

养老康复护理与管理

Aged Care and Management

主编 蔡聚雨



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

养老康复护理与管理

主 编 蔡聚雨

副主编 戴付敏 冯英璞 魏爱环

王苏芝 陈拥军 马 彧

第二军医大学出版社

内容简介

本书分上、中、下三篇,系统全面介绍了世界人口老龄化现状及发展趋势,机构及居家养老康复现状及存在问题,介绍了中国台湾、香港地区以及美国、英国、加拿大、日本、澳大利亚等发达国家比较成熟完善的老年人社会服务体系和管理模式,临终关怀服务现状与发展,老年人基础护理指导,常见老年慢性病的康复护理专业指导,老年健康状况综合评定评估以及国家各部委相继出台的指导意见、发展规划、指南、标准和规范等,对未富先老现实国情下的慢性病老人长期服务体系建立和规范发展有一定借鉴意义,为涉老服务及管理政策制定提供依据和参考。语言通俗易懂,可操作性强,对老年人、慢性病患者、家属及陪护、养老机构的管理和服务人员等均有指导作用,可供社区服务、基层医护人员、养老护理员以及教学机构使用。

图书在版编目(CIP)数据

养老康复护理与管理/蔡聚雨主编. —上海:第二军医大学出版社,2012.6

ISBN 978-7-5481-0404-9

I. ①养… II. ①蔡… III. ①老年人—护理—研究—中国
②老年人—社会管理—研究—中国 IV. ①R473 ②D669.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 087663 号

出 版 人 陆小新

责任编辑 沈彬源

养老康复护理与管理

主 编 蔡聚雨

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码:200433

发行科电话/传真:021-65493093

<http://www.smmup.cn>

全国各地新华书店经销

河南省教育书刊印刷有限公司印刷

开本:787×1092 1/16 印张:37.5 字数:782 千字

2012 年 6 月第 1 版 2012 年 8 月第 2 次印刷

ISBN 978-7-5481-0404-9/R·1197

定价:75.00 元

序

老年卫生工作关系到千家万户的幸福安康,关系到经济社会的协调发展,是国家文明与公平的具体体现,是党和政府高度重视的民生问题,也是医疗卫生事业的重要内容。

我国的老龄人数已经占世界首位。2010年第六次全国人口普查显示,我国60岁及以上老年人口已达1.78亿,占总人口的13.26%,正在以每年3%以上的速度快速增长,是同期人口增速的五倍多。我国老年人口基数大、增长快并日益呈现高龄化、空巢化趋势,老年护理、康复保健等服务需求急剧增加,成为人民群众最直接、最关心的问题。

为应对我国人口快速老龄化,党和政府已经陆续颁布了《中国老龄事业发展“十二五”规划》和《社会养老服务体系“十二五”规划》,鼓励为老年人提供卫生服务,以满足老年人的卫生保健需要。卫生部高度重视老年卫生工作,始终把关心、关怀、关注老年人的健康问题放在重要位置,不断满足老年健康需求。在深化医药卫生体制改革过程中,坚持把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供的核心理念,不断健全老年医疗卫生服务网络,提高基本医疗保障水平,拓展老年医疗服务领域,促进老年卫生工作取得了积极进展。同时,也要看到老年卫生工作与人民群众的热切期盼相比仍存在较大差距,在体系建设、人才培养、社会保障等方面面临着十分繁重的工作任务。卫生部颁布了“十二五”期间护理事业发展规划纲要和康复医疗工作指导意见,制定印发了护理院、康复医院和综合医院康复医学科的基本标准,加快构建分级医疗、急慢分治的医疗服务体系,努力为老年人提供安全、专业、可及的医疗护理、康复促进和健康教育等服务。

《养老康复护理与管理》一书,是由具有多年卫生行政管理和医学教育经验的蔡聚雨同志组织编撰而成。该书较为全面系统的介绍了我国人口老龄化和养老康复护理的现状与发展趋势,解析了各国管理经验及养老护理知识,集萃了国家关于老年康复护理的相关政策法规及标准规范,对于加强养老康复管理、规范护理临床教育、促进家庭健康保健等具有很强的指导意义和实用价值。

“十二五”时期是我国深化医药卫生体制改革和医疗卫生事业发展的关键时期,“老有所医”关系到广大人民群众切身利益,是全社会共同期盼的美好目标。老年医疗卫生工作承担的任务将更加艰巨,希望广大医务工作者能够积极投身于老年康复护理的行列中来,为更好地服务于老年人健康、实现健康老龄化目标,贡献自己的一份力量。

郭燕红

2012年5月22日

前言

人口老龄化已成为全球现象和备受瞩目的世界性难题。据估计,2050年包括北美、欧盟各国和澳大利亚在内的大多数发达国家,将有32%的人口年龄在60岁以上。我国1999年步入老龄化社会,老龄人口比重已从2010年的13.26%快速上升,2050年将达到4.37亿,占总人口的25%。目前我国“四二一”家庭结构定势已确立,使我国的老龄化呈现快速发展;未来需要照顾的老年人数量明显增加,但家庭支持的可达性在不断下降。

社会主义市场经济飞速发展和城市化进程快速推进,我国已成为全球第二大经济体,人均GDP达到4400美元。经济增长可以解决许多社会问题,但社会的发展还不能保证给每个人带来好的生活和更好的健康状况。心脑血管病、糖尿病和肿瘤等已成为我国的常见病和多发病。未富先老的客观经济条件制约,机构养老的局限性、低起点和非专业化康复护理服务,容易使老年人产生被抛弃感和寂寞感。文化伦理和传统观念的普遍认同,决定了在今后相当长的时期内,居家养老仍然是最主要的场所和非常重要的方式。

调查显示,城市90.8%,农村97.3%以上的失能失智老年人主要由配偶、子女、孙子女、朋友或邻居等非专业人员照料。慢性病老年人临终前一般需要较长时间、较高强度和较专业的照顾,对此,无论居家或入住养老机构,照顾者的身心压力缓解和技能提升均急需通过专业培训、指导和合理补偿等方式给予支持和帮助,以增强其责任感和服务水准,从而确保老年人在不同的生活环境中,能够最大程度地维护身心健康、尊严、隐私和自主性。努力提高和改善老年人的生活质量,减轻家庭和社会负担,已成为民众期盼的热点和政府关注的焦点。

老年慢性病居家或机构照顾服务是21世纪我国必须面对的重大社会性课题。长期照护服务体系建立和发展,发达国家已有成熟的运行模式和管理经验,各级政府先后出台了一系列政策、标准和规范,努力调动、开发与整合各种资源,明确目标,科学规划,加大经费投入,以最快的速度为老年人及其家庭提供充足的优质护理和支持服务,实现公共服务均等化。

本书在认真调查研究基础上,坚持理论和实践相结合,查阅大量中外文献资料,借鉴国际经验,结合我国实际,梳理问题,深入思考,探索创新,力求满足不同人群的需要。在即将出版之际,对诸位作者的辛勤努力和密切合作表示感谢;书中吸纳了众多中外专家、学者的研究成果,不能一一列出,在此一并致谢。

由于时间仓促和水平有限,书中肯定存在许多不当甚至错误之处,恳请学界同仁和广大读者批评指正!

编者

2012年4月

目 录

上篇 养老康复概况与管理

第一章 老龄社会现状与趋势	(3)
第一节 老龄社会的概述	(3)
第二节 老年人年龄划分标准	(8)
第三节 我国人口结构与家庭结构特征	(9)
第四节 如何应对人口老龄化	(13)
第二章 我国养老康复现状与发展趋势	(16)
第一节 我国城市家庭养老现状	(16)
第二节 我国农村家庭养老现状	(17)
第三节 我国养老康复机构的专业优势及发展方向	(21)
第四节 我国养老机构存在的问题及制约因素	(22)
第五节 养老地产的发展历程与展望	(28)
第六节 香港地区养老康复状况	(35)
第七节 台湾地区养老康复状况	(37)
第八节 我国养老事业发展方向	(42)
第三章 国际养老康复现状及管理	(47)
第一节 联合国老年政策原则	(47)
第二节 美国老年人的综合专业服务与管理	(48)
第三节 加拿大养老康复服务综合管理	(56)
第四节 日本老年人的综合社会化服务与管理	(66)
第五节 英国老年人的综合专业服务与管理	(76)
第六节 国际老年人多元化服务递送与质量监管体系	(84)

中篇 养老康复专业护理指导

第四章 康复护理与老龄化社会	(97)
第一节 老年医学如何应对老龄化社会	(97)
第二节 慢性病老年人的身心需求	(98)
第三节 慢性病老年人的社区护理及经济负担	(102)
第五章 老年人的基础护理指导	(105)
第一节 护理人员的职业道德和素质	(105)
第二节 老年人的舒适与安全	(107)

第三节	老年人的清洁卫生	(130)
第四节	老年人生命体征的观察与护理	(150)
第五节	老年人营养与饮食的护理	(178)
第六节	老年人的排泄护理	(190)
第七节	老年人的给药方法与护理	(209)
第八节	老年人的突发事件抢救及护理	(221)
第六章	常用康复治疗技术	(233)
第一节	步行评定	(233)
第二节	助行器使用	(235)
第三节	轮椅选择与使用	(236)
第四节	偏瘫医疗康复体操	(239)
第五节	颈椎病医疗康复体操	(240)
第六节	腰椎间盘突出症医疗康复体操	(242)
第七节	肩周炎医疗康复体操	(243)
第八节	膝关节骨关节炎医疗康复体操	(244)
第九节	进食训练	(244)
第十节	热疗法的应用	(245)
第七章	老年人常见慢性病专业康复护理指导	(251)
第一节	支气管哮喘老年人的护理	(251)
第二节	慢性阻塞性肺疾病老年人的护理	(253)
第三节	慢性呼吸衰竭老年人的护理	(254)
第四节	心力衰竭老年人的护理	(257)
第五节	心律失常老年人的护理	(259)
第六节	心绞痛老年人的护理	(260)
第七节	心肌梗死老年人的护理	(261)
第八节	原发性高血压老年人的护理	(263)
第九节	循环系统疾病常见诊治技术及护理	(265)
第十节	胃炎老年人的护理	(270)
第十一节	消化性溃疡老年人的护理	(272)
第十二节	肝硬化老年人的护理	(273)
第十三节	尿路感染老年人的护理	(275)
第十四节	肾功能衰竭老年人的护理	(276)
第十五节	贫血老年人的护理	(278)
第十六节	糖尿病老年人的护理	(282)
第十七节	类风湿性关节炎老年人的护理	(285)
第十八节	脑血管病变老年人的护理	(287)
第十九节	病毒性肝炎老年人的护理	(293)
第二十节	艾滋病老年人的护理	(295)
第二十一节	烧伤老年人的护理	(296)
第二十二节	肿瘤老年人的护理	(297)

第二十三节	肠梗阻老年人的护理	(303)
第二十四节	直肠肛管疾病老年人的护理	(305)
第二十五节	前列腺增生老年人的护理	(307)
第二十六节	骨折老年人的护理	(308)
第二十七节	颈肩腰腿痛老年人的护理	(310)
第二十八节	髋关节置换老年人的护理	(316)
第二十九节	痛风老年人的护理	(317)
第八章	临终关怀护理服务与指导	(319)
第一节	死亡的概念及分期	(319)
第二节	临终关怀的概念和意义	(321)
第三节	临终关怀的发展历程	(323)
第四节	临终老年人和家属的护理	(327)
第五节	城市临终关怀服务机构设立及运营管理	(334)
第六节	农村临终关怀服务的缺失与发展方向	(340)
第七节	传统生死观改变及现存问题解决对策	(347)
第八节	过度医疗和人文关怀缺失	(354)

下篇 医疗康复养老护理相关政策及标准规范

第九章	医疗康复养老护理相关政策及标准规范	(361)
第一节	国务院关于深化医药卫生体制改革的意见	(361)
第二节	国务院医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009~2011年)	(372)
第三节	关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见	(378)
第四节	中国老龄事业发展“十二五”规划	(383)
第五节	关于公立医院改革试点的指导意见	(390)
第六节	2011年公立医院改革试点工作安排	(396)
第七节	护理院基本标准(2011年版)	(403)
第八节	老年人跌倒干预技术指南	(406)
第九节	癌症疼痛诊疗规范(2011年版)	(426)
第十节	癌症规范化治疗示范病房标准(2011年版)	(432)
第十一节	中国护理事业发展规划纲要(2011~2015年)	(435)
第十二节	关于加强城市社区卫生人才队伍建设的指导意见	(441)
第十三节	“十二五”时期康复医疗工作指导意见	(445)
第十四节	建立完善康复医疗服务体系试点工作方案	(448)
第十五节	康复医院基本标准(2012年版)	(450)
第十六节	综合医院康复医学科建设与管理指南	(454)
第十七节	综合医院康复医学科基本标准	(456)
第十八节	居民健康卡管理办法(试行)	(458)
第十九节	国家基本公共卫生服务项目	(460)
第二十节	养老护理员国家职业标准	(461)

第二十一节	社会养老服务体系规划建设规划(2011~2015 年)	(469)
第二十二节	老年人建筑设计规范	(475)
第二十三节	老年人社会福利机构基本规范	(480)
第二十四节	国家老年养护院建设标准	(485)
第二十五节	社区老年人日间照料中心建设标准	(501)

附 录

附录一	老年人健康标准及健康评估	(513)
附录二	TDL 生命质量测定表	(515)
附录三	疾病家庭负担量表	(516)
附录四	家庭关怀度指数	(517)
附录五	生活质量指数	(518)
附录六	生存质量测定量表	(519)
附录七	关节炎影响测量量表	(522)
附录八	心理健康调查表	(528)
附录九	健康状况与生存质量评定表	(533)
附录十	Zung 抑郁状态自评量表	(534)
附录十一	Zung 焦虑状态自评量表	(535)
附录十二	自杀意念自评量表	(536)
附录十三	Epworth 嗜睡量表	(537)
附录十四	阿森斯失眠量表	(538)
附录十五	疼痛评估量表与问卷	(539)
附录十六	视功能损害老年人生存质量量表	(541)
附录十七	听力障碍分级对照表	(542)
附录十八	日常生活活动能力评定	(543)
附录十九	Fugl-Meyer 运动功能评定	(548)
附录二十	跌倒评估量表	(551)
附录二十一	压疮评分量表	(552)
附录二十二	简易智力状态检查评估表	(554)
附录二十三	脑卒中康复运动功能评定量表	(556)
附录二十四	标准吞咽功能评价量表	(558)
附录二十五	老年人痴呆临床分期分级	(563)
附录二十六	长期照护服务老年人评估量表	(564)
附录二十七	濒死体验评分量表	(575)
附录二十八	老年人应对问卷	(576)
附录二十九	Brunel 平衡量表	(578)
参考文献		(579)

上篇

养老康复概况与管理

第一章 老龄社会现状与趋势

第一节 老龄社会的概述

一、人口老龄化的含义

人口老龄化简称人口老化。它有两个方面的含义：一是指老年人口相对增多，在总人口中所占比例不断上升的过程；二是指社会人口结构呈现老年状态，进入老龄化社会。人口老龄化是总的人口群体年龄结构的变化过程，表现为生育水平和死亡水平下降，年轻人口数量不断减少，年长人口数量不断增加，老年人口占总人口的比例逐渐提高，最终形成人口老龄化。老龄化的前期阶段为老年人口比例提高与少年人口比例降低；到中后期阶段，老年人口比例的继续提高，青壮年人口比例也持续下降，并出现老年人口高龄化的状况。

世界卫生组织规定：一个国家或地区，年满 65 岁的老年人口占总人口的 7% 以上或年满 60 岁以上者占总人口数的 10% 以上，标志着这个国家或地区的人口结构进入老龄型。老龄问题包括老年人问题与老龄化问题。老年人问题与老龄化问题相互联系，但又不完全相同。一般把有关老年人的社会保障和权益保护看作“老年人问题”，把有关老年人增加对社会经济发展的影响称为“老龄化问题”，这是从人类社会经济发展的范畴来认识老龄问题。

二、人口老龄化的现状及特点

人口老龄化是近两三百年来事情。随着时代的发展和科技的进步，人类物质文化水平不断提高，促进了平均寿命的逐步延长，人口老龄化已成为世界性的问题，是 21 世纪人类发展的重要特征。

1. 世界人口老龄化的现状 人口老化现象是从西欧开始的。长时期以来，法国一直是世界上老年人口比例较高的国家。1851 年，由于人口出生率的下降，法国 60 岁以上人口的比例超过 10%，成为世界上第一个“老年型”人口结构的国家。瑞典和挪威于 19 世纪末，英国和德国于 20 世纪 20 年代后期成为“老年型”人口国。美国于 1940 年进入“老年型”人口国。日本是在诸多经济发达国家中经济起飞较晚的国家，1970 年成为“老年型”人口国。20 世纪上半叶，经济发达国家人口相继发生老龄化，到 1940 年，世界上 65 岁以上人口比重超过 7% 的国家已有 12 个，到 1986 年，全世界已有 44 个成为“老年型”人口国。

全球人口正在快速老龄化。据联合国人口基金组织预测，未来 5 年，65 岁及以上人数将在人类历史上首次超过 5 岁以下儿童人数，发展中国家的人口变化将尤其显著。

世界卫生组织的数字显示，到 2050 年，80 岁及以上人口数量将是现在的 4 倍，达到

3.95 亿人。

世界人口老龄化的特点是老年人口增长迅速。1900 年世界实际人口为 17 亿,1950 年为 25 亿,1965 年为 33 亿,1987 年为 50 亿,到了 2000 年已达到 60 亿,2011 年 10 月 31 日达 70 亿。与此同时,世界 60 岁以上的老年人口以更快的速度增长,1900 年为 1 亿,1950 年为 2.1 亿,1985 年则为 4.3 亿,2000 年已达到 5.9 亿。预计 2020 年可达到 9.76 亿,2050 年可达到 19.64 亿,届时将占世界总人口的 21%。发展中国家的人口老龄化开始晚,但增长快。目前全世界 65 岁及以上的老年人以每月 80 万的速度增长,其中 66% 在发展中国家。预计到 21 世纪中期,发展中国家 65 岁及其以上老年人口将占全世界老年人口的 70%。

不同国家面临着各自不同的“人口挑战”。2010 年日本人口已出现 0.3% 的负增长,为 40 年来首次。2020~2050 年欧洲将迎来人口老龄化危机大爆发。联合国人口基金会的统计显示,世界人口从 10 亿增长到 20 亿用了一个多世纪,从 20 亿增长到 30 亿用了 32 年,而从 1987 年开始,每 12 年就增长 10 亿。在全球 70 亿人口中,有 18 亿是 10~24 岁的年轻人。据预测,如果目前的生育率不变,世界人口将在 2050 年达到 90 亿,2100 年达到 100 亿。人口激增意味着人类对自然资源的需求增加,粮食、水资源、宜居土地的供给将更加紧缺,这些需求又将向生态环境传递更大压力;人口激增也意味着人类对社会资源的需求激增,教育、医疗、就业、养老等问题,将考验着每一个国家。

2. 我国人口老龄化的现状 我国于 1999 年开始进入老龄化社会,是世界上较早进入老龄社会的发展中国家之一,是世界上老年人口最多、增长最快的国家。2004 年底,中国 60 岁以上人口达到 1.43 亿,占总人口的 10.97%。按照人口学家 2006 年的预测,如果现行的人口与计划生育政策保持不变,到 2010 年中国人口总数为 13.39 亿,2020 年为 14 亿,2030 年为 14.15 亿,2040 年将达到峰值 14.91 亿。与此同时,60 岁以上的老年人口分别为 1.65 亿、2.31 亿、3.35 亿、3.84 亿,并继续上升,到 2050 年将达到 4.12 亿以上。

从我国人口老龄化发展的历史、现状和未来的趋势可以看出,人口老龄化呈现如下特点:

(1) 老龄人口规模大 我国 60 岁以上老龄人口 2011 年底已经达到 1.85 亿,比重为 13.7%。2013 年老年人口将超过 2 亿,预计 2013~2033 年平均每年增加 1 000 万老年人口,2033 年突破 4 亿,2050 年达到峰值 4.83 亿,比重高达 34.1%,分别占届时亚洲老年人口的 2/5 和全球老年人口的 1/4,比发达国家老年人口的总和还要多出 1 亿。人口老龄化的同时也在高龄化。80 岁以上高龄老年人将由目前的 2100 万增加到 2050 年的 1.08 亿,比重由 11.4% 提高到 22.3%。高龄老年人生活不能自理率达 30% 以上,90 岁以上老年人的生活不能自理率高达 50% 以上,老龄人口绝对数量居世界第一位。

(2) 人口老龄化发展速度快 自 1982 年第三次人口普查到 2004 年的 22 年间,我国 60 岁以上的老年人口平均每年增加 302 万,年平均增长的速度为 2.85%,高于 1.17% 的总人口增长速度。根据联合国人口署的资料,中国的老年比每 5 年平均增加的百分点,从 1997 年就超过了世界平均水平,也高于发达国家的发展速度,预计到 2015 年将达到 4.39% 的最高速度(这与中国的第二人口次生育高峰有很大关系),而同期世界平均老年比发展速度也达到最高,但仅为 2.36%。

(3) 地区之间人口老龄化程度发展不平衡 我国人口老龄化的地区差异比较明显。根据 2000 年《第五次人口普查》的资料显示,北京、上海、天津、重庆 4 个直辖市和浙江、江苏、

山东等中东部经济发达的省市人口老龄化程度比较严重,而西部一些经济欠发达的省份如新疆、西藏、青海、宁夏等人口老龄化程度相对较低。地区之间老龄化程度的差异,预示着未来人口流动的加剧,人口老龄化在东部经济发达地区表现明显,这些地区经济发展对劳动力的需求旺盛,将通过吸引西部地区年轻劳动力的流入而得到满足。因此,劳动力跨区流动将减小地区间人口老龄化程度的差异。如果劳动力从不发达地区流入发达地区的速度很快,也有可能出现不发达地区更严重的情况。

(4)女性占老年人口的大多数 老年人口中的大部分是女性。从人口数量上来看,老年妇女的人数往往大大超过老年男子,且超过的数量呈逐年上涨趋势。

根据联合国人口统计数据,就全世界而言,2000年在60岁及以上的人口,女性比男性多6300万,女性为男性的2~5倍;2005年在60岁以上的人口,女性比男性多6700万人,2007年比男性多出约7000万人。

由于女性的预期寿命普遍较男性长,因此,无论从其在老年人口中的数量上来看,还是从其在老年人口中的比例上来看,都占了大部分。而且,越到高龄尤其是在70岁以后,女性的预期寿命越高于男性。

《2007年世界卫生报告》显示,在我国男女寿命分别为71~74岁,女性比男性高3岁,预计到2300年,男性的平均寿命将达到98岁,女性可达到101岁。21世纪下半叶,我国多出的女性老年人口基本稳定在1700~1900万人。

(5)人口老龄化城乡倒置 随着人口老龄化的进一步发展,我国农村人口老龄化程度高于城市的现象开始引起社会的关注。由于近年来我国工业化和城市化进程不断加快,大量农村年轻劳动力向城市转移,导致人口老龄化出现城乡倒置现象,即在经济发展水平农村远低于城镇的情况下,农村人口老龄化水平却高于城镇。2000年我国农村与城市人口老龄化程度分别为10.9%和9.7%,农村人口老龄化程度比城市高出1.2个百分点。到2005年全国1%人口抽查数据表明,我国城乡人口老龄化水平差距进一步扩大。从总体上看,农村老年人口不管是数量还是比重都大于城市。据统计,2008年我国65岁及以上人口占总人口的比重城市、镇和乡村分别为9.66%、8.77%和9.79%

我国人口老龄化城乡倒置的情况有其自身的特点。首先,基本特征是农村经济发展水平远远低于城镇,但人口老龄化水平却高于城镇。据统计在20世纪90年代末期,我国城镇居民可支配收入是农村居民纯收入的2倍多;到2009年,我国城镇居民人均可支配收入为17175元,农村居民人均纯收入5153元,城乡居民收入比扩大到3.3:1。其次,我国人口老龄化城乡倒置现象将会持续较长时间。1993年我国农村人口老龄化程度低于城市,农村老年人口比重为5.92%,城市为6.39%。1995年农村人口老龄化接近于城市,农村老年人口比重为6.68%,城市为6.96%。到2000年,我国农村65岁及以上人口的比例为8.1%,已经高于城镇的人口老龄化水平。进入21世纪后,这种人口老龄化城乡倒置现象的发展趋势一直处于上升状态。随着经济的发展,越来越多的青壮年劳动力涌入城市,使得未来几十年内,人口老龄化程度农村高于城市的现状不会得到改变,至少要经历半个世纪以上的人口老龄化城乡倒置现象。

(6)人口“未富先老” 中国人口老龄化是在社会性进步和经济发展的情况下出现的。老龄化进程的加快,一是由于实行计划生育政策,造成人口出生率下降;二是由于随着科学技术进步,医疗条件改善,人的健康水平有了很大提高,使人的寿命延长,出生死亡率、自然

死亡率大幅下降等多种原因造成的。人口老龄化与经济发展、人口出生率下降、人均寿命相对延长基本同步。但发达国家的人口老龄化是在经济发达时期,它们经济承受能力强,而且及时建立了养老保险、医疗保险等社会保障体系,即使在进入老龄化社会后出现一些问题,也不会对社会经济发展产生较大影响。然而对于中国而言,尽管经过近 30 年的改革开放,经济有了长足的发展,但在人均 GDP、经济发展质量等方面与发达国家相比,仍有很大差距。预计到 21 世纪中叶,中国人口老龄化达到峰值时,人均 GDP 也只能达到目前中等发达国家的水平。这表明中国人口老龄化进程与经济发展不同步的矛盾还将持续一段时间,人口老龄化的迅速发展必然会给中国社会经济发展带来一些不利的影响。

3. 我国人口老龄化带来的社会问题 从老年人自身来说,其心理和生理健康、经济和社会需求等如果得不到满足和保障,必然会给他们带来很多问题;从家庭和社会的角度看,老年人的抚养及抚养方式、老年服务体系、老年社会保障等制度或措施不健全的话,将会给老年人、家庭和社会带来很多问题。

(1) 家庭和社会抚养老年人的经济负担加重 人口老龄化使得社会经济负担日益加重,常以人口抚养比来表示。抚养比是指人口总体中非劳动年龄人口数与劳动年龄人口数之比,通常用百分比说明每 100 名劳动年龄人口大致要负担多少名非劳动年龄人口。我国规定 14 岁以下和 60 岁以上为被抚养人口,15~59 岁为劳动年龄人口。老年抚养比的增加说明劳动年龄人口所承担的老年抚养人数增加。我国人口学家曾对老年人口抚养比做出预测:2005 年为 16.02%,2015 年为 21.27%,2025 年为 29.46%,2050 年将达到 48.49%。随着老年人口的增加,老年抚养比急剧增长。

由于抚养老年人与抚养少年人所需社会资源不同,负担也不相同。各国研究结果都得到相类似的结论:抚养一位老年人的平均费用与抚养一个儿童的费用相比大体上为 2:1~3:1。尽管中国儿童人口比例的下降抵消了老年人口比例的上升,在相当长的时期内被抚养人口总比例增加不多,但社会费用的支出仍将稳定地增长。医疗费用及退休金是社会对老年人的主要支出项目。在西欧的一些国家中,由于实行高所得税、高社会福利的政策,社会保障费用已接近国民收入的 1/3。美国某些年的养老金开支超过国防费用,成为主要的财政支出项目。我国 1978 年离退休职工支出为 17.3 亿元,1990 年上升到 388.9 亿元,2003 年已达到 4088.6 亿元;医疗费用从 1990 年的 76.2 亿元增长到 2003 年的 271.3 亿元。我国 20 世纪 90 年代社会保障费用也曾高达 GDP 的 13%,近年稳定在 5% 左右。

人口老龄化带来家庭代际结构的变化。由于每一个老年人归属于各个特定家庭,人口老龄化使得家庭成员构成中老年人增多。受计划生育“一胎化”的影响,出现了大量的“421”家庭,不仅对家庭的伦理、道德、婚姻关系构成影响,而且养老问题也变得日益突出。如果老年人与子女分开居住,又会产生老年人的生活照料、精神慰藉等问题。

(2) 社会福利事业发展不足 进入人口老龄化,养老设施的建立与完善配套是必不可少的。我国在经济还不十分发达的情况下进入了老龄化社会,老年人口的持续增长已经暴露出社会福利的不足。1994 年底,全国城乡由政府和社会兴办的各种福利院和敬老院共收养孤寡老年人 73.6 万人,约占老年人口的 0.7%。2000 年有所发展,全国城乡社会福利机构床位数达到 110.5 万张。目前我国各种层次的养老院、老年公寓、托老所等只能满足少部分老年人的需要。在这种情况下,更积极的养老准备是政府牵头,向老年人家庭提供必要的帮助和服务,提高家庭的养老能力。

(3)社会服务需求增大 养老是中国家庭几千年来传统职能,但是随着人口老龄化程度的加剧,传统的家庭养老模式正在受到挑战,家庭养老功能正在日益弱化。

相当长时间内,家庭仍是养老的主要场所,在可能的情况下绝大多数老年人希望生活在自己家中,这是中国的传统文化,也是世界性的发展趋势。机构养老5%~10%。无论是居家养老还是机构养老,都有赖于社会针对老年人生活的需求提供各种服务。对居家养老来说,由于受子女工作时间的限制,老年人对子女的依赖会逐步转为向社会寻求帮助,特别是单身老年人;对于居住在养老院、老年公寓的老年人来说,如何针对其不同特点,提供相应的个性化服务,使他们也感觉到好像生活在家中一样安享晚年,是当今老年人最急需的服务方向,并且这部分人的比例将会不断上升,对老年服务设施和场所会提出更高的要求。

随着现代社会家庭规模日益小型化,无论是家庭养老还是社会养老,采取单一的模式都不是最佳的选择。虽然家庭养老向社会养老转化是社会发展的必然趋势,但并不是说家庭成员就可以放弃对老年人的赡养义务,而是家庭养老形式的社会化。在现有的社会经济水平条件下,老年人物质上的供养和精神上的慰藉在很大程度上还主要依靠家庭成员。因此如何取长补短,发挥个人、家庭成员和社会在养老资源上各自的优势,把居家养老、社区养老和机构养老有机地统一起来,建立起多元化、多层次的供养体系和模式,是我国今后一段时间内应着力解决的问题之一。

(4)老年人的护理照料需求增加 人口老龄化会使老年人的医疗保障问题变得突出。通常进入60岁之后,由于机体的生理退行性变,免疫功能不断下降,身体的健康状况衰退加速。老年人生理上的衰老会导致人体的组织器官发生退行性变化;心理上的衰老致使老年人记忆力、思维能力下降、情感脆弱、适应能力差,久而久之会出现各种心理健康问题;同时,衰老使老年人感受到自身生理和心理上的双重退化,对医疗、护理的需求不断增加,“老有所医”的问题变得更加重要和迫切。老年人对自身健康的关注和需求增加,患病之后是否能够得到及时治疗,成为老年人乃至全社会最普遍关心的问题。特别是居住在广大农村的老年人,由于他们失去劳动能力之后无固定经济来源,而且医疗条件相对落后,成为一个必须正视的现实社会问题。

我国是在尚未实现现代化、经济还不发达的情况下进入老龄社会的。针对我国人口老龄化存在规模巨大、增长迅速、地区失衡、城乡倒置、女多于男、未富先老等6个基本特征和面临的社会问题,实现健康且积极的老龄化是一项推动社会进步的公益事业,需要政府、社会以及每个公民作出积极响应。

随着社会经济发展及医疗水平提高,“健康老龄化”是最大的内需和经济增长新的内涵。如果辅以灵活的退休制度,将使他们为家庭或社会继续提供服务。目前的老年人大都有一定积蓄,有的甚至很富裕,国家可以发展配套的老年产业,这既能满足老年人需求又能促进经济发展。随着年龄的增加引发疾病的危险因素也不断增加,应将健康促进贯穿生命全过程,其中包括健康饮食,积极锻炼,避免吸烟、酗酒等。其次,政府应做好应对老龄化的准备,创造一个关爱老年人、支持老年人参与日常生活的良好环境。在应对老龄化进程中,公共政策和制度建设需具有根本性、全局性、稳定性和长期性,应覆盖养老保险、社会救助、社区服务、老年教育、法律援助等社会保障制度与措施,以及医疗保险、护理保险等社会保险制度,拓宽健康老龄化事业的多方筹资渠道,期待有保障、有尊严地步入老年,并不断提高生存质量和幸福感。

第二节 老年人年龄划分标准

一、“老年人”的定义

不同的历史时期和不同的国家及社会背景对老年人的年龄界定是不同的。通常对老年人年龄的划分有两个标准:发达国家一般将 65 岁以上人口定为老年人。而发展中国家多将 60 岁以上人口定为老年人;我国目前处于社会主义初级阶段以 60 岁作为老年人的起点年龄。

二、国际人口年龄段的划分

1994 年以前,国际上通用的标准是将人口划为 3 个年龄段,即:0~14 岁为少儿人口,15~64 岁为劳动年龄人口,65 岁以上为老年人口。

在 20 世纪末,联合国世界卫生组织(WHO)经过对全球人体素质和平均寿命进行测定,对年龄的划分标准作出了新的规定。该规定将人的一生分为 5 个年龄段。即:

44 岁以下为青年人。

45~59 岁为中年人。

60~74 岁为年轻老年人。

75~89 岁为老年人。

90 岁以上为长寿老年人。

三、老年人 4 种年龄划分新观点

国内外老年学家对老年人的定义有 10 几种观点。下面介绍当前较常用的 4 种新观点:

1. 根据年代年龄确定老年人 年代年龄,也就是出生年龄,是指个体离开母体后在地球上生存的时间。西方国家把 45~64 岁称为初老期,65~89 岁称为老年期,90 岁以上称为老寿期。发展中国家规定男子 55 岁、女子 50 岁为老年期限。根据我国的实际情况,规定 45~59 岁为初老期,60~79 岁为老年期,80 岁以上为长寿期。

2. 根据生理年龄确定老年人 生理年龄就是指以个体细胞、组织、器官、系统的生理状态、生理功能以及反应这些状态和功能的生理指标确定的个体年龄。生理年龄可分为 4 个时期:出生至 19 岁为生长发育期,20~39 岁为成熟期,40~59 岁为衰老前期,60 岁以上为衰老期。所以,生理年龄 60 岁以上的人被认为是老年人。但生理年龄和年代年龄的含义是不同的,往往也是不同步的。生理年龄的测定主要采用血压、呼吸量、视觉、听觉、血液、握力、皮肤弹性等多项生理指标来确定。

3. 根据心理年龄确定老年人 心理年龄是根据个体心理学活动的程度来确定的个体年龄。心理年龄是以意识和个性为主要测量内容。心理年龄分为 3 个时期:出生至 19 岁为未成熟期、20~59 岁为成熟期、60 岁以上为衰老期。心理年龄 60 岁以上的人被认为是老年人。心理年龄和年代年龄的含义是不一样的,也是不同步的。如年代年龄 60 岁的人,他的