

日本医療政策機構（HGPI） 循環器病対策 推進プロジェクト

オンライングローバルシンポジウム

「アジア・太平洋地域の政策事例とともに考える、これからの循環器病対策」

2025 年 3 月 13 日（木）

The HGPI Cardiovascular Disease (CVD) Control Promotion Project Online Global Symposium
"Exploring the Future of CVD Control Through Policy Case Studies in the Asia-Pacific Region"
March 13, 2025



概要

循環器病は、日本のみならず、アジア・太平洋地域においても深刻な健康課題となっています。高齢化の進展や生活習慣の変化に伴い、その影響は今後さらに拡大することが予想されます。各国における医療資源や財政状況には大きな差があるものの、この共通の課題に対して、それぞれの国が独自の工夫を重ねています。

日本では 2019 年に循環器病対策基本法が施行され、本法に基づく対策が推進されています。2024 年 4 月には第 2 期となる循環器病対策推進計画が各都道府県で始まりましたが、限られたリソースの中での効果的な対策の実施や均てん化、予防や慢性期ケアなど生活に即した循環器病対策の進展など、今後の課題も残されています。

このような状況において、アジア・太平洋地域の国々との知見共有は重要な意味を持ちます。各国は異なる医療制度や社会状況の中で、独自の創意工夫を重ねており、その事例や課題解決のアプローチから学ぶことは、日本の循環器病対策の今後の取り組みを考える上で示唆に富みます。今回は、日本と同じく循環器病対策の国家計画を持つオーストラリア・韓国の循環器病対策の専門家とともに、各国の状況についてご共有いただきつつ、日本の今後の循環器病対策の課題解決に向け議論します。

Overview

Cardiovascular disease (CVD) is a critical health issue in Japan and the Asia-Pacific region. With aging populations and changing lifestyles, the prevalence and impact of CVD are expected to rise. While healthcare structure, resources, services and financial conditions differ between countries, innovative approaches are being implemented to address this shared challenge.

In Japan, the Basic Act on Stroke, Heart Disease, and Other CVDs to Extend Healthy Life Expectancies (Basic Act on CVD Measures) was enacted in 2019. This led to the creation of the Japanese National Plan for CVD Control. The second phase of these plans commenced in April 2024. Despite these advances, significant challenges remain, including effective implementation despite constrained resources, ensuring equity, and advancing prevention and adequate chronic care strategies.

Collaboration and knowledge-sharing with countries in the Asia-Pacific region are vital in addressing these challenges. Nations in the region, each with their unique healthcare systems and social contexts, offer valuable insight and lessons. This symposium will feature experts from Australia and Korea—both with national CVD control plans—to discuss their approaches and explore suitable and implementable solutions for Japan.

開催概要

- 開催日時：2025 年 3 月 13 日（木）14:00-16:00
- 形式：オンライン（Zoom ウェビナー）
- 言語：日本語・英語（同時通訳あり）
- 参加費：無料
- 主催：特定非営利活動法人 日本医療政策機構（HGPI）
- 共催：アクセスヘルスインターナショナル | アジア・パシフィック CVD アライアンス

プログラム（敬称略）

14:00-14:10 開会の辞

Krishna Reddy（アクセスヘルスインターナショナル CEO）

14:10-14:20 趣旨説明

河田 友紀子（日本医療政策機構 シニアアソシエイト）

14:20-14:45 基調講演

「日本の循環器病対策のこれまでの歩みと今後の展望」

前村 浩二（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 循環器内科学 教授）

14:45-15:15 リレートーク

「アジア・太平洋地域の循環器病対策政策事例」

登壇者：

Christian Verdicchio（ハートサポート・オーストラリア CEO）

Hyeon Chang Kim（延世大学医学部予防医学教室 教授）

15:15-15:55 ディスカッション

「これからのアジア太平洋地域各国における循環器病対策の在り方」

登壇者：

前村 浩二

Christian Verdicchio

Hyeon Chang Kim

モデレーター：

乗竹 亮治（日本医療政策機構 代表理事・事務局長）

15:55-16:00 閉会の辞

田村 憲久（衆議院議員／脳卒中・循環器対策フォローアップ議員連盟 会長）

* 敬称略、順不同

Overview

- Date & Time: Thursday, March 13, 2025; 14:00 – 16:00 JST
- Format: Fully Online (Zoom Webinars)
- Language: Japanese and English, with simultaneous interpretation
- Participation Fee: Free
- Host: Health and Global Policy Institute (HGPI)
- Co-host: ACCESS Health International, Asia-Pacific Cardiovascular Disease Alliance

Program (Titles Omitted)

- 14:00-14:10 Opening Remarks**
Krishna Reddy (CEO, ACCESS Health International)
- 14:10-14:20 Explanatory Introduction**
Yukiko Kawata (Senior Associate, HGPI)
- 14:20-14:45 Keynote Lecture “Progress and Prospects for CVD Control in Japan”**
Koji Maemura (Professor, Department of Cardiovascular Medicine, Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University)
- 14:45-15:15 Relay Talk “Case Studies of Cardiovascular Disease Control Policies in Asia-Pacific Region”**
Speakers:
Christian Verdicchio (CEO, Heart Support Australia)
Hyeon Chang Kim (Professor, Department of Preventive Medicine, Integrative Research Center for Cerebrovascular and Cardiovascular Diseases, Yonsei University College of Medicine)
- 15:15-15:55 Discussion: “Exploring Future Strategies for CVD Control in the Asia-Pacific Region”**
Speakers:
Koji Maemura
Christian Verdicchio
Hyeon Chang Kim

Moderator:
Ryoji Noritake (Chair, HGPI)
- 15:55-16:00 Closing Remarks**
Norihsa Tamura (Member, House of Representatives / Chairperson, Parliamentary Association for Follow-up on Stroke and Cardiovascular Disease Control Measures)

*Titles omitted, no particular order

開会の辞

Krishna Reddy（アクセスヘルスインターナショナル CEO）

循環器病は予防可能でありながら多くの命を奪っており、政策の再設計が急務である

循環器病はアジア・太平洋地域を含む多くの国々で主要な死因となっている。とりわけ、循環器病の多くは予防可能な疾患であるにもかかわらず、多くの人々が若くして命を落とし、あるいは生活の質も著しく損なわれている点が問題である。この疾病負荷は、各国の社会保障制度への影響にとどまらず、労働力や経済成長にも大きな影響を及ぼしている。

現在、一部の国には国家レベルの循環器病対策に関する計画が存在するものの、持続的かつ包括的な枠組みが整備されている例は限られており、2030年の持続可能な開発目標（SDGs: Sustainable Development Goals）達成に向けた進捗も遅れている。そのため今後、各国は循環器病をNCDs対策の中心に位置づけ、予防からリハビリテーションまでを含む包括的な国家行動計画を早急に策定すべきである。

患者・当事者参加と地域主導型の政策形成こそが、制度定着の鍵となる

多くの国家計画が中央集権的に設計されている一方で、実際の医療課題は地域レベルで顕在化している。これまでの経験から、循環器病対策の実効性は、地域における住民の関与と主導性に大きく左右されると実感している。例えば、教育活動によるヘルスリテラシー向上や、情報通信技術を用いたセルフケア支援、自助グループやボランティアの育成などは、医療機関だけでは担いきれないものの、予防や支援に関して重要な役割を果たしている。そのため、政策立案段階から患者・当事者や地域住民が参加できる環境を整えることが、制度への信頼性と定着率を高める上で不可欠である。今後、こうした患者・当事者の声を活かした地域主導型の対策こそが、現実的かつ持続可能な循環器病対策の姿だと考えている。

データに基づく政策評価と柔軟なガイドラインの運用が、循環器病対策の実効性を高める

効果的な政策を策定し、それを評価するには、信頼性の高い疾病登録制度（レジストリ）やサーベイランス体制などのデータ基盤が欠かせない。しかし、多くの国ではこうした体制整備が不十分であり、実態の把握や政策評価が困難な状況にある。そのため、まず各国が自国の疾病動向をリアルタイムで把握できる仕組みを構築することが重要である。

また、診療ガイドラインについても、国際的な基準をただ踏襲するのではなく、自国の文化的・社会的背景や医療資源の状況に応じて柔軟に運用することが重要である。現場で得られた経験やデータを政策やガイドラインに反映させることで、はじめて現場の実情に即した制度として機能し、実社会に定着しやすくなる。こうした好循環が持続的かつ実効性のある循環器病対策の基盤となる。

持続可能な循環器病対策には、財源確保と医療アクセス確保の両立が不可欠である

現在多くの国の医療制度が単年度予算で運用されている。しかし循環器病は多くの場合長期的な治療と管理を必要とするため、本来はそれに沿った長期的な財源確保が必要である。単年度予算での財源確保では、5年、10年といった長期治療に必要な安定的な財源を将来にわたって保証することが難しく、また政治・経済状況の変動など社会保障給付費が減少するリスクも存在する。そのため、公的・私的保険を含む多様な財源を組み合わせ、財政的に持続可能なモデルを構築することが求められる。

また、医薬品や診断機器への安定したアクセスの確保も同様に重要である。特に低・中所得国では、医薬品や医療機器の共同調達、特許制度の見直し、地域製造体制の強化などが、コスト削減と安定供給の両立につながる。

今後、誰もが必要な医療に公平にアクセスできる体制を整えることは、すべての健康指標を改善する出発点となる。アジア・太平洋地域では、循環器病により毎分19人が命を落としているという厳しい現実に向き合い、今こそ具体

的な行動を起こすべき時である。

趣旨説明

河田 友紀子（日本医療政策機構 シニアアソシエイト）

循環器病は世界で最も深刻な健康課題の一つである。特に日本を含むアジア・太平洋地域では、心血管疾患による死亡率が高く対応が求められている。特にこれらの地域では心血管疾患の疾病負荷が今後さらに拡大する見込みであり、効果的な対策を講じることが急務である。

日本では、2019年に循環器病対策基本法が施行され、それに基づく基本計画の下で全国で循環器病対策が進められてきた。2024年度からは第2期循環器病対策推進計画が各都道府県で始動し、今後より実効性のある施策の展開が期待されている。こうした中、循環器病対策は治療の質の向上が中心に据えられるが、予防、慢性期ケア、リハビリテーションに至るまで、医療と介護を含めた包括的な支援体制の充実が、強く求められている。また、こうした体制整備と実施には、患者・当事者の参画と、その視点を施策に反映させることが、実効性や持続可能性を確保する観点からも極めて重要である。

他国においても、各国の医療制度や社会構造に即した独自の対策が講じられてきた。とりわけ、循環器病を含む非感染性疾患（NCDs: noncommunicable diseases）は、生活習慣、社会的背景、文化的要素、さらには遺伝的特性などに大きく影響を受けることから、地域の実情に即した柔軟な対応が不可欠である。

こうした背景を踏まえ、本シンポジウムでは、日本を含むアジア・太平洋地域の各国における循環器病対策の取り組みに注目する。具体的な事例を共有し、今後、限られたリソースの中で効果的な施策を展開していく方法について議論を深めたい。本シンポジウムが、各国の知見を結集し、循環器病対策のさらなる深化と前進に資する具体的な示唆をもたらす場となることを強く期待している。

基調講演「日本の循環器病対策のこれまでの歩みと今後の展望」

前村 浩二（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 循環器内科学 教授）

循環器病は日本人の健康寿命を短縮する要因であり、医療経済への大きな負担にもなっている

日本において循環器病は、がんに次ぐ死因の第2位であり、脳血管疾患と心疾患を合わせると死因の23.2%を占めている。高齢化の進行に伴い、今後も循環器病対策の重要性は高まると予想されている。特に心不全患者数は急増しており、いわゆる「心不全パンデミック」が喫緊の課題となっている。2013年に65歳以上の日本人のうち30万人以上が新たに心不全を発症し、2025年には年間の発症者数が37万人を超えると推計されている。また、日本の平均寿命は世界トップレベルであるが、健康寿命との差（不健康寿命）は男性で約9年、女性で約12年ある。この差を縮めることが日本社会の重要な課題である。介護が必要となる原因の第1位は脳血管疾患（16.1%）と心疾患（4.5%）を合わせた循環器病であり、全体の約20%を占めている。さらに、国民医療費においても循環器病に関連するものが全体の約20%を占め、最大の疾患群となっている。

がん対策より15年遅れて循環器病対策の法整備と国家戦略が進展した

がん対策では1962年に国立がんセンターが設立され、その後、2006年にがん対策基本法が成立し、2013年にはがん登録等の推進に関する法律が整備された。一方、循環器病対策は遅れをとっており、国立循環器病センターは1977年に設立され、国立がんセンターより約15年遅れたものとなっており、また、循環器病に関する登録事業は2025年2月現在まだ検討段階にある。

そこで日本循環器学会と日本脳卒中学会が中心となり、2016年に「脳卒中と循環器病克服5カ年計画」を策定した。この取り組みと並行して、国に対する働きかけも行われ、2018年に「心臓病その他の循環器病に係る対策に関

する基本法」が成立、2019年に施行された。2020年には第1期となる「循環器病対策推進基本計画」（以下、基本計画）が策定され、2021年から2022年にかけて各都道府県で推進計画が立てられた。現在は2024年から始められた第2期推進計画の実施期間に入っている。

2040年に向け、健康寿命延伸と死亡率低減を三本の柱に基づく戦略で実現を目指している

基本計画では、2040年までに3年以上の健康寿命の延伸と循環器病の年齢調整死亡率の減少を全体目標に掲げている。個別施策としては、（1）循環器病の予防や正しい知識の普及啓発、（2）保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実、（3）循環器病の研究推進の3つが掲げられている。

データ収集から地域連携まで5つの柱による総合的な循環器病対策が進行している

現在、日本循環器学会と国が連携し、以下の5つの柱で対策を進めている。

1. 登録事業の推進

循環器病の実態を把握するため、全国規模での症例登録と解析が行われている。日本循環器学会は2004年より循環器疾患診療実態調査（JROAD: The Japanese Registry Of All cardiac and vascular Diseases）を実施しており、循環器専門医研修施設・研修関連施設の登録率は100%に達している。2014年からはDPCデータも加えた解析が可能となり、急性心筋梗塞や心不全などの治療状況の推移が明らかになっている。

しかし、国全体としての統一的な登録システムはまだなく、循環器病対策推進基本計画では、国立循環器病研究センター内に循環器病データセンターを設置し、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、急性冠症候群、急性大動脈解離、急性心不全の6疾患について登録する枠組みの構築が進められている。このシステムを効率的に運用するため、医療DXを活用した自動データ収集の仕組みづくりが検討されている。

2. 臨床・基礎研究の強化

循環器病の病態解明と治療法開発のため、基礎研究の成果を臨床現場へ橋渡しする「トランスレーショナルリサーチ」が現在日本全国で推進されている。この取り組みをさらに加速させるため、2023年には大学や研究所など複数の研究機関の連携を強化する「日本循環器応用研究コンソーシアム」が立ち上げられた。また、循環器病研究の将来を担う基礎研究者の育成を目的として、日本循環器学会では若手研究者向けの研究支援プラットフォーム「JCS-COMPASS（JCS COMMunity of MultiPle Activity for Science and Social networking）」を設置し、研究支援体制を整えている。

しかしながら、これらの取り組みにもかかわらず、循環器病の研究予算はがん研究予算と比較して約10分の1にとどまっているのが現状である。循環器病が日本人の主要な死因の一つであることを考慮すると、今後の研究発展のためには研究資金のさらなる拡充が重要な課題となっている。

3. 予防と国民への啓発

循環器病の予防と早期発見の重要性を広く伝えるため、毎年8月10日を「健康ハートの日」と定めている。この取り組みではJリーグや日本サッカー協会との連携を図り、著名選手や漫画家の協力を得た啓発活動を展開している。また、循環器疾患の主要リスク因子である高コレステロール対策として、10月11日を「LDLコレステロールの日」と定め、日本動脈硬化学会と共同で啓発活動を行っている。

循環器疾患の予防は個人の健康意識の向上だけではなく、社会環境全体の整備が必要だという認識が高まっている。この考え方の成功例として、イギリスの減塩戦略がある。この戦略では「ナッジ理論」を活用し、人々の選択の自由を残しながらも健康的な選択をしやすい環境づくりを進めた。具体的には、食品企業と協力して加工食品の塩分を5年間で40%、パンの塩分を7年間で20%削減するよう段階的に取り組んだ。こうした緩やかな変化により、国民の塩分摂取量が15%減少し、虚血性心疾患・脳卒中患者数が約4割減少、年間約2300億円の医療費削減という成果を上げている。

厚生労働省では、1978 年の「第一次国民健康づくり運動」からはじまり、2000 年の「健康日本 21（第一次）」、2003 年の「健康増進法」の制定を経て、現在は「健康日本 21（第三次）」を推進している。この枠組みの中で、「スマート・ライフ・プロジェクト」が展開されており、「適度な運動」「適切な食生活」「禁煙」「健診・検診の受診」をテーマに、健康づくりに取り組む企業・団体・自治体を支援している。2024 年から始まった「健康日本 21（第三次）」の特徴として、これまでの個人の意識改革を中心とした取り組みに加え、「社会環境の質の向上」が重視されている点が挙げられ「そこに住んでいたら自然に健康になれる」という環境整備が今後の循環器病予防の鍵となると考えられている。

また、厚生労働省は 2022 年より「脳卒中・心臓病等総合支援センター」モデル事業を開始し、長崎大学病院もこのモデル事業に指定されている。本事業では患者・家族への相談支援、情報提供、地域の医療機関との連携促進などの直接的・間接的な医療サービスの提供のみならず、疾患啓発も行うことが定められており、当院でも啓発パンフレットの作成、県民公開講座の開催、ライトアップイベントなどの取り組みも積極的に展開している。

4. 人材育成

循環器病患者のケアには多職種連携によるケアが不可欠である。心不全は発症から進行、悪化に至る経過の中で各ステージに応じた異なるケアが必要となる。この経過において「心不全は 4 回予防できる」といわれている。これは一次予防（発症予防）、二次予防（早期発見・早期治療）、三次予防（再発・悪化防止）、そして終末期ケアの各段階での予防を指している。これらの予防や管理をそれぞれのステージで適切に行うためには、プライマリケアを担当するかかりつけ医、循環器専門医、そして看護師や薬剤師などを含む多職種からなる心不全管理チームをはじめ、様々な医療職の連携が必要である。この多職種連携を強化するため、日本循環器学会は 2021 年に「心不全療養指導士制度」を立ち上げた。この制度は、看護師、保健師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、薬剤師、公認心理師、臨床工学技士、社会福祉士、歯科衛生士など、様々な医療専門職を対象としている。それぞれの職種が持つ専門知識・技術に加え、心不全に関する基本的の共通知識を習得した者に「心不全療養指導士」の資格を付与している。

この制度では、既存の専門資格（慢性心不全看護認定看護師、病態栄養専門管理栄養士、心臓リハビリテーション指導士など）と連携しながら、チーム医療における心不全患者ケアの質向上を目指している。患者を中心に置き、それぞれの専門性を活かしながら連携するモデルが構築されている。

この取り組みは開始から現在まで既に 5,000 人を超える心不全療養指導士を輩出しており、病院から在宅・地域医療まで幅広い支援が可能となることで、大学病院だけでは対応できなかった心不全再発予防において重要な役割を果たしている。これは、心不全が増加する高齢化社会において、限られた医療資源を効率的に活用するための重要な取り組みとなっている。

5. 医療体制の充実

急性期から回復期、在宅まで切れ目のない医療提供体制の構築が進められている。その一例として、心臓病の一種である急性冠症候群（ACS: Acute Coronary Syndrome）の対策が挙げられる。急性冠症候群の救命率向上には、発症から再灌流療法までの時間短縮が重要であり、多くの地域で発症から 2 時間以内に再灌流療法を実施できる体制づくりが進められている。また、急性期対応に加え再発防止のための二次予防も重要である。長崎県では、長崎県医師会と長崎市医師会が連携し、「長崎 ACS 二次予防協議会」を設立し、ACS 患者に対する地域連携パスを導入している。このパスでは、LDL コレステロール値を 70mg/dL 未満に下げることが目標に、段階的な薬物療法の強化プロトコルを定めている。この取り組みにより、LDL コレステロール値の目標達成率は 37.2%から 54.6%に向上し、医療費削減効果も確認されている。

リレートーク「アジア・太平洋地域の循環器病対策政策事例」

Christian Verdicchio（ハートサポート・オーストラリア CEO）

オーストラリアでは循環器病が主要な死因であり、医療の進歩にもかかわらず生活習慣の悪化で有病率が上昇し続けている

循環器病は、オーストラリアにおいて男女問わず主要な死因であり、男性では死因の第1位、女性では第2位を占め、国内の総死者数の約4分の1に相当する。これは12分に1人（120人／日）が循環器病によって死亡していることを意味している。循環器病による死亡率は、過去10年間で一定の低下がみられるが、この要因は主に薬剤の進歩や治療技術の向上によるものであり、有病率そのものは依然として上昇傾向にある。循環器病は社会経済的影響も極めて大きく、他のどの疾患よりも多くの医療費と社会的コストが生じている。

有病率が低下しない要因として、国民の生活習慣が挙げられる。オーストラリア国民の約3分の2が過体重または肥満の状態にあり、また5人に4人は身体活動ガイドラインに定められる運動量を満たしていない。さらに、10人に9人が十分な量の野菜や果物を摂取していないという現実がある。これらの生活習慣は循環器病のリスク因子として広く認知されているにもかかわらず、行動変容し、循環器病を予防するには至っていないだけでなく、介入により生活習慣が改善しても、その定着が困難であることも長年の研究で明らかになっている。

入院患者統計においても、循環器病関連の疾病負荷の増大が明らかになっている。1993年から開始された調査によると、心房細動による入院件数は2013年までの20年間で約295%増加し、2011年以降は、同疾患が国内で最も多い循環器病による入院原因となった。また、心筋梗塞も73%増加し、心不全は39%増加している。これらは、医療制度における急性期・慢性期双方の対応能力が試される状況であることを示している。

オーストラリアの循環器病対策は多層構造での異なる役割のもと実施されている

オーストラリアの医療制度は、連邦政府、州政府、民間・コミュニティセクターによる三層構造で成り立っている。

連邦政府は、国民皆保険制度であるメディケアを通じて、総合診療医（GP: General Practitioner）や専門医の診察および病院での処置に対する費用を負担している。また、医薬品給付制度（PBS: Pharmaceutical Benefits Scheme）を運用し、薬剤費の補助を行い、高額薬剤へのアクセスが改善されている。

州政府は、公立病院の運営、救急医療、心臓リハビリテーション、地域単位の二次予防プログラムを担当している。これらの医療活動の資金は、連邦政府と州政府が共同で出資している。さらに、民間病院は主として医療上の緊急事態を伴わない待機的手術を担っている。

民間・コミュニティセクターとしては、地域コミュニティ団体や患者団体が情報提供やピアサポートを通じて直接的な患者支援を実施している。

オーストラリア政府は医薬品給付や研究投資を通じて循環器病への多角的な対策を展開している

オーストラリア政府はこれまで、循環器病に対して予防および治療のための複数の施策を講じている。

例えば、心血管系医薬品の費用として、PBSを通じて年間約13億オーストラリアドルを投じている。また、健康や医療研究を推進するための基金である医療研究未来基金（MRFF: Medical Research Future Fund）の取り組みの一環として、循環器病に関する抜本的な改善を目的とした「MRFF 心血管ヘルスマッション」に対し、10年間で2,200万ドルの予算が配分されている。

一方、メディケアを通じた一次予防の取り組みとして、GPによる「心臓の健康チェック（Heart Health Check）」が実施されていた。しかし現在、この取り組みの継続可否をめぐる議論が行われおり、ハートサポート・オーストラリアを含む関連団体では、「心臓の健康チェック」制度*の恒久的な制度化を政府に要望している。

*「心臓の健康チェック」制度は2028年6月まで継続が決定

<https://www.heartfoundation.org.au/media-releases/three-year-extension-medicare-heart-health-check>（2025年7月2日閲覧）

現行の循環器病対策は治療薬承認の遅延、啓発不足、地域間格差など複数の課題に直面している

現在のオーストラリアの医療制度にはいくつかの大きな課題がある。まず、新規治療薬や医療機器の承認プロセスに長い時間を要する点である。すでに欧米諸国で承認・使用されている薬剤であっても、国内の医療現場で使用可能となるまでに平均して 600 日以上を要しており、医療の迅速性・革新性の観点から大きな課題といえる。

次に、予防啓発活動が不十分である点があげられる。がん予防や禁煙対策については、政府主導の全国的なキャンペーンが展開されている一方で、循環器病に対してはそのような取り組みがほとんど見られない。循環器病が依然として国内の最大の死因であり続けているにもかかわらず、リスク因子への認識の向上や、行動変容を促すための取り組みが不十分である現状は、早急に改善が必要である。

診断後の長期的な支援体制においても課題が残されている。その一例として、心臓リハビリテーションの受診率の低さや、地域ごとの医療サービス提供体制の格差があげられる。特に地方部では、GP や循環器専門医へのアクセスが制限されており、栄養士や運動指導士といった治療を支える専門職の支援も不足している。また、昨今患者同士のピアサポートが心理社会的支援として注目されつつあるが、こうした活動を担う患者・当事者団体への持続的な運営資金の提供体制の構築が新たな課題となっている。

ハートサポート・オーストラリアは患者支援と政策提言の両輪で循環器病対策の向上に貢献している

ハートサポート・オーストラリアは、循環器病を有する患者およびその家族を支援するオーストラリア国内で活動する患者・当事者団体であり、入院中の支援および地域社会におけるピアサポートの提供、患者グループの定期的な集会、啓発キャンペーンの展開、政策提言、学術研究への参画など、多岐にわたる活動を行っている。

当団体は、毎年 1 万人以上の患者およびその家族に対して直接的な支援を提供しており、「Know Your Numbers, Treat Your Risk」キャンペーンでは、LDL コレステロールの国際的な目標値（1.4mmol/L, 55 mg/dL）の認知の普及と、医療者との対話促進を目指している。また、全国規模での啓発週間の実施や、政府助成による研究事業への参画を通じて、循環器病への社会的理解と対策の深化に貢献している。

循環器病は、オーストラリアにおいて最も深刻な健康課題のひとつであり、現在の医療制度と政策対応策では、その疾病負担は今後も増大する可能性が高い。そのため、新薬の承認遅延、啓発活動の不十分さ、診断後支援の格差といった現在の課題に対して政府、医療者、アカデミア、そして患者・当事者団体が一体となり、早急に対応する必要がある。ハートサポート・オーストラリアは、今後も政策提言と現場への支援の両輪で社会的貢献を果たしていきたい。

Hyeon Chang Kim（延世大学医学部予防医学教室 教授）

韓国の循環器病対策を成功させた死亡率低下の成果を継続発展させる

韓国では循環器病が大きな死亡原因となっている。循環器病対策を行う上で、長期的なトレンドを理解することが非常に重要であるため、韓国の循環器病の現状とそれを把握するための取り組みについて疫学的な観点から解説する。

1990 年に韓国の循環器病による死亡率は、米国、英国、カナダ、日本と比較して最も高い水準にあった。当時、年齢調整後の循環器疾患死亡率は人口 10 万人あたり約 350 人に達していた。しかし、この 30 年間で年齢調整死亡率は急速に低下した。特に脳卒中による死亡率は、かつて人口 10 万人あたり約 210 人と他国と比べて非常に高かったものの、急速に減少し 2018 年には約 45 人／10 万人となった。それでもなお、韓国の脳卒中死亡率は他国に比べると依然として高い水準にある。

虚血性心疾患（IHD: Ischemic Heart Disease）の年齢調整死亡率については、これまで、韓国は、以前、韓国は人口 10

万人あたり約 150 人と日本より高く、西欧諸国よりはやや低い水準であったが、近年では約 35 人／10 万人と、日本（約 30 人／10 万人）の水準に近づきつつある。一方、IHD の粗死亡率は上昇傾向にあり、心不全による死亡者数も約 14 人／10 万人と増加していることから、状況は改善しているものの、高齢化により疾病負荷はなお増大しているといえる。

正確な疾病負荷を把握するため国民健康保険データから循環器病発生率を科学的に推計する

循環器病が社会や医療システムに与える実際の負担（疾病負荷）を適切に評価するには、死亡した人数だけでなく、新たに発症した人数を示す罹患率の分析も必要である。韓国循環器学会（Korean Society of Cardiology）の支援を受けた研究チームは、国民健康保険に基づくレセプト請求データを用いて循環器病の動向を間接的に推定した。これにより、循環器病の治療を目的とした入院患者数が 2002 年から 2018 年にかけて人口 10 万人あたり約 170 人から約 630 人へと急増していることが明らかとなった。ただし、再入院件数も含む入院件数では新規発症の正確な発生率を示すことはできないため、さらなる精密な分析のためのシステム構築が必要であった。

これまで韓国には循環器病の発生率を継続的に監視するシステムが存在しなかった。そのため、循環器病の発生率と死亡率を正確に把握するため、韓国疾病予防管理庁（KDCA: Korea Disease Control and Prevention Agency）の支援を受け、全国規模のプロジェクトが立ち上げられた。これは 2017 年に制定された「循環器および脳血管疾患の予防と管理に関する法律」により、韓国政府が循環器病の発生率をモニタリングする義務を負うこととなったことに起因している。

死亡率のデータは死亡登録データ（Cause of Death Statistics）から算出でき、有病率については韓国国民健康栄養調査（KNHANES: Korea National Health and Nutrition Examination Survey）と韓国地域社会健康調査（KCHS: Korea Community Health Survey）により推定可能であった。一方、発生率（incidence rate）の継続的なモニタリングには課題があった。

これを解決するため、国民健康保険のビッグデータを活用する新たなシステムが検討されたが、ビッグデータの元となる国民健康保険の請求データは診療費の償還を目的としたものであり、複数回の算定やアウトカムとの照合ができないなど、請求データそのものから正確な発生率を推定することは困難であった。そのため、より正確な推定手法の開発と妥当性評価システムの構築が求められた。

推定手法の開発について、例えば、急性心筋梗塞などの循環器病は、一つのイベントに対して複数の保険請求データが提出されることがしばしば存在する。そのため、研究チームでは、この複数のレセプトデータを一つのイベントにまとめるためのロジック（アルゴリズム）を開発した。診断データや検査値をもとに初発か再発かなど特定のイベントを予測できるようにすることで、正確な発生率を推定することができるのである。

開発した推定手法については、2022 年に実際のカルテ記録と突合して妥当性を検討した。急性心筋梗塞 1399 症例、脳卒中 1741 症例について検証し、そして私たちのアルゴリズムの正確性はそれぞれには 92%と 89%の正確性があることが検証された。この統計データを可視化するサイトも公開しており、発生率等のデータを年度・地域・疾患・性別・年齢など様々な指標別に閲覧することが可能である。

法的根拠に基づく全国規模の循環器病サーベイランスシステムを構築・運営する

2000 年以降、循環器病のサーベイランスシステムを確立するためのパイロット研究が複数実施された。2021 年には KDCA とソウル国立大学が共同研究を開始し、2022 年からは延世大学が本プロジェクトを主導している。2023 年には、本プロジェクトのデータが韓国統計庁により正式な国家統計として承認された。

本プロジェクトの運営体制として、KDCA が財政支援と全体管理を担当し、延世大学のデジタルヘルスケア革新研究所（IIDH: Institute for Innovation in Digital Healthcare）がプロジェクトを主導している。IIDH は設立 3 年の比較的新しい研究機関であり、デジタルヘルスおよびビッグデータ研究を推進する重要な役割を担っている。

発生率と死亡率の最新動向を分析し公衆衛生政策の効果を検証する

最新の調査結果によると、2020 年以降は急性心筋梗塞の症例数は約 35,000 件で安定している。発生率の推移も同様の傾向を示しているが、年齢調整発生率には高齢化の影響が見られる。一方、脳卒中の症例数は年間 10 万件を超え、急性心筋梗塞の約 3 倍に達している。粗発生率は緩やかに増加しているが、年齢調整発生率は低下している。しかし 2020 年以降、脳卒中の 30 日死亡率および 1 年死亡率が上昇傾向にあり、全体の死亡率も増加している。この増加要因を特定し、より効果的な公衆衛生上の対応を強化する必要がある。

循環器病のサーベイランスシステムの構築を行うことで、国民健康保険請求データを用いて循環器病の発生率と症例致死率の推定が可能であることが示された。今後さらに、国際比較や異なる推定手法との比較研究を進めることが課題として挙げられる。

韓国における循環器病の動向を把握し、効果的な予防・管理戦略を策定するためには、正確な発生率の監視が不可欠である。本プロジェクトの成果を基に、今後も国民の健康向上に貢献することを目指している。

ディスカッション「これからのアジア太平洋地域各国における循環器病対策の在り方」

登壇者：

前村 浩二

Christian Verdicchio

Hyeon Chang Kim

モデレーター：

乗竹 亮治（日本医療政策機構 代表理事・事務局長）

各国は高齢化社会における循環器病という共通課題に直面しており、国際連携の強化が求められている

- 日本、韓国、オーストラリアはいずれも、自国の高齢化が急速に進行しているという共通した課題に直面している。循環器病はこれらの国において大きな負担となっており、死亡原因の上位を占め、医療費の大幅な増加をもたらしている重要な課題である。
- 特に、高齢化社会では循環器病の疾病負荷の中心は急性期医療から慢性期の長期療養へと変化し、患者個人の生活の質の低下と社会全体の医療・介護費用の増大という長期的な慢性期ケアの課題となっている。このような共通の課題に対応するためには、循環器病対策における三国間の連携が重要である。各国は独自に対策を進めているが、疫学データの収集・活用方法、効果的な予防政策の立案、医療提供体制の最適化など、多国間において知見を共有し、協力して対応策を強化する余地がある。

循環器病検診システムの設計思想や実施体制が受診率と早期発見の成果に影響している

- 各国の検診システムにはそれぞれ独自性がある。
- 日本は主に行政や雇用主が実施主体となって集団検診を実施しているが、受診率が 50%を下回ることもあり、受診率の低さが課題となっている。
- オーストラリアでは GP が中心となり、患者との対話を通じて家族歴も含めた個別のリスク評価を行う検診システムを採用している。高血圧や糖尿病など重症化のリスク要因を持つ患者に対しては、GP が窓口となり、血液検査の結果などに基づいて管理を行う仕組みとなっている。ただし、循環器病に関して遺伝的要因や家族歴がある場合は、GP を経由せずに直接循環器専門医を受診できる選択肢もあるべきではないかという議論もある。
- 韓国では国民健康保険制度による健診が定着しており、就労者の受診率は 95%以上、非就労者でも 70~80%という高い受診率を実現している。

医療データ管理の戦略的アプローチが循環器病対策の政策立案と実効性についても影響している

- 医療データの収集・活用方法には各国で大きな違いがある。

- 韓国では国民識別子である住民登録番号を活用し、一元管理されたレセプトデータを活用したモニタリングシステムを構築している。国民識別子により、特定の患者がどの病院を受診しても全てのデータが一元管理されるようになっている。
- KDCA と大学との官学連携により、KDCA が収集したデータの分析と全国統計への統合が効率的に行われる協力体制が構築されている。KDCA は 2000 年頃から循環器病や慢性疾患のモニタリングに関心を持っていた。KDCA の主たる業務は感染症対策であったものの、非感染性疾患の疾病負荷が大きいことを認識し、モニタリングシステムの構築に取り組んできた。試行錯誤を経て経験が蓄積され、現在のシステムが確立されたという経緯がある。
- 日本にもレジストリシステムやデータベースが複数存在するが、それぞれ分断されており統一的なデータ登録が困難な状況にある。この課題は循環器病に限らず、他の疾患領域でも共通している。また電子カルテのベンダーが異なり、データ収集・統一に苦労している状況も韓国とは対照的である。健康保険制度は異なるが、韓国のような中央集約型システムと専門人材の活用は、日本の医療データ管理の課題解決に示唆を与えるものと考えられる。データ標準化と共有の仕組みづくりは、根拠に基づく政策立案や医療の質向上において極めて重要である。

循環器病治療の高額化に伴い社会保障制度の財政持続性が重要な政策課題となっている

- 循環器病治療の社会保障給付費への負担軽減は重要な課題である。日本では、国民皆保険制度と高額療養費制度により高額な医療費の患者負担が抑えられているものの、近年の薬剤費や治療費の高額化により制度の財政が逼迫している。このため、患者負担の上限を定める高額療養費制度における上限額の引き上げが政策課題として議論されている。

循環器病がもたらす甚大な社会的・経済的負担にもかかわらず、政策的優先順位はがん対策に比べて低く設定されている

- 循環器病は世界的に主要な死亡原因となっているものの、その対策はがん対策と比較して優先順位が低い傾向にある。
- オーストラリアでは、循環器病は主要な死亡原因の一つであり、多大な経済的負担をもたらしていることを政府が認識しているにもかかわらず、がん対策に比べて政府の注目度が低いのが現状である。具体的には、オーストラリアでは定期的な心臓病検診の受診期間を延長するために市民団体がロビー活動を行わなければならない状況がある。また、がん検診では一定の年齢になるとがん検診を自動的に案内するシステムが整備されている一方で、循環器病の検診にはそのような仕組みが存在しないという格差も存在する。
- 日本の状況もオーストラリアと類似しており、がん対策基本法が制定され国を挙げての取り組みが行われている一方、循環器病対策は相対的に認知度も低く、政策としての優先順位も高いとは言えない。
- 循環器病の社会的・経済的影響を考慮すると、各国政府はこの課題に対して優先順位をより高く据え、検診システムの整備や啓発活動など包括的な対策を推進する必要がある。
- 欧州でも同様の傾向があり、政策的には常にがん対策が優先され、循環器病対策がその後が続くという状況が見られている。循環器病対策の重要性について、より社会全体での認知を高める必要がある。

アジア太平洋地域の循環器病対策には先進国と中低所得国を含めた多国間協力体制の構築が重要である

- 将来のアジア・太平洋地域における国際展開に向けて、循環器病対策を標準化する必要がある。具体的には、循環器病に関する認知度の向上、健診・ヘルスチェック制度、クリニカルガイドライン、そして患者・当事者や市民の参画による循環器病政策の展開などの分野での取り組みが重要である。
- この取り組みには、日本、韓国、オーストラリアといった先進国だけでなく、中低所得国も含めたより幅広い協力体制の構築が不可欠である。
- 数十年前まで経済的に発展途上であった韓国は、非常に高い循環器病による疾病負荷を抱えていたが、国を挙げたリスク因子管理の取り組みによって循環器病による死亡率を大幅に低下させることに成功した。この韓国

の事例は、現在同様の課題に直面している中所得国にとって参考になる可能性がある。

- 予防の観点からは、多国間での学際的協力により、加工食品の塩分・脂質削減や野菜摂取増加などの取り組みを連携して進めることも重要である。健康上の課題や予防医療について共通点が多い日本・韓国・オーストラリアの3カ国で具体的な協力を進める上での有望な分野である。
- 各国が独自に発展させている登録システムを将来的に統合し、国際比較研究を行うことで新たな知見が得られる可能性もある。

閉会の辞

田村 憲久（衆議院議員／脳卒中・循環器対策フォローアップ議員連盟 会長）

循環器病は、日本を含む高齢化の進む国々で深刻な健康課題である。本シンポジウムは、各国の取り組みを通じて共通した課題を共有し、国際的な協働の重要性を再認識する貴重な機会となった。

特にレジストリの整備については、日本で現在進められている医療 DX により、今後大きな前進が期待される。急性期医療における人材不足などの課題は残されているものの、デジタル技術を活用した効率的な医療提供体制の構築が急務であると認識している。同時に、予防施策や健康教育の最適化、循環器病対策の政策評価についても、国際的な事例を参考にしながら、日本の実情に即した具体的な対策を実施することが重要である。

現在、日本では第 2 期循環器病対策推進基本計画の中間評価を控えており、これまでの成果と課題を整理したうえで、第 3 期計画を見据えた政策の深化が求められる。循環器病を NCDs 対策の中核に位置づけ、がんや糖尿病等との連携を強化し包括的な対策を推進したい。

本日の議論で得られた国際的な知見は、今後の政策立案や評価のプロセスにおいて重要な指針となる。日本独自の取り組みを継続しながらも、国際的な視点を持ち、循環器病対策を着実に前進させていく。

今後もアジア・太平洋地域の国々との連携を一層強化し、循環器病をはじめとする共通の健康課題に対して、地域全体で持続可能な対策を講じていく。

Opening Remarks

Krishna Reddy (CEO, ACCESS Health International)

Cardiovascular diseases are largely preventable, yet they continue to claim countless lives. Therefore, urgent reformation of policy frameworks is imperative.

Cardiovascular disease (CVDs) remains one of the leading causes of death across many countries, including those in the Asia-Pacific region. Despite being largely preventable, many of these conditions continue to take lives prematurely and significantly impair people's quality of life. The burden of disease not only impacts social security systems but also undermines workforce productivity and economic growth.

Although some countries have national-level plans for CVD control, comprehensive and sustainable frameworks remain rare. Progress toward achieving the 2030 Sustainable Development Goals (SDGs) is slow. Going forward, nations must prioritize CVDs as a central pillar of NCD strategies and focus on developing comprehensive national action plans encompassing prevention through to rehabilitation.

Patient engagement and community-led policymaking are key to institutionalizing reforms

While many national strategies remain centralized, health challenges often emerge at the local level. Our experience shows that effective CVD control depends heavily on local community leadership and involvement. Health literacy education, digital self-care support, and peer support networks play crucial roles in prevention and care that healthcare institutions cannot fulfill alone.

Inclusive policy making that engages patients and communities from the onset is indispensable to building credible and sustainable institutions. I believe that regional, patient-centered approaches grounded in community engagement represent the most realistic and enduring path forward.

Data-driven policy evaluation and flexible guidelines enhance effectiveness

Reliable disease registries and surveillance systems are vital for designing and evaluating effective policies. Yet many countries still lack such infrastructure, hampering real-time monitoring and decision-making.

Establishing systems for countries to track trends and needs in real time is critical.

Moreover, clinical guidelines must be applied flexibly, with consideration for each country's cultural, social, and medical contexts. Incorporating on-the-ground experience and evidence into policy and clinical protocols ensures relevance and facilitates acceptance and implementation in real-world settings. This feedback loop is the foundation for sustainable and impactful CVD policy.

Sustainable CVD control requires stable financing and equitable access to care

Most healthcare systems operate on annual budgets. However, CVDs often require long-term care and management, which requires long-term financial planning.

Short-term budgeting fails to provide the long-term financial security needed for treatment spanning five or ten years and may be vulnerable to political or economic shifts. Therefore, a mix of public and private insurance sources should be leveraged to establish financially sustainable models.

Equally important is stable access to essential medicines and diagnostic tools. In low- and middle-income countries in particular, pooled procurement, patent reforms, and strengthened regional manufacturing can help ensure both affordability and supply continuity.

Ultimately, equitable access to essential healthcare is the starting point for improving all health indicators. In the Asia-Pacific region, where CVDs claim 19 lives every minute, urgent action is warranted.

Explanatory Introduction

Yukiko Kawata (Senior Associate, HGPI)

Cardiovascular diseases remain one of the world's most serious public health challenges. In Japan and the rest of the Asia-Pacific Region, mortality from cardiovascular disease is high, and strategic intervention is urgently needed. The disease burden is expected to increase further in these regions, making the implementation of effective measures critical.

Japan enacted the Basic Act on CVD Measures in 2019, and based on that law, has developed a comprehensive national plan that has guided measures nationwide. In FY2024, the Second Phase of the National Plan was launched across all prefectures, raising expectations for the implementation of more effective policies.

While emphasis has often been placed on improving the quality of treatment, more holistic support is urgently required, including prevention, chronic care, rehabilitation, and integrated health and long-term care systems. Equally important is ensuring the participation of People Living with or affected by CVDs in policymaking. Their perspectives are essential to improving both the effectiveness and sustainability of CVD control efforts.

Other countries have developed their own strategies tailored to their unique healthcare systems and social structures. Seeing as noncommunicable diseases (NCDs), such as cardiovascular diseases, are deeply influenced by lifestyle, social and cultural backgrounds, and genetics, localized and flexible policy approaches are essential.

This symposium focuses on CVD control strategies across Asia-Pacific nations. Through the exchange of specific examples, we aim to deepen the discussion on how to deploy effective measures within limited resources. We hope this symposium serves as a catalyst for concrete insights and cooperation that deepen and advance cardiovascular disease control efforts.

Keynote Lecture "Progress and Prospects for CVD Control in Japan"

Koji Maemura (Professor, Department of Cardiovascular Medicine, Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University)

Cardiovascular disease is a major factor shortening healthy life expectancy in Japan and imposes a significant burden on healthcare economics.

In Japan, cardiovascular disease is the second leading cause of death after cancer, accounting for 23.2% of total deaths when combining cerebrovascular and heart diseases. With the aging population, the importance of establishing regulations for cardiovascular disease control is expected to increase further. In particular, the number of patients with heart failure is rapidly rising, making the so-called "heart failure pandemic" a pressing issue. In 2013, more than 300,000 people aged 65 and over in Japan newly developed heart failure, and this number is projected to exceed 370,000 annually by 2025.

While Japan boasts one of the world's highest life expectancies, the gap between life expectancy and healthy life expectancy—known as unhealthy life years—remains about 9 years for men and 12 years for women. Addressing this gap is a noteworthy societal challenge. The leading cause of long-term care needs is cardiovascular disease, including cerebrovascular (16.1%) and heart diseases (4.5%), accounting for about 20% of all cases. Cardiovascular diseases also represent the largest category in national healthcare expenditures, comprising approximately 20% of the total.

Cardiovascular disease countermeasures and national strategy developed 15 years later than cancer control.

Cancer control was established early and advanced steadily with the establishment of the National Cancer Center in 1962, followed by the Basic Act on Cancer Control in 2006 and legislation on cancer registry promotion in 2013. In contrast, cardiovascular disease countermeasures lagged behind. The National Cerebral and Cardiovascular Center was established in 1977, 15 years after its cancer counterpart; as of February 2025, a comprehensive registry system for cardiovascular diseases remains under consideration.

In response, the Japanese Circulation Society and the Japan Stroke Society jointly launched the Five-Year Plan to Overcome Stroke and Cardiovascular Diseases in 2016. Alongside this initiative, advocacy efforts with the national government led to the enactment of the Basic Act on Cardiovascular Disease Measures in 2018, which came into effect in 2019. The first National Plan for the Promotion of Measures Against Cerebrovascular and Cardiovascular Disease (hereafter "National Plan") was formulated in 2020, and prefectural reinforcement plans were developed between 2021 and 2022. The second phase of these plans began implementation in 2024.

Looking toward 2040, strategies are being implemented with the aim of extending healthy life expectancy and reducing mortality rates, based on three pillars.

The National Plan has set a target to extend healthy life expectancy by over three years and reducing age-adjusted mortality rates from cardiovascular diseases by 2040. The plan's three main pillars are: (1) prevention and public awareness of cardiovascular diseases, (2) strengthening the provision system for health, medical, and welfare services, and (3) promotion of research on cardiovascular disease.

A comprehensive approach is advancing based on five pillars, from data collection to regional collaboration.

Currently, the Japanese Circulation Society and the national government are collaborating to implement five key pillars:

1. Promotion of Registry Development Projects

To understand the current state of cardiovascular disease, nationwide registration and analysis are underway. Since 2004, the Japanese Circulation Society has conducted the Japanese Registry Of All cardiac and vascular Diseases (JROAD), achieving 100% registration among cardiovascular specialist training institutions. Since 2014, DPC data have also been included, clarifying trends in treatment for acute myocardial infarction and heart failure.

However, there is still no unified national registry system. The National Plan includes efforts to establish a Cardiovascular Disease Data Center within the National Cerebral and Cardiovascular Center, focusing on six diseases: cerebral infarction, cerebral hemorrhage, subarachnoid hemorrhage, acute coronary syndrome, acute aortic dissection, and acute heart failure. To effectively operate this system, automated data collection through healthcare DX is currently under consideration.

2. Strengthening Clinical and Basic Research

To elucidate the pathogenesis of cardiovascular disease and develop treatments, translational research linking basic science to clinical practice is being promoted nationwide. To further accelerate this, the Japan Cardiovascular Translational Research Consortium was established in 2023. In addition, the Japanese Circulation Society has launched JCS-COMPASS, a research support platform for young researchers, to cultivate future leaders in cardiovascular research.

Despite these efforts, cardiovascular disease research funding remains only about one-tenth that of cancer research. Considering that cardiovascular disease is a major cause of death in Japan, increasing research investment is an urgent issue.

3. Prevention and Public Awareness

To promote prevention and early detection, August 10 has been designated as "Healthy Heart Day." Awareness campaigns are conducted in collaboration with J-League and the Japan Football Association, leveraging popular athletes and manga artists. October 11 has also been designated as "LDL Cholesterol Day," with joint campaigns by the Japan Atherosclerosis Society to raise awareness about high cholesterol, which is a major risk factor for cardiovascular diseases.

Prevention requires more than individual awareness; social infrastructure must also support healthy choices. The UK's salt reduction strategy is a successful example, using "nudge theory" to gradually reduce salt content in processed foods—resulting in a 15% reduction in national salt intake, 40% decrease in ischemic heart disease and stroke cases, and annual healthcare savings of about 230 billion yen.

Japan's Ministry of Health, Labour and Welfare has implemented multiple national health initiatives, including the "Health Japan 21" plans and the "Smart Life Project," which encourages exercise, diet, smoking cessation, and health checkups. The third phase of Health Japan 21, launched in 2024, places greater emphasis on improving the social environment to make healthy choices the natural default.

Since 2022, the Ministry has also promoted the Comprehensive Support Center for Stroke and Heart Disease Model Project, with Nagasaki University Hospital among its designated sites. The project provides direct and indirect services such as consultations for patients and families, information dissemination, and coordination with local healthcare providers. The hospital has actively developed materials, held public lectures, and conducted community events.

4. Human Resource Development

Multidisciplinary care is essential for managing cardiovascular diseases, especially heart failure, which requires different care approaches at each stage of disease progression. The concept of "four levels of prevention" (primary, secondary, tertiary, and end-of-life care) has been proposed.

To support these stages, collaboration among a multidisciplinary team including primary care physicians, cardiologists, nurses, pharmacists, and other specialists is essential. To develop and reinforce such teams, the Japanese Circulation Society established the Heart Failure Care Instructor Certification in 2021. This program targets a wide range of healthcare professionals and grants certification to those who acquire both specialized and shared knowledge of heart failure.

More than 5,000 professionals have been certified to date, expanding support from hospitals to communities and home care. This initiative is a vital strategy to prevent heart failure recurrence in Japan's aging society.

5. Enhancement of the Medical System

Efforts are underway to establish seamless care systems from acute to recovery and home care phases. One example is the response to Acute Coronary Syndrome (ACS), where shortening the time from onset to reperfusion is key. Many regions are working to enable reperfusion therapy within two hours of symptom onset.

In addition, secondary prevention is also vital. For example, in Nagasaki, the Medical Association has established the Nagasaki ACS Secondary Prevention Council and introduced a clinical pathway with staged protocols to reduce LDL cholesterol to below 70 mg/dL. This initiative increased the achievement rate from 37.2% to 54.6% and demonstrated cost-effectiveness in reducing medical expenses.

Relay Talk “Case Studies of Cardiovascular Disease Control Policies in Asia-Pacific Region”

Christian Verdicchio (CEO, Heart Support Australia)

Cardiovascular disease remains the leading cause of death in Australia, and despite medical advancements, its prevalence continues to rise due to poor lifestyle habits.

Cardiovascular disease (CVD) is the leading cause of death for men and the second leading cause for women in Australia, accounting for approximately one-quarter of all deaths nationwide. This equates to one death every 12 minutes, or about 120 deaths per day due to CVD. While the mortality rate from CVD has declined over the past decade, mainly due to advances in pharmaceuticals and medical technologies, the prevalence of the disease continues to rise. CVD also imposes a substantial socio-economic burden, generating more healthcare and social costs than any other disease.

One key factor contributing to the persistent high prevalence is Australians' lifestyle habits. About two-thirds of Australians are overweight or obese, and 4 out of 5 do not meet the recommended levels of physical activity. Additionally, 9 out of 10 people do not consume enough fruits and vegetables. Although these lifestyle factors are widely recognized as CVD risk factors, effective behavioral change for disease prevention has not been achieved. Studies conducted over many years have shown that even when interventions successfully improve behavior, sustaining these changes over time remains challenging.

Hospital admission data further highlights the growing burden of CVD. A survey beginning in 1993 showed that hospitalizations due to atrial fibrillation increased by approximately 295% over the 20-year period through 2013, making it the most common CVD-related cause of hospital admission since 2011. Myocardial infarction hospitalizations increased by 73%, and heart failure by 39%, underscoring the strain on both acute and chronic care capacity in the healthcare system.

Australia's CVD policy response is implemented through a multi-layered structure with distinct roles at each level.

Australia's healthcare system operates on three levels: federal, state, and private/community sectors.

The federal government funds general practitioner (GP) and specialist consultations and hospital treatments through Medicare, the national universal healthcare system. It also manages the Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), which subsidizes the cost of medications and improves access to high-cost drugs.

State governments operate public hospitals, emergency medical services, cardiac rehabilitation, and regional-level secondary prevention programs. These services are jointly funded by federal and state governments. Private hospitals primarily handle non-emergency elective procedures.

In the private and community sector, local organizations and patient groups provide direct support to patients through information dissemination and peer support.

The Australian Government has implemented various measures for CVD prevention and treatment through pharmaceutical subsidies and research investments.

For instance, approximately AUD 1.3 billion is spent annually through the PBS to subsidize cardiovascular medications. Additionally, under the Medical Research Future Fund (MRFF), the government has allocated AUD 22 million over 10 years for the Cardiovascular Health Mission, which aims to achieve major improvements in CVD care.

Under Medicare, a primary prevention program called the "Heart Health Check*" by GPs has been implemented. However, the continuation of this program is currently under review, and Heart Support Australia, along with other relevant organizations, is advocating for its permanent adoption.

*It has been decided that the "Heart Health Check" program will continue until June 2028.

<https://www.heartfoundation.org.au/media-releases/three-year-extension-medicare-heart-health-check>. Last retrieved July 7, 2025

Current CVD countermeasures face several challenges, including delays in drug approvals, lack of awareness campaigns, and regional disparities in care.

One major issue is the prolonged approval process for new treatments and medical devices. Even for drugs already approved in Europe or the U.S., it takes over 600 days on average for them to become available in Australian clinical settings. This delay is a significant barrier to timely and innovative care.

Another issue is the lack of government-led national campaigns for CVD prevention and awareness, unlike those for cancer or smoking cessation. Despite CVD being the leading cause of death, public awareness of risk factors remains low, and

behavioral change initiatives are inadequate, requiring urgent improvement.

There are also challenges in providing long-term support after diagnosis. These include low cardiac rehabilitation participation rates and disparities in service provision across regions. In rural areas in particular, access to GPs, cardiologists, and allied health professionals such as dietitians and exercise physiologists is limited. While peer support is increasingly recognized for its role in providing psychosocial assistance to patients, sustainable funding for advocacy organizations remains an emerging issue.

Heart Support Australia contributes to improving CVD response through both patient support and policy advocacy.

Heart Support Australia is a organization for supporting people living with or affected by CVDs and their families nationwide. Its activities include in-hospital and community-based peer support, regular patient group meetings, awareness campaigns, policy advocacy, and participation in academic research.

The organization directly supports over 10,000 patients and families each year. Through campaigns like "Know Your Numbers, Treat Your Risk," it promotes awareness of the international LDL cholesterol target (1.4 mmol/L or 55 mg/dL) and encourages more informed discussions between patients and healthcare providers. It also conducts national awareness weeks and participates in government-funded research projects to deepen societal understanding and improve CVD outcomes.

CVD remains one of the most pressing health challenges in Australia, and its disease burden will continue to grow without systemic changes in the current healthcare system and policy responses. Addressing issues such as drug approval delays, lack of awareness campaigns, and disparities in post-diagnosis support will require coordinated efforts by government, healthcare professionals, academia, and patient organizations. Heart Support Australia continues to address these challenges through its dual approach of policy advocacy and direct patient support.

Hyeon Chang Kim (Professor, Department of Preventive Medicine, Integrative Research Center for Cerebrovascular and Cardiovascular Diseases, Yonsei University College of Medicine)

Sustaining and advancing Korea's achievements in reducing cardiovascular disease mortality

In Korea, cardiovascular disease (CVD) remains a major cause of mortality. Understanding long-term clinical trends is essential for effective policy development. This talk provides an epidemiological perspective on the current state of CVD in Korea and efforts to monitor its burden.

In 1990, Korea's age-adjusted mortality rate from CVD was the highest among the U.S., U.K., Canada, and Japan, reaching about 350 per 100,000 population. Over the past 30 years, however, this rate has declined significantly. For stroke, in particular, mortality dropped from around 210 to 45 per 100,000 by 2018. Despite this progress, Korea's stroke mortality remains relatively high compared to other countries.

The age-adjusted mortality rate for ischemic heart disease (IHD) used to be about 150 per 100,000—higher than Japan's but slightly lower than many Western countries. Today, it has declined to about 35 per 100,000, close to Japan's rate of approximately 30. However, crude IHD mortality and deaths from heart failure are increasing due to population aging, with heart failure mortality now around 14 per 100,000.

Using national health insurance claims data to estimate the incidence of CVD

To accurately evaluate the actual burden of CVD on society and the healthcare system, incidence—the number of new cases—is just as important as mortality. A research team supported by the Korean Society of Cardiology indirectly estimated CVD trends using health insurance claims data. They found that hospitalizations for CVD treatment increased dramatically from approximately 170 to 630 per 100,000 population between 2002 and 2018. However, since these figures include repeated admissions, they do not reflect true incidence, thereby highlighting the need for a more precise surveillance system.

Until recently, Korea lacked a system for continual monitoring of CVD incidences. To address this, a national-scale project was launched with support from the Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA), following the enactment of the 2017 "Act on the Prevention and Management of Cardiovascular and Cerebrovascular Diseases," which mandates the government to monitor CVD incidence.

Mortality rates can be calculated from cause-of-death statistics, and prevalence estimated through national surveys such as the Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES) and the Korea Community Health Survey

(KCHS). However, continuous monitoring of incidence posed significant challenges.

Although big data from the National Health Insurance (NHI) was considered, direct application of this data is problematic because claims data are primarily designed for reimbursement purposes and cannot easily distinguish first-time from recurrent events or determine clinical outcomes. This resulted in the need for algorithms to better estimate incidence and assess their validity.

Developing methodologies for estimation and validating accuracy

The research team developed algorithms to address a common issue: acute myocardial infarction (AMI) often generates multiple insurance claims for a single medical event. These algorithms consolidate related claims into single disease events. Diagnostic codes and clinical data (e.g., test results) were used to identify first-time and recurrent events.

The validity of this method was tested in 2022 against actual medical records. The algorithms demonstrated an accuracy of 92% for AMI and 89% for stroke. These results were published, and an interactive website now allows users to explore incidence data by year, region, disease type, sex, and age.

Establishing and operating a legally grounded nationwide CVD surveillance system

Since 2000, several pilot studies have aimed to establish a national CVD surveillance system. A joint project between Seoul National University and KDCA began in 2021, and Yonsei University has led the initiative since 2022. In 2023, the data produced by this project were officially recognized by Statistics Korea as national statistics.

KDCA oversees funding and management, while the Institute for Innovation in Digital Healthcare (IIDH) at Yonsei University leads implementation. IIDH is a relatively young institute, established just three years ago. Despite its recent founding, it plays a central role in advancing digital health and research using big data in Korea.

Analyzing trends in incidence and mortality to inform public health policy

Recent findings show that AMI cases have stabilized at around 35,000 annually since 2020. Incidence trends mirror this, although age-standardized incidence has declined due to population aging. Stroke, on the other hand, exceeds 100,000 cases annually—roughly three times that of AMI. While crude incidence is slowly rising, age-standardized incidence is decreasing.

However, since 2020, both 30-day and 1-year stroke mortality rates have increased. Identifying the causes behind this trend is crucial for strengthening public health responses.

Through this surveillance system, it has become possible to estimate both incidence and CVD case fatality rates using health insurance claims data. Future research priorities include comparative studies with international data and validation of alternative estimation methods.

Monitoring accurate incidence rates is indispensable for understanding CVD trends in Korea and designing effective prevention and management strategies. Based on the outcomes of this project, continued efforts will focus on improving population health outcomes.

Discussion: “Exploring Future Strategies for CVD Control in the Asia-Pacific Region”

Speakers:

Koji Maemura

Christian Verdicchio

Hyeon Chang Kim

Moderator:

Ryoji Noritake (Chair, HGPI)

Countries in the Asia-Pacific region face shared challenges in addressing cardiovascular disease within aging societies, which calls for stronger international collaboration

- Japan, Korea, and Australia all face the common issue of rapidly aging populations. Cardiovascular disease (CVD) is a major burden in each country, ranking among the leading causes of death and contributing significantly to rising healthcare expenditures.
- In aging societies, the focus of CVD management is shifting from acute care to long-term chronic care, posing challenges not only for patients’ quality of life but also for the sustainability and resilience of general healthcare and long-term care systems. Addressing these shared challenges requires trilateral cooperation among the three countries. While each nation has independently developed its own measures, noteworthy opportunities exist for collaboration. These include sharing expertise and insight regarding data collection, application and implementation, developing effective prevention policies, and optimizing healthcare delivery systems.

Design implementation structures that facilitate CVD screening systems and influence participation rates and early detection outcomes

- Each country has its own unique CVD screening system that is tailored to the country’s healthcare system.
- In Japan, group-based screenings are mainly conducted by administrative bodies or employers. However, participation rates are often below 50%, highlighting a major issue in uptake.
- In Australia, general practitioners (GPs) play a central role, assessing individual risks—including family history—through patient dialogue. GPs manage patients with risk factors such as hypertension and diabetes based on test results. However, questions remain regarding whether patients with genetic predispositions or family histories should have access to directly consult cardiologists without GP referrals.
- Korea has institutionalized CVD screening through its national health insurance system, achieving over 95% participation among workers and 70–80% among non-workers.

Strategic approaches to healthcare data management impact both policy development and effectiveness in CVD countermeasures

- Approaches to healthcare data collection and application differ significantly across countries.
- Korea utilizes resident registration numbers as national identifiers to manage claims data centrally. This system integrates all patient data across healthcare facilities, regardless of the hospital visited. Academic-government collaboration, particularly between the KDCA and universities, has established a system for efficient data analysis and integration into national statistics.
- While the KDCA initially focused on infectious diseases, it has expanded its role in chronic disease surveillance, including CVD, since the early 2000s. The current system is a result of iterative learning and experience.
- Japan has multiple registry systems and databases, but they are fragmented and lack integration, making unified data registration difficult. This challenge is not unique to CVD but affects other disease areas as well. Moreover, the use of different electronic medical record (EMR) vendors complicates data standardization and collection. Korea’s centralized system and use of specialized personnel provide valuable insights for addressing Japan’s challenges in this area. Creating standardized and accessible data systems is critical for evidence-based policymaking and improving care quality.

With rising costs of CVD treatment, the financial sustainability and resilience of social security systems has become a key policy concern

- Reducing the financial burden of social security benefits related to CVD treatment is an important issue. Japan’s universal healthcare and health expenditure protection scheme help limit patient expenses. However, the rising costs of pharmaceuticals and treatments are straining the system’s finances. As a result, policy discussions are underway regarding potential increases in the out-of-pocket ceiling for patients.

Despite the enormous social and economic burden of CVD, it receives lower policy priority than cancer

- CVD is a leading cause of death globally, yet it often ranks lower than cancer in terms of prioritization in the policy making process.

- In Australia, although the government recognizes CVD as a major cause of death and economic burden, it receives less attention than cancer. For example, advocacy by civil society is required to extend the eligibility period for heart health checks. While cancer screenings are systematically offered at certain ages, no such system currently exists for CVD screening.
- Japan exhibits a similar pattern. While the Basic Act on Cancer Control has led to robust nationwide efforts, CVD still remains relatively under-recognized and under-prioritized in policy.
- Given the social and economic impact of CVD, governments must raise its priority and implement comprehensive measures such as improved screening systems and public awareness campaigns.
- This pattern is also observed in Europe, where cancer policies tend to take precedence over those targeting CVD. Increasing societal awareness of CVD's importance is crucial to making CVD a priority in policy formation.

Building multilateral cooperation frameworks that include both high-income and LMICs is essential for CVD control in the Asia-Pacific region

- Looking ahead to regional expansion, standardizing CVD control efforts across the Asia-Pacific is primordial. This includes raising awareness, establishing screening and health check systems, developing clinical guidelines, and promoting policies that involve patients, communities, and citizens.
- This effort must involve not only high-income countries such as Japan, Korea, and Australia, but also low- and middle-income countries (LMICs).
- Korea, which was a developing country just a few decades ago and had a heavy CVD burden, successfully reduced CVD mortality through national efforts in risk factor management. Korea's rapid transformation and experience could provide valuable lessons for middle-income countries currently facing similar challenges.
- From a prevention standpoint, interdisciplinary collaboration across countries could advance initiatives such as reducing salt and fat in processed foods and increasing vegetable consumption. This could represent a promising area for trilateral cooperation among Japan, Korea, and Australia, which share many health-related challenges.
- Integrating each country's unique registry systems in the future could support international collaboration and comparative research and generate new insights that will result in solutions.

Closing Remarks

Norihisa Tamura (Member, House of Representatives / Chairperson, Parliamentary Association for Follow-up on Stroke and Cardiovascular Disease Control Measures)

Cardiovascular diseases remain a serious health challenge in aging societies, including Japan.

This symposium has provided a valuable opportunity to share common issues across countries and reaffirm the importance of international cooperation.

Regarding registry development, we expect significant progress through Japan's ongoing efforts in medical digital transformation (DX).

Although challenges remain—such as workforce shortages in acute care—there is an urgent need to build more efficient care delivery systems using digital technologies. At the same time, we must enhance preventive measures, health education, and policy evaluation using international best practices, while aligning with Japan's own needs and contexts.

Currently, Japan is approaching the interim review phase of its Second Phase CVD Control Plan. In preparation for the Third Phase, we must assess progress and challenges, and further develop policies.

We aim to position CVD control as a core element of NCD strategies, strengthening integration with cancer and diabetes measures.

The international insights gained today will serve as valuable guidance in Japan's future policymaking and evaluation processes.

We will continue to pursue Japan-specific initiatives while maintaining a global perspective to steadily advance CVD countermeasures.

Looking ahead, we must further strengthen collaboration with Asia-Pacific nations and work together as a region to implement sustainable responses to shared health challenges such as CVDs.

日本医療政策機構について

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してまいります。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供します。日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからは皆様とともに活動してまいります。当機構の活動は国際的にも評価されており、米国ペンシルベニア大学のローダー・インスティテュート発表の「世界のシンクタンクランキング報告書」における「国内医療政策」部門で世界2位、「国際保健政策」部門で世界3位に選出されています（2021年1月時点（最新データ））。

About Health and Global Policy Institute

Health and Global Policy Institute (HGPI) is a non-profit, independent, non-partisan health policy think tank established in 2004. In its capacity as a neutral think-tank, HGPI involves stakeholders from wide-ranging fields of expertise to provide policy options to the public to successfully create citizen-focused healthcare policies. Looking to the future, HGPI produces novel ideas and values from a standpoint that offers a wide perspective. It aims to realize a healthy and fair society while holding fast to its independence to avoid being bound to the specific interests of political parties and other organizations. HGPI intends for its policy options to be effective not only in Japan, but also in the wider world, and in this vein the institute will continue to be very active in creating policies for resolving global health challenges. HGPI's activities have received global recognition. It was ranked second in the "Domestic Health Policy Think Tanks" category and third in the "Global Health Policy Think Tanks" category in the Global Go To Think Tank Index Report presented by the University of Pennsylvania (as of January 2021, the most recent report).

著作権・引用について

本提言書は、クリエイティブ・コモンズ・ライセンスの「表示 - 非営利 - 継承 4.0 国際」に規定される著作権利用許諾に則る場合、申請や許諾なしで利用することができます。

・表示：出典（著者／発行年／タイトル／URL）を明確にしてください

・非営利：営利目的での使用はできません

・継承：資料や図表を編集・加工した場合、同一の「表示 - 非営利 - 継承 4.0 国際」ライセンスでの公開が必要です



詳細は日本医療政策機構のウェブサイトよりご確認ください。<https://hgpi.org/copyright.html>

Copyright Policy / Source Citations

Permission from HGPI is not required for the use of these policy recommendations issued under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International license.

– Attribution: Credit(Author/Year/Title of Report/URL) must be appropriately assigned to HGPI.

– Non-commercial: Content may not be used for commercial purposes.

– Share-alike: If Content is altered, transformed, or expanded, these new contributions must be distributed under the same license as the original.

For more information: <https://hgpi.org/en/copyright.html>



日本医療政策機構 寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

1. ミッションへの賛同

当機構は「市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供すること」をミッションとしています。当機構の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支援で支えられています。

2. 政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいたしません。

3. 事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがありますが、それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

4. 資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

5. 販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

6. 書面による同意

以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。

Health and Global Policy Institute: Guidelines on Grants and Contributions

As an independent, non-profit, non-partisan private think tank, HGPI complies with the following guidelines relating to the receipt of grants and contributions.

1. Approval of Mission

The mission of HGPI is to improve the civic mind and individuals' well-being, and to foster a sustainable healthy community by shaping ideas and values, reaching out to global needs, and catalyzing society for impact. The activities of the Institute are supported by organizations and individuals who are in agreement with this mission.

2. Political Neutrality

HGPI is a private, non-profit corporation independent of the government. Moreover, we receive no support from any political party or other organization whose primary purpose is political activity of any nature.

3. Independence of Project Planning and Implementation

HGPI makes independent decisions on the course and content of its projects after gathering the opinions of a broad diversity of interested parties. The opinions of benefactors are solicited, but the Institute exercises independent judgment in determining whether any such opinions are reflected in its activities.

4. Diverse Sources of Funding

In order to secure its independence and neutrality, HGPI will seek to procure the funding necessary for its operation from a broad diversity of foundations, corporations, individuals, and other such sources. Moreover, as a general rule, funding for specific divisions and activities of the Institute will also be sought from multiple sources.

5. Exclusion of Promotional Activity

HGPI will not partake in any activity of which the primary objective is to promote or raise the image or awareness of the products, services or other such like of its benefactors.

6. Written Agreement

Submission of this document will be taken to represent the benefactor's written agreement with HGPI's compliance with the above guidelines.

協賛企業（五十音順）

エドワーズライフサイエンス合同会社
ノバルティスファーマ株式会社

Project sponsors (in alphabetical order)

Edwards Lifesciences Japan LLC.

Novartis Pharma K.K

(MEMO)



特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒100-0004

東京都千代田区大手町 1-9-2

大手町フィナンシャルシティグランキューブ 3 階

グローバルビジネスハブ東京

TEL: 03-4243-7156 FAX: 03-4243-7378

Email: info@hgpi.org

Website: <https://www.hgpi.org>

Health and Global Policy Institute (HGPI)

Global Business Hub Tokyo

Grand Cube 3F, Otemachi Financial City,

1-9-2, Otemachi, Chiyoda-ku, Tokyo

100-0004 JAPAN

TEL: +81-3-4243-7156 FAX: +81-3-4243-7378

E-mail: [info@hgpi.org/en](mailto:info@hgpi.org)

Website: <https://www.hgpi.org>