2011
（平成23年）
5
MAY

年金機構業務

No.005

つうしん

○ 再裁定の進達事務の留意事項（その3） …… P.1

○ 障害年金加算改善法の施行について …… P.15

○ 疑義照会回答の差し替え …… P.29

○ 障害年金業務に関する大切なお知らせ（その2） …… P.37

≪もくじ≫

１．再裁定の進達事務の留意事項（その３）・・・・・・・・・・・・・　１

○「再裁定ヘルプデスク電話照会事例　Ｑ＆Ａ」

２．障害年金加算改善法の施行について　・・・・・・・・・・・・・・・１５

○「国民年金法等の一部を改正する法律等の施行に伴う事務の取扱いにおける様式２２９－１号及びチェックシートの様式変更」（指示・依頼）

３．疑義照会回答の差し替え　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２９

○「疑義照会（2010-220　脱退手当金の支給要件の判定で、60 歳到達以後の被保険者期間の取扱いについて）の回答の差し替え」（指示・依頼）

４．障害年金業務に関する大切なお知らせ（その２）・・・・・・・・・　３７

○「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」（指示・依頼）

１．再裁定の進達事務の留意事項（その３）

【再裁定ヘルプデスク電話照会事例　Ｑ＆Ａ】

【支払部　再裁定グループ】

再裁定の進達事務の留意事項については、22 年 11 月号（その１）、23 年 3 月号（その２）にて掲載しているところですが、今回は、これまで「再裁定ヘルプデスク」に寄せられた照会事例のうち主なもののＱ＆Ａを掲載いたしますので、今後の業務の参考としてください。

Ｑ１　再裁定と諸変更のサイクルは同じか。

Ｑ２　受発月の賞与記録の追加・訂正については再裁定となるか。

Ｑ３　再裁定決定後、本人へ送付される書類および送付・到着時期は。

Ｑ４　３号特例による年金額改定があるときの進達方法は。

Ｑ５　「国民年金第３号被保険者特例措置該当期間登録（取消）届書（処理票）」（届書コード４１０）の原本を進達できないときはどうするか。

Ｑ６　死亡失権後に加給年金停止等の処理もれが判明したときの進達方法は。

Ｑ７　「遺族厚生年金裁定再裁定対象者リスト」が送付されたときの進達方法は。

Ｑ８　再裁定が必要な遺族厚生年金(1450)に子の加算がされていた場合、子の遺族厚生年金も再裁定は必要か。

Ｑ９　老齢基礎年金の受給者に受発前の厚生年金の被保険者期間が判明した場合、２３３号の添付が必要となるケースは。

Q10　死亡失権者に期間追加の再裁定がある場合、未支給請求書は必要か。

Q11　期間判明の再裁定で死亡者の原簿を復元したところ、「当時未支給請求がない」との理由で返戻されたが、死亡当時の生計同一・生計維持関係の証明が困難な場合でも未支給請求書の添付書類は必要か。

Q12　三共済から特例遺族年金を受給している方に１１５０の期間判明があった場合、１１５０と１４５０の選択届の記入方法は。

Q13　旧法厚生年金保険の障害年金の受給権がある老齢基礎年金・老齢厚生年金受給者について、記録追加の再裁定を進達したが、免除期間削除の指示があり返戻された。このときの対応は。

Q14　厚生年金保険法　昭和５５年改正法　附則６３条とは。

Q15　２分の１調整の場合も返納方法申出書は必要か。

Q16　旧法の厚生年金の期間が判明したことにより同期間と重複していた旧法の国民年金期間が削除された。この場合、増額分と減額分は相殺されるか。

Q17　「Ｎ分の１」で内払調整中の人に増額の再裁定が行われた場合どのように調整されるか。

Q18　事務処理誤りとして訂正処理可能と判断された場合、本部への進達方法は。

Q19　基礎繰上げ者に厚生年金の記録が判明したとき、繰上げ請求した老基の年金額より新たに発生した特老厚の年金額のほうが高くなる場合は。

Q20　再裁定により新たに５８５号が必要となるケースは。

Q21　期間追加により再取得失権となるケース及び進達方法は。

別添１　「様式１２７号（見本）」

別添２　「様式１２７－２（見本）」

再裁定ヘルプデスク電話照会事例　Ｑ＆Ａ

Ｑ１．再裁定と諸変更の処理サイクルは同じか。

Ａ．　違います。

再裁定は、新規裁定と同じサイクルで決定されています。諸変更の締切日前に、既にそのサイクルの処理は終わっています。

旧法の再裁定は、新法とは入力サイクルが違い、更に時間を要します。

また再裁定決定後に諸変更処理を行うため、画面照写の時点ではまだ支払額は決定しておりません。

※　新法の新規裁定については、「業務スケジュール」の「オンライン裁定及び支払処理」を参照してください。

『新法の基本スケジュール例』

・　５/９ ～ ５/１３再裁定入力

↓

・　５/１９再裁定決定予定（翌週月曜５/２３画面照写）

↓

・　６/２１の締切日までに諸変更処理を後入力

↓

・　７/１５支払

※　再裁定入力から諸変更の後入力まで、３週間程度要します。

Ｑ２．受発月の賞与記録の追加・訂正については再裁定となるか。

Ａ．　再裁定は不要です。

受発日前でも受発月の「賞与記録の追加・訂正」については三鷹連動となります。

※　三鷹連動のスケジュールは、「業務スケジュール」の「在職者支給停止率変更処理」を参照してください。

Ｑ３．再裁定決定後、本人へ送付される書類および送付・到着時期は。

Ａ．

送 付 書 類	送 付 ・ 到 着 時 期
① 年金証書	再裁定決定日の翌週木曜発送 但し、時効特例対象者（不支給含む）は決定日の翌々週火曜発送
② 裁定通知書支給額変更通知書 （※ 額変がある人のみ）	決定サイクル月の支払日前後に到着
③ 振込通知書（送金通知書）	支払日前後に到着
④ 初回支払額のお知らせ	〃
⑤ 正当無効源泉	決定サイクル月の支払日前後に到着

※　①の時効特例対象者とは再整入事由コードが、新法は０１～０３、旧法は０１～０６の人となります。

※　③、④は増減無しの再裁定の場合は送付無し。

また、減額の再裁定を随時サイクルで行った場合、内払調整がある（全額調整以外）ときは、次回の定期支払時に送付となり、全額調整のときは、調整終了後の初回支払時に送付となります。

※　④は旧法国民年金、旧法・新法短期年金について送付はありません。

※　担保者は②、⑤のみ送付。

※　死亡者は未支給決定通知書・未支給振込通知書（送金通知書）もしくは未支給年金保険給付の請求についてのお知らせ（不該当通知書）を送付。①～⑤の送付は無し。

Ｑ４．３号特例による年金額改定があるときの進達方法は。

Ａ．　１号未納期間または無資格期間が３号特例になる場合、諸変更（６３－０１処理）での処理となります。

「国民年金第３号被保険者特例措置該当期間登録（取消）届書（処理票）」（届書コード４１０）の原本を進達してください。

但し、１号納付または免除が３号特例になる場合、諸変更で処理できないため再裁定となります。過払いが生じますので返納方法申出書を添付してください。

※　詳しくは、「社会保険業務センターつうしん」平成１７年７月号Ｐ．１２～１７を参照してください。

また、平成７～９年の３号特例（平成６年国民年金法附則第１０条「第３号被保険者の届出の特例」）は諸変更対応ができないので、再裁定となります。

※　詳しくは、「社会保険業務センターつうしん」平成７年３月号Ｐ．２３を参照してください。

Ｑ５．「国民年金第３号被保険者特例措置該当期間登録（取消）届書（処理票）」（届書コード４１０）の原本を進達できないときはどうするか。

Ａ．　平成７～９年の３号特例について届書の保管期限経過により原本を進達できない場合は、WMの「０５０　０２」画面のハードコピーに、原本を進達できない理由を明記のうえ進達してください。

Ｑ６．死亡失権後に加給年金停止等の処理もれが判明したときの進達方法は。

Ａ．　死亡失権処理と同サイクルで加給停止等の処理もれが判明したときは、支払Ｇへ死亡失権の取消依頼をしてください。

死亡失権取消の後、死亡保留を入力して、死亡・未支給請求書、２０５号もしくは２３０号、必要に応じて返納方法申出書を同時に進達してください。

但し、死亡失権処理の翌サイクル以降に判明した場合は、失権の取消しが行えないため再裁定での対応となりますので、１２７号を作成（『その他』欄に「死亡失権前の改定判明」と記入）のうえ、各届書と同時に進達してください。その際、１２７号は一番上に綴じてください。

Ｑ７．「遺族厚生年金裁定再裁定対象者リスト」が送付されたときの進達方法は。

Ａ．　再裁定が未進達の場合１２７－２号で“丈比べ、先充て停止額変更”と記入のうえ進達してください。

※　再裁定の要否については、「年金機構業務つうしん」平成２３年３月号Ｐ．３８～３９を確認してください。

Ｑ８．再裁定が必要な遺族厚生年金（１４５０）に子の加算がされていた場合、子の遺族厚生年金も再裁定は必要か。

Ａ．　再裁定が必要です。

この時必ず子の基礎年金番号を確認（未付番のときは付番してください）のうえ、親の１２７号の『その他』欄に子の基礎年金番号を記入してください。

尚、死亡者の基礎年金番号も未付番のときは付番してください。

Ｑ９．老齢基礎年金の受給者に受発前の厚生年金の被保険者期間が判明した場合、２３３号の添付が必要となるケースは。

Ａ．・　老齢基礎年金（１１５０）の繰上げ受給者に、新たに１２月未満の厚年期間が判明した場合。

・　生年月日が昭和１７年４月２日以降の老齢基礎年金受給者に厚年期間が判明した場合。

いずれも再裁定となるため１２７号が必要です。

※　平成２２年６月１１日 給付指２０１０－１１３ 支払指２０１０－３「再裁定の受付および進達事務の留意事項（諸規定によらない定め）」Ｐ．１６を参照してください。

但し、単一老齢基礎年金受給権者の場合は混在老齢年金の新規裁定と単一老齢基礎年金の裁定取消が必要となります。

※「社会保険業務センターつうしん」平成２０年７月号Ｐ．１３を参照してください。

Q10. 死亡失権者に期間追加の再裁定がある場合、未支給請求書は必要か。

Ａ．・　死亡当時の請求者と同一人が請求するとき、受取口座の確認用として「未支給請求書」（５１４号）の提出が必要となります。

尚、戸籍謄本、住民票の添付は不要です。

但し、前回の未支給の受取口座と同一であるとき、または年金受給者で、その受取口座と同一のときは、その旨を１２７号に明記されていれば未支給請求書は不要です。

・　未支給請求者死亡による転給の場合、受給権者が死亡した当時の次順位者との身分関係、生計同一関係を確認するため、改めて未支給請求書、戸籍謄本、住民票等が必要となります。

Q11. 期間判明の再裁定で死亡者の原簿を復元したところ、「当時未支給請求がない」との理由で返戻されたが、死亡当時の生計同一・生計維持関係の証明が困難な場合でも未支給請求書の添付書類は必要か。

Ａ．　改定記録で未支給請求が確認できない場合、未支給請求書、戸籍謄本、住民票等が必要となります。

未支給請求に関する生計維持の認定の取扱いについては、「生計維持関係等の認定基準及び認定の取扱いについて」（平成２３年３月２３日年発０３２３第１号。以下「生計維持関係通知」という。）を参照してください。

時効特例に該当する場合で上記「生計維持関係通知」による認定が困難なときは、「平成１９年７月１０日庁保険発第０７１０００１号」、「平成２１年２月１７日庁保険発第０２１７００１号」を参照してください。

その上で判断が困難である場合には、本部年金給付部給付指導Ｇにて取扱いについて個別協議をしてください。

Q12. 三共済から特例遺族年金を受給している方に１１５０の期間判明があった場合、１１５０と１４５０の選択届の記入方法は。

Ａ．　機構では特例遺族年金の受給の有無を確認できないため、２０１号の記載は指定選択とし、『備考』欄に、必ず指定選択する理由を明記願います。

※　機構で有利選択の判断ができないものについては、必ず指定選択としてください。　例）労災、基金、介護保険料、税金等

Q13. 旧法厚生年金保険の障害年金の受給権がある老齢基礎年金・老齢厚生年金受給者について、記録追加の再裁定を進達したが、免除期間削除の指示があり返戻された。このときの対応は。

Ａ．　昭和６１年３月以前は、厚生年金保険の障害年金受給権者は国民年金の任意加入となりますので、免除にはなりません。

よって、免除期間の削除（訂正）が必要になります。

※　同様に遺族年金や恩給等についてもご注意願います。

Q14. 厚生年金保険法　昭和５５年改正法　附則６３条とは。

Ａ．　「厚生年金保険法による年金額の計算の特例」です。

①昭和３２年９月以前に第３種被保険者の期間があって、②昭和５１年７月までの被保険者期間が３年以上あって、③厚生年金保険の被保険者期間が２０年以上ある（または中高齢の資格期間短縮の特例などに該当して２０年とみなされる）場合には、昭和５５年１０月３１日以前の第３種被保険者の被保険者期間を一般の第１種被保険者の被保険者期間とみなして計算したほうが報酬比例の年金額が高額となるときには、受給者はその高額となった年金の支給を請求することができ、請求した日の属する月の翌月から年金額が改定されます。

要件に該当する場合には、様式２２７号「厚生年金保険法 老齢・障害・遺族厚生年金額改定請求書」で請求することによって、申出日の翌月か

ら年金額が改定されます。

※　尚、２２７号の受付印（ ＝ 申出日）については、もれの無いよう必ず確認してください。また、年金事務所での試算結果も添付してください。

Q15.　２分の１調整の場合も返納方法申出書は必要か。

Ａ.　返納が生じる場合、基本的には返納方法申出書の添付が必要です。

但し、２分の１調整で受給者に確認が取れているときは、添付なしでも処理は可能です。その場合、１２７号の『その他』欄に“２分の１調整を確認済”の旨を記入してください。

Q16.　旧法の厚生年金の期間が判明したことにより同期間と重複していた旧法の国民年金期間が削除された。この場合、増額分と減額分は相殺されるか。

Ａ.　直近５年分の支払いについては、旧法は制度間の調整ができないため、国民年金の返納方法申出書を添付してください。

また、時効特例分の支払いについては、増額分から減額分を差し引いた金額がプラスの場合は支払いが発生しますが、マイナスの場合には時効特例の不支給処分となります。

Q17.「Ｎ分の１」で内払調整中の人に増額の再裁定が行われた場合どのように調整されるか。

Ａ.　再裁定により差額支払いが発生すると、遡及支払額については、受給者からの内払調整の申出とは関係なく、全額が過払額の返済に充てられます。

再裁定による遡及支払額が、再裁定前からある過払い額よりも大きい場合には、支払いが発生します。

再裁定増額分と再裁定前の過払額を相殺しても、なお原簿にマイナスが残る場合は、従前の「Ｎ分の１」調整で定期支払いを行います。

Q18. 事務処理誤りとして訂正処理可能と判断された場合、本部への進達方法は。

Ａ．　１２７−２号に、「訂正処理依頼書」等を添付して進達してください。

※　「平成２２年１２月２４日　給付指２０１０−２３０　年金給付関係の事務処理誤りに対する対処方法（指示・依頼）」Ｐ．１４を参照してください。

※　個別対応となりますので、再裁定対応のものは再裁定ヘルプデスク、諸変更対応のものは担当支払Ｇへ事前に進達方法や処理サイクル等についてご確認ください。

Q19. 基礎繰上げ者に厚生年金の記録が判明したとき、繰上げ請求した老基の年金額より新たに発生した特老厚の年金額のほうが高くなる場合は。

Ａ．　「平成２２年１２月２４日　給付指２０１０－２３０　年金給付関係の事務処理誤りに対する対処方法（指示・依頼）」Ｐ．１８ ②で確認してください。

「処理可能事例」であると判断された場合には、１２７号に追加した期間を記入し【特記事項】の『その他』欄に“厚年追加による基礎繰上げの取消依頼”と朱書きして、本人の繰上げ取消しの申立書を添付のうえ進達してください。

※　本ケースのような記録問題による訂正処理については、「事務処理誤り報告」は不要です。

Q20. 再裁定により新たに５８３号が必要となるケースは。

Ａ．①　再裁定前に雇用保険の基本手当との調整がかかっていなかった方に、再裁定によって受発が遡及したことにより基本手当との調整がかかるようになった場合、５８３号が必要となります。

②　報酬月額訂正を行ったことにより、在職停止率が変わり、全停だった方に初めて年金が支給されるようになった場合、５８３号が必要となります。

※　尚、過去の届出もれが判明したときにも、５８３号が必要です。

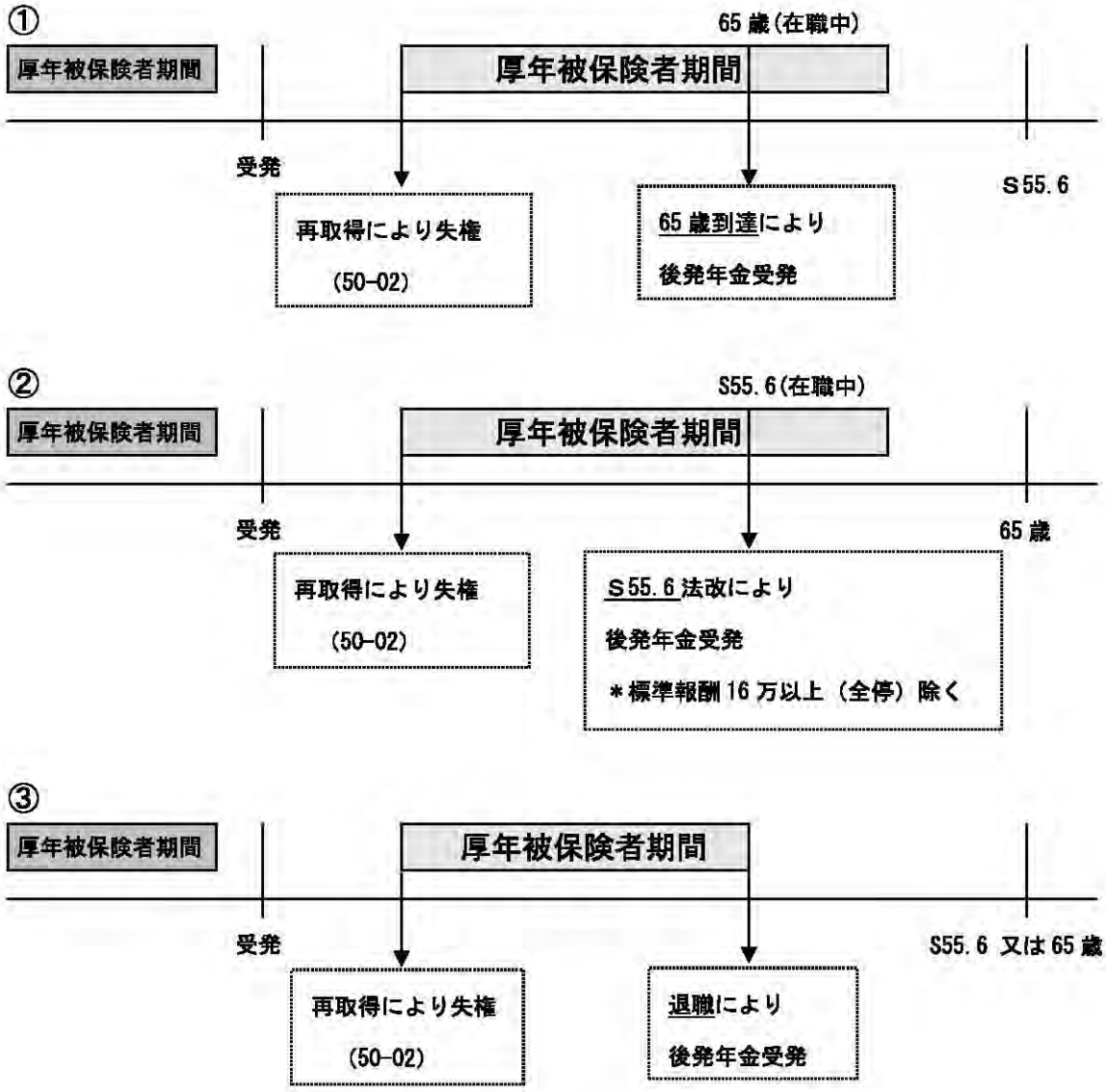
Q21. 期間追加により再取得失権となるケース及び進達方法は。

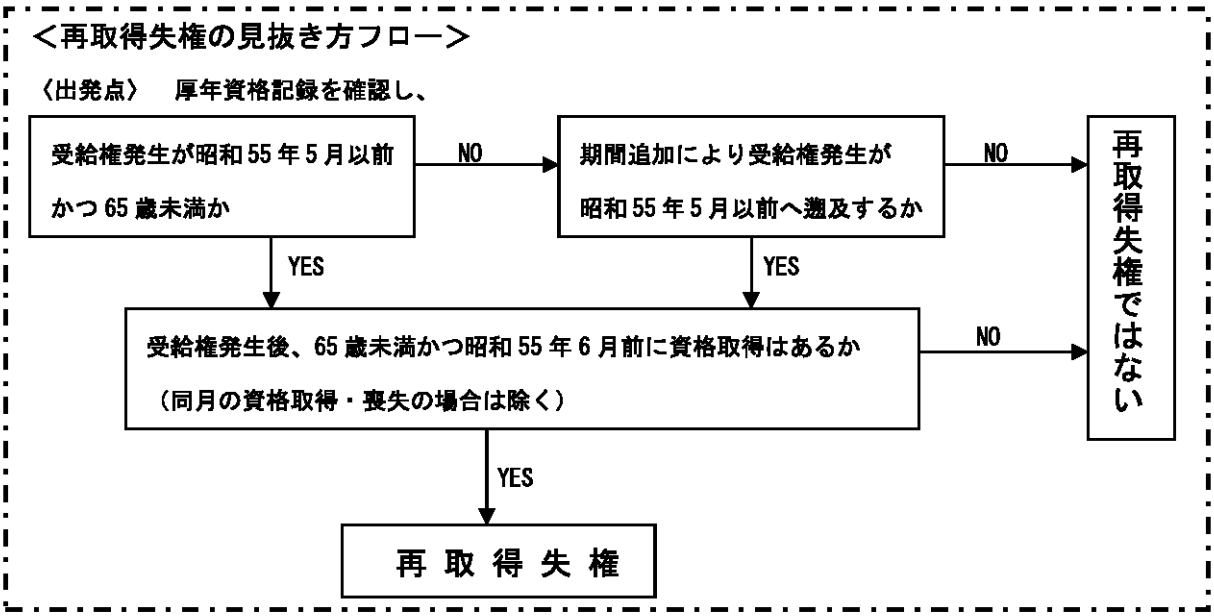
A. ＜５５．６法改の再取得失権＞

再取得失権とは、昭和５５年５月以前に受発している６５歳未満の者が、再度被保険者の資格を取得した時に年金が失権することです。（昭和５５年６月かつ６５歳到達まで）

失権した後、①６５歳 ②昭和５５年６月 ③退職のうち、一番早い年月が後発年金の受給権発生年月となります。

（昭和５５年厚生年金保険法一部改正前の同法　第４５条・第４６条の６）





＜処理の流れ＞

①　後発年金（０１３１・０２３１）の新規裁定処理　【再裁定３Ｇ新規裁定】

※　老齢（通算老齢）年金裁定請求書の写しを本部へ回付。

このとき、様式１２７号の申出受付年月日で受付をすることになります。

↓

②　後発年金決定確認後、

・様式１２７号（別添１）　（期間追加や受発訂正等の再裁定依頼）

・様式１２７号－２（別添２）（先発年金失権処理及び後発年金への過誤払い額積み替え・後発年金の保留解除の依頼）

を再裁定３Ｇ旧法再裁定担当へ、様式１２７号－３、選択申出書、未支給請求書等の必要な書類を添付のうえ進達してください。

受発後期間追加の現存者のみ、支払Ｇにて④以降の処理を行います。

↓

③　②の様式１２７号にかかる先発年金（０１３０・０２３０）の再裁定処理

【再裁定３Ｇ旧法再裁定】

※　受発前期間追加・受発訂正・失権原簿起こしの場合。

↓

④　②の様式１２７号－２に基づき再裁定処理決定後、先発年金の失権処理

【再裁定３Ｇ旧法再裁定】

↓

⑤　②の様式１２７号－２に基づき後発年金へ過誤払い額積み替え

※　返納方法申出書不要　【債権調査Ｇ】

↓

⑥　②の様式１２７号－２に基づき後発年金の保留解除処理　【支払Ｇ】

↓

⑦　時効特例給付および遅延加算金の審査処理　【時効特例Ｇ】

＜別添1＞

様式第　127号　【被保険者記録訂正用】

＜再取得失権＞

第　　号

平成　　年　　月　　日

処理を円滑に進めるために記載しておく

日本年金機構支払部長　殿

事務センター長
（公印省略）

国民年金・厚生年金保険・船員保険
裁定の再調査及び訂正について　　年金に係る

下記の年金受給権者に係る年金裁定について、被保険者記録の変更又は生年月日の変更が生じたため、裁定の変更が必要と認められますので報告いたします。

裁定請求書の受付と合わせる

受給権者	（フリガナ） 氏　名		生年月日 （訂正前）	
	基礎年金番号 ・年金コード		申出受付（判明）年月日	平成　年　月　日
			年金証書の要否	0. 要
配偶者の基礎年金番号・年金コード			被保険者の基礎年金番号	

【報告事項】　※該当する項番を○印で囲んで、報告内容を記入してください。

1. 受給権発生前の被保険者期間の追加　【制度：厚年 ・ 国年 ・ 船保 ・ 共済 】

年　月 ～　年　月 ／　年　月 ～　年　月

年　月 ～　年　月 ／　年　月 ～　年　月

2. 受給権発生前の被保険者期間の削除　【制度：厚年 ・ 国年 ・ 船保 ・ 共済 】

年　月 ～　年　月 ／　年　月 ～　年　月

年　月 ～　年　月 ／　年　月 ～　年　月

3. 受給権発生前の被保険者期間の訂正　【制度：厚年 ・ 国年 ・ 船保 ・ 共済 】

（訂正前）　年　月　日 ～　年　月　日 →（訂正後）　年　月　日 ～　年　月　日

（訂正前）　年　月　日 ～　年　月　日 →（訂正後）　年　月　日 ～　年　月　日

4. 受給権発生前の標準報酬月額等の訂正

（訂正前）　年　月［ 標報 ・ 賞与 ：　千円 ］→（訂正後）　年　月［ 標報 ・ 賞与 ：　千円 ］

（訂正前）　年　月［ 標報 ・ 賞与 ：　千円 ］→（訂正後）　年　月［ 標報 ・ 賞与 ：　千円 ］

（訂正前）　年　月［ 標報 ・ 賞与 ：　千円 ］→（訂正後）　年　月［ 標報 ・ 賞与 ：　千円 ］

5. 国民年金納付記録の訂正

年　月～　年　月［ 納付 ・ 免除 ・ 未納 ］→　年　月～　年　月［ 納付 ・ 免除 ・ 未納 ］

年　月～　年　月［ 納付 ・ 免除 ・ 未納 ］→　年　月～　年　月［ 納付 ・ 免除 ・ 未納 ］

年　月～　年　月［ 納付 ・ 免除 ・ 未納 ］→　年　月～　年　月［ 納付 ・ 免除 ・ 未納 ］

6. 受給権者の生年月日又は性別（種別）の訂正

（訂正後の生年月日）　／（訂正前後の性別（種別））

7. 受給権発生年月日の訂正

（訂正前）　年　月　日　→　（訂正後）　年　月　日

【添付書類】　※該当する記号を○で囲んでください。

ア. 経過書・申立書・時効に係る申立書　加入期間確認通知書　等

イ. 裁定請求書の写し

ウ. 返納申出書

エ. 戸籍の謄（抄）本・住民票

オ. その他

【チェック項目】　※進達前に再度チェックしてください。

担当者氏名	

【特記事項】　※詳細な報告内容を記入してください。

◆年金証書について

ア. 回収済　　(イ)後日回収予定　　ウ. 回収不可（紛失のため）

エ. 回収不可（担保設定者のため）

◆年金時効特例給付の支払の有無　［ 有 ・ 無 ］

◆その他

<別添2>

様式第127－2号【その他用】

第　　-3　号
平成　　年　　月　　日

日本年金機構支払部長　殿

事 務 セ ン タ ー 長
（公印省略）

国民年金・厚生年金保険・船員保険　　年金に係る
裁定の再調査及び訂正について

下記の年金受給権者に係る裁定・支払処理について、再調査及び訂正処理が必要と認められますので報告いたします。

受給権者	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏　　名		生年月日	
	基礎年金番号 ・年金コード		申出受付（判明） 年　月　日	平成　　年　　月　　日
配偶者の基礎年金番号・年金コード				

【報告事項】　※該当する項番を○印で囲んで、報告内容を記入してください。

1. 旧令共済組合員期間の追加・訂正

2. 裁定取消依頼
　ア. 単一共済　　イ. 単一共済以外
　理由

3. 加給年金額対象者の氏名又は生年月日の訂正
　訂正後の氏名　：
　訂正後の生年月日　：　明・大・昭・平　　年　　月　　日

4. 配偶者状態表示の整備に係る処理依頼（振替加算の事前整備を含む。）

5. 繰上げ又は繰下げの申し出に関する処理依頼

6. 雇用保険に係る処理依頼
　ア. 雇用保険番号の登録　〔　　〕
　イ. 訂正後の雇用保険番号　〔　　〕
　ウ. その他　〔　　〕

7. 沖縄特例に係る処理依頼

⑧ その他　　）

・先発年金の失権処理依頼
・後発年金への過誤払い積み替え依頼

【添付書類】　※該当する記号を○で囲んでください。
ア. 戸籍の謄（抄）本・住民票
イ. 旧令共済組合員期間証明書
　（履歴申立書）
ウ. 返納申出書
エ. 雇用保険被保険者証　等
オ. その他

【特記事項】　※詳細な依頼内容を記入してください。

◆年金証書について
（裁定取消の場合記入してください。）
ア. 回収済　　イ. 後日回収予定
ウ. 回収不可（紛失のため）
エ. 回収不可（担保設定者のため）

◆年金時効特例給付の支払の有無　　［ 有 ］

◆その他

各依頼ごとに様式127号-2を作成する

担当者氏名	

２．　国民年金法等の一部を改正する法律等の施行に伴う事務の取扱いにおける様式２２９－１号及びチェックシートの様式変更（指示・依頼）　　23.4.1 給付指 2011-100

【年金給付部　給付企画・指導グループ】

平成 23 年 3 月 28 日【給付指 2011-88】において障害年金加算改善法の施行に係る「業務処理マニュアル」「各種届出様式　等」「Ｑ＆Ａ」等をお知らせしているところですが、平成 23 年 4 月 2 日に標記の「様式２２９－１」及び「チックシート」の修正が行われました。

この修正は標記「様式２２９－１」等の「経過措置該当者（平成 23 年 4 月 1 日前に受給権が発生している者）」に係る「加算開始事由該当日」の記載部分が不明瞭であったことから「該当日（平成 23 年 3 月 31 日）」を明確にした記載に修正しましたので、様式及びチェックシートの使用に際して修正前の様式等を使用しないようご注意ください。

＜重要＞

平成 23 年 4 月 1 日
給付指 2011-100

国民年金法等の一部を改正する法律等の施行に伴う事務の取り扱いにおける様式２２９－１号及びチェックシートの様式変更（諸規程によらない定め）

宛先	本部		ブロック本部			事務センター				年金事務所				
	各部(全)	関係部	管理部	相給部	適徴部	厚年G	国年G	年給G	記録G	適用課	徴収課	国年課	記録課	相談室
	△	◎	△	◎	△	△	△	◎	△	△	△	△	△	◎

情報提供先	相談センター	社労士会	健保協会	機構健保	
	✓	✓			

本部関係部
経営企画部、事業企画部、サービス推進部、品質管理部、年金相談部、システム統括部、システム企画部、システム開発部、システム運用部、業務管理部、障害年金業務部、支払部、業務渉外部

目的・趣旨
標記については、平成 23 年 3 月 28 日付【給付指 2011-88】国民年金法等の一部を改正する法律等の施行（諸規定によらない定め）に基づき実施していただいているところです。今般、経過措置該当者にかかる加算開始事由該当日について不明確であったことから、別添３「様式２２９－１号」及び別添６「チェックシート」のとおり修正しましたので、差し替えをお願いするものです。

ポイント（内容）
１．修正様式
○ （別添３）「229-1 障害給付加算額・加給年金額加算開始事由該当届」、及び（別添６）「経過措置該当者にかかるチェックシート」について文言の修正を行いました。
○ 修正箇所は赤線囲み部分を参照してください。
２．従来様式
○ 従来様式については、適宜廃棄してください。
※市区町村等、情報提供を行った機関に対しては、再度修正様式を提供してください。

審査担当ﾁｪｯｸ欄 ■

照会先
本部年金給付部
給付企画Ｇ：菊池　連絡先：[redacted]
給付指導Ｇ：宇野　連絡先：[redacted]

（別添３）

様式第229－１号

共済適用表示
※

障害給付加算額・加給年金額加算開始事由該当届

54

受給権者			
①年金証書の基礎年金番号及び年金コード	基礎年金番号		年金コード
②氏名	（フリガナ）		印
③生年月日	明・大・昭・平 1・3・5・7	年	月 日
④住所	〒 －		
⑤電話番号	（ ）		
⑥配偶者は児童扶養手当を受給していますか	はい ・ いいえ （はいの場合は裏面へ）		

配偶者			
⑦配偶者の基礎年金番号	基礎年金番号		
⑧配偶者の氏名	（フリガナ）		
⑨配偶者の生年月日	明・大・昭・平 1 3 5 7	年	月 日
⑩受給状況 現在，公的年金制度等から老齢・退職または障害を支給事由とする年金を受けていますか	ア 老齢・退職の年金を受けている。 イ 障害の年金を受けている。 ウ いずれも受けていない。		
受けているときは，その公的年金制度の名称および年金証書の基礎年金番号・年金コード，恩給証書等の証号番号	名称		
	基礎年金番号・年金コード等		
その支給を受けることになった年月日	昭和 平成 年 月 日		
⑪該当日	平成 年 月 日		
⑫該当理由	01.受給権発生後の婚姻・再婚 04.生計維持関係の復活 11.受給権発生後の婚姻・再婚（法施行前） 14.生計維持関係の復活（法施行前）		

※機構記入欄							
諸変更コード	54－04	理由コード		改定年月日	平 7	年	月 日
統柄コード	1	障害状態コード	0				
配偶者基礎年金番号	－	配偶者年金コード		配偶者状態表示			

子供（一人目）							
⑬子供の氏名	（フリガナ）						
⑭子供の生年月日	大正３・昭和５・平成７	年	月 日				
⑮障害状態にありますか	ある ・ ない						
⑯該当日	平成 年 月 日						
⑰該当理由	02.受給権発生後の子の出生・養子縁組（再養子縁組） 03.子の障害該当 04.生計維持関係の復活 05.児童扶養手当からの選択換え 12.受給権発生後の子の出生・養子縁組（法施行前） 13.子の障害該当（法施行前） 14.生計維持関係の復活（法施行前）						
⑱児童扶養手当の受給対象ですか	はい ・ いいえ						

※機構記入欄							
諸変更コード	54－04	理由コード		改定年月日	平 7	年	月 日
統柄コード	2	障害状態コード					

子供（二人目）							
⑬子供の氏名	（フリガナ）						
⑭子供の生年月日	大正３・昭和５・平成７	年	月 日				
⑮障害状態にありますか	ある ・ ない						
⑯該当日	平成 年 月 日						
⑰該当理由	02.受給権発生後の子の出生・養子縁組（再養子縁組） 03.子の障害該当 04.生計維持関係の復活 05.児童扶養手当からの選択換え 12.受給権発生後の子の出生・養子縁組（法施行前） 13.子の障害該当（法施行前） 14.生計維持関係の復活（法施行前）						
⑱児童扶養手当の受給対象ですか	はい ・ いいえ						

※機構記入欄							
諸変更コード	54－04	理由コード		改定年月日	平 7	年	月 日
統柄コード	2	障害状態コード					

生計維持申立

左記および上記の加算額・加給年金額の対象者は、生計を維持していることを申し立てる。

平成 年 月 日 受給権者氏名 ㊞

市区町村 受付年月日

年金事務所 受付年月日

機構本部 受付年月日

子の加算請求に係る確認書

私は、「障害給付加算額・加給年金額加算開始事由該当届」を提出するにあたり、障害基礎年金等の子の加算金について、下記の説明を受けたことを確認します。

記

障害基礎年金等の子の加算について

1．障害基礎年金等の子の加算を受給すると、配偶者が受給している児童扶養手当は資格喪失又は減額となります。

2．障害基礎年金等の子の加算について手続きをすると、後日「支給額変更通知書」が届きます。
また、既に配偶者が児童扶養手当を受給している場合は、配偶者がお客様の「支給額変更通知書」を持参のうえ、市区町村役場へ「児童扶養手当資格喪失届」又は「児童扶養手当額改定届」を提出する必要があります。

3．今回届出のありました「障害給付加算額・加給年金額加算開始事由該当届」について、住所地の市区町村役場へ情報提供されることをご承知願います。
なお、個人情報については児童扶養手当からの移行以外の目的で使用することはありません。

平成　　年　　月　　日

申出人（障害年金受給権者）
基礎年金番号　　－
住所
氏名　　㊞
電話番号　　（　　）

代理人
住所
氏名　　㊞
申出人との続柄
電話番号　　（　　）

（別添３）

◎この届書は、以下のいずれかに該当したときに提出してください。

- 障害給付の受給権者が、受給権発生後において、生計を維持する配偶者や子を有するに至ったとき。
- 障害給付の受給権者が、国民年金法等の一部を改正する法律（平成 22 年法律第 27 号。以下「法」という。）の施行日（平成 23 年 4 月 1 日）において、現に当該受給権者によって生計を維持している配偶者や子（受給権発生以後に生計を維持するに至った者に限る）を有している場合。

〔◆ 障害給付の制度によって、配偶者及び子の加算ができない場合もありますのでご注意願います。〕

＜記入上の注意＞

・太枠のみ記入してください。（※印欄は、記入の必要がありません。）

・③、⑨および⑭の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、たとえば昭和１５年６月５日生まれの場合は、

明・大・(昭)・平		年		月		日
１３５７	１	５	０	６	０	５

のように記入してください。

・⑥で配偶者が児童扶養手当を受給しており、児童扶養手当の受給対象であるお子様について、障害基礎年金等の子の加算への移行を希望される場合は、子供の欄を記入の上、左記の「子の加算請求に係る確認書」をご確認の上、申出人欄に署名してください。

・⑦～⑫は配偶者（事実上の婚姻関係にある方を含む。）について記入してください。

・⑩の受給状況については、障害厚生年金等を受ける方であって、加給年金額の対象者である配偶者（夫または妻）の年金について記入してください。上欄は、該当する文字（ア・イ・ウ）のいずれかを○印で囲んでください。アまたはイに該当する方は、中欄および下欄にも記入してください。

「公的年金制度等」とは次の制度です。
１　国民年金　　２　厚生年金保険　　３　船員保険（旧法の年金のみ）　　４　国家公務員共済組合
５　地方公務員等共済組合　　６　私立学校教職員共済　　７　農林漁業団体職員共済組合　　８　恩給
９　地方公務員の退職年金に関する条例　　１０　日本製鉄八幡共済組合　　１１　執行官
１２　旧令による共済組合等　　１３　戦傷病者戦没者遺族等援護

・⑬～⑱は１８歳到達日以後の最初の３月３１日までの間にある子（厚生年金保険法又は国家公務員共済組合法等の障害等級の１級又は２級に該当する障害の状態にある２０歳未満の子を含む）について記入してください。

・⑪および⑯の該当日については、婚姻日や出生日等、生計を維持する配偶者や子を有することとなった日（以下「事実発生日」という。）を記入願います。

〔◆ 事実発生日が法施行日の前日（平成 23 年 3 月 31 日）以前にあり、法施行日において、現に当該受給権者によって生計を維持している配偶者や子を有している場合は、平成 23 年 3 月 31 日と記入願います。〕

・障害給付の受給権者で、加給年金額の対象者がある方は、「生計維持申立」欄に生計を維持していることの申し立てをしてください。

・受給権者が自ら署名する場合には、受給権者の押印は不要です。

◎この届書に添えなければならない書類

・加給年金額の対象者と受給権者との身分関係を明らかにすることができる市区町村長の証明書または戸籍の抄本（住民票でこれにかえることはできません）

・加給年金額の対象者が、受給権者によって、生計維持されていることを証する書類

・加給年金額の対象者のうち、厚生年金保険または国家公務員共済組合法等の障害等級の１級または２級に該当する障害の状態にある子があるとき(厚生労働大臣から診断書が不要である旨の通知を受けている方を除きます。）は、医師または歯科医師の診断書（この診断書の用紙は、年金事務所にあります。）
また、次の病気やけがによるときは、レントゲンフィルム

ア　呼吸器系結核　　イ　肺化のう症　　ウ　けい肺（これに類似するじん肺症を含む。）
エ　その他認定又は審査に際し必要と認められたもの

・⑥ではいを○印で囲んだ方は、児童扶養手当額が確認できる書類の写（児童扶養手当証書等）

・⑩でア、イを○印で囲んだ方は、その年金証書、恩給証書またはこれに準ずる書類の写し

新法

【様式229-1号】にかかるチェックシート（新法障害年金受給権者・旧法国年障害年金受給権者用）

加算開始事由該当年月日：平成23年3月31日　限定

決裁欄

年金給付グループ長	事務センター担当者
お客様相談室長	年金事務所担当者

基礎年金番号・年金コード	受給権者氏名	生年月日	
-		M T S H　年　月　日	
基礎年金番号・年金コード	加算対象者氏名	生年月日	
-		M T S H　年　月　日	配・子

どちらかに○をつける　確認欄には黒で○を記入

（1）　届書（様式229-1号）記入内容の確認	事務所 確認欄	事務センター 確認欄
太枠内の記入漏れはないか。		
氏名のフリガナは記入されているか。		
押印はあるか。（受給権者の自署であれば押印不要）		
「⑪又は⑯該当日」は平成23年3月31日と記入されているか。		

（2）　必要添付書類　全て添付が必要。	確認欄	確認欄
当事者全員の戸籍は添付されているか。 ※発行日は平成23年4月1日以降、かつ提出日から6か月以内か。		
当事者全員の住民票（世帯全員、かつ、続柄記載あり）は添付されているか。 ※発行日は平成23年4月1日以降、かつ提出日から6か月以内か。		
加算対象者の収入を証明する書類は添付されているか。 ※「義務教育終了前の子」が加算対象者である場合は、添付不要		

	（3）　戸籍の確認　いずれかに該当していること。	確認欄	確認欄
子	加算対象者は子であり、平成23年3月31日以前に出生している。　→（3）－Aへ		
子	加算対象者は子であり、平成23年3月31日以前から引き続き、受給権者の養子となっている。→（3）－Aへ		
配偶者	加算対象者は配偶者であり、平成23年3月31日以前から引き続き、受給権者と法律婚関係にある。		
配偶者	戸籍上、配偶者はいないが、内縁の妻がいるとの申出がある。 →　事実婚関係の確認は（5）へ。（4）の確認も必要。		

	（3）－A　子の加算と児童扶養手当との調整	確認欄	確認欄
子	子の加算と児童扶養手当との調整について説明を行った。		／
子	障害年金の子の加算を希望している。　→　子の加算請求にかかる確認書に記入があるか。		

	（4）　平成23年3月31日における加算対象者の年齢確認　いずれかに該当していること。	確認欄	確認欄
子	加算対象者は子であり、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある。		
子	加算対象者は子であって、18歳に達する日以後の最初の3月31日から20歳未満であり、障害状態にあるとの申出がある。　→　診断書が添付されていることを確認し、認定を行う。	／	
配偶者	加算対象者は配偶者であり、65歳未満である。　→　（4）－Aへ		
配偶者	加算対象者は配偶者であり、65歳以上、85歳未満である。　→　（4）－Bへ		
配偶者	加算対象者は配偶者であり、85歳以上である。　→　（4）－Aへ		

	（４）－Ａ　配偶者の年金受給の有無	確認欄	確認欄
配偶者	配偶者が退職・老齢年金（2号被保険者期間240月以上（特例による240月みなしを含む））、又は障害年金を受給している。　→　配偶者加給年金は支給停止となる。		
	上記以外の年金を受給、又は何も受給していない。　→　配偶者加給年金は支給される。		

	（４）－Ｂ　配偶者の年金受給の有無	確認欄	確認欄
配偶者	配偶者が新法の老齢基礎年金の受給権を有している。ただし、退職共済・老齢厚生年金については、2号被保険者期間240月未満（特例による240月みなしも非該当）である。 →　配偶者加給年金は加算できない。障害年金加算改善法の経過措置による振替加算の確認を行う。		
	配偶者が受給権を有する、退職共済・老齢厚生年金については、2号被保険者期間240月以上（特例による240月みなしを含む）である。 →　配偶者加給年金も、障害年金加算改善法の経過措置による振替加算も加算できない。		

（５）　住民票の確認 平成23年3月31日以前から引続き、受給権者と加算対象者が下記のいずれかの状態であることを確認する。	確認欄	確認欄
住民票上同一世帯に属している。　→事実婚関係の場合は、（５）－Ｃへ		
住民票上世帯を異にしているが、住所が住民票上同一である。　→　（５）－Ａへ →事実婚関係の場合は、（５）－Ａではなく（５）－Ｄへ		
住民票上、住所が異なっている。　→　（５）－Ｂへ →事実婚関係の場合は、（５）－Ｂではなく（５）－Ｅへ		

（５）－Ａ　下記の書類が添付されていることを確認	確認欄	確認欄
別世帯となっていることについての理由書		

	（５）－Ｂ　下記の①又は②の書類全てが添付されていることを確認	確認欄	確認欄
①	別世帯となっていることについての理由書		
	同居についての申立書		
	第三者の証明書又は【別表４】に掲げる書類		
	※添付書類から「現に起居を共にし、かつ、消費生活上の家計を一つにしている」と認められる。		
②	別居していることについての理由書		
	経済的援助及び定期的な音信、訪問等についての申立書		
	第三者の証明書又は【別表４】に掲げる書類		
	※添付書類から「止むを得ない事情により住所が住民票上異なっているが、次の（ア）（イ）のような事実が認められ、止むを得ない事情が消滅したときは、起居を共にし、消費生活上の家計を一つにする」と認められる。 （ア）生活費、療養費等の経済的な援助が行われていること （イ）定期的に音信、訪問が行われていること		

別表４

事項	提出書類
①健康保険等の被扶養者になっている場合	健康保険被保険者証等の写
②給与計算上、扶養手当等の対象になっている場合	給与簿又は賃金台帳等の写
③税法上の扶養親族になっている場合	源泉徴収票又は課税台帳等の写
④定期的に送金がある場合	預金通帳、振込明細書又は現金書留封筒等の写
⑤その他①～④に準ずる場合	その事実を証する書類

（５）－Ｃ　下記の書類が添付されていることを確認	確認欄	確認欄
婚姻の意思についての当事者それぞれの申立書		

（５）－Ｄ　下記の書類全てが添付されていることを確認	確認欄	確認欄
婚姻の意思についての当事者それぞれの申立書		
別世帯となっていることについての理由書		
第三者の証明書又は【別表６】に掲げる書類		

（５）- Ｅ　下記の①又は②の書類全てが添付されていることを確認		確認欄	確認欄
①	婚姻の意思についての当事者それぞれの申立書		
	同居についての申立書		
	別世帯となっていることについての理由書		
	第三者の証明書		
	【別表６】に掲げる書類		
	※添付書類から「現に起居を共にし、かつ、消費生活上の家計を一つにしている」と認められる。		
②	婚姻の意思についての当事者それぞれの申立書		
	別居していることについての理由書		
	経済的援助及び定期的な音信、訪問等についての申立書		
	第三者の証明書		
	【別表６】に掲げる書類		
	※添付書類から「止むを得ない事情により住所が住民票上異なっているが、次の（ア）（イ）のような事実が認められ、止むを得ない事情が消滅したときは、起居を共にし、消費生活上の家計を一つにする」と認められる。 （ア）生活費、療養費等の経済的な援助が行われていること （イ）定期的に音信、訪問が行われていること		

別表６

事項	提出書類
①健康保険の被扶養者になっている場合	健康保険被保険者証の写
②給与計算上、扶養手当の対象になっている場合	給与簿又は賃金台帳等の写
③同一人の死亡について、他制度から遺族給付が行われている場合	他制度の遺族年金証書等の写
④挙式、披露宴等が最近（1年以内）に行われている場合	結婚式場等の証明書又は挙式、披露宴等の実施を証する書類
⑤葬儀の喪主になっている場合	葬儀を主催したことを証する書類（会葬御礼の写等）
⑥その他①～⑤のいずれにも該当しない場合	その他内縁関係の事実を証する書類（連名の郵便物、公共料金の領収証、生命保険の保険証、未納分の税の領収証又は賃貸借契約書の写等）

※⑥については右欄に掲げる書類はあくまでも例示であり、複数の資料の提出を求めたうえで、事実婚関係の有無を総合的に判断すること。

（６） 加算対象者の収入を証明する書類の確認 下記①、②のいずれかに該当していること		確認欄	確認欄
①	源泉徴収票、課税証明書、確定申告書等収入額及び所得額を確認することができる書類のいずれかが添付されているか。		
	源泉徴収票の場合は、他に収入がないことの申立書が添付されているか。		
	平成22年分の収入に基づく証明であるか。平成22年分の収入が確定していない場合 →平成21年分の収入に基づく証明であるか。		
	収入が年額850万円未満、又は所得が年額655.5万円未満であるか。 → 収入が年額850万円以上かつ所得が年額655.5万円以上の場合は、（６）－Ａへ		
②	【別表３】に掲げる書類のいずれか		

別表３

加算対象者	加算対象者の状況	提示書類
配偶者	①健康保険等の被扶養者	健康保険被保険者証等
	②国民年金の第3号被保険者	第3号被保険者認定通知書又は年金手帳 （第3号被保険者である旨の記載があるものに限る。）
	~~③公的年金の加給年金額対象者又は加算額対象者~~	~~年金証書及び裁定通知書~~
	④国民年金保険料免除者 （学生納付特例者、若年者納付猶予者）	国民年金保険料免除該当通知書又は、 国民年金保険料免除申請承認通知書等
	⑤生活保護受給者	保護開始決定通知書
子	①義務教育終了前	不要
	②健康保険等の被扶養者	健康保険被保険者証等
	③高等学校等在学中	在学証明書又は学生証
	~~④公的年金の加給年金額対象者又は加算額対象者~~	~~年金証書及び裁定通知書~~

※配偶者の場合は③、子の場合は④の適用を除く

（６）－Ａ 収入又は所得が基準額を上回る場合の確認 下記①、②のいずれかに該当していること		確認欄	確認欄
①	一時的な所得を除くと、収入が年額850万円未満、又は所得が年額655.5万円である。		
	当該事情を証する書類は添付されているか。		
②	定年退職等の事情により平成23年3月31日においては、収入が年額850万円未満、又は所得が年額655.5万円未満となると認められる。		
	当該事情を証する書類は添付されているか。		

（７） 受給権者の年金受給の確認	確認欄	確認欄
障害年金の加算と同時に、受給する年金の変更を希望している。 → 年金受給選択申出書が添付されているか。		
選択関係等により停止されていた障害年金を再度受給する場合で、前回の現況診断から有期固定年数を超えている。 → 診断書が添付されていることを確認し、認定を行う。	／	

	（８） 様式229-1号の機構記入欄への記入	確認欄	確認欄
配偶者	理由コードの欄には、「⑫該当理由」から転記するが、該当理由は正しいか。	／	
	改定年月日の欄には、必ず平成23年3月31日と記入する。	／	
	配偶者基礎年金番号欄には、配偶者の基礎年金番号を記入する。 なお、配偶者が基礎年金番号を有しない場合は、基礎年金番号を付番の上、記入する。	／	
	配偶者年金コード欄には、平成23年3月31日時点で配偶者が受給している年金の年金コードを記入する。 なお、配偶者が受給権を有する年金が全額支給停止中である場合は、当該年金コードを記入する。	／	
	配偶者状態表示欄には、平成23年3月31日時点における配偶者の年金支給状況に応じたコードを記入する。	／	
子	理由コードの欄には、「⑰該当理由」から転記するが、該当理由は正しいか。	／	
	改定年月日の欄には、必ず平成23年3月31日と記入する。	／	
	障害状態コードの欄には、認定結果に応じて、診断書コード１～９のいずれかを記入する。	／	

旧法

【様式229-1号】にかかるチェックシート（旧法厚年・船保障害年金受給権者用）

加算開始事由該当年月日：平成23年3月31日　限定

決裁欄

年金給付グループ長	事務センター担当者
お客様相談室長	年金事務所担当者

基礎年金番号・年金コード	受給権者氏名	生年月日
-		M T S H　年　月　日
基礎年金番号・年金コード	**加算対象者氏名**	**生年月日**
-		M T S H　年　月　日　配・子

どちらかに○をつける　確認欄には黒で○を記入

（1）　届書（様式229-1号）記入内容の確認	事務所 確認欄	事務センター 確認欄
太枠内の記入漏れはないか。		
氏名のフリガナは記入されているか。		
押印はあるか。（受給権者の自署であれば押印不要）		
「⑪又は⑯該当日」は平成23年3月31日と記入されているか。		

（2）　必要添付書類　全て添付が必要	確認欄	確認欄
当事者全員の戸籍は添付されているか。 ※発行日は平成23年4月1日以降、かつ提出日から6か月以内か。		
当事者全員の住民票（世帯全員、かつ、続柄記載あり）は添付されているか。 ※発行日は平成23年4月1日以降、かつ提出日から6か月以内か。		

	（3）　戸籍の確認　いずれかに該当していること。	確認欄	確認欄
子	加算対象者は子であり、平成23年3月31日以前に出生している。　→（3）－Aへ		
子	加算対象者は子であり、平成23年3月31日以前から引き続き、受給権者の養子となっている。→（3）－Aへ		
配偶者	加算対象者は配偶者であり、平成23年3月31日以前から引き続き、受給権者と法律婚関係にある。		
配偶者	戸籍上、配偶者はいないが、内縁の妻がいるとの申出がある。 →　事実婚関係の確認は（5）へ。（4）の確認も必要。		

（3）－A　子の加算と児童扶養手当との調整	確認欄	確認欄
子の加算と児童扶養手当との調整について説明を行った。		
障害年金の子の加算を希望している。　→　子の加算請求にかかる確認書に記入があるか。		

	（4）　平成23年3月31日における加算対象者の年齢確認　いずれかに該当していること。	確認欄	確認欄
子	加算対象者は子であり、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある。		
子	加算対象者は子であって、障害状態にあるとの申出がある。 →　診断書が添付されていることを確認し、認定を行う。		
配	加算対象者は配偶者である。　→　（4）－Aへ		

	（4）- A　配偶者の年金受給の有無	確認欄	確認欄
配偶者	配偶者が退職・老齢年金（2号被保険者期間240月以上（特例による240月みなしを含む））、又は障害年金を受給している。　→　配偶者加給年金は支給停止となる。		
配偶者	上記以外の年金を受給、又は何も受給していない。　→　配偶者加給年金は支給される。		

（５）　住民票の確認	確認欄	確認欄
平成23年3月31日以前から引続き、受給権者と加算対象者が下記のいずれかの状態であることを確認する。		
住民票上同一世帯に属している。　→事実婚関係の場合は、（５）－Ｃへ		
住民票上世帯を異にしているが、住所が住民票上同一である。　→　（５）－Ａへ →事実婚関係の場合は、（５）－Ａではなく（５）－Ｄへ		
住民票上、住所が異なっている。　→　（５）－Ｂへ →事実婚関係の場合は、（５）－Ｂではなく（５）－Ｅへ		

（５）- Ａ　下記の書類が添付されていることを確認	確認欄	確認欄
別世帯となっていることについての理由書		

（５）- Ｂ　下記の①又は②の書類全てが添付されていることを確認		確認欄	確認欄
①	別世帯となっていることについての理由書		
	同居についての申立書		
	第三者の証明書又は【別表４】に掲げる書類		
	※添付書類から「現に起居を共にし、かつ、消費生活上の家計を一つにしている」と認められる。		
②	別居していることについての理由書		
	経済的援助及び定期的な音信、訪問等についての申立書		
	第三者の証明書又は【別表４】に掲げる書類		
	※添付書類から「止むを得ない事情により住所が住民票上異なっているが、次の（ア）（イ）のような事実が認められ、止むを得ない事情が消滅したときは、起居を共にし、消費生活上の家計を一つにする」と認められる。 （ア）生活費、療養費等の経済的な援助が行われていること （イ）定期的に音信、訪問が行われていること		

別表４

事項	提出書類
①健康保険等の被扶養者になっている場合	健康保険被保険者証等の写
②給与計算上、扶養手当等の対象になっている場合	給与簿又は賃金台帳等の写
③税法上の扶養親族になっている場合	源泉徴収票又は課税台帳等の写
④定期的に送金がある場合	預金通帳、振込明細書又は現金書留封筒等の写
⑤その他①～④に準ずる場合	その事実を証する書類

（５）－Ｃ　下記の書類が添付されていることを確認	確認欄	確認欄
婚姻の意思についての当事者それぞれの申立書		

（５）－Ｄ　下記の書類全てが添付されていることを確認	確認欄	確認欄
婚姻の意思についての当事者それぞれの申立書		
別世帯となっていることについての理由書		
第三者の証明書又は【別表６】に掲げる書類		

（５）- Ｅ　下記の①又は②の書類全てが添付されていることを確認		確認欄	確認欄
①	婚姻の意思についての当事者それぞれの申立書		
	同居についての申立書		
	別世帯となっていることについての理由書		
	第三者の証明書		
	【別表６】に掲げる書類		
	※添付書類から「現に起居を共にし、かつ、消費生活上の家計を　つにしている」と認められる。		
②	婚姻の意思についての当事者それぞれの申立書		
	別居していることについての理由書		
	経済的援助及び定期的な音信、訪問等についての申立書		
	第三者の証明書		
	【別表６】に掲げる書類		
	※添付書類から「止むを得ない事情により住所が住民票上異なっているが、次の（ア）（イ）のような事実が認められ、止むを得ない事情が消滅したときは、起居を共にし、消費生活上の家計を　つにする」と認められる。 （ア）生活費、療養費等の経済的な援助が行われていること （イ）定期的に音信、訪問が行われていること		

別表６

事項	提出書類
①健康保険の被扶養者になっている場合	健康保険被保険者証の写
⑵給与計算上⑴扶養手当⑴対象になっ⑴い⑵場⑵	⑶与簿⑴⑶賃金台帳等の写
③同　人の死亡について、他制度から遺族給付が行われている場合	他制度の遺族年金証書等の写
④挙式、披露宴等が最近（1年以内）に行われている場合	結婚式場等の証明書又は挙式、披露宴等の実施を証する書類
⑤葬儀の喪主になっている場合	葬儀を主催したことを証する書類（会葬御礼の写等）
⑥その他①～⑤のいずれにも該当しない場合	その他内縁関係の事実を証する書類（連名の郵便物、公共料金の領収証、生命保険の保険証、未納分の税の領収証又は賃貸借契約書の写等）

※⑥については右欄に掲げる書類はあくまでも例示であり、複数の資料の提出を求めたうえで、事実婚関係の有無を総合的に判断すること。

（６）　受給権者の年金受給の確認	確認欄	確認欄
障害年金の加算と同時に、受給する年金の変更を希望している。 →　年金受給選択申出書が添付されているか。		
選択関係等により停止されていた障害年金を再度受給する場合で、前回の現況診断から有期固定年数を超えている。　→　診断書が添付されていることを確認し、認定を行う。	／	

	（７）　様式229 - 1号の機構記入欄への記入	確認欄	確認欄
配偶者	理由コ　ドの欄には、「⑫該当理由」から転記するが、該当理由は正しいか。	／	
	改定年月日の欄には、必ず平成23年3月31日と記入する。	／	
	配偶者基礎年金番号欄には、配偶者の基礎年金番号を記入する。 なお、配偶者が基礎年金番号を有しない場合は、基礎年金番号を付番の上、記入する。	／	
	配偶者年金コ　ド欄には、平成23年3月31日時点で配偶者が受給している年金の年金コ　ドを記入する。 なお、配偶者が受給権を有する年金が全額支給停止中である場合は、当該年金コ　ドを記入する。	／	
	配偶者状態表示欄には、平成23年3月31日時点における配偶者の年金支給状況に応じたコ　ドを記入する。	／	
子	理由コ　ドの欄には、「⑰該当理由」から転記するが、該当理由は正しいか。	／	
	改定年月日の欄には、必ず平成23年3月31日と記入する。	／	
	障害状態コ　ドの欄には、認定結果に応じて、診断書コ　ド１～９のいずれかを記入する。	／	

子のみ

【様式229-1号】にかかるチェックシート（新法障害基礎年金受給権者、旧法国年障害年金受給権者用）

加算開始事由該当年月日：平成23年3月31日　限定

決裁欄

年金給付グループ長	事務センター担当者
市区町村	

基礎年金番号・年金コード	受給権者氏名	生年月日
-		M T S H　年　月　日
基礎年金番号・年金コード	加算対象者氏名	生年月日
		M T S H　年　月　日

確認欄には黒で○を記入

（1）　届書（様式229-1号）記入内容の確認	市区町村 確認欄	事務センター 確認欄
太枠内の記入漏れはないか。		
氏名のフリガナは記入されているか。		
押印はあるか。（受給権者の自署であれば押印不要）		
「⑯該当日」は平成23年3月31日と記入されているか。		

（2）　必要添付書類　全て添付が必要。	確認欄	確認欄
当事者全員の戸籍は添付されているか。 ※発行日は平成23年4月1日以降、かつ提出日から6か月以内か。		
当事者全員の住民票（世帯全員、かつ、続柄記載あり）は添付されているか。 ※発行日は平成23年4月1日以降、かつ提出日から6か月以内か。		
加算対象者の収入を証明する書類は添付されているか。 ※「義務教育終了前の子」が加算対象者である場合は、添付不要		

（3）　戸籍の確認　いずれかに該当していること。	確認欄	確認欄
加算対象者は子であり、平成23年3月31日以前に出生している。　→　（3）－Aへ		
加算対象者は子であり、平成23年3月31日以前から引き続き、受給権者の養子となっている。→　（3）－Aへ		

（3）－A　子の加算と児童扶養手当との調整	確認欄	確認欄
子の加算と児童扶養手当との調整について説明を行った。		
障害年金の子の加算を希望している。　→　子の加算請求にかかる確認書に記入があるか。		

（4）　平成23年3月31日における加算対象者の年齢確認　いずれかに該当していること。	確認欄	確認欄
加算対象者は子であり、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある。		
加算対象者は子であって、18歳に達する日以後の最初の3月31日から20歳未満であり、障害状態にあるとの申出がある。　→　診断書が添付されていることを確認し、認定を行う。		

（５）　住民票の確認 平成23年3月31日以前から引続き、受給権者と加算対象者が下記のいずれかの状態であることを確認する。	確認欄	確認欄
住民票上同一世帯に属している。		
住民票上世帯を異にしているが、住所が住民票上同一である。　→　（５）－Ａへ		
住民票上、住所が異なっている。　→　（５）－Ｂへ		

（５）- Ａ　下記の書類が添付されていることを確認	確認欄	確認欄
別世帯となっていることについての理由書		

（５）- Ｂ　下記の①又は②の書類全てが添付されていることを確認		確認欄	確認欄
①	別世帯となっていることについての理由書		
	同居についての申立書		
	第三者の証明書又は【別表４】に掲げる書類		
	※添付書類から「現に起居を共にし、かつ、消費生活上の家計を一つにしている」と認められる。		
②	別居していることについての理由書		
	経済的援助及び定期的な音信、訪問等についての申立書		
	第三者の証明書又は【別表４】に掲げる書類		
	※添付書類から「止むを得ない事情により住所が住民票上異なっているが、次の（ア）（イ）のような事実が認められ、止むを得ない事情が消滅したときは、起居を共にし、消費生活上の家計を一つにする」と認められる。 （ア）生活費、療養費等の経済的な援助が行われていること （イ）定期的に音信、訪問が行われていること		

別表４

事項	提出書類
①健康保険等の被扶養者になっている場合	健康保険被保険者証等の写
②給与計算上、扶養手当等の対象になっている場合	給与簿又は賃金台帳等の写
③税法上の扶養親族になっている場合	源泉徴収票又は課税台帳等の写
④定期的に送金がある場合	預金通帳、振込明細書又は現金書留封筒等の写
⑤その他①～④に準ずる場合	その事実を証する書類

（６） 加算対象者の収入を証明する書類の確認 下記①、②のいずれかに該当していること		確認欄	確認欄
①	源泉徴収票、課税証明書、確定申告書等収入額及び所得額を確認することができる書類のいずれかが添付されているか。		
	源泉徴収票の場合は、他に収入がないことの申立書が添付されているか。		
	平成22年分の収入に基づく証明であるか。平成22年分の収入が確定していない場合 →平成21年分の収入に基づく証明であるか。		
	収入が年額850万円未満、又は所得が年額655.5万円未満であるか。 → 収入が年額850万円以上かつ所得が年額655.5万円以上の場合は、（６）－Ａへ		
②	【別表３】に掲げる書類のいずれか		

別表３

加算対象者	加算対象者の状況	提示書類
配偶者	①健康保険等の被扶養者	健康保険被保険者証等
	②国民年金の第3号被保険者	第3号被保険者認定通知書又は年金手帳 （第3号被保険者である旨の記載があるものに限る。）
	~~③公的年金の加給年金額対象者又は加算額対象者~~	~~年金証書及び裁定通知書~~
	④国民年金保険料免除者 （学生納付特例者、若年者納付猶予者）	国民年金保険料免除該当通知書又は、 国民年金保険料免除申請承認通知書等
	⑤生活保護受給者	保護開始決定通知書
子	①義務教育終了前	不要
	②健康保険等の被扶養者	健康保険被保険者証等
	③高等学校等在学中	在学証明書又は学生証
	~~④公的年金の加給年金額対象者又は加算額対象者~~	~~年金証書及び裁定通知書~~

※配偶者の場合は③、子の場合は④の適用を除く

（６）－Ａ 収入又は所得が基準額を上回る場合の確認 下記①、②のいずれかに該当していること		確認欄	確認欄
①	一時的な所得を除くと、収入が年額850万円未満、又は所得が年額655.5万円である。		
	当該事情を証する書類は添付されているか。		
②	定年退職等の事情により平成23年3月31日においては、収入が年額850万円未満、又は所得が年額655.5万円未満となると認められる。		
	当該事情を証する書類は添付されているか。		

（７） 受給権者の年金受給の確認	確認欄	確認欄
障害年金の加算と同時に、受給する年金の変更を希望している。 → 年金受給選択申出書が添付されているか。		
選択関係等により停止されていた障害年金を再度受給する場合で、前回の現況診断から有期固定年数を超えている。 → 診断書が添付されていることを確認し、認定を行う。	／	

（８） 様式229 - 1号の機構記入欄への記入	確認欄	確認欄
理由コードの欄には、「⑪該当理由」から転記するが、該当理由は正しいか。	／	
改定年月日の欄には、必ず平成23年3月31日と記入する。	／	
障害状態コードの欄には、認定結果に応じて、診断書コード１～９のいずれかを記入する。	／	

２．　疑義照会（2010-220 脱退手当金の受給要件の判定で、60 歳到達以後の被保険者期間の取扱いについて）の回答の差し替え（指示・依頼）　23.4.14 給付指 2011-111

【年金給付部　給付指導グループ】

平成 22 年 2 月 12 日付疑義照会（2010-220 脱退手当金の受給要件の判定で、60 歳到達以後の被保険者期間の取扱いについて）に関し、厚生労働省年金局から「厚生年金保険の脱退手当金の受給資格要件に係る取扱いについて」（平成２３年３月２９日年管管発第０３２９第１号）の通知が発出されたことを踏まえ、平成２１年１２月３日前に支給・不支給決定されたものについても、脱退手当金不支給処分の取消及び脱退手当金の支給決定又は脱退手当金の追加支給の事務処理を進めることとされたため、回答の差し替えをお知らせするものです。

平成２３年４月１４日
給付指 2011-111

疑義照会（2010-220 脱退手当金の受給要件の判定で、60 歳到達以後の被保険者期間の取扱いについて）の回答の差し替え（指示・依頼）

宛先	本部		ブロック本部			事務センター				年金事務所				
	各部(全)	関係部	管理部	相給部	適徴部	厚年G	国年G	年給G	記録G	適用課	徴収課	国年課	記録課	相談室
				◎				◎						◎

情報提供先	相談センター	社労士会	健保協会	機構健保	
	✓				

本部関係部
リスク・コンプライアンス部、事業企画部、記録問題対策部、年金相談部

目的・趣旨

疑義照会（2010-220 脱退手当金の受給要件の判定で、60 歳到達以後の被保険者期間の取扱いについて）に関し、厚生労働省年金局から「厚生年金保険の脱退手当金の受給資格要件に係る取扱いについて」（平成２３年３月２９日年管管発第０３２９第１号）の通知が発出されたことを踏まえ、平成２１年１２月３日前に支給・不支給決定されたものについても、脱退手当金不支給処分の取消及び脱退手当金の支給決定又は脱退手当金の追加支給の事務処理を進めることとされたため、回答の差し替えをお知らせするものです。

ポイント（内容）

○　疑義照会（2010-220 脱退手当金の受給要件の判定で、60 歳到達以後の被保険者期間の取扱いについて）に関し、平成２２年１１月１２日に回答を行いましたが、平成２３年３月２９日年管管発第０３２９第１号「厚生年金保険の脱退手当金の受給資格要件に係る取扱いについて」（厚生労働省年金局事業管理課長通知）が発出されたことを踏まえ、平成２３年４月１３日に回答の差し替えを行いました。

照会先
本部年金給付部給付指導Ｇ
担当　高梨

連絡先
（直通）[redacted]

審査担当ﾁｪｯｸ欄　■

（様式第１）　　疑義照会(回答)票

照 会 日　　平成２２年２月１２日
照会部署名 福岡事務センター年金給付第１Ｇ
照会担当者　古賀　暁生（グループ長）
連　絡　先 [redacted]
メールアドレス [redacted]

業務実施部署の長の確認	古賀

（案件）

（受付番号） No.２０１０―２２０	脱退手当金の受給要件の判定で、60 歳到達以後の被保険者期間の取扱いについて

※　受付番号は、品質管理担当部署において記入します。

（内容）

この件については、平成 21 年 11 月 30 日付けで社会保険庁年金保険課から各地方社会保険事務局へ下記の内容で対象事案１として、確認依頼がされたところであるが、その後、具体的な指示が出されていない。

「脱退手当金の受給資格要件の判定に当たっては、厚生労働省の見解に基づき、60 歳到達時点における被保険者期間により行うこととし、60 歳到達以後の被保険者期間は受給資格要件判定の際の被保険者期間には含まない旨の取扱いとしているところ。今般、上記の取扱いについて再度検討したところ、脱退手当金の受給資格要件の判定に当たっては、60 歳到達以後の被保険者期間も含むべきではないかとの疑義が生じているもの。」

当センターでは、該当案件があるため、支給できるか、支給できないか早急にご教示をお願いしたい。

（回答）

６０歳以降の被保険者期間を有する者の脱退手当金の取扱いについては、平成１９年１０月１７日付疑義照会（回答）票「旧厚生年金保険法第６９条に定める脱退手当金の受給権者の要件について」（コード番号：０７１０１７－０９１）及び平成２１年６月２日付疑義照会（回答）票「脱退手当金の支給対象期間について」（コード番号：０９６０２－１９７）の回答において、脱退手当金の支給要件に関し、「６０歳到達時点で５年以上の被保険者期間を有していることが要件とされており、６０歳到達以降に被保険者期間が追加されたことにより受給資格要件を満たすものではない」とされていた。

一方、この取扱いに関し、平成２１年１１月３０日付の旧社会保険庁年金保険課に

よる「脱退手当金の受給資格要件についての照会」に関し、厚生労働省年金局年金課より、平成２１年１２月３日に「脱退手当金の支給要件について、６０歳到達以降の被保険者期間を含めて受給資格要件の認定を行うよう取扱いを変更されたい」との回答があった。

本件の事務処理に関し、平成２２年３月３０日付の疑義照会に対する厚生労働省年金局事業管理課の平成２２年１１月１２日付回答により、６０歳以降の被保険者期間を有する者への脱退手当金の事務処理に当たっては、厚生労働省年金局年金課から回答のあった平成２１年１２月３日以降に６０歳到達以後の被保険者期間を含めれば脱退手当金の支給要件を満たしていたにも関わらず、６０歳到達時の被保険者期間のみで受給要件の判定を行ったため、支給できないと取り扱ったもの、及び６０歳到達以後の被保険者期間があるにも関わらず、その期間を脱退手当金の算定期間に含めず、６０歳到達時の被保険者期間のみで支給決定したもの、又は処理をまだ行っていないもの（以下、「平成２１年１２月３日以降のもの」とする。）のみだけではなく、平成２１年１２月３日前に支給・不支給決定したものについても適用することとされ、まず、平成２１年１２月３日以降のものについて事務処理を進め、平成２１年１２月３日前に支給・不支給決定したものについても、脱退手当金の不支給処分の取消及び脱退手当金の支給決定又は脱退手当金の追加支給の事務処理を進めることとされた。

したがって、本件については上記取扱い基づき、平成２１年１２月３日前に支給・不支給決定したものについても、事務処理を進めることとされたい。

なお、不支給処分の取消しについては」、「６０歳以降の被保険者期間を有する者の脱退手当金の取扱い（指示・依頼）」（平成２２年１２月２７日給付指２０１０－２３９）に従って、平成２１年１２月３日以降のものと同様に事務処理を進めることとされたい。

回　答　日	平成２３年　４月１３日
回答部署名	年金給付部給付指導グループ
回答作成者	高梨　昭浩
連　絡　先	[redacted]
メールアドレス	[redacted]

主管担当部署の長の確認 （軽微なものについてはグループ長）	笠井

参考

疑義照会(回答)票（厚生労働省）

照会日　　平成２２年３月３０日
照会部署名　年金給付部給付指導グループ
照会担当者　　（一般職）高梨　昭浩
連　絡　先　[redacted]
メールアドレス　[redacted]

主管担当部署の長の確認	海老原

（案件）

（受付番号） No.０００００―０００	６０歳以降の被保険者期間を有する者の脱退手当金の取扱いについて

（内容）

６０歳以降の被保険者期間を有する者の脱退手当金の取扱いについては、平成１９年１０月１７日付疑義照会（回答）票「旧厚生年金保険法第６９条に定める脱退手当金の受給権者の要件について」（コード番号：０７１０１７－０９１）及び平成２１年６月２日付疑義照会（回答）票「脱退手当金の支給対象期間について」（コード番号：０９６０２－１９７）の回答において、脱退手当金の支給要件に関し、「６０歳到達時点で５年以上の被保険者期間を有していることが要件とされており、６０歳到達以降に被保険者期間が追加されたことにより受給資格要件を満たすものではない」とされておりました。

一方、この取扱いに関し、平成２１年１１月３０日付の旧社会保険庁年金保険課による「脱退手当金の受給資格要件についての照会」に関し、厚生労働省年金局年金課より、平成２１年１２月３日に「脱退手当金の支給要件について、６０歳到達以降の被保険者期間を含めて受給資格要件の認定を行うよう取扱いを変更されたい」との回答がありました。

以上を踏まえ、６０歳以降の被保険者期間を有する者への脱退手当金の支給に当たっては、６０歳到達以降の被保険者期間を含めて受給資格要件の認定を行うこととなりますが、この取扱いについて、厚生労働省年金局年金課から回答のあった平成２１年１２月３日以降に支給・不支給決定をしたもの又は処理をまだ行っていないもの（以下、「平成２１年１２月３日以降のもの」とする。）のみについて適用すべきか、又は従前に支給決定したものについても適用すべきかご教示願います。

また、従前に支給決定したものについて適用する場合に、その事務取扱いについてご教示願います。なお、従前に支給決定したものの事務取扱いについて直ちに回答を頂くことができない場合、まず、平成２１年１２月３日以降のものについて事務処理を進めてよろしいかご教示願います。

【参考資料】

・平成１９年１０月１７日付疑義照会（回答）票「旧厚生年金保険法第６９条に定める脱退手当金の受給権者の要件について」（コード番号：０７１０１７－０９１）

・平成２１年６月２日付疑義照会（回答）票「脱退手当金の支給対象期間について」（コード番号：０９０６０２－１９７）

・平成２１年１１月３０日付「脱退手当金の受給資格要件についての照会」

（回答）

脱退手当金の支給要件については、平成２１年１２月３日付年金局年金課の回答により、６０歳到達以降の被保険者期間を含めて受給資格要件の認定を行うよう示したところであるが、この取扱いについては、平成２１年１２月３日以前に支給決定されたものについても適用するものとする。

ついては、従前に６０歳到達以後の被保険者期間を含めれば脱退手当金の受給要件を満たしていたにも関わらず、６０歳到達時の被保険者期間のみで受給要件の判定を行ったため、支給できないものとして取り扱ったもの、及び６０歳到達以後の被保険者期間があるにも関わらず、その期間を脱退手当金の算定期間に含めず、６０歳到達時の被保険者期間のみで支給決定したものに係る事務取扱いについては、追って指示するものとする。

なお、平成２１年１２月３日以降の事案については貴見のとおり取り扱っていただきたい。

回答日	平成２２年１１月１２日
回答部署名	厚生労働省年金局
	事業管理課年金給付係
回答作成者	（係員）高山　貴子
連　絡　先	03-3595-2796
メールアドレス	[redacted]

事業管理課長補佐の確認	中村

年管管発０３２９ 第１号
平成２３年３月２９日

日本年金機構事業管理部門担当理事　殿

厚生労働省年金局事業管理課長

厚生年金保険の脱退手当金の受給資格要件に係る取扱いについて

厚生年金保険の脱退手当金の受給資格については、従来 60 歳到達時点において５年以上の被保険者期間を有するか否かで判定してきているところであるが、今後は 60 歳到達以後の期間も含めて 5 年以上の被保険者期間を有するか否かにより受給資格を判定するとともに、60 歳到達時点の前後を通じた被保険者期間全体を脱退手当金の算定基礎とすることとしたので遺漏のないよう取り扱われたい。

なお、本通知の発出に伴い、従前に①60 歳到達以後の被保険者期間を含めれば脱退手当金の受給要件を満たしていたにも関わらず、60 歳到達時の被保険者期間のみで受給要件の判定を行ったため、支給できないものとして取り扱ったもの、及び②60 歳到達以後の被保険者期間があるにも関わらず、その期間を脱退手当金の期間に含めず、60 歳到達時の被保険者期間のみで支給決定したものについて、当該者の把握に極力努められたい。

また、当該者把握後、①に該当する者については、脱退手当金不支給処分の取消及び脱退手当金の支給決定、②に該当する者については、脱退手当金の追加支給について遺漏のないよう取り計らわれたい。

３．障害年金業務に関する大切なお知らせ（その２）

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（指示・依頼）

平成 23 年 2 月 2 日　【給付指　2011-24】

【年金給付部　給付企画グループ】

「ヒト免疫不全ウイルス感染症」の障害認定に係る「診断書の様式変更」については、22 年 3 月号（「障害年金業務に関する大切なお知らせ」Ｐ４６～４７）でお知らせしたところですが、平成 23 年 4 月 1 日から変更後の診断書を使用することとなりましたので、「診断書の様式変更」と「ヒト免疫不全ウイルス感染症にかかる障害認定における留意事項の追加」について、改めてお知らせします。

併せて、障害年金に係る年金相談窓口等におけるプライバシー保護に関しても特段の配慮を引き続きお願いします。

平成２３年２月２日
【給付指 2011-24】

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
（指示・依頼）

宛先	本部		ブロック本部			事務センター				年金事務所				
	各部（全）	関係部	管理部	相給部	適徴部	厚年G	国年G	年給G	記録G	適用課	徴収課	国年課	記録課	相談室
		◎		◎				◎						◎

情報提供先	相談センター	社労士会	健保協会	機構健保	
	レ	レ			

本部関係部
　障害年金業務部

目的・趣旨

　平成２３年１月３１日付厚生労働省年金局事業管理課長通知「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について」が発出されましたので、その内容についてお知らせするとともに、関連する事務運用についてもお知らせします。

ポイント（内容）

＜通知について＞

〇ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定方法の変更ならびに診断書様式が変更となります。

〇通知の適用開始は平成２３年４月１日からです。

〇地方厚生（支）局から市区町村へ情報提供されています。

（その他詳細については別添Ａ・別添Ｂを参照してください。）

＜運用等について＞

〇障害認定方法に関する事務運用上の適用開始日

　◇新規請求・額改定（額改定請求・停止消滅届など）→平成２３年４月１日受付日から

　◇障害状態確認届→平成２３年４月生月者から

〇年金事務所は、平成２３年３月１日から新様式診断書等の窓口配布対応をお願いします。また、街角の年金相談センター・市区町村でも同様の対応ができるよう準備をお願いします。

（その他詳細については別添１～６を参照してください。）

審査担当ﾁｪｯｸ欄　■

照会先
本部年金給付部給付企画Ｇ
担当　太田（哲）
連絡先 [redacted]

別添A

年管管発0131第1号
平成23年1月31日

日本年金機構事業管理部門担当理事　殿

厚生労働省年金局事業管理課長

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について

ヒト免疫不全ウイルス感染症とその続発症による疾病及び障害については、「ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定について」（平成10年2月4日付け庁保険発第1号通知。以下「当初通知」という。）により認定を行っているところですが、近年の医学的知見を反映して当初通知の明確化を図るため、「障害年金の認定（ヒト免疫不全ウイルス感染症）に関する専門家会合」を開催し、審議を行ってきました。

今般、同会合の「意見書」が別添のとおり取りまとめられたことから、ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定については、当初通知のほか、下記の取扱いにより平成23年4月1日から実施することとしましたので、遺漏のないよう取り扱い願います。

記

1　障害認定について

障害認定については、当初通知により、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されたい。

2　診断書の様式及び記載要領について

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。

併せて、診断書を作成する医師が適切に記載できるよう、別紙３の「記載要領」を作成したので、ヒト免疫不全ウイルス感染症による障害給付の請求時に診断書を配付する際には、新様式の診断書に記載要領を添付した上で、これらの書類を申請者から医療機関へ提出するように指導すること。

３　その他

（１）　別紙２の「⑭免疫機能障害」欄の「6. 肝炎の状況」欄に記載された内容により肝疾患による障害の認定が可能である場合は、肝疾患について、改めて診断書（腎疾患・肝疾患、糖尿病の障害）様式120号の6－(2)の提出を要しないものであること。

（２）　別紙２の「⑮ その他の障害」欄に、エイズ指標疾患となっている悪性腫瘍（カポジ肉腫、原発性脳リンパ腫、非ホジキンリンパ腫、浸潤性子宮頸癌）のほか、肛門癌、肺癌、ホジキンリンパ腫の記載がある場合には、記載内容を考慮し、原疾患との総合認定または併合認定により認定すること。

（別紙１）
別添A

障害の程度	障害の程度の目安
１級	[A]（ア＋イ＋ウ）又は[B]を満たす場合とする 【検査項目】 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） 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） a 白血球数が3，000／μℓ未満 b ヘモグロビン量が男性12g／dℓ、女性11g／dℓ未満 c 血小板が10万／μℓ未満 d ヒト免疫不全ウイルスーRNA量が5，000コピー／mℓ以上 【身体症状等】 ウ 以下の項目のうち、4つ以上を満たす 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 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 c 月に7日以上の不定の発熱（38℃以上）が2ヶ月以上続く 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 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 f 動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する 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） 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 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 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 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
２級	[A]（ア＋イ＋ウ）又は[B]（ア＋エ）を満たす場合とする 【検査項目】 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） 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） a 白血球数が3，000/μℓ未満 b ヘモグロビン量が男性12g／dℓ、女性11g／dℓ未満 c 血小板が10万/μℓ未満 d ヒト免疫不全ウイルスーRNA量が5，000コピー／mℓ以上 【身体症状等】 ウ 以下の項目のうち、3つ以上を満たす 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 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 c 月に7日以上の不定の発熱（38℃以上）が2ヶ月以上続く 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 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 f 動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する 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） 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 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 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 【その他】 エ エイズ発症の既往歴がある
３級	[A]（ア＋イ＋ウ）又は[B]（ア＋エ）を満たす場合とする 【検査項目】 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） 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） a 白血球数が3，000／μℓ未満 b ヘモグロビン量が男性12g／dℓ、女性11g／dℓ未満 c 血小板が10万／μℓ未満 d ヒト免疫不全ウイルスーRNA量が5，000コピー／mℓ以上 【身体症状等】 ウ 以下の項目のうち、2つ以上を満たす 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 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 c 月に7日以上の不定の発熱（38℃以上）が2ヶ月以上続く 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 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 f 動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する 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） 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 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 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 【その他】 エ エイズ発症の既往歴がある

（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。

（改正後）

別添A（別紙２）
様式第１２０号の７

⑩ 国民年金 厚生年金保険 船員保険 共済年金

診　断　書

［血液・造血器の障害 その他の障害］

（フリガナ） 氏　名		昭和 平成　年　月　日生（　歳）	男・女
住　所	住所地の郵便番号	都市区 町区村	

① 障害の原因となった傷病名		②傷病の発生年月日	昭和 平成　年　月　日　診療録で確認 本人の申立て （　年　月　日）
		③①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 平成　年　月　日　診療録で確認 本人の申立て （　年　月　日）
④傷病の原因又は誘因	初診年月日（昭和・平成　年　月　日）	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期待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、その他の参考となる事項	診療回数　年間　回、月平均　回 主な病院　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	cm	体重	現在 kg 健康時 kg	握力	右 kg 左 kg	視力	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	血圧	最大	mmHg			
					右 II	dB	%		最小	mmHg			
					左 II	dB	%						

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○で囲んでください。］

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、肉体労働は制限を受けるが歩行、軽労働や座業はできるもの　例えば、軽い家事、事務など

ウ　歩行や身の回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　身の回りのある程度のことはできるが、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等がほぼ不可能となったもの

オ　身の回りのこともできず、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

（ア）自覚症状

疲労感	（無・有・著）	動悸	（無・有・著）
息切れ	（無・有・著）	発熱	（無・有・著）
関節症状	（無・有・著）	易感染性	（無・有・著）

（イ）他覚所見

リンパ節腫脹	（無・有・著）	出血傾向	（無・有・著）
紫斑	（無・有・著）	肝腫	（無・有・著）
脾腫	（無・有・著）		

3 輸血の回数及び総量

回　計　　ml

（平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日）

4 凝固因子製剤輸注の回数及び量

回　計　　ml

（平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日）

5 造血幹細胞移植

無・有（平成　年　月　日）

経過（　）

2 血液検査成績（平成　年　月　日）

（ア）末梢血液　（イ）骨髄

赤血球	×万/μl	有核細胞	×万/μl
ヘモグロビン濃度	g/dl	巨核球	/μl
ヘマトクリット	%	赤芽球	%
白血球	/μl	骨髄芽球	%
顆粒球	/μl	リンパ球	%
単球	%	病的細胞	‰
リンパ球	/μl	顆骨球（G）と赤芽球（E）との比（G/E）	
病的細胞	‰		
血小板	×万/μl		
網赤血球数	‰	（ウ）出血傾向	
血清総蛋白	g/dl	出血時間（　法）　分	
		APTT（基準値　秒）　秒	

（エ）その他

CRP	検査値	LDH	基準値	検査値

6 その他の所見

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）

（お願い）臨床所見等は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

（お願い）太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを確認した年月日を記入してください。

別添A

⑭ 免疫機能障害 （平成　年　月　日現症）

1．検査成績

検査項目 ＼ 検査日	単位	・・	・・	平均値
CD4陽性Tリンパ球数	/μℓ			

（現症日以前の4週間以上の間隔を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。）

検査項目 ＼ 検査日	単位	・・	・・
白血球数	/μℓ		
ヘモグロビン量	g/dℓ		
血小板数	万/μℓ		
HIV-RNA量	コピー/mℓ		

（現症日以前の4週間以上の間隔を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

①1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日以上の不定の発熱（38℃以上）が2ヶ月以上続く　（有・無）
④1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）
⑤1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（①～⑥の症状を除く）（抗HIV療法を実施している場合）　（有・無）
⑧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）
⑨1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）
⑩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　□脂肪ジストロフィー　□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

検査項目 ＼ 検査日	単位	・・	・・
血清アルブミン	g/dℓ		
AST（GOT）			
ALT（GPT）			
プロトロンビン時間	%		
	延長秒		
総ビリルビン（※）	mg/dℓ		

（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（　））
肝萎縮　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
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）他覚所見

2．検査成績

（1）血液・生化学検査

検査項目 ＼ 検査日	単位	施設基準値	・・	・・	・・
赤血球数	万/μℓ				
ヘモグロビン濃度	g/dℓ				
ヘマトクリット	%				
血清総蛋白	g/dℓ				
血清アルブミン	g/dℓ				

（2）その他の検査成績

3 人工臓器等

（1）人工肛門造設　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）新膀胱造設　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）その他の手術　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（必ず記入して下さい）	
⑰ 予後（必ず記入して下さい）	
⑱ 備考	

上記のとおり、診断します。　平成　年　月　日

病院又は診療所の名称　診療担当科名

所在地　医師氏名　印

<現行>

別添A
様式第１２０号の７

⑩ 国民年金 / 厚生年金保険 / 船員保険 / 共済年金

診　断　書 [血液・造血器の障害 / その他の障害]

(フリガナ) 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 / 町区 村	

① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生年月日	昭和 / 平成 年 月 日　診療録で確認 / 本人の申立て（ 年 月 日）
		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 / 平成 年 月 日　診療録で確認 / 本人の申立て（ 年 月 日）

④傷病の原因又は誘因	初診年月日（昭和・平成 年 月 日）	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期待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、その他の参考となる事項

診療回数 / 単開 回、月平均 回

手術歴 / 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（平成 年 月 日測定）

身長	cm	体重	現在 kg / 健康時 kg	握力	右 kg	視力	右眼	裸眼	矯正			
					左 kg		左眼	裸眼	矯正			
視野		調節機能			聴力レベル	最良語音明瞭度		最大	mmHg			
				右 耳	dB	%	血圧	最小	mmHg			
				左 耳	dB	%						

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○で囲んでください。）

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、肉体労働は制限を受けるが歩行、軽労働や座業はできるもの　例えば、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 身の回りのある程度のことはできるが、しばしば介助が必要で、日中の５０％以上は臥床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの
オ 身の回りのこともできず、常に介助を必要とし、終日臥床を強いられ、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

（ア）自覚症状

疲労感	（無・有・著）	動悸	（無・有・著）
息切れ	（無・有・著）	発熱	（無・有・著）
関節症状	（無・有・著）	易感染性	（無・有・著）

（イ）他覚所見

リンパ節腫脹	（無・有・著）	出血傾向	（無・有・著）
紫斑	（無・有・著）	肝腫	（無・有・著）
脾腫	（無・有・著）		

2 血液検査成績（平成 年 月 日）

（ア）末梢血液

赤血球	×万/μℓ	有核細胞	×万/μℓ
ヘモグロビン濃度	g/dℓ	巨核球	/μℓ
ヘマトクリット	%	赤芽球	%
白血球	/μℓ	骨髄芽球	%
骨髄球	/μℓ	リンパ球	%
単球	%	病的細胞	‰
リンパ球	/μℓ	骨髄球（G）と赤芽球（E）との比（G/E）	
病的細胞	‰		
血小板	×万/μℓ		
網赤血球数	‰		
血清総蛋白	g/dℓ		

（イ）骨髄

（ウ）出血傾向
出血時間（ 法） 分
ＡＰＴＴ（基準値 秒） 秒

（エ）その他

ＣＲＰ	検査値	ＬＤＨ	施設基準値	検査値

3 輸血の回数及び総量
回　計　mℓ
（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日）

4 凝固因子製剤輸注の回数及び量
回　計　mℓ
（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日）

5 造血幹細胞移植
無 ・ 有（平成 年 月 日）
経過（ ）

6 その他の所見

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）

（お願い）臨床所見等は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

（お願い）太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを確認した年月日を記入してください。

⑭ その他の障害　（平成　年　月　日現症）

1．症　状

(1) 自 覚 症 状

(2) 他 覚 所 見

2．検 査 成 績

(1) 血液・生化学検査

検査項目＼検査日	単位	施設基準値	・・	・・	・・
赤 血 球 数	万/μl				
ヘモグロビン濃度	g/dl				
ヘマトクリット	%				
血 清 総 蛋 白	g/dl				
血清アルブミン	g/dl				

(2) その他の検査成績

3 人 工 臓 器 等

(1) 人工肛門造設　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) 膀胱瘻造設　無・有　下術年月日：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 の 手 術　無・有（　）平成　年　月　日

⑮ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入して下さい)	
⑯ 予　後 (必ず記入して下さい)	
⑰ 備　考	

上記のとおり、診断します。　平成　年　月　日

病院又は診療所の名称　診療担当科名

所　在　地　医師氏名　印

別添2別紙3

【記載要領（医療機関配布用）】

ヒト免疫不全ウイルス感染症の障害認定に係る診断書の様式が一部変更となりました

医療機関においては、ヒト免疫不全ウイルス感染者から障害年金の裁定等に必要な診断書の作成の依頼を受けた場合には、次の点に留意され、診断書の記載漏れ等のなきようご協力をお願いします。

☆　氏名、生年月日、性別、住所、①～⑫欄、⑭、⑯、⑰欄は必ず記載してください。

＜留意事項＞

診断書表面

【②傷病の発生年月日】

①欄の傷病が複数ある場合は、障害年金の支給を求める傷病およびその傷病と関連のある傷病のうち、最も古い傷病の発生年月日を記載してください。

【③①のため初めて医師の診断を受けた日】

③欄についても、①欄の傷病が複数ある場合は、障害年金の支給を求める傷病およびその傷病と関連のある傷病のうち、最も古い傷病の初診年月日を記載してください。

【⑤既存障害】

【⑥既往症】

ヒト免疫不全ウイルス感染者の身体の状態を判断するため、ヒト免疫不全ウイルス感染症以外の既存障害（血友病性関節機能障害、肢体障害など）や既往症（例えば、血友病、慢性肝炎など）が存在する場合は、必ず⑤「既存障害」欄又は⑥「既往症」欄に記載してください。

【⑧診断書作成医療機関における初診時所見】

【⑨現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項】

【⑩現在の症状、その他参考となる事項】

上記の「⑤既存障害」又は「⑥既往症」の傷病についても詳細に記載してください。

また、ニューモシスチス肺炎など日和見感染症等がある場合はその症状等とそれらの出現頻度等についても記載してください。

別添A

【記載要領（医療機関配布用）】

表面　〔記載例〕

①障害の原因となった傷病名	後天性免疫不全症候群 血友病A 肝炎（慢性C型）	②傷病の発生年月日	昭和 平成 ○年○月○日　診療録で確認 本人の申立て（　年　月　日）
		③①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 平成 ○年○月○日　診療録で確認 本人の申立て（　年　月　日）
④傷病の原因又は誘因	第Ⅷ因子製剤 初診年月日（昭和）平成　○年　○月　○日）	⑤既存障害	血友病性関節症
⑥既往症	溶血性貧血 血小板減少、反復性肺炎		
⑦傷病が治った（症状が固定して治療の効果が期待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）	右膝関節内出血による膝関節の腫脹が悪化し、歩行制限あり。 前医によりABC/RTV/APV/EFVを処方されていたが、 精神症状、嘔気が強くなり、平成○年○月○日に前医に入院となり、抗ウイルス療法は中止となっていた。 当院転院当時、CD4　16、HIV-RNA量　4.0×10⁴コピーと免疫能低く、身体所見で頸部リンパ節の腫脹が見られた。		
⑨現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項	○年○月から抗ＨＩＶ薬3剤併用療法を開始したが、副作用が強く、○年○月に休薬した。 ＣＤ４値は３５０前後まで改善を認めていたが、休薬後、徐々に低下し、 ○年○月時点ではＣＤ４は２００を下回り、血小板減少も継続しており、 消耗状態が続き、易感染性を示していた。現在も月２回ほど通院し、治療を行っている。	診療回数	年間２４回、月平均　２　回
		予後	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	○年○月時点で上記のような体力消耗状態は継続していたため、軽労働でも身体への負担は大きかった。抗ＨＩＶ薬服用による消化器症状の副作用が著明であり、服用を中止せざるを得なかった。しかし、日和見感染症予防薬の服用は中止不可能であり、身体的負担のみならず、時間的・精神的制約や食生活への衛生的配慮など生活制限は大きかった。		

【⑪計測】

身長、体重は必ず記載してください。また、視力障害を併発している場合は、視力や視野の検査結果も記載してください。

表面　〔記載例〕

⑪計測（平成○年○月○日）															
	身長	175 cm	体重	現在	58.5 kg	握力	右	18 kg	視力	右眼	裸眼	0.1	矯正	1.5	
				健康時	75.5 kg		左	16 kg		左眼	裸眼	0.1	矯正	1.5	
	視野	欠損なし	調節機能				聴力レベル		最良語音明瞭度	血圧	最大	134 mmHg			
						右耳	dB		%		最小	60 mmHg			
						左耳	dB		%						

【⑫一般状態区分表】

ヒト免疫不全ウイルス感染者の一般状態区分については、⑫欄に必ず記載してください。また、その際には検査数値、他の既往症、治療実績等を加味した上で該当する区分に記載してください。

表面　〔記載例〕

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○で囲んでください。）

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、肉体労働は制限を受けるが歩行、軽労働や座業はできるもの　例えば、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のことはできるが、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等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

【⑬血液・造血器】

血友病にも罹患している場合は、「1　臨床所見」、「3　輸血の回数及び総量」、「4　凝固因子製剤輸注の回数及び量」の欄を記載してください。

「2　血液検査成績」、「5　造血幹細胞移植」、「6　その他の所見」の欄は記載する必要はありません。

表面　〔記載例〕

⑬ 血液・造血器　（平成○年○月○日現症）

1 臨床所見

（ア）自覚症状

疲労感	（無・(有)・著）
動悸	((無)・有・著）
息切れ	((無)・有・著）
発熱	（無・(有)・著）
関節症状	((無)・有・著）
易感染性	（無・(有)・著）

（イ）他覚所見

ﾘﾝﾊﾟ節腫脹	（無・(有)・著）
出血傾向	((無)・有・著）
紫斑	((無)・有・著）
肝腫	((無)・有・著）
脾腫	((無)・有・著）

3 輸血の回数及び総量

○回　計　○○ mℓ

（平成○年○月○日 ～ 平成○年○月○日）

4 凝固因子製剤輸注の回数及び量

○回　計　○○ mℓ

（平成○年○月○日 ～ 平成○年○月○日）

5. 造血幹細胞移植

無・有（平成　年　月　日）

経過（　）

2 血液検査成績（平成　年　月　日）

（ア）末梢血液　（イ）骨髄

赤血球	×万/μℓ	有核細胞	×万/μℓ
ヘモグロビン濃度	g/dℓ	巨核球	/μℓ
ヘマトクリット	%	赤芽球	%
白血球	/μℓ	顆粒球	%
顆粒球	/μℓ	リンパ球	%
単球	%	病的細胞	‰
リンパ球	/μℓ	顆粒球（G）と赤芽球（E）との比（G/E）	
病的細胞	‰		
血小板	×万/μℓ		
網赤血球数	‰	（ウ）出血傾向	
血清総蛋白	g/dℓ	出血時間（　法）　分	
		APTT（基準値　秒）　秒	

（エ）その他

CRP	検査値	LDH	施設基準値	検査値

6 その他の所見

診断書裏面

【⑭免疫機能障害】

1．検査成績

ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数の測定値は、診断書の現症日以前の４週間以上の間隔をおいて実施した連続する直近２回の検査結果を記入し、その２回の検査値の平均値も記載してください。検査を行った日付も必ず記載してください。

白血球数、ヘモグロビン量、血小板数、ＨＩＶ－ＲＮＡ量の測定値は、診断書の現症日以前の４週間以上の間隔を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。検査を行った日付も必ず記載してください。

2．身体症状等

日数、回数、数値、下痢や嘔吐などの症状の確認は、カルテに基づいて記載してください。

日常生活活動上の制限とは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、人混みの回避が含まれます。

3．現在持続している副作用の状況

ヒト免疫不全ウイルス感染者に対して投薬療法が行われ、現症日時点で持続している副作用が生じている時は、該当する項目にチェックをいれてください。

診断書に掲載している副作用の項目以外の副作用が生じている場合は、治療に使用した薬剤名、服薬及び副作用の状況について詳しく記載してください。

4．エイズ発症の既往の有無

診断書の現症日以前に、エイズを発症したことのある場合は「有」に○を、発症したことのない場合は「無」に○を付してください。

5．回復不能なエイズ合併症

エイズ合併症が回復不能に陥り、日常生活のほとんどが全面的な介護なしでは過ごすことができない状態をいいます。回復不能であるかどうかの判定は診断書作成医の判断でお願いします。

6．肝炎の状況

ヒト免疫不全ウイルス感染者が、肝炎を発症している場合は、肝炎のタイプにチェックを入れ、検査所見欄、臨床所見欄を記載してください。

なお、臨床所見欄の「腹水」は、治療により軽快する場合は「有」に○を、治療を行っても軽快しない場合は「著」に○を付してください。

裏面　　〔記載例〕

⑭ 免疫機能障害　（平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日現症）

1．検査成績

検査項目＼検査日	単位	○・○・○	○・○・○	平均値
CD4陽性Tリンパ球数	/μℓ	246	228	237

（現症日以前の4週間以上の間隔を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。）

検査項目＼検査日	単位	○・○・○	○・○・○
白血球数	/μℓ	4580	4650
ヘモグロビン量	g/dℓ	13．1	14．8
血小板数	万/μℓ	16．8	19．2
HIV-RNA量	コピー/mℓ	6.1×10^{3}	5.3×10^{3}

（現症日以前の4週間以上の間隔を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

①1日1時間以上の安静臥床を必要とする程の強い倦怠感及び易疲労感が月に7日以上ある　（有・(無)）
②肉体の運行のため、健常時に比し10%以上の体重減少がある　（有・(無)）
③月に7日以上の不定の発熱（38℃以上）が2ヶ月以上続く　（有・(無)）
④1日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）
⑤1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物忘れや思考しな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（①～⑥の症状を除く）（抗HIV療法を実施している場合）　（(有)・無）
⑧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）
⑨1年以内に口腔内カンジダ症、帯状疱疹、単純ウイルスヘルペス感染症、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)）
⑩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　□脂肪ジストロフィー　□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

検査項目＼検査日	単位	○・○・○	○・○・○
血清アルブミン	g/dℓ	0．0	0．0
AST（GOT）		○○	○○
ALT（GPT）		○○	○○
プロトロンビン時間	%	○○	○○
	延長秒	○	○
総ビリルビン（※）	mg/dℓ	0．0	0．0

(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（　　））
肝萎縮　(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
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】

ヒト免疫不全ウイルス感染症とその続発症、副作用により、悪性腫瘍（※）、精神疾患など、日常生活、社会生活に支障をきたしている他の疾患が見受けられる場合には、その状態についても記載してください。

（※カポジ肉腫、原発性脳リンパ腫、非ホジキンリンパ腫、浸潤性子宮頸癌、肛門癌、肺癌、ホジキンリンパ腫に限る）

【⑯現症時の日常生活活動能力及び労働能力】

現症時において、感染者の日常生活がどのような状況であるのか、また、どの程度の労働ができるのかなどを具体的に記載してください。

【⑰予　後】

診断書作成時点において想定される予後を記載してください。不明である場合はその旨を記載してください。

裏面　　〔記載例〕

⑮ その他の障害　（平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日現症）

1．症　状

(1) 自　覚　症　状

○年○月、ホジキンリンパ腫を発症。

同年○月より薬物療法を行い、現在は寛解状態にあるが再発の可能性があり、経過観察中。

(2) 他　覚　所　見

○年○月、頸部に腫脹があるのを自覚する。

寝汗がひどく、倦怠感もあった。

現在は落ち着きつつあるも、多少症状は残存している。

2．検　査　成　績

(1) 血液・生化学検査

検査項目 ＼ 検査日	単　位	施設基準値	・・	・・	・・
赤　血　球　数	万/μl				
ヘモグロビン濃度	g/dl				
ヘマトクリット	%				
血清総蛋白	g/dl				
血清アルブミン	g/dl				

(2) その他の検査成績

3　人工臓器等

(1) 人工肛門造設　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) 新膀胱造設　無・有　手術年月日：平成　年　月　日

(4) 自己導尿の常時実行　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) その他の手術　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（必ず記入して下さい）	ＣＤ４値は２００を超えて回復してきているが、呼吸器感染症などを繰り返し、免疫不全状態は遷延している。抗Ｈ.ＩＶ薬の副作用による精神症状で抑うつ状態が出現し、薬疹による掻痒感もあり、日常生活に支障をきたしている。就労は困難な状態が続いている。
⑰ 予　後（必ず記入して下さい）	永続的に治療が必要である。
⑱ 備　考	

別添A
(別添)

障害年金の認定（ヒト免疫不全ウイルス感染症）に関する専門家会合

意見書

平成２２年１２月

１．はじめに

ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害については、「ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定について（平成１０年２月４日庁保険発第１号通知。以下「認定における留意事項」という。）」により認定が行われている。

具体的には、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認定することになっている。

このように、平成１０年の認定における留意事項をもとに認定が行われているが、その後に明らかになった新しい医学的知見を取り入れるよう各方面から見直しが求められていること、また、これまでも診断書の記載内容が必ずしも十分ではない事例が見受けられたことから、認定における留意事項をより明確化することを目的として本会合が本年８月に設置されたものである。

本会合では３回にわたって議論を重ね、専門的な見地から以下のとおり意見を取りまとめたので報告する。

２．障害認定に必要な検査所見及び身体症状等について

ヒト免疫不全ウイルス感染症による障害については、① 診断書を作成する医師が申請者の障害を客観的に評価し、② 日本年金機構で障害認定の審査をしている医師などが認定を行うこととなるが、その判断に必要な障害の状態を明確にした上で、診断書の記載を求めるとともに、確認することが望ましい。

なお、障害認定に必要な検査所見及び身体症状等に関する具体的な内容については次表のとおり整理することが適当である。

（１）検査所見

	検　　査　　所　　見
1	CD4 陽性Ｔリンパ球数について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が 1 級、2 級の場合は 200/μℓ以下、3 級の場合は 350/μℓ以下である
2	白血球数について 3,000 /μℓ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
3	ヘモグロビン量について男性 12g /dℓ未満、女性 11 g /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
4	血小板数について 10 万 /μℓ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
5	HIV—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

（2）身体症状等

	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
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
3	月7日以上の不定の発熱(38℃以上)が2ヶ月以上続く
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
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
6	動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する
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（1～6の症状を除く）（抗ＨＩＶ療法を実施している場合）
8	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
9	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
10	医学的理由（※）により抗ＨＩＶ療法ができない状態である

※　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が生じるなどの医学的事項による。

3．障害の程度について

ヒト免疫不全ウイルス感染症については、これまで他の内科的疾患と同様に、検査所見、治療及び症状の経過、具体的な日常生活状況等により総合的に認定を行ってきたところである。

一方、ヒト免疫不全ウイルス感染症は免疫機能障害という他の疾病とは異なった特性も持っている。

このため、ＣＤ４値（血液中に含まれる免疫全体をつかさどる機能を持つリンパ球数）を中心とした特殊検査の異常値と症状などを反映できるような合理的な認定手法について議論を重ねた結果、本会合としては現行の「総合的に認定する」という手法を維持しつつ、前述のような合理的な手法を加え、労働及び日常生活上の障害の程度が客観的に見て妥当であるかどうかを判断することも必要である。

例えば、検査所見と身体症状等を組み合わせること等により障害の程度の目安を整理すると次のようになると考えられる。

○　上記２（１）の検査所見の表に示す１に加えて３項目以上の所見があり、かつ、上記２（２）の身体症状等の表に示す４項目以上の症状があるもの。もしくは、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（※）は１級と認定する。

○　上記２（１）の検査所見の表に示す１に加えて２項目以上の所見があり、かつ、上記２（２）の身体症状等の表に示す３項目以上の症状があるもの。もしくは、上記２（１）の検査所見の表に示す１に加えてエイズ発症の既往があるものは２級と認定する。

○　上記２（１）の検査所見の表に示す１に加えて２項目以上の所見があり、かつ、上記２（２）の身体症状等の表に示す２項目以上の症状があるもの。もしくは、上記２（１）の検査所見の表に示す１に加えてエイズ発症の既往があるものは３級と認定する。

※　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のことをいう。

４．診断書の様式について

上記２の障害認定に必要な検査所見及び身体症状等について確認することとしたため、それらを書き漏らさないような診断書の様式に変更することが望ましい。

このため、ヒト免疫不全ウイルス感染症特有の症状等を適切に記載することができるように診断書の記載項目を整理し、検査所見、身体症状、副作用、肝炎などの項目を追加することが必要である。

これにより、診断書を作成する医師は必要項目を適切に記載することができ、日本年金機構で障害認定の審査をしている医師などは障害の状態を的確に判断できるようになり、障害認定が円滑に行われると考えられる。

５．おわりに

ヒト免疫不全ウイルス感染症に対する治療は、医学の進歩により、新たな治療薬が開発され、格段の進歩を遂げている。反面、ウイルスを体内から駆逐するまでには至っておらず、近年は悪性腫瘍という重篤な疾患を引き起こすことがあり、労働及び日常生活に支障をきたす事例も見受けられる現状を踏まえ、認定上の配慮が求められているとの意見がある。

こうした悪性腫瘍を併発する場合の扱いについても検討した結果、現時点における学術的な水準に鑑みれば、「肛門癌」、「肺癌」及び「ホジキンリンパ腫」のような悪性腫瘍については、エイズ指標疾患のうち、カポジ肉腫、原発性脳リンパ腫、非ホジキンリンパ腫及び浸潤性子宮頸癌と同様に、ヒト免疫不全ウイルス感染症と相当因果関係があるとみて、「総合認定」または「併合認定」の取扱いにより認定を行う必要がある。

6．「障害年金の認定（ヒト免疫不全ウイルス感染症）に関する専門家会合」の開催状況

回	開催日	議　題
第１回	平成２２年８月２０日（金）	（１）ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定について （２）具体的な症例に関する障害等級の認定手順及び非該当事例について （３）その他
第２回	平成２２年９月２９日（水）	（１）ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定にあたっての論点整理 （２）その他
第３回	平成２２年１１月５日（金）	（１）ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定にあたっての論点整理 （２）その他

7．「障害年金の認定（ヒト免疫不全ウイルス感染症）に関する専門家会合」委員名簿

氏　名	所属及び役職
岩本　愛吉	東京大学医科学研究所 先端医療研究センター感染症分野教授
大平　勝美	社会福祉法人　はばたき福祉事業団理事長
岡　慎一	独立行政法人国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター長
木村　哲(※)	東京逓信病院長
白阪　琢磨	独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 臨床研究センター　エイズ先端医療研究部長 HIV／AIDS 先端医療開発センター長
根岸　昌功	ねぎし内科診療所院長
花井　十伍	大阪ＨＩＶ薬害訴訟原告団代表

※は座長

別添B

年管管発0131第2号
平成23年1月31日

地方厚生（支）局
年金調整課長　殿
年金管理課長　殿

厚生労働省年金局事業管理課長
（　公　印　省　略　）

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に伴う診断書の様式変更について

ヒト免疫不全ウイルス感染症とその続発症による疾病及び障害の認定については、「ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定について（平成10年2月4日付け庁保険発第1号）」により取り扱われているところであるが、今般、当該通知のほか、別添の「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について」（平成23年1月31日付け年管管発0131第1号）により平成23年4月1日から認定を実施することとした。

ついては、障害基礎年金の請求の受理に係る事務を市町村に委託していることから、別紙の例文も参考の上、貴管内市町村に対し事務取扱について協力を依頼されたい。

なお、実施日以降の受付分より新様式の診断書にて障害認定を行う必要があることから、新様式の診断書及び記載要領を実施日よりも前に年金事務所から市町村に提供することを申し添える。

別添B

地方厚生(支)局 → 市町村「事務連絡」(案)
(注) 本事務連絡案は、参考案文として添付するものです。

（ 別　紙 ）

事　務　連　絡
平成２３年　月　日

市町村国民年金担当課　御中

地方厚生（支）局年金調整課（年金管理課）

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に伴う診断書の様式変更について

国民年金事業の運営につきましては、平素よりご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

ヒト免疫不全ウイルス感染症とその続発症による疾病及び障害の認定については、「ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定について（平成10年2月4日付け庁保険発第1号)」により取り扱われているところですが、今般、当該通知のほか、別添の「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について」（平成23年1月31日付け年管管発0131第1号）により平成23年4月1日から認定を実施することとなりました。

これに伴い、「診断書（血液・造血器、その他の障害）様式120号の7」（別紙1）の裏面に「⑭免疫機能障害」の欄を設け、ヒト免疫不全ウイルス感染症特有の障害の状態が記載できるように当該様式の一部を変更するとともに、診断書を作成する医師が必要項目を適切に記載できるよう「記載要領」（別紙２）を作成しました。

ついては、ヒト免疫不全ウイルス感染症による障害基礎年金の請求時には、申請者の病名、病状等の個人情報の保護に配慮し、新様式の診断書に記載要領を添付した上で、配付願います。

なお、今回は障害認定に必要な診断書の記載項目が新たに設けられたこと、また、実施日以降の受付分より新様式の診断書にて障害認定を行う必要があることから、本年 3 月初旬頃には、新様式の診断書及び記載要領を配付できるよう年金事務所から事前に当該書類を提供する予定であることを申し添えます。

（改正後）

別添B（別紙１）
様式第１２０号の７

⑩ 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]

（フリガナ）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 町区 村	

①障害の原因となった傷病名		②傷病の発生年月日	昭和 平成 年 月 日 診療録で確認 本人の申立て（ 年 月 日）
		③①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 平成 年 月 日 診療録で確認 本人の申立て（ 年 月 日）
④傷病の原因又は誘因	初診年月日（昭和・平成 年 月 日）	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期待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、その他の参考となる事項
診療回数 年間 回、月平均 回
手術歴 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	cm	体重	現在 kg 発症時 kg	握力	右 kg	左 kg	視力	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	血圧	最大		mmHg	
				右耳	dB	%			最小		mmHg	
				左耳	dB	%						

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○で囲んでください。）

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、肉体労働は制限を受けるが歩行、軽労働や座業はできるもの 例えば、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のことはできるが、しばしば介助が必要で、日中の５０％以上は臥床しており、自力では屋外への外出等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、終日臥床を強いられ、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

（ア）自覚症状

疲労感	（無・有・著）	動悸	（無・有・著）
息切れ	（無・有・著）	発熱	（無・有・著）
関節症状	（無・有・著）	易感染性	（無・有・著）

（イ）他覚所見

黄疸眼瞼	（無・有・著）	出血傾向	（無・有・著）
紫斑	（無・有・著）	肝腫	（無・有・著）
脾腫	（無・有・著）		

3 輸血の回数及び総量
回 計 mℓ
（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日）

4 凝固因子製剤輸注の回数及び量
回 計 mℓ
（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日）

5 造血幹細胞移植
無・有（平成 年 月 日）
経過（ ）

2 血液検査成績（平成 年 月 日）

（ア）末梢血液

赤血球	×万/μℓ	骨髄細胞	×万/μℓ
ヘモグロビン濃度	g/dℓ	巨核球	/μℓ
ヘマトクリット	%	赤芽球	%
白血球	/μℓ	顆粒球	%
顆粒球	/μℓ	リンパ球	%
単球	%	病的細胞	‰
リンパ球	/μℓ	顆粒球（G）と赤芽球（E）との比（G/E）	
病的細胞	‰		
血小板	×万/μℓ		
網赤血球数	‰	（ウ）出血傾向	
血清総蛋白	g/dℓ	出血時間（ 法）	分
		APTT（基準値 秒）	秒

（エ）その他

CRP	検査値	LDH	検査基準値	検査値

6 その他の所見

（お願い）診療録で確認 または 本人の申立て のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを確認した年月日を記入してください。

（お願い）太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

（お願い）臨床所見等は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）

別添B

⑭ 免疫機能障害　（平成　　年　　月　　日現症）

1．検査成績

検査項目＼検査日	単位	・・	・・	平均値
CD4陽性リンパ球数	/μℓ			

（現症日以前の４週間以上の間隔を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。）

検査項目＼検査日	単位	・・	・・
白血球数	/μℓ		
ヘモグロビン量	g/dℓ		
血小板数	万/μℓ		
HIV-RNA量	コピー/mℓ		

（現症日以前の４週間以上の間隔を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

①１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日以上の不定の発熱（３８℃以上）が２ヶ月以上続く　（有・無）
④１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）
⑤１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（①～⑥の症状を除く）（抗ＨＩＶ療法を実施している場合）　（有・無）
⑧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）
⑨１年以内に口腔内カンジダ症、活動結核、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）
⑩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　□ 脂肪ジストロフィー　□ 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

検査項目＼検査日	単位	・・	・・
血清アルブミン	g/dℓ		
AST（GOT）			
ALT（GPT）			
プロトロンビン時間	%		
	延長秒		
総ビリルビン（※）	mg/dℓ		

（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
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）他覚所見

2．検査成績

（1）血液・生化学検査

検査項目＼検査日	単位	施設基準値	・・	・・	・・
赤血球数	万/μℓ				
ヘモグロビン濃度	g/dℓ				
ヘマトクリット	%				
血清総蛋白	g/dℓ				
血清アルブミン	g/dℓ				

（2）その他の検査成績

3　人工臓器等

(1) 人工肛門造設　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) 新膀胱造設　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) その他の手術　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（必ず記入して下さい）	
⑰ 予後（必ず記入して下さい）	
⑱ 備考	

上記のとおり、診断します。　　平成　年　月　日

病院又は診療所の名称　　診療担当科名

所在地　　医師氏名　　印

別添B 別紙2

【記載要領（医療機関配布用）】

ヒト免疫不全ウイルス感染症の障害認定に係る診断書の様式が一部変更となりました

医療機関においては、ヒト免疫不全ウイルス感染者から障害年金の裁定等に必要な診断書の作成の依頼を受けた場合には、次の点に留意され、診断書の記載漏れ等のなきようご協力をお願いします。

☆　氏名、生年月日、性別、住所、①～⑫欄、⑭、⑯、⑰欄は必ず記載してください。

＜留意事項＞

診断書表面

【②傷病の発生年月日】

①欄の傷病が複数ある場合は、障害年金の支給を求める傷病およびその傷病と関連のある傷病のうち、最も古い傷病の発生年月日を記載してください。

【③①のため初めて医師の診断を受けた日】

③欄についても、①欄の傷病が複数ある場合は、障害年金の支給を求める傷病およびその傷病と関連のある傷病のうち、最も古い傷病の初診年月日を記載してください。

【⑤既存障害】

【⑥既往症】

ヒト免疫不全ウイルス感染者の身体の状態を判断するため、ヒト免疫不全ウイルス感染症以外の既存障害（血友病性関節機能障害、肢体障害など）や既往症（例えば、血友病、慢性肝炎など）が存在する場合は、必ず⑤「既存障害」欄又は⑥「既往症」欄に記載してください。

【⑧診断書作成医療機関における初診時所見】

【⑨現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項】

【⑩現在の症状、その他参考となる事項】

上記の「⑤既存障害」又は「⑥既往症」の傷病についても詳細に記載してください。

また、ニューモシスチス肺炎など日和見感染症等がある場合はその症状等とそれらの出現頻度等についても記載してください。

表面　〔記載例〕

① 障害の原因となった傷病名	後天性免疫不全症候群 血友病A 肝炎（慢性C型）	② 傷病の発生年月日	昭和 平成 ○年○月○日　診療録で確認　本人の申立て（　年　月　日）
		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 平成 ○年○月○日　診療録で確認　本人の申立て（　年　月　日）

④傷病の原因又は誘因	第Ⅷ因子製剤 初診年月日（昭和）平成 ○年 ○月 ○日）	⑤既存障害	血友病性関節症	⑥既往症	溶血性貧血 血小板減少、反復性肺炎

⑦傷病が治った（症状が固定して治療の効果が期待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）	右膝関節内出血による膝関節の腫脹が悪化し、歩行制限あり。 前医によりABC/RTV/APV/EFVを処方されていたが、 精神症状、嘔気が強くなり、平成○年○月○日に前医に入院となり、抗ウイルス療法は中止となっていた。 当院転院当時、CD4 16、HIV-RNA量 4.0×10⁴コピーと免疫能低く、身体所見で頸部リンパ節の腫脹が見られた。
⑨現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項	○年○月から抗ＨＩＶ薬３剤併用療法を開始したが、副作用が強く、○年○月に休薬した。 ＣＤ４値は３５０前後まで改善を認めていたが、休薬後、徐々に低下し、 ○年○月時点ではＣＤ４は２００を下回り、血小板減少も継続しており、 消耗状態が続き、易感染性を示していた。現在も月２回ほど通院し、治療を行っている。 診療回数：年間 24 回、月平均 2 回 手術歴：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	○年○月時点で上記のような体力消耗状態は継続していたため、軽労働でも身体への負担は大きかった。抗ＨＩＶ薬服用による消化器症状の副作用が著明であり、服用を中止せざるを得なかった。しかし、日和見感染症予防薬の服用は中止不可能であり、身体的負担のみならず、精神的・精神的制約や食生活への衛生的配慮など生活制限は大きかった。

【⑪計測】

身長、体重は必ず記載してください。また、視力障害を併発している場合は、視力や視野の検査結果も記載してください。

表面　〔記載例〕

⑪ 計測 （平成○年○月○日） 測定	身長	175 cm	体重	現在 58.5 kg 発病時 75.5 kg	握力	右 18 kg 左 16 kg	視力	右眼	裸眼	0.1	矯正	1.5
								左眼	裸眼	0.1	矯正	1.5
	視野	欠損なし	調節機能			聴力レベル / 最良語音明瞭度	血圧	最大		134 mmHg		
					右耳	dB / %		最小		60 mmHg		
					左耳	dB / %						

【⑫一般状態区分表】

ヒト免疫不全ウイルス感染者の一般状態区分については、⑫欄に必ず記載してください。また、その際には検査数値、他の既往症、治療実績等を加味した上で該当する区分に記載してください。

表面　〔記載例〕

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○で囲んでください。）

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、肉体労働は制限を受けるが歩行、軽労働や座業はできるもの　例えば、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のことはできるが、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等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

【⑬血液・造血器】

血友病にも罹患している場合は、「1　臨床所見」、「3　輸血の回数及び総量」、「4　凝固因子製剤輸注の回数及び量」の欄を記載してください。

「2　血液検査成績」、「5　造血幹細胞移植」、「6　その他の所見」の欄は記載する必要はありません。

表面　　〔記載例〕

⑬ 血液・造血器　（平成○年○月○日現症）

1 臨床所見

（ア）自覚症状

疲労感	（無・(有)・著）
動悸	（(無)・有・著）
息切れ	（(無)・有・著）
発熱	（無・(有)・著）
関節症状	（(無)・有・著）
易感染性	（無・(有)・著）

（イ）他覚所見

リンパ節腫脹	（無・(有)・著）
出血傾向	（(無)・有・著）
紫斑	（(無)・有・著）
肝腫	（(無)・有・著）
脾腫	（(無)・有・著）

3 輸血の回数及び総量

○回　　計　　○○ mℓ

（平成○年○月○日 ～ 平成○年○月○日）

4 凝固因子製剤輸注の回数及び量

○回　　計　　○○ mℓ

（平成○年○月○日 ～ 平成○年○月○日）

5 造血幹細胞移植

無・有（平成　年　月　日）

種類（　　）

2 血液検査成績（平成　年　月　日）

（ア）末梢血液　　（イ）骨髄

赤血球	×万/μℓ	有核細胞	×万/μℓ
ヘモグロビン濃度	g/dℓ	巨核球	/μℓ
ヘマトクリット	%	赤芽球	%
白血球	/μℓ	顆粒球	%
顆粒球	/μℓ	リンパ球	%
単球	%	病的細胞	‰
リンパ球	/μℓ	顆粒球（G）と赤芽球（E）との比（G/E）	
病的細胞	‰		
血小板	×万/μℓ		
網赤血球数	‰	（ウ）出血傾向	
血清総蛋白	g/dℓ	出血時間（　法）	分
		APTT（基準値　秒）	秒

（エ）その他

CRP	検査値	LDH	検査基準値	検査値

6 その他の所見

診断書裏面

【⑭免疫機能障害】

1．検査成績

ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数の測定値は、診断書の現症日以前の４週間以上の間隔をおいて実施した連続する直近２回の検査結果を記入し、その２回の検査値の平均値も記載してください。検査を行った日付も必ず記載してください。

白血球数、ヘモグロビン量、血小板数、ＨＩＶ－ＲＮＡ量の測定値は、診断書の現症日以前の４週間以上の間隔を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。検査を行った日付も必ず記載してください。

2．身体症状等

日数、回数、数値、下痢や嘔吐などの症状の確認は、カルテに基づいて記載してください。

日常生活活動上の制限とは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、人混みの回避が含まれます。

3．現在持続している副作用の状況

ヒト免疫不全ウイルス感染者に対して投薬療法が行われ、現症日時点で持続している副作用が生じている時は、該当する項目にチェックをいれてください。

診断書に掲載している副作用の項目以外の副作用が生じている場合は、治療に使用した薬剤名、服薬及び副作用の状況について詳しく記載してください。

4．エイズ発症の既往の有無

診断書の現症日以前に、エイズを発症したことのある場合は「有」に○を、発症したことのない場合は「無」に○を付してください。

5．回復不能なエイズ合併症

エイズ合併症が回復不能に陥り、日常生活のほとんどが全面的な介護なしでは過ごすことができない状態をいいます。回復不能であるかどうかの判定は診断書作成医の判断でお願いします。

6．肝炎の状況

ヒト免疫不全ウイルス感染者が、肝炎を発症している場合は、肝炎のタイプにチェックを入れ、検査所見欄、臨床所見欄を記載してください。

なお、臨床所見欄の「腹水」は、治療により軽快する場合は「有」に○を、治療を行っても軽快しない場合は「著」に○を付してください。

裏面　〔記載例〕

⑭ 免疫機能障害　（平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日現症）

1．検査成績

検査項目＼検査日	単位	○・○・○	○・○・○	平均値
CD4陽性リンパ球数	/μℓ	246	228	237

（現症日以前の4週間以上の間隔を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。）

検査項目＼検査日	単位	○・○・○	○・○・○
白血球数	/μℓ	4580	4650
ヘモグロビン量	g/dℓ	13.1	14.8
血小板数	万/μℓ	16.8	19.2
HIV-RNA量	コピー/mℓ	6.1×10^{3}	5.3×10^{3}

（現症日以前の4週間以上の間隔を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

①1日1時間以上の安静臥床を必要とする程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、体重が6か月前に比し10%以上の体重減少がある　（有・(無)）
③月に7日以上の不定の発熱（38℃以上）が2ヶ月以上続く　（有・(無)）
④1日3回以上の下痢ないし水様下痢が月に7日以上ある　（(有)・無）
⑤1日に2回以上の喀血あるいは30分以上の喘鳴が月に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（①～⑥の症状を除く）（抗HIV療法を実施している場合）　（(有)・無）
⑧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）
⑨1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)）
⑩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 □リポアトロフィー □肝障害 □腎障害 ☑循神障害 □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

検査項目＼検査日	単位	○・○・○	○・○・○
血清アルブミン	g/dℓ	○.○	○.○
AST（GOT）		○○	○○
ALT（GPT）		○○	○○
プロトロンビン	%	○○	○○
時間	延長秒	○	○
総ビリルビン（※）	mg/dℓ	○.○	○.○

(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
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】

ヒト免疫不全ウイルス感染症とその続発症、副作用により、悪性腫瘍（※）、精神疾患など、日常生活、社会生活に支障をきたしている他の疾患が見受けられる場合には、その状態についても記載してください。

（※カポジ肉腫、原発性脳リンパ腫、非ホジキンリンパ腫、浸潤性子宮頸癌、肛門癌、肺癌、ホジキンリンパ腫に限る）

【⑯現症時の日常生活活動能力及び労働能力】

現症時において、感染者の日常生活がどのような状況であるのか、また、どの程度の労働ができるのかなどを具体的に記載してください。

【⑰予　後】

診断書作成時点において想定される予後を記載してください。不明である場合はその旨を記載してください。

裏面　　〔記載例〕

⑮ その他の障害　（平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日現症）

1．症　状

(1) 自覚所見

○年○月、ホジキンリンパ腫を発症。

同年○月より薬物療法を行い、現在は寛解状態にあるが再発の可能性があり、経過観察中。

(2) 他覚所見

○年○月、頚部に腫脹があるのを自覚する。

寝汗がひどく、倦怠感もあった。

現在は落ち着きつつあるも、多少症状は残存している。

2．検査成績

(1) 血液・生化学検査

検査項目 ＼ 検査月	単位	施設基準値	・・	・・	・・
赤血球数	万/μl				
ヘモグロビン濃度	g/dl				
ヘマトクリット	%				
血清総蛋白	g/dl				
血清アルブミン	g/dl				

(2) その他の検査成績

3 人工臓器等

(1) 人工肛門造設　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) 膀胱脱造設　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) その他の手術　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（必ず記入して下さい）	ＣＤ４値は２００を超えて回復してきているが、呼吸器感染症などを繰り返し、免疫不全状態は遷延している。抗ＨＩＶ薬の副作用による精神症状で抑うつ状態が出現し、薬疹による掻痒感もあり、日常生活に支障をきたしている。就労は困難な状態が続いている。
⑰ 予　後（必ず記入して下さい）	永続的に治療が必要である。
⑱ 備　考	

写

別添B

（別　添）

年管管発0131第1号
平成23年1月31日

日本年金機構事業管理部門担当理事　殿

厚生労働省年金局事業管理課長

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について

ヒト免疫不全ウイルス感染症とその続発症による疾病及び障害については、「ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定について」（平成10年2月4日付け庁保険発第1号通知。以下「当初通知」という。）により認定を行っているところですが、近年の医学的知見を反映して当初通知の明確化を図るため、「障害年金の認定（ヒト免疫不全ウイルス感染症）に関する専門家会合」を開催し、審議を行ってきました。

今般、同会合の「意見書」が別添のとおり取りまとめられたことから、ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定については、当初通知のほか、下記の取扱いにより平成23年4月1日から実施することとしましたので、遺漏のないよう取り扱い願います。

記

1　障害認定について

障害認定については、当初通知により、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されたい。

2　診断書の様式及び記載要領について

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。

併せて、診断書を作成する医師が適切に記載できるよう、別紙３の「記載要領」を作成したので、ヒト免疫不全ウイルス感染症による障害給付の請求時に診断書を配付する際には、新様式の診断書に記載要領を添付した上で、これらの書類を申請者から医療機関へ提出するように指導すること。

３　その他

（１）　別紙２の「⑭免疫機能障害」欄の「6. 肝炎の状況」欄に記載された内容により肝疾患による障害の認定が可能である場合は、肝疾患について、改めて診断書（腎疾患・肝疾患、糖尿病の障害）様式120号の6－(2)の提出を要しないものであること。

（２）　別紙２の「⑮ その他の障害」欄に、エイズ指標疾患となっている悪性腫瘍（カポジ肉腫、原発性脳リンパ腫、非ホジキンリンパ腫、浸潤性子宮頸癌）のほか、肛門癌、肺癌、ホジキンリンパ腫の記載がある場合には、記載内容を考慮し、原疾患との総合認定または併合認定により認定すること。

別添（別紙１）

障害の程度	障害の程度の目安
１級	[A]（ア＋イ＋ウ）又は[B]を満たす場合とする 【検査項目】 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） 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） a 白血球数が3，000／μℓ未満 b ヘモグロビン量が男性12g／dℓ、女性11g／dℓ未満 c 血小板が10万／μℓ未満 d ヒト免疫不全ウイルスーRNA量が5，000コピー／mℓ以上 【身体症状等】 ウ 以下の項目のうち、4つ以上を満たす 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 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 c 月に7日以上の不定の発熱（38℃以上）が2ヶ月以上続く 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 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 f 動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する 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） 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 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 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 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
２級	[A]（ア＋イ＋ウ）又は[B]（ア＋エ）を満たす場合とする 【検査項目】 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） 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） a 白血球数が3，000/μℓ未満 b ヘモグロビン量が男性12g／dℓ、女性11g／dℓ未満 c 血小板が10万/μℓ未満 d ヒト免疫不全ウイルスーRNA量が5，000コピー／mℓ以上 【身体症状等】 ウ 以下の項目のうち、3つ以上を満たす 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 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 c 月に7日以上の不定の発熱（38℃以上）が2ヶ月以上続く 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 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 f 動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する 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） 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 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 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 【その他】 エ エイズ発症の既往歴がある
３級	[A]（ア＋イ＋ウ）又は[B]（ア＋エ）を満たす場合とする 【検査項目】 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） 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） a 白血球数が3，000／μℓ未満 b ヘモグロビン量が男性12g／dℓ、女性11g／dℓ未満 c 血小板が10万／μℓ未満 d ヒト免疫不全ウイルスーRNA量が5，000コピー／mℓ以上 【身体症状等】 ウ 以下の項目のうち、2つ以上を満たす 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 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 c 月に7日以上の不定の発熱（38℃以上）が2ヶ月以上続く 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 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 f 動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する 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） 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 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 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 【その他】 エ エイズ発症の既往歴がある

（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。

（改正後）

別添B（別紙２）

様式第１２０号の７

⑩ 国民年金 厚生年金保険 船員保険 障害年金 診断書 [血液・造血器の障害 その他]

（フリガナ）氏名		昭和 平成 年 月 日生（ 歳）	男・女
住所	住所地の郵便番号	都市 区 町区 村	

①障害の原因となった傷病名		②傷病の発生年月日	昭和 平成 年 月 日 診療録で確認 本人の申立て（ 年 月 日）
		②-1 ①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 平成 年 月 日 診療録で確認 本人の申立て（ 年 月 日）
④傷病の原因又は誘因	初診年月日（昭和・平成 年 月 日）	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期待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、その他の参考となる事項
診療回数 年間 回、月平均 回
手術歴 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	cm	体重	現在 kg 健康時 kg	握力	右 kg 左 kg	視力	右眼 裸眼 矯正 左眼 裸眼 矯正			
[作成年月日 測定]	視野		調節機能			聴力レベル	最良語音明瞭度	血圧	最大	mmHg	
					右耳	dB	%		最小	mmHg	
					左耳	dB	%				

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○で囲んでください。）

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、肉体労働は制限を受けるが歩行、軽労働や座業はできるもの　例えば、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のことはできるが、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等が日常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

（ア）自覚症状

疲労感	（無・有・著）	動悸	（無・有・著）
息切れ	（無・有・著）	発熱	（無・有・著）
関節症状	（無・有・著）	易感染性	（無・有・著）

（イ）他覚所見

リンパ節腫脹	（無・有・著）	出血傾向	（無・有・著）
紫斑	（無・有・著）	肝腫	（無・有・著）
脾腫	（無・有・著）		

2 血液検査成績（平成 年 月 日）

（ア）末梢血液

赤血球	×万/μℓ	有核細胞	×万/μℓ
ヘモグロビン濃度	g/dℓ	巨核球	/μℓ
ヘマトクリット	%	赤芽球	%
白血球	/μℓ	顆粒球	%
顆粒球	/μℓ	リンパ球	%
単球	%	病的細胞	‰
リンパ球	/μℓ	顆粒球（G）と赤芽球（E）との比（G/E）	
病的細胞	‰		
血小板	×万/μℓ		
網赤血球数	‰	（ウ）出血傾向	
血清総蛋白	g/dℓ	出血時間（ 法）	分
		APTT（基準値 秒）	秒

（エ）その他

CRP	検査値	LDH	施設基準値	検査値

3 輸血の回数及び総量
回 計 mℓ
（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日）

4 凝固因子製剤輸注の回数及び量
回 計 mℓ
（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日）

5 造血幹細胞移植
無・有（平成 年 月 日）
経過（ ）

6 その他の所見

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）

（診療録で確認、または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを確認した年月日を記入してください。）

（お願い）太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

（お願い）臨床所見等は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

⑭ 免疫機能障害 （平成　　年　　月　　日現症）

1．検査成績

検査項目＼検査日	単位	・・	・・	平均値
CD4陽性Tリンパ球数	/μℓ			

（現症日以前の４週間以上の間隔を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。）

検査項目＼検査日	単位	・・・	・・
白血球数	/μℓ		
ヘモグロビン量	g/dℓ		
血小板数	万/μℓ		
HIV-RNA量	コピー/mℓ		

（現症日以前の４週間以上の間隔を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

①１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日以上の不定の発熱（３８℃以上）が２ヶ月以上続く　（有・無）
④１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）
⑤１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（①～⑥の症状を除く）（抗ＨＩＶ療法を実施している場合）　（有・無）
⑧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）
⑨１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）
⑩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

検査項目＼検査日	単位	・・	・・
血清アルブミン	g/dℓ		
AST（GOT）			
ALT（GPT）			
プロトロンビン時間	%		
	延長秒		
総ビリルビン（※）	mg/dℓ		

（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
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) 他覚所見

2．検査成績
（1）血液・生化学検査

検査項目＼検査日	単位	施設基準値	・・	・・	・・
赤血球数	万/μℓ				
ヘモグロビン濃度	g/dℓ				
ヘマトクリット	%				
血清総蛋白	g/dℓ				
血清アルブミン	g/dℓ				

（2）その他の検査成績

3 人工臓器等

(1) 人工肛門造設　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) 新膀胱造設　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) その他の手術　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（必ず記入して下さい）	
⑰ 予後（必ず記入して下さい）	
⑱ 備考	

上記のとおり、診断します。　　平成　年　月　日

病院又は診療所の名称　　診療担当科名

所在地　　医師氏名　　印

別添B
様式第１２０号の７

㉑ 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]

(フリガナ) 氏　名		昭和 平成 年 月 日生（ 歳）	男 ・ 女
住　所	住所地の郵便番号	都市 区 町区 村	

① 障害の原因となった傷病名		②傷病の発生年月日	昭和 平成 年 月 日　診療録で確認 本人の申立て（ 年 月 日）
		③①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 平成 年 月 日　診療録で確認 本人の申立て（ 年 月 日）
④傷病の原因又は誘因	初診年月日（昭和・平成 年 月 日）	⑤既存障害	⑥既往症

一診療録で確認、または一本人の申立て　のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

⑦ 傷病が治った（症状が固定して治療の効果が期待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、その他の参考となる事項
診療回数 年間 回、月平均 回
手術歴 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	cm	体重	現在 kg / 開始時 kg	握力	右 kg	視力	右眼 裸眼 矯正			
						左 kg		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		血圧	最大	mmHg	
					右耳 dB	%			最小	mmHg	
					左耳 dB	%					

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○で囲んでください。）

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、肉体労働は制限を受けるが歩行、軽労働や座要はできるもの　例えば、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のことはできるが、しばしば介助が必要で、日中の５０％以上は就床しており、自力では院外への外出等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

（ア）自覚症状

疲労感	（無・有・著）	動悸	（無・有・著）
息切れ	（無・有・著）	発熱	（無・有・著）
関節症状	（無・有・著）	易感染性	（無・有・著）

（イ）他覚所見

リンパ節腫脹	（無・有・著）	出血傾向	（無・有・著）
紫斑	（無・有・著）	肝腫	（無・有・著）
脾腫	（無・有・著）		

2 血液検査成績（平成 年 月 日）

（ア）末梢血液

赤血球	×万/μl	有核細胞	×万/μl
ヘモグロビン濃度	g/dl	巨核球	/μl
ヘマトクリット	%	赤芽球	%
白血球	/μl	顆粒球	%
顆粒球	/μl	リンパ球	%
単球	%	病的細胞	‰
リンパ球	/μl	顆粒球（G）と赤芽球（E）との比（G/E）	
病的細胞	‰		
血小板	×万/μl		
網赤血球数	‰	（ウ）出血傾向	
血清総蛋白	g/dl	出血時間（ 法）	分
		APTT（基準値 秒）	秒

（エ）その他

CRP	検査値	LDH	施設基準値	検査値

3 輸血の回数及び総量
回　計　ml
（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日）

4 凝固因子製剤輸注の回数及び量
回　計　mg
（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日）

5 造血幹細胞移植
無 ・ 有（平成 年 月 日）
経過（ ）

6 その他の所見

（お願い）臨床所見等は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

（お願い）太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）

別添B

⑭ その他の障害　（平成　年　月　日現症）

1．症　状

(1) 自 覚 症 状

(2) 他 覚 所 見

2．検 査 成 績

（1） 血液・生化学検査

検査項目 ＼ 検査日	単 位	施設基準値	・ ・	・ ・	・ ・
赤 血 球 数	万/μℓ				
ヘモグロビン濃度	g/dℓ				
ヘマトクリット	%				
血 清 総 蛋 白	g/dℓ				
血清アルブミン	g/dℓ				

（2） その他の検査成績

3 人 工 臓 器 等

(1) 人工肛門造設　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) 新膀胱造設　無・有　手術年月日：平成　年　月　日
(4) 自己導尿の清時施行　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 の 手 術　無・有（　　）平成　年　月　日

⑮ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力（必ず記入して下さい）	
⑯ 予　後（必ず記入して下さい）	
⑰ 備　考	

上記のとおり、診断します。　　平成　年　月　日

病院又は診療所の名称　　診療担当科名

所　在　地　　医師氏名　　印

別添3別紙3

【記載要領（医療機関配布用）】

ヒト免疫不全ウイルス感染症の障害認定に係る診断書の様式が一部変更となりました

医療機関においては、ヒト免疫不全ウイルス感染者から障害年金の裁定等に必要な診断書の作成の依頼を受けた場合には、次の点に留意され、診断書の記載漏れ等のなきようご協力をお願いします。

☆　氏名、生年月日、性別、住所、①～⑫欄、⑭、⑯、⑰欄は必ず記載してください。

＜留意事項＞

診断書表面

【②傷病の発生年月日】

①欄の傷病が複数ある場合は、障害年金の支給を求める傷病およびその傷病と関連のある傷病のうち、最も古い傷病の発生年月日を記載してください。

【③①のため初めて医師の診断を受けた日】

③欄についても、①欄の傷病が複数ある場合は、障害年金の支給を求める傷病およびその傷病と関連のある傷病のうち、最も古い傷病の初診年月日を記載してください。

【⑤既存障害】

【⑥既往症】

ヒト免疫不全ウイルス感染者の身体の状態を判断するため、ヒト免疫不全ウイルス感染症以外の既存障害（血友病性関節機能障害、肢体障害など）や既往症（例えば、血友病、慢性肝炎など）が存在する場合は、必ず⑤「既存障害」欄又は⑥「既往症」欄に記載してください。

【⑧診断書作成医療機関における初診時所見】

【⑨現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項】

【⑩現在の症状、その他参考となる事項】

上記の「⑤既存障害」又は「⑥既往症」の傷病についても詳細に記載してください。

また、ニューモシスチス肺炎など日和見感染症等がある場合はその症状等とそれらの出現頻度等についても記載してください。

別添B

【記載要領（医療機関配布用）】

表面　　〔記載例〕

①障害の原因となった傷病名	後天性免疫不全症候群 血友病A 肝炎（慢性C型）	②傷病の発生年月日	昭和 平成 ○年○月○日　診療録で確認　本人の申立て（　年　月　日）
		⑪①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 平成 ○年○月○日　診療録で確認　本人の申立て（　年　月　日）
④傷病の原因又は誘因	第Ⅷ因子製剤 初診年月日（昭和）平成　○年　○月　○日）	⑤既存障害	血友病性関節症
⑥既往症	溶血性貧血 血小板減少、反復性肺炎		
⑦傷病が治った（症状が固定して治療の効果が期待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）	右膝関節内出血による膝関節の腫脹が悪化し、歩行制限あり。 前医によりABC/RTV/APV/EFVを処方されていたが、 精神症状、嘔気が強くなり、平成○年○月○日に前医に入院となり、抗ウイルス療法は中止となっていた。 当院転院当時、CD4　16、HIV-RNA量　4.0×10⁴コピーと免疫能低く、身体所見で頸部リンパ節の腫脹が見られた。		
⑨現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項	○年○月から抗ＨＩＶ第３剤併用療法を開始したが、副作用が強く、○年○月に休薬した。 ＣＤ４値は３５０前後まで改善を認めていたが、休薬後、徐々に低下し、 ○年○月時点ではＣＤ４は２００を下回り、血小板減少も継続しており、 消耗状態が続き、易感染性を示していた。現在も月２回ほど通院し、治療を行っている。	診療回数	年間 24 回、月平均 2 回
		手術歴	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	○年○月時点で上記のような体力消耗状態は継続していたため、軽労働でも身体への負担は大きかった。抗ＨＩＶ薬服用による消化器症状の副作用が著明であり、服用を中止せざるを得なかった。しかし、日和見感染症予防薬の服用は中止不可能であり、身体的負担のみならず、時間的・精神的制約や食生活への衛生的配慮など生活制限は大きかった。		

【⑪計測】

身長、体重は必ず記載してください。また、視力障害を併発している場合は、視力や視野の検査結果も記載してください。

表面　　〔記載例〕

⑪計測（平成○年○月○日測定）	身長	175 cm	体重	現在 58.5 kg 健康時 75.5 kg	視力	右 1.8 kg 左 1.6 kg	視力	右眼 裸眼 0.1 矯正 1.5 左眼 裸眼 0.1 矯正 1.5					
	視野	欠損なし	調節機能			聴力レベル　最良語音明瞭度		血圧	最大	134 mmHg			
					右耳	dB %			最小	60 mmHg			
					左耳	dB %							

【⑫一般状態区分表】

ヒト免疫不全ウイルス感染者の一般状態区分については、⑫欄に必ず記載してください。また、その際には検査数値、他の既往症、治療実績等を加味した上で該当する区分に記載してください。

表面　　〔記載例〕

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○で囲んでください。）

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、肉体労働は制限を受けるが歩行、軽労働や座業はできるもの　例えば、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のことはできるが、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等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

【⑬血液・造血器】

血友病にも罹患している場合は、「1　臨床所見」、「3　輸血の回数及び総量」、「4　凝固因子製剤輸注の回数及び量」の欄を記載してください。

「2　血液検査成績」、「5　造血幹細胞移植」、「6　その他の所見」の欄は記載する必要はありません。

表面　〔記載例〕

⑬ 血液・造血器　（平成○年○月○日現症）

1 臨床所見

（ア）自覚症状

疲労感	（無・(有)・著）
動悸	((無))・有・著）
息切れ	((無))・五・著）
発熱	（無・(有)・著）
関節症状	((無))・五・著）
易感染性	（無・(有)・著）

（イ）他覚所見

リンパ節腫脹	（無・(有)・著）
出血傾向	((無))・有・著）
紫斑	((無))・有・著）
肝腫	((無))・有・著）
脾腫	((無))・有・著）

2 血液検査成績　（平成　年　月　日）

（ア）末梢血液　（イ）骨髄

赤血球	×万/μℓ	有核細胞	×万/μℓ
ヘモグロビン濃度	g/dℓ	巨核球	/μℓ
ヘマトクリット	%	赤芽球	%
白血球	/μℓ	顆粒球	%
顆粒球	/μℓ	リンパ球	%
単球	%	病的細胞	‰
リンパ球	/μℓ	顆粒球（G）と赤芽球（E）との比（G/E）	
病的細胞	‰		
血小板	×万/μℓ		
網赤血球数	‰	（ウ）出血傾向	
血清総蛋白	g/dℓ	出血時間（　法）	分
		APTT（基準値　秒）	秒

（エ）その他

CRP	検査値	LDH	基準値	検査値

3 輸血の回数及び総量

○回　計　○○mℓ

（平成○年○月○日 ～ 平成○年○月○日）

4 凝固因子製剤輸注の回数及び量

○回　計　○○mℓ

（平成○年○月○日 ～ 平成○年○月○日）

5 造血幹細胞移植

無・有（平成　年　月　日）

経過（　）

6 その他の所見

診断書裏面

【⑭免疫機能障害】

1．検査成績

ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数の測定値は、診断書の現症日以前の４週間以上の間隔をおいて実施した連続する直近２回の検査結果を記入し、その２回の検査値の平均値も記載してください。検査を行った日付も必ず記載してください。

白血球数、ヘモグロビン量、血小板数、ＨＩＶ－ＲＮＡ量の測定値は、診断書の現症日以前の４週間以上の間隔を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。検査を行った日付も必ず記載してください。

2．身体症状等

日数、回数、数値、下痢や嘔吐などの症状の確認は、カルテに基づいて記載してください。

日常生活活動上の制限とは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、人混みの回避が含まれます。

3．現在持続している副作用の状況

ヒト免疫不全ウイルス感染者に対して投薬療法が行われ、現症日時点で持続している副作用が生じている時は、該当する項目にチェックをいれてください。

診断書に掲載している副作用の項目以外の副作用が生じている場合は、治療に使用した薬剤名、服薬及び副作用の状況について詳しく記載してください。

4．エイズ発症の既往の有無

診断書の現症日以前に、エイズを発症したことのある場合は「有」に○を、発症したことのない場合は「無」に○を付してください。

5．回復不能なエイズ合併症

エイズ合併症が回復不能に陥り、日常生活のほとんどが全面的な介護なしでは過ごすことができない状態をいいます。回復不能であるかどうかの判定は診断書作成医の判断でお願いします。

6．肝炎の状況

ヒト免疫不全ウイルス感染者が、肝炎を発症している場合は、肝炎のタイプにチェックを入れ、検査所見欄、臨床所見欄を記載してください。

なお、臨床所見欄の「腹水」は、治療により軽快する場合は「有」に○を、治療を行っても軽快しない場合は「著」に○を付してください。

裏面　〔記載例〕

⑭ 免疫機能障害　（平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日現症）

1．検査成績

検査項目＼検査日	単位	○・○・○	○・○・○	平均値
CD4陽性Tリンパ球数	/μl	246	228	237

（現症日以前の4週間以上の間隔を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。）

検査項目＼検査日	単位	○・○・○	○・○・○
白血球数	/μl	4580	4650
ヘモグロビン量	g/dl	13.1	14.8
血小板数	万/μl	16.8	19.2
HIV-RNA量	コピー/ml	6.1×10^3	5.3×10^1

（現症日以前の4週間以上の間隔を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

①1日1時間以上の安静臥床を必要とする程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日以上の不定の発熱（38℃以上）が2ヶ月以上続く　（有・(無)）
④1日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）
⑤1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の喘気が月に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（①～⑥の症状を除く）（抗HIV療法を実施している場合）　（(有)・無）
⑧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）
⑨1年以内に口腔カンジダ症、悪性腫瘍、単純ヘルペスウイルス-ヘルペス感染症、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)）
⑩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

検査項目＼検査日	単位	○・○・○	○・○・○
血清アルブミン	g/dl	0.0	0.0
AST（GOT）		00	00
ALT（GPT）		00	00
プロトロンビン時間	%	00	00
	延長秒	0	0
総ビリルビン（液）	mg/dl	0.0	0.0

(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
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さたす薬剤の使用　(無)・有）

【⑮その他の障害】

ヒト免疫不全ウイルス感染症とその続発症、副作用により、悪性腫瘍（※）、精神疾患など、日常生活、社会生活に支障をきたしている他の疾患が見受けられる場合には、その状態についても記載してください。

（※カポジ肉腫、原発性脳リンパ腫、非ホジキンリンパ腫、浸潤性子宮頸癌、肛門癌、肺癌、ホジキンリンパ腫に限る）

【⑯現症時の日常生活活動能力及び労働能力】

現症時において、感染者の日常生活がどのような状況であるのか、また、どの程度の労働ができるのかなどを具体的に記載してください。

【⑰予　後】

診断書作成時点において想定される予後を記載してください。不明である場合はその旨を記載してください。

裏面　〔記載例〕

⑮ その他の障害　（平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日現症）

1．症　状

(1) 自 覚 症状

○年○月、ホジキンリンパ腫を発症。

同年○月より薬物療法を行い、現在は寛解状態にあるが再発の可能性があり、経過観察中。

(2) 他 覚 所 見

○年○月、頚部に腫脹があるのを自覚する。

寝汗がひどく、倦怠感もあった。

現在は落ち着きつつあるも、多少症状は残存している。

2．検 査 成 績

(1) 血液・生化学検査

検査項目 ＼ 検査日	単 位	施設基準値	・ ・	・ ・	・ ・
赤 血 球 数	万/μ3				
ヘモグロビン濃度	g/dℓ				
ヘマトクリット	%				
血 清 総 蛋 白	g/dℓ				
血清アルブミン	g/dℓ				

(2) その他の検査成績

3 人 工 臓 器 等

(1) 人工肛門造設　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 造 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 の 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 （必ず記入して下さい）	ＣＤ４値は２００を超えて回復してきているが、呼吸器感染症などを繰り返し、免疫不全状態は遷延している。抗ＨＩＶ薬の副作用による精神症状で抑うつ状態が出現し、薬疹による掻痒感もあり、日常生活に支障をきたしている。就労は困難な状態が続いている。
⑰ 予　後 （必ず記入して下さい）	永続的に治療が必要である。
⑱ 備　考	

別添Ｂ(別添)

障害年金の認定（ヒト免疫不全ウイルス感染症）に関する専門家会合

意見書

平成２２年１２月

１．はじめに

ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害については、「ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定について（平成１０年２月４日庁保険発第１号通知。以下「認定における留意事項」という。）」により認定が行われている。

具体的には、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認定することになっている。

このように、平成１０年の認定における留意事項をもとに認定が行われているが、その後に明らかになった新しい医学的知見を取り入れるよう各方面から見直しが求められていること、また、これまでも診断書の記載内容が必ずしも十分ではない事例が見受けられたことから、認定における留意事項をより明確化することを目的として本会合が本年８月に設置されたものである。

本会合では３回にわたって議論を重ね、専門的な見地から以下のとおり意見を取りまとめたので報告する。

２．障害認定に必要な検査所見及び身体症状等について

ヒト免疫不全ウイルス感染症による障害については、① 診断書を作成する医師が申請者の障害を客観的に評価し、② 日本年金機構で障害認定の審査をしている医師などが認定を行うこととなるが、その判断に必要な障害の状態を明確にした上で、診断書の記載を求めるとともに、確認することが望ましい。

なお、障害認定に必要な検査所見及び身体症状等に関する具体的な内容については次表のとおり整理することが適当である。

（１）検査所見

	検　　査　　所　　見
1	CD4 陽性Ｔリンパ球数について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が 1 級、2 級の場合は 200/μℓ以下、3 級の場合は 350/μℓ以下である
2	白血球数について 3,000/μℓ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
3	ヘモグロビン量について男性 12g /dℓ未満、女性 11 g /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
4	血小板数について 10 万/μℓ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
5	HIV—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

（2）身体症状等

	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
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
3	月7日以上の不定の発熱(38℃以上)が2ヶ月以上続く
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
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
6	動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する
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（1～6の症状を除く）（抗ＨＩＶ療法を実施している場合）
8	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
9	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
10	医学的理由（※）により抗ＨＩＶ療法ができない状態である

※　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が生じるなどの医学的事項による。

3．障害の程度について

ヒト免疫不全ウイルス感染症については、これまで他の内科的疾患と同様に、検査所見、治療及び症状の経過、具体的な日常生活状況等により総合的に認定を行ってきたところである。

一方、ヒト免疫不全ウイルス感染症は免疫機能障害という他の疾病とは異なった特性も持っている。

このため、ＣＤ４値（血液中に含まれる免疫全体をつかさどる機能を持つリンパ球数）を中心とした特殊検査の異常値と症状などを反映できるような合理的な認定手法について議論を重ねた結果、本会合としては現行の「総合的に認定する」という手法を維持しつつ、前述のような合理的な手法を加え、労働及び日常生活上の障害の程度が客観的に見て妥当であるかどうかを判断することも必要である。

例えば、検査所見と身体症状等を組み合わせること等により障害の程度の目安を整理すると次のようになると考えられる。

○　上記２（１）の検査所見の表に示す１に加えて３項目以上の所見があり、かつ、上記２（２）の身体症状等の表に示す４項目以上の症状があるもの。もしくは、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（※）は１級と認定する。

○　上記２（１）の検査所見の表に示す１に加えて２項目以上の所見があり、かつ、上記２（２）の身体症状等の表に示す３項目以上の症状があるもの。もしくは、上記２（１）の検査所見の表に示す１に加えてエイズ発症の既往があるものは２級と認定する。

○　上記２（１）の検査所見の表に示す１に加えて２項目以上の所見があり、かつ、上記２（２）の身体症状等の表に示す２項目以上の症状があるもの。もしくは、上記２（１）の検査所見の表に示す１に加えてエイズ発症の既往があるものは３級と認定する。

※　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のことをいう。

４．診断書の様式について

上記２の障害認定に必要な検査所見及び身体症状等について確認することとしたため、それらを書き漏らさないような診断書の様式に変更することが望ましい。

このため、ヒト免疫不全ウイルス感染症特有の症状等を適切に記載することができるように診断書の記載項目を整理し、検査所見、身体症状、副作用、肝炎などの項目を追加することが必要である。

これにより、診断書を作成する医師は必要項目を適切に記載することができ、日本年金機構で障害認定の審査をしている医師などは障害の状態を的確に判断できるようになり、障害認定が円滑に行われると考えられる。

５．おわりに

ヒト免疫不全ウイルス感染症に対する治療は、医学の進歩により、新たな治療薬が開発され、格段の進歩を遂げている。反面、ウイルスを体内から駆逐するまでには至っておらず、近年は悪性腫瘍という重篤な疾患を引き起こすことがあり、労働及び日常生活に支障をきたす事例も見受けられる現状を踏まえ、認定上の配慮が求められているとの意見がある。

こうした悪性腫瘍を併発する場合の扱いについても検討した結果、現時点における学術的な水準に鑑みれば、「肛門癌」、「肺癌」及び「ホジキンリンパ腫」のような悪性腫瘍については、エイズ指標疾患のうち、カポジ肉腫、原発性脳リンパ腫、非ホジキンリンパ腫及び浸潤性子宮頸癌と同様に、ヒト免疫不全ウイルス感染症と相当因果関係があるとみて、「総合認定」または「併合認定」の取扱いにより認定を行う必要がある。

6．「障害年金の認定（ヒト免疫不全ウイルス感染症）に関する専門家会合」の開催状況

回	開催日	議　題
第１回	平成２２年８月２０日（金）	（１）ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定について （２）具体的な症例に関する障害等級の認定手順及び非該当事例について （３）その他
第２回	平成２２年９月２９日（水）	（１）ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定にあたっての論点整理 （２）その他
第３回	平成２２年１１月５日（金）	（１）ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定にあたっての論点整理 （２）その他

7．「障害年金の認定（ヒト免疫不全ウイルス感染症）に関する専門家会合」委員名簿

氏　名	所属及び役職
岩本　愛吉	東京大学医科学研究所 先端医療研究センター感染症分野教授
大平　勝美	社会福祉法人　はばたき福祉事業団理事長
岡　慎一	独立行政法人国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター長
木村　哲(※)	東京逓信病院長
白阪　琢磨	独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 臨床研究センター　エイズ先端医療研究部長 HIV／AIDS 先端医療開発センター長
根岸　昌功	ねぎし内科診療所院長
花井　十伍	大阪ＨＩＶ薬害訴訟原告団代表

※は座長

ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定方法変更にかかる事務取扱

（日本年金機構本部年金給付部給付企画グループ作成）

平成２３年１月３１日付厚生労働省年金局事業管理課長通知「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について」（以下、「通知」という。）により、障害認定方法が変更となること、ならびに新しい様式の血液・造血器・その他の障害用診断書（以下、「新様式診断書」という。）を使用することから、今後の障害年金事務について以下のとおり行うので対応お願いいたします。

１．適用開始日

○障害認定方法に関する事務運用上の適用開始日

◇新規請求・額改定（額改定請求・停止消滅届など）→平成２３年４月１日受付日から

◇障害状態確認届→平成２３年４月生月者から

２．平成２３年３月１日からの新様式診断書等の窓口配布

請求予定日が平成２３年４月１日の前後に関わらず、平成２３年３月１日から請求者に新様式診断書（別添２）、記入上の注意（別添３）を渡してください。特に、ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害年金請求等の相談者については必ず新様式診断書、記入上の注意及び記載要領（医療機関配布用）（別添４）を手渡すようお願いします。

３．上記「２.」へ向けた準備作業

年金事務所においては、年金事務所・街角の年金相談センター・市区町村への新様式診断書・記入上の注意・記載要領（医療機関配布用）の配備・配布のため、次の準備作業をお願いします。印刷数量は適宜調整願います。

〇事前準備

別添２の新様式診断書ＰＤＦデータを基に、プリンターで診断書を印刷してください。

◇注意事項：①Ａ３両面でカラー印刷すること。
②表・裏の上下の向きは従来と同様とすること。
③管轄市区町村・街角の年金相談センターの配布分も印刷すること。

別添３の記入上の注意、別添４の診断書記載要領（医療機関配布用）についても管轄市区町村・街角の年金相談センター配布分も印刷してください。

〇市区町村・街角の年金相談センターへの配布

◇お知らせ文（別添５）　※　市区町村への配布時
◇新様式診断書・記入上の注意・記載要領（医療機関配布用）

※　点検要領（職員配布用）（別添６）については機構内向けのものです。市区町村に対し配布しても構いませんが、あくまで機構の行う業務の参考情報としての配布としてください。

※　年金事務所・街角の年金相談センター・市区町村とも余裕を持って平成２３年３月１日からの対応ができるよう迅速に準備等進めていただくようお願いします。

４．受付と通知の障害認定方法の適用

〇　上記「２.」により、平成２３年４月１日前に新様式診断書を添付して年金請求等があった場合は、そのまま受付をして構いません。ただし、障害認定方法について通知の適用はありません。

〇　平成２３年４月１日以降に新様式でない診断書を添付して提出があった場合でも障害認定方法について通知を適用する必要がありますので、出来る限り請求

者等へ新様式診断書での再提出を求めてください。（難しい場合は医師照会等で対応してください。）

５．相談受付時等の診断書の点検

点検要領（職員配布用）（別添６）を活用して事務を行ってください。

６．認定事例の収集

国民年金・厚生年金保険年金給付業務処理マニュアルＰ１１１により機構本部年金給付部給付企画グループへの報告を行っている新規請求時の認定事例の収集は今後も継続します。

７．障害認定結果の認定調書等への記載

障害認定時、障害基礎年金においては障害状態認定調書、障害厚生年金については障害状態認定表に認定結果の記載をしていますが、通知の適用により、ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定についてはどの認定方法がそれぞれどの等級であったのか確認する必要があります。つきましては、障害認定時に認定調書等に以下の記載例に従い認定結果を書き込みしてください。（なお、記載の有無は、上記「６.」認定事例の収集時に給付企画グループで確認を行います。記載がない事例は返戻します。）

＜認定調書等への記載例＞

【ＨＩＶ認定結果】
１０年通知　⇒○級
２３年通知Ａ　⇒△級
２３年通知Ｂ　⇒等級不該当

８．平成１８年３月１３日付社会保険庁運営部年金保険課課長補佐事務連絡

これまで、ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定については診断書に「・・・ＣＤ４リンパ球数値、ヒト免疫不全ウイルスーＲＮＡ数値等について現症

日の状況を含めた直近の３回連続した成績を記載・・・・」など事務連絡に従い事務を進めておりましたが、新様式診断書においてはこの事務連絡は適用しません。

９．管理帳票等の要求

平成２３年１月４日付【給付指２０１１－３】「ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定方法ならびに血液・造血器・その他の障害用診断書の管理帳票等要求（指示・依頼）により平成２３年４月分の新様式診断書の管理帳票等要求が必要であることをすでにお知らせしております。要求が漏れている年金事務所においては早期に要求を行ってください。管理帳票の要求については以下を参照してください。

〇管理帳票の要求が必要である新様式診断書の帳票名

⇒No,511-5　国民年金厚生年金保険船員保険診断書
（血液・造血器・その他の障害用）

〇平成２３年４月使用分の管理帳票等定時要求締め日

⇒平成２３年２月１０日（木）

※　年金事務所においては、定時要求を行う際に、管轄市町村配布分あるいは街角の年金相談センター配布分も考慮して要求を行っていただくようお願いします。

別添2 新様式診断書
様式第120号の7

(他) 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（フリガナ）		昭和 平成 年 月 日生（ 歳）	男・女
住所	住所地の郵便番号	郡市 区 町区 村	
①障害の原因となった傷病名		②傷病の発生年月日	昭和 平成 年 月 日 診療録で確認 本人の申立て（ 年 月 日）
		③①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 平成 年 月 日 診療録で確認 本人の申立て（ 年 月 日）
④傷病の原因又は誘因	初診年月日（昭和・平成 年 月 日）	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期待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、その他の参考となる事項		診療回数 年間 回、月平均 回	手術歴 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			

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

⑪計測（平成 年 月 日測定）												
身長	cm	体重	現在 kg / 健康時 kg	握力	右 kg / 左 kg	視力	右眼 裸眼 / 左眼 裸眼	矯正 / 矯正				
視野		調節機能			聴力レベル	最良語音明瞭度	血圧	最大	mmHg			
				右耳	dB	%		最小	mmHg			
				左耳	dB	%						

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○で囲んでください。）

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、肉体労働は制限を受けるが歩行、軽労働や座業はできるもの 例えば、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のことはできるが、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等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ト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

(ア) 自覚症状
- 疲労感（無・有・著）
- 動悸（無・有・著）
- 息切れ（無・有・著）
- 発熱（無・有・著）
- 関節症状（無・有・著）
- 易感染性（無・有・著）

(イ) 他覚所見
- リンパ節腫脹（無・有・著）
- 出血傾向（無・有・著）
- 紫斑（無・有・著）
- 肝腫（無・有・著）
- 脾腫（無・有・著）

2 血液検査成績（平成 年 月 日）

(ア) 末梢血液
- 赤血球 ×万/μℓ
- ヘモグロビン濃度 g/dℓ
- ヘマトクリット %
- 白血球 /μℓ
- 顆粒球 /μℓ
- 単球 %
- リンパ球 /μℓ
- 病的細胞 ‰
- 血小板 ×万/μℓ
- 網赤血球数 ‰
- 血清総蛋白 g/dℓ

(イ) 骨髄
- 有核細胞 ×万/μℓ
- 巨核球 /μℓ
- 赤芽球 %
- 顆粒球 %
- リンパ球 %
- 病的細胞 ‰
- 顆粒球(G)と赤芽球(E)との比(G/E)

(ウ) 出血傾向
- 出血時間（ 法）分
- APTT（基準値 秒）秒

(エ) その他

CRP	検査値	LDH	施設基準値	検査値

3 輸血の回数及び総量
回計 mℓ
（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

4 凝固因子製剤輸注の回数及び量
回計 mℓ
（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

5 造血幹細胞移植
無・有（平成 年 月 日）
経過（ ）

6 その他の所見

（お願い）臨床所見等は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

（お願い）太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）

⑭ 免疫機能障害 （平成 年 月 日現症）

1．検査成績

検査項目＼検査日	単位	・・	・・	平均値
CD4陽性Tリンパ球数	/μℓ			

（現症日以前の４週間以上の間隔を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。）

検査項目＼検査日	単位	・・	・・
白血球数	/μℓ		
ヘモグロビン量	g/dℓ		
血小板数	万/μℓ		
ＨＩＶ－ＲＮＡ量	コピー/mℓ		

（現症日以前の４週間以上の間隔を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

①１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日以上の不定の発熱（３８℃以上）が２ヶ月以上続く （ 有 ・ 無 ）
④１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 ）
⑤１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（①～⑥の症状を除く）（抗ＨＩＶ療法を実施している場合） （ 有 ・ 無 ）
⑧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 ）
⑨１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 ）
⑩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

検査項目＼検査日	単位	・・	・・
血清アルブミン	g/dℓ		
ＡＳＴ（ＧＯＴ）			
ＡＬＴ（ＧＰＴ）			
プロトロンビン時間	%		
	延長秒		
総ビリルビン（※）	mg/dℓ		

（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
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）他覚所見

2．検査成績

（1）血液・生化学検査

検査項目＼検査日	単位	施設基準値	・・	・・	・・
赤血球数	万/μℓ				
ヘモグロビン濃度	g/dℓ				
ヘマトクリット	%				
血清総蛋白	g/dℓ				
血清アルブミン	g/dℓ				

（2）その他の検査成績

3 人工臓器等

(1) 人工肛門造設 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) 新膀胱造設 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) その他の手術 無・有（ ）平成 年 月 日

⑯ 現症時の日常生活動能力及び労働能力（必ず記入して下さい）	
⑰ 予後（必ず記入して下さい）	
⑱ 備考	

上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日

病院又は診療所の名称 診療担当科名

所在地 医師氏名 印

別添3

【血液・造血器・その他の障害用診断書記入上の注意】

この用紙は、診断書を作成する医師に手渡してください。

1　この診断書は、国民年金、厚生年金保険又は船員保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から１年６月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表、厚生年金保険法施行令別表又は船員保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から１年６月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。

（　また、この診断書は、国民年金、厚生年金保険又は船員保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。　）

2　診断書の様式は、障害の原因となった傷病に応じて次のとおり定めております。この診断書は、次のいずれの障害にも該当せず、かつ、これらの診断書を使用することが適切でないと認められる場合に使用してください。

様式第１２０号の１	眼の障害用
様式第１２０号の２	聴覚、鼻腔機能、平衡機能、そしゃく・嚥下機能、言語機能の障害用
様式第１２０号の３	肢体の障害用（国民年金・厚生年金保険）
様式第１２０号の４	精神の障害用
様式第１２０号の５	呼吸器疾患の障害用
様式第１２０号の６－（１）	循環器疾患の障害用
様式第１２０号の６－（２）	腎疾患、肝疾患、糖尿病の障害用

3　③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。

4　⑨の欄の「診療回数」は、現症日前１年間における診療回数を記入してください。なお、入院日数１日は、診療回数１回として計算してください。

5　「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。

（１）　本人の障害の程度及び状態に無関係な欄に記入する必要はありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。

（２）　⑮の１欄は、なるべく具体的に記入してください。

（３）　⑮の２欄は、血液検査値のうち、病状を適切に表していると思われるものを記入してください。

別添4

【記載要領（医療機関配布用）】

ヒト免疫不全ウイルス感染症の障害認定に係る診断書の様式が一部変更となりました

医療機関においては、ヒト免疫不全ウイルス感染者から障害年金の裁定等に必要な診断書の作成の依頼を受けた場合には、次の点に留意され、診断書の記載漏れ等のなきようご協力をお願いします。

☆　氏名、生年月日、性別、住所、①～⑫欄、⑭、⑯、⑰欄は必ず記載してください。

＜留意事項＞

診断書表面

【②傷病の発生年月日】

①欄の傷病が複数ある場合は、障害年金の支給を求める傷病およびその傷病と関連のある傷病のうち、最も古い傷病の発生年月日を記載してください。

【③①のため初めて医師の診断を受けた日】

③欄についても、①欄の傷病が複数ある場合は、障害年金の支給を求める傷病およびその傷病と関連のある傷病のうち、最も古い傷病の初診年月日を記載してください。

【⑤既存障害】

【⑥既往症】

ヒト免疫不全ウイルス感染者の身体の状態を判断するため、ヒト免疫不全ウイルス感染症以外の既存障害（血友病性関節機能障害、肢体障害など）や既往症（例えば、血友病、慢性肝炎など）が存在する場合は、必ず⑤「既存障害」欄又は⑥「既往症」欄に記載してください。

【⑧診断書作成医療機関における初診時所見】

【⑨現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項】

【⑩現在の症状、その他参考となる事項】

上記の「⑤既存障害」又は「⑥既往症」の傷病についても詳細に記載してください。

また、ニューモシスチス肺炎など日和見感染症等がある場合はその症状等とそれらの出現頻度等についても記載してください。

【記載要領（医療機関配布用）】

表面　〔記載例〕

① 障害の原因となった傷病名	後天性免疫不全症候群 血友病A 肝炎（慢性C型）	② 傷病の発生年月日	昭和 (平成) ○年○月○日　診療録で確認 本人の申立て（年月日）
		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 (平成) ○年○月○日　診療録で確認 本人の申立て（年月日）
④傷病の原因又は誘因	第Ⅷ因子製剤 初診年月日 (昭和) 平成 ○年 ○月 ○日）	⑤既存障害	血友病性関節症
⑥ 既往症	溶血性貧血 血小板減少、反復性肺炎		
⑦ 傷病が治った（症状が固定して治療の効果が期待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）	右膝関節内出血による膝関節の腫脹が悪化し、歩行制限あり。 前医によりABC／RTV／APV／EFVを処方されていたが、 精神症状、嘔気が強くなり、平成○年○月○日に前医に入院となり、抗ウイルス療法は中止となっていた。 当院転院当時、CD4　16、HIV-RNA量　4.0×10⁴コピーと免疫能低く、身体所見で頚部リンパ節の腫脹が見られた。		
⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項	○年○月から抗ＨＩＶ薬3剤併用療法を開始したが、副作用が強く、○年○月に休薬した。 ＣＤ４値は３５０前後まで改善を認めていたが、休薬後、徐々に低下し、 ○年○月時点ではＣＤ４は２００を下回り、血小板減少も継続しており、 消耗状態が続き、易感染性を示していた。現在も月２回ほど通院し、治療を行っている。	診療回数	年間 24 回、月平均 2 回
		手術歴	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	○年○月時点で上記のような体力消耗状態は継続していたため、軽労働でも身体への負担は大きかった。抗ＨＩＶ薬服用による消化器症状の副作用が著明であり、服用を中止せざるを得なかった。しかし、日和見感染症予防薬の服用は中止不可能であり、身体的負担のみならず、時間的・精神的制約や食生活への衛生的配慮など生活制限は大きかった。		

【⑪計測】

身長、体重は必ず記載してください。また、視力障害を併発している場合は、視力や視野の検査結果も記載してください。

表面　〔記載例〕

⑪ 計測（平成○年○月○日 測定）													
身長	175 cm	体重	現在 58.5 kg 健康時 75.5 kg	握力	右 18 kg 左 16 kg	視力	右眼 裸眼 0.1 矯正 1.5 左眼 裸眼 0.1 矯正 1.5						
視野	欠損なし	調節機能			聴力レベル	最良語音明瞭度	血圧	最大	134 mmHg				
				右耳	dB	%		最小	60 mmHg				
				左耳	dB	%							

【⑫一般状態区分表】

ヒト免疫不全ウイルス感染者の一般状態区分については、⑫欄に必ず記載してください。また、その際には検査数値、他の既往症、治療実績等を加味した上で該当する区分に記載してください。

表面　〔記載例〕

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○で囲んでください。）

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、肉体労働は制限を受けるが歩行、軽労働や座業はできるもの　例えば、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のことはできるが、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等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

【⑬血液・造血器】

血友病にも罹患している場合は、「1　臨床所見」、「3　輸血の回数及び総量」、「4　凝固因子製剤輸注の回数及び量」の欄を記載してください。

「2　血液検査成績」、「5　造血幹細胞移植」、「6　その他の所見」の欄は記載する必要はありません。

表面　〔記載例〕

⑬ 血液・造血器　（平成○年○月○日現症）

1 臨床所見

（ア）自覚症状

疲労感	（無・(有)・著）
動悸	((無)・有・著）
息切れ	((無)・有・著）
発熱	（無・(有)・著）
関節症状	((無)・有・著）
易感染性	（無・(有)・著）

（イ）他覚所見

ﾘﾝﾊﾟ節腫脹	（無・(有)・著）
出血傾向	((無)・有・著）
紫斑	((無)・有・著）
肝腫	((無)・有・著）
脾腫	((無)・有・著）

3 輸血の回数及び総量

○回　計　○○ mℓ

（平成○年○月○日 ～ 平成○年○月○日）

4 凝固因子製剤輸注の回数及び量

○回　計　○○ mℓ

（平成○年○月○日 ～ 平成○年○月○日）

5 造血幹細胞移植

無・有（平成　年　月　日）

経過（　　）

2 血液検査成績（平成　年　月　日）

（ア）末梢血液　（イ）骨髄

赤血球	×万/μℓ	有核細胞	×万/μℓ
ヘモグロビン濃度	g/dℓ	巨核球	/μℓ
ヘマトクリット	%	赤芽球	%
白血球	/μℓ	顆粒球	%
顆粒球	/μℓ	リンパ球	%
単球	%	病的細胞	‰
リンパ球	/μℓ	顆粒球（G）と赤芽球（E）との比（G/E）	
病的細胞	‰		
血小板	×万/μℓ		
網赤血球数	‰	（ウ）出血傾向	
血清総蛋白	g/dℓ	出血時間（　法）	分
		APTT（基準値　秒）	秒

（エ）その他

CRP	検査値	LDH	施設基準値	検査値

6 その他の所見

診断書裏面

【⑭免疫機能障害】

1．検査成績

ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数の測定値は、診断書の現症日以前の４週間以上の間隔をおいて実施した連続する直近２回の検査結果を記入し、その２回の検査値の平均値も記載してください。検査を行った日付も必ず記載してください。

白血球数、ヘモグロビン量、血小板数、ＨＩＶ－ＲＮＡ量の測定値は、診断書の現症日以前の４週間以上の間隔を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。検査を行った日付も必ず記載してください。

2．身体症状等

日数、回数、数値、下痢や嘔吐などの症状の確認は、カルテに基づいて記載してください。

日常生活活動上の制限とは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、人混みの回避が含まれます。

3．現在持続している副作用の状況

ヒト免疫不全ウイルス感染者に対して投薬療法が行われ、現症日時点で持続している副作用が生じている時は、該当する項目にチェックをいれてください。

診断書に掲載している副作用の項目以外の副作用が生じている場合は、治療に使用した薬剤名、服薬及び副作用の状況について詳しく記載してください。

4．エイズ発症の既往の有無

診断書の現症日以前に、エイズを発症したことのある場合は「有」に○を、発症したことのない場合は「無」に○を付してください。

5．回復不能なエイズ合併症

エイズ合併症が回復不能に陥り、日常生活のほとんどが全面的な介護なしでは過ごすことができない状態をいいます。回復不能であるかどうかの判定は診断書作成医の判断でお願いします。

6．肝炎の状況

ヒト免疫不全ウイルス感染者が、肝炎を発症している場合は、肝炎のタイプにチェックを入れ、検査所見欄、臨床所見欄を記載してください。

なお、臨床所見欄の「腹水」は、治療により軽快する場合は「有」に○を、治療を行っても軽快しない場合は「著」に○を付してください。

裏面　　〔記載例〕

⑭ 免疫機能障害　（平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日現症）

1．検査成績

検査項目＼検査日	単位	○・○・○	○・○・○	平均値
CD4陽性Tリンパ球数	/μℓ	246	228	237

（現症日以前の４週間以上の間隔を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。）

検査項目＼検査日	単位	○・○・○	○・○・○
白血球数	/μℓ	4580	4650
ヘモグロビン量	g/dℓ	13．1	14．8
血小板数	万/μℓ	16．8	19．2
ＨＩＶ－ＲＮＡ量	コピー/mℓ	6.1×10^{3}	5.3×10^{2}

（現症日以前の４週間以上の間隔を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

①１日１時間以上の安静臥床を必要とする程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日以上の不定の発熱（３８℃以上）が２ヶ月以上続く　（有・(無)）
④１日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）
⑤１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（①～⑥の症状を除く）（抗ＨＩＶ療法を実施している場合）　（(有)・無）
⑧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）
⑨１年以内に口腔内カンジダ症、帯状疱疹、単純ウイルスヘルペス感染症、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)）
⑩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

検査項目＼検査日	単位	○・○・○	○・○・○
血清アルブミン	g/dℓ	0．0	0．0
ＡＳＴ（ＧＯＴ）		00	00
ＡＬＴ（ＧＰＴ）		00	00
プロトロンビン時間	%	00	00
	延長秒	0	0
総ビリルビン（※）	mg/dℓ	0．0	0．0

(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
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）

【記載要領（医療機関配布用）】

⑮その他の障害】

ヒト免疫不全ウイルス感染症とその続発症、副作用により、悪性腫瘍（※）、精神疾患など、日常生活、社会生活に支障をきたしている他の疾患が見受けられる場合には、その状態についても記載してください。

（※カポジ肉腫、原発性脳リンパ腫、非ホジキンリンパ腫、浸潤性子宮頸癌、肛門癌、肺癌、ホジキンリンパ腫に限る）

【⑯現症時の日常生活活動能力及び労働能力】

現症時において、感染者の日常生活がどのような状況であるのか、また、どの程度の労働ができるのかなどを具体的に記載してください。

【⑰予　後】

診断書作成時点において想定される予後を記載してください。不明である場合はその旨を記載してください。

裏面　　〔記載例〕

⑮ その他の障害　（平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日現症）

1．症　状

(1) 自 覚 症状

○年○月、ホジキンリンパ腫を発症。

同年○月より薬物療法を行い、現在は寛解状態にあるが再発の可能性があり、経過観察中。

(2) 他 覚 所 見

○年○月、頚部に腫脹があるのを自覚する。

寝汗がひどく、倦怠感もあった。

現在は落ち着きつつあるも、多少症状は残存している。

2．検 査 成 績

（1）血液・生化学検査

検査項目＼検査日	単　位	施設基準値	・・	・・	・・
赤 血 球 数	万/μℓ				
ヘモグロビン濃度	g/dℓ				
ヘマトクリット	%				
血 清 総 蛋 白	g/dℓ				
血清アルブミン	g/dℓ				

（2）その他の検査成績

3 人 工 臓 器 等

(1) 人工肛門造設　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) 新膀胱造設　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 の 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（必ず記入して下さい）	ＣＤ４値は２００を超えて回復してきているが、呼吸器感染症などを繰り返し、免疫不全状態は遷延している。抗ＨＩＶ薬の副作用による精神症状で抑うつ状態が出現し、薬疹による掻痒感もあり、日常生活に支障をきたしている。就労は困難な状態が続いている。
⑰ 予　後（必ず記入して下さい）	永続的に治療が必要である。
⑱ 備　考	

別添５

平成○○年○○月○○日

市区町村国民年金担当課　御中

日本年金機構○○年金事務所

血液・造血器・その他の障害用診断書等の送付について

日頃より年金事業の運営にあたりましては、格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。この度、平成２３年１月３１日付厚生労働省年金局事業管理課長通知「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について」（以下、「通知」という。）が示されました。市区町村においても、先に地方厚生（支）局年金調整課（年金管理課）より同様の通知が示されているところですが、別添のとおり新しい様式となった血液・造血器・その他の障害用診断書（以下、「新様式診断書」という。）、記入上の注意、記載要領（医療機関配布用）及び点検要領（職員配布用）を送付しますのでご査収ください。

なお、平成２３年４月１日から通知に従った事務ができるよう以下の通り事務を行います。ご不便をおかけしますがご理解を賜りますようお願い申し上げます。

＜通知の障害認定方法に関する事務運用上の適用開始日＞

◇新規請求・額改定（額改定請求・停止消滅届など）

平成２３年４月１日受付日から適用開始

◇障害状態確認届

平成２３年４月生月者から適用開始

請求予定日が平成２３年４月１日の前後に関わらず、平成２３年３月１日から請求者に新様式診断書、記入上の注意を渡してください。特に、ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害年金請求等の相談者については必ず新様式診断書、記入上の注意及び記載要領（医療機関配布用）を手渡すようお願いします。なお、平成２３年４月１日前に新様式診断書を添付して年金請求があった場合でも受付して構いません。ただし、その場合は障害認定方法について改正通知の適用はありません。

別添6

【点検要領（職員配布用）】

ヒト免疫不全ウイルス感染症の障害認定に係る診断書の受付時等の点検要領

厚生労働省年金局事業管理課より、平成２３年１月３１日付「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」に関する通知が発出されたことに伴ない、平成２３年４月１日から、ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定方法ならびに障害年金請求時等に提出される診断書の様式が変更となるため、診断書受付時等には、特に次の点に留意して、診断書の記載漏れ等のなきよう対応をお願いします。

１．障害認定について

平成２３年４月１日からの障害認定方法は別紙図１を参照してください。

２．診断書の確認について

年金請求書等に添付されている診断書について障害認定に係る必要事項が記載されているかどうか確認し、必要に応じて診断書の補足部分について再提出を求めてください。

診断書受付時等での留意事項は以下のとおりです。

＜留意事項＞

☆　氏名、生年月日、性別、住所、①～⑫欄、⑭、⑯、⑰欄の記載があるか確認してください。

診断書表面

【⑧診断書作成医療機関における初診時所見】
【⑨現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項】
【⑩現在の症状、その他参考となる事項】

「⑤既存障害」又は「⑥既往症」欄に記載があった場合は、その傷病についても記載されているか確認してください。

【点検要領（職員配布用）】

表面　〔記載例〕

① 障害の原因となった傷病名	後天性免疫不全症候群 血友病A 肝炎（慢性C型）	② 傷病の発生年月日	昭和 （平成）　○年　○月　○日	診療録で確認 本人の申立て （　年　月　日）	
		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 （平成）　○年　○月　○日	診療録で確認 本人の申立て （　年　月　日）	
④傷病の原因又は誘因	第Ⅷ因子製剤 初診年月日（昭和）平成　○年　○月　○日）	⑤既存障害	血友病性関節症	⑥ 既往症	溶血性貧血 血小板減少、反復性肺炎
⑦傷病が治った（症状が固定して治療の効果が期待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）	右膝関節内出血による膝関節の腫脹が悪化し、歩行制限あり。 前医によりABC／RTV／APV／EFVを処方されていたが、 精神症状、嘔気が強くなり、平成○年○月○日に前医に入院となり、抗ウイルス療法は中止となっていた。 当院転院当時、CD4　16、HIV－RNA量　4.0×10⁴コピーと免疫能低く、身体所見で頸部リンパ節の腫脹が見られた。				
⑨現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項	○年○月から抗ＨＩＶ薬3剤併用療法を開始したが、副作用が強く、○年○月に休薬した。 ＣＤ４値は３５０前後まで改善を認めていたが、休薬後、徐々に低下し、 ○年○月時点ではＣＤ４は２００を下回り、血小板減少も継続しており、 消耗状態が続き、易感染性を示していた。現在も月２回ほど通院し、治療を行っている。	診療回数	年間２４回、月平均　２　回		
		手術歴	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	○年○月時点で上記のような体力消耗状態は継続していたため、軽労働でも身体への負担は大きかった。抗ＨＩＶ薬服用による消化器症状の副作用が著明であり、服用を中止せざるを得なかった。しかし、日和見感染症予防薬の服用は中止不可能であり、身体的負担のみならず、時間的・精神的制約や食生活への衛生的配慮など生活制限は大きかった。				

【⑪計測】

身長、体重が記載されているか確認してください。また、視力障害を併発している場合は、視力や視野の検査結果が記載されているか確認してください。

表面　〔記載例〕

⑪ 計測 （平成○年○月○日） 測定	身長	175 cm	体重	現在　58.5 kg 健康時　75.5 kg	握力	右　18 kg 左　16 kg	視力	右眼 裸眼　0.1　矯正　1.5 左眼 裸眼　0.1　矯正　1.5						
	視野	欠損なし	調節機能			聴力レベル　最良語音明瞭度		血圧	最大	134 mmHg				
					右耳	dB　%			最小	60 mmHg				
					左耳	dB　%								

【⑫一般状態区分表】

ヒト免疫不全ウイルス感染者の一般状態区分については、⑫欄に記載されているか確認してください。

表面　〔記載例〕

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○で囲んでください。）

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、肉体労働は制限を受けるが歩行、軽労働や座業はできるもの　例えば、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のことはできるが、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等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

【⑬血液・造血器】

血友病にも罹患している場合は、「1　臨床所見」、「3　輸血の回数及び総量」、「4　凝固因子製剤輸注の回数及び量」の欄が記載されているか確認してください。

表面　　〔記載例〕

⑬ 血液・造血器　（平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日現症）

1 臨床所見

（ア）自覚症状

疲労感	（無・(有)・著）
動悸	((無)・有・著）
息切れ	((無)・有・著）
発熱	（無・(有)・著）
関節症状	((無)・有・著）
易感染性	（無・(有)・著）

（イ）他覚所見

ﾘﾝﾊﾟ節腫脹	（無・(有)・著）
出血傾向	((無)・有・著）
紫斑	((無)・有・著）
肝腫	((無)・有・著）
脾腫	((無)・有・著）

3 輸血の回数及び総量

○ 回　　計　　○○ mℓ

（平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ～ 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日）

4 凝固因子製剤輸注の回数及び量

○ 回　　計　　○○ mℓ

（平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ～ 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日）

5 造血幹細胞移植

無 ・ 有（平成　年　月　日）

経過（　　）

2 血液検査成績（平成　年　月　日）

（ア）末梢血液		（イ）骨髄	
赤血球	×万/μℓ	有核細胞	×万/μℓ
ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ濃度	g/dℓ	巨核球	/μℓ
ﾍﾏﾄｸﾘｯﾄ	%	赤芽球	%
白血球	/μℓ	顆粒球	%
顆粒球	/μℓ	リンパ球	%
単球	%	病的細胞	‰
リンパ球	/μℓ	顆粒球（G）と赤芽球（E）との比（G/E）	
網的細胞	‰		
血小板	×万/μℓ		
網赤血球数	‰	（ウ）出血傾向	
血清総蛋白	g/dℓ	出血時間（　法）	分
		APTT（基準値　秒）	秒

（エ）その他

CRP	検査値	LDH	施設基準値	検査値

6 その他の所見

＜診断書裏面＞

【⑭免疫機能障害】

1．検査成績

ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数は、診断書の現症日以前の４週間以上の間隔をおいて実施した連続する直近２回の検査を行った日付と検査値が記載されているか確認してください。また、その２回の検査値の平均値についても記載されているか確認してください。

白血球数、ヘモグロビン量、血小板数、ＨＩＶ－ＲＮＡ量は、診断書の現症日以前の４週間以上の間隔をおいて実施した連続する直近２回の検査を行った日付と検査値がそれぞれ記載されているか確認してください。検査を行った日付も記載されているか確認してください。

2．身体症状等

日数、回数、数値、下痢や嘔吐などの有無などについて記載漏れがないか確認してください。

3．エイズ発症の既往の有無

いずれかに○が記載されているか確認してください。

4．回復不能なエイズ合併症

いずれかに○が記載されているか確認してください。

裏面　〔記載例〕

⑭ 免疫機能障害　（平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日現症）

1．検査成績

検査項目＼検査日	単位	○・○・○	○・○・○	平均値
CD4陽性Tリンパ球数	/μℓ	246	228	237

（現症日以前の４週間以上の間隔を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。）

検査項目＼検査日	単位	○・○・○	○・○・○
白血球数	/μℓ	4580	4650
ヘモグロビン量	g/dℓ	13．1	14．8
血小板数	万/μℓ	16．8	19．2
ＨＩＶ－ＲＮＡ量	コピー/mℓ	6.1×10^{3}	5.3×10^{2}

（現症日以前の４週間以上の間隔を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

①１日１時間以上の安静臥床を必要とする程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日以上の不定の発熱（３８℃以上）が２ヶ月以上続く　（有・(無)）
④１日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）
⑤１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（①～⑥の症状を除く）（抗ＨＩＶ療法を実施している場合）　（(有)・無）
⑧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）
⑨１年以内に口腔内カンジダ症、帯状疱疹、単純ウイルスヘルペス感染症、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)）
⑩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

検査項目＼検査日	単位	○・○・○	○・○・○
血清アルブミン	g/dℓ	○．○	○．○
ＡＳＴ（ＧＯＴ）		○○	○○
ＡＬＴ（ＧＰＴ）		○○	○○
プロトロンビン時間	%	○○	○○
	延長秒	○	○
総ビリルビン（※）	mg/dℓ	○．○	○．○

（2）臨床所見

食道静脈瘤　(軽)・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
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）

【点検要領（職員配布用）】

【⑯現症時の日常生活活動能力及び労働能力】

現症時において、感染者の日常生活がどのような状況であるのか、また、どの程度の労働ができるのかについて記載されているか確認してください。

【⑰予　後】

診断書作成時点において想定される予後が記載されますので確認してください。

裏面　　〔記載例〕

⑮ その他の障害　（平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日現症）

1．症　状

(1) 自 覚 症状

○年○月、ホジキンリンパ腫を発症。

同年○月より薬物療法を行い、現在は寛解状態にあるが再発の可能性があり、経過観察中。

(2) 他 覚 所 見

○年○月、頸部に腫脹があるのを自覚する。

寝汗がひどく、倦怠感もあった。

現在は落ち着きつつあるも、多少症状は残存している。

2．検 査 成 績

(1) 血液・生化学検査

検査項目 ＼ 検査日	単 位	施設基準値	・ ・	・ ・	・ ・
赤 血 球 数	万/μl				
ヘモグロビン濃度	g/dl				
ヘマトクリット	%				
血 清 総 蛋 白	g/dl				
血清アルブミン	g/dl				

(2) その他の検査成績

3 人 工 臓 器 等

(1) 人工肛門造設　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) 新膀胱造設　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 の 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 (必ず記入して下さい)	ＣＤ４値は２００を超えて回復してきているが、呼吸器感染症などを繰り返し、免疫不全状態は遷延している。抗ＨＩＶ薬の副作用による精神症状で抑うつ状態が出現し、薬疹による掻痒感もあり、日常生活に支障をきたしている。就労は困難な状態が続いている。
⑰ 予　後 (必ず記入して下さい)	永続的に治療が必要である。
⑱ 備　考	

ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定方法（概要図）

【これまで】

①平成10年2月4日付庁保険発第1号により認定

○認定のあり方

続発症の有無及びその程度及びCD4数値等の免疫機能の低下の状態を含む検査所見、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認定する。

○障害の程度

（1）障害認定基準第18節「その他の疾患による障害」に掲げる障害状態とする。

＜一部例示＞

1級

回復困難なヒト免疫不全ウイルス感染症～（中略）～全面的な介助を要するもの

2級

エイズの指標疾患や免疫不全に起因する～（中略）～日常生活が著しく制限されるもの

3級

エイズ指標疾患の有無にかかわらず、～（中略）～労働が制限されるもの

（2）一般状態区分「オ」・・・・・・・・・・・・おおむね1級
〃 「ウ」または「エ」・・・・・・・おおむね2級
〃 「イ」または「ウ」・・・・・・・おおむね3級

以上、通知から一部抜粋

【平成23年4月1日から】

①平成10年2月4日付庁保険発第1号により判断
②平成23年1月31日付年管管発0131第1号別紙1の「障害の程度の目安」により判断

○1級
A（アかつイかつウ）を満たしている。または、Bを満たしている場合

○2級
A（アかつイかつウ）を満たしている。または、B（アかつエ）を満たしている場合

○3級
A（アかつイかつウ）を満たしている。または、B（アかつエ）を満たしている場合

◎障害状態の認定
①、②のA、②のBのそれぞれで障害の程度を判断し、そのうち上位等級の方で認定する。

〔障害認定と新様式診断書裏面⑭「免疫機能障害」欄との相関〕
ア・・・・・・・・・・・・・「1、検査成績」欄
イ・・・・・・・・・・・・・「1、検査成績」欄
ウ・・・・・・・・・・・・・「2、身体症状等」欄
エ・・・・・・・・・・・・・「4、エイズ発症の既往の有無」欄
B（1級）・・・・・・・・「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」欄
※ 上記以外にも「3、現在持続している副作用の状況」あるいは、「6、肝炎の状況」欄が追加され、ヒト免疫不全ウイルス感染症の障害状態が具体的に把握できるようになりました。

※平成18年3月13日付社会保険庁運営部年金保険課長補佐事務連絡

これまで診断書に「・・・・CD4リンパ球数値、HIV－RNA数値等について現症日の状況を含めた直近の3回連続した成績を記載・・・・」など事務連絡に従い事務を進めておりましたが新様式診断書ではこの事務連絡は適用しません。

編集発行
日本年金機構本部　年金給付部

〒168−8505　　東京都杉並区高井戸西３丁目５番２４号
ＴＥＬ. [redacted]