

提言

受動喫煙防止の推進について



平成22年（2010年）4月6日

日本学術会議

健康・生活科学委員会・歯学委員会合同

（新）脱タバコ社会の実現分科会

この提言は、日本学術会議健康・生活科学委員会・歯学委員会合同（新）脱タバコ社会の実現分科会の審議結果を取りまとめ公表するものである。

日本学術会議健康・生活科学委員会・歯学委員会合同
（新）脱タバコ社会の実現分科会

委員長	大野 竜三	（連携会員）	愛知淑徳大学医療福祉学部教授、 愛知県がんセンター名誉総長
副委員長	瀬戸 皖一	（連携会員）	財団法人 脳神経疾患研究所附属 口腔がん治療センター長・顎顔面 インプラント再建研究所長
幹 事	大島 明	（特任連携会員）	大阪府立成人病センターがん相談 支援センター所長
	唐木 英明	（第二部会員）	東京大学名誉教授
	小椋 正立	（特任連携会員）	法政大学経済学部教授

目 次

1	はじめに	1
2	作成の背景	1
3	現状と問題点	2
4	提言	4
	<参考文献>	5
	<参考資料>	7

1. はじめに

日本学術会議は 2008 年 3 月政府に対して要望「脱タバコ社会の実現に向けて」¹⁾ を提出した。我が国のタバコ規制の取組が国際的に遅れを取っているという事実に鑑み、国民の健康と環境を守るとともに、我が国が健康や環境面で国際的リーダーシップを発揮するためには、できるだけ速やかに脱タバコ社会を実現させることが必要であるとの認識の下に、この要望はまとめられた。要望の要点は下記のとおりである。

1. タバコの直接的・間接的健康障害につき、なお一層の教育・啓発を行う。
2. 喫煙率削減の数値目標を設定する。
3. 職場・公共の場所での喫煙を禁止する。
4. 未成年者喫煙禁止法を遵守し、次世代の国民を守る。
5. タバコ自動販売機の設置を禁止し、タバコ箱の警告文を簡潔かつ目立つようにする。
6. タバコ税を大幅に引き上げ、税収を確保したまま、タバコ消費量の減少を図る。
7. タバコの直接的・間接的被害より国民を守る立場から、タバコに関する規制を行う。

この要望提出後、2009 年 12 月に政府税制調査会が本年 10 月 1 日からタバコ税 1 本 3.5 円の引き上げを決定し、また、2010 年 2 月 25 日に厚生労働省健康局長通知「受動喫煙防止対策について」²⁾ が発出され、公共施設における全面禁煙を目指す方向が打ち出された。これらの動きは前述の要望に沿うものであり、高く評価しているものの、職場における受動喫煙防止対策をどのように実施するのかについては、課題として残されている。

2. 作成の背景

(1) 受動喫煙による健康障害

1981 年に平山は受動喫煙が肺がんの発生リスクを高めることを世界で初めて報告した³⁾。その後、受動喫煙の害に関する多くの研究が行われ、世界保健機関/国際がん研究機関が 2004 年に⁴⁾、英国タバコか健康かに関する科学委員会が 2004 年に⁵⁾、米国カリフォルニア州環境局が 2005 年に⁶⁾、米国公衆衛生局長が 2006 年に⁷⁾、詳細な文献レビューを行って発表した報告書において、受動喫煙が肺がんを始め多くの健康障害を引き起こすことに十分な科学的根拠があることが示された。米国公衆衛生長官報告書では、受動喫煙が、成人では肺がんのほか心筋梗塞など冠動脈性心疾患の原因となり、小児では乳幼児突然死症候群、急性呼吸器感染症、耳の疾患ならびに喘息の悪化リスクを増大させると結論している。

(2) 受動喫煙防止のための屋内禁煙法の効果

喫煙規制の取組は、受動喫煙による健康障害が明らかにされることによって質的に大きく転換した。すなわち、喫煙するかしないかは個人の選択の問題ではなくなり、受動喫煙防止のために屋内の職場や公共の場所を禁煙とする法的規制が、多くの国、地域で実施されるようになった。

そして屋内禁煙法による健康改善の証拠として、米国モンタナ州ヘレナで全面禁煙条例が施行された6ヵ月間に心筋梗塞の入院患者数が40%減少し、同条例が解除されると再び増加したという2004年の報告⁸⁾以降、同様の研究が相次いでなされた。

英国スコットランドでは2006年3月に全面禁煙法が施行されるのにあわせて住民300万人を対象とした詳しい調査⁹⁾が行われ、心筋梗塞を含む急性冠動脈症候群による入院患者数が、全面禁煙法施行前の10ヶ月間に比し、施行後の10ヶ月間では17%減少したことが2008年に報告された。喫煙の有無別にみると、喫煙者で14%減、前喫煙者で19%減、非喫煙者で21%減であり、受動喫煙者での減少が全体の67%を占めていた。

これらの研究を含め12の研究を統合した分析により、全面禁煙法施行後12ヶ月間で心筋梗塞が19% (95%信頼区間：15～22%) 減少することが2009年に報告されている¹⁰⁾ (参考資料 図1)。

3. 現状と問題点

(1) 受動喫煙防止の取組の現状：WHOによる日本の取組の評価

我が国では、2003年から施行された健康増進法の第25条に「学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用するものについて、受動喫煙を防止するため必要な措置を講ずるように努めなければならない」として受動喫煙防止の規定が盛り込まれた。この規定は施行以降一定の成果をあげたものの、施設の管理者に対する罰則のない努力義務規定でしかないために、限界があると言わざるをえない。

2010年2月に我が国は「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」発効5周年を迎えた。この間、2004年にアイルランド、2006年にウルグアイ、2007年に英国が相次いで屋内完全禁煙法を制定し、締約国(本年2月15日現在168カ国)の多くが同条約の規定に沿ってタバコ規制の取組を進めてきている中で、我が国は大きく後れをとっていると言わざるをえない。

2007年に開催された第2回同締約国会議で全会一致で採択された「たばこの煙にさらされることからの保護に関するガイドライン」(FCTC第8条(受動喫煙防止)履行のためのガイドライン)¹¹⁾は、各締約国に屋内の職場・公共の場所・公共交通機関における罰則付きの法的規制を、各国で

条約が発効して5年以内に実施するよう求めている。しかし、我が国は5年を経過した今年2月以降も実施には至っていない。対策の遅れの結果、2009年12月に出版されたWHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009¹²⁾ (参考資料 表1, 図2)において、我が国は極めて低い評価を受けている。

(2) 学術会議の要望以降の我が国のタバコ規制の取組と問題点

2009年3月の厚生労働省健康局「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会」報告書を受けて、2010年2月25日に発出された同省健康局長通知「受動喫煙防止対策について」²⁾ や2009年6月に設けられた同省労働基準局「職場における受動喫煙防止対策に関する検討会」¹³⁾ で本年2月25日に審議に付された報告書骨子において、屋内の公共の場所や職場は原則禁煙であるべきとの方針が示されている。しかしながら、受動喫煙防止対策のなお一層の推進を目指すためには、いくつかの問題があると言わざるをえない。

第一は、公共の場所と職場の受動喫煙防止対策がそれぞれ厚生労働省の健康局と労働基準局で別々に検討され、国民全体の受動喫煙防止に向けての整合性ある取組が示されていないことである。すべての国民を等しくタバコの害から守るためには、一つの検討会で統一的な対策が立てられるべきである。

第二は、接客業などの顧客の喫煙の要望がある業態では、事業者が顧客に禁煙を求めることが困難であるという考え方があることである。前述の健康局長通知においても、やむを得ない場合には禁煙ではなく分煙での対応を認めているのは、このような考え方によるものと思われる。

しかし、顧客の要望という理由で飲食店などの職場を例外的な取扱いをした場合には、そこで働いている従業員が受動喫煙の被害を受けている実態¹⁴⁾ を改善することができない。職場の違いにより労働者の健康保護に不平等があってはならず、小規模な飲食店を含むすべての労働者が等しく保護されるべきである。同時に、約30%の男性喫煙者と約10%の女性喫煙者のために、喫煙をしない多数の顧客が受動喫煙の被害を受ける不合理も看過すべきではない。段階はあっても、すべての労働者が平等に受動喫煙から守られるべきである。

第三は、やむを得ず喫煙室の設置を認める場合の「分煙効果判定基準」についてである。この判定基準には「ビル衛生管理法」で定められた屋内粉じん濃度に関する基準、すなわち「粒径 $10\mu\text{m}$ 以下の粉じん (SPM) の時間平均浮遊粉じん濃度が $0.15\text{mg}/\text{m}^3$ 以下」と2009年9月に環境省が「微小粒子状物質に係る環境基準」で告示した基準、「粒径 $2.5\mu\text{m}$ 以下の粉じん (PM_{2.5}) の濃度を1年平均値が $15\mu\text{g}/\text{m}^3$ 以下、かつ、1日

平均値が $35 \mu \text{g} / \text{m}^3$ 以下」の2種類あるが、環境省が健康を保護する上で望ましいとした基準を採用すべきである。ただし、喫煙によって発生する微小粒子状物質には69種類以上の発がん性物質が含まれていることに加え、タバコ煙のガス状成分には一酸化炭素、アンモニア、二酸化硫黄、ジメチルニトロソアミン、ホルムアルデヒド、青酸ガス、アクロレインなど多くの低分子有害物質も含まれている。したがって、タバコ煙の粒子の大きさのみに着目した基準を適用しても、それにより受動喫煙の危険性を除去できるという科学的な証拠がない以上、労働者の健康を守るための政策としては、分煙は緊急避難的な措置でしかあり得ない。長期的にはあくまでも職場における完全禁煙を目指すべきである。

我が国は「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」策定過程で、ドイツ、米国と並んで、策定に向けての消極的姿勢が批判された。しかし、その後、ドイツでは2007年9月に非喫煙者保護のための連邦法が施行され、また、米国では多くの州で屋内全面禁煙法が施行されて（2009年第3四半期現在、政府の職場：34州、民間の職場：30州、公共交通機関：37州、レストラン：28州、バー：21州）、着々と受動喫煙防止の取組を進めている。我が国では、神奈川県において初めて、罰則付きの公共的施設における受動喫煙防止条例が成立し、本年4月から施行される運びとなったが、国レベルでの受動喫煙防止のための立法措置が必要である。

今年10月1日からのタバコ税の引上げが実現したが、タバコ税の引上げの継続と受動喫煙防止のための立法措置という2つの環境改善を行うこと、そして、喫煙者に対して、禁煙治療・禁煙支援へのアクセスを容易にすることにより、先進国の中で特に高い我が国の成人男性の喫煙率を減少させ、脱タバコ社会の実現が可能になるものと考えられる。

4. 提言

- (1) 我が国は、第2回「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」締約国会議で全会一致で採択された「たばこの煙にさらされることからの保護に関するガイドライン」¹¹⁾に沿って、職場・公共の場所における受動喫煙防止のための強制力のある立法措置を講じるべきである。
- (2) その際、換気、空気清浄機、喫煙区域の指定などの手段は必ずしも有効でないとする科学的根拠に留意して¹⁵⁾、屋内においては分煙ではなく禁煙を目指すべきである。また、すべての国民を等しくタバコの被害から守るという立場から、職場・公共の場所は例外を認めずに受動喫煙防止の対象とすべきである。
- (3) バー・レストランなど特定の施設に関しては、事業者に対する配慮として一定の猶予期間を設けることはあり得るが、適切な手段を講ずることによりその猶予期間はできる限り短縮すべきである。

<参考文献>

1. 日本学術会議 要望「脱タバコ社会の実現に向けて」 2008年3月
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-4.pdf>
2. 厚生労働省健康局長通知「受動喫煙防止対策について」. 2010年2月25日
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000004k3v-img/2r9852000004k5d.pdf>
3. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British Medical Journal*, 1981, 282: 183-185.
4. International Agency for Research on Cancer. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 83, Tobacco Smoke and Involuntary Smoking, IARC, Lyon, France, 2004.
<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>
5. Scientific Committee on Tobacco and Health (SCOTH), Department of Health. Secondhand smoke: Review of evidence since 1998. Update of evidence on health effects of secondhand smoke, 2004.
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4101474
6. The California Environmental Protection Agency (CalEPA): Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant, 2005.
http://www.oehha.org/air/environmental_tobacco/2005etsfinal.html
7. The U.S. Surgeon General's Report on the Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke, 2006.
<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke>
8. Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ*. 2004;328:977-980.
9. Pell J, Haw S, Cobbe S, Newby D, Pell A, Fischbacher C, McConnachie A, Pringle S, Murdoch D, Dunn F, Oldroyd K, MacIntyre, O' Rourke B, Borland W. Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. *N Engl J Med*. 2008;359:482- 491
10. Lightwood JM, Glantz SA. Declines in acute myocardial infarction after smoke-free laws and individual risk attributable to secondhand smoke. *Circulation*. 2009;120:1373-1379
11. 第2回「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」締結国会議採択「たばこの煙にさらされることからの保護に関するガイドライン」(FCTC第

8 条履行のためのガイドライン)

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/dl/s0326-14i.pdf>

1 2. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009

<http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/index.html>

1 3. 厚生労働省労働基準局「職場における受動喫煙防止対策に関する検討会」
報告書骨子案. 2010 年 2 月 15 日

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/02/dl/s0215-8b.pdf>

1 4. 大和 浩. 厚労省科研循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業「わが
国の今後の喫煙対策と受動喫煙対策の方向性とその推進に関する研究」平
成 22 年 2 月 8 日

<http://www.tobacco-control.jp/waiters-passive-smoking.htm>

1 5. ASHRAE. Environmental tobacco smoke position document (Atlanta,
Georgia: June 2005).

http://www.ashrae.org/content/ASHRAE/ASHRAE/ArticleAltFormat/20058211239_347.pdf.

<参考資料>

図 1. 100%完全禁煙法後 12 ヶ月間における心筋梗塞の減少、禁煙法施行後 12 ヶ月間における心筋梗塞のリスク、random-effect model によるメタアナリシスの結果 (Lightwood JM, Glantz SA, 2009¹⁰)

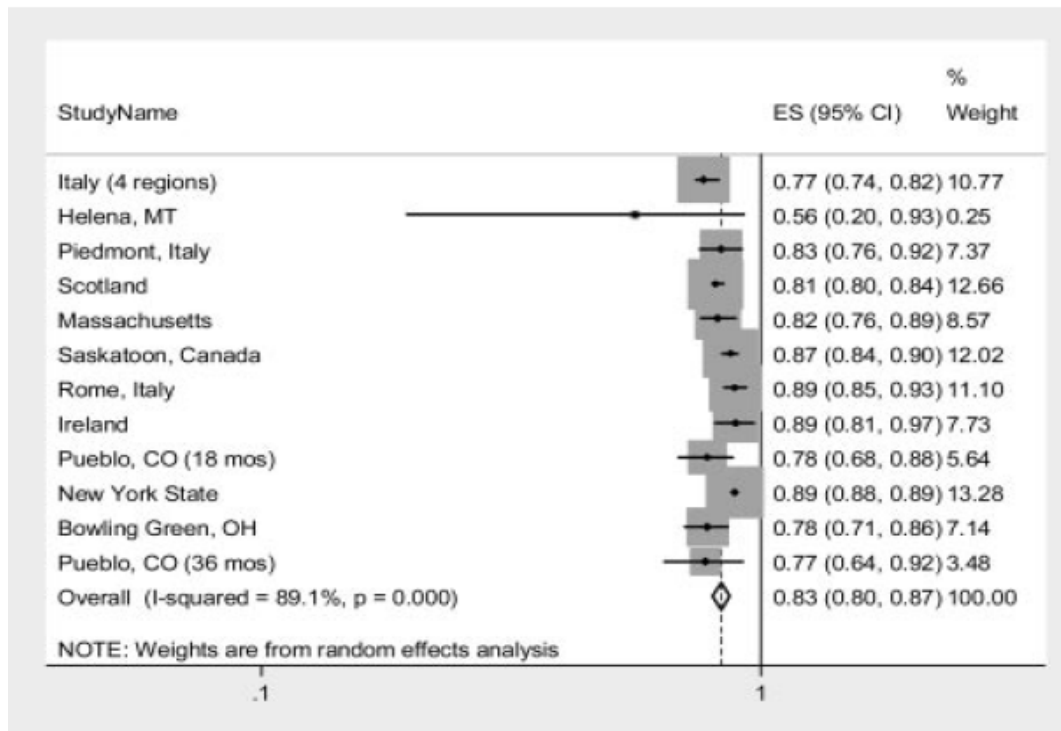


図 2. 受動喫煙防止のための法的規制：世界の国々での取り組み (資料：WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009)

SMOKE-FREE ENVIRONMENTS, 2008

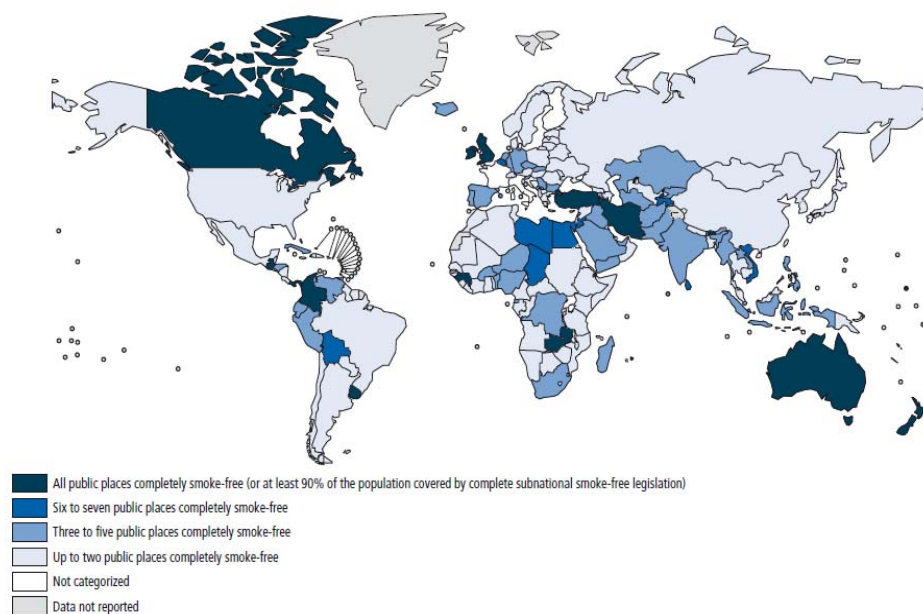


表 1. 受動喫煙防止のための法的規制：WHO による日本の取り組みの評価
 (資料：WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009)

SMOKE-FREE ENVIRONMENTS

Health-care facilities	No
Educational facilities except universities	No
Universities	No
Government facilities	No
Indoor offices	No
Restaurants	No
Pubs and bars	No
Public transport	No
Compliance score ¹	—
National law requires fines for smoking	No
Fines levied on the establishment	—
Fines levied on the smoker	—
Funds dedicated for enforcement	No
Complaint system that requires an investigation after a complaint	No
¹ A score of 0–10, where 0 is low compliance. Please refer to Technical Note I for more information.	
Subnational jurisdictions with complete smoke-free legislation in all assessed facilities	
None	

表 2. 「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」第8条履行のためのガイドラインに示された原則(出典：Guidelines for implementation of Article 8 Guidelines on the protection from exposure to tobacco smoke, WHO, 2007)

原則 1	100%完全禁煙であるべきである。換気、空気清浄機、喫煙区域の指定など100%完全禁煙以外の方策では受動喫煙を防止できないという科学的証拠がある。
原則 2	すべての人々が受動喫煙から守られなければならない。すべての屋内の職場と公共の場所は禁煙とするべきである。
原則 3	人々を受動喫煙から守るには立法措置が必要である。自主規制による禁煙対策は効果がなく、十分な保護が得られないことが繰り返し明らかにされてきた。有効であるためには、法律は単純、明快で、かつ強制力を持つべきである。
原則 4	よい計画と十分な資源が、屋内禁煙法をうまく導入し執行するために欠くことができない。
原則 5	市民社会は、屋内禁煙法を支持し遵守を保証する中心的な役割を担うものであり、法律を策定し、履行し、執行する過程において能動的当事者となるべきである。
原則 6	屋内禁煙法の履行、執行およびその効果をすべて記録し評価するべきである。
原則 7	受動喫煙から人々を保護する対策は、必要に応じて、強化し拡大するべきである。