

厚生労働大臣 細川律夫 殿
厚生労働副大臣 小宮山洋子 殿
労働政策審議会 諏訪康雄 殿
安全衛生分科会 相澤好治 殿

厚生労働省 労働基準局 安全衛生部 労働衛生課 環境改善室室長 亀澤典子 殿

建物内を全面禁煙とする労働安全衛生法の改訂に関する要望書

日本禁煙推進医師歯科医師連盟 会長 大島 明

謹啓

私ども日本禁煙推進医師歯科医師連盟は、国民の健康をタバコの害から守るため結成され、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約 (FCTC)」の紹介と誠実な履行の要請、過去4回開催されたFCTC締約国会議の概要紹介、禁煙治療の確立と有効性の検証など幅広い活動を過去20年間にわたって行ってきました。

受動喫煙は肺がんや心筋梗塞のリスクを上昇させることが、すでに科学的に証明されており、わが国では受動喫煙による超過死亡は6800人と推算されています(資料1)。諸外国ではFCTCに沿って、サービス産業も含むすべての職場を全面禁煙とする受動喫煙防止法が施行され、そのような国では国民全体の心筋梗塞や小児喘息が減少したことが報告されています(資料2)。一方、わが国では全面禁煙の事業場(職場)は18%しかなく、逆に、54%の事業場ではまったく対策がとられていない実態が明らかになりました(2007年、厚生労働省)。

2010年12月22日に労働政策審議会から厚生労働大臣に提出された「今後の職場における安全衛生対策について(建議)」では、受動喫煙防止対策を義務化することを述べていますが、これには以下に示す問題点があります。建議の問題点を踏まえ、すべての労働者を速やかに受動喫煙から保護することが可能となる労働安全衛生法の改訂をお願いいたします。

1) 不適切な対策である空間分煙(喫煙室・喫煙区域)を勧奨していること

煙を漏らさない喫煙室をつくることは不可能です(資料3)。FCTC第8条「たばこの煙にさらされることからの保護」履行のためのガイドラインには「空間分煙は不適切」と明記されています。加えて、換気の強化は経済的負担と二酸化炭素の排出による地球環境への負荷が発生します。また、喫煙室を使用した場合、「受動喫煙防止対策について」(健発0225第2号)でも指摘されている残留タバコ成分の問題を解決できません。

2) 室内空気環境の基準として不適切な基準が用いられていること

空気環境の評価に「浮遊粉じん(直径約 $10\mu\text{m}$ 以下)濃度として $0.15\text{mg}/\text{m}^3$ 以下」が用いられていますが、WHOでは直径が $2.5\mu\text{m}$ 以下の微小粒子状物質(PM_{2.5})を測定し、その基準として人体に影響が見られないレベルとして年平均で $10\mu\text{g}/\text{m}^3$ 、24時間平均で $25\mu\text{g}/\text{m}^3$ を採用しています。環境省ではすでにPM_{2.5}による測定と評価を開始しています。室内についても同様の検討が必要です。

3) サービス産業の全面禁煙化は困難であるという印象を国民に与えたこと

アイルランドやイギリス、ニュージーランドなど多くの国ですべての職場を全面禁煙とする受動喫煙防止法が施行されています。それらの国では飲食店等だけでなく、バーやカジノでも全面禁煙が可能であり、経済的な不利益も発生しませんでした(資料4)。わが国でも、1万軒以上の全面禁煙の飲食店が営業をおこなっておりますし(資料5)、神奈川県受動喫煙防止条例の施行によって禁煙化された店舗も通常通り営業されています。飲食店等のサービス産業の全面禁煙化は決して不可能なことではありません。それどころか、わが国の非喫煙率は77%であり、多くの国民は禁煙の店舗で食事を楽しむことを希望しています。

4) サービス産業の営業区域での喫煙を認め、職業的な受動喫煙を容認していること

2010年、日本産業衛生学会は許容濃度の勧告において、「タバコ煙」を強い発がん性物質として分類する改訂を行いました（資料6）。現状では、ほとんどの飲食店等のサービス産業で喫煙が行われているため、そこを利用する際に受動喫煙を避けられないだけでなく、サービス産業で働く約600万人の労働者が勤務中に毎日数時間も受動喫煙に曝露されています（資料7）。特に、喫煙者の吐き出す煙に直接曝露される接客担当者の受動喫煙は深刻な問題です（資料8）。また、そのような接客担当者として、多くの未成年や若者が働いています。若者を受動喫煙の被害から守るため、また、全国民の疾病予防のためにも営業区域での喫煙を容認するべきではありません。

5) 罰則規定がないこと

諸外国の受動喫煙防止法の多くは、違反した場合の罰金と営業停止を含む罰則を定め、これによって全面禁煙が徹底されています。職場の受動喫煙防止対策には、違反に対する罰則規定が必要です。

サービス産業を含むすべての職場での受動喫煙を防止するためには全面禁煙化を義務とすることが最も重要なことです。不適切な対策である空間分煙を容認するべきではありません。また、一旦、喫煙室・喫煙区域が設置されてしまうと、いざ全面禁煙を導入しようとするときの障害にもなります。

WHO世界禁煙デーの2011年のテーマは、「The WHO Framework Convention on Tobacco Control」であり、FCTCを誠実に履行することが取り上げられています（資料9）。すべての労働者を受動喫煙から保護するために、サービス産業も含む屋内の職場のすべてを全面禁煙とする労働安全衛生法の改訂をお願いいたします。

謹白

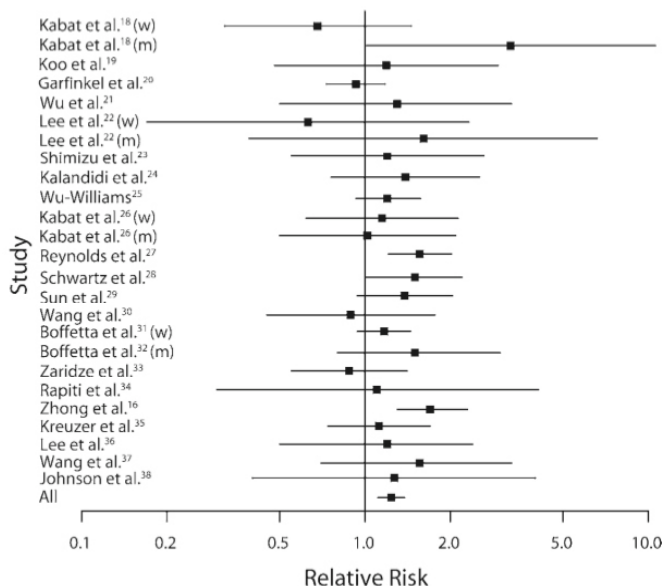
日本禁煙推進医師歯科医師連盟事務局
〒104-0045 東京都中央区築地2-7-12 15山京ビル1107号室
Tel: 03-3541-6183 Fax: 03-3541-2558

資料1：受動喫煙による肺がんリスク

肺がんリスクは1.24倍

職場の受動喫煙によって肺がんのリスクが高まることに関する25研究の分析により、非喫煙者における肺がんのリスクは1.24倍（95%信頼区間：1.18~1.29）に有意に高くなることが認められた。

図の見方：一番下の「All」が個別の論文結果の総合評価を示しており、受動喫煙によるリスク比は1.24倍であった。95%信頼区間の下限が「1.0=影響がない」を上回っているため、有意に影響があることを意味する。

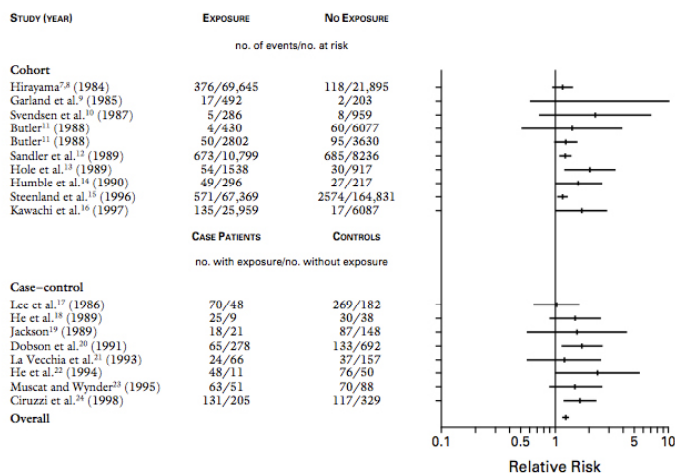


文献：Leslie S et al.: Lung cancer risk and workplace exposure to environmental tobacco smoke. Am J Pub Health. 97: 545-551, 2007.

心筋梗塞のリスクは1.24倍

受動喫煙による心筋梗塞への影響について同様の分析が行われた。18研究の分析により、心筋梗塞のリスクは「Overall」で示されるように1.25倍（95%信頼区間：1.17-1.32）と有意に高くなることが認められた。

文献：He J, et al. Passive smoking and the risk of coronary heart disease- A meta-analysis of epidemiologic studies. N Engl J Med. 340: 920-926, 1999.



わが国でも受動喫煙で年間6,800人が死亡（国立がんセンター）

疾患	受動喫煙への曝露機会	人口寄与危険割合		受動喫煙起因年間死亡数 ^(注)	
		男性	女性	男性	女性
肺がん	家庭	0.4%	6.2%	201	1,131
	職場	0.9%	1.9%	448	340
虚血性心疾患	家庭	0.5%	4.8%	206	1,640
	職場	3.2%	4.3%	1,366	1,471

■合計すると、男性 2,221人（うち職場 1,814人）、女性 4,582人（うち職場 1,811人）で、6,803人（うち職場 3,625人は全体の53%）が、1年間に受動喫煙が原因で死亡していることになる。つまり、受動喫煙をなくすことによって、1年で約6,800人の人命を救うことができると考えられる。

(注)人口寄与危険割合の四捨五入のため受動喫煙起因年間死亡数が「人口寄与危険割合×年間死亡数」と一致しない場合がある。

文献：片野田耕太，望月友美子，雑賀公美子，祖父江友孝わが国における受動喫煙起因死亡数の推計。

厚生労働省 2010年 57巻 13号 14-20

資料2：スコットランドの受動喫煙防止法により心筋梗塞・不安定狭心症が17%減少

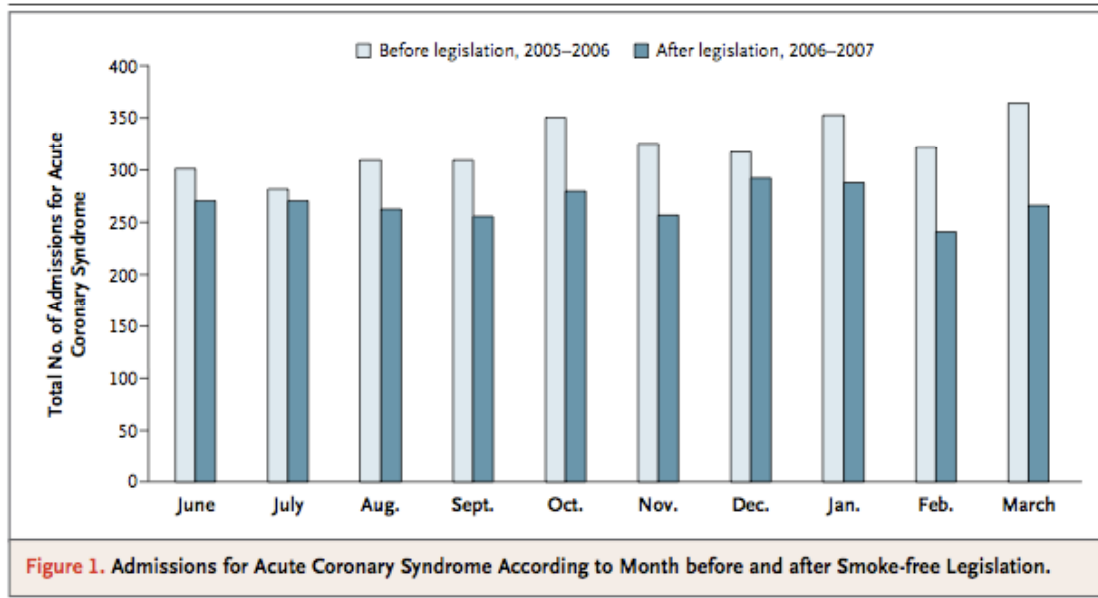
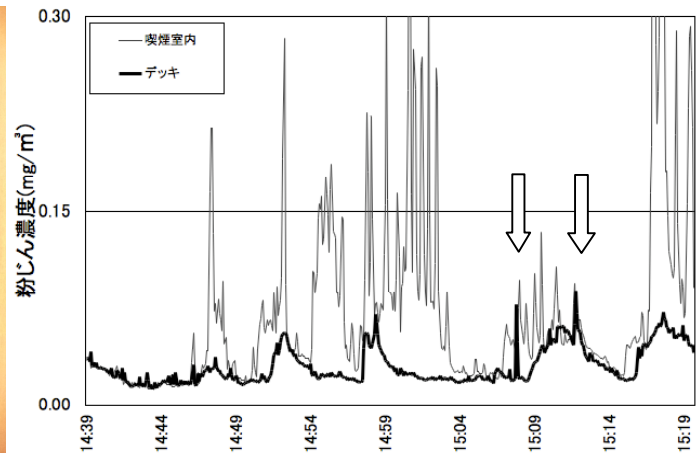


Figure 1. Admissions for Acute Coronary Syndrome According to Month before and after Smoke-free Legislation.

- ・ 薄いグラフは受動喫煙防止法が施行される前、濃いグラフは施行後の入院患者数。
- ・ 6月から3月までの比較、10か月間の患者数は17%減少。

文献：Pell JP, et al.: Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. N Engl J Med, 359 : 482 – 91, 2008.

資料3：新幹線（のぞみ N700 系）の喫煙室からの漏れ

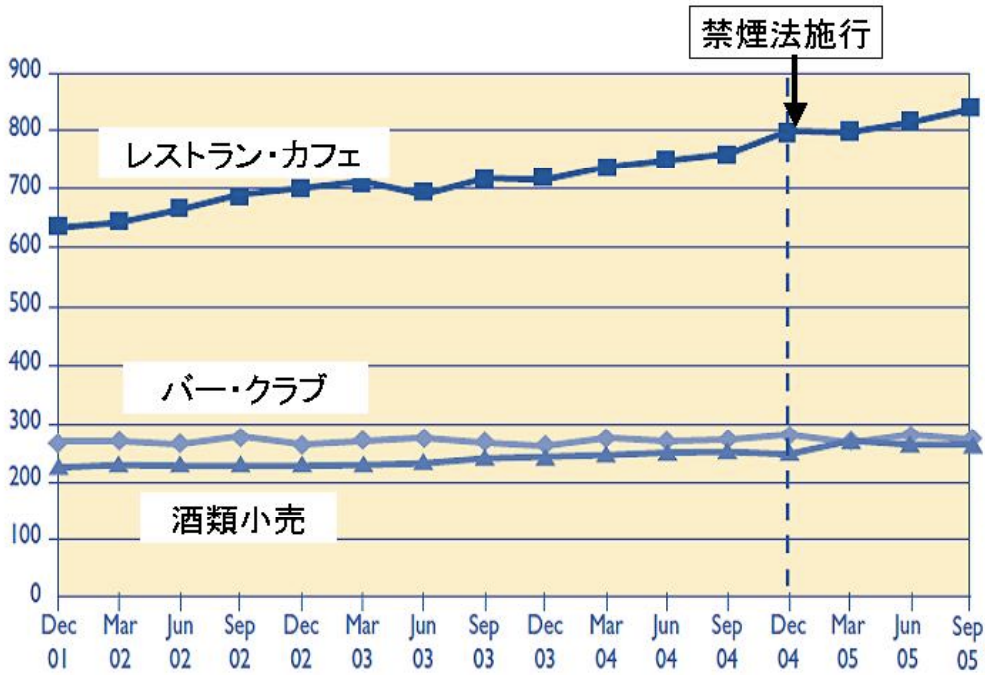


- ・ 喫煙者が退出するたびに、その身体の動きに伴われて煙が漏れる
- ・ 喫煙者が肺に充満した煙を吐き出しながら退室する際に、その呼気が受動喫煙の原因となる

文献：大和 浩. 受動喫煙. 臨床と研究, 87: 752-760, 2010.

資料4：全面禁煙による飲食店の売り上げ変化なし

(ニュージーランドの受動喫煙防止法に関する調査)



文献：松崎道幸. サービス業（バー・レストラン・ホテル等）を法律で完全禁煙にしても売り上げは減らなかった—海外の経験のまとめ—. 日本禁煙学会雑誌. 3: 66-72, 2008.

資料5：禁煙スタイルホームページ（全面禁煙で営業されている飲食店 17,817店のリスト）

ロコミグルメ情報検索結果

http://www.kinen-style.com/restaurant/list_by_keyword?kinen_type1=1&word=&address=1&phone=1&nearest_station=1&commer

禁煙スタイル

「禁煙スタイル」は、「禁煙」空間で食事やお酒が楽しめる 飲食店をお探しの人のための、ロコミ参加型グルメ情報サイトです。

店舗数：21,644件 | 口コミ数：2,909件(02月08日現在)

Home > 検索結果

キーワード検索
検索結果 | 17817件

完全禁煙のみ オーナー登録店のみ

店舗名, 住所, 電話番号, 最寄り駅, コメント

入力例: 「御茶ノ水」「丸の内カフェ」「中日黒ペジタリアン」

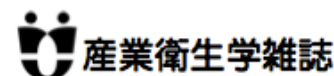
並び替え: [おすすめ順](#) | [新着順](#) | [評価順](#)

ログイン

禁煙グルメ特派員
新規会員登録(無料)
ロコミ情報でサイトを作ろう

禁煙飲食店オーナーの会
登録
お店を無料で登録できます

資料



Ⅲ. 発がん物質

日本産業衛生学会は、ヒトにおける疫学的証拠*を最も重要な拠り所として、動物実験の結果およびその解釈と併せて検討を行い、発がん物質の分類を行う。本分類は、ヒトに対する発がんの証拠の確からしさにより分類するものであり、発がん性の強さを示すものではない。

そこで、国際がん研究機関 (International Agency for Research on Cancer) が発表している分類を併せて検討し、産業化学物質および関連物質を対象とした発がん物質表を定める (表Ⅲ-1)。

「第1群」はヒトに対して発がん性があると判断できる物質である。この群に分類される物質は、疫学研究からの十分な証拠がある。

「第2群」はヒトに対しておそらく発がん性があると判断できる物質である。「第2群A」に分類される物質は、証拠が比較的十分な物質で、疫学研究からの証拠が限定的であるが、動物実験からの証拠が十分である。「第2群B」に分類される物質は、証拠が比較的十分でない物質、すなわち、疫学研究からの証拠が限定的であり、動

物実験からの証拠が十分でない。または、疫学研究からの証拠はないが、動物実験からの証拠が十分である。

第1群で、過剰発がん生涯リスクに対応する濃度レベルの評価を設定できる十分な情報がある物質については、表Ⅲ-2に、過剰発がん生涯リスクおよび対応する濃度レベルの評価値 (表では「リスク評価値」と記載) を示す。過剰発がん生涯リスクレベルおよび評価値は、労働者が受容しうるリスクとして日本産業衛生学会が勧告することを意味せず、あくまで医学生物学的に求められた値である。

第1群および第2群に分類された物質のうち、発がん以外の健康影響を指標として許容濃度が示されている物質には、表示を付け注意を喚起した**。ただし、疫学研究あるいは動物実験で発がんが観察される濃度レベルが、発がん以外の健康影響がみられる濃度レベルよりも十分高いという明らかな証拠がある物質については表示をしない。

*、血清疫学、分子疫学研究などを含む。

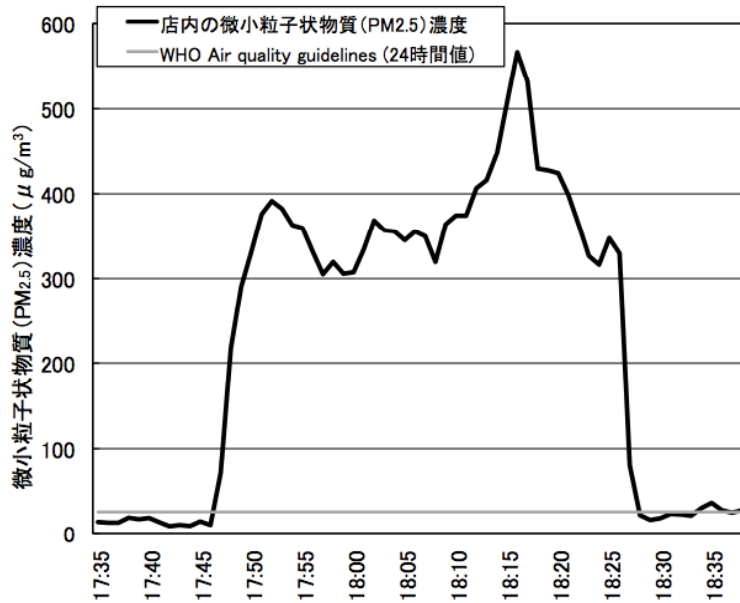
**、第1群および第2群Aについては許容濃度 (表I-1) 参照。

表Ⅲ-1. 発がん物質

第1群	
エリオナイト	2, 3, 7, 8-テトラクロロジベンゾ- <i>p</i> -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 (製錬粉塵)*†
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-ピフェニルアミン (4-アミノピフェニル, 4-アミノジフェニル)
結晶質シリカ	1, 3-ブタジエン
鉱物油 (未精製および半精製品)	ベンジジン
コールタール	ベンゼン
コールタールピッチ揮発物	ベンゾトリクロリド
ス ス	木材粉塵
石 綿	硫化ジクロルジエチル (マスタードガス, イペリット)
タバコ煙†	
タルク (石綿繊維含有製品)	

注釈：許容濃度とは、労働者が週 40 時間、肉体的に激しくない労働強度で有害物質に曝露された場合、その濃度がこの数値以下であれば、ほとんどすべての労働者に健康上悪い影響が見られないと判断される濃度であり、日本産業衛生学会が毎年改訂を行う。発がん性物質についても分類をおこなっており、「タバコ煙」は 2010 年の改訂で「ヒトに対して発がん性があると判断できる物質」第1群に追加収載された。発がん性物質については許容濃度は示されず、曝露を防止することが求められている。

資料7：全席喫煙店舗の調査結果（厚労科研、大和班）



- ・福岡市の喫茶店で測定された微小粒子状物質（PM_{2.5}）の濃度
- ・全席喫煙の店内のPM_{2.5}濃度はWHOが示す24時間の基準値（25 μg/m³）を大幅に超える濃度であった（測定前後の10分は屋外のPM_{2.5}濃度）。

文献：大和 浩. 受動喫煙. 臨床と研究, 87: 752-760, 2010.

資料8：ファミリーレストランの従業員の調査（厚労科研、大和班）

わが国の今後の喫煙対策と受動喫煙対策の方向性とその推進に関する研究

■目的

喫煙が可能なサービス産業4業種（喫茶店、レストラン、居酒屋、パチンコ店など）22店舗の受動喫煙を微小粒子状物質（PM_{2.5}）の濃度で評価し、世界保健機関（WHO）の基準と比較する。

■方法

1) 店舗中央の定点、2) 装着型粉じん計による従業員の胸元のPM_{2.5}の濃度を測定した。

■結果と結論

サービス産業22店舗のPM_{2.5}の平均濃度は160 μg/m³（最高値は全席喫煙可の喫茶店の371 μg/m³）であり、WHOが24時間曝露で人体に影響がないレベルとして示している25 μg/m³よりも大幅に高い濃度であった（図1）。また、従業員が喫煙区域で働く際に高い濃度の受動喫煙に曝露されていること、特に、喫煙者の近くで接客する際には店舗内中央の濃度よりも数倍高い受動喫煙に曝露されることが認められた（図2）。海外では、サービス産業の利用者だけでなく、従業員も受動喫煙から保護するために、すべての建物を禁煙とする受動喫煙防止法が施行されている。本研究は、わが国にも同様の受動喫煙防止法を施行する根拠となることが期待される（図3）。

図1

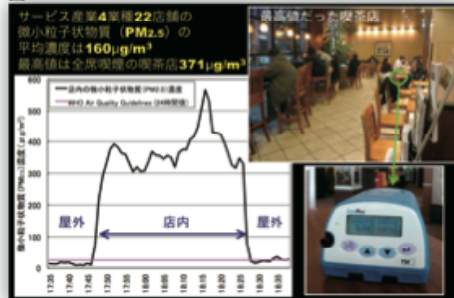


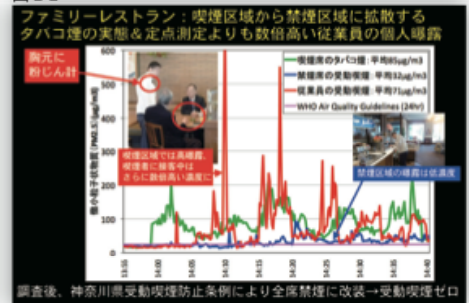
図3



図2-1



図2-2



Lee J, Lim S, Lee K, Yamato H, et al. Secondhand smoke exposures in indoor public places in seven Asian countries. International Journal of Hygiene and Environmental Health (印刷中)

資料 9 : WHO 世界禁煙デー、2010 年のテーマ

“The WHO Framework Convention on Tobacco Control”

(仮約 : 「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」の誠実な履行)

<http://www.who.int/tobacco/wntd/2011/announcement/en/index.html>

The screenshot shows the WHO website interface. At the top right, there are language options: عربي | 中文 | English | Français | Русский | Español. The WHO logo and name are centered. Below is a navigation bar with links: Home, Health topics, Data and statistics, Media centre, Publications, Countries, Programmes and projects (highlighted), and About WHO. A search bar is present with a magnifying glass icon and a 'Search' button. The main heading is 'Tobacco Free Initiative (TFI)'. On the left is a sidebar menu with links: Tobacco Free Initiative, Research and policy, Surveillance, Capacity building, Communications, Global network, and Publications. The main content area features the title 'World No Tobacco Day 2011' with a sub-heading 'Theme: The WHO Framework Convention on Tobacco Control'. The text below states: '13 JANUARY 2011 - The World Health Organization (WHO) selects "The WHO Framework Convention on Tobacco Control" as the theme of the next World No Tobacco Day, which will take place on Tuesday, 31 May 2011.' A paragraph follows: 'The WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) is the world's foremost tobacco control instrument. The first treaty ever negotiated under the auspices of WHO, it represents a signal achievement in the advancement of public health. In force only since 2005, it is already one of the most rapidly and widely embraced treaties in the history of the United Nations, with more than 170 Parties. An evidence-based treaty, it reaffirms the right of all people to the highest standard of health and provides new legal dimensions for cooperation in tobacco control.' On the right, there are links for 'E-mail' and 'Print', and a 'Related links' section with links to 'Secretariat of the WHO Framework Convention on Tobacco Control', 'WHO Tobacco Free Initiative', and 'Previous World No Tobacco Days'.