

たばこの超過死亡・超過医療費とは

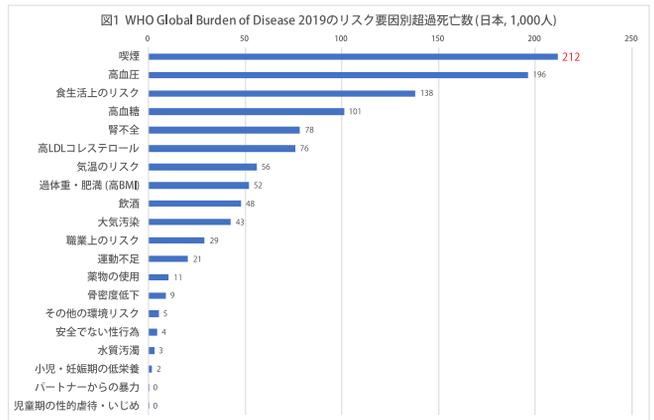
MPOWER: わが国が批准しているWHOのたばこ規制枠組条約のたばこ規制の主要政策
Mはたばこ使用と政策のモニタリング

KEY FACT (要約)

- 日本でのたばこの超過死亡数(2019年)は年間21万2000人にのぼる。これは、高血圧や運動不足・高血糖など、他のさまざまな要因をしのいでワースト1位の数字である。
- 肺がんやCOPDのような疾患だけでなく、虚血性心疾患や認知症などでも、超過死亡が発生している。
- たばこ関連疾患の経済面の損失・超過医療費は、能動喫煙(喫煙者本人)で1兆2000億円、受動喫煙(周囲の人)で3,300億円、総額で1兆5300億円に上る。介護費用などを含めた総コストは、年間で1兆8000億円となる。

1 たばこによる超過死亡は年間21.2万人、高血圧をしのいで最大の人数

- たばこは肺がんだけでなく、胃がんや肝がんなど肺以外のがん、心筋梗塞や脳卒中などの循環器疾患、喘息やCOPDなどの呼吸器疾患など、多くの病気にかかるリスクを増やします¹⁾。
- たばこやアルコール・肥満など、さまざまなリスク要因が健康に及ぼす影響を比較する方法の一つに、「超過死亡」があります。
- たばこによる超過死亡は、「もし、世の中にたばこがなかったら」を仮定して、現状(たばこありの世界)の死亡者数から、仮想(たばこなしの世界)の死亡者数を引き算して求めます。高血圧やアルコールなど他の要因でも、同じように「ありの世界」と「なしの世界」を比べて引き算します。
- 2019年の超過死亡の推計によれば、日本でのたばこの超過死亡数は、1年間で21万2000人*でした^{2,3)}(図1)。この値は高血圧(19.7万人)や食生活上のリスク(13.8万人)をしのいで、あらゆる要因の中で最大のものです。



*GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Lancet. 2020; 396(10258): 1223-49.
*Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2020.

* Nomuraらの論文(2022)⁴⁾における超過死亡数の18.7万人は非感染性疾患(NCD)に限った推計、本ファクトシートの21.2万人はすべての死亡を含めた推計の結果。

2 超過死亡は肺がんだけ? -さまざまな病気とたばこ-

図2-1. タバコの死亡への影響

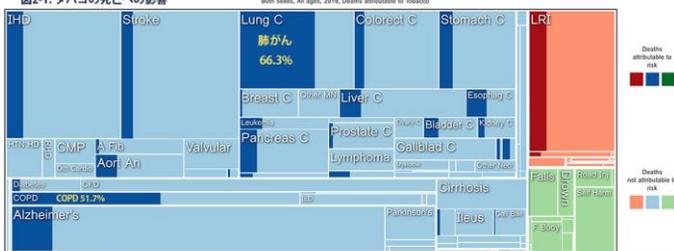
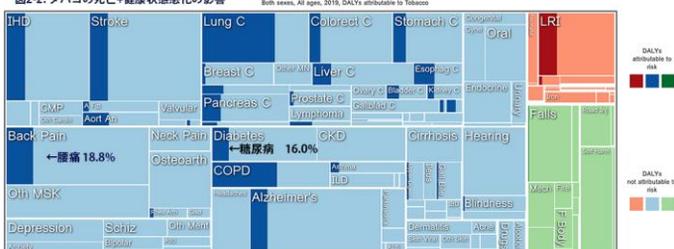


図2-2. タバコの死亡+健康状態悪化の影響



- たばこによって21万2000人の超過死亡がおこる分、寿命も縮まっています。2007年の推計⁵⁾によれば、もしたばこがなかったとしたら、平均寿命は男性で1.8年・女性で0.6年伸びたとされます。
- 図2-1は、たばこによる超過死亡を、疾患ごとに示したものです⁶⁾。濃くなっている部分が、たばこの「せいで」増えた死亡です。たばこが占める割合は、肺がん(Lung C, 66.3%)とCOPD(51.7%)が最も大きくなっています。
- 肺がんやCOPDの他にも、虚血性心疾患(IHD, 23.3%)や脳卒中(Stroke, 16.5%)、さらにアルツハイマー型認知症(13.2%)など、さまざまな病気による死亡に、たばこは寄与しています。
- 図2-2は、死亡に加えて健康状態悪化の影響も加味して示したものです。糖尿病(Diabetes, 16.0%)や腰痛(Back pain, 18.8%)など、多くの病気に寄与があります。
- すべての病気を統合すると、死亡では15.1%、健康状態悪化では12.1%が、たばこに寄与するものと計算されています。

3 経済面の「超過」は？

- たばこが関係するさまざまな疾患は、経済面にも影響します。
- 経済面への影響は、喫煙者本人の医療費ではありません。職場や家庭などでの受動喫煙の医療費も、無視できない金額になります。
- 2015年の推計では、超過死亡と同じように「たばこなしの世界」と「たばこありの世界」で比較したたばこ関連疾患（因果関係がレベル1*）の超過医療費は、能動喫煙（喫煙者本人）で1兆2000億円、受動喫煙（周囲の人）で3,300億円に上りました（表1）。
- 疾患の治療費（医療費）だけでなく、疾患に伴う介護のコストや、たばこに起因する火災の費用を含めると、費用はさらに増大します。超過介護費は1,700億円、超過消防費は975億円、超過清掃費は16億円で、前述の超過医療費も含めて全てを合計すると年間の超過費用は1兆8000億円になります。なお、レベル2を含んだ総超過費用は2兆円になります。
- この推計には、病気にかかることで仕事ができなくなる「生産性損失」部分は含んでいません。生産性損失を含んだ場合、超過費用はさらに大きくなると考えられます。

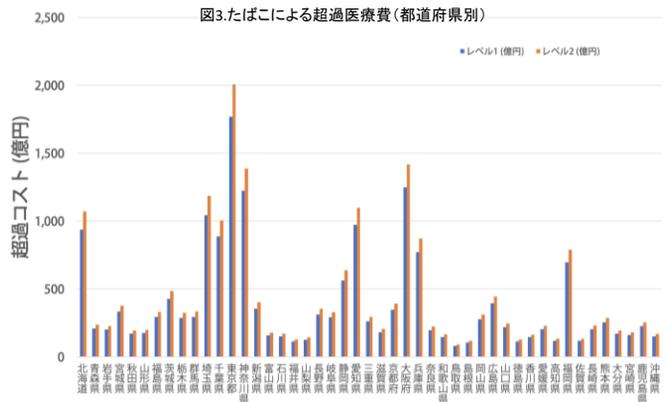
表1. たばこによる超過医療費

	因果関係レベル1のみ			因果関係レベル2含む		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計
能動喫煙合計	10,734.5	1,359.8	12,094.3	11,959.0	1,634.6	13,593.6
受動喫煙－職場	1,197.0	955.1	2,152.1	1,197.0	955.1	2,152.1
受動喫煙－配偶者	0.0	1,142.5	1,142.5	0.0	1,142.5	1,142.5
受動喫煙合計	1,197.0	2,097.6	3,294.5	1,197.0	2,097.6	3,294.5
介護費用	1,272.5	441.2	1,713.7	1,780.0	836.7	2,616.7
火災費用	469.2	506.0	975.3	469.2	506.0	975.3
清掃費用	7.5	8.1	15.7	7.5	8.1	15.7
医療費以外合計	1,749.3	955.3	2,704.6	2,256.7	1,350.9	3,607.6
総合計	13,680.8	4,412.7	18,093.5	15,412.7	5,083.1	20,495.8

*レベル1は因果関係が確実な疾患のみ、レベル2は因果関係の可能性ありの疾患も組み込んでいます。大腸がんや認知症などが「レベル2」で加わります。

4 都道府県別の超過コストは？

- 上記の3と同じデータから、都道府県別の超過コストを算出しました（図3）。
- レベル1で見た場合、東京都・大阪府・神奈川県・埼玉県の4都府県で超過コストが1,000億円を超えます。
- レベル2で見た場合、愛知県・北海道・千葉県が加わり、合計で7都道府県で超過コストが1,000億円を超えています。
- 人口1万人あたりで見ると、北海道・秋田県・高知県が最も大きく、愛知県・滋賀県・沖縄県が最も小さくなります。



5 よくある疑問や反論についてのQ&A

- Q. 単なる死亡でなく、超過死亡を評価する理由は何ですか？
- A. 例えば肺がんを考えますと、肺がんで死亡した人全員がたばこを吸っていたわけではありません。そのため、肺がんの死者数＝たばこによる死者数と考えるのではなく、たばこによってどれだけ肺がんの死亡が「増えた＝超過した」かを評価します。
- 個々人でたばこの寄与を判定するのではなく、「誰もたばこを吸っていなかったとき」の状況を仮定して、「たばこなしの状況での死亡数」と「たばこありの状況での死亡数（現状）」を比較し、超過死亡を計算します。超過コストも、同じ考え方で計算します。
- Q. 経済面の超過が2兆円・税収も2兆円なので、ほぼ同じだから、たばこ政策は現状で十分でしょうか？
- A. たばこの「得失」を、経済面の増減だけで考えるのは、適切とはいえません。今回のファクトシートでも触れた通り、まず考えるべきは超過死亡のような、健康面への影響です。たばこ政策をどのように進めるかは、単純に経済面の損得だけではなく、健康面と経済面双方の影響を多方面から見る必要があります。

【参考文献】

- 1) 喫煙の健康影響に関する検討会. 喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書, 2016. <https://www.mhlw.go.jp/content/000550455.pdf>
- 2) GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020; 396(10258): 1223–49.
- 3) Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2020.
- 4) Nomura S, Sakamoto H, Ghaznavi C, et al. Toward a third term of Health Japan 21 – implications from the rise in non-communicable disease burden and highly preventable risk factors. Lancet Reg Health West Pac. 2022;doi:10.1016/j.lanwpc.2021.100377.
- 5) Ikeda N, Inoue M, Iso H, Shibuya K, et al. Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. PLoS Med. 2012 Jan;9(1):e1001160
- 6) Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2015. Available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>. (Accessed on 10 June 2022)