

ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定
における留意事項の追加（案）

【概要】

ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害については、認定結果に不均衡の生じることのないよう平成10年に「障害認定における留意事項」を通知している。

この平成10年の障害認定における留意事項をもとに認定が行われているが、その後明らかにになった新しい医学知見を取り入れた上で、障害認定に必要な診断書の記載項目を整理したものである。

1 障害認定について

障害認定については、障害認定における留意事項により、続発症の有無、その程度、検査所見、治療及び症状の経過を十分考慮し、労働及び日常生活上の障害を総合的に判断するほか、別紙1の障害の程度の目安により障害の程度を判断し、それらのうち上位等級の方で認定すること。

2 診断書の様式について

上記1の総合的に判断する場合や別紙1の障害の程度の目安により判断する場合に必要なヒト免疫不全ウイルス感染症特有の障害の状態（検査成績、身体症状等、副作用の状況、エイズ発症の既往歴などの項目）を、別紙2の「診断書（血液・造血器、その他の障害）様式120号の7」の裏面に記載させるために「⑭免疫機能障害」の欄を設けたこと。

障害等級	障害の程度目安
1 級	<p>[A] (ア+イ+ウ)又は[B]を満たす場合とする</p> <p>【検査項目】</p> <p>ア CD4値が200/μl以下(4週以上の間隔をおいた直近の連続する2回の検査値の平均値)</p> <p>イ 以下の項目のうち、3つ以上を満たす(4週以上の間隔をおいた直近の検査において連続して2回以上続く)</p> <p>a 白血球数が3,000/μl未満</p> <p>b ヘモグロビン量が男性12g/dl、女性11g/dl未満</p> <p>c 血小板が10万/μl未満</p> <p>d ヒト免疫不全ウイルス-RNA量が5,000コピー/ml以上</p> <p>【身体症状等】</p> <p>ウ 以下の項目のうち、4つ以上を満たす</p> <p>a 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感が月に7日以上ある</p> <p>b 病態の進行のため、健常時に比し10%以上の体重減少がある</p> <p>c 月に7日以上 of 不定の発熱(38℃以上)が2ヶ月以上続く</p> <p>d 1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある</p> <p>e 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある</p> <p>f 動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する</p> <p>g 抗HIV療法による日常生活に支障が生じる副作用がある(a~f以外)(抗HIV療法を実施している場合)</p> <p>h 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である</p> <p>i 1年以内に口腔内カンジダ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症、伝染性軟属腫、尖圭コンジローム等の日和見感染症の既往がある</p> <p>j 医学的理由(注1)により抗HIV療法ができない状態である</p> <p>B 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(注2)である</p>
2 級	<p>[A] (ア+イ+ウ)又は[B] (ア+エ)を満たす場合とする</p> <p>【検査項目】</p> <p>ア CD4値が200/μl以下(4週以上の間隔をおいた直近の連続する2回の検査値の平均値)</p> <p>イ 以下の項目のうち、2つ以上を満たす(4週以上の間隔をおいた直近の検査において連続して2回以上続く)</p> <p>a 白血球数が3,000/μl未満</p> <p>b ヘモグロビン量が男性12g/dl、女性11g/dl未満</p> <p>c 血小板が10万/μl未満</p> <p>d ヒト免疫不全ウイルス-RNA量が5,000コピー/ml以上</p> <p>【身体症状等】</p> <p>ウ 以下の項目のうち、3つ以上を満たす</p> <p>a 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感が月に7日以上ある</p> <p>b 病態の進行のため、健常時に比し10%以上の体重減少がある</p> <p>c 月に7日以上 of 不定の発熱(38℃以上)が2ヶ月以上続く</p> <p>d 1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある</p> <p>e 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある</p> <p>f 動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する</p> <p>g 抗HIV療法による日常生活に支障が生じる副作用がある(a~f以外)(抗HIV療法を実施している場合)</p> <p>h 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である</p> <p>i 1年以内に口腔内カンジダ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症、伝染性軟属腫、尖圭コンジローム等の日和見感染症の既往がある</p> <p>j 医学的理由(注1)により抗HIV療法ができない状態である</p> <p>【その他】</p> <p>エ エイズ発症の既往歴がある</p>
3 級	<p>[A] (ア+イ+ウ)又は[B] (ア+エ)を満たす場合とする</p> <p>【検査項目】</p> <p>ア CD4値が350/μl以下(4週以上の間隔をおいた直近の連続する2回の検査値の平均値)</p> <p>イ 以下の項目のうち、2つ以上を満たす(4週以上の間隔をおいた直近の検査において連続して2回以上続く)</p> <p>a 白血球数が3,000/μl未満</p> <p>b ヘモグロビン量が男性12g/dl、女性11g/dl未満</p> <p>c 血小板が10万/μl未満</p> <p>d ヒト免疫不全ウイルス-RNA量が5,000コピー/ml以上</p> <p>【身体症状等】</p> <p>ウ 以下の項目のうち、2つ以上を満たす</p> <p>a 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感が月に7日以上ある</p> <p>b 病態の進行のため、健常時に比し10%以上の体重減少がある</p> <p>c 月に7日以上 of 不定の発熱(38℃以上)が2ヶ月以上続く</p> <p>d 1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある</p> <p>e 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある</p> <p>f 動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する</p> <p>g 抗HIV療法による日常生活に支障が生じる副作用がある(a~f以外)(抗HIV療法を実施している場合)</p> <p>h 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である</p> <p>i 1年以内に口腔内カンジダ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症、伝染性軟属腫、尖圭コンジローム等の日和見感染症の既往がある</p> <p>j 医学的理由(注1)により抗HIV療法ができない状態である</p> <p>【その他】</p> <p>エ エイズ発症の既往歴がある</p>

(注1)「医学的理由」とは、投薬による肝障害、白血球数減少などの副作用などの医学的事項によるものをいう。

(注2)「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」とは、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)が回復不能に陥り、日常生活のほとんど全てが介助なしでは過ごすことができない状態をいう。

国民年金
厚生年金保険
船員保険
共済年金

診 断 書

血液・造血器
その他の障害

氏 名		昭和 平成 年 月 日 生 (歳)		男 ・ 女	
住 所		住所地の郵便番号		郡 市 区 町 村	
① 障害の原因 となった 傷 病 名		② 傷病の発生日		昭和 年 月 日 診療録で確認 本人の申立て	
		③ ①のため、初めて医師 の診療を受けた日		昭和 年 月 日 診療録で確認 本人の申立て	
④ 傷病の原因		⑤ 既存 障害		⑥ 既往症	
⑦ 傷病が治った (症状が固定して 治療の効果ができない状態を 含む。) かどうか		傷病が治っている場合 治った日 平成 年 月 日 確 認 推 定			
		傷病が治っていない場合 症状のよくなる見込		有 ・ 無 ・ 不 明	
⑧ 診断書作成医療機関 における初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)					
⑨ 現在までの治療の 内容、期間、経過、その 他参考となる事項		診療回数 年間 回、月平均 回		手術 手術名 () 手術年月日 (年 月 日)	
⑩ 現在の症状、その 他参考となる事項					
⑪ 計 測		身長	体重	握 力	視 力
		c m	現在 kg 健康時 kg	右 kg 左 kg	右眼 裸眼: 矯正: 左眼 裸眼: 矯正:
〔平成 年 月 日〕 測 定		視野	調節 機能	聴力レベル	最良語音明瞭度
				右耳 dB % 左耳 dB %	最大 最小
⑫ 一般状態区分表 (平成 年 月 日) (該当するものを選んでどれか一つを選んでください。)					
ア 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえるもの					
イ 軽度の症状があり、肉體労働は制限を受けるが歩行、軽労働や産業はできるもの 例え、軽い家事、事務など					
ウ 歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助が必要なこともあり、軽労働はできないが、日中の50%以上は起居しているもの					
エ 身のまわりのある程度はできるが、しばしば介助が必要で、日中の50%以上は就床しており、自力では屋外への外出がほぼ不可能となったもの					
オ 身のまわりのこともできず、常に介助を必要とし、終日就床を強いられ、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるもの					
障 害 の 状 態					
⑬ 血液・造血器 (平成 年 月 日現症)					
1 臨床所見			2 血液検査成績 (平成 年 月 日)		
(ア) 自覚症状			(ア) 自覚症状		
疲労感 (無・有・著)			赤血球 ×万/μl		
動悸 (無・有・著)			ヘモグロビン濃度 g/dl		
息切れ (無・有・著)			ヘマトクリット %		
発熱 (無・有・著)			白血球 /μl		
関節症状 (無・有・著)			顆粒球 /μl		
易感染症 (無・有・著)			単球 %		
			リンパ球 /μl		
(イ) 他覚所見			病的細胞 %		
リン節腫脹 (無・有・著)			血小板 ×万/μl		
出血傾向 (無・有・著)			網赤血球 %		
紫斑 (無・有・著)			血清総蛋白 g/dl		
肝腫 (無・有・著)			(ウ) 出血傾向		
脾腫 (無・有・著)			出血時間 (法) 分		
			APTT (基準値 秒) 秒		
3 輸血の回数及び総量			(エ) その他		
回 計 ml			C R P 検査値		
(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)			L D H 施設基準値		
4 凝固因子製剤輸注の回数及び量			検査値		
回 計 ml			6 その他の所見		
(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)					
5 造血管細胞移植					
経過 (無 ・ 有 (平成 年 月 日))					

14 免疫機能障害 (平成 年 月 日現症)

1. 検査成績

Table with 4 columns: 検査項目, 検査日, 単位, 平均値. Row 1: CD4陽性Tリンパ球数 /μl.

(現症日以前の4週間以上の間隔において実施した連続する直近2回の検査結果を記入し、一番右の欄にはその平均値を記入してください。)

Table with 4 columns: 検査項目, 検査日, 単位, 平均値. Rows: 白血球数, ヘモグロビン量, 血小板数, HIV-RNA量.

(現症日以前の4週間以上の間隔において実施した連続する直近2回の検査結果を記入してください。)

2. 身体症状等

- ① 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感が月に7日以上ある (有・無)
② 病態の進行のため、健常時に比し10%以上の体重減少がある (有・無)
③ 月に7日以上不定の発熱(38℃以上)が2ヶ月以上続く (有・無)
④ 1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある (有・無)
⑤ 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある (有・無)
⑥ 動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する (有・無)
⑦ 抗HIV療法による日常生活に支障が生じる副作用がある (有・無)
⑧ ①〜⑦の症状を除く(抗HIV療法を実施している場合) (有・無)
⑨ 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)
⑩ 1年以内に口腔内カンジダ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症、伝染性軟属腫、尖圭コンジローム等の日和見感染症の既往がある (有・無)
⑪ 医学的理由により抗HIV療法ができない状態である (はい・いいえ)

3. 現在持続している副作用の状況

- 代謝異常 □ リポアトローフィー □ 肝障害 □ 腎障害 □ 精神障害 □ 神経障害
□ その他(薬剤名、服薬状況及び副作用の状況)

4. エイズ発症の既往の有無

有 無

5. 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である

はい・いいえ

6. 肝炎の状況 (□ 薬剤性 ・ □ B型 ・ □ C型 ・ □ その他 ()) (肝炎を発症している場合は必ず記載してください。)

(1) 検査所見

Table with 4 columns: 検査項目, 検査日, 単位, 検査結果. Rows: 血清アルブミン, AST (GOT), ALT (GPT), プロトロンビン時間, 総ビリルビン.

(2) 臨床所見

食道静脈瘤 無・有 (内視鏡による、X線造影による、その他())
肝硬変 無・有 (代償性、非代償性)
肝細胞癌 無・有
肝性脳症 無・有 (1年以内に発症したことがある)
腹水 無・有 (著明)
消化管出血 無・有 (1年以内に発症したことがある)
(※: ビリルビン値の上昇をきたす薬剤の使用 無・有)

15 その他の障害 (平成 年 月 日現症)

1. 症状

(1) 自覚症状

2. 検査成績

(1) 血液・生化学検査

Table with 4 columns: 検査項目, 検査日, 単位, 施設基準値. Rows: 赤血球数, ヘモグロビン濃度, ヘマトクリット, 血清総蛋白, 血清アルブミン.

(2) 他覚所見

(2) その他の検査成績

3 人工臓器等

- (1) 人工肛門増設 無・有 造設年月日:平成 年 月 日 閉鎖年月日:平成 年 月 日
(2) 尿路変更術 無・有 造設年月日:平成 年 月 日 閉鎖年月日:平成 年 月 日
(3) 新膀胱建設 無・有 手術年月日:平成 年 月 日
(4) 自己導尿の常時施行 無・有 開始年月日:平成 年 月 日 終了年月日:平成 年 月 日
(5) 完全尿失禁状態 無・有 (カテーテル留置:平成 年 月 日)
(6) その他手術 無・有()平成 年 月 日

16 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください)

17 予後 (必ず記入してください)

18 備考

上記のとおり、診断します。
病院又は診療所の名称
所在地

平成 年 月 日
診療担当科名
医師氏名