

第 2 4 回  
東京都大気汚染医療費助成検討委員会  
会議録

令和 4 年 1 月 1 4 日  
東京都福祉保健局

(午後 6時34分 開会)

○環境保健事業担当課長 それでは、ただいまから第24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。

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

本日の会議はウェブ会議形式での開催となっております。円滑に進められるように努力してまいりますけれども、機器の不具合等により映像が見られない、また音声がかえり聞こえ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。

ウェブ会議を行うに当たりまして、委員の皆様には3点ほどお願いがございます。

1点目は、御発言の際には挙手ボタンを押していただき、委員長の方名を受けてから御発言ください。

2点目は、議事録作成のために速記が入っております。御発言の際には、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御発言になりますようお願いいたします。

3点目は、議事に入りましたら、御発言の際以外はマイクとカメラは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、健康安全部長の藤井から御挨拶を申し上げます。

○健康安全部長 健康安全部長の藤井でございます。委員の皆様におかれましては、御多忙のところ、また遅い時間の開催にもかかわらず委員会に御出席いただき、誠にありがとうございます。

大気汚染医療費助成につきましては、18歳以上の認定患者に月額6,000円の自己負担をお願いする制度としてから間もなく4年が経過いたします。令和3年12月末時点の認定患者数は5万1,864人となっております。また、このたびの新型コロナウイルス感染症の蔓延による緊急事態宣言の発令を受けまして、更新期間の延長等の措置を講じてまいりました。今後も引き続き必要な対応を行ってまいります。

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、患者データの解析などについて御審議いただき、皆様には、それぞれ専門のお立場から忌憚のない御意見をいただければと存じます。本日はどうぞよろしくをお願いいたします。

○環境保健事業担当課長 申し遅れましたが、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。どうぞよろしくをお願いいたします。

それでは、委員の皆様を御紹介させていただきます。御所属、役職につきましては省略させていただきますので、委員名簿のほうを御覧いただければと思います。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、音声確認も兼ねて一言御発言いただければと思います。

大田委員でございます。

- 大田委員 大田でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。
- 環境保健事業担当課長 川上委員は遅れていらっしゃるようですね。

蓮沼委員でございます。

- 蓮沼委員 東京都医師会、蓮沼です。よろしくお願ひします。
- 環境保健事業担当課長 根本委員でございます。
- 根本委員 東京都薬剤師会の根本です。よろしくお願ひいたします。
- 環境保健事業担当課長 よろしくお願ひします。根本委員につきましては、今回から委員会に御参加いただいております。

続きまして、岩田委員でございます。

- 岩田委員 岩田でございます。よろしくお願ひいたします。
- 環境保健事業担当課長 続きまして、内部委員の田中委員でございます。
- 田中委員 田中でございます。よろしくお願ひいたします。
- 環境保健事業担当課長 続きまして、渡部委員でございます。
- 渡部委員 渡部でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。
- 環境保健事業担当課長 なお、本日、大谷委員、王委員、北村委員、成田委員から、御欠席との連絡をいただいております。

続きまして、配付資料の確認をさせていただきます。皆様には、議事次第、委員名簿、資料1から資料7、参考資料1から参考資料5までをお配りしております。不足等はありませんでしょうか。よろしいですね。

(なし)

- 環境保健事業担当課長 本日は、令和3年8月1日からの新たな委員の任期となりまして初めての委員会の開催となります。東京都大気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御選出いただきたいと思ひます。どなたか御推薦いただけますでしょうか。
- 岩田委員 岩田でございます。

これまでと同じように大田委員にお願いできたらと思ひます。

- 環境保健事業担当課長 ありがとうございます。

ただいま、岩田委員から、大田委員に会長をとの御推薦をいただきましたが、いかがでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

- 環境保健事業担当課長 ありがとうございます。異議なしということでございますので、それでは大田委員に会長を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 では、御指名いただきまして、大田でございます。お引き受けいたしたいと思ひますので、どうぞよろしくお願ひいたします。
- 環境保健事業担当課長 続きまして、副会長でございますけれども、同じく東京都大気

汚染医療費助成検討委員会の設置要綱第5条の2に基づき、会長の指名により副会長を御選出いただきたいと思っております。

大田会長、どなたか副会長の指名をお願いしたいのですが。

○大田会長 川上委員をお願いしたいと思うのですが、いかがでしょうか。

○環境保健事業担当課長 今、大田会長から、川上委員を副会長にとの発言がございましたが、いかがでしょうか。皆さん、異議はございますでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○環境保健事業担当課長 異議なしということで、川上委員はまだ会議には来られていませんけど、後ほど皆様の推薦により副会長になりましたとお伝えさせていただきたいと思っております。

それでは、大田会長、以降の議事の進行をよろしくお願いたします。

○大田会長 それでは、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条により、本委員会で特に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いうことで、以上、異議ございませんでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○大田会長 では、異議なしということで、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、よろしくお願いたします。

それでは、早速、議事に入りたいと思っております。

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っております。

では、事務局から説明をお願いします。

○事務局 それでは、御説明させていただきます。

まず、資料1を御覧ください。

大気汚染医療費助成制度における各年度の認定者数でございます。直近の令和3年12月末時点の認定者数は、成人は4万9,222人、小児は2,462人、合計で5万1,684人となっております。昨年度末と比較しますと約3,000人の減となっております。

資料1につきましては以上でございます。

○大田会長 それでは、質疑等があればお願いたします。資料1についてですけれども、いかがでしょうか。

3,000人というのは、これまでの数字の減り方でいくと少しは少ないのですが、しかし、とにかく減少が続いているというふうなことですよね。

○事務局 そうですね。減少の幅は減ったりするのですが、やはり減少傾向にあるというところでございます。

○大田会長 よろしいでしょうか。

(質疑等なし)

○大田会長 特になければ、このことに関して質疑は以上とさせていただきます。

次に、資料2、「新型コロナウイルス感染症」に関わる、東京都大気汚染医療費助成制度の運用について、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を御覧ください。「新型コロナウイルス感染症」に関わる、医療費助成制度の運用についての御報告でございます。

令和2年4月の国の緊急事態宣言を受けまして、都は、特別措置条例による医療券更新期間の延長や主治医診療報告書の省略など、実施をまいりました。1ページ目は前回の検討委員会のほうで御報告した内容でございまして、裏面、2ページ目、令和3年4月の緊急事態宣言からが今年度の対応となりまして、継続して実施をまいりました。令和3年12月末をもちまして、医療券更新期間の延長や主治医診療報告書の省略などの事業を終了しております。

資料2につきましては以上となります。

○大田会長 ありがとうございます。

それでは、資料2の質疑等がありましたらお願いいたします。特にございませんでしょうか。

やはり期限内にちゃんと申請するということが必ずしもかなわないということに対する措置もできてあって、延長ということを生かした申請者の方々というのも大分あったのかなと思いますが、その辺りは数字として出ているものでしょうか。

○事務局 延長に関しては個々のケースなので統計は取れていないのですが、主治医診療報告書の省略に関しましては、この省略の件数を見ますと、更新件数に対しまして約3%の更新対象の方が主治医診療報告書の省略を行ったという結果が出てございます。

○大田会長 ある程度特殊な状況であるけれども、そのおかげで生かされて、その制度がうまく活用されたということで解釈できるのかなと思いますが、よろしいでしょうか。特に質疑等はないようですね。

(質疑等なし)

○大田会長 それでは、今度、次に移らせていただきます。資料3、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3を御覧ください。令和2年度の医療費助成状況を取りまとめた資料でございます。

2ページをお開きください。年齢別の認定者数の表でございます。50歳の山と73歳の山が大きくなっております。

次に、3ページをお開きください。上段、公費支払額合計表の右下を御覧ください。令和2年度の医療費助成の支払額合計として、13億6,900万円余りの支払額となっております。

少し飛びまして、8ページをお開きください。8ページには年齢別外来利用数、隣の

9 ページは年齢別入院の利用率となっております。

次に、10 ページをお開きください。一番下の表が診療月別診療区分別、入院と外来の件数の表となっております。

資料3につきましては以上でございます。

○大田会長 ありがとうございます。

では、この資料3について質疑等がございましたらお願いいたします。

いかがでしょうか。図表も含めて見ていただければと思いますけれども。

外来の利用のところですかね、8 ページは非常に崖のような形で山が突然ぽつと下がってまた上がっていくというふうなこと、これはそのまま見えているとおりに実際にそういうふうな、すんと下がる場所というのがあるということですよ。

○環境保健事業担当課長 この調査だと、19歳のところと76歳のところが下がっているかと思えますけれども、制度といたしまして、大人の18歳以上の方は平成27年度が最後の申請で更新がないということで、それ以降の18歳未満との境があるというのがまず一つでございます。また、76歳以上につきましては後期高齢者医療制度がございますので、その制度を活用しているということで、このグラフで下がっているというのが理由でございます。

○大田会長 そして、その後またずっと上昇カーブを描くのですが、75歳のところまでのずっと上り、それからその後、後期高齢者の恩恵を受けているといってもまた上がっていくということで、特別それが理由という理由づけは難しいのだと思えますけれども、非常に印象的だなと思うのですが。

○環境保健事業担当課長 やはり年齢が上がっていくことによって利用月数が増えていくという傾向が見えているのかというふうに思っております。

○大田会長 ですから、これ自体は外来の利用ということでありまして、必ずしもぜん息がベースにあるということは間違いはないのですが、それ以外のことも外来を受診したということで、例えば血圧の管理、脂質の管理、そういったことも含めたものがバックグラウンドとしてぜん息も含めながら出てくるというふうに考えていいのでしょうか。

○環境保健事業担当課長 こちらにつきましては、あくまでもこの医療費助成制度の活用でございますので、ぜん息の医療費助成制度を活用した外来利用月数ということになります。

○大田会長 そうですよ。ですから、見る側としてはそれを含めながらも、しかし、いわゆる併発していることへの管理ということでの期間の選定とか、そういうことも背景に起こり得るのかなとちょっと思ったものですから。

○環境保健事業担当課長 これはもう一つ、下のn数ですね、年齢がいきますと、例えば100歳、101歳から103歳というところで、100歳が9名の方、103歳が5名というふうになっておりますので、その中での使用なし、1回から3回、4回から6

回というようなパーセンテージというふうな形になります。

○大田会長 よろしいでしょうか。何か御質問、御意見があればお受けしますけれども。

○岩田委員 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。

○岩田委員 9ページの入院ありのところも、やはり大田先生がおっしゃったような疑問を私も感じたところがございます、一番右側の101歳から103歳のところで入院ありが一番率として多いわけですね。ですから、これも本当に気管支ぜん息で、あるいは閉塞性肺疾患での入院なのかどうかというのは若干疑問を感じた次第です。ただ、これを、だからといってどうしましょうというところは難しいとは思いますが、統計の解釈として疾患名での入院であるかどうかというのはちょっとクエスチョンマークをつけたい気がした次第でございます。

以上です。

○大田会長 ありがとうございます。

どうしても細かいところまでの振分けは分からないけれども、今言われた助成の制度の中で医療が行われたということは手がかかりでカウントされるけれども、入院の直接の理由がぜん息発作とか、そうとは限らないのではないかという、そういうことが一つ疑問として提起されていると考えていただいていると思うのですが、その辺りは、実際に今、岩田委員も言われたような形で見ておいたほうがいいのでしょうか。

○環境保健事業担当課長 先ほども御説明いたしましたように、今この一番右側のn、101歳から103歳、nが5で20%が入院ありということでございますので、5名の方のうち1名様が入院されている。その次の100歳のところもnが9ですので、そのうち10%といいますとこれも約1名の方がこの助成制度の中のぜん息の助成を使われている中での入院をされたということになります。

○大田会長 いや、質問の意図は、ですからこれが一つの発端であって、それまでのその左側のところもずっと上った形になっているものですから、それで私個人としても、その背景になっている入院のときにぜん息を持った方が入院されているということで、当然その入院中に助成を受けるわけですがけれども、受けられる範囲でですね。しかし、主たる入院の理由までそこに踏み込んだ形で入院ということがそれぞれ判別されているかどうかということに関する疑問、それが答えられる内容なのかなということですね。ですから、年を取ればそれだけいろんなことが起きてくるというのが一つの意識の中にあるものですから、加齢とともにぜん息もコントロールが不良になって入院される率が上がるのかなということにも疑問がつながるわけですがけれども。

○環境保健事業担当課長 この入院の際の助成についてはその疾患に該当するものはお支払いするというようになっておりますので、先生がおっしゃっているようなほかの病気が原因で入院された後にこのぜん息の治療をされた場合であるとかということも可能性としては入ってくる可能性はありますので、完全にぜん息がきっかけ、そういうような

発作がきっかけで入院した際のみというふうには考えられない部分もあるかと思えます。

○大田会長 はい、分かりました。これを幾らいろいろ混ぜ返してもあれですが、割合見えてきたかなということでしょうか。

(委員等から発言なし)

○大田会長 それでは、次に資料4、外来・入院等の患者の傾向に関する調査について、事務局から説明をお願いいたします。

○環境保健事業担当課長 ただいま川上先生が入られましたので、川上先生、今回、会長からの指名で副会長をお願いさせていただきたいということで皆様のご了承をいただきました。参加に当たって一言だけ御挨拶いただければと思いますが、いかがでしょうか。

○川上副会長 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 よろしくお願いいたします。

○大田会長 よろしくお祈りいたします。

○環境保健事業担当課長 では、大田会長、資料4のほうに進めさせていただいてよろしいでしょうか。

○大田会長 はい、どうぞよろしくお願いいたします。4のほう、お願いします。

○事務局 それでは、資料4を御覧ください。こちらの資料は、医療費助成システム上での外来や入院の件数が、平成29年度実績よりも6,000円の自己負担が始まった平成30年度の実績数が減少したことに関して、平成30年度にカウントされていなかった認定患者の方々の平成29年度の重症度や医療費助成額の状況をまとめ、前回の委員会で御報告させていただきました。また、平成29年度末時点で助成対象であり、平成30年度末時点で更新しなかった方の重症度調査、入院・外来別の医療費助成実績をまとめて、併せて御報告させていただきました。その中で、委員から自己負担のない18歳以下は対象から外すことにより状況がより明確になるのではという御意見をいただきましたので、今回、19歳以上に対象を整理いたしまして御報告させていただきます。

1ページを御覧ください。1、外来患者の重症度別調査でございます。

①は、平成29年度中にシステム上で1回以上外来実績がある方の重症度別人数でございます。前回御報告いたしました18歳以下も含めた総計数は7万5,734人でしたが、19歳以下ですと総計で6万9,318人になります。

②は、①の実績がある方のうち、平成30年度の医療費助成システム上で実績がない方の人数の総計は3万7,485人となっております。

重症度別割合は下の表のとおりとなっております。前回御報告した18歳以下も含めた患者数総計は3万9,381人、重症度割合では、軽症間欠型14.3%、軽症持続型41.2%、中等症持続型31.0%、重症持続型13.0%、最重症持続型0.6%となっております。

2ページを御覧ください。2、外来患者の月別の医療費助成実績でございます。

①は、平成29年度中にシステム上で1回以上外来の実績がある方の月の助成金額別



件数でございます。昨年度、こちらも報告いたしました18歳以下も含めた総計数は59万2,028件でしたが、今回、19歳以上ですと総計で55万1,359件となっております。

②は、①の実績のある方のうち、平成30年度の医療費助成システム上で実績がない方の件数の総計は26万6,718件でございます。金額別割合は、1円から6,000円が68.2%、6,001円から1万円までが21.6%、1万1円以上が10.3%となっております。前回報告いたしました18歳以下も含めました総件数は28万99件、金額別件数では、同じく1円から6,000円が68.3%、6,001円から1万円までが21.5%、1万1円以上が10.2%という結果となっております。

続きまして、4ページを御覧ください。こちらは入院患者の重症度別調査でございます。

①は、平成29年度中にシステム上で1回以上入院実績がある方の重症度別人数でございます。昨年報告いたしました18歳以下も含めた総計数は1,893人でしたが、今回、19歳以上ですと総計で1,763人になります。

②は、①の実績がある方のうち、平成30年度の医療費助成システム上で実績がない方の人数の総計は1,404人でございます。

重症度別で表しますと、左から6.7%、22.4%、32.5%、34.4%、4.0%という結果が出てございます。前回御報告した18歳以下も含めた患者総計数は1,524人となっております。重症度割合は、軽症間欠型が7.2%、軽症持続型が22.7%、中等症持続型が31.7%、重症持続型が34.2%、最重症持続型が4.2%となっております。

続きまして、5ページを御覧ください。4、入院患者の月別の医療費助成実績でございます。

①は、平成29年度中にシステム上で1回以上入院の実績がある方の月の助成金額別件数でございます。昨年報告いたしました18歳以下も含めた総件数は3,562件でしたが、今回の19歳以上ですと総計で3,211件になります。

②は、①の実績のある方のうち、平成30年度の医療費助成システム上で実績がない方の件数となっております。総計は2,315件でございます。金額別割合は、1円から6,000円が43.6%、6,001円から1万円が3.8%、1万1円以上が52.6%となっております。こちら前回御報告した18歳以下も含めた総件数は2,643件でございます。金額別件数では、1円から6,000円までが42.1%、6,001円から1万円までが3.5%、1万1円以上が54.4%となっております。

続きまして、7ページを御覧ください。こちらは、更新しなかった方の傾向調査でございます。こちらは、平成29年度末時点で助成対象者であり、30年度末時点で更新

しなかった19歳以上の方の各項目について調査をいたしました。

①は、平成30年度に更新しなかった方の平成29年度末重症度別人数でございます。こちら昨年報告いたしました18歳以下も含めた総計数は1万200人でしたが、今回、19歳以上ですと総計で8,544人になります。重症度別の割合は、軽症間欠型で16.7%、軽症持続型で41.4%、中等症持続型で27.9%、重症持続型で13.1%、最重症持続型で0.8%となっております。こちら前回御報告した18歳以下も含めた患者数総計数は先ほど申し上げた1万200人ございまして、重症度割合では、軽症間欠型が22.2%、軽症持続型が39.3%、中等症持続型が26.0%、重症持続型が11.8%、最重症持続型が0.8%となっております。

③は、更新しなかった方で、平成29年度中にシステム上で1回以上外来実績がある方の月の助成金額別件数でございます。こちら昨年報告いたしました18歳以下も含めた総件数では5万6,575件でしたが、今回の19歳以上ですと総件数で4万8,792件になります。金額別割合は、1円から6,000円までが66.8%、6,001円から1万円が22.1%、1万1円以上が11.1%という結果になってございます。こちら、前回御報告した18歳以下も含めた件数は先ほど申し上げた5万6,575件でして、金額別割合では、1円から6,000円までが67.5%、6,001円から1万円までが22.0%、1万1円以上が10.6%となっております。

次に、更新しなかった方で、平成29年度中にシステム上で1回以上入院実績がある方の月別、助成金額別の件数でございます。1ページめくっていただきまして、8ページを御覧ください。

昨年報告いたしました18歳以下も含めた総件数では498件でしたが、今回、19歳以上ですと総件数で488件になります。金額別割合では、1円から6,000円までが41.0%、6,001円から1万円までが3.3%、1万1円以上が55.7%となっております。こちら前回御報告した18歳以下も含めた総件数は498件となっております、金額別の件数割合で、1円から6,000円までが41.0%、6,001円から1万円までが3.2%、1万1円以上が55.8%となっております。

資料4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、資料4について質疑等がありましたらお願いいたします。

パーセンテージがたくさん出てきて、いわゆるこのデータが出る前のこちらとしての予測、それがどういうところにあったのがこれで結果としてどうだったかというのが一つ鍵を握る制度の一つのメッセージになるのではないかなと思います。

19歳以上の患者さんのことがずっと処理されているということで、ちょっと言い間違いをされたものですから、最初のところだけ。一応記録のほうで。あとはずっと以上ということを明確にさせていただきましたけど、全部そうですよね。1ページ目から全て以上というものに焦点を絞って見ていったということと、それから申請された方・され

ない方ということで、されていない方がどういうふうなポピュレーションの人かということも含めて検討がなされたということになります。ちょっと意外だったのは、統計学的な処理をすると多少有意差の出るものがあるのかどうか分かりませんが、もっと軽症の方が多くそちらのいわゆる申請をしなかった側にいらっしゃるのかなと思いましたが、意外と差がないと考えてよろしいのでしょうかね、これは。重症度の分布ですけれども。

○環境保健事業担当課長 我々としては大きな差はないというふうに現段階では考えております。

○大田会長 ほかの委員の方々、いかがでしょうか。

この内容がどういう形で生かされるかということにもなるのだと思いますけれども。

○岩田委員 岩田でございますが、よろしいですか。

○大田会長 はい、お願いいたします。

○岩田委員 なかなかこれはどう解釈していいのかわからないなと思って、改めて拝見してみました。例えば1ページ目の②のところは、平成29年は外来受診したけれども平成30年は受診されていないという人々を拾った後の重症度分布が受診した人たちと比べてそう変わらないという、奇妙な現象と思うのですが、制度的にこんなに、本来必要であろうと思われる方々が平成30年にやめちゃってどうされているのだろうかという心配があるのですが、すみません、解釈がよく分からないままの感想のみで申し訳ありません。ちょっと心配したところです。

○大田会長 実際にその辺りのところがこれだと分からなくて、なぜ同じような形で分布が得られているのかということに意外感といいますか、そしてそれをどう解釈するかということに疑問が出てくるということで、この先でこれを生かすという点で何か構想がございますでしょうか。あるいは、私たちのほうでそういうことを意見として出さなきゃいけないのかなとも思いますけれども、ちょっとはつきりしないですね。

○環境保健事業担当課長 我々もこのデータをどういうふうに取り扱うかということがございまして、あくまでも大前提といたしまして、この実績のない方の重症度別割合というのが、これはあくまでも制度上の実績がないということになりますので、我々は助成を行っていないということになりますので、全く受診していないということではなくて、自己負担の範囲内での受診はされている可能性はある、全くされていないのか自己負担内で受診されているのかというのは我々のシステム上は区別できないものですから、全く受診していないかどうかちょっとデータ上は分かりませんが、でも6,000円を超えていないという状況というのを前提としてデータを見ざるを得ないというのが実情でございます。

○大田会長 ですから、助成しようがないですね。分かりました。通常やっぱり薬価が、医療費の程度が全然重症化するにつれて変わってくるし、それから抗体療法というかそういうことも御承知のように、そう簡単にぱっと何もなしになるというわけではない

ので、実績がある・ないという一つの指標の中で分けてはいますけれども、その辺りのところが我々が考えているほど明確なものになっていないのかなというふうに思わざるを得ないわけですけど。

よろしいでしょうか。ちょっとこれは深入りしてもあまりはっきりしないところもありますので、特になければ次の資料5に移りたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(質疑等なし)

○大田会長 次に、資料5ですけれども、認定患者の重症度変化について、事務局のほうから説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、資料5を御覧ください。こちらは新しい資料となります。認定者の重症度が更新ごとにどのような変化があるのか追えないかという御意見が検討委員会や患者会のほうから出ておりました。これを受けまして、今回、平成27年度、平成29年度、令和元年度に更新されました認定者をひもづけいたしまして、重症度の割合の変化を①の表として取りまとめました。

②の表は、①の表の認定者のうち、自己負担が始まりました平成30年度から令和元年度にかけて、こちらも医療費助成システム上で入院・外来の実績がない方をピックアップいたしまして整理した表となっております。

裏面に行ってくださいまして、2ページには参考といたしまして、平成28年度、平成30年度、令和2年度に更新された認定者の方をひもづけさせていただきます、重症度の割合の変化を表として取りまとめております。

資料5につきましては以上でございます。

○大田会長 ありがとうございます。

では、資料5につきまして、何か御意見、御質問がございましたら、どうぞお願いいたします。

重症度の割合の変化ということで、治療の面からいきますとある程度ガイドライン等、推奨されている方法に沿った治療がこういった制度を通じてより実行されるようになるという背景もちょっと期待しながら、その重症度の分布に変化が出るかということも少し見えるかなと思っていただけですけども、その辺りはそれほど明確には出ていないと考えたほうがよろしいでしょうかね。これはあくまでも治療内容を基準にして、その重症度の提言に沿った最重症持続型ということも含めて分布を見ているということになると思うのですが。

特にございませんでしょうか。なかなかその資料4・資料5辺りのところがそう派手に年度ごとに動いているわけではないというのがまず一つですね。よろしいでしょうか。

利用実績のない方の②のところですかね、②のところ統計処理はないけれども下のほうの中等症持続型より下のところの軽症持続型・軽症間欠型の比率が目で見ても令和元年は増えているというところでしょうかね。それは多分有意差が出そうだなと思っていましたけども。

じゃあ、特になければ次に移らせていただきますが、よろしいですか。

(質疑等なし)

○大田会長 では、次に議事の2番、患者データ解析についてということで、まず資料6-1から6-7、大気汚染医療費助成制度の患者データ解析結果について、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6-1を御覧ください。毎年度実施している患者データ解析結果でございます。令和2年4月から令和3年3月認定分の主治医診療報告書及び質問票から得られたデータを分析し、保健医療分野と生活環境分野に分けまして御報告させていただきます。

集計の対象となりました主治医診療報告書は2万4,822枚、任意提出の健康・生活環境に関する質問票は2万2,415枚で、回収率といたしまして90.3%となっております。私のほうからは、保健医療分野を御報告させていただきます。

解析の目的といたしましては、医療機関受診等を把握し、保健指導方法の検討、服薬状況など患者の実態を把握、保健指導を強化すべき階層別の分析などを行っております。

それでは、主にこちらの解析項目につきまして御説明いたします。

まず、2ページを御覧ください。集計対象者の内訳でございます。性別は、女性が64.8%、男性35.2%となっております。年齢階級別では、40歳～59歳の割合が36.9%と一番高くなっております。新規更新別では、更新の割合が98.2%となっております。

3ページを御覧ください。年齢層・男女別患者数でございます。一般的に言われます、小児は男児が多く、成人は女性が多くなる傾向が確認できました。

続いて、4ページを御覧ください。喘息の重症度分類でございます。対象の認定患者全体では、軽症間欠型が20.0%、軽症持続型が29.0%、中等症持続型が30.7%、重症持続型が18.3%、最重症持続型が1.4%となっております。表のほうは年齢階級別性別の重症度分類の表となっております。男女とも19歳以下では軽症型の割合が高く、20歳以上では中等症持続型以上の割合が高くなる傾向が確認できました。

続いて、5ページを御覧ください。QOLスコアについてでございます。年齢階級別のQOLランクのどちらの表でも、「3、不良」の割合は、合計は15%となっております。

続いて、少し飛びまして8ページを御覧ください。医療機関の受診状況でございます。主治医の指示に従って定期的に通院することが重要とされておりますが、「定期的に受診」と答えた方の割合は89.4%でした。

続いて、9ページを御覧ください。救急外来の受診状況でございます。重症度別に見た割合では、重症度が上がるほど救急外来受診が多いことが確認できました。

少し飛びまして、15ページを御覧ください。こちらは吸入ステロイドの使用状況で

ございます。吸入ステロイドが処方されている方のうち、処方どおりに使用していると回答した割合は80%でございました。

次に、19ページをお開きください。自己管理手段の利用状況でございます。ピークフローや喘息日記を利用していると回答した割合は10%となっております。

続きまして、22ページを御覧ください。こちらは、喫煙経験の有無と重症度の関係でございます。男女ともに喫煙経験の方が重症度は高くなる傾向にありました。

続いて、26ページを御覧ください。こちらは受動喫煙の状況についてでございます。自宅や職場での受動喫煙の機会についての質問で、60%の方が何らかの機会があったとの回答がありました。

続いて、28ページをお開きください。ぜん息の発症年齢についてでございます。20歳以上の方について年齢階級別に見ると、年齢が上がるにつれて成人発症の割合が高くなり、重症度別に見ると、重症度が上がるにつれ、成人発症の割合が高くなっておりました。

資料6-1については以上でございます。

続きまして、資料6-2を御覧ください。こちらは、平成28年度から令和2年度までの5年間の患者データの年度推移を項目別に取りまとめたものでございます。

3ページをお開きください。こちらは年齢別の表となっております。40歳以上の割合が高く、15歳以下の割合が減少傾向となっていることが確認できてございます。

続きまして、4ページから7ページまでが重症度の男女別、年齢階級別で分類しております。平成28年度からは大きな変化はなく推移してございます。

続きまして、8ページをお開きください。こちらは喫煙関係で(2)同居者の受動喫煙割合の年度変化でございますが、平成28年度から減少傾向にあることが確認できております。

続きまして、9ページ以降は、受診状況、救急外来状況、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。

資料6-2につきましては以上でございます。

続きまして、資料6-3を御覧ください。

こちらは前回の検討委員会で御報告した受動喫煙の調査項目で、資料5-1の(5)喫煙との関係、同居者の喫煙、及び資料5-2、3、喫煙、(2)受動喫煙、同居者の受動喫煙により御報告させていただいたのですが、提出がありました主治医診療報告書と質問票を業者にパンチ入力の委託をいたしております。そのデータをこちらで解析しているのですが、そのデータに入力の誤りが確認されました。今回、正しい数値を基に修正いたしまして、2ページ以降、上段の表が誤りで、下段の表が正しい正誤表となっておりますので、これをもって御報告させていただきたいと考えております。

2ページ以降、上段の表が誤りで、下段の表が正しい表として御報告させていただいております。2ページから3ページにかけては、重症度別・年齢別の割合の表となつて

おります。

4 ページを御覧ください。4 ページは年度別同居者受動喫煙の割合の表となっております。上段の表では令和元年度が増加に転じていたという御報告を昨年度させていただいたのですが、正しく精査したところ、正しくは令和元年度 7.7%ということで減少しておりました。こちらは平成 27 年度から減少傾向にあるということで修正させていただきまして、この資料をもって御報告をさせていただきます。

資料 6-3 については以上でございます。

また、引き続きまして、資料 6-4 を御覧ください。

こちらは、喘息の重症度に及ぼす因子の検討を毎年度実施してございます。認定患者のデータから、1 ページ目の 4 の (2) の因子が重症度に影響を及ぼすかを解析してございます。

裏面の 2 ページを御覧ください。回帰分析をした結果、表にある因子が重症度に及ぼす因子の可能性が示唆されました。

資料 6-4 については以上でございます。

○事務局 続きまして、資料 6-5 を御用意ください。生活環境分野の解析について御説明させていただきます。

解析の目的は、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として、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される取組を調査しております。

解析項目と解析資料は記載のとおりです。

それでは、2 ページ目を御覧ください。(1) は年齢層の内訳です。

(2) は同一患者における QOL ランクの変化で、同一患者の平成 30 年度と令和 2 年度の 2 年間の変化を集計したものです。これにおいても、悪化した患者より改善した患者の割合が高いことが分かりました。

3 ページ目を御覧ください。(3) は同一患者における重症度の変化ですが、先ほどの QOL ランクと同様に、悪化した患者より改善した患者の割合のほうが高いことが分かりました。

(4) は、医療機関等での生活環境整備に係る指導状況です。アは年代で集計したのですが、全体では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。

4 ページ目を御覧ください。ウは生活環境整備の指導の内容ですが、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くなっていました。

5 ページ目を御覧ください。(5) は生活環境整備の取組状況を集計いたしました。表は「ぜん息と診断される前」と「現在」とで生活環境整備の実施状況を比較したのですが、全ての項目で診断前よりも現在のほうが実施率が高いことが分かりました。

6 ページ目を御覧ください。こちらは生活環境整備についての指導の有無と、生活環

境整備の実施状況を集計したものです。いずれの項目についても、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。

続いて、8ページ目を御覧ください。(6)では生活環境整備の効果の感じ方を解析しました。アの左側の円グラフは生活環境整備を実施しているか、右側の円グラフは、発作の回数の減少等の効果を感じているかを集計したものです。生活環境整備の項目を一つでも実施していると回答している患者は全体の9割、そのうち効果を感じていると回答した患者は7割ほどとなっていました。

8ページの一番下の棒グラフは65歳以上をさらに年齢ごとに分けたものですが、高齢になるに従って実施率が下がっておりました。

9ページ目を御覧ください。こちらは、生活環境整備の効果の感じ方と重症度をそれぞれ集計したものです。15歳以下、16歳以上のいずれも、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。

続いて、13ページを御覧ください。(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。解析対象は、平成30年度に生活環境整備を一つも実施していなかった患者のうち、令和2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といたしました。解析内容は、令和2年度に生活環境整備を実施・未実施の群に分け、効果を感じている割合を算出し、割合の差を算出しました。また、統計解析としてFisherの正確確率検定を行いました。結果ですが、表の網かけをしている七つの項目で生活環境整備を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有意に高いことが分かりました。

14ページを御覧ください。こちらは過去5年間の解析結果です。項目19の「マットレスの表裏に掃除機をかけている」が過去にも有意差が認められておりまして、実施した効果を感じやすい項目かと考えております。

ここで資料が一旦変わりますが、6-6をお開きいただけますでしょうか。

こちらの項目について解析を行いました。この解析の結果に誤りがありましたので御報告をさせていただきます。解析対象の抽出方法に誤りがあり、本来、解析対象とすべきでない患者も含めて解析を行ってございました。正しい解析結果は4ページ・5ページに示したとおりでして、先ほどから御覧いただいている資料6-5、14ページの令和元年度の部分は正しい解析結果でお示ししております。

資料6-5に戻っていただけますでしょうか。6-5の15ページを御覧ください。

(9)ぜん息症状の改善にとって重要だと思うもの二つを尋ねたところ、年ごとに割合の若干の差はあるものの、「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ました。

資料6-5、6-6については以上です。

続いて、資料6-7をお開きください。ぜん息重症度の経年変化に及ぼす因子の検討です。



患者の重症度の改善または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、ロジスティック解析を実施いたしました。対象は、平成30年度と令和2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、2年前から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。また、15歳以下、16歳から64歳、65歳以上と分けております。解析方法は、目的変数を重症度の改善／悪化とし、説明変数は、Fisherの正確確率検定で選別したところ、4のイに記載しているものが選択されましたので、この因子で解析を実施しました。解析の結果ですが、各年代でそれぞれ因子が選ばれてきたのですが、重症度に影響を与えていると考えられるものは見いだされませんでした。

私からは以上です。

○大田会長 どうもありがとうございました。

非常にたくさんの資料を提示いただきましたけれども、全体を通して、では質疑に入りたいと思います。いかがでしょうか。

まずは、大気汚染医療費助成制度の患者データ解析結果で、これは性差のことが示されました。それからQOLのことも示されておりますが、不良分というのが割合としては15%、それが年齢も分けてありましたから0～15歳と16歳以上、共に同じ数値が出ているということですね。

それから、ずっと飛ばしてありましたけども、救急外来の受診に関してはやはり重症度が増すごとに増えているという形ですね。

それから、吸入ステロイドの普及は確かなものになっているというのも15ページからはっきりしておりますが、しかしながら、やはりアドヒアランスという点では満足できるとはまだ言い難い部分もあるということで、投与されていても、80%というのはいい数字だと思いますけれども、しっかりその使用をきちんとやっていただくという点では努力する余地があると、患者さんによってはそういうことが必要だということも分かっています。アドヒアランスに関していろいろ改善するというのは、実際に実地医療の場で工夫されているところでもあります。

それから、モニタリングのところに関しまして、自己管理につながるものですが、ピークフローメータは意外と日記よりも普及している、実際に使われているということがこれで分かりまして、以前、大分前のことですが、ピークフローメータを持っているけれども使っていないよということから見ると、実際に貸与されている方は使われていると。

それから、喫煙に関しては特に大きな変動もなく、これまで私たちが観察してきたことがそのまま再現性を持って常に出てくると。残されたこととして受動喫煙のところ、それから、今いわゆる電子たばこというふうな表現をされますけども、そういったものの普及に伴った受動喫煙というところが少しテーマとして学会等でも取り上げられてい

るところかと思いますが、その辺りのところをはっきりさせていくのはまだ時間が必要であろうというところかと思いますが。

重症度の変化もあまり見られなかったわけですね。

それからあとは、受動喫煙、ここで取り上げられておりましたが、誤った処理があったために、あれ、どうしてだろうと言っていたことが割合すっきりとしていて、特に資料6-3の4ページのところの突出していた令和元年の12.9%の受動喫煙の割合がぼんと増えたわけですが、現実実際に訂正されますと、リーズナブルといいますか、むしろいい方向に減る傾向を示したということで、これは納得できてよかったのではないかと思います。

環境整備ということに関しましても、非常に詳細にいろんな項目を挙げられていて解析がなされているわけでありますけれども、実際にこの中で有意であるということさらには強調して実際の生活指導の中に役立てていくというその基本になる資料が得られているのではないかというふうに感じました。ただ、重症度を大きく変えるものではないというのも背景にありますけれども、いわゆるもっと重症度というよりもコントロールというふうな面から見ると、やはりこれまで蓄積されている学会での、あるいは論文で報告されていることがある程度反映されてくるというふうに考えていいのかなというふうに思いました。ですから、ここで有意差を示した介入をする項目、それに関してはやはり今後とも注視していくということだと思います。特にマットレスに関しては表裏をやるということがずっと年度をまたいで全年度にわたって有意な結果、いい結果を示しているというのも非常に印象的ではなかったかと思いますが。

いかがでしょうか。ぜひ何か御意見がありましたら述べていただければと思いますけれども。

大体予定どおりに時間は進んでいるようでありますけれども。

ぜひここに出てきたことに関して、よりメッセージとして出せる形に今後整っていけば、こうした得られた膨大な資料というのが有意差を持って出たことについて生かされるということではないかなと思います。

ありますか、何か。

○根本委員 東京都薬剤師会の根本と申します。

○大田会長 はい、お願いします。

○根本委員 すみません。私は今回初めてこちらのほうに参加させていただきまして、こちらの資料、本当に大事な資料だなと思いました。特に吸入ステロイドの部分の、割合が高いのはもう当たり前と言えれば当たり前のことだと思うのですが、やはり薬局で薬剤師がそのステロイドの吸入の仕方、特に最近の薬、デバイスがすごく多くなってきております。なので、その吸入の仕方だったりとかしっかり吸入できているかどうかというところを薬局薬剤師がしっかりそこで聞き取りだったりとか確認が取れるようにもっともっとやっていかなきゃいけないのかなと思っておりますので、今回の資料を参考にさ

せていただきまして、また会として取組を考えていきたいと思っております。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。薬剤の面からの貴重な意見だと思います。

普及率を見たら、とにかく私たちが吸入ステロイドを取り込んで成人に使い始めた頃、苦勞に苦勞を重ねて副作用もない、安全でありますというふうなことも前面に出しながら普及を図っていたわけですけれども、そこから見るともうほとんどの方に一応処方され、そしてその後はとにかく患者さんがきちんと必要量を使われるかどうかということが課題になっていると。それから、今指摘されましたデバイスが様々だということで、いわゆる吸入指導の重要性というところが今後明らかになってくればというふうに思います。使っている方、80%の方の中の正しく使っている方がどのぐらいいらっしゃるかどうかということも細かく見ていく上では課題になってくるということだと思います。

では、特になければ、次の議事の3、質問票の修正ということがありますので、そちらに移らせていただきます。

では、3番の質問票の修正についての資料7「健康・生活環境に関する質問票」質問15の修正について、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7を御覧ください。「健康・生活環境に関する質問票」の質問15の修正についてでございます。

現在、参考資料2によりまして任意に御提出をお願いしているところでございますが、質問15で受動喫煙の状況に関する回答をお願いしてございます。先ほども大田委員長のほうからもお話がありましたけれども、従来型のたばこだけではなくて新しい加熱式たばこを使用している方が一定数確認されております。当委員会や大気汚染・保健対策分科会からも、従来型のたばこと加熱式たばこの違いによる体に及ぼす影響の調査を実施してみてもどうかという御意見をいただいております。これらの意見を踏まえまして質問票の修正案を作成いたしましたので、御意見をいただければと思います。

案といたしましては、現在の質問票に追加する形で、更新までの過去2年間に受動喫煙の機会があったたばこの種類をa・b、もしくは両方を選択していただく方法を考えております。

資料7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。

それでは、質疑等がありましたらお願いいたします。

○岩田委員 岩田でございますが、よろしいですか。

○大田会長 はい、どうぞ。お願いします。

○岩田委員 私もあんまり詳しくは知らないのですが、紙巻たばこと加熱式たばこ、a、b、もう一つ電子たばこというのはどんなものでしょうか。

○環境保健事業担当課長 御質問ありがとうございます。

紙巻たばこと加熱式たばこというふうに二つに分けさせていただきましたのは、これ

はあくまでも受動喫煙に関する東京都の条例等で区分している分け方をさせていただいております。今お話をいただきました電子たばこというものは、実際にはたばこの葉っぱを使わずに例えばグリセリン等の液体などを加熱して吸うという形になっておりまして、恐らく我々の想定としては、本来であればたばこかどうかというところで区分させていただければいいかと思うのですけれども、実際、電子たばこを近くでお吸いになっている方がいらっしゃる場合に、この質問をされた方は加熱式たばこなのか電子たばこなのか分からないという状況の中でお答えになると思いますので、そういうことは恐らくbの中に丸がつくのではないかと。それは、実際に今、喫煙をされていない患者さんにこれを分けていただくのは非常に難しいかなと思ひまして、当然その中でも、加熱式たばこの中には電子たばこも入るだろうという想定で丸をつけていただくということを、今のところそうなるのではないかというふうに思っております。

○岩田委員 ちょっとよく分かりませんがというふうに申し上げたのは、その電子式と言われてたばこの葉を使わないものの中にニコチンを吸わせているのがあったのではないかとちょっと思ったものですから、その受動喫煙の影響というのはぜん息というよりも発がんのほうで今後問題になるのかなと少し心配したので申し上げた次第です。

○蓮沼委員 すみません。追加発言いいですか。

○大田会長 お願いします。

○蓮沼委員 東京都医師会、蓮沼ですけど、一応、薬機法上ではニコチンの入ったカートリッジは、個人輸入で使えばいいんですけど、一応我が国では使えないことになっておりますので、電子たばこは法律的には日本ではないという認識でいいのではないかと思います。大田先生、いかがですか。

○大田会長 いや、私はあまり詳しくなくて申し訳ないのですが、それ以上のことはちょっと存じ上げませんので。

○岩田委員 了解です。

○蓮沼委員 すみません、追加で。心配しているのは、例えばぜん息患者の家族がいわゆる今のたばこ産業のミスリードによって加熱式たばこは安全なのだというふうに思い込んで使っている人が少なからずいるのではないかということです。

以上でした。

○大田会長 そうですよ。ですから、その害に関しての検討というのがそろそろまとめられながら少し報告例もあるようではございますけれども、今後きちんとした形の研究結果として評価されて、全体のコンセンサスにつながるのではないかと認識しております。

ちょっと思ったのですが、この受動喫煙のときですが、職場でどのぐらい分煙が進んでいるのかなというところにもあるのですが、基本的にかなり分煙が進んで、たばこを吸う方たちは職場でそのまま吸うのではなくて喫煙室と、あるいは喫煙コーナー、そういったところに行って吸っているというのが今多く見られるのではないかと思ひながら考えていたのですが、その辺りが出てきますと、例えばあなたの職場では分煙がで

きていますかというのが一つ加わって、そして分煙していないときに自宅や職場、両方での暴露になるわけですから、そういったところを踏み込んでいくことが必要かどうかということにもなるかなとちょっと思いながらこの項目を私なりにには考えていたのですが、あまり気にしなくていいでしょうかね。つまり、曝露量が全然違うのではないかと思うのですね。ずっと過ごしている職場と、あるいは帰って家にいる間だけの暴露と、随分違ってくるなというふうに認識したものですから。

○蓮沼委員 追加発言、いいですか。すみません。

○大田会長 お願いします。

○蓮沼委員 それはすごく重要な問題だと私も思いまして、例えば、でも喫煙所に行っただけからすぐ帰ってくるとして、その吐いている息にはたばこ成分が含まれているのですよ。だから、分煙の程度によって、社内に喫煙所があるのか、社内に全くなくて外の敷地まで行かなきゃいけないのか、就業時間中は禁煙を義務づけられているのか、そこら辺まで、すみませんがちょっとややこしいことになるのではないかと思います。

以上です。

○大田会長 ありがとうございます。

事務局のほうもそういった意見も少し考えていただきながら有効な質問になればいいと思いますが、多分この質問の中である程度は洗い出せるのだと思うのですが、ただ、やはり今後のことを考えていくと、そういったところに踏み込んでいけば喫煙という点でのいろんな質問、本人はもう吸ってはいないわけですから、常に受動喫煙ということの中で曝露されるということで捉えていくという点では重要な質問になっていくのではないかというふうに感じております。

よろしいでしょうか。

(質疑等なし)

○大田会長 それでは、資料が終わりました、特になければ次の、もう時間も参っておりますので、質疑は以上とさせていただきます、では事務局のほうからお願いいたします。

○+環境保健事業担当課長 来年度の開催予定でございますけれども、この検討委員会につきまして、また1回、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。

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。

以上で議事は全て終了しましたが、本日の委員会を通じて御意見、御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 では、特になら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。よろしくお願いいたします。

○環境保健事業担当課長 事務局でございます。

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、皆様に御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24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。どうもありがとうございました。

(午後 8時00分 閉会)