

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書（同意書）

○保護者の方へ：必ずお読みください。

【予防接種の対象となっている小学校 6 年生～高校 1 年生に相当する年齢のお子様（満 16 歳以上の者を除く。）をお持ちの保護者の方へ】

お子様の予防接種実施にあたっては、原則として保護者の同伴が必要です。ただし、13 歳以上（中学 1 年生～高校 1 年生（満 16 歳以上の者を除く。））の方は、保護者がこの説明書の記載事項を読み、納得したうえで、この用紙裏面の同意書と別紙予診票の保護者記入欄に保護者が自ら署名し、接種当日持参する場合、同伴がなくても予防接種を受けることができます。

（保護者が同伴しない場合は、接種当日、署名済みの本同意書と予診票を必ず持参して下さい。）

※保護者が同伴する場合、受ける方が満 16 歳以上の場合、受ける方が既婚の場合、接種を希望しない場合は、自署欄に保護者が署名する必要はありません。

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（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）等があります。

3 予防接種の受け方

標準的な接種スケジュールは、半年間で2回又は3回です。接種開始の年齢によって接種間隔、接種回数が異なります。

母子健康手帳で接種歴を確認のうえ、医療機関で接種を受けてください。接種間隔等については、かかりつけ医にご相談ください。

4 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が残る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、診察した医師や江東区保健所へご相談ください。

5 予防接種を受ける前に

- (1) お子様の健康状態の良いときに受けましょう。
- (2) 予防接種の当日は、予診票に体温以外のすべての項目を記入し、母子健康手帳と一緒に持ちください。体温は医療機関でわかります。
- (3) 接種の際は、日頃からお子様の健康状態をよく知っていて、医師の質問に十分答えられる方が付き添ってください。

6 予防接種を受けられない方

- (1) 明らかに発熱している方（37.5℃以上）
- (2) 重い急性疾患にかかっている方
- (3) ヒトパピローマウイルス感染症予防接種、またはHPVワクチンに含まれる成分によりアナフィラキシー（通常接種後 30 分以内におこるひどいアレルギー反応）を起こしたことがある方
- (4) その他、医師に接種不適当と判断された方

7 予防接種を受けるときに医師とよく相談しなくてはならない方

- (1) 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患または発育障害等で治療を受けている方
- (2) 以前、予防接種を受けて、2 日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギー症状がみられた方
- (3) 今までにけいれんを起こしたことがある方
- (4) 過去に、免疫異常を指摘されたことのある方や、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- (5) 妊娠中、または妊娠の可能性がある方

8 予防接種を受けた後は

- (1) 予防接種後 30 分間は、医師とすぐに連絡をとれるようにしましょう。急な副反応はこの間に起こることがあります。
- (2) 接種後 2～3 週間は、副反応の出現に注意して、異常と思われる場合は医師の診察を受けてください。副反応と診断された場合は、江東区保健所にも連絡してください。
- (3) 入浴は差支えありませんが、注射した部分をこすることはやめましょう。
- (4) 接種当日は、はげしい運動はさけましょう。

○保護者の方へ

上記の内容をよく読み、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。（満 16 歳未満の者は、署名がなければ予防接種は受けられません。）

【 同 意 書 】 ※保護者が同伴しない場合のみ必要です。

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書を読み、予防接種の効果や目的、副反応発症の可能性、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、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うえ、本様式が江東区に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

保護者自署欄

住 所

緊急の連絡先

※お子様が一人で予防接種を受ける場合、本同意書と別紙予診票の保護者記入欄の両方に保護者が署名し、接種当日、医療機関へ提出してください。満 16 歳未満の者は、予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

江東区保健所 保健予防課 ワクチン管理係
電話：03-3647-8638 FAX：03-3647-8647