

第 2 8 回  
東京都大気汚染医療費助成検討委員会  
会 議 録

令和 8 年 1 月 1 4 日  
東京都保健医療局

(午後 6時30分 開会)

○環境保健事業担当課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまより第28回東京都大気汚染医療費助成検討委員会を開催いたします。

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佐藤と申します。議事に入るまでの間、進行を務めさせていただきます。

まず初めに、本日の会議につきましては、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、音声聞こえない等ございましたら、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ください。2点目は議事録作成のため速記が入っております。ご発言の際は、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ください。3点目は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よりご挨拶を申し上げます。

○健康安全部長 保健医療局健康安全部長をしております、中川でございます。

委員の皆様方におかれましては、ご多忙のところ、また、遅い時間にもかかわらず、この検討委員会にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

冒頭、会議に先立ちまして、一言ご挨拶を申し上げます。

東京都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た、月額6,000円の自己負担をお願いする制度といたしましてから、間もなく8年が経過いたします。認定患者数は、令和7年12月末現在で約3万8,000人となってございまして、この間、適切に制度運営を行っているところでございます。

本日の委員会につきましては、お手元の議事次第のとおり、制度の運用状況、患者データの解析、また、手引等改正などについて、ご審議いただく予定でございます。委員の皆様方におかれましては、それぞれの専門のお立場から、忌憚のないご意見をいただければと存じております。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 健康安全部長の中川でございますが、公務の都合によりまして、ここで退席をさせていただきます。

それでは、次に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。

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

も兼ねて一言ご発言いただければと思います。

岩田委員でございます。

- 岩田委員 岩田でございます。本年もよろしくお願いいたします。
- 環境保健事業担当課長 大田委員でございます。
- 大田委員 大田でございます。よろしくお願いいたします。
- 環境保健事業担当課長 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 川上委員でございます。
- 川上委員 川上です。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 首里委員でございます。
- 首里委員 首里です。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 首里委員は、今回から委員会にご参加いただきます。

続きまして、根本委員でございます。

- 根本委員 根本です。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。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 本日のご欠席のご連絡をいただいているのは、王委員、北村委員、成田委員、小竹委員の4名でございます。

続きまして、配布資料の確認をさせていただきます。議事次第、それから委員名簿、参考資料をお配りしております。参考資料は数が多くなってございますので、不足等がございましたら、お知らせいただきますようお願いいたします。

本日は、令和7年8月1日から新たな任期となって初めての委員会の開催となります。東京都の大气汚染医療費助成検討委員会設置要綱第5条の2に基づきまして、委員の互選により会長をご選出いただきたいと思います。どなたかご推薦いただけますでしょうか。

- 岩田委員 大田先生をお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。
- 環境保健事業担当課長 ありがとうございます。

ただいま岩田委員より、大田委員に会長をとのご推薦がございましたが、いかがでしょうか。

(異議なし)

- 環境保健事業担当課長 特に異議がないようでしたら、大田委員に会長をお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。
- 大田委員 ご指名いただきましたので、私のほうでお受けいたします。よろしくお願いいたします。
- 環境保健事業担当課長 副会長ですが、同じく設置要綱第5条の2に基づきまして、会長の指名により、副会長をご選出いただきたいと思います。

○大田会長 副会長は川上委員にお願いしたいと思います。よろしくお願ひします。

○環境保健事業担当課長 ただいま大田会長から、川上委員を副会長にとのご発言がございましたが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

(異議なし)

○環境保健事業担当課長 異議なしということで、川上委員に副会長をお願いいたします。一言お願いできますでしょうか。

○川上委員 大田会長を助けて、議事のスムーズな進行に努めていきたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

○環境保健事業担当課長 よろしくお願ひいたします。

それでは、以降の議事を大田会長にお願いしたいと思ひます。どうぞよろしくお願ひいたします。

○大田会長 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、本委員会ですべて非公開とする旨の申合せがなされない限り公開とするとなっております。

今回取り扱う資料4-5「認定審査会の手引 新旧対照表」及び参考資料4「認定審査会の手引」については、公開することにより、認定審査会での意思決定の中立性が損なわれるおそれがあるため、資料4-5及び参考資料4のみ非公開とし、ほか資料及び議事録については公開、これが適当であると思ひますが、委員の皆様いかがでしょうか。特に異議はございませんでしょうか。

(異議なし)

○大田会長 では、本日の委員会は資料4-5及び参考資料4のみ非公開、他資料及び議事録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、よろしくお願ひいたします。

それでは、早速、議事に入りたいと思ひます。

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」の説明を受け、質疑を行いたいと思ひます。

では、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 事務局より説明をさせていただきます。

資料1をご覧ください。

令和6年度末の認定者数ですけれども、成人が3万9,786人、小児571人、合計4万357人で、前年度末比3,119人の減となりました。

資料1については、以上でございます。

○大田会長 今の資料1について、何か質疑等があれば、お願ひいたします。

動きとしては、下のほうに向かって動いているということにはなりますけれども、よろしいでしょうか。

特になければ、では、質疑は以上とさせていただきます。

(委員等から発言なし)

○大田会長 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。

この資料では、令和6年度医療費支払いデータから、医療券の利用に関する傾向を分析しています。

なお、件数データは、後期高齢者医療費制度で自己負担のみの患者分を含んでおりません。

2ページ目をご覧ください。

認定患者数を年齢別に見た図となりますけれども、50歳代、70歳代前半にピークを二峰性となっております。

次の3ページをご覧ください。

上段の表ですけれども、令和6年度の公費支払額は、総計で12億8,586万円強でした。

続いて、4ページをご覧ください。

19から69歳階級では、患者数割合63.10%に対して公費支払額割合77.65%と、14.55ポイント上回っております。この階級の公費単価ですけれども、3万9,210円となっております。他の階級と比較して高くなってまいりました。この一番下の棒グラフでも、19から69歳階級の単価が高いということが分かるところでございます。

続いて、5ページをご覧ください。

利用率が最多となっているのは、入院、外来とも75歳以上、一方、未使用で最多となっているのが19から69歳階級でございました。

続いて、6ページをご覧ください。

年間外来利用件数ですけれども、小児は右肩下がり、成人は70歳代後半までは右肩上がりで、利用月数7回以上に絞ると、70歳代後半以降も右肩上がりとなる傾向でございました。

続いて、7ページをご覧ください。

こちらは入院利用率ですけれども、成人は98歳以上の高さが目立ちますけれども、こちらはn数が少ないため、実質的には88歳から95歳をピークに右肩上がりの傾向というふうに捉えております。

8ページをご覧ください。

入院を見ると、上段のとおり、年齢階級が上がるほど15日以上長期利用が増加してまいりました。また、下段の折れ線グラフのとおり、2024年9月から2025年1月にかけて件数増加で推移してまいりました。

資料2については、以上です。

○大田会長 それでは、資料2に関して質疑、いかがでしょうか。

前回と比べて、何か大きな違いが出たということはいかがでしょうか。

○事務局 傾向としては、特に変わったところはありません。

○大田会長 年齢層の構成の推移は、少しずつ1年ごとに動いてはいるんでしょうけれども、1年刻みで見るとはあまり動いていないということかと思えます。

それから、やはりかかる年齢層、それが一番働いていらっしゃる方々の中の、我々がいわゆる成人の患者さんがそこに収まっているということですけども。

内容としては、やはり単価が高かったんですね。その年齢層だけ見ていくと。それはやっぱり起こったときの症状が結構重いんですかね。コントロールが不良で、そして、その分医療費がそれだけかかるという考え方でよろしいんでしょうか。

○事務局 コントロール状況ですとか、重症度につきまして、また後ほどの資料で年齢階級別を見ていただけますけれども、背景として、現状、生物学的製剤の利用が増えているということが言われておりまして、正確に把握しているわけではないんですが、この年齢階級で、生物学的製剤が比較的良好に使われているのではないかというふうには推察しているところでございます。

確かな根拠があるわけではないんですけども、そのような原因があるのではないかと考えているところでございます。

○大田会長 でも、実際そうですね。生物学製剤の適用となる年齢層がここに集まっているのは確かだと思いますので、また後で治療等のことで少し触れるかもしれませんがありがとうございます。

ほかによろしいでしょうか。

(委員等から発言なし)

○大田会長 それでは先がまだありますね。次に議事の(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、まず、資料3-1をご覧ください。

こちらが令和6年4月から令和7年3月認定分の主治医診療報告書と質問票から得られたデータを、保健医療分野と生活環境分野とに分けて分析した資料となります。私からは、保健医療分野についてご報告いたします。

ページをめくっていただいて、2ページをご覧ください。

2ページは集計対象者の主な属性となっております。こちらはこの程度で、3ページをご覧ください。

患者数を年齢階層別、男女別で見ますと、24歳以下の階級では男性が多く、25歳以上の階級では女性が多いという、例年どおりの傾向になってございます。

続いて、4ページをご覧ください。

年齢階級別、男女別に重症度の割合を見ると、男女とも15歳以下の階級では軽症間欠型の割合が高くなっておりまして、20歳以上の階級では軽症持続型以上の割合が高くなっていました。ただ、16から19歳階級では、男性は軽症間欠型の割合が高かったのに対し、女性は軽症持続型以上の割合が高くなっていました。

続いて、5ページをご覧ください。

こちらは後ほど見ていただければと思うんですけども、参考資料7に記載の方法によりまして、質問票からQOLスコアを算定し、QOLランク分けを行った結果となります。全選択肢が最高点の場合16点、最低点で5点となります。QOL不良の割合は、小児基準適用の15歳以下が18.2%、成人基準適用の16歳以上が15.2%となりました。

続いて、6ページをご覧ください。

上段の箱ひげ図ですけれども、年齢階級別にQOLスコアのばらつきを見ますと、最大値、第3四分位数とも最高点の16点となっております。

下段の図でQOLランク不良の重症度分類をみると、40から59歳階級から重症持続型の割合が大きくなるという状況となっております。

続いて、7ページをご覧ください。

こちらでは、主治医の指示に従って定期的を受診している患者に着目しますと、91%となっております。

続いて、8ページをご覧ください。

上段の図で、最近2年間の救急外来受診割合の重症度分類別に見ますと、赤いグラフで表示している最重症持続型が最も高く、20.7%でございました。

このページの下段ですけれども、救急外来の受診の有無と重症度の関係のリジット解析結果となります。受診歴がある者はない者と比較して、重症度が重度の患者の割合が有意に高いという結果が出ました。なお、有意差が認められた場合、昨年度までは、p値5%未満と表記しておりましたが、今回はp値に関しまして、5%、1%、0.1%の3段階の表記に変更しております。

他の解析結果についても、全て同様の扱いに変更しております。この図では、アスタリスク三つということで、0.1%未満という結果となっております。

続いて、9ページ以降ですけれども、9ページから17ページについては、本日は時間の関係で説明は割愛させていただきます。申し訳ありませんが、18ページまで飛ばさせていただきます。

18ページをご覧くださいませでしょうか。

こちらは自己管理手段を利用していない理由として最も多いのが、例年の傾向ではあるんですけども、医師のすすめがないとなっております。診療の現場で、ピークフロー・ぜん息日記等がどのように扱われているのかなど、情報がありましたら、委員の皆様から後ほどご教示いただければと思います。よろしくお願いいたします。

19ページをご覧ください。

喫煙経験の有無と重症度の関係のリジッド解析結果となります。男女とも喫煙経験がある者はない者と比較して、重症度が重度の患者の割合が有意に高いという結果が出たところがございます。

続いて、20ページをご覧ください。

ブリンクマン指数と重症度の関係のリジッド解析結果をこちらでは表示しております。男女ともブリンクマン指数800以上の者は、700から799の者と比較して、重症度が重度である患者の割合が有意に高いという結果が出ました。

昨年度まではブリンクマン指数を1から80、81から220、221から435、436以上の4区分としておりましたけれども、今回、100刻みの9区分に変更しております。ブリンクマン指数は一般的には200刻みで表示するようではありますが、本件医療費助成患者の場合は、指数が500を超える患者があまり多くないということ踏まえまして、今回、100刻みとしたところがございます。

続いて、21ページをご覧ください。

上段は喫煙経験と吸入ステロイド用量の関係のカイ二乗検定結果となります。この図は従前はステロイド用量を横軸、喫煙経験を凡例項目としておりましたけれども、因果関係を明確にする観点から、今回、原因となる喫煙経験を横軸、結果となるステロイド用量を凡例項目ということで、入れ替えてございます。

こちらでの解析の結果、女性では喫煙経験がある者は、ない者と比較して、吸入ステロイド用量が高用量の患者の割合が有意に高いという結果が出ました。一方、男性では有意差は認められませんでした。

下段は喫煙経験とQOLランクの関係のカイ二乗検定の結果となります。この図も昨年度からは横軸と凡例項目を入れ替えてございます。この喫煙経験とQOLランク関係の検定結果につきましては、男女とも有意差は認められませんでした。

続いて、22ページをご覧ください。

上段は、自宅や職場での受動喫煙の機会の有無となっております。機会があったと回答した方は50.1%でした。

下段は、受動喫煙と重症度の関係のリジッド解析結果となります。受動喫煙の機会があった者は、なかった者と比較して、重症度が重度である患者の割合が有意に高いという結果が出ました。

続いて、23ページをご覧ください。

上段は、受動喫煙の機会とQOLランクの関係のカイ二乗検定結果となります。今回、新規掲載です。

16歳以上で受動喫煙の機会があった者は、なかった者と比較して、QOLランクが不良の患者の割合が有意に高いという結果が出ました。

その下の23ページ下段から24ページまでは、過去2年間に受動喫煙の機会があっ

たタバコの種類を質問票に追加したことに伴う初めての集計結果となります。

まず、23ページ下段の図ですけれども、こちらで両方とあるのは紙巻きタバコと加熱式タバコ両方の受動喫煙があった層となります。こちらで機会がほぼ毎日の場合、94.5%、時々の場合、84.6%が紙巻きタバコ等の受動喫煙があったということになります。

続いて、24ページをご覧ください。

上段は受動喫煙の機会がほぼ毎日あった者のタバコの種類と重症度の関係のリジット解析結果となります。重症度が重度である患者の割合を受動喫煙の機会がなかった者と比較すると、紙巻きタバコ等及び両方の場合は有意に高く、加熱式タバコは有意に低いという結果が出ました。タバコの種類の間で比較すると、紙巻きタバコ等及び両方は、加熱式タバコと比較しまして有意に高いという結果が出ました。

下段は、受動喫煙の機会がほぼ毎日あった16歳以上のタバコの種類とQOLランクの関係のカイ二乗検定結果となります。QOLランクの割合を受動喫煙の機会がなかった者と比較すると、紙巻きタバコ等及び両方は不良の割合が有意に高く、加熱式タバコは有意差が認められないという結果が出ました。

続いて、25ページですけれども、こちらは同居者の喫煙状況、26ページは発症年齢による病型分類となりますが、本日は時間の関係で説明は省略させていただきます。

27ページをご覧ください。

こちらはぜん息患者のアレルギー合併症の割合となりますけれども、合併症なしは34.8%ですので、ぜん息患者の65.2%はぜん息以外のアレルギー疾患を有しており、41.1%はぜん息以外に2疾患以上のアレルギーを有しているという状況でございます。

29ページはペットの飼育状況、30ページから32ページは質問票の各項目の集計結果一覧となりますけれども、本日はいずれも時間の関係で説明は省略させていただきます。

資料3-1につきましては、以上です。

続きまして、資料変わりますので資料3-2をご覧ください。

令和2年度から令和6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いました。

2ページをご覧ください。

各年度に認定した患者数の年齢分布ですが、50歳代と70歳代前半にピークを持つ二峰性というのは、先ほどの資料でも説明したところでございますけれども、年齢18歳未満は著しくて減少しております。一方、18歳以上は新規申請が認められていないことから右方向に移動しているということが分かります。

続いて、3ページをご覧ください。

年度別の年齢階級別患者数割合をこちらでは表しております。

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を表示しておりますけれども、本日は時間の関係で説明は省略させていただきます。

8 ページをご覧ください。

過去の喫煙経験と同居者の喫煙の年度推移を掲載しております。最下段の図は、令和 5 年度と令和 6 年度のデータによる同居者の喫煙経験と重症度の関係のリジット解析結果となります。今年度新規に載せたものですが、有意差は認められませんでした。

9 ページをご覧ください。

令和 4 年度と令和 6 年度のデータによる、同一患者の重症度の変化と受動喫煙の関係のカイ二乗検定結果となり、こちら今回、新規掲載となります。令和 4 年度の重症度別に比較したところ、全ての重症度で有意差は認められませんでした。

なお、8 ページ最下段の図につきましては、昨年度も載せている図でございました。申し訳ありません。訂正いたします。

10 ページをご覧ください。

こちらの下段の図ですけれども、令和 5 年度と令和 6 年度のデータによる救急外来受診と重症度の関係のリジット解析結果となります。令和 6 年度は令和 5 年度と比較しまして、重症持続型及び最重症持続型の割合が有意に高いという結果が出たところでございます。

そして、最終ページ、11 ページですが、上段は吸入ステロイド薬の使用状況、下段は呼吸機能検査実施率の推移ですが、本日は時間の関係で説明は省略させていただきます。

資料 3-2 につきましては、以上です。

駆け足で申し訳ありませんが、続いて、資料 3-3 をご覧ください。

令和 5 年度と令和 6 年度の認定患者データを利用して、ぜん息患者の重症度に対してどのような因子が影響を与える可能性があるかを調べるため、多重ロジスティック回帰分析を行いました。

目的変数の重症度が軽症中等症と重症、最重症の 2 群に分けまして、説明変数は 4 (2) 1 ページ目、下に記載の各因子となりますけれども、こちらの各因子について、F i s h e r の正確検定を行って、p 値を用いて選別しました。

解析結果は次の 2 ページ目のおりです。

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。

資料 3-1 から 3 まで、特に質疑等がありましたら、お願いいたします。いかがでしょうか。たくさん資料を提示いただきましたけれども、喫煙に関して、受動喫煙のところを割合細かく表示されたと思いますけれども、ちょっとすみません。消えてしまいました。こちらが……

○事務局 岩田先生が手を挙げられているようです。

○大田会長 岩田先生、どうぞ。

○岩田委員 よろしいでしょうか。

小児科の立場から、制度が現状にだんだんと合わなくなっている印象はあるんですけども、なお、今でも僅か数名ですが、幼児で認定を受けている方がいるという現実には、一体何を意味するんだろうと考えて、どのように質問していいかわかりませんが、子供にとって、何かメリットがあるので認定を受けているのでしょうか。

一方で、今度は学術的に、例えば資料3-1の23ページの上のほうに、受動喫煙とQOLランクの関係で、16歳以上はしっかり解析されているんですけども、15歳以下はn数が少ないので解析は行わなかったとありますが、解析できないほど、少ないn数であるという意味なのか、あるいは、あまり意味がなからうということで、解析対象としなかったのかどうかはいかがでしょうか。

つまり、受動喫煙でいまだに小児期から受動喫煙があるグループというのは、やはり大きな危険因子が潜んでいるのかなと思うものですから、特に15歳以下がどうなのかなというふうに思った次第です。

以上です。

○事務局 ご質問をいただいた、十分なn数が15歳以下では得られなかったため解析は行わなかったとしている件については、実際こちらで分析を行うだけのデータが集まらなかったというところをごさいますて、解析しても適切な結果が得られないだろうということで解析を行わなかったものでございます。18歳未満の患者数が少ない点に関しましては、資料3-1の3ページ目の下に、※印で小児等を対象とした医療費助成制度というのを記載しておりますけれども、直近ではこちらの表の一番下にありますように、高校生等医療費助成制度（マル青）というものが、令和5年4月からスタートしまして、高校生も区市町村の医療費助成の対象となったということで、あえて大気汚染医療費助成の認定を受けなくても、ぜん息もいわゆるマル青でカバーできる状況となっているということが、最近の急減の大きな原因となっているところでございます。

ただ、まだ認定される方というのが、一部の市町村において、所得制限がまだあるという状況がありまして、こちらは正確に確認できていないんですが、最近になりまして所得制限がある区市町村がなくなったという情報も入っていますので、そうなりとさらに認定が減るという可能性は高いですけども、この資料作成時点、このデータは、令和6年度のものでございますけれども、この時点では、所得制限がまだある区市町村がある状況でございましたので、認定申請等がまだなされている状況となつてございまして、大気汚染医療費助成の場合、18歳未満に関しましては、医療費の負担が一切ない、全額都が補助するという制度になってございますけれども、小中学生を対象としている、義務教育就学児医療費助成制度、いわゆるマル子と、高校生を対象としたマル青につきましては、一部の市町村で、依然として自己負担として外来1回200円といったような自己負担を求める市町村が残っているところから、大気汚染医療費助成の認定を受けられ

ている状況というふうに、我々のほうでは考えているところでございます。

- 岩田委員 ですから、そうしますと、もう少し正確に言いますと、いわゆる小児期において、この大気汚染の医療費助成を受けている方々の居住地域は、一部所得制限のある市町村であると、そういうことでよろしいでしょうか。つまり、大気汚染そのものも、東京都の中では該当でない地域もありますよね。
- 事務局 国の制度に関しましては、都内でも該当しない地域がありましたけれども、東京都の大気汚染医療費助成は島しょを含めまして、全区市町村全ての地域を。
- 岩田委員 島しょ部を含めて、全部でしたか。
- 事務局 そうですね。先ほど紹介したマル青ですとか、マル子に関しましては、特別区、23区に関しましては、全て所得制限も自己負担もないということで、現状、大気汚染医療費助成を受けるメリットが、医療費助成の面ではないだろうと考えられ、申請はほとんどありません。
- 岩田委員 ですから、一体どういうところに住んでおられる方が助成を受けていて、実際に助成を受けることによるメリットが明らかにあるのかどうかというのを知りたかったんですね。
- 事務局 一部市町村において、まだ所得制限、自己負担が残っているところがあったということで。所得制限につきましては、なくなったというふうには聞いているんですけども、依然として自己負担がある状況です。
- 岩田委員 いや、ですから、非常に簡単に言えば、所得制限のある市町村に住んでいる小児が申請しているということが、ほぼ結論であるということではよろしいでしょうか。
- 事務局 ほぼ所得制限があるところと、自己負担があるところの方が申請をされているという状況です。ただ、ほかにも医療券を所有するメリットが何かあるようで、特別区を含めて、所得制限がないところからも少数ではありますが、申請はされている状況でございます。ただ、その理由というのは、こちらでも把握ができていないところがございます。
- 岩田委員 ですからその場合、子供にとって、明らかなメリットがある限りにおいては、制度を利用すべきと思いますけれども、その辺が昨今、いろんな地区で医療費ゼロになっている現状から、いまだに百何名かの小児が受けているという事実が、私の目から少し奇妙に映ったものですから、すみません、変な質問をして。大勢には影響ありませんので。
- 大田会長 どうもありがとうございます。あとはよろしいでしょうか。3の資料の中から議論があればそういうことですが。タバコのところでは、非常に細かい形で分けてみて、結果を見たところ、非常に本数の多いブリンクマンインデックスの高い側では、きれいに分かれているということで、最初のときの伸び方、少し境界がそれほど細かくなかったんですが、やはり同じような傾向で、右の本数の多いが、そちらへシフトした形のきれいな有意差が得られたというのは変わらないとは思いますが、非常

に今度は鮮明によりシャープに男女とも出ているんじゃないかなというふうに思いました。

よろしいでしょうか。

(委員等から発言なし)

○大田会長 では、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、ぜん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になります。

それでは、2ページ目をご覧ください。

(2)は、同一患者の令和4年度と令和6年度のQOLランクの変化を比較した結果です。全体で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ページ目をご覧ください。

(3)は、先ほどのQOLランクと同様の方法で、同一患者の令和4年度と令和6年の重症度の変化を比較した結果です。16歳～64歳の群で改善した人よりも悪化したものした者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おりました。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ページ目をご覧ください。

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となりました。

5ページ目をご覧ください。

(5)では、生活環境整備の実施状況を解析しました。アは、ぜん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ページ目をご覧ください。

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が実施率が高くなっておりました。

飛びまして、8ページ目をご覧ください。

(6)では、生活環境整備の実施率と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ぜん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施しておりました。そのうち、6割ほどが効果を感じていると回答しておりました。

9ページ目をご覧ください。

イは、生活環境整備を行ってからぜん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。

10ページ目をご覧ください。

ウは、生活環境整備を行ってからぜん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。

続きまして、11ページ目をご覧ください。

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。実施項目数が多いほどぜん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おりました。

飛びまして、13ページ目をご覧ください。

(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4年度と令和6年度のデータを用い、令和4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6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6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・未実施と効果の感じ方の有無で、Fisherの正確確率検定を行いました。結果は、表の網かけをしている15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、17、19などが過去の結果においても有意差が認められており、比較的效果を感じやすい項目であると推測されます。

15ページをご覧ください。

(9)では、ぜん息症状の改善にとって重要であると考えられるもの二つを尋ね、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おり、例年と同様の傾向が見られました。

続きまして、資料3-5をご覧ください。

ぜん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4年度から令和6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、重症度の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をしております。

結果は5で示すとおり、16歳から64歳の群で、「マットレスの裏表に掃除機をかけている」の因子が、重症度の経年変化に影響を与えている可能性が示唆されました。

私からは以上となります。

○大田会長 どうもありがとうございました。

それでは、今のまとめについて、何か質疑がございましたら、よろしく申し上げます。

私のほうでちょっとがっかりしたというか、これは注目しておかなきゃいけないと思ったのが、3ページの同一患者における重症度の2年間の変化というところで、しかも16歳から64歳という、ぜん息の治療の中では非常にメジャーなところといえますか、焦点を当てて、しっかり治療しなきゃいけない年齢の範囲の患者さんだと思うんですが、実際には悪化するほうが改善よりも多くなっているという点、これは非常に十分な方策をしていかなきゃいけない点ではないかなと思うところです。

治療薬に関しても、配合剤のいろんな開発にとどまらず、生物製剤はご承知のように手元にあって、しかもこの年齢層には割合適用があるときには、積極的に使われているのが現状かと思うんですが、これは委員の先生方のほうで、何かご意見はございますでしょうか。

いろんなデータの中で、このことというのは、やっぱり少しぜん息を担当するメンバー、あるいは医師の間で少し解析をする、あるいは現状を分析してみるというところも必要な部分ではないかと思うんですけれども、同一の患者さんでの2年間の変化ということですから、プロペンシティとか、そういったことも必要なく、そのまま経時的な変化、それを見ていって、こういうふうな差が出ているということなので、ぜん息の治療に取り組む者としては、目を背けるわけにいかない事実じゃないかなというふうに思っています。

特にご意見はございませんか。どうぞ。

○大谷委員 すみません、大谷ですけれども、大田先生にお伺いしたいんですけれども、私は小児科なので、よく分からないんですが、この内科のいわゆる16歳から64歳の方というのは、主に新しい新規患者はほとんどいないと思うんですね。そうすると、その方たちが2年の経過で、良い薬ができていのに低くなっているというのは、年齢的なもので悪化するということがあるんでしょうか。そこら辺を逆に大田先生にお聞きしたいなと。

私もこれは不思議に思っています、どうしてこんなにいい薬があるのに、また、環境のほうも指導を受けているのに、みんな悪化するって答えているんだろうと思ったのが不思議に思っていたんですが、多分見ている集団は同じように2年間で年を取っているわけですから、その方々が悪化しているという、いわゆる年齢的な背景なのかなと思ったんですけども、いかがですか。

○大田会長 個人的に心配しているのは、幅広く専門医だけでなく、実際に担当している先生方が全てそこに患者さんのことで提示されていくわけですね。

そうすると最近の傾向として、トリプル製剤が悪いわけじゃないんですが、トリプル製剤を1日1回のコンビネーション。そしてそれプラス、これまで出ていたようなタイプのいろんなお薬があるわけですが、まずは薬物療法の中の取り組み方、これが少し安易な方向に流れていっているというのを公害の健診等で患者さんをチェックする機会が幾つか何年かあったんですが、その辺りのところが大分変わってきているんですね。

ですから、前のほうがというのはおかしいんですが、そういう薬剤が多岐にわたらない、手前のところのときの吸入ステロイド、プラス長時間作用性 $\beta$ のコンビネーションのものを、選択肢が少ないだけに、それらを増量したり、加減するという中で、少しきめが細かかったのかなというのがちょっと頭の中をよぎっております。

ただ、ご承知のように、徐放製テオフィリンだとか、ロイコトリエン受容体拮抗薬、そういった薬剤もむしろ調べなきゃ分かりませんが、投与される回数、あるいは投与するということが随分減っているのは間違いないと思うんですね。

じゃあ、どうなっているかという、今のようなコンビネーション、それからLAM Aを加えたトリプル、そしてそれプラス生物製剤のほうに動くわけですが、生物製剤もやはりそれなりにフィットする場合としない場合があるものですから、そういうばらつきの中でこういった結果になっているのでなければいいなと。加齢というので2年間の加齢の中でというのは、成人を見ている場合には、それほど大きな変動は見ないと思います。

ほかの委員の方、いかがでしょうか。

ガイドラインを作成するメンバーの方々にも、こういう事実がちょっと見られたんだけどというのは、情報提供したいなと思いますけれども。

○事務局 岩田先生が手を挙げられています。

○岩田委員 よろしいでしょうか。岩田でございます。

○大田会長 はい、お願いします。どうぞ。

○岩田委員 大谷先生の疑問点は全く同感なんですが、一つ気になりますのは、この解析で16歳から64歳という、非常に身体的な変化が大きい時期と固定された準大人のグループが全部混ざった形での解析ですので、できればやはり20歳未満の部分と、20歳から25歳、あるいは30歳までの部分、そして、30歳以上というような細かに分けて比較するのが一つの手かなと思った次第ですが、いかがでしょうか。

○大田会長 ありがとうございます。

これを、ですから、どういうふうに解釈していくかという中で、そういった部分もきつと必要なんだと思いますが、大谷委員、どうぞ。

○大谷委員 岩田先生、ありがとうございます。

私も先生の提案にとっても賛成で、公害の認定というのが一番最後に行われたのは多分、今、40歳ちょっとの方々なんですね。ですから、先生のおっしゃったように、やはり40歳以上の方と40歳より未満で30歳ぐらいの方と、あと、この制度がいわゆる認められなくなったのが、新規ですね。たしか二十何歳だと思っんですけども、ある程度、背景を分けて比較したほうが、立場が違うほうから見られるのではないかと思います。すみません、余計なことですけども、お願いします。

○大田会長 いずれにしても印象としては、とにかくよりよい状況になっている方が増えていてほしいと。あるいは、発足した当時はまだ吸入ステロイドも使いましょう、使いましょうと言わなきゃいけないような時代からスタートしているわけですけども、そういったことを今、先生方のおっしゃった内容も含めて、当然要素として加わることもあろうかと思いますが、それにしても改善のほうが少ないというのが、どうしても私としてはショックでありました。

ありがとうございます。今後の課題として解析等をまた教われればと思います。よろしく願いいたします。

あとはよろしいでしょうか。

○事務局 事務局からよろしいでしょうか。

○大田会長 はい、お願いします。

○事務局 ご意見をいただき、ありがとうございました。

こちらの(3)重症度の2年間の変化につきましては、年齢区分を細かくすることは可能ですので、今後はそちらのほうを検討させていただきたいと思います。

○大田会長 ぜひよろしく願いいたします。

この場所での質疑は以上とさせていただきます。

次に議事の(3)「主治医診療報告書の手引」等の改正について、資料4-1から4-5「東京都大気汚染医療費助成制度に関する手引の改訂」について、事務局から説明をお願いいたします。この部分が非公開ということで、よろしく願いいたします。

○事務局 説明代わりまして、山口と申します。よろしく願いいたします。

お手元の資料4-1、東京都大気汚染医療費助成制度に関する手引の改訂をご覧ください。

初めに資料の作りなんですけれども、資料4-1におきまして、私から説明させていただきまして、資料4-2から4-5については、現在の手引のものと今後改正予定の手引の内容を新旧表という形で提示させていただいております。

そちらにつきましては説明を省略させていただきたいと思いますが、適宜必要に応じ

て提示させていただければと思います。

それでは、資料4-1をご覧ください。

改定の背景についてです。東京都で行っております、東京都大気汚染医療費助成制度においては、医療機関等での書類の記載方法や東京都における申請書の認定審査の手順を定めた手引を4種類作成しております。その4種類の手引等が皆様のお手元に参考資料の1から参考資料の4まで、4種類お配りしております。ここにも提示しております4種類の手引がございました。

こちらにつきまして、策定してから年数が経過しております、治療方法等の変化や診療報酬の改定等を反映させるため、見直しを図る必要があることから、今回手引の改訂としてご報告させていただいております。

改定の経過ですが、令和6年度に呼吸器系疾患の専門家の方1名による監修のもと、東京都と改定素案を作成いたしました。今年度、令和7年度になりましたらば、改定素案をもとに、大気汚染医療費助成検討部会の委員4名のもとで開催し、手引の改正案を作成してきました。こちらの議論を踏まえまして、今回資料4-2から資料4-5までを改定案ということでご提示させていただいております。

主な改定内容ですけれども、「喘息予防・管理ガイドライン2024」に基づく最新の記載に手引の内容を整理するなど、気管支ぜん息の説明について最新の手引、ガイドラインの内容での記載をさせていただいております。

治療に関する記述が多々ありますが、気管支ぜん息の治療薬として用いられる3剤配合の吸引薬や生物学的製剤に関する記述等を追記させていただきました。

最後に、公費請求の手引について支払基金等における審査の一般的な取扱い等に基づいて、気管支ぜん息を対象とした算定の取扱いを反映したり、現状に応じた公費の対象・非対象の記載をするため、公費対象の手引について改正案を作成しました。

スケジュールにつきましても、令和7年度、今年度内に改定を作成し、令和8年10月以降に、改訂後の手引での運用の開始を予定しております。

手引の一部については印刷を実施し、関係する医療機関等への配布を予定しております。

では、資料4-1の2枚目、お配りしている資料の2面をご覧ください。

改正内容の詳細（抜粋）となりますが、ご案内です。「喘息予防・管理ガイドライン2024」に基づき、最新の記載に整理させていただいている部分の一部を資料の2枚目に記載しております。

気管支ぜん息の定義の説明や診断の説明、また、小児の関係等で鑑別を要する疾患等について、最新のガイドラインに基づいて記載を整理させていただき、全体の手引の本文の内容については、見直しを図ったところがございます。

続きまして、資料4-1の3ページ目をご覧ください。

こちらは実際に主治医診療報告書の手引等で掲載している、実際に医療機関等で患者

様が医療機関医師の先生に書いていただく主治医診療報告書の様式への記載方法の変更です。

大きくは2点ございまして、一つ目が3剤配合吸引薬や生物学的製剤に関する選択する部分が、現在の気管ぜん息に対する治療で選択肢としてこれまでなかったため、そちらについて記載を追記させていただき、表を整理いたしました。

アレルギー検査に関しまして、血液検査からの結果、ダニ、ハウスダスト等の血液検査での記載について、陽性・陰性の記載からクラス分類での記入への変更をいたしました。

続いて、資料4-1の4枚目をご覧ください。

公費請求の手引において、東京都大気汚染医療費助成制度による公費支払いの対象・公費支払いの対象外別一覧表というものがございます。こちらにつきましても、現状の内容での反映をするため、支払基金における審査の一般的な取扱いに基づき、気管支ぜん息を対象とした算定の取扱い等について、反映させていただきました。また、現状治療薬等における最新の記載も追加しております。

新旧表で一部ご説明させていただきますと、在宅医療に関しまして、在宅酸素療法指導管理料の記載や在宅自己注射指導管理料について、公費対象となる部分についての記載を追記し、画像診断については、重症ぜん息の鑑別のため、年1回胸部CT検査を公費対象とする旨を記載、各種加算の中で、発熱患者等への対応加算は公費対象としない旨の記載、最後2点につきましては、こちらが支払基金における審査の一般的な取扱いで、気管支ぜん息を対象とした算定等は対象外となっているものについて、現状にあわせて削除するというような改正をいたしました。

策定から年数がたっていることもあり、主にガイドライン等を手引に反映させることや現状の治療薬等について手引に反映させた改正内容としております。

雑駁ではございますが、事務局からのご説明は以上となります。

○大田会長 どうもありがとうございました。

それでは、質疑をお願いいたします。

一つ気がついたんですが、検査等の改定のところですよ。そこでその前のページですかね。その次の次ですね。今のです。米印の3剤配合吸引薬を吸入薬にしておかないと、よく間違われるものですから。吸引ではなく吸入なので、そこを一応、今度作成のときには、そのまま吸引薬になるといけないので、指摘いたします。吸入薬になります。

○事務局 失礼します。先生、ありがとうございます。

資料上、吸引薬と書いて、作成してしまっておりますが、こちらは表で、手引等の反映には、吸引薬ではなく吸入薬の記載をさせていただきます。吸入薬、吸入ですね。ということで、間違いのないようさせていただきたいと思います。

○大田会長 いかがでしょうか。

今は粘液栓ということが注目されたりするので、分泌物を帯びるためにCTが威力を

発揮するというので、CTも今、認めましょうということかと思います。

よろしいでしょうか。

○岩田委員 すみません。よろしいでしょうか。

○大田会長 はい、お願いします。

岩田委員、どうぞ。

○岩田委員 大変細かいことで恐縮です。この資料4-1の最後のページですが、確認なんですけれども、旧のほうで11の各種加算、その他の下のほうに微生物学的検査、心電図検査云々、これは新では削除になっておりますが、これは要するに対象としないから削除と、そういう解釈でよろしいでしょうか。

○事務局 はい。こちらは公費の対象としないものとして、削除となります。

○岩田委員 はい。了解です。

○大田会長 今まで認めていたものがなくなるというのは、そして拮抗も生じるころかもしれないかもしれませんが、一応こういうふうな形が今の時点での提案ということになります。

ほかによろしいでしょうか。よろしいですかね。

(委員等から発言なし)

○事務局 事務局から1点、すみません。資料4-1の1枚目も3剤配合吸引薬とあったので、こちらにも吸入薬に訂正しておきたいと思っております。

○大田会長 はい。この資料に関連しては、ここまででよろしいんですね。

特になければ、それでは、そのほか何かございましたら、事務局からお願いします。

○環境保健事業担当課長 来年度の開催予定でございますが、本検討委員会は年に1回ということで、来年の1月頃にまた開催させていただきたいと考えております。

事務局からは以上でございます。

○大田会長 ありがとうございます。

特になければ以上で議事は全て終了しましたけれども、さらに本日の委員会を通して、ご意見、ご質問、全体を通しての質疑ができる時間はあると思うんですが、いかがでございますでしょうか。

たくさんの資料を出していただき、分析結果も全て提示していただきました。

(委員等から発言なし)

○大田会長 特になければ、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。ありがとうございます。

○環境保健事業担当課長 委員の皆様、本日は長時間にわたりまして誠にありがとうございます。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、よろしく願いいたします。

議事の中で、様々な提案、ご意見をいただきました。解析に関してはよりよい解析になりますよう、また来年度に向けて検討してまいりたいと思っております。

それでは、これもちまして、第28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。遅い時間までどうもありがとうございました。

(午後 7時44分 閉会)