

論 策

重症児の一般病院小児科における短期入所（入院）の実態と課題

NTT東日本札幌病院小児科¹⁾, 森之宮病院小児神経科²⁾, うめはらこどもクリニック³⁾, 広島国際大学医療経済学部⁴⁾,
エバラこどもクリニック⁵⁾, 神奈川県総合リハビリテーションセンター小児科⁶⁾, 北海道療育園⁷⁾,
神奈川県立こども医療センター新生児科⁸⁾, 土浦協同病院小児科⁹⁾, 大阪市立住吉市民病院小児科¹⁰⁾

日本小児科学会小児医療委員会・長期入院児の移行問題ワーキンググループ

森 俊彦¹⁾ 荒井 洋²⁾ 梅原 実³⁾ 江原 朗⁴⁾
江原 伯陽⁵⁾ 栗原 まな⁶⁾ 平元 東⁷⁾ 星野 陸夫⁸⁾
渡辺 章充⁹⁾ 舟本 仁一¹⁰⁾

要 旨

重症心身障害児を含む重症児の在宅医療を行う上で短期入所の必要性が高いといわれている。重症心身障害児（者）施設（医療型障害児入所施設）では短期入所を積極的に受け入れるようになってきているが十分に対応できてはならず、一般病院小児科での実施の必要性が考えられている。今回、全国の一般病院小児科での短期入所（入院）の実態と課題についてアンケート調査を行った。回収率は360/517（70%）で、急性期病床を使って重症児の短期入所（入院）を行っている施設は135施設（38%）、専用病床のある施設は15施設（11%）で、特別な看護体制があるのは4施設（4%）であった。短期入所（入院）の実績では1~5例/年が69施設（57%）と多く、50例以上/年は11施設（9%）のみであった。短期入所（入院）を行っていない223施設（62%）のうち62%は「看護師の数」、「制度としてのレスパイトの確立」などの条件がそろえば今後受け入れ可能としていた。小児科専門医の研修プログラムに重症児の研修を入れている施設は19施設（5%）で、プログラムにはないが研修させている施設は127施設（37%）であった。今後、一般病院小児科で重症児の短期入所（入院）が行われるようになるためには、レスパイトが制度として確立し、診療報酬上の加算があり、病院として収益がでるシステムの構築と重症児に関わる人材の育成が必要である。

キーワード：重症心身障害児，在宅医療，短期入所，レスパイト

目 的

重症児（者）が在宅で適切なケアを受けていく上で、もっとも身近な支援者である保護者の負担を軽減することが出来るサービスのうちで、短期入所（ショートステイ）の必要性・有効性が最も高いといわれている。そのため、全国の重心施設では在宅支援サービスの一環として短期入所を積極的に受け入れるようになってきている。しかし、重心施設入所者の重症化、施設に従事する医師・看護師不足、受け入れ対象となる重症児（者）の重症化などにより十分に対応できていない現実がある。そのため、重心施設以外の一般病院小児科でも短期入所（入院）を行っていくことの必要性が考えられている。今回、日本小児科学会・小児医療委員会「長期入院児の移行問題ワーキンググループ」は、

全国の重心施設以外の一般病院小児科での短期入所（入院）の実態と課題についてアンケート調査を行い、今後の方向性を考えるべく検討を行った。

対象と方法

2013年12月10日に、対象を日本小児科学会専門医研修施設・研修支援施設の517施設として質問用紙を郵送し、2014年2月28日までに返信されたものを解析対象とした。

質問の要旨は、

1. 急性期病床を使って医療的ケアを必要とする重症児のレスパイトを目的とする短期入所または入院を行っているかについて。

2. 短期入所または入院を行っている場合は、院内の体制（看護体制、当直体制など）、収益を改善するための対応、受け入れ可能な医療ケア、受け入れ実績、Post-NICUまたはそれに相当する患者の急性期病棟での受け入れの可否、予約以外の短期入所または入院の可否、入所または入院においてリハビリの可否などについて。

（平成26年5月10日受付）（平成26年9月16日受理）

別刷請求先：（〒060-0061）札幌市中央区南1条西15丁目

NTT東日本札幌病院 森 俊彦

E-mail: toshihiko_mori@east.ntt.co.jp

表1 小児入院医療管理料別の短期入所（入院）実施率

小児入院医療管理料	短期入所(入院)実施施設 (%)
1	21/41 (51.2%)
2	55/127 (43.3%)
3	16/49 (32.6%)
4	26/100 (26%)
5	1/4 (25%)
1, 2	76/168 (45.2%)
3, 4, 5	53/153 (28.1%)

*小児入院医療管理料1 vs 小児入院医療管理料4 (p<0.01)

**小児入院医療管理料2 vs 小児入院医療管理料4 (p<0.01)

***小児入院医療管理料1, 2 vs 小児入院医療管理料3, 4, 5 (p<0.01)

3. 短期入所や入院を行っていない場合は、今後、短期入所または入院を受け入れることは可能かどうかについて。

4. 短期入所または入院を継続する場合、もしくは今後新しく始める場合に必要な条件について。

5. 短期入所または入院で得られる利点について。

6. 小児科専門医の研修プログラムに重症心身障害児(者)の研修をいれているかについて。

などである。

調査結果の解析・論文作成に関しては、日本小児科学会小児医療委員会からの許可を得ている。

統計学的検討は、 χ^2 乗検定および Mann-Whitney の U 検定を用い、 $P < 0.05$ を有意差ありとした。

結 果

1. 回答率

517 施設中 360 施設 (69.6%) であった。地域別回答率では、北海道・東北が 48/65 (73.8%)、関東が 92/147 (62.6%)、中部が 68/99 (68.7%)、近畿が 79/107 (73.8%)、中国・四国が 37/51 (72.5%)、九州・沖縄が 36/48 (75%) であった。

2. 回答施設の概要

小児科病床数は 0~561 床、中央値 27 床。ICU を有する施設は 250 施設 (2~74 床、中央値 9 床)、GCU を有する施設は 203 施設 (2~48 床、中央値 12 床) であった。PICU を有する施設は 49 施設 (14%) で病床数は 1~14 床 (中央値 6 床) であった。小児科常勤医数は 2~123 名 (中央値 9 名) であった。小児入院医療管理料区分は 1 が 12.4%、2 が 38.5%、3 が 14.8%、4 が 30.3%、5 が 1.2%、出来高が 2.7% であった。

3. 急性期病床を使って医療のケアを必要とする重症児の短期入所または入院を行っているかに関して

(a) 障害者総合支援法に基づく空床利用型短期入所でレスパイトを受入れている施設は 33 施設 (9.2%)、(b) 主たる目的が在宅管理の適正度を判断する「医療」であり医療法上の入院であるが、従たる目的がレスパイトなど「福祉」目的の場合も行っている施設は 122 施設 (34.1%)、(c)「医療」が目的の場合以外に行っていない施設は 194 施設 (54.2%)、(d) 重症児の短期入所または入院は行っていない施設は 43 施設 (12.0%) であった。(a) と (b) の施設は 20 施設、(c) と (d) の施設は 12 施設、(b) と (c) の施設が 2 施設あった。(a) もしくは (b) と回答した (b と c と回答した 2 施設も含めて)、急性期病床を使って重症児のレスパイトを目的とした短期入所または入院を行っている施設は 135 施設 (37.7%) であり、(c) もしくは (d) と回答した、レスパイトを目的とした短期入所または入院を行っていない施設は 223 施設 (62.3%) であった。

4. レスパイトを目的とした短期入所または入院を行っている 135 施設について

(1) 地域別短期入所または入院実施率は、北海道・東北が 8/48 (16.7%)、関東が 45/92 (48.9%)、中部が 27/68 (39.7%)、近畿が 31/79 (39.2%)、中国・四国が 10/37 (27.0%)、九州・沖縄が 14/36 (38.9%) であった。NICU の有無別、小児科常勤医数別、小児入院医療管理料別の短期入所または入院実施率では、NICU 無：33/110 (30%)、NICU 有：102/250 (40.9%) ($p = 0.05$)、小児科常勤医数 8 人以下：54/166 (32.5%)、小児科常勤医数 9 人以上：80/186 (43.0%) ($p = 0.04$)、小児入院医療管理料 1, 2：76/168 (45.2%)、小児入院医療管理料 3, 4, 5：43/153 (28.1%) ($p < 0.01$) であった (表 1)。実施施設の地域別比較では、実施率の低い北海道・東北で、小児科常勤医数が少なく、小児入院医療管理料も 1, 2 の割合が低かった (表 2)。

(2) 急性期病棟内に重症児の短期入所または入院のための専用病床のある施設は 15 施設 (11%) であった。病床数は 1~16 床で、1 床が 5 施設、4 床が 6 施設であった。

(3) 急性期病棟における短期入所または入院の看護体制は、7:1 が 88 施設 (81%)、10:1 が 8 施設 (7%)、特別な体制をとっている施設が 4 施設 (4%) であった。

(4) 短期入所または入院の収入について収益を改善するための対応としては、18 施設が自治体等と短期入所または入院の受入契約をして短期入所サービス費や診療報酬に上乘せを行っていた。その他の対応としては、15 施設が「検査入院」など保険診療で、4 施設は補助金で行っていると回答したが、38 施設は特にないともしていないと回答した。

表2 地域別短期入所（入院）実施施設の比較

	小児科病床数 (床)	NICU 有病床数 (床)	小児科常勤医数 (人)	小児入院医療管理料 1, 2
北海道・東北 (n=8)	27±8.8	6/8 (75%) 5.8±4.0	5.5±1.9*	2/6 (33.3%)
関東 (n=45)	46.9±80.9	35/45 (77.8%) 9.9±7.3	18.3±19.7	30/41 (73.2%)
中部 (n=27)	32.5±20.4	20/27 (74.1%) 8.7±4.9	10.9±5.3	13/23 (56.5%)
近畿 (n=31)	45.6±51.5	20/31 (64.5%) 9.5±4.5	17.3±20.1	16/28 (57.1%)
中国・四国 (n=10)	28.8±10.4	10/10 (100%) 6.4±1.9	9.2±4.5	4/8 (50%)
九州・沖縄 (n=14)	37.1±21.5	11/14 (78.6%) 9.8±3.6	16.4±11.7	11/13 (84.6%)
全体 (n=135)	40.1±54.2	102/135 (75.6%) 9.0±5.5	14.9±15.9	76/119 (63.9%)

*北海道・東北地域の小児科常勤医数は他地域と比較すると有意に (<0.001) 少ない。

表3 受け入れ可能な医療ケア

医療ケア	施設数 (%) (n=135)
酸素投与	134 (99.3%)
経鼻経管栄養	133 (98.5%)
鼻口腔吸引	131 (97.0%)
気管切開	129 (95.6%)
胃瘻・腸瘻	123 (91.1%)
人工呼吸器	120 (88.9%)
導尿	118 (87.4%)
中心静脈栄養	101 (74.8%)
人工肛門	97 (71.9%)
腹膜透析	44 (32.6%)

(5) 重症児の短期入所または入院の受け入れ可能な医療ケアでは、酸素投与、経鼻経管栄養、鼻口腔吸引、気管切開は95%以上の施設で、胃瘻・腸瘻、人工呼吸器、導尿は約9割の施設で、中心静脈栄養、人工肛門は約7割の施設で、腹膜透析は約3割の施設で可能であった(表3)。

(6) 短期入所または入院の実績は1~911例/年(中央値5例)で、1~5例/年が69施設(57%)、6~10例/年が17施設(14%)、11~20例/年が14施設(12%)、21~49例/年が9施設(8%)、50例以上/年が11施設(9%)であった。平均利用日数は、1~3日/回が30施設(24%)、4~7日/回が74施設(59%)、8~14日/回が20施設(16%)、15日以上/回が1施設(1%)であった。

(7) 短期入所または入院中、時間外の状態変化時の診療体制では、小児科医が常時当直が75.5%、主に小児科医がオンコールで対応が18.5%、主に担当医がオン

コールで対応が5.2%、主に小児科以外の当直医が対応が2.2%であった。

(8) Post-NICUまたはそれに相当する患者の急性期病棟での受け入れに関しては、可能が41.4%、ある程度可能が35.3%、対応が難しいが21.1%、不可能が1.5%であった。受け入れが難しい理由としては「医師や看護師の数」が64.5%、「重症度がかかなり高いと対応できない」が58.1%、「医療以外の部分でも家族の要求が多く複雑」45.2%と多かった。

(9) 家族の事情を理由とした予約以外の短期入所または入院は、21.8%が予約以外不可能で、63.9%は空床があれば可能、14.3%は可能であった。

(10) 短期入所または入院中のリハビリテーションは、79.8%の施設で可能であった。

5. レスパイトを目的とした短期入所または入院を行ってない223施設について

今後、短期入所または入院を受け入れることは可能かに関しては、可能が3.7%、要請があれば可能が6.1%、条件がそろえば可能が61.7%、不可能が28.5%であった。

6. 短期入所または入院を継続する場合、もしくは今後新しく始める場合に必要な条件

短期入所または入院を継続する場合に必要な条件では、「レスパイト管理料などの入院加算」が64.4%、「看護師の数」が61.5%、「制度としてのレスパイトの確立」が51.9%、「家族との十分な意思疎通」が50.4%と多かった。短期入所または入院を今後新しく始める場合に必要な条件では、「看護師の数」が58.7%、「制度としてのレスパイトの確立」が56.1%、「レスパイト管理料などの入院加算」が53.4%、「療養に適した入院環境」

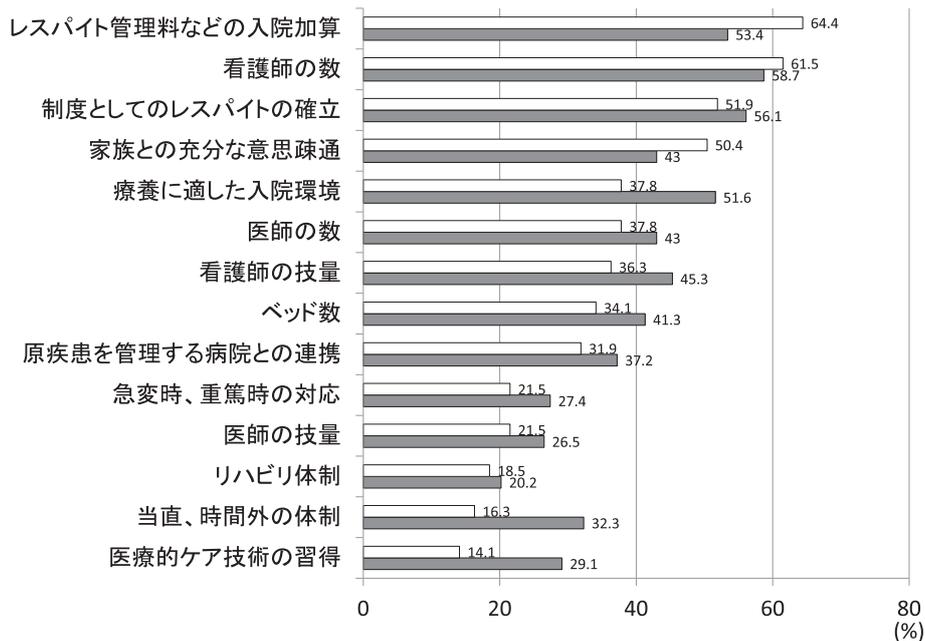


図 短期入所または入院を継続する場合、もしくは今後新しく始める場合に必要の条件
 □継続する場合、 ■新しく始める場合

51.6%と多かった(図)。

7. 短期入所で得られる利点

短期入所で得られる利点としては、短期入所または入院を行っている施設では、「長期入院児の解消」が40.7%、「障害児医療の教育」34.8%、「収益の向上」30.4%であり、行っていない施設では、「障害児医療の教育」が45.3%、「収益の向上」が31.4%、「長期入院児の解消」が25.1%であった。他に、地域社会への貢献、家族の負担軽減、患児のケアに必要、空床利用、医師・看護師の教育があった。

8. 在宅療養児の入院で得られる利点

在宅療養児の入院で得られる利点としては、短期入所または入院を行っている施設では、「長期入院児の解消」が40.0%、「障害児医療の教育」33.3%、「収益の向上」29.6%であり、行っていない施設では、「障害児医療の教育」が43.9%、「収益の向上」が28.7%、「長期入院児の解消」が24.7%であった。他に、地域社会への貢献、家族の負担軽減、患児のケアに必要、空床利用、医師・看護師の教育があった。

9. 小児科専門医の研修プログラムに重症心身障害児(者)の研修をいれているか

回答のあった344施設中、プログラムに入れている施設は19施設(5%)であったが、127施設(37%)ではプログラムに入っていないが研修させていた。研修期間は5日間から3か月であった。

考 案

新生児医療、救急医療の進歩は目ざましく、重篤な

状態に陥った児の救命率は格段に上昇したが、急性期の懸命な治療にもかかわらず、重度の後遺症を残し長期に渡って医療的ケアを必要とする児が急増している現状がある¹⁾。2008年9月下旬に、脳内出血を起こした30代前半の妊婦が複数の病院に受け入れを断られ死亡したという、いわゆる「墨東事件」が報道され、社会問題になった。その主因が、ハイリスク新生児の増加と救命率の劇的な向上によるNICU病床数の絶対的不足であることが明らかになり、長期入院児の問題に関心が集まった。厚生労働省は2010年度よりNICUに長期入院している小児の在宅への移行を促進する事業を補助金事業として打ち出し²⁾、2013年度には都道府県が主体となって取り組む小児等在宅医療連携拠点事業を開始した^{3,4)}。行政が中心となって在宅医療のネットワークをつくるという国の姿勢が明確となり、今後は小児においても在宅医療への流れが加速されていくものと考えられる。

楠田らによると⁵⁾、2003年から2009年にかけてNICUに入院した患者のうち、1年以上の長期入院を必要とする患者数は2006年をピークにいったん減少したが、その後の森脇らの調査では⁶⁾、2010年から2012年にかけて再び増加し、人工呼吸器を装着したままNICUから退院する児が増加し続けており、そのほとんどが在宅医療に移行している。成人に比較して在宅療養児は、高度な医療的ケアを必要とすることが多く、家族とくに母親の肉体的・精神的負担が極めて重い。そのため、重症児を介護する家族の要望で最も希望の強いものは、短期入所である。しかし、家族のための

レスパイトを目的とした入院は保険診療では認められておらず、療育施設では、設備やスタッフ不足のため医療的ケアの高度な児の短期入所はなかなか受けられないことが多い。そのため、重心施設以外の一般病院小児科でも短期入所（入院）を行っていくことの必要性が考えられている。

在宅で人工呼吸器を使用している患者・家族のために必要なレスパイト病床数に関する全国的な調査はないが、平元は平成24年度の北海道での調査で、在宅で医療的ケアを必要とする障害者694名の内、在宅人工呼吸器使用者は194名と報告し、この患者が月に5日間レスパイト入院を行うために必要な短期入所のためのベッド数は人口550万の北海道で少なくとも33床以上必要と推計した。しかし、実際に北海道でレスパイトのために利用可能なベッド数は10床程度と不足しており、今後、重症児施設での短期入所ベッド数増加や、地域の中核病院における短期入所事業の実施を働きかけるなど、人工呼吸器使用者への支援体制が構築できるように検討していく必要があると報告している⁷⁾。

今回の調査では、小児科専門医研修施設・研修支援施設に急性期病床を使って医療的ケアの必要とする重症児の短期入所または入院を行っているかについて質問した。これらの施設の多くは、日本小児科学会が提唱する地域医療ネットワークの基幹となる中核病院、地域小児科センターでもあり、レスパイトケアにおける役割も大いに期待される。しかし、障害者総合支援法に基づく空床利用型短期入所でレスパイトを受け入れている施設は33施設(9.2%)、主たる目的が在宅管理の適正度を判断する「医療」であり医療法上の入院であるが、従たる目的がレスパイトなどの「福祉」目的の場合も行っている施設が122施設(34.1%)と、重症児のレスパイトを目的とする短期入所または入院を行っている施設は合計で135施設(37.7%)に過ぎなかった。

地域別の短期入所または入院実施率では、関東では45/92施設(48.9%)であったのに対し、北海道・東北では8/48施設(16.7%)、中国・四国で10/37施設(27%)と地域差が見られた。これは実施率の高い関東、中部、近畿地域で小児在宅医療により熱心に取り組んでいる施設が多いためと考えられるが、一方で、重症児の短期入所を行える重心施設の受け入れ能力に地域差があることも要因と考えられる。病院群別の比較検討では、NICUを持ち、小児科常勤医の数が多く、小児入院医療管理料1,2を取っている施設で短期入所または入院の実施率が高いことから、短期入所（入院）を行うためには、ある程度の病院規模とマンパワーが必要であること、そして重症度に応じた医療機関の振り分けが必要であることを示唆している。しかし、地域

別の比較検討において、実施率の低い北海道・東北地域では、小児科常勤医数が少なく、小児入院医療管理料も低い施設で行われている比率が高いことから、中核病院までの移動距離が長い地域では中小病院でも重症児の短期入所（入院）を行わなければならないことがわかる。このように重症度や地域性を考慮した医療機関の振り分けが必要であるが、それを可能にするためには、患者・家族の利便性を損なわないようなネットワークを地域ごとに構築してコーディネーターが管轄するようなシステムを考えていく必要がある。

短期入所または入院の実績に関する質問では、行っている施設であっても1~5例/年の施設が57%と最多で、50例以上/年の施設は11施設(9%)にすぎず、中間値も5例/年と少なかった。多くは自施設のNICUや急性期病棟から退院したかかりつけの重症児を対象として行っており、地域の他施設の重症児まで受け入れられないのが現状である。一方で、受け入れ可能な医療的ケアでは気管切開は95%以上、胃瘻・腸瘻、人工呼吸器が約9割と、超重症児にも対応可能な施設がほとんどであり、技術的には受け入れ可能であることがわかった。

短期入所または入院を継続していくために必要な条件としては、「レスパイト管理料などの入院加算」、「看護師の数」、「制度としてのレスパイトの確立」および「家族との十分な意思疎通」をあげる施設が多かった。2012年に大阪府で行われた地域病院での小児在宅医療のアンケート調査でも、レスパイト入院を行う上での問題として、現在、レスパイト目的の病床運用が認められていない「制度」、「看護体制」、医学的管理に見合った診療報酬が得られないという「医療」、「家族との関係構築」をあげている病院が多く、今回の調査と同様の結果であった⁸⁾。多くの人手と手間がかかる割に病院としての収益が少ない重症児の短期入所または入院を今後とも継続していくためには、看護師を含め介護するスタッフの確保と、病院として収益が上がる制度の確立が必要である。

本来、重症児の短期入所（入院）は療育施設などリハビリテーションや療養環境が整った施設で行うことが望ましいと考えられるが、重心施設では、満床が常態化し短期入所のためのベッドが不足していることと、医療的ケアが高度なため受け入れがたい事情があり、さらに過疎地域では重心施設との距離の問題等もあり、地域の一般病院小児科で受け入れざるを得ないのが現状である。しかし、地域の基幹病院小児科は、小児急性期医療を担っていることが多く、在宅支援のための病棟・病床をもっていないことがほとんどである。今回の調査では、レスパイトを目的とした短期入所もしくは入院を行っている施設の中でも、専用の病

床のある施設は15/135施設(11%)にすぎず、短期入所(入院)のための特別な看護体制をとっている施設は4施設(4%)のみであった。

レスパイトを目的とした短期入所もしくは入院を行っていない施設でも、62%は条件がそろえば可能と答えており、その条件としては、「看護師の数」、「制度としてのレスパイトの確立」、「レスパイト管理料などの入院加算」、「療養に適した入院環境」が多かった。少子化および感染症・喘息などの入院の減少により小児科病棟の空床が目立つような時代、一般病院小児科でもレスパイト入院を導入することで、空床率を減らすことは病院経営上も重要と考えられる。ただ、小児のみの独立病棟をもつ病院も減少し混合病棟となってきているため、小児科医が在宅療養児の管理ができて、病棟看護師が医療的ケアを常時必要とする重症児のケアに慣れていないことも多くなっている。

また、小児科専門医研修施設であっても、地域で見守っている重症児の数や重症度は様々であり、重症児をとりまく現実を知るためには、重心施設での研修は不可欠と考えられる。今回の調査では小児科専門医の研修プログラムに重症児の研修を入れている施設は19施設(5%)にすぎず、プログラムには入れていないが研修させていると回答した施設も127施設(37%)と半数に満たなかった。保護者の立場からは、重症児のケアに不慣れなスタッフに自分の子どもを預けることへの不安が強く、保護者と受け入れ病院のスタッフとの間に信頼関係が築かれていなければ、レスパイト入院はできない。そのためには、地域で重症児の医療的ケアの研修を定期的に開催していくことが必要である。また、一般病院小児科が重心施設や在宅医療までの中間施設として役割を担ったり、レスパイト入院を行うためには重症児の研修は必須である。

今後は、レスパイト入院の量的拡大ばかりでなく、質も担保できる方向に進んでいく必要があると考えられるが、より多くの一般病院小児科がレスパイト入院を実施し、より良いケアを行うためには、レスパイトが制度として確立し、「レスパイト入院管理料」などの診療報酬上の加算やDPCでの評価によって病院として収益がでるシステムが構築され、看護師・介護士・保育士などの人員配置と、将来的には独立したレスパイト病床の確保等が必要である。また、地域ごとに重

症度に応じた、医療機関への振り分けと、それをコーディネートする人材の育成配置、さらには、在宅の重症児の医療や生活全般に精通した医師を始めとする専門職種の育成確保のために、医学部、初期・後期研修での障害児医療研修を必須とし、医師・看護師・介護士・保育士などに研修機会を確保するなど、重症児に関わる人材の育成が必要である。

謝辞 本研究を実施するにあたり、調査結果の利用許可と多くのご教示を頂いた日本小児科学会小児医療委員会委員長の市川光太郎先生、アンケート作成の際に貴重なご助言を頂いた国立成育医療研究センター生体防衛系内科部部長の横谷進先生に深謝いたします。

日本小児科学会の定める利益相反に関する開示事項はありません。

文 献

- 1) 厚生労働省 人口動態調査, 平成26年度 我が国の人口動態. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/1ist/dl/81-1a2.pdf>
- 2) 田村正徳. 小児在宅医療の現状と今後の展望. 小児内科 2013; 45: 1206—1209.
- 3) 中林洋介, 奈倉道明, 新谷幸子. 在宅医療推進のための厚生労働省の取り組み. 小児内科 2013; 45: 1214—1218.
- 4) 厚生労働省 在宅医療推進について, 小児等在宅医療連携拠点事業について. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/index.html
- 5) 楠田 聡, 山口文佳, 小枝久子. NICU長期入院児の動態調査 長期入院発生率が減少した原因についての検討. 平成22年度厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代成育基盤研究事業)「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究」(分担) 研究報告書.
- 6) 森脇浩一, 田村正徳. 全国のNICU・GCU長期入院児の実態調査. 平成23~25年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「重症の慢性疾患児の在宅での療養・療育環境の充実に関する研究」(分担) 研究報告書.
- 7) 平元 東. 障害児者のマッピングとそこから見える在宅支援. NPO法人医療ケアネット. 医療的ケア児者の地域生活支援の行方. 初版. 京都市: クリエイツかもがわ, 2013: 110—132.
- 8) 鳥邊泰久, 荒井 洋, 今石秀則, 他. 病院における障がいをもつ子どものレスパイト入院についての検討. 大阪小児科医会会報 2014; 1: 39—41.