

## 診断書・意見書

### 1 診断書の作成について

身体障害者診断書においては、疾患等により永続的に心臓機能の著しい低下のある状態について、その障害程度を認定するために必要な事項を記載する。診断書は障害認定の正確を期するため、児童のための「18歳未満用」と成人のための「18歳以上用」とに区分して作成する。併せて障害程度の認定に関する意見を付す。

#### (1) 「総括表」について

##### ア 「障害名」について

「心臓機能障害」と記載する。

##### イ 「原因となった疾病・外傷名」について

原因疾患名はできる限り正確に書く。例えば、単に心臓弁膜症という記載にとどめず、種類のわかるものについては「僧帽弁狭窄兼閉鎖不全症」等と記載する。また、動脈硬化症の場合は「冠動脈硬化症」といった記載とする。

傷病発生年月日は初診日でもよく、それが不明の場合は推定年月を記載する。

##### ウ 「参考となる経過・現症」について

傷病の発生から現状に至る経過及び現症について障害認定のうえで参考となる事項を摘記する。障害固定又は確定（推定）の時期については、手術を含む治療の要否との関連をも考慮し記載する。

##### エ 「総合所見」について

経過及び現症からみて障害認定に必要な事項を摘記する。乳幼児期における診断又は手術等により障害程度に変化の予測される場合は、将来再認定の時期等を記載する。

#### (2) 「心臓の機能障害の状況及び所見」について

##### ア 「1 臨床所見」について

臨床所見については、それぞれの項目について、有無いずれかに○印を付けること。その他の項目についても必ず記載すること。

##### イ 「2 胸部エックス線所見」について

胸部エックス線所見の略図は、丁寧に明確に書き、異常所見を記載する必要がある。心胸比は必ず算出して記載すること。

##### ウ 「3 心電図所見」について

心電図所見については、それぞれの項目について、有無いずれかに○印を付けること。運動負荷を実施しない場合には、その旨を記載することが必要である。STの低下については、その程度を何mVと必ず記載すること。

##### エ 「2 (3) 心エコー図、冠動脈造影所見」(18歳未満用)について

乳幼児期における心臓機能障害の認定に重要な指標となるが、これを明記すること。

##### オ 「4 活動能力の程度」(18歳以上用)について

心臓機能障害の場合には、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ので、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。

診断書の活動能力の程度と等級の関係は、次のとおりつけられているものである。

(1) ……………非該当

(2)・(3)…………4級相当

(4)……………3級相当

(5)……………1級相当

##### カ 「3 養護の区分」(18歳未満用)について

18歳未満の場合は、養護の区分の判定が障害程度の認定に極めて重要な意味をもつので、この点に十分留意し、いずれか1つの該当項目を慎重に選ぶこと。

診断書の養護の区分と等級の関係は次のとおりである。

(1)……………非該当

(2)・(3)…………4級相当

(4)……………3級相当

(5)……………1級相当

キ 「6 ペースメーカーの適応度」について

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)におけるエビデンスと推奨度のグレードによる。

ク 「身体活動能力(運動強度)」について

身体能力活動を示す値(運動時の酸素消費量が、安静時の何倍に相当するかを示す運動強度)

(参考)

○ 「不整脈の非薬物治療ガイドライン(2011年改訂版)」(日本循環器学会)のエビデンスと推奨度のグレード

- (1)クラスⅠ:有益であるという根拠があり、適応であることが一般に同意されている
- (2)クラスⅡa:有益であるという意見が多いもの
- (3)クラスⅡb:有益であるという意見が少ないもの
- (4)クラスⅢ:有益でないまたは有害であり、適応でないことで意見が一致している

○ メッツ:METs(Metabolic Equivalentents)

運動時の酸素消費量が、安静時の何倍に相当するかを示す運動強度の単位

- 例 2メッツ未満:ベット等で安静が必要な状態
- 2メッツ以上4メッツ未満:平地歩行ができる状態
- 4メッツ以上: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

総括表

( 障害用)

氏 名	年 月 日生	男 女									
住 所											
①障害名（部位を明記）											
②原因となった 疾病・外傷名											
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・外傷発生年月日 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。）											
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日											
⑤総合所見											
[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。併せて次の意見を付す。 年 月 日											
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">病院又は診療所の名称</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>所 在 地</td> <td>科</td> <td>医師氏名</td> </tr> <tr> <td>診 療 担 当 科 名</td> <td></td> <td style="text-align: right;">印</td> </tr> </table>			病院又は診療所の名称			所 在 地	科	医師氏名	診 療 担 当 科 名		印
病院又は診療所の名称											
所 在 地	科	医師氏名									
診 療 担 当 科 名		印									
身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）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（ 級相当） ・該当しない											
注意 <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書（別紙）を添付してください。</li> <li>3 障害区分や等級決定のため、北海道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。</li> </ol>											

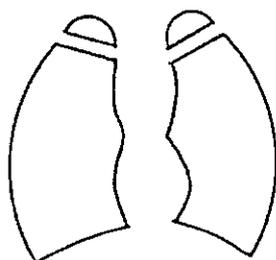
心臓の機能障害の状況及び所見（18歳以上用）

（該当するものを○印で囲むこと。）

1 臨床所見

- |           |       |  |
|-----------|-------|--|
| (1) 動悸    | (有・無) | (8) 心拍数                                |
| (2) 息切れ   | (有・無) | (9) 脈拍数                                |
| (3) 呼吸困難  | (有・無) | (10) 血圧（最大          ・最小          ）     |
| (4) 胸痛    | (有・無) | (11) 心音                                |
| (5) 血痰    | (有・無) | (12) その他の臨床所見                          |
| (6) チアノーゼ | (有・無) |  |
| (7) 浮腫    | (有・無) | (13) 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（    年    月    日）



心胸比

3 心電図所見（    年    月    日）

- |  |   |
|--|---|
| (1) 陳旧性心筋梗塞  | (有・無) (部位:                                  ) |
| (2) 心室負荷像  | (有<右室・左室・両室>・無)                               |
| (3) 心房負荷像  | (有<右房・左房・両房>・無)                               |
| (4) 脚ブロック  | (有・無)   |
| (5) 完全房室ブロック   | (有・無)   |
| (6) 不完全房室ブロック  | (有第          度・無)                             |
| (7) 心房細動（粗動）   | (有・無)   |
| (8) 期外収縮   | (有・無)   |
| (9) STの低下  | (有          mV・無)                             |
| (10) 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導<br>（V <sub>1</sub> を除く。）のいずれかのTの逆転 | (有・無)   |
| (11) 運動負荷心電図におけるSTの<br>0.1mV以上の低下                        | (有・無)   |

(12) その他の心電図所見

(13) 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）

(14) その他の検査所見（心エコー、血管造影など）

#### 4 活動能力の程度

- (1) 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
- (2) 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
- (3) 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
- (4) 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
- (5) 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 手術の状況

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 )
その他の手術の状況	( 有 年 月 日 ・ 無 )

#### 6 ペースメーカーの適応度及び身体活動能力（運動強度）

（体内植込み型除細動器、両心室同期型ペースメーカー兼除細動器についても同様）

※なお、再認定の診断書・意見書の場合はメッツの値で判断することから、クラスは削除すること。

- (1) クラスⅠ～Ⅰ級相当
- (2) クラスⅡ以下でメッツの値 2 未満～Ⅰ級相当
- (3) クラスⅡ以下でメッツの値 2 以上 4 未満～Ⅲ級相当
- (4) クラスⅡ以下でメッツの値が 4 以上～Ⅳ級相当

心臓の機能障害の状況及び所見（18歳未満用）

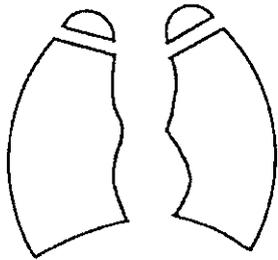
（該当するものを○印で囲むこと。）

1 臨床所見

- |               |       |           |       |
|---------------|-------|-----------|-------|
| (1) 著しい発育障害   | (有・無) | (5) チアノーゼ | (有・無) |
| (2) 心音・心雑音の異常 | (有・無) | (6) 肝腫大   | (有・無) |
| (3) 多呼吸又は呼吸困難 | (有・無) | (7) 浮腫    | (有・無) |
| (4) 運動制限      | (有・無) |           |       |

2 検査所見

- (1) 胸部エックス線所見（ 年 月 日）



心胸比

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

(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（ 年 月 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        |       |

3 養護の区分

- |                  |  |
|------------------|--|
| (1) 6か月～1年ごとの観察  | (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 |
| (2) 1か月～3か月ごとの観察 |  |
| (3) 症状に応じて要医療    |  |
| (4) 継続的医療        |  |

5 手術の状況

- |            |                 |
|------------|-----------------|
| 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 ) |
| その他の手術の状況  | ( 有 年 月 日 ・ 無 ) |