

## フルミスト（経鼻インフルエンザ生ワクチン）接種の前に

### 接種方法：

鼻の中に液を噴霧するワクチンなので従来の不活化ワクチンの皮下注射と異なり痛みはありません。しかし、鼻水が多い、泣いてしまう、といった場合には十分な効果が得られない場合がありますので、お子様には可能な限り保護者の方からご説明いただき、出来るだけ良いコンディションで受けられるようお願い致します。

フルミスト接種の動画がこちらこちらで見られますので、お子さんが一番抵抗を示さなさそうなものを先にお見せいただくのも一案です。

### 予防効果：

不活化ワクチンが A 型 2 種類、B 型 2 種類の 4 種類の株（昨年度までは A 型 1 種類 B 型 2 種類の 3 種類）が入っているのと同様、フルミストも 4 種類の株が入っています。

不活化ワクチンとの違いは、直接鼻腔に免疫をつけることが可能であるため、従来の不活化ワクチンで得られる抗体以外の気道粘膜での免疫を誘導することが可能になり、予防効果が高いと考えられます。生のウイルスを弱毒化した生ワクチンであるため、流行するインフルエンザと株が違って、効果が出て、発症を軽症化させることが期待できます。

しかし、100%かからない、ということでないことはご承知おき下さい。

また、従来の不活化ワクチンの予防効果が 4 か月程度であるのに対し、約 1 年の有効期間と言われており、効果が長く持続します。

予想株が流行株と合えば、特に 13 歳以上では不活化ワクチンの有効性が上回ると言われておりますので、不活化ワクチンとの併用も可能です。

その場合は不活化ワクチン規定回数接種後 28 日以上あけてフルミストの接種となります。

### 接種回数：

- ・過去にインフルエンザに罹患または、インフルエンザワクチン接種をしたことがある場合は 1 回
- ・9 歳未満で上記に該当しない場合は 28 日以上あけて 2 回接種

### 副反応：

生ワクチンですので 30～40%の方は接種後 3 日～7 日まで鼻炎症状が出現し、その他、咽頭痛、咳など軽い感冒症状を数日認める場合があります。

ごくまれに、発疹、じんましん、アナフィラキシーショック、ギランバレー症候群などの重篤な副反応を起こす可能性は他のワクチン同様に否定できません。

### →重篤な副反応出現時

ワクチンによる健康被害が起こった場合、国内未承認の輸入ワクチンであるため、公的な補償制度は適用されません。輸入元の(株)IMMC の副作用被害救済制度はありますが、補償のための要件は細かい規定があり、ワクチンによる副反応と認定され、補償制度が適用されるためには厳しい行程があり、補償は限定的であることを十分ご理解下さい。

※当院では、他のワクチンとフルミストの同時接種は行いません。国内承認済みのワクチンは公的な補償制度が

得られるので、万フルミストと同時接種を行い、予防接種による健康被害が生じた場合、公的な補償制度が受けられなくなる可能性があるからです。

※2003年にアメリカ食品医薬品衛生局（FDA）に認可されたワクチンでアメリカでは10年以上の安全な実績があります。2011年からヨーロッパでも認可され発売されておりますが、日本では残念ながら未承認です。

#### 当院での使用ワクチン：

製品名：FluMist Intranasal Quadrivalent Vaccine 0.2ml

製造元：Medimmune 社（米国）

輸入元：(株)インターナショナル メディカル マネージメント（IMMC）

#### 参考：

<http://www.cdc.gov/flu/about/qa/nasalspray.htm> CDC アメリカ疾病予防管理予防センター

（CDCのQ&Aには授乳中の方も接種可能であることが書かれていますが、授乳中の接種に関しては方針が様々なので迷うときはご相談下さい。授乳中の生ワクチンは風疹ワクチンを含め日本でも通常行っております。その場合、母乳を介して児の風疹抗体が一時的に陽性化することが知られていますが、無症状で経過し、その後抗体は陰性化し、お子様自体の予防接種に影響がないことが確認されています。フルミストの添付文書上は安全性が確立はされていないので注意が必要、と書かれています。日本産婦人科学会でも授乳中の不活化ワクチン、生ワクチン投与は可能とされておりますが、他の薬と同様、「有益性投与」という観点で考えると良いと思います。ただし、生ワクチン接種後2か月は避妊をお願いしております。）

<https://www.flumistquadrivalent.com/consumer/index.html>

事前にご確認の上、該当しない場合☑をして接種当日にお持ちください。

**接種非対象者：**下記の方は接種できません。

- 2歳未満、50歳以上
- 卵、ゲンタマイシン、ゼラチン、アルギニン、その他インフルエンザワクチンに対し、重度のアレルギー、アナフィラキシーの既往
- 重度の免疫不全の方とかかわる
- アスピリン服用中（※基本フルミスト接種後4週間はアスピリン服用はしない）
- 抗インフルエンザ薬服用中
- ギランバレー症候群に罹患したことがある
- 妊娠中である、妊娠の可能性がある
- 明らかな発熱がある、鼻汁、鼻閉がひどいなど体調がすぐれない

**接種要注意者：**下記の方は事前にご相談ください。

- 慢性疾患（心臓、肝臓、腎臓、喘息などの呼吸器疾患、糖尿病、貧血、嚥下困難や呼吸障害を伴う神経疾患、免疫不全など）
- 5歳未満で、1年以内にゼーゼーしたことがある

授乳中の方もご希望であれば接種可能です。

こちら(LactMed)のサイトに授乳中接種可能の記載があります。必要に応じてお読みください。

<http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>

（こちらのサイトに入って、flumist で検索してください）

以上、良くご理解いただいた上での接種をお願い致します。

ポポロ小児科自由が丘  
院長 竹内邦子

## 経鼻インフルエンザ生ワクチン(フルミスト)接種予診票

	診察前の体温	度 分
住 所	電話	( )
受ける人の氏名	男・女 生年月日	S・H 年 月 日生
保護者氏名(高校生以下の場)	(満 歳 ヶ月)	接種可能年齢2歳以上50歳未満

質問事項	回答欄	医師記入欄
輸入ワクチン(厚生省未承認ワクチン)を接種する場合は、輸入元の(株)IMMCの補償制度はありますが、日本医薬品医療機器総合機構の補償の適応外であることを理解していますか？	はい いいえ	
本日、身体に具合の悪いところがありますか？( )	はい いいえ	
分娩時・出生時・乳幼児健診などで異常を指摘されたことがありますか？( )	はい いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか？ 病名( )	はい いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けて良いといわれましたか？	はい いいえ	
アスピリンの内服をしていますか？	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかったり、お薬をのみましたか？( )	はい いいえ	
接種が5歳未満の場合、これまで風邪の時などにゼーゼー(喘鳴)した既往がありますか？	はい いいえ	
喘息と診断されている場合、1年以内に喘息発作がありましたか？	はい いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなどの病気に人がいましたか？ 病名( )	はい いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか？接種日 月 日/予防接種名( )	はい いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか？	はい いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか？( 歳頃)	はい いいえ	
その時熱が出ましたか？	はい いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか？ 薬・食品名( )	はい いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか？	はい いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか？予防接種名( )	はい いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか？	はい いいえ	
現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性がありますか？	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか？	はい いいえ	

医師記入欄	私は、接種の目的、効果、副反応、補償制度について十分説明しました。 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 医師署名又は記名押印
保護者(本人)記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応、補償制度などについて十分に理解した上で、接種を希望します。 保護者署名(もしくは本人署名)

使用ワクチン名	接種量・接種方法	実施場所・医師名・接種年月日
FluMistQuadrivalent (MedImmune) Lot No.	0.2ml 鼻腔内噴霧 4	実施場所 ポポロ小児科自由が丘 医師名 接種年月日 平成 年 月 日

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6ヶ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

