

## 第3回 受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会

日時：平成20年9月17日（水）

10:00～12:00

場所：厚生労働省共用第8会議室

### 次 第

#### 議 題

- 1 たばこ対策に関する有識者からの意見聴取
  - 日本学術会議 脱タバコ社会の実現分科会幹事 大島 明
  - 社団法人日本フードサービス協会 業務部課長 石井 滋
  - 禁煙スタイル 管理者 岩崎 拓哉
  
- 2 質疑応答
  
- 3 その他

## 【 配 付 資 料 一 覧 】

資 料 1

脱タバコ社会の実現に向けて

資 料 2

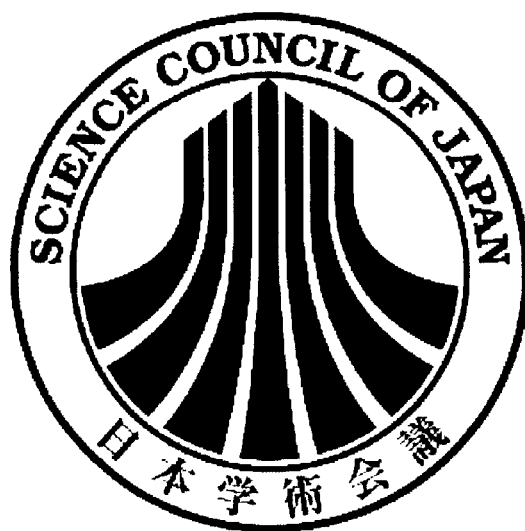
社団法人日本フードサービス協会（J F）の概要

資 料 3

禁煙スタイルのサイト運営から見えた現場の経営事業・利用客と従業員  
の受動喫煙問題

# 要 望

脱タバコ社会の実現に向けて



平成 20 年（2008 年）3 月 4 日

日 本 学 術 会 議

この要望は、日本学術会議 健康・生活科学委員会・歯学委員会合同脱タバコ社会の実現分科会が原案を作成し、健康・生活科学委員会及び歯学委員会の審議の後、第二部会がとりまとめたものである。

## 第二部

|     |        |                                     |
|-----|--------|-------------------------------------|
| 部長  | 唐木 英明  | 東京大学名誉教授                            |
| 副部長 | 北島 政樹  | 国際医療福祉大学副学長、同大学三田病院病院長              |
| 幹事  | 山本 雅   | 東京大学医科学研究所教授                        |
| 幹事  | 鷺谷いづみ  | 東京大学大学院農学生命科学研究科教授                  |
|     | 浅島 誠   | 東京大学大学院理事（副学長） 総合文化研究科・教養学部客員教授     |
|     | 五十嵐 隆  | 東京大学大学院医学系研究科教授                     |
|     | 磯貝 彰   | 奈良先端科学技術大学院大学特任教授                   |
|     | 今井 浩三  | 札幌医科大学学長                            |
|     | 大隅 典子  | 東北大学大学院医学系研究科教授                     |
|     | 大野 竜三  | 愛知淑徳大学医療福祉学部教授                      |
|     | 岡田 清孝  | 自然科学研究機構基礎生物学研究所所長                  |
|     | 岡本 宏   | 東北大学監事                              |
|     | 加賀谷 淳子 | 日本女子体育大学客員教授                        |
|     | 垣添 忠生  | 国立がんセンター名誉総長                        |
|     | 春日 文子  | 国立医薬品食品衛生研究所食品衛生管理部室長               |
|     | 金澤 一郎  | 皇室医務主管                              |
|     | 岸 玲子   | 北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野教授        |
|     | 北 徹    | 京都大学大学院医学研究科教授                      |
|     | 北村惣一郎  | 国立循環器病センター総長                        |
|     | 桐野 高明  | 国立国際医療センター研究所所長                     |
|     | 黒岩 常祥  | 立教大学大学院理学研究科極限生命情報研究センター・センター長、特任教授 |
|     | 郷 通子   | お茶の水女子大学学長                          |
|     | 小原 雄治  | 情報・システム研究機構理事 国立遺伝学研究所所長            |
|     | 齊藤 成也  | 情報・システム研究機構国立遺伝学研究所集団遺伝研究部門教授       |
|     | 榊 佳之   | 独立行政法人理化学研究所ゲノム科学総合研究センター・センター長     |
|     | 笹月 健彦  | 国立国際医療センター総長                        |

|       |  |
|-------|--|
| 猿田 享男 | 慶應義塾大学名誉教授                                       |
| 柴崎 正勝 | 東京大学大学院薬学系研究科教授                                  |
| 水田 祥代 | 九州大学病院病院長・教授                                     |
| 瀬戸 皖一 | 鶴見大学歯学部長、教授                                      |
| 武田 和義 | 岡山大学資源生物科学研究所所長・教授                               |
| 谷口 維紹 | 東京大学大学院医学系研究科免疫学講座教授                             |
| 谷口 直之 | 大阪大学微生物病研究所疾患糖鎖学（生化学工業）<br>寄附研究部門教授              |
| 谷口 克  | 独立行政法人理化学研究所免疫・アレルギー科学<br>総合研究センター・センター長         |
| 田野 保雄 | 大阪大学大学院医学系研究科教授                                  |
| 鶴尾 隆  | 財団法人癌研究会癌化学療法センター所長                              |
| 永井 良三 | 東京大学大学院医学系研究科教授                                  |
| 中西 友子 | 東京大学大学院農学生命科学研究科教授                               |
| 中村 祐輔 | 東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター<br>長・ゲノムシーケンス解析分野教授        |
| 鍋島 陽一 | 京都大学医学研究科教授                                      |
| 新山 陽子 | 京都大学大学院農学研究科教授                                   |
| 野口 伸  | 北海道大学大学院農学研究院教授                                  |
| 野本 明男 | 東京大学大学院医学系研究科教授                                  |
| 林 良博  | 東京大学大学院農学生命科学研究科教授                               |
| 日比 紀文 | 慶應義塾大学医学部消化器内科教授                                 |
| 廣川 信隆 | 東京大学医学部教授、同大学院医学系研究科教授                           |
| 廣橋 説雄 | 国立がんセンター総長                                       |
| 本庶 佑  | 京都大学医学研究科教授（特任）                                  |
| 本田 孔士 | 大阪赤十字病院病院長                                       |
| 真木 太一 | 琉球大学農学部教授  |
| 松澤 佑次 | 財団法人住友病院院長                                       |
| 眞弓 忠範 | 神戸学院大学大学院薬学研究科教授                                 |
| 御子柴克彦 | 独立行政法人理化学研究所脳科学総合研究センター<br>一発生発達研究グループグループディレクター |
| 三品 昌美 | 東京大学大学院医学系研究科教授                                  |
| 南 裕子  | 兵庫県立大学副学長  |
| 宮下 保司 | 東京大学医学系研究科教授                                     |
| 飯塚 堯介 | 東京家政大学家政学部服飾美術学科教授                               |
| 柳田 敏雄 | 大阪大学大学院医学系研究科教授                                  |
| 柳田 充弘 | 京都大学大学院生命科学研究科研究員（特任教授）                          |
| 矢野 秀雄 | 独立行政法人家畜改良センター理事長                                |
| 山内 皓平 | 北海道大学大学院水産科学研究院特任教授                              |

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 山下 興亜 | 中部大学学長             |
| 吉本 高志 | 独立行政法人大学入試センター理事長  |
| 米田 俊之 | 大阪大学大学院歯学研究科教授     |
| 渡邊 誠  | 東北大学副学長、同大学院歯学研究科長 |

### 健康・生活科学委員会

|      |        |         |                              |
|------|--------|---------|------------------------------|
| 委員長  | 加賀谷 淳子 | (第二部会員) | 日本女子体育大学客員教授                 |
| 副委員長 | 南 裕子   | (第二部会員) | 兵庫県立大学副学長                    |
| 幹事   | 春日 文子  | (第二部会員) | 国立医薬品食品衛生研究所食品衛生管理部室長        |
| 幹事   | 岸 玲子   | (第二部会員) | 北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野教授 |
|      | 内山 巖雄  | (連携会員)  | 京都大学大学院工学研究科教授               |
|      | 太田喜久子  | (連携会員)  | 慶應義塾大学看護医療学部教授               |
|      | 大野 竜三  | (第二部会員) | 愛知淑徳大学医療福祉学部教授               |
|      | 片山 倫子  | (連携会員)  | 東京家政大学家政学部教授                 |
|      | 金川 克子  | (連携会員)  | 石川県立看護大学大学院研究科長              |
|      | 北村惣一郎  | (第二部会員) | 国立循環器病センター総長                 |
|      | 白澤 政和  | (第一部会員) | 大阪市立大学大学院生活科学研究科教授           |
|      | 實成 文彦  | (連携会員)  | 香川大学医学部人間社会環境医学講座衛生・公衆衛生学教授  |
|      | 仙田 満   | (第三部会員) | 環境デザイン研究所会長                  |
|      | 高橋 健夫  | (連携会員)  | 日本体育大学大学院教授                  |
|      | 福永 哲夫  | (連携会員)  | 早稲田大学教授                      |
|      | 松澤 佑次  | (第二部会員) | 財団法人住友病院院長                   |

### 歯学委員会

|      |       |         |                       |
|------|-------|---------|-----------------------|
| 委員長  | 瀬戸 皖一 | (第二部会員) | 鶴見大学歯学部長              |
| 副委員長 | 渡邊 誠  | (第二部会員) | 東北大学副学長、同大学院歯学研究科長    |
| 幹事   | 下野 正基 | (連携会員)  | 東京歯科大学教授              |
| 幹事   | 須田 英明 | (連携会員)  | 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科教授 |
|      | 岩田 幸一 | (連携会員)  | 日本大学歯学部生理学教室教授        |

|       |         |  |
|-------|---------|--|
| 恵比須繁之 | (連携会員)  | 大阪大学大学院歯学研究科教授                             |
| 古谷野 潔 | (連携会員)  | 九州大学大学院歯学研究院教授<br>(口腔機能修復学講座咀嚼機能再<br>建学分野) |
| 柴田健一郎 | (連携会員)  | 北海道大学大学院歯学研究科教授                            |
| 須田 立雄 | (連携会員)  | 埼玉医科大学客員教授                                 |
| 高戸 毅  | (連携会員)  | 東京大学医学部附属病院顎口腔外<br>科・歯科矯正歯科教授              |
| 野口 俊英 | (連携会員)  | 愛知学院大学歯学系教授                                |
| 前田 健康 | (連携会員)  | 新潟大学医歯学系教授                                 |
| 山口 朗  | (連携会員)  | 東京医科歯科大学大学院医歯学総<br>合研究科口腔病理学分野教授           |
| 山本 照子 | (連携会員)  | 東北大学大学院歯学研究科顎口腔<br>矯正顎分野教授                 |
| 米田 俊之 | (第二部会員) | 大阪大学大学院歯学研究科教授                             |

**日本学術会議 健康・生活科学委員会・歯学委員会合同  
脱タバコ社会の実現分科会**

|      |       |         |                             |
|------|-------|---------|-----------------------------|
| 委員長  | 大野 竜三 | (第二部会員) | 愛知淑徳大学医療福祉学部教授              |
| 副委員長 | 瀬戸 院一 | (第二部会員) | 鶴見大学歯学部長、教授                 |
| 幹事   | 大島 明  | (連携会員)  | 大阪府立成人病センターがん相談<br>支援センター所長 |
|      | 小椋 正立 | (連携会員)  | 法政大学経済学部教授                  |
|      | 加藤 治文 | (連携会員)  | 東京医科大学教授                    |
|      | 實成 文彦 | (連携会員)  | 香川大学医学部教授                   |
|      | 須田 立雄 | (連携会員)  | 埼玉医科大学ゲノム医学研究セン<br>ター一副所長   |
|      | 須田 英明 | (連携会員)  | 東京医科歯科大学大学院<br>医歯学総合研究科教授   |
|      | 田口 貞善 | (連携会員)  | 奈良産業大学教授                    |
|      | 田島 和雄 | (連携会員)  | 愛知県がんセンター研究所長               |
|      | 藤原 久義 | (連携会員)  | 兵庫県立尼崎病院院長                  |
|      | 前原 喜彦 | (連携会員)  | 九州大学医学部教授                   |

# 要 旨

## 1. 作成の背景

これまでの疫学のおよび実験的研究によって、喫煙はがん、循環器疾患、呼吸器疾患、消化器疾患、歯周病、胎児の成長障害、その他さまざまな健康障害の原因になっていることが科学的根拠を持って示されており、喫煙がもたらす直接的健康障害に関しては議論の余地はないといえる。

一方、受動喫煙がもたらす健康障害に関しては、科学的根拠が希薄であると指摘されていたが、世界保健機関(WHO)が2004年に、英国タバコか健康かに関する科学委員会が2004年に、米国カリフォルニア州環境局が2005年に、米国公衆衛生局長が2006年に発表した詳細な報告書において、受動喫煙も科学的根拠を持って健康障害を引き起こすことが示されて論争に終止符が打たれたといえる。

国民皆保険制度の日本にあっては、タバコによる健康障害に要する費用は国民全体で負担しているため、喫煙は国民全体の医療経済問題であり、これを単に個人的嗜好の問題とみなせない背景になっている。さらに、タバコは火災の原因となり、日本では全火災の9.6%（第3位）を占めている。また、陸起源の海岸漂着ゴミはタバコの吸殻やフィルターが第1位で24%を占め、道路でのポイ捨ても含め環境汚染の原因にもなっている。

WHOはタバコが健康に及ぼす悪影響から現在および将来の世代を保護することを目的とし、2003年に「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（略称「たばこ規制枠組条約」）を採択し、タバコ価格・税の引上げ、職場・公共の場所での喫煙規制、包装上の警告表示、タバコの広告・販売促進・後援の規制、禁煙治療の普及などを定めた。日本政府は2005年に本条約を批准しているが、現時点では、厚生労働省主導の「健康日本21」においても、また、「がん対策推進基本計画」においても、タバコ産業界などの反対により、喫煙率削減の数値目標すら設定されていない。

## 2. 現状および問題点

日本の成人男性の喫煙率は徐々に減少しつつあり、2005年には39.3%となり初めて40%割れとなったものの英米に比べると突出して高いレベルにある。日本の成人女性の喫煙率は2005年で11.3%であるが、若い世代では増加している。

日本はWHO「たばこ規制枠組条約」を批准したので、政府は憲法第98条第2項に基づき本条約を遵守し履行することが求められている。しかし、「たばこ産業の健全な発展」を目的とする「たばこ事業法」の制約もあって、たとえば、タバコ箱の注意表示は条約の求める「大きく、明瞭で、読みやすい健康警告」とはなっ



ていない上に、広告規制は業界の自主基準によるなど問題点が多い。また、2006年に実施されたタバコ税・価格の引き上げは1本約1円の小幅なものにとどまった。2006年に「ニコチン依存症管理料」が新設されて禁煙治療が保険適用となったことが、「たばこ規制枠組条約」発効以降の唯一評価できる項目といえる。

欧州のタバコ規制の取り組みを評価した Tobacco Control Scale に基づき、同時期の日本のタバコ規制対策を客観的に評価してみたところ、日本は欧州30カ国と比較して最下位に位置しており、脱タバコ社会実現度の最後進国であることが判明した。

国民の健康と環境を守るとともに、日本が健康面や環境面での国際的リーダーシップを発揮するためには、できるだけ速やかに脱タバコ社会を実現させることが必要である。そこで、日本学術会議は科学者コミュニティの代表機関として、国民をタバコの害から守るために、以下のような提言を行う。

### 3. 提言の内容

#### (1) タバコの直接的・間接的健康障害につき、なお一層の教育・啓発を行う

タバコによる直接的・間接的健康障害についての科学的な論争には終止符が打たれたとの視点に立ち、現世代ならびに次世代の国民をタバコによる健康障害から守るために、無煙タバコも含めたタバコの害につき、なお一層の教育・啓発を行う。喫煙による直接的・間接的健康障害や喫煙関連疾患は禁煙により予防可能であること、喫煙はニコチン依存症として保険診療が可能であることなどについて、テレビなどのメディアを活用して国民に広く知らせる活動を行うべきである

#### (2) 喫煙率削減の数値目標を設定する

タバコ規制対策を推進し、その成果を評価するには、成人喫煙率などの目標数値設定およびモニタリングが必須である。「健康日本21」がモデルとした米国の Healthy People 2010 では、2010年までに成人喫煙率(12%)、未成年者の月1回以上喫煙率(16%)、屋内喫煙禁止の職場(100%)など、詳細な数値目標を設定し、モニタリングを行っている。死亡原因第一位のがんを減らすためにも、「がん対策推進基本計画」で喫煙率削減の数値目標を設定することは必須である。

#### (3) 職場・公共の場所での喫煙を禁止する

受動喫煙が健康障害をひき起こすことが科学的に明らかにされていることにより、職場・公共の場所での喫煙禁止をさらに拡大・徹底する。現在では努力義務規定でしかない健康増進法第25条を改正して、屋内全面禁煙を明示し、罰則を設けて実効性のあるものにするべきである。すでに脱タバコ社会先進国で実施されているように、バーやレストランなどを含む職場・公共の場所、公共交通機関での喫煙を法的に禁止するべきである。

#### (4) 未成年者喫煙禁止法を遵守し、次世代の国民を守る

次世代の国民をタバコの害から守るために、すでにある未成年者喫煙禁止法を遵守し、違反者(販売者および営業者)には既存の罰則規程を適用するべきである。また、文部科学省学習指導要領において、小学校低学年からタバコの害に関する教育を行うよう記載するべきである。また、内閣府などは、一種の宣伝活動といえるタバコ産業の未成年者喫煙防止キャンペーン(「たばこは20歳になってから」など)に対する後援を中止するべきである。

#### (5) タバコ自動販売機の設置を禁止し、タバコ箱の警告文を簡潔かつ目立つようにする

わが国ではタバコの自動販売機が街中いたる所に設置され、本来は禁止されるべきタバコの広告塔の役割も果たしている。先進国で多数のタバコ自動販売機の街頭設置が公的に認められているのは日本以外にはドイツのみである。タイではタバコを公衆の目に触れる所に陳列することさえ禁止されており、わが国のタバコ自動販売機の設置状況は国際的には極めて異常であることを認識して、設置を禁止するべきである。また、わが国のタバコ箱の警告文は意図的に詳しい説明を加えることにより、警告としてはむしろ読みづらいものとなっている。警告文本来の目的を達成するためには、脱タバコ社会先進国が採用しているような簡潔かつ絵や写真入りの目立つものにするべきである。

#### (6) タバコ税を大幅に引き上げ、税収を確保したまま、タバコ消費量の減少をはかる

WHO「たばこ規制枠組条約」の中でタバコ価格の引き上げはタバコ規制にとって不可欠な施策とされているが、日本政府はこれまでタバコ税の引き上げについて、タバコ消費を減少させるための観点から、その必要性を議論することには消極的であった。このため、現在でもわが国のタバコの税負担(消費税を含め一箱につき約189円)は欧米の1/2~1/5程度に過ぎない。タバコ税の増税によるタバコ価格の引き上げは、税収を確保したまま、喫煙量や喫煙者数を減らす効果が期待できることは世界共通の認識となっており、とりわけ購買力の弱い未成年者の喫煙率削減効果をもたらすことは異論のないところである。

#### (7) タバコの直接的・間接的被害より国民を守る立場から、タバコに関する規制を行う

我が国たばこ産業の健全な発展を図り、もって財政収入の安定的確保及び国民経済の健全な発展に資することを目的としている「たばこ事業法」の枠内において、もっぱら販売のための広告に際しての注意表示義務等に留まっているタバコに関する規制のあり方について、タバコの直接的・間接的被害より国民を守るという立場から規制するよう、抜本的な見直しを行うことが必要である。

# 脱タバコ社会の実現に向けて

## はじめに

タバコの煙には 2000 種以上の化学物質が含まれ、そのうち発がん性が判っているものだけでも 40 数種類ある。国内外におけるこれまでの多数の疫学的および実験的研究によって、喫煙はがん、循環器疾患、呼吸器疾患、消化器疾患、胎児の成長障害、その他さまざまな健康障害の原因になっていることが科学的根拠を持って示されており、喫煙がもたらす直接的健康障害に関しては、議論の余地はないといえる(1-3)。

さらに、タバコは喫煙者自身のみならず周囲にいる非喫煙者の健康にも悪影響を及ぼしている。受動喫煙がもたらす健康障害に関しては科学的根拠が希薄であるとの指摘がタバコ産業などから出されていたが、世界保健機関(WHO)が 2004 年に(2)、英国タバコか健康かに関する科学委員会が 2004 年に(4)、米国カリフォルニア州環境局が 2005 年に(5)、米国公衆衛生局長が 2006 年に(6)発表した詳細な報告書において、科学的根拠を持って受動喫煙も健康障害を引き起こすことが示されて論争に終止符が打たれたといえる。

WHOによれば、現在、死亡者の 10 人に 1 人は喫煙が原因となっており、総数で年 500 万人以上もの人が死亡している。そして、喫煙は死亡原因の最大の要因であり、かつ、喫煙関連疾患は禁煙により防げることから、予防可能な単一疾患としては最大の病気である(7)。日本でも毎年 11 万人以上が喫煙が原因となって死亡していると推計されている(8-10)。したがって、タバコをなくすることができれば、最大の死亡原因や疾患原因を取り除くことができるわけであり、国民の健康を守るためには、非常に重要な課題といえるものの、わが国においては、これらのことが十分周知されているとはいえない。

## 1. 喫煙による健康障害

### 1) 喫煙とがん

タバコの煙に含まれている発がん物質のため、喫煙者では非喫煙者に比べて、がんがより多く発生し、肺がん、口腔がん、咽頭がん、鼻腔・副鼻腔がん、喉頭がん、食道がん、胃がん、膵臓がん、肝臓がん、腎・尿路・膀胱がん、子宮頸がん、骨髄性白血病が喫煙者において多発している(2, 3, 11)。

肺がんのリスクは 1 日喫煙本数の 2 乗、喫煙期間の 4.5 乗に比例して上昇するといわれ(12)、喫煙者には非喫煙者に比較し数倍から 10 数倍も多く肺がんが発生する(1-3)。そして、喫煙開始年齢が低ければ低いほど肺がんの発生リスクが高くなる。しかし、喫煙をやめることにより、肺がん発生リスクは非喫煙者のレベルに近づき、喫煙量が少ない者ほど早く到達することがわかっており

(13)、禁煙治療をできるだけ早期に開始する必要があることを示している。

## 2) 喫煙と心臓・脳卒中・血管疾患

タバコに含まれるニコチンの血管収縮作用などのために、喫煙は心臓疾患、脳卒中、大血管疾患、末梢血管疾患の原因ないしは悪化要因になっている。国内外の多数の研究から、一日喫煙量が多いほど心筋梗塞などの冠動脈疾患死亡リスクが高くなり、たとえば一日 20 本以内の男性喫煙者の心疾患死亡率(年齢調整)の相対危険度は 4.2 倍、20 本を越える場合には 7.4 倍となると報告されている(1-3, 14, 15)。一方、喫煙による冠動脈疾患の相対危険度は、喫煙をやめることにより減少・消失することも内外の研究の一致した見解であり、禁煙治療の必要性を示している(1, 14, 15)。

さらに、喫煙は脳梗塞とクモ膜下出血の発生頻度を増加させるが、禁煙により相対危険度は減少・消失する(1, 14, 16)。そして、喫煙は腹部大動脈瘤の発症頻度を増加させ、かつ大動脈瘤径の増大、破裂および死亡の危険因子となる。また、喫煙は閉塞性動脈硬化症の主要な危険因子であり、特にバージャー病の強い発症および悪化要因であり、患者のほとんどは喫煙者である(1, 14, 17)。

## 3) 喫煙と呼吸器疾患

喫煙による主な呼吸機能障害は気道閉塞である(1-3, 18)。喫煙者のすべてに慢性閉塞性肺疾患が発症するわけではないが、喫煙は本疾患リスクの 80~90% を占めるとされる(19)。この他にも喫煙と関連のある呼吸器疾患として、気管支喘息、特発性間質性肺炎、睡眠時無呼吸症候群、急性好酸球性肺炎などがある(20)。喫煙は気管支喘息の直接原因にはならないが、喘息発作の誘引ないしは悪化要因になる(1-3, 21)。

## 4) 喫煙と歯科・口腔内疾患

喫煙は口腔がん、口腔白板症、歯周病の発症や進行に関与しており、十分な証拠により喫煙との因果関係が立証されている(2, 3, 22)。喫煙により口腔がんリスクは 7.4 倍に増大すると報告されている(23)。さらに喫煙は抜歯後の創傷治癒を遅らせ、インプラントの予後不良をもたらす。また、喫煙により口臭、唾液の異常、歯肉のメラニン色素沈着がみられる(24)。

噛みタバコの場合、タバコ成分は口底部に最も貯留し、ここからタバコ成分が迅速かつ効率よく吸収される。南アジアに多い口腔がんは、ビンロウに葉タバコを混ぜて噛んでいる人に多発し、圧倒的に頬粘膜に集中しているが、これは、横に寝ながらビンロウを噛む習慣があることによるとされている(25)。

## 5) 喫煙とその他の疾患

ニコチンによる腸粘膜の血流障害などのため、喫煙者は胃・十二指腸潰瘍、慢性胃炎、クローン病などの消化器疾患に罹りやすい(1-3)。さらに、喫煙者では

聴力障害や白内障の頻度も高くなり、老化に伴う脳萎縮も高度になるが、ニコチンなどが動脈硬化を誘発・悪化させているものと思われる(26-29)。

がん、循環器疾患、呼吸器疾患も含め、喫煙による健康障害のほとんどは極めて徐々に進行するため、初期段階は目に見えず危険性を自覚できない。しかし確実に体を蝕んで行き、英国の男性医師 34,439 名を対象とした大規模な追跡調査の結果、喫煙者の平均寿命は非喫煙者より約 10 年も短くなることが知られている(29,30)。

## 6) 妊産婦の喫煙

妊娠中の喫煙は胎児の発育遅延、早産、常位胎盤早期剥離、前期破水を誘発するとともに、新生児の周産期死亡率を高める。周産期死亡の相対リスクは喫煙本数に比例して増加することが知られている。喫煙妊婦から生れる新生児の体重は非喫煙者よりも平均で 200~250g 軽いと報告されている(31-33)。

## 2. 受動喫煙による健康障害

タバコの煙はタバコから直接喫煙者に吸い込まれる主流煙と点火部分から大気中に散布される副流煙がある。副流煙は喫煙者から吐き出される主流煙とともに、生活空間を汚染し、周囲の人が吸入して肺に至る。副流煙には 2,000 種類以上の化学物質が含まれているが、不完全燃焼状態で発生する副流煙の方が主流煙よりも化学物質の量が多く、たとえば、発がん性の高い N-ニトロソジメチルアミンは数 10 倍も多いと報告されている(35)。受動喫煙により、肺がん、虚血性心疾患、呼吸器疾患などの発生頻度が増加することが明らかにされている(2,4-6)。また、乳幼児突然死症候群は家庭内の喫煙者の存在、特に父母の喫煙と密接に関連している(34)。

## 3. タバコによる火災と環境汚染

タバコは火災の原因にもなり、経済的に大きな打撃を与えている。タバコが出火原因となった火災は平成 8 年度で全国の火災の 11.1% を占め第 1 位であった。しかしながら、日本人の喫煙率が徐々に減少しているため、タバコが原因となった火災は減少しており、平成 18 年度は第 3 位で 9.6% である。一方、死者の発生した建物火災では、タバコは出火原因の第 1 位で 15.5% を占め、約 240 人の死者と約 870 人の負傷者を発生させている。平成 18 年度の総火災損害額は約 1,142 億円であるので約 110 億円がタバコによって直接的損害を受けていることになるが、上記の死者・負傷者の損害額は含まれていない(36)。都市型火災の代表地域である東京都においては、平成 17 年度において、タバコは出火原因の第 2 位で 15.6% を占め、放火(疑いを含む)を除いた失火の原因としては第 1 位で 24% を占めている(37)。したがって、火災予防の観点からも、タバコの

ない社会が望まれるところである。さらに、わが国においては、消防庁・消防署による専門職に加え、特に地方では消防団が消防活動を担っている。これらを運営する費用のかなりの部分は火災に対する消火活動費として使われていると考えられるので、タバコのない社会が実現し、タバコによる火災が激減すれば相当の経済的節約が可能になるといえる。

また、ポイ捨てされたタバコの清掃のために、わが国では毎年約 2,000 億円が使用されていると試算されている(38)。そして、タバコの吸殻やフィルター類は、2005 年の調査によれば、陸起源の海岸漂着ごみの第 1 位で 24%を占めており、環境汚染の原因となっている(39)。タバコフィルターはセルロース・アセテートと化成ポリマーより成っているため分解までに数年を要し長期間にわたり環境を汚染する(40)。さらに、タバコの製造過程において、葉タバコの乾燥のために薪や化石燃料が大量に消費され、地球の砂漠化・温暖化に加担しているとの報告もある(41)。

#### 4. タバコによる経済的損失

タバコ税は年間約 2 兆 3 千億円で、50%は地方タバコ税である(42)。タバコ規制が論議される時、しばしば税収、特に地方税の減少が問題にされる。しかし、タバコによる健康障害などに要する費用やタバコが原因で発生する火災による経済的損失とのバランスで判断する必要があることは論をまたないだろう。

国民皆保険制度の日本にあっては、タバコによる健康障害に要する費用は国民全体で負担しているため、喫煙は国民全体の医療経済問題であり、単に個人的嗜好の問題とみなすわけにはいかない。

(財)医療経済研究機構の 2001 年度調査報告書「たばこ税増税の効果・影響等に関する調査研究」によれば、喫煙による経済的損失は、喫煙者の直接超過医療費が 1 兆 2,900 億円、間接喫煙者のそれが 146 億円、喫煙による労働力の損失が 5 兆 8,000 億円、火災による損失が 2,200 億円、合計 7 兆 3,246 億円と推計されている(43)。

また、2006 年度厚生労働省科学研究費補助金循環器疾患等生活習慣病対策総合事業「喫煙と禁煙の経済的影響」の報告書によれば、喫煙による医療費損失は約 1 兆 3 千億円と推定され、これに入院による医療費以外の損失、死亡による損失、および火災による財産損失と死亡・負傷の損失を合算した社会的損失の合計は約 4 兆 9 千億円と試算されている(44)。

このように、タバコによる経済的損失がタバコ税収を上回っていることは、認識されるべきである。

## 5. たばこ規制に関する世界保健機関枠組条約 (Framework Convention on Tobacco Control) と日本政府の対応

WHO はタバコが健康におよぼす悪影響から現在および将来の世代を保護することを目的とし、2003 年に「たばこ規制に関する世界保健機関枠組条約(略称「たばこ規制枠組条約」)」を採択した。主な内容としては、タバコ規制のための調整機構・中核機関の設立(第5条)、タバコ価格・税の引上げ(第6条)、職場・公共の場所での受動喫煙の防止(第8条)、タバコの警告表示の強化(第11条)、タバコ広告の包括的禁止(第13条)、禁煙治療の普及(第14条)、未成年者へのタバコ販売禁止(タバコ自動販売機の制限を含む)(第16条)などが定められている(45)。本条約の履行に向けて、すでに2回の締約国会議が開催されており、第1回は2006年にジュネーブにて、第2回は2007年にバンコクにて開催された。

日本は国会による全会一致での可決・承認を得て、2004年に19番目の国として本条約を批准して締約国となった。したがって、日本政府は、日本国憲法第98条第2項に定められているごとく、国際条約である本条約を遵守し履行することが求められている。しかし、タバコ産業の健全な発展を目的とする「たばこ事業法」(46, 47)のもとで、財務省・財政制度等審議会の審議を受けて行われたタバコ箱の注意表示の強化や広告・販売規制に関しては、規制先進国の警告表示と比べると、本条約の求めるような「大きく、明瞭で、読みやすい健康警告」とはなっていないし、広告規制は業界の自主基準に任されたままである。また、タバコ自動販売機は成人識別機能装置をつけることによって存続がはかられようとしている。そして、2006年実施されたタバコ税の引き上げは1本約1円の小幅なものにとどまった。現時点では、厚生労働省主導の「健康日本21」においても、また、2007年4月より施行された「がん対策基本法」に基づく「がん対策推進基本計画」においても、喫煙率削減の数値目標は、タバコ産業界などの反対や「たばこ事業法」を所管する財務省への配慮等により設定されていない。2006年に新設された「ニコチン依存症管理料」により禁煙治療に保険適用が可能となったことが、本条約発効以降に唯一評価できるタバコ規制の制度的な取組みであるといえる。

わが国の成人男性の喫煙率は徐々に減少しつつあり、2005年には39.3%となり初めて40%割れとなったが(48)、WHOのTobacco Atlasによる2002年の比較では、日本は46.9%で、英国27.0%、米国24.1%などに比べて突出して高いレベルにある(44)。わが国の成人女性の喫煙率は2005年で11.3%と全体として低くとどまっているが、若い世代では増加している(48)。

日本におけるタバコ規制対策の現状を客観的に評価するため、欧州の30カ国のタバコ規制の取り組みを点数で評価したTobacco Control Scale(49)に沿って、日本学術会議・脱タバコ社会の実現分科会の委員12名が個々に、その採点時期である2005年7月時点の日本のタバコ規制対策状況を評価したところ、平均点で25.5

点(範囲 20~36 点)であった。第 1 位のアイルランドが 71 点、第 2 位の英国が 70 点と高く、第 29 位のルーマニアが 27 点、最下位のルクセンブルグが 26 点である。したがって、日本は欧州 30 カ国との比較では最下位に位置しており、脱タバコ社会実現度の最後進国であることが数値としても示された。

特に、カフェやレストラン、それ以外の職場、公共交通機関や公共の場所の 3 箇所に分けて採点する職場や公共の場所における禁煙では、22 点満点中 3 点と極めて評価点数が低かった。2006 年から厚生労働省の合同庁舎 5 号館が全館禁煙となったこと、2006 年にニコチン依存症管理料の施設基準として敷地内禁煙が条件となったため医療機関の敷地内禁煙が進んだことにより、2007 年 1 月の評価点数は 3 点から 4 点になったものの、依然として極めて低いレベルにある。

国内における職場(一般事業場)における受動喫煙の取り組みは、厚生労働省が 5,000 事業場を対象として実施した 2005 年の調査によると(有効回答率 45.6%)、喫煙対策に取り組んでいる事業場は 88.2%で、このうち全建物内禁煙を実施しているのは 20.7%であった(50)。回答率の低さを考慮に入れると全建物内禁煙を実施している職場は未だ少ないといわざるをえない。一方、率先して受動喫煙対策に取り組むべきであるとされている学校、役所、病院については、2005 年の調査で敷地内全面禁煙を実施しているのは、小学校で 44.4%、中学校で 39.1%、高等学校で 43.6%であった(51)。役所では、敷地内禁煙あるいは施設内全面禁煙は、都道府県庁舎で 51%、市町村役場で 28%であった(52)。病院では、2006 年度大阪府内の 546 施設の調査で、全館禁煙は 68.9%、敷地内禁煙は 19.2%であった(53)。さらに、医・歯学部およびその附属病院における敷地内禁煙状況調査では、敷地内禁煙にしているのは、医学部 29%、同附属病院 40%、歯学部 16%、同附属病院 34%であった(54)。

諸外国では、「たばこ規制枠組条約」に沿った国レベルでの法的規制が進みつつある。カフェやレストランを含めすべての囲いのある公共の場所と全ての職場の完全禁煙法が 2004 年に国としては始めてアイルランドで施行され、2007 年 9 月現在、英国、ニュージーランド、イラン、ウルグワイ、米国のニューヨーク州・カリフォルニア州など 11 州、カナダの 7 州、オーストラリアの 3 州などで完全禁煙法が施行されている。さらに、一部例外はあるものの原則的禁煙法が、ノルウェー、イタリア、スウェーデン、スペイン、南アフリカ、タイ、シンガポールなどで施行されており、フランスにおいても 2008 年から施行される(55)。

## 6. わが国の医学界や日本学術会議におけるタバコ規制の取り組み

1997 年以来、日本呼吸器学会、日本小児科学会、日本公衆衛生学会、日本学校保健学会、日本口腔衛生学会、日本循環器学会、日本気管支学会、日本プライマリーケア学会、日本歯周病学会、日本口腔外科学会、日本口腔腫瘍学会、日本癌学会、日本癌治療学会、日本頭頸部癌学会、日本臨床内科学会、日本疫学会、日本歯科医学会、日本臨床スポーツ医学会、日本歯科人間ドック学会、



日本禁煙学会、日本禁煙科学学会、日本禁煙医師歯科医師連盟、日本対がん協会、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会などが禁煙宣言・脱タバコ宣言を公表し、脱タバコ社会の実現を呼びかけてきた。しかるに、前述のごとく、「健康日本 21」や「がん対策推進基本計画」においては、医療側委員の強い主張にもかかわらず、喫煙率削減の数値目標は、タバコ産業界などの反対や「たばこ事業法」を所管する財務省への配慮等によって設定することができなかった。

日本学術会議は、第 19 期において口腔機能学研究連絡委員会、齶蝕学・歯周病学研究連絡委員会、咬合学研究連絡委員会により、報告「ガムたばこの蔓延阻止に向けてー禁煙から脱たばこへー」を平成 16 年度に公表した。この中において、輸入ガムタバコがなんの規制も受けることなくわが国では市販されるようになったことに憂慮し警告を発したが、第 20 期においては、2006 年 6 月に健康・生活科学委員会と歯学委員会合同で「禁煙社会の実現分科会」を立ち上げ、2007 年 2 月に「脱タバコ社会の実現分科会」と改め、合計 12 回の分科会を開催して審議を行ってきた。この間、2007 年 7 月には日本学術会議主催公開講演会「脱タバコ社会の実現のためにーエビデンスに基づく対策の提言ー」を日本学術会議講堂にて開催し、さらに同年 9 月には日本学術会議主催・日本口腔外科学会共催市民公開講座「脱タバコ社会をめざす」を名古屋国際会議場で開催して国民の教育・啓発にも力を注いできた。

## 7. 提言

前述のごとく、タバコが人々の健康を損ない、火災の発生原因となり、環境を汚染し、経済的損失も与えていることは紛れもない事実であり、近い将来、タバコは地球上から駆逐されることになる可能性は高い。わが国が健康面や環境面においても国際的リーダーシップを発揮するためには、他国に追従するのではなく、一刻も早く率先して脱タバコ社会を実現させなければならない。「たばこ規制枠組条約」の批准国として、わが国もタバコ対策を強力に進めていくことが求められていることをふまえ、日本学術会議は科学者コミュニティの代表機関として、タバコの害から国民の健康を守り、その環境汚染から地球を守るために、以下の提言を行う。

### 提言 1. タバコの直接的・間接的健康障害につき、なお一層の教育・啓発を行う

タバコによる直接的・間接的健康障害については科学的証拠があり、論争には終止符が打たれたとの視点に立ち、現世代ならびに次世代の国民をタバコの害から守るために、無煙タバコなども含め、脱タバコ社会を目指して、なお一層の教育・啓発を行う必要がある。わが国ではいまだ、喫煙は趣味・嗜好の問題であるという意見が根強いが、喫煙はニコチン依存症であると認識するべきである。すなわち、喫煙者はニコチン依存を伴う喫煙関連疾患保有者であり、その

ような疾患の予防と進行を防ぐための禁煙の重要性につき、なお一層の教育・啓発が必要である。

また、喫煙を短期的に中止することはそれほど困難でないため、タバコはいつでもやめられると錯覚している人が多い。しかし実際には本人のみの努力による長期禁煙成功率は5%程度にすぎず、専門的治療をうけても長期禁煙成功率は30~40%程度である(1, 56)。その意味でも、タバコをやめたくてもやめられない60%以上の喫煙者にとって、喫煙を単なる趣味・嗜好の問題とみなすことは正しくない。その点、厚生労働省がニコチン依存症という病名のもとに禁煙治療を保険診療の対象とした点は大いに評価できる。

喫煙関連疾患は禁煙により防げることから、予防可能な単一疾患としては最大の病気である。禁煙は最も確実に重篤な疾病を減らし、国民の健康維持と莫大な医療費の節約に寄与する最大のものである。しかし、このような事実を知る国民はいまだ少数である。

タバコ規制先進国では、タバコの広告を全面的に禁止する一方で、政府予算によりテレビなどのメディアを通して喫煙防止・禁煙支援のキャンペーンが大々的に行われている。学校などでの喫煙防止教育は、喫煙防止のキャンペーンやタバコ価格の値上げ、公共の場所の禁煙などの対策とあいまって初めて効果が上がる。また、喫煙はニコチン依存症であるとの観点からの禁煙支援のキャンペーンを繰り返し行うことにより、喫煙者は禁煙に動機づけられ、環境改善の方策と相まって禁煙を試みる者が増加する。

## 提言 2. 喫煙率削減の数値目標を設定する

2006年12月の厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会における「健康日本21」ならびに2007年6月に閣議決定された「がん対策推進基本計画」でも、喫煙率の削減についての数値目標は示されなかった。喫煙が、がん、虚血性心疾患、脳卒中をはじめとする多くの病気と早死の単一かつ最大の予防しうる原因であることは明らかであり、タバコ規制先進国では喫煙率の数値目標を設定して喫煙規制対策を推進することにより、肺がんなど喫煙関連疾患による死亡減少の成果をあげている。

タバコ規制の対策を推進し、その成果を評価するには、成人喫煙率の目標設定およびモニタリングが必須である。「健康日本21」がモデルとした米国のHealthy People 2010においては、タバコ規制を含む28の分野での2010年における目標数値とベースラインの1998年および各年の達成値が示されている。タバコ規制に関しては、成人喫煙率（目標：12%）、喫煙開始年齢（同14歳）、未成年者の月1回以上喫煙率（同16%）、過去1年間に1日以上禁煙したものの割合（同75%）、屋内喫煙禁止の職場（同100%）など詳細な数値目標を設定し、モニタリングを行っている(57)。

日本の成人男性の喫煙率が依然として先進国の中で突出した高さにとどまっている状況において、喫煙率削減の数値目標を打ち出し、国民に対して政府の

タバコ規制に関する明確な意思表示を行うべきである。

### 提言 3. 職場・公共の場所での喫煙を禁止する

受動喫煙が肺がんや心筋梗塞、小児の気管支炎・肺炎や喘息の悪化、乳幼児突然死症候群などの原因となることには、十分な科学的証拠がある(2, 4-6)。このため、職場・公共の場所での喫煙禁止を推進することは、公衆衛生の立場からは非常に重要である。他人の健康を害してまで喫煙する権利を喫煙者に認めるわけにはいかない。2007年にバンコクで開催されたWHO「たばこ規制枠組条約」第2回締約国会議では、第8条(受動喫煙の防止)履行のためのガイドラインが日本を含め全会一致で採択された。このガイドラインでは、締約国に対して、自国での条約発効後5年以内に、すなわちわが国では2010年2月27日までに、屋内施設の100%完全禁煙を実現するための法的規制をとることを求めている(58)。わが国の健康増進法第25条は、施設の管理者に対する受動喫煙防止の努力義務しか規定していないが、上記のガイドラインに沿って、職場、レストランやバーを含む公共の場における屋内ならびにタクシーを含む公共交通機関での全面禁煙を明示し、罰則のある強制力を伴う法を整備する必要がある。

### 提言 4. 未成年者喫煙禁止法を遵守し、次世代の国民を守る

次世代の国民をタバコの害から守るために、すでにある未成年者喫煙禁止法(59)を遵守し、違反者(販売者及び営業者)に定められている罰則規程を適用すべきである。なお、法律自体にも不備・不足があるので、以下の諸点について検討する必要がある。①法律に違反した未成年者が所持するタバコおよびその器具を没収する手続きについての法令の整備をする(第2条)。②未成年者の喫煙を知りつつも制止しなかった親権者等は科料に処せられるが、監督者としての学校の責任についても法令の整備をする(第3条)。

さらに文部科学省学習指導要領に基づく喫煙防止教育を徹底させる必要がある。そのためには、①学習指導要領において、小学校低学年から受動喫煙を含むタバコによる健康障害とその予防に関する教育を行うように記載する。②学習指導要領の記載にもかかわらず、学校現場における喫煙防止教育は未だ不十分であると言わざるを得ないが(60)、その根底には保健についての授業の軽視がある。学習指導要領では健康に関する指導は学校の教育活動全体を通じて適切に行うものとされているにすぎないが、国民の健康に害を与える喫煙問題に関しては、これまで以上に学校全体として積極的に取り組む必要がある。③文部科学省は、学校現場においても未成年者喫煙禁止法の遵守と喫煙防止教育実施状況のチェックを厳重に行うことは勿論のこと、学校敷地内禁煙に伴い未成年者の喫煙率が激減しているとの報告もあることより(61)、教師の喫煙率の低減を含めた喫煙防止教育のなお一層の推進を学校現場に求めるべきである。

なお、文部科学省は2003年に各大学等に対して喫煙対策を取るべき旨を通知し、多くの大学・短大等において分煙は進みつつあるが、敷地内禁煙は一部の

施設(全国で約 80 キャンパス)にとどまっている(62)。大学等においては未成年者の占める割合も高く、入学時には低かった喫煙率は上昇し(63)、また大学は将来喫煙防止教育の担い手ともなる教師や保健医療従事者の人材養成の場でもあることより、大学を含めた全ての教育機関の敷地内禁煙の早期実現をはかるべきである。

また、タバコ産業の未成年者喫煙防止キャンペーン(「たばこは 20 歳になってから」など)に対する、内閣府などの後援を中止するべきである。このキャンペーンは、結果的にはタバコ産業を守り、タバコ規制を妨害しているとの報告もある(64)。むしろ、重大な健康被害に関する警告(「たばこを吸うと肺がんになります」、「たばこを吸うとしみやしわが増えて老化が 10 年進みます」など)の方が未成年者の喫煙したくないという気持ちにつながりやすいと報告されている(65)。したがって、タバコ産業は、一種の宣伝活動ともいえる未成年者喫煙防止キャンペーンを中止するべきである。

#### 提言 5. タバコ自動販売機の設置を禁止しタバコ箱の警告文を簡潔かつ目立つようにする

わが国ではタバコの自動販売機が 56 万台以上設置され(66)、誰でもどこでもタバコを買える。これは、約 2,700 万人と推計されている国内の成人喫煙者の 50 人に 1 台、10 代の未成年者 22 人に 1 台の割合である。タバコ自動販売機は国内の街中いたる所に存在し、本来は禁止されるべきタバコの広告塔の役割も果たしている。欧米でタバコ自動販売機の街頭設置が認められているのはドイツのみであり、わが国の現状が国際的には異常であることを認識するべきである。2004 年の「未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査」によれば、中・高校生のタバコの入手先のトップは自動販売機である(67)。タバコ業界は年齢識別 IC カードによる成人識別機能付きタバコ自動販売機を開発し 2008 年に全国的稼働が予定されているが、実験的に導入された種子島では成功していない(68)。したがって、姑息な手段を講ずるのではなく、国際的に見て当然の規制であるタバコ自動販売機の設置禁止をなによりも優先するべきである。なお、アジアのタバコ規制先進国であるタイでは、タバコを公衆の目に触れるところに陳列することさえも禁止されている(69)。

消費者がタバコを吸うか吸わないかを自己判断するにあたっては、喫煙に伴うリスクと禁煙のベネフィットに関する正しい情報が的確に伝えられる必要がある。「たばこ規制枠組条約」は、喫煙者が直接手にするタバコ製品の包装表示を媒体として、これらの情報を明確な表現で表示することを求めている。

わが国では、従来「健康のために吸いすぎに注意しましょう」、「あなたの健康を損なうおそれがありますので、吸いすぎに注意しましょう」という文言が表示され、これらは吸いすぎなければ大丈夫という誤ったメッセージを含み、国際的にも最低の表示であるとされていた。2005 年からは具体的な「警告表示」となり、直接喫煙による病気(肺がん、心筋梗塞、脳卒中、肺気腫)に関する 4 種

類の文言を第1グループ、それ以外(妊婦、受動喫煙、依存、未成年者)の4種類を第2グループとして、この2つのグループからそれぞれ1種類以上の文言を選び、1つの製品に計2種類以上の文言を表示することが義務付けられた。しかし、これらは依然としてあいまいな表現の残る小さい文字だけの表示であり、「たばこ規制枠組条約」が求めている「大きく、明瞭で、見やすく、読みやすいもの」にはなっていない。ヨーロッパ連合やカナダを始めとする諸外国の警告表示と比べてインパクトに乏しく、表示面積も包装最大面の30%を占めるに過ぎない。最近、ブラジル、タイ、シンガポールが包装最大面の全面(100%)を使った写真入りの警告表示を実施している(70, 71)。わが国においても、これらの表示例を参考に、写真入りで大きく読みやすく簡潔な表現による実効性の高い警告表示にすべきである。また、「たばこ規制枠組条約」が求めているように、「マイルド」あるいは「ライト」といった一見リスクが低いと惑わせるような商品名の使用を禁止すべきである。

#### **提言 6. タバコ税を大幅に引き上げて、税収を確保したまま、タバコ消費量の減少をはかる**

WHO「たばこ規制枠組条約」の中でタバコ価格の十分な引き上げはタバコ規制にとって非常に重要かつ不可欠な施策とされている。たとえば、本条約の締約国に対して、政策実施のための実際的な指針を提供しているWHOの『タバコ規制のための国家能力の構築 ハンドブック』は、第12章「経済措置および資金調達のイニシアチブを探る」において、次のように明確に述べている。①「タバコおよびタバコ製品の価格引き上げは、消費を単独で減らすことのできる最も有効な方法である。紙巻タバコの価格を10%引き上げると、高所得国では5%までの消費の低下になり、低・中所得国では8%の低下につながる」(p. 203)、②「全世界でタバコ税10%の増税による紙巻タバコ価格の引き上げは、実際には税収を平均7%増加させる。……世界中で喫煙者が推定4,200万人減少し、1,000万人の命が救われる」(p. 204) (72)。

経済学の分野でも、過去20年間にアメリカを中心とする多数の実証研究が蓄積され、その結果、先進国においては、タバコ税の増税によるタバコ価格の引き上げが税収の増加をもたらし、喫煙量や喫煙者数を減らす効果を持っていることは共通の認識となっている。すなわち、タバコ需要の価格弾力性(価格が1%上昇したときに需要量が何%変化するかをあらわす数値で、通常はマイナスの値を取る)についてはマイナス0.3からマイナス0.5の間にあること、喫煙率の価格弾力性はマイナス0.1近辺にあるが長期の弾力性はこれの2倍程度と考えられること、そして、未成年者の喫煙率の価格弾力性はこれより数倍以上も高いことなどには、ほとんど異論がないところである(73, 74)。

こうした中、日本政府はこれまでタバコ税の引き上げについて、タバコ消費を減少させるための観点からその必要性を議論することには消極的であった。このため、現在でもわが国のタバコの税負担(消費税を含め一箱につき約189円)

(75) の水準は、同じ喫煙率の高いドイツに比較しても、その半分程度に過ぎず、英国の一箱につき付加価値税を含め約 4.0 ポンド(約 944 円) (76) よりはるかに低い。このような政府のタバコ価格への取り組みのあり方は早急に改める必要がある。現実的な第一段階として、現在のタバコ税を 2 倍に引き上げることを検討するべきである。

この政策がわが国のタバコの消費や喫煙行動等にどのような影響を及ぼすかは、当然わが国の喫煙者の特性に依存する。残念ながら、喫煙行動に関するわが国の実証研究の数は少なく、しかもその質や結果にもかなりのバラつきがあるので、わが国の実証研究の結果だけから、この問題に答えることは難しい。しかし、これまでのわが国の研究で得られた喫煙の価格弾力性や所得弾力性の値は、そのほとんどが欧米の実証研究で得られた弾力性の分布の範囲に収まっている(77)。したがって、今後、わが国の実証研究の蓄積が進めば、わが国のタバコ需要の価格弾力性の推計も現在の欧米のコンセンサス値の周辺に収束してくることが期待される。

こうした状況を考慮すれば、わが国についても、喫煙率やタバコの需要に関する欧米のコンセンサス弾力性の値を使って、タバコ税の大幅増税のシミュレーションを行うことは十分に正当化されよう。今、タバコ需要の価格弾力性をマイナス 0.4、喫煙率の価格弾力性をマイナス 0.1 と仮定して、現在のタバコ税を一箱につき 180 円増税すると、タバコ価格はほぼ 2006 年のドイツなみの水準に達し、税収は約 1.2 兆円増加し、タバコの消費量は 4 分の 1 減少し、喫煙者数は最低でも 200 万人以上減少することが見込まれる。

なお、「たばこ規制枠組条約」第 17 条は、締約国はタバコ関連労働者のために経済的に実行可能な代替活動を促進することとしており、タバコ栽培農家の転作やタバコ小売業者の転業補助への経済的措置を講じる政策を考慮することも脱タバコ社会の実現に向けた施策を進めるために望まれるところである。

## 提言 7. タバコの直接的・間接的被害より国民を守る立場から、タバコに関する規制を行う

タバコ専売制度の廃止に伴い、1985 年に日本たばこ産業株式会社(JT)が発足し、「たばこ事業法」(46, 47)が施行され、タバコに関する警告表示や広告なども財務大臣の管轄下に置かれることになった。本法第一条は、「この法律は、たばこ専売制度の廃止に伴い、製造たばこに係る租税が財政収入において占める地位等に鑑み、製造たばこの原材料としての国内産の葉たばこの生産及び買入れ並びに製造たばこの製造及び販売の事業等に関し所要の調整を行うことにより、我が国たばこ産業の健全な発展を図り、もって財政収入の安定的確保及び国民経済の健全な発展に資することを目的とする」と書かれており、あくまでもタバコ税を中心とする財政面が強調され、喫煙が引き起こす国民の健康障害問題などには一切触れていない。

しかし、タバコによる健康障害が明らかにされた以上、喫煙はニコチン依存

症であるとの認識に立ち、その予防を含めて、タバコの直接的・間接的被害より国民を守るという立場から、タバコに関する規制が行われるべきである。そのためには、現在、「たばこ事業法」の枠内において、もっぱら販売のための広告に際しての注意表示義務等に留まっているタバコに関する規制のあり方について、抜本的な見直しを行うことが必要である。

平成 18 年度から新設されたニコチン依存症管理料による禁煙治療は、指導終了後 3 カ月後、6 カ月後も禁煙継続しているものが約 30%と成果を挙げている(56)。したがって、今後も質を担保しつつ量的拡大をはかり、さらに多くの喫煙者が容易に禁煙治療を受けることができるようにするとともに、地域や職域で広く実施されている健診・検診の場においても、禁煙支援を受けることができるようにするなど、禁煙治療・禁煙支援の体制を整備する必要がある。そのためにも、GDP 比では極めて低いレベルにあるタバコ対策推進費をタバコ規制先進国なみに増額すべきである。

## たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約第8条を履行するための ガイドライン

受動喫煙が肺がんや心筋梗塞、小児の中耳炎、気管支炎・肺炎や喘息の悪化、乳幼児突然死症候群などの原因となることには、十分な科学的証拠がある。このため、職場・公共の場所での喫煙の禁止を推進することは、公衆衛生の立場から当然である。他人の健康を害してまで喫煙する権利を喫煙者に認めることはできないからである。たばこ規制枠組み条約の第8条（たばこの煙にさらされることからの保護）では、以下のように規定している。

1 締約国は、たばこの煙にさらされることが死亡、疾病及び障害を引き起こすことが科学的証拠により明白に証明されていることを認識する。

2 締約国は、屋内の職場、公共の輸送機関、屋内の公共の場所及び適当な場合には他の公共の場所におけるたばこの煙にさらされることからの保護を定める効果的な立法上、執行上、行政上又は他の措置を国内法によって決定された既存の国の権限の範囲内で採択し及び実施し、並びに権限のある他の当局による当該措置の採択及び実施を積極的に促進する。

2007年6月30日から7月6日までバンコクで開催されたたばこ規制枠組み条約第2回締約国会議において、たばこ規制枠組み条約第8条履行のためのガイドラインが日本を含め全会一致で採択された。このガイドラインは、締約国に対し、屋内施設の100%完全禁煙を実現するための法的規制をとることを求めている。このガイドラインの基本要素は以下の通りである。

- 1：第8条は基本的な人権に基づくものであることを承認すべきこと
- 2：自主規制ではなく、法的な規制であるべきこと
- 3：全ての人々を対象とするべきこと
- 4：100%全面禁煙の環境とするべきこと
- 5：包括的に適用するべきこと
- 6：法律の起草は注意しておこなうべきこと
- 7：公衆を啓発し、参加させるべきこと
- 8：市民団体を関与させるべきこと
- 9：法律の遵守をさせる責任部署とその責務を特定するべきこと
- 10：適切な罰則を設けるべきこと
- 11：効果的な執行の基盤を構築するべきこと
- 12：執行は戦略的におこなうべきこと
- 13：法律の「将来における変化の可能性」を示すべきこと
- 14：モニタリングと評価をおこなうべきこと

出典：<http://www.nosmoke-med.org/PDF/fctc8.pdf>、  
[http://www.fctc.org/x/documents/WHO\\_COP2/FCTC\\_COP2\\_7-en.pdf](http://www.fctc.org/x/documents/WHO_COP2/FCTC_COP2_7-en.pdf)



## 屋内禁煙法による心筋梗塞の減少

1. Glantz SA. Meta-analysis of the effects of smokefree laws on acute myocardial infarction: An update. *Preventive Medicine*. doi:10.2016/i.ypped.2008.06.007

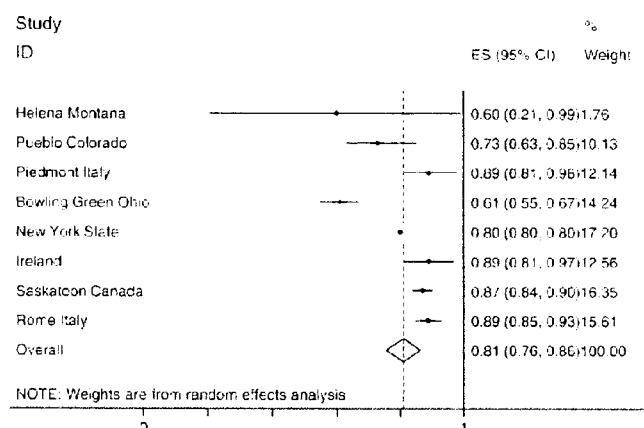


Fig. 1. Summary of studies of the effects of smokefree laws on acute myocardial infarction in Helena, Montana (Sargent et al., 2004), Pueblo, Colorado (Bartocci et al., 2005), Piedmont, Italy (Barone Adesi et al., 2006), Bowling Green, Ohio (Khuder et al., 2007), New York State (Juter et al., 2007), Ireland (Cronin et al., 2007), Saskatoon, Canada (Lemstra, Neufort and Opondo 2008), and Rome, Italy (Cesaroni et al., 2008).

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

スコットランドでは2006年3月31日より全面禁煙法が施行された。同地区510万人の人口のうち、300万人の医療を担当する9病院で、季節を6月～3月に統一した10ヶ月間で、ICD-10コード：I21による入院患者を対象として漏れのない調査を、プロスペクティブに、喫煙歴を確認しながら、受動喫煙の状態を問診と血中・尿中コチニンの生体試料で確認し、全面禁煙法の前後の急性冠症候群（Acute Coronary Syndrome.: ACS）の入院患者数の比較分析が行われた。

全面禁煙法施行前の10ヶ月間（2005年6月～翌年3月）のACSによる入院患者数3235人は、施行後の10ヶ月間（2006年6月～翌年3月）には2684人にて17%の減少が観察された。

喫煙の有無による入院減少率は、喫煙者で14%減（1176→1016=160人）、元喫煙者で19%減（953→769=184人）、非喫煙者で21%減（677→537=140人）であった。

現喫煙者におけるACS減少率の比較では、女性喫煙者は19%減で男性喫煙者の11%減よりも大きく、元+非喫煙者でも同様に女性の23%減は、男性の元+非喫煙者の18%減よりも大きかった。年齢層による検討では、中年（男性55歳以下、女性65歳以下）の現喫煙者の9%減に対し、高齢者は18%減少。中年の元+非喫煙者の8%減少に対して、高齢者は22%減少していた。

# 米国各州の屋内施設における喫煙の法的規制、施設別

(2008 年第 1 四半期)

Office on Smoking and Health State, Tobacco Activities Tracking and Evaluation (STATE) System, Legislation-Smokefree Indoor Air-All sites)

|                                | Banned 100%<br>Smokefree | Separate<br>Ventilated<br>Areas | Designated<br>Areas | Total<br>Number of<br>States with<br>Any<br>Restriction | No<br>Restrictions |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------------|---|--------------------|
| Bars                           | 15* (0, 0, 6)            | 2                               | 5                   | 22  | 29                 |
| Commercial Day Care<br>Centers | 35*† (19, 22, 29)        | 1                               | 4                   | 40  | 11                 |
| Enclosed Arenas                | 24* (2, 2, 11)           | 3                               | 12                  | 39  | 12                 |
| Government Worksites           | 29* (8, 11, 17)          | 6                               | 13                  | 48  | 3                  |
| Grocery Stores                 | 26* (6, 6, 12)           | 3                               | 13                  | 42  | 9                  |
| Home-based Day Care<br>Centers | 34*† (11, 12, 23)        | 1                               | 3                   | 38  | 13                 |
| Hospitals                      | 25* (5, 5, 14)           | 4                               | 17                  | 46  | 5                  |
| Hotels and Motels              | 7 (0, 0, 1)              | 1                               | 21                  | 29  | 22*                |
| Malls                          | 22* (1, 1, 9)            | 4                               | 6                   | 32  | 19                 |
| Prisons                        | 6 (0, 2, 4)              | 2                               | 3                   | 11  | 40*                |
| Private Worksites              | 24* (0, 0, 9)            | 3                               | 12                  | 38  | 12                 |
| Public Transportation          | 33* (15, 16, 22)         | 3                               | 10                  | 46  | 5                  |
| Restaurants                    | 24* (1, 1, 10)           | 3                               | 15                  | 42  | 9                  |

Banned 100% Smokefree の ( )内の 3つの数値は、1995 年、2000 年、2005 年の各第 4 四半期におけるものである。

\* Includes Washington, DC

† Includes 12 states where smoking is banned when children are on premises for Commercial Day Care centers and 24 states for those of Home-based Day Care Centers.

## 社団法人日本フードサービス協会（JF）の概要

### ◆設 立◆

昭和49年10月、わが国の外食産業の近代化を図り、食生活の向上と新たな食文化の形成に寄与することを目的として、農林水産省の認可のもとに設立された業界団体です。外食産業の基盤強化・地位向上と外食企業の質的向上を目指して、これまで活動を続けております。

### ◆加盟会員社数（平成20年7月現在）◆

|                        |      |
|------------------------|------|
| 正会員（外食店舗を経営する企業）       | 478社 |
| 賛助会員（外食に関連したメーカー、商社など） | 372社 |
| 合 計                    | 850社 |

正会員（加盟外食企業）のトータル規模

業 態：ファーストフード、ファミリーレストラン、パブレストラン・居酒屋、  
ディナーレストラン、喫茶、その他（宅配、給食ほか）

総売上：約5兆7千億円

店舗数：約6万4千店舗

### ◆役 員◆

会 長：田沼 千秋（株グリーンハウス 代表取締役社長） 平成20年5月就任

副会長：安部 修仁（株吉野家ホールディングス 代表取締役社長）

〃 玉置 泰（株一六 代表取締役社長）

〃 若林 昭吾（株三好野本店 代表取締役社長）

〃 田邊清八郎（株銀たなべ 代表取締役社長）

〃 重里 欣孝（サトレストランシステムズ株 代表取締役執行役員社長）

〃 櫻田 厚（株モスフードサービス 代表取締役社長 CEO）

〃 谷澤 憲良（タニザワフーズ株 代表取締役社長）

〃 宮下 雅光（株ストロベリーコーンズ 代表取締役社長）

〃 佐竹 力總（株美濃吉 代表取締役社長）

〃 渡邊 正夫（日本ケンタッキー・フライド・チキン株 代表取締役執行役員社長）

## ◆協会の主な事業・活動◆

### <教育研修活動>

経営トップの方々から、中堅幹部や管理職、現場最前線の各部門担当者の方々まで、階層別、分野別そして総合的な人材育成・能力開発のためのセミナーやビジネススクールを開催し、外食産業に携わる人間の質の向上を目指します。年頭の「JF 戦略セミナー」に始まり、「新入社員研修」、「フードサービスビジネススクール」、「マーチャンダイジング講座」や「店舗開発講座」、その他、アメリカや中国への海外研修、各地域・ブロックでの「外食経営セミナー」や「食育セミナー」を開催しています。

また、フードサービスの学問的研究を進める日本フードサービス学会への協力・支援を行っています。

### <マネジメントサービス活動>

賃金や雇用制度、パート・アルバイトの労務管理などの事例発表や情報交換を行う労務研修会、クレーム対応や防犯対策の危機管理情報交換会、さらに食中毒防止セミナー、環境対策セミナーなど外食経営の参考になるような情報交換会やセミナーを企画・運営しています。また、外食産業における食品衛生管理者を養成するため、HACCPなどの考えを導入した「サニタリーマネジメント・プロフェッショナル養成講座」を開設しています。さらに、クレジットカード利用に伴う手数料の引き下げなど会員企業にとってメリットとなる活動を実施しています。

### <調査研究活動>

経済環境や社会環境が変化する中で、外食産業はどう対応していくべきか、企業の経営方針・指針の参考となる資料・データが求められています。協会の組織を活用し、経営に役立つ情報を提供すべく各種の調査研究活動を実施しています。主な調査として、外食産業市場動向調査、経営動向調査、食材仕入実態調査、労務実態や環境対策に係る調査研究を行っています。

### <フードサービス催事の開催>

外食関連企業の商談交流の場となる「JFフードサービスバイヤーズ商談会」や一般の人々に外食および関連する産業との関わりをアピールする「ジャパンフードサービスショー」などを企画・開催しています。

### <出版物・資料の刊行>

会報誌「JFマンスリー」、会員社の企業概要を紹介する「JF年鑑」、外食産業の基礎的データをまとめた「データハンドブック」、さらに30周年記念事業の一環として外食産業の礎を築いた経営者・起業家を記した「外食産業を創った人々」などを発刊しています。

### <国・行政への働きかけ>

税制改正要求や規制緩和など外食産業の基盤・経営を強化するため様々な形で要望や提言を行っています。また、パートの社会保険適用拡大や米国産牛肉問題などで外食業界の立場や経営への影響などをアピールしています。

### <社会貢献活動>

外食の日キャンペーンやJF愛の募金活動を通じて、国際的な食糧援助、障害者支援や環境保全に努める団体・機関等に支援を行っています。地球温暖化対策についても外食産業の現状を把握し、省エネ対策など取組可能な対策を検討しています。

## ◆各委員会の主要事業◆

### <教育研修委員会>

#### ○各種セミナーやビジネススクールの開催と海外研修

トップを対象とした「経営セミナー」や「戦略セミナー」、業界の発展過程で蓄積してきた人材や知識、経営技術等を教育資源としてカリキュラム化するJFならではの「経営専門コース」等の開催。外食の先進事例を学ぶ「アメリカ研修」や中国への進出・投資の手がかりを探る「中国研修」の実施。

#### ○教育担当者の会

各社が実践している教育研修活動についての情報交換等を通じて担当者のホットラインづくりを行うとともに、各社のレベルアップを図る。

### <労務委員会>

#### ○パートタイマーの社会保険加入適用拡大問題などへの対応

外食産業の経営を圧迫するパートへの年金や健保適用拡大、深刻化する労働力不足などについて、情報提供や実態の調査を行っていく。

#### ○労務管理セミナーや労務研修会の開催

外食企業・店舗における雇用や賃金制度などの実務的セミナー、人事労務担当者を対象に各社の事例発表や情報交換などの労務研修会を開催する。

### <食材調達・開発等委員会>

#### ○農畜水産業との連携およびバイヤーズ商談会の開催

生産者との情報交換や地域農産物の需要開拓につなげる産地見学交流会の実施。内外の食材や外食関連商品の出展・プレゼンテーションの場となる「JFフードサービスバイヤーズ商談会」の開催など。

#### ○米国産牛肉輸入再開や農業政策に関する情報提供や要請・勉強会

BSE対策実行特別委員会との連携に基づき、輸入再開の要請や会員社への情報提供を行っていく。また、農産物の自由貿易協定やセーフガード発動に関する問題などについての勉強会や、食材仕入実態調査の取りまとめを行う。

### <環境委員会>

#### ○環境問題全般に対する事業・活動

環境対策セミナーや施設見学会等の実施、地球環境負荷の軽減を目的にした外食産業の環境自主行動計画の検討を行う。

#### ○食品廃棄物問題への取り組み

食品リサイクル法への対応策の普及啓蒙を図る。モデル事業として立ち上げた生ゴミリサイクル事業や先進的事例をもとに会員社の廃棄物適正処理についての意識を高める。廃棄物処理機のJF推奨品の選定と普及活動を進める。

### <安全安心委員会>

#### ○リスクに関する情報提供やセミナー、危機管理情報交換会の開催

JFアラーム情報の発信等による会員社の危機管理に関する情報共有化。外食に関わるリスクについての情報提供とセミナー、情報交換会などの開催。

#### ○「JFサニタリーマネジメントプロフェッショナル養成講座」の開講

店舗における実務的な食品衛生の管理指導者を養成する講座。講義の他、実習、ケーススタディ、HACCP的手法の考え方などを盛り込む。

#### ○安全衛生を推進するセミナーや原産地表示に関わる勉強会の開催

店舗における食中毒予防の重要ポイントと実践のセミナーや原産地表示を推進するための勉強会などを開催する。

#### <税・財務委員会>

○税制と社会保障制度の一体的改革に対する取り組み・活動

消費税を含めた税制問題とパートへの年金適用拡大に対しての業界の姿勢と対応についての検討・準備を進める。

○外食産業経営動向調査

外食企業の財務面・経営意向のアンケート調査による報告書作成。

#### <組織強化委員会>

○ブロック組織の強化

地方の外食産業の活性化や企業育成をめざしブロック協議会（外食経営セミナーなど）を開催、地方と本部との密接な関係の構築を図る。

○会員交流活動の強化

協会加入のメリットを高めるための正会員と賛助会員との交流情報交換会の開催等を推進する。

#### <情報システム委員会>

○低コストによるITインフラ導入の検討

外食企業が多額な初期投資を必要とせずITインフラを導入できるような環境作り仕組み作り、さらに将来の標準化なども検討する。

○会員向け情報サービス事業の構築

情報システムに関する相談窓口機能の設置、推奨システムの斡旋など会員向けの情報サービス機能を構築する。

#### <広報調査委員会>

○広報PR活動の強化

消費者やマスコミに対して外食産業に関わる課題・問題について業界の主張や取り組みなどを積極的にアピールしていく。

○外食産業からの情報発信

市場動向調査月次報告や外食産業データハンドブック、外食に関わる情報・資料等を会員社および外部に配布提供。

○広報的視点によるリスク対応

リスク時における企業広報のあり方やマスコミ対応などを学ぶセミナー等の開催。

#### <食育推進委員会>

○食育に関するセミナーや情報交換会等の開催

食育についての基本的な概念や外食産業ならではの食育活動を推進するため、研修・勉強会を実施する。

○食育に関するガイドライン策定

外食産業における食育の考え方や指針、事例等をまとめ、各社の食育活動推進の参考に供する。

#### ◆協会関連団体◆

株式会社ジェフグルメカード

外食産業ジェフ厚生年金基金

全国外食産業ジェフ健康保険組合

日本フードサービス学会

禁煙スタイル 主宰・管理人 岩崎 拓哉

禁煙スタイルのサイト運営から見えた  
現場の経営事情・利用客と従業員を受動喫煙問題  
～実効性のある受動喫煙対策実現に向けて～

2008. 09. 17

# 目次

- 禁煙スタイルの概要、紹介
- 飲食店の事業所数と、禁煙・分煙飲食店の傾向
- 飲食店の禁煙化が難しい理由
- 完全禁煙、完全分煙の営業比較
- 飲食店での受動喫煙問題
- 「禁煙飲食店アンケート2008」に寄せられた回答と現場の声
  - 禁煙飲食店利用客の男女比、喫煙客の割合
  - 禁煙営業を始めたきっかけ
  - 禁煙営業のタイミングと売上の増減
  - 禁煙営業の前に完全分煙を検討したか
  - 法規制による全面禁煙の必要性について
  - 現場から寄せられたコメント(自由記述欄)
- 利用客と従業員の受動喫煙防止対策実現に向けて

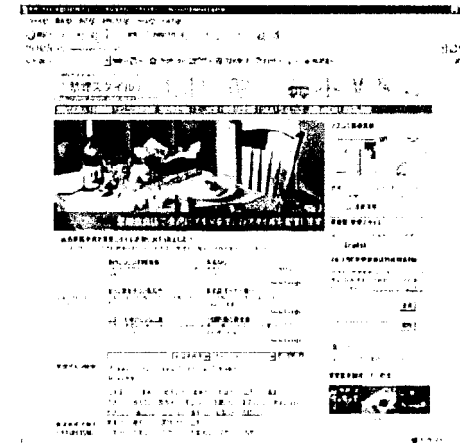


# 禁煙スタイルの概要、紹介

■全国の禁煙・分煙飲食店を口コミで紹介するインターネット上のグルメサイトとして、2005年5月31日の世界禁煙デーに開設。

■店舗情報は利用客や飲食店オーナーが直接書き込む口コミ登録方式を採用。

■禁煙スタイルのサイト運営を通じて、禁煙飲食店を対象としたアンケート調査や、禁煙推進・受動喫煙防止をテーマとした講演などにも取り組む。



<http://www.kinen-style.com/>

|         |  |
|---------|--|
| コンテンツ内容 | 完全禁煙・完全分煙・時間帯禁煙に該当する飲食店                  |
| 登録店舗数   | 約10,700店(そのうち、完全禁煙店は約8,700店)             |
| アクセス数   | 月間アクセス数:43万、月間訪問者数:約17万(IPアドレス単位)        |
| その他     | 携帯版の禁煙スタイルも運営、受動喫煙・喫煙者向けの禁煙方法に関する情報なども掲載 |

# 飲食店の事業所数と、禁煙・分煙 飲食店の傾向

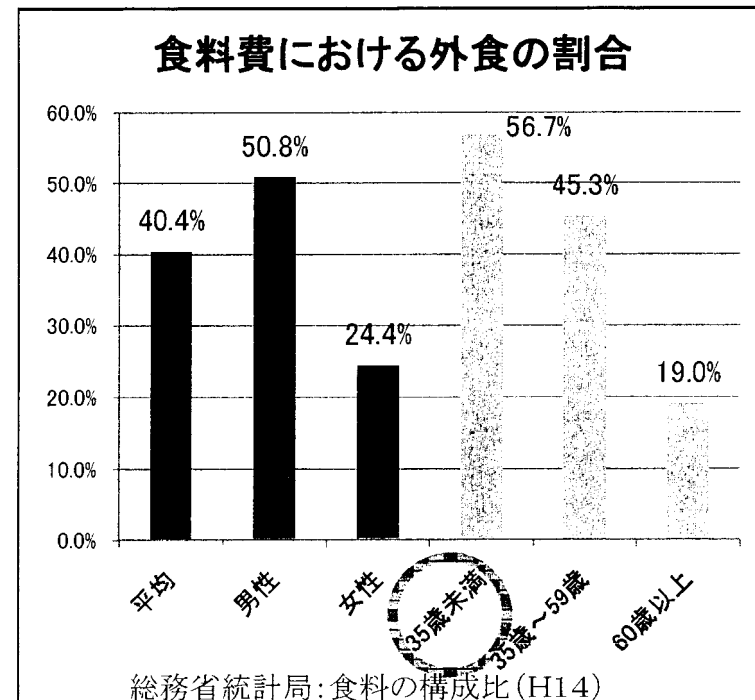
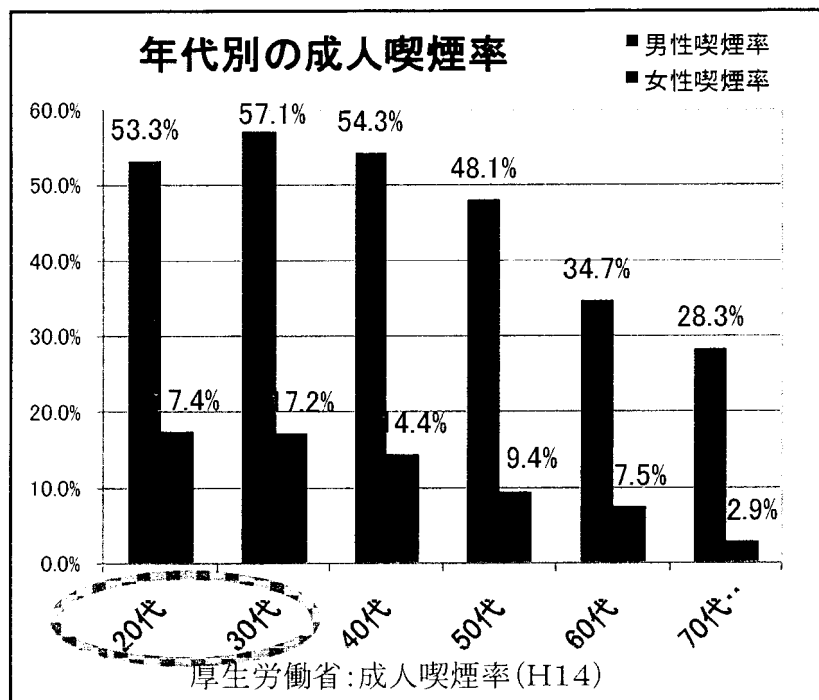
- 総務省統計局の事業所数調査によると2006年時点で、全国で約72万件の飲食店が営業している。
- 禁煙スタイルに登録されている禁煙・分煙店は約10,700店舗。事業所数統計と比較すると1割にも満たない。特に完全分煙店は極めて少ない。  
(実態の禁煙・分煙飲食店は禁煙スタイル登録数よりも多いと思われる)

|           |          |                             |
|-----------|----------|-----------------------------|
| 飲食店の全事業所数 | 724,559店 | 総務省統計局発表(2006年)             |
| 完全禁煙の飲食店  | 8,709店   | 禁煙スタイルの登録店舗数<br>(2008年9月時点) |
| 完全分煙の飲食店  | 693店     | 〃                           |
| 時間帯禁煙の飲食店 | 1,379店   | 〃                           |

# 飲食店の禁煙化が難しい理由(1)

日本人の喫煙率は約26%、国民の3/4は非喫煙者である。  
しかし、3/4以上の飲食店が禁煙・分煙になっているとは到底思えない。なぜか？

それは、喫煙率の高い世代ほど外食にお金を使う傾向が高いからでは？



## 飲食店の禁煙化が難しい理由(2)

職場の宴会・行事や、人付き合いなどの際、非喫煙者が喫煙者に合わせて喫煙席を利用することが多い。

(タバコの煙を我慢し、声を出せない非喫煙者が潜在的に多いのでは?)

例1)ファミレスを4人グループで利用する場合、

1人でも喫煙者がいたら喫煙席を選ぶ傾向が考えられる

(店員からおタバコは吸われますか?と聞かれば、普通は“はい”と答える)

例2)職場で宴会をするため、近くの居酒屋を10人で予約。

グループの中には、たいてい2~3人は喫煙者がいるため、

非喫煙者が過半数であっても、わざわざ禁煙のお店を

選ばない。そのため、禁煙店は宴会予約が取りづらいと

言われている。

# 完全禁煙・完全分煙の営業比較

|      | 利用客の<br>受動喫煙<br>防止 | 従業員の<br>受動喫煙<br>防止 | メリット  | デメリット  |
|------|--------------------|--------------------|---|--|
| 完全禁煙 | ○                  | ○                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・導入コストが発生しない</li> <li>・灰皿交換などの手間が省ける(人件費削減)</li> <li>・清掃コストが下がる</li> <li>・客層が良くなる</li> <li>・料理や飲み物の味や香りを守れる</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・喫煙客が他の店に流れる不安がある(店舗によっては売り上げの減少)</li> </ul>  |
| 完全分煙 | △                  | ×                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・喫煙客が他の店に流れる不安が減る(店舗によっては分煙コストを負担しても採算が合わない可能性も ※不完全分煙と比較して)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業員が受動喫煙を受ける</li> <li>・喫煙席に同席している非喫煙者(未成年含め)も受動喫煙を受ける</li> <li>・分煙工事、維持などに大きなコストを強いられる</li> <li>・分煙のコストが禁煙席利用客にも反映されてしまう</li> <li>・分煙機器、パーティションなどの設置で圧迫感が出る</li> </ul> |

## 飲食店での受動喫煙問題

1. 完全禁煙の飲食店は全体のごく少数で、大多数の飲食店では従業員も受動喫煙被害を受けている。
2. 利用客に対する受動喫煙への配慮は少しずつ進んでいるが、従業員の健康を考えた対策は遅れている。
3. 外食業界は、高校生や大学生などの未成年者も数多く従事しているが、未成年従業員の受動喫煙対策を業界として考えているように見られない。
4. 経営者が働く側の健康面を理由に禁煙営業への移行を考えていても、売上の問題で禁煙にできない店舗もある。

# 「禁煙飲食店アンケート2008」に 寄せられた回答と現場の声

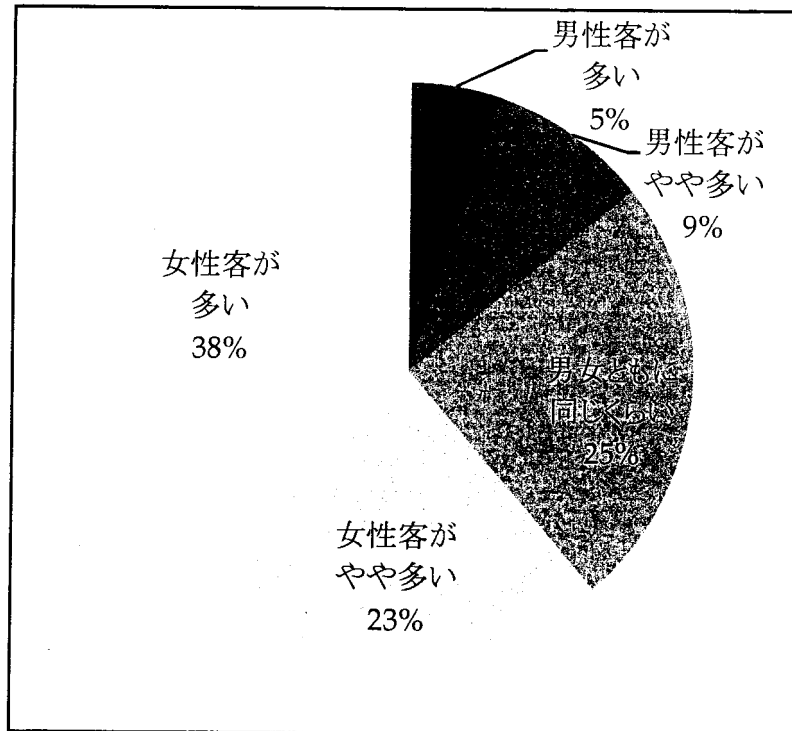
## ＜禁煙飲食店アンケートとは＞

禁煙スタイルに登録されている禁煙飲食店オーナー（関係者）に対し、禁煙営業のきっかけや売上の増減など、他の飲食店にも参考となるような質問内容のアンケート調査とした。選択式による回答だけでなく、自由記述欄には現場の生の声が多数寄せられている。

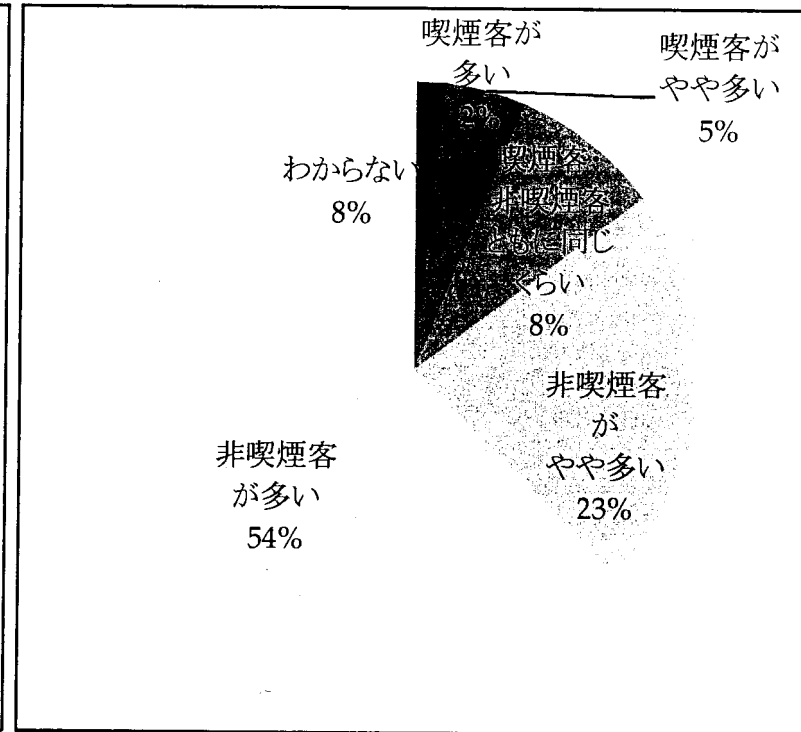
- 調査主体：禁煙スタイル
- 調査期間：2008年3月1日～4月7日
- 調査対象：禁煙スタイルに登録している禁煙飲食店オーナー会員
- 調査方法：ネット上のアンケートシステム
- 告知方法：EメールとDMにてアンケートの回答を依頼
- 有効回答：176回答／213店舗中（回答率約82%、36都道府県）

# 禁煙飲食店利用客の男女比、喫煙客の割合

質問: 来店されるお客様の男女比をお答えください。



質問: 喫煙習慣の有るお客様と無いお客様ではどちらの来店割合が多いですか。

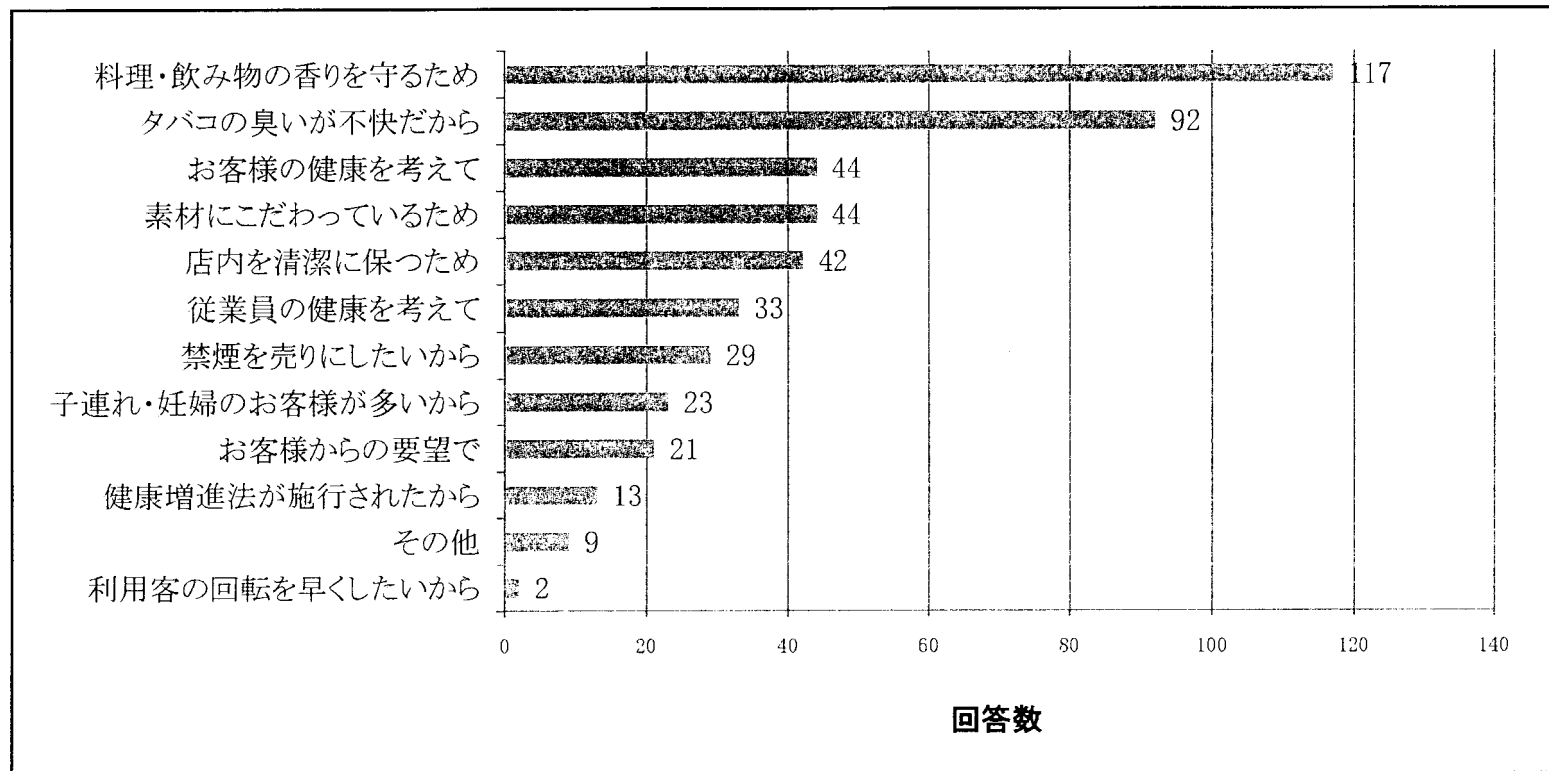


禁煙飲食店は女性と非喫煙者の割合が圧倒的に高いが、喫煙者の方が来店割合の多い店舗もいくつか見られる。



# 禁煙営業を始めたきっかけ

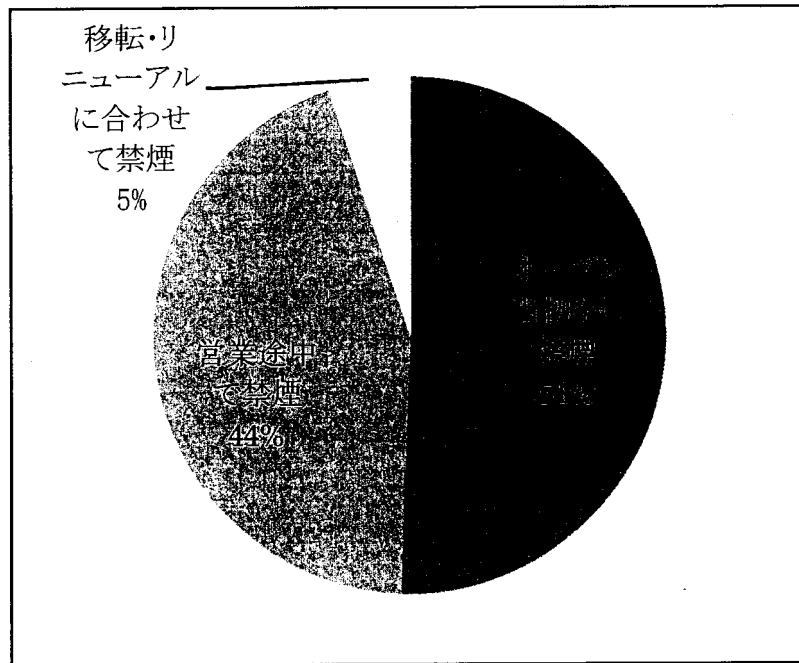
質問:禁煙にされたきっかけをお答えください。(最大3つまで選択:全469回答)



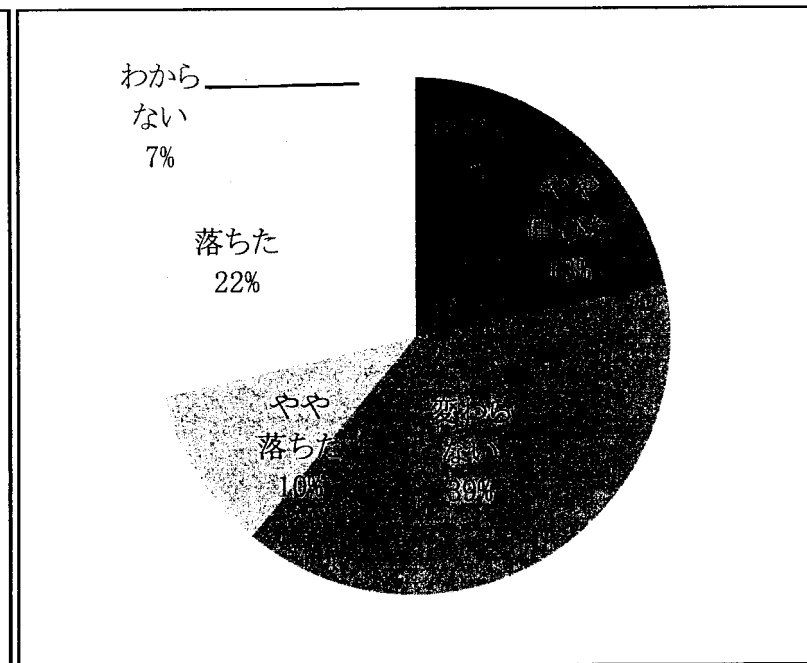
健康問題と並んで、料理や飲み物へのこだわりなどで、禁煙営業にしている傾向が見られる。健康増進法が根拠よりも、自主的な判断で禁煙にしている店舗が多い。

# 禁煙営業のタイミングと売上の増減

質問: 貴店はどのタイミングで禁煙に  
されましたか?



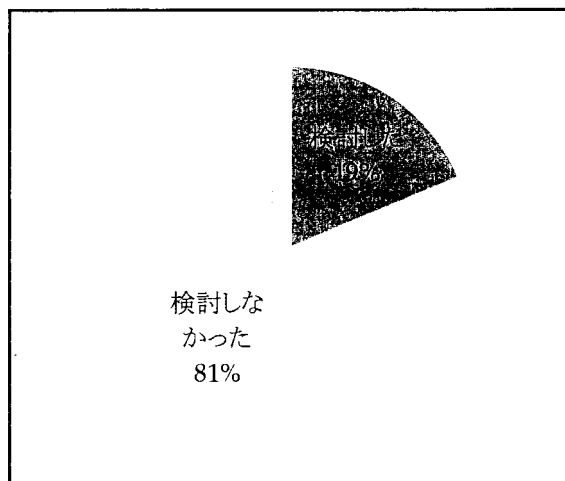
質問: 「営業途中で禁煙」、または「移転・リニューアルに合わせて禁煙」とお答え  
頂いた方に質問です。禁煙後、現時点で  
売上への影響(上下)はありますか?



売上の増減については営業途中・移転時に禁煙化した店舗しか把握できないが、  
6割以上の店舗は禁煙営業によって売上を維持できていることがわかる。

## 禁煙営業の前に完全分煙を検討したか

質問:禁煙で営業する前に完全分煙での営業を検討しましたか?



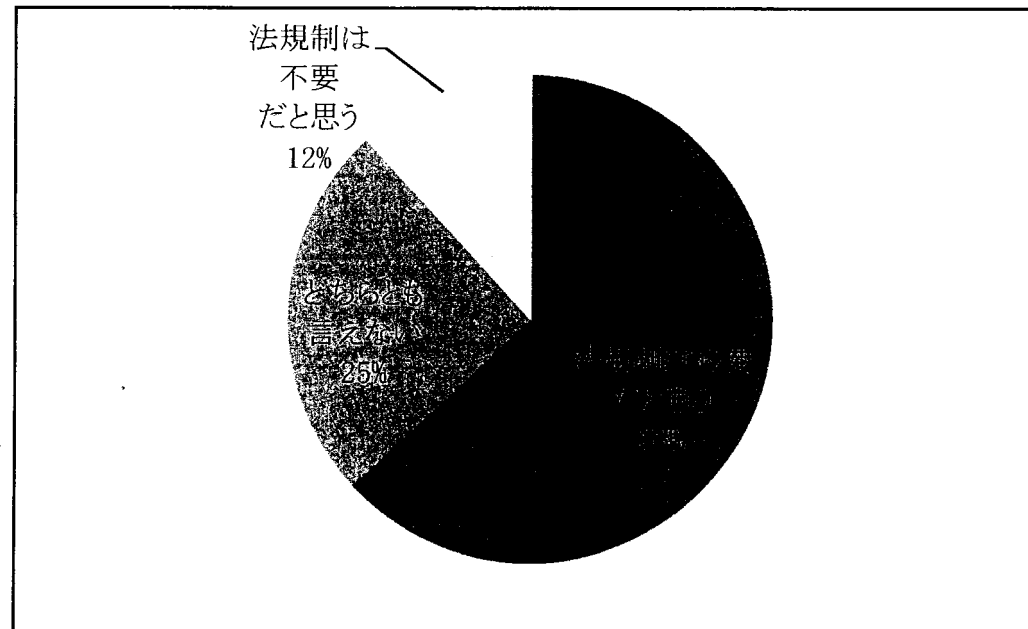
### <現場から寄せられた声(自由記述欄)>

- ・完全分煙にするための資金がなかった。(喫茶店/福島県)
- ・分煙だと空気中にタバコの粒子があるから飲み物も食べ物もまずくなる。(イタリアン/東京都)
- ・中途半端だからしませんでした。分煙店のほとんどが煙草の煙の臭いがします。(アジア・エスニック/東京都)
- ・肺気腫である以上、他に選択の余地はありませんでした。(バー・パブ/東京都)
- ・分煙だと、分煙パーティションの設置により座席に圧迫感が出てしまう。(カフェ/富山県)
- ・1. 分煙化は店舗構造上無理がある。2. 分煙の完璧構造は完全禁煙と考えたから。(お好み焼き/大阪府)
- ・店が狭いのでスペース的に無理があったことと、空調設備等が高額になるため。(うどん・そば・丼/和歌山県)

アンケートは8~9割以上が小規模な個人飲食店からの回答と考えられ、小規模な店舗では、完全分煙が現実的に難しい様子が結果から伺える。

## 法規制による全面禁煙の必要性について(1)

質問:多くの海外先進国では、飲食店・職場の禁煙化が法律や条例で定められています。日本では罰則規定の無い健康増進法が施行されていますが、日本にも飲食店などの屋内を禁煙とする罰則付きの法規制が必要だと思いますか？

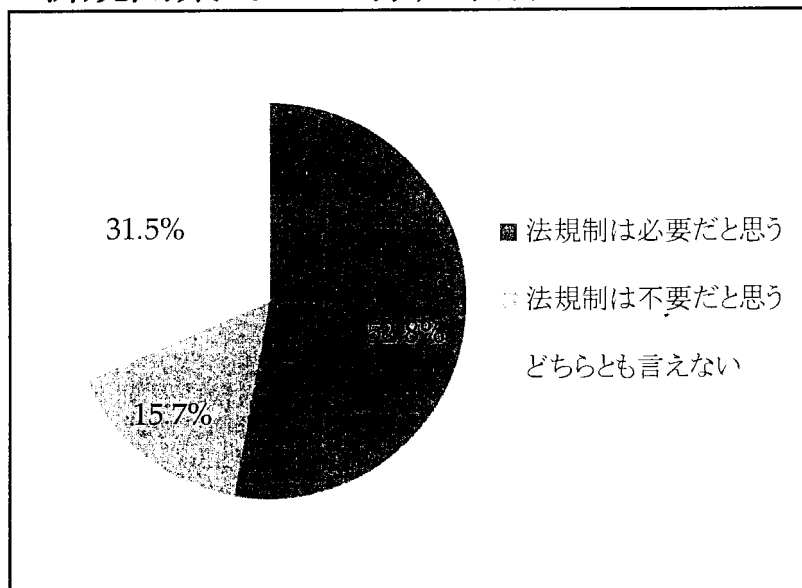


神奈川県禁煙条例がニュースなどで話題になると、反対派の飲食店経営者の意見が目立つが、禁煙営業をしている多くの飲食店は法規制の必要性を感じている。

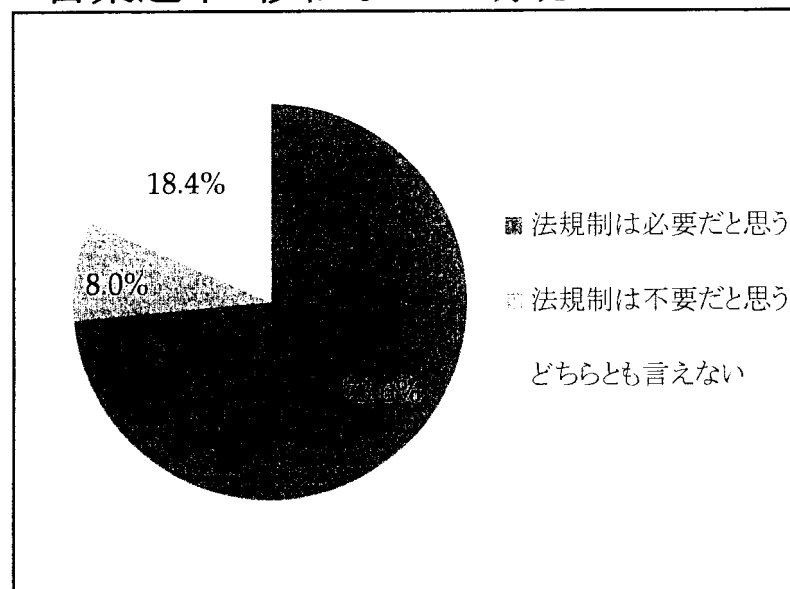
## 法規制による全面禁煙の必要性について(2)

参考：“新規開業時”から禁煙営業をしている飲食店と、“営業途中・移転など”で禁煙営業に移行した飲食店との間で、法規制の必要性について差が出るかを比較。

“新規開業時”から禁煙営業



“営業途中・移転など”で禁煙



営業途中や移転で禁煙した飲食店ほど、禁煙営業の苦勞をしていることが考えられ、その結果として法規制の必要性を望む声が高いのではと考えられる。

## 現場から寄せられたコメント(1)

### <禁煙営業を始めたきっかけ>

- ・当店は家族経営をしています。一番最初のきっかけは妊娠中の妻が働いていたことと、1歳の息子がお店でごはんを食べていたからです。また私を含め両親も営業が終わると頭が痛くなっていました。主に妊娠中の妻と息子の健康を考えていたら、お店にいらっしゃるお客様の中でも、非喫煙者(特に妊娠中の方やお子さん)がタバコの害にさらされている状態が我慢できず完全禁煙にしました。(うどん・そば・丼／東京都)
- ・私自身は喫煙者なのですが、食事中に他の方が吸われるタバコの煙に、うんざりしていたため。これは多くの方の意見だと確信していたため。(フレンチ／滋賀県)
- ・禁煙者も喫煙者も、双方にとって同じ心地よい環境で飲食を楽しんでいただきたいので。(カレー・インド料理／東京都)
- ・経営者である自分が2004年に食道ガンの診断を受け、即禁煙。再発防止のため。(バー・パブ／東京都)
- ・私自身が喘息になってしまい、それもかなり急速に悪化し、自身の禁煙だけでは収まりがつかず、お客様の吸われるタバコの副流煙でも発作が起こるようになってしまいました。主治医からも「店を禁煙にするか、店を閉めてほかの職業に就くか考えてほしい。」と言われた為、迷わずに店の禁煙化に踏み切りました。(バー・パブ／東京都)
- ・経営者である私たちは煙草を吸いません。また未成年のアルバイトなどを雇う可能性もあり、従業員の健康を第一に考えております。飲食をする場において、煙草の煙があることでリラックスできないお客様も大勢いらっしゃいますし、来店されるお子様や赤ちゃんの健康なども気になります。(その他／神奈川県)

## 現場から寄せられたコメント(2)

### <禁煙営業にして良かったこと>

- ・修学旅行で訪れる学校の先生方から、「安心して生徒に勧められる」と電話で感謝されます。お年寄りの方からも美味しい香りの中で食事ができていいと言われます。(定食・食堂／北海道)
- ・店内の空気がきれい。マナーの悪い客が来なくなった。ゴミが減った。(うどん・そば・丼／千葉県)
- ・禁煙のお店限定で探されていたお客様が、当店の存在を知って喜ばれた事です。(洋食／京都府)
- ・客質が良くなった。店内の汚れが少なくなった。子供連れ、妊婦さんが来店されても安心。(洋食／長崎県)
- ・不快な臭いの中で働かなくても良いので助かります。また、非喫煙者は喫煙者に比べて一般的にマナーの良い人が多いので、客層が良くなったと感じています。(居酒屋／北海道)
- ・能代市の飲食店で唯一(一番最初の取り入れた)という話題。非喫煙者から、『たばこの煙から逃れられるのはこの店だけ』と貴重な店と言われることが多いこと。(バー・パブ／秋田県)
- ・お客様に「禁煙のバーがあるなんて嬉しい」「空気がきれいですね」と喜んでいただいた時。(バー・パブ／神奈川県)
- ・全面禁煙の店は少ないので、うちしか利用しないという人がいること。(喫茶店／神奈川県)

## 現場から寄せられたコメント(3)

### <禁煙営業にしてつらいと感じること>

- ・禁煙の旨を伝えると宴会の予約がキャンセルされる。宴会でもお酒を多く飲まれる客の利用より食事中心の客が多いので、飲みものの売上げが少ない。(和食／埼玉県)
- ・お客さんが全く来ない時期があったことです。(お好み焼き／大阪府)
- ・常に煙草の煙の無い所で生活しているので、タバコの臭いに敏感になり、外出すると歩きタバコの臭いで頭痛がして辛い。(イタリアン／東京都)
- ・特になし。(フレンチ／神奈川県)
- ・実際の所、私自身も愛煙家です。大分減りましたが……。やはりお客様にお席を立たせる事は、申し訳ないと感じます。(お店の中で喫煙することはありません)(洋食／宮崎県)
- ・喫煙者のお客様に禁煙を理由に帰らないまでも、ブツブツと文句を言われること。(ラーメン／徳島県)
- ・「なんだ、飲み屋のくせにタバコが吸えないのか」などと悪態を吐かれたとき。(バー・パブ／神奈川県)
- ・売上です。思っていたよりも苦戦しています。(バー・パブ／兵庫県)



## 現場から寄せられたコメント(4)

### <禁煙営業をする上での応援のメッセージやアドバイス>

- ・禁煙して下さい。必ず良かったと思える時が来ます。禁煙は世界的な流れです。(和食／兵庫県)
- ・本当に飲食を純粹に楽しめる上質なお客様は、たとえ喫煙習慣がある方でも飲食中は喫煙を控えられます。そういう方は、きちんとTPO及びマナーを大切にされるので。(バー・パブ／東京都)
- ・先進主要国では禁煙が当たり前になりつつあります。日本もいずれは禁煙を法律で制定するでしょう。その先駆けになりましょう。(カフェ／東京都)
- ・自分たちの健康が維持できないと、商売に必ず後で痛い思いすると思います！(イタリアン／千葉県)
- ・喫煙者自身や受動喫煙者の健康の為に、是非勇気を持って行動して下さい。料理を美味しく味わう為にも。(フレンチ／大阪府)
- ・そのお店の料理や価値が高ければ禁煙／喫煙は関係無いと言うのが私の持論です。他に付加価値が無いので、喫煙者はタバコ吸えないことを不満視して客離れをします。禁煙を検討しておられるのであれば、喫煙を超える付加価値・サービスを提供出来るよう経営者は努力が必要です。(ラーメン／東京都)
- ・喫煙者でも、禁煙だと言うと理解してくれる人はかなり多いと思いますから心配いりません。(バイキング／兵庫県)

## 利用客と従業員の受動喫煙防止対策実現に向けて

- 従業員と利用客の両方を受動喫煙から守るために、飲食や接客などのサービスを提供する場では、国が率先して法律で全面禁煙にすることが望ましい。
- 完全分煙（隔離された喫煙席）は、小規模店舗ほど物理的な面や分煙機器導入のコスト問題などで、実現が難しい。結果として、完全分煙ができる大手の飲食店に喫煙客が集中してしまうと考えられる。そのため、完全分煙のできない小規模店舗ほど、経営が圧迫される恐れがある。（一律に全面禁煙であれば、規模による差がなくなり、公平な競争ができるはず）
- 法規制を実現するためには、飲食店（商業施設）経営者を対象とした勉強会・イベントなどを開き、受動喫煙防止の必要性や、禁煙営業に取り組んで成功した事例などを伝えていく必要性が考えられる。  
（受動喫煙に関する情報だけでなく、飲食店経営者に関心を持ってもらえるテーマ・企画が望ましい）

以上