

第 2 7 回
東京都大気汚染医療費助成検討委員会
会議録

令和 7 年 1 月 1 5 日
東京都保健医療局

(午後 6時32分 開会)

○環境保健事業担当課長 ただいまより第27回東京都大気汚染医療費助成検討委員会を開催させていただきます。

各委員の皆様におかれましては、大変お忙しいところをご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

私は、環境保健事業担当課長の金子と申します。議事に入りますまで、進行については、私が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

まず初めに、本日の会議は、WEB会議形式での開催となります。円滑に進められるよう努めてまいります。機器の不具合等により、映像が見えない、また、音声が届かないなどございましたら、その都度、事務局にお知らせいただきたいと思います。

WEB会議を行うに当たりまして、委員の皆様には3点お願いがございます。

1点目はご発言の際には挙手ボタンを押していただき、会長の指名を受けてからご発言をお願いいたします。2点目は、議事録作成のために速記が入っております。ご発言の際には、必ずお名前をおっしゃってから、なるべく大きな声ではっきりとご発言いただきますようお願いいたします。3点目でございますが、議事に入りましたら、ご発言の際以外はマイクとカメラをオフにさせていただきますようお願いいたします。

それでは、本日の委員会開催に当たりまして、健康安全部長の中川からご挨拶を申し上げます。

○健康安全部長 健康安全部長の中川です。

委員の皆様方におかれましては、ご多忙のところ、また、遅い時間の開催にもかかわらず、本検討委員会にご参加いただき、誠にありがとうございます。

会議に先立ちまして、一言ご挨拶を申し上げます。

この大気汚染医療費助成制度につきましては、18歳以上の患者を対象といたしまして、月額6,000円の自己負担額を負担いただく制度としてから、間もなく7年が経過いたします。認定患者数につきましては、令和6年12月末現在で4万1,000人でございまして、この間、制度運営が適切に行われてきたものと考えております。

本日の委員会では、お手元の議事次第のとおり、制度の運用状況及び患者データの解析などについて、ご審議いただきたいと思いますと考えております。委員の皆様方におかれましては、それぞれご専門のお立場から、忌憚のないご意見をいただければと思います。本日はどうぞよろしくお願い申し上げます。

○環境保健事業担当課長 続きまして、委員の皆様をご紹介させていただきます。

ご所属、役職につきましては省略させていただきますので、ご了承ください。

できましたら、お名前をお呼びしたタイミングでカメラとマイクをオンにいただき、音声確認を兼ねて一言ご発言いただければと思います。

では、まず岩田委員でございます。

○岩田委員 岩田でございます。本日はよろしくお願い申し上げます。

- 環境保健事業担当課長 続きまして、王委員でございます。
- 王委員 王でございます。どうぞよろしくお願いいたします。
- 環境保健事業担当課長 続きまして、大田会長でございます。
- 大田会長 大田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。
- 環境保健事業担当課長 続きまして、大谷委員でございます。
- 大谷委員 大谷でございます。よろしくお願いいたします。
- 環境保健事業担当課長 続きまして、川上委員でございますが、入られておりますでしょうか。

川上委員は入られていないようでございます。

続きまして、蓮沼副会長でございます。

- 蓮沼副会長 蓮沼です。よろしくお願いします。
- 環境保健事業担当課長 続きまして、内部委員でございますが、小竹委員でございます。
- 小竹委員 小竹でございます。よろしくお願いいたします。
- 環境保健事業担当課長 渡部委員でございます。
- 渡部委員 渡部です。よろしくお願いいたします。
- 環境保健事業担当課長 本日は、北村委員、根本委員、成田委員は欠席とのご連絡をいただいております。

川上委員、聞こえますでしょうか。

- 川上委員 聞こえております。すみません、遅参いたしまして。よろしくお願いいたします。
- 環境保健事業担当課長 よろしくお願いいたします。

続きまして、配布資料の確認をさせていただきます。皆様に事前に郵送でお配りしておりますが、議事次第、委員名簿、資料と参考資料をお配りしてあります。不足等ございませんでしょうか。資料につきましては、資料1、資料2、資料3－1から3－5となっております。参考資料が、1から5となっておりますが、お手元に届いておりますでしょうか。

もし、不足等ございましたら、事務局のほうにご連絡いただければと思います。

それでは、これ以降の議事の進行につきましては、大田会長にお願いしたいと存じます。大田会長、どうぞよろしくお願いいたします。

- 大田会長 では、どうぞよろしくお願いいたします。

まず、議事に入ります前に、本委員会の情報公開に関する取扱いについてお諮りいたします。

会議並びに会議録は、東京都大気汚染医療費助成検討委員会設置要綱第8により、本委員会で特に非公開とする旨の申し合わせがなされない限り公開とする。

以上、ご異議ございませんでしょうか。

(異議なし)

○大田会長 では、本日の委員会は公開ということで取り扱うこととさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

それでは、早速、議事に入りたいと思います。

まず、議事の「（１）制度の運用状況について」資料１「大気汚染医療費助成認定患者数（各年度末）」の説明を受け、質疑を行いたいと思います。

では、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、事務局より説明させていただきます。

資料１をご覧ください。医療費助成制度における各年度の認定者数の推移をまとめた資料となります。

令和５年度末の認定者数は、成人４万２，３９９人、小児１，０７７人、合計４万３，４７６人で、令和４年度末比３，９６６人の減となりました。

また、参考として、直近の令和６年１２月末時点の認定者数をこの表上段の右端に記載をさせていただいております。令和６年１２月末時点の認定者は合計４万１，３０３人ということで、令和５年度末比２，１７３人の減となっております。

資料１については、以上でございます。

○大田会長 何か質疑等がありましたら、お願いいたします。

減少していくということに関して、どういうふうに捉えていくかというのがあるかと思うんですが、いかがでしょうか。

○事務局 まず、大きく減っている小児につきましては、令和５年４月から、いわゆるマル青という制度が始まった関係で、前年度比半減の状況となっております。

また、成人につきましては、新規の申請を一切認めていないので、医療券返還等によりまして、全体的に数が減っていく一方になるという状況でございます。

○大田会長 よろしいでしょうか。今の答えを伺って特になければ、先に行きたいと思えます。

（委員等から発言なし）

次に資料２、医療費助成の状況について、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、資料２をご覧ください。医療費助成の状況をまとめた資料となります。

医療費助成システムというシステムを用いまして、令和５年度医療費支払データから、医療券の利用に関する傾向を分析しております。

次に、ページをめくっていただきまして、２ページをご覧ください。

年齢別の認定者数についてですけれども、５０歳台、７０歳台に高い峰があることが認められます。

続きまして、３ページをご覧ください。

上段の表の右下、公費支払額の総計をご覧くださいますと、令和５年度の医療費助成にかかりました公費支払額は、総計で１２億７，４４４万円強となりました。

次に4ページをご確認ください。

19歳から69歳階級では、患者数割合に対して公費支払額割合が多くなっていることが、このページからは認められるところでございます。

続きまして、5ページをご覧ください。

一人当たり公費支払額の平均年間金額を年齢階級別に見ておりますけれども、4ページと同様、19歳から69歳階級に着目しますと、3万5,686円と、他の年齢階層に比べて最も多かったという状況が認められるところでございます。

続いて、6ページをご覧ください。

上段の表ですけれども、年齢階層別入院外来区分別の利用率についてですけれども、18歳以下では、入院0.46%、外来84.31%、未使用等15.69%と、外来が18歳以下では最多だったのに対しまして、19歳以上になりますと、入院1.13%、外来45.42%に対して、未使用等が54.58%と、この未使用等が最多となる傾向が見られたということで、18歳以下と19歳以上では違う傾向が見られたところでございます。

続きまして、1ページ飛びまして、8ページをご覧ください。

年齢別年間外来利用月数についてですけれども、成人では74歳まで右肩上がり、75歳で一旦大きく下がりまして、また右肩上がりとなっていることが認められるところでございます。この75歳のところにかかなり大きな段差がある理由としましては、後期高齢者医療費制度が75歳から対象となって、医療費の負担割合が変わってくるためであると考えられるところでございます。

続きまして、9ページをご覧ください。

年齢別入院利用率を見ますと、成人では60歳台以降で、若干ではございますけれども、右肩上がりの傾向が認められるところでございます。

続いて10ページをご覧ください。

こちら、下段の図表をご覧くださいますと、診療月別の外来件数についてですけれども、最少が2024年1月の8,255件に対して、最多が前年2023年3月の9,633件ということで、約1,400件ほどの幅はありますけれども、おおむね9,000件前後で、それほど大きな増減はなく推移しているところが認められるところでございます。

資料2については以上でございます。

○大田会長 どうもありがとうございました。

それでは、質疑等あればお願いいたします。

費用が発生するということで、とにかく、これから資金源、資金繰りを考えていくときに、この今の動きですけれども、大体予想された形でシミュレーションの範囲から逸脱せず動いているものなのでしょうか。

○事務局 我々は毎年、医療費の支払いのために予算を前年度中に確保しておく必要があ

りますけれども、予想のおおむね範囲内に入っているということで、現状では想定どおりとなっているところがございますけれども、今後、生物学的製剤の利用状況等によりまして、場合によっては、大きく変わってくる可能性も考えているところがございます。

○大田会長 生物学的製剤の向上ということが、少しまた予想を狂わす可能性もないわけではないということで、解釈してよろしいでしょうか。

○事務局 そうですね。今、生物学的製剤、明確な統計を取っている状況ではないんですけれども、利用が広がってきているような状況と聞いておりますので、今後、その利用状況次第では、医療費増の要因になってくるかなというところがございます。

○大谷委員 すみません、よろしいですか。

○事務局 大谷先生、お願いします。

○大谷委員 ちょっと教えていただきたいんですけれども、今、東京都内のほとんど、18歳までが医療費助成の対象になっていると思うんですけれども、そこら辺の区分と公害のほうの大気申請のほうの区分というのは、どのような扱いに医療費はなっているんですか。もし、東京都のほうで18歳未満が無料であれば、ほとんど喘息の治療にかからないのではないかなと思うんですけれども、いかがなんでしょうか。

○環境保健事業担当課長 ご質問ありがとうございます。事務局、金子でございます。

後ほど、また出てきますけれども、資料3-1の3ページをご覧くださいと思いますが、今ご質問いただきましたとおり、東京都におきましては、義務教育就学前までの乳幼児の医療費助成制度、小学校1年生から中学校3年生までの医療費の助成制度に加えまして、令和5年の4月から、高校1年生から高校3年生、要するに18歳までの医療費助成制度というものがございます。いずれも所得制限がございます。

小学校1年生から中学3年生、高校1年生から高校3年生につきましては、東京都としては、一部自己負担ということでお願いしてまいりまして、それに対して、各自治体で上乗せをして、自己負担も所得制限もないという形にしているところ、例えば23区は18歳まで所得制限も自己負担もないという医療費助成制度になっておりますが、自治体によっては所得制限も自己負担もあるというところもございますので、18歳までの医療費助成制度が使えない方で、大気汚染の医療費助成制度をお使いになられる方に対しましては、現在の我々の制度をお使いいただいているという状況でございます。

ご説明は以上でございますが、いかがでしょうか。

○大谷委員 分かりました。いわゆる島しょ部とか、そういうところですね。そこら辺の方々が、5ページに書かれている、大体18歳未満の公費支払額のほうを負担されているということで、よろしいんですね。

ありがとうございます。すみませんでした。

○大田会長 島しょ部に限るわけではないんですね。

○大谷委員 島しょと、ほかにあるんですか。

○環境保健事業担当課長 一部所得制限があったり、自己負担があったりするところもご

ざいますので、そういうところの方におかれましては、大気汚染の医療費助成制度を使われている状況となっておりますので、23区は、ほぼほぼ全額無料になっておりますが、多摩地域と、委員のおっしゃられた島しょ部の方が、この制度を使われている方がいらっしゃるということになります。

○大谷委員 ありがとうございます。

○大田会長 どうもありがとうございました。ほかにございますでしょうか。

(委員等から発言なし)

それでは、次の議題に移りたいと思います。

次に、議事(2)患者データ解析について、資料3-1から3-3、「大気汚染医療費助成制度の患者データ解析結果(保健医療分野)」について、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、事務局から説明させていただきます。

まず、資料3-1をご覧ください。

1ページ目ですけれども、令和5年4月から令和6年3月認定分の主治医診療報告書2万2,819枚と、健康・生活環境に関する質問票2万274枚から得られたデータを分析いたしました。

解析は、保健医療分野と生活環境分野とに分けて行っておりまして、私からは、保健医療分野をご報告いたします。

なお、今回、様式を参考資料としてつけさせていただいておりまして、主治医診療報告書が参考資料1、質問票が参考資料2となっております。改めて、ご確認等いただければ幸いです。

それでは、資料3-1に戻りますと、解析の目的は、医療機関受診状況等の把握による、保健指導方法の検討、服薬状況等の実態の把握による保健指導を強化すべき階層の分析などがございます。

ページをめくっていただきまして、2ページをご覧ください。

2ページですけれども、集計対象者の主な属性でございます。

性別の割合は、女性が66.1%、男性が33.9%でございます。

年齢階級別では、19歳以下が1.7%、20歳以上が98.7%となっております。

新規更新別では、新規0.2%、更新99.8%で、重症度分類については、こちらの表で一番下にありますが、また別のページでご説明させていただければと存じます。

続いて、ページをめくっていただき、3ページをご覧ください。

患者数を年齢階層別、男女別に見ますと、例年どおり、小児は男性が多く、成人は女性が多くなるという傾向が認められたところでございます。

先ほど、課長の金子より、大谷先生の質問に対して答えさせていただいた関係の表が、

こちらの下にまとめている表となりますけれども、今回、令和5年度のデータにつきましては、最下段の高校生等医療費助成制度、通称マル青が令和5年4月に開始された影響がかなり出ているということが認められるところでございます。

続きまして、4ページをご覧ください。

4ページに関しましては、喘息の重症度分類でございます。

認定患者全体では、軽症間欠型12.2%、軽症持続型35.8%、中等症持続型31.3%、重症持続型19.1%、最重症持続型1.1%でした。

こちらの図ですけれども、年齢階級別、男女別の重症度分類となっておりまして、男女とも、19歳以下では軽症間欠型の割合が高く、20歳以上では軽症持続型以上の割合が高くなる傾向が確認できたところでございます。

続きまして5ページ目をご覧ください。

こちらは、質問票の質問1から質問4までと、質問6の選択肢を利用しまして、喘息症状の頻度、夜間の症状、発作用治療薬の使用頻度等を点数化したものでございます。こちらをご覧くださいますと、QOL不良の割合は、小児基準適用の0歳から15歳が15.3%、成人基準適用の16歳以上が13.9%という結果でございました。

続きまして、7ページをご覧ください。

医療機関の受診状況についてですけれども、定期的に受診の割合は、全体では89.6%でございました。20歳から39歳階級で定期的に受診の割合が低くなるという傾向が、こちらの表からは認められるところでございます。

続きまして、8ページをご覧ください。

救急外来の受診割合を重症度分類別に見ますと、軽症持続型が軽症間欠型より0.1%低い数字が出たものの、全体としては重症度が上がるほど、救急外来受診割合が多くなる傾向が確認できたところでございます。

また1ページ飛びまして、10ページ目をご覧ください。

上段の図ですけれども、症状のコントロール状況については、左側の「よくできた」、右側の「まあよくできた」と回答した方を合わせますと、90%となりました。

下段の図は、コントロール状況を重症度別に見たものですけれども、重症度が上がるにつれて、コントロール不良群の割合が増加していることが認められたところでございます。

続きまして、11ページから12ページをご覧ください。

症状予防の長期管理薬の利用状況を見ると、吸入ステロイド薬は、軽症間欠型以外では最も多く利用されていること、ロイコトリエン受容体拮抗薬は、16歳以上に比べ、15歳以下でよく使用されていること、テオフィリン徐放製剤、及び長時間作用性 β 2刺激薬に関しましては、15歳以下に比べ、16歳以上でよく使用されていることが確認できたところでございます。

続きまして、13ページをご覧ください。

上段ですけれども、吸入ステロイド薬の用量を重症度別に見ますと、重症度が上がるにつれて高用量の割合が高くなっていることが確認できました。

下段の図は、吸入ステロイドの使用状況を分析したものです。吸入ステロイドを処方された方の19%が、処方どおり使っていない状況が認められました。

続いて、14ページをご覧ください。

上段の図ですが、年齢階級が上がるにつれて処方どおりの割合が増えておりまして、下段の図に着目いたしますと、重症度が上がるにつれて、処方どおりの割合が増えているということが確認できたところでございます。

続きまして、少し飛びますが、17ページをご覧ください。

自己管理手段であるピークフロー、またはぜん息日記を利用している方の割合ですけれども、こちらは8%ということで、10%未満の状況でございました。

続きまして、18ページをご覧ください。

こちらの図は、自己管理手段の利用状況を重症度、年齢階級別に分析したものとなりますけれども、20歳以上では重症度が上がるにつれて「利用している」の割合が高くなるとともに年齢階級が上がるにつれ利用している割合も高くなる傾向が認められたところでございます。

続きまして、1ページ飛びまして、20ページをご覧ください。

過去の喫煙経験の有無と重症度との関係ですけれども、男女とも喫煙経験者のほうが重症度が上がる傾向にありました。こちらは、リジット解析によりまして、男女とも喫煙経験の有無で有意差が認められまして、過去の喫煙経験が喘息を重症化させる可能性が示唆されたと考えております。

続いて、21ページをご覧ください。

こちら、ブリンクマン指数と重症度の関係についてでございますが、こちらもしリジット解析を行ったところ、男女とも一部で有意差が認められまして、ブリンクマン指数が大きいほど重症度が上がる可能性が示唆されたところでございます。

続きまして、22ページをご覧ください。

上段ですけれども、過去の喫煙経験と吸入ステロイド用量の関係を見ますと、男女とも高用量になるほど喫煙経験ありの割合が高くなる傾向にありました。カイ二乗検定を行ったところ、男女とも一部で有意差が認められまして、喫煙経験者が喫煙経験のない者と同等の効果を得るためには、より高用量の吸入ステロイドが必要となる可能性が示唆されました。

続きまして、このページの下段をご覧ください。

過去の喫煙経験とQOLランクの関係を見ますと、男性ではQOL「不良」「不十分」の者は「良好」の者に比べて喫煙経験ありの割合が高くなる傾向にありました。カイ二乗検定を行ったところ、男性では有意差が認められまして、過去の喫煙経験がQOLを低下させる可能性が示唆されました。なお、女性では、有意差は認められなかったとこ

ろでございます。

続きまして、23ページをご覧ください。

自宅や職場での受動喫煙の機会についてですが、「ほぼ毎日」、「ときどきあった」と回答した方は合わせて59%でございました。受動喫煙の機会と重症度の関係についてリジット解析を行ったところ、有意差が認められまして、受動喫煙の機会が多いほど重症度が上がることが示唆されました。

続きまして、1ページ飛びまして25ページをご覧ください。

成人群についてですが、発症年齢による病型分類を行ったところ、年齢階級が上がるにつれて成人発症の割合が高くなっておりまして、また、重症度が上がるにつれて、成人発症の割合が高くなっていることが確認できたところでございます。

続きまして、26ページをご覧ください。

認定患者のアレルギー合併症について聞いたところ、多い順にアレルギー性鼻炎60.9%、アレルギー性結膜炎34.7%、アトピー性皮膚炎20.0%、食物アレルギー17.5%という状況でした。

また、認定患者の67.3%、3人に2人以上が喘息以外にアレルギー疾患を有しており、42.2%、5人に2人以上は喘息以外に2疾患以上のアレルギー疾患を有している状況が確認できたところでございます。

続きまして、27ページをご覧ください。

一番下段ですけれども、アレルギー体質は遺伝するとされておりますけれども、認定患者の家族のアレルギー疾患歴を見ますと多い順にアレルギー性鼻炎35.7%、喘息19.9%、アレルギー性結膜炎18.6%、アトピー性皮膚炎12.6%、食物アレルギー10.1%の順となっていたところでございます。

続きまして、28ページをご覧ください。

ペットの飼育は喘息の増悪リスクとされておりますけれども、認定患者の20.8%、約5人に1人が現在ペットを飼っている状況でございました。

また、認定患者が1歳になるまでの期間に家の中でペットを飼育していたかどうかを聞いたところ、飼育あり16%、飼育なし70%という状況でございました。

続いて、29ページ以降ですけれども、こちらに関しましては、参考資料2の質問票の集計結果を掲載してございまして、また別途ご覧いただければと思います。

3-1につきましては、以上です。

続きまして、資料3-2をご覧ください。

こちらは、令和元年度から令和5年度までの5年間の患者データの推移について、年度対比による分析を行ったところをまとめた資料でございます。

2ページをご覧ください。

こちら、横長となっておりますが、認定患者数を年齢別に見ますと、15歳からまず16歳のところに小さい峰がありまして、50歳代、70歳代前半に大きな峰がある

ということで、三峰性であることが確認できるところでございます。

また、50歳代、70歳代前半の峰につきましては、年々右方向へ移動していることが確認できました。

続きまして、3ページをご覧ください。

上段の表ですけれども、こちらを見ていただきますと、0歳から1歳の区分から20から39歳の区分まで、0歳から39歳までの割合が年々減少傾向にあるということが確認できたところでございます。

次に4ページからですけれども、4ページから7ページに関しましては、男女別年齢階級別の重症度構成割合の表となっているところでございます。

こちらの4から7ページをご覧くださいますと、n数が少数の0歳から5歳を除きまして、男女ともここ5年で大きな変化がないということが確認できたところでございます。

続きまして、8ページをご覧ください。

能動喫煙、つまり過去の喫煙経験ありの割合ですけれども、男女ともこの5年間で、ほぼ横ばい傾向にあることが確認できました。また、同居者からの受動喫煙、認定患者の同居者に喫煙者がいる方の割合ですけれども、こちらにつきましては、ここ5年間で減少傾向にあるということが確認できたところでございます。

9ページをご覧ください。

上段ですが、令和4年度と令和5年度の同居者からの受動喫煙と重症度の関係についてリジット解析を行ったところ、特段有意差は認められなかったところでございます。このページの下段以降に関しましては、受診状況、救急外来受診状況、治療薬使用状況、呼吸機能検査実施率の推移となっております。

まず、10ページをご覧ください。

救急外来受診の割合についてまとめてございますけれども、こちら救急外来受診の割合に関しましては、年々減少傾向にあるということが確認できました。令和4年度と5年度の救急外来受診と重症度の関係についてリジット解析を行ったところ、特段有意差は認められなかったところでございます。

それでは、11ページをご覧ください。

上段の図をご覧くださいますと、吸入ステロイド薬の使用状況につきましては、この5年間でほぼ横ばい傾向にあることが分かります。

また、下段ですけれども、呼吸機能検査実施率につきましては、令和3年度まで減少しておりましたけれども、4年度以降はおおむね横ばい傾向となっていることが確認できるところでございます。

資料3-2につきましては、以上です。

続きまして、資料3-3をご覧ください。

喘息の重症度に及ぼす因子の探索結果でございます。具体的には、2年度分の認定患

者データ、令和4年度と令和5年度のデータを利用しまして、喘息重症度を2群に分けて、1ページの4(2)に記載の各因子が重症度に影響を及ぼしているかどうかを解析しました。各因子を説明変数として、ロジスティック回帰分析を実施した結果につきまして、2ページに記載しているところとなりますので、2ページをご覧ください。

回帰分析の結果、5の(1)(2)の各表に記載の因子が重症度に影響を及ぼしている可能性が示唆されたところがございます。令和5年度の19歳以下の認定患者では、家族歴の父親のアレルギー性鼻炎が因子である可能性が示唆されておりまして、係数はマイナスになってございます。20歳以上の認定患者では、年齢、小児期の喘息既往、受動喫煙、家族歴で、兄弟姉妹のアレルギー性鼻炎が因子である可能性が示唆されておりまして、係数は小児期の喘息既往がマイナスで、ほかはプラスとなっているところがございます。

資料3-3につきましては、以上です。

保健医療分野につきましては、以上でございます。

○大田会長 どうもありがとうございました。

非常に多くのデータが含まれていて、一気にプレゼンテーション、発表をいただきました。

では、質疑等あれば、お願いいたします。

資料の3-1の中で喫煙との関係が一つ出てきて、男性と女性、21ページと、それから22ページを見ていきますと、22ページのところのQOLランクのところでは、女性では有意差は認められなかったと、そして男性では有意差が出ているということですが、前の21ページを見ますと、ブリンクマン指数の分布が、やはり女性のほうが少ないほうにシフトしているということもあって、少し単純に良好、不十分、不良のところの分布、喫煙あり、なしという形の単純な分け方をすると、それでも男性は出てくるし、女性は出てこない、女性が出てこないのはそういうところの要素もあるのかなと思ったんですが、それは正しいでしょうか。解釈として。

○事務局 そうですね、そのように考えられるかと思います。

○大田会長 それから、重症度を考えたときに、必ずしもステロイドの吸入だけで分けているわけではないかもしれませんが、ステロイドをたくさん使うか、そうでないかということで、特に成人の場合なんかは、必要量、その人がコントロールに必要な量もそこに含めた形で、最終的にその人の状態がどの分類になるかと。重症度の分類を考察するんですけれども、未治療の状態で来られたときの重症度と、それから治療が開始されて、そこで予想どおりであるかどうかというふうな、そういう形もときにはやっているのが現状なんです、小児の場合はどうでしょうかね。何か教えていただければと思ったのですが。

○王委員 よろしいでしょうか。

○大田会長 お願いします。

○王委員 小児の場合も先生がおっしゃったような形でやることがほとんどだと思います。やはりステップアップしていくということのほうが多いかとは思いますが。

以上です。

○大田会長 ありがとうございます。

もう一つは、こういった制度によって、少し治療がいわゆるガイドラインに沿った形、あるいは表現的にリコメンドされている方向に進むかどうかということもあったかと思っています。実際にステロイドの吸入薬に関しては、以前の段階よりは、あるいは制度が始まった頃に比べますと、よく使われているというふうに思うんですけども、一つびっくりしたのは、残念なのは、喘息日記と、それからピークフローメータ、これは、やっぱりなかなか満遍なく普及しないという背景があるようで、患者さんの立場から見ると、やっぱり調子がいいのにそれをずっとやり続けるというのには、どうしても日常生活のほうを重視すると抵抗が出てくるのかなというふうに思うのですが、その辺りはいかがでしょうか。そういう考え方で普及していない部分があるというふうに捉えてよろしいでしょうか。

コントロールを評価するときに、主観的な評価とともに客観的な評価の中で簡便な方法としてはピークフローメータというのは役割をなしてきたと、あるいは、なし得ると思うものですから質問しております。

○環境保健事業担当課長 事務局でございます。

あくまでもこれは更新時の更新者のお答えということでございますので、なかなか我々のほうでここはこうだというふうな形で解説が非常に難しいところではございますが、データとして集計したところ、ピークフロー・喘息日記の利用状況は、知っているが利用していないという方は、これは過去と比較してたわけではないので、今回の更新申請された方につきましては、こういう方が多かった、残念ながら多かったという結果となっております。

○大田会長 ありがとうございます。

○大谷委員 よろしいでしょうか。大谷ですけれども。

○大田会長 どうぞ、大谷先生。

○大谷委員 実はコロナのことがありまして、コロナ禍の外来でピークフローをやることがほとんどなくなったんですね。最近はやられていますけれども、ここ2、3年ピークフローを外来でやるということがなかったのも、あんまり患者さんへの普及というのはなかったんじゃないかと思っています。

呼吸機能検査も、ここ令和3年ぐらいからちょっと減っていますもの、やはりコロナで呼吸機能の検査があまりなされなかったということも一つかなと。

あと、小児では、先ほど王先生がおっしゃったように、ガイドラインがかなりきっちりとしていますので、重症度と治療方針に関してはかなり確立していると思うんですね。ですから、先ほどのステロイドの吸入の使用割合も小児が非常に高いのに比べて、重症

者の多い成人が何で小児より少ないのかが私は何か驚いたんですけれども、重症な方はどのような治療をされているのか、みんな免疫療法みたいなものを行っているのかどうか分かりませんが、使用率がちょっと少ないのがちょっと疑問に思いました。そこら辺のことを伺えればと思います。

以上です。

○大田会長 少ないというのは、ありますか。少ないですか

○大谷委員 少ないというか、データが89.6というのは、重症者が多い割に何で小児より、なんか吸入ステロイドってもっと普及しているのではないかなと思ったんですけれども、あまり高くないのはどうしてなのかなとちょっと感じたんですけどね。何となく。

それは、統計的なものなのかもしれませんけれども。先ほど、お話された資料3-2かな。その11ページですね。

これというのは多分もしかしたら15歳以下で軽症持続以上の方の吸入ステロイドの割合であって、16歳の方は全部ひっくるめたということで、使用率が9割を割っているというふうに解釈してもよろしいんですかね。

○大田会長 個人的には、そうかなと思って見ていたんですが。

○大谷委員 分かりました。私の勘違いだと思います。ありがとうございます。いわゆるベースの母集団が違うからということですね。

分かりました。すみません。

○岩田委員 岩田ですが、よろしいでしょうか。

○大田会長 どうぞ。

○岩田委員 吸入ステロイドについては、処方されているけれども、あまり使っていないという人が意外と多いのは、これからの改善点かなと一つ思いました。

それから、ちょっともとに戻って恐縮なんですけど、喫煙のところで、質問票は加熱たばこも含めて聞いていると思うんですが、今回はこの喫煙の有無に関しては、紙巻きか加熱かの区別の集計は、まだされる状況ではなかったのでしょうか。

○環境保健事業担当課長 事務局、金子でございます。

今回お示ししている参考資料にお付けしている調査票は最新のものとございまして、残念ながら今回の集計までは、この加熱式たばこ紙巻きたばこの区別ができないデータとなっております。来年の報告以降は分けられると思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○岩田委員 期待しております。

○大田会長 ほかにご意見はいかがでしょうか。よろしいですか。

(委員等から発言なし)

○大田会長 では次へ移らせていただきます。

次に、資料3-4から3-5「大気汚染医療費助成制度の患者データ解析結果（生活

環境分野)」について、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 続きまして、生活環境分野の解析についてご説明します。資料3－4をお開きください。

こちらの解析は、喘息患者の自己管理能力を高め、症状改善につなげる普及啓発を実施するための基礎資料とすることを目的に、患者の生活環境の整備状況を把握するとともに、症状の改善への効果が高いと推定される取組を調査しております。解析項目、解析資料については、記載のとおりです。

それでは、2ページをご覧ください。

(1)は、令和5年度の質問票に回答した患者の年齢層の内訳です。(2)は、同一患者の令和3年度と令和5年度のQOLランクの変化を比較した結果です。全体的には改善した人より悪化した人の割合が高いことが分かりました。

3ページをご覧ください。

(3)は、先ほどのQOLランクと同様の方法で、同一患者の令和3年度と令和5年度の重症度の変化を比較した結果です。全ての年代で、悪化した人より改善した人の割合が高いことが分かりました。(4)では、医療機関等での生活環境整備に係る指導状況を集計しました。アは年代別のグラフになりますが、全ての年代で半数以上が生活環境整備について指導を受けたことがあると回答していました。このうち、指導を受けたと回答した割合が最も高かったのは15歳以下の群でした。

4ページをご覧ください。

ウは生活環境整備の指導内容になりますが、全ての年代で、部屋の掃除について指導を受けた割合が最も高い結果になりました。

5ページをご覧ください。

(5)では、生活環境整備の実施状況を解析しました。アは、喘息と診断される前と現在の実施状況を比較した結果です。全ての項目で、診断前よりも現在の実施率のほうが高いことが分かりました。

6ページをご覧ください。

イは、生活環境整備に係る指導の有無と実施状況を示したグラフです。全ての項目で指導を受けたことがある群のほうの実施率が高くなっておりました。

飛びまして、8ページをご覧ください。

(6)では、生活環境整備の効果の感じ方を解析しました。アは、生活環境整備の実施率の円グラフと喘息症状の出現回数が減少したなどの効果を感じているか割合を表した円グラフです。全体の約9割が生活環境整備の項目を一つ以上実行していました。このうち、6割ほどが効果を感じていると回答しました。

続いて、9ページをご覧ください。

イは、生活環境整備を行ってから喘息症状の出現回数が減少したなどの効果を感じている群と感じていない群について、それぞれ患者の重症度の割合を示したグラフです。

15歳以下で集計した結果と、16歳以上で集計した結果のいずれも、効果を感じている群のほうが重症度が軽度の患者の割合が高いことが分かりました。

続きまして、10ページをご覧ください。

ウは、生活環境整備を行ってから喘息症状の出現回数が減少したなどの効果を感じている群と感じていない群について、それぞれQOLランクを示した結果のグラフです。

15歳以下で集計した結果と16歳以上で集計した結果のいずれも、効果を感じている群のほうがQOLランクが良好な患者の割合が高いことが分かりました。

11ページをご覧ください。

エは、生活環境整備の実施項目数と効果の感じ方のグラフです。実施項目数が多い群ほど喘息症状の出現回数が減少したなどの効果を感じている人の割合が高くなっていました。

飛びまして、13ページをご覧ください。

(8)では、生活環境整備の実施状況と効果の感じ方を解析しました。令和3年度と令和5年度のデータを用い、令和3年度に生活環境整備を一つも実施しなかった人のうち、令和5年度にはいずれかの項目を実施しており、効果の感じ方を回答していた患者を集計の対象としました。解析内容は、令和5年度に生活環境整備を実施、未実施の群に分けて効果を感じている人の割合を算出し、割合の差を算出しました。

また、生活環境整備の実施、未実施と、効果を感じている、感じていないでFisherの正確確率検定を行いました。結果は、表の網かけしている13項目で実施した群が未実施の群よりも効果を感じている患者の割合が高いことが分かりました。

14ページをご覧ください。

こちらは参考になりますが、過去5年間の解析結果です。項目6、11、14、19などは、過去の結果を見ても、比較的效果を感じやすい項目であると推測されています。

15ページをご覧ください。

(9)では喘息症状の改善にとって重要であると考えるもの二つを尋ね、年度ごとに集計しました。定期的な受診、処方どおりの服薬、ダニ等のアレルゲンの除去の順で回答率が高くなっていました。

また、令和2年度は、令和元年度と比較して、定期的な受診、処方どおりの服薬の割合が有意に高いことが分かりました。

続きまして、資料3-5をご覧ください。

喘息重症度の経年変化に及ぼす因子について検討いたしました。患者の重症度の改善または悪化に影響を及ぼす生活環境整備の因子を探索することを目的に、ロジスティック回帰分析を実施いたしました。対象は、令和3年度から令和5年度にかけて、重症度が改善または悪化した患者です。5段階の重症度のうち1段階以上、重症度が軽くなっている状態を改善とし、重くなっている状態を悪化としました。重症度が変化していない患者は対象から除いております。15歳以下、16歳から64歳、65歳以上の群に

分けて解析しました。

結果は5で示すとおりになっております。16歳から64歳の群で、「床は化学雑巾やモップ等で乾拭きしている」、「布団やシーツのカバーには防ダニ製品を使用している」の因子が重症度の改善に影響を与えていると考えられました。

私からは以上となります。

○大田会長 では、質疑をお願いいたします。今の生活環境の整備に関しては、有意差を多々示すものがあつたということ、そしてそれらが確立されれば、よりはっきりとしたメッセージとして、生活環境の整備に介入できるということも、当然これから考えられるわけですが。いかがでしょうか。

小児科領域では、保護者の方々がそれを感知して子供さんのために一生懸命されるというパターンが十分期待できます。成人の場合は、特に働き盛りの若い人から実際の現役の方々がそれをやり続けるというのは、なかなか実行を伴い難いものがあるかもしれませんが、やっぱりそれを整備することでこれだけよくなるということが当てはまる方々に関しては、非常にいい方法として、これからさらに広まる可能性はあるというふうに認識しておりますけれども、よろしいでしょうか。

○岩田委員 質問よろしいでしょうか。岩田でございます。

○大田会長 どうぞお願いします。

○岩田委員 今出ている資料のところで、この解釈なんです、ちょっと確認したいんですが、「床は化学雑巾やモップ等で乾拭きしている」というところは、有意差において有意であるというご説明なんです、オッズのほうは1未満として有意差が出ているということは、これは悪化しているということですか。

○事務局 岩田委員、ご質問ありがとうございます。

岩田委員がおっしゃるとおり、オッズ比が1を下回っている、この質問21-3の項目、「床は化学雑巾やモップ等で乾拭きしている」ことをやっている人については、やっていない人に比べて、負の方向に働いているという認識で間違いございません。

○岩田委員 結果はそうでも、実際にどう解釈するか難しいなと思いました。

ありがとうございます。

○環境保健事業担当課長 すみません、事務局の金子でございます。

これはあくまでも想像ではございますけれども、床を化学雑巾やモップ等で乾拭きしているということがマイナスに働くというのは、ほかの質問からも、じゅうたん等ではなくてフローリングを使用している方が非常に多いという結果も出ておりますので、化学雑巾やモップ等を使って乾拭きという状態で、ほこりが舞う状態も発生しているのかなというのが、我々の想像の中ではございますけれども、実際に測定はできませんので、確認はできませんが、想像の中でいいますと、フローリングなんかを乾拭きしているということが影響が出ているのではないかなというふうに、事務局のほうでは想像しているところでございます。

○大田会長 本当のところが完全につかめていない部分というのがあるようですから、その辺りは実際にその分野でより専門的にやっている方の意見とか、その辺りが入っているといいかなと思います。

特に議論がなければ、ここまでにしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(委員等から発言なし)

○大田会長 では、その他何かありましたら、事務局からお願いします。

○環境保健事業担当課長 事務局、金子でございます。

来年度の開催の予定でございますが、この検討委員会を来年の1月頃開催させていただきたいと考えております。

また、委員の皆様の任期につきましては、令和7年7月31日までとなっております。近くなりましたら、また個別にご連絡させていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

その他につきましては、以上でございます。

○大田会長 どうもありがとうございました。

以上で議事は全て終了しましたが、本日の委員会を通してご意見、ご質問はございませんでしょうか。

(委員等から発言なし)

○大田会長 ないようでしたら、これで議事は終了といたしますので、進行は事務局にお返しいたします。

○環境保健事業担当課長 大田会長、委員の皆様、本日は長時間にわたり誠にありがとうございました。本日の議事録につきましては、後日、皆様にご確認いただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、これをもちまして、第27回東京都大気汚染医療費助成検討委員会を終了させていただきます。本日はどうもありがとうございました。

(午後 7時40分 閉会)