



5 幼児用生活管理指導表について

このしおりには「幼児生活管理指導表」はあえて掲載しませんでした。

平成10年度に文部科学省から発表された新しい学習指導要領に幼稚園は含まれていないこと、幼稚園では各種の教科体育種目が小学校や中学・高等学校のように詳細に設定されていないこと、加えて最近多くの幼稚園で‘自由保育’が実施されていて、運動的保育への取り組みも各園で各々特色があり、必ずしも一律でないからです。

指導の原則に添って幅広い生活指導を適切に行っていただきたいと考えます。

心疾患を持ち、指導区分を必要とする幼児の施設内外での生活管理指導の原則は以下のように考えます。

「A」：在宅医療または入院が必要

「B」：登園はできるが運動は不可

「C」：「同年齢の平均的幼児にとっての軽い運動」には参加可

「D」：「同年齢の平均的幼児にとっての中等度の運動」まで参加可

「E」：「同年齢の平均的幼児にとっての強い運動」にも参加可

また、「軽い運動」「中等度の運動」「強い運動」の定義は前記のとおりです（3ページ参照）。



6 心臓病に対する学校生活管理指導表の活用

（1）運動部（クラブ）活動、可と禁の判定の目安

児童生徒にみられる心疾患は、軽症のものから重症のものまで様々です。その大部分は軽症例ですが、運動部（クラブ）活動の可否の判断に困難を感じることがあります。ここでは運動部（クラブ）活動の可と禁の判断の目安を示します。運動部（クラブ）活動はかならずしも運動選手を目指す参加だけとは限りませんが、この「目安」での（可）（禁）は運動選手を目指す運動部（クラブ）活動の可否を意味します。

A. 運動部（クラブ）活動可に該当する疾患

1. 先天性心疾患

●手術前の先天性心疾患	（心電図で心房・心室への負荷がないもの）
心室中隔欠損症	肺高血圧がなく、心エコー検査などで短絡量が少ないもの
心房中隔欠損症	心エコー検査などで短絡量が少ないもの
肺動脈狭窄症	心エコー検査などで圧較差が30mmHg未満のもの
動脈管開存症	肺高血圧がなく、心エコー検査などで短絡量が少ないもの
僧帽弁閉鎖不全症	心エコー検査で弁逆流が左房後壁に到達しないもの
大動脈狭窄症	心エコー検査などで圧較差が20mmHg未満のもの
大動脈弁閉鎖不全症	心エコー検査などで弁逆流が軽微なもの
心内膜床欠損症	不完全型で心エコー検査などで短絡量が少なく、僧帽弁逆流が軽微なもの

●手術後の先天性心疾患

心室中隔欠損症	術前に準ずる、不整脈がないもの
心房中隔欠損症	術前に準ずる、不整脈がないもの
動脈管開存症	術前に準ずる、問題がなく治癒しているものは管理不要
肺動脈狭窄症	心エコー検査などで圧較差が30mmHg未満で、弁逆流が軽微なもの

2. 後天性心疾患

川崎病心後遺症	川崎病の管理基準に準ずる
---------	--------------

3. 不整脈

基礎疾患を認めない不整脈の管理基準に準ずる

B. 運動部（クラブ）活動禁に該当する疾患

1. 先天性心疾患

●手術前の先天性心疾患

心室中隔欠損症	無症状であっても心エコー検査などで短絡量が少なくないと推定されるもの、不整脈や左室負荷のあるもの
心房中隔欠損症	無症状であっても心エコー検査などで短絡量が少なくないと推定されるもの、不整脈を伴うもの
肺動脈狭窄症	無症状で、心電図で右室負荷がなくても心エコー検査などで圧較差30mmHg以上が推定されるもの
動脈管開存症	短絡量が少なくないと推定されるもの
僧帽弁閉鎖不全症	心エコー検査で弁逆流が左房後壁に到達するもの
大動脈狭窄症	心エコー検査などで圧較差が20mmHg以上と推定されるもの
大動脈弁閉鎖不全症	心エコー検査などで弁逆流が軽微でないと推定されるもの
心内膜床欠損症	不完全型で心エコー検査などで短絡量が少なくないと推定され、僧帽弁逆流が軽微ではないもの

●手術後の先天性心疾患

手術を受けた医療機関の専門医による定期的な経過観察・検査で判断されるべきですが、転居・医療機関の特性などによってそれが不可能なときは小児循環器専門医の判断を仰ぐべきです。

2. 後天性心疾患

川崎病心後遺症	川崎病の管理基準に準ずる
---------	--------------

3. 不整脈

基礎疾患を認めない不整脈の管理基準に準ずる

- 注 ① 上記の判断は心電図、胸部レントゲン写真、心エコー検査などを検査し、医師による個々の児童生徒に対する診察で決められるべきです。その際、運動負荷心電図、ホルター心電図などの所見も参考になります。
- ② 心エコー検査などで左右短絡が少ないという目安は心房中隔欠損症で30～50%、心室中隔欠損症や動脈管開存症では20～30%を目安にします。
- ③ 運動部（クラブ）活動可でも定期的経過観察は必要です。
- ④ 選手を目指す運動部（クラブ）活動の他にマネージャーや記録係などとしての参加もあります。

(2) 基礎疾患を認めない不整脈の管理基準(2002年改訂)

心臓病管理指導表が学校生活管理指導表と改められ、それに伴い、不整脈の管理基準を一部改訂する必要がでてきました。この基準は一応の目安であり、個々の症例によって基準を変更できます。なお管理区分の(可)・(禁)は選手を目指した運動部(クラブ)活動の可否を意味します。

不整脈の種類	条 件	管 理 区 分	観 察 期 間
洞性不整脈		管理不要	
接合部調律 接合部補充収縮		管理不要	
上室期外収縮	心房性、結節性	管理不要	
	多形性または二連発	E(可)	6ヵ月～1年毎
上室頻拍	①比較的短時間で消失 ②自覚症状がないか、あるいはきわめて軽い ③心不全がない ④運動負荷によって誘発されない 以上の条件を満たす	E(可)	6ヵ月～1年毎
	運動負荷により誘発される ただし頻拍時に心拍数が少なく、短時間で消失する	D E(禁)	1～3ヵ月毎 3～6ヵ月毎
	心不全を認めるが、治療が奏功する	DまたはE(禁)	必要に応じて
	治療は奏功しないが、心不全や自覚症状がない	DまたはE(禁)	1～6ヵ月毎
	治療は奏功せず、心不全がある	A、BまたはC	必要に応じて
心房粗動・細動	運動負荷によっても心室拍数の増加が少ない	DまたはE(禁)	必要に応じて
	運動負荷により心室拍数が著しく増加する	CまたはD	必要に応じて
心室期外収縮 (運動負荷心電図を記録し、必要に応じてホルター心電図も記録する)	連発がなく、単形性で、運動負荷により消失、減少または不変	E(可) ただし長期観察例では管理不要	1～3年毎
	小学校低学年では連発がなく、単形性で1～3分の安静時心電図においてその発生が少ない	E(可) または管理不要	1～3年毎
	運動負荷により著しい増加、多形性または二連発が出現する	DまたはE(禁)	1～6ヵ月毎
	安静時心電図で多形性または二連発がある ただし運動負荷により心室不整脈が消失する	DまたはE(禁) E(禁)またはE(可)	必要に応じて 6ヵ月～1年毎
心室副収縮		心室期外収縮に準ずる	
心室頻拍 (運動負荷心電図、ホルター心電図、心エコー図を記録し、慎重に決定する)	失神発作、心不全、自覚症状などがなく、運動負荷により消失または減少し、非持続性である ただし連発数が少なく、心室拍数が少なく、運動負荷により消失する	DまたはE(禁) E(禁)またはE(可)	1～6ヵ月毎 6ヵ月～1年毎
	失神発作、心不全の既往はないが、運動負荷によって誘発される、または減少しない	B、CまたはD	必要に応じて
	失神発作、心不全の既往はあるが、治療が奏功し、運動負荷によって誘発されない	C、DまたはE(禁)	必要に応じて
	失神発作または心不全を伴い、治療が充分奏功しない	AまたはB	必要に応じて

不整脈の種類	条 件	管 理 区 分	観 察 期 間
促進性固有心室調律	運動負荷により正常洞調律となる	E (可)	1年毎
	運動負荷により正常洞調律にならない	心室頻拍に準ずる	
QT延長	失神発作、家族歴等がなく、心電図所見のみのもの	E (可)	1年毎
	運動中の失神発作の既往がある ただし薬物でコントロールされている	BまたはC D	必要に応じて 必要に応じて
	失神発作の既往はあるが、運動とは無関係に出現する	C、DまたはE (禁)	必要に応じて
WPW症候群	上室頻拍の既往なし	E (可)	1～3年毎
	上室頻拍の既往あり	上室頻拍に準ずる	
完全右脚ブロック	他の合併所見がないもの ただし左軸偏位やPR時間延長が合併しているもの	管理不要 E (可) または管理不要	1～3年毎
完全左脚ブロック		専門医の判断による	必要に応じて
1度房室ブロック	PR時間0.24秒以下(小学生)、または0.28秒以下(中学・高校生)	管理不要	
	運動負荷によりPR時間が正常化する	管理不要	
	運動負荷によりPR時間が正常化しない	E (可)	1年毎
	運動負荷により2度以上の房室ブロックが出現する	該当項目に準ずる	
2度房室ブロック (運動負荷で正常房室伝導が見られない場合はホルター心電図を記録する)	運動負荷によりWenckebach型が正常房室伝導になる	管理不要	
	運動負荷により1度房室ブロックになる	E (可)	1～3年毎
	運動負荷でも2度房室ブロックのまま	E (禁) または E (可)	6ヵ月～1年毎
	運動負荷により高度または完全房室ブロックになる	高度房室ブロックに準ずる	
	Mobitz II型	高度房室ブロックに準ずる	
高度及び完全房室ブロック(運動負荷心電図やホルター心電図を記録し、必要に応じて電気生理学的検査を行う)	運動負荷時に心室拍数が2倍以上で症状がない	DまたはE (禁)	3～6ヵ月毎
	運動負荷時に心室拍数が2倍以上に増加しない	CまたはD	3～6ヵ月毎
	運動負荷時に心室期外収縮や心室頻拍が頻発する	C	必要に応じて
	Adams-Stokes発作や心不全を伴う	A、BまたはC	必要に応じて
洞不全症候群(運動負荷心電図やホルター心電図を記録し、必要に応じて電気生理学的検査を行う)	徐脈傾向が軽度で、運動負荷により心室拍数の増加が良好	DまたはE (禁)	3～6ヵ月毎
	運動負荷でも心室拍数の増加が悪い	CまたはD	必要に応じて
	Adams-Stokes発作や心不全を伴う	A、BまたはC	必要に応じて

- 注① 運動負荷は十分な監視のもとに心拍数150/分以上になることを目標とします。ただし、高度または完全房室ブロック、洞不全症候群ではこの心拍数を目標としません。
- 注② 運動部(クラブ)の参加に関しては、激しい練習や試合を伴うものについては上記()内としますが、運動量や参加の方法によっては「C」「D」でも参加可能なものもあります。
- 注③ 徐脈性不整脈では等尺運動や潜水運動に特に注意します。
- 注④ 治療が必要な不整脈はまず治療が優先されるので心室頻拍、QT延長症候群、高度房室ブロック、洞不全症候群などの不整脈は専門医による管理が望まれます。