

第2回 受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会

日時：平成20年6月11日（水）

10:00～12:00

場所：厚生労働省共用第8会議室

次 第

議 題

- 1 第1回受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会での議論の概要（案）
- 2 受動喫煙防止対策の問題点及び対応策について
- 3 その他

【 配 付 資 料 一 覧 】

資 料 1 第1回受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会での議論の概要(案)

資 料 2 受動喫煙防止対策の問題点及び対応策について

参考資料1 たばこ煙中の有害物質～現状と問題点～

参考資料2-1 わが国における妊産婦の喫煙・飲酒の実態と母子への健康影響に関する疫学的研究

2-2 わが国における妊婦の喫煙状況

第 1 回受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会での議論の概要(案)

1. 受動喫煙防止対策の現状及びより一層の推進が求められる施設について

- 健康増進法に基づく公共の施設に限らず、屋外、家庭等における受動喫煙防止対策まで含めて検討すべきではないか。
- 特に受動喫煙による害を受けやすい妊婦や子どもの利用する施設等での受動喫煙防止対策をより一層推進すべきであり、学校、公園、遊園地、路上における受動喫煙対策の推進が重要ではないか。また、海外では、妊娠中の喫煙を法律で禁止している国もあり、胎児を喫煙による害から守ることについて優先的に取り組む必要があるのではないかと。
- 公共性の高い学校、病院等については、より一層、受動喫煙防止対策を推進すべきではないか。例えば、禁煙キャンパスという言葉の実効性を強める必要があるのではないかと。
- 中小の飲食店については、受動喫煙対策の取り組みが遅れているとの報告があるが、禁煙席を確保するためのスペースの問題や、常連の顧客が喫煙者の場合には、禁煙を徹底することが難しいなどの問題がある。
- 小さな旅館等では、公共空間という意識が薄く、受動喫煙防止対策に関する理解が得にくい状況にある。
- 公共交通機関で既に対策がとられたところに対しても、より進んだ提案がされるべきではないかと。

2. 受動喫煙防止対策を推進するための方策について

- 普及啓発について
 - ・喫煙者に受動喫煙による害について正しい情報提供を行い、喫煙者が受動喫煙による被害を与えているとの認識を持つことが重要。
 - ・小さな店やタクシー等が公共空間であるとの認識を深めていく必要がある。
- 従業員の健康被害について
 - ・顧客の喫煙による従業員の受動喫煙の観点からの対策も必要ではないかと。
 - ・職場の喫煙率が高い場合、休憩室等で受動喫煙にさらされることがあり、職場という観点で対策が必要ではないかと。
- その他
 - ・飲食店等については、完全禁煙とするという対策でなく、スモーカーズクラブの様な喫煙者のための飲食店や、分煙処置をしている飲食店については公表して、利用者が選択することも考えられるのではないかと。

3. 各種データの取得について

- 住空間の変化に対応して受動喫煙に暴露を評価する必要があるのではないか。
- 受動喫煙によるたばこの煙による暴露をより正確に評価するための研究を推進する必要があるのではないか。
- 飲食店では、禁煙にすることによる経営への影響が懸念されており、飲食店等に受動喫煙防止対策の推進を求めるのであれば、経営に与える影響について情報が必要ではないか。

4. これからの方向性について

- 将来的な受動喫煙防止対策のあるべき姿を描き出した上で、現状において、実施すべき事項を検討することが重要ではないか。
- 受動喫煙防止対策を推進する上では、文化と風潮を作り出すことが重要ではないか。

周囲のたばこ環境及び行われている受動喫煙防止対策について

平成16年日医会員喫煙意識調査(男性:3,500人、女性:1,500人対象)

医療施設における喫煙防止対策

	平成12年(回収率 87.0%)	平成16年(回収率 85.9%)
何もしていない	14.0%	8.7%
禁煙タイム設定	1.3%	0.6%
喫煙コーナーを指定	44.9%	35.2%
院内全面禁煙	35.7%	54.2%

参考:学校における受動喫煙防止対策実施状況調査(文部科学省 平成17年調査)

学校敷地内の全面禁煙措置 45.4%

受動喫煙防止対策を進める上で生じている問題点について

医療施設における、入院患者への対応(長期入院患者、ホスピス、精神科等)

問題点の解決方法について

子どもなど、非喫煙者をたばこの害から守るためには、喫煙しないのが当たり前の社会へ社会規範を変えることが必要で、このためには、環境改善への働きかけを含む包括的な取り組みが必須である。

課題は以下のとおりである。

- ・ たばこ価格の大幅な引き上げ
- ・ たばこ自動販売機の撤廃
- ・ 学校における喫煙防止教育の強化(学校医の役割)
- ・ 路上喫煙の環境整備

周囲のたばこ環境及び行われている受動喫煙防止対策について

- ・灰皿設置場所以外の大学施設内は全面禁煙
- ・灰皿設置場所の漸次縮小
- ・キャンパスインフォメーションによる学生への啓蒙活動
- ・健康管理センターによる禁煙相談(随時)

など

受動喫煙防止対策を進める上で生じている問題点について

- ・全般的に着実に効果をあげつつあるが、マナー違反者がなくなることも事実
- ・マナー違反者への対処方法にいろいろな意見があり、解決策がみいだされていない

(たばこ対策全般について)

- ・タール、ニコチンの量以外、たばこ煙中の有害物質に関する公的な毒性試験がない
- ・分煙効果判定基準策定検討会報告(平成14年6月)から6年が経過しているが、フォローアップはあるのか?

問題点の解決方法について

- ・マナー違反者にその他のルール違反(自転車・バイク通学には毎年更新の登録制度があるが未登録の者がいる、など)の傾向が認められるので、駐車場に新たなポスター掲示を行い、駐車場の係員が中心となって、指導強化を行っている

(たばこ対策全般)

- ・厚生労働省として、独自にたばこ煙中の有害物質に関する毒性試験を義務付ける
- ・分煙効果判定基準の更新
- ・副流煙 ISO 等新しい国際基準について検討する

周囲のたばこ環境及び行われている受動喫煙防止対策について

- 1) 学校: 敷地内を禁煙とする学校が増えているが、まだ建物内のみ禁煙、あるいは建物内分煙に止まっている学校も多い。地域差が大きいことも問題である。
- 2) 公園・遊園地: ほとんど対策がとられておらず、喫煙が野放し状態であることが多い。喫煙場所を指定しているところもあるが、そのほとんどはオープン・スペースに灰皿を置いただけのものであり、子どもたちが日常的に受動喫煙の被害に遭っているのが現状である。
- 3) 飲食店: 店内完全禁煙の店が徐々に増えているが、飲食店全体からみると、まだ少数派である。多くの飲食店が未だに不完全分煙か、または分煙さえなされていない(喫煙野放し)状態である。

受動喫煙防止対策を進める上で生じている問題点について

- 1) 敷地内禁煙化に対して、喫煙する教師の抵抗が大きい。特に各学校の裁量に任せただけの場合、校長などの管理職が喫煙者であると、禁煙化が困難なことが多いようである。ただし、都道府県や市の教育委員会が管轄下の学校の敷地内禁煙化を決定した地域では、ほぼスムーズにこれを実現しており、トップダウンで決定すれば、ほとんど混乱なく敷地内禁煙化が実現できると思われる。
- 2) 戸外の広々とした場所であっても、喫煙者の周囲のかなり広い範囲にタバコの煙が流れて受動喫煙の被害を及ぼす、という事実が国民全体に理解されていない。そのため、公園や遊園地のような場所でも受動喫煙を防ぐためには禁煙にする必要がある、という認識が、まだ国民に広まっていない。
- 3) 店内を禁煙にすると、喫煙する客の来店が減るのではないか、という不安や、喫煙する客からのクレームなどでトラブルになるのではないか、というような不安を、経営者が持っていることが多い。また、未だに「自由に喫煙させることがサービスである」との間違った認識を持っている経営者が多い。

問題点の解決方法について

- 1) 学校は子どもたちを健全に育てるための場である。学校が管理する区域(敷地内)に喫煙場所があれば、子どもたちに受動喫煙の被害を及ぼす危険性が高いばかりでなく、「大人になったら吸ってもいいよ」と、学校(教師)が子どもたちに暗に教えていることになり、健康教育の理念に反する。「大人になっても吸ってはいけない」と教えることこそ本当の健康教育であり、この理念に則って、学校からタバコを完全に排除するよう、文部科学省から教育委員会や学校への強い指導を期待する。
- 2) 「公園や遊園地も(教育機関と同様に)子どもたちの健全育成のための場である」という認識や、「子どもたちを大切に育てることが、大人全体の大きな責任である」「子どもたちを大切にしよう」と

いう認識が国民共通のものとなるように、啓発を進める必要がある。また、公園のような広々とした場所であっても、喫煙者の周囲のかなり広い範囲にタバコの煙が流れて受動喫煙の被害を及ぼすことや、受動喫煙には安全レベルはないこと(ごくわずかなタバコ煙でも有害であること)などを広く啓発する必要がある。

その上で、健康増進法第 25 条に「子どものための公園や遊園地」も含めることを希望する。

3) 飲食店を禁煙化した場合、来客数がどのように変化するか、実態調査が必要である。来客数が変化しない、あるいは増加する、というデータが出れば、飲食店の禁煙化が速やかに進むと考えられる。

一応「分煙」をうたっている飲食店でも、そのほとんどは「禁煙席」と「喫煙席」が空間的に連続した「不完全分煙」の状態であるが、これでは、たとえ禁煙席に座っても受動喫煙を防ぐことはできないことを、客と経営者の双方に啓発する必要がある。タバコの煙は米国環境保護局によって「グループ A 発がん物質」と認定されており、これはアスベストと同類であることなどを広報すれば、国民の理解が得られやすいものと思われる(アスベストが漂っている飲食店には誰も入りたいと思わないでしょう)。

保健所では飲食店経営者への食中毒予防等に関する講習会が開かれているが、その際に受動喫煙対策の強化についても指導することが重要である。

そして、健康増進法第 25 条に罰則規定を盛り込むことを考慮すべきと考える。

人にタバコの煙を吸わせることは、単なる迷惑行為ではなく、人の身体を傷つける一種の暴力、傷害行為であり、受動喫煙は「スモキング・ハラスメント(スモハラ)」である、との認識を国民全体に広めることが重要である。また「スモハラ」という言葉そのものを広めることも有効と考えられる。かつて「セクハラ」という言葉が国民に周知されたことによって、セクシュアル・ハラスメントの概念が国民の共通認識となり、そのような事例が減ったと考えられるが、それと同様に「スモハラ」の概念が国民の共通認識となれば、あらゆる場所で受動喫煙を防ぐための対策が立てやすくなると考えられる。

近年欧米各国から「職場や公共施設を禁煙化したら、心臓病患者が大幅に減少した」との報告が相次いでいる。わが国でもこのような調査を早急を実施する必要があると考える。

周囲のたばこ環境及び行われている受動喫煙防止対策について

全体としては受動喫煙防止対策は、公共の場では、「分煙」「禁煙」が進んでいるため、かなり良い状況になってきているといえる。しかし、まだ、不十分なところがある。

例 1 新幹線プラットフォームでの喫煙環境

新幹線品川駅下りホームの喫煙場所はベンチのそばにあるため、乗車を待つ間に喫煙者が一斉に煙を出し、椅子に座りたくても座れない。座って待つと受動喫煙を強いられる。プラットフォームを移動する場合も、喫煙場所の脇を通ると受動喫煙になってしまう。プラットフォームが狭いのはわかるが、ガラスで囲うなど対策は取れるのではないか。

例 2 飲食店、特にカウンター席の喫煙環境

寿司店は高級な店でも分煙にしていない場合が多い。カウンター席の料理店は低料金から高級店まで、やはり分煙が出来ていない。寿司店やカウンター席の料理店は、一般的に店内が狭いため、分煙しても余り意味がない。客への気兼ねから対策は不十分。

例 3 歩きたばこ

規制が不十分

受動喫煙防止対策を進める上で生じている問題点について

自分の煙が周囲にどのような影響を与えているのか、喫煙者の意識が遅れている。マナーの悪い喫煙者は、喫煙することの正当性を主張して、受動喫煙が、強いられるものにとつていかにきつくつらいものか、身体的にも良くないか、わかっていない。よって、分煙の囲いを作る、禁煙にする、など、対策を徹底する必要がある。が、現況では対策は不十分といえる。

例 1 新幹線プラットフォームのように、幅がなく乗降者が多い場合、分煙にしても囲いがないと、煙はその周辺に澱む。受動喫煙を防止するには、単に、分煙にすれば良いということではないことが周知されていない。分煙意識が形式的になっている。

例 2 店主が客に禁煙を頼む、という力関係が変わらない限り、受動喫煙防止への進展はむずかしい。たった一本のたばこによって、他の吸わない客全員が受動喫煙させられ、不愉快、味覚も落ちる、という不都合を押し付けられていることを、同じ代金で喫煙者は楽しんでい

たった一本のたばこによって、他の吸わない客全員が受動喫煙させられ、不愉快、味覚も落ちる、という不都合を押し付けられていることを、同じ代金で喫煙者は楽しんでいるということは、不平等といえる。受動喫煙代金を割り引いて然るべきだが、喫煙しない者にとっては、例え、料金が割り引かれても、煙があつては、食事は台無し。店内禁煙が望ましい。

従って、禁煙宣言を立場上、客を大事にしなければならない店主にまかせるのが問題で、店主は対策によって、そうせざるを得ない、という設定をつくるべき。

- 例 3 歩きたばこは全面禁止の対策が徹底していない点が問題。
中高年が増えて来る事で、散歩やウォーキングが更に盛んになると思われる。
前を歩いている人がたばこを吸っていると、コースが同じであれば、その後を延々と受動喫煙させられる。
注意は現段階では難しい。この、注意しづらいという点を考慮し、歩きたばこは違反、ということが徹底されるべき。

問題点の解決方法について

喫煙者の受動喫煙に対する意識改革を、強固に推し進める必要がある。

- 例 1 メディアの活用
『健康』『病気』『医療』『マナー』『妊娠』『赤ちゃん』などをキーワードに、番組中のコーナーの取材をしたくなるような情報を提供する。
- 例 2 インターネットによる情報提供で若い世代へのアピール対策を強化する。
- 例 3 学校教育の中で、受動喫煙を強いることが、いかに「失礼」なことか、「危険」なことか、小さな頃から「礼儀」として教える。
- 例 4 喫煙者と非喫煙者が、共存するために守るべきルールがある、ということ、ユーモア、機知をもって伝え、受動喫煙がいかに迷惑かの自覚を促すキャンペーンを行う。例えば、『受動喫煙防止 川柳募集キャンペーン』など、喫煙者も思わず笑うゆとりのある情報伝達も必要。

『禁煙と すすめた途端 煙たがられ』
『煙イヤの 空気読めない 喫煙者』
『喫煙者 我慢の笑顔 知らぬ顔』
三句、作ってみました。

妊婦の受動喫煙について

周囲のたばこ環境及び行われている受動喫煙防止対策について

①平成 18 年全国調査で、53%の妊婦に「日常的にあなたの前でたばこを吸う人」があり、喫煙者の内訳(複数回答)は、家族(夫 81%、夫以外の同居家族 18%)、友人・職場の人(同僚・客など)29%、飲食店・路上などの人 14%となっており、家庭内、職場、飲食店、路上での受動喫煙は依然として多い。

大井田隆, 曾根智史, 武村真治, 他. わが国における妊婦の喫煙状況. 日本公衆衛生雑誌 2007;54(2):115-122.

②「家庭内」は、今のところ、具体的な対策がない。

③「職場」は、全体としては禁煙化・分煙化が進んでいるが、職場によって差がある。

④「飲食店」は、全国的に見れば、完全禁煙化のところは少ない(選択できるほど多くない)。

「禁煙スタイル」<http://www.kinen-style.com/> (全国禁煙飲食店情報)

⑤「路上」は、一部自治体で禁煙化導入。全体から見れば、まだわずか。

受動喫煙防止対策を進める上で生じている問題点について

①世間全体として、「妊娠中の喫煙はよくない」に関するコンセンサスはあるが、受動喫煙についてはまだそれほど意識していないのではないかと。

②一方、妊婦さんの立場から言うと、おそらく「妊娠中は有害なものはできるだけ排除したい」気持ち強いのではないかと。しかし、実現できる状況にない。

問題点の解決方法について

- ①マタニティマーク(18年2月策定)を活用して、「家庭内」、「職場」「飲食店」を対象とした妊婦受動喫煙防止キャンペーンができないか。



- ②ルールとマナーのバランスを訴える

規制強化を打ち出しにくい社会・政治的環境がある。一方、特に受動喫煙は、マナーや市場主義的政策だけでは解決できない。ルール重視派とマナー重視派の双方が Win-Win となる政策はできないだろうか。

周囲のたばこ環境及び行われている受動喫煙防止対策について

京都という景観物等の特殊事情から市内においては全国的にみても早くからたばこ環境としては分煙対策が行われてきていた。

しかしながら料理店を含む飲食店における受動喫煙防止対策(分煙対策)については、比較的小規模な施設が多いこと、大規模施設においては、宴会等においてお客様のニーズに応えるため、実施が困難視されているのが現状である。

当生活衛生業界では、分煙対策を行うための政策融資を積極的に行い、資金面からもサポートしている。

受動喫煙防止対策を進める上で生じている問題点について

経営者の意識改革を進めるため、当連合会では平成 16 年度より分煙対策推進事業を実施、先進地域でのヒヤリング調査や、正しい分煙方法等を明記したマニュアルを作成し全国組織において全会員へ配布した。

その後の実施率は数値によっては把握していないものの、社会的ニーズが年々高まる中、徐々には普及されつつも小規模飲食店や居酒屋店等での実施は非常に低調と、分煙を進める会等一部消費者団体から指摘される声も少なくない。

問題点としては、分煙を踏み切るにはスペース的要因、顧客のニーズ、実施するに設備改善資金がない等が考えられるが、近年社会的の高まるニーズを考えるならば最近においては神奈川県が条例案を検討し始めた経緯からも、できる範囲からの実施を積極的におこなわなければならない。

問題点の解決方法について

より経営者の意識を高めるための方策として、全国組織においての受動喫煙防止対策への一層の取り組みを促進させること、特に若手経営者における従業員を含めた社員教育の実施、可能な範囲からの受動喫煙防止対策(ランチタイム禁煙)を成功事例等を交えた各種研修会等、全国的に積極的に実施する。

また当連合会において実施している厚生労働大臣認可である標準営業約款制度の普及に併せ今後推進していく必要性があると思われる。

周囲のたばこ環境及び行われている受動喫煙防止対策について

- ・ 禁煙ルームの設置(一人利用のビジネスホテル等に比較し、複数利用の旅館などでは普及が進んでいない)
- ・ ロビー・飲食施設など公共性の高い場所での分煙・禁煙化
- ・ 施設内での喫煙場所指定の普及

受動喫煙防止対策を進める上で生じている問題点について

- ・ 車内・路上などでの禁煙が一般化する事と反比例し、飲食・宿泊施設を「安全地帯」と考える喫煙者が多い
- ・ 客室内など公共性の低い場所での禁煙を進める事が難しい
- ・ マージャン場・ラウンジなど喫煙が一般化している施設を持つ事が多い
- ・ 喫煙者は「他のお客様」に対する遠慮はあるが、従業員・スタッフも受動喫煙者であるという理解は少ない
- ・ 禁煙に対するクレームも以前ほどではないが発生しており、トラブルを恐れる施設も多い
- ・ 目の届かないエリアでは吸殻の放置が未だに目立ち、灰皿の撤去が火災の危険を招く一面もある

問題点の解決方法について

- ・ 建物内禁煙の一般化(シガーバーなど特殊な業態に対する施策は必要)への理解と認知
- ・ 飲食・宿泊施設については当面の間、利用人数や面積に対して相応の指定喫煙場所の設置が必要
- ・ 施設従業員・スタッフに対しても受動喫煙被害が発生している事に対する理解と認知

周囲のたばこ環境及び行われている受動喫煙防止対策について

1) 医療機関における受動喫煙防止対策

国立がんセンターは敷地内禁煙が実施され、すべての利用者に適用されている。全国がん(成人病)センター協議会加盟施設(全32施設)は、「禁煙推進行動計画」を2005年に策定し、医療機関としての役割モデルを果たすべく加盟施設の禁煙推進を図っている。2007年時点で全館禁煙28施設(うち敷地内禁煙22施設)であり、今年度にかけての実施予定機関が数施設ずつである。がん診療連携拠点病院(351施設)は上記も含み、整備指針に「施設内禁煙等のたばこ対策に積極的に取り組むこと」がある。国立高度先進医療センター(ナショナルセンター、6施設)は、国立がんセンターのほか、循環器病、成育医療、長寿医療、国際医療の各センターが、敷地内禁煙を実施している。一般病院は、病院機能評価v5.0の評価項目として3.6「療養環境の整備」に3.6.4「禁煙に取り組んでいる」があり、敷地内を含め全面禁煙は高く評価されるため(但し、精神科、療養病棟、緩和ケア病棟は分煙について評価)、強い動機づけとなっている。2006年から適用された「ニコチン依存管理料」の施設基準「医療機関の敷地内禁煙」も、禁煙化の推進要因である。

2) 学術・職能団体などによる受動喫煙防止対策

1990年代後半より、40以上の全国レベルの学会や保健医療専門団体が禁煙宣言や行動計画で、たばこ対策推進の立場を表明し、国民を受動喫煙の害から守るため、所属施設の禁煙化に関する行動指針や社会に対するアドボカシー活動の視点をその中に盛り込んでいる。日本癌学会は2003年に禁煙宣言を策定したほか、日本肺癌学会や日本循環器学会と「禁煙指導標準手順書」を作成した。日本循環器学会も2002年の禁煙宣言以来、会員への啓発活動を積極的に行い、認定研修施設・研修関連施設の禁煙化を進めている。これらを含む11学会からなる「禁煙推進学術ネットワーク」は、学術研究の推進に加え、JRIに対する禁煙車両や駅構内禁煙化の要望や神奈川県禁煙条例への要望など、社会貢献に特化した活動を行っている。2008年には、日本学術会議が要望書「脱タバコ社会の実現に向けて」により、全7項目の提言のうち受動喫煙について、WHOたばこ規制枠組条約(FCTC)第8条「たばこの煙から曝されることからの保護」のガイドラインに沿って、公共の場や公共交通機関における全面禁煙と強制力のある法整備を提言している。

3) 国際的な受動喫煙防止対策

FCTC 第8条ガイドラインは、たばこ煙への曝露には安全域がなく、受動喫煙による健康被害を完全に防止するには、屋内の100%禁煙と立法措置が必要なことなどを明示している。多くの国々で条約やガイドラインを契機に公衆衛生ないし労働安全衛生の観点から国内法が整備されているが、2004年に施行されたアイルランドの禁煙法は、受動喫煙による被害から労働者を守るための画期的な法律でレストランやバーも含み、その後のノルウェー(2004)、ニュージーランド(2004)、イタリア(2005)、スウェーデン(2005)、ウルグアイ(2006)、英国(2007)、フランス(2007/8)等、各国の100%禁煙法の流れを作った。米国では、20州(カリフォルニア1998が最初)やニューヨーク市など数十に及ぶ市が禁煙条例を制定している。これらの国や自治体では、特にホスピタリティ産業への経済影響について分析して負の影響は生じないことを報告している。

カリフォルニア州環境保護局は、小児の環境衛生の観点から受動喫煙の煙を閾値のない「有害空気汚染物質(Toxic Air Contaminant, TAC)」に認定し、既存の規制策の抜け穴を防ぐ方策について検討

を行っている。公共の場所や職場の禁煙が進んでも、小児の受動喫煙への曝露機会として自宅や自家用車が残されるため、米国では家庭内の禁煙啓発キャンペーンが民間財団や環境保護局等により行われ、一定年齢以下の小児の同乗する自家用車で喫煙を禁止する条例が施行された地域もある。WHO の推計により世界的には小児の半数が受動喫煙に曝されていることから、国際対がん連合(UICC)は、今年の世界がんデーのテーマを小児の受動喫煙防止として、キャンペーンを展開した。

受動喫煙防止対策を進める上で生じている問題点について

1) 医療機関における受動喫煙防止対策

医療機関の禁煙原則は大まかなコンセンサスが得られているにも関わらず、既存の枠組みだけでは徹底が困難であり、個別には施設管理者の決断と指導力によるところが大きい。病院機能評価項目 3.6.4 「禁煙に取り組んでいる」の但し書き(但し、精神科、療養病棟、緩和ケア病棟は分煙について評価される)が却って、これらの科・病棟での禁煙化の障碍になりうる。また、職員の職種による喫煙率の違いも、実施速度を緩める要因である。一方、循環器疾患など他の診療領域においても、がんの協議会や拠点病院のようなネットワークや組織的基盤が活用できれば、組織間の啓発が進み、さらに対策を加速化できる可能性がある。

2) 学術・職能団体による受動喫煙防止対策

これまでは自主的な個別のアドボカシー活動であり相乗効果や波及効果はあるものの、各団体に加盟する個人や個々の施設のレベルまでポリシーが浸透しているとは限らない。日本学術会議要望書など新たな動きはあるが、宣言を出した後のフォローやモニターがない場合も多く、社会運動としての全国的かつ継続的な啓発キャンペーンには発展していない。一方、たばこ関連疾患や対策に関わる殆どの学会や職能団体が声を上げているので、科学的コンセンサスと望ましいポリシーを社会へ伝える有力なメッセンジャーとなり得る。

3) 国際的な受動喫煙防止対策

WHO FCTC 及び同ガイドラインや受動喫煙の害に関する主要な報告書(2004 年国際がん研究機構 IARC モノグラフ、2005 年カリフォルニア州環境保護局 EPA 報告書、2006 年米国公衆衛生総監報告書)などを背景に、多くの国々で 100%禁煙の法制化が実現しているが、世界人口の 5%以下しかカバーされていない。我が国のように喫煙率の高い国、受動喫煙の害に関する知識が浸透していない国、たばこ産業の優勢な国等が特に遅れている。条約やガイドラインをどのように「翻訳」して、実効性ある国内の対策に反映させるかが鍵である。

問題点の解決方法について

受動喫煙防止対策を含むたばこ対策を包括的に進めるには、「たばこを吸わないのが当たり前」という社会通念の確立とともに、あらゆる政策手段の開発が重要で、今後 3~5 年を目処に段階的实施計画を組み、啓発キャンペーンや禁煙支援、民間による禁煙化推進を組み合わせるパイラル的に全体の喫煙率も下げつつ、最終的には諸外国のように公共の場や職場の全面禁煙の実現を目指す。この間、定期的な世論調査や定点観測により施策の支持と効果を監視評価して、結果の公表による広報効果も期待する。規制には対象施設の特性に応じ、経済的社会的インセンティブか、罰則規定か、あ

るいはその両方の適用を検討すべきである。政策評価のため規制インパクト評価も必要である。

段階1: 2008-9年「リスクコミュニケーションと基準の見直し」

健康増進法以来、受動喫煙に対する理解は深まってきたが、迷惑や不快ではなく、疾病や死亡のリスクや、妊婦、乳幼児や小児等、生物学的感受性の高い集団への影響など健康教育やリスクコミュニケーションが必要である。疫学的知見に加えたばこ煙自体の「毒性」に関する理解も必要で、カリフォルニア州のように有害空気汚染物質としての位置づけが100%禁煙のみが有効な対策であるという認識を支持する。

現行の分煙効果判定基準も科学的証拠に基づいて見直すべきで、規制と評価のための「汚染レベル」の目安と根拠と位置づける。ライト・マイルド製品、低副流煙・低臭気製品についても、平成11年度に厚生省が行ったような成分測定により有害物質を検出し、一般製品と比べて喫煙者本人のみならず周囲に対しても危険性が少ない製品ではないことを周知するとともに、環境の禁煙化が無煙たばこなどの新たな製品需要の創出を導かないための対策も必要である。

さらに、国際的には100%屋内禁煙のみが有効であると実証されていることを、利用者や施設管理者にも周知徹底し、この期間は、段階2で実施する施設禁煙の周知と準備に充てる。特に、職場における受動喫煙防止対策については、労働者の健康確保と快適な職場環境の形成を図る観点から、労働行政において「職場における喫煙対策のためのガイドライン」の策定等様々な取り組みが行われてきたが、FCTCガイドラインに基づき再検討する必要がある。その際、組合健保等が中心になり、禁煙支援と一体となった職場禁煙を実施した場合の生産性向上や医療費負担の軽減など、経済効果も検証して、事業者側のインセンティブを高めるべきである。

段階2: 2010-11年「重点対象施設における100%屋内禁煙の実施」

全ての公共の場及び職場を禁煙にすべきだが、対象施設・集団の特性を考慮して優先順位をつける。害に対する感受性の高い妊婦、乳幼児や小児等の利用、利用者(労働者を含む)の長時間拘束、社会的使命性、公平な競争確保等の要件を考慮すべきである。医療機関の敷地内全面禁煙は一律規制が最も可能な施設である。妊婦、乳幼児や小児が利用する託児施設や教育機関、社会教育施設、公共輸送機関、飲食店等についても同様に全面禁煙とすべきである。これらの施設については「前倒し」も可能かもしれない。旅館業は、公共空間は全て禁煙、客室も原則禁煙とするが、初段階では一定割合(喫煙率などを反映)で喫煙客室を確保し、順次縮小して利用客と従業員の健康を守ることを優先する。諸外国では一律規制の場合、ホスピタリティ産業に対する経済的損失は生じていないが、予期し得ない経済的影響を最小に止め、経営努力を促進するための支援や奨励措置も税制を含め検討する。経済措置については、たばこ税の値上げによる税収の増収分を充てる選択肢も、たばこ小売業への影響も含め検討すべきである。

段階3: 2012-13年「その他の公共施設における100%屋内禁煙の実施と段階1・2の評価」

この段階では、日本社会全体の喫煙率もさらに低下し、段階1・2の評価も得られ、また民間事業者による禁煙や地方自治体の条例施行も実施されていると思われるので、100%禁煙に対する社会的支持は高まっていることが予測される。さらに、厚生労働省内での協議が進むことが期待されるので、労働衛生の観点からも、その他の公共施設や職場をカバーする100%屋内禁煙の実施が可能となるであろう。

(「周囲」を直接関係する施設及び環境と捉え、以上のようにまとめました。文責はすべて筆者にあります。)