

日本老年人护理政策的未来走向

—主要围绕以往经验以及近期措施

东京大学老龄社会综合研究机构
辻 哲夫

日本老龄化与全球老龄化

○日本的老龄化程度居全球最前列

1. 日本已进入人生百年时代

—一个大多数人都可以活到75岁以上的时代

2. 今后日本社会的老龄化发展趋势难以预测

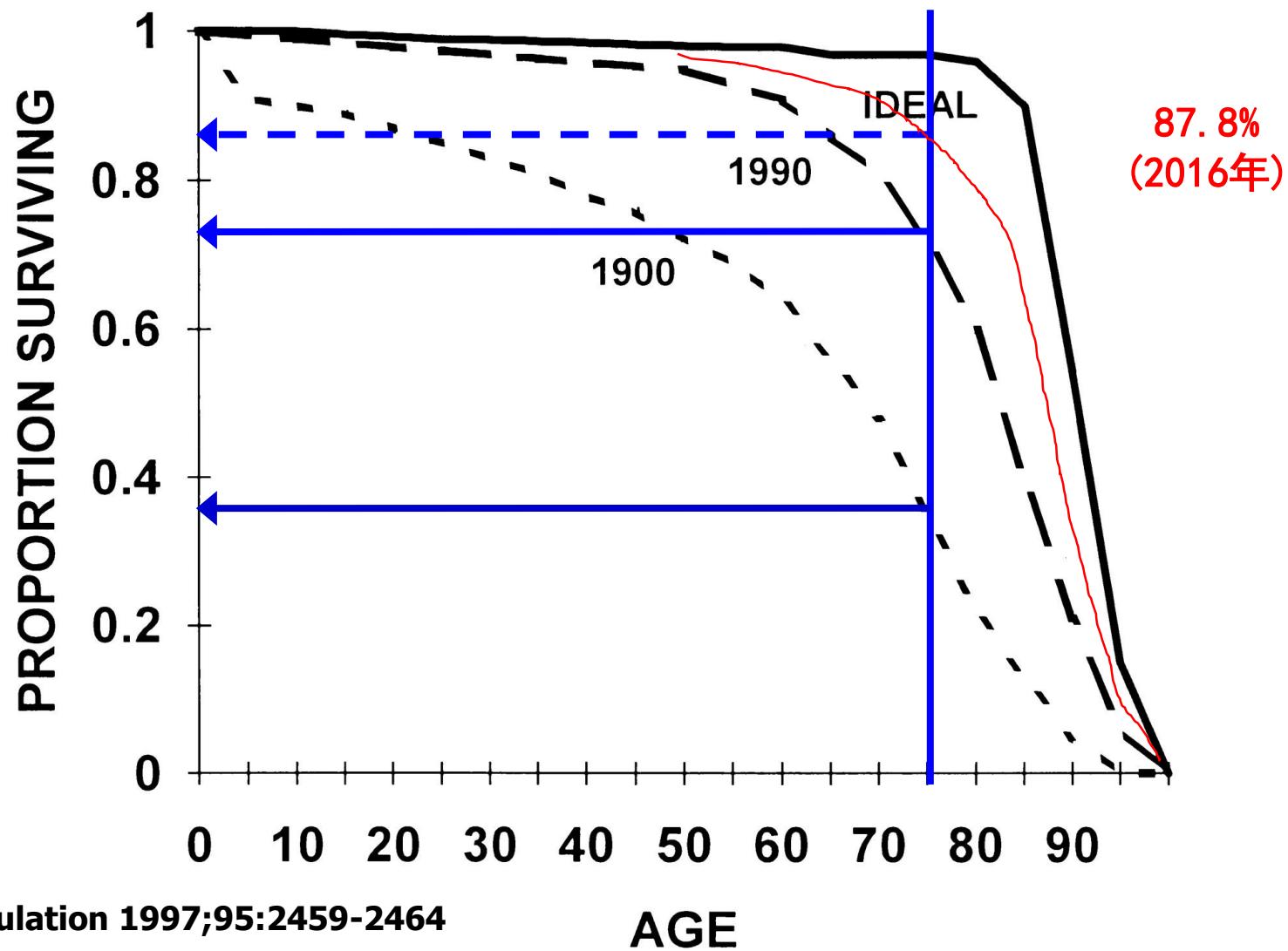
—大城市中75岁以上人口持续增长→2025年问题

—85岁以上人口持续增长→2040年问题

3. 日本的老龄化程度居全球最前列

—日本老龄化的特点：较早步入了老龄化社会；城市老龄化发展迅速

—今后仍将保持全球老龄化排头兵的地位

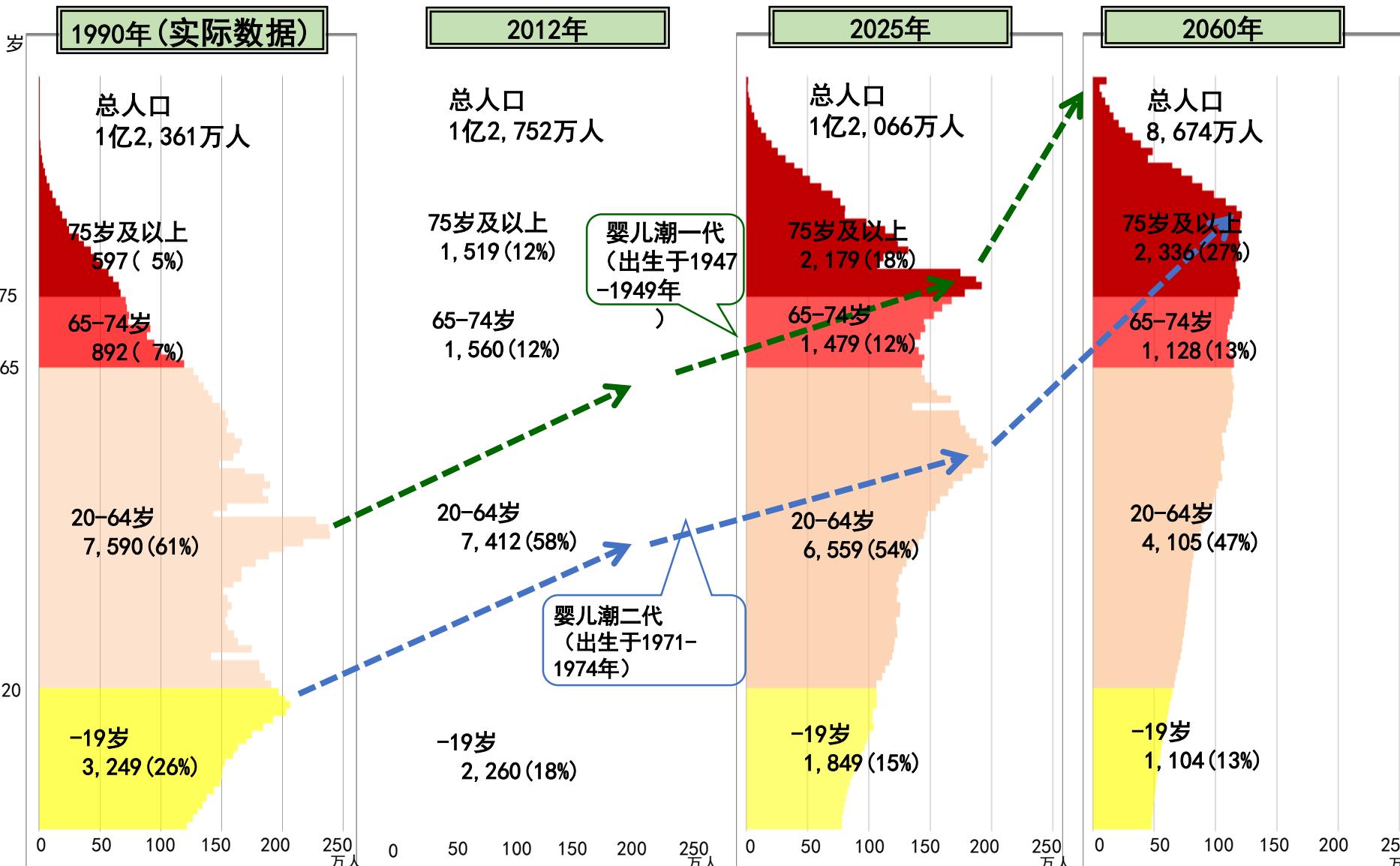


改编自Kelly D. Circulation 1997;95:2459-2464

Copyright © American Heart Association, Inc. All rights reserved.

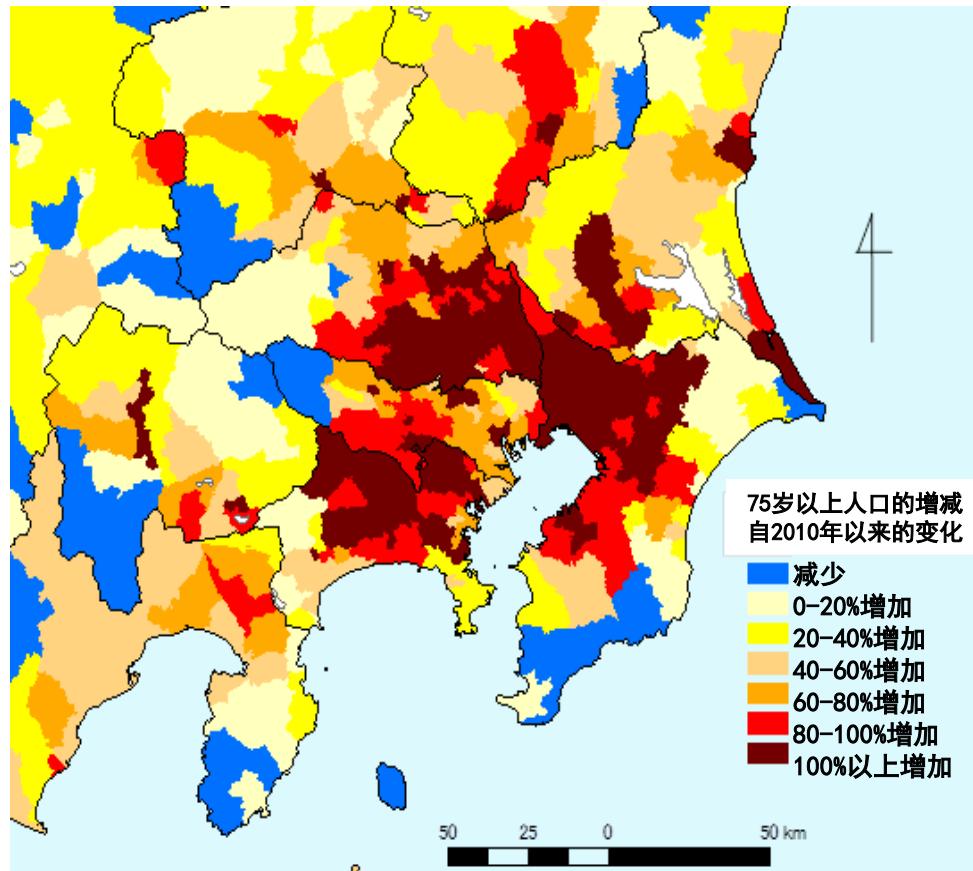
日本人口金字塔的变化趋势

- 到2025年，婴儿潮时期出生的一代人将全部迎来75岁，届时，75岁以上的老年人将占全国总人口的18%。
- 预计到2060年，人口将减少至8,674万；另一方面，65岁以上老年人将占到全国总人口的40%左右。



(资料来源) 总务省“人口普查”及“人口预测”、国立社会保障与人口问题研究所“日本未来人口预测(2012年1月份预测数据)：出生人口中位数与死亡人口中位数预测”(截至各年度10月1日的人口数据)

首都圈的老龄化：2010→2040年 75岁以上 人口增减率



资料：总务省统计局“人口普查”、国立社会保障与人口问题研究所“日本各地区未来人口预测（2013年3月份预测数据）”

各都道府县的老年人口数量（65岁以上人口）的增加状况

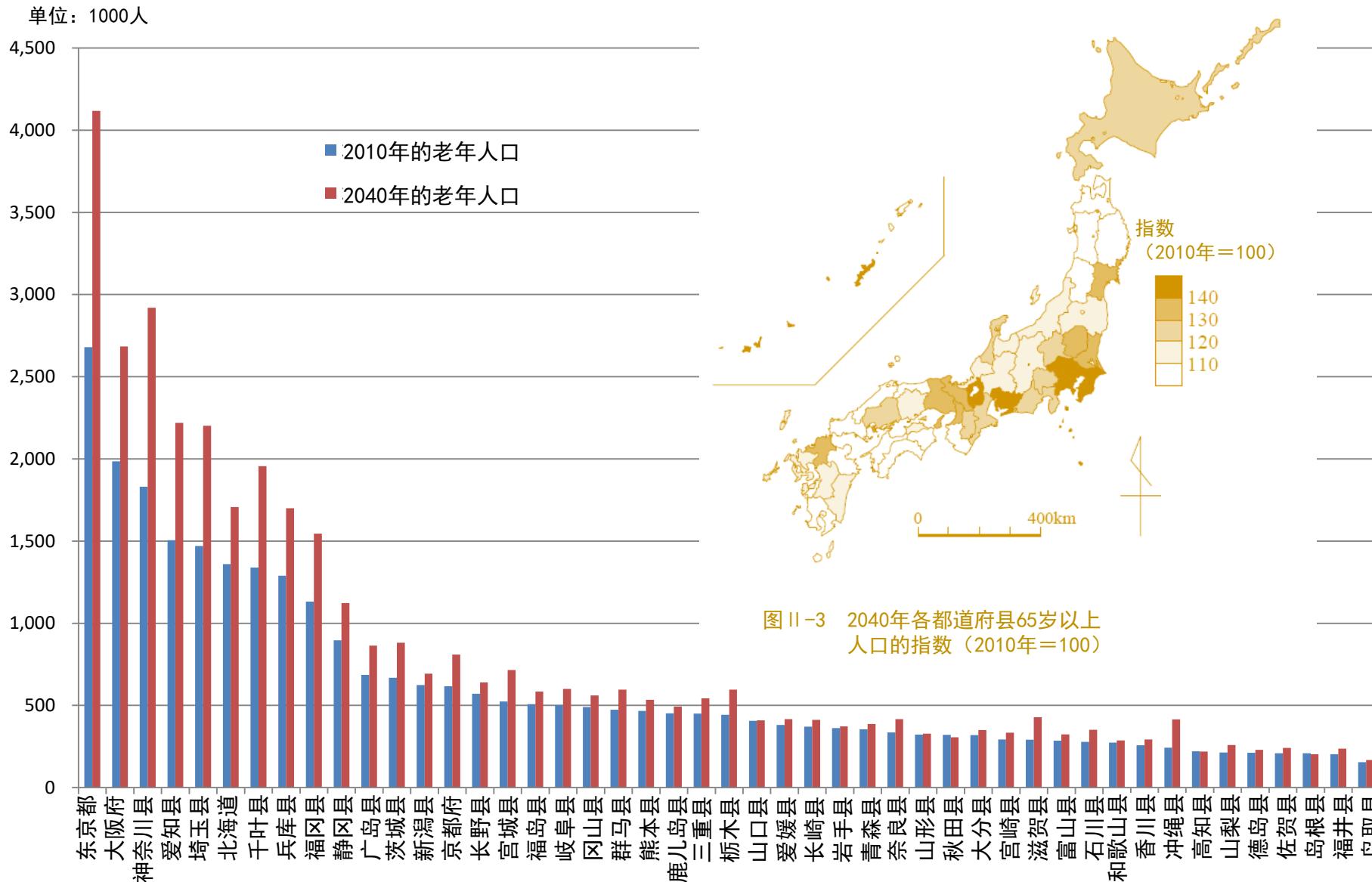
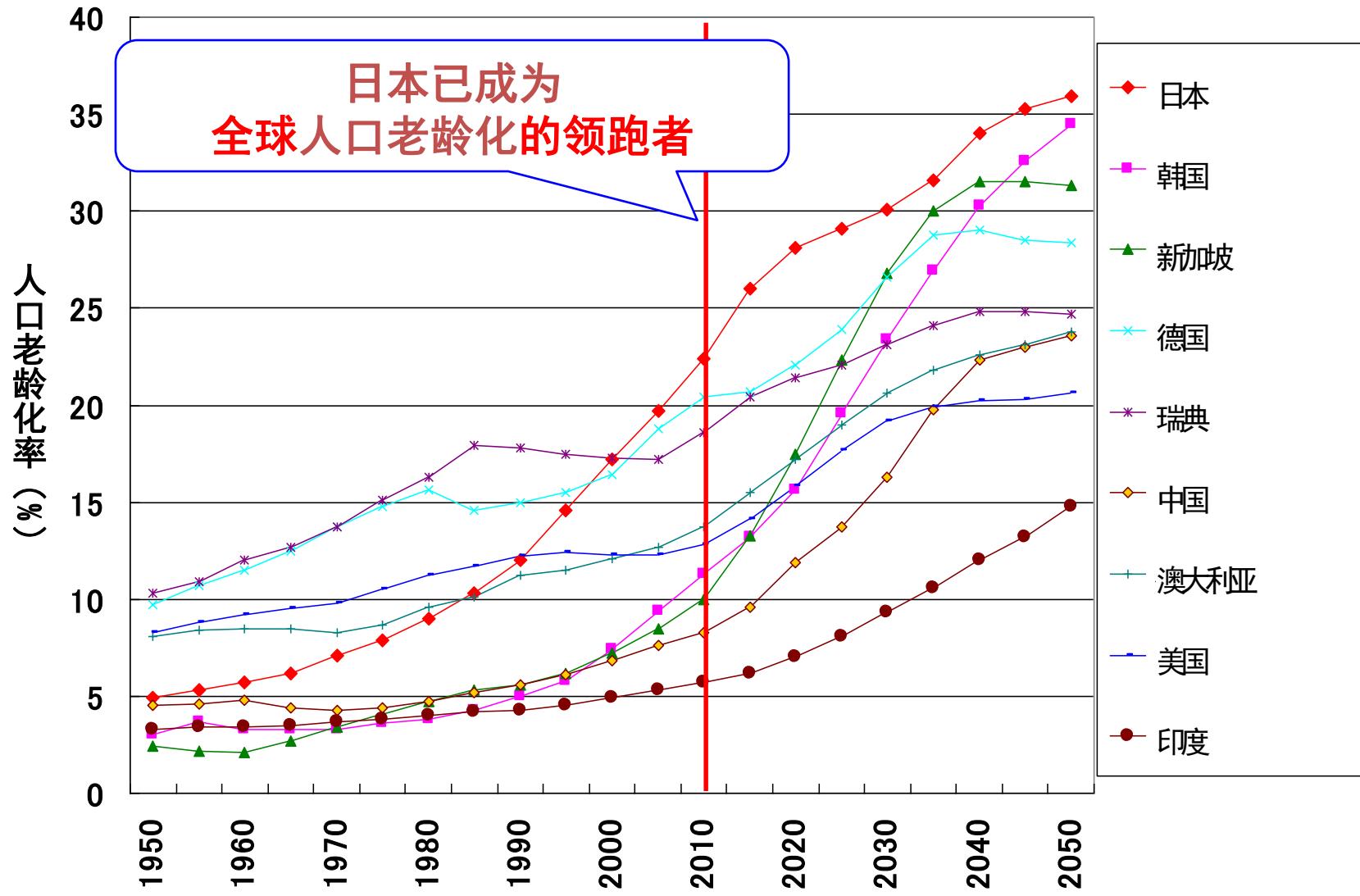


图 II-3 2040年各都道府县65岁以上人口的指数 (2010年=100)

资料来源：国立社会保障与人口问题研究所“日本各地区未来人口预测（2013年3月份预测数据）”

全球老龄化现状



资料：根据World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database (UN, <http://esa.un.org/UNPP>)制作而成

日本老龄化及老年人护理的变迁与展望（1）

○日本老年人护理政策的大致发展历程①

1. 护理模式从以设施托管护理为主转变为以居家护理为主的时期（1950年—2005年）

【背景】超过10%的老龄化率；转变为以慢性疾病（=需要长期护理）为主；家庭中多有儿童

【政策思路】

建设完善托管设施（从以低收入独居老人为主扩大至可满足所有年龄段的需求）

→很早便开始了对居家护理模式的探索（努力构建日托、临时托管及上门护理这三大支柱型服务体系，同时出台了护理保险制度）

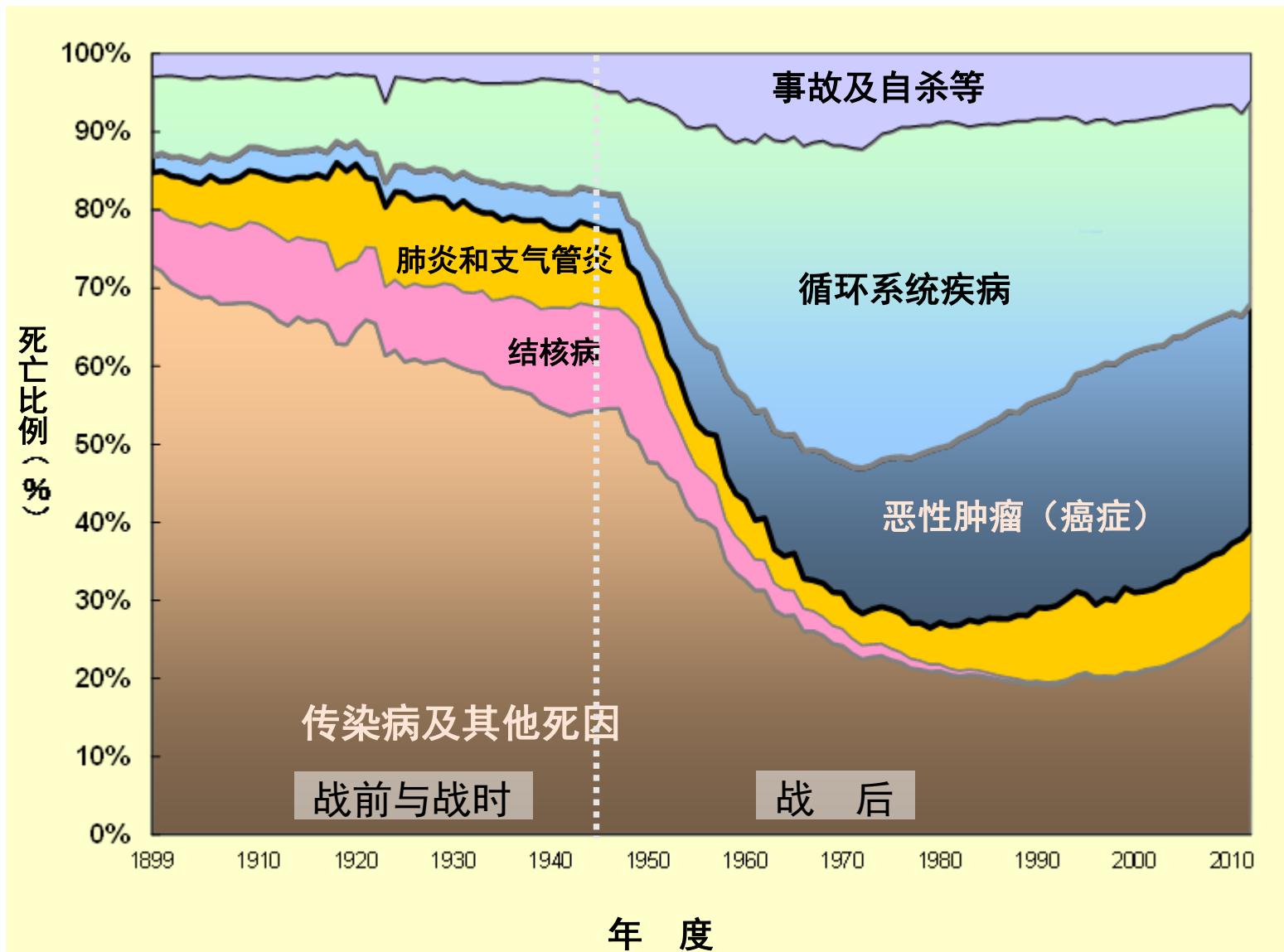
→居家护理政策存在局限性（居家护理以向轻度需护理的老年人家庭提供援助为主，临终还是要依靠设施或医院）

=随着城市老龄化趋势的加剧以及独居老人不断增多，以设施及医院为主的养老护理模式已无法满足实际需求

→政策创新势在必行

=出台社区综合护理服务体系政策【将2025年作为转折点】

日本人死因结构的变化：1899–2012年



【制度以及修订过程】

护理模式从以设施护理为主过渡为以居家护理为主的时期（-2005年）

1950年 生活保护法（设立救护设施=面向无依无靠的低收入老年人）

1963年 老年人福利法（设立特别养护养老院=该护理设施面向非低收入但需要护理的老年人，基本上由政府委托社会福利法人来提供服务）

20世纪70年代 从迎来老龄化社会（7%）到进入老龄社会（14%）

老年人卧床不起问题开始显现=特别养护养老院规模不断扩大

提出设施的社会化方针=同时推出日间照料服务（日托护理）与短期托管服务（临时托管护理）

1985年 出台老年人保健法（意识到康复治疗的重要性，设立老年人保健设施）

1987年 开始实行护理福利士制度（引入护理保险的时机开始显现）

推动企业开展老年人护理业务（设立收费养老院，扩大居家护理服务的规模）

1989年 修订相关法律，重点推进居家护理服务（将护理服务保障职责交由市町村进行一体化推进）

出台黄金计划以作为10年战略计划（居家护理的三大支柱=上门护理、日托护理、临时托管护理）

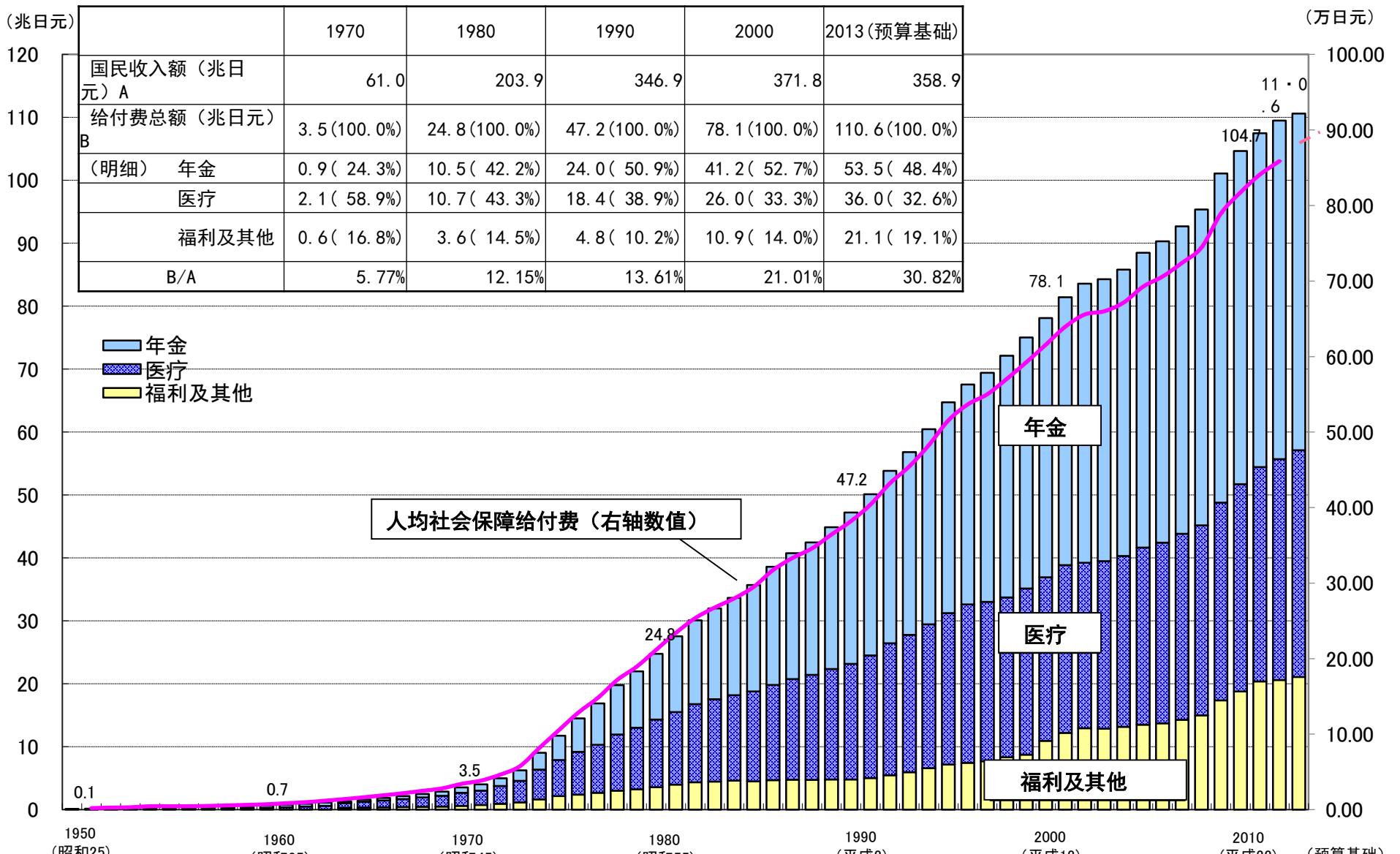
2000年 开始实行护理保险制度（市町村作为投保人）

由以税金作为资金来源的政府来实施保障的制度转变为以社会保险作为资金来源，以参保人为主体的制度（为用户的选择提供保障，推进护理服务提供方的多元化）

从黄金计划到新黄金计划，再到黄金计划21

- 黄金计划（1989年）→ 新黄金计划（2005年）→ 黄金计划21（2010年）
 - 【上门护理服务的发展目标】10万人 → 17万人 → 35万人（2015年目标，下同）
 - 【短期托管服务的发展目标】5万床位 → 6万床位 → 9.6万床位
 - 【日间照料服务的发展目标】1万 → 1.7万 → 2.6万家
 - 【特别养护养老院的发展目标】24万床位 → 29万床位 → 36万床位
 - 【老年人保健设施的发展目标】28万床位 → 28万床位 → 29.7万床位
- 收费养老院的规模迅速扩大
 - 1998年入住定员3万人 → 2006年12万人 → 2010年24万人 → 2013年35万人
 - （注）2011年开始推出附带服务功能的老年人专用住宅。截至2015年已发展到15万户

社会保障给付费的变化



资料：摘自国立社会保障与人口问题研究所“2011年度社会保障费用统计”。其中2012年度和2013年度（预算基础）为厚生劳动省的预测数据，
2013年度的国民收入额来自“2013年度经济预测与经济财政运营的基本态度（2013年2月28日内阁决议）”

（注）图中的数据为1950、1960、1970、1980、1990、2000、2010以及2013年度（预算基础）的社会保障给付费（兆日元）。

日本老龄化及老年人护理的变迁与展望（2）

○日本老年人护理政策的大致发展历程②

2. 护理观念发生大转变时期 （2005-至今）

【背景】老龄化率已超过20%；老年人独居成为主流；城市中85岁以上的老年人口大幅增加

【政策思路】

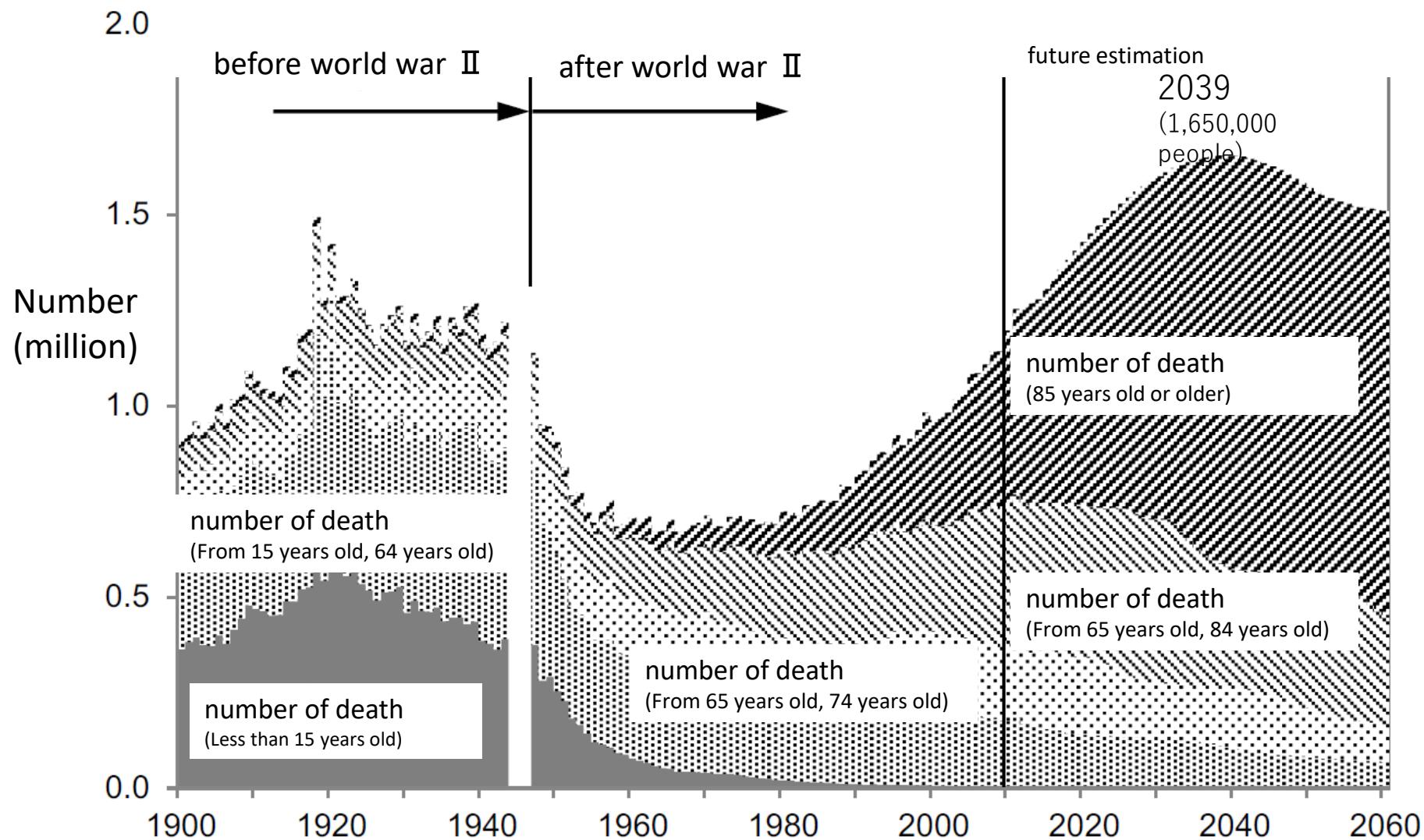
将独居老人作为主要对象，以其日常生活圈为单位来提供居家护理服务（借鉴单元式护理的经验，推出小规模多功能型居家护理等服务）

- i) 重视预防性护理（虚弱预防与社区建设）
- ii) 重视中重度需护理独居老人的居家护理（开设24小时上门医疗以及居家护理服务的合作网点。不再新建公立特别养护养老院）

→社区综合护理服务体系逐渐形成

Change of number of death in age groups

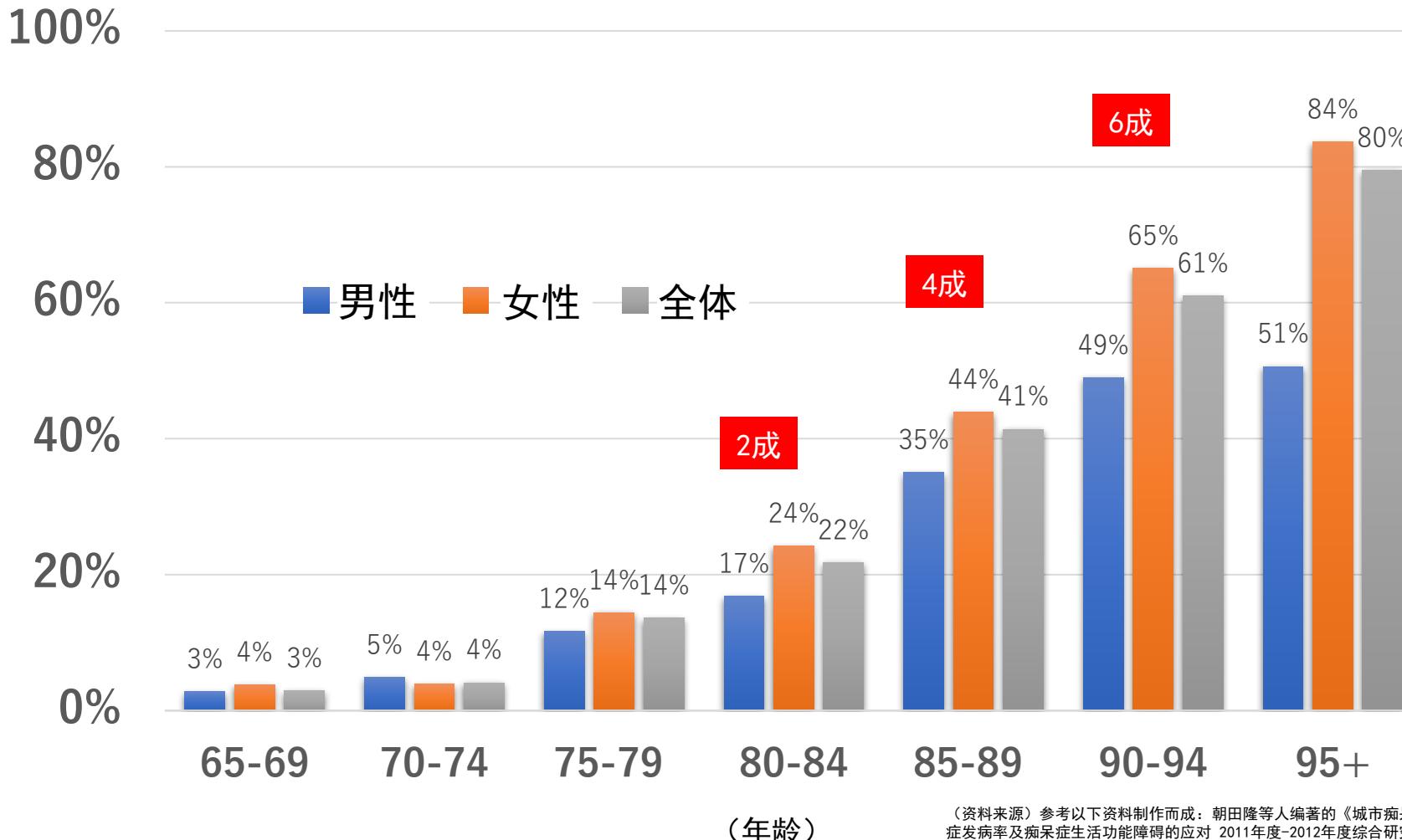
(摘自国立社会保障与人口问题研究所 金子隆一编写的资料)



老年人日常生活实际情况

全国痴呆症发病率（按照性别和年龄段）

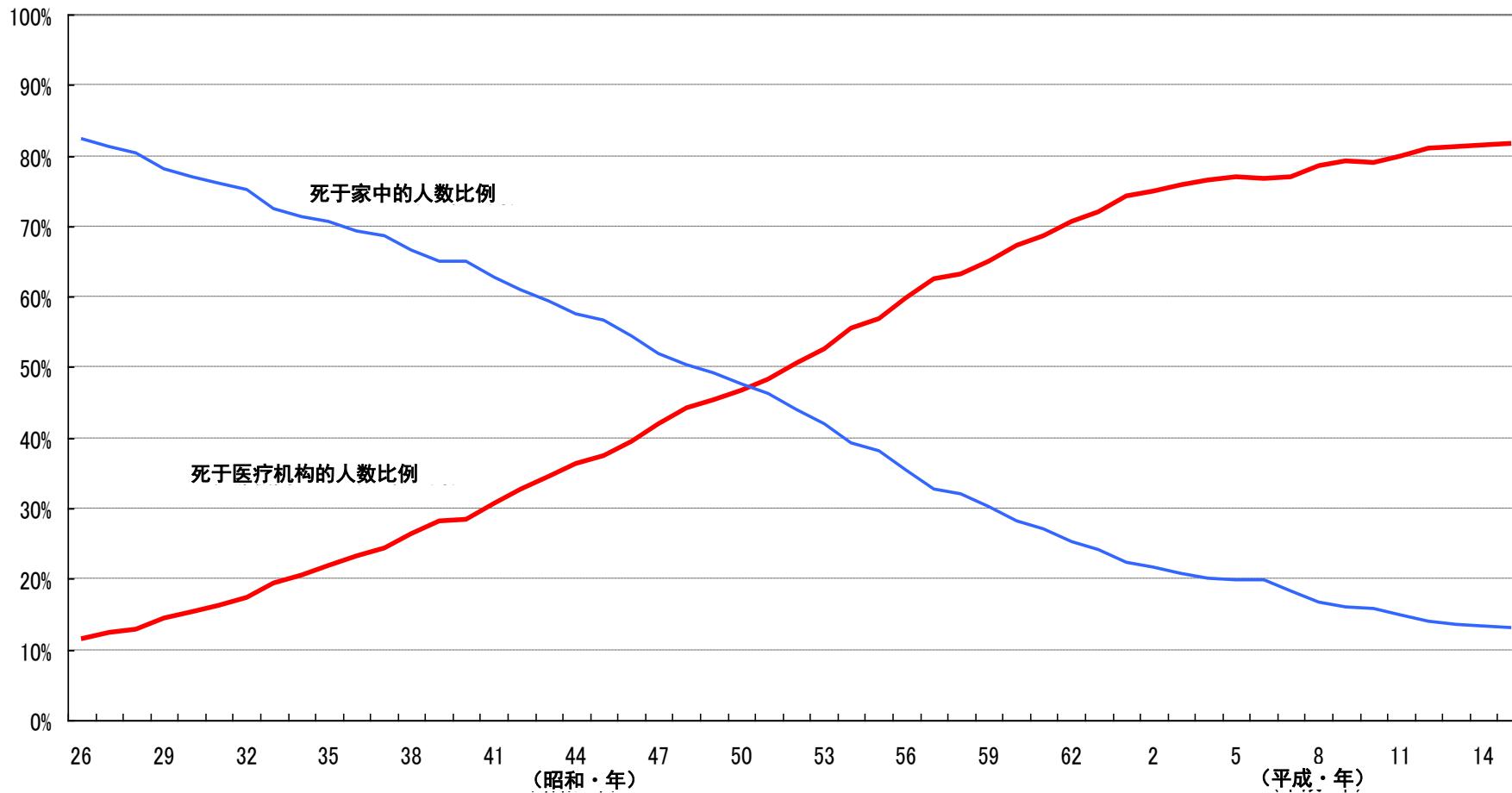
8成



(资料来源) 参考以下资料制作而成：朝田隆等人编著的《城市痴呆症发病率及痴呆症生活功能障碍的应对 2011年度-2012年度综合研究报告》(厚生劳动科学研究费补助金痴呆症对策综合研究项目)
2013.3, p. 72。

医疗机构中死亡率的年度变化

死于医疗机构的人数比例逐年增加，到1976年已超过死于家中的人数比例，
近年更是高出80%。



资料：“人口动态统计”（厚生劳动省大臣官房统计信息部）

1. 护理保险制度固定下来

- 护理保险制度自平成12年（2000年）起正式开始实施，它是一个全社会支撑老年人护理事业的体系。
- 该制度实施约7年后，用户人数已从当初的约150万人增加到约200万人，这其中以上门服务为主，护理保险已成为国民所熟悉的一项服务，得到全社会的广泛认可和接受。

2. 对护理保险制度进行修订

- 为了应对护理保险总费用的增加以及今后患痴呆症和独居的老人数量不断上升等课题，日本自2006年4月起开始对护理保险制度进行了修订。

- 老年人口快速增长
→向重视“预防”的服务模式转型
- 患痴呆症的老年人迅速增加
→向痴呆症护理服务模式转型
- 纯老年人家庭迅速增加
→向以单身老年人为对象的服务模式转型

痴呆症老年人数逐年增长

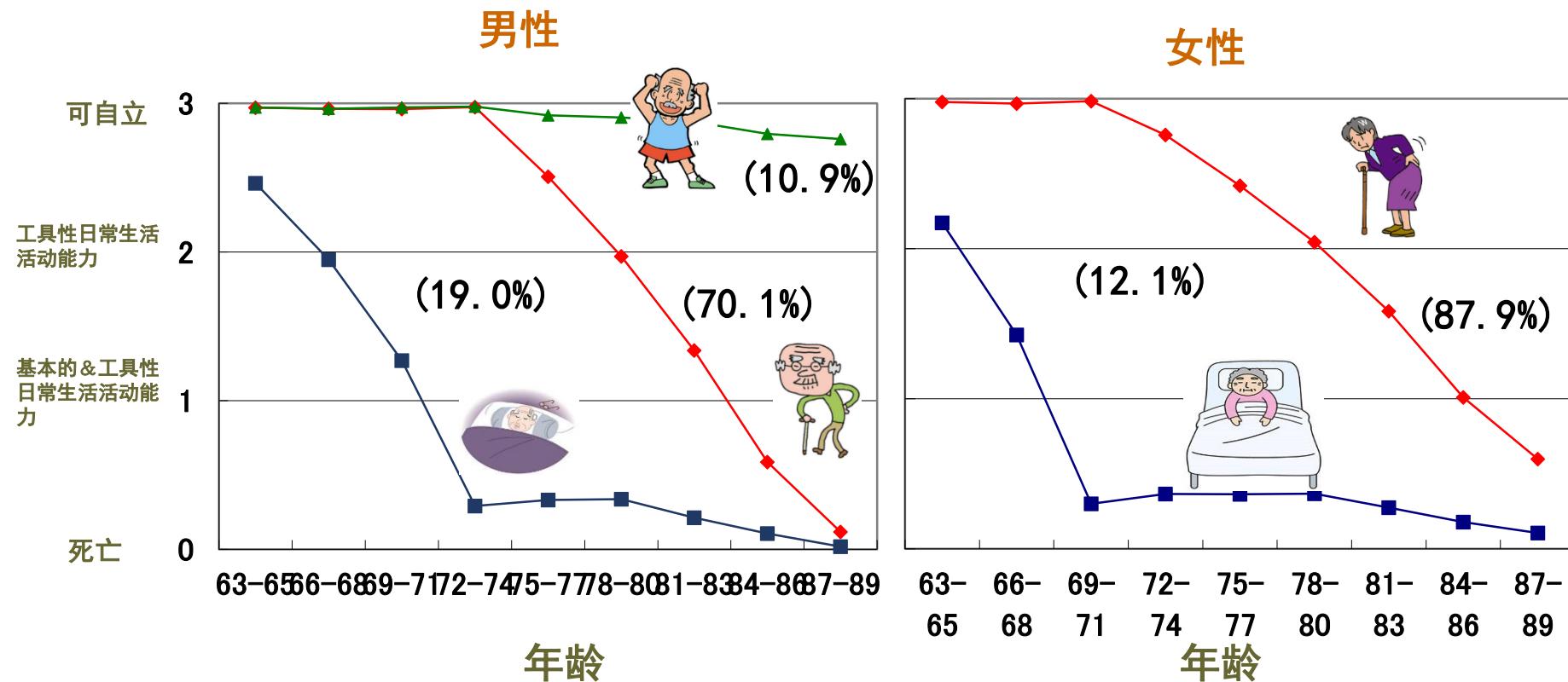
	2002年	2015年	2025年
痴呆症老年人数 (万人)	149	250	323
在65岁以上人口 中所占比例 (%)	6.3	7.6	9.3

老年人家庭形态预测

(万户)

	2005年	2015年	2025年
普通家庭	4,904万户	5,048	4,964
户主年龄 超过65岁	1,338万户	1,762	1,843
独居 (在纯老年人家 庭中所占比例)	386万户 28.9%	566 32.2%	680 36.9%
老年夫妇家庭 (在纯老年人家 庭中所占比例)	470万户 35.1%	614 34.8%	609 33.1%

— 老年人口的增加及多种生存状态 以全国老年人为对象、历时20年的跟踪调查 —



资料来源) 秋山弘子 《长寿时代的科学与社会的构想》 《科学》 岩波书店, 2010

3. 护理保险制度的主要修订内容

(1) 推进预防性护理服务体系建设

○ 为了尽量避免出现老年人需护理的情况，或防止其身体状态进一步恶化，专门出台了“新型预防给付”以及“预防性护理服务”等措施，以推进向重视预防型服务体系的转变。

○ 例如，在各地区通过结合老年人的自身体力和状态开设预防课程或进行个别指导等方式，帮助其实现“增强体力”、“保护口腔与牙齿健康”、“健康进食”等目标。

(2) 建立并完善社区护理服务体系

○ 为了使痴呆症老年人及独居老人尽可能在熟悉的生活环境中继续生活，专门推出了“社区护理服务”，并设立了“社区综合援助中心”，以此来推动“社区护理服务体系”的建设。

确立预防性护理服务体系

推出“预防性护理服务”

- 以可能会出现帮助或护理需求的老人为对象

推出“新型预防给付”

- 以需要帮助的老人为对象

不符合条件

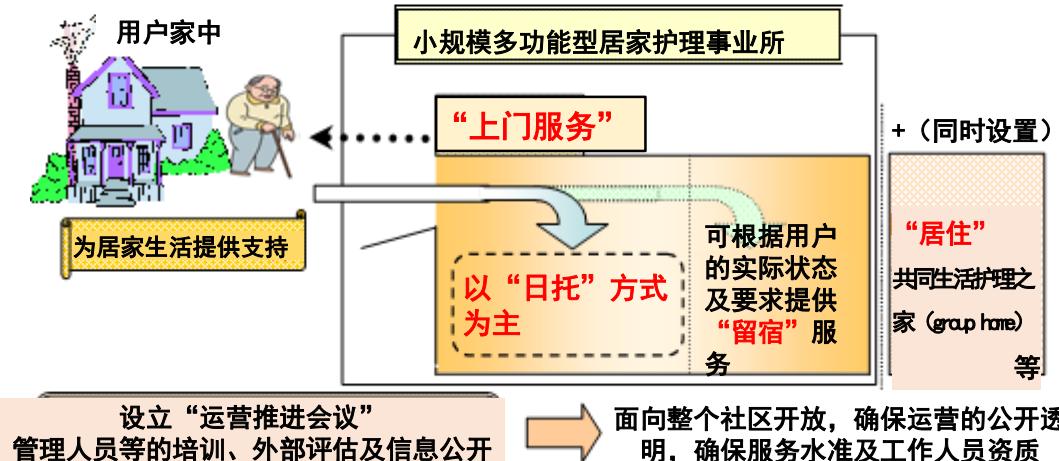
需要帮助

需要护理

社区护理服务（小规模多功能型居家护理）

○ 小规模多功能型居家护理

以“日托”为主，也可根据需要护理对象的实际状态及要求，随时提供“上门”或“留宿”的组合服务，为老人继续以往的居家生活提供支持→无论选择哪一种服务，都将由熟悉的工作人员提供服务



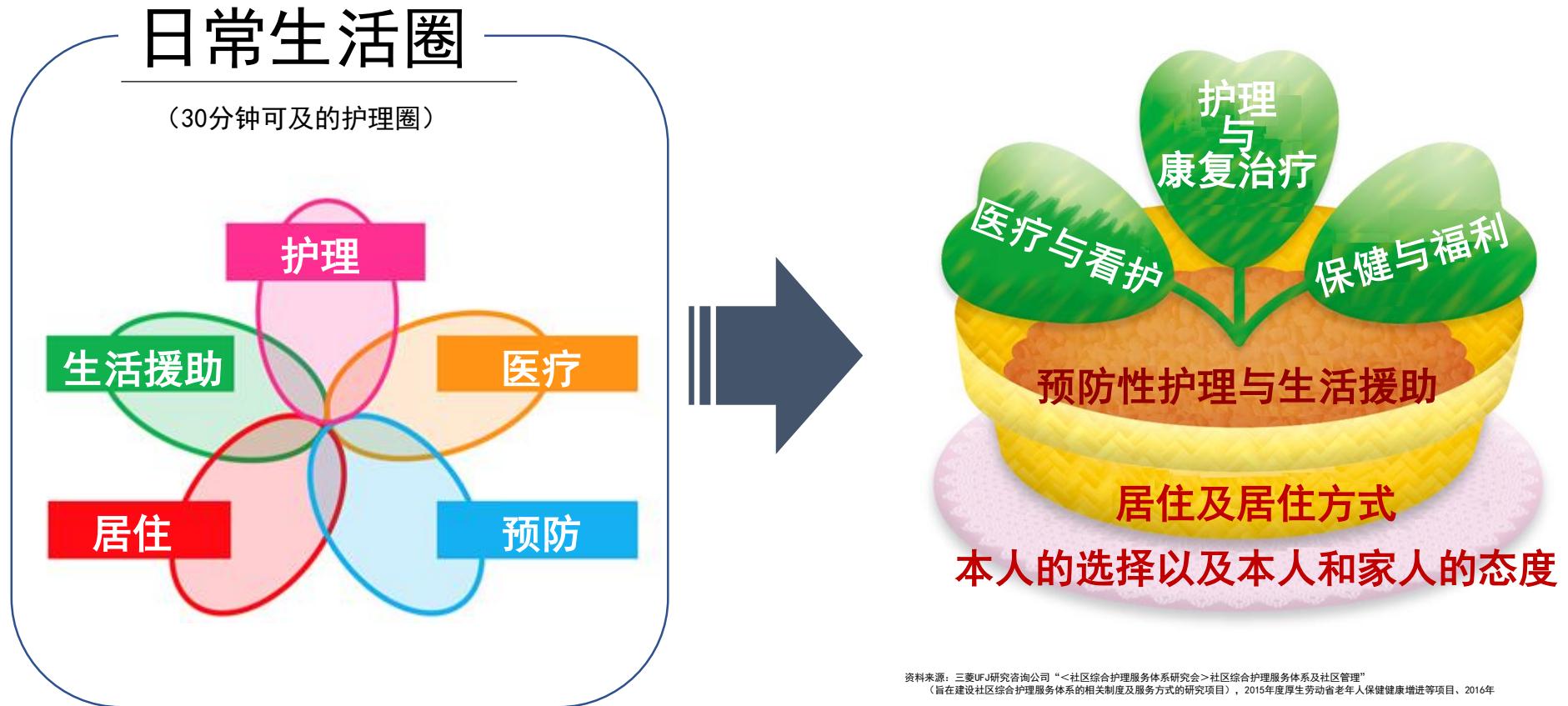
【日本】 老年人生活状态的变化



菊川先生曾经“卧床不起”长达1年零10个月
(松原市)



社区综合护理服务体系



【制度以及修订过程】

护理理念发生重大转变的时期 (2005年-至今)

2005年 对护理保险制度进行修订—进入超老龄社会

护理理念发生重大转变（推出了以独居老人为对象的居家护理服务、预防性护理服务、小规模多功能型居家护理服务）

2011年 对护理保险与住宅制度进行修订

24小时居家护理服务体系与住宅政策相辅相成（推出定期巡访和随时上门护理看护服务以及“附带服务功能的老年人专用住宅” → 截至2015年已达到“15万户”）

2015年 进行医疗护理综合改革

向以社区综合护理服务体系为依托的社会转型（展望2025年）
(尽量不再新建特别养护养老院)

→如今的日本正处于一个重大转折期

今后的展望—社区综合护理服务体系的结构与课题（1）

○目标

【Ⅰ】尽可能使老年人保持健康 【Ⅱ】即使身体健康状况变差也可继续放心居住的社区（community）

○政策支柱

【Ⅰ】重视老年人的虚弱预防（预防性护理），推进相应社区服务体系建设

【Ⅱ】建立完善居家医疗护理体系，使独居老人也可以继续在熟悉的环境中生活

○具体政策措施

【Ⅰ】打造方便老年人走出家门的社区环境，营养与康复专业人士充分发挥自身特长

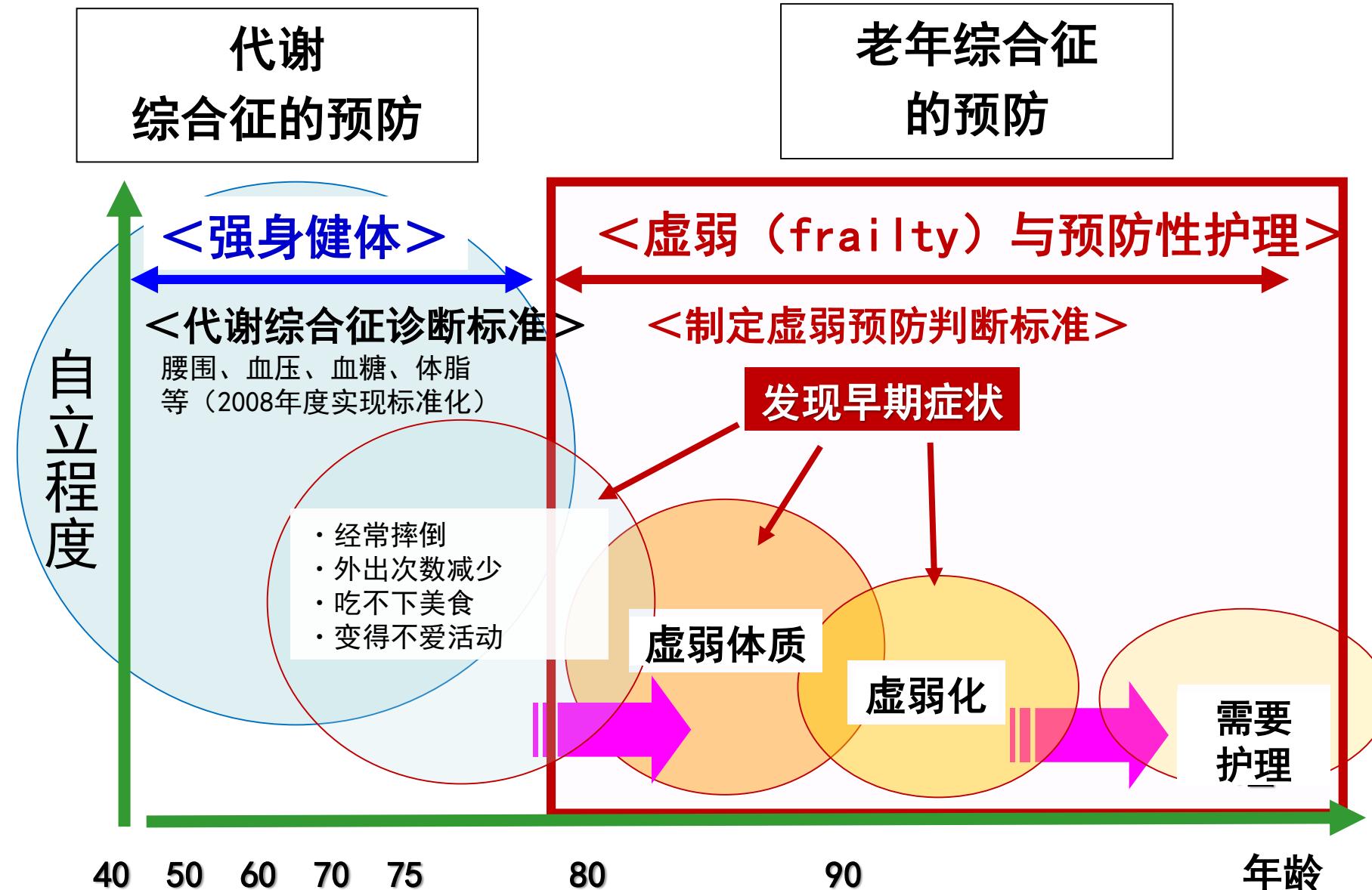
【Ⅱ】加强24小时居家护理服务（小规模多功能型居家护理服务、定期巡访和随时上门护理等）

24小时上门看护服务网点的建设，尽量减少托管设施的数量

（收费养老院以及附带服务功能的老年人专用住宅的费用较高，城市低收入人群无力入住）

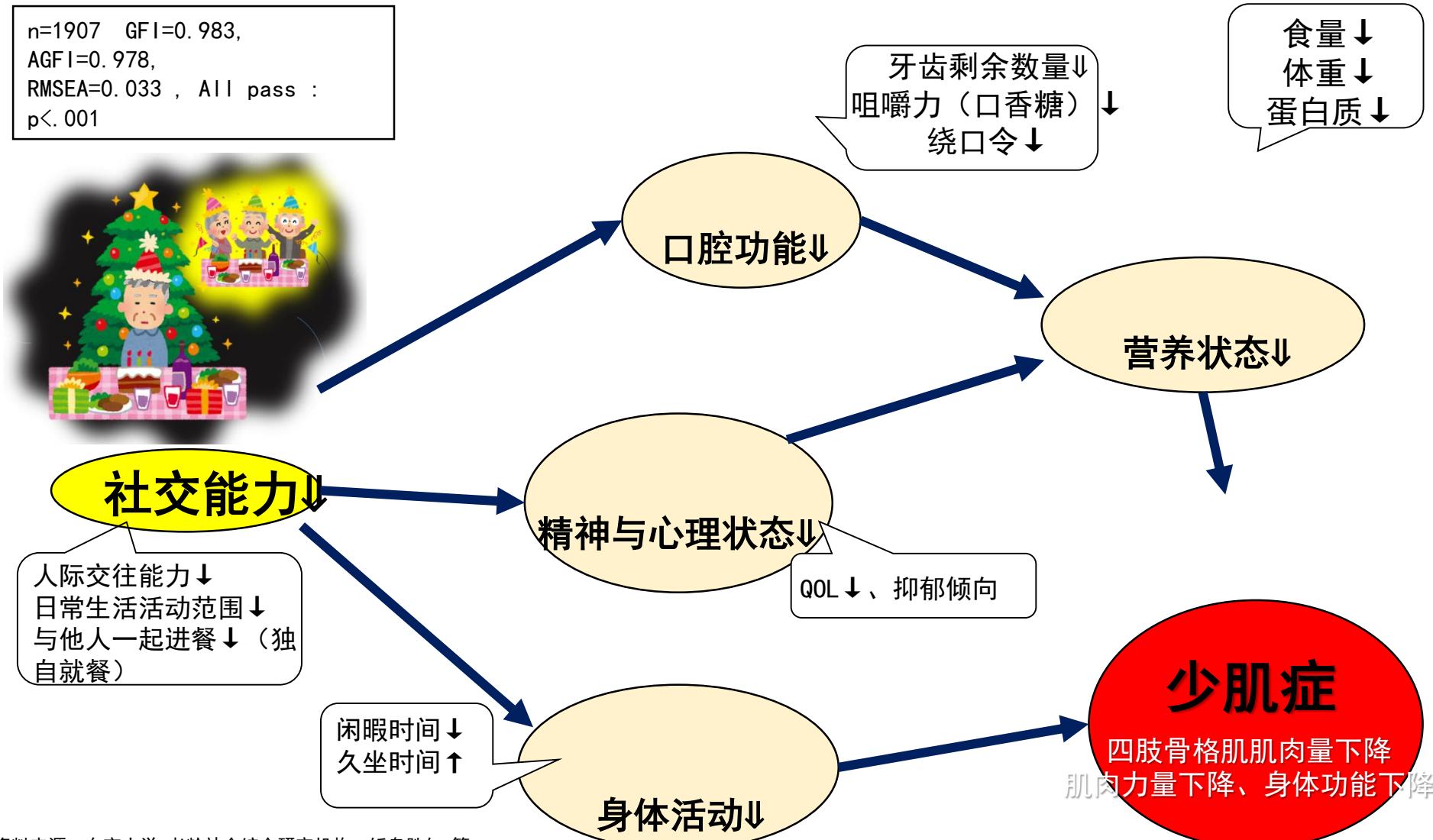
（注）应推广居家医疗服务

研究并落实强身健体与虚弱 (frailty) 预防



保持社交能力有助于确保正常的口腔功能、心理健康及身体活动，可预防少肌症

n=1907 GFI=0.983,
AGFI=0.978,
RMSEA=0.033 , All pass :
p<.001



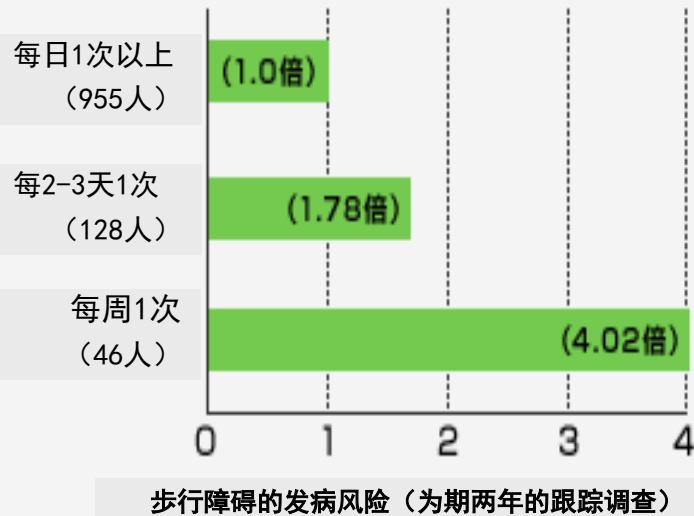
资料来源：东京大学 老龄社会综合研究机构 饭岛胜矢 等

厚生劳动科学研究费补助金（长寿科学综合研究项目）“以虚弱与少肌症状态下的老年人饮食援助框架与综合预防性护理计划的设计及验证为目的的调查研究”（2014年度报告）

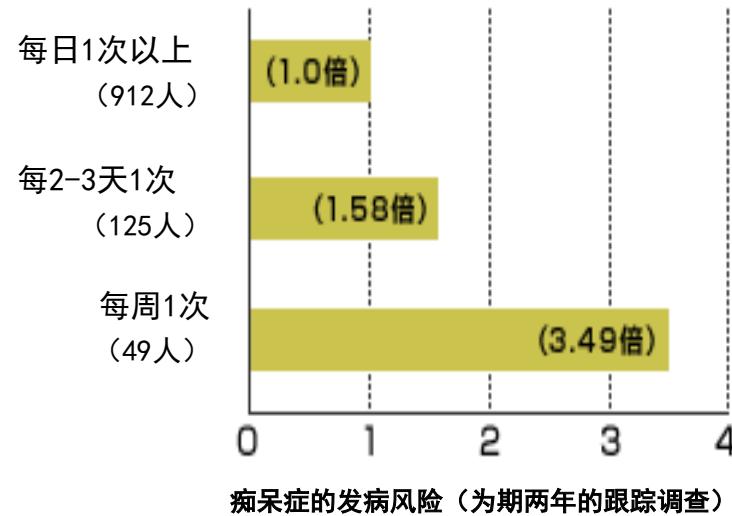
外出机会与健康之间的关系

外出还具有促进健康以及预防痴呆症的效果！

● 外出频率与步行障碍发病风险之间的关系



● 外出频率与痴呆症发病风险之间的关系



以新潟县Y市65岁以上老年人为对象，自2001年开始开展了为期两年的追踪调查，调查结果如上图所示

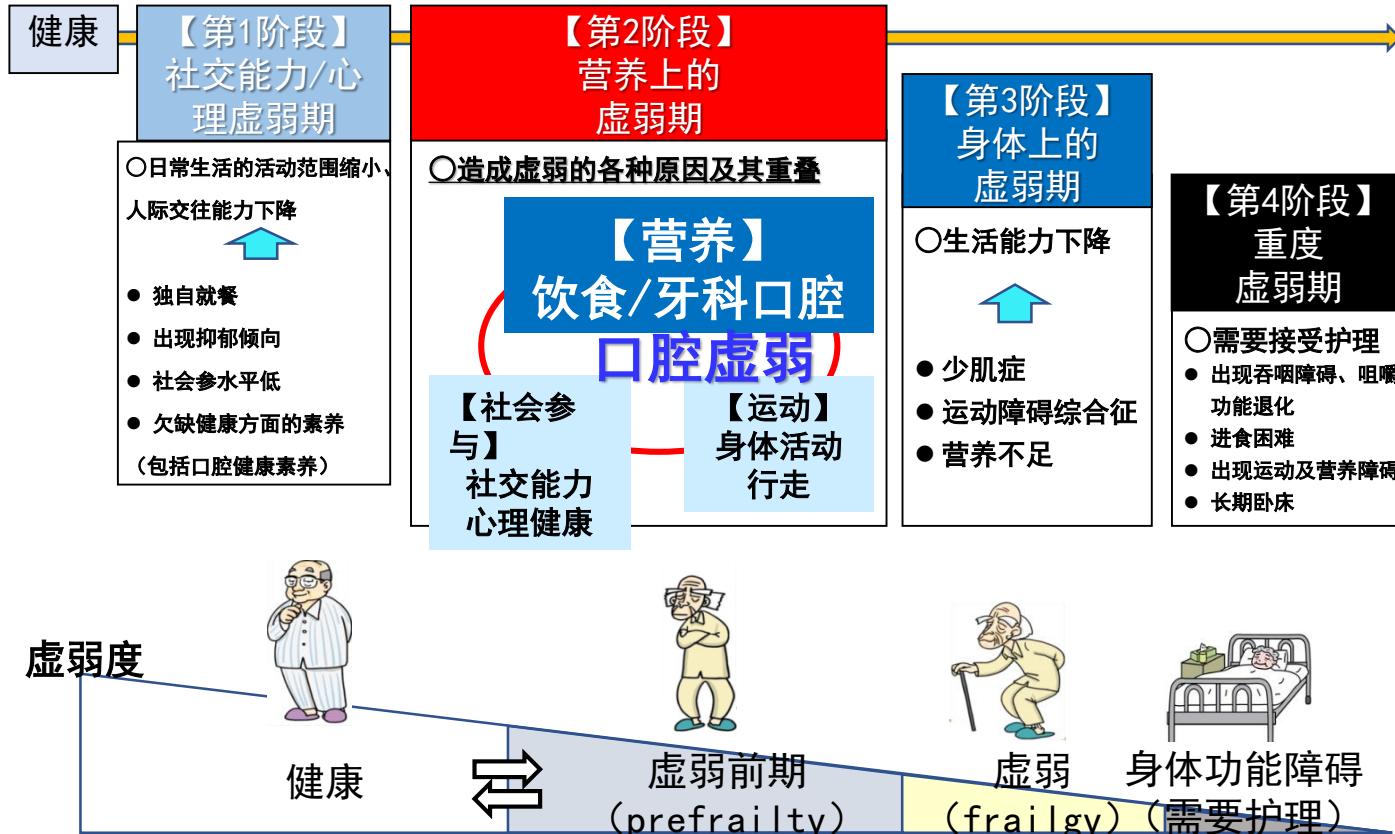
※两图表所作比较已排除原有健康状态及社会作用的差异所造成的影响

（资料来源）财团法人 东京都老年人研究与福利振兴财团 东京都老年人综合研究所[第93和95期老年会公开讲座 第三关键词！]

“资料提供：独立行政法人 东京都健康长寿医疗中心 井藤英喜 中心主任”

【从营养（饮食/牙科口腔）方面看虚弱症发展过程】

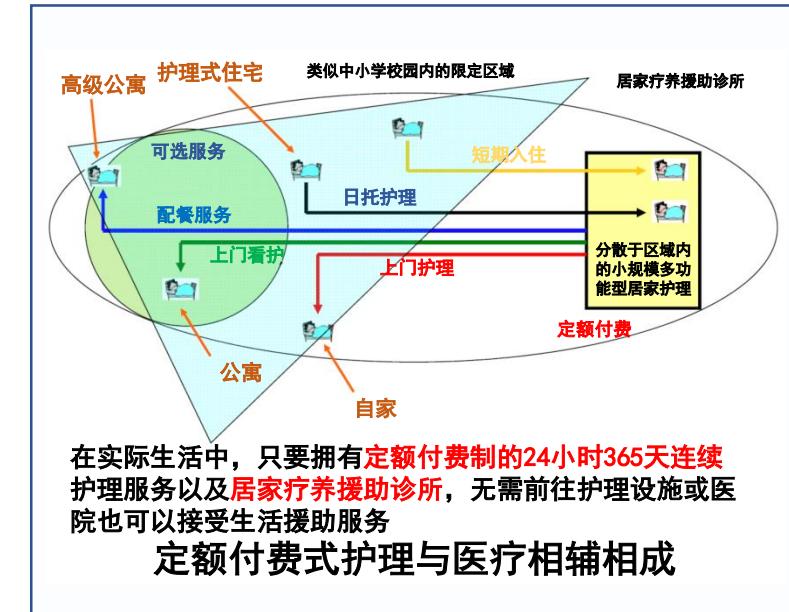
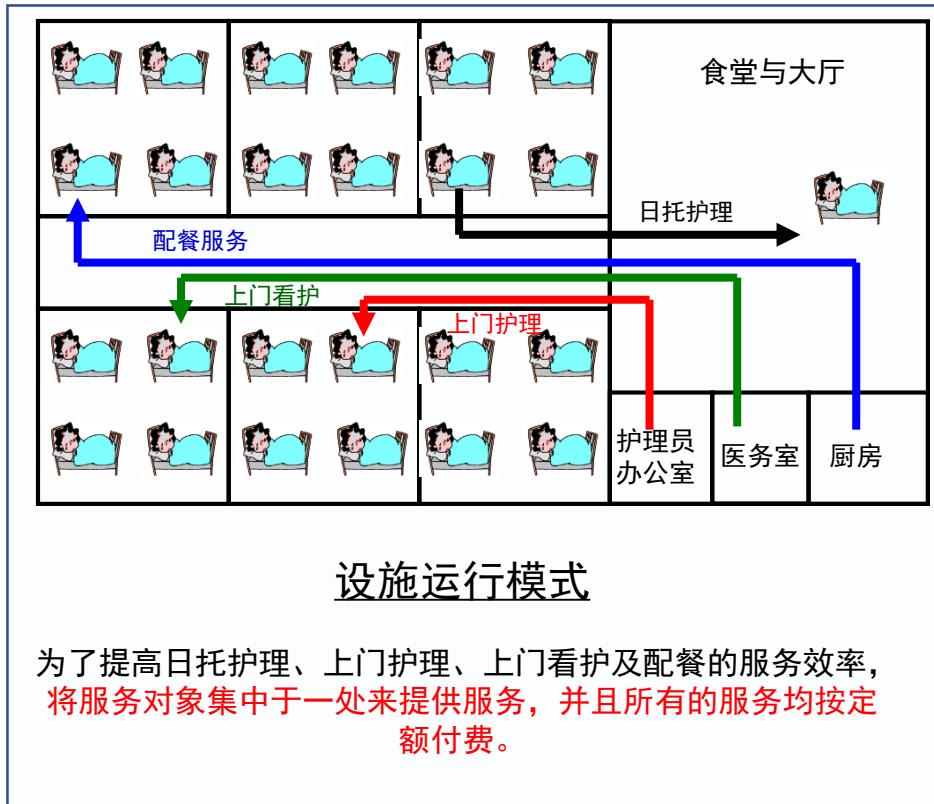
-造成虚弱（frailty）的主要原因及其重叠的早期发现-



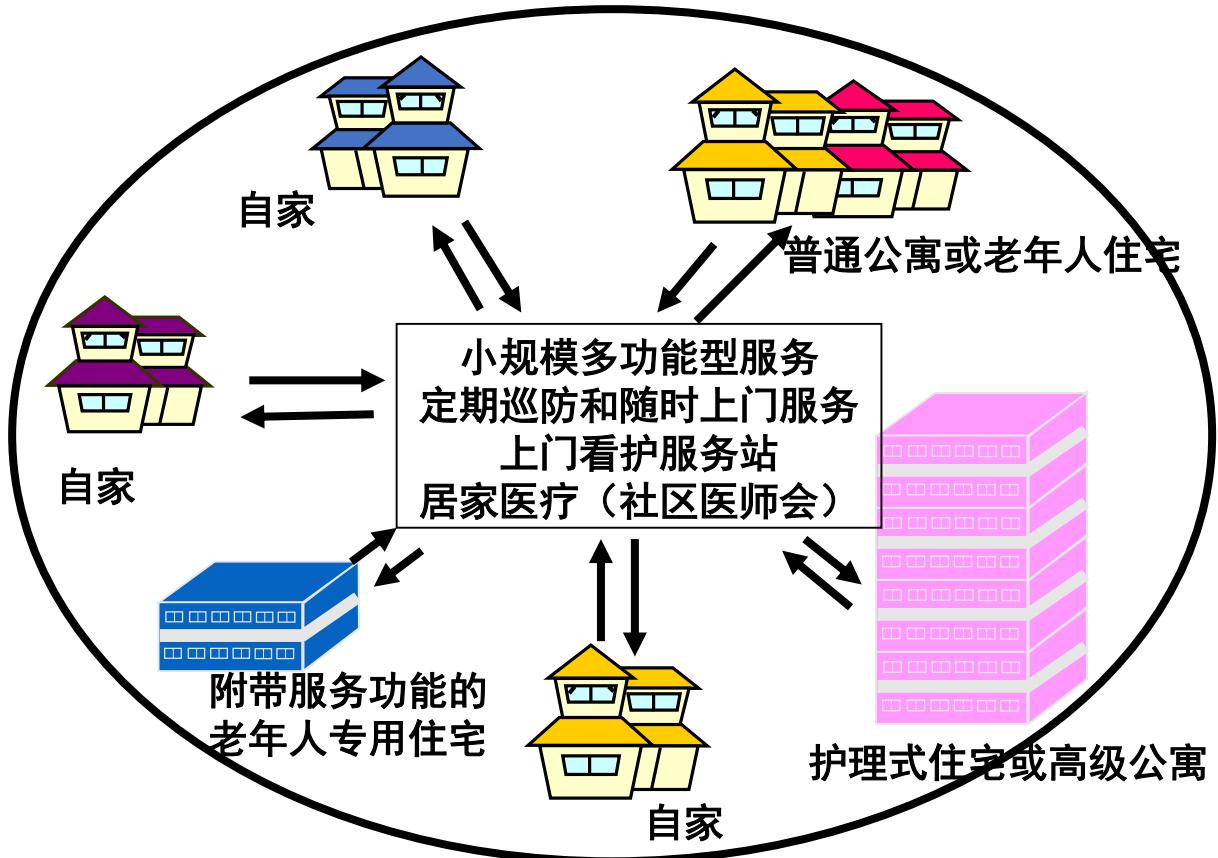
资料来源：东京大学 老龄社会综合研究机构 饭岛胜矢（作图）
厚生劳动科学研究费补助金（长寿科学综合研究项目） 以虚弱与少肌症状态下的老年人饮食援助框架与综合预防性护理计划的设计及验证
为目的的调查研究（2014年度报告）

小山刚提出的战略与实践

通俗来讲就是将整个社区作为一所护理设施或一所医院，对于特别养护养老院的功能可做如下比喻：“将社区的道路作为走廊，而自己的房间只用于生活起居”，提出应将居住功能与服务功能分离开来。



整个社区即为一所护理设施或医院（参考KOBUS I园小山先生相关资料制作而成）
并非指附带护理功能的住宅，而是指附带护理功能的社区



24小时服务网点与附带服务功能的老年人专用住宅

街に、ルネッサンス
UR UR都市機構

◇示意图

附带服务功能的老年人专用住宅



资料提供：株式会社学研Cocofump

主要单位	提供服务
学研Cocofump	附带服务功能的老年人专用住宅、共同生活护理之家（group home）
长冈福利会	小规模多功能型、24小时上门护理事业所、上门看护事业所
Sugi Medical株式会社	居家护理事业所、上门看护

未来展望—社区综合护理服务体系的结构与课题（2）

○课题

1. 当前的课题

居家医疗的普及—从“单纯治病型医疗”向“治疗与生活援助服务相结合型医疗”转型
推动服务模式的转型：从按项目收费的日托护理及上门护理等服务模式向捆绑式收费的24小时居家护理服务模式转型

2. 基本课题

人工费持续上升、护理人才的水平有待提升

技术开发—ICT、AI、传感装置、机器人等

3. 护理服务机构应具备的职能

—获得捆绑式收费的24小时居家护理服务（小规模多功能型居家护理服务等）专有技术

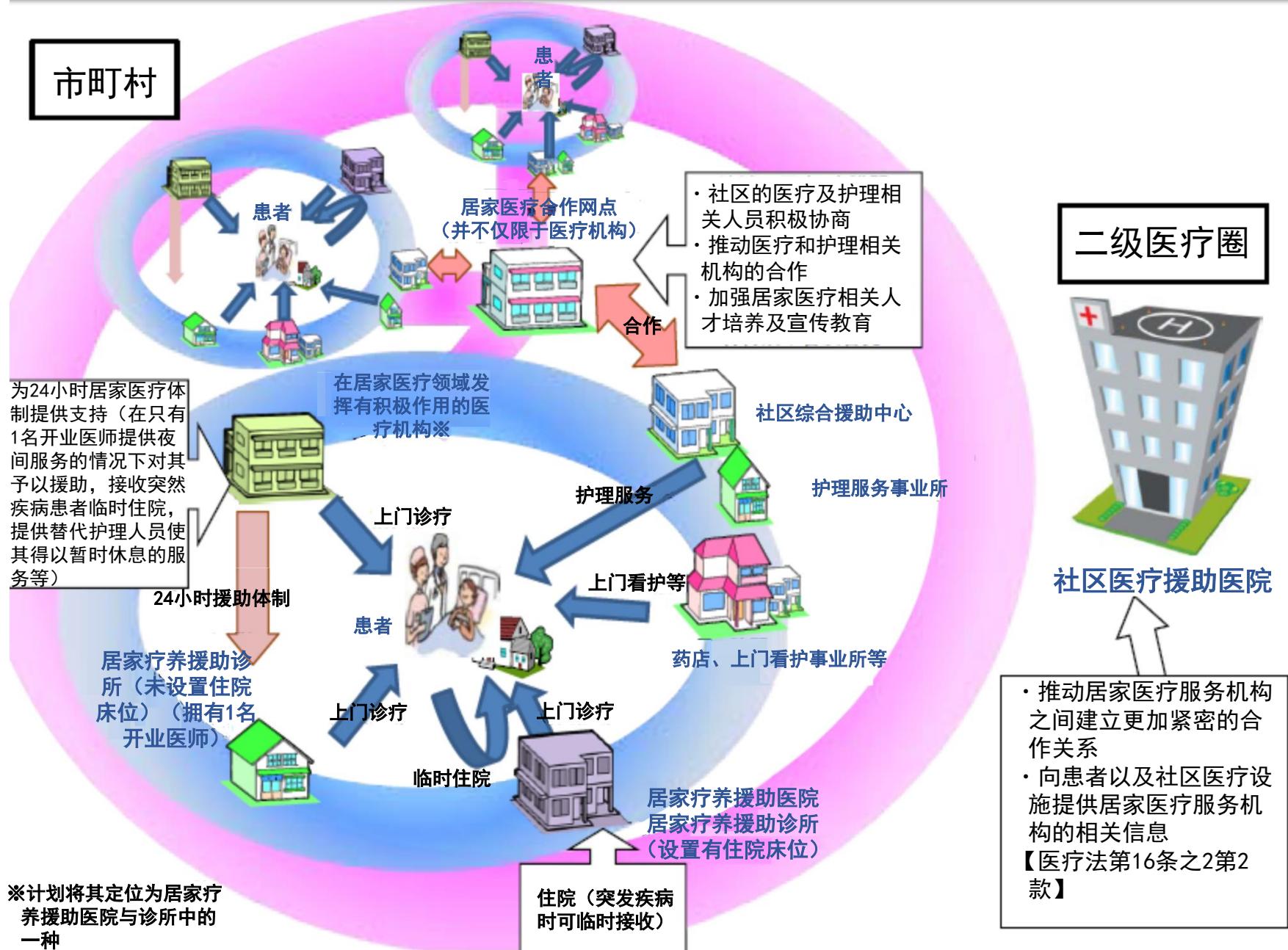
—扩大居家护理服务的经营规模，实现高效运营

（参考—护理业态的变化）

以政府部门与社会福利法人为核心→多样化（+企业部门、医疗法人、NPO法人）

以托管设施为核心（捆绑式收费）→日托、上门服务（按项目收费）→24小时居家服务（捆绑式收费）

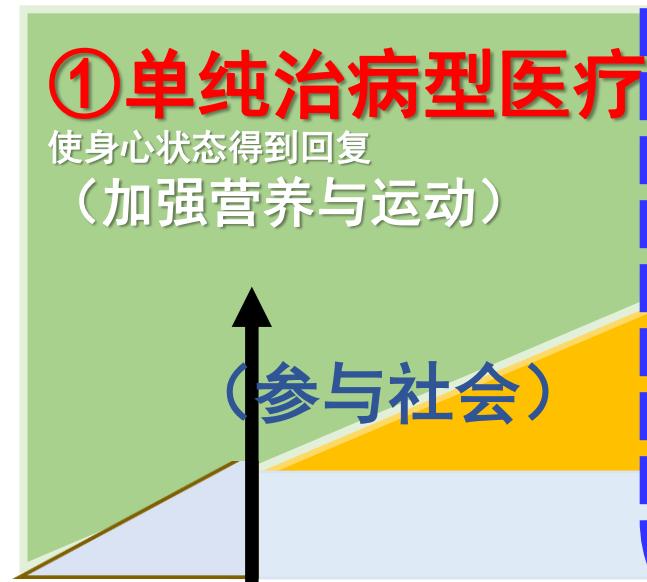
居家疗养援助诊所及居家疗养援助医院等的职能（示意图）



旨在实现“治疗与生活援助服务相结合型医疗”的综合性观点

住院医疗与门诊医疗

居家医疗



向用户提供可靠信息
由本人选择是否进行居家医疗



【转折点的要素与判断】

■该部分研究也很重要

①提供生命(生理学意义上的健康)支持

②帮助实现有尊严的生活(实现人生价值)

- 畅享美食
- 兴趣爱好? 旅行?
- 自主选择和谁一起生活

■ 医师+其他专业人士合作

③充分考虑到老年人的生活方式(人生价值)

- 对自己的人生是否感到满意?
- 在去世前是否已处理好与他人之间的关系?

■ 精神护理等

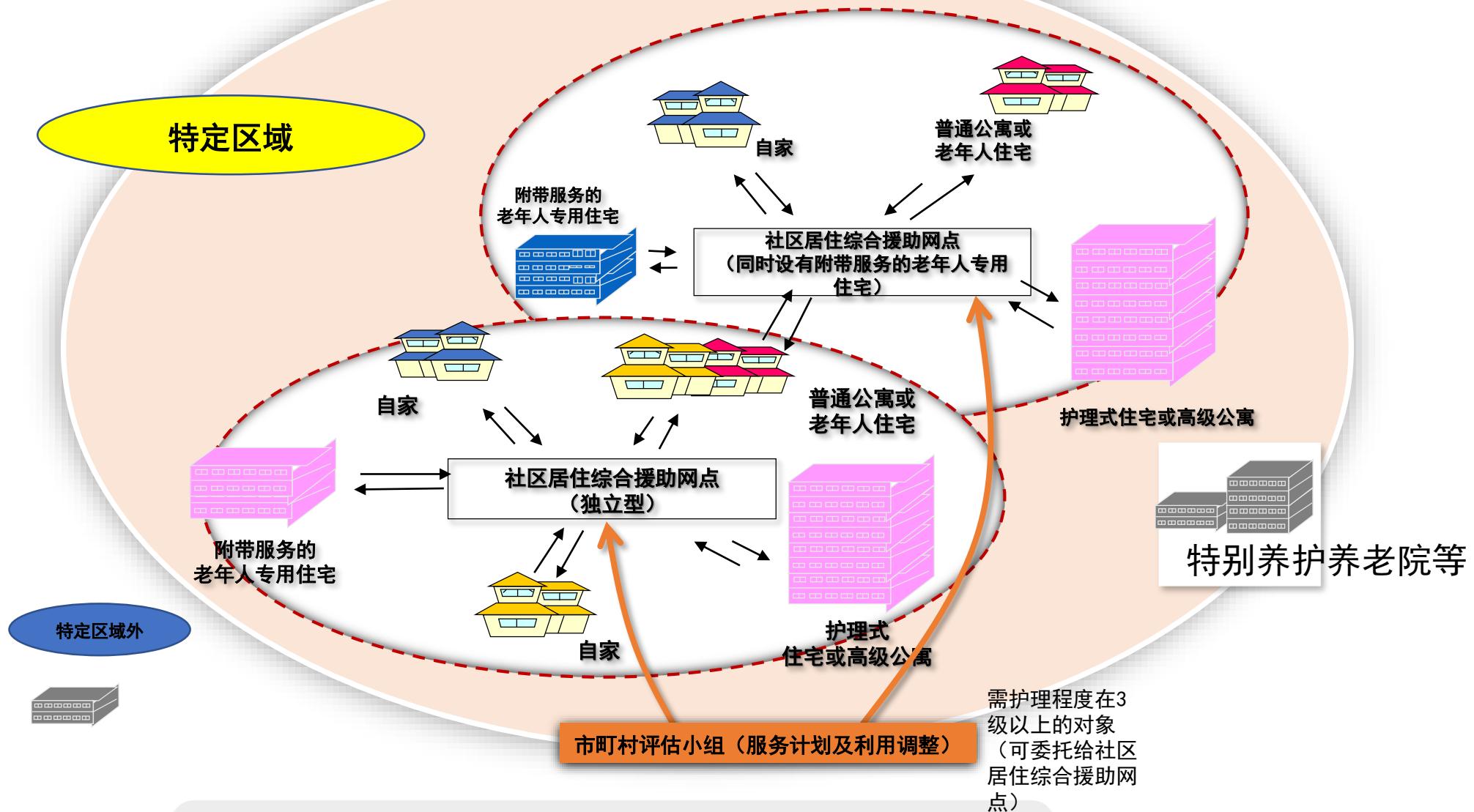
Living

Dying

日本居家护理联盟
基本文件2

【一个设想】

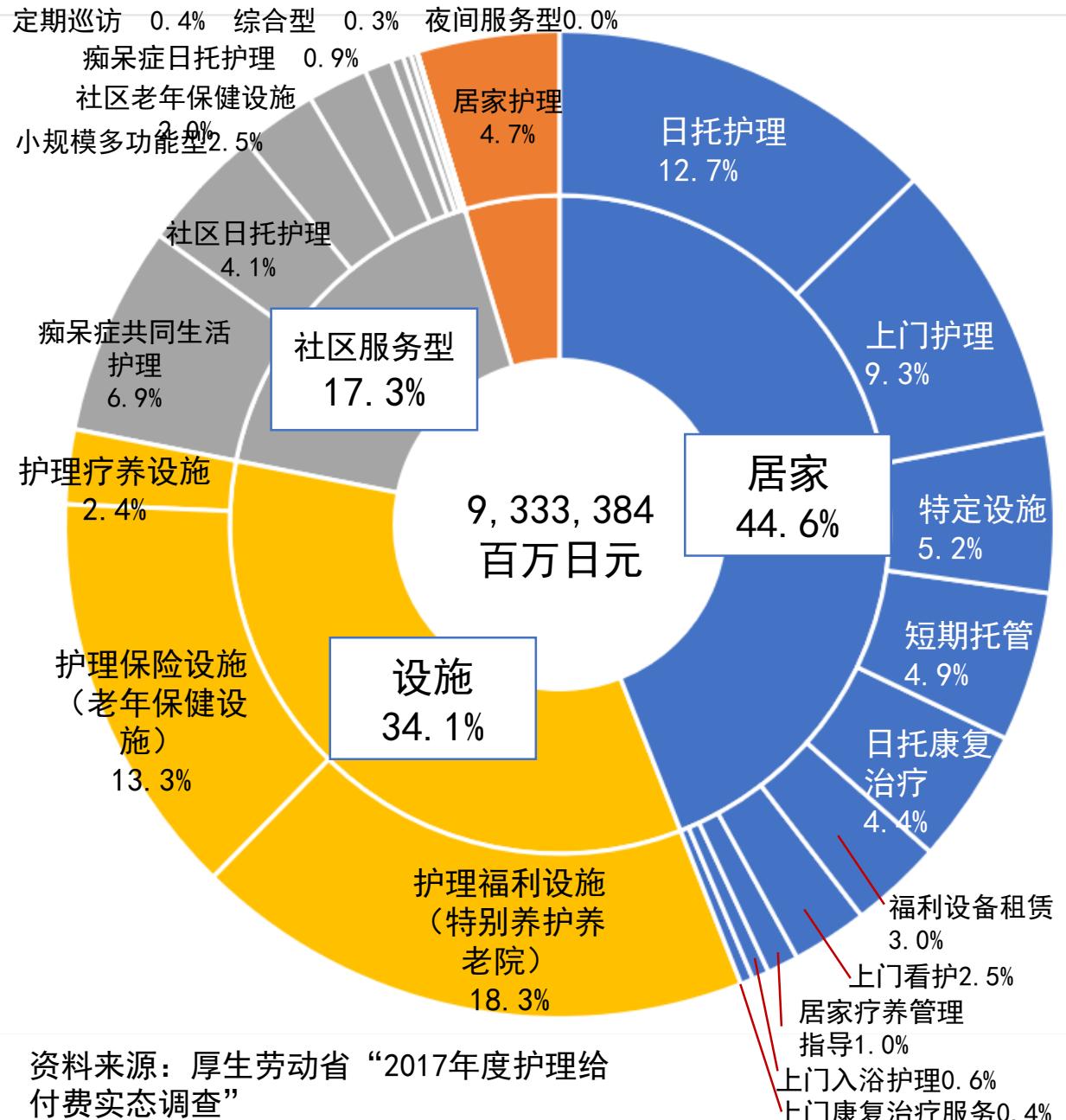
特定区域内（以日常生活圈为单位）市町村指定制度示意图



1. 指定特定区域（粉色部分）
开展需求调查、对居家综合援助网点进行一定数量的公开招标、成立市町村评估小组
对社区居住综合援助网点服务加以适当推广
2. 各市町村可根据实际需要逐步增加特定区域的数量

需护理程度在3级以上的对象
(可委托给社区居住综合援助网点)

日本的护理服务现状



各类服务的事业所数量

居家	上门护理	33 284
	上门助浴护理	1 872
	上门看护	11 164
	上门康复服务	4 138
	日托护理	23 599
	日托康复训练	7 740
	出借辅助器具	7 193
	短期托管生活护理	10 530
	短期托管疗养护理	3 735
	居家疗养管理指导	36 246
	特定设施入住者生活护理	5 466
	小计	144 967
	居家护理援助	40 065
	定期巡访及随时上门护理看护	868
	夜间上门护理	179
社区护理服务	社区日托护理	19 709
	痴呆症日托护理	3 541
	小规模多功能居家护理	5 561
	痴呆症共同生活护理	13 499
	社区特定设施托管生活护理	338
	社区老人护理福利设施托管生活护理	2 231
	综合型服务	487
	小计	46 413
	护理福利设施服务	7 885
	护理保健设施服务	4 289
设施	护理疗养设施服务	1 078
	小计	13 252
	合计	244 697

社区综合护理服务 信息共享体系的构想

(社区老年人家庭、医疗、护理、生活援助、守护等综合服务体系)

构建社区内多种活动主体（市民、团体、民营企业等）合作的区域网络，并构筑相应体系，以便一站式无缝解决所有困难并满足所有需求。

