

令和元年度東京都身体障害者福祉法第 15 条指定医講習会資料

免疫機能障害編

令和 2 年 2 月 1 日

東京都心身障害者福祉センター

令和元年度身体障害者福祉法第 15 条指定医講習会

令和 2 年 2 月 1 日(土) 15:00～

東京都社会福祉保健医療研修センター

目次

身体障害者手帳認定基準のポイント

1 診断書の様式と記載	1
2 事例	
(1) 13歳以上	
事例1 適切な事例	17
事例2 適切な事例	22
事例3 適切な事例	27
事例4 適切な事例	32
事例5 不適切な事例	37
事例6 不適切な事例	42
事例7 不適切な事例	47
事例8 不適切な事例	52
(2) 13歳未満	
事例9 適切な事例	57
事例10 不適切な事例	62
3 東京都身体障害認定基準	67
4 身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について	73
5 免疫機能障害等級表と診断のポイント	
障害程度等級表	87
障害程度等級表解説	87
「再認定」対象とする際の疾患・症例一覧	93
資料 サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準	94
免疫機能障害の診断のポイント(早見表)	101

参考資料 指定医制度の概要等について

1 指定医制度	105
2 身体障害者手帳審査などの流れ	106
3 診断書作成上の主な留意事項	108
4 障害等級の認定方法	109
5 文書照会・審議会への諮問	112

身体障害者手帳認定基準のポイント

1 診断書の様式と記載

第2号様式(第3条関係)

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		外傷・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	
④ 参考となる経過・現症(画像診断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(再認定の項目も記入)			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">これらの事項も必ず御記入下さい。</div>			
[将来再認定 要(軽度化・重度化)・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。			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">年 月 日</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">電話 ()</div>	
病院又は診療所の名称		科 医師氏名 (印)	
所 在 地			
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。		障害程度等級についての参考意見 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。			

(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 年 月 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
	年 月 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		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(／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回の検査値をご記載下さい。

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	／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1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
1月に7日以上の上の不定の発熱(38℃以上)が2箇月以上続く。	有 ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ 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

第2号様式(第3条関係)

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		外傷・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	
④ 参考となる経過・現症(画像診断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(再認定の項目も記入)			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">これらの事項も必ず御記入下さい。</div>			
[将来再認定 要(軽度化・重度化)・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。			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">年 月 日</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">電 話 ()</div>	
病院又は診療所の名称		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">科 医師氏名 (印)</div>	
所 在 地			
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。		障害程度等級についての参考意見 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。			

(日本産業規格A列4番)

第14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)の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。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箇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
	年 月 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		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。

(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「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機能障害2の(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、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箇月以上続く発熱	有 ・ 無
反復性又は慢性の下痢	有 ・ 無
生後1箇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箇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箇月以前に発症したトキソプラズマ症	有 ・ 無

6箇月以上の小児に2箇月以上続く口腔咽頭カンジダ症 ^{くわいん}	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 ^{ほうしん}	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
は播種性水痘	有 ・ 無
肝炎	有 ・ 無
心筋症	有 ・ 無
平滑筋肉腫 ^{しゅ}	有 ・ 無
HIV腎症 ^{じん}	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。

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。) ^{しゅ}	有 ・ 無
肝腫大 ^{しゅ}	有 ・ 無
脾腫大 ^{ひしゅ}	有 ・ 無
皮膚炎	有 ・ 無
耳下腺炎 ^{せん}	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 ^{くわう}	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。

(2) 記載要領 (免疫)

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。

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「HIV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、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。
- 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。

東京都では、将来再認定について、乳幼児期での申請や障害発生から間もない申請、又は更生医療等の手術等により障害程度が将来軽減されると予測される場合等においては、再認定の対象としている。
免疫機能障害の場合は、一時的に障害程度が軽減化することもあるが、一般的には少しずつ症状が進行して障害程度も重度化する事例が多いため、原則として本基準での再認定の対象とはしていない。
- 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）

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。

1 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。

（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。

(カ) 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H I V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。

2 事例

事例 1

(適切な記入例・13歳以上)

- 検査法、検査日、検査結果が記載されている。
- 検査日が4週間以上の間隔が空いている。

[解説]

- 病院名、医師氏名、診断日、参考等級意見欄が記載されている。(記載もれが多い。)
- CD4陽性Tリンパ球数が $215/\mu l$ 、検査所見の該当数が1個、日常生活活動制限の該当数が1個、合計2個により、4級の等級解説の「ア」に該当するので妥当である。

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 ○○ ○○	平成 2年11月30日 生	(男) 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 H I V感染		外傷・自然災害 (疾病) <input checked="" type="checkbox"/> 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 2019年8月16日		
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)		
2019年4月中旬に発熱 関節痛、頭痛、下痢が2週間持続 7月26日に、近医でH I V抗体陽性 障害固定又は障害確定(推定) 2019年8月16日		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)		
H I V感染症によりCD4が215であり、日和見感染症の予防が必要 今後、外来にてART導入が必要 [将来再認定 要(軽度化・重度化)・(不要) <input checked="" type="checkbox"/> [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。 2019年10月24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 ○○ ○○ (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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 該当する ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 <p style="text-align: center;">4 級相当</p>	
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。		

(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 **令和元年8月16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法	令和元年8月16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	Western-blot法	令和元年8月16日	陽性 陰性
HIV病原検査			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(／μl)

検 査 日	検 査 値	平 均 値
令和元年 8月16日	180 / μl	215 / μl
令和元年10月10日	250 / 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	令和元年 8月16日	令和元年10月10日
白血球数	5,200 / μl	4,300 / μl

検査日	令和元年 8月16日	令和元年10月10日
Hb量	15.2 g/dl	14.9 g/dl

検査日	令和元年 8月16日	令和元年10月10日
血小板数	19.0 × 10 ⁴ / μl	16.5 × 10 ⁴ / μl

検査日	令和元年 8月16日	令和元年10月10日
HIV—RNA量	1.9 × 10 ⁴ copy/ml	2.1 × 10 ⁴ 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(1 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)	215 / 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

事例 2

(適切な記入例・13歳以上)

- 検査法、検査日、検査結果が記載されている。
- 検査日が4週間以上の間隔が空いている。

[解説]

- 病院名、医師氏名、診断日、参考等級意見欄が記載されている。(記載もれが多い。)
- CD4陽性Tリンパ球数が228/ μ l、検査所見の該当数が2個、日常生活活動制限の該当数が1個、合計3個により、3級の等級解説の「ア」に該当するので妥当である。

第2号様式(第3条関係)

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43年2月8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	H I V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 2019年 9月 4日		
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)		
健康診断を契機に、H I V感染が判明した		
障害固定又は障害確定(推定) 2019年9月4日		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)		
高度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]		
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。		
2019年10月16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"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 該当しない。	障害程度等級についての参考意見 3 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。		

(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 **令和元年 9月 4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	2019年9月4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	Western-blot法	2019年9月4日	陽性 陰性
HIV病原検査	PCR	2019年9月4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(／μl)

検 査 日	検 査 値	平 均 値
2019年 9月4日	280 / μl	228 / μl
2019年10月9日	176 / 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	2019年 9月 4日	2019年10月9日
白血球数	2,850 / μl	2,620 / μl

検査日	2019年 9月 4日	2019年10月9日
Hb量	12.8 g/dl	13.1 g/dl

検査日	2019年 9月 4日	2019年10月9日
血小板数	11×10⁴ / μl	10×10⁴ / μl

検査日	2019年 9月 4日	2019年10月9日
HIV—RNA量	15,400 copy/ml	9,800 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(2 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。	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 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(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)	228 / 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

事例 3

(適切な記入例・13歳以上)

[解説]

- 既に、抗HIV治療が開始されている者については、申請する直近の検査結果では、認定基準の対象外となることがある。

その場合、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。

- CD4陽性Tリンパ球数が220/ μ l、検査所見の該当数が1個、日常生活活動制限の該当数が5個、合計6個により、2級の等級解説の「ウ」に該当するので妥当である。

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54年6月15日生	(男) 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		外傷・自然災害 (疾病) 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 不詳 年 月 日		
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)		
<p>上記による免疫不全のため易感染である 抗HIV薬による消化器症状や慢性感染による易疲労のため、日常生活制限を強い られている。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日</p>		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)		
<p>慢性HIV感染症による消耗状態、免疫低下による難治性再発性ヘルペスの合併 H17年の手帳取得以後、抗HIV療法で免疫改善傾向だが、日常生活における 全身消耗状態及び難治性再発性ヘルペスをくり返しており、障害程度は2級が相当 と考えられる (CD4、HIV-RNAは、抗HIV療法開始前のデータ)</p> <p>[将来再認定 要(軽度化・重度化)・不要] [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]</p>		
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 style="text-align: center;">平成31年3月2日</p> <p>病院又は診療所の名称 ○○○病院 電話 ()</p> <p>所在地 ○○○○○○</p> <p>診療担当科名 ○○○科 医師氏名 ○○ ○○ (自)</p>		
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 ・(該当する) ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 <p style="text-align: center;">2 級相当</p>	
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。		

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 **平成17年4月19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	平成17年4月19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	Western-blot法	17年4月19日	陽性 陰性
HIV病原検査			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(／μl)

検 査 日	検 査 値	平 均 値
17年 4月19日	230 / μl	220 / μl
17年 6月 4日	211 / 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	30年11月13日	30年12月15日
白血球数	6,500 / μl	5,200 / μl

検査日	30年11月13日	30年12月15日
Hb量	16.2 g/dl	13.5 g/dl

検査日	30年11月13日	30年12月15日
血小板数	24万 / μl	26.1万 / μl

検査日	17年 4月19日	17年 6月 4日
HIV—RNA量	8,900 copy/ml	27,700 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(1 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。	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 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。	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<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(5 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)	220 / 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)	5 個

事例 4

(適切な記入例・13歳以上)

[解説]

- エイズ発症の既往があり、日常生活活動制限の該当数が4個より、2級の等級解説の「イ」に該当するので妥当である。

(注) エイズ発症の既往がある場合、CD4陽性Tリンパ球数及び検査所見が1回のみでの記載で申請されることがあるが、1回のみでの記載では、4週以上の間隔をおいた連続する2回の検査の要件を満たさない。

従って、本事例のように、日常生活活動制限の該当数が3個以上あれば、2級の要件を満たすが、2個以下の場合、2級の等級解説の「ア、イ、ウ」のいずれにも該当しないことから、非該当となる。

第2号様式(第3条関係)

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 ○○ ○○	平成3年7月 1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	外傷・自然災害 <input checked="" type="radio"/> 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 令和元年9月28日		
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)		
発熱 倦怠感にて近医受診し、肝機能障害を指摘 胸部CT上両びまん性浸潤影認め、スクーリング検査にてHIV陽性となった <div style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日</div>		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)		
胸部CT上両側びまん性に浸潤影認め ニューモシスチス肺炎を強く疑わせた <div style="text-align: right;">[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]</div>		
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。 令和元年10月12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"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 該当しない。	障害程度等級についての参考意見 <div style="text-align: right;">2 級相当</div>	
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。		

(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 **令和元年10月5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	令和元年9月28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	令和元年9月28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

- ・ **胸部CT所見、経過よりニューモシスチス肺炎の診断**
- ・ **胸部CT上結節影、血液培養よりクリプトコッカス検出**
- ・ **血液クリプトコッカス抗原陽性よりクリプトコッカス感染性の診断に至った。**

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
令和元年 9月28日	43 / 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 検査所見及び日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

検査日	令和元年 9月28日	年 月 日
白血球数	4,800 / μl	/ μl

検査日	令和元年 9月28日	年 月 日
Hb量	12.2 g/dl	g/dl

検査日	令和元年 9月28日	年 月 日
血小板数	23.4万 / μl	/ μl

検査日	令和元年 9月28日	年 月 日
HIV-RNA量	4.8 × 10 ⁴ 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(0 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。	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 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。	<input checked="" type="radio"/> 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(4 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)	43 / μl
検査所見の該当数(①)	0 個
日常生活活動制限の該当数(②)	4 個

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/ μ l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・自然災害 <input checked="" type="radio"/> 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日	2019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。)		
2019/3/6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) 2019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"/> 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	
<ul style="list-style-type: none"> ・<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、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 **2019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	2019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	2019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、1999)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
2019年3月 6日	180 / μl	195 / μl
2019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	2019年3月6日	2019年4月24日
白血球数	4,920 / μl	3,600 / μl

検査日	2019年3月6日	2019年4月24日
Hb量	14.9 g/dl	12.4 g/dl

検査日	2019年3月6日	2019年4月24日
血小板数	9.8万 / μl	11.5万 / μl

検査日	2019年3月6日	2019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。

検査所見の該当数は1個が正しい

検査所見の該当数(2 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(/ μ l)	195 / μ l
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

事例 6

(不適切な記入例・13歳以上)

- 検査法、検査結果が未記入である。
- CD4陽性Tリンパ球数の検査を1回しか実施していない。
- 検査所見欄の検査日の間隔が4週間未満である。(4週間以上でないとはノーカウントとする。)

[解説]

- CD4陽性Tリンパ球数及び検査所見が基準の要件(回数、検査日の間隔)を満たしておらず、日常生活活動制限の2項目のみでは4級にも該当せず非該当となる。
- 3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54年1月23日生	(男) 女
住所 ○○○○○○○○○		
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		外傷・自然災害 (疾病) 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 不明		
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)		
<p>令和元年10月 アメーバ赤痢を発症し、HIV感染が判明した。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和元年10月6日</p>		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)		
<p>CD4が500未満で、高度な免疫機能障害を認める。</p> <p style="text-align: right;">[将来再認定 要(軽度化・重度化) (不要)] [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]</p>		
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 style="text-align: center;">令和元年10月31日</p> <p>病院又は診療所の名称 ○○○病院 電話 ()</p> <p>所在地 ○○○○○○</p> <p>診療担当科名 血液内科 医師氏名 ○○○○ (印)</p>		
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 ・ 該当する ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 <p style="text-align: center;">3 級相当</p>	
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。		

検査日が4週間間隔でない
ので、非該当ではないか

(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 **令和元年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
	令和元年10月6日	陽性、陰性

検査法が未記入

検査結果が未記入

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	Western-blot法	令和元年10月6日	陽性 陰性
HIV病原検査			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
------------------------------	------------------

検査が1回しかしてない

3 CD4陽性Tリンパ球数(／μl)

検 査 日	検 査 値	平 均 値
令和元年10月6日	480 / μl	480 / μl
年 月 日	／ 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	令和元年10月6日	令和元年10月25日
白血球数	6,700 / μl	4,500 / μl

	令和元年10月6日	令和元年10月25日
Hb量	11.1 g/dl	11.9 g/dl

検査日	令和元年10月6日	令和元年10月25日
血小板数	14.0 × 10 ⁴ / μl	16.1 × 10 ⁴ / μl

検査日	令和元年10月6日	令和元年10月25日
HIV-RNA量	1.0 × 10 ⁴ copy/ml	3.1 × 10 ⁴ copy/ml

検査日間隔が4週間未満

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

検査日の間隔が4週間未満だと
ノーカウント

(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。	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 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A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。	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
日常生活活動制限の数(2 個)・・・②	

診療録等に記録がありますか

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(/ μ l)	480 / μ l
検査所見の該当数(①)	2 個
日常生活活動制限の該当数(②)	2 個

検査日の間隔が4週間未満だとノークウント

事例 7 (不適切な記入例・13歳以上)

[解説]

- エイズ発症の既往があるが、介助なしでの日常生活が可能である。
- CD4陽性Tリンパ球数、検査所見の検査日は4週間以上の間隔があいており、CD4陽性Tリンパ球数が $200/\mu\text{l}$ を超え $500/\mu\text{l}$ 以下である。
- 検査所見の該当数が0個、日常生活活動制限の該当数が2個、合計2個である
- 以上より、1級～3級までの要件には該当せず、4級の等級解説の「ア」に該当するため、4級となる。
- 1級～3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34年11月25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・自然災害 <input checked="" type="radio"/> 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 2005年2月25日	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む) カンジダ食道炎、カリニ肺炎を契機にAIDSの診断にて治療開始 意識障害や身体機能障害を伴い頭部CTやMRIにて上記診断 保存的治療にて軽快退院後、現在に至るまで抗HIV薬継続投与にて経過観察 障害固定又は障害確定(推定) 2019年8月16日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 今後引き続き継続治療にて経過観察を要する 現在は比較的安定している [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。 2019年8月5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"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 該当する ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 1 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。	

(日本産業規格A列4番)

エイズ発症の既往があるが、介助なしで日常生活可能。CD4が200を超え500未満だが、検査所見、日常生活活動制限の該当数が2個のため、1級ではなく4級が妥当

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 **2005年 2月25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	2005年2月25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	Western-blot	2005年2月25日	陽性 陰性
HIV病原検査			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

初回診断時にカリニ肺炎とカンジダ食道炎に罹患していたが治療により軽快し以降は問題なし。

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
2019年6月10日	275 / μ l	285 / μ l
2019年7月22日	295 / 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	2019年6月10日	2019年7月22日
白血球数	3,900 / μ l	3,200 / μ l

	2019年6月10日	2019年7月22日
Hb量	13.6 g/dl	12.8 g/dl

検査日	2019年6月10日	2019年7月22日
血小板数	13.5 × 10 ⁴ / μ l	14.2 × 10 ⁴ / μ l

検査日	2019年6月10日	2019年7月22日
HIV—RNA量	未検出 copy/ml	未検出 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。	<input checked="" type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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(2 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)	285 / μl
検査所見の該当数(①)	個
日常生活活動制限の該当数(②)	2 個

事例 8

(不適切な記入例・13歳以上)

[解説]

- CD4陽性Tリンパ球数が500/ μ lを超え、検査所見の該当数が0である。
- 日常生活活動制限の該当数は3項目であるが、4級の要件に該当せず非該当である。
- 4級とするには、治療開始前のCD4陽性Tリンパ球数、検査所見の4週以上の間隔をおいた2回の検査結果、もしくは、後日、同検査の追加が必要となる。

(注) 治療内容は、「治療の手引き」等に準拠しており適正であるが、「免疫機能障害」の基準を満たしておらず、非該当となる。

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48年5月1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	外傷・自然災害 <input checked="" type="radio"/> 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日	平成 30年3月3日
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)	
<p>慢性B型肝炎、肝細胞癌で治療歴あり 肝細胞癌は再発認めず、バラクルードで治療中であった。 平成30年2月9日Westernblot法陽性となった。 HIV、B型肝炎陽性であり治療が必要である。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日</p>	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)	
<p>HBV陽性のためバラクルードで治療中であり、1剤での治療を継続することは耐性へのリスクが高く、早急な治療が必要であり、またバラクルードのためウィルス量やCD4数は高値が保たれていると考えます。また2012年HIV感染症「治療の手引き」でも、HBV感染がある場合の治療開始を強く推奨しています。</p> <p style="text-align: right;">[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]</p>	
⑥ その他参考となる合併症状 B型肝炎、肝細胞癌	
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p style="text-align: center;">平成30年8月15日</p> <p>病院又は診療所の名称 ○○○病院 電話 ()</p> <p>所在地 ○○○○○○</p> <p>診療担当科名 ○○○科 医師氏名 ○○ ○○ <input checked="" type="radio"/> 自</p>	
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 ・ <input checked="" type="radio"/> 該当する ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 <p style="text-align: center;">4 級相当</p>
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する場合があります。	

(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 **平成30年3月3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	平成30年3月3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	Western-blot法	平成30年3月3日	陽性 陰性
HIV病原検査			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(／ μ l)

検 査 日	検 査 値	平 均 値
30年 5月25日	820 / μ l	725 / μ l
30年 7月 8日	630 / 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	平成30年3月3日	平成30年7月8日
白血球数	7,200 / μ l	6,800 / μ l

検査日	平成30年3月3日	平成30年7月8日
Hb量	15.7 g/dl	14.9 g/dl

検査日	平成30年3月3日	平成30年7月8日
血小板数	14.2万 / μ l	15万 / μ l

検査日	平成30年3月3日	平成30年7月8日
HIV-RNA量	350 copy/ml	280 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(0 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1月に7日以上ある。	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 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。	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 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(3 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)	698.5 / μl
検査所見の該当数(①)	0 個
日常生活活動制限の該当数(②)	3 個

事例 9

(適切な記入例・13歳未満)

[解説]

- 4歳児（免疫学的分類は、1～6歳未満）
- 2（1）免疫学的分類のCD4陽性Tリンパ球数が470/ μ lで「重度低下」、全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合が15.1%なので「中程度低下」となり、2級は妥当である。

(注) 双方の評価が分類を異にする場合は、重篤な分類により評価すること。

身体障害者診断書・意見書(免疫機能障害用) 13歳未満用		
総括表		
氏名 ○○○○	平成27年3月3日生	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○○○		
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	外傷・自然災害・疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 分娩時(推定)		
④ 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HIV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27年3月3日		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) CD4陽性Tリンパ球数は500未満 免疫不全、身体の発育の遅れがあり、生活の制限と障害が認められる。		
[将来再認定 <input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 軽度化 <input checked="" type="radio"/> 重度化 <input type="radio"/> 不要] [再認定の時期 1年後・3年後 <input checked="" type="radio"/> 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。 令和元年12月6日 病院又は診療所の名称 ○○○病院 電話 () 所在地 ○○○○○○ 診療担当科名 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、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。		

(日本産業規格A列4番)

第14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 **平成31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)のうちいずれか一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箇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	31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	Western-blot法	31年2月12日	陽性、陰性
HIV病原検査	HIV-RNA	31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	平成31年 2月12日
IgG	564 mg/dl

検査日	平成31年 2月12日
全リンパ球数(①)	3,210 / μ l
CD4陽性Tリンパ球数(②)	470 / 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])	15.1 %
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	31年 2月12日	免疫学的分類
CD4陽性Tリンパ球数	470 / 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	15.1 %	重度低下 中等度低下・正常

注4 「免疫学的分類」欄では「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機能障害2の(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、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/ μ l)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
30日以上続く貧血(<Hb 8g/dl)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
30日以上続く血小板減少症(<100,000/ μ l)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
1箇月以上続く発熱	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
反復性又は慢性の下痢	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
生後1箇月以前に発症したサイトメガロウイルス感染	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
生後1箇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 checked="" type="radio"/> 無
生後1箇月以前に発症したトキソプラズマ症	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
6箇月以上の小児に2箇月以上続く <small>くういん</small> 口腔咽頭カンジダ症	有・ <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 無
2回以上又は2つの皮膚節以上の帯状疱疹 ^{ほうしん}	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
細菌性の髄膜炎、肺炎又は敗血症	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
ノカルジア症	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
は 播種性水痘	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
肝炎	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
心筋症	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
平滑筋肉腫	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
HIV腎症	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
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。
ウ 軽度の症状

臨床症状 ^{しゅ}	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 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
肝腫大	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
脾腫大 ^{ひしゅ}	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
皮膚炎	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
耳下腺炎 ^{せん}	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 ^{くう}	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
反復性又は持続性の中耳炎	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
臨床症状の数(3 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。

事例 10

(不適切な記入例・13歳未満)

- 診断年月日、検査日の記載漏れがある。

[解説]

- 4歳児（免疫学的分類は、1～6歳未満）
- 2（1）免疫学的分類のCD4陽性Tリンパ球数が650/ μ lで「中等度低下」、全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合が20.3%の「中等度低下」であるので、2級ではなく3級が妥当である。
- 2（2）ウの「軽度の症状」の項目に3項目該当しており、これからも3級（2項目以上）が妥当である。

身体障害者診断書・意見書(免疫機能障害用) 13歳未満用		
総括表		
氏名 ○○○○	平成27年4月3日生	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
住所 ○○○○○○○○○		
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		外傷・自然災害・疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 分娩時(推定)		
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 生後2ヶ月で肺炎を発症、発育遅延があり、当院転院し検査の結果著しい免疫不全。		
障害固定又は障害確定(推定)平成27年4月3日		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) CD4陽性Tリンパ球数は500未満 免疫不全、身体の発育の遅れがあり、生活の制限と障害が認められる。		
[将来再認定 <input checked="" type="radio"/> 要(軽度化・ 重度化)・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。		
令和 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 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 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block; margin: 5px;">該当する</div> ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;">2</div> 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。		

診断日未記入

免疫学的分類が中等度低下のため、2級ではなく3級が妥当

(日本産業規格A列4番)

第14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 **令和元年11月10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)のうちいずれか一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箇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	年 月 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	Western-blot法	年 月 日	陽性 、陰性
HIV病原検査	HIV-RNA	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。

(3) 免疫学的検査所見

検査日	年 月 日
IgG	mg/dl

検査日	令和元年11月10日
全リンパ球数(①)	3,210 / μ l
CD4陽性Tリンパ球数(②)	650 / 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])	20.3 %
CD8陽性Tリンパ球数(③)	/ μ l

検査日未記入

CD4/CD8比([②]/[③])	
-------------------	--

2 障害の状況

(1) 免疫学的分類

検査日	令和元年11月10日	免疫学的分類
CD4陽性Tリンパ球数	650 / 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	20.3 %	重度低下 中等度低下 正常

中等度低下の場合は
2級ではなく、3級

注4 「免疫学的分類」欄では「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機能障害2の(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、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/ μ l)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
30日以上続く貧血(<Hb 8g/dl)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
30日以上続く血小板減少症(<100,000/ μ l)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
1箇月以上続く発熱	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
反復性又は慢性の下痢	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
生後1箇月以前に発症したサイトメガロウイルス感染	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
生後1箇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 checked="" type="radio"/> 無
生後1箇月以前に発症したトキソプラズマ症	有・ <input checked="" type="radio"/> 無

6箇月以上の小児に2箇月以上続く口腔咽頭カンジダ症 ^{くわいん}	有 ・ <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 無
2回以上又は2つの皮膚節以上の帯状疱疹 ^{ほうじはん}	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
細菌性の髄膜炎、肺炎又は敗血症	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
ノカルジア症	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
は 播種性水痘	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
肝炎	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
心筋症	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
平滑筋肉腫 ^{しゅ}	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
HIV腎症	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
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。

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か所とみならず。)	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
肝腫大	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
脾腫大 ^{ひしゅ}	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
皮膚炎	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
耳下腺炎 ^{せん}	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 ^{くわ}	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
反復性又は持続性の中耳炎	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
臨床症状の数(3 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。

3 東京都身体障害認定基準

東京都身体障害認定基準

(目的)

第1条 身体障害者の障害程度の認定については、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号。以下「法」という。）、身体障害者福祉法施行令（昭和25年政令第78号。以下「政令」という。）、身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号。以下「省令」という。）及び東京都身体障害者手帳に関する規則（東京都規則第215号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この基準に定めるところによる。

(障害の定義)

第2条 法別表に規定する「永続する」障害とは、原則としてその障害が将来とも回復する可能性が極めて少ないものであれば良く、必ずしも将来にわたって障害程度が不変のものに限らないものとする。

(乳幼児の障害認定)

第3条 乳幼児に係る障害認定は、障害の種類に応じて、障害の程度を判定することが可能となる年齢（概ね満3歳）以降に行うこととする。しかし、3才未満においても四肢の欠損等身体機能の障害が明らかな場合は、障害認定を行うこととする。

ただし、本認定基準は主として18歳以上のものを想定していることから、児童の場合その年齢を考慮して妥当と思われる等級を認定する。この場合、治療や訓練を行うことによって将来障害が軽減すると予想される時は、残存すると予想される障害の限度でその障害を認定することとする。

(加齢現象及び意識障害を伴う身体障害)

第4条 加齢現象に伴う身体障害及び意識障害を伴う身体障害については、法に言う「更生」が経済的、社会的独立のみを意味するものではなく、日常生活能力の回復をも含む広義のものであるところから、日常生活能力の回復の可能性又は身体障害の程度に着目し障害認定を行うこととする。

なお、意識障害を伴う身体障害の場合、その障害認定については常時の医学的管理を要しなくなった時点で行うものとする。

(知的障害をもつ者の身体障害)

第5条 身体障害の判定にあたっては、知的障害等の有無に係わらず、法別表に掲げる障害を有すると認められる者は法の対象として取り扱うものとする。ただし、身体の障害が明らかに知的障害等に起因する場合は、身体障害として認定しないこととする。

(7級の障害及び重複障害)

第6条 7級の障害は1つのみでは法の対象とはならないが、7級の障害が2つ以上重複する場合または7級の障害が6級以上の障害と重複する場合は、法の対象となるも

のである。

第7条 二以上の障害が重複する場合の障害等級は、次により認定することとする。

1 障害等級の認定方法

(1) 二つ以上の障害が重複する場合の障害等級は、重複する障害の合計指数に応じて、次により認定することとする。

合計指数	認定等級
18以上	1 級
11～17	2 級
7～10	3 級
4～6	4 級
2～3	5 級
1	6 級

(2) 合計指数の算定方法

ア 合計指数は、次の等級別指数表により各々の障害の該当する等級の指数を合計したものとする。

障害等級	指数
1 級	18
2 級	11
3 級	7
4 級	4
5 級	2
6 級	1
7 級	0.5

イ 合計指数算定の特例

同一の上肢又は下肢に重複して障害がある場合の当該一上肢又は一下肢に係る合計指数は、機能障害のある部位（機能障害が2か所以上ある時は上位の部位とする。）から上肢又は下肢を欠いた場合の障害等級に対応する指数の値を限度とする。

(例1)

右上肢のすべての指を欠くもの 3級 等級別指数 7
右上肢の手関節の全廃 4級 等級別指数 4
合 計 11

上記の場合、指数の合計は11となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は7となる。

右上肢を手関節から欠くもの 3級 等級別指数 7
(例2)

左上肢の肩関節の全廃 4級 等級別指数 4
 " 肘関節 " 4級 " 4
 " 手関節 " 4級 " 4

上記の場合、指数の合計は12となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は11となる。

左上肢を肩関節から欠くもの 2級 等級別指数 11

ウ 肢体不自由の場合の特例

肢体不自由に関しては、個々の関節や手指等の機能障害の指数を、視覚障害や内部障害等の指数と同列に単純合算するのではなく、原則として「上肢、下肢、体幹」あるいは「上肢機能、移動機能」の区分の中で中間的に指数合算し、さらに他の障害がある場合には、その障害の指数と合算することで合計指数を算定することとする。指数合算する際の間とりまとめの区分は下表のとおりとする。

ただし、前記イの「合計指数算定の特例」における同一の上肢又は下肢に係る合計指数の上限の規定は、この中間指数の取りまとめの規定に優先するものである。

合計指数	中間指数	障害区分 (指数合算の中間とりまとめ区分)
原則 排除		視力障害
		視野障害
		聴覚障害
		平衡機能障害
		音声・言語・そしゃく機能障害
		上肢不自由
		下肢不自由
		体幹不自由
		上肢機能障害
		移動機能障害
		心臓機能障害
		じん臓機能障害
		呼吸器機能障害
		ぼうこう又は直腸機能障害
		小腸機能障害
	免疫機能障害	
	肝臓機能障害	

2 認定上の留意事項

- (1) 音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害の重複については1の認定方法を適用しない。
- (2) 体幹機能障害と下肢機能障害は原則として1の認定方法を適用して差し支えない

が、例えば、神経麻痺で起立困難なもの等については体幹及び下肢の機能障害として重複認定すべきではなく、体幹又は下肢の単独の障害として認定するものである。

(3) 聴覚障害と音声・言語機能障害が重複する場合は、1の認定方法を適用して差し支えない。

例えば、聴力レベル100 d B以上の聴覚障害（2級指数11）と音声・言語機能の喪失（3級指数7）の障害が重複する場合は1級（合計指数18）とする。

(4) 7級の障害は、等級別指数を0.5とし、6級以上の障害と同様に取り扱って合計指数を算定する。

(5) この指数加算方式により障害程度認定を行う必要があると認める場合には、診断書総括表中の①障害名欄の余白に各障害部位別に障害程度等級の意見を記載すること。

(例) 総合等級2級の場合 左全手指切断 (3級)
右足関節機能全廃 (5級)
右肩関節機能全廃 (4級)

3 その他

上記により認定される障害等級が著しく均衡を欠くと認められるものについては、東京都社会福祉審議会の意見を聞くものとする。

(個別障害基準について)

第8条 身体障害程度等級における個別の障害種目に係る認定基準については、別紙「障害程度等級表解説」のとおりとする。

(障害再認定対象者)

第9条 政令第6条第1項の規定に基づき、法第17条の2第1項の規定による区市町村長の診査又は児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条第1項の規定による保健所長の診査を受けるべき旨の通知を行う再認定対象者は、原則として別表「身体障害者福祉法施行規則第3条の規定による疾患・症例一覧」で再認定が必要とされている疾患・症例に該当する者とする。

ただし、進行性の病変による障害を有し、将来、障害程度の重度化が予想される者は本条の再認定対象者とはしない。

(再認定のための診査の期日)

第10条 政令第6条第1項の規定に基づき知事が指定する診査の期日は、身体障害者手帳交付時から1年以上5年以内とする。

4 身体障害認定基準等の 取扱いに関する疑義について

(別紙)

身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について

質 疑	回 答
<p>[総括事項]</p> <p>1. 遷延性意識障害者に対する身体障害者手帳の交付に関して、日常生活能力の回復の可能性を含めて、どのように取り扱うのが適当か。</p> <p>2. 加齢現象に伴う身体障害及び意識障害を伴う身体障害にも、日常生活能力の可能性、程度に着目して認定することは可能と思われるが、以下の場合についてはどうか。 ア. 老衰により歩行が不可能となった場合等でも、歩行障害で認定してよいか。 イ. 脳出血等により入院加療中の者から、片麻痺あるいは四肢麻痺となり、体幹の痙性麻痺及び各関節の屈曲拘縮、著しい変形があり、寝たきりの状態である者から手帳の申請があった場合、入院加療中であることなどから非該当とするのか。</p> <p>3. アルツハイマー病に起因した廃用性障害により、寝たきりの生活となり、全面的に介助を要する状態にある場合、二次的な障害として障害認定することは可能か。</p>	<p>遷延性意識障害については、一般的に回復の可能性を否定すべきではなく、慎重に取り扱うことが必要である。</p> <p>また、原疾患についての治療が終了し、医師が医学的、客観的な観点から、機能障害が永続すると判断できるような場合は、認定の対象となるものと考えられる。</p> <p>ア. 加齢のみを理由に身体障害者手帳を交付しないことは適当ではなく、身体障害者の自立と社会経済活動への参加の促進を謳った身体障害者福祉法の理念から、近い将来において生命の維持が困難となるような場合を除き、認定基準に合致する永続する機能障害がある場合は、認定できる可能性はある。</p> <p>イ. 入院中であるなしにかかわらず、原疾患についての治療が終了しているのであれば、当該機能の障害の程度や、永続性によって判定することが適当である。</p> <p>アルツハイマー病に限らず、老人性の痴呆症候群においては、精神機能の衰退に起因する日常生活動作の不能な状態があるが、この疾病名をもって身体障害と認定することは適当ではない。</p> <p>ただし、関節可動域の制限や筋力低下等の状態が認定基準に合致し、永続するものである場合には、二次的であるか否かにかかわらず、当該身体機能の障害として認定することは可能である。</p>

質 疑	回 答
<p>4. 乳幼児に係る障害認定は、「概ね満3歳以降」となっているが、どのような障害についてもこれが適用されると考えてよいのか。</p>	<p>乳幼児については、障害程度の判定が可能となる年齢が、一般的には「概ね満3歳以降」と考えられることから、このように規定されているところである。</p> <p>しかしながら、四肢欠損や無眼球など、障害程度や永続性が明確な障害もあり、このような症例については、満3歳未満であっても認定は可能である。</p>
<p>5. 満3歳未満での障害認定において、四肢欠損等の障害程度や永続性が明らかな場合以外でも、認定できる場合があるのか。</p> <p>また、その際の障害程度等級は、どのように決定するのか。（現場では、満3歳未満での申請においては、そもそも診断書を書いてもらえない、一律最下等級として認定されるなどの誤解が見受けられる。）</p>	<p>医師が確定的な診断を下し難い満3歳未満の先天性の障害等については、障害程度が医学的、客観的データから明らかな場合は、発育により障害の状態に変化が生じる可能性があることを前提に、</p> <p>①将来再認定の指導をした上で、 ②障害の完全固定時期を待たずに、 ③常識的に安定すると予想し得る等級で、障害認定することは可能である。</p> <p>また、このような障害認定をする際には、一律に最下級として認定する必要はなく、ご指摘の</p> <p>①満3歳未満であることを理由に、医師が診断書を書かない、 ②満3歳未満で将来再認定を要する場合は、とりあえず最下等級で認定しておく、などの不適切な取扱いのないよう、いずれの障害の認定においても注意が必要である。</p> <p>なお、再認定の詳細な取扱いについては、「身体障害者障害程度の再認定の取り扱いについて」（平成12年3月31日 障第276号通知）を参照されたい。</p>
<p>6. 満3歳未満での障害認定において、ア. 医師の診断書（総括表）の総合所見において、「将来再認定不要」と診断している場合は、発育による変化があり得ないと判断し、障害認定してかまわない</p>	<p>ア. 障害程度や永続性が明確な症例においては、再認定の指導を要さない場合もあり得るが、発育等による変化があり得ると予想されるにもかかわらず、再認定が不要あるいは未記載となっている場合に</p>

質 疑	回 答
<p>か。</p> <p>イ. また、診断書に「先天性」と明記されている脳原性運動機能障害の場合など、幼少時期の障害程度に比して成長してからの障害程度に明らかな軽減が見られる場合もあるが、「先天性」と「将来再認定」の関係はどのように考えるべきか。</p>	<p>は、診断書作成医に確認をするなどして、慎重に取り扱うことが必要である。</p> <p>イ. 1歳未満の生後間もない時期の発症によるものについては、発症時期が明確に定まらないために「先天性」とされる場合がある。先天性と永続性は必ずしも一致しないことから、申請時において将来的に固定すると予想される障害の程度をもって認定し、将来再認定の指導をすることが適切な取扱いと考えられる。</p>
<p>7. 医師が診断書作成時に、将来再認定の時期等を記載する場合としては、具体的にどのような場合が想定されているのか。</p>	<p>具体的には以下の場合であって、将来、障害程度がある程度変化することが予想される場合に記載することを想定している。</p> <p>ア. 発育により障害程度に変化が生じることが予想される場合</p> <p>イ. 進行性の病変による障害である場合</p> <p>ウ. 将来的な手術により、障害程度が変化することが予想される場合 等</p>
<p>8. 身体障害者福祉法には国籍要件がないが、実際に日本国内に滞在している外国人からの手帳申請に関しては、どのように取り扱うべきか。</p>	<p>日本で暮らす外国人の場合は、その滞在が合法的であり、身体障害者福祉法第1条等の理念に合致するものであれば、法の対象として手帳を交付することができる。</p> <p>具体的には、在留カード等によって居住地が明確であり、かつ在留資格（ビザ）が有効であるなど、不法入国や不法残留に該当しないことが前提となるが、違法性がなくても「興行」、「研修」などの在留資格によって一時的に日本に滞在している場合は、手帳交付の対象とすることは想定していない。</p>
<p>9. 診断書（総括表）に将来再認定の要否や時期が記載されている場合は、手帳本体にも有効期限等を記載することになるのか。</p>	<p>診断書の将来再認定に関する記載事項は、再認定に係る審査の事務手続き等に要するものであり、身体障害者手帳への記載や手帳の有効期限の設定を求めるものではない。</p>

質 疑	回 答																																																						
<p>10. 心臓機能障害3級とじん臓機能障害3級の重複障害の場合は、個々の障害においては等級表に2級の設定はないが、総合2級として手帳交付することは可能か。</p> <p>11. 複数の障害を有する重複障害の場合、特に肢体不自由においては、指数の中間的な取りまとめ方によって等級が変わる場合があるが、どのレベルまで細分化した区分によって指数合算するべきか。</p> <p>(例)</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">右手指全欠：3級 (指数7)</td> <td rowspan="2" style="width: 10%; text-align: center;">} 特例3級</td> <td rowspan="2" style="width: 10%; text-align: center;">} 3級</td> </tr> <tr> <td>右手関節全廃：4級 (指数4)</td> <td style="text-align: center;">(指数7)</td> </tr> <tr> <td>左手関節著障：5級 (指数2)</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">} (指数2)</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">} 6級</td> </tr> <tr> <td>右膝関節軽障：7級 (指数0.5)</td> <td style="text-align: center;">(指数0.5)</td> </tr> <tr> <td>左足関節著障：6級 (指数1)</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">} (指数1)</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">} (指数1)</td> </tr> <tr> <td>視力障害：5級 (指数2)</td> <td style="text-align: center;">(指数2)</td> </tr> <tr> <td>(指数合計)</td> <td style="text-align: center;">計16.5</td> <td style="text-align: center;">計12.5</td> <td style="text-align: center;">計10</td> </tr> </table> <p>* この場合、6つの個々の障害の単純合計指数は16.5であるが、指数合算の特例により右上肢は3級(指数7)となり、指数合計12.5で総合2級として認定するのか、あるいは肢体不自由部分を上肢不自由と下肢不自由でそれぞれ中間的に指数合算し、3つの障害の合計指数10をもって総合3級とするのか。</p>	右手指全欠：3級 (指数7)	} 特例3級	} 3級	右手関節全廃：4級 (指数4)	(指数7)	左手関節著障：5級 (指数2)	} (指数2)	} 6級	右膝関節軽障：7級 (指数0.5)	(指数0.5)	左足関節著障：6級 (指数1)	} (指数1)	} (指数1)	視力障害：5級 (指数2)	(指数2)	(指数合計)	計16.5	計12.5	計10	<p>それぞれの障害等級の指数を合計することにより、手帳に両障害名を併記した上で2級として認定することは可能である。</p> <p>肢体不自由に関しては、個々の関節や手指等の機能障害の指数を、視覚障害や内部障害等の指数と同列に単純合算するのではなく、原則として「上肢、下肢、体幹」あるいは「上肢機能、移動機能」の区分の中で中間的に指数合算し、さらに他の障害がある場合には、その障害の指数と合算することで合計指数を求めることが適当である。</p> <p>指数合算する際の中間とりまとめの最小区分を例示すると、原則的に下表のように考えられ、この事例の場合は3級が適当と考えられる。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">合計指数</th> <th style="width: 10%;">中間指数</th> <th style="width: 80%;">障 害 区 分</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td>視力障害</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>視野障害</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>聴覚障害</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>平衡機能障害</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>音声・言語・そしゃく機能障害</td></tr> <tr><td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">原則 排除</td><td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">{</td><td>上肢不自由</td></tr> <tr><td>下肢不自由</td></tr> <tr><td>体幹不自由</td></tr> <tr><td rowspan="7" style="vertical-align: middle;">}</td><td rowspan="7" style="vertical-align: middle;">{</td><td>上肢機能障害</td></tr> <tr><td>移動機能障害</td></tr> <tr><td>心臓機能障害</td></tr> <tr><td>じん臓機能障害</td></tr> <tr><td>呼吸器機能障害</td></tr> <tr><td>ぼうこう又は直腸機能障害</td></tr> <tr><td>小腸機能障害</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>免疫機能障害(HIV)</td></tr> </tbody> </table> <p>ただし、認定基準中、六-1-(2)の「合計指数算定の特例」における上肢又は下肢のうちの一肢に係る合計指数の上限の考え方</p>	合計指数	中間指数	障 害 区 分			視力障害			視野障害			聴覚障害			平衡機能障害			音声・言語・そしゃく機能障害	原則 排除	{	上肢不自由	下肢不自由	体幹不自由	}	{	上肢機能障害	移動機能障害	心臓機能障害	じん臓機能障害	呼吸器機能障害	ぼうこう又は直腸機能障害	小腸機能障害			免疫機能障害(HIV)
右手指全欠：3級 (指数7)	} 特例3級			} 3級																																																			
右手関節全廃：4級 (指数4)		(指数7)																																																					
左手関節著障：5級 (指数2)	} (指数2)	} 6級																																																					
右膝関節軽障：7級 (指数0.5)			(指数0.5)																																																				
左足関節著障：6級 (指数1)	} (指数1)	} (指数1)																																																					
視力障害：5級 (指数2)			(指数2)																																																				
(指数合計)	計16.5	計12.5	計10																																																				
合計指数	中間指数	障 害 区 分																																																					
		視力障害																																																					
		視野障害																																																					
		聴覚障害																																																					
		平衡機能障害																																																					
		音声・言語・そしゃく機能障害																																																					
原則 排除	{	上肢不自由																																																					
		下肢不自由																																																					
		体幹不自由																																																					
}	{	上肢機能障害																																																					
		移動機能障害																																																					
		心臓機能障害																																																					
		じん臓機能障害																																																					
		呼吸器機能障害																																																					
		ぼうこう又は直腸機能障害																																																					
		小腸機能障害																																																					
		免疫機能障害(HIV)																																																					

質 疑	回 答
<p>12. 脳血管障害に係る障害認定の時期については、発症から認定までの観察期間が必要と考えるがいかがか。</p> <p>また、その場合、観察期間はどの位が適当か。</p>	<p>は、この中間指数のとりまとめの考え方に優先するものと考えられたい。</p> <p>脳血管障害については、四肢の切断や急性疾患の後遺障害などとは異なり、どの程度の機能障害を残すかを判断するためには、ある程度の観察期間が必要と考えられる。</p> <p>しかしながら、その期間については一律に定められるものではなく、障害部位や症状の経過などにより、それぞれの事例で判断可能な時期以降に認定することとなる。</p> <p>なお、発症後3か月程度の比較的早い時期での認定においては、将来再認定の指導をするなどして慎重に取り扱う必要がある。</p>
<p>13. 肢体不自由や内臓機能の障害などの認定においては、各種の検査データと動作、活動能力等の程度の両面から判定することとなっているが、それぞれの所見に基づく等級判定が一致しない場合は、より重度の方の判定をもって等級決定してよいか。</p> <p>あるいは、このような場合に優先関係等の考え方があるのか。</p>	<p>いずれの障害においても、検査データと活動能力の評価の間に著しい不均衡がある場合は、第一義的には診断書作成医に詳細を確認するか、又は判断可能となるための検査を実施するなどの慎重な対処が必要であり、不均衡のまま重度の方の所見をもって等級決定することは適当ではない。</p> <p>また、活動能力の程度とは、患者の症状を表すものであって医学的判定とはいえず、これを障害程度の判定の基礎とすることは適当ではない。したがって、活動能力の程度については、検査数値によって裏付けられるべきものとして考えられたい。</p> <p>しかしながら、障害の状態によっては、検査数値を得るための検査自体が、本人に苦痛を与える、又は状態を悪化させるなど、検査の実施が極めて困難な場合には、医師が何らかの医学的、客観的な根拠をもって、活動能力の程度を証明できる場合には、この活動能力の程度をもって判定を行うことも想定し得る。</p>

質 疑	回 答
<p>14. 手帳の交付事務に関して、個々の事例によって事務処理に係る期間に差があると思われるが、標準的な考え方はあるのか。</p>	<p>手帳の申請から交付までに要する標準的な事務処理期間としては、概ね60日以内を想定しており、特に迅速な処理を求められるH I Vの認定に関しては、1～2週間程度(「身体障害認定事務の運用について」平成8年7月17日障企第20号)を想定しているところである。</p>

質 疑	回 答
<p>[ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害]</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</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 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。</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>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>

質 疑	回 答
<p>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>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ものではない。</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>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>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」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>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、</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>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>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。 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>

5 免疫機能障害等級表と診断のポイント

【2 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害等級表と診断のポイント】

障害程度等級表

級別	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害
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/ μ l以下で、次の項目(a~1)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/ μ 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10万/ μ 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 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℃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分以上の嘔気が月に7日以上ある。

→HIV感染が前提条件となる

①HIV抗体スクリーニング検査法の結果

②抗体確認検査又は、HIV病原検査の結果

①、②とも陽性であること

a~dに関して

①検査間隔などを十分留意すること

②「4週間以上」とは、4週間後の同じ曜

<ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>日であれば可</p> <p>e～k に関して、診断記録等から確認できるものは「有」に○印する</p>
<p>(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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ア CD 4 陽性 T リンパ球数が 200/μl 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 CD 4 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 	<p>→HIV 感染が前提条件となる</p>
<p>(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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ア CD 4 陽性 T リンパ球数が 500/μl 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 CD 4 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 	<p>→HIV 感染が前提条件となる</p>
<p>(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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ア CD 4 陽性 T リンパ球数が 500/μl 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 CD 4 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 	<p>→HIV 感染が前提条件となる</p>

留意事項

1 3 歳以上の場合

(1) 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 (資料参照)。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。

- a 抗体確認検査 (Western blot 法、蛍光抗体法 (I F A) 等)
- b H I V 病原検査 (H I V 抗原検査、ウイルス分離、核酸診断法 (P

- CR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、一日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。

→検査間隔などを十分に留意すること。平均値は小数点第1位までとする(切捨)

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、「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

→HIV 感染が前提条件となる

(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、**次のいずれかに該当**するものをいう。

→HIV 感染が前提条件となる

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 ($<\text{Hb } 8\text{ g/dl}$)
- 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	$\geq 1,500/\mu\text{l}$ $\geq 25\%$	$\geq 1,000/\mu\text{l}$ $\geq 25\%$	$\geq 500/\mu\text{l}$ $\geq 25\%$
中等度低下	750～1,499/ μl 15～24%	500～999/ μl 15～24%	200～499/ μl 15～24%
重 度 低 下	$< 750/\mu\text{l}$ $< 15\%$	$< 500/\mu\text{l}$ $< 15\%$	$< 200/\mu\text{l}$ $< 15\%$

(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カ所以上で0.5 cm以上。対称性は1カ所とみなす）
- 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

(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

→HIV 感染が前提条件となる

→HIV 感染が前提条件となる

留意事項

1 3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、→「4週間間隔」についての特例
毎に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。 →診療録等に記載有り
- (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し示すならば、「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。 →診療録等に記載有り
- (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HIV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でよい。

「再認定」対象とする際の疾患・症例一覧（免疫）

疾患、症例	留意事項
免疫機能障害	治療により一時的に障害程度が軽減化することもあるが、一般的には少しずつ症状が進行して障害程度も重度化する事例が多いので、原則として本基準での再認定対象者とはしない。

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、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 (W e s t e r n B l o t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. カポジ肉腫

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. 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）

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 mmHg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

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。

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

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. 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CT、MRIなどの画像診断、③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

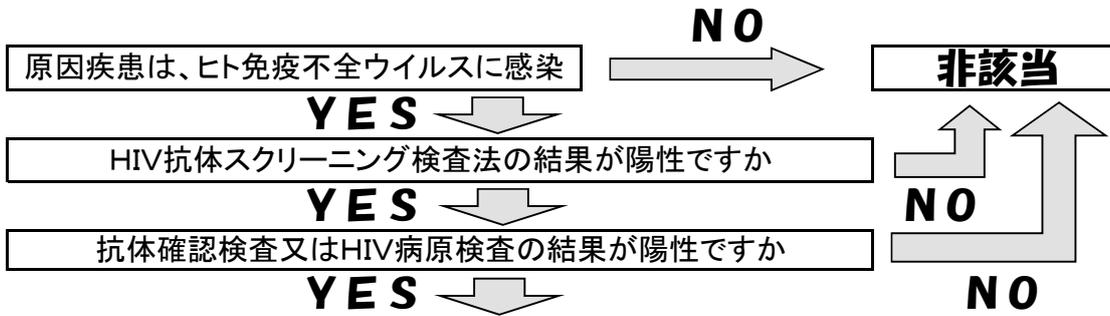
①通常の体重の10%を超える不自然な体重減少

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）

③HIV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。

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Tリンパ球数が200/μl以下で、(1)のアの項目(a～l)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Tリンパ球数が200/μl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. エイズ発症の既往症があり、(1)のアの項目(a～l)のうち3項目以上が該当するもの	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Tリンパ球数が500/μl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Tリンパ球数が500/μl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週間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/ml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。

指定医制度の概要等について

指定医制度の概要等について

1 指定医制度

(1) 指定医制度について

○手帳取得に不可欠な診断書

身体に障害のある方は**指定医の診断書**を必ず添付し、区市町村を經由して都知事に身体障害者手帳の交付申請を行います。

○障害者への福祉サービス供給に不可欠な診断書

認定した等級に基づき、障害者の自立と社会参加を促進する様々な福祉サービスが供給されます。その認定は**指定医の診断書に基づいて審査**します。

○診断書の的確な記載

上記のことから、「**指定医の診断書は障害者にとって非常に重要である**」ということができ、診断書の作成に当たっては「**身体障害者診断書作成の手引き**」により所要の事項についての**的確に記載**してください。

(2) 指定医としての心構え

○指定医の診断について

指定医は診断書作成をすることができると同時に、指定医として診断の責務もあります。受診を希望されたときは、できるだけ診断書作成にご協力願います。

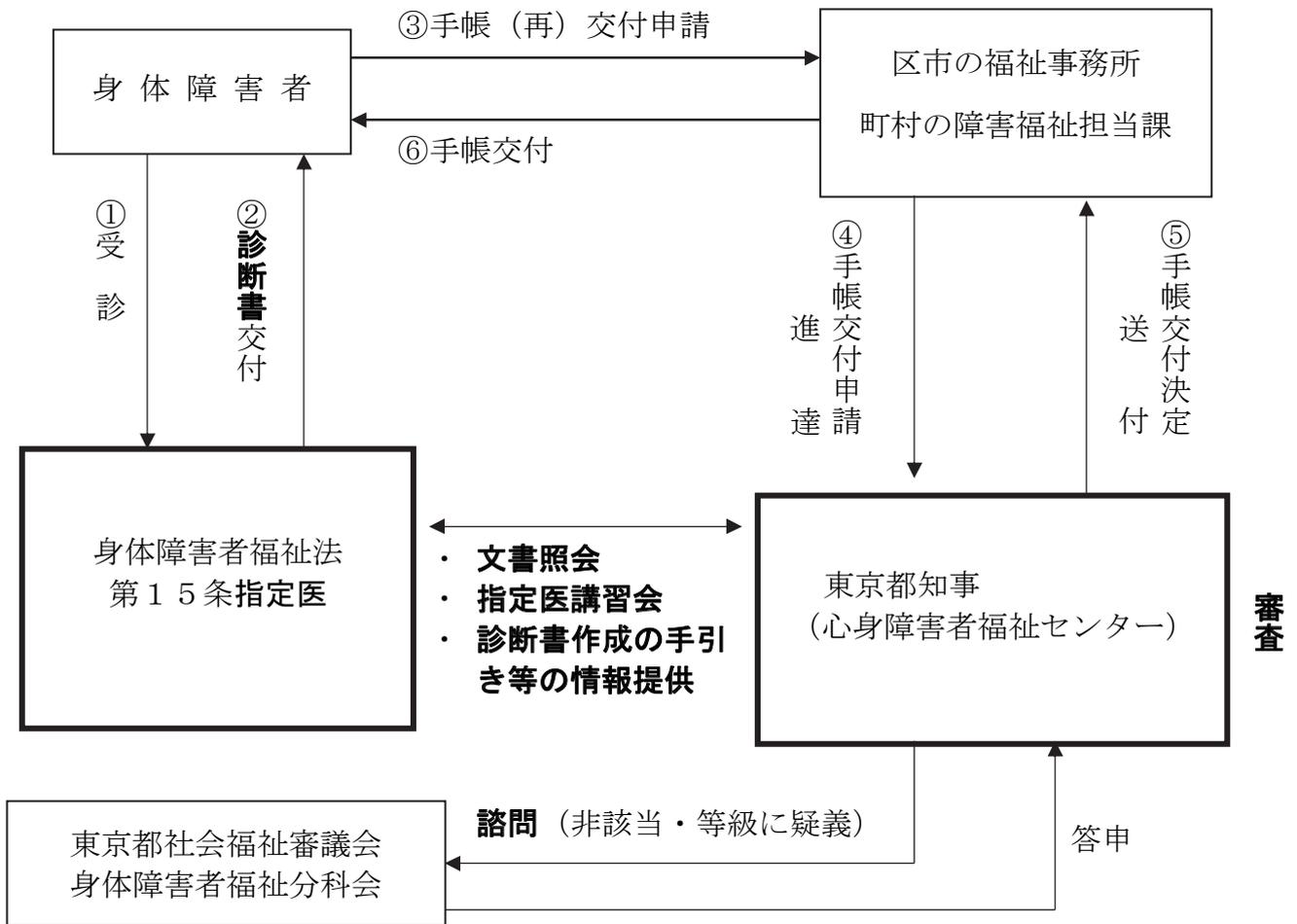
なお、検査ができない等の理由で診断書が作成困難な場合は、他の指定医を紹介する等、ご協力願います。

また、再認定のための診断で、非該当になる場合でも診断書が必要になる場合がありますので、ご協力願います。

○指定医の届出義務

診断に従事する医療機関等に変更があった場合や診療をやめる場合などには、速やかに所定の様式で区市町村長（福祉事務所長）を經由して知事に**届出を行な**ってください。

2 身体障害者手帳審査などの流れ



(注1) 東京都社会福祉審議会に諮問するケース

- ・法別表に掲げる障害には該当しないもの
- ・障害等級が更新されているとは認められないもの
- ・障害等級意見に疑義があるものに限られる

(注2) 障害再認定

再認定対象者は、原則として別表「身体障害者福祉法施行規則第3条の規定による疾患・症例一覧」で再認定が必要とされている疾患・症例に該当する者とする。ただし、進行性の病変による障害を有し、将来、障害程度の重度化が予想される者は本条の再認定対象者とはしない。**再認定診査の期日**は身体障害者手帳交付時から1年以上5年以内とする。

(注3) 指定医の指定内容変更などの届出については、区市町村が窓口となっております。(届出様式…次ページ参照)

指 定 内 容 変 更 届

年 月 日

東京都知事 殿

診療科名 _____
 担当科目 _____ の診断、 _____ の診断
 医師氏名 _____ ㊟

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定内容について、下記のとおり変更したので届け出ます。

記

変 更 事 項	診 療 に 従 事 す る 医 療 機 関 の 名 称	所 在 地 及 び 電 話 番 号
医 師 氏 名		
変 更 前	①	① (電話番号： - -)
	②	② (電話番号： - -)
	③	③ (電話番号： - -)
変 更 後	①	① (電話番号： - -)
	②	② (電話番号： - -)
	③	③ (電話番号： - -)
変 更 年 月 日	年 月 日	
変 更 理 由		

(記入上の注意)

- 1 2箇所以上の医療機関において指定されている場合は、診療に従事する全ての医療機関の名称、診療科名及び所在地を併記すること。
- 2 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。
- 3 届出内容について確認することがあるので、事務担当者の所属、氏名及び連絡先を記入すること。

担当者所属・氏名 _____ (連絡先) _____

3 診断書作成上の主な留意事項

(1) 二種類以上の障害

種別の違う障害が二つ以上ある場合は、各々の障害についてそれぞれ担当する指定医の診断書が必要である。

(2) 「永続する」障害

法別表に規定する「永続する」障害とは、原則としてその障害が将来とも回復する可能性が極めて少ないものであれば良く、必ずしも将来にわたって障害程度が不変のものに限らないものとする。

(3) 乳幼児に係る障害認定

乳幼児に係る障害認定は、障害の種類に応じて、障害の程度を判定することが可能となる年齢（概ね満3歳）以降に行うこととする。しかし、3才未満においても四肢の欠損等身体機能の障害が明らかな場合は、障害認定を行うこととする。

ただし、本認定基準は主として18歳以上のものを想定していることから、**児童の場合その年齢を考慮して**妥当と思われる等級を認定する。この場合、治療や訓練を行うことによって将来障害が軽減すると予想される時は、残存すると予想される障害の限度でその障害を認定することとする。

(4) 加齢現象や意識障害を伴う身体障害

加齢現象に伴う身体障害及び意識障害を伴う身体障害については、法に言う「更生」が経済的、社会的独立のみを意味するものではなく、日常生活能力の回復をも含む広義のものであるところから、日常生活能力の回復の可能性又は身体障害の程度に着目し障害認定を行うこととする。

なお、**意識障害を伴う身体障害**の場合、その障害認定については常時の医学的管理を要しなくなった時点で行うものとする。

(5) 知的障害等

身体障害の判定にあたっては、**知的障害等**の有無に係わらず、法別表に掲げる障害を有すると認められる者は法の対象として取り扱うものとする。ただし、身体の障害が明らかに**知的障害等に起因する**場合は、身体障害として認定しないこととする。

4 障害等級の認定方法

(1) 二つ以上の障害の重複

二つ以上の障害が重複する場合の障害等級は、重複する障害の**合計指数**に応じて、次により認定することとする。

合計指数	認定等級
18以上	1 級
11～17	2 級
7～10	3 級
4～6	4 級
2～3	5 級
1	6 級

(2) 合計指数の算定方法

ア 合計指数算定の基本

合計指数は、次の等級別指数表により各々の障害の該当する等級の**指数を合計**したものとする。

障害等級	指 数
1 級	18
2 級	11
3 級	7
4 級	4
5 級	2
6 級	1
7 級	0.5

イ 同一の上肢又は下肢の重複障害の合計指数算定

同一の上肢又は下肢に重複して障害がある場合の当該一上肢又は一下肢に係る合計指数は、機能障害のある部位（機能障害が2か所以上ある時は上位の部位とする。）から上肢又は下肢を欠いた場合の障害等級に対応する指数の値を**限度とする**。

(例1)

右上肢のすべての指を欠くもの	3級	等級別指数	7
右上肢の手関節の全廃	4級	等級別指数	4
		合計	11

上記の場合、指数の合計は11となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は7となる。

右上肢を手関節から欠くもの	3級	等級別指数	7
---------------	----	-------	---

(例2)

左上肢の肩関節の全廃	4級	等級別指数	4
〃 肘関節 〃	4級	〃	4
〃 手関節 〃	4級	〃	4
		合計	12

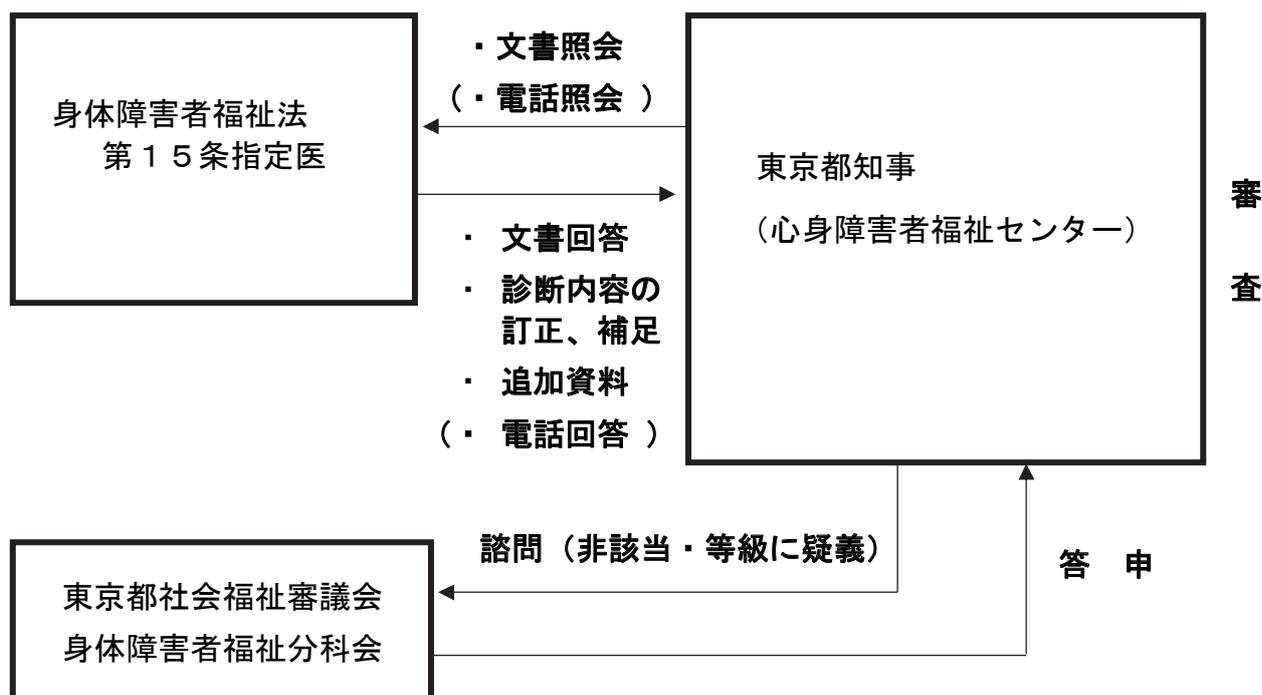
上記の場合、指数の合計は12となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は11となる。

左上肢を肩関節から欠くもの	2級	等級別指数	11
---------------	----	-------	----

5 文書照会・審議会への諮問

(1) 文書照会・審議会への諮問などの流れ

診断書の記載内容に不明点があるときは、東京都から改めて**照会する**ことがある。また、障害等級の認定が困難な診断書及び法別表に該当しないと思われる診断書については、**東京都社会福祉審議会に諮問**して決定する。



(注) 東京都社会福祉審議会の審議の結果、なお、その障害が法別表に掲げるものに該当するか否か疑義があるときは、**厚生労働大臣に障害認定を求め**ることとする。

(2) 文書照会票の例

次頁以降を参照。

診断書・意見書の照会票

手帳申請者氏名	〇〇 〇〇	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
手帳申請者住所	〇〇区〇〇 〇-〇-〇		
診断年月日	令和〇年〇〇月〇〇日		
照 会 内 容	<p>本診断書・意見書では、免疫機能障害3級相当とのご意見をいただいております。</p> <p>免疫機能障害の認定基準では、CD4陽性Tリンパ球数及び検査所見は、いずれも<u>4週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ご確認いただくこととされています。</u></p> <p>また、免疫機能障害の認定基準では、障害等級3級に該当するものは ア「ヒト免疫不全ウイルスに感染している」 イ「CD4陽性Tリンパ球数の検査値の平均値が500/μl以下で、<u>検査所見及び日常生活活動制限の合計が3項目以上の場合</u>」または、 ウ「CD4陽性Tリンパ球数に関係なく、<u>検査所見及び日常生活活動制限の合計が、検査所見1項目を含む4項目以上の場合</u>」 のいずれかに該当するもの とされております。</p> <p>一方、〇〇様については、</p> <p>① CD4陽性Tリンパ球数の検査が<u>4週未満の間隔</u>であること ② 検査所見の該当項目が2項目、日常生活活動制限の状況が1項目の合計3項目とあることから、3級の要件には該当せず、<u>4級の要件である「CD4陽性Tリンパ球数に関係なく、検査所見及び日常生活活動制限の合計が、検査所見1項目を含む2項目以上の場合</u>」に該当するものと思われまいかと思いますがいかがでしょうか。</p> <p>以上、ご検討いただき、ご回答方お願いいたします。</p>		
ご 回 答	<p>(再度、等級意見をご記入ください) _____ 級相当</p> <p>令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 指定医名(自署) _____</p>		

令和元年度東京都身体障害者福祉法第 15 条指定医講習会資料
免疫機能障害編(令和元年度)

登録番号 (31) 16

令和2年2月

編集・発行 東京都心身障害者福祉センター
東京都新宿区神楽河岸 1 番 1 号
セントラルプラザ14階

電話 03(3235)2961

URL:<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/shinsho/index.html>

印刷 有限会社 雄久社
東京都世田谷区世田谷 1 丁目 24 番 7 号
電話 03(5451)7030

リサイクル適性 

この印刷物は、印刷用の紙へ
リサイクルできます。

