

JT の「たばこ対策に関する考え方」をご説明いたしますが、まず、喫煙と健康に関しまして「科学的エビデンス」をご説明し、それを踏まえた上で、「たばこ対策に関する JT の考え方」をご説明することといたします。

「社会に対する危害」について(総論)

さて、「喫煙は、喫煙者個人の責任では納まらない、社会に対し深刻な危害を及ぼすものであり、社会としてはこれを抑制すべきである」との意見がございます。

こうした意見の主たる根拠として、「受動喫煙」の問題、それから、「超過医療費」や「労働力損失」等の、いわゆる「社会コスト」の問題が、あげられています。

「社会に対する危害」について(各論 1:受動喫煙)

「たばこを吸われない方であっても、受動喫煙により、肺がん等致命的な病気になる」という知見を根拠に、厳しい規制を導入すべきであると主張される方がおられます。

資料、1 ページ目をご覧ください。

ご覧の資料は、受動喫煙に関する疫学研究の結果ですが、誤差範囲を超えて「リスクあり」とするものは、わずか 12%である、という結果が示されております。

この部分に関し、もう少し詳細にご説明いたします。

資料の 2 ページをご覧ください。

厚生白書や「喫煙と健康問題に関する検討会報告書」等におきましては、「受動喫煙の害」の根拠の一つとして、米国環境保護庁の報告が挙げられています。

この米国環境保護庁の報告書に関しましては、その信頼性に疑問が提起され、まず米国議会の調査機関により、調査が行われました。

その調査の結果について、Washington Times は、「同庁にとって望ましい結果を出すために主観的な評価となっている。悪質な科学かもしれないが、反たばこキャンペーンには効果的な宣伝である」と報じています。

資料の 3 ページをご覧ください。

またその後、この報告書の妥当性に関し、訴訟が行われました。本訴訟の結果に関し、The New York Times は「米国環境保護庁の研究者がデータを恣意的に選定したことを認定した」旨の記事を掲載いたしました。

このように、信頼性に疑問のある米国環境保護庁の報告を、「受動喫煙の害」の根拠として挙げることは疑問があります。

次に、資料の 4 ページでございます。

WHO 下部機関の国際がん研究機関 (IARC) が行いました、過去最大規模の症例対象研究の結果につきまして、英国の Electronic Telegraph が、「研究者は、受動喫煙が肺がんの原因であることを示す統計的証拠はないことを見出した」と報じています。

更に、つい数ヶ月前、昨年 11 月末には、英国の The Times が受動喫煙に関する記事を掲載しました。資料の 5 ページにお示ししておりますが、この記事の要点は次のとおりです。

- 「受動喫煙が死亡の原因になるという主張は、科学的根拠に基づかない「でっち上げ」である。」
- 国際がん研究機関 (IARC) は、職場の受動喫煙に関する報告 23 報のうち、肺がんとの間に統計的関連があるとしているのは 1 報のみとしている。
23 件中 1 件というのは、客観的な科学では例外と呼ばれる。」
- 「受動喫煙を死亡の原因として装うのは、科学を放棄することである。」
- 「反たばこの研究責任者さえ、受動喫煙が死亡原因となるという説得力ある根拠はないということを認めている。」

JT は、受動喫煙が致命的疾病の原因になるという仮説に関しまして、科学的に説得力のある根拠では示されていないと考えています。

しかしながら、たばこの煙や臭いが嫌いだと仰る方が多数おられることは JT も認識しています。

JT としましては、たばこを吸われる方・吸われない方の共存を目指し、分煙を進める活動を推進していることは前回ご説明したとおりです。

「社会に対する危害」について(各論 2: 社会コスト)

次に、いわゆる「喫煙の社会コスト」に関しましてご説明いたします。

「社会コスト」につきましては、「超過医療費」と「労働力損失額」の 2 つが大きなウェイトを占めています。

「超過医療費」につきましては、疫学研究結果を用いて間接的に試算する方法と、たばこを吸われる方・吸われない方の実際の医療費を調査する直接的な方法との、2 つの方法があります。

疫学を用いた試算につきましては、資料の 6 ページ にございますが、多いものでは、「1 兆 3,000 億円余の超過医療費が生じている」との報告がなされています。

一方、後者の喫煙者・非喫煙者各々の実支払医療費調査、こちらは 7 ページ にございます。資料上で薄緑色の網掛けになっているものは、非喫煙者の医療費の方が高い結果を示した調査でございりますが、ご覧いただけるとおり、これら「非喫煙者の医療費が高い」とする報告の方が多く、という結果になっています。

また、厚生労働省による研究事業の中には、喫煙率の高い地域の方がむしろ医療費が安いといった調査結果も含まれています。

このように、「喫煙の社会コスト」の 1 柱である「超過医療費」については、少なくとも、どちらが高い／安いとはハッキリ言えない状況にあります。

次に、もう一方の大きな柱である「労働力損失」に関しご説明いたします。

この「労働力損失の額」は、

「喫煙による超過死亡者数」

× 「平均損失年数」

× 「年間平均所得」

として計算されています。

従いまして、「労働力損失額」の算定に当たりましては、これら、「平均損失年数」、「平均所得の額」、及び「喫煙による超過死亡者の数」といった前提をどう置くかによって、結果が大きく異なります。

資料の 8 ページ をご覧下さい。

これに基づき「喫煙による労働力損失の額は 5 兆円を超える」と主張する方もいらっしゃいます。

しかし、これは、明らかに不合理な前提を置いた上で試算された金額です。

例えば、本試算では、平均損失年数は、海外の研究報告を用い 12 年との前提を置いています。この「12 年」の算出根拠は不明ですが、日本の大規模疫学調査である平山先生の調査からは、喫煙者と非喫煙者の平均余命の差は 3 年程度とされているものと承知しております。

損失年数としてこの平均余命の差が用いられているとすれば、これだけで労働力損失額は 4 倍も大きく計算されていることになります。

また年間の平均所得についても、過大な値が用いられています。

本試算では、一律に雇用者の年間平均報酬額である「年間 512 万円」という金額が用いられています。

喫煙関連疾患で亡くなる方は高齢の方が多いと考えられますが、この論文に置かれた前提では、

高齢者も全て雇用されている、と仮定していることとなり、これは非現実的であると言わざるを得ません。

更に、この論文では、喫煙しないことにより平均余命が延びた期間、いわば「長生き」する期間には、病院にも行き、また年金も使うことから、本来的には労働力損失から差し引くべきとの考えによるものと思われませんが、これらの費用を「潜在的節約分」と呼んでおります。ただ、この「潜在的節約分」については、「手法上の限界があり、算出は行っていない」と記載しております。

もし、この「潜在的節約分」が計算されていれば、労働力損失の額というものがどの程度になるのか、あるいは本当に発生するのか、すら疑問であると考えられます。

ここで、そもそも、疫学に基づく「超過死亡者の数」の試算にもしばしば用いられます、「喫煙による疾病で 10 万人が死亡する」という仮説について、疑問があるということをご説明いたします。

私たちの身の回りには、リスクファクターといわれるものは多数存在します。

例えば食道がんについて申し上げれば、飲酒、喫煙、生野菜や果物の摂取不足、低収入、熱い物の飲食 等々多くのものがリスクファクターであるといわれています。

これらそれぞれのリスクファクターは、食道がんの罹患や死亡のリスクにどの程度寄与しているのでしょうか？

資料の 9 ページ をご覧下さい。

アメリカ国立がん研究所の Brown 博士の論文によれば、個々のリスクファクターが、食道がんの発生にどの程度寄与しているかを示す「人口寄与危険度」は、飲酒が 76.6%、喫煙が 65.0%、等 記載されています。

これらの数値を基に、例えば食道がんで 100 人の死亡が観察された場合、「喫煙により食道がんで 65 人が死亡する」と計算されます。

この考え方が正しければ、同じく飲酒で 76.6 人、生野菜果物摂取不足で 43.9 人、等が亡くなったこととなりますが、もともと食道がんによる死亡者が合計で 100 人だけだったにもかかわらず、この 4 つのリスクファクターのみで 224 人亡くなったことになってしまい、100 人を超えてしまいます。

日本のたばこ白書、アルコール白書を見ただけでも、例えば喉頭がんと咽頭がんについては、「喫煙」と「飲酒」という 2 つのリスクファクターだけで 100% を超える計算となります。

実際には、様々な疾病について、多数のリスクファクターがあります。また現実には、後ほど肺がんについてご説明いたしますように、高齢化・加齢も大きな影響を与えているという事実を考えれば、喫煙について、「真のリスク」をどの程度と見積もるべきなのか、十分な検討が必要であると考えます。

リスク情報に基づく個人の選択の自由(総論)

さてこれまで、「たばこは合法であり、喫煙は選択の自由の問題である」という考えを覆すために、「喫煙による社会への害」を主張するには、根拠が薄弱である、ということを説明してまいりました。

では次に、「喫煙は、いいところなどはひとつもない悪しき習慣であって、係る悪しき習慣＝依存に身を染めている喫煙者自身を社会として救済すべきである」といった考えにつきまして、ご説明いたします。

リスク情報に基づく個人の選択の自由(各論 1:依存性)

まず、たばこ・喫煙の「依存性」についてご説明します。

「たばこの依存性は強い。喫煙者は自らの意思で吸っているわけではなく、たばこがやめられない状態である」と主張する方々もいらっしゃいますが、その中心は薬物依存を専門としていない研究者の方々です。

逆に、「ニコチンの依存性が弱い」ことは、薬物依存の専門家の間では、広く認められています。

資料の 10 ページをご覧ください。

たばこ(ニコチン)の精神依存性は、コーヒー(カフェイン)よりは強いものの、酒(アルコール)よりも遥かに弱く、また、身体依存は微弱であって、精神毒性はない、ということが示されています。

また、アルコールや覚せい剤では、仕事をしなくなったり、手に入れるために犯罪に走ったりなど、社会的に問題となることが多々ありますが、たばこ(ニコチン)では、このようなことは起こりません。

それでは、喫煙は健康上のリスクファクターであると知りつつ、人は何故たばこを吸うのでしょうか？これに対しては、「習慣になっている」と答えられているのと同時に、多くの喫煙者が、「リラックス」、「気分転換」、「ストレス解消」等とお答えになっています。

実際、年代別喫煙者率のグラフを見れば、59歳までと60歳以上では、喫煙者率に大きく差があります。

資料 [11 ページ](#)をご覧ください。

ご覧の通り、20 歳から 59 歳までは喫煙者率にさほど大きな差がありませんが、これがなぜ 60 歳を境にして、急に下がるのでしょうか？

60 歳を過ぎると、突然ニコチンへの依存が弱まるとは考えにくく、やはり最も考えられる理由は、多くの方が第一線を退きストレスが減少するから、ということではないでしょうか。

リスク情報に基づく個人の選択の自由(各論 2: 能動喫煙)

次に能動喫煙については、肺がん等種々の疾病との関連において、疫学調査は一貫したリスクを示しており、JT も喫煙がこれら疾病のリスクファクターであることを認識しています。

しかし、リスクファクターと言われるものは、先にも述べたとおり、私たちの身の回りにも多数存在しており、喫煙が疾病のリスクにどの程度寄与しているのかは今後更なる解明が必要であると考えています。

以下、このように考える理由を説明します。

まず、「喫煙による疾病で年間 10 万人が死亡する」といった仮説が過度の見積もりであるということは、先ほどご説明いたしました。

これに加え、例えば「肺がん」については、厚生労働省発表の統計によれば、喫煙者率が長年にわたり減少する一方で、肺がん死亡者の数は、大幅に増加し続けています。

たばこ規制の強化を主張する方の中には、「今後も肺がん死亡者数は増加が見込まれており、これを減少に転ずるためには喫煙者を減少させることが必要」と仰る方もいらっしゃいますが、この考え方は合理性に欠けると考えます。

資料 [12 ページ](#)及び [13 ページ](#)をご覧ください。

一口に肺がん死亡率と申しましても、実際に肺がんで死亡した人の割合である「粗死亡率」と、社会全体の年齢構成が一定となるよう補正することにより、年齢構成の変動の影響を排除した「年齢調整死亡率」とがあります。

厚生労働省が発表している我が国のデータを見ると、年齢調整死亡率が近年横這いしないし減少している中、粗死亡率は一貫して大きく増加しています。この対比から、粗死亡率の増加は、我が国の高齢化の進展に伴うものであると考えられ、喫煙と関連付けることには、そもそも疑問があります。

また肺がんについて、年齢調整死亡率と喫煙者率との関係を見てみますと、「20年～30年程度」のタイムラグを勘案したとしても、年齢調整死亡率と喫煙者率は明確な相関を示していません。

以上のとおり、大いに発展した現時点における科学的知見を総合しても、その基本はあくまで「リスク情報に基づき、適度に喫煙されるかあるいはしないかを個々の成人が判断されるべきもの」となるとJTは考えます。

喫煙に伴うリスクゆえに、JTとしても、たばこは適切に規制されるべきであると考えますが、それは、リスクの程度を勘案した上で、また、たばこ以外で疾病のリスクファクターとされる様々な物質に対する規制との関係においても、十分にバランスの取れたものでなければならない、と考えます。

個別論点について(総論)

本日はこれまで、「たばこ対策はどうあるべきか」の前段として、科学的エビデンスの観点、をご説明して参りました。

これを踏まえ規制に対するJTの考えをご説明します。

個別論点について(各論 1:未成年者喫煙防止)

まず、未成年者喫煙防止についてご説明します。

JTは、未成年者の喫煙については、個人の選択に委ねるべき問題ではなく、あくまで未成年者は決して喫煙すべきでないと考えています。その理由は次のとおりです。

- ◇ まず、未成年者は、「心身の発達過程にあってそれぞれの性格及び生活様式が未確立」であることが挙げられます。
- ◇ 次の理由は、「判断力が十分でない」という点です。
JTは、「たばこは、喫煙のリスクを認識した上で判断すべきである」、と考えていますが、未成年者については、適切な判断力がまだ十分身についていません。
- ◇ そして最後に、改めて申し上げるまでもありませんが、「未成年者の喫煙は法律によって禁止されている」ということです。

JTは、企業としての社会的責任を果たす観点から、年齢識別自販機、店頭等での啓発等、関係団体と連携しつつ未成年者喫煙防止のための諸対策を実施していることは前回述べさせていただいたとおりです。

個別論点について (各論 2:喫煙者率目標値の設定)

つづきまして、「喫煙者率削減に関する目標値の設定」に対する考え方をご説明します。

先ほどから申し上げてきたとおり、たばこは適切なリスク情報を承知した成人が選択すべき合法的嗜好品です。

こうした個人の嗜好の問題に国家が強制的に介入しようとするには慎重であるべきであり、JTといたしましては、喫煙者率の削減目標値を設定することに反対いたします。

個別論点について (各論 3:たばこ税)

次に、たばこ税に関する JT の考え方をご説明します。

たばこ税については、JT といたしまして、まず

- ◇ たばこは、法律で認められた合法的な製品であり、また、財政物資として、長年にわたり国の財政に貢献してきたということ、そして、
- ◇ また税制というものは、我が国の文化や歴史、経済状況等を踏まえ、現在の制度が構築されてきたものであるとということを申し上げておきたいと思えます。

個別の税のあり方につきましては、税制全体の中で、様々な観点から検討され、政府において決定されるものであると考えております。

たばこ税につきましては、「増税して、増収分を生活習慣病対策の財源に充てるべきである」とのご意見もあろうかと思いますが、用途を特定した、目的税的な制度を新たに導入することは、高齢化社会を迎え行財政改革が緊急の課題であるとする現在の政府の方針と矛盾するのではないのでしょうか。

加えて、消費削減を目的とする増税は、JTをはじめ、たばこ耕作者の方々及び販売店も含め、たばこ産業全体に多大な影響を及ぼします。

このようなことから、JT といたしましては、これらたばこ産業に従事する者を広く代表して、「消費削減を目的とする増税には断固反対である」と改めて申し上げます。

議論参画の要請、結び

以上、「たばこ対策に関するJTの考え方」につきましてご説明申し上げました。
さて最後になりますが、この機会に、前回に引き続きお願いを申し上げます。

当部会におきましては、今後も引き続き、たばこも含め広範なご議論を進められるものと理解しています。

受動喫煙に関し、米国環境保護庁報告の正当性が裁判で否定されたという事実をご紹介いたしましたが、その理由には、先ほどご説明いたしました「データが恣意的であること」に加え、「検討に当たりたばこ会社が検討メンバーに入っていないこと」が挙げられています。

JTといたしましては、前回参考人として参加させていただいた際にも述べさせていただきましたが、たばこ対策に関する議論が行われます際には、参考人としてだけでなく、積極的な形で広く議論に参加したいと考えています。

なにとぞ前向きなご検討をよろしくお願い申し上げます。