

ヒトパピローマウイルスワクチンの予防接種を受けるにあたっての同意について

【13 歳以上のお子様の保護者の方へ】

原則として、お子様の予防接種の実施にあたっては保護者の同伴が必要ですが、13 歳以上の方へのヒトパピローマウイルス（以下 HPV という。）ワクチンの予防接種については、保護者が予防接種の効果と副反応について理解し、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は、予診票及び裏面の同意書に自ら署名することにより、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ます。

なお、被接種者本人が既婚の場合には、保護者の同伴も同意書も必要ありません。医療機関で既婚の被接種者本人が予診票に署名し、接種が可能です。

注意：中学 1 年生でも年齢が 13 歳未満の方は保護者の同伴が必要です。

1 HPV 感染症の症状について

HPV は皮膚や粘膜に感染するウイルスで、100 種類以上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%以上が障害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 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 HPV 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 感染症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。

予防接種後の主な副反応は、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現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（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（手足の力が入りにくい）、血小板減少性紫斑病（紫斑、鼻出血、口腔粘膜の出血等）、急性散在性脳髄膜炎（頭痛、嘔吐、意識低下）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、生活に支障が出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。

裏面に続く⇒

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。

4 接種にあたっての注意

予防接種当日は、朝からお子様の状態をよく観察し、普段と変わったところがないか確認してください。気になることはかかりつけ医等に相談の上、接種するか判断してください。

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）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明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する場合及び免疫抑制をきたす治療を受けている場合
- ⑤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。

当日の持ち物

・母子健康手帳 ・署名した同意書(この書類) ・署名した予診票

予診票は、事前に予防接種を受ける医療機関から説明を受けご準備ください。

同意書と予診票に署名がないと、予防接種を受けることができません。

同 意 書

HPV ワクチンの予防接種を受けるにあたって、上記の内容をよく読み、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健康被害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、本同意書が町に提出されることに同意します。

保護者自署 _____

住 所 _____

緊急連絡先 _____