

## 第1回東京都受動喫煙防止対策検討会

平成26年10月29日

【堅多局務担当課長】 それでは、もうお一方、野田先生がお見えになっておりませんが、時間になりましたので始めさせていただきます。

本日は、お忙しいところお集まりいただきましてありがとうございます。ただいまより第1回東京都受動喫煙防止対策検討会を開催いたします。議事に入りますまで司会を私、福祉保健局の局務担当課長、堅多が務めさせていただきますので、どうぞよろしくお願いたします。

本検討会は公開となっておりますので、ご了解いただきたいと思います。ただし、カメラにつきましては座長の選出までで、よろしくお願いたします。

それではまず初めに福祉保健局長、梶原よりご挨拶申し上げます。

【梶原福祉保健局長】 東京都福祉保健局長の梶原でございます。本日は大変お忙しい中、東京都受動喫煙防止対策検討会にご出席をいただき、誠にありがとうございます。開会に当たりまして、一言ご挨拶申し上げます。

東京都の受動喫煙防止対策につきましては、これまで受動喫煙防止ガイドラインを策定いたしまして、たばこを吸う人と吸わない人の相互理解と都民一人一人の理解が重要であるとし、都民の理解促進はもとより、区市町村や企業に対して受動喫煙の健康影響についての周知や、職場の環境整備に関する取り組みの働きかけを広く行ってまいりました。また、飲食店等に対しては分煙方法の紹介や、店内の禁煙、分煙の取り組み状況を店頭に表示するステッカーを配布するなど、事業者の自主的な取り組みを促しております。

こうした受動喫煙防止に関する取り組みをさらに進めていくために、本検討会を設置させていただきました。本検討会には、たばこの問題に関しましてさまざまなご意見をお持ちの有識者の方々に委員としてご参加いただきますとともに、今後、飲食や宿泊、旅行、たばこ関連の事業者や生活関連団体の方からも幅広くご意見をお伺いしていきたいというふうに考えております。本検討会で頂戴いたしましたご意見、ご議論を踏まえまして、今後の東京都の受動喫煙防止対策を進めてまいりたいと思っております。短い時間ではございますが、委員の先生方からは忌憚のないご意見をいただきますよう、よろしくお願申し上げます。

以上、簡単ではございますが開会の挨拶といたします。どうぞよろしくお願ひいたします。

【堅多局務担当課長】　　続きまして委員のご紹介をさせていただきます。1 ページ、資料1 をご覧ください。委員名簿によりまして順にご紹介させていただきます。後ほど各委員の皆様からはお話を伺ひいたしますので、ここではご紹介のみとさせていただきます。

まず、中央大学大学院法務研究科教授、安念委員でございます。

順天堂大学大学院医学研究科アトピー疾患研究センター長、奥村委員でございます。

公益財団法人日本対がん協会会長、垣添委員でございます。

公益財団法人結核予防会理事長、工藤委員でございます。

獨協医科大学附属病院放射線科医師、名取委員でございます。

公益財団法人がん研究会代表理事・常務理事、がん研究所所長の野田委員につきましては、30分ほど遅れるというご連絡を今、頂戴しました。

それから中央大学総合政策学部大学院公共政策研究科教授、細野委員でございます。

東京経済大学現代法学部教授、村委員でございます。

なお、日本オリンピック委員会副会長、青木委員、日本医師会副会長の今村委員、日大医学部教授、大井田委員、順天堂大学スポーツ健康科学部教授の鈴木委員につきましては、ご都合により本日欠席でございます。

次に事務局の紹介をさせていただきます。先ほどご挨拶させていただきました福祉保健局長の梶原でございます。

福祉保健局次長の砥出でございます。

福祉保健局技監の前田でございます。

福祉保健局理事の宗田でございます。

総務部長の山岸でございます。

保健政策部長の笹井でございます。

地域保健担当部長の稲葉でございます。

健康推進課長の山下でございます。

改めまして、私、局務担当課長の堅多でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、続きまして資料についてでございますが、資料に関する個別の確認は省略させていただきます。説明している中で万一、不足がございましたらお知らせください。資料につきましては式次第を表紙として綴ったものと、その後ろに関連、参考資料としまし

でデータ集、右のところに黄色い附箋をつけておりますが、その後ろからは国等の資料と  
いうことでつけております。それから、机上配付の資料といたしまして、5種類ほど資料  
がございます。

なお、傍聴席につきましては資料の配付のみとなっておりますので、ご了解いただき  
たいと思います。

それでは続きまして3ページの資料2をご覧ください。検討会の設置要綱でございます。  
本検討会につきましては、たばこに関しましてさまざまなご意見をお持ちの有識者の方々  
によって構成されておりました、東京都の受動喫煙防止対策を進めるために、専門的な見  
地からご意見を伺ってまいります。委員の任期は1年ということになっておりますが、本  
検討会の終了までの予定でございます。検討会では必要に応じて委員以外の者の出席を求  
め、意見を聞くことができるという意見聴取の場を設置することができるとしております。  
会議は、原則公開といたします。

それでは第5のところは座長の選出がございます。座長につきましては委員の互選によ  
り選出することとなっております。どなたか立候補またはご推薦はございますか。

工藤委員、お願いいたします。

【工藤委員】 工藤でございます。国あるいは東京都の各種会議の委員を務めておられ  
て、法律家でもられる安念委員を推薦させていただきたいと思っております。

【堅多局務担当課長】 ただいまの工藤委員の推薦についてはいかがでございませう  
か。

(「異議なし」の声あり)

【堅多局務担当課長】 ご異議がないようですので、座長は安念委員に決定させていた  
だきます。安念委員、よろしくお願いいたします。

安念座長から一言、よろしくお願いいたします。

【安念座長】 皆様、ご指名を賜りました安念と申します。どうぞよろしくお願いいた  
します。のっけから遅刻してしまいまして、誠に申し訳ございませんでした。前の会議が  
長引いておりました、その前の会議の司会も私がしておりました。どうぞよろしくお願  
いいたします。

【堅多局務担当課長】 ありがとうございます。それでは、カメラはここまででよろし  
ゅうございますか。退席するまで少々お待ちくださいませ。

(報道退室)

【安念座長】 それでは議事に入ります。議題1、受動喫煙防止対策について。まず今日は、半分は事務局からご説明をいただくのと、それから先生方にそれぞれ問題関心等についてお話しいただくのと、基本的には二本立てということになると思います。

それでは事務局のほうからお願いいたします。

【堅多局務担当課長】 それでは資料3、A3のペーパーをご覧くださいませ。カラー刷りになっております。本資料につきましては、受動喫煙防止に関します都のこれまでの取り組みや、都内や他県、諸外国の状況についてまとめております。これにつきましては事前に先生方にはご説明をしておりますので、簡単にさせていただきたいと思います。

東京都は健康増進法25条や、厚生労働省の健康局長通知を受け、この後に資料4で綴っておりますけれども、受動喫煙防止ガイドラインを策定しまして、基本的な考え方、喫煙者と非喫煙者の相互理解の促進、吸う人と吸わない人の相互理解のもとで施設管理者が自主的に取り組みを進めることが重要であるとしております。公共の場所における対策は、原則として禁煙であります。施設の種類や態様、利用者のニーズ等に応じまして喫煙可能区域を設定できるとしてしております。

東京都の取り組みは、13ページの資料5に詳細がございますけれども、後ほどご覧いただきたいと思います。健康影響に関しまして、都民への普及啓発や飲食店や職場での取り組みを進めるための働きかけなど、さまざまな取り組みを進めております。飲食店に対しましては、利用者が店内の状況を把握できるようにということで、今机上にお配りしている禁煙・分煙のステッカーを配布して店頭で表示していただくようにということで、自主的な取り組みを促しております。

5ページのところで、資料3の左下でございますけれども、飲食店の受動喫煙対策の状況調査もしております。5年前、20年度に行ったのと比べ、大分取り組みも進んでおります。詳細につきましては机上の配付資料4に報告書をつけておりますので、後ほどご覧いただければと存じます。

国内の状況でございますけれども、都内の区市町村では環境美化の観点から、路上喫煙や歩行喫煙の防止条例等を制定しまして、屋外でのたばこ規制を行っております。これは参考資料11のところにつけておりますので、後ほどご覧いただきたいと思います。

国内の他県の状況でございますが、神奈川県、兵庫県では受動喫煙防止条例が制定されております。こちら参考資料12にカラーで、それぞれのところのものをつけておりますので、後ほどご覧いただきたいと思います。両県とも全て禁煙ということではなく、施

設の態様や規模によりまして分煙も認めております。100平米以下の小さな飲食店等は、神奈川県は努力義務、兵庫県では喫煙も可ということで、状況に応じた内容となっております。両県とも喫煙禁止区域での喫煙や施設管理者の義務違反に対しまして、罰則を規定しておりますが、これまで適用された事例はないと聞いております。京都、大阪、山形では条例制定を検討しておりましたけれども、京都につきましては事業者の自主的な取り組みを進めるということで防止憲章を策定し、業界団体と協定を締結して対策を進めております。また、大阪は議会に提出後、取り下げ、山形は知事が方針を撤回したとのことでございます。諸外国、オリンピック開催都市では分煙、禁煙について法律等により規制をしている、罰則も規定している状況でございます。

資料3は以上でございますが、参考資料のデータ集で参考資料1として、喫煙率の推移というのを出してしております。国民生活基礎調査で、16年以降は大幅に下がってきてはいますが、22年、25年ではほぼ横ばいというような状況で、平均では20%、男性では3割を超えるような形でできております。次のページをめくっていただきますと、これは国立がん研究センターがん対策情報センターの資料を出しております。グラフ化しておりませんが、東京、神奈川、兵庫の実態がどうかという推移でございます。神奈川、兵庫は東京よりも低い状態ですけれども、ほとんど同じ状況というところがございます。次ページ以降は平成25年度の全国、都道府県別の喫煙率をつけております。東京のところにマークをしておりませんが、全体では20.9、全国平均が21.6、そのほかのところと比べれば若干、平均より低いという状況でございます。次のページが男性、次が女性という形でございます。

それから参考資料3としまして、たばこ税の推移というのもつけてございます。その次のページに神奈川県の県、市町村のたばこ税収の推移表をつけておりますけれども、たばこの単価が上がってございますので、本数は減っておりますが税収は伸びている状況です。神奈川県のデータ推移も東京都とほぼ同じ傾向を示しております。その他、国等の参考資料としてWHOの枠組条約、5ページの8条のところではたばこの煙にさらされることからの保護というのが規定されております。ホチキスが逆を向いておりますのでちょっと見にくくなりますが、クリップを外していただいて5ページの8条でございます。

それから参考資料7としまして、厚生労働省の受動喫煙の健康影響についての報告としまして、受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会の報告を添付してございます。今回、大量に資料をつけさせていただいておりまして、十分な説明もできておりませんが、

後ほどご覧いただきまして、何かございましたらまたお問い合わせをいただければと存じます。

以上でございます。

【安念座長】 どうもありがとうございました。

それでは今のご説明に対して何かご質問、ご指摘をいただくことがございましたらどうぞ。

【奥村委員】 喫煙率というのは保健所が調べたものですか。喫煙している人の数などは、どういう機構で調べたのか。

【安念座長】 喫煙率を調べたのは誰かと。

【堅多局務担当課長】 これは国民生活基礎調査ということで、無作為に各都道府県の人数をとっております。これにつきましては、東京では総数として1万人が回答しています。

【奥村委員】 どういう組織が調べているんですか。

【安念座長】 内閣府じゃないですか。

【堅多局務担当課長】 厚生労働省の調査でございます。

【奥村委員】 保健所を中心にして調べたデータもありますよね、自治体のね。幾つかベースのデータがあって、調査によっては数字が多少違うらしいんですね。

【堅多局務担当課長】 厚労省のホームページからと、国立がん研究センターがん対策情報センターのホームページからとりました。基本は厚労省のホームページに出ているものでございます。

【安念座長】 それぞれの主体ごとに調べてもらいましょうか？

【奥村委員】 結構、いいかげんらしいんですね。実際、そうですね。

【安念座長】 基礎的な情報だと思います。統計にばらつきがあるのであれば、僕はばらつきがあるということ自体が結構、重要な情報だと思うんです。もし可能であればいろんなソースの、この種の統計というのをできるだけ幅広く集めておいていただけませんか。

【奥村委員】 特に年齢別ね。

【安念座長】 重要でしょうね。

【奥村委員】 例えば60歳の人は何%か。ある人は5%ですと、ある人は7%ですと。それから30、40歳の人には50%、そういう年齢別の喫煙率というのを知りたいんですけども。

【堅多局務担当課長】 わかりました。この調査は20歳以上というので一括りにしております。

【奥村委員】 そういうふうにしておかないと、ご高齢の方はものすごく低いです。

【安念座長】 そうでしょうね。

できるだけしていただくようお願いいたします。

ほか、いかがでございますか。

これからお一人お一人、それぞれ今お考えのところをご開陳いただきたいと思いますので、その中で質問事項があればまたそのときにおっしゃっていただきたいと思います。

【堅多局務担当課長】 野田先生がいらっしゃいましたので、ご紹介させていただきます。公益財団法人がん研究会代表理事・常務理事、がん研究所所長、野田哲生委員でございます。よろしくをお願いいたします。

【安念座長】 ということで、ご出席の委員の皆様から一言、一言というのは必ずしも短くしてくれという意味ではなくて、現段階でお考えのところを述べていただくということでございます。まず最初に野田委員から、資料を事前に頂戴しておりますので、それに基づいてご説明いただければと存じます。

【野田委員】 遅れて参りまして申し訳ありません。資料の1ページの一番上、ページを振っていないのを来る途中に気づきまして、大変に申し訳ないです。第1回会合資料というものです。

一番上のところにありますように、今回お招きいただいたのは、日本癌学会の理事長として考えを述べよというところが中心となっていると思います。まず、始めの資料では、基本的に日本は、高齢化と相まってがんそのものが増え続けている国であることを示しています。

次のページをめくっていただきますと、2ページ目の下の絵が、いろいろな科学的エビデンス、私の役回りはその部分だと思うんですけども、科学的エビデンスが1つ1つありますが、それにとらわれていきますと時間もかかりますので、トータルにはそういうエビデンスの検証から総合的判断までをきちんとやっているのは、一番大きいのがやはりアメリカのNIHで、サージェントゼネラルという、いかにもイギリス風の名前ですけども、保健総監という、彼らが現在の科学的根拠等を総括したものを順次、出している。2000年以降に、ここに4つの本がありますけれども、その中の左から2番目が2004年のサージェントゼネラルの報告、これが喫煙そのものの影響、能動喫煙ですね、これ

に関する科学的根拠をまとめています。次に、四角で囲ってある部分がありますが、2006年で初めて科学的な根拠に関する調査結果として、総合的に受動喫煙の健康被害に対する影響というのが報告されています。さらに一番右側の本ですけれども、この2010年の報告にそれががんや健康被害を起こすメカニズムに関する記述が入ってきています。そのほかIARC、これはWHOの機関ですけれども、左下、それからカリフォルニアと、他にもいくつもの報告がありますけれども、基軸としてはこのNIH、アメリカ保健省の報告が、世界全体の科学的エビデンスをある程度総括しているというふうに考えられます。

右の上ですけれども、そこで2004年が、先ほどの能動喫煙の今までの因果判定基準を再構成したもので、大体こういうものがありますが、大事なのはこの下ですね、喫煙そのもの、即ち能動喫煙が引き起こす疾患が左ですが、今回問題となるであろう受動喫煙が引き起こす疾患に関しては、右側に記述がございます。私はがん研究の世界から参りましたが、決してがんだけではない、ほかの多くの疾病が指摘されているということでもあります。

次、めくっていただいでですけれども、2010があります。これは先ほど申し上げましたように、メカニズムに言及しているものですが、大きいところにまた下線が引いてありますが、一つ大きい部分はたばこへの曝露にはリスクフリーレベルはない、閾値がないだろうということで、これより少ないからいい、これより多いからだめだというポイントがとりにくいということがはっきりと示されております。それから5番、6番ですけれども、今言ったように低レベルでも影響があること、この低レベルというのは非常に判断するのが難しいですけれども、低レベルでも影響があるし、もう一つは逆に踏み込んで、現在のいろいろな試みというのが行われているわけでありまして、たばこの改良とかいろんな試みがあるけれども、その効果に関してはいまだ、今まで言われているような健康障害を低減させる証拠というのは明確には出ていないということもここで述べられております。

ということでこの左下ですけれども、基本的に疾患の原因であるということについてはある程度、因果関係が確立していると。であるとすれば、疾病負荷に関してはとにかく避けるという努力をしなければいけないというのが結論になっています。

右側ですけれども、回避できる疾病負荷というのが、これは能動喫煙に関してですけれども、よくいろいろ計算される形で、その結果どれだけの死亡が増えたかということが計算されて能動喫煙に関しては1万3,000人という数字が出ていますし、今回、問題とな

る受動喫煙、これはさらにアセスメントが難しい部分ではありますが、基本的に6,800人、これはそれによって増えた人数ですから女性のほうが多くなっていますが、東京都では680人が増えたこととなります。この数字、下のほうを見ていただくと、細かいところには入りませんが、内訳はがんと虚血性心疾患とが大体同じぐらいの数というふうに言われているということでございます。

次のページですけれども、この政策根拠のところは、日本癌学会、基礎的から臨床研究者まで、さらに疫学、あるいは公衆衛生の研究者も入っている学会であります。そうした研究結果から示されているのがこういう流れであります。ここでちょっと視点を変えて右側にまいります。1つ大きいポイントは、日本はたばこ規制枠組条約、FCTCを批准したということ。9番目でございますけれども、もう10年前になるんですね。日本はすでに10年前に批准しているということがあります。そして、FCTCの受動喫煙対策というのは第8条に述べられていて、今まで述べてきた、アメリカ、イギリスがリードして示してきた根拠に基づいて、他人のたばこの煙にさらされることが疾病を引き起こすということは証明されていると。それからの保護について効果的な措置をとる必要があるんだということが述べられていて、そのためのガイドラインが、さらに書き加えられているということでございます。

次のページですけれども、この後で、それでは禁煙、分煙かという議論が出てきて、その部分は癌学会としてそれほどエビデンスを持ってきちんと入れる場所ではないのでありますけれども、基本的にはたばこの煙に含まれるもの有害なものは非常にいろいろ数多くのものがあって、リスク管理で多いもの全てについて分煙の措置というのが確かに有効であることを、きちんと科学的にアセスできるということはちょっと難しいということだけは申し上げておきたい。その結果、この左下になりますけれども、それでは公共の場所、職場がさらに禁煙、分煙になった場合に得られるゲインと損失はどんなものであるかということを出したのがこれですが、結局、一番下のところですが、禁煙をすばっと実施すればこれだけのものが得られるけれども、分煙だといろいろ投資も必要で、なかなかそうはいかないのではないかと示されております。

右側ですけれども、基本的には今回、やっぱりオリンピック、私は有明のがん研究会から参りましたけれども、何もない、築地の魚市場とオリンピックだけが頼りの場所でございますので、どうしてもオリンピックのことが気になるんですけれども、いまは公共の場所は禁煙というのが、やっぱりグローバルトレンドであるということと同時に、先ほど資

料にもございましたように、これまでもオリンピック開催と同時にそういう動きが各都市であったということも事実であります。もう1回オリンピックが開催されたところを振り返ってみれば、今は公共の場所は禁煙という都市が非常に多くなっている、罰則規定もあるということでございます。

ということで、最後の右下になりますけれども、我々は基本的に科学者でありますので、基本的に科学者は社会に貢献するための「知」を創造しようとしておりますが、そうやって得られた「知」である科学的根拠がなかなか国民に還元できないのであれば、その障害となっている部分にまで、やはり発言をしていくべきだというのがこの数年、10年ぐらいの流れでありまして、今回も受動喫煙というものの状況、そして及ぼすものと、そして当然、対策としてはできる限りの対策をとるべきであろうという考えであるということをお願いするために参りました。

以上でございます。ありがとうございました。

**【安念座長】** ありがとうございます。そうすると、野田委員の政策的インプリケーションは、公共の場や職場では禁煙が原則と、こういうお考えと理解してよろしいですか。

**【野田委員】** はい、禁煙が原則ということが私の考えです。

**【安念座長】** ありがとうございます。それでは続きまして、がんがご専門の垣添委員でございます。いかがでございましょうか。

**【垣添委員】** 垣添です。私はがん医療に40年以上携わってきて、若いころは今ほど臨床が忙しくなかったですから、国立がんセンターの研究所に通って、15年ぐらい朝早くか夜遅く、研究もしたという背景がありますが、がんの原因の3分の1は、いろんな調査でたばこであるというふうに言われています。つまり、言葉をかえればたばこというのがこの世の中になかったら、がんが3分の1減るといってもいいぐらいの大きな、単一の原因としては最大のものじゃないかなというふうに思います。

今の野田委員の資料の中にありましたように、たばこの中には微量の発がん物質が60種類とか70種類混ざっていることが知られています。それをダイレクトに煙として吸い込んで、喉頭とか咽頭とか気道を通して肺のほうへ入っていく、それがみんな発がんにつながる可能性があるということ。それから唾液に溶けてそれを飲み込めば、食道とか胃とか、そういうところへ入っていく。あるいは血液の中に吸収されれば最終的に代謝されて尿に混じって出てくると、膀胱とか腎盂とか尿管、尿路にも関係するというので、体中のほとんどあらゆるところに悪影響を及ぼします。がんだけじゃなくて心臓病とか肺疾患

とか、いろんな健康上の課題であるということが、今お話があったように明瞭であるということ。我が国では、鼻や口から人体に入るものに関して、法律で厳しい規制がされています。例えば空気だったら大気汚染防止法で、食事とか食品添加物、あるいは食器は食品衛生法で、それから薬は薬事法で、飲料水は水道法でということなんですが、たばこに関しては個人の嗜好の問題として片づけられてきているということがあります。私はやはり、がん医療に長く携わってきて、たばこが原因と考えられて亡くなっていく人を随分見てきましたから、やはり今、野田委員がおっしゃったように基本的には禁煙で臨むべきだというふうに思います。

以上です。

**【安念座長】** どうもありがとうございました。

それでは続きまして細野委員ですが、細野委員からも資料をいただいております。

**【細野委員】** 細野でございます。お手元に「脱タバコ社会の実現 資料として」というものがございます。私は平成10年から、まだ財務省じゃなくて大蔵省の時代からたばこについての審議会に参加しておりました。ご承知のようにたばこというのは財政上の物資でございます、ステークホルダーがたくさんいらっしゃるんですね。つまり国もそうですし、それから都道府県、市区町村、これは税収ですね。それからJT、あるいは外国たばこ、これは収入でございます。それから販売業者の方々も、特にコンビニが今、一番だと思いますけれども、それから栽培農家というのがありますね。国際的な葉たばこの買い入れよりも約3倍というような形で、かなり強い政治的な団体であるかもしれません。ですから財務省としましては、審議会としましてはかなり複雑な連立方程式を解かなければいけないということでございますけれども、基本的なスタンスは巷間思われているものと違まして、たばこにつきましては先ほどの先生方のお話もありますけれども、やはり減らしていくべきだろうというのが基本的なスタンスだと思います。ただし、これから私が申し上げますことは、私自身の個人的な見解でございますので、それを確認したいと思います。

皆様のお手元に、財務省の転換というものが書いてございます。経年的に書いてございますけれども、平成12年10月にたばこ規制枠組条約の交渉が開始されました。平成13年1月、当時の小泉首相のときにたばこ事業等分科会というもの、これが財政制度等審議会の中に設けられたわけですね。12月に「JTの経営、公的関与のあり方」の中間報告というのが出まして、平成14年10月に「喫煙と健康の問題」中間報告が出ました。

これによりまして、私たちはWHOのたばこ規制枠組条約の批准に向けてかじを切るよということが正式に決まるわけでございますけれども、JTさんの経営が、次のページでございますけれども、JTさんのスタンスは完全民営化でございます。政府の保有株式をゼロ%にしようということでございました。基本的には民営化のときに50%というのが文言にありましたけれども、葉たばこ農家等のことを考えまして、3分の2を保有するという形でございます。引き続き50%に下げ、先般の大震災の財源確保ということで33%まで引き下げました。したがってかなりJTさんは経営上の自由度を高めたということになります。と同時に、それによりましてグローバル化をどんどん進めているわけでございます。外国で売る収入のシェアはかなり高くなっております。先ほど資料3をご紹介いただきましたけれども、その中にオリンピックを開いた北京、ソチにつきましては、喫煙に対する非常にきつい措置をとっていらっしゃる。実はJTさんの海外の販売シェア、あるいは伸び率は旧社会主義国がかなり大きいわけです。そういうところにおきましてオリンピックを開く場合に、禁煙のほうにかじを切ったということは非常にインパクトが大きいのではないかなというふうに思われます。

一方、次のたばこと健康の中間報告をご覧いただきたいんですけども、ここでさまざま、審議会で議論してまいりましたけれど、基本的な考え方はリスクのある個人の嗜好品である、成人であれば自分で判断できるだろうと。ただし、判断する場合の有効な、あるいは適切な情報提供、要するにがんのリスクにどれぐらい被曝するかとか、そういうものは注意文言としてしっかり捉えよう。ここで財務省としましては厚生労働省とタッグを組みまして注意文言をいろいろ書いたわけでございます。ただし、喫煙をめぐる公的規制の場合に一番大事なことは何かというと、国際的な不正取引、つまりあまり値段を高くすると、要するに密輸とか、そういうのが起こってしまうということがあります。2つ目は、青少年の健全育成の観点から、未成年のたばこへのアクセスをできる限り難しくしようということですね。3番目が今日のテーマであります喫煙をしない第三者に対する受動喫煙による被曝の防止。この3つが非常に大きくて、WHOのたばこ規制枠組条約自身も、この3つについてはきっちりと明言するという形でございます平成15年の財務省令で注意文言の強化、それから広告規制の強化ということをやりました、平成20年7月にTASPOカードなどの成人識別自販機の義務化をいうことをやりました。ただし、先ほど値段を上げて収入がそんなに減らないということがありました。これを経済学で言えば、価格の弾力性というものでございますけれども、確かに本数は減りますけれども、収入はそ

れほど減らないということからは、収入減を危惧する多数のステークホルダーが存在する場合に、価格でコントロールすることはとても有効であるということが言えると思います。

次のページに紙巻きたばこの販売数量が書いてございますけれども、かなり減ってきております。先ほど奥村委員からお話がありましたように、年齢別の喫煙率の推移がどうなっているか、これは非常に大事でございますので、ぜひおとりいただきたいと思います。

先ほどから公的規制というふうに申しましたけれども、たばこの需要減の政策手段というのは幾つかございます。最後のところに注意文言、それから空間隔離、つまり受動喫煙に対する防止ということですね。それから価格政策、直接の販売規制というものがございます。

注意文言につきましては、残念ながら喫煙者は注意文言をお読みで、75%は読んでいらっしゃるんですけど、そのままたばこを続けている。したがってこのあたりも考えないといけないですね。枠組条約を議論するときにワーキンググループを、平成15年2月から6月まで、計8回行いました。がん専門の先生方とか、青少年の犯罪の先生方とか、青年心理の先生方をお呼びしたわけでございます。残念ながら私たちは歯科の先生をお呼びしなかった、これが非常に悔やまれることでございます。歯の健康等に対してたばこはどのようなダメージを与えるかというあたりの検討をしなかった、それを注意文言に書くことができなかった、これは内心、じくじたるものがございます。

価格政策、たばこは価格によってかなり左右される、これは国際的にもそうでございます。私が書いた論文がございましたけれども、後でお読みいただきたいと思います。それから販売規制ですね、参入規制、つまりなるべく新規の販売店ができないようにしようということ、今年度もやりました。それからTASPOカード等で自販機の規制をやる、こういういろんなことをとっております。これは全て財務省の審議会で議論しておりますので、決して財務省が寝ているという話ではございませんので、そのところを強調しておきたいと思います。

以上でございます。

**【安念座長】** どうもありがとうございました。

今おっしゃった先生の論文というのは、資料につけてあるものですね。ありがとうございます。

続きまして呼吸器がご専門の工藤委員にお願いいたします。

**【工藤委員】** 工藤でございます。私は呼吸器の世界で長年やってまいりましたけれど

も、特に日本呼吸器学会ではずっと、「呼吸の日」、「肺の日」ということで呼吸器の健康と疾病予防を進めてきました。私どもが特に力を入れてきたのはCOPDで、今回、健康日本21（第2次）で生活習慣病の一つとして取り上げられました。COPDはWHOでも非常に重視している疾患であります。たばこ病とか、たばこ肺とも俗に言われるぐらい、ほとんどが喫煙習慣によって引き起こされております。それから早期に、肺機能が低下しないうちに喫煙をやめると、やめたときから、普通の年齢に伴う肺機能の低下に戻ってまいります。そういうことで喫煙とCOPDというのは非常に重視してきました。

ただ、これが受動喫煙ということになりますと大変難しい、これは先ほど野田先生が配られた資料の中にありますが、受動喫煙が引き起こす疾患でCOPDに関しては星印がついております。要するに示唆的と。2010年にアメリカの胸部学会がCOPDと喫煙に関するオフィシャルステートメントを、26ページにわたるものを出しましたが、その中で受動喫煙については、幾つかの論文は確かに出ているんですが、リミテッド サジェスティブと、そういう表現にとどめております。例えば肺がんとか、あるいは気管支ぜんそく、特にアレルギーというよりは気道過敏性に対する反応、そういったものについては明らかな証拠がありますけれども、医学だけで論じることにはちょっとできない部分が、受動喫煙については私はあるのではないかというふうに思っております。能動喫煙についてはある意味で、本人の自己責任的なことがありますけど、受動喫煙に関しては吸いたくない人が吸わされるという、このところは我々のように禁煙を推進しようとしている人間も、あるいは愛煙家といわれる方々も両方とも考えなければならない共通の課題ではないかなと思っております。

それから、先ほど細野先生のお話の中で、たばこの価格の問題がありましたけど、呼吸器学会も、あるいは私が今おります結核予防会も、たばこの価格を1,000円ぐらいにしてくれと、先進国並みの1,000円ぐらいにして、これは何をもくろんでいるかと言いますと、若年者、特に中学生や高校生の喫煙習慣をつくらないためです。価格でもって手が届かないようにしてくれと。今、個人的な意見ですが、コンビニエンスストアで年齢確認をいろいろやっていますけれども、そのトラブルは非常に多いと聞いております。しかも間違っって売ってしまったということになりますと、50万円の罰金刑だということで、こんなのやっっていられないと。やっぱり私は価格でもって買えないようにするということが重要なんじゃないかと思えます。

それからもう一つは、今、たばこに関する受動喫煙の条例については、屋内の禁煙が重

視されているわけですが、アメリカに行くと、例えばニューヨークへ行っても町は汚いんですよね、やたらと吸い殻が落ちている。ところがレストランでは全く吸えないんですよね。日本はというか、東京を見ていると非常にきれいです。だけど屋内に入るとそうでもない。よくて分煙、いろんな格好になっていて、どうも屋内、屋外のあり方がちょっと日本の場合はひっくり返っちゃっているんじゃないのかなというふうにも思っております。先ほどお話にあったようにI O Cはたばこに関して、脱ということをずっと掲げてきているので、やはりオリンピックのこれまでの開催国に恥じない、一歩でも、受動喫煙も含めてたばこから離脱する都市づくりをすることが、重要だと思っております。

私の今いる結核予防会は、1984年以来、WHOの国際禁煙活動に協力するという立場でやってきたわけですが、昨年にはアジア太平洋たばこ対策会議を、主催団体の一つとして中心的に担って行いました。そしてまた、健康日本21推進全国連絡協議会、ここでは私どもの公益財団の顧問であります島尾忠男先生が、たばこ分科会の座長として推進しておられます。受動喫煙のない日本を目指すということで、都知事への要望書の提出等の準備を今、されていると聞いております。

以上です。

**【安念座長】** どうもありがとうございました。

それでは、免疫学がご専門の奥村委員にお願いいたします。

**【奥村委員】** 私は免疫学が専門であり、免疫の立場からたばこがどういうふうに影響を与えるかということをいろいろ調べているんですけれども、たばこで免疫に影響が表れるということはほとんどありません。喫煙者とそうでない方との差というのは、まず見つけることができない。それから昨今においても、若い方は40%から50%と非常に喫煙率が高いのですが免疫というのは非常に強い。芯となるような免疫、軍隊のような免疫と、それからおまわりさんのような免疫と2種類あるわけですけど、TとかBとかいうのは軍隊の免疫、それはたばこその他ではほとんど動くことはないんですね。ですから喫煙者とそうでない方、差は出ません、お年を召した方も若い方も差は出ないんですが、もう一つ、軍隊に呼応しておまわりさんのような免疫がございまして、最先端の免疫、これをナチュラルキラー細胞と言っているんですけど、例えばウイルスをやっつけたり、それから毎日体の中から出てくる突然変異をした細胞をたたいたり、がん細胞をたたいたりする細胞です。そのNK細胞というのはいろんなことで影響し、上がったたり下がったりする。

この間、ある大学の若い方が集まって、プレリミナリーな試験ですが、喫煙して

いる人としていない人でどのぐらい違うかを調べました。もし喫煙している人のナチュラルキラー活性が低ければウォーニングすべきだと思ひまして調べましたら、喫煙している人のほうが高いんですね。それから風邪を引く回数、例えばウイルスに対する抵抗力というのも意外と高いんですね。たばこを吸っている人は感染しないというようなことが、思ったより逆のことが出ました。免疫学的には、そういう実験をもとにしますとあんまりたばこの弊害というのは見つからないというのが僕の専門分野ですもう一つは、私が大学院の若いときにたばこで発がんできるモデルをつくるという試験をしました。『しんせい』という銘柄のたばこを使い、専用の機械を用いて朝から晩までマウスをたばこだらけにしたんですが、肺がんも何もできなかつたんですね。野田先生はご存じだと思いますけれども、いろいろな方々に聞いてもたばこでがんをつくれる動物モデルについては、確立されたものはないんですよ、誰も成功していない。非常に、遺伝子をつぶしたりして非常に強引につくったやつはありますけれども、できないんですよ。それができないものですから、どうしても僕は基礎の医学者としては、たばこの害というのはあまり信用できないということになります。

以上です。

**【安念座長】**      ありがとうございました。

それでは続きまして、新書を書いていらっしゃる名取委員にお願いいたします。

**【名取委員】**      名取と申します。私は放射線科の医師です。これまで肺がんや喉頭がんを初め、さまざまな領域のがんの治療に携わってきました。通常の治療法では治せない難治性のがんを何とか治せるようにできないかと、動物実験や細胞実験にも積極的に取り組んでまいりました。放射線を使った実験は、毒物や発がん物質などとは違って薬物代謝や濃度変化などを考慮する必要がありませんので、実験システムがシンプルで単純明快です。その単純明快さのおかげで、20世紀中ごろ、放射線生物学が急速に進歩し、放射線の作用メカニズムや線量依存性、分割効果、修飾因子などが次々と明らかにされてきました。そしてそのころ確立された放射線の実験システムが、他の薬物などの分野にも応用されるようになってきました。ですから、薬物や毒物の生命への作用についてのサイエンスは、放射線から始まったと言ってもいいと思います。

私は放射線との比較から、たばこも含め有害物質と健康との関係を見るようになり、自分なりの見方が確立されてきました。最近ではたばこの有害作用を示すデータが次々と報告されていますが、厳密に見ますとたばこの健康への影響はまだまだわからないことばかり

だと言ったほうがよいように思います。しかし、ここでそれを強調したいわけではありません。たばこは人体に有害であるだけなのか、それとも何らかのメリットがあるのか。この議論を始めますと嫌煙論者は有害作用ばかりを主張し、たばこ容認論者はたばこのメリットだけを主張します。お互いが都合のよいデータだけを並べて主張を展開し、合意に至ることはありません。結局は論文の数や多数決や、声の大きさや政治力で決着がつけられることになってしまいます。たばこの健康への影響という科学が、何らかの力によって決められるということです。

私の専門の放射線の領域では、たばこ論議より以前から、少しの放射線も人体に有害であるという主張と、それに対して少しの放射線は健康に悪影響はないという主張が対立して、今もそんな議論が続けられています。反原発を訴える人たちは、少しの放射線も有害だと主張し、原発推進を唱える人たちは少しの放射線は健康に悪影響はないと主張します。そのような構造を見ればわかりますように、彼らは科学議論をやっているのではなくて、お互いの立場をかたくなに主張しているだけなのであります。それに対して私は、放射線の健康への影響は個別に評価されるべきであると、ひとりで主張しています。例えば電力会社の利益のために原発周辺住民が無益な被曝を強いられるような場合は、少しの放射線も有害であると考えべきであり、また例えば治療方針を決めるためにどうしても必要なCT検査を受けるようなときは、患者は少しの放射線を気にすべきではありません。私は放射線の影響に関する不毛の議論をさんざん見てきましたので、たばこの健康への影響についても、立場を主張する議論を始めればますます対立を深め、決して合意に至ることはないと考えます。

そこで、この検討委員会の議論の進め方に関して1つ要望があります。対立点を浮かび上がらせるのではなく、まずどのような立場からも納得できる合意点を確認し合って、そこから出発して提起された課題について検討していくということを提案したいと思います。対立点はそっとしておいて、合意点から出発しようというわけです。

さてここから、受動喫煙問題に対しての私の見解を述べますが、原点に立ち戻って考え、立場を超えてどなたからも合意していただけるのではないかという線で、2点に絞ってお話しします。まず1点目は、たばこを吸う人がゼロになることはないという点です。たばこが合法的に存在する限り、吸う人も吸わない人もともに生きていかなければなりません。100年後、1,000年後ならわかりませんが、2020年に喫煙者がゼロになっていることはないと思われます。東京オリンピックでは、国内だけでなく多数の外国人が東京を

訪れます。その中には間違いなく喫煙者も含まれます。東京都は、たばこを吸わない人だけを歓迎するわけにはいきません。おもてなしは、たばこを吸う人にも吸わない人にも心地よいものでなければなりません。よいおもてなしは、人々に感動を与え、世界を変えることもあります。例えばワールドカップブラジル大会で日本人サポーターが、試合後、自主的に清掃をした姿は世界を感動させ、大きな影響を残しました。今度は東京が、よいおもてなしで世界を感動させようではありませんか。東京ではたばこを吸う人も吸わない人も仲よく暮らしており、雰囲気がとてもよい。東京には独特のスタイルがある、東京を訪れれば、喫煙者は喫煙のマナーを学び、たばこを吸わない人も東京のスタイルの心地よさを知る。このように東京には、世界に向けて東京の独自のスタイルを発信できるチャンスがあります。東京スタイルの中身をどうつくっていくかは、東京だけではなく日本中から知恵とアイデアを結集すればよいと考えます。

さて2点目です。受動喫煙問題は、基本的には喫煙者のマナーの問題であり、マナーの問題は自覚することが不可欠だという点です。たばこを吸わない人が吸う人に迷惑をかけることは決してありません。加害者になり得るのは一方的に喫煙者の側です。ですから、喫煙者がたばこを吸ってもよいのは、あくまで吸わない人の迷惑にならないことが条件です。これまで、たばこを吸う人は一方的に吸わない人に対して迷惑をかけてきました。長い間、吸わない人たちは被害を受けても、多数派の吸う人に向かって苦情を訴えることすらできませんでした。喫煙者たちはあまりにも鈍感で不遜であったと言えます。だから吸わない人たちの反感が積もりに積もって、嫌煙運動が勢いを得ると、一気に喫煙者を攻撃するようになったのだと思われます。

たばこを吸う人も吸わない人も仲よく共生していくためには、吸う人がこれまでを反省し、これからはマナーを守ると誓い、吸わない人たちの許しを得て和解しなければなりません。今もなお対立を残している原因は、たばこを吸う人の中にはまだまだその自覚が足りない人がいて、たばこを吸わない人がそれを許せないところにあるのだと考えます。自覚がなければマナーは生まれません。上からの強制は反発を招くだけで、自覚にはつながりません。喫煙者の自覚を促すためにはどうすればよいか、これも国民の知恵とアイデアを結集すればよいと考えます。

以上の2点は立場を超えてどなたからも受け入れていただけるのではないかと考えております。委員の先生方のご意見をいづれお伺いできればと思います。

終わります。

【安念座長】 どうもありがとうございました。

それでは、村委員は法律家でいらっしゃいます、どうぞお願いいたします。

【村委員】 東京経済大学の村でございます。私は消費者法が専門でして、今日のテーマのたばことか受動喫煙について専門というわけではないのですが、消費者問題の専門家で消費者法を扱っておりますので、そういう観点から個人的な意見ではありますが、お話をさせていただきたいと思います。

専門のお医者様の立場からいろんなお話を今日は伺えて非常に勉強になりまして、ありがとうございました。知らないことをたくさん教えていただきましたので、そのことについてまず御礼申し上げたいというふうに思います。

まず、消費者問題を扱っている、私は弁護士でもあるんですけど、中には喫煙している人もいますし、嫌煙権を主張してたばこは絶対だめで禁止するべきだと言っている人もいまして、やっぱりそれは愛煙家の権利はどうなるんだというようなことが、消費者問題を扱っている委員会の中でも先鋭的に対立しますし、弁護士会の中でもそういう議論が出てきて、一本化できないというのが現状です。ですからそういう意味で言うと、どうあるべきかというのはそう単純な話ではないということで、大変難しい状態にあるなというのが、法律家のレベルでも実際だろうというふうに思いますので、ここのところでは私の個人的な考えになってしまうのですが、お話しさせていただきたいと思います。

私はたばこを吸いません。たばこの煙は大変迷惑だというふうに思っておりますので、健康増進法が制定されて分煙が進められるという流れの中で、今日のデータを拝見すると思いのほか進んでいないという残念な状況なんですが、それでも徐々に分煙化が進んでいるということは、個人的には評価できるんじゃないかなと思っておりますので、こういう方向性というのは地道に積み重ねていっていただいて、推進をしていく努力をあらゆる形でしていただくということが必要だろうと思います。喫煙する人のために、たばこが嫌いな人が我慢することはないということは今は多分、認知されていることだろうというふうに思いますので、そういう意味で健康増進法の25条をベースにやっていただくという取り組みが重要だろうと思います。

ただ、非常に長い視野で見ると、今日は私、たばこが健康に害があるというエビデンスはひよっとするとないかもしれないというお話もあってちょっとびっくり、体にはやっぱり悪いだろうというふうに思っておりましたので、悪いという前提でお話をさせていただくこととなりますが、がんの問題もありますし、それからCOPDの問題もある。私の

周りでヘビースモーカーが何人かこのCOPDになりまして、禁煙しろと周りじゅうから言われていてもできないでいたんですね。だけど苦しくなって病院に行って、これだというふうに言われたら急にたばこをやめることができたので、何だやめることができるんじゃないかと、がんになりますよというような、健康に悪いというのを多分、本気で聞いていなかったんだなと。

ほんとうに体にダメージが来るとやめられるじゃないかというのを私は何人か見まして、多分、吸い過ぎに注意しましょうみたいなことを、たばこの箱には表示してありますけれども、具体的にどう健康に影響があるのかという周知徹底をもっとやり続けないと、きつといけないし、それから具体的なわかりやすい形での、吸い過ぎというのだと非常に抽象的で、吸い過ぎがどういけないのかというのがあまりぴんと来ない人も結構、特に若い人はあると思いますので、そういう取り組みをひとつやり続けるということが、分煙を進めることと並行していると思います。

それから私がもう一つ思いますのは、今まで全然出てきていない視点なんですけど、たばこの煙はやっぱり環境問題にも影響があるというふうに思います。ですから将来的に、長い視野で言うと、たばこは私は主観的には禁止されるべきものではないかと思うのですが、ただ、たばこは人間の文化の中で非常に長い間、嗜好品ということで受け入れられてきて、このデータでも、あまり正確なデータではないかもしれないという指摘はあったようなんですが、それでもかなりの割合でまだ喫煙者がいるという現実があります。ですから、こういう時点で短兵急にたばこの禁止というようなことは、多分、矛盾が非常に起こってくると。例えばアメリカでアルコールを禁止した禁酒法の時代というのがあったわけなんですけど、アルコールを禁止していいことは結局なかったわけですね、地下に潜ってしまって大変なマフィアの財源になって、世の中が荒れるということがありましたので、無理はよくないというふうに私は思っております。

今やるべきことというのは、たばこについての、何が正しいのかというのは極めて微妙なところもあるようだというふうに今日は承りましたけれども、明確な部分について、例えばCOPDの問題なんかも含めて正確な知識の普及を、若い人も含めてわかりやすく東京都のほうでなるべく取り組む工夫をしていただくということと、それから分煙についてまだまだ不十分な部分がありますので、地道に取り組んでいっていただくということの2つを、今の段階ではお願いしたいというふうに思っております。

**【安念座長】** どうもありがとうございました。

それでは、各委員にひとり現段階でのご見解を承りましたが、何か今、ご発言いただいたことに補足するようなことはございませんか。

【工藤委員】 補足なのですが、先ほどのCOPDと受動喫煙について、リミテッドアロンドサジェスティブということをお願いしたんですけども、動物実験でCOPDをつくらうとすると、ネズミで大体6カ月間、強制吸引させるんですね。そうするとまず間違いなく肺が壊れて、COPDの状態がつかれるわけです。ところが人間の場合は、たばこの習慣との関係で言うと、大体たばこ消費量、販売量とCOPDの罹患率、国の患者が増えてくるインターバルは大体30年なんです。結構、時間がかかって出てくるものです。したがって受動喫煙になりますと、なかなかエビデンスをそろえるというのは大変なことで、研究の方法論の難しさがあります。したがって、私が申し上げたいのは、疾患ごとによっても違うので、肺がんなんかは受動喫煙でもいろんなデータがあると思いますけれども、先ほど申し上げたように医学的な見地だけで議論はできないと、今、村委員がおっしゃったように嫌いな人が吸わされる、こういった面も非常に重要じゃないかなと思っております。

【安念座長】 ありがとうございます。ほかにはいかがでございますか。大体そうおっしゃるんじゃないかなと予想していたことを、それぞれ大家の先生方から伺ったと思います。法制度って、必ずしも罰則付のがちとした条令や法律をつくらうという意味での、本来の意味での法制度でなくても、それを含めた広い意味での政策、ポリシーは、確かに現実には政治的な力関係で決まっちゃうんですが、それが別にいいことなわけではなくて、特に健康政策のようなものはやはりサイエンスの根拠があるべきだと思います。私はローヤーですが、法律だけが単体で浮いているような世界って本来はなくて、全部、サイエンスの基礎があるべきところはサイエンスによって決まるべきだというふうに思っております。問題は、そのサイエンスをどの範囲でとるかということが大変難しい話です。喫煙と、疾病の中でも仮に肺がんだけで限定しましても、今、専門家の先生方から承ったことを私のような全くずぶの素人が翻訳すれば、等しく医学と言っても、一方で、本質的には統計学であるところの疫学の知見からすれば、両者の相関を示す圧倒的なエビデンスがあるように見える。しかしながら、一方、病理、つまり一つ一つのメカニズム、機序というふうになると、マウスでもたばこの煙によって肺がんを再現できず、因果関係のほうは少なくとも圧倒的だとは言えないような気がいたしました。私の言っていることは多分、素人だと思います、正確に教えてください。

【野田委員】 イメージ的には今の比較ですね、ただ、そのときに奥村先生とちょっとだけニュアンスが違う言い方を申し上げたいんですけども、かならず動物で疾病が再現されなければ原因とならないという理解は正しくありません。感染症なんかの場合でもよくそういう議論があるんですけども、がんの場合に、がんの原因というのは大体が、これは誰も反対しないと思うんですが、内的なもの、もともと遺伝子上にいろんな形質があるものと、それから外的なものがある。その外的なものも実はほんとうに外から来る外的なもの、自分の体の中にある、例えば活性酸素が強い人であるとか、そういうのがあるという、このバランスでがんになるんですけども、そういう点で、がんでおそらく疫学的に外的なものがきちんと、例えばヘリコバクター・ピロリを考えてみましても、今、ヘリコバクター・ピロリは気にすべきではない、胃がんとは全く関係ないんだからと言う人はおそらくいないと思うんですね。そのためもう検診の手法にまで取り入れられている訳です。でも一方、これは奥村先生と違うところで一度ディスカッションをやったことがあるんですけども、ヘリコバクター・ピロリで胃がんをつくることは、マウスではできないんですね。先ほど奥村先生が無理やりと言いましたけれども、大体、研究者は無理やりやるわけですけども、ここで無理やり動物の遺伝子をいじるんですね。だから要するに、動物では外的な要因を評価するためによく内的なものを少し上げておいて、それでいくというようなものをどう判断するかになります。

そういう点からすると奥村先生がおっしゃるように、幾らたばこを吸わせたってならないよと。だけれども、私に言わせると幾ら頑張ったってマウスは人間にはなれないわけです。そこは非常に大きいポイントがあって、がんというものの、いわゆる人間も長い年限がたって出てくるものを全く違う哺乳類で、例えばねずみであれば形態発生も18日でできてしまう、10カ月使って形態発生のために使う我々の細胞増殖のメカニズムと、18日間のためにあるメカニズムには若干の違いがあるものの、それを使ってそれが異常を来したら何を起こすかというのを再現しようという話ですから、これはなかなか難しいところがあります。なので、今、安念先生がおっしゃったように、その部分にことさらこだわるといえるものには私はありませんけれども、ただ、先ほどのように疫学的なデータの科学性というものを否定するものではなくて、それをある部分ちゃんとサポートするメカニズムに踏み込めるところまで来ているというのが私の科学的側面からの世界的な共通理解で、ただ免疫のところは、めの字も言うともた奥村先生に怒られますので、免疫のところは、特にNKのところは全く触れないようにしたいと思います。

【安念座長】 奥村先生、どうぞ。

【奥村委員】 素人でございますけれども、疫学も全く素人なんですけど、今から40～50年前の男性でたばこを吸っていた人は、7割とか8割と言いますね。今、2、3割ですよね。だけど肺がんはどんどん増えていますよね。

【野田委員】 ちょっと下がりました。

【奥村委員】 ちょっと下がってきたんですか。それはたばこの影響ですか。

【野田委員】 それが簡単に言えば簡単なんですけど。

【奥村委員】 それの疫学ってどのぐらい信用、でも増えているんでしょう。40～50年前とここ2、3年と、結構な数で増えていますよね。

【安念座長】 それはどうなんですか。高齢化で説明できる部分が大いなのではないですか。

【野田委員】 これはまた癌学会は非常に幅が広くて、私は基礎と臨床医学はわかりませんが、疫学がどうか。ただしそうした私の理解では、発生率そのものに限っては頭打ちになってきているというふうに理解しています。それで、訂正死亡率のところを見ると、割合で言えば肺がんは他に比べてなかなか治りませんので高い、それからもう一つは高齢化に伴って伸びがありますけれども、さっきのこの図の中に、2ページ目ですか、我々はどこにいるのかという絵がございますけれども、これの肺がん年齢調整死亡率がこういうふうにちょっと、2010年に向けて下がってきていますので、伸び続けているということでは全くありません。

【奥村委員】 肺がん年齢調整死亡率は減っているわけですね。

【野田委員】 そう理解しています。年齢調整での発生率は頭打ち、あるいは少し下がっているというふうに理解しています。

【安念座長】 ポリシーメイキングに当たっては、確実な科学的論拠があればそれに基づくのが当然ですけれども、ポリシーというのは、サイエンスに比べればはるかに曖昧模糊とした領域ですので、はっきりとしたサイエンスの基礎があるものというのはほとんどない。はっきりしたものについてははっきりとしたポリシーが対応するのであって、おそらくそれは多くの人が集まって議論する必要さえないんだと思うんです。別に私の見解を皆さんに共有していただく必要はないんですが、今承ったところでは、少なくともポリシーメイキングの基礎とすべき科学的知見というのは、がんその他の疾病に関して、どうもたばこの煙というのは大いにコントリビュートしているようなので、そうだとすれば、自分

が吸うのと受動喫煙するのと、もちろん濃度その他のいろんな状況は違うけれども、有害であることについて少なくともサジェスティブである、少なくともその可能性はあるというのが一応、ポリシーメイキングという曖昧な世界では、今私が申し上げたようなことを基礎とするというのが、今日の一般的な考え方なのではなかろうかという気が、私はいたします。

これは何と言うか、もともとポリシーメイキングとか法律をつくるというのは、ありていに言えば超いいかげんな世界なんです。だからいろんなものを、10ぐらいのものを足して10で割るというようなことを結局いたしますので、どこからも文句のつけようがないサイエンスの基礎があってつくられる政策というのは、多分ないだろうと思います。これからいろんな議論をしていくに際して、もちろん何度も申しますように、私は権威あることを申し上げられる資格は何もありませんのですが、やはり受動喫煙も有害である可能性があるという前提で話をすべきだろうという気はいたしました。ただ、その有害というのはどのレベルで言う有害であるのかというのも、これはまたいろいろな、多分議論があって、肺がんのような極めて難治性のがんを引き起こすレベルの有害性から、単に臭いが髪の毛、服について嫌だというレベルの有害性までいろいろある話でございまして、ポリシーを、その有害のどれに適用するようにつくるのかというのは簡単ではないなという気がいたします。

そこで、まさに名取先生がおっしゃったように、全ての人が納得できる出発点というのは多分、ないと思うんですが、それにしても8割ぐらいの人が納得できる出発点というのは何かということを探りながら、ではそれに対応するポリシーというのは何であるかというのを探っていくのが、この会議でのミッションとなろうかなという気がいたしました。

ついでに申しますと私もたばこは吸わないので、酒も飲まない、ここは酒の話ではございませんけど、私、一滴も酒を飲まないものですから、酒もたばこもやらないという、まじめですねとよく言われたことがあります、何の関係もないんですね。単に嫌いだからです。ピーマンやニンジンが嫌いで食べないというのと全く同じなんです。

ただ、私は自由主義者ですので、国家権力が個人の選択に介入するというのには断固反対でございます。したがって、もし喫煙というのが当人にしか害がないのであれば、どうぞやってくださいという立場でございます。日本人というのは何でも、よいことであれば全部、政府がやってしかるべきだと考える人が、どうも私には多いように見えて、それを反映してでしょうか、中高年齢者の胴回りにまで介入する政府というのは、おそらく人類

史上初めて出現したんじゃないかという気がするんですね。ちょっとそれはおかしいんじゃないかと、私は個人的に思っているんですが。

ただ、申し上げるまでもなくおそらく一つの出発点は、純粹にダメージが当人にだけ帰属するものであるならば、それは自由でいいだろうと。道徳としては別ですけども、ポリシーとしてはいいだろうというのはおそらく今日のお話でも、出発点にしてよろしいのではないかと思います。それはある意味で当たり前の話で、どっちみちダメージのあることですから、それが一体いかなるダメージであって、それに対する政策はどのようなものであるべきかということ、これから探っていくという作業になるんだなという気がいたしました。

【細野委員】 今、先生から国が何でそんなところまでという話があったんですけども、公的規制というときに2つありまして、経済的な規制と社会的規制とあります。公的規制の1つは、個人の意思決定が他人のいろいろな振る舞いに対して悪影響を及ぼすときには、それはやはり公的な規制が必要でしょうと。これは公害の問題とか、いろいろあると思うんですね。実は財務省のほうでも審議会の中に、何で科学的な知見がしっかりしていないのに、こんなことまで規制強化するんだという議論もあったんですね。ですから、書いてございますけれどワーキンググループを開催しまして、各お医者さんの先生方から詳しくお聞きしました。やはりこれは、疑わしきは規制せよというような形で決めさせていただいたんですね。

先生がおっしゃるように、これは大人がたしなむものであるから、大人だったら合理的な判断をするだろうと。ただしその場合には、やはり情報が欠如しているかもしれないから、こういうリスクがあるかもしれませんから、それも考慮してお吸いくださいと、非常に何と云うか温情的な、マイルドな我が国特融のやり方かもしれませんがそういうことをやり出したわけですね。ただし、青少年につきましては早目に喫煙をすると、嗜癖性がございまして、だんだん消費の量というか、あるいはきつ目のものにだんだん移っていくという傾向がある。昔はマイルドセブンなんていうベストセラーがありました。マイルドなんていう言葉になると、マイルドだから大丈夫なのかなと、こういう非常に誤解しやすいものも少しコントロールしたほうがいいんじゃないかというようなことで、非常に、確かに先生がおっしゃるように温情的でございましてけれども、やはりそれは、しないよりはやったほうがいいのかということだったんですね。

実はこれは、18世紀のアダム・スミスの時代からたばこについてはいろいろ、規制と

いうものがやはり国としてやるべきじゃないかというのがありましたし、これは禁止ではなくて、例えばたばこの価格を上げるということは、これは誘導政策でございまして、誘導しますけれども、それでも吸いたかったらどうぞと、もう少し合理的に考えてください、こういう形ですね。ですから両方、禁止もありますし誘導もありますし、その社会的な最適なところはどこにあるのかということ、先生がおっしゃったけれども、あんばいという形で、どこで手を打つかということ、先ほど私は連立法的式を解くことが重要と申し上げました。ステークホルダーはたくさんいるわけですから、その時代の状況で一応の方程式の解を求めながら、しかし徐々に時代とともにもっと優れた最適解を見つけていくんだと、こういうスタンスなんですね、今の財務省の審議会は。

もう一つ、私、これは事務局にお調べいただきたいんですけども、先ほどJTインターナショナルは旧社会主義国のたばこの市場が結構、成長しておりまして、そちらでの販売が多いんですけども、北京にしるソチにしる、かなり禁煙とか分煙というものに対して厳しくやられました。それがどういう動機による、国の動機だと思いますが、どういう動機あるいは目的によるのか。先ほどどなたかの先生はおもてなしとおっしゃいましたけれども、おもてなしとかそういうものなのか、どうなのか。お調べいただきたいと思いません。

以上です。

**【安念座長】** ありがとうございます。

では、先ほどの奥村先生の統計資料のソースとともに作業してください。

**【堅多局務担当課長】** 了解いたしました。

**【安念座長】** ほかにはいかがでございませうか、何かご発言いただくことはございませうか。

**【野田委員】** あまり科学的なお話ではないです。先ほど名取先生がおっしゃったことが非常に印象的なんですけれども、やっぱり、せつかく各分野の有識者が実際に集まって話すからには、みんなが共通で感じられるところが非常に重要なので、そこをどういうふうに形にしていくかということ、議論すべきだというのは、非常によくわかるお話だと思います。ただ、そのときに例えばすごく細かいことをぐちゃぐちゃと言う、癌学会で理事会に行くときみんなそういう細かいことばかり言うんですけど、それじゃそもそも、この委員会で共通と言うけれども、ここの委員はどうやって選ばれたんだとか、議論はどんどんまた拡散していくんですよね。それじゃ共通項は、連立方程式じゃないけど見えちゃうじ

ゃないかという話があるので、そこはほんとうに気をつけなければいけないと思います。つまり、先ほどの細野先生じゃないですけど、我々が決めていく決め方にはどこかに連立方程式があっても、それが安念先生が言われるように社会が受け入れてくれる、社会の過半数がそれに納得してくれるというものでなければ、ここでの議論だけで連立方程式を解いてもしょうがないんだということが1つです。

2つ目に僕が思うのは、ここだけでは解けない部分にも十分な配慮が必要なこと、それは今ここでは口を出せない20年後、30年後にがんになる今の子供たちがいるということなんじゃないかと、すごく思います。なので、ここに関しては、20年後、30年後にたばこフリーの世の中をつくるのか、それとも、喫煙者も非喫煙者もみんなが仲よくおもてなし合いながら生きていく日本をつくるのかという基本的な考え方が重要であり、やはりここで皆さんの中で、今ものが言えない小さな子供たちのことも考えて共通項を出していくという共通理解のもと議論を進めるところを、是非、安念先生にはお願いしたいと思います。

**【安念座長】** それはごもっともだと思います。有権者でない子供を誰が代表するかという、極めて本質的な問題だと思います。我々のようにもう遺伝子にがっかり傷がついて、今さらどうにもしょうがない世代の人間はいいんだけど、いいというか、しょうがないという意味でいいんですけれども、これからの若い世代のことはよく考えておかなければなりませんね。ごもっともだと思います。

**【垣添委員】** 皆さんの意見を伺っていて、1つ強い印象を受けたのは、名取先生の言われた喫煙者の自覚という言葉ですね。それともう一つ、村委員が言われたものすごいヘビースモーカーでも、ほんとうに息が苦しくてしょうがなくなるとたばこをやめるという話、確かにそうだと思うんです。人間というのは悲しいもので、よほど苦しくなったり、あるいは命の危険が差し迫ってこないと、たばこは健康に有害だとか、そういうノーティスがあったって何の意味も持たないわけです。目下の楽しみのために、たばこというのはまた何十年も先に効果が出てくるという、その時間のファクターをなかなか考えられない。そういうことがあって今の、目の前の楽しみのために30年後の苦痛をイメージすることができないということがあるわけですね。

だから非常に扱いの難しい問題ではありますけれど、私はやっぱり、今の子供の問題も含めて、値段を上げるということ、細野先生が言われた、あれは個々人の選択に委ねる形になりますから、そういうところから迫っていく。例えば1,000円になれば子供は吸え

ないわけですよ。特に海外の一部では、小学生なんか吸っているんだから。日本だったら中学から高校ですよ、興味本位で吸い出して嗜癖がついてしまって吸い続ける。だけどそれも1,000円だったら吸えないと。兵糧攻めにしてやるのが一番いいんだと、私は思っています。人間というのはほんとうに多様な存在ですから、そういう人たちに最大公約数みたいにして受け入れられることを、この協議会で出せばいいかなと思っています。

【安念座長】　そうですね。ありがとうございます。

受動喫煙が好ましいと言う人は多分いないので、受動喫煙のもたらす害悪とは一体何であるかと考えれば、社会的な合意を得られるかという問題が一方にあり、その上で、ポリシーの選択肢としては、東京都は例えば何もしないというものから、罰則つきのがっちりとした禁止規定をつくるということまで、これもまたいろいろ選択肢の幅が相当あると思いますので、それも片方で考えておくというふうに議論が進んでいけばよろしいかなと思いました。

それじゃ、事務局から今後の進め方をちょっとご説明いただけますか。

【堅多局務担当課長】　それでは15ページ、資料5でございます。今後の開催内容とスケジュール（案）でございます。本検討会につきましては27年3月、今年度末までで5回の開催を予定してございます。第2回から4回までにつきましては、右下にございますような業界団体と生活者の団体等の皆様から、ただいま調整中でございますけれども、ご意見を伺う予定にしております。その都度、委員の先生からは質疑応答とご意見の時間はきちんと設定させていただきますので、お伺いしながら進めさせていただきたいと思っております。3月にはこの検討会の意見のとりまとめを行いたいと思っております。

【安念座長】　まとめられればね。あまり自信がないな。やっぱりまとめなくちゃいけません？ 紙を書けということをおっしゃっているの？

紙を書くのは簡単です、まとめませんでしたと書くならね。まとめると保障はできませんので、そのおつもりで。すみませんけど。

【堅多局務担当課長】　とりまとめでございますので、何かを一本にまとめるということではございません。今日も色々なご意見を頂戴しまして、本当にどうもありがとうございました。

【安念座長】　それでは、事務局から引き続いて連絡事項をお伝えいただけますでしょうか。

【堅多局務担当課長】　それでは、机上配付の資料につきましてはそのまま置いていただきますけれども、飲食店調査の報告書は、お持ち帰りいただいても構いません。

車でお越しの先生、いらっしゃいましたら駐車券をお渡しいたします。それから、この会場は使用時間が限られておりますので、傍聴の皆様、大変恐縮でございますけれども、ご退室をお願いしたいと思いますので、よろしく願いいたします。事務局からの連絡は以上でございます。

**【安念座長】** 皆さん、今日はありがとうございました。今後ともどうぞよろしく願いいたします。

**【堅多局務担当課長】** どうもありがとうございました。

— 了 —