

公費負担喘息患者の実態調査

(国立小児病院アレルギー科)	飯 倉 洋 治
(")	正 木 拓 朗
(")	乾 宏 行
(都立広尾病院 小 児 科)	井 上 和 子
(")	荒 木 盛 雄
(国立大蔵病院 小 児 科)	木 谷 信 行
(都立荏原病院 小 児 科)	成 田 章
(")	平 間 裕 一
(都立母子保健院小 児 科)	大 谷 武 司

1. はじめに

厚生省の小児慢性疾患の実態，フォローアップに関する研究で，昨年度は公害認定地区と，一部調べ得た非公害認定地区の公費負担を受けている喘息児の調査を報告したが，必ずしも東京都全域の調査でなかつたことから，今年は非公害認定地区全ての公費負担患者数と人口比，さらに近年増加しているといわれる喘息児の実態調査を大島で行い，ほぼ同数の公害認定地区での喘息と思われる頻度との比較を行った。

2. 小児特定疾患医療給付の見直し

昨年度は各都道府県に依頼して得られた医療費給付台帳をもとに，喘息児の医療費給付者を報告したが，その中で鳥取県が異常に高値で，1,195名と報告されていた。

しかし，その後の調査で鳥取県は県独自の喘息児に対する医療制度を設け，「国で定める1ヶ月以上の入院した場合，小児慢性特定疾患の基準にもとづく医療給付を行う」とする法令とは別に，外来通院児にも医療費支給を行っていたことが判明した。

それ故，鳥取県での国の基準にあてはまる小児慢性特定疾患の基準で医療費給付を受けている患児は31名で，表1の如く一部変更を加えた。

表 1

小児特定疾患医療費給付 喘息患者（0～18才） — 昭和53年

人数	人数	人数
北海道 106	福井県 25	広島県 120
札幌市 57	山梨県 11	山口県 68
青森県 74	長野県 29	徳島県 17
岩手県 116	岐阜県 282	香川県 28
宮城県 134	静岡県 334	愛媛県 36
秋田県 99	愛知県 262	高知県 36
山形県 78	名古屋市 103	福岡県 92
福島県 78	三重県 42	北九州市 36
茨城県 376	滋賀県 57	福岡市 57
栃木県 369	京都府 28	佐賀県 37
群馬県 62	京都市 99	長崎県 155
埼玉県 440	大阪府 419	熊本県 85
千葉県 127	大阪市 81	大分県 59
東京都 * 6	兵庫県 268	宮崎県 99
神奈川県 216	神戸市 205	鹿児島県 33
横浜市 144	奈良県 40	沖縄県 38
川崎市 * 27	和歌山県 19	
新潟県 105	鳥取県 31	
富山県 38	島根県 71	
石川県 28	岡山県 60	

この結果から、昨年度計7,306名と報告した数より、1,164名少ないことになり合計6,142名が基準に合った患者数といえる。

実際、昭和47年9月に気管支喘息も小児慢性特定疾患治療研究事業に、厚生省通達として出され、そのなかでは、「入院のみ」が対象となる内容であつたが、その規定も、「ただし別に定めをするときは通院をも対象とすることができる」と付帯事項がついている。

このことは各都道府県の知事が、付帯事項を利用し、喘息児に対する給付の範囲を広げたと解釈出来、鳥取県が異常に給付者数増加となつて現われたかたちになつたと考えられるが、喘息の治療方法の面から考えると、鳥取県が取つた措置は責めることより、前進したこととも考えられる。

その理由としては、小児の場合親と一日も多く一緒に生活することが望まれるし、長期入院（施設入院）以外一ヶ月以上入院させる患者は極めて少なく、かなり重症児でも多くの場合短期の入院を繰り返すことで段々とコントロールがしやすくなることが多く、一ヶ月以上も入院する場合、本当に問題がある患者といえる。

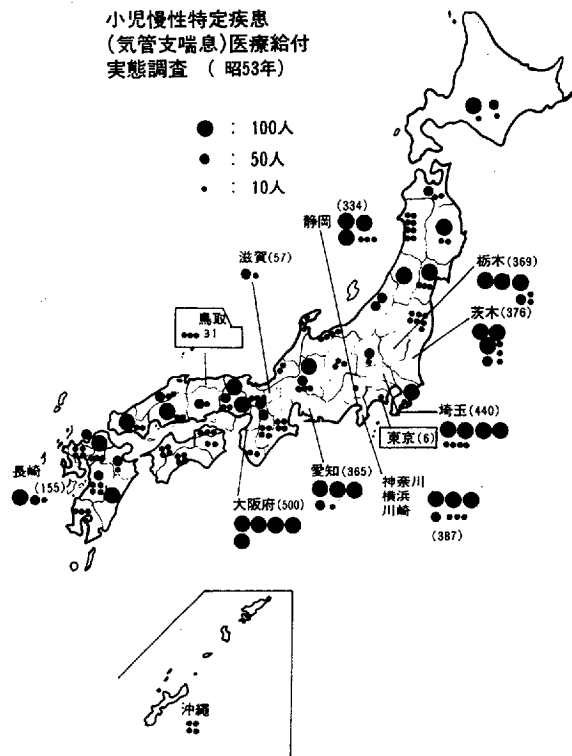
もし、そう考えたとしても6,142名の数は大変驚異的数字になり、その後の予後調査も重要になつてくる。

また、他の都府県では公害認定地区に指定された所があり、入院外来問わず小児喘息患者の医療費が公費負担になつていていることを考えると、同じ病名に対する公費負担制度の見直しも必要と思えるし、

県独自の喘息児求済対策の再検討も望まれることといえる。

今回の小児慢性特別疾患を受けている喘息児の全国分布を地図上で比較したものが図1で、ほぼ全国的にちらばり、難治の喘息児が空気の汚染、地域で差がそれ程みられぬ結果であつた。

図 1



3. 公害認定制度からの検討

喘息患者の医療費負担の一つに公害認定制度があり、前年度は東京都を中心に一部の公害認定制度による18才未満の医療費支給を受けている患者について報告した。

しかし、日本全国では41地域が公害認定の指定地域になり、その地域内での認定患者も決して少ない。

また、認定の行方前の認定申請の申し出が患者から言われる場合も多く、しかも外来患者、短期入院患者にも認定されれば医療給付が行われることから、同一診断名でも気管支喘息患者の場合、住む所によつて扱われ方がずいぶん変ってくる。

また東京では公害認定地区では他の府県と同様の喘息児に対する医療費給付を行つているが、その他にも大気汚染健康障害認定制度があり、喘息児の一部の者に対して医療費の給付を行つている。

その実態は表2の如くで、非汚染地区でも一万人台の人が医療費給付を受けている。

表 2

東京都公害病認定患者大気汚染健康障害 認定患者数及び人口比

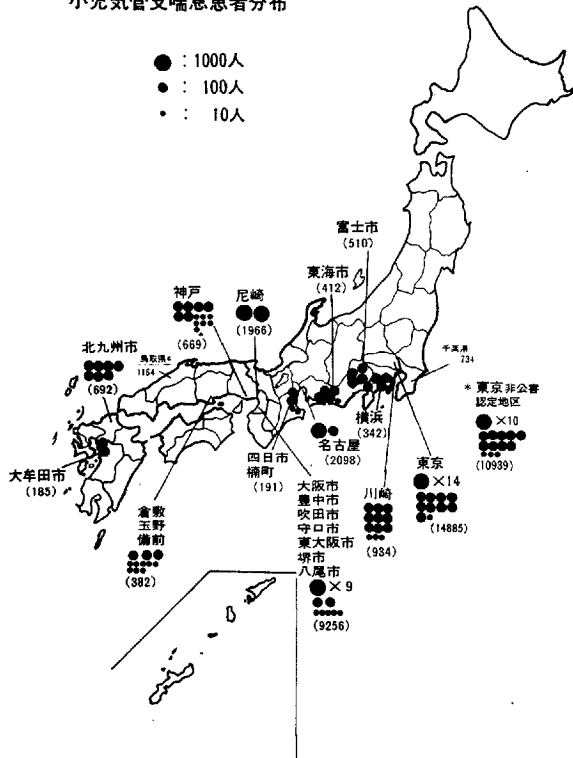
区市町村	認 定 患 者 数			人 口 比	
	全体 (※※)	15才以下	15才以上	小児のみ	全 体
千代田区	237	114	123	0.21	0.36
中央区	362	184	178	0.22	0.39
港区	874	477	397	0.23	0.40
新宿区	1,251	576	675	0.16	0.34
文京区	968	528	440	0.26	0.48
台東区	754	322	432	0.17	0.36
品川区	1,412	622	790	0.18	0.41
大田区	3,446	2,122	1,324	0.32※	0.53
目黒区	1,069	496	573	0.18	0.37
渋谷区	872	440	432	0.18	0.31
豊島区	1,063	465	598	0.16	0.34
北区	1,957	1,089	868	0.29	0.46
板橋区	1,955	1,156	799	0.23	0.36
墨田区	872	386	486	0.17	0.32
江東区	1,923	1,056	867	0.30※	0.48
荒川区	1,095	479	616	0.24	0.50
足立区	4,085	2,361	1,724	0.38※	0.56
葛飾区	1,721	833	888	0.20	0.36
江戸川区	2,088	1,179	909	0.24	0.38
小 計	28,004	14,885	13,119	0.23	0.41
世田谷区		1,363		0.17	
杉並区		1,055		0.19	
練馬区		735		0.13	
中野区		841		0.24	
八王寺市		1,238		0.34※	
立川市		233		0.16	
日野市		556		0.38※	
東村山市		130		0.11	
田無市		325		0.47※	
東久留米市		188		0.18	
その他市 町村都島		5,010			
小 計		11,674			

こうなると、医療費給付の基準が都道府県で非常に異なり、行政レベルでの喘息児に対する関心で医療給付制度が変わることとも考えられ、今後再検討すべき面といえる。

図2は公害認定地域で公費負担を受けている全国マップである。

図 2

公害認定地区、公害認定
小児気管支喘息患者分布



この結果、先に示した小児慢性特定疾患で医療費給付を受けた患児の全国マップとは非常に異なり、関東を境に北の地方では公害認定地区がみられず、結局公害のための医療費給付を受けている者がいないことになっている。

この両マップを比較すると、喘息児の重症者は全国ほぼ均等にみられるのに対し、公害医療の面から給付をみると差があり、しかも東京都では非公害認定地区で、喘息児が大気汚染健康障害制度により、医療費給付を受けている者が11,674名と非常に多いことは、喘息患者の医療費給付制度を3つのルートで考え、今後検討していく必要があるといえる。

そして、年々喘息患者が増加することを考えると、この公害認定、非認定の地域差による給付患者の数は年ごとにひらく一方で喘息に対する考え方が問われることにもなる。

すなわち先にも述べたように東京都で非公害認定地区の喘息児に医療費給付を行つているのと同じように、鳥取県でも独自の給付体制をとつていることは、喘息患者に対する公害健康補償制度の見直すべき考え方の現れとも推察される。

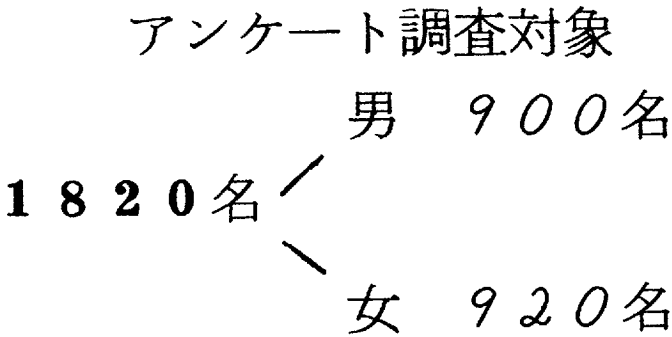
4. 喘息患者の割合

公費負担を受ける喘息児が年々増加することは明確な事実であるが、その元となる喘息患者の実態をつかまぬと今後の対策が問題となると同時に、公費負担喘息児数もはつきりつかめぬことから、集

団における喘息患者数の推定をアンケート調査で行なった。

従来の喘息児の頻度はほとんどの報告が1%台であり、外国の小児アレルギー研究者の間からも非常に少ないとの疑問がなげかけられているが、これらは昭和45年までの調査で、筆者らが昭和53年度に調査した調査では、スクラッチテストを施行する程喘息と疑わしい者が5,122名中12.7%であり、要加療喘息児が2.3%で、約10年前の大都会で大気が汚染されていると思われる地区に比べ、かなり増加していたが、この調査も3次調査で医師が直接問診しての結果で、アンケート調査の段階で喘息と疑った、あるいは明らかに喘息でも軽症のため自主管理のみにまかせた喘息児は12.7%と非常に高率であることから、このアンケート調査結果の裏付けをとる必要もあり、富士吉田市と同じように空気がきれいな伊豆大島の主に4才から12才の1,820名に第一次、第二次、アンケート調査の後、医師が直接診察し、皮ふテスト、IGE、RAST、等を施行し喘息と診断すべき頻度を調べ、富士吉田市の調査と比較した。

表3は伊豆大島での調査対象で、男子900名、女子920名とほぼ同数の者に調査を行った。
表 3



その結果は表4の如くで、極めて似た結果であつた。
表4 喘息児頻度調査比較

	スクラッチテスト 対 象	スクラッチテスト 実 施	明らかに喘息の治 りょうをしている
1.富士吉田	721 (14.1%)	652 (12.7%)	118 (12.3%)
2.伊豆大島	220 (12.0%)	180 (9.8%)	48 (2.6%)

大集団の調査対象の場合、とにかくアンケート調査のみで、しかも結論は喘息患者あるいは喘息保有率は〇〇％とする報告が多いが、確実性は診察によることが第一であり、表3で示した“治療を受ける”といった最も厳しい評価で表現すると2.3％、2.6％は最低喘息患者頻度であるということになり、スクラッチテストの段階で“喘息らしい、あるいは軽症例だろう”と思われる数は極めて多く、10％台であることは、近年喘息発症の頻度は増加傾向にあると言える。

今回伊豆大島、富士吉田市といった空気の汚染が非常に少ない所での調査でも、高頻度に喘息患者がいることから、都内の調査を同一アンケート用紙で調べたところ、表5のような結果が得られた。

表 5 第一次アンケート調査による喘息の頻度

	人 数	第一次アンケート調査
大 島	1 8 2 0 名	1 2 . 0 %
公害認定 地 区	1 7 4 0 名	1 3 . 5 6 %

そして、その結果は、東京都内の小児喘息と疑われる喘息患者を含めた数が13.56％で、伊豆大島の頻度より高値であつた。

しかし、両者間に著しい差があるわけではなく、大気汚染の少ない大島と、東京で同じような傾向で増加していると推察される。

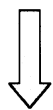
では何故大島で喘息が高頻度かを考えると、海に周囲を囲まれた島の湿度が問題ではないかと考えられる。

すなわち、湿度が強いことは生活環境におけるダニ、カビの増加に結びつき、喘息増加の原因が大気汚染面ばかりでないことを示唆していると言える。

今回のアンケート調査で第一次アンケートの結果の解析では、スクラッチテストをしてみてもどうかと思われる対象を選んでいるが、アンケート調査の解析はいくつかの観点と、実際問診した段階での解釈があり、今後さらに厳密な調査分析を行っていく必要があり、さらに血液検査等を含めて今後検討を加える予定である。

参考文献

1. 船橋茂，西牟田敏之：公害と小児気管支喘息，小児科診療，44，233—238，1981



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



1. はじめに

厚生省の小児慢性疾患の実態, フォローアップに関する研究で, 昨年度は公害認定地区と, 一部調べ得た非公害認定地区の公費負担を受けている喘息児の調査を報告したが, 必ずしも東京都全域の調査でなかったことから, 今年は非公害認定地区全ての公費負担患者数と人口比, さらに近年増加しているといわれる喘息児の実態調査を大島で行い, ほぼ同数の公害認定地区での喘息と思われる頻度との比較を行った。