

1 節 老化とは

1 老化の特徴

人が成熟したあと、高齢になるにつれて全身的な衰退を示すことを老化と呼ぶ。老化は、心身の生理的機能が不可逆的に低下する過程であり、身体組織の細胞数の減少、臓器の萎縮などの変化が伴っている。

生理的機能の低下である老化には、次のような特徴が付随する。第1に、予備力が低下する。予備力とは、ある機能について最大能力と平常の生命活動を営むのに必要な能力との差であるが、予備力が低下することにより、平常以上の活動を必要とする事態が生じたときに対応できなくなる。たとえば、肺活量が低下し、普通に歩くときはなんともなくても走ったり階段を上ると息が切れるといったことが生じる。第2は、防衛力の低下である。すなわち、神経の反射的運動が減退し、危険をとっさに避ける反応が鈍くなる。感覚機能の低下がそれをさらに助長する。また、免疫機能が低下して病原体の侵入に対する抵抗力が弱くなる。第3に、疲労からの回復力が低下する。若い人が1日で回復する疲労も、高齢者は長期間かかるようになる。第4に、環境の変化に対する適応力が低下する。たとえば寒暖の変化に対する身体の適応力が低下するので、若い人以上に、暖冷房や服の脱ぎ着によって調節することが必要になる。暗いところに移って目が慣れる暗順応など明暗の変化に対する順応時間も遅延する。

2 老化に伴う変化

老化にはまず外見的な変化が伴う。皮膚は皮脂腺が萎縮し乾燥しやすくなる。しわが多くなり、しみ（老人性色素斑）が顔面、腕など日光にあたる部分に生じる。頭髪には白髪や禿を生じる。身長は脊椎骨の変形などで数センチ低くなる。

骨の変化では、カルシウム、リン、コラーゲンなど骨を構成する基本物質が減少し、全身の骨量が低下する。その状態が進むと骨粗鬆症となり、骨折を生じやすくなる。関節は、軟骨が次第に硬くなって衝撃吸収力が弱くなる。特に下肢の大関節（股関節、膝関節）は、体重を支えるために負荷がかかりやすく、炎症や変形をおこしやすい。

感覚器官の機能の低下では、まず、40歳代には老視を生じ、近くのものに焦点を合わせることがむずかしくなる。聴力の低下は、高い音から聞き取りにくくなる。また言葉の聞き取りの明瞭度も低下し、早口で話されると言葉を聞き取れなくなる。味を感じる舌の味蕾細胞も減少し、60歳代から味覚が鈍くなる。このほか、嗅覚、皮膚の感覚である触覚、痛覚、温度感覚も、齢をとると鈍くなる。

動脈の血管壁は弾力性が低下し、このため血圧の上昇を引き起こす。血圧の上昇のため心臓への負担が増し、多くの臓器が老化によって萎縮するのに心臓は例外的に肥大してくる。肺では肺胞壁の弾力性が衰え、胸郭の動きも柔軟性を失い、肺活量が低下してくる。消化器では、唾液、胃液、胆汁、膵液などの消化液の分泌の低下がみられる。胃腸の運動も低下し、便秘になりやすくなる。腎・尿路系では、膀胱の萎縮、膀胱頸部の拘縮が生じ、男性では前立腺肥大

による尿路障害が加わり、残尿や排尿困難を来しやすくなる。排尿をコントロールする大脳中枢の支配が弱まるため、膀胱に尿がたまると自動的に排尿反射がおこってしまい、トイレに間に合わずに失禁を生じることになる。

このように老化は全身の臓器に及ぶのだが、老化の進行の度合いには個人差が大きい。筋力や精神的機能は使っていると衰えは少ないが、使用しなければ機能はより早く衰えていく。特に高齢になるほど、使用しないための衰えの程度は強くなる。老化は長い年月をかけて徐々に進行し、その間の個人の生活習慣によって、その度合いは影響を受ける。栄養状態、喫煙、運動習慣があるかどうかなどによって、老化の程度には個人差がもたらされる。老化には、すべての人に例外なく現れる変化である生理的老化のほか、特定の人々にのみ強く現れる病的老化が区別されているが、高齢者にみられる生活習慣病（がん、高血圧症、動脈硬化症、脳血管疾患、虚血性心疾患など）は病的老化によってもたらされるものである。

2節 高齢者の生活能力

1 喪失体験と生きる意欲

老年期にはさまざまな喪失体験が積み重なる。高齢者の心理を理解するには、喪失体験について理解しておくことが必要である。高齢者が精神的に健康な状態を保持するためにはさまざまな喪失を受けとめ、乗り越えていくことができるかどうかが大きく影響する。

まず、老化と呼ばれる過程そのものが、身体的、生理的機能の減退や喪失の過程である。40歳代から人は視力、聴力、記憶力などが徐々に低下していくことを甘受しなければならなくなる。歯周病による歯牙の喪失も生じる。さらに高齢になり、運動能力が減退し行動範囲も狭くなってくると、それに伴って主観的健康度も損なわれてしまうことが多くなる。

身体的な能力の喪失に、社会的役割の喪失が加わる。仕事からの引退、それに伴う収入の低下。主婦として生きてきた女性でも、子どもが成長し独立すると、従来の親としての役割を喪失する。さらに高齢になり身体能力が低下するとともに、身近な人々との関係において発揮できる役割も限定されてくる。加齢とともに経験する社会や家族のなかでの役割の変化や喪失は、ときに抑うつ状態や生きがい欠如感を伴う。こうした変化を役割の喪失と感じるか、あるいは新たな自分の生き方を身につけていく機会ととらえるかによって、心理的な影響は大きく異なってくる。

親しい人との死別は齢を重ねるごとに増えていく。友人、兄弟、配偶者との死別。近親者との死別は孤独感、生きがいの喪失をもたらす。すでに亡くなった人々との心のなかでのつながりが孤独感を癒すこともある。亡くなった人々の供養という儀式のなかでこうしたつながりを保持している高齢者は少なくない。

さまざまな喪失体験は、自信や生きる意欲に影響する。疎外感や孤独感が募ると、そのつらさから逃れるために精神機能そのものが不活発化することもある。喪失体験を乗り越えるのに重要なのは、身近な人との情緒的なつながりや日々の生活のなかでの互恵的人間関係である。

2 記憶力と認知機能

脳の重量は20歳ごろに1,200gから1,400gくらいのピークに達するが、その後、老化とともに細胞数や脳の重量も低下していき、90歳ごろまでに脳重量はピーク時の10%ほどが減少する。こうした変化とともに記憶力も低下する。

記憶力は記銘力、保持力、想起力という3つの要素からなる。記銘力とは新しい物事や出来事を心にとどめる力であり、保持力とは記銘したことを保持する力、想起力とは保持している記憶を必要ときに取り出す力である。また、保持する期間により短期記憶、近時記憶と長期記憶とがある。高齢者では記銘力が低下する。また想起力も低下し、いわゆるど忘れをするようになる。時間がたち、あとでふと思出すのは記憶の保持が障害されているのではないことを示している。長期記憶の保持力はあまり低下しないので、過去に体験したことは記憶に長くとどまっている。

記銘力にせよ、保持力にせよ選択的にはたらく性質をもっている。過去の経験に結びつくこと、納得のいくことは若いころと同じように記銘できるが、電話番号のような無意味な数字などは記銘しにくくなる。保持力も、大切なこととか、深く感動した出来事の記憶は保持されるが、そうでないことは忘れやすくなる。

高齢になると記憶や計算のように単純な機能や、知的作業の速度は低下する。流動性知能とは、新しいことを記憶したり学習する能力で、定められた時間内に記憶や計算などの能力を調べることで示されるが、こうした能力は高齢になると低下してくる。一方、結晶性知能とは、言語的理解能力や経験や知識に結びついて発揮される判断能力であるが、相当の高齢になってもこのような能力の衰えは少ない。ものの本質を洞察する力とか総合的な判断力は、経験の蓄積や知的機能を発揮する訓練などが相まって深まっていく。意欲と積極性があれば衰えた機能を衰えていない能力が補って、知的能力は発達していく。記憶力は衰えても理解力がそれを補って新しい物事を学んでいき、優れた創造性を発揮することも可能である。

しかし高齢者では、身体的衰えの結果、日常生活が制限されるようになると、精神の活動能力も発揮しにくくなることがある。使わない機能は衰えるという老化の原則は精神機能にもあてはまる。高齢になると周囲の環境によって、精神の創造的機能の発現は影響を受けやすくなる。

3 年齢とともに進む活動能力の低下

加齢に伴う活動能力の低下には個人差が大きい。とはいえ高齢になるにつれて生じる活動能力の低下を免れることはだれにもできない。バス・電車による外出、食事の用意、預貯金の出し入れなどの日常生活関連動作は、年齢とともに「できない」と答える人の割合は増加していく。図1-2-1は、地域に住む一般高齢者を対象に質問した結果だが、85歳を超えるとほぼ半数の人がこれらの項目に「できない」と答えている。

ロートンは人間の活動能力を図1-2-2に示すように、概念的に7つの次元に区分した。図の左から右に向けて順に、①生命維持、②機能的健康度、③知覚一認知、④身体的自立、⑤手段的自立、⑥状況対応、⑦社会的役割である。人間は成長の過程で、活動能力を左側の低次から右側の高次の次元へと発達させていくが、高齢期には逆に、老化の過程で高次から低次の次

1 節 高齢者福祉の発展（小史）

1 近代以降の高齢者福祉の先駆け

わが国における高齢者福祉制度の発展は、明治維新以降の近代化の所産であり、高齢者福祉の本格的な発展は第二次世界大戦後のことで、特に1963（昭和38）年の老人福祉法制定以降の展開である。近代以降の高齢者福祉関係事項を整理したものが、表4-1-1である。

主な経過をたどると、1874（明治7）年に「恤救規則」が太政官から布告され、貧困者の救済、身寄りがなく重病等の高齢者（70歳以上）に救助米を給付することが行われた。これより早い1872（明治5）年、東京に養育院が開設され、病弱で身寄りのない高齢者等の施設入所が図られた。1890～1900年代ころまでには、横浜、大阪、神戸などの大都市には養老院が設置された。

1929（昭和4）年、救護法が制定され、身寄りのない65歳以上の高齢者に対する施設救護や、居宅救護等が位置づけられた（なお、同法の実施は当時の国家財政事情により1932年からとなった）。

2 戦後初期における高齢者福祉の助走的展開

第二次世界大戦後の社会的な混乱のなかで、低所得者や病弱で経済的に困窮した高齢者等に対して、生活保護法や社会福祉事業法を軸に援護施策が整えられて、居宅では生活扶助・医療扶助等が適用され、また戦前の養老院が生活保護法にもとづく保護施設、のちに養老施設（今日の養護老人ホームの前身）として位置づけられ、運営経費の多くが公費から投入されるようになった。並行して、福祉事務所の発足と措置（費）制度の実施や、施設の経営主体である社会福祉法人の位置づけ等が確立された。

しかし、明治期以来この時期までは、高齢者全体の支援・福祉という視点はまだ確立されておらず、あくまでも経済的に困窮するなど貧困層の高齢者を援護する施策として、限定された範囲の給付にとどまるものであった。

また、1958（昭和33）年には国民健康保険制度の大改訂により全国的に医療保険・医療サービスが整えられ、1961（昭和36）年に国民年金法が施行されるなど、国民健康保険・皆年金のシステムの成立によって、高齢者の生活を取りまく制度的環境が次第に整えられた。

3 老人福祉法の制定と高齢者福祉の本格的展開

各方面の要請と高齢者のニーズをふまえ、1963（昭和38）年、老人福祉法が制定された。養護・特別養護・軽費の各種の老人ホームが規定され、老人福祉施設として体系化が図られ、また、家庭奉仕員派遣事業（今日の訪問介護・ホームヘルプサービスの前身）が規定され、在宅福祉サービスが以後本格的に展開されるスタートラインに立つことになった（詳細は次節を参照）。在宅福祉サービスはその後、1978（昭和53）年のショートステイ事業や、1979（昭和54）年の老人デイサービス事業の開始等により、次第に充実されていくことになる。

この時期の政策的焦点としては、1973（昭和48）年の老人医療費支給制度の実施である。医

表4-1-1 近代以降の高齢者福祉関係事項

歴 年	高齢者福祉関係の法制化・事業・施設・その他
1872 (明治5) 年	東京に養育院 (高齢者等の入所施設) の開設
1874 (明治7) 年	恤救規則 (太政官布告) を公布
1890~1900年代 (明治30~40年代)	横浜、大阪、神戸などの大都市に養老院設置
1929 (昭和4) 年	救護法の制定 (施設救護、居宅救護等) 1932年より実施
1946 (昭和21) 年	生活保護法 (旧法) 制定、保護施設等の規定
1950 (昭和25) 年	生活保護法 (新法) 制定 (今日の生活保護制度)、養老施設等の規定
1951 (昭和26) 年	社会福祉事業法の制定 (福祉事務所、社会福祉主事、社会福祉法人の制度化等)
1958 (昭和33) 年	国民健康保険法の大改訂により全国制度化
1961 (昭和36) 年	国民年金法の制定・施行
1963 (昭和38) 年	老人福祉法の制定 (特別養護老人ホーム、家庭奉仕員派遣事業等)
1970 (昭和45) 年	公営住宅へ的高齢者等の優先入居制度
1973 (昭和48) 年	老人医療費支給制度 (高齢者の窓口負担の無料化~1982年まで)
1978 (昭和53) 年	老人ショートステイ事業の開始
1979 (昭和54) 年	老人デイサービス事業の開始
1982 (昭和57) 年	老人保健法の制定 (老人医療、医療等以外の保健事業ほか)
1987 (昭和62) 年	シルバーハウジング対策 (高齢者ケア付き住宅) 開始
1987 (昭和62) 年	社会福祉士・介護福祉士法の制定
1989 (平成元) 年	高齢者保健福祉推進十か年戦略 (ゴールドプラン) 策定・公表
1990 (平成2) 年	老人福祉法等福祉関係8法の改正
1991 (平成3) 年	ホームヘルパー (訪問介護員) の3段階養成研修システム化
1992 (平成4) 年	老人訪問看護サービスの実施
1993 (平成5) 年	市町村老人保健福祉計画等の実施
1993 (平成5) 年	福祉用具法の制定・実施
1994 (平成6) 年	老人福祉法の一部改正 (在宅介護支援センターの法定化など)
1994 (平成6) 年	新・高齢者保健福祉十か年戦略 (新ゴールドプラン) 策定
1995 (平成7) 年	高齢社会対策基本法の制定
1996 (平成8) 年	痴呆性 (認知症) 高齢者グループホーム・モデル事業の開始
1997 (平成9) 年	介護保険法の成立 (2000年4月より全面实施)
1998 (平成10) 年	特定非営利活動促進法 (NPO法) の成立
1999 (平成11) 年	民法の一部改正 (成年後見制度の導入)
1999 (平成11) 年	ゴールドプラン21策定
2000 (平成12) 年	地方分権推進一括法の全面实施
2000 (平成12) 年	社会福祉法 (利用者本位の福祉サービス、地域福祉計画等)
2000 (平成12) 年	交通バリアフリー法の制定
2001 (平成13) 年	健康増進法の制定 (子どもから高齢者までの健康増進目標等)
2001 (平成13) 年	高齢者居住法の制定 (高齢者円滑入居賃貸住宅、高齢者向け優良賃貸住宅ほか)
2003 (平成15) 年	次世代育成支援法の成立
2005 (平成17) 年	介護保険法の一部改正 (地域包括支援センター、介護予防、地域密着型サービス等)
2005 (平成17) 年	高齢者虐待防止法の成立
2006 (平成18) 年	バリアフリー新法の制定
2007 (平成19) 年	コムスン等民間事業者の不正発覚 (翌年、介護保険法の一部改正、規制強化・適正化)
2008 (平成20) 年	高齢者医療法の施行 (老人保健法の抜本改正)
2009 (平成21) 年	高齢者住まい法 (サービス付き高齢者住宅、高齢者住まい計画等)
2011 (平成23) 年	介護保険法の一部改正 (地域包括ケアを目指して)

療機関での高齢者の窓口負担が無料化され、高齢者の医療サービスへの利用が大幅に改善された。この制度は1982年まで10年間続くが、老人医療費の増大を招き、国や自治体の財政負担や現役の勤労者世代の負担とのバランスが問題となり、制度改革が求められるようになった。

1982（昭和57）年に老人保健法が制定され、高齢者に一部負担を求めつつ、老人医療（原則70歳以上）と医療等以外の保健事業を制度化して、高齢者の疾病に関わる予防・治療・機能訓練（リハビリテーション）の枠組みがつくられた（詳細は3節を参照）。

前後するが、1970（昭和45）年には高齢者等の公営住宅への優先入居制度ができ、1980年からは単身高齢者の公営住宅入居も可能となり、さらに1987（昭和62）年にはシルバーハウジング対策として、事実上の高齢者ケア付き住宅が開始された。

4 ゴールドプラン以降の保健福祉サービスの飛躍的展開

1989（平成元）年、高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）が策定され（当時の大蔵・厚生・自治の3大臣合意事項）、21世紀を前にして高齢者に関わる福祉と保健の総合的な対策として、また在宅と施設の両面に及ぶサービスの整備を図るものであった。これを受けて1990（平成2）年には、老人福祉法等福祉関係八法の改正が行われ、①在宅福祉サービスの積極的推進、②老人ホーム入所決定事務の町村委譲、③老人保健福祉計画（市町村・都道府県）の作成、④有料老人ホームに対する規制強化等が規定され、実施に移された。

1990年代においては、在宅介護支援センターの制度化、ホームヘルプサービス（訪問介護）の量的整備や24時間対応、老人訪問看護サービスの制度化、福祉用具普及の政策誘導、痴呆性（認知症）高齢者グループホームの導入など、在宅ケア・サービスの拡充が図られた。

また、施設サービスについては、特別養護老人ホームと老人保健施設を中軸としながら、新しいタイプの軽費老人ホームとしてケアハウスが導入され、各地での整備が進んだ。

これらと前後するが、1987（昭和62）年の社会福祉士・介護福祉士法制定により福祉人材養成が方向づけられ、またホームヘルパー（訪問介護員）については、3段階養成研修システムが導入されている（1991年）。

一連の取り組みは、全国の市町村・都道府県が掲げた老人保健福祉計画の目標（量）と、それを受けた新・ゴールドプラン（1994年）により加速されていった。

5 介護保険実施から今日まで—高齢者ケアの体系的展開

ゴールドプラン、新ゴールドプランの取り組みを経て、1997（平成9）年12月、介護保険法が国会で成立し、2000年4月より全面実施された。21世紀の高齢者介護に具体的な対応を図るべく、「介護の社会化」を目標として、在宅サービス・施設サービス・介護支援サービス（ケアマネジメント）などの総合的な介護サービス・システムが構築されるとともに、各自治体における介護保険事業計画・老人保健福祉計画にもとづくサービスの基盤整備が進行しつつある（詳細は本章4節及び第5～7章参照）。介護保険の実施と軌を一にして、ゴールドプラン21がスタートし、認知症高齢者対策などが重視されてきた（本書第8章参照）。

介護保険制度が2000年度から実施されて5年余、2005（平成17）年6月、改正介護保険法が成立した。この改正のねらいは、制度の持続的安定的運営を確保するため、①予防重視型シス