

事例 12

(適切な事例・先天性疾患による除細動器植込み)

新規申請

【疾病・手術施行日等】

特発性心室細動による心臓機能障害

令和3年10月31日 体内植込み型除細動器植込み

【解説】

申請者は、診断日時点では満18歳であるが、総合所見に「18歳未満で発症した心疾患により除細動器を植え込んだ」とあり、疾病・障害発生日時点では、18歳に満たないため、基準に定める「先天性疾患により除細動器植え込んだもの」に該当し、心臓機能障害1級の判定は妥当である。

また、基準では「ペースメーカー又は体内植込み型除細動器を植え込みした者(先天性疾患により植え込みしたものを除く。)については、原則として、当該植え込みから3年以内の期間内に再認定のための診査を行うこととする。」とあることから、将来再認定は不要となる。

(事例12)

第2号様式(第3条関係)

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 ○○○○	平成17年 5月20日生	男 <input checked="" 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	特発性心室細動	外傷・自然災害・疾病 <input checked="" type="radio"/> 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生日	令和3年10月26日	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)		
令和3年10月26日に学校の授業中に意識消失発作あり救急要請。 心室細動が確認されAED計3回作動し除細動に成功、その後当院救命救急センターへ搬送となった。		
障害固定又は障害確定(推定) 令和3年10月31日		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)		
特発性心室細動蘇生後であり、植込み型除細動器植え込み適応と診断した。 18歳未満で発症した心疾患により除細動器を植え込んだものであり、1級に相当。将来再認定は不要である。		
[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]		
⑥ その他参考となる合併症状 心臓超音波検査及びMRIで壁肥厚所見あり		
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 12月 5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"/>		
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 ・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 <input checked="" type="radio"/> 無) | キ 浮腫 (有 <input checked="" type="radio"/> 無) |
| イ 息切れ (有 <input checked="" type="radio"/> 無) | ク 心拍数 101回/分 |
| ウ 呼吸困難 (有 <input checked="" type="radio"/> 無) | ケ 脈拍数 101回/分 |
| エ 胸痛 (有 <input checked="" type="radio"/> 無) | コ 血圧 (最大127、最小76) |
| オ 血痰 (有 <input checked="" type="radio"/> 無) | サ 心音 清 |
| カ チアノーゼ (有 <input checked="" type="radio"/> 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11月27日)

植込み型除細動器 (ICD) あり



心胸比 60%

3 心電図所見(令和3年11月26日)

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

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)

令和3年10月26日 AED記録上心室細動を認めた。

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す、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)

体内植込み型除細動器 **(有 令和3年10月31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) (4 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)