

胸腹部臓器の障害認定に関する専門検討会胸部分野（循環器）報告書（案）

第1 検討に当たって

1 現行の障害等級認定基準

胸部臓器の障害（じん肺による障害を除く）については、次により等級を認定することとされている。

ア 「重度の胸部臓器の障害のために、生命維持に必要な身のまわり処理の動作について、常に他人の介護を要するもの」 第1級の4

胸部臓器の障害により、日常生活の範囲が病床に限定されている状態のものがこれに該当する。

イ 「高度の胸部臓器の障害のために、生命維持に必要な身のまわり処理の動作について、随時介護を要するもの」 第2級の2の3

胸部臓器の障害により、日常生活の範囲が主として病床にあるが、食事、用便、自宅内の歩行など短時間の離床が可能であるか又は差し支えない程度の状態のものがこれに該当する。

ウ 「生命維持に必要な身のまわり処理の動作は可能であるが、高度の胸部臓器の障害のために、終身にわたりおよそ労務に就くことができないもの」 第3級の4

胸部臓器の障害により、自宅周辺の歩行が可能か又は差し支えないが、終身にわたりおよそ労務に服することができない状態のものがこれに該当する。

エ 「胸部臓器の障害のため、終身にわたりきわめて軽易な労務のほか服することができないもの」 第5級の1の3

胸部臓器の障害による身体的能力の低下などのため、独力では一般平均人の1/4程度の労働能力しか残されていない場合が、これに該当する。

労働能力の判定に当たっては、医学的他覚所見を基礎とし、さらに労務遂行の持続力についても十分に配慮して総合的に判断する。

オ 「中等度の胸部臓器の障害のために、労働能力が一般平均人以下に明らかに低下しているもの」 第7級の5

胸部臓器の障害による身体的能力の低下などのため独力では一般平均人の1/2程度の労働能力しか残されていない場合がこれに該当する。

カ 「一般的労働能力は残存しているが、胸部臓器の障害のため社会通念上、その就労可能な職種が相当な程度に制限されるもの」 第9級の7の3

キ 「一般的労働能力は残存しているが、胸部臓器の機能の障害の存在が明確であって労働に支障をきたすもの」 第11級の9

2 検討の進め方

(1) 障害等級認定基準について、疾患の種類や外傷の形態ごとに定めることとすると、認定基準が煩雑になりかねず、また、認定基準に当てはまらない障害が残存するおそ

れがある。一方、臓器の機能を端的に表す検査数値等が存在する場合は、障害の原因となった疾病の種類や外傷の形態にかかわらず、当該検査数値等によって基準を策定することによって、客観的かつ簡素で、あらゆる損傷形態に対応することができる。

こうした観点から心臓をみてみると、心臓の機能については、主として心機能の程度によって表されるほか、不整脈や心筋虚血の有無及び程度等により、症状が現れたり、重篤な発作が出現することがあるが、これらの程度を端的に表す検査数値等はない。

したがって、循環器の障害認定基準については、疾患の種類ごとに検討し、その後以外傷による機能低下について検討することとした。

なお、以下に検討した傷病以外のものが業務上の原因により生じることは考えにくいが、そうした傷病の結果、心臓の機能に障害を残した場合には個別に検討することが適当である。

- (2) 障害等級認定基準の検討対象となる疾患は、まず、業務によって発症することがあり得る疾患でなければならないが、循環器の疾患に関しては、厚生労働省労働基準局長通達（平成 13 年 12 月 12 日付け基発第 1063 号「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く）の認定基準について」という。）が発出されている。

この認定基準では、業務による過重負荷により発症する疾患として、次の「虚血性心疾患等」を掲げている。

- ア 心筋梗塞
- イ 狭心症
- ウ 心停止（心臓性突然死を含む）

なお、心停止には、「一次性心停止」及び「不整脈による突然死等」を含めて取り扱うこととされている。

- エ 解離性大動脈瘤

また、別の厚生労働省労働基準局長通達（昭和 62 年 10 月 26 日付け基発第 620 号「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準について」）では、業務上の負傷に起因する虚血性心疾患等として、二次性循環不全が掲げられている。

業務上発症し得る循環器疾患は、理論的には上記 5 疾患に限定されるわけではないが、実際には、上記 5 疾患以外に業務上発症し得る疾患は考えにくい。

したがって、本検討会では、疾患についてはこれら 5 疾患を検討の対象とした。

なお、上記 5 疾患のうち、解離性大動脈瘤については、近年は、大動脈解離の呼称が一般的になっていることから、本検討会では「大動脈解離」の呼称を用いることとした。

3 循環器の構造と機能等

障害の検討に入る前に、循環器の基本的構造及び機能等について概観する。

(1) 心臓

- ア 基本的構造等

心臓は、おおむね握りこぶし大の主として筋肉からなる中空状の臓器で、外側から心外膜、心筋層、心内膜の3層構造となっており、その重量は体重の約1/200である。1回の拍出量は成人で約70mlであり、1分間に約70回の拍出を行っている。

心臓は心膜に包まれて胸郭内に位置し、心尖部は左乳頭の下で第5肋骨間にある。

心臓は、左右2つの心房及び心室に分かれており、左右の心房の間には心房中隔が、左右の心室の間には心室中隔がある。

各心房と心室とは大きく連絡しており、右心房と右心室の間には3枚の弁膜からなる三尖弁が、左心房と左心室の間には2枚の弁膜からなる僧帽弁があり、それぞれ心室から心房への血液の逆流を防いでいる。また、右心室から出る肺動脈には肺動脈弁が、左心室から出る大動脈には大動脈弁があり、いずれも3枚の半月弁からなる。

イ 冠動脈

冠動脈は、大動脈起始部で右冠動脈と左冠動脈の2本が分枝しており、左冠動脈は、短い主幹部から左前下行枝と左回旋枝に分かれる。冠動脈は、心臓に血液を供給する動脈で、心外膜下組織内を表在性に走行し、多数の枝を心筋層内に送り込んでいる。

心室を栄養する個々の枝は末梢の領域で他の動脈枝と吻合・交通することがなく、直ちに毛細血管と連なっており、終動脈と呼ばれる。終動脈が血栓などで閉塞すると、終動脈で栄養されている領域の組織は壊死を起こす。

これに対し、心房に分布する動脈は動脈枝相互間の吻合・連絡が発達しており、梗塞が生ずることはほとんどない。

ウ 刺激伝導系

心筋は、自ら興奮を生成する特殊な心筋細胞により、脳からの神経支配を受けずに自動的に収縮しており、通常は、洞結節で生成された興奮が、順次、房室結節、His束、左右の脚、プルキンエ線維に伝導して固有心筋を収縮させる。

自動能が亢進する（特殊な心筋細胞の興奮頻度が高まる、又は特殊な心筋細胞以外の固有心筋が自ら興奮を生成するなど）、リエントリが起こる（心筋の一部が傷害され、興奮の伝導遅延が起こり、別の伝導経路の興奮が先に到達するなど）などの場合、不整脈が現れる。

(2) 大動脈の構造

大動脈は、左心室の弁基部から派生し、上行した後、弓状に反転して、心臓とせき椎の間を下行している。上向きの部分は上行大動脈と呼ばれ長さは約5cm、弓状の部分は弓部大動脈といい長さは約4.5cm、下行し横隔膜までの部分は下行胸部大動脈といい約20cm、横隔膜から左右の総腸骨動脈に分岐するまでの部分は腹部大動脈といい約15cmの長さをもっている。

大動脈からは、多数の動脈が分枝している。基部からは2本の冠動脈が、弓部からは腕頭動脈、総頸動脈、鎖骨下動脈が分枝し、下行胸部大動脈や腹部大動脈からはせき髄や各臓器等に向けて多くの動脈が分枝している。

大動脈の径は、胸部で約 30 mmである。

(3) 心膜

ア 構造

心膜は、心臓を包む二重の膜である。内層である臓側心膜は心臓の外壁に密着しており、大血管の高さで反転し外層の壁側心膜に移行する。臓側心膜と壁側心膜の間隙を心膜腔と呼び、正常で 15~50ml 程度の心膜液が存在する。

イ 機能

心膜は、①心臓の過剰な動きを制限する、②心臓の過度の拡張を防ぐ、③肺からの炎症の波及を防止する、などの役割を担っている。

また、心膜液は、二重の心膜間での摩擦を軽減している。

心膜液の貯留によって心膜腔内圧が上昇し、心室の充満が障害され心拍出量が減少した状態を心タンポナーデという。心破裂や大動脈解離により血液が心膜腔に流入して心タンポナーデとなる場合もある。

第2 障害認定に関する検討

1 心筋梗塞

(1) 検討の視点

ア 心筋梗塞を発症すると、壊死した心筋の部位及び範囲に応じて心機能が低下するが、その低下の程度に応じて心機能はさらに少しずつ低化する。

また、心筋梗塞が軽度で、かつ、慢性期には安定していると思われるものであっても、突然に重篤な発作を起こし、死に至ることがある。

このような病態である心筋梗塞について、労災保険における治ゆはどのように考えられるか、特に、治ゆの要件の一つである「症状が安定している」ことについてどのように考えられるかを検討した。

また、以上の検討結果を踏まえ、心筋梗塞についてはどのような場合に治ゆと判断できるかについて検討した。

イ 心筋梗塞が治ゆした場合の障害等級について検討した。

(2) 労災保険における心筋梗塞の治ゆについて

ア 心筋梗塞の病態等

労災保険制度における治ゆとは、「これ以上の治療効果が期待できず、かつ、症状が安定しているもの」とされている。

心筋梗塞の発症後は、程度の差こそあれ、心機能の低下の程度に応じてその後さらに心機能が徐々に低下する。また、症状が安定しているとみられるものであっても、その一部は、突然に心筋虚血や不整脈による重篤な発作を起こし、その結果死亡する場合もある。

したがって、まず、治ゆの検討の前提として、心筋梗塞の病態及び発症後の経過等に

ついて考察した。

(ア) 病態

心筋梗塞は、冠動脈が閉塞し、冠動脈から血液供給を受けていた心筋組織が壊死し、線維化する疾病である。

血液供給を失った心筋は、まず、内膜側から壊死が始まり、数時間をかけ、次第に外膜側まで壊死が広がっていく。

壊死した心筋は収縮することがなくなり、壊死した部位と範囲に応じて、心臓のポンプ機能、すなわち心機能が低下する。心筋梗塞による心機能の低下の程度は、軽症で、長期的にもほとんど心機能のさらなる低下が見られないものから、比較的短期間のうちに重篤な心不全を来すものまでさまざまである。

また、心筋梗塞発症後には、さまざまな不整脈が出現する。

心筋梗塞後に不整脈が出現するのは、心筋の壊死による伝導性の低下、異常自動能の亢進等によるもので、急性期には、心室細動など重篤なものが起こることが多く、心筋梗塞の急性期における主な死因となっている。重篤なものの多くは次第に消失することが多いが、慢性期に入っても、ほとんどの場合、不整脈の1種である心室性期外収縮が残存する。心室性期外収縮は、それ自体は症状を伴わないことも多いが、頻発する場合や、連発、多形性などのものが出現する場合は、心室細動に移行する危険があり、生命予後を悪化させる。

次に、心筋梗塞発症後には、心筋梗塞の原因となった閉塞部位以外にも冠動脈の有意狭窄等が残存することが多く、そのため、狭心症状を来すことがある。また、狭窄部位が閉塞して再度心筋梗塞を発症し、死に至ることもある。心筋虚血の程度については、冠動脈の狭窄部位、狭窄度、罹患枝数によるが、動脈硬化の進展度なども関係して、症例によってさまざまであり、特定の指標や少数の指標の組合せによって適切に表すことは困難である。

なお、心機能の低下が大きく、かつ、残存する不整脈が危険なもので、心筋虚血が重篤であるほど、重篤な発作を起こす可能性が高く、生命予後が悪い。

(イ) 治療

心筋梗塞については、冠動脈の血行再建と不整脈に対する治療が中心となる。

冠動脈の閉塞部位の血行再建方法としては、血栓を溶解する内科的療法や、冠動脈にカテーテルを挿入し、冠動脈内でバルーンを膨らませて内径を拡大したり、冠動脈閉塞部にバイパスを設ける外科的治療などがある。こうした治療により血行は改善されるが、動脈硬化の進展度等によっては、完全に虚血を解消することは出来ないことも少なくない。

また、不整脈については、薬物療法が行われる他、徐脈が頻発するものに対しては植込み型心臓ペースメーカー（以下「ペースメーカー」という。）が、また、心室頻拍や心室細動が起こるおそれのあるものに対しては、植込み型除細動器の植え込み治療が積極的に行われる。ペースメーカーや除細動器の植え込み治療は、不整脈そのものを根治するものではないが、徐脈や頻脈性不整脈が出現したときに重大な事態（突然死）

に至ることを防ぐことができる。

なお、症状が改善し、それ以上の治療効果が期待できない状態に至った場合でも、症状の抑制と基礎疾患等の増悪を抑止するための投薬は、ほぼ、生涯にわたって続けられることとなる。

イ 労災保険における心筋梗塞の治ゆ

労災保険における治ゆとは、これ以上の治療効果が期待できず、かつ、症状が安定しているものをいう。以下では、上述した心筋梗塞の病態等を踏まえ、主としてどのような場合に「症状が安定している」といえるかという点を中心に、治ゆについて検討した。

(ア) 「症状が安定している」について

- a 検討すべき1点目は、心筋梗塞を発症すると心機能が低下し、心機能の低下の程度に応じて、その後さらに心機能が低下するが、そうしたものを、症状が安定しているということができるかである。

労災保険制度においては、症状が安定しているとは、急性期を経過した後、症状が変動する可能性が全くないもののみを言うのではなく、医学的に同様の状態と判断できる一定の幅の中でわずかな変動を繰り返すものや、変動が緩慢であり長期的にみても症状が大きく変動するとは見込まれないもの等についても、症状は安定しているものとされている。

心筋梗塞については、心機能の低下の程度によって、慢性期以降にさらに心機能がどの程度の速度で低下するかが左右されるところであり、心筋梗塞による心機能の低下の程度が軽度に止まる場合は、心機能がさらに低下する速度も緩徐で、長期的に見ても、大きく低下するものはほとんどないと見込まれるところである。

したがって、心筋梗塞発症後も、心機能の低下の程度が軽度に止まり、症状が安定しているといえるものはあると考えられる。

- b 第2点目は、心筋梗塞については、心機能の低下の程度が小さく、症状が安定していると思われるものであっても、一部の症例においては、突然に心筋虚血や不整脈による重篤な発作を起こし、死に至ることがあるが、こうした病態であっても、一定の場合には、症状が安定していると言い得るのかである。

症状が安定し治ゆとなった後においても、一部の症例において急性症状が再度出現することは疾病一般にみられる。労災保険制度においては、治ゆ後、急性症状が再度出現した場合には、改めて療養の対象とされるし、急性症状の出現により死亡に至った場合には、遺族補償がなされることとなる。

このような労災保険制度の補償体系に照らせば、心筋梗塞においては、急性症状が出現した場合、突然死することも少なくないものの、そのことをもって、ただちに症状が安定することはないと取り扱うことは適当でない。

したがって、心筋梗塞についても、症状が安定する状態はありとらえた上で、その特性を十分踏まえて治ゆの判断基準を設けることが適当である。

(イ) 治ゆの判断基準

- a 心機能の低下の程度について

心筋梗塞による心機能の低下のため心不全状態を生じ、身体活動に制限を生じることがある。

心不全が重篤な場合、すなわち心機能の低下による運動耐容能の低下が重篤な場合には、予後が悪く、症状が安定しているとは言えないこと等から、治ゆとすることは適当ではない。

また、治療効果がある場合には治療を続けるべきであるから、運動耐容能の低下が軽度となるまで治療を行うことが通常であるが、まれに中等度で治療効果がなく、かつ、症状が安定することがある。

したがって、原則として心機能の低下による運動耐容能の低下が軽度及び中等度にとどまる場合について治ゆとすることが適当である。

この場合、心機能の低下による運動耐容能の低下の程度については、日本循環器学会、日本心臓病学会等 10 学会がまとめた「心疾患患者の学校、職域、スポーツにおける運動許容条件に関するガイドライン」（以下「許容条件ガイドライン」という。）においては、運動・作業強度を最大運動能の 60%で行うとすることを前提に、軽度に当たる場合を運動耐容能が 10METs を超えるものとし、中等度に当たる場合を運動耐容能が 5METs 以上 10 METs 以下であるものとしていること、さらには強い運動とは 6METs を超えるものとしていることが参考となる。

このほか、世界的に頻用されているニューヨーク心臓協会（NYHA）の心機能分類のクラス I の定義、アメリカ医学会における運動強度を踏まえた心機能分類（中等度を 5METs 又は 6METs とし、軽度及び正常を 7METs 以上としている。）、中年男性の運動耐容能の平均は 10METs、高齢の場合には 8METs と報告されていることを参考に、本専門検討会は以下の分類を採用することとした。

軽度：「心筋梗塞の発症を認めるものの、身体活動に制限はなく、通常の身体活動では心筋梗塞による疲労、動悸、呼吸困難、狭心痛を生じないもの（運動耐容能がおおむね 8METs を超えるもの）」と医師により認められるもの

中等度：「心筋梗塞の発症を認めるものであって、わずかな身体活動の制限があるもの。安静や通常の身体活動では支障を生じないものの、通常の身体活動より重い（おおむね 6METs を超える）身体活動で心筋梗塞による疲労、動悸、呼吸困難、狭心痛を生じる」と医師により認められるもの

なお、上記の心機能の低下による運動耐容能の低下は、診療経過における運動耐容能の記録、主治医の意見等を踏まえて判断しても差し支えないものであるが、主治医の意見に疑問がある場合には必要に応じて運動負荷試験等を実施させることが適当である。

また、心機能の程度を表す客観的指標としては、左室駆出率が代表的なものである。左室駆出率は、（左室拡張末期容積－左室収縮末期容積）×100/左室拡張末期容積で表され、健常人ではおおむね 60%台を示す。左室駆出率がおおむね 40%未満に低下している場合、心機能の低下は中等度以上であるとされ、それより低下すればするほど心不全に至る等して生命予後が悪化する。したがって、おおむね、左

室駆出率 40%を境に、それ以上を維持している場合は、その後の心機能の低下は緩除であるといえるのに対し、それ以下に低下している場合は、その後の心機能の低下の進行も早くなるということが出来る。

しかし、中長期的な心機能の低下には、左室駆出率のほか、年齢、梗塞巣の部位と範囲、心室に対する負荷の大きさ等さまざまな因子が関係する。

このため、心筋梗塞発症による心機能の低下の程度が軽度に止まり、その後の心機能の低下も緩除であるか否かは、左室駆出率によってある程度は予測できるものの、左室駆出率のみによって一律に区分することは適当でないし、その他の指標との組合せによって妥当な基準を設けることも困難である。

そうすると、結局、心筋梗塞発症後の心機能の低下が緩除であると見込まれ、症状が安定していると言えるのは、左室駆出率が 40%以上であることをひとつの目安とした上で、さまざまな指標を総合的に勘案し、原則として以下の 2 つの要件のいずれも満たすものとすることが適当である。

① 心機能の低下による運動耐容能の低下が軽度又は中等度であること

② 心機能の低下が軽度にとどまり、現在の臨床所見に将来にわたって著変がないと認められること

b 不整脈及び心筋虚血について

心筋梗塞後、残存する不整脈や心筋虚血のため、発作が頻発するものは症状が安定しているとは言えないことは当然であるが、それ以外の場合は、上述した通り、心筋梗塞の特性を踏まえた検討が必要である。

まず、不整脈についてであるが、心筋梗塞後に、心室性期外収縮の頻発、連発、多形性等のものが出現する場合は、心室頻拍、心室細動を誘発しやすいとされている。したがって、こうした危険な不整脈が残存している場合、不安定な状態にあるということが出来ることから、症状が安定しているとは言えない。

また、心筋虚血についてであるが、中等度以上の心筋虚血が残存している場合、重篤な発作を起こす可能性が高いことから、症状が安定しているということとはできない。

一方、軽度の心筋虚血にとどまる残存する狭窄が高度ではないものや末梢の血管の狭窄である場合には、心筋虚血を来しても、重篤な発作につながることは少ない。また、心筋虚血の有無については、評価法の標準化が困難等のことから、心筋虚血が全くないことを症状の安定の条件とすることは必ずしも適当でないという面もある。

したがって、残存する狭窄が高度ではないものや末梢の血管の狭窄で、心筋虚血が軽度なものに止まる場合について、原則として症状が安定しているとすることが適当である。

c まとめ

以上をまとめると、心筋梗塞については、原則として以下の 4 つのいずれの要件も満たす場合に治ゆに当たるものとして障害補償の対象とすることが適当である。

- ① 心機能の低下による運動耐容能の低下が軽度又は中等度であること
- ② 心機能の低下が軽度にとどまり、現在の臨床所見に将来にわたって著変がないと認められること
- ③ 危険な不整脈が存在しないと医師により認められること
- ④ 残存する心筋虚血が軽度にとどまると医師により認められること

なお、上記の要件を満たさない場合には、症状が安定していないか、治療を要するのが通常である。

したがって、上記の要件を満たさないものについては、治ゆか否かを慎重に見極めることが必要であり、その上で個別に障害等級を検討することが適当である。

ウ 治ゆを判定し得る時期

心筋梗塞発症後、4週間程度を経過したものは、一般に陳旧性心筋梗塞と呼ばれるが、壊死した梗塞巣の線維化が完成するのはおおむね約3ヶ月後であり、それまでの間は、線維化が進行する過程である。

また、臨床的にも、軽症のものであっても、発症後おおむね3ヶ月までは、退院後も比較的頻繁に通院し、経過を慎重に観察するとともに、きめ細かい投薬等を行う。

したがって、治ゆか否かを判断できるのは、発症後おおむね3ヶ月を経過した以降とすることが適当である。

(3) 障害等級

ア 心筋梗塞治ゆ後の障害等級

心筋梗塞が治ゆした後に残存する後遺障害は、主として心機能の低下による労作の制限である。

一般に、心機能が低下している場合、労作等により全身の血液需要が一定以上に高まると、血液の供給能力を上回ることとなり、そのために息切れして同一の強度の労作等を持続できなくなる。

(ア) 心機能の低下による運動耐容能の低下が軽度である場合

~~心筋梗塞発症後治ゆとなるのは、上記のとおり、現在の心機能の低下による運動耐容能の低下臨床所見が軽度である心機能の低下が軽度に止まる場合であるから、日常生活、通常の身体活動や多くの労務においては、通常、このような支障はない。~~

~~しかし、例えば、重量物を担いで運ぶ作業を繰り返すことや、階段を頻繁に昇降することなど特に負荷の大きい労務は困難となる。~~

~~また、心筋梗塞発症後は、残存する不整脈や心筋虚血のため、心機能が正常範囲に止まった場合を含め、特に過大な負荷が加わると、心不全症状や重篤な不整脈発作を誘発する等のおそれがある。したがって、そうした観点から、特に負荷の大きい労作は避ける必要がある。~~

許容条件ガイドラインにおいても、NYHA 心機能分類Ⅰ度等の要件を満たす場合には、強い運動強度を要求される業務のみ条件つきで許容されることから、一部の業務に制限があるものの、相当程度の職種制限までには及ばないということが出来る。

以上のことから、心筋梗塞治癒後には、残存する障害によって労務に支障を来すことは明らかであるから、その障害等級は第11級の9に該当するとすることが適当である。

なお、この場合の障害の程度は、心機能分類として世界的に頻用されているニューヨーク心臓協会（NYHA）の心機能分類のクラスIに相当するものである。

以上をまとめると、次の通りとなる。

心筋に壊死を残すものの、心機能の低下による運動耐容能の低下が軽度と認められるもの（ただし、軽度の心機能の低下等にとどまるものに限る。） 第11級の9

この場合、心筋に壊死を残したとは、心電図、血液生化学検査又は画像所見により当該所見が認められるものをいう。

また、心機能の低下による運動耐容能の低下が軽度とは、「心筋梗塞の発症を認めるものの、身体活動には制限はなく、通常の身体活動では心筋梗塞による疲労、動悸、呼吸困難、狭心痛を生じない（運動耐容能がおおむね8METsを超えるもの）」と医師により認められるものをいう。

さらに、軽度の心機能の低下等にとどまるものとは、以下の3つの要件のいずれも満たすものをいう。

①心機能の低下が軽度にとどまり、現在の臨床所見に将来にわたって著変がないと認められること

②危険な不整脈が存在しないと医師により認められること

③残存する心筋虚血が軽度にとどまると医師により認められること

(イ) 心機能の低下による運動耐容能の低下が中等度である場合

現在の心機能の低下による運動耐容能の低下が中等度である場合、日常生活、通常の身体活動や多くの労務においては、通常、このような支障はない。

しかし、特に負荷の大きい労務に従事した場合には、呼吸困難等を生じて就労の継続が困難となることがある。

また、許容条件ガイドラインにおいては、運動耐容能の中等度低下等の要件を満たす場合には、軽い運動強度を要求される業務には制限がないものの、中等度の運動強度を要求される業務は条件つきで許容されることから、軽易な業務にのみ就労し得るとはいえないが、相当程度の職種制限があるということが出来る。

以上のことから、心筋梗塞治癒後、運動耐容能の低下が中等度と認められるものは、残存する障害によって相当程度の職種制限があることは明らかであるから、その障害等級は第9級の7の3に該当するとすることが適当である。

以上をまとめると、次の通りとなる。

心筋に壊死を残すものの、運動耐容能の低下が中等度と認められるもの（ただし、軽度の心機能の低下等にとどまるものに限る。） 第9級の7の3

この場合、心筋に壊死を残したとは、心電図、血液生化学検査又は画像所見により当該所見が認められるものをいう。

また、運動耐容能の低下が中等度とは、「心筋梗塞の発症を認めるものであって、わずかな身体活動の制限があるもの。安静や通常の身体活動では支障を生じないものの、通