

「健康食品安全情報システム」事業について

会 員 各 位

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より、本会の会務にご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて本会では、平成23年4月より、会員の先生方のご協力を賜り、「健康食品安全情報システム」事業を実施しております。

いわゆる「健康食品」による健康被害には様々な課題があり、エビデンスの蓄積、診療現場からの情報収集、地域医師会や医師に対する情報提供、国民への啓発・広報活動が重要です。

本事業は、先生より、患者さんからの相談や日常の診療から知り得た健康食品による健康被害に関する情報をご提供いただき、本会において検討の上、対応策等を診療の現場に還元して役立ててもらふことによつて、かかりつけ機能を推進することを趣旨としております。

先生におかれましては、ご多忙の折誠に恐縮ですが、本事業へのご協力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

平成26年12月

日本医師会長 横倉義武

問合せ先

日本医師会地域医療第1課 青木、土屋
〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16
TEL 03-3942-6137 FAX 03-3946-2140
E-Mail shoku@po.med.or.jp

「健康食品安全情報システム」事業の説明

【情報の提供】

先生が、来院した患者さんの受診や相談に応じた際、健康食品による以下の健康被害を覚知したときには、同封の情報提供票に必要事項をご記入の上、日本医師会宛に送信してください。

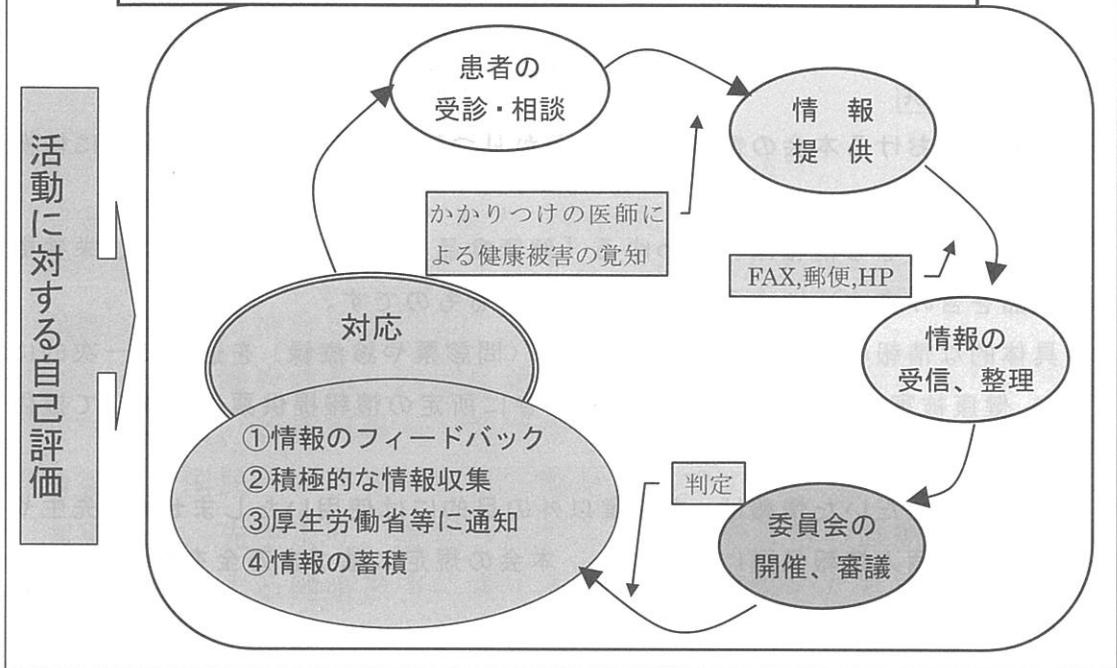
なお、Web上からの情報提供も可能です（本会ホームページメンバーズルーム（会員向けサイト）<http://www.med.or.jp/mshoku/>）より。なお、日本医師会会員専用のID、パスワードが必要です）。

- ① 患者さんの症状が、摂取した健康食品と何らかの関連の可能性がある、または関連が否定できないと思われる場合
- ② 患者さんの服用している医薬品と摂取した健康食品との間に相互作用の可能性がある、または相互作用が否定できないと思われる場合
- ③ 宣伝文句を過信した患者さんが、摂取した健康食品に依存してしまい、治療や医薬の服用を中断するなどの具体的な弊害が生じている場合

この情報提供は、健康被害の確証を得ることができない疑いの段階でもかまいません。

- ※1 いただいた情報は、本事業以外の目的には使用いたしません。先生や患者さんの個人情報保護についても、本会の規定に基づき万全を期します。
- ※2 いただいた情報を基に作成する警告や注意報等につきましては、健康食品会社等への風評被害といった法的リスクなど、先生にご迷惑がかかることがないように努めます。

「健康食品安全情報システム」事業 イメージ



日本医師会への情報提供の流れ

1. 患者の受診、相談 → 健康被害の覚知

- ① 症状と摂取健康食品との関連性
- ② 服用医薬品と摂取健康食品との相互作用の可能性
- ③ 摂取健康食品への依存により治療中断

2. 情報提供票の記入、日本医師会への情報提供

情報提供票

- FAX
- ホームページ
- 郵送

日本医師会

ご不明の点やご要望等がありましたら、日本医師会地域医療第1課（TEL 03-3942-6137 担当：青木・土屋）までご連絡ください。

また、本会ホームページメンバーズルーム（会員向けサイト）http://www.med.or.jp/ms_hoku/にて本事業の説明をしております。Web上からの情報提供も可能ですので、こちらでもご利用いただければ幸いです。

「健康食品安全情報システム」事業の要旨

1. 情報の提供

本事業における本会の情報収集は、かかりつけの医師からの情報提供に依拠しております。

その対象となる情報は、いわゆる「健康食品」（特定保健用食品及び栄養機能食品を含みます）による健康被害に関するものです。

具体的な情報収集活動は、日常の診療（問診票や診療録）を通して一次的に行い、健康被害やその疑いを覚知したときに所定の情報提供票に記入して提供してください。

ご提供いただいた情報は、本事業以外の目的には使用いたしません。先生や患者さんの個人情報保護についても、本会の規定に基づき万全を期します。

2. 情報の整理・蓄積、選択

先生からご提供いただいた情報の整理・蓄積に当たっては、日本医師会、「健康食品安全情報システム委員会」委員及び都道府県医師会における情報の共有を原則としています（先生よりお送りいただいた情報提供票は、ご所属の都道府県医師会にも転送いたします）。

その上で、日本医師会内に設置している「健康食品安全情報システム委員会」において、真正性、緊急性、重要性の観点から、いただいた情報に対する判定を行うことにしております。

3. 情報のフィードバック、注意喚起等の対応

「健康食品安全情報システム委員会」での判定を受け、日本医師会では、情報のフィードバックや注意喚起等の具体的な対応を検討する仕組みです。

また、必要に応じて、国民に対する周知・啓発活動を行う予定です。

4. 活動の自己評価

本事業の充実を図り、かかりつけの医師や国民の協力を得るため、その活動に関する自己評価を行うことにしています。

健康食品安全情報システム 情報提供票

平成 年 月 日

食品が原因の食中毒であることが明らか場合には、食品衛生法に基づき、所管の保健所に食中毒の届出を行って下さい。

※ 患者さんの氏名等を特定できる情報は記入しないようお願いします。

1. 必須記入項目（必ず記入してください）

(1) 患者さんの性別・年齢・身長・体重等

性別	年齢	身長	体重	妊娠
男女	歳	約 cm.	約 kg.	有 無

(2) 患者さんの症状など（該当する□に✓を入れてください）

（書ききれない場合は別の紙を使用して下さい）

①発現日	年 月 日
②基礎疾患 ・既往症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり（ ）
③服用している 医薬品	
④今回の症状・異 常所見・診断名 等	
⑤-1. 症状等と摂取健 康食品との関連 性	<input type="checkbox"/> 健康食品の過剰摂取 <input type="checkbox"/> アレルギー（ ） <input type="checkbox"/> 有害成分含有（ ） <input type="checkbox"/> 医薬品との相互作用（効果の減弱、症状の増悪など） （ ） <input type="checkbox"/> 健康食品への依存による治療・投薬の中断 <input type="checkbox"/> その他（ ）
⑤-2. 症状等と 健康食品との関連 性のエビデンス	<input type="checkbox"/> 医学的検証済み <input type="checkbox"/> 医学的に推定 <input type="checkbox"/> 医学的に疑い <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 関連なし
⑥重篤度 （まず、実際に死亡等 の状況が発生してい るか、あるいはそのお それがあるかをお答 えください）	<input type="checkbox"/> 実際に下記の状況発生 <input type="checkbox"/> 下記の状況発生のおそれ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 重大な症状 <input type="checkbox"/> 全身的症状 <input type="checkbox"/> 局所的症状 <input type="checkbox"/> その他（軽症の場合のみ選択し、重症の場合は上記を選択） （ ）
⑦治療の経過、転 帰	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 後遺症（ ）

(3) 患者さんの摂取健康食品

(わかる範囲で記入。該当健康食品が複数ある場合は別の用紙でもかまいません)

①健康食品名 (一般名)・メーカー名	できれば健康食品の説明書きや箱などもお送りください。
②主な成分・量	
③健康食品の摂取目的・動機	<input type="checkbox"/> ダイエット・美容 <input type="checkbox"/> 健康の保持・増進 <input type="checkbox"/> 疾病の予防 <input type="checkbox"/> 治療 () <input type="checkbox"/> その他 ()
④健康食品の入手方法	<input type="checkbox"/> 店頭購入 <input type="checkbox"/> (ネット)通販 <input type="checkbox"/> 訪販 <input type="checkbox"/> 個人輸入 <input type="checkbox"/> 不明・その他 ()
⑤摂取状況	摂取期間： 年 月～ 年 月、一日摂取量：

2. 任意記入項目 (差し支えがなければ記入してください)

(1) その患者さんは、自分をかかりつけ医にしている はい いいえ

(2) 患者さんがその健康食品を摂取していることを知ったきっかけ
 患者が自発的に相談したので 問診で 患者の症状で
 その他 ()

(3) 患者さんは、その健康食品を摂取していることを伏せていた はい いいえ

(4) 医師・医学博士や「医師」に類似した肩書きの持ち主が、その健康食品の販売者や推奨者になっている
 はい いいえ わからない

(5) その他、または本情報システムへの質問・意見・要望等

--

.....

貴院の名称・医師名	ご連絡先	患者さんの受診診療科
	TEL	

ご協力ありがとうございました。患者さんの健康食品の摂取前後の検査データ等もお送りいただければ幸いです。お送りいただいた情報提供票は、日本医師会よりご所属の都道府県医師会に転送いたしますが、本事業の目的以外には使用いたしません。また今後、本会より、問い合わせをさせていただく場合があります。

※ 本会HPメンバーズルーム (<http://www.med.or.jp/mshoku/>) (日本医師会員のID、パスワードが必要です) から情報提供をすることも可能です。