

事例 11  
(適切な事例・再認定)

再認定のための診断書

**【疾病・手術施行日等】**

房室ブロックによる心臓機能障害

平成30年7月2日 ペースメーカー植込み

**【解説】**

平成30年9月に新規で心臓機能障害1級（再認定1年）の手帳を取得している方の、再認定のための診断書である。

ペースメーカー植込み術を行っているため、再認定の際の判断基準は、身体活動能力に基づき判断するとしており、「身体活動能力（運動強度）」は「3メッツ」とあることから、心臓機能障害3級の判定は適当である。

国のQAにより、ICDの作動に伴うものを除き、更なる再認定を行う必要はないと考える。

(事例11)

第2号様式(第3条関係)

再認定診査用

身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害用 18歳以上用) 総括表	
氏名 ○○○○	昭和24年 3月 1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>房室ブロック</b> 外傷・自然災害・ <input checked="" type="radio"/> 疾病 先天性・その他( )
③ 疾病・外傷発生年月日 <b>平成30年 7月 1日</b>	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)	
<p>平成30年7月1日、息切れあり。24時間Holter心電図の結果、房室ブロックを診断され、同年7月2日、ペースメーカー植え込み術施行。平成30年9月に心臓機能障害1級の身障手帳取得済み。今回、再認定により、当院受診。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) <b>平成30年 9月 1日</b></p>	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)	
<p><b>クラスIであるが、メッツは3である。</b>  <b>再認定時の基準により、心臓機能障害3級に該当するものと思われる。</b></p> <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	
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p><b>令和3年 9月15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</p>	
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 <p style="text-align: center;"><b>3</b> 級相当</p>
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 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> )    | キ 浮腫 (有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> ) |
| イ 息切れ (有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> )   | ク 心拍数 <b>60</b>  |
| ウ 呼吸困難 (有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> )  | ケ 脈拍数 <b>60</b>  |
| エ 胸痛 (有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> )    | コ 血圧 (最大 <b>120</b> 、最小 <b>60</b> )                                |
| オ 血痰 (有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> )    | サ 心音   |
| カ チアノーゼ (有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> ) | 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 9月14日**)

**左前胸部ペースメーカー植込後**



心胸比 **48%**

3 心電図所見(**令和3年 9月14日**)

- |   |   |
|---|---|
| ア 陳旧性心筋梗塞   | (有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> )                           |
| イ 心室負荷像   | (有<右室、左室、両室> <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> )                 |
| ウ 心房負荷像   | (有<右房、左房、両房> <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> )                 |
| エ 脚ブロック   | (有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> )                           |
| オ 完全房室ブロック  | <input checked="" type="radio"/> (有) <input type="radio"/> (無)                          |
| カ 不完全房室ブロック   | (有 第 <input checked="" type="radio"/> 度 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> ) |
| キ 心房細動(粗動)  | (有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> )                           |
| ク 期外収縮  | (有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> )                           |
| ケ STの低下   | (有 mV <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> )                        |
| 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 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> )                           |
| サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1<br>mV以上の低下                                | (有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> <b>未施行</b> )                           |

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て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** 平成30年7月 2日・ 無)

人工弁移植、弁置換 (有 年 月 日・ 無)

体内植込み型除細動器 (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) ( **3** メッツ)

10 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 )