

本人もしくは周囲の者による加熱式タバコの使用が影響していると考えられた症例（可能性含む）  
の調査につきまして（協力をお願い）

平成 29 年 8 月 31 日

各位

たばこ対策・がん対策推進につきまして、日頃からのご尽力を有り難うございます。

厚生労働省は 2020 年東京オリンピック開催までに、公共の場所における屋内禁煙の法制化による受動喫煙防止対策の強化を目指しています。しかしながら、いわゆる加熱式タバコ（注）など新たなタバコ製品の使用によるヒトへの健康影響について、など、法制化検討の基礎となるさまざまな知見が不足しています。

（注）加熱式タバコ：葉たばこを加工したものを、燃焼させることなく、電氣的に加熱するなどして吸引する、新たな形態のたばこ製品です。フィリップモリス社「IQOS（アイコス）」、プリティッシュアメリカンタバコ社「glo（グロー）」、日本たばこ産業「ploom tech（ブルームテック）」の3系統が国内市場に出回っています。

そこで、国立がん研究センターがん対策情報センターたばこ政策支援部では、平成 29 年度厚労省委託事業として、本人もしくは周囲の者による加熱式タバコの使用が影響していると考えられた症例（喘息発作が誘発された等で、疑い例も含みます）の調査を実施することとしました（使用者本人への影響【別添様式 A】、及び、周囲の人が使ったことの影響【別添様式 B】として、様式を分けています）。

調査は 2 段階で実施する予定です。①まず、たばこ対策の推進に関係のある団体（禁煙推進に関する団体や、臨床系の学会等で喫煙問題の担当委員会などをお持ちの団体等）の構成員を通じ、加熱式タバコの使用の影響による症例（可能性含む）の経験がある医療機関・医師からの情報提供を呼びかけます（本状と別添様式 A・様式 B とが該当します）。②その後、本依頼により、返答いただいた内容をもとに、加熱式タバコの使用の影響による症例（可能性含む）についての具体的な情報を電話等により聴取します（事例が多い場合、国立がん研究センターより聴取業務を外部委託する可能性があります）。

実施期間について、平成 29 年 9 月前半をめどに返答のあった医療機関に順次メールや電話で詳細をお尋ねさせて頂き、ひとまず 9 月中のとりまとめを目指しています。

※なお、確認や、さらなる追加情報などについて、国立がん研究センター（担当：吉見）または、厚労省担当者から電話等で連絡を取らせていただく場合がございますので、あらかじめご了承くださいと思います。

疑い例など可能性のレベルを超えないものも含めた、あいまいな照会への協力依頼となり、申しわけありません。状況や趣旨をご理解頂き、思い当たるご経験をお持ちの方は、可能な範囲で構いませんので、情報提供のご協力を頂けたらと思います。なお、使用者本人への影響【別添様式 A】、及び、他人が使う周囲での影響【別添様式 B】、いずれも該当が無い場合は返信不要です。また、いずれか一方だけ該当がある場合はその該当様式だけの返信を御願いたします。

ご多忙のところ、申し訳ございませんが、ご理解、ご協力のほど、どうぞよろしく御願いたします。

【問い合わせ先】

国立研究開発法人国立がん研究センター がん対策情報センター たばこ政策支援部

〒104-0045 東京都中央区築地 5-1-1

Tel: 03-3547-5201 内線 1646 （担当：吉見逸郎）

**様式 A (加熱式タバコの使用者本人への影響について)**

加熱式タバコの使用による本人への影響による症例（可能性含む）についての情報提供用記載様式

返信先：国立がん研究センターがん対策情報センターたばこ政策支援部（担当：吉見）

メール： tobacco@ml.res.ncc.go.jp / FAX (9月4日以降受信可能)： 03-3547-8098

※複数症例ある場合は、まず合計件数をお答えください：合計（ ）件（おおよそで構いません）

そして、最も典型的、あるいは確実と想定される1例についてのみご記載をお願いします。

	※以下にご記入下さい。選択肢は該当するもの全ての『 <input type="checkbox"/> 』を塗りつぶす（ <input checked="" type="checkbox"/> ）または『 <input type="checkbox"/> 』を付けて下さい。	
診療の時期	年 月 から 年 月 まで（※継続中の場合は記載不要）	
受診者の年齢について	<input type="checkbox"/> 0～9歳 <input type="checkbox"/> 10～19歳 <input type="checkbox"/> 20～39歳 <input type="checkbox"/> 40～64歳 <input type="checkbox"/> 65歳以上	
加熱式たばこの使用者について	<input type="checkbox"/> 紙巻タバコも吸う <input type="checkbox"/> 紙巻タバコは止めた <input type="checkbox"/> 紙巻タバコはもともと吸わない <small>※加熱式タバコの使用開始時期、1日の使用状況など使用状況についてわかる範囲でご記載ください。</small>	
症状・有訴の内容について	呼吸器系	<input type="checkbox"/> 喘息の発作 <input type="checkbox"/> ぜい鳴 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	循環器系	<input type="checkbox"/> 狭心症の発作 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	自律神経系	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 嘔気嘔吐 <input type="checkbox"/> 気分不良 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	その他の症状・有訴	<input type="checkbox"/> 目が痛い <input type="checkbox"/> のど・鼻が痛い <input type="checkbox"/> その他（ ）
症状・有訴の内容が、加熱式タバコ使用の影響である可能性を考えている理由について	<input type="checkbox"/> 加熱式タバコの使用後、症状・有訴内容が出現・増悪した。	
	<input type="checkbox"/> 加熱式タバコ使用が強いほど（回・本数）、症状・有訴内容が出現・増悪した。	
	<input type="checkbox"/> 加熱式タバコ使用の抑制、停止に伴い、症状・有訴内容が消失・軽快した。	
	<input type="checkbox"/> 加熱式タバコの使用以外の要因が無い・他の要因がはっきりしていない。	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
その他（備考）	※今回の事項以外の、害の低減の可能性、加熱式タバコについてなどでも構いません。	
施設名等背景	施設名（電話番号）	
	診療科名	
	ご回答頂いた方のお名前	

※以上です。ここまでのご協力ありがとうございました。メールへの添付またはファクスで返信下さい。

なお、後日、上記に関連して、メールや電話にて担当から詳細をおたずねする可能性があります。その際にはどうぞご協力のほど、宜しくお願いいたします。

また、例数が多い場合、国立がん研究センターから外部委託して詳細をお尋ねする電話をさせて頂く可能性があります。また、厚労省の担当者からも別途おたずねをさせて頂く可能性がございますが、あらかじめご了承頂きますよう宜しくお願いいたします。

様式 B (周囲での加熱式タバコ使用の影響について)

周囲での加熱式タバコ使用の影響による症例※(可能性含む)についての情報提供用記載様式

※例: 他人が使った加熱式タバコのミストの影響で、喘息患者さんの発作が誘発された、など。

返信先: 国立がん研究センターがん対策情報センターたばこ政策支援部(担当: 吉見)

メール: tobacco@ml.res.ncc.go.jp / FAX (9月4日以降受信可能): 03-3547-8098

※複数症例ある場合は、まず合計件数をお答えください: 合計( )件(おおよそで構いません)

そして、最も典型的、あるいは確実と想定される1例についてのみご記載をお願いします。

	※以下にご記入下さい。選択肢は該当するもの全ての『 <input type="checkbox"/> 』を塗りつぶす(■)または『 <input type="checkbox"/> 』を付けて下さい。	
診療の時期	年 月 から 年 月 まで(※継続中の場合は記載不要)	
受診者の年齢について	<input type="checkbox"/> 0~4歳 <input type="checkbox"/> 5~9歳 <input type="checkbox"/> 10~19歳 <input type="checkbox"/> 20~39歳 <input type="checkbox"/> 40-64歳 <input type="checkbox"/> 65歳以上	
周囲での加熱式タバコの使用について	<input type="checkbox"/> 家族・同居者 <input type="checkbox"/> 職場の同僚 <input type="checkbox"/> 飲食店等の客 <input type="checkbox"/> その他( )	
	上記について、使用状況(使用開始時期、1日の使用状況など)を把握されていますか。 <input type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> いいえ	
症状・有訴の内容について	呼吸器系	<input type="checkbox"/> 喘息の発作 <input type="checkbox"/> ぜい鳴 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> その他( )
	循環器系	<input type="checkbox"/> 狭心症の発作 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> その他( )
	自律神経系	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 嘔気嘔吐 <input type="checkbox"/> 気分不良 <input type="checkbox"/> その他( )
	その他の症状・有訴	<input type="checkbox"/> 目が痛い <input type="checkbox"/> のど・鼻が痛い <input type="checkbox"/> その他( )
症状・有訴の内容が、周囲の加熱式タバコ使用の影響である可能性を考えている理由について	<input type="checkbox"/> 周囲での加熱式タバコの使用後、症状・有訴内容が出現・増悪した。	
	<input type="checkbox"/> 周囲の加熱式タバコ使用が強いほど(回・本数)、症状・有訴内容が出現・増悪した。	
	<input type="checkbox"/> 周囲の加熱式タバコ使用の抑制、停止に伴い、症状・有訴内容が消失・軽快した。	
	<input type="checkbox"/> 周囲での加熱式タバコの使用以外の要因が無い・他の要因がはっきりしていない。	
	<input type="checkbox"/> その他( )	
その他(備考)	※今回の事項以外の、害の低減の可能性、加熱式タバコについてなどでも構いません。	
施設名等背景	施設名(電話番号)	
	診療科名	
	ご回答頂いた方のお名前	

※以上です。ここまでのご協力ありがとうございました。メールへの添付またはファクスで返信下さい。

なお、後日、上記に関連して、メールや電話にて担当から詳細をおたずねする可能性があります。その際にはどうぞご協力のほど、宜しくお願いいたします。

また、例数が多い場合、国立がん研究センターから外部委託して詳細をお尋ねする電話をさせて頂く可能性があります。また、厚労省の担当者からも別途おたずねをさせて頂く可能性がございますが、あらかじめご了承頂きますよう宜しくお願いいたします。