

## 2.5 Japani

Hilkka Tervaskari

### 2.5.1 Johdanto

Japanin 127 miljoonasta asukkaasta melkein viidennes oli vuonna 2004 yli 65-vuotiaita (Mitchell & muut 2004). Väestönkehitys on johtamassa superikäntyneeseen yhteiskuntaan, jossa vuonna 2050 joka kolmas kansalainen on yli 65-vuotias. Syntyvyys on alhainen, sillä työelämän ja kodinhoidon yhdistäminen on japanilaisessa työkulttuurissa vaikeaa. Nuoret naiset haluavat kuitenkin yhä enenevässä määrin luoda uraa kodin ulkopuolella eikä jäädä kotiin hoitamaan lapsia ja vanhuksia. Perinteinen vanhusten hoivakulttuuri siis on väistymässä ja on muutoksen aika (Salo 2006).

Kansallinen tavoite Japanissa on taata kaiken ikäisille terveellinen ja hyvinvoiva elämä (JMHLW 2003). Valtion hallinto ja kaikki alueelliset julkiset organisaatiot ovat laatineet suunnitelmat ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Ikäihmisten odotetaan osallistuvan aktiivisesti yhteiskunnan ylläpitämiseen sekä työskentelemällä että siirtämällä tieto- taitoansa ja elämäntaitoja nuoremmille ikäpolville (Salo 2006).

'Kaigo-Hoken' -vanhusten pitkäaikaishoitovakuutus otettiin käyttöön vuonna 2000. Siinä tavoitteina on siirtää vastuuta ikääntyneiden hoidosta lasten perheiden hartioilta yhteiskunnalle, luoda läpinäkyvä järjestelmä ennakkoon maksettujen maksujen ja niiden perusteella saavutettujen palveluiden suhteen, edistää moniammatillista yhteistyötä sosiaali- ja terveyspalvelujen välillä sekä vähentää sosiaalisin perustein, terveyden tilaansa nähden tarpeettomasti sairaaloihin sijoitettujen vanhusten määrää. (Mitchell ja muut, 2004)

Pitkäaikaishoitovakuutus korvaa enimmillään 90 % hoitoa tarvitsevan ikääntyneen todellisista kustannuksista. Sairausten hoitoa korvataan sairausvakuutusjärjestelmän kautta. Hoiva- ja terveyspalvelut tuotetaan pääosin yksityisten palvelujen tarjoajien toimesta (Salo 2006). Vuonna 2006 Japanin vanhusten pitkäaikaishoitovakuutusta uudistetaan lisäämällä siihen elementtejä ennaltaehkäisevän hoidon ja kuntouttavan toiminnan kustannusten korvaamiseksi. Tämä vanhuspalvelujen kansallisen strategian muutos on huomattava. Se on tuonut uusia mahdollisuuksia myös ikääntyneiden asumisolojen parantamiseen. Vakuutusjärjestelmä on luonut mahdollisuudet saada monimuotoista tukea asumiseen, kuten kotiin suunnattuja palveluja, kodin muutostöitä, ikäihmisille suunniteltuja esteettömiä asuntoja ja palvelutaloja.

Japanilaiset seniorit ovat perinteisesti asuneet samassa taloudessa seuraavien sukupolvien kanssa, useimmiten vanhimman pojan perheen kanssa. Tämä kulttuuri on vähitellen väistymässä. Yhä suurempi joukko ikäihmisiä asuu yksin ja kaukana lapsistaan. Ympäristö ja palvelut eivät kuitenkaan ole siihen valmistautuneet. Se on luonut suuria paineita löytää nopeasti uudenlaisia ratkaisuja senioreiden asumiseen ja heidän arkielämästä selviämiseensä.

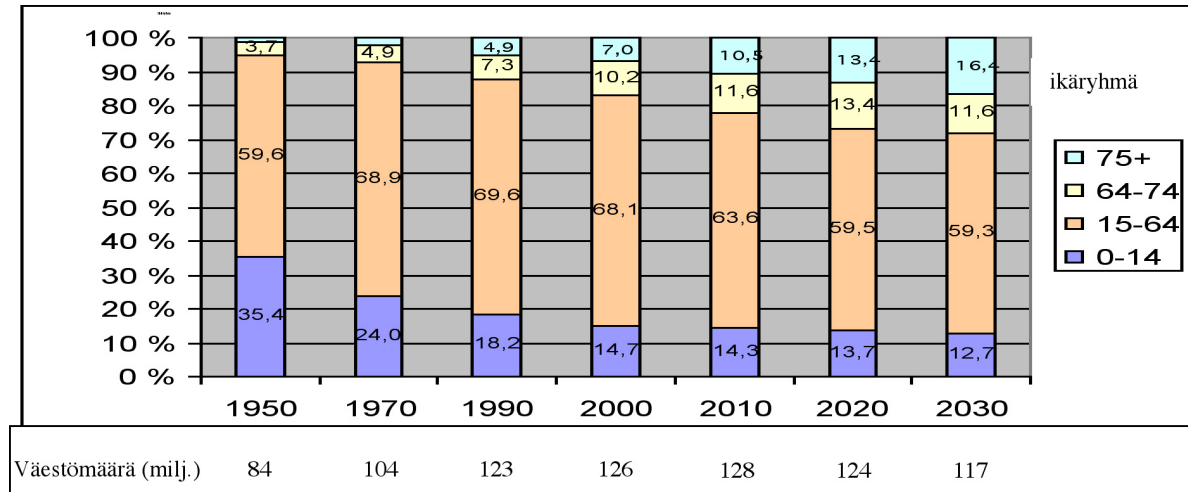
### 2.5.2 Japanin ikääntyvä kansa

Japanin 127-miljoonainen väestö on maailman nopeimmin vanheneva kansakunta. Vuonna 2004 melkein viidesosa kansasta oli yli 65 -vuotiaita ja vuonna 2015 heitä arvioidaan olevan 26 % väestöstä (UMDP Human Development Report 2003). Tuoreimman ennusteen mukaan vuonna 2050 joka kolmas on yli 65-vuotias (JMHLW 2005).

Syntyvyys on alhainen (1,31), sillä työelämän ja kodin hoidon yhdistäminen Japanissa on vaikeaa. Nuoret naiset haluavat yhä enenevässä määrin luoda uraa kodin ulkopuolella eikä jäädä kotiin hoitamaan lapsia ja vanhuksia. Japanissa ikääntyvät ovat asuneet perinteisesti lastensa kanssa.

Nykypäivänä on kuitenkin tapahtumassa suuri kulttuurimuutos, kun aikuiset lapset muuttavat työn ja lasten kouluttamisen perässä taajamiin ja naiset palaavat lasten kasvatuksen jälkeen työelämään. Myös työpaikkauskollisuus on muuttumassa väljemmäksi. Enää ei välttämättä olla saman työnantajan palveluksessa koko työuraa. Työtä voidaan hakea kauempaakin.

Perinteisesti on ollut perheen vanhimman pojan, tai käytännössä hänen vaimonsa, velvollisuus huolehtia vanhemmista. Nyt mahdollisuudet tähän ovat muuttuneet. Ikääntyvät jäävät yhä enenevässä määrin yksin. Kun lapset muuttavat työn ja koulutuksen perässä usein kauaskin kotoa, muodostuu arkipäivästä selviytyminen seniorille ongelmalliseksi. Japanissa ei ole toistaiseksi järjestelmällisesti kehitetty kotiin suuntautuvia palveluja, eikä koulutettua henkilökuntaa tähän tarkoitukseen vielä ole.



Kuva 1. Japanin väestöosuus ikäryhmittäin (%) vuosina 1950–2030. (mukaeltu Kojima 1997)

Japanilaiset elävät suomalaisia pidempään. Japanilaisten keskimääräinen elinikä on pidentynyt ollen nyt 81,6 vuotta, kun se vielä 1970-luvun alussa oli 73,3 vuotta. Miesten keskimääräinen elinikä on 78,1 vuotta ja naisten 85,2 vuotta (JMLJW 2005).

Vuonna 2005 Japanin väkiluku kääntyi ensimmäisen kerran laskuun, johtuen alhaisesta syntyvyydestä ja ikäihmisten poistumasta. Työikäisten määrä on jyrkässä laskussa. Tilastojen mukaan väestön lukumäärä tulee laskemaan nykyisestä 127 miljoonasta 100:an miljoonaan vuoteen 2050 mennessä.

Ikääntyneiden hoito on Japanissa sekä sosiaalinen että poliittinen ongelma. Niiden ikäihmisten osuus, jotka luokitellaan vuodepotilaiksi tai sairastavat dementiaa tai ovat muuten hoidon tarpeessa, on jo yli 2,8 miljoonaa (Yamasaki 2002).

## 2.5.3 Senioreiden hyvinvointipalvelut Japanissa

### 2.5.3.1 Japanin sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö ja rahoitus

Japanin terveydenhuollon rahoitus on vakuutusperustainen ja kattaa lakisääteisesti koko väestön. Perustana on vanha Bismarck-tyyppinen rakenne: perheenjäsenet on vakuutettu perheenpään (isän) työsuhteen pohjalta. Vähitellen, yli sadan vuoden mittaan, monet vakuutusmallit ovat eriytyneet: merimiehillä, opettajilla, valtion virkamiehillä, maanviljelijöillä, yksinäisillä opiskelijoilla yms. erityisryhmillä on omat vakuutusmallinsa, joita lienee parisenkymmentä.

Japanin sosiaali- ja terveydenhuoltoa säätelee ainakin viisi (5) lakia:

- Community Health Law (public health)
- Medical Service Law (työikäisten ja heidän perheenjäsentensä sairausvakuutus)
- Law for Health Services for the Elderly (eläkeläisten sairausvakuutus)
- Law on Long-term Care, vuonna 2000, ("Kaigo-Hoken", Pitkäaikaishoidon vakuutusjärjestelmä)
- Occupational Safety and Health Act.

Väestön vanhetessa vanhustenhuollon osuus sosiaalimenoista kasvaa, sekä vanhusten kasvavan määrän vuoksi että myös sen takia, että vanhusten hoitotarpeet lisääntyvät iän myötä. Sosiaaliturvamenot ovat nousseet yli kaksinkertaisiksi vuosina 1985–2000, mutta niiden sisällä eläkkeiden osuus on kasvanut muita menoja nopeammin: yli 2,4-kertaiseksi (UM TOK0003-84 2003).

Japanin lakisääteinen eläketurva koostuu kaikille tietyn ikäisille pakollisesta kansaneläkejärjestelmästä (eläkeikä 65 vuotta) ja työeläkejärjestelmästä (eläkeikä 60 vuotta). Kansaneläke maksetaan maksettujen eläkemaksujen perusteella. Työeläke riippuu ansioista. Erilaiset eläkejärjestelmät ovat yleisiä (UM TOK0003-84 2003).

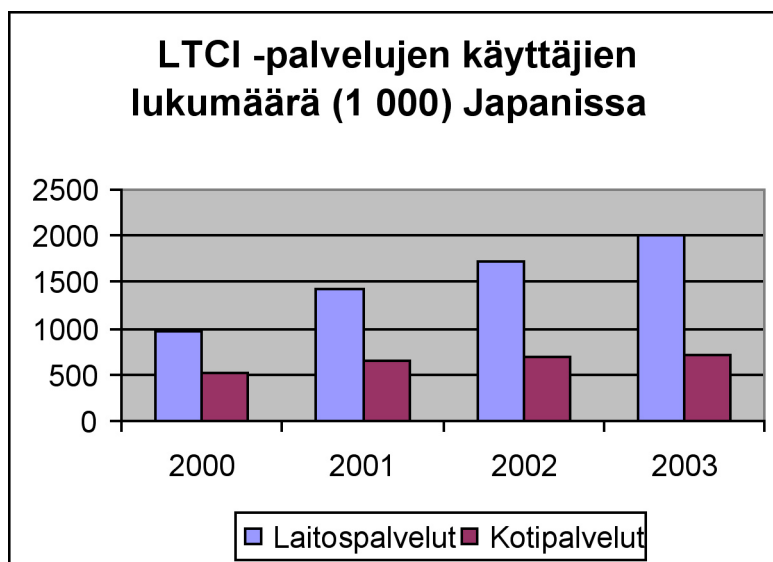
Perinteinen vanhusten hoivakulttuuri on väistymässä ja on muutoksen aika. Kansallinen tavoite Japanissa on taata kaiken ikäisille terveellinen ja hyvinvoiva elämä (JMHLW, 2003). Valtion hallinto ja kaikki alueelliset julkiset organisaatiot ovat laatineet suunnitelmat ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi.

Ensimmäinen 1990-luvulla laadittu kymmenen vuoden sosiaali- ja terveydenhuollon strategia ikäihmisille, ”The Golden Plan”, toi käännekohtan Japanin hyvinvointihistoriaan. ”The Golden Plan’in” tavoitteet ovat pitkäaikaishoidon sosiaalisen tuen parantaminen sekä siirtyminen pois suositusta sairaalahoidosta enemmän kotihoidon suuntaan. Strategian pääalueet ovat:

- Palvelujen yleisyys. Tulotasosta riippumatta palvelut on tarkoitettu kaikille niitä tarvitseville ikäihmisille.
- Vapaus valita. Palvelut perustuvat ikääntyneiden itsenäisyyteen ja omaan päätöksentekoon.
- Palvelujen avoimuus. Palveluntuottajana voi olla yksityinen, yhteisö tai julkinen sektori. Palvelujen saatavuus myös harvaanasutuilla seuduilla tulee mahdollistaa.
- Palvelujen kokonaisvaltaisuus. Palvelujen tulee perustua jokaisen asiakkaan yksilöllisiä tarpeita tukevaan palvelukokonaisuuteen.
- Kuntien vastuu palvelujen tuottamisesta.

### 2.5.3.2 Ikäihmisten pitkäaikaishoito Japanissa

Pitkäaikaishoidon vakuutusjärjestelmä, ”Kaigo-Hoken”, astui voimaan huhtikuussa 2000, mistä alkaen on lain piiriin tulleiden määrä kasvanut dramaattisesti. Niiden ikäihmisten lukumäärä, jotka tarvitsevat apua päivittäisissä toimintoissaan heikentyneen toimintakyvyn vuoksi, oli vuonna 2000 kaikkiaan 2,2 miljoonaa. Vuonna 2003 luku oli jo 3,5 miljoonaa. Vakuutusjärjestelmän voimaantulon lisäksi on jyrkkään palvelutarpeen kasvuun vaikuttanut yksinasumisen lisääntyminen.



Kuva 2. LTCI (=Long Term Care Insurance) vakuutusjärjestelmän palvelujen käyttäjien lukumäärän kasvu Japanissa. (Kimura 2004)

Taulukko 1. LTCI-vakuutusjärjestelmän käyttäjät.

	2000	2001	2002	2004	Kasvu
Laitoshoito	970 000	1 420 000	1 720 000	2 310 000	134 %
Kotihoito	520 000	650 000	690 000	760 000	46 %
Yhteensä	1 490 000	2 070 000	2 410 000	3 070 000	106 %

Taulukko 1 osoittaa hyvin sen todellisen tilanteen, minkä edessä japanilaiset ovat. Ikääntyvien tarvitsemat ja vakuutusjärjestelmästä korvattavat palvelut lisääntyvät niin voimakkaasti, että tilanteelle on tehtävä jotain. On löydettävä uusia ratkaisuja, kuten esimerkiksi senioritaloja, palvelutaloja, palvelukeskuksia jne. Niiden rinnalla on myös kehitettävä ennaltaehkäiseviä palveluja ja toimintakykyä tukevia palveluja.

#### *Kaigo-Hoken -vakuutusjärjestelmä*

Kaigo-Hoken -vakuutusjärjestelmässä asiakkaat jakaantuvat kahteen tyyppiin:

- 1) 64-vuotiaat
- 2) 40–64-vuotiaat henkilöt, jotka sairastavat 15 erikseen mainittua sairautta.

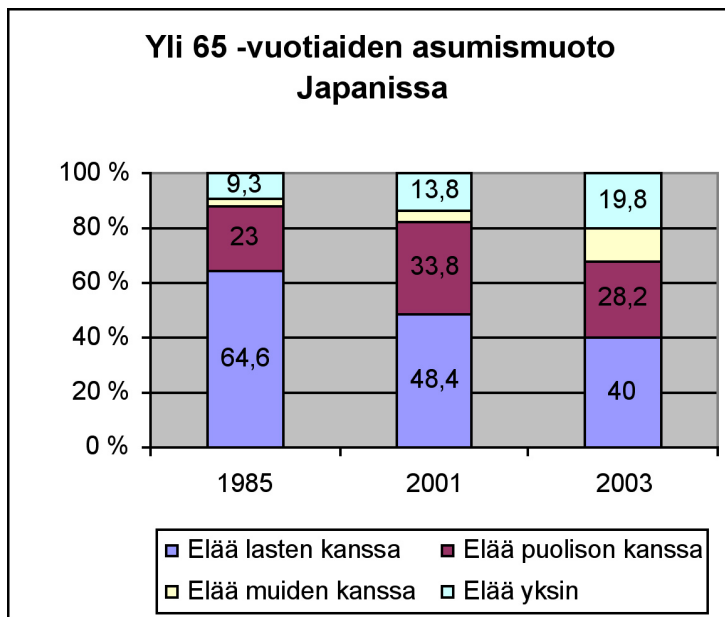
65 vuotta täyttäneistä ne, jotka tarvitsevat toistuvaa tai jatkuvaa päivittäistä apua, vuodepotilaat ja dementiaa sairastavat ovat oikeutettuja vakuutuksen etuihin. Vakuutusjärjestelmän käyttäjät maksavat 10 % palveluista. Jos asiakas on pitkäaikaishoidossa, hän maksaa lisäksi ruoasta 10 %:n palvelumaksun. Asiakkaan tulojen mukaan voidaan osuutta kuitenkin muuttaa siten, etteivät maksut nouse kohtuuttomiksi suhteessa asiakkaan tuloihin. Kaigo-Hoken vakuutusmaksut vähennetään vanhuus- tai työeläkkeestä.

Kaigo-Hoken-palvelujen saantiin tarvitaan kunnan virallinen hyväksyntä, joka perustuu kotikäynnillä tehtyyn palvelutarvekartoitukseen ja lääkärin lausuntoon.

Kaigo-Hoken -järjestelmässä ikäihmisten toimintakyky luokitellaan viiteen eri toimintakykyluokkaan päivittäisistä toiminnoista selviytymisen perusteella:

- Kaigo 1. Erityyppinen päivittäinen kotiapu.
- Kaigo 2. Erityyppinen päivittäinen kotiapu sisältäen päivähoidon kolme kertaa viikossa.
- Kaigo 3. Kotipalvelu kahdesti päivässä ja sen lisäksi yöpäivystys tai
  - lääketieteellisen avun ja sairaanhoidon tarve kolme kertaa viikossa tai
  - tarvitsee demencian vuoksi päivittäisiä palveluita ja päivähoitoa neljä kertaa viikossa.
- Kaigo 4. Kotipalvelu kahdesta kolmeen kertaan päivässä ja sen lisäksi yöpäivystys tai
  - lääketieteellisen avun ja sairaanhoidon tarve kolme kertaa viikossa tai
  - tarvitsee demencian vuoksi päivittäisiä palveluita ja päivähoitoa viisi kertaa viikossa.
- Kaigo 5. Kotipalvelu kolme tai neljä kertaa päivässä sisältäen yöpäivystyksen tai
  - lääketieteellisen avun ja sairaanhoidon tarve kolme kertaa viikossa

Kaigo-luokkiin 4 ja 5 kuuluu yli 840 000 ikääntynyttä. Tänä päivänä niin sanottujen "vuodepotilaiden" pääasiallisia hoitajia kotona ovat heidän miniänsä tai puolisonsa. Tulevaisuudessa kuitenkin myös Japanissa yhä harvemmat ikääntyneet asuvat yhdessä lastensa kanssa. Vuonna 2003 oli Japanissa kahden tai kolmen sukupolven talouksia 40 % kotitalouksista ja yli 65 -vuotiaista asui yksin 19 % (JMHLW 2005).



Kuva 3. Ikääntyvien japanilaisten asumismuoto vuosina 1985, 2001 ja 2003. (Kimura 2004)

Apuvälineiden saanti kotiin on ollut jo aikaisemminkin mahdollista veroperusteisen sosiaalijärjestelmän puitteissa, mutta se on tarjonnut mahdollisuuksia vain kaikkein köyhimmille ja yksinasuville (Yamasaki 2002). Nykyinen järjestelmä tarjoaa paremman mahdollisuuden saada apuvälineitä niin sanotuista Kaigo-shopeista.

### 2.5.3.3 Ikäihmisten hyvinvointipalveluiden tulevaisuudennäkymät Japanissa

Japanin terveydenhuolto on tähän mennessä suosinut laitoshoidoa enemmän, kuin ennaltaehkäiseviä tai kuntouttavia toimenpiteitä. Tulevaisuuden senioripalveluista selvitäkseen Japani on alkanut etsiä uusia keinoja pitääkseen ikäihmiset mahdollisimman pitkään omatoimisina. Hyvänä esimerkkinä tästä on ministeriön valmistelema uudistettu vanhuspolitiikka.

Uusi "New Golden Plan" -suunnitelma on laadittu vuosille 2006–2015. Siinä tavoitteina tulevat olemaan

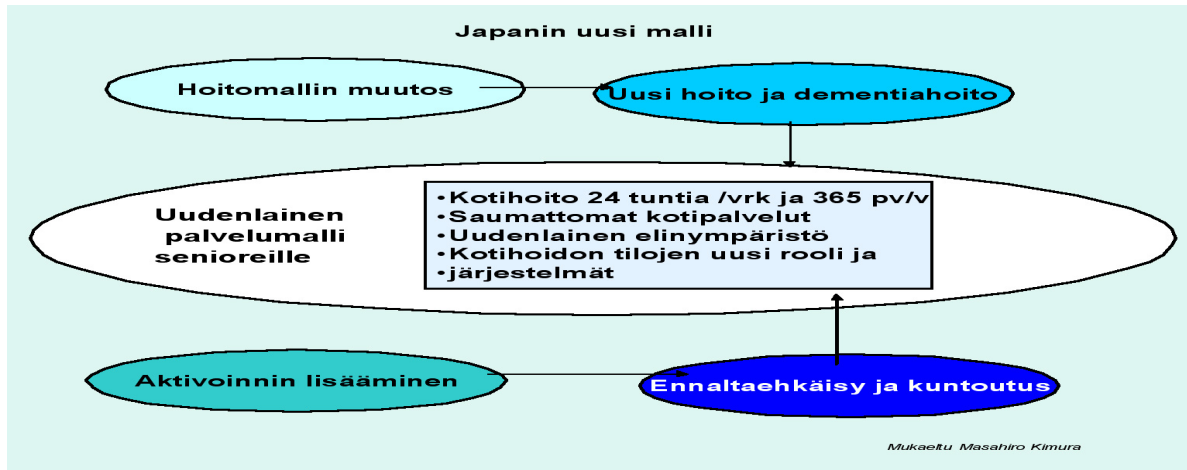
- ennaltaehkäisy,
- kuntoutus,
- jatkuva (24 h/vrk) kotihoito ja
- saumattomat palvelut.

Ikäihmisten itsenäisyyden ja kotona asumisen tukeminen on melko uusi asia japanilaisille. Tällä hetkellä kotiin annettavat palvelut ja apuvälineiden käyttö on vähäistä, koska koulutettua kotihoitohenkilöstöä ei toistaiseksi ole ja apuvälinekeskuksia on harvassa. Kotona sattuneista kuolemista 70 % johtuu yli 65-vuotiaiden henkilöiden kaatumisesta tai kylpyammeessa liukastumisesta.

Periaatteessa japanilaisilla on mahdollisuus saada tarvittavat apuvälineet ilmaiseksi kotiin Kaigo-Hoken vakuutusjärjestelmään perustuen, "Kaigo-Shop'it" lainaavat ja vuokraavat kyllä välineitä, mutta shopeja on vain todella harvoilla alueilla (Kimura 2004). Niitä on nykyisin noin 3000 maan laajuisesti.



Kuvissa 4 ja 5 Kaigo-Shopit jakavat tarvittavia apuvälineitä.



Kuva 6. Japanin uuden ikäihmisspolitiikan pääsuunnat. (Kimura 2004)

Kodin ja laitoshoidon välissä oleva palveluasuminen on vähäistä Japanissa. Tavoitteena on nyt suurten sairaalamaisten laitosten tilalle rakentaa pieniä kodinomaisia yksiköitä dementiaa sairastaville ja monitoimisia palvelukeskuksia ikääntyneille, jotka eivät enää pärjää kotona. Yksilöllistä hoitoa ja palvelua tullaan toteuttamaan ikäihmisten omaa elämänrytmiä arvostaen. Uudistuksen myötä pitkäaikaishoitovakuutukseen lisätään elementtejä ennaltaehkäisevän hoidon ja kuntouttavan toiminnan kustannusten korvaamiseksi.

Uutta ikäihmisten palvelupolitiikkaa valmistelleen asiantuntijaryhmän raportti, ”Raportti 2015”, painottaa jatkuvaa kotihoitoa ja saumattomia palveluita. Lähitulevaisuudessa tulisi varmistaa ikääntyvien elämä kodinomaisessa ilmapiirissä ja perhepiirissä. Laitoshoidon tulisi pitää viimeisenä valintana. Kotihoidon rinnalle tulee kehittää 24 tunnin turvallinen hoitovaihtoehto. Saumaton hoito kotoa laitoshoitoon tulee myös kehittää.

Japanissa tarvitaan uudenlaista mallia:

- Ennaltaehkäisyn ja kuntoutuksen teknologiaa.
- Saumattomien palvelujen ja tilojen tuntemusta.
- Monitoimintamalli palvelutiloille, jotka toimivat yhteistyössä ympäristön kanssa.
- Uudenlaista kotitekologiaa, joka mahdollistaa turvallisen kotona asumisen.

Japanissa on pitkät jonot hoitolaitoksiin. On vaikea päästä vakuutusjärjestelmän alaiseen laitokseen. Erilaisten keskituloisille tarkoitettujen vuokra senioritalojen tarve on kasvanut valtavasti (Kuukausimaksu 100 000–50 000 JPY = 740 – 1000 €). Yksityisen sektorin palveluntuottajat ovat siirtymässä näille markkinoille.

## 2.5.4 Senioriasuminen Japanissa

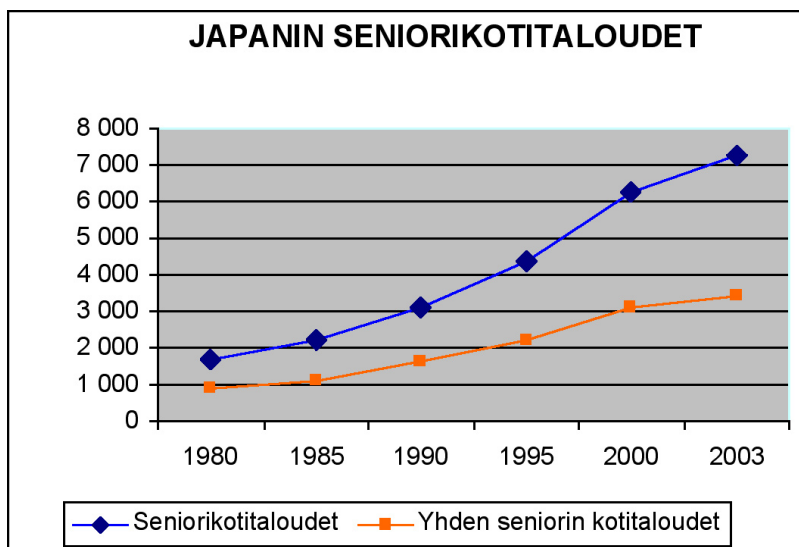
### 2.5.4.1 Yleistä

Japanissa on noin 45 800 000 (2003) kotitaloutta, joista 15,8 % on seniorikotitalouksia. Seniorikotitaloudella tarkoitetaan kotitaloutta, jossa kaikki ovat täyttäneet 65 vuotta (MHLW 2004). Kasvavan seniorikotitalouksien määrän myötä on myös rakennusten suunnitteluun ruvettu kiinnittämään yhä enemmän huomiota.

Taulukko 2. Kotitaloudet ja seniorikotitaloudet Japanissa. (MHLW) (ilmoitettu 1 000:na)

	1980	1985	1990	1995	2000	2003
Kotitaloudet	35 338	37 226	40 273	40 770	45 545	45 800
Seniorikotitaloudet	1 684	2 192	3 113	4 390	6 261	7 250
Yhden seniorin kotitaloudet	910	1 131	1 613	2 199	3 079	3 411

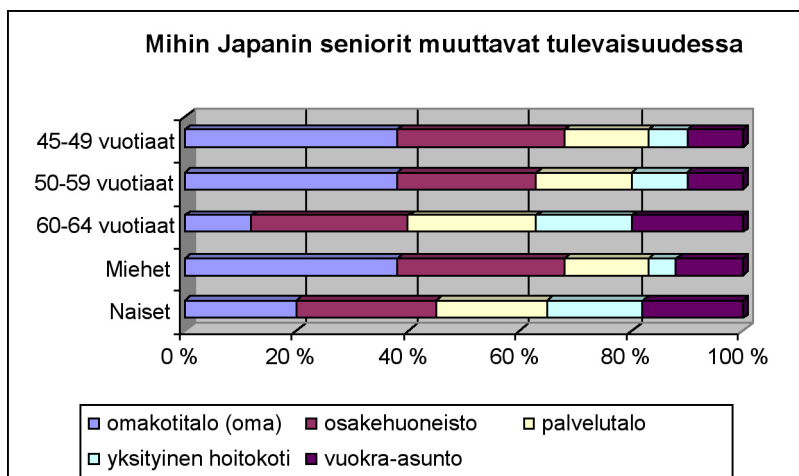
Vuonna 1998 rakennetuista asunnoista noin 3 % oli esteettömiä nk. barrier-free-asuntoja, nykyisin (2005) luku on 10 %. Tukikahvojen määrää on lisätty ja käytäviä levennetty. Kylpyammeet kuuluvat japanilaiseen kulttuuriin, joten niistä ei voida luopua, vaikka ne aiheuttavat paljon onnettomuuksia. Niiden suunnittelussa on kuitenkin kiinnitetty huomiota esimerkiksi reunojen korkeuteen.



Kuva 7. Japanin seniorikotitaloudet 1980–2003. (MHLW 2004)

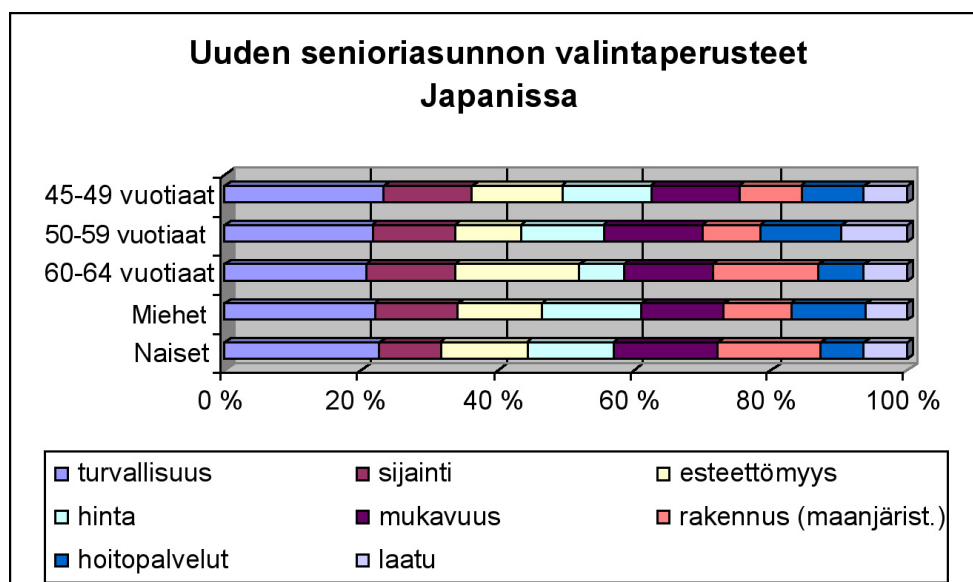
Suurena ongelmana Japanissa pidetään sitä, ettei tiedetä, millaisia asuntoja ja millaisia palveluja seniorit tarvitsevat. Ei ole riittävästi tutkittua tietoa. Yksi Japanin suurimmista rakennusliikkeistä on vuonna 2004 tehnyt kyselytutkimuksen 45–64-vuotiaille selvittääkseen heidän asumistarpeitaan (Yoshitake 2004). Kyselyyn vastasi 751 henkilöä, joista 94 oli naisia ja 643 miehiä. Lähes 60 % asui omistusasunnossa omakotitalossa, 30 % asui omistusasunnossa kerrostalossa, 7 % vuokra-asunnossa ja 3 % jonkin muun tyyppisessä asunnossa.

Kyselyyn vastanneista 30 % arveli muuttavansa tulevaisuudessa uuteen asuntoon. Suurimpana syynä muuttamiselle pidettiin hoidon tarvetta tai ikäänymistä. Muita syitä oli lasten itsenäisyys tai eläkkeelle jääminen. Suurin osa (65 %) aikoi muuttaa omakotitaloon tai kerrostalo-osakkeeseen. 20 % aikoi valita palvelutalo-osakkeen tai yksityisen hoitokodin (Kuva 8).



Kuva 8. Millaiseen asuntoon nykyiset 45–64-vuotiaat japanilaiset haluaisivat muuttaa tulevaisuudessa. (Yoshitake 2004)

Suurimpina uuden asunnon valintakriteerinä kyselyyn vastanneiden kesken pidettiin asunnon turvallisuutta, sijaintia, esteettömyyttä, hintaa, rakennuksen turvallisuutta (maanjäristykset) ja palveluntuottajan laatua.



Kuva 9. Valintaperusteet uuden asunnon valinnassa 45–64-vuotiailla japanilaisilla. (Yoshitake 2004)

### 2.5.4.2 Japanilaisen asunnon ominaispiirteitä

Asuntojen länsimaistuminen on menossa Japanissa, mutta etenkin ikääntyneiden asunnoissa on kulttuuriin liittyviä ominaispiirteitä. Japanilainen asunto on yleensä jaettu pieniin huoneisiin, joita seinäkkeet ja kynnykset erottavat toisistaan.

#### Sisäänkäynti

Itse asunto on sisäänkäyntiä (eteisalue) korkeammalla. Pääsääntönä on riisua kengät eteisalueella ja siirtyä tossut ("pistokkaat") jalassa sisätiloihin.

#### Japanilainen huone

Asunnossa on yleensä ainakin yksi japanilainen huone, jonne on levitetty tatami eli oljesta ja langasta valmistettuja mattoja paksuudeltaan 5,5 cm. Yhden tatamin koko on 90 x 180 cm. Tatamihuoneen mitoitus perustuu tatamin mattoihin. Tyypillinen tatamihuone on neljän tatamin levyinen ja pituinen (3.60 x 3.60).

Huoneen yhden seinän takana on liukuovikaappi, missä säilytetään vuodevaatteet, jotka yöksi levitetään lattialle. Samassa tatamihuoneessa voi nukkua koko perhe. Tatamihuoneessa kävellään sukkasillaan. Tossut jätetään huoneen ulkopuolelle.

#### Kylpyhuone

Japanilainen kylpee ammeessa. Kylpy ei ole vain puhdistautumista, vaan myös rentoutumista varten suomalaisen saunan tapaan. Traditionaalinen kylpyhuone on eri tila kuin wc. Kylpyhuone on "puhdas" ja wc "liikainen". Kylpyammeessa ei käytetä saippuaa. Saippuointi ja huuhtelu tapahtuvat kylpyammeen ulkopuolella.

Yli 65-vuotiaiden onnettomuuksista noin 70 % sattuu kotona ja näistä suurin osa kaatumisina tai hukkumisina kylpyammeessa.

### 2.5.4.3 Tulevaisuuden senioriasuminen Japanissa

Japanissa on ryhdytty monella tasolla pohtimaan ikääntyvien ihmisten asumista, koska asunto-olosuhteet on usein se tekijä, joka estää kotona asumisen jatkamisen. Senioreille tarkoitettua korkealaatuisia vuokra-asunnot ja "Silver Housing" ovat esimerkkejä nykyisin kehitettävistä asumismalleista, jotka ovat nopeasti laajenemassa Japanissa. Niissä toteutuvat esteettömyys, turvahälytys ja palvelujärjestelmä.

Japanin sosiaali- ja terveysministeriö järjesti kesäkuussa 2003 asiantuntijakeskustelun, jonne osallistui 15 Japanin merkittävimmistä ikääntyvien asioiden asiantuntijoista. Tavoitteena oli vanhuspolitiikan uudistaminen vuoteen 2015. Keskustelusta syntyi raportti, jossa esitetyt asiat ovat toimineet kehittämistyö perustana Japanissa. Asumiseen liittyen on raportissa tiivistetysti mainittu:



- Ikäihmisten osallistuminen yhteiskuntaan on varmistettava ja pyrittävä saamaan laitoshoitovaihe niin lyhyeksi kuin mahdollista lisäämällä itsehoitoon, ennaltaehkäisyyn ja kuntoutukseen liittyviä mahdollisuuksia.
- Ikäihmisten aktiivisuutta sosiaaliseen osallistumiseen, oman panoksen antamiseen, työllistymiseen ja tarkoituksenmukaiseen elämään on lisättävä.
- Ikäihmiset tulee saada löytämään piilevät kykynsä ja elämään tuottavaa elämää.
- Ikäihmisten mahdollisuuksia asua omassa kodissaan on parannettava kotiin suunnattujen palveluiden (24 tuntia/vrk) ja turvajärjestelmien avulla.
- Kotona-asumisen ja laitoshoidon väliin on kehitettävä monipuolisia, vaihtoehtoisia asumismuotoja, pieniä yksiköitä lähelle kotia, jolloin on mahdollista olla sidoksissa tuttuun yhteisöön ja omaisiin.
- Dementiaa sairastavat tarvitsevat ryhmäkoteja, joissa on riittävät turvajärjestelmät ja palvelut.
- Uusissa rakentamismalleissa tulee huomioida ikääntyvien asukkaiden omien resurssien hyödyntäminen ja sosiaalisen pääoman lisääminen.
- Valtion tulee tukea uudentyyppisten pienimuotoisten, monipuolisten palvelukeskusten rakentamista, joissa useat pienet palvelukeskukset (satelliitit) ovat yhteydessä suurempaan.

Kuvassa 10 on esitetty yleistymässä olevat yksinomaan ikääntyville tarkoitetut rakennustyyppit. Näiden lisäksi on Japanissa menossa erilaisia kyläyhteisöprojekteja, joissa on tavoitteena yhteisöllisyyden ja järjestetyn toisista huolehtimisen lisääminen. Kyläyhteisöissä ovat toimivat korttelitalot, joissa on tehokkaasti organisoitu vapaaehtoistyö ja vertaistuki. Yhteisön jäsenet tukevat toinen toisiaan, järjestävät päiväkerho- ja päiväkotitoimintaa ja käyvät auttamassa tarvittaessa.

Esimerkiksi Aichin maakunnassa on menossa projekti, jossa tavoitteena on vanhanajan monisukupolvisen yhteisön kehittäminen. Alueella on kaikenikäisille suunnattuja monimuotoisia vuokra- ja omistusasuntoja, kotihoitoa tukeva palvelukeskus, kahvila, ravintola, kotihoidon keskus, lastentarha ja hoitoalan oppilaitos. Alueella on myös muutama yhteisöllisen asumisen pientalokokeilu, missä saman katon alla asuu vanhuksia, nuoria opiskelijoita ja lapsiperheitä, mutta he ovat sitoutuneet yhteisölliseen elämään ja ylläpitävät muun muassa talossa asuvien vanhusten ja lasten yhteistä päivähoitoa.

Niigatan maakunnassa, Aganon kaupungissa on alkanut suomalais-japanilainen projekti, missä tavoitteena on toteuttaa hyvinvointikaupunginosa kaikenikäisille. Kaupunginosan palveluja ovat terveyskeskus, kotipalvelu, kuntoutuskeskus, japanilainen kylpylä, ikäihmisten pitkäaikais- ja lyhytaikaishoito sekä ryhmäkodit, ostoskeskus ja yli 200 asunnon pientaloalue. Asunnoista on 60 % esteettömiä. Pientaloalue toteutetaan vanhanajan kyläyhteisöperiaattella, missä 6–12 taloa muodostavat oman tuetun kyläyhteisön.

Rakennustyyppi	Maksujärjestelmä	Hallinnointi	Huom
Palvelu/Senioritalo	Käyttäjät maksavat asumiskustannukset. LTCl korvaa hoidon	Yksityinen yritys	Markkinat kasvamassa
Yksityinen hoitokoti	Käyttäjät maksavat kaikki kulut	Yksityinen yritys	Markkinat kehitymässä
Palvelukeskus	LTCl korvaa	NPO	Markkinat kasvamassa
	Käyttäjät maksavat tietyt ylimääräiset palvelut	kaupunki, kunta	Finnish Wellbeing Center (FWBC) on esimerkki
Vanhainkoti	LTCl tai sairausvakuutus	yksityinen organisaatio NPO Kaupunki, kunta Sairaalaorganisaatio	Ei sallittu yksityissektorille

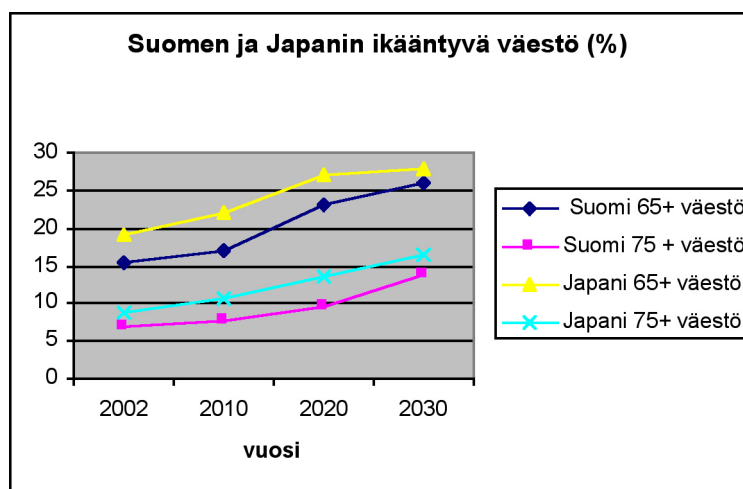
Kuva 10. Ikääntyville tarkoitettuja rakennustyyppejä. (Kimura 2004)

## 2.5.5 Suomen ja Japanin yhteistyö ikääntyvien asumisen ja hyvinvointipalvelujen kehittämiseksi

Vaikka Suomi ja Japani sijaitsevat maailmankartalla etäällä toisistaan, ovat maiden väliset suhteet olleet läheiset siitä lähtien, kun diplomaattiset suhteet solmittiin 23. toukokuuta 1919. Japanilaiset ja suomalaiset tuntevat keskinäistä vetoa toisiinsa. Kansanluonteiden yhtymäkohtia löytyy muun muassa musiikista, kirjallisuudesta, taiteesta ja suhteesta luontoon.

Viime vuosina maiden väliset suhteet ovat kehittyneet niin kaupan, kulttuurin kuin tieteellisen yhteistyön sarjoilla. Vuonna 1978 Suomi ja Japani solmivat keskinäisen kulttuurivaihtosopimuksen, joka ratifioitiin vuonna 1980. Se on ainoa kulttuurisopimus, jonka Japani on solminut minkään Pohjoismaan kanssa.

Suomella ja Japanilla on paljon muitakin yhteistä. Maat ovat pinta-aloiltaan lähes samansuuruiset. Suomen pinta-ala on 338 145 km<sup>2</sup> ja Japanin 372 391 km<sup>2</sup>. Huolimatta suuresta väestömäärästä, on vain osa Japanin pinta-alasta asuttua, johtuen saarten itärajojen vuoristoista. Molemmissa maissa on lähes samankaltainen ongelmana väestön vanheneminen (kuvat 11 ja 12), kun puhutaan suhteellisesta vanhenemisesta. Väestömääriä tarkasteltaessa puhutaan kuitenkin mittasuhteiltaan melko erilaisesta ongelmasta.



Kuva 11. Suomen ja Japanin ikääntyvä väestö.

Vertailulukuja	Japani	Suomi
Väestömäärä	127 000 000	5 200 000
Väestötiheys	344	15
65 +	22 500 000	800 000
Keskimääräinen elinikä	81,6	78,5
– miehet	77,7	75,1
– naiset	84,7	81,8
Yksin asuvia 65 +	2 925 000 (19 %)	300 000 (40 %)

Kuva 12. Suomen ja Japanin väestötietoja 2004. (JMHLW 2005)

Pohjoismaiden ja Japanin välinen yhteistyö ikääntyneiden hoidon ja palvelujen parantamiseksi käynnistyi vuonna 1997, jolloin Japanin silloinen pääministeri Hashimoto ehdotti yhteistyötä Pohjoismaisille virkavaijilleen. Ehdotusta kannatettiin ja vuonna 1998 japanilainen korkean tason virkamiesdelegaatio vieraili kaikissa Pohjoismaissa. Vuonna 1999 pohjoismaiset delegaatiot vierailivat puolestaan Japanissa ja näin vierailuja on jatkettu vuoroin Pohjoismaissa, vuoroin Japanissa ikääntyneille suunnattujen palveluiden kehittämiseen liittyviä teemoja käsitellen. Näiden tapaamisten yhteydessä on pidetty sekä suljettuja asiantuntija-/virkamieskokouksia että koko päivän mittaisia seminaareja, joissa tieto-taitoa on vaihdettu innokkaasti.

### ***Finnish Wellbeing Center – Suomalainen senioreiden hyvinvointikeskus Japanissa***

1990-luvun loppupuolella suomalaiset asiantuntijat totesivat, että suomalaisella vanhustenhuollon osaamisella ja hyvinvointiteknologialla voisi olla sijansa Japanin hyvinvointimarkkinoilla. Vuosien 1999–2002 aikana käytiin laaja neuvottelu- ja suunnitteluvaihe ”Finnish Wellbeing Center (FWBC)” -hankkeen toteuttamiseksi Japanissa. Finpro ryhtyi koordinoimaan hanketta ja yhteistyökumppaneiksi lähtivät mm. Stakes, Tekes, Oulun kaupunki sekä 16 suomalaista hyvinvointialan yritystä. Sopivimmaksi kohdekaupungiksi osoittautui noin miljoonan asukkaan Sendain kaupunki 330 km Tokiosta koilliseen. Tavoitteena oli rakentaa ikääntyvän väestön palveluihin erikoistuva hyvinvointipalvelukeskus, joka toimisi suomalaisen ikäihmisten hoitokonseptin malliyksikkönä Japanissa (Salo 2006).

Hyvinvointikeskus valmistui joulukuussa 2004 Sendain kaupunkiin. Finnish Wellbeing Center-konsepti perustuu suomalaiseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan, suomalaiseen hyvinvointiteknologiaan ja arkkitehtuuriin. Ydinajatuksena suomalaisessa hoitokonseptissa on seniorikansalaisten itsenäisen asumisen tukeminen monipuolisten toimintakykyä ylläpitävien ja edistävien kuntoutus- ja hoitopalveluiden avulla. Hyvinvointipalvelukeskuksen viereen rakennettiin tutkimus- ja kehittämiskeskus ikääntymisen tutkimuksen ja ikääntymiseen liittyvän japanilais-suomalaisen hyvinvointiteknologian tutkimus- ja tuotekehityksen edistämiseksi.

Suomalaisen ikäihmisten hoidon periaatteet on hyväksytty Japanissa, mutta hyvinvointiteknologian hyödyntäminen on vasta alkuvaiheessa. Sendain Finnish Wellbeing Center toimii kansainvälisenä ikääntymiseen ja hyvinvointiteknologiaan liittyvän tiedon keskuksena, ja toimii siten myös arvostetun suomalaisen vanhustenhuollon mallin edustajana maailmanlaajuisesti (Salo 2006).



*Kuva 13. Finnish Wellbeing Center – Suomalainen hyvinvointikeskus Japanissa.*



*Kuvat 14 ja 15. Finnish Wellbeing Center mahdollistaa senioreiden kuntoutuksen sekä sisä- että ulkotiloissa.*



*Kuva 16. Finnish Wellbeing Centerin suomalainen lounasravintola ja kahvila ”Cafe MOI”.*

## Lähteet

Hotta T, Tanaka S & al. 2003. Long term care for Older Persons 2015. Toward the establishment of Long-term Care to Sustain Dignity of older Persons. Studymeeeting on Long-Term care for older Persons. June 1003.

Japan Ministry of Health Labor and Welfare (JMHLW). 2003a. Elderly Care in 2015: Establishing Elderly Care to Support Dignity of the Elderly (in Japanese), Tokyo.

Japan Ministry of Health Labor and Welfare (JMHLW). 2005. Statistical Abstracts on Health and Welfare in Japan 2004, Tokyo.

Kaigo-Hoken. 2000. Insurance for care and assistance for the elderly.

Kimura M. 2004. Survey for FWBC's future opportunities. Embassy of Finland, Tokyo.

Kimura M. 2000. Caring market in Japan. Finpro. Finland Trade Center, Embassy of Finland. Tokyo.

Kojima H. 1995. Basic Principle of Family Policy. Overseas Social Security News. 109:16-26.

Kojima H. 1997. Population Aging and its Family Context in Japan. National institute of Population and Social Security Research, Tokyo.

Ministry of Posts and Telecommunications. MPT's Measures to Bridge the digital divide for the elderly and people with disabilities.

Mitchell O, Piggot J & Shimizutani S. 2004. Aged-Care Support in Japan: Perspectives and Challenges. Economic and Social Research Institute, Cabinet Office, Japan

Nakamura M & Wada R. 2001. Setting Social Policies for Japan's Declining Birth-rate and Growing Elderly Population. Nomura Research Institute NRI Papers No 32. September 1 2001.

Salo S. 2006. Finnish Wellbeing: vanhusten hyvinvointi-palvelukeskuksen hoitokonsepti japanissa. Toteutuksen ensiarviointi ja tulevaisuuden haasteet. Sendai 24.1.2006 (Vielä julkaisematon lähde).

Yamasaki S. 2002. The challenge of the aging Japanese Society. Public Long-term care Insurance. Planning Division of Welfare for elderly ministry of health and welfare. Japan.

Yoshitake H. 2004. Architectural view for living in Japanese aged society with few children. Luentomoniste 26.10.2004 Tokio