

事件番号 平成17年(ワ)第141号
事件名 損害賠償等請求控訴事件
原告 水野 雅信 外2名
被告 日本たばこ産業株式会社 外3名

準 備 書 面 5
(たばこの性質について)

2006年4月19日

横浜地方裁判所第5民事部合議A係 御中

原告ら訴訟代理人

弁護士 片 山 律
弁護士 伊 佐 山 芳 郎
弁護士 山 口 紀 洋
弁護士 三 枝 基 行
弁護士 吉 岡 睦 子
弁護士 浅 野 晋
弁護士 谷 直 樹
弁護士 飯 田 正 剛
弁護士 木 本 三 郎

弁護士 薦 田 哲

弁護士 榊 原 富 士 子

弁護士 猿 谷 明

弁護士 田 中 清 治

弁護士 中 川 利 彦

弁護士 中 島 美 砂 子

弁護士 山 本 政 明

目次

第1	違法性を基礎づける前提事実（たばこという商品について）	4
1	総論	
2	たばこの有害性（発がん性）	6
(1)	たばこ煙の成分	7
(2)	有害物質の量について	10
(3)	喫煙の肺がん、肺気腫に対する寄与率	10
ア	喫煙と肺がん	11
イ	喫煙と肺気腫	13
ウ	その他	15
(4)	禁煙によるリスクの低下	15
3	たばこの依存性（ニコチンの依存性とニコチンのコントロール）	15
(1)	たばこの依存性	15
(2)	たばこ（ニコチン）の依存性の特徴（克服された議論）	16
(3)	たばこの依存性の特徴（アルコール等他の合法製品あるいは違法薬物との違い）	17
(4)	喫煙開始と依存形成（契機）	18
(5)	ニコチンの依存性	19
ア	耐性について	20
イ	離脱について	21
ウ	強迫症状について	22
(6)	ニコチンの依存性の程度	26
(7)	禁煙の困難性（日本におけるニコチン以外の要因）	27
(8)	禁煙の動機付けの困難性（社会学的観点からの考察）	30
ア	禁煙の動機付けの重要性	30
イ	認知的不協和の理論	30
ウ	社会学的観点からの考察（イノベーション普及学）	32
4	たばこの消費（喫煙を含む）が及ぼす結果	33
(1)	被害の重大性・広汎性・現在進行性	33
(2)	被害の重大性	34
(3)	被害の広汎性	34

第2	嗜好品論について	4 1
1	被告会社主張の嗜好品論の問題点	4 1
(1)	事実としての嗜好品	4 1
ア	他の嗜好品との相違	4 2
イ	工業製品としての紙巻たばこのリスク	4 2
ウ	真実のリスクとの乖離	4 3
エ	知らされるべき身体的リスクの内容	4 3
(2)	法律的観点からの嗜好品論	4 4
(3)	たばこの効用について	4 5
2	被告会社主張の嗜好品論が誤りであること	4 6

第1 違法性を基礎づける前提事実（たばこという商品について）

1 総論

既に原告準備書面4で述べたとおり、我が国も批准している「たばこ規制枠組み条約」前文においては、以下の点が前提事実として確認されている（甲1、乙30）。

締約国は、・・・

「たばこの消費及びたばこの煙へ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並びにたばこ製品の煙にさらされることが及びたばこ製品を他の方法により使用することとたばこに関連する発病との間に時間的な隔りがあることを認識し、

紙巻たばこ及びたばこを含む他の製品が依存を引き起こし及び維持するような高度の仕様になっていること、紙巻たばこが含む化合物の多くに及び紙巻たばこから生ずる煙に薬理活性、毒性、変異原性及び発がん性があること並びにたばこへの依存が主要な国際的な疾病の分類において一の疾患として別個に分類されていることを認識し、・・・
・・・次のとおり協定した。」

これは、上記原告準備書面4でも詳述したとおり、文字通り、たばことたばこ関連病（死亡を含む）との因果関係を認め、たばこ及び喫煙により生ずるたばこ煙には発がん性をふくむ有害性があること、更には、たばこには依存性があり、かつ、たばこ産業がたばこ製品を依存性を引起し、それを維持するように設計していることを確認したものである。

上記「たばこ規制枠組み条約」前文で確認されたことこそ、たばこ製品の性質そのものである。たばこは人体に有害であり、依存性を有する商品である。しかも、たばこは、依存性を利用して依存を維持するように設計、製造、販売された商品であって、長期間の継続的使用が当然の前提とされているのである。そのため、相当な蓋然性をもってその使用者あるいはたばこ煙に暴露された者（受動喫煙による暴露等）に対し、死亡、疾病、障害といった重大な被害を引き起こす。因みに、例えば我が国ではつい最近まで成人男性の半数以上が喫煙者であったのであり、予想される被害は広汎であり、しかも、結果発生までに時間的隔りがあるために、その被害

発生は現在も進行しているのである。

ここで重要なのは、そのもたらす被害の重大性、広汎性及び今現在も被害が増大しているという現在進行性であるが（原告請求原因要旨の陳述要旨ご参照）、その背景となっているのは、たばこの有害性と依存性であり、中でも被告らの違法性を基礎付ける上で最も重要なのは、たばこ製品が、ニコチンの依存性を利用して製造販売されているという点である。このニコチンの依存性及びそのコントロールこそがたばこ製品の本質であり、たばこ産業を成り立たせている根幹なのである。

ちなみに米国食品医薬品局（FDA）も、たばこを「ニコチンの供給装置」とであると結論付けている（「治療 Vol 87」（甲8）p 1995ご参照）。

この点については、原告準備書面6以降で詳述する予定であるが、被告会社を含むたばこ産業が、外部的にはニコチンの依存性を否定し、ニコチン量のコントロールができないなどと明言しながら、実際には、いわゆる「ニコチン・テクノロジー」あるいは「アンモニア・テクノロジー」と呼ばれる高度な科学技術を駆使して、上記条約前文で確認されたように、たばこ製品を、依存を引起し及びそれを維持するように設計製造し、かつ新たなたばこ依存症患者となる顧客の確保、あるいは一旦確保した顧客が禁煙への動機付けを行ないにくくすることを目的とした販売促進活動をしてきた事実こそ、被告らの違法性を強く基礎付けるのである。

また、早期に喫煙を開始すればするほど、ニコチン依存に陥りやすく、依存の程度も高くなること、喫煙期間が長くなればなるほど禁煙が困難になることも知られており、そのため、たばこ産業が若年層をターゲットにした販売促進活動を重点的に繰り広げてきたことも判明している。

たばこ製品の本質は、このニコチンの依存性及びその利用と巨費を投じての広告宣伝による新たな喫煙開始者の確保及びたばこに関する情報操作にこそある。

本書面では、上記の被告らの違法行為の前提となるたばこの性質（有害性、依存性、結果の重大性、広汎性、現在進行性等）について述べる。

2 たばこの有害性（発がん性）

上記のとおりたばこ及びたばこ煙に薬理活性、毒性、変異原性及び発がん性があることは、既に国際常識として認識されており、発がん性を含む様々な有害性があることは、現在ではもはや疑念の余地のない事実と言っ

てよい。

そして、このような事実は、世界各国の科学者、医療関係者、各国政府、医療機関、更には各たばこ産業（外部的にどのような発表をしてきたかは別として内部的には各国政府以上の研究機関を有している。被告会社も同様であるが、この点は次回準備書面以降で詳述する。）にとっては、遅くとも1960年代始め頃には明らかな事実であったし、1964年発表の米国公衆衛生総監報告書により決定的となった。

しかし、たばこ産業側の巨費を投じての情報操作あるいは情報の誤導、曖昧化の結果、当時は勿論、現在に至っても、たばこ消費者を含む一般人の間で、上記のような重大な有害性が正確に知れ渡っているとはいえないのであり、だからこそ、上記条約でも、わざわざ前文においてその有害性及び各たばこ関連病との因果関係を確認しているのである。

そして、本件訴訟において重要なのは、被告らの違法行為を基礎付けるに足りる有害性の有無であり、上記のとおり、たばこという商品には依存性があり、しかもその依存性を利用しての産業であって、長期間の喫煙によるその本来的な用法として想定されている以上、そのような長期間の喫煙によって、どれだけ人体に悪影響を及ぼすのかという観点からの考察が必要である。

(1) たばこ煙の成分

「喫煙と健康 第2版」(甲6)、「喫煙と健康 新版」(甲5)からも明らかなように、たばこ煙には多数の発癌物質を含む様々な有害物質が含まれている（「喫煙と健康 第2版」(甲6) p 28表Ⅱ・1-1乃至5、「喫煙と健康 新版」(甲5) p 35、41以下表2・1-1乃至8）。

そして、喫煙あるいはたばこ燃焼時に発生する煙中物質の質と量に影響を与える物質としては、葉たばこ以外に、様々な添加香料も大きな役割を果たしているが、その種類、性質、使用料などは企業秘密として詳細は明らかにされていない（「喫煙と健康 第2版」(甲6) p 26）。

しかし、少なくとも、たばこの燃焼（たばこは本来的に燃焼させて使用する商品である。）によって発生するたばこ煙には、約4000種類の化合物ないし化学物質が含まれていることが明らかになっており、しかも、そのうち発がん性が確認されているものだけでも60種を超え（「喫煙と健康 新版」(甲5) p 44、「治療 Vol 87」(甲8) p 1871）、200種を超えるという報告もある（「喫煙と健康 第2版」(甲6) p

59)。

ちなみに、WHOのがん研究機関 (IARC) は、たばこ煙をグループ 1 (人体に対して発がん性がある混合物) に分類している。これは動物実験と疫学調査で十分な証拠がある物質に対して行なわれる分類である。

具体的な成分としては、ニコチン、ニトロサミン類、多環芳香族炭化水素、ダイオキシシン類、テオブロミン、グリチルリチン、ベンゼン、一酸化炭素、アンモニア、アルデヒド類、活性酸素などが含まれている (「治療 Vol87」(甲8) p1871以下)。以下、主要なものを取り上げる。

ア ニコチン

上記のとおり、たばこの本質をなす成分であり、燃焼前の 1 本のたばこには表示ニコチン量の 1.7 ~ 1.34 倍のニコチンが含まれている。

たばこの燃焼時、ニコチンは低 pH で塩、高 pH で遊離塩基の形を取り、塩はたばこ煙の粒子相に、遊離塩基は粒子相とガス相に含まれる。遊離塩基のニコチンは葉から容易に遊離し、生体膜を通過する。

ニコチンは気道刺激性、循環器毒性があるうえ、喫煙の急激な血中濃度上昇インパクトによってニコチン依存症を発生させる。

その代謝物であるニトロサミン類に発ガンせいがあることは古くから良く知られていたが、最近ではニコチン自体にも、腫瘍血管の増生を助長して腫瘍の成長を促進する作用のあることが指摘されている。

イ ニトロサミン類

たばこ煙の粒子相とガス相には、発がん性の証明されている種々のニトロサミン類が存在している。

ニトロサミン類は第 3 級アミンであるニコチンなどがニトロソ化されて生成される化学物質の総称であり、このうち、葉タバコあるいはたばこ煙のみに存在するものを TSNA (tobacco-specific nitrosamines) と呼んでいる。ニトロサミンはたばこ葉にもともと存在するほか、たばこ製造の熟成過程でも発生し、燃焼時にも発生する。

ニトロサミンは腺組織にがんを発生させやすい性質が指摘されており、ニトロサミンの実験的投与で肺、胃、膵、腎に腺癌が発生することが証明されている。

ウ 多環芳香族炭化水素

多環芳香族炭化水素はベンゼン環が複数縮合した物質の総称で、有機化合物の不完全燃焼で発生する。

たばこ煙には、ベンゾ (a) ピレン、ピレン、アントラセンなど 20 種類以上の多環芳香族炭化水素が含まれ、発がん物質、発がん補助物質、気道刺激物質として人体に有害性を発揮する。

エ ダイオキシン類

たばこ煙には最高の毒性を持つ 2, 3, 7, 8 - TCDD (2,3,7,8-tetrachlorodibenzodiox-in) を含め多種類のダイオキシンが含まれ、その濃度は化学工場焼却炉の排気煙よりも 10 ~ 200 倍高いことが報告されている。

たばこにもともと含まれる環境ダイオキシンと、たばこ煙のダイオキシンでは組成が異なり、燃焼によって新たにダイオキシンが発生していることが証明されている。

オ テオブロミン、グリチルリチン

添加されているココア末からはテオブロミンが、同じく添加される甘草からはグリチルリチンが煙に移行する。これらは気管支拡張作用があり、ニコチンなどによって気管支が収縮するのを一時的に緩和し、ニコチンを吸収しやすくする。

カ ベンゼン

白血病、悪性リンパ腫の原因物質として知られている。

厚生労働省の調査によれば、マイルドセブンスーパーライト 1 本が喫煙されると主流煙から 14.5 μ g、副流煙から 303 μ g が発生する。

キ 一酸化炭素

ヘモグロビンと結合して赤血球の酸素運搬能を消失させる。代償的に多血症を引き起し、血栓を誘発する。血管内皮を傷害する作用もある。

ク アンモニア

煙の pH を上げるために添加されているアンモニウム塩から発生する。低ニコチンのたばこでも、高ニコチンのたばこと同等のニコチンを供給できるようにするアンモニア添加技術は、たばこ産業内部で「アンモニア・テクノロジー」として知られている。

ケ アルデヒド類

アクロレイン、ホルムアルデヒド、アセトアルデヒドなどがたばこ煙から検出される。これらは発がん性を有し、前 2 者は強い刺激性を持つ。

アセトアルデヒドにはニコチンの依存性形成を促進する働きがあり、たばこ産業内部では「インパクト・ブースター」と呼ばれている。

コ フリーラジカル、活性酸素

活性酸素による生体酸化作用を酸化ストレスと呼ぶが、酸化ストレスは発がん、肺胞壁 α 1-アンチトリプシン阻害、気道粘膜過敏亢進等を引き起し、各種喫煙関連疾患の原因となる（以上、「治療 Vol 8 7」（甲 8） p 1 8 7 1 以下ご参照）。

(2) 有害物質の量について

上記条約前文で確認されているように、喫煙行為は、主にニコチンの効果によるたばこの依存性によって、容易に中止することが出来ず、一旦喫煙習慣が身についた以上、長期間に渡って継続される蓋然性が相当高いのであるから、喫煙の有害性、危険性を判断する場合には、長期間の喫煙による健康影響で判断するべきである。

そうすると、たばこ 1 本あたりのたばこ煙に含まれる上記のような発癌物質の量はいずれも微量であるが（ただし、その他の有害物質等と比べればその単体としての発生量も決して少なくない。）、「数十年にわたって喫煙を継続するとかなりの量に達する。例えば、紙巻たばこ 1 本の煙に含まれている benzo(a)pyren の濃度は 10~50mg であるが、1 日に 20 本の割合で 50 年間喫煙（合計約 36 万 5000 本）すると 3. 65~18. 25 mg に達する」（「喫煙と健康 第 2 版」（甲 6） p 5 9）のである。

しかも、「たばこ煙には線毛障害物質も含まれているために、気道のクリアランス機能を障害し、発癌物質の肺内貯留、沈着を促進し、間接的に発がん性を増強する可能性もある。多くの報告から呼気中の粒子層を集めることによって吸入したタールの気道への貯留の程度を推定すると、47~97%が貯留すると思われる。」とされている（同書 p 5 9~6 3）。

このようにたばこは多数の有害物質を含有すること、しかも、長期間に喫煙によってかなりの量が人体に蓄積することが明らかになっているが、それが具体的にヒトにおいて肺がん、肺気腫等の各たばこ病を引き起こすことも多数の研究報告によって明らかにされている。

この点については、上記条約前文だけでなく、「喫煙と健康 初版」（甲 7）、「喫煙と健康 第 2 版」（甲 6）、各米国公衆衛生総監報告書「喫煙と健康」、その他の多数の信頼できる研究報告の記載から明らかである（「タバコ病辞典」（甲 9）において詳しく解説されているので、ご参照頂きたい）。

(3) 喫煙の肺がん、肺気腫に対する寄与率

ア 喫煙と肺がん

喫煙が肺がんの主な原因であることは、今日既に公知の事実といっても良いほどの世界的に一般化された事実である。

旧厚生省編の「喫煙と健康 第2版」(甲6)においても「喫煙と肺がんとの因果関係は、多くの疫学的研究及び実験的研究でほぼ確立したといえる。」(同書 p 64)

「肺がんのリスクファクターとしては喫煙のほかにも、職業性暴露、栄養不足、遺伝的影響などの種々の要因が挙げられるが、我々の日常生活習慣、大気汚染、職業などのうち、喫煙と肺がんの関係がもっとも明白である。」(同書 p 64)

「近年、わが国では、肺がんの死亡率が上昇しているが、これと喫煙(喫煙率及びたばこ消費量)の関係をみると、たばこ消費量の増加と肺がん死亡率の上昇傾向は平行している(図Ⅱ・2-20)。男性の喫煙率が低下しつつあるにもかかわらず、肺がん死亡率が上昇しているのは、喫煙者1人当たりの喫煙量の増加及び過去の喫煙の影響が顕在化しつつあることなどによることなどによるものとみられている。さらに、たばこ消費量のほか大気汚染の推移も考慮して、肺がん死亡率の推移傾向と比較すると、大気汚染の歴史は比較的浅く、しかも近年窒素酸化物、浮遊粉塵の改善は進んでいないものの一酸化炭素(CO)、イオウ酸化物改善傾向にあり、これに反してたばこ消費量の伸びは肺がん死亡率の上昇より先行し、近年はほぼ同じ推移傾向を示していることから、わが国の肺がんの増加には大気汚染の悪化よりも、たばこ消費量の増加の影響の方が大きいものと思われる。」(同書 p 64)と、他の要因との因果関係も考慮したうえで喫煙と肺がんとの因果関係を「ほぼ確立した」ものとしている。

そして、喫煙の肺がんの因果関係の程度については、「一般に特定の原因・リスクファクターに暴露された場合の相対危険度と人口集団における被暴露者の割合(または人口集団全体の疾患の罹患率及び原因・リスクファクターに暴露された手段の罹患率)から人口寄与危険率として、定量的に示すことができる。このようにして計算された喫煙の肺がんに対する人口寄与危険率は、計画調査では男性71.5%と推定され、症例-対照研究からは男性62.1%、女性23.2%と推定されている。」と、同書発行時点(1993年。ただし、その根拠とし

て引用されている研究報告は1978年、1987年のものである)においても、どんなに少なくとも62.1%以上の確立で喫煙と肺がんの因果関係が認められることを明らかにしている(同書p65)。

なお、再三述べたことであるが、このような事実に基づいて、上記条約前文において、

「たばこの消費及びたばこの煙へ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並びにたばこ製品の煙にさらされることが及びたばこ製品を他の方法により使用することとたばこに関連する発病との間に時間的な隔たりがあること」

が確認されていることについては、原告準備書面4で詳述したとおりである(なお、「タバコ病辞典」(甲9)p80以下もご参照)。

更に、世界で最も有名な医学書である「ハリソン内科学 第16版」(2005年マックビロウ出版 甲10)においても、

「肺がん 病因 ほとんどの肺癌は、喫煙によって吸引される発癌物質と腫瘍プロモーター(促進物質)が原因である。」「肺癌発生の相対リスクは、能動喫煙で13倍、長期間にわたるタバコ煙の受動喫煙では1.5倍になる。また、喫煙に関係がある慢性閉塞性肺疾患(COPD 訳者注:肺気腫もこの中に含まれる)を有する場合にも、肺癌の発生のリスクが増加する。肺癌による死亡率は、吸ったタバコの総量(しばしば「1日のたばこ箱数×喫煙年数で示される)に関係があり、20年間にわたって毎日2箱のタバコを吸っていた場合には、非喫煙者に比べて死亡率は60~70倍高くなる。逆にいえば、禁煙により肺癌の発生率は減少はするが、非喫煙者のレベルにまでは低下しないと思われる。」「禁煙を働きかけることは必須である。しかし、喫煙習慣はニコチンに対する嗜癖であるため、禁煙は非常に困難である。喫煙習慣は、生物学的依存と社会心理学的なものである。禁煙を試みようとする喫煙者を助けるため、カウンセリングや、行動療法、ニコチン補充(ガム、パッチ、舌下スプレー、吸入器)、抗うつ薬などの様々な方法が用いられている。ただし、これらの方法を使っても、1年間の禁煙に成功するのは20~25%程度の人でしかない。子どもを対象とした禁煙運動などで、タバコを吸いはじめるのを予防する方が効果的であると思われる。」

とされている（同書 p 5 0 7 以下、日本語版 p 5 2 7）

また、世界保健機構WHOの研究機関である国際がん研究機関 IARC の出版した直接喫煙と間接喫煙に関するモノグラフ（2004 年度版）（後に該当部分の原著及び訳文を提出予定）は、直接喫煙による寿命短縮効果の影響を平均 20・25 年と書く一方、直接喫煙による肺がんへの影響に関して次のように記載している。

「肺がん 現在、肺がんは世界で最も頻度の高いタイプのがんであり、毎年 120 万人が患者になっていると推定されている。タバコ喫煙と肺がんの因果関係は、1950 年代に確立された。1986 年に利用できる研究からの知見に基づいた、タバコ喫煙に関する IARC のモノグラフでは、タバコ喫煙が肺がんの因果関係があると分類された（グループ I：ヒトに対する発がん物質）。1986 年以降、肺がんの危険性の増加の大きさに関する非常に多くの証拠が集積されてきた。（以下略：喫煙期間の増加により肺がんが増加することや、男性と同様に女性でも増加すること、喫煙を止めると危険性が減少すること、最近では肺腺がんの危険性も増加していること。世界中に広がっていることなどが書かれている）」（同書 p 1 6 1 以下）とされ、更に、「肺がん 世界で、肺がんはがんによる死亡の中で最も多いがんである。その患者数は毎年 120 万人と推定され、なお増加している。肺がんの主要な原因は、タバコ喫煙であり、その第一は紙巻きタバコである。継続的な喫煙をした人口集団では、紙巻きタバコにより引き起こされた肺がん症例の割合が 90%に達している。喫煙者では、喫煙期間が肺がんの最も強い決定要因である。従って、喫煙開始年齢が早ければ早いほど、成人での喫煙期間が長ければ長いほど、危険性は大きくなる。また、紙巻きタバコの数の割合が増加するにつれて肺がんの危険性は増加する。（後略：いずれの病理組織型の肺がんでも増加することと喫煙をやめれば肺がんの危険性が増加することとが書かれている）」（同書 p 1 1 8 0 以下）とされている。

イ 喫煙と肺気腫

昭和 6 3 年に発行された「喫煙と健康 初版」（甲 7）では、

「慢性気管支炎と肺気腫症とが喫煙習慣と密接に相関することについての報告は数えきれない。」「慢性気管支炎の診断が現在でも主として、咳・痰の呼吸器症状に依存し、類似症状をもつ他疾患の除外診

断によって行われているため、診断の信頼性、客観性に問題が残されている。

しかし、いずれにしても喫煙者が外来刺激に対する気道の反応としての咳・痰の呼吸器症状を伴うのは当然の帰結であり、従って慢性気管支炎が高率に合併することになる。

肺気腫症は、後述するように喫煙によってプロテアーゼとアンチプロテアーゼの不均衡がもたらされそれによって肺実質が破壊されるために起こると理解されている。喫煙以外の因子としては性、人種のほか大気汚染、職業因子などがある。慢性気管支炎の有病率は喫煙量及び年齢と相関して増加し、病理組織型では喫煙者は非喫煙者に比し肥大型が多い。

欧米では紙巻たばこ喫煙が上記2疾患の主因であることに疑いを差し挟む余地はないとされ、禁煙によってこれら2疾患の発症・進展及び死亡のほとんどが防止し得るということが通説となっている。」とされている（同書 p 166）。

また、「喫煙と健康 新版」（甲5）でも、肺気腫を含む慢性閉塞性肺疾患（COPD）と喫煙との因果関係については、現在では「ほぼ確立している」とされる。そして、その程度については、「喫煙は慢性閉塞性肺疾患のリスクの80～90%を占めるとされる。」と明確に記載されている（同書 p 137）。

更には、「タバコ病辞典」（甲9）においても、「昔は炭鉱労働者のじん肺、化学工場や造船所での化学物質吸入なども原因となりましたが、現在はほとんどなくなり、新規の肺気腫発生はほとんど100%が喫煙によるものといっていでしょう。」（同書 p 148）とされている。

そのほかにも、上記「ハリソン内科学 第16版」（甲10）でも、「危険因子■ 喫煙 1964年までに、Advisory Committee to the Surgeon General of the United States（※米国公衆衛生総監の諮問委員会）は、喫煙は慢性気管支炎と肺気腫の死亡率を上昇させる主要な危険因子であると結論している。」「引き続き行なわれた縦断的研究では、1秒量（FEV1）の減少は、喫煙指数 pack-years（1日あたりの平均の喫煙箱数と喫煙の総年数の積）で算出される喫煙強度と用量反応関係 dose-response relationship に加速することが示さ

れた。このような肺機能の低下と喫煙強度との用量反応関係が、加齢によって COPD の罹患率が増加する原因と考えられる。」としている（同書 1547、日本語版 p 1598）。

ウ その他

その他の様々ながん（「喫煙と健康 新版」(甲5) p 109以下) や循環器疾患（同書 p 122以下）、呼吸器疾患（同書 p 136以下）についても、喫煙との関連性が多数報告されている。

特に、食道、膵臓、口腔、中咽頭、下咽頭、喉頭、腎盂尿管、膀胱のがんについては喫煙との因果関係があると判断する十分な証拠があるとされている（同書 p 109以下）。

(4) 禁煙によるリスクの低下

上記肺がん及び肺気腫を含む各たばこ関連病のリスクが、禁煙により低下することも確認されている（上記「ハリソン内科学」(甲10) 参照）。

肺がんの場合の禁煙によるリスク減少については、1990年に出版された米国公衆衛生総監報告で総括されており、①肺がんリスクは、喫煙を継続した場合に比べて、禁煙により減少する、②禁煙後10年で、喫煙継続者の肺がんリスクに比べて約30～50%のレベルまで減少する、③禁煙をさらに続けるとリスクは減少し続ける、とまとめられており、その後発表された研究成績もほぼこれに合致する（「喫煙と健康 新版」(甲5) p 164以下、「喫煙と健康 第2版」(甲6) p 234以下）。また、禁煙による寿命延長効果についても多くの報告により示されている（「治療 Vol 87」(甲8) p 1931以下参照）。

3 たばこの依存性（ニコチンの依存性とニコチンのコントロール）

(1) たばこの依存性

上記のとおり、たばこに依存性があること、たばこ産業がその依存性をわざわざ作り出し、かつ維持するようにたばこを設計製造していることが、今日では明らかになっており、上記条約においても確認されている。

そして、たばこの依存性が主にその含有するニコチンの依存性によって形成されること及びその程度が非常に強力であることも上記条約締結以前から既に専門化の間では常識となっていた。

即ち、「喫煙と健康 新版」(甲5)にも明確に記載されているように、今日では、「たばこに含まれるニコチンは、ヘロインやコカイン、アルコールに匹敵するほどに強力な依存物質であることが様々な報告(1964年度版公衆衛生総監報告書でも触れられている)、により明らかにされており、1980年には米国精神医学会により、たばこ依存ないしニコチン依存が精神疾患の公的診断分類として取り上げられた」(同書p257)のであり、最終的には、1988年度版米国公衆衛生総監報告書において最終決着がついている。この事実は、少なくとも専門化及び関係者(当然に被告らを含む)の間では否定のしようがない国際的に共通の認識であった。

そして、いまや、たばこ産業でさえニコチンの依存性を肯定し(例えばフィリップ・モリス社などは自社のホームページ上でもその旨明言している)、それを利用しながら依存性の事実を隠蔽して商売をしてきたことが明らかにされていることは上記条約のとおりである(甲1、乙30)。

また、1994年には、米国食品医薬品局(FDA)は独自の調査事実に基づき、たばこ産業は製品中のニコチンを意図的に操作しているとし、多くの喫煙者が未成年のうちに喫煙を開始しニコチン依存症に陥ることから、食品医薬品化粧品法の下に、未成年の薬物使用防止の観点から、たばこ製品の販売・広告を規制する方針を公表し、1995年に規制案を発表している(なお、米国食品医薬品化粧品法は、「身体の構造や機能に影響を与えることが意図された」製品(食品を除く)を医薬品または医療器具である、と規定し、ニコチンは精神変容作用、依存性、体重減少作用があり、製造者はこれを意図していることが立証されている。)

念のため述べておくが、上記のとおり、たばこの依存性は非常に強力なものであるが、本件において重要なのは、被告らの違法性を基礎付けるに足るたばこの性質である。従って、ここで必要とされる依存性は、喫煙を継続させるに足りるたばこの依存性の有無であって、自らの意思で禁煙ができない程の依存の強さは必要ない。即ち、たばこに、一旦喫煙習慣を身につけた(つまりたばこ依存に陥った)各消費者が、その後も喫煙を継続するに足りる依存性があれば、その後の喫煙継続が相当の蓋然性をもって予想され、上記のとおり、長期間の喫煙が相当な蓋然性をもって破滅的な健康破壊をもたらす以上、各消費者の禁煙への動機付けを阻害する程度の依存性があれば違法性を

基礎付ける事実としては足りるのである。

(2) たばこ（ニコチン）の依存性の特徴（克服された議論）

たばこあるいはニコチンの依存性については、かつては、たばこがもともと嗜好品として認識されていたことやニコチン依存には他の依存薬物で見られるような「乱用」や「中毒」といった症状が認められなかったこと、更には「精神医学的障害」を引き起こさないという特徴があったことから、依存の問題が気付かれにくく、社会一般に受け入れられるまでに時間がかかったという過去がある。

しかし、今日では、ニコチンの依存性についての多数の研究報告に基づき、1980年に米国精神医学会が発表した「精神障害の診断・統計のためのマニュアル第3版 DSM-III」において「たばこ依存」という形でニコチン依存が精神疾患の公的な診断分類として初めて取り上げられたのを皮切りに、その後、1987年には「精神障害の診断・統計のためのマニュアル第3版改訂版 DSM-III-R」において「ニコチン依存」と用語が変更され、1992年には、WHOの「疾患と関連の健康問題についての国際統計分類10版（ICD-10）」でも「ニコチン依存」が含まれるようになっている。

更に、1994年に発表された「精神障害の診断・統計のためのマニュアル第4版 DSM-IV」では、一般人口におけるニコチン依存の生涯有病率は20%、喫煙者のニコチン離脱の生涯有病率は50%であり、喫煙中止後の離脱症状を調べる前向き調査の結果、自ら喫煙を中止した人の約50%、又は治療プログラム中の約75%が喫煙中止時にニコチン離脱を示すとされている。

このように喫煙は、「有害でなく、薬物使用でなく、依存でもない」と考えられた段階から、「有害だが、薬物使用でなく、依存でもない」という段階へ、そして「有害な薬物使用だが、依存ではない」、さらには「有害な薬物使用で、依存である」と認識されるようになってきたのである（「喫煙と健康 新版」（甲5）p266）。

そして、その依存性の程度についても、上述の「喫煙と健康 新版」（甲5）にも記載されているように、ヘロインやコカイン、アルコールに匹敵するほどに強力な依存物質であることが様々な報告により明らかにされているのである。

このような経緯を経て、上記条約においては、明確にたばこの依存性

が認められているのである。

(3) たばこの依存性の特徴（アルコール等他の合法製品あるいは違法薬物との違い）

東京たばこ訴訟判決においても取り上げられたが、たばこ産業側からよく比較に出されるアルコールに比べると、ニコチンにははるかに強力な依存性がある。これは、アルコールを嗜む人の中で、毎日朝から飲酒しなければ我慢できないような慢性アルコール中毒状態の人はごくわずかであるが、たばこに関しては、逆に、ニコチンを摂取せず1日を過ごせる人のほうがまれであるということからも容易に理解できる（なお、たばこ依存の程度を判定するために行なわれる問診においては、必ず朝起きて一服するかどうか質問される。）

また、ニコチンの依存性の程度については、上記のとおり、ヘロイン、コカインと同等の強さがあることが判明している。ヘロインやコカインは使用後に精神抑制作用があり、一時的に思考が停止するが、上記のとおり、ニコチンの場合には、「乱用」、「中毒」、「精神医学的障害」等が見られず、使用後も日常生活の妨げにならず、依存症を意識しにくいために、常習するようになる可能性がヘロインやコカインよりも高くなりやすい。そして、なまじ合法であるがために、禁煙への動機付け、禁煙継続の意思の持続等あらゆる場面において、止める機会に恵まれにくく、非合法の薬物よりも高い確率で健康を破壊する。

このように、たばこの場合、その社会的位置づけも相俟って、その依存性はアルコールよりもはるかに強く、また、健康を破壊する力も、アルコールの比ではなく、ヘロイン、コカイン等と同等程度のものである（「タバコ病辞典」（甲9）p39以下）。

なお、被告会社が嗜好品として比較に出している茶、コーヒーなどは、その健康被害の大きさがまるっきり比較にならないほど離れていることは言うまでもない。

(4) 喫煙開始と依存形成（契機）

たばこ依存に陥る契機として、「喫煙と健康 新版」（甲5）では、次のようなプロセスを辿るとされている。

「喫煙の契機として心理社会的な要因が大きく影響していると考えられ、特にたばこが容易に入手できる状況にあるかどうかという点と、仲間からの誘いが強いかどうかという点が重要である。また、他の依存物

質と同じように、文化的な要因、社会の雰囲気、法律、喫煙に要する費用なども喫煙に影響を与えていると考えられている。

喫煙行為がその後依存にまで発展するには、パーソナリティや生物学的な特性などの個人的要因や、中枢神経に作用するニコチンの要因も重要な働きをしている。個人的要因としては、「遺伝的要因が関係することが示唆されている。」

「ニコチンの科学的な要因は、若年者においては、陽性の強化因子（能動快感）よりもむしろ不快な感情の軽減（受動快感）を通してニコチンの依存形成に働く。ニコチンの場合は、初めての喫煙時から気持ちが落ち着く感じを体験することが多く、勉強や人間関係などのストレスを軽減する目的で喫煙が継続される可能性が高くなる。

また、最初にたばこを吸ったときには、頭がくらくらしてめまいがしたり、吐き気を感じたり、咳き込んだりするなどのマイナスの作用の方を体験する場合はほとんどである。若年者はそうしたマイナスの作用を克服して自分に力があることを再確認しようとしたり、不快な気分が軽減したりするために、さらに喫煙を継続することになりやすい」（同書 p 259 以下）。

このようにして喫煙を開始し、次第に依存に陥っていくのであるが、現在では、喫煙経験後早期にニコチン依存が形成されると一般的に考えられている。しかも、ニコチン依存形成は、未成年者で喫煙を経験した場合におこりやすく、それもかなり急速に進むということが明らかになっており、喫煙期間が長くなればなるほど禁煙が困難になることなどから、禁煙指導を行う時期が早ければ早いほど効果的であると結論付けている（同書 p 258～259）。

本件原告らもいずれも、若年時から喫煙を開始し、その後比較的早期に依存に陥り、各たばこ病に罹患するまで喫煙を中止することができなかった者達である。

(5) ニコチンの依存性

上記のとおり、ニコチンの依存性については受け入れられるまでに時間を要したが、素朴な事実として喫煙の習慣性については（その中止の困難性の程度が他の依存物質に比べて強力かどうかはひとまず置くとしても）、経験則上も明らかであった。

1950年代頃から、肺がんをはじめとする喫煙と健康障害の因果関

係及びその及ぼす影響のあまりの大きさが明らかになるに従い、喫煙の習慣性についても注目されるようになり、各国の国際的保健機関及び研究者が、その原因を科学的に、しかも証拠に基づいて研究・分析し、その原因が、意志の強さ云々ではなく、ニコチンの依存性にあることを発見し、ニコチン依存の診断基準にまで発展させてきたのが、ニコチンの依存性についてのここ半世紀の歴史である。

その中で、ニコチン依存の特徴が明らかにされ、「乱用」や「中毒」などの症状を示さないなどの特性が明らかになっていったが、ここで重要なのは、ニコチン依存には、他の薬物依存と同様に、耐性、離脱、強迫症状が見られるという点である。なぜなら、ここで問題とされているのは、ニコチンを含むたばこを法禁物として規制するかどうかという問題ではなく、長期間の喫煙により実際に生じた健康被害についての責任の所在を問題にしているのであるから、その依存性についても、乱用や中毒の有無・強弱ではなく、喫煙習慣を維持するという観点から、耐性、離脱、強迫症状といった性質の有無を問題にすべきなのである。そして、たばこの場合には、他の依存物質とは異なり、依存物質であるニコチンだけでなく、それ以外の含有物質により相当の蓋然性をもって健康障害が生じるという特性があり、その点からしても、ニコチンの依存性は、喫煙習慣を維持する程度の依存性があるかどうか重要になってくるのである。

この点、「喫煙と健康 新版」(甲5) 265ページ以下に詳しい記載があるが、要点を取り上げておく。

ア 耐性について(「喫煙と健康 新版」(甲5) p 269以下)

主要な国際疾病分類基準である米国精神医学会発表の DSM-IVあるいはWHO発表の ICD-10などによって、ニコチン依存の診断基準が確立されている。それによれば、ニコチン依存には耐性が認められている。

依存物質を使用すると、次第になれが出現して、使用量を増やさないとそれまでの効果が得られなくなることが多い。これを耐性と呼ぶが、それは臨床的には、①期待するような効果を得るために必要な物質が著しく増大すること、若しくは②同じ量の物質を使い続けることによってその効果が著しく弱まることによって明らかになる。

例えば、喫煙者の多くは1日20本以上喫煙しているが、これは喫煙開始時には吐き気やめまいなどの中毒症状が現れるほどの量であ

る。つまり、喫煙者は、それまでと同じような体験をするために多くの量のたばこを吸うようになっているのである。

また、喫煙当初は 2、3 本のたばこを吸っただけで気持ちが悪くなり中毒症状が現れるが、2、3 週間続けるうちにそうした効果が弱まり、喫煙量が増えていくことなる。

こういった、耐性により、1 本の喫煙による満足感が弱まり、喫煙量が増えていき、後述する離脱や強迫症状とも相まって、喫煙習慣が身についていくのである。

なお、ニコチンの場合、乱用の症状はなく、際限なくニコチンを摂取するということはないが、喫煙習慣を維持するという観点からは、乱用の有無は全く問題にならないこと、また、禁煙を妨げ、喫煙習慣を維持するという点からは、むしろ乱用の症状が無いことがこれを助長していることは上述したとおりである。

イ 離脱について（「喫煙と健康 新版」(甲5) p 270 以下)

また、離脱症状としても、ニコチンには特有の症状が認められている。

即ち、ニコチン特有の離脱症状は、最後のたばこを吸ってから 2、3 時間以内に始まり 1~4 日でピークとなり生理学的、行動的、主観的変化をもたらす、その症状が 3 週間以上持続する。そして、こうした部分的退薬症状のためにニコチンの依存的な使用が持続することになる。これがニコチンの離脱症状であることは、ニコチンの代替療法で症状が消失し、プラセボ（擬似薬）ではそれがみられないことから明らかである。

生理学的には、アドレナリンやコルチゾールの変化、心拍数の減少、甲状腺機能の低下、手指の振戦、基礎代謝率の上昇、体重増加、ある種の薬剤の代謝の更新、胃部の不快感、頭痛および脳波の徐余波が認められる。行動面では、注意力が散漫になり活動能力が低下してくる。また、攻撃衝動が強くなり、食欲が増加し、甘いものや脂肪を多く含んだ食べ物を口にしたりすることが多くなる。このほかにも、意識がぼんやりし、胃部の不快感などが見られるという報告もある。不安や抑うつ、イライラ感や落ち着きのなさ、緊張感、集中力の低下、睡眠障害、たばこに対する渴望感、ストレス耐性の低下、我慢力の低下など精神面への影響も報告されている。

こうしたニコチンの離脱症状は大半がニコチン欠乏によるもので、ニコチンガムやスモークレスたばこなど、あらゆる形態のたばこの中止後に出現するが、紙巻たばこ使用者で最も強く現れる。紙巻たばこ喫煙者の場合には、ニコチン作用がより急速に出現するために、他のたばこに比べて身体依存症状が強く現れ中止するのが困難になりやすい。紙巻たばこ喫煙者の場合、喫煙中止後の最初の数日間に、心拍数が1分間に5から12拍減少し、喫煙中止後の最初の1年間で体重が平均2～3 kg増加する。

こうした離脱症状が現れると、依存状態に陥っている人は、その症状を軽減するためにニコチンやニコチンに類似した物質を摂取する。英国のデータでは14%の喫煙者は起きて5分以内にたばこを吸うし、30分以内にたばこを吸う喫煙者は50%以上にのぼるとされている。

ニコチンの退薬症状の時間経緯については、中止後6ヶ月の時点でも、喫煙を中止した人の50%が喫煙欲求があったことを認めている。

ニコチンには、このような離脱症状があるため、喫煙者は、継続的に喫煙を維持することになり、後述する強迫症状と相まって、社会心理学でいう認知的不協和の程度を高めると共に、「喫煙は有害である」という認知を変容させる方向に強く作用し、禁煙を困難にするのである（認知的不協和の理論については後述する。）。

なお、今でこそ禁煙治療が健康保険の対象とまでされているものの、本件原告らが喫煙を継続していた時代には、ニコチンパッチ等のニコチン代替物などなく、また、禁煙外来などの治療方法もなかったことを付言しておく。

ウ 強迫症状について（「喫煙と健康 新版」（甲5）p271以下）

更に、強迫症状として、以下のような診断基準が確立している。以下、「喫煙と健康 新版」（甲5）の該当部分を抜き出す。なお、括弧内の記号は、米国精神医学会「精神障害の診断・統計のためのマニュアル」（DSM）及びWHO「疾患と関連の健康問題についての国際統計分類」（ICD）の診断基準に相当している（「タバコ病辞典」（甲9）p40以下もご参照）。

① 切望感：（ICD1）ある物質を使用したいという強い欲望または切望感

ニコチンを使用したいという強い渴望感は、過去の喫煙時に快感

を体験したり不快な感覚が軽減したりすることによって生じる気持ちである。また、喫煙時にのどが刺激される感覚がこうした欲望をさらに高めることになっていると指摘されている。

② 強迫的使用：(ICD1) 強迫的使用

強迫行為というのは、自分の意志に反して同じ行動を繰り返してしまうことを意味する用語である。ニコチンに関しても、吸わないようにしようという自分の考えに反してついたばこを吸い始めたり、ずるずると何本も吸ったりするようになってしまう。また、喫煙本数を減らそうとしても、思うように減らすことができず再び本数が増えてしまうことになる。

③ 何時の間にか量が増えている：

(ICD 3) 最初に考えていたよりも多くの量を長期間にわたって使用し続けている。

(DSM 3) その物質をそのつもりより大量に、またはより長い期間、しばしば使用する。

喫煙者がたばこを吸い始めたときには少ない本数しか吸っていないが、しだいに量が増えて、最終的には1日20本前後のたばこを吸うようになるのが一般的である。逆に、付き合いや場に応じてたばこを吸う喫煙者はまれである。

④ やめられない：

(ICD4) 繰り返し摂取量を制限したり止めたりしようとするが失敗しつづける。

(DSM 4) 物質使用を中止、または制限しようとする持続的な欲求または努力の不成功のあること。

多くの喫煙者がたばこが好きで吸い続けているのではなくて、やめようとしてもやめられないためにたばこを吸い続けているということが多くの研究から明らかになっている。欧米の研究から、喫煙者の8割から9割以上が禁煙をしたいと考えたことがあるということがわかっているし、35%の喫煙者は毎年やめようと試みるが、独力でやめることができるのは5%以下でしかない。このように禁煙に成功することは少なく、喫煙者自身も禁煙が可能だと考えている人は少なく、喉頭切除術を受けた喫煙患者のうち、40%が喫煙を再開したという報告もある。

また、自力で禁煙しようとした喫煙者のうち2日間以上禁煙できたのは3分の1であり、1週間以上禁煙できたのは4分の1であった。半数近い喫煙者は過去5年間に1週間以上の禁煙に失敗している。さらに、6ヶ月以上完全に禁煙できる割合は3~4.9%であったとされている。また、集中的な禁煙治療に参加した喫煙者でも、1年以上の禁煙に成功したものは20%以下であった。

⑤ 頭から離れない：

(ICD5) 物質使用のことで明らかに頭がいっぱいになっていること

(DSM 5) その物質を手に入れるために多くの時間を費やす。

ニコチン依存では、たばこなどのニコチン含有物質にばかり目がいつてしまって、他の大切なことに目が行かなくなってしまう。そして、その物質を手に入れるために多くの時間を費やすようになるが、それにはたばこを買う為に出かける、たばこを吸った後に掃除をする、たばこを吸う為に時間をとるといった行為が含まれる。

⑥ 社会的行動に支障がでてくる：

(DSM 6) その物質を使いたいために社会的な活動や娯楽活動が著しく制限されている。

ニコチン依存になると、喫煙を優先するために他の行動ができなくなってくる。わが国でも喫煙のために仕事の手を休めて仕事が中断されることがあるが、喫煙に厳しい米国などではとくに喫煙できる場所が限られてきたために、社会的な活動を制限するようになり、喫煙できる職場を選ぶことさえあると指摘されている。

⑦ 悪いと分かっているにもかかわらず止められない：

(ICD 6) 有害性にかかわらず使用を続ける。

(DSM 7) 精神的、または身体的問題が、その物質によって持続的、または反復的に起こり、悪化しているらしいことを知っているにもかかわらず、物質使用を続ける。

喫煙のために様々な障害が引き起こされることが明らかにされている。がんはもちろん、呼吸器疾患やその他の重篤な身体疾患の発症に影響を与えるし、経口避妊薬と併用すると心筋梗塞や脳梗塞を起こす危険性が高まる。

しかし、こうした危険性があるにもかかわらずニコチン依存になると禁煙することが困難になる。例えば、心臓発作を起こした喫煙者のうち 40%の患者が入院中に喫煙を開始しているという報告がある。しかもその大半は集中治療室を出て 48 時間以内に喫煙を再開していたという。また、肺がんのために手術を受けた喫煙者の半数が喫煙を再開していたという研究報告もある。

たばこあるいはニコチンには、このような強迫症状が認められ、これにより、「禁煙したい」という認知と「喫煙が有害である」という認知との間で、いわゆる社会心理学でいうところの認知的不協和（後に詳述する）の程度は高められると同時に、自分に都合が悪い方の認知、即ち、「喫煙が有害である」という認知を変容させる欲求も強くなってしまふのである。

即ち、もし、喫煙者が、「喫煙が有害である」という認知を変容させずに不協和を解消しようとするれば、上記の離脱症状や強迫症状に打ち勝たなければならないのであって、それを避けようとするれば、喫煙者は、「喫煙は有害である」という認知的要素を、「喫煙は必ずしも有害ではない」、「喫煙が有害といっても、人による」、「喫煙による被害が生じるとしても、それは遠い将来のことである」といった認知に変容させてしまうしかないのである（そして、これも後述するが、そのような変容された認知が、やはり社会学でいうところのイノベーション普及学の観点から考えた場合に、新しいイノベーションが普及しにくい方向に働くのである。）。

なお、「喫煙したい」という認知的要素を変容させることがいかに困難かは、上述した各種の報告（心臓発作を起こした喫煙者のうち 40%の患者が入院中に喫煙を開始しており、しかもその大半は集中治療室を出て 48 時間以内に喫煙を再開していたという報告。肺がんのために手術を受けた喫煙者の半数が喫煙を再開していたという研究報告。35%の喫煙者は毎年やめようと試みるが、独力でやめることができるのは 5%以下でしかないとの報告。喫煙者自身も禁煙が可能だと考えている人は少なく、喉頭切除術を受けた喫煙患者のうち、40%が喫煙を再開したという報告。自力で禁煙しようとした喫煙者のうち 2 日間以上禁煙できたのは 3 分の 1 であり、1 週

間以上禁煙できたのは4分の1であったとの報告。半数近い喫煙者は過去5年間に1週間以上の禁煙に失敗しており、さらに、6ヶ月以上完全に禁煙できる割合は3~4.9%であったとの報告。また、集中的な禁煙治療に参加した喫煙者でも、1年以上の禁煙に成功したものは20%以下であるとの報告など。以上、「喫煙と健康 新版」(甲5) p270~272)や、周囲の喫煙者あるいは禁煙に失敗した人、禁煙に成功した人でもその禁煙中の様子なども見れば明らかである。

喫煙者が「禁煙」という行為選択をすることが困難であることは、現在喫煙者のうちの実に26.7%が「やめたい」と考えており、「本数を減らしたい」と考えているものを含めると実に64.2%もの喫煙者が禁煙したいと思っているというデータ(平成10年度に厚生省がおこなった喫煙と健康問題に関する実態調査)からも明らかであり、このことは、実際に周囲の禁煙に失敗した人や、禁煙に成功した人であってもその禁煙中の様子を見れば容易に分かるはずである。

(6) ニコチンの依存性の程度

なお、念のため、ニコチンの依存性の程度が強いという点についても若干触れておく。繰り返しになるが、ここで重要な依存性の程度は、乱用や中毒に関する程度ではなく、喫煙習慣の維持、言い換えればいかに禁煙が困難であるかという観点からの程度である。

上述したように、たばこの場合、ニコチンによる依存性が認められると共に、ニコチンのみならず、それ以外の含有物質による高度の有害性が認められている。この点がたばこ他他の依存物質と決定的に違う点であり、覚せい剤やコカイン、ヘロインのように依存物質そのものによる健康障害ではなく、ニコチン依存により長期間の喫煙が行なわれることにより、たばこ含有物質を原因として上述したような各たばこ病への罹患が非喫煙者に比して倍以上の確率で生じるのである。

この点は、被告会社が他の依存物質として挙げるカフェインやアルコールなども決定的に異なる点であり、たばこの依存性の程度を考える上で重要な相違点である。

まず、ニコチンの依存の程度が非常に強力なものであることは、上述した離脱や強迫症状に関する各種の報告からしても明らかである。

さらに、禁煙の困難性という観点から、ニコチン依存の程度が、ヘロインに匹敵するほど強力であることを示す興味深いデータとして、1988年度版米国公衆衛生総監報告書が引用している「再発曲線」のグラフがある（a report of the Surgeon General 「The Health Consequences Of Smoking NICOTINE ADDICTION 1988」314頁のFIGURE 2のグラフ参照。後に提出予定）。

このグラフにより、ヘロイン及びたばこを中止した人のうちの何人が中止を維持でき、何人が何時までに再使用してしまうか、即ち、その使用を止めることの困難さが分かるが、ニコチンとヘロインとでは、ほぼ同値といってよいほど非常に似通った曲線を描くのである。

「喫煙と健康 新版」（甲5）においても、257ページの【要約】において「ニコチンは、コカイン、アルコールに匹敵するほどに強力な依存物質であることが様々な報告により明らかにされており、」とされているところである。

（7）禁煙の困難性（日本におけるニコチン以外の要因）

ニコチンの依存性については上記のような特徴があることに加えて、既に述べたように、「ニコチンの依存形成は、パーソナリティや生物学的要因など個人的要因のみならず、社会の雰囲気、法律、喫煙に要する費用など社会的要因や文化的要因など様々な要因が複雑に関与していると考えられる」とされている（「喫煙と健康 新版」（甲5）p257）。

このような観点から、我が国のたばこに対する社会の雰囲気、法律、喫煙に要する費用など社会的要因や文化的要因を見てみると、我が国の喫煙者については、他国に比べて、たばこの依存性はより強いものであったと言うべきである。

被告会社が指摘するように、我が国においては、16世紀から喫煙習慣が存在し、たばこが嗜好品として捉えられてきたという土壌があり（もつとも、本件紙巻たばこを同様に嗜好品として捉えてよいかは全く別問題であるが。）、しかも、先進諸外国では、たばこ規制が着々と進む今日に至ってもなお、たばこ天国と揶揄されてきた、いわば喫煙に対して寛容なわが国の社会において、一旦身についてしまった喫煙習慣を排除することが如何に困難であるかという観点からの考察が必要なのである。

特に、本件各原告は、いずれも旧注意表示前（1972年前）、更には、新聞等で喫煙の害が指摘される前（1964年頃からサージェンジェン

ラルレポートの影響で記事が増えたと思われる) から喫煙習慣を身に付けた者達である(原告水野及び森下は未成年時から、原告高橋も成人してすぐに喫煙を開始している)。

WHOにおける「たばこ規制枠組み条約」発効に見られるように、国際的にたばこ規制があたりまえになってきた今日でさえ、他国に比して非常に喫煙に寛容な我が国であるが、各原告が喫煙を開始した当時、あるいはその後喫煙習慣を身に付け喫煙を継続していった時期はなおさら、喫煙に対して寛容で、禁煙をするには非常に困難な社会的状況があったのである。

現在でもそうだが、第2次世界大戦中及び戦後のたばこ製品欠乏時を除けば、日本全国簡単にたばこは手に入り(費用及び購入経路いずれも負担は低い。例えば、先進各国の主要な銘柄の値段を比較してみると、日本ではマイルドセブンは270円、NYではマルボロが約735円、フランスではゴロワーズが約621円、英国ではベンソン・ヘッジスが約982円となっており、更に、その金額を得るための労働時間数で比較すると、我が国ではたばこは非常に購入しやすい値段となっている。しかも、後には自動販売機まで登場し、喫煙をより継続しやすくしている。なお、自動販売機台数、売上高等も我が国は群を抜いて高いことは原告準備書面4で詳述したところである。以上、「喫煙と健康 第2版」(甲6) p17表I-3-I、「喫煙と健康 新版」(甲5) p309以下ご参照。)、飲酒と異なり、喫煙は工作中でも可能であり、現在のような喫煙場所の制限もなく(例えば、嫌煙権訴訟提起時の1980年でさえ、新幹線の禁煙車両はこだま号に1両しかなかったのである。)、*「今日も元気だ たばこが美味しい」*等の宣伝コピーからも分かるように、喫煙によって肺がん等のたばこ病に罹患することを窺わせるような広告宣伝は一切なく、むしろ逆に、たばこが人々の生活にとって魅力的な嗜好品であり、その服用が生活を豊かにするというコンセプトでたばこの消費拡大を企図する大々的な広告宣伝がされ続けてきた。被告会社(旧専売公社)による広告宣伝により、喫煙は大人で反体制的で格好が良い、おしゃれである、喫煙は文化であるなどという社会の雰囲気を作られてきていたのである。

また、法律の面から言っても、未成年者喫煙禁止法はあったといっても、実際に機能していないことが多くの報告から明らかになっており、

原告らの喫煙開始時頃においては、未成年者であっても就業している者に対しては、むしろ喫煙することが当然といった風潮さえ強かったのである。その他には、たばこ関係の法律は、たばこ事業法等たばこ産業の発展、つまり喫煙を奨励する方向でのものしかなく、禁煙を促すような法律は、平成15年になって漸く健康増進法が施行された程度であった（なお、たばこ規制のための法的根拠については、後の準備書面において別に詳述する予定である。）。実際に、本件各原告らも、国（旧専売公社）が認めて販売しているものがまさか体に悪いとは思わなかったと述べている（原告ら各陳述書をご参照。）。

このような情勢の中で、唯でさえニコチンの依存性によって困難な禁煙が、禁煙の動機付けの部分から禁煙開始、禁煙中、あるいは一旦禁煙に成功した後でさえ再喫煙を始めてしまうような極めて禁煙しづらい状況がわが国の社会には存在していたのである。

しかも、その影では、1960年頃から主に英米でたばこの有害性（特に肺がんと因果関係）や依存性が明らかにされていく一方で、我が国では、たばこ産業による巧みなカモフラージュによって喫煙の有害性、依存性の情報が曖昧にされ（喫煙健康科学財団等を通じての助成研究などによって、別の意見もあるとか、まだ確実ではないといった報告をさせるなど。本件訴訟においても同様の主張がされている。）、同時に、英米のたばこ産業と同様に、ニコチン量をニコチン依存を維持できるに足る閾値以上に設計するなど個人の意思で依存性を克服し禁煙することが不可能な状態が作出されていたのである。

なお、たばこの有害性（発がん性）や依存性が英米で明らかにされていくのと併行して、あるいはそれ以前から、主要な大手のたばこ産業がそれらの事実気付きながらこれを隠蔽してたばこを売りつづけてきたことは、たばこ産業の内部文書あるいはたばこ産業の声明等から既に明らかになっているが（1994年に食品医薬品局（FDA）が、たばこ産業は製品中のニコチンを意図的に操作しているとし、多くの喫煙者が未成年のうちに喫煙を開始しニコチン依存症に陥ることから、食品医薬品化粧品法の下に、未成年の薬物使用防止の観点から、たばこ製品の販売・広告を規制する方針を公表し、1995年に規制案を発表したことは既に述べた）、被告日本たばこだけが他のたばこ産業と異なるはずもない。

このような我が国の社会の雰囲気、法律、喫煙に要する費用、時間的、

場所的制限などの社会的要因や文化的要因を考慮して、たばこの依存性を考えると、英米をはじめとする先進諸外国に比べて、禁煙の困難性をより強い方向で評価するべきであり、間違っても、東京たばこ訴訟判決で示されたように「喫煙者自身の意思及び努力による禁煙ができないほどのものではない」などと評価されるべきではない。

(8) 禁煙の動機付けの困難性（社会学的観点からの考察）

ア 禁煙の動機付けの重要性

上記条約においても、禁煙が非常に困難であり、禁煙を成功させるためには依存症の治療という観点からの取り組みが必要であることが当然の前提とされていることは原告ら準備書面4で詳述したとおりである。

平成18年4月1日からは、我が国でも、禁煙治療が健康保険の対象とされたことは記憶に新しい。

医師が関与しても、禁煙が非常に困難であることは変わらないが、医師による適正な禁煙指導及びニコチン代替療法などにより相当程度禁煙の効果が上げられることも分かっている（「治療 Vol87」（甲8）p2001等ご参照）。

そして、様々な禁煙指導の失敗例などから、特に、禁煙への動機付けの部分が重要であることも分かっている（「治療 Vol87」（甲8）p1963以下）。

これは、上記のとおり、ニコチン自体の離脱症状、強迫症状のみならず、たばこが合法的な商品として販売されていることや、我が国の歴史的、社会的環境による影響も大きい。

イ 認知的不協和の理論

喫煙者の心理的葛藤を理解する上では、社会心理学で「認知的不協和の理論」という考え方が参考になる。

これは、社会心理学者のレオン・フェスティンガーが提唱した認知的動機づけに関する理論であり、今日広く受け入れられている理論である。この「認知的不協和」とは、相容れない認知による心理的緊張状態のことを指している。

この心理的緊張状態というのは人にとって不快なものであり、人はこの不快感を低減しようとする。

例えば「喫煙したい」という認知（認識）と「喫煙は有害である」

という認知（認識）の2つの認知は相容れない認知であり、この2つの認知間には不協和がある。この不協和状態を減殺するためには、一つには「禁煙する」という行為選択をして、不協和を無くす方法がある。

しかし、「禁煙」という行為選択をすることが困難であるときは、人は「喫煙は有害である」という認知の方を修正してしまう。すなわち「喫煙は必ずしも有害ではない」、「喫煙が有害といっても、人による」、「喫煙による被害が生じるとしても、それは遠い将来のことである」などと考えることによって、2つの認知間に矛盾がなくなり、緊張状態から開放されるのである。

このような認知的不協和が存在しているときには、人はそれを低減しようと試みるだけでなく、さらに人は不協和を増大させると思われる状況や情報をすすんで回避しようとする。

そして、認知的不協和は、問題となっている認知的要素の重要性や価値が大きいほど、また、関連した認知要素間に協和的認知よりも不協和な認知が多いほど、大きいのである。

喫煙者が「喫煙したい」という認知的要素の重要性は、たばこの依存性によって高められる。他方「喫煙は有害である」という認知的要素は、場合によっては喉頭がんや肺がんに罹患して死ぬかもしれないという認識を含むから、喫煙者にとって重要性が高い。

このように「喫煙したい」という認知的要素も「喫煙は有害である」という認知的要素も、喫煙者にとって極めて重要であり価値が高いから、この間の認知的不協和の程度も高いのである。

このような高度の認知的不協和を解消するため、喫煙者は「喫煙は有害である」という認知的要素を、先に述べたような「喫煙は必ずしも有害ではない」、「喫煙が有害といっても、人による」、「喫煙による被害が生じるとしても、それは遠い将来のことである」といった認知に変容させてしまうのである。そして、この認知的不協和の程度が高度であればあるほど、自分に都合が悪い方の認知を変容させる欲求も強くなってしまうのである。

このため、喫煙者は、禁煙をする動機付けが薄弱になり、禁煙という選択をすることがいよいよ困難となってしまふのである。

喫煙者が「喫煙したい」という認知的要素の方を変えず、「喫煙は

有害である」という認知的要素を変えてこの間の認知的不協和を解消してしまうのは、いうまでもなくたばこには依存性があるため、「喫煙したい」という認知的要素の方を変えることができないからである。

たばこの依存性は、それがどのような程度のものであれ、喫煙者がたばこの有害性についての正しい認知をすることを妨げ、禁煙への動機付けを確実に弱めてしまうのである。

ウ 社会学的観点からの考察（イノベーション普及学）

そして、この点については、社会学的観点からの考察も必要である（「治療 Vol187」（甲8）p1933以下）。上述したとおり、たばこの依存は、ニコチンの依存性が主体となりつつも、さらには、社会的、文化的要因も大きな影響を与えているからである。

たばこのもたらす重大かつ広汎な害及びその依存性については既に多くのことが分かっているが、未だに、その事実を受け入れることができない人々が少なくないことはよく知られるところである。

その中でよく耳にするのは、もし、そのような事実が本当だとするならば、日本を始め世界の政府がたばこの販売をとうの昔に禁止しているはずだという意見である。本件各原告も正にそのような意見を持ちながら喫煙を継続していた。

これは、上記の「認知的不協和の理論」によっても説明できるが、たばこの場合、上記のとおり、それが合法的な商品であり、かつ、長年嗜好品として捉えられてきたという社会的な事実が強く影響しているのである。

もともと、例えば戦時中多くの国で兵士にたばこが配給されるなど、喫煙という行為は、喫煙をしない人々も含めて、社会的に許される行為と受け入れられてしまってきたことは否定しがたい事実である。さらに、上記のとおり1960年代頃からは、喫煙の医学的な害が知られ始めていったが、同時に、世界中でたばこ産業側がその害を隠し続け、たばこをライフスタイルやファッションと結び付けて肯定的な印象を与えるような広告宣伝を続け、また巨費を投じて医学者や各国政府の対応に介入してきた成果もあって、今日でも、たばこの有害性、依存性、たばこ産業によるニコチンのコントロールなどの事実、喫煙という行為が望ましくない行為であるという考え方は受け入れること

が困難になってしまっているのも事実である。

このように、喫煙を望ましくないと考えることは、元々受け入れられてきた社会的な考え方を新しい考え方に変容させる行為であり、このような新しいイノベーションを受け入れるには、イノベーションの受け入れに伴う「不確実性」（受け入れた結果が吉と出る可能性が確実でないこと）を低くすること、及び、新しい考え方が従来の考え方よりもより良いものであると知覚される度合いである「相対的有利性」が高くなることが必要となる。

ところが、喫煙による健康被害は、長期間の喫煙の後に現実化する将来の危険であるため、上記「不確実性」は高くなり、「相対的有利性」は低くなる傾向がある。

上記のとおり、ニコチンの依存性及びたばこ産業によるニコチンコントロールと情報操作、広告宣伝活動により、喫煙者自身は「喫煙したい」という認知を変えることができないため、上記の傾向はより強くなる。

このように、社会学的観点からも、特に我が国においては、新しい考え方を受け入れることに他ならない禁煙への動機付けをすることが、非常に困難であることが分かるのである。

4 たばこの消費（喫煙を含む）が及ぼす結果（「喫煙と健康 新版」（甲5）p 79以下ご参照）

（1）被害の重大性・広汎性・現在進行性

上記のたばこの有害性及び依存性は、被原告日本たばこ産業の作為・不作為の有害性を基礎づける背景事実であるが、これに関し、次の3点を常に念頭に置いておく必要がある。

その一つは、たばこによる「健康被害の重大性」である。喫煙による被害は急性被害と慢性被害とがあるが、このうち慢性被害の結果である肺がん、肺気腫等の疾病は、現在も死に至る病であり、多くの人がこれにより命を落としている。

そしてもう一つは、たばこによる「健康被害の広汎性」である。日本の喫煙者数は、遺憾ながら、現在でも、なお男性で45.8%、女性で13.8%（平成17年度被告会社の調査による）の多きにのぼっている（なお、過去の喫煙率の経年変化については、「喫煙と健康 第2版」

(甲6) p 8の図I・1-1に詳しい。また、被告会社のホームページ、被告国の厚生労働省のホームページにも喫煙者率の推移が掲載されている。)。そのため、喫煙により重篤な健康被害を被った人々の数は極めて膨大な数となっている。

更に、たばこの被害は、「現在進行性」があることも忘れてはならない。たばこの消費とその結果発生との間には時間的隔たりがあることが上記条約で確認されているが、たばこへの規制がされたとしても、その効果が発生するのは数十年後であり、WHOの推計でも、我が国のたばこによる死亡者数は、1995年で9万5000人、2000年度では11万4000人となっており、恐らく、今後も被害者が増大することが予想され、今現在も毎年犠牲者が出続けているのである。

問題の先延ばしは、その間のたばこの莫大な売上げに結びつくとともに、毎年発生している被害者及び将来発生する被害者の数にも結びついているのである。

(2) 被害の重大性

喫煙のよってもたらされる健康被害のうち、喫煙との関連の大きさが相対危険度として2以上の値を示しており、喫煙との因果関係があると判断する十分な証拠があるとされているものだけでも、肺がん、食道がん、口腔がん、中咽頭がん、下咽頭がん等各種のがんがあり、2以下ではあるものの関連が認められているがんも多数ある上、脳卒中等の循環器疾患、肺気腫等の呼吸器疾患等、喫煙により引き起こされる健康被害はいずれも死に至る危険性が極めて高く、たとえ死を免れたとしても、肺や喉頭の切除、肺気腫のように死ぬまで酸素吸入チューブを手放せない状態を余儀なくされるなど、非常な苦痛を伴う重大なものばかりである（「喫煙と健康 新版」(甲5) p 79以下、p 109以下、p 122以下、p 136以下、p 146以下ご参照)。

Doll らの英国男性医師コホートの40年間にわたる追跡調査の結果及び米国がん協会により1988年に開始された Cancer Prevention Study IIの6年間の追跡結果によれば、喫煙者の全死亡のリスクは、非喫煙者に比べて2倍以上高く、これらのことから、十代で喫煙を開始した喫煙者の実に約2分の1はたばこのために死亡すると推定することが出来るとされており、喫煙、特に未成年のうちから喫煙習慣を身につけることによる健康被害の重大性が良く分かる（「喫煙と健康 新版」

(甲5) p79以下)。

(3) 被害の広汎性

そして、そのような喫煙による重大な健康被害は、国民のごく一部に発生するものではなく、以下のように、極めて広汎に発生するのである。

「喫煙と健康 新版」(甲5)82ページでは、Peto 及び Lopez らが、1995年の先進国総計における主要死因別のたばこによる死亡の占める割合を推計(WHOのコンサルタントグループとして推計方法を考案)した結果が記載されているが、この結果、男性では、

全死亡で25%

全がんで43%

肺がんで92%

口腔・咽頭・食道・喉頭がんで66%

慢性閉塞性肺疾患で75%

血管疾患で21%

を占めていたと推計された。

また、女性では、この割合は、肺がんでの72%、慢性閉塞性肺疾患での53%をはじめ男性よりも少なくなっていた。

男女合わせると、たばこによる死亡が占める割合は、

全死亡で17%

全がんで30%

肺がんで87%

口腔・咽頭・食道・喉頭がんで60%

慢性閉塞性肺疾患で66%

血管疾患で13%

と推計された。

男性の全死亡の実に25%がたばこに起因するというのは、交通事故等に比べていかにたばこによる健康被害が広汎に生じているのかを如実に物語っている。しかも、がんに限って言えば、男性の場合、全がんで43%、本件原告の罹患している肺がんで92%、口腔・咽頭・食道・喉頭がんで66%という高率であり、また、呼吸器疾患のうち、やはり本件原告の罹患している慢性閉塞性肺疾患でも75%という高率を示しているのである。

そして、日本におけるたばこによる死亡数の推計値の推移を性別に示

したのが「喫煙と健康 新版」(甲5) 83ページの表2・4-2である。

これによれば、各年代の中央年におけるたばこによる死亡数、全死亡数に占める割合、35～69歳の死亡に占める割合は、以下の表のようになる。

1995年のわが国のたばこによる死亡者数は実に年間9万5000人も膨大な数に上っており、この数字は2000年には、更に年間11万4000人にまで膨れ上がっているし、喫煙率が徐々に低下してきているとはいえ、喫煙の流行とたばこ関連疾患の流行は約30年程度のタイムラグがあることからすると、第2次大戦中及び戦後のたばこ生産の低下の影響で一旦は下がるものの、その後の喫煙率の上昇に合わせて、この数字は増加していくことが見込まれる(「タバコ病辞典」(甲9) p80以下もご参照。)

中央年	男			女		
	各年代の中央年におけるたばこによる死亡数	全死亡数に占める割合%	35～69歳の死亡に占める割合%	各年代の中央年におけるたばこによる死亡数	全死亡数に占める割合%	35～69歳の死亡に占める割合%
1955	3,400	0.9	2	0	0	0
1965	19,600	5	8	3,100	1.0	2
1975	36,000	10	11	8,300	3	3
1985	57,000	14	14	16,800	5	4
1995	76,000	17	18	19,300	5	4
1950-2000年合計	2,000,000	10	11	500,000	3	2

また、上記のように、この全死亡のうちの肺がんによる死亡について

は、たばこが原因の大部分を占めている。

そこで、わが国における肺がん死亡者数の推移を見てみると、以下のとおりとなる（「喫煙と健康 新版」(甲5) p 86 の表 2・4－3 参照）。

年	男	女	男女計
1955	1,893	818	2,711
1965	5,404	2,321	7,725
1975	10,711	4,048	14,759
1985	20,837	7,753	28,590
1990	26,872	9,614	36,486
1995	33,389	12,356	45,745
1997	35,700	13,294	48,994
1998	36,880	13,991	50,871
1999	37,934	14,243	52,177
2000	39,053	14,671	53,724

このうちの、男性の92%、女性の72%、全体の87%はたばこにより肺がんで死亡した数ということになる。これを表にすると以下のようになる（1人未満切捨）。

年	男 (92%)	女 (72%)	男女計 (87%)
1955	1,741	588	2,358
1965	4,971	1,671	6,720
1975	9,854	2,914	12,840
1985	19,170	5,582	24,873
1990	24,722	6,922	31,742
1995	30,717	8,896	39,798
1997	32,844	9,571	42,624

1998	33,929	10,073	44,257
1999	34,899	10,254	45,393
2000	35,928	10,563	46,739

また、厚生省人口動態統計から、わが国における慢性気管支炎及び肺気腫の死亡者数の推移を見てみると、以下の通りとなる。

年	男	女	男女計
1955	2,045	1,371	3,446
1965	1,811	1,205	3,016
1975	2,972	1,420	4,392
1985	4,973	1,980	6,953
1990	5,664	2,170	7,834
1995	8,018	2,959	10,977
1997	7,497	2,700	10,197
1998	7,471	2,684	10,155
1999	8,451	2,746	11,197
2000	8,237	2,640	10,877

このうちの、男性の75%、女性の53%、全体の66%はたばこにより慢性閉塞性肺疾患で死亡した数ということになる。これを表にすると以下のようなになる(1人未満切捨)。

年	男 (75%)	女 (53%)	男女計 (66%)
1955	1,533	726	2,274
1965	1,358	638	1,990
1975	2,229	752	2,898
1985	3,729	1,049	4,588

1990	4,248	1,150	5,170
1995	6,013	1,568	7,244
1997	5,622	1,431	6,730
1998	5,603	1,422	6,702
1999	6,338	1,455	7,390
2000	6,177	1,339	7,178

このように、本件訴訟で取り上げた2つのたばこ病だけをとっても、実に膨大な人数がたばこにより死亡しているのであり、その被害の広汎性を現しているのである。

ちなみに、上記 Peto 及び Lopez らのモノグラフから、1990年における先進国総計、英国、米国、スウェーデンと日本のたばこによる死亡数を他の死因、特に交通事故と殺人を取り上げて比較してみると、以下のようなになる（「喫煙と健康 新版」（甲5）p88の表2・4-5参照）。

国	死因			
	全死亡	たばこによる死亡	交通事故	殺人
先進国総計	11,430,681 (100%)	1,814,627 (16%)	212,925 (1.9%)	67,206 (0.6%)
英国	641,799 (100%)	136,871 (21%)	5,628 (0.9%)	413 (0.1%)
米国	2,148,463 (100%)	461,127 (21%)	45,827 (2.1%)	24,614 (1.1%)
スウェーデン	95,142 (100%)	7,297 (8%)	747 (0.8%)	108 (0.1%)
日本	820,305 (100%)	87,382 (11%)	14,398 (1.8%)	744 (0.1%)

このように、他の死因と比較しても、たばこによる死亡者は、殺人や交通事故に比べてはるかに多く、その健康影響の重大性ととも、いかに多数の国民に対してその危険を及ぼしているかが分かるのである。

更に、上記は本件各たばこ病を含むたばこ関連疾患による死亡数であるが、たばこ関連疾患に罹患した患者数はこれよりも断然多数に上ることは明らかである。

肺がんの死亡率の高さは、周知であり、たとえ肺の切除術等により死は免れたとしても、その後は、何時再発するとも知れないという恐怖と共に、片肺を失った状態での非常に厳しい生活を余儀なくされるのである。

また、肺気腫を含む慢性閉塞性肺疾患の場合には、すぐに死に結びつくことはないものの、肺機能が回復することは望めず、徐々に、しかし確実に、死に向かって残りの人生を生きていくことを強いられるのである。その生活がいかに苦しい悲惨なものであるかは、本件原告水野の陳述書、第1回口頭弁論での口頭陳述において明らかになったところである。

参考までに、以下に、1975年以降の肺がん及び喉頭がんの罹患者数の推計値を載せる（肺気腫を含む慢性閉塞性肺疾患についてのデータは今のところないが、肺気腫の場合、死に至るまでに相当年数を要することから考えると、死亡者数に比して相当多数の罹患者数が推察される。）。

年	肺がん	喉頭がん
1975	12,701	1,268
1980	17,998	2,135
1985	26,527	2,610
1990	33,217	3,081
1991	34,864	3,038
1992	36,816	3,166
1993	37,849	2,943

1994	38,545	2,998
1995	38,052	2,876
1996	40,976	2,950
1997	41,953	3,122
1998	43,895	3,083

このように、たばこによる健康被害は、極めて重大な被害であると共に、極めて広範囲に発生する被害なのである。

なお、上記のような健康被害の重大性、広汎性、現在進行性については、製造販売業者である被告会社は勿論、その監督官庁である財務（旧大蔵）省、国民の健康増進を政務とする厚生労働（旧厚生）省において、当然把握している事実であるし、少なくとも把握しておくべき事実である。

このように、たばこによる「健康被害の重大性」、「健康被害の広汎性」、「健康被害発生の現在進行性」の実態は、まさに驚くべき程度に達している。作り出された製品がこのような実態を生じさせていることがわかったとき、その製品の製造者はいったい何をなすべきだったのであろうか、また何をすべきではなかったのだろうか。被原告日本たばこ産業の作為、不作為の違法性・有責性を基礎づける原点がここにあるのである。

第2 嗜好品論について

たばこという商品は上記のような性質を有するものであり、その製造販売、広告宣伝、販売促進活動のいずれもが違法であるとの評価をまぬがれないものであるが、被告会社は、英米のたばこ産業が繰り返してきたのと同じように、たばこは嗜好品であって、各喫煙者は、知られた害を承知の上で喫煙行為を選択し、喫煙を継続してきた旨主張している。

そこで、以下、被告会社のたばこ嗜好品論につき反論する。

1 被告会社主張の嗜好品論の問題点

(1) 事実としての嗜好品

被告会社の主張する嗜好品とは「一般的に知られた内容としてその身体的リスクを認識しつつ、自らの責任において、」当該「嗜好品を使用す

るか否か、どのように使用するか等を判断して、自らの選択として」使用するものを指すようである（平成18年2月8日付被告会社準備書面（1）p3）。

ア 他の嗜好品との相違

しかし、まず、そもそも、嗜好品とは「栄養摂取を目的とせず、香味や刺激を得るために飲食される食品飲料」のことであり、一般的に、たばこもこれに含まれるとされてきたが、コーヒーやアルコールは飲食物として食品衛生法の規制を受けるのに対し、たばこは国民の健康という観点からの規制を一切受けないというのが被告会社及び被告国の見解であり、仮にたばこが嗜好品としての定義に当てはまるとしても、国民の健康への安全性の担保が全くないと言う点で、他の嗜好品と同等に扱うべきではない。

また、たばこの危険性は、被告会社が挙げるコーヒーや茶などとは比較にならない程の有害性を有するのであるが、一般の毒物と比較しても、摂取許容量（閾値）がないという重要な特徴がある。本来許容量のない発がん性農薬や放射線被曝量にも1万人に1人程度の死者が出る物質の摂取量、暴露量を仮にではあるが許容量として設定されているが、たばこの場合は、許容量は存在しない。

イ 工業製品としての紙巻たばこのリスク

また、被告会社の言うところのたばこが嗜好品であるとの主張に従えば、一般人は、たばこの「一般的に知られた内容としてその身体的リスクを認識し」て喫煙を選択していることになるが、ここで「一般的に知られた内容としてその身体的リスク」というのは、あくまでも「一般的に知られた内容としての身体的リスク」に過ぎない。つまり、16世紀から我が国に広まった煙草のリスクというのは、農産物加工品程度の刻み煙草についてのリスクのことである。

本件で問題となっているのはいわゆる「紙巻たばこ（シガレットたばこ）」であり、これは後にはフィルター付きたばことなっていくのであるが、この「紙巻たばこ」については被告会社が指摘するような16世紀末に伝えられ、庶民の間に広まった「たばこ」とは全く性質が異なる。

即ち、本件で問題とされているたばこは、条約の指摘するように、「アンモニア・テクノロジー」「ニコチン・テクノロジー」等の高度な科学

技術を駆使した「高度な仕様（あるいは設計）」に基いて、厳密な製品管理の下で、「依存を引き起し」「維持するように」均一の性質を持つように製造された工業製品としてのたばこなのであって、江戸時代の庶民らが煙管で吸っていた素朴な農産物加工品としてのたばことは全く性質を異にするのである。

当然、その製品の危険性というものも、被告会社が指摘するような「喫煙は健康を損なうおそれある」という形で古くから知られてきた」（被告会社準備書面（1）p5）リスクとは全く異なるのである。

ウ 真実のリスクとの乖離

又、被告会社のいう上記リスク（「喫煙は健康を損なう虞おそれある」という程度のリスク）は、たばこの有する真実の危険性とも相当乖離していることも明らかである。現在知られているたばこ（繰り返すが、本件でたばこという場合は「紙巻たばこ」を指す。）の危険性は、「喫煙は健康を損なうおそれがある」といった程度のものではないことは上記第1項で詳述したとおりである。

エ 知らされるべき身体的リスクの内容

また、その身体的リスクについても、具体的な形で理解されている必要がある。なぜならば、具体的なリスクが知らされて初めて、自らの選択による行為ということができるからである。

しかし、肺がんは、今日でこそ、非常に有名な病気であるが、20世紀になるまではほとんど見られなかった病気であるし、肺気腫などは、現在でも一般的には知られていない病気であって、被告会社のいう「一般的に知られた内容としての身体的リスク」とはやはり異なる。

更には、身体的リスクと被告会社のいうところのたばこの効用とを比較考量して、自らの選択として、喫煙するか否か、どのように喫煙するか（喫煙量を含む）を決定していたといえるためには、上記のようなたばこの有害性のみならず、依存性、たばこ製品が依存を引き起し、維持するように設計製造されているという事実も含めて、そのリスクが一般的に知られている必要がある。

なぜならば、被告会社のいうように、喫煙するか否か、どのように喫煙するかを、自らの意思で選択するためには、一旦喫煙を開始した場合、製品自体が依存を引き起し、維持するように作られており、結果、禁煙が困難になることまで理解できていなければ、その後の喫煙

継続は、到底自らの選択とはいえないからである。

そして、各消費者が、そのような危険性を具体的に理解していたとは到底言い難いことは、我が国の非常に高い喫煙率等から見ても明らかである。

(2) 法律的観点からの嗜好品論

被告会社は、嗜好品であるというたばこの性質を、違法性の判断において前提事実として判断すべきであると主張している。

しかし、被告会社がここで主張している中身は、たばこという製品は嗜好品である、つまり各消費者が、「一般的に知られた内容としてその身体的リスクを認識しつつ、自らの責任において、嗜好品を使用するか否か、どのように使用するか等を判断して、自らの選択として上手に」付き合う性質の製品であるという主張なのである。

これは、いわゆる「危険の引受」（あるいは「危険への接近」、「被害者の同意」）の抗弁の言い換えに過ぎない。

しかし、まず、我が国不法行為法上、生命、身体に対する加害行為に関しては、被害者の同意があっても不法行為責任は免れない。

仮にこの点をおくとしても、危険の引き受けの抗弁が成り立つためには、被害者が、受けるべき被害について十分に知らされて、これを理解した上で、自らの自由な意思決定に基づいて、これを引き受けていることが必要である。

ところが、少なくとも我が国の喫煙者が、このような十分な情報提供を受けた上で喫煙を選択してきたとは到底いえないことは上記で詳述してきたとおりである。

更に、たばこ産業が、自らの責任で自己選択ができない未成年をターゲットにその産業を発展させてきたことも上記のとおりであり（次回以降の準備書面においてさらに詳述する予定である。）、そうなると、仮に十分な情報提供がされていたとしても、もはや危険の引き受けの抗弁は成り立たない。

また、危険の引き受けの抗弁が成り立つためには、その危険の引き受け行為が、自由な意思決定に基づいている必要がある。

しかし、たばこ製品が、ニコチンの依存性を利用して「依存を引き起し」、「維持するように」設計されている以上、喫煙習慣を身につけた者の喫煙継続行為は、もはや自由な意思決定に基づく選択とはいえないこ

とは明らかである。

しかも、たばこの有害性等についての情報が新聞、雑誌等でされるようになった後も、たばこ産業による情報の操作、誤導、広告宣伝活動等により、正確な情報が伝わらなかったことは上記のとおりであり、少なくとも、喫煙者の意思決定に影響を与えたことは明らかである。

従って、そのような場合も自由な意思決定に基づく選択がされたとは到底言えないのあって、やはり危険の引受けの抗弁は成り立たない。

いずれにせよ、本件においては、危険の引受けの抗弁が成り立たないことは明らかである。

(3) たばこの効用について

被告会社は、「喫煙は、精神的には総じてみれば喫煙習慣のある者にとって肯定的効果が認められる」（乙8の8頁）等として、たばこという商品には、少なくとも喫煙習慣を有する者にとっては精神的効用があると主張している。

しかし、このような喫煙の精神的効用は、見かけ上のものに過ぎず、効用と見える効果は、たばこあるいはニコチン依存に陥った者が、ニコチン欠乏によって生じるストレスをニコチンの補給によって消失させる効果であることが現在は分かっている（「タバコ病辞典」（甲9）p42以下）。

即ち、喫煙者が感じているストレスの本態は、医学的には、ニコチンの離脱によって引き起される不快な症状である。その不快な症状は、喫煙を続ける限り、喫煙者の心の健康を阻害し、ニコチンが切れるたびに、余計なストレスを生み、喫煙行動に伴う健康障害や社会的不利益、禁煙できない自分への自己効力感の低下や自己嫌悪などが加わり、二重三重のストレスを生じる悪循環となる。

ニコチンの離脱症状については、既に詳述したが、喫煙者の多くは、この離脱症状を、日常生活のストレスと勘違いしているのである。

喫煙によって、ニコチンが肺から吸収され、脳へ作用すると、15秒以内という即効性をもって不快な症状が消失する。そこに、喫煙によって「ストレス」が消失したと勘違いする仕組みがあるのである。たばこ産業がこのような仕組みを十分理解していることは疑いようがないが、その上、たばこ産業が行なってきたイメージ戦略も喫煙者の上記勘違いに一役買っていることも論を待たないと思われる（「治療 Vol187」（甲

8) p 2008以下ご参照。「いこい」についての「生活の句読点」をキャッチコピーにした広告ポスターなど。)

このようなたばこの効用と呼ばれるものの真実の正体についても情報提供がされていなければ、やはり、喫煙行為を自ら選択したとはいえないことは当然である。

2 被告会社主張の嗜好品論が誤りであること

このように、少なくとも「紙巻たばこ」という製品は、過去、嗜好品と呼ばれてきた「たばこ」とは全く異なる性質を有し、また、被告会社の主張する「嗜好品」であることを前提にして違法性判断をせよという主張は、危険の引受けの抗弁と実質的には同じであるが、「紙巻たばこ」については、その必要最低限の要件である危険についての十分な情報提供及び自由な意思決定が認められる余地がない。

以上から、被告会社のたばこが嗜好品であることを前提として違法性の判断をすべきとの主張は採用されるべきではない。

以上