

アスリートのメディカルチェックおよび その結果としての競技参加制限・中止勧告における 社会的・法的・倫理的問題

木下訓光，山本哲史，小熊祐子，勝川史憲，大西祥平，山崎 元

近年我が国においても，競技スポーツ選手のメディカルチェックが慣例化しつつあり，その方法論も多岐にわたる。どのような対象（種目，年齢，レベルなど）にどのような方法で（locker room technique, individualized examination, station technique, など¹⁾），何を（検査項目，問診事項など）行うべきかということは，本来経済性や法的・倫理的問題の検討を抜きには語れぬものであり，統計的根拠に裏付けられたものであることが理想である。望ましいスクリーニングテストのあり方については，WHOの勧告²⁾（表）にもあり，メディカルチェックの制度作りを担当する医師はこれらに留意しなければならない。アスリートにおける各種検査法やスクリーニング方法のcost-benefitに関しても多くの検討があり精通している必要もある。このような研究成果によると，若年アスリートにおいては安静12誘導心電図をはじめ多くの検査法の妥当性がいまだ確立していないことがわかる³⁾⁴⁾。しかし検査天国の我が国の場合，問診や身体所見よりも高額な検査を優先しがちな傾向があるのは競技スポーツ選手のメディカルチェックに限られたことではない。したがって若年競技スポーツ選手に運動負荷心電図や心エコー，MRIなどの高額な検査を導入する際，担当医師・機関は少なくとも公的に主張できる医学的根拠をもち，かつ検査にともない発生する料金がいたずらに選手側の負担にならないよう配慮せねばなるまい。スクリーニング法として必ずしも費用とのバランスがとれていない高額な検査の受診を参加の条件づけとし，選手の経済的負担を考慮しない

事態は医の倫理にも反する⁵⁾。

ところで我々の施設ではアスリートのメディカルチェックに心エコーを積極的に導入している。心エコーは，一般に若年アスリートのメディカルチェックにおいて義務的に行うべきではないとされている³⁾。当該集団に心エコーを行う場合その最大の関心は若年アスリート突然死の最たる原因である肥大型心筋症（HCM）の発見にあると思われるが，その有病率あるいは同年齢層における浸透率が，心エコーによるスクリーニングにかかる時間・検査費用・技術・人件費に見合わない⁶⁾，HCMは家族歴を含めた問診や詳細な身体検査やより低価格な心電図検査などによってある程度発見可能である⁷⁾，などが理由である。しかしこれらの懸念に反して，当施設で心エコーを行っている根拠を挙げると，

- (1) 当施設は慶應義塾大学附属の施設であり，対象の多くが義塾所属の生徒・学生である。当施設の使命として，義塾のアスリートを突然死などの不幸から最大限守るということが挙げられるため，より確実に精度の高い検査方法が望ましい。
- (2) 当施設が保健医療施設ではないことを活かし，心エコーの料金を格安に設定，生徒・学生の負担にならないようにしている。検査に関連して発生する費用は大学よりの予算などでまかなっている。
- (3) 現在所属する6名の医師のうち，4名が循環器を専門としており，人的・技術的必要性を充足させるよう配慮している。

などである。また対象者によっては特別な理由で積極的に心エコーを促す場合もある。たとえばバスケットボールやバレーボールにおいては身長の高い選手が集まりやすく、マルファン症候群を持つものが他の競技よりも多いことが予想される⁷⁾。マルファン症候群は高率で心血管系合併症を有し⁸⁾、特にアスリートにおいては大動脈瘤は致命的となる⁹⁾。典型的な容貌を呈するマルファン症候群を検出することは容易であるものの、長身以外の外見的特徴が顕著でない場合もあり¹⁰⁾、残念ながら通常の検診においてそのような非典型例を見逃していることも少なくない印象がある。したがってこの致命的合併症を100%確実に発見しようとするならば心エコーに頼る他ない。なぜ100%かといえは、アスリートにとってHCMはpossibly lethalであるが、大動脈瘤はabsolutely lethalであるからだ。arm spanの測定やslit lamp検査をスクリーニングに導入している報告もあるが¹¹⁾、疾患検出力については不明である。そこで我々としては特にレベルの高いバスケットボールやバレーボールの選手・チームには心エコー検査を積極的に呼びかけるようにしている。ハイレベルであるほど、身長の高い選手が多いことも理由の一つである。ただし当然スポーツ選手に身長の高いものは多く、このようなリスクを潜在的に持つ者はあらゆる競技にわたって存在するはずである。したがって、身長の高い選手は競技にかかわらず同様の関心の的にすべきであろうが、その実態を包括的に調査した報告は乏しい。バスケットボールの競技特性や種目事情、選手のrecruitmentに無意識または意識的に影響を与える「バスケットボールに向けた体型」のイメージなどが、自然とマルファン様体型を集める可能性も無いとは言えない。さらに種目単位・競技団体単位でスクリーニングを行うことは効率の点からも有利であり、また我々の経験からも、メディカルチェックで発見した高身長でかつ大動脈瘤を有する選手がバスケットボールやバレーボールを行っていた事例が多く¹²⁾、不確定ながらこれらの種目選手に心エコーを行う医学的根拠はあると考えている。ただし、あくまで費用の問題を解決した上でのこ

とであることは改めて強調しておきたい。いくら可能性があるからといって、心エコーにともなう高額な医療費のすべてを選手に負担させる根拠は現状では見当たらない。施設が負担するか、あるいは将来、種目別の有病率に関する統計的根拠が確立したら、チームや協会などが費用の一部を負担する制度を考慮してもよいかもしれない。実際我々がメディカルチェックの一端を担っている実業団バスケットボールチームでは、当センターで施行する心エコーの費用は会社が負担しているところもある。

競技団体によるメディカルチェック費用の負担という考えについては当施設が日本相撲協会の委託を受け行っている大相撲力士のメディカルチェックも参考になるかもしれない。現在力士検診の一端として行われている心エコー導入の背景には、過去において現役力士に心臓性突然死が相次いだ経緯がある（詳細は当施設の大林らの報告を参照¹³⁾）。心エコー導入の理論的根拠としては、

- (1) 大相撲は日本の国技であり、力士の死が与える社会的波紋は極めて大きい。また幕内力士等の本場所における試合はすべてテレビを通じて実況放送されているため、土俵上での心事故発生を可能なかぎり避けたい。したがって危険な疾患はあらかじめ確実に把握する必要がある。
- (2) 通常メディカルチェックにおいて重要な役割を担う聴診は、力士のような極端に過体重で胸壁の極めて厚い体格の持ち主において信頼性は低くなると考えられる（自験例であるが、ある横綱では心エコー時最大限プローベを圧着させ胸壁を圧排した状態で、胸骨左縁短軸像において体表面より心室中隔までおおよそ12~3cm、心尖部アプローチで全体像を収めるのに優に20 cm以上の深さを要した）。
- (3) その点心電図は有用であるが、検出できる疾患は限られ、また力士に多い左室肥大（過体重、スポーツ心臓、そして高血圧が関与すると考えられる）の検出・評価には前項と同様の理由からほとんど役に立たない¹⁴⁾。

などの理由があげられる。相撲協会側も上記の概念に理解・賛同し、委託事業としてこれを行うことで、協会側の一部費用負担に一応のコンセンサスを得ている。

もう一つ心エコーなどの高額な検査に共通するのは技術的問題である。このような検査は訓練された経験と技術によって裏打ちされなければ行う意味がなく、それが設備投資に上乘せして検査費用を高くする一因ともなる。アメリカにおいては、一般の身体所見や問診などにおいても担当者の技量に格差があり、メディカルチェックの信頼性に大きなばらつきがあることが指摘されている¹⁵⁾が、これは当然我が国においても起こりうる事態であり、特殊な検査を導入すればそのような問題が発生する可能性はさらに高くもなる。実際、マルファン症候群の家族歴のある選手に心エコー検査を行いながら、大動脈瘤を見落としていたと考えられるケースに遭遇したことがある。

技術の問題だけでなく設備の問題もある。たとえば心エコーについていえば、先述の大相撲力士検診においては彼らのような体格・胸壁でも確実な診断が行えるためには空間分解能の優れた心エコーを用いなければならず、旧式のまたは簡易式の安価な機種による検査では診断上多くの困難に遭遇するため、時間や労力、診断精度に支障が生ずる可能性がある。また運動負荷心電図も同様である。運動負荷心電図を若年アスリートに行うとするならば、川崎病の後遺症や先天性の冠動脈異常、運動誘発性不整脈などの検出が主目的となるが、これらの有病率¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾、および症候限界性に負荷をかけた場合における検出率¹⁹⁾²⁰⁾と費用とのバランス関係からは、安易に若年アスリートにスクリーニングとして行うことは慎むべきとも考えられる。しかしそのような集団において統計的に妥当性を評価した検討も現在のところ見当たらない。ちなみに神奈川県では国体出場予定選手にはメディカルチェックで運動負荷心電図を行うよう義務づけているが、選手が直接負担する費用について工夫がなされており、費用の問題に配慮されている。しかし神奈川県の国体選手のメディカルチェックを管轄する神奈川県体育協会スポーツ医

学委員会の副委員長である大西らの報告²¹⁾では、多くの選手の場合、受診先施設の負荷様式がマスターの2段階昇降試験であり、提出された負荷後の心拍数上昇が不十分であったという。マスターの試験は病院などで患者を対象にした場合でも、いくつかの理由から欧米ではほとんど行われていないが、身体能力に優れるアスリートにおいても負荷レベルがあまりに低く上記疾患のスクリーニングには不適である。筆者の経験においても、ある病院で若年アスリートのスクリーニング目的に慣例的に行われていたマスターの2段階昇降試験について相談を受け、過去の成績を検討のうえ中止を助言したこともある。しかしトレッドミルやサイクルエルゴメーターと記録用の心電図装置一式を備えるためには、場所の確保と高額な設備投資とが必要となる。したがってoffice-based/individualized examinationとして若年アスリートのメディカルチェックを行う場合、これを義務化することは難しい。さらにこのケースのように中規模以上の病院で設備が既に備わっていても、検査に要する時間とマンパワーもマスターの試験より増やさねばならず、一般病院の中でstation techniqueとして実施するにしても困難が伴う。欧米の勧告では運動負荷心電図の義務化の是非については言及すらされていない⁶⁾²²⁾。実際、先の筆者が経験したケースでは、費用その他のことも考慮して結局メディカルチェックではマスターの試験の代わりにトレッドミルなどによる運動負荷心電図は導入しないことになった。一方神奈川県の場合、選手の費用負担の問題には既に対策がとられているため、先述の大西らの調査²¹⁾をふまえて2000年度より運動負荷心電図にはトレッドミルやサイクルエルゴメーターによる負荷を推奨し、設備のある数施設で重点的に検査を行う(station technique)ようにしている。また種目特異性を考慮した案なども検討されており、今後若年アスリートのスクリーニングにおける運動負荷心電図の役割に関する成績が報告されることが期待される。

このようにアスリートのメディカルチェックのシステムは、疾患を未然に検出さえできればよい

というだけで完成するものではない。しかし我が国ではメディカルチェックに関する指針や勧告などを報告する際、せつかく専門の医師が経済性や倫理的問題を十分に検討していても、その過程や根拠が活字となって広く知らしめられる機会があまりないのは残念である。専門の医師にとってはあたりまえの概念であっても、アスリートのメディカルチェックはプライマリケア医療の一つとして実践されており、このような考え方を明文化して示すことは重要であると考え。また状況に応じて選択される方法が変わること、またその方法論についても常に見直しなどをしていく柔軟な姿勢が必要であること、なども確認しておきたい。

さて、盛んにメディカルチェックが行われれば当然競技スポーツ継続を断念または制限しなければならぬ疾患を発見する機会も増える。疾患や病態、重症度ごとに参加許可できるスポーツの種目・レベルについて柱となるガイドライン²³⁾²⁴⁾があるため、判断の助けになるが、アメリカのガイドライン²³⁾にも記されているように、その判断基準はあくまで指針であり、最終的な判断は患者（選手）と主治医との間の信頼関係に基づきケースバイケースで決定されるべきものである。したがってメディカルチェックの結果告知や競技の制限・中止勧告は本来は安直に行うべきものではなく、あくまで医師患者関係のモラルに則ったものでなければならない。そして異常が発見され、それが選手生活を左右するものであれば、とりわけ守秘義務へも配慮が必要となる。さらにもしその選手が社会的知名度のある人間であれば、当たり前のことであるがメディアに対する対策にも注意しなければならない。我が国の学校現場などでは、選手の異常所見についてクラブの顧問や監督に直接報告することが慣例的に行われている。管理者として顧問や監督は当然これら選手の健康状態について十分に把握しておくべきであり、またほとんどの事例でプライバシーの保護が問題になることはないが、万事この調子で行うことには多少注意すべきと考え。学校現場とはかけはなれた極端な例になるが、あるメジャーリーグ野球のチームではチームドクターがスプリングキャンプ中に、

HIVなどの感染症をチェックすることを選手に勧めているが、仮にHIV陽性でも、医師からその結果を監督やコーチ、ゼネラルマネージャーに報告することはないという。習慣にしたがってこのような配慮を欠いた場合、思わぬ落とし穴に遭遇するとも限らない。例えばメディカルチェックで鉄欠乏性貧血を発見したら指導者を交えて告知・指導してしまうことにクレームがつくとは思えないが、肝機能異常を発見して、精査によってB型またはC型の慢性肝炎だったとしたら、いきなり直接指導者に報告することはしないだろう。指導者と情報を共有しながらでなければ体調管理と競技生活を両立させていくことは難しい場合があることを選手や家族に理解してもらったうえで報告することを促すべきかとも思われる。また選手の行っている競技がチームスポーツまたはコンタクトスポーツならどうだろう。場合によっては競技生活を継続するためにチームメートの理解や協力も必要になるかも知れない。このような医師の守秘義務とチームドクターや学校医としての報告義務における法的・倫理的ジレンマについては先に触れたアメリカの勧告²³⁾に詳しい記述があり、またその概要を山崎ら²⁵⁾が日本語でも紹介しているので是非一読されたい。

現在筆者らがコミッションドクターを務める全日本学生キックボクシング連盟では、メディカルチェックで参加選手全員に頭部単純CTを行っている。これは練習・試合において経験する頭部への打撃が致命的外傷をひきおこすとされるいくつかの先天奇形や異常（ただしこれらの状態が本当に致命傷につながる危険が高いかどうかは、専門家の間でも意見が分かれている）を未然に発見し、必要とあらば競技参加の制限・試合参加の中止を勧告するためのものである。かつて頭蓋内のある異常のため競技活動を制限し、試合参加を禁じた大学1年生の選手が存在したが、彼の競技に対する思い入れは強くフルコンタクトのスパリングやマスボクシングなどを避けながらトレーニングを続け、連盟の裏方としての仕事にも積極的に参加していた。当然このような条件下で競技を続けるには指導者へのある程度の情報提供は必須であ

った。また彼の状況は部員達の関心の的にもなるため、さらに彼自身が話すことを厭わなかったせいもあり、彼の試合参加の欠格事由については他大学の選手も含め選手間で広く知られる状態となった。ところが彼が大学4年生の時、卒業を迎えるにあたりどうしても試合をしたいという申し出があった。当初は脳外科医も含め連盟の医師達は原則を曲げることに強く反対したが、大学側・家族を含めて話を進めた結果、最終的には特例として条件付きで試合参加を認める決断をした。条件というのは、リングサイドの脳外科医が試合中、頭部への打撃が少しでも危険の可能性ありと判断した場合、または頭部への攻撃を受けずとも消耗して十分な防御体制がとれないと判断した場合ドクターストップとし、その判断は厳しく行うというものであった。リングサイドにおける判断は公平かつ客観的に行うよう努めていても結局医師の主観に委ねられるため、申し出をした選手にはかなり厳しい条件となったはずである。それでも試合に参加し結果的には何事もなくすべてのラウンドをこなして試合を終えることができたのだが、ドクターストップ・TKOの判断ということ以外にも、この事例はスポーツ選手の競技参加禁止およびその判断に関するいくつかの倫理的問題を考えさせるきっかけとなった。まず根本的には「その異常が本当にキックボクシング中に起きる頭部への攻撃によって致命傷につながる危険があるのか」という問題で、言うまでもなくこれには統計的な証拠はない。連盟の脳外科医らの理論的根拠をもとに、アマチュアスポーツとして参加選手の安全対策に万全を期すという観点で裁定しているわけである。アメリカではこのような問題が社会的関心の的になることがしばしばあり、選手としての才を認められ高額な奨学金を手に入れた大学の花形選手やプロスポーツ選手の場合、競技中止勧告をめぐる判断の決着が法廷にまで持ち出されることがある。たとえば花形高校生バスケットボール選手Nicholas KnappのケースがMaronらによって報告されている²⁶⁾。彼は卒業を控えた時期に行われた試合中に心室細動で倒れ、一命をとりとめたものの肥大型心筋症の存在と心室細動の再

発を指摘され除細動器の埋め込み手術を受けた。すでにNorthwestern 大学からathletic scholarshipの約束を取り付けていた彼は、そのまま同大学へ進学したものの、バスケットボールチームのチームドクターより、競技の継続を禁止された。これを不服としたKnappはRehabilitation Act と呼ばれる法令のセクション504 (a) の記載、“no otherwise qualified individual with a disability in the United States ... shall, solely by reason of her or his disability be excluded from the participation ... in any program or activity receiving Federal financial assistance” を根拠に、大学側を提訴した。法解釈や競技中止勧告における法廷の役割、評決の反転などの経緯は同文献を参照していただきたいが、競技参加の中止勧告をする医師の責任と、勧告にまつわる倫理的ジレンマについて深く考える機会を与えてくれるかと思われる。医師は、臨床経験や医学的研究に基づくevidenceについて常にup-to-dateでなければならず、選手や指導者、家族と信頼関係を築いたうえで裁定を下すことが要求される。また判決にも言及されているが、その勧告に対して異論が存在していても、チームドクターが医学的根拠に基づく勧告にしたがって裁定することは妥当である。したがって逆に、個人的なopinion baseの判断となる場合は慎重を期す必要があるといえよう。

全日本学生キックボクシング連盟で起きた事例に関するもうひとつの倫理的ジレンマは、対戦する選手における問題である。このケースの場合対戦者は、先述したような経緯で当該選手がかつて頭蓋内の問題で試合を禁止されていたことを知っていた可能性が大きいのだが、普段より我々医師側が口を酸っぱくして選手の安全管理・事故防止を唱えているため、対戦選手に自らの手で（異常のある）相手選手の致命的事故を招くのではないかという不安を与えかねなかった、ということである。結果として手加減をする、などということがあるならば、格闘技の性質上意味のある試合が成立するか、という疑念が生じた。残念ながらこれについては全く解決する手だてもなく試合を見守ることになった。似たような問題は、NBAの

レイカーズ、アーヴィン・“マジック”・ジョンソン選手がHIV陽性であることを告白した直後に起きた他チームの選手のパニック（試合中に感染する危険に対する）にも見て取れる。またアメリカのプロボクシングでも州によって、HIV陽性選手の試合を禁止していたり、許可していたりするため、ある州で禁止された選手が他州で試合を行う、という事態も発生している。

このようなジレンマは、異常所見の守秘や告知の際に常についてまわり、我が国でも思わぬ波紋を呼ばぬとは限らない。スポーツドクターは常日頃からこのような問題に関心を寄せておく必要があるであろう。

さて異常所見の告知の問題にもどるが、選手本人の意見を確認すると、医師から見て軽度の異常所見でも黙っていて欲しいと言われることは決して少なくない。最終的に指導者や管理責任者に報告するとしても、選手の感情に配慮するか否かで良好な信頼関係を左右するとも限らない。したがって1. 選手本人, 2. 家族, 3. 管理責任者（コーチ, 監督, 担任, 顧問など）の三者にそれぞれ気配りをする必要がある。些細な異常については三者の立場や報告順についての境界線はあいまいなことが多いが、選手生活や社会生活を左右しかねない結果については、常にこれら三者の立場に留意し、インフォームドコンセントの上に最終的には選手の異常について三者ともが平等で正確な情報を得られるよう努力している。選手にとって彼らの競技レベルが高いほど競技中止の勧告の与える衝撃は大きく、したがって重大な異常に関しては癌の告知と同じような心構えで臨むべきであろう。かつてHIVの専門家が、患者へのHIVの告知は外来などで短時間かつ簡単に行うべきものではなく、癌の告知と同じ体勢で臨むべきだと述べていた。患者の精神的衝撃への配慮もさることながら、安直な告知が患者の医療機関からの逃避を促し、患者自身を救えないばかりか自暴自棄になった患者によるHIVの蔓延にもつながりかねないからだという。顛末は異なるとしても同じような考え方がアスリートへの競技中止勧告についてもできるかと思う。選手自身も後年その引退劇を

心静かに振り返ることもできるかもしれないが、深刻な異常の存在と競技断念という二重に過酷な運命は選手によっては死刑宣告と同様に映るかもしれない。先述のHIVの告知のように、選手は場合によって競技の制限や中止を勧告した医師や医療機関との接触を絶ち、多少なりとも競技継続を許可してくれる医師を探し求めるということをする（doctor ‘shopping’）。そして先にも触れたが、ある程度evidenceの集約された勧告が存在し、そこではっきりと競技継続の危険性と中止の勧告が謳われている疾患を持っているにもかかわらず、競技継続が許可される場合もある。先のNicholas Knappも結局その後、他大学で一時競技を行ったといういきさつがある。また逆もしかりで、なんら競技を制限したり中止したりする必要がないと勧告している異常を有する選手に過度の制限を加えてしまい、この選手が医療機関を変えることで勧告に基づいた適正な判断を得ることもある。このような誤解は専門家の中で意見が割れるような判断の微妙な疾患・異常について起こるのでなく、大多数の医師が競技継続を致命的行為と考えるような疾患や、逆に多くの専門家が問題ないと考えられるような異常についても発生しているのが現実である。

医師が自分の患者に癌を発見しこれを本人へ直接告知するのは緊張感の伴う行為である。競技の中止勧告の場合にも選手のメンタルケアに十分な配慮が必要なはずだ。どのようなレベルの選手でも事態に当たっては慎重かつ時間をかける必要がある。プロの選手でないからといって精神的衝撃が少なく済むというわけではない。受け止め方は個人の資質に大きく左右される。癌患者では、事実の否認、怒り、取引を請う、などの情緒的過程を経て受容的境地へ達するという。競技中止を宣告する際、何にも増して重要なのは発見された異常・病気について、専門用語を避け、病態や原因・予後などについて十分説明することと、選手が抱くいかなる些細な質問にもていねいに答えていく姿勢である。すなわち通常病院で手術や治療、検査の際に行っている『説明』のプロセスとまったく同じことをすればよい。したがって外来の3

分診療の枠の中で行えるものではないとも思う。かつて他院で肥大型心筋症と診断されて競技参加を制限されたバスケットボールの公式審判員が、活動を制限すること自体にはやぶさかではないが、前医では「なぜか」の説明があまりにも乏しかったため納得できないと相談を受けたことがある。選手の病気について正確な情報を提供し、これを理解してもらうことによって、選手に惹起される不安感を最小限に留めなければならない。その理解の上で初めて、なぜその疾患を有することと競技の中止が関係するのかという話になる。その際、医学的な根拠を提示して説明することは必須だが、医学的根拠の指し示すところはあくまで競技継続によって高くなることが予想される生命への危険性のみであり、その根拠自体や医師の個人的な哲学が競技中止を決定するものではないということも確認しておきたい。医師は医の倫理に基づき、人々の健康の維持・増進につとめねばならず、その人類愛の見地から見解を述べるだけである。競技継続・中止の最終的判定は、本人の意思と指導者・監督機関などの方針によってなされる。したがって本人が競技継続を希望し、これを大学やチームなどの監督機関および親族が認めてしまうと危険を抱えたまま競技を続けることになる。選手の個人的な人生観に加え、様々な事情が選手やそれを取り巻く人々にこのような選択肢を選ばせてしまうのだろう。医師の裁量権の領域外にある問題であるが、それが少なくとも常に、医師による正しい情報提供と、医学的根拠に基づいた危険性の理解の上での選択であり、誤った情報や歪んだ医師・患者関係によって影響された結果でないことを望むばかりである。したがって、選手の理解を促し、困難な選択をするうえで精神的な支えを与える意味でも、家族などには当然情報提供を行い理解を得ることは重要である。また家族へ話をする際は、本人の同意や理解を得たうえで行うのが望ましいと考える。ただしその医師がチームや学校などと契約を交わしたチームドクターや学校医なのか、全くチームなどに法的に拘束されない独立した立場の医師なのかによって、あるいは未成年者か否かによって情報提供のあり方は異なる

ものと考えたほうがよさそうである（詳しい議論は文献23, 25を参照）。さて家族の中には感情的に競技継続へ執着・期待するものもあるし、その逆もある。しかし医師はおのが主観に溺れることなく、正確な事実や情報の提供と適切なアドバイスを行うよう努めねばならない。また選手の心の支えになるのは必ずしも家族とは限らない。苦労を共にしたチームメートかも知れないし、監督やコーチ、先輩かもしれない。本人の了承を得ながら、少しずつ選手の選択に助言や力を添えることのできる人の輪を広げていくことも必要になるかもしれない。チームドクターの法的責任や社会的立場が必ずしも明確でない我が国では、個人の医師がチームと選手の橋渡しなど最後まで面倒を見なければならないこともある。したがって最終的には監督責任者・機関の方針を確認し、選手側と選手のとった選択について協議できるように話を進めていかねばならない。高度に医学的な問題であるため、通常は主治医（またはチームドクター。同一人物であることもあるし別人であることもある）の意見が責任機関の方針決定を左右するであろう。したがって医師には該当する事案について深い医学的知識と経験が要求され、その勧告には倫理的責任に加えて一定の社会的責任も伴うのではないかと思っている。

先にも触れたが、選手の最終的な選択は必ずしも医学的に望ましいものではない可能性があることは残念ながら認めねばならない。しかしそれは決して医師が説明や決定の過程に腐心することを厭うがために招いた結果であってはならないと思う。

以上スポーツドクターにとっては実に身近であえて正面から取り上げて論ずるに足りぬようなテーマとは思われたが、このような内容が活字になる機会は少ないと考え、あえて取り上げて論ずることとした。

参考文献

- 1) American College of Sports Medicine. Symposium. Medical problems in the athlete. {Memorandum} Indianapolis, IN. 47th annual meeting of American College of Sports Medicine, June 3, 2000.
- 2) Whitby LG. Screening for disease: definitions and criteria. *Lancet*. 1974, 2: 819 - 822.
- 3) Cheitlin MD, Alpert JS, Armstrong WF, et al. ACC/AHA guidelines for the clinical application of echocardiography: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Clinical Application of Echocardiography). *Circulation* 1997, 95: 1686 - 1744.
- 4) Pelliccia A, Maron BJ, Culasso F, et al. Clinical significance of abnormal electrocardiographic patterns in trained athletes. *Circulation* 2000, 102: 278 - 284.
- 5) 日本医師会. 医の倫理綱領. 日本医師会雑誌. 2000, 124 (suppl) .
- 6) Maron BJ, Thompson PD, Puffer JC, et al. Cardiovascular preparticipation screening of competitive athletes: a statement for health professionals from the Sudden Death Committee (Council on Clinical Cardiology) and the Congenital Cardiac Defects Committee (Council on Cardiovascular Disease in the Young), American Heart Association. *Circulation* 1996, 94: 850 - 856.
- 7) Cantwell JD. Preparticipation physical evaluation: getting to the heart of the matter. *Med Sci Sports Exerc* 1998, 30 (suppl): S341 - 344.
- 8) Marsalese DL, Moodie DS, Vacante M, et al. Marfan's syndrome: natural history and long-term follow-up of cardiovascular involvement. *J Am Coll Cardiol* 1989, 14: 422 - 428.
- 9) Maron BJ, Roberts WC, McAllister HA, et al. Sudden death in young athletes. *Circulation* 1980, 62: 218 - 229.
- 10) De Paepe A, Devereux RB, Dietz HC, et al. Revised diagnostic criteria for the Marfan syndrome. *Am J Med Genet* 1996, 62: 417 - 426.
- 11) Otis CL, Child JS, Perloff JK, et al. Protocol for screening athletes for Marfan syndrome: report of four-years 'experience [abstract]. *Med Sci Sports Exerc* 1993, 25 (suppl): S180.
- 12) Kinoshita N, Mimura J, Obayashi C, et al. Aortic root dilatation in young competitive athletes: echocardiographic screening of 1,929 athletes between 15 and 34 years of age. *Am Heart J*. 2000, 139: 723 - 728.
- 13) 大林千代美, 八木 紫, 齊藤尚美, 他. 大相撲力士心臓検診の概要 平成2年度から6年間に渡る検診システムの報告 . 1995年度慶應義塾大学スポーツ医学研究センター紀要. 1996, 57 - 60.
- 14) Kinoshita N, Obayashi C, Yamada K, et al. The limitation of electrocardiographic detection of left ventricular hypertrophy in trainees of grand sumo wrestling [abstract]. *Med Sci Sports Exerc* 1998, 30 (suppl): S26.
- 15) Glover DW, Maron BJ. Profile of preparticipation cardiovascular screening for high school athletes. *JAMA* 1998, 279: 1817 - 1819.
- 16) 厚生省研究班. 第12回川崎病全国調査成績. 小児科. 1994, 35: 61 - 73.
- 17) Angelini P. Normal and anomalous coronary arteries: definition and classification. *Am Heart J*. 1992, 117: 418 - 434.
- 18) Pelliccia A, Spataro A, Maron BJ. Prospective echocardiographic screening for coronary artery anomalies in 1,360 elite competitive athletes. *Am J Cardiol*. 1993, 72: 978 - 979.
- 19) 寺口正之, 矢沢健司, 吉林宗夫, 他. 冠動脈に高度狭窄性病変を有する川崎病既往児の心筋虚血. *Prog Med*. 1988, 8: 69 - 75.
- 20) Kaku B, Shimizu M, Yoshio H, et al. Clinical features and prognosis of Japanese patients with anomalous origin of coronary artery. *Jpn Circ J*. 1996, 60: 731 - 741.
- 21) 大西祥平, 吉岡利忠, 河野卓也, 他. 過去10年間における神奈川県国体参加選手のメデイカルチェックにより得られた知見について (抄録). 日本臨床スポーツ医学会誌. 1999, 7: S76.
- 22) American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 6th ed. 2000. Lippicott Williams & Wilkins. Baltimore.
- 23) Mitchell JH, Maron BJ, Raven PB, et al. American College of Sports Medicine. American College of Cardiology. 26th Bethesda conference: recommendations for determining eligibility for competition in athletes with cardiovascular abnormalities. *Med Sci Sports Exerc*. 1994, 26 (Suppl): S261 - 267.
- 24) 日本臨床スポーツ医学会学術委員会内科部会勧告. スポーツ参加のための診断基準. 日本臨床スポーツ医学会誌. 1999, 7: S112 - 132.
- 25) 山崎 元, 大西祥平, 勝川史憲, 他. 心疾患が検出された競技アスリートの運動継続の可否判断 "26th Bethesda conference" の解説 . 日本医事新報. 1996, 3766: 23 - 27.
- 26) Maron BJ, Mitten MJ, Quandt EF, et al. Competitive athletes with cardiovascular disease - the case of Nicholas Knapp. *N Engl J Med* 1998, 339: 1632 - 1635.

表 スクリーニング検査の基準²⁾

-
- (1) 患者のQOL改善に役立つ。
 - (2) 異常が発見された場合に有効な治療手段がある。
 - (3) 無症状期に異常を検出できる。
 - (4) 発症後に治療するよりも無症状期に治療したほうが優れた結果が得られる。
 - (5) 実用的な検査法がある。
 - (6) 異常の発生頻度からみてスクリーニング検査の費用負担を正当化できる。
-