

厚生労働行政推進調査事業費補助金

地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業

ASEAN における活動的で健康的な高齢期の推進に関する研究
(20BA2002)

令和2年度 総括・分担研究報告書

令和3（2021）年3月

研究代表者 曾根 智史
(国立保健医療科学院)

目 次

I. 総括研究報告

ASEANにおける活動的で健康的な高齢期の推進に関する研究
研究代表者：曾根 智史（国立保健医療科学院）

II. 分担研究報告

ASEAN-Japan Healthy & Active Ageing Indicators 2017と既存のHealthy & Active Ageing Indicatorsの比較、検証に関する研究

佐々木 由理（国立保健医療科学院）、曾根 智史（国立保健医療科学院）、林 玲子（国立社会保障・人口問題研究所）、荒井 秀典（国立長寿医療研究センター）、菖蒲川 由郷（新潟大学大学院医歯学総合研究科）、中川 雅貴（国立社会保障・人口問題研究所）

資料1 主に日本のHealthy & Active Ageing Index/Indicators に関わるデータ

資料2 日本、ミャンマー、マレーシアのASEAN-Japan Healthy & Active Ageing Indicators 2017に関するデータソース一覧

資料3 ASEAN-Japan Healthy & Active Ageing Indicators 2017と既存の4 Indexとの異同一覧及びSDGsとの関連

高齢化指標の現状と論点

林 玲子、中川 雅貴（国立社会保障・人口問題研究所）

別添1 ヒアリング内容

別添2 UNSCAP サビーヌ・ヘニング氏他提供資料（UNESCAP work on population ageing, with a focus on the Ageing Index）

別添3 マレーシア・プトラ大学テング・アイザン氏提供資料（Development of Malaysian Active Ageing Index (MyAAI)）

ミャンマーとマレーシアのフィールド調査

菖蒲川 由郷（新潟大学大学院医歯学総合研究科）

表1 ミャンマー高齢者調査のデータを用いてHAAIを算出可能かどうか

表2 健康で活動的な老いのアウトカム指標とHAAIの各ドメインとの関連

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

IV. 倫理審査等報告書の写し

令和2年度厚生労働行政推進調査事業費
(地球規模保健課題解決のための行政施策に関する研究事業)
ASEANにおける活動的で健康的な高齢期の推進に関する研究(20BA2002)
総括研究報告書

ASEANにおける活動的で健康的な高齢期の推進に関する研究

研究代表者 曾根 智史(国立保健医療科学院 次長)

研究要旨

ASEANにおけるエビデンスに基づいた高齢化政策の更なる整備・推進に資するため、ASEANの高齢化対策に関する実態及び国際機関等の最新の動向を把握するとともに、ASEAN各国の行政機関・学術機関及び国際機関等との意見交換を通じて、平成29年に開発した活動的で健康的な高齢期の指標の適用可能性や改訂の必要性について検討した。

具体的には、①6分野25項目からなるASEAN-Japan Healthy & Active Ageing Indicators 2017に沿って、ASEANおよびその他のアジア地域における高齢化の状況について、国際機関や各国政府のウェブサイトや報告書・論文等による情報収集・整理、及び他機関が作成した既存の高齢化指標との比較検討、②ASEANおよびその他のアジア地域における高齢化対策の計画やそれに用いられる指標、具体的な事業の概要に関する行政機関・学術機関及び国際機関等に対するヒアリング調査、③日本老年学的評価研究の海外共同研究の一環として、研究分担者(菖蒲川)が関与してきたミャンマーのフィールドにおける高齢化の状況とその対策に関する調査データの分析を実施した。

その結果、ASEAN-Japan Healthy & Active Ageing Indicators 2017の高齢化指標としての特徴やアジア地域における適用可能性に関する有益な知見が得られ、SDGsとの関連性やメンタルヘルスなど新たに加えるべき項目等、今後の改訂の方向性が明確になった。また、今後、現場のフィールドにおいて、指標の検証のため、健康状態や要介護状態をアウトカムとする縦断調査の必要性が示された。新型コロナウイルス感染症の蔓延は、高齢者の生活にも大きな影響を与え続けており、その点を高齢化指標に組み入れることが不可欠であると考えられた。

研究分担者	特任教授)
林 玲子(国立社会保障・人口問題研究所 副所長)	中川 雅貴(国立社会保障・人口問題研究所 国際関係部 第3室長)
荒井 秀典(国立長寿医療研究センター 理事長)	佐々木 由理(国立保健医療科学院 国際協力研究部 主任研究官)
菖蒲川 由郷(新潟大学大学院医歯学総合研究科/十日町いきいきエイジング講座)	研究協力者 野崎威功真(国立国際医療研究センター)

高木大資（東京大学）

長嶺由衣子（東京医科歯科大学）

A.研究目的

アジア諸国で急速に高齢化が進んでいる。2050年には、中進国のみならず、途上国を含むアジア全域で高齢化社会を迎える（国連人口予測、2017）。ASEAN 諸国でも、一部の国は日本以上の速さで高齢社会を迎えると予測されている。高齢化の進展に伴って、高齢者の人生の満足と生活の質（Quality of life: QOL）、健康に自立して活動的な日常生活を送ること（Healthy and Active Ageing）が重要な課題となる。

各国に先駆けて超高齢社会に突入した日本は、その経験を活かしてアジアの Healthy and Active Ageing の推進に寄与することが期待されている。平成 25 年度に、厚生労働省大臣官房国際課主催で「国際的な Active Aging（活動的な高齢化）における日本の貢献に関する検討会」が開催され（研究代表者 曾根及び研究分担者 林が参加）、報告書が公表された

（<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000041697.html>）。報告書では、ASEAN 諸国における高齢化への対応について、現状、課題、ニーズを明確にした上で、日本の経験・知見に基づいた国際協力のあり方と国別の具体的な国際協力の実施方法を提案した。高齢者が健康的で活動的な生活を送れるような環境整備や政策開発の重要性が指摘され、翌平成 26 年度に開催された「ASEAN 日本 Active Ageing 地域会合」でもその点が確認された。その後、エビデンスに基づいた高齢化政策の更なる整備・推

進を行うためには、活動的で健康的な高齢期に関して、ASEAN 各国の現状を明らかにするための指標開発が重要と考えられ、平成 29 年に再度検討会により、6 分野 25 項目からなる「ASEAN-Japan Healthy & Active Ageing Indicators 2017（ASEAN-Japan HAAI 2017）」が開発され、同年 6 月に開催された第 3 回 ASEAN 日本 Active Ageing 地域会合で公表された。

令和 2 年度は、ASEAN におけるエビデンスに基づいた高齢化政策の更なる整備・推進に資するため、ASEAN の高齢化対策に関する実態及び国際機関等の動向を踏まえるとともに、ASEAN 各国の行政機関、学術機関及び国際機関等との議論を通じながら、平成 29 年に開発した活動的で健康的な高齢期の指標（ASEAN-Japan HAAI 2017）の改訂の準備と指標に基づいた ASEAN 各国の現状分析を行った。

B.研究方法

令和 2 年度は、大きく 3 つの分担班に分かれて研究を実施した。

1. 分担研究 A

① ASEAN-Japan HAAI 2017 に沿って、ASEAN およびその他のアジア地域における高齢化の状況について、国際機関や各国政府のウェブサイトや報告書・論文等を通じて情報を収集し、整理した。また、既存の高齢化指標に関する情報を収集し、比較検討した。

② ミャンマーの都市部と農村部で 2018 年に収集した横断データを用いて、文化や生活、価値観および高齢者のメンタルヘルス（うつ）に関する情報を抽出し分析した。

2. 分担研究 B

活動的で健康的な高齢期の推進に資する指標は、既に複数の取り組みがあることから、それら既存の指標群の状況を把握分析し、今後の ASEAN 諸国において適用可能な **Healthy and Active Ageing Index/Indicators (HAAI)** を検討するための情報基盤の構築を目指した。具体的には、既存の高齢者指標の作成担当者に対するヒアリングを通じて、指標の構成、適用状況、今後の展開について分析した。

3. 分担研究 C

2018（平成 30）年 9-12 月にミャンマー一国の都市部と農村部それぞれ 600 名ずつの高齢者に対して行った訪問調査より得られたデータを用いて HAAI の評価可能な指標とそうでない指標を一覧化した。次に、HAAI のうちミャンマー調査のデータにより評価可能であった項目と健康指標（主観的健康観、老年うつ評価スケール[GDS-15]、高血圧[測定値で収縮期血圧 140mmHg 以上または拡張期血圧 90 以上]）、要介護リスク指標（握力四分位[フレイルの指標]、やせ（BMI18.5 未満）、身体的障がいの有無（ワシントングループの障がい指標を参考に視覚、聴覚、歩行、認知のいずれかに困難があることを障がいと定義）、幸福度（Cantril の尺度）との関連を検討した。その際、性別、年齢（60-69 歳、70-79 歳、80 歳以上）、地域（ヤンゴン地域[都市部]とバゴー地域[農村部]）を調

整した。ただし用いたデータは一時点（2018 年 9-12 月）の横断データである。分析は目的変数が 2 値の場合はロジスティック重回帰分析を、離散値の場合は順序ロジスティック重回帰分析を用いた。

（倫理面への配慮）

分担研究 A①に関しては、公表されている 2 次的データの利用に沿って実施されたものであり、倫理的配慮を要しない。

分担研究 B については、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を得た（NIPH-IBRA#12279）。

分担研究 A②及び分担研究 C については、新潟大学(2018-0096)、ミャンマー連邦保健省(Ethics/DMR/2018/038)、マレーシア国民大学(UKM PPI/111/8/JEP-2018-532)の倫理審査委員会の承認後に、高齢者社会学調査によって得られたデータを使用した。

C. 研究結果

1. 分担研究 A

① 日本の HAAI に関わるデータの存在を政府や国際機関の Web サイトから調べ、「主に日本の **Healthy & Active Ageing Index** に関わるデータ」としてまとめた。またミャンマー、マレーシアでの同様のデータソースの有無を確認した。日本の高齢化対策を評価する際、ASEAN-Japan HAAI 2017 を用いて、多くが網羅できると考えられるが、一部の指標は日本全体を網羅したデータが存在しなかった。

ミャンマーおよびマレーシア政府が web 上で公表している AAI に関わるデータは

各国の言語によるものが多かった。国際機関、国際 NGO などが独自で実施した調査データが存在していることを確認した。

国連機関、国際 NGO 等が作成していた既存の4つの AAI (The Asian Active Ageing Index by UNESCAP (United Nations Economic & Social Commission for Asia and the Pacific, with Prof. Asghar Zaidi), AAI by the United Nations Economic Commission for Europe, Global AgeWatch Index by HelpAge International, Hartford Foundation Aging Society Index) と ASEAN-Japan HAAI 2017 の異同の一覧表を作成した。ASEAN-Japan HAAI 2017 には含まれていない指標に、「社会参加」「メンタルヘルス」「家の所有」「日常生活の自立性」「地域治安」「生涯学習」「情報通信技術(ICT)の利用」「交通利便性」「65歳以上になる前の職業訓練」等があった。一方、ASEAN-Japan HAAI 2017 のみに含まれる指標には、「介護保険サービス関連」「要介護の高齢者の割合」「健康格差」等があった。

② ミャンマーの高齢者（平均年齢 69.7 歳）のうつ割合は 22%であった。多変量回帰分析で、うつ要因では「農村部に住んでいること」「女性」「過去1年間の疾病」「仏教徒以外」が、うつ抑制要因では「中等教育以上」「宗教施設への通い頻度が高いこと」が統計学的に有意な関連を示した (Sasaki et al, March, 2021)。

また経済状況について検証した結果、家財などの所有物に基づいて算出された客観的な経済状況より、自身の認識に基づく主観的経済状況が高齢者のうつに有意に関連

しており、特に農村部でその関連は強かった (Sasaki et al, Jan, 2021)。

2. 分担研究 B

以下の5件のヒアリングをオンラインで実施した。

◆ 2020/11/4: アレクサンドル・ミフノビツ氏、HelpAge International (英国・ロンドン) 「Global AgeWatch Index について」

◆ 2020/12/1: アスガル・ザイディ氏、Government College University (パキスタン・ラホール)、「欧州、アジア Active Ageing Index について」

◆ 2020/12/17: 岡安裕正氏、WHO/WPRO (スイス・ジュネーブ (出張中)) 「WHO Healthy Ageing Monitoring Framework について」

◆ 2021/1/15: サビーヌ・ヘニング氏他、UN ESCAP (タイ・バンコク) 「アジア Active Ageing Index について」

◆ 2021/2/2: テング・アイザン氏、マレーシア・プトラ大学 (マレーシア・セランゴール) 「Malaysia Active Ageing Index について」

複数の指標をまとめる形の高齢化指標は、2012年より欧州アクティブ・エイジング指標として始まり、その後アジアに応用する形で2019年に新アジア・アクティブ・エイジング指標が策定された。マレーシアにおけるアクティブ・エイジング指標もこの流れに沿ったものである。一方、高齢化に関する国際 NGO である HelpAge International も同様な Global AgeWatch Index を2013、2014、2015年に作成・公表している。これらの高齢化指標は、人間開

発指標を開発したハック博士に師事したアスガル・ザイディ氏が推進したものである。

その他高所得国を対象にした高齢化指標もあるが、中・低所得国を対象にした高齢化指標に関してはヒアリングにて情報収集することができた。

WHO/国連の「健康な高齢化10年」の評価枠組は、SDG指標を活用し、さらに各国の高齢化施策・政策の有無を評価することとしている。

3. 分担研究 C

既存のミャンマー調査で評価可能であった項目は以下の通りであった。第2ドメイン”Income security”の項目 B の”Poverty Rate of the elderly”を Wealth index で代用し評価した。第3ドメイン”Social Capital of the Community”は A～E の5つの項目について全て評価可能であった。第4ドメインの”Health and Long term care service”は A について医療と介護へのアクセスを評価可能であったが、B～G は評価不可能であった。第5ドメインの”Health outcomes”は5つのうち3つは評価可能と思われた。項目 B の”Subjective sense of well-being”と項目 C の”Rate of the elderly with disability”については、調査項目にあるためそのまま評価可能であるが、項目 E の”Health disparity”は格差の基準や評価の方法を検討する必要があると考えられた。A の平均余命は統計データより抽出可能であるが、自宅死亡の割合は統計項目にない場合が多いと考えられる。第6ドメインの”Development of Social Statistics”は人口学的データに基づく項目が

多く、調査データで評価できないものが多いが、医療費については調査票に組み込むことで統計が得られる可能性がある。

次に健康状態、要介護リスク、幸福度等を健康で活動的な老いのアウトカム指標として HAAI の各ドメインとの関連を検討した。第2ドメインは所得保障や貧困率を富裕度に置き換えて分析した結果、健康指標であるうつ尺度や高血圧、要介護リスクの握力が経済的に豊かであるほど有意によい結果であった。幸福度も豊かさとの強い関連があった。地域のソーシャルキャピタルの指標を主とする第3ドメインでは、就業や外出頻度は主観的健康観や握力、やせと正の相関があり、社会的凝集は主観的健康観、うつ、幸福度と明らかな関連があった。第4ドメインである医療や介護へのアクセスについては主観的健康観、握力、幸福感ともにアクセスできているほど悪い（または低い）結果となった。

D. 考察

1. 分担研究 A

ASEAN-Japan HAAI 2017 を用いて日本の高齢化対策を評価すると、その多くは裏付けとなるデータが存在したが、一部の指標については日本全体を網羅したデータが政府等に存在しなかった。一方、ミャンマー、マレーシアなどのアジア諸国の政府機関が出す公的データは、必ずしも英語表記ではないため、国際機関、国際 NGO などが公開しているデータを元に評価する方が容易である。また、国全体を網羅するデータが存在しない場合は、一部の地域等で実施された質の高いデータに基づいた研究結

果等を採用することも考えられる。

ASEAN-Japan HAAI 2017 と既存の国際機関などが開発した4つのHAAIの指標を比較したところ、ASEAN-Japan HAAI 2017には含まれないが、その他のHAAIには含まれている指標がある一方、ASEAN-Japan HAAI 2017には含まれているが、その他のHAAIには含まれない指標も存在することが確認された。

また、ASEAN-Japan HAAI 2017では、個人レベルのデータと国・地域レベルのデータで評価する点があるため、それらについては、区分を明確にする必要性が考えられた。介護保険、介護サービスに関する指標等、ASEAN-Japan HAAI 2017の独自性を保持しながら、国際機関等が公開している既存のAAIとの互換性にも考慮し、New ASEAN-Japan HAAIへと更新していく必要性が示唆された。また、持続可能な開発目標(SDGs)との関連性を示しながら指標を改善することも、各国の高齢者政策に活用できる指標とする上で、意義があると考えられた。

ASEAN-Japan HAAI 2017に含まれていない指標の一つに高齢者のメンタルヘルスがあるが、2018年にミャンマーで実施した都市部と農村部の高齢者のうつ要因に関する研究では、20%以上の高齢者がうつ傾向にあり、その要因には、性別などの生物学的要因、教育などの社会属性要因、住居地域などの社会環境要因、宗教に関わる文化的要因などが関連しており、高齢者のメンタルヘルスや健康格差をASEAN-Japan HAAI 2017で詳細に評価していく必要性が示唆された。

なお、複数の指標を一定の重みづけをして統合する指数化の可否も課題として提示された。

2. 分担研究 B

複数の指標にウエイトをつけて合計し、一つの指標とする手法は、高齢化のような多分野に及ぶ事象を集約し比較可能にするために便利である反面、ランキングとして国に序列をつけることに反対もある。

欧州においては、欧州統計局が欧州各国で行っている調査結果を用いて一律にデータが得られることから、高齢化指標が算定されているが、アジアの場合は同様な均一なデータが存在せず、アジア高齢化指標の作成を難しくしている。また、アジアの高齢化の状況把握には、雇用や自立生活など文化的に欧州とは異なる点が多くあり、アジアの文脈で健康で活動的な高齢化をどうとらえるか、比較分析が必要である。

WHO/国連の健康的な高齢化10か年計画(2021-2030)、マドリッド国際行動計画のモニタリング(2022)と、高齢化に関する国際的な政策が進展する中、新たな指標を設定するのではなく、SDGs指標を用いて、年齢を区分することで高齢化指標とするような形式を検討する必要がある。

新型コロナウイルス感染症の蔓延は、高齢者の生活にも大きな影響を与え続けており、その点を高齢化指標に組み入れることが不可欠である。

3. 分担研究 C

HAAIのうち高齢者のサンプルデータにより評価可能な項目とそうでない項目を分

類した。国や地域の制度やシステム、ドメイン6に代表される統計指標の有無についての項目はサンプルデータから評価できない。また、一時点のサンプル調査では平均余命や自宅で亡くなる割合などは分からない。一方、高齢者のサンプルデータで評価しうるが今回のミャンマーの高齢者調査では質問項目に含まれていなかったため評価できなかった項目もあり、今後、妥当性の検証が必要である。

HAAIの中で、第2、第3ドメインにおいて健康で活動的な高齢化のアウトカムとなり得る指標との関連がはっきりしていた。特に第3ドメインの地域のソーシャルキャピタルの項目は健康アウトカムとの関連が明らかであった。一方で、医療や介護へのアクセスを示す第4ドメインは健康状態が悪かったり、要介護リスクが高いことがすなわち医療・介護へのアクセスができていることと強く相関してしまい（即ち健康状態が悪いから医療にアクセスし、要介護リスクが高いので介護が必要でアクセスしているという逆因果の関連）、横断データでは評価が難しいと考えられた。

今後は新たに開発するHAAIを可能な範囲でこれまでの調査データを用いて検証することと、縦断データを用いた実際の健康アウトカムや要介護状態への移行などをアウトカムとした分析をすることが必要と考えられた。また、ミャンマーのみならず他のASEAN諸国の調査データを用いた検討も必要と考えられた。

E. 結論

本研究によって、ASEAN-Japan Healthy

& Active Ageing Indicators 2017 の高齢化指標としての特徴やアジア地域における適用可能性に関する有益な知見が得られ、アジアにおける高齢化の文化的要素、SDGsとの関連性、メンタルヘルスなど新たに加えるべき項目、指数化の可否等、今後の改訂検討の方向性が明確になった。また、今後、現場のフィールドにおいて、指標の検証のため、健康状態や要介護状態をアウトカムとする縦断調査の必要性が示された。新型コロナウイルス感染症の蔓延は、高齢者の生活にも大きな影響を与え続けており、その点を高齢化指標に組み入れることが不可欠であると考えられた。

今後は、今年度の成果をもとに ASEAN-Japan Healthy & Active Ageing Indicators 2017 の改訂を進めるとともに、指標の数値を実際に改善するための方法論を明確にするために、ASEAN 諸国の高齢化対策の好事例を収集・分析・整理すると同時に、ポリシーガイドラインを作成予定である。

F.健康危険情報
なし

G.研究発表

1. 論文発表

(1) Yuri Sasaki, Yugo Shobugawa, Ikuma Nozaki, Daisuke Takagi, Yuiko Nagamine, Masafumi Funato, Yuki Chihara, Yuki Shirakura, Kay Thi Lwin, Poe Ei Zin, Thae Zarchi Bo, Tomofumi Sone, Hla Hla Win. Rural-Urban Differences in the Factors Affecting Depressive Symptoms among Older Adults of Two Regions in Myanmar. International Journal of Environmental

Research and Public Health 18(6) 2818, 2021
年 3 月.

(2) Yuri Sasaki, Yugo Shobugawa, Ikuma
Nozaki, Daisuke Takagi, Yuiko Nagamine,
Masafumi Funato, Yuki Chihara, Yuki
Shirakura, Kay Thi Lwin, Poe Ei Zin, Thae
Zarchi Bo, Tomofumi Sone, Hla Hla Win.
Association between depressive symptoms
and objective/subjective socioeconomic status
among older adults of two regions in
Myanmar. PloS one 16(1) e0245489, 2021 年
1 月.

(3) Win HH, Nyunt TW, Lwin KT et al.
Cohort profile: healthy and active ageing in
Myanmar (JAGES in Myanmar 2018): a
prospective population-based cohort study of
the long-term care risks and health status of
older adults in Myanmar. BMJ Open. 2020

2. 学会発表

(1) 佐々木由理, 菖蒲川由郷, 野崎威功真,
高木大資, 長嶺由衣子, 船戸真史, 茅原祐
紀, 白倉悠企, 曾根智史, Hla Hla Win. ミ
ャンマーの高齢者の客観的及び主観的
な社会経済状況と幸福感の関連. 第 31 回
日本疫学会学術総会 O-034. 2021 年 1 月
29 日.

(2) 佐々木由理, 菖蒲川由郷, 野崎威功
真, 高木大資, 長嶺由衣子, 船戸真史,
茅原祐紀, 白倉悠企, 曾根智史, Hla Hla
Win. ミャンマーの高齢者の主観的及び
客観的な社会経済状況とうつ傾向の関連.
グローバルヘルス合同大会 2020 O-10-01.
2020 年 11 月 2 日.

(3) 佐々木由理, 菖蒲川由郷, 野崎威功
真, 高木大資, 長嶺由衣子, 船戸真史,

茅原祐紀, 曾根智史. ミャンマーの都市部
と農村部の 男女高齢者のうつリスク要
因の相違. 第 79 回日本公衆衛生学会総会
O-22-1-2. 2020 年 10 月 20 日.

(4) 長嶺由衣子, 菖蒲川由郷, 高木大資,
野崎威功真, 佐々木由理, 船戸真史, 茅
原祐紀, 白倉悠企. ミャンマーの高齢者
における Wealth Index と高血圧治療アドヒ
アランスの関連. 第 79 回日本公衆衛生学
会総会 O-22-1-3. 2020 年 10 月 20 日.

(5) 林玲子. アクティブ・エイジング指標
—アジアでどのように測るか? 新潟大
学-マレーシア交流事業ラウンドテーブル
会議「マレーシアの急速な高齢化への対
策に日本の経験をどう生かせるか?」新
潟県十日町市 2020 年 2 月 4 日.

(6) Yugo Shobugawa, Naoki Kondo, Yuma
Fujinami, Yuiko Nagamine, Asami Ota,
Katsunori Kondo. Plan for conducting
survey to evaluate influence of COVID-19
on older adults in Japan. 15th ASEAN GO-
NGO Forum on Social Welfare and
Development

(7) Yugo Shobugawa. Enabling a supportive
environment for older people: Developed
Countries and Developing Countries
Approaches. Age Friendly Cities,
Leadership Forum

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

厚生労働行政推進調査事業費
(地球規模保健課題解決のための行政施策に関する研究事業)
ASEANにおける活動的で健康的な高齢期の推進に関する研究 (20BA2002)
分担研究報告書

ASEAN-Japan Healthy & Active Ageing Indicators 2017と 既存のHealthy & Active Ageing Indicatorsの比較、検証に関する研究

佐々木 由理 (国立保健医療科学院 国際協力研究部 主任研究官)
曾根 智史 (国立保健医療科学院 次長)
林 玲子 (国立社会保障・人口問題研究所 副所長)
荒井 秀典 (国立長寿医療研究センター 理事長)
菖蒲川 由郷 (新潟大学大学院医歯学総合研究科/十日町いきいきエイジング
講座 特任教授)
中川 雅貴 (国立社会保障・人口問題研究所 国際関係部 第3室長)

研究要旨

6分野 25項目からなる ASEAN-Japan Healthy & Active Ageing Indicators 2017 (ASEAN-Japan HAAI 2017) の改訂を目的として、①ASEAN を中心としたアジア地域の高齢化の状況について、国際機関や各国政府のウェブサイト、報告書、論文を通じて情報収集し、既存の高齢化指標と比較する、②文化や生活、価値観の違いと高齢者のメンタルヘルスの関連についてミャンマーの都市部と農村部で 2018 年に収集した横断データを用いて検証する、の 2 点を実施した。

①国際機関や国際 NGO 等が作成した既存の 3 つの Healthy & Active Ageing Indicators (HAAI) を精査したところ、ASEAN-Japan HAAI 2017 に含まれていない指標に、「社会参加」「メンタルヘルス」「家の所有」「日常生活の自立性」「地域治安」「生涯学習」等があった。一方、ASEAN-Japan HAAI 2017 のみに含まれる指標には、「介護保険サービス関連」「要介護の高齢者の割合」「健康格差」等があった。

②ミャンマーの高齢者のうつ割合は 22% で、うつ要因には「農村部に住んでいること」「女性」「過去 1 年間の疾病」「仏教徒以外」、うつ抑制要因には「中等教育以上」「宗教施設への通い頻度が高いこと」があった。経済状況を検証した結果、家財等の所有物に基づき算出された客観的経済状況より、主観的経済状況が高齢者のうつに関連しており、特に農村部でその関連は強かった。

ASEAN-Japan HAAI 2017 には、その他の指標に見られない独自性を保持しており、今後、高齢者の生活環境、メンタルヘルスやその地域差などについて測定可能な指標を新たに導入する必要性が示唆された。

A. 研究目的

アジア諸国で急速に高齢化が進んでいる。2050年には、中進国のみならず、途上国を含むアジア全域で高齢化社会を迎える（国連人口予測、2017）。これにより、三大感染症のみならず、非感染症疾患や要介護の顕在化が深刻な問題となる（Lancet, 2018）。さらに、高齢者の人生の満足と生活の質（Quality of life: QOL）、健康に自立して活動的な日常生活を送ること（Healthy and Active Aging）が重要な課題となる。WHOも、急速に高齢化が進むアジア諸国において、異なる社会的背景や文化的特性を鑑みて高齢者対策を進める必要性を唱えている。

このように急速な高齢化が進み、更に人口の多いアジアで、いち早く超高齢社会に突入した日本は、その経験を活かしてアジアの Healthy and Active Aging の推進に寄与することが期待されている。

このような状況で、平成25年度に厚生労働省国際課が開催した「国際的な Active Aging（活動的な高齢化）における日本の貢献に関する検討会（研究代表者 曾根智史）」、平成26年度の「ASEAN Japan Active Ageing 地域会合」、平成29年度の「活動的で健康的な高齢期に関する指標検討会」により、6分野25項目からなる「ASEAN-Japan Healthy & Active Aging Indicators 2017 (ASEAN-Japan HAAI 2017)」が開発された。

本研究は、ASEAN-Japan HAAI 2017に沿って、①ASEANを中心としたアジア地域の高齢化の状況について、国際機関や各国政府のウェブサイト、報告書、論文を通じて情報収集し、既存の Healthy & Active

Ageing Indicators(HAAI)との比較を行うこと、②更に、文化や生活、価値観の違いが高齢者のメンタルヘルスに及ぼす影響についてミャンマーの都市部と農村部で2018年に収集した横断データを用いて検証し、指標の改善案を提示することを目的とした。

B. 研究方法

ASEAN-Japan HAAI 2017に沿って、ASEANおよびその他のアジア地域における高齢化の状況について、国際機関や各国政府のウェブサイトや報告書・論文等を通じて情報を収集し、整理した。また、既存のHAAIに関する情報を収集し、比較検討した。更に、ミャンマーの都市部と農村部で2018年に収集した横断データを用いて、文化や生活、価値観および高齢者のメンタルヘルス（うつ）に関する情報を抽出して分析を行った。

（倫理面への配慮）

目的①に関しては、公表されている2次的データの利用に沿って実施されたものであり、倫理的配慮を要しない。

目的②に関して用いたデータは国立保健医療科学院、新潟大学、ミャンマー連邦保健省、マレーシア国民大学の倫理審査委員会の承認後に、高齢者の自宅訪問によって得られたデータを使用して解析した。調査対象者へは研究への協力はいつでも取り下げができ、同意しない場合も不利益を被らないことについて口頭で説明を行った。

C. 研究結果

C-1. 国際機関や各国政府のウェブサイ

トや報告書・論文等を通じた情報収集

日本の ASEAN-Japan HAAI 2017 に関するデータの存在を政府や国際機関の Web サイトから調べ、「主に Healthy & Active Ageing に関わるデータ」としてまとめた(資料 1)。またミャンマー、マレーシアでの同様のデータソースの有無を確認した(資料 2)。ASEAN-Japan HAAI 2017 を用いて、日本の高齢化対策を評価する上で政府が公表しているデータを用いて多くが網羅できる可能性があるが、一部の ASEAN-Japan HAAI 2017 に含まれる指標は日本全体を網羅したデータが存在しなかった。

ミャンマーおよびマレーシア政府が web 上で公表している HAAI に関わるデータは各国の言語によるものが多かった。国際機関、国際 NGO などが独自で実施した調査データは存在していることを確認した。

C-2. 既存の高齢化指標に関する情報を収集・比較検討

国連機関、国際 NGO 等が作成していた既存の 4 つの AAI (The Asian Active Ageing Index by UNESCAP (United Nations Economic & Social Communication for Asia and the Pacific, with Prof. Asghar Zaidi), AAI by the United Nations Economic Commission for Europe, Global AgeWatch Index by HelpAge International, Hartford Foundation Aging Society Index) と ASEAN-Japan HAAI 2017 の相違の一覧表を作成した(資料 3)。ASEAN-Japan HAAI 2017 には含まれていない指標に、「社会参加」、「メンタルヘルス」、「家の所有」、「日常生活の自立性」、「地域治安」、「生涯学習」、「情報通信技術(ICT)の利用」、「交通利便性」、「65 歳

以上になる前の職業訓練」等があった。一方、ASEAN-Japan HAAI 2017 のみに含まれる指標は、「介護保険サービス関連」「要介護の高齢者の割合」「健康格差」等があった。

C-3. 文化や生活、価値観の違いと高齢者のメンタルヘルスの関連の検証-ミャンマーのデータを例に-

ミャンマーの高齢者(平均年齢 69.7 歳)のうつ割合は 22%であった。うつ要因について多変量回帰分析を実施した結果「農村部に住んでいること(B = 0.42; 95% confidence intervals (CIs): 0.12,0.72)」「女性(B = 0.55; 95% CIs: 0.31,0.79)」「過去 1 年間の疾病(B = 0.68; 95% CIs: 0.45,0.91)」「仏教徒以外(B = 0.57; 95% CIs: 0.001,1.15)」、うつ抑制要因には「中等教育以上(B = -0.61; 95% CIs: -0.94, -0.28)」「宗教施設への通い頻度が高いこと(B = -0.20; 95% CIs: -0.30, -0.10)」が統計学的に有意な関連を示した (Sasaki et al, March,2021)。

また経済状況について検証した結果、家財などの所有物に基づいて算出された客観的な経済状況より、自身の認識に基づく主観的経済状況が高齢者のうつに有意に関連しており (adjusted odds ratio, AOR: 4.18, 95% CIs: 2.98-5.87)、特に農村部でその関連は強かった (都市部, AOR: 2.10, 95% CIs: 1.08-4.05; 農村部, AOR: 5.65, 95% CIs: 3.69-8.64) (Sasaki et al, Jan, 2021)。

また経済状況について検証した結果、家財などの所有物に基づいて算出された客観的な経済状況より、自身の認識に基づく主観的経済状況が高齢者のうつに有意に関連しており (adjusted odds ratio, AOR: 4.18, 95% CIs: 2.98-5.87)、特に農村部でその関連は強かった (都市部, AOR: 2.10, 95% CIs: 1.08-4.05; 農村部, AOR: 5.65, 95% CIs: 3.69-8.64) (Sasaki et al, Jan, 2021)。

D. 考察

ASEAN-Japan HAAI 2017 を用いて日本の高齢化対策を評価すると、その多くは裏付

けとなるデータが存在したが、一部の指標については日本全体を網羅したデータが政府等に存在しなかった。一方、ミャンマー、マレーシアなどのアジア諸国の政府機関が出す公的データは、必ずしも英語表記ではないため、国際機関、国際 NGO などが公開しているデータを元に評価する方が容易である。また、国全体を網羅するデータが存在しない場合は、一部の地域等で実施された質の高いデータに基づいた研究結果等を採用することも考えられる。

ASEAN-Japan HAAI 2017 と既存の国際機関などが開発した3つの HAAI の指標を比較したところ、ASEAN-Japan HAAI 2017 には含まれないが、その他の HAAI には含まれている指標がある一方、ASEAN-Japan HAAI 2017 には含まれているが、その他の HAAI には含まれない指標も存在することが確認された。

また、ASEAN-Japan HAAI 2017 では、個人レベルのデータと国・地域レベルのデータで評価する点があるため、それらについては、区分を明確にする必要性が考えられた。介護保険、介護サービスに関する指標等、ASEAN-Japan HAAI 2017 の独自性を保持しながら、国際機関等が公開している既存の HAAI との互換性にも考慮し、New ASEAN-Japan HAAI へと更新していく必要性が示唆された。また、持続可能な開発目標(SDGs)との関連性を示しながら指標を改善することも、各国の高齢者政策に活用できる指標とする上で、意義があると考えられた。

ASEAN-Japan HAAI 2017 に含まれていない指標の一つに高齢者のメンタルヘルス

があるが、2018年にミャンマーで実施した都市部と農村部の高齢者のうつ要因に関する研究では、20%以上の高齢者がうつ傾向にあり、その要因には、性別などの生物学的要因、教育などの社会属性要因、住居地域などの社会環境要因、宗教に関わる文化的要因などが関連しており、高齢者のメンタルヘルスや健康格差を ASEAN-Japan HAAI 2017 で詳細に評価していく必要性が示唆された。

なお、複数の指標を一定の重みづけをして統合する指数化の可否も課題として提示された。

E. 結論

本研究によって、他の指標と比較しての ASEAN-Japan HAAI 2017 の特徴やアジア地域への適用可能性に関する有益な知見が得られた。SDGs との関連性、メンタルヘルスなど新たに加えるべき項目、指数化の可否等、今後の改訂検討の方向性が明確になった。

G. 研究発表

1. 論文発表

(1) Yuri Sasaki, Yugo Shobugawa, Ikuma Nozaki, Daisuke Takagi, Yuiko Nagamine, Masafumi Funato, Yuki Chihara, Yuki Shirakura, Kay Thi Lwin, Poe Ei Zin, Thae Zarchi Bo, Tomofumi Sone, Hla Hla Win. Rural-Urban Differences in the Factors Affecting Depressive Symptoms among Older Adults of Two Regions in Myanmar. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(6) 2818, 2021年3月.

(2) Yuri Sasaki, Yugo Shobugawa, Ikuma Nozaki, Daisuke Takagi, Yuiko Nagamine, Masafumi Funato, Yuki Chihara, Yuki Shirakura, Kay Thi Lwin, Poe Ei Zin, Thae Zarchi Bo, Tomofumi Sone, Hla Hla Win. Association between depressive symptoms and objective/subjective socioeconomic status among older adults of two regions in Myanmar. PloS one 16(1) e0245489, 2021 年 1 月.

2. 学会発表

(1) 佐々木由理, 菖蒲川由郷, 野崎威功真, 高木大資, 長嶺由衣子, 船戸真史, 茅原祐紀, 白倉悠企, 曾根智史, Hla Hla Win. ミャンマーの高齢者の客観的及び主観的な社会経済状況と幸福感の関連. 第 31 回日本疫学会学術総会 O-034. 2021 年 1 月 29 日.

(2) 佐々木由理, 菖蒲川由郷, 野崎威功真, 高木大資, 長嶺由衣子, 船戸真史, 茅原祐紀, 白倉悠企, 曾根智史, Hla Hla Win. ミャンマーの高齢者の主観的及び客観的な社会経済状況とうつ傾向の関連. グローバルヘルス合同大会 2020 O-10-01. 2020 年 11 月 2 日.

(3) 佐々木由理, 菖蒲川由郷, 野崎威功真, 高木大資, 長嶺由衣子, 船戸真史, 茅原祐紀, 曾根智史. ミャンマーの都市部と農村部の男女高齢者のうつリスク要因の相違. 第 79 回日本公衆衛生学会総会 O-22-1-2. 2020 年 10 月 20 日.

(4) 長嶺由衣子, 菖蒲川由郷, 高木大資, 野崎威功真, 佐々木由理, 船戸真史, 茅原祐紀, 白倉悠企. ミャンマーの高齢者における Wealth Index と高血圧治療アドヒアランスの関連. 第 79 回日本公衆衛生学会総会 O-22-1-3. 2020 年 10 月 20 日.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

主に日本のHealthy & Active Ageing Index/Indicators に関するデータ

Japan: Example for “Multi-sectoral ageing policy/frame”

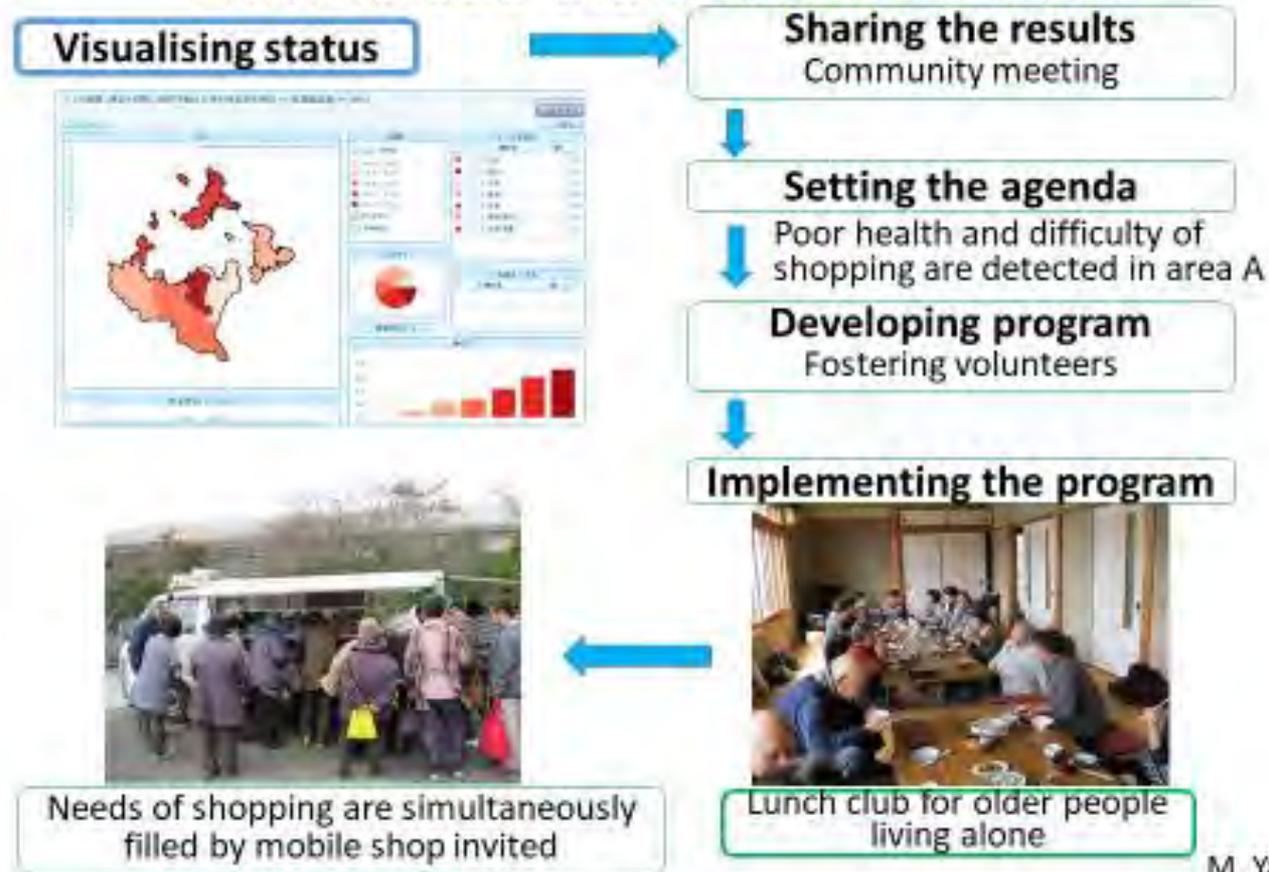
Chapter 5. The Mechanisms of Knowledge Translation



From Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES)

Japan: Example for “Policies for addressing active ageing and its implementation”

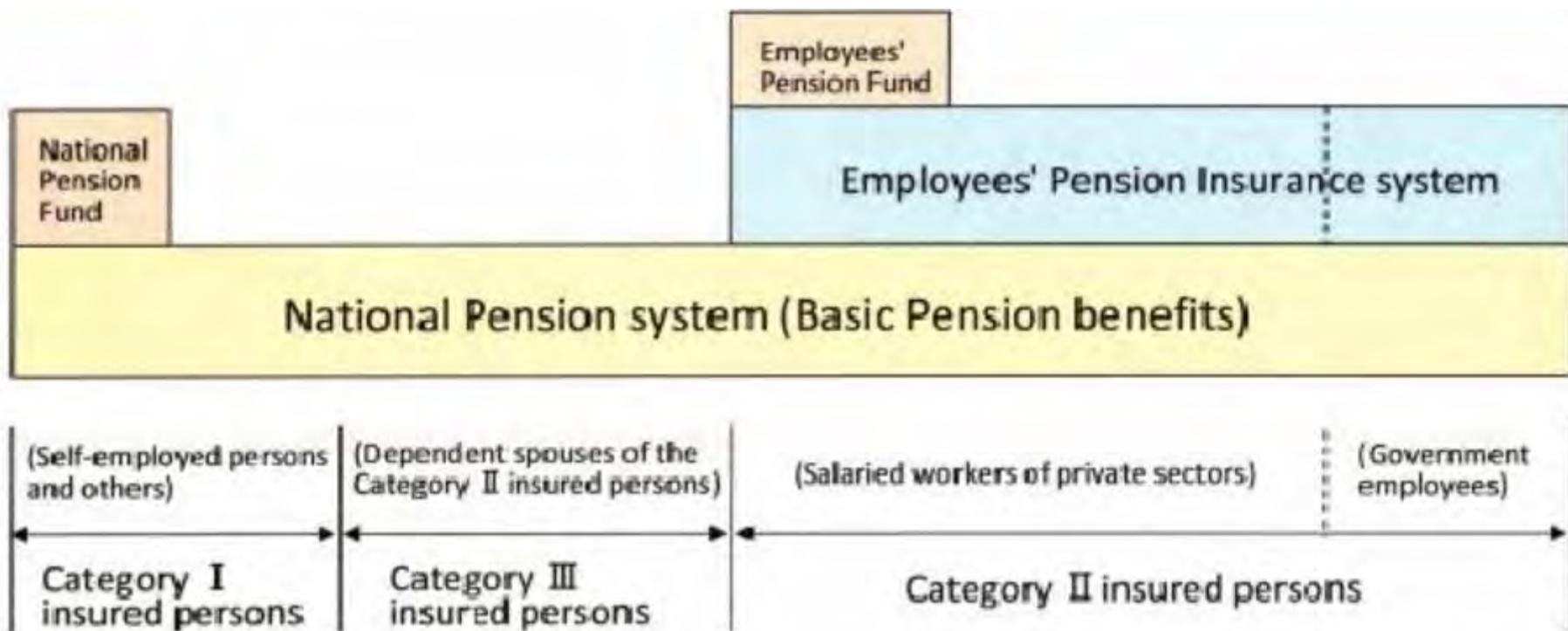
Chapter 6. Knowledge Translation: Local governments How to use the JAGES HEART



M. Yamaya, et al. 2015

From Japan Gerontological Evaluation Study
(JAGES)

Japan: “Rate of the elderly among population who are covered by the income security including **public pension** /elderly welfare benefits”



日本年金機構 Japan Pension System

<https://www.nenkin.go.jp/international/english/nationalpension/nationalpension.html>

Japan: “Rate of the elderly among population who are covered by the income security including public pension /elderly welfare benefits” (1)

- ✓ You can receive the **Old-age Basic Pension at the age of 65** if you have been covered under the National Pension and Employees' Pension Insurance systems. To be qualified, your total coverage periods* need to be 10 years or more.

*Your total coverage periods include your contribution-paid periods as well as your contribution-exempted periods as a Category I , Category II or Category III insured person.

- ✓ Basically, **¥ 781,700/ year**(full benefit amount based on 40 years of fully contributed coverage periods)

日本年金機構 Japan Pension System

<https://www.nenkin.go.jp/international/english/nationalpension/nationalpension.html>

Japan: “Rate of the elderly among population who are covered by the income security including public pension /elderly welfare benefits” (2)

2) The insured, beneficiaries and premiums

	Category 1 insured persons	Category 2 insured persons
Eligible persons	Persons aged 65 or over	Persons aged 40 to 64 who are insured by health care insurance
Beneficiaries	<ul style="list-style-type: none"> •Persons requiring long-term care (bedridden, dementia) •Persons requiring support (frail) 	Those who have become bed-ridden, dementia, and/or frail because of specific age-related diseases such as early-stage dementia, cerebro-vascular disorder, etc. (*)
Premiums	Collected by municipalities	Collected with premiums for health care insurance by health care insurers and paid in lump sums
Method of levying and collection	<ul style="list-style-type: none"> •Fixed premiums per income bracket (premiums for persons with low incomes shall be reduced) •Premiums shall be deducted from pension benefits above a given amount (180 thousand yen per year), otherwise they shall be collected directly by municipalities 	<ul style="list-style-type: none"> •Employees' Health Insurance <ul style="list-style-type: none"> →The amount of premiums is decided based on standardized amount of salary multiplied by long-term care premium rate (Employers bear part of the cost) •National Health Insurance: <ul style="list-style-type: none"> →The amount of premiums is decided based on the amount of income as well as fixed per-capita amount. (The government bears part of the cost)

(*) For the time being, public funds will be used to provide young disabled persons with comprehensively programmed long-term care services, etc. in accordance with the Government Action Plan for Persons with Disabilities.

Ministry of health, Labour and Welfare

<https://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/2.html>

Japan: “Rate of the elderly among population who are covered by the income security including public pension / **elderly welfare benefits**” (3)

(4) Insurance benefits

	In-home service	Services at facilities
Persons requiring long-term care	<ul style="list-style-type: none"> • Home-visit/Day Services home-visit long-term care, home-visit bathing, home-visit rehabilitation, day rehabilitation (day care), home-visit nursing care, day service, welfare devices leasing • Short-stay service, short-stay care • In-home medical care management counseling • Care service with mutual support for the elderly with dementia • Care service provided in for-profit private homes for the elderly, etc. • Allowance for purchase of welfare devices • Allowance for home renovation (handrails, removal of level differences, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Long-term care welfare facilities for the elderly (Special nursing homes for the elderly) • Long-term care health facilities for the elderly • Long-term care medical facilities for the elderly <ul style="list-style-type: none"> -Sanatorium-type wards -Sanatorium-type wards for elderly patients with dementia -Hospitals with enhanced long-term care service provision (for three years after implementation)
Persons requiring support	Same as above (excluding care service with mutual support for the elderly with dementia)	N/A

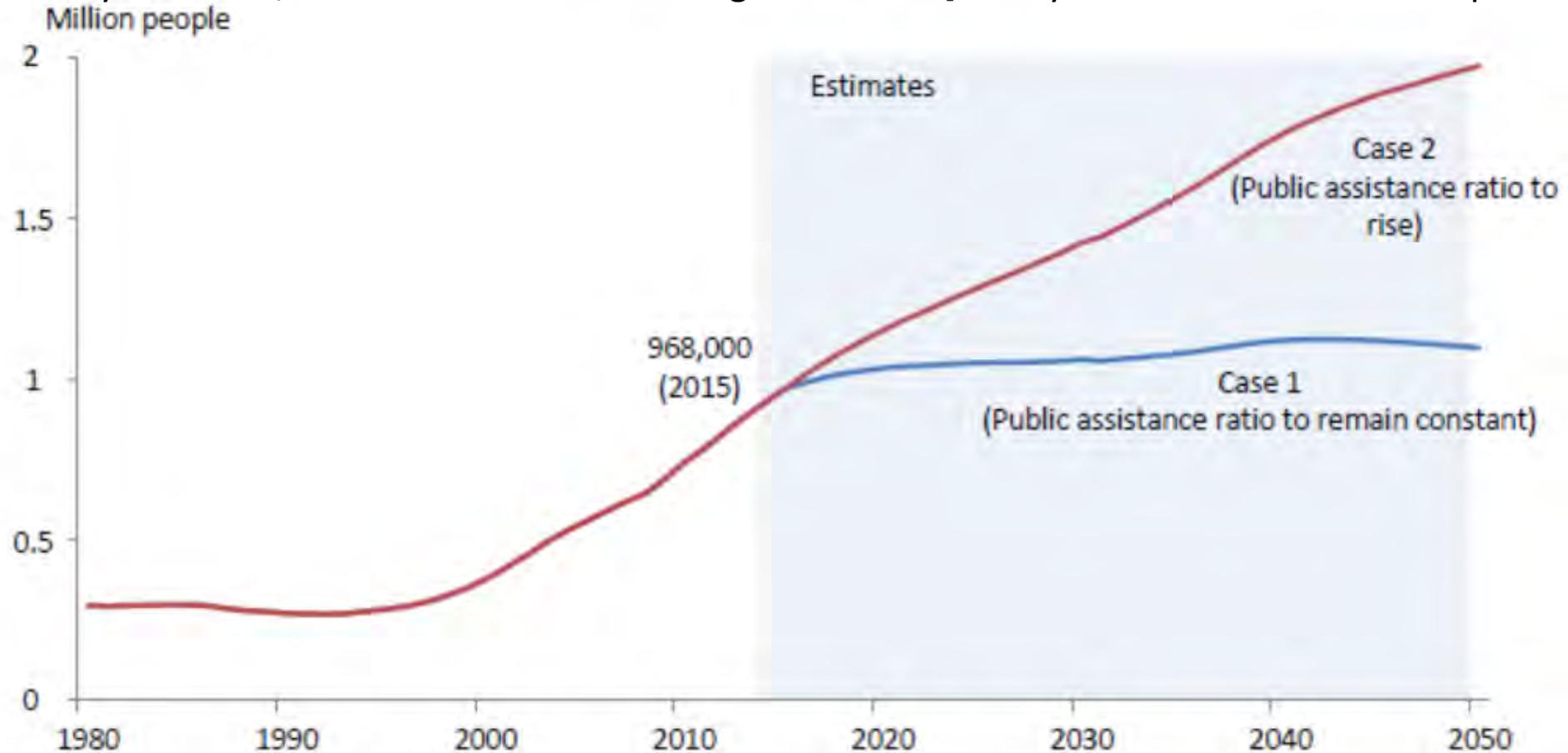
Ministry of health, Labour and Welfare

<https://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/2.html>

Japan: "Poverty Rate of the elderly"

Figure: Past Changes in the Number of Elderly People Aged 65 and Over on Public Assistance and Projections of Future Trends

Ministry of Health, Labour and Welfare's Hihogosha Chosa [Survey of Public Assistance Recipients]



Case 1: The public assistance ratio among elderly people aged 65 and over (number of elderly people receiving public assistance / elderly population) fixed at the level in 2015.

Case 2: The public assistance ratio among elderly people aged 65 and over continuing to rise along the extended line of the upward trend between 1995 through 2015

Japan: "Employment rate among the elderly (1)"

図4 高齢者の就業者数の推移（平成元年～26年）

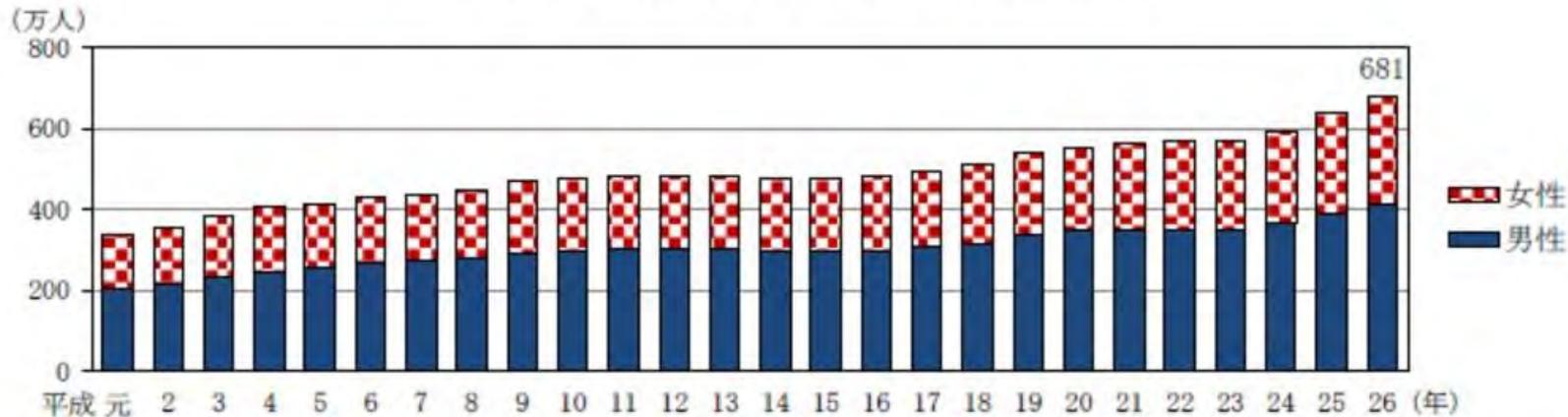
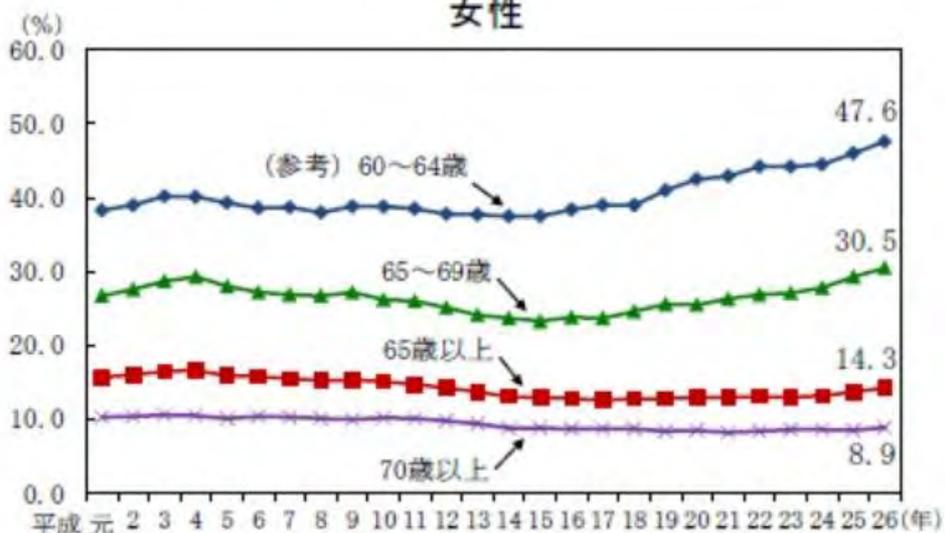
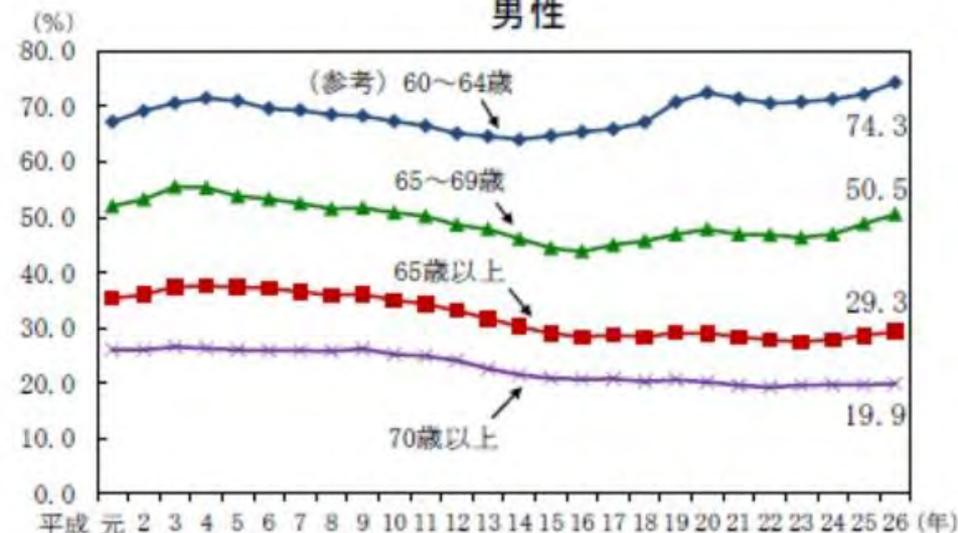


図5 高齢者の就業率の推移（平成元年～26年）

男性

女性



資料：「労働力調査」（基本集計）
注）平成23年は、補完推計値を使用している。

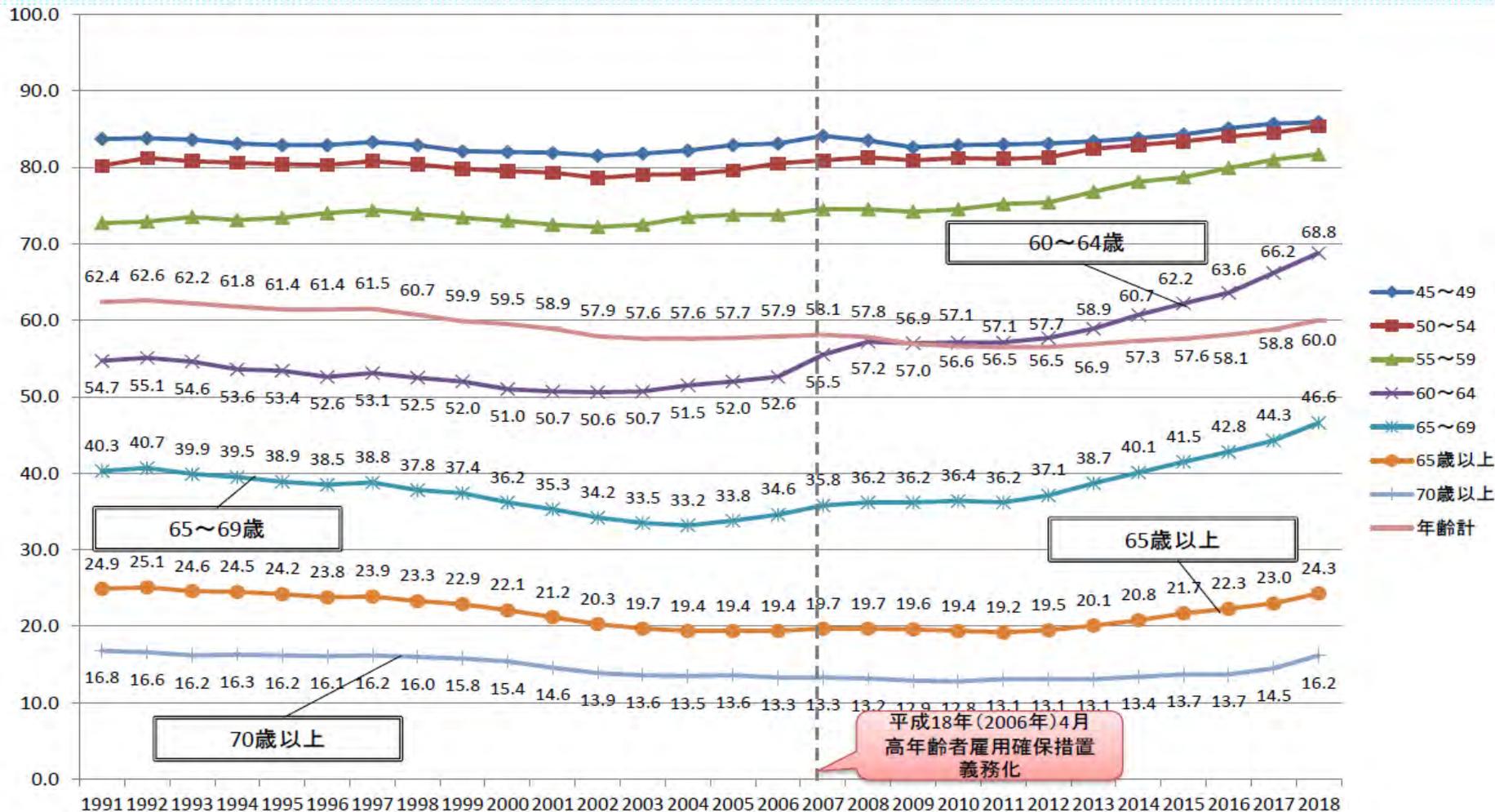
Statistics Japan

<https://www.stat.go.jp/data/topics/topi903.html>

Japan: “Employment rate among the elderly (2)”

就業率の推移

- 60～64歳層で、雇用確保措置の導入が義務付けられた改正高齢法施行(2006年4月1日)後、就業率が上昇。
- 65～69歳層は、2004年に33.2%まで低下したが、近年は上昇傾向にある。



(資料出所) 総務省統計局「労働力調査」

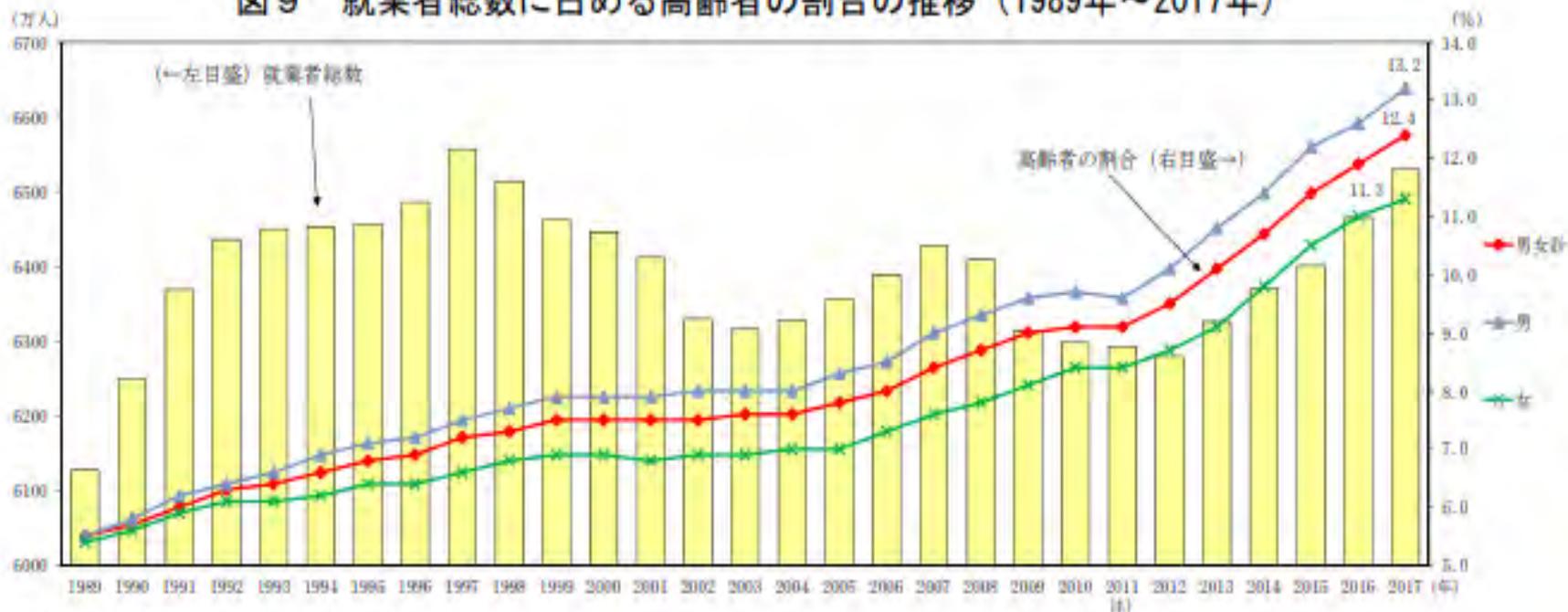
Japan: “Employment rate among the elderly (3)”

就業者総数に占める高齢者の割合は、12.4%と過去最高

15歳以上の就業者総数に占める高齢者の割合は12.4%と、過去最高[※] となっています。(図9)

※) 比較可能な1968年以降

図9 就業者総数に占める高齢者の割合の推移 (1989年～2017年)



資料: 「労働力調査」(基本集計)

注) 2011年は、東日本大震災に伴う補完推計値

Japan: “presence of system to encourage employment of the elderly/post retirement (1)”

高年齢者雇用対策の概要

1 高年齢者が年齢にかかわらず働くことができる企業の拡大

65歳超雇用推進助成金の支給

(65歳以上への定年引上げ等や高年齢者の雇用環境整備、高年齢の有期契約労働者を無期雇用に転換する措置を講じた事業主に対する助成)

・高年齢・障害・求職者雇用支援機構による事業主に対する相談、援助
(独立行政法人高年齢・障害・求職者雇用支援機構において、実務的な知識や経験を有する専門家である「高年齢者雇用アドバイザー」による相談・助言サービスをはじめとした各種事業を実施)

2 高年齢者が地域で働ける場や社会を支える活動ができる場の拡大

・シルバー人材センター事業の推進

(人手不足分野の就業機会の拡大、地方自治体等と連携した就業機会の創造、就業時間の要件緩和の活用)

・生涯現役促進地域連携事業(平成28年度新規事業)

(地方自治体が中心となって構成される「協議会」等からの提案に基づき、地域における高年齢者の就労促進に資する事業を幅広く実施)

Japan: “presence of system to encourage employment of the elderly/post retirement (2)”

高年齢者雇用対策の概要 (続き)

3 高年齢者の再就職支援の充実・強化

・生涯現役支援窓口事業の実施

(全国の主要なハローワーク 300箇所に「生涯現役支援窓口」を設置し、特に 65 歳以上の高年齢求職者に対する再就職支援や求人開拓等を重点的に実施)

・高年齢退職予定者キャリア人材バンク事業の実施(平成 28 年度新規事業)

(公益財団法人産業雇用安定センターにおいて、高年齢退職予定者のキャリア等の情報を登録し、その能力の活用を希望する事業者を提供)

・特定求職者雇用開発助成金等の各種助成金の支給

(高年齢者をハローワーク等の紹介により雇い入れる事業主に対する助成等)

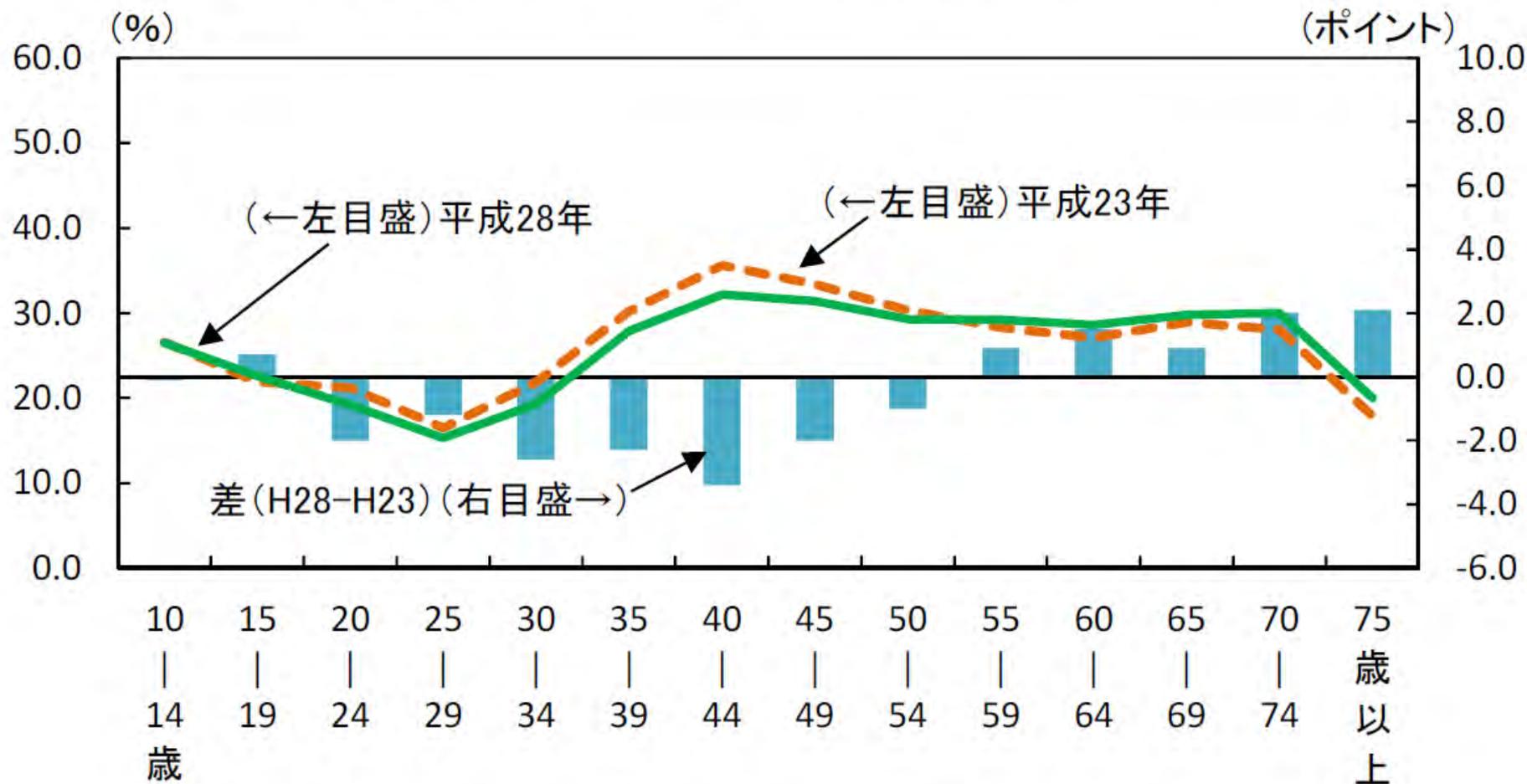
4 高年齢者雇用確保措置の実施義務

・ハローワーク等による高年齢者雇用確保措置未実施企業に対する啓発指導等

・高年齢・障害・求職者雇用支援機構による事業主に対する相談、援助【再掲】

Japan: "Rate of the elderly who are engaged in volunteer activities including elderly club"

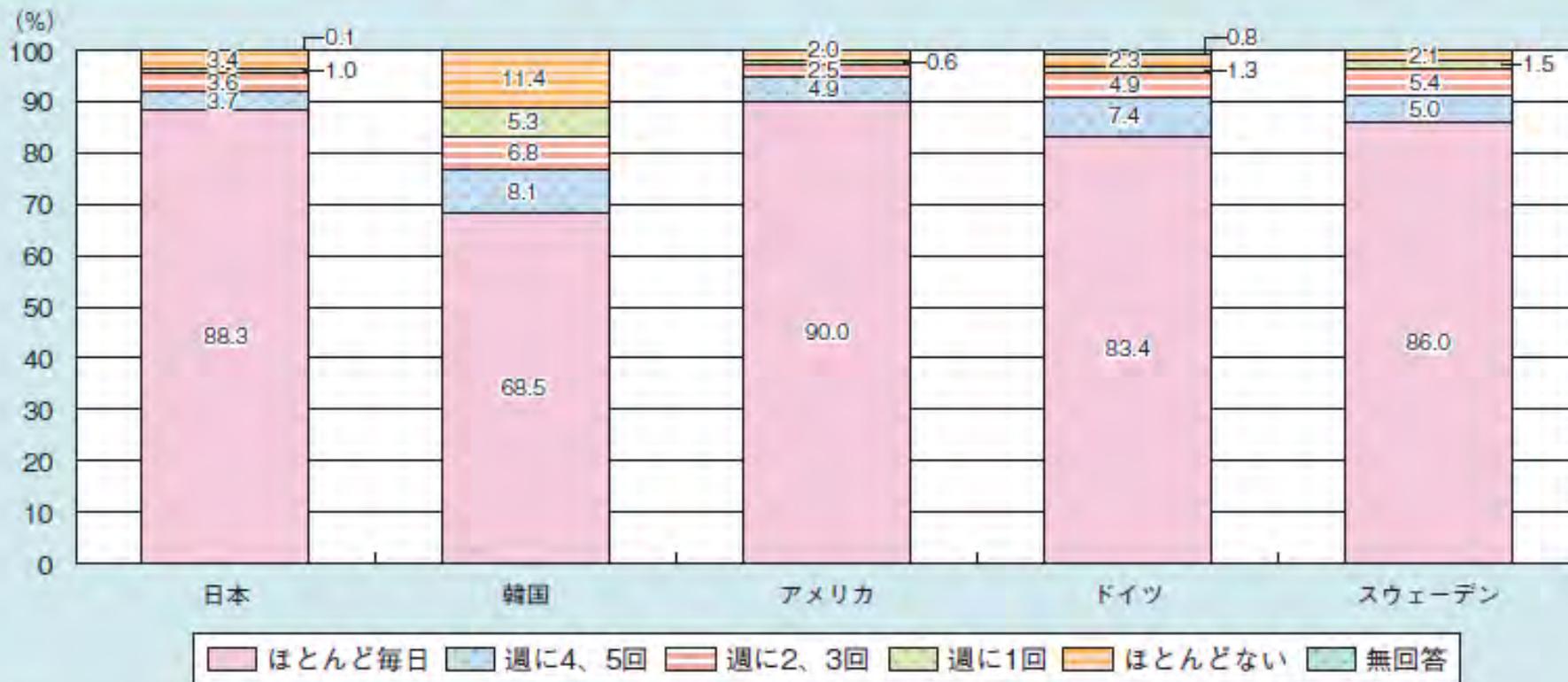
図3 「ボランティア活動」の年齢階級別行動者率（平成23年，28年）



Japan: "Frequency of communication/conversation with family/neighbors (1)"

図1-3-2-1

〈会話の頻度〉あなたは普段どの程度、人（同居の家族を含む）と話しますか？（電話やEメールを含む）



資料：内閣府「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」（平成22年）

（注）調査対象は、60歳以上の男女

Japan: "Frequency of communication/conversation with family/neighbors (2)"

図1-3-2-2 近所の人たちとの挨拶以外の会話の頻度



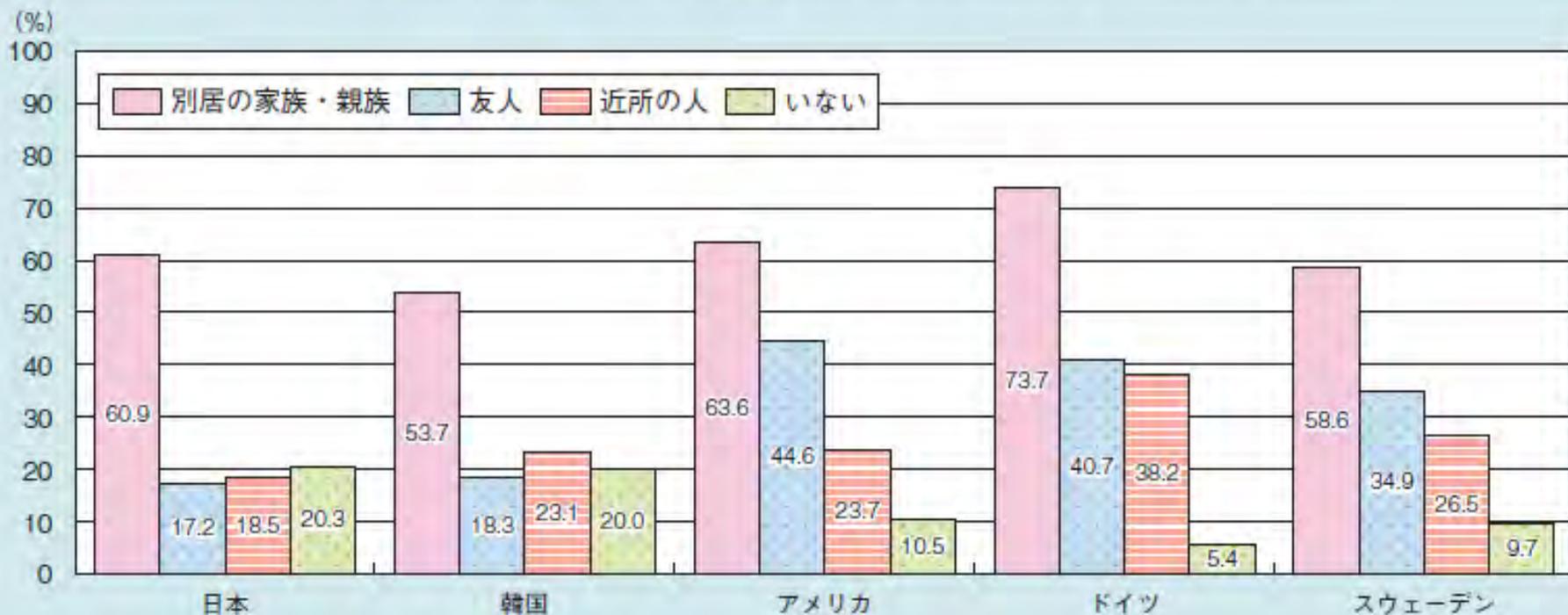
資料：内閣府「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」(平成22年)

(注) 調査対象は、60歳以上の男女

Japan: "Frequency of communication/conversation with family/neighbors (3)"

図1-3-2-3

同居の家族以外で困ったときに頼れる人の有無（複数回答）

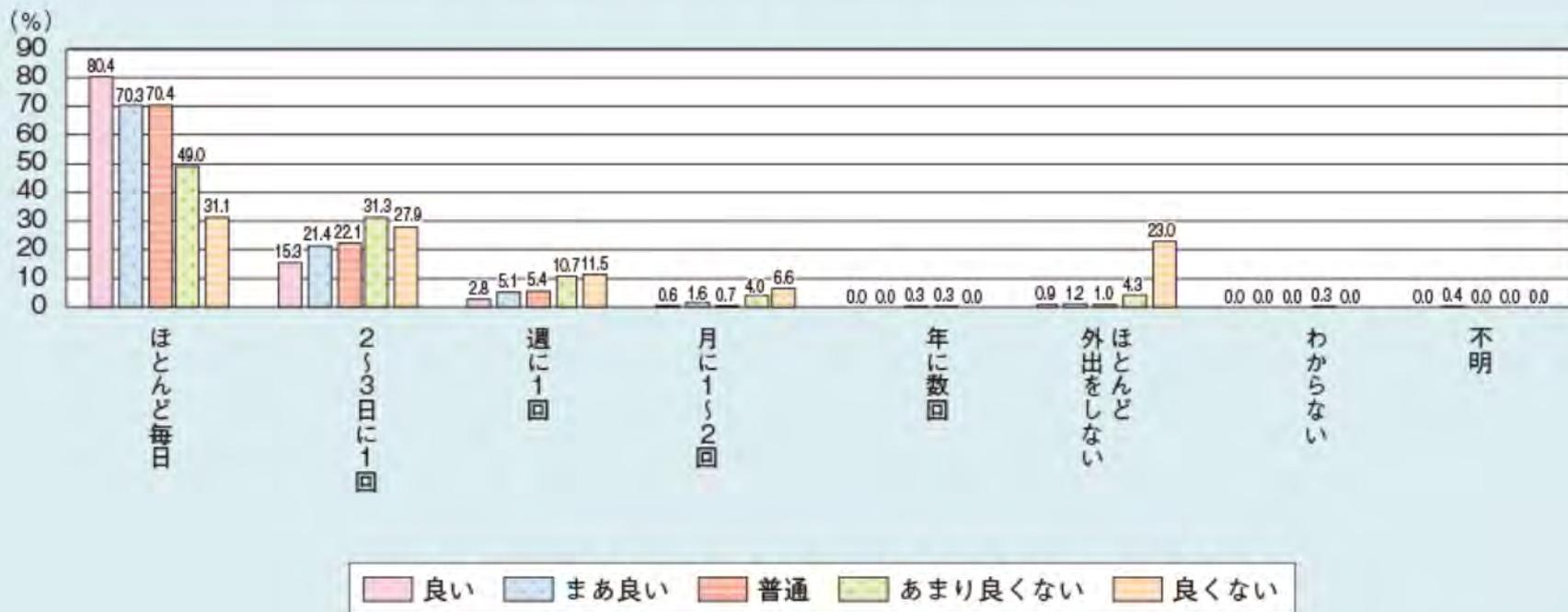


資料：内閣府「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」（平成22年）

（注）調査対象は、60歳以上の男女

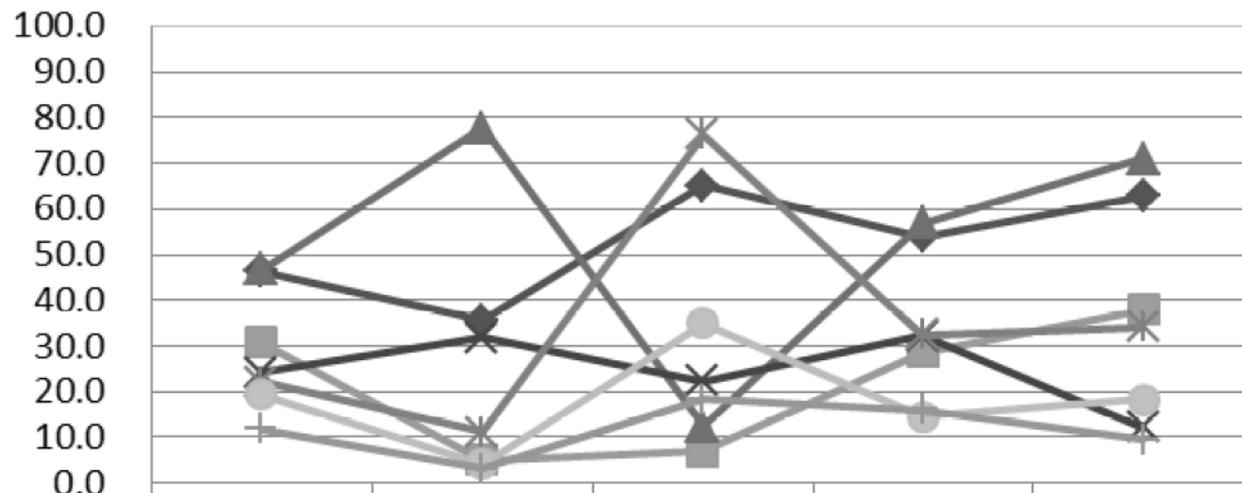
Japan: "Rate of the elderly who go out more than XX days per week"

図1-3-2-4 外出の頻度（択一回答）（主観的な健康状態別）



	ほとんど毎日	2〜3日に1回	週に1回	月に1〜2回	年に数回	ほとんど外出をしない	わからない	不明	外出をする(計)
良い	80.4	15.3	2.8	0.6	—	0.9	—	—	99.1
まあ良い	70.3	21.4	5.1	1.6	—	1.2	—	0.4	98.4
普通	70.4	22.1	5.4	0.7	0.3	1.0	—	—	99.0
あまり良くない	49.0	31.3	10.7	4.0	0.3	4.3	0.3	—	95.3
良くない	31.1	27.9	11.5	6.6	—	23.0	—	—	77.0

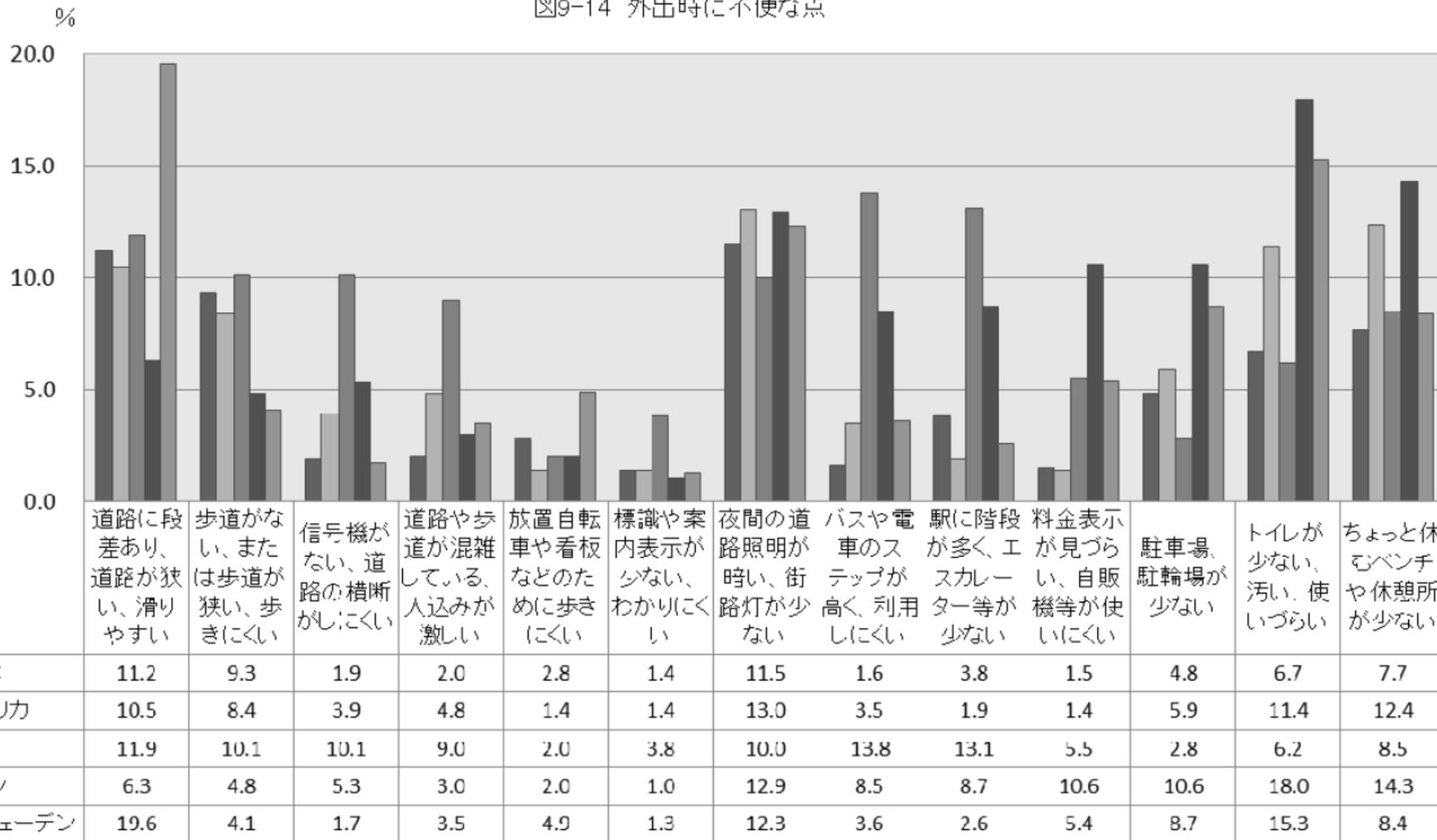
Japan: “Rate of the elderly who go out more than XX days per week”(ref 1)



	日本	アメリカ	韓国	ドイツ	スウェーデン
◆ 徒歩	46.4	35.6	65.0	54.0	62.8
■ 自転車	30.7	5.1	7.0	28.7	37.8
▲ 自分で運転する自動車	46.7	77.6	12.4	56.9	70.9
✕ 家族などの運転する自動車	24.3	31.7	22.3	32.3	12.3
✱ バス・路面電車	22.1	11.2	76.2	32.4	34.1
● 電車・地下鉄	19.3	4.3	35.0	14.6	18.4
⊕ タクシー	11.7	3.2	18.4	15.9	9.4

Japan: “Rate of the elderly who go out more than XX days per week” (ref 2)

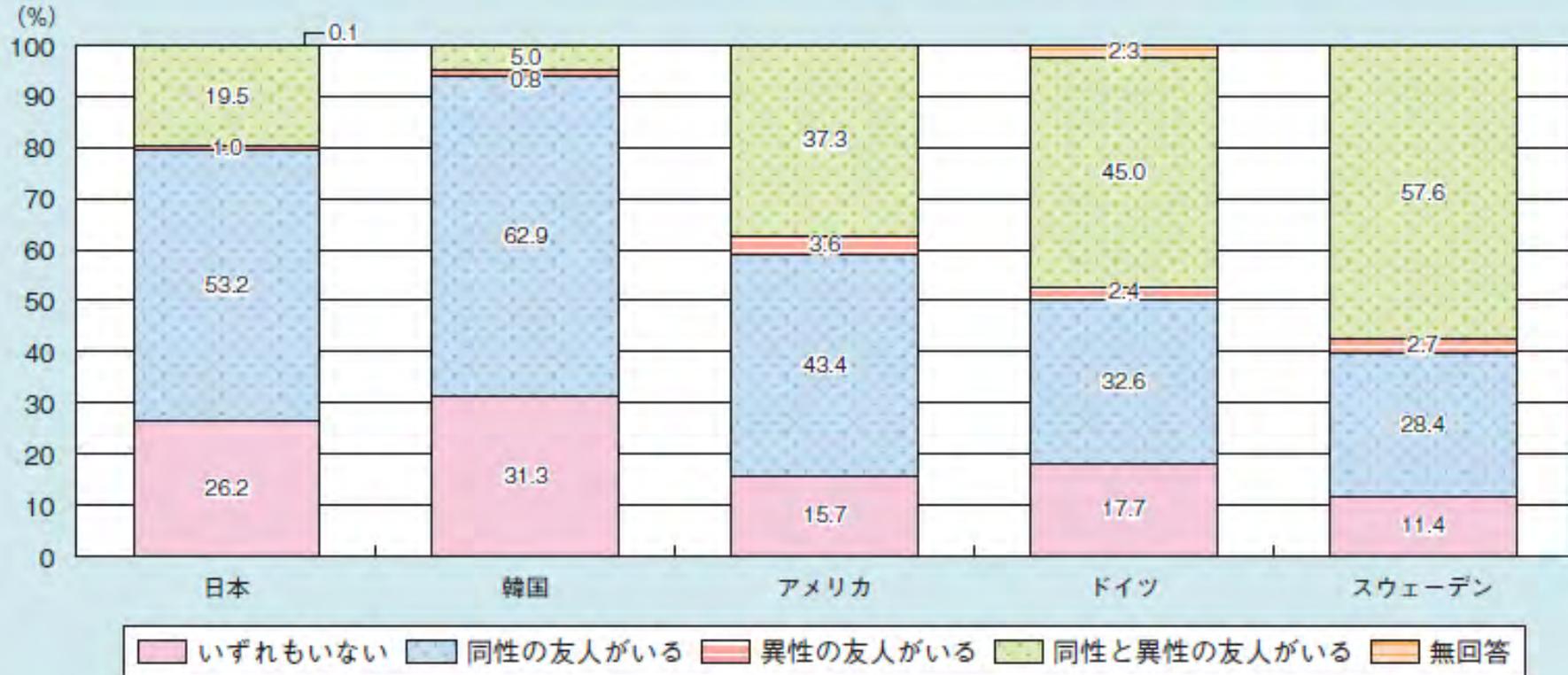
図9-14 外出時に不便な点



Japan: “Rate of the elderly who have confidence in their neighbors/people in the community”

図1-3-2-4

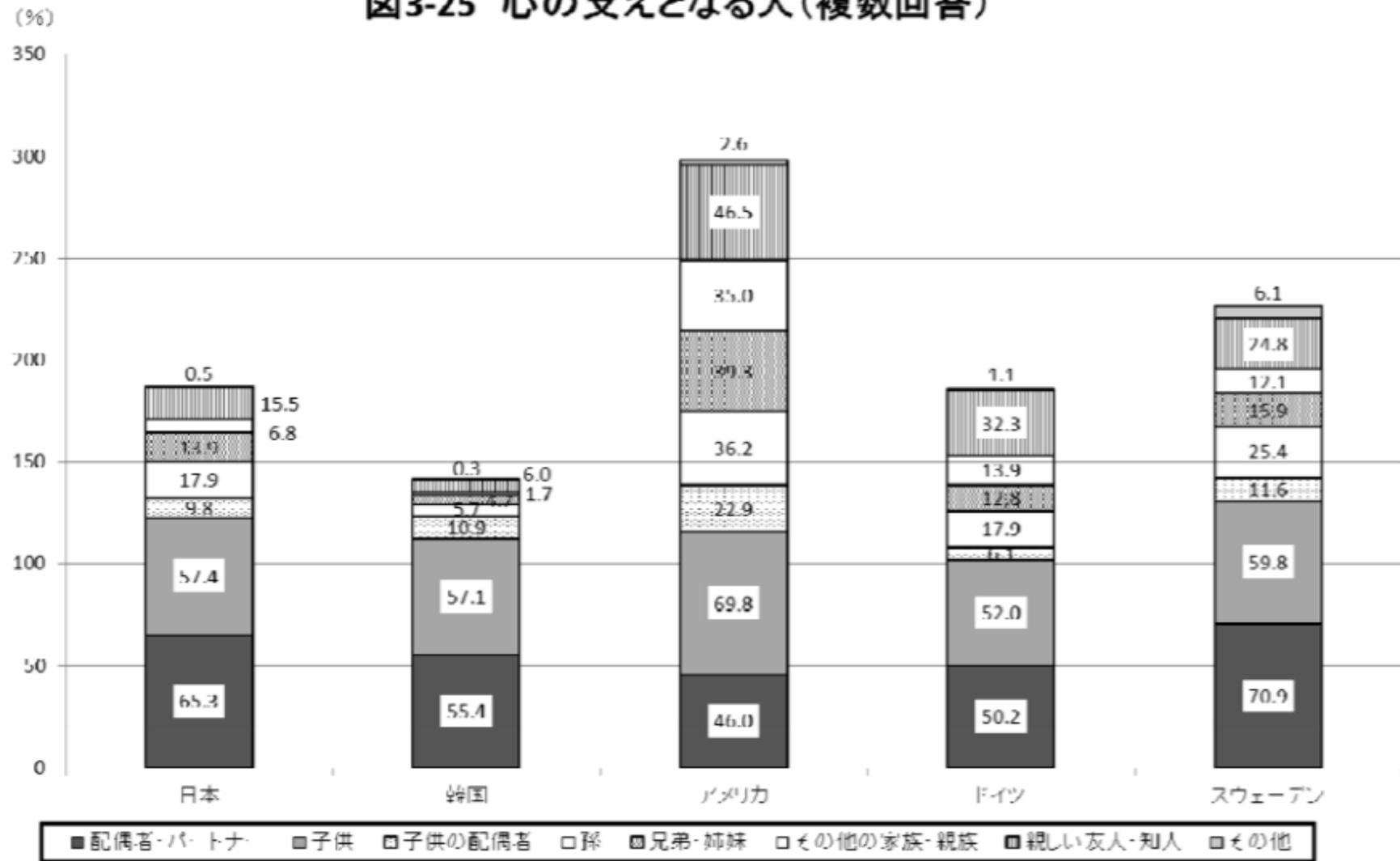
家族以外で相談し合ったり、世話をし合ったりする親しい友人の有無



資料：内閣府「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」(平成22年)
(注) 調査対象は、全国60歳以上の男女

Japan: “Rate of the elderly who have confidence in their neighbors/people in the community (ref 1)”

図3-25 心の支えとなる人(複数回答)



Japan: “Rate of the elderly who have confidence in their neighbors/people in the community (ref 2)”

図1-3-2-2 近所の人たちとの挨拶以外の会話の頻度



資料：内閣府「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」（平成22年）

（注）調査対象は、60歳以上の男女

Japan: “Type, subject and role of health and medical welfare services and accessibility(1)”

Development of welfare policies for the elderly

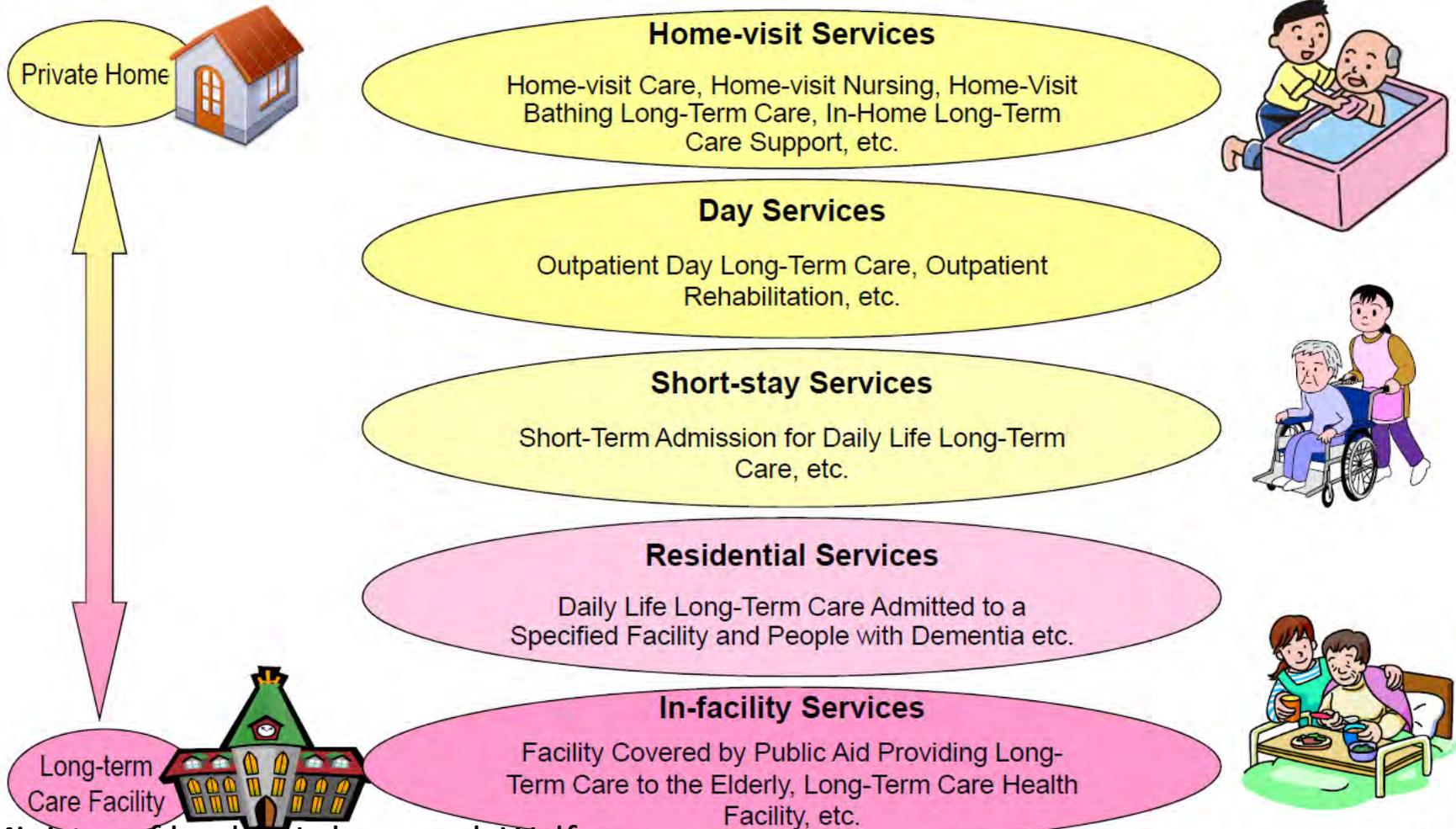
	Aging rate (year)	Major policies
1960s <u>Beginning of welfare policies for the elderly</u>	5.7% (1960)	1963 Enactment of the Act on Social Welfare Services for the Elderly ◇ Intensive care homes for the elderly created ◇ Legislation on home helpers for the elderly
1970s <u>Expansion of healthcare expenditures for the elderly</u>	7.1% (1970)	1973 Free healthcare for the elderly
1980s <u>“Social hospitalization” and “bedridden elderly people” as social problems</u>	9.1% (1980)	1982 Enactment of the Health and Medical Services Act for the Aged ◇ Adoption of the payment of co-payments for elderly healthcare, etc. 1989 Establishment of the Gold Plan (10-year strategy for the promotion of health and welfare for the elderly) ◇ Promotion of the urgent preparation of facilities and in-home welfare services
1990s <u>Promotion of the Gold Plan</u>	12.0% (1990)	1994 Establishment of the New Gold Plan (new 10-year strategy for the promotion of health and welfare for the elderly) ◇ Improvement of in-home long-term care
<u>Preparation for adoption of the Long-Term Care Insurance System</u>	14.5% (1995)	1997 Enactment of the Long-Term Care Insurance Act
2000s <u>Introduction of the Long-Term Care Insurance System</u>	17.3% (2000)	2000 Enforcement of the Long-Term Care Insurance System

Ministry of health, Labour and Welfare

https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/ltcisj_e.pdf

Japan: “Type, subject and role of health and medical welfare services and accessibility(2)”

Varieties of Long-term Care Insurance Services



Ministry of health, Labour and Welfare

https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/ltcisj_e.pdf

Japan: “Type and role of the health care workers and their training (1)”

介護・福祉サービス従事者数の推移（実人員）

平成17年における介護・福祉サービスの従事者数は、人材確保指針が策定された平成5年の約71万人から約4.6倍に増加しており、特に、老人分野においては約1.2倍と大幅に増加している（平成12年の介護保険制度導入後においては約2倍に増加）。

	平成5年	平成12年	平成17年
老人分野	167,898 〔 100 〕	1,048,681 〔 625 〕	1,971,225 〔 1,174 〕
障害者分野	130,254 〔 100 〕	159,550 〔 122 〕	671,718 〔 516 〕
児童分野	373,892 〔 100 〕	447,013 〔 120 〕	556,008 〔 149 〕
その他	37,967 〔 100 〕	43,831 〔 115 〕	77,604 〔 204 〕
合計	710,011 〔 100 〕	1,699,075 〔 239 〕	3,276,555 〔 461 〕

注) 人数の下段の括弧書きの数値は、各分野において平成5年を100とした指数。

Japan: “Type and role of the health care workers and their training (2)”

介護職員数の推移と介護福祉士の割合（実人員）

介護職員数は平成12年の約55万人から平成17年の約112万人と約2倍になっており、最近では毎年約10万人ずつ増加している。
また、介護職員に占める介護福祉士の割合は施設で約4割、在宅で約2割で推移している。

		平成12年		平成13年		平成14年		平成15年		平成16年		平成17年	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
合計	介護職員	548,924		661,588		755,810		884,981		1,002,144		1,124,691	
	《介護職員》(介護福祉士数把握可能な施設・サービスのみ)	543,780	24.2%	650,386	24.1%	734,214	24.0%	844,517	23.0%	917,892	23.9%	1,124,691	23.4%
	うち介護福祉士数	131,554		156,436		176,257		194,567		219,331		263,048	
施設	介護職員	236,213	31.7%	253,951	34.2%	265,560	35.2%	281,478	36.0%	298,141	37.1%	312,369	38.1%
	うち介護福祉士数	74,863		86,774		93,573		101,412		110,498		118,930	
在宅サービス (※)	介護職員	307,567	18.4%	396,435	17.6%	468,654	17.6%	563,039	16.5%	619,751	17.6%	812,322	17.7%
	うち介護福祉士数	56,691		69,662		82,684		93,155		108,833		144,118	

(※)平成16年以前は「認知症対応型共同生活介護」及び「特定施設入所者生活介護」の介護福祉士数が不明であるため、「在宅サービス」欄の介護職員数には、この2種類のサービスの介護職員数は含めていない。

資料出所:「介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省大臣官房統計情報部)

Japan: “Type and role of the health care workers and their training (3)”

介護の担い手確保の現状と課題

1. 介護人材の養成の現状

○ 介護人材の養成については、現在介護の仕事に従事している者を含めて、年間介護福祉士約10万人、ホームヘルパー約30万人が養成されており、一定程度供給力は充足している状況にある。

※ 介護福祉士とホームヘルパーの年間養成者数

	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年
介護福祉士	44,674	50,640	58,102	80,010	91,643
ホームヘルパー	331,511	347,944	350,971	317,965	237,884
合計	376,185	398,584	409,073	397,975	329,527

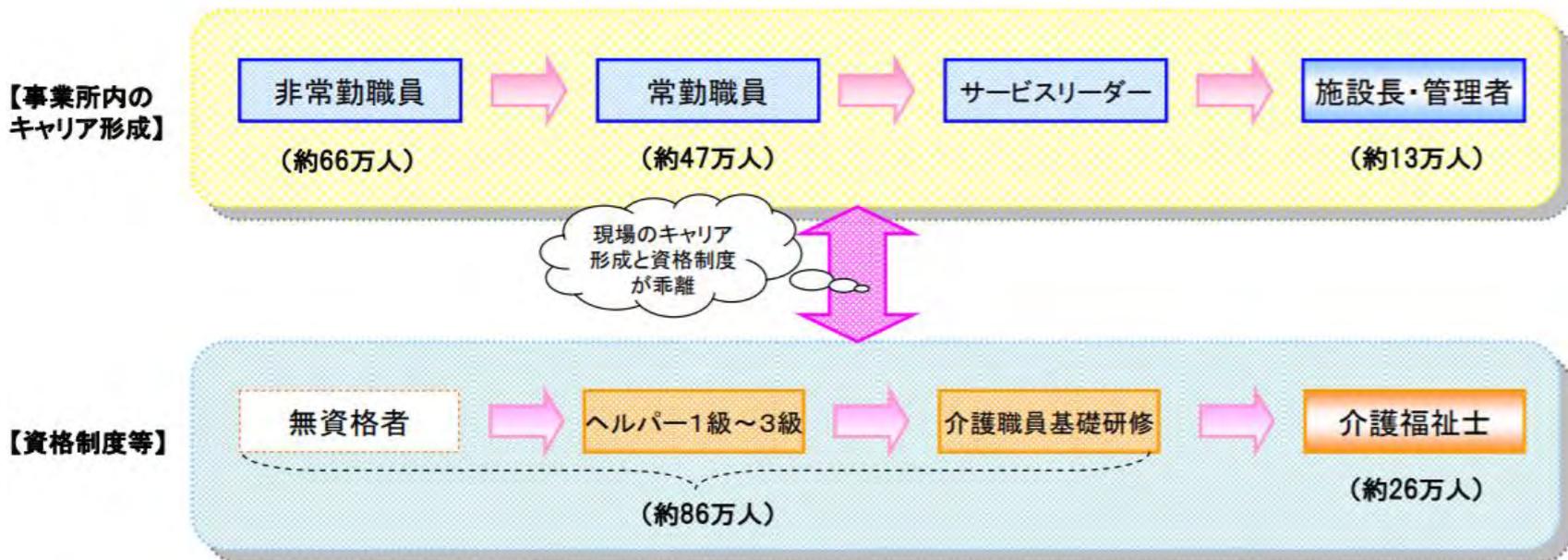
(注1)これらの養成者数の中には、既に介護の仕事に従事している者を含む値である。

(注2)ホームヘルパーの養成者数については、1級から3級までの累計である。

Japan: “Type and role of the health care workers and their training (4)”

3. 介護分野におけるキャリアアップの仕組み

- 介護分野においては、職員数の少ない、中小規模の事業者が多いため、定期的な人事ローテーションや昇進の仕組み等の構築が困難。
- また、施設長や管理者については、資格要件が無資格者でも足りることとされているため、介護福祉士や社会福祉士といった国家資格を取得した者が必ずしも有効に活用されていないなど、現場でのキャリア形成と資格制度の関係が曖昧になっている。



(注) () 書は平成17年度の介護分野で従事する者の人数を示す。

Japan: "Type and role of the health care workers and their training (ref 1)"

入職率・離職率（全体）

「訪問介護員＋介護職員」の入職率は28.2%、離職率は20.2%であり、ともに全労働者の入職率（17.4%）及び離職率（17.5%）を上回っている。

		入職率	離職率 ^(%)
訪問介護員＋介護職員	計	28.2	20.2
	正社員	23.5	16.8
	非正社員	30.8	22.2

		入職率	離職率
(参考) 全労働者	計	17.4	17.5
	男	14.2	14.6
		女	21.8
	一般労働者	13.4	13.8
	パートタイム労働者	31.0	30.3

(注)正社員は一般労働者よりも概念が狭く、非正社員は、パートタイム労働者よりも概念が広い。単純に全労働者の一般労働者、パートタイム労働者と介護職員の正社員、非正社員との入職率や離職率を比較するには注意が必要である。

※正社員：雇用している労働者の雇用期間の定めのない者のうち、パートタイム労働者や他企業への出向者を除いた者。

※非正社員：正社員以外の労働者（契約社員、嘱託社員、臨時的雇用者、パートタイム労働者）

※一般労働者：常用労働者のうちパートタイム労働者を除いた者。

※パートタイム労働者：常用労働者のうち次のいずれかに該当する労働者をいう。

ア 1日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い者。

イ 1日の所定労働時間が一般の労働者と同じで一週の所定労働日数が一般の労働者よりも短い者。

※入(離)職率：訪問介護員＋介護職員：平成16年10月31日の従事者数に対するその後1年間の採用(離職)者数の割合

全労働者：平成17年1月1日現在の常用労働者数に対する1月1日から12月の期間中の入(離)職者の割合

資料出所：訪問介護員＋介護職員：事業所における介護労働実態調査(平成18年6月)(介護労働安定センター)

全労働者：雇用動向調査(平成17年)(厚生労働省大臣官房統計情報部)

Japan: “Type and role of the health care workers and their training (ref 2)”

職種別きまって支給する現金給与額等

福祉施設介護員、ホームヘルパーの給与は、年齢が低く勤続年数が短いことに留意する必要があるが、それぞれ男性労働者・女性労働者の平均年収試算額に比べ、低額となっている。

区 分	企業規模計					年収試算額 千円
	年齢 歳	勤続年数 年	きまって支給する 現金給与額		年間賞与その他特別給与額 千円	
			千円	千円		
全労働者	40.7	12.0	330.8	302.0	905.2	4,529.2
男性労働者	41.6	13.4	372.1	337.8	1,057.8	5,111.4
女性労働者	38.7	8.7	239.0	222.5	566.4	3,236.4
福祉施設介護員(男)	32.1	4.9	227.9	214.7	577.1	3,153.5
福祉施設介護員(女)	37.0	5.1	204.3	193.3	490.6	2,810.2
ホームヘルパー(女)	44.1	4.9	198.8	187.3	376.1	2,623.7
介護支援専門員(女)	45.3	7.7	260.5	251.6	714.9	3,734.1
看護師(女)	35.4	7.0	315.6	279.5	846.3	4,200.3
看護補助者(女)	42.6	6.3	191.5	178.6	466.3	2,609.5

(注) 賃金構造基本統計調査は年収は調査していないが、下記算式により参考数値として試算した。

$$\text{年収試算額} = \text{「所定内給与額} \times 12 \text{ヶ月} + \text{年間賞与その他特別給与額」}$$

◎「きまって支給する現金給与額」とは、労働契約、労働協約あるいは、事業所の就業規則などによってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給された現金給与額。手取額でなく、税込みの額。

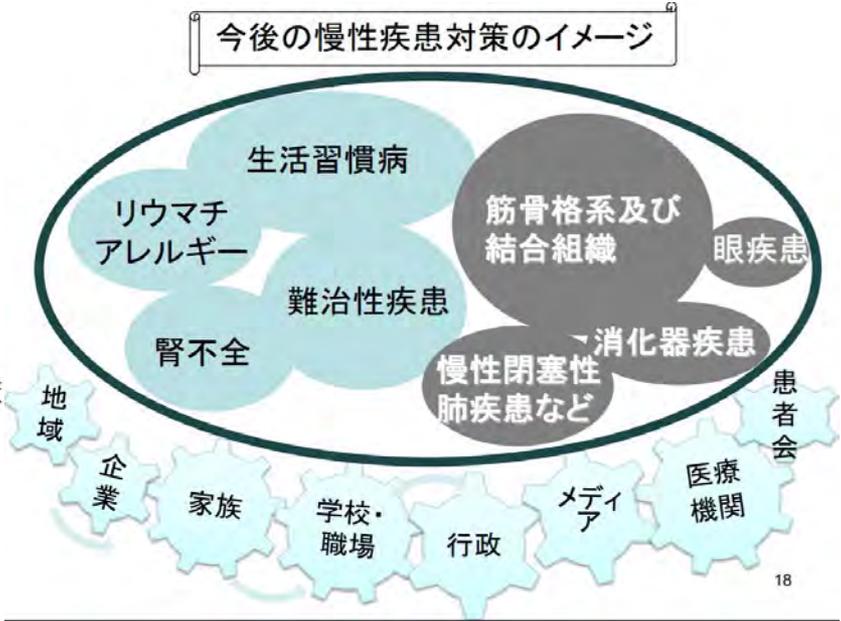
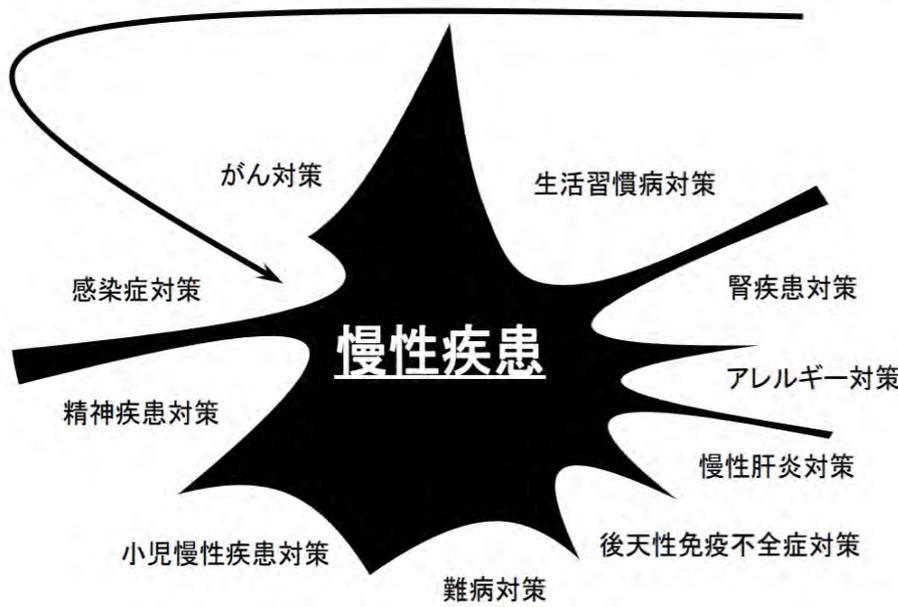
現金給与額には、基本給、職務手当、精皆動手当、通勤手当、家族手当などが含まれるほか、超過労働給与額も含む。

◎「所定内給与額」とは、月間きまって支給する現金給与額のうち、超過労働給与額以外のものをいう。

資料出所：平成17年賃金構造基本統計調査（厚生労働省大臣官房統計情報部）

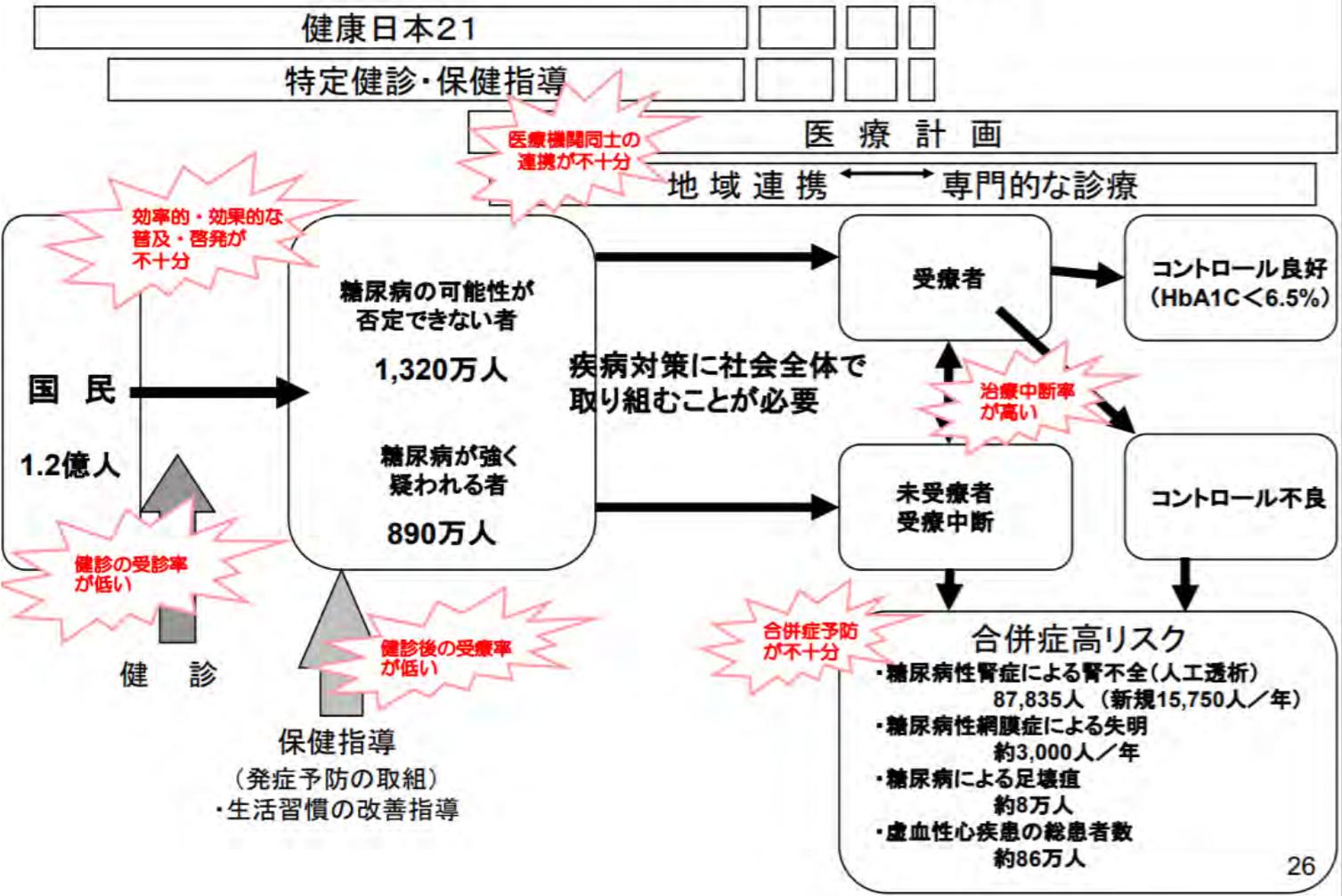
Japan: "List of policies to address NCDs"

行政から慢性疾患へのアプローチ
 ~ 個別の行政施策があまり行われていない領域 ~



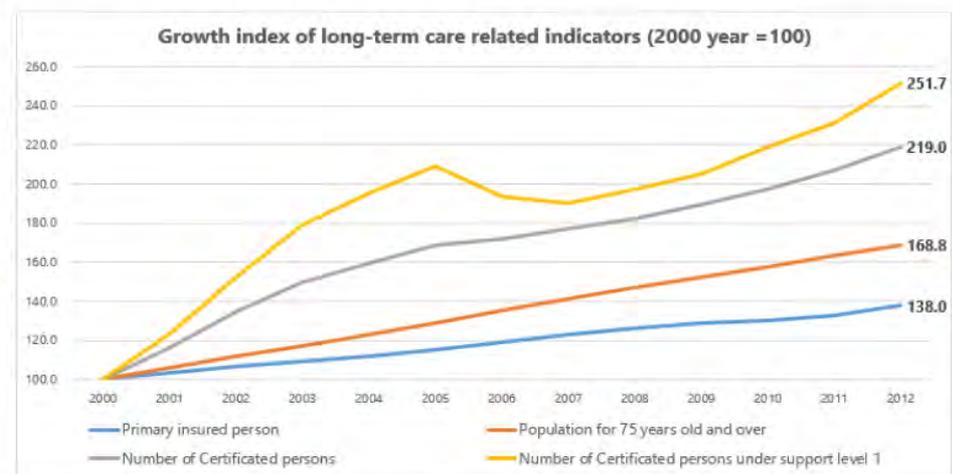
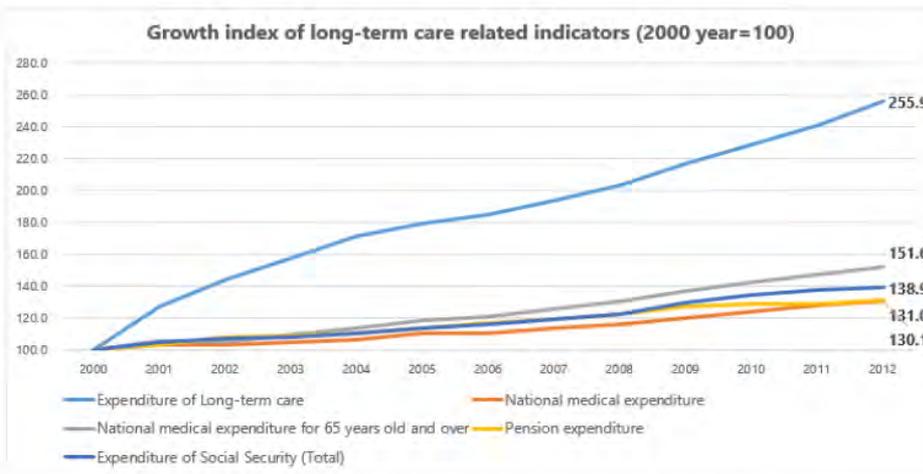
Japan: "List of policies to address NCDs (ref)"

糖尿病についての概況(例示)



Japan: Financial sustainability of the services (1)

Rapid Growth of Long-term care Expenditure



Source: Ministry of Health, Labour, and Welfare "Monthly Report on the Status of Long-term Care Insurance"
"National Health Expenditure", National Institute of Population and Social Security Research
"The Financial Statistics of Social Security in Japan"

Source: Ministry of Health, Labour, and Welfare "Monthly Report on the Status of Long-term Care Insurance"
Ministry of Internal Affairs, Statistical Bureau "Population Census", "Population Estimates"

Japan: Financial sustainability of the services (2)

Two Sustainability Problems for Long-term Care in Japan

1. Fiscal Sustainability

- The expenditure of Long-term care insurance is expanding rapidly compared to pension or medical cost.
- In future, the expenditure of Long-term care will be burden more for fiscal conditions.

2. Shortage of Labor Supply for Long-term Care Service

- It would be almost impossible to increase care service supply in order to satisfy rapidly increasing demand of elderly.
- The mismatch between demand and supply in regional base would enlarge in near future.

Japan: Type of care givers (home or facility)

地域包括ケア 情報共有システム構想

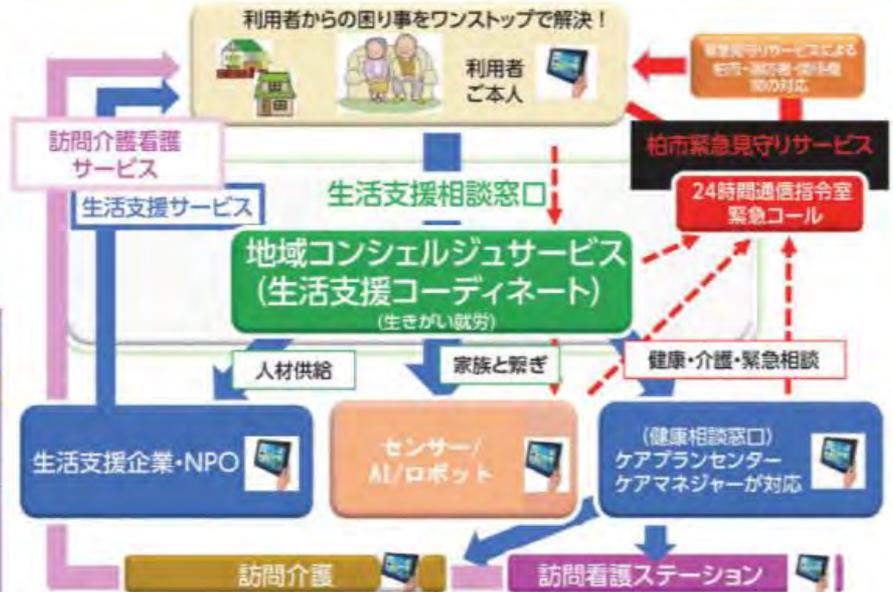
(地域高齢者世帯、医療・介護・生活支援・見守り等総合サービスシステム)

地域の多様な活動主体(市民・団体・民間事業者など)が協働する地域ネットワークを展開し、あらゆる困りごとやニーズをワンストップかつシームレスに解決する仕組みづくりを目指す。

豊四季台地域高齢者世帯生活支援サービス(案)



豊四季台地域高齢者世帯見守り生活支援サービス(案)



Japan: Type of care givers (home or facility) (ref 1)

日本の高齢化と高齢者ケアの変遷と展望（1）

○日本の高齢者ケア政策の大きな流れ①

1. 施設中心型から在宅中心に向けての時代（1950年－2005年）

【背景】 10%台の高齢化率、慢性疾患（=要介護期間の長期化）中心への変化、子供との同居世帯が主流

【政策の考え方】

入所施設の整備（低所得一人暮らし世帯中心から全世帯へのニーズの拡大）

→早くから在宅ケアへの模索（通所、一時入所、訪問介護の三つの柱のサービスの整備の努力と介護保険の導入）

→在宅ケア政策の限界（在宅は軽度の要介護の高齢者世帯の支援が中心で、最期は施設と病院に依存）

=都市部の高齢化と一人暮らしの高齢者世帯中心へのシフトに伴い施設と病院中心の対応に限界

→政策のイノベーションの必要性

=地域包括ケア政策【2025年が転換点の目標】

Japan: Type of care givers (home or facility) (ref 2)

日本の高齢化と高齢者ケアの変遷と展望（2）

○日本の高齢者ケア政策の大きな流れ②

2. ケア思想の大転換の時代（2005年—現在）

【背景】 20%以上の高齢化率、高齢者一人暮らしが主流、都市部を中心とする85歳以上人口の大幅増加

【政策の考え方】

高齢者一人暮らし世帯を基本においた日常生活圏単位の在宅ケア（ユニットケアからの学び、小規模多機能居宅介護等）

i) 介護予防の重視（フレイル予防とまちづくり）

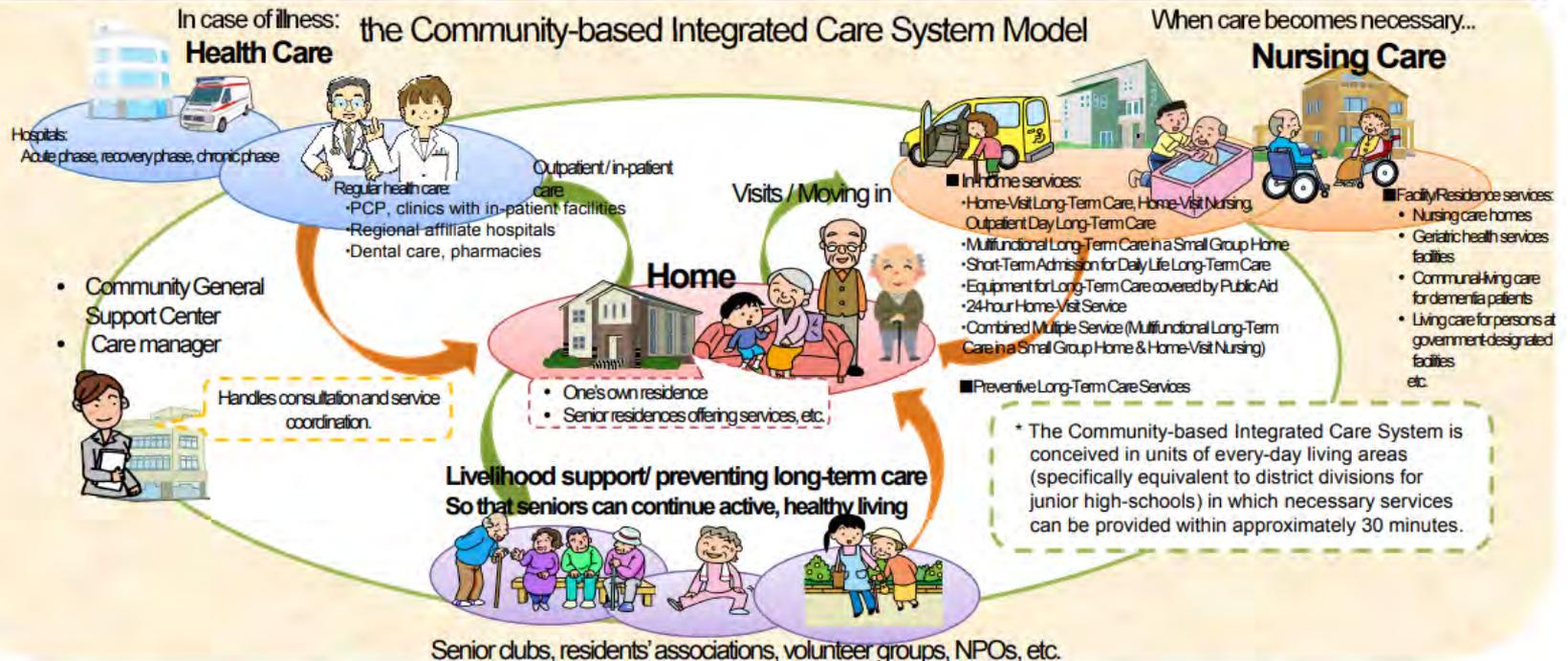
ii) 一人暮らしの中重度の要介護高齢者の在宅ケアの重視（24時間対応の在宅医療と在宅介護サービスの連携拠点。公的な特別養護老人ホームの新設の抑制）

➡地域包括ケアシステムの展開

Japan: “Support system of home care (Engagement of hospital professionals in the community care and supports for informal care givers)”

Establishing ‘the Community-based Integrated Care System’

- By 2025 when the baby boomers will become age 75 and above, a structure called ‘the Community-based Integrated Care System’ will be established that comprehensively ensures the provision of health care, nursing care, prevention, housing, and livelihood support. By this, the elderly could live the rest of their lives in their own ways in environments familiar to them, even if they become heavily in need for long-term care.
- As the number of elderly people with dementia is estimated to increase, establishment of the Community-based Integrated Care System is important to support community life of the elderly with dementia.
- The progression status varies place to place; large cities with stable total population and rapidly growing population of over 75, and towns and villages with decrease of total population but gradual increase of population over 75.
- It is necessary for municipalities as insurers of the Long-term Care Insurance System as well as prefectures to establish the Community-based Integrated Care System based on regional autonomy and independence.



Japan: Number of facilities for the elderly in need of care

表2 施設数、定員、1施設当たり定員（基本票）

各年10月1日現在

	施設数		定員(人)		1施設当たり定員(人)	
	平成29年 (2017)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成28年 (2016)
介護老人福祉施設	7 891	7 705	542 498	530 280	68.7	68.8
介護老人保健施設	4 322	4 241	372 679	370 366	86.2	87.3
介護療養型医療施設 ¹⁾	1 196	1 324	53 352	59 106	44.6	44.6

注:1) 介護療養型医療施設における「定員」は、介護指定病床数である。

Japan: Number of facilities for the elderly in need of care (ref)

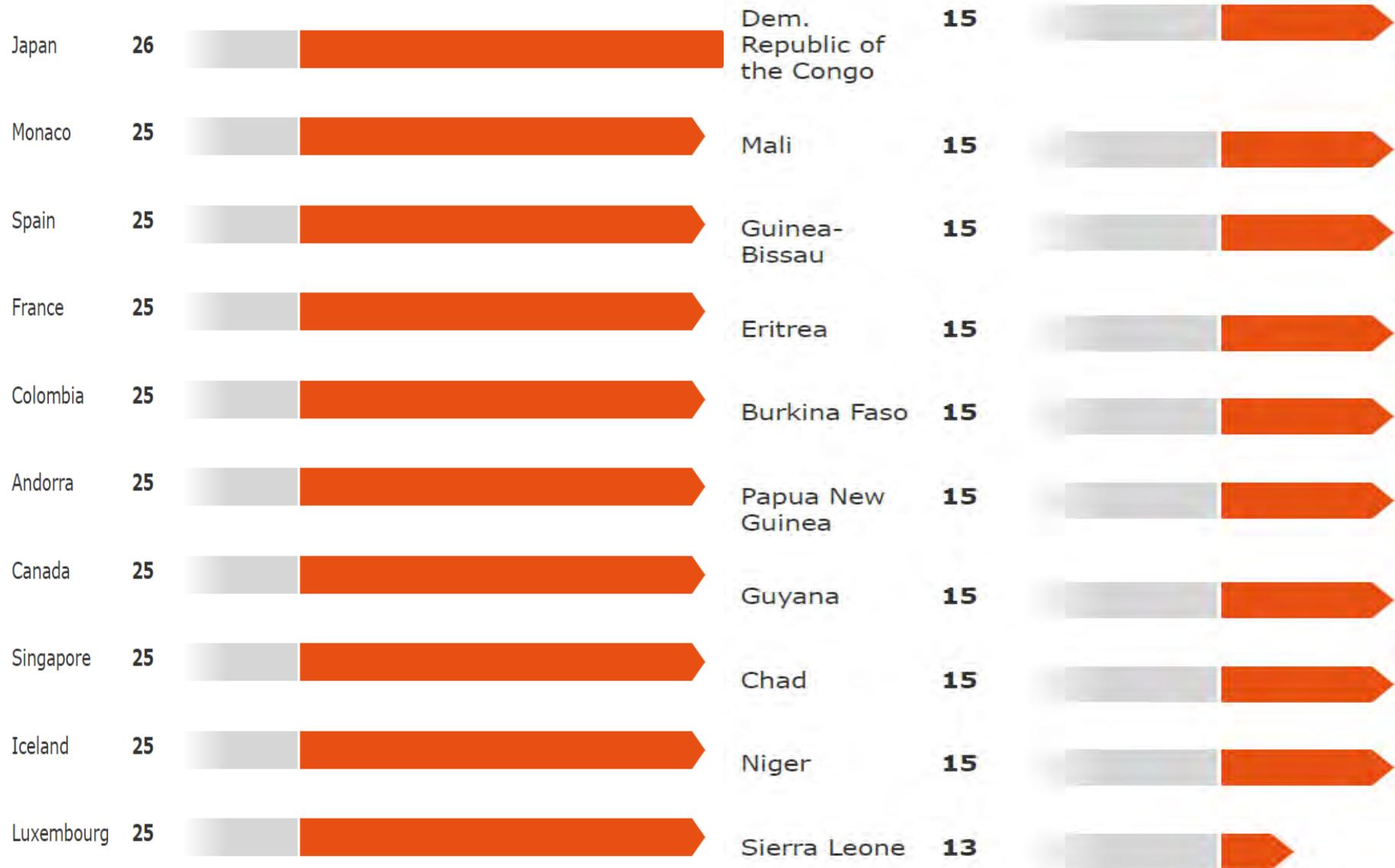
表3 定員階級別施設数及び構成割合（基本票）

平成29年10月1日現在

	介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護療養型医療施設 ¹⁾	
	施設数	構成割合 (%)	施設数	構成割合 (%)	施設数	構成割合 (%)
総 数	7 891	100.0	4 322	100.0	1 196	100.0
1～ 9 人	・	・	5	0.1	205	17.1
10～ 19	・	・	83	1.9	235	19.6
20～ 29	・	・	214	5.0	113	9.4
30～ 39	636	8.1	67	1.6	120	10.0
40～ 49	404	5.1	129	3.0	121	10.1
50～ 59	2 484	31.5	338	7.8	121	10.1
60～ 69	710	9.0	228	5.3	88	7.4
70～ 79	683	8.7	249	5.8	19	1.6
80～ 89	1 275	16.2	606	14.0	18	1.5
90～ 99	374	4.7	338	7.8	40	3.3
100～ 109	784	9.9	1 586	36.7	21	1.8
110～ 119	166	2.1	52	1.2	22	1.8
120～ 129	143	1.8	101	2.3	20	1.7
130～ 139	66	0.8	45	1.0	5	0.4
140～ 149	44	0.6	47	1.1	4	0.3
150 人以上	122	1.5	234	5.4	44	3.7

注:1) 介護療養型医療施設における「定員」は、介護指定病床数である。

Life Expectancy at age 60



Healthy Life Expectancy

順位	国名	健康寿命 男女平均(歳) [2016年]
1	シンガポール	76.2
2	日本	74.8
3	スペイン	73.8
4	スイス	73.5
5	フランス	73.4
6	キプロス	73.3
7	カナダ	73.2
7	イタリア	73.2
9	オーストラリア	73.0
9	アイスランド	73.0
9	ノルウェー	73.0
9	韓国	73.0
13	イスラエル	72.9

170	モザンビーク	52.2
172	ギニアビサウ	51.7
173	カメルーン	51.1
174	マリ	50.7
175	南スーダン	50.6
176	スワジランド	50.2
177	ソマリア	50.0
178	ナイジェリア	48.9
179	コートジボワール	48.3
180	シエラレオネ	47.6
181	チャド	47.2
182	レソト	46.6
183	中央アフリカ共和国	44.9

Subjective sense of well-being

Ranking of national happiness

Japan: rank 58

Overall rank	Country or region	Score	GDP per capita	Social support	Healthy life expectancy	Freedom to make life choices	Generosity	Perceptions of corruption
1	 Finland	7.769	1.340	1.587	0.986	0.596	0.153	0.393
2	 Denmark	7.600	1.383	1.573	0.996	0.592	0.252	0.410
3	 Norway	7.554	1.488	1.582	1.028	0.603	0.271	0.341
4	 Iceland	7.494	1.380	1.624	1.026	0.591	0.354	0.118
5	 Netherlands	7.488	1.396	1.522	0.999	0.557	0.322	0.298
6	 Switzerland	7.480	1.452	1.526	1.052	0.572	0.263	0.343
7	 Sweden	7.343	1.387	1.487	1.009	0.574	0.267	0.373
8	 New Zealand	7.307	1.303	1.557	1.026	0.585	0.330	0.380
9	 Canada	7.278	1.365	1.505	1.039	0.584	0.285	0.308
10	 Austria	7.246	1.376	1.475	1.016	0.532	0.244	0.226

147	 Haiti	3.597	0.323	0.688	0.449	0.026	0.419	0.110
148	 Botswana	3.488	1.041	1.145	0.538	0.455	0.025	0.100
149	 Syria	3.462	0.619	0.378	0.440	0.013	0.331	0.141
150	 Malawi	3.410	0.191	0.560	0.495	0.443	0.218	0.089
151	 Yemen	3.380	0.287	1.163	0.463	0.143	0.108	0.077
152	 Rwanda	3.334	0.359	0.711	0.614	0.555	0.217	0.411
153	 Tanzania	3.231	0.476	0.885	0.499	0.417	0.276	0.147
154	 Afghanistan	3.203	0.350	0.517	0.361	0.000	0.158	0.025
155	 Central African Republic	3.083	0.026	0.000	0.105	0.225	0.235	0.035

44

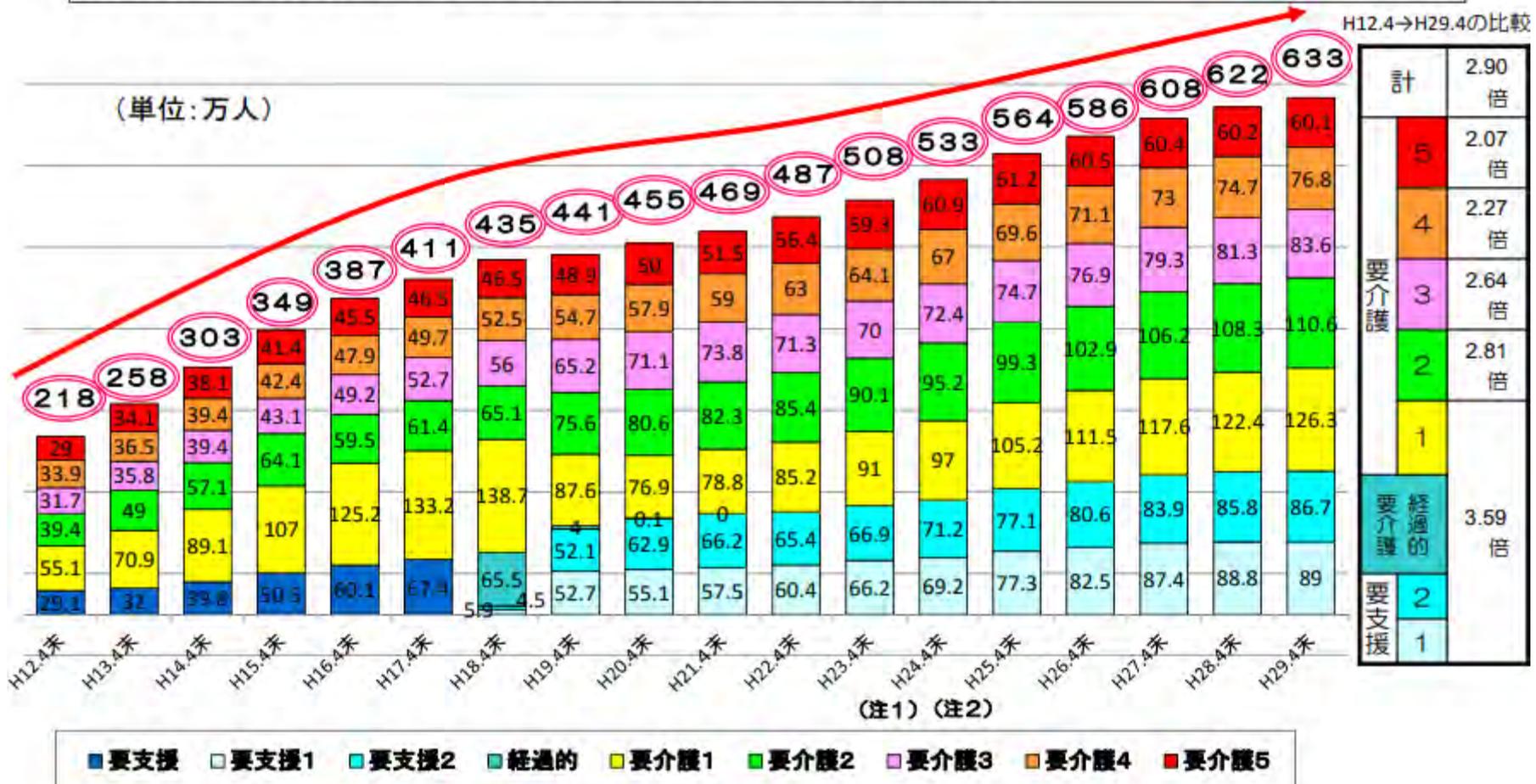
Japan: Rate of the elderly with disability (those who need support/assistance in daily activities, dementia) (1)

要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成28年4月現在633万人で、この17年間で約2.90倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。

H12.4→H29.4の比較

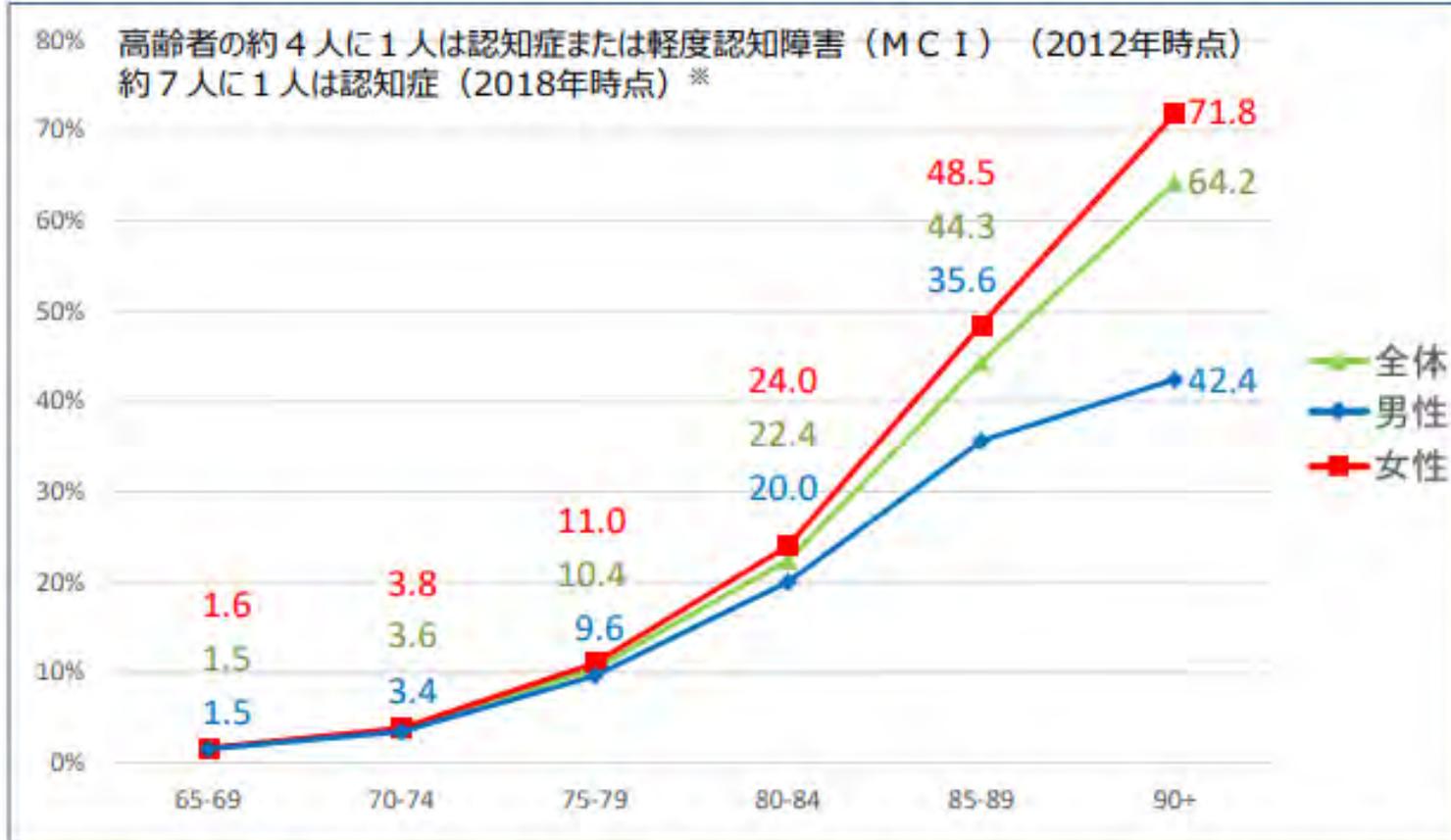
(単位:万人)



Japan: Rate of the elderly with disability

(those who need support/assistance in daily activities, dementia) (2)

一万人コホート年齢階級別の認知症有病率



※ 2012年時点の推計は厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成24年度総合研究報告書による。2018年時点の推計は日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究(研究代表者二宮教授)」において開始時に悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町のデータ解析の当初の結果である。

Japan: Rate of the elderly with disability (those who need support/assistance in daily activities, dementia) (ref)

【参考】 認知症の人の将来推計について

○ 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。

✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合: 19%。

✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合: 20.6%。

※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

○ 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

Rate of the elderly who disease at home

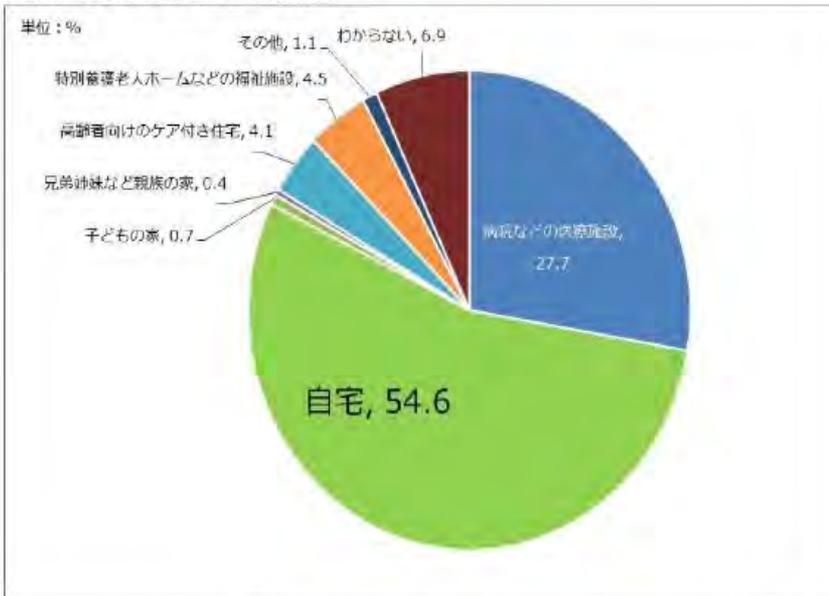
図1：在宅医療を受けた推計外来患者数の年次推移



出典：厚生労働省「2017年患者調査」を基に作成

Japan: Rate of the elderly with disability (ref)

図2：最期を迎えたい場所の割合

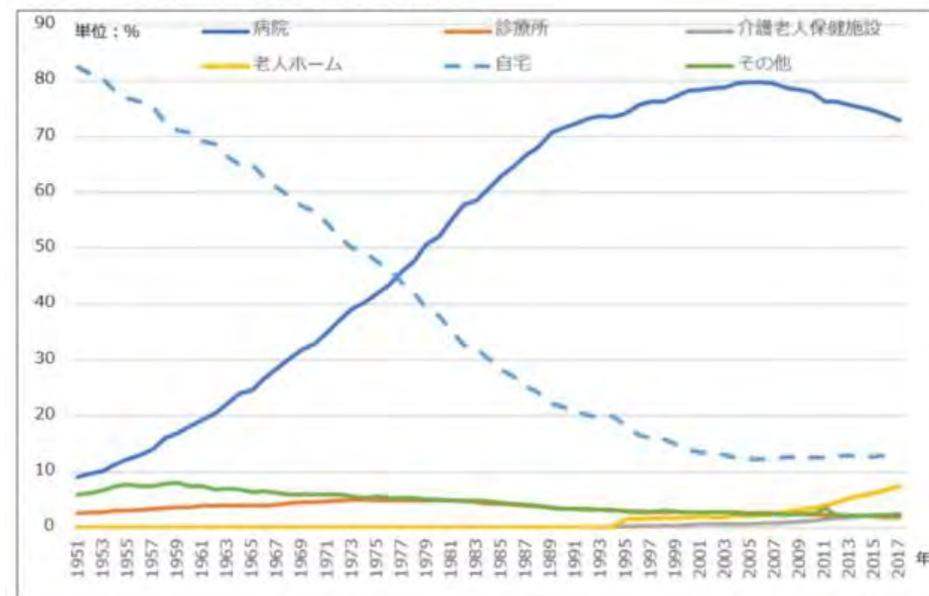


出典：内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」2012年調査を基に作成

注1：回答数は1,919人。

注2：「万一、あなたが治る見込みがない病気になった場合、最期はどこで迎えたいですか」という設問。

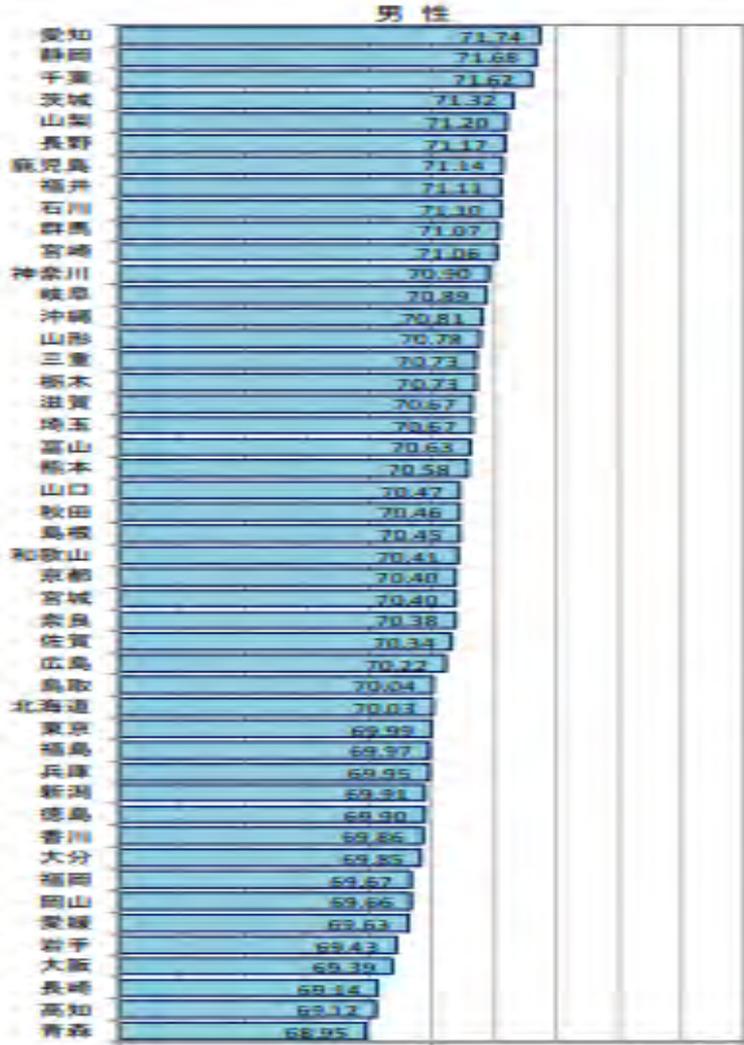
図3：日本人の亡くなった場所の推移



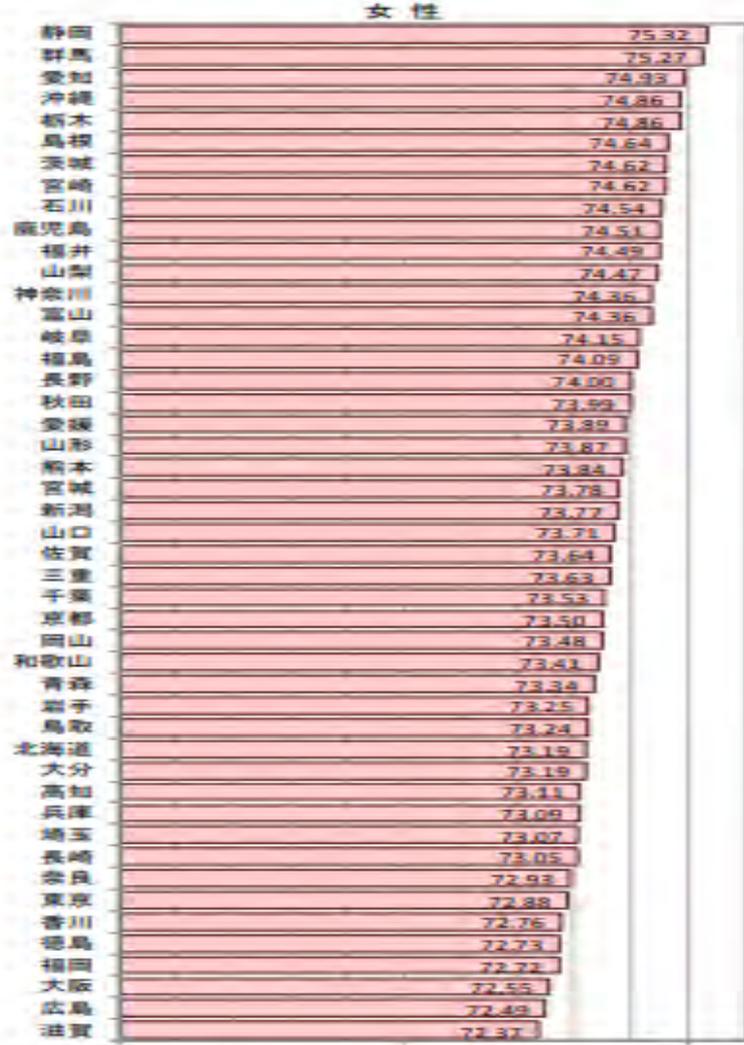
出典：厚生労働省「人口動態統計」を基に作成

Japan: Health Disparity (e.g. difference of life expectancy by areas, occupation and educational background)(1)

図4 都道府県別 日常生活に制限のない期間の平均 (平成 22 年)



最長と最短の差 2.79年

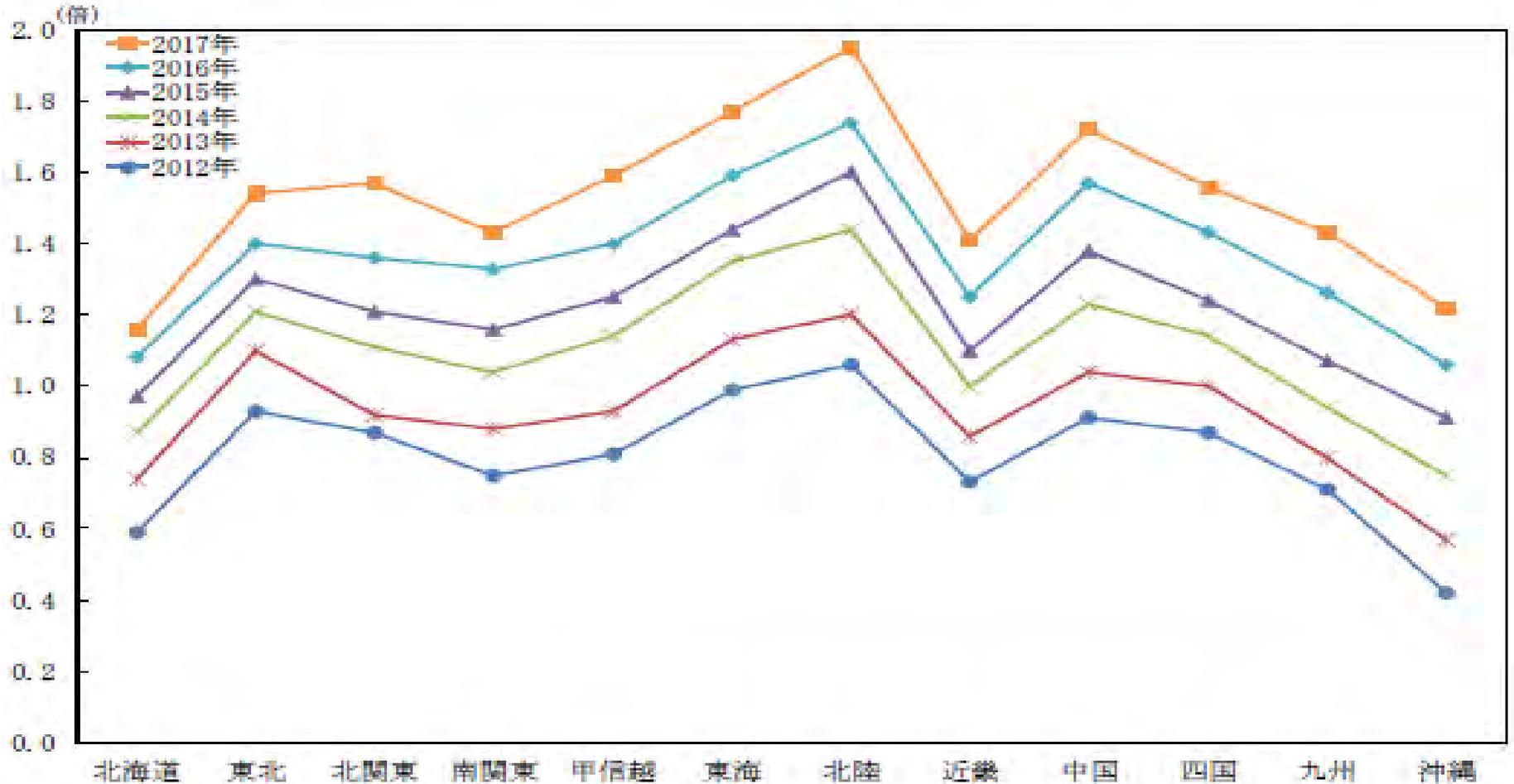


最長と最短の差 2.95年

(資料：厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」)

Japan: Health Disparity (e.g. difference of life expectancy by areas, occupation and educational background) (2)

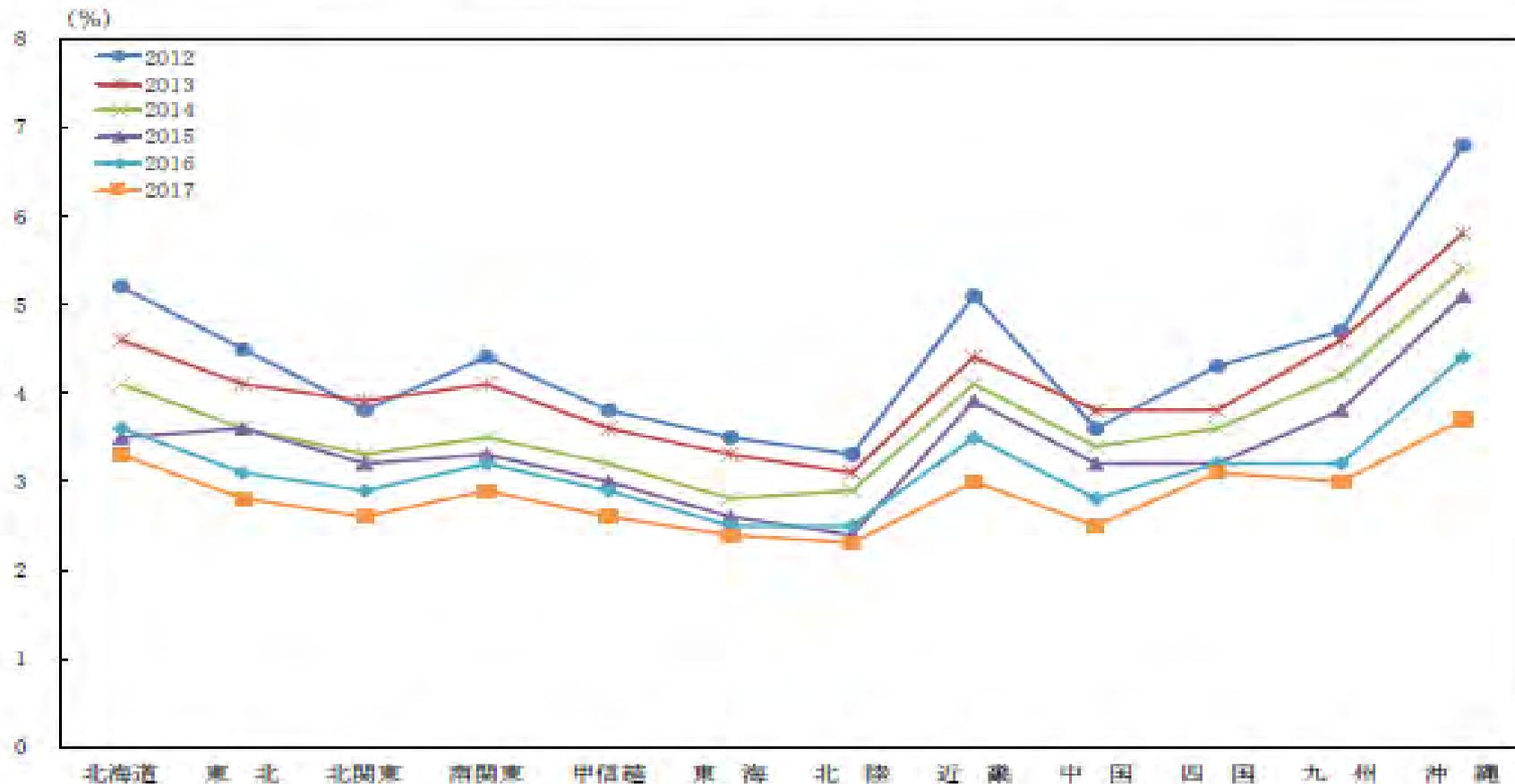
第1-1-4図 地域別有効求人倍率（就業地別）の推移（2012年～2017年）



(備考) 厚生労働省「一般職業紹介状況」により作成。

Japan: Health Disparity (e.g. difference of life expectancy by areas, occupation and educational background) (3)

第1-1-8図 地域別完全失業率の推移 (2012年~2017年)

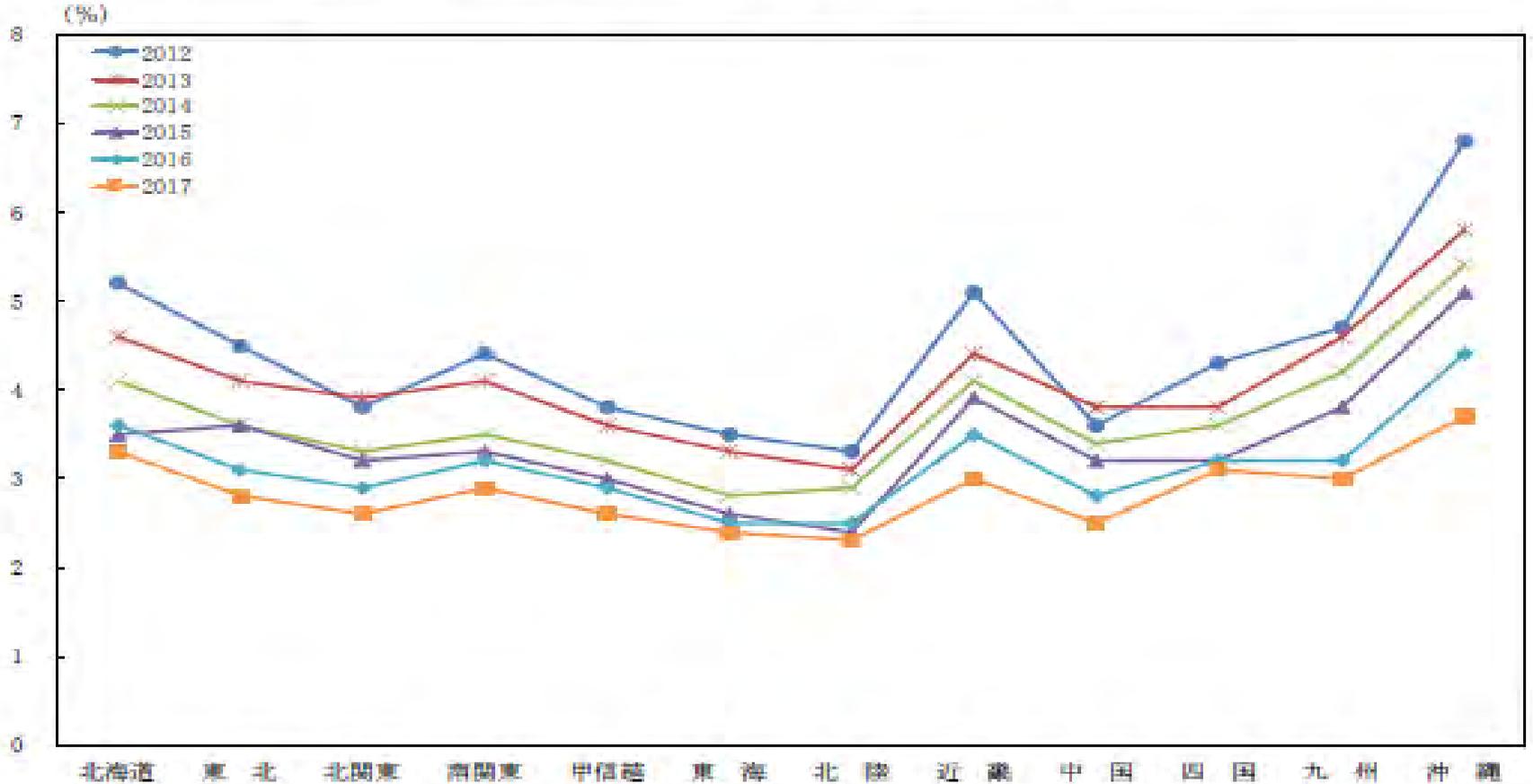


(備考) 1. 総務省「労働力調査」により作成。

2. 北関東、甲信越、北陸は、総務省「労働力調査」の都道府県別モデル推計から算出した労働力人口、完全失業者の県別シェアを同調査公表値に乗じることで県別の人数を計算し、内閣府にて作成。

Japan: Health Disparity (e.g. difference of life expectancy by areas, occupation and educational background) (4)

第1-1-8図 地域別完全失業率の推移 (2012年~2017年)



(備考) 1. 総務省「労働力調査」により作成。

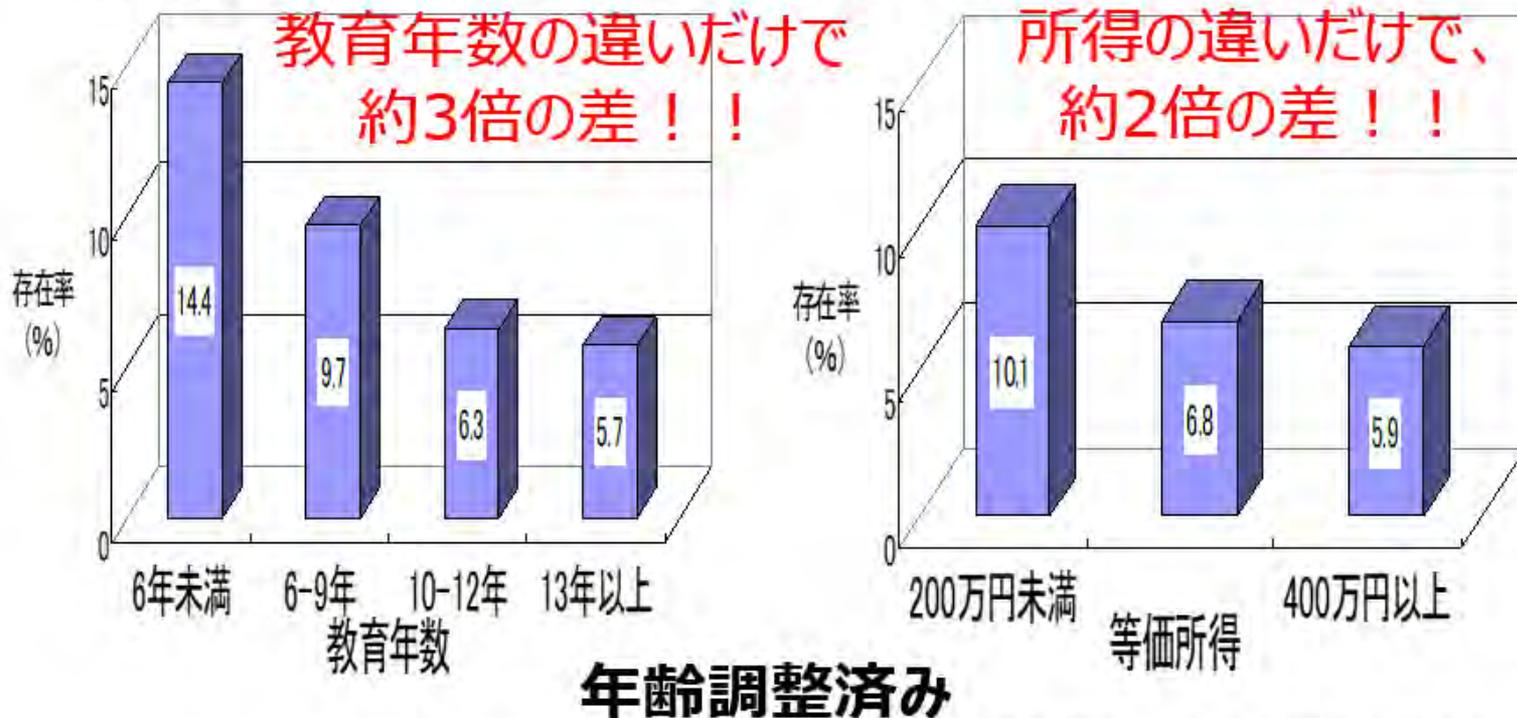
2. 北関東、甲信越、北陸は、総務省「労働力調査」の都道府県別モデル推計から算出した労働力人口、完全失業者の県別シェアを同調査公表値に乗じることで県別の人数を計算し、内閣府にて作成。

Japan: Health Disparity (e.g. difference of life expectancy by areas, occupation and educational background) (4)

教育年数・所得(社会経済状況)と 噛む力

65歳以上の高齢者n=32,891 (中出・平井・近藤, 2005)

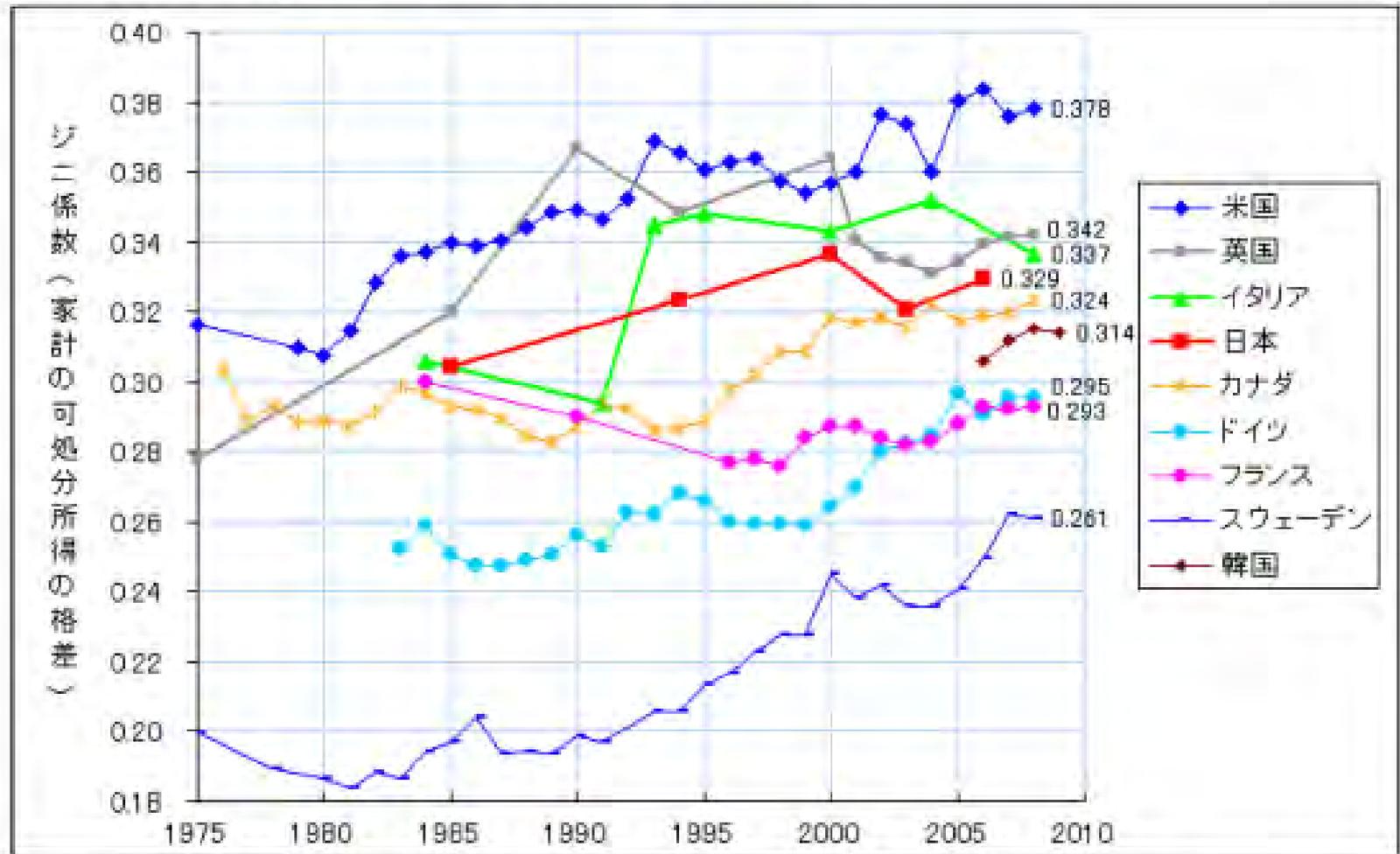
咀嚼力:「あまり噛めない」「ほとんど噛めない」者の割合



等価所得 = 収入合計 ÷ 家計を共にする人数

Health Disparity (e.g. difference of life expectancy by areas, occupation and educational background) (ref)

(図表 3) 所得格差の推移 (先進国の国際比較)



資料：OECD(2011), DIVIDED WE STAND: WHY INEQUALITY KEEPS RISING Figure 2.

出典：社会実情データ図録

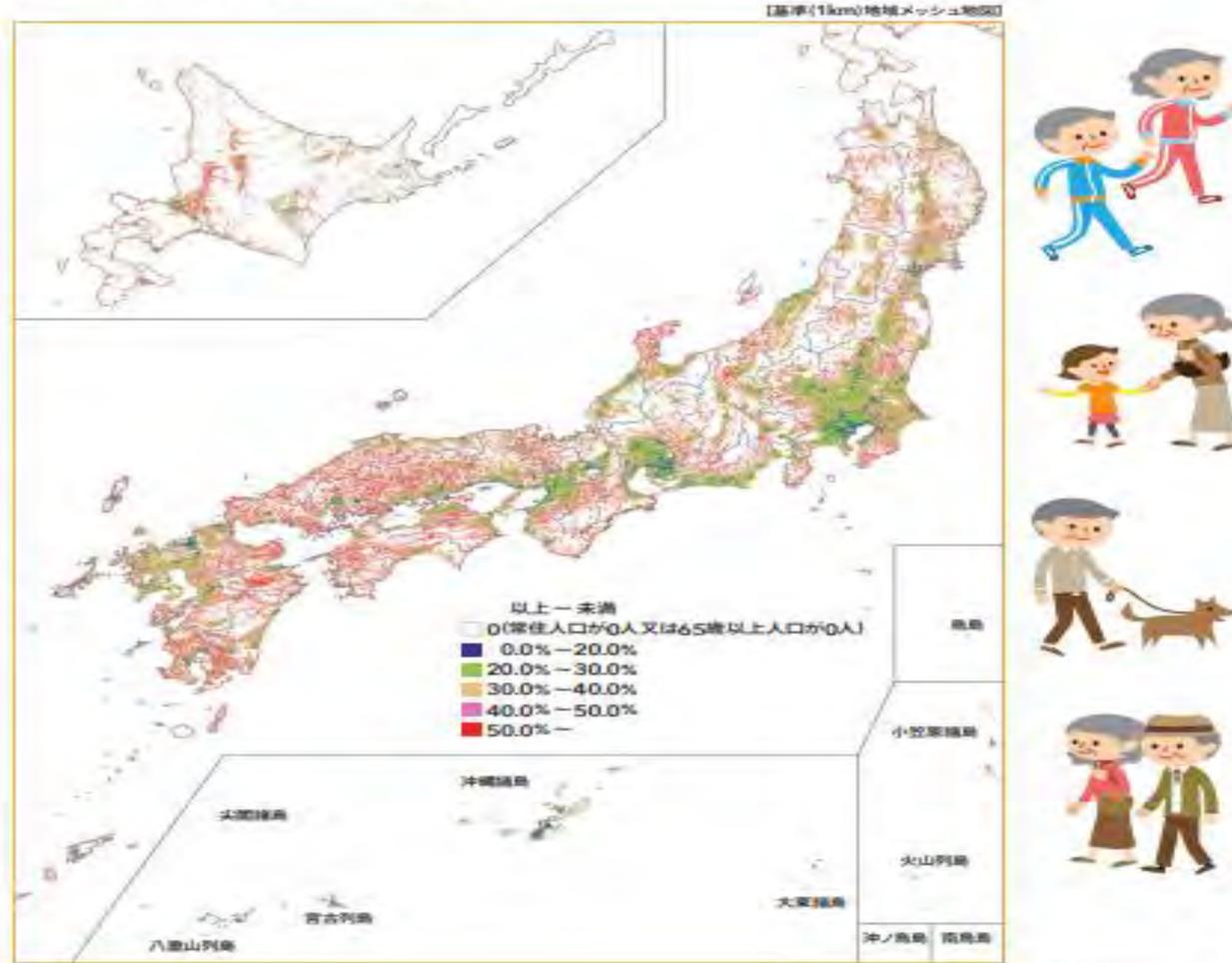
Japan: Data of the elderly proportion/distribution (1)

65歳以上人口割合の分布

●平成27年国勢調査に関する地域メッシュ統計－65歳以上人口の割合

平成27年国勢調査に関する地域メッシュ統計から、65歳以上人口の割合を基準地域メッシュ(約1km四方)地図に表示したものです。

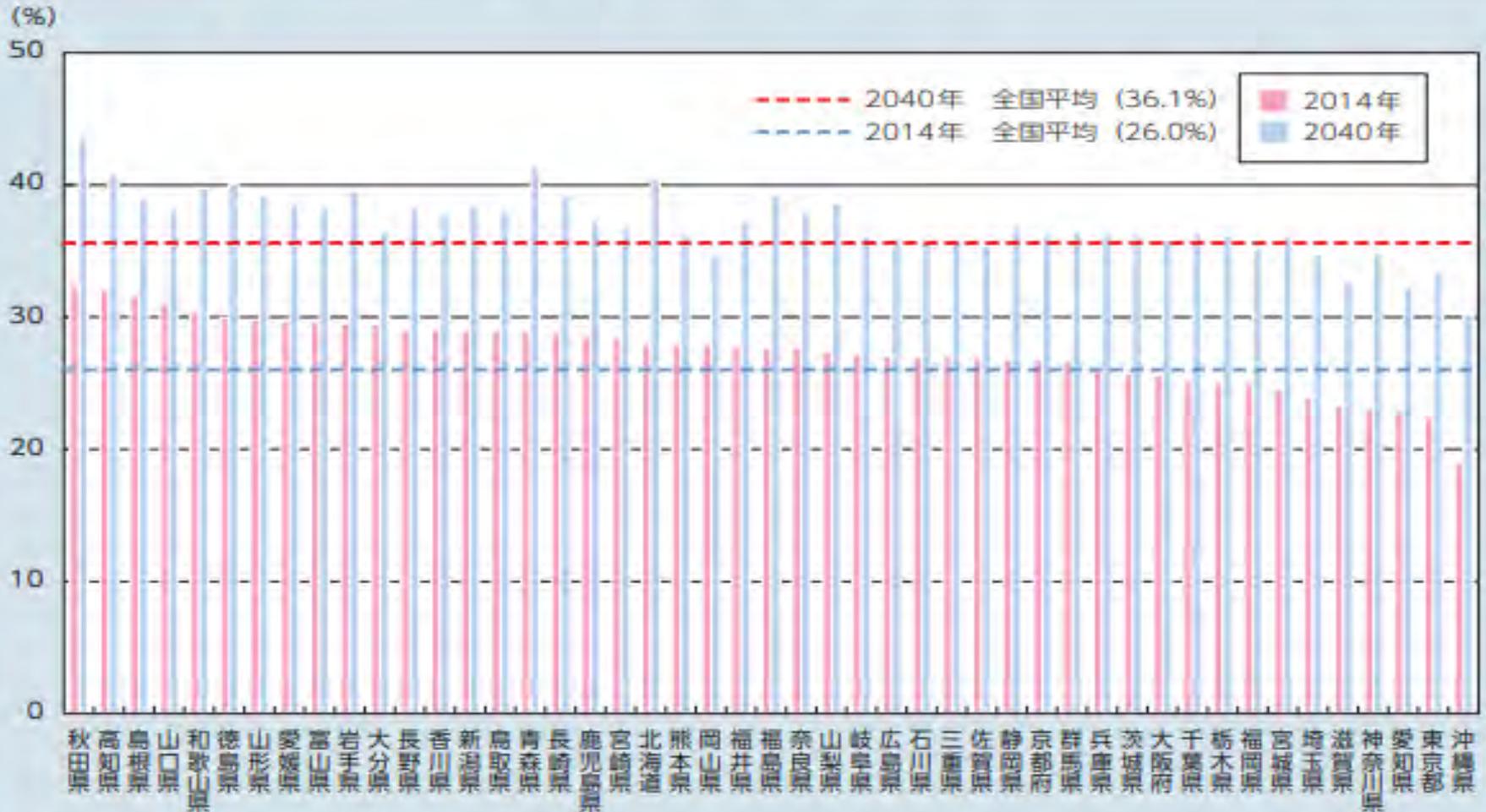
65歳以上人口の割合は、関東大都市圏、中京大都市圏、近畿大都市圏などの地域で「20.0%～30.0%」(緑色)のメッシュが多くなっていますが、その他の地域では「40.0%～50.0%」(桃色)及び「50.0%～」(赤色)のメッシュが多いことがわかります。



資料: 国勢調査に関する地域メッシュ統計

Japan: Data of the elderly proportion/distribution (2)

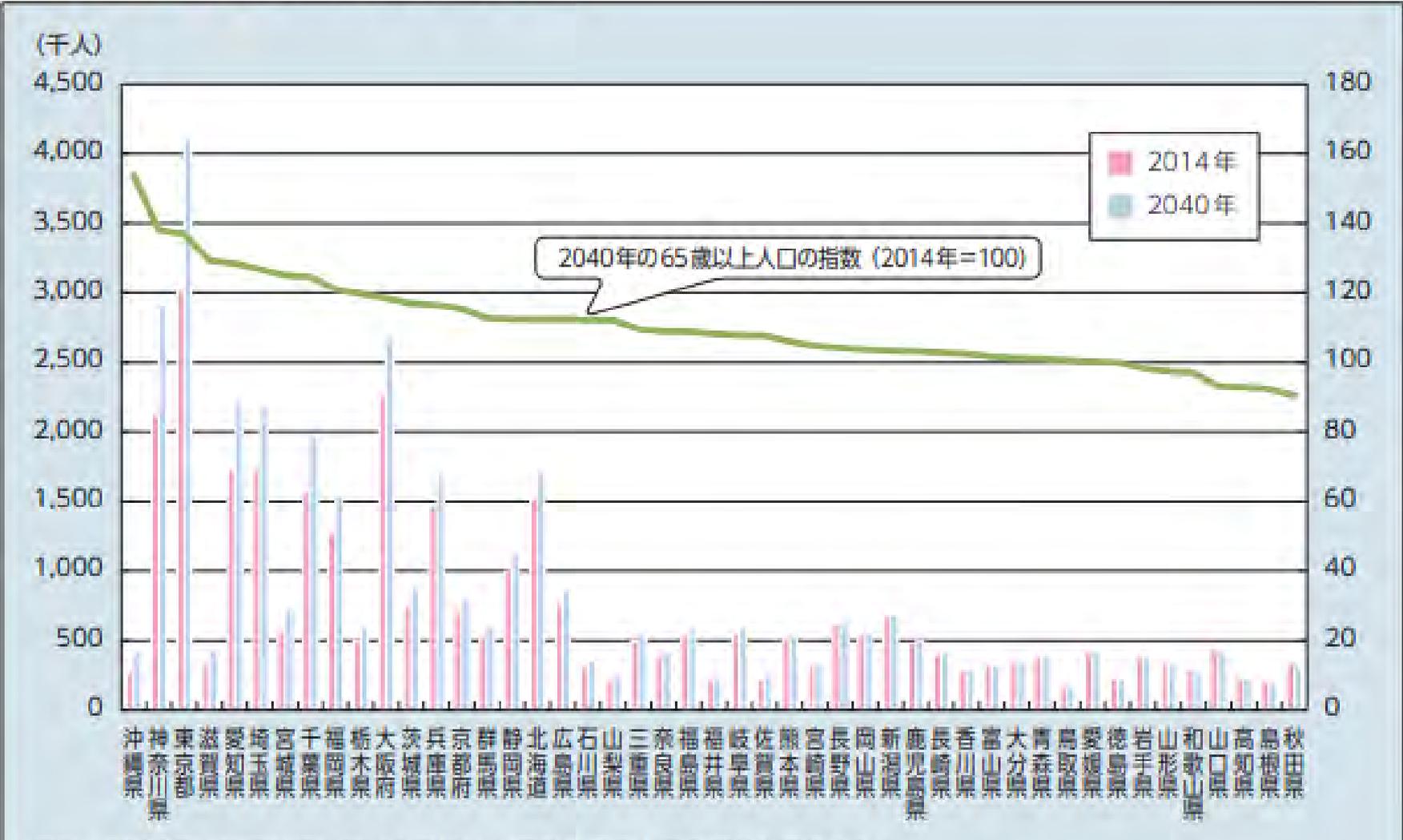
図表 1-1-7 都道府県別高齢化率（65歳以上人口割合）



資料：2014年：総務省統計局「人口推計」（年齢不詳の人口を按分して含めた）
 2040年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」

Japan: Data of the elderly proportion/distribution (3)

図表 1-1-8 都道府県別 65 歳以上人口



資料：2014年：総務省統計局「人口推計」（年齢不詳の人口を按分して含めた）
 2040年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」

Japan: Data of the health/living conditions of the elderly

図1-3-1 現在の住まいの住居形態（択一回答）（都市規模別、年齢別、未既婚別）



Japan: Data of the health/living conditions of the elderly

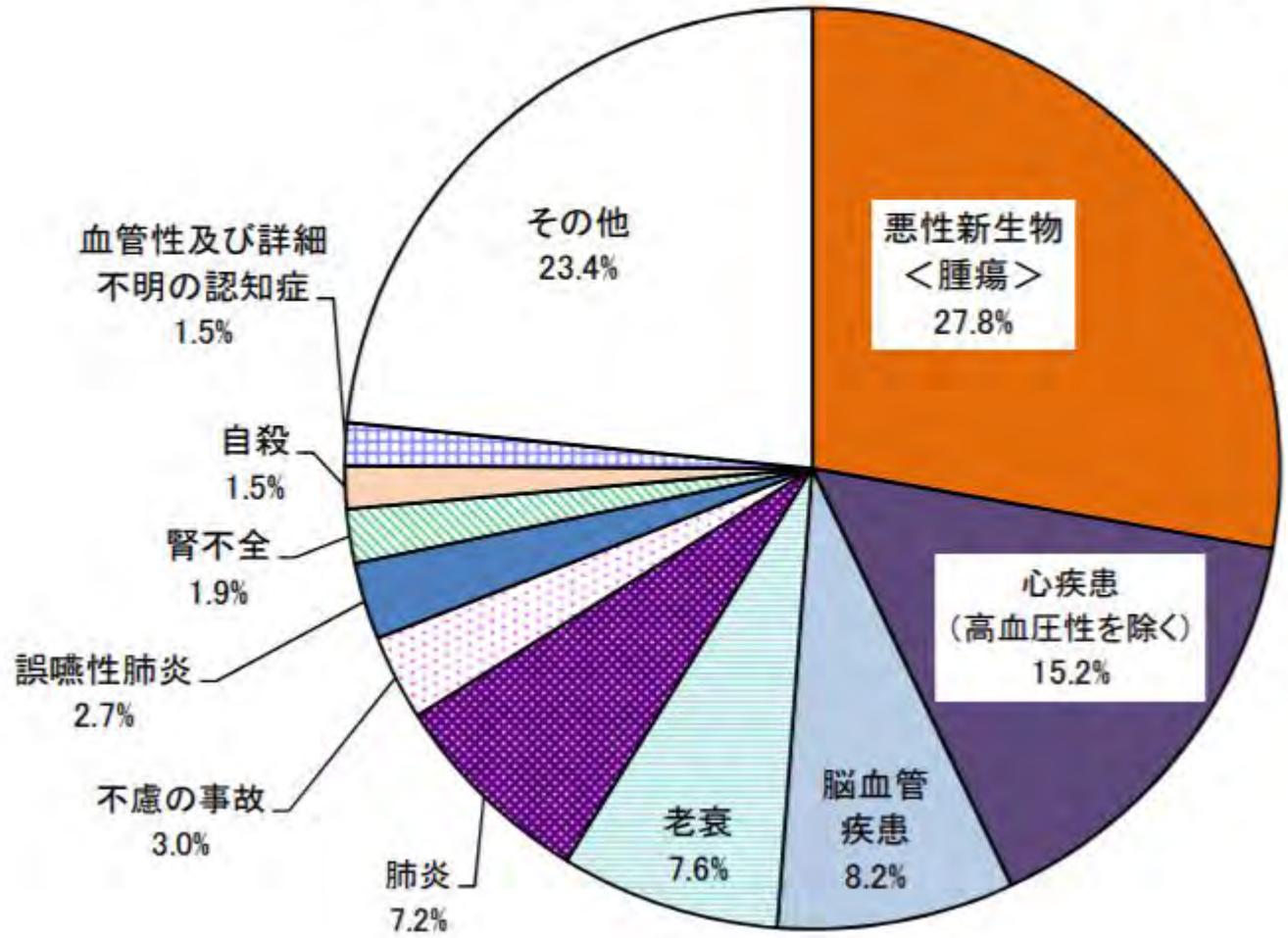
図1-1-9 65歳以上の一人暮らしの者の動向



資料：平成27年までは総務省「国勢調査」による人数、令和2年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）2018（平成30）年推計」による世帯数。
 (注1)「一人暮らし」とは、上記の調査・推計における「単独世帯」又は「一般世帯（1人）」のことを指す。
 (注2) 棒グラフ上の（ ）内は65歳以上の一人暮らしの者の男女計
 (注3) 四捨五入のため合計は必ずしも一致しない。

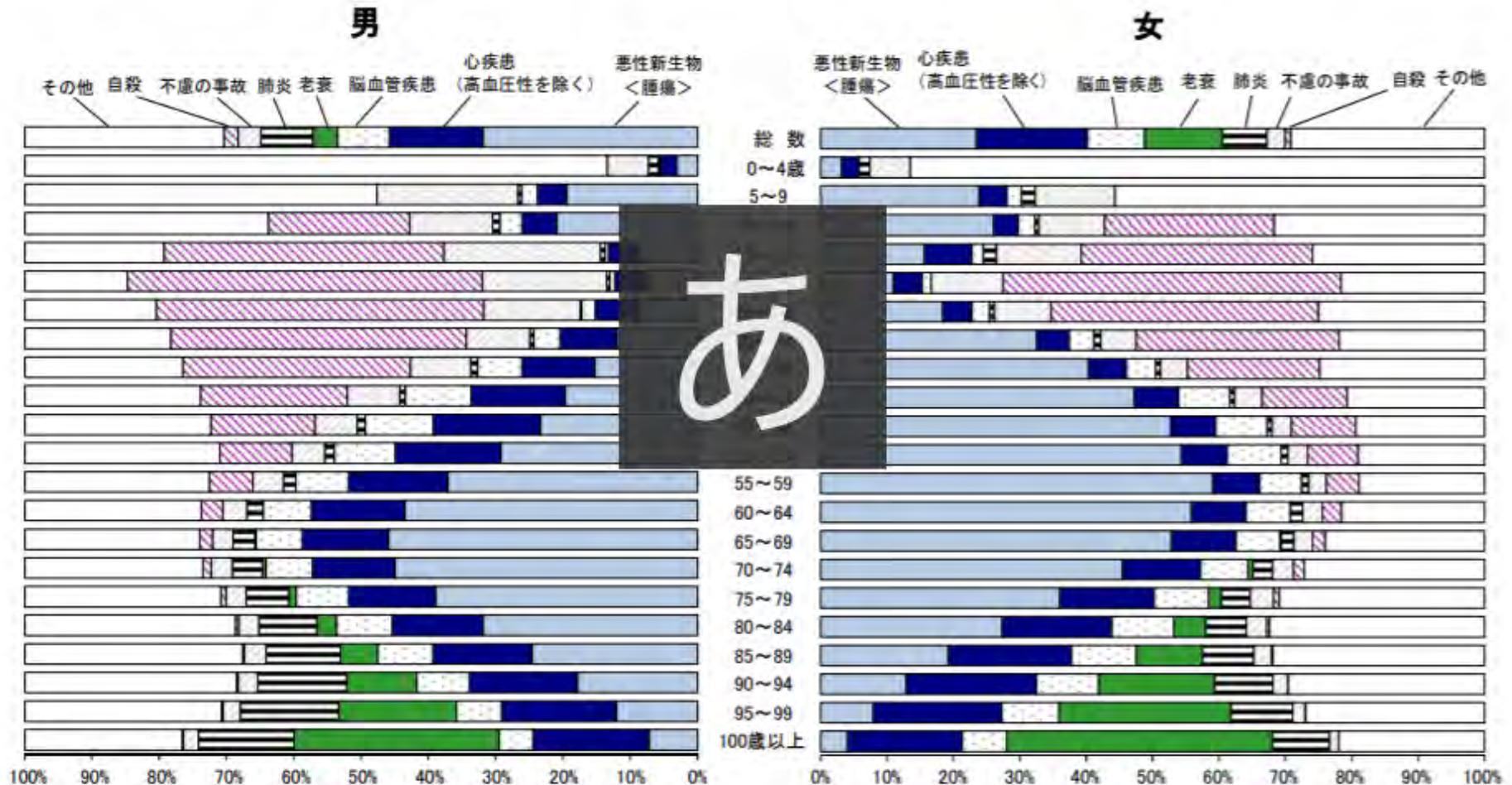
Japan: Development of vital statistics (including leading cause of death) (1)

図5 主な死因別死亡数の割合（平成29年）



Japan: Development of vital statistics (including leading cause of death) (2)

図7-1 性・年齢階級別にみた主な死因の構成割合（平成29年）



Estimation of health care expenditure

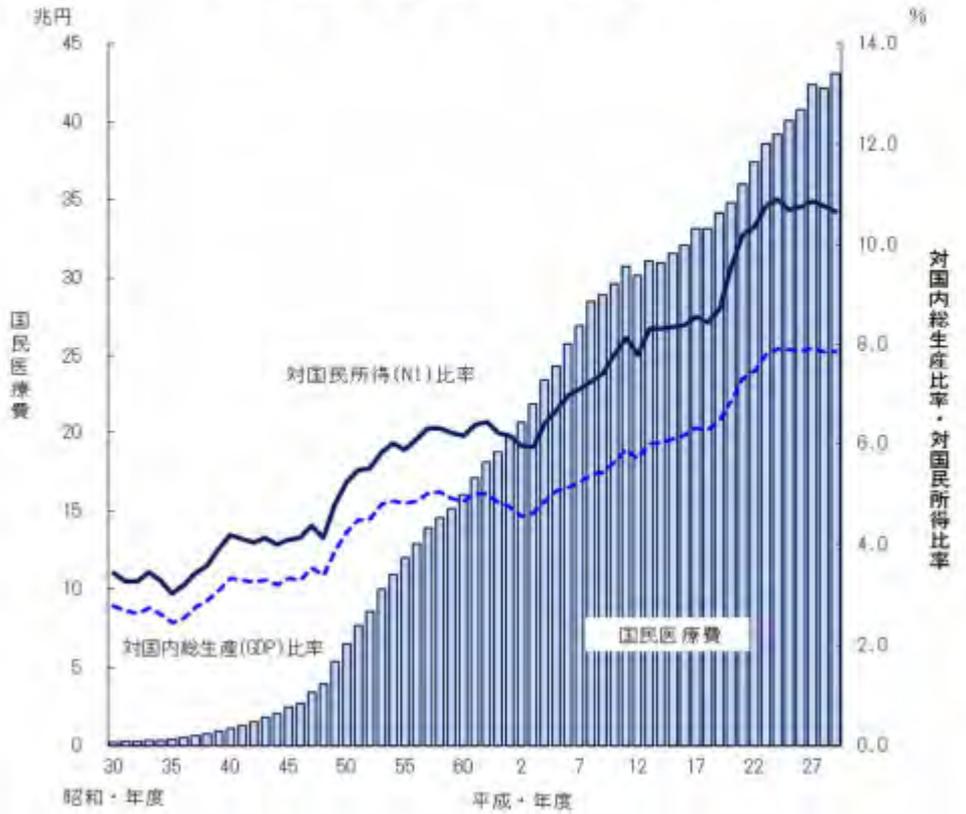
1 国民医療費の状況

平成29年度の国民医療費は43兆710億円、前年度の42兆1,381億円に比べ9,329億円、2.2%の増加となっている。

人口一人当たりの国民医療費は33万9,900円、前年度の33万2,000円に比べ7,900円、2.4%の増加となっている。

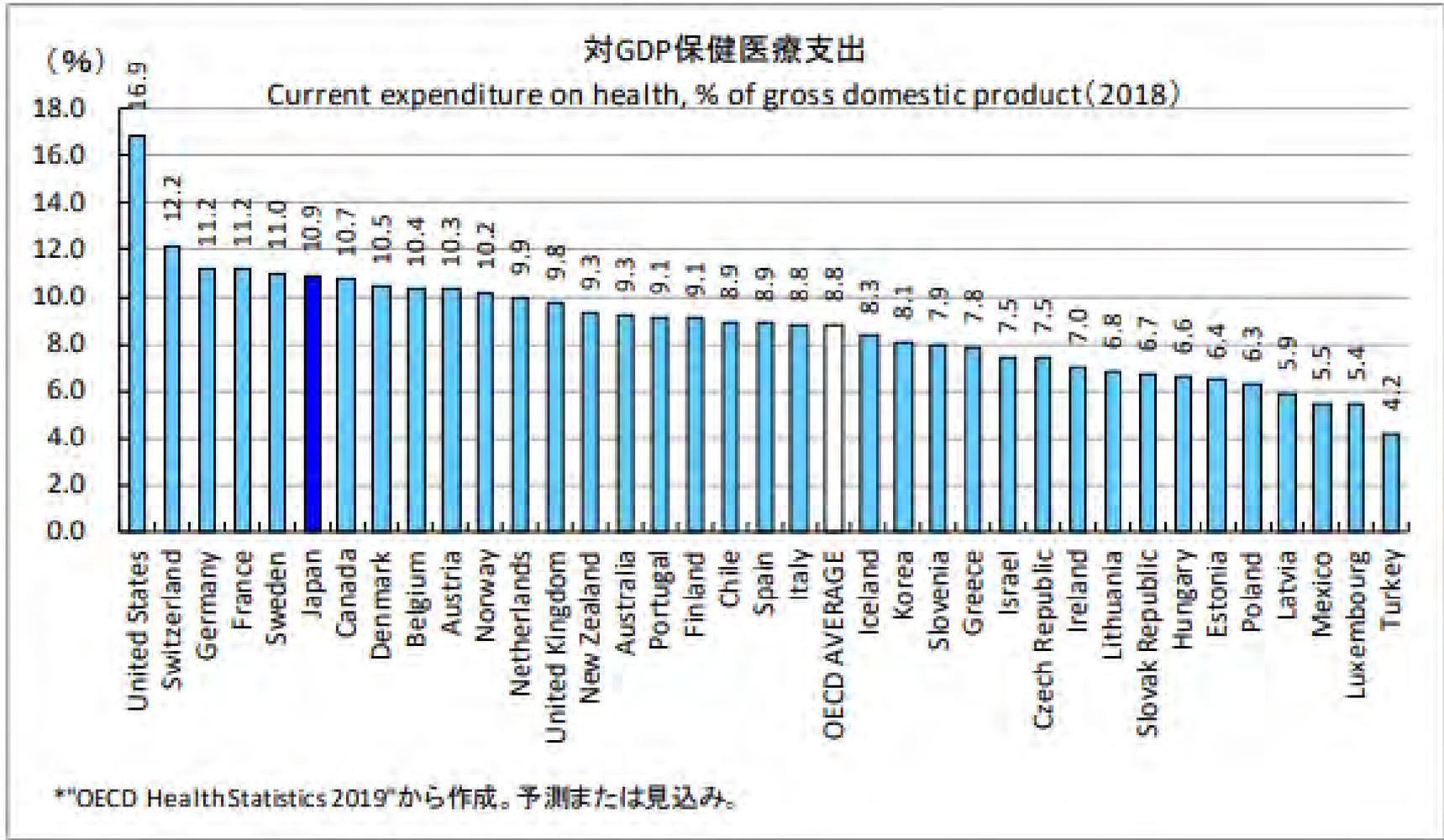
国民医療費の国内総生産(GDP)に対する比率は7.87% (前年度7.85%)、国民所得(NI)に対する比率は10.66% (同10.77%)となっている。(図1、表1、統計表第1表)

図1 国民医療費・対国内総生産・対国民所得比率の年次推移



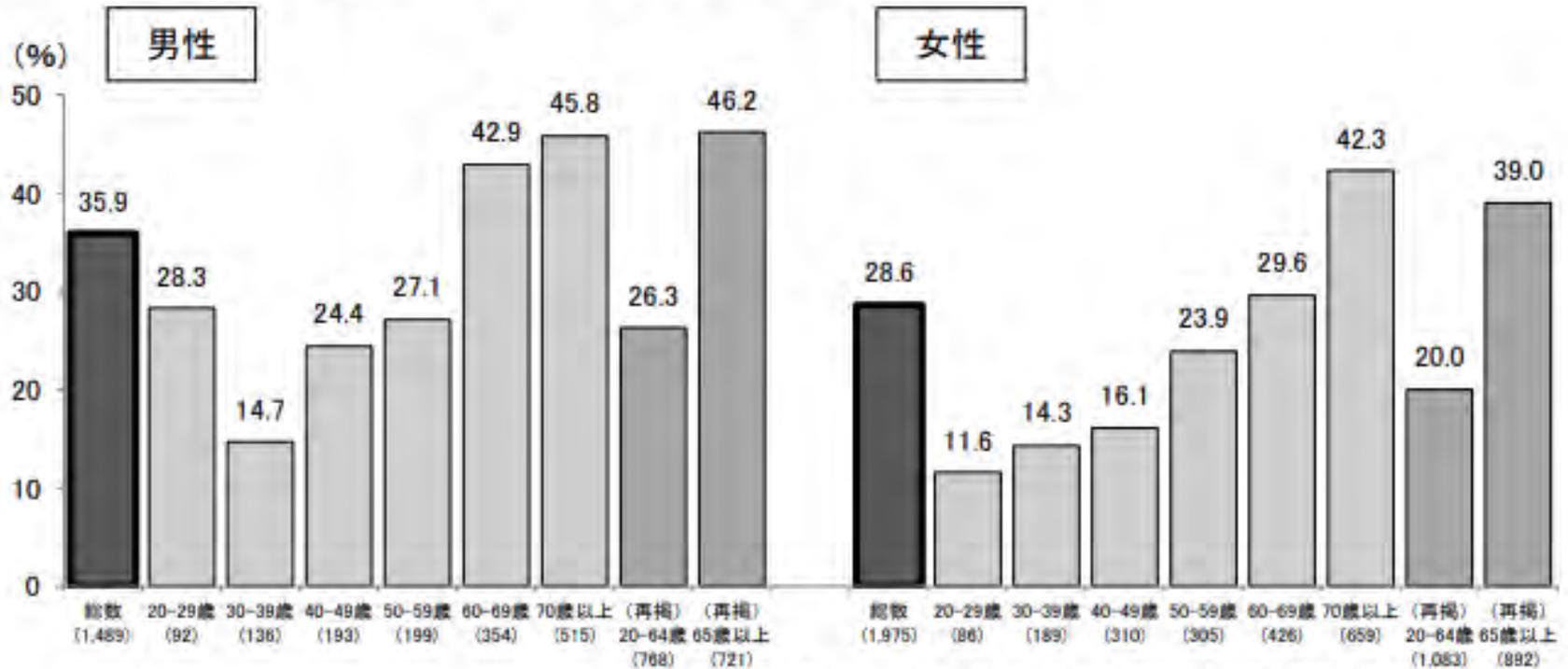
Estimation of health care expenditure (ref)

図 1.1.1 对 GDP 保健医療支出



Additional Indicator: Physical exercise (1)

図 32 運動習慣のある者の割合(20歳以上、性・年齢階級別)



(参考)「健康日本21(第二次)」の目標

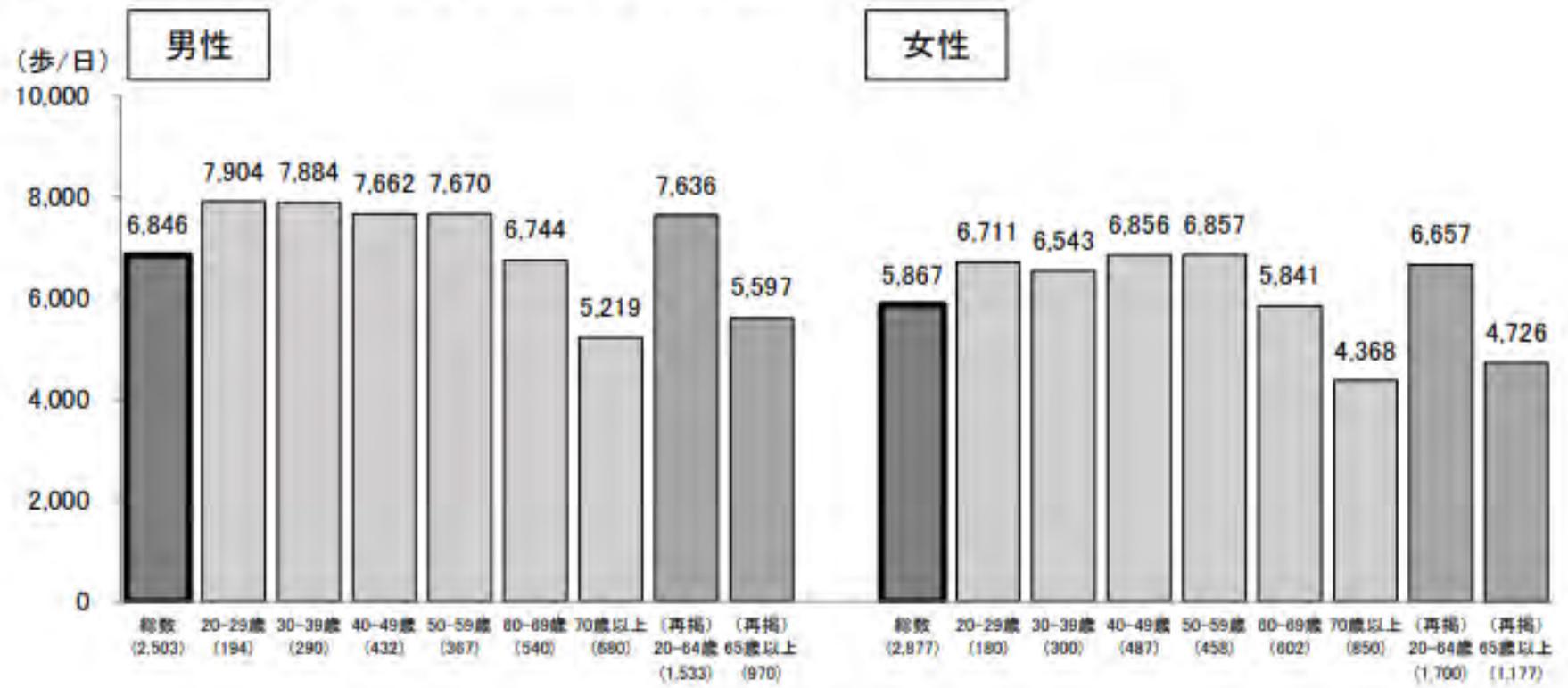
運動習慣者の割合の増加

目標値: 20~64歳 男性 36% 女性 33%

65歳以上 男性 58% 女性 48%

Additional Indicator: Physical exercise (2)

図 34 歩数の平均値(20歳以上、性・年齢階級別)



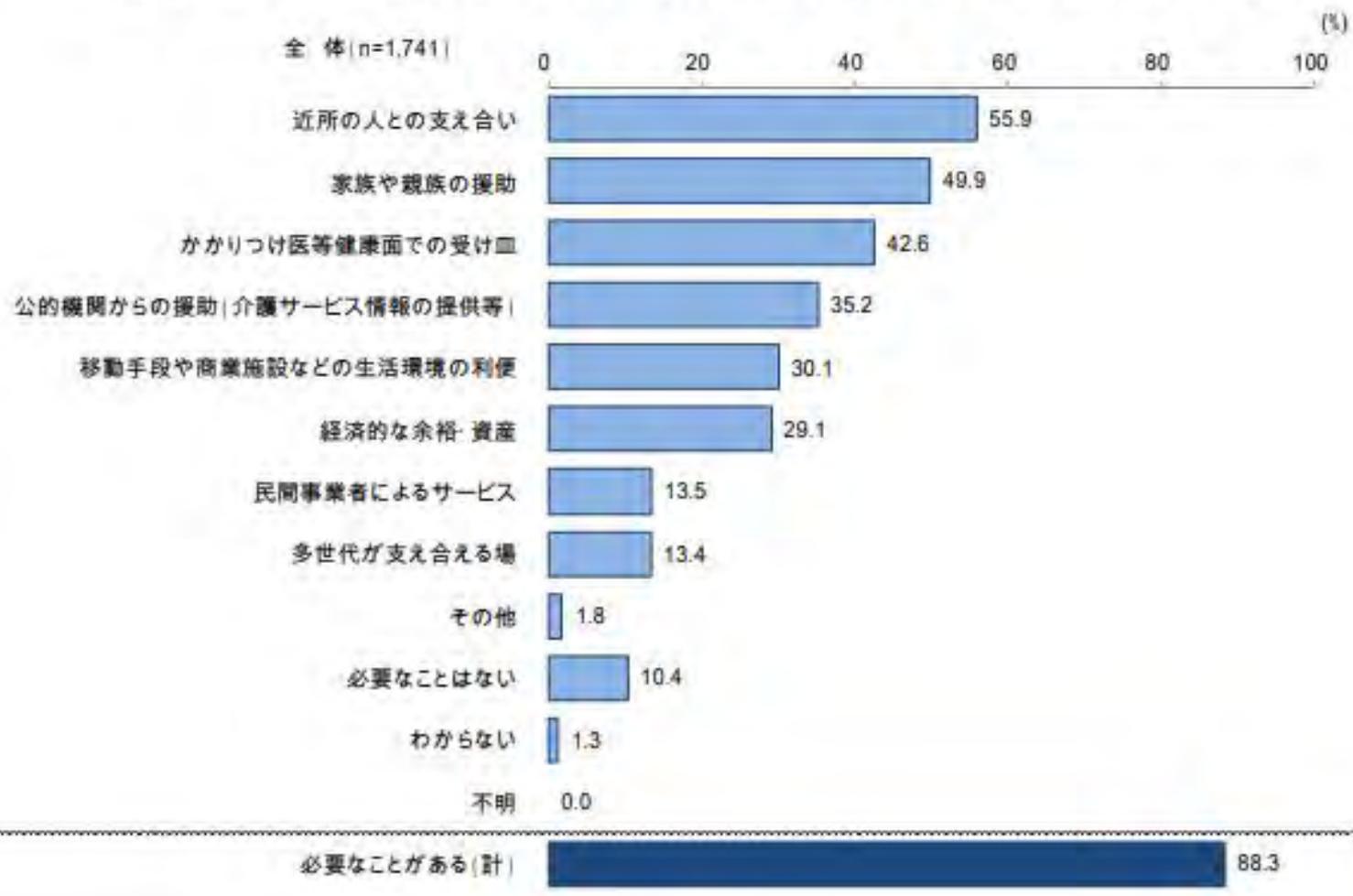
※100歩未満又は5万歩以上の者は除く。

(参考)「健康日本21(第二次)」の目標
日常生活における歩数の増加
目標値: 20~64歳 男性 9,000歩 女性 8,500歩
65歳以上 男性 7,000歩 女性 6,000歩

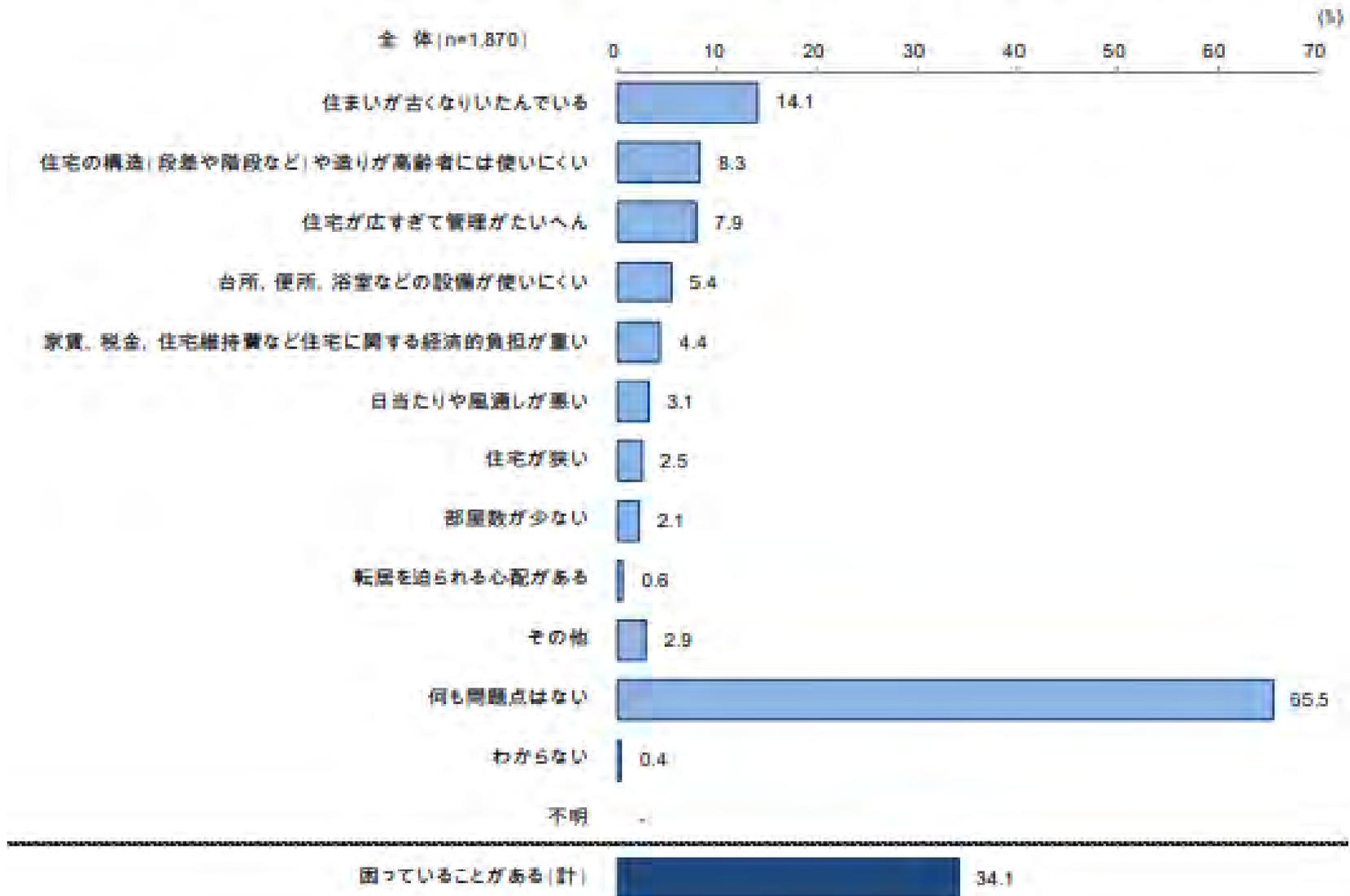
Additional Indicator: Physical safety (1)

60歳以上対象

図表 2 - 1 - 4 - 1 地域に安心して住み続けるために必要なこと (Q3-1) (複数回答)



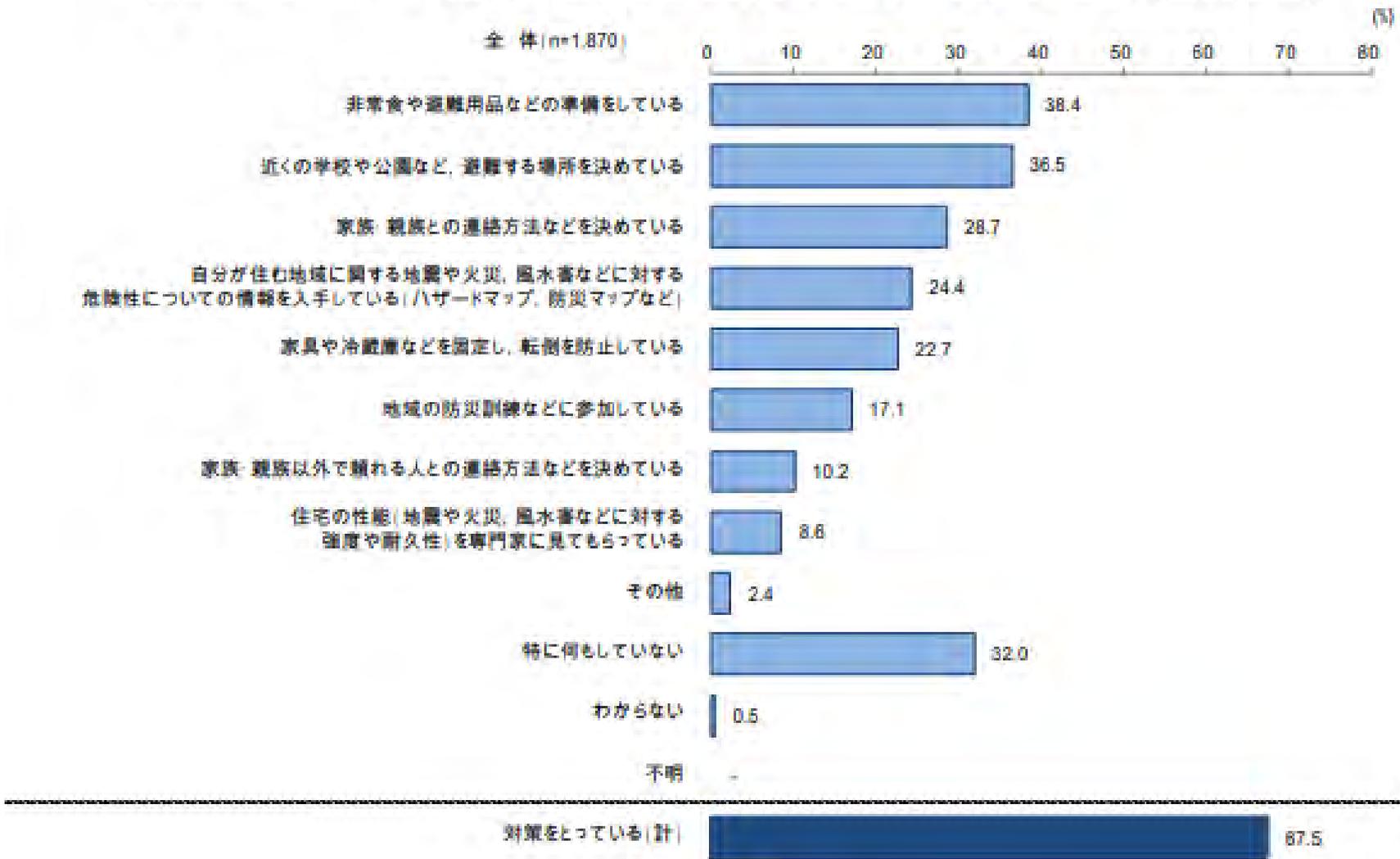
図表 2 - 2 - 7 - 1 現在の住居で困っていること (Q17) (複数回答)



Additional Indicator: Physical safety (3)

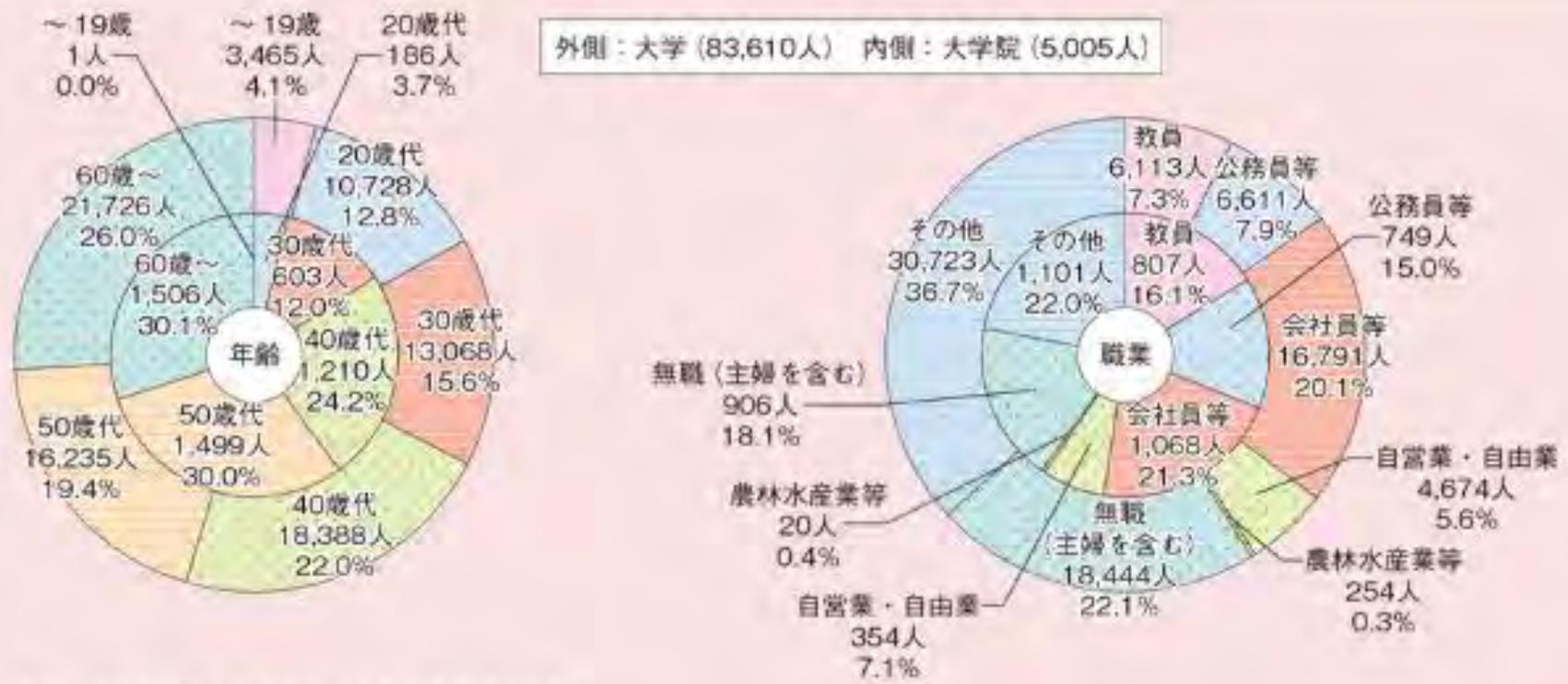
60歳以上対象

図表 2 - 2 - 11 - 1 地震などの災害に備えてとっている対策 (Q18) (複数回答)



Additional Indicator: Lifelong learning (1)

図2-2-10 放送大学在学者の年齢・職業



資料：文部科学省 放送大学（平成30年度第2学期）

Additional Indicator: Lifelong learning (2)

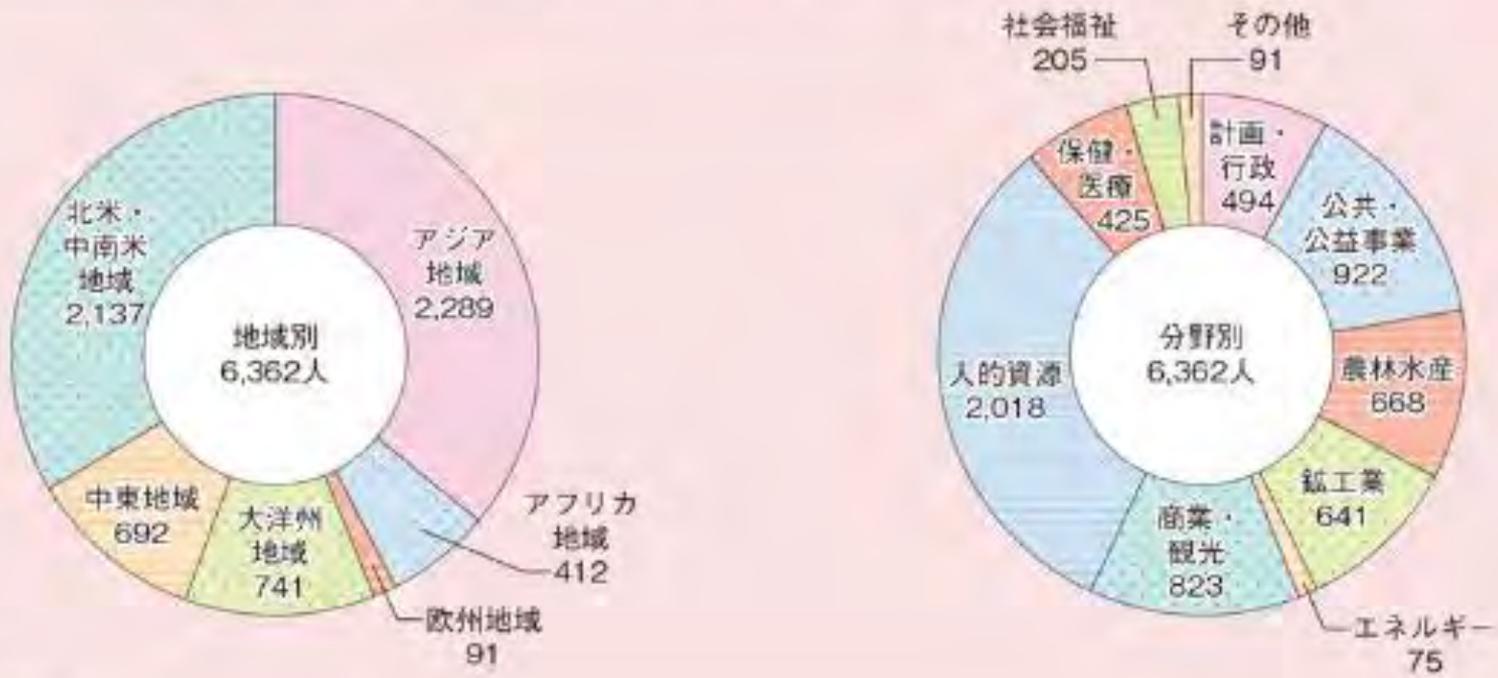
DL2-2-11 老人クラブ数と会員数の推移



資料：厚生労働省「福祉行政報告例」（厚生省報告例、平成12年度から福祉行政報告例）（各年度3月末現在）
 (注) 平成22年度は、東日本大震災の影響により、岩手県（盛岡市以外）、宮城県（仙台市以外）、福島県（郡山市及びいわき市以外）を除いて集計した数値である。

Additional Indicator: Lifelong learning (3)

図2-2-13 シニア海外ボランティアの派遣者数

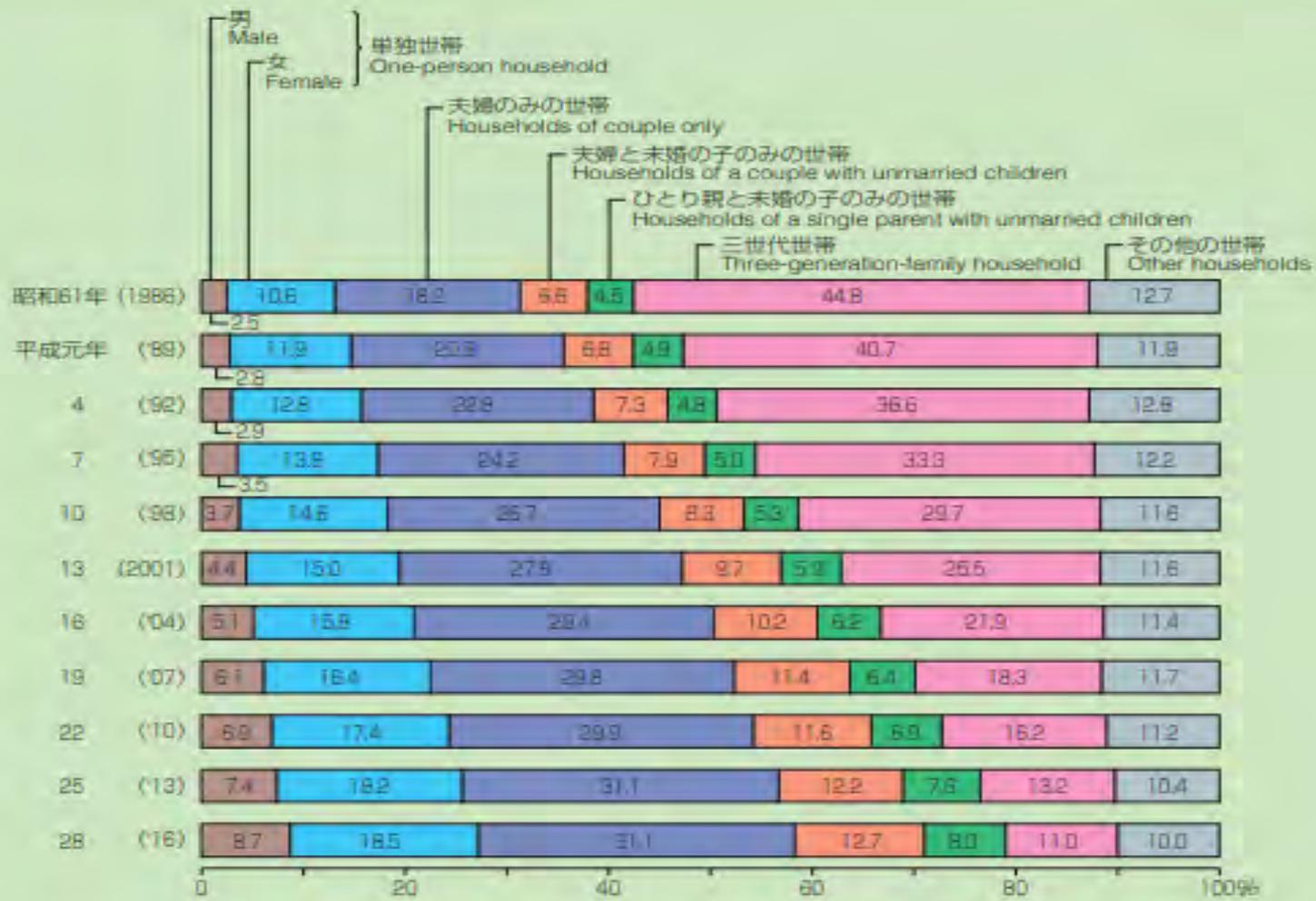


資料：外務省
(注) 平成2年度(事業開始)～29年度

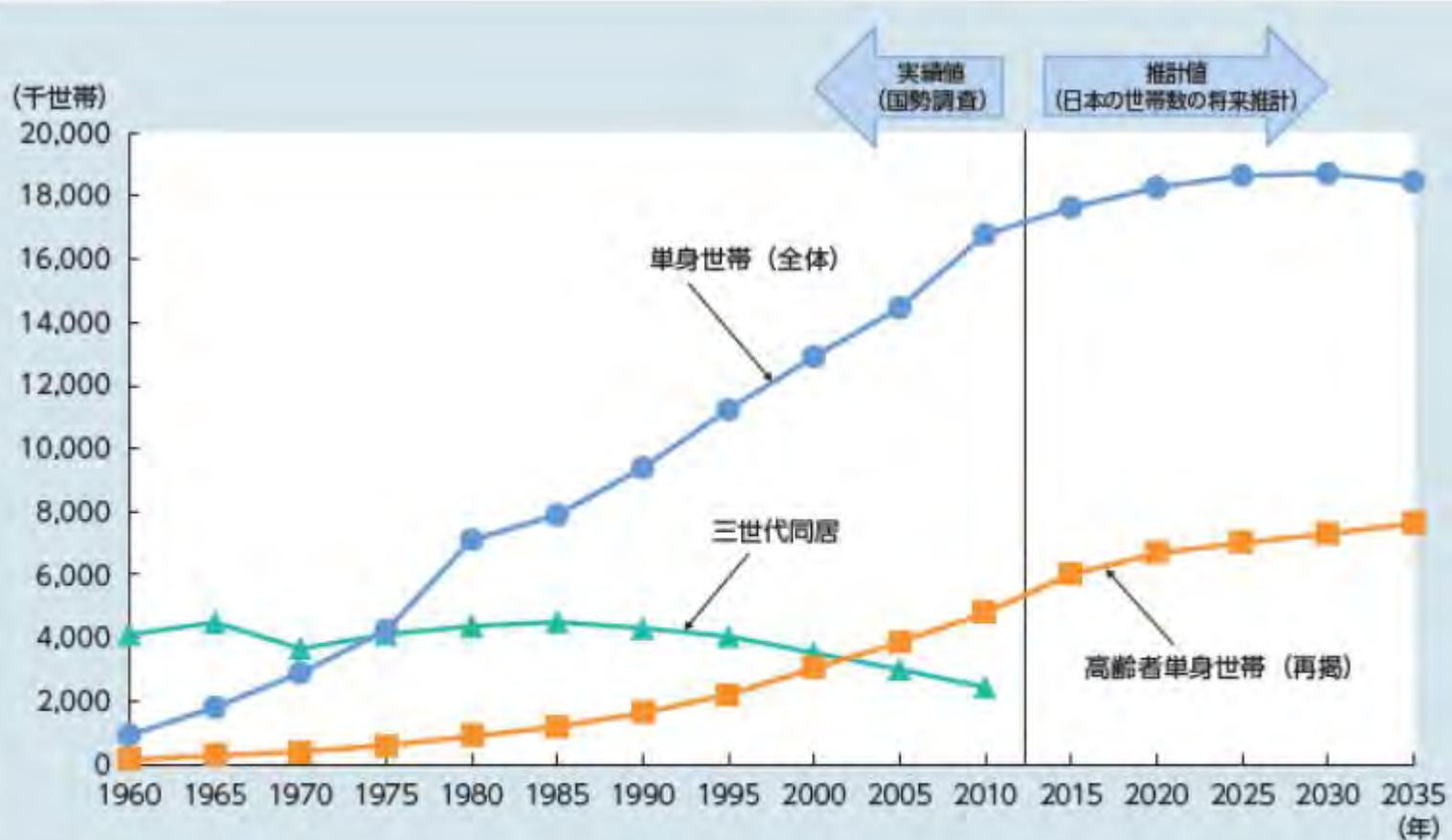
Additional Indicator: Care to children and grandchildren (1)

世帯構造別にみた65歳以上の者のいる世帯数の構成割合の年次推移

Trends in percent distribution of households with persons aged 65 years and over by structure of household, 1986, 1989, 1992, 1995, 1998, 2001, 2004, 2007, 2010, 2013, 2016



Additional Indicator: Care to children and grandchildren (2)

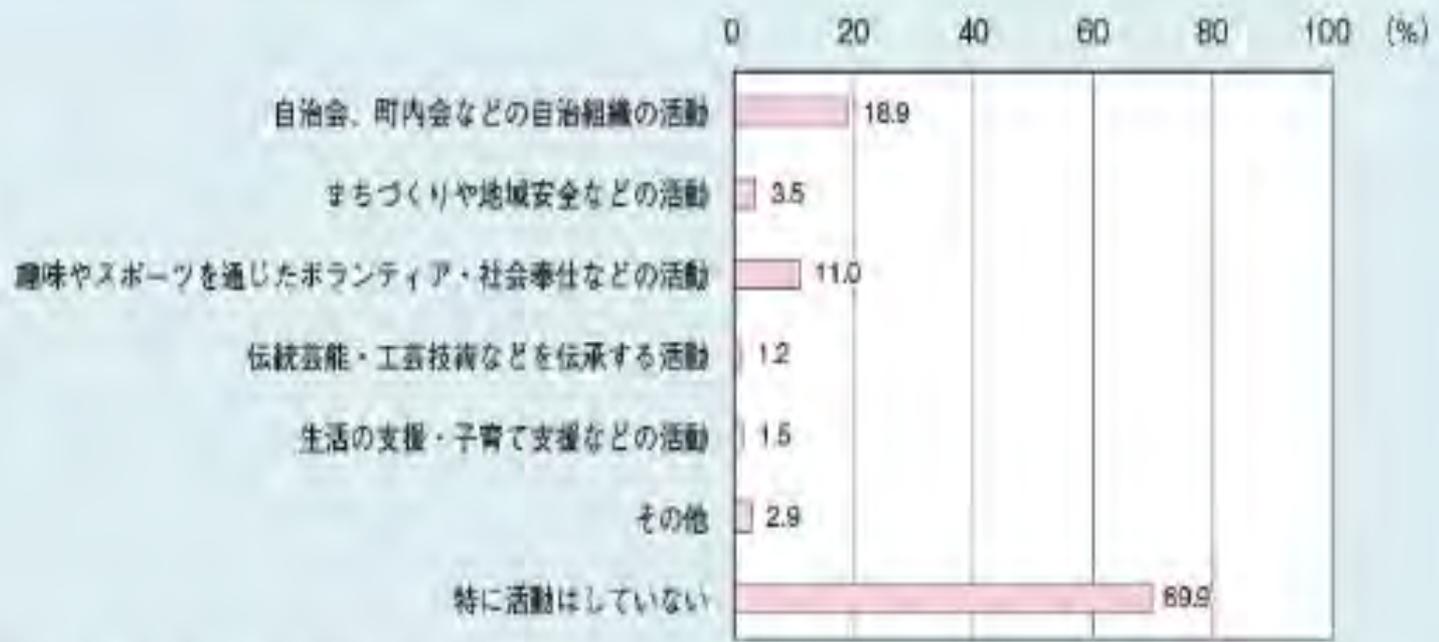


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（2013年1月推計）」

(注) 1. 集計の出発点となる基準人口は、総務省統計局「国勢調査」(2010年)に調整を加えて得たものである。
 2. 三世帯同居とは、「夫婦と子どもと同親から成る世帯」「夫婦と子どもと片親から成る世帯」を合計したものである。
 3. 高齢者単身世帯とは、単身世帯のうち、世帯主の年齢が65歳以上（1960年については世帯主の年齢が70歳以上）の再掲である。

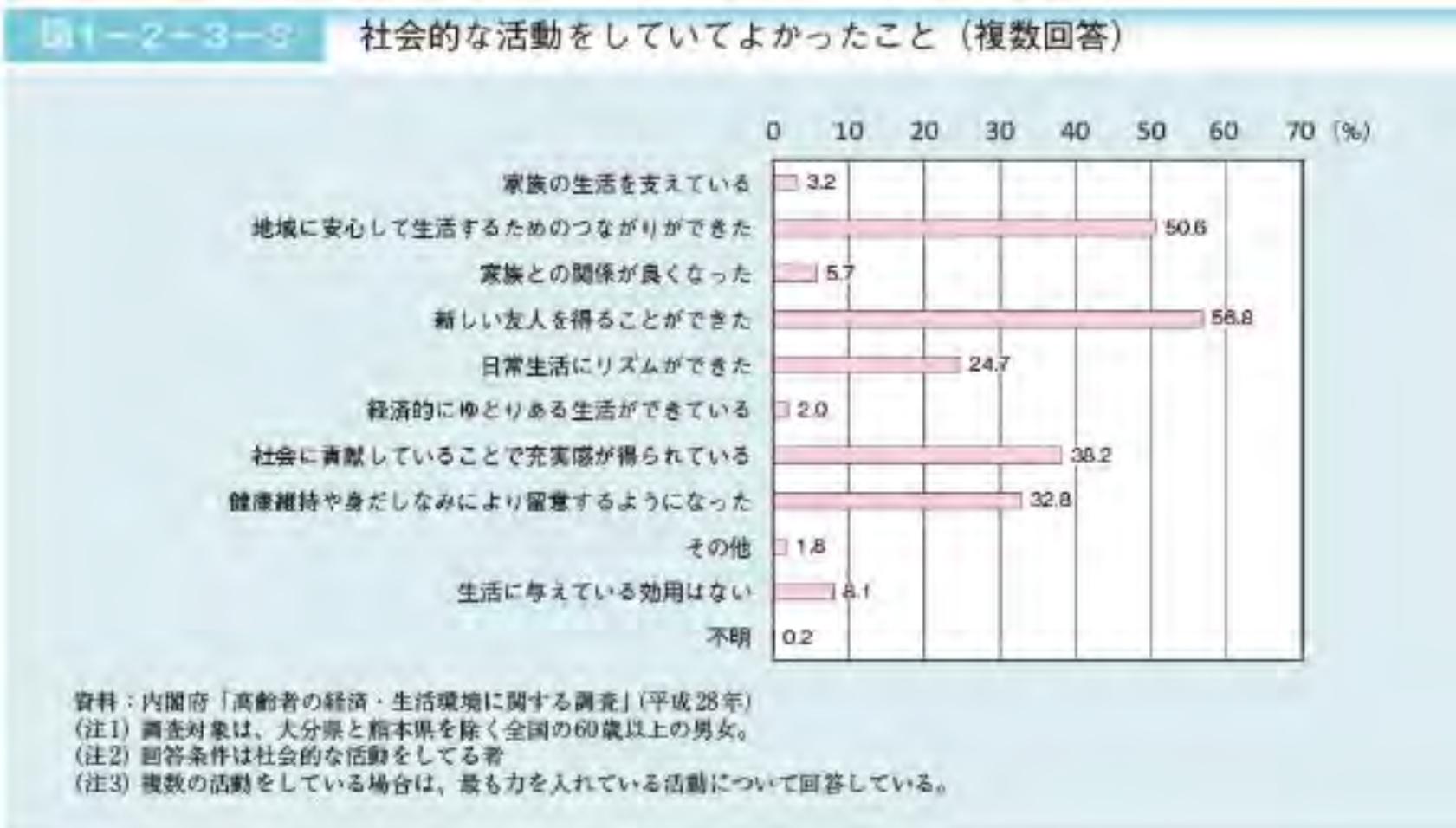
Additional Indicator: Care to children and grandchildren; Care to infirm and disabled; Political participation

図1-2-3-2 社会的活動（貢献活動）の実施状況（複数回答）



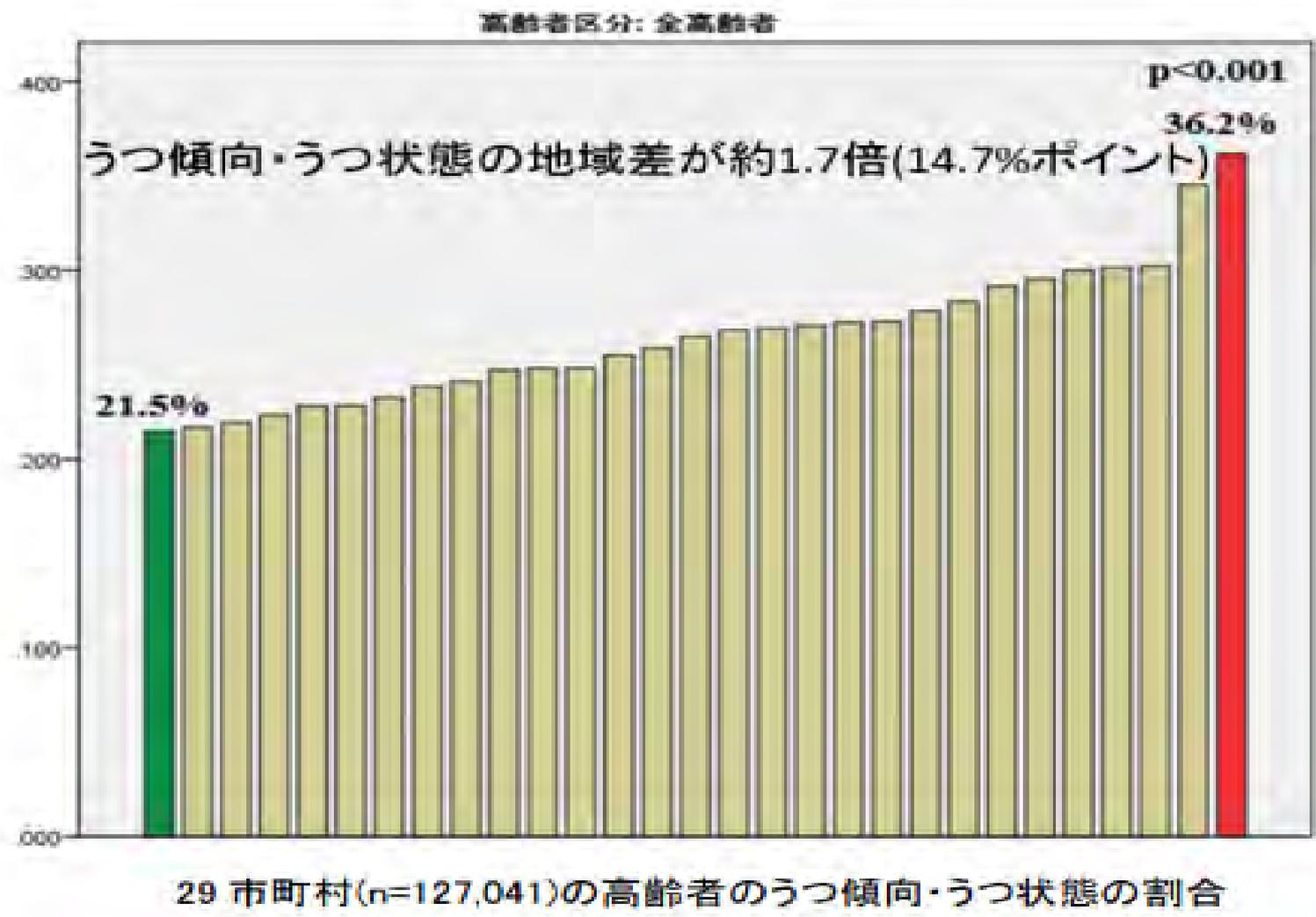
資料：内閣府「高齢者の経済・生活環境に関する調査」（平成28年）
 (注1) 調査対象は、大分県と熊本県を除く全国の60歳以上の男女。
 (注2) 質問は「あなたは現在、何らかの社会的な活動を行っていますか。あてはまるものをすべてお答えください。活動の内容が社会や家族を支える活動であっても、単なるご近所づきあいによるものは含みませんが、現在はたまたま一人で活動をされているが、本来は組織がある（組織を作る予定がある）という場合は含みます。」

Additional Indicator: Care to children and grandchildren;
 Care to infirm and disabled; Political participation (ref)



Additional Indicator: Mental well-being (1)

うつ傾向・うつ状態の割合

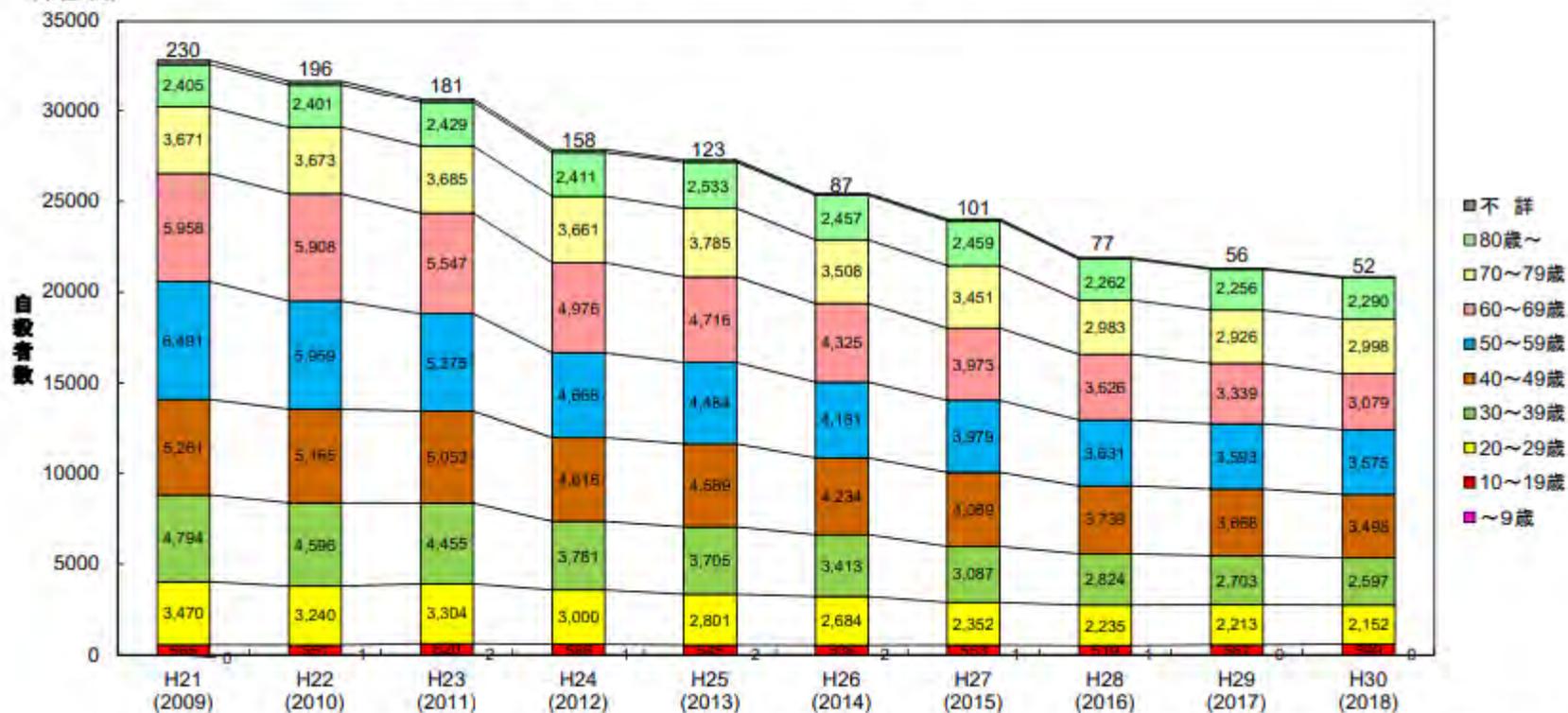


年齢階級別自殺者数の年次推移

○平成30年は29年と比較して、10歳代、70歳代及び80歳以上では前年より増加し、それ以外の年齢階級では減少した。30歳代は平成20年から10年連続、40歳代、50歳代及び60歳代は9年連続で減少した。

○平成30年は29年と比較して、60歳代が最も大きく減少し、260人の減少となった。

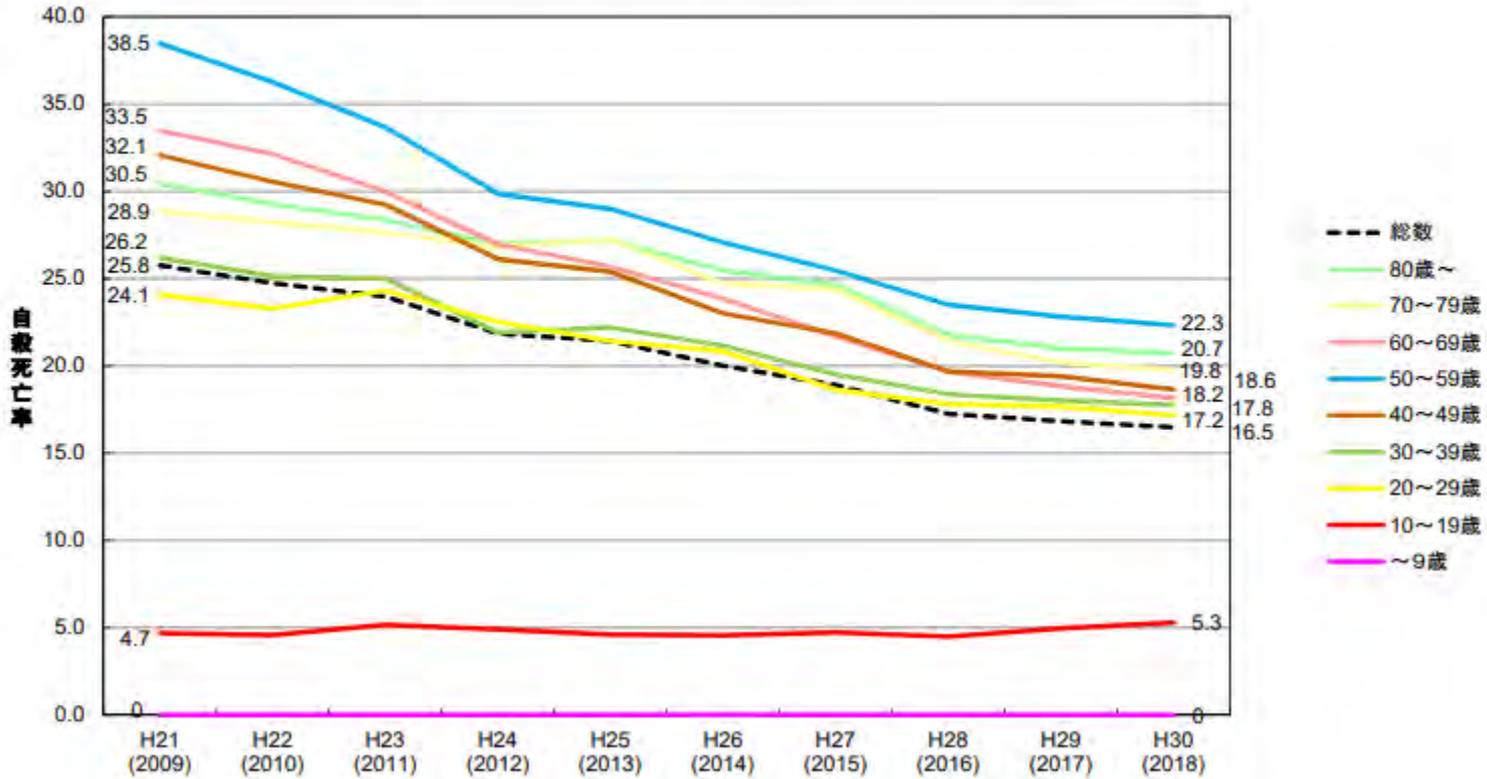
(単位:人)



Additional Indicator: Mental well-being (3)

年齢階級別自殺死亡率の年次推移

○平成30年は29年と比較して、10歳代を除き、各年齢階級で低下した。
 ○60歳代は平成19年から11年連続、40歳代及び50歳代は9年連続、20歳代は7年連続、30歳代、70歳代及び80歳以上は5年連続で低下した。

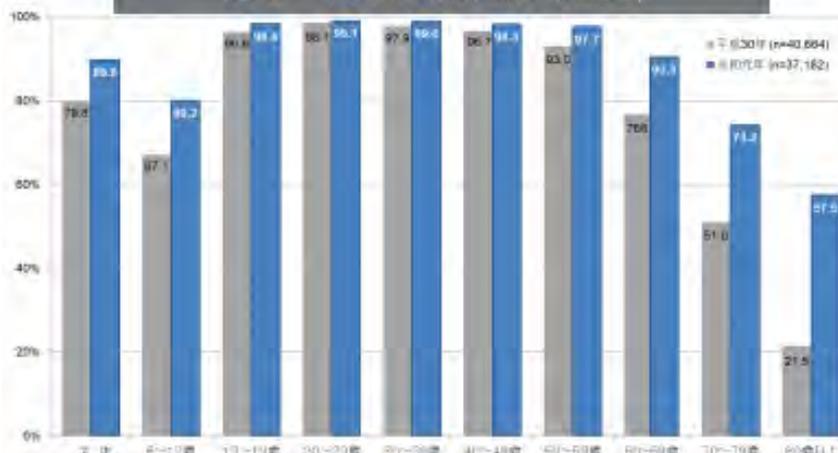


資料：警察庁自殺統計原票データ、総務省「人口推計」及び「国勢調査」より厚生労働省作成

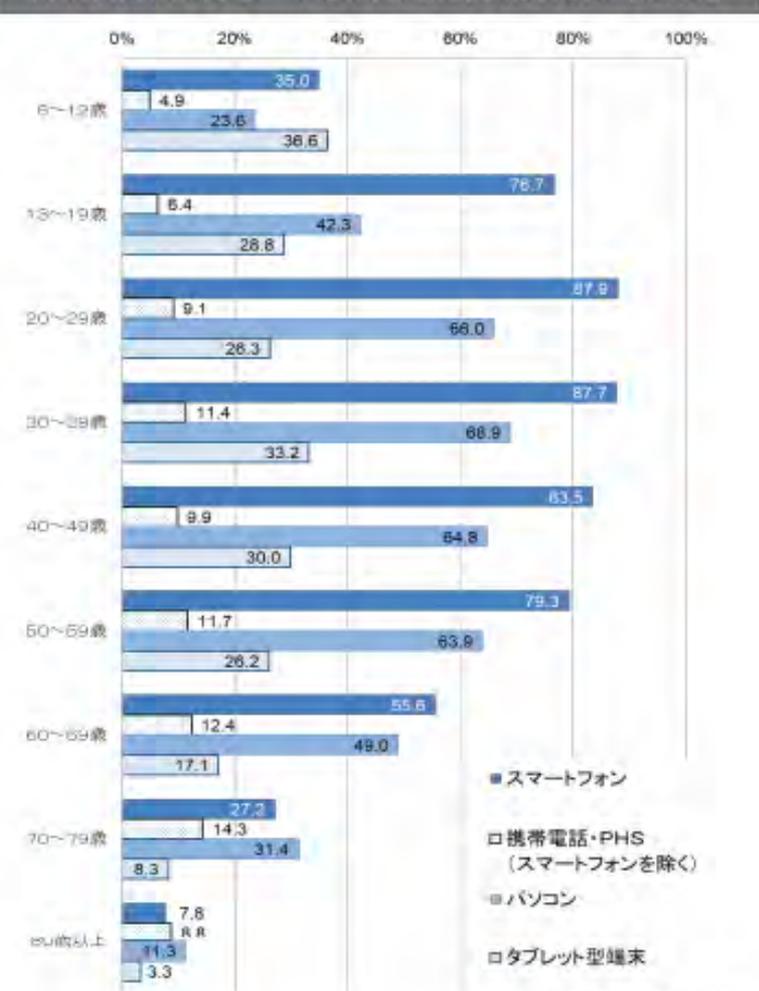
1 インターネットの利用動向

インターネット利用者の割合は、9割に迫るところまで増加。特に6～12歳及び60歳以上の年齢層でインターネット利用が伸びた。個人のインターネット利用機器は、スマートフォンがパソコンを上回っている。

インターネット利用状況（個人）



年齢階層別インターネット利用機器の状況（個人）



インターネット利用機器の状況（個人）



(注) 主な利用機器のみ記載

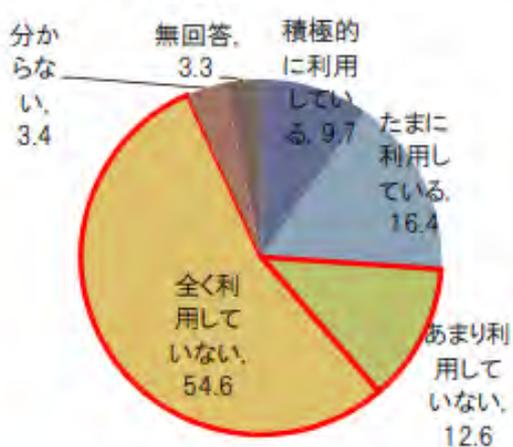
(4) 高齢者の生活・外出における障壁

② ICT活用への抵抗感に関する現状と将来

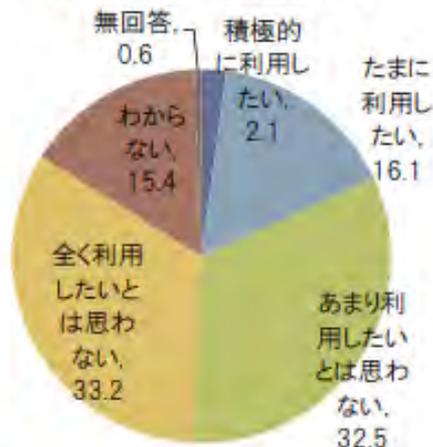
- ICTを「全く利用していない」人が54.6%と最多。「あまり利用していない」と併せると、利用していない人が67.2%に達する。
- また、上記2項目に該当する人における今後の利用意向も、「あまり利用したいとは思わない」と「全く利用したいとは思わない」を合わせて65.7%と高い。
- 60歳以上のスマートフォン利用率は4割弱である一方で、50歳代では75%に達している。

→ 短期的には、高齢者におけるICT活用への抵抗感に配慮したサービス提供が必要だが、中期的には、抵抗感の少ない高齢者の増加が見込まれるため、ICT活用に向けた取組は継続して推進する必要

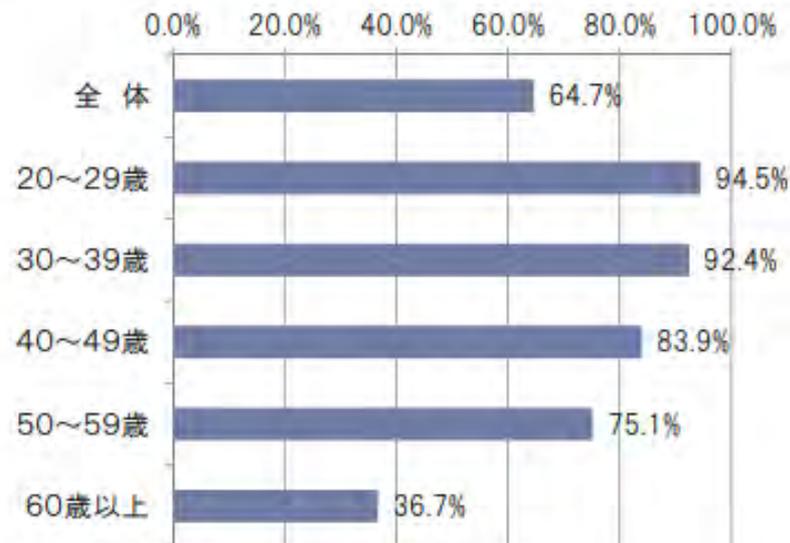
■ 高齢者のICT活用意向 (実態)



(利用しない人の意向)



■ 年代別スマートフォン利用率 (平成26年)



資料：内閣府「高齢者の日常生活に関する意識調査」(平成26年)
※対象は、60歳以上の男女。

資料：総務省「平成26年通信利用動向調査(世帯編)」

Additional Indicator: Civic freedom

- 1位 フィンランド
- 1位 ノルウェー
- 1位 スウェーデン
- 4位 カナダ
- 5位 オランダ
- 6位 オーストラリア
- 7位 ルクセンブルグ
- 8位 ニュージーランド
- 9位 ウルグアイ
- 10位 デンマーク
- 11位 ポルトガル
- 12位 サンマリノ
- 13位 アンドラ
- 14位 バルバドス
- 15位 アイルランド
- 16位 日本

Worst of the Worst – Freedom in the World 2018

Of the 49 countries designated *Not Free*, the following 12 have the worst aggregate scores. While they share a near-total lack of political rights and civil liberties, the defining features of these hostile environments vary considerably.

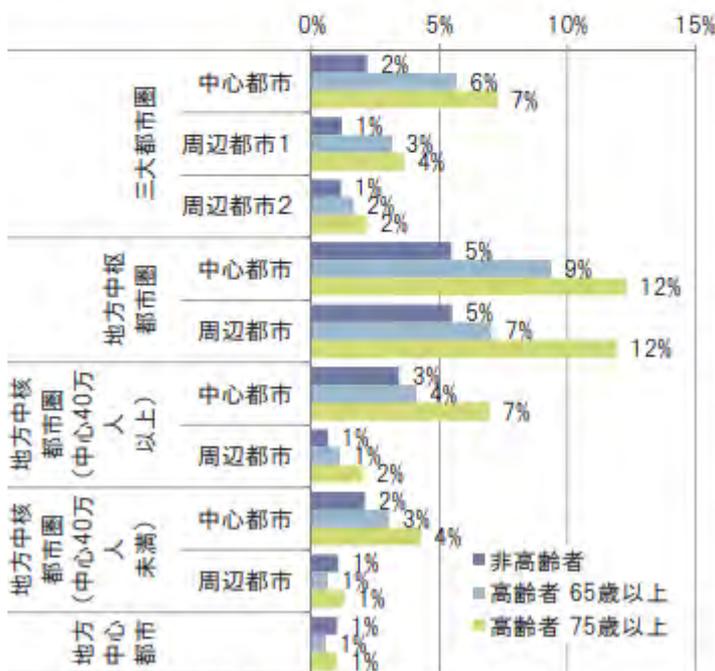


(3) 高齢者の外出実態と特性

④ 高齢者の外出状況(利用交通手段)

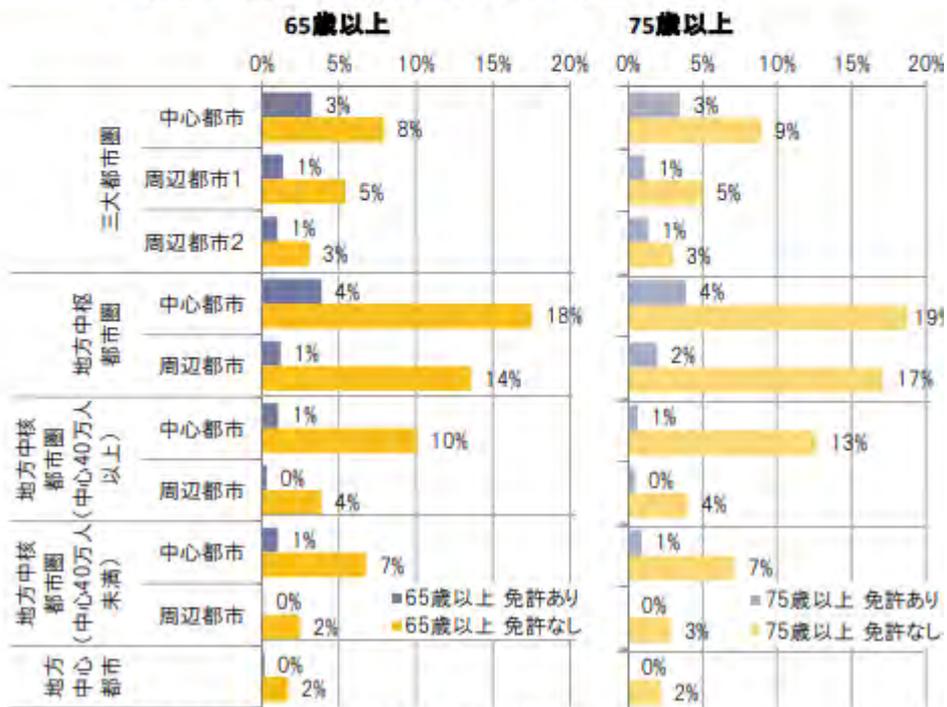
- 高齢者は非高齢者よりもバス分担率が高い傾向。
 - また、免許を持つ高齢者よりも免許を持たない高齢者の方が、バス分担率が高い傾向。
- ➔ **地方部を含め、地域の公共交通機関としてのバスが、高齢者に生活の足を提供。特に、免許を持たない高齢者にとって、重要な役割を果たしている。**

■ 高齢非高齢別にみたバス分担率



資料：国土交通省「全国都市交通特性調査」(平成27年)
※全国の70市を対象に集計

■ 高齢者の免許有無別にみたバス分担率



資料：国土交通省「全国都市交通特性調査」(平成27年)
※全国の70市を対象に集計

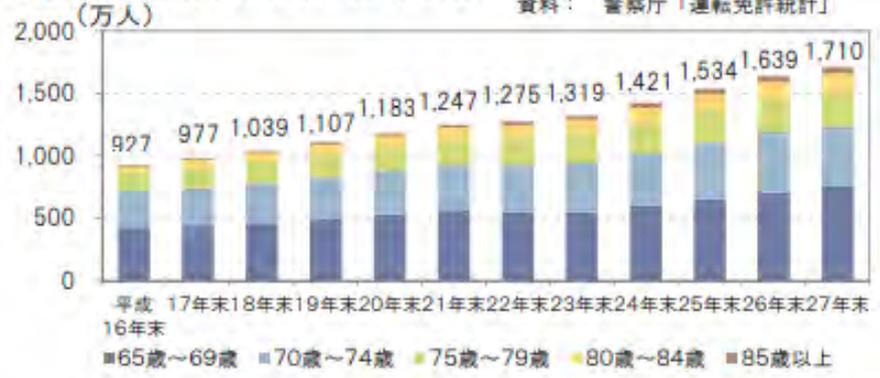
④ 高齢運転者に係る交通事故の現状等

- 死亡事故件数全体が減少する一方、75歳以上の運転者による件数は横ばい傾向となっており、全体に占める割合は増加。
 - 65歳以上の運転免許保有者が増加傾向にあるだけでなく、免許の自主返納件数が近年急増。
- ➡ **今後も増加が予測される免許返納者の受け皿として、高齢者の移動手段の確保が必要**

■平成17年から28年までの死亡事故件数



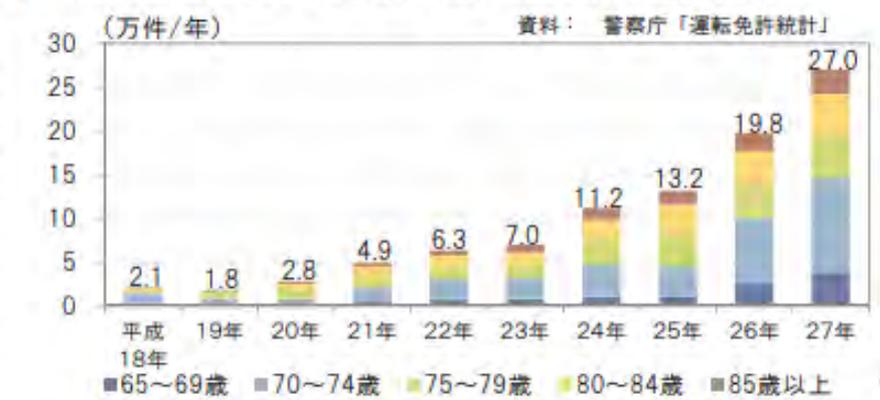
■65歳以上の運転免許保有者数



■75歳以上の高齢運転者による死亡事故件数及び構成比



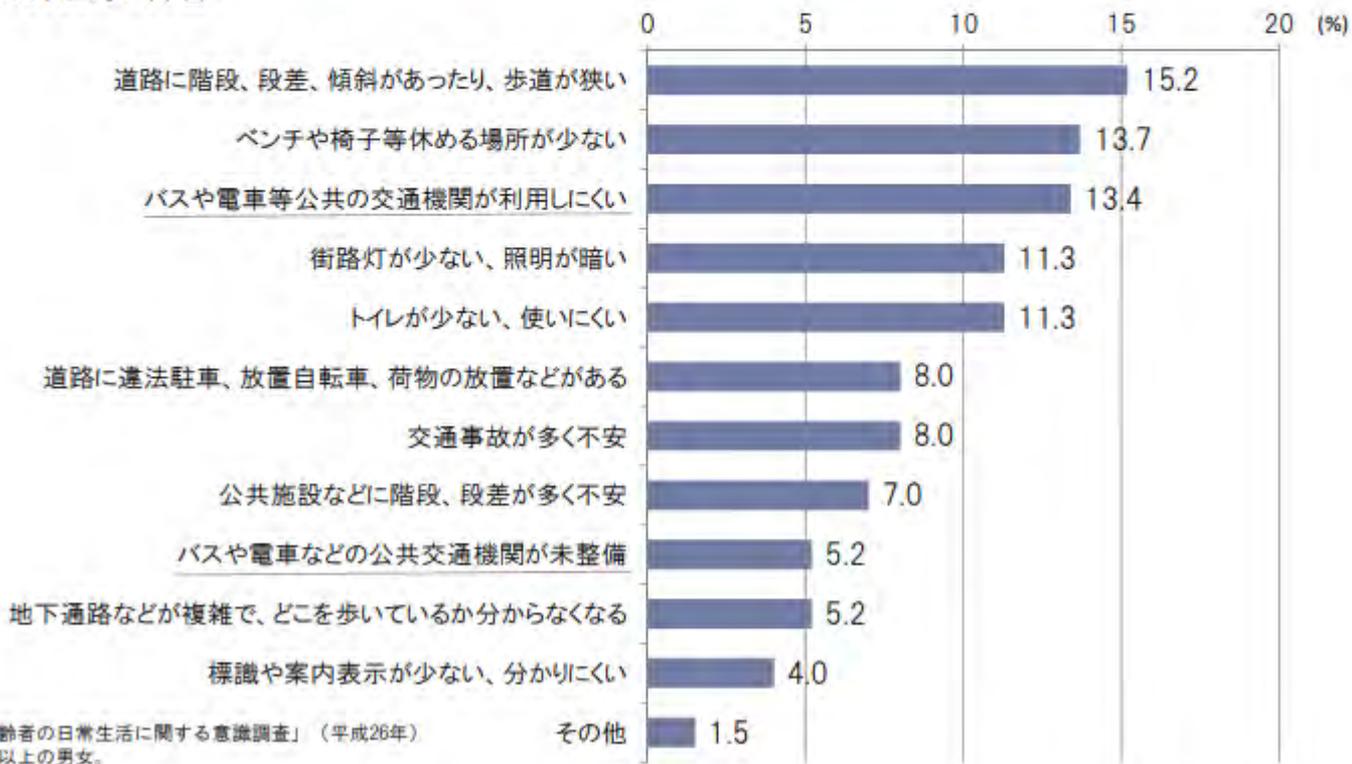
■65歳以上の方の運転免許証の自主返納件数の推移



① 高齢者が気兼ねなく外出することのできる環境整備の必要

- 高齢者の外出時の障害として、段差や傾斜・歩道の狭さといった環境を指摘する人が最多。
 - また、休憩場所やトイレの不足、分かりづらい表示を指摘する声も散見。
- ➡ **公共交通機関における利便性への指摘も踏まえ、更なる環境整備に取り組む必要**

■ 高齢者の外出時の障害



資料：内閣府「高齢者の日常生活に関する意識調査」（平成26年）
※対象は、60歳以上の男女。

Additional Indicator: Retraining for age 55-64 (1)

企業が高年齢従業員に対して行う研修の方針と状況(企業)

(1) 企業の50歳以上の正社員を対象とした教育訓練の方針

(%)

	合計	業種								常用労働者数			
		建設	製造	運輸等	金融・保険・不動産等	卸売・小売・宿泊・飲食サービス	専門・技術・教育・医療・福祉等	サービス	その他	～99人	100～299人	300～999人	1000人～
専門知識・技能取得のための研修が重要	33.5	28.8	23.8	33.5	30.5	27.7	38.1	43.3	40.0	40.0	37.8	32.3	23.7
意識改革に関する研修が重要	63.1	69.7	72.0	62.2	65.8	68.9	59.7	54.2	46.7	51.5	58.5	65.2	73.0

(2) 企業が60歳以降の従業員に必要と考える能力

(%)

第一線で働く能力が必要	59.9	51.5	46.3	73.8	52.4	50.4	50.8	70.7	60.0	76.2	69.8	53.3	45.0
現役世代の力になる能力が必要	37.2	47.0	50.5	22.6	43.9	46.5	46.9	26.9	33.4	17.2	27.2	44.6	52.1

(3) 企業が50歳以上の正社員に対して実施している研修

(複数回答(%))

専門知識・技能取得のための研修	29.9	34.8	21.7	25.6	32.9	19.2	53.0	35.6	20.0	25.7	29.2	32.3	27.3
マネジメント能力向上のための研修	21.8	37.9	22.8	9.3	37.8	23.8	42.0	16.9	33.3	7.6	12.3	27.9	36.2
メンタルヘルス研修	21.5	21.2	28.6	12.0	28.0	15.8	37.0	18.5	46.7	12.4	15.7	26.0	28.4
健康・体力に重点を置いた研修	12.7	10.6	13.8	19.9	6.1	6.5	11.0	11.1	26.7	23.8	15.3	9.6	9.9
公的資格取得の研修	11.4	12.1	7.1	7.6	11.0	3.1	14.9	20.5	6.7	11.4	14.2	10.2	6.7
出向・派遣者のための研修	1.5	3.0	1.3	0.5	1.2	1.2	2.8	1.4	13.3	-	1.3	1.5	2.5
実施していない	44.5	33.3	49.2	48.2	25.6	58.1	24.9	43.7	26.7	43.8	47.5	42.4	41.5

資料出所：独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構「企業の高齢者の受け入れ・教育訓練と高齢者の転職に関する調査研究報告書」(平成24年)
 (注)「無回答」は非表示。

職業能力開発に対する取り組みの状況(高年齢者)

(1) 会社によるこれまでの取り組み状況

(複数回答(%))

	計		
	男	女	
段階的に研修体系があり50歳以降も研修があった	5.6	7.6	2.3
全職員共通の基礎的知識・技能習得の研修があった	10.7	11.7	9.0
部門の業務に合った／部門別の研修プログラムがあった	18.2	19.9	15.3
高齢従業員向けの定年退職準備セミナーがあった	13.3	19.0	3.5
その他	1.6	1.3	2.0
特に研修はなかった	56.0	54.2	59.1
会社勤務の経験がない	3.7	1.2	7.9

(2) 高年齢者自身のこれまでの取り組み状況

(複数回答(%))

(%)

	高年齢者(55～59歳)がこれまで取り組んできたこと			高年齢者(55～59歳)がこれまで取り組んできて最も効果があったもの		
	計	男	女	計	男	女
会社の研修を基礎に、知識・技能を伸ばす努力をしてきた	44.6	51.9	30.4	51.0	58.5	35.5
職場や自治体のパソコンや資格取得の講座に通った	12.0	9.6	16.7	10.8	7.5	17.6
専門書や専門的な教材で独習したり外部の講座に通った	15.7	17.2	12.8	15.2	16.0	13.7
高齢期になってから専門講座や資格取得講座に通った	7.1	6.4	8.3	7.0	5.9	9.2
その他	6.5	5.3	8.9	8.4	6.5	12.1
自分で意識的に能力開発に取り組んだことはない	33.9	32.9	35.8			

資料出所：独立行政法人労働政策研究・研修機構「高年齢者の継続雇用、就業実態に関する調査」(平成24年)

(注) 「無回答」は非表示。(1)(2)ともに、55～69歳の高年齢者に尋ねたもの。

雇用者の職業訓練・自己啓発の実施状況

(複数回答(%))

		職業訓練・自己啓 発をした	勤め先が 実施した もの	自発的に 行ったもの	自学・自習	公的助成を 受けたもの
正規労働者	全年齢	47.7%	39.3%	24.6%	15.5%	2.2%
	15～24歳	57.1%	48.9%	27.7%	17.8%	2.4%
	25～34歳	52.7%	42.8%	29.4%	19.7%	2.4%
	35～44歳	46.9%	38.2%	24.3%	15.4%	2.0%
	45～54歳	47.9%	40.3%	24.0%	14.3%	2.3%
	55～64歳	38.7%	32.3%	18.1%	10.0%	2.2%
	65歳～	24.6%	17.1%	13.5%	7.1%	1.7%
非正規労働者	全年齢	27.7%	18.1%	15.7%	8.8%	1.7%
	15～24歳	34.2%	19.9%	22.7%	12.4%	1.7%
	25～34歳	31.0%	17.8%	20.2%	11.8%	2.3%
	35～44歳	26.5%	16.4%	16.0%	9.3%	1.7%
	45～54歳	28.0%	19.2%	14.8%	8.2%	1.6%
	55～64歳	24.9%	18.6%	11.5%	6.1%	1.5%
	65歳～	22.7%	16.6%	10.8%	5.8%	1.4%

資料2 日本、ミャンマー、マレーシアのASEAN-Japan Healthy & Active Ageing Indicators 2017に関するデータソース一覧

ASEAN-Japan Healthy & Active Ageing Indicators 2017	Japan Data	Source	Myanmar Source	Malaysia Source
1. National/Local Government policy				
A) Multi-sectorial ageing policy/frame	1.老人福祉法 (1963) Act on Social Welfare for the Elderly 2.高齢社会対策基本法(1995) Basic Law on Measures for the Ageing Society 3.高齢社会対策大綱(2018) The Guideline of Measures for Ageing Society 4.高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律 (2005) Act on the Prevention of Elder Abuse, Support for Caregivers of Elderly Persons and Other Related Matters		ESCAP Country Profiles	
B) Policies for addressing active ageing and its implementation	高年齢者等の雇用の安定等に関する法律 (1971) Act on Stabilization of Employment of Elderly Persons			
2. Income security				
A) Rate of the elderly among population who are covered by the income security including public pension/elderly welfare benefits	Public pension =95.0%	国民生活基礎調査	1.HelpAge International 「Trends in ageing and health Myanmar」	Household income and basic amenities
B) Poverty Rate of the elderly	10.0% (Relative poverty rate, household head age)	全国消費実態調査	2.HelpAge International 「The Situation of Older Persons in Myanmar」	1. World Bank 「Global Monitoring 2. Dept. of Statistics Malaysia
3. Social Capital of the Community(Social Participation??)				
A) Employment rate among the elderly, presence of system to encourage employment of the elderly/post retirement		労働力調査 就業構造基本調査 など		1.National Strategic Development on Aging Population: Inclusion and employment of Malaysia's Ageing Population 2.National Health and Morbidity Survey 2018: Elderly Health
B) Rate of the elderly who are engaged in volunteer activities including elderly club		総務省 「社会生活基本調査 生活行動に関する結果」	Multimorbidity and health seeking behaviours among older people in Myanmar: A community survey	Age-Friendly Environments in ASEAN Plus Three: Case Studies from Japan, Malaysia, Myanmar, Vietnam, and
C) Frequency of communication/conversation with family/neighbors		内閣府 「第8回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」		x
D) Rate of the elderly who go out more than XX days per week		内閣府 「高齢者の健康に関する調査」	x	x
E) Rate of the elderly's confidence in their neighbors/people in the community		内閣府 「第8回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」	x	x
Proportion of individuals using the Internet		通信利用動向調査	HelpAge International 「The Situation of Older Persons in Myanmar」 (Phone)	Internet users survey 2018
4. Health and Long term care service				
A) Type, Subject and Role of Health and medical welfare services and accessibility		厚生労働省 「Long-Term Care Insurance System of Japan」	HelpAge International 「Trends in ageing and health Myanmar」	Malaysia Health System Review: Health Systems in Transition. 3(1). 2013
B) Type and Role of the health care workers and their training		厚生労働省 「介護サービス施設・事業所調査」	x	Overview of the Medical Professionals in Malaysia
C) List of policies to address NCDs		厚生労働省 「慢性疾患の全体像について」	National Strategic Plan for Prevention and Control of NCDs(2017-2021) Myanmar	National Strategic Plan for Non-Communicable Disease, Ministry of Health Malaysia 2016
Suicide mortality rate		人口動態統計	World Health Rankings	World Health Rankings
D) Financial sustainability of the services		厚生労働省 「介護保険事業状況月報」	1. World Bank Group Myanmar Health Financing System 2. A systematic review of the health-financing mechanisms in the Association of Southeast Asian Nations countries and the People's Republic of China: Lessons for the move towards universal health coverage Pluse one . 2019	
E) Type of care givers (home or facility)		辻哲夫 東京大学高齢社会総合研究機構 「日本の高齢者ケア政策の将来ーこれまでの経験と近未来への取り組みを中心に」	1.Home Care Services in Myanmar 2.The Republic of the Union of Myanmar Country Report on "The 11th ASEAN & Japan High Level Officials Meeting(HLOM) on Caring Societies"	Malaysia caregiver Service: The definitive Guide(2019)
F) Support system of home care (Engagement of hospital professionals in the community care and supports for informal care givers)		厚生労働省 「地域包括ケアシステム」	3.Multimorbidity and health seeking behaviours among older people in Myanmar: A community survey	Home care for Seniors in Malaysia- An overview
G) Number of facilities for the elderly in need of care		厚生労働省 「介護サービス施設・事業所調査の概況」	x	

5. Health Outcome				
A) Healthy life expectancy/Life Expectancy at age 60(65).		人口動態統計	1.UN World Population Prospects 2.Global Health Data Exchange	
B) Subjective sense of well-being		国民生活基礎調査	1.HelpAge International 「The Situation of Older Persons in Myanmar」 2. Multimorbidity and health seeking behaviours among older people in Myanmar: A community survey	National Health and Morbidity Survey 2018: Elderly Health
C) Rate of the elderly with disability (those who need support/assistance in daily activities, dementia)		1.国民生活基礎調査 2.福祉行政報告例（障害手帳）	×	National Health and Morbidity Survey 2018: Elderly Health
D) Rate of the elderly who decease at home		人口動態統計	×	×
E) Health Disparity. (e.g. difference of life expectancy by areas, occupation and educational background)		1.人口動態統計 2.国民生活基礎調査	1.HelpAge International 「The Situation of Older Persons in Myanmar」 2. Multimorbidity and health seeking behaviours among older people in Myanmar: A community survey	Determinants of Healthcare Utilisation among the Elderly in Malaysia, Institutions and Economies, 9(3), 2017
6. Development of Social Statistics				
A) Data of the elderly proportion/distribution		1.総務省「国勢調査」 2.総務省統計局「人口推計」 3.国立社会保険・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」	UN World Population Prospects	
B) Data of the health/living conditions of the elderly		1.内閣府「高齢者の住宅と生活環境に関する調査」	1.Multimorbidity and health seeking behaviours among older people in Myanmar: A community survey 2. UN: Living Arrangements of Older Persons: A Report on an Expanded International dataset	
C) Development of vital statistics (including leading cause of death)		厚生労働省「人口動態統計月報年計」	HelpAge International 「Trends in ageing and health Myanmar」	Statistics on Causes of Death, Malaysia, 2018
D) Estimation of health care expenditure		厚生労働省「国民医療費の概況」	WHO Global Health Expenditure Database	
7(additional). Independent, Healthy and Secure Living				
A) Physical exercise		厚生労働省「国民健康・栄養調査」	×	×
B) Physical safety ^g		内閣府「高齢者の住宅と生活環境に関する調査」	×	×
C) Lifelong learning		内閣府「高齢社会対策の実施状況」	×	Ageing in an inclusive Society, Social Support System for Older Persons in Malaysia
8(additional). Participation in Society				
A) Care to children and grandchildren		1.厚生労働省「国民生活基礎調査」 2.内閣府「高齢者の暮らしの動向」	1.HelpAge International 「The Situation of Older Persons in Myanmar」 2.Grandparents and grandchildren: care and support in Myanmar, Thailand and Vietnam, Ageing and Society, 35(9), 1960-1988 (2015), →47.1%	×
B) Care to infirm and disabled		内閣府「高齢者の暮らしの動向」	×	×
C) Political participation		内閣府「高齢者の暮らしの動向」	1.HelpAge International 「The Situation of Older Persons in Myanmar」	×
9(additional). Capacity and Enabling Environment for Active Ageing				
A) Mental well-being		1.警察庁自殺統計原票データ 2.JAGES	1.HelpAge International 「The Situation of Older Persons in Myanmar」	National Health and Morbidity Survey 2018: Elderly Health
B) Use of ICT		総務省「通信利用動向調査」	×	×
C) Civic freedom ^h		Freedom in the World		
D) Access to public transport		1.国土交通省「全国都市交通特性調査」 2.警察庁「交通事故統計」 3.内閣府「高齢者の日常生活に関する意識調査」	HelpAge International 「The Situation of Older Persons in Myanmar」	×
Productivity & Engagement				
A) Retraining for age 55-64		1.厚生労働省「就業構造基本調査」 2.労働政策研究・研修機構「高齢者の継続雇用、就業実態に関する調査」	×	×

Domain	Indicators	資料1 対応 Page	ASEAN-Japan Healthy & Active Ageing Indicators 2017	The Asian Active Ageing Index by UNESCAP (United Nations Economic & Social Commission for Asia and the Pacific, with Prof. Asghar Zaidi)		Active Ageing Index by UNECE (United Nations Economic Commission for Europe)		Global AgeWatch Index by HelpAge International		Hartford Foundation Aging Society Index		Relation to SDGs	
				Similarity	Difference	Similarity	Difference	Similarity	Difference	Similarity	Difference		
1.National/Local government policy	Multi-sectoral ageing policy/frame	2	○	x	x	x	x	x	x	x	x	1. No poverty 2. Zero hunger 3. Good health & well-being 4. Quality education 5. Gender equality 8. Decent work and economic growth 9. Industry, innovation and infrastructure 10.Reduced inequalities 11.Sustainable cities and communities 16.Peace, justice and strong institutions	
	Policies for addressing active ageing and its implementation	3	○	x	x	x	x	x	x	x	x		
2.Income security	Rate of the elderly among population who are covered by the income security including public pension/elderly welfare benefits	4-7	○	Access to health insurance or health benefits	for age 55+	Financial security	3 indicators (Relative median income, No poverty risk, No severe material deprivation)	Pension income coverage	Non	✓ Income for people aged 65+ ✓ Net pension wealth	✓ Age 65+		
	Poverty Rate of the elderly	8	○	Poverty risk	for age 65+			✓ Poverty rate in old age ✓ GNI per capita ✓ Relative welfare of older people ^a	Non	Poverty risk, age 65+	✓ Age 65+ ✓ Food security ✓ Degree of inequality: Gini coefficient		
	Home ownership		x	○	○	x	x	x	x	x	x		
3.Social capital of the community	Employment rate among the elderly, presence of system to encourage employment of the elderly/post retirement	9-13	○	Employment rate	for age of 55-59; 60-64; 65+	Employment rate	for age of 55-59; 60-64; 65-69; 70-74	Employment of older people	Non	Labor force participation rate	✓ Age 65+ ✓ Effective retirement age		1. No poverty 3. Good health & well-being 5. Gender equality 8. Decent work and economic growth 10.Reduced inequalities
	Rate of the elderly who are engaged in volunteer activities including elderly club	14	○	Voluntary activities	for age 55+	Voluntary activities	Non	x	x	Voluntary time	Age 65+		3. Good health & well-being
	Frequency of communication/conversation with family/neighbors	15-17	○	Social connectedness	for age 55+&Not limited to family/neighbors	Social connectedness	Not limited to family/neighbors	Social connectedness	Not limited to family/neighbors	Social Network Support	Not limited to family/neighbors		
	Rate of the elderly who go out more than XX days per week.	18-20	○										
	Rate of the elderly who have confidence in their neighbors/people in the community	21-23	○	x	x	x	x	x	x	Trust neighbor for 50+	Age 50+		
4.Heath and long term care service	Type, subject and role of health and medical welfare services and accessibility	24-25	○	x	x	Access to health services	Only access	x	x	x	x		3. Good health & well-being 9. Industry, innovation and infrastructure 11.Sustainable cities and communities 16.Peace, justice and strong institutions
	Type and role of the health care workers and their training	26-31	○	x	x	x	x	x	x	x	x		
	List of policies to address NCDs	32-33	○	x	x	x	x	x	x	x	x		
	Financial sustainability of the services	34-35	○	x	x	x	x	x	x	x	x		
	Type of care givers (home or facility)	36-38	○	x	x	x	x	x	x	x	x		
	Support system of home care (Engagement of hospital professionals in the community care and supports for informal care givers)	39	○	x	x	x	x	x	x	x	x		
	Number of facilities for the elderly in need of care	40-41	○	x	x	x	x	x	x	x	x		
5.Heath outcome	Healthy life expectancy/Life Expectancy at age 60(65)	42-43	○	○	&Remaining life expectancy at age 60	✓ Remaining life expectancy at age 55 ✓ Share of healthy life expectancy at age 55	Only at age 55	✓ Life expectancy at 60 ✓ Healthy life expectancy at 60	Only at age 60	Objective well-being: Healthy life expectancy at 65	✓ Only at age 65 ✓ Only healthy life expectancy	3. Good health & well-being 5. Gender equality 10.Reduced inequalities	
	Subjective sense of well-being	44	○	○	for age 55+	x	x	x	x	Subjective well-being: Life satisfaction for age 50+	Age 50+		
	Rate of the elderly with disability (those who need support/assistance in daily activities, dementia)	45-47	○	x	x	Independent living ^b	Not disability	x	x	x	x		
	Rate of the elderly who disease at home	48-49	○	x	x	x	x	x	x	x	x		
	Health Disparity (e.g. difference of life expectancy by areas, occupation and educational background)	50-55	○	x	x	Educational attainment	Only education	Educational status of older people	Only education	✓ Attained >=high school for age 55-64 ✓ Attained >=tertiary education for age 55-64	Degree of inequality: Gini coefficient, age 65+		

6. Development of social statistics	Data of the elderly proportion/distribution	56-58	○	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Data of the health/living conditions of the elderly	59-60	○	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Development of vital statistics (including leading cause of death)	61-62	○	x	x	x	x	x	x	x	x	Non
	Estimation of health care expenditure	63-64	○	x	x	x	x	x	x	✓Public expenditure on long term care ✓External government debt	Limited to long term care and external government debt	
7. Independent, Healthy and Secure Living	Physical exercise	65-66	x	○	for age 55+	○	○	x	x	x	x	3. Good health & well-being
	Physical safety ^c	67-69	x	○	for age 55+	○	○	Physical safety	Non			
	Lifelong learning	70-72	x	○		○	○	x	x			
	No ADLs (65+)		x	○	○	x	x	x	x	x	x	
8. Participation in Society	Care to children and grandchildren	73-74	x	○	for age 55+	○	○	x	x	✓Intergenerational co-residence for 65+ ✓Intergenerational transfers for 65+	Not care	3. Good health & well-being 11. Sustainable cities and communities
	Care to infirm and disabled	75-76	x			○	○	x	x	x	x	
	Political participation	75-76	x	civic activities	religious activities	○	○	x	x	x	x	
9. Capacity and Enabling Environment for Active Ageing	Mental well-being	77-79	x	○	for age 55+	○	○	Psychological wellbeing	Non	x	x	3. Good health & well-being 9. Industry, innovation and infrastructure 11. Sustainable cities and communities
	Use of ICT	80-81	x	○	for age 55+	○	○	x	x	x	x	
	Civic freedom ^d	82	x	x	x	x	x	○	○	x	x	
	Access to public transport	83-85	x	x	x	x	x	○	○	x	x	
10. Productivity & Engagement	Retraining for age 55-64	86-88	x	x	x	x	x	x	x	○	○	3. Good health & well-being 4. Quality education 8. Decent work and economic growth

Relative welfare of older people^a: Average income/consumption of people aged 60-plus as a proportion of average income/consumption for the rest of society

Independent living^b: Share of persons aged 75 & older living in single or couple households

Physical safety^c: How safe do you or would you feel walking alone in this area (respondent's local area or neighbourhood) after dark? (share of those aged 55 years and older feeling safe or very safe)

Civic freedom^d: In the country, are you satisfied or dissatisfied with your freedom to choose what you do with your life?

厚生労働行政推進調査事業費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
分担研究報告書
ASEAN における活動的で健康的な高齢期の推進に関する研究
「高齢化指標の現状と論点」

研究分担者 林玲子・中川雅貴 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

高齢化指標は、欧州アクティブ・エイジング指標、新アジア・アクティブ・エイジング指標、Global AgeWatch Index などが作成され、国別にもマレーシアアクティブ・エイジング指標などが作成されている。アジアの高齢化指標作成には、アジアの文化的な要素の勘案が必要であり、また、データ不足が課題となる。国際的には「健康な高齢化の10年」が2020年12月に国連総会で採択され、高齢化に関するマドリッド国際行動計画(MIPAA)のレビューが2022年に予定されており、持続可能な開発目標(SDGs)と連動した高齢化への取り組みが進んでいるなか、SDGs指標も活用しながら高齢化指標を策定することに妥当性を見出せる。また、個人、国レベルの高齢化の状況と、高齢化に対する政策・施策の情報を組み合わせることで、政策形成の基礎資料となる可能性もある。

A. 研究目的

活動的で健康的な高齢期の推進に資する指標は、すでに複数の取り組みがあることから、それら既存の指標群の状況を把握分析し、今後のASEAN諸国において適用可能なHealthy and Active Ageing Index(HAAI)を検討するための情報基盤を構築する。

B. 研究方法

既存の高齢者指標の作成担当者に対するヒアリングを通じて、指標の構成、適用状況、今後の展開について分析する。

(倫理面への配慮)

国立保健医療科学院倫理審査委員会の承認を得て、ヒアリング調査を行った。

(承認番号: NIPH-IBRA#12294)

C. 研究結果

以下のヒアリングをオンラインにて行った。

- 2020/11/4 (水) : アレクサンドル・ミフノビッツ氏、HelpAge International (英国・ロンドン) Global AgeWatch Index について
- 2020/12/1 (火) : アスガル・ザイダイ氏、Government College University (パキスタン・ラホール)、欧州、アジア Active Ageing Index について
- 2020/12/17 (水) : 岡安裕正氏、WHO/WPRO (スイス・ジュネーブ (出張中)) WHO Healthy Ageing Monitoring Framework について
- 2021/1/15 (金) : サビース・ヘニ

ング氏他、UN ESCAP（タイ・バンコク）アジア Active Ageing Index について

- ▶ 2021/2/2(火) テング・アイザン氏、マレーシア・プトラ大学（マレーシア・セランゴール）Malaysia Active Ageing Index について

複数の指標をまとめる形の高齢化指標は、2012年より欧州アクティブ・エイジング指標として始まり、その後アジアに応用する形で2019年に新アジア・アクティブ・エイジング指標が策定された。マレーシアにおけるアクティブ・エイジング指標もこの流れに沿ったものである。一方、高齢化に関する国際 NGO である HelpAge International も同様な Global AgeWatch Index を2013、2014、2015年に作成・公表している。これら的高齢化指標は、人間開発指標を開発したハック博士に師事したアスガル・ザイディ氏が推進したものである。

その他高所得国を対象にした高齢化指標もあるが、中・低所得国を対象にした高齢化指標に関してはヒアリングにて情報収集することができた。

WHO/国連の、「健康な高齢化10年」の評価枠組は、SDG指標を活用し、さらに各国の高齢化施策・政策の有無を評価することとなっている。

ヒアリングの概要および論点等は本報告書「高齢化指標の現状と論点」に、ヒアリング内容は別添1、ESCAP およびマレーシアのヒアリング時の資料はそれぞれ別添2、3として添付した。

D. 考察

複数の指標にウエイトをつけて合計し、

一つの指標とする手法は、高齢化のような多分野に及ぶ事象を一つに集約し比較可能にするために便利である反面、ランキングとして国に序列をつけることに反対もある。

欧州においては、欧州統計局が欧州各国で行っている調査結果を用いて一律にデータが得られることから、高齢化指標が算定されているが、アジアの場合は同様な均一なデータが存在せず、アジア高齢化指標の作成を難しくしている。また、アジアの高齢化の状況把握には、雇用や自立生活など文化的に欧州とは異なる点が多くあり、アジアの文脈で健康で活動的な高齢化をどうとらえるか、比較分析が必要である。

WHO/国連の健康的な高齢化10か年計画(2021-2030)、マドリッド国際行動計画のモニタリング(2022)と、高齢化に関する国際的な政策が進展する中、新たな指標を設定するのではなく、SDGs指標を用いて、年齢を区分することで高齢化指標とするような形式を検討する必要がある。

新型コロナウイルス感染症の蔓延は、高齢者の生活にも大きな影響を与え続けており、その点を高齢化指標に入れ込むことが不可欠である。

E. 結論

アジアにおける高齢化の文化的要素も加味し、SDGs指標というデータ基盤を利用して、政策形成に資する高齢化指標を作成することが望まれる。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表

・林玲子「アクティブ・エイジング指標－

アジアでどのように測るか？」新潟大学-
マレーシア交流事業ラウンドテーブル会議
「マレーシアの急速な高齢化への対策に日
本の経験をどう生かせるか？」新潟県十日
町市 (2020.2)

H. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む。)

なし

高齢化指標の現状と論点

林玲子・中川雅貴

国立社会保障・人口問題研究所

1 はじめに

世界全域で人口高齢化が進行する中、すでに高齢化が共通言語となった東アジア諸国に付け加えて、今後高齢化が本格的に進行する東南アジア ASEAN 諸国において、高齢期をいかにアクティブに、健康的に過ごすことができるかは、喫緊の課題である。このようななか、国際社会としても世界保健機関 (WHO) の 2020 年 8 月の世界保健総会、それを受けた形で 12 月の国連総会で「国連 健康な高齢化の 10 年 2021-2030 (United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030))」が採択された¹。この文書では、高齢者に対する新型コロナウイルス感染症対策を強化することをはじめ、高齢者の人権保護の観点に立ち、食糧、住宅、雇用、社会保障、法的制度、医療、介護サービスへのアクセスを確保し、差別なく世代間の連帯を通じて高齢者の社会的統合が図られることが重要とされている。

本研究プロジェクト「ASEAN における活動的で健康的な高齢期の推進に関する研究」は、このように国連総会で再確認された健康な高齢化の取り組み強化を支持し、貢献しようとするものである。そのうち、令和 2 年度 B 班では、既存の各国・地域におけるアクティブ・エイジング指標について、その担当者にオンライン面談し、その内容と課題、今後の展望などを聴取した。本稿はその報告である。ヒアリングは表 1 に示すように行った。いずれも zoom によるオンライン形式である。ヒアリング内容は別添 1 を参照のこと。なお、ヒアリングは、国立保健医療科学院倫理審査委員会より承認を得たうえ実施した (承認番号: NIPH-IBRA#12294)。なお、2017 年に厚生労働省と ASEAN 各国、アジア開発銀行により提案され、本研究のたたき台となるアクティブ・エイジング指標については、本報告書曾根・佐々木論文を参照されたい。

表 1 ヒアリング日程

日時	対象者	組織（場所）	指標
2020/11/4（水） 17:00～19:00	アレクサンドル・ミフノビッツ氏	HelpAge International（英国・ロンドン）	Global AgeWatch Index
2020/12/1（火） 16:00～18:00	アスガル・ザイディ氏	Government College University（パキスタン・ラホール）	欧州、アジア Active Ageing Index
2020/12/17（水） 16:00～17:15	岡安裕正氏	WHO/WPRO（スイス・ジュネーブ（出張中））	WHO Healthy Ageing Monitoring Framework
2021/1/15（金） 11:00～13:00	サビーヌ・ヘニング氏他	UN ESCAP（タイ・バンコク）	アジア Active Ageing Index（別添 2）
2021/2/2（火） 11:00～13:00	テング・アイザン氏	マレーシア・プトラ大学（マレーシア・セランゴール）	Malaysia Active Ageing Index（別添 3）

II 既存高齢化指標の概要－ヒアリング結果から

I 欧州アクティブ・エイジング指標（2020/12/1 ヒアリング）

欧州統計局(Eurostat)による、アクティブ・エイジング指標(Active Ageing Index、以下「欧州 AAI」とする)は、おそらく既存の指標のなかで一番古くから使われているものと思われる。今回ヒアリングしたアスガル・ザイディ氏は 2012 年よりその立ち上げを行っている。複数の指標をウェイトをつけて合計する、という手法は国連人間開発指標 (Human Development Index: HDI) に類するもので、HDI を創設したハック (Mahbub ul Haq) 氏は、ザイディ氏の恩師にあたり、両者はパキスタン人間開発指標作成を行った歴史がある。

欧州 AAI は、国連欧州経済委員会 (UNECE) と欧州委員会 (EC) により毎年公表されており、①雇用、②社会参加、③自立した健康で安全な生活、④能力と実現環境の 4 分野について、22 指標 (①=4、②=4、③=8、④=6) を設定し、それぞれの指標にウェイト (重みづけ) をして総合得点を算出する。欧州統計局は、欧州各国の統計を整備するのみならず、同じ質問票に基づいた調査も行っているため、その結果を用いて、均一な統計を用いた国別に比較可能な指標が算出される。また国別のみならず、国をさらに細分化した地域別に、男女別に、といった細分化された指標も算出され、地域格差や男女格差の国別比較、といった分析も行われている。

2018 年の分析報告書は https://unece.org/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/ECE-WG-33.pdf に、データ等は <https://statswiki.unece.org/display/AAI/I.+AAI+in+brief> に掲載されている。



2 アジア・アクティブ・エイジング指標 (2020/12/1、2021/1/15 ヒアリング)

国連アジア太平洋社会経済委員会 (UNESCAP) は、2019年6月にワークショップを行い²、高齢化に関するマドリッド国際行動計画 (MIPAA) のモニタリングのための統計ツールを模索している。その中で、UNECE の欧州 AAI 同様の、アジア太平洋地域におけるアクティブ・エイジング指標も検討し、ザイディ氏が、タイとインドネシアのアクティブ・エイジング指標を算定した (Zaidi and Um 2019a)。同様の手法で、ザイディ氏は中韓のアクティブ・エイジング指標も算定した (Zaidi and Um 2019b)。これらは、新アジア・アクティブ・エイジング指標 (New Asian Active Ageing Index) と名付けられており、欧州 AAI を改変して、4分野19指標より構成されている。それらは①雇用 (3指標)、②社会参加 (4指標)、③自立した生活 (6指標)、④能力と実現環境 (6指標) である。

Overall Index	New Active Ageing Index			
Domains	Employment	Social participation	Independent living	Capacity / Enabling Environment
Indicators	Employment rate 55-59	Voluntary activities +55	Physical exercise 55+	RLE at 60
	Employment rate 60-64	Care to grandchildren +55	Access to health care +55	SHLE at 60
	Employment rate 65+	Care to older adults +55	No ADLs difficulties for +65	Mental well-being +55
		Civic & Religious participation +55	Relative median income 65+	Subjective well-being +55
		No Poverty Risk +65	Social connectedness +55	
Home ownership 55+	Educational attainment (55-74)			

ワークショップの結果、アクティブ・エイジング指標のような複合指標 (composite indicator) には、それを算出する十分なデータが必要で、データが不足する国が多い現在、まずはデータダッシュボード (複数のデータの見える化) を構築することが必要、との結論に至っている。データが揃えば複合指標も活用したいという意向がある (ESCAP ヒアリング内容を参照されたい)。

ワークショップの結果、アクティブ・エイジング指標のような複合指標 (composite indicator) には、それを算出する十分なデータが必要で、データが不足する国が多い現在、まずはデータダッシュボード (複数のデータの見える化) を構築することが必要、との結論に至っている。データが揃えば複合指標も活用したいという意向がある (ESCAP ヒアリング内容を参照されたい)。

3 ヘルプエイジ高齢化指標 (Global AgeWatch Index、2020/11/4 ヒアリング)

高齢化に関する国際的な NGO であるヘルプエイジインターナショナル (HelpAge International, 以下「ヘルプエイジ」とする) は、国連が主催した高齢化に関する最初の国際会議であるウィーン高齢者会議 (1982年) では途上国に対する取り組みが足りないことを反省し、1983年11月に英国、インド、ケニア、カナダ、コロンビアの高齢化に取り組む NGO が集まって創設された。以来、中低所得国を中心に、高齢者サポート活動を継続的に実施している。



ヘルプエイジは、アクティブ・エイジング指標と同様の複合指標を Global AgeWatch Index として 2013年版、2014年版、2015年版を算定した。算定には、ザイディ氏が参画している。中低所得国も含む 96 か国を対象にし、①所得保障、②健康状態、③実現環境、④能力の 4 分野の 13 指標を合成したものである。

しかしながら 2015 年以降は指標算定は継続されず、2018 年版の UHC、2021 年版の性暴力と、テ

² <https://www.unescap.org/events/asia-pacific-workshop-developing-tools-measure-inclusive-and-active-population-ageing>

マを絞った形で研究分析に特化した形で行われるようになった。

4 WHO 健康的な高齢化評価枠組(2020/12/17 ヒアリング)

前述の通り、2020年8月の世界保健総会、12月の国連総会で2021~2030年を「健康な高齢化の10年」とすることが決められたが、それに応じ、行動計画が策定された(WHO 2020a)。WHO本部ではまず足元を把握する報告書(baseline report)を公表し(WHO 2020b)、地域レベルでは西太平洋地域事務局が健康な高齢化のための行動計画を策定した(WHO/WPRO 2020)。本研究の対象であるASEAN諸国は、WHO西太平洋地域事務局と東南アジア地域事務局にまたがるが、東南アジア地域事務局の行動計画はまだ策定されていないようである。

健康的な高齢化10カ年の行動計画では、評価枠組みとして新たに指標を設定するのではなく、すでにあるSDGsの関連する指標を用い、高齢者の状況が判明するように、各指標を年齢別に表示することが重要であるとしている(WHO 2020a)。列挙されたSDGsは11のゴールの28指標にわたる(表2)。さらに行動計画では、国別に高齢化に関する政策が策定されているかも評価基準としている。

表2 健康な高齢化に資するSDGs指標

ゴール	指標
1 貧困削減	1.3.1(社会保障), 1.4.1(基礎サービス), 1.4.2(土地所有)
2 食料	2.1.2(十分な食料), 2.3.2(小規模農家)
3 保健	3.4.1(慢性疾患), 3.4.2(自殺), 3.8.2(高額医療支出)
4 教育	4.4.1(ICT知識), 4.6.1(識字)
5 ジェンダー	5.2.1(暴力), 5.2.2(性的暴力), 5.4.1(無給ケア)
8 雇用	8.5.1(時給格差), 8.5.2(失業率), 8.10.2(口座の有無)
9 インフラ	9.1.1(道路2km以内の居住)
10 格差是正	10.2.1(相対貧困), 10.3.1(年齢差別)
11 都市	11.2.1(公共交通), 11.3.2(住民参加), 11.7.1(公共空間), 11.7.2(ハラスメント)
16 平和	16.1.3(暴力), 16.1.4(地域安全), 16.7.1(政策が包摂的と考えるか)
17 協力	17.8.1(インターネット利用), 17.18.1(SDGs指標の年齢区分)

出典: WHO 2020a, Table 2. 注:出典では16.7.2は16.7.1とされているが、内容より16.7.2とした。

5 マレーシア・アクティブ・エイジング指標(2021/2/2 ヒアリング)

マレーシア・プトラ大学のアイザン教授は、マレーシアデータを用いて、マレーシア・アクティブ・エイジング指標(MyAAI)を算定しているところである。既存の複数の高齢化指標をベースにしているが、ザイディ氏より助言を得ながら構築しているということで、欧州AAIを踏襲し、①雇用、②社会参加、③自立した安全な生活、④能力と実現環境の4分野から構成されている。データセットが欧州同様とするのは適切でないため、独自に調査を実施したが、新型コロナウイルス感染症のため、電話調査を実施した(農村部の高齢者などにはオンライン調査が難しい)。また、新型コロナウイルス感染症の影響についても質問を設けたが、社会参加が阻害されていることが判明した。アジア特有の事象として、雇用、社会参加の男女差、親孝行、信仰心などが指摘された。

III 高齢化指標の論点

1 雇用

高齢者の雇用は、特にアジアの文脈では年金がないので働かざるを得ない、という状況もあり、働いている高齢者が多ければアクティブである、という訳ではない。また、高齢者が働くのは子供たちが十分に親を扶養しておらず、恥になる、という通念がある国もある。ILO は高齢者が働かざるを得ない状況は改善するべきとしている。一方、働くことで経済的自立、社会参加が実現できる、ということもある。SDGs では人間的な雇用 (decent work) がゴールの一つであり、働く意志のある高齢者が満足して働けるようにすることは、社会参加という意味でも、経済的な充実という面でも重要である。

2 男女差

高齢期の社会参加は、女性の方が男性よりも活発である、という傾向が、マレーシア、日本で指摘された。現役世代で伝統的なジェンダー規範が強い、つまり男性が仕事、女性が家庭、という傾向があれば、引退後に社会参加できない男性が増える、という状況が想定される。年金受給も、それが世帯別か個人別かで、女性がより恩恵を受けている (支払った額よりも多く受給)、という状況も考えられる。通常、高齢女性の相対的貧困率は高いとされるが、子どもからの支援も含め、複雑な男女差があることが考えられ、高齢化指標を男女別に示すことは必要である。

3 自立生活 (independent living) vs 親孝行 (filial piety)

欧州 AAI の第 3 分野である「自立した健康で安全な生活」の 8 つの指標のうちの一つは、「自立した世帯 (independent living arrangements)」であり、その定義は 75 歳以上で独居もしくは配偶者のみの世帯で暮らす人の割合である。その値が高いほど自立した生活である、ということであるので、同居がよしとされるアジアの文化とは真逆である。新アジア AAI では、この自立世帯割合を、ADL に困難がない状態、という指標に置き換えている。独居老人の割合は、日本でもアジアでも増加しているが、それが「自立した生活」とポジティブにとらえられることは少ない。自立した生活とは独居することなのかどうか、アクティブ・エイジングに「独居」をどうとらえるかは吟味する必要がある。

逆に、親孝行 (filial piety) は、儒教、イスラームの規範であり、ASEAN 諸国でも当然と考えられている規範である。アジアにおいては高齢者が一人で住むと、働いていると、施設に入ると、子どもが親孝行をしていない、とみなされることは多い。しかしながら、日本ではそのような意識が急激に変わったように、国により、さらに国の中の地域、民族により、その状況と意識は様々であり、親孝行をどのような形で測定するのか、親孝行の有無が行動的で健康的な高齢化にどのように影響を及ぼすのか、要確認である。

4 「高齢者」の定義

欧米の高所得国では早くから高齢化が進行し、1950 年代に国連人口委員会で高齢化が取り上げられた際、65 歳が区切りとして用いられた (UN 1956)。当時イギリスの年金支給開始年齢が 65 歳であったことが理由だという説がある。その後 1982 年に、高齢化がまだ進行していない中低所得国を含め、世界各国が参加した国連主催のウィーン高齢に関する世界会議 (World Assembly on Aging) が開催された時に 60 歳という区切りが用いられた。そのようなことから、現在では、高所得国では高齢者は 65 歳以上、中低所得国では 60 歳という定義が用いられることが多い。しかしながら、高齢化指標を算定する

ときに、高齢者の定義が異なっているのは、そもそも比較ができなくなる。60歳か65歳か、いずれかの定義に合わせて高齢化指標を算定することが必要であるが、データが揃わないことが多く、またそもそもオリジナルの指標に年齢の定義が示されていないこともある。データが揃わない理由は、このように、年齢別にデータが得られないことが理由となっている場合もある。また介護分野の指標など、日本でいう後期高齢者75歳以上といった定義の方が相応しい場合もある。一様な高齢者の定義がないなか、定義を押し付けることもできず、可能な限り5歳階級別に元データを収集し、比較可能なようにその都度集計する、という作業が必要になる。

5 複合指標という手法について

複合指標 (composite indicator) という手法³についても、ESCAPをはじめ、長所と短所について議論されている。様々な分野の多くの指標に関する情報が一つの指標となることで、比較が容易になる一方、それに基づいてランキングをした場合に、データが揃わない場合や、分野別に異なる状況の社会を一律に順序だててしまうことについて、また、国に序列をつけることについて反対もある。複合指標をランキングのために用いるのではなく、分野別の指標の偏り具合で同じ特徴を持つ国をグループ分けし、そのグループ毎に適切な政策セットを提示する、といった使い方も考えられる。

6 指標の対象は個人か国/地域か

欧州AAI、新アジアAAIは、例えば「運動をしている人の割合」といったように、対象集団における割合といった指標になっている。この場合、ある個人に対して「運動をしているか」と聞けば、個人の高齢化指標が算定されることになる。欧州AAI、新アジアAAIは集団レベルでも個人レベルでも指標として算定可能であるが、WHOの評価枠組の様に、国に高齢者施策があるかないか、という指標は、個人に落とし込むことはできなくなる。

一方で、国レベルの高齢化指標を比較して、その違いはどの政策の違いにあるのか、という分析を行うのであれば、政策、施策の情報が必要になる。また、ザイディ氏は国でも個人でも、高齢化指標の違いをもたらしたのは、どのような個人の経緯(学歴、雇用など)、もしくは政策の有無だったのか、現時点の高齢化指標から過去をマイクロシミュレーションするようなモデルが作成可能としている。

最終的には効果的な政策・施策を提案することが目的であり、個人・集団の状況を把握する指標と、政策・施策の有無について情報収集することが求められよう。

IV 課題と展望

1 次年度以降に持ち越した事項

ASEAN諸国のような中所得国をも対象とした高齢化指標は、今年度概ねヒアリングを行ったが、高所得国を対象とした高齢化指標はその他、Hartford Aging Index、Successful Ageing Indexなどが存在する。多くの指標が存在する。それらについても、手法や含まれる指標など、参考にすべきことも多いと思われる。来年度以降、情報収集を継続する必要があるだろう。

ASEAN諸国を対象として活動的で健康的な高齢化を研究するには、ASEAN Center for Active Ageing and Innovation (ACAI)の関与が必須である。ACAIとして高齢化指標を作成しているわけでは内容であ

³ OECDは複合指標作成に関するハンドブックを作成している(OECD 2008)。

るが、来年度以降ヒアリングなどを行う。

2 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) と高齢化指標

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の高齢者に対する影響は、COVID-19 死亡者が高齢者に多いこと、外出制限による身体・認知機能の低下、孤立、経済や栄養状態の悪化など、多くの問題が生じており、今回ヒアリングを行った ESCAP、HelpAge International、アイザン教授、いずれも COVID-19 の高齢者に対する影響の調査を計画もしくは実施している。COVID-19 は短期的には収束せず、未だ継続しており、高齢化指標に COVID-19 の影響を組み込むことが必要であろう。

3 国際的政策枠組みとの連携

現状で、国連における高齢化に関する政策枠組は、国連 Healthy Ageing decade と並行して、高齢化に関するマドリッド国際行動計画のモニタリングも行われている。これは、2002 年の行動計画の策定から、20 年目の 2022 年にアジア太平洋地域のレビューを行うことが予定されている。いずれも新たな指標セットをつくるのではなく、SDGs 指標を用いてレビューする流れになっている。このようなことを考慮すれば、今後「健康で活動的な高齢化指標」を作成するのであれば、SDGs 指標をベースに、不足を何らかの形でおぎないながら、指標群を設定することが求められよう。

<参照文献>

OECD (2008) *Handbook on Constructing Composite Indicators - Methodology and User Guide*.

UN/DESA (1956) "The aging of populations and its economic and social implications" ST/SOA/Series A/26.

WHO (2020a) *Decade of Healthy Ageing: Plan of Action*.

WHO (2020b) *Decade of Healthy Ageing - Baseline Report*.

WHO/WPRO (2020) *Regional Action Plan on Healthy Ageing in the Western Pacific*.

Zaidi, Asghar and Jinpil Um (2019a) "The Asian Active Ageing Index: Results for Indonesia and Thailand" Social Development Working Papers, 2019/05, United Nations ESCAP.

Zaidi, Asghar and Jinpil Um (2019b) "The New Asian Active Ageing Index for ASEAN+3" *Journal of Asian Sociology*, Vol. 48, No. 4 (December 2019), pp. 523-558.

別添1 ヒアリング内容

Health and Labour Sciences Research Grant Project
(#20BA2002, Ministry of Health, Labour and Welfare)

Study on the Promotion of Active and Healthy Ageing in ASEAN Countries

Seminar Report (Summary)

Date / Time: 17:00-19:00, 4th November, 2020 (UTC/GMT +9, Tokyo)

Venue: via Zoom (in English / no interpreter)

Lecturer: Aleksandr Mihnovits (HelpAge International, London, UK)

Participants:

SONE, Tomofumi (Principal Investigator, National Institute of Public Health)

HAYASHI, Reiko (Co-Investigator, National Institute of Population and Social Security Research)

SHOBUGAWA, Yugo (Co-Investigator, Niigata University)

SASAKI, Yuri (Co-Investigator, National Institute of Public Health)

NAKAGAWA, Masataka (Co-Investigator, National Institute of Population & Social Security Research)

Theme of the Seminar: The Development of *Global AgeWatch Index* and Its Applications

Summary

1. Background

- In 2012, HelpAge and UNFPA published a report titled, 'Ageing in the Twenty-First Century', which examined progress in relation to MIPAA International Plan of Action on Aging.
- And in 2012, HelpAge started working with Dr. Asghar Zaidi, who was with the University of Southampton then, to develop a tool. The project with Dr. Zaidi led to the launch of the *Global AgeWatch* in 2013. Since then, the *Index* was then published annually to 2015.
- In 2015 and 2016, the project conducted two reviews, one of which was focused on the production side of the index and interviewed staff members of the HelpAge regional offices and partners who worked for the project as well as those who used the Index. The second review, which was conducted by an external organization, focused on assessing the methodology and its robustness.

2. Framework and Methodology for the *Global AgeWatch Index*

- There were three elements that were aimed to capture in the Index:
 - 1) multidimensional nature of the wellbeing, 2) universality to include as many countries as possible, and 3) utilization and reliance on harmonized data available from open data sets.
- The Index was designed to be put in the Madrid International Plan and its three pillars of development, health and enabling environment. In addition to keeping consistent with the

MIPAA, focus group discussions were conducted with older people to understand their values, some of which were reflected in the Index such as access to public transport and connectedness with others in the inner community.

- The principal of using harmonized data in open data sets was challenged particularly for low and middle income countries. Due to such difficulties, certain concepts or certain indicators that were considered important for measuring wellbeing were not included in the Index (e.g. having adequate housing or participating in arts, participating in various cultural activities, volunteering, participating in political processes).
- Some of the concepts were not embodied in the Index due to the technical issues for operationalization and measurement (e.g. autonomy).
- Some of the indicators or some of the proxies have different meanings between cultures and contexts (e.g. having a job is an important factor for better wellbeing in the development context whereas a high employment rate can mean that there is inadequate safety net in the country.)
- While data from international organizations / agencies such as World Bank, OECD, Eurostat, and WHO are the primary sources for the Index, subjective data was drawn from private data providers such as Gallup (e.g. enabling environment: data on perception of safety, on transport, on social connectedness and on civic freedom).
- Other data challenges include inconsistency in the year of observations between countries; great variability across the countries in terms of when the surveys are conducted and how frequently surveys are administered. Relying on open data, in addition, face challenges associated with time lags between when data is collected at the national level and when it becomes available in the international data set. Despite the criticism, the project does not use national data because of the harmonization issues.
- The aggregation method of the Human Development Index is adapted in the *Global AgeWatch Index*.
- Equal weighting is applied across the domains. This reflects the principle of avoiding any judgement which domain is a priority to older people, and which are less important. Within the domains, there are two exceptions; different weighting is applied to income security domain and the health domain.

3. Reflections

- There are two aspects in the functions of the Global AgeWatch Index: as advocacy tool and as policy tool.
- It became apparent that index was a very successful advocacy tool through helping stakeholders recognise the key issues and data caps.
- As a policy tool, on the other hand, it appears to be much more challenging to use it (i.e. timelines of data, lack of data showing the great diversity and inequality within population).
- The methodology review has demonstrated the importance of developing an index in a close collaboration between thematic experts on ageing and statisticians. Recommendations and resources developed by the European Commission's Competence

Centre on composite indicators and scoreboards (COIN) and the OECD, e.g. Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide, offer good guidance on the topic.

4. Discussion

- The relationships to other international indices on active ageing such as *Active Ageing Index*. Is GAWI aimed at applying and expanding the concept of the European Active Ageing Index to the global level?
 - ➔ No. There are a lot of similarities in what are measured between the two induces, though.

- What is the *Global AgeWatch Insights 2018*?
 - ➔ After two learning reviews conducted in 2015 and 2016, the decision was made not to continue with the index. Instead, it was decided to reposition the Index as a more research-oriented project and to work with AARP on the *Global AgeWatch Insights*. Since then, the GAWI has not been revised. The *Global AgeWatch Insights* is a systematic report looking at universal health coverage in relation to older people in developing countries, followed by discussion on the adequacy of data to measure universal health coverage and support the implementation of the health for all and the SDGs. It is planned to focus on gender-violence among older people in the 2021 version of the *Global AgeWatch Insights*, subject to funding availability.

- Comparability and consistency with the SDG indicators?
 - ➔ The SDG indicators are not specialised in ageing or elderly people, and do not cover issues such as long-term care and mental health.

- The depression scale or suicide rate can be used as proxy measures of mental health?
 - ➔ Yes. Indeed, we consider “having purpose in your life” as a proxy for mental health, but it turned out that there are difficulties in obtaining the data for this indicator across all countries.

- Coverage of *hard-to-reach* populations such as refugees, homeless people, institutionalised population?
 - ➔ HelpAge collects data on older refugees and also work on in informal setting and homeless, but the data collection tends to be quite on the small scale and highly targeted. It is thus difficult to obtain reliable quantitative insights and understandings from these data.

- Issues in measuring and interpreting social connectedness:
 - ➔ It is measured by a standardised item in the Gallup data; “if you are in trouble, do you have someone you can speak to?”

Study on the Promotion of Active and Healthy Ageing in ASEAN Countries

Seminar Report (Summary)

Date / Time: 16:00-18:00, 1st December, 2020 (UTC/GMT +9, Tokyo)

Venue: via Zoom (in English / no interpreter)

Lecturer: Professor ZAIDI, Asghar (Government College University, Lahore, Pakistan)

Participants:

- SONE, Tomofumi (Principal Investigator, National Institute of Public Health)
- ARAI, Hidenori (Co-Investigator, National Center for Geriatrics and Gerontology)
- HAYASHI, Reiko (Co-Investigator, National Institute of Population and Social Security Research)
- SHOBUGAWA, Yugo (Co-Investigator, Niigata University)
- SASAKI, Yuri (Co-Investigator, National Institute of Public Health)
- NAKAGAWA, Masataka (Co-Investigator, National Institute of Population & Social Security Research)
- MIYAZAKI, Yusuke (Observer, Ministry of Health, Labour and Welfare)

Theme of the Seminar: Healthy and Active Ageing in ASEAN+3: Evidence drawn from the New Asian Active Ageing Index “AAI”

Summary

1. Definition and significance active ageing
 - The concept of “active ageing” adapted and developed in the Active Ageing Index Project is based on the philosophy and the work program of the *2012 European Year of Active Ageing and Solidarity between Generations*. The AAI project defines the AAI as:
“the situation where people are able to live healthy, independent and secure lives as they age and thus continue to participate in the formal labour market as well as engage in other unpaid productive activities (such as volunteering and care provision to family members” (Zaidi et al. 2013, p. 6)
 - European projects and initiatives concerned with active ageing include: *Designation of 2012 as the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations*; *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP-AHA)*; *Vienna Ministerial Declaration for the 2nd 5-year review of MIPAA*.
 - WHO originally used the term “active ageing”, but the EIP-AHA project, which became the flag bearing project of European Union, started using the term “active and healthy ageing” partly because the WHO itself moved to the terminology of healthy ageing.

- In the context of the sustainable development goals, or the 2030 agenda, the concept of active ageing is concerned from the moral and economic perspectives. From the moral point of view, any development strategies are expected to include potentially vulnerable groups (older people) by improving their wellbeing and quality of life. From the economic perspective, older persons are expected to contribute not just to their own wellbeing but also to the overall development of the society in which they live.

2. The development and construction of the *Asian Active Ageing Index*

- The development of the Active Ageing Index that was carried out from the European Year 2012 project was based on two motivations: 1) for policy purposes, a composite index is needed for countries to more easily identify policy purposes, and 2) the Index serves as an analytical or diagnostic tool for a wide range of stakeholders.
- In 2019, a project with UNESCAP conducted a review of the all indices related to population ageing or older people that had been developed and running in the world. A total of 11 indices were reviewed.
- Steps towards building AAI for new countries are as follows:
 - 1) Assess the applicability of the EU AAI methodology with replications
 - 2) Assess data availability (relevance, reliability, regularity, representativeness)
 - 3) Select the indicators relevant for the country
 - 4) Select the appropriate normalisation and weighting method
 - 5) Analyse all outcome indicators
 - 6) Calculate the AAI value and discuss key findings
- The extension of European *Active Ageing Index* to the *Asian Active Ageing Index* has been mostly conducted with UNESCAP, which is the Asian-Pacific counterpart of the UNECE, the developer of the original European Index.
- The project for the Asian Index started by examining how the indicators are relevant, the original European indicators are relevant in the Asian context, while retaining the majority of the philosophy embodied in the original index.
- In developing the *Asian Active Ageing Index*, the normalisation method that is used in the Human Development Index is introduced to standardise the values for each country.
- The *Asian Active Ageing Index* consists of four domains: *employment, social engagement, independent, healthy, and secure living; capacity / enabling environment*.
- Comparison of countries using the new Active Ageing Index (selected findings):
 - ✓ For the “employment” domain, Asian countries (Indonesia, Japan, Thailand and Korea) generally perform better than European countries.
 - ✓ Indonesia does remarkably well for the “social participation” domain (alongside Sweden, France, UK and Ireland). The social participation domain reflects the level of “care to children and grandchildren”, and the value of “care for older adults” are significantly high for Japan.
 - ✓ China and Japan are amongst the top performing countries in terms of “independent living.”

- ✓ In contrast to the social “participation” domain, Indonesian performance is the worst in “capacity and enabling environment”, particularly in “use of ICT”.

3. Key insights for the future work

- The Norms and contexts are significant for the enabling factors of healthy ageing.
- With the majority of indicators showing that women fall short, there is a great scope for improvements in reducing intercountry gender differences, especially in employment and incomes.
- The second goal is to draw mutual policy earnings from cross-country comparison (e.g. by using the AAI-type monitoring metrics).
- Potentials for methodological improvements include applying the microsimulation models.

4. Discussion

- Despite data deficiencies, or problems associated with availability and quality of data, we should put them in our writing that the indicator has these issues and that issues, instead of dropping this kind of work because the data is not matching the quality. We have to continue carrying out the work, which usually involves a huge amount of complex work.
- While efforts are needed to be made to understand the context within which the question was asked and to see where the definition can be adjusted, a clear normative judgement is also required for what we want to capture from this indicator.
- The indicator that came under strongest criticism is independent living, of which value and meaning are significantly different between Asia and Europe. The indicator is originally designed and developed in the European context, where older people tend to prefer to live either by themselves or with their partner. In the Asian context, especially in ASEAN context, however, this indicator is totally irrelevant. While undergoing careful re-examining processes with respect to all indicators, the philosophy or spirit of the original index is retained.
- It is important to note that there is a trade-off between intergenerational (informal) care provision and the availability of public services in care for children and older people (cf. comparison between Japan, Korean and Indonesia).
- For the individual level and the collective level, we can use the same sets of indicators.
- There are many kinds of sets of ageing indices, but the New Asian Active Ageing Index methodology seems to be the most sophisticated so far. Significant improvements have been made from the original version and the method of normalization has also become richer.

厚生労働行政推進調査事業費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
「ASEAN における活動的で健康的な高齢期の推進に関する研究」

令和 2 年度 ヒアリング調査概要

日時：令和 2 年 12 月 17 日（水）16 時 00 分～17 時 15 分（UTC/GMT +9, 日本時間）

場所・開催方法

- Web 会議システム Zoom によるリモート開催
- 使用言語：日本語

講師：岡安裕正氏（WHO/WPRO）

参加者：

- 曾根智史（研究代表者、国立保健医療科学院）
- 林玲子（研究分担者、国立社会保障・人口問題研究所）
- 荒井秀典（研究分担者、国立長寿医療研究センター）
- 菖蒲川由郷（研究分担者、新潟大学）
- 佐々木由理（研究分担者、国立保健医療科学院）
- 中川雅貴（研究分担者、国立社会保障・人口問題研究所）
- 宮崎祐介（オブザーバー、厚生労働省大臣官房国際課）

内容

- WHO における Healthy ageing / Active ageing の指標化に関連する取り組みについてのヒアリング及び質疑応答
- ASEAN における Active Ageing 指標の開発に関する意見交換

概要

- WHO では、Decade of Ageing に Monitoring Framework があるので、加盟国の負担を避けるために、Regional Action Plan ではこの Monitoring Framework を活用する予定である。
- WPRO の Regional Action Plan（2021 年 1 月公表予定）¹ では、高齢化について高齢者の医療だけではなく、高齢者の社会参加を支援する社会の仕組みの整備や、医療とその他のサービスの連携、若年・中年期からの健康増進（Life Course Approach）、社会的決定要因（Social Determinants）への取り組み、社会起業家などの社会イノベーションの推進など、DoA に上乗せする形でビジョンを提案している。「ASEAN における活動的で健康的な高齢期の推進に関する研究」（以下、研究班とする）で開発する Indicator においても、これらの項目の検討を期待する。

¹ <https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/14714>

- **Indicator** を提示することにより、理想の高齢化や社会像に関するメッセージを発信することにもなり、こうした **advocacy** としての役割も期待できる。**Regional Action Plan** で設定している 5 項目の **Objective** それぞれについて、各加盟国による取り組みへの提言 (**Recommended actions**) を提示している。ここでの提言内容は、研究班による **Index** の開発にも参考になると考えられる。
- 従来の **Index** (**ASEAN Japan, Asian Active Ageing Index, UNECE**) 等では、健康・就労・社会参加等、個人の状態に関する計測に基づいた指標となっている印象を受けるが、今回のプロジェクトでは、**DoA** の **Monitoring Framework** にも盛り込まれているような政策や制度、社会環境等マクロの指標も考慮するのか？
 - 研究班では、個人レベルの計測項目に加えて、地域や国レベルの項目も考慮する予定(研究班)。
- **WHO** がアドバイスする対象(単位)は、あくまでも加盟国であり、**DoA** や **Regional Action Plan** で設定されているモニタリング項目(約 10 項目)² は、ほぼすべて国レベルの政策や制度に関わるものである。まずは、これらの項目に基づいて各国の特徴や課題を把握する。
 - 研究班で検討している指標では、**National/Local government policy** に関するドメインも含まれる予定。ただし、具体的にどのような項目を含むのかについては検討中(研究班)。
- **Healthy ageing / Active ageing** のための若年・中年期からの健康増進(**Life Course Approach**) について、現在、**WPRO** としては具体的なアクションプランやガイドラインは定めていないが、**Non-Communicable Diseases (NCDs)** については **WHO** 本部や **WPRO** でもガイドラインを出している。**NCDs** に関するプランの策定や各国への提言においても、若年層のヘルスプロモーション(運動、食事、喫煙、飲酒等)だけではなく、高齢者もターゲットに含まれるのが望ましいと考えている。また、各国で高齢者の健康の担当部署と **NCDs** の担当部署(これらは多くの国においてそれぞれ独立の取り組みをしていることが多い)が連携し、共通のメッセージを出すことを **WHO** として働きかけている。
- **ICOPE** は大きく分けて二つの要素に分けられると考えている。一つは、個人レベルの **geriatric assessment** に依拠した取り組みや対策。研究班が開発する **Indicator** が、臨床的な側面を志向するのであれば、**ICOPE** で推奨されている事項(9つのエリア)が参考になるのではないかと。一方で、**ICOPE** を導入するために必要な社会環境的基盤を示したガイドラインも作成しており、健康や医療に関するコミュニティの役割や機能を考慮するのであれば、このガイドラインが参考になると思われる³。
- **Social Determinants of Health (SDH)** については、様々な分野の課題についてヘルス・セク

² https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_5

³ <https://www.who.int/ageing/publications/icope-handbook/en/>

ターからの働きかけを行うことの重要性を認識している。(コペンハーゲンの自転車専用道の整備の例。環境だけではなく健康にも望ましい効果が期待できる。) 高齢者の IT 利用の促進についても、このようなアプローチが取れることが望ましい。その基礎的なデータのための WHO/WPRO と JAGES との共同研究が進行中。

- “Health outcome” や “Health care services” に関する項目については、WHO の Study on global AGEing and adult health (SAGE) の基本的なフレームワークが参考になると思われる。
- アジアを含めて多くの発展途上国では、国レベルでも高齢化が進んでいない国が多く、データが整備されていない場合がほとんどである。

Study on the Promotion of Active and Healthy Ageing in ASEAN Countries

Seminar Report (Summary)

Date / Time: 11:00-13:00, 15th January 2021 (UTC/GMT +9, Tokyo)

Venue: via Zoom (in English / no interpreter)

Participants:

UN ESCAP

HENNING, Sabine (Chief, Sustainable Demographic Transition Section)

STEINMAYER, Vanessa (Population Affairs Officer)

MENG, Channarith (Associate Social Affairs Officer)

Japan

SONE, Tomofumi (Principal Investigator, National Institute of Public Health)

ARAI, Hidenori (Co-Investigator, National Center for Geriatrics and Gerontology)

HAYASHI, Reiko (Co-Investigator, National Institute of Population and Social Security Research)

SHOBUGAWA, Yugo (Co-Investigator, Niigata University)

SASAKI, Yuri (Co-Investigator, National Institute of Public Health)

NAKAGAWA, Masataka (Co-Investigator, National Institute of Population & Social Security Research)

MIYAZAKI, Yusuke (Observer, Ministry of Health, Labour and Welfare)

Contents:

1. ESCAP work on population ageing, with a focus on the Ageing Index (ESCAP Team)
2. Outline of the Active Ageing Study in Japan (Dr. SONE)
3. Discussion

Summary

1. ESCAP work on population ageing, with a focus on the Ageing Index
 - ESCAP's work is based on three interlinked pillars: intergovernmental, analytical, and technical cooperation.
 - ESCAP conducts the fourth review of the MIPAA at the regional level in 2022, which is to be followed by a global review at the Commission for Social Development in 2023. For the regional review, ESCAP is working with its member States, to review the status of implementation of the MIPAA, identify priority areas for further implementation and emerging areas.
 - In preparation of the MIPAA review, ESCAP's work on ageing is currently focused on

collecting data and compiling policies of the member states. The collected information is also used to provide technical cooperation to countries in policy design.

- As part of a larger project tracking progress in the implementation of the MIPAA, a paper is being prepared to identify key elements of the ageing policies, which is also informed by other programs such as the ICPD and the 2030 Agenda for Sustainable Development and the review documents of the MIPAA, as well as consultation of experts such as HelpAge.
- Currently a paper on statistical indicators to monitor progress is also under preparation. The indicators are mainly focused on SDG indicators to reduce the reporting burden on countries. The SDG indicators that are not age disaggregated are a big issue, requiring some capacity building as well.
- A series of workshops (virtually) with MIPAA focal points is planned to discuss the draft MIPAA survey, ageing policies, statistical indicators and other. ESCAP is looking forward in working with Japan on the MIPAA fourth review and appraisal, including with its ageing focal point.
- Data compiled on population ageing and the status of older persons as well as information on existing policies on ageing will be compiled and published on a website.
- Other efforts for data collection and information compiling include a survey on “older people & COVID-19” and the websites for aging-related data and policies.
- ESCAP’s work on ageing can be also found in research papers or working papers that have been published on the ESCAP website. These publications include a recent paper on the “Asian Active Ageing Index: Results for Indonesia and Thailand, by Professor Asghar Zaidi; a paper on “Ageing and its economic implications”; and a paper on elderly care in the region.
- The 2019 workshop “Developing Tools to Measure Inclusive and Action Ageing” was organised with HelpAge International to build capacities on data availability, to explore statistical tools to monitor the levels and trends of inclusive and active population ageing, and to assess advantages and shortcomings of different statistical tools. The workshop was attended by government officials and professionals from ESCAP member States. The key recommendation included to start with a set of indicators to be tracked in a dashboard. Recommendations were also made on opportunities and shortcomings of a composite index and different indicators.
- It was discussed in the 2019 workshop that there are pros and cons of having a composite ageing index as listed below.
 - Opportunities: capturing multiple dimensions in one single number; allowing for tracking progresses over time; accessing the country’s position in different dimensions to allow peer learning and draw policy lessons; easy to communicate to policy makers and the public.
 - Shortcomings: Reduced information and misinterpreted results; complex methodology; quality of index depends on quality of data, different connotations depending on country context and situation; applicability and transferability between regions; availability of age-disaggregated, timely and relevant data over time
- Given these pros and cons, the following recommendations related to an ageing index have

been made as an outcome of the 2019 workshop:

- ✓ It is useful to capture the sub-dimensions of index, including gender issues.
- ✓ Transparent methodology is required with robustness check (e.g. weighting).
- ✓ The ultimate objective is to inform policies and to lead to evident-based policy.
- ✓ Each dimension of the index should be reflected or represented by unique indicators rather than overlapping indicators.
- ✓ The weighting is crucial.
- ✓ Age-disaggregation should be considered for deep understandings and better policies.
- With regard to the data and the use of indicator, the following issues need to be considered: data availability; disaggregation (sex, age, and other characteristics), exploring many data sources (e.g. National Transfer Account, Labour Force Surveys; mobile phone registration); technical corporations; communication strategy; manageable number of indicators.

2. Outline of the Active Ageing Study in Japan

- * Dr. Tomofumi SONE, Principal Investigator of the Japanese project, briefly explained the outline of the “ASEAN- Japan Healthy & Active Ageing Indicators 2017” and the purpose and structure of the new project launched in 2020.
- * Dr. Yugo SHOBUGAWA summarised the surveys being conducted in Myanmar and Malaysia as part of the MHLW project.

3. Discussion

- ESCAP is not going to make a composite active ageing index?
 - ➔ This is not a priority at the moment. The working paper shows that there are severe data limitations. For example, for the ASEAN region, data were available only for Indonesia and Thailand. Moreover, ASEAN members indicated their preference not to have an index. The region covered by ESCAP, the Asia-Pacific, is so diverse that it would be difficult to develop an indicator applicable across the region.
- Instead of developing an indicator, the dashboard is a good starting point, and it is already underway. The SDG indicators are a good reference for this, but capacity building is needed for the member countries to provide the data in age-disaggregated manner.
- With the UN General Assembly having recently adapted the proposal for the Decade of Healthy Ageing, the UN seems to be increasing its commitment to healthy ageing. How is this healthy ageing initiative going to be combined with MIPAA follow-up process?
 - ➔ The MIPAA review is a process with specific mandates. The work on healthy ageing will be done in parallel and there are many synergies. There are regular coordination meetings to ensure these synergies. The MIPAA survey will also address healthy ageing.
- Employment of older persons is a difficult indicator to interpret. Older people may work or

may not work for different reasons, depending on contexts and situations of the countries and regions. ILO promotes universal social protection; especially older person should not be forced to work to have an income. While the preference is put on social protection, there is also a huge campaign for decent work for all. Being in employment or working can be an indicator of active ageing if they are given choices, allowed to continue to contribute and work in good quality and productive and healthy conditions.

- ESCAP and Japanese team are undertaking a similar approach. It seems possible to share the information that are collected and provide feedback to each other. ESCAP has already developed the data sheets and the dashboard of policies, which can guide the work of Japanese project.

Study on the Promotion of Active and Healthy Ageing in ASEAN Countries

Seminar Report (Summary)

Date / Time: 11:00-13:00, 2nd February 2021 (UTC/GMT +9, Tokyo)

Venue: via Zoom (in English / no interpreter)

Participants:

Malaysia

Tengku Aizan Tengku Abdul Hamid (Professor, Malaysian Research Institute on Ageing University Putra Malaysia)

Sharifah Norazizan Syed Abd Rashid (Professor, University Putra Malaysia)

Asmidawati Ashari (Senior Lecture, University Putra Malaysia)

Siti Farra Zillah Binti Abdullah (Research Officer, Malaysian Research Institute on Ageing, University Putra Malaysia)

Japan

Tomofumi Sone (Principal Investigator, National Institute of Public Health)

Hidenori Arai (Co-Investigator, National Center for Geriatrics and Gerontology)

Reiko Hayashi (Co-Investigator, National Institute of Population and Social Security Research)

Yugo Shobugawa (Co-Investigator, Niigata University)

Yuri Sasaki (Co-Investigator, National Institute of Public Health)

Masataka Nakagawa (Co-Investigator, National Institute of Population & Social Security Research)

Yusuke Miyazaki (Observer, Ministry of Health, Labour and Welfare)

Contents:

1. Development of the Malaysian Active Ageing Index (presented by UPM Team)
2. Discussion

Summary

1. Development of the Malaysian Active Ageing Index (UPM Team)
 - With the proportion of elderly population being projected to double (7% to 14%) in 24 years from 2020 to 2044, Malaysia is undergoing rapid population ageing along with other ASEAN countries.
 - The Malaysian Active Ageing Index (*MyAAI*) project is motivated and built upon the international initiatives on the ageing research and active ageing framework (*Global AgeWatch Index, Active Ageing Index, Hartford Ageing Index, Global Retirement Index*).

- The fundamental issue in developing the Malaysian index is how these international indexes can be used to look at country specific situations, and how the indicator help in policymaking and addressing the needs of older people in the country.
- *MyAAI* has five main objectives: 1) to determine the level of participation of older persons in paid activities/employment; 2) to identify and examine the social activity and participation of older persons; 3) to assess the level of independent and autonomous living among older persons; 4) to measure the older person's capacity the environment will enable the older persons to life actively; and 5) to formulate the overall Malaysian Active Ageing Index and compare the position of Malaysia with other countries.
- The conceptual framework of *MyAAI* is developed in consultation with Prof. Asghar Zaidi, who had played the key role in developing the European Active Ageing Index. As a result, *MyAAI* is designed to follow the set of domains of the European index as closely as possible, while being adapted to the Malaysian context. There are four domains of *MyAAI*: 1) employment of older workers; 2) social activity and participation of older persons; 3) independent and secure living of older persons; and 4) capacity for active and healthy ageing and enabling environment. Based on these four domains, 'active ageing' is to be defined in the following two domains: 'Actual experience' (Domain 1, 2, and 3) and 'Capability/ability to actively age' (Domain 4).
- Given that some indicators in the European index is not appropriate and transferable to the Malaysian situation, a workshop has been organised to identify alternative data sources. It was initially planned to collect primary data through fieldwork survey, but the methodology had to be changed due to the COVID-19 pandemic. Instead of conducting face-to-face surveys, it has been decided to collect data through online surveys as well as secondary data collection through the internet.
- For the *MyAAI* online survey, the questionnaire is designed with the following seven pillars: 1) background information; 2) employment; 3) participation in society; 4) health & lifestyle; 5) capacity & enabling environment; 6) GDS-15 & DASS21; and 7) impact of COVID-19. The inclusion of the questionnaire related to the COVID-19 reflects an assumption that the impact of COVID and the policy responses significantly affect the social participation rate of older people.
- Since a large proportion of older people, particularly those in rural areas, do not have internet accesses, the online survey will be conducted using interviewer assisted call based online form rather than personally doing it. The data will still be captured online.
- The active, productive and healthy ageing framework seems to be already reflected in the government policy for older people in Malaysia, which was developed in line with the MIPAA initiative.
- Key issues and challenges in localising the globally developed ageing-related index include 1) comparability (definition of the 'elderly' – 60+ or 65+?); 2) context; 3) balancing between sustaining cross-country comparability and taking into account country-specific situations; 4) need to collect data at regular intervals and to input findings and evidence in the national development plans; 5) the effect of the COVID-19 pandemic skewing the baseline data effort,

and online survey is poor substitute for door-to-door data collection methods.

- Further efforts are needed to assess applicability of Active Ageing Index (or any indices) in national development plans, either as a target setting or progress monitoring. It is also required to link the index to current or broader societal goals (e.g. SDGs, MIPAA or HDI).

2. Discussion

- How to measure the impact of the COVID-19 pandemic, which is included in the questionnaire list for the survey?
 - ➔ The project has already conducted a COVID-19 behavioural survey, based on the WHO Behavioural Insight on COVID-19, which looked at several impact indicators such as how COVID-19 affected people's participation in community activities and social interactions. These findings are to be used as an instrument for constructing the Index, but the effect of the lockdown measures needs to be taken into account.
- Some indicators that are included in the European AAI can be calculated from the secondary data sources at the national level? (e.g. cause of death; healthy life expectancy; relative poverty?)
 - ➔ Indicators that are straightforward such as healthy life expectancy can be calculated from the national statistics. However, the cause-of-death data is not adequate for elderly population. The indicators of poverty is measured by an original definition for Malaysia, set by the Economic Planning Unit.
- Are there significant inter-regional variations in the social protection systems in Malaysia? If so, how to deal with these differences within the country in constructing the active ageing index?
 - ➔ Malaysia has rather uniform social protection and assistance systems across the country, thus there are not significant concerns over those regional differences. When it comes to 'health-care', it means the primary-level care system, and the long-term care system is still largely fragmented in Malaysia. It is agreed that the measurement of medical and long-term care should be integrated.
- Indicators reflecting 'housing' or 'transportation' situations are not included in the European AAI or other global indexes, but they are covered in the MIPAA and should be included in the indexes for Asia, including Malaysia.
 - ➔ Agreed. 'Living arrangement' is covered in *MyAAI*, indeed. Among other indicators that are considered to be important and should be reflected in the index is the cultural domain, which is difficult to measure, though. In Malaysia, for instance, even though older people are willing to work and be economically active, their children tend to feel it is 'shameful' as they can be perceived not to be looking after their parents.
- In terms of social participation, women are assumed to be more active than men, except for

economic or employment-related activities.

➔ The situation is basically same in Malaysia and Japan.

- It is important to measure 'piety' and include it in the active ageing index, but it is difficult partly because the concept of 'piety' varies between different ethnic groups. It can be considered as an objective concept rather than a subjective and psychological one, but this is a significant topic to be further discussed.

- There is no indicator established and commonly used to measure social perception or acceptance of dementia.

ESCAP work on population ageing, with a focus on the Ageing Index

Sustainable Demographic Transition Section
Social Development Division
ESCAP



15 January 2021



ESCAP

is the regional development arm of the United Nations for the Asia-Pacific region



... uses its **convening power** to bring countries together to address issues through regional cooperation

ESCAP work is based on three interlinked pillars



Inter-governmental

Addressing the Challenges
of Population Ageing in
Asia and the Pacific

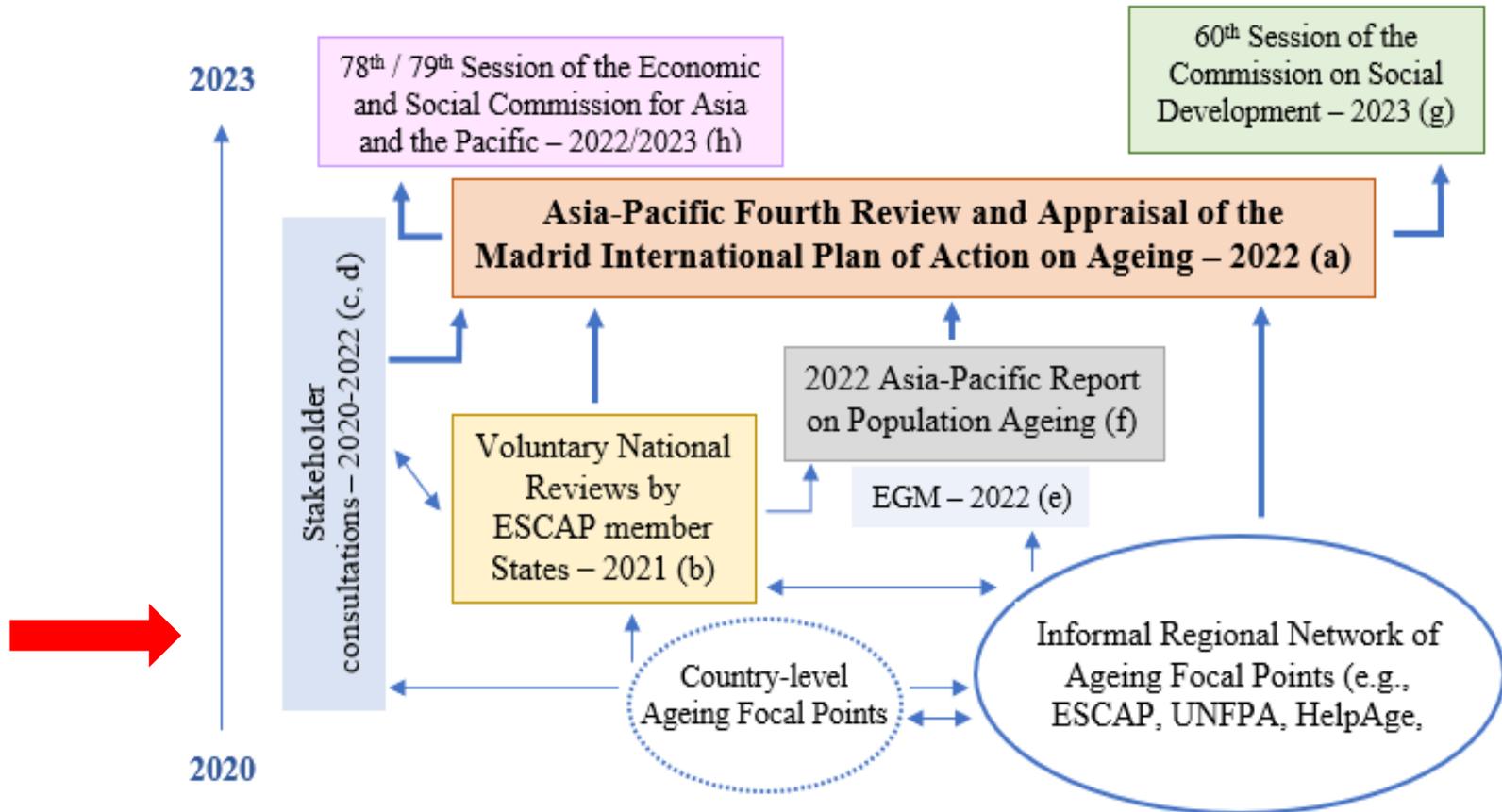


Analytical

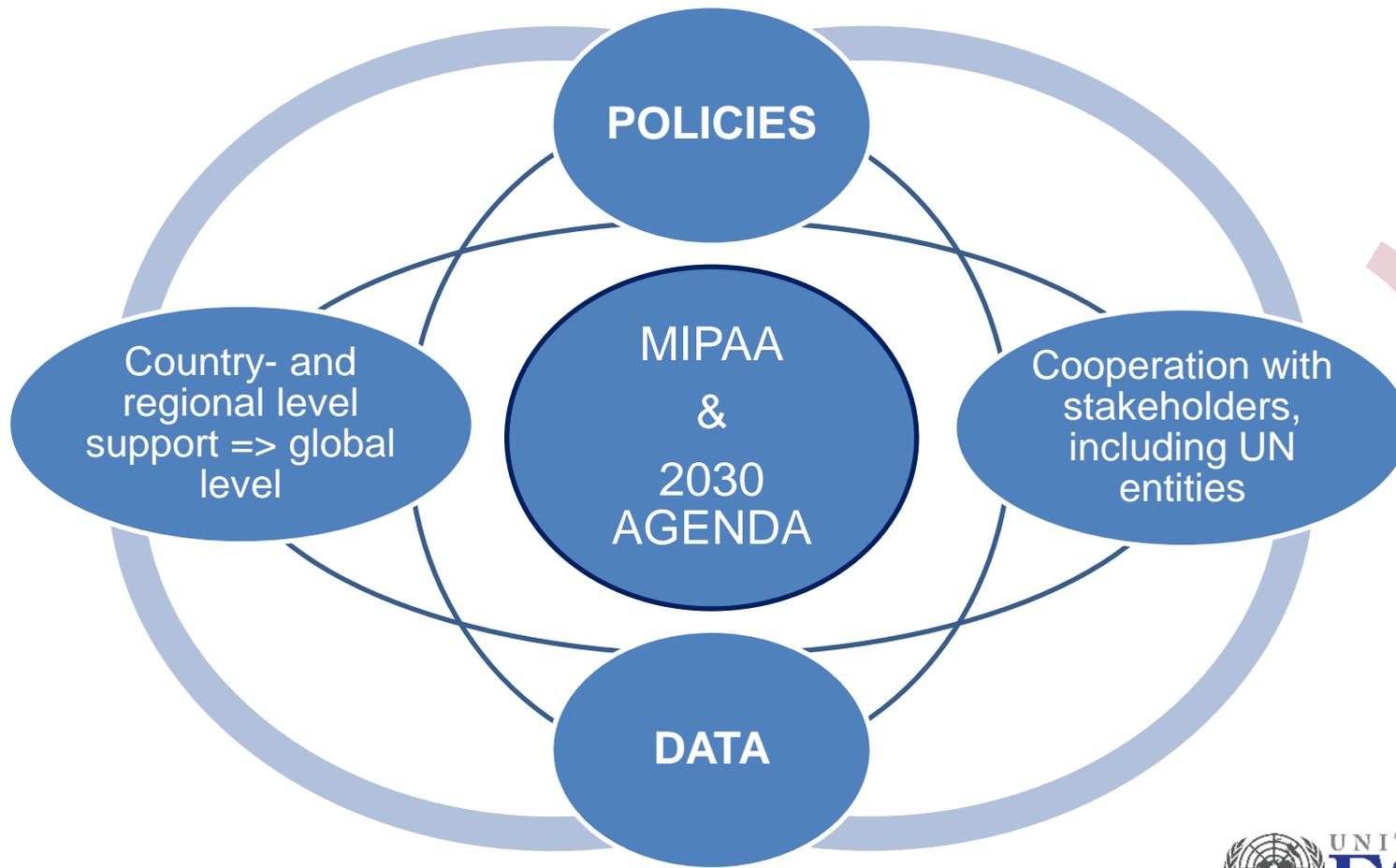


Technical cooperation

Asia-Pacific Fourth Regional Review of the MIPAA



ESCAP work on ageing



Ageing policies – template of policies



National Policy on Older Persons
COUNTRY NAME

Demographic situation:
Age structure:
0-14 years: _____
15-24 years: _____
25-54 years: _____
55-64 years: _____
65 years and over: _____

Institutional Arrangements, National Plans, Policies and other Strategies on Ageing:
Data: _____
MIPAA Input: _____

National Policy on Older Persons
COUNTRY NAME

Demographic situation:
Age structure:
0-14 years: _____
15-24 years: _____
25-54 years: _____
55-64 years: _____
65 years and over: _____

Institutional Arrangements, National Plans, Policies and other Strategies on Ageing:
Data: _____
MIPAA Input: _____

National Policy on Older Persons
COUNTRY NAME

Demographic situation:
Age structure:
0-14 years: _____
15-24 years: _____
25-54 years: _____
55-64 years: _____
65 years and over: _____

Dependency ratios:
Total dependency ratio: _____
Youth dependency ratio: _____
Elderly dependency ratio: _____
Potential support ratio: _____

Overarching principles:
Vision: _____
Purpose: _____
Objectives: _____
Human Rights considerations: _____

Policy considerations:
Older persons and development: _____
Advancing health and well being: _____
Environment: _____

Data: _____
MIPAA Input: _____

Paper identifying key elements of ageing policies

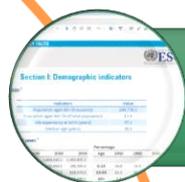
Checklist of policy elements

Country policy sheets

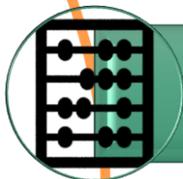
Dashboard of ageing policies

[This Photo](#) by Unknown Author is licensed under [CC BY-SA-NC](#)

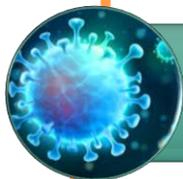
Data and information on ageing



Country ageing data - all Asia-Pacific countries



Paper on statistical indicators to monitor progress in MIPAA



Older persons & COVID-19 (draft survey)



Ageing website (for data and policies)

Data and information on ageing – ESCAP population data sheet (annual)

2020 ESCAP population data sheet



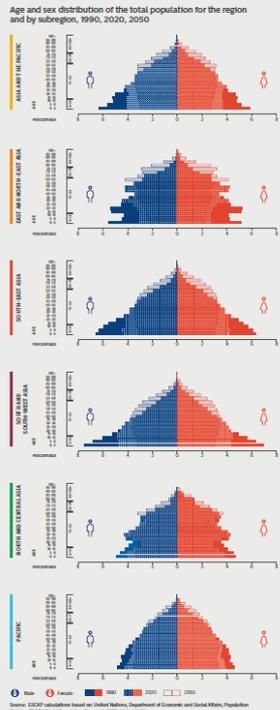
Population and development indicators for Asia and the Pacific, 2020

Region, subregion, country, territory or area	Population at mid-year		Crude birth rate			Crude death rate			Life expectancy at birth			Healthy life expectancy at birth		Infant mortality rate		Under-five mortality rate		Median age of total population		Total population		Population of other persons		Urban population		International migrants																			
	2000	2020	2000	2010	2020	2000	2010	2020	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	2000	2020	2000	2020	2000	2020	2000	2020	2000	2020																	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)																	
ESCAP	4 651 444	6 215 408	0.6	15.5	7.3	31	71.5	76.1	67.6	74.9	68.2	72.5	63.5	63.4	62.6	55.0	51.4	23.8	28.2	32.5	40.3	67.6	630 194	1 316	522	428 763	63	63	957 007	1 814	546	75 406	17	61.2	755 300	49	58.8	7	17.4	19.2	64 009 534	105 906 961			
East and North-East Asia	1 019 400	1 013 742	0.3	10.9	7.7	72.6	60.7	44.7	66.8	68.1	63.3	65.3	48.7	55.4	60.1	61.3	51.9	24.1	26.1	25.1	25.1	517	40 483	61	61.6	101 048	48	58.6	51	6.8	7.6	18.4	62.1	60.9	131 121	49 301	131 121	49 301	131 121	49 301	131 121	49 301	131 121	49 301	131 121
China	1 439 324	1 402 405	0.4	11.3	7.4	73.7	73.4	68.0	69.3	69.1	66.8	68.4	62.6	65.9	70.1	70.8	62.8	50.9	24.9	24.9	24.9	24.9	131	203	249 776	274	521	172 262	120	53.1	266 636	263	53.3	28 628	18	60.2	135 263	82	58.0	5.9	15.5	19.1	1 005 971	10 794 807	
Democratic People's Republic of Korea	25 779	26 162	0.4	11.8	9.3	19.8	68.1	71.9	62.1	66.5	12.3	14.4	35.3	42.1	14.8	70.8	3.802	15.1	40.5	24.0	24.0	24.0	93	68.2	5 222	1 017	1 017	1 017	1 017	1 017	1 017	1 017	1 017	1 017	1 017	1 017	1 017	1 017	1 017	1 017	1 017	1 017	1 017	1 017	
Hong Kong, China	7 407	6 041	0.8	11.3	6.9	14.4	82.1	87.9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Japan	128 474	129 804	-0.3	12.7	10.9	1.4	81.6	87.8	87.8	72.6	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9	79.9
Macau, China	645 983	648 838	1.4	10.7	4.1	18.1	81.7	87.3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mongolia	3 278	2 440	1.6	23.6	6.4	2.0	66.0	74.3	86.1	70.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	
Republic of Korea	51 268	46 820	0.2	7.0	6.4	3.1	90.3	86.1	79.7	75.1	1.0	2.4	4.7	5.6	11.1	7.7	11 900	232	24 648	8 066	158	168	178 000	381	547	1 806	16	66.9	7 124	32.2	60.0	4.5	22.9	0.5	22.9	0.5	22.9	0.5	22.9	0.5	22.9	0.5	22.9	0.5	
Other non-specified areas	23 817	22 413	0.2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
South-East Asia	648 620	734 002	1.0	18.9	6.8	2.2	69.1	74.0	—	—	18.0	23.6	36.2	38.4	16.4	67.7	74 400	11.1	65.0	47 972	7.1	16.5	132 004	187	56.3	8 191	1.2	63.9	32 462	41	61.4	9.5	17.2	48.5	10 190 407	23 838 940									
Burund Daruvarum	427	492	0.9	14.1	4.7	1.9	74.0	77.3	67.0	68.9	7.4	9.5	12.3	13.9	15.9	17.1	21.0	42	9.5	10.2	7.4	5.6	5.2	10.7	11.7	10.1	3	0.8	53.0	25	51.1	11.9	12.6	14.2	7.0	110 641	46 904								
Cambodia	16 719	23 961	1.4	25.8	6.0	2.3	67.2	72.2	59.4	62.2	23.2	24.6	29.6	30.9	37.9	64.2	1 365	7.8	60.9	11.1	4.9	60.8	2 033	11.7	9.7	9.6	0.4	63.3	42.9	20	62.9	13.1	11.8	7.8	78 440	1 037 975									
Indonesia	273 524	330 905	1.0	17.4	6.2	2.3	69.1	74.2	60.4	68.4	22.9	27.2	37.4	38.8	47.8	67.8	27 224	10.1	63.3	63.3	63.3	63.3	52 094	159	55.2	2 419	0.9	62.8	30 832	3	60.9	10.1	44.1	55.8	33 135	4	53.8	1 433 040	4 533 040						
Laos People's Democratic Republic	7 276	6 480	1.4	22.7	6.3	2.6	66.4	70.1	56.0	58.8	35.8	42.9	24.4	34.5	39.3	63.8	484	8.8	10.5	10.0	4.3	10.4	987	10.4	8.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			
Malaysia	32 466	402 100	1.3	18.4	5.3	1.1	74.1	83.1	63.1	61.3	6.9	6.9	40.9	47.1	69.4	69.9	110	80.7	23.9	4.9	62.1	62.1	14.3	18.1	46.1	3.7	12	90.9	1 471	41	52.3	9.7	16.0	77.8	1 430 100	1 439 510									
Myanmar	54 610	62 253	0.7	13.2	8.3	2.1	64.3	70.3	56.9	59.9	38.8	44.7	29.0	37.3	38.1	63.3	5 443	10.5	38.0	38.0	62	139.8	824	132	184.2	41.8	68	53.3	3 366	22	66.5	10.2	13.0	75.98	3 699 504										
Philippines	109 561	144 408	1.3	19.9	6.0	2.5	67.4	73.6	59.4	64.2	18.4	24.7	29.7	34.7	38.0	64.4	9 433	8.6	36.1	6 940	5.1	18.2	17 040	11.8	58.8	3.8	67.5	7 783	2.6	67.0	11.7	15.1	47	218 530	5 996 161										
Singapore	5 600	6 408	0.8	8.8	4.8	3.3	83.7	86.9	74.7	77.6	1.3	1.3	42.9	34.4	18.3	74.2	3 226	28.0	78.1	33.4	33.8	2 332	333	809	3.8	83.4	82.9	33.1	88	174	1 000	2 185 833	3 122 296												
Thailand	69 800	65 940	0.2	10.0	7.9	1.5	73.7	81.1	64.0	69.8	7.3	8.2	40.1	40.7	13.2	70.5	13 412	19.2	55.4	9 044	130	184	19 546	296	187	1 921	28	60.8	7 068	10.7	61.0	5.4	21.2	50.5	3 635 008	9 978 978									
Timor-Leste	1 318	1 210	1.9	28.0	5.8	1.8	67.7	71.9	57.7	60.7	34.2	42.8	20.8	28.3	28.4	38.0	87	68	52.3	56	4.3	13.3	131	65	142	3	0.8	59.4	24	12	18.9	13.7	13.4	5.4	24.2	34.8	34.8	34.8	34.8						
Tuvalu	97 339	109 065	0.9	16.1	6.4	2.0	71.4	73.6	64.2	70.7	16.1	20.1	33.5	41.2	31.7	60.9	11 998	13.3	57.9	7.697	7.9	30.4	22 432	20.4	18.7	1 866	1.9	67.8	33.9	17	42.0	8.8	24.4	50.4	370	76.4	2 893 438								
South and South-West Asia	2 024 709	2 493 306	1.1	18.7	6.9	2.3	68.9	71.8	—	—	32.3	39.7	27.7	30.0	18.0	68.4	19 050	9.6	61.1	127 224	6.3	11.8	339 759	135	52.4	19 495	1.0	54.8	65 962	2.6	55.9	10.6	15.3	37	19 960 465	45 983 115									
Afghanistan	38 828	64 683	2.3	31.2	6.2	4.2	63.3	68.7	62.1	64.1	47.9	62.0	18.4	28.4	22.0	95.5	1 444	4.2	10.3	21.1	28	31.6	3 306	5.4	12.6	10.6	0.3	67.0	41.4	0.6	87.8	21.0	10.3	25.2	149 762	5 120 959									
Bangladesh	144 408	192 368	1.0	17.8	5.5	2.0	71.3	74.9	62.6	64.1	24.0	29.0	27.4	30.0	18.7	68.0	13 109	8.0	46.8	8 608	32	28.6	30 445	18.8	13.3	17 716	10	54.5	4 844	3.0	46.1	13.9	38.9	38.6	3 185 813	7 836 367									
Bhutan	3 117	772	0.9	3.1	18.7	6.1	90.9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					
India	1 300 004	1 439 176	1.0	17.4	7.3	2.2	68.7	73.2	68.7	68.9	28.1	30.7	24.8	28.1	18.0	67.3	139 610	10.1	60.5	90 720	6.6	13.7	229 428	13.8	52.1	13 284	10	54.2	20 280	2.6	55.2	14.6	30.2	14.6	55.4	1 534 737	17 533 533								
Iran (Islamic Republic of)	83 991	103 109	1.3	17.9	4.9	2.1	75.9	78.1	64.9	65.8	11.6	11.5	12.0	12.2	13.2	60.7	8 446	10.1	60.5	5 514	6.6	43.0	20 789	20	51.9	11	44.1	4 073	4	53.9	10.1	16.2	75.3	2 482 214	1 100 974										
Maldives	461	596	2.8	33.1	2.1	2.8	77.8	81.0	69.7	68.1	76.8	81	87	89.6	1.9	3.8	48.8	1.2	20.9	41.4	4	0.8	47.9	2.8	32.0	24.9																			

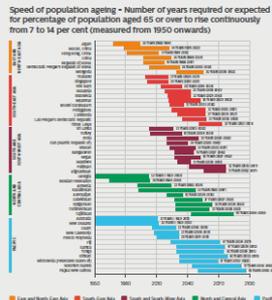
Data and information on ageing – ESCAP population data sheet (annual)

Population and development in Asia and the Pacific with a focus on population ageing, 2020

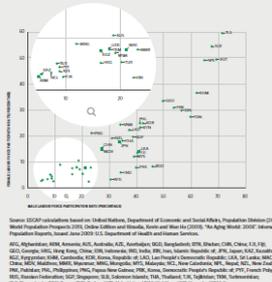
Despite differences, all population pyramids reflect population ageing, with narrower bases and broader higher levels



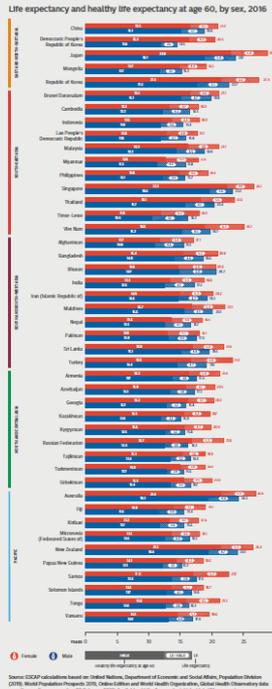
Although the speed of population ageing varies significantly, all countries must address it for the benefit of all



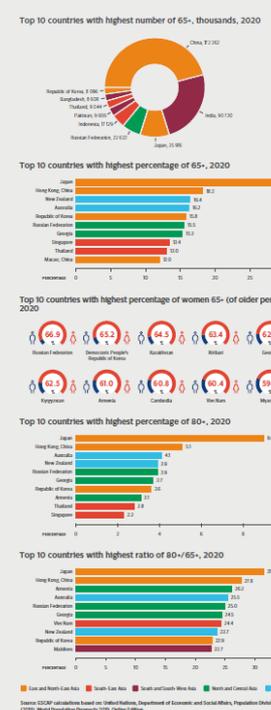
Labour force participation rates remain different for older men and women



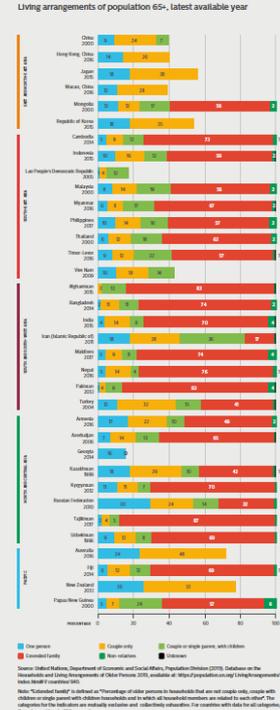
Women tend to live longer than men; however, many of these extra years are spent living in less than full health due to disease and/or injury



There are sizable absolute numbers and proportions of older persons in Asia and the Pacific



While older persons live in extended families throughout the region, there are also older persons residing with few people



<https://www.unescap.org/resources/2020-escap-population-data-sheet>

Data and information on ageing – dashboard of ageing data

Section I: Demographic indicators

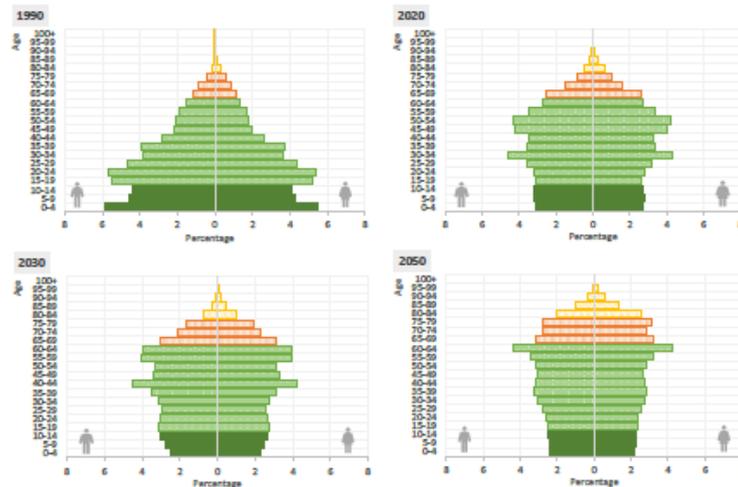
1. Key population indicators, 2020 ¹

Indicators	Value
Population aged 60+ (thousands)	249,776.3
Population aged 60+ (% of total population)	17.4
Life expectancy at birth (years)	77.1
Median age (years)	38.4

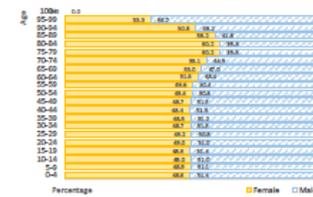
2. Population by age group, selected years ¹

Thousands	Percentage					
	Age	1950	1990	2020	2030	2050
Total	554,419	1,176,884	1,439,324	1,464,340	1,402,405	
0-14	188,730	336,468	254,930	230,854	198,390	
15-64	341,131	774,156	1,012,131	986,500	838,379	
60+	41,108	99,936	249,776	363,550	485,489	
65+	24,557	66,280	172,262	246,986	365,636	
80+	1,512	7,491	26,618	41,252	115,283	

3. Percentage of total population by age group and sex, selected years ¹



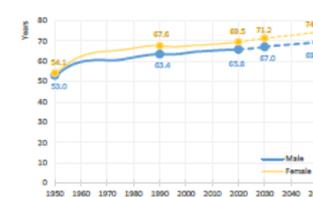
4. Percentage of male and female population by age, 2020 ¹



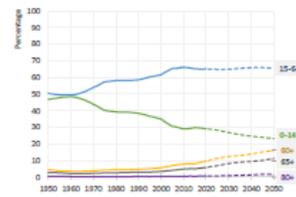
6. Proportion of population aged 80 years or over as percentage of population aged 65 years or over, 1950-2050 ¹



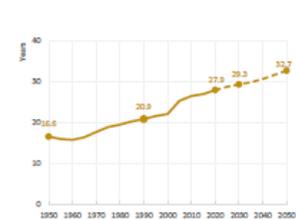
8. Life expectancy at birth, male and female, 1950-2050 ¹



5. Proportion of the total population by broad age group, 1950-2050 ¹



7. Median age of the total population, 1950-2050 ¹



9. Potential old-age support ratio, (ages 20-64/age 65+), 1950-2050 ¹



Data and information on ageing – website



[Home](#)

Country Profiles

Regions

- [ESCAP](#)
- [East and North-East Asia](#)
- [South-East Asia](#)
- [South and South-West Asia](#)
- [North and Central Asia](#)
- [Pacific](#)

East and North-East Asia

- [China](#)
- [Democratic People's Republic of Korea \(the\)](#)
- [Japan](#)
- [Mongolia](#)
- [Republic of Korea \(the\)](#)
- [Hong Kong, China \(associate member\)](#)
- [Macao, China \(associate member\)](#)

South-East Asia

- [Brunei Darussalam](#)
- [Cambodia](#)
- [Indonesia](#)
- [Lao People's Democratic Republic \(the\)](#)
- [Malaysia](#)
- [Myanmar](#)
- [Philippines \(the\)](#)
- [Singapore](#)
- [Thailand](#)
- [Timor-Leste](#)
- [Viet Nam](#)

South and South-West Asia

- [Afghanistan](#)
- [Bangladesh](#)
- [Bhutan](#)
- [India](#)
- [Iran \(Islamic Republic of\)](#)
- [Maldives](#)
- [Nepal](#)
- [Pakistan](#)
- [Sri Lanka](#)
- [Turkey](#)

North and Central Asia

- [Armenia](#)
- [Azerbaijan](#)
- [Georgia](#)
- [Kazakhstan](#)
- [Kyrgyzstan](#)
- [Russian Federation \(the\)](#)
- [Tajikistan](#)
- [Uzbekistan](#)

Other ESCAP work on ageing



Research paper	Status
<p>The Asian Active Ageing Index: Results for Indonesia and Thailand</p> <p>https://www.unescap.org/resources/social-development-working-paper-asian-active-ageing-index-results-indonesia-and-thailand</p>	Published on website
<p>Policy paper: Ageing and its economic implications</p> <p>https://www.unescap.org/resources/social-development-policy-paper-ageing-and-its-economic-implications</p>	Published on website
<p>Policy paper: Older Women and Men as Recipients and Providers of Unpaid Care in the Asia-Pacific region</p> <p>https://www.unescap.org/resources/social-development-policy-paper-older-women-and-men-providers-and-recipients-unpaid-care</p>	Published on website
<p>Policy brief: Enhancing the Role of ICT in Health Care for Older Persons in Asia and the Pacific</p>	To be published shortly

Workshop on “Developing Tools to Measure Inclusive and Action Ageing”

27-28 June 2019, BKK, Thailand



Purpose of the workshop:

- ✓ Build capacities on data availability
- ✓ Explore statistical tools to monitor the levels and trends of inclusive and active population ageing
- ✓ Assess advantages and shortcomings of different statistical tools

Outcomes

- ✓ Consensus to start with a set of indicators to be tracked in a dashboard
- ✓ Recommendations developed opportunities and shortcomings of an index developed
- ✓ Recommendations on developing indicators



Outcomes: A composite ageing index *Opportunities*



Captures multiple dimensions in one single number



Allows to track progress over time



Assesses the country's position in different dimensions to allow peer learning and draw policy lessons



Easy to communicate to policymakers and the public



Outcomes: A composite ageing index *Shortcomings*

Nuanced information can be lost in a composite index

Methodologies can be complex and subject to judgement
(e.g. weighting)

Quality of index depends on quality of data – often not
available, not always reliable

Indicators can have different connotations depending on
country context

Index developed for one region may not be applicable in
other regions

Lack of age-disaggregated, timely and relevant data that
are available over time

Recommendations related to an ageing index

The sub-dimensions of an index are crucial and should cover gender issues

Index needs a transparent methodology with robustness check

An index should inform policies and directly lead to policy actions

Each dimension of the index should be represented by unique indicators

The weighting is crucial, customization of weighting may be considered

Age disaggregation should be considered when developing an ageing index

Consideration related to the data and the use of indicators (as part of the index)

Indicators in an index or a list of indicators should also be informed by data availability

All indicators should be disaggregated by sex, age and other characteristic, depending on data availability

Further need to collect data and explore many data sources needed

Technical cooperation is needed to collect data

A communication strategy is needed on how to interpret index results and different indicators

Number of indicators should be manageable

Indicators should capture age disaggregation and gender dimension

THANK YOU!

WWW.UNESCAP.ORG

 UNESCAP

 UNESCAP

 UNESCAP

 UNITEDNATIONSESCAP

 UNITEDNATIONSESCAP



Development of Malaysian Active Ageing Index (MyAAI)

Dato' Dr. Tengku Aizan Hamid, FASc
Research Fellow
Malaysian Research Institute on Ageing (MyAgeing™)
Universiti Putra Malaysia



UPM
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
BERILMU BERAKTI

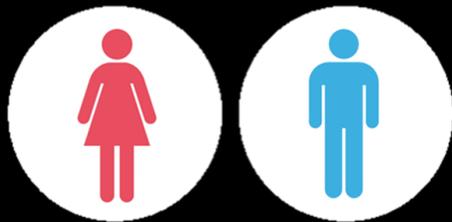
MyAgeing™



MALAYSIA

Older Population (60+):
2020 - 3.7 million (11.1%)

Average LIFE EXPECTANCY

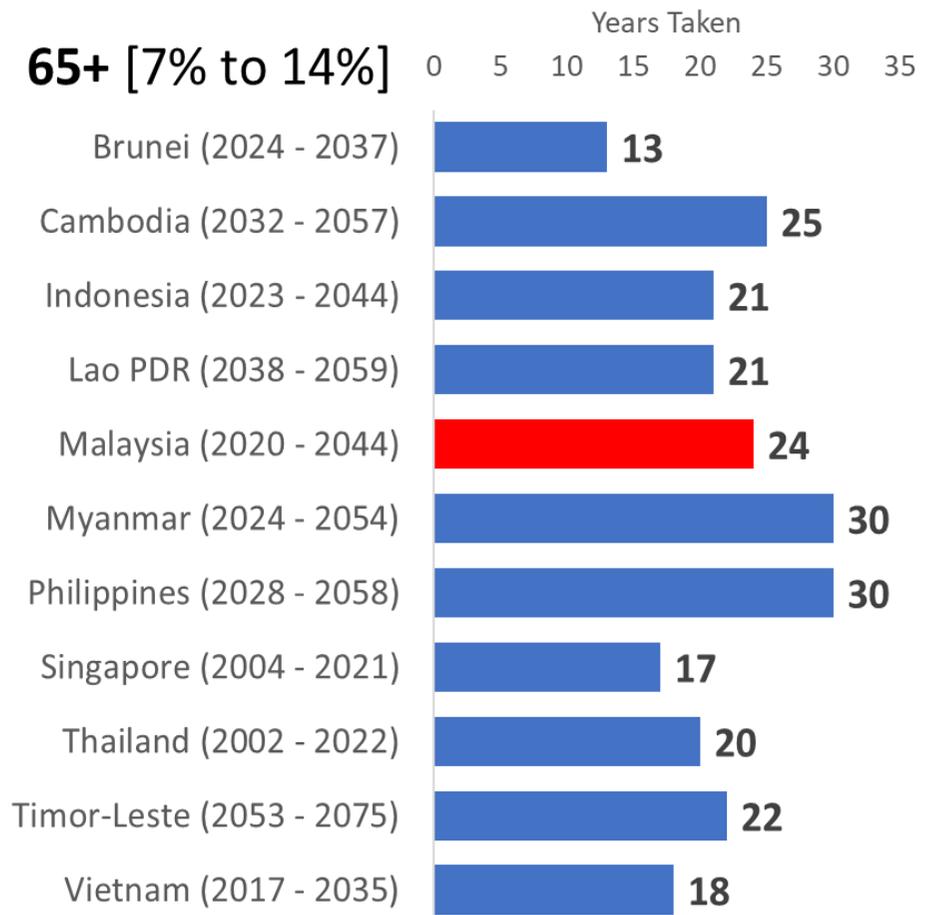


77.3 At birth 72.2

21.0 At 60 18.2

Source: Abridged Life Tables, Malaysia,
2017 (DOSM, 2019)

Speed of Ageing in ASEAN Member States



An Ageing Society

1 out of 10

Malaysians is an older person aged **60** years and over.

% 60+

10% - 2018

15% - 2029

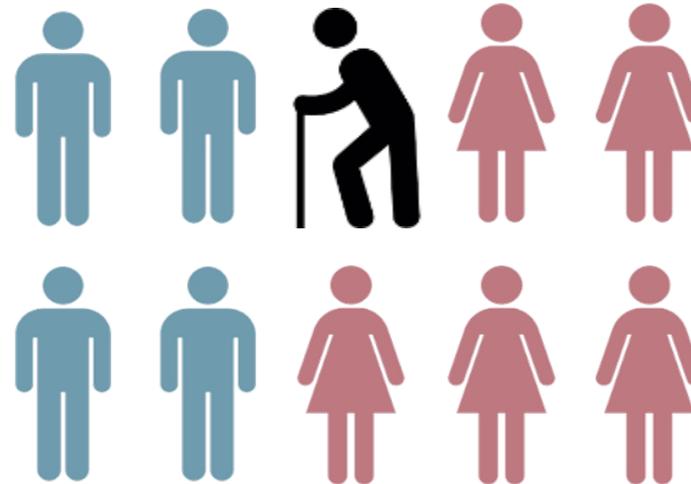
20% - 2040



2000 - 16.7%
2010 - 27.2%
2016 - 34.5%

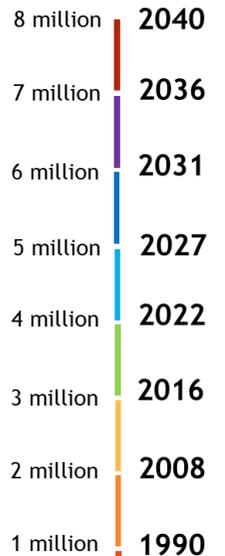
Percent of Households with Older Persons (60+)

Source: Author's Tabulation, Census & HES2016 microdata



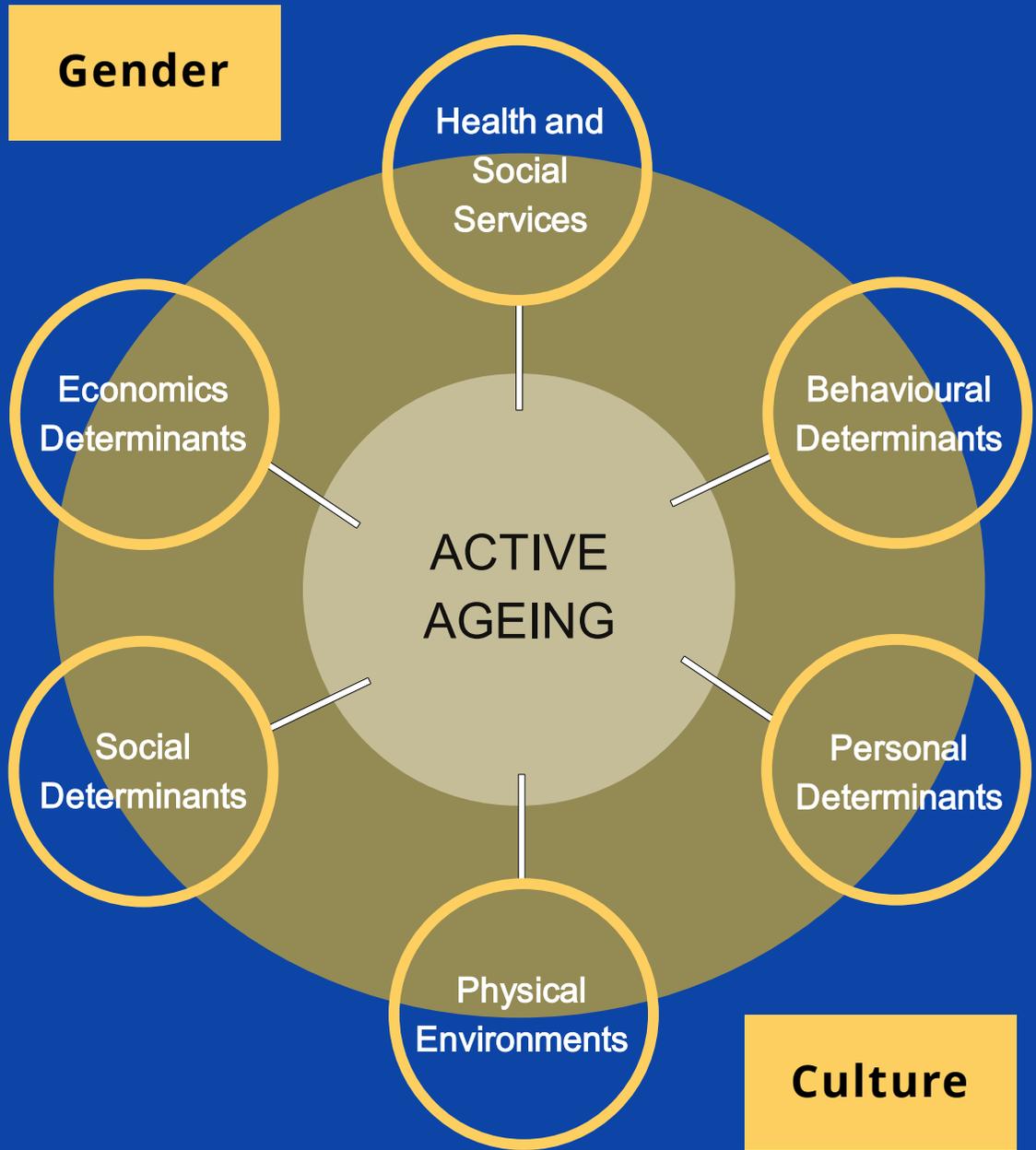
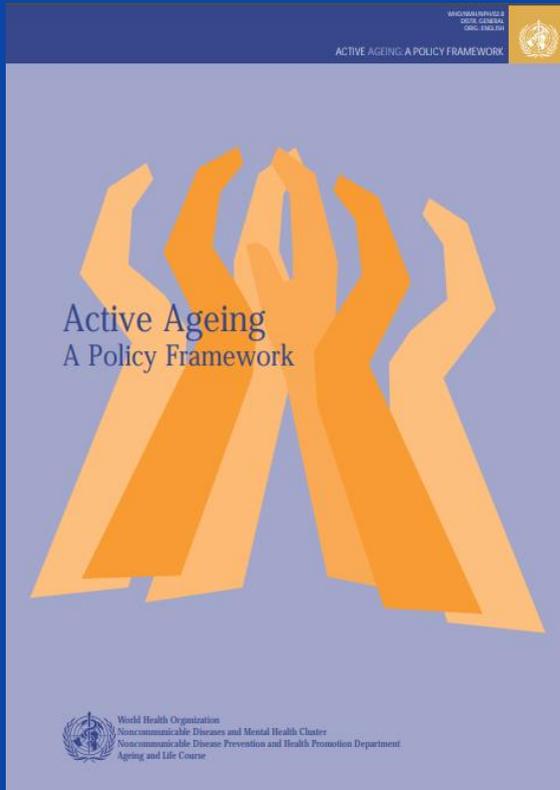
Source: Department of Statistics Malaysia, 2016

60+



Source: Author's Tabulation, www.data.gov.my (DOSM, 2017)

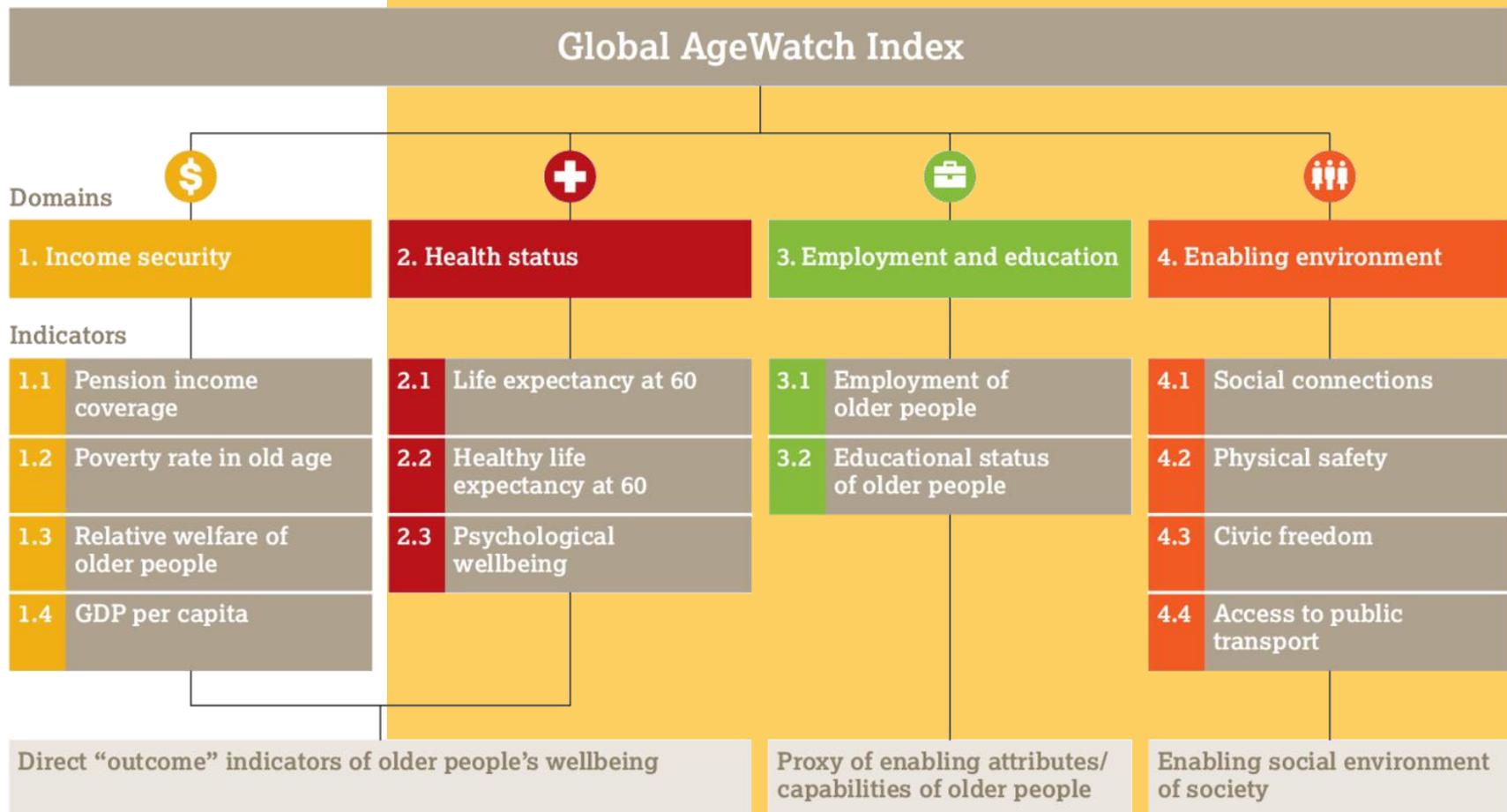
The Determinants of Active Ageing



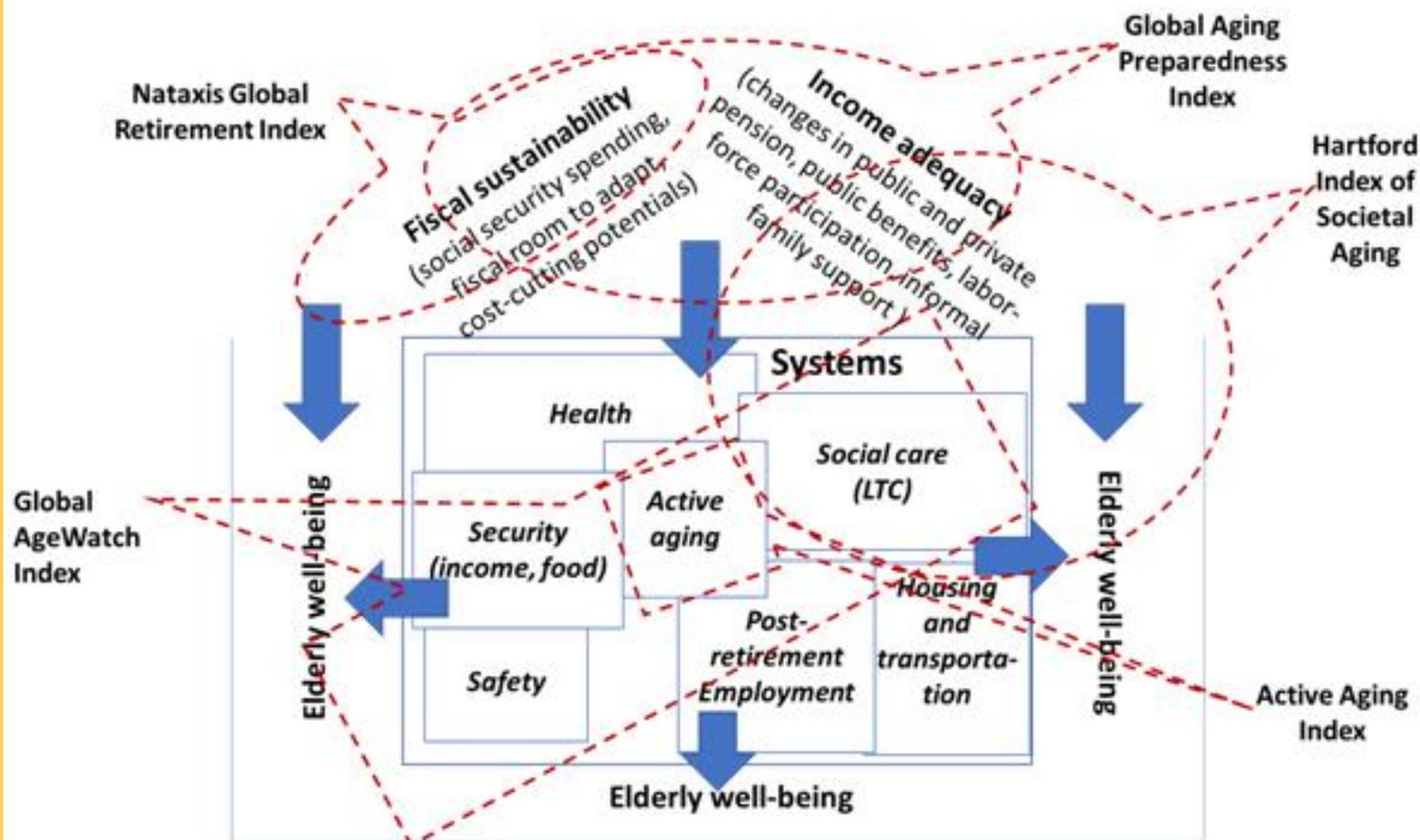
HelpAge International

age helps

Developed in 2012, the **Global AgeWatch Index** was inspired by the HDI and AAI. But there are a number of ageing indices in use today.

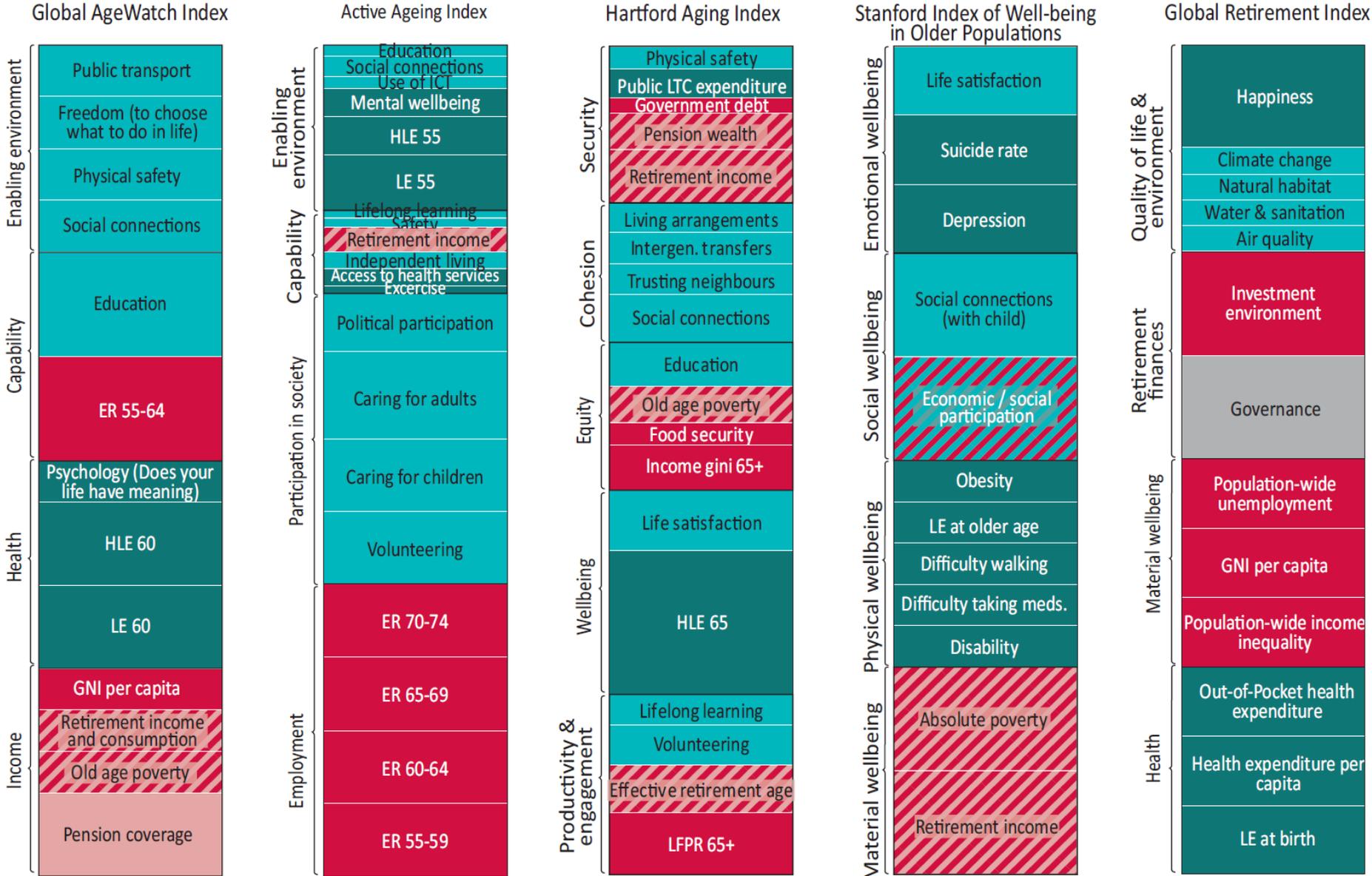


Scope of Global Indexes & House of Well Being (ADBI, Bodart, 2018)

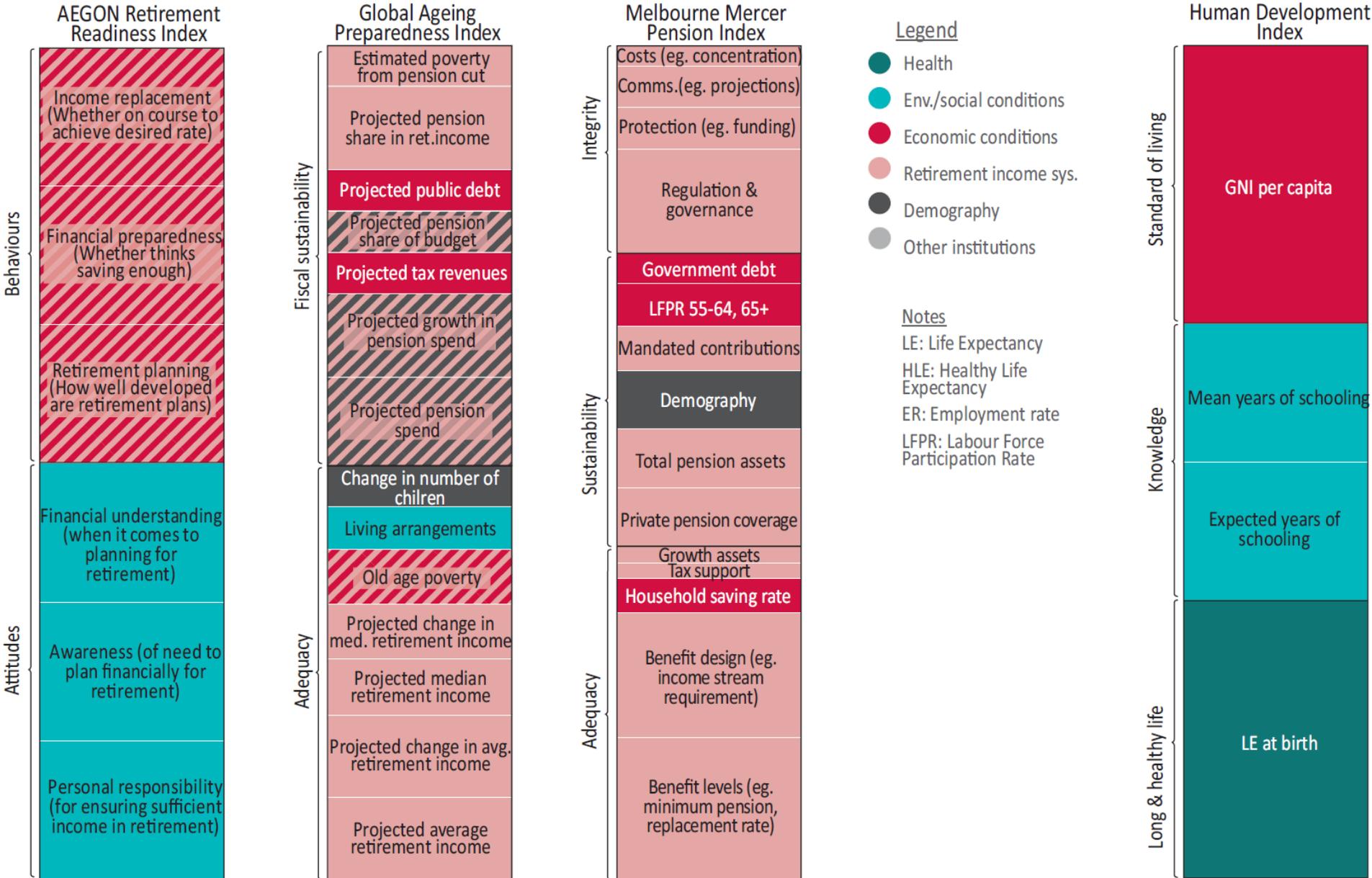


Source: <https://www.asiapathways-adbi.org/2018/03/piecemeal-policy-approaches-to-aging-societies-can-they-be-avoided-with-proper-data-on-well-being/>

Comparisons of Selected Ageing Indices (Cepar, 2018)



Comparisons of Selected Ageing Indices (Cepar, 2018) (cont'd)



OBJECTIVE



1

Determine the level of participation of older persons in paid activities/employment

2

Identify and examine the social activity and participation of older persons

3

Assess the level of independent and autonomous living among older persons

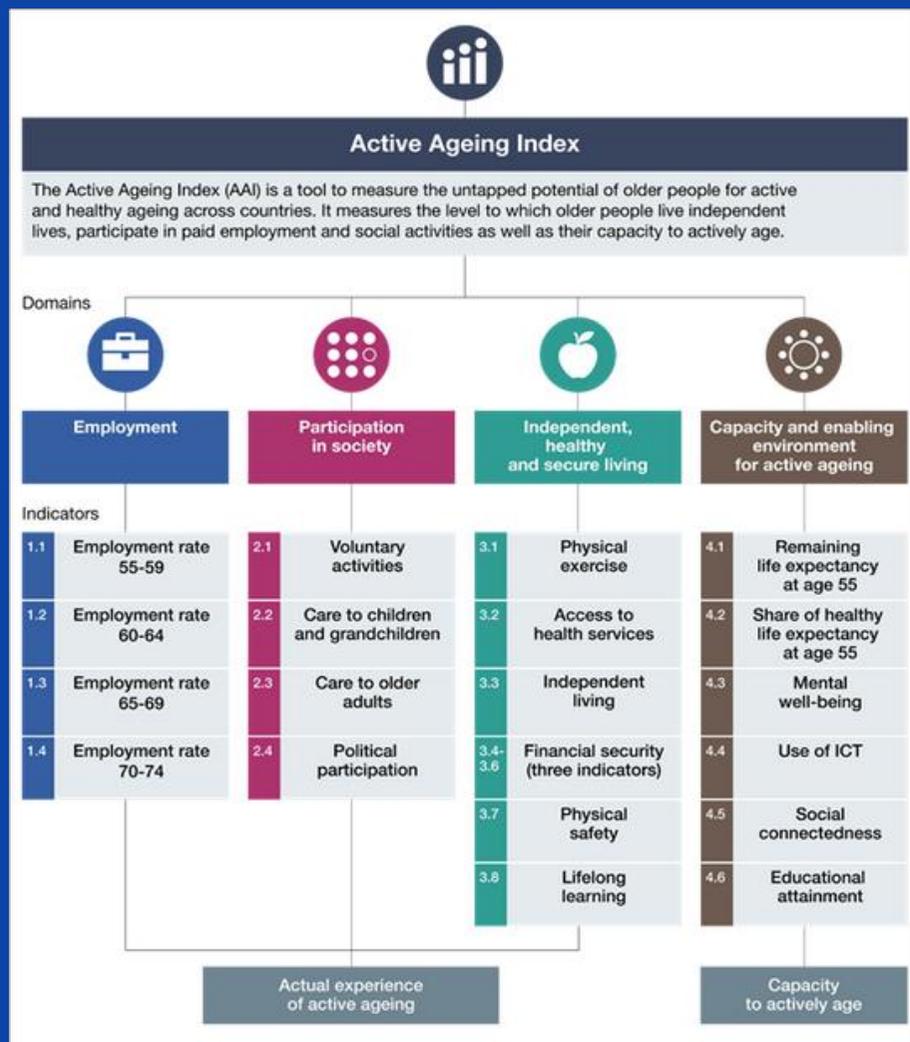
4

Measure the older person's capacity the environment will enable the older persons to life actively

5

Formulate the overall Malaysian Active Ageing Index and compare the position of Malaysia with other countries

Active Ageing Index - conceptual framework



There will be four domains of MyAAI:

- Employment of older workers
- Social activity and participation of older persons
- Independent and secure living of older persons
- Capacity for active and healthy ageing and enabling environment

Active Ageing to be defined in 2 dimensions:

- Actual experience of active ageing (Domain 1, 2 & 3)
- Capacity/ability to actively age (Domain 4)

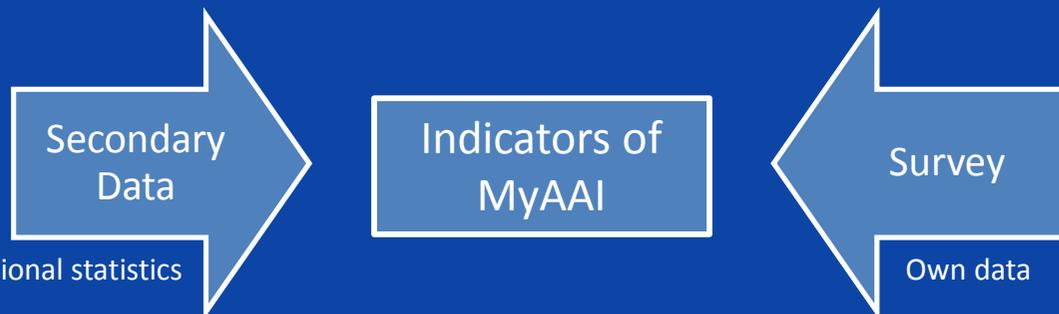
Focus on current older population as evidence

Gender disaggregation

1. Selection criteria for indicators
2. The domains and indicators
3. Aggregation to a composite AAI

The AA indicators will be aggregated by following the HDI methodology

- i. Data for each individual indicator is expressed as a positive indicator, in percentage, upper goalpost assumed as 100%
- ii. The weighted average of the indicators of each domain will be calculated. Indicator-specific weights drawn from the expert group recommendations
- iii. The overall aggregated indicators then calculated as the arithmetic weighted average of the domain-specific indices



Goal

MyAAI for Local Monitoring and EU Comparable



Data Sources

Organize workshops to identify data sources/ alternative



Review and Assessment

Calculate the final value



Analysis of indicators

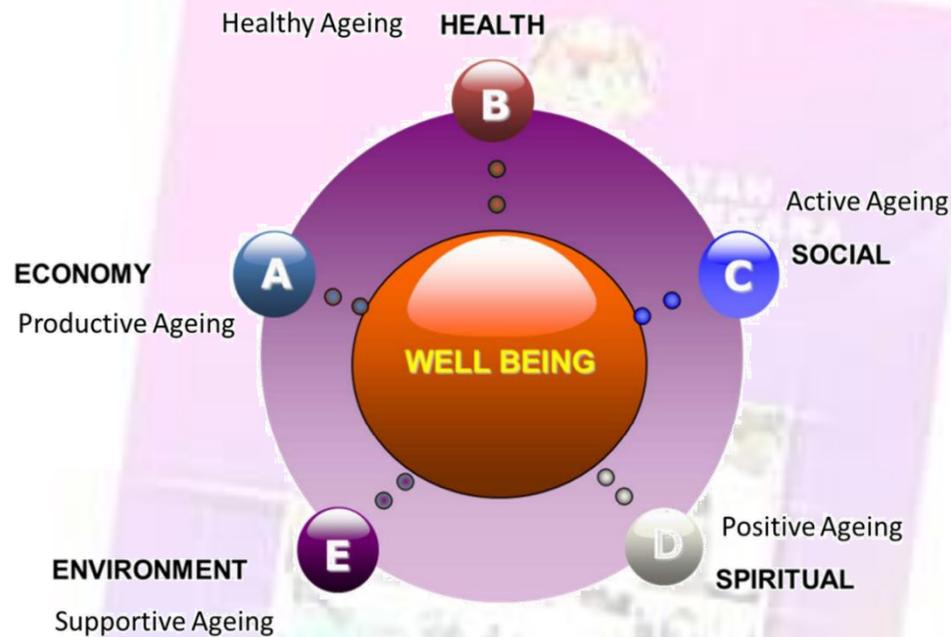
Aggregate into domain

Household Survey Platform



MyAAI Questionnaire

- 1 Background Information
- 2 Employment
- 3 Participation in Society
- 4 Health & Lifestyle
- 5 Capacity & Enabling Environment
- 6 GDS-15 & DASS21
- 7 IMPACT OF COVID-19



Promotion & Advocacy

Lifelong Learning

Security & Protection

Management & Shared Responsibilities

Participation & Unity across Generations

Research & Development

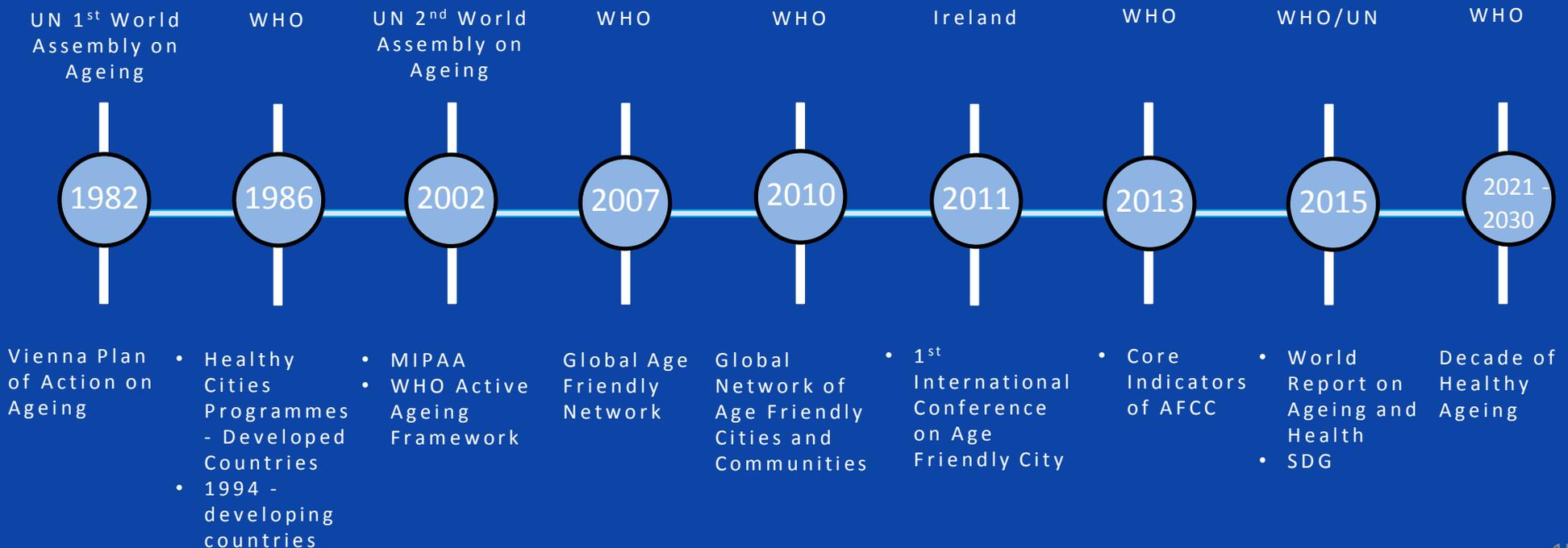
POLICY FOR OLDER PERSON IN MALAYSIA (NPOP, 2011)

Key Issues and Challenges

1. **Comparability** – relevance of some indicators or its parameters (i.e. 60+ or 65+? Poverty lines, living arrangements)
2. **Context** – different social protection / welfare system, healthcare system, at different stages of economic growth
3. MyAgeing™, UPM is basically replicating UNECE's AAI indicators and adding a few more variables to establish a microdata baseline. We hope to establish some stability in cross-country comparisons but at the same time taking into account our unique situation.
4. If the AAI is predictive of / correlated to OP well-being, then its data (primary or secondary) should be collected at regular intervals and used the national development plans.
5. Unfortunately, the current COVID-19 pandemic is going to skew this baseline data effort, and online survey is poor substitute for door-to-door data collection methods.

The Way Forward

- **Primary and secondary indicators** that fulfils both the need for international comparisons as well as important local / national indicators
- Applicability and use of Active Ageing Index (or any indices) in national development plans, whether as a goal/target or progress monitoring.
- Linking the Index to current or broader societal goals, whether the SDGs, MIPAA or HDI. How does it fit, for example, to the Decade of Healthy Ageing now?



Research Team

Principal Investigator

1. Dato' Dr. Tengku Aizan Hamid

Members

2. Prof. Dr. Sharifah Norazizan Syed Abdul Rashid
3. Assoc. Prof. Dr. Rahimah Ibrahim
4. Dr. Asmidawati Ashari
5. Chai Sen Tyng
6. Siti Farra Zillah Abdullah



TERIMA KASIH/*THANK YOU*

www.upm.edu.my

BERILMU BERBAKTI
WITH KNOWLEDGE WE SERVE

Zaidi & Um, 2019 (UNESCAP)

Table 1. Notable ageing and well-being indices

Index	Author(s)	Domains	Indicators	Country examined
Active Ageing Index	Asghar Zaidi et al., introduced during 2012 (under ECE/EC project on the AAI)	Employment, social participation, independent living, capacity for active ageing	Employment rate for the age groups 55–59, 60–64, 65–69, 70–74, voluntary activities, care to children/grandchildren, political activities, care to older adults, physical exercise, access to health / dental care, independent living arrangement, relative median income, no poverty risk, no material deprivation, feeling safe to walk at night, lifelong learning, remaining life expectancy achievement at age 55, share of healthy life years at age 55, mental well-being, use of ICT, social connectedness, educational attainment	28 EU countries
SCL/PR B Index	Kaneda et al., introduced in 2011	Material well-being, physical well-being, social well-being, emotional well-being	Median household income per capita (PPP), percentage not in absolute poverty, no disability, no difficulty taking medications (living independently), no difficulty walking a short distance (no functional limitation), life expectancy at 50–54, 65–69, 75–79, participation rate in economic or social activity, contact with at least one child, no report of depression, suicide rate for older adults, percentage thriving	Austria, Belgium, Denmark, France, Germany, Greece, Italy, Netherlands, Spain, Sweden, Switzerland and United States
OECD Better Life Index	OECD, introduced in 2011	Housing, income, jobs, community, education, environment, civic engagement, health, life satisfaction, safety, work-life balance	Housing expenditure, dwellings with basic facilities, rooms per person, household financial wealth, household net adjusted disposable income, quality of support network, years in education, student skills, educational attainment, water quality, air pollution, stakeholder engagement for developing regulations, voter turnout, self-reported health, life expectancy, life satisfaction, homicide rate, feeling safe walking alone at night, time devoted to leisure and personal care, employees working very long hours	OECD countries
Hartford Aging Index	John Rowe et al., introduced in 2017	Productivity and engagement, well-being,	Labour force participation rate (65+), effective retirement age, volunteering time, retraining for age 55–64, objective well-being (healthy life expectancy at 65), Subjective well-being (life satisfaction for age 50+), degree of inequality (Gini coefficient), poverty risk 65+,	Austria, Belgium, Denmark, Estonia, Finland, Germany, Hungary, Ireland,

Zaidi & Um, 2019 (UNESCAP) cont'd

		equity, cohesion, security	food security 65+, attained high school education for age 55–64, attained tertiary education for age 55–64, social network support, intergenerational co-residence for 65+, intergenerational transfers for 65+, trust neighbour for 50+, income for people 65+, net pension wealth, external government debt, public expenditure on long term care, feeling safe walking alone at night	Italy, Japan, Netherlands, Norway, Poland, Slovenia, Sweden, United Kingdom and United States
AARP Livability Index	Public Policy Institute, introduced in 2015	Housing, neighbourhood, transportation, environment, health, engagement, opportunity	Affordability and access (5 items), access to life, work and play (9 items), safe and convenient options (7 items), clean air and water (4 items), prevention, access and quality (6 items), civic and social involvement (5 items), inclusion and possibilities (4 items)	United States
Global Retirement Index	NATXIS, introduced in 2012	Finances in retirement, material well-being, quality of life, health	Old-age dependency, bank non-performing loans, inflation, interest rates, tax pressure, governance, government indebtedness, income equality, income per capita, unemployment, happiness, air quality, water and sanitation, biodiversity and habitat, environmental factors, life expectancy, health expenditure per capita, non-insured health expenditure	43 developed countries
Melbourne Mercer Global Pension Index	ACFS, introduced in 2012	Adequacy, sustainability, integrity	Benefits, system design, savings, tax support, home ownership, growth assets, pension coverage, total assets, contributions, demography, government debt, economic growth, regulation, governance, protection, communication, costs	Argentina; Australia; Austria; Brazil; Canada; Chile; China; Colombia; Denmark; Finland; France; Germany; Hong Kong, China; India; Indonesia; Ireland; Italy; Japan; Malaysia; Mexico; Netherlands; New Zealand; Norway; Peru; Poland; Republic of Korea; Saudi Arabia;

Zaidi & Um, 2019 (UNESCAP) cont'd

				Singapore; South Africa; Spain; Sweden; Switzerland; United Kingdom and United States
Global AgeWatch Index	HelpAge International, introduced during 2013	Income security, enabling environment, health status, capability	Pension coverage income, poverty rate in old age, relative welfare of older people, GNI per capita, social connections, physical safety, civic freedom, access to public transport, life expectancy at 60, healthy life expectancy at 60, psychological well-being, employment, educational status	96 countries
Human Development Index	United Nations, Introduced in the early 1990s	Health, education, living standards	Life expectancy at birth, mean years of schooling, expected years of schooling, income per capita	189 countries
Age UK Index of Wellbeing in Later Life	Age UK, introduced in 2017	personal, social, health, resources, local	Family status, caring and helping, inter-generational connections, thinking skills, social, civic, creative and cultural participation, neighbourliness and friendships, and personality attributes, physical and mental health, mental well-being, long-standing illness or disability, diagnosed health conditions, and physical activities; employment status and earnings, pension income, financial and housing wealth, home ownership, and material resources; satisfaction with medical, leisure, public transport and shopping services.	United Kingdom
Successful Aging Index	Cosco et al., introduced in 2015	Biomedical, psychosocial, extrinsic factors	physical functioning/disability, cognitive functioning/disability, affective status, presence/probability of disease, mental health, longevity, personal resources, engagement, life satisfaction/well-being, support system, independence/autonomy, environment/finances	United Kingdom

厚生労働行政推進調査事業費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
分担研究報告書
ASEAN における活動的で健康的な高齢期の推進に関する研究
「ミャンマーとマレーシアのフィールド調査」

研究分担者 菖蒲川由郷 新潟大学
研究協力者 野崎威功真 国立国際医療研究センター、高木大資 東京大学、
長嶺由衣子 東京医科歯科大学、佐々木由理 国立保健医療科学院

研究要旨

2018 年に実施したミャンマーの高齢者調査データを用いて、これまでの HAAI のそれぞれのドメインについて評価可能な項目とそうでない項目を明らかにし、評価可能な項目について健康指標、要介護指標、幸福感との関連を横断的に検討した。評価可能なドメインについては、健康で活動的な老いの指標として妥当であると考えられたが、一部、医療と介護へのアクセスについては横断データを用いた評価では不十分と考えられた。今後、改良された HAAI について、縦断データとミャンマー以外の ASEAN 諸国のデータを用いた検討を進める。

A. 研究目的

これまでに開発された HAAI (ASEAN 日本 Healthy & Active Ageing Indicators, 2017) の妥当性についてミャンマーの高齢者調査により得られたデータを用いて検討することを目的とした。HAAI には個人の指標と地域や国の指標の双方が含まれている。地域高齢者のサンプルデータから評価可能な指標とそうでない指標を明確化し、測定と評価の方法を具体的に示すことで HAAI の実用性を高める狙いがある。また、ミャンマー高齢者調査の個人レベルデータを用いて可能な範囲で HAAI の妥当性を検証する。

B. 研究方法

2018 年 9-12 月にミャンマー国の都市部

と農村部それぞれ 600 名ずつの高齢者に対して行った訪問調査より得られたデータを用いて HAAI の評価可能な指標とそうでない指標を一覧化した。次に、HAAI のうちミャンマー調査のデータにより評価可能であった項目と健康指標 (主観的健康観、老年うつ評価スケール[GDS-15]、高血圧[測定値で収縮期血圧 140mmHg 以上または拡張期血圧 90 以上])、要介護リスク指標 (握力四分位[フレイルの指標]、やせ (BMI18.5 未満)、身体的障がいの有無 (ワシントングループの障がい指標: 視覚、聴覚、歩行、認知のいずれかに困難があることを障がいと定義)、幸福度 (Cantril の尺度) との関連を検討した。その際、性別、年齢 (60-69 歳、70-79 歳、80 歳以上)、地域 (ヤンゴン地域[都

市部]とバゴー地域[農村部])を調整した。ただし用いたデータは一時点(2018年9-12月)の横断データである。分析は目的変数が2値の場合はロジスティック重回帰分析を用い、離散値の場合は順序ロジスティック重回帰分析を用いた。

(倫理面への配慮)

ミャンマー保健スポーツ省医学研究局の倫理審査委員会と新潟大学倫理審査委員会の承認を得て実施したミャンマーにおける高齢者の社会疫学調査のデータを用いた。

C. 研究結果

ミャンマー調査で評価可能だった項目は、表1の通りであった。第2ドメイン”Income security”の項目Bの”Poverty Rate of the elderly”はWealth indexで代用し評価した。第3ドメイン”Social Capital of the Community”はA~Eの5つの項目について全て評価可能であった。第4ドメインの”Health and Long term care service”はAについて医療と介護への介護を評価可能であったが、B~Gは評価不能であった。第5ドメインの”Health outcomes”は5つのうち3つは評価可能と思われた。項目Bの”Subjective sense of well-being”と項目Cの”Rate of the elderly with disability”については、調査項目にあるためそのまま評価可能であるが、項目Eの”Health disparity”は格差の基準や評価の方法を検討する必要があると考えられた。Aの平均余命は統計データより抽出可能であるが、自宅死亡の割合は統計項目にない場合が多いと考えられる。第6ドメインの”Development of Social Statistics”は人口学的データに基づく項目が多く、調

査データで評価できないものが多いが、医療費については調査票に組み込むことで統計を得ることができるかもしれない。

次に健康状態、要介護リスク、幸福度等を健康で活動的な老いのアウトカム指標としてHAAIの各ドメインとの関連を検討した結果を表2に示す。第2ドメインは所得保障や貧困率を富裕度に置き換えて分析した結果、健康指標であるうつ尺度や高血圧、要介護リスクの握力が経済的に豊かであるほど有意によい結果であった。幸福度も豊かさと強い関連があった。地域のソーシャルキャピタルの指標を主とする第3ドメインでは、就業や外出頻度は主観的健康観や握力、やせと正の相関があり、社会的凝集は主観的健康観、うつ、幸福度と明らかな関連があった。第4ドメインである医療や介護へのアクセスについては主観的健康観、握力、幸福感ともにアクセスできているほど悪い(または低い)結果となった。

D. 考察

HAAIのうち高齢者のサンプルデータにより評価可能な項目とそうでない項目を分類した。国や地域の制度やシステム、ドメイン6に代表される統計指標の有無についての項目はサンプルデータから評価できない。また、一時点のサンプル調査では平均余命や自宅で亡くなる割合などは分からない。一方、高齢者のサンプルデータで評価しうるが今回のミャンマーの高齢者調査では質問項目に含まれていなかったため評価できなかった項目もあり、今後、妥当性の検証が必要である。

HAAIの中で、第2、第3ドメインにおいて健康で活動的な高齢化のアウトカムとなり得る指標との関連がはっきりしていた。

特に第3ドメインの地域のソーシャルキャピタルの項目は健康アウトカムとの関連が明らかであった。一方で、医療や介護へのアクセスを示す第4ドメインは健康状態が悪かったり要介護リスクが高いことがすなわち医療・介護へのアクセスができていないことと強く相関してしまい（即ち健康状態が悪いから医療にアクセスし、要介護リスクが高いので介護が必要でアクセスしているという逆因果の関連）、横断データでは評価が難しいと考えられた。

今後は新たに開発する HAAI を可能な範囲でこれまでの調査データを用いて検証することと、縦断データを用いた実際の健康アウトカムや要介護状態への移行などをアウトカムとした分析が必要と考えられた。また、ミャンマーのみならず他の ASEAN 諸国の調査データを用いた検討も必要である。

E. 結論

2018 年に実施したミャンマーの高齢者調査データを用いて、これまでの HAAI のそれぞれのドメインについて評価可能な項目とそうでない項目を明らかにし、評価可能な項目について健康指標、要介護指標、幸福感との関連を横断的に検討した。評価可能なドメインについて概ね順当な関連が認められ、健康で活動的な老いの評価として妥当であると考えられたが、医療や介護へのアクセスについては横断データを用いた評価では不十分と考えられた。今後、縦断データとミャンマー以外の ASEAN 諸国のデータを用いた検討も必要である。

G. 研究発表

1. 論文発表

・ Win HH, Nyunt TW, Lwin KT et al.

Cohort profile: healthy and active ageing in Myanmar (JAGES in Myanmar 2018): a prospective population-based cohort study of the long-term care risks and health status of older adults in Myanmar. *BMJ Open*. 2020

・ Sasaki Y, Shobugawa Y, Nozaki I et al. Association between depressive symptoms and objective/subjective socioeconomic status among older adults of two regions in Myanmar. *PLoS One*. 2021

・ Sasaki Y, Shobugawa Y, Nozaki I et al. Rural-Urban Differences in the Factors Affecting Depressive Symptoms among Older Adults of Two Regions in Myanmar. *Int J Environ Res Public Health*. 2021

2. 学会発表

・ Yugo Shobugawa, Naoki Kondo, Yuma Fujinami, Yuiko Nagamine, Asami Ota, Katsunori Kondo. Plan for conducting survey to evaluate influence of COVID-19 on older adults in Japan. 15th ASEAN GO-NGO Forum on Social Welfare and Development

・ Yugo Shobugawa. Enabling a supportive environment for older people: Developed Countries and Developing Countries Approaches. Age Friendly Cities, Leadership Forum

H. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む。)

なし

表1. ミャンマー高齢者調査のデータを用いてHAAIを算出可能かどうか

HAAIのドメイン	HAAIの項目	ミャンマー高齢者調査の個人レベルデータで評価可能であったかどうか	ミャンマー調査の何の項目を用いたか
1. National/Local Government policy	A) Multi-sectorial aging policy/frame	×	—
	B) Policies for addressing active aging and its implementation	×	—
2. Income security	A) Rate of the elderlies among population who are covered by the income security including public pension/elderly welfare benefits	×	— (調査に項目を入れれば可能)
	B) Poverty Rate of the elderly	○	Wealth index
3. Social Capital of the Community	A) Employment rate among the elderly, presence of system to encourage employment of the elderly/post retirement	○	Employment status
	B) Rate of the elderlies who are engaged in volunteer activities including elderly club	○	Engaged in volunteer group
	C) Frequency of communication/conversation with family/neighbors	○	Meeting friend
	D) Rate of the elderlies who go out more than XX days per week.	○	Being homebound
	E) Rate of the elderlies' confidence in their neighbors/people in the community	○	Trust with neighbor
4. Health and Long term care service	A) Type, Subject and Role of Health and medical welfare services and Accessibility	○	Access to medicine and nursing care
	B) Type and Role of the health care workers and their training	×	—
	C) List of policies to address NCDs	×	—
	D) Financial sustainability of the services	×	—
	E) Type of care givers (home or facility)	×	—
	F) Support system of home care (Engagement of hospital professionals in the community care and supports for informal care givers)	×	—
	G) Number of facilities for the Elderly in need of care	×	—
5. Health Outcome	A) Healthy life expectancy/Life Expectancy at age 60(65).	×	—
	B) Subjective sense of well-being	○	Self-rated health
	C) Rate of the elderly with disability (those who need support/assistance in daily activities, dementia)	○	Washington disability index
	D) Rate of the elderly who decease at home.	×	—
	E) Health Disparity. (e.g. difference of life expectancy by areas, occupation and educational background)	部分的に○	Occupation and educational background
6. Development of Social Statistics	A) Data of the elderly proportion/distribution	×	—
	B) Data of the health /living conditions of the elderly	×	—
	C) Development of vital statistics (including leading cause of death)	×	—
	D) Estimation of health care expenditure	○	Health care expenditure in individual level

表2 健康で活動的な老いのアウトカム指標とHAAIの各ドメインとの関連

			健康指標									要介護リスク指標						QOL・満足度指標					
			Poor SRH			Depressive status			Hypertension			Grip strength			Underweight			Disable			Happiness score		
			self-rated health: fair or bad			GDS score ≥ 5			mesured BP matched HT criteria			4 tile order			BMI less than 18.5			by Washington index			Cantril ladder: 0-10		
			OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P
基本属性	Age, y.o.	70-79	1.57	[1.18 - 2.09]	0.00	1.07	[0.79 - 1.45]	0.66	0.89	[0.64 - 1.25]	0.51	0.45	[0.35 - 0.56]	0.00	4.91	[3.48 - 6.92]	0.00	2.02	[1.37 - 2.96]	0.00	1.02	[0.82 - 1.28]	0.85
	ref: 60-69	80 and older	0.92	[0.63 - 1.33]	0.65	1.14	[0.75 - 1.74]	0.55	0.96	[0.6 - 1.53]	0.87	0.11	[0.08 - 0.17]	0.00	5.81	[3.8 - 8.89]	0.00	6.47	[4.23 - 9.9]	0.00	0.76	[0.55 - 1.04]	0.09
	Sex	Female	1.79	[1.4 - 2.31]	0.00	1.70	[1.27 - 2.27]	0.00	0.78	[0.58 - 1.06]	0.11	0.80	[0.65 - 0.99]	0.04	1.11	[0.82 - 1.48]	0.50	1.44	[1.03 - 2.02]	0.03	0.64	[0.53 - 0.79]	0.00
ref: male																							
Region	Bago	2.51	[1.94 - 3.25]	0.00	2.07	[1.56 - 2.75]	0.00	1.20	[0.89 - 1.63]	0.22	0.88	[0.72 - 1.08]	0.21	3.18	[2.31 - 4.38]	0.00	1.00	[0.73 - 1.38]	1.00	0.77	[0.63 - 0.94]	0.01	
ref: Yangon																							
ドメイン2	Wealth index	middle	1.00	[0.7 - 1.41]	0.98	0.81	[0.58 - 1.14]	0.23	0.65	[0.45 - 0.96]	0.03	1.26	[0.96 - 1.65]	0.09	0.70	[0.48 - 1.02]	0.06	1.02	[0.66 - 1.57]	0.94	1.69	[1.29 - 2.21]	0.00
	ref: poor	rich	0.80	[0.52 - 1.25]	0.33	0.44	[0.25 - 0.75]	0.00	0.41	[0.24 - 0.72]	0.00	1.69	[1.17 - 2.44]	0.01	0.35	[0.17 - 0.7]	0.00	0.83	[0.46 - 1.5]	0.53	2.62	[1.83 - 3.74]	0.00
ドメイン3	Employment	Retired	1.41	[1.01 - 1.96]	0.04	0.94	[0.65 - 1.35]	0.72	0.82	[0.56 - 1.2]	0.30	0.69	[0.53 - 0.9]	0.01	1.62	[1.03 - 2.54]	0.04	1.66	[0.97 - 2.85]	0.07	0.97	[0.74 - 1.26]	0.81
	ref: employed	Never employed	1.47	[0.82 - 2.62]	0.19	0.86	[0.44 - 1.7]	0.67	0.80	[0.39 - 1.65]	0.54	0.74	[0.45 - 1.19]	0.21	1.25	[0.52 - 3.01]	0.62	1.83	[0.82 - 4.09]	0.14	1.45	[0.9 - 2.32]	0.12
	Volunteer	Join	0.80	[0.47 - 1.35]	0.40	0.35	[0.14 - 0.9]	0.03	0.60	[0.28 - 1.29]	0.19	1.29	[0.83 - 2.02]	0.26	0.69	[0.26 - 1.84]	0.45	0.67	[0.26 - 1.74]	0.41	1.77	[1.15 - 2.74]	0.01
Meet friend	once a week or more	0.97	[0.73 - 1.29]	0.85	0.84	[0.62 - 1.15]	0.28	1.33	[0.94 - 1.89]	0.11	1.42	[1.12 - 1.79]	0.00	1.07	[0.74 - 1.54]	0.73	0.96	[0.66 - 1.38]	0.82	1.27	[1.01 - 1.6]	0.04	
ref: less than once a week																							
Being homebound	going out less than once a week	1.43	[1.01 - 2]	0.04	1.07	[0.74 - 1.55]	0.70	0.73	[0.48 - 1.11]	0.14	0.69	[0.52 - 0.9]	0.01	0.75	[0.48 - 1.17]	0.20	2.36	[1.61 - 3.45]	0.00	0.66	[0.51 - 0.87]	0.00	
Trust to neighbor		0.72	[0.53 - 0.98]	0.04	0.50	[0.37 - 0.67]	0.00	0.93	[0.66 - 1.3]	0.66	1.18	[0.93 - 1.5]	0.18	1.04	[0.72 - 1.49]	0.84	0.60	[0.42 - 0.85]	0.01	1.65	[1.3 - 2.09]	0.00	
ドメイン4	Medical behavior	sometimes access	0.95	[0.6 - 1.49]	0.82	0.80	[0.54 - 1.2]	0.29	1.46	[0.83 - 2.56]	0.19	1.14	[0.83 - 1.57]	0.42	0.80	[0.49 - 1.29]	0.36	1.08	[0.66 - 1.77]	0.76	0.51	[0.38 - 0.7]	0.00
	ref: always access to medicine	did not access	0.33	[0.19 - 0.57]	0.00	0.83	[0.46 - 1.47]	0.52	3.92	[2.08 - 7.39]	0.00	1.10	[0.69 - 1.73]	0.69	1.46	[0.78 - 2.73]	0.24	1.22	[0.62 - 2.39]	0.57	0.71	[0.46 - 1.11]	0.14
	Nursing care/assistance	need but don't receive	2.15	[0.97 - 4.75]	0.06	1.62	[0.86 - 3.07]	0.14	0.28	[0.09 - 0.93]	0.04	0.36	[0.2 - 0.65]	0.00	1.35	[0.68 - 2.69]	0.39	2.93	[1.53 - 5.64]	0.00	0.41	[0.24 - 0.68]	0.00
ref: don't need	need and receive	2.19	[1.32 - 3.65]	0.00	1.22	[0.77 - 1.94]	0.39	0.57	[0.32 - 1.03]	0.06	0.43	[0.29 - 0.63]	0.00	0.80	[0.48 - 1.32]	0.39	3.28	[2.11 - 5.1]	0.00	0.51	[0.36 - 0.73]	0.00	
ドメイン5	Education	some primary/finished primary	0.77	[0.55 - 1.08]	0.13	0.95	[0.69 - 1.32]	0.77	1.09	[0.76 - 1.57]	0.63	1.08	[0.83 - 1.4]	0.55	1.07	[0.75 - 1.53]	0.71	0.78	[0.52 - 1.17]	0.23	1.34	[1.04 - 1.73]	0.02
	ref: no school/monastic	middle school or above	0.87	[0.61 - 1.25]	0.45	0.58	[0.38 - 0.88]	0.01	0.63	[0.41 - 0.98]	0.04	1.05	[0.78 - 1.41]	0.73	0.47	[0.29 - 0.77]	0.00	0.80	[0.5 - 1.27]	0.34	1.58	[1.19 - 2.1]	0.00

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍：該当なし

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Yuri Sasaki, Yugo Shobugawa, Ikuma Nozaki, Daisuke Takagi, Yuiko Nagamine, Masafumi Funato, Yuki Chihara, Yuki Shirakura, Kay Thi Lwin, Poe Ei Zin, Thae Zarchi Bo, Tomofumi Sone, Hla Hla Win.	Rural–Urban Differences in the Factors Affecting Depressive Symptoms among Older Adults of Two Regions in Myanmar.	International Journal of Environmental Research and Public Health	18巻6号	2818	2021
Yuri Sasaki, Yugo Shobugawa, Ikuma Nozaki, Daisuke Takagi, Yuiko Nagamine, Masafumi Funato, Yuki Chihara, Yuki Shirakura, Kay Thi Lwin, Poe Ei Zin, Thae Zarchi Bo, Tomofumi Sone, Hla Hla Win.	Association between depressive symptoms and objective/subjective socioeconomic status among older adults of two regions in Myanmar.	PloS one	16巻1号	e0245489	2021
Win HH, Nyunt TW, Lwin KT et al.	Cohort profile: healthy and active ageing in Myanmar (JAGES in Myanmar 2018): a prospective population-based cohort study of the long-term care risks and health status of older adults in Myanmar.	BMJ Open			2020

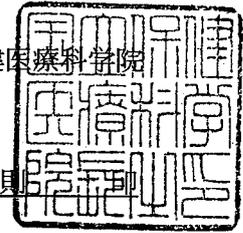
令和3年3月29日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 宮寄 雅良



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
- 2. 研究課題名 ASEANにおける活動的で健康的な高齢期の推進に関する研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 次長
(氏名・フリガナ) 曾根 智史・ソネ トモフミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立保健医療科学院	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

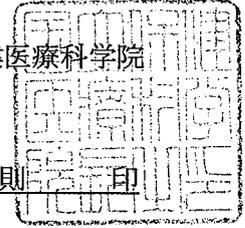
令和3年3月29日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 宮崎 雅則



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業

2. 研究課題名 ASEANにおける活動的で健康的な高齢期の推進に関する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 国際協力研究部・主任研究官

(氏名・フリガナ) 佐々木 由理・ササキ ユリ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立保健医療科学院	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

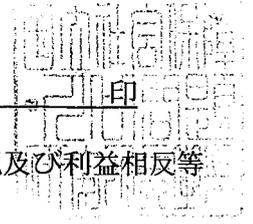
令和3年 3 月 31日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立社会保障・人口問題研究所

所属研究機関長 職名 所長

氏名 田辺 国昭



次の職員の令和 2 年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
2. 研究課題名 ASEANにおける活動的で健康的な高齢期の推進に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 副所長
(氏名・フリガナ) 林 玲子・ハヤシ レイコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年 3 月 31日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立長寿医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 荒井 秀典



次の職員の令和 2 年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
2. 研究課題名 ASEAN における活動的で健康的な高齢期の推進に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 理事長
(氏名・フリガナ) 荒井 秀典・アライ ヒデノリ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年 3 月 31日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立社会保障・人口問題研究所

所属研究機関長 職 名 所長

氏 名 田辺 国昭

次の職員の令和 2 年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
2. 研究課題名 ASEANにおける活動的で健康的な高齢期の推進に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 国際関係部・第三室長
(氏名・フリガナ) 中川 雅貴・ナカガワ マサタカ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年 5 月 28 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人 新潟大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 牛木 辰男

次の職員の（元号）年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 令和3年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）

2. 研究課題名 ASEANにおける活動的で健康的な高齢期の推進に関する研究（20BA2002）

3. 研究者名（所属部署・職名）新潟大学医歯学総合研究科・特任教授

（氏名・フリガナ） 菖蒲川 由郷・ショウブガワ ユウゴウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	新潟大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。