

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、HIV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「HIV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、HIV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

HIV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（HIV）感染の確認方法

「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。具体的には、HIVの抗体スクリーニング検査法（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）の結果が陽性であって、以下のいずれかが陽性の場合にHIV感染症と診断する。

○ 抗体確認検査（Western Blot法、蛍光抗体法（IFA）等）

○ HIV抗原検査、ウイルス分離及び核酸診断法（PCR等）等の病原体に関する検査

(イ) CD4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、Hb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HIV感染症/AIDS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。

(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。

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	交通事故・労災事故・その他の事故・戦傷 疾病・先天性・その他（ ）	
③疾病・外傷発生日月日 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		
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		
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	1 障害名には現在起っている障害、例えば両眼失明、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角膜混濁、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及び意見書を添付してください。 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。	

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

次の(1)の検査及び(2)のうちいずれか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、次に記入すること。

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（ / μ l）

検査日	検査値	平均値
年 月 日	/ μ l	
年 月 日	/ μ l	/ μ l

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回の検査値を記入し、右欄にはその平均値を記入すること。

4 検査所見及び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	/ μ l	/ μ l

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	/ μ l	/ μ l

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

次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分以上の吐き気が月に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こと。

注8 「生鮮食料品の摂取禁止」のほかに、「生水の摂取禁止」、「脂質の摂取制限」、「長期に渡る

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(/ μ l)	/ μ l
検査所見の該当数(①)	個
日常生活活動制限の該当数(②)	個

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、次の(1)の検査及び(2)のうちいずれか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、次の(1)の検査及び(2)のうちHIV病原検査又は(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)	/ μ l
CD4陽性Tリンパ球数(②)	/ μ l
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)	/ μ l
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	/ μ l	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

次の臨床症状の有無（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、次に記入すること。

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
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	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
H I V 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入すること。

ウ 軽度の症状

臨 床 症 状	症状の有無
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。)	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入すること。