

# C型髄膜炎菌性疾患 予防接種についての質問と回答 (Q&A)

**Q: 髄膜炎菌性疾患とは何ですか？**

**A:** C型髄膜炎菌性疾患は、患者の生命を脅かす場合もある、稀ながら非常に危険な感染症です。原因となる細菌は、常に人口の約10%の鼻咽頭に生息していると言われています。

髄膜炎菌性疾患は季節を問わずいつでも発症する可能性があります。特に冬から春にかけてが最も多いとされています。髄膜炎菌性疾患の菌株には様々な種類がありますが、オーストラリアではB型とC型が最も多く見られます。オーストラリアにおける髄膜炎菌性疾患による死亡者の半数以上は、C型によって占められています。

**このワクチンでは予防できない髄膜炎菌性感染症の菌株 (B型など) も存在します。**

現時点では、オーストラリア国内においてB型髄膜炎菌性疾患に効力のあるワクチンは開発されていません。

**Q: 髄膜炎菌性疾患はどのように感染および蔓延していくのでしょうか？**

**A:** 細菌は、咳やくしゃみ、会話の際に口や鼻から飛沫感染します。

**Q: 髄膜炎菌性疾患では、どのような兆候や症状が見られますか？**

**A:** 髄膜炎菌性疾患では、次のような兆候や症状が見られます：

- ・ 急激な発熱
- ・ 重度の頭痛
- ・ 眠気、錯乱、昏睡状態
- ・ 頸部強直、関節痛
- ・ 赤紫色の斑点やあざ状の発疹
- ・ 明るい光に対する嫌悪
- ・ 嘔吐

**Q: 髄膜炎菌性疾患は、どのように治療するのですか？**

**A:** 髄膜炎菌性疾患の症状のある人は、病院に入院して抗生物質による治療を受けます。抗生物質による早期治療が最も効果的です。

**Q: 私の子供に予防接種を受けさせるべきでしょうか？**

**A:** 国立保健医療研究審議会は、これまで予防接種を受けていない青少年および大人に対して、C型髄膜炎菌性疾患のワクチンを1回接種するよう推奨しています。

**Q: 予防接種は義務づけられていますか？**

**A:** いいえ。保護者の方々は、お子様に予防接種を受けさせるかどうか選択することができます。すべての保護者の方々に対して、予防接種に関する情報資料が送付されます。保護者の方々が同意書に必要事項をご記入のうえ、署名いただいた場合にのみ、お子様は予防接種を受けることができます。

お子様が予防接種を受けることをご希望されない場合は、同意書を提出しないでください。

**Q: ワクチンにはどのような成分が含まれていますか？**

**A:** ワクチンには、髄膜炎菌C血清群オリゴ糖、ジフテリア菌CRMタンパク質とリン酸アルミニウムが含まれています。

これらの成分はワクチンの効力を補助するため、または防腐剤としての役割を果たすために含まれています。

**Q: ワクチンの効果は生涯にわたって持続しますか？**

**A:** C型髄膜炎菌性疾患のワクチンは、長期間にわたって効力を発揮します。現時点では、さらなる投与は推奨されていません。

**Q: 私の子どもにC型髄膜炎菌性疾患のワクチンが接種された記録がない場合、または接種されたかどうか覚えていない場合はどうすれば良いでしょうか？**

**A:** お子様もう一度C型髄膜炎菌性疾患のワクチンの予防接種を受けても安全です。

**Q:** C型髄膜炎菌性疾患のワクチンには、どのような副作用がありますか？

**A:** 注射部位の痛み、発赤、腫れの他、発熱、神経過敏、食欲減退、頭痛などの軽い副作用が生じる場合があります。このような場合は、注射部位に冷湿布を行ったり、パラセタモール（鎮痛剤の一つ）を投薬することにより不快症状を和らげることができます。

**Q:** アナフィラキシーとは何ですか？

**A:** アナフィラキシー（過敏症）とは重度のアレルギー反応であり、治療が遅れると意識消失に至り、最悪の場合は生命に危険が及ぶ恐れもあります。予防接種後にこうした事態が生じることは極めて稀です。

**Q:** 妊娠している、または妊娠の可能性があるとされる若い女性にワクチンを投与できますか？

**A:** 妊娠中にC型髄膜炎菌性ワクチンを投与した治験データは現在ありません。

**Q:** 子供に喘息があり、「吸入器」でコルチゾンまたはプレドニゾン服用している場合はどうすれば良いのでしょうか？

**A:** C型髄膜炎菌性ワクチンの予防接種は、喘息用に「吸入器」を使用しているお子様にも安全です。

**Q:** ホメオパシー製剤は、C型髄膜炎菌性疾患を予防できますか？

**A:** いいえ。ホメオパシー製剤がC型髄膜炎菌性疾患を予防するという証拠はありません。

**Q:** 子供の予防接種の記録は提供されますか？

**A:** はい。予防接種後には、お子様にその記録をお渡しします。予防接種の記録が提供されていない場合、お子様が予防接種を受けたとみなすべきではありません。大学や専門学校への進学、就職、または海外への渡航の際など、しばしばこの情報が必要となる場合がありますので、予防接種後にはこの記録を必ず確認し、かかりつけの医師にも通知しておくことが大切です。

将来の参考のために、この記録は安全な場所に保管しておいてください。

**Q:** 予防接種に関するさらに詳しい情報は、どこで入手できるのでしょうか？

**A:** オーストラリア予防接種ハンドブック（現行版）は、予防接種についての詳しい情報を掲載しています。また、ウェブサイト：[www.immunise.health.gov.au](http://www.immunise.health.gov.au) もご参照いただけます。

**Q:** さらに詳しい情報は、どこに問い合わせれば良いのでしょうか？

**A:** 最寄りの公共医療機関にお問い合わせください：

#### Greater Southern

(02) 6124 9942 または (02) 6021 4799  
Queanbeyan Office Albury Office

#### Greater Western

(02) 6339 5601 または (02) 6841 5569  
Bathurst Office Dubbo Office

(08) 8080 1499  
Broken Hill Office

#### Hunter New England

(02) 4924 6477 または (02) 6767 8630  
Newcastle Office Tamworth Office

#### North Coast

(02) 6588 2750 または (02) 6620 7500  
Port Macquarie Office Lismore Office

#### Northern Sydney & Central Coast

(02) 9477 9400 または (02) 4349 4845  
Hornsby Office Gosford Office

#### South Eastern Sydney & Illawarra

(02) 9382 8333 または (02) 4221 6700  
Randwick Office Wollongong Office

#### Sydney South West

Camperdown Office (02) 9515 9420

#### Sydney West

(02) 9840 3603 または (02) 4734 2022  
Parramatta Office Penrith Office

下記のウェブサイトもご覧ください：

[www.health.nsw.gov.au](http://www.health.nsw.gov.au)

## C 群髄膜炎菌性疾患と予防接種

髄膜炎菌性疾患	髄膜炎菌性疾患の症状	髄膜炎菌ワクチンの副作用
髄膜炎菌性疾患は髄膜炎菌 ( <i>Neisseria meningitidis</i> ) を起因とする細菌性疾患です。飛沫感染し、潜伏期間は 1～10 日間ですが、通常 4 日以内に発症します。	この菌は髄膜炎（脳脊髄膜の炎症）、敗血症（血液の感染）、その両方、また稀に他の局所感染を引き起こします。症状には頭痛、発熱、吐き気、嘔吐、羞明（光への過敏反応）、頸部の硬直、インフルエンザ類似症状、そして発疹があります。それまで健康であった人が急速に衰弱し死に至る場合があります。	C 群髄膜炎菌ワクチンでよく見られる副作用には、接種箇所の痛みや発赤、腫れ、軽い発熱、不快感、食欲不振、頭痛などがあります。重篤な副作用は稀です。

### 副作用が出た際の対応

患部に湿らせた冷たい布を当てると、痛みや圧痛が緩和される場合があります。パラセタモールの内服も痛みにも効果的です。水分をよく補給するようにします。

接種後に副作用が現れたり、その心配があったりする場合は、かかりつけの医師に相談してください。

## C 群髄膜炎菌予防接種同意書

Consent for Meningococcal C Vaccination

保護者各位

専門訓練を受けた看護師団が学校を訪問し、C 群髄膜炎菌予防接種の無料集団接種を行います。

髄膜炎菌性疾患は年齢に関わらず感染の可能性があります。提供されるワクチンは C 群の髄膜炎菌性疾患のみに予防効果があり、髄膜炎菌性疾患の中にはこれでは予防できない種類のものもあります。

集団接種当日には看護婦がご子弟を検診し、発熱を伴う急性疾患を患っている子供には接種は行われません。

C 群髄膜炎菌予防接種や本同意書の記入方法についてご質問がある場合は、最寄りの保健所（「保護者情報キット」の Q&A 欄を参照）にお問い合わせください。

### 記入上の注意

黒か青のペンで全項目に記入してください。

本用紙のコピーは受け付けられません。

ご子弟に予防接種を希望する場合、本同意書を全項目記入した上で、1 週間以内に学校に提出してください。

ご子弟への予防接種を希望しない場合は、本同意書を提出しないでください。

**C 群髄膜炎菌予防接種同意書**  
Meningococcal C Vaccination Consent Form

**保護者記入欄**

被接種者の苗字	<input type="text"/>		
被接種者の名前	<input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
学校名	<input type="text"/>		
学年・クラス	<input type="text"/>		

C 群髄膜炎菌ワクチンの効能および副作用の可能性に関して提供された情報を読み、その内容を理解した上で、上記の被接種者がこの予防接種を受けることを了承します。

被接種者につき、以下に相違ありません。

- (a) 過去接種したどのワクチンに対してもアナフィラキシー反応を示したことがない。
- (b) 前回 C 群髄膜炎菌予防接種を受けた際、アナフィラキシー反応を示していない。
- (c) C 群髄膜炎菌ワクチンのどの成分（保護者情報キットの Q&A 欄を参照）についても過敏体質ではない。
- (d) 現在妊娠していない。

保護者氏名	<input type="text"/>		
保護者署名	<input type="text"/>		
現住所	<input type="text"/>		
サバップ名	<input type="text"/>	郵便番号	<input type="text"/>
電話番号	自宅 <input type="text"/>	勤務先	<input type="text"/>
	携帯 <input type="text"/>	署名日時	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

**事務局使用欄 - 看護師が記入の上保管**

署名	<input type="text"/>	<b>確認印</b>
バッチ番号	<input type="text"/>	
左腕	<input type="text"/>	
	右腕	<input type="text"/>

**C 群髄膜炎菌予防接種記録**  
Meningococcal C Record of Vaccination

**保護者記入欄**

被接種者の苗字	<input type="text"/>
被接種者の名前	<input type="text"/>
学校名	<input type="text"/>

**事務局使用欄**

	左腕	<input type="text"/>	右腕	<input type="text"/>
ワクチンのバッチ番号	<input type="text"/>			
NSW 州保健局日付印	<input type="text"/>			
看護師署名	<input type="text"/>			

**注意**

接種情報の提供を後日求められる場合がありますので、この接種記録はきちんと保管しておいてください。

ご子弟の保険記録が更新されるよう、本予防接種を受けた日付をかかりつけの医師に報告してください。