

平成17年(ワ)第141号 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 12 (被告らへの反論)

2007年7月18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 たばこの性質論についての反論・・・3
 - 1 はじめに・・・3
 - 2 「嗜好品論」について・・・6
 - 3 たばことアルコールとの根本的相違・・・10
 - 4 「たばこによるストレス解消」とは「ニコチン離脱の解消」であること・・・16
 - 5 たばこが社会的に受容されている(?)という主張について・・・23
 - 6 たばこが依存性のある商品であること・・・26
 - 7 ニコチン依存・・・29
 - 8 たばこには強力な依存性があること・・・32
 - 9 喫煙者は依存性により非現実的な楽観主義を抱かさせられていること(心理的依存)・・・40
 - 10 まとめ・・・43
- 第2 違法性論についての反論・・・44
 - 1 はじめに・・・44
 - 2 たばこの特殊性・・・46
 - 3 自由な選択をするに足りる情報でなければならないこと・・・47
 - 4 製造販売業者による情報の歪曲・・・56
 - 5 公衆衛生的・予防医学的観点からの報告であるとの主張について・・・69
 - 6 まとめ・・・69
- 第3 因果関係についての反論・・・70
 - 1 はじめに・・・70
 - 2 疫学的数値を用いての個別的因果関係の立証が不可能であるとの主張について・・・72
 - 3 疫学のみならず、基礎医学、臨床医学等の分野における知見を考慮すべきとの主張について・・・72
 - 4 動物実験について・・・75
 - 5 他要因について・・・77
 - 6 蓋然性に達する程度の原因確率(曝露群寄与危険度割合)・・・80
 - 7 原因確率(曝露群寄与危険度割合)について・・・81
 - 8 FCTCの曲解・・・83

第1 たばこの性質論についての反論

1 はじめに

たばこが禁制品でないことは、被告会社のたばこを吸って肺がん等の疾患に罹患させられた原告らからの損害賠償請求を否定する理由にならない。欠陥商品を製造販売し他人の生命健康を害した者が賠償責任等を負うのは当然のことであり、違憲違法な製造販売方法を助長推進してきた被告会社の責任は、当然認められるべきものである。本来、「たばこ嗜好品論」は検討するまでもない謬論である。

しかしながら、被告会社は「たばこ嗜好品論」を、戦略的に流布し、ニコチン依存症患者を作りだしてきた経緯があるので、本書面において反論しておく。

被告会社は「たばこは、味・香りを楽しみ、安らぎを覚え、精神的な緊張を緩和してストレスの発散となったり、喜びを感じたりする等の効用があり、代表的な嗜好品の一つとして古くから日本社会に受容されてきたものである。反面、たばこにはある種の身体的リスクを伴うが、そのことは古くから知られてきた。そして、喫煙は個人の自由な選択に委ねられており、人は、たばこの効用及びリスクを認識した上で、喫煙するかしないか、禁煙するかしないか、あるいはどのように喫煙するかについて、自由に選択してきたのである。」(被告会社準備書面(1)7頁)と主張する。しかし、これは、以下のとおり事実と反する。

第1に、たばこは、嗜好品(香味や刺激を得るための飲食物)ではなく、薬物(薬物効果を期待して摂取する物品)である。

第2に、たばこに効用はない。「たばこによるストレス解消」とは、「たばこ（禁断症状）によるストレス」の「解消」を意味するにすぎない。

第3に、社会は、たばこによる死亡・疾病を受容していない。

第4に、たばこは、本質的に継続使用を前提とし、依存性のある商品である。ニコチンが、他の常習性を持つ麻薬に匹敵する生理学的、心理学的特性をもつことは1988年に最終決着のついた議論である。従って、喫煙習慣を身につけた者には「禁煙するかしないか」についての自由な選択はあり得ない。

第5に、たばこ会社の広告戦略・国の政策が、たばこの生命身体に与える害を正確に伝えることにはなく、被告らが食べ過ぎと同様のレベルで吸いすぎが体に悪いという程度の誤った情報を意図的に流してきたことから、正確な情報は消費者に伝わっていない。しかも、たばこ依存症は、正しいリスク判断を回避し、自分は禁煙しなくても長生きできる、禁煙する必要がない、好きで吸っている（非現実的な楽観主義）等と思いこまされ、喫煙を継続する病態なのである。喫煙の開始、継続は、自由意思ではなく、たばこ依存症の結果である。

「喫煙するかしないか」「禁煙するかしないか」は「自由に選択」してきた結果ではない。

第6に、喫煙には、他の毒物や薬物のような許容量（その量以下ならば人体への影響がゼロであるという閾値）はなく、完全発がん物質である。つまり、「過度の喫煙」でなければ安全であるというレベルはないのであって、少量の喫煙量でも発がんその他の身体的リスクは上昇するのである。従って、喫煙者には「どのように喫煙するか」を自由に選択する余地もない。

なお、本件で「たばこ」と呼んでいるのは「紙巻たばこ」のことであるが、この紙巻たばこは日本に広まってまだ50年程度であり、1日あたりの喫煙本

数が20本を超えるようになったのも戦後のことであって、「嗜好品の一つとして古くから日本社会に受容されてきたもの」でもないし、「古くから知られてきた」というリスクは、現在の紙巻タバコについてのリスクとは異なる（甲第30号証「東洋経済」56頁。甲第13号証「タバコウォーズ」86頁以下、170頁、現在の紙巻たばこは各種特許、実用新案も取得している高度な科学技術に基づいた工業製品であることは甲第15号証「たばこ専売誌5巻」においても第8章第6節で、わざわざ「特許及び実用新案」の節を設けていることから明らかである）。

因みに、わが国における被告会社のこのような主張は、米国においてたばこ産業各社が主張してきた論法（それは、たばこ産業による広告宣伝の一環として行なわれている）と同様のものであり、成り立ち得ないものであるばかりか、消費者に対する欺罔行為であったことが明らかにされている（甲第11号証「悪魔のマーケティング」、甲第13号証「タバコウォーズ」320頁、甲第47号証「フィリップモリスホームページ」等をご参照）。

2 「嗜好品論」について

たばこは、嗜好品（香味や刺激を得るための飲食物）ではなく、薬物（薬物効果を期待して摂取する物品）である。

「嗜好品は『香味や刺激を得るための飲食物』と定義される。『薬理効果を期待して摂取する物品』は嗜好品ではなく薬物である。タバコは、ニコチンの薬理作用を発現させることを目的に使用され、香味や煙刺激などは二義的なものに過ぎない。だから喫煙者は、接ぎ木などで作った無ニコチンのタバコでは決して満足できないし、好みの銘柄が手に入らないときには、違う“味”のタバコでも代用品にしてしまう。コーヒー味のキャンデーはあるが、タバコ味のキャンデーはない。

さらに、強迫的欲求によって臨床的に不必要な継続使用を誘発する薬物は、依存性薬物と見なされる。喫煙は、嗜好品摂取とは一線を画する強迫的な行為である。お茶やコーヒーのような嗜好品は、必ずしも朝から1日何十回も摂らなくても差し支えないが、タバコを朝から吸わない人はほとんどいない。また、摂る余裕がなかったり他のことに熱中していれば、好きな嗜好品でも丸一日摂らないことがあるが、タバコに関しては、喫煙を『忘れる』喫煙者はいない。喫煙せずに1日過ごすことが『困難』または『とても困難』と答える喫煙者は、男性で86.6%、女性で80.9%にも上る（厚生労働省『平成15年 国民健康・栄養調査結果の概要について』,2005）。

嗜好品は、健康リスクを認識すれば容易に中止でき、その後再使用することはまずない。しかし、心臓発作を起こした喫煙者のうち40%が入院中に喫煙を再開し、肺がん術後の喫煙者の半数、喉頭切除術を受けた患者うち40%が喫煙を再開する（大野,2003）。ニコチンの依存性は、ヘロイン・コカインと同

学会「禁煙医療のための基礎知識」3頁)。

たばこ以外にも人の健康に損なうものがあるかもしれないが、日常生活において人の生命健康を最も損なうものがたばこである。それは嗜好品の枠に収まるものではない。コーヒー味のキャンデーはあるが、タバコ味のキャンデーはない。たばこは、飲食品でないために規制を免れ、医薬品でもないとされているので薬事法の規制をも免れている危険物質であること、強い依存性（少なくとも継続的使用を中止することに非常な困難を伴う）があることにきわだった特徴がある。たばこが茶やアルコールなどと同様の嗜好品、即ち『香味や刺激を得るための飲食物』（広辞苑）であるというのであれば、茶やアルコールなどと同様に、食品として、その使用による健康被害の観点から、食品衛生法等の規制対象とされなければならない（そもそも、食品衛生法第2条は、「この法律で食品とは、すべての飲食物をいう」と定義しているのであって、嗜好品であれば当然に同法の規制と受けるべきである。）。

〔文献〕

「タバコは、タバコ会社がいうような嗜好品ではなく、麻薬、覚せい剤と同じ依存性薬物です。」（甲第9号証「タバコ病辞典」40頁）

「嗜好品は、『栄養摂取を目的とせず、香味や刺激を得るための飲食物』と定義されます。『それがないときに起こる離脱症状から逃れるために続ける飲食物』ではありません。」（甲第9号証「タバコ病辞典」41頁）

「QA 『なぜタバコだけが悪者扱いされるのでしょうか教えてください』」

「家庭の受動喫煙で7人に1人が死亡する可能性」

「受動喫煙は環境基準の1万倍以上の致死性的室内空気汚染」

「受動喫煙による寿命損失はほかの環境汚染因子の総計をはるかに上回る」

「喫煙は重症高血圧放置と同じリスク」

「『タバコだけが悪者』なのではなく『タバコが最も健康を損なう悪者』だから喫煙規制のための運動が広がっているのである。」（甲第8号証「治療」87巻6号2014～2016頁）

「煙の有害性やニコチンのもつ依存性について知見が高まるとともに、タバコは単なる嗜好品という枠に収まりきれなくなったのである。」(甲第26号証 宮島英紀「まだ、タバコですか?」36頁)

「嗜好品は生命維持のためではなく、香味や刺激を得るための飲食物であるが、タバコにだけはほかの嗜好品にはないきわだったちがいがふたつある。ひとつは口の中に入るものであるにもかかわらず、飲食品ではないということ。したがって、飲食によって生じる危害を防止するため、添加物や残留農薬、表示や検査などについて規定した『食品衛生法』のしぼりを受けていない。」(甲第26号証 宮島英紀「まだ、タバコですか?」24頁)

「もうひとつのちがいは、タバコは喫煙者が目覚めている間中、その必要性を忘れさせないという点だ。『今日はやたらと仕事が忙しかったから喫煙を忘れてしまった』などという人はまずいない。また、どんなに茶やコーヒーが好きだとしても、腹痛をおしてまで飲んだりはしないだろう。ところが、喫煙者は風邪でノドが腫れ、咳がつづくような体調不良のときにも、タバコを手放せない人がほとんどだ。具合が悪いからと本数を減らしたり、吸わないように心掛けたりしたとしても、頭のなかには喫煙願望がつねに存在する。なかには『体調が良いか悪いか、タバコの味で判断する』と自慢気に話す人さえいる。」(甲第26号証 宮島英紀「まだ、タバコですか?」25頁)

『喫煙』そのものが立派な病気

社会生活を営んでいる人は、自分の人生にとって大事なものとして、(1)《家族》、(2)《健康》、(3)《良識》、(4)《仕事》、(5)《プライド》などと人それぞれ優性順位がつき、一般的には《嗜好品》が6番目以降に連なります。ところが、ニコチン依存症になると、もともと吸い始めには6番目以降だったはずのタバコの順位がじわじわと上がっていき、最終的には1番目や2番目に陣取ってしまうわけです。同僚や家族の生命を危険にさらしていても、かけがえのないタバコのためには『やむをえない』こととなります。タバコは《嗜好品》ではなく《依存性薬物》なのです。」(甲第9号証「タバコ病辞典」49頁)

「ニコチン依存症は、一定時間置きに喫煙し続けないと正常な思考ができなくなっていく精神疾患です。」(甲第9号証「タバコ病辞典」50頁)

「喫煙はこれまで嗜好品や習慣とみなされ、禁煙するかどうかは個人の意志の問題と片付けられてきた。しかし、近年の多くの科学的知見の集積により、喫煙の本質はニコチン依存症という病気であることが明らかになった。」(甲第28号証「肺

癌」Vol46 No.7 p843「禁煙治療による肺癌の一次予防」843頁」

「喫煙の本質はニコチン依存症という病気である。ニコチン依存症は、WHO（世界保健機関）やアメリカ精神医学会からその診断基準が示されている。依存症を引き起す原因薬物のニコチンには、精神依存症だけでなく、身体依存性（耐性や離脱症状の存在）があることも明らかになっている。ニコチン依存についてまとめたイギリスの王立内科学会の Tobacco Advisory Group の報告書（2000年）によると、1）ニコチンの使用を中止することの困難性は、アルコールやヘロイン、コカインと同等であり、自力で禁煙した場合、約3分の2の喫煙者が禁煙3日以内に喫煙を再開すること、2）身体依存性の証拠となる耐性の強さにおいて、ニコチンはアルコールやヘロインを同等であり、コカインより強いこと、3）身体依存性を示すもう一つの証拠である離脱症状の強さはアルコールやヘロインより弱いものの、コカインよりは強い、と結論付けられている。そのほか特筆すべき点として、ニコチンは依存性薬物の中で、依存症の数や超過死亡数が最も多い。」（同844頁）

「英米では約70%の喫煙者が禁煙したいと思い、年間約30～45%が禁煙を試みているが、禁煙成功率はわずか2～3%に過ぎないと報告されている。一方わが国でも、2003年の国民健康・栄養調査によると、たばこを吸わずに1日過ごすことが『とても難しい』と答えた割合は男性47%、女性35%で、『難しい』と答えた割合を合わせると、男性87%、女性81%にのぼっている。」「欧米では、1990年代後半よりエビデンスに基づいた禁煙治療のガイドラインが示され、ニコチン依存症を『再発しやすいが、繰り返し治療することにより完治しうる慢性疾患』と捉え、ルーチンの医療活動としてその治療に取り組む動きが進んでいる。わが国で日本循環器学会をはじめ禁煙に取り組む9学会が合同で策定した『禁煙ガイドライン』においても、喫煙者を『積極的禁煙治療を必要とする患者』という考え方を示している。」（同844～855頁）

3 たばことアルコールとの根本的相違

たばこは、アルコールとは全く異なる。

たばこをアルコールと同列に論じることはできない。

しかし、あえて比較すると、以下の諸点を指摘することができる。

第1に、たばこは飲食品ではない。たばこは有害物質の集まりであり、その本来的用法である喫煙によって生じるたばこ煙は、単独で発がん過程を完結できるものであって、飲食品であれば食品衛生法によって当然製造販売を許されない完全発がん物質である。

第2に、たばこは、依存性があり、血中のニコチン濃度を維持するために摂取する薬物である。

たばこは、味・香りを楽しむものではない。たばこはまずく、そのにおいはよくない。喫煙すると、最初は激しくむせかえって冷や汗がでたり、頭がくらくらした気持ちが悪くなるはずである。人は、この時期をのりこえて依存性ができあがると、喫煙者となる。たばこが味・香りを楽しむものであれば、ニコチンのないたばこの製造販売が成り立つはずである。それが、成り立たないのは、たばこが嗜好品ではなく、ニコチン摂取のための薬物だからである。また、喫煙者が自分の意思で喫煙行動を制御できないのは、たばこが嗜好品ではなく、ニコチン摂取のための薬物だからである。（甲第11号証「悪魔のマーケティング」第2章、甲第13号証「タバコウォーズ」88頁、249頁以下も参照）。

「ICD-10（WHO 国際疾病分類）には『F17 タバコ使用による精神および行動の障害』が疾患カテゴリーに規定され、個々の疾患として『F17.1 有害

な使用』『F17.2 依存症候群』『F17.3 離脱状態』が分類されている。

ICD-10 の依存症診断基準（表 1）を適用すると、喫煙者のほぼ 100 %がニコチン依存症と診断される。すなわち、喫煙者の多くは、嗜好を超えた強迫的喫煙欲求をもち (1)、喫煙量や喫煙時期をコントロールすることに困難を感じ (2)、禁煙時の離脱症状を覚え (3)、喫煙開始時に比べると喫煙本数が増加している (4)。人によっては喫煙のために映画や海外旅行をあきらめ (5)、喫煙者全員が健康リスクに目をつぶって喫煙を続けている (6)。ちなみに、この診断基準をアルコールに当てはめても、飲酒する人のごく一部しかアルコール依存症と診断できない。」（甲第 25 号証神奈川県内科医学会編「禁煙医療のための基礎知識」3 頁）と指摘されている。

表 1 依存症の診断基準

WHO国際疾病分類ICD-10

1. □□したいという強い欲望、あるいは切迫感がある。
2. □□の開始、終了、あるいは□□量をコントロールすることが困難である。
3. □□の禁止に伴い離脱症状（禁断症状）が出現する。
4. 耐性（量がだんだん増えていくこと）が認められる。
5. □□のため、それに代わる楽しみや興味を次第に無視するようになり、□□している時間が長くなる。
6. 有害な結果が起こることが明白だという証拠があるにも関わらず、依然として□□する。

1 ヶ月以上にわたって上記 6 項目のうち 3 項目以上を満たす。

表 1 依存性の診断基準（甲第 25 号証神奈川県内科医学会編「禁煙医療のための基礎知識」3 頁）

〔文献〕

「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、咳きこ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。」（甲第 5 号証「喫煙と健康新版」260 頁）

「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、最終的には一日 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極めてまれである。」（甲第 5 号証「喫煙と健康新版」271 頁）

「タバコが嗜好品だというのなら、TPO（時・所・場合）をわきまえて、自分の意志で喫煙行為を制御できなければおかしい。呼吸器の弱い高齢者や乳幼児、妊婦の前でも平気で吸えてしまうのは、薬物が行動を起こさせているからにほかならない。」（甲第26号証 宮島英紀「まだ、タバコですか？」37頁）

「アルコールをたしなむ人の中で、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中状態の人はごくわずかですが、タバコに関しては、逆に、ニコチンを摂取せず1日過ごせる人のほうがまれです。」（甲第9号証「タバコ病辞典」40頁）

第3に、たばこには安全域がない。たばこは完全発がん物質である。

「1日数本で肺がん2倍」

『吸いすぎでなければ大丈夫』と思っている人は非喫煙者でも多く、実際タバコ会社もそう公言している。どのくらいからが吸いすぎで、どのくらいまでが吸いすぎでないかはあまり議論されないが、一般には1日1箱程度は吸いすぎでない信じている人が多い。

日本人27万人×17年間の追跡調査によると、1日あたり1～9本を喫煙していた少量喫煙者でも、男女とも肺がんのリスクが非喫煙者の2倍以上だった。全部位のがんや全死亡は1.3～1.4倍であった。少量喫煙であっても、発がんや死亡とのリスクは確実に上昇する。（表1）

タバコ煙はイニシエータ（ニトロサミン類）、プロモータ（ピレン、NO₂、アクロレイン）、イニシエータかつプロモータ（ベンゾピレン、ホルムアルデヒド、活性酸素）を含み、単独で発がん過程を完結できる完全発がん物質と呼ばれている。たった1回の喫煙でも、他の日常生活レベルと比較にならないくらい多量に発がん物質を摂取することになる。毎日1本でも喫煙することは、発がん物質の長期曝露実験をしているのと同じである。

喫煙に許容量はない

発がん物質（特にイニシエータ）の発がん作用には閾値がないと言われる。発がん物質を摂取すれば、遺伝子の修復機能をすりぬけてがん細胞が発生する可能性や、免疫監視機構をすりぬけてがん細胞ががんに発育していく可能性は上昇する。多く摂取すれば高い確率で、少なく摂取すればそれなりの確率で発

がん物質はがんを作る。

一般の毒物や薬物には摂取許容量があり、その量以下ならば人体への影響がゼロであるという閾値を規定することができる。アルコールはタバコとよく比較されるが、アルコールの健康障害には閾値がある。アルコール依存症に陥らず、1日1～2合程度以下の飲酒量を守るならば、健康障害は皆無であったり、逆に循環器疾患のリスクを下げたりする。感冒薬や抗生物質など一般の薬品も、許容量が存在するのは同様である。

しかし、実際の摂取量のレベルで閾値を規定することのできないタバコ煙のような完全発がん物質には、許容量を設定することはできない。拳銃に1発だけ弾丸を込めたロシアンルーレットは、運が悪ければ1発目で当たりを引いてしまう。少量喫煙するという事は、込める弾丸を2発、3発と増やさず1発だけにしておくことに相当するが、決して弾丸を安全にするわけではない。(図1)」と指摘されている(甲第25号証神奈川県内科医学会編「禁煙医療のための基礎知識」15頁)。

即ち、喫煙は、それ自体が健康を害するものであって、「吸いすぎ」なければ安全であるということは出来ない。この点で、旧注意表示(「健康のため吸いすぎに注意しましょう」)、前注意表示(「あなたの健康を損なうおそれがあるため吸いすぎに注意しましょう」)の注意文言は、あたかも「吸いすぎなければ健康を損なわない」かのように(即ち、あたかも許容量があるかのように)、消費者を困惑させる誤った事実を記載しているものであり、消費者による自由な選択の大前提となる情報としては無価値を超えて、消費者を欺罔する詐欺的文言とすらいえる。

表1 1日1～9本の少量喫煙による疾患リスク

平山 雄「ライフスタイルと死亡」たばこ問題情報センター, 2001.

	男	女
全 死 因	1.35 (1.30- 1.41)	1.30 (1.24- 1.36)
全部位のがん	1.42 (1.31- 1.54)	1.31 (1.20- 1.44)
肺 が ん	2.06 (1.57- 2.71)	2.25 (1.73- 2.93)
喉 頭 が ん	16.33 (3.15-84.70)	1.21 (0.19- 7.62)
口腔・咽頭がん	2.05 (0.79- 5.29)	0.80 (0.21- 3.00)
食 道 が ん	1.62 (1.09- 2.41)	1.74 (1.04- 2.91)
胃 が ん	1.45 (1.28- 1.64)	1.26 (1.06- 1.48)
腸 が ん	0.99 (0.61- 1.61)	0.97 (0.63- 1.51)
直 腸 が ん	1.42 (0.97- 2.09)	0.76 (0.43- 1.34)
肝 臓 が ん	1.48 (1.14- 1.93)	0.91 (1.45- 2.52)
胆嚢・胆管がん	1.29 (0.82- 2.03)	1.47 (1.00- 2.16)
脾 臓 が ん	1.51 (1.05- 2.18)	1.91 (0.55- 1.50)
腎 臓 が ん	1.20 (0.50- 2.88)	0.55 (0.10- 2.01)
膀胱がん	1.07 (0.57- 2.02)	1.70 (0.81- 3.56)
前立腺がん	1.32 (0.83- 2.11)	
卵 巢 が ん		1.55 (0.83- 2.91)
子宮頸がん		1.73 (1.34- 2.23)
乳 が ん		0.94 (0.56- 1.60)
喘 息	2.07 (1.42- 3.01)	4.62 (2.94- 5.92)
虚血性心疾患	1.68 (1.44- 1.97)	1.69 (1.43- 2.01)
高血圧性心疾患	1.75 (1.29- 2.36)	1.23 (0.92- 1.65)
その他の心疾患	1.48 (1.28- 1.73)	1.41 (1.21- 1.65)
動 脈 瘤	1.34 (0.45- 4.01)	1.87 (0.65- 5.33)
末梢血管疾患	0.97 (0.10- 9.12)	4.24 (1.17-15.35)
脳血管疾患	1.23 (1.14- 1.32)	1.17 (1.07- 1.28)
クモ膜下出血	1.21 (0.68- 2.16)	1.77 (1.23- 2.54)
胃 潰 瘍	1.77 (1.24- 2.52)	2.85 (1.99- 4.08)

相対危険度 (95%CI)

表1 1日1～9本の少量喫煙による疾患リスク (甲第25号証神奈川県内科医学編「禁煙医療のための基礎知識」15頁)

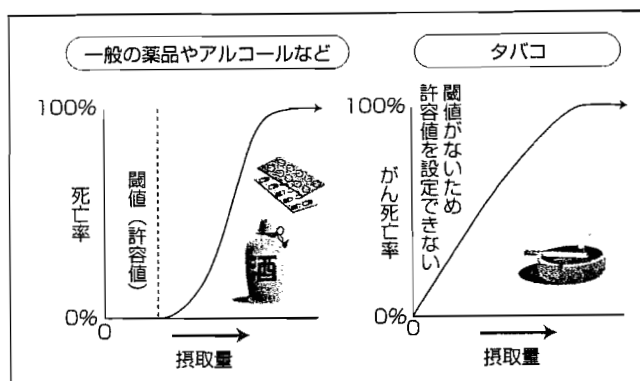
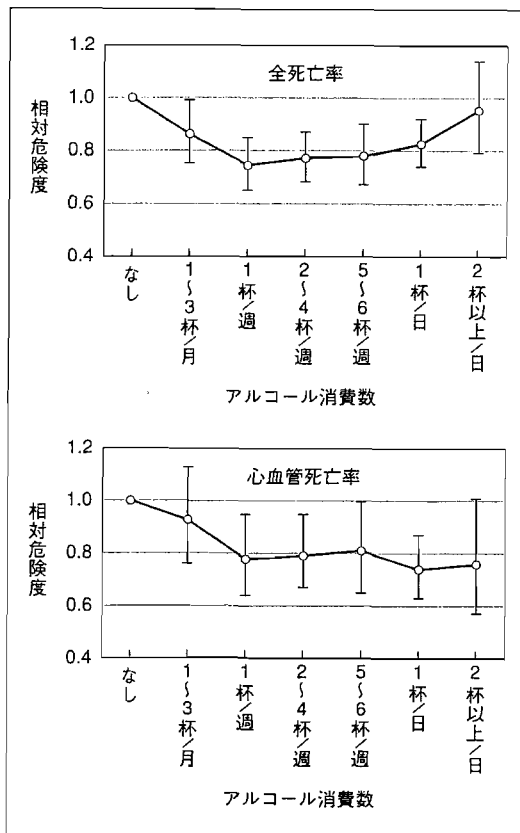


図1 許容値のある薬品と許容値のない薬品
加濃正人「タバコ病辞典」実践社, 2004.

図1 許容値のある薬品と許容値のない薬品 (甲第25号証神奈川県内科医学会編「禁煙医療のための基礎知識」15頁)

第4に、たばこは、強い毒性があり通常の用法で生命を縮めるものである。これに対し、「全くアルコールを摂取しない人と比べて、適度な飲酒（グラス1～2杯/日）は明らかに心臓病の死亡率と発生率を減少させる。このような関係はJ型またはU型カーブとして以前よりよく知られている（図1）。」（甲第27号証木村一雄ら編「冠動脈疾患を診るI」12頁）と指摘されている。心臓病死亡率のみならず、全死亡率においても同様のことが言える、とされている。



[図1] アルコール摂取量と死亡率の関係（文献1）より改変引用

図1 アルコール摂取量と死亡率の関係（甲第27号証木村一雄ら編「冠動脈疾患を診るI」12頁）

第5に、たばこに効用はない。これは項をあらためて述べる。

4 「たばこによるストレス解消」とは「ニコチン離脱の解消」であること

たばこに効用はない。

「たばこによるストレス解消」とは、「たばこ（禁断症状）によるストレス」の「解消」を意味するにすぎない。

喫煙するということは、慢性的にイライラした人生を送るということの意味する。たばこによって癒されるストレスはニコチン切れのストレスだけである。被告会社のいう「たばこの効用」は、実は、ニコチン禁断症状によるストレスがニコチンの摂取により緩和されることを意味するにすぎない。「効用」とは到底言えない。

ニコチンの禁断症状は、主に精神的なもので、イライラして精神の安定が保てず、ボンヤリして精神の集中ができない。タバコへの依存度が高くなればなるほど、禁断症状の緩和されるときにの自覚や快感は大きくなり、たばこ会社の宣伝などさまざまな社会的暗示もあって、喫煙者は「タバコは精神の安定と集中力をもたらすかけがえのないもの」と誤信するにいたる。被告会社の主張する「たばこ効用論」は、たばこ会社とたばこ喫煙が作り出した喫煙者の誤信を基礎とするものである。

しかも、ニコチンはストレスを和らげてくれるわけではなく、ストレスを和らげるような錯覚を起こさせて、実のところストレスを増幅してしまい、最悪の場合、ふくれ上がったストレスは、連続喫煙をもってしても緩和できなくなる。

10万人以上の看護師を対象にした追跡調査で、1日に24本までの喫煙者で2倍、25本以上で4倍自殺が多いこともわかっている。このように、喫煙は自殺を誘発する可能性のあることが指摘されている。

もし喫煙がストレスを解消するならば、禁煙した人はストレスをいっぱい抱えてストレス性疾患にかかりやすいはずであるが、実際はまったく逆である。

喫煙は、慢性的な脳の酸素欠乏状態を作り出し、脳全体の正常な機能を奪い、喫煙者は非喫煙者に比べ、記憶力・想起力が劣っていることが報告されている。

常習喫煙者は非喫煙者に比べて、未知の人の名前を記憶することが不得意であり、記憶した名前を思い出すのにかかる時間も長くなるということが知られている。喫煙は脳の反応速度も低下させる。国立公衆衛生院の大久保らの実験によると、光信号や音信号に反応してスイッチを押す反射速度テストにおいて、禁煙中の喫煙者（6名）は非喫煙者（5名）より0.03~0.04秒反応が遅く、喫煙後も改善は0.01秒未満で、非喫煙者の平均にはるかに及ばなかった。禁煙の成功した人に、仕事の能率について聞くと「禁煙する前より能率が上がった」という人は大勢いても、「能率が下がったからまた喫煙を再開するつもりだ」という人はまずいない。

〔文献〕

「QA 『喫煙でストレスが解消するといわれていますが、本当でしょうか』」

「タバコは『ストレス解消』どころか、精神毒性の強い依存性薬物である『ニコチン』を含有している『ストレスのもと』である。喫煙者が感じるストレスの本態は、医学的には、ニコチン離脱によって、引き起こされる不快な症状である。それは、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む。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。

（中略）

喫煙者の多くは、ニコチンが切れたために生じるこれらの離脱症状を、日常性活のストレスと勘違いしている。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』が解消したと勘違いする仕組みがある。タバコ会社のイメージ戦略も、喫煙者の勘違いの強化に一役買っている。」（甲第8号証「治療」87巻

「多くの喫煙者が、(矮小化する傾向があるにしても)タバコ健康リスクを自覚している。禁煙外来を受診するような喫煙者はなおさらである。にもかかわらず禁煙が困難と考えるのは、タバコには害を差し引いても捨てるがたい精神的効用があると感じており、禁煙後の生活が味気ないのではないかという不安感を抱いているためである。非喫煙者には想像もできないことであるが、喫煙者が禁煙することに対して抱えている恐れや不安はとて強く、時として喫煙関連疾患に対する恐れや不安よりも大きい。喫煙を続けることによって脳内報酬系が過剰に活性化されると、フィードバックにより脳内報酬系神経のドーパミン受容体が減少し、ニコチンのない状態では報酬系が十分に機能しなくなる。ニコチン欠乏がもたらす報酬系の機能不全は、気分が沈む、イライラする、落ち着かない等の離脱症状として発現する。喫煙によってニコチンが補充されると、これら離脱症状が一時的に消失するが、喫煙の効用はあくまでも『ニコチン切れのストレスを解消する』のみで、非喫煙者と同等の状態に戻るに過ぎない。それが証拠に、非喫煙者にニコチン(ニコチンガムやニコチンパッチ)を投与しても、何の精神的効果も生じない。タバコがストレスを解消するというのは、離脱症状緩和の錯覚とタバコ会社の洗脳によって作り出された幻想である。」(甲第25号証神奈川県内科医学会「禁煙医療のための基礎知識」6頁)

「喫煙するとニコチンの血中濃度が急激に上昇する。喫煙を終了すると徐々に血中濃度が低下し始め、人により代謝速度に差があるが、30～40分ではっきりした離脱症状を感じる(図1)。夜眠っている間は喫煙していないから、目覚めている時間をこの30～40分で割ると、その人の1日の喫煙本数となる。ニコチンの血中濃度の低下は、人間の脳には『徐々に漸増するストレス』として認識される。血中濃度の上昇に比べると低下が非常に緩徐であるために、ニコチン切れによる効果と日常のストレスによる効果を区別することは困難である。このため、喫煙欲求が生ずる時点では、日常のストレスとニコチン切れのストレスが混ざり合った状態が発生している。喫煙によってニコチン切れの効果が解消されると、全体的なストレスが減ったように感じ、喫煙がストレスを減じたように感じる。実際は、ニコチン切れのストレスが消失して、日常のストレスのみに戻ったということである。」(甲第25号証神奈川県内科医学会編「禁煙医療のための基礎知識」6頁)

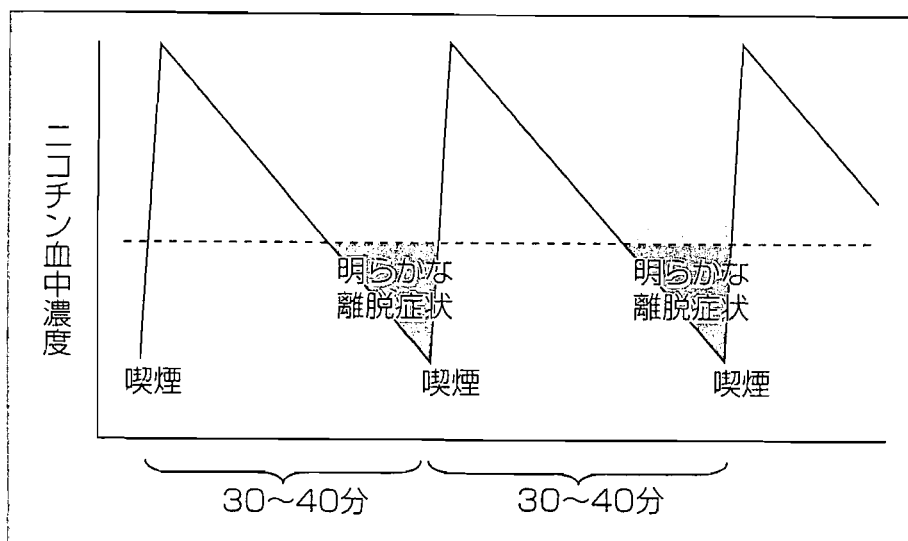


図1 喫煙とニコチン血中濃度

図1 喫煙とニコチン血中濃度（甲第25号証神奈川県内科医学会編「禁煙医療のための基礎知識」6頁）

「健常者脳はの正常 α 波は8～13Hzとされているが、正常範囲であっても8～9Hz付近など周波数の低い α 波はslow α 波と呼ばれ、脳機能低下・ストレス蓄積・気分の落ち込みなどを示している。喫煙者の平均 α 波周波数は、喫煙前には9.3Hzと徐化しており、喫煙すると10Hz程度まで回復する。一方、非喫煙者の α 波は平均10Hzである（図2）。すなわち、喫煙者の脳は喫煙していないときにはslow α 波を発するような軽度の機能低下・ストレス蓄積を起こしており、喫煙によって一時的に非喫煙者と同等に回復するということである。決して、喫煙することによって非喫煙者よりも良好な精神状態になるわけではない。 α 波の徐化は、ニコチン欠乏のみならず日常のストレスによっても発生する。日常のストレスを抱えている喫煙者は、 α 波にもともと徐化が生じている上に、血中濃度の漸減とともにニコチン切れによる徐化が加算されていく。これが、前述の『漸減するストレス』に相当する。喫煙によってこの α 波の徐化が一時的に解消されるわけだが、喫煙者が見落としがちなのは、もともとの徐化が、喫煙さえしていなければ発生していないという事実である。きつい靴を履いて歩き回ったあと脱ぐとホッとした感じがするが、きつい靴に足を癒す効果はない」（アレン・カー『禁煙セラピー』ロングセラーズ）。（甲第25号証神奈川県内科医学会編「禁煙医療のための基礎知識」7頁）

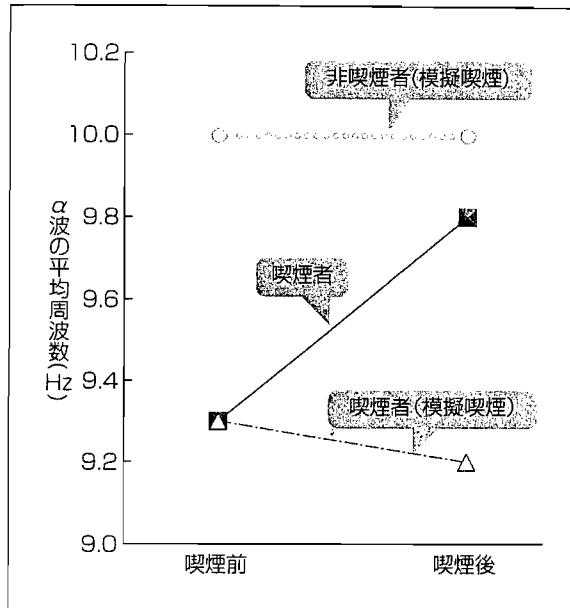


図2 喫煙と模擬喫煙による脳波の変化
Knott, Psychophysiology 14:150-6, 1977.

図2 喫煙と模擬喫煙による脳波の変化 (甲第25号証神奈川県内科医学会編「禁煙医療のための基礎知識」7頁)

「喫煙を続けることによりニコチン切れのストレスが発生するが、さらに健康への不安・自己嫌悪・非喫煙者との軋轢・家族の健康・火の始末・吸える場所探し・経済的負担など新たなストレスも追加される。タバコは、ストレスを増幅すると言ってもよい。GHQ-30質問票によってストレス状態を評価した研究によると、調査開始時に禁煙したグループで、半年後と1年後に明らかなストレス状態の改善が見られた(図3)。厚生労働省多目的コホートにおいては、多量喫煙者の自殺発生率が非喫煙者の2倍以上であることが示されている(津金,2005)。喫煙するということは、絶えずα波の徐化に耐え、慢性的にイライラした人生を送るということを意味する。タバコによって癒されるストレスはニコチン切れのストレスだけである。」(甲第25号証神奈川県内科医学会編「禁煙医療のための基礎知識」7頁)

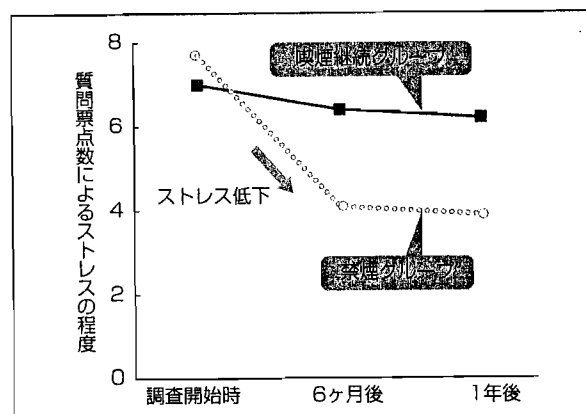


図3 禁煙によるストレスの変化
Mino, Psychiatry Clin Neurosci 54(2):169-172, 2000.

図3 喫煙によるストレスの変化 (甲第25号証神奈川県内科医学会編「禁煙医療のための基礎知識」7頁)

「喫煙は慢性的な脳の酸素欠乏状態を作り出し、脳全体の正常な機能を奪う。喫煙者は非喫煙者に比べ、記憶力・想起力が劣っている (Weeks,1979)。予備校生の大学合格率は、喫煙学生と非喫煙学生で大きな差があったが、禁煙した学生では合格率が非喫煙学生と同等になった (図 4)。『喫煙するような学生は勉強もしない』ということではない。禁煙すると合格率が上がるのだから、喫煙学生の合格率の低下は喫煙そのものによる脳機能低下に起因するのだということが分かる。喫煙者は喫煙によって離脱症状が解消されるから、『頭がはっきりした』という感覚を抱くが、SPECT (単光子断層撮影) で喫煙者の脳血流を観察すると、喫煙前よりも喫煙後の方が脳血流量が低下している (図 5) 色名呼称テスト (違う色で書かれた色名の評を読み上げる) で喫煙前後の知的作業能率を評価すると、喫煙後の方が成績が悪い (浅野,1982)」 (甲第 2 5 号証神奈川県内科医学会編「禁煙医療のための基礎知識」 7 頁)

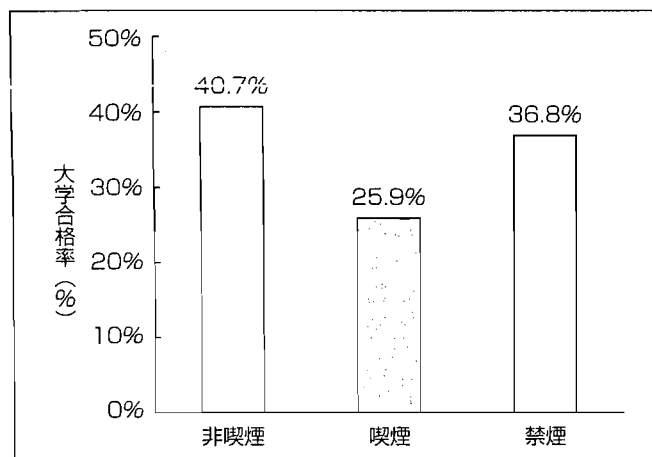


図 4 受験に対する喫煙と禁煙の影響
磯村毅. 名鉄医報 46:28-30, 2004.

図 4 受験に対する喫煙と禁煙の影響 (甲第 2 5 号証神奈川県内科医学会編「禁煙医療のための基礎知識」 8 頁)

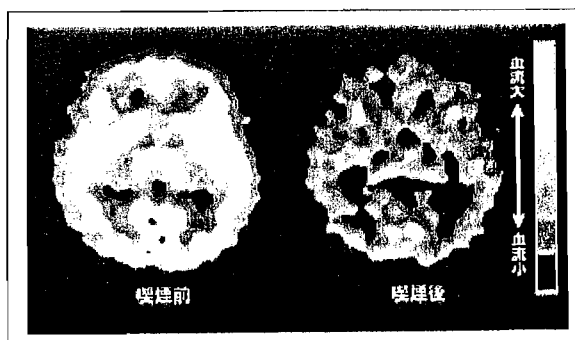


図 5 喫煙による脳血流の低下
加濃正人編『タバコ病辞典』実践社, 2004. (佐藤功氏よりの資料)

図 5 喫煙による脳血流の低下 (甲第 2 5 号証神奈川県内科医学会編「禁煙医療のための基礎知識」 8 頁)

「タバコは頭の働きを鈍らせる

喫煙は慢性的な脳の酸素欠乏状態を作り出し、脳の正常な機能を奪っていきます。常習喫煙者は非喫煙者に比べて、未知の人の名前を記憶することが不得意であり、記憶した名前を思い出すのにかかる時間も長くなるということが知られています。喫煙は脳の反応速度も低下させます。国立公衆衛生院の大久保らの実験によると、光信号や音信号に反応してスイッチを押す反射速度テストにおいて、禁煙中の喫煙者（6名）は非喫煙者（5名）より 0.03~0.04 秒反応が遅く、喫煙後でも改善は 0.01 秒未満で、非喫煙者の平均にはるかに及びませんでした。」（甲第 9 号証「タバコ病辞典」47 頁）

「禁煙の成功した人に、仕事の能率について聞くと『禁煙する前より能率が上がった』という人は大勢いても、『能率が下がったからまた喫煙を再開するつもりだ』という人はまずいません。」（甲第 9 号証「タバコ病辞典」48 頁）

「タバコは集中力を高めない

ニコチンの禁断症状は、主に精神的なものです。イライラして精神の安定が保てず、ボンヤリして精神の集中ができません。タバコへの依存度が高くなればなるほど、禁断症状の緩和されるときの自覚や快感は大きくなります。また逆に、禁断症状をおさえられる時間はだんだん減っていきますから、ニコチンを必要とする間隔は短くなっていきます。そのころには、タバコなしではささいな行動ですら自信を持ってやりとげることができなくなり、さまざまな社会的暗示もあって『タバコは精神の安定と集中力をもたらすかけがえのないもの』と確信するにいたります。」（甲第 9 号証「タバコ病辞典」46 頁）

「タバコはストレスを増幅する

（中略）ニコチンはストレスを和らげてくれるわけではなく、ストレスを和らげるような錯覚を起こさせて、実のところストレスを増幅してしまう役立たずなのです。最悪の場合、ふくれ上がったストレスは、連続喫煙をもってしても緩和できなくなります。10 万人以上の看護師を対象にした追跡調査で、1 日に 24 本までの喫煙者で 2 倍、25 本以上で 4 倍自殺が多いこともわかっています。喫煙は自殺を誘発する可能性のあることが指摘されているわけです。喫煙がストレスを解消するならば、禁煙した人はストレスをいっぱい抱えてストレス性疾患にかかりやすいはずですが、実際はまったく逆です。」（甲第 9 号証「タバコ病辞典」45 頁）

5 たばこが社会的に受容されている(?) という主張について

「喫煙者は非喫煙者に比べて10年早死にし、総死亡のリスクで比較すると、喫煙者の総死亡リスクは非喫煙者の総死亡リスクの約2倍になる。これは、喫煙者の死亡の約半数が、喫煙によってもたらされていることを意味する。すなわち、タバコという製品は“適正に”使用した消費者の半数を死亡させるわけである。合理的な製品でこれに匹敵するものはない。」(甲第25号証神奈川県内科医学会編『禁煙医療のための基礎知識』16頁)と指摘されている。たばこによる犠牲者数は、違法な薬物による犠牲者数よりはるかに多い。社会は、これらのたばこによる死亡を受容していない。

たばこの煙や臭いは「暴力」である。意識するしないに関わらず立ち上る煙、吐き出された煙や臭いにより、周囲の人は気持ちが悪くなり、ときに発作が起き呼吸困難まで引き起こす。喫煙者の配偶者は寿命が短いことが報告されており、家庭内喫煙はDVそのものである。社会は、これら周囲の人の生命・健康を損なうたばこを受容していない。

たばこの製造や使用が法律で禁止されていないのは、依存性や危険性が判明する前にたばこ産業が巨大な力を持ってしまっ禁止できないからにすぎない。もし、新たにたばこと同等の依存性と危険性のある別の品物が開発されたとすれば、製造販売は絶対に許可されない。

なお、被告会社は、古来よりの「たばこ文化論」なるものを主張するが、工業製品として大量生産大量消費が行われるようになる以前、発がん性等が知られる以前について、たばこが社会に受容されていたか否かを論じる意味はない。本件で「たばこ」というのは「紙巻たばこ」のことである。紙巻きたばこが日本に広まってまだ50年程度である。現在の日本社会は、生け贄、割礼、切腹等を受容していないように、毒ガスを吸うという野蛮な行為を受容していない

のである。更に、「紙巻たばこ」自体でさえも、フィルター付たばこ、シートたばこへとシフトしており、現在のフィルター付シートたばこは、ニコチンを効率よく供給するための非常に良く出来た装置というべきものである。

[文献]

「DSM-IV-TR（米国精神医学会基準）においても、『305.1 ニコチン依存』が疾患として規定されている。DSM-IV-TR では、物質使用障害を①乱用（abuse;物質使用による社会生活の障害や法的問題）、②依存（addiction;重大な結果の予見にもかかわらず継続使用）に分類している。ニコチンには精神抑制作用がなく使用後も日常生活を妨げられないので乱用があまり問題にならないが、乱用性が低いからと言って依存性が低いわけではない。乱用性と依存性は混同されやすいので注意が必要である。すなわち、タバコを吸って酩酊してしまうことはないが、やめにくく健康を破壊する危険性は酩酊してしまう薬物と同等だということである。タバコによる犠牲者数は、違法な薬物による犠牲者数よりはるかに多い。また、受動喫煙を発生させながら喫煙を継続する行為は本質的には乱用であり、タバコの使用が社会的に乱用と見なされていないのは、逆に社会制度上の不備に起因するとも言える。」（甲第25号証神奈川県内科医学会編「禁煙医療のための基礎知識」3頁）

「タバコの製造や使用が法律で禁止されていないのは、依存性や危険性が判明する前にタバコ産業が巨大な力を持ってしまっただけで禁止できないからです。（中略）新たにタバコと同等の依存性と危険性のある別の品物が開発されたとすれば、絶対に販売許可されません。」（甲第9号証「タバコ病辞典」41頁）

「ニコチン依存になると、喫煙を優先するために他の活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。」（甲第5号証「喫煙と健康新版」272頁）

「多数の添加物が含まれた紙巻たばこが日本に広まってまだ50年。しかも1日20本という平均喫煙本数は日本が戦後、成長期に入ってからのことだ。」（甲第30号証「東洋経済」56頁。なお、「喫煙と健康 第2版」（甲6）257頁をご参照）

「5 シガレットの死

・・・現在店頭で売られているシガレットは、正真正銘のシガレットではな

くて、従来の半分ほどのタバコの葉を、たくさんの孔のあいた、添加物に浸したフィルターと合体させた装置である。しかもコストもよけいにかかっている。

(中略)

過去のシガレットは——琥珀色のタバコの葉をきざんだものを、さらに千切りにし、白い紙で包んだものだが——もはや市場の片隅にしか存在していない。・・・」(甲13号証「タバコウォーズ」86～87頁)

「このように、シガレットをブレンドするにあたっては、異なった要素がお互いに対応させられているのである。ニコチンの刺すような刺激は、砂糖や湿気を加えることにより減殺される。そのほかにも重要な要素が数多くある。すなわち、タバコやその代替物のサイズ、再構成した刻んだ葉のシート、残り葉の香り(より大きな破片が望ましい)、タールを加える量などである。・・・シガレット全体としての一般的比率は、六〇%の正真正銘の切り葉、二〇%の再構成シート、一〇%の小さく切った茎部分、そして一〇%のフレーバーリングと湿潤剤である。

近年、タバコ会社はより風変わりな小細工を加えるようになった。揮発物質を細胞の中に注入して急速に取り除くといった「タバコの拡張化」なども、その一例である。膨らませた米であるパフ・ライスのようにタバコは膨らみ、シガレット一本あたりの葉の量が少なくて済む。」(同90頁)

「最近のシガレットは大きく変わってしまい、昔ながらの本物のシガレットとは全く異なるもので、しかもかなり狡猾に偽装が施されるようになってきている。今日のシガレットの中身を見てみると、切り刻まれたタバコの葉は約六〇%にすぎず、残りはコストのかからない、フレーバーつきのくずである。工場の床を掃いて集められたくずや無駄な茎は、葉のように見せかけるために着色され、再味付けされたうえで、シガレットに詰め込まれる。」(同93頁)

表3 紙巻たばこができるまで

原料葉たばこの調整 →→→ 加工処理 →→→ ブレンド →→→ 裁刻 →→→ 加香 →→→ 巻上 →→→ 包装
・原料たばこの種類: Blond tobacco、Dark tobacco、Oriental Leaf
・その他の原料たばこ: Tobacco sheet、Expanded tobacco、Artificial tobacco、Tobaccoextracts and nicotine
・添加物・・・約600種類(米国):ブレンドへの添加、たばこシート、巻紙、フィルター、包装等への添加

[日本たばこ協会、Slade 1993、Tobacco Reporter1996]

「甲B第53号証 21世紀たばこ対策検討会第1回資料抜粋」

6 たばこが依存性のある商品であること

たばこは、本質的に継続使用を前提とし、依存性のある商品である。特別な日、特別な機会にのみ喫煙するという人は希で、多くの喫煙者は、一日に何十本もたばこを吸っているのである。すなわち、ニコチンを身体に取り込むための道具がたばこなのである。

たばこを吸うとニコチンが脳に達するまで6～7秒しかかからない。脳に達したニコチンは神経伝達物質の連鎖的放出をうながす。その結果、吸いはじめは高揚感＝興奮作用がもたらされ、たばこの燃焼がすすむとともに、徐々にニコチン摂取量が増えて陶酔感＝鎮静作用が優位になる。たばこは巧妙に仕組みられたニコチン摂取法である。

肺から血液に入ったニコチンは、時間とともに代謝されて減少していく。通常30分から40ないし60分で半減し、それまでの効果が失われて離脱症状を感じるようになる。すると無性に一服したくなり、新たなたばこに火をつけてしまう。したがって、目覚めている時間をこの30分から40ないし60分で割ったものが、各人一日のおおよその喫煙本数になる。

〔文献〕

「30年以上にわたり禁煙指導をつづけてきた東京衛生病院の林高春名誉院長は、タバコの特徴についてこう語る。『タバコはニコチンを体内に取り入れるために吸うものなのです。ニコチンは脳に働く薬物ですが、タバコを吸うとニコチンが瞬時に脳の神経細胞を刺激します。医療では効き目をはやくするために薬剤を静脈注射しますが、それでも効果があらわれるには分単位の時間が求められます。しかし、タバコでは肺に入ったニコチンが動脈血（肺で酸素を取り入れた血液）へ直接移行するため、脳に到達するまでわずか6～7秒しかかかりません』（甲第26号証 宮島英紀「まだ、タバコですか？」25頁）

「脳に達したニコチンは、ドーパミンやセロトニン、ノルアドレナリンといった神経伝達物質の連鎖的放出をうながす。その結果、喫煙者は目が覚めたようなスッキリした気分（高揚感＝興奮作用）になったり、不安や緊張がほぐれるような心持ち（陶酔感＝鎮静作用）になったりするのだという。ニコチンには興奮と鎮静というまったく反対の反応をもたらす“二相性作用”があるのだ。一本のタバコを例にとると、吸いはじめは興奮作用がもたらされ、タバコの燃焼がすすむとともに、徐々にニコチン摂取量が増えて鎮静作用が優位になる。『喫煙は巧妙なニコチン摂取法なのです。高揚感や陶酔感が欲しいと感じたら、タバコに火をつけ、煙を吸えばすぐに効く。喫煙者にとって、これがタバコの利点となるわけです。利点は速さだけではありません。静脈注射では薬剤が血管のなかを通過する間に、多量の血液と混ざり合って薄まってしまいます。しかし、肺から入ったニコチンは濃度が高く、この高濃度のニコチンが脳に与える刺激は“kick”と呼ばれるほど衝撃的です。タバコ一本を10服（puff）で吸う場合、一日20本の喫煙者なら200回、一年間では7万3000回も脳が蹴飛ばされることになるのです。』これほどの衝撃を受けつづければ、脳細胞の働きに支障が出るのは火を見るよりも明らかだ。この刺激は脳のなかでもとくに情動や性欲、食欲など本能をつかさどる旧皮質の大脳辺縁系を中心に影響をおよぼすという。その結果、ニコチンの摂取に対して、脳内での辺縁系の力が高まり、論理中枢である大脳新皮質を凌駕するほどの支配力をしめすようになると考えられている」（甲第26号証 宮島英紀「まだ、タバコですか？」27頁）

「血液に入ったニコチンは、時間とともに代謝されて減少していく。通常30分から60分で半減し、それまでの効果が失われて離脱症状を感じるようになる。すると無性に一服したくなり、新たなタバコに火をつけてしまう。したがって、目覚めている時間をこの30分から60分で割ったものが、各人一日のおおよその喫煙本数になる。本数が極端に多いチェンスマーカーの場合には、血中濃度を下げないよう吸いつづけている人と、肺の奥にまで深く吸い込まず、ふかすようにしてニコチン摂取量を抑えながら吸っている人がいるようだ」（甲第26号証 宮島英紀「まだ、タバコですか？」28頁）

「喫煙者は、喫煙量を調節することによって、より大きな満足が得られるようにニコチンの吸引量を調整している。また、喫煙者は、喫煙間隔をあけて喫煙時の強い刺激を求めるタイプと、喫煙を続けることで血中のニコチン濃度を一定に保つタイプの2つに分けることもできる。」（甲第5号証「喫煙と健康新版」262頁）

「Q ニコチンの薬理効果の限界とは、どういう意味ですか。

A 七〇年代後期か八〇年代初期のころと思いますが、かなり早くから、ニコチンの薬理的効果の限界を調べる研究が行なわれました。また、その結果から、スモーカーをしかるべき状態に保つには〇. 四～一. ニミリigramのニコチンが必要とされるという草稿が提出されていました。

Q それはどういう意味ですか。

A スモーカーに製品を使い続けさせる、ということです。

Q 言い換えれば、ニコチンの満足度を持続させることによって、スモーカーにその製品を買い続けさせるということですか。

A その通りです。」

(甲第13号証「タバコウォーズ」249頁、同頁以下もご参照)

「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、」(たばこ規制枠組条約前文)

「シガレットが依存性を引起し、かつそれを維持すべく高度に設計されている」(甲2号証 被告会社作成の「WHOたばこ対策枠組条約新議長案について」)

「1960年代初頭のタバコ産業の文書には、ニコチンの依存性についての議論がまとめられていました。これを読めば、ひとびとがタバコを吸う一番の理由は“ニコチンの依存性”にある、とタバコ産業自身が考えていたことがうかがえます。…1963年にタバコ産業の弁護士は、『われわれのビジネスは、依存性のある麻薬、すなわちニコチンを売ることです』という文書を残しています。」(甲11号証「悪魔のマーケティング」50頁。なお同頁以下の「第2章」全体もご参照)

7 ニコチン依存

たばこ喫煙は、「有害な薬物使用で、依存である」と認識されている。

依存・嗜癖の中核症状は、世界保健機関（WHO）が1969年に発表した①物質へのこだわりが強くなり繰り返し使用するようになる強迫症状の存在と、②物質を使用することによって好ましい体験をするという報酬の存在、である。たばこに含まれるニコチンに依存性があるのがわかってきたのは、1970年代から1980年代にかけてである。

日本の多くの精神科医は、アメリカ精神医学会の「精神障害の診断・統計のためのマニュアル」（DSM）に準拠して診療し、日本の多くの精神医学の研究者は、DSMに準拠して論文を発表している。

「疾病及び関連保健問題の国際統計分類：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems（以下「ICD」と略）」とは、異なる国や地域から異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うため、世界保健機関憲章に基づき、世界保健機関（WHO）が作成した分類である。日本の厚生労働省は、ICD-10（2003）に準拠した「疾病、傷害及び死因分類」を作成し、統計法に基づく統計調査に使用されるほか、医学的分類として医療機関における診療録の管理等に活用されている。

このような国際的な診断基準（もちろん日本でも使用されている）において、喫煙は、「精神作用物質による精神及び行動の障害」に分類され、ニコチン依存という治療が必要な精神疾患として認められている。

〔文献〕

「依存・嗜癖の中核症状は、世界保健機関（WHO）が1969年に発表した①物質へのこだわりが強くなり繰り返し使用するようになる強迫症状の存在と、②物質を

使用することによって好ましい体験をするという報酬の存在，である。たばこに含まれるニコチンに依存性があるのがわかってきたのは，1970年代から1980年代にかけてであるが，嗜好品として認識されていたこともあってニコチンに依存性があることが受け入れられるには時間がかかった。」（甲第5号証「喫煙と健康新版」265頁）

「80年、アメリカ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 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) -III』では、公的な診断分類としてはじめて“タバコ依存”という文言が記載された。さらに87年の改訂版『DSM-III-R』では、“ニコチン依存”という用語が明示された。もちろんWHOの『疾病と関連の健康問題についての国際統計分類第10版 ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) -10』においても、診断基準に盛られている。『DSM』や『ICD』は、精神医学の領域で国際的に活用されている診断基準だ。喫煙がニコチン依存によってもたらされるという認識は、80年代からすでに世界的なものだったのである。やめたくてもやめられない喫煙は、単なる『習慣』や『嗜癖』ではなく、『有害な薬物使用による依存』と判断されるにいたったのだ。」（甲第26号証 宮島英紀「まだ、タバコですか？」37頁）と指摘されている。

「たばこ依存ないしはニコチン依存が精神疾患の公的な診断分類としてはじめて取り上げられたのは，米国精神医学会が1980年に発表した『精神障害の診断・統計のためのマニュアル第3版 DSM-III』のなかでのことであり，そこでは『たばこ依存』という用語が用いられた。その後，喫煙の習慣化がニコチンの依存によるものであることをより正確に表現するために，1987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版改訂版 DSM-III-R』では『たばこ依存』から『ニコチン依存』へと用語が変更され，その用語が世界保健機関（WHO）が1992年に発表した『疾病と関連の健康問題についての国際統計分類第10版（ICD-10）』でも踏襲されている。その後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』によれば，一般人口におけるニコチン依存の生涯有病率，つまり一生のうち一度はニコチン依存の診断基準を満たす人の割合は20%である。また，喫煙者のニコチン離脱の生涯有病率，つまり一生のうち一度はニコチン離脱の診断基準を満たす人の割合は50%である。なお，喫煙中止後の離脱症状を調べる前向き調査で，自ら喫煙を中止した人の約50%，また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（中略）『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。」（甲第5号証「喫煙と健康新版」266頁）

「薬物依存と脳内報酬系

(略) ニコチンは、ドパミン作働性神経の nAChR (ニコチン性アセチルコリン受容体) に直接作用してドパミン放出を促進する (松下正明) 『薬物・アルコール関連障害』 (中山書店)」。最終的に NAc 等でのドパミン作用が報酬となる点で、ニコチンと他の違法な薬物に本質的な差はない。むしろニコチンの方集計賦活 (依存形成) 機序の方が、より直接的である。

特定の薬物の摂取による報酬を体験した動物 (人を含む) は、再び薬物を摂取しようとする。薬物の連続使用により脳内報酬系に鈍麻が起こり、使用の中止に伴う離脱症状が発現するようになると、離脱症状を回避するために薬物使用が促進される。これが薬物依存の神経化学的成因である。

薬物摂取から報酬の発現までの時間が短いと、因果関係が認識されやすく心理的依存が強化される。吸入による薬物摂取は血中濃度の上昇が急激である上に、タバコには、ニコチン血中濃度を急激に上昇させるための添加物が加えられており、さらに依存を形成しやすいように設計されている。」 (甲第 25 号証「禁煙治療のための基礎知識」 4 頁)

「ニコチン製アセチルコリン受容体

脳内においてニコチンが結合する nAChR (ニコチン性アセチルコリン受容体) は 5 量体の Ca²⁺チャンネル型受容体であり、サブユニット ($\alpha 2 \sim \alpha 10$ 、 $\beta 2 \sim \beta 4$) の組合せによる多数のサブタイプが存在する。中脳辺縁系ドパミン作働性神経の神経終末には $\alpha 4 \beta 2$ nAChR が分布しており、ニコチンが結合すると Ca²⁺ が神経終末内に流入し、NAc でのドパミン放出が促進される (永井, 2004)。

ドパミンによって活性化される NAc 細胞群は、喫煙時の過量のドパミンにさらされ過剰興奮させられることになる。喫煙をくり返すうちに、過剰興奮を抑制するためのフィードバック機能が働き、NAc 細胞群のドパミン (D1) 受容体が減少して反応性が鈍麻する (Dagher, 2001)。そうすると、今度はニコチンのない状態では NAc 細胞群が機能低下を来し、不安・抑うつ・不快感などのニコチン離脱症状が発現することになる。

ニコチン曝露が反復されると、nAChR サブユニットの結合が促進され、nAChR の数が増大する (Wang, 1998)。nAChR の反応においては、D1 受容体のように刺激の反復によって反応性が鈍麻するのではなく、逆に正のフィードバックによって鋭敏になってしまう。nAChR が増加してニコチンへの反応性が増大すると、ニコチンが脳内報酬系を賦活する反応を増幅させることになり、依存が強化される。

nAChR サブユニット結合は、高いニコチン血中濃度の間歇的曝露によって惹起され、低濃度の持続的ニコチン曝露では起こらない (Marks, 1993)。喫煙のようなスパイク状の高濃度ニコチン曝露は、ドパミン作働性神経でのドパミン放出を促進し、依存形成を促進するが (Marchall, 1997)、ニコチンパッチなどによる持続的な低濃度ニコチン投与は依存形成に関与しない。」 (同 4 頁)

8 たばこには強力な依存性があること

ニコチンが、他の常習性を持つ麻薬に匹敵する生理学的、心理学的特性をもつことは多数の科学的知見の集積によって明らかになっている（甲第28号証「禁煙治療による肺癌の一時予防」（「肺癌」146巻NO7所収）843頁）。

このことは、以前は議論があったが、米国公衆衛生局長官が1988年に公式に報告し議論は終息した（1988年度版米国公衆衛生総監報告書）。

使用者における依存症	ニコチン>ヘロイン>コカイン>アルコール>カフェイン
中止することの困難さ	(アルコール=コカイン=ヘロイン=ニコチン) >カフェイン
耐性（反復使用で抵抗性ができ効力が低下）	(アルコール=ヘロイン=ニコチン) >コカイン>カフェイン
離脱症状の強さ（身体依存）	アルコール>ヘロイン>ニコチン>コカイン>カフェイン
酔いや興奮	アルコール>(コカイン=ヘロイン)>カフェイン>ニコチン
薬物による超過死亡数	ニコチン>アルコール>(コカイン=ヘロイン) >カフェイン

（出所）英 Royal College of Physicians, "Nicotine addiction in Britain"（2000年）

（甲第30号証週刊東洋経済53頁「たばこの不都合な真実」2007.3.24）

なお、東京地裁の判決において、「『ニコチンは他の常習性を持つ麻薬に匹敵する

生理学的、心理学的特性を持つ』という世界の常識を日本の司法は否定した。医学界からは、『サルの実験では薬物投与量の条件次第で結果は変わる。依存性の特定部分だけを取り上げて、アルコールより格段に弱いというのも問題だ』（大阪府立健康科学センターの中村正和・健康生活推進部長）といった指摘が上がる。」（甲第30号証 「日本はなぜ、たばこ対策が遅れたのか？ JT と医学者の蜜月関係」2007.3.24 週刊東洋経済56頁）

たばこの依存性の強さは完全に立証されている。

〔文献〕

「タバコが手放せなくなるのは、ひとえにニコチンの依存性が強力だからである。」
（甲第26号証 宮島英紀「まだ、タバコですか？」25頁）

厚生労働省の「平成15年国民健康・栄養調査」によれば、『タバコが健康に与える影響への認識』についてだが、男性は『とても気になる』が35.2%、『少し気になる』が43.3%。女性は『とても気になる』が56.5%、『少し気になる』が33.5%となっている。じつに男性78.5%、女性90%が病気を気にしながら恐る恐る吸っているのだ。習慣的に喫煙している者における『禁煙の意志の有無』では、タバコを『やめたい』『本数を減らしたい』と希望する者は男性で65.1%、女性で68.5%に達している。つまり、喫煙者のうちおよそ3人に2人は“タバコからの離脱”あるいは“タバコとの関係を希薄にしたい”と考えているということになる。そして、『禁煙をしたことのある割合』は男性53.5%、女性61.1%。さらに『禁煙をした平均回数』では男性は4.6回、女性3.6回となっている。なかでも50代男性の禁煙経験がもっとも豊富で、5.7回にもおよんでいる。つまり、5.7回も禁煙の決意が打ち砕かれたということだ。」（甲第26号証 宮島英紀「まだ、タバコですか？」31頁）

「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カ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。」(甲第5号証「喫煙と健康新版」272頁)

下北沢心療内科クリニックの高橋秀雄院長は、「『ニコチンには麻薬に匹敵する強い依存性があるわけです。そのことが喫煙をしようとする人たちにしっかり伝わっているのでしょうか?』』と言う。(甲第26号証 宮島英紀「まだ、タバコですか?」38頁)

「林高春名誉院長は言う。『麻薬依存症者のほとんどがタバコを吸っています。そこで、依存症で治療を受けている患者に、麻薬とタバコとどちらが断ちにくいかと尋ねてみると彼らはこう答えます。“タバコのほうだ。タバコのほうがやめられない”』アメリカでタバコ、ヘロイン、アルコールの離脱率を調べた研究がある。100%やめられた状態から、それぞれの依存者が何ヶ月間やめつけられたかがグラフ化されている。」(甲第26号証 宮島英紀「まだ、タバコですか?」32頁)

「タバコの成績が一番悪い。12ヶ月後の成績を見てみると、ヘロインと同様に離脱者が20%程度になってしまっている。」(甲第26号証 宮島英紀「まだ、タバコですか?」32頁)

「アメリカでは、喫煙者が禁煙する割合は、ヘロイン常習者がやめる割合よりも低いといえます。タバコが健康を破壊する力はアルコールよりはるかに強く、覚せい剤、ヘロイン、コカインにひけをとりません。」(甲第9号証「タバコ病辞典」40頁)

「心臓発作を起こして病院にかつぎ込まれた喫煙者のうち、40%が医師の忠告を聞き入れず、入院中に喫煙を再開(大半は集中治療室を出て48時間以内)し、肺がんで手術を受けた喫煙者にいたっては、半数が再びタバコを吸いはじめたという調査報告があるくらいだ。」(甲第26号証 宮島英紀「まだ、タバコですか?」30頁)

「ニコチン依存になると禁煙を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再開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。」(甲第5号証「喫煙と健康新版」272頁)

「識別刺激効果は、ある特定の依存物質の効果を他の物質の効果と区別できる作用であり、ニコチンを含むほとんどの物質が識別刺激作用を有していて、依存を形成するうえで重要な役割を果たしている。」(甲第5号証「喫煙と健康新版」263頁)

「アンフェタミンやコカインと生理的食塩水とを区別するように訓練された動物は、ニコチンと生理的食塩水を区別できるようになるのである。しかしニコチン、アンフェタミン、コカインといった物質とカフェインとのあいだに汎化が生じることはほとんどない。こうしたことから、ニコチンの効果はカフェインよりもアンフェタミンやコカインと類似していると考えられている。」(甲第5号証「喫煙と健康新版」263頁)

「正の強化因子というのは、ある物質を使用することによって楽しい思いをしたり快感を覚えるなどしてその物質を使用し続けることになる体験のことで、依存の発現と維持に重要な役割を果たすもので、ニコチンにもラットやサルなどの実験動物、ヒトで正の強化作用があることが明らかにされている。」(甲第5号証「喫煙と健康新版」260頁)

「ニコチンの正の強化作用は個人ではコントロールできないほど強いものである。」(甲第5号証「喫煙と健康新版」260頁)

「アメリカでおこなわれた研究では、常習喫煙者の70%～90%がニコチン依存症だと報告されている。大人に比べて成長途上にある脳は、薬物に侵されやすいという特徴をもつ。そのため、喫煙を開始した年齢が若ければ若いほど、依存の程度が高くなる。日本では多くの喫煙者が未成年から吸いはじめているが、中学生でタバコに手を出すと数週間、さらに低年齢ならわずか1週間でニコチン依存症になるといわれている。厚生労働省の推計では、国内喫煙者のうち、依存が強すぎたり、病気になっているのにやめられないなど、なんらかの医学的アプローチが必要とされる依存症患者は、すでに1800万人にのぼっている。」(甲第26号証 宮島英紀「まだ、タバコですか？」35頁)

「英米では約70%の喫煙者が禁煙したいと思い、年間約30～45%が禁煙を試みているが、禁煙成功率はわずか2～3%に過ぎないと報告されている。一方わが国でも、2003年の国民健康・栄養調査によると、たばこを吸わずに1日過ごすことが『とても難しい』と答えた割合は男性47%、女性35%で、『難しい』と答えた割合を合わせると、男性87%、女性81%にのぼっている。」「欧米では、1990年代後

半よりエビデンスに基づいた禁煙治療のガイドラインが示され、ニコチン依存症を『再発しやすいが、繰り返し治療することにより完治しうる慢性疾患』と捉え、ルーチンの医療活動としてその治療に取り組む動きが進んでいる。わが国で日本循環器学会をはじめ禁煙に取り組む 9 学会が合同で策定した『禁煙ガイドライン』においても、喫煙者を『積極的禁煙治療を必要とする患者』という考え方を示している。」
(甲 2 8 「肺癌」 Vol46 No. 7 p843 「禁煙治療による肺癌の一次予防」 844 ～ 855 頁)

* 「SGR1988 ニコチン依存」について

主要な結論

- 1.紙巻タバコと他の形態のタバコには依存性がある。
- 2.ニコチンは葉タバコに含まれる依存形成性薬物である。
- 3.タバコ依存の薬理学的行動学的プロセスはヘロインやコカインなどのドラッグ依存に似ている。

章毎の結論

上記の 3 結論に加え、この報告書には多くの本質的な結論が述べられている。それらを以下に示す。

ニコチン：薬物動態学、代謝、薬物力学

- 1.すべてのタバコ製品には大量のニコチンをはじめとするアルカロイドが含まれている。低イールドタバコも高イールドタバコも、同じ量のニコチンを含んでいる。
- 2.ニコチンは、タバコ煙では肺から、無煙タバコでは口腔から容易に吸収される。血液中のニコチン濃度はタバコ製品の種類にかかわらずほぼ一定である。通常の使用状態では、ニコチンは翌朝まで体内にとどまる。したがって毎日タバコを使用する者は、24 時間ニコチンの影響を受けていることになる。
- 3.血液中に入り込んだニコチンは、急速に脳に到達する。その結果、タバコを一口吸ったり、別のルートからニコチンを摂取した場合、中枢神経に速やかにニコチンの影響が現れる。
- 4.ニコチンのさまざまな作用に対して、急性および慢性の耐性があらわれる。このような耐性は、こどもが最初にタバコ製品を使用した場合、さまざまな不快な症状があらわれるが、繰り返し使用を続けると、そのような不快な症状があ

らわれなくなるという報告と一致している。

ニコチン：作用部位と作用メカニズム

- 1.ニコチンは強力な薬理作用を持つ物質で、脳と全身で作用を発揮する。大脳皮質の脳波増幅作用、骨格筋弛緩作用、心臓血管系および内分泌に対する作用などがある。ニコチンによるこれらの多くの生化学的、脳波学的作用がタバコ使用を強化する方向の作用をもたらす。
- 2.ニコチンは神経系の特定の結合部位あるいは受容体に結合する。ニコチンは、体内に取り込まれてから、血液脳関門をたやすく通り抜け、速やかに脳内に蓄積される。脳内に入ったニコチンは、特定の受容体と反応して、ニコチンが結合した受容体の分布に見合ったパターンに合うように脳エネルギー代謝を変える。
- 3.ニコチンと喫煙は、ほとんどすべての内分泌あるいは神経分泌システム（カテコールアミン・セロトニン・副腎皮質ホルモン・脳下垂体ホルモンなど）に影響を及ぼす。これらの内分泌作用には、脳内神経伝達物質系（視床下部-下垂体系）に対するニコチンの作用を介して行われるものもある。また、ニコチンは直接末梢神経を介した作用ももたらす（たとえば、副腎髄質・皮質に対して）。

薬物依存症としてのタバコ使用

- 1.喫煙などすべてのタバコ使用は依存をもたらす。タバコ使用のパターンは、規則的かつ脅迫的であり、タバコ使用を止めると通常は離脱症状が出現する。
- 2.ニコチンはタバコに含まれる依存症をもたらすドラッグである。特に、ニコチンは精神を変容させ（気分を変える作用のある）、快楽効果をもたらす。ニコチンは、タバコ探索とタバコ使用行動を促す強化因子である。ニコチン作用には耐性が形成され、繰り返し使用すると作用が弱まり、使用量が増加する。ニコチンはニコチンが絶たれると発現する離脱症状という身体的依存も形成する。
- 3.ニコチン供給システムの物理的特性がその毒性と依存形成作用に影響を与えるので、新たなニコチン供給システムについてその毒性と依存性形成作用をチェックする必要がある。

タバコと他のドラッグの依存性比較

- 1.タバコの依存性を決定する薬理的行動学的プロセスは、ヘロインやコカインなどのドラッグと同じである。
- 2.ドラッグによってもたらされる刺激とドラッグ使用に対する世間の目などの環

境因子は、麻薬、アルコール、ニコチンなどさまざまな依存性薬物の使用開始、摂取中止、再発に重要な影響を及ぼす。

- 3.麻薬、アルコール、ニコチンなどのドラッグに依存している多くの人々は、きちんとした治療プログラムの埒外でドラッグ使用を中止している。しかし、ドラッグ中止を長期間続けるためには、きちんとした治療プログラムが必要な人もいる。
- 4.麻薬・アルコール・ニコチンなどから抜け出せた人でも、ドラッグ使用が再発することがある。
- 5.有効性の試された行動療法と薬理的介入手法によって、麻薬、アルコール、ニコチンなどの薬物依存から抜け出すことができる。

タバコ依存を増強させるニコチンの影響

- 1.喫煙後あるいはニコチン摂取後、喫煙者あるいは無煙タバコ使用者は、喫煙やニコチン摂取をしばらくしない時よりも認知的作業能力（集中力持続・選択的集中など）が向上することがある。しかし、喫煙もニコチン摂取も総合学習機能を向上させる働きはない。
- 2.喫煙者はストレスがあると喫煙量が増える。さらに、思春期の若者はストレスがあるとタバコを吸うようになりやすい。
- 3.喫煙者は非喫煙者よりも体重が軽いのが普通である（約 7 ポンド= 3 kg）。禁煙すると太る。
- 4.喫煙と体重の逆相関はおそらく食事摂取量と基礎代謝に関係するのだろう。喫煙と体重の関連にはニコチンが重要な役割を果たしているという証拠がある。

タバコ依存の治療

- 1.タバコ依存症の有効な治療法はある。
- 2.タバコ依存症の治療には、行動学的治療単独あるいは行動学的治療に薬理的治療の併用というオプションがある。
- 3.行動学的治療は複数の治療手技（嫌悪喫煙療法、スキル訓練、集団サポート療法、自己報償療法）の併用で効果が向上する。しかし併用手技が多過ぎると治療効果が低下する。
- 4.ニコチン代替療法はタバコ離脱症状を減らし行動療法効果の増強が望める。

米国のタバコ使用のトレンド

- 1.1985年に、男性の32.7%と女性の28.3%は常習喫煙者である。男女合計の喫煙者数は1976年の36.7%（成人5240万人）から、1985年の30.4%（5110万

人)に減った。

2.1985年には、男性喫煙者の平均喫煙本数は21.8%、女性喫煙者の平均喫煙本数は18.1%だった。

3.喫煙率は社会経済的上層より下層(ブルーカラー労働者、失業者、低学歴者、低収入階層)で高い。たとえば、高卒でない階層の喫煙率は35.4%、大学卒の階層の喫煙率は16.5%だった。

4.1986年で、高校卒の学歴を持つ者の喫煙率は18.7%だった。高卒者の喫煙率は1976年から1985年の間に35%減少した。この減少の大部分は1977年から1981年の間に生じた。1976年以降、女性の喫煙率は男性喫煙率よりもわずかに高かった。

5.葉巻とパイプ喫煙者は1964年以降80%減った。

6.1975年以降、無煙タバコ使用率は若年男性の間で大幅に増加した。1986年には、17~19歳の男子の8.2%は無煙タバコ使用者である。

ニコチンの毒性

1.高用量曝露では、ニコチンは強力な致死性毒物である。ヒトでの中毒は事故による摂取(乳幼児のタバコ誤飲)あるいは経皮吸収(ニコチン含有殺虫剤)によって生ずる。

2.軽度のニコチン中毒ははじめてタバコを吸った者あるいは葉タバコ収穫に従事する労働者、そして、ニコチンガムの過剰摂取などで起こる。これらの事例では、耐性がすぐに生ずる。

3.長期間のタバコ使用者のニコチン曝露は大量であり、多くの臓器に影響が発生する(第2,3章参照)。直接の因果関係はまだ明らかにされていないが、ニコチンの薬理学的作用は喫煙関連疾患の発症に関係している。ニコチンの毒性として特に憂慮されるのは、心臓病、高血圧合併症、生殖障害、癌、消化性潰瘍と逆流性食道炎を含む消化器疾患である。

禁煙のために健常人に対して行われる短期間のニコチン代替療法のリスクは喫煙のリスクの大きさに比べて充分受容可能な小ささである。」

9 喫煙者は依存性により非現実的な楽観主義を抱かさせられていること (心理的依存)

「ある種の身体的リスクを伴う」という程度の認識では、たばこを酒等と異なる危険物質と認識したことにならない。大量死亡を発生させている事実を認識しなければ正しい認識とは言えない。

ところが、たばこ会社の広告戦略・国の政策が、たばこの生命身体に与える害を正確に伝えるところにはなく、被告らが食べ過ぎと同様のレベルで吸い過ぎが体に悪いという程度の誤った情報を流してきたことから、正確な情報は消費者に伝わっていない。

しかも、たばこ依存症は、正しいリスク判断を回避し、自分は禁煙しなくても長生きできる、禁煙する必要がない、好きで吸っている（非現実的な楽観主義）等と思いこまされ、喫煙を継続する病態なのである。喫煙継続は、自由意思ではなく、たばこ依存症の結果である。

肺から入ったニコチンは濃度が高く、この高濃度のニコチンが脳に与える刺激は“kick”と呼ばれる。この刺激は脳のなかでもとくに情動や性欲、食欲など本能をつかさどる旧皮質の大脳辺縁系を中心に影響をおよぼす。その結果、ニコチンの摂取に対して、脳内での辺縁系の力が高まり、論理中枢である大脳新皮質を凌駕する。脳は、ニコチンを摂取するために認知の障害、たばこ喫煙のリスクを正しく評価することができないようになるのである。

ニコチンは、身体的依存よりも心理的依存の方が強固とされている。心理的依存とは、喫煙による離脱症状緩和、社会的洗脳、防衛規制などから構成される『誤った思いこみ』（認知の歪み）である。

〔文献〕

「喫煙者の約半数は喫煙によって命を落とすことが知られている（Doll,1994）。

日常診療において、他の疾患で『長期予後生存率が 50 %』と患者に告知すれば、多くの患者は衝撃を受け、大きな不安を抱くだろう。しかし喫煙者は、半数が喫煙のために死亡するだろうという医学的事実を知っても、自分の可能性として捉えることができず、自分だけは大丈夫だと根拠なく思いこむ傾向がある。このような、喫煙者が喫煙の害を矮小化する傾向（非現実的な楽観主義;unrealistic optimism）は、禁煙すると改善される（Weinstein,2005）。

ニコチン依存症はシナプスの伝達機能不全を基本病態とする疾患で、同じくシナプスの機能不全を基本病態とするうつ病と多くの共通点を持つ（表 3）。

ニコチン依存症において喫煙を合理化・正当化するのは、うつ病において物事を悲観的に捉えがちになるのと同じ『認知の歪み』である。

うつ病では、マイナス化思考（物事を悲観的に捉えがちになる）、結論の飛躍（根拠なく悪い結果を予想する）などの認知の歪みが生じて病態を悪化させる。

ニコチン依存症では、害を否定してタバコの効用を信じるとともに、禁煙の困難さを過大評価する認知の歪みが生じ、『禁煙する必要がない』『禁煙するのは不可能』と確信するに至る。害の否定は受動喫煙に対しても発揮されるので、受動喫煙に対する態度も甘いものになる。『好きで吸っている』『禁煙する気はない』と言っている喫煙者は、必ずしも害の知識が足りないだけでも、個人の資質に問題があるわけでもなく、心理的依存が強固なために禁煙の動機づけができないという要素が大きい。ニコチン依存症における心理的依存は、『禁煙したいのに禁煙できない』と感じる病態ではなく、むしろ『好きで吸っている』『禁煙する気がない』と考える病態に本質がある。（甲第 2 5 号証神奈川県内科医学会編「禁煙医療のための基礎知識」5 頁）

表 3 ニコチン依存症とうつ病の比較

	ニコチン依存症	うつ病
不足する神経伝達物質	ドパミン アセチルコリン セロトニン	セロトニン ノルアドレナリン
主要症状	イライラする 不安 おちつかない	抑うつ気分 意欲の低下 不安感、焦燥感
認知の歪み	害の否定 タバコの効用を盲信 禁煙の障害を過大評価	マイナス化思考 結論の飛躍 将来に対する悲観
思い込みの結論	「禁煙する必要がない」 「禁煙は不可能」	「自分の病気は治らない」 「生きていても仕方ない」

表 3 ニコチン依存症とうつ病の比較（甲第 2 5 号証神奈川県内科医学会編「禁煙医療のための基礎知識」5 頁）

高橋秀雄院長は、「『依存性物質がいったん脳に作用してしまうと、その物質を取り込むための情報は受け入れるのに、拒絶をうながす情報は入りにくくなるのです。つまり、喫煙で自分や家族が健康を害する話を聞いたとしても、“へー、そりゃ大変だねえ”で終わってしまう。自分の問題としてとらえられなくなるわけです。依存性物質をどうやって脳に届けるか、その方法を無意識のうちにつねに考えるようになり、依存性物質に都合の良い意見や理論しか聞こえなくなってしまうのです。』」という。(甲第26号証 宮島英紀「まだ、タバコですか？」42頁)

「ニコチン依存には身体的依存と心理的依存が存在する。ニコチンパッチなどのニコチン置換療法によって身体的依存による離脱症状を緩和することができるが、使用中でも強い喫煙欲求の起こることがある。また、一定期間(数日～数週間)以上禁煙が継続すれば身体的依存はほぼ消失しているはずであるが、数ヶ月～数年たってから喫煙欲求に抗しきれず再喫煙してしまう人もいる。これらの喫煙欲求はニコチンの心理的依存によるものである。心理的依存とは、喫煙による離脱症状緩和、社会的洗脳、防衛規制などから構成される『誤った思いこみ』(認知の歪み)である(表2)。ニコチンは、身体的依存よりも心理的依存の方が強固とされている。禁煙指導においては、ニコチン置換療法によって身体的依存からの離脱を支援するだけでなく、生活指導や心理療法などによって、心理的依存からの脱却を支援できるかどうかで支援者の真価が問われる。」(甲第25号証神奈川県内科医学会編「禁煙医療のための基礎知識」5頁)

表2 心理的依存の構成要素

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) 喫煙時の離脱症状緩和に起因する“喫煙の効用”の錯覚(6ページ) 2) 喫煙を正当化する各種メッセージによる社会的洗脳(40ページ) 3) 人間が生来陥りやすい非合理的信念(67ページ表5) 4) 防衛機制(不快感情を意識の下に追いやり心の安定を保とうとする動き) <ul style="list-style-type: none"> ・抑圧: タバコについて考えることを無意識に避ける ・抑制: タバコの害についての情報を意識的に避ける ・否定: タバコの害を信じようとする ・合理化: 喫煙を正当化するための理由を見つける ・反動形成: 禁煙の必要がないと虚勢をはる 5) 心理的リアクタンス(説得によって意見や行動の決定権を奪かされたと感じるとき、説得に反発する意識) 6) コーヒーなど生活習慣と結びついた条件反射的喫煙衝動 |
|---|

表2 心理的依存の構成要素 (甲第25号証神奈川県内科医学会編「禁煙医療のための基礎知識」5頁)

「QA『禁煙を勧めている患者から『喫煙しても長生きしている人がいる』といわれます。どのように説明するとよいのでしょうか教えてください』

喫煙の害を理解していても、『タバコを吸っても長生きしている人がいる』と敢えて反論し、禁煙しようとされない喫煙者はたくさんいる。自動車の運転で、シートベルトをしないことには依存性がないが、喫煙には依存性があるため、禁煙するとニコチン禁断症状のために喫煙したい気持ちを抑えることができなくなる。喫煙者が「タバコを吸っても長生きしている人がいる」と反論し、すぐに禁煙を始めようとされないのは、依存性という病態が背景にあることを理解し、禁煙支援にあたっていただきたい。」(甲第8号証「治療」87巻6号2013頁)

10 まとめ

このように、たばこは、強い有毒性・強い依存性がある薬物であって、「嗜好品」とは到底いえないものである。

第2 違法性論についての反論

1 はじめに

被告会社、同長岡實、同水野繁は、準備書面（4）の3～4頁において、次のように述べている。

「たばこは・・・嗜好品として古くから社会に受け入れられてきた。反面、喫煙の身体的リスクもまた、古くから知られてきた。すなわち、喫煙の身体的リスクについては、古くから『喫煙は健康を損なうおそれがある』ということが一般に周知されており、このことは、文献や新聞・雑誌記事等を示すまでもなく、公知の事実として存在してきたとあってよい。そして、人は、このような情報を前提として、喫煙を始めるか止めるか、どの程度どのように吸うか等について、個々人の自由な意思により選択してきたのである。

ところで、およそ社会に受け入れられて流通している製品の中には、その有する本来的な性質として、何らかの身体的リスクを伴う物が多数存在していることは、広く知られている。例えば、砂糖・食塩や酒なども、広く製造・販売され社会一般に受け入れられているものであるが、過度に摂取すると健康に有害となる場合があることはよく知られている。これらの製品は、それぞれその本来的な性質として身体的リスクを伴うにもかかわらず、当然のように社会に受け入れられ、当該リスクが現実化した場合、その製造・販売を行った者（以下「製造者等」という。）の不法行為責任が問題とされることはない。

すなわち、ある製品に何らかの身体的リスクが伴うとしても、そのリスクの存在が一般に周知の情報となっていれば、その製造者等があえて自ら当該リスクを使用者に知らしめるための特段の措置をとらなくとも、その製造・販売につき不法行為

責任を問われることはないのである。これは、使用者は、このような情報に基づいて、当該製品の有する効用とリスクを勘案した上、自らの自由な選択において当該製品を使用するか否か、どのように使用するかどうか等を決定することができるのであり、当該製品の製造者等は、このことを前提として、社会の需要に応えるため当該製品の製造・販売をすることが社会的に許されているからにはほかならない。」(被告会社準備書面(4)3～4頁)

しかし、このような立論は、たばこには当てはまらない。

以下これを述べる。

なお、被告会社の違法性については、既に原告ら準備書面6及び7において詳述したとおりであり、嗜好品とはいえないという点についても原告ら準備書面5及び本書面第1で詳述したところである。また、繰り返し述べてきたように、被告会社の上記主張は、いわゆる「危険の引受け」の理論と同じであって、被告会社自らが「危険」についての情報提供、説明義務を果たさなければならないことはいうまでもない。したがって、以下は、万が一、被告会社の上記立論が成り立つ余地があったとしても、たばこの場合には当てはまらないことを述べる。

2 たばこの特殊性

原告ら準備書面5及び本書面第1等で詳述してきたように、たばこは嗜好品ではない。

この点をおくとしても、被告会社が殊更に同列に論じようと試みている砂糖・食塩や酒などとは全く異なるものである。

砂糖、食塩などは、人の生活上摂取が必要なものであるし、酒も適量であれば人の健康に対するの効用があるものである。

一方、たばこは、上記のとおり、適量というものはない。「過度の喫煙」出なければ安全ということはなく、「少量喫煙であっても、発がんや死亡のリスクは確実に上昇する（表1）」のである（甲25「禁煙治療のための基礎知識」15頁）。

なお、効用についても、本書面第1で詳述したとおり、たばこの効用は本来の効用ではない。

また、上記の砂糖・食塩や酒などと違って、たばこは、摂取する人の健康を保護するという観点からの規制を受けていない。多数の添加物を使用しながら、安全性を担保されていない商品である。

3 自由な選択をするに足りる情報でなければならないこと

仮に、この点をおくとしても、上記の被告会社らの立論は、喫煙の身体的リスクは古くから知られており、そのようなリスクの存在が周知の情報となっていれば、使用者は、その情報に基づいて、リスクと効用を勘案して、自らの自由な選択に基づいて、喫煙するかどうか、禁煙するかどうか、どのような量、吸い方をするかを決めているから、そのような製品の製造販売業者が不法行為責任を問われることはない、というものである。従って、この場合、周知されている情報とは、自らの自由な選択をするに足りる程度の情報である必要がある。

(1) 紙巻たばこと他のたばこ（古くからある刻みたばこや葉巻）との違い

何度も述べてきたように、本件で「たばこ」として問題としているのは「紙巻たばこ」である。

各米国公衆衛生総監報告書（甲18、19、22、31～46）、その他の報告書からも明らかなように、紙巻たばこ（シガレットタバコ）と他のたばこの危険性を比較すると、紙巻たばこの危険性ははずば抜けている。

そして、紙巻たばこはの巻紙は完全な工業製品であり、また、少なくとも本件各原告らが喫煙を開始した頃の紙巻たばこについては、たばこ葉の加工も、古くから知られているたばこ葉の加工とは全く異なり、様々な添加物（分かっているだけでも600種類以上）を加えた工業製品である。シートたばこやフィルター付たばこに至っては、もはや、過去のたばこは勿論、当初の紙巻たばこも全く性質の異なる完全な工業製品である（厚生労働省のホームページで公開されている第1回「21世紀のたばこ対策検討会」での厚生労働省が用意

した配布資料3-1（甲53）でも明確に紙巻たばこが工業製品であることが記載されている。）。

そのような紙巻たばこの身体的リスクは、古くから知られているというたばこの周知の身体的リスクとは全く異なる。

本件で問題となっている「たばこ」の有害性等は、この様々な添加物が加えられたたばこ葉（たばこシート等も含む）や巻紙などが約700度程度の低温で燃焼して発生するたばこ煙の有害性なのである。このたばこ煙には4000種類以上の化学物質、40～60種類の発がん物質が含まれている（甲25p9）。

各米国公衆衛生総監報告書その他の各報告書の基になった動物実験などにおいても、たばこ煙に含まれる一定の発がん物質等単独での発がんが確認できなくても、たばこ煙そのものの抽出物であるタールを使用することで発がんに成功するものがほとんどである。また、たばこ煙には、たばこにのみ存在するニトロサミンであるTSNAも含まれている（ちなみに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いる（甲8p1871以下））。

紙巻たばこの添加物に関する情報は勿論、多数の添加物や巻紙とともに燃焼して発生する「紙巻たばこ」の喫煙による身体的リスクを、喫煙者が知る方法はないのである。

被告会社らが主張する立論に立つならば、喫煙者は、その購入しようとする「たばこ」についての身体的リスクを知って、また、その効用の中身を知って、初めて自由な選択によって喫煙するかどうか、禁煙するかどうか、どのような吸い方をするのかを決定することができるのであるから、古くから周知のたばこの情報とは全く中身が異なる、これから吸おうとする「紙巻たばこ」についてのリスクを知っていなければ、自由な選択に基づくものとは到底いえないのである。

(2) 情報の内容

そして、周知される情報は、客観的で正確なものである必要がある。

しかし、上記のとおり「紙巻たばこ」の危険性については、古くからのたばこの危険性とは全く異なっているのであり、しかも、1960年代頃から、英米の研究結果報告等により医学的に判明した危険性が、一般に言われてきたようなレベルに到底とどまらない極めて広汎で重大なものであることが分かったのである（呼吸器だけでなく全身のがん等にも関連があることも判明した）。だからこそ、米国公衆衛生総監報告書をはじめ、WHOなどの世界的な権威ある保険機関が、たばこの危険性（特に肺がんとの因果関係については原因であると断定している。）について、わざわざ報告書や勧告を出しているのである。

従って、「自由な選択」というためには、そのような新たに判明した「紙巻たばこ」の危険性についての正確で最新な情報が周知になっている必要がある。

この点、被告会社は、「喫煙は健康を損なうおそれがある」ことは古くから知られてきたし、1960年代以降もそのことが医学的に明らかにされていたに過ぎないなどという。しかし、実際には、1972年には「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」との注意文言がパッケージに表示されるようになったのである。古くから周知の情報であれば、改めて同じ内容の注意表示を行なう必要もないのであり、わざわざ旧注意表示がされたこと自体が、それまで知られてきたたばこの危険性についての情報と新たに判明した危険性がその程度において相当に異なっているとの認識に基づいているのである。

科学的根拠もなく、一般的に体に良くないらしい、と言われている身体的リスクと、権威ある機関によって、医学的科学的証拠に基づいて、肺がんの原因となる、その他の疾病とも重要な関連があると結論付けられている身体的リスクが、全く質が異なるということは誰の目にも明らかである。

(3) 周知状況

さらに、そのような新たに明らかになった危険性（被告らの表現でいえば身体的リスク）が、一般に周知の情報となっていなければならない。

しかし、このような「たばこ」の危険性が周知の情報となったとは到底いえないことは、それこそ公知の事実である。これは、後述するように、被告会社を含めたたばこ産業全体によるたばこに関する情報キャンペーンによるところが大きい。また、これも後述するが、先進諸外国と比べて、被告国の喫煙対策が極めて不十分であり、詐欺的ともいえる注意文言や製造販売業者である被告会社自ら（しかも、専売公社といわば「お上」と考えられている企業）がマスコミで紹介されているたばこの情報を否定してきていることで、正確な情報の周知が著しく妨害されてきていることは我が国の現状を見れば明らかである。

だからこそ、今日に至るまで、何回も何回もWHOが各国に喫煙対策についての勧告を出し続けているのであり、2005年のFCTCの発効にまで至っているのである。特に、我が国においては、現在に至っても、この「紙巻たばこ」の正確な有害性（身体的リスク）は、社会において周知になっているとは到底いえないことは、例えば東京訴訟判決をみても一目瞭然である。

医療関係の9学会のまとめた「禁煙ガイドライン」においても、「わが国では保健医療従事者ですら未だに喫煙は個人的趣味・嗜好の問題とされている方がいるがそうではなく」（甲29号証「禁煙ガイドライン」1006頁）

とされているように、我が国では、一般人よりもよりたばこの有害性等を理解しているはずの医師や医療従事者にさえ、周知はされていないのである（医療従事者の喫煙状況は同ガイドライン1034頁をご参照）。

また、例えば、本件疾病の一つであり、かつ、ほぼ100%がたばこが原因とされている肺気腫については、未だに、我が国国民の多数の者がその病名すら知らない疾病であり、具体的な被害について周知の情報となっているとは到底いえないことは明らかである（甲83号証）。

(4) 依存性について

たばこの依存性は、既に原告ら準備書面5や本書面第1で詳述してきたとおり、きわめて強固である。

たばこの有害性は、依存性による長期間の継続的喫煙によって増大する以上、周知されるべき情報には、この依存性に関する情報も当然含まれるべきである。

この点、被告会社らは、たばこ依存性は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くたばこの依存性は個人の自由な選択を妨げるものではない（被告会社ら準備書面（4）20頁）などと再三述べている。

しかし、もし被告会社の主張のとおりだとすると、何故に、禁煙治療が健康保険適用とされているのか、我が国の現行表示もそうだが、各国のたばこパッケージに依存性についての記載がされているのか、FCTC前文においてわざわざ「依存を引き起し及び維持するよう高度の仕様となっている」ことを認識しているのか、全く説明が付かない。

上記9学会の禁煙ガイドラインでも次のように述べられている。

「わが国では保健医療従事者ですらいまだに喫煙は個人的趣味・嗜好の問題と思われている方がいるがそうではなく、喫煙は“喫煙病（依存症＋喫煙関連疾患）”という全身疾患であり、喫煙者は“積極的禁煙治療を必要とする患者”という認識が本ガイドラインの基本精神である」（甲29号証「禁煙ガイドライン」1006頁）

(5) 社会に受け入れられているか

更に、被告会社自らの主張によれば、製造者等が不法行為責任を免れるためには、当該商品である「紙巻たばこ」が「その本来的な性質として身体的リスクを伴うにもかかわらず、当然のように社会に受け入れられ」ていなければならないのであり、科学的、医学的に明らかになった「紙巻たばこ」の新しい危険性が周知された上で、それでも、「たばこによる死亡」が当然のように社会に受け入れられている必要があるのである。

情報の周知がされていないことは上記のとおりであるが、この点を置くとして、では、たばこは、社会に受け入れられているのであろうか。

本書面第1第5項で詳述したように、たばこが社会に受け入れられているとは到底いえないことは明らかである。

FCTCの批准、発効あるいはその前段階としてのWHOの各勧告等を受けて、健康増進法第25条の制定施行、各「喫煙と健康」報告書の発行、2005年になってようやく改正された現行の注意表示の内容、健康保険適用となった禁煙治療等などを取り上げるだけでも、少なくとも、「紙巻たばこ」については、その身体的リスクを伴うにもかかわらず、我が国の社会がこれを受け入れているとは到底いえないことは誰に目にも明らかである。

FCTCの発効は、我が国も含め、世界はたばこを受け入れないという方向性で一致したことを端的に示しているのである。

この点、厚生労働省ホームページから「21世紀のたばこ対策検討会」議事録及び資料を見ることができるが、厚生労働省が用意した第1回検討会資料では、次のように報告されており、たばこが社会に受け入れられていないことはこの資料からも明らかである（甲53）。

* 「21世紀のたばこ対策検討会」第1回検討会資料

資料2-1 精神活性物質の使用と社会的規制

「精神活性物質は、歴史的には社会的に受容された時期もあったが、一般的に規制が強化されつつある。」

資料2-2 薬物依存の定義とメカニズム

「薬物の依存形成性の要因の一つである強化作用は実験的に定量でき、ニコチンはコカイン、モルヒネ、アンフェタミン等に匹敵する。」

資料2-3 ニコチンの依存性

「たばこに含まれるニコチンの依存性は国際的には規制薬物の枠組みで検討されはじめており、低タール製品でも実際のニコチン摂取量は表示量を数倍上回ることが示されている。」

資料3-1 公衆衛生領域におけるリスク管理

「日常的に人体に摂取される物質は、たばこ製品を除き、公衆衛生上の規制の対象になっている。」

「・食品、水、空気、医薬品等、およそ人体に摂取される物質は、公衆衛生上の規制の対象となっている（表1）。これらの規制は、近年リスク管理の考え方に基づいて実施されつつあるが、一般に規制値の設定は、リスク評価をもとに、閾値のあるものについては最大無作用量等に十分な安全係数（通常 1/100 ～ 1/1000）を乗じて基準値を求め、発がん物質のうち遺伝子毒性をもつイニシエーターなどについては閾値が存在しないなどと考え、acceptable risk として生涯リスクが $10^{-5} \sim 10^{-7}$ のレベルになるよう規制する方向にある（表2）。

・実際には化学物質によって得られる便益とリスクを比較し、社会が許容できるものであれば必要悪として受け入れられているが、リスクをできるだけ下げ、かつできるだけ大きな便益を得るのが理想であること、環境汚染の場合にはリスクを負う者は必ずしも便益を得る者ではないことが多い。

・紙巻たばこは葉たばこ、人工原料や添加物などを原料に、種々の加工がされた工業製品である（表3）123。」

資料3-3 たばこのリスク評価

「たばこは全体としても個々の成分から捉えても、リスク管理の観点からは一般の規制レベルをはるかに超えるリスクを有している」

また、元厚生省健康局長の高原亮治氏は、次のように述べている。

「たばこの問題がヒトの生き死にの問題だとしますと、『たばこは嗜好品かどうか』、とか、『喫煙権か嫌煙権か』という議論がかなりの程度アホらしいものだということが分かります。ことは、人の生命（いのち）に関わることで、嗜好、趣味の問題ではないということです。危険物管理—リスクマネジメントの問題を趣味論争にするわけにはいかないでしょう。というか、これこそ悪趣味というべきでしょう。」（甲54号証「タバコフリージャパン」61頁）

（6）「喫煙と健康の問題に関する中間報告」等

この点、上記被告会社と非常に良く似た見解（ほぼ同旨）を財政制度等審議会の平成14年10月10日付中間報告が示している（甲56）。同報告では、たばこを「合法的な個人の嗜好品」として捉えた上で、「他方、喫煙が特定の疾病に対するリスクであることは疫学的に認められている。」とし、「したがって、喫煙と健康の問題等の観点からは、たばこの健康に対するリスク情報を適切に提供することにより、個人が自己責任において喫煙を選択するか否かを判断できるようにすることが重要である」としている。

そして、たばこパッケージの注意文言につき、以下のように報告している。

（甲56p6以下）

「注意文言を包装に表示することは、喫煙が健康に対するリスクであり、こうしたリスクを認識した上で、個人の自己責任により喫煙を行うかどうか判断されるべきものであることから、必要不可欠であると考えられる。

平成元年に策定された現在の注意文言は、それまでの『健康のために吸いすぎに注意しましょう』との文言について、『現行注意文言は改めて意識されなくなっているとの批判がある。また、喫煙の健康に及ぼす影響についての医学的知見が蓄積され、過度の喫煙のみならず喫煙一般について注意を喚起する必要がある』（平成元年の上記答申）として見直しが行われ、改訂されたものである。」

しかし、そもそも、「過度の喫煙のみならず喫煙一般について注意を喚起す

る必要がある」という上記平成元年における上記答申を踏まえて作成されたにもかかわらず、前注意文言は「健康のため吸いすぎに注意しましょう」というのであり、「吸いすぎ」なければ健康のためには大丈夫であるかのような錯覚、誤解を与えるものであって、上記答申を無視するものである。

また、上記中間報告は、続けて、今後の注意文言のあり方についての意見として

「・喫煙のリスクに関する表示はより明示的にすべきであり、世界の趨勢にも配慮すべきである。

・新たに喫煙者になる者に対して、たばこのいわゆる嗜癖性（addiction）や健康に対するリスクなどについての警告が必要であり、表示はもう少しレベルの高いものにすべきである。」

としている。

これは、それまでの表示では、自己責任において喫煙や禁煙を選択するには十分ではないことを前提にしているからに他ならない。特に、依存性（上記報告書では「嗜癖性」と訳しているが「addiction」は依存性そのものであり、通常は依存性と訳される。）についての警告が必要としているのは、依存性がある場合には、もはや自由な意思決定に基づく個人の自己選択といえる余地がなくなってしまうからに他ならない。「新たに喫煙者になる者に対して」は、依存に陥る前に、依存症になるとの情報を提供し、依存症になるというリスクも踏まえて自ら喫煙を開始するかどうか判断させて始めて、自己選択といえるのである。このことは、既に喫煙者となっている者との関係では、依存性についての表示があってももはや自己選択とは言い難いことも認めているというのと同じである。

上記のような報告は、上記「注意文言のあり方についての意見」にあるような情報が、国民の間で周知になっていけば出されるはずもないものであり、喫煙をするかどうか、禁煙をするかどうかの自己選択に必要な、たばこに関する客観的な情報が周知のものとなっていないこと、しかも、2004年の時点においても、まだ周知の情報となっていないことの証左である。

4 製造販売業者による情報の歪曲

更に、たばこに関する情報については、被告会社による情報の歪曲化、曖昧化、ミスリード等がされており、客観的な情報が周知になっているとは到底いえないし、このことは、それだけを取り上げても、被告会社のたばこの製造販売行為の違法性判断において十分斟酌されるべきである。

(1) たばこの依存性の態様（認知の歪み）

本書面第1で詳述したように、たばこの依存症は、身体的依存と心理的依存があり、たばこ（ニコチン）の場合、身体的依存より心理的依存の方が強固とされている。この「心理的依存とは、喫煙による離脱症状緩和、社会的洗脳、防衛規制などから構成される『誤った思い込み』（認知の歪み）である（表2）」（甲25号証「禁煙治療のための基礎知識」5頁）。

このように、ニコチン依存に陥っている喫煙者は、認知の歪みという特徴を持っており、喫煙のリスク情報を与えられても、自分の可能性として捉えることができず、自分だけは大丈夫だと根拠なく思い込む傾向がある（非現実的な楽観主義）。また、たばこの害を否定して、たばこの効用を信じるとともに、禁煙の困難さを過大評価するという認知の歪みも生じる。これは、当該喫煙者の性格ではなく、ニコチン依存の心理的依存の内容そのものである。

「好きで吸っている」「禁煙する気はない」と言っている喫煙者は、必ずしも害の知識が足りないだけでも、個人の資質に問題があるわけでもなく、心理的依存が強固なために禁煙の動機づけができないという要素が大きいのである。

ニコチン依存における心理的依存は、「禁煙したいのに禁煙できない」と感じる病態ではなく（勿論、そのような態様の身体的依存も大きい）、むしろ、「好きで吸っている」「禁煙する気がない」と考える病態に本質があるのである（甲第25号証「禁煙治療のための基礎知識」5頁）。禁煙したいという動機付けが出来ている喫煙者は、実はニコチン依存症としては重症ではないのである。

（2）被告会社の情報操作

ところで、上記のとおり、我が国においては、本件で問題となっている「紙巻たばこ」の有害性（身体的リスク）の情報が周知になっているとは到底いえないのであるが、周知徹底されていないのは、上記のようなニコチン依存の特徴を利用して、被告会社を含めたたばこ産業による情報操作、キャンペーン、ミスリード等によるところが非常に大きい。

すなわち、仮に、たばこの身体的リスクに関する周知の情報があったとしても、製造販売業者自らが、これを否定するかのような情報提供やキャンペーン等、あるいは否定はしないまでも情報を曖昧化させ、その有害性を低く評価するかのような情報提供やキャンペーンとともに、喫煙の精神的効用を強調し、文化性をアピールすることで、ニコチン依存症に陥り心理的依存（認知の歪み）を強固にしている喫煙者に対し、いわば「言い訳」を与え、禁煙をさせないという情報操作、心理操作を行なっているのである。

このような場合には、仮に周知されているという情報があったとしても、被告会社によって、その情報に基づく自己決定が妨げられているのであって、その操作こそが違法行為と言ってよい。

被告会社は、本訴訟においても、未だに喫煙と肺がんの因果関係すら否定しており、あたかも、砂糖・塩・茶や酒など同レベルでの「健康を損なうおそれがある」程度の危険性があるに過ぎない、肺がんに関しても原因の一つかも

知れない要因の一つであるかもしれない、といった非常に詐欺的で狡猾な言い回し（それはたばこ喫煙者に心地よく響き、喫煙を続ける言い訳となる。いわば、悪魔のささやきとなっているのである。）の主張を繰り返している。

しかし、このような主張は、現在の世界的な権威ある保健機関の理解とはるかにかけ離れている。我が国の厚生労働省の見解とも大幅にかけ離れている。

また、受動喫煙についても、既に、WHOをはじめとする世界的権威のある保健機関だけでなく、我が国においても、単なる不快感の問題ではなく、健康被害の防止という観点から対策が取られつつあるが、未だに被告会社は受動喫煙による健康被害を否定しつつ、これをマナーの問題だと問題をすり替え、マナー広告の大々的なキャンペーンを行なっている。しかし、これは、喫煙者の認知の歪みに対する働きかけであると同時に、喫煙者の喫煙場所の確保のためのキャンペーンなのである（甲72の1「米たばこ企業の内部文書から明らかになった、たばこによる健康被害の証拠に関する日本たばこ産業の戦略」5頁）。

既に述べてきたことの繰り返しになるが、実際に、被告会社は、1964年の米国公衆衛生総監報告書による喫煙と健康問題に対する関心の高まりに乗じて、「フィルターが有毒ガスを除去する」「たばこの煙の90%は地球大気の成分と同じ」などのキャッチコピーを使用して、主にフィルター付たばこの売り上げを大幅に伸ばしている。しかし、既に、1975年度版米国公衆衛生総監報告書において、フィルター付たばこ喫煙は非喫煙者と比較して発がんリスクがずっと高いことが報告されているのである（甲34）。

また、いわゆる御用学者を利用して、あたかも公正な第三者機関による医学的科学的研究であるかのような形式で「たばこの害を否定、あるいは曖昧化する研究」が行われてきたことも明らかになっている。しかし、被告会社は、喫煙科学研究財団設立に際して、20億円の出捐をし、その後も毎年3億5000万円の寄付金を出しているのであって（甲77、78）、いわばひも付きの研

究であることは明らかである。なお、たばこの無害宣言として受け取られ、非常に問題になったいわゆる「Q&A」の作成に際しては、「喫煙と健康に関する研究運営協議会」（会長・香月秀雄千葉大学長）がまとめた報告書が参考にされたが、この協議会も、被告会社（専売公社）から研究費をもらって委託研究をしており、それまでに約11億円の出捐をうけていた（甲68）。

更に、マスコミへのスポンサーシップを利用して、喫煙の有害性についての情報をコントロールする方法での情報の希釈化も行なわれている。

このような方法は、既述のとおり、米国においてたばこ会社が行った方法と異ならない。

〔文献〕

「禁煙を希望する患者さんからよく受ける質問は、『そんなに悪いものなら、なぜ販売禁止にならないのか』というものである。言外の意味として、『販売禁止にならないのだからそれほど悪くはないだろう』という場合と『販売禁止にさえなってくればやめられるのに』という場合がある。タバコの健康障害、依存性の強さは違法な薬物と同等である。なまじ合法であるばかりに、犠牲者の数は違法な薬物よりもはるかに多い。新たにタバコと同等の性格の製品が開発されても、絶対に発売は許可されないだろう。

タバコが販売禁止にならないのは、危険性が認識される前に、あまりにも多くの依存症患者が発生してしまったためと、タバコ産業が巨大な社会的影響力を有しているためである。（図1）。薬物依存症は禁断症状によってやめにくいだけでなく、薬物使用を合理化するための認知の歪みをともなう疾患である。タバコ産業はこれにつけこみ、本当はありもしない喫煙の精神的効用や文化性を強調するキャンペーンで有害情報を薄めている。」（甲25号証「禁煙治療のための基礎知識」40頁）

「御用学者

JTの資本で成り立っている喫煙科学研究財団という財団が、年間3億5000万円を研究助成の名目で研究機関にばらまいている。国内の『タバコの害を否定する研究』はほとんどこの助成から生まれている。魂をタバコ産業に売り渡してしまった医学研究者がこれまで各所で喫煙や受動喫煙の害を矮小化する広報活動を行ってきたが、徐々に彼らに対する糾弾の手も伸びてきている。」（同40頁）

「スポンサーシップの弊害

1998年よりテレビ、ラジオでのタバコ製品の銘柄広告は自主規制されている。しかし、JTの企業広告や飲料水の広告は続いている。一見、何の害もないように見えるが、放送局の放送内容をコントロールして世論を操作するのに威力を発揮している。関東地方ではNHKを除き、全国キー局の夜10時、11時台のニュース番組すべてにJTはスポンサーとして参加している。司会者の多くは喫煙擁護派で、タバコ病訴訟、健康増進法、たばこ規制枠組み条約などの扱いは、NHKと民放で大差がある。

2003年5月の健康増進法施行時に首都圏の私鉄各駅のホームが禁煙になった折も、NHKでは喫煙者2名と非喫煙者2名にインタビューして賛否両論を報じていたが、ある民放では喫煙者2名と駅販売店店員とJT広報担当者のインタビューで、全員が駅禁煙に反対する発言だった。過去には、タバコの有害性を啓発する番組が営業サイドの圧力によってお蔵入りになった騒動や、タバコの有害性を特集したばかりに打ち切りになった番組もある。マナー広告、企業広告、タバコ以外の製品の広告を含め、タバコ産業によるマスコミ広告を禁止しない限り、マスコミはタバコ問題について公正な報道や啓発を行うことはできず、世論における公正な議論もできない。

WHOタバコ規制枠組条約では、憲法の範囲内でタバコ産業のスポンサーシップを包括的に禁止することが求められている。タバコ会社が広告費を投じてタバコの有害情報を抑制するのは公共の福祉に反する行為なので、権利は憲法で保障されない。条約遵守には包括的禁止が必要である。」(同40頁)

「2005年12月に発表された9学会禁煙ガイドライン(日本循環器学会など)には、『喫煙は“喫煙病(依存症+喫煙関連疾患)”という全身疾患であり、喫煙者は“積極的治療を必要とする患者”』と明記されている。禁煙医療の対象は『禁煙を希望する喫煙者』だけでなく、すべての喫煙者である。喫煙者の『禁煙する気はない』とうそぶく心理は、ニコチンの心理的依存すなわち認知の歪みにもとづいている。だから禁煙を強く希望する患者だけを相手にするのでは、もっとも重症な群を救えないことになる。認知の歪みは【健康障害の過小評価】【たばこの効用の過大評価】【離脱症状の過大評価】などからなり、禁煙によって軽減または消失する。喫煙者の禁煙意欲欠如は、うつ病の自殺年慮と同様に、精神疾患の一症状と考える必要がある。」(同41頁)」

「罹患疾患との関連を示すだけで禁煙できる受診者がいれば、全力で支援してもなかなか禁煙に至らない受診者もいる。後者はニコチン依存症という疾患の度合いが重度なのであり、受診者の資質のせいにして『だらしがない』と考えるのは誤りである。糖尿病でも、自助的な食事療法だけで血糖をコントロールできる患者もいればインスリン投与を必要とする患者もいる。後者はけっしてだらしがないわけではな

い。

たとえ全体的な依存の程度が同じであっても、【身体的依存の強い者】【喫煙を正当化する意識の強い者】【喫煙欲求に対する耐性の低い者】など、喫煙者には依存の多様性がある。どんなに優れた方法論でも多様性の全てをカバーできるほど万能ではない。喫煙法・禁煙指導法の選択は、感染症に対する抗生物質の選択の如く、併用や無効時の変更を含め、症例ごとに柔軟に検討される必要がある。方法論は理論であって教義ではない。

禁煙経験のある医師は、喫煙者の心理が分かる優れた禁煙指導者になりうる。しかし、自身の経験のみに基づいて、根拠なく特定の禁煙法を信奉したり、逆に蔑んだりするのは好ましくない。特に、依存が弱く特別な方法によらずに禁煙できた医師が、依存の多様性を考慮せず、薬物治療や心理療法の意義を否定して『禁煙に必要なのは意志だけだ』などと誤った指導をするなら、せつかくの経験が仇になってしまうので注意が必要である。」(同41頁)

「同公社がこのほど作成、配布した『たばこと健康Q&A』と題したパンフレットは、タバコの有害性をことさら軽視し、消費者を惑わそうとしているかのようだ」

「統計的調査で有害性にふれていながら、その内容を紹介していないため、喫煙者が非喫煙者に比べてどれだけ肺ガンなどにかかりやすいかは全く分からない。しかも有害性にふれた文章の次に、必ず否定的な文章が同じような比重で並べられているため文脈の中で有害性は極度にうすめられ、あたかもタバコは安全なものであるかのような印象を与える仕掛けになっている。

そのうえ、Aのかかなりの部分でタバコ無害論が展開されている。それは『たばこを吸ったからといって肺がんになるというものでもありません』(A2)、『一般の健康な人ではタールが肺にたまっただけになることはありませんし、たばこのタールだけで肺が黒くなるということはまず考えられません』(A3)、『一般の健康な人にとって、通常の喫煙が心臓機能に影響を及ぼすとは考えられません』(A4)といった調子である。」

「だが、有害性を否定しようとするほど、その論法は強弁に近いものにならざるをえない。そこに意図的な『事実誤認』や『文意のあいまい化』がうかがわれる。」

「このような消費者をだます言葉遣いは、答えのいたるところにみられるが、喫煙以外の健康に有害となりうる要因—食物、肥満、ストレス、遺伝・体質、生活様式、生活環境、職業など—の存在をことさらに強調することで、喫煙の有害性を相対的に低く見せようという作為も目につく。」

「専売公社は、『Q&A』を作成するに当たって、『喫煙と健康に関する研究運営協議会』(会長・香月秀雄千葉大学長)が昨年1月まとめた報告書を参考にした。この協議会は、専売公社から研究費をもらって委託研究をしている。委託研究は三十二年

から行なわれており、これまでに約十一億円がかけられている。」(甲68「毎日新聞記事」)

「今回、議論するのはタバコの有害性について。『そんなことみんな知ってる。』と言われるかもしれないが、実はそうとも言い切れない事情が、わが国にはある。そして、そのことがタバコをめぐる我々の社会の『漠然とした雰囲気』にも関係しているのだ。」

(中略)

「・・・しかし、我々の日常感覚からすると、因果とは『これをしたから、こうなった』と一対一で対応する原因と結果のことをいう。はたして『因果関係は何十％』などという言明を信じてよいものだろうか。

しかし、よくよく考えれば、日常的に『因果関係あり』と思われる場合ですら、深く考察すればその原因と結果を一対一で設定することなど不可能だと気づく。たとえば、ある人が強烈な下痢をし、食べたものの中から食中毒菌が見つかったとする。医師は『食中毒菌が原因』と判断して治療にあたるだろう。しかし、本当にそうなのか。同じ菌に晒されても発症しない人もいるわけだから、当人の体力が落ちていたことが原因かもしれない。下痢は食中毒特有の症状ではないので、別の病気が寄与した可能性もある。それでも医師が『食中毒菌が原因』とするのは、経験上、正しいと思われるからだ。そして、ここでいう『経験上』とは、数多くの発症例を考え合わせると高い確率で正しいということであり、いわば疫学的な確率論としての因果関係が、暗黙のうちに採用されているのだ。

結局、現実的には、一対一の厳密因果関係など存在しない。・・・

感覚から乖離した概念であるから、その分、方法はストイックになる。疫学的に因果関係が『証明』されるためには、統計的な検定にパスするだけではなく、データの偏りを排し、ほかの生物学的・医学的知識との整合性があるか、民族、国、地域、年齢などが違っても一貫性があるか、曝露が増えれば、症状がひどくなったり症例が増える『用量—反応関係』があるかといったことが厳しく検討される。・・・

(中略)

・・・能動喫煙と数々の疾病との関係は、この武器によるストイックな検討を経た上で、ゆるぎなく確立しているし、受動喫煙もこと肺がんに関しては確立したとあってよい状態にあるのである。」

(中略)

「さて、こういった状況の中で、JTがタバコの有害性を留保するのはどの点に置いてだろう。前出の秋山氏(※JT科学情報部長)は、こう言う。

『有害性を否定しているわけではないのです。ひとつの危険因子であろうとは認識しています。ただ総合医学的な裏付けがないし、タバコがどうやってがんを引き起すのかというメカニズムもわかっていない。さらに動物実験でも決定的証拠は出

ていないわけです。だから、喫煙が肺がんの原因になるとか、因果関係があるとは言い切れないと・・・』(略)

ここから抽出できるのは、『疫学の知見だけでは有害性を立証するには足りない(『総合医学』の裏付けが必要)』という考えだ。危険因子であることは認めている以上、『喫煙が肺がんのリスクを高める』ことには異論はないようにもとれるが、それを『リスクとなる可能性がある』(つまり、リスクであるかもしれないし、ないかもしれない)という変な日本語で表現することには、首を傾げざるを得ない。・・・(中略)

ある物質の発がん性の評価をする際、疫学的知見を最重視するのは世界的に『常識』だ。WHO傘下の国際がん研究機関(IARC)における、発がん性の評価基準では疫学データを最優先する旨が明記されている。・・・タバコの煙は、疫学的な証拠が大量にあり、臨床的、病理学的、また動物実験による傍証にも事欠かないため、文句なしにグループ1の発がん物質に分類されている。JTの言うとおりに、メカニズムが解明されればなおよいわけだが、この場合も、どのレベルまでの理解が進めばよいのか明確にしないと、単に言い逃れの理由にしか響かない。

発がんについていえば、現時点においても、タバコの中には多くの発がん物質が含まれていて、それが遺伝子を傷つけて発がんに至るプロセスが示唆されているし、肺気腫なら、タバコの煙が肺胞マクロファージや好中球などを活性化し、肺胞の細胞を破壊していくプロセスがある程度わかっている。つまり、喫煙が疾病の原因になることを示唆する数多くの知見は今この瞬間にも『総合医学的』に存在するのだ。

前出の秋山氏に『それでは、いかなる証拠が揃ったら、十分な証拠として受け取るか』と問うても、『難しいですねえ、わたしの口からはちょっと・・・』と口を濁すのみであった。」

(中略)

「目下のタバコについていえば、『有害である』ことは『常識』でも、どの程度有害であるかはあまり知られていないという印象がある。喫煙者が『有害なのはわかっているが、ほかにも危険なものはたくさんある』と喫煙を正統化するとき、その人は、疫学的に導かれた『コントロール可能なものの中で最大の危険因子』『同居する人の肺がんの原因になりかねない』という位置づけは理解していないだろう。

こういったことを見てくると、JTというタバコ会社(および株主である国)は、日本において、専門家も含めて社会全体に広がった『疫学への無理解』を利用して、『タバコの害』についての情報をねじ曲げようとしてきたのではないか、という疑念を覚える。

(中略)

しかし、注意しなければならないのは、JTが公衆衛生政策に影響を与える現場にも登場して、『タバコの害は未解明』という主張をもっともらしく繰り返すことで、議論を混乱させていることだ。・・・厚生省の『21世紀のたばこ対策検討会』(平

成十年)にはJTの大川喜彦取締役・科学環境統括部長が出席し、タバコを商品として売り続けてきた『専門的』立場から積極的に発言している。その内容は、首を傾げるようなものが多く、ひとつの例としてこんな主旨のものがある。

『身体的リスクの可能性はもちろんあると思うが、一方で効用もいろいろ認められており、総合的な研究が必要』

いつも通り、『リスクの可能性』という面妖な言葉がまた出てくる。

ここで言う『効用』とは、『三四〇〇万人の愛煙家が日本にいるのだから何か効用があるはずだ』『アルツハイマー症やパーキンソン病の発症を抑える可能性を示唆した研究がある』という二点だ。前者については、そのうち六四・二%の人が『やめたい』『減らしたい』と思っているわけだし(平成十一年度、厚生省調査)、『依存性』について無視した無茶な議論だ。後者は、彼らが高く評価しないはずの疫学的研究によるものであるだけでなく、・・・確立したとはとうてい言い難く、それこそ『未解明』と呼ぶのがふさわしい(恐るべき二重基準！)

よって大川氏の言明は『身体的な害は多くの疾病の原因になることがはっきりしているが、一方、効用の面ではいくつかのメリットが示唆されている程度で未解明』と言い換えなければミスリーディングになる。

(中略)

こういったことが、議事録の公開されていない多くの審議会で繰り返されてきたことは想像にかたくないし、医師すら疫学の位置づけを十分に理解してこなかった現状では、その発言の影響力はかなり大きかったと考えられる。たばこ事業等審議会による『喫煙と健康に関する答申』(平成元年)には、『喫煙はリスクとなる可能性があるが、心身全体への影響は未解明』という一節があって、これがJTの現在の立場の拠り所にもなっているのだが、そういった文言を掲げるにいたった経緯にも、ここで述べたような広い意味での情報操作があった可能性は否めない。

タバコの有害性をめぐって、今回の結論はふたつ。まず、アメリカなどの脱喫煙先進国、WHOを中心とする国際社会の間での『タバコの害』の認識と日本国内での認識との温度差について、その根源には疫学という『手持ちの中での最良の武器』への無理解がある、ということ、そして、もうひとつは、その温度差を利用して、JTがタバコの有害性に関する言説をねじ曲げてきた可能性が高い、ということだ。

事実を捏造するタイプの嘘ではなくても、都合の良いデータだけを利用してミスリードするタイプの嘘を、JTはつき続けてきた。それによって、有害性の認識という基本的なことを巡ってですら、極端に歪んだ言説が横行し、我々の社会は喫煙対策について議論を噛み合わすこともできない『漠然とした雰囲気』に浸されてきたのだ」

(中略)

しかし、これまでわが国で起きてきたことは、意識的な選択ではなく、むしろ隠蔽であり、とうてい受け入れられることではない。」(以上、甲69号証「望星」2

001年5月号「タバコの問題を考え直す」)

「アメリカとは異なり、日本のタバコ会社だけが社内でリスク研究をしてない。そんなことがあるのか？監督官庁である大蔵省に見解をもとめた。すると同省たばこ塩事業部は、『たばこ産業株式会社法（JT法）で専売公社の権利・義務のすべてをJTが引き継ぐことになっており、専売公社の研究成果も同社の研究成果も同社が引き継いでいます。JTもたばこ会社ですから、当然健康影響に関する研究を内部でやっていると思いますよ。』（手持総括係長）と答えた。つまり、JTは専売時代からの膨大なリスク研究を隠し持っているだけでなく、現在も密かにリスク研究を続けているというのだ。

『では大蔵省からJTに、たばこのリスク情報の公開をもとめる考えはありませんか』と聞くと『法的根拠がないので情報公開を指導することはできません。JTが持っている情報については、積極的に公開した方が得だと考えれば公開されるでしょうし、隠した方が得だと考えれば公開されないという、経営上の判断かなと』と手持氏。何と大蔵省は、国民の命と健康に関わる情報を、私企業の経営上の損得だけで隠しても構わないと言うのだ。（甲70「技術と人間 2000年7月号「JTがひた隠す『たばこ情報』」

（3）合法の商品であるとの主張

また、被告会社は、たばこは合法な商品であるとの主張を繰り返している。

確かに、たばこはたばこ事業法（たばこ専売法）等によって、その製造販売が認められている商品である。

しかし、このような主張、広告宣伝行為（あるいは、合法に製造販売されているという事実そのもの）は、ニコチン依存症患者である喫煙者に対し、「そんなに悪いものならばなぜ販売禁止にならないのか」「販売禁止にならないのだからそれほどわるくはないんだろう」といった認知の歪み（害の過小評価）を増大させるのである。

これは、依存症患者にとどまらず、これから喫煙を始めるかどうかという判断を行なう際にも、喫煙の害を矮小化させる方向に働く。

つまり、法律や医学に対する知識を持たない一般的消費者は、合法的な商品

であれば、その決められた用法にしたがって使用していれば身体に対して重篤な被害は生じないであろうと考えるのが通常である。ところが、我が国には、たばこの販売促進のためのたばこ事業法は存在するが、国民の健康保護という観点からたばこを規制する法律はないのである（実際には、その他の法律の準用や家庭用品規制法の施行後であれば、同法による規制はできたことは原告準備書面 8 で述べた通りであるが。）。

そのため、合法であるとの主張や事実は、あたかも安全基準をクリアしている商品であるかのような誤解を消費者に与えるが、実際には、健康被害の防止という観点からの規制は全くされていないのである。これは現在も同様である。

特に、化学物質を使用した商品が数多く溢れるようになった現代社会においては、人々の生命・健康を保全するために、すべての人々に「賢い消費者」であれとすることはおよそ無理なことである。「賢くない消費者」であっても生命・健康を脅かされない権利がある。その権利を実現するためには、商品を製造し供給する側にこそ安全な商品を供給する責任があるとする必要がある。

今日の社会では、人々の「自由な選択」により危険な商品を選別させるのではなく、安全な商品でなければ製造し供給することを許さないという適切な社会的規制こそが必要である。そして、現に社会はその方向に大きく舵をとっている。家庭用品規制法制定の趣旨は、まさにここにあるし、現代社会においては、消費者はそのような前提のもとで商品を購入しているのである。

したがって、被告会社の主張する合法的商品であるという事実は、むしろ、たばこの危険性を矮小化させるものであって、後述の詐欺的な注意表示とも相俟って、消費者に事実を歪曲して伝えることに役立っているのである。

(4) 旧注意文言、前注意文言について

たばこの包装には、2005年度から現行の注意表示に変更されるまでは、「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」との前注意文言（1990年から2005年）、それ以前は「健康のため吸いす

ぎに注意しましょう」(1972年から1990年)との注意文言であった。

これらはいずれも、「吸いすぎに注意しましょう」との表示であって、あたかも、「吸い過ぎなければ、健康を損なうおそれがない」かのように消費者を困惑させる詐欺的な文言と言わざるを得ない。

既に述べてきたように、たばこには、ここまでなら安全という許容量はなく、「吸いすぎ」なくても十分に危険な商品である。しかも、依存性があるために、一旦吸い始めれば容易に止めることができないのであって、その1日の喫煙量は、血中ニコチン濃度によってほぼ決められているのである(甲25p6等)

そもそも、平成元年のたばこ事業等審議会の「喫煙と健康の問題に関連するたばこ事業のあり方」では、それまでの『健康のために吸いすぎに注意しましょう』との文言について、「『現行注意文言は改めて意識されなくなっているとの批判がある。また、喫煙の健康に及ぼす影響についての医学的知見が蓄積され、過度の喫煙のみならず喫煙一般について注意を喚起する必要がある』」として見直しが行われ、改訂されたものである。このように、「過度の喫煙のみならず喫煙一般」の危険性を認識していながら、結局「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」との文言しか記載しないのであれば、「吸いすぎに注意」すれば「健康を損なうおそれ」がないと読むのが素直なのであって、およそ注意表示としての機能を果たしていないばかりか、消費者を誤解させ、困惑させる表示というべきである。特に、ニコチン依存症患者である喫煙者に対しては、その心理的依存(認知の歪み)の程度を増大させる機能を果たしているものであって、喫煙者の禁煙への動機付けを弱める効果を持つものである。

また、上記のとおり、財政制度等審議会の平成14年10月10日付け「喫煙と健康の問題に関する中間報告」(甲6)においても、「新たに喫煙者になる者に対して、たばこのいわゆる嗜癖性(addiction)や健康に対するリスクなどについての警告が必要であり、表示はもう少しレベルの高いものにすべきである。」としているのであり、依存性がある場合には、もはや自由な意思決定

に基づく個人の自己選択といえる余地がなくなってしまうことを当然の前提としている。

にもかかわらず、前注意表示、旧注意表示をたばこパッケージに記載しての販売活動は、それだけで、消費者を困惑させるものであって、積極的な違法行為と判断されるべきである。

また、このような表示は、被告会社による消費者に対する、吸い過ぎなければ健康をそこなうことはないという品質保証でもあって、このような虚偽の保証をしている点をとっても違法の評価は免れない。

5 公衆衛生的・予防医学的観点からの報告であるとの主張について

また、被告会社らは、厚生省による各「喫煙と健康」報告書や米国公衆衛生総監報告書等についても、疫学的調査結果に基づく公衆衛生的、予防医学的な観点からの文献であって、違法性の判断における有害性、依存性の証拠としての価値は無いかのような主張をしている。

しかし、上記各報告書は、いずれも疫学的調査結果のみで結論を出しているのではなく、その他の実験的報告や基礎医学的報告なども当然考慮している。

更に、疫学的調査などにより、相当の蓋然性をもって、喫煙によって不特定多数の誰かにいわゆるたばこ関連病への罹患という損害が発生することが予見された以上、その内の誰かに予見された損害が発生した場合には、当該被害が発生した被害者との関係では、少なくとも、予見義務違反は免れない。

6 まとめ

以上、仮に被告会社ら主張の立論に立ったとしても、たばこは、砂糖、塩、酒等とは全く異なるものであり、また、そのリスクの存在が一般に周知の情報となっているともいえず、喫煙者は、当該たばこという製品の有する効用とリスクを正確に勘案することはできず、決して、自らの自由な選択において、喫煙するかどうか、禁煙するかどうか、どのように喫煙をするかどうか等を判断してきたとは到底いえないのであって、被告会社のたばこの製造販売が違法であるとの評価は免れない。

第3 因果関係についての反論

1 はじめに

被告会社らは、疫学的証明による個別的因果関係の立証が不可能であると反論するが、これについては、因果関係の専門家であり医学博士である津田秀敏岡山大学教授の意見書及び同じく訴訟法上の因果関係についての専門家である太田勝造東京大学教授の意見書をもって詳細に反論する予定であるが、以下は、被告会社らの主張の明らかな誤りについて反論しておく。

2 疫学的数値を用いての個別的因果関係の立証が不可能であるとの主張について

(1) 経験則による因果関係判断の思考過程

被告会社らは、準備書面（5）1頁において、「原告らの上記主張は、疫学的数値である暴露群寄与危険度割合が個々人の疾病の原因となった確率と同一であるとの誤った前提に基づいて」いるとする（31頁も同旨）。

しかし、疫学的数値や暴露群寄与危険度割合が、経験則と同様の思考過程を経るものであり、個々人の疾病原因の確率としても用いることができることは、既に準備書面で詳述したとおりである（原告ら準備書面9の30頁）。

なお、被告の主張が「個別的因果関係」と「疫学的，集団的，統計的などの因果関係」を峻別するという前提に立っているのだとすれば、それは誤りであ

る。訴訟上の要件である「因果関係」に、個別的と疫学的などの区別はなく、あるとすれば「疫学を主たる資料として認定される因果関係」と「常識という暗黙の経験則、すなわち、集団的、統計的な手法を暗黙の前提とする法則を資料として認定される因果関係」の区別がせいぜい存在するのみと言うべきであろう。さらに言えば、「確率・統計の考え方や数値を明示して論じられる因果関係」と「それらを暗黙の前提として、言及することなくアバウトに論じられる因果関係」の区別があり得るに過ぎない。本質的には、同様のものであるが、前者がより精度が高い（裁判として客観性が高く、信頼できる）ことは言うまでもない。

(2) 裁判官の因果関係判断の方法

この点に関連して、被告会社は、「そもそも、個別的因果関係の立証に必要とされる「高度の蓋然性」についての裁判官の心証形成の過程は、自由心証主義の下での証拠及び弁論の全趣旨に基づく総合的な全人格的判断であるから、本来的に、数学的、統計学的に説明することが困難なものである。」などというが（同準備書面 35 頁）、理解不能というほかない。

もし、被告主張のように、合理的意思決定を論じる学問領域と多数の研究成果が、裁判にはまったく当てはまらないとすれば、裁判とは非合理的な神秘的な魔術であると言っているのと同じである。実際の裁判では、専門家鑑定や物証など証拠方法を用いて真実発見をしようとしているのであり、全人格的判断が、数学的、統計学的に説明することが困難なものだとすると、このような証拠方法での証明の説明できないことになる。

なお、疫学調査による曝露群寄与危険度割合などの数値は、単なる統計学的数値とは異なるのであって、非常に厳密な理論的検証を経た上での結論であることを念のため確認しておく（関連の一貫性、関連の強さ、関連の時間的關係、関連の整合性、関連の特異性、関連の完全性、用量－反応關係の有無等）。この点は、被告会社らも認めている（同準備書面 13 頁以下）。

3 疫学のみならず、基礎医学、臨床医学等の分野における知見を考慮すべきとの主張について

被告会社らは、「個別的因果関係を立証するためには疫学のみならず基礎医学・臨床医学等の分野における知見を考慮すべき」であり（被告会社ら準備書面（5）5頁、9頁、51頁等）、「基礎医学や臨床医学等を含めた総合医学的な観点からは、喫煙が肺がん等の疾病の原因であると断定できる状況にはない」という（同53頁被告会社ら準備書面（3）第1及び第2）。

しかし、喫煙と肺がん、肺気腫との関係については、基礎医学・臨床医学の分野からも、十分な検証がされており、IARC モノグラフ2004年度版においては、それらについての大量研究のレビューがされている（同モノグラフは後に証拠として提出予定）。

勿論、当該特定個人における症状が、基礎医学や臨床医学の分野の知見からすると、疫学分野の知見から導かれる経験則と矛盾するという積極的なものである場合には、それは疫学的調査結果に基づく蓋然性立証に反証する一つの間接事実となろう。

しかし、喫煙と肺がん、肺気腫の場合には、既に疫学的調査及び検討の段階で、そのような基礎医学的、臨床医学的証拠との整合性についても十分検討されているし、当該特定個人においても、その因果関係を肯定する疫学的調査結果に基づく高度の蓋然性判断に矛盾するような基礎医学的、臨床医学的証拠や事実もないのである。

また、基礎医学や臨床医学を含めた総合医学的観点からは、喫煙が肺がん等の原因とは断定できないというのは被告会社らの曲解である。

すなわち、たばこ煙中に、ベンゾピレン・ニトロサミン等の発がん物質が含まれることは被告会社も認めている（被告会社ら準備書面（3）2頁、等）。また、発がんメカニズムについても、化学発ガン物質が体内でDNA損傷を引き起こし、ひいてはがん細胞への変化をもたらすことを被告らは認めている（被告会社ら準備書面（3）13頁）。

これらからすれば、喫煙が肺がんを引き起こすことは、基礎医学や臨床医学等からも明らかである。

何度も述べてきたように、訴訟法上の因果関係を肯定するには、発生機序、発生メカニズムまでの証明は不要なのである。

しかも、この点について被告会社が述べているのは、発がんには、発がん物質の他に、プロモーターやプログレッサー、遺伝子の関与もあり、複雑なメカニズムであるということ述べているにすぎない。タバコ煙はイニシエータ（ニトロサミン類）、プロモータ（ピレン、NO₂、アクロレイン）、イニシエータかつプロモータ（ベンゾピレン、ホルムアルデヒド、活性酸素）を含み、単独で発がん過程を完結できる完全発がん物質である。と呼ばれている。たばこには発がん物質が多すぎて、その発がんのメカニズムがわからない、ということ被告会社は述べているにすぎないのである。

基礎医学や臨床医学等を含めた総合医学的な観点からも、たばこ煙が発がん物質であり、がんを発生させることは、十分に証明されている（後に提出予定の津田意見書、IARC モノグラフ 2004 年度版等ご参照）。喫煙がなければ大多数の肺がん・肺気腫が発生しなかったであろうということが十分に証明されているのである。メカニズムが複雑であることは、因果関係の証明には関連性がない。基礎医学や臨床医学等を含めた総合医学的な観点からも、喫煙が肺がん肺気腫等の疾病の原因であることは十分に肯定できるのである。

また、被告会社の主張は、「**被告会社**が、喫煙が肺がん等の疾病の原因であ

ると**断定**できるとまでは言えない**と思っている**」ということにすぎない。しかも、被告会社は、どの程度まで証明されれば、因果関係があることを認めるかについても一貫して明らかにしてきていない。

米国公衆衛生総監も、WHO も IARC も、因果関係があると断定している以上、客観的で合理的な一般通常人を基準とすれば、因果関係を肯定して構わないというべきであるし、また仮に被告会社が「断定」までしないとしても、「基礎医学や臨床医学等を含めた総合医学的な観点からは、喫煙が肺がん等の疾病の原因であると相当高度の蓋然性をもって推定できる」というべきである。いずれにせよ、高度の蓋然性を肯定できる程度までには総合医学的な証拠は蓄積されている（後に提出予定の IARC モノグラフ 2004 年度版をご参照）。

なお、もし、仮に、被告会社らが、がん発生のメカニズムが複雑であるから、因果関係が否定されると主張するのであれば、それは、これまでの職業病によるガンに関して因果関係が肯定された全ての裁判例に反するものである。塵肺と肺がん、アスベストと肺がん、ヒ素と肺がん、六価クロムと肺がん、など、がんに関して因果関係が認められたものは多数ある。被告の主張のような、がん発生のメカニズムが複雑であるから、因果関係を否定するなどという見解はいずれの判決にも採用されていない。ちなみに、塵肺、アスベスト、ヒ素、六価クロムのいずれと比べても、たばこによる肺がん発生のメカニズムの方が、より解明されている。また、相対危険度・曝露群寄与危険度割合についても喫煙の方がアスベストより高い。

4 動物実験について

被告会社らは、動物実験による結果も出ていないかのような主張をしているが、事実と異なる。

そもそも、がんは長年かけて形成されるものであることは、被告会社ら準備書面（3）の通りである。喫煙による発がんも、相当年数の喫煙の後に発生するものであって、人の寿命と動物の寿命を比較すれば、同じ条件での喫煙によって動物実験での結果が出なければならぬと主張することがいかにナンセンスであるかは明らかである。IARC での発がん性評価においても、動物実験よりも人における調査結果である疫学的証拠を優先しているのである（甲41）。

被告会社らの主張するとおり、疫学のみならず、基礎医学や臨床医学、動物実験等の結果も踏まえて因果関係の判断をすることは勿論正しい方法であるが、全ての結果を等価で比較する必要は無い。IARC が採用しているように、人における因果関係判断である以上、人における調査である疫学調査の結果を重要視するのは当然であるし、基礎医学、臨床医学、動物実験での結果が、疫学的調査結果に矛盾しない場合には、これらは疫学的調査結果を肯定するための間接事実として考えるべきである。

全ての調査において、明確な結果が出なければ因果関係を認めないというのは、単なる「逃げ口上」としか言いようがない。特に、被告会社らは、一貫して、「それでは、いかなる調査によって、どの程度まで証明されれば因果関係を肯定するのか」といった点について全く答えてきていないのであって、これでは「一点の疑義も許されない自然科学的証明」を要求していると評価せざる

を得ない。

なお、被告会社らが主張している動物実験の結果は、1964年の米国公衆衛生総監報告に依拠するものである。同報告書の時点でも既に動物実験で疫学調査と矛盾しない、むしろこれと整合する結果がでていたのである。しかも、それよりも新しい2004年度IARCモノグラフによれば、多数の動物実験においても、タバコによる動物の肺がん発生が認められている。

5 他要因について

(1) 他要因の考慮

被告会社らは、「原告個々人の喫煙以外の要因への曝露の有無といった個別的事情も踏まえて、総合的に判断することが不可欠」としていわゆる他要因の有無も総合的に考慮して個別的因果関係の判断をすべきとする（同書面2頁、9頁、33頁等）。

しかし、この点も、上記の基礎医学、臨床医学分野における知見を考慮すべきという部分と同様に、喫煙と肺がん、肺気腫との極めて高度な疫学的証明度からすると、ほぼ問題にならない。本件における喫煙と肺がん、肺気腫との関係においては、交絡要因となりうるものもほとんどない。

しかも、他要因が問題にされるのは、本件原告において、具体的な喫煙以外の肺がん、肺気腫の原因と考えられる何らかの事実がある場合であるが、本件原告らにはそのような事実はない。すなわち、原告らには、喫煙以外に特に肺がん・肺気腫を惹起するような呼吸器疾患の既往歴はなく、環境因子としても他の一般人以上の悪影響は特になく、アスベスト労働もなく、自動車運転等を職業としていない。またコレステロールや高脂肪の多い食事をしていない。また、遺伝的要因も特に見当たらない。加齢については、当然あるが、しかしながら、喫煙がなく当該疾患に罹患する人に比べれば、明らかに若くして当該疾患に罹患している。したがって、そのような限定（他要因が存しないこと）がさらに加わった上での、疫学的調査が（もし）あれば、暴露群寄与危険度割合はさらに高い数値となるものといえる。

なお、本件でも考えられる他要因としては、受動喫煙が挙げられるが、もし

仮に、被告会社らが、原告らは、喫煙によらずとも、受動喫煙によって肺がんになった可能性がある一方で、喫煙せずとも受動喫煙によって肺がんになった可能性がある一方で本件能動喫煙の因果関係は否定される旨主張するとすれば、著しく正義に反し、信義則上許されるものではない。

(2) 他要因と曝露群寄与危険度割合の理解について

被告会社らは、疫学の特徴として「個別的に観察すれば、特定の個人については、他の要因によるものであるということが分かっている、疫学ではこのような者も集団に含まれることを前提に、集団全体として、仮説要因が疾病に影響を与えているかどうかを調査資料の分析を通して検討する」として、このような疫学の特徴を内在的限界として指摘するようである。

しかし、この場合、例えば、喫煙による肺がん発生の曝露群寄与危険度割合が90%だとすると、肺がん罹患者集団のうち10%の人たちは、喫煙がなくとも他の要因のみで、肺がんを発症したということの意味する。10%という形で「集団に含まれている」という意味であれば、被告の主張は正しい。

しかし、この10%の集団には、アスベスト労働していたことが明らかな者、ヒ素労働していたことが明らかな者、自動車の排気ガスに曝される労働に従事したことが明らかな者、コレステロールの多い食事を特に好んでいた者、受動喫煙に曝され続けた者その他喫煙以外のあらゆる要因に曝露された者も含まれているのである。

このような場合、より詳細な情報が集団やその部分集団、個人について集まれば、その追加情報に基づいてさらに洗練した分析をしてより詳細な病因を特定して行く（諸病因のそれぞれの寄与率や発症条件などのより具体的な特定）のが、疫学的手法である。

すなわち、当該個人について、喫煙以外の他要因（たとえばアスベスト労働）の存在が明らかになれば、喫煙の寄与度が単純に90%と考えるべきではなく、

原告が準備書面9詳述したように、2×2表を作成した分析を行うべきである（このような事情があれば、原告には不利な事情となるであろうが、そのような事情は本件では存在しない）。逆に、アスベスト労働が存在しないということが分かれば、それをもとに疫学調査を行えば曝露群寄与危険度は90%よりさらに上昇した数値が得られる。全肺がん罹患集団から、被告の言う「他の要因によるものであることが分かっている特定の個人」を除いて、疫学調査を行い、それを原告に適用すれば、90%よりもさらに高い曝露群寄与危険度を適用することになるのである。なお、本件の各原告らには、アスベスト労働などの事由は存在しない。

(3) 曝露群寄与危険度割合の足し算について

曝露群寄与危険度割合を足すことに何ら意味がなく、かけることには意味が生じることは、原告ら準備書面9（58頁以下）で主張したとおりである。

6 蓋然性に達する程度の原因確率（曝露群寄与危険度割合）

被告会社らは、喫煙が肺がんや肺気腫の要因の一つであることは認めるものの、疫学調査の結果から判断できるのは、「一般的な関連性に過ぎない」のであって、個別的因果関係の判断は出来ないなどという。

確かに、例えば、相対危険度1.1程度でも、統計学的には有意と判断されるが、そのような有意といえるに過ぎない程度の相対危険度であれば、訴訟において、その結果のみで因果関係があるとの判断をすることが出来ないという点については、原告も充分承知している。その考えに異を唱えるものではない。

原告も、単に疫学的な結果として、喫煙が肺がんのリスクになる、と言っただけでは、訴訟上の因果関係が肯定される訳ではないことは、承知している。すなわち、疫学的な結果として、たとえば相対危険度1.2や1.5の場合については、リスクとして言われるところの因果関係は肯定されるが、訴訟上の個別的因果関係が肯定されないということは承知しているのである（原告準備書面においても、喫煙と胃がんの因果関係を例として示した）。そして、そのような場合には、勿論、疫学的調査結果も重要な一資料として、その他間接事実をも考慮して因果関係判断をするのは当然である。

しかし、本件で原告が主張しているのは、統計学的に有意といえる程度の単なる疫学的な因果関係ではない。原告が主張しているのは、更にすすんで、喫煙と肺がんの場合は、曝露群寄与危険度割合が90%という極めて高度な数値であることを主張しているのである。このような非常に高度な原因確率が、膨大な数の疫学調査のみならず、基礎医学的調査、臨床医学的調査、動物実験等とも整合するという形で出ている以上、その数値はもはや経験則そのものとして機能するということを述べているのである。

7 原因確率（曝露群寄与危険度割合）について

被告会社らは、曝露群寄与危険度割合自体は、一個人が90%の群に属するのか、10%の群に属するのかを判別する機能を有するものではない、などというが（同準備書面（5）83頁）、曝露群寄与危険度割合を正解していない。

例えば、曝露群寄与危険度割合が90%の場合、90%の群と10%の群を比較すれば、高度の蓋然性をもって、90%の群であろうと考えることは合理的であり、特にそれを覆す事情がない限り、そのように認定すべきである。

「一個人が90%の群に属するのか、10%の群に属するのかを判別する」という問題設定自体、確率についての理解が間違っていることを暴露している。たとえば、以下の例に示すとおりである。

（例）

不透明な袋に赤い玉か白い玉を一つずつ入れるとする。赤い玉の入った袋が900個、白い玉の入った袋が100個、合計1000個の袋が箱の中に混ざって入っているとす（袋を見ても中身が赤玉か白玉か見えない）。

この箱の中からひとつの袋を取り出すときに、その袋の中に入っている玉が赤玉である確率は90%である。これは通常は取り出す前に言えることであるが、「取り出すのが90%の群からか、10%の群からかを判別する」という言明自体無意味なものであることは明らかである。

さて、袋をひとつ取り出したとする。その不透明な袋には玉が一つ入っている。袋を開けるまでは、「その1つの玉」が赤である確率は90%、白である確率は10%である。この場合にも「その玉（袋）が90%の群

に属するのか、10%の群に属するのかを判別する」という言明自体無意味なものであることは明らかである。判別できない、ないし、判別する前だから（この例では袋を破って中身を見ることができない、ないし、破って中身を見る前だからこそ）、「確率」を考えるのであって、破って中身が赤玉だとわかった後でそれが白球である確率とか赤玉である確率とかを論じることは無意味だからである。

これと同様に当該の「一個人」（本件では原告、上記の例では1つの玉）についても、確率を考えることができるのであり、「一個人が90%の群に属するのか、10%の群に属するのかを判別する機能を有するものではない」という被告側の主張は、確率論への初歩的無理解に基づく意味不明な発言という他ない。

8 FCTC の曲解

なお、被告会社らは、敢えてだと思われるが、「たばこの消費及び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」との FCTC 前文部分につき、「喫煙と特定の疾病との間に一定の関連性があるという事実を各締約国が認識していることを意味する」などと主張している。

この点は、完全に被告会社の曲解である。

上記前文の原文は「scientific evidence has unequivocally established that tobacco consumption and exposure to tobacco smoke cause death,disease and disability」であって、明確に「cause」という語句が使用されており、これは正に因果関係そのものである。なお、"statistical co-relation"（相関関係）は因果関係(causation)を必ずしも意味しないというのは、統計学の教科書で出てくる常套句であるが、逆に、“cause”は因果関係を意味しないなどという主張はもはや中学レベルの英語としても不正解としか言いようがない。「引き起す」とは正に「惹起」であって、因果関係があることを意味しているのである。

以上