

## 監督・コーチ様に対するアンケート

※ □には該当する項目に☑を、( )には数字や内容をお書き下さい

### (1) 指導者様自身・指導チームの基本情報について

■チーム名 ( )	■役割	<input type="checkbox"/> 監督 / <input type="checkbox"/> コーチ
■年齢 ( ) 歳	■指導者歴 ( ) 年	■野球（プレイヤー）歴 ( ) 年
■チームの学年	<input type="checkbox"/> 小学生 / <input type="checkbox"/> 中学生	■チームの球種 <input type="checkbox"/> 軟式 / <input type="checkbox"/> 硬式
■野球肘検診参加回数 ( ) 回目	■チームの総部員数 ( ) 名	
■年間試合数	<input type="checkbox"/> ～50 <input type="checkbox"/> 51～60 <input type="checkbox"/> 61～70 <input type="checkbox"/> 71～80	
	<input type="checkbox"/> 81～90 <input type="checkbox"/> 91～100 <input type="checkbox"/> 101 試合以上	
■検診参加理由	<input type="checkbox"/> 必要性を感じたから	<input type="checkbox"/> 以前参加し、良かったから
	<input type="checkbox"/> 連盟から要請の要請	<input type="checkbox"/> その他 ( )

### (2) 選手のコンディショニングについて

■練習または試合の前後のストレッチはどの程度の時間をかけていますか？
練習前 ( ) 分 / 練習後 ( ) 分
試合前 ( ) 分 / 試合後 ( ) 分
■練習または試合の前後にはどのようなストレッチをしていますか？
※①スタティックストレッチ →柔軟体操のように、静止して行うもの
②バリスティックストレッチ →ラジオ体操・ブラジル体操のように、動いて行うもの
練習前： <input type="checkbox"/> ①のみ <input type="checkbox"/> ②のみ <input type="checkbox"/> ①と②両方 <input type="checkbox"/> ①も②もしていない
練習後： <input type="checkbox"/> ①のみ <input type="checkbox"/> ②のみ <input type="checkbox"/> ①と②両方 <input type="checkbox"/> ①も②もしていない
試合前： <input type="checkbox"/> ①のみ <input type="checkbox"/> ②のみ <input type="checkbox"/> ①と②両方 <input type="checkbox"/> ①も②もしていない
試合後： <input type="checkbox"/> ①のみ <input type="checkbox"/> ②のみ <input type="checkbox"/> ①と②両方 <input type="checkbox"/> ①も②もしていない
■練習または試合後にアイシングをさせていますか？
<input type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> いいえ
■上記で「はい」と答えた方にお聞きします。
アイシングさせる選手→ <input type="checkbox"/> 全員 <input type="checkbox"/> 投手 <input type="checkbox"/> 捕手 <input type="checkbox"/> 野手 <input type="checkbox"/> 痛みがある選手 <input type="checkbox"/> 希望者
アイシングさせる時間→ <input type="checkbox"/> 1～10分 <input type="checkbox"/> 11～20分 <input type="checkbox"/> 21分以上 <input type="checkbox"/> 選手に任せる
■もし選手が肘痛を訴えた場合、どのように対応しますか？
<input type="checkbox"/> 投球中止・制限 <input type="checkbox"/> 投球以外の練習を行わせる <input type="checkbox"/> 本人（保護者）に任せている
■もし選手が肘痛を訴えた場合、どのような医療機関を勧めますか？
<input type="checkbox"/> 病院・整形外科クリニック <input type="checkbox"/> 病院以外の医療機関（整骨院・鍼灸）
<input type="checkbox"/> 医療機関以外またはそのまま様子を見る

### (3) 障害予防のためのガイドラインについて

- 野球障害予防に関する提言（臨床スポーツ医学会）の存在を知っていますか？  
はい / いいえ
- チームに投手・捕手はそれぞれ何名いますか？ 投手（ ）名 / 捕手（ ）名
- 練習日数（ ）日/週 ※試合含む
- 練習時間（ ）時間/日 ※最も多い日
- 1日の全力投球数（キャッチボール等は除く）※最も多く投げる日（試合を含む）  
投手： 0～50球    51～100球    101球以上    数えたことがない  
捕手： 0～50球    51～100球    101球以上    数えたことがない  
野手： 0～50球    51～100球    101球以上    数えたことがない
- 1週間の全力投球数（キャッチボール等は除く）※最も多く投げる週（試合を含む）  
投手： 0～100球    101～200球    201球以上    数えたことがない  
捕手： 0～100球    101～200球    201球以上    数えたことがない  
野手： 0～100球    101～200球    201球以上    数えたことがない
- 同じ投手に1日2試合以上登板させることがありますか？  
はい / いいえ
- チームの年間スケジュールの中にシーズンオフ（投球しない期間）はありますか？  
はい→（ ）月～（ ）月 / いいえ
- シーズンオフ期間などに野球以外の他のスポーツをさせる機会がありますか？  
はい→（例：                      ） / いいえ
- ウォーミングアップ（ストレッチを含む比較的強度の低い準備運動）の時間  
練習前（ ）分 / 試合前（ ）分
- クールダウン（ストレッチを含む比較的強度の低い整理運動）の時間  
練習後（ ）分 / 試合後（ ）分
- 選手の痛みやケガのチェックを定期的に行っていますか？  
定期的に行っている    異変に気付いた時のみ    特に行っていない
- 選手の障害予防のために、投球制限は必要だと感じますか？  
はい / いいえ
- 選手の障害予防のために、練習日数や時間の制限は必要だと感じますか？  
はい / いいえ
- 選手の障害予防のために、専門医（病院の医師）による定期検診は必要だと感じますか？  
はい / いいえ

(4) ご意見・ご感想

<p>■少年野球選手を育てていく上で、難しいと感じておられることを自由にお書きください。</p> <p>[ ]</p>
<p>■野球障害を予防するために、指導者様自身が重要だと感じることを自由にお書き下さい。</p> <p>[ ]</p>
<p>■怪我をしやすい子と、しにくい子にはどのような特徴があると思いますか？</p> <p>怪我をしやすい子→ [ ]</p> <p>怪我をしにくい子→ [ ]</p>

※以下(5)の質問は、過去に野球肘検診を受けたことがある  
チームの指導者様のみお答え下さい。

(5) チームの変化について

<p>■定期的な野球肘検診は必要だと思いますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>はい / <input type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>■過去の野球肘検診後、チームに変化はありましたか？</p>	<p><input type="checkbox"/>はい / <input type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>■上記で「はい」と答えた方は、何が変化したのかをお答え下さい(複数回答可)</p>	
<p><input type="checkbox"/>ケガ人が減った</p>	<p><input type="checkbox"/>肘痛が減った</p>
<p><input type="checkbox"/>練習時間が変わった</p>	<p><input type="checkbox"/>練習内容が変わった</p>
<p><input type="checkbox"/>試合数が変わった</p>	<p><input type="checkbox"/>アイシングをするようになった</p>
<p><input type="checkbox"/>アイシング時間が変わった</p>	<p><input type="checkbox"/>定期的に痛みをチェックするようになった</p>
<p><input type="checkbox"/>柔軟性チェックを行うようになった</p>	<p><input type="checkbox"/>推薦ストレッチを取り入れるようになった</p>
<p><input type="checkbox"/>ストレッチ時間が変わった</p>	<p><input type="checkbox"/>投球数を制限するようになった</p>
<p><input type="checkbox"/>食事内容(栄養)を考えるようになった</p>	<p><input type="checkbox"/>その他( )</p>

以上でアンケートは終了となります。ご協力ありがとうございました。

今後の野球肘検診案内の為、よろしければご連絡の繋がるメールアドレスをご記入ください。

○代表者氏名 : \_\_\_\_\_

○メールアドレス : \_\_\_\_\_