

第9 ヒト免疫不全ウイルス
による免疫機能障害

第9 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害

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
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
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
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）
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

一 障害程度等級表解説

1 13歳以上の者の場合

(1) 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項目以上が認められるもの。

- 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 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
- 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/ 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 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
- 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 of 不定の発熱(38 以上)が2か月以上続く
- 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
- 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
- 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

- 1 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。
- (2) 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、(1)のアの項目(a~l)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、(1)のアの項目(a~l)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、(1)のアの項目(a~l)のうちaからdまでの1つを含む6項目以上が認められるもの。
- (3) 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、(1)のアの項目(a~l)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、(1)のアの項目(a~l)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。
- (4) 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、(1)のアの項目(a~l)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、(1)のアの項目(a~l)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。

留意事項

1 3歳以上の場合

(1) 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(資料参照)。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。

a 抗体確認検査(Western Blot法、蛍光抗体法(IFA)等)

b HIV病原検査(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)

(2) 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。

(3) 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。

(4) 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。

(5) 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。

(6) 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。

(7) 日・週・月の取り扱い

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。

(8) 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。

(9) 日中

就寝時以外を意味する。

(10) 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。

(11) 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。

(12) 軽作業

デスクワーク程度の作業を意味する。

2 13歳未満の者の場合

(1) 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。

(2) 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 ($< 1,000 / \mu l$)

b 30日以上続く貧血 ($< Hb \ 8 g / dl$)

c 30日以上続く血小板減少症 ($< 100,000 / \mu l$)

- 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。

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	1,500 / μl 25%	1,000 / μl 25%	500 / μl 25%
中等度低下	750～1,499 / μl 15～24%	500～999 / μl 15～24%	200～499 / μl 15～24%
重 度 低 下	< 750 / μl < 15%	< 500 / μl < 15%	< 200 / μl < 15%

(3) 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

イ (2)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。

- (4) 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、(3)のアの項目(a~h)のうち1項目以上が認められるもの

留意事項

13歳未満の場合

(1) 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か月未満の小児の場合は少なくともHIVの抗体スクリーニング法による検査が陽性であり、以下のいずれかを満たす場合にHIV感染症と診断する。

a HIV病原検査が陽性

b 血清免疫グロブリンの高値に加え、リンパ球数の減少、CD4陽性Tリンパ球数の減少、CD4陽性Tリンパ球数/CD8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

(2) 年齢区分ごとの免疫学的分類

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

(3) 小児のHIV感染の臨床症状

等級表解説2の(2)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

3 その他の留意事項

(1) 免疫の機能の障害は、治療の有無に関わらず、等級表解説に規定する基準を満たす場合にのみ認定されるものである。

(2) 障害認定にあたっては、診断日において当該年齢区分の基準を満たすことが要件である。

(3) 等級表解説中の「4週以上の間隔をおいた検査」でいう4週以上とは、仮に10月1日(月)に外来で検査し、その4週後10月29日(月)に外来で検査したときのように、厳密には27日の間隔しかあいていない場合であっても、4週以上を満たすこととする。

(4) 「月に7日以上発熱」とは、外来診察時、入院の回診時、自宅での療養時等に38度以上の発熱があることが診療録等に正確に記載されており、連続する30日の間に7日以上そのような発熱のあることが確認できれば、その7日については連続する必要はない。

(5) 口腔内カンジタ症等に関する項目での「頻回に繰り返す」については、健康人ではまれにしか発症しない日和見感染症が、当該患者において一定の期間継続し、消失しては再発するような経過を繰り返す示すならば、「頻回に繰り返す」と判

断できることとする。なお、患者のこのような経過について、診療録に正確に記載されていることが不可欠である。

- (6) 「健常時に比し 10%以上の体重減少がある。」は、13 歳以上で成長期ゆえの体重増加が考えられる場合には、体重増加の割合で判断することとする。
- (7) 13 歳未満のH I V感染の確認にあたっては、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、指定医師が総合的に判断し、免疫機能が著しく低下していると認めることによい。

資料 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、 の基準を満たし、症状のないもの
- 2) A I D Sとは、 の基準を満たすもの
- 3) その他とは、 の基準を満たすが、 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。

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

A I D S の診断

の基準を満たし、 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。

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

全身に播種したもの

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

全身に播種したもの

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）

敗血症

肺炎

髄膜炎

骨関節炎

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

全身に播種したもの

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

1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの

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.カポジ肉腫

17.原発性脳リンパ腫

18.非ホジキンリンパ腫

L S G分類により

大細胞型
免疫芽球型
Burkitt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. H I V 脳症 (痴呆又は亜急性脳炎)

23. H I V 消耗性症候群 (全身衰弱又はスリム病)

C 1 1 活動性結核のうち肺結核及び E 1 9 浸潤性子宮頸癌については、H I V 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。

(付記) 厚生省エイズ動向委員会による A I D S 診断のための指標疾患の診断法

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)

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
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

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)

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)

顕微鏡検査、培養、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)

顕微鏡検査、培養、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）

顕微鏡検査、培養、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

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）

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

（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

（いずれか一つに該当）

a 動脈血ガス分析で酸素分圧が 70 mmHg 以下

b 呼吸拡散能が 80 % 以下に低下

c 肺胞 - 動脈血の酸素分圧較差の増大

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）

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

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

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、敗血症 肺炎 髄膜炎 骨関節炎 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

組織による病理診断、 培養、 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

C T、M R I 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。

特徴のある紅斑

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

C T、M R I 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 大細胞型、免疫芽球型 Burkitt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上又は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. HIV脳症（痴呆又は亜急性脳炎）

下記のいずれかの状態があり、脳脊髄液検査、脳のCT、MRIなどの画像診断、病理解剖のいずれかによっても、HIV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. HIV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

通常の体重の10%を超える不自然な体重減少

慢性の下痢（1日2回以上、30日以上継続）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）

HIV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。

記 載 要 領 (免 疫)

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。

総括表 身体障害者診断書・意見書 (ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害用)

- ① 「障害名」欄
「免疫機能障害」と記載
- ② 「原因となった疾病・外傷名」欄
原因疾患名は「H I V感染」と記入する。
- ③ 「疾病・外傷発生年月日」欄
疾病・外傷発生年月日の記載については、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」欄
障害認定の上で参考となる事項があれば記載する。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」欄
経過及び現症からみて障害認定に必要な事項を記載する。
- ⑥ 診断年月日、医療機関名、診療担当科名、医師氏名欄を必ず記載し押印してください。
- ⑦ 身体障害者福祉法第15条第3項の意見（指定医の意見）欄
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 のどちらかに○印を記入してください。

障害程度等級についての参考意見

○ 級相当 必ず等級を記入してください。

診断書様式

(ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状況及び所見)

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の場合にH I V感染症と診断する。

- ・抗体確認検査(W e s t e r n B l o t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。

(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い。

(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法等の病理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

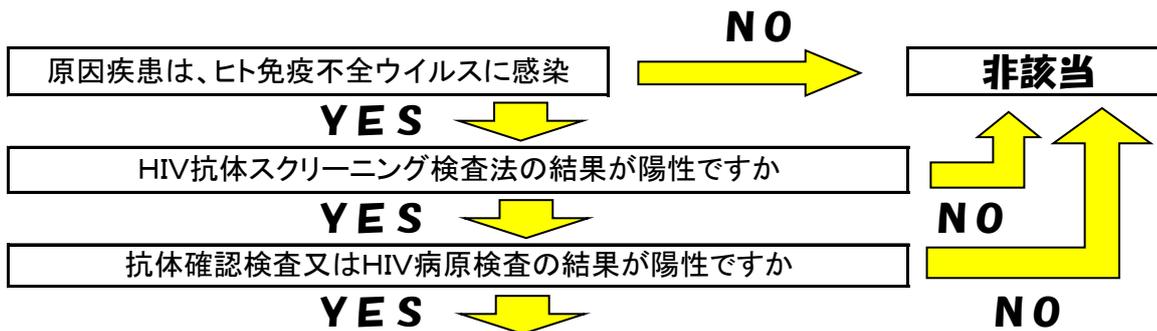
(イ) 年齢区分毎の免疫学的分類

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

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。

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害の等級診断のポイント (早見表)



障害程度等級表 (13歳以上)

(全等級で1種)

障害程度等級表	障害程度等級表解説(ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のア～ウのいずれかに該当するものをいう。)			等級
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	ア. CD4陽性リンパ球数が200/μl以下で、(1)のアの項目(a～)のうち6項目以上が認められるもの	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		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極度に制限されるもの	ア. CD4陽性リンパ球数が200/μl以下で、(1)のアの項目(a～)のうち3項目以上が認められるもの	イ. エイズ発症の既往症があり、(1)のアの項目(a～)のうち3項目以上が該当するもの	ウ. CD4陽性リンパ球数に関係なく、(1)のアの項目(a～)のうちaからdまでの1つを含む6項目以上認められるもの	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)	ア. CD4陽性リンパ球数が500/μl以下で、(1)のアの項目(a～)のうち3項目以上が認められるもの		イ. CD4陽性リンパ球数に関係なく、(1)のアの項目(a～)のうちaからdまでの1つを含む4項目以上認められるもの	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社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	ア. CD4陽性リンパ球数が500/μl以下で、(1)のアの項目(a～)のうち1項目以上が認められるもの		イ. CD4陽性リンパ球数に関係なく、(1)のアの項目(a～)のうちaからdまでの1つを含む2項目以上認められるもの	4級

4(1) 検査所見欄の該当基準

a. 白血球数	3,000/μl未満	左の状態が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 (4週間後の同じ曜日ならば可)
b. Hb量	男性 12g/dl未満、女性 11g/dl未満	
c. 血小板数	10万/μl未満	
d. HIV-RNA量	5,000コピー/茎以上	

4(2) 日常生活活動制限の状況欄

- ・外来診察時等において、診療記録等に正確に記載されており、確認できるものは「有」に○印をする

診断年月日欄

医療機関名、指定医氏名欄

は記載済みですか。

(記入例)

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	昭和56年1月23日生	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住 所		
障害名(部位を明記) 免疫機能障害		
原因となった 疾病・外傷名	HIV感染	外傷 <input checked="" type="radio"/> 疾病 先天性・その他()
疾病・外傷発生日	不明	年 月 日
参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)		
平成29年10月 アメーバ赤痢を発症し、HIV感染が判明した。		
障害固定又は障害確定(推定)平成29年10月6日		
総合所見(再認定の項目も記入)		
高度な免疫機能障害を認める。		
〔将来再認定 要(軽度化・重度化) <input checked="" type="radio"/> 不要〕 〔再認定の時期 1年後・3年後・5年後〕		
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。		
平成29年12月 1日		
病院又は診療所の名称	病院	電話 ()
所 在 地		
診 療 担 当 科 名	血液内 科	医師氏名 <input checked="" type="radio"/>
身体障害者福祉法第15条第3項の意見		
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に	障害程度等級についての参考意見	
・ <input checked="" type="radio"/> 該当する ・ 該当しない。	3 級相当	

注 障害区分や等級決定のため、八王子市から改めて問い合わせる場合があります。

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状況及び所見(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 H29年10月6日

(1)による検査結果が陽性であって、かつ、(2)のうちいずれか1つの検査による陽性確認が必要である。

(1) HIV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法	H29年10月6日	<u>陽性</u> 陰性

注1 「スクリーニング検査法」では、PA法、ELISA法、IC法等のうち1つを行うこと。

(2) 抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

	検査法	検査日	検査結果
抗体確認検査	Western-Blot法	H29年10月6日	<u>陽性</u> 陰性
HIV病原検査		年 月 日	陽性、陰性

注2 「抗体確認検査」とは、Western Blot法、IFA法等の検査をいう。

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(/ $\mu\ell$)

検 査 日	検 査 値	平 均 値
H 2 9 年 1 0 月 7 日	5 5 0 / $\mu\ell$	6 0 3 . 5 / $\mu\ell$
H 2 9 年 1 1 月 1 5 日	6 5 7 / $\mu\ell$	

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 検査所見及び日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

検査日	H 2 9 年 1 0 月 7 日	H 2 9 年 1 1 月 1 5 日
白血球数	4 , 7 0 0 / $\mu\ell$	4 , 5 0 0 / $\mu\ell$

検査日	H 2 9 年 1 0 月 7 日	H 2 9 年 1 1 月 1 5 日
Hb量	1 5 . 3 g / d ℓ	1 4 . 9 g / d ℓ

検査日	H 2 9 年 1 0 月 7 日	H 2 9 年 1 1 月 1 5 日
血小板数	1 9 . 0 \times 1 0 / $\mu\ell$	1 6 . 5 \times 1 0 / $\mu\ell$

検査日	H 2 9 年 1 0 月 7 日	H 2 9 年 1 1 月 1 5 日
HIV RNA量	1 . 0 \times 1 0 copy / 荖	2 . 1 \times 1 0 copy / 荖

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(1 個)

(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 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
健常時に比し10%以上の体重減少がある。	<input checked="" type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
1日に3回以上の泥状又は水様下痢が月に7日以上ある。	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
1日に2回以上の嘔吐又は30分以上の嘔気が月に7日以上ある。	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
「八王子市身体障害認定基準障害程度等級表解説」第9ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害1の(1)のjに示す日和見感染症の既往がある。	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
軽作業を超える作業の回避が必要である。	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
日常生活活動制限の数(3 個)	

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」のほかに、「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」又は「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 ・ <input checked="" type="radio"/> 可 能
CD4陽性Tリンパ球数の平均値(/ μl)	6 0 3 . 5 / μl
検査所見の該当数()	1 個
日常生活活動制限の該当数()	3 個

(記入例)

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	平成18年3月18日生	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住 所		
障害名(部位を明記) 免疫機能障害		
原因となった 疾病・外傷名	H I V 感染	外傷・疾病 先天性・その他()
疾病・外傷発生日	分娩時(推定)	年 月 日
参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)		
母親がH I V感染者であり、母子間感染と推定される。		
障害固定又は障害確定(推定)平成18年3月18日		
総合所見(再認定の項目も記入)		
C D 4 陽性Tリンパ球数は500未満		
〔将来再認定 <input checked="" type="radio"/> 要(軽度化・ <input checked="" type="radio"/> 重度化)・不要〕 〔再認定の時期 1年後・3年後 <input checked="" type="radio"/> 5年後〕		
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。 平成30年3月7日		
病院又は診療所の名称	病院	電話 ()
所 在 地		
診 療 担 当 科 名	感染症内 科	医師氏名 <input checked="" type="radio"/> 印
身体障害者福祉法第15条第3項の意見		
障害の程度は、身体障害者福祉法別表 に掲げる障害に	障害程度等級についての参考意見	
<input checked="" type="radio"/> 該当する ・該当しない。	2	級相当

注 障害区分や等級決定のため、八王子市から改めて問い合わせる場合があります。

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状況及び所見(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 H30年 2月12日

小児のHIV感染は、原則として以下の(1)の検査結果が陽性であって、かつ、(2)のうちいずれか1つの検査による陽性確認が必要である。ただし、周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる生後18か月未満の小児については、(1)の検査結果が陽性であって、かつ、(2)のうちのHIV病原検査が陽性であるか(3)の検査所見による確認のいずれかが必要である。

(1) HIV抗体スクリーニング検査法の結果

検査名	検査日	検査結果
ELISA法	H30年 2月12日	陽性 陰性

注1 「スクリーニング検査法」では、PA法、ELISA法、IC法等のうち1つを行うこと。

(2) 抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

	検査法	検査日	検査結果
抗体確認検査	Western-Blot法	H30年 2月12日	陽性 陰性
HIV病原検査	HIV-RNA	H30年 2月12日	陽性 陰性

注2 「抗体確認検査」とは、Western Blot法、IFA法等の検査をいう。

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	H30年 2月12日
全リンパ球数()	3,210 /μℓ
CD4陽性Tリンパ球数()	490 /μℓ
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合([]/[])	15.3 %
CD8陽性Tリンパ球数()	/μℓ
CD4/CD8比([]/[])	

2 障害の状況

(1) 免疫学的分類

検査日	H30年 2月12日	免疫学的分類
CD4陽性Tリンパ球数	470 / 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	15.1 %	重度低下・中等度低下・正常

注4 「免疫学的分類」欄では「八王子市身体障害認定基準障害程度等級表解説」第9ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害2の(2)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、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。

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 / μl)	有・ <input type="radio"/> 無
30日以上続く貧血(< Hb 8 g / dl)	有・ <input type="radio"/> 無
30日以上続く血小板減少症(< 100,000 / μl)	有・ <input type="radio"/> 無
1か月以上続く発熱	有・ <input type="radio"/> 無
反復性又は慢性の下痢	有・ <input type="radio"/> 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・ <input type="radio"/> 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・ <input type="radio"/> 無
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

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 ・ <input type="radio"/> 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 ・ <input type="radio"/> 無
2 回以上又は2 つの皮膚節以上の帯状疱疹	有 ・ <input type="radio"/> 無
細菌性の髄膜炎、肺炎又は敗血症	有 ・ <input type="radio"/> 無
ノカルジア症	有 ・ <input type="radio"/> 無
播種性水痘	有 ・ <input type="radio"/> 無
肝炎	有 ・ <input type="radio"/> 無
心筋症	有 ・ <input type="radio"/> 無
平滑筋肉腫	有 ・ <input type="radio"/> 無
H I V 腎症	有 ・ <input type="radio"/> 無
臨床症状の数(0 個)	

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。

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 . 5 cm以上。対称性は1 か所とみならず。)	有 ・ <input type="radio"/> 無
肝腫大	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
脾腫大	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
皮膚炎	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
耳下腺炎	有 ・ <input type="radio"/> 無
反復性又は持続性の上気道感染	有 ・ <input type="radio"/> 無
反復性又は持続性の副鼻腔炎	有 ・ <input type="radio"/> 無
反復性又は持続性の中耳炎	有 ・ <input type="radio"/> 無
臨床症状の数(3 個)	

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。