

## 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、JR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（IICC）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壁になりうる。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ことでス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。）