

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるにあたっての説明

○保護者のかたへ：必ずお読みください。

※【予防接種の対象となっている13歳以上のお子さんのいる保護者のかたへ】

これまで、お子さんの予防接種の実施に当たっては、保護者の同伴が必要になっていましたが、13歳以上のかたへのヒトパピローマウイルス感染症の予防接種については保護者がこの説明事項を読み、理解し、納得したうえで、お子さんが予防接種を受けることを希望する場合に、この同意書に自ら署名することによって、保護者が同伴しなくても予防接種を実施することができるようになりました。

裏面の同意書欄に署名するに当たっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめかかりつけ医や保健所、那珂市健康推進課に確認して、十分納得したうえで、接種することを決めてからにしてください。

1 ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症の症状について

ヒトパピローマウイルスは皮膚や粘膜に感染するウイルスで、100以上の種類に分類されています。これらのうち主に粘膜に感染する種類は、性行為を介して生じる表皮の微小なキズから、生殖器粘膜に侵入して感染するウイルスであり、海外においては性活動を行う女性の50%以上が、生涯で一度は感染すると推定されています。

粘膜に感染するHPVのうち少なくとも15種類は子宮頸がんから検出され、「高リスク型HPV」と呼ばれています。高リスク型HPVの中でも16型、18型と呼ばれる2種類は特に頻度が高く、海外の子宮頸がん発症の約70%に関わっていると推定されています。また、子宮頸がん以外にも海外において少なくとも90%の肛門がん、40%の膣がん・外陰部がん・陰茎がんに関わっていると推定されています。その他、高リスク型に属さない種類のもは、生殖器にできる良性のイボである尖圭コンジローマの原因になることが分かっています。

2 予防接種の効果と副反応について

ワクチンの中には、いくつかの種類ヒトパピローマウイルス（HPV）のウイルス成分が含まれており、予防接種を受けたお子さんは、これらに対する免疫を獲得することができます。体内に免疫ができると、HPVにかかることを防ぐことができます。

ただし、予防接種により軽い副反応がみられることがあります。また、極めて稀ですが、重い副反応が起こることがあります。予防接種後にみられる副反応としては、下記のとおりです。

ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンの主な副反応

主な副反応は、発熱や局所反応（疼痛、発赤、腫脹）です。また、ワクチン接種後に注射による痛みや心因性の反応等による失神があらわれることがあります。失神による転倒を避けるため、接種後30分ほどは体を預けることのできる背もたれのあるソファに座るなどして様子を見るようにしてください。

稀に報告される重い副反応としては、アナフィラキシー様症状（ショック症状、じんましん、呼吸困難など）、ギラン・バレー症候群、血小板減少性紫斑病（紫斑、鼻出血、口腔粘膜の出血等）、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）等が報告されています。

3 予防接種による健康被害救済制度について

定期予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。

健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金葬祭料以外については、治療が終了するまたは、障害が治癒する期間まで支給されます。

ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか別の要因（予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等）によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

4 接種にあたっての注意事項

予防接種の実施においては、体調の良い日に行うことが原則です。お子さんの健康状態が良好でない場合に、かかりつけ医等に相談のうえ、接種するか否かを決めてください。

また、お子さんが以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

- ① 明らかな発熱（通常37.5℃以上をいいます）がある場合
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
- ③ その他、医師が不適当な状態と判断した場合

なお、現在、妊娠しているかたの場合は、接種することに注意が必要です。かかりつけ医とよくご相談ください。

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種に係る保護者が同伴しない場合の同意書

※太枠の中を記入漏れがないようにお願いします。

■保護者のかたへ

保護者が同伴しないことから、保護者の同意（署名）が必要になります。

本用紙の説明及び、厚生労働省リーフレット「HPVワクチンについて知ってください～あなたと関係のある“がん”があります～」をよく読み、十分理解し、納得されたうえでお子さんに接種することを決めてください。

接種を希望する場合は、下記の「保護者氏名・緊急時の電話番号」をご記入ください。

（記入漏れがあると予防接種は受けられません）

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種を受けるにあたっての説明を読み、予防接種の効果や目的、副反応発症の可能性および予防接種健康被害制度などについて理解したうえで、子どもに予防接種を受けさせることに同意します。

この同意書は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解のうえ、本同意書が那珂市に提出されることに同意します。

保護者氏名 _____

緊急時の電話番号 _____

お子さんが医療機関へ受診する際は、ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票兼受診券（記入済みのもの：サーモン色）もあわせて持参してください。