

第 2 5 回  
東京都大気汚染医療費助成検討委員会  
会 議 録

令和 5 年 1 月 1 8 日

東京都福祉保健局

(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25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ご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けれども、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などがございましたら、その都度、事務局にお知らせいただきたいと思います。

WEB会議を開催するに当たりまして、委員の皆様にご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、議長の指名を受けてからご発言いただくようお願いいたします。

2点目、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、健康安全部長の藤井からご挨拶を申し上げます。

○健康安全部長 健康安全部長の藤井でございます。

委員の皆様におかれましては、ご多忙の中、また遅い時間の開催にもかかわらず、当委員会にご出席いただきまして、どうも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たいと思います。

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円の自己負担をお願いする制度としてから、間もなく5年が経過いたします。

現在、18歳未満の方を含めた認定患者数は、令和4年12月末時点ではありますが、約4万8,000人となっております。適切に制度運営を行ってきたと考えております。

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をいただきたいと思います。委員の皆様には、それぞれ専門のお立場から、忌憚のないご意見をいただければと存じます。本日は、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 申し遅れましたが、私でございますが、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。よろしくようお願いいたします。

それでは、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してください、音声確認も兼ねて一言ご発言いただければと思います。

名簿に従ってご紹介させていただきます。

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 大田会長でございます。
- 大田会長 大田でございます。どうぞ、引き続き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。本日もよろしくお願いいたします。
- 環境保健事業担当課長 川上副会長でございます。
- 川上副会長 お世話になっております。東京都医師会の川上です。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 北村委員でございます。
- 北村委員 北村でございます。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 根本委員でございます。
- 根本委員 東京都薬剤師会の根本と申します。よろしくお願いいたします。
- 環境保健事業担当課長 蓮沼委員でございます。
- 蓮沼委員 蓮沼です。よろしくお願い致します。
- 環境保健事業担当課長 続いて、内部委員でございますが、遠藤委員でございます。
- 遠藤委員 保健政策部長、遠藤でございます。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 渡部委員でございます。
- 渡部委員 西多摩保健所の渡部でございます。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 本日、王委員、成田委員は欠席でございます。

続きまして、配付資料の確認をさせていただきます。

議事次第、委員名簿、参考資料をお送りしております。不足等はございますでしょうか。

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 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。

以上、異議ございませんでしょうか。

(異議なし)

○大田会長 特に異議がないということで、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します。

○事務局 それでは、ご説明をいたします。

まず、資料1をご覧ください。

こちらは、大気汚染医療費助成制度における年度ごとの認定者数でございます。令和3年度末の認定者数は5万1,334人です。直近の令和4年12月時点の認定者数は合計で4万8,647人となっており、令和3年度末と比較いたしますと、約2,200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 この人数の減少に関しては、自然に減少していくという形で、今後の一つのトレンドを示していると考えてよろしいでしょうか。

○環境保健事業担当課長 このトレンドといたしましては、今、大田会長のおっしゃるとおりでございます。

○大田会長 ほかにいかがでしょうか。特別なようですね。

(委員等から発言なし)

では、この資料1に関しての質疑は、以上とさせていただきます。

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します。

○事務局 それでは、ご説明させていただきます。

資料2をご覧ください。

こちらは、令和3年度の医療費助成の状況を取りまとめた資料でございます。医療費助成システムの令和3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示したものになります。

それでは、2ページをお開きください。

こちらは、年齢別の認定者数の図表でございます。50歳代と70歳代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。

上段にあります公費支払額合計表の右下、総計欄をご覧ください。令和3年度の医療費助成に掛かりました公費支払額合計といたしまして、13億2,500万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ページは、年齢別の年間外来利用月数の図となっております。成人の方は、年齢

が上がり利用月数も増える傾向が確認できてございます。

隣の9ページは、年齢別入院の利用率の図となっております。

10ページをお開きください。

こちらは、下の表が診療年月別診療区分別の件数の表になっておりまして、入院と外来の月別の件数の表となっております。

資料2につきましては、簡単ですが、以上になります。

○大田会長 ありがとうございます。

それでは、質疑等があればお願いします。

いかがでしょうか。日常の診療の中で感じることで、それから、実際にこうして数値化した場合の状況。

○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 岩田委員、どうぞ。

○岩田委員 8ページの、この前から出ている図で、ご説明を既にこれまでであったのかとは思いますが、年齢別の外来利用の数が、76歳になると「使用なし」がガタっと増えておりますが、これは何か理由があるんですって。

○環境保健事業担当課長 ご質問ありがとうございます。

こちらにつきましては、あくまでも大気汚染医療費助成制度として、6,000円以上をお使いになった方に都が助成をするということでございますので、後期高齢者の医療制度によりまして、大本の負担額が減っている方が76歳以上ということで、その中で6,000円以上を負担している方のデータとなりますので、ここで、ガタっと減ってしまう。

また、助成をしない方のデータにつきましては、取りきれない部分がございますので、そこは十分反映できてないということがございまして、グラフとしては急激に減っているように見えますが、助成をしているというのがベースにあるというところでございます。

以上です。

○岩田委員 はい、分かりました。

○大田会長 助成制度にリンクした形で、こういったグラフが描かれているというのが非常にはっきりと見てとれるということになるわけですね。

○環境保健事業担当課長 はい、そのとおりでございます。

○大田会長 よろしいでしょうか。ほかに何かご意見、ご質問はございませんでしょうか。大谷委員、どうぞ。

○大谷委員 今の岩田先生のお話と同じようなことなんですけれども、8ページの表では、確かに75歳以上が「使用なし」が多いんですけれども、9ページの入院になるとかなり増えてくるんですが、これは、入院は、喘息以外の症例も含んでいるということの解釈でよろしいですかね。大気汚染以外の、いわゆる喘息患者以外の入院例があるから、

75歳以上の入院が増えているという解釈ですよ、これは。

○環境保健事業担当課長 こちらにつきましては、あくまでも我々が医療費を負担しているところでございますので、喘息に関連した入院という利用率ということになります。

○大谷委員 ということは、要するに、入院は多いけれども、外来の受診をされる方は少ないということの解釈になりますか。結構、乖離しますよね、結果が。

○環境保健事業担当課長 こちらのnの数を見ていただきますと、非常にnの数が少なくなってきましたので、1回の、一月の助成金額が6,000円を超える方、特に高齢者の方は、入院をされるような方が助成をされることが多い。入院をせずに通院だけの場合は、6,000円未満で収まっている方が多いのではないかとというデータになるのかと思います。

○大谷委員 要するに、高齢者の方は非常に重症で、かつ入院される方が多いということによろしいんですかね。分かりました。ありがとうございます。

○大田会長 パーセントで出ていますからね、一つは。そして、利用率ですから。

次に、資料3ですね。満18歳の到達で認定患者ではなくなった方の重症度分布についてということで、説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、資料3につきまして、ご説明させていただきます。

資料3、こちらの資料は、今回、新しい資料となります。

小児の患者の方で、平成28年度以降に満18歳に到達して、認定患者ではなくなった方の重症度を取りまとめた資料になります。

こちらで把握できております対象期間中の申請や、更新申請時に提出された最終の主治医診療報告書の情報から今回集計いたしました。

集計の結果といたしましては、軽症の方が全体の70%を超えており、また重症の方は7.7%いらっしまったことを確認いたしました。

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、質疑をお願いいたします。

比較的、資料としては一つの単発ですけれども、これの意味するところ、どういうところがあるかというのは考える必要があるのかな、あるいは、あまり意味のあることと考える必要もないのかとか、その辺りのところがシンプルで。

認定患者ではなくなった方に関して、どれだけこの制度の中で困る方が出てくるかということにもつながるのかなと思うのですが。

岩田委員、お願いします。

○岩田委員 都のほうに、認定が外れる年齢になってしまったんだけど、医療費が、私は重症なので、かかるので困るというような声は届いていますでしょうか。

○環境保健事業担当課長 まず、資料3の説明を若干追加させていただきますと、満18歳になった段階で認定が切れまうけれども、その段階での症状を明確に取ることが非常

に難しいということがございまして、それ以前の最終更新ということで、一番長い方は2年前になるわけですがけれども、その更新の時の重症度を見たのがこの表でございます。私は昨年度から担当させていただいておりますけれども、この間、18歳で切れた段階で、岩田委員のおっしゃっていた、切れて困るという声が、我々のほうに直接お電話でご相談いただいたということは、私が担当している中ではございません。

○岩田委員 はい、了解です。

○大田会長 ほかにいかがでしょうか、よろしいでしょうか。

(委員等から発言なし)

それでは、次に、まだ資料がたくさんございますので、進めたいと思います。

次に、議事の(2)患者データ解析について、資料の4-1から4-3、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、ご説明させていただきます。

資料4-1をご覧ください。

こちらは、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3年4月から令和4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いたしまして、保健医療分野と生活環境分野に分けまして、ご報告をしているものでございます。

集計の対象となりました主治医診療報告書は2万5,716枚、任意提出の健康・生活環境に関する質問票は1万9,782枚となっております。

それでは、私からは、保健医療分野をご報告させていただきます。

解析の目的といたしましては、医療機関の受診状況等を把握し、保健指導の方法の検討、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の分析などとなっております。

それでは、主に、こちらにあります解析項目につきまして、ご説明いたします。

2ページをご覧ください。集計対象者の内訳となっております。

性別の割合は、女性が64.9%、男性が35.1%となっております。年齢階級別では、40歳から59歳の割合が40%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98.7%となっております。

それでは、お隣3ページをご覧ください。年齢層男女別患者数でございます。

こちらは、一般的に言われている、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てございます。

次に、4ページをご覧ください。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13.2%、軽症持続型が36.2%、中等症持続型が31.0%、重症持続型が17.7%、最重症持続型が1.2%となっております。

下の図は、年齢階級別、性別の重症度分類でございます。

男女とも19歳以下では軽症の方の割合が高く、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ております。

5ページをご覧ください。こちらは、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3不良の割合は、0歳から15歳は14.2%、16歳以上が13.2%という結果でございました。

次に、少し飛びまして、8ページをお開きください。医療機関の受診状況でございます。

主治医の指示に従いまして、定期的に通院するということが喘息の治療としては重要とされておりますが、「定期的に受診」と回答した方の割合は89.4%でした。

次に、9ページをご覧ください。救急外来へ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高いことが確認できました。

次に、11ページをお開きください。喘息のコントロール状況でございます。

「自分の喘息の症状をコントロールできたか」の質問には、「よくできた」、「まあよくできた」と回答した方の割合は、合わせまして93%になりました。

次に、また飛んでいただきまして、15ページをお開きください。吸入ステロイドの使用状況でございます。

下の図になりますが、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」と回答した方の割合は80%でございました。

次に、19ページをご覧ください。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方の割合は9%でございました。

続きまして、22ページをご覧ください。こちらは、喫煙経験の有無と重症度の関係の資料となっております。

男女ともに喫煙経験者の方が、重症度の割合が高くなるという傾向にありました。

続きまして、26ページをお開きください。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、58%の方が何らかの機会があったとの回答がありました。

また、下の図をご覧ください。こちらは、受動喫煙の機会と重症度の関係では、受動喫煙の機会が多いほど重症度の割合が高くなる傾向が確認されました。

続きまして、28ページをご覧ください。喘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るということが確認できてございます。

そして、隣の29ページをご覧ください。合併症についてでございます。

認定喘息患者のアレルギー合併症の割合は、アレルギー性鼻炎が60%と最も高い結



果となってございます。

資料4-1については、以上でございます。

引き続きまして、資料4-2をご覧ください。こちらは、平成29年度から令和3年度の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。

2ページから3ページにかけてですが、年齢別で、過去5年間では40歳から59歳の方の割合が一番高くなっております。

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して、平成29年度からは、大きな変化はなく推移しております。

そして、8ページをご覧ください。

喫煙の関係で、(2)同居者の受動喫煙の年度別の変化でございますが、令和2年度から3年度にかけては、ほぼ同じに推移しております。

お隣9ページにあります令和2年度と3年度の受動喫煙と重症度の関係についての検定では、軽症の割合で有意差が認められたため、こちらにつきましては、今後も状況を見ていきたいと考えております。

ほか、9ページ以降は、受診状況、緊急外来状況、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。

4-2につきましては、以上になります。

引き続き、資料4-3をご覧ください。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おります。

認定患者のデータから、4の(2)の因子が重症度に影響を及ぼすかどうかを解析しております。

裏面2ページをご覧ください。

ロジスティック回帰分析を実施した結果、表にあります因子が、重症度に及ぼす因子の可能性が示唆されたという結果が出てございます。

簡単ではございましたが、私のほうから、資料4-1から4-3、保健医療分野の説明を終わらせていただきます。

○大田会長 どうもありがとうございました。

非常に貴重な資料がここで示されたと思いますけれども、これまでの発表について、質疑等がありましたらお願いいたします。

喫煙に関するデータに関しては、ブリンクマンインデックスとの関係、それから、それより前の段階での喫煙の有無での患者さんの重症度、この辺りは、この制度が始まって、そして質問票を配り、それから、集計したものが常に再現性を持って示されているという認識をしているんですけれども、特に、ブリンクマン指数のところを、23ページのところで、男性、女性で共通しているのが、指数の境目、分かれ道がありまして、重症持続型と、それから、中等症持続型、軽症持続型、軽症簡潔型というふうな形の中でリジットアナリシスが行われていますけれども、より重症に傾く境目、分かれ道とい

うのが、ブリンクマン指数のところ、220と221の境目なんですね。

これが、男女とも共通しているということで、一つの例としては、20本を10年というのが一つの目安になるわけですがけれども、簡単にしますと。その辺りは、再現性があるんですよ。だから、何らかの形で、喫煙を、逆に、それ以下の指数にとどめればいいんだというふうに解釈されると困るんですけども、喫煙のドースディペンデンシーがとにかくあるということに関しては、非常に重要な、繰り返しの再現性を持ったデータが毎回示されているという認識をしております。

何らかの形で、喫煙と喘息の関係というのは、まとめることが役割ではないのかというふうに思うんですが。

これはコメントになってしまいますけれども、ほかにどうでしょうか。何かご意見はございませんか。

大谷委員、どうぞ。

○大谷委員 先ほどの資料の4-2の最後の12ページなんですけれども、呼吸機能の検査は、これはNOの測定とかも含まれるのでしょうか。いわゆる呼吸機能検査ということですかね。

○大田会長 NOというより、普通のスパイロメトリーがまず基準に示されているというふうに思ったんですが、いかがでしょうか。

NOはなかなか、機械が全部に行き渡ってないので、NOでデータを取るの難しいんじゃないかと思うのですが、いかがでしょうか、各委員の先生方。

○大谷委員 恐らく、じゃあ、普通の呼吸機能検査だとして、多くの機関でそうだと思うんですけども、コロナ禍において呼吸機能の検査を行わなくなった施設が多いと思うんですね。ですから、令和2年と3年は、どうしても比率が下がるのは仕方がないのかなと思います。

また、今後、もしあれでしたら、NOの検査の普及率も検討に加えていただくと、全部に普及しているわけではございませんけれども、いいのではないかと思います。意見でした。

○大田会長 ありがとうございます。

○環境保健事業担当課長 お配りした参考資料1をご覧くださいませでしょうか。

これが、更新時の主治医診療報告書の様式でございまして、この右側の真ん中ですね、呼吸機能検査結果、こちらに記載がある方を、実施率ということで、記載がある方を実施あり、ない方を実施なしという形で集計をしているデータが、この資料4-2の最後のデータということになります。

○大谷委員 分かりました。

○大田会長 大谷委員が言われた、確かに、コロナになってから呼吸機能、スパイロを中止している施設というのがかなり多かったとは思いますが、その割には10%を超えて維持されているのも、少し頑張っておられるなというふうにも見えるんですね、これは。

しかも、言われたように、NOに関しては割合にどこも、持っているところは継続しながら検査が出せていたというふうなことも個人的には聞いておりますし、認識しております。

ほかにいかがでしょうか。大変多くのデータも示していただきましたが、まだ次に続いておりますけれども、よろしいでしょうか。

それでは、次の、資料4-4から4-6、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、私から生活環境分野の解析についてご説明します。

資料4-4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。

続いて、2ページ目をご覧ください。

(1)は、令和3年度の質問票に回答した患者の年齢層の内訳です。

(2)は、同一患者の令和元年度と令和3年度のQOLランクの変化を比較した結果です。全ての年代において、悪化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、同一患者の令和元年度と令和3年度の重症度の変化を比較した結果です。重症度につきましても、全ての年代で、悪化よりも改善した患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16歳から19歳の群でした。

4ページ目をご覧ください。

こちらの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。

続いて、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、喘息と診断される前と現在において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。

続きまして、6ページ目をご覧ください。

こちらのイは、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発作の回数の減少等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。

続いて、9ページ目をご覧ください。

こちらのイは、生活環境整備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ということが分かりました。

続いて、10ページ目をご覧ください。

こちらのウでは、生活環境整備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ページ目をご覧ください。

こちらのエは、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、発作の回数の減少などの効果を感じている患者の割合が高くなっておりました。

少し飛びまして、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。令和元年度と令和3年度のデータを用いて、令和元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3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3年度に生活環境整備を実施、未実施の群に分けまして、効果を感じている患者の割合を算出して、割合の差を算出いたしました。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。こちらの結果は、表の網かけをしている18項目につきまして、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。

続いて、14ページ目をご覧ください。

こちらは参考になりますが、令和3年度から過去5年間の解析結果です。

例えば、項目19の「マットレスの表裏に掃除機をかけている」などにつきましては、過去の結果を見ても、比較的効果を感じやすい項目であると推測されます。

15ページ目をご覧ください。

こちらの(9)では、喘息症状改善にとって重要であると考えるものを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。

続いて、資料の4-5をご覧ください。

こちらでは、喘息重症度の経年変化に及ぼす因子の検討をいたしました。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解析を実施しました。

対象は、令和元年度から令和3年度にかけて重症度が改善または悪化した患者になります。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につきまして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、下の5で示しておりますとおり、16から64歳の群においては、「週に1回以上、寝具に掃除機をかけている」という因子が、また、65歳以上の群においては、「月1~2回以上カバーやシーツの洗濯をしている」という因子が、重症度の改善に影響を与えていると考えられました。

続きまして、資料4-6をご覧ください。

先に、資料の内容で1点、訂正がございます。

中段の「対象」のところで、正と誤の文字の表記が逆になりますので、訂正とおわびを申し上げます。（注：ホームページには修正済み資料を掲載）

こちら資料4-6ですが、昨年度委員会の資料4-5（6）、ウ、生活環境整備と効果の感じ方とQOLランクのグラフにつきまして誤りがありましたので、ご報告させていただきます。

解析対象が15歳の対象患者が漏れていたことが判明いたしましたため、こちらを含めた15歳以下の全解析対象者725名について、再度の解析を行った結果が、こちらのページ下部の右に示すグラフとなります。

私からは以上となります。

○大田会長 ありがとうございます。

それでは、質疑等があればお願いします。

非常に、これも貴重な内容のデータだと思うんですね。環境整備ということは非常に漠然としておりますし、例えば掃除機をかけるとか、そういった一般的なことにとどまっていたわけですけれども、それすら有意であるということは、一部の、相模原病院からの報告等が科学的に分析されたものでしたけれども、今回は非常に広い範囲にわたってデータを取り、いわゆる質問票の中から、有効性が示されたというのは、何らかの形で、これはまとめる価値のある内容ではないかというふうに思います。どうでしょうか。

ただ、16から64歳、65歳以上で、資料4-5ですか、こちらのほうが、この年齢の分け方によって「寝具に掃除機をかけている」ということと、「月1、2回カバーやシーツの洗濯をしている」というところの、その要素の差が出たというのが、どういうふうに意味づけるかは、個人的にはよく分かりません。

というのは、16歳から64というのは、16歳から20歳ぐらいの間の人たちは、家族の人たち、家族というかお母さんとか、そういった方が掃除機をかけるのをやっているかもしれないし、それから、今度、成人になった状況になってくると、一緒に住んでいる方々がいたり、個人的な、自分での活動ではない、いろんな形の要素が入ってくると思うんですが、それでもこうしてしっかりとしたオッズ比の差を出しているということで、委員の先生方、皆さん、何かこういったことも含めてご意見がありましたら、お話しいただければと思いますけれども。

岩田委員、どうぞ。

○岩田委員 私も、大田先生がおっしゃったことと同感でございまして、これだけ資料の蓄積がかなりできてきた段階で、そろそろ、都としても、研究的思考を持ってまとめるという作業を、どなたがやるかは別にして、考えていかれるといいのかなと思った次第です。

これまで、都もいろいろな調査において、いわゆる論文を発表された方もいらっしゃいましたから、それに準じて、そんなに急がなくてよろしいかとは思いますが、東京都の試み、取組が、これだけしっかりしているんだということを周知するのも、また意味があろうかと思えます。

以上です。

○大田会長 ありがとうございます。

今の資料の4-4の3ページも、大気汚染の助成制度、これが、最初の段階はもっとしっかりとした形で、かなりカバーしていたわけですが、そういったものが、重症度の変化にもいいほうに働いているということでありまして、随分勇気づけられることではないかなというふうに感じております。

ですから、医師の側から自信を持って、こういったことをやることによって、薬剤のいろんな整備だけではなくて、環境の整備ということも実際に効果を表すということのはっきりとした証明があるわけですから、それを裏打ちにして、より積極的な指導もするということが、もっともっと勇気づけられて実行されればいいというふうに考えると、ころですけども、いかがでしょうか。

○環境保健事業担当課長 岩田先生、大田会長、ありがとうございます。

これまでのデータを、ある段階で取りまとめて論文等で発表していく、周知をしていくというのは非常に重要だと思いますので、今後、東京都の課題として対応については考えていきたいというふうに考えております。ありがとうございます。

○大田会長 ありがとうございます。

では、質疑は以上とさせていただきます。

続いて、次に、議事の(3)質問票の修正について。資料5の健康・生活環境に関する質問票、質問文の修正について、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5をご覧ください。「健康・生活環境に関する質問票」質問1

5の修正についてでございます。

こちらは、質問票の質問15におきまして、患者様のほうに受動喫煙の状況をお聞きしていたんですけれども、当委員会へ分科会のほうから、従来型のたばこ加熱式たばこの違いによる身体に及ぼす影響はどうなんだというところで、ご意見等をいただいたのを受けまして、質問15の修正ということでさせていただいております。

昨年度から委員会のほうに諮りまして、いただいたご意見を反映した案を今回示してございます。

前回からの修正点といたしましては、たばこの種類を選択していただく際に、網かけの部分でA、B、もしくは両方を選択していただく形を考えておりますけれども、括弧の複数回答可という案内記述が、前は四角の外にありましたので、これを中に入れて、分かりやすくご案内する形に修正いたしました。

この質問票の修正につきましては、令和6年度から反映させていきたいと考えております。

資料5につきましては、以上でございます。

○大田会長 それでは、質疑等がありましたらお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

受動喫煙そのものの評価は、実際に実態を正確に捉えるのには、なかなか難しい課題ではあるんですけれども、これまで得られたデータから、受動喫煙に関しても、喘息の重症度、コントロールに影響が及ぶということが示されている。

ただし、喫煙ということに関しては、今までの喫煙の方法以外のものも出てきたということで、こちらの四角の枠の中に示されたような形で、具体的な区別、区分がまた示されていると認識できるような状況であるということかと思っておりますけれども、何かご意見はございますか。

既に、委員会、分科会のほうで検討されて、練られた内容がここで示されておりますから、こういうふうにしたらいんじゃないかという、改変する意見はなかなか出ないと思えますし、よろしいでしょうか。特にご意見はないようですね。

(委員等から発言なし)

それでは、この質疑は以上とさせていただいて、そのほか何かありましたら、事務局からお願いしたいと思います。

○環境保健事業担当課長 来年度以降の予定でございますが、この委員会につきましては1回、1月頃に開催させていただく予定でございます。

また、委員の皆様の任期につきまして、令和5年7月末までとなっておりますので、期限が近くなりましたら個別にまたご相談させていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

事務局から、その他の内容と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けれども、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。全体を通してのご意見、質問ということで、いかがでしょうか。特にございませんか。

(委員等から発言なし)

では、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 大田会長、委員の皆様、本日はどうも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、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25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25分 閉会)