

大気汚染医療費助成制度の請求事務を取り扱う  
保険医療機関・保険薬局のための

東京都大気汚染医療費助成制度

# 公費請求の手引

平成30年3月発行

 東京都福祉保健局

# 東京都大気汚染(ぜん息)医療費公費請求の手引

## 目 次

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | 大気汚染医療費助成制度について                         | 1  |
| (1)   | 公費の対象疾病                                 | 2  |
| (2)   | 公費の支払範囲                                 | 2  |
| (3)   | 公費負担者番号と患者一部負担額                         | 3  |
| (4)   | 公費の支払方法                                 | 3  |
| 2     | 処方せんの発行方法について                           | 4  |
| 3     | 患者自己負担額の窓口徴収について                        | 5  |
| 4     | 医療機関・保険薬局に対する協力・助言等                     | 5  |
| 5     | 制度に関する問い合わせ先                            | 5  |
| 6     | その他                                     | 5  |
| 資料1   | 東京都大気汚染医療費助成制度による<br>公費支払対象・公費支払対象外別一覧表 | 6  |
| 資料2   | レセプト記載例                                 | 11 |
| 資料3   | 一部自己負担について                              | 13 |
|       | 東京都大気汚染医療費助成制度Q&A                       | 24 |
| 《参考1》 | 東京都大気汚染医療費助成制度の概要                       | 32 |
| 《参考2》 | 公費支払の流れ                                 | 33 |

## はじめに

東京都では、昭和47年10月から、大気汚染の影響を受けると推定される疾病(気管支ぜん息・慢性気管支炎・ぜん息性気管支炎・肺気しゅ)及びその続発症にかかった18歳未満(当初15歳以下、昭和48年4月から18歳未満)の年少者に対して医療費の助成を行ってまいりましたが、東京大気汚染訴訟の和解に基づき、平成20年8月から、気管支ぜん息及びその続発症については18歳以上も対象としてきました。その後、制度改正により、平成27年4月から、対象年齢が18歳未満に変更されました。(ただし、生年月日が平成9年4月1日以前の認定患者については、更新申請のみ可能です。また、平成30年4月からは、一部自己負担制度がはじまります。詳細は参考1「東京都大気汚染医療費助成制度の概要」P32参照。)

本手引は、大気汚染医療費助成制度の請求事務を取り扱う医療機関や保険薬局向けに、医療費請求に関する事項について統一した見解を示す目的で発行されたものです。

今後、東京都が公費を支払う範囲、医療機関、保険薬局等からの公費支払の請求方法等は、次のとおりですので、御協力をよろしくお願いします。

### 1 大気汚染医療費助成制度について

東京都大気汚染医療費助成制度は、都内に引き続き1年(3歳未満は6か月)以上住所を有する者が気管支ぜん息及びその続発症(18歳未満の者は、気管支ぜん息のほかに、慢性気管支炎、ぜん息性気管支炎、肺気しゅ及びそれらの続発症)にかかった場合に、医療費の医療保険適用後の自己負担額を東京都が患者さんに代わって支払う制度です。

東京都と類似の制度に、国の公害健康被害の補償等に関する法律(公健法)による「公害医療」(略称)(注)の制度があります。医療費の請求方法等が東京都の制度と異なりますので、御注意ください。

(注) 公害医療： 旧公害指定地域(都内では中野、杉並、練馬、世田谷を除く19区が対象)に居住するぜん息患者に対する医療費の給付制度。該当する区に医療費の全額を直接請求する。公害専用のレセプト、公害分だけの薬剤を記載した処方せんが使用される。

## (1) 公費の対象疾病

公費支払の対象となる疾病は、気管支ぜん息及びその続発症(18歳未満の者は、気管支ぜん息、慢性気管支炎、ぜん息性気管支炎、肺気しゅ及びそれらの続発症)です。

- 上記の疾病以外に公費支払の対象となる疾病はありません。
- 小学校入学前までの乳幼児等を対象とした「乳幼児医療費助成制度」(「マル乳(にゅう)」とも呼ばれています。)のように、全ての疾病に対して助成が行われる制度とは異なりますので注意してください。
- 東京都知事、特別区長又は保健所政令市長(以下「認定権者」と総称します。)が認定した患者さんには、これらの疾病の一つ又はまれに二つの疾病が記載された医療券が交付されます。
- 続発症とは、疾病の進展過程において、これらの対象疾病を原疾患として二次的に起こりうる「肺性心」等に限られています。認定権者が認定審査会の意見を聞いて個別に続発症の疾病を認定し、医療券にその病名が記載されている場合に限り公費支払の対象となります。風邪、インフルエンザ、肺炎、気管支炎あるいはアレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、そして薬剤の副作用による糖尿病、胃腸疾患等はこの制度の続発症として認めていないため、公費支払の対象疾病ではありません。

公費支払とは、東京都が患者さんに代わって医療費(自己負担額(患者さんが医療機関の窓口で負担する金額))を支払うことです。

## (2) 公費の支払範囲(「公費支払対象・公費支払対象外別一覧表」P6～10参照)

東京都が助成する医療費の範囲は、医療券の有効期間内に、医療券に記載された疾病(以下「認定疾病」という。)の診療に要した医療費のうち、医療保険(国民健康保険、健康保険等)を適用した後の自己負担額についてとなります(保険薬局での調剤、訪問看護を含む)。

また、薬剤については認定疾病の治療上必要で、かつ、認定疾病に適応があるものが助成対象となります。認定疾病への適応の有無については薬価表等で確認してください。

※以下の費用については、助成の対象とはなりません。(例示)

|   |   |
|---|---|
| 1 | 医療券に記載されていない疾患に係る医療費(風邪、インフルエンザ、肺炎、気管支炎、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、薬剤の副作用による糖尿病や胃腸疾患等の医療費) |
| 2 | 入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額  |
| 3 | 保険診療以外の費用(差額ベッド代、個室料、介護保険の対象となるサービスなど)  |
| 4 | 吸入器購入費用及びレンタル料  |
| 5 | 「主治医診療報告書」の作成費用(文書作成料)  |
| 6 | 新規申請にかかる検査費用  |
| 7 | 「医療費支給申請書兼口座振替依頼書」の療養証明欄(医療機関等が記載)に証明を受けるときにかかる費用                                 |

### (3) 公費負担者番号と患者一部負担額

患者さんのうち、生年月日が平成9年4月1日以前の方について、平成30年4月から月額6,000円までの医療費(自己負担額)を負担いただくことになりました。

患者一部負担額は、入院・入院外の区別を設定せずに、また複数の医療機関(薬局等を含む)の自己負担をすべて合算した上で適用することとなります。

※一部自己負担制度について、詳しくはP13～23を参照してください。

#### 平成30年4月1日から

| 負担者番号    | 医療費助成の種類 | 医療券の色 | 月額患者一部負担額 |
|----------|----------|-------|-----------|
| 82137001 | 大気汚染関連疾病 | みどり色  | なし        |
| 82137555 | 大気汚染関連疾病 | みどり色  |           |
| 82137670 | 大気汚染関連疾病 | もも色   | 6,000円    |
| 82137530 | 大気汚染関連疾病 | もも色   |           |

※入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は助成しない。

### (4) 公費の支払方法

公費は、医療機関からの診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)の「公費分点数」に基づいて、患者さんの自己負担額分が支払われます。

支払までの過程は、一般のレセプトと同様に、社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会での審査を経て、患者さんの自己負担額が東京都から公費として医療機関に支払われます。したがって、大気汚染医療費助成制度による認定疾病で診療し、レセプト上の項目に公費支払の対象であることを示すアンダーラインが引かれていても、査定により減点されていればその部分の患者さんの自己負担額は支払われません。公費支払の対

象となっている検査、投薬等に係る患者さんの自己負担額全てが無条件に、そのまま支払われるというわけではありませんので御注意ください。

**※平成30年4月から、一部自己負担制度がはじまります。詳しくはP13～23を参照してください。**

.....  
[レセプト記載時の留意点]

○ 公費分点数の記載(診療内容が公費対象疾病のみの場合は省略可)

レセプトには必ず、同一月内に行った診療、調剤の総点数(公費対象疾病と対象外疾病の点数の合計)と、公費対象分点数の記載をしてください。

○ アンダーラインの追加(診療内容が公費対象疾病のみの場合は省略可)

レセプトに記載された、公費支払対象の診療行為や薬剤等にアンダーラインを引いてください。

※公費支払の対象とならない診療行為、薬剤等は、アンダーラインが引かれていても公費は支払われませんので、御注意ください。

※レセプトの記載方法について、医療機関はP11、保険薬局はP12に例を示しておりますので、参照してください、

※患者一部負担額がある場合の留意点(平成30年4月から、都内契約医療機関のみ対象)医療保険適用後の一部負担相当額が、患者一部負担限度額に達しない場合(医療費助成額が発生しない場合)においても、レセプトに公費番号を記入の上、公費併用レセプトを使用してください。

## 2 処方せんの発行方法について

医療機関が処方せんを発行するときは、処方薬剤が公費対象の疾病(気管支ぜん息等の認定疾病)に関するものか、公費対象外の疾病(風邪やアレルギー性鼻炎等)に関するものか、分かるように表示してください。

.....  
[処方せん記載時の留意点]

○ 公費支払対象と公費支払対象外の区別

公費支払対象と公費支払対象外の区別がないと、処方せんを受け取った保険薬局等では、公費支払対象外の薬剤に対する患者一部負担額の徴収や、東京都に対する公費支払対象分の請求を行うことができません。医療機関では必ず処方薬剤を公費支払対象と公費支払対象外に区別するようお願いいたします。

○ 処方せん料の請求

公費支払対象と公費支払対象外の薬剤を併せて処方したときは、処方せん料は公費支払対象として請求してください。

### 3 患者自己負担額の窓口徴収について

平成30年4月から、一部自己負担制度がはじまります。詳しくはP13～23を参照してください。

風邪、インフルエンザ、肺炎、気管支炎、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、糖尿病、胃腸疾患等の認定疾病以外の疾病に係る医療費は患者さんの負担となります。医療機関や保険薬局の窓口では、医療保険適用後の自己負担額を患者さんから徴収してください。

- 東京都が公費支払(医療費助成)を行う範囲は、患者さんが持参する医療券に記載された、気管支ぜん息等の認定疾病に対してのみです。気管支ぜん息の診療と同時に、風邪やインフルエンザ、肺炎、気管支炎、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、糖尿病、胃腸疾患等の診療を受けたときは、これらの費用は患者さんの負担となります。
- 気管支ぜん息等の認定疾病に係る医療費であっても、東京都が認めていない検査、投薬等は公費支払対象ではありません。公費支払対象となる検査や薬剤は、P6～10に掲載した「公費支払対象・公費支払対象外別一覧表」を参照してください。

### 4 医療機関・保険薬局に対する協力・助言等

東京都は、医療機関や保険薬局等から申出があったときなど、関係機関等を通じて請求方法等について協力や助言等を行います。

また、医療機関や保険薬局等の業務に支障のない範囲で請求方法等について、確認させていただくことがありますので、御協力をお願いします。

### 5 制度に関する問い合わせ先

東京都福祉保健局健康安全部環境保健衛生課環境保健担当

電話 03(5320)4491

なお、過誤調整等の通知である「公費負担者医療費の請求・支払について」及び東京都負担医療費請求書(10名連記)についてのお問い合わせは、

東京都福祉保健局保健政策部医療助成課医療給付担当

電話 03(5320)4454

### 6 その他

本手引に記載されている、各法令、条例、規則等に基づいた医療費助成に関する諸制度は、平成30年3月時点の内容となっております。各法令・条例・規則等に変更があった場合はこの限りではございませんので御了承ください。

東京都大気汚染医療費助成制度による  
公費支払対象・公費支払対象外別一覧表

- 公費助成対象となるものは、認定疾病(医療券に記載されている疾病)に対して行った診療行為や薬剤等で、保険請求の審査上、認められているものに限りです。
- 公費助成対象・公費助成対象外の区分は、東京都大気汚染医療費助成制度によるものです。
- 公費助成対象欄に記載されたものだけが都が助成する医療費(保険適用後)の対象です。公費支払対象外欄は、公費対象とならないものの代表例です。御不明な点はお問い合わせください。

## 1. 診療行為別

(入院・外来共通)

|            | 公費支払対象(公費)  | 公費支払対象外(公費外)   |
|------------|---|--|
| 1 初診<br>再診 | ① 気管支ぜん息等の認定疾病で受診したときは、公費対象とする。<br>② 認定疾病と公費対象外疾病(風邪等)の診療を同時に受けたときで、公費と公費外に分けることができないときは、公費対象とする。   | 認定疾病以外の疾病にかかわる初診料、再診料は、公費対象としない。<br>※風邪、インフルエンザ、肺炎、気管支炎、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎等で受診したときは、公費対象としないので注意する。 |
| 2 医学管理     | ① 気管支ぜん息等の認定疾病にかかわるものは、公費対象とする。<br>(例)<br>・喘息治療管理料<br>・特定薬剤治療管理料(テオフィリン製剤)<br>・小児特定疾患カウンセリング料<br>・特定疾患療養管理料<br>・薬剤管理指導料(テオフィリン製剤)<br>・診療情報提供料等<br>② 指定疾病とそれ以外の両方の疾病にかかわるもので、公費と公費外に分けることができないときは、公費対象とする。 | 認定疾病以外の疾病にかかわる指導等は、公費対象とはならない。<br>(例)<br>・外来栄養食事指導料  |
| 3 在宅医療     | ① 気管支ぜん息等の認定疾病で在宅医療を受けたときは、公費対象とする。<br>② 気管支ぜん息等の認定疾病とそれ以外の疾病で在宅医療を受けたときで、公費と公費外に分けることができないときは、公費対象とする。   | 認定疾病以外の疾病にかかわる在宅医療は、公費対象としない。  |

|   | 公費支払対象(公費)  | 公費支払対象外(公費外)  |
|---|---|---|
| 4 投 薬<br><br>抗菌薬  | <p>① 気管支ぜん息等の認定疾病に対して治療上必要で、当該疾病に適応がある薬剤は公費対象とする。</p> <p>② ぜん息性気管支炎が認定疾病の場合、気管支ぜん息、急性気管支炎又は上気道炎に適応のある薬剤は、公費対象とする。</p> | <p>① 認定疾病に適応がない薬剤は公費対象とはならない。</p> <p>② 風邪やインフルエンザ、肺炎、気管支炎、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、そして薬剤の副作用による糖尿病や胃腸疾患等、医療券に記載のない疾病に対する投薬は、公費対象とはならない。</p> <p>③ 気管支ぜん息が認定疾病の場合、総合感冒薬、鎮痛解熱剤等は、公費対象とはならない。</p> <p>気管支ぜん息が認定疾病の場合、この適応症を持つ抗菌薬はないので、抗菌薬は公費対象とはならない。</p> |
| 5 注 射   | 気管支ぜん息等の認定疾病の治療上必要で、当該疾病に適応がある薬剤は、公費対象とする。  | 認定疾病の治療以外の注射及び認定疾病に適応がない薬剤は、公費対象とはならない。   |
| 6 処 置   | <p>① 吸入、喀痰吸引、酸素吸入等の一般処置は、公費対象とする。</p> <p>② 認定疾病に対する救急処置(例:気管内挿管、気管内洗浄)は、公費対象とする。</p>                                  | <p>① 認定疾病以外の処置は、公費対象とはならない。</p> <p>② 鼻処置、口腔処置及び咽頭処置は、公費対象とはならない。</p>  |
| 7 手 術<br>麻 酔  | <p>① 認定疾病(続発症を含む)の治療による手術(例:気胸による胸腔内ドレーン留置)は公費対象とする。</p> <p>② 麻酔は、気道の拡張を目的にしたものは公費対象とする。</p>                          | <p>① 認定疾病以外の手術は、公費対象とはならない。</p> <p>② 認定疾病以外の麻酔は、公費対象とはならない。</p>   |
| 8 検 査<br><br>セット検査  | <p>① 認定疾病の適切な療養管理に要する検査は公費対象とする。</p> <p>② セット検査のうち、認定疾病にかかわる検査料のみ公費対象とする。</p>   | <p>① 疾病以外の検査は、公費対象とはならない。</p> <p>② セット検査のうち、認定疾病にかかわらない検査料は公費対象とはならない。</p>  |
| <p>◎ 8項目セット検査で公費対象の検査7項目、対象以外の検査1項目(総コレステロール17点)を受けた場合の東京都及び患者さんの負担額の計算方法</p> |   |   |
| <p>東京都負担額(公費対象分)<br/>7項目検査 93点<br/>(公費分を先に算出すること。)</p>                        |   | <p>患者負担額(公費対象外分)<br/>8項目(99点)－7項目(93点・公費分)=6点</p>   |
| <p>* 検査の詳細は、P9の項目を参照してください。</p>   |   |   |

|                |   |   |
|----------------|---|---|
| 9 画像診断         | ① 胸部単純エックス線検査は公費対象とする。<br>② 胸部CTは急性続発症及び肺気しゅのみ公費対象とする。  | ① 認定疾病以外の画像診断は、公費対象としない。<br>② 放射線治療は公費対象としない。             |
| 10 処方せん        | ① 認定疾病の薬剤だけの処方を行った場合、処方せん料は公費対象とする。<br>② 認定疾病とそれ以外の薬を同時に処方した場合も、処方せん料は公費対象とする。                                | 処方した薬剤がすべて風邪等の認定疾病以外の場合、処方せん料は、公費対象としない。                  |
| 11 各種加算<br>その他 | ① 診療行為が公費対象の場合、各種の加算料、判断料、採血料、注射手技料、写真診断料及び調剤技術基本料は公費対象とする。<br>② リハビリテーションは認定疾病を対象とする「呼吸器リハビリテーション」のみ公費対象とする。 | ① 診療行為が公費対象外の場合、左記の加算料等は公費対象としない。<br>② 精神科専門療法は、公費対象としない。 |

(調剤)

|                | 公費支払対象(公費)   | 公費支払対象外(公費外)  |
|----------------|--|---|
| 薬剤料            | ① 気管支ぜん息等の認定疾病に対して治療上必要で、当該疾病に適応がある薬剤は公費対象とする。<br>② ぜん息性気管支炎が認定疾病の場合、気管支ぜん息、急性気管支炎又は上気道炎に適応のある薬剤は、公費対象とする。 | ① 認定疾病に適応がない薬剤は公費対象とはならない。<br>② 認定疾病に適応のある薬剤であっても、認定疾病以外の治療目的で処方された場合は公費対象とはならない。<br>③ 風邪やインフルエンザ、肺炎、気管支炎、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、そして薬剤の副作用による糖尿病や胃腸疾患等、医療券に記載のない疾病に対する投薬は、公費対象とはならない。<br><br>気管支ぜん息が認定疾病の場合、この適応症を持つ抗菌薬はないので、抗菌薬は公費対象とはならない。 |
|                | 公費対象とならない薬剤の代表例:①気管支ぜん息に適応のない抗アレルギー剤や鎮咳剤 ②抗菌薬、胃薬等 (公費対象となる薬剤に疑義がある場合は処方せんを発行した医師に御確認ください。)                 |   |
| 調剤技術料<br>薬学管理料 | ① 公費対象となる薬剤を含む処方せんを受けたときは、調剤基本料、薬学管理料等は公費対象とする。<br>② 公費対象となる薬剤を調剤した場合、調剤料、加算料は公費対象とする。                     | 公費負担者番号が記載されていても、当該処方せんに公費対象となる薬剤が含まれていない場合は公費対象とはならない。   |

## 2. 検査(再掲)

|                      |               | 公費支払対象(公費)  | 公費支払対象外(公費外)<br>(代表的なもの)   |
|----------------------|---------------|---|--|
| ①尿・糞便等検査             |               | 尿中一般物質定性半定量検査   | 左記以外は支払対象としない。   |
| ②血液学的検査<br>血液形態・機能検査 |               | 赤血球沈降速度(ESR)<br>末梢血液一般検査<br>好酸球数<br>末梢血液像(自動機械法)、(鏡検法)<br>好酸球(鼻汁・喀痰)  | 左記以外は支払対象としない。<br>(公費対象外の代表例)<br>網赤血球数<br>血液浸透圧<br>ヘモグロビンA1c(HbA1c)  |
| ③生化学的検査 I            |               | 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ(ALP)、コリンエステラーゼ(ChE)、γ-グルタミルトランスフェラーゼ(γ-GT)、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)、アミラーゼ、無機リン及びリン酸、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)<br><br>血液ガス分析 | 左記以外は支払対象としない。<br>(公費対象外の代表例)<br>中性脂肪、クレアチン、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチンキナーゼ(CK)、遊離コレステロール、鉄(Fe)、リン脂質、HDL-コレステロール、総コレステロール、総鉄結合能(TIBC)、不飽和鉄結合能(UIBC)、蛋白分画<br><br>ケトン体<br>ALPアイソザイム、LDアイソザイム、CKアイソザイム |
| ④生化学的検査 II           | 内分泌学的検査       | コルチゾール<br>脳性Na利尿ペプチド(BNP)(続発症のみ)<br>脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)(続発症のみ)   | 左記以外は支払対象としない。<br>(公費対象外の代表例)<br>副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)<br>甲状腺機能検査   |
| ⑤免疫学的検査              |               | C反応性蛋白(CRP) ※定性を含む<br>寒冷凝集反応<br>非特異的IgE半定量、非特異的IgE定量、特異的IgE半定量・定量<br>アレルギー刺激性遊離ヒスタミン(HRT)<br>アトピー鑑別試験定性   | 左記以外は支払対象としない。<br>(公費対象外の代表例)<br>血清補体価(CH <sub>50</sub> )<br>免疫電気泳動法<br>感染症関連検査<br>(例)マイコプラズマ抗体定性<br>マイコプラズマ抗体半定量  |
| ⑥微生物学的検査             | 細菌培養<br>同定検査  | 口腔、気道又は呼吸器からの検体   | 左記以外は公費対象としない。   |
|                      | 細菌薬剤<br>感受性検査 | 1菌種<br>2菌種<br>3菌種以上   |  |
| 基本的検体検査実施料           |               |   |  |
| 検体検査判断料              |               | 公費対象となる検査を実施した場合は、当該検査に係る判断料は公費対象とする。   | 左記以外は公費対象としない。<br>(公費対象外の代表)<br>尿・糞便等検査判断料   |

|         |  | 公費支払対象(公費)                                 | 公費支払対象外(公費外)   |   |  |
|---------|--|--|--|---|--|
| ⑦ 生体検査料 | 呼吸循環機能検査等  | スパイログラフイー等検査                               | 肺気量分画測定(安静換気量測定及び最大換気量測定を含む)<br>フローボリュームカーブ(強制呼出曲線を含む)<br>機能的残気量測定<br>呼気ガス分析 | 左記以外は公費対象としない。<br>(公費対象外の代表例)<br>左右別肺機能検査 |  |
|         |  | 換気力学的検査                                    | 呼吸抵抗測定<br>コンプライアンス測定、気道抵抗測定、肺粘性抵抗測定、1回呼吸法による呼気分布検査                           | 左記以外は公費対象としない。                            |  |
|         |  | 肺内ガス分布                                     | 指標ガス洗い出し検査<br>クロージングボリューム測定  | 左記以外は公費対象としない。                            |  |
|         |  | 肺胞機能検査                                     |  | (公費対象外の代表例)<br>死腔量測定、肺内シャント検査             |  |
|         |  | 呼吸機能検査等判断料(月1回限り算定)                        |  |   |  |
|         |  | 心電図検査                                      | 四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導<br>その他(6誘導以上)  | 左記以外は公費対象としない。                            |  |
|         | 喘息運動負荷試験   |  |  |   |  |
|         | 時間内歩行試験、シャトルウォーキングテスト(呼吸不全の原因となる他疾患に罹患していない場合のみ) |  |  |   |  |
|         | 超音波検査等   | 心臓超音波検査<br>経胸壁心エコー法(続発症のみ)<br>Mモード法(続発症のみ) | 左記以外は公費対象としない。   |   |  |
|         | 監視装置による諸検査                                       | 呼吸心拍監視<br>経皮的動脈血酸素飽和度測定<br>終末呼気炭酸ガス濃度測定    | 左記以外は公費対象としない。   |   |  |
|         | 負荷試験等  | 皮内反応試験(ツベルクリン反応検査を除く)                      | 左記以外は公費対象外としない。<br>(公費対象外の例)<br>糖負荷試験、ツベルクリン反応検査                             |   |  |
|         | 内視鏡検査  | 気管支ファイバースコーピー(救急処置時として気管内洗浄を行った場合のみ)       | 左記以外は公費対象としない。<br>(公費対象外の代表例)<br>気管支ファイバースコーピー<br>(Q&A事例20参照)                |   |  |

### 3. 画像診断料(再掲)

|       |  |                |
|-------|--|----------------|
| 画像診断料 | エックス線診断料(胸部のみ)<br>コンピューター断層撮影診断料(認定疾病が肺気腫及び認定疾病による急性続発症のみ) | 左記以外は公費対象としない。 |
|-------|--|----------------|

### 4. 病理診断

|      |  |                |
|------|--|----------------|
| 病理診断 | 細胞診(穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの(対象疾病の診療目的に行われた喀痰細胞診に限る))<br>病理判断料 | 左記以外は公費対象としない。 |
|------|--|----------------|





## 一部自己負担について

## 1 適用開始

平成30年4月1日以降の診療分から適用

## 2 対象者

認定患者のうち、生年月日が平成9年4月1日以前の方

## 3 公費負担者番号と医療券

| 負担者番号    | 医療費助成の種類 | 医療券の色 | 月額自己負担限度額 |
|----------|----------|-------|-----------|
| 82137001 | 大気汚染関連疾病 | みどり色  | なし        |
| 82137555 | 大気汚染関連疾病 | みどり色  |           |
| 82137670 | 大気汚染関連疾病 | もも色   | 6,000円    |
| 82137530 | 大気汚染関連疾病 | もも色   |           |

※入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は助成しない。

## 4 給付内容

○認定された疾病に関する医療費(保険適用後の自己負担額)の月額のうち月額自己負担限度額を超える部分を助成します。

○入院時の食事療養・生活療養標準負担額は、助成の対象外です。

## 5 自己負担限度額

○月額6,000円(自己負担額のうち、月額6,000円までが患者さんの負担となります。)

○入院・入院外の区別を設定せずに、また、複数の医療機関(薬局、訪問看護ステーション等を含む。)の自己負担額をすべて合算した上で自己負担限度額を適用することとなります。

## 6 窓口での確認書類

- ・被保険者証
- ・医療券
- ・自己負担限度額管理票(P23様式。以下「管理票」という。)

## 7 自己負担徴収の流れ

- (1) 窓口で「被保険者証」、「医療券」及び「管理票」の提示を受け、受給資格を確認します。
- (2) 同月内に別の医療機関で自己負担額を支払っていないか、支払っている場合はその額を、管理票で確認します。
- (3) 患者から、月額自己負担限度額に達するまでの自己負担額を徴収します。
- (4) 当該患者から自己負担を徴収した際に、管理票のB欄(注2)に日付、医療機関名、自己負担額、自己負担の累計額(月額)を記載し、自己負担徴収欄に印を押します。

注1) 複数の医療機関を受診(※)した場合、同月分の自己負担額をすべて合算した上で自己負担限度額を適用します。自己負担限度額は、入院・入院外を問わず合算することとなります。

※病院、診療所における受診以外に、薬局での保険調剤、医療保険の範囲で訪問看護ステーションが行う訪問看護が含まれます。

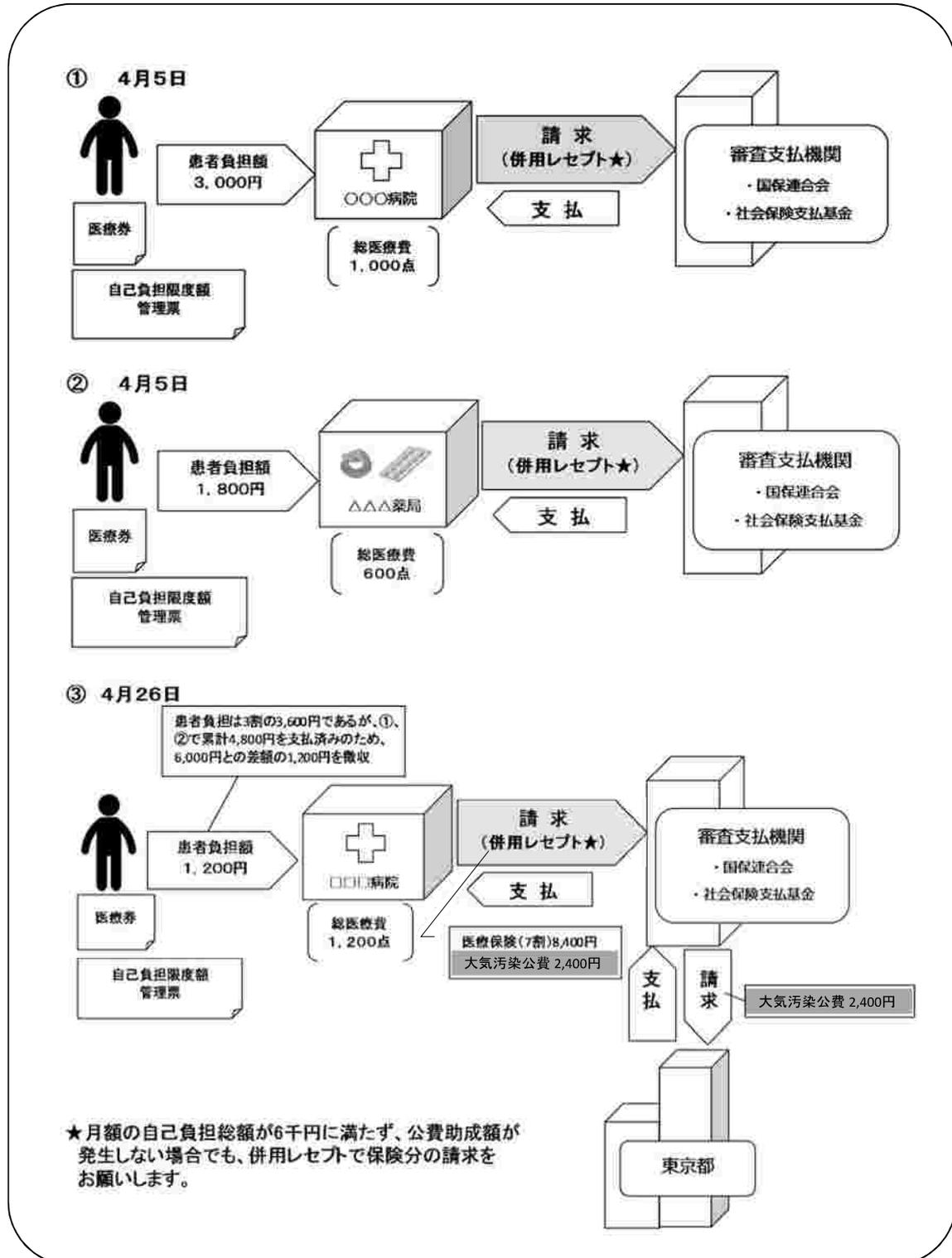
注2) 自己負担の累計額(月額)が自己負担限度額に達した時点で医療機関は所定欄(管理票のA欄)に日付、医療機関名、確認印を押印してください。当該欄に医療機関名の記載のある管理票を所持している患者からは当該月の間、自己負担の徴収を行わず、公費負担分として請求してください。

## 窓口での自己負担徴収について

【例】70歳未満の者（患者負担3割の場合）

○自己負担限度額：6,000円

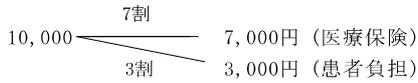
○一般の健康保険加入者（窓口負担3割）



## 管理票の記載について（前ページの例のとき）

### ① 4月5日 ○○○病院（総医療費 1,000 点）

医療費の3割が自己負担限度額 6,000 円を下回っているため、患者からは3割分（3,000 円）を徴収し、管理票の「自己負担額」の欄には「3,000 円」を記載します。徴収印欄には印を押します。



| 30年 4月診療分                        |       | 月額自己負担限度額 6,000円 |        |          |          |
|----------------------------------|-------|------------------|--------|----------|----------|
| <b>A欄</b> 下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。 |       |                  |        |          |          |
| 確認欄                              | 日付    | 医療機関名            |        | 確認印      |          |
|                                  | 月 日   |                  |        |          |          |
| <b>B欄</b> 下記のとおり自己負担額を徴収しました。    |       |                  |        |          |          |
|                                  | 日付    | 医療機関名            | 自己負担額  | 自己負担額累計額 | 自己負担額徴収印 |
|                                  | 4月 5日 | ○○○病院            | 3,000円 | 3,000円   | (印)      |
|                                  |       |                  |        |          |          |

### ② 4月5日 △△△薬局（総医療費 600 点）

上記①と同様に患者からは3割分を徴収し、管理票の「自己負担額」の欄には「1,800 円」を記載します。徴収印欄には印を押します。



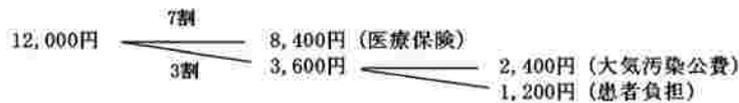
| 30年 4月診療分                        |       | 月額自己負担限度額 6,000円 |        |          |          |
|----------------------------------|-------|------------------|--------|----------|----------|
| <b>A欄</b> 下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。 |       |                  |        |          |          |
| 確認欄                              | 日付    | 医療機関名            |        | 確認印      |          |
|                                  | 月 日   |                  |        |          |          |
| <b>B欄</b> 下記のとおり自己負担額を徴収しました。    |       |                  |        |          |          |
|                                  | 日付    | 医療機関名            | 自己負担額  | 自己負担額累計額 | 自己負担額徴収印 |
|                                  | 4月 5日 | ○○○病院            | 3,000円 | 3,000円   | (印)      |
|                                  | 4月 5日 | △△△薬局            | 1,800円 | 4,800円   | (印)      |
|                                  |       |                  |        |          |          |

### ③ 4月26日 □□□病院（総医療費 1,200 点）

自己負担額の累積額が 4,800 円のため、負担限度月額 6,000 円との差額である 1,200 円を患者から徴収し、管理票の「自己負担額」の欄には「1,200 円」を記載します。

この回の支払いで累計額が月額自己負担限度額に達したので、B欄とともにA欄にも記載します。（下記の記入例の場合は太枠部分を□□□病院が記載）

患者から徴収をしなかった 2,400 円は、公費請求をしてください。



| 30年 4月診療分                        |       | 月額自己負担限度額 6,000円 |        |          |          |
|----------------------------------|-------|------------------|--------|----------|----------|
| <b>A欄</b> 下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。 |       |                  |        |          |          |
| 確認欄                              | 日付    | 医療機関名            |        | 確認印      |          |
|                                  | 4月26日 | □□□病院            |        | (印)      |          |
| <b>B欄</b> 下記のとおり自己負担額を徴収しました。    |       |                  |        |          |          |
|                                  | 日付    | 医療機関名            | 自己負担額  | 自己負担額累計額 | 自己負担額徴収印 |
|                                  | 4月 5日 | ○○○病院            | 3,000円 | 3,000円   | (印)      |
|                                  | 4月 5日 | △△△薬局            | 1,800円 | 4,800円   | (印)      |
|                                  | 4月26日 | □□□病院            | 1,200円 | 6,000円   | (印)      |

自己負担限度額に達する際に、自己負担を徴収した医療機関が記載する。

**【他の医療制度との関係】**

各種医療保険が優先適用され、その自己負担額を対象に助成します。  
 (都) 医療券とその他との2種類以上の医療費助成の併用がある場合の優先順位は下記のとおりです。

国制度(法律) > (都) > [(障)又は(親)]

※(障)と(親)の医療券は併用して使用することができません。

**【(障)や(親)など他の受給者証も持っている患者の自己負担限度額管理票への記入】**

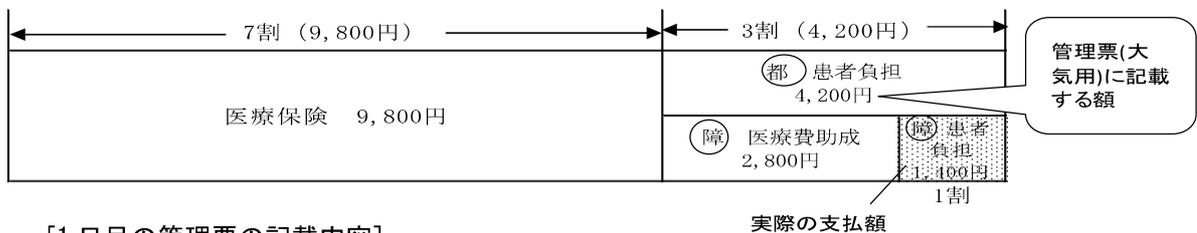
(障)や(親)など、他の受給者証も医療機関の窓口で提示された場合、大気汚染医療費助成の自己負担限度額管理票の自己負担額欄は、他の受給者証を適用する前の自己負担額を記入してください。

他の受給者証を適用した自己負担額(実際の窓口支払額)を記載すると、大気汚染医療費助成の月額自己負担限度額に達するのが遅れてしまい、その結果、患者が実際に窓口で支払う金額が増えてしまいます。

**【例】70歳未満の患者(自己負担3割の場合)**

- 自己負担限度額：6,000円
- 一般の健康保険加入者(窓口負担3割)
- (障)の自己負担額：1割
- 30年4月に3か所の医療機関を利用

1日目(4月5日・〇〇〇病院 受診 医療費総額1,400点)



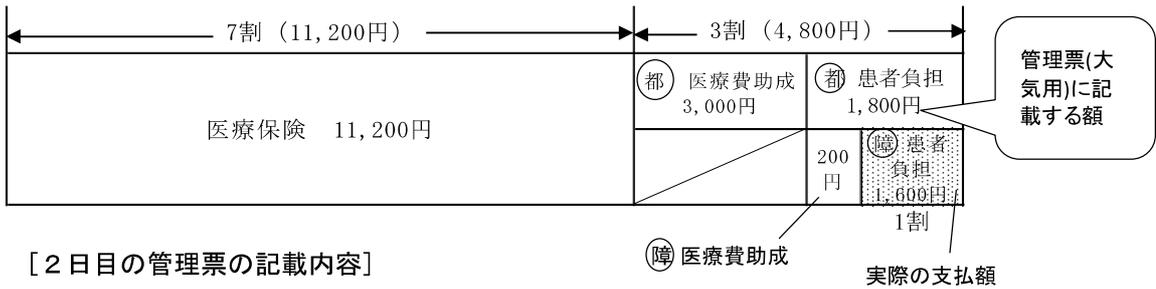
**[1日目の管理票の記載内容]**

|                                  |       |                         |          |          |
|----------------------------------|-------|-------------------------|----------|----------|
| <b>30年 4月診療分</b>                 |       | <b>月額自己負担限度額 6,000円</b> |          |          |
| <b>A欄</b> 下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。 |       |                         |          |          |
| 確認欄                              | 日付    | 医療機関名                   |          | 確認印      |
|                                  | 月 日   |                         |          |          |
| <b>B欄</b> 下記のとおり自己負担額を徴収しました。    |       |                         |          |          |
| 日付                               | 医療機関名 | 自己負担額                   | 自己負担額累計額 | 自己負担額徴収印 |
| 4月 5日                            | 〇〇〇病院 | 4,200円                  | 4,200円   | (印)      |
|                                  |       |                         |          |          |

大気汚染医療費助成が優先適用となるので、大気汚染医療費助成の自己負担限度額管理票には、医療費総額の3割の4,200円を記載します。

患者の実際の窓口支払額は、(障)が適用されるので、医療費総額の1割の1,400円となります。(2割の2,800円は(障)が助成します。)

2日目 (4月10日・△△△薬局 調剤 医療費総額 1,600点)



[2日目の管理票の記載内容]

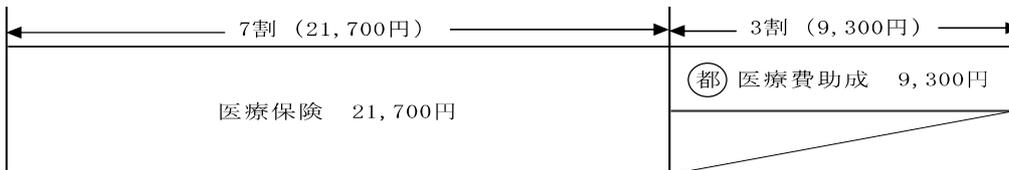
| 30年 4月診療分                 |       | 月額自己負担限度額 6,000円 |          |          |
|---------------------------|-------|------------------|----------|----------|
| A欄 下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。 |       |                  |          |          |
| 確認欄                       | 日付    | 医療機関名            | 確認印      |          |
|                           | 4月10日 | △△△薬局            | (都) 印    |          |
| B欄 下記のとおり自己負担額を徴収しました。    |       |                  |          |          |
| 日付                        | 医療機関名 | 自己負担額            | 自己負担額累計額 | 自己負担額徴収印 |
| 4月5日                      | 〇〇〇病院 | 4,200円           | 4,200円   | (都) 印    |
| 4月10日                     | △△△薬局 | 1,800円           | 6,000円   | (都) 印    |

自己負担限度額に達する際に、自己負担を徴収した医療機関が記載する。

大気汚染医療費助成を優先適用とし、医療費総額の3割は4,800円ですが、月額自己負担限度額6,000円のうち、すでに4,200円を負担しているため、月額負担限度額管理票には差額である1,800円を記載します。(残額の3,000円は(都)が助成します。)

また、患者の実際の窓口支払額は、(障)が適用されるので、医療費総額の1割の1,600円となります。(残額の200円は(障)が助成します。)

3日目 (4月26日・□□□病院 受診 医療費総額 3,100点)



[3日目の管理票の記載内容]

| 30年 4月診療分                                   |       | 月額自己負担限度額 6,000円 |          |          |
|---|-------|------------------|----------|----------|
| A欄 下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。                   |       |                  |          |          |
| 確認欄   | 日付    | 医療機関名            | 確認印      |          |
|   | 4月10日 | △△△薬局            | (都) 印    |          |
| B欄 下記のとおり自己負担額を徴収しました。                      |       |                  |          |          |
| 日付  | 医療機関名 | 自己負担額            | 自己負担額累計額 | 自己負担額徴収印 |
| 4月5日  | 〇〇〇病院 | 4,200円           | 4,200円   | (都) 印    |
| 4月10日                                       | △△△薬局 | 1,800円           | 6,000円   | (都) 印    |
| 2日目で限度額(6千円)に達したので、当該月の間は医療機関での管理票の記入は不要です。 |       |                  |          |          |

大気汚染医療費助成を優先適用とし、医療費総額の3割は9,300円ですが、月額自己負担限度額6,000円をすでに負担しているため、9,300円は(都)が助成します。



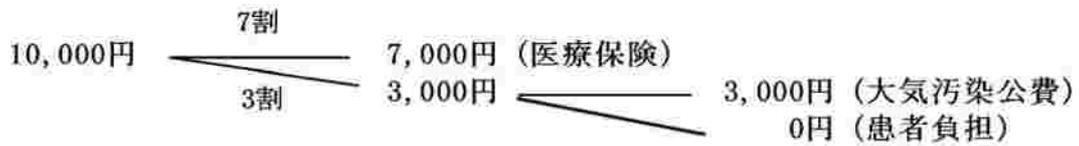
【事例 2】 都82137530 都82137670 一般の健康保険の加入者（3割）

同月内に他の医療機関を受診し月額自己負担限度額の6,000円に達している場合

○入院外医療費 1,000点

○月額自己負担限度額 6,000円

| ○ 診療報酬明細書<br>(医科入院外)          |                 | 都道府<br>県番号 |                 | 医療機関コード   |  |
|-------------------------------|-----------------|------------|-----------------|---|--|
| 平成 30 年 4 月分                  |                 |            |                 |   |  |
| 公費①                           | 8 2 1 3 7 5 3 0 | 公費②        | 0 0 0 0 0 0 0 0 | 1 1 社・国<br>2 公費<br>3 後 援<br>4 共 助<br>5 協 賛<br>6 寄 附<br>7 寄 贈<br>8 寄 附<br>9 寄 贈<br>0 未 詳 |  |
| 公費②                           |                 | 公費③        |                 | 10 9 8<br>7 ( )   |  |
| 氏名 東京 花子                      |                 |            |                 | 特定事項  |  |
| 2 女 3 昭 〇〇・〇〇・〇〇 生            |                 |            |                 | 保険医<br>療機関<br>の所在<br>地及び<br>名称<br>△ △ 病院  |  |
| 傷病上の事由 ① 職務上 ② 下始後3月以内 ③ 通勤災害 |                 |            |                 | 診療開始日   |  |
| 傷病名 (1) (主)気管支ぜん息             |                 |            |                 | (1) 〇〇年〇〇月〇〇日   |  |
| (2)                           |                 |            |                 | (2)   |  |
| (3)                           |                 |            |                 | (3)   |  |
| (4)                           |                 |            |                 | (4)   |  |
| 請求点 1,000                     |                 |            |                 | ※ 高 額 円   |  |
| ※ 決 定 点                       |                 |            |                 | ※ 公 点   |  |
| 一部負担金額 円                      |                 |            |                 | ※ 公 点   |  |
| ① 1,000 点                     |                 |            |                 | 0 円   |  |
| ②                             |                 |            |                 |   |  |



【事例 3】 都82137530 都82137670 誕生日が昭和 19 年 4 月 1 日以前の軽減特例措置対象者  
同月内に他の医療機関を受診し、月額自己負担限度額 6,000 円のうち、4,000 円  
を支払済みの場合

○入院外医療費 2,500 点

○月額自己負担限度額 6,000 円

| ○ 診療報酬明細書 |   | 都道府県番号       |   | 医療機関コード |   |
|-----------|---|--------------|---|---------|---|
| (医科入院外)   |   | 平成 30 年 4 月分 |   |         |   |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         | 2 | 3            | 4 | 5       | 6 |
| 7         | 8 | 9            | 0 | 1       | 2 |
| 3         | 4 | 5            | 6 | 7       | 8 |
| 9         | 0 | 1            | 2 | 3       | 4 |
| 5         | 6 | 7            | 8 | 9       | 0 |
| 1         |   |              |   |         |   |



(表 面)

| 医療券               |           |
|-------------------|-----------|
| (全労務費標準負担額のみ本人負担) |           |
| 負担番号              | 8 2 1 3 7 |
| 受給番号              |           |
| 対象者               | 住所        |
|                   | 氏名        |
|                   | 生年月日      |
| 有効期間              |           |
| 助成内容              |           |
| その他               |           |

上記のとおり決定します。

年 月 日

自己負担なし：みどり色

(裏 面)

注 意 事 項

- 認定された疾病について治療を受けるときは、必ずこの医療券に保険証を添えて医療機関等(病院、診療所又は保険薬局)に提示してください。  
※ 東京都と契約している医療機関又は都立病院では、入院時の食事療養標準負担額を除き自己負担金を徴収されません。  
これら以外の医療機関等で自己負担金を徴収された場合は、医療費支給申請の手続きをしてください。
- 次の場合は、この医療券を区市町村の担当窓口へ持参し、変更の手続きをしてください。  
(1) 氏名や住所を変更したとき(住民票の写しが必要です。)  
(2) 保険証の種類や記号・番号が変わったとき。
- 次の場合は、理由を添えてこの医療券を区市町村の担当窓口へお返しください。  
(1) 有効期間が満了したとき。  
(2) 部外へ転出したとき。  
(3) 生活保護などの医療給付を受けられるようになったとき。  
(4) 紛失、死亡などにより、この医療券を使用しなくなったとき。  
(5) その他条例に定める条件に該当しなくなったとき。
- この医療券を破損し、汚し、又は紛失したときは、区市町村の担当窓口で医療券の再交付の手続きをしてください。

(表 面)

| 医療券       |           |
|-----------|-----------|
| (本人負担有り)  |           |
| 負担番号      | 8 2 1 3 7 |
| 受給番号      |           |
| 対象者       | 住所        |
|           | 氏名        |
|           | 生年月日      |
| 有効期間      |           |
| 月額自己負担限度額 |           |
| 助成内容      |           |

上記のとおり決定します。

年 月 日

自己負担あり：もも色

(裏 面)

注 意 事 項

- 認定された疾病について治療を受けるときは、必ずこの医療券に保険証及び自己負担限度額管理票(別紙)を添えて医療機関等(病院、診療所又は保険薬局)に提示してください。東京都の契約医療機関等では、医療券の裏面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を医療機関等に支払うこととなります。  
なお、入院時の食事療養・生活療養標準負担額は、助成の対象となりません。  
また、次の証の交付を受けている方は、保険証とともに次の証も医療機関等に提示してください。  
(1) 後期高齢者医療の限度額適用・標準負担額減額認定証(認定証)  
(2) 高齢受給者証及び限度額適用・標準負担額減額認定証(高齢認定証等)  
※ 東京都と契約していない医療機関等では、この医療券は使えません。保険を適用した自己負担額が上記患者一部負担額を超える場合は、医療費支給申請の手続きをしてください。
- 次の場合は、この医療券を区市町村の担当窓口へ持参し、変更の手続きをしてください。  
(1) 氏名や住所を変更したとき(住民票の写しが必要です。)  
(2) 保険証の種類や記号・番号が変わったとき。  
(3) 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく被保険者証、認定証又は高齢認定証等による医療の給付が受けられるようになったとき(負担割合が変更となったとき又は支給資格がなくなったときも手続きが必要です。)
- 次の場合は、理由を添えてこの医療券を区市町村の担当窓口へお返しください。  
(1) 有効期間が満了したとき。  
(2) 部外へ転出したとき。  
(3) 生活保護などの医療給付を受けられるようになったとき。  
(4) 紛失、死亡などにより、この医療券を使用しなくなったとき。  
(5) その他条例に定める条件に該当しなくなったとき。
- この医療券を破損し、汚し、又は紛失したときは、区市町村の担当窓口で医療券の再交付の手続きをしてください。

(表紙)

### 自己負担限度額管理票(東京都大気汚染医療費助成用)

|       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者氏名 |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|

(受給者の方へ)

- ①この自己負担限度額管理票は医療機関等(病院、診療所、保険薬局をいいます。以下同じ。)で支払った自己負担額を管理するための大切な書類です。
- ②医療券をご覧になり受給者氏名、受給者番号、4ページ以降の該当月(○年○月診療分)をお書きください。
- ③医療機関等で認定された病気について治療等を受けるときは、必ずこの自己負担限度額管理票と医療券を合わせて提示してください。
- ④もし、この自己負担限度額管理票の用紙が足りなくなった場合や紛失してしまった場合は、医療費助成の申請をした区市町村窓口を用意されていますので、お受け取りください。

(医療機関の方へ) この自己負担限度額管理票への記載は、2ページから3ページのとおりお願いいたします。

1

(説明頁)

(医療機関の方へ) ※右ページの記入例も合わせてご確認ください。

- ①この自己負担限度額管理票(以下、「管理票」という。)は、患者さんが認定された疾病について治療等の会計を行う際に、各医療機関の窓口で確認印を押していただくことにより、1か月あたりの患者自己負担額の限度額管理を行うためのものです。**毎回、必ず確認をお願いいたします。**
- ②毎回、B欄(日付、医療機関名、自己負担額、自己負担累計額、自己負担額徴収印)に記入及び押印をしてください。医療機関名欄はできるだけゴム印を使用し、自己負担額徴収印欄には必ず会計担当者印等を押印してください。
- ③その回の支払いで自己負担額累計額が月額自己負担限度額に達した場合には、自己負担額はその限度額までの額とし、B欄とともにA欄(日付、医療機関名、確認印)にも記入及び押印をお願いします。**これ以降については、医療機関での管理票の記入が不要となり、当該月における患者本人の自己負担はありません。**
- ④万が一、患者さんが管理票を持参されなかった場合は、後日まとめて記載してください。
- ⑤当月分の記入欄がなくなりましたら、翌月分の記入欄をお使いください。

2

(記入頁)

年 月診療分 月額自己負担限度額 6,000円

A欄 下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

|     |     |       |     |
|-----|-----|-------|-----|
| 確認欄 | 日付  | 医療機関名 | 確認印 |
|     | 月 日 |       |     |

B欄 下記のとおり月額自己負担額を徴収しました。

| 日付  | 医療機関名 | 自己負担額 | 月額自己負担累計額 | 自己負担額徴収印 |
|-----|-------|-------|-----------|----------|
| 月 日 |       |       |           |          |
| 月 日 |       |       |           |          |
| 月 日 |       |       |           |          |

4

## 東京都大気汚染医療費助成制度 Q&A

### [対象疾病等]

**問1 大気汚染医療費助成制度の対象となる疾病は何ですか。**

(答) 18歳以上の方は、気管支ぜん息及びその続発症

18歳未満の方は、気管支ぜん息、慢性気管支炎、ぜん息性気管支炎、肺気しゅの4疾患及びそれらの続発症です。

風邪、インフルエンザ、肺炎、気管支炎等あるいはアレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、そして薬剤の副作用による糖尿病や胃腸疾患等はこの制度の続発症として認めていないため、医療費助成の対象とはなりません。

**問2 続発症とは具体的にはどのような疾病をいうのですか。**

(答) 一つの疾病に罹患して更に別の疾病が起こり、その発病に因果関係が認められる場合、後から起こった疾病を前の疾病の続発症といいます。

具体的には、重症気管支ぜん息、肺性心等がありますが、極めて限定的なものであり、続発症として助成を受けるためには、東京都知事、特別区長又は保健所政令市長（以下「認定権者」と総称します。）が認定審査会の意見を聞いて認定を行い、対象疾病として医療券に記載される必要があります。

なお、気管支ぜん息等の認定疾病を原疾患とした急性の続発症（気胸、皮下気腫、縦隔気腫、急性呼吸不全、無気肺）に限っては、申請、認定の手続完了時には治療が終了していると考えられますので、患者さんが既に気管支ぜん息等の認定を受けている場合は、特例措置として医療券に続発症の疾病名が記載されていなくても助成の対象疾病とします。

アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎等のアレルギー疾患及び薬剤の副作用による糖尿病や胃腸疾患等は続発症ではありませんので認定されません。

**問3 気管支ぜん息の治療中に続発症として肺性心の症状が出ました。この医療費は、東京都に請求できますか。**

(答) 気管支ぜん息の医療券を持っていても肺性心の認定を受けていない場合は、医療費助成の対象とはなりません。受診時の医療費は通常の保険診療と同様となりますので、窓口で医療保険適用後の自己負担額を患者さんから徴収してください。

なお、患者さんが肺性心についての医療費助成を希望される場合は、改めて住所地の区市町村に申請を行う必要がある旨、患者さんに御指導ください。

**問4 気管支ぜん息の発作時に気胸を起こしたので、両方の病気の治療をしていますが、医療費は東京都に請求できますか。**

(答) 気管支ぜん息等の認定疾病を原疾病とした急性続発症（気胸、皮下気腫、縦隔気腫、急性呼吸不全、無気肺）に限っては、新たな助成申請から認定に至る手続の間に治療が終了していると考えられますので、このとき限りの特例措置として、認定審査会の調査審議、医療券への疾病名記載を行わず医療費助成の対象疾病とします。

これは、あくまで「医療費助成は、医療券に記載された疾病名に対する診療行為や薬剤等に限る。」という東京都の助成制度の例外的な措置です。

また、急性続発症以外の肺性心等の続発症は、認定権者の認定を受け、その疾病名が記載された医療券の交付を受けて初めて助成が受けられます。

**問5 気管支ぜん息の医療券を持っている患者さんに、アレルギー性鼻炎の治療をしました。この医療費は、東京都に請求できますか。また、アレルギー性結膜炎やアトピー性皮膚炎等他のアレルギー性疾患はどうですか。**

(答) 上記の疾病は、東京都が条例で定めた医療費助成の対象疾病ではありませんので、東京都に対して医療費を請求することはできません。患者さんから医療保険適用後の自己負担額を徴収してください。医療費助成の対象は、医療券に記載された疾病に対する診療行為や薬剤等に限られています。

なお、条例で定める対象疾病は、気管支ぜん息及びその続発症（18歳未満の者は、気管支ぜん息のほか、慢性気管支炎、ぜん息性気管支炎、肺気しゅの及びそれらの続発症）です。

アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎等のアレルギー疾患は続発症ではないため、医療費助成の対象とはなりません。

**問6 風邪の治療中に気管支ぜん息の症状が出たので、風邪と気管支ぜん息の治療を同時に行いました。医療費はすべて東京都に請求できますか。**

(答) 風邪や肺炎等は、東京都が条例で定めた医療費助成の対象疾病ではありませんので、東京都に対して医療費を請求することはできません。

この事例のように、風邪によって気管支ぜん息の発作が誘発されたときには、気管支ぜん息のみに対する医療費は東京都に請求できますが、風邪に対する治療で、例えば抗菌薬、風邪薬、鎮痛解熱剤、鎮咳剤等を処方した場合、これらの費用は請求できません。患者さんから医療保険適用後の自己負担額を徴収してください。東京都が助成するのは、医療券に記載された疾病に対する診療行為や薬剤等に限られています。

**問7 「公費支払対象・公費支払対象外別一覧表」で公費支払対象、公費支払対象外と明確に区分していますが、どうしてですか。公費支払対象外の治療は行えないのですか。**

(答) 手引の中にある「公費支払対象・公費支払対象外別一覧表」の公費支払対象外（公費外）欄に記載されている診療行為等は、注釈にもありますが、公費支払対象とならないものの代表例です。ある診療行為が、大気汚染医療費助成制度の公費支払対象となるかどうかは、その行為が対象疾病に対し、医学的にも保険請求の審査上も適切で認められるかどうかによります。

なお、対象疾病に対する治療方針等は医療機関の判断に委ねられますので、この「公費支払対象・公費支払対象外別一覧表」によって制約を受けるわけではありません。

### **[医療費(助成額)の請求及び支払]**

**問8 医療機関や保険薬局が認定患者に診療や調剤等を行った場合、東京都に請求できる医療費の範囲はどこまでですか。**

(答) 東京都が医療機関に支払う医療費の範囲は、次のとおりです。

#### **(1) 医療費**

患者さんが健康保険証を使用して認定疾病の治療を受けた場合、その医療費の医療保険適用後の自己負担額を助成します。認定疾病と関係のない病気（肝疾患、胃腸疾患、高血圧、心臓病、けが、風邪、インフルエンザ、肺炎、気管支炎、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎等）や、医療保険が適用されないもの（入院時の差額ベッド代等）は医療費助成の対象ではありません。

#### **(2) 訪問看護療養費**

訪問看護ステーションによる訪問看護サービスは医療費助成の対象となります。

**問9 公費対象分、公費対象外の区分はどのようにされているのですか。**

(答) 医療費助成の対象としているものは、医療券に記載されている疾病に対して行った診療行為等が、保険請求の審査上適切であるかどうかによります。

したがって、レセプトの摘要欄にアンダーラインが引かれていても、支払基金又は国保連合会の査定により減点されていれば、その部分の診療行為等については、公費支払の対象とはなりません。減点後の保険点数で換算した自己負担額が東京都から支払われることとなります。

また、「公費支払対象・公費支払対象外別一覧表」の公費支払対象外（公費外）欄に記載されている診療行為等は、注釈にもありますが、公費支払対象とならないものの代表例です。

## [自己負担制度]

**問10 患者さんの自己負担限度額の管理を行う必要があるとのことだが、医療機関等で行うことは何ですか。**

(答) 医療機関等が患者さんから医療費の窓口負担分を徴収するにあたり、患者さんが所持する自己負担限度額管理票の金額を確認のうえ、日付、医療機関名、自己負担額等を記載し、徴収印を押印します。

また、月の限度額である6,000円に達した場合には、その状態を確認した医療機関において、管理票の確認欄に押印します。

**問11 病院や診療所で診療を受け、処方せんが、翌月に薬局に持ち込まれ調剤された場合、自己負担額は管理票のどの月に記載するのですか。**

(答) 管理票への自己負担額の記載は、実際に診察や調剤を行った月に、記載をお願いします。病院や診療所は、処方せんを発行した月に、保険薬局は、調剤を行った月に記載してください。

**問12 月の限度額である6,000円を超えた場合、それ以降の医療機関は管理票に記入する必要はありますか。**

(答) 月額自己負担限度額である6,000円に達した場合には、それ以降については医療機関での当該月における管理票の記入は不要です。

**問13 患者さんが管理票を忘れてきた場合、どのようにしたらよいですか。**

(答) 医療券と管理票は必ずセットでお使いいただくようお願いください。

管理票を忘れてたり紛失して、医療費の自己負担の支払状況が確認できない場合は、自己負担分をお支払いしてもらうことになります。6,000円を超えて窓口負担額を患者さんが支払った場合は、後日、患者さんから償還払いの手続きが必要となります。

また、医療機関等で既に限度額を超えているということが確認できる場合には、管理票がないという理由だけで窓口負担を徴収する必要はありません。患者さんと医療機関の契約に基づいて対応をお願いします。

**問14 管理票は、医療機関や薬局ごとに管理をするのですか。**

(答) 管理票は医療機関・薬局ごとの管理ではなく、その月に利用した医療機関の合算となります。そのため、認定患者本人が管理票1冊で管理し、受診や利用するたびに提示（提出）することで自己負担額を記入してもらい、限度額の管理を行うことになります。

## [薬 剤]

**問15 大気汚染医療費助成制度の対象となる薬剤は何ですか。**

(答) 主治医が医療券に記載されている認定疾病の治療のために処方した薬剤で、添付文書の効果・効能に認定疾病の記載のある薬剤が対象となります。

この場合であれば、漢方製剤や抗体製剤も対象となります。しかし、漢方製剤によっては同一製剤名でも効果・効能が異なる場合があり、医療費助成の対象とならない場合がありますので御注意下さい。

**問16 減感作療法を行うためにアレルギー治療エキスを使用しましたが、東京都の医療費助成の対象となりますか。**

(答) アレルギー治療エキスは気管支ぜん息の治療薬として適応があるので、気管支ぜん息の医療券をお持ちの患者さんに対して処方された場合は医療費助成の対象となります。診療報酬明細書(レセプト)により請求してください。

スギ花粉のアレルギー治療エキス等、気管支ぜん息に適応がないアレルギー治療エキスもありますので、御注意下さい。

また、アレルギー治療エキスは、気管支ぜん息以外の認定疾病に対する適用はありませんので、慢性気管支炎、ぜん息性気管支炎、肺気しゅの医療券をお持ちの患者さんの場合、医療費は患者さんの負担となります。

**問17 主治医から、気管支ぜん息の治療薬と一緒に抗菌薬が投与されました。抗菌薬は、気管支ぜん息の適応がないので、患者さんに自己負担額を請求してもよいですか。**

(答) 東京都の医療費助成の範囲は、気管支ぜん息等の対象疾病に対する診療行為やそれに基づく薬剤が対象となります。対象疾病に直接適応のない抗菌薬は医療費助成の対象外ですので、患者さんに医療保険適用後の自己負担額を請求してください。薬剤の添付文書に「慢性呼吸器病変の二次感染」と記載されている抗菌薬は本医療費助成制度における認定疾病に適応がないので、医療費助成の対象とはなりません。

**問18 「ぜん息性気管支炎」で認定を受けている患者さんが薬剤の投与を受けた場合、東京都の公費支払対象はどこまでになりますか。**

(答) ぜん息性気管支炎については、疾病の定義が明らかではありません。本医療費助成制度における「ぜん息性気管支炎」とは、反復性気管支炎として扱われているものを意味し、おおむね次に掲げる症状ないし所見を示すものです(なお急性気管支炎及び急性細気管支炎は除きます。)

- ① 医師の治療を要する気管支炎を1年に4回以上繰り返すこと。
- ② 低音性のぜん息鳴を伴い、呼吸困難(努力性呼吸)がないか、あっても軽いこと。

③ 3歳未満の者に多く見られること。

このことからぜん息性気管支炎で東京都が助成する薬剤の範囲は、気管支ぜん息、急性気管支炎又は上気道炎の適応があるものとなります。

なお、これは東京都が助成する範囲を明示したものであって、医師の診療内容を制限するものではありません。

また、本疾患が、多様な病因による疾患群であることを勘案し、可能な限り鑑別診断に努めるようお願いいたします。

**問19 医療機関や保険薬局が医療費助成の対象と判断して、レセプトの摘要欄にアンダーラインを引いた診療行為や薬剤等が医療費助成の対象となると考えてよいですか。**

(答) 医療費助成の対象となるのは、気管支ぜん息等の認定疾病に対する診療行為や薬剤等です。認定疾病以外の疾病に対する診療行為や薬剤等にアンダーラインを引いても医療費助成の対象とはなりません。

**問20 投与した薬剤が配合剤の場合で、一部の薬剤に気管支ぜん息の適応があり、他の薬剤に適応がない場合、例えば、気管支ぜん息の患者さんに、フスコデシロップとムコソルバンシロップを合剤として処方した場合、公費分の請求はどうすればよいですか。**

(答) 原則として、気管支ぜん息に適応のあるムコソルバンシロップは東京都に対して医療費助成の対象として請求を行い、フスコデシロップについては適応がないので、患者さんに医療保険適用後の自己負担額を請求してください。

なお、この場合、処方せん料は分けることができませんので医療費助成の対象として東京都に請求してください。

## [検査]

**問21 どのような検査を医療費助成の対象としていますか。**

(答) 医療費助成の対象となる検査としては、気管支ぜん息等の認定疾病の診断や状態の把握のための検査のほか、他の疾患との鑑別診断のための検査等があり、これらの検査項目に対しては公費を請求することができます。

**問22 気管支ぜん息を治療中の患者さんに、アレルギーを調べる必要があると判断した場合、検査費用は請求できますか。**

(答) 本制度は、気管支ぜん息等の認定疾病に対する診療行為や薬剤等について患者さんの自己負担額を助成するものです。

単なる検査は助成の対象となりませんが、治療方針を再検討するために行うときは医療費助成の対象となりえます。

詳細は「公費支払対象・公費支払対象外別一覧表」を参照してください。

問23 検査で生化学検査 I を8項目行いました。その内の7項目が公費支払対象で、1項目が公費支払対象外でした。公費分の請求はどのようにすればよいですか。

(答) セット検査は、認定疾病に係わる検査料のみ医療費助成の対象となります。1項目は患者さんの負担となりますので、次の計算方法で算出してください。

(例) 認定疾病に関係のない総コレステロール(単独で行った場合17点)を含めた8項目検査の場合

$$\boxed{8\text{項目セット検査}(99\text{点})} - \boxed{\text{公費(助成)対象7項目セット検査}(93\text{点})} =$$
  
$$\boxed{\text{患者負担額}(6\text{点})} \rightarrow \text{公費(東京都負担額)}(93\text{点})$$

\* 総コレステロールを単独で行った場合の17点で患者負担額を算出するものではないので注意のこと。

## [在 宅]

問24 気管支ぜん息の患者さんに在宅酸素療法を行っています。この医療費は、東京都に請求できますか。

(答) 医療費助成の対象としているものは、医療券に記載されている疾病に対して行った診療行為等となります。在宅酸素療法は、COPD等に対して行われることが多い治療であり、気管支ぜん息の治療のみを目的として在宅酸素療法が行われることは極めてまれです。在宅酸素療法に適応のあるCOPD等の他疾患に罹患していない場合で、気管支ぜん息等の認定疾病に対して行われた治療であれば、医療費助成の対象となります。

## [処 置]

問25 気管内挿管中(気管切開を含む)の患者に対し、気管支ファイバースコープを使用して気管内洗浄を行った場合、気管支ファイバースコープで算定することになっていますが、医療費支払の対象となりますか。

(答) 認定疾病の救急処置に伴う気管支ファイバースコープは、医療費助成の対象となりますので診療報酬明細書(レセプト)により請求してください。

なお、この場合、気管支ファイバースコープの所定点数のみの算定となり、気管内洗浄は算定できませんので御注意ください。

## [吸入器]

問26 吸入器(ネブライザー)を自宅で使うよう患者さんに指導したのですが、東京都では、吸入器の購入費用を医療費助成の対象としているのですか。

(答) 東京都は、認定患者の医療保険適用後の自己負担額に対して医療費助成をしています。吸入器(ネブライザー)の購入は医療保険の適用とはならないため、医療費助成の対象となりません。吸入器のレンタル料についても同様です。

なお、吸入に用いられる薬剤で認定疾病に適応があるものは医療費助成の対象となります。

## [DPC]

問27 包括点数評価(DPC)対象患者は医療費助成の対象となりますか。

(答) 大気汚染医療費助成制度は認定疾病に対して保険適用後の自己負担額を助成する制度であるため、認定疾病に対して診療報酬が支払われない場合は、医療費助成を行うことができません。

診断群分類(最も医療資源を投入した傷病)が認定疾病であれば、医療費助成の対象となりますが、診断群分類が認定疾病でない場合は、認定疾病に対する診療が行われていたとしても診療報酬に反映されないため、医療費助成の対象とはなりません。

DPCの例外として、出来高算定が認められる事例で、対象疾病に対する診療が行われた場合には、当該診療の部分のみ医療費助成の対象となります(退院時処方等)。

## [その他]

問28 診療情報提供料は医療費助成の対象となりますか。

(答) 気管支ぜん息で診療している医療機関から気管支ぜん息の診療のため他の医療機関に紹介する場合は医療費助成の対象となります。

気管支ぜん息で診療している医療機関から気管支ぜん息以外の診療のために他の医療機関に紹介する場合は医療費助成の対象とはなりません。

問29 傷病手当金意見書交付料は医療費助成の対象となりますか。

(答) 医療費助成の対象とはなりません。

## 《参考1》東京都大気汚染医療費助成制度の概要

大気汚染の影響を受けると推定される疾病にかかった者に対して、医療費を助成することにより、その者の健康障害の救済を図ることを目的にしています。

### 1 医療費助成の対象者

次の要件をすべて満たす者が助成対象者となります。

(1) 18歳未満の者

\* 生年月日が平成9年4月1日以前であり、既に認定を受けている者は更新のみ可能

(2) 現に対象疾病（気管支ぜん息、慢性気管支炎、ぜん息性気管支炎、肺気しゅ及びそれらの続発症）にかかっている者

\* 対象疾病以外に認定（助成）の対象となる疾病はありません。

\* 続発症とは、原疾病から二次的に起こる疾患・病態です。気管支ぜん息の場合には、肺性心等限られたものであり、認定権者（東京都知事、特別区長、八王子市長又は町田市長）が大気汚染障害者認定審査会の意見を聞いて認定したもののみです。

(3) 東京都内に引き続き1年（3歳未満は6か月）以上住所を有する者

(4) 医療保険に加入している者

(5) 喫煙していない者

### 2 患者（疾病）の認定

助成対象者から申請があった場合、認定権者が認定審査会の意見を聞いて認定又は非認定を決定します。

認定を受けた者には疾病名が記載された医療券が交付されます。

### 3 医療費の助成範囲

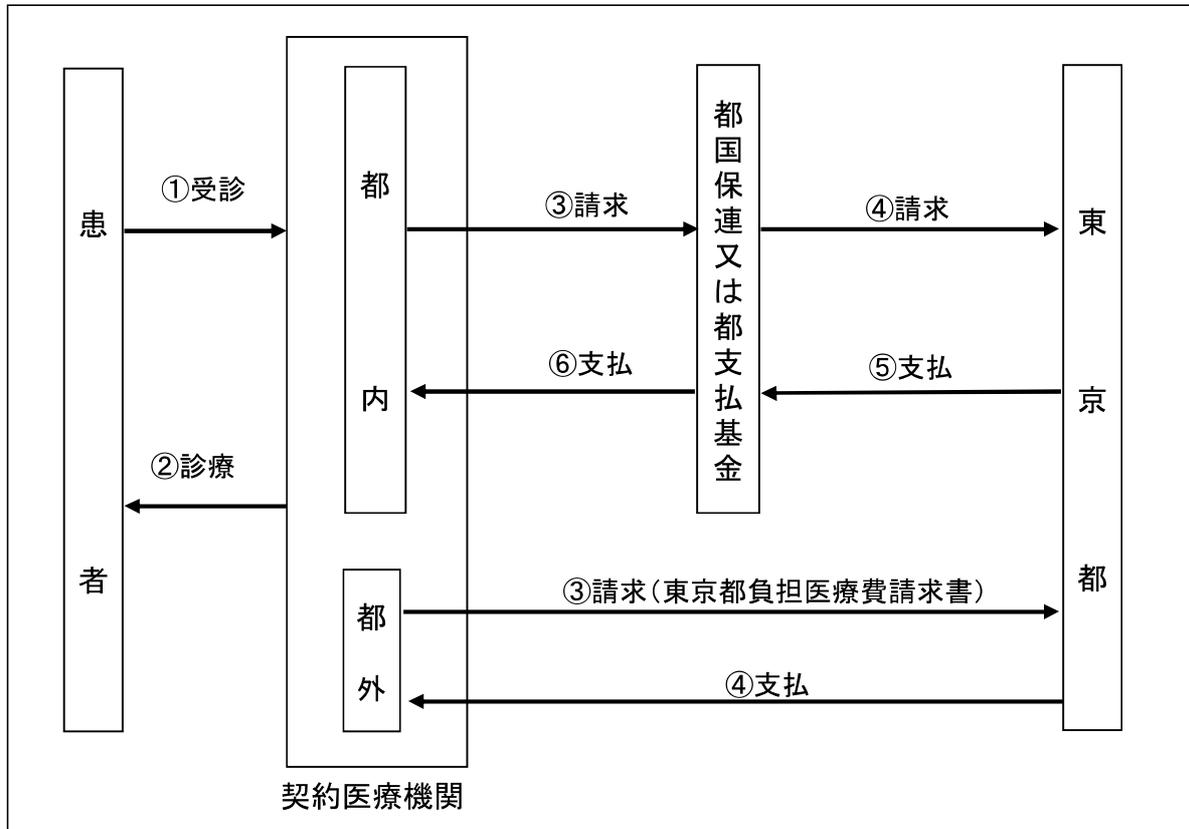
患者が健康保険証と医療券を提示して認定疾病の治療や投薬等を受けたとき、医療保険適用後の自己負担額（入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く。）が東京都から助成されます。生年月日が平成9年4月1日以前の気管支ぜん息の認定患者については、平成30年4月1日以降の診療分から、認定疾病の医療費（保険適用後自己負担額）月額のうち6,000円を超える部分を助成します。助成の範囲は、医療券に記載された気管支ぜん息等四つの認定疾病に対する治療や投薬等に限られ、かぜ、インフルエンザ、肺炎、気管支炎、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎等は助成の対象外です。

### 4 医療費の助成方法

医療保険適用後の自己負担額を認定患者に代わり医療機関、調剤薬局に支払います。ただし、医療券を忘れるなどして患者が医療機関窓口で自己負担額を支払ったときは、医療機関の証明のある「医療費支給申請書兼口座振替依頼書」を患者が都に提出することにより、後日医療費助成を受けることができます。

## 《参考2》 公費支払の流れ

### 1 大気汚染医療費助成の公費支払の流れ



### 2 都内医療機関及び都外医療機関の請求方法

#### ①都内医療機関: 保険給付分と公費対象分を1枚のレセプトで請求する

レセプトに負担者番号及び受給者番号を記入し、保険分と併せて東京都国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金東京支部に請求する。

#### ②都外医療機関: 保険給付分はレセプトで、公費対象分は東京都負担医療費請求書で請求する

保険分についてはレセプトを用いて、医療機関等のある道府県の国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金に請求し、公費支払分については、東京都負担医療費請求書(10名連記)を用いて東京都に請求する。

東京都大気汚染医療費助成制度

## 公費請求の手引

登録番号(29)365

平成 30 年 3 月発行

編集・発行 東京都福祉保健局健康安全部環境保健衛生課  
東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号  
郵便番号 163-8001 電話 03(5320)4491

印 刷 株式会社モモデザイン





