

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明

(兼 保護者が同伴しない場合の同意書)

○接種を受ける方へ、保護者の方へ：必ずお読みください。

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。

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、お住まいの区の保健センター（健康・子ども課）へご相談ください。

保護者同意欄は裏面です

4 接種に当たっての注意事項

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上、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。

【保護者が同伴しない場合の同意】※同伴している場合は、この用紙の提出は不要です。

13歳以上16歳未満のお子様については、あらかじめ保護者の同意が確認できた場合には、保護者が同伴しなくても予防接種を受けることができます。（16歳以上の方は保護者の同意・同伴は不要です）

保護者がこの用紙の記載事項を読み、よく理解し、納得された上で、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、下記同意欄に署名をしてください。

接種について疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や保健所、各区保健センター（健康・子ども課）に確認し、十分納得した上で判断してください。

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。

【保護者が同伴しない場合の同意欄】

HPV 感染症の予防接種を受けるに当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上で、子どもに接種させることに同意します。

予診票の内容について確認しました。

なお、本説明書は保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が市町村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

※13歳以上16歳未満のお子様は1人で予防接種を受ける場合は、この用紙に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

※16歳以上の方は保護者の同意・同伴は不要です。

※HPV ワクチンについては札幌市ホームページでより詳しく御案内しております。

「札幌市 HPV」で検索してください。

<https://www.city.sapporo.jp/hokenjo/f1kansen/fy07hpvnew-1.html>



【発行 札幌市保健所感染症総合対策課 TEL622-5199】