

(7) 野上 浩志

【所属等】NPO法人「子どもに無煙環境を」推進協議会 理事

【意見】

1 .2010年4月から神奈川県受動喫煙防止条例が施行されたが、国レベルの全国を網羅する新たな「受動喫煙防止法」を制定し、本来的に職場もこれに含め、あるいは公共の場と並列して「屋内完全禁煙」とし、罰則付きの義務規定とすべき。

2 .飲食店・レストランの公共の場及び職場もこれに含めるべきで(猶予期間は設けるとしても)、これらにより国民の80%以上を占める非喫煙者の健康を受動喫煙から守り、禁煙したいと思っている喫煙者の禁煙を促す良策ともなる。各国でも心臓発作の減少などの報告が相次いでいる。

3 .「分煙効果判定基準」での浮遊粉塵基準値の $0.15\text{mg}/\text{m}^3$ は廃止し、受動喫煙による浮遊粉塵は「バックグラウンド値より高くなってはならない」とすべきで、職場の受動喫煙対策に $0.15\text{mg}/\text{m}^3$ の基準値を絡ませることがあってはならない。

日本国憲法

第10章 最高法規

第98条 この憲法は、国の最高法規であつて、その条規に反する法律、命令、詔勅及び国務に関するその他の行為の全部又は一部は、その効力を有しない。

2 日本国が締結した条約及び確立された国際法規は、これを誠実に遵守することを必要とする。

⇒ 日本はFCTC (タバコ規制枠組条約) 及びガイドラインを誠実に遵守すべき

1

環境省の大気汚染による
「微小粒子状物質PM2.5に係る環境基準」(2009年9月)

「1年平均値が $15\mu\text{g}/\text{m}^3 (=0.015\text{mg}/\text{m}^3)$ 以下であり、かつ、1日平均値が $35\mu\text{g}/\text{m}^3 (=0.035\text{mg}/\text{m}^3)$ 以下であること。」と告示された。

- ・元々厚労省の $0.15\text{mg}/\text{m}^3$ は1972年に、大気汚染の環境基準を参考に告知された。
- ・2009年の環境省の基準告知を参考にPM2.5として至急に規定し直すべきであり、国際的にも全く通用しない「粒子径が $10\mu\text{m}$ 以下で $0.15\text{mg}/\text{m}^3$ 」は既に時代の遺物となっている。 ≡ PM2.5では $0.10\text{mg}/\text{m}^3$

※タバコ煙粒子は微小粒子(PM2.5)

2

PM_{2.5}が10μg/m³増えると全死亡率が6%増える

死因	PM _{2.5} 10μg/m ³ 増加毎の年間死亡率増加 (95%信頼区間)
全死因	1.06 (1.02-1.11)
心肺疾患	1.09 (1.03-1.16)
肺癌	1.14 (1.04-1.23)

米国ガン協会コホート(ACSコホート)調査 2002年

<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/287/9/1132>

WHO air quality guidelines 2005

PM_{2.5}が10μg/m³増えると

全死亡が

1%(急性曝露:24時間)

6%(慢性曝露:年間)

増える

http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_SDE_PHE_OEH_06.02_eng.pdf

厚労省の職場分煙基準上限

||

浮遊粉塵濃度(SPM) 150μg/m³

↓

PM_{2.5} ≒ 0.7 × SPM ≒ 100μg/m³

↓

10万人あたり1万(急性)~6万(慢性)の生涯超過死亡

5

大気汚染防止法のアスベスト対策

「敷地境界基準」(アスベスト線維10本/L以下)

↓

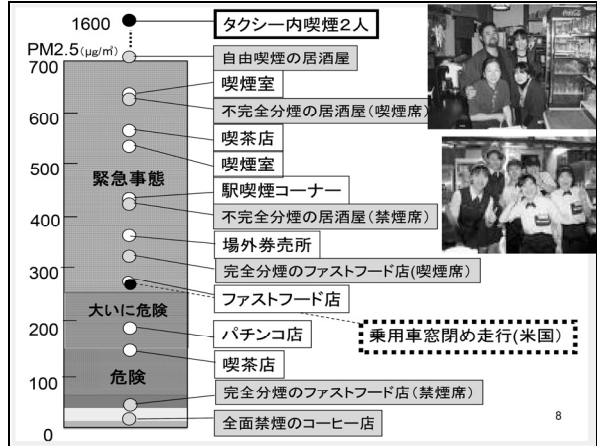
10万人あたりの生涯死亡リスク6.7人以下
(日本産業衛生学会によるリスク評価)

【参照】

- 石綿問題に関する本学会(日本産業衛生学会)の見解について
<http://www.sanei.or.jp/#line>
- <http://www.asbestos-center.jp/symposium20060628/3.html>

アメリカ環境保護庁EPAによる空気の質分類(全死亡増加率は松崎付加)

空気の質レベル	PM _{2.5} (μg/m ³)	説明	WHOガイドラインに基づく全死亡増加率(%)	
			急性曝露	慢性曝露
良好 ^{good}	0-15	空気の質は良好であり、健康危険はほとんどない	0	0
許容範囲内 ^{moderate}	16-40	特別感受性の高い人に呼吸器症状があらわれる。心臓や肺の悪い人、お年寄りでは病状が悪化するおそれあり。	1-4	6-24
弱者に危険 ^{Unhealthy for sensitive groups}	41-65	感受性の高い者に呼吸器症状があらわれる。心臓や肺の悪い人、お年寄りの病状が悪化し、死亡率が高まる。	4-6	24-36
危険 ^{Unhealthy}	66-150	心臓や肺の悪い人、お年寄りの病状が悪化し、一般の人々に呼吸器症状があらわれる。	6-15	36-90
大いに危険 ^{Very unhealthy}	151-250	心臓や肺の悪い人、お年寄りの病状が一層重くなり、死亡率が一層高まる。一般の人々の呼吸器疾患も明らかに増加する。	15-25	90-150
緊急事態 ^{Hazardous}	251-	心臓や肺の悪い人、お年寄りの病状が著しく重くなり、死亡率も著しく高まる。一般の人々に重い呼吸器症状があらわれるおそれあり。	25-	150-



発がん物質 第1群 (2010年の改訂)

表第-1 発がん物質

第1群	発がん物質
エリオソナイト	2,3,7,8-テトラクロロジベンゾ-p-ダイオキシン
エチレンオキシド (酸化エチレン)	2-ナフチルアミン
塩化ビニル	ニッケル化合物 (無機物類)*1
カドミウムおよびカドミウム化合物*	ビス (クロロメチル) エーテル
クロム化合物 (6価)	ヒ素およびヒ素化合物*
頁岩油	4-ヒフェニルアミン (4-アミノニフェニル)
結晶質シリカ	フェニル
鉱物油 (未精製および半精製品)	1,2-ジブチルベンゼン
コaltar	ベンゾジフルオレン
コaltarビッチ揮発物	ベンゾトリクロロド
スス	本材料類
石棉	酸化ジクロロジエチル (マスタードガス、イペリット)
タバコ煙*	
タルク (石棉繊維含有製品)	

2010.5 日本産業衛生学会

意見のまとめ(1)

- 1.日本国憲法第98条に則り、タバコ規制枠組条約及びガイドラインを誠実に遵守すべき
- 2.浮遊粉塵基準値の 0.15mg/m³ (PM_{2.5}=0.10mg/m³) には 10万人あたり1万(急性)~6万(慢性)の生涯超過死亡リスクがある
- 3.日本産業衛生学会は2010年5月に、「タバコ煙」が発がん物質第1類=ヒトに対する発がん物質、として分類に追加した

意見のまとめ(2~4)は冒頭意見の1~3を参照