



財団 全日本柔道連盟 東京都文京区春日1-16-30 講道館内
法人 TEL.03-3818-4199 FAX.03-3812-3995
URL <http://www.judo.or.jp/>

～事故をこうして防ごう～

柔道の安全指導



財団法人 全日本柔道連盟

〔2011年第三版〕



稽古心得三か条

- 正しい技と受け身を身に付けよう。
- 相手を尊重し、無理のない稽古をしよう。
- 服装・道場の安全点検をしよう。



詳しくは、
財団法人柔道連盟発行
「柔道の安全指導」を
お読み下さい。

柔道はケガをしない。させない！

美しい 日本の柔道

柔道で鍛えた心と体は、美しい。

柔道で身につけた技は、

自分を護り、相手を護る。

稽古心得三か条

- 正しい技と受け身を身に付けよう。
- 相手を尊重し、無理のない稽古をしよう。
- 服装・道場の安全点検をしよう。

再改訂にあたって

—事故ゼロを目指して—

(財)全日本柔道連盟は、柔道による怪我や事故の受傷者とその家族の経済的負担を軽減するために、2003年度に「障害補償・見舞金制度」をスタートしました。その後、会員及び関係各位のご協力とご尽力により、相互扶助事業としては一定の成果を上げることができましたが、怪我や事故そのものを防ぐことはできませんでした。

この冊子の初版は、こうした状況を踏まえ、事故防止を最優先の課題と考え、総務委員会が他の専門委員会と協力して作成し、2006年4月に発行したものです。合わせて、安全対策部会を設置し、この冊子をテキストとして、指導者及び競技者とその保護者を対象に「安全指導」の講習会を全国各地で行うなど安全指導の周知徹底に努めてきました。

また、2009年には、本冊子を活用している方々からの指摘や要望を踏まえ、それまで報告された怪我や事故を集約・分析し、その具体的な事故防止対策をまとめた改訂版を発行するなど、安全対策に取り組んできました。

しかし、残念ながら「事故ゼロ」を達成できていません。特に、若年の初心者が頭部や頸部を負傷し、重大事故になるケースが顕著です。

そこで今回の再改訂では、重大事故に直接結び付くと考えられる頭部・頸部の怪我の予防とその対応について具体的に提示しています。また、Q&Aによって本文の説明を補足するなど、分かりやすく、より使いやすいように配慮しました。

不幸な事故を繰り返すことはできません。そのためには指導者や施設管理者はもちろん、競技者、保護者など柔道にかかわるすべての方々の「安全対策」への取り組みが必要です。

このことを十分認識されたうえで、今回の再改訂版を有効に活用されますようお願いいたします。

2011年6月

(財)全日本柔道連盟

安全指導プロジェクト特別委員会
委員長 佐藤 幸夫

◇再改訂にあたって

1.指導者の責任と安全配慮義務	
(1)指導者への期待	1
(2)指導者の責任を追及する社会	1
(3)指導者に求められる安全配慮義務	2
(4)指導者が取るべき責任	2
①民事と刑事等の法的な責任	2
②道義的な責任	2
(5)求められる指導者像	2
2.事故要因と発生のメカニズム	
(1)事故の要因	3
(2)発生のメカニズム	4
(3)柔道の事故要因	4
3.柔道で起こりやすい怪我や事故	
(1)怪我や事故の概要	5
(2)怪我や事故の特徴と事例	8
①頭部の怪我	8
ア 頭部の怪我の種類	8
イ 頭部外傷の重大事故の特徴	9
ウ 急性硬膜下血腫の成因と特徴	11
エ 頭部外傷の具体的事例	12
① 大外刈で投げられ死亡した例	12
② 体落で投げられ頭部を負傷した例	12
②頭部の怪我	12
ア 頭部の怪我の種類	12
イ 頭部外傷の重大事故の特徴	13
ウ 頭部外傷の具体的事例	15
③ 袖釣込腰を掛けて負傷した例	15
④ 背負投を掛け頭部を負傷した例	16
③熱中症	16
④ 熱中症で死亡した例	17
④心疾患	17
⑤ 心疾患で死亡した例	17
4.怪我や事故を未然に防ぐために	
(1)練習計画の立て方	18
①目標を明確にした計画の作成	18
②中・長期の練習計画の必要性	18
③初心者指導は特に綿密に	18
④計画作成で検討すべき他の要素例	19
(2)練習の行い方	19
①基本的な心構え(稽古心得三か条)	19
②順序に沿った段階的練習	19
(3)練習に必要な配慮	20
①開始前の点検	20

②休憩時間の設定と水分補給	20
③接触事故(投げ足など)の防止	21
④初心者への配慮	21
(4)安全に配慮した指導例	22
①技能レベルに応じた受身	22
②正しい技を身に付ける打込	22
③攻防方法を身に付ける約束練習	23
④相手に応じた乱取	23
(5)健康管理とコンディショニング	24
①自ら行う健康管理	24
②コンディショニング	25
③ウェイトコントロール	26
④フィットネストレーニング	26
⑤メンタルトレーニング	29
(6)施設、設備、服装、環境の安全点検	30
①柔道場の安全点検	30
②服装などの確認	31
③自然環境と人間関係への配慮	32
5.怪我や事故が起きたときの対応	
(1)応急処置の仕方	33
①頭部の打撲の気付きと対応	33
②頭部打撲や異変発見直後の対応	33
③頭部外傷後の練習休止と復帰の基準	36
④頸部の負傷	38
⑤熱中症	39
⑥熱中症を疑ったときの対応	40
⑦心疾患	41
⑧心肺蘇生の手順	41
(2)緊急時の連絡体制	43
①連絡体制の整備と周知	43
②校内・部署内への連絡・通報	43
③医療機関への連絡(救急車の要請)	43
④家族への連絡	44
(3)対外的な連絡と折衝	44
(4)事実関係の記録と保存	45
①記録用紙の常備	45
②記録の保存と再発防止	45
(5)障害補償と損害賠償による救済・補償	45
①障害補償の主な内容	46
②加入方法と補償期間	46
③事故が発生した場合の報告手順	46
④損害賠償による救済	46
(6)組織的な再発防止策	47
資料 事故報告書	48
◇執筆一覧	
◇編集委員一覧	

1 指導者の責任と安全配慮義務

指導者はどこまで責任を負うの？

(1)指導者への期待

私たちが年齢や性、社会的な立場を超えて運動やスポーツに親しみ楽しむことは、健康で豊かな生活を営むうえで意義のあることです。とりわけ柔道は、相手との攻防を通して技を磨き、体力を高め、礼法などの伝統的な行動の仕方を身に付けることができ、青少年の健全育成と生涯スポーツとしての役割を果たしています。2008年に告示された中学校学習指導要領では、保健体育の授業で武道を必修化するなど柔道に対する社会の期待は大きくなっています。

一方で、スポーツには危険要因が内在しており、程度の差こそあれ、常に危険と隣り合わせであることも事実です。特に柔道は、相手を投げ、抑え込み、首を絞め、関節を挫く技を用いて攻防を行うので、他の運動に比べ危険度は高いと考えられます。したがって、**柔道の指導者は、こうした運動特性を把握し、危険を**

予期し、回避することによって怪我や事故防止に万全を期することが求められています。

(2)指導者の責任を追及する社会

指導者は、怪我や事故の防止に心掛け、万が一の場合でも被害を最小限に食い止める努力をしています。それでも残念ながら事故が起きることがあります。

そうした場合でも、従来と異なり、交通事故や医療過誤における損害賠償と同じように指導責任や管理責任を追及し、訴訟になるケースが多くなっています。

また、国公立学校教員など、公務員の職務中の事故責任については、これまで国家賠償法の確立により国や地方自治体が賠償することで、受傷者の救済が行われてきました。しかし訴訟件数が増加するなかで、国や地方自治体の財政状況の悪化などもあり、和解による賠償金の支払いに対して社会的合意が得られないケースが多くなっています。

このような社会状況下では、学校や指導者に対する信頼感の欠如とも相まって、指導者や管理者に対する過失責任が厳しく追及されることは避けられません。

(3)指導者に求められる安全配慮義務

指導者には、事故防止のために果たすべき安全配慮義務があり、違反した場合、民法上の不法行為責任を問われることになります。

安全配慮義務

●危険予見義務

柔道における危険要因を予知、予見して安全を確保する義務

●危険回避義務

柔道における危険要因を取り除いたり、要因が重なり合わないよう危険を回避する義務

(4)指導者が取るべき責任

スポーツの指導者は、一度事故が起これば法的な責任と道義的な責任を負うことになります。それがたとえ、ボランティア活動であっても免れることはできません。

①民事と刑事等の法的な責任

民事責任は、その事故によって損害を被った受傷者に対する民事上の損害賠償責任です。また、当該事故に暴力などの犯罪行為があれば、刑事責任を問われるのは必然です。さらには、公務員であれば行政処分、民間ならば雇用上の

問題が起こり得ることも考えられます。

②道義的な責任

不可抗力による不可避免的な事故の場合、法的な責任は免れても、謝罪や謹慎、辞任などの道義的責任を負うこともあります。いずれにしても、受傷者の苦痛や家族の負担を考えたとき、指導者としての良心の呵責から逃れることはできません。

(5)求められる指導者像

柔道の指導者には、青少年の健全育成や生涯スポーツの実現など柔道を人間教育の一環として指導することが期待されています。

その基盤として、確かな安全指導と安全管理が求められます。

これからの指導者像

- 柔道の専門的な知識・技能及び指導技術に優れている人
- 柔道に対する情熱を持ち、青少年に対して愛情を持って指導する人
- 事故を未然に防ぎ、万が一の場合でも適切に対処できる人

2 事故要因と発生メカニズム

事故はどうして起こるの？

(1)事故の要因

柔道に限らず怪我や事故の多くは、普段と違った特異で特別な状況や、「あの時に限って」と後になって思い当たる様々な要因が偶然に重なり複雑に絡み合った場合に起きるものです。したがって、実際には事故要因を探り分析することが困難であることも事実です。

とはいえ、受傷者の苦痛や家族の負担を考えたとき、不可抗力や避けることのできないこととして責任を回避することが許されるものではありません。事故要因の分析は、指導者や管理者が安全対策を講じるうえで欠かせないことです。

事故の要因は多種多様ですが、**諸要因を分類するなど、一般化・パターン化**することで対策が立てやすくなります。

事故要因の分類例

A 柔道の技や運動様式に内在する要因

- 相手を投げ、抑え込み、絞め、関節を挫いて制する技そのもの
- その技を用いた攻防一体の運動様式

B 環境に内在する要因

- 道場の広さや、畳と床のスプリングの状況
- 柔道衣やサポーターなど
- 気温・湿度などの自然条件
- 道場の歴史や伝統、道場内の人間関係など社会的・人的条件

C 競技者及び指導者自身に内在する要因

競技者の

- 体力、知識、技能の程度
- 技の掛け方や受身の行い方など
- コンディション
- 性格、情緒、規範意識など
- 既往症や健康状態など

指導者の

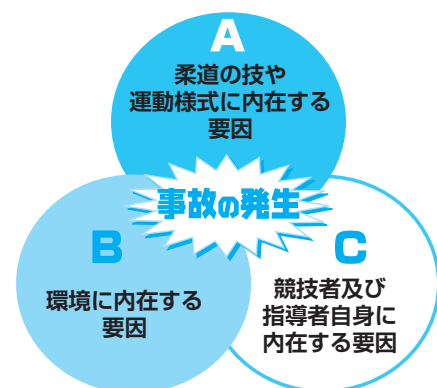
- 専門的な知識・技能、指導技術の程度
- 安全指導・管理の徹底など

(2)発生のメカニズム

怪我や事故は、要因の強度や頻度が限度を超えたとき、単一の要因でも起こり得ます。

しかし、**要因が重なり合い複雑に絡み合ったときには、発生の可能性がより高くなる**と考えられます。

図1 事故発生の模式図



また、**事故は偶然に漫然と起きることは少ない**ものです。1件の重大事故の陰に、29件の軽い・小さな事故があり、さらにその陰には怪我や事故には至らないがハッとしたり、ヒヤッとしたりすることが300件あるとも言われています。(ハインリッヒの法則)

事故は起こるべくして起こるとも考えられます。軽い・小さな事故や、

事故に至らない潜在的危険を軽視したり見落とさないことです。

図2 ハインリッヒの法則



(3)柔道の事故要因

柔道にかかわる大きな怪我や重大事故は、投げられた際に後頭部を強打し、脳表面の血管が切れて出血する急性硬膜下血腫と、頭から突っ込み首の骨（頸椎）や頸髄を損傷する場合があります。

いずれも手術をしても間に合わず、命を失ったり、手足の運動麻痺など重い障害を残すことがあります。

その要因は、無理な掛け方や未熟な受身がほとんどです。競技者の体力や受身など技能習得の程度に応じた技の制限をするなど、段階的な練習が必要です。

3 柔道で起こりやすい怪我や事故

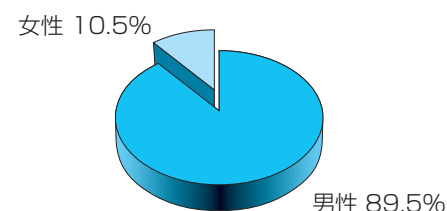
事故もいろいろ
まず知ろう!

(1)怪我や事故の概要

柔道はスポーツ種目のなかでも怪我や事故の多い種目です。なかでも最も多いのは、膝や足関節など下肢の外傷です。小・中学生では上肢、鎖骨骨折が多いのも特徴的です。また中学生や高校生を中心とした頭部、頸部の重大事故も他の競技に比べて多く見られています。

死亡や障害が残る重大事故は、2003年の障害補償・見舞金制度スタート以来8年間で86件報告されています。以下はその概要です。

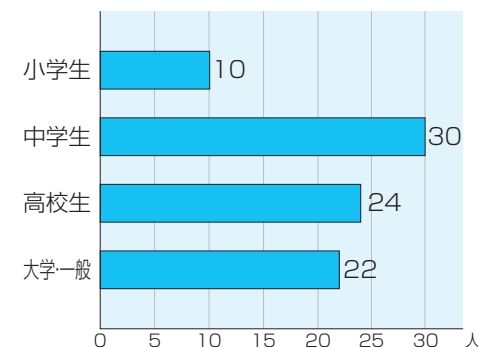
図3 受傷者の男女別



受傷者の男女比（86人中）は、男子77人（89.5%）、女子9人

（10.5%）ですが、柔道の競技人口の男女比を考慮すると、男子だから事故が多い、女子だから少ないとは言えない状況です。

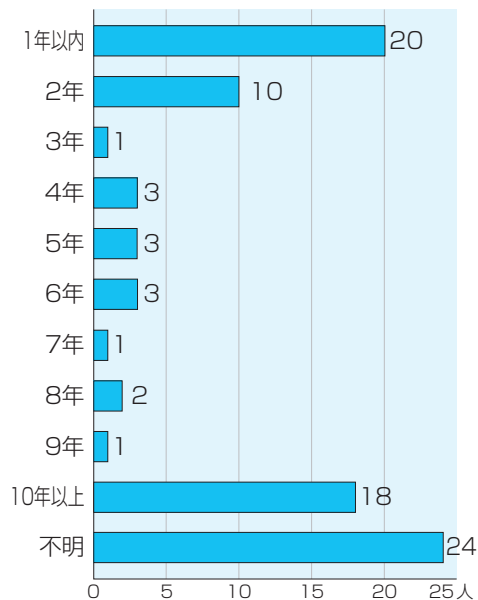
図4 受傷者の年齢



受傷者の年齢を見ると、13～17歳（55.8%）の範囲が際立って多くなっています。中・高校生に集中していることになりませんが、その多くが道場での練習中の事故（54件・62.8%）であり、練習計画や環境の整備などによって未然に防ぐ対策が必要です。

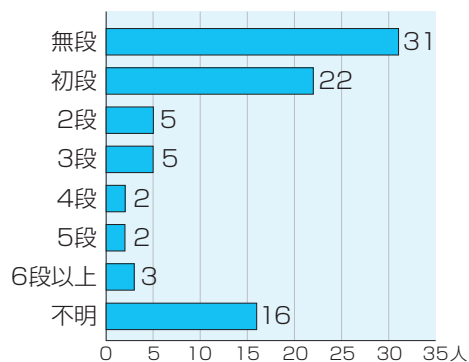
受傷者の54人（62.8%）が中学生と高校生で、その内訳は、中学1年生9人・2年生9人・3年生12人、高校1年生8人・2年生10人・3年生6人です。

図5 受傷者の柔道経験年数



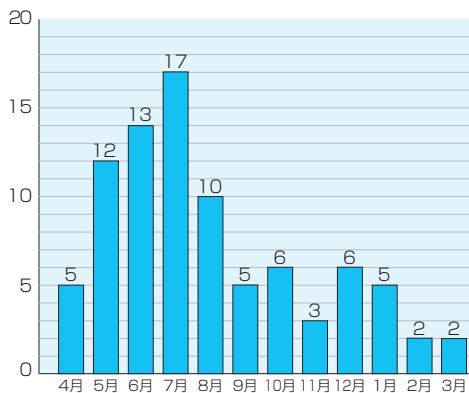
受傷者の20人（23.3%）は、柔道の経験年数1年以内です。事故報告書の中には経験年数不明の受傷者が24人います。そのうち3人が小学生、9人が中学生、10人が高校生であることから、経験年数1年以内の受傷者の割合はより高くなることが推察されます。

図6 受傷者の段位



受傷者の53人（61.6%）は、初段以下です。事故報告書の中には段級位不明の受傷者が16人います。その7人が中学生、8人が高校生であることから、初段以下の受傷者の割合はより高くなることが推察されます。

図7 月別の発生件数



5・6・7月が年間ワースト3で、その合計が42件（48.8%）です。

図8 事故が発生したときの活動態様

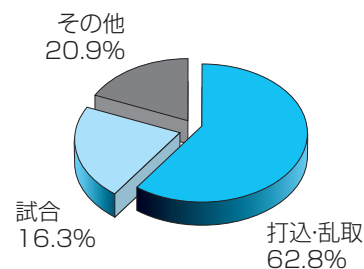


図9 受傷の部位など

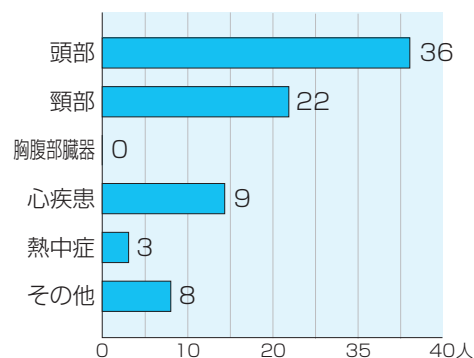
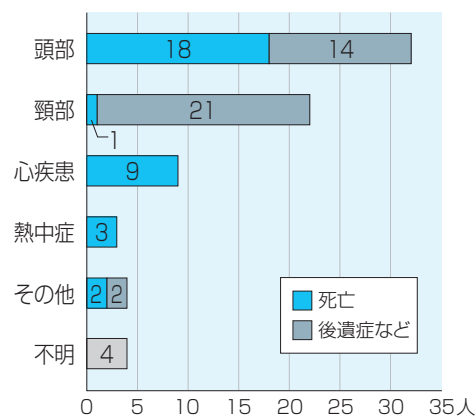


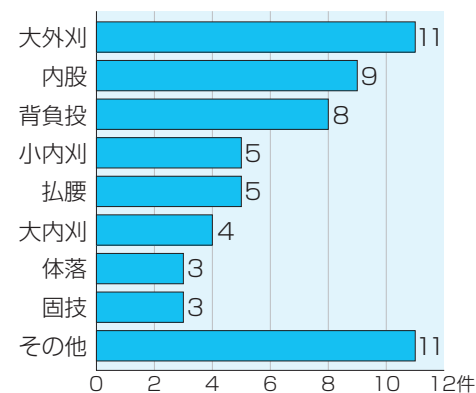
図10 受傷の程度



脳及び頭部損傷（うち1件は脳梗塞）が36件（41.2%、うち死亡18件、後遺症14件）、頸部損傷が22件（25.5%、うち死亡1件、後遺症13件）であり、頭部、頸部に集中しています。

心疾患による突然死9人中、7人（77.8%）が大学・一般の競技者や指導者です。

図11 関与した技名称



関与した技名称が明確な59件のうち、20件（33.9%）は後方（大外刈11件、小内刈5件、大内刈4件）への投技による受傷であり、それぞれが頭部の深刻な損傷に至っています。頸部損傷は前方向への技（内股、背負投）で発生しています。

(2)怪我や事故の特徴と事例

①頭部の怪我

ア. 頭部の怪我の種類

頭を打って大きな事故になるものは、頭の中の脳表面の血管が切れて起こる「急性硬膜下血腫」です。交通事故などの強い衝撃によって起こる「脳挫傷」（脳が挫滅する）や、脳がねじれて神経線維が切れる「びまん性軸索損傷」などの重症頭部外傷は、柔道事故では稀です。また頭蓋骨折や急性硬膜外血腫、脳出血、くも膜下出血なども、多くありません。

脳しんとうは軽症頭部外傷に含まれますが、頭部打撲直後に打撲直前の記憶がまったくない症状（逆行性健忘）や見当識障害（時間・場所・人などを間違える）、頭痛やめまい、ぼーとしているなど様々な神経症状が見られ、短時間で完全に回復し、画像検査などでも損傷が認められないものです。脳しんとうは、意識消失の有無と脳しんとう症状（健忘や見当識障害など）の持続時間（15分以内で消失するか否かの有無）で、3段階に分けられています。

表1 脳しんとう症状の持続時間

段階	意識消失	脳しんとう症状
Grade1 軽度	なし	15分以内
Grade2 中等度	なし	15分以上
Grade3 重度	あり	

ほとんどは自然に回復するので、脳しんとう自体が重症というわけではありませんが、以下の点で無視してはいけません。

- 脳しんとうが多いことは、重大な急性硬膜下血腫なども起こり得ること。
- 脳しんとう症状の中には、見当識障害やぼーとするなど軽い意識障害と区別がつかない症状、頭痛・嘔吐など頭蓋内圧亢進を疑う症状も含まれており、発症直後は硬膜下血腫などの重大なものも疑う必要があること。
- 上記の場合に医師の診断・検査がなされないと治療が遅れたり、打撲を繰り返し重大な事故となる場合もあること。

したがって、結果的に完全に回復しても脳しんとうが疑われたときは、きちんと医師にかかり頭部の画像検査（CTまたはMRI）

を受け、異常がないことを確認しておく必要があります。また、脳しんとうを起こした後の練習への復帰に関しても、脳しんとうの症状や程度、頭部画像検査の結果によって考慮すべきです（P37参照）。

イ. 頭部外傷の重大事故の特徴

これまで「障害補償・見舞金制度」に報告された重症の頭部外傷32例の解析によって、以下のことが明らかとなっています。

（ア）事故は初心者、特に中学1年生や高校1年生が乱取りを始めた5～7月ごろに多く見られます。（図12、図13）

図12 頭部外傷の学年

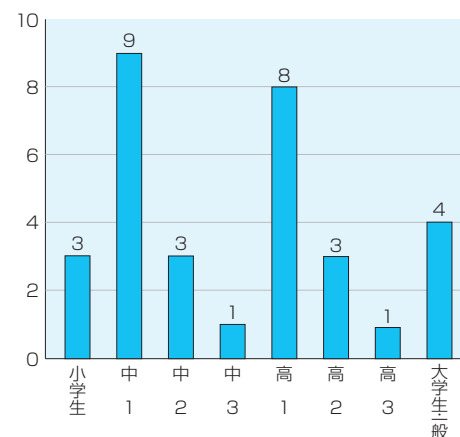
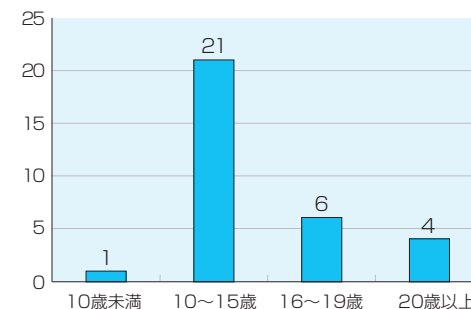


図13 頭部外傷の年齢



（イ）大外刈や大内刈、背負投などで投げられ後頭部を打撲するケースに多く見られます。（図14、図15）

図14 頭部打撲の部位

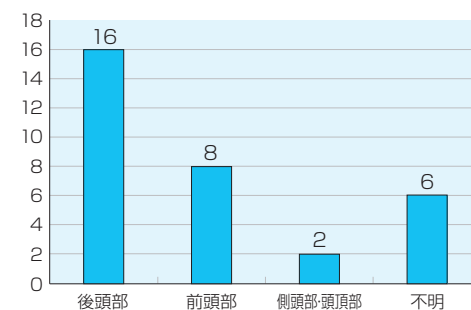
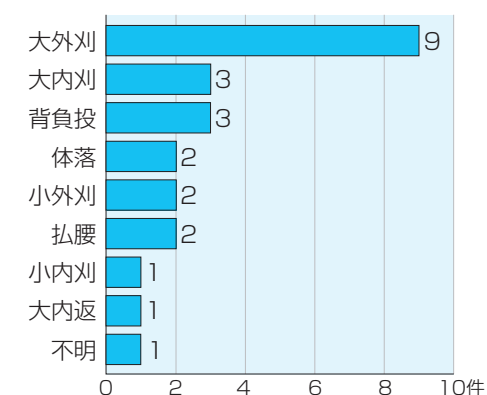
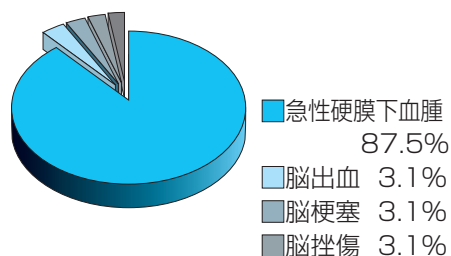


図15 投げられた技名称（24例）



(ウ)脳が前後方向にゆすぶられる力（回転加速度損傷）で脳表と硬膜（骨に固定されている）間の架橋静脈が断裂し、急性硬膜下血腫が発生するケースが多く見られます（87.5%）。(図16)

図16 頭部外傷の種類



(エ)打撲後、頭痛・嘔吐・気分不良などを起こし、時間を経て意識が失われる場合があります。(図17、図18)

図17 頭部外傷の症状

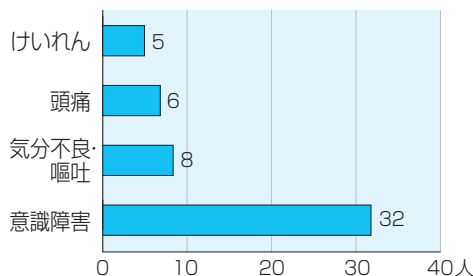
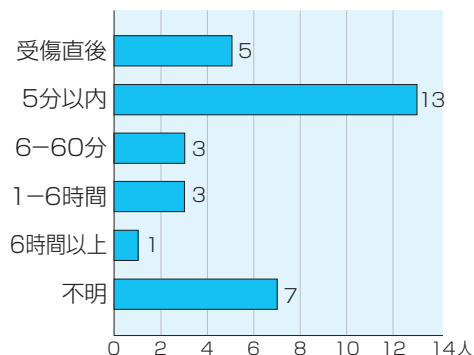


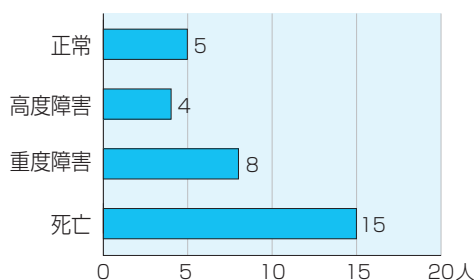
図18 頭部外傷から意識を失うまでの時間



(オ)過去に同じような頭部外傷を起こしている場合も約10%あります。

(カ)手術で血腫を除去し回復する事例もありますが、死亡・重度障害となるものも多く見られます。(図19)

図19 頭部外傷の転帰



このように重大な頭部の怪我は、特に受身の未熟な初心者が投げられて後頭部を打撲するケースに多く発生しています。**頭部外傷の**

ほとんどは急性硬膜下血腫ですが、頭部打撲が明らかでない事例もあり、頭部の前後方向の回転加速度が急激に変化すれば、起こり得ます。

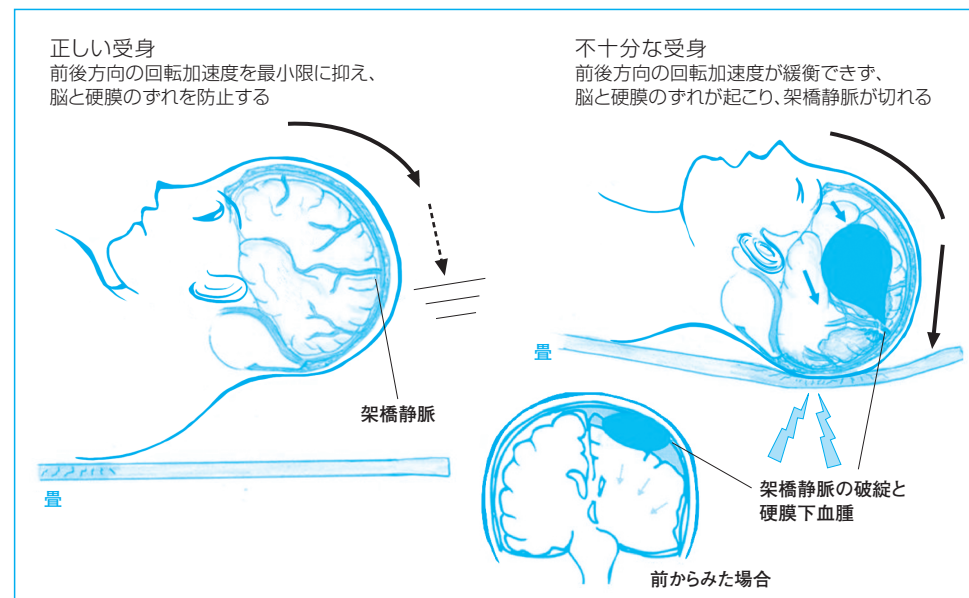
ウ. 急性硬膜下血腫の成因と特徴

脳は脳脊髄液の中に浮かんだような状態で比較的自由に動きます。脳表面から流れ出る静脈は、硬膜の中にある静脈洞に注ぎ、脳表と硬膜は橋のように静脈でつながり架橋静脈と呼ばれます。頭蓋骨と硬膜はくっついていますが、後頭部が畳に衝突し骨・硬膜

に急ブレーキがかかると、脳と硬膜にずれが起こり、架橋静脈が引き伸ばされ破綻します(図20)。架橋静脈からの出血は、硬膜下に広がり大脳を圧迫します。止血されないと圧迫が強くなり頭蓋内圧が亢進し、頭痛・嘔吐などをきたし意識が低下します。さらに頭蓋内圧が亢進すると、大脳が脳幹を圧迫し(脳ヘルニア)昏睡や呼吸停止が起こります。

受身は、腕で畳を打って緩衝し、同時に顎を引いて後頭部を打たないように護るので、回転加速度損傷の緩衝力になります。**頭を打た**

図20 急性硬膜下血腫の発症機序（メカニズム）



ない投げ方と投げられ方の指導と習得により事故防止を行うこと、頭部の外傷が起こった場合の対応を適切に行うことが大切です。

工. 頭部外傷の具体的事例

④大外刈で投げられ死亡した例

- 受傷者
中学校1年生 男子
柔道経験3年 2級
- 相手
中学校3年生 男子
柔道経験8年 初段
- 発生時間
6月下旬午後6時頃
- 発生場所 柔道場
畳の状況 どちらかといえば軟らかい
床の状況 バネ以外の緩衝装置
- 発生時の状況
乱取後の投げ込み練習中、大外刈で投げられ頭部を打撲
- 対応及び経過
頭痛を訴えたので休息させたがふらつき、嘔吐する
救急車で病院に搬送
硬膜下血腫のため緊急手術を受けたが、2週間後に死亡

⑥体落で投げられ頭部を負傷した例（回復した例）

- 受傷者
小学校1年生 男子
柔道経験2カ月
- 相手
小学校4年生 女子
柔道経験5年
- 発生時間
6月初旬午後8時頃
- 発生場所 柔道場
畳の状況 普通の硬さ
床の状況 バネ以外の緩衝装置
- 発生時の状況
投げ込み用マットを使って投げ込みの練習中、相手（県大会優勝レベル）の体落により側頭部を打撲
- 対応及び経過
練習後、意識朦朧状態になったので救急車で病院に搬送
急性硬膜下血腫のため手術し、回復した（頭部外傷後、しばらく時間が経過してから悪化する事例があるので、注意観察が必要である）

②頸部の怪我

ア. 頸部の怪我の種類

スポーツによる頸部外傷には頸椎捻挫、頸椎椎間板ヘルニア、腕神経叢損傷、バーナー症候群、頸

髄損傷、頸椎脱臼・骨折などがあります。このなかでも重篤な後遺症を残す怪我に頸髄損傷、頸椎脱臼・骨折があります。

＜頸髄損傷、頸椎脱臼・骨折＞

脊髄は脳から背骨の中を通過して伸びている太い神経のことです。人間の体を動かす様々な指示は脳からこの脊髄を通り全身に伝わります。頸部にある脊髄を頸髄、それを中に納めている背骨を頸椎と呼びます。頸椎は全部で7つあり、上から順に第1頸椎、第2頸椎と名付けられています。外傷によって頸髄が傷み、運動障害や感覚障害などが生じる状態のことを頸髄損傷といいます。場合によっては頸椎の脱臼・骨折を伴うことがあります。頸髄損傷には、手足が動かず感覚もなくなる完全麻痺と、多少は動きや感覚が残る不全麻痺があります。その他に合併症として自律神経系・排泄機能障害などもあります。また脳に近い上位頸髄を損傷すると呼吸に影響が出てくる場合があります、人工呼吸器が必要になる場合もあります。このように頸髄損傷は大変重篤な後遺症を残します。怪我は一瞬ですが、後遺症は一生続くもので、本人は

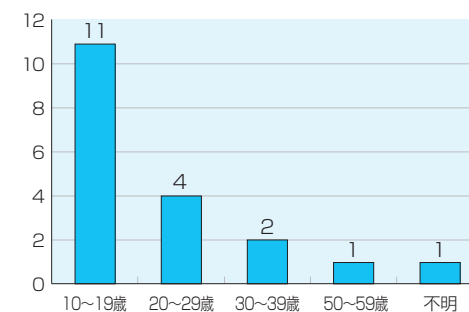
勿論のこと・周囲の人々の人生も大きく変えてしまいます。

イ. 頸部外傷の重大事故の特徴

2003年から2009年までに「損害補償・見舞金制度」に報告された頸部外傷19件の解析をしますと以下のことが明らかになっています。

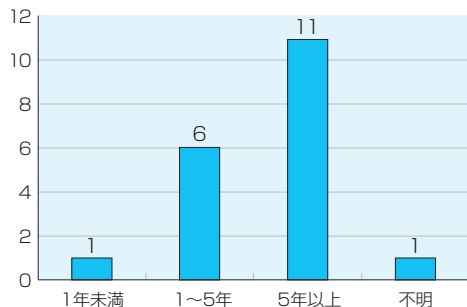
(ア)受傷時の年齢は10歳代に最も多いのですが、20歳代、30歳代、50歳代など幅広い年代層に見られます。（図21）

図21 頸部外傷の年齢分布



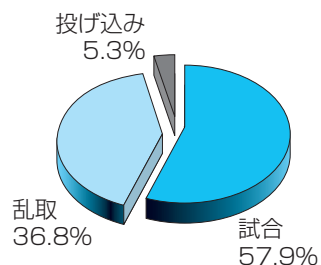
また柔道経験年数は5年以上が多く、（図22）初心者ではなくある程度の柔道経験者にも見られます。これは頭部外傷が初心者に多いのとは異なり、頸部外傷の特徴といえます。

図22 柔道経験年数



(イ)約60%が試合中に発生しており、投技での受傷がほとんどです。(図23)

図23 事故が発生したときの活動態様



(ウ)受傷機転には、取が受傷する場合と受が受傷する場合があります。取が受傷する場合は約60%ですが、内股や小内刈りなどで自ら体勢を崩し頭部から畳に突っ込んだり、相手につぶされたりして受傷しています。特に内股の場合は、頸椎の過屈曲による損傷が典型的です。(図24)

図24 頭から突っ込む反則技

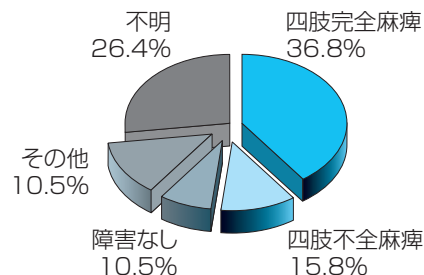


受の場合は、相手に投げられて(多いのは背負投)受身が取れなかったり、投げられるのを無理に避けて受身を取らず頭部から畳に突っ込んで受傷しています。

(ニ)頸髄損傷が18件でそのうち脱臼・骨折を合併したのは11件です。また 損傷部位は、体に近い中下位頸椎に多い傾向があります。環軸椎(第1,2頸椎)亜脱臼は1件です。

(オ)約半数に四肢完全麻痺・不全麻痺などの高度な後遺症が残っています。(図25)

図25 頸部外傷の転帰



このような悲惨な怪我を未然に予防するために、頭部から突っ込んでいくような内股や背負投は試合審判規定でも禁止されています。**日頃の練習や試合の場面で指導者や審判が危険な反則行為であることを厳しく注意し、指導することが重要です。また打込や乱取で正しい技を身に付けることや受身に習熟することも大切です。加えて常日頃から頸部のストレッチや筋力トレーニングなども欠かせません。**(P27～29参照)

ウ. 頸部外傷の具体的事例

◎袖釣込腰を掛けて負傷した例

図26は世界柔道選手権大会で、袖釣込腰を掛けたとき、相

手の足を巻きつけられ自分の体を回すことができず頭部から突っ込み受傷した事例です。

図26 頸部外傷の事例



すぐに病院に搬送され、頸椎脱臼の診断(図27・28)で入院、手術を受けました。このように頸部の怪我は世界選手権大会のレベルでも起こり得ます。

図27 脱臼部位のレントゲン画像



図28 脱臼部位のMRI 画像



画像説明…図27、図28の画像中の⇨部位（第5、第6頸椎）に脱臼があり、頸髄を圧迫しています。

⑥背負投を掛け頸部を負傷した例

- 受傷者
中学校2年生 男子
柔道経験8年 初段
- 相手
中学生 男子
柔道経験・段位 不明
- 発生時間
6月初旬午前11時頃
- 発生場所 柔道場
畳の状況 普通の硬さ
床の状況 緩衝装置は特になし

- 発生時の状況
乱取中、背負投を掛け自分から頭から突っ込む
- 対応及び経過
首に衝撃が走り、うつ伏せに倒れたまま動けないので首を固定して病院に搬送
頸椎脱臼・骨折のため専門病院へ転送
その後、自己呼吸不能のため集中治療

③熱中症

発汗で体内の水分量が減少し、血液が凝縮されると、血液循環と体温調節がうまくいかなくなり、ついに熱中症になります。

高温多湿の環境下で、水分補給と休息を挟むことなく激しい練習を続ければ、やがて熱中症の症状を呈します。熱中症の初期症状を見逃したり軽く見て、取り返しのつかない事態に陥ることがないように細心の注意が必要です。特に練習に慣れていない初心者や、体が暑さに適応していない場合に起こりやすいものです。夏の始めや、合宿の第1日目などが要注意です。

柔道場の気温と湿度、換気などの環境に注意を払い、適宜の水分

補給と休憩時間の確保に留意することが大切です。（P33参照）

⑤熱中症で死亡した例

- 受傷者
高校2年生 男子
柔道経験6年 初段
- 発生時間
7月下旬午前7時頃
- 発生場所 屋外運動場
- 発生時の状況
県高体連の強化合宿2日目の朝、ジョギング、ダッシュなどのトレーニングを約50分程度行った後、足の不調を申し出た「ベンチに座って休むこと」「水分をとること」の指示を受け、しばらく休む
解散後、宿泊棟入口で倒れた
- 対応及び経過
氷で腋下などを冷やし、救急車で病院に搬送
腎機能低下により転院し集中治療を行ったが、「熱中症」による意識障害と多機能不全のため9日後に死亡

④心疾患

一般的に、スポーツ活動中の突然死は若い人の心臓の病気が最も多いと言われています。若年者は

自分の既往症について知らないことが多いので保護者に、不整脈や心筋症などと言われたか、心電図の異常があると言われたか、小さいころ川崎病（心臓の冠動脈の異常）や喘息と言われたことがあるかなどを聞いておくことも大事です。

また、最近ではアレルギーにより食事などの制限がある人もいますので注意が必要です。

⑥心疾患で死亡した例

- 発症者
一般競技者27歳 男子
柔道経験15年 3段
- 発症時間
12月上旬午後1時頃
- 発生場所 武道館
- 発生時の状況
県選手権大会で4試合に出場、閉会式終了直後、意識消失し昏倒
- 対応及び経過
AEDを使用した心肺蘇生を行い、救急病院に搬送したが、2時間後虚血性心不全のため死亡

怪我や事故を未然に防ぐために



(1) 練習計画の立て方

すべての指導は計画に沿って系統的・発展的に行われてこそ効果が期待できると同時に、事故の危険性を低下させます。

競技者の実態に応じた適切な練習計画を作成し、計画に基づいた指導を行うことは安全指導の基本です。

① 目標を明確にした計画の作成

その日の練習計画を、当日になって考えるようでは、指導者失格！

目標を明確にし、競技者と指導者の到達目標を一致させることにより、自らの体力や技能レベルに合った練習を行うことができます。計画の提示は、競技者に練習の見通しを持たせ、自主性と相まって安全性を高めることができます。

地域で開催している柔道教室などでは、複数の指導者が分担して

指導する場合があります。その際、目標を明確にした計画の作成は、指導者相互の共通理解を図るうえでも欠かせません。

② 中・長期の練習計画の必要性

計画は、短期（1週間～1ヶ月）だけでなく、中・長期（1～3年）を見通し、段階的、継続的に作成することです。目前の試合で勝ちたい気持ちは大切ですが、そのために短期間に無理な練習を続けることは、危険が増加するだけでなく、以後の競技生活に悪影響を与えかねません。特に**発育・発達の途上にある小学生や中学生・高校生の指導では、中・長期的計画が大切**になります。

③ 初心者指導は特に綿密に

初心者が対外試合などに出場する選手と同じ内容で練習を行うことは無理です。大きな怪我や重大事故が中学1年生及び高校1年生の初心者に頻発していることから、体力や技能程度を考慮した別途の計画が必要です。

立案にあたっては、受身や技の練習段階をあらかじめ提示し、達成度を確認しながら、ステップ

アップするなどのきめ細やかさが求められます。

④ 計画作成で検討すべき他の要素例

計画を作成するうえで、その他に留意すべき事項は以下のとおりですが、**怪我などから復帰する場合に備えた回復プログラムなどを作成しておくことも重要です。**

表2 計画作成上の要素例

技能、意欲	個人の目標と全体の目標、技能レベルなど
活動予定	鍛練期、調整期、試合期別の検討など
季節環境	気温・湿度などの条件
施設環境	道場規模や活動人数など
外部環境	合同練習など、外部団体との連携状態など

(2) 練習の行い方

① 基本的な心構え（稽古心得三か条）

怪我をしない・させない柔道こそ、正しい柔道と言えます。

そのためには、普段から「どんなに嫌でもやらなければならないこと、どんなにやりたくても絶対にしてはならないこと」をはっきりさせることです。

「稽古心得三か条」はその具体化であり、成長・発達段階や技能

レベルに応じた指導の徹底が大切です。

稽古心得三か条

- 正しい技と受身を身に付けよう
- 相手を尊重し、無理のない稽古をしよう
- 服装・道場の安全点検をしよう

② 順序に沿った段階的練習

順序性のある段階的な指導は、技能習得に効果的であるばかりでなく、怪我や事故防止のうえからも重要です。

その原則は、基礎から応用へ、容易で簡単なものから難しく複雑なものへの**漸進性**です。柔道は、相手を直接制する技を用いて攻防することに運動の特性があります。安全上この原則が欠かせません。

練習の進め方の原則

- 易→難、低→高、遅→速、弱→強
- 固定→移動、単独→相対
基本→応用、単純→複雑

(3)練習に必要な配慮

子供の体力は小学校高学年から中学校にかけて急激に向上します。このような**年齢及び個人による体力の差を理解、認識したうえで練習を行わせることが重要**です。

①開始前の点検

練習の開始前には、健康観察と道場などの安全点検を指導者自ら行うことが原則です。開始前の整列では、必ず各自の体調を尋ねましょう。頭痛、吐き気、気分不良、元気・活動性がないなどの症状があれば、練習に参加させないで様子を見ます。症状が強ければ、医師の診断・治療を受けさせることなどが必要です。また、道場内の清掃状況や服装（柔道衣）などの安全点検も忘れてはならないことです。

中学生以上であれば、健康観察

ノートや安全点検表を準備し、事前に指導しておくことで自分たちの手でできるようになります。こうした活動を通して、**自らの安全は自ら守る態度を育成すること**も必要なことです。

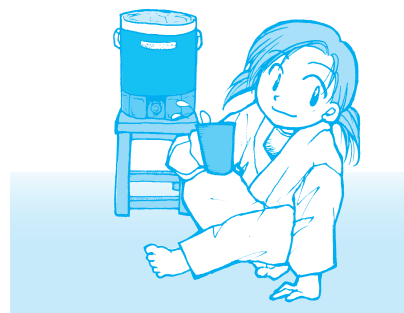
②休憩時間の設定と水分補給

「疲れ切ってからが本当の練習」などとも言いますが、体力や技能レベルに配慮しないと危険です。疲労が蓄積されると集中力が低下し、自分だけでなく周囲への安全配慮もできなくなります。**適宜の休憩と水分補給**は不可欠です。

特に暑いときには水分をこまめに補給します。休憩は30分に1回程度とるようにします。日常生活において、最適の水分摂取量を決定する最もよい方法は、運動の前と後に体重を測ることです。運動後に体重が減少した場合、水分喪

失による体重減少と考えられますので、同量程度の水を飲んで体内の水分量を調節することが必要です。長時間の運動で汗をたくさんかく場合は、塩分の補給も忘れてはなりません。

図29 休憩と水分補給



③接触事故（投げ足など）の防止

柔道では、投技から固技へのスムーズな連絡は大切な技能です。しかし、投技と固技を並行して行うには、十分なスペースが要ります。他の組と接触（投げ足など）する危険に対しては、間に人を立たせて防護したり、グループ分けによるサーキット形式の練習を行うことも一方法です。練習人数が多い場合には、グループごとに必ず見守る人員（コーチまたは上級者）を配置することで、投げられて頭部を打撲した者に誰も気付か

ずに事態を悪化させるなどの不備を防ぐことができます。

図30 投技と固技の接触を防ぐ工夫

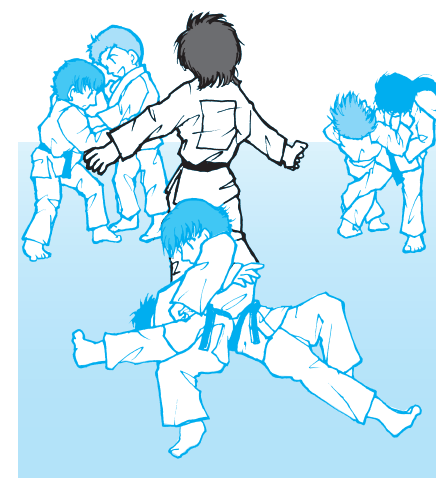


表3 グループ別サーキット練習例

場 所	練 習 内 容
道 場	乱取、約束練習
廊下A	打込、移動打込
廊下B	筋力トレーニング
階 段	持久走、階段登り

注:各練習を時間で区切ってローテーション

④初心者への配慮

経験者には簡単な練習でも、初心者にとっては困難で、心身にストレスを感じていることがあります。怪我や事故は、初心者が周囲に合わせようとして無理をしたり、**経験者が初心者への配慮を欠**

Q&A

Q1. 練習開始前、体調を尋ねたところ、「昨日の練習後から頭が痛く、むかむかと吐き気がするようだ」と気分不良を訴えましたが、練習をさせていいのでしょうか？

A1. **練習は禁じてください。検温して発熱などがないかチェックした後、病院受診を勧めてください。**

いたときに起きやすくなります。

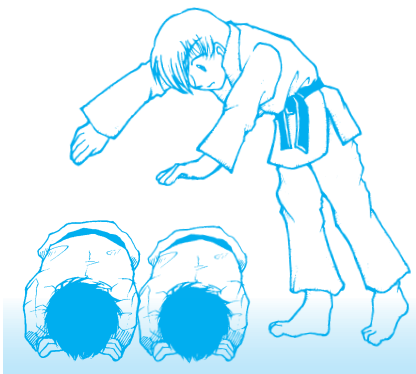
学校における部活動などでは、初心者と経験者が混在し、技能差の大きな相手同士が練習する機会が多くあります。また、入学当初の初心者は新しい学校生活への不安も重なって、練習での集中力に欠けることがあります。初心者の動作に注目し、初心者対応の練習計画による個別指導などの特別な配慮が必要です。

(4)安全に配慮した指導例

①技能レベルに応じた受身

受身の目的は体幹部への衝撃緩和です。特に顎を引いた正しい受身は後頭部の打撲や回転加速度損傷を避けるために重要で、誰もが確実に身に付けなければならないことです。

図31 高く、スピードのある前回り受身



したがって受身は事故防止の基本であり、特に初歩の段階では繰り返し練習して、正しい動作を習得する必要があります。また、上達するに伴って、強くスピードのある技、予測のできない連絡や変化する技を掛けられることが多くなり、どの様な技にも安全に対応できる受身が必要になります。

受身の練習は初心者のときに行えばよいということではなく、**技能レベルに応じた練習が欠かせません。また、受身が十分に習得できていない段階での対外試合などは避けることです。**

表4 受身習得の段階別指導例

段階1	単独で受身ができる
段階2	相手に圧力をかけられて単独の受身ができる
段階3	相手に投げられて受身ができる
段階4	連絡する技で投げられて受身ができる
段階5	自分の技を返されたとき受身ができる

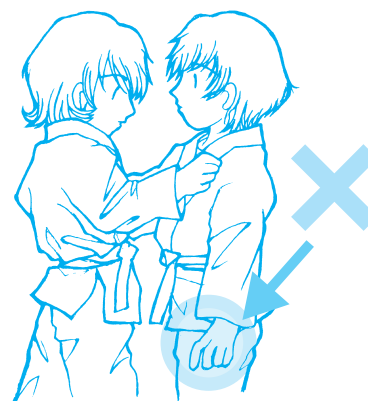
②正しい技を身に付ける打込

打込（かかり練習）は、正しい技の習得を目的に行われます。柔

道の怪我や事故原因の第一が、強引な技や無理な体勢での防御であることを考えれば、安全指導上重要度は一層高まります。

打込は、単に掛け数を消化するのではなく、1回1回の技を**正しい崩しや体捌きを意識しながら行わなければ、成果を期待できません**。また、受が釣手だけを掴み、引手を離したのでは、取の練習を阻害するだけでなく、自分にとって大切な正しい応じ方の練習にならず、危険防止にも役立たない心配があります。

図32 引き手を離した悪い受



③攻防方法を身に付ける約束練習

約束練習は、打込で身に付けた技を用い、攻防の行い方をパターン化して練習する方法です。この

練習を行わずに乱取（自由練習）へ進めると、応じ方が分からず、腰を引いたり腕を突っ張る防御に陥りやすくなります。その結果、相手が無理な体勢から強引に技を掛けようとするなど事故の誘因になりかねません。

約束練習は、技能レベルに応じた多様なパターンの練習であり、安全な乱取ができるようにするためには省略できない練習法です。

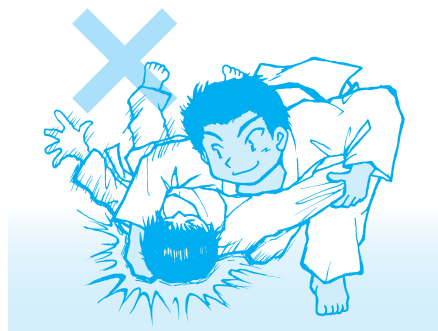
④相手に応じた乱取

乱取は、攻撃と防御を表裏一体で行う実戦練習で、柔道の中核をなす練習法です。それだけに、多くの練習時間が割り当てられ、怪我や事故が多いのもこの練習中です。

したがって、**打込や約束練習で正しい技を身に付け、安全な掛け方をできるようにしたうえで、目的や相手に応じた乱取を行うこと**が、怪我や事故防止のうえからも大切になります。

特に、自分よりも体力や技能レベルの低い相手を投げる場合は、**引き手を離さず、相手が受身をしやすいように投げる配慮が不可欠です。**

図33 受身のできない危険な投げ方



相手に応じた「三様」の乱取例

★技能程度の高い相手の場合

- 腕を突っ張ったり、腰を引いたりしない
- 投げられて当然と思い、臆することなく積極的に技を掛ける
- 相手の崩しや体捌き、掛け方や受身の行い方などを学ぶ

★技能程度が同等の相手の場合

- 勝負にこだわり過ぎず、しかも最善の技で攻防を尽くす

★技能程度の低い相手の場合

- 相手のレベルに配慮し、技を掛けやすくしたり、技を受けてやるなど、相手を引き立てる
- 正しい崩しや体捌きで技を掛けるなど、自らに課題を持って練習する

(5)健康管理とコンディショニング

①自ら行う健康管理

怪我や事故を防止し競技力を向上させるためには、定期健康診断やメディカルチェックなど競技者自身による健康管理が欠かせません。

練習や試合では、体に大きな負担がかかります。例えば、心臓の動きは安静時に正常であっても運動時に異常がみられることがあります。何らかの違和感や異常がある場合は、躊躇せず医師に相談することです。

また指導者は、競技者の既往症とその対処法などの身体情報を把握し、管理することが必要です。

特に、子供の指導を行う場合は、連絡ノートを活用するなど、保護者との連絡を密にし、心臓疾患、喘息、アレルギーなどの既往歴の有無について聞いておきましょう。

メディカルチェック例

●一般的な競技者の場合

定期健康診断、人間ドック、生活習慣病検診など

●競技力向上を目指す場合

内科系（貧血検査、心エコー検査など）、整形外科系（関節可動域検査など）、婦人科系

②コンディショニング

コンディショニングとは、普段からの健康管理も含め、運動時に最高のパフォーマンスを発揮するためにすべての要因を整えることです。その基本は、**規則正しい生活習慣の確立と、バランスのとれた栄養の摂取**にあります。特に食生活が乱れると、摂取栄養素に偏りを生じ、体調不良や疲労回復に支障をきたすことになります。

そのため、身体的な要因だけではなく、精神的、技術的なコンディションも定期的に記録し、競技者だけでなく、指導者もそれを把

握・管理しておくことが重要です。定期的に記入しておくことでコンディションの経過を比較するのに有用です。

競技者の中には体調不良を自覚しながら言い出せなかったり、自分の判断で無理をして練習を続けるケースがあります。毎日の練習を安全に実施するためには、日頃からコンディションを評価・確認し、指導者と競技者が共同で健康管理を図る必要があります。

表5 健康観察のチェックポイント例

全体的な様子		表情	
疲れている、だるそうである。	☐	顔色が白い。	☐
発熱がある。	☐	静脈が浮いて見える。	☐
食欲が無い、吐き気がある。	☐	まぶたが腫れている。	☐
意識がなくなる（失神・昏睡等）。	☐	白目の充血が強い。	☐
めまいがする。	☐	唇の色が悪い。	☐
けいれんがある。	☐	呼吸	
症状		息が荒い。	☐
頭痛がある。	☐	ため息が多い。	☐
胸痛がある。	☐	咳が多い。	☐
腹痛がある。	☐	ぜいぜいしている。	☐
		肩を上下して呼吸をしている。	☐

「学校安全96号」より

表6 コンディションのチェック票例

記入	年	月	日
起床時の体温は			℃
起床時の脈拍は			/分
起床時の体重は			kg
睡眠時間は			時間
食欲は	ある	普通	ない
便の状態は	良い	普通	悪い
身体的な状態は	良い	普通	悪い
精神的な状態は	良い	普通	悪い
技の調子は	良い	普通	悪い
全体的な調子は	良い	普通	悪い

③ウェイトコントロール

体重別の試合が行われるようになり、競技者はウェイトコントロールが必要なことがあります。

その場合、無理なウェイトコントロールは身体的・精神的に大きなストレスになります。練習量と摂取カロリーのバランスを考慮し、計画的に行うことが大切です。特に急激な減量は、筋量の減少をきたし競技力の低下に直結するだ

けでなく、コンディション不良に陥る危険性があります。

また、発育途上の競技者には、本人や周囲の希望があっても減量させるべきではありません。

④フィットネストレーニング

ア. ウォーミング・アップとクーリング・ダウン

ウォーミング・アップは、怪我や事故の予防に重要な役割を果たすので、確実に行う必要があります。ウォーミング・アップを行うことによって、全身の血液循環を促し、体温を高め、筋や靱帯への血流を促進します。また、神経と筋の協調性を高め、体が瞬時に反応できる準備をすることで、怪我を予防します。

さらには心理面においても、これから始まる練習への集中力を向上させ、不用意な事故を防止する効果があります。

このようなことを踏まえ、ウォーミング・アップには、体操やストレッチの他に、軽く息が上がるようなプログラムを導入することが望ましいでしょう。

クーリング・ダウンは、ウォーミング・アップに比べ、あまり重

要視されない傾向にあります。しかし、不十分なクーリング・ダウンは、疲労を慢性的に蓄積し、怪我や事故を誘発しやすい状態をつくります。練習で使用する短縮した筋を、運動前の状態に戻すために、ゆっくりと十分に伸ばしてあげましょう。適切なクーリング・ダウンは、練習中に生産された乳酸濃度を低下させ、疲労回復を促進します。ゆっくりと筋を伸ばすようなスタティック（静的）・ストレッチが適しています。

イ. 頸部のストレッチ例

(ア)後側部

左の首の筋を伸ばす時は、右手で左腕を引っ張りながら右に首を倒します。

図34 後側部のストレッチ



(イ)側部

首を横に曲げた状態から、さらに手で抵抗をかけて首の横の筋を伸ばします。

図35 側部のストレッチ



(ウ)後部

両手を頭の後ろで組み、首を前に倒します。首の後ろの筋が十分に伸びていることを確認してください。

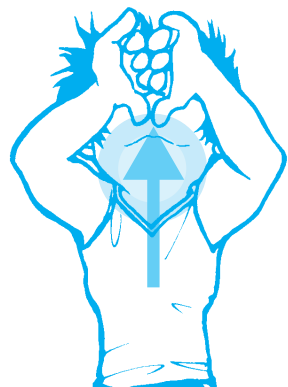
図36 後部のストレッチ



(エ)前部

両手で顎を後ろに押します。真後ろだけでなく、様々な方向に押し、首の周囲を伸ばします。

図37 前部のストレッチ



それぞれのストレッチを実施する際には、**呼吸を止めずに、筋が十分に伸びているかを確認**しながら行います。

1回目は5秒～10秒程度、次に10秒～20秒程度伸ばします。

ウ. 頸部のトレーニング例

競技者の多くがウェイト器具などを用いたトレーニングを導入し、効果を上げています。一方で、怪我や事故の原因に、受傷者の体力、特に首周辺の筋力不足が指摘されています。

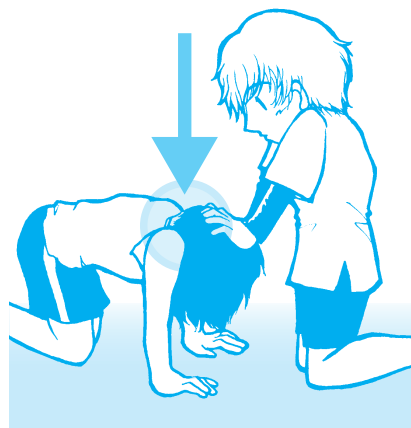
頸部の筋を強化しても、競技力

の向上には結びつかないように思われがちですが、身体のを安定させる上で重要な役割を果たしています。そればかりではなく、**頸部周辺の筋力アップは、大きな怪我や事故を防止するために欠かせない**安全上の留意事項です。

(ア)後部

負荷を掛ける人は、実施者の首が前に曲がり過ぎないように注意します。また実施者は、首を上げるときも下げるときも常に力を入れるようにします。

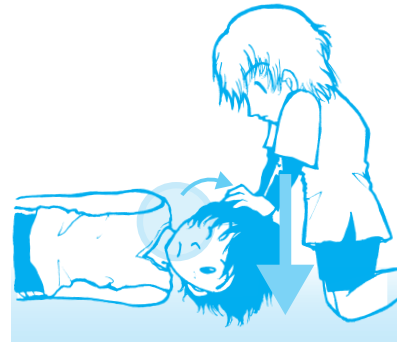
図38 後部のトレーニング



(イ)側部

負荷を掛ける人は、実施者の側頭部を押さえます。肘を伸ばしながら均等に力を掛けるようにします。

図39 側部のトレーニング



(ウ)前部

負荷を掛ける人は、実施者の前頭部を後ろから両手で押さえます。特に頸部の前部の筋は弱いので、力を入れすぎないように注意してください。

図40 前部のトレーニング



各トレーニングはパートナーと行いますが、決してふざけてはいけません。また、あまり強い負荷にならないよう、負荷を掛ける人は十分に注意しましょう。

最初は、20回1セットで行い、慣れてきたらセット数を増やしていきます。数ヶ月単位で根気強く継続することが重要です。

また、一人で実施する場合は図41のようにタオルを用いて行う方法もよいでしょう。

図41 タオルを用いた側部のトレーニング



⑤メンタルトレーニング

怪我や事故を引き起こす要因の一つに、競技者の心理（メンタル）状態があげられます。身体的なコンディションを整えても、精神面が不安定であっては、十分な力を発揮することができません。どの

ような状況であれ、自分自身が最高のパフォーマンスを発揮するためには、そのときの気分次第で気を抜いたり、逆に興奮したりするのはよくありません。そのような**精神面のムラが怪我や事故につながる**こともあるのです。

競技者には日頃からどのような状況のときに気を抜いたり、興奮したりするのかを客観的にとらえさせ、コントロールさせることが重要です。その方法として、リラクゼーションとサイキング・アップがあります。

ア. リラクゼーションは、練習や試合前の様々な状況から、気持ちを切り替えることです。ウォーミング・アップのときから、先生に怒られたこと、人間関係のことなどをあれこれ考えていたのでは、これから始まる練習や試合に集中できません。そこで、それらの様々な要因をいったんリセットして、無心の状態を作り出す必要があります。

イ. サイキング・アップは、練習や試合に対する集中力、やる気、前向きな気持ちを高めます。これは

心拍数を高めるような身体の動きと同時に、気持ちを高めるようなことを実施するので、心理的ウォーミング・アップとも言えます。

つまり、早く練習や試合をしたいという状態や、自分の力を発揮したいというような心身状態を準備することです。試合前に、円陣を組み、みんなで声を掛け合い、気合を入れているのを見かけますが、これもサイキング・アップの一例と言えます。

このようなリラクゼーションや、サイキング・アップといった考え方を通常の練習の中にも取り入れることで、大きな事故や怪我が少なくなる可能性も高くなります。

(6)施設、設備、服装、環境の安全点検

適切な練習計画と練習方法のもとでも、施設や設備などの練習環境に不備があれば、怪我や事故の危険性はなくなります。しかし、これらは練習前後の安全点検の励行などによって確実に取り除いたり、減らすことができます。

①柔道場の安全点検

ア. 柔道場の床にスプリングなどの

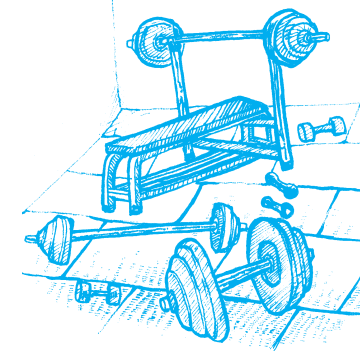
衝撃吸収装置があり、へたりのない弾力性に富む畳は、安全性を確実に高めます。しかし、この条件が備わっていない仮設道場でも、衝撃吸収マットを畳の下に敷くことで、ある程度代替できます。また、投込練習の際には、投込用マットを用意するなど、衝撃を可能な限り和らげる工夫を行うことで、危険回避に役立てることができます。

イ. むき出しの柱、鉄骨、壁の角には、防護マットを巻くなどの防止策を徹底します。道場が狭い場合、畳の色を変えて外周付近に敷くことにより、危険地帯を示すのも一方法です。

ウ. 畳がずれてできる隙間には、緩衝材を詰めたり、滑り止め器具を活用するなどの対策を講じます。

エ. 畳は、汗や出血時の血痕などを放置すれば雑菌の温床になりがちです。感染症を防ぐためにも、除菌に心掛け、入念な清掃を習慣化するようにします。

オ. **道場は、修行の場にふさわしい厳粛な雰囲気**が欲しいものです。道場の隅にバーベルなどのトレー



ニング器具が置かれたり、柔道衣が放置されている光景も見受けられます。整理整頓を心掛けることは、安全管理の第一歩です。

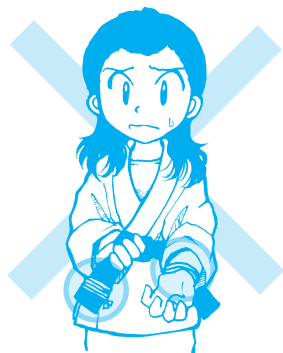
カ. 施設、設備の整備には多くの場合、予算措置が必要です。かといって危険要因をそのままにしておくことはできません。早急の対応が難しい場合は、危険個所に練習者を立たせる、見学者を畳詰め要員として確保するなどの対策を講ずることで、当面の不備を補う工夫も効果的です。

②服装などの確認

ア. 柔道衣は技能に直結する用具の一つです。したがって、ルールに適合しているか、破れやほころび、ゼッケンのはがれはないか、清潔であるかなどについて、競技者自身による点検を習慣付けることが必要です。

イ. 女子の競技者が、髪留めのゴムを腕や帯の端に巻いている場合があります。各種サポーターやテーピングを含めて、注意が必要です。また、手足の爪の管理も自他の怪我を防ぐうえで欠かせない配慮です。

図42 ルールに適合した服装を！



③自然環境と人間関係への配慮

ア. 高温多湿期に、通風の悪い道場での練習は、熱中症の危険性が高まります。練習時間の設定、練習内容に配慮するとともに**通風、換気などに注意**することが必要です。

熱中症予防のための運動指針は、気温、湿度、輻射熱を合わせたWBGTによります。(表7)

イ. 寒稽古や暑中稽古は、武道における伝統的な練習法です。精神面を鍛練するために、あえて寒中の早朝や暑中の午後に練習することに意義があります。

表7 熱中症予防のための運動指針

気温(参考)	WBGT 温度	運動のレベル	
35℃以上	31 度以上	運動は原則中止	WBGT 温度が 31 度以上では、皮膚温より気温の方が高くなる。特別の場合以外は運動は中止する。
31～35℃	28～31 度	厳重警戒	熱中症の危険が高いため、激しい運動や持久走など熱負担の大きい運動は避ける。運動する場合には積極的に休息をとり水分補給を行う。体力が低いもの、暑さに慣れていないものは運動中止。
28～31℃	25～28 度	警 戒	熱中症の危険が増すので、積極的に休息をとり、水分を補給する。激しい運動では、30 分おきくらいに休息をとる。
24～28℃	21～25 度	注 意	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を飲むようにする。
24℃まで	21 度まで	ほぼ安全	通常は熱中症の危険性は小さいが、適宜水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。

日本体育協会(1994)

しかし、せっかくのねらいも怪我や事故を誘発したり、体調を崩したのでは逆効果です。

厳寒、猛暑下での練習は、それだけで身体的、精神的負担が増します。事前に健康チェックを行うとともに、**寒稽古では通常より入念な準備運動を、また暑中稽古では適宜の休憩と水分の補給**が欠かせません。

ウ. 柔道は、相手と直接格闘する競技です。競技者同士の人間関係の不和が道場内に持ち込まれ、鍛錬に名を借りたいじめやしごきを生み、取り返しのつかない事故を起こしてはなりません。指導者が体罰やセクハラの当事者になることは論外としても、きめ細かい目配りも重要な役割です。

5

怪我や事故が起きた時の対応

大事なのは **静** まず「落ち着くこと」

(1)応急処置の仕方

一般的な注意

- 冷静沈着であること。
- 傍観者を遠ざけ、リーダーシップを取るの一人にする。
- 現場の状況を記憶し、証拠品(嘔吐物等)を保存する。
- 医師の診察を受けるまでの応急的・一時的手当を心掛け、速やかに病院に搬送する。

①頭部の打撲の気付きと対応

練習中に**頭部打撲を目撃したとき、あるいは急に体調不良や頭痛を訴える異変を知ったら、ただちに練習をやめさせ、症状をチェックします**。意識の障害の有無、脳しんとう症状の有無、頭痛、吐き気・気分不良、けいれんなどが特徴的な症状です。

②頭部打撲や異変発見直後の対応

決して立たせずに、寝かせた状

態でチェックします。意識があるか否かが最も大事です。意識は、目を開けているか、話すことができるか、時・場所・人が正確に分かるか、打撲前後の事を覚えているか、などでチェックします。典型的な脳しんとうの症状は、目を開けて話しても、打撲前あるいは打撲の状況を思い出せないことです。「意識がない」とは、目を開けない、話せない、ぼーとしている、話すことはできてもつじつまが合わないなど様々な段階があります。最近は、メディカルドクター用に詳細な脳しんとうのチェック項目があげられていますが、かなり広い範囲の症状（頭痛やめまい）が含まれており、医療専門でない人には意識の障害が軽い場合、正常なのか脳しんとうなのかの区別がつかないかも知れません。しかし、疑わしい場合（おかしいと思うこと）は意識の障害があるとして対応した方が安全です。最初に現場の指導者がどう評価・判断するかで、今後の対応が異なります。

意識障害の程度の見分け方とスケール（日本昏睡スケール、JCS）は、日本では一般の医師、医療関係者、救急隊ではよく使わ

れていますので、以下の表を参照してください。

表8 意識障害の程度とみかた

意識障害程度	スケール	症 状
軽度（1桁） 眼を開けている	1	開眼し話せるが、少しぼーとしている
	2	話せるが、時・場所・人を間違える
	3	自分の名前と生年月日が言えない
中等度（2桁） 刺激で眼を開ける	10	呼びかけで開眼する
	20	大きな声と体の痛み刺激で開眼する
	30	体に痛み刺激を加えると、やっと開眼する
重度（3桁） 刺激しても眼を開けない	100	痛み刺激を払いのける動作がある
	200	少し手足を動かす、顔をしかめる
	300	全く反応なし（深昏睡）

（日本昏睡スケール、JCS）

ア. 意識がない（消失している）あるいは障害されている場合

意識障害には、呼び掛けても眼を開けない、話せない、手足を動かさない状態などの最重症のもの（JCSの100～300）から、また眼を開けていても会話ができない、話せても間違いが多い、ぼーとし

ている場合などの軽いもの（JCS1～3）まであります。いずれも直ちに救急車を要請し、脳外科がある救急病院に搬送します。

意識が少しでもおかしいときは、たとえ軽い脳しんとうであっても、救急車を要請し脳神経外科の手術が可能な病院へ搬送することが勧められます。頭蓋内の出血の場合には、意識が低下し始めると急速に悪化し、手術しても間に合わないことがあるからです。指導者は救急車に同乗し、頭の中の異変である可能性を告げ、「脳外科手術ができる救急病院への搬送」を依頼しましょう。

イ. 脳しんとう症状がある場合

意識消失が瞬間的ですがすぐに回復し、一見普通に話すことができても、頭部を打撲した前後のことや練習を開始した状況の記憶がない（健忘）などの典型的な脳しんとう症状の場合も、万一の事（頭蓋内の出血）を考え、直ちに救急車を要請し、脳外科がある救急病院へ搬送を依頼します。病院で異常なしと診断されても、1～数日間は練習を休み、再開前には、再度医師の診断を受ける必要があります。

ウ. 受傷直後から意識がしっかりしている（正常）場合

外傷前後の記憶もしっかりしており、脳しんとうの症状も皆無であれば、しばらく安静にして症状を観察します。**意識がしっかりしても、頭痛や嘔吐があれば、ただちに救急車を要請し、手術可能な脳外科がある救急病院へ搬送します。何ら症状がなくても当日の練習は見学にし、練習終了時も頭痛や気分不良などの自覚症状をチェックします。**頭部の強打が明らかであれば、打撲後6時間くらいは出血が続き、その後に症状が出てくる場合もあるので、帰宅後、家庭での観察も必要になります。児童・生徒であれば、保護者に頭部打撲の事実を連絡して、症状悪化に注意して観察することが必要であることを伝えるなど、受傷者と指導者、保護者が共に状態を把握しておく必要があります。頭部を強打していれば、まったく症状がなくても、受傷後または練習後に一度は脳外科病院を受診し、頭部異常の有無をチェックしておくことが望ましいでしょう。

受診して異常なしと言われても、帰宅後に頭痛や嘔吐、意識の

障害などの症状が出現すれば、直ちに救急要請し脳外科病院へ搬送を依頼します。

③頭部外傷後の練習休止と復帰の基準

ア. 当初からまったく正常な場合
一度ダメージを受けた脳が再度強い衝撃を受けると危険度が極めて高まります。(セカンド・インパクト・シンドローム)

したがって当初からまったく正常な場合であっても**1日～数日は練習を休止して、安静観察をします**。練習開始前にも症状（頭痛な

ど）がないことを確認し、練習への復帰を許可します。ただし、頭部打撲の原因が受身の未熟や、体力不足などによる場合は、頭部を打撲しない練習（初心者用）に戻し、受身の習得度や体力向上の程度について、再評価した後に通常の練習計画で行うようにします。

イ. 脳しんとう

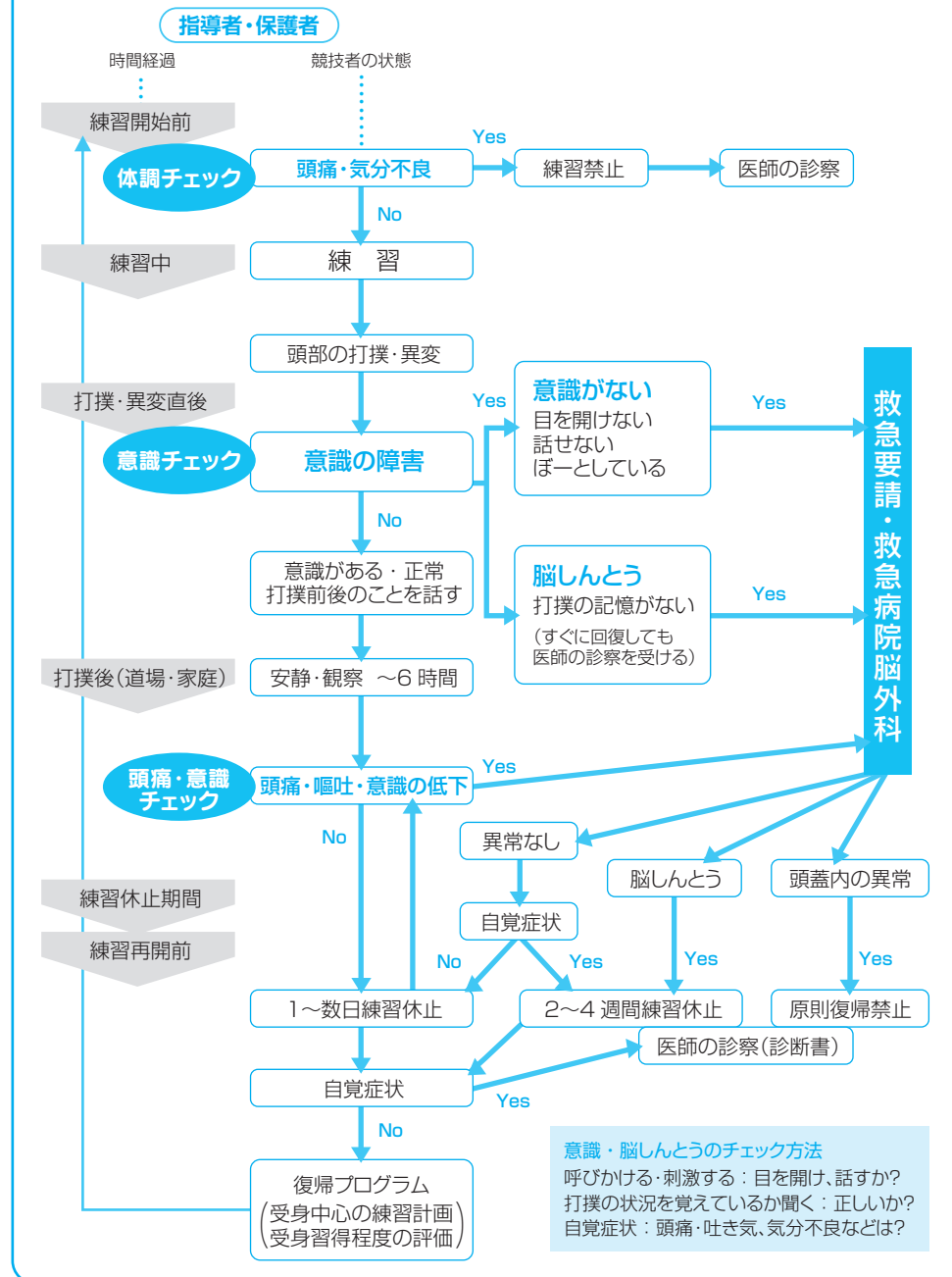
医師の診察と頭部画像検査で脳しんとうと診断された場合には、2～4週間練習を休止します。異常なしの診断でも、一時的に自覚

Q&A

Q2. 大外刈で投げられ、後頭部を強打しました。意識はしっかりしており、「大丈夫」と言って練習を続けようとするので「頭が痛むか？」と聞くと、「打ったところが痛みますが、大したことはありません。」と言って相手に向かっていこうとしています。休ませた方がいいのでしょうか？

A2. 休ませて安静にし、コーチなどを側に付けて様子を見た方がよいでしょう。その日の練習はさせず、頭痛（打撲部だけでなく頭全体の痛み）や吐き気、気分不良が出現したら、直ちに救急要請します。打撲後数時間は観察が必要です。家庭にも連絡しておきましょう。翌日も異常がなければ、練習の復帰は可能ですが、頭部打撲の原因が受身の未熟による場合は、しばらくは受身中心の練習にし、習得の程度を再評価した後に、投技の練習を再開させましょう。

柔道中の頭部外傷時対応マニュアル



症状があった場合などは、同様に練習休止期間を2～4週間とします。練習復帰前には、頭痛や気分不良などがいないことを確認し、再度医師の診察と頭部画像検査を受け、医師の許可を得る必要があります。**頭部画像検査で異常がなくても、頭痛や疲れなどの自覚症状があれば、練習復帰は許可しないようにします。**

ウ. 頭蓋内の異常

医師の診断と検査で急性硬膜下血腫（手術を必要としない軽度なもので）・硬膜下水腫・脳挫傷などの異常所見が認められた場合は、数週間から数ヶ月の入院治療を要します。治療によって回復し自覚症状もなく、本人や周囲の強い希望があっても、指導者は復帰を許可する旨の医師の診断書がなければ試合や受身を伴う練習をさせてはいけません。

④頸部の負傷

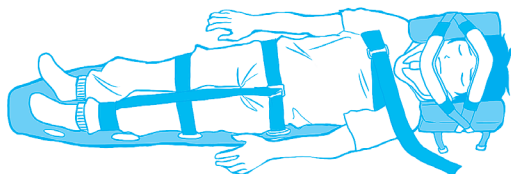
まず意識の状態、麻痺の程度の2つを確認します。意識状態の確認は呼び掛けに対する反応をみます。呼び掛けは軽く肩をたたきながら行います。「大丈夫か!」など

と体を強く体をゆすってはいけません。意識がはっきりしない場合は、頭部の外傷を合併しているものとして対応します。麻痺の有無は、手を握らせる、肘・膝・足関節を曲げ伸ばしさせるなどの動作を行わせて確認します。また痺れや異常感覚の有無なども確認しましょう。そして頸髄損傷が疑われる場合にはすみやかに救急車を要請します。

また上位頸髄が損傷を受けると呼吸や循環に支障をきたす場合があります。息をしていなければ救急車が到着するまで心肺蘇生を行ってください。

頸髄損傷・頸椎脱臼・骨折が疑われた場合（四肢麻痺、頸部痛）は動かさないことが原則です。頸部を動かすことでより重症になってしまう可能性があるので救急隊に搬送していただくのが最善です。救急隊はバックボード（図43）を使用し安全に搬送します。

図43 バックボードによる搬送

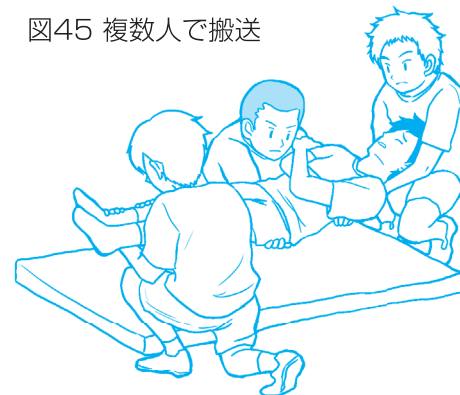


しかしやむを得ず自分たちで運搬する場合には、頸部から頭部の下に手を入れて動かさないように支えて搬送します（図44）。一人で行うのではなく、複数人で搬送します（図45）。頸部を保持し頭部が動かないように細心の注意を払ってください。たとえ麻痺がなくても脊椎の脱臼・骨折の可能性は否定できません。痛みが軽いので頸椎捻挫だなどと自己判断はせず、医師の診察を受けさせます。

図44
頸部を動かさない



図45 複数人で搬送



⑤熱中症

熱中症の症状は一樣ではなく、症状が重くなると生命へ危険が及ぶこともあります。しかし、適切な予防法を知っていれば、熱中症を防ぐことができます。また、適切な応急処置により救命することもできます。

熱中症の危険信号

- ・高い体温（39℃～40℃）・赤い・熱い・乾いた皮膚（まったく汗をかかない、触るととても熱い）
- ・ズキンズキンとする頭痛
- ・めまい、吐き気
- ・意識の障害（応答が異常である、呼び掛けに反応がないなど）

熱中症の重症度を「具体的な治療の必要性」の観点から、Ⅰ度（現場での応急処置で対応できる軽症）、Ⅱ度（病院への搬送を必要とする中等症）、Ⅲ度（入院して集中治療の必要性のある重症）に分類します。特に、「意識がない」などの脳症状の疑いがある場合は、全てⅢ度（重症）に分類し、絶対に見逃さないようにすることが重要です。

症状及び重症度

- I 度：めまい・失神、筋肉痛・筋肉の硬直、大量の発汗
II 度：頭痛・気分の不快・吐き気・嘔吐・倦怠感・虚脱感
III 度：意識障害・痙攣・手足の運動障害、高体温

⑥熱中症を疑ったときの対応

ア. 涼しい環境への避難

風通しのよい日陰や、できればクーラーが効いている室内などに避難させます。

イ. 脱衣と冷却

衣服を脱がせて、体から熱の放散を助けます。露出させた皮膚に水をかけて、うちわや扇風機などで扇ぐことにより体を冷やします。氷嚢などがあれば、それを頸部、腋窩部(脇の下)、鼠径部(大腿の付け根、股関節部)に当てて皮膚の直下を流れている血液を冷やすことも有効です。深部体温で40℃を超えると全身痙攣(全身をひきつける)、血液凝固障害(血液が固まらない)などの症状も現れるため、体温の冷却はできるだけ早く行う必要があります。重症者を救命できるかどうかは、**いか**

に早く体温を下げるができるかにかかっています。救急車を要請したとしても、救急車の到着前から冷却を開始することが求められます。

ウ. 水分・塩分の補給

冷たい水を与えます。冷たい飲み物は胃の表面で熱を奪います。大量の発汗があった場合には汗で失われた塩分も適切に補える経口補水液やスポーツドリンクなどが最適です。食塩水(1ℓに1~2gの食塩)も有効です。応答が明瞭で、意識がはっきりしているなら、水分の経口摂取は可能ですが、「呼び掛けや刺激に対する反応がおかしい」、「応えない」(意識障害がある)ときには誤って水分が気道に流れ込む可能性があります。また「吐き気」や「吐く」という症状は、胃腸の働きが鈍っている証拠なので、経口で水分を飲ませるのはやめましょう。

エ. 医療機関へ運ぶ

自力で水分の摂取ができないときは、緊急で病院に搬送することが最優先の対処方法です。実際に、熱中症の多くがII度ないしIII度で、

病院での点滴などの厳重な管理が必要となります。

⑦心疾患

命を救う応急処置

心臓や呼吸が止まった人の治療は1分1秒を争います。そのためにはどのように行動すればいいのかあらかじめ正しく理解しておく必要があります。心臓や呼吸が止まった人の命が助かる可能性は、5分以内が50%で、その後急激に低下します。こんなとき、まず「すぐに119番通報する」ことが必要です。119番通報が早ければ早いほど、救急車の到着も、病院への到着も早く、また、病院への移送中も救急隊員による処置を受けることができます。しかし、これで十分ではありません。救急車が到着するまでに、全国平均で6分以上もかかるといわれています。救急車が来るまで手をこまねいては、助かる命も助けられません。そこで、居合わせた人による救命処置が必要になります。

119番通報をして、救急車の到着までの間に、救命処置(AEDの使用と心肺蘇生法)を行い、救急車が到着したら、救急隊員に引

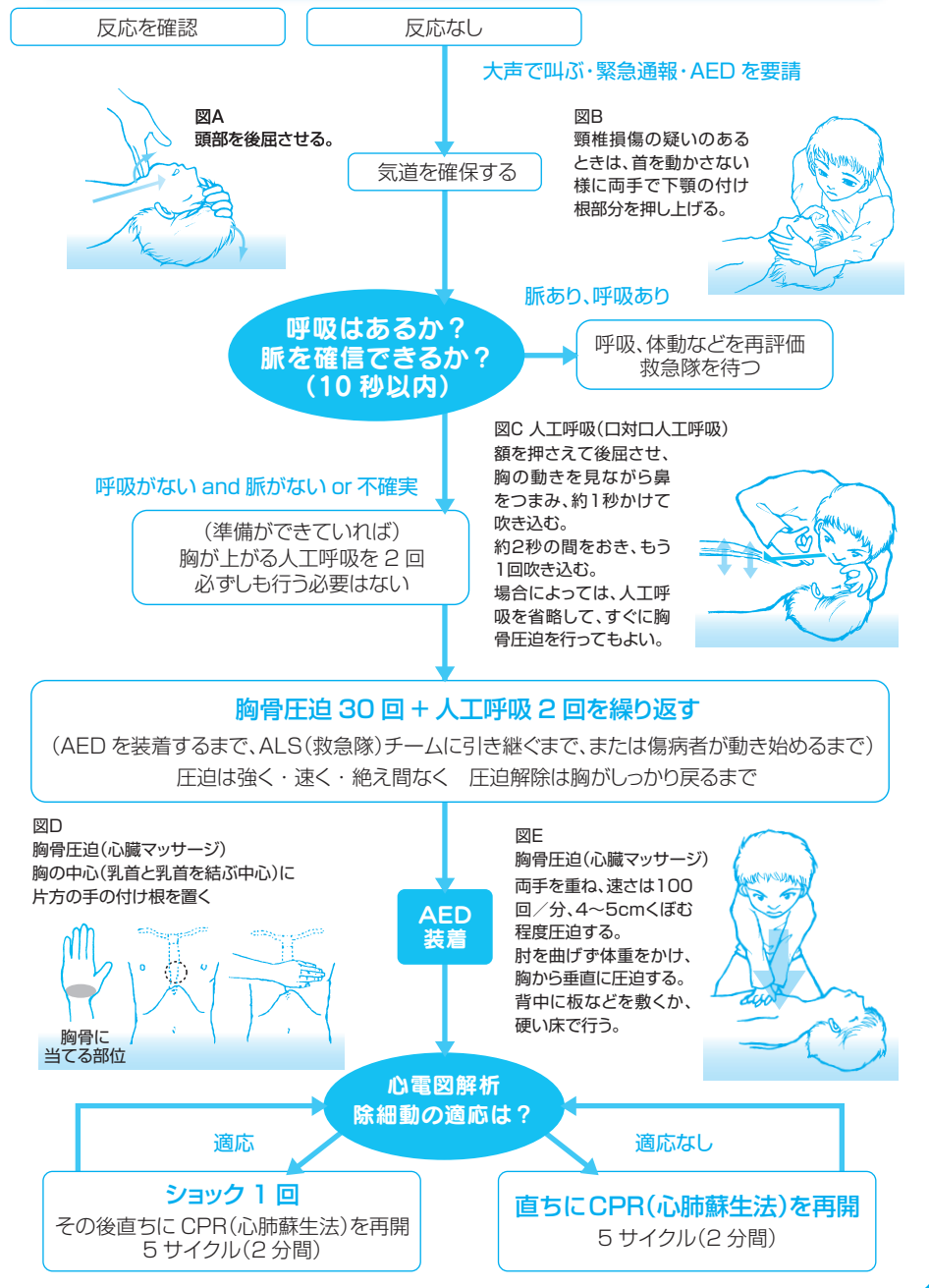
き継ぎます。救急隊員は必要に応じて救急処置を行いながら病院へ向かい、病院では医師によって高度な救命医療が行われます。この「119番通報」「救命処置」「高度な救急処置」「高度な救命医療」という4つの要素をうまくつなげて命を助けることが「救命のリレー」(救命のための連携プレー)なのです。この「救命のリレー」のどれか一つが欠けても、命を救えるチャンスは少なくなります。しかも、「**救命のリレー**」の**4つのうち「あなた」がまずは「119番通報」「救命処置」を始めることで、大切な命のリレーをスタートさせます。**

⑧心肺蘇生の手順

心肺停止や呼吸停止など人が突然倒れたときの処置はP42「主に日常的に蘇生を行う成人のための一次救命処置(BLS)の手順で行います(P42参照)。

突然心停止の70%近くは心臓が細かく震える心室細動という状態で、より速い電氣的除細動(いわゆる電気ショック)の実施が蘇生率を高めることになります。AEDは誰でも使用できる機器であ

主に日常的に蘇生を行う成人のための一次救命処置 (BLS)



り、救急における心肺蘇生法として期待されています。緊急時の操作は急に行ってもうまくできないので、講習を受けておくことが勧められています。

図 C の人工呼吸、図 E の心臓マッサージ、AED の一次救命救急 (BLS) は、救急隊が到着するまで繰り返して行います。

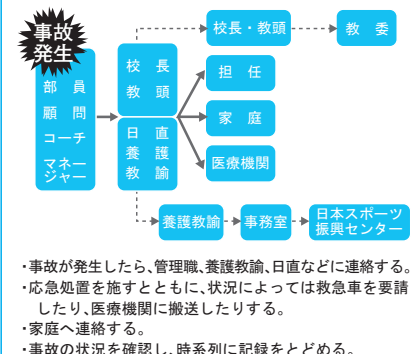
(2) 緊急時の連絡体制

万が一、怪我や事故が起されば、一刻も早い応急処置と、関係機関や関係者への通報・連絡が必要になります。通報・連絡の遅れが被害の拡大や事態の悪化を招いたり、事後処理でトラブルの原因になることもあります。

① 連絡体制の整備と周知

緊急時には、同時進行で様々な対応が求められます。普段から、連絡体制を整備し掲示するなどして、方法や手順を周知する必要があります。また個々の対応には限界があります。各自の役割分担と協力体制を明確にし、組織的対応ができるよう訓練を積んでおくことが大切です。

高校の部活動における連絡体制の例



救急医療機関名	電話番号
東京消防庁テレホンサービス	03(3212)2323
〇〇大学病院	()
〇〇総合病院	()

② 校内・部署内への連絡・通報

事故の第一発見者は、処置を判断し応急処置を行うとともに、他の関係者（学校であれば保健室、部活動顧問教師、クラス担任など）に通報し協力を得ることです。

連絡・通報すべき内容例

- 発生場所
(柔道場など)
- 発生状況
(誰がどうなったかなど)
- 受傷者の状態
(意識、出血、外傷の有無など)

③ 医療機関への連絡 (救急車の要請)

事態の過小判断が重大事故を見

落したり、事後処理を難しくすることがあります。できるだけ医師の診察を受けさせるようにし、特に生命の危険が予想される場合には、躊躇せず救急車の出動を要請することです。搬送する医療機関については、普段から情報を収集し家族の希望があればできるだけ叶えるよう配慮すべきです。（その際は、事前にその医療機関と連絡を取ること）

救急車要請のポイント

- まず落ち着いて119番をかける
- 救急車の構内誘導係を配置する
- 救急車への同乗者は、状況の説明ができる人
- 火事ですか？救急ですか？
⇒救急です
- 住所、番地は？
⇒〇〇区 △丁目△番地です
- あなたの名前は？
⇒〇〇高校の△△です
- 受傷者の年齢と性別は？
⇒高校〇年生の（男・女）です
- どうしましたか？
⇒いつ、どこで、何を、
どうした、どんな状態だ

④家族への連絡

連絡は、精神的なショックを与えないように配慮し、憶測や感想を避け、事態を正確に伝えることがポイントです。また、不在でも連絡が取れるようにしておくことが大切です。

家族への連絡内容例

- 事故の発生状況と容態
- 医療機関名と所在地、電話番号
（医療機関について希望があれば聞く）
- 保険証、医療費及び身の回り品など

(3)対外的な連絡と折衝

重大事故の場合、規則や書式にしたがって、上部機関や所管部署への連絡・報告を求められます。その場合でも、まず電話で第一報を入れ、指導監督を仰ぐことが事後の扱いをスムーズに進めるうえで役立つものです。

報道機関など対外的な折衝は、窓口を一本に絞り、開示できる範囲内で情報を提供することです。緘口令など過度の秘密主義が不信を招き、無用の混乱を生みかねません。

また事故が生命に関わる場合は、警察などから直接事情聴取が行われることもあります。その際、当事者

が児童・生徒の場合であれば、安心して事実を話せるようにサポートする配慮が求められます。

(4)事実関係の記録と保存

①記録用紙の常備

事後処理をスムーズに行ううえで、発生状況や処置に関する正確な記録は欠かせません。後になって記載事項に不明や不足などの不備が生じないように、あらかじめ記載内容を決め、万一に備えて記録用紙を準備しておくことも必要です。

②記録の保存と再発防止

再発防止策を検討するうえで、事故の記録は非常に重要です。どんなときに何をすればよいかについて、記録を分析することでできるようになります。適正な再発防止策を立てるために正確な記録は欠かせません。

しかしながら事故発生直後は当事者が冷静で正確な記録を残すことは難しいものがあります。そこであらかじめ記載内容と同時に担当者を決めておくことが重要です。

担当者は当事者や関係者（目撃者など）からできる限り事情を聞

き取り、記録しておくことです。聞き取りは、人権侵害になることのないように留意し、記録は事実のみを簡潔、具体的に記すことがポイントです。

(5)障害補償と損害賠償による救済・補償

柔道の指導者と管理者は、怪我や事故防止に努める一方で、万一に備え、怪我や事故によって生ずる受傷者とその家族の経済的損害や不安を少しでも和らげ解消するための障害補償制度を確立しておくことが必要です。

（財）全日本柔道連盟は、損害保険会社と保険契約を結び、2003年度から「全柔連障害補償・見舞金制度」を発足し、登録会員が納入した保険料（全日本柔道連盟登録費に含む）をもとに、会員の不慮の事故に対応するようにしています。

①障害補償の主な内容

柔道活動に従事していたときの事故に限定ですが、学校教育活動における場合だけでなく、社会体育活動の場合も対象です。

補償の内容 (2011年度)

死 亡 (突然死を含む)	200万円の見舞金
後遺障害 1級～3級	2,000万円の障害補償

後遺障害1級

1. 両目が失明したもの
2. そしゃく及び言語の機能を廃したもの
3. 神経系統の機能または精神に著しい障害を残し、常に介護を要するもの
4. 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、常に介護を要するもの
5. 両上肢を肘関節以上で失ったもの
6. 両上肢の用を全廃したもの
7. 両下肢を膝関節以上で失ったもの
8. 両下肢の用を全廃したもの

注. 補償内容は変更する場合がある。

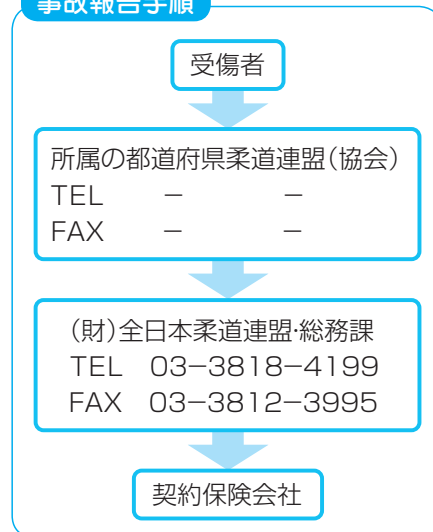
②加入方法と補償期間

見舞金制度への加入手続は、(財)全日本柔道連盟の競技者・指導者登録と同時に自動的に行われ、1年間の補償が開始します。なお、途中加入の場合でも掛金は変わらず、途中脱会しても返金されません。未就学児については、都道府県柔道連盟(協会)単位で加入か未加入を決めることになります。

③事故が発生した場合の報告手順

重大事故が発生した場合、速やかに所属の都道府県柔道連盟(協会)を通して、全柔連事務局総務課に報告する必要があります。その際、まず電話又はFAXによる一報を行い、後に報告書(P48～49)を作成し、届け出ること、補償・見舞金を申請することになります。

事故報告手順



④損害賠償による救済

見舞金制度の導入により、一定額の補償がなされ、死亡や重度障害の補償は前進したと言えます。

しかし、後遺障害の4級以下の場合には適用外であり、同1級～3

級の場合もその補償金額は限定されていて、実際、将来にわたる療養看護費をすべて賄うことは不可能です。

また、最近の人権意識の向上などから、事故原因の責任主体に対しては、裁判所を通じて損害賠償請求訴訟を提起されることが今後ますます高まると予想されます。特に学校柔道の指導者は、怪我や事故防止に取り組むとともに、万が一事故が発生した場合は、損害賠償による**手厚い救済をすることが指導者と管理者の責務**の一端であるとの自覚を持つことが必要であると考えます。学校としても独自に障害保険に加入し、指導者、学校の過失の有無を問わず発生した事故の適正な補償が実現できるよう準備することも必要になります。

(6)組織的な再発防止策

怪我や事故を未然に防ぐことは、指導者や管理者ばかりでなく組織にとっても最優先で取り組む課題です。

(財)全日本柔道連盟は、安全指導プロジェクト特別委員会を立ち上げ、都道府県柔道連盟(協会)の安全対策担当部署と連携・協力しながら

取り組みを進めています。2013年、柔道指導者の資格付与制度の本格実施にあたり、本冊子をテキストにした安全指導を指導者悉皆の講習内容にするなど、その取り組みを徹底していきます。

また、事故はヒヤリ・ハッとすることや軽い・小さな怪我への的確な対処を怠ったときに発生しやすいといわれます(ハインリッヒの法則)。大きな怪我や重大事故に至らなかった頭部打撲や頸部の負傷についても報告を義務付けるなど柔道にかかわる一人一人の安全意識をより一層高めていくことが求められています。

(財) 全日本柔道連盟専務理事 殿

(報告者氏名) 印

(所属・役職) (連絡先電話番号)

事故報告書

下記のとおり事故が発生しましたので、受傷当時の状況を報告します。

1. 受傷者 (発生時)	①氏名 (ふりがな) 性別 () 男・女
	②全柔連登録番号 (1 2桁) - - - ③生年月日 年 月 日 (満 歳 か月) ④現住所 (〒 -) 市 - - ⑤所属 (学校・学年、勤務先、クラブ名など) ⑥柔道の経験年数 ⑦段・級位
2. 発生日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分 ころ
3. 発生場所	①施設名
	②所在地 (〒 -) ③場所の内容 (該当に○印を) 柔道場、 体育館、 その他 () ④量の硬さについて (該当に○印を) どちらかといえば硬い、 普通、 どちらかといえば軟らかい ⑤床の緩衝状態 (該当に○印を) バネによる緩衝、 バネ以外による緩衝 (具体的に) 特になし (具体的に)

4. 発生時の状況 (該当に○印を) * 必要に応じて別紙 資料を添付のこと	①練習の態様 準備運動・補強運動など、 打ち込み・投げ込みなど、 乱取り、 試合、 その他 () ②発生時の状況 自分の技による、相手の技による、 その他 () ③技名など、状況の具体的説明
	④発生までの練習経過の概要 ⑤受傷時の病名 (医師による診断名) [] 頭部打撲等による意識喪失障害、 脊髄損傷等による四肢の麻痺 胸・腹部臓器の損傷、 死亡、 その他 () ⑥受傷時の処置 (該当のすべてに○印を) 医療機関への搬送の有・無、 緊急入院の有・無、 手術の有・無、 その他の処置 ()
5. 関与者 (発生時)	(1) 指導者 ①氏名 (ふりがな) () ②年齢 満 歳 ③段位 ④指導者としての立場 (該当に○印を) 専任の監督・顧問、外部委嘱の監督・コーチ、その他 () ⑤指導経験年数 ⑥現場での在・不在 (2) 相手の技による受傷の場合 ①相手の性別 ②年齢 満 歳 ③所属 (学年) ④柔道経験年数 ⑤段・級位
	6. 受傷後の経過 (報告時の状況)
7. 問い合わせ先 ①氏名 ②所属・役職名 ③電話番号 (携帯可)	
8. 添付書類 (*以下、できましたなら、添付・提示してください) ①指導計画または練習計画 ②発生場所の見取り図 ③その他説明に必要なもの	

・以上、ご記入は要領よくまとめ、速やかにご提出ください。
・担当：全柔連事務局総務課 (〒112-0003 東京都文京区春日 1-16-30 講道館本館 5 階
Tel.03-3818-4199 FAX03-3812-3995)

◆ 2006年初版 執筆者一覧(五十音順)

海老根東雄(医科学委員会)	田辺陽子(広報委員会)
大作晃弘(総務委員会)	戸松泰介(医科学委員会)
佐藤幸夫(教育普及委員会)	宮崎誠司(医科学委員会)
曾我部晋哉(強化委員会)	村松常司(医科学委員会)
田中裕之(教育普及委員会)	

◆ 2009年第二版 編集委員一覧

國安教善(総務委員会)	大作晃弘(総務委員会)
伊藤吉治(総務委員会)	佐藤幸夫(総務委員会)
宇野博昌(総務委員会)	正木照夫(総務委員会)

◆ 2011年第三版 編集委員一覧

佐藤幸夫(安全指導プロジェクト)	紙谷 武(安全指導プロジェクト)
浅野哲男(安全指導プロジェクト)	永廣信治(安全指導プロジェクト)
大作晃弘(安全指導プロジェクト)	宮崎誠司(安全指導プロジェクト)

柔道の安全指導

2006年4月 初 版 発行

2009年7月 第二版 発行

2011年6月 第三版 発行

発行者 財団法人 全日本柔道連盟
〒112-0003 東京都文京区春日1-16-30
TEL 03(3818)4199
FAX 03(3812)3995
URL <http://www.judo.or.jp/>

印刷 株式会社 ブレイズ・ネットワーク
〒162-0801 東京都新宿区山吹町337
都住創山吹町ビル2F
TEL 03(3267)8711
FAX 03(3267)8714
URL:<http://www.brains-network.com>