

2 事例

事例 1

(適切な事例・18歳未満3級)

〔解説〕

「養護の区分」で(4)継続的要治療(3級相当)に該当し、これを裏付ける客観的所見が「心音・心雑音の異常」「多呼吸又は呼吸困難」「運動制限」「チアノーゼ」「心胸比61%」「肺血流量増」「心室負荷像」「心房負荷像」と8項目(5項目以上 3級相当)認められることから、3級の判定は適当である。

なお、原発性肺高血圧症の進行などによる病状の悪化や手術などによって将来的に障害程度の変化が予想される場合は、術後に再認定することが適当である。

身体障害者診断書・意見書(心臓機能 障害用) 18歳未満用		
総括表		
氏名 ○○○○	平成23年 2月19日生	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○		
① 障害名(部位を明記) 心臓機能障害		
② 原因となった疾病・外傷名	心室中隔欠損	外傷・自然災害・疾病 <input checked="" type="radio"/> 先天性・その他()
② 疾病・外傷発生日	平成26年2月19日	
③ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)		
<p>6歳頃から運動時の息切れがあり、心不全が強く、浮腫のため体重の急激な増加があり、令和2年12月入院となった。現在、心胸比61%、右室・心房著明に拡大している。本年3月24日の心臓カテーテル検査では、右心圧の著明な上昇を認めている。</p>		
障害固定又は障害確定(推定) 令和3年4月30日		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)		
<p>現在、洗面等はひとりで可能だが運動時チアノーゼと呼吸促進等で全身けんたいがあり、継続的な医療を要す</p>		
[将来再認定 <input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 軽度化・ <input type="radio"/> 重度化・ <input type="radio"/> 不要] [再認定の時期 <input checked="" type="radio"/> 1年後・ <input type="radio"/> 3年後・ <input type="radio"/> 5年後]		
⑥ その他参考となる合併症状 原発性肺高血圧症		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和3年 5月 8日 病院又は診療所の名称 ○○病院 電話 ○○(○○)○○○○ 所在地 ○○○○○○○○ 診療担当科名 ○○科 医師氏名○○○○ <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 <input checked="" type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 該当しない。	障害程度等級についての参考意見 3 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。		

第8号様式(第3条関係)

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳未満用)

(該当するものを○で囲むこと。)

1 臨床所見

- ア 著しい発育障害 (有・無)
- イ 心音・心雑音の異常 (有・無)
- ウ 多呼吸又は呼吸困難 (有・無)
- エ 運動制限 (有・無)
- オ チアノーゼ (有・無)
- カ 肝腫大 (有・無)
- キ 浮腫 (有・無)

2 検査所見

(1) 胸部エックス線所見 (令和3年4月5日)



心胸比 61%

- ア 心胸比0.56以上 (有・無)
- イ 肺血流増加又は減 (有・無)
- ウ 肺静脈うっ血像 (有・無)

(2) 心電図所見

- ア 心室負荷像 [右室 左室、両室]・無
- イ 心房負荷像 [右房 左房、両房]・無
- ウ 病的な不整脈 [種類] (有・無)
- エ 心筋障害像 [所見] (有・無)

(3) 心エコー図、冠動脈造影所見(令和3年3月24日)

- ア 冠動脈の狭窄又は閉塞 (有・無)
- イ 冠動脈瘤又は拡張 (有・無)
- ウ その他 **右室 平均圧52mmHg、肺高血圧所見あり**

3 養護の区分

- (1) 6箇月から1年ごとの観察 (④) 継続的要治療
- (2) 1箇月から3箇月ごとの観察 (5) 重い心不全、低酸素血症、アダムス・ストークス発作又は狭心症発作で継続的医療を要するもの
- (3) 症状に応じて要治療

(注) 養護の区分と等級の関係は次のとおりに作られているものである。

- (1) ……………非該当 (4) ……………3級相当
- (2)、(3) ……4級相当 (5) ……………1級相当

- 4 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)

5 その他の手術の状況

- ア 手術の種類 ()
イ 手術年月日 (年 月 日 実施済 ・ 予定)