

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障害 < 13歳未満の場合 >													
1級	ヒト免疫不全ウイルスに感染 ※1	「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級	ヒト免疫不全ウイルスに感染 ※1	<p>(7) 表1 (a~r) のうち1項目以上が認められるもの ※2</p> <p>※3</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年齢区分</th> <th>CD4陽性Tリンパ球数</th> <th>全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1歳未満</td> <td>750/μl未満</td> <td>15%未満</td> </tr> <tr> <td>1~6歳未満</td> <td>500/μl未満</td> <td>15%未満</td> </tr> <tr> <td>6~13歳未満</td> <td>200/μl未満</td> <td>15%未満</td> </tr> </tbody> </table> <p>(免疫学的分類において「重度低下」に該当)</p> <p>[表1]</p> <ul style="list-style-type: none"> a 30日以上続く好中球減少症 (<1,000/μl) b 30日以上続く貧血 (<Hb 8g/dl) c 30日以上続く血小板減少症 (<100,000/μl) 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 	年齢区分	CD4陽性Tリンパ球数	全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数	1歳未満	750/μl未満	15%未満	1~6歳未満	500/μl未満	15%未満	6~13歳未満	200/μl未満	15%未満
年齢区分	CD4陽性Tリンパ球数	全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数												
1歳未満	750/μl未満	15%未満												
1~6歳未満	500/μl未満	15%未満												
6~13歳未満	200/μl未満	15%未満												
3級	ヒト免疫不全ウイルスに感染 ※1	<p>(7) 表2 (a~h) のうち2項目以上が認められるもの</p> <p>※3</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年齢区分</th> <th>CD4陽性Tリンパ球数</th> <th>全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1歳未満</td> <td>750/μl以上1,500/μl未満</td> <td>15%以上25%未満</td> </tr> <tr> <td>1~6歳未満</td> <td>500/μl以上1,000/μl未満</td> <td>15%以上25%未満</td> </tr> <tr> <td>6~13歳未満</td> <td>200/μl以上 500/μl未満</td> <td>15%以上25%未満</td> </tr> </tbody> </table> <p>(免疫学的分類において「中等度低下」に該当)</p> <p>[表2]</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	年齢区分	CD4陽性Tリンパ球数	全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数	1歳未満	750/μl以上1,500/μl未満	15%以上25%未満	1~6歳未満	500/μl以上1,000/μl未満	15%以上25%未満	6~13歳未満	200/μl以上 500/μl未満	15%以上25%未満
年齢区分	CD4陽性Tリンパ球数	全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数												
1歳未満	750/μl以上1,500/μl未満	15%以上25%未満												
1~6歳未満	500/μl以上1,000/μl未満	15%以上25%未満												
6~13歳未満	200/μl以上 500/μl未満	15%以上25%未満												
4級	ヒト免疫不全ウイルスに感染 ※1	表2 (a~h) のうち1項目以上が認められるもの												

※1 小児のヒト免疫不全ウイルス感染の確認方法

- ・原則 - 13歳以上の場合に準じる
- ・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

HIVの抗体スクリーニング検査が陽性

+

抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の病原検査法のいずれかにおいて、ウイルス又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

※2 表1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 CD4陽性Tリンパ球数とCD4陽性Tリンパ球の全リンパ球に対する割合の評価と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。

身体障害者診断書・意見書 (免疫機能障害13歳未満用)

氏名	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生	男・女
住所	京都府		
① 障害名	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害		
② 原因となった 疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、戦傷 戦災、疾病、先天性、その他 ()		
③ 疾病・外傷発生日	年 月 日 発生場所		
④ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む。)	障害固定又は障害確定 (推定) 年 月 日		
⑤ 総合所見			
⑥ 将来再認定 (障害程度改善見込)	※悪化すると予想される場合は、不要に○を付すこと。 要 (再認定の時期 年 月) ・ 不要		
⑦ 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 年 月 日			
病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名 () 科 医師氏名 ㊟			
身体障害者福祉法第15条第3項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入してください。] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・ 該当する (級相当) ・ 該当しない			

※ 障害区分や等級決定のため、京都府又は京都府社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。
※ 字は楷書ではっきりと書いてください。

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態及び所見（13歳未満用）

1 HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日 年 月 日

小児のHIV感染は、原則として以下の（1）および（2）の検査により確認される。
 （2）についてはいずれか1つの検査による確認が必要である。ただし、周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる検査時に生後18か月未満の小児については、さらに以下の（1）の検査に加えて、（2）のうち「HIV病原検査の結果」又は（3）の検査による確認が必要である。

(1) HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

判定結果	検査法	検査日	検査結果
		年 月 日	陽性・陰性

注1 酵素抗体法（ELISA）、粒子凝集法（PA）、免疫クロマトグラフィー法（IC）等のうち1つを行うこと。

(2) 抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

抗体確認検査の結果	検査名	検査日	検査結果
		年 月 日	陽性・陰性
	HIV病原検査の結果	年 月 日	陽性・陰性

注2 「抗体確認検査」とは、Western Blot法、蛍光抗体法（IFA）等の検査をいう。
 注3 「HIV病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいう。

(3) 免疫学的検査所見

検査日	年 月 日
IgG	mg/dl

検査日	年 月 日
全リンパ球数 (①)	/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	/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	%	重度低下・中等度低下・正常

注4 「免疫学的分類」欄では、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数に対する割合に基づく免疫学的分類に該当するものを○で囲むこと。

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%

(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は、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/μl)	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/μl)	有 ・ 無
1か月以上続く発熱	有 ・ 無
反復性又は慢性の下痢	有 ・ 無
生後1か月以前に発症したサイトメガロウイルス感染	有 ・ 無
生後1か月以前に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎、肺炎又は食道炎	有 ・ 無
生後1か月以前に発症したトキソプラズマ症	有 ・ 無
6か月以上の小児に2か月以上続く口腔咽頭カンジダ症	有 ・ 無
反復性単純ヘルペスウイルス口内炎（1年以内に2回以上）	有 ・ 無
2回以上又は2つの皮膚節以上の帯状疱疹	有 ・ 無
細菌性の髄膜炎、肺炎又は敗血症	有 ・ 無
ノカルジア症	有 ・ 無
播種性水痘	有 ・ 無
肝炎	有 ・ 無
心筋症	有 ・ 無
平滑筋肉腫	有 ・ 無
HIV腎症	有 ・ 無
臨床症状の数 [個].....①

注6 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

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。）	有 ・ 無
肝腫大	有 ・ 無
脾腫大	有 ・ 無
皮膚炎	有 ・ 無
耳下腺炎	有 ・ 無
反復性又は持続性の上気道感染	有 ・ 無
反復性又は持続性の副鼻腔炎	有 ・ 無
反復性又は持続性の中耳炎	有 ・ 無
臨床症状の数 [個].....②

注7 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

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才未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等に化膿性細菌により以下のいずれかが2年以内に、2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腫瘍
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
 - 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. カボジ肉腫
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
免疫芽球症
 - 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又は所見が見られる場合に限る。