

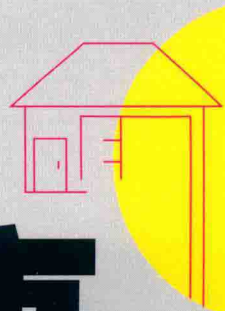


Shixian Diqu Tongchou Yanglao De Xinxingtai

Laonian Jiankang

Shenghuo Dashequ

实现地区统筹养老的新形态——

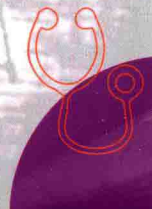


老年健康

生活大社区

马场园 明(日) 窪田 昌行(日) 著
刘 宁 译

四川科学技术出版社

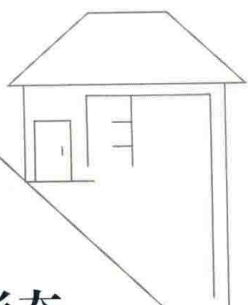


Shixian Diqu Tongchou Yanglao De Xinxingtai

Laonian Jiankang

Shenghuo Dashequ

实现地区统筹养老的新形态——



老年健康

生活大社区

马场园 明(日) 窪田 昌行(日) 著

刘 宁 译



四川科学技术出版社

· 成都 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

实现地区统筹养老的新形态 : 老年健康生活大社区 / 马场园 明 (日)
窪田 昌行 (日) 著. 刘宁译. — 成都: 四川科学技术出版社, 2017.12
ISBN 978-7-5364-8827-4

I. ①实… II. ①马… ②窪… ③刘… III. ①老年人
— 社区服务—研究 IV. ①C913.6

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第268685号

CHIIKI HOUKATSU CARE WO JITSUGEN SURU KOUREISHA KENKO COMMUNITY

Copyright © 2014 Akira Babazono, Masayuki Kubota

Chinese translation rights in simplified characters arranged with KYUSHU UNIVERSITY PRESS
through Japan UNI Agency, Inc., Tokyo

实现地区统筹养老的新形态——老年健康生活大社区

著 者 马场园 明 (日) 窪田 昌行 (日)
译 者 刘 宁

出 品 人 钱丹凝
责任编辑 罗小燕
责任出版 欧晓春
封面设计 墨创文化
出版发行 四川科学技术出版社
成都市三洞桥路12号 邮政编码610031
官方微博: <http://e.weibo.com/sckjcb>
官方微信公众账号: sckjcb
传真: 028-87734039

成品尺寸 170mm×240mm
印张 10.5 字数 250 千
印 刷 成都锦瑞印刷有限责任公司
版 次 2017年12月成都第1版
印 次 2017年12月成都第1次印刷
定 价 39.00 元
书 号 ISBN 978-7-5364-8827-4

■ 版权所有 · 翻印必究 ■

■ 本书如有缺页、破损、装订错误, 请寄回印刷厂调换。

■ 如需购本书, 请与本社邮购组联系。

地址/成都市三洞桥路12号 电话/(028) 87734035
邮政编码/610031

需要完整PDF请访问: www.ertongbook.com

译者序

YIZHEXU

说起养老，许多人都认为那是上了年纪以后的事情。美国著名的心理学家埃里克森在他的《心理社会发展论》中指出，作为人生最后一站的老年期是对自己的一生进行肯定和统合的阶段，一些长期以来的困惑会在这段时间里找到答案。法国老年看护界的大师Marescotti也说过，人类好不容易能够比祖先多活上几十年的时光，为什么要把衰老贴上消极的标签？日本老年精神医学第一人长谷川教授也在他的著作中感悟，许多成年后的自命不凡只有到了老年后的某一天才可以第一次发现它的浅薄，并突然领会只有老年人才有的感悟。

今天的养老已经不是一个暮年已晚的话题。无论在欧洲还是日本，它已经升华到一个充满人性的哲学高度：年龄并非是不幸的原因；没有支持和容纳老人的环境，就没有幸福的老龄期；养老意味着人与人之间的相互尊重和相互帮助……所有的这些理念正在为国外的养老体系带来巨大的推动力。

正是在这种推动下，过去的收容和管理老人的医疗养老模式开始遭到淘汰，取而代之的是一个尊重个人意愿并能够得到所在地区支持的生活养老模式。两者的最大区别在于，前者是等发生疾病或残障以后才开始的补救对策；后者则是在正视衰老的前提下，积极制订的预防疾病、预防照护*并提高生活质量的人生计划。在这种模式的影响下，照护老人的观念也发生了巨大的变化：养老不仅需要老人自身的自主、自助意识，更期待着地区的支援体系以及整个社会的互助互爱精神。这也是译者本人从本书中得到的最大收益和感受。

译者在日本九州大学医学系学府攻读公共卫生学硕士的时候，有幸遇到了日本医疗养老界著名的马场园明教授。他和窪田先生一起执笔的这本《实现地区统筹养老的新形态——老年健康生活大社区》不仅介绍了养老先进国家——瑞典和丹麦的养老发展历史，还对席卷全球的美国CCRC养老社区模式作了详尽的说明。在此基础上，两位养老专家对日本解决目前高龄化问题提出了他们的设想：建立能够发挥地区统筹养老功能的老年健康生活大社区，让日本所有的老人都能够在自己住惯的地区内继续他们的人生旅程，而不至于因为一次意外地摔跤或者生病就不

照护*：“照护”在日语里叫做“介护”，是照顾和护理老人、病残患者的意思。它与“看护”一词不同，“看护”更着重于照顾、护理一般病患。

得不中断自己过去的生活轨迹。在书中的最后一个章节，洞悉老年医学的马场园教授还详尽地剖析了当老人年事增高、不断面对各种“丧失”体验时的生理及心理状态，并提示照护者应该注意的照护原则和采取的行为规范（这种非常专业的剖析和提示，对于许多年事增高的国内老人来讲，在帮助他们客观、科学地认识自己的生理及心理状态、做好自我保健调养方面也非常实用）。因此，译者认为，本书不仅对国内医疗、养老领域的业界人士有着重要的学术参考作用，还对我们每一个人去理解周围的老人、重审自己的人生都有着非常积极的意义。

目前，中国也正快速迈入一个老龄化时代。经济实力的高速发展要求养老、医疗等各种保障保险制度需要根据社会背景做出相应的改变。体制的健全是推动养老产业的首要条件。其次，才是各种养老模式的建立或者引进。同时，还需要社会各界加深对养老概念的理解，从而建立起有中国特色的养老产业。马场园教授和窪田先生的这本书一经出版，已经促使日本政府厚生省（相当于我国的卫生部）把老年健康生活大社区作为日本经济改革的一项战略措施纳入了政府经济发展大纲。我相信，这本书的中文译本出版后，也会对我国的养老产业和相关政策产生不小的影响。

我们每一个人的父母、长辈都已步入老年，我们每一个人也同样会年岁增高，因此如何积极、合理地利用和完善我们身边的养老模式并非事不关己，反而应该是与我们每个人都息息相关的责任。同样，当我们有一天发现自己也会年老体衰、精力不支的时候，这本书或许能教会我们如何去理解老人的心态，而这种理解也许将成为我们完善人生的最大财富。

由于日文原著参考了大量文献，为了方便中国读者理解本书，译者将大量文献摘要成主要参考书目附在文末。另外，书中未注明出处的图表为日本原著者自己创制，注明出处的图表为原著者引用。谨此一并说明。

最后，我要感谢九州大学的马场园教授和CCRC研究所所长窪田先生，以及日本九州大学出版会在我翻译原书的过程中给予的最大理解和支持。同时，也要感谢我的父亲，在我最忙碌的工作期间帮助我审稿、校稿。

刘宁

2016年6月于日本福岡

CCRC (Continuing Care Retirement Community) 是源于美国的一种养老概念和方法论。它的基本理念是“持续性的关怀”。在此理念的基础上,为满足入住老人随着年事增高而不断变化的需求,CCRC作为一个全面的设施系统,能够综合性地提供生活支援、健康支援和照护、医疗等各种服务。通过本书,我们希望能把CCRC理念作为一种满足老人需求的关怀形式介绍到日本国内。

在医护领域有一个常识:老人因为病痛或残衰等原因入住医院或老人院后,容易发生转移冲击(transfer shock)的现象。所谓转移冲击,是指适应能力低下的老人在环境的巨大变化时会发生精神低落的现象;并且由于活动行为的减少、认知能力的恶化,极易产生孤独、焦虑、悲伤的情绪。而CCRC能够在同一个环境内持续性地发挥关怀、照护能力,从而避免老人产生转移冲击的现象。

我们的观点是:为了让体力下降的老人尽可能做到自立,从他们可以独立生活的时期开始,到他们需要支援和照护的阶段,都需要在同一个环境内根据其生活的自理水平去调整他们的居住设施和服务形式。而目前日本的照护设施中存在的问题是,面对生活中不同自理水平的高龄老人,照护业者都提供同一种服务,而且老人的居住设施和他们接受照护服务的地点也重复相同。由于提供服务的种类有限,老人们也没有选择居住地点和服务种类的余地。这样的照护服务与其说是尊重本人的选择,不如说是一种被管理的收容所。

为了改变这种现状,我们汲取CCRC的理念构想了这个老年健康生活大社区。老年健康生活大社区不仅能够保护老人一贯的生活并对其进行必要的看护关怀,同时也帮助老人对自己人生当中发生的事情都予以乐观的肯定。具体地讲,即使老人现在的状态不是最好,也不要消极地否定和拒绝现状。大社区应该帮助老人接受这样一种观点:自己的人生既有风雨也有彩虹;人生一世既有自己的努力和贡献,也应该感谢他人的帮助和扶持;人生的经历就是最好的礼物。同时,老年健康生活大社区还要遵循三大原则:尊重本人意志;鼓励利用残存的身体功能尽量生活自理;独立生活与关怀照护的持续并存。

我们将老年健康生活大社区定义为一个能够在地区内实现统筹养老功能的生活平台。它以网络的形式结合以下各类型设施：集生活支援、健康支援、照护和医疗服务为一体的复合型设施，自理型老年住宅，支援型老年住宅，照护型老年住宅以及老人自己的私家住宅。

具体来讲，为了满足老人随着年事增高而发生的需求变化，同时又保障他们能够在同一个环境内持续有尊严地生活，我们提倡创立一个能够持续发挥地区统筹养老功能的网络型系统。这个系统以复合型服务设施为核心，同时辐射周边的自理型、支援型、照护型老年住宅、老人的私家住宅以及医院。在作为这个系统核心的复合型服务设施内具备有看护功能的老年住宅、康复设施、看护业者、地区交流中心、支援在家疗养的老年诊所和访问看护站等。

支援老人是老人与支援者的一项共同作业。在支援过程中，需要让老人一边尽量避免疾病并有意义地生活，一边肯定自己的人生价值。支援者应该站在老人的立场上去考虑怎样提高他们的生活质量和肯定其人生意义。在帮助老人预防疾病残衰以及进行心理治疗时，有一种叫做“主场型健康支援”的模型理论非常有效。所谓主场型健康支援模型，意为让老人在自己的生活主场（home）上放心踏实地生活，尊重老人本人的内发性激励机制，鼓励老人改善生活习惯，同时支援并帮助其达到力所能及的目标。主场型健康支援模型的关键就是达到目标。这个模型的基础在于明确问题的所在，让老人自己考虑“我想怎样”“怎样才能做到”的问题，从而设定和达成自己的目标，并积累起成功体验。

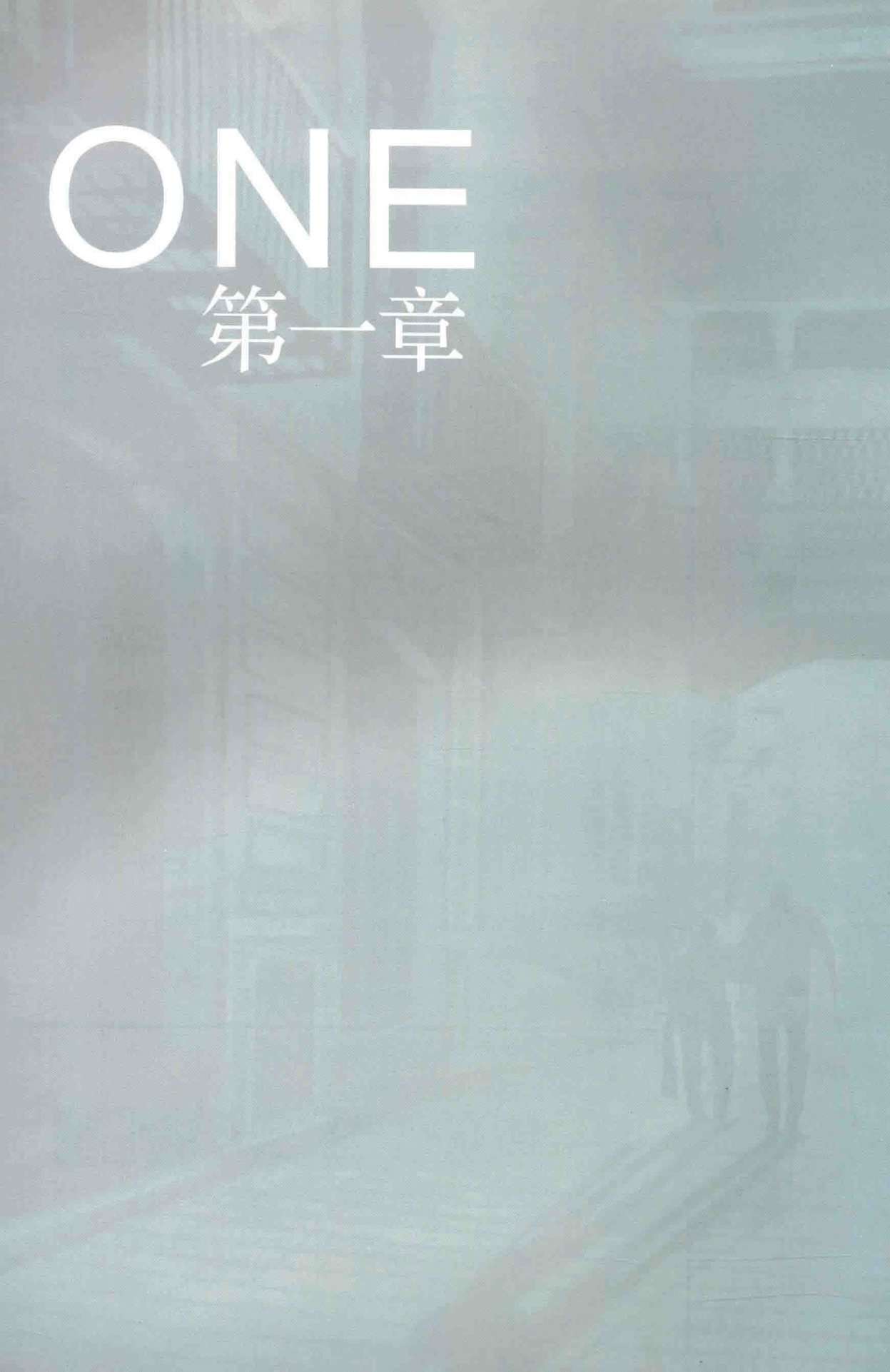
在老年健康生活大社区的形式上，运用主场型健康支援的模型理论去帮助老人预防疾病残衰以及心理治疗，能够大大提高老人的生活质量，肯定他们的人生意义。我们期待在不远的将来，日本各地都能够看到这样的景象。

我和窪田君，从1992年于美国宾西法尼亚大学留学相识以来，就一直为困难重重的日本老人照护改革而思考探索。我们的思考探索不仅源于日本国内的现实，也参考和借鉴了国外各种老龄关怀照护的经验。经过20年的岁月，我们相信，这个老年健康生活大社区的最终构想应该是符合日本国情的形式。在此，感谢所有支持和帮助过我们的人。

马场园明
2014年5月

ONE

第一章



1

第一章 日本的高龄者现状和老人照护的问题点	01
01 人口动态变化与高龄化带来的问题	02
02 长期住院引发的问题	06
03 适合老人的住宅不足	10
04 医疗和照护制度改革的动向	14
05 今后老人照护的需求	17

2

第二章 向美国的CCRC学习	19
01 美国的CCRC	20
02 什么叫CCRC	21
03 CCRC在美国被瞩目的理由	24
04 三种居住设施和医疗中心康复设施	26
05 CCRC系统的四个特色	28
实现提供持续性关怀的系统	28
确保经营的安定性	33
首付金的返还系统	34
提供优质服务的系统	35

06 具有代表性的CCRC和Erickson Senior living	37
美国的CCRC开发和运营商	37
Erickson Senior Living的事例	40

07 CCRC一天的生活流程	46
入住自理型住宅的A女士（86岁）	46
入住自理型住宅的B夫妇（丈夫88岁，妻子85岁）	50
入住支援型住宅的C先生（97岁）	51

3

第三章 高龄老人健康生活大社区 53

01 北欧国家的老年照护 54

瑞典的老年照护 54

丹麦的老年照护 57

02 老年照护的发展方向 60

03 老年健康生活大社区的理念和原则 63

04 实现老年健康生活大社区的六大基本要素 69

4

第四章 老年健康生活大社区的事例介绍 73

01 玉昌会集团的经验 74

玉昌会集团的历史以及在老人照护福利事业上的经验 74

构建老年健康生活大社区的实践 77

存在的课题 81

02 丰资会集团的经验 83

丰资会集团的历史以及在老人照护福利事业上的经验 83

构建老年健康生活大社区的实践 85

存在的课题 90

03 龙门堂集团的经验 91

龙门堂集团的历史以及在老人照护福利事业上的经验 91

构建老年健康生活大社区的实践 93

存在的课题 95

04 梶原内科医院的经验 96

梶原内科医院的历史以及在老人照护福利事业上的经验 96

构建老年健康生活大社区的实践 98

存在的课题 99

05 面对今后的老年健康生活大社区 101

5

第五章 帮助老人的自立 107

01 在老年健康生活大社区的形式上开展主场型健康支援 108

主场型健康支援 108

乐观积极的态度 110

自我肯定的意识 112

周边的支持 114

主场型健康支援的具体事例 114

02 预防照护的支援 116

预防照护的意义 116

提高运动功能 119

改善营养状况 123

提高口腔功能的计划 127

如何预防自闭 131

03 高龄老人的心理支援 134

帮助改善老人的睡眠障碍 134

痴呆症和预防 136

抑郁症和预防 144

我们该如何了解老人的心理 149

6 结语 152

本书主要参考文献

155



日本的高龄者现状和
老人照护的问题点

实现地区统筹 养老的新形态

——老年健康生活大社区

01

人口动态变化与 高龄化带来的问题

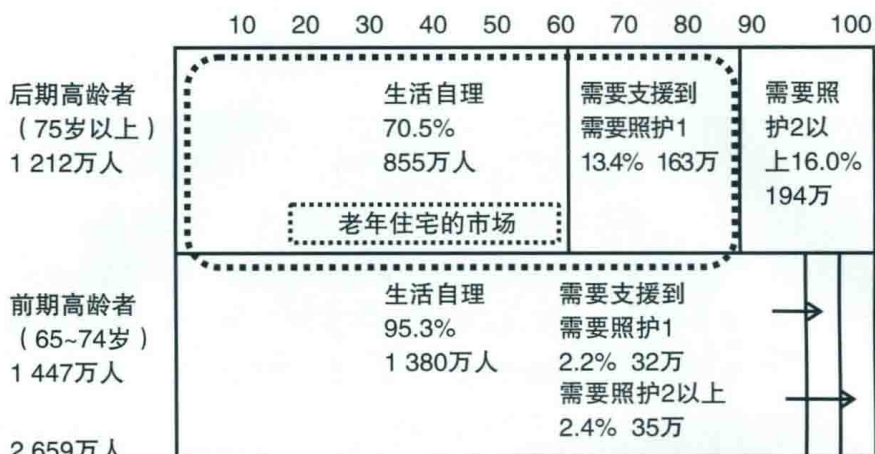
日本的老龄化速度在发达国家中也是屈指可数的。据统计，1990年日本人口中65岁以上人数是1 489万人（占总人口的12.0%），75岁以上人数是597万人（占总人口的4.8%）；到了2010年，日本人口中65岁以上的人数已经是2 948万人（占总人口的23.0%），75岁以上人数是1 419万人（占总人口的11.1%）。与之相对照的是人口出生数的减少和死亡数的增加。1990年日本的人口出生数是122万人，死亡数是82万人；到了2010年，出生数减少到109万人，死亡数达到114万人。

根据2012年1月日本国立社会保障人口问题研究所发布的出生中位、死亡中位的推算，到2025年，日本65岁以上人数为3 657万人（占总人口的30.4%），75岁以上人数达2 179万人（占总人口的18.1%）。而出生数则被推算为94万人，死亡数为154万人。如果仅着眼于医疗照护服务需求很大的75岁以上高龄老人的话，2035年他们的人数为2 245万人（20.0%），2045年为2 257万人（22.1%），2055年为2 401万人（24.6%）。这意味着有疾病或残衰风险的高龄老人激增，而能够扶助他们的年轻人口将会减少。

图1-1显示了2007年和2012年的前期高龄者（译者注：日本把65岁以上、75岁以下的老人归类为前期高龄者。下同）和后期高龄者（译者注：日本把75岁以上的老人归类为后期高龄者）的数量，并在各自对应年份里注释了可以生活自理、需要支援和需要照护的老人数量。表1-1则显示了需要支援型、需要照护型的分类以及各自对应的照护所需时间。需要生活支援的老人被分类为从“要支援度1”到“要照护度1”；需要照护的老人被分类为“要照护度2以上”。由图1-1可以看出，2007~2012年，前期高龄者从1 447万人增加到1 565万人，增加了118万人；后期高龄者从1 212万人增加到1 524万人，增加了312万人。而且图中显示，在这5年中可以生活自理的后期高龄者增加了194万人，“要照护度2以上”即需要照护的后期高龄者增加了69万人。根据2012年的数据，前期高龄者中能够自理的高龄者占95.6%，后期高龄者中能够生活自理的占68.8%；并且，前期高龄者中需要支援以上的占4.4%，后期高龄者中需要支援以上的达到31.2%。在这其中，照护需求较高的“要照护度2以上”的老人，在前期高龄者中占整体的2.3%，在后期高龄者中占整体的17.3%。

我们还需要注意的是，在1947~1949年之间出生的被称为“婴儿潮”一代的人群里，1947年出生的268万人已经成为65岁以上的老人了（译者注：以2012年计算）。婴儿潮一代出生的人群有806万人；到12年后的2025年，需要支援、需要照护的后期高龄者将会增加大约800万人。显而易见，新的压力将接踵而至。

高龄者的生活自理程度 (2007年1月)



生活自理 · 健康 ←————→ 瘫痪



高龄者的生活自理程度 (2012年11月)



生活自理 · 健康 ←————→ 瘫痪

图1-1 按照生活自理程度划分的前期高龄者与后期高龄者的人数 (2007年与2012年的比较)

表1-1 要支援度、要照护度以及需要照护的时间和对象的日常生活水平

状态区分	需要照护的时间	接受服务的对象的日常生活水平
要支援1	25分以上32分未滿	一部分日常生活需要照护；适当的照护服务能够维持和改善老人的身心健康
要支援2	32分以上50分未滿	
要照护1	32分以上50分未滿	由于站立和步行存在不安因素，老人需要在排泄和洗浴时接受部分援助
要照护2	50分以上70分未滿	由于不能自行站立和步行，老人需要在排泄和洗浴时接受部分或全部援助
要照护3	70分以上90分未滿	由于完全不能自行站立和步行，因此老人需要在排泄、洗浴和穿脱衣服时接受全部援助
要照护4	90分以上110分未滿	日常生活水平显著下降，老人需要在排泄、洗浴和穿脱衣服时接受全面的援助和照护
要照护5	110分以上	在日常生活中需要接受全面的照护。老人的表达能力有限，沟通存在问题

出自：日本厚生劳动省统计协会《厚生指标增刊国民卫生动向2012/2013》（2012年）

同时，我们也不能忽略急速变化的单身老人和夫妇均为老人的群体。1990年，在所有家庭中，单身一人的家庭所占比例为11%，夫妇俩人的家庭所占比例为16%。而到了2009年，单身一人的家庭所占比例为23%，夫妇俩人的家庭所占比例为30%。1990年，单身一人的老人数量为91万人，夫妇均为老人的数量为13.8万人。2009年，单身一人的老人数量达到463.1万人，夫妇均为老人的数量增加到599.2万人。

高龄老人发生意外事故的风险也在增高。根据对意外事故死亡率的调查，我们发现：按平均人口10万计算，65~69岁人口意外事故死亡率总数为35.3，交通事故为8.9，摔倒跌落为6.1，溺死为7.0，窒息为6.6；85~89岁人口意外事故死亡率总数为224.8，交通事故为18.3，摔倒跌落为49.9，溺死为37.1，窒息为80.7。老年人因意外事故导致的死亡人数，尤其是误咽等造成的窒息、摔倒、跌落以及洗澡中发生的溺死人数都在增加。

实现地区统筹 养老的新形态

——老年健康生活大社区

02

长期住院引发的问题

日本的老年福利政策是从1929年《救护法》诞生后建立养老院，并在相关设施收容照顾低收入者的时期开始的。第二次世界大战后设立的《生活保护法》也秉承了上述方针。1963年日本制定了《老人福利法》，从制度上首次开始尝试扩大吸收需要社会整体支援照顾的老年对象。但是，由于文化习惯的制约，整个社会还是难以接受将自己的父母送进老人院的现实。

进入经济高度成长期后的日本，以养老金制度为牵引，对老人的社会保障制度日渐充实。1973年，日本决定对一定收入水平以下的70岁以上的老人实行免费医疗。从此，因病残衰的老人住进医院成为无可非议的事情。然而，这样的社会福利虽然能够减轻老人自己负担的医疗费用，但是无形中造成老人的社会性住院（译者注：社会性住院，是指尽管没有必要再进行住院治疗但患者仍然持续住院生活的状态。比如A患者因肺炎住院，肺炎痊愈后本可以出院，但由于患者家庭或其他原因导致患者不能出院，持续住院），妨碍了老人的自立，让老人的医疗费用大幅度增