

シリーズ企画

オリンピックと屋内全面禁煙法・条例(その24) 厚生省が新しい「タバコ白書」 受動喫煙で肺がんリスクは1.28倍に上昇

北九州市医師会広報委員会委員
産業医科大学産業生態科学研究所 大和 浩
健康開発科学研究所 教授

「タバコ白書」とは

正式名称は「喫煙と健康:喫煙の健康影響に関する検討会報告書」です。これまで、昭和61年に初版が、平成5年と13年に改定版が出版されており、今回が第4版となります。前文には、第3版の出版から10年以上が経過し、その間に得られた新たな科学的知見の蓄積、そして「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約 (FCTC)」の発効 (平成17年)、第二期がん対策推進基本計画 (平成24年)、健康日本21 (第二次) (平成25年) などのわが国の状況変化に加え、2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会に向けて受動喫煙防止対策を強化する必要がある、と述べられています。前文22ページ、本文586ページにおよぶ超大作です。

まず、「たばこの健康影響」として、最新の科学的知見を系統的にレビューし、喫煙の影響を以下の4段階のレベルに分類しました。(ここは、外道のように「レビュー」と巻き舌になる必要はありません)

- レベル1: 科学的証拠は、因果関係を推定するのに十分である
- レベル2: 科学的証拠は、因果関係を示唆しているが十分ではない
- レベル3: 科学的証拠は、因果関係の有無を推定するのに不十分である

レベル4: 科学的証拠は、因果関係がないことを示唆している

能動喫煙によるリスクが確実な疾病

喫煙者本人への影響 (能動喫煙) でレベル1と判定されたがんは、肺、口腔・咽頭、喉頭、鼻腔・副鼻腔、食道、胃、肝、胆、膵、膀胱、子宮頸部、肺がん患者の生命予後悪化、がん患者の二次がん罹患、そして、嗅ぎタバコによる発がんでした。循環器疾患は、虚血性心疾患、脳卒中、腹部大動脈瘤、末梢動脈硬化症でした。呼吸器疾患では、COPD、呼吸機能低下、結核死亡でした。妊婦の喫煙では、早産、低出



図1. 通称「タバコ白書」が公開された厚生労働省のホームページ

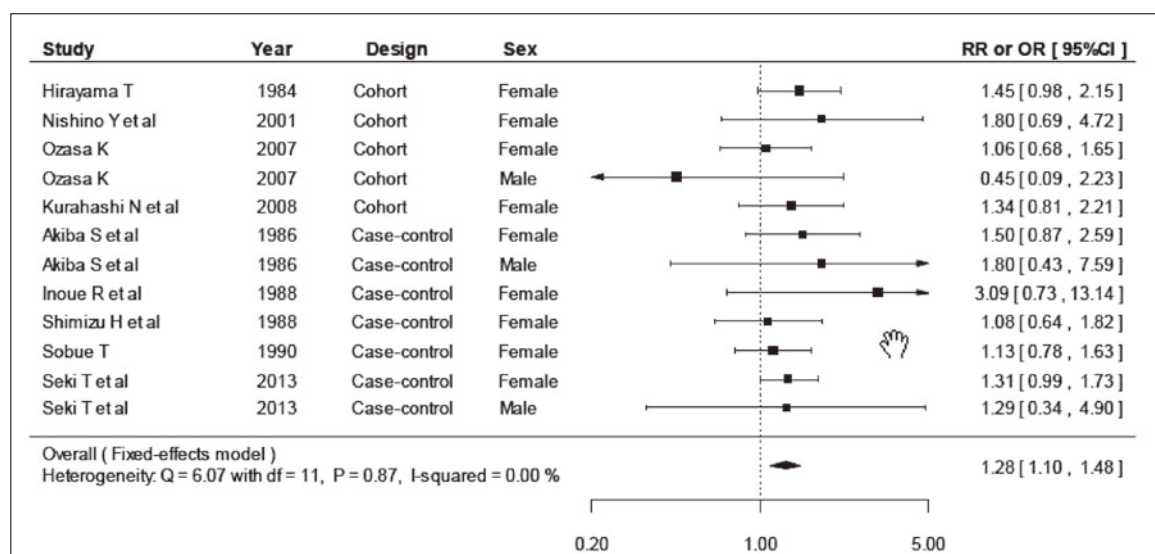


図2. 日本人を対象とした受動喫煙と肺がんに関するメタアナリシス（4コホート研究と5症例対照研究、タバコ白書、本文338ページより）

生体重・胎児発育遅延、乳幼児突然死症候群でした。その他、2型糖尿病の発症、歯周病、ニコチン依存症がレベル1に分類されました。

本医師会でこれらの疾患の診断・治療にかかわっている先生は、ぜひ、下記ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000135586.html>（図1）からダウンロードして該当部分をご覧ください。最新の情報が掲載されています。

受動喫煙が確実にリスクとなる疾病（肺がんは1.28倍）

受動喫煙に関してレベル1と判定された疾患は、成人の肺がん、虚血性心疾患、脳卒中、臭気・鼻への刺激感でした。小児の受動喫煙による影響では、喘息の既往、乳幼児突然死症候群でした。

特に、受動喫煙と肺がんについては、1984年～2013年に日本人男女を調査対象として発表された学術論文9本についてメタアナリシスが行われました（図2）。その結果、受動喫煙の曝露を受けることによる肺がんリスクは1.28倍上昇するとして「受動喫煙と肺がんとの間に統計学的に有意な関連が認められた」と結論づけました。

これにより、国立がん研究センターは「日本人のためのがん予防法」で、「他人のたばこの煙をできるだけ避ける」としていましたが、「できるだけ」を



図3. 国立がん研究センターで行われた記者会見（TBSより）

削除して「他人のたばこの煙を避ける」に変更することも発表しました（図3）。

わが国の受動喫煙対策の現状と今後の方針

FCTC第8条では、「たばこの煙にさらされることからの保護」するために法律による全面禁煙化を求めています。そのモニタリングのために以下の8分野を特定し、定期的なモニタリングを行っています。①医療施設 ②大学以外の学校 ③大学 ④行政機関 ⑤一般の事業所（企業） ⑥飲食を主とするレストラン ⑦飲料を主とするカ

フェヤバー (居酒屋)
 ⑧公共交通機関の禁煙化状況を図4に示します。2014年12月時点で、8分野がすべて法律で禁煙化されているのは49カ国でした。日本でも医療施設の全面禁煙化が進んでいますが、法律による規制ではありませんのでWHOの評価では合格点はもらえませんでした。官公庁も同様です。健康増進法による努力義務規定で多くは建物内禁煙になっていますが、喫煙室を使っている施設はまだ多く、特に、中央官庁で建物内禁煙になっているのは厚生労働省と財務省

しかありません。つまり、日本はどの分野についても法律による義務規定がないため「最低レベル」と判定されたことが示されました (図5)。

タバコ白書では、今後の受動喫煙対策に関する方針として、「わが国でも喫煙室を設置することなく屋内の100%禁煙化を目指すべきである」と結論しています。

本市医師会への提言

8月30日、本医師会の役員交代の懇親会が小倉の中華料理店で開催されました。会場内は禁煙でしたが、図6のようにお手洗の前のスペースが喫煙コーナーになっており、タバコの煙をくぐらないとお手洗いに行けない状況でしたし、医師会の事務の方たちは受付作業中に受動喫煙に曝露されてしまう状況でした。2015年3月号の編集後記でも、このことは提案しています。今後、医師会の懇親会には、灰皿を一切出さずに全面禁煙とすることを再度提案したいと思います。

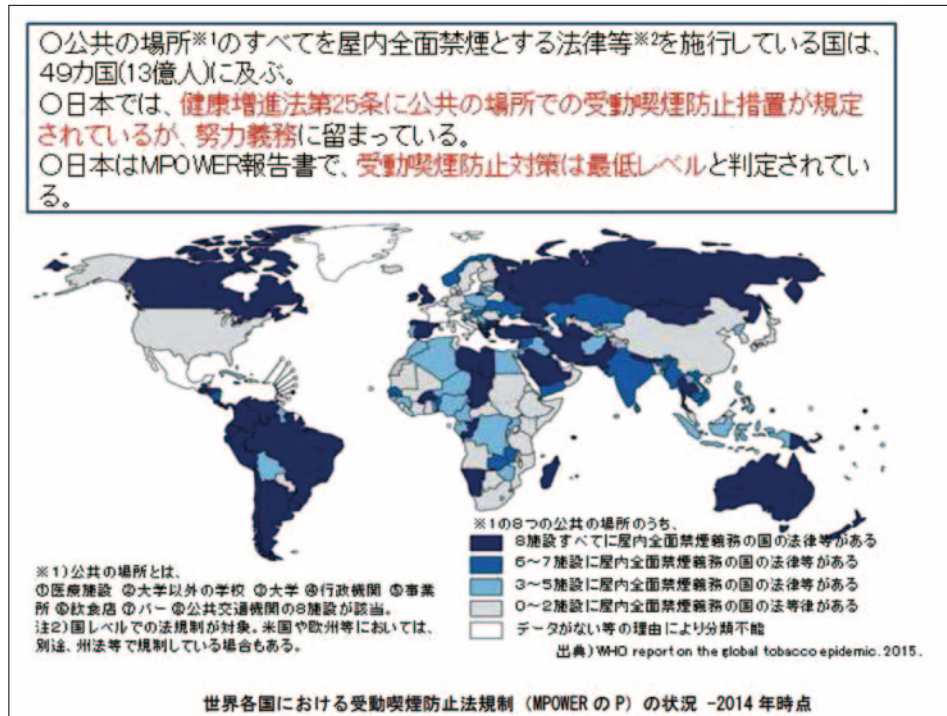


図4. 屋内の禁煙を法律で規制している国(タバコ白書、本文430ページより)

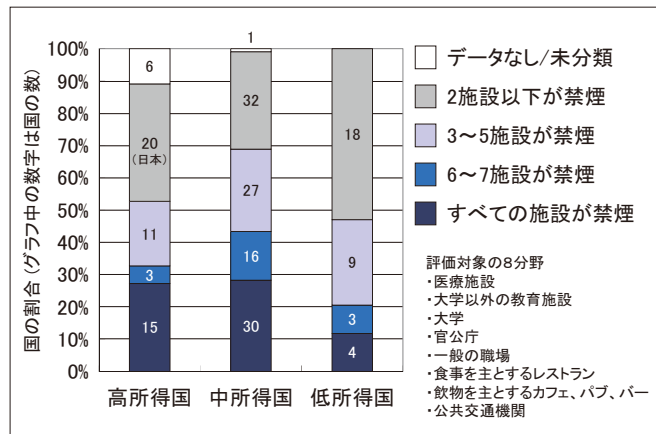


図5. 国民所得別にみた屋内禁煙法の実施状況(2014年12月時点) (タバコ白書、本文470ページより) 日本は高所得国で最低ランクに分類されている



図6. 受付の隣に喫煙コーナー(奥のドアがお手洗の入口)