

身体障害者福祉法第 15 条

指定医師の手引

《免疫機能障害編》

平成 28 年 4 月認定基準改正対応

令和 3 年 4 月

静岡県健康福祉部障害福祉課

目 次

I	障害程度等級表解説	1
II	診断書・意見書の作成要領	5
III	診断書・意見書記載上の留意点	22
IV	疑義解釈	30

I 障害程度等級表解説

(1) 13歳以上の者の場合

等級	障害程度 / 認定基準
1級	<p>○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 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。</p> <p>ア CD4陽性Tリンパ球数が200/μl以下で、次の項目（a～l）のうち6項目以上が認められるもの。</p> <p>a 白血球数について3,000/μl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</p> <p>b Hb量について男性12g/dl未満、女性11g/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</p> <p>c 血小板数について10万/μl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</p> <p>d ヒト免疫不全ウイルス-RNA量について5,000コピー/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</p> <p>e 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</p> <p>f 健常時に比し10%以上の体重減少がある</p> <p>g 月に7日以上不定の発熱（38℃以上）が2か月以上続く</p> <p>h 1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</p> <p>i 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</p> <p>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、帯状疱疹、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</p> <p>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</p> <p>l 軽作業を越える作業の回避が必要である</p> <p>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。</p>
2級	<p>○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 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。</p> <p>ア CD4陽性Tリンパ球数が200/μl以下で、a～lの項目のうち3項目以上が認められるもの。</p> <p>イ エイズ発症の既往があり、a～lの項目のうち3項目以上が認められるもの。</p> <p>ウ CD4陽性Tリンパ球数に関係なく、a～lの項目のうち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。</p>

等級	障 害 程 度 / 認 定 基 準
3級	<p>○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。)</p> <p>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。</p> <p>ア CD4陽性Tリンパ球数が500/μl以下で、a～1の項目のうち3項目以上が認められるもの。</p> <p>イ CD4陽性Tリンパ球数に関係なく、a～1の項目のうち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。</p>
4級	<p>○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</p> <p>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。</p> <p>ア CD4陽性Tリンパ球数が500/μl以下で、a～1の項目のうち1項目以上が認められるもの。</p> <p>イ CD4陽性Tリンパ球数に関係なく、a～1の項目のうち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。</p>

(2) 13歳未満の者の場合

等級	障害程度 / 認定基準																			
1級	<p>○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 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。</p>																			
2級	<p>○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 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。</p> <p>ア 次の項目(a～r)のうち1項目以上が認められるもの。</p> <ul style="list-style-type: none"> a 30日以上続く好中球減少症 (<1,000/μl) b 30日以上続く貧血 (<Hb 8g/dl) c 30日以上続く血小板減少症 (<100,000/μl) 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タ症 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 <p>イ 次の年齢区分ごとの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「重度低下」に該当するもの。</p> <table border="1" data-bbox="306 1518 1380 1904"> <thead> <tr> <th rowspan="2">免疫学的分類</th> <th colspan="3">児の年齢</th> </tr> <tr> <th>1歳未満</th> <th>1～6歳未満</th> <th>6～13歳未満</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>正 常</td> <td>$\geq 1,500/\mu$l $\geq 25\%$</td> <td>$\geq 1,000/\mu$l $\geq 25\%$</td> <td>$\geq 500/\mu$l $\geq 25\%$</td> </tr> <tr> <td>中等度低下</td> <td>750～1,499/μl 15～24%</td> <td>500～999/μl 15～24%</td> <td>200～499/μl 15～24%</td> </tr> <tr> <td>重 度 低 下</td> <td><750/μl <15%</td> <td><500/μl <15%</td> <td><200/μl <15%</td> </tr> </tbody> </table>	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	$\geq 1,500/\mu$ l $\geq 25\%$	$\geq 1,000/\mu$ l $\geq 25\%$	$\geq 500/\mu$ l $\geq 25\%$	中等度低下	750～1,499/ μ l 15～24%	500～999/ μ l 15～24%	200～499/ μ l 15～24%	重 度 低 下	<750/ μ l <15%	<500/ μ l <15%	<200/ μ l <15%
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	$\geq 1,500/\mu$ l $\geq 25\%$	$\geq 1,000/\mu$ l $\geq 25\%$	$\geq 500/\mu$ l $\geq 25\%$																	
中等度低下	750～1,499/ μ l 15～24%	500～999/ μ l 15～24%	200～499/ μ l 15～24%																	
重 度 低 下	<750/ μ l <15%	<500/ μ l <15%	<200/ μ l <15%																	

等級	障 害 程 度 / 認 定 基 準
3 級	<p>○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。)</p> <p>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。</p> <p>ア 次の項目（a～h）のうち 2 項目以上が認められるもの。</p> <ul style="list-style-type: none"> a リンパ節腫脹（2 か所以上で 0.5cm 以上。対称性は 1 か所とみなす） b 肝腫大 c 脾腫大 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 <p>イ 等級表 2 級の認定指標のイの年齢区分ごとの CD 4 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。</p>
4 級	<p>○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</p> <p>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、等級表 3 級の認定指標のアの項目（a～h）のうち 1 項目以上が認められるもの。</p>

Ⅱ 診断書・意見書の作成要領

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 障害名

「免疫機能障害」と記載する。

2 原因となった疾病・外傷名

原因疾患名は「H I V感染」と書く。

3 疾病・外傷発生日

障害発生日は、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。

4 参考となる経過・現症

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。

5 総合所見

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。

6 その他参考となる合併症状

複合障害の等級について総合認定する場合に必要なもので、他の障害（当該診断書に記載事項のないもの）についての概略を記載することが望ましい。

7 身体障害者福祉法第 15 条第 3 項の意見

該当すると思われる障害程度等級を参考として記載する。

なお、障害等級は知事が当該意見を参考とし、現症欄等の記載内容によって決定する。

8 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

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。

(1) 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

が陽性的場合に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 CD 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-RNA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。

(2) 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H I V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H I V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、H I V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、P C R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、CD 4陽性Tリンパ球数、CD 4陽性Tリンパ球の全リンパ球に対する割合、CD 8陽性Tリンパ球数、CD 4/CD 8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H I V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、CD 4陽性Tリンパ球数又はCD 4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H I V感染の臨床症状

身体障害認定基準2級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。

9 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。

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)

我が国のエイズ動向委員会においては、下記の基準によってH I V感染症/A I D Sと診断され、報告された結果に基づき分析を行うこととする。この診断基準は、サーベイランスのための基準であり、治療の開始等の指標となるものではない。近年の治療の進歩により、一度指標疾患 (Indicator Disease) が認められた後、治療によって軽快する場合もあるが、発生動向調査上は、報告し直す必要はない。しかしながら、病状に変化が生じた場合 (無症候性キャリア→A I D S、A I D S→死亡等) には、必ず届け出ることが、サーベイランス上重要である。

なお、報告票上の記載は

- 1) 無症候性キャリアとは、Iの基準を満たし、症状のないもの
- 2) A I D Sとは、IIの基準を満たすもの
- 3) その他とは、Iの基準を満たすが、IIの基準を満たさない何らかの症状があるものを指すことになる。

I H I V感染症の診断

- 1 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。
 - (1) 抗体確認検査 (Western Blot 法、蛍光抗体法 (I F A) 等)
 - (2) 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 (以下、「H I V病原検査」という。)
- 2 ただし、周産期に母親がH I Vに感染していたと考えられる生後 18 か月未満の児の場合は少なくともH I Vの抗体スクリーニング法が陽性であり、以下のいずれかを満たす場合にH I V感染症と診断する。
 - (1) H I V病原検査が陽性
 - (2) 血清免疫グロブリンの高値に加え、リンパ球数の減少、C D 4 陽性Tリンパ球数の減少、C D 4 陽性Tリンパ球数/C D 8 陽性Tリンパ球数比の減少という免疫学的検査所見のいずれかを有する。

II A I D Sの診断

Iの基準を満たし、IIIの指標疾患 (Indicator Disease) の1つ以上が明らかに認められる場合にA I D Sと診断する。

III 指標疾患 (Indicator Disease)

A 真菌症

1. カンジダ症 (食道、気管、気管支、肺)
2. クリプトコッカス症 (肺以外)
3. コクシジオイデス症
 - ①全身に播種したもの
 - ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの
4. ヒストプラズマ症
 - ①全身に播種したもの
 - ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの

5. カリニ肺炎（注）原虫という説もある

B 原虫症

6. トキソプラズマ脳症（生後1か月以後）

7. クリプトスポリジウム症（1か月以上続く下痢を伴ったもの）

8. イソスポラ症（1か月以上続く下痢を伴ったもの）

C 細菌感染症

9. 化膿性細菌感染症（13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により以下のいずれかが2年以内に、二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの）

①敗血症

②肺炎

③髄膜炎

④骨関節炎

⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍

10. サルモネラ菌血症（再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く）

※11. 活動性結核（肺結核又は肺外結核）

12. 非定型抗酸菌症

①全身に播種したもの

②肺、皮膚、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの

D ウイルス感染症

13. サイトメガロウイルス感染症（生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外）

14. 単純ヘルペスウイルス感染症

①1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの

②生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの

15. 進行性多巣性白質脳症

E 腫瘍

16. カボジ肉腫

17. 原発性脳リンパ腫

18. 非ホジキンリンパ腫

LSG分類により

①大細胞型

免疫芽球型

②Burkitt型

※19. 浸潤性子宮頸癌

F その他

20. 反復性肺炎

21. リンパ性間質性肺炎/肺リンパ過形成：LIP/PLH complex（13歳未満）

22. HIV脳症（痴呆又は亜急性脳炎）

23. HIV消耗性症候群（全身衰弱又はスリム病）

※ C11 活動性結核のうち肺結核及びE19 浸潤性子宮頸癌については、HIVによる免疫不全を示唆する症状または所見が見られる場合に限る。

ここには基本的な診断方法を示すが、医師の判断により、より最新の診断法によって診断する場合もあり得る。

A. 真菌症

1. カンジダ症（食道、気管、気管支又は肺）

(1) 確定診断（いずれか一つに該当）

①内視鏡もしくは剖検による肉眼的観察によりカンジダ症を確認

②患部組織の顕微鏡検査によりカンジダを確認

(2) 臨床的診断

嚥下時に胸骨後部の疼痛があり、以下のいずれかが確認される場合

①肉眼的に確認（いずれか一つ）

〈a〉紅斑を伴う白い斑点

〈b〉プラク（斑）

②粘膜擦過標本で真菌のミセル様繊維を顕微鏡検査で確認できる口腔カンジダ症が存在

2. クリプトコッカス症（肺以外）

(1) 確定診断（いずれか一つに該当）

①顕微鏡検査、②培養、③患部組織又はその浸出液においてクリプトコッカスを検出。

3. コクシジオイデス症（肺、頸部もしくは肺門リンパ節以外に又はそれらの部位に加えて全身に播種したもの）

(1) 確定診断（いずれか一つに該当）

①顕微鏡検査、②培養、③患部又はその浸出液においてコクシジオイデスを検出。

4. ヒストプラズマ症（肺、頸部もしくは肺門リンパ節以外に又はそれらの部位に加えて全身に播種したもの）

(1) 確定診断（いずれか一つに該当）

①顕微鏡検査、②培養、③患部又はその浸出液においてヒストプラズマを検出。

5. カリニ肺炎

(1) 確定診断

①顕微鏡検査により、ニューモシスチス・カリニを確認。

(2) 臨床的診断（すべてに該当）

①最近3か月以内に（いずれか一つの症状）

〈a〉運動時の呼吸困難

〈b〉乾性咳嗽

②（いずれか一つに該当）

〈a〉胸部X線でび漫性の両側間質像増強

〈b〉ガリウムスキャンでび漫性の両側の肺病変

③（いずれか一つに該当）

〈a〉動脈血ガス分析で酸素分圧が70 mm Hg 以下

〈b〉呼吸拡散能が80%以下に低下

〈c〉肺泡－動脈血の酸素分圧較差の増大

④細菌性肺炎を認めない

B. 原虫症

6. トキソプラズマ脳症（生後1か月以後）

(1) 確定診断

組織による病理診断により、トキソプラズマを確認。

(2) 臨床的診断（すべてに該当）

① 〈a〉 頭蓋内疾患を示唆する局所の神経症状

または、

〈b〉 意識障害

② 〈a〉 CT、MRIなどの画像診断で病巣を認める

または、

〈b〉 コントラスト薬剤の使用により、病巣が確認できる

③ 〈a〉 トキソプラズマに対する血清抗体を認める

または、

〈b〉 トキソプラズマ症の治療によく反応する

7. クリプトスポリジウム症（1か月以上続く下痢を伴ったもの）

(1) 確定診断

組織による病理診断または一般検査により、クリプトスポリジウムを確認

8. イソスポラ症（1か月以上続く下痢を伴ったもの）

(1) 確定診断

組織による病理診断または一般検査により、イソスポラを確認

C. 細菌感染症

9. 化膿性細菌感染症（13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により、①敗血症②肺炎③髄膜炎④骨関節炎⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の腫瘍のいずれかが、2年以内に、二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの）

(1) 確定診断

細菌学的培養により診断

10. サルモネラ菌血症（再発を繰り返すもので、チフス菌を除く）

(1) 確定診断

細菌学的培養により診断

11. 活動性結核（肺結核又は肺外結核）

(1) 確定診断

細菌学的培養により診断

(2) 臨床的診断

培養により確認できない場合には、X線写真等により診断

12. 非定型抗酸菌症

(1) 確定診断

細菌学的培養により診断

(2) 臨床的診断

下記のいずれかにおいて、顕微鏡検査により、結核菌以外の抗酸菌を検出した場合は、非定型抗酸菌症と診断。

〈a〉 糞便、汚染されていない体液

〈b〉 肺、皮膚、頸部もしくは肺門リンパ節以外の組織

D. ウイルス感染症

13. サイトメガロウイルス感染症（生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外）

(1) 確定診断

組織による病理診断により、核内封入体を有する巨細胞の確認

(2) 臨床的診断

サイトメガロウイルス性網膜炎は、特徴的臨床症状で診断可。

(眼底検査によって、網膜に鮮明な白斑が血管にそって遠心状に広がり、数ヶ月にわたって進行し、しばしば網膜血管炎、出血又は壊死を伴い、急性期を過ぎると網膜の痂皮形成、萎縮が起こり、色素上皮の斑点が残る。)

14. 単純ヘルペスウイルス感染症 (1か月以上継続する粘膜、皮膚の潰瘍を形成するもの、生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を合併するもののいずれか)

(1) 確定診断

①組織による病理診断、②培養、③患部組織又はその浸出液からウイルスを検出することにより診断。

15. 進行性多巣性白質脳症

(1) 確定診断

組織による病理診断

(2) 臨床的診断

CT、MRIなどの画像診断法により診断。

E. 腫瘍

16. カポジ肉腫

(1) 確定診断

組織による病理診断

(2) 臨床的診断

肉眼的には皮膚または粘膜に、下記のいずれかを認めること。

①特徴のある紅斑

②すみれ色の斑状の病変

ただし、これまでカポジ肉腫を見る機会の少なかった医師は推測で診断しない。

17. 原発性脳リンパ腫

(1) 確定診断

組織による病理診断

(2) 臨床的診断

CT、MRIなどの画像診断法により診断

18. 非ホジキンリンパ腫 (LSG分類による①大細胞型、免疫芽球型②Burkitt型)

(1) 確定診断

組織による病理診断

19. 浸潤性子宮頸癌

(1) 確定診断

組織による病理診断

F. その他

20. 反復性肺炎

1年以内に二回以上の急性肺炎が臨床又はX線写真上認められた場合に診断

21. リンパ性間質性肺炎/肺リンパ過形成: LIP/PLH complex (13歳未満)

(1) 確定診断

組織による病理診断

(2) 臨床的診断

胸部X線で、両側性の網状小結節様の間質性肺陰影が2か月以上認められ、病原体が検出されず、抗生物質療法が無効な場合。

22. H I V脳症（痴呆又は亜急性脳炎）

下記のいずれかの状態があり、①脳脊髄液検査、②脳のC T、M R Iなどの画像診断、③病理解剖のいずれかによっても、H I V感染以外にこれを説明できる疾病や状況がない場合。

〈a〉 就業もしくは日常生活活動に支障をきたす認識もしくは運動障害が臨床的に認められる場合

〈b〉 子供の行動上の発達障害が数週から数か月にわたって進行

これらは確定的な診断法ではないがサーベイランスの目的のためには十分である。

23. H I V消耗性症候群（全身衰弱又はスリム病）

以下のすべてに該当するもの

①通常の体重の10%を超える不自然な体重減少

②慢性の下痢（1日2回以上、30日以上の継続）又は慢性的な衰弱を伴う明らかな発熱（30日以上にわたる持続的もしくは間歇性発熱）

③H I V感染以外にこれらの症状を説明できる病気や状況（癌、結核、クリプトスポリジウム症や他の特異的な腸炎など）がない

これらは確定的な診断法ではないがサーベイランスの目的のためには十分である。

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害<13 歳以上>用）

氏 名	明治・大正・昭和 平成・令和	年	月	日生（ ）歳	男・女
住 所					
① 障害名（部位も明記）					
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。）					
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（障害程度の変化の見込） 要 ・ 不要 〕					
〔再認定の時期 年 月 日〕					
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 年 月 日					
病院又は診療所の名称					
所 在 地					
診療担当科名					
科 医師氏名 ㊟					
（氏名を自署する場合は、押印を不要とする。）					
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すること。]					
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	<p>1 障害名には現在起っている障害、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 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」（別様式）を添付してください。</p> <p>3 障害区分や等級決定のため、静岡県社会福祉審議会からお問い合わせする場合があります。</p>				

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（13歳以上用）

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に感染していて、エイズを発症している者の場合は、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。

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週間以上間隔をお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週間以上の間隔をお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

(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日に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 of 不定の発熱（38℃以上）が2か月以上続く	有・無
1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に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（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」、「長期にわたる蜜な治療」、「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（/μl）	/μl
検査所見の該当数（①）	個
日常生活活動制限の該当数（②）	個

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害<13 歳未満>用）

氏 名	明治・大正・昭和 平成・令和	年	月	日生（ ）歳	男・女
住 所					
① 障害名（部位も明記）					
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。）					
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（障害程度の変化の見込） 要 ・ 不要 〕					
〔再認定の時期 年 月 日〕					
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 年 月 日					
病院又は診療所の名称					
所 在 地					
診療担当科名					
科 医師氏名 ㊞					
（氏名を自署する場合は、押印を不要とする。）					
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すること。]					
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	<p>1 障害名には現在起っている障害、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 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」（別様式）を添付してください。</p> <p>3 障害区分や等級決定のため、静岡県社会福祉審議会からお問い合わせする場合があります。</p>				

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（13歳未満用）

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)および(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か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。

(3) 免疫学的検査所見

検査日	年 月 日
IgG	mg/dl

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
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 障害状況

(1) 免疫学的分類

検査日	年 月 日	免疫学的分類
CD 4 陽性Tリンパ球数	/ μ l	重度低下・中等度低下・正常
全リンパ球数に対するCD 4 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(既往を含む)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。

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/ μ 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/ μ 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

Ⅲ 診断書・意見書記載上の留意点

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害<13歳以上>用）

氏名	明治・大正・昭和 平成・令和	年 月 日生（ ）歳	男・女
住所	免疫機能障害と記載する。		
① 障害名（部位も明記）	免疫機能障害		
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（エックス線検査等）	ヒト免疫不全ウイルスへの感染が確認された日時を記載する。 不詳の場合は、経過・現症欄にその理由を記載する。		
⑤ 総合所見	障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		
	経過及び現症は障害認定のうえで参考となる事項を摘記する。 個人の秘密に関わる事項を記載する場合には、障害内容に不可欠な内容に限定する。		
	将来再認定（障害程度の変化の見込） 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。 令和 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名 科 医師氏名 (印) （氏名を自署する場合は、押印を不要とする。）			
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すること。] 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	1 障害名には現在起っている障害、例えば両眼視力障害、 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 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」（別様式）を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、静岡県社会福祉審議会からお問い合わせする場合があります。		

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（13歳以上用）

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

HIV感染確認日及びその確認方法は、「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）を準用する。

(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に感染していて、エイズを発症している者の場合は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠

エイズ発症の診断は、「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）による。

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。

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 (

エイズ合併症は、「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)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。

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週間以上間隔をお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週間以上の間隔をお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

(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日に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 of 不定の発熱（38℃以上）が2か月以上続く	有・無
1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に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（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」、「長期にわたる蜜な治療」、「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（/μl）	/μl
検査所見の該当数（①）	個
日常生活活動制限の該当数（②）	個

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害<13歳未満>用）

氏名	明治・大正・昭和 平成・令和	年 月 日生（ ）歳	男・女
住所	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">免疫機能障害と記載する。</div>		
① 障害名（部位も明記）	免疫機能障害		
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。）	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ヒト免疫不全ウイルスへの感染が確認された日時を記載する。 不詳の場合は、経過・現症欄にその理由を記載する。</div>		
	障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		
⑤ 総合所見	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">経過及び現症は障害認定のうえで参考となる 事項を摘記する。 個人の秘密に関わる事項を記載する場合には、 障害内容に不可欠な内容に限定する。</div>		
	〔将来再認定（障害程度の変化の見込） 要 ・ 不要 〕 〔再認定の時期 年 月 日〕		
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 年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称</p> <p>所在地</p> <p>診療担当科名 科 医師氏名 ㊞</p> <p style="text-align: right;">（氏名を自署する場合は、押印を不要とする。）</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すること。〕</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>・該当する。（ 級相当）</p> <p>・該当しない。</p>			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">参考意見等級を記載する。</div>		
注意	<p>1 障害名には現在起っている障害、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 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」（別様式）を添付してください。</p> <p>3 障害区分や等級決定のため、静岡県社会福祉審議会からお問い合わせする場合があります。</p>		

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（13歳未満用）

1 HIV感染確認日及びその確認方法

13歳未満の小児のHIV感染の証明は、原則として13歳以上の場合に準ずる。

小児のHIV感染は、原則として以下の(1)および(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か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。

(3) 免疫学的検査所見

検査日	年 月 日
IgG	mg/dl

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
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 障害状況

(1) 免疫学的分類

検査日	年 月 日	免疫学的分類
CD 4 陽性Tリンパ球数	/ μ l	重度低下・中等度低下・正常
全リンパ球数に対するCD 4 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)による程度を以て評価する。

CD 4 陽性Tリンパ球数又はCD 4 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。

(2) 臨床症状

以下の臨床症状の有無（既往を含む）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。

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/ μ 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/ μ 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

IV 疑義解釈

質 疑	回 答
<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>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。</p> <p>ただし、すでに抗H I V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>(H15.2.27 障企発第0227001号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知)</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。</p> <p>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>(H15.2.27 障企発第0227001号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知)</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</p>	<p>ア、イともに、年齢区分の使い分けは、診</p>

質 疑	回 答
<p>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>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要することを想定したのではない。</p> <p>(H15.2.27 障企発第0227001号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知)</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>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>(H15.2.27 障企発第0227001号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知)</p>
<p>5 認定要領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量の測定値に関して、「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>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>(H15.2.27 障企発第0227001号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知)</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~1)のうちaからdまでの1つを含む6項目以上」</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</p>

質 疑	回 答
<p>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>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> <p>(H15.2.27 障企発第0227001号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知)</p>
<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>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>(H15.2.27 障企発第0227001号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知)</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>抗H I V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考ええる。</p> <p>(H15.2.27 障企発第0227001号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知)</p>
<p>9 13歳未満のH I V感染確認において、血清免疫グロブリン値全リンパ球数等の免疫学的検査所見を総合的に判断し免疫が著しく低下しているものとなっているが、これは指定医師の判断に委ねるものか。</p>	<p>お見込みのとおり。</p> <p>(H10.3.2 厚生省障害保健福祉部企画課計画係長事務連絡)</p>
<p>10 身体障害者手帳申請において、本人に代わって関係のある者が申請書を提出できることであるが、</p> <p>① この場合、郵送による提出は可能か。</p> <p>② 市町村が身体障害者手帳を送付する際に、本人に代わる者に対して郵送することはできるか。</p>	<p>「本人に代わって…」とは、本人の申請書等を本人自身に代わって提出することを意味するものである。その限りにおいて次のとおりとする。</p> <p>① 可能である。</p> <p>② できない。(申請者あてに送付すること)</p>

質 疑	回 答
<p>③ 本人に代わる者は同居の親族に限定すべきか。</p> <p>④ 本人からの申請書提出の依頼の事実を確認する書面の提出を求めるべきか。</p>	<p>③ 親族のみならず医療機関のMSW、支援団体等の関係者が考えられる。</p> <p>④ 必要ない。</p> <p>(H10.3.2 厚生省障害保健福祉部 企画課計画係長事務連絡)</p>

身体障害者福祉法第 15 条
指定医師の手引《免疫機能障害編》
平成 28 年 4 月認定基準改正対応

編集 静岡県健康福祉部障害者支援局障害福祉課
〒420-8601
静岡市葵区追手町 9 番 6 号
(電話番号) 054-221-3686、3354