るのが有効です。



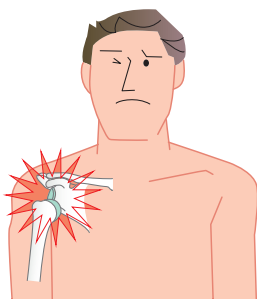
●脱臼

脱臼は通常、著明な四肢の変形をもたらします。時には血液の循環や神経に問題を引き起こすこともあります。ラグビーで多く脱臼を起こす関節として肩関節と指が挙げられます。

初めて起きる肩関節の脱臼は特に痛く、多くの場合明らかな変形が起きます。病院への搬送により、骨折の合併がないかの正確な診断と整復処置が必要です。

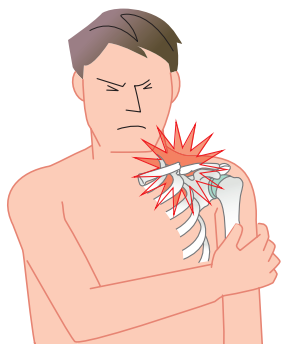
足関節の脱臼は骨折を伴うことが多く、脱臼骨折として知られています。救急車が到着するまで、固定しておきます。

決して脱臼した関節を、無理やり元に戻そうとしないでください。通常医師はレントゲン写真を撮って確認をしてから判断します。



●骨折

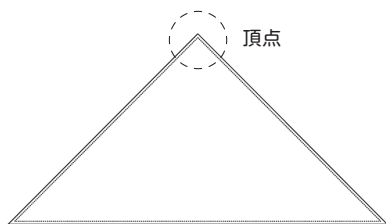
骨折すると腫れを伴い、変形を来すことや痛みで全く動かせない場合があります。鎖骨^{さこつ}、手首、手または足に多く見られます。骨折には、損傷した四肢を正しく保護することや、副木固定を行うことが有効です。しかし、損傷した部位を固定しても痛みを感じる場合は、その場所から動かさず、救援が到着するまで待ちましょう。



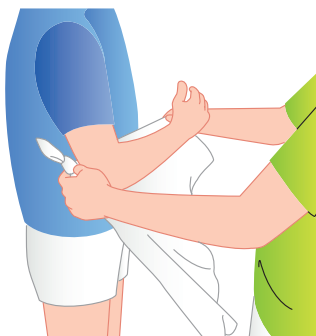
●上肢の固定

【三角巾固定】

- (1) 前腕の長さに合わせて肘のところで結び目をつくる。(結び目は三角巾の頂点)
- (2) 結び目を肘のところにして、三角巾の前縁を上腕の下に挟みます。
- (3) 三角巾の結んでいない2つの角を首の両側に上げて、結びます。
- (4) 肘を90°に曲げて、三角巾の両端を首の後ろで結びます。



三角巾を広げた状態



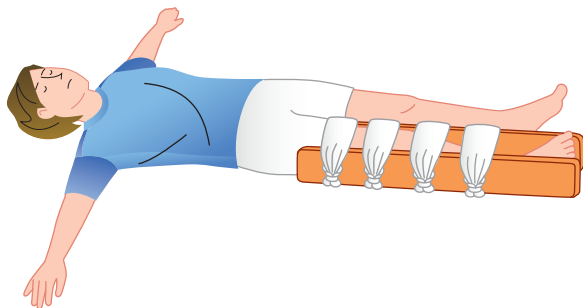
【プレーヤーのジャージ】

ジャージの裾を上向きに裏返して、ケガをした腕をその中に包むようにして固定します。この方法によって、手首、上腕、肘や肩を固定することができます。



●下肢骨折の副木固定

大腿の中間から足の先までの長さの副子を外側と内側から当てます。副子は骨折部の上下から固定していき、副子がない場合、両足の間に毛布などを入れて健側の下肢に固定する場合があります。



キーポイント 四肢のケガの初期対応

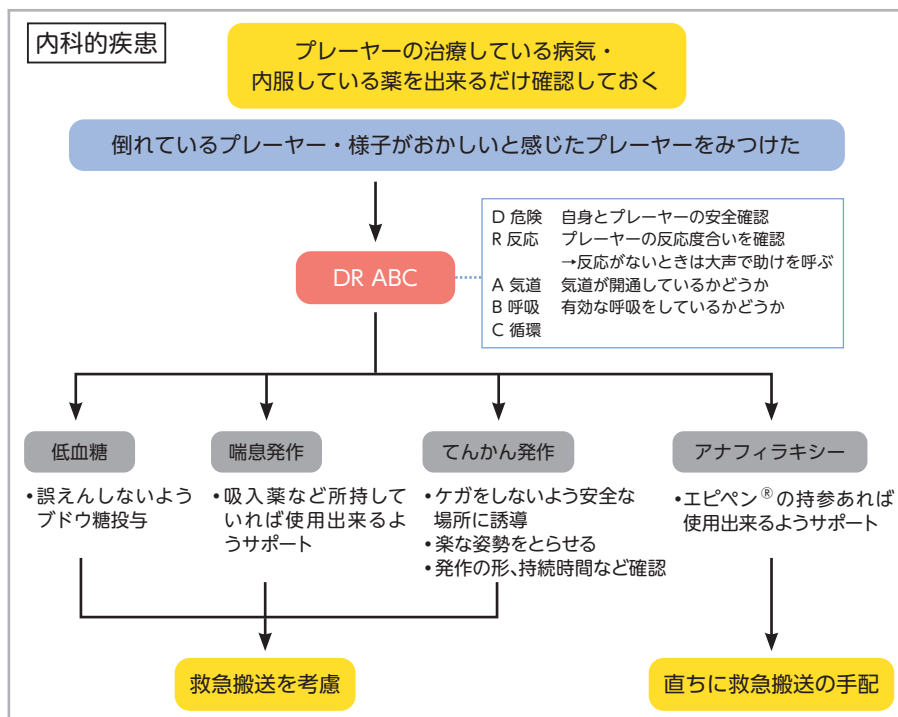
四肢の変形など激しく損傷したように見えるプレーヤーを手当する場合、そこばかりに目がいきがちですが、DR ABC評価を行うことを忘れないことが重要です。まず気道が確保されていて、正常な呼吸をしていることの確認を最優先にして、処置の途中にもABCの異常に気づくことが大切です。

プレーヤーが競技に参加する時、それに伴うケガや事故、病気などを未然に防ぐために、本人がもともと持っている病気や障害の有無を、メディカルチェック等を通じて確認しておきます。プレーヤー情報をスタッフの中で情報共有し準備をしておくことで、もしも緊急的な状態が出現しても対応することが可能となります。

- (1) いつごろから内科的疾患に対して治療をしているか
- (2) 治療の内容、飲んでいる薬の名前は何か
- (3) 発作の際にはどのような状態になることが多いか、今までどのような対応をしていたか

それぞれの対処について、まず行うことは、以下の通りです

- (1) DR ABC
- (2) 必要に応じて助けを呼び、救急搬送の手配をする



1. 糖尿病^{とうにようびょう}

糖尿病は、血糖を下げるインスリンというホルモンの作用や量が不足することで、持続的に血糖が高い状態となる病気です。血糖が高くなりすぎることを高血糖、低くなりすぎることを低血糖といい、どちらも意識がもうろうとしたり、意識を失ったりすることがあります。

【低血糖の症状】

手の指や足が原因なく震える、冷汗が出る、動悸^{どうき}がする、体が熱く感じる、いつもに比べて反応が鈍い、吐き気がする、不安になる、変なことを言う、めまい、眠くなる、意識がなくなる、けいれんするなど

【対応・処置方法】

(1) DR ABC

(2) 飲めるようであれば、ブドウ糖を飲ませてください。

(ブドウ糖 10g (携帯用)、砂糖 20g (角砂糖)、ブドウ糖入り飲料水 150 ～ 200ml など)

2. 喘息^{ぜんそく}

喘息は、空気の通り道である気道に炎症が続いて、発作的に気道が狭くなることを繰り返す状態です。

【症状】

発作的に咳^{たん}や痰が出て、ぜいぜい、ヒューヒューといった音を伴って息苦しい状態となります。夜間や早朝に出やすいとされますが、運動時に起こり、呼吸困難な状態となることもあります。その他、普通に会話ができない、脈が速くなっている (110 回/分以上)、呼吸の回数が速い (25 回/分以上)、チアノーゼがある (皮膚などが青紫色に変化)、呼吸音が弱い、聞こえない、などはより重篤な状態で、意識が低下する可能性があります。

【対処方法】

(1) DR ABC

(2) 本人が発作時の薬を所持している場合は、使用できるようにサポート

(3) 薬を使っても改善しない、苦しくて動けない、重篤な状態と考えられるときは救急搬送

3. てんかん

てんかんとは、「発作」と呼ばれる症状を繰り返し起こす脳の病気です。

けいれんは「発作」の症状のひとつですが、けいれんしない「発作」もあります。

【発作の症状】

突然意識がなくなり倒れたり、けいれんを起こすことがあります。意識が保たれたまま特定の部位だけびくびく勝手に動いたり、自覚症状として目の前の一部だけぴかぴか光る、片手がびりびりする等もあります。

【対処方法】

- (1) DR ABC
- (2) 自然に治まるのを待ちます。
- (3) 横にする、着衣を緩めるなど楽な姿勢をとるようにしましょう。手足を動かしたり、歩き回ったりする事があっても無理に押さえつけず、ケガなどしないように注意をしながら見守って下さい。
- (4) 食事中の場合(合宿時等)は、顔を横に向けて、吐物などを誤えんしないようにしましょう。舌を噛ま^かないように口の中に手やものを入れたり、あごをあげたりすることは不要です。

ほとんどのてんかん発作は5分以内に自然にとまりますが、けいれん発作が5～10分以上続くと自然に止まりにくくなるため、救急車を呼んで医療機関への搬送が必要です。

4. アナフィラキシー (ショック)

アナフィラキシーとは、食物アレルギーや蜂刺されなどで起こる最も重症なアレルギー症状です。

【アナフィラキシーの症状】

極めて短い時間のうちに全身のじんましんや呼吸困難、喘^{ぜいめい}鳴、動悸、嘔吐、などの重いアレルギー症状があらわれます。さらに血圧が下がって、意識がもうろうとした症状もみられたときはアナフィラキシーショックといいます。

【対処方法】

(1) DR ABC

(2) アドレナリン自己注射液（エピペン®）の持参あれば使用出来るようサポート

(3) 直ちに救急搬送の手配

*患者本人がエピペン®を注射できない場合、教職員や保育士のやむをえないエピペン®使用は法律違反になりません。

*アナフィラキシーは一旦治まったように見えても、再び症状がでてくる可能性があるため注意が必要です。

キーポイント

プレーヤーがもともと持っているアレルギーを含む病気や障害の有無を事前に確認しておきます。プレーヤー情報をスタッフの中で情報共有し準備をしておくことで、緊急的な状態が出現しても対応することが可能となります。

1. 熱中症

熱中症とは、暑さによって生じる障害の総称です。

熱失神、熱けいれん、熱疲労、熱射病の4つの病型があります。とくに熱疲労と熱射病に注意し、なかでも熱射病は死亡の危険性が高い重症の状態です。

(1) 症状

• 熱失神 ねつしっしん

炎天下の長時間の立位や運動直後に、脳血流が減少して、めまいや失神(一過性の意識消失)をおこします。足を高くして寝かせると通常は回復します。

• 熱けいれん

大量に汗をかき、水だけ(あるいは塩分の少ない水)を補給して血液中の塩分濃度が低下したときに起こるもので、下肢の筋けいれん(こむら返り)だけでなく上肢や腹筋などにも起こります。

• 熱疲労 ねつひろう

脱水で、ショックに似た状態で、熱射病(重症)の前段階。脱力感、倦怠感、めまい、頭痛、吐き気など、症状が強い状態。熱射病の前駆症状の場合もあり、病院を受診することを薦めます。

• 熱射病 ねつしゃびょう

体温が上昇して脳や内臓の障害がおこり、死亡する危険性が高い。異常な高体温と意識障害(応答が鈍い、言動がおかしい、意識がない)が特徴。とくに初期の意識障害の「応答が鈍い」や「言動がおかしい」に注意。ショックの時は、救命のための応急処置が必要です。同時に冷却処置を速やかに開始します。

(2) 処置

- 涼しく風通しのいい場所に移し、衣服をゆるめて寝かせる
- スポーツドリンクで水分補給

- 熱射病(意識障害)のときはまず全身を冷却して、救急車の手配と気道確保(救急処置)
- 熱射病以外でも症状が続くときは病院へ搬送

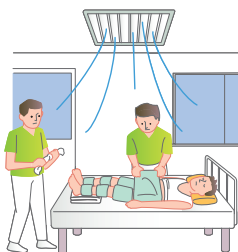
(3) 冷却方法

暑熱環境下の実際のスポーツ活動時には、身体内部(アイスラリーや冷えたドリンクの摂取)と外部からの冷却を組み合わせることが望ましいです。チームとして冷却用の氷や水を用意することも大切です。



手掌冷却

熱中症が疑われる場合の身体冷却法



現場では氷水に全身を浸す「冷(氷)水浴法」が最も効果的とされています。バスタブ(家庭用プールでも可)が準備でき、医療スタッフが対応可能な場合には、冷(氷)水浴法が推奨されます。

一般のスポーツ現場では、水道につないだホースで全身に水をかけ続ける「水道水散布法」が、次に推奨されます。

それも困難な場合では、エアコンの利いた部屋に収容し、氷水で濡らしたタオルを全身にのせて、次々に取り換えてください。扇風機も併用します。また、氷やアイスパックなどを頸部、脇、股にある太い血管に当てて追加的に冷やすのもよいでしょう。

※「スポーツのための熱中症予防ガイドブック」より一部改変

(4) 予防方法

熱中症はいくつかの要因が重なって発生するので、すべての発生要因に対する対策が必要です。

①暑いとき無理な運動は事故のもと

熱中症になりやすい人(肥満者、体調不良者、慢性の病気のある者)に対する配慮が必要。また、体が暑さに慣れるのに1週間程度かかる(暑熱馴化^{しょうねつじゆんか})ので、暑さになれていない時期は運動量を減らします。

②急な暑さに要注意

熱中症の発生は、真夏だけだとは限りません。初夏から梅雨にも、急に暑くなった日、高湿度になった日に起きやすいので環境条件の把握が大切です。

日本スポーツ協会は、温度だけでなく、湿度や風を含めて計測するWBGTという暑さ指数を参考にして、試合や練習を中止したり、運動負荷を軽減したりすることを提案しています。28℃で厳重に警戒して、31℃以上では運動を原則中止とします。夏期は練習を早朝や夕方を設定する配慮が必要です。

③失われる水と塩分を取り戻そう

汗で失われた水分と塩分を補うために、食塩(0.1～0.2%、100mlに40～80mg)と糖分(4～8%)を含むスポーツ飲料やアイススラリーなどで、こまめに

少量ずつ水分補給をおこなうことが薦められます。

④薄着スタイルでさわやかに

熱のこもらない薄着の吸水性・速乾性の服装を使用し、帽子にて頭部への直射日光照射を防ぐことを推奨します。

⑤体調不良は事故のもと

発熱や体調が悪い時、例えば下痢の時や睡眠不足時、また食事や水分摂取低下時に熱中症が起きやすいことがわかっています。体調不良の訴え時には運動負荷を軽減し、日陰にて休ませる回数を増やすよう配慮します。

キーポイント スポーツ活動中の熱中症予防5か条(日本スポーツ協会)

1. 暑いとき無理な運動は事故のもと
2. 急な暑さに要注意
3. 失われる水と塩分を取り戻そう
4. 薄着スタイルでさわやかに
5. 体調不良は事故のもと

キーポイント 暑さ指数：WBGT

熱中症の危険度を判断する数値として、WBGT（暑さ指数）が使われます。WBGT（暑さ指数）は乾球温度計、湿球温度計、黒球温度計を使って計算されます。

熱中症予防運動指針

WBGT ℃	湿球温度 ℃	乾球温度 ℃	運動は 原則中止	特別の場合以外は運動を中止する。特に子どもの場合には中止すべき。
31	27	35	▲ ▼	
28	24	31	▲ ▼	熱中症の危険性が高いため、激しい運動や持久走など体温が上昇しやすい運動は避ける。10～20分おきに休憩をとり水分・塩分を補給する。暑さに弱い人※は運動を軽減または中止。
25	21	28	▲ ▼	熱中症の危険が増すので、積極的に休憩をとり適宜、水分・塩分を補給する。激しい運動では、30分おきくらいに休憩をとる。
21	18	24	▲ ▼	熱中症による死亡事故が発生する可能性がある。熱中症の兆候に注意するとともに、運動の合間に積極的に水分・塩分を補給する。
			▲ ▼	通常は熱中症の危険は小さいが、適宜水分・塩分の補給は必要である。市民マラソンなどではこの条件でも熱中症が発生するので注意。

- 1) 環境条件の評価にはWBGT（暑さ指数とも言われる）の使用が望ましい。
- 2) 乾球温度（気温）を用いる場合には、湿度に注意する。
湿度が高ければ、1ランク厳しい環境条件の運動指針を適用する。
- 3) 熱中症の発症のリスクは個人差が大きく、運動強度も大きく関係する。
運動指針は平均的な目安であり、スポーツ現場では個人差や競技特性に配慮する。

※暑さに弱い人：体力の低い人、肥満の人や暑さに慣れていない人など。

参考文献：日本スポーツ協会「スポーツのための熱中症予防ガイドブック」

ケガの予防としてマウスガードの使用が大きな役割を果たします。唇の裂傷、歯の破折・脱臼、顎の骨の骨折、脳振盪の予防に効果があるとされます。

使用については、最近はローカルルールとして使用を義務付けているケースが多くなってきています。指導者はマウスガードの効果を十分理解し、プレーヤーが練習中から積極的にマウスガードを使用するように指導することが大切です。

1. 口腔裂傷、舌損傷

出血処置の項（7章P34）を参照してください。

2. 歯の打撲

（1）打撲による痛みだけの場合

そのまま経過を見ます。本人に打撲した歯が変色するかどうかを2～3か月観察させ、変色したならばその時点で歯科医院を受診します。

（2）歯がぐらぐらしたり、咬み合せると痛い場合（不完全脱臼）

試合後に歯科医院を受診させます。（ぐらつきがひどい場合は中断して受診します）

3. 歯の破折

- 歯の破折・脱臼は上の前歯に起こりやすいです。
- 折れた位置により痛みが異なります。歯髄が露出すると折れた歯の中心部に歯髄の赤い斑点が見えます。歯髄を含む位置より奥で破折した場合は痛みが強いので中断して歯科医院を受診させた方が良いです。
- 歯の脱落と間違えることが多いです。

4. 歯の脱落 (完全脱臼：歯が抜けた場合)

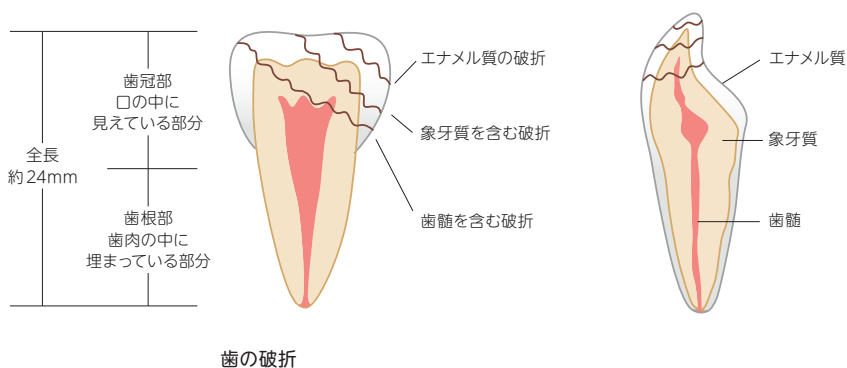
稀にあります。抜け落ちた歯を湿らせた状態にして急いで歯科医院を受診させます。抜け落ちた歯の保存専用液 (無ければ牛乳でも可) が販売されているので救急箱に入れておくといいです。固定により脱落した歯が再生着する場合があります。

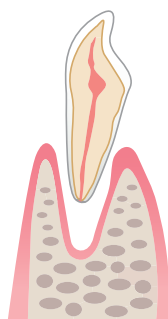
5. 歯槽骨骨折

歯の周囲の骨の骨折で、通常歯の破折、脱臼も伴って起こります。

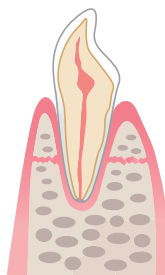
6. 下顎骨骨折

骨折部位によって症状が異なります。ひびが入ったのみの場合は顎の変位は見られませんがかみ合えると痛みがあります。破折骨片にズレがある場合は上下の歯がかみ合わない状態になります。

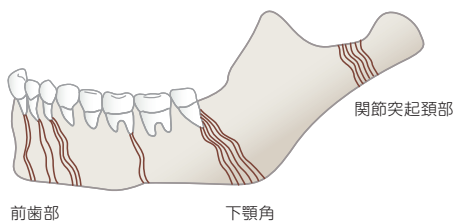




歯の脱落 (完全脱臼)



歯槽骨骨折



下顎骨骨折と好発部位

キーポイント

マウスガードは唇の裂傷、歯の破折脱臼、顎の骨の骨折の予防に効果があるとされます。指導者はマウスガードの効果を十分理解し、プレーヤーが練習中から積極的にマウスガードを使用するように指導することが大切です。

ラグビーは、擦り傷などによって皮膚の損傷がやすく、プレーヤー間の接触も多いため、ウイルスや細菌などの微生物が感染する可能性やチーム内で感染が広がる可能性があります。この章では、ラグビーの練習や試合で注意すべき感染症と感染対策について紹介します。

1. 気をつけるべきこと

チーム内やチーム間での感染拡大を防ぐために最も重要なことは、感染症を持ち込まないことです。体調の悪いときに無理をして練習や試合に参加することはやめましょう。また、常に手指衛生を心がけ、眼や傷に触れる前、そして練習や試合が終わった後はしっかりと手を洗いましょう。

2. プレーヤー間で広がる可能性のある感染症

- (1) 呼吸器感染症：インフルエンザや新型コロナウイルス感染症など
- (2) 消化器感染症：ノロウイルス感染症などの感染性胃腸炎
- (3) 皮膚感染症：単純ヘルペス（スクラムボックスあるいはラグビーヘルペスと呼ばれることもある）や膿疱疹、癬風など
- (4) その他：B型肝炎など

3. 感染経路と感染対策

●飛沫感染

感染した人からの咳やくしゃみ、大声などによって発生するしぶきを飛沫と呼び、インフルエンザや新型コロナウイルス感染症などの呼吸器感染症は、この飛沫によって感染します。新型コロナウイルス感染症は感染していても無症状のこともあり、無症状の感染者から周囲に感染が広がらないように、ミーティングなどではお互いに飛沫が届かない距離（約2m）に離れておくことや、飛沫を遮断するためにマスクを着用すること、部屋の換気をこまめに行うことが大切です。

●接触感染

インフルエンザや新型コロナウイルス感染症は飛沫感染だけでなく、感染者やウイルスに汚染された環境から眼や鼻、口の粘膜を通して感染します。また、単純ヘルペス（スクラムボックスあるいはラグビーヘルペスと呼ばれることもある）や“とびひ”とも呼ばれる膿痂疹などの皮膚感染症は、皮膚がこすれあうことによってウイルスや細菌が人から人へ感染します。

これらの感染経路を接触感染といい、感染対策として重要なのは、眼や鼻、口の粘膜に触れる前に手洗いやアルコールによって手指についた微生物を取り除くことや、傷口が他のプレーヤーに触れないようにしっかりと保護することです。

これらの感染症はタオルなどを共有することによって間接的に感染しますので、タオルやヘッドギア、ウォーターボトルなどは共有しないようにします。B型肝炎のように血液を介して感染するウイルスもありますから、出血した場合はいったん練習や試合から離れ、しっかりと止血してから参加するようにしましょう。また止血処置をする場合は手袋して対応しましょう。



単純ヘルペス



膿痂疹

4.環境から感染する皮膚感染症

土の中にいる細菌が、練習や試合中にできた傷から感染することもあります。傷口は、水道水で良いのでしっかりと洗浄し、できるだけ早く砂利などの異物はきれいに取り除くことが大切です。ひどく化膿^{かのう}した場合は抗生剤が必要となる場合もあるので、医師の診察を受けてください。

5. ワクチン接種が有効な感染症

(1) 破傷風

破傷風のワクチン接種は、多くの方が小児期に受けていますが、接種後10年経過するとワクチンの効果は低下すると考えられています。そのため、破傷風ワクチンは、最後の接種から10年毎に追加して接種することが推奨されます。

(2) B型肝炎

現在、B型肝炎ワクチンは定期接種のひとつであり、2016年4月1日以降に生まれた方の多くはワクチン接種を受けていると思います。B型肝炎はラグビー以外でも感染することがありますので、定期接種に該当せず、B型肝炎ワクチンを受けたことのない方は、ワクチン接種を受けておくことをお勧めします。

(3) インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症

他に、インフルエンザや新型コロナウイルス感染症もワクチンが有効な感染症です。ラグビーだけでなく、日常生活でも重要なワクチンですので、接種を受けることを推奨します。

6. マスギャザリング

ワールドカップやオリンピック、パラリンピックのように「一定期間、限定された地域において、同一目的で集合した多人数の集団」をマスギャザリングと呼びます。このような状況では、さまざまな感染症が流行する可能性がありますので、麻疹や風疹、水痘^{はしか ふうしん みずぼうそう}を含め、ワクチンで予防できる感染症はワクチン接種を受けることを検討してください。

キーポイント 感染対策

- 咳やくしゃみ時はマスク装着や咳エチケットを守る
- 手洗い、うがいをこまめに行う
- 出血した場合しっかりと止血する *止血処置は手袋をする
- タオルやヘッドギア、ウォーターボトルなどは共有しない
- ワクチンで予防できる感染症はワクチン接種を受ける

特に配慮すべきカテゴリーの安全対策について説明します。

①ラグビースクール（幼児・小学生）の安全対策

幼児・小学生は、身体的、精神的に発育、発展途上であり個人差が大きいことを十分に認識して、以下の点に留意した指導を行ってください。

- ・ケガや身体の異常について説明ができないので、しっかりと観察する必要があります。特に熱中症対応が重要です。
- ・小学校高学年での内臓損傷の報告があります。プレーの強度が高い反面、身体の対応ができていないことが要因であり、激しいコンタクトができる体づくりが求められます。内臓損傷は、受傷してから数時間後に症状が悪化することがあるので、注意が必要です。

②シニア（中・高齢者）の安全対策

シニアプレイヤーの重症事故（頭部外傷、頸椎損傷等）が増えており、十分なトレーニングの上で、適切なレベルでラグビーを楽しむことが大切です。既往歴のある方は、十分に注意してください。抗血栓薬を服用している場合は、運動強度や種類について、必ず主治医に事前の確認をしてからプレーするようにしましょう。

キーポイント 【抗血栓薬】

以下のクスリを服用している場合、出血のリスクがあります。

抗凝固薬：ワーファリン、リクシアナ、プラザキサ、イグザレルト等

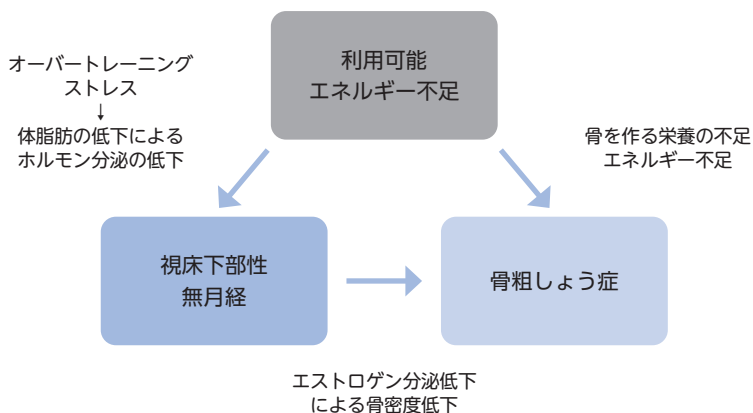
抗血小板薬：アスピリン、クロピドグレル、シロスタゾール等

③女性選手の安全対策

女性の競技人口が増え、ケガの報告が増加しています。個々の事情に応じて、十分に配慮した安全対策が必要です。

1.女性アスリートの三主徴

女性アスリートの陥りやすいリスクとして、摂食障害の有無によらない利用可能エネルギー不足・視床下部性無月経・骨粗鬆症の3つがあげられています。運動の消費エネルギーに比べ、食事による摂取エネルギーが不足している状態の積み重ねは、無月経などの月経異常の原因になり、月経異常が疲労骨折などのケガにつながる危険性があります。特に成長期は骨や筋肉などの組織を作る大切な時期のため、エネルギー不足にならないようにしましょう。将来の良好な骨の質のためにも、10代の頃に十分なエネルギーを取り、順調な月経があることが大切です。



2.月経に関わる症状

月経随伴症状（腹痛・腰痛・吐き気などの月経困難症、貧血の原因となりうる過多月経など）、月経前に心身の不調（イライラなどの精神神経症状、腹痛・頭痛などの身体的症状）が起こる月経前症候群（Premenstrual Syndrome：PMS）、月経不順などがあります。コンディションに大きく影響しますので、仕方のないことと判断せず、競技生活や日常生活に支障が出るほど症状がひどいときには婦人科に相談することを勧めます。「月経痛＝甘え」や「月経が止まって一人前」といった考え方は誤りであり、症状は人それぞれで変動が大きいという認識を持つことが大切です。

3.貧血

血液中の赤血球の中にある、酸素を運ぶ役割のヘモグロビンの濃度が低くなった状態です。立ち眩み、息切れ、めまい、ふらつき、頭痛などの症状が起こり、女性に多いとされています。しかし自覚症状のないことも多く、気づかないままパフォーマンスの低下につながっていることもあります。バランスの取れた十分な食事を摂取するようにしましょう。さらに、貧血予防にはヘモグロビンの材料となる鉄とたんぱく質、造血に関わるビタミン（B6、B12、葉酸）や鉄吸収を高めるビタミンCの摂取が重要です。

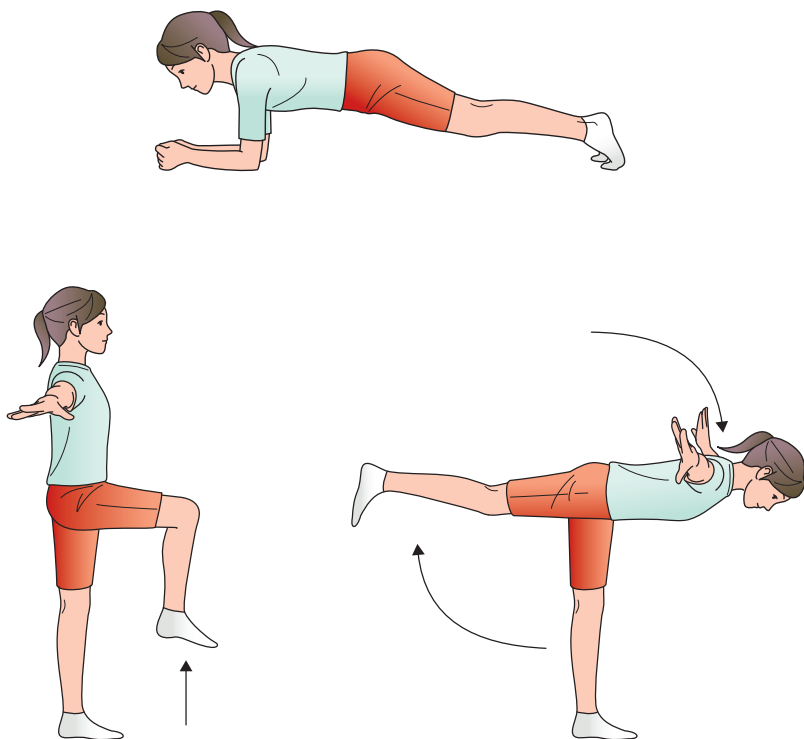
4.脳振盪

女性は男性に比べて脳振盪になるリスクが高く、さらに重症化しやすいと報告されています。男性の頭部への衝撃は通常、選手と選手のコンタクトが原因である一方で、女性の場合はフィールドあるいは相手の膝に頭をぶつけて起こることが多いことが分かっています。受傷時や復帰に向けた基本的な対応に変わりはありませんので脳振盪の項を参照ください。予防のための頸部や体幹の強化に加え、コンタクトを受けた際に後方ではなく前方に倒れるように推奨するなど、コンタクトスキル向上のためのトレーニングを継続的行いましょう。

5.膝前十字靱帯（ACL：Anterior Cruciate Ligament）損傷

ラグビーに多くみられる外傷の一つで、女性の発生率が高いと報告されています。

骨盤幅が広くニーイン（膝が内に入ること）しやすいこと、カットティングや減速動作際に股関節の筋肉が上手く使えない、体幹が横に倒れてしまう、重心が高いもしくは後方にある、などが要因と考えられています。予防のため、動作の中で体幹がぶれないように制動するトレーニングや、股関節周囲筋（特に外転・外旋筋群）のトレーニングを取り入れ、普段から後方重心にならないようにプレーすることが効果的です。



特定年代／特定カテゴリーにおける女性アスリート向け注意点

中学・高校生（小学校高学年も含む）

第二性徴（女性ホルモン）により、男子よりも早く体の成長が見られます。一般的に全身の筋骨格は男性に比べて細く、頭部への衝撃リスクが高いと言えます。タックルでの肩関節脱臼が多い傾向にあり、この年代は再発率も高くなります。ケガ防止のため、周囲筋のトレーニング、正しいコンタクト技術の向上が重要です。ACL 損傷も多い外傷の一つです。

※体調管理（月経随伴症状や貧血）に注意してください。

大学生・社会人

オーバートレーニングによる筋肉疲労・疲労骨折の注意が必要です。過去にケガをしていた部位の再受傷や慢性的な障害が増えてくるため、再発予防のための強化トレーニング、十分なセルフケアの実施が大切です。ACL 損傷も多い外傷の一つです。

シニア

一般的に活動・運動量が減るため、プレー前の十分なウォーミングアップとプレー後のクールダウンでケガを予防することが必要です。女性ホルモンの減少に伴い、心身状況に大きな変化がおこる可能性があります。

※体調管理（骨粗鬆症や更年期障害、持病等）に注意してください。

④傷害予防エクササイズプログラムの紹介

World Rugbyにて開発された傷害予防のためのエクササイズプログラム「Activate」が公開されています。Adult/U18/U16/U15と年代別に提供されています。ご活用ください。



<https://onl.la/w1w9yEk>

※日本語版。サイトの右上にて各言語に変更可能です

ラグビー外傷・障害対応マニュアルをより実用的なものにするために、傷害発生時の対応方法を動画にしました。こちらをご覧ください、ラグビー現場での安全対策にお役立てください。

日本ラグビーフットボール協会ホームページ「安全対策関連動画」
<https://onl.la/Jgs64LZ>



収録動画

動画① ドクター エービーシー DR ABC (Danger Response Airway Breathing Circulation)

※P10 参照

- ・負傷したプレイヤーには、まず気道の確保を最優先し、呼吸と循環を保つ必要があります。

動画② ミルズ MILS (Manual In Line Stabilization) ※P11 参照

- ・頭部または頸部の外傷が疑われるプレイヤーに対して推奨される、日本語では「正中位用手固定法」と呼ばれる頭部・頸部の固定方法です。

動画③ 気道の評価 ※P25 参照

- ・呼吸の状態を「聞く」ことで評価します。いびきのような音、うがいのような音、または音がしないときは気道を確保する必要があります。

動画④ ジョー スラスト かがくきょうじょうほう Jaw Thrust (下顎挙上法) ※P26 参照

- ・頸の動きが少なく、頭部や頸部の外傷（またはその疑い）における気道確保に適した方法です。

動画⑤ ヘッド ティルト チン リフト Head tilt chin lift (頭部後屈・あご先挙上法) ※P27 参照

- ・頭部と顎を後方に傾け、気道を確保します。頭部・頸部損傷がない場合、有効な方法です。

動画⑥ ヘインズ HAINES 法 (High Arm In Endangered Spine) ※P28 参照

- ・自分しかいない (ほかに救助者として訓練したものがいない) 場合、プレーヤーの体を横向きにして、口から血液や嘔吐物を排出させる方法です。

動画⑦⑧ 一次救命処置 (BLS : Basic Life Support) について ※P36 ～ 40 参照

- ・心肺蘇生法 (CPR : Cardio Pulmonary Resuscitation) と AED の使用方法を説明します。

動画⑨ 背部叩打法・腹部突き上げ法 ※P41 参照

- ・いわゆるチョーキングです。窒息している負傷者に対し、のどに詰まった異物を取り除く方法になります。

動画⑩ 三角巾固定 ※P45 参照

- ・骨折や脱臼が発生した際、三角巾を使用した固定法を紹介します。

動画⑪ 副木を使った四肢の固定方法 ※P46 参照

- ・副木 (サムスプリント) を使用した、負傷箇所の固定方法を紹介します。

負傷したプレーヤーの搬送および頭頸部の保護について ※P23参照

動画⑫ スクープ ストレッチャー Scoop Stretcher を使った負傷者の搬送方法

- ・負傷者の頸部に負担をかけることなく動かすことなく、ログ ロール Log roll (負傷者を複数人で片側に持ち上げる方法) を用いて、スムーズに担架に乗せられる器具の使用説明です。

動画⑬ 伏臥位^{ふくがい}から仰臥位^{ぎょうがい}への体位変換

- ・うつ伏せ（伏臥位）に倒れている状態から仰向け（仰臥位）に動かす方法を紹介します。

動画⑭ Spine Board^{スパイン ボード}を使った負傷者の搬送方法

- ・短時間の移送に有効な、スパインボードというストレッチャーの解説です。

動画⑮ Log lift^{ログ リフト}

- ・多くの介助者がいる時に、負傷者を複数人で持ち上げ、スパインボードに乗せる方法です。

動画⑯ リカバリー・ポジション

- ・倒れている受傷者に意識はないが、呼吸はしている場合に取らせる体勢です。

動画⑰ ネックカラーの採寸と装着方法

- ・頸部を保護するネックカラーの採寸方法・装着方法を説明します。

動画⑱ 試合運営時の感染防止方法

- ・医療従事者を飛沫・血液感染から守る防護服の説明です。

アプリ版「ラグビー外傷・障害対応マニュアル」

スマートフォン・タブレットでも安全対策動画が閲覧可能です。

以下のURL・QRコードよりアプリをダウンロードください。

Apple Store (iOS) : <https://x.gd/USl9c>



Google Play (android) : <https://x.gd/GBwGV>



巻末

用語集

AED : Automated External Defibrillator 自動体外式除細動器

BLS : Basic Life Support 一次救命処置

CPR : Cardio Pulmonary Resuscitation 心肺蘇生法

DR ABC : Danger 危険、Response 反応、Airway 気道、Breathing 呼吸、
Circulation 循環

EAP : Emergency Action Plan 緊急時対応計画

GRTP : Graduated Return To Play 脳振盪における段階的競技復帰

MILS (ミルズ) : Manual In Line Stabilization 用手正中固定

PRICE (プライス) : Protect 保護、Rest 安静、Ice 冷却、Compression 圧迫、
Elevation 挙上

Recognize & Remove : (脳振盪・脳振盪の疑い発生の際) 確認して止めさせる

WBGT : Wet Bulb Globe Temperature 暑さ指数

JRFUの安全対策制度

1. 重症傷害報告

事故発生後、3日以内に都道府県協会に報告する。

重症傷害は次のように定義される

- ・死亡
- ・頭蓋骨骨折の有無に関係なく24時間以上の意識消失を伴う傷害
- ・四肢の麻痺を伴う脊髄損傷
- ・開頭および脊椎の手術を要したもの
- ・胸・腹部臓器で手術を要したもの
- ・以上のほかに診断書で重症と思われるもの

2. 脳振盪報告

「脳振盪報告書（兼脳損傷等報告書）」はチーム責任者・担当レフリー・マッチドクターに義務づけられ、各々が報告書を各都道府県協会に提出する。

3. 傷害見舞金制度

登録されているプレーヤー及びチーム関係者に「見舞金給付表に該当する傷害」が発生した場合、チームの代表者は「傷害報告書1（見舞金請求書）、傷害報告書2」に必要事項を記入の上、30日以内に都道府県協会に提出する。

4. JRFU 申請書類一覧 ダウンロード

<https://onl.la/Bv7UHSi>



傷害報告の組み合わせパターン

チーム内で傷害が発生した際、チームの代表者は「傷害報告書1（見舞金請求書）」を30日以内に所属の都道府県協会に提出することになりますが、それ以外に脳振盪や重症事故を併発した場合、以下のように複数の報告書を提出する必要があります。

1. 傷害報告書 1（見舞金請求書）

+ 脳振盪報告書（兼脳損傷等報告書）

脳振盪の場合、審査認定にて最大2万円の給付

その他 骨折、脳挫傷、頭蓋内血腫等で給付

2. 傷害報告書 1（見舞金請求書）

+ 重症傷害報告書（受傷時）

重症傷害報告の対象となる傷害・事故については、この対応とする。

3. 傷害報告書 1（見舞金請求書）

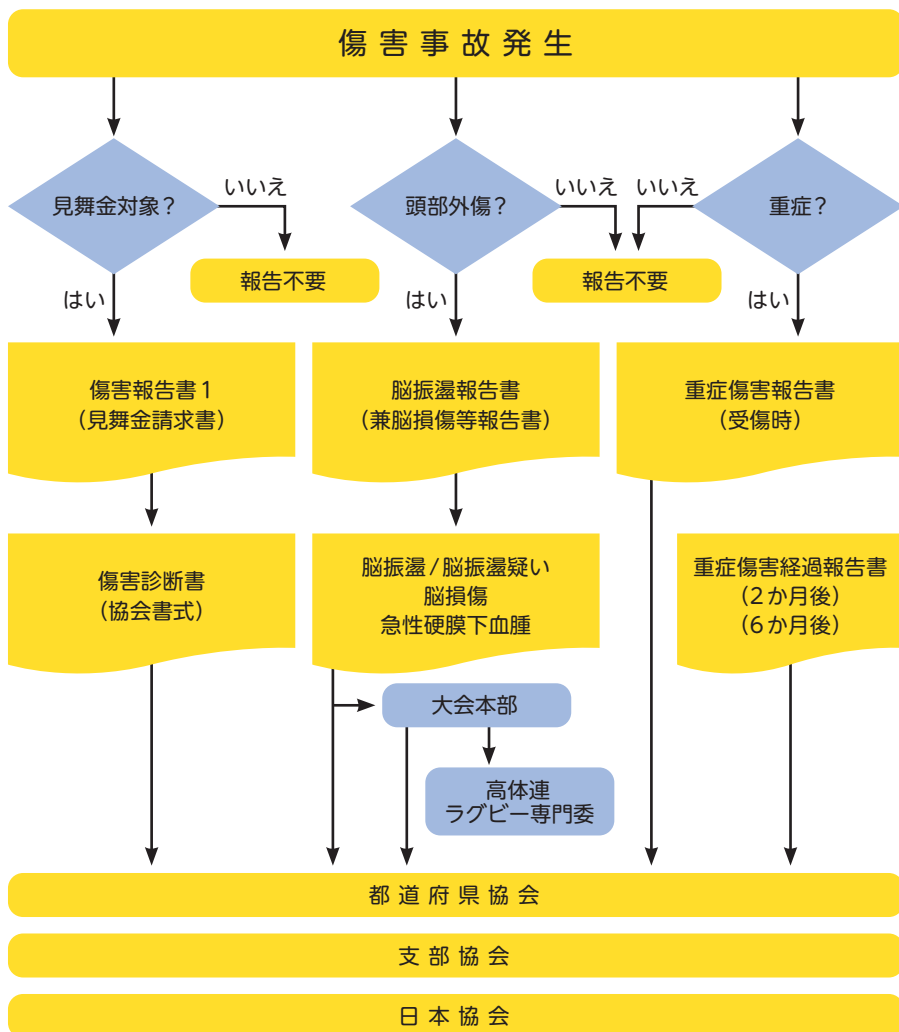
+ 脳振盪報告書（兼脳損傷等報告書）

+ 重症傷害報告書（受傷時）

脳振盪を伴う頭部外傷でかつ重症傷害の場合は、この対応とする。

なお、スクラム・タックルが主因となる外傷の場合は、「傷害報告書2」も上記に組み合わせて提出ください。

傷害発生時の報告フロー



安全なラグビーの実現に向けて

ラグビーは激しいコンタクトを伴うスポーツであり、ケガの発生の可能性が高いだけに、より高いレベルでの倫理性をもって安全なスポーツとなるように取り組むことが重要です。ラグビーにおいて、「安全」がすべてにおいて優先され、「安全なラグビーの実現」が、ラグビーに関わる全ての人々に求められています。

日本協会では、安全対策に対する活動を安全対策委員会が中心となって継続的に様々な対策を行っています。しかしながら、重症事故の減少傾向は見られるものの、ターゲットとしている「重症事故ゼロ」の実現には至っていない状況です。さらには、2020年に突如として世界全体を襲った新型コロナウイルス感染症に伴う活動自粛や活動停止等により、選手の体力・運動機能の低下、トレーニング時間の短縮など不活動による様々なリスクが発生することで、重症事故の危険性が以前にも増して高まっているのが現状です。

「安全なラグビーの実現」のためには、「安全への意識の徹底」「安全な技術の習得」「ケガをしないための体づくり」等への取り組みのさらなる徹底が必要です。特に、プレーヤー自身が安全への意識を“常に”持つことが重要で、ひとりひとりが自らの安全を大切にすることが、「安全なラグビーの実現」に直結すると考えられます。

今回の新しい「ラグビー外傷・障害対応マニュアル」は、日本協会のメディカル委員会に所属しているドクターの皆様のご協力によって完成いたしました。この冊子はメディカルスタッフだけでなく、選手を含めてすべての関係者の方々にラグビーにおける外傷・障害について理解を深め、発生時の対応方法を学ぶことができるように作成されています。是非とも、多くの方に活用をいただきたくお願いいたします。

2021年1月

日本ラグビーフットボール協会
安全対策委員会 委員長

齋 藤 守 弘

あ と が き

2019年秋、我が国で行われた第9回ラグビーワールドカップ日本大会(RWC2019)は、アジアで初のラグビー国際イベントとなりました。世界中から注目されたRWC2019において、フィールドサイドで行う外傷・障害への対応、すなわちプレホスピタルケアには、世界基準が求められました。そして、準備段階から本大会において、プレホスピタルケアに携わった多くの方々が遺したレガシーは、世界から称賛されました。

本書は、ラグビーの国際統括団体であるワールドラグビーが求めるフィールドサイドケアの中から、指導者や保護者、レフリーなどを対象とした最もベーシックなレベル(First Aid in Rugby)の最新知見を得ていたできたく、旧「ラグビー外傷・障害対応マニュアル」を改訂致しました。RWC2019においてご活躍されました先生方を中心に、現場の幅広い層にも使いやすいようにと、平易な言葉やイラストを用いて、ご執筆を賜りました。また、(株)ダイワクリエイト齋藤一博様には、格別なご配慮をいただき感謝申し上げます次第です。

旧版と比べると、救命手当などの項目で多少難しい部分があるかもしれませんが、本書にまとめた内容が、有事が発生した際、現場スタッフに求められる世界基準です。日本代表チームをはじめ、我が国のラグビー界が世界を見据え、その基準の中で前へ進んでゆくことが求められるようになった今、フィールドサイドで外傷・障害に対応する多くの方々にとってもまた、本書が最新の知見を取り入れるバイブルとなり、実践に役立つことを切に願っております。

2021年1月

編集責任者 村 上 秀 孝
高 澤 祐 治



ラグビー外傷・障害対応マニュアル

発行日: 平成23年(2011年) 1月 15日
平成23年(2011年) 4月 18日 (第2版)
平成23年(2011年) 9月 8日 (第3版 改訂)
平成24年(2012年) 8月 10日 (第4版 改訂)
平成25年(2013年) 10月 31日 (第5版 改訂)
平成27年(2015年) 6月 30日 (第5版 第2刷)
平成28年(2016年) 4月 30日 (第6版 改訂)
平成30年(2018年) 6月 8日 (第6版 第2刷)
平成31年(2019年) 1月 25日 (第7版 改訂)
令和 2年(2020年) 1月 31日 (第7版 第2刷)
令和 3年(2021年) 1月 22日 (改訂)
令和 4年(2022年) 3月 22日 (第8版 改訂)
令和 5年(2023年) 3月 28日 (第9版 改訂)
令和 6年(2024年) 3月 29日 (第10版 改訂)

編集・発行: 公益財団法人 日本ラグビーフットボール協会
〒107-0061 東京都港区北青山2-8-35
☎ (03) 3401-3321

デザイン・印刷: (株) ダイワクリエイト
〒162-0801 東京都新宿区山吹町353-1
☎ (03) 3267-2125

※無断転載・複製を禁ず



R U G B Y
F I R S T - A I D
M A N U A L

2024 年版