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

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少なキズから、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 型とよばれる 2 種類は特に頻度が高く、海外の子宮頸がん発生の約 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のは、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と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、いくつかの種類の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様は、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、重い副反応がおこることがあります。予防接種後にみられる反応としては、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 分程度は体重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

○定期の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、治療が終了する又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。

※給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課へご相談ください。

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。お子様の健康状態が良好でない場合には、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、お子様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明らかに発熱（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受けるべき予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある場合
④その他、医師が不適当な状態と判断した場合

なお、現在、妊娠している方の場合は、接種することに注意が必要な方ですので、かかりつけ医とよくご相談ください。

保護者の同意書

お子様に同伴しない場合は、この保護者の同意書太枠内の署名と、予診票の署名が必要になります。

【予防接種の対象となっている高校１年生相当以上のお子様をお持ちの保護者の方へ】

※小学6年生から中学3年生は、保護者の同伴が必須です。

お子様の予防接種の実施にあたっては、原則、保護者（親権者：一般的には父母）の同伴が必要です。高校1年生相当以上の人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「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、理解し、納得してお子様に予防接種を受けさせることを希望する場合に、**この同意書と予診票に保護者自ら署名することによって、保護者が同伴しなくてもお子様は予防接種を受けることができるようになりました。**

（当日はこの用紙を必ず持参させてください。）

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、かかりつけ医や合志市健康づくり推進課に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてから同意書および予診票に署名をしてください。

「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」で記載されている内容をよく読み、十分理解し、納得されたうえでお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。**（署名がない場合、予防接種は受けられません。）**

接種を希望しない場合には、自署欄には何も記載しないでください。

「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」を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、子どもに接種させることに同意します。

なお、この同意書が市に提出されることに同意します。

保護者自署：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急の連絡先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※この同意書は、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。お子様が１人で予防接種を受ける場合は必ずこの同意書と予診票を提出させるようにしてください。

予診票の保護者自署欄にも同一の署名がないと予防接種は受けられません。