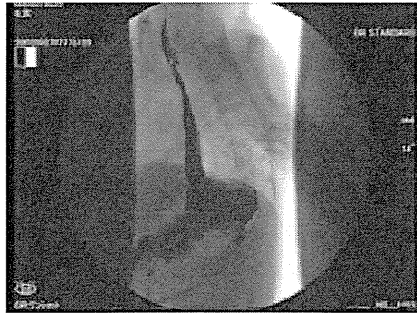


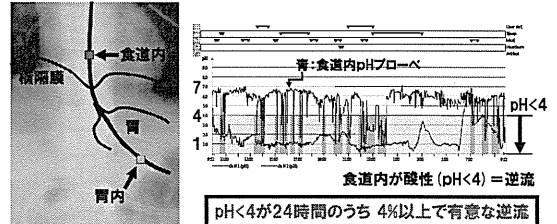
誘発・増悪因子 胃食道逆流症(GERD)



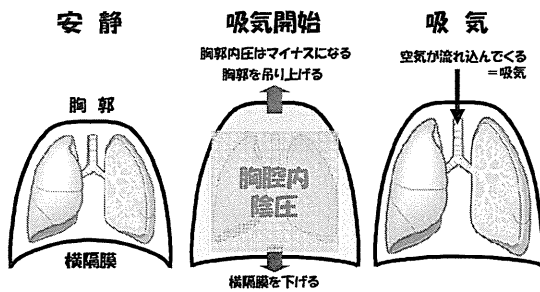
吸気時に、胃液が食道へ逆流

24時間食道内pHモニター

- 一本のチューブを経鼻で24時間留置
- 2つのプローブで、胃内と下部食道(食道胃接合部より3-5cm口側)のpH測定
- 胃食道逆流症の定量的診断方法、治療法選択の根拠

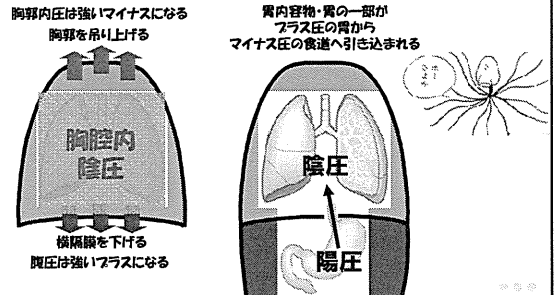


安静時の呼吸運動と胸腔内圧変化



呼吸障害と胃食道逆流症・ヘルニア

努力性吸気 → 胃食道逆流症・ヘルニアが誘発



吸気性呼吸障害 ⇨ 胸腔内吸気時陰圧 ⇨ GERD ⇨ 気管内誤嚥



吸気時に、胃液が食道へ逆流、喉頭から気管へ流入

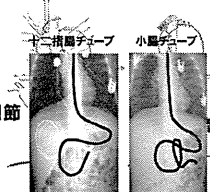
胃食道逆流症

症状

消化管症状 嘔吐、吐血・胃管から血性吸引、下血
 呼吸器症状 気管支喘息、反復性肺炎
 全身症状 やせ、筋緊張(胸焼けへのけぞる)、睡眠障害

治療

姿勢療法 うつぶせなど
 薬物療法 胃酸分泌抑制、消化管運動調節
 十二指腸・小腸チューブ留置
 手術 噴門部形成術・胃瘻造設



腹部食道に胃を巻きつけることで逆流防止弁の機能が期待できます
 チューブが詰まらないように10%酢で潤しておく



治療的アプローチ

- 急性期管理(輸液・抗生剤・酸素投与・人工呼吸器)
- 誘発因子の疾患に対する治療
- 口腔ケア、摂食嚥下訓練、NST
- 姿勢管理
- 呼吸理学療法(胸郭可動域訓練、squeezingなど)
- バギングによる加圧
- 肺内パーカッションベンチレーター(IPV)、MI-E、NPPV
- 気管支鏡、気管カニューレによる気道安定性の確保



治療的アプローチ

いかに痰を出せるか

有効な排痰を得るための理論

- たくさん吸えること = 胸の柔らかさ
- 勢いよく咳ができること = 咳の強さ
痰をつき破る圧

息苦しさを体感

緊張が強い方の呼吸 あ～おなかいっぱい

最大吸気位 息を吐く 最大呼気位

一回換気量 安静呼吸位 最大呼吸位 肺活量

- ① 体幹伸筋群の過緊張より、全身のそり返りと肩甲帯が後退している子どもでは、胸郭は扁平に変形し、吸気位で固定される
- ② この体勢をまねて、胸郭を拳上したままで呼吸をしてもらうと、速く早い呼吸となり、呼吸による疲労が激しいことを体感する

呼吸リハで初めにしたいこと

リラクゼーション = 支持面積を広く

立位

↓

臥位

運動性


活動

↓

安定性

休息

緊張している



緊張した姿勢では点で支えている

支持面積が広い → リラックスできる

呼気介助 胸郭の動く方向を把握することでリスクを減らす

上部胸郭

下部胸郭

早わかり呼吸理学療法より

呼吸理学療法の第一歩より

呼吸リハ中の気管支ファイバー所見

左気管支末梢(左下葉)に溜まった喀痰:リハで排出されたものを吸引

入院時と改善した胸部レントゲン所見

入院時: 右上中葉と左下葉の異常

2週間後

相手の胸に手を置いたとき

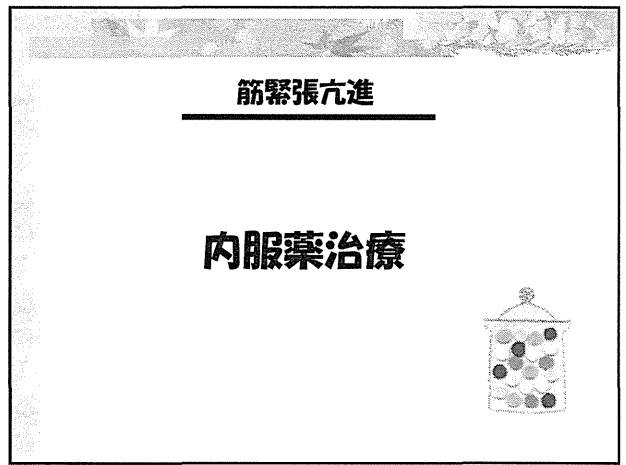
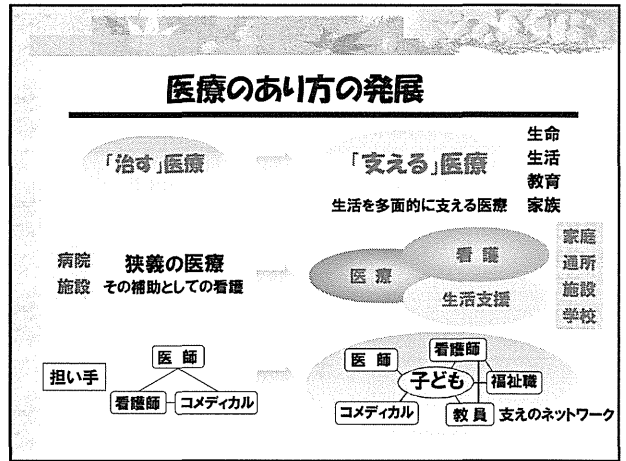
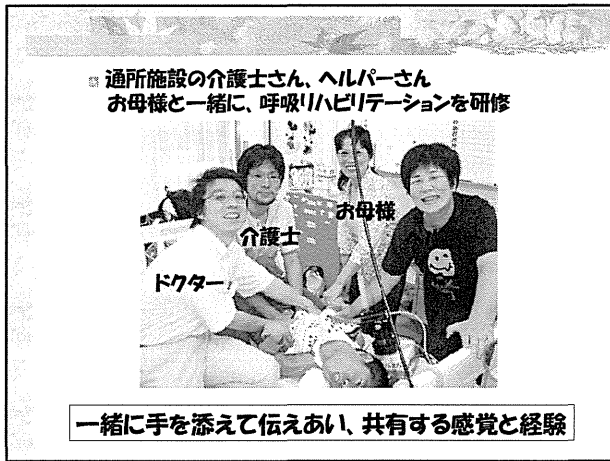
- まずは、相手の呼吸を手で感じましょう
- やさしくつつみこむような手のイメージ
- 指先の力を抜いて
手のひらの力も抜いて
- 息を吐かせるのではなくて
呼吸のお手伝いをします

呼吸リハで大切にしたいこと

- まずは、行方がリラックス
- お互いに体も心もリラックスすると、自然とゆったり呼吸ができることを体感する
- 胸のストレッチ運動と考える。動く方向と範囲を理解して骨折などのリスクを減らす
- 相手の表情をよく見ながら...
- 最後は気持ちよく眠ってくれれば、大成功!

呼吸リハの大きな大きな目標

- 呼吸が楽になる
- 気持ちがよくなる
- その場を共有するひと同士のコミュニケーションのひとつ



内服薬治療

- フェノバルビタール 4~8mg/Kg
血中濃度 10-30 µg/ml → 40-60 µg/ml
必要時はLoadingを行う
- ジアセパム
分泌物過多に注意
- 末梢性筋弛緩剤 ダントロレンナトリウム
- 中枢性筋弛緩剤 バクロフェン・塩酸エペリゾン

大量投与が必要なときもある。
ほどよい効果と副作用軽減のためには、少量頻回投与とする。
内服より座薬投与が効果的なことがある。

A型 ボツリヌス・トキシン II ボトックス® 基本事項

ボトックス®の作用

神経筋接合部へ直接作用
↓
 施注部位からゴルフボール
1個分の範囲に浸潤
 (筋膜に関係なく拡散)

どの筋のどの部位に
投与したかが重要

1) 神経筋接合部へ直接作用
2) 神経筋接合部へ浸潤
3) 神経筋接合部へ浸潤
4) 神経筋接合部へ浸潤

症例 2y SQ 前

ボトックス®治療

6cc/100U
0.2cc × 6 = 20U

両 頭板状筋×2
両 僧帽筋×2
両 傍脊柱筋×2

前

後

ハギー車

カーシート

立位保持

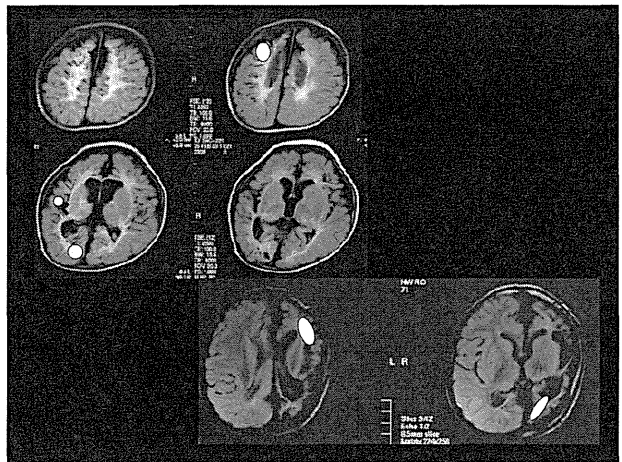


座位保持装置



**重症児ではてんかんは
日常的にみられています**

- どんな形の発作が何分続いたら
座薬を入れるか
救急車を呼ぶか
- 重積状態になるのを防ぐ
- みて過ごせる発作を知っておく



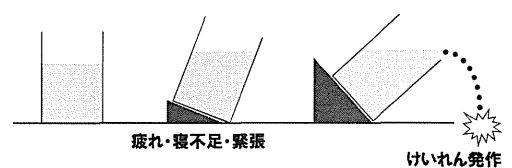
重症児のてんかんはすべてが症候性⇒難治性

てんかん発作分類

		発作症状	
		部分発作	全般発作
原因	特発性 (原因不明)	特発性 局在関連性	特発性全般
	症候性	症候性 局在関連性	症候性全般

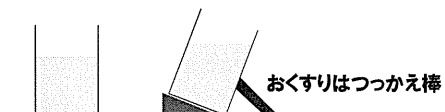
どんなときに起こりやすい…?

日常生活



治療の基本的な考え方は...

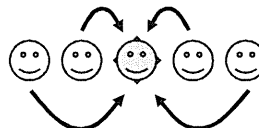
日常生活



治療の基本的な考え方は...

自己治癒力

日常生活で、お友達との時間や先生との活動から楽しむことを覚え、毎日通える自分の居場所を見つける社会性が育って、そうやって毎日のリズムができてくるとまわりの神経細胞が活発になってきます

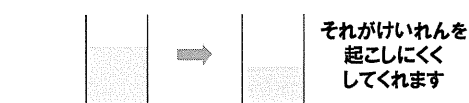


治療の基本的な考え方は...

おくすりはつかえ棒

毎日を楽しんで生活することで
きれいな細胞を
まわりの神経細胞が治してくれる

発作を恐れず、いろんな経験をしましょう



発作のとき、どう対応したらよいでしょうか

てんかん発作で生死に関わることはまれですが、以下の点には注意して下さい。

①転倒による外傷 ②嘔吐物による窒息 ③けいれん重積

これらを予防するために、もし、発作があれば...

- | | |
|----------------------|-----------|
| 1 寝かせる | 転倒による外傷予防 |
| 2 顔を横に向ける | 嘔吐による窒息予防 |
| 3 気道確保 (下顎を上げる アイーン) | 低酸素予防 |
| 4 持続時間の把握 (時計を見て正確に) | 重積対策 |

今後の治療方針を立てるための観察項目は...

- 目と手足の様子 (左右差など)
- 呼吸の様子・チアノーゼの有無
- 意識の有無 (呼びかけ・刺激に反応するか)
- 持続時間のチェック
- はじめどうで (どんな発作)、その後どうなったか (発作像は短時間に変わっていく)



アイーンは、けいれん発作時に舌を押し上げて窒息を防ぐために使われます。

●安全な場所に寝かせる

●顔を横にもけて、吐物を誤嚥しないように衣服を緩める

●口の中に物を入れてはいけない

(舌を噛むような発作では、周囲が気がついた時はもうすでに噛んでしまっているので、後から物を口の中に入れても意味がありません。かえって嘔吐を誘発したりします。)

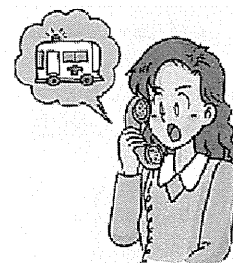
5分以上続くとき座薬

対応を主治医に確認

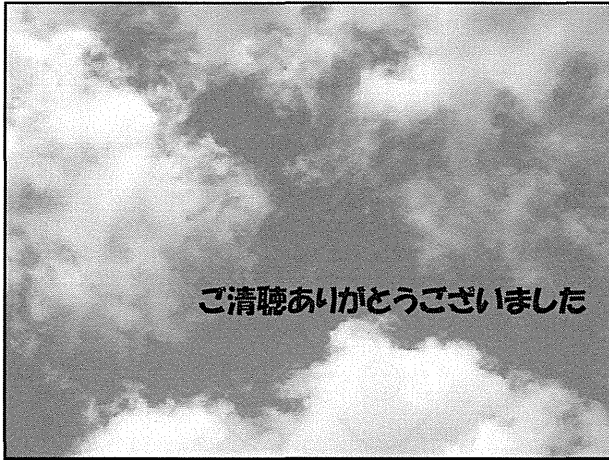


口の中を切ったり
窒息の原因になります

いつもと違うとき
5-10分続くとき救急車



重積 (30分) までに治療を受けられるように



カフ付きカニューレ

- ◆ 下気道を遮断する
- ◆ 陽圧換気を有効に行うため
- ◆ 適正なカフ圧で使用
 - カフは必ず、誤嚥を防止するためのものではない
 - 少量の流れ込みは避けられない

気道粘膜を圧血しないカフの最大圧は 25mmHg ≒ 33hPa

- ◆ Minimum Occluding Technique
 - ◆ 鼻・口腔に空気が漏れない必要
 - 最小限のカフ圧を決める
 - 換気時の気道内圧を参考に!

これはカフ付き

構造上、細い物は無い (1/8規格は隠れる)

気管の断面

- ◆ 軟骨輪は硝子軟骨
- ◆ 内面は多列線毛上皮が覆う
- ◆ 腺は粘液腺と漿液腺が混在
- ◆ 膜様部は結合織よりなり、内に横走する平滑筋の薄層を有し、両端は軟骨輪に付着する

粘膜は薄く、その直下は軟骨
→カニューレや吸引チューブなどで
粘膜が傷害されやすく
易出血性
→軟骨膜が傷付くと
肉芽形成

カニューレの形状と長さ

-気管内合併症予防の観点から-

- ◆ 一律に外翼まで押し込まない!
 - ◆ 頸部の太さ、気管孔の位置などにより異なる
- ◆ 気管内でのカニューレの位置が重要
 - ◆ 先端が気管内壁に触れず分岐部に正対するように
 - ◆ ガーゼの枚数や「ゲタ」などでカニューレの先端の位置(深さ)を調節する

長いカニューレも外翼まで押し込むと危険!

適正位置
皮膚と外翼の間の隙間はガーゼなどで調節

同サイズ、同機能のカニューレでも、メーカーにより長さや形状(彎曲)が異なる

望ましいカニューレの位置

カニューレ内から覗てみると

- ◆ カニューレ先端が分岐部に正対
- ◆ 手を離して落ち着いた位置*

深さはガーゼの枚数などでも調節可能

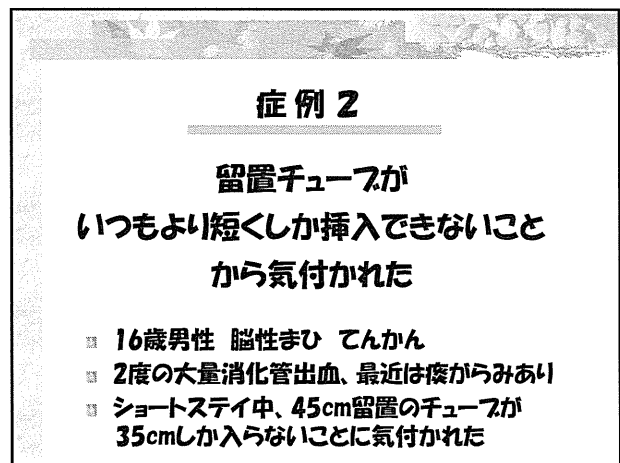
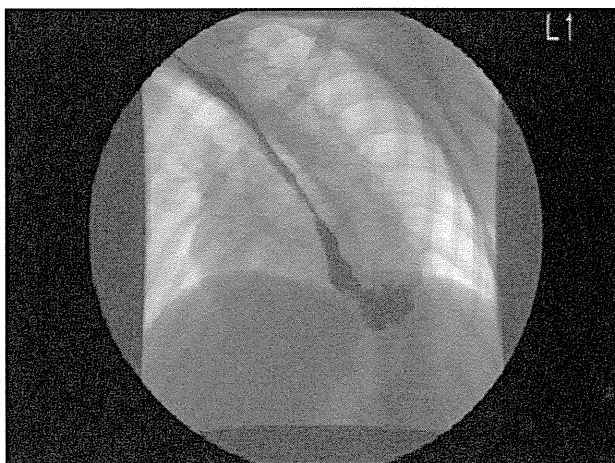
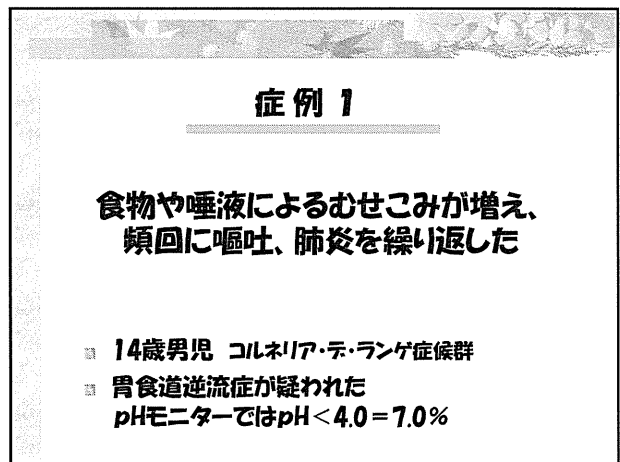
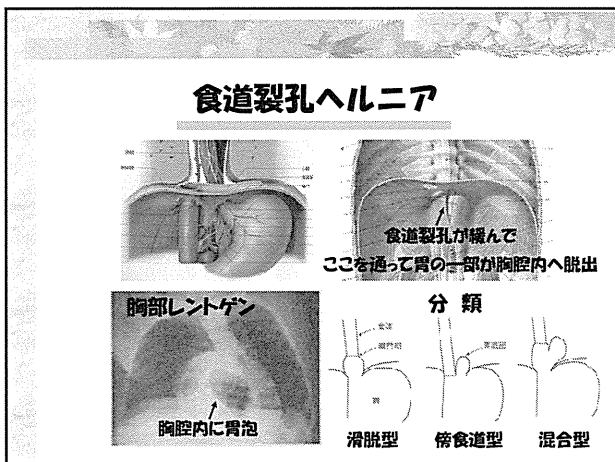
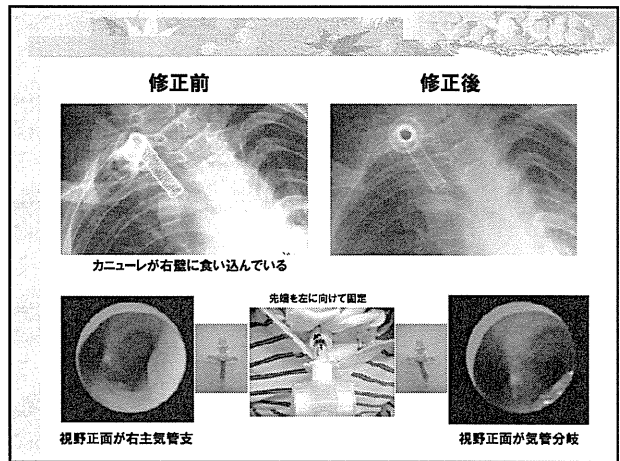
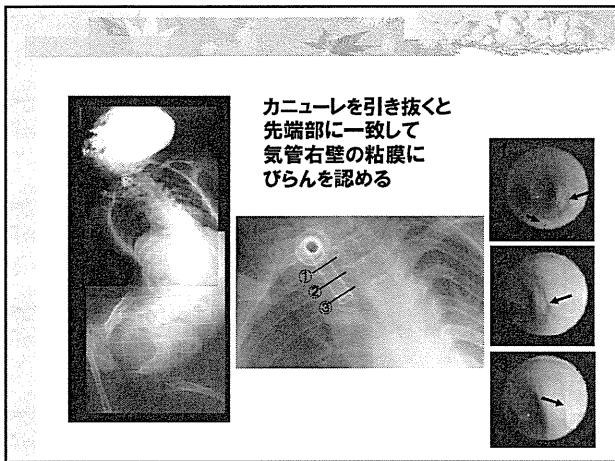
*但し固定は確実に!

望ましい 危険!

気管腕頭動脈瘻

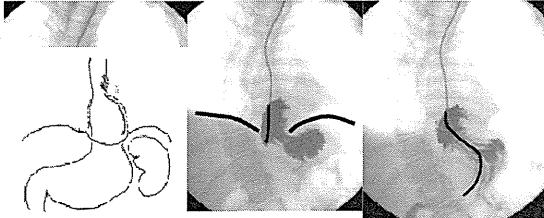
救命率の低い(1%未満)腕頭動脈瘻の予防

カニューレ先端の前壁にはちょうど腕頭動脈が走行している



症例 2

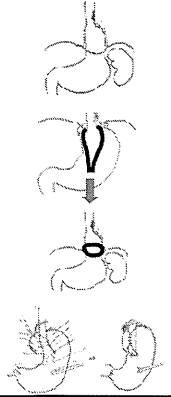
- 35cmでつかえます ■ 造影剤を入れていくと



■ 45cmはここまで来ます

食道裂孔ヘルニアに対する手術

- 胃を引き下げる
- 食道裂孔を縫い縮める
- 噴門形成術(逆流防止術)



たくさん吸えること

- バギング=深呼吸:一回換気量の約3倍を吸気に合わせて送り込む



一回換気量
=10ml x BW

■ 3-5回/1セット x 3回/1クール x 1日3回

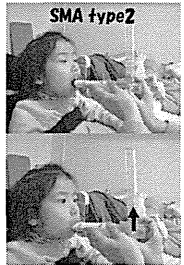
勢いよく咳ができること

CPF(Cough Peak Flow) 最大呼気流速
咳をした時に吐き出される呼気の速さ

CPFの正常値360~960ℓ/分
270ℓ/分≧ 風邪をひいた際に排痰が困難
160ℓ/分≧ 痰の排出困難

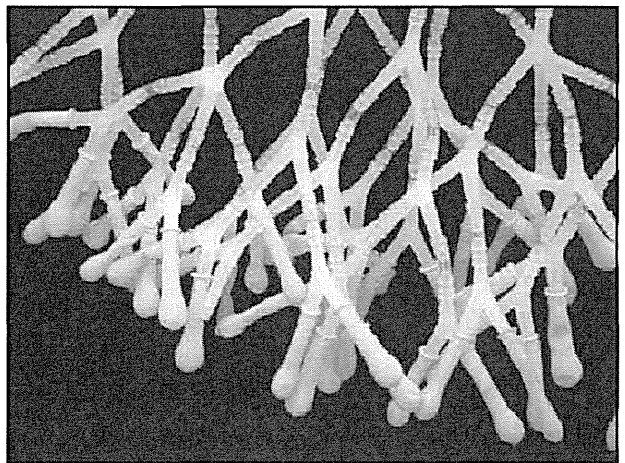
カフアシスト

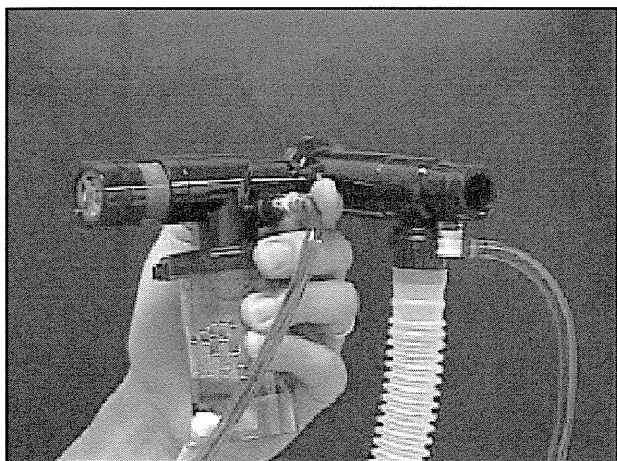
- 器械から、気道に陽圧を加えた後、急激に陰圧をかけることで高速の呼気流速を発生させ、痰を嚙み出させる(10から開始、30~40へ、1秒ずつ)
- この器械を使用すると、CPFは360~600ℓ/分に達する



治療的アプローチ

痰が出た (^ _ ^)
...まだ
奥に痰が残っている...^o





IPV原理 ガス交換能の向上

コップに注いだ水の流れを想像してください

1. コップに水を注ぎます
2. 中央には下向きの流れが、周囲には壁に沿った上向きの流れ(向流)が生じてあふれでます
ニュートンの第3法則
作用・反作用の法則
3. この現象により、酸素-炭酸ガス交換能が向上するのです

PL-PC043 写真 PERCUSSIONAIRE JAPAN INC.

IPV療法での排痰

分泌物による閉塞
無気肺
↓
パーカッション流の小気団が分泌物を溶かし開孔
↓
痰の喀出
CO₂の排除
↓
換気の改善

- 1-5Hzのパーカッション流が気道を拡げながら肺胞へ到達
- 分泌物を流動化、排痰を促進し、無気肺を解消する
- 肺胞内では、流入するガスと、排出するガスの流れが生じガス交換能を向上させる
- (呼吸リハの一技法) パーカッションを肺の内側から行う

15歳女性 右中葉下葉の無気肺

気管支鏡で観察しながら
IPVを施行

2月7日 送気術直後 2月8日 IPV連日 2月14日

S8無気肺のころ

治療的アプローチ



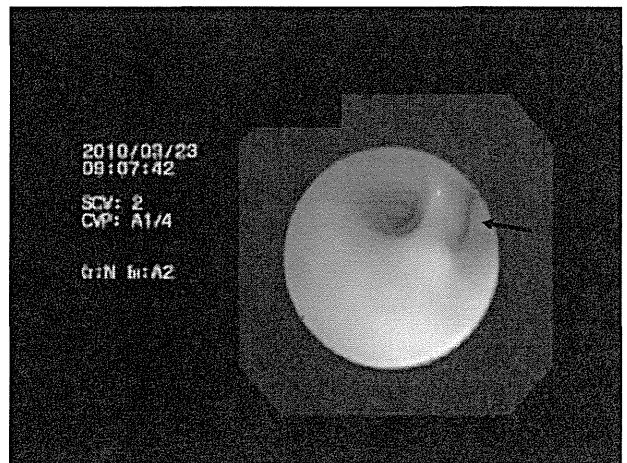
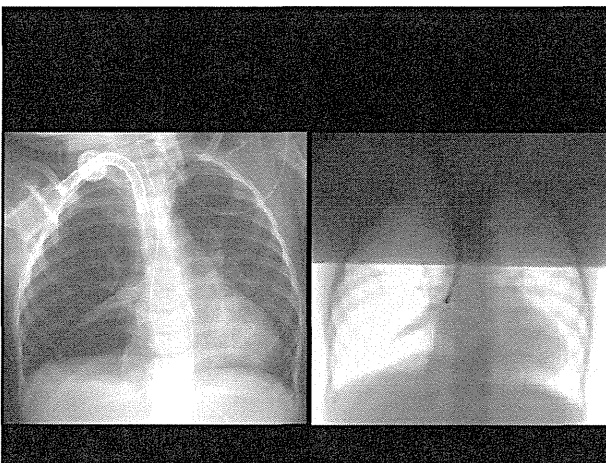
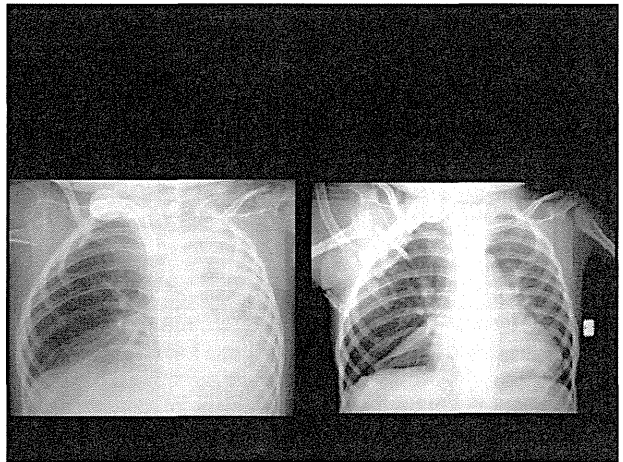
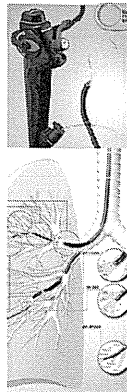
中枢の痰…呼吸リハ、カフアシスト
末梢の痰…水分補給、去痰剤、IPV
栄養改善…植物性脂肪・蛋白を十分に摂る
炭水化物は控える
(ヨーグルト・プリン・アイスクリーム)

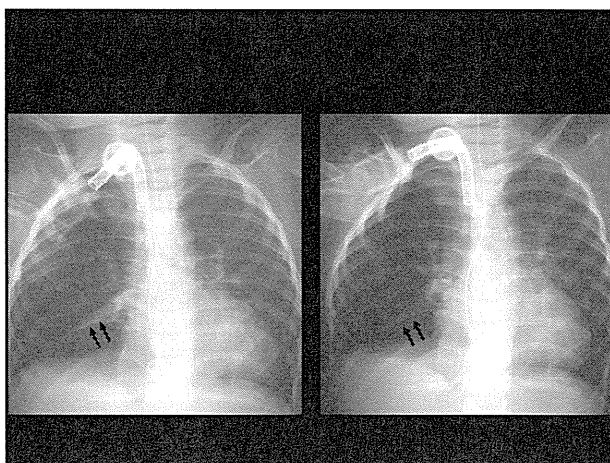
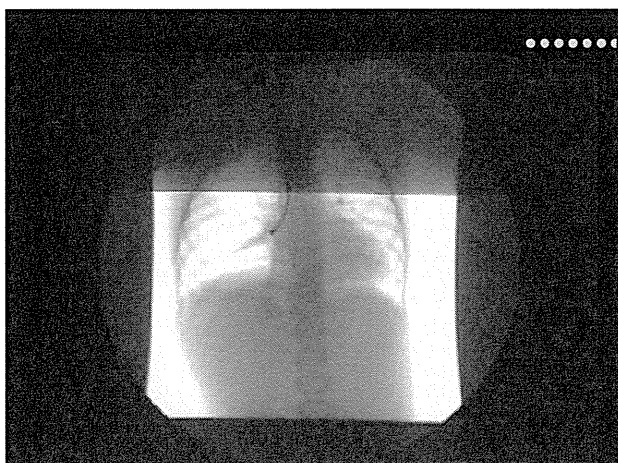
治療的アプローチ

それでもだめなときは



無気肺に対する
選択的気管支送気術





選択的気管支送気術

- 透視下で行うと、肺の拡張をリアルタイムに観察できるため、過不足ない送気術が可能
- Fiberによるトイレットイング、spring actionで粘液栓を除き、その後送気する併用が効果的
- 陳旧化する前にアフローチを行い、肺機能を温存

教育の中での医療

医療的ケアを抱える児童

東京都立駒込病院小児科
荒木聡

在宅医対象の小児在宅医療研修会
2013.2.3

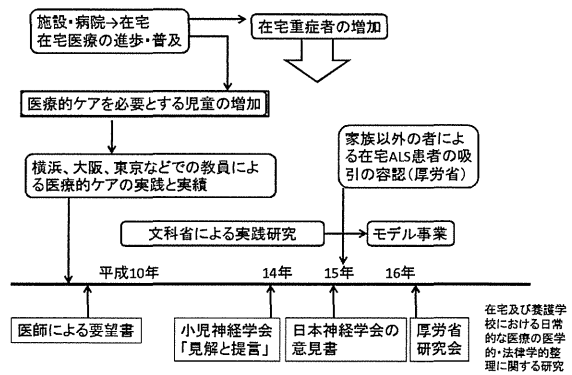
重症心身障害児・者の生活の場

就学前	在宅 病院(治療入院、レスパイトケア)・施設(短期・措置入所) 通所
就学後	在宅 特別支援学校(通級、訪問) 病院・施設など(入院・入所、院内学級・訪問学級)
卒業後	在宅 重症心身障害者通所施設 療育センター等施設入所(措置・短期) 生活介護施設

医療が基礎にある日常ケア

- ・ 栄養 経口摂取(摂食訓練)
経管栄養:経鼻留置tube、胃ろう
- ・ 呼吸 気道確保:姿勢介助、気管切開
分泌物の吸引
人工呼吸器管理、酸素投与
- ・ 排泄 導尿、浣腸
- ・ 薬物投与

学校での医療的ケアをめぐる対応の経過



医療的ケアの必要性

近年の医学・医療技術の進歩やノーマライゼーションの理念の普及などを背景に、盲学校、聾学校及び養護学校(以下「盲・聾・養護学校」という。))においては、たんの吸引、経管栄養、導尿(以下「たんの吸引等」という。)の必要性が高い幼児、児童及び生徒(以下「児童生徒等」という。)の割合が高まりつつある。

医療ニーズの高い児童生徒等の教育を受ける権利や安全かつ適切な医療・看護を受ける権利を保障する体制整備を図る措置を講じていくことは重要であり、また、痰の吸引等については、その危険性を考慮すれば医師または看護職員が行うことが原則であるが、上記整理を踏まえれば、教員による痰の吸引等を盲・聾・養護学校全体に許容することは、一定の条件のもとでは、やむを得ないと考える。

「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて」一部抜粋
(平成16年10月20日医政発第1020008号厚生労働省医政局長通知)

学校での医療的ケアの内容

	医療的ケア項目	その他
栄養	●経管栄養(経鼻留置tube) ●経管栄養(胃ろう・腸ろう) ●経管栄養(口腔ネラトン法) IVH中心静脈栄養	経口摂取介助
呼吸	●口腔・鼻腔吸引(咽頭より手前まで) ●口腔・鼻腔吸引(咽頭より奥の気道) ●経鼻咽頭エアウェイ内吸引 ●気管切開部(気管カニューレより)からの吸引 ●気管切開部の衛生管理 ●ネブライザー等による薬液(気管支拡張剤等)の吸入 ●経鼻咽頭エアウェイの装着 ●酸素療法 ●人工呼吸器の使用	姿勢介助 排痰ケア
排泄	導尿	
その他		

●は教員が行うことを許容されている医療的ケア項目

対象幼児児童生徒数・配置看護師数等の推移

年度	医療的ケアが必要な幼児・児童生徒数		配置されている看護師数	医療的ケアにかかわっている教員数
	在籍校数	幼児・児童生徒数		
17年度	542	5,824	597	2,769
18年度	553	5,901	707	2,738
19年度	548	6,136	853	3,076
20年度	575	6,623	893	3,442
21年度	600	6,981	925	3,520
22年度	607	7,306	1,049	3,772
23年度	580	7,305	1,044	3,983

H23年度は、岩手県、宮城県、福島県、仙台市は調査対象外

対象幼児・児童生徒数

区分	医療的ケアが必要な幼児・児童生徒数				
	幼稚部	小学部	中学部	高等部	合計
通学生	45	2,747	1,282	1,234	5,308
訪問教育(家庭)	0	590	275	241	1,106
訪問教育(施設)	0	141	68	127	336
訪問教育(病院)	0	258	154	188	600
合計	45	3,736	1,779	1,790	7,350
在籍者数	1,373	33,923	25,981	53,993	115,270
割合	3.3	11.0	6.8	3.3	6.4

H23.5.1現在
岩手県、宮城県、福島県、仙台市は調査対象外

教育的意義とは

- 教育条件の改善
「訪問」から「通学」へ、授業の継続性
家庭の都合や体調不良による欠席の減少、等
- より本質的な教育的意義
教育内容の深まり
教員と生徒の関係性の深まり
- 文科省による研究事業での成果のまとめの教育的意義
子どもの精神的成長、母子分離
生活リズムの確立、欠席の減少
授業中に保健室に行くことがなくなり授業が継続できる
様々な活動に参加できるようになり表情が豊かになった
発達に応じた自立心の芽生え

医療的意義とは

- 直接的な医療的意義
医療的ケアが学校でも必要に応じて実施されることにより、誤嚥や脱水を防いだし(経管栄養)、呼吸困難の防止や軽減が可能となり(吸引)、健康・生命が維持できる
- より広い医療的意義
学校スタッフが医療的ケアにかかわることを通じて、適切な医療的配慮と対応が向上

福祉的意義とは

- 家族(とくに母親)の負担の軽減
- 姉妹兄弟を含めた家族のQOL向上
- 施設入所の回避

問題点

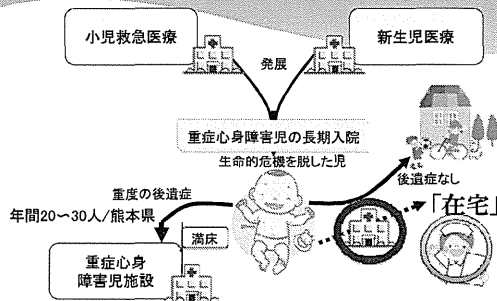
- 対象児童の増加・重症化
- 家族の負担
学校での待機、送迎
- 現場(看護師、教員)の負担
個別事例への対応
児童の急変への対応、責任の問題

小児在宅医療における連携と 知っておくべき制度

熊本再春荘病院小児科
島津 智之

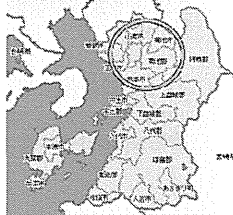


訪問看護の必要な子どもたちの在宅移行

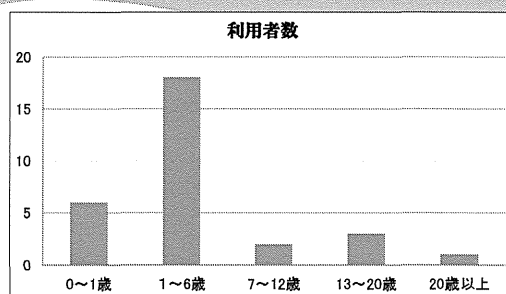


訪問看護ステーション ステップ・ド・キッズの紹介

- 平成21年9月1日熊本県合志市で
NPO法人 NEXTEPにより開設(常勤2名 非常勤1名)
- 現在、看護師(常勤5名、非常勤2名)、理学療法士(非常勤1名)
- 全国でも数少ない小児専門の訪問看護ステーション
- 利用者 31名(11/20現在)
- 平成24年5月訪問介護事業所
ドラゴンキッズ設立。
介護職(常勤1名、非常勤3名)



年齢別利用者数



利用者を疾患別にみると

神経筋疾患

- 脳性まひ
- 急性脳症後遺症
- ヘルペス脳炎後遺症
- 水頭症
- 滑脳症
- 脊髄性筋萎縮症(I型)
- West症候群
- レノックスガストー症候群

循環器疾患

- 動脈管開存+心室中隔欠損症

呼吸器疾患

- 慢性肺疾患
- 染色体異常/奇形症候群
- ダウン症+二分脊椎症術後
- ソトス症候群
- 18トリソミー
- 13部分モノソミー
- 先天代謝異常症
- ゴーシェ病
- メチルマロン酸血症

医療依存度

人工呼吸管理	9名(30%)
気管切開管理	12名(40%)
在宅酸素管理	17名(57%)
胃瘻栄養、経鼻栄養	23名(77%)
頻回吸引	24名(80%)
ヘルパー利用	15名(50%) 11名(69%)
訪問診療	9名(30%) 8名(50%)
ショートステイ	16名(53%) 13名(81%)

小児在宅医療における課題

- ・小児に対応できる訪問看護ステーション
- ・入院ベット(急性期のバックアップ及びレスパイト)
- ・医療、福祉、教育、行政の小児在宅医療への理解と連携
- ・訪問診療、訪問介護、コーディネーター

コーディネーターは誰がするか

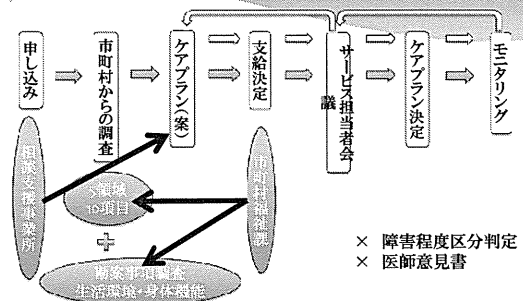
- * ケアマネージャーがいらない中 誰と連携するか
- * 医師、MSW(医療連携室)、看護師
↓
- * 相談支援専門員(相談支援事業所)

家族の思いを実現する 小児在宅児のコーディネート役の必要性

条件

- * 医療処置や病状の理解(必要な器械やデバイス)
- * 家族背景の理解
- * 社会資源の熟知
- * 福祉制度と医療制度(診療報酬)の熟知
- * コーディネート力

障害者自立支援法に基づく 障害福祉サービスについて



障害者自立支援法における ヘルパーの役割

- * 身体介護: 入浴や排泄、食事などの介助。
- * 家事援助: 調理、洗濯、掃除などの生活の援助。
- * 通院等介助: 医療機関への受診、公的手続きサービス相談の外出など

障害者自立支援法における ヘルパーの利用例

- A市:SMA type I 24時間人工呼吸器管理 3歳 男児
身体 7時間、家事 7時間、通院 3時間
- B市:SMA type I 24時間人工呼吸器管理 3歳 男児
身体 22時間、家事 20時間、通院 12時間

医療費補助制度

★小児慢性特定疾患(特定疾患)

- ・重症認定→目、聴器、上肢、下肢、体幹・脊柱、肢体の機能
- 上記に該当しない場合は、
疾患毎の重症認定→悪性新生物、慢性腎疾患、慢性心疾患
慢性呼吸器疾患、慢性消化器疾患
先天代謝異常

★自立支援医療

- 支給認定対象となるもの→てんかん、情緒障害、知的障害
睡眠障害、うつ病、自閉症など

★乳幼児医療(養育医療)

学校との連携(熊本の場合)

☆支援学校・・・看護師配置の動き

- 痰吸引、経管栄養、導尿、(人工呼吸器)

☆地域の小中学校・・・

- A市→介護職配置(心疾患で車いす、酸素使用している児の介助)
- B市→看護師配置(痰吸引、経管栄養など)
- C市→特定の児童に対する配慮は不公平になり認めない

障がい者手帳

★身体障がい者手帳・肢体不自由

- ・福祉機器の購入
 - ・所得税、住民税の控除
 - ・自動車税の減免
 - ・公共施設、高速道路
JR、バス、タクシーなどの割引
- 呼吸器→1級
- ・呼吸困難が強く歩行がほとんどできない
 - ・呼吸障害のため指数が測定できない
- 3級
- ・指数が20 < ≤30(肺活量)
 - ・動脈血酸素分圧 50 < ≤60
 - ・又はこれに準ずるもの

★療育手帳

手当

★特別児童扶養手当 1級:約50750円

(身体障害1級、2級、療育手帳A)

2級:約33800円

(身体障害3級、4級、療育手帳B)

★障がい児福祉手当:約14280円

精神又は身体に重度の障害を有するため、日常生活において常時の介護を必要とする状態にある在宅の20歳未満の者

★おむつ助成

- ・先天性の疾患
- (原則3歳以上) ・排泄の意思表示ができない
- ・排便/排尿の処理能力がない

購入物品(日常生活用具給付、補装具)

- ・痰吸引器
- ・吸入器
- ・SpO2モニター(センサー)
- ・座位保持装置
- ・カーシート

予防接種の実際

さいわいこどもクリニック
宮田 章子

在宅医のための小児在宅医療研修会
2013.2.3

資料

ワクチン一覧表

予防接種ってなあに？

日本の定期/任意予防接種スケジュール

「ワクチンで防げる病気」 VPD (Vaccine Preventable Diseases)

ワクチンで防げる主な病気		
● B型肝炎	● ポリオ	● インフルエンザ
● ロタウイルス感染症(胃腸炎)	● 結核	● ヒトパピローマウイルス感染症
● ヒブ感染症	● 麻疹(はしか)	● A型肝炎
● 肺炎球菌感染症	● 風しん	● 黄熱病
● ジフテリア	● おたふくかぜ	● 狂犬病
● 破傷風(はしろうふう)	● みずぼうそう	● 髄膜炎菌感染症
● 百日せき	● 日本脳炎	

● 日本で子どもがワクチンを接種できる病気

ワクチンの種類

生ワクチン

ロタウイルス感染症、結核、麻疹、風しん、ムンプス、水痘、
黄熱病 など

1回の接種でも十分な免疫を作ることができるが、自然感染より免疫力が弱いため、
ワクチンの種類によっては、2~3回の接種が必要。副反応としては、もともと
の病気の軽い症状がでることがある。

不活化ワクチン

B型肝炎・ヒブ感染症・小児の肺炎球菌感染症・百日せき・ポリオ・
日本脳炎・インフルエンザ・A型肝炎・狂犬病・パピローマウイルスなど

不活化ワクチンは、ウイルスや細菌の病原性(毒性)を完全に失って、免疫を作る
のに必要な成分だけを製剤にしたもの。接種しても、1回の接種では免疫が充分
にはできないため複数回の接種が必要。

トキソイド

ジフテリア、破傷風(はしろうふう)など

細菌の出す毒素が、免疫を作るのに重要な感染症もあり。この毒素の毒性をなくし
免疫を作る働きだけにしたものがトキソイド。不活化ワクチンとほとんど同じ。

ワクチン各論

資料を参照

- 最新新しく導入されたワクチン
 - ヒブワクチン
 - 肺炎球菌ワクチン(成人用とは異なる)
 - ロタワクチン
 - 子宮頸癌ワクチン(ヒトパピローマウイルス)
- 変更のあったワクチン
 - 生から不活化へ⇒ポリオ
 - 接種量の変更 ⇒インフルエンザ
- 再開されたワクチン
 - 日本脳炎
- 任意ワクチンだが是非接種したいワクチン
 - 水痘ワクチン、ムンプスワクチン

ワクチン接種には旬がある ベストのタイミングでの接種が大切

- 個々のワクチンには免疫の獲得に適切な年齢がある
- ワクチンによって、接種する年齢や回数・間隔に違いがある
- 接種スケジュールをたてることの重要性
- 定期接種や公費助成があるワクチンに必要な「予診票(接種券)」が必要。接種できる期間が決まっている。それを外れると助成がなくなる

