

アジアで罰則付きの受動喫煙防止法がないのはミャンマー、北朝鮮、日本くらい 国民の健康を守る文明国の一員になろう

川合厚子 NPO法人山形県喫煙問題研究会会長
社会医療法人公徳会トータルヘルスクリニック院長

きれいな空気で
おもてなしできない空港

「お・も・て・な・し」は、2020年に開催されるオリンピック・パラリンピック招致を目指して、2013年にアルゼンチンのブエノスアイレスで開かれた国際オリンピック委員会（IOC）総会で、滝川クリステルさんがプレゼンテーションで使った言葉である。ジェスチュアをまじえて情感たっぷりに話された「お・も・て・な・し」は、テレビでも放映され、印象に残っている方も多いと思う。その証拠に「お・

も・て・な・し」は2013年ユーキャン新語・流行語大賞に選ばれている。

では「おもてなし」とはなんぞや。実用日本語表現辞典によると、「客に対する心のこもった接遇、歓待、サービスなどを意味する表現」とある。2020年の東京オリンピック・パラリンピック（以後オリパラと略）で、日本は国を挙げておもてなしをするであろう。

一番先に足を下ろす空港はどうであらうか。飛行機が到着すると、喫煙者は一番近い喫煙室へ直行する。出入りの度に中の空気が漏れ、また、

喫煙者の衣服や呼気から出る環境タバコ煙で周辺はタバコ臭くなり、受動喫煙を受けてしまう。きれいな空気で、おもてなししたい。空港は少なくとも建物内禁煙が必要である。

水は、水道水は水道法第4条の規定に基づき、「水質基準に関する省令」で規定する水質基準に適合することが必要で、ごくわずかでも基準を外れると水を提供できなくなる。これにより、現在の日本において、水道水汚染で命を落とす人はいない。

一方、空気はどうだろうか。生きていくために必須の空気だが、空気

に関しての規制は常識なほどに緩やかである。というのも、2016年発表データによると、受動喫煙で毎年1万5000人の方が命を落としているからである。しかも、1万5000人というのは、脳卒中、肺がん、心筋梗塞、乳幼児突然死症候群の4疾患で死亡した人だけの疫学的データである。他のがんや、COPD（慢性閉塞性肺疾患）などによる死亡は入っていない。

日本において年間の喫煙関連疾患死亡者は、少なくとも15万人と見積もられている。喫煙関連疾患に罹患する人は、その10倍以上である。水道水と比べて規制が甘すぎることは歴然である。

オリパラに海外から来られるお客様が楽しみなのは、日本の食であろう。日本の食べ物はいちいちこんなに多様でおいしい食事がとれる国は日本をおいて他にない。一方、こちらでも残念なのが、禁煙のお店がまだまだ少ないことである。ファイザー株式会社が行った2014年のインターネット調査（日本に在住



2013年、IOC総会で東京のプレゼンテーションを行なった滝川クリステルさん。（写真提供：共同通信社）

している外国籍の成人男女400名対象）では、日本人の喫煙マナーで気になる行動トップは、「飲食店で吸う（63・0%）」であった。日本が真っ先に取り組むべきことの第1位は、「飲食店の全面禁煙化」なのである。

海外からのお客様にとって、屋内での喫煙は奇異に映るようである。

現在の日本では、本当に空気もきれいなお店かどうかは、いちいちお店に顔を突っ込んで確認する必要がある。せっかくおいしい物をいただいても、タバコの臭いがすると、途端に食事がまずくなる。わずかもタバコの臭いがするのは、すでに環境基準を100〜200倍上回る致死

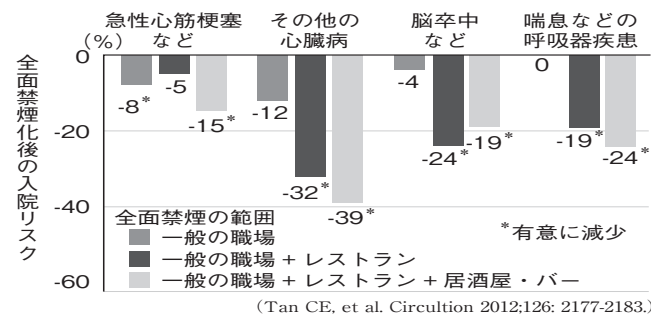


図1 法律による全面禁煙化の範囲と病気の減少（入院リスク）

ファクトシート東京五輪・パラリンピック大会にむけた屋内施設全面禁煙化のための法規制より
作成担当：大和浩（産業医科大学）、中村正和（公益社団法人地域医療振興協会）

飲食店を禁煙にしても売り上げは低下しない

2009年のIARCのレビューに用いられた論文について、たばこ産業から研究助成など、たばこ産業との関連の有無に分けて結果を比較検討したところ、たばこ産業と関係のない研究者の66論文のうち63論文（95％）で「収入は減少しなかった」と結論されたのに対し、たばこ産業と関係のある15論文のうち14論文（93％）は「減収があった」と結論づけられていました。「禁煙化で売り上げが減る」というのは、根拠のない通説に過ぎません。

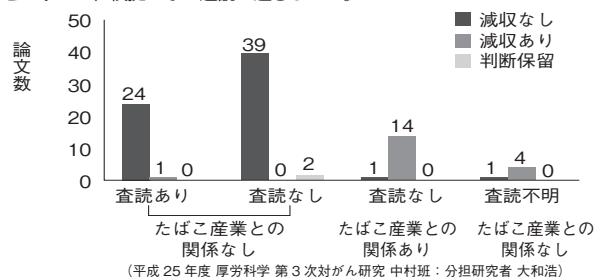


図2 受動喫煙防止の法制化によるサービス産業への経済影響
—たばこ産業との関係の有無別の結果の分析—

ファクトシート東京五輪・パラリンピック大会にむけた屋内施設全面禁煙化のための法規制より
作成担当：大和浩（産業医科大学）、中村正和（公益社団法人地域医療振興協会）

4月から建物内禁煙とすることを宣言したのは快挙である。これには、受動喫煙防止にかかわる第一人者の一人である産業医科大学の大和浩教授の講演を聞いた県議の皆様の理解も大きかったのではと推察する。

一方、飲食店の禁煙はまだまだである。ところで、受動喫煙防止条令を作ると飲食店の売り上げは本当に落ちるのだろうか。世界の多くの国で飲食店等のサービス産業を含めて、全面禁煙とする法律が施行されている。施行前と後での収入は変わらなかったことが2009年の国際がん研究機関の研究論文レビューで証明されている（図2）。

『飲食店等の売り上げは禁煙化によりおちない、むしろ増加することもある』が現在の科学的証拠に基づいた見解だ。

私は『喫煙室を作れば分煙でも可』となった場合、分煙とした飲食店の行く末を心配している。なぜならば、日本の喫煙者は平成26年において19・3％、残り8割強は吸わないのである。喫煙者は今後さらに減少す

両論併記の形で報道したのはびっくりした。

喫煙できる飲食店より 売り上げが高くなる禁煙飲食店

2015年2月、知事は「やまが

好き嫌いの問題ではなく、命の問題なのである。

山形県で開かれた受動喫煙 防止対策検討委員会での発言

昨年10月から11月に、厚生労働省はオリパラに向けて2回の公開ヒアリングを行なった。テレビでは飲食店の売り上げが落ちるといった内容の発言が繰り返し放映された。私は山形県受動喫煙防止対策検討委員会を思い出した。しばし「思い出」にお付き合いたい。

山形県は行政、医療団体、NPOが連携して禁煙推進に力を入れている。吉村美栄子山形県知事（以後、知事と略）が2012年2月の定例会見で、受動喫煙防止対策として条例を視野に入れて検討することを表明してから、2013年まで4回の山形県受動喫煙防止検討委員会が開催された。

私は第2回委員会から傍聴し、第3回委員会では『受動喫煙防止条例が県民の命と健康を守るためには必要』と、法規制により心臓発作や脳

卒中による入院減少（図1）など科学的根拠を示して主張した。あつてはならない死のトップは、交通事故死、災害事故死などを抜いて、受動喫煙である。

一方、県旅館ホテル生活衛生同業組合、タバコ産業側の陳述者や委員はひたすら法規制になったら売り上げが落ちる、経営の死活問題といった内容の発言を繰り返し、県民の健康や命には触れなかった。飲食店や宿泊業者にはタバコの真実、すなわち依存性（身体的・心理的・社会的依存）や有害性（能動であれ、受動であれ、三次喫煙であれ）などの深刻性が伝わっていないようである。

健康であつてこそ、仕事ができる。人生で一番大事なものは何であろうか。家族、仕事、趣味いろいろあろうが、いずれも健康が基盤となる。最も評価の高い世界五大医学雑誌の一つ『ランセット』に掲載されたように、日本人の死因のナンバーワンは喫煙なのである。死因の2番目に高血圧が続く。飲食店や宿泊業の方にも受動喫煙について知っていただ

き、自分が受動喫煙を受けて病気になるようにご自分たちの体を大事にしてほしい。

第4回委員会では、総括の議論がなされ、社会的枠組みとして受動喫煙防止条例に賛成の意見が多く出された。一方、タバコ産業側の委員は少数派の意見も入れて両論併記にしてほしいと強く主張した。県受動喫煙防止対策検討委員会は、2014年2月に左記内容の報告書を知事に提出した。

「今後の受動喫煙防止対策の実効性を確保し、社会全体で受動喫煙防止に取り組むことを明確に示すためには、受動喫煙を防止するための条例制定が必要であるという意見が多かった。なお、一方で、条例制定による民間事業者に対する経済影響や先行県での条例の効果検証が不十分であることから、まずはガイドラインや憲章を策定し、啓発の強化や京都府のように事業者と行政が連携して店頭表示を促進する対策に取り組むべき」という意見もあった。」

これを多くのマスコミが、全くの

*上図＝平成27年度 厚労科学 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策政策研究 FCTC 班：分担研究者 大和 浩。

る。

受動喫煙について周知されてくると、非喫煙者は禁煙の飲食店しか利用しなくなる。費用をかけて喫煙室を作っても、タバコの煙は喫煙者に付随して漏れる。小さな飲食店ほど受動喫煙を受けやすくなる。客の受動喫煙は一時的である一方、そこで働く従業員（家族経営なら家族）はずっと受動喫煙環境下で仕事をせざるを得ず、病気になるやすくなる。特に喫煙室の清掃時は、相当の受動喫煙を受けるとされる。お店に来る人、働く人、ともに病気になる危険性が高く死亡リスクも高い、とする店の将来はどうだろう。禁煙のお店と比べてみてほしい。一方、すべての店が禁煙であれば、小さなところでも同じ土俵で戦える。禁煙になると女性や家族連れの客が増えると言われる。店も客も店主やその家族の人生も変わるのである！

精神障害者もできるなら 禁煙したいと望んでいる

厚生労働省の受動喫煙防止対策強

科病院の敷地内禁煙率は57・1%（8/14）である。

最初は敷地内禁煙にすると暴動でも起きるのではないかと心配があったようだが、多くの精神障害者はルールを決められるとそれに従う。むしろ、精神科医療スタッフが無理だろうと思いついていた節がある。実際にやってみると何も起こらないので拍子抜けするようである。

また、禁煙すると精神症状が悪化するのではと懸念もあったが、2014年の『BMJ』（ランセット）と同様世界5大医学雑誌の一つに「禁煙は抗うつ薬を処方することと同程度の抗うつ作用がある」とのメタ解析論文が出された。敷地内禁煙にすることは精神障害者が禁煙しやすい環境を作る広義の禁煙治療ともいえる。

緩和ケア病棟でも禁煙は大事である。特に亡くなる前まで喫煙を許可することは最後の最後までタバコ、ニコチンに縛られた人生にしてしまう。医療機関が「最後までいい好きなタバコを吸わせてあげることが本

化検討チームワーキンググループによる公開ヒアリング「受動喫煙防止対策の強化について（たたき台）」では、精神科や緩和ケア病棟における敷地内禁煙への懸念の声が報道された。

筆者は精神科を母体とする社会医療法人に勤務している。23年前の赴任時には、タバコの煙でもうもうとした病棟、食堂に驚いた。当時の精神科病院においてはそれが普通であった。身体合併症で内科を受診する精神障害者は多く、その多くは喫煙者であった。

何とかしたいという思いに駆られ、タバコと病気との関係やタバコのやめ方を伝え、応援するからと声をかけ続けた。じきに禁煙できる者が出て、「やめてよかった」と輝く笑顔で感謝された。この喜びがモチベーションとなり、禁煙支援を続けた。「精神障害者も禁煙したい、禁煙できる！」ことがわかった。タバコについて何も知らされずに吸い始め、やめられなくなっていたが、真実を知り、治療を受けるとやめられ

人の幸せ」という誤った認識を本人・家族・他の医療スタッフ、社会に植え付けてしまうことが懸念される。そして、医療機関において、そこで働くスタッフに受動喫煙をさせてしまうことは大きな問題である。

環境を整えるという 禁煙者は確実に増える

WHO（世界保健機関）のタバコ規制枠組条約（以後FCTCと略）第8条「タバコ煙にさらされることからの保護」にあるように、受動喫煙に安全な閾値はない。ごくわずかでも危険である。このことを忘れてはいけない。

喫煙室を清掃する人にとっては、職場で受動喫煙を浴びることになるし、着衣や髪などについたタバコ煙は、病院内にまき散らかされることにもなる。喫煙を許可することは、他者を傷害するのである。また、筋力の低下した患者さんが喫煙室まで行って喫煙することは、転倒や火事

のリスクも高まる。
NPO法人日本ホスピス緩和ケア

るのである。それを学会で発表すると反響が大きく、全国の精神科病院から講演のお呼びがかかった。また、理事長に禁煙推進の進言をするとすぐに理解いただき、「精神科病棟を特殊扱いするのは、バリアーをすることになる。むしろ精神障害者の人権を阻害している可能性がある。バリアフリーを目指すこれからの精神科医療のためには精神科を例外としないことが重要である」とまでいわれた。

2004年に宇治おうばく病院が日本の精神科病院で初めて敷地内禁煙にしてからは、少しずつ敷地内禁煙の精神科病院が増え、勤務先の病院も続いた。奈良県立医科大学の橋本和典先生による、入院病棟のある精神科病院へのアンケート（回答…612病院／1242病院 回収率…49%）では、2013年3月の時点で、敷地内禁煙は23・5%、建物内禁煙は14・4%であった。

以後も敷地内禁煙の精神科病院は増え続けている。ちなみに山形県では2016年4月の時点で単科精神

協会による「緩和ケア病棟における喫煙に関する調査」では、すでに「敷地内全面禁煙」が84%で最も多くなっており、さらに増えることが予想される。

環境を整えることで禁煙できる人は確実に増えている。1日1本未満の喫煙でも死亡率が高くなり、禁煙により死亡率が下がることがわかってきている。オリ・パラを機に是非、少なくとも屋内禁煙の罰則付きの法律を作ってほしい。FCTCを批准した日本にとって、これは世界との約束である。

日本禁煙学会によると、アジアで罰則付きの受動喫煙防止法がないのは、ミャンマー・北朝鮮・日本ぐらいである。パブ好きのチェコでも昨年、レストランやバー、パブでの喫煙を禁止する法案が可決され、「チエコは、国民の健康を守る文明国の一員となった」と首相が発言したこと。日本も早く「国民の健康を守る文明国の一員」になつてほしい。そして、最高のおもてなしをしよう！