

## ●原 著

## 間質性肺炎患者における在宅医療導入時の現状と課題

安藤 克利<sup>a</sup> 鈴木 歩<sup>a</sup> 吉田 寛輝<sup>b</sup>

要旨：間質性肺炎患者の在宅医療介入時の問題点や課題を明らかにするため、訪問診療を行った52例を①急性増悪後の退院、②呼吸不全進行、③併存症による日常生活動作（actives of daily living：ADL）低下の3群に分け、後方的に検討した。③は①、②と比較して、年齢が高く、脳神経疾患を併存する割合が高かった。③の89%が介護保険を申請されていたのに対し、①、②は18%、23%と低かった。訪問診療開始後、すべての症例で申請された。通院困難になるまで介護保険が申請されない間質性肺炎患者が多く存在した。ADL低下時には通院中から申請を検討していく必要がある。

キーワード：間質性肺炎、介護保険、予後

Interstitial pneumonia, Long-term care insurance, Prognosis

## 緒 言

間質性肺炎（interstitial pneumonia：IP）は、肺の間質を中心に炎症をきたす疾患の総称で、膠原病や環境要因等の原因が明らかなIPと、原因不明のIP（idiopathic interstitial pneumonias：IIPs）に大別される<sup>1)</sup>。その臨床像は多彩であり、発症経過は、慢性（3ヶ月以上）、亜急性（1～3ヶ月）、急性（1ヶ月）に分類される。特発性肺線維症（idiopathic pulmonary fibrosis：IPF）は、慢性進行性の経過をたどるIIPsとして代表的な病型であり、進行性で薬物療法への反応が乏しく、呼吸機能の悪化とともに労作時の呼吸困難や低酸素血症が進行する。このため患者は、日常生活動作（actives of daily living：ADL）が制限されるようになり、生活の質（quality of life：QOL）の低下に伴い、在宅生活を維持するために介護サービスが必要となる。

介護サービスには、訪問介護や通所介護等の介護負担の軽減を目的とするものだけでなく、在宅での呼吸リハビリテーションを目的とする訪問リハビリテーションや、抗線維化薬、ステロイド等による治療に伴う有害事象の管理、病状確認を目的とした訪問看護も含まれる。IPに対する呼吸リハビリテーションは、呼吸困難・運動耐容

能・健康関連QOLの改善に有効とされる<sup>2)</sup>が、通院の場合、通院時間、通院距離といった環境要因が原因となり、外来での治療継続が困難となる場合も多いため、訪問リハビリテーションにより恩恵を受けることが可能になる<sup>3)</sup>。このため慢性IP患者では、ADLが制限されはじめる早期の段階から、介護保険を申請し、前述のような在宅サービスの利用が望まれる。

当院は、2018年に東京都目黒区に開設され、日本呼吸器学会呼吸器専門医による外来と訪問診療を行っており、医療機関に通院困難となったIP患者を看取りまで診療する機会が多い。今回我々は、慢性IP患者の在宅医療介入時の問題点や課題を明らかにするため、当院にて訪問診療を行った慢性IP患者について、在宅医療導入時における介護保険申請状況や予後を後的に検討した。

## 研究対象・方法

当院で2018年6月から2023年5月までの5年間に訪問診療を行った494例のうち、IPの診断を有する60例を抽出した。慢性IP患者の介護保険申請の実態を把握するため、診療録と診療録に保存された他院からの診療情報提供書を後的に参照し、訪問診療が導入になった経緯を確認した。抽出した60例のうち、肺癌を発症し、肺癌の進行のために通院困難となった7例と、器質性肺炎（急性IP）の治療後に訪問診療が導入となった1例を除く、52例を対象とした。

対象を①急性増悪が原因で入院し、退院後より訪問診療が導入となった症例〔急性増悪後の退院例（acute exacerbation of IP：AE-IP群）〕、②慢性呼吸不全の進行に伴い、通院困難になった症例〔慢性進行例（chronic

連絡先：安藤 克利

〒153-0061 東京都目黒区中目黒4-5-1 エースビル2階

<sup>a</sup> 目黒ケイホームクリニック

<sup>b</sup> 株式会社データシード

(E-mail: kando@megurokhome.com)

(Received 11 Jul 2023/Accepted 11 Sep 2023)

progression : CP群)], ③認知症や神経筋疾患をはじめとする併存症のため通院困難となった症例(その他, Others群)の3群に分け, 訪問診療導入前後の介護保険の申請状況, 認定状況や臨床経過について, 後方的に検討した. なおAE-IP群は, 急性増悪後の退院例であるため, 急性増悪後, 紹介元の外来を通院され, ある程度時間が経過した後に, 通院困難となった症例はCP群に分類した.

統計解析として, 連続変数に関しては平均と標準偏差(standard deviation : SD)を算出し, カテゴリカル変数に関しては度数と割合(%)を算出した. Others群とAE-IP群, およびOthers群とCP群を比較する際には, Studentのt検定もしくはフィッシャーの正確確率検定を用いた. 要介護認定を受けてから1年後までの生存率は, カプランマイヤー曲線およびログランク検定で比較した. 有意水準は両側0.05とした. 本研究は探索的な研究のため, 多重性の考慮はしなかった. 統計解析はEZRおよびGraphPad Prism9を使用した. EZRはRおよびRコマンドの機能を拡張した統計ソフトウェアである.

本研究は, 医学専門家, 法学専門家, 一般の立場の者が含まれる5人の委員(外部委員を含む)から構成された当院の倫理審査委員会の承認を得た(承認番号202303, 承認日2023/6/1).

## 結 果

### 1. 患者背景

対象52例における訪問診療開始時の年齢は,  $80.0 \pm 7.4$ 歳で, 36例(69.2%)が男性であった. 診断は, 9例(17.3%)が膠原病関連間質性肺炎(関節リウマチ3例, ANCA関連血管炎2例, 皮膚筋炎2例, 強皮症1例, その他1例)で残りの43例(82.7%)は特発性IPであった. 47例は, 紹介元の医療機関にて, CTによりIPの評価がなされており, 通常型間質性肺炎(usual interstitial pneumonia : UIP)パターンと診断された症例は, 33例(70.2%)であった. 訪問診療開始時の治療は, 抗線維化薬が12例(ニンテダニブ(nintedanib)9例, ピルフェニドン(pirfenidone)3例), ステロイドが28例, その他の免疫抑制薬が5例で投与され, 在宅酸素療法は, 40例(76.9%)で導入されていた. 通院困難となった原因は, 急性増悪後の退院例(AE-IP群)が17例(32.7%), 慢性進行例(CP群)が26例(50.0%), その他の例(Others群)が9例(17.3%)であった.

訪問診療開始前3ヶ月以上前から介護保険が申請され, 在宅サービスを使用されていた症例は, 16例(30.8%)であったが, 訪問診療導入後は, すべての症例で介護保険申請がなされ, 介護認定審査会の開催前に死去し却下した1例を除く51例(98.1%)で介護保険認定がなされていた.

Table 1に, AE-IP群, CP群, Others群の患者背景を示した. 訪問診療開始時の年齢は, AE-IP群, CP群が $79.6 \pm 6.6$ 歳,  $77.9 \pm 6.2$ 歳であったのに対し, Others群は $86.7 \pm 9.8$ 歳と有意に高かった( $p < 0.05$ ). 男性の割合は, AE-IP群, CP群が70.6%, 76.9%であるのに対し, Others群は44.4%と低かったが, 統計学的な差は認めなかった( $p = 0.234$ ,  $p = 0.103$ ).

Others群の88.9%で, 認知症(7例)もしくは脳血管疾患(1例), 等の脳神経疾患を有していたのに対し, AE-IP群, CP群では, 11.8%, 15.4%と有意に低かった( $p < 0.001$ ). その他, うつ病のため, 精神科が併診していた症例がAE-IP群, CP群でそれぞれ2例(11.8%, 7.7%), 脊柱管狭窄症により整形外科が併診していた症例がAE-IP群で2例(11.8%)確認された. Others群の1例は, IPのため呼吸器内科外来を通院されていたが, 大腿骨頸部骨折のため整形外科に入院し, 退院後に訪問診療が導入となっていた.

IPの診断時の年齢は, Others群は $80.2 \pm 8.7$ 歳で, AE-IP群, CP群の $75.0 \pm 9.1$ 歳( $p = 0.287$ ),  $73.8 \pm 7.0$ 歳( $p = 0.092$ )と比較して高かったが, 統計学的な差は認めなかった. AE-IP群, CP群は, 全例CTにより評価されており, UIPはそれぞれ, 14例(82.3%), 18例(69.2%)であった. Others群は, CTにより評価されていたのは, 4例のみであり, UIPと診断されたのはうち1例(25.0%)であった. IPの基礎疾患で, 特発性IPの割合は, AE-IP群, CP, Others群でそれぞれ, 82.4%(14例), 80.8%(21例), 88.9%(8例)と差を認めなかった( $p = 1.0$ ). 治療は, 抗線維化薬(ニンテダニブもしくはピルフェニドン)が継続されていた症例が, CP群で9例(34.6%), AE-IP群で3例(17.6%)であり, Others群では1例も導入されていなかった. AE-IP群は, 全例(100%)でステロイド内服と在宅酸素療法が導入されていたが, CP群では, 10例(38.5%), 22例(84.6%), Others群では, 1例(11.1%), 2例(22.2%)とAE-IP群と比較して低かった( $p < 0.001$ ). 当院への紹介元は, CP群, AE-IP群は, 全例が基幹病院呼吸器内科からであったのに対し, Others群は, 3例が地域のかかりつけ医, 4例が基幹病院の呼吸器内科以外の科(整形外科1例, 内科3例)で, 呼吸器内科からの紹介は2例とAE-IP群, CP群と比較して有意に低かった( $p < 0.05$ ).

本解析からは, AE-IP群やCP群は, 呼吸器内科医が主科として患者管理を行い, IPに対して加療を行うも, 病状が進行したことにより通院困難となっていたのに対し, Others群では, 認知症をはじめとする脳神経疾患が主として診療され, IPは併存症としての位置づけになっていることが確認された.

**Table 1** Baseline characteristics at the initiation of home medical care

	AE-IP (n=17)	CP (n=26)	Others (n=9)
Age	79.6 ± 6.6	77.9 ± 6.2	86.7 ± 9.8 <sup>†</sup>
Male/Female, n	12/5	20/6	4/5
Comorbidities			
Dementia	2 (11.8)	4 (15.4)	7 (77.8) <sup>†</sup>
Cerebrovascular diseases	0	0	1 (11.1)
Depression	2 (11.8)	2 (7.7)	0
Orthopedic diseases			
Spinal stenosis	2 (11.8)	0	0
Femoral neck fracture	0	0	1 (11.1)
Interstitial pneumonia			
Age at diagnosis (n)	75.0 ± 9.1 (14)	73.8 ± 7.0 (25)	80.2 ± 8.7 (5)
CT findings			
UIP	14 (82.3)	18 (69.2)	1 (25.0)
Non-UIP	3 (17.6)	8 (30.8)	3 (75.0)
Diagnosis			
Idiopathic	14 (82.4)	21 (80.8)	8 (88.9)
Collagen-based	3 (17.6)	5 (19.2)	1 (11.1)
Treatment			
Anti-fibrotic drug	3 (17.6)	9 (34.6)	0
Steroids	17 (100)	10 (38.5)	1 (11.1) <sup>†</sup>
Home oxygen therapy	17 (100)	22 (84.6)	2 (22.2) <sup>†</sup>
Age at initiation	78.0 ± 7.1	76.0 ± 6.5	80.0 ± 18.1
Hospital of origin			
From RM of hospital	17 (100)	26 (100)	2 (22.2) <sup>†</sup>
From primary care doctor	0	0	3 (33.3) <sup>†</sup>
Others	0	0	4 (44.4) <sup>†</sup>

Plus minus data are presented as means ± SD, n / sample number. AE-IP: acute exacerbation of interstitial pneumonia, CT: computed tomography, CP: chronic progression, IP: interstitial pneumonia, RM: department of respiratory internal medicine, UIP: usual interstitial pneumonia. † *p*<0.05

## 2. 介護保険の申請状況

訪問診療開始前後の介護保険申請状況（割合）を Fig. 1 に示した。訪問診療開始前3ヶ月以上前から介護保険が申請され、在宅サービスを使用されていた症例は、Others 群で9例のうち8例（88.9%）であったのに対し、AE-IP 群では、17例のうち3例（17.6%）、CP 群では26例のうち6例（23.1%）と有意に低かった（*p*=0.001）。当院の訪問診療開始後は、AE-IP 群の1例を除き、全例で介護保険が申請・認定された。

要介護度は、AE-IP 群は全例で要介護1以上が認定されていた[要介護1 8例（47.1%）、要介護2 2例（11.8%）、要介護3 3例（17.6%）、要介護4 3例（17.6%）]。現状の介護保険制度では、要支援2か要介護1かの振り分けの際、「認知機能の低下の評価（認知症の病名の有無）」、「状態の安定性に関する評価（主治医意見書における病状不安定の記載）」が参考にされる<sup>4)</sup>。AE-IP 群で全例が要

介護1以上であった背景は、主治医意見書における「病状不安定」の記載が反映されているものと考えられた。

一方、CP 群では、21例（80.8%）が要介護1以上であり、なかでも要介護2が最も多かった[要支援1 1例（3.8%）、要支援2 4例（15.4%）、要介護1 6例（23.1%）、要介護2 11例（42.3%）、要介護3 1例（3.8%）、要介護4 2例（7.7%）、要介護5 1例（3.8%）]。Others 群では、要支援の割合が、33.3%（3例）とAE-IP 群（0%）、CP 群（19.2%）と比較して高かったが、他の群と比較して統計学的な差を認めなかった[要介護1 3例（33.3%）、要介護2 2例（22.2%）、要介護3 1例（11.1%）、要介護5 1例（11.1%）]。

CP 群の1例（64歳）を除き、51例は65歳以上の第1号被保険者であったため、「間質性肺炎」の病名にて、申請・認定が可能であった。第2号被保険者であった1例は、病状の進行により介護サービスが必須となっていた

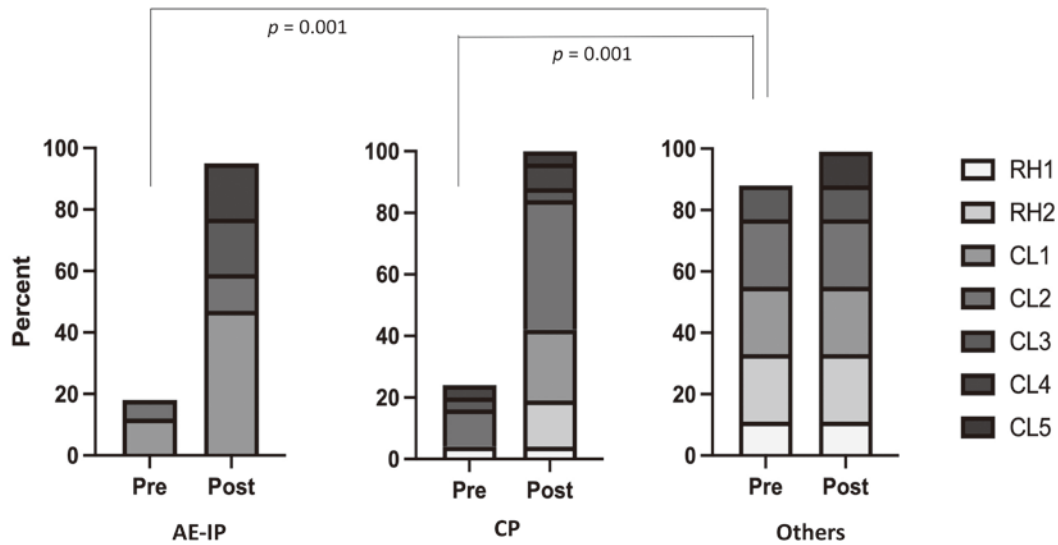


Fig. 1 Prevalence of long-term care insurance pre and post initiation of our home visiting medical care. The prevalence of long-term care insurance was 88.9% in the “Others” group, higher than in the “AE-IP” (17.6%) and “CP” (23.1%) groups ( $p = 0.001$ ). After initiation of our medical care, all the patients applied. One patient in the “AE-IP” group declined it because of rapid progression and died shortly after discharge from hospital. RH: requiring help, CL: long-term care level.

が、「間質性肺炎」の病名では申請が困難であり、画像上で軽度気腫性変化を認めたことから、「慢性閉塞性肺疾患」の病名にて申請し、認定された。

### 3. 予後

要支援と認定されたCP群5例、Others群3例のうち、CP群の3例(60.0%)は認定後半年以内に死亡していたが、Others群は全例で認定後1年以上の生存が確認された。

要介護認定された症例の予後を比較するため、日常生活に部分的な介護が必要とされる要介護1ならびに2の患者(AE-IP群10例、CP群16例、Others群4例)を抽出し、要介護認定後1年間の生存を解析した(Fig. 2)。Others群では全例で1年後の生存が確認されていたのに対し、CP群のうち要介護1・2と認定された症例では25.0%と有意に低かった( $p = 0.007$ )。

## 考 察

本研究では、IP患者における在宅医療導入時の現状と課題を明らかにするため、介護保険の申請状況や認定後の予後を調査した。訪問診療は、医療機関への通院が困難となった患者を対象としていることから、①疾患の進行に伴いADLが低下し外来から移行する場合と、②何らかの原因で入院しADLが低下したため、退院時に導入となる場合に大別される。このため今回我々は、対象をAE-IP群、CP群、Others群の3群に分けて解析したところ、Others群の88.9%は、訪問診療時にすでに介護保険

が申請され、在宅サービスを使用されていたのに対し、AE-IP群、CP群は、17.6%、23.1%と有意に低かった( $p = 0.001$ )。また患者背景の比較では、AE-IP群やCP群は、呼吸器内科医が主科として患者管理を行っていたのに対し、Others群では、総合内科医や地域のかかりつけ医により認知症をはじめとする脳神経疾患が主として診療されている症例の割合が多く、呼吸器専門医と総合内科医やかかりつけ医の連携が機能していると考えられた<sup>1)</sup>。また、要介護認定された症例の予後は、Others群と比較して、AE-IP群、CP群はいずれも不良であり、在宅酸素の導入割合を考慮しても、IPの重症度はOthers群と比較してAE-IP群やCP群は高いと考えられた。本来、重症度の高いIP症例について介護面を配慮した診療がなされた場合には、CP群とOthers群の介護保険申請割合は同等になることが予想されるが、実際には通院困難となるまで介護保険申請がなされていない症例も多く存在することが確認された。これらの結果からは、IP患者に対して介護保険を導入するタイミングや介護認定の評価方法に課題があるものと考えられた。

介護保険制度の被保険者は、65歳以上の者(第1号被保険者)と40~64歳の医療保険加入者(第2号被保険者)であり、第1号被保険者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、第2号被保険者は、特定疾病が原因で要支援・要介護状態になった場合に、認定を受けることができる<sup>5)</sup>。特定疾病は、①末期癌、②関節リウマチ、③筋萎縮性側索硬化症、④後縦靭帯骨化症、⑤骨折

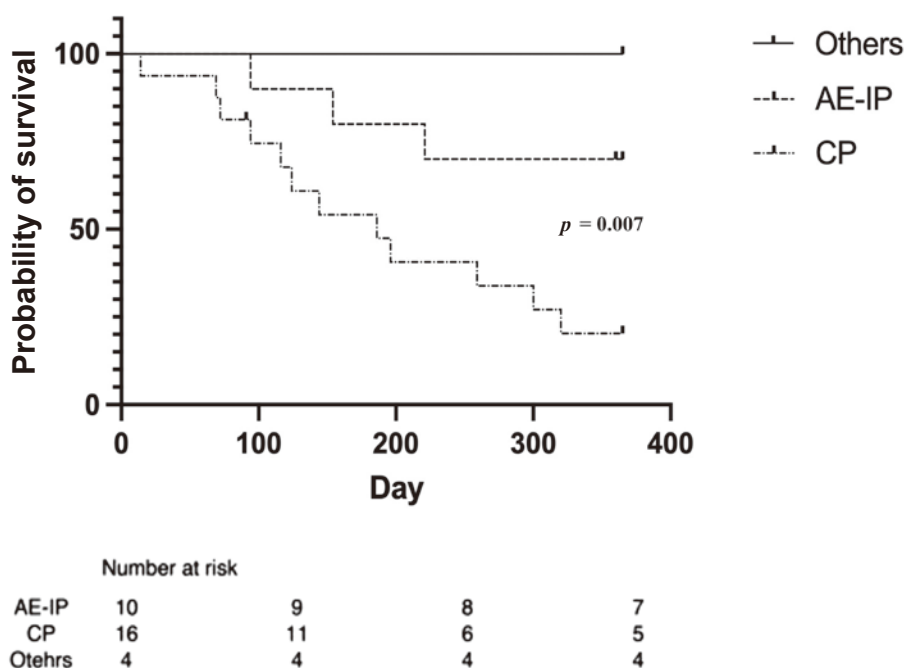


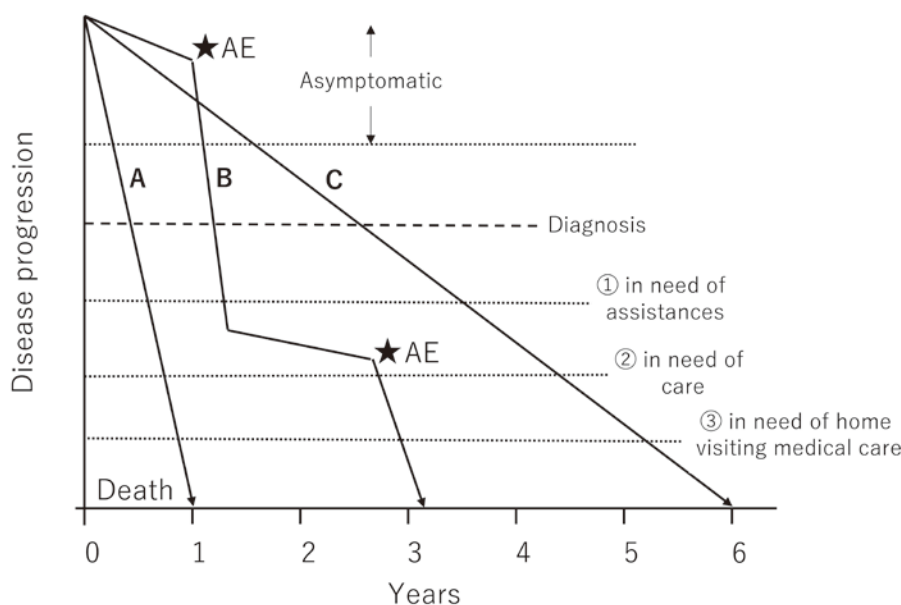
Fig. 2 Survival rate of patients with long-term care insurance levels 1 and 2. The one-year survival rate after certification of long-term care insurance was 25.0% in the “CP” group, that was significantly poorer than in the “Others” group (100%,  $p = 0.007$ ).

を伴う骨粗鬆症, ⑥初老期における認知症, ⑦進行性核上性麻痺, 大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病, ⑧脊髄小脳変性症, ⑨脊柱管狭窄症, ⑩早老症, ⑪多系統萎縮症, ⑫糖尿病性神経障害, 糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症, ⑬脳血管疾患, ⑭閉塞性動脈硬化症, ⑮慢性閉塞性肺疾患, ⑯両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症の16疾患であるが<sup>6)</sup>, このなかで呼吸器内科医が主として診療する疾患は, ①末期の呼吸器癌と⑮慢性閉塞性肺疾患の2疾患のみであり, 脳神経疾患に比して大幅に少ない. このような背景から, 呼吸器内科医と比較して, 脳神経疾患を主として診療する医師は介護保険申請に携わる機会等が多いことが推測され, 我々の解析でも Others群において脳神経疾患を有する症例は全例, 介護保険が申請・認定され, 介護サービスが使用されていた.

さらに第2号被保険者において, 介護保険の適用になるかは, 病状や状態ではなく, 病名で判断される. このため, IPF等により呼吸不全を有する64歳以下の患者が介護サービスの利用を希望しても, IPの病名が特定疾病に含まれておらず, 行政への相談の段階で審査対象外と判断され, 申請に至らないといった事象も発生する. 実際, 本研究においても第2号被保険者であった1例は, IPの病名では申請に至らず, 慢性閉塞性肺疾患の病名を追加したところ, 申請・認定された. 介護保険認定に際して, 病態ではなく, 病名が重要視されていることは, 65

歳未満のIP患者におけるハードルとなっている.

認定に際しては, 主治医により作成された意見書(主治医意見書)と市区町村の職員もしくは自治体から委託されたケアマネジャーによる認定調査を参考に介護度が決定される<sup>7)</sup>. 主治医意見書の記載は, 前述のとおり, 「認知症の病名の有無」, 「主治医意見書における病状不安定の記載」が参考にされるため<sup>4)</sup>, AE-IP群では全例が要介護1以上であった. 一方, 認定調査では, ①身体機能・起居動作, ②生活機能, ③認知機能, ④精神・行動障害, ⑤社会生活への適応, ⑥その他, に関する74項目により身体機能が評価され<sup>7)</sup>, 「どれだけ介助が必要か(介護の手間)」が数値で算出される. このため, 脳神経疾患等, 身体機能障害が固定している際には正確に判断されるが, IPをはじめとする呼吸不全患者では, ①労作時に問題となる呼吸困難や低酸素血症が安静時は認めず, 身体障害が固定化されていない, ②介助の必要性は, 低酸素血症に起因するため, 酸素投与下で行われる認定調査では, 介護の手間が低く見積もられやすい, といった特徴があり, 実際の介護度よりも低く認定されている可能性が推測される. 過去に行われた約200人の呼吸器疾患患者に対する要介護認定に関する調査では, 要支援・要介護1が63%で, 認定結果に対して不満があると答えた人は38%という結果であり, 要介護認定の結果, 要介護度が低く, 希望するサービスが利用できない現状が報告されていた<sup>8)</sup>. 実際, 本研究においても, CP群の



**Fig. 3** Schematic representation of clinical course of idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) and our suggestion of applying long-term care insurance. The rate of decline and progression to death may be rapid (line A), slow (line C), or mixed (curve B), with periods of relative stability interposed with periods of acute decline including acute exacerbation (AE, star). Although the clinical course varies, respiratory physicians need to consider whether the patient has applied for long-term care insurance in all cases.

うち要介護1, 2と認定された症例の1年後生存率は、25.0%と、脳神経疾患等の予後よりも明らかに不良であった。

また訪問診療導入時における介護保険申請は、CP群で23.1%にとどまっていたが、診療開始後には、全例が申請・認定されていた。本結果は、慢性進行性のIP患者において、通院困難となって初めて介護に関する情報提供がなされている現状を反映している。IPFの経過は、Fig. 3に示すとおり<sup>9)10)</sup>、Aのように比較的急速に進行する例から、Cのように緩徐に進行する例、またBのようにAEを繰り返しながら状態が増悪していく症例等、その臨床像は多彩である。しかしいずれの経過においても、①ADLの低下をきたした時点（①in needs of assistancesの時点）で介護保険を申請し、要支援に認定され、訪問リハビリテーション等の在宅サービスを使用する、②病状が進行し、介護度が上昇した際（②in needs of careの時点）で、介護保険の区分変更を申請し、要介護認定を受ける、③介護負担軽減のためのサービスを使用しながらも病状が進行し、通院困難となった際（③in needs of home visiting medical care）には訪問診療が導入となる、ということが望ましい。本研究ではIP患者の約80%は、③の時点で初めて介護保険申請し、認定されても多くが1年以内に看取りになる、という現状が確認された。北島らは、入院時ケアを利用している呼吸器疾患患者を高利用群と低利用群に分け、年間の入院回数と入院日数、年間

にかかる費用を比較しているが、高利用群は低利用群に比べ入院回数と日数ともに有意に低く、医療費の抑制効果があることを報告しており<sup>11)</sup>、IP診療に係る呼吸器内科医は、外来通院時から生活背景を視野に入れた診療を行い、介護保険申請の必要性について検討していく必要があると考えられた。

## 結 論

緩徐進行性のIP患者では、ADLが低下し通院困難になるまで介護保険が申請されていない例も多く、要介護認定された後の予後も不良であった。この背景として、①特定疾病にIPが含まれておらず、第2号被保険者は申請が困難であることや、②呼吸不全に対する評価が過少化しやすいといった制度側の要因、③介護保険に関する情報提供が十分になされていない医療者側の要因、があるものと考えられた。IP診療では、外来通院時から生活背景を視野に入れた診療が重要であり、介護保険申請の必要性について検討していく必要がある。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関して申告なし。

## 引用文献

- 1) 日本呼吸器学会 びまん性肺疾患診断・治療ガイドライン作成委員会編. 特発性間質性肺炎 診断と治療の手引き2022 (改訂第4版). 2022 ; 1-4.
- 2) 日本呼吸器学会 厚生労働科学研究費補助金難治性疾患政策研究事業「びまん性肺疾患に関する調査研究」班監修, 「特発性肺線維症の治療ガイドライン」作成委員会編. 特発性肺線維症の治療ガイドライン2023 (改訂第2版). 2023 ; 29-30.
- 3) 岩波裕治, 他. 間質性肺炎に対する外来呼吸リハビリテーション通院に対する阻害因子の検討. 日呼吸ケアリハ会誌 2016 ; 26 : 90-5.
- 4) 厚生労働省. 状態の維持・改善可能性にかかる審査判定. 介護認定審査会委員テキスト2009改訂版 (令和3年4月改訂). 2021 ; 26-8.
- 5) 厚生労働省老健局. 介護保険制度の概要. 2021 ; 5. <https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf> (accessed on October 6, 2023)
- 6) 厚生労働省. 第二号被保険者の「特定疾病」に関する確認. 介護認定審査会委員テキスト2009改訂版 (令和3年4月改訂). 2021 ; 16.
- 7) 厚生労働省. 認定調査の実施及び留意点. 認定調査員テキスト2009改訂版 (令和3年4月改訂). 2021 ; 6-11.
- 8) 日本呼吸器学会肺生理専門委員会 在宅呼吸ケア白書COPD疾患別解析ワーキンググループ編. 在宅呼吸ケア白書 COPD (慢性閉塞性肺疾患) 患者アンケート調査疾患別解析. 2013 ; 24.
- 9) Cottin V, et al. Neglected evidence in idiopathic pulmonary fibrosis and the importance of early diagnosis and treatment. Eur Respir Rev 2014; 23: 106-10.
- 10) Ley B, et al. Clinical course and prediction of survival in idiopathic pulmonary fibrosis. Am J Respir Crit Care Med 2011; 183: 431-40.
- 11) 北島昌輝, 他. 在宅酸素療法患者に対する通所リハビリテーション継続の身体・経済的効果. 日呼吸管理会誌 2006 ; 16 : 123.

## Abstract

### The current situation and issues at the time of introduction of home-based medical care for patients with interstitial pneumonia

Katsutoshi Ando<sup>a</sup>, Ayumi Suzuki<sup>a</sup> and Hiroki Yoshida<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Meguro K Home Clinic

<sup>b</sup>Data Seed Inc.

A long-term care insurance system is essential for patients with interstitial pneumonia (IP) for maintaining their medical care at home. However, in the clinical situation, it has not often been applied for until initiating home-based medical care. To determine the current situation and caregiving issues for patients with IP, we conducted a retrospective study of 52 patients with IP who received our home medical care. We classified those patients into three groups by the reason for the initiation of our medical care: acute exacerbation of IP following discharge from hospital (AE-IP), chronic progression of respiratory failure (CP), and decreased activities of daily living (ADL) for comorbidities (Others); and analyzed the prevalence of long-term care insurance and the patients' prognosis.

Compared with the "AE-IP" and "CP" groups, mean age, and incidence of neurological diseases were higher in the "Others" group. The prevalence of patients with long-term care insurance was 89% in the "Others" group, higher than in "AE-IP" (18%) and "CP" (23%) groups. After initiation of our medical care, all the patients applied. In patients with nursing care levels 1 and 2, the one-year survival rate was 25% in the "CP" group, which was poorer than in the "Others" group (100%). Respiratory physicians need to consider the necessity for patients to apply for long-term care insurance at the time of decrease in ADL in patients with IP.