

## 事例 8

(不適切な事例・急性期時期尚早による非該当)

### 〔解説〕

次の項目の記載がなく不備である。

- ・「疾病・外傷発生年月日」、「参考となる経過・現症」欄の「障害固定又は障害確定(推定)年月日」「総合所見」欄
- ・「心電図所見」の検査年月日、各検査項目の該当の有無

次に、手術を以って、1級とするのは「弁置換、弁移植」「心臓移植」のみである。「人工心肺装着術」とあるが、拡張型心筋症の急性増悪のための処置であり、10月9日施行、10月18日診断となっていることから、この状態を以って症状固定と見なすことは妥当でなく、非該当とするのが適当である。

急性期を脱して、症状が落ち着いた時点での再診断が妥当である。

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書( <b>心臓機能</b> 障害用 )		18歳以上用	
総括表			
氏名 ○○○○	平成4年10月31日生	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
住所 ○○○○○○○○			
① 障害名(部位を明記) <b>心臓機能障害</b>			
② 原因となった疾病・外傷名		<b>拡張型心筋症</b> 外傷・自然災害・ <input checked="" type="radio"/> 疾病 先天性・その他( )	
② 疾病・外傷発生年月日 年 月 日			
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)			
<p><b>拡張型心筋症のため、当院治療目的にて受診。</b>  <b>急性増悪のため、機械的補助が必要となり、令和3年10月9日より人工心肺管理を開始した。</b></p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日</p>			
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)			
<p style="text-align: right;">[将来再認定 要(軽度化・重度化) <input checked="" type="radio"/>不要]                      [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]</p>			
⑥ その他参考となる合併症状			
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 <b>令和3年10月18日</b> 病院又は診療所の名称 <b>○○病院</b> 電話 <b>○○(○○)○○○○</b> 所在地 <b>○○○○○○○○</b> 診療担当科名 <b>○○科</b> 医師氏名 <b>○○○○</b> <input checked="" type="radio"/> 印			
身体障害者福祉法第15条第3項の意見			
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に		障害程度等級についての参考意見	
<input checked="" type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 該当しない。		1 級相当	
留意事項 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。			

(日本産業規格A列4番)

第7号様式(第3条関係)

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

(該当するものを○で囲むこと。)

1 臨床所見

- |         |  |            |  |
|---------|--|------------|--|
| ア 動悸    | (有・無)  | キ 浮腫       | <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 |
| イ 息切れ   | (有・無)  | ク 心拍数      |  |
| ウ 呼吸困難  | <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 | ケ 脈拍数      |  |
| エ 胸痛    | (有・無)  | コ 血圧       | (最大 <b>90</b> 、最小 <b>70</b> )                              |
| オ 血痰    | (有・無)  | サ 心音       |  |
| カ チアノーゼ | (有・無)  | シ その他の臨床所見 |  |
| ス       | 重い不整脈発作のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等                          |            |  |

2 胸部エックス線所見(令和3年10月14日)



全肺野 スリガラス様

心胸比

3 心電図所見(令和3年10月 日)

- |   |                 |
|---|-----------------|
| ア 陳旧性心筋梗塞   | (有 ・ 無)         |
| イ 心室負荷像   | (有<右室、左室、両室>・無) |
| ウ 心房負荷像   | (有<右房、左房、両房>・無) |
| エ 脚ブロック   | (有 ・ 無)         |
| オ 完全房室ブロック  | (有 ・ 無)         |
| カ 不完全房室ブロック   | (有 第 度・無)       |
| キ 心房細動(粗動)  | (有 ・ 無)         |
| ク 期外収縮  | (有 ・ 無)         |
| ケ STの低下   | (有 mV・無)        |
| コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導<br>(ただし、V <sub>1</sub> を除く。)のいずれかの<br>Tの逆転 | (有 ・ 無)         |
| サ 運動負荷心電図におけるSTの<br>0.1mV以上の低下                                | (有 ・ 無)         |

4 その他の心電図所見

5 不整脈発作のある者は発作中の心電図所見(発作年月日記載)

6 活動能力の程度

ア 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの又はこれらの活動では心不全症状若しくは狭心症症状が起こらないもの

イ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの又は頻回に頻脈発作を繰り返して、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの

ウ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状が起こるもの

エ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰り返し必要としているもの

**オ** 安静時若しくは自己身の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの又は繰り返してアダムス・ストークス発作が起こるもの

(注) 活動能力の程度と等級の関係は次のとおりで作られているものである。

- ア …………… 非該当
- イ、ウ ……… 4級相当
- エ …………… 3級相当
- オ …………… 1級相当

7 ペースメーカー (有 年 月 日・**無**)

人工弁移植、弁置換 (有 年 月 日・**無**)

体内植え込み型除細動器 (有 年 月 日・**無**)

8 ペースメーカーの適応度 ( クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ )

体内植込み型除細動器の適応度 ( クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ )

9 身体活動能力(運動強度) ( メッツ)

10 その他の手術の状況

ア 手術の種類 (人工心肺装着術(開胸下) )

イ 手術年月日 (令和3年10月9日 実施済 ・ 予定 )