

第2編 個別事項の解説

- 第5章 内臓の機能障害
 - 1 心臓機能障害
 - 2 じん臓機能障害
 - 3 呼吸器機能障害
 - 4 ぼうこう又は直腸機能障害
 - 5 小腸機能障害
 - 6 ヒト免疫不全ウイルスによる
免疫機能障害
 - 7 肝臓機能障害

目次

第2編 個別事項の解説

第5章	内蔵の機能障害	1
	心臓機能障害	2
	疑義解釈	4
	事例	7
	身体活動能力質問表 記入上の注意及び評価方法	15
	じん臓機能障害	17
	疑義解釈	18
	事例	19
	呼吸器機能障害	21
	疑義解釈	22
	事例	25
	ぼうこう又は直腸機能障害	28
	疑義解釈	30
	事例	33
	小腸機能障害	37
	疑義解釈	40
	事例	42
	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	45
	疑義解釈	48
	肝臓機能障害	51
	疑義解釈	55

級 別	一 級	二 級	三 級	四 級	
心臓じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう若しくは直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫若しくは肝臓の機能の障害	心臓機能障害	心臓の機能の障害により自己の周辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	心臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	心臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	
	じん臓機能障害	じん臓の機能の障害により自己の周辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	じん臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	じん臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	
	呼吸器機能障害	呼吸器の機能の障害により自己の周辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	呼吸器の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	呼吸器の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	
	ぼうこう又は直腸機能障害	ぼうこう又は直腸の機能の障害により自己の周辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	ぼうこう又は直腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	ぼうこう又は直腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	
	小腸機能障害	小腸の機能の障害により自己の周辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	小腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	小腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	
	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能なもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により、日常生活が極度に制限されるもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により、日常生活活動が著しく制限されるもの（社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く）	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により、社会での日常生活活動が著しく制限されるもの
	肝臓機能障害	肝臓の機能の障害により、日常生活活動がほとんど不可能なもの	肝臓の機能の障害により、日常生活活動が極度に制限されるもの	肝臓の機能の障害により、日常生活活動が著しく制限されるもの（社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く）	肝臓の機能の障害により、社会での日常生活活動が著しく制限されるもの

第5章 内臓の機能障害

1 心臓機能障害

【18歳以上の者の場合】

[1級]

(1) **等級表1級**に該当する障害は次のいずれかに該当するものをいう。

- ア 次のいずれか**2つ以上の所見があり、かつ**、安静時又は自己周辺の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返しアダムスストークス発作が起こるもの。
- a 胸部エックス線所見で心胸比0.60以上のもの
 - b 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
 - c 心電図で脚ブロック所見があるもの
 - d 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
 - e 心電図で第2度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
 - f 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの
 - g 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの
 - h 心電図で第I誘導、第II誘導及び胸部誘導(ただしV₁を除く。)のいずれかのTが逆転した所見があるもの
- イ ペースメーカを植え込み、自己の周辺の日常生活活動が極度に制限されるもの、先天性疾患によりペースメーカを植え込みしたもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの

[3級]

(2) **等級表3級**に該当する障害は次のいずれかに該当するものをいう。

- ア (1)のaからhまでのうち**いずれかの所見があり、かつ**、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
- イ ペースメーカを植え込み、家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの

[4級]

(3) **等級表4級**に該当する障害は次のものをいう。

- ア 次のうち**いずれかの所見があり、かつ**、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。
- a 心電図で心房細動又は粗動所見があるもの
 - b 心電図で期外収縮の所見が存続するもの
 - c 心電図でSTの低下が0.2mV未満の所見があるもの
 - d 運動負荷心電図でSTの低下が0.1mV以上の所見があるもの
- イ 臨床所見で部分的**心臓浮腫があり、かつ**、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 ペースメーカを植え込み、社会での日常生活活動が著しく制限されるもの

【18歳未満の者の場合】

〔1級〕

(1) **等級表1級**に該当する障害は原則として、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で、次の所見（a～n）の項目のうち6項目以上が認められるものをいう。

- a 著しい発育障害
- b 心音・心雑音の異常
- c 多呼吸又は呼吸困難
- d 運動制限
- e チアノーゼ
- f 肝腫大
- g 浮腫
- h 胸部エックス線で心胸比0.56以上のもの
- i 胸部エックス線で肺血流量増又は減があるもの
- j 胸部エックス線で肺静脈うっ血像があるもの
- k 心電図で心室負荷像があるもの
- l 心電図で心房負荷像があるもの
- m 心電図で病的な不整脈があるもの
- n 心電図で心筋障害像があるもの

〔3級〕

(2) **等級表3級**に該当する障害は、原則として、継続的医療を要し、(1)の所見（a～n）の項目のうち5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の狭窄若しくは閉塞があるものをいう。

〔4級〕

(3) **等級表4級**に該当する障害は、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、アの所見（a～n）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をいう。

○疑義解釈

質 疑	回 答
<p>[心臓機能障害]</p> <p>1. 先天性心疾患による心臓機能障害をもつ者が、満18歳以降に新規で手帳申請した場合、診断書及び認定基準は、それぞれ「18歳以上用」と「18歳未満用」のどちらを用いるのか。</p> <p>2. 18歳以上用の診断書の「3 心電図所見」の「シ その他の心電図所見」及び「ス 不整脈のあるものでは発作中の心電図所見」の項目があるが、認定基準及び認定要領等にはその取扱いの記載がないが、これらの検査データはどのように活用されるのか。</p> <p>3. ペースメーカを植え込みしたもので、「自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの」（1級）、「家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」（3級）、「社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」（4級）はどのように判断するのか。</p>	<p>それぞれ「18歳以上用」のものを使うことが原則であるが、成長の度合等により、「18歳以上用」の診断書や認定基準を用いることが不適當な場合は、適宜「18歳未満用」により判定することも可能である。</p> <p>診断医が、「活動能力の程度」等について判定する際の根拠となり得るとの理由から、シ、スの2項目が加えられており、必要に応じて当該検査を実施し、記載することとなる。</p> <p>（1）植え込み直後の判断については、次のとおりとする。</p> <p>「自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの」（1級）とは、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Ⅰに相当するもの、又はクラスⅡ以下に相当するものであって、身体活動能力（運動強度：メッツ）の値が2未満のものをいう。</p> <p>「家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」（3級）とは、同ガイドラインのクラスⅡ以下に相当するものであって、身体活動能力（運動強度：メッツ）の値が2以上4未満のものをいう。</p> <p>「社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」（4級）とは、同ガイドラインのクラスⅡ以下に相当するものであって、身体活動能力（運動強度：メッツ）の値が4以上のものをいう。</p> <p>（2）植え込みから3年以内に再認定を行うこととするが、その際の判断については次のとおりとする。</p>

質 疑	回 答
<p>4. ペースメーカーを植え込みした者、又は人工弁移植、弁置換を行った者は、18歳未満の者の場合も同様か</p> <p>5. 体内植込み（埋込み）型除細動器（ICD）を装着したものについては、ペースメーカーを植え込みしているものと同様に取り扱うのか。</p> <p>6. 発作性心房細動のある「徐脈頻脈症候群」の症例にペースメーカーを植え込んだが、その後心房細動が恒久化し、事実上ペースメーカーの機能は用いられなくなっている。この場合、再認定等の際の等級は、どのように判定すべきか。</p>	<p>「自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの」（1級）とは、身体活動能力（運動強度：メッツ）の値が2未満のものをいう。</p> <p>「家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」（3級）とは、身体活動能力（運動強度：メッツ）の値が2以上4未満のものをいう。</p> <p>「社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」（4級）とは、身体活動能力（運動強度：メッツ）の値が4以上のものをいう。</p> <p>先天性疾患によりペースメーカーを植え込みした者は、1級として認定することとしており、その先天性疾患とは、18歳未満で発症した心疾患を指すこととしている。したがって、ペースメーカーを植え込みした18歳未満の者は1級と認定することが適当である。</p> <p>また、弁移植、弁置換術を行った者は、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。</p> <p>同様に取り扱うことが適当である。</p> <p>認定基準の18歳以上の1級のイ「ペースメーカーを植え込み、自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの、先天性疾患によりペースメーカーを植え込みしたもの」、3級のイ「ペースメーカーを植え込み、家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」及び4級のウ「ペースメーカーを植え込み、社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」の規定には該当しないものとし</p>

質 疑	回 答
<p>7. 人工弁移植、弁置換に関して、 ア. 牛や豚の弁を移植した場合も、人工弁移植、弁置換として認定してよいか。 イ. また、僧帽弁閉鎖不全症により人工弁輪移植を行った場合も、アと同様に認定してよいか。 ウ. 心臓そのものを移植した場合は、弁移植の考え方から1級として認定するのか。</p> <p>8. 本人の肺動脈弁を切除して大動脈弁に移植し、切除した肺動脈弁の部位に生体弁(牛の弁)を移植した場合は、「人工弁移植、弁置換を行ったもの」に該当すると考えてよいか。</p> <p>9. 肺高血圧症に起因する肺性心により、心臓機能に二次的障害が生じた場合、検査所見及び活動能力の程度が認定基準に該当する場合は、心臓機能障害として認定できるか。</p> <p>10. (質疑) 1において、新規で手帳申請した場合の取扱いについて示されているが、再認定の場合における診断書や認定基準も同様の取扱いとなるのか。</p>	<p>て、その他の規定によって判定することが適当である。</p> <p>ア. 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扱うことが適当である。 イ. 人工弁輪による弁形成術のみをもって、人工弁移植、弁置換と同等に扱うことは適当ではない。 ウ. 心臓移植後、抗免疫療法を必要とする期間中は、1級として扱うことが適当である。 なお、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は適当と考えられる。</p> <p>肺動脈弁を切除した部位に新たに生体弁を移植していることから、1級として認定することが可能である。</p> <p>二次的障害であっても、その心臓機能の障害が認定基準に該当し、かつ、永続するものであれば、心臓機能障害として認定することが適当である。</p> <p>同様である。</p>

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	明治 大正 昭和 <u>平成</u>	26年1月10日生(0)歳	<input checked="" type="radio"/> 男 女
住所	〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号			
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	大動脈離断複合、 心室中隔欠損症、 総肺静脈還流異常症	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()		
② 疾病・外傷発生年月日	<u>昭和</u> <u>平成</u>	26年1月10日	場所	
④ 参考となる経過・現症(レントゲン及び検査所見を含む。)	チアノーゼ 多呼吸、哺乳力不足、胸部X線にて心拡大を認める。心エコー、心臓カテーテル検査で上記診断。 平成26年1月15日 根治手術			
⑤ 総合所見	中等度 [将来再認定 <u>要</u> ・不要] [再認定の時期 29年2月]			
⑥ その他参考となる合併症状	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 障害の状態が軽減する等の変化が予想される場合には、1年以上5年以内の時期を記入のこと。 </div>			
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。				
平成26年 2月 25日				
病院又は診療所の名称		〇〇病院		
所在地		〇〇市〇〇町〇—〇		
診療担当科名		小児科		医師氏名 〇〇 〇〇 印
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) <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、心臓機能障害を記入し、原因となった疾病には、狭心症、僧帽弁狭窄症、心室中隔欠損症等原因となった疾患名を記入して下さい。				
2 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分について、お問い合わせする場合があります。				

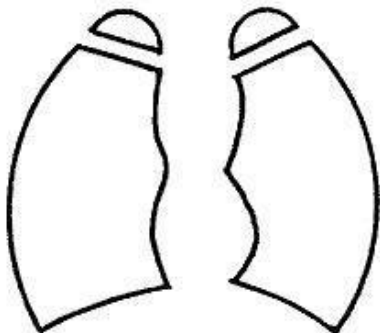
（該当するものを○でかこむこと）

1 臨床所見

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

2 検査所見

（1）胸部X線所見（平成26年1月10日）



心 胸 比 0 . 6 0

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

（2）心電図所見

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

（3）心エコー図、冠動脈造影所見（平成 年 月 日）

- | | | | |
|--------------|-------------------------|---|-------------------------|
| ア 冠動脈の狭窄又は閉塞 | <input type="radio"/> 有 | ・ | <input type="radio"/> 無 |
| イ 冠動脈瘤又は拡張 | <input type="radio"/> 有 | ・ | <input type="radio"/> 無 |

3 養護の区分

- | | |
|-----------------|--|
| (1) 6か月～1年毎の観察 | <input checked="" type="radio"/> (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 | |

身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害用)

総括表

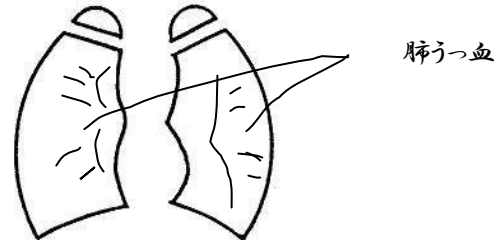
氏名 ○○ ○○	明治 大正 <u>昭和</u> 平成	32年7月23日(56)歳	<input checked="" type="radio"/> 男 女
住所 ○○市○○町○○番○○号			
① 障害名(部位を明記) 心臓機能障害			
② 原因となった 疾病・外傷名 急性心筋梗塞		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災 自然災害、 <u>疾病</u> 、先天性、その他()	
③ 疾病・外傷発生年月日 <u>昭和</u> <u>平成</u> 25年 9月 5日 ・場 所			
④ 参考となる経過・現症(レントゲン及び検査所見を含む。)			
平成22年4月頃より労作時の胸痛あり。平成25年9月5日、自宅で胸痛が出現し、緊急入院。冠動脈造影で、右冠動脈、前下行枝の閉塞、回旋枝の狭窄が判明。			
		障害固定又は障害確定(推定)	<u>昭和</u> 平成 年 月 日
⑤ 総合所見			
冠動脈バイパス術の適応			
		〔将来再認定 <u>要</u> 、不要〕 〔再認定の時期 26年 9月〕	
⑤ その他参考となる合併症状			
糖尿病		障害の状態が軽減する等の変化が予想される場合には、1年以上5年以内の時期を記入のこと。	
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。			
平成25年 9月 5日			
病院又は診療所の名称		○○病院	
所 在 地		○○市○○町○—○	
診療担当科名		心臓外科	医師氏名 ○○ ○○ 印
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			
<u>該当する</u>		(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、心臓機能障害を記入し、原因となった疾病には、狭心症、僧帽弁狭窄症、心室中隔欠損症等原因となった疾患名を記入して下さい。			
2 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分について、お問い合わせする場合があります。			

(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 (有・無) |
| イ 息切れ (有・無) | ク 心拍数 60 |
| ウ 呼吸困難 (有・無) | ケ 脈拍数 60 |
| エ 胸痛 (有・無) | コ 血压 (最大100 最小70) |
| オ 血痰 (有・無) | サ 心音 正 |
| 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、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 (平成25年9月5日)



3. 心電図所見 (平成 25年 9月 5日)

心胸比0.53

- 自己調律
 ペースメーカ調律
- | | |
|---|-----------------|
| 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2度・無) |
| キ 心房細動(粗動) | (有・無) |
| ク 期外収縮 | (有・無) |
| ケ S T の低下 | (有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・無) |
| サ 運動負荷心電図におけるS T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おこるもの。
- 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おこるもの、又は頻回に頻脈発作を起し、救急医療を繰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おこるもの又は繰返してアダムスストークス発作がおこるもの。

5. ペースメーカ (有・無) 実施日: 平成 年 月 日
 人工弁移植、弁置換 (有・無) 実施日: 平成 年 月 日

6. ペースメーカの適応度 (クラスI・クラスII以下)

7. 身体活動能力(運動強度)

- | | |
|----------------|--------------------|
| ア 2メッツ未満 | (例 ベッド等で安静が必要な状態) |
| イ 2メッツ以上4メッツ未満 | (例 平地歩行ができる状態) |
| ウ 4メッツ以上 | (例 早歩きや坂道歩きができる状態) |

身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害)

総括表

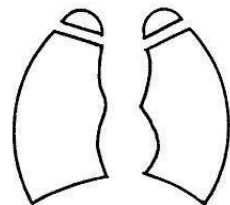
氏名	○○ ○○ ○○ ○○	明治 大正 昭和 平成	40年8月31日生(49)歳	男
住所	○○市○○町○丁目○番○号			
① 障害名(部位を明記)	心臓機能障害			
② 原因となった 疾病・外傷名	完全房室ブロック	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、 <u>疾病</u> 、先天性、その他()		
③ 疾病・外傷発生日	昭和 平成	26年9月10日	場所	自宅
④ 参考となる経過・現症(レントゲン及び検査所見を含む。)	平成25年末からめまい、ふらつき等の自覚有り。 平成26年9月10日、症状増悪のため受診。 障害固定又は障害確定(推定) 昭和 平成 26年9月12日			
⑤ 総合所見	心電図にて房室ブロックを認めため、ペースメーカー植え込みの適応と判断。 平成26年9月12日、恒久的ペースメーカー植え込み術を施行した。 [将来再認定 要・不要] [再認定の時期 29年9月]			
⑥ その他参考となる合併症状	ペースメーカー等の植え込み者 については、3年以内に再認 定をつけること。			
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 平成27年3月20日 病院又は診療所の名称 ○○病院 所在地 ○○市○○町○丁目○番○号 診療担当科名 循環器内科 医師氏名 ○○○○ 印				
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 (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、心臓機能障害を記入し、原因となった疾病には、狭心症、僧帽弁狭窄症、心室中隔欠損症等原因となった疾患名を記入して下さい。 2 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分について、お問い合わせする場合があります。				

(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 (有・ 無) |
| イ 息切れ (有 ・無) | ク 心拍数 34回/分 |
| ウ 呼吸困難 (有・ 無) | ケ 脈拍数 34回/分 |
| エ 胸痛 (有・ 無) | コ 血圧 (最大 116 最小 52) |
| オ 血痰 (有・ 無) | サ 心音 収縮期雑音 |
| 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、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 (平成 27 年 3月 20 日)



心胸比 **56%**

3. 心電図所見 (平成 27 年 3月 20 日)

- 自己調律
- ペースメーカー調律
- | | |
|---|--------------------------|
| 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 S T 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S T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おこるもの。
- 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おこるもの、又は頻回に頻脈発作を起し、救急医療を繰り返す必要としているもの。
- オ** 安静時若しくは自己周辺の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの又は繰り返してアダムスストークス発作がおこるもの。

5. ペースメーカー (**有**)・無) 実施日:平成 26 年 9月 12 日

人工弁移植、弁置換 (有・**無**) 実施日:平成 年 月 日

6. ペースメーカーの適応度 (**クラス I**)・クラス II以下)

- | | |
|-----------------|--------------------|
| ア 2メッツ未満 | (例 ベッド等で安静が必要な状態) |
| イ 2メッツ以上4メッツ未満 | (例 平地歩行ができる状態) |
| ウ 4メッツ以上 | (例 早歩きや坂道歩きができる状態) |

様式第3

身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害)

総括表

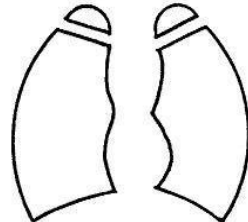
氏名	○○ ○○ ○○ ○○	明治 大正 昭和 平成	30年8月31日生(59)歳	男
住所	○○市○○町○丁目○番○号			
① 障害名(部位を明記)	心臓機能障害			
② 原因となった 疾病・外傷名	完全房室ブロック	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、疾病、先天性、その他()		
③ 疾病・外傷発生日	昭和 平成	26年5月10日	場所	自宅
④ 参考となる経過・現症(レントゲン及び検査所見を含む。)	平成24年末からめまい、ふらつき等の自覚有り。 平成26年5月10日、症状増悪のため受診。 平成26年5月21日、恒久的ペースメーカー植え込み術を施行した。			
	昭和 平成		障害固定又は障害確定(推定) 平成26年5月21日	
⑤ 総合所見	家庭内での日常生活活動が著しく制限される。 〔将来再認定 要・不要〕 〔再認定の時期 年 月〕			
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。 平成29年5月25日 病院又は診療所の名称 ○○病院 所在地 ○○市○○町○丁目○番○号 診療担当科名 循環器内科 医師氏名 ○○○○ 印				
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 (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、心臓機能障害を記入し、原因となった疾病には、狭心症、僧帽弁狭窄症、心室中隔欠損症等原因となった疾患名を記入して下さい。 2 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分について、お問い合わせする場合があります。				

(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 (<input checked="" type="radio"/> 有・無) | ク 心拍数 55回/分 |
| ウ 呼吸困難 (有・ <input checked="" type="radio"/> 無) | ケ 脈拍数 55回/分 |
| エ 胸痛 (有・ <input checked="" type="radio"/> 無) | コ 血圧(最大 110 最小 70) |
| オ 血痰 (有・ <input checked="" type="radio"/> 無) | サ 心音 収縮期雑音 |
| 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、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 (平成 29 年 5 月 25 日)



心胸比 56%

3. 心電図所見 (平成 29 年 5 月 25日)

- 自己調律
- ペースメーカ調律
- | | |
|--|---|
| ア 陳旧性心筋梗塞 | (<input checked="" type="radio"/> 有・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 S T 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(但し 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S Tの0.1mV以上の低下 | (有・ <input checked="" type="radio"/> 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おこるもの。
- 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おこるもの、又は頻回に頻脈発作を起し、救急医療を繰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おこるもの又は繰返してアダムスストークス発作がおこるもの。

5. ペースメーカ (有・無) 実施日:平成 26 年 5 月 21 日

人工弁移植、弁置換 (有・無) 実施日:平成 年 月 日

6. ペースメーカの適応度 (クラス I ・ クラス II 以下)

7. 身体活動能力(運動強度)

- | | |
|---|--------------------|
| ア 2メッツ未満 | (例 ベッド等で安静が必要な状態) |
| <input checked="" type="radio"/> イ 2メッツ以上4メッツ未満 | (例 平地歩行ができる状態) |
| ウ 4メッツ以上 | (例 早歩きや坂道歩きができる状態) |

ペースメーカ等の植え込みから3年以内の再認定の場合、7の該当項目に○印をつけること。メッツが測れない場合は、その旨余白に記入のこと。

身体活動能力質問表 記入上の注意及び評価方法

○担当医師が身体活動能力質問表を見ながら**必ず問診してください。**

（この質問表はアンケート用紙ではありませんから、**患者さんには渡さないでください**）

○患者さんに問診し身体活動能力を判定する際には、以下の点にご注意ください。

1) 身体活動能力質問表とは、医師が患者に記載されている項目の身体活動が楽にできるかを問うことにより、心不全症状が出現する最小運動量をみつけ、Mets で表すものです。

2) これらの身体活動は必ず患者のペースではなく、**同年齢の健康な人と同じペースでできるか**を問診してください。

3) 「わからない」という回答はなるべく少なくなるように問診を繰り返してください。たとえば、患者さんが最近行ったことの無い運動でも、過去に行った経験があれば、今でもできそうか類推できることがあります。

4) 患者さんの答えが「はい」から「つらい」へ移行する問診項目については特に注意深く確認してください。**「つらい」という答えがはじめて現れた項目の運動量（Mets の値）が、症状が出現する最小運動量となり、その患者の身体活動能力指標（Specific Activity Scale:SAS）になります。**

5) 最小運動量の決め手となる身体活動の質問項目は、その心不全患者の症状を追跡するための key question となりますので、カルテに最小運動量(Mets 数)と質問項目の番号を記載してください。

※key question とは、身体活動能力の判別に役立つ質問項目です。質問項目の 4、5、11、14 がよく使われる key question です。

6) Mets 数に幅のある質問項目（質問 6～11、13～20）については、**同じ質問項目で症状の強さが変化する場合には、0.5Mets の変動で対応してください。**

7) 「少しつらい」場合でも「つらい」と判断してください。

(例) ぞうきんがけはできますか？

- ・この1週間で実際にぞうきんがけをしたことがあり、楽にできた。
- ・この1週間にしたことはないが、今やっても楽にできそうだ。
- ・ぞうきんがけを試みたが、少しつらかった。
- ・ぞうきんがけを試みたが、つらかった。
- ・できそうになかったので、ぞうきんがけはしなかった。
- ・この1週間にしたことはないが、今の状態ではつらくてできそうにない。
- ・ぞうきんがけをしばらくやっていないので、できるかどうかわからない。
- ・ぞうきんがけをやったことがないので、できるかどうかわからない。

(初めての測定の場合)

「健康な人と同じ速度で平地を 100～200m 歩いても平気ですか。(3～4Mets)」という質問で初めて症状が認められた場合、質問 11 が key question となり、**最小運動量である SAS は 3.5Mets と判定します。**

(過去に測定していたことがある場合)

同じ 11 の質問項目で症状の強さが変化する場合、「つらいけど以前よりは楽」の場合は 4Mets に、「以前よりもつらい」場合は 3Mets として下さい。以前とは、前回の測定時のことを指します。

身体活動能力質問表

(Specific Activity Scale)

●問診では、下記について質問してください。

(少しつらい、とてもつらいはどちらも「つらい」に○をしてください。わからないものには「？」に○をしてください)

1. 夜、楽に眠れますか？(1Met 以下)	はい	つらい	?
2. 横になっていると楽ですか？(1Met 以下)	はい	つらい	?
3. 一人で食事や洗面ができますか？(1.6Mets)	はい	つらい	?
4. トイレは一人で楽にできますか？(2Mets)	はい	つらい	?
5. 着替えが一人でできますか？(2Mets)	はい	つらい	?
6. 炊事や掃除ができますか？(2~3Mets)	はい	つらい	?
7. 自分で布団を敷けますか？(2~3Mets)	はい	つらい	?
8. ぞうきんがけはできますか？(3~4Mets)	はい	つらい	?
9. シャワーを浴びても平気ですか？(3~4Mets)	はい	つらい	?
10. ラジオ体操をしても平気ですか？(3~4Mets)	はい	つらい	?
11. 健康な人と同じ速度で平地を 100~200m 歩いても平気ですか。(3~4Mets)	はい	つらい	?
12. 庭いじり(軽い草むしりなど)をしても平気ですか？(4Mets)	はい	つらい	?
13. 一人で風呂に入れますか？(4~5Mets)	はい	つらい	?
14. 健康な人と同じ速度で2階まで昇っても平気ですか？(5~6Mets)	はい	つらい	?
15. 軽い農作業(庭掘りなど)はできますか？(5~7Mets)	はい	つらい	?
16. 平地で急いで200m歩いても平気ですか？(6~7Mets)	はい	つらい	?
17. 雪かきはできますか？(6~7Mets)	はい	つらい	?
18. テニス(又は卓球)をしても平気ですか？(6~7Mets)	はい	つらい	?
19. ジョギング(時速8km程度)を300~400mしても平気ですか？(7~8Mets)	はい	つらい	?
20. 水泳をしても平気ですか？(7~8Mets)	はい	つらい	?
21. なわとびをしても平気ですか？(8Mets 以上)	はい	つらい	?

症状が出現する最小運動量 _____ Met s

※ Met: metabolic equivalent (代謝当量) の略。安静坐位の酸素摂取量 (3.5ml/kg 体重/分) を 1Met とし、活動時の摂取量が何倍かを示し、活動強度の指標として用いる。