

事例 5

(不適切な記入例・13歳以上)

[解説]

- 検査結果、診断日等、記載もれ箇所がある。
- エイズ発症の既往がなく、CD4陽性Tリンパ球数が195/μlである。
- 検査所見の該当数が2個と記載されているものの、正しくは該当数1個であり、日常生活活動制限の該当数が1個、合計2個である。
- 以上より、2級の要件には該当せず、4級の等級解説の「ア」に該当する。

(注) 検査結果は、4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続くことが要件であり、2回の検査のいずれか1回のみ該当しているだけでは、要件を満たしているとは認められない。

- 2級とするには、後日CD4陽性Tリンパ球数、検査所見の各検査の追加が必要となる。

身体障害者診断書・意見書(免疫機能障害用) 13歳以上用	
総括表	
氏名 ○○ ○○	昭和31年 5月15日生 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所 ○○区○○ ○-○-○	
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 外傷 <input checked="" type="radio"/> 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日	2024年3月 6日
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)	
2024/3/6当院でHIV急性感染が判明し、以後通院を続けている。	
障害固定又は障害確定(推定) 2024年3月6日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)	
免疫不全の進行のため近日中に抗HIV薬を導入する必要がある。	
[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]	
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。	
年 月 日	
病院又は診療所の名称	○○○病院 電話 ()
所在地	○○○○○○
診療担当科名	○○○科 医師氏名 ○○ ○○ <input checked="" type="radio"/> 自
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
<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/>該当する <input type="radio"/>該当しない。 	2 級相当
注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。	

診断日が未記入

検査所見及び日常生活活動制限の該当項目が2個のため、2級ではなく4級が妥当

(日本産業規格A列4番)

第13号様式(第3条関係)

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 **2024年3月6日**

(1)による検査結果が陽性であって、かつ、(2)のうちいずれか一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	2024年3月6日	陽性、陰性

注1 「スクリーニング検査法」では、PA法、ELISA法、IC法等のうち一つを行うこと。

(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		年 月 日	陽性、陰性
HIV病原検査	PCR	2024年3月6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、2007)に規定するものをいう。

検査結果が未記入

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
2024年3月 6日	180 / μl	195 / μl
2024年4月24日	210 / 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 検査所見及び日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

検査日	2024年3月6日	2024年4月24日
白血球数	4,920 / μl	3,600 / μl

検査日	2024年3月6日	2024年4月24日
Hb量	14.9 g/dl	12.4 g/dl

検査日	2024年3月6日	2024年4月24日
血小板数	9.8万 / μl	11.5万 / μl

検査日	2024年3月6日	2024年4月24日
HIV-RNA量	980000 copy/ml	220000 copy/ml

いずれか1回のみ該当するだけでは、要件を満たすものとは認められない

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(2 個)・・・①

検査所見の該当数は1個が正しい

(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1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。	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
1月に7日以上 of 不定の発熱(38℃以上)が2箇月以上続く。	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
1日に3回以上の泥状又は水様下痢が1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1月に7日以上ある。	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
「東京都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の機能障害1のアのjに示す日和見感染症の既往。	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。	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
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)	195 / μl
検査所見の該当数(①)	2 個
日常生活活動制限の該当数(②)	1 個

検査所見の該当数は1個が正しい