

(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。

- ・元々厚生省の $0.15\text{mg}/\text{m}^3$ 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)

↓

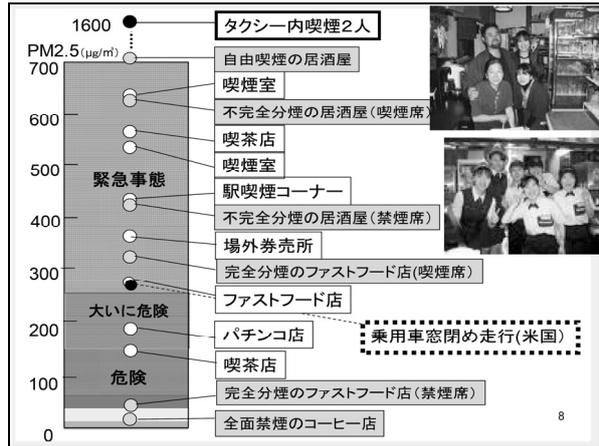
10万人あたりの生涯死亡リスク6.7人以下
(日本産業衛生学会によるリスク評価)

【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) | 2,4-ジアミン |
| 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 | 4,4'-ジアミノジフェニル (4-アミノジフェニル、4-アミノジフェニル) |
| 結晶質シリカ | 1,2-ジブチル |
| 鉱物油 (未精製および半精製品) | ベンゾジ |
| コaltar | ベンゼン |
| コaltarビッチ揮発物 | ベンゾトリクロリド |
| スス | 石棉類 |
| 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 $0.15\text{mg}/\text{m}^3$ ($\text{PM}_{2.5} = 0.10\text{mg}/\text{m}^3$) 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群=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