

東京都大気汚染医療費助成制度

主治医診療報告書の手引

(気管支ぜん息)

令和8年10月



東京都保健医療局

〔 目 次 〕

はじめに	1
1 「主治医診療報告書」について	1
2 胸部エックス線について	2
3 申請手続及び認定審査会について	2
4 制度に関する問合せ先	2
I 「主治医診療報告書（気管支ぜん息用）」作成要領	3
1 新規申請と更新申請	3
2 対象疾病	3
(1) 気管支ぜん息	
(2) 続発症	
3 主治医診療報告書の取扱い	4
(1) 主治医診療報告書の作成者	
(2) 主治医診療報告書の様式	
(3) 医学的検査実施のための医療機関紹介	
4 主治医診療報告書作成に伴う費用の負担	5
(1) 新規申請	
(2) 更新申請	
5 「診療状況等」の記入方法	5
(1) 申請に係る疾病名	
(2) 発症時期及びその後の経過	
(3) 最近1年間の受診状況	
(4) 診断根拠	
(5) 気管支ぜん息に対する現在の治療	
(6) 最近1年間の症状	
(7) 喫煙状況	
6 「医学的検査結果」の記入方法	9
(1) 「医学的検査結果」欄について	
(2) 新規申請の場合の必須検査項目	
(3) 更新申請の場合の検査項目	
(4) 各検査項目の留意点	
《資料編》	
資料1 主治医診療報告書(気管支ぜん息用)	13
資料2 記入上の注意	14
資料3 吸入ステロイド(量:低/中/高)の用量記載の目安	15
II Q & A	17
《参考1》 小児(15歳以下)の治療	22
《参考2》 成人(16歳以上)の治療	25
《参考3》 東京都大気汚染医療費助成制度の概要	28
《参考4》 申請手続の流れ	29

はじめに

東京都では、昭和47年10月より、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。その後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歳以上も対象とすることとしました。制度拡大後5年が経過した際、和解条項に基づく見直しの結果、平成27年4月から気管支ぜん息及び続発症の対象者の年齢を全年齢から18歳未満の者(18歳の誕生日から同日の属する月の末日までの期間にある者を含む。)に戻しております。現行の制度では18歳以上の認定患者の更新申請は可能ですが、医療費の一部自己負担(窓口負担額月額6,000円まで)があります。

なお、今回の手引の改訂では、主に健康保険証の廃止に関する変更及び前回改訂以降の対象疾患に関するガイドラインの内容を反映させております。本手引では、主治医診療報告書(気管支ぜん息用)の記載方法等を具体的に解説しましたので、作成時の参考に活用いただくとともに、本制度へのご理解ご協力をお願いします。

(制度の詳細は、《参考3》「東京都大気汚染医療費助成制度の概要」(p28)を参照してください。)

1 「主治医診療報告書」について

- 本手引は「気管支ぜん息用」について、様式の項目ごとに作成要領を記しています。
- 「主治医診療報告書」は、平成20年8月の対象年齢拡大時から、疾患別に「気管支ぜん息用」と「18歳未満を対象とする慢性気管支炎・ぜん息性気管支炎・肺気しゅ用」の2種類になっております。気管支ぜん息用は、気管支ぜん息及び気管支ぜん息を原疾患とする続発症について医療費助成の申請(更新申請を含む)を行う場合に使用します。
- 現在、新規申請は18歳未満の患者に限られ、原則、本制度の有効期間の上限は18歳の誕生日の属する月の末日となります。ただし生年月日が平成9年4月1日以前であって気管支ぜん息の認定を受けている患者に限り更新申請が可能です。

なお、18歳未満のみを対象とした疾病(慢性気管支炎・ぜん息性気管支炎・肺気しゅ)の主治医診療報告書の記載方法に関する手引は別冊となります。必要な場合は、別記お問い合わせ先までご連絡ください。また、都ホームページからダウンロードすることができます。

・主治医診療報告書の手引(18歳未満を対象とする慢性気管支炎・ぜん息性気管支炎・肺気しゅ)

URL: https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kankyo/kankyo_eisei/taiki/iryouhi/i_kikan

- 「主治医診療報告書」は、患者の受診状況や診断根拠等を記入する「診療状況等」欄及び診断・治療に際して実施した医学的検査の結果を記入する「医学的検査結果」欄で構成されています。
- 主治医診療報告書の右下の年月日欄には、作成日を必ずご記入ください。また、医療機関名欄には、貴院の所在地及び電話番号をあわせてご記載願います。
- 担当医師氏名欄には、必ず記名、押印をお願いします。
- 認定審査にあたり、ご記入いただいた内容について、お問い合わせさせていただくことがありますのであらかじめ御承知おきください。

2 胸部エックス線について

- 新規申請の場合は、主治医診療報告書を作成するに際し、6か月以内に撮影された胸部エックス線検査結果が必要となります。
- 平成20年5月の様式改訂時から、**気管支ぜん息については新規申請時の胸部エックス線フィルム提出は不要**となりました。記載欄には、検査結果を記載してください。
 - * 「所見あり」の場合には、気管支ぜん息との鑑別を中心に所見についての説明を記載してください。
 - * なお、認定審査に際して胸部エックス線フィルムの確認が必要な場合は、貸出しを改めてお願いいたしますので、連絡がありましたらご協力をお願いします。
 - * 更新申請では、医学的検査については任意ですので、治療に際し主治医診療報告書の記入日を基準としておおむね過去2年間に実施した場合に検査結果を記入してください。
- 「気管支ぜん息を原疾患とした続発症」について
続発症について新規申請を行う場合には、胸部エックス線検査は必須で、そのフィルムの提出が申請時に必要となりますので、患者への貸出しをお願いします。

3 申請手続及び認定審査会について

患者は、申請書に「主治医診療報告書」等の必要書類を添付して、住所地の区市町村の担当窓口に提出します。（《参考4》「申請手続の流れ」(p29) 参照）

提出された書類をもとに、保健所設置区市、都保健所等で設置している認定審査会において、申請の際に提出されるこれらの申請書類及び添付資料等を総合的に審査し、認定の可否について、東京都知事、特別区長、八王子市長又は町田市市長（以下「認定権者」と総称します。）に対して意見を述べます。認定権者は、認定審査会の意見を聞いて認定・非認定を決定します。

4 制度に関する問合せ先

東京都保健医療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、医療費助成の給付に関するお問合せ先は、以下のとおりです。

東京都福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当

電 話 03 (5320)4454

I 「主治医診療報告書(気管支ぜん息用)」作成要領

主治医診療報告書(様式は資料1(p13)参照)は、気管支ぜん息(その続発症を含む。)にり患している患者の受診状況や診断根拠等の「診療状況等」及び胸部エックス線検査やアレルギー検査等の「医学的検査結果」について、主治医からご報告いただくものです。

作成に当たっては、この手引の説明に従い、楷書で具体的に記入してください(資料2「記入上の注意」(p14)を参考にしてください。)

1 新規申請と更新申請

申請には、新規申請と更新申請があります。

新規申請とは、初めて大気汚染医療費助成制度の申請をすることです(更新要件を満たさないため非認定となったことがある場合や、認定されたことがあるが医療券が失効したため改めて新規申請する場合のほか、続発症について初めて申請する場合を含みます。)。なお、成人(18歳以上)の新規申請は対象外となるため受付できません。

更新申請とは、治ゆしないため、認定期間満了後も継続して大気汚染医療費助成制度の利用を希望される場合の申請手続のことです。医療券が失効する前に申請する必要があります。

2 対象疾病

本手引で解説する助成の対象となる疾病は、**気管支ぜん息及びその続発症**です。

咳ぜん息は本制度の対象疾病ではありません。

(1) 気管支ぜん息

(定義) 気管支ぜん息は、気道の慢性炎症を本態とし、変動性を持った気道狭窄によるぜん鳴、呼吸困難、胸苦しさや咳などの臨床症状で特徴付けられる多様性を有する疾患です。気道炎症や気道過敏性亢進によって生じる気道狭窄・咳は自然に、あるいは治療により可逆性を示します。気道炎症が持続する場合は、気道粘膜の傷害とそれに引き続く気道構造の変化(リモデリング)を誘導し、非可逆性の気流制限をもたらすことがあります。

(診断) 一般に、ぜん息の診断は、①発作性の呼吸困難、喘鳴、胸苦しさ、咳などの症状の反復、②変動性・可逆性の気流制限、③気道過敏性の亢進、④気道炎症の存在、⑤アトピー素因の有無、⑥他疾患の除外を目安として行います。気管支ぜん息の診断を行う際に鑑別を要する疾患には次のものが挙げられます。

[小児]

(鑑別を要する他疾患)

- ・ **先天性異常、発達異常に基づくぜん鳴**：大血管の解剖学的異常、先天性心疾患、気道の解剖学的異常、喉頭・気管・気管支軟化症、線毛機能不全症候群
- ・ **感染症に基づくぜん鳴**：鼻炎・副鼻腔炎、クループ、気管支炎、急性細気管支炎、肺炎、気管支拡張症、肺結核
- ・ **その他**：過敏性肺炎、気管内異物、心因性咳嗽、誘発性喉頭閉塞症(inducible laryngeal obstruction、ILO(旧称 声帯機能不全(vocal cord dysfunction、VCD))、

気管・気管支の圧迫（腫瘍など）、うっ血性心不全、アレルギー性気管支肺真菌症、嚢胞性線維症、サルコイドーシス、肺塞栓症、気管支肺異形成症（bronchopulmonary dysplasia、BPD）、胃食道逆流症、びまん性汎細気管支炎（diffuse panbronchiolitis、DPB）

[成人]

（鑑別を要する他疾患）

- ・ **上気道疾患**：喉頭炎、喉頭蓋炎、誘発性喉頭閉塞症（inducible laryngeal obstruction、ILO（旧称 声帯機能不全（vocal cord dysfunction、VCD））
- ・ **中枢気道疾患**：気管内腫瘍、気道異物、気管軟化症、気管支結核、サルコイドーシス、再発性多発軟骨炎
- ・ **気管支～肺泡領域の疾患**：慢性閉塞性肺疾患（COPD）、びまん性汎細気管支炎
- ・ **循環器疾患**：うっ血性心不全、肺血栓塞栓症
- ・ **薬剤**：アンジオテンシン変換酵素阻害薬などの薬物による咳
- ・ **その他の原因**：自然気胸、過換気症候群、心因性咳嗽

* 気管支ぜん息を伴う好酸球性肺炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（eosinophilic granulomatosis with polyangiitis、EGPA）、アレルギー性気管支肺真菌症等について

気管支ぜん息と診断できる症状がある場合に「気管支ぜん息」として本制度の申請対象となります。好酸球性肺炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（eosinophilic granulomatosis with polyangiitis、EGPA）やアレルギー性気管支肺真菌症等と診断されている場合でも、気管支ぜん息と診断できる症状がない場合には本制度の申請対象とはなりません。公費の対象はあくまでも気管支ぜん息に保険適応のある治療のみです。

（2）続発症

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」など限られたものです。気管支ぜん息の発病の契機となったかぜや気管支炎等の呼吸器感染症、併発しているアレルギー性鼻炎やアトピー性皮膚炎等のアレルギー性疾患、肺気腫、治療薬剤の副作用による糖尿病や胃潰瘍等は対象疾病としての続発症ではありません。

（注）・ **続発症の主治医診療報告書の作成に当たっては、診断に至った根拠（検査結果、鑑別診断等）について、詳細にご記入ください。**

- ・ 主治医診療報告書の記入内容又は症状詳記、検査所見等について、確認のため資料の提出依頼や問い合わせをすることがあります。

気管支ぜん息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）については、患者が既に気管支ぜん息の認定を受けている場合は、医療券に続発症の疾病名が記入されていなくても医療費が助成されます。したがって、これらの疾病に係る認定申請を改めて行う必要はありません。

3 主治医診療報告書の取扱い

（1）主治医診療報告書の作成者

主治医診療報告書の作成は、普段患者の治療に当たっている主治医（診療所、病院の別は問いません。）が行ってください。

(2) 主治医診療報告書の様式

主治医診療報告書の様式は、新規申請と更新申請を問わず同一です。

3枚複写式になっていますので、必要事項を記入して、1枚目（認定審査会所管課控）と2枚目（東京都保健医療局提出用）は、患者にお渡しください（患者は、主治医診療報告書と認定申請書等、申請に必要な書類をお住まいの区市町村担当窓口に提出します。）。なお、3枚目（医療機関控）は、貴院で保存してください。

(3) 医学的検査実施のための医療機関紹介

貴院で必要な医学的検査の実施が困難な場合等は、患者（患者が子どもの場合はその保護者）の同意を得た上で検査可能な医療機関を紹介し、必要な医学的検査を受けた上で、その結果を記入してください。この場合「主治医コメント欄」に検査実施医療機関名及び連絡先の記入をお願いします。

4 主治医診療報告書作成に伴う費用の負担

(1) 新規申請

文書料（主治医診療報告書の作成料）や診療報告書を記載するために行った検査料等、医療費助成の開始決定前に受けた医療に係る費用（医学的検査について、他の医療機関を紹介した場合には、診療情報提供料を含む。）は、医療費助成の対象となりません。医療機関の窓口で患者に請求してください。なお、文書料は各医療機関が定める額となります。

(2) 更新申請

新規申請と同様、文書料（主治医診療報告書作成料）は、患者の負担になりますので窓口で請求してください。

5 「診療状況等」の記入方法

(1) 申請に係る疾病名

「申請に係る疾病名」の該当項目に○印を付けてください。

主治医診療報告書は、**気管支ぜん息**、及びその**続発症の診断**を受けている患者が**医療費助成の申請を行うときに必要な書類**です。これ以外で使用することはできません。

(2) 発症時期及びその後の経過

気管支ぜん息の発症（年齢・時期）について、診療録や問診などで判明する範囲で記載してください（診断した医療機関と現在の医療機関が異なる場合は紹介状や問診にて記載してください。）。発症時期が不詳の場合には「□不詳」欄を選択してください。また、発症後の経過として該当する方①又は②を選択してください。②を選択した場合には、再発年齢も記載してください。

気管支ぜん息の続発症の申請もされる場合には、該当する続発症を選択の上（「肺性心」以外の場合には、「□他」欄を選択し、括弧内（ ）に疾病名を記載してください。）、続発症の発症時期も記載してください。

【記入例: 気管支ぜん息の発症時期が7歳6か月頃で、その後一度症状が消え、15歳で再発した場合】
(続発症の申請はなし)

申請に係る 疾病名	① 気管支ぜん息(発症時期: <u>7歳 6か月頃</u> , ☐ 不詳) → ☐ ①現在も症状継続 ↳ ☒ ②一度症状が消え、 <u>15歳</u> で再発
	2 続発症: ☐ 肺性心, ☐ 他() (発症時期: <u> </u> 歳 <u> </u> か月頃, ☐ 不詳)

(3) 最近1年間の受診状況

ア 入院

申請する疾患での入院の有無について記載してください。「有」の場合には最近1年間の入院回数(入院延べ日数ではないのでご注意ください。)及び最近の入院時期を記載してください。

骨折、かぜや肺炎、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、その他食中毒や感染症など申請疾病以外による入院は含みません。

イ 通院

申請する疾患での最近1年間での受診回数を定期受診と定期外受診に分けて記載してください。入院と同様、かぜなどの申請疾病以外による受診回数は含みません。

* 記入期間は記入する月を含めて最近1年間です。

- 1 年に 回程度: 2か月から3か月に1回など年に1回以上受診している場合
- 2 月に 回程度: 平均して月に1回以上受診している場合
- 3 週に 回程度: 平均して週に1回以上受診している場合

【記入例: 令和7年4月主治医診療報告書発行、令和7年5月と10月にぜん息発作で救急外来の受診あり。
5月の救急外来受診は入院に至らなかったが、10月は救急外来受診後入院となった。最近1年間では、平均して毎月1回、定期受診で診ていた。】

最近1年間の上記申請疾病に係る受診状況(該当する項目にチェック及び○をして数字を記入してください。)		
入院	1 ☒ あり (回: 最近の入院時期 <u>令和7年10月</u>)	2 ☐ なし
通院	定期受診: 年(<u> </u> 月) 週に <u>1</u> 回程度	定期外受診: (<u> </u> 年) 月・週に <u>2</u> 回程度

(4) 診断根拠

申請患者を気管支ぜん息と診断した根拠を回答してください。本来、気管支ぜん息であれば全項目該当すると考えられますので、該当しない項目があった場合には、非該当項目を選択の上、該当しないにも関わらず気管支ぜん息と診断した理由を記載してください。

* 「3」の「症状や検査結果からみて、気道が過敏である。」とは、気道過敏性試験を行っていない場合でも、問診・診察の範囲で診断してください。患者に対する問診で、運動したり、温度の変化があったり、タバコの煙を吸ったり、はしゃいだり、大声で笑ったりした後等に発作や咳が健常人に比べて誘発されやすいときは該当すると考えます。

【記入例：診断根拠の全ての項目が該当する場合】

診断根拠	1 発作性の呼吸困難、ぜん鳴、胸苦しさ、咳の反復がある、又はあった。
	2 1の症状は自然に、又は気管支拡張薬等により改善する、又はされた。
	3 症状や検査結果からみて、気道が過敏である。
	4 1の症状は、 <u>他の心肺疾患、先天異常、発達異常によるものではない。</u>
	☒ 上記項目1から4まで全て該当する。 ☐ 該当しない項目がある。(下欄記載必須)
	* 本来、気管支ぜん息であれば上記項目全て該当すると考えられます。非該当項目を選択の上、非該当にも関わらず気管支ぜん息と診断した理由を記載してください。 非該当項目： 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 【理由】

(5) 気管支ぜん息に対する現在の治療

ア 現在の治療内容について、「1」から「14」までのうち、該当するもの全てにチェック☒を付けてください。

イ 治療薬で吸入ステロイド薬(「1 吸入ステロイド薬/長時間作用性 β_2 刺激薬 配合剤」、「2 吸入ステロイド薬/長期間作用性抗コリン薬/長時間作用性吸入 β_2 刺激薬 配合剤」、「3 単剤の吸入ステロイド薬」)を使用している場合には、必ず該当する使用量に○印を付けてください。資料3「吸入ステロイド(量:低/中/高)の用量記載の目安」(p15)を参考に、低:低用量、中:中用量、高:高用量から該当する1日量を選んで○印を付けてください。

* 新薬等で資料3「吸入ステロイド(量:低/中/高)の用量記載の目安」の表に記載がない場合は、保険適応上の最高用量を高用量とし、その半分を中用量、さらにその半分を低用量として、使用量を選択してください。

ウ 生物学的製剤を使用している場合には、「8 生物学的製剤(種別必須: 1 ☐ オマリズマブ / 2 ☐ メポリズマブ / 3 ☐ ベンラリズマブ / 4 ☐ デュピルマブ / 5 ☐ テゼペルマブ)」を選択し、括弧()内から該当する薬剤に☒を付けてください。

エ 現在、処方している薬剤がなく、経過観察中の場合は、「13 経過観察」にチェック☒を付けてください。

【記入例1】

テルリジー200エリプタ®(吸入ステロイド薬/長時間作用性抗コリン薬/長時間作用性 β_2 刺激薬配合剤)を1日量 フルチカゾンフランカルボン酸エステル 200 μ g/ウメクリジニウム 62.5 μ g/ビランテロール 25 μ gで処方し、その他に シングレア®(ロイコトリエン受容体拮抗薬)を併用している場合

現在の気管支治療(複数選択可)	1 ☐ 吸入ステロイド薬(量必須: 低 / 中 / 高) / 長時間作用性吸入 β_2 刺激薬 配合剤
	2 ☒ 吸入ステロイド薬(量必須: 低 / 中 / <u>高</u>) / 長時間作用性抗コリン薬/長時間作用性吸入 β_2 刺激薬配合剤
	3 ☐ 単剤の吸入ステロイド薬(量必須: 低 / 中 / 高)
	4 ☐ 単剤の長時間作用性 β_2 刺激薬
	5 ☐ 単剤の長時間作用性抗コリン薬
	6 ☒ ロイコトリエン受容体拮抗薬
	7 ☐ テオフィリン徐放製剤
	8 ☐ 生物学的製剤 (種別必須: 1 ☐ オマリズマブ / 2 ☐ メポリズマブ / 3 ☐ ベンラリズマブ / 4 ☐ デュピルマブ / 5 ☐ テゼペルマブ) * 該当する項目に ☒
	9 ☐ アレルゲン免疫療法
	10 ☐ 経ロステロイド薬(維持)
	11 ☐ 経ロステロイド薬(増悪時のみ)
	12 ☐ 増悪時のみ気管支拡張薬を使用
	13 ☐ 経過観察
	14 ☐ その他()

【記入例2】

エナジア高用量®(吸入ステロイド薬/長時間作用性抗コリン薬/長時間作用性β₂刺激薬 配合剤)を1日量 インダカテロール 150 μg/グリコピロニウム 50 μg/モメタゾンフランカルボン酸エステル 160 μgで処方し、その他に プレドニン®(プレドニゾロン 5mg)、シングレア®(ロイコトリエン受容体拮抗薬)、ファセンラ®(ベンラリズマブ(遺伝子組換え) 10mg)を併用している場合

現在 気管 支 ぜん 息 の 治 療 に 対 し て の 複 数 選 択 可 	1	☐ 吸入ステロイド薬(量必須: 低 / 中 / 高) / 長時間作用性吸入β ₂ 刺激薬 配合剤
	2	☒ 吸入ステロイド薬(量必須: 低 / 中 / <u>高</u>) / 長時間作用性抗コリン薬/長時間作用性吸入β ₂ 刺激薬配合剤
	3	☐ 単剤の吸入ステロイド薬(量必須: 低 / 中 / 高)
	4	☐ 単剤の長時間作用性β ₂ 刺激薬
	5	☐ 単剤の長時間作用性抗コリン薬
	6	☒ ロイコトリエン受容体拮抗薬
	7	☐ テオフィリン徐放製剤
	8	☒ 生物学的製剤 (種別必須: 1 ☐ オマリズマブ / 2 ☐ メボリズマブ / 3 ☒ ベンラリズマブ / 4 ☐ デュピルマブ / 5 ☐ テゼベルマブ) *該当する項目に ☒
	9	☐ アレルゲン免疫療法
10	☒ 経ロステロイド薬(維持)	
11	☐ 経ロステロイド薬(増悪時のみ)	
12	☐ 増悪時のみ気管支拡張薬を使用	
13	☐ 経過観察	
14	☐ その他()	

(6) 最近1年間の症状

最近1年間の気管支ぜん息の症状の出現頻度等について、該当するものにチェック☒を1つだけ付けてください。

【記入例:年に数回、季節性に咳嗽、軽度ぜん鳴が出現する場合】

最近 1年 間 の 症 状	1	☐ なし	2	☒ 年に数回	3	☐ 1回/月以上、1回/週未満
	4	☐ 1回/週以上、1回/日未満	5	☐ 毎日/生活に制限なし	6	☐ 毎日/生活に制限あり

(7) 喫煙状況

本制度では喫煙者は対象外です。認定期間中に喫煙した場合は認定資格を喪失し、助成された医療費を返還していただきます。

主治医診療報告書の作成にあたって、現状において患者が喫煙していないことを必ず確認してください。喫煙していないことの確認は問診・診察の範囲の確認で構いません。

20歳未満の方は法律で喫煙が禁止されておりますが、未成年者に対しても必ず喫煙していないことを確認してください。年齢に関係なく喫煙者は医療費助成の対象となりません。

年齢に関わらず全ての患者で「喫煙状況」の欄全て(現状(患者本人)、喫煙歴(患者本人)、同居者の喫煙)を確認し記入してください。

・「現状(患者本人)」:申請患者が喫煙していないことを必ず確認してください。喫煙者は本制度の申請資格がありません。

・「喫煙歴(患者本人)」:喫煙したことがない場合には「☐なし」欄にチェック☒をしてください。

現在は喫煙していないが、過去に喫煙歴がある場合には「☐あり」欄にチェック☒し、過去の喫煙状況(1日平均喫煙本数、喫煙年数)及び禁煙時期(年齢)

を判明する範囲で記載してください。

- ・「同居者に喫煙者(加熱式タバコを含む)が ☐ いない ☐ いる」:該当する方にチェック ☒ してください。

【記入例：20歳から約25年間、毎日約10本喫煙。45歳の時に禁煙。家族など同居者に喫煙者がいない 場合】

喫煙状況	現 状 (患者本人)	☒ 喫煙していないことを確認した。 *喫煙者は本制度の申請資格がありません。
	喫煙歴(患者本人)	☐ なし ☒ あり:1日平均(10)本を(25)年間喫煙, 禁煙時期 <u>45 歳時</u>
	同居者に喫煙者(加熱式タバコを含む)が	☒ いない ☐ いる

6 「医学的検査結果」の記入方法

(1) 「医学的検査結果」欄について

「医学的検査結果」欄には、気管支ぜん息の診断・治療に際して一般に実施される検査項目を掲げてあります。実施した医学的検査については任意検査項目も含め結果を記入してください。

(2) 新規申請の場合の必須検査項目

新規申請の場合、必須検査は以下のとおりです。検査結果を必ず記入してください。

- ・ 血液検査(白血球数、血液像(好酸球比率)、血清総IgE(非特異的IgE))
 - ・ アレルゲン検査
 - ・ 胸部エックス線検査
- * 血液検査、アレルゲン検査とも、診断が確定した際の検査結果でも構いません(結果が不明の場合は、申請時に改めて検査を行う必要があります。)
- * 胸部エックス線検査の有効期間は、主治医診療報告書発行日の過去6か月以内です。

検 査 項 目	検 査 の 有 効 期 間
血 液 検 査	診断が確定した際の検査結果で可
アレルゲン検査	診断が確定した際の検査結果で可
胸部エックス線検査	主治医診療報告書発行日の過去6か月以内

(3) 更新申請の場合の検査項目

更新申請の場合は、医学的検査結果の記入は任意です。診断・治療に際して概ねこの2年間に医学的検査を実施した場合は、検査データを記入してください。

(4) 各検査項目の留意点

ア 血液検査(白血球数、血液像(好酸球比率)、血清総IgE(非特異的IgE))

新規申請の場合は、必ず検査日及び検査結果を記入してください。なお、診断が確定した際の検査結果でも構いませんが、結果が不明の場合や改めて検査が必要と考えられる場合は検

査を行ってください。

【記入例】

①血液検査結果

白血球数 4800/μl, 血液像(好酸球比率) 7.1 %

検査日: 令和 7 年 12 月 16 日

血清総IgE(非特異的IgE) 283 IU/ml (標準値 170 IU/ml)

検査日: 令和 7 年 12 月 16 日

イ アレルゲン検査

新規申請の場合は、必ず検査日及び検査結果を記入してください。なお、診断が確定した際の検査結果でも構いませんが、結果が不明の場合や改めて検査が必要と考えられる場合等は検査を行ってください。

(ア) 検査方法は、「A 血液検査(特異的IgE抗体、その他)」又は「B 皮膚テスト(スクラッチ、プリック、皮内)」のいずれかを選択し、実施したものにチェック☑を付けてください。

(イ) 検査項目は、「1 ダニ」又は「2 ハウスダスト」のうち少なくとも一方の検査結果を必ず記入してください。両方行った場合には、両方の結果をそれぞれの記載欄に記入してください。検査結果(判定)は、「A 血液検査(特異的IgE抗体、その他)」の場合は、判定欄の「クラス」又は「その他」に☑を付け、該当するクラスに○を付けるか()内に詳細を記入してください。「B 皮膚テスト(スクラッチ、プリック、皮内)」場合は、判定欄の「陽性」、「陰性」又は「その他」のいずれかにチェック☑を付け、「その他」を選択した場合は、()内に詳細を記入してください。

【記入例】

アレルゲン検査結果 検査日: 令和7年12月16日		
(いずれかを選択)	(検査した項目を選択)	
A ☑ 血液検査 ☑ 特異的IgE抗体 □ その他 ()	1☑ ダニ	1☑ クラス 0・1・2・3・4・5・6 *該当するクラスに○ 2□ その他()
	2□ ハウスダスト	1□ クラス 0・1・2・3・4・5・6 *該当するクラスに○ 2□ その他()
□ 皮膚テスト □ スクラッチ □ プリック □ 皮内	1□ ダニ	1□ 陽性 2□ 陰性 3□ その他()
	2□ ハウスダスト	1□ 陽性 2□ 陰性 3□ その他()

ウ 呼吸機能検査(任意検査)

呼吸機能検査は必須検査ではありませんが、気管支ぜん息の病状把握及び他の呼吸器疾患との鑑別のために重要な検査です。新規申請で検査データがない場合は、できるだけ検査を行うようにしてください。更新申請の場合は、検査データがありましたら記入してください。また、カッコ内は正常予測値との比率(%)を記入してください。

【記入例】

呼吸機能検査結果 検査日：令和7年12月16日
*カッコ内は、正常予測値との比率(%)を記載してください。
VC 4970ml (108 %) FVC 4620 ml (100 %)
FEV_{1.0} 2970 ml (64.3 %) FEV1.0% 57.8 %
V̇50 1.69 l/s(35%) V̇250.57l/s(28%)

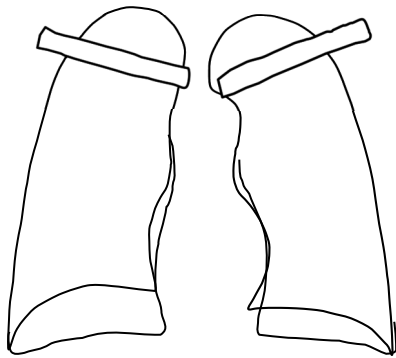
エ 胸部エックス線検査の所見

- (ア) 新規申請の場合、必ず検査結果を記入してください。
- (イ) 検査結果は、「異常なし」「所見あり」のいずれかをチェック☑してください。「所見あり」を選択した場合には、気管支ぜん息との鑑別を中心に所見についての説明を記載してください。
- (ウ) 主治医診療報告書発行日から6か月以内の検査結果であれば有効です。検査日を明記してください。

(胸部エックス線検査所見からみた鑑別すべき代表的な疾患)

- 1 浸潤影を呈しやすい疾患：肺炎、好酸球性肺炎、肺結核等
- 2 腫瘤影を呈しやすい疾患：肺腫瘍等
- 3 間質影を呈しやすい疾患：肺線維症(間質性肺炎)、過敏性肺炎、じん肺等
- 4 その他、肺野に異常を呈する疾患：びまん性汎細気管支炎(びまん性小粒状影)、気管支拡張症(気管支壁肥厚、気管支拡張像)
- 5 肺過膨張を呈しやすい疾患：慢性閉塞性肺疾患(COPD)等
- 6 胸水、胸膜病変を呈しやすい疾患：うつ血性心不全、胸膜腫瘍、結核性・癌性胸膜炎、じん肺等
- 7 肺門リンパ節腫張を呈しやすい疾患：肺腫瘍、悪性リンパ腫、肺結核、サルコイドーシス等
- 8 心拡大を呈しやすい疾患：うつ血性心不全等
- 9 肺うつ血所見(Kerley's B line, vanishing tumor, butterfly shadow等)を呈しやすい疾患：うつ血性心不全等

記入例 肺過膨張を認める場合



☐ 異常なし

☒ 所見あり

※気管支ぜん息との鑑別を中心に所見についての説明を記載してください。(必須)

肺過膨張。

喫煙歴なく、 β_2 刺激薬の吸入で1秒量(250ml: 15%)の改善を認めた。撮影時、ぜん鳴を聴取しており、肺過膨張は気管支ぜん息発作によるものと考えている。

オ 主治医コメント欄

- (ア) 症状や治療の経過、合併症、その他の検査について等、特記すべきことがあれば、この欄に記載してください。
- (イ) 問診やピークフローの記録等から気道過敏性又は閉塞性障害の可逆性を示す所見がありましたら、こちらに記載してください。気道過敏性試験又は気管支拡張薬吸入前後の呼吸機能検査を実施し、気道過敏性又は閉塞性障害の可逆性が示唆される場合も検査結果をこちらに記入してください。
- (ウ) 他の医療機関で行った検査結果について診療情報提供を受けて記入した場合には、検査実施医療機関名及び連絡先を記載してください。

主治医診療報告書（気管支ぜん息用）

氏名	男・女	生年 月日	大・昭・平・令	年	月	日	才
住所							

診療状況等	
1 気管支ぜん息（発症時期： 歳 か月頃、 □不詳、 □不詳）→ □①現在も症状継続 → □②一度症状が消え、 歳 か月頃、 □不詳で再発 続発症： □肺性心、 □他（ ）（発症時期： 歳 か月頃、 □不詳）	2 最近1年間の上記申請疾病に係る受診状況（該当する項目にチェック及び○をして数字を記入してください。）
入院	1 □あり（ 回：最近の入院時期 令和 年 月） 2 □なし
通院	定期受診： 年・月・週に 回程度 定期外受診： 年・月・週に 回程度

1 発作性の呼吸困難、ぜん喘、胸苦しさ、咳の反復がある、又はあった。	
2 1の症状は自然に、又は気管支拡張薬等により改善する、又はされた。	
3 症状や検査結果からみて、気道が過敏である。	
4 1の症状は、他の心肺疾患、先天異常、発達異常によるものではない。	
診断根拠	□上記項目1から4まで全て該当する。 □該当しない項目がある。（下欄記載必須） *本来、気管支ぜん息であれば上記項目全て該当すると考えられます。非該当項目を選択の上、非該当にも関わらず気管支ぜん息と診断した理由を記載してください。 非該当項目： 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 【理由】

現在気管支ぜん息の治療に用いている薬（複数選択可）	1 □ 吸入ステロイド薬（量必須：低 / 中 / 高） / 長時間作用性吸入β2刺激薬 配合剤
2 □ 吸入ステロイド薬（量必須：低 / 中 / 高） / 長時間作用性吸入β2刺激薬 配合剤	
3 □ 単剤の吸入ステロイド薬（量必須：低 / 中 / 高）	
4 □ 単剤の長時間作用性β2刺激薬	
5 □ 単剤の長時間作用性β2刺激薬	
6 □ ロイコトリエン受容体拮抗薬	
7 □ テオフィリン徐放製剤	
8 □ 生物学的製剤（種別必須：1 □ オマリズマブ / 2 □ ダリズマブ / 3 □ ベンプリズマブ / 4 □ デセルマブ / 5 □ テゼベルマブ） * 該当する項目に☑	
9 □ アレルゲン免疫療法	

最近1年間の症状	1 □ なし	2 □ 年に数回	3 □ 1回/月以上、1回/週未満
喫煙状況	4 □ 1回/週以上、1回/日未満	5 □ 毎日/生活に制限なし	6 □ 毎日/生活に制限あり
現状（患者本人）	□ 喫煙していないことを確認した。 * 喫煙者は本制度の申請資格がありません。		
喫煙歴（患者本人）	□ なし □ あり：1日平均（ ）本を（ ）年間喫煙、禁煙時期 歳時		
同居者に喫煙者（加熱式タバコを含む）が	□ いらない □ いる		

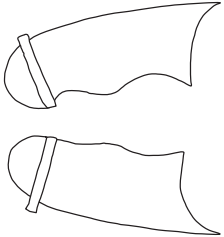
* 本制度は喫煙しない方が対象です。設定期間中に喫煙した場合は認定資格を喪失し、助成された医療費を返還していただきます。
* この報告書のデータは、今後の保健指導や環境保健対策を進めるための基礎資料として使用します。
回収したデータは個人が特定できないように加工した上で公表していきます。

新規・更新

18歳未満のみ

※新規又は更新に○印を付けてください。
※18歳以上の方は新規申請できません。

東京都大気汚染医療費助成制度

医学的検査結果（太線内は新規申請時必須）		* 更新時は医学的検査は任意です	
①血液検査結果		検査日：令和 年 月 日	
白血球数 / μ l、血液像（好酸球比率） %		検査日：令和 年 月 日	
血清総IgE（非特異的IgE） IU/ml（標準値 IU/ml）		検査日：令和 年 月 日	
②アレルゲン検査結果		③胸部エックス線検査結果	
（いづれかを選択）	検査した項目を選択	撮影日：令和 年 月 日（6か月以内）	
A □ 血液検査 □ 特異的IgE抗体 □ その他（ ）	1 □ クラス 0・1・2・3・4・5・6 2 □ その他（ ） * 該当するクラスに○		
B □ 皮膚テスト □ スクラッチ □ プリック □ 皮内	1 □ クラス 0・1・2・3・4・5・6 2 □ その他（ ） * 該当するクラスに○		
呼吸機能検査結果		検査日：令和 年 月 日	
* カッコ内は、正常予測値との比率（%）を記載してください。			
VC ml（ %）	FVC ml（ %）		
FEV1.0 ml（ %）	FEV1.0% %		
V50 l/s（ %）	V25 l/s（ %）		
* 主治医コメント欄（症状や治療の経過、合併症について等）			

上記のとおり報告します。

令和 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

医療機関電話番号

担当医師 氏名

印

気管支ぜん息

記入上の注意

(記入に当たって)

○東京都大気汚染医療費助成制度「主治医診療報告書の手引」(気管支ぜん息)」(医療機関用)を参考に記入してください。なお、**咳ぜん息は本制度の対象疾病ではありません。**

本手引が必要な場合は、東京都保健医療局 健康安全部環境保健衛生課環境保健担当 (電話 03-5320-4491) までご請求ください。

○記入内容については、後日、確認のために問い合わせをさせていただきます。

○主治医診療報告書は3枚複写になります。1枚目と2枚目を申請者に渡し、3枚目を保管してください。

○医療機関名、所在地、電話番号は2枚目以降にも必ず記載してください。スタンプ印等の場合には押し忘れにご注意ください。

(医学的検査について)

○診断・治療に際して医学的検査を実施した場合は、検査データを記入してください(更新の場合、医学的検査結果の記入は任意ですので、記入がなくても差し支えありません。)

※新規申請の場合は、次の検査データを必ず記入してください(必須検査項目の記入漏れ又は検査結果の有効期間切れの場合は、記載事項不備となりますのでご注意ください。)

(1)血液検査及びアレルギー検査 (診断が確定した時の検査結果でも構いません) (2)胸部エックス線検査 (主治医診療報告書発行日前**6か月以内**の検査結果)

氏名	男・女	生年	大・昭・平・令	年	月	日
住所	新規・更新 ※18歳未満未満のみ 18歳以上の方は新規申請できません。					
医学的検査結果 (太線内は新規申請時必須) *更新時は医学的検査は任意です						
血液検査結果 白血球数 /μL 血液像(好中球、好酸球、好塩基球、リンパ球、血小板) 大枠線内の検査(①、②、③)が新規申請時に記載が必須の検査です。 ②アレルギー検査結果 検査(アレルギー検査項目を選択) (検査した項目を選択) A ☐ 血液検査 ☐ 特異的IgE抗体 ☐ その他 (検査した項目を選択) 1 ☐ クラス 0・1・2・3・4・5・6 *該当するクラスに○ 2 ☐ ダニ ☐ ハウスダスト ☐ その他 アレルギー検査は、検査方法(血液検査又は皮膚テスト)を選択し、ダニ、ハウスダストのうち少なくとも一方の検査結果を記入してください。(両方行った場合は両方記入してください。) 皮膚テスト ☐ スクラッチ ☐ プリック ☐ 皮内 1 ☐ ダニ ☐ ハウスダスト ☐ その他 検査結果がある場合は記入してください。 VC ml () % FVC ml () % FEV1.0 ml () % FEV1.0% % V50 g/s () % V25 g/s () % コメント欄(症状や治療の経過、合併症について等)						
最近1年間の上記申請書に添える受診状況(該当する項目にチェック及び○をして数字を記入してください。) ①気管支ぜん息(発症時期: 歳 月 日) → ☐ 現在も症状継続 ☐ 一度症状が消え、15歳で再発 ☐ 不詳 2 発症時期: 歳 月 日 (発症時期: 歳 月 日) (発症時期: 歳 月 日) 3 発症時期: 歳 月 日 (発症時期: 歳 月 日) (発症時期: 歳 月 日) 4 1の症状は、他のアレルギー疾患、先天異常、発症時期不明 5 上記項目1から4まで全て該当する。 ☐ 該当しない項目がある。(下欄記載必須) *本来、気管支ぜん息であれば上記項目全てに該当すると考えられます。非該当項目を選択の上、非該当にも関わらず気管支ぜん息と診断した理由を記載してください。 【理由】						
診断根拠 1 吸入ステロイド薬(重症: 低/中/高) 2 吸入ステロイド薬(重症: 低/中/高) 3 単剤の吸入ステロイド薬(重症: 低/中/高) 4 単剤の長時間作用性β_2刺激薬 5 単剤の長時間作用性抗コリン薬 6 ☒ ロイコトリエン受容体拮抗薬 7 テオフィリン徐放錠 8 ☒ 生物学的製剤 1 ☐ オマリズマブ / 2 ☐ デュピルマブ / 3 ☐ ベンチグマブ / 4 ☐ デュピルマブ / 5 ☐ テゼベルマブ *該当する項目に○ 9 アレルゲン免疫療法						
現在気管支ぜん息の治療法を複数選択可能) 1 吸入ステロイド薬(重症: 低/中/高) 2 吸入ステロイド薬(重症: 低/中/高) 3 単剤の吸入ステロイド薬(重症: 低/中/高) 4 単剤の長時間作用性β_2刺激薬 5 単剤の長時間作用性抗コリン薬 6 ☒ ロイコトリエン受容体拮抗薬 7 テオフィリン徐放錠 8 ☒ 生物学的製剤 1 ☐ オマリズマブ / 2 ☐ デュピルマブ / 3 ☐ ベンチグマブ / 4 ☐ デュピルマブ / 5 ☐ テゼベルマブ *該当する項目に○ 9 アレルゲン免疫療法						
最近1年間の症状 1 ☐ なし 2 ☐ 年に1回以上、1回/日本 3 ☐ 月に1回以上、1回/日本 4 ☐ 1回/週以上、1回/日本 5 ☐ 毎日/生活 現状(患者本人) ☒ 喫煙していないことを確認した。 *喫煙歴(患者本人) ☐ なし ☒ あり: 1日平均(10)本を(25)年間喫煙。禁煙時期 45 歳時 喫煙歴(患者本人) ☐ なし ☒ あり: 1日平均(10)本を(25)年間喫煙。禁煙時期 45 歳時 同居者に喫煙者(加熱式タバコを含む)が ☒ いる ☐ いない						

吸入ステロイド量(量:低/中/高)の用量記載の目安

設定基準:原則として保険適応上の最高用量を高用量とし、その半分量を中用量、さらにその半分を低用量とする。

【小児 15歳以下】

吸入ステロイド量(表6-25小児喘息の長期管理プラン(一部抜粋))

ICS、ICS/LABA の用量の目安 (μg/日)

		低用量	中用量	高用量
ICS	FP、BDP、CIC	～100	～200	～400 ^{※1}
	BUD	～200	～400	～800
	BIS	～250	～500	～1,000
ICS/ LABA ^{※2}	FP/SLM(SFC)	100/50	200/100	400～500/100
	FP/FM(FFC)	100/10 ^{※3}	200/20	400～500/20
使用例		・ SFC 50 (pMDI) 1回1吸入、1日2回 ・ FFC 50 (pMDI) 1回1吸入、1日2回	・ SFC 100 (DPI) 1回1吸入、1日2回 ・ FFC 50 (pMDI) 1回2吸入、1日2回	中用量 ICS/LABA+中用量 ICS あるいは ・ SFC 250 (DPI) ^{※4} 1回1吸入、1日2回 ・ FFC 125 (pMDI) ^{※4} 1回2吸入、1日2回

※1:小児への保険適用範囲を超える ※2:FF/VI も最近保険適用を取得した ※3:エビデンスなし ※4:小児適応なし

LTRA:ロイコトリエン受容体拮抗薬 ICS:吸入ステロイド薬

ICS/LABA:吸入ステロイド薬/長時間作用性吸入 β_2 刺激薬配合剤

FP:フルチカゾン BDP:ベクロメタゾン CIC:シクレソニド BUD:ブデソニド BIS:ブデソニド吸入懸濁液

SLM:サルメテロール SFC:フルチカゾン/サルメテロール配合剤

FM:ホルモテロール FFC:フルチカゾン/ホルモテロール配合剤

FF:フルチカゾンフランカルボン酸エステル VI:ピランテロールトリフェニル酢酸塩

【成人 16歳以上】

表 6-3 吸入ステロイド薬の投与用量の目安

薬剤名	低用量	中用量	高用量
BDP-HFA	100～200 μg/日	400 μg/日	800 μg/日
FP-HFA	100～200 μg/日	400 μg/日	800 μg/日
CIC-HFA	100～200 μg/日	400 μg/日	800 μg/日
FP-DPI	100～200 μg/日	400 μg/日	800 μg/日
MF-DPI	100～200 μg/日	400 μg/日	800 μg/日
BUD-DPI	200～400 μg/日	800 μg/日	1,600 μg/日
FF-DPI	100 μg/日	100 μg/日または 200 μg/日	200 μg/日
BIS	0.5 mg/日	1.0 mg/日	2.0 mg/日

表 6-5 吸入ステロイド薬/長時間作用性 β_2 刺激薬配合剤の投与量の目安

	低用量	中用量	高用量
FP/SM (DPI)	100 μg 製剤 1 吸入 1 日 2 回 200 μg/100 μg	250 μg 製剤 1 吸入 1 日 2 回 500 μg/100 μg	500 μg 製剤 1 吸入 1 日 2 回 1,000 μg/100 μg
BUD/FM* (DPI)	1 吸入 1 日 2 回 320 μg/9 μg	2 吸入 1 日 2 回 640 μg/18 μg	4 吸入 1 日 2 回 1,280 μg/36 μg
FP/SM (pMDI)	50 μg 製剤 2 吸入 1 日 2 回 200 μg/100 μg	125 μg 製剤 2 吸入 1 日 2 回 500 μg/100 μg	250 μg 製剤 2 吸入 1 日 2 回 1,000 μg/100 μg
FP/FM (pMDI)	50 μg 製剤 2 吸入 1 日 2 回 200 μg/20 μg	125 μg 製剤 2 吸入 1 日 2 回 500 μg/20 μg	125 μg 製剤 4 吸入 1 日 2 回 1,000 μg/40 μg
FF/VI (DPI)	100 μg 製剤 1 吸入 1 日 1 回 100 μg/25 μg	100 μg 製剤 1 吸入 1 日 1 回 100 μg/25 μg または 200 μg 製剤 1 吸入 1 日 1 回 200 μg/25 μg	200 μg 製剤 1 吸入 1 日 1 回 200 μg/25 μg
MF/IND (DPI)	吸入用カプセル低用量 1 日 1 回 1 カプセル 80 μg/150 μg	吸入用カプセル中用量 1 日 1 回 1 カプセル 160 μg/150 μg	吸入用カプセル中用量 1 日 1 回 1 カプセル 320 μg/150 μg

FP:フルチカゾンプロピオン酸エステル、SM:サルメテロールキシナホ酸塩、BUD:ブデソニド、

FM:ホルモテロールフマル酸塩水和物、FF:フルチカゾンフランカルボン酸エステル、

VI:ピランテロールトリフェニル酢酸塩、MF:モメタゾンフランカルボン酸エステル、IND:インダカテロール酢酸塩

*:delivered dose で表記

表 6-6 吸入ステロイド薬/長時間作用性抗コリン薬/長時間作用性 β_2 刺激薬配合剤の投与量の目安

	低用量	中用量	高用量
MF/GLY/IND (DPI)		吸入用カプセル中用量 80 μ g 製剤 1 カプセルを 1 日 1 回 80 μ g/50 μ g/150 μ g	吸入用カプセル高用量 160 μ g 製剤 1 カプセルを 1 日 1 回 160 μ g/50 μ g/150 μ g
FF/UMEC/VI (DPI)	100 μ g 製剤 1 回 1 吸入を 1 日 1 回 100 μ g/62.5 μ g/25 μ g	100 μ g 製剤 1 回 1 吸入を 1 日 1 回 100 μ g/62.5 μ g/25 μ g または 200 μ g 製剤 1 回 1 吸入を 1 日 1 回 200 μ g/62.5 μ g/25 μ g	200 μ g 製剤 1 回 1 吸入を 1 日 1 回 200 μ g/62.5 μ g/25 μ g

FF：フルチカゾンフランカルボン酸エステル、UMEC：ウメクリジウム臭化物、VI：ビランテロールトリフェニル酢酸塩

MF：モメタゾンフランカルボン酸エステル、GLY：グリコピロニウム臭化物、IND：インダカテロール酢酸塩

pMDI：加圧噴霧式定量吸入器

DPI：ドライパウダー吸入器

*：delivered dose で表記

(出典)

喘息予防・管理ガイドライン 2024WG 監修：『喘息予防・管理ガイドライン2024』作成委員会、協和企画、2024.

Ⅱ Q&A

〔 主治医診療報告書の作成について 〕

- 1 主治医診療報告書を提出すれば、必ず医療費助成の認定がされるのか。認定されないケースがある
とすれば、どのような場合か。

(答) 本制度は、患者からの申請に基づき、当該患者が気管支ぜん息の認定基準に該当しているかどうかを認定審査会で審査し、審査会の意見を聞いて、東京都知事(特別区又は保健所設置市では区長又は市長)が認定又は非認定の決定を行います。

審査では、「主治医診療報告書」等の添付書類を総合的に審査します。必要があれば、主治医に問い合わせを行ったり、胸部エックス線写真の貸出しをお願いしたりすることもあります。したがって、主治医診療報告書を提出しても、認定基準に該当していなければ、非認定ということになります。

気管支ぜん息の認定基準については、平成19年11月に東京都大気汚染医療費助成検討委員会が、認定基準についての検討結果を「大気汚染医療費助成の制度拡大に関する中間のまとめ」として取りまとめており、平成27年4月の改訂においても内容的にはその基準を踏襲するものとなっております。「大気汚染医療費助成の制度拡大に関する中間のまとめ」は都のホームページに全文が公開されているので参照してください。アドレスは次のとおりです。

https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kankyo/kankyo_eisei/taiki/iryouhi/tyuukannnomatome.html

本制度は、喫煙しない方を対象としており、喫煙していないことの確認を患者本人及び主治医からの確認の両面から行っております。**主治医診療報告書に、現状において患者が喫煙をしていないことを確認する欄がありますので、必ず喫煙していないことを確認してください。**なお、主治医診療報告書で、「喫煙状況」欄の「現状(患者本人) ☐喫煙していないことを確認した。」欄にチェック☒が入っていない場合、申請者の要件である喫煙していないことの確認ができていないことになるため、申請を受け付けられないこととなります。

- 2 主治医診療報告書の作成料の目安はあるのか。また、主治医診療報告書の作成費用(文書料、必要な検査料)が、助成の対象外なのはなぜか。

(答) 主治医診療報告書の作成料金(文書料)については、特に目安はありません。他の文書作成料等を参考に各医療機関でお決めください。

なお、本制度の助成対象は、認定された方の申請日以降の保険診療に係る医療費の自己負担分(入院時の食事療養標準負担額等助成対象外あり)です。そのため、申請に要する費用は、申請者の負担とし、医療費助成の対象外となります。主治医診療報告書の作成料(文書料)や主治医診療報告書を作成するに当たって行う必要な検査も、助成対象外です。

- 3 耳鼻科や皮膚科で主治医診療報告書を作成してもかまわないか。

(答) 主治医診療報告書は、気管支ぜん息を診療している主治医が記載してください。

制度上は、主治医診療報告書を作成する医療機関の診療科を制限していませんので、耳鼻科や皮膚科等の医師が作成した主治医診療報告書であっても有効です。なお、主治医診療報告書の記入内容、診断根拠や診療状況、検査結果等について、認定審査にあたり、問い合わせることがありますので、ご協力

をよろしくお願いいたします。

〔「診療状況等」の記入について〕

4 患者はぜん息性気管支炎であるが、「主治医診療報告書(気管支ぜん息用)」で申請は可能か。

(答) 「主治医診療報告書(気管支ぜん息用)」に記載できる疾患は、気管支ぜん息とその続発症です。気管支ぜん息以外に、ぜん息性気管支炎、慢性気管支炎、肺気しゅの3疾患の医療費助成を行っていますが、その場合の主治医診療報告書は気管支ぜん息用とは別の「主治医診療報告書(18歳未満を対象とする慢性気管支炎、ぜん息性気管支炎、肺気しゅ用)」に必要事項を記載してください。

なお、ぜん息性気管支炎は、多くは3歳未満にみられ、また6歳以上では非常にまれと考えられます。そのため、ぜん息性気管支炎での新規申請は、原則として6歳未満の者が対象となります。

5 患者は当院を受診してまだ日が浅く、発症時期や受診状況、症状等について十分把握していないが、「診療状況等」をどのように記入すればよいか。

(答) 前医からの紹介状や過去の診療録、患者からの問診等により、把握できる範囲内で記載してください。発症時期については、患者からの問診等によってもわからない場合は「□不詳」欄にチェック☑を付けてください。

なお、認定審査は、記載されている受診状況、診断根拠等及び治療内容から総合的に判断を行います。認定審査の必要上問い合わせをさせていただくことがありますので、ご協力をお願いします。

6 患者から、休日・夜間に、他の医療機関の救急外来を受診したと聞いているが、詳しいことはわからない。受診状況や症状等についてどのように記入すればよいか。

(答) 入院や救急外来の受診については、患者からの聞き取り等により、わかる範囲で受診状況や症状等を記入してください。

7 患者は、アレルギー検査が陰性であるが、認定されない可能性が高いか。また、重症度が軽症の場合はどうか。

(答) 認定審査会では、主治医診療報告書等の申請書類から、患者が申請疾病について認定基準を満たしているかを総合的に審査します。アレルギー検査結果のみで直ちに判断することではなく、受診状況、診断根拠、他の検査結果なども含めて判断します。重症度の違いにより認定審査結果が分かれるということはありません。

8 診断根拠の1から4全てが該当しないと認定されないのか。

(答) 診断根拠の1から4は、ガイドライン等を踏まえ、気管支ぜん息の診断において、通常該当すると考えられる項目を挙げております。該当しない項目がある場合には、非該当項目を選択の上、非該当にも関わらず気管支ぜん息と診断した理由を記載してください。記載理由も踏まえて認定審査を行います。

9 気道過敏性検査を行っていない場合、診断根拠の「3 症状や検査結果からみて、気道が過敏である。」は該当しないのか。

(答) 気道過敏性検査を行っていない場合、問診・診察の範囲で気道過敏性を判断してください。

患者に対する問診で、運動したり、温度の変化があったり、タバコの煙を吸ったり、はしゃいだり、大声で笑ったりした後等に発作や咳が健常な人に比べて誘発されやすいときは該当すると考えます。

10 処方している治療薬をチェックしようとしたが、どこにチェックしたらよいかわからないが。

(答) 使用薬剤の添付文書等で確認して1から12までで該当する項目にチェックしてください。1から12までのいずれにも該当しない場合、「14□その他」を選択☑の上、使用薬剤名を記載してください。

なお、現在、処方している薬剤等がなく、経過観察のみの場合には、「13□経過観察」を選択☑してください。

＊ 治療項目1から12記載以外の気管支ぜん息治療薬例

・抗アレルギー薬(メディエーター遊離抑制薬、ヒスタミンH₁拮抗薬、トロンボキササンA₂拮抗薬、Th2サイトカイン阻害薬)

・漢方製剤(五虎湯、柴朴湯、小青竜湯、麦門冬湯、麻黄湯、麻杏甘石湯等)

11 「喫煙状況」の記載方法がわからないが。

(答) 患者本人及び同居者の喫煙状況を問診等で確認し、該当項目にチェック☑及び記載してください。

「現状(患者本人)」欄:本制度は、喫煙者は対象となりません。現状において患者が喫煙していないことを必ず確認してください。本欄にチェック☑が付いていない場合、申請者の要件である喫煙していないことの確認ができていないこととなるため、申請が受け付けられないこととなります。

「喫煙歴(患者本人)」欄:患者本人の喫煙歴について、該当する方を選択☑してください。喫煙歴がある場合には、「□あり」にチェック☑の上、喫煙していた時の1日平均喫煙本数、喫煙年数及び禁煙した時の年齢をわかる範囲で記載してください。

「同居者に喫煙者(加熱式タバコを含む)」が □いない □いる」欄:該当する方にチェック☑を付けてください。

〔「医学的検査結果」の記入について〕

12 必須検査と任意検査があるが、なぜ血液検査、アレルギー検査、胸部エックス線検査は必須検査なのか。

(答) 気管支ぜん息の診断確定において、検査値による基準等は特にありませんが、総合的な判断とするためには、一定程度検査を行うことが一般的であると考えられます。

新規申請時、必須でお願いしております血液検査の各項目、アレルギー検査は気管支ぜん息の診断の際に参考になると考えられる検査です。また胸部エックス線検査は、気管支ぜん息と症状の類似する他疾患を鑑別するために必要な検査です。このため、新規申請では、必須検査としています。

呼吸機能検査は任意としておりますが、呼吸器疾患の診断を行う上で重要な検査です。呼吸機能検査を行っている場合には、検査結果の記載をお願いします。

13 患者の年齢が低いなどで採血や胸部エックス線の撮影が難しい場合でも、必須検査を行わなければならないのか。

(答) 新規申請の場合、患者が小児でも必須検査の項目は変わりませんので、必ず実施してください。また、必須検査を貴院で行うことが困難な場合には、患者(子どもの場合は保護者)の同意を得た上で検査可能な医療機関への紹介を行い、当該医療機関で行った検査結果について診療情報提供を受け、その結果を記入してください。

妊娠時の胸部エックス線検査等、検査を行うことが医学的に不適切又はできない場合には、その旨を主治医コメント欄に記載してください。

14 他院でアレルギー検査又は胸部エックス線検査を既に受けている場合でも、主治医診療報告書の作成にあたり、主治医が改めてアレルギー検査や胸部エックス線検査を行うことが必要か。

(答) 主治医診療報告書はその記載内容に責任を持っただける医師(気管支ぜん息の主治医)に記載していただく必要があります。認定審査上、主治医診療報告書の記載内容について記載医師に問い合わせを行うことがあります。

上記を踏まえた上で、主治医診療報告書の作成にあたり、他院で行われた検査結果を採用するか否かは、記載医師(気管支ぜん息の主治医)が判断してください。

なお、他院で行われた検査結果を採用する場合でも、胸部エックス線検査については主治医診療報告書発効日前6か月以内である必要があります(6か月を超える検査については有効な検査として認められません)。

15 気管支ぜん息での申請では、胸部エックス線フィルムは提出不要とのことであるが、胸部エックス線検査の所見は陈旧性病変なども含めできるだけ詳細に記載したほうがよいのか。

(答) 気管支ぜん息の認定審査を行う上で参考になりますので、気管支ぜん息との鑑別を中心に所見についての説明を記載してください。

16 呼吸機能検査等の任意の検査結果も、できるだけ詳細に記載したほうがよいのか。

(答) 呼吸機能検査を含め、気管支ぜん息の診療に重要と考えられる検査や事項については記載をお願いします。呼吸機能検査結果以外の検査結果や特記事項については、主治医コメント欄に記載してください。

[申請疾病について]

17 気管支ぜん息の患者で、現在は特に治療や投薬等はないで経過観察している状態だが、認定申請をしてよいのか。

(答) 気管支ぜん息は治癒の判断の難しい疾患です。

適切な受診機会を確保し、重症化を防止していくことは重要です。

現在、投薬等の治療を行わずに経過観察のみを行っている患者の主治医診療報告書を作成する際には、「気管支ぜん息に対する現在の治療」欄で「13□経過観察」を選択☑し、経過観察の必要性や経

過観察で行っている内容(禁煙の確認や呼吸機能検査等)を記載してください。

なお、申請には主治医診療報告書作成料など申請に係る費用を患者が負担する必要があります。受診状況によっては申請メリットの問題も生じますので、患者自身(小児の場合は保護者)の判断で申請するかどうかを決めるようにお話しください。

18 気管支ぜん息で認定されている患者で、アトピー性皮膚炎が合併している場合には、続発症として申請してよいか。

(答) 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」など限られたものです。気管支ぜん息発病の契機となったかぜや気管支炎等の呼吸器感染症、併発しているアレルギー性鼻炎やアトピー性皮膚炎等のアレルギー性疾患、肺気しゅ、治療薬剤の副作用による糖尿病や胃潰瘍等は対象疾病としての続発症ではありません。

気管支ぜん息を原疾病とする続発症の申請を行う場合は、改めて続発症としての医療費助成の申請を行う必要があります。気管支ぜん息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)について患者が既に気管支ぜん息の認定を受けている場合は、医療券に続発症の疾病名が記入されていなくても医療費が助成されます。したがって、これらの疾病に係る認定申請を改めて行う必要はありません。

19 気管支ぜん息と慢性閉塞性肺疾患(COPD)を合併している場合に、COPDの治療費は助成対象になるのか。

(答) 本制度で医療費助成の対象となるのは、認定された疾病のみです。なお、慢性閉塞性肺疾患(COPD)は本制度の対象疾病ではありません。このため、COPD合併患者が気管支ぜん息で認定された場合に気管支ぜん息の保険診療分は医療費助成の対象となりますが、COPDの診療分については医療費助成の対象とはなりません。例えば、COPDの治療のために在宅酸素療法を行っている場合、在宅酸素療法に係る医療費は助成対象外となります。

気管支ぜん息の診断の際には、喫煙歴等の問診や診察等と合わせて、下記所見も参考にしてください。

(参考) COPD罹患時の所見として、

- 1 可逆性のない閉塞性換気障害
 - 2 拡散能(DLCO)の低下
 - 3 胸部CTでの気腫性変化
- 等が挙げられます。

《参考1》小児(15歳以下)の治療

表 6-22 長期管理薬未使用患者の重症度評価と治療ステップの目安

重症度	間欠型	軽症持続型	中等症持続型	重症持続型
症状の 頻度と程度	軽い症状（数回/年）	1回/月以上	1回/週以上	毎日
	短時間作用性 β_2 刺激薬頓用で短期間に改善する	時に呼吸困難。日常生活障害は少ない	時に中・大発作となり日常生活が障害される	週に1～2回中・大発作となり日常生活が障害される
開始する 治療ステップ	治療ステップ1	治療ステップ2	治療ステップ3	治療ステップ4

表 1-12 小児喘息の重症度分類

治療ステップ 症状のみによる 重症度（見かけ上の重症度）	現在の治療ステップを考慮した重症度 (真の重症度)			
	治療 ステップ 1	治療 ステップ 2	治療 ステップ 3	治療 ステップ 4
間欠型 ・年に数回、季節性に咳嗽、軽度呼気性喘鳴が出現する ・時に呼吸困難を伴うが、短時間作用性 β_2 刺激薬頓用で短期間で症状が改善し、持続しない	間欠型	軽症 持続型	中等症 持続型	重症 持続型
軽症持続型 ・咳嗽、軽度呼気性喘鳴が1回/月以上、1回/週末未満 ・時に呼吸困難を伴うが、持続は短く、日常生活が障害されることは少ない	軽症 持続型	中等症 持続型	重症 持続型	重症 持続型
中等症持続型 ・咳嗽、軽度呼気性喘鳴が1回/週以上。毎日持続しない ・時に中・大発作となり日常生活や睡眠が障害されることがある	中等症 持続型	重症 持続型	重症 持続型	最重症 持続型
重症持続型 ・咳嗽、呼気性喘鳴が毎日持続する ・週に1～2回、中・大発作となり日常生活や睡眠が障害される	重症 持続型	重症 持続型	重症 持続型	最重症 持続型

*治療薬による症状の軽減化は著しいため、治療薬の効果を差し引いての(治療ステップを考慮した)重症度を「真の重症度」としている。

表 6-25 小児喘息の長期管理プラン

5 歳以下

病診連携*2				
治療ステップ 4				
治療ステップ 3				
治療ステップ 2				
治療ステップ 1				
基本治療	長期管理薬なし	下記のいずれかを使用 ▶LTRA*1 ▶低用量 ICS	▶中用量 ICS	▶高用量 ICS (LTRA の併用も可)
	▶LTRA*1	上記治療薬を併用	上記に LTRA を併用 以下を考慮 ▶低用量 ICS/LABA への変更*3	以下を考慮 ▶中用量 ICS/LABA への 変更*3 ▶ICS のさらなる増量
追加治療				
短期追加治療	貼付薬もしくは経口薬の長時間作用性 β_2 刺激薬 数日から 2 週間以内			
	増悪因子への対応、患者教育・パートナーシップ			

6～15 歳

0～15 歳

病診連携^{*2}

治療ステップ 4

治療ステップ 3

治療ステップ 2

治療ステップ 1

基本治療

長期管理薬なし

下記のいずれかを使用
▶低用量 ICS
▶LTRA^{*1}

下記のいずれかを使用
▶低用量 ICS/LABA^{*3}
▶中用量 ICS

下記のいずれかを使用
▶中用量 ICS/LABA^{*3}
▶高用量 ICS
以下の併用も可
・LTRA
・テオフィリン徐放製剤

追加治療

▶LTRA^{*1}

上記治療薬を併用

以下のいずれかを併用
▶LTRA
▶テオフィリン徐放製剤

以下を考慮
▶生物学的製剤^{*4}
▶高用量 ICS/LABA^{*3}
▶ICS のさらなる増量
▶経口ステロイド薬

短期追加治療

貼付薬もしくは経口薬の長時間作用性 β_2 刺激薬 数日から 2 週間以内

増悪因子への対応、ダニアレルゲン特異的免疫療法^{*5}、患者教育・パートナーシップ

*1：小児喘息に適応のあるその他の抗アレルギー薬を含む

*2：ステップ 3 以降の治療でコントロール困難な場合は喘息治療に精通した医師の下での治療が望ましい

*3：ICS/LABA 使用に際しては原則として他の LABA は中止する（SFC は生後 8 か月から、FFC は 5 歳から適用がある）

*4：生物学的製剤は各薬剤の適用の条件があるので注意する（表 6-26 参照）

*5：ダニアレルギーで特にアレルギー性鼻炎合併例において、安定期 %FEV₁ ≥ 70% の場合に考慮する（JPGL2023 CQ2 参照）ICS、ICS/LABA の用量の目安（ $\mu\text{g}/\text{日}$ ）

		低用量	中用量	高用量
ICS	FP、BDP、CIC	～100	～200	～400 ^{*1}
	BUD	～200	～400	～800
	BIS	～250	～500	～1,000
ICS/ LABA ^{*2}	FP/SLM(SFC)	100/50	200/100	400～500/100
	FP/FM(FFC)	100/10 ^{*3}	200/20	400～500/20
使用例		・ SFC 50 (pMDI) 1 回 1 吸入、1 日 2 回 ・ FFC 50 (pMDI) 1 回 1 吸入、1 日 2 回	・ SFC 100 (DPI) 1 回 1 吸入、1 日 2 回 ・ FFC 50 (pMDI) 1 回 2 吸入、1 日 2 回	中用量 ICS/LABA + 中用量 ICS あるいは ・ SFC 250 (DPI) ^{*4} 1 回 1 吸入、1 日 2 回 ・ FFC 125 (pMDI) ^{*4} 1 回 2 吸入、1 日 2 回

※ 1：小児への保険適用範囲を超える ※ 2：FF/VI も最近保険適用を取得した ※ 3：エビデンスなし ※ 4：小児適応なし

LTRA：ロイコトリエン受容体拮抗薬 ICS：吸入ステロイド薬

ICS/LABA：吸入ステロイド薬/長時間作用性吸入 β_2 刺激薬配合剤

FP：フルチカゾン BDP：ベクロメタゾン CIC：シクレソニド BUD：ブデソニド BIS：ブデソニド吸入懸濁液

SLM：サルメテロール SFC：フルチカゾン/サルメテロール配合剤

FM：ホルモテロール FFC：フルチカゾン/ホルモテロール配合剤

FF：フルチカゾンフランカルボン酸エステル VI：ビランテロールトリフェニル酢酸塩

表 6-23 コントロール状態と増悪因子の評価に基づく長期管理の進め方

1. コントロール状態の評価 (最近 1 か月の状態で評価)

軽微な症状* ¹	☐ なし	☐ 月 1 回以上	☐ 週 1 回以上
明らかな急性増悪 (発作)	☐ なし		☐ 月 1 回以上
日常生活の制限* ²	☐ なし	☐ 軽微にあり	☐ 月 1 回以上
β ₂ 刺激薬の使用	☐ なし	☐ 月 1 回以上	☐ 週 1 回以上
*1: 運動や大笑い、啼泣後に一過性に認められる咳や喘鳴、夜間の咳込みなど	すべて該当する	上記に一つ以上該当ありかつ、不良に該当がない	一つ以上該当あり
*2: 夜間の覚醒、運動ができないなど			
コントロール状態	良好	比較的良好	不良

2. 増悪因子の評価、診断の再評価

増悪因子 (服薬・吸入アドヒアランス、合併症、ダニ、受動喫煙など) の評価を行う
副作用 (嚔声、口腔カンジダ症、身長抑制など) の有無について評価を行う
コントロール状態「不良」の場合は、診断の再評価を考慮

3. 調整、治療の決定

薬剤の副作用を認める場合は、治療薬の変更や吸入指導、副作用の治療などを検討

コントロール状態

良好

増悪因子がある場合は対応し、患者教育を実施する
3 か月以上、安定していればステップダウンを検討

コントロール状態

比較的良好 不良

増悪因子がある場合は対応し、患者教育を実施して治療継続
改善しない場合は、追加治療 or ステップアップを検討

出典
喘息予防・管理ガイドライン 2024WG 監修:『喘息予防・管理ガイドライン2024』作成委員会, 協和企画, 2024.

《参考2》成人(16歳以上)の治療

表 6-10 未治療患者の症状と目安となる治療ステップ

	治療ステップ 1	治療ステップ 2	治療ステップ 3	治療ステップ 4
対象 症 状	(軽症間欠型相当) ・症状が週 1 回未満 ・症状は軽度で短い ・夜間症状は月 2 回未満 ・日常生活は可能	(軽症持続型相当) ・症状が週 1 回以上、しかし毎日ではない ・症状が月 1 回以上、日常生活や睡眠が妨げられる ・夜間症状は月 2 回以上 ・日常生活は可能だが一部制限される	(中等症持続型相当) ・症状が毎日ある ・SABA がほぼ毎日必要 ・週 1 回以上、日常生活や睡眠が妨げられる ・夜間症状が週 1 回以上 ・日常生活は可能だが多くが制限される	(重症持続型相当) ・増悪症状が毎日ある ・夜間症状がしばしばで睡眠が妨げられる ・日常生活が困難である

SABA：短時間作用性吸入 β_2 刺激薬

表 6-9 喘息治療ステップ

		治療ステップ 1	治療ステップ 2	治療ステップ 3	治療ステップ 4
長期 管 理 薬	基本 治 療	ICS（低用量）	ICS（低～中用量）	ICS（中～高用量）	ICS（高用量）
		上記が使用できない場合、以下のいずれかをを用いる	上記で不十分な場合に以下のいずれか 1 剤を併用	上記に下記のいずれか 1 剤、あるいは複数併用	上記に下記の複数併用
		LTRA テオフィリン徐放製剤 ※症状が稀なら必要なし	LABA (配合剤使用可 ^{*5}) LAMA LTRA テオフィリン徐放製剤	LABA (配合剤使用可 ^{*6}) LAMA (配合剤使用可 ^{*7}) LTRA テオフィリン徐放製剤 抗 IL-4R α 鎖抗体 ^{*8,9} 抗 TSLP 抗体 ^{*8,9}	LABA (配合剤使用可) LAMA (配合剤使用可 ^{*7}) LTRA テオフィリン徐放製剤 抗 IgE 抗体 ^{*3,8} 抗 IL-5 抗体 ^{*8} 抗 IL-5R α 鎖抗体 ^{*8} 抗 IL-4R α 鎖抗体 ^{*8} 抗 TSLP 抗体 ^{*8} 経口ステロイド薬 ^{*4,8}
	追加 治療 ^{*1}	アレルギー免疫療法 ^{*2}			
増悪治療 ^{*5}		SABA	SABA ^{*6}	SABA ^{*6}	SABA

ICS：吸入ステロイド薬、LABA：長時間作用性 β_2 刺激薬、LAMA：長時間作用性抗コリン薬、LTRA：ロイコトリエン受容体拮抗薬、SABA：短時間作用性吸入 β_2 刺激薬、抗 IL-5R α 鎖抗体：抗 IL-5 受容体 α 鎖抗体、抗 IL-4R α 鎖抗体：抗 IL-4 受容体 α 鎖抗体

* 1：喘息に保険適用を有する LTRA 以外の抗アレルギー薬を用いることができる

* 2：ダニアレルギー、特にアレルギー性鼻炎合併例で安定期%FEV₁≥70%の場合はアレルギー免疫療法を考慮する

* 3：通年性吸入アレルギーに対して陽性かつ血清総 IgE 値が 30～1,500 IU/mL の場合に適用となる

* 4：経口ステロイド薬は短期間の間欠的投与を原則とする。短期間の間欠投与でもコントロールが得られない場合は必要最小量を維持量として生物学的製剤の使用を考慮する

* 5：軽度増悪までの対応を示し、それ以上の増悪については「急性増悪（発作）への対応（成人）」の項を参照

* 6：ブデソニド/ホルモテロール配合剤で長期管理を行っている場合は同剤を増悪治療にも用いることができる

* 7：ICS/LABA/LAMA の配合剤（トリプル製剤）

* 8：LABA、LTRA などを ICS に加えてもコントロール不良の場合に用いる

* 9：中用量 ICS との併用は医師により ICS の高用量への増量が副作用などにより困難と判断された場合に限る

表 6-8 喘息コントロール状態の評価

	コントロール良好 (すべての項目が該当)	コントロール不十分 (いずれかの項目が該当)	コントロール不良
喘息症状 (日中および夜間)	なし	週 1 回以上	コントロール不十分 の項目が 3 つ以上当 てはまる
増悪治療薬の使用	なし	週 1 回以上	
運動を含む活動制限	なし	あり	
呼吸機能 (FEV ₁ および PEF)	予測値あるいは 自己最良値の 80% 以上	予測値あるいは 自己最良値の 80% 未満	
PEF の日 (週) 内変動	20% 未満 ^{*1}	20% 以上	
増悪 (予定外受診、救 急受診、入院)	なし	年に 1 回以上	月に 1 回以上 ^{*2}

* 1: 1 日 2 回測定による日内変動の正常上限は 8% である¹⁾

* 2: 増悪が月に 1 回以上あれば他の項目が該当しなくてもコントロール不良と評価する

表 6-11 現在の治療を考慮した喘息重症度の分類 (成人)

現在の治療における患者の症状	現在の治療ステップ			
	治療ステップ 1	治療ステップ 2	治療ステップ 3	治療ステップ 4
コントロールされた状態^{*1} ●症状を認めない ●夜間症状を認めない	軽症間欠型	軽症持続型	中等症持続型	重症持続型
軽症間欠型相当^{*2} ●症状が週 1 回未満である ●症状は軽度で短い ●夜間症状は月に 2 回未満である ●日常生活は可能	軽症間欠型	軽症持続型	中等症持続型	重症持続型
軽症持続型相当^{*3} ●症状が週 1 回以上、しかし毎日ではない ●症状が月 1 回以上で日常生活や睡眠が妨げられる ●夜間症状が月 2 回以上ある ●日常生活は可能だが一部制限される	軽症持続型	中等症持続型	重症持続型	重症持続型
中等症持続型相当^{*3} ●症状が毎日ある ●SABA がほぼ毎日必要である ●週 1 回以上、日常生活や睡眠が妨げられる ●夜間症状が週 1 回以上ある ●日常生活は可能だが多くが制限される	中等症持続型	重症持続型	重症持続型	最重症持続型
重症持続型相当^{*3} ●治療下でも増悪症状が毎日ある ●夜間症状がしばしばで睡眠が妨げられる ●日常生活が困難である	重症持続型	重症持続型	重症持続型	最重症持続型

* 1: コントロールされた状態が 3~6 か月以上維持されていれば、治療のステップダウンを考慮する

* 2: 各治療ステップにおける治療内容を強化する

* 3: 治療のアドヒアランスを確認し、必要に応じ是正して治療をステップアップする (詳細は本文参照)

表 1-10 臨床的寛解の基準

1) 経口ステロイド薬の使用なし ^{*1} 2) 症状がコントロールされている ^{*2} 3) 増悪なし ^{*3} 4) 呼吸機能の最適化 ^{*4} ・正常化 ^{*5} : 小児・思春期喘息、非重症喘息 ・安定化 ^{*6} : 呼吸機能の正常化が困難な喘息 ^{*7}

上記の 4 項目が 1 年間維持された場合を臨床的寛解と定義する

* 1: 他疾患に対して投与中である場合、また副腎不全に対する補充療法の場合も原則的に使用中として扱う

* 2: コントロール状態は複数回評価する

成人: ACT スコア ≥ 23 点^{115, 116}、ACQ スコア ≤ 0.75 点³⁹など

小児: C-ACT スコア ≥ 23 点¹¹⁷、ACQ スコア ≤ 0.75 点³⁹など

* 3: 全身性ステロイド薬を必要とする増悪

* 4: 本項目はスパイロメトリーが可能な学童児以上を対象とする

1 年間に 2 回以上のスパイロメトリーによる評価を原則とする

* 5: 気管支拡張薬使用後 %FEV₁ $\geq 80\%$

* 6: 気管支拡張薬使用後 %FEV₁の変動 $< 10\%$ ¹⁶、FEV₁の経年低下 < 30 mL/年¹⁶

PEF 日内変動 $< 10\%$ (成人)、 $< 13\%$ (小児)¹⁶など

* 7: 気道リモデリングあるいは COPD など他疾患の合併により正常化が困難な喘息

出典

喘息予防・管理ガイドライン 2024WG 監修:『喘息予防・管理ガイドライン2024』作成委員会. 協和企画, 2024.

《参考3》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 対象疾病

認定(助成)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)です。これらの疾病以外に認定(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。

2 医療費助成の対象者

次の要件を全て満たす者が助成対象者となります。

- (1) 現に対象疾病にかかっている者
- (2) 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
- (3) 医療保険に加入している者
- (4) 18歳未満の者(気管支ぜん息については、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)
- (5) 喫煙していない者

3 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。

4 医療費の助成範囲

患者が医療保険の被保険者資格が確認できる書類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、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、風邪、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。

助成の範囲の詳細については、「東京都大気汚染医療費助成制度 公費請求の手引」をご覧ください。

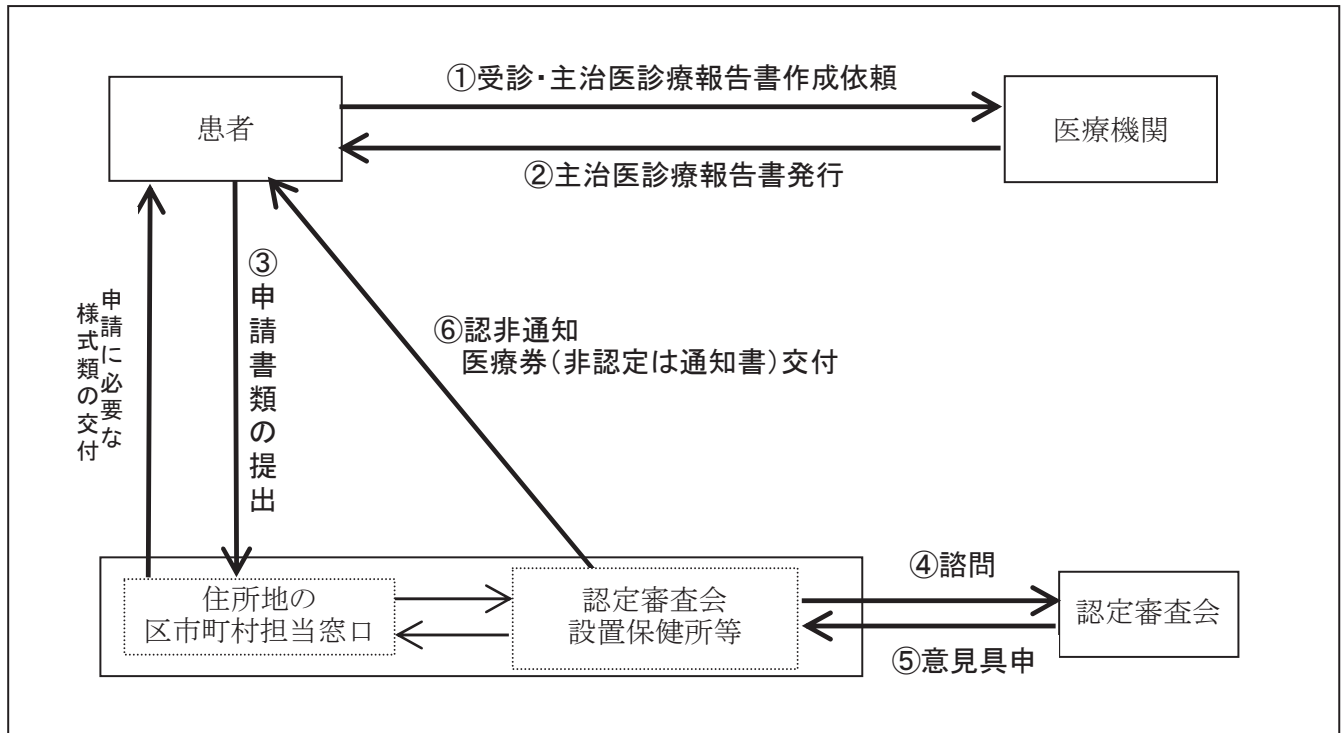
(資料請求先: 東京都保健医療局 健康安全部環境保健衛生課環境保健担当 電話 03(5320)4491)

5 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4》 申請手続の流れ

1 大気汚染医療費助成の申請手続きの流れ



2 申請書類一覧

主治医診療報告書 <気管支ぜん息用>	 主治医が作成する様式 対象疾病： 気管支ぜん息及びその続発症
胸部エックス線フィルム添付	 気管支ぜん息の場合、申請時にはフィルムの添付不要 ただし、認定審査で必要と認めた場合には別途貸出しを 依頼する。 続発症の場合は申請時にフィルム添付を必須とする。
認定申請書	 患者・申請者が作成する様式
健康・生活環境に関する質問票	 保健施策の参考とするためのアンケートにご協力ください。
住民票(住所を確認できる書類等)	 都内に1年以上(3歳未満は6か月)住所を有すること。
医療保険の被保険者等資格情報が確認 できる書類	 健康保険等に加入していること。 (高齢受給者証をお持ちの方はその写しも添付)

東京都大気汚染医療費助成制度

主治医診療報告書の手引 (気管支ぜん息)

登録番号(8)70

令和8年10月発行

編集・発行 東京都保健医療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 社会福祉法人東京コロニー 東京都大田福祉工場

