

令和5年度身体障害者福祉法
第15条指定医師研修会資料

心臓機能障害

[事例研究]

目 次

〔適切な事例〕

事例 1	冠動脈形成術施行後に申請された事例	1
事例 2	拡張型心筋症で申請された事例	5
事例 3	大動脈弁置換の手術施行後に申請された事例	9
事例 4	近い将来手術予定のある事例	13
事例 5	乳幼児のため再認定が必要な事例	17
事例 6	ペースメーカー等の植え込み術後に申請された事例	21

〔不適切な事例〕

事例 7	ペースメーカー等の植え込み術後に申請された事例	25
事例 8	ペースメーカー等の植え込み術後の再認定による事例	29
事例 9	時期尚早な事例（1）	33
事例 10	時期尚早な事例（2）	37
事例 11	大動脈弁置換術の予定で申請された事例	41
事例 12	人工血管置換術施行後に申請された事例	45
事例 13	客観的所見が不足している事例	49
事例 14	活動能力の程度により申請された事例	53
事例 15	活動能力の程度から非該当となる事例	57
事例 16	障害程度変更に該当しない事例	61
事例 17	身体障害者手帳の返還を要する事例	65

事例 1

様式第 1 号 (5) (第 2 条関係)

身体障害者診断書・意見書 (心臓機能障害用)

総括表

氏名	○ ○ ○ ○	昭和 2 6 年 3 月 2 0 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	陳旧性心筋梗塞	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、 <input checked="" type="radio"/> 疾病、先天性、その他 ()	
③ 疾病・外傷発生日	令和 5 年 4 月 2 0 日	場所	自宅
④ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む。)	<p>令和 5 年 4 月 2 0 日夜胸痛出現。4 月 2 1 日近医受診し、心筋梗塞の疑いで当院紹介受診。緊急心カテ施行したところ、左冠動脈前下行枝近位部が完全閉塞していた。経皮的冠動脈形成術施行し、再開通したが心不全合併のため治療 1 2 時間を要した。</p> <p>令和 5 年 7 月 3 0 日、3 か月後の再検査を施行し、前下行枝は全体に造影遅延を示し、前壁中隔の壁運動は高度に障害されていた。陳旧性心筋梗塞となり、障害固定又は障害確定可能と判断した。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和 5 年 7 月 3 0 日</p>		
⑤ 総合所見	<p>前壁中隔心筋梗塞により高度な心機能障害を残している。 今後、心不全や不整脈などが発生してくる可能性が十分に考えられる。</p> <p style="text-align: right;">〔 軽度化による将来再認定 要 ・ <input checked="" type="radio"/>不要) (再 認 定 の 時 期 年 月 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>令和 5 年 9 月 1 0 日</p> <p>病院又は診療所の名称 ○ ○ ○ ○ 病院</p> <p>所 在 地 埼玉県 ○ ○ 市 △ △ 町 1 2 3</p> <p>診療担当科名 循環器 科 医師氏名 ○ ○ ○ ○ ,</p>		
<p>身体障害者福祉法第 1 5 条第 3 項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入]</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <p><input checked="" type="radio"/> 該当する (3 級相当)</p> <p><input type="radio"/> 該当しない</p>			
注意	<p>1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。</p>		

事例 1

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

1 臨床所見

(該当するものを○で囲むこと。)

- | | | | |
|-----------------------------------|--|------------|--|
| ア 動悸 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | キ 浮腫 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| イ 息切れ | (<input checked="" type="radio"/> ・無) | ク 心拍数 | 80/分 |
| ウ 呼吸困難 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | ケ 脈拍数 | 80/分 |
| エ 胸痛 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | コ 血圧 | (最大 100 最小 60) |
| オ 血痰 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | サ 心音 | 清 |
| カ チアノーゼ | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | シ その他の臨床所見 | |
| ス 重い不整脈のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等 | | | |

2 胸部エックス線写真所見(令和5年 7月30日)



心 胸 比 55%

3 心電図所見(令和5年 7月30日)

- | | |
|--|---|
| ア 陳旧性心筋梗塞 | (<input checked="" type="radio"/> ・無) |
| イ 心室負荷像 | (有<右室、左室、両室> <input checked="" type="radio"/>) |
| ウ 心房負荷像 | (有<右房、左房、両房> <input checked="" type="radio"/>) |
| エ 脚ブロック | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| オ 完全房室ブロック | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| カ 不完全房室ブロック | (有第 度・ <input checked="" type="radio"/>) |
| キ 心房細動(粗動) | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| ク 期外収縮 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| ケ STの低下 | (有 mV・ <input checked="" type="radio"/>) |
| コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導
(但しV ₁ を除く)のいずれかのTの逆転 | (<input checked="" type="radio"/> ・無) |
| サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 | (有・無) 施行せず |
| シ その他の心電図所見 | |
| ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載) | |

4 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おこらないもの。

イ 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。

⊕ 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。

- 5 ペースメーカー (有 (年 月 日) ・ ⊖)
- 人工弁移植、弁置換 (有 (年 月 日) ・ ⊖)
- 体内植込み型除細動器 (有 (年 月 日) ・ ⊖)

(注)「有」の場合、手術年月日を記載すること。

- 6 ペースメーカー等の適応度 (クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ)

- 7 身体活動能力(運動強度) (メッツ)

8 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)

適切な事例：1 冠動脈形成術施行後に申請された事例

令和5年4月20日発症、経皮的冠動脈形成術施行から3か月後の所見で、「活動能力の程度」は「エ」で3級相当、心電図にも「ア 陳旧性心筋梗塞」、「コ T波の逆転」の所見が認められることから、3級の意見は適当である。

※ 認定基準では、活動能力の程度が「エ」であることに加え、胸部エックス線所見、心電図所見のうち該当所見が1つあれば3級の基準は満たす。

※ きっかけになった急性心筋梗塞は陳旧性心筋梗塞となることで障害を判定する「適切な時期」となる。一定の治療が終了し、状態が落ち着いた（固定）時期の所見をもって認定することが妥当である。

事例 2

様式第 1 号 (5) (第 2 条関係)

身体障害者診断書・意見書 (心臓機能障害用)

総括表

氏名	○ ○ ○ ○	昭和 4 9 年 1 1 月 9 日生	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 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	拡張型心筋症	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、 <input checked="" type="radio"/> 疾病、先天性、その他 ()	
③ 疾病・外傷発生日	不詳	年 月 日	場所 不詳
③ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む。)	<p>令和 5 年 6 月に呼吸苦、胸部違和感が出現し、7 月 2 4 日に当院受診。心不全と診断。 心不全の精査のため心臓カテーテル、心エコー等の検査を施行、拡張型心筋症と診断した。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和 5 年 8 月 3 日</p>		
④ 総合所見	<p>令和 5 年 8 月 3 日 冠動脈造影にて所見なく、拡張型心筋症と判断。 現在、E F 3 4 %</p> <p style="text-align: right;">〔 軽度化による将来再認定 要 ・ <input checked="" type="radio"/> 不要 〕 (再認定の時期 年 月 後)</p>		
⑥ その他参考となる合併症状	呼吸苦		
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p>令和 5 年 8 月 3 1 日</p> <p>病院又は診療所の名称 ○ ○ ○ 病院 所 在 地 埼玉県 ○ ○ 市 ○ ○ 1 - 4 - 8 2 診療担当科名 循環器 科 医師氏名 ○ ○ ○ ○</p>			
<p>身体障害者福祉法第 1 5 条第 3 項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入] 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 (3 級相当) <input type="radio"/> 該当しない</p>			
注意	<p>1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。</p>		

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

1 臨床所見

(該当するものを○で囲むこと。)

- | | | | |
|-----------------------------------|--|------------|--|
| ア 動悸 | (<input checked="" type="radio"/> ・無) | キ 浮腫 | (<input checked="" type="radio"/> ・無) |
| イ 息切れ | (<input checked="" type="radio"/> ・無) | ク 心拍数 | 85 |
| ウ 呼吸困難 | (<input checked="" type="radio"/> ・無) | ケ 脈拍数 | 85 |
| エ 胸痛 | (<input checked="" type="radio"/> ・無) | コ 血圧 | (最大 94 最小 72) |
| オ 血痰 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | サ 心音 | ⅢⅣ音 |
| カ チアノーゼ | (<input checked="" type="radio"/> ・無) | シ その他の臨床所見 | |
| ス 重い不整脈のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等 | | | |

2 胸部エックス線写真所見(令和5年 8月31日)



心 胸 比 56%

3 心電図所見(令和5年 8月31日)

- | | |
|---|---|
| ア 陳旧性心筋梗塞 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| イ 心室負荷像 | (有<右室、左室、両室> <input checked="" type="radio"/>) |
| ウ 心房負荷像 | (有<右房、左房、両房> <input checked="" type="radio"/>) |
| エ 脚ブロック | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| オ 完全房室ブロック | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| カ 不完全房室ブロック | (有第 度・ <input checked="" type="radio"/>) |
| キ 心房細動(粗動) | (<input checked="" type="radio"/> ・無) |
| ク 期外収縮 | (<input checked="" type="radio"/> ・無) |
| ケ STの低下 | (<input checked="" type="radio"/> 0.1mV・無) |
| コ 第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導
(但しV ₁ を除く)のいずれかのTの逆転 | (<input checked="" type="radio"/> ・無) |
| サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 | (有・無) 施行せず |
| シ その他の心電図所見 | |
| ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載) | |

4 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おこらないもの。

イ 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。

㊦ 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 安静時若しくは白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。

- 5 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 (年 月 日) ・ 無)

(注)「有」の場合、手術年月日を記載すること。

- 6 ペースメーカー等の適応度 (クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ)

- 7 身体活動能力(運動強度) (メッツ)

8 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)

適切な事例：2 拡張型心筋症で申請された事例

「活動能力の程度」は「エ」で、心電図にも「コ T波の逆転」所見が認められることから、3級の意見は適当である。

※ 心電図所見の「キ 心房細動(粗動)」は「有」だが、臨床所見の「ク 心拍数」に対する「ケ 脈拍数」の欠損が10以上ないため、1・3級の要件にあたらない。心電図所見「ケ STの低下」も「有」だが、0.2mV以上でないため、同様に要件にあたらない。

※ 臨床所見「浮腫」(部分的心臓浮腫)、心電図所見「キ 心房細動(粗動)、ク 期外収縮、ケ STの低下0.1mV」は4級の所見である。

事例 3

様式第 1 号 (5) (第 2 条関係)

身体障害者診断書・意見書 (心臓機能障害用)

総括表

氏名	○ ○ ○ ○	昭和 1 6 年 9 月 2 6 日生	男・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	大動脈弁閉鎖不全症 急性 A 型大動脈解離	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、 <u>疾病</u> 、先天性、その他 ()	
③ 疾病・外傷発生年月日	不詳	年 月 日	場所
④ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む。)	<p>狭心症及び大動脈弁閉鎖不全で当院通院中であった。令和 5 年 8 月 1 1 日に急性 A 型大動脈解離を発症した。</p> <p>令和 5 年 8 月 2 5 日に大動脈弁置換術＋上行大動脈人工血管置換術を施行した。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和 5 年 8 月 2 5 日</p>		
⑤ 総合所見	<p>人工弁による大動脈弁置換術を施行されており、身体障害者 1 級に相当する。</p> <p style="text-align: right;">〔 軽度化による将来再認定 要 ・ <u>不要</u> 〕 (再 認 定 の 時 期 年 月 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 style="text-align: center;">令和 5 年 8 月 2 7 日</p> <p>病院又は診療所の名称 ○ ○ ○ 病院 所 在 地 埼玉県 ○ ○ 市 △ △ 町 1 - 1 - 1 診療担当科名 心外 科 医師氏名 ○ ○ ○ ○</p>			
<p>身体障害者福祉法第 1 5 条第 3 項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入]</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <p>・ <u>該当する</u> (1 級相当)</p> <p>・ 該当しない</p>			
注意	<p>1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。</p>		

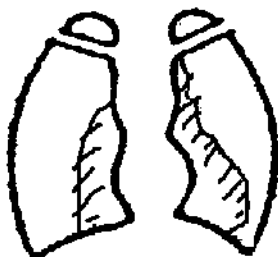
心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

1 臨床所見

(該当するものを○で囲むこと。)

- | | |
|---|---|
| ア 動悸 (有・ <input type="radio"/>) | キ 浮腫 (<input checked="" type="radio"/> ・無) |
| イ 息切れ (<input checked="" type="radio"/> ・無) | ク 心拍数 45 |
| ウ 呼吸困難 (<input checked="" type="radio"/> ・無) | ケ 脈拍数 45 |
| エ 胸痛 (<input checked="" type="radio"/> ・無) | コ 血圧 (最大 120 最小 40) |
| オ 血痰 (有・ <input type="radio"/>) | サ 心音 |
| カ チアノーゼ(有・ <input type="radio"/>) | シ その他の臨床所見 |
| ス 重い不整脈のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等 | |

2 胸部エックス線写真所見(令和5年 8月22日)



心 胸 比 67.3%

3 心電図所見(令和5年 8月22日)

- | | |
|--|---|
| ア 陳旧性心筋梗塞 | (有・ <input type="radio"/>) |
| イ 心室負荷像 | (有<右室、左室、両室> <input type="radio"/>) |
| ウ 心房負荷像 | (有<右房、左房、両房> <input type="radio"/>) |
| エ 脚ブロック | (有・ <input type="radio"/>) |
| オ 完全房室ブロック | (有・ <input type="radio"/>) |
| カ 不完全房室ブロック | (有第 度・ <input type="radio"/>) |
| キ 心房細動(粗動) | (有・ <input type="radio"/>) |
| ク 期外収縮 | (有・ <input type="radio"/>) |
| ケ STの低下 | (<input checked="" type="radio"/> 0.1mV・無) |
| コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導
(但しV ₁ を除く)のいずれかのTの逆転 | (<input checked="" type="radio"/> ・無) |
| サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 | (有・無) |
| シ その他の心電図所見 | |
| ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載) | |

4 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おこらないもの。

イ 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。

㊦ 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 安静時若しくは白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。

- 5 ペースメーカー (有 (年 月 日) ・ 無)
 人工弁移植、弁置換 (R5年 8月 25日) ・ 無)
 体内植込み型除細動器 (有 (年 月 日) ・ 無)

(注)「有」の場合、手術年月日を記載すること。

- 6 ペースメーカー等の適応度 (クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ)

- 7 身体活動能力 (運動強度) (メッツ)

8 その他の手術の状況

ア 手術の種類 (上行大動脈人工血管置換術)

イ 手術年月日 (R5年 8月 25日 実施済 ・ 予定)

適切な事例：3 大動脈弁置換の手術施行後に申請された事例

「大動脈弁置換」術後のため、「活動能力の程度」に関係なく1級の意見は適当である。

疑義解釈によると、

- 1 弁移植、弁置換術を行ったものは年齢にかかわらず、いずれも1級として認定することが適当である。
- 2 人工弁移植、弁置換は機械弁に限らず、動物の弁（生体弁）を移植した場合も同様に取り扱うこととされている。
- 3 心臓移植した場合は、移植後に抗免疫療法を必要とする期間中は、1級として取扱うことが適当とされており、抗免疫療法を要しなくなった後、改めて認定基準に該当する等級で再認定することが適当とされている。

心臓の機能障害の状況及び所見 (18歳未満・児童用)

(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・ <input checked="" type="radio"/>) | オ チアノーゼ | (<input checked="" type="radio"/>)・無 |
| イ 心音・心雑音の異常 | (<input checked="" type="radio"/>)・無 | カ 肝腫大 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| ウ 多呼吸又は呼吸困難 | (<input checked="" type="radio"/>)・無 | キ 浮腫 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| エ 運動制限 | (<input checked="" type="radio"/>)・無 | | |

2 検査所見

(1) 胸部エックス線所見 (令和5年 2月 9日)



- | | |
|-------------|--|
| ア 心胸比0.56以上 | (<input checked="" type="radio"/>)・無 |
| イ 肺血流量増又は減 | (<input checked="" type="radio"/>)・無 |
| ウ 肺静脈うつ血像 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |

心 胸 比 6 1 %

(2) 心電図所見

- | | |
|----------|--|
| ア 心室負荷像 | [<input checked="" type="radio"/> (<input checked="" type="radio"/> 右室、左室、両室)・無] |
| イ 心房負荷像 | [<input checked="" type="radio"/> (<input checked="" type="radio"/> 右房、左房、両房)・無] |
| ウ 病的な不整脈 | [種類] (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| エ 心筋障害像 | [所見] (有・ <input checked="" type="radio"/>) |

(3) 心エコー図、冠動脈造影所見 (令和5年 2月 16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 52 mmHg (正常：14) |
- 肺高血圧所見あり

3 養護の区分

- | | |
|-----------------|---|
| (1) 6か月～1年毎の観察 | (<input checked="" type="radio"/>) 継続的要医療 |
| (2) 1か月～3か月毎の観察 | (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) 症状に応じて要医療 | |

- 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)
体内植込み型除細動器 (有 (年 月 日) ・ 無)

(注)「有」の場合、手術年月日を記載すること。

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)

適切な事例：4 近い将来手術予定のある事例

「養護の区分」で継続的医療を要しており、これを裏付ける客観的所見も認められる（8項目が該当）ことから、3級の意見は適切である。

なお、手術などによって、将来的に軽度化が予想される場合は、術後に再認定することが適切である。「軽度化による将来再認定」の欄を「要」とし、時期を記載することが妥当である。

（注）埼玉県、さいたま市、川越市、越谷市及び川口市では、症状の重度化による再認定の記載は要しない。

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳未満・児童用)

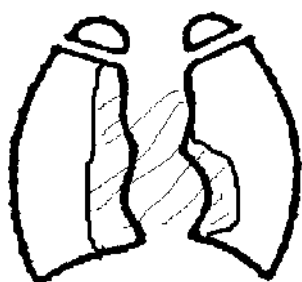
(該当するものを○で囲むこと。)

1 臨床所見

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

2 検査所見

(1) 胸部エックス線所見(令和5年 6月10日)



- | | |
|-------------|-----------|
| ア 心胸比0.56以上 | (有) ・ 無 |
| イ 肺血流量増又は減 | (有) ・ 無 |
| ウ 肺静脈うつ血像 | (有) ・ (無) |

右側大動脈弓

心 胸 比 5 8 %

(2) 心電図所見

- | | |
|----------|---------------------|
| ア 心室負荷像 | [(有)(右室、左室、両室) ・ 無] |
| イ 心房負荷像 | [(有)(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5年 6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 | 両大血管右室起始、肺動脈狭窄、心室中隔欠損 |

3 養護の区分

- | | |
|-----------------|---|
| (1) 6か月～1年毎の観察 | (4) 継続的要医療 |
| (2) 1か月～3か月毎の観察 | (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) 症状に応じて要医療 | |

- 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)
- 体内植込み型除細動器 (有 (年 月 日) ・ 無)

(注)「有」の場合、手術年月日を記載すること。

5 その他の手術の状況

- ア 手術の種類 (ブロレック手術)
- イ 手術年月日 (R5年 1月19日 実施済 ・ 予定)

適切な事例：5 乳幼児のため再認定が必要な事例

3歳未満の幼児であるが、「養護の区分」では低酸素血症のため継続的医療を要しており、これを裏付ける客観的所見も認められる（9項目が該当）ことから、1級の意見は適当である。

なお、乳幼児であることから、6歳になった時点で再認定をすることが適当である。「軽度化による将来再認定」の欄を「要」とし、6歳に達し再認定の実施が適当になる時期を記載することが妥当である。

※ 埼玉県内では、再認定に係る時期を要綱等で定めておりますが、症例によっては、この限りではありません。

事例 6

様式第 1 号 (5) (第 2 条関係)

身体障害者診断書・意見書 (心臓機能障害用)

総括表

氏名 ○ ○ ○ ○	昭和 3 7 年 1 2 月 1 日生	(男)・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 洞機能不全症候群 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 疾病・外傷名 自然災害、(疾病) 先天性、その他 ()		
③ 疾病・外傷発生年月日 不詳 年 月 日・場所		
④ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む。) 高血圧、徐脈治療中であった。ホルター心電図にて 2 ～ 3 秒の洞停止を認めたため、1 1 月 1 0 日に恒久的ペースメーカーの植え込み術を施行した。 障害固定又は障害確定(推定) 令和 5 年 1 1 月 3 0 日		
⑤ 総合所見 2 ～ 3 秒の洞停止を認め、前失神症状も認めたが、両者の関連が明らかではなく、ガイドライン上ペースメーカーの植え込み Class II a の適応と考えられた。身体活動能力 (運動強度) 3 メッツであることから、心臓機能障害 3 級に相当する。 〔 軽度化による将来再認定 (要) ・ 不要 (再認定の時期 3 年 月 後) 〕		
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。 令和 5 年 1 1 月 3 0 日 病院又は診療所の名称 ○ ○ ○ 病院 所 在 地 埼玉県 ○ ○ 市 △ △ 町 1 - 1 - 1 診療担当科名 循環器 科 医師氏名 ○ ○ ○ ○ ,		
身体障害者福祉法第 1 5 条第 3 項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に () 該当する (3 級相当) ・ 該当しない		
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。		

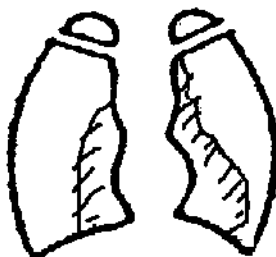
心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

1 臨床所見

(該当するものを○で囲むこと。)

- | | |
|---|---|
| ア 動悸 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | キ 浮腫 (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| イ 息切れ (有・ <input checked="" type="radio"/>) | ク 心拍数 55 |
| ウ 呼吸困難 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | ケ 脈拍数 55 |
| エ 胸痛 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | コ 血圧 (最大 160 最小 70) |
| オ 血痰 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | サ 心音 |
| カ チアノーゼ(有・ <input checked="" type="radio"/>) | シ その他の臨床所見 |
| ス 重い不整脈のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等 | |

2 胸部エックス線写真所見(令和5年10月20日)



心 胸 比 55.0%

3 心電図所見(令和5年10月20日)

- | | |
|--|---|
| ア 陳旧性心筋梗塞 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| イ 心室負荷像 | (有<右室、左室、両室> <input checked="" type="radio"/>) |
| ウ 心房負荷像 | (有<右房、左房、両房> <input checked="" type="radio"/>) |
| エ 脚ブロック | (<input checked="" type="radio"/> ・ <input checked="" type="radio"/>) |
| オ 完全房室ブロック | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| カ 不完全房室ブロック | (有第 度・ <input checked="" type="radio"/>) |
| キ 心房細動(粗動) | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| ク 期外収縮 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| ケ STの低下 | (有 mV・ <input checked="" type="radio"/>) |
| コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導
(但しV ₁ を除く)のいずれかのTの逆転 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| シ その他の心電図所見 | |
| ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載) | |

4 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おこらないもの。

イ 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。

㊦ 安静時若しくは白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。

- 5 ペースメーカ (有) (R5年 11月 10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)

(注)「有」の場合、手術年月日を記載すること。

- 6 ペースメーカ等の適応度 (クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ)
 7 身体活動能力 (運動強度) (3 メッツ)

8 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)

適切な事例：6 ペースメーカー等の植え込み術後に申請された事例

○ 等級決定について

基準の改正（平成26年4月から）に伴い、植え込み直後の判断は、日本循環器学会の「不整脈の非薬物治療ガイドライン」（2011年改訂版）のクラス及び身体活動能力（運動強度）のメッツの値により、1、3、4級を認定する。

等級	機器への依存度	身体活動能力（運動強度）
1級	絶対的な状態（クラスⅠ）	—
	相対的な状態（クラスⅡ以下）	2メッツ未満の方
3級		2以上4メッツ未満の方
4級		4メッツ以上の方

当該事例は機器への依存度がクラスⅡ、身体活動能力が3メッツであることから、3級の意見は適当である。

※ 再認定の場合、又は植え込みから3年以上経過した場合は、身体活動能力（運動強度）で等級を認定する。

○ 再認定について

基準の改正に伴い、植え込みから3年以内に再認定を実施することとなった。軽度化による再認定の時期が記載されているため、適当である。

※ 4級の場合は、4級より軽度とする等級が心臓機能障害にはないため、再認定は不要。

○ 経過観察期間について

術後半月程度経過後に診断しており、ペースメーカー等の植え込み手術による身体活動への影響がみられなくなった時期での診断であることから適当な診断時期である。

事例 7

様式第 1 号 (5) (第 2 条 関 係)

身体障害者診断書・意見書 (心 臓 機 能 障 害 用)

総括表

氏 名 ○ ○ ○ ○	昭和 3 7 年 1 2 月 1 日 生	(男)・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	洞機能不全症候群	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、
疾病・外傷名	自然災害、(疾病) 先天性、その他 ()	
③ 疾病・外傷発生年月日 不詳 年 月 日 ・ 場 所		
④ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む。)		
<p style="text-align: center;">高血圧、徐脈治療中であった。ホルター心電図にて 2 ～ 3 秒の洞停止を認めため、1 1 月 1 0 日に恒久的ペースメーカーの植え込み術を施行した。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和 5 年 1 1 月 3 0 日</p>		
⑤ 総 合 所 見		
<p style="text-align: center;">永久ペースメーカー植え込み術を施行されており、心臓機能障害 1 級に相当する。</p> <p style="text-align: right;">〔 軽度化による将来再認定 要 ・ (不要) 〕 (再 認 定 の 時 期 年 月 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 style="text-align: center;">令和 5 年 1 1 月 3 0 日</p> <p>病院又は診療所の名称 ○ ○ ○ 病院</p> <p>所 在 地 埼玉県○○市△△町 1 - 1 - 1</p> <p>診療担当科名 循環器 科 医師氏名 ○ ○ ○ ○ ,</p>		
<p>身体障害者福祉法第 1 5 条第 3 項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入]</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <p style="padding-left: 20px;">() 該当する (1 級相当)</p> <p style="padding-left: 20px;">() 該当しない</p>		
<p>注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。</p>		

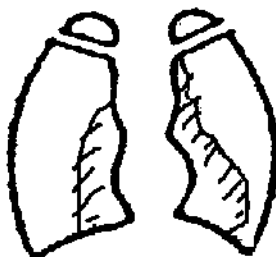
心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

1 臨床所見

(該当するものを○で囲むこと。)

- | | |
|--|---|
| ア 動悸 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | キ 浮腫 (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| イ 息切れ (有・ <input checked="" type="radio"/>) | ク 心拍数 55 |
| ウ 呼吸困難 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | ケ 脈拍数 55 |
| エ 胸痛 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | コ 血圧 (最大 160 最小 70) |
| オ 血痰 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | サ 心音 |
| カ チアノーゼ (有・ <input checked="" type="radio"/>) | シ その他の臨床所見 |
| ス 重い不整脈のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等 | |

2 胸部エックス線写真所見(令和5年10月20日)



心 胸 比 55.0%

3 心電図所見(令和5年10月20日)

- | | |
|--|---|
| ア 陳旧性心筋梗塞 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| イ 心室負荷像 | (有<右室、左室、両室> <input checked="" type="radio"/>) |
| ウ 心房負荷像 | (有<右房、左房、両房> <input checked="" type="radio"/>) |
| エ 脚ブロック | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| オ 完全房室ブロック | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| カ 不完全房室ブロック | (有第 度・ <input checked="" type="radio"/>) |
| キ 心房細動(粗動) | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| ク 期外収縮 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| ケ STの低下 | (有 mV・ <input checked="" type="radio"/>) |
| コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導
(但しV ₁ を除く)のいずれかのTの逆転 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| シ その他の心電図所見 | |
| ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載) | |

4 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おこらないもの。

イ 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。

㊦ 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。

- 5 ペースメーカ (有) (R5年 11月 10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)

(注)「有」の場合、手術年月日を記載すること。

- 6 ペースメーカ等の適応度 (クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ)
 7 身体活動能力 (運動強度) (メッツ)

8 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)

不適切な事例：7 ペースメーカー等の植え込み術後に申請された事例

○ 等級決定について

機器への依存度であるクラスを考慮せず、ペースメーカーを植え込んだことをもって1級とする意見は適当ではない。

改正前の基準ではペースメーカーを植え込みした場合は、年齢にかかわらず1級として認定していたが、基準の改正（平成26年4月）に伴い、18才以上のペースメーカー植え込み直後の判断は、日本循環器学会の「不整脈の非薬物治療ガイドライン」（2011年改訂版）の「クラス」及び身体活動能力（運動強度）の「メッツ」の値により、1、3、4級を認定する。

そのため、診断書・意見書に「クラス」及び「メッツ」の値を記載し、「クラス」、「メッツ」の値から等級意見を記載することが適当である。

等級	機器への依存度	身体活動能力（運動強度）
1級	絶対的な状態（クラスⅠ）	—
	相対的な状態（クラスⅡ以下）	2メッツ未満の方
2以上4メッツ未満の方		
4メッツ以上の方		

○ 再認定について

基準の改正に伴い、植え込みから3年以内に再認定を実施することとなったため、軽度化による再認定の時期を記載する。

※ 再認定の時期は、3年程度で状態が改善する場合が多いとの専門家の意見を受けて目安を定めたものであるが、改善する時期が明らかな場合などについては、それぞれの事例で判断して設定しても差し支えない。

○ 心電図所見について

総合所見では洞停止が認められると記載されているにもかかわらず、心電図所見は「無」となっており、客観的な所見が確認できないため適当ではない。

事例 8

様式第 1 号 (5) (第 2 条関係)

身体障害者診断書・意見書 (心臓機能障害用)

総括表

氏名	○ ○ ○ ○	昭和 2 1 年 1 月 8 日生	<input checked="" type="radio"/> 男・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	高度房室ブロック	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、 <input checked="" type="radio"/> 疾病、先天性、その他 ()	
③ 疾病・外傷発生日	令和 2 年 6 月	日	場所
④ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む。)	<p>動悸、徐脈を主訴とし高度房室ブロックの診断を受けた。令和 2 年 7 月 1 日ペースメーカーの植え込み術を施行した。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和 2 年 7 月 1 日</p>		
⑤ 総合所見	<p>ペースメーカーがなければ、失神、突然死の可能性がある。</p> <p style="text-align: right;">〔 軽度化による将来再認定 <input checked="" type="radio"/>要 ・ 不要 〕 (再認定の時期 3 年 月 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>令和 5 年 7 月 2 7 日</p> <p>病院又は診療所の名称 ○ ○ ○ 病院 所 在 地 埼玉県 ○ ○ 市 △ △ 町 1 - 1 - 1 診療担当科名 心血管外 科 医師氏名 ○ ○ ○ ○ ,</p>		
<p>身体障害者福祉法第 1 5 条第 3 項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入]</p> <p>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 (1 級相当) ・ 該当しない</p>			
注意	<p>1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。</p>		

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

1 臨床所見

(該当するものを○で囲むこと。)

- | | |
|-----------------------------------|---------------------|
| ア 動悸 (有・無) | キ 浮腫 (有・無) |
| イ 息切れ (有・無) | ク 心拍数 76 |
| ウ 呼吸困難 (有・無) | ケ 脈拍数 76 |
| エ 胸痛 (有・無) | コ 血圧 (最大 158 最小 83) |
| オ 血痰 (有・無) | サ 心音 心雑音なし |
| カ チアノーゼ (有・無) | シ その他の臨床所見 |
| ス 重い不整脈のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等 | |

2 胸部エックス線写真所見(令和5年 7月26日)



心 胸 比 48.58%

3 心電図所見(令和5年 7月26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
(但しV ₁ を除く)のいずれかのTの逆転 | (有・無) |
| サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 | (有・無) |
| シ その他の心電図所見 | |
| ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載) | |

4 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おこらないもの。

イ 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。

㊦ 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 安静時若しくは白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。

- 5 ペースメーカ (有) (R 2 年 7 月 1 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)

(注)「有」の場合、手術年月日を記載すること。

- 6 ペースメーカ等の適応度 (クラスⅠ) ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ)

- 7 身体活動能力 (運動強度) (3 メッツ)

8 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)

不適切な事例：8 ペースメーカー等の植え込み術後の再認定による事例

○ 等級決定について

基準の改正（平成26年4月から）に伴い、再認定の場合、又は植え込みから3年以上経過した場合判断は、身体活動能力（運動強度）のメッツの値により、1、3、4級を認定する。

等級	身体活動能力（運動強度）
1級	2メッツ未満の方
3級	2以上4メッツ未満の方
4級	4メッツ以上の方

当該事例の機器への依存度である「クラス」の値（クラスI）をもって1級とする意見は適当でなく、身体活動能力の「メッツ」の値（3メッツ）から、3級とすることが適当である。

○ 再認定について

繰り返して再認定を行うことは想定していないが、医師の意見等があった場合には、適宜判断する。

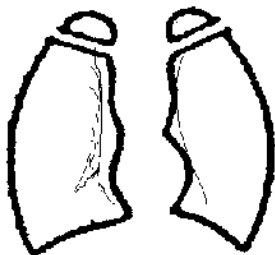
心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

1 臨床所見

(該当するものを○で囲むこと。)

- | | |
|---|---|
| ア 動悸 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | キ 浮腫 (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| イ 息切れ (有・ <input checked="" type="radio"/>) | ク 心拍数 63/分 |
| ウ 呼吸困難 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | ケ 脈拍数 |
| エ 胸痛 (<input checked="" type="radio"/> ・無) | コ 血圧 (最大 195 最小 113) |
| オ 血痰 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | サ 心音 |
| カ チアノーゼ(有・ <input checked="" type="radio"/>) | シ その他の臨床所見 |
| ス 重い不整脈のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等 | |

2 胸部エックス線写真所見(令和5年 9月16日)



心 胸 比 53%

3 心電図所見(令和5年 9月16日)

- | | |
|--|---|
| ア 陳旧性心筋梗塞 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| イ 心室負荷像 | (<input checked="" type="radio"/> 右室、左室、両室) 無) |
| ウ 心房負荷像 | (有<右房、左房、両房> <input checked="" type="radio"/>) |
| エ 脚ブロック | (<input checked="" type="radio"/> ・無) |
| オ 完全房室ブロック | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| カ 不完全房室ブロック | (有第 度・ <input checked="" type="radio"/>) |
| キ 心房細動(粗動) | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| ク 期外収縮 | (<input checked="" type="radio"/> ・無) |
| ケ STの低下 | (<input checked="" type="radio"/> 0.2mV・無) |
| コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導
(但しV ₁ を除く)のいずれかのTの逆転 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| シ その他の心電図所見 | II、III aVF ST上昇 |
| ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載) | |

4 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おこらないもの。

イ 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、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。

㊦ 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 安静時若しくは白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。

- 5 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 (年 月 日) ・ 無)

(注)「有」の場合、手術年月日を記載すること。

- 6 ペースメーカー等の適応度 (クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ)

- 7 身体活動能力(運動強度) (メッツ)

8 その他の手術の状況

ア 手術の種類 (経皮的冠動形成術)

イ 手術年月日 (R5年 9月 16日 実施済 ・ 予定)

不適切な事例：9 時期尚早な事例（1）

「活動能力の程度」が「ウ」であり、認定基準によると4級相当であるが、エックス線写真所見及び心電図所見が、発症の翌日の所見（急性期）により申請されており、障害認定をするには時期尚早であり、現時点の判定は適当ではない。

一定の治療が終了し、状態が落ち着いた（固定）時期の所見をもって認定することが妥当である。

事例 10

様式第1号(5) (第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害用)

総括表

氏名	〇〇〇〇	昭和37年 8月 2日生	男・女
住所	〇〇〇〇〇〇〇〇		
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	不安定狭心症	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、(疾病) 先天性、その他()	
③ 疾病・外傷発生日	令和4年 10月 頃 日	場所	
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。)	令和4年10月頃より、労作時の胸痛出現、狭心症(3枝病変)と診断し、令和5年2月12日、冠動脈バイパス術を施行した。		
	障害固定又は障害確定(推定)	令和5年 2月12日	
⑤ 総合所見	今後も高コレステロール血症中心に加療、経過観察を要す。		
	〔 軽度化による将来再認定 (再認定の時期) 1 (要) 年 (不要) 月 後) 〕		
⑥ その他参考となる合併症状	特になし		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。			
令和5年 3月25日			
病院又は診療所の名称	〇〇〇 病院		
所在地	埼玉県〇〇市〇〇町	1-8-2	
診療担当科名	内科	医師氏名	〇〇〇〇
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕			
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 (1 級相当) <input type="radio"/> 該当しない			
注意	1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。		

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

1 臨床所見

(該当するものを○で囲むこと。)

- | | |
|---|---|
| ア 動悸 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | キ 浮腫 (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| イ 息切れ (有・ <input checked="" type="radio"/>) | ク 心拍数 72 |
| ウ 呼吸困難 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | ケ 脈拍数 72 |
| エ 胸痛 (<input checked="" type="radio"/> ・無) | コ 血圧 (最大 120 最小 76) |
| オ 血痰 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | サ 心音 正常 |
| カ チアノーゼ(有・ <input checked="" type="radio"/>) | シ その他の臨床所見 特になし |
| ス 重い不整脈のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等 | |

2 胸部エックス線写真所見(令和5年 2月22日)



正常

心 胸 比 48%

3 心電図所見(令和5年 2月22日)

- | | |
|--|---|
| ア 陳旧性心筋梗塞 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| イ 心室負荷像 | (有<右室、左室、両室> <input checked="" type="radio"/>) |
| ウ 心房負荷像 | (有<右房、左房、両房> <input checked="" type="radio"/>) |
| エ 脚ブロック | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| オ 完全房室ブロック | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| カ 不完全房室ブロック | (有第 度・ <input checked="" type="radio"/>) |
| キ 心房細動(粗動) | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| ク 期外収縮 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| ケ STの低下 | (<input checked="" type="radio"/> 0.1mV・無) |
| コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導
(但しV ₁ を除く)のいずれかのTの逆転 | (<input checked="" type="radio"/> ・無) |
| サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| シ その他の心電図所見 | |
| ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載) | |

4 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おこらないもの。

イ 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、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。

㊦ 安静時若しくは白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。

- 5 ペースメーカー (有 (年 月 日) ・ ㊦)
 人工弁移植、弁置換 (有 (年 月 日) ・ ㊦)
 体内植込み型除細動器 (有 (年 月 日) ・ ㊦)

(注)「有」の場合、手術年月日を記載すること。

- 6 ペースメーカー等の適応度 (クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ)

- 7 身体活動能力(運動強度) (メッツ)

8 その他の手術の状況

ア 手術の種類 (冠動脈バイパス術)

イ 手術年月日 (R5年 2月 12日 実施済 ・ 予定)

不適切な事例：10 時期尚早な事例（2）

「冠動脈バイパス術」を施行し、術後10日経過後の胸部エックス線写真所見及び心電図所見により申請されており、現時点の判定は適当ではない。また、活動能力の程度については、状態が安定した時点の評価を記載することが適当であり、本事例は術前のものと考えられる。

障害程度の認定は、その障害が永続するものと判断出来るかどうかに着目して判断すべきであり、術後間もない状態での認定は時期尚早である。手術の影響が消え、一定の治療を終了し、状態が安定した（固定した）時期の所見をもって認定することが適切である。

事例 1 1

様式第 1 号 (5) (第 2 条関係)

身体障害者診断書・意見書 (心臓機能障害用)

総括表

氏名	○ ○ ○ ○	昭和 3 4 年 1 0 月 1 日生	<input checked="" type="radio"/> 男・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	大動脈弁狭窄症兼閉鎖不全症	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、 <input checked="" type="radio"/> 疾病、先天性、その他 ()	
③ 疾病・外傷発生日	令和 5 年 4 月 1 日	場所	
④ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む。)	<p>心不全症状で入院し弁膜症判明した。 心臓カテーテル施行し手術の適応あり。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和 5 年 4 月 1 日</p>		
⑤ 総合所見	<p>動悸、呼吸困難あり、穏和な日常生活活動には支障はないが、それ以上の活動では心不全症状を起こす。</p> <p style="text-align: right;">〔 軽度化による将来再認定 要 ・ <input checked="" type="radio"/>不要 〕 (再認定の時期 年 月 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>令和 5 年 4 月 2 8 日</p> <p>病院又は診療所の名称 ○ ○ ○ 病院 所在地 埼玉県○○○市○○町 1 3 - 4 診療担当科名 循環器 科 医師氏名 ○ ○ ○ ○</p>		
<p>身体障害者福祉法第 1 5 条第 3 項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入]</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <p><input checked="" type="radio"/>該当する (1 級相当)</p> <p><input type="radio"/>該当しない</p>			
注意	<p>1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。</p>		

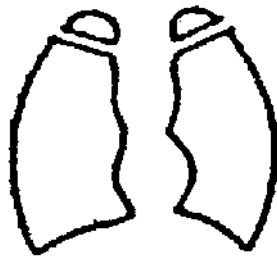
心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

1 臨床所見

(該当するものを○で囲むこと。)

- | | | | |
|-----------------------------------|--|------------|--|
| ア 動悸 | (<input checked="" type="radio"/> ・無) | キ 浮腫 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| イ 息切れ | (<input checked="" type="radio"/> ・無) | ク 心拍数 | 70/分 |
| ウ 呼吸困難 | (<input checked="" type="radio"/> ・無) | ケ 脈拍数 | 70/分 |
| エ 胸痛 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | コ 血圧 | (最大 90 最小 50) |
| オ 血痰 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | サ 心音 | 収縮期雑音 |
| カ チアノーゼ | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | シ その他の臨床所見 | |
| ス 重い不整脈のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等 | | | |

2 胸部エックス線写真所見(令和5年 4月 1日)



心 胸 比 57%

3 心電図所見(令和5年 4月 1日)

- | | | |
|--|---|-----|
| ア 陳旧性心筋梗塞 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | |
| イ 心室負荷像 | (有<右室、 <input checked="" type="radio"/> 左室>無) | |
| ウ 心房負荷像 | (有<右房、 <input checked="" type="radio"/> 左房>無) | |
| エ 脚ブロック | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | |
| オ 完全房室ブロック | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | |
| カ 不完全房室ブロック | (有第 度・ <input checked="" type="radio"/>) | |
| キ 心房細動(粗動) | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | |
| ク 期外収縮 | (<input checked="" type="radio"/> ・無) | |
| ケ STの低下 | (<input checked="" type="radio"/> 0.1mV・無) | |
| コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導
(但しV ₁ を除く)のいずれかのTの逆転 | (<input checked="" type="radio"/> ・無) | |
| サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 | (有・無) | 未施行 |
| シ その他の心電図所見 | | |
| ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載) | | |

4 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おこらないもの。

イ 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。

㊦ 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。

- 5 ペースメーカー (有 (年 月 日) ・ ㊦)
 人工弁移植、弁置換 (有 (年 月 日) ・ ㊦) 予定
 体内植込み型除細動器 (有 (年 月 日) ・ ㊦)

(注)「有」の場合、手術年月日を記載すること。

- 6 ペースメーカー等の適応度 (クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ)

- 7 身体活動能力(運動強度) (メッツ)

8 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)

不適切な事例：11 大動脈弁置換術の予定で申請された事例

「活動能力の程度」は「エ」で、心電図にも「コ T波の逆転」所見が認められることから、現状では3級の意見が適当である。

本件は、弁置換を予定されているが、障害認定は申請時点での所見により等級決定を行うことが妥当であるため、手術後を予測した等級決定は行わない。

なお、弁置換術後は、1級への程度変更は可能である。

※ 心電図所見「ケ STの低下」は「有」だが、0.2mV以上でないため、1級の要件にあたらない。

事例 1 2

様式第 1 号 (5) (第 2 条関係)

身体障害者診断書・意見書 (心臓機能障害用)

総括表

氏 名 ○ ○ ○ ○	昭和 4 1 年 7 月 1 4 日生	(男)・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	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、	
疾病・外傷名	胸部大動脈瘤 自然災害 (疾病) 先天性、その他 ()	
③ 疾病・外傷発生年月日 令和 4 年 頃 月 日 ・ 場所		
④ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む。)		
令和 4 年胸部 X 線上、胸部 (上行弓部) 大動脈瘤を認めた。 令和 5 年 1 0 月胸部 X 線及び C T 上、瘤の拡大を認めた。		
障害固定又は障害確定(推定) 令和 5 年 1 1 月 日		
⑤ 総 合 所 見		
瘤破裂の危険があり、上行・弓部大動脈人工血管置換術を施行。 1 級に相当する。		
〔 軽度化による将来再認定 要 ・ (不要) (再 認 定 の 時 期 年 月 後) 〕		
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。 令和 5 年 1 1 月 2 6 日 病院又は診療所の名称 ○ ○ ○ 病院 所 在 地 埼玉県 ○ ○ 市 ○ ○ 1 - 9 診療担当科名 循環器 科 医師氏名 ○ ○ ○ ○ ,		
身体障害者福祉法第 1 5 条第 3 項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ○ 該当する (1 級相当) ・ 該当しない		
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等 等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を 記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせ する場合があります。		

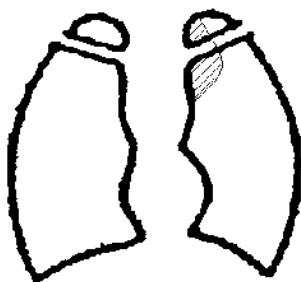
心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

1 臨床所見

(該当するものを○で囲むこと。)

- | | |
|---|---|
| ア 動悸 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | キ 浮腫 (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| イ 息切れ (有・ <input checked="" type="radio"/>) | ク 心拍数 68 |
| ウ 呼吸困難 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | ケ 脈拍数 68 |
| エ 胸痛 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | コ 血圧 (最大 140 最小 80) |
| オ 血痰 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | サ 心音 |
| カ チアノーゼ(有・ <input checked="" type="radio"/>) | シ その他の臨床所見 |
| ス 重い不整脈のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等 | |

2 胸部エックス線写真所見(令和5年10月 8日)



左第一弓拡大

心 胸 比 50%

3 心電図所見(令和5年10月 8日)

- | | |
|--|--|
| ア 陳旧性心筋梗塞 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| イ 心室負荷像 | (<input checked="" type="radio"/> <右室、左室、両室> 無) |
| ウ 心房負荷像 | (有 <右房、左房、両房> <input checked="" type="radio"/>) |
| エ 脚ブロック | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| オ 完全房室ブロック | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| カ 不完全房室ブロック | (有第 度・ <input checked="" type="radio"/>) |
| キ 心房細動(粗動) | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| ク 期外収縮 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| ケ STの低下 | (有 mV・ <input checked="" type="radio"/>) |
| コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導
(但しV ₁ を除く)のいずれかのTの逆転 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| シ その他の心電図所見 | |
| ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載) | |

4 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おこらないもの。

イ 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、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 安静時若しくは白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。

- 5 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 (年 月 日) ・ 無)

(注)「有」の場合、手術年月日を記載すること。

- 6 ペースメーカー等の適応度 (クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ)

- 7 身体活動能力 (運動強度) (メッツ)

8 その他の手術の状況

ア 手術の種類 (上行・弓部大動脈人工血管置換術)

イ 手術年月日 (R5年 10月 28日 実施済 ・ 予定)

不適切な事例：12 人工血管置換術施行後に申請された事例

人工血管移植術を施行した者の障害認定は、術後の状態で認定するものである。

「活動能力の程度」は「ア」であり、認定基準によると非該当相当、客観的所見についても該当所見が見当たらず、心臓機能障害として認定することは妥当ではない。

また、人工血管移植については、移植を行った事実のみでは、障害としての認定対象とはならない。

したがって、心臓機能障害として認定することは妥当ではない。

事例 13

様式第1号(6) (第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害児童用)

総括表

氏名 ○ ○ ○ ○	平成25年 2月15日生	(男)・女
住所 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
① 障害名(部位を明記) 心臓機能障害		
原因となった ② エーラスガンロス症候群、解離性大動脈瘤、大動脈弁逆流、僧帽弁逆流 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 疾病・外傷名 自然災害、(疾病)、先天性、その他()		
③ 疾病・外傷発生年月日 令和4年 11月 28日 ・場所		
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。) 令和4年11月28日より頭痛、痙攣で発症。本年6月1日胸痛出現し、〇〇病院で解離性大動脈瘤と診断された。8月27日に上行、弓部大動脈置換術施行。その後、大動脈弁及び僧帽弁逆流が出現し、増悪しているため血管拡張薬開始となった。 <div style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和5年 8月27日</div>		
⑤ 総合所見 将来、下行大動脈置換術の適応となる可能性が高い。また、大動脈弁及び僧帽弁閉鎖不全は進行しており、両弁の置換術を施行する可能性が高い。 <div style="text-align: right;">〔 軽度化による将来再認定 要 ・ (不要) 〕 (再認定の時期 年 月 後)</div>		
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。 令和5年10月28日 病院又は診療所の名称 △△△大学附属病院 所在地 埼玉県〇〇市〇〇町11-23 診療担当科名 小児科 医師氏名 ○ ○ ○ ○ ,		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ● 該当する (4 級相当) ・ 該当しない		
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄 <small>さく</small> 等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。		

心臓の機能障害の状況及び所見 (18歳未満・児童用)

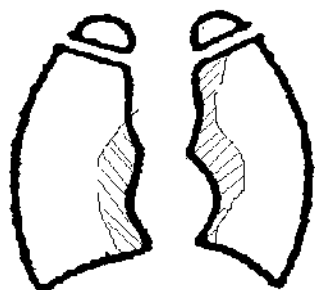
(該当するものを○で囲むこと。)

1 臨床所見

- | | | | |
|-------------|--|---------|--|
| ア 著しい発育障害 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | オ チアノーゼ | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| イ 心音・心雑音の異常 | (<input checked="" type="radio"/>) | カ 肝腫大 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| ウ 多呼吸又は呼吸困難 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | キ 浮腫 | (<input checked="" type="radio"/>) |
| エ 運動制限 | (<input checked="" type="radio"/>) | | |

2 検査所見

(1) 胸部エックス線所見 (令和5年10月23日)



- | | |
|-------------|--|
| ア 心胸比0.56以上 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| イ 肺血流量増又は減 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| ウ 肺静脈うつ血像 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |

心 胸 比 5 4 %

(2) 心電図所見

- | | |
|---------|--|
| ア 心室負荷像 | [有(右室、左室、両室)・ <input checked="" type="radio"/>) |
| イ 心房負荷像 | [有(右房、左房、両房)・ <input checked="" type="radio"/>) |
| ウ 病的不整脈 | [種類] (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| エ 心筋障害像 | [所見] (有・ <input checked="" type="radio"/>) |

(3) 心エコー図、冠動脈造影所見 (令和5年10月23日)

- | | |
|--------------|--|
| ア 冠動脈の狭窄又は閉塞 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| イ 冠動脈瘤又は拡張 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| ウ その他 | |

軽度の大動脈弁及び僧帽弁逆流、下行大動脈は直径27mmと拡大。

3 養護の区分

- | | |
|-----------------|---|
| (1) 6か月～1年毎の観察 | (<input checked="" type="radio"/>) 継続的要医療 |
| (2) 1か月～3か月毎の観察 | (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) 症状に応じて要医療 | |

- 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))
 体内植込み型除細動器 (有 (年 月 日) ・ (無))

(注)「有」の場合、手術年月日を記載すること。

5 その他の手術の状況

- ア 手術の種類 (上行、弓部大動脈置換術)
 イ 手術年月日 (令和5年 8月 27日 実施済 ・ 予定)

不適切な事例：13 認定基準上の客観的所見が不足している事例

上行、弓部大動脈置換術施行2か月後の所見であり、「養護の区分」で継続的医療を要しているが、これを裏付ける客観的所見が不足していることから、心臓機能障害として認定することは妥当ではない。

なお、大動脈弁や僧帽弁の置換術が施行された場合は、術後1級として認定することは可能である。

※ 18才未満の者の4級の認定は、原則として症状に応じて医療を要するか少なくとも、1～3か月毎の間隔の観察を要し、臨床所見、検査所見及び心電図所見の項目のうち4項目以上が認められるもの又は心エコー図、冠動脈造影で冠動脈瘤若しくは拡張があるものとされている。

※ 心臓機能障害の場合は、養護の区分の判定が障害程度の認定に最も重要な意味をもつため、診断書の作成に当たってはこの点を十分留意し、いずれか1つの該当項目を慎重に選ぶことが必要である。

また、養護の区分は、診断書全体からその妥当性が裏付けられていることが必要である。

事例 1 4

様式第 1 号 (5) (第 2 条関係)

身体障害者診断書・意見書 (心臓機能障害用)

総括表

氏 名 ○ ○ ○ ○	昭和 2 9 年 1 1 月 1 3 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 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 疾病・外傷名 僧帽弁閉鎖不全症 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 平成 3 1 年 頃 月 日 ・ 場所		
④ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む。) <p style="text-align: center;">平成 3 1 年頃より僧帽弁閉鎖不全症を指摘されていたが放置。令和 5 年 6 月急性心不全で〇〇大学病院入院し、7 月 8 日僧帽弁形成術、Maze 手術施行した。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和 5 年 1 0 月 7 日</p>		
⑤ 総 合 所 見 <p style="text-align: center;">上記疾患に伴う心不全症状があり、継続的外来加療を必要とします。</p> <p style="text-align: right;">〔 軽度化による将来再認定 要 ・ <input checked="" type="radio"/>不要 〕 (再 認 定 の 時 期 年 月 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 style="text-align: center;">令和 5 年 1 1 月 1 0 日</p> <p>病院又は診療所の名称 ○ ○ ○ 病院 所 在 地 埼玉県〇〇市〇〇〇町 2 3 診療担当科名 循環器 科 医師氏名 ○ ○ ○ ○</p>		
<p>身体障害者福祉法第 1 5 条第 3 項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入]</p> <p>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 (4 級相当) <input type="radio"/> 該当しない</p>		
<p>注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。</p>		

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

1 臨床所見

(該当するものを○で囲むこと。)

- | | |
|-----------------------------------|---------------|
| ア 動悸 (有・無) | キ 浮腫 (有・無) |
| イ 息切れ (有・無) | ク 心拍数 83/分 |
| ウ 呼吸困難 (有・無) | ケ 脈拍数 83/分 |
| エ 胸痛 (有・無) | コ 血圧 (最大 最小) |
| 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 胸部エックス線写真所見(令和5年10月 7日)



心 胸 比 45%

3 心電図所見(令和5年10月 7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
(但しV ₁ を除く)のいずれかのTの逆転 | (有・無) |
| サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 | (有・無) |
| シ その他の心電図所見 | |
| ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載) | |

4 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おこらないもの。

イ 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。

㊦ 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 安静時若しくは白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。

- 5 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 (年 月 日) ・ 無)

(注)「有」の場合、手術年月日を記載すること。

- 6 ペースメーカー等の適応度 (クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ)

- 7 身体活動能力 (運動強度) (メッツ)

8 その他の手術の状況

ア 手術の種類 (僧帽弁形成術、Maze手術)

イ 手術年月日 (R5年 7月 8日(実施済) ・ 予定)

不適切な事例：14 活動能力の程度により申請された事例

「活動能力の程度」は「ウ」で4級相当であるが、これを裏付ける客観的所見がないため、心臓機能障害として認定することは妥当ではない。

※ 心臓機能障害の場合は、活動能力の程度の判定が障害程度の認定に最も重要な意味をもつため、診断書の作成に当たってはこの点を十分留意し、いずれか1つの該当項目を慎重に選ぶことが必要である。

また、障害程度は、診断書全体からその妥当性が裏付けられていることが必要である。

事例 15

様式第1号(5) (第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害用)

総括表

氏名 ○ ○ ○ ○	昭和24年 2月20日生	(男) 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 狭心症、陳旧性心筋梗塞 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 疾病・外傷名 自然災害、(疾病)、先天性、その他()		
③ 疾病・外傷発生年月日 平成24年 12月 日・場所		
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。) 平成24年12月急性心筋梗塞(下壁)にてPCI。平成30年7月狭心症にて左主幹部よりPCI(他院)。令和3年より狭心症悪化し、令和5年2月CAGにて3枝+LMT病変のため、同年3月6日冠動脈バイパス手術施行。EF31%。 障害固定又は障害確定(推定) 令和5年3月6日		
⑤ 総合所見 陳旧性心筋梗塞、狭心症のため低心機能となり、バイパス手術を必要とした。 〔 軽度化による将来再認定 要 ・ (不要) 〕 (再認定の時期 年 月 後)		
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。 令和5年 5月 6日 病院又は診療所の名称 ○ ○ ○ 病院 所 在 地 ○ ○ 市 ○ ○ 町 1 - 2 - 3 診療担当科名 心外 科 医師氏名 ○ ○ ○ ○ ,		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に () 該当する (4 級相当) ・ 該当しない		
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。		

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

1 臨床所見

(該当するものを○で囲むこと。)

- | | |
|---|---|
| ア 動悸 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | キ 浮腫 (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| イ 息切れ (<input checked="" type="radio"/>) | ク 心拍数 52 |
| ウ 呼吸困難 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | ケ 脈拍数 52 |
| エ 胸痛 (<input checked="" type="radio"/>) | コ 血圧 (最大 124 最小 68) |
| オ 血痰 (有・ <input checked="" type="radio"/>) | サ 心音 |
| カ チアノーゼ(有・ <input checked="" type="radio"/>) | シ その他の臨床所見 |
| ス 重い不整脈のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等 | |

2 胸部エックス線写真所見(令和5年 4月 3日)



心 胸 比 47%

3 心電図所見(令和5年 4月 3日)

- | | | |
|--|---|----|
| ア 陳旧性心筋梗塞 | (<input checked="" type="radio"/>) | 無) |
| イ 心室負荷像 | (有<右室、 <input checked="" type="radio"/> 左室>無) | |
| ウ 心房負荷像 | (有<右房、左房、両房> <input checked="" type="radio"/>) | |
| エ 脚ブロック | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | |
| オ 完全房室ブロック | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | |
| カ 不完全房室ブロック | (有第 度・ <input checked="" type="radio"/>) | |
| キ 心房細動(粗動) | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | |
| ク 期外収縮 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | |
| ケ STの低下 | (有 mV・ <input checked="" type="radio"/>) | |
| コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導
(但しV ₁ を除く)のいずれかのTの逆転 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | |
| サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | |
| シ その他の心電図所見 | | |
| ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載) | | |

4 活動能力の程度

㊦ 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おこらないもの。

イ 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 安静時若しくは白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。

- 5 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 (年 月 日) ・ 無)

(注)「有」の場合、手術年月日を記載すること。

- 6 ペースメーカー等の適応度 (クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ)

- 7 身体活動能力 (運動強度) (メッツ)

8 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)

不適切な事例：15 活動能力の程度から非該当となる事例

バイパス手術を施行した者の障害認定は、術後の状態で認定するものである。陳旧性心筋梗塞の所見は見られるが、「活動能力の程度」は「ア」（非該当相当）であり、他に4級相当の客観的所見がないことから、障害認定は妥当ではない。

事例 16

様式第1号(5) (第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害用)

総括表

氏名 ○ ○ ○ ○	昭和42年9月15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 拡張型心筋症 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 疾病・外傷名 自然災害 <input checked="" type="radio"/> 疾病 先天性、その他()		
③ 疾病・外傷発生日月日 令和2年 頃 月 日 ・ 場所		
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。) 令和2年頃発症、同年6月心臓機能障害4級の身体障害者手帳の認定を受ける。 令和4年、両側胸水、心不全あり。〇〇病院にて治療を受ける。 心臓カテーテル検査施行。 障害固定又は障害確定(推定) 令和5年 9月 日		
⑤ 総合所見 現在、胸部レ線上心不全所見はないが、倦怠感等の日常生活レベル及び心エコー上の左室機能は明らかに低下してきており、現状から下記の心臓機能障害認定が相当と考える。 〔 軽度化による将来再認定 要 ・ <input checked="" type="radio"/> 不要 〕 〔 (再認定の時期 年 月 月 後) 〕		
⑥ その他参考となる合併症状 慢性C型肝炎		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和5年 9月30日 病院又は診療所の名称 〇〇〇 クリニック 所在地 埼玉県〇〇市△△1-1-1 診療担当科名 循環器 科 医師氏名 〇〇〇〇 ,		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 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 (3 級相当) ・ 該当しない		
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。		

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

1 臨床所見

(該当するものを○で囲むこと。)

- | | | | |
|-----------------------------------|--|------------|--|
| ア 動悸 | (<input checked="" type="radio"/> ・無) | キ 浮腫 | (<input checked="" type="radio"/> ・無) |
| イ 息切れ | (<input checked="" type="radio"/> ・無) | ク 心拍数 | 80 |
| ウ 呼吸困難 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | ケ 脈拍数 | 80 |
| エ 胸痛 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | コ 血圧 | (最大 118 最小 76) |
| オ 血痰 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | サ 心音 | |
| カ チアノーゼ | (有・ <input checked="" type="radio"/>) | シ その他の臨床所見 | |
| ス 重い不整脈のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等 | | | |

2 胸部エックス線写真所見(令和5年 9月25日)



心 胸 比 55%

3 心電図所見(令和5年 9月25日)

- | | |
|--|--|
| ア 陳旧性心筋梗塞 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| イ 心室負荷像 | (<input checked="" type="radio"/> <右室、 <input checked="" type="radio"/> 左室>無) |
| ウ 心房負荷像 | (<input checked="" type="radio"/> <右房、 <input checked="" type="radio"/> 左房>無) |
| エ 脚ブロック | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| オ 完全房室ブロック | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| カ 不完全房室ブロック | (有第 度・ <input checked="" type="radio"/>) |
| キ 心房細動(粗動) | (<input checked="" type="radio"/> ・無) |
| ク 期外収縮 | (<input checked="" type="radio"/> ・無) |
| ケ STの低下 | (有 mV・ <input checked="" type="radio"/>) |
| コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導
(但しV ₁ を除く)のいずれかのTの逆転 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 | (有・ <input checked="" type="radio"/>) |
| シ その他の心電図所見 | |
| ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載) | |

4 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おこらないもの。

イ 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、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。

㊦ 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 安静時若しくは白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。

- 5 ペースメーカー (有 (年 月 日) ・ ㊦)
 人工弁移植、弁置換 (有 (年 月 日) ・ ㊦)
 体内植込み型除細動器 (有 (年 月 日) ・ ㊦)

(注)「有」の場合、手術年月日を記載すること。

- 6 ペースメーカー等の適応度 (クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ)

- 7 身体活動能力(運動強度) (メッツ)

8 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)

不適切な事例：16 障害程度変更に該当しない事例

診断書は提出されたが、既に交付されている等級から上位等級に変更が必要なほどの状態の低下が認められないため、身障手帳の申請は不要の事例である。

令和2年「心臓機能障害 4級」にて身障手帳交付。

令和5年9月障害程度変更申請

活動能力の程度	「ウ」	4級相当
臨床所見	「浮腫」	} 4級相当
心電図所見	「心房細動（粗動）」	
	「期外収縮」	

各所見とも4級相当の所見のため、4級での認定が妥当であり、程度変更の必要なしと認める。

※ 心電図所見「心房細動(粗動)」は、臨床所見「心拍数」に対する「脈拍数」の欠損が10以上ないと、1・3級の要件にあたらない。

事例 17

様式第1号(5) (第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害用)

総括表

氏名	○ ○ ○ ○	昭和27年 5月 5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	狭心症・僧帽弁閉鎖不全症 うっ血性心不全	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、 <input checked="" type="radio"/> 疾病、先天性、その他()	
③ 疾病・外傷発生日	不明	年 月 日	場所
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。)	<p>胸痛と心雑音を指摘され、精査にて僧帽弁閉鎖不全及び回旋枝領域の病変による狭心症と診断された。令和3年11月身体障害者手帳4級取得。 令和4年5月29日に僧帽弁形成術及び冠動脈バイパス術を施行した。術後症状改善し、順調に経過しており、現在外来通院加療継続中。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和4年 5月29日</p>		
⑤ 総合所見	<p>僧帽弁閉鎖不全症と狭心症に対して手術を行った。</p> <p style="text-align: right;">〔 軽度化による将来再認定 要 ・ <input checked="" type="radio"/>不要 〕 (再認定の時期 年 月 月後)</p>		
⑥ その他参考となる合併症状	なし		
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和5年11月19日 病院又は診療所の名称 ○ ○ ○ 病院 所 在 地 埼玉県○○市○○町1-1-1 診療担当科名 心外 科 医師氏名 ○ ○ ○ ○</p>			
<p>身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 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 (4 級相当) ・ 該当しない</p>			
注意	<p>1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。</p>		

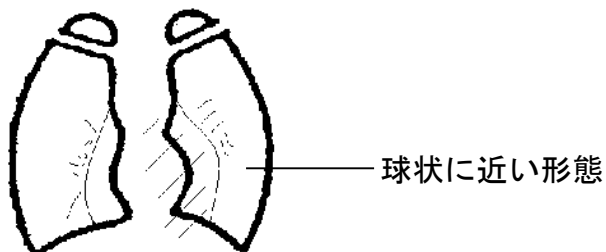
心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

1 臨床所見

(該当するものを○で囲むこと。)

- | | |
|-----------------------------------|---------------------|
| ア 動悸 (有・無) | キ 浮腫 (有・無) |
| イ 息切れ (有・無) | ク 心拍数 67 |
| ウ 呼吸困難 (有・無) | ケ 脈拍数 67 |
| エ 胸痛 (有・無) | コ 血圧 (最大 130 最小 79) |
| 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 胸部エックス線写真所見(令和5年11月 9日)



心 胸 比 47%

3 心電図所見(令和5年11月 9日)

- | | |
|--|-------------|
| ア 陳旧性心筋梗塞 | (有・無) |
| イ 心室負荷像 | (有<右室、左室>無) |
| ウ 心房負荷像 | (有<右房、左房>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
(但しV ₁ を除く)のいずれかのTの逆転 | (有・無) |
| サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 | (有・無) |
| シ その他の心電図所見 | |
| ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載) | |

4 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おこらないもの。

イ 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。

㊦ 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。

- 5 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 (年 月 日) ・ 無)

(注)「有」の場合、手術年月日を記載すること。

- 6 ペースメーカー等の適応度 (クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ)

- 7 身体活動能力 (運動強度) (メッツ)

8 その他の手術の状況

ア 手術の種類 (僧帽弁形成術及び冠動脈バイパス術)

イ 手術年月日 (R4年 5月 29日 実施済 ・ 予定)

不適切な事例：17 身体障害者手帳の返還を要する事例

再認定のために診断書を提出されたが、該当する障害が認められないため、身障手帳の返還を要する事例である。

○令和3年11月

僧帽弁閉鎖不全症、狭心症の診断 → 身障手帳交付申請
→ 「心臓機能障害 4級 2年後再認定」の身障手帳交付

○令和4年5月

僧帽弁形成術、冠動脈バイパス術施行

○令和5年11月

障害程度変更申請（再認定時期のため診断書提出）

活動能力の程度	「ウ」	4級相当
臨床所見	} 該当所見なし	非該当相当
X線写真所見		
心電図所見		

活動能力の程度を裏付ける客観的所見が認められないため、心臓機能障害として認定することは妥当ではない。