

受動喫煙防止施策の推進を求める陳情（要望）書

熊本県知事
蒲島 郁夫 様

熊本県議会
議長 藤川 隆夫 様

平成 26 年（2013 年）2 月 26 日

申し入れ団体

くまもと禁煙推進フォーラム
代表 橋本 洋一郎 ㊟

日本禁煙学会
理事長 作田 学 ㊟

日本禁煙推進医師歯科医師連盟
会長 大島 明 ㊟

全国タバコフリー団体ネットワーク
代表 森田 純二 ㊟

スモークフリーキャラバンの会
会長 平間 敬文 ㊟

私たちは、下記のように熊本県における受動喫煙防止施策の推進を陳情致します。本趣旨に賛同し署名をいただいた熊本県民、橋本洋一郎ほか 23,277 筆を添えて提出致します。

陳情（要望）趣旨

1. 他人の健康を害する受動喫煙曝露を将来完全に「ゼロ」とすることを宣言して下さい。
2. 施策は「分煙」ではなく、世界保健機関が求める「屋内禁煙」を旨として下さい。ただし、たとえ屋外であっても、出入口付近の喫煙は建物内にタバコ煙に流入が認められるため、出入口付近の喫煙所は設けないようお願い致します。
3. 受動喫煙対策の実施は、①第一段階として教育施設・医療介護施設の敷地内禁煙、官公庁等の公的施設の屋内禁煙、②第二段階として事業所の屋内禁煙、③第三段階として飲

食店・宿泊施設、その他の不特定の方が集まる施設の屋内禁煙などと、経過と段階を踏み、県民の理解と協力を得ながら屋内禁煙の施設を拡充していくようお願い致します。

4. 教育施設・医療介護施設についてはその特性を考慮し、敷地内禁煙として下さい。
5. 受動喫煙の防止にはならず、混乱を招きやすく、余分な公的資金の支出を要することになる「分煙策」をとらないようにして下さい。
6. 以上のことを実現するために、議会におかれましては必要に応じ、受動喫煙防止条例の制定など、受動喫煙防止のために必要な諸施策を策定し、実施してください。

以上

陳情（要望）理由

1. 受動喫煙の科学

受動喫煙とは、自らは喫煙しないが、他人のタバコの煙を吸い込んでしまうことを言います。タバコ煙には発がん物質を含む4000種類以上の化学物質が含まれ、屋内にタバコ煙がある空気環境は乳幼児、子ども、妊婦はもちろん、健康な人にも大変危険です。他人のタバコ煙を吸わされる受動喫煙によって、がん、虚血性心疾患、呼吸器疾患などの健康被害が起こることが明らかにされています¹⁻⁴⁾。

国立がん研究センターの報告では、国内では年間6800人（喫煙者数から県内では年間約100人と推計）が受動喫煙のために死亡していると推定されています⁵⁾。

2. 受動喫煙対策は県民の8割を占める「非喫煙者保護の視点」から

熊本県では「喫煙場所の確保・整備による分煙」を進めることとされています（熊本県議会、2010）⁶⁾。主な理由は、a)たばこ事業がたばこ事業法等に基づいている、b)たばこ税は重要な財源である、c)熊本県には970戸（2010年当時）のタバコ葉農家がおられ、全国一の産地である、d)タバコ販売店では、販売を通じて財政に多大な寄与をしている、e)業界は、社会的責任を果たすべく、成人識別自販機の導入を行い、環境美化活動を継続するなど努力をしている、f)県内の37万人の喫煙者へ配慮することは行政として当然のことである、とされています。ご所見は主に業界保護の観点によるものと存じます。

一方、世界保健機関や国立がん研究センターは、「非喫煙者の保護」を最も重要な観点としています⁷⁾。受動喫煙により死亡している人が日本では年間6800人にもなります⁵⁾。この数は2012年の飲酒運転による交通事故死者数約4400人の約1.5倍にもなる莫大なものです。

熊本県も世界保健機関の考え方と同様、非喫煙者の保護を主たる観点とし、受動喫煙対策をおこなっていただけることをお願い申し上げます。

3. 科学的根拠のない分煙ではなく、科学的検証が確立した建物内禁煙を

世界保健機関は、唯一の有効な受動喫煙対策は施設内の禁煙であり、たとえ換気を伴うものであっても分煙には意味がないことを指摘しています。分煙では受動喫煙対策に意味がないことは、微小粒子状物質PM2.5、尿中コチニン（ニコチンの体内代謝産物）などを用いた様々な学術的研究でも明らかです^{8,9)}。

4. 出入口付近の喫煙所は撤去を

出入口付近に喫煙場所を設置すれば、周囲に漂う煙が人の移動に伴い、屋内へ流入し、受動喫煙が発生します。国も受動喫煙防止の観点から、建物出入口付近の喫煙所を推奨していません¹⁰⁾。出入口付近の喫煙所は設置しない、あるいは撤去の推進をお願い致します。

5. 国内法と国際条約の観点から

健康増進法 および がん対策基本法においては受動喫煙防止が規定され、日本が批准する世界保健機関たばこ規制枠組条約においては、屋内の公共の場所でタバコの煙にさらされる

ことのないように立法措置をとることが求められています。

国内では神奈川県と兵庫県はすでに受動喫煙防止条例を制定しています。

6. 受動喫煙防止の効果

受動喫煙防止の効果が実施前の予測より大きなものであることが各国の受動喫煙防止法制定後の効果から明らかになっています。熊本県と姉妹提携をしているモンタナ州都ヘレナでは、6 か月間の受動喫煙防止法が制定された結果、心筋梗塞の発生が4割も減少したことが、2004年ブリティッシュ・メディカル・ジャーナルに報告され、受動喫煙防止の効果に世界中が驚きました¹¹⁾。ヘレナでの報告をきっかけにその後多くの都市から受動喫煙防止に関する大変好ましい大きな効果が報告されています¹²⁾。

2012年発表された33件の受動喫煙防止法・45論文のメタ解析では、受動喫煙防止法施行前後において、心臓血管系疾患、脳血管疾患、呼吸器疾患による入院が2～3割減少しています¹³⁾。

本データを適応し、心臓疾患・脳血管疾患において試算すると、十分な受動喫煙対策により、県内心臓病入院数年間1万人超のうち約3000人、脳卒中入院数約5000人のうち約1000人が入院をしなくてもすむ可能性があります。年間推計4000人超の方の入院が不要となる効果は莫大であり、このように大きな効果を生む公衆衛生策は他にありません。医療費上、一人にかかる急性期のみ入院医療費を100万円と仮定しても、受動喫煙を防止する措置をとるだけで、県内において年40億円規模の急性期に必要な医療費が削減できる可能性があります。慢性期に必要な医療費を加算すればさらに大きな削減効果が期待されます。

7. 受動喫煙防止は9割近くの県民が望んでいる

熊本県民を対象にしたくまもと禁煙推進フォーラムの調べでは、回答者の4割以上が日常的に受動喫煙に曝露されています(日本禁煙学会雑誌、2012)¹⁴⁾。全ての回答者の87%、非喫煙者の94%、過去喫煙者の91%、また喫煙者であっても57%が「受動喫煙を迷惑」と回答しています。受動喫煙対策を求める施設への回答では、医療・介護および教育施設、次いで公的機関については、終日禁煙を求める意見が多数という結果でした。

8. 受動喫煙防止の拡充方法

上述のように県民の意見を反映させる形で、第一に医療・介護および教育施設、次いで公的機関、事業所といったように、屋内禁煙の施設を段階的に拡充してください。特に、医療・介護および教育施設については、その特性から敷地内禁煙とするようお願い致します。

分煙策は、科学的見地および実態的にも受動喫煙の防止になっていません。余分な公的資金の出費にもなります。出入口付近を含めた屋内禁煙を順次拡充していく方法はコストパフォーマンスの最もよい施策であり、地方自治法にある「地方公共団体はその事務を処理するに当っては、住民の福祉の増進に努めるとともに、最少の経費で最大の効果を挙げるようにしなければならない」の精神とも合致した施策であると考えられます。受動喫煙防止の拡充にあたっては、分煙策ではなく出入口付近を含めた建物内禁煙策をお願い致します。

参考文献

1) 日本学術会議. 提言「受動喫煙防止の推進について」. 2010.

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t93-1.pdf>

文献中表「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」履行のためのガイドライン

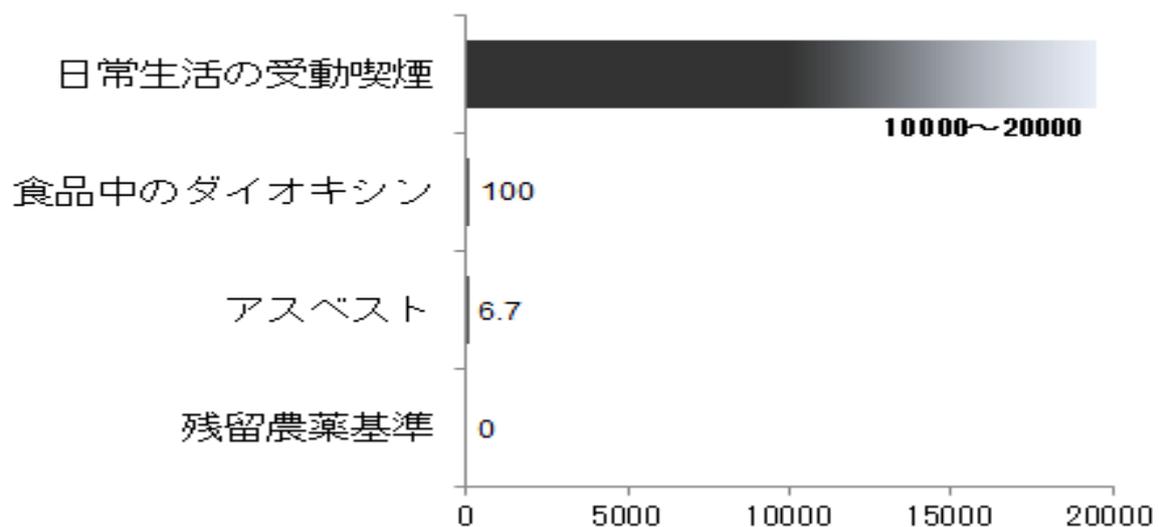
- 原則1 100%完全禁煙であるべきである。換気、空気清浄機、喫煙区域の指定など 100%完全禁煙以外の方策では受動喫煙を防止できないという科学的証拠がある。
- 原則2 すべての人々が受動喫煙から守られなければならない。すべての屋内の職場と公共の場所は禁煙とするべきである。
- 原則3 人々を受動喫煙から守るには立法措置が必要である。自主規制による禁煙対策は効果がなく、十分な保護が得られないことが繰り返し明らかにされてきた。有効であるためには、法律は単純、明快で、かつ強制力を持つべきである。
- 原則4 よい計画と十分な資源が、屋内禁煙法をうまく導入し執行するために欠くことができない。
- 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。

2) NPO 法人日本禁煙学会. 敷地内完全禁煙が必要な理由.

http://www.nosmoke55.jp/data/1012secondhand_factsheet.pdf

文献中図（受動喫煙の害の大きさ— 食の安全対策が無意味になるほど大きい）を参照

10万人当り生涯死亡リスク(万人)



- 3) 受動喫煙とおとなの健康：ファクトシート(第1版)．禁煙会誌 4(2)，2009.
http://www.nosmoke55.jp/gakkaisi/200904/gakkaisi0904_matuzaki.pdf

受動喫煙で起こる病気や状態

致死的	肺がん、副鼻腔がん、心筋梗塞、脳卒中、気管支ぜんそく、急性肺炎、慢性閉塞性肺疾患、末梢動脈閉塞症、乳幼児突然死症候群
慢性病悪化	メタボリック症候群、狭心症、糖尿病
体調不良	うつ状態、頭痛、めまい、吐き気、倦怠感、化学物質過敏症、せき、たん、ぜん鳴、気管支炎、中耳炎、目・鼻・のどの刺激症状

- 4) 受動喫煙とこどもの健康：ファクトシート．禁煙会誌 5(1)，2010.
http://www.nosmoke55.jp/gakkaisi/201002/gakkaisi1002_22.pdf

文献中表 受動喫煙がこどもにもたらす健康被害

	受動喫煙の時期		リスク比* (倍)
	妊娠中 母喫煙	出産後 母受動喫煙	
因果関係確実			
低体重出生	*	*	1.5
乳幼児突然死症候群	*	*	2~5
早産	*	*	1.5
気管支炎・肺炎		*	1.5~2
気管支喘息		*	1.5
慢性気管支炎		*	1.5
中耳炎		*	1.5
関連性高い			
流産、子宮内発育遅延	*	*	1.5
認知・行動障害	*	*	2
アレルギー感作		*	
肺機能低下	*	*	
脳腫瘍・悪性リンパ腫	(* 父親の喫煙)		

* 受動喫煙なし群と比べたリスク比

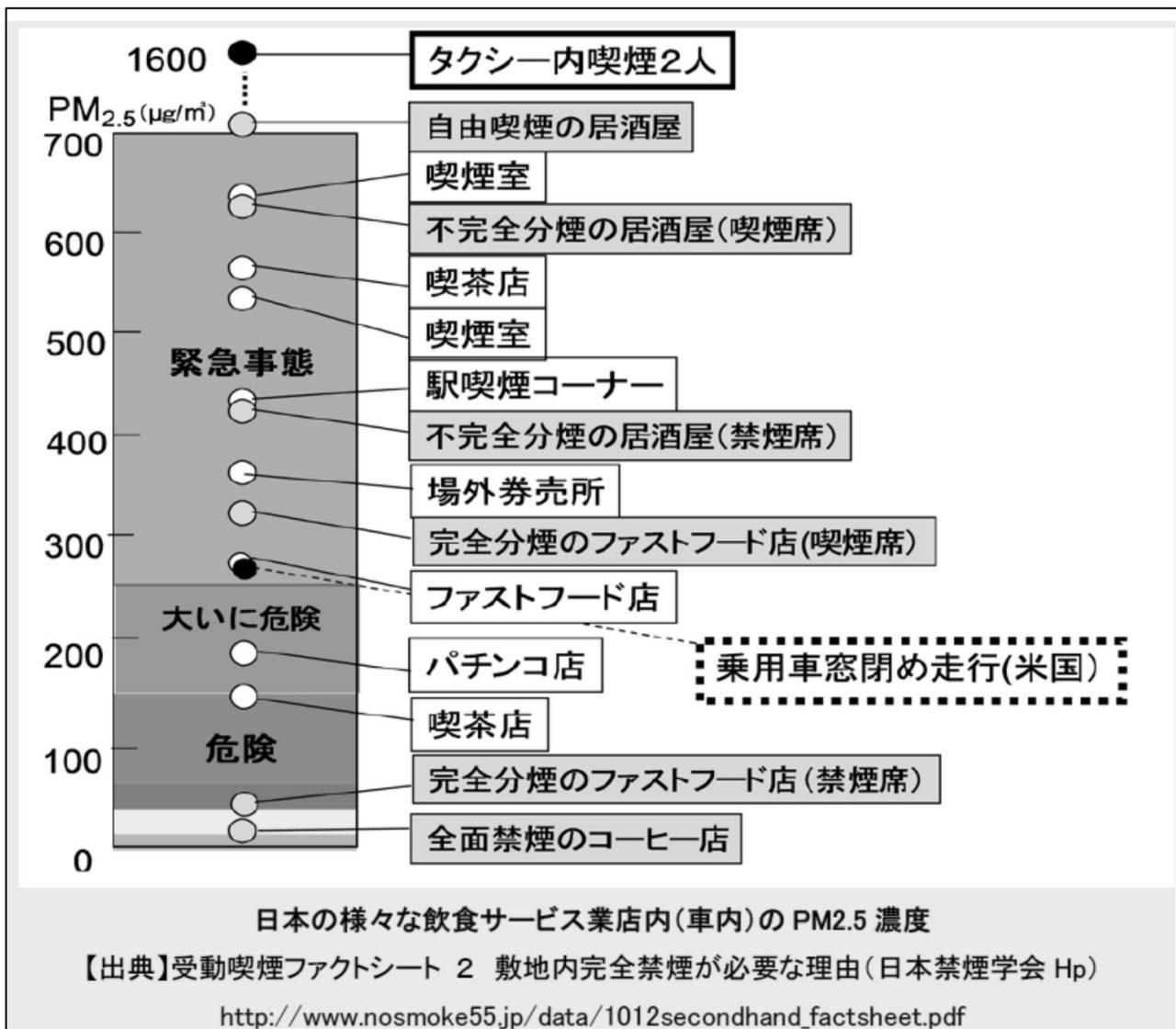
- 5) 独立行政法人国立がん研究センター，「喫煙と健康」WHO 指定研究協力センター．受動喫煙による死亡数の推計について．2010.

http://www.ncc.go.jp/jp/information/pdf/20101021_tobacco.pdf

文献中記載「受動喫煙をなくすことによって、1年で約6800人の人命を救うことができ

ると考えられる」

- 6) 熊本県議会厚生常任委員会. 熊本県における「受動喫煙防止対策」の現実的な対応を求める請願. 2010. <http://www.pref.kumamoto.jp/uploaded/attachment/34775.pdf>
- 7) 厚生労働省及び独立行政法人国立がん研究センター/「喫煙と健康」WHO 指定研究協力センター. WHO たばこ規制枠組条約第 8 条の実施のためのガイドライン 「たばこ煙にさらされることからの保護」.
http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/dl/fctc8_guideline.pdf
文献中記載「原則：たばこ煙にさらされることから全ての人が保護されるべきである。屋内の職場および屋内の公共の場はすべて禁煙とすべきである。」
- 8) NPO 法人日本禁煙学会. PM_{2.5} 問題に関する日本禁煙学会の見解と提言.
<http://www.nosmoke55.jp/action/1302pm25.pdf>



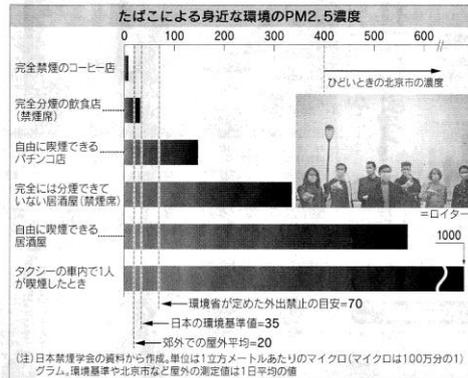
中国で発生した微粒子状物質(PM2.5)が大陸から飛来する越境汚染への関心が高まっている。とくに、身近なところでは喫煙が極めて高い場所がある。喫煙可能な室内では、例えは、禁煙してない居酒屋など、北京の最悪時の濃度と変わらない、専門家は屋内の全面禁煙を訴えている。

PM2.5とはこの煙も危険だ。医師らでつくる日本禁煙学会は2月、こんな見解を発表した。直落2・5(μm)は100万分の1以下の微粒子は化石燃料や草木などが燃えたときに発生する。たばこの煙もそのひとつで、フィルターを介せずに周囲に広がる副流煙が多い。中国から飛来するPM2.5よりも「受動喫煙の影響の方が大きい」と主張する。

ショッキングな数字
様々な研究者が実際に測定したデータをまとめた学会の資料には、ショッキングな数字が並ぶ。目出に喫煙できる居酒屋のPM2.5の濃度は空気1立方メートルあたり0.83μg。中国政府が「最悪」と評したときの北京市の大会とほぼ同じ水準だ。禁煙席でも、喫煙席をガラスや壁で完全に仕切られていない場合は同じ3.36μgに達した。

日本禁煙学会は18の学会でつくる禁煙推進学術ネットワークが2月下旬に公表した調査も、同じような結果だった。福岡市にある喫煙可能な喫茶店では同じ3.00μgを測った。禁煙学会理事長の作田孝医師は「禁煙学会に

たばこ PM2.5の塊



禁煙ない居酒屋、北京並み 脳卒中やがんリスク高まる

PM2.5濃度と健康への影響
米環境保護局の資料。
1立方メートルあたりの濃度

緊急事態 (251~)	一般の人々の呼吸器に重い症状が現れる恐れがある
大いに危険 (151~250)	一般の人々の呼吸器に疾患が明らかに増える
危険 (66~150)	一般の人々の呼吸器に症状が現れる
弱者に危険 (41~65)	感受性の高い人の呼吸器に症状が現れる
許容範囲内 (16~40)	特に感受性の高い人の呼吸器に症状が現れる
良好 (0~15)	空気は質は良好で、健康の危険はほとんどない

たばこを吸わない家族がいると、住宅内のPM2.5濃度は大きく上昇する。大阪市立環境科学研究所の調査によると、誰もたばこを吸わない家庭は同20%程度だったのに対し、喫煙者のいる家庭では同50%に前後に達した。会社や学校に行く家族は半日他は1日中家で過ごす。たばこを吸わない家族も環境基準値を上回る濃度のPM2.5にさらされる。小さな子どもも肺に病気をうつす人はPM2.5の影響を受けやすいとされる。大和教授は「こうした人たちがいる家庭は禁煙にすべきだ」と訴える。

空気清浄機も限界
空気清浄機を使ってもたばこのPM2.5を取り除くのは難しい。ペラファンなどでたばこを吸う「ホルタル族」は

たばこを吸わない家族がいると、住宅内のPM2.5濃度は大きく上昇する。大阪市立環境科学研究所の調査によると、誰もたばこを吸わない家庭は同20%程度だったのに対し、喫煙者のいる家庭では同50%に前後に達した。会社や学校に行く家族は半日他は1日中家で過ごす。たばこを吸わない家族も環境基準値を上回る濃度のPM2.5にさらされる。小さな子どもも肺に病気をうつす人はPM2.5の影響を受けやすいとされる。大和教授は「こうした人たちがいる家庭は禁煙にすべきだ」と訴える。

空気清浄機も限界
空気清浄機を使ってもたばこのPM2.5を取り除くのは難しい。ペラファンなどでたばこを吸う「ホルタル族」は

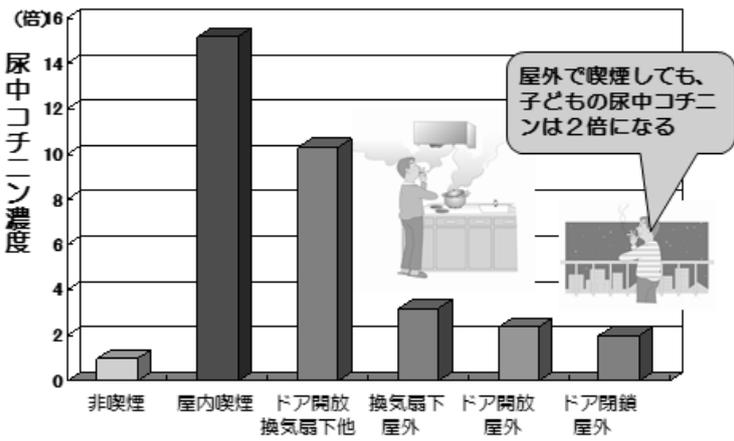
少なくないが、PM2.5はサソリの隙間から入り込むほか、呼吸に含まれたり、衣服に付着したりするため、室内に持ち込んでしまうという。問題は大気中を漂うPM2.5よりもたばこの煙の方が有害性が高いことだ。煙の中には70種類近い発がん性物質が含まれている。「様々な調査から、受動喫煙による死亡リスクはPM2.5の値よりもはるかに高い。怖がるのなら、明らかにたばこのほうが」と大和教授は強調する。

完全禁煙にするか、室内を全面禁煙にしないと効果は薄い。国立がん研究センターの推定では、受動喫煙で死亡する人は年間6800人に達する。英国やイタリアは受動喫煙禁止法を導入した国で、心筋梗塞などのリスクが減ったとの報告がある。感煙汚染だけでなく、身近にリスクが存在することも認識する必要があるとみている。(浅沼直樹)

◆たばこの煙とPM2.5について知るには「PM2.5問題に関する日本禁煙学会の見解と提言」<http://www.nosmoke55.jp/activation/1302pm25.html>

◆たばこの健康影響を知るには厚生労働省「たばこ健康に関する情報ページ」http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/tobacco/index.html

親の喫煙態度と子どもの受動喫煙曝露



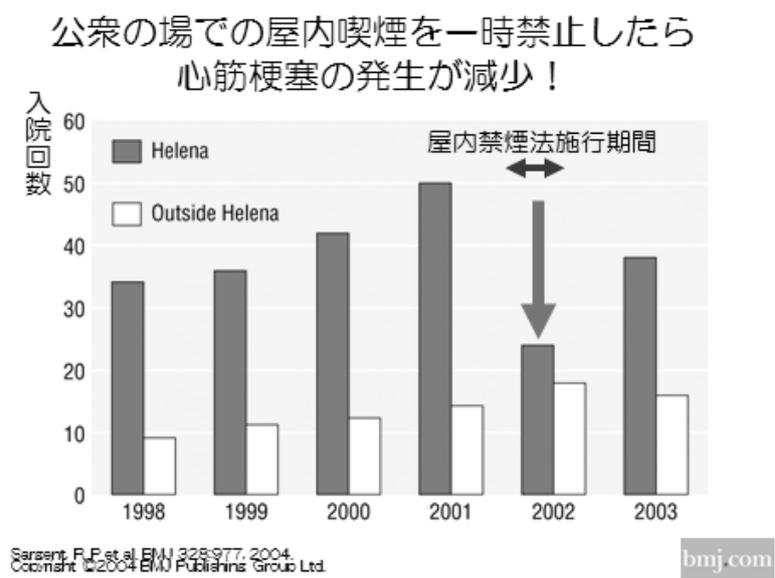
Johansson A. et al. Pediatrics 113:291. 2004.

9) Johansson A, et al: How Should Parents Protect Their Children From Environmental Tobacco-Smoke Exposure in the Home? Pediatrics 113; e291-295, 2004. <http://pediatrics.aappublications.org/content/113/4/e291.full.pdf+html>

10) 厚生労働省健康局. 受動喫煙防止対策について. 2010.

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/tobacco/dl/renraku-100730.pdf
文献中記載「法第25条の「受動喫煙」には、施設の出入口付近に喫煙場所を設けることで、屋外から施設内に流れ込んだ他人のたばこの煙を吸わされることも含むため、喫煙場所を施設の出入口から極力離すなど、必要な措置を講ずるよう努めなければならないところである。」

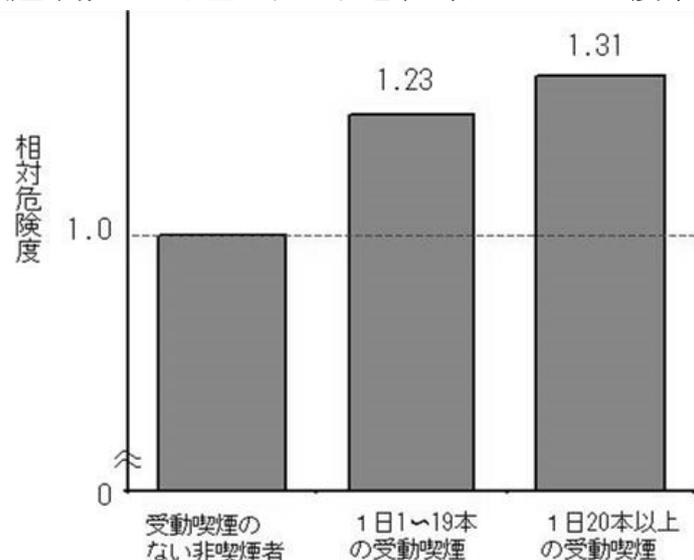
11) Sargent RP et al: Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. BMJ 328:977, 2004.
<http://www.bmj.com/content/328/7446/977.pdf%2Bhtml>



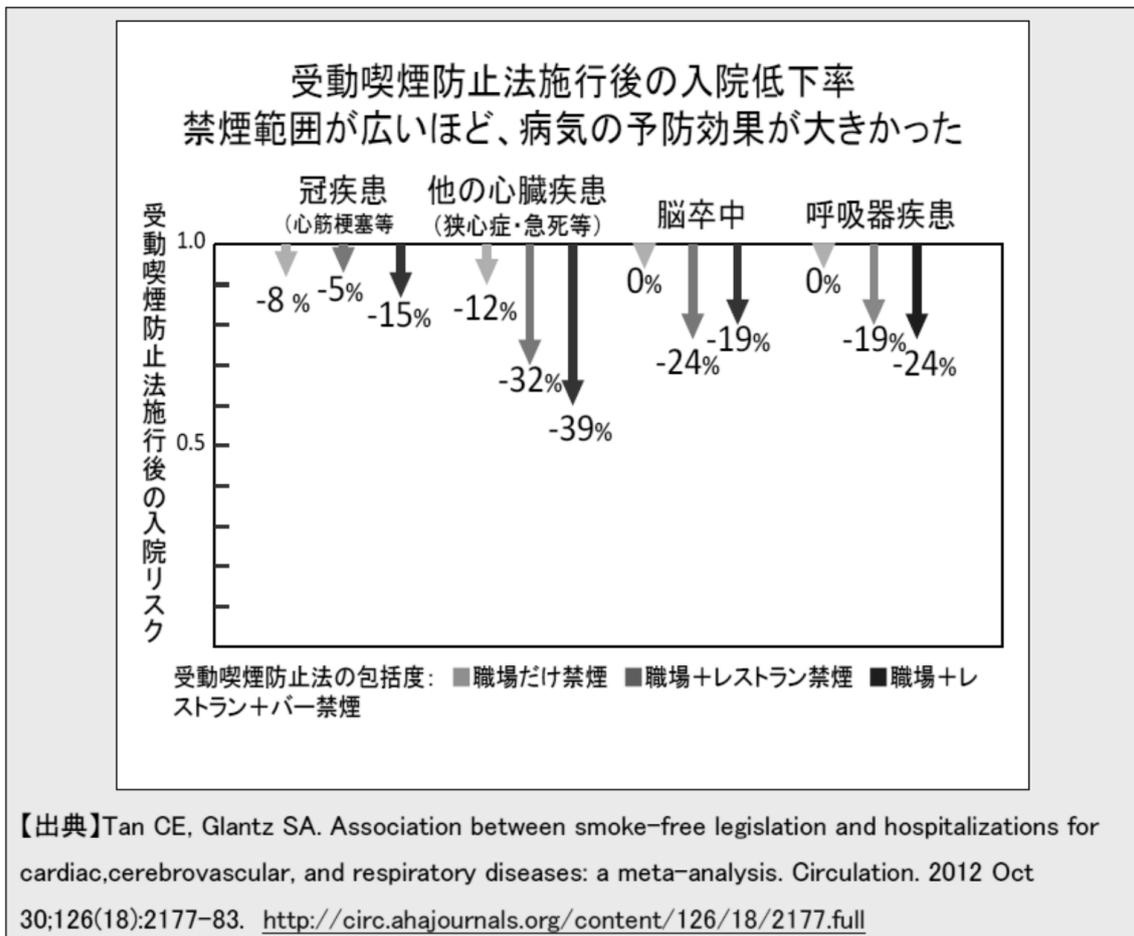
12) 公共の場・職場の法的喫煙規制は心臓病を減少させる. 禁煙会誌 2(8), 2007.

<http://www.nosmoke55.jp/gakkaisi/200712/index.html#fujiwra>

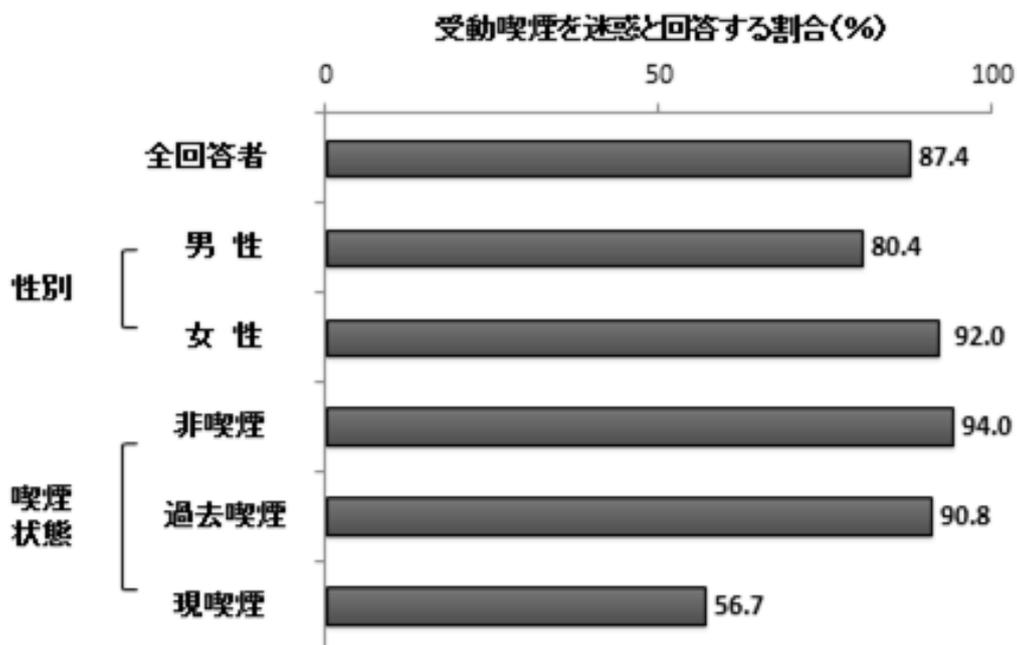
文献中図: 受動喫煙本数による虚血性心疾患相対リスク—18疫学調査のメタアナリシス



- 13) Crystal ET et al: Association Between Smoke-Free Legislation and Hospitalizations for Cardiac, Cerebrovascular, and Respiratory Diseases. A Meta-Analysis. <http://circ.ahajournals.org/content/126/18/2177.full.pdf+html>



- 14) 熊本県民の受動喫煙に関するアンケート調査. 禁煙会誌 7(3), 2012. http://www.nosmoke55.jp/gakkaisi/201206/gakkaisi_120629_83.pdf



補遺

- 受動喫煙防止法はレストランとバーの経営に悪影響を及ぼさない
http://www.nosmoke55.jp/action/smokefreelaw_restaurant.pdf
- 愛知県：禁煙飲食店普及モデル事業「3ヶ月間の禁煙営業終了後も、来客数、売り上げなどには影響は見られなかった」
<http://www.pref.aichi.jp/0000040416.html>