

# ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害

## 一 障害程度等級表

級別	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	指数
1 級	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	18
2 級	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	11
3 級	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。）	7
4 級	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	4

## 二 身体障害認定基準

### 1 13 歳以上の者の場合

ア 等級表 1 級に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) CD4 陽性 T リンパ球数が  $200/\mu\text{l}$  以下で、次の項目 (a ~ l) のうち 6 項目以上がみとめられるもの。

- a 白血球数について  $3,000/\mu\text{l}$  未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
- b Hb 量について男性  $12\text{g/dl}$  未満、女性  $11\text{g/dl}$  未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
- c 血小板数について  $10\text{万}/\mu\text{l}$  未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
- d ヒト免疫不全ウイルス RNA 量について  $5,000$  コピー/ $\text{ml}$  以上の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
- e 一日 1 時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に 7 日以上ある
- f 健常時に比し 10% 以上の体重減少がある
- g 月に 7 日以上不定の発熱 ( $38^\circ\text{C}$  以上) が 2 か月以上続く
- h 一日に 3 回以上の泥状ないし水様下痢が月に 7 日以上ある

- i 一日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔吐が月に7日以上ある
- j 口腔内カンジダ症（頻回に繰り返すもの）、赤痢アメーバ症、带状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症（頻回に繰り返すもの）、糞線虫症及び伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある
- k 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である
- l 軽作業を越える作業の回避が必要である

(イ)回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの。

イ **等級表2級**に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) CD4陽性Tリンパ球数が $200/\mu\text{l}$ 以下で、アの項目(a~1)のうち3項目以上が認められるもの。

(イ) エイズ発症の既往があり、アの項目(a~1)のうち3項目以上が認められるもの。

(ウ) CD4陽性Tリンパ球数に関係なく、アの項目(a~1)のうちaからdまでの1つを含む6項目以上が認められるもの。

ウ **等級表3級**に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) CD4陽性Tリンパ球数が $500/\mu\text{l}$ 以下で、アの項目(a~1)のうち3項目以上が認められるもの。

(イ) CD4陽性Tリンパ球数に関係なく、アの項目(a~1)のうちaからdまでの1つを含む4項目以上が認められるもの。

エ **等級表4級**に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) CD4陽性Tリンパ球数が $500/\mu\text{l}$ 以下で、アの項目(a~1)のうち1項目以上が認められるもの。

(イ) CD4陽性Tリンパ球数に関係なく、アの項目(a~1)のうちaからdまでの1つを含む2項目以上が認められるもの。

## 2 13歳未満の者の場合

ア 等級表1級に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、「サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準」(厚生省エイズ動向委員会, 1999)が採択した指標疾患のうち1項目以上が認められるもの。

イ 等級表2級に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) 次の項目(a~rのうち1項目以上が認められるもの。)

- a 30日以上続く好中球減少症 ( $<1,000/\mu\text{l}$ )
- b 30日以上続く貧血 ( $<Hb\ 8\ \text{g/dl}$ )
- c 30日以上続く血小板減少症 ( $<100,000/\mu\text{l}$ )
- d 1か月以上続く発熱
- e 反復性又は慢性の下痢
- f 生後1か月以前に発症したサイトメガロウイルス感染
- g 生後1か月以前に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎, 肺炎又は食道炎
- h 生後1か月以前に発症したトキソプラズマ症
- i 6か月以上の小児に2か月以上続く口腔咽頭カンジダ症
- j 反復性単純ヘルペスウイルス口内炎 (1年以内に2回以上)
- k 2回以上又は2つの皮膚節以上の帯状疱疹
- l 細菌性の髄膜炎, 肺炎又は敗血症 (1回)
- m ノカルジア症
- n 播種性水痘
- o 肝炎
- p 心筋症
- q 平滑筋肉腫
- r HIV腎症

(イ) 次の年齢区分ごとのCD4陽性Tリンパ球及び全リンパ球に対する割合に基づく免疫学的分類において「重度低下」に該当するもの。

免疫学的分類	児 の 年 齢		
	1 歳 未 満	1 ～ 6 歳 未 満	6 ～ 13 歳 未 満
正常	$\geq 1,500/\mu\text{l}$ $\geq 25\%$	$\geq 1,000/\mu\text{l}$ $\geq 25\%$	$\geq 500/\mu\text{l}$ $\geq 25\%$
中等度低下	750～1,499/ $\mu\text{l}$ 15～24%	500～999/ $\mu\text{l}$ 15～24%	200～499/ $\mu\text{l}$ 15～24%
重 度 低 下	$< 750/\mu\text{l}$ $< 15\%$	$< 500/\mu\text{l}$ $< 15\%$	$< 200/\mu\text{l}$ $< 15\%$

ウ 等級表3級に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) 次の項目（a～h）のうち2項目以上が認められるもの。

- a リンパ節腫脹（2カ所以上で0.5cm以上。対称性は1カ所とみなす）
- b 肝腫火
- c 脾腫火
- d 皮膚炎
- e 耳下腺炎
- f 反復性又は持続性の上気道感染
- g 反復性又は持続性の副鼻腔炎
- h 反復性又は持続性の中耳炎

(イ) イの年齢区分ごとのCD4陽性Tリンパ球数及び全リンパ球に対する割合に基づく免疫学的分類において「中等度低下」に該当するもの。

エ 等級表4級に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、ウの項目（a～h）のうち1項目以上が認められるもの。

### 三 身体障害認定要領

#### 1 診断書の作成について

身体障害者診断書においては、H I V感染により永続的に免疫の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、「13 歳以上用」と「13 歳未満用」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

「免疫機能障害」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「H I V感染」と書く。

障害発生年月日は、ヒト免疫不全ウイルスへの感染が確認された日時を原則とする。不詳の場合は、「参考となる経過・現症」欄にその理由を記載する。

###### ウ 「参考となる経過・現症」について

障害認定の上で参考となる事項があれば摘記する。個人の秘密に関わる事項を記載する場合には、障害認定に不可欠な内容に限定すること。

障害固定又は障害確定（推定）年月日は、H I V感染が確認され、検査結果や所見等が身体障害認定基準を満たすに至った日とする。この場合、「身体障害認定基準を満たした日」とは、検査結果が判明した日ではなく、検査実施の日と考えてよい。

###### 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。治療の経過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) 「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態及び所見」について

H I V感染の確認方法は、認定対象者が13 歳以上と13 歳未満で異なるため、診断書は「13 歳以上用」と「13 歳未満用」とに区分して作成する。

###### ア 13 歳以上の場合

###### (ア) ヒト免疫不全ウイルス（H I V）感染の確認方法

「サーベイランスのためのH I V感染症／A I D S診断基準」（厚生省エイズ動向委員会、1999）を準用する。具体的には、H I Vの抗体スクリーニング検査法（酵素

抗体法（E L I S A）、粒子凝集法（P A）、免疫クロマトグラフィー法（I C）等の結果が陽性であって、以下のいずれかが陽性の場合にH I V感染症と診断する。

○ 抗体確認検査（Western Blot 法、蛍光抗体法（I F A）等）

○ H I V抗原検査、ウイルス分離及び核酸診断法（P C R等）等の病原体に関する検査

（イ）C D 4陽性Tリンパ球数の測定

4週以上の間隔をおいた連続する2回の検査値の平均値のこれまでの最低値とする。

（ウ）白血球数、H b量、血小板数、ヒト免疫不全ウイルス-R N A量の測定における、4週以上の間隔をおいた連続する2回の検査の時期は、互いに一致している必要はなく、これまでの最低値とする。

（エ）エイズ発症の診断基準

エイズ発症の診断は、「サーベイランスのためのH I V感染症/A I D S診断基準」（厚生省エイズ動向委員会、1999）による。

（オ）エイズ合併症

「サーベイランスのためのH I V感染症/A I D S診断基準」（厚生省エイズ動向委員会、1999）が採択した指標疾患としてあげられている合併症を意味する。

（カ）期間・回数・症状等の確認

7日等の期間、1日3回等の回数、10%等の数値、下痢・嘔気・嘔吐・発熱の症状の確認は、カルテにもとづく医師の判断によるものとする。

（キ）日・週・月の取扱い

特別の断りがない限り以下によるものとする。

1日：0時から翌日の0時前まで（以下同じ）を意味する。

1週：連続する7日を意味する。

1月：連続する30日を意味する。暦月ではない。

（ク）回復不能なエイズ合併症

エイズ合併症が回復不能に陥った場合をいい、回復不能の判定は医師の判断による。

（ケ）日中

就寝時以外を意味する。

（コ）月に7日以上

連続する30日の間に7日以上（連続していなくてもかまわない）を意味する。

（サ）日常生活上の制限

生鮮食料品の摂取制限以外に、生水の摂取禁止、脂質の摂取制限、長期にわたる密

な治療，厳密な服薬管理，人混みの回避が含まれる。

(シ) 軽作業

デスクワーク程度の作業を意味する。

イ 13 歳未満の場合

(ア) 小児のヒト免疫不全ウイルス感染の確認方法

13 歳未満の小児の HIV 感染の証明は，原則として 13 歳以上の場合に準じる。ただし，周産期に母親が HIV に感染していたと考えられる生後 18 か月未満の小児については，HIV の抗体スクリーニング検査が陽性であり，さらに次のいずれかに該当する場合においてヒト免疫不全ウイルス感染とする。

○ 抗原検査，ウイルス分離，PCR 法等の病原検査法のいずれかにおいて，ウイルスまたは抗原が証明される場合

○ 血清免疫グロブリン値，全リンパ球数，CD4 陽性 T リンパ球数，CD4 陽性 T リンパ球の全リンパ球に対する割合，CD8 陽性 T リンパ球数，CD4 / CD8 比等の免疫学的検査所見を総合的に判断し免疫機能が著しく低下しており，かつ HIV 感染以外にその原因が認められない場合

(イ) 年齢区分毎の免疫学的分類

当該小児の免疫機能を評価するには，CD4 陽性 T リンパ球数又は CD4 陽性 T リンパ球の全リンパ球に対する割合を用いるものとし，双方の評価が分類を異にする場合には重篤な分類により評価すること。

(ウ) 小児の HIV 感染の臨床症状

身体障害認定基準（2）のイの（ア）の臨床症状については，その所見や疾患の有無，反復性について判定すること。

## 2 障害程度の認定について

(1) 免疫の機能の障害の認定は，ヒト免疫不全ウイルス感染に由来するものであり，認定の考え方に関して他の内部障害と異なる場合があるので留意すること。

(2) 急性期の病状で障害の程度を評価するのではなく，急性期を脱し，症状が落ちついた時点での免疫機能を評価することが，より正確に免疫の機能の障害を評価できるものと考えられる。

(3) 患者の訴えが重視される所見項目があるので，診察に際しては，感染者の主訴や症候等の診療録への記載に努めること。

(4) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害においては、認定に際し、感染の事由により、認定の対象から除外されることはないので、認定に際し了知すること。

(5) 身体障害認定基準を満たす検査結果を得るため、必要な治療の時期を遅らせる等のことは、本認定制度の趣旨に合致しないことであり、厳に慎まれない。



質 疑	回 答
<p><b>[ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害]</b></p> <p>1. 認定基準において、各等級を規定している各種の検査数値は、治療前の数値を用いるのか、あるいは治療開始後の数値を用いるのか。</p> <p>仮に、検査数値が認定基準に合致していたものが、治療が奏功して基準を満たさなくなった場合は、治療をしていなければ明らかに認定されていたとの判断により、認定してかまわないか。</p> <p>2. 認定基準の「13 歳以上の場合」の1級の規程文中、</p> <p>ア. 「4 週間以上の間隔をおいた検査において2 回以上続く」とは、どのように解するのか。特に、一般的に毎月同じ曜日の外来日を指定されて受診している場合は、日数的な間隔は常に27 日間しか空かないこととなるが、これを4 週間と解して取り扱ってかまわないか。</p> <p>イ. 同様に「月に7 日以上・・・」とはどのように解するのか。</p> <p>ウ. 強い倦怠感、易疲労、嘔吐、下痢などの項目は、どのように確認するのか。</p> <p>3. 認定基準における年齢区分の使い分けについて、</p> <p>ア. 診断書の「13 歳以上用」と「13 歳未満用」を使い分ける年齢は、診断書の作成時点での満年齢と考えてよいか。</p> <p>イ. 認定基準の「13 歳未満の者の場合」の免疫学的分類においても、診断書の作成時点の満年齢と考えてよいか。また、この免疫学的区分は</p>	<p>一般的に、身体障害認定基準においては、治療の有無にかかわらず、申請のあった時点での直近の所見や検査数値を用いることを想定している。ただし、すでに抗 HIV 治療が開始されている者については、治療開始前の検査数値をもって認定して差し支えないが、治療をしなかった場合を想定して認定することは適当ではない。</p> <p>ア. 検査値が、当該基準値を下回る（又は上回る）状態が持続することを確認するための規定であり、これによって免疫機能の障害を評価することを想定している。また、毎月1 回、曜日を決めて受診しているような場合は、27 日間であっても4 週間と見なすことは可能である。</p> <p>イ. 外来診察時又は入院回診時、自宅での療養時等において、38 度以上の発熱があったことが診療記録等に正確に記載されており、このような状態が連続する30 日の間に7 日以上（連続している必要はない）確認できるということを想定している。</p> <p>ウ. イと同様に、診療記録の記載から確認されたい。そのためにも、平素からこれらの症状について、継続的に記録を取っておくことが必要である。</p> <p>ア、イともに、年齢区分の使い分けは、診断書の作成時の満年齢ではなく、臨床症状や検査数値が認定基準に合致した日の満年齢をもって取り扱うことが適当である。</p> <p>また、免疫学的区分については、成長の過程で障害程度の変化がある場合は、その時点での区分で再認定することとなるが、変化がない場合は、年齢区分を超えるたびに新たに診断書の作成を</p>

質 疑	回 答
<p>年齢によって3区分に分けられているが、対象者の成長に伴って、年齢区分を超えるたびに診断書を作成し、再認定をすることになるのか。</p> <p>4. 認定基準の「13歳未満の者の場合」の免疫学的分類において、年齢によって3つに区分されているが、この区分はどのような考え方によるものか。また、「CD4陽性Tリンパ球数」による分類と、「全リンパ球に対する割合」による分類とで区分が異なった場合は、どちらの数値で認定するのか。</p> <p>5. 認定要領の1の(2)の「ア13歳以上の場合」の(ウ)の規定文中、白血球数、Hb量、血小板数、ヒト免疫不全ウイルス-RNA量測定値に関して、「検査の時期は、互いに一致している必要はなく、これまでの最低値とする。」とは、どのような意味であるか。</p> <p>6. 認定基準の「13歳以上の場合」の2級の規程文中の(ウ)、「アの項目(a~l)のうちaからdまでの1つを含む6項目以上」というように、aからdまでの項目が重要視されているのはなぜか。</p> <p>また、項目fの「健常時に比し10%以上の体重減少」との規定においては、成長期の体重増加に対する配慮はないのか。</p>	<p>要することを想定したものではない。</p> <p>認定基準における免疫学的分類は、アメリカのCDC(防疫センター)の分類を採用したものである。また、「CD4陽性Tリンパ球数」による分類と、「全リンパ球に対する割合」による分類とで区分が異なる場合は、検査数値の信憑性を確認した上で、より重度の区分に該当する方の数値をもって等級判定することが適当である。</p> <p>各検査における数値が、それぞれ異なる検査日における数値であって、かつ、同一の検査において複数の検査数値が得られている場合には、最も状態の悪い時点での検査数値(最低値)をもって判定することを想定している。</p> <p>ただし、各検査の実施日がどの程度空いていても有効であるかは、日常生活活動の制限の状況を判断している時期などを参考に、診断書作成医の常識的な判断に委ねられるものである。</p> <p>aからdまでの項目は、医療機器による測定数値として、高い客観性をもっていることによる。このため、該当項目数が同じであっても、aからdに該当する項目が含まれていない場合には、下位の等級に認定される場合が考えられる。</p> <p>また、「10%以上の減少」の計算にあたっては、成長期における観察期間において、成長の影響が明らかに大きいと判断される場合は、同世代の健常者の身長、体重の増加率を参考に、「体重の減少率」の判断に反映することは適当と言える。</p>

質 疑	回 答
<p>7. 認定基準の「13歳未満の場合」のウの（ア）のa～hの判定は、診断書作成医の判断で記載してかまわないのか。</p> <p>8. 身体障害者手帳の交付を受けた者が、その後、更生医療等の適用により、障害の程度が変化することが予想される場合については、他の障害と同様に再認定を付記し、等級変更等を実施することとして取り扱ってよいか。</p>	<p>肝腫大、脾腫大、皮膚炎、上気道感染等の所見の基準はあえて示していない。</p> <p>これは、診断書作成医が、これらの所見に対する一般的な診断基準によって、それぞれの所見に基づく障害程度の判定をすることを想定している。</p> <p>抗 HIV 療法を継続実施している間については、この障害の特性を踏まえ、原則として再認定は要しないものとする。</p> <p>ただし、治療の経過から、抗 HIV 療法を要しなくなると想定される場合については、再認定を付記することは考えられる。その場合、抗 HIV 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を実施することとなる。</p>

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害 13歳以上用）  
 総括表

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。）		
⑤総合所見	障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日	
⑥その他参考となる合併症状	〔将来再認定：要（重度化・軽度化）・不要〕 〔再認定の時期 年 月 日〕	
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。	年 月 日	
病院又は診療所の名称	地 址	電話 ( )
在 在	診療担当科名	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 ( ) 級相当 ・該当しない ( ) 級相当	
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、福島県社会福祉審議会から改めて別紙所見の部分について、お問い合わせする場合があります。	

(2) 日常生活活動制限の状況  
 以下の日常生活活動制限の有無について該当する方を○で囲むこと。

日常生活活動制限の内容	左欄の状況の有無
1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある	有・無
健常時に比し10%以上の体重減少がある	有・無
月に7日以上以上の不定の発熱（38℃以上）が2ヶ月以上続く	有・無
1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が7日以上ある	有・無
1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある	有・無
「身体障害者認定基準」6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害（1）の（ア）の「j」に示す日和見感染症の既往がある	有・無
生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である	有・無
軽作業を超える作業の回避が必要である	有・無
日常生活活動制限の数〔 個〕・・・・・・②	

注7 「日常生活活動制限の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載する。  
 注8 「生鮮食料品の摂取禁止」の他に、「生水の摂取禁止」、「脂質の摂取制限」、「長期にわたる密な治療」、「厳密な服薬管理」、「人混みの回避」が同等の制限に該当するものであること。

(3) 検査所見及び日常生活活動制限等の該当数

回復不能なエイズ合併症のため介助なしでの日常生活	不 能 ・ 可 能
CD4陽性Tリンパ球数の平均値/μ1	/ μ 1
検査所見の該当数 (①)	個
日常生活活動制限の該当数 (②)	個

免疫機能障害（13歳以上用）の状況及び所見（全葉2枚中1枚目）

1. HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日 年 月 日

(2) についてはいずれか1つの検査にする確認が必要である。

(1) HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

検査法	検査日	検査結果
判定結果	年 月 日	陽性・陰性

注1 酵素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィー法(IC)等のうち1つを行うこと。

(2) 抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

検査名	検査日	検査結果
抗体確認検査の結果	年 月 日	陽性・陰性
HIV病原検査の結果	年 月 日	陽性・陰性

注2 「抗体確認検査」とはWestern Blot法、蛍光抗体法(IFA)等の検査をいう。

注3 「HIV病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいう。

2 エイズ発症の状況

HIVに感染している、エイズを発症しているもの場合は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠

--

注4 「指標疾患」とは、「サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準」(厚生省エイズ動向委員会、1999)に規定するものをいう。

免疫機能障害（13歳以上用）の状況及び所見（全葉2枚中2枚目）

回復不能なエイズ合併症のため  
介助なしでの日常生活 不 能 ・ 可 能

3. CD4陽性Tリンパ球数(μl)

検査日	検査値	平均値
年 月 日	/μl	/μl
年 月 日	/μl	

注5 左欄には、4週間以上間隔を置いて実施した連続する2回の検査値を記載し、右欄にはその平均値を記載すること。

4. 検査所見、日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

検査日	年 月 日	年 月 日
白血球数	/μl	/μl

検査日	年 月 日	年 月 日
Hb量	g/dl	g/dl

検査日	年 月 日	年 月 日
血小板数	/μl	/μl

検査日	年 月 日	年 月 日
HIV-RNA量	copy/ml	copy/ml

注6 4週間以上の間隔を置いて実施した連続する2回以上の検査結果を記入すること。

検査所見の該当数 [ 個] .....①

**記載例**

(2) 日常生活活動制限の状況

以下の日常生活活動制限の有無について該当する方を○で囲むこと。

日常生活活動制限の内容	左欄の状況の有無
1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある	有・ <b>無</b>
健常時に比し10%以上の体重減少がある	有・ <b>無</b>
月に7日以上の上の発熱(38℃以上)が2ヶ月以上続く	<b>有</b> ・無
1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が7日以上ある	有・ <b>無</b>
1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある	有・ <b>無</b>
「身体障害者認定基準」6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害(1)のアのjに示す日和見感染症の既往がある	有・ <b>無</b>
生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である	有・ <b>無</b>
軽作業を超える作業の回避が必要である	有・ <b>無</b>
日常生活活動制限の数 [ 1 個] ・ ・ ・ ・ ・ ②	

注7 「日常生活活動制限の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載する。

注8 「生鮮食料品の摂取禁止」の他に、「生水の摂取禁止」、「脂質の摂取制限」、「長期にわたる密な治療」、「厳密な服薬管理」、「人混みの回避」が同等の制限に該当するものであること。

(3) 検査所見及び日常生活活動制限等の該当数

回復不能なエイズ合併症のため介助なしでの日常生活	不 能 ・ <b>可 能</b>
CD4陽性Tリンパ球数の平均値/μl	460/μl
検査所見の該当数(①)	1個
日常生活活動制限の該当数(②)	1個

身体障害者診断書・意見書 (免疫機能障害13歳以上用)

総括表

氏名	〇〇 〇〇 〇〇	昭和〇〇年 〇〇月〇〇日生	<b>男</b> 女
住所	〇〇市〇〇町〇番〇号		
①障害名 (部位を明記)	免疫機能障害		
②原因となった疾病・外傷名	HIV感染		
③疾病・外傷発生年月日	平成〇〇年 〇月 〇〇日	場所	〇〇医療センター
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><b>* ヒト免疫不全ウイルスへの感染が確認された日</b></p> <p>平成〇〇年頃頭痛・発熱・関節痛の症状が有り当院受診し、インフルエンザ疑いのため検査を受けたが陰性だった。本人からHIV感染の恐れのあるエピソードを聞いたため本人の同意のもと血液検査を行ったところ、WesternBlot法及びHIV-RNA定量法全てで陽性となり診断が確定した。</p>		
⑤総合所見	<p>障害固定又は障害確定 (推定) 平成〇〇年 〇月〇〇日</p> <p>CD4陽性Tリンパ球数が500/μl以下、月に7日以上の上の発熱が2ヶ月以上続いていることから4級相当と思われる。 今後継続的な抗HIV薬での治療が必要である。</p>		
⑥その他参考となる合併症状	<p>〔将来再認定：要 (重度化・軽度化) <b>不要</b>〕 〔再認定の時期 年 月 日〕</p>		
病院又は診療所の名称	〇〇医療センター	電話	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	内科	医師氏名 〇〇 〇 印
診療担当科名	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 ( ) ・該当しない ( <b>○</b> ) 4 級相当)		
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、福島県社会福祉審議会から改めて別紙所見の部分について、お問い合わせする場合があります。</p>		

検査実施日

免疫機能障害（13歳以上用）の状況及び所見（全葉2枚中1枚目）

1. HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日 平成〇〇年 〇月〇〇日

(2) についてはいずれか1つの検査にする確認が必要である。

(1) HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

検査法	検査日	検査結果
ELISA	平成〇〇年〇月〇〇日	陽性

注1 酵素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィー法(IC)等のうち1つを行うこと。

(2) 抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

検査名	検査日	検査結果
Western Blot法	平成〇〇年〇月〇〇日	陽性
HIV-RNA定量法	平成〇〇年〇月〇〇日	陽性

注2 「抗体確認検査」とはWestern Blot法、蛍光抗体法(IFA)等の検査をいう。

注3 「HIV病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいう。

2 エイズ発症の状況

HIVに感染している、エイズを発症しているもの場合は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠

--

注4 「指標疾患」とは、「サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準」(厚生省エイズ動向委員会、1999)に規定するものをいう。

免疫機能障害（13歳以上用）の状況及び所見（全葉2枚中2枚目）

回復不能なエイズ合併症のため  
介助なしでの日常生活 不 能 ・ 可 能

3. CD4陽性Tリンパ球数(μl)

検査日	検査値	平均値
年月日	480 / μl	460 / μl
年月日	440 / μl	

注5 左欄には、4週間以上間隔を置いて実施した連続する2回の検査値を記載し、右欄にはその平均値を記載すること。

4. 検査所見、日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

検査日	平成〇〇年〇月〇〇日	平成〇〇年〇月〇〇日
白血球数	5,300 / μl	5,100 / μl

検査日	平成〇〇年〇月〇〇日	平成〇〇年〇月〇〇日
Hb量	17.0 g/dl	17.0 g/dl

検査日	平成〇〇年〇月〇〇日	平成〇〇年〇月〇〇日
血小板数	21.0 × 10 <sup>4</sup> / μl	23.5 × 10 <sup>4</sup> / μl

検査日	平成〇〇年〇月〇〇日	平成〇〇年〇月〇〇日
HIV-RNA量	52,000copy/ml	33,000copy/ml

注6 4週間以上の間隔を置いて実施した連続する2回以上の検査結果を記入すること。

検査所見の該当数 [ 1 個] ……①

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害 13歳未満用）

総括表

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）		
⑤総合所見	障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日	
⑥その他参考となる合併症状	〔将来再認定：要（重度化・軽度化）・不要〕 〔再認定の時期 年 月 日〕	
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。		
病院又は診療所の名称	年 月 日	電話（ ）
所在地		
診療担当科名	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 ・該当しない（ 級相当）	
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、福島県社会福祉審議会から改めて別紙所見の 部分について、お問い合わせする場合があります。	

免疫機能障害（13歳未満用）の状況及び所見（全葉4枚中3枚目）

イ 中等度の症状	臨 床 症 状	症状の有無
	30日以上続く好中球減少症 (<1,000/ $\mu$ l)	有・無
	30日以上続く貧血 (<Hb 8g/dl)	有・無
	30日以上続く血小板減少症 (<100,000/ $\mu$ l)	有・無
	1か月以上続く発熱	有・無
	反復性又は慢性の下痢	有・無
	生後1か月以前に発症したサイトメガロウイルス感染	有・無
	生後1か月以前に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎、肺炎又は食道炎	有・無
	生後1か月以前に発症したトキソプラズマ症	有・無
	6か月以上の小児に2ヶ月以上続く口腔咽頭カンジダ症	有・無
	反復性単純ヘルペスウイルス口内炎（1年以内に2回以上）	有・無
	2回以上又は2つの皮膚節以上の帯状疱疹	有・無
	細菌性の髄膜炎、肺炎又は敗血症	有・無
	ノカルジア症	有・無
	播種性水痘	有・無
	肝炎	有・無
	心筋症	有・無
	平滑筋肉腫	有・無
	HIV腎症	有・無
	臨床症状の数 [ 個] .....①	

注6 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。



免疫機能障害（13歳未満用）の状況及び所見（全葉4枚中1枚目）

1 HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日 年 月 日

小児のHIV感染は、原則として以下の（1）及び（2）の検査により確認される。

（2）についてはいずれか1つの検査による確認が必要である。ただし、周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる検査時に生後18ヶ月未満の小児については、さらに以下の（1）の検査に加えて、（2）のうち「HIV病原検査の結果」又は（3）の検査による確認が必要である。

（1）HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

検査法	検査日	検査結果
判定結果	年月日	陽性・陰性

注1 酵素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィ法(IC)等のうち1つを行うこと。

（2）抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

検査名	検査日	検査結果
抗体確認検査の結果	年月日	陽性・陰性
HIV病原検査の結果	年月日	陽性・陰性

注2 「抗体確認検査」とはWestern Blot法、蛍光抗体法(IFA)等の検査をいう。

注3 「HIV病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいう。

（3）免疫学的検査所見

検査日	年月日
IgG	mg/l

検査日	年月日
全リンパ球数(①)	μl
CD4陽性Tリンパ球数(②)	μl

免疫機能障害（13歳未満用）の状況及び所見（全葉4枚中2枚目）

検査日	年月日
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合〔②〕 / 〔①〕	%
CD8陽性Tリンパ球数(③)	μl
CD4/CD8比〔②〕 / 〔③〕	

2. 障害の状況

（1）免疫学的分類

検査日	年月日	免疫学的分類
CD4陽性Tリンパ球数	μl	重度低下・中等度低下・正常
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合	%	重度低下・中等度低下・正常

注4 「免疫学的分類」欄では「身体障害者認定基準」6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害（2）のイの（イ）による程度を○で囲むこと。

（2）臨床症状

以下の臨床症状の有無（既住を含む）について該当する方を○で囲むこと。

ア 重度の症状

指標疾患がみられ、エイズと診断される小児の場合は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠

注5 「指標疾患」とは「サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準」

（厚生省エイズ動向委員会、1999）に規定するものをいう。

免疫機能障害（13歳未満用）の状況及び所見（全葉4枚中4枚目）

ウ 軽度の症状	
臨床症状	症状の有無
リンパ筋腫脹(2か所以上で0.5cm以上。対称性は1か所とみなす。)	有 ・ 無
肝腫大	有 ・ 無
脾腫大	有 ・ 無
皮膚炎	有 ・ 無
耳下腺炎	有 ・ 無
反復性又は持続性の上気道感染	有 ・ 無
反復性又は持続性の副鼻腔炎	有 ・ 無
反復性又は持続性の中耳炎	有 ・ 無
臨床症状の数 [ 個] . . . . . ②	

注7 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

**記載例**

免疫機能障害（13歳未満用）の状況及び所見（全葉4枚中3枚目）

イ 中等度の症状	臨 床 症 状	状	症状の有無
	30日以上続く好中球減少症 (<1,000/ $\mu$ l)		有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
	30日以上続く貧血 (<Hb 8g/dl)		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	30日以上続く血小板減少症 (<100,000/ $\mu$ l)		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	1か月以上続く発熱		有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
	反復性又は慢性の下痢		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	生後1か月以前に発症したサイトメガロウイルス感染		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	生後1か月以前に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎、肺炎又は食道炎		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	生後1か月以前に発症したトキソプラズマ症		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	6ヶ月以上の小児に2ヶ月以上続く口腔咽頭カンジダ症		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	反復性単純ヘルペスウイルス口内炎（1年以内に2回以上）		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	2回以上又は2つの皮膚節以上の帯状疱疹		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	細菌性の髄膜炎、肺炎又は敗血症		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	ノカルジア症		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	播種性水痘		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	肝炎		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	心筋症		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	平滑筋肉腫		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	HIV腎症		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	臨床症状の数 [ 0 個] .....①		

注6 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害13歳未満用）

総括表

氏名	〇〇 〇〇	平成〇〇年 〇月〇〇日生	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〇〇市〇〇町△番地		
①障害名（部位を明記） 免疫機能障害			
②原因となった 疾病・外傷名 HIV感染症	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 自然災害・ <u>疫病</u> ・先天性・その他（ ）		
③疾病・外傷発生日	H〇〇 年 〇 月 〇〇 日	場所	〇〇総合病院
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。） 母がHIV感染していたため帝王切開で出産。生後2週目、1ヶ月後及び6ヶ月時のPCR検査が陽性であったため、18ヶ月後再度ELISA及びWestern Blot法で再度確認したところ陽性となり診断が確定した。			
⑤総合所見	障害固定又は障害確定（推定）平成〇〇年 〇月〇〇日 HIVウイルスに感染し、反復性の中耳炎があることから4級相当と思われる。 今後抗HIV薬による治療を開始する必要がある。		
⑥その他参考となる合併症状	〔将来再認定：要（重度化・軽度化） 〔再認定の時期 年 月〕 不要〕		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。			
平成〇〇年 〇月〇〇日	病院又は診療所の名称 〇〇総合病院	電話	〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇
所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇番〇号	小児科 医師氏名	〇〇 〇 印
診療担当科名	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、福島県社会福祉審議会から改めて別紙所見の部分について、お問い合わせする場合があります。		

免疫機能障害（13歳未満用）の状況及び所見（全葉4枚中1枚目）

1 HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日平成〇〇年〇月〇日

小児のHIV感染は、原則として以下の（1）及び（2）の検査により確認される。

（2）についてはいずれか1つの検査による確認が必要である。ただし、周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる検査時に生後18ヶ月未満の小児については、さらに以下の（1）の検査に加えて、（2）のうち「HIV病原検査の結果」又は（3）の検査による確認が必要である。

（1）HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

判定結果	検査法	検査日	検査結果
	ELISA	平成〇〇年〇月〇日	陽性・陰性

注1 酵素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィー法(IC)等のうち1つを行うこと。

（2）抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

抗体確認検査の結果	検査名	検査日	検査結果
	Western Blot法	平成〇〇年〇月〇日	陽性・陰性
HIV病原検査の結果	HIV-RNA	平成〇〇年〇月〇日	陽性・陰性

注2 「抗体確認検査」とはWestern Blot法、蛍光抗体法(IFA)等の検査をいう。

注3 「HIV病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいう。

（3）免疫学的検査所見

検査日	年	月	日
IgG			mg/l
検査日	平成〇〇年	〇月	〇日
全リンパ球数(①)			6.072/μl
CD4陽性Tリンパ球数(②)			950/μl

免疫機能障害（13歳未満用）の状況及び所見（全葉4枚中2枚目）

検査日	平成〇〇年	〇月	〇日
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合〔②〕 / 〔①〕			15%
CD8陽性Tリンパ球数(③)			/μl
CD4/CD8比〔②〕 / 〔③〕			

2. 障害の状況

（1）免疫学的分類

検査日	平成〇〇年	〇月	〇日	免疫学的分類
CD4陽性Tリンパ球数	950	/μl		重度低下・中等度低下・正常
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合	15	%		重度低下・中等度低下・正常

注4 「免疫学的分類」欄では「身体障害者認定基準」6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害（2）のイの（イ）による程度を○で囲むこと。

（2）臨床症状

以下の臨床症状の有無（既住を含む）について該当する方を○で囲むこと。

ア 重度の症状

指標疾患がみられ、エイズと診断される小児の場合は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠	
特になし	

注5 「指標疾患」とは「サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準」

（厚生省エイズ動向委員会、1999）に規定するものをいう。

免疫機能障害（13歳未満用）の状況及び所見（全葉4枚中4枚目）

ウ 軽度の症状	
臨床症状	症状の有無
リンパ筋腫脹(2か所以上で0.5cm以上。対称性は1か所とみなす。)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
肝腫大	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
脾腫大	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
皮膚炎	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
耳下腺炎	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
反復性又は持続性の上気道感染	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
反復性又は持続性の副鼻腔炎	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
反復性又は持続性の中耳炎	<input checked="" type="radio"/> 有・無
臨床症状の数 [ 1 個] .....②	

注7 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。