

No.

中华人民共和国
老龄化问题相关的信息收集与确认调查
最终报告书

2014 年 6 月

日本国际协力机构 (JICA)

受托方：中国社会科学院社会学研究所

CNO

JR

14-02

目 录

序文.....	小中铁雄 / 1
调研报告说明	课题组 / 3
调研地区工作现场.....	课题组 / 5
课题组总体报告.....	7
中日养老服务比较研究总报告	课题组 / 9
中国城乡老年人口状况分析报告.....	王 晶 / 54
中国调研地区分报告.....	75
北京市养老事业的困境、对策和出路.....	王 颖 / 77
上海市老龄化与老年服务调查报告	房莉杰 / 105
青岛市养老服务调查报告.....	史云桐 / 119
成都市老年服务调查报告.....	王 晶 / 141
西安市老龄化与老年服务调查报告	张文博、刘雨龙 / 156
大连市老年服务调查报告.....	马 原 / 175
特邀学者独立学术研究报告.....	191
养老服务的思想与实践：中日比较研究.....	罗红光 / 193
附录：老龄化相关法律法规、政策文件、标准规则及研究报告汇集.....	218

序 文

日本国际协力机构（JICA）作为统一负责日本政府开发援助（ODA）的机构，为促进发展中国家的和平以及经济社会的持续发展，在全世界 150 个以上的国家与地区开展着工作。对华合作始于 1979 年，90 年代以后我们主要侧重于政策制度领域的智力支援，重点围绕环境、传染病防治等全球性课题提供合作。

在老龄化领域，我机构开展了以“农村社会养老保险制度创新与管理规范调研合作项目”、“上海医疗福利人才研修项目”、“陕西工运学院老年服务与管理系指导者培养援助事业”为代表的涉及养老保险、老年照护、医疗福利、康复、家庭保健、建筑等领域的 12 个合作项目。近年来，随着中日两国老龄化进程的快速发展，希望共同分享解决老龄化课题的知识经验及相关信息的需求也不断增长。为了整理中国老龄化的现状和课题，提炼出对中日两国均有益的合作课题及方法，我机构委托中国社会科学院社会学研究所实施了“中国老龄化问题相关的信息收集与确认调查”。

中国社会科学院社会学研究所组成了 11 人的调研团队，通过对包括中国政府、企业、研究机构在内的相关人员进行访谈，以及对 6 个对象地区（北京、上海、青岛、成都、西安、大连）进行的实地调研和文献调查，完成了本报告书的制作。

在本调查的实施过程中，受到了多位人士的大力协助，在此深表感谢！JICA 今后将继续在中日双方的政府、NGO、大学、地方政府、企业以及市民的帮助下，为思考老龄化这个中日共通的课题提供知识经验共享的平台。我们衷心的希望本报告书能够对参与老龄化课题的人们有所帮助，请大家继续给予我们指导与支持！

日本国际协力机构
中华人民共和国事务所
所长 小中铁雄
2014 年 6 月 25 日

调研报告说明

2013年,日本国际协力机构(Japan International Cooperation Agency,以下简称“JICA”)中华人民共和国事务所委托中国社会科学院社会政策研究中心进行《老龄化问题相关的信息收集与确认调查》。中国社会科学院社会政策研究中心课题组成员包括:王春光(研究员,课题总负责人)、罗红光(研究员)、王颖(研究员)、房莉杰(副研究员)、史云桐(助理研究员)、王晶(助理研究员)、张文博(博士后研究人员)、杨雪(博士后研究人员)、马原(博士后研究人员)、刘雨龙(博士研究生)、王志敏(硕士研究生)等11人。本课题报告即是课题组在该项调查的基础上合作撰写完成的。

按照业务委托合同业务指示书及相关协商记录约定,本课题的目的是:整理中国的老龄化现状及对策方面的课题,提炼可供中国参考的日本老龄化对策方面的知识和经验,探讨有益于中日两国的合作课题和方法。调查领域具体包括老龄化对策;中日比较研究;人口、社会经济分析;社会保障、医疗;老龄产业、市场调查;城乡规划、生活环境;养老服务人才培养;参与社会活动、就业;数据处理等方面。调查实施具体分为实地调查和文献调查两部分,其中,最终实地调查对象地区为北京、上海、青岛和成都4地,文献调查对象地区为西安、大连2地。据此,课题组分6个调查小组,其中,北京调查小组包括王颖、史云桐、杨雪、王志敏等4人,由王颖负责;上海调查小组包括王春光、房莉杰、马原等3人,由房莉杰负责;成都调查小组包括王春光、王晶、张文博、马原、王志敏等5人,由王晶负责;青岛调查小组包括王颖、房莉杰、史云桐等3人,由史云桐负责;西安调查小组(含对JICA项目点——陕西工运学院的实地走访)包括张文博、刘雨龙,由张文博负责;大连调研小组包括马原、王志敏,由马原负责。在此基础上,调查小组分别完成了6份调研地区分报告。

在实施调研并撰写分报告的基础上,课题组撰写了《中日养老服务比较研究总报告》和《中国城乡老年人口状况分析报告》,前者在总结中国养老服务发展现状和地区经验的基础上提出了一些对策建议与中日合作可能,后者主要就城乡人口、社会经济、生活环境等方面进行了定量分析。与此同时,课题组特邀学者罗红光研究员从思想与实践两方面对中日养老服务的经验进行了比较研究,形成了一份独立的学术研究报告:《养老服务的思想与实践:中日比较研究》。

本课题报告将主要包括三部分:课题组总体报告(2篇)、中国调研地区分报告(6篇),以及特邀学者独立学术研究报告(1篇)。

中国社会科学院社会政策研究中心课题组
2014年6月

调研地区工作现场



成都市第一社会福利院走访



成都市青羊区汪家拐街道社区座谈



成都市青羊区颐康中老年服务中心座谈



成都市温江区万春镇大同老人关爱中心座谈



成都市大邑县敬老院座谈



成都市大邑县安仁镇农村社区座谈



青岛福彩养老院



青岛市南区示范性社区老年人日间照料中心



西安 JICA 项目点走访



陕西工运学院老年服务与管理系座谈

课题组总体报告

中日养老服务比较研究总报告

课题组

当我们在讨论“养老政策”时，一般是从经济保障和养老服务两个方面进行理解。经济保障主要针对的是退出劳动力市场的健康老年人，以退休金或养老保险金的形式维持老年人一定水平的物质生活；而养老服务则是针对老年人的服务，狭义的养老服务是针对失能老人的长期照护服务，它是一种连续不断的医疗和生活照护；尽管老年人体能下降的趋势不可避免的，而失能的结果在很大程度上不可逆，但是却可以通过预防保健方面的服务降低慢性病和失能风险，进而延长健康和独立生活的寿命。因此“养老服务”可以分为医疗服务与生活照料，而针对老年人的医疗服务又可以进一步分为健康管理服务，以及长期照护中的护理服务；又或者可以分为健康管理服务与长期照护服务，而后者又可以分为医疗护理与生活照顾。无论哪一种分类方式，“养老服务”的内容都是一样的，这具体的三部分即是本报告要讨论的内容。

一、日本的养老服务发展情况及对中国的启示

（一）中日比较的意义

世纪之交，中国进入老龄化社会，随着老龄化趋势加剧，对老龄化的关注亦逐渐升温。由于发达国家进入老龄化社会的时间均早于中国，且在老龄化发展过程中，逐渐建构起成熟的应对体系，因此对发达国家相应对策的研究对设计国内政策非常必要，而日本的经验对中国尤其具有参考价值，这是因为：

第一，中日在老龄化趋势上具有非常大的趋同性。

从全球范围来看，欧美发达国家从 19 世纪后半叶开始陆续进入老龄化社会，其人口结构变化的原因主要是人均寿命的延长，以及工业化带来的生育率的自然下降，因此在这些国家，我们看到的是一个相对缓慢的老龄化过程。国际社会大多用 65 岁以上老年人口比例从 7% 增长到 14%，即翻一倍的时间来衡量人口老龄化速度的快慢，法国经历这一过程用了 115 年，瑞典用了 85 年，英、德、意用了半个多世纪（如表 1 所示）。

但是在东亚，尽管日本进入老龄化社会的时间晚于欧美国家，但老龄化进程却比欧美国家快得多，且中日的具体过程相似，而这反映的正是两国在二战后经济社会发展方面的某些相似性——二战以后，日本首先经历了低生育率和人均寿命的延长，而中国则是在二战后的高生育率之后，又在 60 到 80 年代开始了政府主导的计划生育政策，生育率显著降低。经历了上述不同于欧美国家的变迁过程，日本在上世纪 70 年

代，中国在世纪之交先后进入老龄化社会，而且老龄化速度远远快于欧美国家——，中岁以上人口比例从 7% 增长到 14%，日本只用了 24 年，根据预测，中国将用 25 年（如表 1 所示）。这就注定了与欧美国家不同，中日要应对“急剧”老龄化带来的更大挑战，且没有太多时间用于调整和缓冲。

表 1：部分国家的老龄化速度比较

	老年人口占总人口的比例			经历的时间（年）	
	7%	14%	20%	7%-14%	14%-20%
	年	年	年		
日本	1970	1994	2006	24	12
韩国	2000	2018	2026	18	8
中国	2000	2025	2034	25	9
法国	1864	1979	2020	115	41
瑞典	1887	1972	2012	85	40
意大利	1927	1988	2007	61	19
英国	1929	1976	2021	47	45
德国	1932	1972	2012	40	40
美国	1942	2013	2028	71	15

数据来源：转引自 Health System Transition: Republic of Korea, European Observatory, WHO

第二，中日在传统文化上有较强相似性，而在经济社会发展上则呈梯度结构，这在健康服务领域亦有所体现。

日中同属东亚国家，在文化传统等方面都有很大的相似性。任何制度都是嵌入在一定的文化背景中的，当我们在讨论对老龄化的应对政策时，自然要结合文化背景进行分析。尤其是在中日的传统文化中，家庭占据着特别重要的位置，而且家庭是社会整合的基础，在老年政策的设计中，如何看待家庭，不仅影响到老年政策本身的实施效果，更会影响到社会整合和社会稳定。因此了解日本老年政策变迁的过程，以及政策变迁对传统观念和社会整合的影响，是非常必要的。

除了上述文化背景和老龄化进程方面的相似性外，日中在经济、社会发展方面分别处于不同阶段（如表 2 所示），日本可以算是老牌发达国家，除了经济上的领先外，日本比中国提前 30 年进入老龄化社会，其老龄化应对政策的实施自然也早于中国。目前日本的人均期望寿命居全球首位，也是全世界老龄化程度最高的国家之一，尽管面临非常严重的老龄化压力，日本的应对成效却在大多数发达国家之上。日本的健康政策和老年政策几经调整，相对而言，已经非常成熟和完善，亦可用“发达”二字形容。

中国是正处于快速发展中的发展中国家，目前的情况是，经历了三十年的经济高速发展，社会发展却明显滞后，目前只是处于老年政策和健康政策的框架搭建之初。鉴于此，借鉴日本在老龄化进程中所积累的经验教训，对中国无疑很重要。

表 2：部分国家人口、健康和经济指标（2007 年）

国家	预期寿命	健康预期寿命	60 岁以上人口	人均 GDP（美元）
世界平均	68	59	11%	9,872
低收入国	57	49	5%	1,534
中低收入国	68	61	9%	4,461
中上收入国	70	61	12%	11,926
高收入国	80	70	20%	36,292
日本	83	76	28%	34,600
韩国	79	71	15%	24,750
中国	74	66	11%	5,370

数据来源：世界卫生组织，《2009 年世界卫生统计》，世界卫生组织网站，www.who.int

（二）日本养老服务政策的发展与成效

从上世纪 70 年代之后，日本进入高龄化社会，独居和空巢老人增加，而患病长期卧床的老人、痴呆老人在家中无人照顾等成为社会问题。家庭结构的变化和社会抚养意识的变迁，使得家庭成员不愿意放弃工作、从事家中护理照顾事务。因此，导致了大量老年病患者涌入医院，造成了医疗资源的紧缺和医疗费用激增等现象。这一“并非需要治疗而因需要接受照顾而住院”的现象被称之为“社会性住院”（杨程，2010）。为解决老人照顾及“社会性住院”所带来的一系列社会问题，从 20 世纪 80 年代以来，日本政府作了中长期规划，主要过程包括：1983 年颁布《老年人保健法》，纠正医疗为主的老年人医疗保障模式，更为关注预防保健；1986 年修改《老年人保健法》，增加老年保健设施，加强居家养老为主的保健、早期疾病预防工作；1989 年开始实施“老年人保健福祉推进 10 年战略”，即“黄金计划”，准备用 10 年时间，集中建设一批与居家养老相配套的社会性护理服务设施，并增加家庭服务员数量；之后的十年基本实现了老年医疗模式向护理模式的转型；2000 年开始实施针对老年照顾的“护理保险制度”，以保险的形式解决老年人长期照护的筹资问题。

日本现在的卫生政策跟过去相比，或者跟大多数其它国家，尤其是发展中国家相比，其筹资和服务在两个方面更为侧重。一是预防保健，日本政府认为，中年期的健康维持会对老年的健康产生巨大影响，因此将应对生活习惯病的综合对策作为重点干预手段，早在 1983 年的《老年保健法》中，就规定给 40 岁以上的全部人口提供预防保健服务，而 1991 年的一项评估报告显示，这种中年期的健康干预确实有效降低了老年人对住院服务的利用（Tatara et al.,1991）。之后这一观念逐步强化，1994 年，旧的《公共卫生中心法》（1947 年颁布）被废除，取而代之以《社区卫生法》，主张公共卫生的重点不再是具体疾病的预防，而是对良好生活习惯的干预；至 2008 年，更是从预防生活习惯病的观点出发，开始引入由医疗保险运营机构实施的体检及保健指导制度。这种针对生活习惯病的综合干预，短期效果不一定十分显著，但是从中长期角

度来看会成为延长健康寿命、减少医疗费的关键手段，正所谓“控制卫生费用的最有效方法是保持大众健康（reducing health care cost by keeping people healthy）”（Kozo Tataka, etc., 2009）。

二是护理，日本的老年健康服务已经完成了从医疗模式向护理模式的转型，日本除了全面和完善的延伸到家庭的照护服务外，34万张疗养病床和72万张看护病床，占全部病床总数的45%，这样老年人对医院住院服务的利用就可以大大减少。值得一提的是，日本的长期照护以帮助老年人自立为理念，并没有将老年人看成被动的受助者，老年服务的三原则包括：尊重老年人自身的决定，周围人对其给与支持；着眼于现有的能力，支持其自立；不要与目前的生活隔绝，维持持续性的生活（蔡麟，2004；宫岛俊彦，2010）。此外，日本还非常重视家庭在长期照护中的作用，这不仅表现在以居家照护为主要的长期照护模式，还采取优惠政策鼓励家庭成员和亲属照顾老人，比如开发了一批低价位的“三代同堂”式住宅，对愿意入住的家庭，提供优惠贷款；对于抚养老人的亲属，也可以扣除一部分收入所得税和居民税。这类的政策除了节约资源的考虑外，还有缓和日益严重的家庭松散化倾向的考虑，使老年人能享受天伦之乐（尹银，2009）。

在上述综合手段下，日本的医疗费用得到了有效控制，如图1所示，从1995年到2006年，不论是医疗费的绝对值，还是医疗费占GDP的百分比，都上涨的比较缓慢，在2000年甚至出现下降。

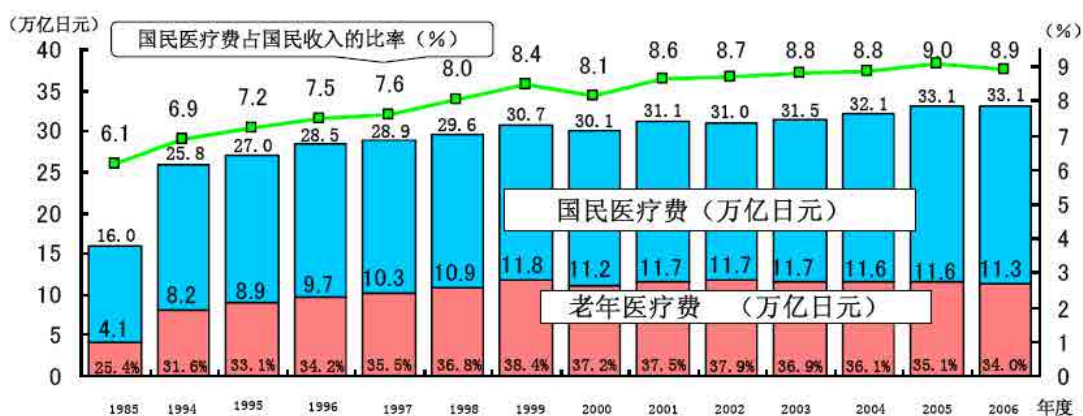


图1：历年日本医疗费情况

数据来源：宫岛俊彦，《超老龄化社会的地域保健》，中国人口与计划生育委员会“中日韩老年保健高层论坛”，北京：2010年4月29日。

正是因为实施了上述改革措施，尽管日本是全世界老龄化程度最高的国家，其应对成效却也同时位于世界之首。如表3所示，与其它发达国家相比，日本的人均卫生费用并不高，更重要的是，其总费用得到了有效控制，在2003年到2006年期间，卫生总费用占GDP的比例只提高了0.4个百分点，而2006年的人均卫生费是主要发达国家中最低的。

表 3: 各国卫生总费用情况

国家	卫生总费用占 GDP 比例 (%)		政府支出占卫生总费用比例 (%)		个人支出占卫生总费用比例 (%)		政府卫生支出占政府总支出比例 (%)		按平均汇率 (美元) 计算的人均卫生费	
	2003	2006	2003	2006	2003	2006	2003	2006	2003	2006
全球	8.2	8.7	56.6	57.6	43.3	42.4	13.7	14.3	473	716
低收入	4.2	4.3	33.3	36.2	66.7	63.8	5.4	5.9	14	22
中低收入	4.5	4.5	39.2	43.2	60.8	56.8	7.9	8.2	38	74
中上收入	6.1	6.3	52.9	55.1	47.1	44.8	9.1	9.8	235	412
高收入	10.0	11.2	59.8	60.7	40.0	39.3	16.0	17.1	2629	4012
日本	7.7	8.1	81.3	81.3	18.7	18.7	16.0	17.9	2827	2759
韩国	4.5	6.4	48.8	55.7	51.2	44.3	9.3	11.7	494	1168
中国	4.6	4.6	38.3	40.7	61.7	59.3	11.1	9.9	44	94

数据来源: 世界卫生组织, 《2009 年世界卫生统计》, 世界卫生组织网站, www.who.int

而且, 日本国民的健康水平也居于前列。日本的预期寿命不仅具全世界之首, 其它各项健康指标也均居于前几位。从这些数据我们可以看出, 日本是在一个非常高的老龄化程度上, 维持了一个高公平性、高效率、可持续发展的卫生体系。

(三) 日本经验对中国的启示

事实上, 日本应对老龄化的卫生改革之所以成效显著, 是因为其充分认识到了老龄化社会健康需求的转变——在老龄化社会到来之前, 人均期望寿命较低, 整个社会的疾病谱基本上是以急性病、外伤、传染病为主, 因此医院治疗是健康服务的核心; 但是人均期望寿命的延长, 慢性病和失能的风险随之增加, 而这两个风险在很大程度上跟生活环境与生活习惯有关, 这两个特点决定了更有效的健康服务不是疾病治疗, 而是以改善生活习惯为核心的慢性病管理和失能的预防; 此外, 对于老年人来说, 随着生理功能的弱化, 失能的发生率也远高于其它人群, 因此产生对中低强度护理保健服务以及相关生活服务的需求, 这类服务也就是我们通常所指的长期照护。日本的经验告诉我们, 尽管老龄化的到来对健康方面的财政支出造成巨大压力, 尽管成本控制和改善服务两个目标之间经常存在冲突, 但是对预防保健和长期照护服务的投入可以有效减少对昂贵且不适用的住院服务的利用, 在更好地满足了社会成员健康需求的同时, 反而使卫生费用获得了一定程度的控制。

二、中国的老龄化背景与养老服务需求

我国目前已进行过六次全国人口普查。从历次人口普查数据, 可以大致看出我国人口老龄化的变化情况及其发展趋势。

表 4：中国历次人口普查人口老龄化的发展变动情况

单位：万人、%

年份	总人口	≥人口岁总人口	≥总人岁人口比例	≥人口岁总人口	≥总人岁人口比例	0-14 岁人口	老龄化指数
1953	56745	4154	7.32	2504	4.41	20584	12.17
1964	69458	4225	6.08	2458	3.54	28067	8.76
1982	91	7664	7.63	4928	4.91	33725	14.61
1990	11	9697	8.58	6299	5.57	31300	20.12
2000	124261	12998	10.46	8827	7.1	28453	31.02
2010	133281	17759	13.32	11889	8.91	22132	53.71

数据来源：历次人口普查资料，引自 2014 中国养老保险主题研讨会，王小平《以房养老发展探讨》。

2010 年中国进行了第六次全国人口普查，根据六次普查的统计数据，我国 60 岁以上的老年人口已达 1.7765 亿，占全国总人口的 13.26%，其中 65 岁以上老年人口达 1.1883 亿，老年抚养比达到 11.9%^①。从 2011 年到 2015 年，全国 60 岁以上老年人将由 1.78 亿增加到 2.21 亿，平均每年增加老年人 860 万；老年人口比重将由 13.3% 增加到 16%，平均每年递增 0.54 个百分点。老龄化进程与家庭小型化、空巢化相伴随，与经济社会转型期的矛盾相交织，社会养老保障和养老服务的需求将急剧增加。未来 20 年，我国人口老龄化日益加重，到 2030 年全国老年人口规模将会翻一番。

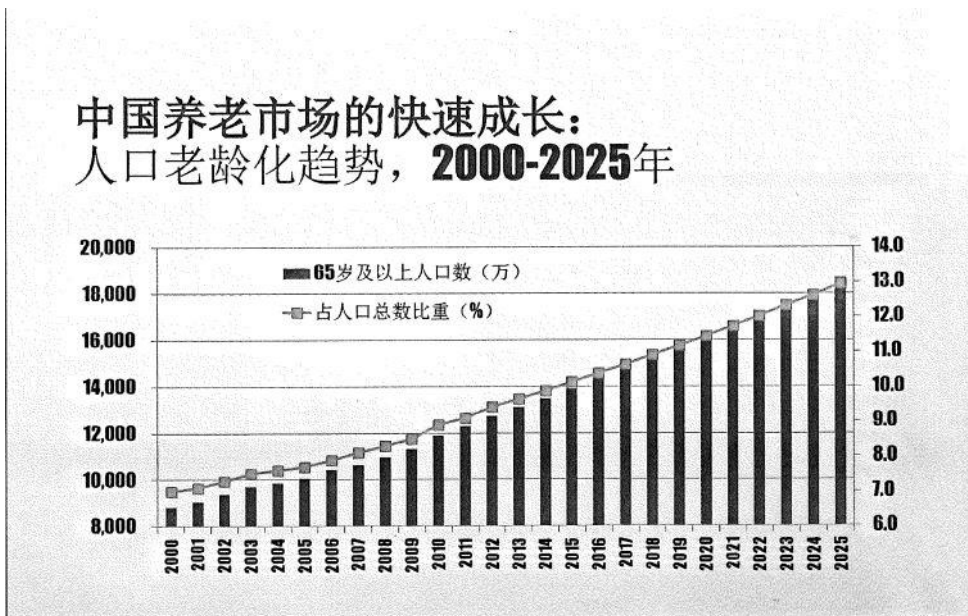


图 2：中国人口老龄化趋势（2000-2025 年）

数据来源：引自 2014 中国养老保险主题研讨会，贺立平《中国养老金体制发展方向》。

^① 全国老龄办，《2010 年中国老龄事业发展统计公报》。

我们选取了卫生部统计信息中心“2008年全国卫生服务调查”、北京大学“2011年健康与养老追踪调查”、全国老龄科研中心“2000、2006、2010年全国老年人口追踪调查”三个方面的数据，以及部分比较权威的人口学者的研究成果，进行分析和整合，对老年人的养老服务需求有如下发现：

老年人口是健康高风险人群，一般来说，随着年龄的增加，慢性病和失能的风险迅速加大，第四次全国卫生服务调查的数据证实了这一点。如表5所示，首先，横向比较，老年人口的健康状况与调查人口的总体情况相比，差距非常大，2008年，老年人口的慢性病患者率是平均情况的4倍；其次，纵向比较，从2003年到2008年的五年间，老年人口的两周患病率和慢性病患者率都有显著增加，到2008年，接近一半的老年人受到慢性病的侵害。单就这项数据来看，老年人的健康状况呈现下降趋势。还有一种可能的解释是，因为医疗保障制度的实施和对健康的更加关注，使得老年人更多地利用医疗服务，这样过去处于隐形状态的疾病和慢性病因诊断出来而成为显性。但是无论何种原因造成，老年人如此之高的两周患病率和慢性病患者率是需要引起重视的，这也意味着老年人健康服务需要量的持续、显著的增加趋势。

表 5：调查老年人口的健康状况

	两周患病率 (%)		慢性病患者率 (%)	
	2003	2008	2003	2008
调查人口总体情况	12.8	15.0	10.3	11.1
60岁以上老年人	32.1	43.2	38.2	43.8

数据来源：卫生部统计信息中心编，《2008中国卫生服务调查研究》，中国协和医科大学出版社，2010。注：调查人口平均情况所用的数据是年龄标准化数据。

除了疾病状况之外，这次调查还有对老年人口失能状况的设计。从调查数据看，有8.2%的被调查者在行走方面处于失能或半失能状态，有7.3%的被调查者在听力方面有严重问题，有4.3%的被调查者在视力方面有严重问题。我们尚不清楚上述各类失能人群在多大程度上有重合，单就最高比例的行走方面的失能者计算，全国在这方面失能的老年人则达到900万。这些失能老人都需要长期照护服务。

2011年北京大学健康与养老追踪调查的相关数据反映了比全国卫生服务调查更严重的情况。图3展示了60岁以上老年人口的一些基本健康指标，在整体老年人样本中，日常活动有困难的老年人口比例达到38.1%；日常活动需要照料的老年人口比例达到了23.8%；身体疼痛的老年人口比例达到33.4%，体重过轻的老年人口比例达到10.7%；高血压是老年人口最普遍的健康问题，患有高血压的老年人口比例高达54%。

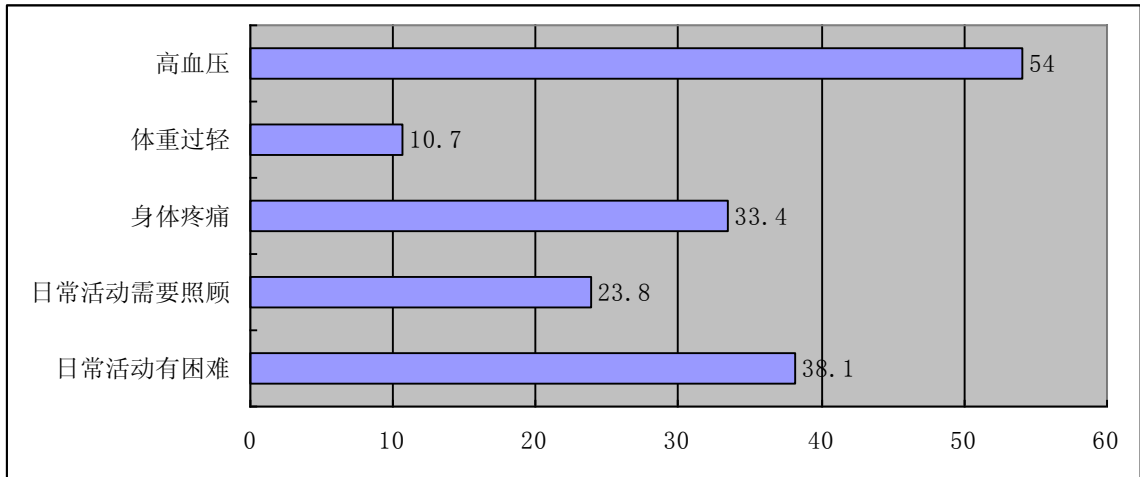


图 3：60 岁以上老年人口的健康状况

老年人口日常活动需要照料的比例急剧攀升,70 岁以上老年人口中日常活动需要照料的比例约为 30%，到 80 岁以后，日常活动需要照料的比例达到 50%以上；除此之外，男性和女性对日常活动需要照料的需求也有显著差异，在每一个年龄段下，女性日常活动需要照料的比例都比男性要高出 5 到 10 个百分点，国外研究通常认为女性可能比男性更脆弱，更愿意表达日常照料的需求，这是主观方面的解释；在中国，还有一个客观因素，就是性别差异，在传统社会下男尊女卑，因此在教育资源、医疗资源的分配上，女性通常比男性更难获得家庭的资源，所以客观上也造成了女性在健康上的弱势积累。

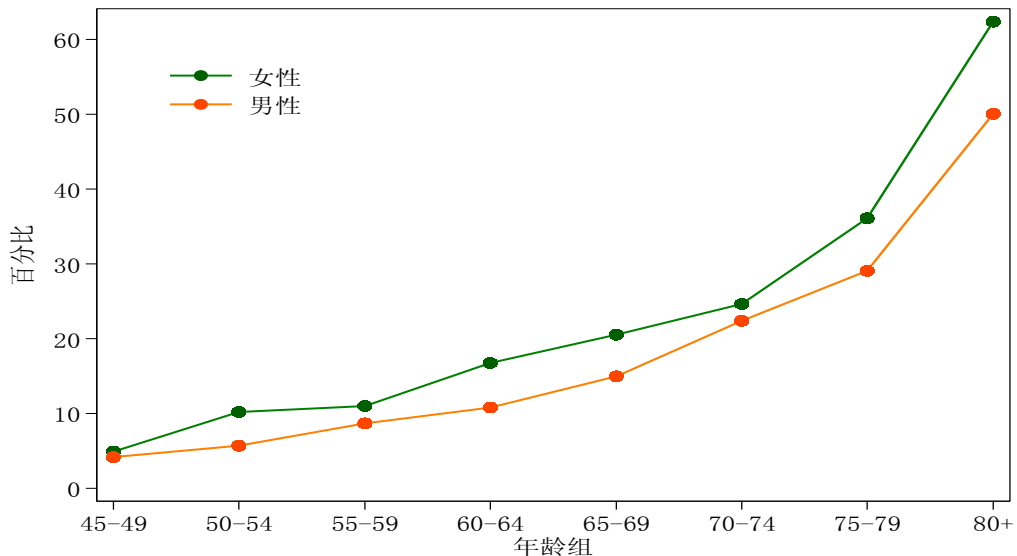


图 4：日常活动需要照顾的人口比例

在所有健康问题中，最严重的情况就是老年人完全失能，日常活动完全依赖他人照料。中国老龄中心曾于 2000 年、2006 年和 2010 年分三次进行了中国城乡老年人口

状况的追踪调查。根据 2006 年《中国城乡老年人口追踪调查》数据，城镇老年人口日常活动能够自理的比例占 85.4%，部分自理的比例占 9.6%，完全不能自理的比例占 5.0%；而农村老年人口中，能够自理的比例占 79%，部分自理的比例占 14.1%，完全不能自理的老人占 6.9%^①。

2010 年，老龄中心对于中国城乡老年人口的健康状况进行第二轮追踪调查，调查数据结果表明，城乡老年人口中部分自理老人的比例占 15.9%，完全不能自理的老人占 6.8%。其中农村老年人中部分自理的比例为 18.6%，完全不能自理的比例为 7.8%；城镇老人中部分自理的比例为 12.4%，完全不能自理的比例 5.6%。城镇老年人口的自理情况好于农村老年人的自理情况。2010 年六普数据中 60 岁以上老年人口总数为 1.7765 亿，按照老龄中心的失能比例，城乡日常生活中完全不能自理的老年人约合 1200 万，其中，城镇失能老年人口约为 440 万，农村失能老年人口为 750 万。城乡日常生活部分能自理的老人 2800 万，其中农村部分能自理的老人约为 1840 万，城镇约为 970 万。城乡合计的部分自理和完全不能自理的老年人口总数约为 4000 万人。而根据《北京大学健康与养老追踪调查》数据统计分析结果，中国 60 岁以上老年人口中，日常活动需要照料的老年人口总数将近 4200 万，这个数据与老龄中心 2010 年的调查结果基本相当。

表 6：失能老人的全国调查的对比

数据来源		失能老人	其中	
			部分失能老人	完全失能老人
老龄中心	2006 年调查数	2831	1893	938
	2010 年调查数	4031	2818	1213
CHARLS	2011 年基线	4200	3100	1100

综上所述，从数量上看，老年人需要大量的健康服务，尤其是随着老龄化趋势的日趋严重，老年人卫生服务的需要量将会持续增加。从种类上看，老年人需要多种健康服务——首先，老年人的两周患病率和慢性病患者率都非常高，因此针对慢性病和其它老年病的治疗是必不可少的；其次，健康服务并不等同于治病，没病的意义要远大于治好病，尤其对于慢性病而言，老年人最常见的高血压、糖尿病、心脑血管疾病等，都跟生活习惯有一定的关系，在一定程度上是可以预防或者控制病情加重的，在这一方面，慢性病预防和管理，以及健康教育都是非常必要的；再次，大多数时候，老年人体质的下降是不可逆的，针对这些老人需要提供长期的、不间断的日常照护，这也是健康服务的非常重要的一项内容。也就是说综合上述来自不同渠道的调查数据，这三类服务都存在巨大需求，而且随着中国老龄化程度的迅速加深，这些需求也会急剧扩大。

^① 《〈中国城乡老年人口状况追踪调查〉研究报告》，中国网（http://www.china.com.cn/news/txt/2007-12/17/content_9392818.htm）2007 年 12 月 7 日。

三、中国的老龄事业实施体制与养老服务政策框架

(一) 老龄事业实施体制

中国老龄事业有关的组织机构主要有三，分别为全国老龄委、民政部和卫生计生委。

1、全国老龄委

全国老龄工作委员会（以下简称“全国老龄委”）是国务院主管全国老龄工作的议事协调机构，成立于1999年10月。全国老龄委由27家单位组成^①，下设全国老龄工作委员会办公室，设在民政部。从2005年8月开始，办公室与中国老龄协会实行合署办公。“在国内以全国老龄工作委员会办公室的名义开展工作；在国际上主要以中国老龄协会的名义开展老龄事物的国际交流与合作”（中央编办发【2005】18号）。目前，全国已基本建立起省（自治区、直辖市）、地（市、州、盟）、县（市、区、旗）、乡镇（街道）各级老龄工作委员会及其办事机构，村（居）民委员会有专人负责老龄工作，初步形成从中央到地方的工作网络。

全国老龄委的主要工作职责包括五点：1）研究、制定老龄事业发展战略及重大政策，协调和推动有关部门实施老龄事业发展规划。2）协调和推动有关部门做好维护老年人权益的保障工作。3）协调和推动有关部门加强对老龄工作的宏观指导和综合管理，推动开展有利于老年人身心健康的各种活动。4）指导、督促和检查各省、自治区、直辖市的老龄工作。5）组织、协调联合国及其他国际组织有关老龄事务在国内的重大活动。^②

全国老龄委内设机构包括综合部、政策研究部、事业发展部、宣传部（全国老龄办新闻办公室）、国际部（全国老龄办港澳台事务办公室）、人事部等六个部门。另外，他还是四家全国性非营利组织的业务主管单位，这四家社团是中国老龄产业协会、中国老龄事业发展基金会、中国老年学学会、以及中国老年大学协会。

2、民政部社会福利和慈善事业促进司

民政部社会福利和慈善事业促进司（简称福利司）成立于2008年9月，根据国务院“三定”方案赋予的职责，福利司分管福利彩票发行、慈善和社会捐助、老年人和残疾人福利及儿童福利事业等工作。下设处室有福利彩票（综合）处、慈善和社会捐助处、老年人福利处、残障人福利处、儿童福利处。其中，老年人福利工作的主要内容有：

1. 拟订老年人社会福利事业发展规划和老年人权益保护政策，并指导实施，组织实施老年人福利事业发展纲要；
2. 拟订发展养老服务业的政策，组织和指导

^① 27家单位分别是：中央组织部、中央宣传部、中直机关工委、中央国家机关工委、外交部、国家发展改革委、教育部、国家民委、公安部、民政部、司法部、财政部、人力资源社会保障部、住房城乡建设部、文化部、卫生计生委、国家税务总局、国家新闻出版广电总局、国家体育总局、国家统计局、国家旅游局、中国保监会、总政治部、全国总工会、共青团中央、全国妇联、中国老龄协会。

^② 全国老龄工作委员会网站 <http://www.cncaprc.gov.cn/about/341.jhtml>

构建以居家养老为基础的养老服务体系；3. 拟订社会福利院、社会福利中心、养老院、老人院、老年公寓、护老院、护养院、托老所、老年人日间照料中心等国办、民办养老机构的管理办法，指导养老机构管理；4. 承担全国社会福利服务标准化委员会秘书处日常工作。负责社会福利院、社会福利中心、养老院、老人院、老年公寓、护老院、护养院、托老所、老年人日间照料中心等国办、民办养老机构的建设和服务标准、从业人员职业标准及管理规范并指导实施；5. 拟订政府对老年人及社会福利院、社会福利中心、养老院、老人院、老年公寓、护老院、护养院、托老所、老年人日间照料中心等养老机构的资助办法；6. 组织开展养老服务业的信息化建设，建设养老服务信息化平台。^①

3、卫生计生委计划生育家庭发展司

卫生计生委计划生育家庭发展司（简称卫计委家庭司），主要的工作职责是，提出促进计划生育家庭发展的政策建议，建立和完善计划生育利益导向机制及特殊困难家庭扶助制度，拟订计划生育奖励扶助政策，承担出生人口性别比综合治理工作。机构设置上，设综合处、家庭发展指导处、性别比治理办公室、以及利益导向处。

2014年3月为了深入贯彻落实“积极应对人口老龄化”的战略部署，国家卫生计生委成立了卫生计生老龄工作领导小组，家庭司是其领导小组下设成员之一。其主要工作职责更多向计划生育家庭，老年人家庭，以及老年人的医疗保健服务倾斜，并且为相关政策提供支撑。以下是职责细则：

1) 会同有关部门研究提出应对人口老龄化的政策建议；2) 推动老龄健康支持体系建设，协调拟定相关规划、规范、标准等并组织实施；3) 完善农村部分计划生育家庭奖励扶助制度和计划生育家庭特别扶助制度等家庭扶助制度；4) 以计划生育家庭为重点，完善家庭养老支持政策，建立健全家庭养老保障和照料护理服务扶持政策；5) 为老年人家庭成员提供照护专业培训和支持，充分发挥家庭成员的照料护理、精神关爱和心理支持作用；6) 研究制订相关扶持政策措施，支持社区以多种形式为居家老年人提供上门医疗保健服务；7) 整理研究老年人口基本数据及健康信息，组织开展卫生计生老龄问题研究，为制订相关政策提供理论与数据支持；8) 定期开展老年人口及健康情况综合评估工作。^②

在卫生计生系统中，其所承担的与老年服务相关的工作，主要是老年疾病预防与保健、疾病诊治与康复、长期照护与临终关怀以及制定医疗保障、家庭照护支持政策等任务。这些均是老年健康支持体系中的核心内容和关键环节。

4、卫生计生委基层卫生司

^① 百度百科：“民政部社会福利和慈善事业促进司” <http://baike.baidu.com/view/5110567.htm?fr=aladdin>。

^② 国家卫生计生委计划生育家庭发展司：“国家卫生计生委办公厅关于成立卫生计生老龄工作领导小组的通知” <http://www.nhfp.gov.cn/jtfzs/s3581c/201403/86205cd8f8ec48478e1bc31101642abd.shtml>，2014年3月17日。

卫生计生委基层卫生司（简称卫计委基层司），主要的工作职责是拟订农村卫生和社区卫生政策、规划、规范并组织实施，指导全国基层卫生服务体系建设和乡村医生相关管理工作，监督指导基层卫生政策的落实。下设机构包括综合处、农村卫生处、社区卫生处、合作医疗处、基本卫生保健处^①。

2014年3月为了深入贯彻落实“积极应对人口老龄化”的战略部署，国家卫生计生委成立了卫生计生老龄工作领导小组，基层司是其领导小组下设成员之一。其职责细则包括：

- 1) 巩固完善新型农村合作医疗制度，推动提高保障和管理、服务水平；
- 2) 配合相关部门，将符合条件的养老机构内设医疗机构纳入定点范围，入住的参保老年人按规定享受相应待遇；
- 3) 指导基层医疗卫生机构积极开展老年人医疗、护理、保健、健康管理等服务，探索为老年人提供居家康复护理服务；
- 4) 指导基层医疗卫生机构落实国家基本公共卫生服务项目中老年人有关各项服务；
- 5) 推动基层医疗卫生机构与老年人家庭建立医疗契约服务关系。^②

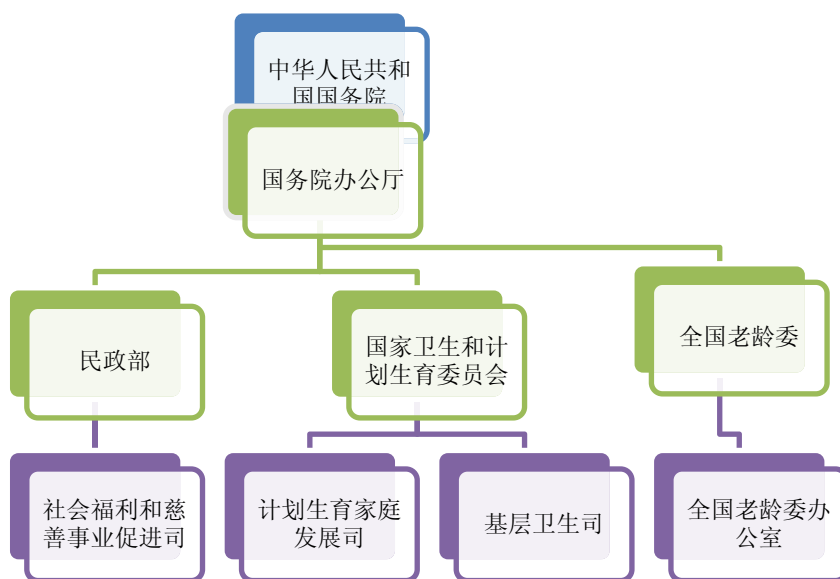


图 5：中国老龄事业相关组织机构架构图

（二）养老服务政策框架

根据上文所述，我们通常所说的养老服务（aging care）实际上包括了医疗服务（medicare）和日常生活照料（social care）两部分。这两部分在中国分属于卫生部门

^① 国家卫生计生委基层卫生司网站 <http://www.nhpsc.gov.cn/jws/index.shtml>

^② 国家卫生计生委计划生育家庭发展司：“国家卫生计生委办公厅关于成立卫生计生老龄工作领导小组的通知” <http://www.moh.gov.cn/jtfzs/s3581c/201403/86205cd8f8ec48478e1bc31101642abd.shtml> 2014年3月17日。

和民政部门两个政府部门管理，因此政策框架也是各自独立的。

1、老年医疗服务

中国目前正在经历一轮全面的医疗体系改革，其中直接影响到养老服务的是医疗保障和公共卫生的改革。

从 2003 年开始，中国政府开始构建覆盖全民的医疗保障体系，经历了 5 年的发展，这一体系在 2008 年终于完全构建起来。如表 7 所示，第四次全国卫生服务调查的数据显示，2003 年被调查的老年人中，有 66.6% 没有参加任何医疗保险，而到 2008 年这个数据降低到了 8.7%。除了保障面外，保障水平也逐步提高，以新型农村合作医疗制度为例，制度建立之初的筹资标准是每人 30 元，经过几次调整，目前的筹资标准已达到每人 120，很多地方甚至更高。

表 7：调查（60 岁以上）老年人口的社会医疗保险参加率（%）

	城镇职工 医保	公费医疗	城镇居民 医保	农村合作 医疗	其它社会 医疗保险	没参加
2003 年	17.6	3.4	0.0	7.7	3.8	66.6
2008 年	24.3	2.8	3.1	60.5	0.5	8.7

数据来源：卫生部统计信息中心编，《2008 中国卫生服务调查研究》，中国协和医科大学出版社，2010。

尽管新一轮的医改是对整个卫生体系的全面改革，涉及了医疗保障、公共卫生、公立医院改革、药品流通体系改革、基层医疗机构改革等几乎所有方面，但是针对失能者的医疗护理并没有相关政策出台，目前这一部分在国家层面的政策上仍是空白。

伴随老龄化程度加深和医保水平的提高，再加上没有专门针对长期照护的社会性筹资制度，所以现在出现两种情况：一是被动的“社会性住院”，广东、浙江等发达地区已经出现不是因为需要“治疗”而住院，而是因为需要被“护理”而住院的情况；二是部分地方政府主动地让部分医院和基层卫生机构提供护理病床服务，比如上海市将大力推动部分二级医院转型为康复或老年护理医院，山东省东营市城市 35 个社区卫生服务中心、100 个社区卫生服务站和农村 1684 家村卫生室设立了老年病床。但是即使是后者也不是真正意义的长期照护，它既不能给失能者提供很长时期的持续的服务，而且也仅限于部分医疗和护理，服务内容缺乏对失能者的针对性，也不全面。此外，上述两种情况无疑也会大大增加医疗保险支出，给医疗保险的可持续性带来风险。事实上，就发达国家而言，很大程度上都是在老龄化水平较高，同时医疗保障也较发达的双重情况下，出现了长期照护的大量社会需求，而只能通过“社会性住院”进行部分满足，所以才推动政府构建长期照护体系，并承担部分长期照护的筹资责任。上文提到的日本经验就是一个典型案例。目前中国的“社会性住院”已经在部分地区出现，而且随着医疗保障水平的进一步提到，这种情况将会更加严重，因此构建长期照护体现和政府承担部分筹资责任已经是非常必要的了。

另外一个跟养老服务关系最密切的部分是公共卫生领域的改革。新医改以前，我国已经进入到老龄化社会，进入到慢性病、生活习惯病的高发期，与此同时却是公共卫生服务仍局限于传染病预防、环境卫生改善等传统公共卫生领域，而且公共卫生服务在很长一段时间被基层医疗机构忽略。正是认识到这些，新医改开始实施由政府承担筹资责任的基本公共卫生服务，同时明确通过购买服务的方式，由基层医疗机构提供这些服务。基层医疗卫生机构的功能定位在相关文件中进一步明确，即包括基本医疗和公共卫生服务在内的“基本卫生服务”，新医改通过一系列政策措施，引导基层医疗卫生机构将服务重心逐步转移到常见病、多发病的诊疗和居民健康管理上来，2009年开始实施的国家“基本公共卫生项目”是其中最主要的一项措施，2013年服务包的内容扩大到10类42项。在筹资上，由各级财政落实每人每年15元的公共卫生服务经费，2011年筹资标准提高到25元，2013年提高到30元。服务包的内容主要包括：建立居民健康档案，健康教育，预防接种，传染病防治，高血压、糖尿病等慢性病和重性精神疾病管理，儿童保健，孕产妇保健，老年人保健等。比如在2013年的服务包中（表8）可以看到，10类公共卫生服务，有五类与老年健康服务相关，其中有两类是全部针对老年人（慢性病管理和老年人健康管理），有一类是针对老年人和儿童（中医药健康管理），还有两类跟老年人有关（建立居民健康档案和健康教育）。

表8：2013年全国基本公共卫生服务包的部分内容

序号	类别	服务对象	项目及内容
一	建立居民健康档案	辖区内常住居民,包括居住半年以上非户籍居民	1.建立健康档案
			2.健康档案维护管理
二	健康教育	辖区内居民	1.提供健康教育资料
			2.设置健康教育宣传栏
			3.开展公众健康咨询服务
			4.举办健康知识讲座
			5.开展个体化健康教育
六	老年人健康管理	辖区内65岁及以上常住居民	1.生活方式和健康状况评估
			2.体格检查
			3.辅助检查
			4.健康指导
七	慢性病患者健康管理（高血压）	辖区内35岁及以上原发性高血压患者	1.筛查
			2.随访评估和分类干预
			3.健康体检
	慢性病患者健康管理（2型糖尿病）	辖区内35岁及以上2型糖尿病患者	1.筛查
			2.随访评估和分类干预
			3.健康体检
十	中医药健康管理	辖区内65岁及以上常住居民和0~36个月儿童	1.老年人中医体质辨识
			2.儿童中医调养

从内容上看，上述基本公共卫生服务是以老年人的预防保健和健康管理为主，这对于预防老年人失能无疑是有非常积极的意义的。但是上述目的的实现和健康服务模式的转变，主要依赖基层卫生服务体系的改革，而其核心是基层医疗机构改革。但是恰是因为基层医疗机构长期以来形成的以疾病治疗为核心的人员结构和工作方式，因此基本公共卫生项目的实施并没有伴随着服务方式的相应改变，其效果自然非常有限。

2、老年日常生活照料

传统上，家庭养老是中国的主要养老方式，或者说跟众多发达国家相比，无论是养老服务的筹资还是服务的直接提供，基本上都是家庭的责任。除了家庭养老外，所谓的“社会化养老”主要是以公立的养老机构为主，供养没有法定赡养人，经济条件又比较困难的老人，在农村主要是针对“五保老人”的敬老院，在城市主要是针对“三无老人”的福利院。随着老年人口的增加，上世纪末开始有越来越多的完全市场化的、私利的养老机构发展起来。进入 21 世纪，随着中国人口老龄化的加剧以及家庭养老功能的衰退，失能老人和养老服务体系的问题逐渐进入人们的视野，“社会化养老”的概念开始扩大，并得到越来越多关注。在过去的近 10 年中，中国的养老服务业得到较大发展，这主要有两大政策背景：

一是国家对于养老问题的关注，以及“社会化养老服务”框架的构建。2006 年，国务院办公厅发布《关于养老服务业发展的意见》，提出要建立“以居家养老为基础、社区服务为依托、机构养老为补充的服务体系（后修改为“机构为支撑”），自此之后，这一原则成为中国养老服务体系框架建设的最基本的指导性原则。2008 年国家老龄办发布的《关于全面推进居家养老服务工作的意见》中进一步指出，“居家养老服务是指政府和社会力量依托社区，为居家的老年人提供生活照料、家政服务、康复护理和精神慰藉等方面服务的一种服务形式。它是对传统家庭养老模式的补充与更新，是我国发展社区服务，建立养老服务体系的一项重要内容。”这一“居家养老”的定义，以及对于“居家养老为基础”和“社区服务为依托”的关系的阐述，将所谓“社会化养老”的主体模式确定下来。

二是第三产业的发展日益受到重视，而养老服务体系的建设作为第三产业的一部分也受到政策支持。2007 年国务院发布《关于加快发展服务业的若干意见》，提出要“加快发展服务业，提高服务业在三次产业结构中的比重，尽快使服务业成为国民经济的主导产业”，其中“社会化养老服务”被提及。在此基础上，国务院办公厅在 2010 年发布《关于发展家庭服务业的指导意见》，提出“适应人口老龄化和生活节奏加快的趋势，重点发展家政服务、养老服务、社区照料服务和病患陪护服务等业态……加快基本养老服务体系的建设，积极发展社区日间照料中心 and 专业化养老服务机构，支持社会力量参与公办养老服务设施的运营，开展多层次的养老服务”等。接着，2010 年，国务院发布了《关于鼓励和引导民间投资健康发展的若干意见》；2012 年，民政

部发布了《关于鼓励和引导民间资本进入养老服务领域的实施意见》；2013年，国务院又发布了《关于促进健康服务业发展的若干意见》；同年，国务院发布《关于加快发展养老服务业的若干意见》。这四个文件一脉相承，基本的思想是，鼓励民间资本进入养老和医疗服务领域。一方面通过政策规范和扶持，实现政府的引导支持；另一方面，充分发挥市场的作用，提高服务的供给和效率。这样既能通过第三产业的发展促进就业，拉动经济增长，同时也能满足日益增长的服务需求，尤其是养老和健康服务的需求。

上述两方面的政策背景共同促进了“养老服务业”的发展，这进一步反映在相关的规划中。根据2010年的《中国老龄事业发展“十二五”规划》和国务院办公厅发布《社会养老服务体系规划建设规划（2011-2015年）》的要求，要“重点发展居家养老服务，大力发展社区照料服务，统筹发展机构养老服务，优先发展护理康复服务。”居家养老和社区养老服务网络基本健全，目标是到2015年，社区养老服务网络覆盖80%的城市和50%的农村社区，新增各类养老床位342万张，全国每千名老年人拥有养老床位数达到30张，地（市）级以上城市至少要有一所专业性养老护理机构，使日间照料服务基本覆盖城市社区和半数以上的农村社区。

表 9：近几年养老服务设施提供情况

	养老机构床位数 (万张)	每千老年人拥 有床位 (张)	社区服务设 施 (万个)	社区留宿照 料床位 (万张)	社区日间照 料床位 (万张)
2013年	474.6	24.5	25.6	18.5	36.5
2012年	416.5	20.6	18.8	2.9	14.7
2011年	353.2	19.1	16.0	1.0	7.9
2010年	314.9	--	15.3	1.2	4.7

数据来源：中国民政部网站

由表9可知，中国养老服务设施增长迅速，不仅绝对数量逐年增加，而且增长速度也在加快，尤其是社区的服务设施，这正是各级政府注重养老服务设施建设的结果。

然而需要指出的是，中国养老服务的制度框架正处于搭建的初期，现阶段主要关注的是服务体系的建设，具体而言就是提供机构的引导和支持，而其他制度层面的问题还无暇涉及。尤其是从财政资金的投入来看，主要的投入是补贴社区服务设施和养老机构，但是对于需方的补贴是非常有限的。相关的文件要求，“要建立适度普惠老年福利制度”，财政资金对于需方的补贴主要是“对于无劳动能力、无生活来源、无法

定赡养人的老年人，采取集中供养或分散供养的方式，由政府负责保障他们的基本生活，并提供无偿的养老服务。对于 80 周岁以上的低收入老年人，逐年建立高龄津贴制度。对于生活困难的老年人，建立养老服务补贴制度，为他们入住养老机构或接受居家和社区养老服务提供资金支持。对于生活长期不能自理、经济困难的老年人，根据其失能程度等情况给予护理补贴。”也就是说，从政府筹资上来看，目前的政策导向只是非常低水平的“救济式”的补贴而已。

养老服务制度框架处于搭建初期还意味着中央的框架是比较抽象和笼统的，因此地方就有了更大的政策再造的空间，从本次研究的地区调研中我们可以发现，各地的具体政策有很大区别，后文第六部分将做具体介绍。

四、中国老龄产业发展情况

中国的老龄产业发展较晚，在 1997 年 5 月 28 日举办的中国首次老龄产业研讨会上，中国老龄协会会长张文范首次公开明确提出“老龄产业”这一说法。它是在计划经济条件下从为主要照顾“三无”或“五保”等特殊对象而设立的国家福利设施的基础上发展起来的，因此，经历了一个由老龄事业向老龄产业转变的过程。

2000 年，国务院办公厅发布了《关于加快社会福利社会化的意见》，提出了“发展多种所有制形式的社会机构”的目标和构想；此后国家逐年出台了一些意见和规划，如 2006 年的《关于加快发展养老服务业的意见》；2008 年的《关于全面推进居家养老服务工作的意见》；以及 2011 年的《社会养老服务体系规划（2011-2015）》，从政策导向上不断强化养老服务产业化发展，强调要充分发挥市场的作用，“为各类服务主体营造平等参与、公平竞争的环境”；2013 年，《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》明确指出，“要通过完善扶持政策，吸引更多民间资本，培育和扶持养老服务机构和企业的发展”，更是被一些业内人士认为是“中国养老产业元年”的政策标志。

养老产业按需求属性可分为医疗保健业、日常生活用品业、家政服务业、房地产业、保险业、金融业、娱乐文化产业、旅游业、咨询服务业等一些细目。相比欧美或亚洲的韩、日等国，中国的老龄产业尚处于初级阶段：市场开发较晚，发展也相对迟缓，专业化和规范化程度也相对较低；目前，在家政服务业、娱乐文化产业、旅游业、咨询服务业等方面，已经逐步培育了一定的供、需市场，初步建立了养老服务事业与产业协调发展的格局，但在医疗保健业、日常生活用品业、房地产业、保险业、金融业等方面，养老服务产业仍有非常大的发展空间。

（一）医疗保健业和日常生活用品业

在医疗保健业和日常生活用品业方面，目前主要是一些适老产品的开发，包括日常用品（如厨房餐饮、卧室、卫浴用品等）、辅助用品（如助听器、轮椅、身体护具

等)、健康管理用品(如血压计、体重秤、血糖仪等)、医疗护理用品(如理疗仪器、康复用具等)和养生器材(按摩器、足疗用具、健身器材)等。从覆盖率和专业化程度上看,这些方面的适老产品从研发到使用都非常不足。从中国养老产业目前的宣介、交流平台来看,国内主要有两个影响较大的博览会,一个是由中国民政部、中国全国老龄工作委员会办公室、北京市主办的中国国际养老服务业博览会,另一个是国际养老产业(上海)峰会暨博览会(Care Show China),它们提供了B2B一站式专业采购及交流平台,展商主要包括福祉车辆、无障碍设施、适老化家具及卫浴、康复护理用品、助行器械、医疗器械、建筑系统及产品、IT技术与解决方案等一系列的最新适老化产品,对中国养老服务日常生活用品业的发展起到了极大的助推作用。

(二) 房地产业、保险业和金融业

在房地产业、保险业和金融业等方面,养老服务相关产品也有初步发展,主要包括养老地产、以房养老(住房反向抵押贷款或养老保险)、寿险、护理保险等。从养老地产来看,目前国家出台了一定的优惠政策,各地也纷纷开始发展养老地产,但通过调研我们看到大部分养老地产往往有名无实,即只有建设没有规划(适老性不高)、只有机构没有经营(管理水平低),只有床位没有服务(专业化不够);虽然市场潜在需求很大,但很多养老地产如老年公寓等往往是“无效供给”(勾亦军,2013),不能向有效需求群体提供多层次的、专业性的有效服务。从以房养老试点情况看,2003年,时任中国房地产开发集团总裁的孟晓苏提议设立“反向抵押贷款”保险;2004年底,中国保监会计划在广州、北京、上海等全国几大重点城市进行住房逆向抵押贷款寿险品种试点;2005年4月,南宁市推出老年公寓以房换养业务试点;2007年5月,上海市公积金管理中心推出以房自助养老业务;同年10月,北京某养老服务中心推出养老房屋银行业务;2011年10月,中信银行开始办理养老按揭贷款业务;2013年,《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》明确提出“开展老年人住房反向抵押养老保险试点”;同年底,上海银行推出以房养老一站式“房屋管家”专属优惠服务;此外,中国人寿、泰康人寿、平安集团等保险公司通过投资养老社区,也间接介入以房养老业务。就目前发展而言,以房养老存在以下困局:1)不符合中国老年人的养老心理期待;2)不能满足老年人的收益预期;3)仍存在很多法律障碍(如城市房屋70年产权等限制);4)相关金融、地产、养老服务中介组织发展不成熟、缺乏公信力;5)不能有效规避各类风险(如长寿风险、流动性风险、房价贬值风险、利率风险、通胀风险等);6)各类政策制度不完善(如监管、协调不衔接等)等。

从养老金体制来看,目前中国以公共财政为依托、现收现付式的基本养老金体制相对低端、落后:养老三大支柱严重失衡,第一支柱负担过重;私营养老金市场起步

晚、发展慢；个人养老年金保险及以养老为目的的两全寿险^①发展较快，但这种隐性的养老储蓄难以显性化和制度化，且普及度有限。另外，养老服务所特需的大量护理服务是养老服务业发展中的一个重要组成部分。针对这一养老需求，国际社会普遍发展了护理保险，即向被保险人因年老、疾病或伤残需要长期照顾而提供长期护理服务费用补偿的一种健康保险。如美国主要实行市场主导的社会护理保险和商业护理保险；日本主要实行政府主导的强制性社会护理保险，商业护理保险仅为社会长期护理保险的补充；德国则主要实行社会护理保险和商业护理保险双轨制，按照一定的收入标准为条件进行划分，低于标准的被强制要求加入社会护理保险，高于标准的可以自行选择加入两者之一。

中国目前尚未建立独立的社会护理保险体系，大部分地区的社会保险中也尚未涵盖护理服务，仅有青岛等极个别地区通过在社会医疗保险中提供少量医疗护理项目（如家庭病床、老年医疗护理等，详见青岛地区调研报告）的初步尝试；在商业护理保险方面，市场尚处于培育阶段。国内第一家专业健康保险公司——中国人民健康保险股份有限公司（以下简称“人保健康”），2006年在全国范围内推出了全无忧长期护理个人健康保险，是国内首个具有全面保障功能的长期护理保险，填补了该方面的市场空白；此后又相继推出一些针对特殊需要的专门护理保险产品（如无忧防癌护理健康计划等）；目前，个人护理保险产品有较大发展，但面向老龄群体的仍相对有限。从现状来看，商业护理保险主要面临以下问题：首先，能提供护理保险产品的保险公司不多，且主要以专业健康保险公司为主，如人保健康等少数几个；其次，护理保险产品形式单一，缺乏与护理服务的直接衔接，保险理赔主要采取保险金给付方式，不能覆盖足够丰富的、多级护理保障的产品；再次，护理服务市场上缺乏与被保险人多层次实际护理需求相适应的、标准完备的护理鉴定体系和权威鉴定机构，目前多以丧失日常生活能力（如穿衣、移动、行动、进食、如厕、洗澡等）中的几项为保险理赔的鉴定标准；最后，个人护理保险产品更偏向低龄人群，保障年龄范围一般不超过80周岁，因此应对长寿风险有所降低，高龄失能、半失能群体往往难以纳入被保险范围。

（三）信息化、IT

伴随着信息社会的快速发展，近年来，信息技术在养老服务领域的应用也日益多元、广泛和深入，使老年人能够享受信息社会发展带来的便利。

1、老年人电子产品

目前，国内市场上已经出现大量专门针对老年人生理、心理、消费等方面特点而设计开发的老年人电子产品。比如，老年人手机、收音机、平板电脑、智能手杖、视频扩音器、电脑手写板、电子治疗仪/按摩仪等。以老年人手机为例，和普通手机相

^① 生死两全寿险，即死亡保险加生存保险。或称混合寿险。

比，老年人手机界面更简洁、操作更简便、字体和音量更大、电池续航能力更强、价格更经济实惠，更适合老年群体使用。就目前来看，老年人电子产品的主流消费者是老年人子女/亲属，商家也会在一些节假日或纪念日子里（如重阳节、母亲节/父亲节、父母生日等），以“感恩”、“孝道”、“健康”等话语进行产品营销。可以说，老年人电子产品的快速发展，一定程度上强化了传统家庭养老模式在经济支持、生活照料和情感慰藉三方面的功能。

2、老年人健康管理

建立电子健康档案（Electronic Health Record，简称 EHR）是卫生信息化的一个重要维度。2007 年，美国成为世界上第一个建立 EHR 国家标准的国家。中国对 EHR 的研究起步较晚。到 2009 年，全国已有 35 个城市、2406 个社区卫生服务中心和 9723 个社区卫生服务站建立了社区居民健康档案^①。2009 年卫生部组织制定了《健康档案基本架构与数据标准（试行）》。将五类电子健康档案标准化，包括：个人基本健康信息档案、疾病控制档案、妇幼保健档案、医疗服务档案、社区卫生档案。建立覆盖居民生命全周期的 EHR，有利于开展居民健康评估、健康监测、健康随访、健康指导、健康决策和健康管理，掌握居民疾病谱最新变化趋势，筛选高危人群进行健康干预等。同时，基于知情权的电子健康信息共享也有利于居民跨机构、跨地区就医和享受医疗保险待遇等。如何使 EHR 成为多点采集、动态更新的活档，如何减少重复工作、促进资源共享，如何对 EHR 数据进行深入分析利用等，将是今后发展的要点。

3、智能化老年住宅

英国曾研发出专门针对老年群体的“智能屋”。通过在老年人家中的门窗、卧室、厨房、厕所、电器等关键部位安装传感器，将老年人的活动数据和生命体征传送给信息监测中心和老人的家庭医生。如果浴室的水溢出，会自动关闭水龙头，如果空调过热或过冷，会自动取消错误设定等。类似的，还有英国电信研究室开发的“电子保姆”，美国的 Grandcare 护理监测系统，法国的 Livezoom 家庭视频监控，和其他一些诸如 Attentivecare、Remote Monitor、Quiet Care、Home Guardian 等家庭自动化监控系统。通过地面传感器、网络摄像头等确保居家老人安全。

中国也有公司推出了类似的老年人远程健康管理服务。其健康监测终端有：穿戴型（用于测量老人心率、运动量，提供老人位置信息（防止走失）或是用于紧急呼叫等），居家型（老年人通过电子仪器在家中测量血压、血糖、血氧、体重、体温等信息，结果会实时回传给健康管理中心），社区物理站点型（老年人定期前往社区物理站点进行测量，通过物理站点采集数据）。健康管理中心可每周形成一份老年人健康建议报告，发给子女和老人。还可向老年人推送相关医疗保健知识，提醒老年人按时

^① 曲保丽，2009，《区域信息化中电子健康档案的建设》，《医学信息学杂志》第 4 期。

吃药。如果老年人生命体征出现异常波动，健康管理中心会马上提醒老年人子女前往查看、陪同就医。就医时，老年人日常监测体征也可供医生参考。2012年，深圳市提出建立“虚拟医院”/“云”上医院的理念。通过网络，实时采集居家老人生命体征资料，系统会自动进行数据分析，出现异常自动报警。全科医生会及时进行评估，如果是可以在家自行解决的，进行健康指导；需要就医的，邀请专科医生对患者病情进行分析，看是在社康中心解决还是需要去医院^①。近年来，一些老年公寓也开始应用此类智能化老年住宅技术。当然，此类智能住宅也会涉及老年人隐私保护的相关议题。

4、信息化的机构养老服务

包含两种情况：

第一种，是利用信息化手段对各类养老机构信息进行采集、汇总和对外发布。比如，青岛市养老服务协会成立的“青岛养老服务网”，就致力于全面、及时、准确地提供青岛养老服务资讯，为政府部门决策、行业内部交流、市民选择养老机构等提供信息服务。2013年，协会在青岛市开展了“养老服务机构等级评定”工作。评选出五星级养老机构2家，四星级7家，三星级9家，二星级5家。之后协会通过网站等渠道将评定结果对外公布。协会还在各养老机构中设立了“养老机构信息宣传员”，负责向协会及时报送养老机构的最新信息。比如：机构的剩余床位、面向的人群、收费标准、服务内容、机构特色和最新开展的活动等，方便市民选择合适的养老机构入住。

第二种，是利用信息化手段实现机构养老对居家养老的服务辐射。宁波市江东区的“家院互融^②”养老服务中心便是一例。具体的，2010年，江东区民政局组建的“江东家院互融服务中心”在江东区最大的养老机构“嘉和颐养院”（拥有284张床位、400多名专业服务人员）内开始试运行。“江东家院互融服务中心”借助信息技术，搭建了“一库（老年人需求数据库）、一线（87680000呼叫服务热线）、一机（“家院互融”老年人专用手机）、一系统（“家院互融”服务信息管理系统）”。“江东家院互融服务中心”整合了区域内多家福利院、敬老院（包括嘉和颐养院在内）、江东区29个居家养老服务中心和11个助老示范点、7家实体服务企业，以及“红蚂蚁助老服务队（有3000多名助老志愿者）”等多方社会资源。老年人只需拨打服务热线，服务中心便可指派相应人员提供护理、康复、家政、陪聊等上门服务。居家老年人也可以到“服务中心”就餐、开展活动等，有效促进了居家养老和机构养老模式的相互融合。

5、虚拟养老院

与“信息化的机构养老服务”不同的是，“虚拟养老院”并不存在实体意义上的养老院，没有院墙、也没有床位。2003年，苏州市沧浪区创办了“邻里情”居家养老

^① 余海蓉，2012，《“云”上建设医院 网络管理健康》，《深圳特区报》11月4日A01版。

^② 即居家养老和机构养老相互融合，既具备居家养老的亲情化，又具备机构养老的专业化。

服务中心，在全国首创“没有围墙的养老院”。2007年12月，国内首个运用信息化手段管理的“虚拟养老院”——沧浪区“邻里情”虚拟养老院居家乐养老服务中心正式运行。这个所谓的养老院实际上是一个信息交流中心。它依托沧浪区与中国电信苏州分公司联合研发的“居家乐211养老服务系统”（电话呼叫平台），将沧浪区葑门街道老年人的基本资料都录入到平台数据库中。只要居家老人打进电话，就可以迅速分析老人需求，形成工单，经老人确认后指派上门服务，同时还设立了全程跟踪回访机制。虚拟养老院整合了27家社区服务企业（包括家政便民类21家、医疗保健类2家、物业维修类4家），社区居委会，社区卫生站，社区党员、志愿者、积极分子，周边院校（提供法律咨询、学习教育、权益维护、生活关爱等）和专职家政服务员（2006年有46人）等，共同为“入住”虚拟养老院的老年人提供各类服务。服务内容涵盖六大类53项。到2010年，已有10名话务员和94名家政服务员成为中心正式员工，累计完成工单总数24047张，完成精神关怀服务7701次，服务对象也由葑门街道的252户400余人扩展至全区2290户3000余人，月服务工单由433张增至4120张，自费需求人数从89人增至495人^①，成为信息化养老的典型范例之一^②。

6、基层信息化为老服务平台

为满足社区居家老人日托、就餐、生活照料等方面的需求，2004年，汽南社区居委会和社区单位联合发起成立了“汽南社区建设协会”。它是北京市第一个在社区居委会辖区内成立的经行政许可具有法人资格的社会团体，有会员单位50家。同年，汽南社区建设协会建立了汽南社区“无围墙敬老院”。2012年，汽南社区建设协会自己的网站开通运行。使其正式转化为“基层信息化为老服务平台”，也将汽南社区的养老模式由“无围墙敬老院”推向“网络化养老”。网站上线后，汽南社区建设协会陆续将以往已经开展的和计划开展的各项为老服务工作电子化，并上传到网站上。内容包括：老年人基本信息、老年人需求信息、社区志愿服务信息、“无围墙敬老院”服务的介绍和在线申请、“中磊航空票务培训服务”（帮助老年人子女/孙子女就业）的介绍和在线申请、社区各类文体活动信息和学习培训信息的在线发布等。在此基础上，逐步形成了居家养老的“信息交流网”、“爱心互助网”、“特殊服务网”、“学习培训网”和“文体活动网”。协会网站成为汇聚社区老年人实际需要的地方，更是协会宣传自己、吸纳更多社会资源加入社区为老服务队伍的窗口。

汽南社区建设协会网站建成后，很多商家浏览到网站信息，纷纷和协会取得联系，希望能够加入这个基层的信息化为老服务平台。用协会会长自己的话说，“每次大的活动都会有商家希望加入”。目前，我国的老年市场存在这样的特点：老年产品和服务

^① 《沧浪区构建全国第一家虚拟养老院》，载 <http://tour.jschina.com.cn/wlmtkcl/201005/t386594.shtml>。

^② 近年来，上海、浙江、山西、辽宁、广东、山东等地都陆续提出了建设有地方特色的“虚拟养老院”的新思路。比如，兰州市城关区在2009年底成立的“虚拟养老院”，除提供基础性的呼叫服务外，老年人还可以持“虚拟养老一卡通”，通过电话预定，到加盟的30余家养老餐厅享受便宜的营养午餐，等等。

务市场缺口大，消费潜力大，同时老年市场的专业性、多元性、规范性不足，老年人的潜在消费需求尚未被充分激发，有消费能力同时又有消费意愿的老年群体仍较为有限，当前养老服务行业仍是一个“低门槛、高风险、长投资、刚性效益来得慢”的行业。在这样的背景下，很多涉老企业纷纷调整品牌营销策略，将关注重心转向社区。在社区里，他们可以以最直接的方式接触到潜在消费者。因而，很多企业通过助力社区养老公益活动的方式，践行企业社会责任，提升品牌知名度、信誉度和亲和力，实现多方共赢。比如，中国恒安集团旗下的安而康品牌就多次为汽南社区建设协会开展的“百家宴”、“魅力老人评选”等活动，提供人力、物力、产品、服务等方面的支持。有些通讯运营商为汽南社区建设协会提供了免费的便民缴费机，方便老年人不出社区缴纳水电燃气费。有些制造企业将自己生产的坐便器助力扶手免费提供给社区高龄和残障老年人试用。有些家政公司为社区老人提供免费的康复按摩体验卡，等等。然而有时，此类免费体验并不能有效获得老年群体的认同。一些老年人虽然乐于免费体验，但不会主动掏钱购买；一些老年人干脆避而远之，认为“免费”只是诱饵和噱头；一些老年人认为免费体验项目不符合老年群体的一般性需求，比如，送康复按摩服务卡不如送清扫做饭等家政服务卡，等等。总的说来，“基层信息化为老服务平台”的建立，大大提高了以往分散化的为老服务供需双方之间的可及性。汽南社区的案例在北京市报告中会有更详尽的介绍。

7、小结：信息化养老服务的发展现状

从 2000 年开始，国内各地陆续开展了不同形式的居家养老试点服务，取得了很好的社会效果。近年来，上海、浙江、江苏、山东、广东、北京、天津、辽宁等地纷纷尝试性地开展了信息化养老服务探索，积累了大量宝贵经验。总的说来，国内信息化养老服务的发展现状如下。

从地理分布来看，信息化养老服务开展较好的城市多分布在东南沿海经济较为发达的地区。这些地区人口老龄化程度相对较高，居家养老服务起步相对较早，经济发展水平相对较好，为老服务基础设施相对完善，信息化发展水平相对较快，政策支持力度相对较大，为老现代服务业发展相对成熟。同时，也与老年人的消费能力、消费方式和消费意愿有关。

从承办主体来看，信息化养老服务可以由政府（比如宁波市海曙区南门街道）、企业（比如河北卓达物业）、或是社会组织承办（比如北京市西城区月坛老龄协会）。但社会组织在担任信息化养老服务平台方面有其独到优势，并发挥着越来越突出的作用。

从服务终端来看，信息化养老服务终端已由最初的邻里互助“爱心铃”，发展到固定电话终端、一键通呼叫器（Push to talk）终端、移动电话终端或是互联网终端等。并且各终端产品都在不断换代升级。以一键通为例。最初是在固定电话上加装上一个紧急呼叫按键；后来研发出一键通腕表，老人可佩戴腕表在家中自由行走使用；之后

又发展出一键通手机，供老年人外出使用，遇到紧急情况可一键接通呼叫中心、110/120 或是子女亲属等，还可以进行防走失 GPS 定位。

从服务对象来看，信息化养老服务发展之初，往往首先扶助最弱势、最需要照护的老年群体（比如低保三无老人、空巢独居老人、高龄失能老人等）。随着服务的推广，其服务对象也在不断扩展，最终目标是能够惠及全体老年人。

从服务费用来看，一般可划分为无自费、半自费和全自费三类。无自费老人由政府全额购买服务，半自费老人由政府承担部分服务费用，全自费老人自行承担服务费用，但服务费用标准往往也是低于市场平均水平的。

从服务内容来看，信息化养老服务出现之初主要是解决老年人独自在家发生突发状况时的紧急救护问题，防止孤独死发生（比如，2001 年就已在上海出现的“安康通为老紧急呼叫援助服务系统”）。随着养老服务整合的社会资源不断增多，服务内容也不断拓展（比如，“宁波 81890 求助服务中心”现有的服务内容涉及 19 大类^①189 小项。此外，“81890”还专门针对老年群体开办了老年人电话联谊俱乐部和老年人网站，应对精神养老难题）。

从服务主体来看，信息化养老服务整合的为老服务主体不断拓展。比如，杭州市上城区依托 96345 市民服务呼叫中心开展的居家养老呼叫服务，于 2005 年组建了全国首个“为老服务联盟^②”，得到了辖区约 3000 家单位（包括信息加盟和服务加盟）的支持。此后，工商、城管、卫生、药监、计生、物价、电力、燃气、公交、汽车抢修急修呼叫中心、出租车叫车热线、社区服务热线、社区医疗服务热线、公积金管理中心、职工维权中心等也纷纷请求加入，服务队伍不断壮大。此外，近年来，低龄老人志愿服务高龄老人成为各地发展新趋势。

从服务流程来看，信息化养老服务流程中通常包含老年人信息管理、服务机构管理、服务派工、结算统计、监督评估等几大模块。呼叫中心对于老年人呼入的电话会优先接听，电话接通同时，会显示出老年人的基本信息，随后根据需要指派上门服务，并进行全程监督。

从老年群体的信息能力来看，尽管老年群体的信息获取能力相对较弱，但从近年来的发展趋势上看，中老年网民比重在缓慢增加（见下表）。为了弱化当前老年群体的“信息中下层（Information have-less）”地位，一些企业、商家、媒体、老年大学、社区等纷纷开展了免费的老年人电脑培训公益活动。教老年人如何开关机、如何打字、如何浏览网站、如何查找信息、如何聊天玩游戏看视频等。很多学会了上网的老年人，还积极参与各类社会公益活动，比如：帮助为老服务网站进行网站维护、帮助其他老人和国外的子女视频、帮助编写老年人学电脑教材、帮助其他老年人修理电脑、帮助

^① 它们是：安全保卫、家政服务、设备维修、水电维修、房屋工程、政企服务、医疗保健、美容美发、交通旅游、教育培训、住宿餐饮、婚庆礼仪、丧葬服务、中介服务、法律服务、保险咨询、购物消费、出国服务和婚姻服务。

^② 包含：环境联盟、企业联盟、社区联盟、学校联盟、生活联盟、医疗联盟、维权联盟、志愿联盟 8 个联盟。

其他老人上网购物、教授其他老人电脑知识等。从而减轻了对于老年群体的“数码分割（Digital Divide）”，让更多老年群体从信息社会的发展中受益。

表 10：（2010-2013）中国网民年龄结构^①

年.月 \ 年龄	10 岁以下	10-19 岁	20-29 岁	30-39 岁	40-49 岁	50-59 岁	60 岁及以上
2010.12	1.1%	27.3%	29.8%	23.4%	12.6%	3.9%	1.9%
2011.12	1.7%	26.7%	29.8%	25.7%	11.4%	4.1%	0.7%
2012.12	1.7%	24.0%	30.4%	25.3%	12.4%	4.4%	1.8%
2013.6	1.3%	23.2%	29.5%	26.1%	12.6%	5.2%	2.0%

总而言之，信息技术的发展在中国养老服务领域已有大量应用实例，未来其应用范围还将进一步深入、拓展。信息化养老在未来中国养老服务体系建设中必将占据举足轻重的地位。

五、中国养老服务人才发展情况

（一）养老服务人才现状

在我国老龄化程度不断严峻的背景下，养老服务专业人才已经成为紧缺的资源，然而现有养老服务队伍整体素质不高，从业人员的职业化建设滞后，目前尚无法适应养老事业发展的客观需求。以养老护理员为例，目前全国最少需要 1000 万名养老护理员；然而目前的情况是，全国老年福利机构的职工只有 22 万人，取得养老护理职业资格的不过 2 万余人，这一现状不仅与我国几千万失能老人的潜在需求相差甚远，而且由于服务队伍的整体素质偏低，其管理能力、专业水平、业务能力、服务质量，在一定程度上无法满足老年人的护理需求，其中最为突出的问题体现在缺乏专业化的服务队伍。

养老护理员作为新兴职业，将伴随全球老龄化社会的到来，呈现需求大于供给的总趋势，其中我国城市老年人的各种养老服务需求中，排在前列的是家政服务、护理服务、聊天陪伴和法律援助。虽然我国多样的养老服务较以前已有较大发展，但远不能满足老年人的需求，亟需养老服务人才提供专业化服务。尽管目前有个别省市已经尝试进行老年医学专科医师培训和资格认证考核，然而获得认证的专业康复治疗师、心理咨询师、社会工作者的人数较少，工作地点多集中在大城市的繁华地区。这些专业人才的服务费用较高，且很少深入社区开展服务，使得老年人的需求得不到满足。尤其是对于农村地区的老年人来说，得到专业康复治疗师、心理咨询师、社会工作者

^① 资料来源：CNNIC，第 29、32 次《中国互联网络发展状况统计报告》，2012 年 1 月。

的服务更为困难。在社区老年服务人员数量较少，通常只具有日常生活照料的经验，大多数都不具备医疗护理、康复训练、心理疏导等专业知识，专业化程度不高，不能满足社区老年人的需求。目前，我国仅有 2 万多人取得了《养老护理员的职业资格证书》，这与我国养老服务队伍的专职人员数量需求 1000 万人存在巨大差距。根据国务院 2011 年印发的《社会养老服务体系规划（2011-2015 年）》，我国已经开始推行养老护理员职业资格认证制度，预计到 2015 年全面实现持证上岗。

目前制约养老服务人才发展的因素主要包括：1) 对养老服务人员的补贴力度较小。尽管许多地区出台了对养老服务机构的补贴政策，但并没有专门针对养老服务人员的薪酬激励、补贴等政策，而养老机构也往往并不会把这种补贴用于提高从业人员的工资待遇上。因而，养老服务从业人员的工资待遇普遍偏低，这就导致社会认可度不高，专业培养的大学生不愿意从事对口工作，人才流失严重。2) 是服务的专业化程度较低。由于目前从事养老护理工作比较辛苦，收入不高，因此门槛相对较低。从业人员中，主要是下岗女工、农村进城务工人员，大部分没接受过专业化的教育和技能培训。队伍规范化、制度化建设滞后，缺乏系统的培训机制竞争机制、管理机制，相当部分从业人员不具备专业护理知识。3) 从业人员普遍工作年限较短、流动性大，同时缺乏工作经验。社会对养老服务行业的偏见与该行业工资待遇不高使养老机构人才外流严重，一些高素质的专业人才又难以引进，导致养老服务人才十分短缺。养老服务队伍的不稳定直接影响着服务质量，影响着养老机构的声誉和效益。为此，政府和养老机构一方面加大投资力度，出台优惠政策，不断提高从业人员的工作待遇，力争“待遇留人”。另一方面相关部门应大力宣传我国尊老、敬老、爱老、养老的传统美德，提高养老服务行业的社会影响力，让每所养老机构都能打造一支素质优良、相对稳定的服务队伍。

与此同时，作为一项社会事业，尤其是专业养老服务员严重不足的现状下，志愿者队伍作为养老服务员的重要补充力量显得尤为重要。但就目前情况看，志愿者在养老服务中发挥的作用还比较小，一是志愿者的总量不足，真正参与到居家养老服务中的志愿者远不能填补缺口；二是来源渠道不畅，很多有服务意愿的人缺乏相应的路径参与到居家养老服务工作中来；三是专业性较差，有的志愿者提供的服务不能满足居家养老服务的要求。因此，与发达国家相比，我国的志愿服务发展水平还比较低，人们的社会服务参与意识直接影响了社区居家养老服务队伍的建设。目前老年社区服务的参与人员主要是离退休人员，其他年龄段的成员参与率较低，参与热情不高。我国社区养老服务很难调集起志愿者的积极性，志愿者的参加数目不足，服务效果有待提升。

（二）养老服务人才培养体系的现状

养老服务人才培养涉及的领域非常广泛，包括生物学、医学、护理、牙医学、康

复治疗、心理学、精神病学、社会学、经济学、政治学和社会工作等领域，从事养老服务工作的相关专业人才主要包括老年学专业人才、老年护理专业人才、社会工作专业人才等。作为一门新兴的学科，老年学由于其独特的研究对象，在国际上日益受到重视，许多国家在 20 世纪 70 年代前后即已将老年学教育纳入正规课程，并设有老年学的硕士、博士学位和毕业证书，然而我国的老年学教育严重滞后于人口老龄化发展趋势，至今尚未构建起完整、独立的老年学教育体系。

我国有关老年学的学位教育始于 20 世纪 80 年代中期，但都是挂靠在其他学科的名义下，如医学和人口学、社会学等。直到 2002-2003 年，老年学归属于社会学一级学科，属于法学学科门类，招生资格仅限于中国人民大学社会与人口研究所，这标志着我国老年学人才培养进入了国家正规教育的新时代。

从全球和我国老龄化发展可看出，老年服务与管理专业在是一门有着广阔前景的朝阳专业，目前已有许多高校开设了老年服务专业，一些高校在本专科阶段对个别专业学生开设了老年工作相关课程，例如北京大学心理学系开设了“老年心理学”课程；中国人民大学人口学系的公共事务管理专业开设了“老龄事业管理”课程；北京大学社会学系的社会工作与管理与北京青年政治学院的社会工作专业开设了“老年社会工作”课程，首都医科大学和北京中医药大学的医疗系开设了“老年医学”课程。另一方面，老年服务工作是一项综合性工作，养老服务人员应具有从事老年服务工作的综合素质，而不是只掌握某一门课程的知识技能。为此，1999 年大连职业技术学院率先在国内开办老年服务与管理专业，培养具有基础理论、专业知识和技能的应用型老年服务与管理人才，另外，还有长沙民政学院等十余所学校开办了同类专业。淄博师范高等专科学校于 2007 年录取了首批“老年服务与管理”专业学生，此专业的开设引起了政府民政部门和各养老机构的广泛关注，学生对本专业的学习也表现出较高热情，及时回应了社会需求。

近年以来，老年服务与管理专业目前发展显著的同时，在办学中也存在诸多问题，例如办学层次主要为中专或大专、办学模式多以职业教育为主，国家对于老年服务这一社会需求量大的新专业还没有统一的人才培养目标与大纲，缺乏统一的教材，缺乏完善的办学条件，许多学校缺乏高素质的专业教师。特别是缺乏老年心理护理、康复护理、精神慰藉等方面的教师，老年护理专业教育发展严重滞后：1994 年，我国才在护理专业教学中增设了《社区护理学》课程，其中包括部分老年护理内容；1998 年以来，高等护理学院才逐渐开设了《老年护理学》，中等护理专业教学中仅有几个学时的老年护理内容；2005 年，广东省卫生厅委托南方医科大学和香港理工大学联合培养包括老年专科在内的 4 个专科护理队伍，是培养老年护理专科护士的初步尝试；2013 年，宁波率先在职业学校开设老年护理专业，开创了老年护理专业教育的先河。

(三) 涉及养老服务人才的主要课题

随着人口老龄化社会的到来,发展养老服务业、满足持续增长的养老服务需求,已经是当前和今年一段时间内政府工作的重点,目前在相关研究和实践中,涉及养老服务人才的主要课题包括:

- 1)制定养老服务业人力资源开发规划,构建层次完整的各类各级人员培养体系。
- 2)养老服务的职业教育与学历教育的完善。具体包括:明确养老服务专业人才的知识背景、发展方向与职业定位;完善实践教学体系与学科设置。
- 3)养老服务人员资格认证制度的推广。具体包括:逐步实现养老服务从业人员持证上岗,加强在职培训,提高在岗人员专业技能;完善养老服务职业资格认证体系。
- 4)在养老服务人才队伍中适当引入社工与志愿者。

(四) 人才培养应采取的对策

针对目前养老服务人员素质、专业水平较低的现状,各政府部门、养老机构与高等院校均已将养老服务人才的培养、培训工作提上议事日程。许多地区开始尝试在有条件的职业学校开设老年学专业和社区服务类专业,培养从事老龄工作和社区工作的专门人才,制定社会福利岗位专业标准和操作规范,开展系统的专业教育和职业培训,并编辑老年服务专业教科书。总之,加强在岗服务人员的培训,注重培养专业人才,提高养老服务队伍的专业化水平和养老服务质量已经成为十分必要的议题,其中具体措施主要包括以下几方面。

1、加强在职培训,提高在岗人员素质

我国老龄化的快速增长期将于 2015 至 2020 年开始,加上显著的高龄化趋势,从现在开始储备养老服务人力资源非常必要。从长远看,政府必须加大资金投入,支持养老机构 and 高等院校加快养老服务人才的专业培养,为养老服务事业积蓄更多、更高层次的人力资源。然而人力资源的储备是一个长期的过程,为应对目前各养老机构养老服务人才紧缺的局面,短期内,必须对现有从业人员进行培训,经过培训来弥补当前的人才缺口。正如《中国老龄事业发展“十五”规划纲要》要求,加强社区老年管理与服务人员的培训,提高职业道德和业务素质。建立管理人员定期培训制度;服务人员培训率达到 60-80%,经过考核,持证上岗。

首先,从养老服务人才的培训应采用灵活多样的形式进行。如针对年轻人精力较好、学习能力较强的情况,开展为期 1-2 年的长期培训班,让他们系统学习专业知识,不断提高业务工作能力,为养老服务事业注入新的活力;针对养老机构从业人员年龄偏大的现象,开展一个月或三、五个月不等的短期培训班,使他们在兼顾工作、学习和家庭的情况下,提高自己的专业技能;高校还应派出业务能力较高的教师深入各所养老机构,为机构员工举办专业知识讲座。

在培训内容方面，调查表明，有 15%左右的人员需求管理知识，46%需求护理知识，25%需求保健知识，9%需求文化、体育等娱乐知识，需求其它知识的占 5%。其中需求护理知识的人员最多。除护理知识外，还应有老年营养保健、老年娱乐活动、老年人权保障等培训内容。使他们能为老年人提供生活照料、精神慰藉等全方位、及时、有效的服务。

此外，当前有必要建立养老服务人才资格认证制度。养老护理职业的发展在国外已经有 100 多年的历史，具有独立的知识体系，独特的工作方法和技巧以及被社会认可的职业准则和专业的认证制度。而长期以来，我国对护理员的技能要求却没有规定，职业定义、职业等级、职业鉴定、培训要求、知识结构都存在政策与实践的空白。

直到 2002 年，劳动和社会保障部制定出台了《养老护理员国家职业标准》，将养老护理员的职业定义为“对老年人生活进行照料、护理的服务人员”。《标准》中对养老护理员的工作从生活照料、技术护理、康复护理、心理护理等方面提出了具体标准。2004 年 9 月发布了首部《养老护理员国家职业资格培训教程》，自此养老护理员成为一个专门的职业。政府、学校在开展养老服务人才培养培训时，应以《养老护理员国家职业标准》为依据，建立一套完备的资格考核制度与体系，从培养培训到持证上岗，再到上岗后相应的继续教育、职称评定、工资待遇，建立一套激励措施，使从业人员不断追求专业知识的更新和专业技能的提高，逐渐提高服务质量，增强养老服务机构的生命力，使其向着专业化的方向发展。

养老服务从业人员具有与律师、会计师、医生相同的职业特点，推行资格认证制度，有利于改变养老服务从业人员专业化水平低的局面，树立养老服务工作的专业权威。建立这项制度可以促进养老服务工作成为一门专门的职业，规范养老服务队伍的职业技能，从而提高养老服务工作的职业声望。在我国的发达地区，如上海、广东等地已开始推行社会工作者资格认证制度，为我们在全国推行这一制度积累了经验。同时，为养老服务专业人员落实相应的职称待遇，有利于改善和提高他们的地位和待遇，提高全社会对养老服务人员的认可和尊重。另外，为养老服务人员领取“五险一金”提供保障，以吸引更多的人加入其中。在设定养老服务人员专业职称后有利于推广行业指导价格，规范服务内容和标准，形成合理的市场价格。

2、增设老年服务类专业，加强专业人才的培养

目前为止，全国部分高校已经开设“老年服务与管理”专业，但是各所院校的专业条件参差不齐，大多数学校教学设施不到位。因老年服务专业涉及老年生活护理、老年心理健康咨询、老年心理护理、老年膳食与营养、老年活动组织与策划、老年健身与娱乐等多门学科知识，许多学科知识需要在设备器材的操作中辅助学习。有些学校虽有一些专业训练器材，但使用率较低。为此需要学校加大资金投入，完善教学设施。

针对上述现象，首先应大力发展养老服务相关专业的学历教育，培养一支具备现

代养老服务理念、知识、方法和技巧的专业养老服务工作队伍。在有实力的高校或中等专业学校设立养老工作专业，向基层社区输送专业养老工作人才。加强老年学、养老护理、社会工作等专业的学历教育，逐步形成大学专科、本科、硕士及博士等多层次的学历教育系统。学历教育这种方式由于教育周期长、教育内容系统，学生能够学到较为系统的专业知识，同时通过大量的养老工作训练将理论与实际结合起来。从长远来看，无疑是解决养老服务工作专业化根本途径。

我国老年服务与管理专业的研究和办学发展空间远大，然而养老服务人才的培养培训工作还处于探索阶段。相关院校应开拓思路，参加或举办相关学术探讨和办学经验交流会，加强与相关院校的合作，学习和吸收其它学校办学的有益思想和经验，将有助于促进本专业的发展。发达国家的人口老龄化比我国早一个世纪，养老服务人才的培养比我国早得多，他们办学思路的广度和深度都强于我国，他们的投入也较多。因此，有条件的学校可加强与国外开设本专业的学校联系，派出教师外出学习，或聘请他国教师来校讲学，进行办学的互动和交流，借鉴发达国家办学的理念和经验，融入我国养老服务人才的培养和培训中。

其次，有必要加强社会舆论宣传，巩固学生专业思想。目前人们对养老服务专业缺乏足够的认识，认为养老服务工作是一项技术性不强的繁琐工作，这种观念直接影响养老服务相关专业的招生和就业。针对这一问题，各学校应广泛介绍我国人口老龄化的发展形势，以唤起全社会对老龄事业的重视，让全社会都能正确认识老年服务与管理专业的重要性；尊重养老服务人员，让那些接受过正规教育或培训的高素质专业人员学有所用，让他们充实到老年服务与管理队伍中，提高老年服务与管理水平。

此外，养老问题从本质上说是一个实践性的问题。对于实践性问题，除了需要理论的宏观、微观指导外，更需要解决问题的具体操作方法。养老服务专业主要是培养应用型人才。教学中，一方面要提升学生的理论高度，让他们站在更高、更广的层面上看待老龄化问题，步入工作岗位后，具有一定的研究、决策能力；另一方面注重学生基础知识和专业知识的学习和实践，对老年医学、老年心理学、老年护理学、老年教育学、老年营养学、老年文化娱乐等课程既要全面掌握，又要有所侧重。让学生从相关课程中专修、精修一两门并能熟练掌握其技能，将他们培养成既有理论指导又有实践能力的老年服务专业人才。

《中国老龄事业发展“十五”计划纲要》指出，应重视整合和充分利用现有社区人力资源，大力发展社区志愿服务组织，积极鼓励在校学生以各种形式参加养老服务，形成专、兼职和志愿者相结合的养老服务队伍。为突出职业技能的学习与训练，学校可加强与敬老院、福利院、老年公寓等养老机构的联系，让学生深入到养老机构实习，并加强专业指导。

最后应拓展就业渠道，保持养老服务专业持久的生命力。养老服务专业虽前景广

阔，但目前各所院校的招生形势并不十分理想，其中就业率是养老服务专业的命脉所在，学生就业率的高低和用人单位对毕业生的满意程度决定着该专业的招生数量和质量。为此，学校应积极拓展就业渠道，与各养老机构建立互助关系，提高养老机构的人才意识，大胆使用具有专业知识的毕业生，不断提高专业人员的待遇。只有提高养老机构员工素质，才能提高养老机构的管理水平、服务质量，才能吸引更多老人入住，使养老机构效益上升，经营走上良性循环。

（五）日本的经验与启示

日本自 20 世纪 70 年代开始逐步重视养老人才队伍建设，并根据本国老龄人口变化情况及时调整政策，出台相关法律，从多方面完善养老人才队伍建设，从而保证了养老人才队伍的有序发展。经过 40 多年的实践，日本形成了一套较为系统的养老人才培养、认证体系，推动了养老人才队伍的不断壮大，为全社会应对人口老龄化问题打下了较为坚实的基础。

1、日本养老人才队伍建设发展历程

日本的养老人才队伍建设始于 20 世纪 70 年代，可以分为四个阶段。第一阶段为起步阶段（1970-1980 年）。1970 年，日本 65 岁以上老龄人口达到 730 万人，占总人口的 7%，开始进入人口老龄化时代。而同期 65 岁以上人口入住养老机构的比例仅为 1%（1969 年），照护老人的多为没有接受过专业培训的 30 岁以上女性。除一些需照护程度较高的特别养老院的老人与照护人员比例能够达到 5:1 以外，大多数养老院比例都在 20-25:1，养老机构和人才紧缺状况比较突出。为此，1971 年日本政府提出了“社会福祉设施紧急整備 5 年计划”。该计划的实施，使养老机构总数和专业队伍都有了很大改善。到 20 世纪 70 年代末期，日本养老福祉机构入住人数增加 20 倍，养老人才增加 3.6 倍。

第二阶段为向专业化发展阶段（1980-1990 年）。进入 20 世纪 80 年代以后，日本的老人需求和养老设施类型趋向多样化，对养老人才专业能力也提出了更高的要求。新的需求不仅促使 20 世纪 80 年代以后设置相关专业学校增多，同时也促使日本政府开始实施专业资格认证。1987 年日本政府颁布《社会福祉士及介护福祉士法》，并从 1989 年开始实施国家资格认证考试。社会福祉士主要面向需要照护的老人，为他们提供医疗、护理保险、退休金等相关咨询，指导老人选择合理的照护方式。介护福祉士主要面向缺乏自理能力的老人和病人，为他们提供生活照料。这两种国家认证资格的诞生，标志着日本养老人才队伍建设向专业化迈进。

第三阶段为机构养老人才向居家服务人才延伸并逐步法制化阶段（1990-2000 年）。1990 年日本政府对社会福祉相关的八大法进行了修订，其核心内容是将居家服务法定化。要求各地方政府必须制定老人福祉计划，落实老年人福祉相关事宜。八大法的修

订使原来的主要以机构服务为主的养老人才队伍建设延伸向居家服务。为确保不断增加的养老人才需求总量和服务水平，1993年日本政府出台了《福祉人才确保法》，提出在保证人才总量与市场需求之间平衡的同时，确保服务质量。相关培训日益受到重视，先后建立了中央福祉人才中心、中央福祉学院、都道府福祉人才中心，形成从中央到地方的全方位培训体系。

第四阶段为快速发展阶段（2000年至今）。2000年，日本政府出台了《护理保险法》，规定参加护理保险的人到65岁以上，在达到法定需要护理或生活援助标准之后，可自己选择所需的护理服务，与服务提供者签约后即可享受护理服务。随着服务内容、形式、主体的增加，日本各地区养老事业呈现出较快的发展。据统计，在新政策的直接推动下，接受各类服务的老年人口由2000年的149万人增加到了2009年的384万人。其中，接受机构养老服务的由2000年的52万人增加到2010年的85万人，接受居家服务的由2000年的97万人增加到320万人，翻了3倍，发展尤为突出。适应这一社会需求，各类养老人才总量快速增长，获得社会福祉士资格的人数从2001年的29979人增加到了2010年的134066人，增加了4.5倍；获得介护福祉士资格的人数，从255953人增加到了898429人，增加了3.5倍。

2、日本养老人才队伍建设的特点

（1）政府积极主导

如前所述，为促进养老人才队伍的发展，自20世纪70年代日本政府出台了一系列相关法律法规，并根据不同时期人口老龄化的特点不断调整专业人才培养的方向和措施，使专业人才培养日趋合理。另外，日本地方政府还通过各种方式，积极鼓励年轻人参加社会福祉士和介护福祉士专业考试。例如，东京福祉人才中心向相关专业在读学生提供20万日元学费和每月5万日元生活费的无息贷款，学生毕业后可以分期分批还贷；获得社会福祉士或介护福祉士认定资格，并在东京都内各福利机构连续工作5年以上者，可以免除所有贷款。这些举措对暂无收入或收入较低的学生顺利完成学业并获取专业资格，以及投身老年福祉相关工作提供了一定的保障。可以说，政府通过法律和政策发挥主导作用，是日本养老人才队伍建设与发展的重要基础。

（2）学科设置齐全

自20世纪80年代末开始，日本福祉相关专业备受瞩目，各地高校纷纷设置此类专业，目前已发展到355所大专院校。其中，公立大学27所、私立大学208所、专科学校120所；有37所大学设有相关研究生院，有19所大学设有函授研究生和本科课程；有45所专科学校设有函授课程、18所学校设有夜大。专业设置涉及社会福祉、护理保健、精神保健、健康科学、保健科学等，真正形成了多层次、覆盖广的学科体系。个人可以根据自己的意愿选择适合自己的学校和专业，接受不同程度的相关教育。

多层次、多学科的培养体系正是日本近年福祉人才日趋多元化的前提，也为人才培养打下了坚实的基础。

（3）职业资格认证体系规范完善

自 1987 年日本政府开始实施老年人才相关认证制度以来，先后建立了社会福祉士（Certified Social Worker）、介护福祉士（Care Worker）、精神保健福祉士（Psychiatric Social Worker）等认证资格，被统称为福祉领域三大国家认证资格。这三项考试均由日本政府委托的财团法人——社会福祉振兴考试中心组织实施。依据日本厚生劳动省的规定，社会福祉振兴考试中心必须成立由符合厚生劳动省规定的人员构成的三大考试委员会。委员的选任、变更和解聘有严格要求，并且必须通过厚生劳动省批准。考试内容涉及专业领域较多，社会福祉士为 18 门、介护福祉士 11 门外加技能考试、精神保健福祉士 15 门。2010 三大考试的合格率分别为：社会福祉士 28%、介护福祉士 48.3%、精神保健福祉士 58.3%。

（4）职业培训健全完善

由国家层面的中央福祉人才中心和 47 个都道府县福祉人才中心构成的政府培训机构覆盖了全国各地，形成了从中央到地方的完整的培训、职介和援助体系。为确保福祉人才的质量，自 2002 年起，日本政府规定所有从事相关教学工作的教员，必须完成累计 300 小时以上的在职培训。另外，日本政府指定国立保健医疗科学院专门负责各级政府福祉部门行政工作人员的培训。一线教育工作人员和政府职能部门人员的培训，对保证教学质量和提高政府部门工作效率及效果起到了良好的促进作用。健全的职业培训体系，极大地推动了人才队伍整体素质的提高。

3、日本养老人才队伍建设经验与启示

当前我国正处于人口老龄化快速发展时期。据统计，截至 2011 年底，我国 60 岁及以上老年人口已达 1.85 亿人，占总人口的 13.7%。到 2013 年底，老年人口总数将超过 2 亿。伴随着老年人口的快速增长，高龄老人、失能和半失能老人、空巢老人的照护问题日益突出，养老专业人才短缺问题越加凸显。预计“十二五”期间全国至少需要专业养老护理人员近千万人，而目前取得养老护理员职业资格证书的仅有 2 万多人。专业人员短缺成为影响我国养老服务质量提高、制约养老事业未来可持续发展的重要因素。借鉴日本经验，综合运用法律、经济和行政手段加快养老人才队伍建设迫在眉睫。

专业养老人才是实现社会化养老服务的重要基础，养老人才队伍建设的理念、培养的学科体系及职业资格认证体系，是养老人才队伍建设的三个重要方面。当前我国各级政府首先必须明确养老人才队伍建设的理念，将养老人才队伍建设列入各地老龄事业发展的中长期规划，采取行之有效的措施，使养老人才队伍建设真正提到议事日程上。其次，需要逐步完善养老人才队伍建设的环境，建立完善的养老护理职业资格

认证制度，国家需要在现有《养老护理员国家职业标准》的基础上，进一步细化职业资格认证的类型及标准，促使养老专业人才认证机制更加全面规范，从而保证养老专业人才质量。再次，注重建立相应的人才培养学科体系，在现有基础上积极鼓励社会力量参与养老专业人才培养，打破传统的单一人才培养模式，推动建立多元化、多层次的养老人才培养机制。

六、本次调研的基本情况

中国是一个地域广阔，且各地发展极不平衡的国家。就社会政策的制定和实施过程来看，往往是先由各地试点，中央政府在总结试点经验的基础上出台原则性的政策框架，而地方政府再根据自己的实际情况制定具体的实施方案。在公共服务的筹资方面，尽管中央政府对欠发达地区会有定向的转移支付，但是主要的筹资责任还是由地方政府承担。这样的政策过程决定了在不同的省份之间，社会政策的具体设计不尽相同，尤其是社会福利水平可能有较大差异。根据日本协力机构的要求，本次研究我们选择了北京、上海、成都、青岛四个地区进行调研，并且对大连、西安进行了文献研究。



图 6：六个调研地区全国分布图

注：★为实际调研地区（北京、上海、成都、青岛）；▲为文献调研地区（西安、大连）。

表 11 六个调研地区经济发展情况数据（2012 年）

	GDP（亿元）	人均 GDP（元）	财政收入（亿元）	财政支出（亿元）
北京	17879	81658	4513	4804
上海	20182	85373	3744	4184
成都	8139	57624	2331	1770
青岛	7302	90281	670	766
西安	4366	51166	753	597
大连	7650	110600	850	1084

注：摘自各地 2013 年统计年鉴，均为 2012 年统计情况。

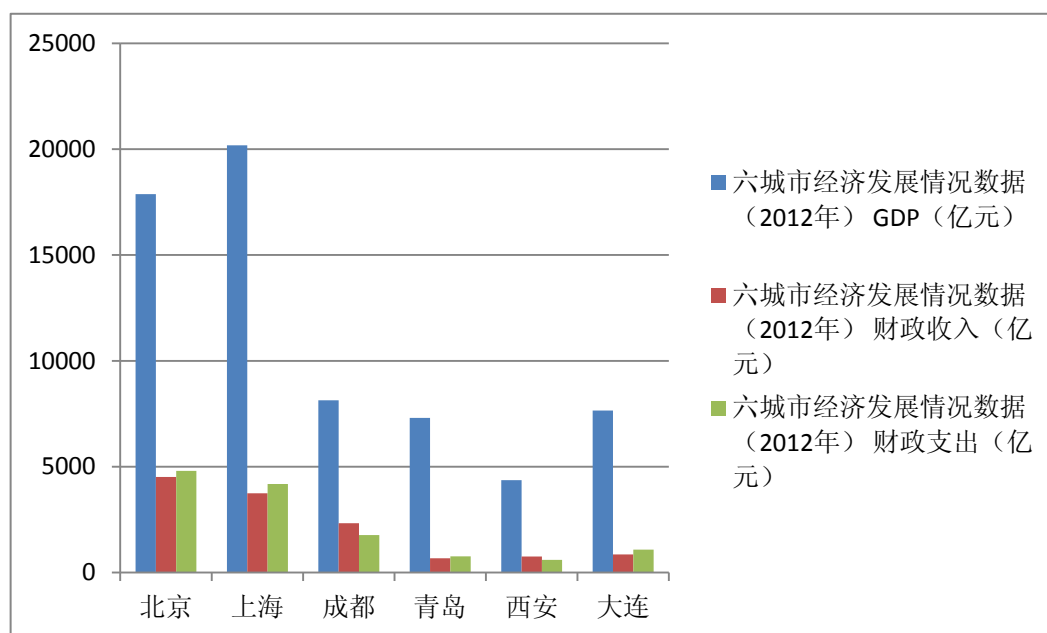


图 7：六调研地区经济发展数据（2012）

表 12 六个调研地区相关人口数据（2010 年）

	常住人口（万人）	老年人口数量（万人）	比重（%）	家庭户规模（人/户）
北京	1961.2	170.9	8.7	2.5
上海	2301	233.0	10.12	2.49
成都	1405	136.4	9.71	2.72
青岛	872	89.4	10.26	2.79
西安	846	71.6	8.46	2.95
大连	669	71.6	10.71	2.63

注：老年人口数量指 65 岁及以上常住人口数，单位为万人。

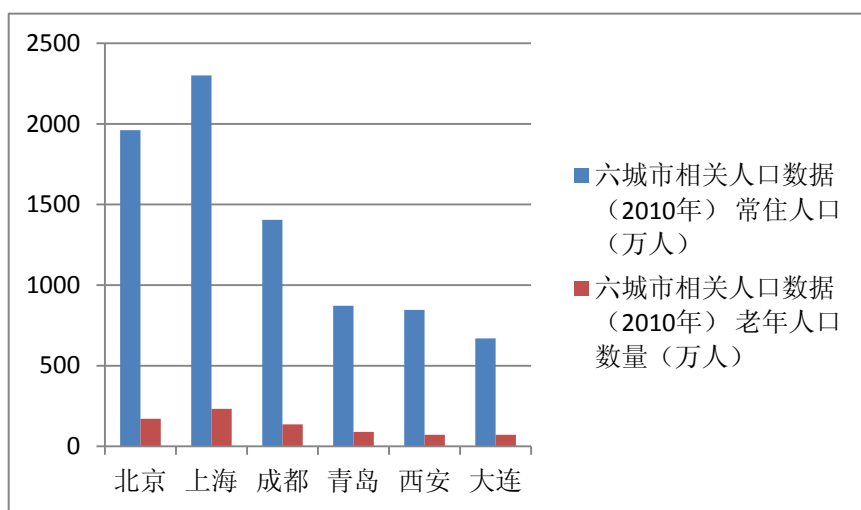


图 8：六调研地区人口数据

以下是六个地区调研发现的总结，详细调研情况请见各地区的调研报告。

（一）上海的养老服务情况

上海是中国经济发展水平最高、各项公共服务最为发达的城市之一，同时也是中国老龄化程度最高的城市。正是这些特点决定了上海上述的养老服务的状况。整体来看，上海的养老服务是全国起步最早的，而且毫无疑问地走在全国前列。上海的养老服务体系起步于 2000 年左右，早在“十一五”期间就基本明确了整个体系的建设框架。经过了十几年的发展，养老服务体系思路比较清晰，框架也比较完善。而再从中国的整体情况来看，由于中国目前只是处于老年福利体系重构的初步阶段，也就是说还处于各地自主试点的阶段，因此全国性的政策框架并未完善，尤其是养老服务的筹资制度并没有建立。这些同样对上海的养老服务产生影响。综合上述背景和特点，我们在本次调查中的主要发现如下：

一是在服务内容上，覆盖了老年人的多元需求，但是现有的供给并不能满足需求，而且很多有效需求也未得到释放。基本上养老机构可以提供重度失能的照护服务，社区居家养老可以提供轻中度失能者的照护服务，社区护理病床和家庭病床可以提供康复服务，一些专业的社会组织可以提供失智者的照护和康复服务，社区医疗机构和相关的社会组织可以提供健康保健服务，高端的养老机构可以提供高水准的养老服务，也就是说上海养老服务体系框架已经搭建起来。但是这并不意味着养老需求能够在很大程度上得到满足。如上所言，政府在养老服务筹资上的责任非常有限，只针对非常少数的低收入人口，而且筹资水平也不高。因此最终的结果就是，享受机构养老服务的大多是中上收入阶层，而中下收入阶层受到购买力的限制，其失能者的照护需求无法通过养老机构满足。而目前由政府支持的社区居家养老服务的作用还是非常有限，

只能提供少量的生活照料,并不能提供更专业的护理服务,更不能达到全护理的水平,因此对中度和重度失能者的作用也是非常有限的。

二是在服务提供上,上海市对于多元服务资源都有明确的规划和定位。不仅对于机构、社区、家庭都有明确的定位,同时也兼顾公立机构与私立机构、专业社会组织与社区志愿者的共同发展。上海强调以社区居家养老服务为建设核心,在中国其他地区着力于增加养老机构床位数的時候,上海则是将社区支持的居家养老服务作为建设重点,而将机构养老作为补充和支持,着重强调机构的专业性和对其他服务的辐射作用。针对符合条件的私立养老机构,上海市采取“民办公助”的方式支持其发展;上海市通过招投标的方式支持各种专业社会组织提供多样化的涉老服务;“上海老龄事业十二五规划”特别强调要通过各种渠道积极发挥低龄老年人的作用,作为中国的经济中心和对外窗口,上海本身就是各类人才聚集、理念比较先进的地方,再加上上述种种支持性政策,使得上海各种涉老组织和机构的发育程度都要远高于中国其他地区。但是这种“发达”还是不能跟真正的“发达国家”同日而语,尤其是公立机构和私立机构之间还是存在很大差距,而且对于社会组织和私立机构的支持还有待于更加的制度化。

三是上海养老服务管理体系的水平和专业性都比较高。在养老服务的整体管理上,上海市特别强调规划、标准、制度的建设。在管理机构的建设上,如上所述,上海市成立了市、区、街道三级的社区居家养老指导中心,负责具体的管理工作。基本上,从机构建设、服务机构和组织的招投标、过程管理、一直到最后的评估,上海市都有相对完善的标准和规范,在管理上也严格按照这些标准和规范执行。此外,从“十一五”时期到现在,上海已经把整个养老服务的信息系统建立起来,包括评估系统、居家养老的日常管理系统、养老机构的设施审批的系统、机构日常管理的系统,共四个大的系统。

综上所述,从目前上海养老服务体系的情况看,包含服务内容、服务提供、服务管理的完整的服务框架已经搭建起来,并处于不断完善之中,各类机构和组织参与其中,形成多元服务的格局。也正因如此,上海的养老服务体系是在有相对稳定的预期的基础上,未来有很大的发展空间。

然而目前制约该体系发展的最大障碍应该是长期照护的筹资问题。如果政府的筹资责任不扩大,中低收入阶层的有效照护需求就没有办法释放,进一步的,长期照护的市场就会非常有限,造成护理人员的收入不足和流动性较大,很多服务也没有办法形成制度化。

(二) 北京的养老服务情况

北京市自 1995 年开始的养老事业已经在四个方面产生有持续发展潜力的方向。

即普惠型养老政策、社区居家养老、专业护理机构支持下的社区居家养老、宽松的政策环境培育了民间养老的社会力量。

普惠型养老政策，主要体现在老年优待政策的均等化方面，不排斥外地人，体现了一个超大型城市的包容性。

社区居家养老方面，已经为北京市未来的养老事业奠定的最好的基础和最明确的目标。目前，社区居家养老也正在向着养老事业专业化社会化方面转变，引入社会资本进入专业护理、专业服务领域，以支持已经取得一定成绩的社区居家养老。

扶持专业护理机构的政策，是为社区居家养老的目标而设计的。海淀和朝阳已经开始了试点工作，并取得一定成绩。这方面，即是北京市的弱项，也是未来发展的方向。北京市已经在“回忆推进养老服务业发展的意见”中，明确地提出了这个发展方向，北京市养老事业将在这份文件所设定的总体框架下，如果配以具体实施措施，定将取得更大的成就。

正因为北京市前期的过度居家养老的发展方向，宽松的政策鼓励了社区民间参与养老服务业的积极性。因此，出现了家庭养老户、社区养老志愿者、社区老年互助点、社区老年互助网。如果再有扶助性的政策出台，将会大大鼓舞民间参与的积极性。会出现分散的民众力量分担起现实养老的重担，即可以解决居民就业问题，解决近在眉睫的养老问题，又可以最小的公共资金投入、实现最大覆盖范围、最经济的养老服务模式。

（三）成都的养老服务情况

按照现在的养老服务格局，社区居家养老和机构养老应该有各自的定位，但实际上，目前成都市养老机构距离养老服务需求还有很大的缺口，这种缺口是一种结构性的缺口。价格高的民办养老服务机构尚且有剩余床位，价格较低的国办养老机构床位还很紧张，一直处于满员状态，一床难求。社区养老机构建起之后，本应承担两方面的职能，即机构养老和居家养老双重责任，利用床位为失能、半失能老人提供机构养老服务；同时利用专业的护理队伍辐射整个社区的居家养老服务。但实际情况是部分社区养老机构因为居家养老服务的微利，把大部分服务力量都放在机构养老上，居家养老服务发展不足。

成都市目前把社区居家养老服务纳入了十二五规划，社区养老机构建设纳入了地方政府的考核指标，这些举措体现了成都市发展养老服务的决心。但社区居家养老服务发展的好坏，并不仅仅在于机构建设的先进与否，更在于是否构建起一套适应于地方群众需求的基层养老服务制度。按照中国老年人的传统，居家养老是最理想的选择，社区养老的核心不仅仅落在“社区”上，更应该通过社区这一枢纽，将资源传输到居民家庭中来。社区养老服务重在制度传输，但地方政府在这方面明显创新不足。换句

话说，在制度建设方面，政府是缺位的，这种缺位导致的一个可能后果就是造成了民间机构的短期逐利性。政府引入的民间机构，一样需要从市场上赚取经营收入维持生存，不一样的是政府为他们在主城区内搭建了一个更加优良的平台。这个平台在完全市场化的环境运营之后，城市低收入老人不可避免的被排斥在外，这与政府投入的初衷又相违背。

在机构养老方面，按照成都市政府 90-7-3 的规划格局，最终进入机构的老年人只是 3%，那么机构养老在整个养老服务体系实际上是居家养老和社区养老的补充。成都市目前养老机构面临的主要问题是养老机构的功能界定和制度创新的问题。政府办养老机构以往由政府筹资和运营，是以往“事业单位制”运行的模式，政府负担过重。未来政府按照现在“公建民营”的办法，引进社会组织进行经营。但问题在于，引进社会组织之后，政府的责任体现在哪里？是否继续承担城市三五老人的供养责任？农村区县财政承担的公立养老机构何去何从？这些问题都需要从制度上得到回应。以西部地区目前的发展状况来讲，如果完全按照市场的原则进行运营，可能会使公立机构失去其福利性本质；而继续按照行政化的方式管理现有福利院，因为管理僵化，财政投入入不敷出。特别对县级政府，传统上市级财政只承担市公立养老机构，农村养老机构由县级财政承担，而县级政府在三级财政中税收能力最低，自身发展尚且捉襟见肘，发展农村养老机构更是心有余而力不足。如何在引进民间社会组织的同时，又能承担起城乡低收入老人的养老服务？这是一个亟需从制度上进行创新的难题，如果只是单纯改革政府的资金投入模式，投入主体还集中在“机构”上，那么低收入的老人群体总会有被排斥在公立机构之外的可能性。

（四）青岛的养老服务情况

2012 年 7 月起，青岛市在全国率先建立并实施了“医、养、康、护”相结合的“长期医疗护理保险制度”。目前，青岛市已有 2 万多名失能人员享受到了长期医疗护理保险待遇，保险基金支出 2 亿元。制度覆盖了青岛市参加城镇职工和城镇居民基本医疗保险的全体参保人。参保人凡因年老、疾病、伤残等导致身体某些功能全部或部分丧失，生活无法自理，需要入住医疗护理机构或居家接受长期医疗照料，相关医疗护理费用由护理保险基金支付。从筹资上看，该项制度可以认为是医疗保险的一部分，只有入住具有医疗资质的机构才能享受报销待遇，而其针对的服务也只是医疗护理，而不是全面的、包括医疗护理和生活照料在内的“长期照护”。由此看来，该项“长期医疗护理保险”跟发达国家的“长期照护保险”还是存在一定区别，但是尽管如此，跟中国其他地区相比，由于有了稳定的资金支持，青岛的长期照护服务的可及性大大提高。

再来看青岛的养老服务体系建设情况，其特点是既注重满足经济困难、身体困难、

服务困难老人的医疗、托老、康复、护理等方面的机构养老需求，又注重满足低龄健康老人的生活照料、文体娱乐、保健预防、社会参与、归属及自我实现等方面的社区居家养老需求。

从养老机构的类型看，既有针对中低收入阶层的普惠型养老机构，也有市场化的，满足老年人差异化、个性化需求的高端中外合资养老机构（比如，新华锦（青岛）长乐颐养服务有限公司），此外，还有正在筹划的复合型老年社区（社区内分自理老人生活区、失能半失能老人护理区和临终关怀区几大区块，并配备完善的生活娱乐医疗设施等）。

此外，青岛市目前已出现大量针对特殊老年群体的专业化服务机构。比如，成立于2013年12月，公办民营的李沧区永清路街道永清苑社区“记忆护理日间照料中心”，就是专门为周边社区轻度失智老人提供日托服务的一所日间照料中心。该中心建筑面积210 m²，配有电脑、电视、OT训练器械、沙画台、淋浴、餐厅等设施设备，政府投资50余万元，现有专业社工3名、护士1名、厨师1名，月收费1500元，可接纳20名失智老人。该中心曾对周边社区2067名居家老人开展过智能精神状态筛查（量表见分报告部分青岛调研报告附录5），发现有早期失智倾向的老人比例已达14.7%。多数症状较轻的老年人及其家庭本身并未察觉，症状明显的失智老人又常面临“邻居不理解、保姆不愿照料、机构不愿收住”的窘境。因而，该中心主要功能是为轻度失智老人提供日间照护、活动训练和休闲娱乐服务，同时为筛查出的有失智风险的家庭提供上门培训服务，也可为失智老人家属提供“喘息服务”。中心还在周边社区招聘了43名低龄老人作为“健康大使”，一方面陪伴失智老人，另一方面入户宣讲健康知识。以此延缓轻度失智老人的智力衰退，也减轻了失智老人的家庭照护负担。

青岛市还有专门针对中重度失智老人的专业护理机构，比如“12349期颐居家养老服务中心”。这是一家以失智、失能老人护理为主的专业服务机构，是山东省居家护理专业品牌，有从业人员近百名。“期颐居家养老服务中心”在不同社区建立了3处中重度失智老人日托/长托点，同时可以提供入户服务，费用大致为上门60元/小时，长托5000元/月。这里的护理人员专业化程度较高，都是具有护士证、职业资格证的全科护士。该中心负责人曾在日本从事过十年失智、失能老人照护工作，积攒了几千个失智老人护理案例，经验非常丰富。失智老人入院前，会对老人个人情况进行全方位评估，通过打开老人“人生背包”的方式，逐步建立起针对每一名老年人的差异化护理方案。中心服务内容涵盖生活照料、智能训练、体能训练和情绪管理多个方面，力求增强老年人自我照顾的能力。并与青岛市多家医疗机构合作，邀请医院失智症专家定期会诊评估，制定护理方案，并为医院提供失智症案例，帮助探索轻度认知障碍的非药物治疗，等等。

青岛市也有专业化的老年人临终关怀机构，比如“康乐（广昌）老年爱心护理院”。

该院成立于2003年,是一家民办老年人临终关怀机构,目前已服务过1200多名老人,为800多名老人送终,并让200多名老人得到了较好地恢复。目前仍有200余名老人在床,平均床位费和护理费为1700元,该院院长曾被评为2007年“感动青岛十佳人物”。通过专业化的临终关怀服务,延续老人生命、减轻老人痛苦、减轻家庭负担、让老人有尊严地离开,等等。

从养老模式之间的相互融合来看,青岛市已经出现了大量“机构养老”和“社区居家养老”相互融合的积极尝试。具体体现在三个方面:一是养老机构对周边社区的“辐射”,包括提供送餐就餐、专业护理、医疗康复等方面的服务,体现了机构养老对青岛市整个养老服务体系的“支撑”作用;二是养老机构负责运营社区老年人日间照料中心;三是由社区低龄健康老人为养老机构/社区日间照料机构提供各类志愿服务。这些上文都有提及,在此不加赘述。

另外,尽管政府部门制定了一系列引导青岛市养老服务发展的扶持政策,但对于政策执行情况仍缺乏事后监督。比如,青岛规定对非营利普惠型养老机构收住本市户籍老人的,给予其每人每月200-300元运营补助,并要求其将该补助的50%以上用于提高护理人员的待遇水平。但实际上,养老机构是否将该运营补助的50%以上用于提高护理人员的待遇水平往往不得而知。

最后,政府部门间的相互协同在养老领域中的作用日益凸显。青岛市长期医疗护理保险制度就是由人事、民政、卫生、财政、老龄等九个部门协同发布的。另外,经多方协调,2013年青岛市还为60多家养老服务机构落实了居民用电价格,每年为养老机构节省经费300多万元,降低了养老机构的运营成本。尽管如此,此类部门协同仍需进一步加强。比如,青岛市规划局2010年出台的《青岛市市区公共服务设施配套标准及规划导则(试行)》规定,新建居住小区在建设时,应配套相应面积的养老服务用房(人均0.1 m²)。但谁配建、谁出资、谁验收、谁使用等环节的责任主体没有明确,导致好的政策难于实施。未来,部门协同必然成为中国养老服务发展过程中不可或缺的关键性环节,毕竟,养老问题是需要全社会协力解决的问题。

(五) 西安的养老服务情况

目前,西安市明确将发展居家养老服务作为社会养老服务的重点,同时出台了相关政策文件以着力发展支持居家养老的社区居家养老服务网络和信息平台建设。这一发展方向既符合西安市目前的实际养老需求,也符合中国未来的养老方向,同时是对既有资源的较好配置与利用。但是社区居家养老要想真正发挥实效,实现其最佳养老效果,则有赖于配套完善的辅助服务,包括培育社区养老服务组织等;而在这一方面,西安市目前的社区居家养老服务网络远不足以支撑居家养老,它还需要一个发展过程。

从西安市居民目前的养老方式来看,2013年“西安市居民养老方式现状调查”显

示：（1）在西安市，自立养老^①成为与家庭养老同等重要的一种实际养老方式（2）西安市自立养老已经取代了传统的家庭养老方式，成为大部分中老年人首选的期望养老方式；同时也是 75 岁以下年轻老年人首选的实际养老方式；只有当老年人进入年迈或生活不能自理时，实际选择中则又倾向于传统的家庭养老方式（3）自立养老作为首选预期养老方式还具有跨收入水平的特点。

自立养老存在阶段性的问题：60-75 岁的老年人期望家庭养老方式的只有 28.8%，但 76 岁及以上的老年人期望家庭养老方式的比例则急剧上升至 51.4%，过了一定阶段，依然主要向回归家庭。实际养老方式的趋势与预期大体相同。此外，自立养老还存在风险性较大的问题。如果自立养老能得到较为完善的社区养老服务体系的辅助，这些问题也将得到一定解决；而在这一过程中，自立养老也将实现向社区居家养老过渡。

社区居家养老的本质就是自立养老和社区提供辅助养老服务的结合体。由于我国社区居家养老辅助服务以及其他社会化养老方式发展不足，迫使人们只能选择家庭或者自立养老。如果我国普遍实行社会化养老方式，特别是社区辅助养老服务体系发展完善，越来越多的人则会选择社区居家养老为期望的养老方式。西安市居民目前的实际养老方式及其预期养老方式等方面的表现，正折射出西安市社区居家养老服务还远不完善、不成熟。因此，在西安市自立养老方式快速发展的形势下，更需要社区大力发展社会化养老服务组织，并制定和完善相关的养老政策。

（六）大连的养老服务情况

近年来，大连市政府高度重视人口老龄化问题，不断加大政府推动力度，充分挖掘调动各方面力量，为养老福利事业发展提供政策支持和资金保证，形成了多形式、多样化的养老服务新格局，已初步形成了社会养老服务网络，其中许多模式都是大连市首创并引领全国。国家民政部有关领导也对此给予了高度的评价，然而在现实运行中仍存在一些问題。

养老机构方面的问题之一在于养老机构数量和床位供需矛盾突出；二是各养老机构收费偏高，超过一般收入群体的消费能力；三是各类养老机构发展不平衡，公立养老机构一床难求，而私立机构入住率低，尤其是离市区有一定距离的私立养老机构空床率达 70%；四是专业护理人员短缺，最主要原因在于劳动强度大，岗位风险高，而工资、社会保障、社会地位低等原因，养老服务岗位人才吸引力很低，人员流动性很大，导致大连养老服务人员的供需缺口较大，尤其是高素质的专业人才的缺口更大。

大连市自 2011 年 1 月起，提高城市特困老年人居家养老服务补贴标准。城乡社区养老服务中心以区市县、街道（乡镇）投资兴办为主，鼓励社会力量通过与街道（乡镇）合作的形式参与。经营管理可以采取社区经营或“民办公助”、“公建民营”的形

^① 自立养老方式主要是指那些具有经济能力的老人在经济、生活上不依靠子女，而主要依靠自己或其配偶的养老方式，这些老人一般不与子女共居。

式，鼓励社会化、市场化方式运营。对已建成并达到上述建设标准的社区养老服务中心，市政府将通过“以奖代补”的形式，给予每所社区养老服务中心 30 万元的补助资金，主要用于服务中心内部装修及设备设施的添置，3 年时间共投入补助资金 7230 万元。为保障规划的落实，大连市成立“社区养老服务中心建设领导小组”，负责对全市社区养老服务中心建设的全面领导和综合协调。据介绍，下一步大连市将根据实际需要，进一步完善养老服务中心的建设，不断提高社区养老服务水平，将养老服务中心建设向全市区推进，最终实现城乡全覆盖。

七、主要发现与结论

从服务需求的角度，老龄化已经达到了一定的程度，家庭的功能不足以承担长期照护的责任，需要一个社会化的服务体系；从政府和制度的角度，目前覆盖全民的社会医疗保险制度已经建立，且保障水平逐年提高，控制费用和提高保险金的使用效率变得越来越重要，而再结合老龄化的趋势，“社会性住院”将会成为危及保险金安全的巨大风险。尽管医疗保险的这一风险还没有普遍出现，尽管绝大部分家庭还是能够勉强承担养老的责任，但是不容回避的是，这种保险金的风险在大多数发达国家都出现过，这一趋势是不可避免的，而且中国正在经历比任何国家都快得多的老龄化进程，更是在一个“未富先老”的背景下经历这个过程，因此建立社会化的养老服务体系 and 政策体系是非常迫切的。

综合中国目前的养老服务政策框架和各地的实际情况，以及日本的相关经验，可以发现中国正处于一个社会化、广覆盖的养老服务体系构建的初步阶段，这一阶段类似于日本“黄金十年”之初，也就是说服务需求已经很明显，政府也开始把这个议题提上议事日程，但是仍只处于一个养老服务体系的“能力建设”阶段，这一阶段的主要任务是，明确未来养老服务政策框架的主导原则，以及支持各类服务机构和组织的建立。纵观过去五年的发展，我们可以发现中央政策中的两条主导性原则有非常大的作用：

一是以社区为基础的居家服务作为社会化养老服务的主要方式。在五年以前，尽管地方政府也开始逐渐认识到社会化养老服务的重要性，但是其建设的重点仍是养老机构，具体到目标任务，则主要是强调“人均床位数”。但是过去的五年是社区养老服务的萌芽和迅速成长期，在中央多个文件的强调下，我们看到社区居家养老服务组织、社区日间照料中心、社区老年助餐点等服务组织的数量迅速壮大。在我们调查的地区中，上海是最早确立以社区居家养老为重点的，其确立的时间甚至早于国家政策，而青岛、北京、西安、大连都是正在着力发展社区养老服务组织。

二是多元化、专业化的服务提供主体得到很大发展。过去的机构养老主要是以公立养老机构为主，提供的也是单一的机构照护服务。随着“社区养老服务体系”被定

位为养老服务体系主体，随着国家对于服务业的重视，尤其是对于引入社会资本发展养老服务业的强调，多元的养老服务机构和组织得到很大发展。在我们的调查中发现，政府的强力主导和支持是一部分原因，而强大的、复杂的老年服务需求是多元机构和组织发展的另一个强大动力。比如，北京的社区养老服务就是在政府强力支持以前就已经普遍存在，而成都较早的社区互助养老也是内生的。从上海和青岛的调研情况都可以看到，这些提供养老服务的机构和组织形式多样，服务内容丰富，且很多组织的专业性都很强，可以满足老年人的多方面需要。

然而养老服务体系是一个整体，其建设尽管需要逐步推进，但是每一部分的发展也是相互联系的。目前的政策主要是补贴“住房”，而稳定的、社会化的筹资机制的缺乏，已成为目前体系和制度发展的瓶颈：由于对失能者的长期照护的成本较高，所以一般的家庭无法独立支付，这进一步造成了需求不能有效释放，目前养老服务的“商品化”程度仍较高，并不是一个公共产品。而由于市场需求的不足，使得从业者收入较低、流动性大，而相关的服务机构和组织的可持续性发展也存在很大问题。从发展情况相对较好的青岛和上海的情况看，青岛的“长期护理保险”给一些专业性护理组织的发展提供了强大支持，比如失智老人护理机构、重度失能者的护理机构等，但是这种内容有限的保险不足以激活整个养老服务市场；上海则采取的是各级政府和各部门购买服务的方式支持社会组织的发展，其强大的政府主导色彩尽管给社会组织发展以强有力的支持，但是这种以项目的形式购买服务的方式毕竟不是稳定的制度，因此隐含着很大的不确定性，而在实际的操作中也能看到这种不确定性带来的负面影响。

除此之外，任何具体的社会福利制度，必需要有一些理论和价值问题的思考，因为社会政策与社会发展之间有很强的互动关系，任何社会政策的设计都会影响到社会整体的团结、社会平等、社会可持续发展等。具体到养老政策，事实上要明确家庭、政府、社会、市场这几个主体的责任和关系。然而无论学界和政策制定者，对这方面的讨论和思考还是很不足的。

八、中国未来的发展方向与中日合作的可能领域

综合上文分析的情况，我们可以看到中国目前处于养老服务体系建设的初步阶段，在制度和能力建设两方面的需求都很大。

首先，在能力建设方面，尽管养老服务机构和服务人员的数量增长非常快，但是无论服务的数量和质量都跟服务需求有较大差距。如上文所言，老年人的需求是多元化的，具体到养老服务，又可以分为医疗服务(medicare)和日常生活服务(social care)，而这两类又可以具体细分为很多种服务，相对应地需要各种类型、不同层次的专业服务人员，以及各种技术设备的支持。但是在中国目前的条件下，只是最低限度的护理人员 and 家政服务人员，所谓的技术设备更是谈不上。因此从能力建设的角度讲，这一部

分有相当大的发展空间。

我们在调查中了解到，日本在养老服务的专业性方面尤其擅长，因此养老服务的能力建设将是中日合作的一个首要领域。中国中央政府已经明确表态要支持“养老产业”的发展，尤其支持民间资本进入养老服务领域。我们在调查中也有接触到中日企业合作提供服务的成功案例。因此未来无论是对于生产养老服务相关技术设备的日资企业，还是直接提供服务的日资企业，在中国都将有很大的发展空间。在这种合作的过程中，首先老年人的服务需求得到更多满足，其次中国养老服务的整体能力得到提升，同时日资企业也获得发展，因此这将是一个“多赢”的局面。

然而，中国养老服务业的发展还有赖于中国的相关制度建设，这也是中国相对欠缺的一个方面，而且正如上文所述，制度的缺乏已经成为阻碍养老服务业发展，以及养老服务需求满足的一个最大障碍。换句话说，中国养老服务业的能力建设是以制度支持为基础的，其中包括筹资制度、监管制度、服务评估制度、以及各类设施和服务标准等。在制度方面，日本毫无疑问也是比较成熟的。因此，由日方支持的关于制度建设方面的多种类型的研究也是非常必要的。最重要的是，通过这些相关项目能够影响到政策制定者，推动中国养老服务的政策进程，只有这样，中国的养老服务业才有可能走上良性循环、循序渐进的发展道路，而中国的“潜在”的巨大的养老服务市场，才有可能变成“真正”的市场。

参考文献

- 陈卓颐、陈伟然，2009，《我国养老护理员队伍建设现状与对策》，《长沙民政职业技术学院学报》第4期，第72-74页。
- 陈卓颐、黄岩松，2004，《老年人服务与管理专业办学存在的问题与对策研究》，《中国老年学杂志》第3期。
- 黄菲、张会君、解杰梅，2011，《国内外养老护理人员培训的研究进展》，《护理研究》第1期，第189-191页。
- 康越，2013，《日本养老人才队伍建设简析》，《中央民族大学学报》第3期，第58-62页。
- 林殷，2005，《中国老年学人才培养的现状与对策再思考》，《中国老年学杂志》第6期。
- 张菊美，2008，《影响养老机构护理员队伍专业化的原因分析及对策》，《卫生管理》第18期，第27页。
- 张良礼，2006，《应对人口老龄化：社会化养老服务体系构建及规划》，北京：社会科学文献出版社。
- 余细香，2010，《养老护理员：培养与就业间的尴尬》，《中国社会工作》第8期，第16-17页。
- 中国的社会保障状况和政策，<http://news.xinhuanet.com/>，2004-9-7
- 中国老龄事业发展十五计划纲要，<http://news.tom.com.2006-09>

中国城乡老年人口状况分析报告

王 晶

2010年中国进行了第六次全国人口普查,根据六普的统计数据,我国60岁以上的老年人口已达1.7765亿,占全国总人口的13.26%,其中65岁以上老年人口达1.1883亿,老年抚养比达到11.9%^①,到2050年,我国60岁以上的老年人口将达到34%^②。而2010年我国人均GDP仅为29524元,尚属发展中国家之列,所以从老龄化发展的趋势上看,未来几十年我国将提前进入未富先老的局面。

本文旨在通过全国性大样本调查,进一步详细地分析中国老龄化的境况和挑战。本报告数据来源于2011年北京大学健康与养老追踪调查,为了保证样本的代表性,调查分四个阶段进行,分别在县、乡、村、家户层面进行随机抽样。在县级层面,健康与养老追踪数据按照人口成比例的概率抽样方式,抽取了全国150个县和区,按照每个区县随机抽取3个村(社区)的比例,最后抽取了450个村(社区);在家户层面,通过绘图和列表等方式建立抽样框,每个村随机抽样,最终达到有效家户24户;在个人层面,在每个抽中的样本户中随机选择一位年龄大于45岁的家庭成员作为主要受访者,配偶一并参与调查。最后总共抽取城乡个体数为17708人,基本上能代表中国的中老年人群总体情况。

一、城乡老年人口的基本状况

从表1的统计结果来看(见表1),65岁以上老年人口数量占全部老年人口样本的比例达到65.27%,其中,80以上老龄人口的比例占全部老年人口样本的比例达到11.81%;从性别上看,男性老年人口的比例占样本的51.62%,女性老年人口的比例占样本的48.38%,如果分年龄、分性别来看,在80岁以上高龄阶段,女性老年人口的比例为6.71%,比男性高龄人口高出1.62个百分点。从城乡户籍来看,城镇户籍的老年人占52.39%,农村户籍的老年人占47.61%,数据显示出随着中国城镇化速度的加快,城镇户籍老年人口数量逐步上升。

^① 全国老领办,《2010年中国老龄事业发展统计公报》

^② 《联合国世界人口展望,2010更新版》,见<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>。

表 1: 样本描述 (单位: %)

年龄组	总计	性别		户口	
		男性	女性	城镇	农村
60-64	34.72	18.06	16.67	16.25	17.27
65-69	22.45	12.15	10.42	11.25	11.02
70-74	18.29	9.84	8.45	11.25	8.07
75-79	12.73	6.48	6.13	7.61	5.57
80 以上	11.81	5.09	6.71	6.02	5.68
所有样本	100.00	51.62	48.38	52.39	47.61

从老年人口的教育水平来看(见表 2), 不同年龄阶段、不同性别和不同户籍的老年人教育水平差异非常大。在 60 以下的成年人口中, 从未上学的比例仅为 17.9%, 教育水平的众数集中在初中教育水平, 达到初中教育水平的人口比例为 28%; 而 60 岁以上的老年人口中, 教育水平的众数集中在从未上学的文盲水平上, 文盲比例高达 36.5%, 初中以上学历的老年人口比例仅为 21.4%。从性别上看, 男性老年人的教育水平明显高于女性, 在文盲教育水平上, 女性老年人的比例高达 39.1%, 比男性老年人高出 27.3 个百分点。在男性老年人中, 完成初中以上教育水平的老年人口比例达到 46.2%; 而在女性老年人中, 完成初中以上教育水平的老年人口比例仅为 27.3%; 从城乡差异看, 城市户籍的老年人教育水平明显高于农村地区, 城市户籍老年人口中文盲率仅为 9.4%, 而农村户籍老年人口文盲率达到了 32.8%, 比城市文盲率高出了 23.4 个百分点。而在完成初中以上教育水平上, 城市户籍老年人达到了 63.4%, 农村户籍老年人仅为 25.5%。

大量研究证明教育水平对老年人口的健康水平、社会参与、就业等具有重要的影响, 在过去几十年中, 中国实行了城乡二元、以乡补城的发展模式, 农村地区在经济、教育、医疗等领域都远落后于城市地区的发展水平, 这种差异体现在了老年人口的人力资本上, 农村老年人口、女性老年人口是教育上的弱势群体, 他们在快速变迁的工业化社会中, 适应能力远低于城市地区的老年人口, 这样的差异并非是即时性的, 随着农村老年人口年龄的增大, 这种差异将以更深刻的社会问题的形式表现出来, 比如农村高龄人口贫困化增高, 高龄人口健康服务不足等等, 这些问题也是我们下文即将探讨的问题。

表 2：老年人口的教育水平（单位：%）

	年龄		性别		户口	
	45-59	60 以上	男性	女性	城镇	农村
从未上学	17.9	36.5	11.8	39.1	9.4	32.8
未完成小学	15.0	18.8	17.0	16.3	9.6	19.6
完成小学	19.2	23.3	25.0	17.3	17.6	22.4
完成初中	28.0	12.0	26.3	16.1	25.6	19.2
完成高中	15.9	6.8	15.4	8.8	26.8	5.8
完成大学及以上	4.0	2.6	4.5	2.4	11.0	0.2
合计	100	100	100	100	100	100

二、老年人口的健康状况

进入 60 岁以后的老龄阶段，人的身体机能本身将逐渐退化，但是在不同的社会经济条件下，老年人的健康水平恶化速度会有所不同。以下统计数据展示了 60 岁以上老年人口的一些基本健康指标，在整体老年人样本中，日常活动有困难的老年人口比例达到 38.1%；日常活动需要照料的老年人口比例达到了 23.8%；身体疼痛的老年人口比例达到 33.4%，体重过轻的老年人口比例达到 10.7%；高血压是老年人口最普遍的健康问题，患有高血压的老年人口比例高达 54%。

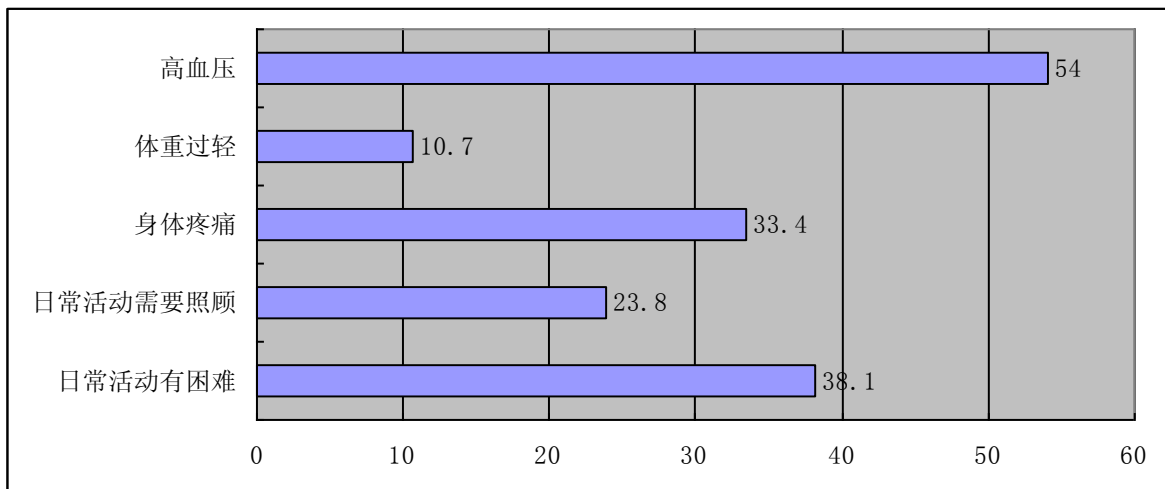


图 1：60 岁以上老年人口的健康状况

随着老年人口年龄的增长，老年人口的健康状况也将急剧恶化。在 60 岁以下的人口 中，日常活动需要照顾的人口比例不足 15%；而到 60 岁以后，老年人口日常活动需 要照料的比例急剧攀升，70 岁以上老年人口中日常活动需要照料的比例约为 30%， 到 80 岁以后，日常活动需要照料的比例达到 50%以上；除此之外，男性和女性对日 常活动需要照料的需求也有显著差异，在每一个年龄段下，女性日常活动需要照料的 比例都比男性要高出 5 到 10 个百分点，国外研究通常认为女性可能比男性更脆弱， 更愿意表达日常照料的需求，这是主观方面的解释：因为女性相对男性来说，更愿意 主动甚至夸大表达自身的疼痛性，以获得更多的关照和理解；而通常男性更容易隐藏 自身的疼痛。所以从主观方面看，女性的照料需求具有主观表达方面的影响。在中国， 还有一个客观因素，就是性别差异，在传统社会下男尊女卑，因此在教育资源、医疗 资源的分配上，女性通常比男性更难获得家庭的资源，所以客观上也造成了女性在健 康上的弱势积累。

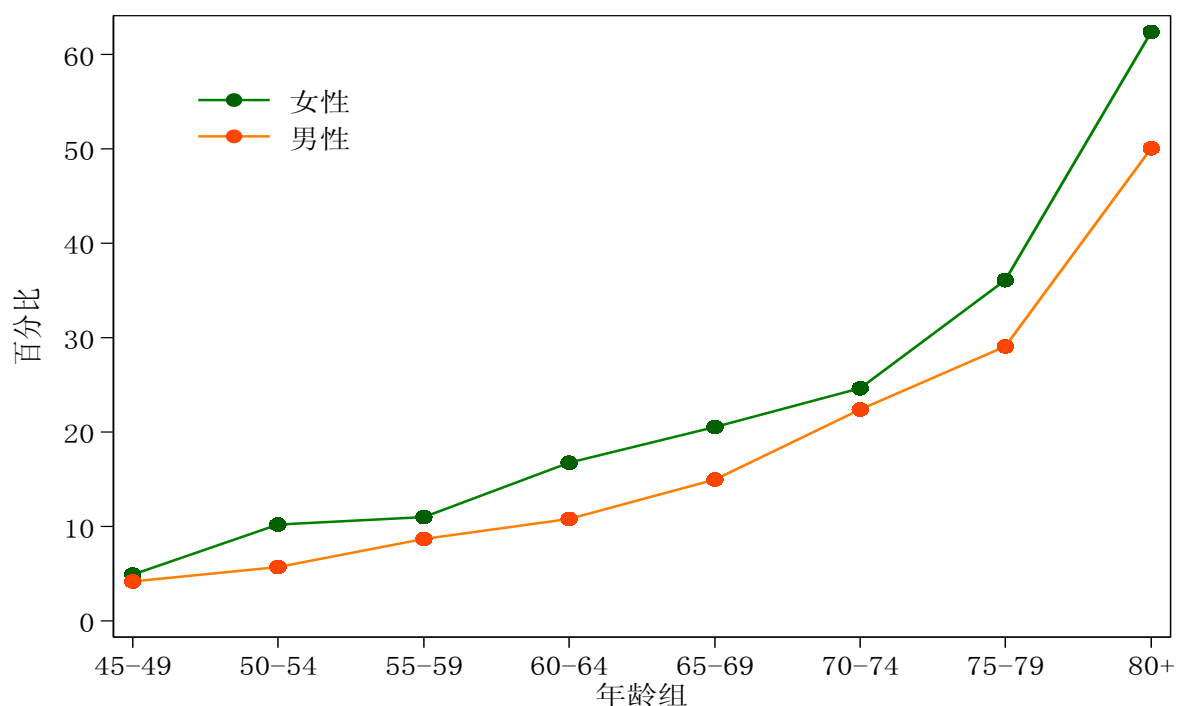


图 2：日常活动需要照顾的人口比例

在所有健康问题中，最严重的情况就是老年人完全失能，日常活动完全依赖他人 照料。中国老龄中心曾于 2000 年、2006 年和 2010 年分三次进行了中国城乡老年人口 状况的追踪调查。根据 2006 年《中国城乡老年人口追踪调查》数据，城镇老年人口 日常活动能够自理的比例占 85.4%，部分自理的比例占 9.6%，完全不能自理的比例占

5.0%；而农村老年人口中，能够自理的比例占 79%，部分自理的比例占 14.1%，完全不能自理的老人占 6.9%^①。

2010 年，老龄中心对于中国城乡老年人口的健康状况进行第二轮追踪调查，调查数据结果表明，城乡老年人口中部分自理老人的比例占 15.9%，完全不能自理的老人占 6.8%。其中农村老年人中部分自理的比例为 18.6%，完全不能自理的比例为 7.8%；城镇老人中部分自理的比例为 12.4%，完全不能自理的比例 5.6%。城镇老年人口的自理情况好于农村老年人的自理情况。2010 年六普数据中 60 岁以上老年人口总数为 1.7765 亿，按照老龄中心的失能比例，城乡日常生活中完全不能自理的老年人约合 1200 万，其中，城镇失能老年人口约为 440 万，农村失能老年人口为 750 万。城乡日常生活部分能自理的老人 2800 万，其中农村部分能自理的老人约为 1840 万，城镇约为 970 万。城乡合计的部分自理和完全不能自理的老年人口总数约为 4000 万人。而根据《北京大学健康与养老追踪调查》数据统计分析结果，中国 60 岁以上老年人口中，日常活动需要照料的老年人口总数将近 4200 万，这个数据与老龄中心 2010 年的调查结果基本相当。

表 3：失能老人的全国调查的对比

数据来源		失能老人	其中	
			部分失能老人	完全失能老人
老龄中心	2006 年调查数	2831	1893	938
	2010 年调查数	4031	2818	1213
CHARLS	2011 年基线	4200	3100	1100

三、老年人的医疗保险与医疗服务供给

老年群体是对医疗服务需求最高的群体，在过去 20 多年的市场化改革中，整个医疗服务体系也演变为市场体制下自负盈亏的主体，2003 年国家卫生服务调查的受访人群里，最近两周内患病的人中，50%没有去就医；在过去 12 个月内被告知应该住院的受访者中，有 30%的人根本没去住院。大部分都说不住院是因为住不起。这些人中 75%的人生活在农村，85%属于最贫困的 20%人口。单次住院的平均自费金额几乎相当于年人均消费的 55%^②。从我们的统计数据来看，在 2009 年新的医改政策(《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009-2011 年)》)出台之后，普通居民医疗服务的利用率有了一定程度的提高，19.6%的受访者在过去一个月内至少看了一次门诊，

^① 《〈中国城乡老年人口状况追踪调查〉研究报告》，中国网（http://www.china.com.cn/news/txt/2007-12/17/content_9392818.htm）2007 年 12 月 7 日。

^② 卫生部统计信息中心，《中国卫生服务调查研究：第三次国家卫生服务调查分析报告》，中国协和大学出版社，2004。

9.2%的受访者在过去一年中至少住院过一次。

前文分析中我们已经提到，目前慢性病、非传染性疾病已经成为影响老年健康的核心问题。但是目前的医疗服务总体上还是以“医”为主，预防保健能力严重不足。这一点从老年人群体对待高血压的态度上可见一斑。在患有高血压的老年群体^①中，40%的老年人没有进入医疗机构进行诊断，且不以为病。在农村人口中，患有高血压且不知晓的比例为 44.4%；在城市人口中，患有高血压且不知晓的比例为 30.3%。另外，即便有一些老年人已经得到专业医疗机构的诊断，确诊为高血压患者，但是药物依从性依然是个问题。数据显示，农村老年人中 20.5%的高血压老年人并不定期服药；城市老年人中 12.6%的高血压老年人不定期服药。2009 年新医改政策明确了基层医疗卫生机构要承担 11 项基本公共卫生服务^②，基层医疗卫生机构需要将慢性病控制、老年保健纳入到常规的医疗服务当中，政府承担筹资责任。但是根据我们在贵州省的实地调查，基本公共卫生项目的实施并没有伴随着基层医疗卫生服务方式的相应改变，其效果自然非常有限。很多地方健康档案的建档率达到了国家的要求，但是档案利用和更新不到位，不能够充分为疾病进行诊疗服务，基本成为死档案。

在医疗保险方面，中国自 2003 年推出新型农村合作医疗以后，医疗保险覆盖率逐年提升。根据样本的数据，城镇户口的老年人中医疗保险覆盖率达到到了 92.1%；农村户口的老年人中医疗保险的覆盖率到了 94%。按医疗保险类别来看（见表 4），政府及事业单位医疗保险覆盖了 3.9%的老年人口；城镇职工医疗保险覆盖了 16.3%的老年人口；城镇居民医疗保险覆盖了 6.3%的老年人口；新型农村合作医疗保险覆盖比例最高，覆盖了 65.9%的老年人口；商业保险覆盖了 1.3%的老年人口。

表 4：医疗保险覆盖率以及不同保险的缴费（60 岁及以上）

医疗保险种类	人口覆盖率(%)	保费金额（元）
政府及事业单位医疗保险	3.9	0
城镇职工医疗保险	16.3	0
城镇居民医疗保险	6.3	120
新型农村合作医疗保险	65.9	30
商业医疗保险	1.3	138
其他医疗保险	0.9	120

^① 《健康与养老追踪调查》数据中有针对老年人的客观健康测量指标，以此来客观衡量老年人的健康状况。

^② 11 项基本公共卫生服务包括：建立居民健康档案项目、健康教育、免疫规划项目、传染病报告与处理、儿童保健、妇女保健、老年保健、慢性病预防控制项目、康复服务、突发公共卫生事件管理、基本医疗急救自救服务。

在所有医疗保险类别中，保险的缴费数额都比较低（见表4），但缴费数额低的政策背景却各不相同。政府及事业单位医疗保险以往采取公费医疗的形式，由政府公共财政补贴。所以即便这部分老人缴费数额较低，但实际的医疗保险待遇却并不差。而新型合作医疗保险自2003年才开始推行，政府希望通过较低的缴费标准迅速提高医疗保险的覆盖率，低缴费标准也使得农民在看病上能够获得报销的项目受到多种约束。另外，这些保险计划，包括公立的政府及事业单位医疗保险、城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗保险都是在县一级进行统筹，所以如果老人跨出县域之外，原属县的报销将不适用于流动后的区域。当下医疗保险的碎片化也是影响老年人医疗服务可及性的重要因素。

表5：1990-2010年人均医疗费用与人均纯收入

	省属医院人均住院费用	地级医院人均住院费用	县医院人均住院费用	农村人均纯收入	住院费用占收入的比重	农村恩格尔系数
1990	1021.1	624	399.8	686.3	58.3	58.8
1995	3915.9	2205.8	1291.1	1577.7	81.8	58.6
2000	6513.8	3718	2279.6	2253.4	101	49.1
2005	9871.2	5452.4	3380.9	3254.9	104	45.5
2008	11084.1	6557.1	4115.3	4760.6	86.4	43.7
2009	12121.6	7214.9	4381.1	5153.2	85	41
2010	12938.7	8100	4891.5	5919	82.6	41.1

数据来源：《2011年中国卫生统计年鉴》

目前，医疗保险已经实现基本覆盖，那么居民“看病贵”的问题是否获得有效缓解呢？我们先对历年的统计数据进行了初步的梳理（参见表5），从1990年到2010年，省属人均住院费用从1021.1元增长到了12938.7元，20年内翻了12倍；地级医院人均住院费用从624元增长到了8100元，20年内翻了13倍；县级医院人均住院费用从399.8元增长到了4891.5元，20年内翻了12.2倍。而农民的人均纯收入从1990年的686.3元增长到2010年的5919元，20年内仅增长了8.6倍，农民纯收入的增长速度远不及住院费用的增长速度，住院费用占收入的比重2010年已经增长到了82.6%，而农村的恩格尔系数仅为41%，住院费用已经超过了农民用于食品的支出比例。所以从宏观数据上看，住院费用对于一般居民来讲仍然是比较大的经济负担。

表 6：去年住院治疗以及上个月门诊治疗的自付费用

医疗保险种类	住院治疗		门诊治疗	
	年自付费用中位数（元）	自付费用占家庭人均年支出的比例(%)	月自付费用中位数（元）	自付费用占家庭人均月支出的比例（%）
政府和事业单位医疗保险	1,800	11.4	90	9.1
城镇职工医疗保险	2,400	22.2	170	11.2
城镇居民医疗保险	3,000	29.7	100	22.3
新型农村合作医疗保险	2,400	39.7	100	25.0
商业医疗保险	3,700	36.5	50	4.7
其他医疗保险	1,700	22.9	120	22.3
无保险	4,000	41.6	198	43.6

表 6 从样本微观数据的角度对医疗负担进一步的分析，在政府和事业单位医疗保险中，住院自负费用的中位数为 1800 元，自负费用占家庭人均年支出的比例中位数为 11.4%；城镇职工医疗保险和城镇居民医疗保险住院自负费用中位数基本相当，分别为 2400 元和 3000 元，自负费用占家庭年支出的比例中位数也相差不大，分别为 22.2% 和 29.7%，这一支出比例比政府和事业单位医疗保险比例高 11-18 个百分点；在新型农村合作医疗保险中，农民自负费用比例中位数为 2400 元，自负费用占家庭年支出的比例 39.7%。这一比例远远高于政府和事业单位医疗保险、城镇职工医疗保险和城镇居民医疗保险。在四项公立医疗保险体系中，新型农村合作医疗覆盖的人群最广，同样也是新型农村合作医疗的自负负担最高。从这一点，可以发现中国的医疗保险体系实际上具有累退效应，收入较高的群体，医疗支出成本相对较低；而收入较低的群体，医疗支出成本却相对较高。门诊自负费用上自付费用中位数差异并不大，新型合作医疗月自付费用中位数为 100 元，与城镇居民医疗保险自负费用中位数相当。城镇职工医疗保险自负费用中位数为 170 元，政府和事业单元医疗保险自付费用还是最低，月自付费用中位数为 90 元。门诊自负费用占家庭人均支出的比例差异不大，城镇职工医疗保险是 11.2%，城镇居民医疗保险是 22.3%，在新型农村合作医疗是 25.0%。

四、老年人口的经济情况

根据数据统计，中国 23% 的老年人口消费水平处于贫困线以下，贫困现象在老年人口中非常普遍。论及贫困问题，需要区分两类贫困，即绝对贫困和相对贫困。所谓绝对贫困，是就人们的生活水准而言，具体指低于物质生活水准的一种生存状态。而相对贫困测量的是社会财富在不同社会阶层群体间的分配问题，一部分人的收入水平

处于相对剥夺的生存状态。从政策口径来讲，有三类人是政策识别的绝对贫困人口：城市低保对象、农村低保对象和农村五保对象。根据民政部网站发布的 2013 年第四季度社会服务统计信息，城镇居民最低生活保障的人数是 2061 万人，其中 60 岁以上的老年人口数为 336 万人，低保标准为 373 元/月；农村最低生活保障人数是 5382 万人，其中 60 岁以上的老年人为 2015 万人，占农村贫困人口 38%，低保标准是 203 元/月。农村五保对象为 538 万人，其中 60 岁以上的老人为 466 万人，五保对象分集中供养和分散供养两大类：集中供养的有 184 万人，集中供养平均标准为 390 元/月；分散供养的有 354 万人，分散供养的平均标准为 291 元。这三类人口毫无疑问是最贫困的人口，政策制定的标准仅能满足其基本生存需求，对老年人口来讲，绝对贫困状态大部分情况下都是由于自理能力差，健康水平恶化等因素引起的，老年人口不同于青年人口，健康状况还有可能恢复到正常人的状态，一旦陷入绝对贫困的境地，很难自拔。

在老年群体内部，贫困的深度也存在差异（参见表 7）。从性别上看，女性老年人的贫困发生率为 24.1%，高于男性 2.3 个百分点，这个结果与前文统计结果中女性老人身体健康的弱势一致。在农村地区，女性通常为非户主地位，不具有家庭财产的所有权。女性的预期寿命又长于男性老年人，所以到了老年时期，如果丧偶，女性老年人通常与儿子一同居住，儿子为主干家庭的户主，女性老人的生活将再次依附到儿子身上，老人的生活支出依赖于儿子的经济支持。随着中国市场化深入推进，一些传统的“养儿防老”的逻辑开始动摇，在农村地区，因为养老问题出现的家庭纠纷越来越多，代际之间的关系也越来越功利化，这也是导致部分女性老年人贫困化的原因。

从户籍上看，农村地区老人的贫困发生率为 28.9%，比城市地区的贫困发生率高出 19.39 个百分点。在过去几十年中，农村老人养老资源主要靠家庭供给，这样的非制度化的供养方式积极的意义在于维系了千百年来的“孝”文化传统，但是消极的方面则是给农村家庭带来了极大的经济压力。在 2009 年新型农村养老保障制度建立之前，中国农村地区一直没有一个持续的、政府统筹的养老保障，部分地区虽然经历了一些农村养老保障的试点，一是水平低，二是持续时间短，经常春建秋黄，并没有大规模推广开来。所以城乡老年人的贫困差异更深层次的原因在于社会保障制度的差异。

从居住方式上看，独居老年人的贫困发生率更高，为 23.6%，比与儿女同住老年人的贫困发生率高出 0.7 个百分点。对于农村户口的老年人而言，家庭成员及子女的经济支持对于降低贫困发生起到了重要作用（参见图 4）。如果只考虑夫妇二人的家庭收入，则老年人口的贫困发生率高达 65%；如果考虑到家庭成员（同住子女）的人均收入，则老年人贫困发生率会降至 46%；而考虑到其它子女的转移支付，老年人的贫困发生率将降至 40%。所以从当下农村的情形来看，由于社会保障制度还未完善，家庭成员的养老支持仍然是维系老人晚年生活的重要支柱。

表 7：不同类别老年人的贫困程度（百分比）

	性别		户籍		居住方式	
	男性	女性	城市	农村	独居	与儿女同住
贫困率	21.8	24.1	9.51	28.9	23.6	22.9

近些年来，中国政府已经逐步意识到养老保障制度对于缓解老年贫困的重要意义，着力扩大养老保障覆盖面。2009 年推出的新型农村养老保障制度，意在将长期处于制度外的农村老年群体纳入到国家的养老保障制度框架中来。

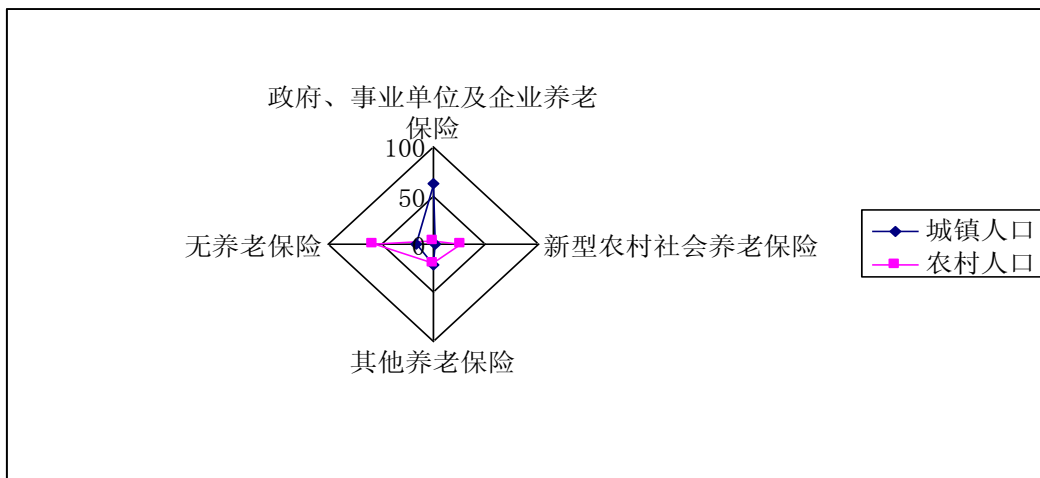


图 3：城乡不同养老保险计划的覆盖率

根据图 3 的结果，在城镇人口中，63%的居民具有职工养老保险，21.4%的居民具有其他养老保险。在农村地区，到 2010 年，新型农村养老保险覆盖面已经达到了 25.6%，保险覆盖的范围仍然在继续扩大。

在总的养老保险覆盖人群中，领取新型养老保险的老年人比例为 18.2%，比例最高，但是养老金中位数最低，年养老金领取中位数仅为 720 元，养老金占人均支出比例的中位数也最低，为 21%（不考虑高龄老人养老补贴）。领取城镇居民养老保险的比例为 14.4%，养老金中位数为 1200 元，占人均支出比例的中位数为 38.7%，居于第二位；企业职工基本养老保险和企业职工补充养老保险的中位数分别为 18000 元和 132000 元，养老金中位数超出了人均支出额，比例分别为 193%和 170%。这一比例已经远高于城镇居民养老保险和新型农村社会养老保险。领取政府和事业单位养老保险的老年人口比例为 10.9%，养老金中位数为 24000 元，养老金占人均支出的比例中位数 242.2%，比城镇居民高出 203.5 个百分点，比新型农村社会养老保险高出 221 个百分点。不同养老保险项目福利水平差异非常巨大，同时这些不同的养老保险项目相互分割，难以融合。这种差异是计划经济时期城乡二元经济制度的惯性，短时期内难

以彻底消除。

表 8：60 岁及以上老年人领取养老金情况

养老保险种类	覆盖率 (%)	养老金 (元)	养老金占人均支出的比例中位数 (%)
高龄老人养老补贴	3.6	720	19.1
新型农村社会养老保险	18.2	720	21.0
城镇及其他居民养老保险	14.4	1,200	38.7
企业职工基本养老保险	10.7	18,000	192.9
企业职工补充养老保险	1.2	13,200	169.7
政府或事业机构的养老保险	10.9	24,000	242.2
商业养老保险	0.3	14,400	106.1
其他养老保险	2.7	9,600	150.7

根据上述数据统计结果，新型农村社会养老保险是在几类养老保险计划中补贴最低的，在新型农村养老保险制度推行初期，出于制度信任等因素，参与的农民缴费率非常低，大部分农民只是缴纳了基础养老金部分。那么参与新型农村养老保险是否会缓解农村老人的贫困现状呢？我们将参与新型农村养老保险和未参与新型农村养老保险的老人进行对比分析，发现，参与新型农村养老保险的老人贫困发生率为 30%；而没有参加新型农村养老保险的老人贫困发生率为 39%。从数据统计结果看，新型农村养老保险确实一定程度上缓解了农村老人的贫困现状。但是长远来讲，“家庭养老”和“制度养老”两种老年支持模式可能相互影响，一种可能的影响是“挤出效应”，随着新型农村养老保险制度的推广，当老年人不再依赖子女养老费维持生存时，老年人的贫困问题与当下的老年贫困问题在性质上可能就会存在不同。

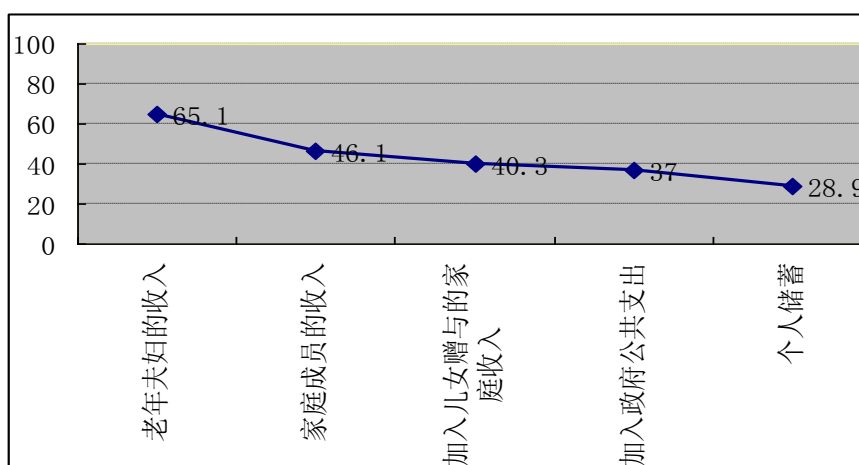


图 4：农村老年人口的贫困发生率

五、家庭给予老年人的养老支持

在当前的社会形态下，家庭仍然是养老的主体，在农村地区更是如此。但是经历了 20 多年的市场化改革，家庭的结构发生了重大转型。从我们的统计数据看，农村家庭中夫妇独立居住的家庭达到了 47%，而与子女同住的家庭降低到了 37.8%。杜鹏（2012 年）根据六普数据推算，现在农村中单身家庭户有 1824.4 万，夫妇两个老年人的户数为 2189.1 万户。按照这两个数字估算，生活在夫妇家庭中的老年人口总数至少有 6200 万人，占老年人口总数的三分之一，这个数据与我们抽样的统计结果基本相当。那么目前农村家庭结构处于一个什么样的动态位置上呢？这里引用了王跃生（2006）对中国家庭结构的分析结果作为参考，2011 年的样本数据与 1982 年、1990 年、2000 年的家庭结构相比，最主要的变动体现在两点：一是与子女同住的家庭较前三个阶段有所下降，比最近的 2000 年降低了 15.8 个百分点，二是夫妇独立居住家庭的比例较前三个阶段有显著的提高，比最近的 2000 年提高了 25.5 个百分点，比 1990 年提高了 34.25 个百分点。

表 9：老年人的居住方式（%）

	2011（样本）	2000	1990	1982
夫妇独立居住（含独居）	47	21.5	12.81	12.75
与子女同住	37.8	53.6	67.31	67.2
与其他人同住	16.2	24.9	19.88	20.05
合计	100	100	100	100

资料来源：1982 年家庭结构中一代核心家庭和“其他”家庭类数据来自《1982 年全国人口普查资料》汇总数据（见中国统计出版社，1985 年，第 476-477 页）。其余类型数据来自曾毅等《中国 80 年代以来各类核心家庭户的变动趋势》。1990 年家庭结构数据来自曾毅等《中国家庭结构的现状、区域差异及变动趋势》。2000 数据资料来源于第五次全国人口普查长表数据库（1%抽样）计算后得到。说明：样本数据来源于北京大学中国经济中心在两个县的随机抽样调查，与全国结果可能存在一定的偏差。

虽然大部分家庭老年人与子女分开居住，老年家庭与子女家庭还是存在着千丝万缕的联系。从下图的数据分析中我们可以发现，最近的子女与父母同住在一个村或者社区的比例达到了 37.87%；最近的子女与父母同住在一个县的比例达到了 15.4%。只有 6.1%的老人其最近的子女住在外县市。在当下农村，青壮年劳动力大量外出就业，有的老人即便与子女名义上是一个家庭，但实际上常年独立生活，甚至为了子女的需要，给子女照看孩子。在这种情况下，同住家庭子女的责任可能在非同住家庭进行了重新分配。不同住的子女与父母通常住在一个社区的情况下，即便经济上与老人独立，但是子女仍然会给父母提供一些日常生活上的照料。

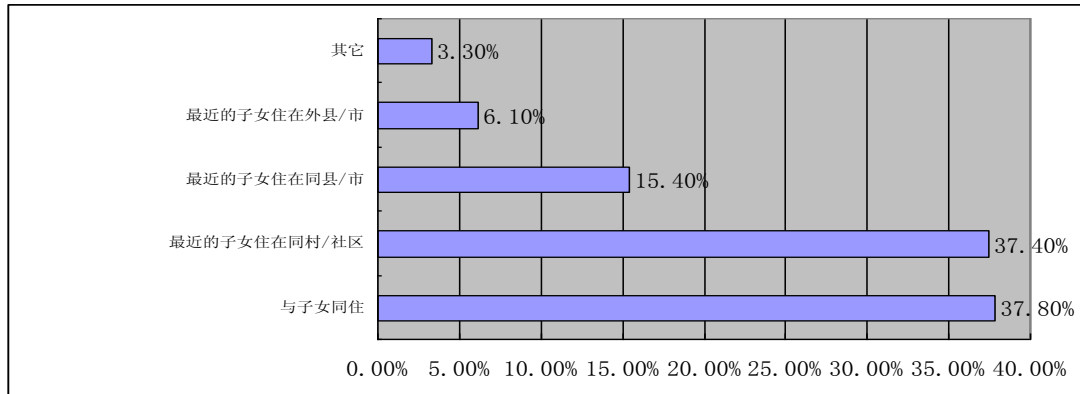


图 5：60 岁及以上老年人与子女居住地的最近距离

表 10 结果显示日常活动中需要帮助的老年人中，88.7%的老人得到了来自家庭成员的帮助，11.3%的老年人得不到任何帮助。不能获得子女帮助的老年群体分两类，一类是独居的老年人，近 28%的独居老人得不到子女帮助；另一类是贫困老人，相对于非贫困老人来讲，贫困老人不能得到子女帮助的比例为 14.8%，而非贫困老人不能得到子女帮助的比例为 10.4%，前者比后者高出 4.4 个百分点。未来，随着子女外出打工比例的提高，独立生活的老年人比例可能越来越高，老年人的照料责任可能对传统的家庭模式提出挑战。

表 10：60 岁及以上老年人中生活活动需要帮助且获得帮助的人口比例

获得帮助的比例	全样本	经济状况		居住状况	
		非贫困	贫困	非独居	独居
	88.7	89.6	86.2	89.7	75

按照传统的社会伦理，老年人的经济支持和日常照料通常由儿子来承担。但是我们通过统计数据发现，这个逻辑在快速变迁的当下社会也在潜移默化的发生着变化。在经济支持上，农村儿子给予父母经济支持均值为 1572 元，女儿给予父母经济支持的均值为 799 元，女儿给予父母的经济支持在父母生活中已经占有重要地位；在日常照料工作上，儿子参与父母照料的比例为 87%，女儿参与父母照料的比例为 50%；在情感支持上，儿子给予父母情感支持的比例为 61%，女儿给予父母情感支持的比例为 39%。传统社会下，女儿是“泼出去的水”，从此不再将娘家作为核心世界的一部分，但是现在女儿越来越多的介入到娘家的社会生活当中，甚至在给予老人支持上承担了儿子不能更不愿承担的角色。女儿养老作用的凸显，一方面在于农村男性劳动力大量外出打工，儿子角色的缺失需要一个社会内部机制的重调；另一方面，女性在家庭和社会中地位逐步提高，女性地位提高有助于她们重新参与到娘家生活的建构当中。

儿子给予的经济支持和女儿给予的经济支持除了数量上的差异外，在性质上也存在差异：在儿子给予老人的经济资助中，“定期给钱”的比例占到 20%，而女儿给予

老人的经济资助中，“定期资助”不足 8%。“定期给钱”与否意味着子女给予老人经济资助的性质，在农村，老人晚年不能劳作之时，将会召集所有儿子商谈父母的养老问题，一般会按照一定的规矩每年给予老年人一笔定期的资助，以满足老年人吃喝用度。而女儿一般不承担“规定性”的资助，女儿的资助带有自愿性和随意性。资金的不同来源可能会给老年人带来不同的协商过程和心理压力，在当下农村社会，儿子不愿养老的现象并不鲜见，如果老人有多个儿子，互相推诿的事情更是时有发生。虽然有不成文的规矩要求儿子按照“定额”每年支付老年人养老金，可是遵守者少，违反者多，况且这是一个约定俗成的潜规则，并没有一个特定的法律机构监督它的执行，所以有些老年人在要求儿子支付养老金的过程中费尽周折，这个过程可能对老人造成很大的心理压力。而女儿的资助更多是源于对父母的亲情，不带有利益上的争执和冲突，所以老年人在获得女儿的资助上会感到倍加安慰。

表 11：儿子与女儿给予父母的养老支持

	均值	标准差
儿子经济支持（元）	1572	3388
儿子提供日常照料（百分比）	87	34
儿子提供情感沟通（百分比）	61	49
女儿经济支持（元）	799	5912
女儿提供日常照料（百分比）	50	50
女儿提供情感沟通（百分比）	39	49

六、老年人的就业情况

世界卫生组织曾经提出“积极老龄化”的政策主张，对老年人口而言，退休并不意味着被动的“养老”，而是可以继续地参与到社会经济价值的创造活动中来，通过劳动就业参与，老年人可以最大限度实现体力、社会、精神等方面的潜能，在参与的同时，老年人自身的健康、教育等水平也会获得实质性地提高。在中国，老年人口的就业情况更为复杂，城镇人口退出劳动力市场的年龄大约在 50 岁到 65 岁之间，而农村户籍的劳动人口退出劳动力市场弹性更强，只要有劳动能力，农村老年人在 70 岁至 80 岁之间还会继续从事农业劳动。根据数据统计的结果，农村老年人口中 80 岁还参与农业劳动的比例为 20%；而城镇人口中，45-49 岁人口中就业率约为 80%，55-59 岁人口就业率下降到 40%，60-64 岁老年人口就业率直线降到 20%。中国政府制定的退休年龄是导致城镇人口提早退出劳动力市场的主要因素，按照《国务院关于工人退休、退职的暂行办法》，女性退休年龄为 50-55 岁之间，男性退休年龄为 65 岁。部分企业甚至鼓励员工提前退休，90 年代很多人在达到法定退休年龄之前就通过工龄买断等

方式提早办理了退休手续。城市老年人口办理退休手续之后，由于就业机会有限，大部分中老年人不会从事新的工作。

老年人口在就业率上还存在着性别差异。这一点在城市人口中更为普遍，图 6 显示，城镇人口中，50-54 岁人口中劳动参与率性别差异最大，男性劳动力在这一年龄段参与工作的比例为 78%，而女性参与工作的比例仅为 45%。随着年龄的增长，城镇女性离开劳动力市场的速度更快，到 60-64 岁，留在劳动力市场的女性不足 10%。在城市社会中，90 年代以后，农村劳动力大量涌入，部分替代了城市女性的劳动力就业市场。城市社会服务业属于劳动密集型产业，对劳动力文化素质要求不高，同时给予的工资水平较低，这样的工作性质难以吸引城市女性继续参与到劳动力市场上来，所以说，城市女性在某种程度上是主动边缘化。

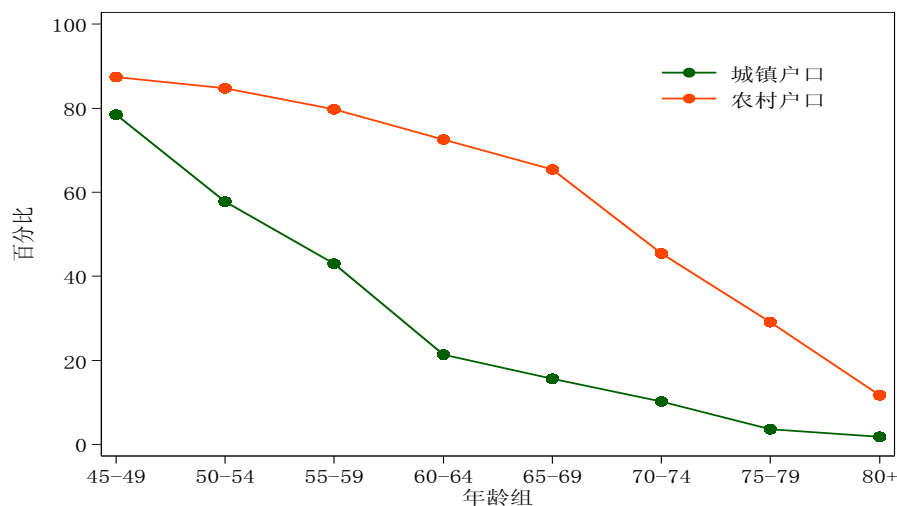


图 6: 城乡老年人口的就业情况

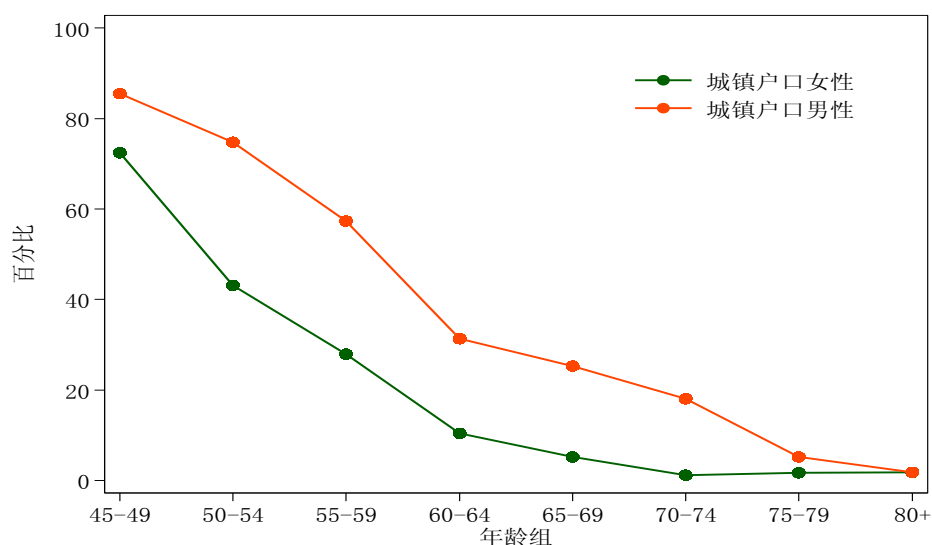


图 7: 城市老年人口的就业情况

在农业劳动上，女性老年人参与农业劳动的比例为 54.65%，男性老年人参与农业劳动的比例为 68.15%，女性老年人比男性老年人低 13.5 个百分点。在非农业劳动上，农村女性老年人和男性老年人并没有体现出明显的差异，平均水平分别为 12.70% 和 12.17%，这说明当农村人口超过 60 岁以后，从事非农就业的空间就将变的非常狭窄，有限的非农就业活动主要集中在个体非农自雇或短暂的务工活动上。从孙子女照护的比例上看，女性老年人从事照护活动的比例为 60.74%，男性老年人从事照护活动的比例为 51.35%，女性老年人比男性老年人高约 10 个百分点。

表 12：农村老年人口的就业现状

就业类型	女性老人比例 (%)	男性老人比例 (%)
农业	54.56	68.15
非农	12.70	12.17
孙辈照护	60.74	51.35

表 13：就业与农村老年精神状态

社会角色	女性老人精神健康评分 (0-30)		男性老人精神健康评分 (0-30)	
	参与	不参与	参与	不参与
农业	9.25	8.43	7.70	7.83
非农	6.74	9.26	6.28	12
孙辈照护	9.79	9.46	8.75	8.84

就业类型与老年人的精神状态具有密切的关系。对于女性老年人来讲，参与农业活动的女性老年人精神健康得分为 9.25^①，比未参与农业活动的老年人高 0.8，女性参与非农就业对精神健康带来负面的影响；参与非农就业活动的女性老年人精神健康得分为 6.74，比不参与非农活动的女性老年人低约 2.52，这表明女性参与非农就业活动对精神健康带来正面的影响；而女性是否承担孙辈照护活动的精神健康得分没有显示出显著的差异。对男性老年人来讲，整体上看，男性老年人精神健康得分都比女性平均得分要低，这一点上说明农村男性老年人的精神状态好于女性老年人。在具体项目上，参与农业活动的男性老年人精神健康评分比不参与的低 0.13，参与非农就业的男性老年人精神健康评分比不参与非农就业的男性老年低约 5.8，男性老年人参与非农就业能显著的提高健康水平。

^① 问卷中关于老年精神健康的量表：1，上周有没有觉得很难集中精力做事；2，上周有没有感觉到抑郁。3，上周有没有觉得做什么都很费劲。4，上周有没有觉得对未来充满希望。5，上周有没有感觉到害怕。6，上周有没有觉得睡得不安宁。7，上周有没有感觉很愉快。8，上周有没有感觉到孤独。9，上周有没有觉得做什么都打不起精神。10，是否有些事情通常不会让受访者烦，但上周让受访者很烦”。我们按照 CES-D 的一般计算方法，每项不足 1 天的为“0”分；有 1-2 天的为“1”分；有 3-4 天的为“2”分；有 5-7 天为“3”分。把 10 项问题加总形成精神健康评分，最低值为 0 分，最高值为 30 分。这里我们采取负向衡量方法，分数越高，表明老人的精神健康状态越差。

七、社区老年居住环境与老年基础设施情况

2011年北京大学健康与养老追踪调查在全国随机抽取了450个村社区,其中农村社区307个^①,城市社区146个。农村社区平均人口规模为2496人,城市社区平均人口规模为6439人。

表 14: 城乡社区交通情况

	农村社区(%)	城市社区(%)
柏油路/水泥路	59.93	95.21
土路	27.04	3.42
砂石路	12.70	0.68
其它	0.33	0.68
合计	100	100

在社区交通条件上,我们分城市和农村社区进行统计,城市社区中已经通柏油路的比例达到95.21%,而农村社区中已经通柏油路的比例远低于城市地区,农村地区中通柏油路的比例为59.93%,土路的比例为27.04%,砂石路的比例为27.04%。在农村地区,人们出行的主要方式公共交通,根据数据统计,农村社区中平均公共交通数量为1.36个,而城市社区中平均公共交通数量为5.45个。农村社区中每年公共交通不能通行的时间为38天,城市社区中每年公共交通不能通行的时间为15天。对比而言,农村人口,特别是老年人口日常出行的频率受到公共交通条件的很大制约。

在社区居住环境上,城市社区居民中平均使用自来水的比率是92.6%,而农村社区居民中平均能使用自来水的比率是42.8%。在燃料使用上,城市社区居民中使用天然气的50.82%,而农村社区居民中使用天然气的比率仅为17%;相反,农村社区居民中主要使用柴草作为燃料的比例却高达59.34%。城市社区冬季集中供暖的比例为36.3%,而农村社区集中供暖的比例为0.98%。在通电情况上,农村社区和城市社区已经没有差异,农村社区通电的比例已经达到了99.51%,城市社区通电的比例已经达到100%。

表 15: 城乡社区厕所类型

厕所类型	农村社区 (%)	城市社区(%)
室内冲水	26.38	78.08
室内马桶(无冲水)	3.26	3.42
室外冲水	3.58	4.79
室外非冲水(公厕)	9.12	8.90
开放式茅坑	53.42	4.11
其他类型	4.23	0.68
合计	100	100

^① 农村社区中包含6个城乡混居管理的社区(既是城市社区,也是农村社区)。

表 16：城乡社区垃圾处理方式

垃圾处理方式	农村社区 (%)	城市社区(%)
垃圾车定期运走处理	28.99	93.15
有组织的本地填埋	6.84	1.37
有组织的焚烧	3.26	1.37
有组织的倒入附近河中冲走	0.98	0
不集中处理	59.93	4.11
合计	100	100

在卫生设施上(见表 15),农村社区的厕所主要还是以室外“开放式茅坑”为主,比例为 53.43%,而城市社区的厕所主要以“室内冲水”厕所为主,比例为 78.08%。农村社区中具有公共厕所的社区比例为 29.64%;而城市社区中具有公共厕所的社区比例为 68.49%。在垃圾处理方式上(见表 16),农村社区对于环境管理比较粗放,定期处理的仅占 28.99%,而不集中处理的方式占 59.93%。城市社区定期处理垃圾的比例为 93.15%。农村生活垃圾以及引起的环境污染问题目前还是一个潜在的环境风险。

在社区活动场所上,农村社区与城市社区也具有很大的差距(如表 17),露天健身器材是老年人日常运动的最基本设施,城市社区具有露天健身器材的比例为 68.28%,而农村社区中仅有 21.24%的社区具有露天健身器材。棋牌活动(比如麻将等)是中国老年人最经常参加的活动,农村社区中具有棋牌活动室的社区仅有 27.78%,而城市社区中具有棋牌活动室的社区 71.53%。老年活动中心是综合性的老年活动场所,农村社区中具有老年活动中心的社区仅为 27.12%,而城市社区中具有老年活动中心的社区比例为 67.18%。

表 17：社区老年活动场所

社区活动场所	农村社区 (%)	城市社区(%)
篮球场	41.18	46.58
游泳池	0.66	13.01
露天健身器材	21.24	68.28
乒乓球桌	33.33	56.85
棋牌活动室	27.78	71.53
乒乓球室	16.01	47.95
老年活动中心	27.12	67.81

在社区社会组织上,城市社区的社会组织也比农村更为发达。城市社区在自发的老年活动组织上比较活跃,具有书画协会的城市社区比例为 30.14%;具有舞蹈队的城市社区比例为 72.6%;具有协助老弱病残的组织的城市社区比例为 71.03%;具有老年协会的

城市社区比例为 52.74%。相对来讲，农村社区由于老年人口素质、农村基础设施条件的制约等因素，老年社会组织较为落后，具有这些组织的农村社区大概比例在 20%左右。

表 18：老年社会活动组织

社会组织	农村社区 (%)	城市社区(%)
书画协会	1.64	30.14
舞蹈队或其他锻炼队	22.37	72.60
协助老弱病残的组织	21.64	71.03
老年协会	24.01	52.74

对于高龄的失能、半失能老人来讲，养老院、老年保健中心等机构是更为重要的基础设施。在北京大学健康与养老追踪调查中，在城市社区中，具有养老院的社区比例为 20.55%；具有老年保健中心的社区比例为 25.52%。在农村社区中，具有养老院的社区比例为 6.89%；具有老年保健中心的社区比例为 16.67%。在养老院的筹资上，农村社区的筹资策略比较复杂，主要由上级和本级政府承担筹资责任的社区比例为 58.62%，主要由社区自筹资金的社区比例为 27.59%。在城市社区，主要由上级和本级财政承担筹资责任的社区比例为 95.23%，主要由社区自筹资金的社区比例为 4.76%。所以从养老院的投资建设看，政府对城市社区的养老院建设投资明显要高于农村地区。老年保健中心是最近几年刚刚开始建设起来的机构，通过统计分析，城市地区老年保健筹资的方式比较多元化，政府筹资的比例为 41.76%，社区筹资的 13.89%，社区、政府共建的比例为 38.89%^①。在老年保健中心的使用上，问卷中总计调查的老年保健中心总数为 38 个，其中能够提供医疗服务的老年保健中心为 25 个，能够提供娱乐活动的老年保健中心为 23 个。使用老年保健中心的中位数人数是 310 人，老年保健中心收取的人均费用为 44 元。

表 19：社区养老机构的投资主体

投资方	养老院		老年保健中心	
	农村社区 (%)	城市社区(%)	农村社区 (%)	城市社区(%)
政府财政	58.62	95.23	---	41.67
社区自筹	27.59	4.76	----	13.89
社区、政府共建			----	38.89
其它	13.17	---	---	5.56
总计			-----	100

^①农村社区老年保健中心的统计数据缺失较多，关于老年保健筹资的社区数据几乎全部缺失。

八、总结

随着老龄化的加剧，中国在养老保障和养老服务上面临着巨大的挑战。由于过去几十年的城乡二元发展，农村老年人口在人力资本上普遍处于弱势状态，教育水平低（文盲程度达 32.8%），身体健康水平差，慢性病高发，失能率随之升高。文化教育水平与人们的健康意识相互制约，农村老年人即便在经济上已经摆脱贫困，还是对慢性病不加以重视，这就对基层医疗卫生体系提出了挑战。但是过去 20 多年中，中国市场化经济的发展模式已经渗透到国民经济的各个领域，在医疗服务上，无论公立医疗机构还是私立医疗机构都一时难以从“医疗”为主向以“预防”为主进行转变。

传统中国社会，家庭是实现养老的核心，但是代际关系的建构形态越来越朝向理性化的趋势演进。在老人一端，在市场化环境下，老人不再扮演一家之长的角色，而是与青年人一样，需要通过“经济的”（比如个人收入）或“工具性”价值（比如看护孙辈）来证明自身的社会地位和社会价值。其次，在子女一端，赡养责任在家庭范围内进行重新分配，家庭成员自觉地按照性别、年龄和是否外出进行了重组：女儿在日常照料和情感慰藉上的角色进一步上升，父权制度下单系偏重的养老性别分工实质上正在逐步被打破；未外出的年长家庭成员或者因身体原因不能外出的家庭成员承担了更多的支持性责任；而对于外出子女，他们会通过汇款、探望、打电话等方式维持与原有家庭成员和亲属之间的联系。通过这种角色关系的重构，我们看到原有的家庭秩序延展到了一个更加广阔的地理空间和社会空间之上，在竞争性的市场社会环境下具备了一定程度的“弹力”和“张力”。但是这样的家庭关系格局与传统稳固的亲密关系格局已经大相径庭，每一个人都处在一个“暂时性”的角色位置上，没有一个实在的社会规范来制约个人应该承担的角色，也没有一个社会机构来真正惩罚那些不赡养老人的子女。今天可能是女儿在照料父母；明天儿子或儿媳可能又在扮演照料的角色；或者还有更消极的结果，所有子女都将远离父母，融入到城市化的浪潮之中。这种假设在未来极有可能成为现实，因为独生子女政策使得农村老人没有选择。一言以蔽之，当下重构的家庭社会秩序虽然在一定程度延续了传统的家庭伦理，但是与传统家庭结构相比已经迥然不同了。

由于人口流动的加剧、家庭关系的功利化等因素，老年人口贫困化也是未来中国政府需要面对的一个挑战。而当下完善的社会养老保障机制和社会养老服务机制还没有建立起来，老年人口处于贫困线以下的比例随着人口年龄的老化逐步升高。目前虽然已经在农村开始推广新型农村社会养老保险，但是保障水平过低，并不能有效缓解老年时期的贫困风险；而另一方面，农村新型合作医疗制度虽然实现了广覆盖，但与农民的年收入相比，医疗报销比例还是偏低。当老年人患大病之时，较高医疗费用使老年人对住院服务望而却步。在过去 30 多年的市场化发展过程中，中国的医疗保险和养老保险是采取“打补丁”的方式，哪部分人群最需要，就建立制度满足哪部分

人口的需求，所以制度与制度之间缺乏衔接。不仅如此，医疗保险和养老保险还具有严重的累退性，越是贫困的农村人口从医疗保险和养老保险中受益的比例越低，而越是富余的城市人口从医疗保险和养老保险中受益的比例越高。虽然中国政府正在着力进行养老保险和医疗保险的改革，但是推行起来步履维艰。老年人口不是被动养老的群体，如果能够积极挖掘老年人口的潜能，是社会的一笔巨大的财富，十八大以后推迟退休政策开始酝酿。对于农村老年人口来讲，因为非正式就业不存在退休与否的问题，推迟退休主要是针对城市低龄老年人口。与发达国家相比，中国强制退休政策使一部分老年人过早的离开了劳动力市场，人力资本积累被迫中断，使社会和家庭都承受了巨大的养老负担。未来推迟退休年龄是中国政府迟早要实现的一项积极老龄化举措，在制度改革上，一方面要允许具有能力、且在达到法定退休年龄的人口具有选择权，并在政策上鼓励他们在延迟退休后领取更高的退休金。特别对女性老年人口而言，劳动力市场的歧视使得女性老年人在退休之后很难回到劳动力市场，所以女性老年人的退休年龄与男性老年人退休年龄保持一致是比较理想的选择，这一点需要国家在大的宏观政策上予以调整。

中国调研地区分报告

北京市养老事业的困境、对策和出路

王 颖

一、北京市快速进入老龄化社会的真实困境

(一) 北京市快速进入老龄社会

据《北京市 2012 年老年人口信息和老龄事业发展状况报告》显示，截至 2012 年底，北京市户籍总人口 1297.5 万人，其中，60 岁及以上户籍老年人口 262.9 万人，占总人口的 20.3%；65 岁及以上户籍老年人口 184.6 万人，占总人口的 14.2%；80 岁及以上户籍老年人口 42.6 万人，占总人口的 3.3%。

另据北京市民政局新闻发言人李红兵介绍，2014 年，北京 60 岁及以上常住老年人口将达 300 万，占总人口的 14.2%；户籍老年人口将达 280 万，占户籍人口总数的 21.5%^①。

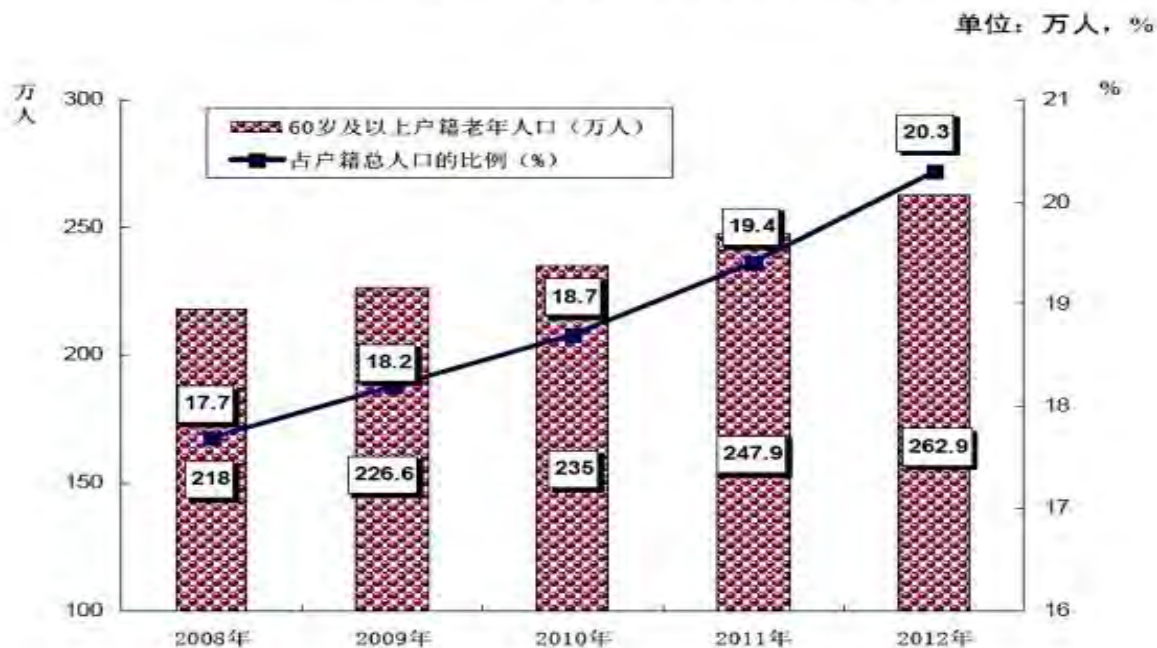
无论使用什么标准，北京市已经快速进入了老龄化社会。按照联合国的传统标准是一个地区 60 岁以上老人达到总人口的 10%，新标准是 65 岁老人占总人口的 7%，即该地区视为进入老龄化社会。北京市户籍老年人这两个比例均已大大超过标准，达到 20.3%和 14.2%。即使按照常住人口计算，60 岁在上老年人也已经占到总人口的 14.2%，北京市也已经超过 10%的标准，进入了老龄化社会。

无论从那个角度看，北京市的老龄化水平都超过全国城市老龄化的平均水平。按照第六次全国人口普查主要数据公报显示（2010 年 11 月），60 岁及以上人口占总人口的 13.26%，65 岁及以上人口占总人口比例为 8.87%。北京市 60 岁及以上户籍老年人占总人口比例 2012 年已达到 20.3%，65 岁及以上户籍老年人占总人口比例也已经达到 14.2%。均大大超过全国平均水平。在第六次人口普查各省市自治区老龄化排名中位列直辖市第三。

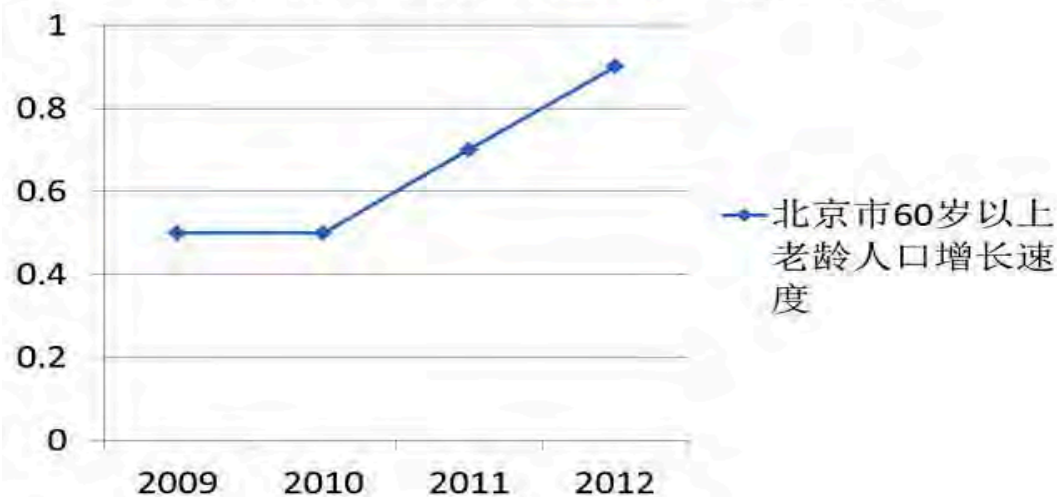
从北京市老龄化水平的增长速度看，北京市人口老龄化已经进入快速增长期。见下图：

^① 《北京常住老年人将达 300 万》，来源：千龙网：<http://www.qianlong.com/2014-04-10 14:03:20>。

2008年—2012年北京市户籍老年人口变化



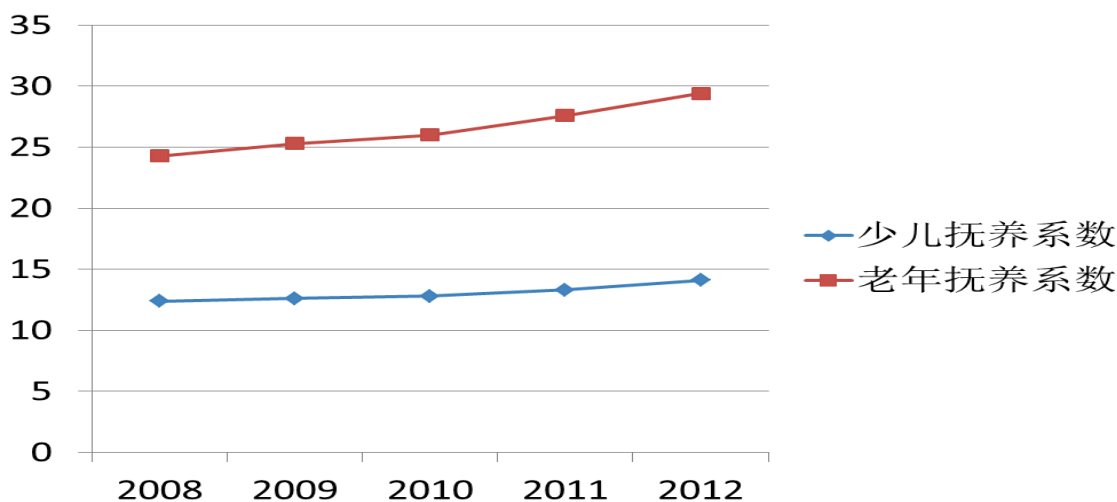
北京市60岁以上老龄人口增长速度



(二) 户籍人口抚养系数的变化揭示北京市养老问题的严峻

上面，我们主要阐述了北京市已经快速进入老龄化社会的事实，下面，我们结合北京市少儿抚养系数和老年抚养系数的变化，来看一看北京市养老事业所面对的严峻形势。

2008-2012年北京市少儿抚养系数和老年抚养系数变化图



由于多年的独生子女政策,以及北京良好的医疗卫生条件,使得老年人越来越多,老年抚养系数远远高于少儿抚养系数,而且老年抚养系数的增长要快于少儿抚养系数的增长,使刚刚起步的养老事业前景堪忧。

也许有人以为,上述数字只是户籍人口的抚养系数,如果把常住人口作为基数,那么抚养系数将大大下降。

但是,真实的情况是,绝大多数老年人的养老问题,是由他们自己和家庭承担的,我们并没有一个社会统筹的养老政策和制度。因此,任何进入北京市的非本地户籍劳动力,不会为户籍老人的养老支出买单。因此,在养老问题上,户籍数字也许比常住人口数字更能反映真实的老龄化情况。

(三) 户籍老年人口在城市地理区位上的分布特征

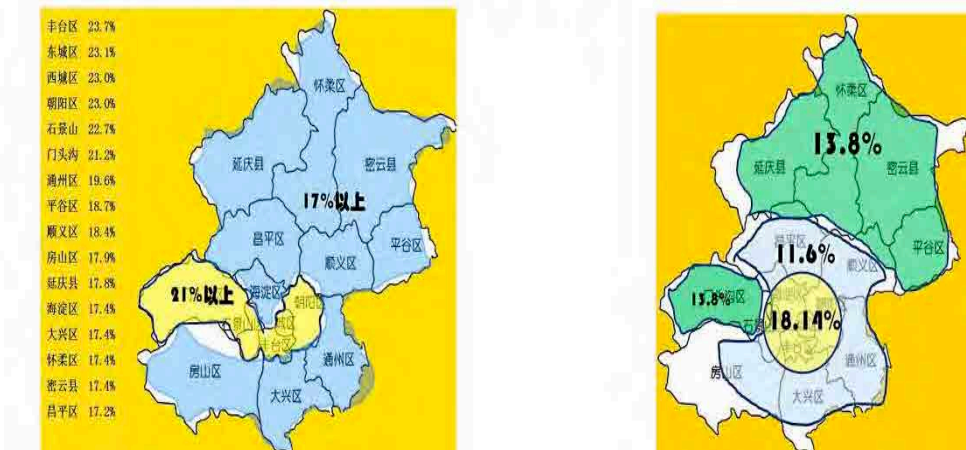
根据《北京市 2012 年老年人口信息和老龄事业发展状况报告》的数据显示,老年人口最多的城区排名:朝阳(45.4万)、海淀(40.2万)、西城(31.9万)。老年人口占比最多的城区排名:丰台(23.7%)、东城(23.1%)、朝阳(23%)、西城(23%)。也就是说在地理分布上,老年人口主要集中于城市核心区。

但是,如果我们仔细研究户籍老年人口在地理上的分布,会进一步发现北京市老年人口分布所呈现出来的两个重要特征。其一是老年人口在城市核心区的大量聚集。其二是已经出现老年人口向边远区县迁移的趋势。特别是80岁以上的老年人。李扬、刘慧、金凤君、汤青等人在2011年发表的《北京市人口老龄化的时空变化特征》^①一文中,就揭示过这两种趋势,而且指出这种趋势在发达国家是很明显的。今天,这种趋势已经开始在中国北京显现出来。让我们看看地理分布图示。

^① 李扬、刘慧、金凤君、汤青等著,2011,《北京市人口老龄化的时空变化特征》,《中国人口·资源与环境》(济南)第11期,第131-138页。

2012年北京市60岁以上户籍老年人占户籍总人口的比例在各区县的分布情况(%)

2012年北京市户籍80岁以上老人占60岁以上老年人口比例的区位分布图



上图显示，户籍 60 岁及以上老年人口分布情况，主要以核心区为聚集区。但是户籍 80 岁及以上老年人口的分布，则以核心区为主，以远郊区县为辅。这种变化，显然与人们养老观念的转变有关。

我们再分析一张户籍老年人口增长率的图表，就会更清楚地揭示出北京市面对的老年人口快速增长的压力，来自何方。

2012年北京市户籍老年人口增长率大大高于总人口的增长率

人口类型	数量(万人)	占总人口百分比(%)	比上年增长值(万人)	增长率(%)
总人口	1297.5	100	41	3.3 ↑
60岁以上	262.9	20.3	15	6.1 ↑
65岁以上	184.6	14.2	7	3.9 ↑
80岁	42.6	3.3	4	10.4 ↑
非农老年人口	207.3	78.9	/	/
农业老年人口	55.6	21.1	/	/

这张图表，向我们揭示了一个更让人感到紧迫感的事实，即北京市户籍老年人口的快速增长呈现两头快的增长趋势。也就是说跨入 60 岁老年门槛的老年人大幅增长，预示着北京市已经进入出生高峰期的人口老龄化的阶段，使老年人口增长迅速。而 80 岁以上老年人口增长的超速，则显示着北京市良好的医疗条件和健康理念，使进入 80 岁的老年人大幅增加。因此，北京市正在起步的养老事业面临着更强烈的紧迫感。

(四) 北京市面临户籍人口快速老龄化的真实困境

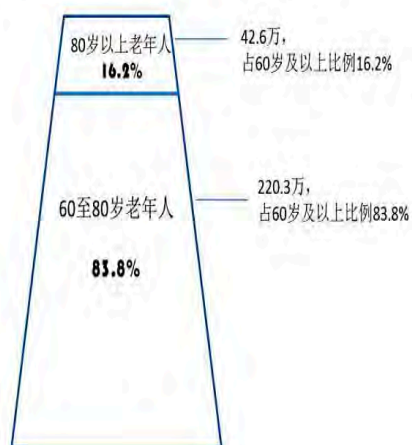
归纳上述几点，我们认为，北京市户籍人口的养老问题极其突出。虽然外来劳动力的进入稀释了老年人口占常住人口总数的百分比，但每一个北京人面对的养老困境都是以家庭为单位的。外来人口的父母都留在了老家，但并不意味着他们不赡养他们的父母，也不意味着他们就要承担北京户籍老年人的养老问题。面对现实，户籍人口老龄化的问题才是我们每个家庭每个人每个社区所真实感受到的养老压力。

以户籍老龄人口计算，北京市面对的养老压力来自这样几个方面：一是刚刚进入 60 岁的老年人大幅增加，使得老年人口的比例快速增长。

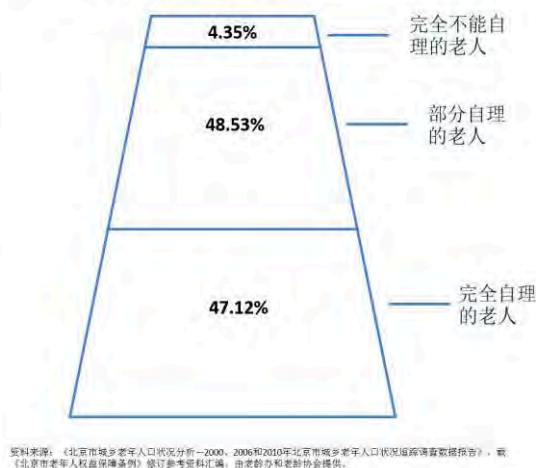
二是进入 80 岁高龄的老年人大幅增加，使得专业化的日常生活照料和医疗护理需求大幅增加，而这方面恰恰是目前北京市最欠缺的。三是老年人口在地理上的分布主要集中于核心区，其次是远郊区县。这两种分布是因为完全不同的理念。核心区生活方便，医疗条件好，老年人不愿离开。因此呈现聚集现象。他们的需求主要集中于社区日常生活照料和医疗护理专业服务，而且不远离家人和社区。而那些搬到远郊区县的老年人，崇尚自然，选择天然食物、良好的空气、优美的环境，让自己成为健康的老年人。其实这些老年人同样需要专业化社会化的为老服务，这方面的服务是北京市更欠缺的。

三是老龄人口的金字塔结构中，80 岁以下的老年人占据绝大多数，而 80 岁以上的老年人仅占 16.2%。见下图。

2012年北京市户籍老年人口的年龄结构图



2010年北京市城乡老年人口生活自理程度



我们看到，北京市老龄人口中 80 岁以下的人口占绝大多数。一般失能老人半失能老人大多是在 80 岁以后发生的。但是我们再看第二张图示，心里就会变得很沉重。因为我们的老年人中虽然低龄老人占绝大多数，但是能够完全自理的老年人却占比不到 50%。因而，凸显出在养老问题上医疗护理的重要性。

这就使北京市的养老事业面临着两个真实的困境：一方面是占绝大多数的低龄老人或者说是能够自理的老年人，基本不需要住养老院，也不愿意住养老院，但他们却非常需要由社区提供或由社会组织进入社区为家庭提供的日常生活照料服务、精神文化方面的养老服务，特别是能够保证他们健康生存的专业医疗护理服务。半失能和完全失能老年人已经占据非常高的比例。他们是最需要帮助的、处于弱势的老年群体。他们最需要的是特殊的专业护理和专门的养老机构服务。而这方面北京市还刚刚起步，而且制度化的资金支持还没到位。一切都还在探索中。

当我们看到上面这张年龄结构图后，我们也就明白了为什么北京市很早就把社区居家养老当作了主攻方向。因为，北京市虽然进入了老龄化社会，但却是以极快速的方式进入的，老年人口中低龄老人所占比重甚大，而且身体不好的低龄老人比重很大，且不愿意入住养老院。如果现阶段就大规模地发展养老机构，必然会造成浪费。北京市 80 岁以上老年人比例快速增长，低龄老人中不能完全自理老人比重过大，为政府补贴社会力量开办养老机构、专业护理机构提供了成长的空间。

北京市养老事业所面对的真实困境，在《北京市人民政府关于加快推进养老服务业发展的意见》里，已有清晰的表述：“随着人口老龄化进程的加快，本市已进入应对人口老龄化的关键时期。近年来，在各级党委、政府和社会各界的共同努力下，养老服务业发展呈现出良好势头，但总体上还处于起步阶段，存在服务供给不足、结构不合理、质量不高、社会力量参与不充分、扶持政策不健全等问题，亟待解放思想、深化改革、破除体制机制障碍。”

二、北京市政府近年养老政策的走向

（一）由民政局到老龄办和老龄协会

1989 年候中国政府代表团参加了“维也纳世界老人大会”，回来之后成立了“世界老龄问题中国委员会”，简称“中国老龄委”，属于社会团体，由一些离休老干部组成。北京市也由人力社保局、民政局、劳动局等 5 家单位共同发起成立了“北京市老龄委”，也是社会团体性质的组织。

1995 年 9 月，北京市早于全国《老龄权益保障法》颁布了《北京市老龄权益保障协议》，1996 年实施。条例中明确提出“要成立一个老龄工作领导小组”，和“北京市老龄协会”，这个老龄协会是一个事业单位，由民政局代管。

2000 年，北京市老龄工作领导小组跟随全国一块更名为“北京市老龄工作委员会”。老龄委下设办公室，其职责和任务由北京市老龄协会（事业单位）来承担。目前，老龄协会是两块牌子一套人马。老龄委现在由 44 个成员单位组成，北京市委组织部、宣传部、人力社保局、发改委等，市政府的部门包括民政局、人民群众团体、共青团、妇联等，这些也都是老龄委的成员单位。

老龄委成员的工作为仅包括“养老服务”，还有“养老保障”、“退休金”、“老年社会救助”、“老年福利”、老龄医疗、非常庞杂。这些工作一直在由各委办局推动，由老龄委办公室统筹协调、督促检查，担当参谋助手。

年度 指标	1998年	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年
老年福利机构数	279	220	282	256	288	290	301	330
床位入住率	62.7	55.7	53.6	60	57.2	55.5	56	

我们查看了2002-2012年的北京市民政事业发展统计公报,发现从1998年到2002年的老年福利机构的数量和床位入住率变化不大,而且统计数字到2005年以后就开始不齐全了(见下图),越往后越不齐而且不准确。2012年只有老年人口的统计数字,而且与老龄委发布的数字相关较多。而另一方面,通过关于养老政策的发布,我们也看到,自2000年老龄办和老龄协会正式成立以来,逐渐在老龄工作方面发挥着越来越大的作用。而民政局则老龄事业方面退居二线。这次走访民政局系统进行养老调研,也是由老龄协会和老龄办领导出面接待的。

北京市政府在领导养老事业的组织调整方面,应当说是相当有成效的,是把老龄事业当作了一个重要事业去推动的。

下面,我们就从北京市政府相关养老政策的发布,来看看北京市养老政策的走向。

(二) 1995年以来北京市政府发布的与养老事业相关的法规规章

序号	文件名称	发布时间	主要内容
1	北京市老年人权益保障条例	1995年9月	老年人在家庭、社会中所享有的基本权力
2	北京市养老服务机构管理办法	2000年9月	关于养老机构的设置、服务与监督管理,法律责任等
3	中共北京市委、北京市人民政府关于加强老龄工作的意见	2000年12月	第一份新时期老龄工作的纲领性文件
4	北京市社区老年福利服务星光计划实施意见	2001年8月	部署建立各级社区服务中心、老年活动中心、及社区老年服务设施
5	北京市民政局资助社会力量兴办社会福利机构实施细则	2005年	加强对社会办福利机构的审核,加强服务质量管理和水平管理
6	关于建立本市农村部分计划生育家庭奖励扶助制度的意见	2005年6月	鼓励农民计划生育,监督实施
7	北京市财政局关于资助山区建设老年福利服务设施的意见	2006年	提出了老年福利服务设施的标准以及资助范围
8	北京市基本养老保险规定	2006年12月	对养老保险基金、个人帐户、保险待遇、法律责任的规定
9	北京市城乡居民养老保险办法	2008年12月	养老保险费的缴纳、待遇、基金管理和监督

10	北京市城乡无社会保障老年居民养老保障办法	2008年12月	无保障老年人资格的审核、待遇等措施
11	北京市民政局、发改委、规划委、财政局国土资源局关于加快养老服务机构发展的意见	2008年12月	由福利型养老向适度普适型转变
12	北京市人民政府办公厅转发市老龄委办公室关于老年人优待工作办法的通知	2008年10月	提出具体的老年人优待措施，包括乘公交车、逛公园、进博物馆、体育场馆的优惠优待政策
13	北京市人民政府办公厅转发民政局市残联关于北京市市民居家养老（助残）服务（九养）办法的通知	2009年11月	正式提出“九养”
14	关于贯彻落实《北京市市民居家养老（助残）服务（九养）办法》的意见	2009年11月	九养的具体政策
15	北京市老年人社会保障和社会优待办法	2013年6月	社会保障和社会优待的具体办法
16	关于加快推进养老服务业发展的意见	2013年9月	以居家养老为基础、社区为依托、机构为支撑，设施齐全功能完善、布局合理的养老服务体系
17	关于推进养老服务设施建设的实施办法	2013年8月待审批发布	供地与建设标准，扶持社会资金投入、加大政府投入、加强医养结合、保障措施

（三）政策走向中的两个重要转折点

1、2009年第一个转折点：从福利型养老到适度普适型养老

2008年以前，政府对老龄工作的推动力度不大。2008年我上海提出“9073”的养老模式，北京市则提出“9064”养老模式。即90%的老年人居家养老，6%的老年人在社区养老、4%的老年人集中养老。从此，社区居家养老就成为北京市养老事业的目标。北京市从2008年开始在10个区进行居家养老补贴试点。2009年以前，北京市的养老工作根本不带“服务”两个字，基本上都是“老年福利工作”。建国以来，老年人的事儿都归民政局社会福利处管，社会福利处就是办福利院、办养老院、办敬老院。

2009年是北京市养老服务里程碑式的节点，北京市政府出台了《北京市居家养老助残政策九养政策》，俗称《九养政策》。北京市的养老政策开始由福利型向适度普适型转变。

九养政策主要包括了下面一些内容：

- （1）建立万名“孝星”评选表彰制度
- （2）建立居家养老（助残）券服务制度和百岁老人补助医疗制度
- （3）建立城乡社区（村）养老（助残）餐桌
- （4）建立城乡社区（村）托老（残）所
- （5）招聘居家服务养老（助残）员
- （6）配备养老（助残）无障碍服务车
- （7）开展养老（助残）精神关怀服务

(8) 实施家庭无障碍设施改造

(9) 为老年人(残疾人)配备“小帮手”电子服务器

显然,这种转变是根本性的。它不再针对政府必须托底负责的福利老人(或曰民政老人),而是开始面向所有的老年人,甚至包括所有的社会人。从此,北京市的养老事业开始进入一个变革的快速通道^①。

2、2013年第二个转折点:从社区养老设施走向完整的养老服务业

2013年9月出台了《关于加快推进养老服务业发展的意见》。这个文件最大的亮点,就是明确了政府做什么,社会做什么,市场做什么。一直以来政府部门都有这个概念,就是老年人的事情是属于福利性质的事情,都应该是政府来包管包办。社区居民也一直把社区当作一级单位,认为政府就应该提供给老年人更多更好的福利,更多的保障。这个文件第一次明确了政府的三个作用——保基本,建机制,重监管。而且明确地提出了养老服务业的概念,把社区居民家养老,专业护理机构和组织,养老机构等统统纳入了养老服务业这个大的体系中。应当说,养老服务业,即是一个产业,更是一个完整的、各方精诚合作的事业,参与到了个服务体系中的组织,即包括政府、社区、企业、事业单位、社会组织、金融保险、餐饮物业、家政、医疗卫生,甚至还包括家庭、个人、志愿者等等。应当说是涉及全社会每一个组织、家庭和个人。

这是在建立一套完整的养老服务体系,要动员所有的社会力量和个人力量来参与。这个文件相当于北京市养老服务业发展的中长期规划,将持续推进到2020年。

该文件提出了北京市养老服务业的主导思想和目标:“到2020年,建立起以居家为基础、社区为依托、机构为支撑的,设施齐备、功能完善、布局合理的养老服务体系,实现养老服务与医疗康复、文化教育、家庭服务、旅游休闲、金融保险等相关领域互动发展,形成养老服务新业态;社会力量成为养老服务供给主体,养老服务业成为首都服务业重要组成部分,从业人员规模不断扩大;居家生活老年人得到养老服务的全面支持,社区养老服务设施覆盖所有城乡社区,机构养老床位达到16万张。”

(四)北京市养老事业政策的未来走向

2013年发布的《北京市人民政府关于加快推进养老服务业发展的意见》,可以看作北京市养老服务业发展的中长期规划。在这个文件里对养老服务业的发展有了一个完整的规划,同时包含了非常具体的可把握的内容。北京市还在研究制定落实文件的具体措施。这份文件已经为北京市养老服务业的发展划出了一个方向明确、目标清晰、内容充实的未来发展愿景。见下表。

^① 《北京市人民政府办公厅转发市民政局市残联关于北京市市民居家养老(助残)服务(“九养”)办法的通知》。

北京市人民政府关于加快推进养老服务业发展的意见（京政发[2013] 32号）

领域	引领方向	具体内容	时间表
总体思路 发展目标	社区居家养老 养老服务新业态 社会力量成为 养老服务供给 主体 机构养老床位 达到 16 万张	<p>到 2020 年，建立起以居家为基础、社区为依托、机构为支撑的，设施齐备、功能完善、布局合理的养老服务体系。</p> <p>实现养老服务与医疗康复、文化教育、家庭服务、旅游休闲、金融保险等相关领域互动发展，形成养老服务新业态。</p> <p>社会力量成为养老服务供给主体，养老服务业成为首都服务业重要组成部分，从业人员规模不断扩大；居家生活老年人得到养老服务的全面支持，社区养老服务设施覆盖所有城乡社区，机构养老床位达到 16 万张。</p>	<p>以前已有的项目持续进行</p> <p>2015 年出台养老服务业发展的专项规划和具体措施</p> <p>2020 年实现目标</p>
政府主导 和引领作用	统筹规划养老 服务业发展	<p>养老服务业列为国民经济和社会发展中的重点发展领域。</p> <p>重点扶持老年生活照料、老年产品用品、老年健康服务、老年文化教育、老年体育健身、老年休闲旅游、老年金融服务、老年宜居住宅等养老服务业发展。</p>	
	建立基本养老 服务制度	<p>以满足老年人基本服务需求为目标，提供基本生活照料、康复护理、精神慰藉、紧急救援、法律服务、社会参与等服务的基本养老服务制度</p> <p>建立养老服务评估制度</p> <p>探索建立长期医疗护理保险制度</p>	
	完善养老公共 服务设施	<p>将各类养老服务设施建设用地纳入城镇土地利用总体规划和年度用地计划，合理安排用地需求，可将闲置的公益性用地调整为养老服务用地。</p> <p>对道路、楼宇等与老年人生活密切相关的公共基础设施实施无障碍改造。明确各级政府建设与管理责任，推进社区养老服务设施配置标准化。</p> <p>新建居住区要根据规划要求和建设标准，配套建设养老服务设施，列入土地出让合同，与住宅同步规划、同步建设、同步验收，由开发商移交给民政部门统一调配使用；老旧小区没有养老服务设施或现有设施不能满足需要的，要限期通过购置、置换、租赁等方式完成达标建设，养老服务设施不得挪作他用。</p> <p>农村地区养老服务设施要纳入农村公共服务设施统一规划、优先建设，依托行政村、较大自然村，充分利用农家大院、闲置校舍等建设托老所、老年活动室等互助性养老服务设施。</p> <p>各类具有为老年人服务功能的设施都要向老年人开放。</p>	

	<p>推进政府办养老机构改革</p>	<p>政府举办的养老机构要实用适用，发挥托底保障作用，重点为城市“三无”人员和农村五保对象中的老年人、低收入老年人、经济困难的失能半失能老年人等提供基本的供养、护理服务。</p> <p>市级建设资金对区(县)政府投资建设的养老机构给予支持。政府支持改造街道(乡镇)养老机构设施设备，完善服务功能，提高运营效益，成为区域性养老服务中心。</p> <p>制定社会资本运营公有产权养老服务设施管理办法，政府办养老机构按照政事分开、管办分离原则，通过委托管理、合作经营等公建民营方式，实现社会化运营。</p>	
<p>支持社会力量进入养老服务领域</p>	<p>扶持社区居家养老服务发展</p>	<p>制定运营补贴、收费减免等优惠政策，鼓励专业养老服务企业、家政企业、物业服务企业以及国家机关、企事业单位、社会组织等为居家老年人提供生活照料、家政服务、医疗康复、精神慰藉、紧急救助等服务；</p> <p>鼓励个人利用家庭资源就近就便开展为老服务。</p> <p>强化社区服务中心的引领作用，把“96156 小帮手”居家养老(助残)管理服务平台建设成支持居家养老服务、组织养老服务商进入家庭和社区的集成中心和运行枢纽。</p> <p>鼓励农村地区开展养老服务进村入户工作。</p> <p>制定社区托老所管理办法，确立社区托老所的设置标准、职责功能等制度规范，社区托老所按照民办非企业或工商登记的相关规定进行登记；</p> <p>社会资本可以利用居民住宅举办社区托老所。全托型社区托老所享受社会资本投资建设养老机构运营补贴，日托型社区托老所、家庭护理床位按相关规定享受运营补贴。</p> <p>在建设、分配廉租住房、公共租赁住房等保障性住房或进行危旧房屋改造时，统筹考虑家庭成员照顾老年人需求，鼓励家庭成员与老年人共同生活或就近居住。</p> <p>对高龄、失能的贫困老年人，在其家庭生活设施进行无障碍改造时，给予适当补助。</p> <p>完善为老志愿服务管理制度，倡导邻里相助、结对帮扶，倡导机关干部和企事业单位职工、大中小学学生和社会志愿者参加养老服务志愿活动。探索建立健康老人参与志愿互助服务的工作机制，建立为老志愿服务登记制度。</p>	
	<p>引导社会资本投资养老机构</p>	<p>鼓励社会力量举办规模化、连锁化的养老机构；</p> <p>鼓励社会资本对企业厂房、商业设施及其他可利用的社会资源进行整合和改造，用于养老服务；</p> <p>鼓励境外资本开设养老服务组织和机构。</p> <p>加大财政投入和社会筹资力度，重点支持供养型、养护型和医护型养老机构发展。</p> <p>采用公建民营方式的养老机构，运营期间享受社会资本投资建设非营利性养老机构的运营补贴政策。社会资本举办的非营利性养老机构，采取划拨方式供地；</p> <p>探索营利性养老机构享受基本建设补贴、运营补贴等政策。社会资本举办的营利性养老机构，应采取有偿方式供地。</p>	

		<p>落实国家支持养老服务业的税费优惠政策。养老机构用水、用电、用气、供暖价格按照本市相应居民收费价格标准执行。</p> <p>境内外资本举办养老服务组织和机构享有同等的税费优惠政策。</p>	
	<p>推进医养结合</p>	<p>推动医疗、养老资源结合，制定医养结合试点工作规范标准，构建养老、照护、康复、临终关怀服务相互衔接的服务模式。</p> <p>完善社区卫生服务，社区卫生服务机构应当为老年人建立健康档案，建立老年人家庭医疗契约服务关系，提供家庭医生式服务，鼓励社区卫生服务机构、医疗机构与社区托老所、养老机构加强合作，签订医疗服务合作协议，实现老年人在养老机构和医疗机构之间的卫生健康服务便捷对接。</p> <p>加快推进面向养老机构的远程医疗服务试点。对于养老机构内设的医疗机构，符合职工(城镇居民)基本医疗保险和新型农村合作医疗保险定点条件的，可以申请纳入定点范围。</p> <p>在符合本市医疗机构设置规划的原则下，支持社会资本举办护理院、康复医院和提供临终关怀服务的医疗机构。医疗机构要积极支持和发展养老服务，有条件的二级及以上综合医院应当开设老年病科，增加老年病床数量，做好老年病、慢性病防治和康复护理。</p> <p>鼓励居民投保健康保险、长期护理保险、意外伤害保险等人身保险产品，鼓励和引导商业保险公司开展相关业务。</p>	
	<p>培育养老服务社会组织</p>	<p>制定政府向养老服务社会组织购买生活照料、康复护理、辅具配置、精神慰藉、紧急救援、法律服务等养老服务的政策。</p> <p>支持社会组织参与管理、运营养老机构和社区养老服务设施，开展养老服务教育培训、研究交流、咨询评估和第三方认证等服务。</p> <p>建立北京市老龄产业协会，培养老年产品研发联盟、养老服务行业协会、养老服务企业商会、专业人员协会、老年学专业研究会等一批北京特色品牌养老服务社会组织，开展养老服务行业标准制定、服务质量评估、服务行为监督及专业职称评定等事务，发挥其在行业自律、监督评估、沟通协调、服务中介、风险分担等方面的作用。</p> <p>积极培育发展为老服务公益慈善组织，支持公益慈善组织重点参与养老机构建设、养老产品开发、养老服务提供等，使公益慈善组织成为发展养老服务业的重要力量。</p> <p>支持基层群众性自治组织开展居家养老互助服务。加强基层老年协会建设，支持老年群众组织开展自我管理、自我服务和参与社会活动。</p>	

	培养专业养老服务人员	<p>引导和整合高等院校、中等职业学校和职业培训机构教育资源，加快培养老年服务管理、医疗保健、护理康复、营养调配、心理咨询等专业人才，鼓励大专院校对口专业毕业生从事养老服务工作。</p> <p>支持社会资本创办养老服务培训机构。加强老年护理人员职业培训，对参加养老护理职业培训和职业技能鉴定的从业人员按相关规定给予补贴。</p> <p>落实国家关于养老服务从业人员技术等级评定制度的相关规定，实行职业资格认证制度，建立养老服务从业人员工资待遇与专业技能等级、从业年限挂钩制度，逐步提高从业人员收入。</p> <p>对在养老机构就业的专业技术人员，执行与医疗机构、福利机构相同的执业资格、注册考核政策。社会办养老机构和养老服务企业在技术职称评定、继续教育、职业技能培训等方面与政府办养老机构享受同等待遇。</p> <p>建立社会工作者人才引入机制，通过政府购买服务的方式，在养老服务行业中探索设置社会工作岗位。</p> <p>扶助、培训家庭成员长期照料护理老年人；开展老年人长期照护者关爱行动，为社区和家庭中的长期照护者提供短期休整服务。</p>	
培育养老服务产业发展	加大养老服务投融资力度	<p>设立支持养老服务业发展的投资引导基金，发挥杠杆放大效应，撬动更多社会资本，培育和扶持养老服务企业发展。</p> <p>充分利用中小企业、科技创新、创业投资等方面的扶持资金以及医疗卫生资金、就业资金、社会保障基金等，发挥资金投入合力，采取投入资本金、直接补助、财政贴息、小额贷款、项目补贴、风险补偿金、参股产业基金等方式，引导社会资本加速进入养老服务领域。</p> <p>支持采取股份制、股份合作制等形式，探索以基础设施“建设—运营—移交”模式建设养老服务设施。</p> <p>鼓励和引导金融机构创新金融产品和服务方式，拓宽信贷抵押担保范围，探索信用担保等方式，加大对养老服务企业及其建设项目的信贷投入。</p> <p>拓展市场化融资渠道，支持养老服务企业上市融资，增强自身“造血”功能。</p>	
	建设养老服务产业园区	<p>依托中关村国家自主创新示范区、北京经济技术开发区、通州国际医疗服务区，统筹建设集老年产品研发、生产、物流配送、展览展销等一体化的养老服务产业园区。</p> <p>充分发挥区域资源优势，依托国家和北京市可持续发展实验区，鼓励建设一批功能突出、特色鲜明、辐射面广、带动力强的休闲养生、特色医疗、文化教育、科技服务养老基地。</p> <p>制定优惠政策，吸引国内外养老服务领域知名企业入驻，吸引上下游企业聚集，打造养老服务完整产业链；鼓励竞争</p>	

		<p>力强、有实力的养老服务企业走集团化发展道路，扶持中小型养老服务企业连锁经营。</p> <p>积极搭建供需对接平台，培育养老服务市场，推动其快速发展。</p>	
	<p>支持养老服务重点领域发展</p>	<p>扶持老年生活照料服务业发展，建立以社区照顾为基础的老年照料服务体系，加强专业化老年照护机构和设施服务；</p> <p>扶持老年产品用品发展，研发适合老年人的助行器具、视听辅助、起居辅助、营养保健、服装饰品等生活用品，引导商场、超市、批发市场设立老年用品专区专柜；</p> <p>扶持老年健康服务业发展，加强老年病研究及老年医疗药品、康复护理器械研发，提高健康促进、医疗护理、心理咨询等方面的服务水平；</p> <p>扶持老年文化教育事业发展，利用现代传播技术，建设老年文化传播网络，开办养老服务网站、老年大学，支持老年广播电视栏目发展和老年适读图书报刊、音像制品出版；</p> <p>扶持老年体育健身活动，开辟和增加老年活动场所，适当设置适合老年人的活动器材，开展适合老年人身心特点的体育健身活动；扶持老年休闲旅游业发展，加大老年人休闲娱乐、健康养生、异地养老、京郊养老等旅游产品开发力度，培育老年旅游市场；</p> <p>鼓励老年金融服务业发展，开发适合老年人的储蓄、保险、投资、以房助养等金融产品，支持民众建立完善的养老保险计划，增强老年人消费能力；</p> <p>扶持老年宜居住宅建设，结合城镇化建设、保障房建设和商品住宅开发，规划开发老年宜居住宅和代际亲情住宅工程，推动和扶持老年家庭住宅装修、家具设施、辅助设备符合老年人适用性、安全便利性方面需求的设计和改造。</p>	
	<p>推进养老服务科技创新</p>	<p>充分利用首都高校和科研院所密集优势，推动在养老服务重点领域、基础设施以及老年用品等方面的新技术、新产品研发应用；</p> <p>加强技术集成和服务模式创新，促进养老服务产业升级，培育养老服务品牌的“北京创造”、“北京服务”、“北京标准”等。以“智慧社区”建设为依托，利用现代互联网、物联网等技术，创新居家养老服务模式，发展老年电子商务，建设科技养老服务平台，开发老年家庭医疗监测和传感系统，为老年人提供居家生活、医疗保健、紧急救助等方面远程监护服务。</p> <p>整合实有人口管理系统、养老服务企业管理系统、养老机构服务信息系统等多方面资源，建设统一的首都养老服务信息平台，承担养老服务信息集散、服务商管理、服务质量评价等功能。实施“老年福利服务一卡通”工程。</p>	

优化养老 服务业 发展环境	加强组织领 导	<p>民政部门要牵头履行业务监管职能，加强宏观引导、行业规范、规划编制、业务指导、信息发布和监督管理。</p> <p>老龄工作机构要发挥综合协调作用，加强督促指导工作。</p> <p>发展改革部门要将养老服务业发展纳入国民经济和社会发展规划，支持养老服务设施建设。</p> <p>价格主管部门要探索建立科学合理的养老服务定价机制。</p> <p>财政部门要逐步建立符合养老服务业发展需要的公共财政投入增长机制。</p> <p>人社保部门要加强养老服务人员管理、职业技能培训与鉴定。</p> <p>卫生部门要研究医养结合服务模式，提升医疗服务能力。</p> <p>规划、国土、住房和城乡建设部门要统筹规划养老服务设施建设和土地供应。</p> <p>税务部门要落实税收优惠政策。</p> <p>商务、金融、文化、体育、教育、旅游、广电、新闻出版、公安、消防、质监、工商、食品药品监管等部门要按各自职责创新政策，加大对养老服务业的扶持力度。</p>	
	开展综合改 革试点	<p>争取国家政策和资金支持，实行养老服务发展综合改革、专项改革，设立养老服务业综合改革试验区和特色功能区，在吸引境外资本投资、养老机构公建民营、医养结合、社区托老、老年配餐、养老服务企业连锁经营、个人延税型养老保险等方面开展试点工作。</p> <p>创新政策，破解发展瓶颈，对试点跟踪培育、定向扶持，打造一批养老服务示范区、示范单位，典型引路、整体推动，促进多种养老服务模式全面发展。</p>	
	建立统计监 测和评价体 系	<p>完善养老服务统计制度，建立健全养老服务发展评价与监测指标体系，科学、准确、及时地反映养老服务发展状况，跟踪掌握养老服务业发展的总体规模、行业结构、经济效益等基础数据。</p> <p>明确区(县)政府在养老服务业发展中的主体责任和任务目标，建立区域养老服务考核评价指标体系，将保障基本养老服务纳入政府绩效考核，将整合区域养老服务资源、满足多样化养老服务需求纳入社会评价体系。</p> <p>建立相关部门、区(县)、行业组织和社会单位之间的信息共享机制。健全政府扶持重大项目的绩效评估制度。</p>	

	营造良好社会环境	<p>引导、培育、扶持社会力量积极主动投身养老服务业，形成政府、市场、社会、家庭和老年人共同参与、各尽其能的发展格局。健全市场规范和地方标准，完善监管机制，提升养老服务质量和产品质量，引导老年人树立健康的养老观念、社会化养老服务的消费理念，营造安全、便利、诚信的老年消费环境。</p> <p>广泛宣传敬老、养老、爱老、助老、孝老传统美德和养老服务先进典型，加大对“孝星”和为老服务示范单位的命名和表彰力度，强化社会积极应对人口老龄化的观念和思想准备，构建具有首都特色的现代和谐养老文化。</p>	
	加强督促检查	<p>各区(县)政府要根据本意见要求，结合实际抓紧制定实施意见。</p> <p>市各相关部门要根据本部门职责，制定具体政策措施。</p> <p>市发展改革委、市民政局和市老龄办要加强对本意见执行情况的监督检查，及时向市政府报告。市政府将适时组织专项督查。</p>	

三、北京市政府主导下的老年事业发展状况

(一) 养老事业发展的六大板块



这六大板块是北京市老龄办的老龄协会自己的划分，比较清楚地把北京市养老事业已经取得的展示了出来。能够让我们一目了然在看清楚北京市养老事业发展的基本脉络。

下面，我们再图表的方式，把这六个方面的具体成就展示出来。

1、养老保障：

A. 社会养老保障

类别	参保人数 (万人)	参保率 (%)	领取标准 (元)
城镇职工基本养老保险人数	1026.4	97.4	2510/人均每月
城乡居民养老保险	177.29	94	460/人均每月
城乡居民福利养老保障	55.15		227.5/每人每月
征地超转人员保障	6.4		1254/人均每月

B. 老年社会救助

类别	救助人数(人)	救助率(%)	救助标准(元)
城乡居民最低生活保障	35671	20.3	城市：520/家庭月人均 农村：6240-4560/家庭年人均
农村五保供养	2923	71.2%	11078/平均每人每年
低收入老年人救助			740/家庭月人均
贫困老年人医疗救助			民政部门对医保或新农合报销后个人负担的60%给予补助。门诊全年累计总额2000元，住院全年累计总额3万—8万。
贫困老年人的住房保障			翻建维修房屋每户补助4.5万元 维修房屋每户补助1.35万元
燃煤自采暖救助			每个采暖季每户补助500元
计划生育家庭奖励扶助	26673		农村部分计生家庭补助标准：每人每月100元 独生子女伤残家庭补助标准：160元/每人每月 失独家庭补助标准：200元/每人每月

C. 特殊老年人补贴

人员类型	参保人数(万人)	参保率(%)	医疗保险待遇
城镇职工基本医疗保险	1279.74	97	社区医疗机构门诊费用报销90% 70岁以上在其他定点医院门诊费用报销90% 70岁以下报销85% 退休人员住院费报销95%以上
城镇无医疗保障老年人参加居民医疗保险	18.49		门诊费用650元以上报销50%， 2000元封顶/年 住院费用1300元以上报销60%， 15万元封顶/年
新型农村合作医疗	267.4 62.5(老年人)	98%	门诊实际补偿比例 36.3% 15种重病补偿比例达 75%

北京市养老保障的特点：

第一，覆盖面大的是养老保险，也就是养老金，大概数值是 1200 万人。

第二，主要针对的是需要政府托底保障的特殊老年群体。表现为低保、低收入、五保户、失独家庭等，覆盖人群约 6 万多。

第三，近年实施了高龄老人的补助政策，直接补到个人。每人每月补助金额在 50-100 元。这一群体总数为 42 万。

2、医疗保健：

A. 医疗保健

人员类型	参保人数（万人）	参保率（%）	医疗保险待遇
城镇职工基本医疗保险	1279.74	97	社区医疗机构门诊费用报销 90% 70岁以上在其他定点医院门诊费用报销 90% 70岁以下报销 85% 退休人员住院费报销 95% 以上
城镇无医疗保障老年人参加居民医疗保险	18.49		门诊费用 650 元以上报销 50% ， 2000元封顶/年 住院费用 1300 元以上报销 60% ， 15万元封顶/年
新型农村合作医疗	267.4 62.5（老年人）	98%	门诊实际补偿比例 36.3% 15种重病补偿比例达 75%

B. 老年医疗服务

老年医疗服务

1.户籍居民平均预期寿命**81.35**岁

2.各级老年医院和临终关怀医院**23**个，床位**3409**张

3.社区卫生服务机构为老年人建立健康档案**269.3**万份，新建老年人家庭病床**724**张

3、养老服务

居家养老服务	机构养老服务	社会化管理服务	老年人法律援助服务
<ul style="list-style-type: none"> • 评选万名孝星 • 52名全国敬老之星 • 4个全国敬老模范单位 • 80岁以上老人重残人员每月100元养老券 • 3729个养老餐桌 • 3997个托老所 • 签约35家高级养老精神关怀服务定点单位 • 招聘4400名居家服务养老员 • 为4万户老年家庭实施了无障碍设施履行 • 为老年人累计配备小帮手电子服务器20万台 	<ul style="list-style-type: none"> • 养老机构400所其中政府办212所，社会办188所 • 投入运营的养老服务机构床位总数76172张 	<ul style="list-style-type: none"> • 累计实行社区管理的退休人员496023人 • 在4737个社区建立16218个退休人员自我管理互助服务组织 	<ul style="list-style-type: none"> • 全市法律援助机构共办理老年人法律援助案件766件，接待老年人来访咨询15351人次

4、敬老优待

公共交通优待	公园景区优待	文体活动优待
<ul style="list-style-type: none"> • 65岁以上老年人持优待卡免费乘车，目前，日均约156万人次享用 • 公交车上老幼病残孕专座不少于10%。 • 无障碍公交车5575辆，绝大多数可用于坐轮椅的老年人使用 • 公交车内设有轮椅停放区 	<ul style="list-style-type: none"> • 全市共发售市属公园60-64岁老年人优惠年票27.5万张，159家A级景区优惠接待老年人1111.09万人次，免票接待老年人4693.6万人次。 • 65岁及以上老年人持优待卡免费游览市属11家公园418万人次。 	<ul style="list-style-type: none"> • 市公共图书馆免费向老年人开放，60岁及以上的老年人办理“一卡通”联合读者卡，可以享受押金减半的优惠。 • 大钟寺古钟博物馆等10家文物局直属博物馆对60岁及以上持老年证的老年人免费开放。 • 65岁及以上老年人持优待卡在政府投资建设的14个国家级和73个市级社区体育健身俱乐部中参与个人项目的健身活动时，可享受免费服务 • 29家公共体育场馆为60岁及以上老年人健身活动提供五折收费优惠

北京市敬老优待的特点，是全覆盖和均等化。不仅本地所有符合条件的老年人可以享有，即使是外地进京老年人，符合一定条件，同样可以享有。是完全普适性的敬老优待政策。

据网易财经^①报导：2013年7月1日后，在北京户籍老人能够享有的11条优待

^① 《常住北京外埠老年人可享九大优待》，原出处：人民网，来源：网易财经：

内容中，外埠老人可凭《优待卡(证)》享受9条，实现“同城优待”。仅有第七条“建立高龄津贴制度”和第八条“建立居家养老福利服务制度”，根据《老年法》属于“社会保障”范畴，外埠老人无法享受。除此之外，北京市还将“外埠老年人”的范围扩大到常住北京的港澳台人员和归国华侨。他们凭借居住满6个月及以上的公安部门登记证明，也可按照北京市户籍老人的程序办理卡(证)，享受优待。目前，已经在北京市办理了暂住证的外埠60岁以上老年人就有24余万人。

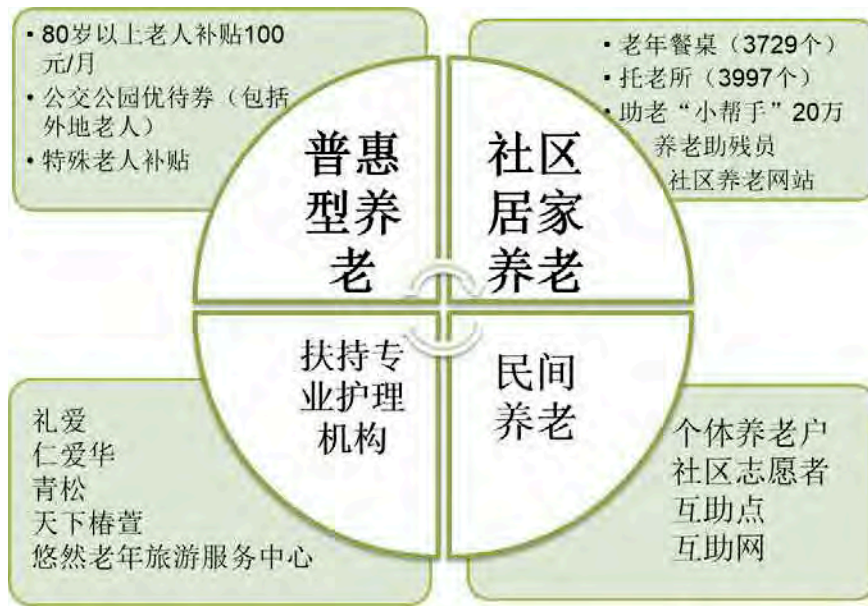
5、老年人文教体活动

文化教育 活动	全市共有各级老年活动站(中心、室) 6655 个，参加活动者达到 378.7 万人次
	各类老年学校(老年大学、社区老年学校) 3020 个，全年参加学习人数累计 29.9 万人。
	市公共图书馆举办讲座近 700 场次，近 8 万人次参加。
体育活动 设施	设施：完成 300 套全民健身工程的更新，新建全民健身专项活动场地 49 处，创建 15 个市级社区体育健身俱乐部
	全年培训社会体育指导员 9318 人，截至 2012 年底，全市注册社会体育指导员 35242 人
	开办全民健身科学指导大讲堂 88 期，受众 21500 余人次。
养老宣传 活动	参加首届中国国际养老服务业博览会，以“幸福北京”为主题，展示“首善之区、和谐之都、宜居之城”的北京长者幸福生活，取得圆满成功
	以“缤纷人生路，最美夕阳红”为主题，支持北奥会展公司举办了 2012 年北京国际老龄产业博览会
	央视、北京电视台、广播电台和各类报刊，全年播发养老专题稿件 2200 余篇
	各图书出版单位出版适合老年人阅读的出版物 800 余种，占选题总数的 10.2%

6、社团组织

老龄 协会	全市共有老龄协会 6267 个，参加人数 44.2 万人。
	社区(村级)老龄协会 6215 个，街道
	街道(乡镇)级老年人协会 49 个
	区(县)级老龄协会 3 个
其他老 年社团	全市共有老年基金会 3 家
	各类老年社团组织(非老龄协会) 5940 个，参加人数 63.1 万

(二) 北京市养老事业发展中的亮点



从上面这张图我们可以清晰地看到，北京市自 1995 年开始的养老事业已经在四个方面产生有持续发展潜力的方向。即普惠型养老政策、社区居家养老、专业护理机构支持下的社区居家养老、宽松的政策环境培育了民间养老的社会力量。

普惠型养老政策，主要体现在老年优待政策的均等化方面，不排斥外地人，体现了一个超大型城市的包容性。

社区居家养老方面，已经为北京市未来的养老事业奠定的最好的基础和最明确的目标。目前，社区居家养老也正在向着养老事业专业化社会化方面转变，引入社会资本进入专业护理、专业服务领域，以支持已经取得一定成绩的社区居家养老。

扶持专业护理机构的政策，是为社区居家养老的目标而设计的。海淀和朝阳已经开始了试点工作，并取得一定成绩。这方面，即是北京市的弱项，也是未来发展的方向。北京市已经在“回忆推进养老服务业发展的意见”中，明确地提出了这个发展方向，北京市养老事业将在这份文件所设定的总体框架下，如果配以具体实施措施，定将取得更大的成就。

正因为北京市前期的过度居家养老的发展方向，宽松的政策鼓励了社区民间参与养老服务业的积极性。因此，出现了家庭养老户、社区养老志愿者、社区老年互助点、社区老年互助网。如果再有扶助性的政策出台，将会大大鼓舞民间参与的积极性。会出现分散的民众力量分担起现实养老的重担，即可以解决居民就业问题，解决近在眉睫的养老问题，又可以最小的公共资金投入、实现最大覆盖范围、最经济的养老服务模式。

四、北京最具发展前景的典型案例分析

（一）从无围墙养老院到网络化养老：北京市西城区月坛街道汽南社区

汽南社区是最早开创“无围墙养老院”的北京社区，是费孝通先生曾经考察赞扬过的社区。与其他开展社区居家养老公共服务的典型案例不同，汽南社区是真正从老年人实际需求出发开展社区居家养老服务的社区，是自下而上的、来自于草根社区的“社区居家养老”典型案例。他们提出的无围墙养老院概念，实际上已经打破有围墙的机构养老模式，注重整合社区资源和驻区单位的资源，为老年人提供能够满足真实需求的公共服务。

2012年5月，在中国社会科学院社会学所和北京市博卡先锋科技有限公司大力支持下，汽南社区居家养老服务网站正式运行（网站 www.jxfw.org.cn），其功能定位即是内部交流的平台，汇聚老年人实际需要的地方；又是社区建设协会宣传自己，吸纳社会资源进入为老服务的对外窗口和互动平台。

在此基础上，建立了社区老年人基本信息库，按照老年人不同的需求分类整理，社区建设协会与不同需求的老人之间对话。数据库分类建设和老人实际的需求以及服务项目等内容，都属于信息库的基础和为涉老部门内部相互交流使用。

同时建立楼门（院、层）爱心互助志愿服务队伍，其中包括志愿管理人员和志愿服务人员。这是推进和落实楼门（院、层）+网络养老服务模式的关键，也是网络上线的助手。志愿者队伍的人选都是从本社区50岁上下年轻老人中，热爱老年工作，熟悉社区老人情况，且能熟练操作使用计算机人员中邀请参加志愿者服务，共有15人组成志愿者管理层队伍。志愿帮扶服务者，主要是邀请本社区内的社会共建单位的年青体壮青年人担任，主要承担为社区内多层楼老年人个性化低偿服务，如帮助老人下楼、陪伴老人看病及阳光服务等。真正实现居家养老服务的全覆盖和全响应，做到老人日常生活、有事有人管、有困有人帮、有愁有人解，这一做法受到老人和社会的称赞。老人们激动地说：“协会为我们弱勢的老年人构建了“幸福家园”。

除社区建设协会外，社区为老服务组织还包括：居委会、服务站、物业公司、社区卫生站与各类商家，这些组织都将自己可为社区老人提供的服务项目列出菜单登入协会网站平台进行公布，供广大老人和社会单位进行选择，由服务方按老人所需的项目上门提供服务。

各服务提供方登入协会为老服务公共平台。此项工作是最核心，也是最困难的一步工作，这其中包括志愿管理人员向被服务的老人宣传转变养老观念，建立安装视频设备，开展视频服务，以及与老人儿女建立委托服务协议及整合有关的政策资源、社会资源、服务技能监督、评价、意见反馈及改进服务等。从而，不断提高楼门（院、层）老年人互助点的组织化程度，提高网络化养老服务水平和服务质量。

汽南社区还进行了一系列卓有成效的、创新性的线下为老服务活动：

第一，“康乐”居家养老服务：采取重点推进“无围墙敬老院”康乐居家养老服务工作，具体项目设有“老年兴趣小组”活动，“开心快乐聊天屋”定期老年聚会、健康知识讲座、夕阳互助网络等，这些具体活动项目，即有分段实施，也有长期运作不等，在这个阶段均受到良好社会评价和社会效应认可度。一致称赞：“康乐”居家养老服务项目是凝聚民心的桥梁，把“无围墙敬老院”居家养老枢纽服务部当成自己的家，有什么心理话愿意到“开心快乐聊天屋”倾诉，老人称赞我们不是亲人，胜似亲人。该项服务受益人员 65 岁以上空巢与独居老人 400 人，占 90%，受益人次达 1500 人次，占 80%。

第二，“心系老人”居家养老服务：本项服务首先在社区内几个居民楼进行试点，通过已掌握的老人信息对有关资料进行了梳理与完善，奠定了良好的为老服务信息基础；其次，建起为老服务志愿者团队（包括巡视员），搭建各种需求、爱好、感兴趣的交流平台，来吸引老年人群体在社区参与多种精神文化活动。给老年人自己、他人和社会发出声音展示自我，提升价值理念；另一方面，请具有各种专业技能的专家学者对老年人护理人员进行培训，不断增强老年人、护理人员的水平。最后，在试点基础上创新社区为老服务志愿者管理和服务机制，建立一套社区、学校、社会广泛参与，多种形式并存，可复制可推广的为老服务志愿者管理模式。该项服务 90%为社区 70 岁以上空巢、独居老人 600 人，受益达 2000 人次，占 80%。

第三，“聚力爱心”居家养老服务：

（1）努力提升老年人融入现代化生活能力。网络信息是现代生活的需要。根据老年人的情况，开办了电脑培训班，提高老年人生活质量，使老年人不出家门，就能享受到现代化购物、订餐、炒股、挂号、求助等各方面的服务，解除他们去银行不会操作自动交款机，购物不会刷卡等困惑，使老人平淡的生活过的有滋有味，通过不断学习提高应付现代化生活的能力，给老人营造一个更好的生活氛围，更多与外界沟通。

（2）充分发挥楼门志愿者为老服务作用，建立电话问安和上门看望机制，保障社区空巢老人的日常生活安全。定期组织社区志愿者培训掌握和完善专业技能。鼓励和组织社区老人走出家门参与社区活动，充实老年人的每一天，每个民俗文化节组织老人活动，适当气候时外出郊游，特别是组织老年人融入到繁忙的现代化生活中来。

（3）幸福送上门，联手社会企业单位；为社区 100 位不能生活自理老人试用无障碍座便器扶手；为失能老人送纸尿裤；为 80 周岁老人过生日，上门送贺卡；精神慰藉生病老人。

（4）积极推进扶老助老养老服务，依托社区楼门（院、层）为单位，对有各种个性化服务的困难老人，在相互自顾的基础上，本着“双赢”原则，倡导一位服务员为多位老人提供服务，让老人减轻经济负担，服务员也增加了经济收入，为居家养老

健康发展提供活力。该项服务为社区 65 岁以上空巢、独居 300 位老人,受益人次 1500 人次。

(5)“三暖”居家养老服务,是指通过“暖人、暖心、暖屋”服务活动,提高老人居家养老幸福感,让老人感到身居家中的亲切、温暖的感觉。协会与“无围墙敬老院”工作人员通过开展各式各样有利于老人身心健康的活动,针对不同老人的性格与爱好,进行爱心传递与帮扶,并在社区内组织了两支志愿者服务队伍,按照老人分类细化,分工落实到每个志愿者为老人提供服务。从生活关照、精神文化、关照老人。建立电话沟通,适时与社区特困孤老、高龄空巢、离休老人、失能老人与出行困难老人进行电话联系。保障老人日常生活方便、精神愉快,缓解空巢老人的孤独感。组织老人在民俗节日,出游博览,科普讲座及“开心快乐屋”聊天活动,使老人有更多机会与外界沟通,从中推荐出具有魅力、健康、积极向上的老人,记录成册,并将其精华编成故事,印发给社区广大老人和登在社区光荣宣传橱窗进行宣传,使老人感受到自我价值;积极弘扬孝道文化,有计划地组织老人与子女开展情意活动,为空巢家庭营造更好的家庭生活环境,丰富社区老人文化生活,缓解空巢老人的孤独感。该居家养老项目旨在将家庭养老和机构养老两者很好结合一起,创新社区为老服务志愿者服务机制,建立一套可复制、可推广的为老服务志愿者管理体系的新模式。该项目服务受益人员为社区 65 岁以上 500 余位空巢、独居老人,受益达 1000-1500 人次,占 80%。

(二) 创建月坛老龄协会网站, 实现整合各方面资源的网络化养老新模式

月坛地区人口老龄化趋势十分严峻,60 岁以上老龄人口已达 23%,大大高于 13.7% 的全国平均老年化水平。

目前,虽然月坛地区存在着家庭、机构、社区和单位等四种养老方式,但是,基层社区日益突显的居民高度流动性、分散化、非单位化,使任何一种单一养老方式均不能满意老年人口不断呈现出来的个性化的需求。

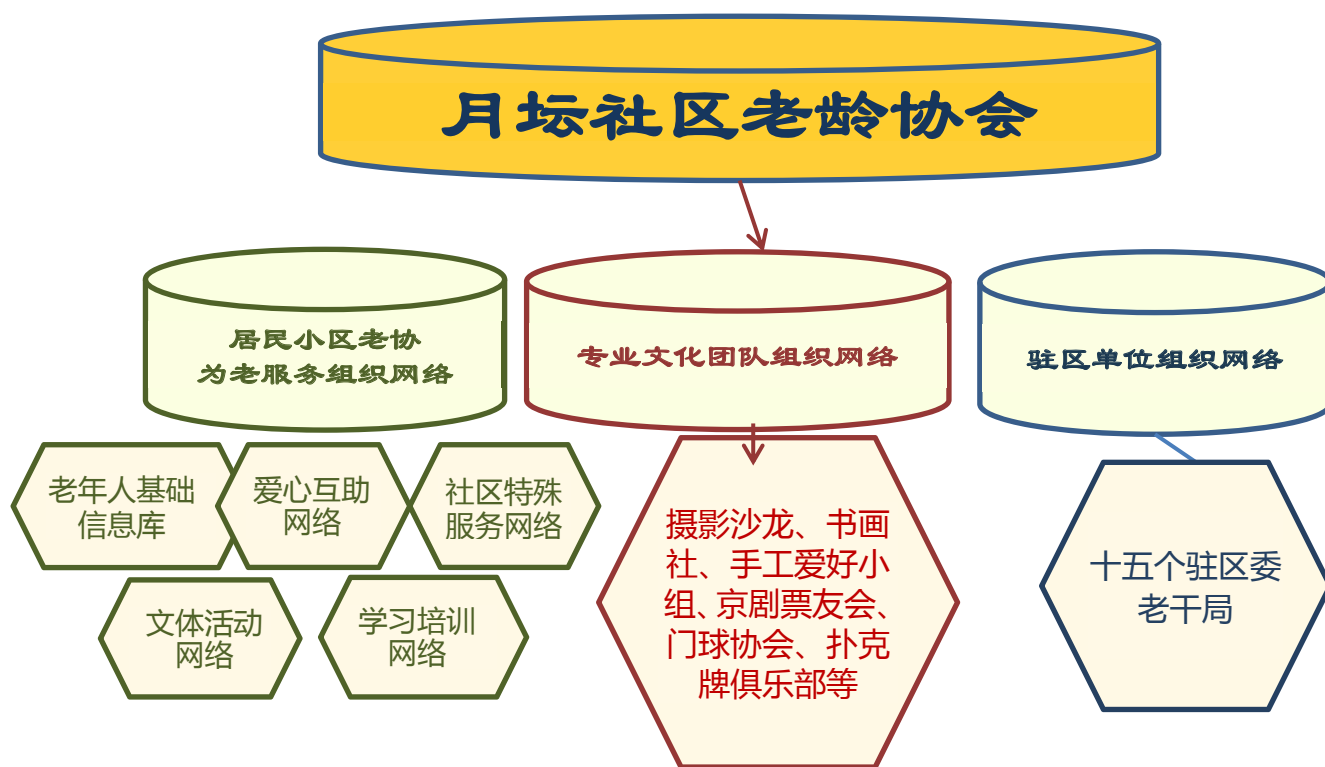
养老面对的真实困境是:所有的单位都想为自己的老年职工服务,但人员分散,很难提供满足需要的个性化服务。每个社区都想让本社区的老年人能有一个幸福晚年,但社区资源远不能满足需要。每个养老机构都想做大做强,但大多数能够自理的老年人不想离开自己熟悉生活社区,即使失能老人提出住院需求或特殊护理需求,我们的养老机构却又是床位严重不足,护理人员不重不足。家庭养老在独生子女时代更是被多个不可能所阻断。

然而另一方面,社会为老服务产品的生产企业、各单位食堂冗余的食品提供能力、社区周边各类服务企业和组织、社会服务机构和组织、政府公共服务资源、大量的青年志愿者,都想为社会做一些公益性的服务,想接近老年人,将为老服务产品送到老人身边,但却苦于没有路径、没有通道,接不上“地气”。

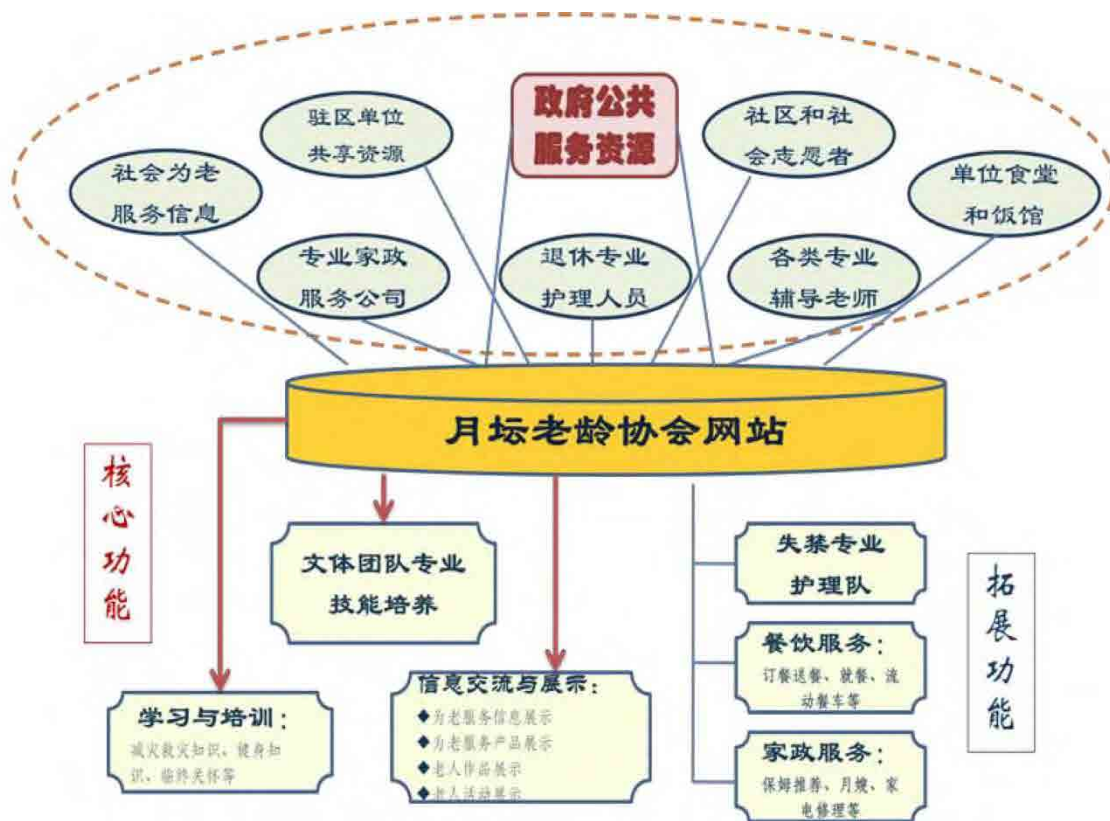
为了破解中国社会日益老龄化所面对的种种困局，月坛老龄协会与中国社会科学院社会学研究所社区信息化研究中心合作，以老龄协会所从事的实际工作为基础，设计了月坛老龄协会网站，目的就是通过网络建设，吸引各种为老服务资源向平台所呈现出来的老年人实际需求对接，让所有的服务者、志愿者找到自己的服务对象；让所有的为老服务产品在一个平台竞争，老年使用者的真实评价就是最好的评判标准；让所有驻区单位的为老服务资源可以统筹使用，让所有资源真正运转起来，满足老年人日益增长的活动需求；让低龄老人和有特殊才能的老人，能够充分发挥余热，为丰富社区文化活动、倡导推广健康的生活方式做贡献。

以网站构筑的为老服务平台，融合家庭、机构、社区、单位养老多种模式的网络化的养老，是目前中国乃至世界上具有创新性的养老方式。通过汽南社区的先行试点和月坛老龄协会网站的初期设计，已经充分体会到网络化养老模式的巨大潜力。网络化养老可以较小的代价，利用全社会的力量，干更多的事，干更好的事。

正因为网络化养老是以基层社区里面的每一个老年人为基础建设的服务平台，所以，它不玩花架子，不搞面子工程。一切都从老年人的实际需要出来。这是本网站建设能够做起来的保证。具体情况参见下面的月坛老龄协会的组织网络和网站服务功能图示。



月坛老龄协会的组织网络图示



月坛老龄协会网站服务功能图示

通过月坛老龄协会网站所提供的为老服务平台，探索一种新的具有示范性和可推广的“网络化居家养老”模式，促进社会各方共同参与、共同应对、共同解决养老事业上出现的难题，促进区域养老事业的可持续发展，尝试建立多方协同共建的为老服务体系，让老年人可以共享信息社会发展带来的便利，切切实实从中得到实惠。

（三）创建社区居家养老护理中心

2011年，北京慈爱嘉养老服务有限公司投资引进美国仁爱华（RAH）家庭照护服务管理体系，将其高效的管理体系和成功经验与中国实际情况相结合，建立中国的服务团队，为中国家庭提供高质量的专业护理服务，并努力探索、创建中国居家养老模式、推动整个居家养老事业的发展。

在一些老龄化程度比较高的国家如美国、日本和瑞典，居家养老已成为一种越来越被推崇的模式。相比起其他养老模式，居家养老的优势在于家人感觉与老人更近，老人在身边子女更放心，老人获得的服务也更有针对性。特别是对于患有阿尔茨海的老年人患者而言，住院或者住养老院，对患者的思想意识、记忆和情感会产生巨大影响。“如果离开家，伴随着与周围熟悉的环境或亲人的分离，他们就会产生焦虑，甚至出现幻觉、恐惧、怀疑财物被偷走等。

1、服务理念

把父母托付给我们，把世界留给你…

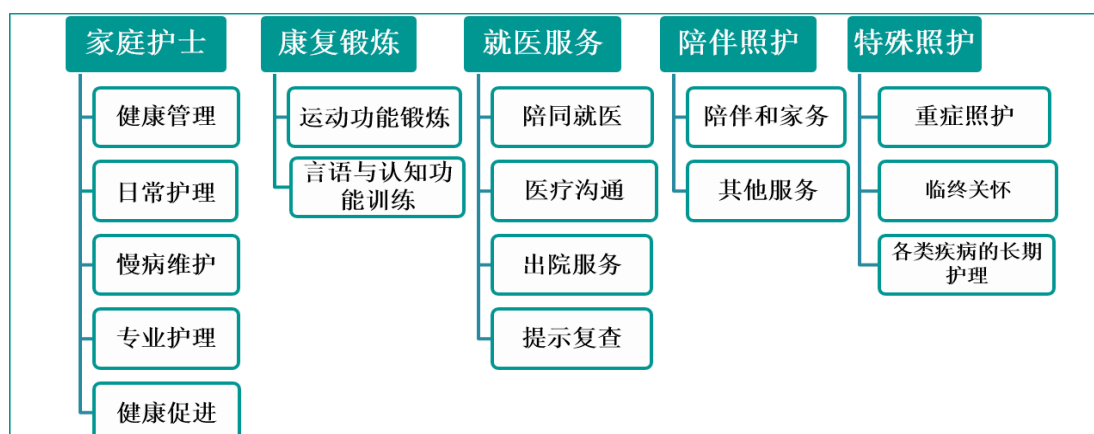
当有家人步入年迈或患有疾病，日常起居照料越来越成为您的挚爱亲人和家人共同的挑战，包括三餐、洗衣及家务，甚至还需要个人卫生、穿衣整理、喂食等基本生活协助。

面对这些未曾预料的困难，您不是孤立无援的，我们可以提供帮助。



Right at Home

2、服务内容



3、服务方式

面积专业院校招收有专业资质、有实际经验，年龄在 45 岁以下，会与老人打交道的专业护理人员，进入家庭提供个性化照护服务方案，按小时收费。一年多时间，已经招收了几百名专业护理员为老年人提供居家服务。

4、目前状况

2011 年在北京东城区开设第一家居家养老护理中心，目前北京东城海淀有 4 家，武汉、长春、上海、杭州、成都各一家。

（四）家庭养老院

北京也有利用家庭住房创办的微小养老机构。虽然目前还没有名份，但是做的很好。比如昌平回龙观有一个小伙子和他母亲，两个人用自己家的房子收住了 7 个同社区的老年人。既养了他的母亲，解决了自己的就业，同时还帮助了小区老年人，很受

欢迎。老龄办们去看了，给他奖励了（一年给了他三万元），鼓励他好好干。

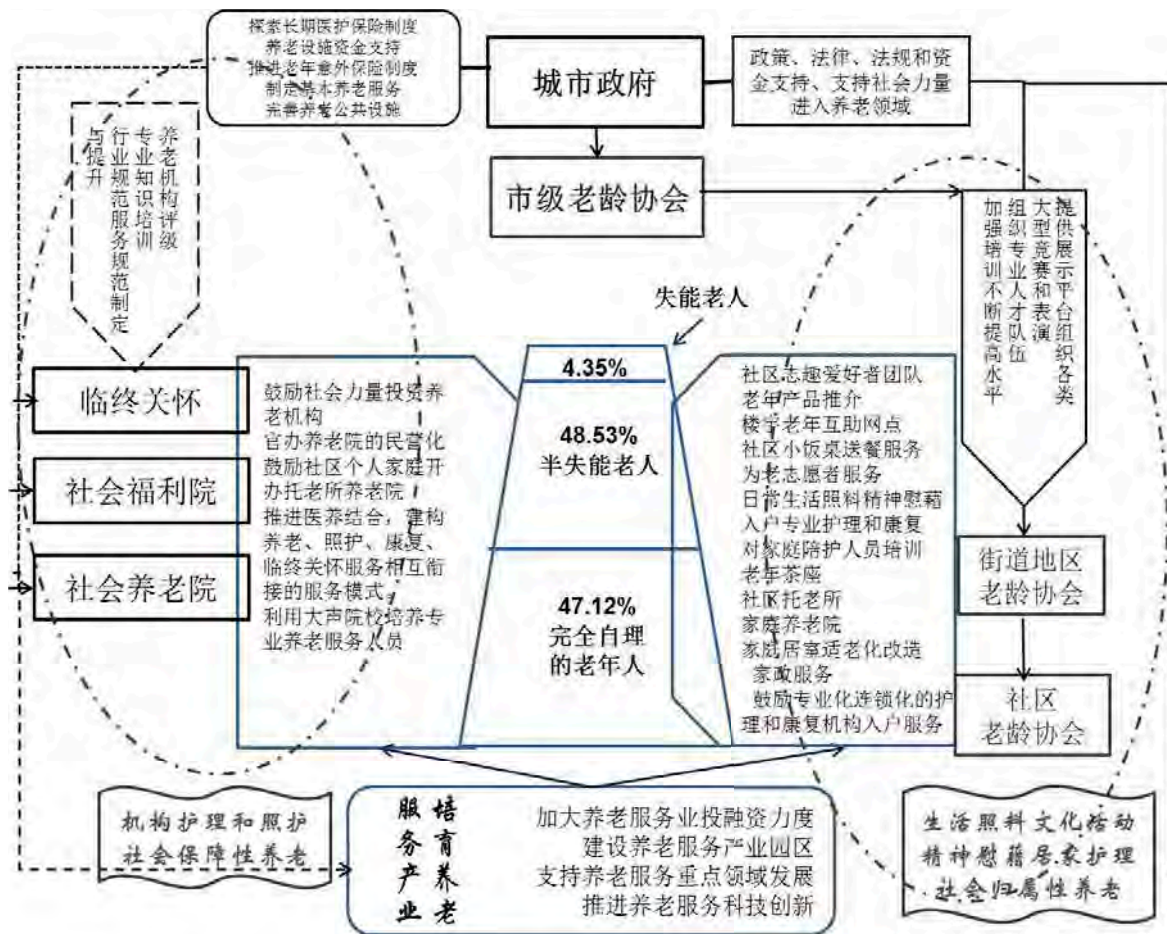
怀柔区还有一个这样的。在自己家里开办养老院，北京市人大主任的母亲，北京市民政局副局长的母亲都在里面住。但都解决不了合法资质的问题。

《北京市养老机构许可办法》规定要在 10 张床以上才可以申请注册养老机构‘规定，是不允许干养老机构的。但从目前中国的情况看，这样设定是没有道理的。这样会把大城市的养老问题给扼杀了，北京市需要提千千万万个养老个体户。北京市老龄办和老龄协会赋予这种形式的养老院一个新的名字，叫“家庭养老院”。

五、北京市养老事业发展的概括分析图

根据我们对北京市养老事业发展状况的分析，我们描绘出下面这张图，以便能够对北京市养老事业发展状况有一个全面的概括性的了解。虚线部分为还在规划之中的项目，实线部分表示已经存在的部分。

按照北京市养老服务业规划的设计，下面这张图应该到 2020 年全部实现。



上海市老龄化与老年服务调查报告

房莉杰

受 JICA 委托和资助，中国社科院社会学所的研究团队对上海的老龄化和老年服务情况进行了调查。调查对象包括上海市民政局社会福利处、杨浦区民政局、徐汇区民政局、黄浦区民政局、杨浦区平凉街道办事处四个政府部门，杨浦区社会福利院、徐汇区第一福利院、徐汇区第二福利院三个公立养老机构，徐汇区和杨浦区的两个私立养老机构，徐汇区康健街道和杨浦区平凉街道的两个社区医疗服务中心，上海市社工协会、新浦老年社工服务所、长青社工师事务所三个社会组织，徐汇区康健街道、杨浦区平凉街道、黄浦区半淞园路街道三个社区服务中心，以及这些社区的老年居民。需要补充说明的是，本调查报告使用的部分资料是 2012 年本研究团队在另外一个课题的支持下进行的两次调研的资料，研究团队在 2014 年初又做了补充调查。以下是调查的详细情况。

一、上海的老龄化状况

上海是全国第一个进入老龄化社会的城市，也是目前全国人口老龄化程度最高的特大型城市。2012 年末，上海户籍人口 1426.93 万人，其中 60 岁以上 367.3 万人，占户籍人口的 25.7%，户籍人口期望寿命 82.41 岁^①。

表 1：上海市历年的老龄化和高龄化情况

年份	总人口(万人)	60 岁以上人口		80 岁以上人口	
		绝对值(万人)	比例	绝对值(万人)	占老年人口比例*
2005	1352.4	260.8	19.28%	--	--
2006	1368.1	275.6	20.14%	--	--
2007	1378.9	286.8	20.80%	50.2	17.50%
2008	1391.0	300.6	21.61%	53.4	17.76%
2009	1400.7	315.7	22.54%	56.6	17.93%
2010	1412.3	331.0	23.44%	59.8	18.07%
2011	1419.4	347.8	24.50%	62.9	18.09%
2012	1426.9	367.3	25.74%	67.0	18.24%

*占老年人口比例：80 岁以上人口占 60 岁以上人口比例。

数据来源：上海市历年统计年鉴。

^① 数据引自《上海统计年鉴(2013)》

如表 1 所示,在过去的近十年内,上海的老年人口无论在数量上还是比例上都增长迅速,从 2005 年的 19.28%上升到了 2012 年的 25.75%,而且上升的速度也在加快,2012 年比 2011 年上升了 1.24 个百分点;与此同时,高龄化的趋势也日益严重,80 岁以上高龄老人占所有 60 岁以上老人的比例从 2007 年的 17.5%上升到了 2012 年的 18.24%。

当前,上海市户籍青少年人口比重严重偏低,“少子化”现象正困扰着上海。目前,上海户籍人口生育在世界上处于超低水平。虽然近 10 年来上海市总和生育率有所上升,但改革开放以来,上海户籍人口总和生育率总体呈下降趋势。上海户籍人口总和生育率 1978 年为 1.2,1990 年为 1.3,2000 年为 0.96,2003 年降到历史最低水平,为 0.64,2008 年又回升至 0.88,2009 年为 0.83,当前生育仍然维持这一水平,远低于国际公认维持人口新老更替的生育率水平 2.1。与此同时,老年抚养系数逐年提升,2010 年上海老年抚养系数为 34.4%,2012 年上升到 39.3%,预计 2015 年老年抚养系数将达到 50%,即每两名 15-59 岁人口将抚养一名老年人。

正因如此,上海的老龄化正处于持续、快速加深的过程中,据预测,到 2015 年末,60 岁以上人口将为 435 万,达到 30%。“十二五”期间将进入加快发展期,平均每年将净增老年人 20 万人左右,老龄化比重平均每年增加近 1.3 个百分点;户籍 80 岁及以上高龄人口将达到 70 万,平均每年增加 2.4 万。同时,纯老、独居老年人继续增加,尤其是 80 岁及以上高龄老年人的纯老比例和农村纯老现象更为突出。从 2013 年起,上海市新增老年人口中的 80%以上将为独生子女父母,上海人口老龄化呈现出独生子女父母老龄化的新趋势。传统的家庭照料功能日益弱化,老年人对养老服务的需求更加旺盛^①。据预测,2014、2015 年,上海每年分别需要新增养老床位 7500 张,才能实现到 2015 年末全市养老床位达 12.5 万张的目标。目前床位数缺口较大。

二、养老服务政策与规划

上海市早在 2005 年末和 2006 年初的时候,就提出了构建“九零七三”的养老服务格局,即通过强化社区涉老性配置标准,鼓励 90%的老年人由家庭自我照顾;支持社区为 7%虽住在家里但需要社会服务的老年人提供上门、日托、助餐等社区居家养老服务;由政府主导、鼓励市场参与,为 3%高龄、失能(失智)老年人提供具有全托生活护理功能的机构养老服务。所谓的“社会养老服务体系”即由 7%社区居家养老服务和 3%机构养老服务构成,主要面向一定程度的失能老年人,提供基本的日常照护服务。在“十一五”时期,上海已经把养老服务的一些具体指标放到了国民经济和社会发展的“十一五”规划纲要里,其中一个量化指标就是到 2010 年底的时候,上海的床位要发展到 10 万张,上海的居家养老服务要覆盖到 25 万人。25 万人对应的是

^① 数据引自“上海市老龄事业发展十二五规划(2012)”。

2010年上海老年人口的7%，10万张床位覆盖3%的人群，加起来就是社会养老服务覆盖10%的人群。实际的执行情况是，到“十一五”末期（2010年底），上海市养老床位总数10万张，社区老年人日间服务机构303家、社区老年人助餐服务点404家，社区居家养老服务老年人25.2万，占户籍老年人口的7.6%。也就是说家庭自我照顾、社区居家养老服务、机构养老服务为一体的“9073”养老服务格局基本形成。

随着上海市老年人口的迅速增加，上海市不仅要增加相应的服务量，同时也要改善服务和管理质量，提高服务效率。“十二五”提出继续巩固完善“九零七三”养老服务格局，“科学规划、合理布局养老服务设施”。到“十二五”末期，养老床位达到12.5万张，老年人日间服务中心400家，社区老年人助餐点600家。这些服务将会覆盖43万人左右。其中，社区居家养老服务对象30万人；机构养老服务对象12.5万人。截至2012年底，社区居家养老服务27.2万人（占全部老年人口的7.4%）；养老床位10.5万张（占全部老年人口的2.9%）。

从上海过去十几年的养老服务政策和规划看，上海特别强调所谓的“社区居家养老服务”，等同于国际上所说的“community care”。针对民政部提出的“以居家为基础、社区为依托、机构为补充”的养老原则，上海市认为应该是以“家庭”为基础，也就是说，“九零”这一块应该充分发挥“家庭”的基础作用，因为这一块是以轻龄、健康的老年人，或者有充足的家庭资源的老年人为主，“社会化养老”体系并不包括这类人群。而所谓的“居家”则是指老年人居住在家里，接受由社会支持的养老服务。由于这些社会支持绝大部分是以社区为载体，所以也可以理解为“社区居家养老服务”，这是政府需要重点关注和支持的“社会化养老”的核心内容，而上海也正是这样做的，在过去的十年间，社区居家养老一直是上海养老体系建设的核心。针对养老机构，上海认为应该将“以机构为补充”改成“以机构为支撑”。他们认为机构是提供非常专业化服务的地方，也是养老服务发展比较关键的点，虽然它覆盖的人群不是最多，但它一定是体现技术和专业性的。“十二五”期间，上海新建的机构床位要更多偏向于护理，尤其是重度护理的老年人，充分发挥其医护的专业性优势。

“十一五”期间，从社区居家养老服务着手，上海开展了对养老服务的补贴制度，主要是用上海的财政资金为困难的老年人提供一些政府购买服务的补贴，服务内容是居家养老服务，指向性非常明确。在进行补贴之前，必须对申请者进行养老服务的需求评估，用以确定谁能够得到这些补贴、优先给谁、以及获得者应得到什么样的服务。评估分为两个方面，一是老年人的经济能力，补贴主要针对的是经济条件较差的老人，包括享受最低生活保障的老年人，以及月收入介于低保线和低保线的1.5倍之间的低收入老年人；二是老年人的失能程度，由专业的评估团队对老年人的生活自理能力、认知能力、情绪行为能力、视觉能力四个方面进行打分，评估出轻、中、重，然后对应的给予300元、400元、500元补贴。2008年，考虑到80岁以上的高龄老年人生活自理能力弱化严

重，生活照料的需求会比较明显，因此在原有的养老服务补贴制度的基础上，上海市政府针对这部分人群专门制定了一个叠加的政策，给符合条件的老年人提供一半的服务补贴。该项制度的享受者必须满足下列条件：一是80岁以上，二是独居，三是收入低于上海市城镇职工养老金的平均线，四是经过失能评估符合某一程度的失能标准，五是愿意自己支付额外的一半服务费用。2012年，有12.6万名老人经评估得到服务补贴，约占服务对象总人数的46%，服务补贴资金约3.5亿元；补贴人群中80周岁及以上高龄老年人约7.7万，占有补贴对象的61%。上述补贴都是由政府从签约的服务机构直接购买服务，而不是采取补贴券或直接发放现金补贴的方式。

2011年至2012年底两年间，社会养老服务体系建设地方财政投入总额21.6亿元，年均投入10.8亿元。其中在全市养老设施建设中（新增养老床位、新建老年人日间照料机构、新设社区老年人助餐服务点）市区两级财力投入14.76亿元，在养老服务补贴中投入6.8亿元。

三、社区居家服务情况

“社区居家服务”，即依托于社区的支持，为失能老年人提供居家服务，一直是上海养老服务体系建设的核心。上海市于2000年率先在全国探索社区居家养老服务，逐步形成了以社区助老服务社、老年人日间服务中心、社区老年人助餐服务点等为服务实体，上门照护、日间照护、助餐服务为主要形式，生活照料、康复护理、精神慰藉为主要内容的服务模式。也就是所谓的“6+1”服务：“六助”就是助餐、助医、助急、助行、助洁、助浴；“+1”指助老关爱结对（主要是“老伙伴计划”）。

从服务实体来讲，每个社区都有一个助老服务社，以及一个以上的老年日间服务中心，中心城区每个社区有3到4个老年人助餐服务点，这些都是扎根在社区里面的服务组织和场所。另外从服务管理上来说，上海市采取的是三层管理的模式——上海市一级有一个“社区居家养老服务指导中心”，下面的17个区县每个区县都有区一级的指导中心，而区一级的指导中心下面又有每个街道层面的“服务中心”。这些组织都不是直接提供服务，而是对服务进行管理，包括每年的补贴资金预结算、老年人申请材料的审核、身体评估、服务队伍的培训、服务质量的跟踪检查监督等。上述两个系统都是以民办非企业注册，通过政府购买服务的方式项目化运作。

社区助老服务社的服务员队伍是多年以来逐渐建立起来的，目前全市的规模是3.3万人，为27万老人提供服务。2004年社区助老服务社的启动之初，是依托与“万人就业”项目的联动，通过几方的资金合在一起做起来的。根据当时“万人就业”项目的规定，每创立一个非正规就业的组织，就可以从就业促进基金里申请一笔成立经费，正是通过这样的途径，上海市的社区助老服务组织得以广泛建立，服务人员是以“40、50”下岗工人为主。因为每个社区老年人的需求不一样，所以每个社区提供的

具体的上门服务的项目不一样。服务项目是由社区根据本社区老年人的集中需求而设计的。上海市设计的地方标准把服务项目归了十大类，基本上把这些服务都涵盖了。

此外，由于老年人是高风险群体，所以由财政出资购买社区综合保险，就是说所有在社区的公共场所，比如说为老服务中心、体育场等发生意外事故的，由保险公司赔偿。

截至 2012 年底，全市为 27.2 万名老人提供了社区居家养老服务。其中，上门照护 20.7 万，助餐服务 5.4 万，日间照护 1.1 万。目前已组建起由 3.1 万名社区助老服务员、500 多名管理人员、50 多名评估人员组成的社区居家养老从业队伍；初步形成了覆盖全市的三级服务组织网络，市、区县、街镇分别设立了相应的社区居家养老服务管理机构和服务实体，实体服务组织包括 231 家社区助老服务社、313 家社区老年人日间照料中心、492 个社区老年人助餐服务点。

以杨浦区平凉街道为例，平凉街道有三个日托所，共有 100 多位老年人接受日托所的服务，他们都是 80 到 90 岁生活能自理的老人，街道有专车负责老人的早晚接送。日托所可以提供洗澡、理发、修脚等服务，志愿者会给老年人唱唱歌，老人也会玩一些九子游戏，扯铃等。日托所有专业的社工，会针对老年人的特点组织活动。老人很喜欢这里，有的老人会跟别人说，“我去上班去了”，“我下班回来了”。平凉街道有两个助餐中心，日均 500 到 600 个午晚餐，社区老年人可以享受送餐上门或者到助餐点用餐的服务，支付给助餐点的价格是 9 元每客，其中有 2 元是政府补贴，7 元由接受服务的老人自己承担，这一价格明显远低于市场价。

再以徐汇区的康健街道为例，该街道 2006 年建立了全市第一家为老服务助餐点，现在有 1 个综合型的助餐点，11 个单一型的助餐点，以及 2 个高校的助餐点。综合型的就是既可以堂吃又可以外送，单一型的只可以堂吃。基本上可以为社区近千名老人解决就餐的问题。在生活照顾方面，街道办与家政服务公司签约，有 200 多名家政服务员为老人提供家政服务，根据对老年人失能程度和家庭经济状况的具体评估，确定给老人的差额补贴。享受补贴的服务对象，由街道办向定点的家政公司直接购买服务，其它不享受补贴的服务对象则完全按市场规则运作。

以徐汇区为例，截至 2012 年底，徐汇区老人为 23.4 万人，占区总人口的 25.58%，已经有 23078 名老人接受了政府提供的居家养老服务，这其中有 6809 名享受政府补贴，其余的都是自费购买服务。

“十二五”时期上海对社区居家服务的规划是，到“十二五”期末，社区居家养老服务的服务对象人数达到 30 万人，占到户籍老年人口总数的 7%。新建老年人日间服务机构 100 家以上，老年人社区助餐点 200 家以上。社区老年人日间服务机构按照每 3-4 万老年人拥有一家的标准配置，同时配置一定数量的老年人助餐点。进一步完善各级社区居家养老服务中心功能，扩大养老服务补贴受益面，加大对高龄、贫困、

独生子女伤残或死亡的老年父母等特殊困难老年人的养老服务补贴力度，提升专业服务水平。积极培育若干有资质、有品牌、连锁化的公益性养老服务运营组织。

由于上海市养老服务政策的理念是让老人尽可能的留在家里接受服务，所以除了外部组织提供的上门服务外，还通过对老年人家庭的改造使家庭环境更加适合老年人。2012年的一项重要的创新活动就是由政府出资，为家庭环境条件欠缺的老年家庭进行适老化改造，比如地面防滑，增加扶手，增加采光等。与此同时，针对高龄独居老人，上海市开始逐步安装紧急呼叫系统，同时也在试点痴呆老年人的防走失系统。

除此之外，上海市还利用社区志愿者，尤其是社区的轻龄老人为有需求的居家高龄老人提供帮助。他们从2004年开始开展“独居老年人结对关爱活动”，为社区中的独居高龄老年人配备结对型的社区志愿者，通过定期的上门访问、电话访问和水电煤安全检查关爱独居老年人。2012年，这一活动进一步提升为覆盖范围更广、制度性更强的“老伙伴”计划。

案例：上海市的“老伙伴”计划

“老伙伴”计划是2012年上海市政府的“实项目”，以1名年龄在60岁至70岁、身体健康的老人为志愿者，与同社区的5名80岁以上高龄独居老人结对，由低龄志愿者向高龄老人提供家庭互助服务，其内容主要以“健康生活方式”为主题，开展预防失能、健康科普、精神慰藉等家庭关爱和生活辅助服务，预防或降低风险的发生，促进高龄老年人的生活质量和社会交往。

每个志愿者都有两本工作手册，一本工作手册是记录老人的状况和对老人服务的情况，要求每天记录，每月汇总。每个月所有志愿者的内容汇总后，报到核心志愿者那里，然后核心志愿者再把他们的情况报给为老服务中心，最后再报给负责该项目日常运作的社会组织。社会组织会抽取20%左右的服务对象名单，核对服务的情况。另外一个手册服务内容指导，主要是教志愿者一些要向老人宣讲的内容，比如这次上门，要聊些老人感兴趣的，如秋季养生等。

该项目是以政府购买服务的方式交由上海市社工协会管理，该组织承担了项目设计、志愿者培训、日常运行的评估和监督等职责。

这个项目的周期是一年，款项由市里下拨。全市一年的经费是90多万，这里面包括组织和运转费用，最后剩下的钱会用在志愿者身上。整个项目做下来，年底会开一个总结会，对每个志愿者会有奖品作为鼓励，标准在200元左右，而志愿者在平时是没有常规性的现金补贴的。

四、机构养老情况

截止 2012 年底，上海市全市拥有养老机构 631 家，建成床位 10.5 万张。其中，一级护理及以上者近 60%，二级、三级护理各 20%。全市养老机构从业人员 2.3 万名，其中 60% 为一线护理人员。按法人性质分，民办非企业单位 598 家，占 95 %，事业单位 33 家，占 5%；按投资性质分，公办养老机构 301 家，占 48 %，民办养老机构 330 家，占 52%；有 85 家养老机构纳入了医保联网结算，占总数的 13.8%。2012 年，市政府出台了《关于推进本市“十二五”期间养老机构建设的若干意见》，明确了“十二五”期间养老机构设施建设标准、补助办法和配套措施。针对新建的公办养老机构，市政府将以核定建设成本的 50%到 75%的比例补贴；符合标准的民办非营利养老机构，按核定建设成本的 50%，上限 8 万元的标准补贴。

按照“十二五”期间每年新增 5000 张养老床位目标，2011 年完成 5441 张，2012 年完成 5227 张。截至 2012 年底，全市拥有养老床位 10.5 万张，初步实现了每千名老年人拥有养老床位数 30 张的目标。

以徐汇区为例，在养老机构的管理方面，徐汇区在 2005 年成立了“养老机构指导服务中心”，它是一个民办非企业的组织，主要承担养老机构的前期申请、建造过程中的指导、图纸的审核，以及后期对业务人员的继续教育，业务的指导、管理、考核等等。徐汇区对于养老机构有一系列优惠政策，而这些优惠政策都是和机构的考核挂钩的。徐汇区还加强了机构中的标准化建设，其中徐汇区福利院（公立）起到了一个引领作用。

从下面徐汇区第一福利院的案例中，可以更直观地看到公立养老机构的情况。

案例：徐汇区第一福利院

该福利院占地六亩，建筑面积 4200 平方米，核定床位 180 张，目前老年人基本收满，平均年龄 86.5 岁。福利院 1996 年建成时，主要收住身体好的老人来“颐养天年”，而随着老龄化程度的加重和观念的改变，收住对象发生了结构性改变，主要以收住需要专护和一级护理的老人为主，目前这部分人占到该福利院所有入住对象的 86%。而需要二级三级护理的老年人基本上都是建院的时候收进来的，目前已经很少收住。

入住老人的收费包括床位费、护理费、以及伙食费。床位费两人同住的每人每月 1000 元，4 人同住的 500 元；护理费根据的是 1999 年制订的标准，一级护理 480 元，二级护理 300 元，三级护理 150 元，专护可以议价，一般在 1000 元左右；伙食费每人每月 350 元。而护理员的月工资普遍在 2500 元以上，再加上社会保障等成本，每个护理员的人工成本基本上都超过 3000 元。福利院的收费标准相对偏低，并不足以满足真正的福利院支出，而要靠财政补贴。事实上，作为全额拨款的事业单位，福利院

的财务实行收支两条线，即老年人交的费用全部上缴财政，然后日常运营和工资等全部由区财政拨款解决。目前徐汇区财政对该福利院的拨款是每年700万左右，而福利院的实际收入只有200万左右。由于该福利院收费低，因此一床难求，现在排队等候入住的全部算起来一、两百人都不止。

该福利院共有工作人员100名，高级护理员有两名，还有一些中级和初级护理员，其他的都参加了上海市行业协会的上岗培训。护理员是按照市里行业的配比要求，每个护理员照顾的老年人的数量是，三级5到10，一级3.5到5，专护1.5到2.5（这是上海市制定的标准，对公立和私立养老机构都严格执行）。由于该福利院是作为徐汇区的示范标杆，所以通过财政拨款提高护理员的工资待遇。在上海市护理员队伍整体不稳定的情况下，该福利院的护理员队伍则相对比较稳定，人员流动较少。

院内设医疗部门，可以享受医保，老人小病基本可以不出门。另外上海的养老机构一般都与所在社区的卫生服务中心有共建活动，他们会安排医生过来给老人看病、送药。

根据上海市养老规划，社区居家养老是主体，而将养老机构定位为一个专业性很强的服务角色。首先强调其职责主要是为自理能力很差、家庭没有能力护理的重度失能老人提供专业的护理服务，这一职责明确出现在“十二五”规划中，并操作化为指导意见，公共财力对收住失能老人的养老机构加大补贴力度，因此公立养老机构这几年主要是以收住重度失能老人为主。在我们调查的三个公办养老院中，都是以收住重度失能老人为主，其中失能者比例最低的杨浦区第一福利院，入住的600多位老人中，需要护理的老人也占了三分之二。

此外，作为强调专业性的机构，公立养老机构还承担部分培训护理员的职责，将其功能延伸到社区居家领域，作为居家养老服务的一个技术支持的途径。如徐汇区第二福利院的服务就对社区居家养老有一些辐射，主要是将一些社区的居家护理员组织起来，到福利院参加一些专门的培训等。这种培训服务是政府以行政命令规定福利院的职责，因此并没有额外的经费投入。

杨浦区福利院更是通过区级老年服务项目招投标的方式，推出了“护老者之家”项目，该项目的支持对象是居家护理员。因为目前社会性的护理员多是新上海人，从外地过来，听不懂老人讲话，无法与老人沟通，生活习惯也与老年人有一定差异，因此通过这个项目对居家护理员进行培训；在此基础上，也开始尝试延伸到社区的“喘息式服务”（respite service），包括对家庭照护者和居家护理员的培训、心理疏导、对居家养老的失能老人的临时性照护等。但是这些服务还只是以临时性招投标项目的形式实施，目前只处于初步尝试阶段，并未制度化。

除了公立养老机构外，上海一直支持民间资本进入养老领域，目前徐汇区民办的

床位和公立的床位各占 50%，而民办养老院与公立养老院有很大不同，下面同样是徐汇区的一个案例，可以跟上述徐汇区公立养老机构的案例做一比较：

案例：徐汇区某民办养老院

该养老院已开办六年，性质是民办公助，房子是原来的学校，通过招投标拿下来后，进行了改建，除了适合老年人需要进行了必要的设施改建外，又增加了部分房屋，并把过去篮球场改建成了花园。整体来看，环境优美、静谧，设施人性化，非常适合老年人居住，这方面与公立养老机构比，显然是略胜一筹的。

养老院额定床位 88 张，除了有三位老人刚刚转去介护医院外，全部住满。其中全护理老人有三十几个。入住的老人中，以退休教师和离休者居多，普通工人较少，这主要是受到养老院价格的影响。

养老院的收费也是分为三部分，其中，餐费每月 450 元，床位费 1200 到 2000 元不等，护理费是三级 360、二级 600、一级 1100、全护理 1600 到 2200。这个价格是由该养老院自己制定的，去年政府曾经有一个指导价，后来放开了，目前的价格主要是受到市场调节。该养老院现在每人每月的总体收费在 3000 到 3500 元左右，据管理者介绍，这在徐汇地区处于中上水平，还不能算“高档”养老院。

除了市场化收费外，作为徐汇区政府的招标项目，市区财政也有多项补贴。市里对于刚开办的民办养老院会有一个开办补贴，即一个床位补贴 1 万元。就徐汇区而言，包括：人员补贴——护理员高级工每月 400 元，中级工 300 元，初级工 200 元，上岗证 100 元，院长补贴根据考核评定分别是每月 300、400、500 元；租赁补贴——每平方米每月 5 元；床位补贴——每个床位每月 200 元（床位补贴只针对徐汇区的老年人，所以他们更倾向于招本区的老人）。这些补贴全部算下来每年 25 万元左右。养老院当初投资的 300 多万元，现在三分之一多点已经拿下来了，每年还有一些利润。养老院的支出主要包括人员支出、房租、以及设备维护和更新。其中人员支出最多，占到所有支出的 70%，房租是每年 15 万。

养老院目前有护理员 25 名，护理员年龄普遍偏大，都在 50 岁上下，其中中级的 3 位，初级的 4 位，其他的都是持上岗证的。该机构护理员的基本工资如果不加班的话是每月 1500 元，如果加班工资加上去在 2000 元左右，护理人员的流动率较高。

养老院没有内设医疗机构，尽管有医务室，但其实就是保健站，没有处方权。老人的医疗服务主要是每个星期四社区医疗机构上门服务。

从上述两个案例中，我们可以看到公立与民办养老机构有很大不同。上海的公立养老机构尽管是在市场化环境中，但并不是市场化运作，由于有财政拨款作为支持，所以公立养老机构以相对较低的收费，提供水平较高的服务。正因如此，公立机构“排队”等候的老人非常多，如徐汇区第一福利院目前有 200 多位老人登记在等候名单上，而杨浦区福利院的等候名单则高达 600 人。而民办养老机构尽管有政府的补贴，但其绝大部分收入仍来自于收费，完全是市场化运作，价格也要远高于公立养老机构。

而从服务的质量来看，由于有财政的较多支持，公立机构能够给护理员支付较高的工资，因此其人员队伍和服务水平相对稳定，这样入住老人就能以较低的价格获得相对较高质量的服务。申请入住的老人只有失能程度的评估，并没有家庭经济状况审查，也就是说公立机构的服务并不特别针对中低收入群体，而且供给也是非常有限的，从徐汇区福利院的情况看，低收入群体的比例反而很低。

民办机构完全是处于市场化的环境中，由于老年人及其家庭的经济情况各异，因此民办机构的服务质量也参差不齐。上述民办机构在上海算中上，据管理者介绍，“现在新出了两家，收费 4000 左右，但条件很好，条件比我们这里还好，他们单人房间都要 40 平米，还是供不应求。”一般来说，靠近市中心的床位特别紧张，而郊区的人住率一般就比较低，主要原因一方面是家属探望不方便，另一方面是配套设施不足，尤其是就医不方便。

从该民办机构的案例还可以看出，尽管其收费已经超出了中低收入者的承受范围，尽管有各种政府补贴，但是其护理员的工资待遇并不高，且流动性很大。也就是说在市场化环境下，普通民众对于养老机构的服务，尤其是重度失能护理的购买力还是不足的。

由于老年人，尤其是失能老人是一个高风险群体，因此其照护风险对民办机构的影响很大。据民办养老机构的管理者介绍，如果“不出事”的话，他们的利润在 5% 到 15% 之间，“如果出了事情可能就要亏”。针对这种情况，上海市出台了两个保险：一个是针对机构的责任险，如果老人有意外情况，是机构的责任，就通过这个保险赔偿，在保险缴费上，市级财政承担三分之一，区级财政承担三分之一，机构自己承担三分之一，这一保险现在已经比较成熟；另外一个正在推的是针对老年人个人的保险，叫做“金手杖”，这是需要老人自己购买的个人意外保险，360 元一年。

五、医养结合情况

老年人是健康的高风险群体，而面向老年人的健康服务则需要应对其多种健康需求。包括针对老年人生理特点的健康管理和健康教育、慢性病管理、老年相关疾病的诊疗、康复、医疗护理等。从上海的经验我们可以看到，老年人的这些医疗需求都有所涉及。

一是健康管理和健康教育。

2008年中国的新一轮医改实施以来，启动了由政府承担筹资责任的“基本公共卫生项目”，其中就包括针对老年人的健康档案、健康教育、慢性病管理等内容。上海在这方面打破了卫生和民政两个部门的限制，将卫生部门的基本公共卫生服务项目与立足于社区的健康教育相结合。在健康检查方面，大多数社区服务中心都在民政和卫生两个部门的支持下，成立了一个体检中心，70岁以上的老年人每两年可以享受一次全面的免费体检，而徐汇区把这项福利的享受年龄降低到了65岁，体检的成本在每人120到130元之间，这项费用也是由民政、卫生、街道三方共同承担。

而在健康教育和健康管理方面，除了基层医疗机构建立的健康档案外，上海市还普遍地通过社会组织组建了有关的机构，在社区中开展健康干预活动。这些活动有很多是通过项目招投标的方式，由民政部门或街道办购买服务。除此之外，还充分发挥老年志愿者的作用，比如上文提到的“老伙伴计划”，其中的一项重要内容就是经过培训的志愿者给高龄老人提供健康宣讲，这也是健康干预的一项重要内容。而且我们在调查的社区也看到多位从事健康服务的志愿者。比如杨浦区平凉街道有一位退休医生，固定的每星期半天为老年人量血压，老年人有什么健康问题，他都会给他们指出来的，给他们一些诊疗建议。

二是社区医疗机构的护理床位和家庭病床。

由于老龄化程度严重，上海市社区卫生服务中心70%到80%以上都是老年患者，很多社区病房实际上变成了第二养老院。目前，全市城区的每个社区医疗机构都设有护理病床，一般在50到70张左右，是由民政和卫生两个部门共同支持。民政主要投入在初期建设上，以及上文提到的针对低收入老人的服务补贴；而卫生部门的支持则主要是通过医疗保险报销部分费用。

根据规范性文件的界定，家庭病床是指“对需要连续治疗，又需要医护人员上门服务的患者。在其家中设立病床，由指定医护人员定期查床、治疗、护理，并在特定病历上记录服务过程的一种社区卫生服务形式。”家庭病床收治的对象是“诊断明确、病情稳定，适合在家庭条件下进行检查、治疗和护理的患者。”与社区医疗机构的护理病床类似，家庭病床的部分费用也可以通过医疗保险报销。

如上可知，社区医疗机构的护理病床和家庭病床的服务都由社区医疗机构提供，其服务主管部门都是卫生部门。值得注意的是，尽管这两类服务能减轻大医院的住院服务的压力，避免“社会性住院”现象，但是它毕竟只是医疗保险的一部分，而非一项单独的护理保险。因此只有医疗机构转过来的康复患者能够享受护理病床的服务，它强调的还是“疾病”和“病人”，而非“失能者”，也就是说并非所有失能老人都能享受这类服务；与此相关的，入住护理病床的老人也不可能长期享受该项服务，其病

情缓解后还是需要“出院”，这与针对失能者的“持续”、“不间断”的护理也存在本质区别。

上海市对于老年医疗服务的规划是，到“十二五”期末，全市所有街道（镇）设有一所社区卫生服务中心，各类二、三级医院普遍建立老年病科。家庭病床保持在6万张左右，按需为适宜在家庭病床接受治疗的老年人提供服务。实施老年医疗护理体系建设工程，形成由机构护理、社区护理、居家护理组成的老年护理服务体系，设置护理、康复、临终关怀等服务项目。

六、主要调查发现

中国是一个地域广阔，且各地发展极不平衡的国家。就社会政策的制定和实施过程来看，往往是先由各地试点，中央政府在总结试点经验的基础上出台原则性的政策框架，而地方政府再根据自己的实际情况制定具体的实施方案。在公共服务的筹资方面，尽管中央政府对欠发达地区会有定向的转移支付，但是主要的筹资责任还是由地方政府承担。这样的政策过程决定了在不同的省份之间，社会政策的具体设计不尽相同，尤其是社会福利水平可能有较大差异。

具体到养老政策，上海是中国经济发展水平最高、各项公共服务最为发达的城市之一，同时也是中国老龄化程度最高的城市。正是这些特点决定了上海上述的养老服务的状况。整体来看，上海的养老服务是全国起步最早的，而且毫无疑问地走在全国前列。上海的养老服务体系建设起步于2000年左右，早在“十一五”期间就基本明确了整个体系的建设框架。经过了十几年的发展，养老服务体系思路比较清晰，框架也比较完善。而再从中国的整体情况来看，由于中国目前只是处于老年福利体系重构的初步阶段，也就是说还处于各地自主试点的阶段，因此全国性的政策框架并未完善，尤其是养老服务的筹资制度并没有建立。这些同样对上海的养老服务产生影响。

综合上述背景和特点，我们在本次调查中的主要发现如下：

一是在服务内容上，覆盖了老年人的多元需求，但是现有的供给并不能满足需求，而且很多有效需求也未得到释放。基本上养老机构可以提供重度失能的照护服务，社区居家养老可以提供轻中度失能者的照护服务，社区护理病床和家庭病床可以提供康复服务，一些专业的社会组织可以提供失智者的照护和康复服务，社区医疗机构和相关的社会组织可以提供健康保健服务，高端的养老机构可以提供高水准的养老服务，也就是说上海养老服务体系框架已经搭建起来。但是这并不意味着养老需求能够在很大程度上得到满足。如上所言，政府在养老服务筹资上的责任非常有限，只针对非常少数的低收入人口，而且筹资水平也不高。因此最终的结果就是，享受机构养老服务的大多是中上收入阶层，而中下收入阶层受到购买力的限制，其失能者的照护需求无法通过养老机构满足。而目前由政府支持的社区居家养老服务的作用还是非常有限，

只能提供少量的生活照料,并不能提供更专业的护理服务,更不能达到全护理的水平,因此对中度和重度失能者的作用也是非常有限的。

二是在服务提供上,上海市对于多元服务资源都有明确的规划和定位。不仅对于机构、社区、家庭都有明确的定位,同时也兼顾公立机构与私立机构、专业社会组织与社区志愿者的共同发展。上海强调以社区居家养老服务为建设核心,在中国其他地区着力于增加养老机构床位数的時候,上海则是将社区支持的居家养老服务作为建设重点,而将机构养老作为补充和支持,着重强调机构的专业性和对其他服务的辐射作用。针对符合条件的私立养老机构,上海市采取“民办公助”的方式支持其发展;上海市通过招投标的方式支持各种专业社会组织提供多样化的涉老服务;“上海老龄事业十二五规划”特别强调要通过各种渠道积极发挥低龄老年人的作用。作为中国的经济中心和对外窗口,上海本身就是各类人才聚集、理念比较先进的地方,再加上上述种种支持性政策,使得上海各种涉老组织和机构的发育程度都要远高于中国其他地区。但是这种“发达”还是不能跟真正的“发达国家”同日而语,尤其是公立机构和私立机构之间还是存在很大差距,而且对于社会组织和私立机构的支持还有待于更加的制度化。

三是上海养老服务管理体系的水平和专业性都比较高。在养老服务的整体管理上,上海市特别强调规划、标准、制度的建设。在管理机构的建设上,如上所述,上海市成立了市、区、街道三级的社区居家养老指导中心,负责具体的管理工作。基本上,从机构建设、服务机构和组织的招投标、过程管理、一直到最后的评估,上海市都有相对完善的标准和规范,在管理上也严格按照这些标准和规范执行。此外,从“十一五”时期到现在,上海已经把整个养老服务的信息系统建立起来,包括评估系统、居家养老的日常管理系统、养老机构的设施审批的系统、机构日常管理的系统,共四个大的系统。

综上所述,从目前上海养老服务体系的情况看,包含服务内容、服务提供、服务管理的完整的服务框架已经搭建起来,并处于不断完善之中,各类机构和组织参与其中,形成多元服务的格局。也正因如此,上海的养老服务体系是在有相对稳定的预期的基础上,未来有很大的发展空间。

然而目前制约该体系发展的最大障碍应该是长期照护的筹资问题。如果政府的筹资责任不扩大,中低收入阶层的有效照护需求就没有办法释放,进一步的,长期照护的市场就会非常有限,造成护理人员的收入不足和流动性较大,很多服务也没有办法形成制度化。

附件：上海市老龄事业“十二五”规划主要指标

类别	项目	2015 年末达到指标
养老医疗保障	城镇职工平均养老金增加幅度（%）	≥50
	城镇居民医疗保险住院报销比例（%）	70
	新型农村社会养老保险制度覆盖率（%）	100
医疗健康服务	街镇社区卫生服务中心覆盖率（%）	100
	老年医疗护理床位总数（万张）	2.6
	家庭病床总数（万张）	6
养老服务	区县公建养老机构设施覆盖率（%）	100
	街镇公建养老机构设施覆盖率（%）	100
	街镇公建养老机构床位占区域老年人口比重（%）	≥1.5
	养老床位总数（万张）	12.5
	社区老年人日间服务机构总数（家）	≥400
	社区老年人助餐服务点总数（家）	≥600
	社区居家养老服务人数（万人）	30
	职业化、专业化为老服务人数（万人）	10
精神文化生活	示范性老年社会教育基地（个）	100
	居村委老年人标准化学习点（个）	3000
	老年人学习团队（个）	10000
	居村委社区老年活动室覆盖率（%）	100
	社区健身器材完好率（%）	≥95
	设立老年电视专栏、老年广播专栏（个）	各 1
	老年志愿者注册人数（万人）	≥25
老年维权	街镇老年法律服务点覆盖率（%）	≥90
	老年人来信来访来电调处率（%）	≥98

青岛市养老服务调查报告

史云桐

2012年7月，青岛市在全国率先建立并实施了长期医疗护理保险制度。到2014年初，这一制度实施已一年有余。那么，该制度是在怎样的背景下产生的，其制度框架和主要做法为何，实施的效果和面临的问题又是什么？青岛市以居家为基础、以社区为依托、以机构为支撑的社会养老服务体系建设的总体状况怎样？带着这样一系列问题，中国社会科学院社会学研究所的研究团队，受JICA委托，于2014年初对青岛市养老服务发展的总体状况进行了调查，现将调查情况介绍如下。

表1：青岛主要调查点

调查点	关键词
青岛市民政局	政府部门；青岛市养老服务总体状况
青岛市人力资源和社会保障局医疗保险社区处	政府部门；长期医疗护理保险制度
青岛福彩养老院	公办；自收自支事业单位
青岛市李沧区社会福利院	公办；文化养老
青岛福彩四方老年公寓	公办民营
莱西市社会福利中心	公办；社会救助
市北区福寿星爱心护理院	民办
青岛夕阳红老年公寓	民办
圣德老年护理院（圣德脑血管病医院）	民办；二级专科医院；青岛最大的“医养结合”型老年护理院
市北区康乐（广昌）老年爱心护理院	民办；临终关怀
青岛市12349期颐居家养老服务中心	民办；失能、中重度失智老人照护
李沧区永清路街道永清苑社区记忆护理日间照料中心	公办民营；居家养老；日托；轻度失智老人照护
市南区八大峡台西一路社区日间照料中心	居家养老；由公办养老机构负责运营
市北区敦化路街道伊春路社区	居家养老
新华锦（青岛）长乐颐养服务有限公司	中外合资高端养老机构

一、青岛市养老服务总体状况

（一）老年人口基础数据

青岛市于1987年进入老龄社会，早于山东省7年，早于全国12年。青岛市人口老龄化程度发展十分迅速。1982-2002年，青岛市总人口年均增长0.77%，同期老年人口年均增长3.16%。据对1995-2035年青岛市人口发展的预测，青岛市总人口将以

年均 0.23% 的速度增长，而同期老年人口的年均增速为 4.12%。目前，青岛市户籍总人口为 769.56 万，60 岁以上老年人口 138.78 万，占全市总人口的 18%，高出全国平均水平 3.7%。预计到 2015 年末，青岛市老年人口将达 160 万，占总人口的比例达到 20%。此外，青岛市老年人口高龄化趋势也较为明显。据统计，2007 年末，青岛市有 80 岁及以上老年人口 17.6 万，占全市总人口的 2.3%。2010 年末，青岛市有 80 岁及以上老年人口 20.4 万，占全市总人口的 2.7%。目前，青岛市已有 80 岁及以上老年人口 24 万，占全市总人口的 3.1%（见图 1）。预计到 2050 年，这一比例将达到 10.39%。此外，青岛市现有失能半失能人员约 25 万人，其中完全人员失能约 8 万人。

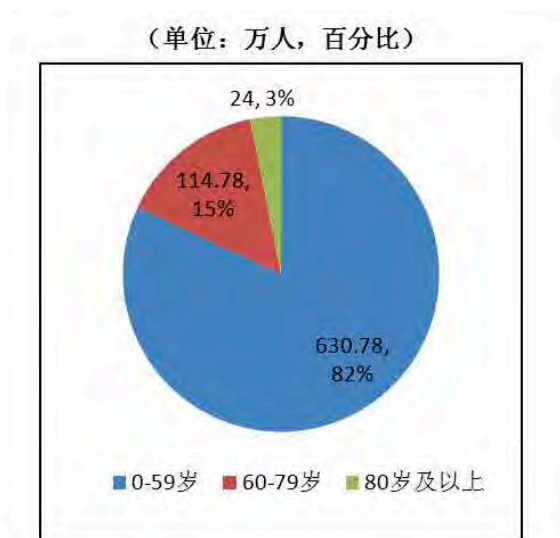


图 1：2013 年青岛市分年龄段人口比例

（二）养老服务总体情况

目前，青岛市共有养老机构 252 家，床位 3.6 万张，千名老人拥有床位数 26 张。其中社会力量投资兴办的养老机构有 139 家（占全市养老机构总数的 55%），有床位 2.05 万张（占全市床位总数的 57%）。

全市建有社区日间照料中心 451 个^①，有 1.8 万余名老年人在社区日间照料中心活动。其中有 78 个社区日间照料中心具有助残配餐的功能，享受午餐服务的老年人 3000 多名。

全市有社区养老互助点 2110 个，参加活动的老年人有 1 万多名。

青岛市是全国最早建立社会组织备案制的城市，早在 2002 年就开始对存在于社区并发挥作用但达不到登记条件的“草根”社会组织实行备案管理。青岛市现有登记和备案的各类社会组织共 1.1 万余个。

青岛市养老服务的总体框架大致如图 2 所示，图中所涉及的具体内容，下文还将

^① 青岛市现有 86 个城市街道，43 个镇，568 个城市社区，629 个“村改居”社区，5445 个行政村。

详细介绍。

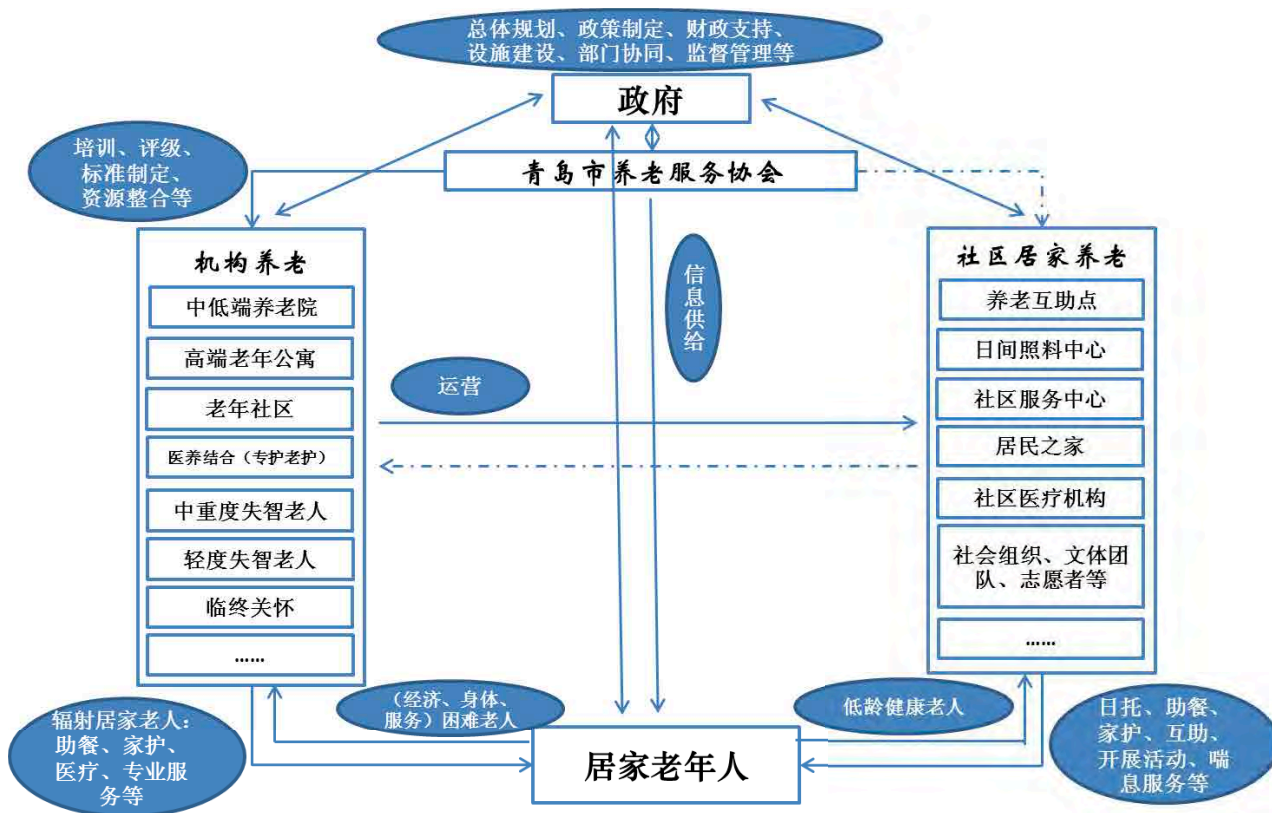


图 2：青岛市养老服务总体框架

二、养老服务相关政策

近年来，青岛市委、市政府十分重视养老服务业的发展，已把发展养老服务业纳入全市国民经济和社会发展规划。2012年，青岛市第十一次党代会明确提出了“老有颐养”的目标。2012年底，青岛市政府出台了《关于进一步加快养老服务业发展的意见》，明确了“十二五”期间发展养老服务业的具体目标、任务要求和具体措施。“十二五”以来，市、区（市）财政每年投入2.1亿元，发展养老服务业。按照“9064”的养老服务格局，青岛市目前已基本建立起以居家为基础、以社区为依托、以机构为支撑的社会养老服务体系，机构养老的支撑作用尤为突出。

就养老服务的政策扶持来看，青岛市实现了公办、民办补助标准的统一，并注重城乡养老服务均等化。在机构养老方面：①对新建养老机构，每张床位补助12000元，对改建养老机构，每张床位补助6000元。②对非营利普惠型养老机构收住本市户籍老人的，给予该养老机构每人每月200元（自理老人）-300元（失能半失能老人）运营补助，并要求养老机构将该补助的50%以上用于提高护理人员的待遇水平。借此，

明确了政府部门资金投入方向：一方面鼓励非营利性普惠型养老机构的建设，鼓励收住失能半失能老年人，另一方面鼓励养老机构提升护理人员的服务质量。③以政府采购形式，对为入住老年人购买意外伤害保险（150元/人/年）的养老机构，每人每年给予120元补助，借此大大提高了机构养老双方的风险防范能力。在居家养老方面：①对社区老年人日间照料中心，每年给予5-10万元的运营补助。②对设立在老年人家中的“社区养老互助点”，每月给予100元运营补助，借用传统街坊邻里间互助互惠的熟人社会文化，开展居家养老服务。③政府出资对5887名“三无”、低保、低保边缘家庭中的困难老人购买居家养老服务，按困难老人的自理程度每月给予45-60小时的上门服务，城镇每小时补助15元，农村每小时补助10元。④鼓励居家养老服务组织的发展，对为失能半失能老人提供服务的居家养老服务组织，每年给予1-7万元补助，同时大力培育社区公益型为老服务社会组织。

就养老服务基础设施建设来看，青岛市政府“千万平米社会事业公共基础设施建设项目”中，新建养老设施占了100万平米，其中一半将调动社会力量兴建。此外，“千万平米社会事业建设项目”中还确定建设社区日间照料中心10万平米，等等。

就养老服务的标准化、规范化建设来看，青岛市出台了《养老机构建设服务和管理标准规定》、《养老机构等级管理办法》、《示范性社区老年人日间照料中心建设和管理标准》等文件。还出台了规范养老机构、社区日间照料中心、社区养老互助点、居家养老服务管理工作的相关文件^①。目前，青岛市有20个养老机构通过了ISO9001国际质量体系认证。此外，青岛市还于2013年开展了“养老机构等级评定工作”。虽然等级评定结果目前尚未与政府对养老机构的补助标准挂钩，但市民可以通过多种渠道查询该结果，为市民选择养老机构提供了参考和依据。

就老年人养老服务保障政策来看，青岛市对城镇“三无”老人和农村“五保”老人不愿入住社会福利机构的，由政府出资购买居家养老服务，愿意入住社会化养老机构的，政府给予80%的补助。在高龄老人方面，市级福彩公益金每年出资3600多万元，为80岁及以上老年人发放每人每年150元的体检补助，同时为百岁老人发放每人每年3600元的长寿补贴，等等。

三、长期医疗护理保险制度

2012年7月起，青岛市在全国率先建立并实施了“医、养、康、护”相结合的“长期医疗护理保险制度”。目前，青岛市已有2万多名失能人员享受到了长期医疗护理保险待遇，保险基金支出2亿元。青岛市长期医疗护理保险制度的建立实施被评为“2012年全国十大老龄新闻”之一。

^① 就社区居家养老服务的地方标准来看，2010年初，上海市质监局和上海市民政局就曾联合发布《社区居家养老服务规范》地方标准。

（一）制度产生的背景

其一，是青岛市人口老龄化快速发展，高龄化趋势严重，仅靠传统的家庭护理难以解决青岛市约 25 万失能半失能人员的专业化护理需求。其二，是老年人疾病谱的变化。近年来，高血压、糖尿病、心脑血管病、恶性肿瘤等慢性非传染性疾病已成为危害人们健康的主要疾病，因患慢性病导致失能的老人逐渐增多，需要为其提供方便、及时、连续、经济的医疗护理服务。其三是基本医疗保险主要是保障参保人住院治疗的费用，长期失能人员要想获得由医保支付的医护服务，只能住院治疗，且往往还要另雇护工，“挤住院”现象明显，老年人家庭经济负担和陪护压力大。在这样的背景下，青岛市制定实施了长期医疗护理保险制度。

（二）制度框架和主要做法

青岛市长期医疗护理保险制度覆盖了青岛市参加城镇职工和城镇居民基本医疗保险的全体参保人。参保人凡因年老、疾病、伤残等导致身体某些功能全部或部分丧失，生活无法自理，需要入住医疗护理机构或居家接受长期医疗照料，相关医疗护理费用由护理保险基金支付。这与日本规定从 65 岁开始享受“介护保险”待遇略有不同。

从筹资渠道上看，青岛市长期医疗护理保险主要通过调整基本医疗保险统筹金和个人账户的方式筹资，年筹资规模约 2.8 亿元，用人单位和个人不再另行缴费。由于城镇职工和城镇居民的待遇标准是统一的，而城镇居民年筹资规模较小，因而，福彩基金每年还会投入 2000 万元，帮助保证城镇居民长期医疗护理保险费用的正常支出。

为配合长期医疗护理保险制度的实施，青岛市已批准了 10 家二三级医院（称“专护”）、33 家具有医疗资质的养老机构（称“老护”）和 283 家医保定点社区医疗机构（称“家护”）开展长期医疗护理保险业务。现有享受长期医疗护理保险基金支付的在床人员 1.6 万人，其中“专护”500 多人，“老护”2000 多人，其余为“家护”，平均年龄 78 岁，95%以上是老年人，98%以上由民营机构提供长期医疗护理服务。

从结算比例、结算方式和结算标准上看，长期医疗护理保险没有设定起付线，“老护”和“家护”的医疗护理费，由护理保险基金报销 96%，“专护”的医疗护理费报销 90%。报销不设上限，但要求不能突破基本医疗保险的三个目录。护理保险实行按床日费用“定额包干结算、结余留用、超支不补”的结算办法。目前“专护”按每床日 170 元（二级医院）、200 元（三级医院）标准结算，“老护”和“家护”按每床日 60 元标准结算。

（三）主要效果

首先，青岛市长期医疗护理保险制度的实施，在一定程度上缓解了“住院难、看病贵”的现象，分流了住院人群，并且使更多老年人可以在养老机构或是在家中享受医疗护理服务。第二，医保基金的使用效率提高，减轻了老龄化带来的巨大医保支付

压力。按“家护”标准，即每人每床日费用为 60 元计算，一年包干费用大约为 2.2 万元，该标准仅够支付不到一个月的住院费用。因而，借由长期医疗护理保险制度，使更多中低收入者能够享受到更加专业化的医疗护理服务。第三，长期医疗护理保险制度的实施，使得医护服务供给方获得了稳定可靠的资金来源，提高了社会力量兴办老年护理机构的积极性，促进了青岛市“医养结合”型老年护理机构绝对数量的增长和服务质量的提升，同时也促进了各类机构的转型发展。比如，原来一些经营不善的一级医院，逐步转型为社区医疗机构，通过设立“家护”病床的方式，逐步走出困境；松山医院（二级医院）则成立了 7 家社区医疗机构，开展长期医疗护理服务；原来一些单纯的老年人护理机构，则纷纷改善医疗条件、引入专门人员、购买相应设施、增设相应床位、申请医疗资质，开展“老护”服务；原有的社区医疗机构，则纷纷深入社区，通过居委会介绍或是直接上门宣讲等方式，积极主动发掘社区中可以享受长期医疗护理保险待遇的老年人^①，但“家护”质量参差不齐的情况仍然存在，且公立社区医疗机构（收支两条线）的服务热情远不及民营社区医疗机构。最后，长期医疗护理保险制度的实施，有助于引导患者改变传统的就医方式，促进“小病在社区，大病在医院，康复保健和护理关怀回社区”的总体格局的形成。

（四）面临的困难

尽管青岛市长期医疗护理保险制度实施一年多来成效显著，但仍然面临一系列困难。从筹资渠道来看，目前青岛市长期医疗护理保险制度的筹资，依然依附于基本医疗保险，缺乏独立的资金来源。尽管目前青岛市医保基金尚有结余，但必须确保其长期稳定，且国内各地医保基金的运行情况差异较大，因而，青岛模式难于在全国范围推广，应考虑进行国家层面的制度设计。从保障对象来看，目前青岛市长期医疗护理保险制度保障的是参加青岛市城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险的全体参保人（共 370 万人），新农合的参保人（430 万人）未能纳入其中，接下来将面临城乡统筹的问题。从保障项目来看，目前仍以“医疗护理”为主，“生活护理”（乃至失智未失能人员的护理等）未被纳入其中，因而，需要进一步拓宽保障项目和范围。从护理员队伍来看，尽管青岛市人力资源和社会保障局，为配合长期医疗护理保险制度的实施，建立了专门的护理培训学校，去年一年培训了 1700 多人，主要是 40、50 等就业困难群体，输送到各个护理服务机构，目前仍在岗的约占 80%，相比国内其他地方已经建立起一支初具规模的养老护理员队伍，但总体来讲，护理员的数量、待遇、地位、服务能力、服务质量、服务规范化专业化程度等仍需进一步加强。从经办力量来看，目前青岛市的长期医疗护理保险主要由青岛市人力资源和社会保障局医疗保险社区处的 6 名工作人员负责经办认定（失能半失能人员的认定标准参见

^① 目前来看，60 元/床日的“家护”包干费用会略有结余。

附录 1)，各区负责结算监督，每个工作日社区处工作人员需审核护理保险业务 60 例左右，其中有 80%左右又需要现场评定，因而经办力量不足，希望引入第三方经办管理。从长期医疗护理保险对象的审核认定来看，目前还未能像日本“介护保险制度”那样对失能程度进行多级划分，相应的，目前的护理服务标准和补贴标准也未进行相应分级。总之，尽管青岛市在国内首先制定实施了长期医疗护理保险制度，极大地满足了老年群体的医疗护理需求，但该制度无论从资金来源、保障对象还是服务内容上都和“医疗”密不可分，这也是其局限性所在。

四、机构养老基本状况

青岛市在机构养老的基础设施建设和人员队伍建设方面都较为重视。2011 年底，青岛市全市有养老机构 127 家，床位总数 2.7 万张，占老年人的 2.1%。目前，青岛市全市有养老机构 252 家，床位总数 3.6 万张，占老年人的 2.6%。此外，2012 年青岛市长期医疗护理保险制度实施以来，青岛市“医养结合”型养老机构得以快速发展。总的说来，机构养老对青岛市整个养老服务体系的支撑作用越发明显。下面介绍几个具体案例。

(一) 公办养老机构

“青岛福彩养老院”是青岛市首批五星级养老机构之一，是青岛市民政局直属的自收自支事业单位。下设 4 科（办公室、总务科、护理科、财务科）3 公寓（见表 2）。可以提供生活照料、康复护理（“老护”）、精神慰藉、文化娱乐等服务。“福彩养老，幸福家园”服务品牌被省民政厅、民政部命名为“优质服务品牌”。2013 年，养老院又对“福彩养老幸福家园”养老服务品牌进行了商标注册。养老院目前已通过 ISO 国际质量体系认证。养老院餐费在 600 元/月，介助费用为每月 100/200 元不等，介护费用为每月 600/800/1000 元不等。

表 2：青岛福彩养老院的 3 家公寓

名称	开业时间	建筑面积	床位数	自理老人	失能半失能老人	床位费	备注	运营状态
隆德路老年公寓	2007 年 7 月	15000 m ²	389 张	210 人	179 人	900-2000 元	政府投资 8000 万福彩公益金建成	正在运营
镇江路老年公寓	2002 年 7 月	3000 m ²	156 张	76 人	80 人	600-1400 元		正在运营
南九水路老年公寓	2005 年 12 月	5000 m ²	215 张	2012 年被列为政府十件“市办实事”之一，正处于重建状态				正在重建

目前仍在运营的两家老年公寓入住率都达到 100%，共收住自理老人 285（约占

52.3%)人，失能半失能老人 260 人（约占 47.7%）。“青岛福彩养老院”负责人（由区党委从福彩中心指派）认为，公办养老机构应该将社会责任和公益性放在首位，未来的发展方向应该是面向低保、三无老人以及高龄失能失智老人，而不应该像有些公办养老机构一样，优先有经济能力或是有关系的老人入住。“公办养老机构这样的稀缺公共资源应该得到更好的配置”，这也是他所规划的“青岛福彩养老院”未来几年的转型发展方向。这种观点在青岛公办养老机构中已然形成共识。

“青岛福彩养老院”全院现有职工 248 人。具体人员构成如下图（图 3）所示。

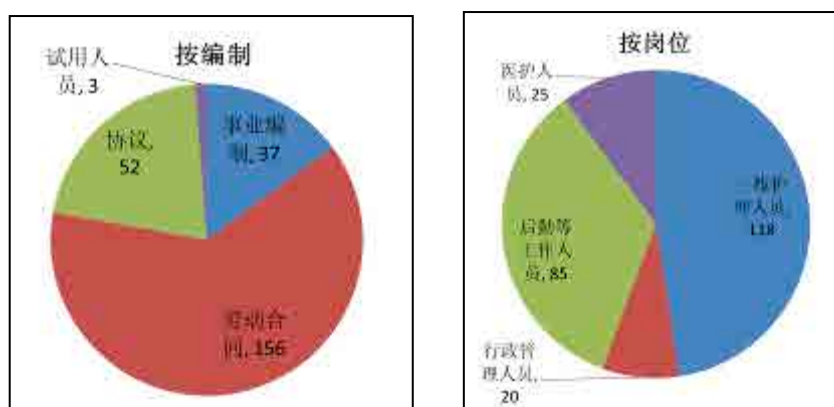


图 3：青岛福彩养老院全院人员构成（单位：人）

“青岛福彩养老院”院内基础设施非常完备。从老年人医务室、康复室、采血室、乒乓球室、多功能厅（多个），到佛教、基督教、伊斯兰教教徒活动室，图书阅览区，手工益智区，钢琴、健身器械等一应俱全。为提高入住老人的文化生活质量，养老院还新改建了 200 m²的老人休闲活动阳光平台（见附录 2），并组织老年人开展各类小组活动（见附录 3）。

就地理位置来说，镇江路老年公寓位于市北区、隆德路老年公寓位于市南区，两所老年公寓的地址位置都非常优越，从有些老年人的房间还可以看到远处大海一的隅。据青岛市规定，五星级养老机构应具备辐射、服务周边社区的能力。镇江路老年公寓本身就建于社区周边，老年公寓的全科门诊对周边社区居民开放，很多周边社区居民到那里就诊。南九水路老年公寓改建完工后，将会辐射附近的社区老年人日间照料中心，届时社区老年人可以享受到老年公寓的日托、送餐、护理等专业化服务，还可以享受老年公寓的服务设施等。

“青岛福彩养老院”是青岛市长期医疗护理保险制度的定点服务单位之一。为提高“医养结合”服务能力，养老院改建了 180 m²的医疗康复区，购置了 20 万的专业康复设备，扩建了 20 m²的社区门诊，现有享受长期医疗护理保险待遇的在床人员 116 人（约占失能半失能老人总数的 44.6%）。

总的来说,作为青岛市市级公办养老机构,青岛福彩养老院软硬件设施非常完善,养老院较为注重接收高龄失能和中低收入的老年群体入住。同时,养老院在整合社会资源方面也相对便利,比如,很多企业、学校等都将这里作为爱心志愿服务基地,在节假日前来慰问、表演节目、或是帮助入院老人理发,等等。“青岛福彩养老院”负责人也指出了国内一些公办养老机构正在面临的问题,比如,一些公办养老机构存在高投入低效率的情况,且收住的老年群体没有优先保证公办养老机构的“托底”功能;一些公办养老机构在建设过程中过于注重快速建成,在需求调研、选址、规模、功能、定位、周边配套等方面未能细致筹划,为后期运营提出很大挑战;一些公办养老机构的规模较大(比如设立 800 张乃至上千张床位),管理成本较高,而大规模养老机构的良性运转往往要靠一系列制度加以保障,难免在一定程度上影响到机构的人性化程度;公办养老机构的管理人员多由上级单位委派,定期更换,管理人员要首先保证任期内踏实稳妥和不出事,在机构运营发展等很多方面需要按规定办、按程序办,一些事项的上报、审批手续也较为复杂繁琐,等等。

(二) 民办养老机构

“福寿星养老机构”成立于 2006 年 5 月,是医养结合的民办养老机构,曾被评为“青岛市十佳护理型养老机构”、“市北区困难老人优抚对象定点入住机构”、“市北区残疾人托养服务机构”等。下设嫩江路、延安三路、伊春路三个分院。以接受半自理和不能自理的老年人为主。课题组此次调研的“福寿星爱心护理院”是其位于延安三路的分院,是青岛市首批五星级养老机构之一,地处市北区老城区,尽管地理位置较好,但从内外部环境到软硬件设施,都难和公办养老机构媲美。

延安三路院有床位 200 张,护理员 38 人,厨房工作人员 7 人,管理人员 1 人。护理员年龄基本都在 40-55 岁之间,只有一两人在 40 岁以下。1 名护理员负责护理 6-10 名老年人,2 名护理员为一组。护理标准分自理、半护、全护和特护。护理员 100%持有上岗证,但以初级护理员居多,占 80%,中级护理员占 10%-20%。为保持护理员队伍的稳定性,除院长和护理员之间日常亲情化的交流外^①,护理院也会不定期为员工发放一些小福利,比如工作满 5 年,可以安排外省市旅游,工作满 10 年,可以安排出国旅游等。

由于缺乏足够的场地和专业的医护人员,尽管福寿星爱心护理院是青岛市长期医疗护理保险的定点单位,但其本身并不具备医疗资质,医护服务由社区医疗卫生机构提供。目前,青岛市自身具备医疗资质的养老机构数量仍然非常有限。

从收费标准来讲,“福寿星爱心护理院”的床位费和护理费平均在 1500 元/月左右,其中护理费在 300-600 元之间,餐费为 600 元/月,总费用合计约在 1900-2600

^① 相比公办养老机构,民办养老机构通常规模更小一些,制度化程度更低一些,亲情意味更浓厚一些。

元之间。相较于公办养老机构，优势并不明显。但在实际费用收取方面，会有比较大的灵活性：“老人确实没有收入，工资低，你也不能为了一百、二百不让他住……有活干比较重要，薄利多销……目前的收入主要是保障员工工资和房租^①”。政府部门对于入住“福寿星”的失能半失能老人的补助标准为 200-300 元/月，对于托安养的残疾人的补助标准为 1300 元/月（600 元餐费由残疾人自行支付）。

“福寿星养老”从创办到正常运营经历了一个较为漫长的发展历程，这也是民办养老机构正在普遍经历的状况。据介绍，前三年“福寿星”都处于亏损状态，四、五年开始持平，六年以后逐步微利运转。由于没有多余资金投入广告宣传，“福寿星”品牌的创建还是主要依靠百姓的“口碑”。尽管成立 8 年来，“福寿星”在青岛已渐渐有些知名度，但每当有新的分院开张，仍然难以“像‘福彩’品牌（公办）那样一下子住满”，在员工工资和房屋租金方面仍然需要“拆东墙补西墙”。从三个分院目前的入住情况来看，嫩江路院有床位 180 张（入住率大约 80%以上），延安三路院有床位 200 张（住满），伊春路院有床位 228 张（开业一年，入住率大约在 25%）。

据统计，2012 年，青岛市平均养老金为每月 2268 元，社平工资为 3117 元。相对于普通养老机构 2000-4000 元的收费标准来说，很多老年人入住养老机构的经济负担仍然较重。面对老年人较弱的购买能力，很多养老机构难于摆脱投资大、回收期长、利润微薄的处境。以租赁房屋的养老机构为例，入住率 80%以上的养老机构才能良性运转，仅占青岛市养老机构的 33.6%，入住率 70%-80%的养老机构保持微利运转，占 9.5%，入住率 50%-70%的养老机构保本运转，占 24%，入住率 50%及以下的养老机构基本处于亏损状态，占 32.9%。在这方面公办和民办养老机构之间往往会存在较大差距。公办养老机构由于政府投入较大、硬件设施较好、人员配备较强、收费相对较低，同时具备政府公信力和品牌优势（比如“福彩”品牌），往往人员入住率会较快提升，常常出现一床难求的情况。民办养老机构则往往需要用更长时间进行“口碑营销”，才能创建自己的品牌。

由于人手精力不足，“福寿星”尚未开展辐射周边社区的专业服务。

（三）医院办养老机构

青岛圣德脑血管病医院/青岛圣德老年护理院成立于 2009 年 12 月。圣德脑血管病医院是二级专科医院，圣德老年护理院是专门以失去自理能力及危重老人为主要服务对象的“医、养、康、护”相结合的民办养老机构，是青岛市首批四星级养老机构之一，是青岛市长长期医疗护理保险定点单位（“专护”），也是目前青岛市最大的医养结合型养老机构，2010 年被评为“全国养老服务机构十大服务标杆示范单位”。

“圣德”占地面积 12 亩，扩建后建筑面积 8000 多平米，床位 450 张。分为 4 个

^① 延安三路分院房租为 60 万元/年，民办养老机构此方面开销要远高于公办养老机构。

专护区和 1 个危重专护区。在青岛市收住的“专护”病人最多，并开辟了“危重医疗专护病房”，可与医院的重症监护室直接对接。建院以来，虽几经扩建，但床位依然供不应求。

表 3：圣德老年护理院收费标准

房间类型	养老费		护理费
6 人间	1900-2200 元 (含餐费 450 元)	此标准为享受青岛市规定的长期医疗护理待遇的收费标准，不享受的总费用上调 540 元。	根据护理级别而定 (喂饭的 2000 元、管道护理 2200-2500 元)
2 人间	2600 元 (含餐费 450 元)		根据护理级别而定
多人间	2300 元 (含餐费 450 元)		根据护理级别协商

从医护人员、设备、技术和管理的专业化程度上来说，圣德无疑有其得天独厚的优势。圣德现有员工 200 余人，医护人员 170 多人，其中高级医护人员 30 余人，并聘请青医附院专家坐诊查房。护理院房间分双人间、六人间和多人间，房间内有可摇式病床，收费标准见表 3。护理院内全部实现无障碍通道。此外，圣德还拥有青岛市养老机构中规模最大的康复医学中心，由康复病房、康复治疗科、针推治疗科组成。这些都是“老护”型养老机构无法比拟的。

2013 年全年，圣德老年护理院结算长期医疗护理保险“专护”病人 1082 人次，发生统筹总金额 1601.1 万元，住院天数 94540 天，平均每床日费用 169.36 元（长期医疗护理保险对二级医院“专护”的补贴标准为 170 元/床日），仅为医院的 1/30-1/6。不难看出，青岛市长期医疗护理保险制度实施以来，较好降低了医疗护理成本。

毋庸置疑，作为一家在二级医院基础上建成的老年护理机构，“圣德老年护理院”在收住重度失能、特别是危重老人方面有其独到优势，比如，普通“老护”机构是难于接收气管切开类老人的。在“医、养、康、护”四个方面，圣德在医疗和康复两项上专业化程度更高，但也正因为收住人群相对特殊，使得圣德老年护理院的从环境布置到整体氛围方面，都更加接近于一家医疗机构。

（四）小结

总的说来，长期医疗护理保险制度的实施，大大推进了青岛市“医养结合”型养老机构绝对数量的增长和医护质量的提升。青岛市“医养结合”水平已然优于国内绝大多数城市。但此类机构正普遍面临着医护人员短缺。由于养老机构相对来讲待遇水平不高、上升空间较小、面对群体特殊，医护人员大都不愿到养老机构就职。上文提及的“青岛福彩养老院”这一公办五星级养老机构，曾用事业编制招聘医护人员，也出现连续两年无人报名的局面。此外，目前国内各地养老院院长准入门槛普遍较低，

既无资格考试，也少有后续培训。职业化、专业化经理人队伍缺乏。而院长人选往往决定了一家养老院的运营理念、管理风格、服务模式和发展方向等。从护理员队伍来说，护理员地位低、待遇低、人员短缺、流动性大、专业性不足等既是青岛市正在面临的问题，也是国内各地都在普遍面临的问题。同为服务人员，养老护理员的收入地位远不如月嫂、育儿师等职业。“作为养老护理员，除了会喂水、喂饭、帮老人翻身，还应该掌握一些医学的知识、护理的知识、心理的知识、人文关怀的知识，甚至宗教学的知识。”因而，大量养老机构在人员专业化、服务多元化、管理精细化方面还有较大提升空间。

此外，社会力量在青岛市整个养老服务体系过程中正在发挥重要作用。比如前文曾经提及的，青岛市共有养老机构 252 家，床位 3.6 万张，其中社会力量投资兴办的有 139 家，床位 2.05 万张。民办养老机构数量和床位数分别占全市城区养老机构总数的 87% 和 76%。在全市 500 多家医保定点社区医疗机构中，民办的占到 80% 以上。目前享受长期医疗护理保险基金支付的 1.6 万在床人员中，98% 以上是由民营机构提供服务。

同时，青岛市机构养老领域正在形成以下几点共识。其一，公办养老机构作为稀缺公共资源，应优先保证经济困难（低保三无等）、身体困难（高龄失能半失能失智等）、服务困难（孤寡、失独等）老年群体的入住。其二，公办养老机构转民营或转企业，会提高公办养老机构的运行效率，但必须优先保证其公益性和社会责任。其三，养老机构规模不易过大，且应尽量回归社区。根植于社区的“嵌入式”微型养老机构如能规范管理，将发挥其独到优势，有利于提升机构养老的人性化意涵，促进机构养老和居家养老的相互融合，并利于社区居民对养老机构的监督。其四，养老机构不能将老年人看成被动的养护对象，事事代劳，而应鼓励开展老年人“参与式护理”，帮助减缓老年人身体机能退化，推动积极老龄化等。

五、社区居家养老基本状况

青岛市的社区居家养老服务主要通过“社区老年人日间照料中心”和“社区养老互助点”两种方式实现。此外，政府还会对“三无”、低保、低保边缘家庭中的困难老人购买居家养老服务，补贴标准前文已有介绍。

（一）社区老年人日间照料中心

青岛市现已建成社区老年人日间照料中心 451 个。但运营主体相对单一，绝大部分是由区（村）、街道建设运营。由于经费短缺，人手少，缺乏专业人才，多数社区日间照料中心的功能也较为单一，主要提供文体娱乐等服务，短期托养、康复护理等服务提供较为困难。据统计，在现有的社区日间照料中心中，能够经常开展活动、日均服务老人数量在 40 人以上的只占 40%。到社区日间照料中心的助老食堂就餐的老年人数量并不很多，78 个助老食堂中，每天服务不足 10 人的达 52 个。就餐老人少、

收费低，使得多数助老食堂运转困难。因而，如何引导专业化、职业化的团队运营管理社区老年人日间照料中心，成为一个亟待解决的问题。当然，青岛市也不乏此方面的积极尝试。

位于青岛市市南区台西一路社区的“市南区示范性社区老年人日间照料中心”，是一家由公办养老机构（市南区乐万家老年公寓）负责运营管理的社区日间照料中心。该日间照料中心建成于2012年8月，建筑面积1000 m²，床位50张。中心由政府投资购买、装修，一层为社区日间照料中心，二层为市南区乐万家老年公寓。中心整合了社区日间照料中心、社区管理服务中心、养老机构、社区医疗门诊、社区食堂五大功能，为周边社区老年人提供多元化服务。此外，中心还设有特色书屋、社区影院、心理咨询室、老年娱乐室、中医按摩室、书法绘画室、休闲茶吧、医疗门诊、日间照料床位和室外花园等（见附录4），可以说场地、设施非常完备，每日接待社区老人近百人次。

“乐万家老年公寓”是由市南区政府投资兴建、市南区民政局主管的公办四星级养老机构。成立于2000年6月，首批床位60张，2001年5月即住满。乐万家老年公寓下设金坛路、湛山、八大湖、四川路（即市“市南区乐万家老年公寓”）4所老年公寓，现共有床位300张，员工90人，入住率100%。2009年，“亲情养老乐万家”被青岛市政府认定为《青岛名牌》。

“市南区乐万家老年公寓”成立于2011年4月，有床位100张，现入住自理老人30名，介助老人40名，介护老人30名，按自理程度不同，费用在2000-3000元/月。

养老机构负责运营社区日间照料中心有其独到优势。首先，周边社区老年人可以享受到养老机构专业化的服务，比如日托、就餐、护理等服务。第二，方便社区老人和养老院老人互动交流。该社区日间照料中心现在每周有四支社区老年人团队（合唱、书法、健身舞、民乐）在此活动，其中合唱队已有成员约100人。社区老年团队活动时，很多二层老年公寓的老人也会参与其中，很好地解决了机构老年人的精神养老难题。第三，社区老年人的融入为老年公寓带来“鲶鱼效应（Catfish Effect）”，增加了双方活力。第四，老年公寓为社区日间照料中心的正常运转提供了造血机制，老年公寓的盈余可用来更好地支持社区日间照料中心的运营发展，进而同时发挥社区居家养老的亲情化优势和机构养老的专业化优势，让机构和居家老人共同受益，等等。

当然，市南区台西一路社区“示范性社区老年人日间照料中心”的成功与政府部门在政策、资金等方面的大力支持密不可分，有其特殊性。但这种由养老机构来运营社区日间照料中心的做法，优势也较为明显，对于改变老年人社区日间照料机构运营困难的局面来说，未尝不是一种可行的方法。

（二）社区养老互助点

青岛市是国内较早建立“社区养老互助点”的城市。2006年，四方区在青岛市率先探索居家互助养老新模式——“社区养老互助点”，很受老年群体欢迎。如今，“社

区养老互助点”已在全市范围内推开。按照规定，青岛市内家住在三楼以下，活动面积达 15 m²以上，能够持续组织活动半年以上的老年人家庭都可以申请成立社区养老互助点。家住互助点附近的老年人可以自愿结合，到该老人家中一起喝茶聊天、休闲娱乐等。社区养老互助点采用“政府支持、社区为主、社会参与、民间操作”的模式开展活动，市财政每月会为每个社区养老互助点发放 100 元补助，区民政统一为各社区养老互助点配备棋牌、书报杂志等娱乐设施。青岛市现有此类互助点 2110 个，预计到“十二五”期末，此类互助点会增长到 4000 个。

除“社区老年人日间照料中心”和“社区养老互助点”外，青岛市还设立了“市民中心”，方便市民开展文体活动，通过“社区服务管理中心”，帮助社区居民办理行政性事务、提供社区公共服务，并逐步尝试推广建立 12349 “社区居民之家”——市民通过拨打 12349 社区便民服务热线，就可由其指派家政、维修等企业提供上门服务，居民也可以到“社区居民之家”的物理站点享受代缴水电费、血压监测、痴呆老人护理咨询、残疾人日托、开锁换锁、蔬菜配送、旅游咨询、取送洗衣等服务，方便社区居民的居家生活。在这一过程中，社区社会组织的能力建设将成为新的挑战。

六、青岛市养老服务协会

青岛市养老服务协会成立于 2012 年 7 月，由 120 多家养老机构和居家养老服务组织组成，在推动青岛市养老服务业发展过程中发挥了重要平台作用。协会还主办了“青岛养老服务网”，致力于全面及时准确地提供青岛养老服务资讯，为政府部门决策、行业内部交流、市民选择养老机构等服务。协会自成立以来主要开展了如下工作：

行业评估。2013 年，协会在全市开展了“养老服务机构等级评定”工作。在青岛市第一批参评的 41 家养老服务机构中，评选出五星级养老机构 2 家，四星级 7 家，三星级 9 家，二星级 5 家。在养老服务机构规范化建设方面起到导向、示范作用。同时，通过协会网站等渠道对外公布评定结果，方便市民选择。

行业培训。不仅开展养老机构护理员培训，还多次组织养老机构管理人员培训。为此，协会还成立了培训工作委员会和专家委员会，举办了“青岛市养老院长管理论坛”、“青岛市养老机构专业护理研讨会”等。使得青岛市机构养老领域逐步涌现出一批优秀的管理人才，并使为老服务业人员的职业化、专业化水平进一步提高，强化了机构养老在整个养老服务体系中的支撑作用。

行业规范。2012 年 12 月，青岛市养老服务协会发布了《青岛市养老服务机构入住协议书》样本，对青岛市各养老服务机构老人入住协议进行了统一规范，要求结合入住老人实际采用实施，以此推动养老服务业的规范化、标准化建设。

法律援助。2012 年 9 月，协会与北京市某律师事务所签订了常年法律顾问合同，成立法律服务委员会。协会除举办养老机构负责人法律培训讲座外，还组织法律问题

调研，协助调解纠纷，邀请法院法官开展现场交流等，为养老服务业发展营造积极的法律环境。

评比激励。2012年，青岛市养老服务协会评选出青岛市“十佳养老服务明星”和142名优秀护理员。2013年9月，协会组织了“青岛市第一届养老护理员技能大赛”，15人获得“金牌养老护理员”称号。同年10月，协会与青岛市民政局共同组织了养老服务业表彰大会，为23个养老机构授予星级牌匾，表彰11名“养老服务业优秀院长”，100名“养老服务业优秀护理员”。通过评比激励提高养老服务业从业人员的社会认同和自我认同。

资源整合。青岛市养老服务协会积极整合各类社会资源，开展公益慰问、爱心捐赠、文艺演出、出游、运动会等活动，还成立了专门的养老文化建设委员会。2013年5月，协会与青岛市慈善总会、青岛市家政服务业协会联合举办了养老护理用工洽谈会，共联系了26家用工单位，提供200多个岗位，通过跨行业合作，共同推动养老事业发展。

宣传展示。除青岛养老服务网外，青岛市养老服务协会还主办了《青岛养老服务》（季刊），举办了“养老机构信息宣传员”培训班，邀请新闻媒体主编讲授新闻写作要点，帮助养老机构发布信息、自我展示和树立品牌。

此外，青岛市养老服务协会还积极走访调研基层养老机构，进行政策宣传和业务指导，协会熟知行业发展现状，积极反映行业诉求，并为政府决策提供智力支持。总的说来，青岛市养老服务协会在整合青岛市各类养老服务资源方面发挥着平台、枢纽的作用，在促进青岛养老服务业整体发展过程中发挥着重要推动作用。协会目前的主要工作仍是围绕机构养老服务展开，未来在促进居家养老服务发展和直接服务老年群体方面，还有进一步的上升空间。

七、青岛市养老服务状况小结

总的看来，青岛市目前的养老服务体系建设，既注重满足经济困难、身体困难、服务困难老人的医疗、托老、康复、护理等方面的机构养老需求，又注重满足低龄健康老人的生活照料、文体娱乐、保健预防、社会参与、归属及自我实现等方面的社区居家养老需求。

从养老机构的类型看，既有针对中低收入阶层的普惠型养老机构，也有市场化的，满足老年人差异化、个性化需求的高端中外合资养老机构（比如，新华锦（青岛）长乐颐养服务有限公司），此外，还有正在筹划的复合型老年社区（社区内分自理老人生活区、失能半失能老人护理区和临终关怀区几大区块，并配备完善的生活娱乐医疗设施等）。

此外，青岛市目前已出现大量针对特殊老年群体的专业化服务机构。

比如，成立于2013年12月，公办民营的李沧区永清路街道永清苑社区“记忆护理日间照料中心”，就是专门为周边社区轻度失智老人提供日托服务的一所日间照料中心。该中心建筑面积210 m²，配有电脑、电视、OT训练器械、沙画台、淋浴、餐厅等设施设备，政府投资50余万元，现有专业社工3名、护士1名、厨师1名，月收费1500元，可接纳20名失智老人。该中心曾对周边社区2067名居家老人开展过智能精神状态筛查（量表见附录5），发现有早期失智倾向的老人比例已达14.7%。多数症状较轻的老年人及其家庭本身并未察觉，症状明显的失智老人又常面临“邻居不理解、保姆不愿照料、机构不愿收住”的窘境。因而，该中心主要功能是为轻度失智老人提供日间照护、活动训练和休闲娱乐服务，同时为筛查出的有失智风险的家庭提供上门培训服务，也可为失智老人家属提供“喘息服务”。中心还在周边社区招聘了43名低龄老人作为“健康大使”，一方面陪伴失智老人，另一方面入户宣讲健康知识。以此延缓轻度失智老人的智力衰退，也减轻了失智老人的家庭照护负担。

青岛市还有专门针对中重度失智老人的专业护理机构，比如“12349期颐居家养老服务中心”。这是一家以失智、失能老人护理为主的专业服务机构，是山东省居家护理专业品牌，有从业人员近百名。“期颐居家养老服务中心”在不同社区建立了3处中重度失智老人日托/长托点，同时可以提供入户服务，费用大致为上门60元/小时，长托5000元/月。这里的护理人员专业化程度较高，都是具有护士证、职业资格证的全科护士。该中心负责人曾在日本从事过十年失智、失能老人照护工作，积攒了几千个失智老人护理案例，经验非常丰富。失智老人入院前，会对老人个人情况进行全方位评估，通过打开老人“人生背包”的方式，逐步建立起针对每一名老年人的差异化护理方案。中心服务内容涵盖生活照料、智能训练、体能训练和情绪管理多个方面，力求增强老年人自我照顾的能力。并与青岛市多家医疗机构合作，邀请医院失智症专家定期会诊评估，制定护理方案，并为医院提供失智症案例，帮助探索轻度认知障碍的非药物治疗，等等。

青岛市也有专业化的老年人临终关怀机构，比如“康乐(广昌)老年爱心护理院”。该院成立于2003年，是一家民办老年人临终关怀机构，目前已服务过1200多名老人，为800多名老人送终，并让200多名老人得到了较好地恢复。目前仍有200余名老人在床，平均床位费和护理费为1700元，该院院长曾被评为2007年“感动青岛十佳人物”。通过专业化的临终关怀服务，延续老人生命、减轻老人痛苦、减轻家庭负担、让老人有尊严地离开，等等。

从养老模式之间的相互融合来看，青岛市已经出现了大量“机构养老”和“社区居家养老”相互融合的积极尝试。具体体现在三个方面：一是养老机构对周边社区的“辐射”，包括提供送餐就餐、专业护理、医疗康复等发面的服务，体现了机构养老对青岛市整个养老服务体系的“支撑”作用；二是养老机构负责运营社区老年人日间

照料中心；三是由社区低龄健康老人为养老机构/社区日间照料机构提供各类志愿服务。这些上文都有提及，在此不加赘述。

另外，尽管政府部门制定了一系列引导青岛市养老服务发展的扶持政策，但对于政策执行情况仍缺乏事后监督。比如，青岛规定对非营利普惠型养老机构收住本市户籍老人的，给予其每人每月 200-300 元运营补助，并要求其将该补助的 50%以上用于提高护理人员的待遇水平。但实际上，养老机构是否将该运营补助的 50%以上用于提高护理人员的待遇水平往往不得而知。

最后，政府部门间的相互协同在养老领域中的作用日益凸显。青岛市长期医疗护理保险制度就是由人事、民政、卫生、财政、老龄等九个部门协同发布的。另外，经多方协调，2013 年青岛市还为 60 多家养老服务机构落实了居民用电价格，每年为养老机构节省经费 300 多万元，降低了养老机构的运营成本。尽管如此，此类部门协同仍需进一步加强。比如，青岛市规划局 2010 年出台的《青岛市市区公共服务设施配套标准及规划导则（试行）》规定，新建居住小区在建设时，应配套相应面积的养老服务用房（人均 0.1 m²）。但谁配建、谁出资、谁验收、谁使用等环节的责任主体没有明确，导致好的政策难于实施。未来，部门协同必然成为中国养老服务发展过程中不可或缺的关键性环节，毕竟，养老问题是需要全社会协力解决的问题。

附录 1: 《日常生活能力评定量表》

日常生活能力评定量表

定点护理机构（公章）:		初步测评人员签名:		初步评定时间: 年 月 日	
患者姓名		个人编号		人员身份	在职 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 居民 <input type="checkbox"/>
病情描述及诊断					
项目	评定标准	评分			
		分值标准	初步测评得分	复核测评得分	
1、进食	较大和完全依赖	0			
	需部分帮助（夹菜、盛饭）	5			
	全面自理	10			
2、洗澡	依赖	0			
	自理	5			
3、梳洗修饰	依赖	0			
	自理（能独立完成洗脸、梳头、刷牙、剃须）	5			
4、穿衣	依赖	0			
	需一半帮助	5			
	自理（系开纽扣、开关拉链和穿鞋）	10			
5、控制大便	昏迷或失禁	0			
	偶尔失禁（每周<1次）	5			
	能控制	10			
6、控制小便	失禁或昏迷或需他人导尿	0			
	偶尔失禁（<1次/24小时；>1次/周）	5			
	能控制	10			
7、如厕	依赖	0			
	需部分帮助	5			
	自理	10			
8、床椅转移	完全依赖别人	0			
	需大量帮助（2人），能坐	5			
	需小量帮助（1人），或监护	10			
	自理	15			
9、行走	不能走	0			
	在轮椅上独立行动	5			
	需1人帮助（体力或语言指导）	10			
	独自步行（可用辅助器具）	15			
10、上下楼梯	不能	0			
	需帮助	5			
	自理	10			
合计		100			
社保复核意见	同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/>	社保复核时间		复核人员签名	

注：此量表满分为 100 分。得分≥60 分表示有轻度功能障碍，能独立完成部分日常活动，需要一定帮助；59-41 分表示有中度功能障碍，需要极大的帮助才能完成日常生活活动；≤40 分表示有重度功能障碍，多数日常生活活动不能完成或需人照料。（笔者注：得分在 59-41 分之间认定为“半失能”，得分≤40 分认定为“失能”。）

附录 2：青岛福彩养老院



接待大厅（图片来自于养老院主页）



康复训练区



药房



动动脑动动手



活动室



佛教活动室



休闲活动阳光平台



失能老人护理区



标准间（图片来自于养老院主页）



标准间内的小厨房

附录 3：青岛福彩养老院老人活动小组时间安排

小组名称	时间	地点
手工制作小组	周一 9:30-10:00	七楼活动室
怀旧电影	周二 9:30-10:30	十二楼多功能厅
合唱组	周四 15:00-15:30	十二楼多功能厅
书法组	周二至周四 9:30-10:00	七楼活动室
戏曲组	周五 9:30-10:00	十二楼多功能厅
太极组	每天 6:00-6:30	院子长廊下
拍打操、慢走	每天 9:00-9:30	院子长廊下
乒乓球、台球	每天 13:00-14:00	负一楼大厅
回春医疗保健操	每天 15:00-15:40	各楼层
交谊舞	每天 14:30-15:30	负一楼大厅
器乐组	周一 9:30-10:00	十二楼多功能厅
麻将组	每天上下午，每人限 1 小时	七楼活动室
益智康复活动	每天 9:30-10:30	二楼、十楼多功能厅
	每天 14:30-15:30	十一楼多功能厅

附录 4：市南区示范性社区老年人日间照料中心



市南区示范性社区老年人日间照料中心



二层的乐万家老年公寓床位



日间照料中心食堂配餐



合唱团值日表（清洁打扫）



棋牌室



电影放映室



心理咨询室



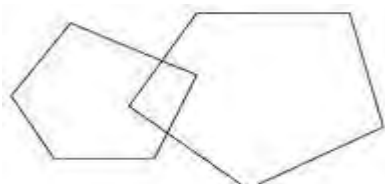
顶层的阳光活动平台

附录 5:《简易智能精神状态检查量表 (MMSE)》

简易智能精神状态检查量表 (MMSE)

病人姓名_____性别_____年龄_____文化程度_____电话_____		
家庭住址_____初步诊断_____		
定向力 现在是 星期几? 几号? 几月? 什么季节? 哪一年? 我们现在在哪里: 省? 市? 医院? 科室? 第几层楼?	分数 () ()	最高分 5 5
记忆力 现在我要说三样东西的名称, 在我讲完后, 请您重复一遍。请您记住这三样东西, 因为几分钟后要再问您的。(请仔细说清楚, 每一样东西一秒钟)。 “皮球”、“国旗”、“树木” 请您把三样东西说一遍 (以第一次答案记分)	()	3
注意力和计算力 请您算一算 100 减去 7, 然后从所得数目再减去 7, 如此一直计算下去, 请您将每减一个 7 后答案告诉我, 直到我说“停止”为止。(若错了, 但下一个答案是对的, 那么只记一次错误) 93 86 79 72 65	()	5
回忆能力 现在请您说出刚才我让您记住的那三样东西? “皮球”“国旗”“树木”	()	3
语言能力 (出示手表) 这个东西叫什么? (出示钢笔) 这个东西叫什么? 现在我要说一句话, 请您跟着我清楚的重复一遍。 “四十四只石狮子” 我给您一张纸请您按我说的去做, 现在开始: “用右手拿着这张纸, 用两只手将它对折起来, 放在您的大腿上”。(不要重复说明, 也不要示范) 请您念一念这句话, 并且按它的意思去做。(见下) 您给我写一句完整的句子。(句子必须有主语、谓语、宾语) 记下所叙述句子的全文。_____ (见下) 这是一张图, 请您在同一张纸上照样画出来 (正确: 两个五边形的图案, 交叉处有一个四边形)	() () () () () () ()	1 1 1 3 1 1 1

闭上您的眼睛



分数在 27-30 分: 正常

总分 ()

分数<27 分: 认知功能障碍

临床印象: _____

医院名称: _____

量表测定时间: _____

评定医师签名: _____

成都市老年服务调查报告

王 晶

一、成都老年人口的基本情况

成都地处川渝地区，是全国人口大都市。根据 2010 年第六次人口普查登记数据，成都市目前的常住人口达到 1404.76 万人，在全国特大城市排名中，在重庆、上海和北京之后，排名第四，是全国人口最多的城市之一。虽然人口总数庞大，成都人口的老龄化在全国同等级城市中已经处于较高比例。根据第六次人口普查的数据，在全国副省级城市中，成都的老龄化水平位居第四，比全国平均水平 8.87% 高出 0.84 个百分点。

在过去的 20 年中，成都市的人口结构发生了重要的转型，有两个主要因素主导了成都市人口结构老龄化的转型过程：一是严格的独生子女政策。20 世纪 70 年代到 80 年代，全国普遍实行计划生育政策，四川省和河南省是当时人口最多的两个大省，也是计划生育政策执行最严格的两个省份。根据《成都市 2013 年统计年鉴》，截止到 2012 年底，成都市全市“一孩率”84.53%，市区“一孩率”为 88.47%，农村“一孩率”为 81.22%。二是农村劳动力的大量迁移，四川省地处西部地区，人均耕地面积少。2012 年四川省农村人均年收入为 7002 元，在全国 31 个省中排名第 20 位。由于资源有限，四川省是西部劳动力输出大省。在这两个趋势下，整个四川省的老龄化程度都是非常高的，本文主要分析成都地区的老年人口情况。

（一）高龄化程度越来越高

民政统计年鉴公布了 2010 年最新的成都市区分地区老年人口的年龄结构分布，如下表所示：

表 1：成都市主要市区 2010 年老年人口情况

地区	60 岁以上老年 人口总数	60 岁以上老年 人口比例	65 岁以上老年 人口比例	80 岁以上老年 人口比例	100 岁以上 老年人口 比例
成都市	3,460,786	55.67%	36.85%	7.45%	0.02%
锦江区	149,974	51.58%	38.24%	10.16%	0.02%
青羊区	187,634	56.08%	43.90%	4.69%	0.02%

金牛区	251,767	53.45%	38.94%	7.59%	0.02%
武侯区	135,003	58.35%	36.54%	5.08%	0.03%
成华区	216,784	58.43%	34.14%	7.42%	0.01%
龙泉驿区	131,841	61.44%	31.86%	6.68%	0.02%
青白江区	75,506	87.71%	4.04%	8.22%	0.03%
新都区	197,731	50.39%	42.94%	6.66%	0.02%
温江区	103,528	59.47%	32.39%	8.12%	0.03%

数据来源：成都市民政局提供资料。（中国民政统计年鉴 2011 年）

从整个成都市老龄情况而言,2010年成都市65岁以上老年人口已经达到36.85%,80岁以上老年人口达到25.78万人,占全市老年人口总数的7.45%,比2009年23.02万人增加了一个2.76万人。成都整体老龄化程度比全国平均水平略高。按照成都市的城市布局^①,一圈层属于核心发展区,包含锦江区、青羊区、金牛区、武侯区和成华区;二圈层包含龙泉驿区、青白江区、新都区 and 温江区。如果按照分圈层老龄人口结构看,锦江区处于成都市中心区域,其高龄化率最高,80岁以上老年人口占整个老年人口的比例达到10.16%。

（二）老龄化速度比较快

成都市统计局根据城市2005年1%人口抽样,发布了《成都市未来二十年人口发展预测》,预测显示,到2015年成都市60岁以上的老年人口数将增加到269.50万人,2025年,60岁以上的老年人口将进一步增加到327.66万人,老年人口总数增加113.52万人,老年人口递增速度为21.5%。

表2：四次人口普查中成都人口年龄结构

	0-14岁(%)	15-64岁(%)	65岁以上(%)
1982年	30.26%	64.71%	5.03%
1990年	19.31%	74.26%	6.43%
2000年	16.43%	75.61%	7.96%
2010年	10.94%	79.35%	9.71%

资料来源：成都市统计年鉴

^① 一圈层：锦江区、青羊区、金牛区、武侯区、成华区+成都高新区；二圈层：龙泉驿区、青白江区、新都区、温江区、双流县、郫县；三圈层：都江堰市、彭州市、邛崃市、崇州市、金堂县、大邑县、蒲江县、新津县。

另外，从 1982 年到 2010 年，国家进行了四次人口普查，1982 年第一次人口普查 65 岁以上老年人口仅占 5.03%，1990 年 65 岁以上老年人口增长到 6.43%，2000 年 65 岁以上老年人口比例增加到 7.96%，到 2010 年第四次人口普查时期，65 岁以上老年人口已将增加到了 9.71%。从成都市人口的变迁结构来看，成都市老龄化速度正在明显加快。

“少子化”、“老龄化”、“高龄化”， these 问题是西方国家步入后工业化社会之后才出现的问题，可是对于中国社会来讲，“未富先老”已经成为不久即将到来的严峻现实。从中国当前发展的格局来看，东部地区由于流动人口聚集，稀释了实际的老龄化水平。而西部地区恰好相反，由于人口外流，老龄化的速度甚至超过了经济发达的东部地区。如何在当下的经济发展水平下有效的解决老年人口的养老需求，对政府和社会来讲都是一个严峻的挑战。

二、成都市养老服务政策分析

过去几年，成都市政府大力推行养老机构社会化改革，出台了很多针对性的扶持政策，鼓励社会机构进入养老服务市场：第一，对老年福利服务机构实行税收减免。成都市根据国家财政部、税务总局《关于老年服务机构有关税收政策问题的通知》规定，对社会力量兴办养老服务机构，在免征企业所得税的基础上，也免除社会办老年服务机构的房产税、城镇土地使用税、车船使用税。第二，对社会化养老用地的社会保障政策。成都市人民政府出台《关于加快社会化养老机构发展的意见》，成都市发改委对于社会化养老机构的建设用地予以优先安排的指标，鼓励企事业单位、社会组织、个人和其他力量运用符合城市规划的自用土地、房产兴建开办养老机构。第三，对社会化养老机构进行资金补助。成都市政府在 2011 年规定，对新建社会化养老机构，每张床位按照 1 万元的标准给予一次性的资金补助，对于利用社区设施和社区资产改建或扩建的社会化养老机构，一次性的资金补助标准是一张床位补助 5000 元。凡是成都市户籍的老年人入住社会化养老机构，政府也会按照每位老年人每月 100 元的标准对机构给予补贴。第四，对社会化养老机构运营产生费用进行减免。成都市政府办公厅 2009 年发布了《关于加快我市老龄服务社会化产业化发展的意见》，在社会化养老机构用水、用电和用气的价格方面，采取低于商业价格，同居民用户价格一致的标准。在基础建设配套方面，对于单纯的养老机构免除全部的基础设施配套费用，对于综合性的社会福利机构，免除其养老服务设施部分的 50% 的基础设施配套费。第五，在社区设施配套养老机构建设项目。发展“公建民营”社会福利社会化的养老模式。主要做法是，政府在和土地竞标时，将养老机构项目的建设要求纳入土地的出让条件和规划方式，土地竞得方必须承担建设养老机构的任务，在建成之后无偿的给政府相关接受主体，再由政府将该养老机构的运营权承包或是让渡给民非单位或是慈善组织。

成都市养老机构的社会化改革的力度很大，速度也很快。但是过快的改革也留下了很多弊病，比如政府制定的优惠和扶持政策都是针对性质为民办非营利性的养老服务机构，这样的政策环境导致兴办养老机构的个人、企业和社会团体，为了获得政府的优惠和扶持，无论实际上是否承担了非营利机构所应该承诺的公益性和福利性，都选择在民政部门登记为民非单位。即使是企业性质，其兴办的养老机构也多单独在民政部门登记为民非企业，以此来获得政府的支持，这样会导致政府的资金支持达不到预期的效果。为了纠正养老机构鱼龙混杂的局面，进入“十二五规划”之后，政府对社会化养老机构进行了重新分类和定位，在成都市发布的 2011 年《成都市加快发展社会化养老机构发展的意见》中，政府提出了要合理化社会化养老机构的类型，强调社会化养老机构的经营性质可以分为工商部门登记的企业和民政部门登记的民非企业，允许兴办营利性质的社会办养老机构。同时《意见》规定，要享受扶持政策，不得擅自改变机构的性质，并且会对登记的机构据实按月审核，如果机构的性质发生改变，则不再享受政府对社会化养老机构提供的优惠和扶持。这样的政策出台，为养老机构多样化发展铺平了道路，同时也使有限的政府资金更加集中于非营利性的低收入老年群体养老服务中来。

除了对养老机构进行改革外，成都市政府在最近的一两年中开始将政策焦点集中于社区居家养老上来，但成都市的做法与上海不尽相同，由于西部地区养老服务能力匮乏，成都市首先做的一步是培育社区微型的养老服务组织，通过微型养老服务组织的成长，进而辐射到居家服务，更大范围内满足老年人的照护需求。所谓“微型”，主要指这些组织发展的空间在于社区之内，从我们调查的结果看，由于成都市内的土地昂贵，寸土寸金，养老服务组织大都没有经济实力重新置业，因此，盘活社区现有的物业用房或其他建筑，都成为不二之选。政府的功能在这里边主要体现为通过行政手段将政府公建或公办的养老服务机构或老年服务场所及设施，在不改变产权所有人的基础上，向民间机构进行开放，只要民间机构有资质和服务能力，政府免费提供房屋，甚至提供房屋装修、水电改造等费用。成都市政府也将这种养老服务模式称为“公建民营”的模式，目前成都市已经建成的社区微型养老服务组织 219 家，2014 年计划在主城区每个街道至少兴建 1 个社区微型养老组织，达到社区微型养老服务全覆盖。这些社区微型养老组织床位数从 10 张到 30 张不等，政府按照每张床位 1 万元的标准给予一次性的资金补助，同时对入住的成都户籍老年人给予人均 100 元的补贴。这些政策宗旨都是希望扶持社区微型组织尽快成长起来，以点盖面，将服务覆盖到社区居家服务上来。这些社区微型组织大部分刚刚成长起来，服务理念各不相同，有的社区组织将服务重点放在高端养老服务上，因为主城区消费能力很强，所以高端消费人群不在少数，但是负面效果就是低端人群被隐形排除在服务覆盖范围之内；有的社区组

织将服务重点放在家政服务上，这样的组织大都是大型专业养老机构下设的养老服务站，通过低价上门提供家政服务，赢得了很多老年人的信赖，但是弊端是这些机构不能提供专业性的养老介护服务，使得一些需要照护的老人还得重新选择进入机构养老。我们将在下文中对于社区居家养老服务进行着重探讨。

三、社区居家养老服务

从我们此次调查的发现来看，成都市社区居家养老服务的主体模式是“公建民营”的社区微型养老服务机构，这是成都市民政局自 2013 年开始着力督办的一项重大民生工程。除此之外，自 5.12 汶川地震之后，成都市很多社工服务组织如雨后春笋般成长起来，地震之后，他们开始将服务拓展到养老服务领域，社工的服务理念是“助人自助”，他们通常能最大程度的发动社区各类人群自愿自主的参与到养老服务中来，这是区别于政府主导推动的微型养老机构的另一种模式。

（一）以“微型机构”为依托的社区养老服务

前文我们谈到社区微型养老机构，政府在其中扮演了非常重要的角色，既是微型机构规划方，也是微型机构的督导方，还是实际运营的筹资方。在机构规划上，引进哪种民间机构，发展何种养老服务，最终决定权握在地方政府手中，所谓地方政府，更多的是区县民政局和街道镇政府。以“万春镇社区养老服务中心”为例，在多家民间机构竞标过程中，区民政局最终决定引进“圆圆老年服务组织”，其背景在于“区民政局考察了上海、南京多家社区居家养老机构，圆圆（简称）的“全日居”模式最接近发达地区的先进模式，我们要做就争取做到最好。”^①。在资金投入上，政府全权承担房屋改建、装修等费用，以汪家拐社区为老服务中心为例，前期投入费用 200 万由政府承担，正式运营之后，前三年租金全部由街道承担，不收取租金。而我们调查的另一家机构——万春镇社区养老服务中心，政府投入的力度更大。镇政府首先预付 200 万元的装修经费，成都市温江区民政局资助 30 万进行房屋改造，2014 年万春镇社区养老服务中心获得了四川省养老示范社区的称号，省民政厅又给予 40 万元的经费补贴。社区养老服务中心运营之后，按照省民政厅的文件要求，每张床位给予 5000 元的经费补贴，每个成都户籍的老年人入住，养老机构将获得每个床位 100 元的补贴。

对于地方政府为何对于发展微型养老机构投入具有极大热情，温江区民政局的主任给出了解释，“发展社区养老机构是 2013 年成都市政府的民生目标，成都市拟投入 1 个亿发展在二三圈层修建 16 个公建民营养老机构，特别要有限发展重点镇的养老服务机构，……成都市民政局给地方民政局直接下了硬指标，温江区 2013 年必须完成 7 个微型养老机构建设。”^②如何完成硬指标，地方政府不得已还得用惯性的“钓鱼政

^① 引自 2014 年 1 月 26 日与温江民政局叶主任的访谈资料。

^② 引自 2014 年 1 月 26 日与温江民政局叶主任的访谈资料。

策”，将压力下移，要求镇政府协助完成硬指标。而养老服务机构建设一旦纳入到地方政府指标考核体系，地方政府的积极性就会被充分调动起来，在万春镇养老服务中心建设中，万春镇政府即先期投入了200万的资金。在我们调查的另外一个边远区县，地方政府一年的养老投入1000多万，但是兴建一所公建民营的养老机构就耗资600多万。机构建起之后，地方政府的业绩指标很容易完成，但是如何运营这些微型的养老机构是一个更大的问题。

从调查的发现来看，目前成都市主城区的微型养老机构服务重点放在建“机构”上，虽然处于社区之内，具有得天独厚的地理优势，服务半径可以直达居民家中。但是当下的筹资模式和发展导向使得微型养老机构都不约而同的以发展技术型的服务机构为主，居家服务相对欠缺。按照社区养老机构的说法，一是机构内护理人员欠缺，没有人力开展居家服务；二是当下机构刚刚建起，虽然政府的补贴很高，但机构仍处于负债运营阶段，还需依靠经营收入维持生存，经营收入不太可能从居家服务中获取，只好不断提高服务标准，吸引高消费能力的老人就近服务。所以城市低收入阶层的老人对这些微型养老机构提供的床位是可望不可即的。以汪家拐为老服务中心为例，承办主体希望构建一个高档次的托养中心，用承办方的话来说，“创造微型养老服务旗舰店”，满足高档次的老年护理需求。汪家拐为老服务中心居住的主要是80岁以上半失能或失能的老人。服务中心甚至从医院挖了一个专门的医生做护理主任，来降低老年护理的风险。因为追求高档次的护理，价位比较高，所以能够消费的起的老人主要是那些退休的老干部。汪家拐为老服务中心除了日常的卫生清洁、饮食之外，还提高特殊的一些护理服务，比如插管、血糖监测等服务。服务的价格自2000至5000元不等，根据老年人的护理需求和家人的消费能力，进行累计叠加，最基础的护理费是2000元，然后根据需要增加的护理内容进行累计。这样的价格对于一般消费水平的老年人是难以承受的，同时为老服务中心也没有接受城市五保老人。

（二）以“社工服务”为依托的社区居家养老服务

以“社工服务”为依托的社区居家养老服务，与社区微型养老机构的重点有所不同。社会工作者进入社区之后，通过协调、整合社区现有资源，发展潜在的志愿者，挖掘社区居民自身的潜能，提升社区居民社会参与能力，在社区内建立一种自助和互助的社会网络，达到群体自我服务的目标。这种模式不强调硬件投入，对一些资源欠缺的城市边缘地区大有裨益。

我们调查了一个城乡结合部的边缘社区——涌泉街道瑞泉新城，此社区是全市最大的农民安置区，已入住搬迁农民8200余人，其中60岁以上的老年人口1100多人。2011年由涌泉镇政府直接推动建立起来130平米的瑞泉新城居家养老服务中心，并在下属的宁和苑建成了70平米的居家养老服务站。这个服务中心之所以以涌泉镇政府

为主导，而非似其它地区由民政部门直接主导，原因在于农民安置区矛盾比较尖锐，硬性的行政管理不再奏效，地方政府采取柔性的社会管理办法，从满足群众需求的角度着手，缓解社会矛盾。对于农民安置区来讲，年轻人大部分外出打工，老人都留守在社区内，老年人的社会参与、心理慰藉、养老服务需求非常高。因此涌泉镇政府在建成服务中心之后，引入了成都市心家园社会工作服务中心的社会工作者作为运营服务站的组织人员，以解决矛盾和心理需求为突破口，发展社区居家养老服务，这是这个养老服务中心与成都其他微型养老机构的最大不同之处。

在服务中心内，政府实际引进的专业社工只有 2 人，政府采取购买服务的形式，每年给予 13 至 15 万元的办公经费。2 个社工与其他微型养老机构比规模相对微小，但社工的工作理念就是通过志愿者服务撬动整个社区敬老、爱老的社会氛围。在调查中，一位社工介绍，服务中心现在已经发展的老人志愿者骨干已经达到 20 几名，他们长期参与社区内的志愿者活动，“无偿”为高龄老人提供日间照料、保健服务、美发服务、康复理疗、心灵抚慰、家政服务 etc 10 类服务项目。同时为社区内的老人建立了服务档案，使老人的信息和服务需求一目了然。以家政服务为例，社工发动社区内的年纪较轻的老人，定期上门为不能自理的老人提供洗衣、清理等家政服务。同时，对不经常见面的老人进行定期回访，以防出现意外。服务中心内开设了小食堂，小食堂的厨师也是采取老人志愿者的形式，给予很低的补贴，但老人在这些社会活动中实现了“老有所教、老有所学、老有所为、老有所乐”。对于经常参加志愿服务的老人，社工为老人建立了“时间银行”，志愿者无偿服务的“时间”在这个虚拟的银行中进行存储，老人在有需要之时，可以利用时间银行内的“货币”进行服务兑换，这是西方非常先进的社会服务理念。如果参与的人数达到一定的规模，就会形成一个正向的循环，社区内的资源会被撬动起来，形成一种巨大的社会服务力量，同时也会逐渐潜移默化地成为一种社区内的公共制度。

这个案例在成都当下社区居家养老服务中并非主流形式，其中的原因错综复杂，从行政管理的角度讲，这种模式是由街道政府推动而非民政推动，因此民政对这种模式并没有很大的兴趣；从政治绩效的角度讲，这种社区养老模式属于民间自发动员而形成，不能完成政府绩效考核的硬指标，比如床位数，护理人员数等等。但是从需求者的角度来讲，这种依托于社会工作者、社区志愿者和街道政府三方共同组建的社会网络，由于志愿者的深度参与，一些机构护理人员不愿意做的工作顺利成章的得到解决，比如老年人的心理慰藉，对于护理人员来说，这是没有经济收益的一种工作，这种服务模式是微型养老机构没有兴趣来组织的。特别重要的是，社区内的老年人在这个过程中实现了老有所为，这是一种“积极老龄化”的地方实践。

四、机构养老服务分析

2011年成都市人民政府发布了《成都市人民政府关于成都市城乡养老事业发展第十二个五年计划的通知》，《通知》中明确提出，成都市养老机构在“十一五”期间得到了稳步的发展，数量稳步提升，截止2010年，全市养老机构的总床位数达到了3.56万张。全市养老服务机构总床位数比2005增长了2倍。

从目前城市已有养老机构的数量看，“政府兴建的福利养老机构共有18家，市一级的有成都市第一、第二、第三福利院，其余的都是民政部门在各个区县以区县命名的养老福利院。政府办的养老机构仅占整个养老机构的9%，比例相对较低，虽然政府办养老机构价格较低，设备齐全，但是会长期出现“一床难求”的局面，以我们所调查的成都市第一福利院为例，床位长期处于饱和状态，登记的老人200多人，按照一年消化50个老人计算，三年之内才能基本消化完。

表3：成都市“十一五”期间养老机构床位数

	数量	床位数
全市养老机构	195	35569
政府办养老机构	18	4350
民办养老机构	33	7538
其它类型养老机构	144	23681

数据来源：<http://www.chengdu.gov.cn>

民办养老机构是近几年开始快速成长起来，这与前文我们所说的成都市推动养老机构社会化改革不无关系。成都市目前民办养老机构上升到33家，这些民办养老机构的地理位置大都比较偏僻，由于中心城区的房屋和土地过于昂贵，民办养老机构大都选择建在市郊，以此来节约运营成本。目前，成都市民办养老机构的入住率一般能达到70%至80%，总体来讲，随着居民收入水平的提高，民办养老机构的市场潜力还是相当巨大。

（一）公办养老机构的分析

我们此次调查的公办养老机构是成都市第一福利院，福利院是成都市民政局所属的全民制福利事业单位，是四川省市级国办福利机构。承担国家供养的“三无”老人，同时面向社会开展单位和家庭无力照管老人代养、老人自愿代养及康复治疗、心理干预、爱心关怀、文化娱乐等社会服务是一所集生活照料、医疗护理、康复理疗、社工服务、辐射指导为一体的综合性的养老机构。

在基础设施上，政府办的养老机构一个最大的特点就是在硬件设施上能够获得保

障。2007年，成都市第一福利院改迁到新址，作为市政府十大惠民行动工程之一，民政部、省民政厅和成都市委、市政府按照“打造西南一流的社会福利院”的要求建成并投入使用。新的福利院规模比老的福利院扩大两倍，占地面积由老院的22.9亩增加到50余亩，建筑面积由老院的10028.09平方米增加至24874.9平方米，编制床位从150张增加到576张。新院的设施设备更为完备，具有12层的电梯公寓设有套间和标间两种房型，配备卫生间，房间内安装热水器、空调、彩电、电话、呼叫系统；每层楼设置备餐室，冰箱、微波炉等；每层楼设置护士站、治疗室、活动室，院内配备了B超、心电图和其他检验设备，为老人提供医疗服务；增加了康复器材，扩大了康复中心的规模，设立针灸诊疗室、按摩室、作业治疗室、职业治疗室等等，为老人提供康复服务；专业物管公司提供保全服务，保障入住老人安全。

在接受对象上，政府办养老机构主要面对的是“城市三无老人”，目前成都市第一福利院入住的对象417人，其中“三无”老人为31人，其余386人为社会代养人员。男性入住164人，女性入住253人。从入住老人自理情况看，在入住老人种类上，能自理的老人为214人，占整个入住对象的51.3%；半自理的老人为152人，占整个入住对象的36.5%，完全不能自理的老人仅有51人，占整个入住对象的12.2%，福利院目前主要的服务对象还是集中在能自理和半自理的老人上。从老年人年龄结构分布上看，60岁以下的老人14人，60至69岁的28人，70至79岁的116人，80岁至89岁的209人，90岁以上的50人。住养对象的年龄主要集中在70岁至89岁年龄段，总数为325人，占总人数的77.9%。

福利院根据老人的情况所提供的服务有所不同，服务标准分为六级，在入院时按照老人的情况进行评估，然后按照老人的护理等级进行收费。护理等级一共分为七级，基础护理是面向能够自理的老年人，福利院向老年人提供日常饮食、打扫等活动；半自理和没有自理能力的老年人分为六个等级：根据老年人的失能情况，特级护理的等级越来越高。虽然福利院设置了很多等级的护理服务，特别是针对失能老人的护理服务，但是失能的老人仅有51人，占整个入院人数的12%。以护理院现在的护理实力，不太可能为过多的失能老人提供护理服务。成都市第一福利院目前临时聘用的护理人员90人，占整个护理队伍的90%，因为公立养老院工资水平不高，大部分临时聘用的护理人员的护理水平有限。所以实际上养老院里面的老人主要还是能够自理的老人为主，护理人员主要提供的还是日常的饮食起居方面的服务。

在经费来源与管理模式上，政府办养老院的运营模式如同事业单位一样，由主管部门直接管理。成都市第一福利院主要工作人员是有编制的事业单位职工，主管领导由上级委派的民政系统的干部担任，享受正处级待遇。财务上采取收支两条线的原则政府每年给予福利院100多万元的拨款，包括在编人员工资、办公费用和专项费用。福利院第二收入就是入住老人缴纳的费用，政府办福利院对缴费标准有严格的限制，

平均缴费是 1050 元/床位，这个价格远低于当下老年护理服务的价格标准。由于政府对机构有兜底的责任，每年对人员工资、办公经费都有一定数额的补贴，所以现在基本上能达到收支平衡。

在资金使用上，福利院的主要支出是人员工资和设备折旧费用。在人员工资上又分两块进行管理，在编人员按照职务、职称，每月支付固定工资，现在的工资水平还是根据发改委 2007 年确定的工资标准，初级职称每月工资在 700 至 800 元之间；中级职称每月 2000 元。除此之外，福利院根据每年的经营收入给予一定的绩效工资补贴。而非在编人员的工资标准则相对较低，每月仅有 1000 元左右的收入。在职人员每年支付工资 70 万元，离退休人员支付退休金 70 万元，临时职工支付工资 400 多万元。工资总计支出近 550 万元。同时福利院还需依靠自身的经营收入进行设备的维修和护理等费用，因此福利院实际上是处于负债经营的运作状态。

（二）民办养老机构的分析

2005 年成都市民政局发布了《关于社会力量兴办社会福利机构的意见》，2011 年继续发布了《成都市人民政府关于加快社会化养老机构发展的意见》，两个文件中都在强调一个原则，逐步加大对社会力量兴办养老机构的支持力度。在项目用地、机构运用费用、财政补助等多方面予以政策扶持。但是有两个相悖论的现象，一是一些商业机构在进入养老服务产业之后又迅速退出；二是部分机构在没有任何登记注册的情况下在进行着老年照料的服务。那么究竟是什么原因使一些商业机构退出老年服务市场，而有些机构仍在维持营运呢？

从民办民营养养老机构的位置来看，成都市的民办养老机构大都处于比较偏远的市郊，在城中区运营的机构较少。以我们所调查的两家民办非营利养老机构为例，晚霞养老服务机构在金牛区，成都市园缘老年公寓位于成都市成华区保和乡。这些养老机构虽然在五环以内，但是距离城市中心比较远，缺乏直达的公交线路，交通很不方便。因为交通的限制，对于老年人参与外界社会活动以及子女探望老人都造成了很大的障碍。

在居住条件上，民办民营的养老机构大多采取市场化的运作模式，分标准、分层次的提供老年照护服务。例如，成都市晚霞老年公寓，床位共有 300 张，设有豪华间、标准间和单人间三种，三个种类的住宿条件相差很大。豪华间的居住面积高达 64 平方米，有电视、空调和单独的卫生间，三人间则是无单独的室内卫生间和空调，因为 30 平米要同时居住 3 个老人，居住空间相当拥挤。

在接受对象上，民办养老机构具有自己的自主权，这一点与公立养老院不同。对于民办民营的养老机构，他们的服务方向完全是按照市场化的原则，根据机构自身的运营成本、利润空间进行选择，以晚霞老年服务中心为例，因为护理人员的服务水平有限，主要针对一些半自理和能自理的老年人。从这一点上看，老年服务中心因为条件限制有一些逆向选择的动机。晚霞老年服务中心接受有能力自理的老人比例大致为

80%。老年服务中心提供的服务比较单一，主要是简单护理模式，即护工主要负责卫生清洁和饮食，不提供特殊的医疗护理。老年人入住的价格标准主要取决于老年人入住的房间标准而非服务的标准。服务中心在老年人签约入院时，会对老年人的身体健康进行简单的评估，如果老年人的身体健康状况是中心没有能力接受的，变会建议其转院。从服务的收费标准看，单人房间的价格在 2200 元至 2600 元，双人间的价格在 4500 元。如果老年人希望独立居住，可以按照双人间的价格标准进行缴费。但是中心倾向于接受愿意选择双人居住的老人，这样老人之间可以互相照应，避免意外风险。

在资金来源上，民办养老院的收入主要来源于入院老年人缴纳的费用。目前民办民营的养老机构因为护理能力有限，入住老人主要是具有一定自理能力的老人。因此民营老年机构的收入差异并不是表现在服务水平上，而是体现在硬件设施上，比如老年公寓的装修、空间大小等等。比如晚霞老年服务中心，其收费的标准就是按照房间的标准进行收费，晚霞老年服务中心的房间标准为双人间和三人间，价格为 800 至 1400 元不等，如果部分老年人有特殊习惯要求独立居住也可以，但是按照标准的双人间价格进行收费。圆缘老年公寓也是按照房间的标准来收取费用，豪华间为每月 3000 元，标准间为每月 1500 元，因为床位紧张，所以一般不收要求独住的老人。汪家拐社区为老中心按照老年人的护理情况进行分别收费，一级护理 1710 元/每月，二级护理 1890 元/每月，三级护理 2070 元/每月。三级护理的老年人如果产生了额外的护理费用，价格需要另算。

在资金使用上，民营养老机构资金的使用包括三个方面，第一是机构自身的运营费用，包括水电气费用、土地与建筑的租金和员工的工资，由于近年来物价和人工费用的增长，运营费用成为养老机构的一项重要支出。一部分民营养老院是租用集体建设用地进行经营，比如晚霞养老服务中心，原来租用一处集体建设用地，租期 30 年，完成老年服务的装修之后，政府用地安排有所变动，晚霞养老服务中心不得不将原来的服务中心关掉，原来的老年服务配套装修在设备没有折旧之前就浪费掉了。转移到新址之后，晚霞老年服务中心还是以租用的形式利用集体土地，每年的租金费用就几百万元，是一笔很大的开支。并且因为政府的规划可能会有调整，老年服务中心的长期发展因为没有自身的土地而受到影响。二是设施和设备的维护费用，民营养老机构的设施条件近年来有所改善，房间内一般配有电视、风扇和呼叫器等基础设施，这些设施和设备的维护费用属于养老院的次级开支。三是机构的发展所产生的费用，一些机构准备扩大修建新的公寓楼，这是机构可持续发展的重要费用。四是有些机构可能会购买专业的社工进行心理辅导、纠纷调解等服务。这笔费用在公办养老机构由政府承担；在公建民营养老服务也由政府来承担，但是对民办养老机构而言，大部分民办养老机构没有财力购买专业的社工服务。

五、成都市养老机构总结和政策建议

按照现在的养老服务格局，社区居家养老和机构养老应该有各自的定位，但实际上，目前成都市养老机构距离养老服务需求还有很大的缺口，这种缺口是一种结构性的缺口。价格高的民办养老服务机构尚且有剩余床位，价格较低的国办养老机构床位数还很紧张，一直处于满员状态，一床难求。按照成都市政府的标准，社区养老机构需要具备 30 张以上床位，一般社区面积狭小，能够构建 30 张床位的社区很有限。社区养老机构建起之后，本应承担两方面的职能，即机构养老和居家养老双重责任，利用床位为失能、半失能老人提供机构养老服务；同时利用专业的护理队伍辐射整个社区的居家养老服务。但实际情况是部分社区养老机构因为居家养老服务的微利，把大部分服务力量都放在机构养老上，居家养老服务发展不足。

（一）社区居家养老服务面临的制度挑战

成都市目前把社区居家养老服务纳入了十二五规划，社区养老机构建设纳入了地方政府的考核指标，这些举措体现了成都市发展养老服务的决心。但社区居家养老服务发展的好坏，并不仅仅在于机构建设的先进与否，更在于是否构建起一套适应于地方群众需求的基层养老服务制度。按照中国老年人的传统，居家养老是最理想的选择，社区养老的核心不仅仅落在“社区”上，更应该通过社区这一枢纽，将资源传输到居民家庭中来。

从成都市现有的微型养老机构发展看，成都市社区微型养老机构的发展方向显然还是不太明确，这种不明确源于政府的行政化色彩过重，当养老服务纳入政府考核指标之后，各级政府自然极尽全力，做到做好。从前面的分析中，我们发现一个互相矛盾的问题，一是成都市三令五申强调“机构社会化”，在“公建民营”微型养老机构建设上，顾名思义，也在强调机构的社会化性质上，但是我们看到从招标机构的选择、微型养老机构的运作方向、在到政府的全力投入，政府并没有实际的退出养老服务市场。在新一轮的政府纲领性文件中，政府的行政性色彩更加浓厚，甚至以机构数、床位数等具体指标规定下来，使得自上而下的这种锦标赛式的机构建设有增无减。所以我们在一些县级地区发现，即便这种机构建立起来，是否能正常运营还是一个很大的问题。

社区养老服务重在制度传输，但地方政府在这方面明显创新不足。换句话说，在制度建设方面，政府是缺位的，这种缺位导致的一个可能后果就是造成了民间机构的短期逐利性。政府引入的民间机构，一样需要从市场上赚取经营收入维持生存，不一样的是政府为他们在主城区内搭建了一个更加优良的平台。这个平台在完全市场化的环境运营之后，城市低收入老人不可避免的被排斥在外，这与政府投入的初衷又相违背。

社区养老服务到底采用什么样的制度构建更加有效，目前没有一个统一的模式。各个地区的自然、社会、经济条件不一，不可能采取一刀切的制度模式。政府引入民

间组织进入社区，这一点符合福利国家“混合型福利”（public-private mix of welfare provisions）的经验，但是引入组织是第一步，更重要的一步在于政府如何筹资和购买服务。发达国家在将公共服务交由民营非盈利组织的同时，政府的社会性支出并没有缩减，而是重新构筑筹资制度，将资金交由中间型的社会组织购买服务，比如美国的蓝十字和蓝盾协会，代表消费者与服务机构进行谈判，而资金主要由地方政府统筹。

东亚国家中日本的“介护保险制度”也是一个积极的借鉴，日本政府为了应对高龄化的风险，于2000年开始实施“介护保险制度”，政府从国家税收中支付50%的保险缴费，以此提高老年人购买养老服务的能力。为了顺利实施介护保险的制度，日本在介护保险实施之前开始培育专业的社会福利法人和care manager。每一个组织都是制度构建的重要环节，提供服务的机构可以是社会福利法人，也可以是政府认定的地方公共团体；老年人如果需要介护服务，必须向市政町提出申请，市政町在听取care manager的意见基础上，由介护委员会对介护等级进行确认。所以我们看到日本的介护保险制度精细化不仅仅体现在介护保险上，它实际上是重构了老人的照护体系，通过介护保险使得这个制度体系能够顺利的运转。

日本介护保险的筹资渠道

介护保险筹资主要包含两部分，一部分是政府税收支付50%，其中中央政府支付25%，都道府县政府支付12.5%；市町村政府支付12.5%。另外50%由被保险人（40岁以上）支付，其中65岁以上的被保险人支付保险费的21%（2012-2014年度）：对于约90%的65岁以上的被保险人，保险费直接从养老金抵扣；对于养老金较少或没有养老金的老人，保险费要向地方政府缴纳；40岁至64岁的要向所加入的医疗保险人同时缴纳公共医疗保险费和介护保险费。缴纳的介护保险费在汇总至全国规模的基金之后分配至各市町村（保险发放额的29%（2012-2014年度））。此外，原则上65岁以上的老人可以接受介护服务，接受服务时要支付服务费用的10%。

整个保险金是各个市町村根据自身的服务量制定的；如果提供的服务量较大，则需相应提高保险金的水平。目前日本介护保险的特别之处就在于缴费上采取“税收+保险金”的形式，以此来保证介护保险财源的稳定。保险制度的根本目的是希望保证65岁以上的人能够得到介护服务。从缴费机制上看，大部分的缴费是直接来自养老金或社会保险中抵扣的，因此不直接涉及收费，除了约10%的65岁以上无退休金或无退休金人口需要直接缴费。

（二）机构养老服务面临的挑战

按照成都市政府90-7-3的规划格局，最终进入机构的老年人只是3%，那么机构

养老在整个养老服务体系实际上是居家养老和社区养老的补充。成都市目前养老机构面临的主要问题是养老机构的功能界定和制度创新的问题。

政府办养老机构以往由政府筹资和运营，是以往“事业单位制”运行的模式，政府负担过重。未来政府按照现在“公建民营”的办法，引进社会组织进行经营。但问题在于，引进社会组织之后，政府的责任体现在哪里？是否继续承担城市三五老人的供养责任？农村区县财政承担的公立养老机构何去何从？这些问题都需要从制度上得到回应。以西部地区目前的发展状况来讲，如果完全按照市场的原则进行运营，可能会使公立机构失去其福利性本质；而继续按照行政化的方式管理现有福利院，因为管理僵化，财政投入入不敷出。特别对县级政府，传统上市级财政只承担市公立养老机构，农村养老机构由县级财政承担，而县级政府在三级财政中税收能力最低，自身发展尚且捉襟见肘，发展农村养老机构更是心有余而力不足。如何在引进民间社会组织的同时，又能承担起城乡低收入老人的养老服务？这是一个亟需从制度上进行创新的难题，如果只是单纯改革政府的资金投入模式，投入主体还集中在“机构”上，那么低收入老年群体总会有被排斥在公立机构之外的可能性。

对于民办养老机构，政府以往进行严格的准入限制，只有登记为“民办非营利”机构才允许进行养老服务。十二五以后，政府鼓励民办机构进入养老服务市场，民办养老机构获得了空前的发展空间。也正因为如此，很多带有逐利性思想的企业进入了养老服务行业，从我们的调查看，这些企业并非传统上的服务类企业，甚至包含搞电子计算机的一些企业。因为现有政策的束缚，大多数民办养老机构登记为民非，但从定价上看，民办养老机构的定价都在居民平均收入水平之上，本身带有一定的营利动机。因此政府的政策规划如何能既推动民办企业进入养老服务市场，推动养老服务社会化进程；同时也能将有限的资源用在需要资助的弱势群体，而不是将有限的政策资源锦上添花，这是一个需要权衡的政策选择。

（三）成都养老服务的建议

对于成都市目前社区居家养老服务和机构养老服务存在的问题，本研究认为成都市政府未来几年至少应该在如下几个方面进一步强化养老服务政策：

第一，政府政策扶持从补供方向补需方进行转移。在民政部门提出社会福利社会化改革之后，各个地方政府开始着重在对民间养老机构上制定优惠政策。但是在调查中，我们发现政府的政策扶持存在着双方面的缺陷：首先，政府对公建民营的养老机构基础设施补贴力度最大，而对其他的民办养老机构补贴力度不足甚至是空白。这样的政策导向实际上是引导越来越多的民办机构依赖政府政策投入，致使民办养老机构自身发展动力不足。同时对于民间养老机构区别对待，也会使部分养老机构出现政策寻租的风险，不利于民间养老机构的良性发展。因此，未来政策上政府应该出台针对不同类型养老机构的补贴政策，做到对于养老机构的扶持体现公平、公正的原则；第

二，目前现有的养老服务政策扶持主要重点是扶持机构，这一点存在着客观的原因，中国的养老服务机构因为历史原因，一直发展不足，需要政府进入，扶持老年服务机构的成长。但是如果政策偏向一边倒，会导致老年服务机构的发展与老年服务需求出现越来越大的偏差。从调查中我们发现，现在无论公建民营的老年服务机构，还是民办老年服务机构，其进入标准都在 3000 元上下，这对普通的工薪阶层是根本可望不可及的老年服务，如果照此发展下去，能够进入机构获得老年服务的都将是收入较高的退休老年群体。因此政府未来应该着力研究如何对低收入的高龄老年群体进行政策补贴，使得他们在有老年服务需求时也能对老年服务具备基本的消费能力。

第二，完善法律法规，制定养老服务行业标准。现有的社会福利机构属于何类机构，目前的政策法规还没有清晰的界定，对机构运营和管理办法也比较含混。因此会导致现有的社会福利机构鱼龙混杂，社会福利性体现不足，套取政府政策资源等现实性问题。因此未来随着社会福利机构的发展，政府对于福利机构的法律法规应该尽快制定出来，以适应社会福利机构的发展。其次，养老服务是一个高风险的行业，对于养老机构出现风险，政府也应该出台一些措施，保护养老机构的良性发展。目前在家属和老年机构发生纠纷时，还不存在一个公正有效的责任评判系统。这一点是我们此次调查所有养老机构都提出的一个问题，也是政府法律制定部门亟需解决的问题。再次，对养老服务进行规范化管理和监督。目前老年服务机构在服务费用和标准定价非常主观，没有行业协会进行自我约束。政府应该促进民间养老机构行业的自我组织、自我监督，形成良好的养老服务发展氛围。

第三，加快养老服务专业人才的培养，提高养老服务人才的职业地位和收入水平。目前几乎所有养老机构都存在着专业人才短缺的问题。现在即便公立的养老服务机构，都不可能实现所有护理人员持证上岗，民办养老机构更不可能实现全面的专业人才护理服务。目前养老机构人才短缺问题，不仅仅是养老机构自身的选择问题。更是一个大的社会问题。随着老龄化越来越严峻，养老人才的缺口也将越来越客观的显示出来。目前政府对养老服务人才培养上有几个方面的问题，一是现在的大学中，设立专业的养老服务的大学非常少，即便设立养老服务专业，也都是进行形式的科班培训，缺乏实际的工作经验。这一点是养老服务人才短缺的源头。二是现在的职业分类中，养老服务人才被归类为服务类人才，与保姆等行业分为一类，客观上降低了养老服务人才的职业地位和职业声望，使得一些专业人才向其他领域转移。三是当下养老服务机构自身发展不足，不能给予专业的养老服务人才一个较高的工资待遇，因此也使得养老服务人才大量流失。从未来几年的发展看，养老服务人才短缺的现象还将长期存在。因此需要政府在人才培养、职业分配、编制等方面对于养老服务人才进行政策倾斜，以鼓励养老服务人才的可持续发展。

西安市老龄化与老年服务调查报告

张文博 刘雨龙

本报告是基于对西安市老龄化相关问题所做的文献梳理以及对西安 JICA 项目点——陕西工运学院老年服务与管理系的走访情况形成的，包括以下七个部分：第一部分是西安市老年人口基本情况；第二部分是西安市老龄事业发展与养老服务概况；第三部分是西安市机构养老概况；第四部分是西安市居家养老概况；第五部分是西安市社区养老概况；第六部分是对西安市 JICA 项目点的介绍；第七部分是本报告的结论部分，包括一些研究发现和对策建议。

一、西安市老年人口基本情况

西安位于陕西省中部偏东，是陕西省省会、副省级市，也是中国西北地区的第一大城市。西安市下辖 9 个市区（碑林区、莲湖区、雁塔区、灞桥区、未央区、阎良区、临潼区、长安区、新城区）^①、4 个县（蓝田县、高陵县、户县、周至县），782 个社区和 2991 个行政村；辖区总面积 10108 平方公里，市区规划面积 865 平方公里，其中主城区规划面积 490 平方公里，城市建成区面积 415 平方公里。截止 2013 年年末，西安市常住人口 858.81 万人，其中户籍人口 806.93 万。全市男性人口 440.98 万人，占 51.3%；女性人口 417.83 万人，占 48.7%。城镇人口 618.77 万人，占 72.05%；乡村人口 240.04 万人，占 27.95%。^②

西安是全国较早进入人口老龄化阶段的城市之一。2000 年，西安市 60 岁以上老年人口占全市人口的比例已超过 10%，达到了联合国公布的老龄化标准。对比 2000 年和 2010 年两次全国人口普查数据可以看出，西安市的人口结构在近十多年间发生了较大的变化：一方面，人口自然增速放缓、自然增长率维持在较低水平。2000-2010 年，西安市人口年平均增速较之上一个十年的人口平均增速下降了 0.43 个百分点，人口净增长减少了 17.55 万人^③；从年龄结构来看，全市 0-14 岁人口为 109.13 万，占市总人口的 12.89%，大大低于全国水平（16.61%），与第五次人口普查数据相比，该比重下降了 9.38 个百分点，人口生育率维持在一个相对较低水平。另一方面，人口老龄化程度在加深、速度在加剧。西安市常住人口中，65 岁及以上人口为 71.64 万人，占全市总人口的 8.46%，比全国水平（8.87%）低了 0.41 个百分点，但需要注意：（1）从第六次人口普查数据来看，西安市劳动适龄人口比重大幅攀升，这部分地消解了老年人口所占总人口比重；（2）与第五次人口普查数据相比，西安市 65 岁及以上老年人口的比重上升情况（1.99 个百分点），

^① 一般按城市圈层细化为城三区（碑林、莲湖、新城）、郊三区（灞桥、未央、雁塔）和远三区（阎良、临潼、长安）。

^② 西安市统计局：《西安市 2013 年国民经济和社会发展统计公报》，2014 年 3 月。

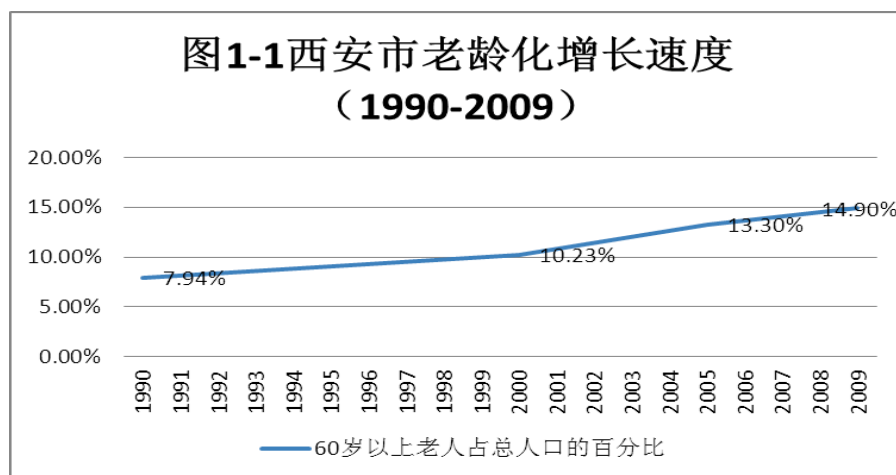
^③ 李利民：《西安市第六次人口普查公报解读》，西安人口网（<http://www.xianfp.gov.cn/index/catalog58/10539.aspx>）。

要高于全国水平（1.91 个百分点）。由此可见，西安市的老龄化进程在加快；而且，从发展趋势上来看，目前大幅攀升的劳动适龄人口比重未来将转化为大幅攀升的老龄人口比重，西安市的老龄化程度未来将加速加深。

目前，西安市的人口老龄化情况主要呈现出以下几个特点：

（一）老龄化速度相对较快

西安市 60 岁以上的老年人口 1990 年为 49.05 万，占全市总人口（617.95 万）的 7.94%；2000 年为 74.39 万，占全市总人口（741.14 万）的 10.23%，其中 65 岁及以上人口为 46.84 万人，占全市总人口的 6.32%；2005 年一项人口抽样调查情况显示，全市 60 岁以上的老年人口已经达到了 108.2 万，占市总人口的 13.3%；2009 年，全市 60 岁以上老年人口为 125.86 万，占市总人口的 14.9%；2010 年，65 岁及以上老年人口为 716362 人，占全市总人口的 8.46%。^① 目前，西安市的老年人口正在以每年 3% 的速度递增；预计 2040 年达到高峰期，届时西安市 60 岁以上老年人口预计将占全市总人口的 30%。^② 从西安市的老年人口结构变化来看，西安市老龄化速度相对较快，且已经进入人口老龄化的加速发展期。



（二）老龄化程度相对较高

与全国老龄化水平和陕西省老龄化水平相比，西安市的老龄化程度也均相对偏高。西安市 60 岁以上老年人口占全市总人口的比重，2000 年高出全国平均水平 0.3%；2004 年高出全国平均水平 1.8%；2009 年高出全国平均水平 1.55%。西安市老年人口的年均增长率，1982-1990 年比陕西全省高出 1.13 个百分点；1990-2000 年比全省高出 1.18 个百分点。^③

^① 西安市统计局：《西安市统计局关于第五次全国人口普查主要数据公报》，2001 年；《西安市 2010 年第六次全国人口普查主要数据》，2011 年 5 月 25 日。

^② 程慧（记者），《西安 57.2% 老年家庭空巢 人口老龄化增速》，《西安晚报》，2011 年 6 月 16 日。

（http://news.xiancn.com/content/2011-06/16/content_2464689.htm）；司文（记者）、刘尧英（实习生），《西安今年起进入急剧老龄化阶段 2020 年人口破千万》，《西安晚报》，2010 年 9 月 2 日

（<http://news.hsw.cn/system/2010/09/02/050620088.shtml>）。

^③ 梁木、梁海霞：《投资西安民营养老机构的可行性分析》，《西安邮电学院学报》，2010 年第 4 期，第 53 页。

（三）老年人口中高龄化增速较快

按照联合国教科文卫生组织的划分，60 岁以上的老年人口又进一步划分为低龄老人（60-69 岁）、中龄老人（70-79 岁）和高龄老人（80 岁以上）。随着人口预期寿命的增长，老年人口则趋于向高龄化发展；高龄化比例越高，养老负担则相对越重。西安市人口老龄结构趋于老化的同时，老年人口也在向高龄化发展。西安 1982 年、1990 年、2000 年的高龄人口分别为 1.34 万、2.94 万、5.58 万，占全市老年人口的比例分别为 3.43%、5.96%、7.49%，高龄化比例出现明显上升。截至 2010 年，西安市 80 岁以上高龄老人已达 14.77 万人，占全市老年总人口的 11.38%，其中，农村高龄老人在农村老年总人口中的比例已经高达 12.3%。2000-2010 年间，全市高龄老年人口增长 9.19 万，年均增速超过 10%。由此可见，西安市老年人口高龄化的程度较高、增速较快。

表1：西安市高龄老年人口水平（1982-2010）

年份	80岁以上老年人口数量	80岁以上老年人口占全市老年人口比例
1982	1.34万	3.43%
1990	2.94万	5.96%
2000	5.58万	7.49%
2010	14.77万	11.38%

（四）老年家庭空巢化明显

第六次普查数据显示，西安市家庭户均人口缩小至 2.95 人，比 2000 年第五次普查时的户均 3.40 人减少了 0.45 人，低于全国（3.10 人）和陕西全省（3.22 人）的平均水平。家庭户均人口之所以出现较大缩减，其中一个主要原因就是因劳动力大量转移而带来的留守空巢老人家庭的大量出现及不断增长，这就空巢化成了西安老年家庭的一个十分突出的特征。据统计，截至 2010 年末，西安空巢老人家庭占到老年家庭总数的 57.2%，高于全国平均水平（56.1%）。这对关中文化带上一贯秉持“父母在、不远游”的居民不可不谓是释放了一颗极强的信号。

二、西安市老龄事业发展及养老现状

西安市虽然较早进入人口老龄化阶段，但是，限于经济社会发展阶段及水平，以及西安市传统的养老方式、养老观念和老年人生活状况，西安市的老龄事业起步较晚，社会养老服务体系建设也还处于起步阶段。不过，起步晚却也给西安的养老服务发展带来一个优势，即可以广泛借鉴吸收全国及各地的优秀经验。可以说，西安市的老龄事业与养老服务发展虽起步较晚，但起点相对较高。

目前，在与其经济社会发展水平相适应的情况下，西安市已基本建立了广覆盖、

保基本、多层次、可持续的老年社会保障体系；初步建成了以“居家养老为基础，社区照料为依托，机构养老为补充”的养老服务体系发展模式。“十一五”期间，全市建成了65个居家养老服务示范站、3个居家养老服务信息中心；建成5个区县级社区服务中心、34个街道社区服务中心和204个社区服务站，73家社区卫生服务中心、77所社区卫生服务站、108所乡镇卫生院和2026个甲级村卫生室；建成运营62家社会福利机构，4个县级“五保”^①供养中心、19个乡镇“五保”集中供养中心；以及11个爱心护理工程基地。

随着老龄化速度的加快、老龄化程度的加深，老龄化社会的特征将日趋明显，社会养老需求与老龄事业发展滞后的矛盾也将日益突出。目前，西安市的老龄事业发展面临人口老龄化、高龄化、空巢化加速发展，失能老年人大幅增加，老年服务供需不均衡等严峻形势。为积极应对老龄事业中的各种挑战，提升西安市老龄服务各方面的水平，《西安市老龄事业“十二五”规划》提出了“十二五”期间西安市老龄事业发展的整体布局、发展方向、发展目标、基本原则及主要任务。规划指出，要“以优先发展社会养老服务为着力点，注重发挥家庭和社区功能，培育壮大老龄服务事业和产业”；“坚持家庭养老与社会养老相结合。充分发挥家庭和社区功能，着力巩固家庭养老地位”；“构建居家为基础、社区为依托、机构为支撑的社会养老服务体系，探索并实行多种形式并存的新型养老模式”；基本形成“布局更加合理、功能更加齐全、服务能力进一步提高”的养老服务格局。

2011年以来，西安市以健全社会保障体系、落实老年人社会保障政策为重点，加快完善以社会保险、社会救助、社会福利为基础，以基本养老、基本医疗、基本住房、最低生活保障为重点，以慈善事业、商业养老保险为补充的老年人社会保障制度体系建设；2012年，西安市政府颁布《关于加快推进社会养老服务体系建设的实施意见》，将重点建设居家养老支持体系，推进建设老年人日间照料中心、托老所、老年活动中心、互助式养老服务中心等社区养老设施及社区综合服务设施，意在推进发展调动了家庭和社区两重资源、结合了居家养老和社会机构养老双方优点的社区居家养老方式，同时培育养老服务市场，并力争到2015年“基本形成制度完善、组织健全、规模适度、运营良好、服务优良、监管到位、可持续发展的社会养老服务体系”；2013年，西安市启动了在100个社区开展居家养老和社会照料工作，并推广碑林区、莲湖区和未央区的做法，积极推进养老服务求助系统和救援系统；同时，西安市民政局、市财政局还联合出台了《西安市特困失能老人生活护理补贴管理办法》、《西安市养老机构等级评定及运营奖励办法》、《社会力量兴办养老机构建设补助资金管理(暂行)办法》、《西安市社区居家养老服务运营奖励办法》、《西安市农村养老服务和幸福院运营奖励

^① “五保”是指对老年、残疾和未满16周岁者，无劳动能力、无生活来源又无法定赡养、抚养、扶养义务人，或者其法定赡养、抚养、扶养义务人无赡养、抚养、扶养能力者，在吃、穿、住、医、葬等5个方面得到的生活照顾和物质帮助。

办法》等 5 个配套文件，涵盖了居家养老、社区养老、机构养老、农村养老等方面的内容，推动社会养老服务体系建设和发展。

2013 年，西安市全年参保城乡居民 248.21 万人，总体参保率达到 99.82%；新增养老床位 2500 张，建成了 40 个农村幸福互助院和 100 个老年餐桌示范点，完成了 100 个社区和 100 个村养老服务试点工作；全市 65 岁以上老年人中有 45.8 万名进行了健康体检并建立了健康档案；全市 20 余处新增住宅小区项目在审核时都被严格要求必须建造配套的老年福利服务设施和活动场地。2013 年 10 月 29 日，全国人大内司委依照《中国老龄事业发展“十二五”规划评估体系》对西安市进行检查验收。按照全国老龄委的评估体系 6 个方面 23 项指标的要求，西安市 6 个约束性指标按照中期进度已经完成，其中 5 项提前完成，17 个预期性指标除机构养老院护理人员持证上岗率低于标准外，其余 16 项指标均按中期进度全面完成。预计到“十二五”期末，西安将在每个街道、乡镇建成一个综合型社区服务中心，新建城市社区养老服务中心或托老所 450 个以上。

三、西安市机构养老概况

（一）政策措施

2008 年发布《西安市人民政府关于加快实现社会福利社会化的实施意见》，对全市各类社会福利机构的数量，尤其是老年人口社会福利服务机构数量提出增长要求，无论所有制形式，养老服务机构床位数应达到每百名老人 2 张以上。文件中提到，要鼓励和扶持社会力量兴办社会福利机构，对新建的社会福利机构城 6 区范围内每张床位给予一次性补贴 3000 元，城 6 区范围外每张床位给予一次性补贴 2000 元，由福利彩票公益金承担 60%，市财政承担 40%。对已运营的社会力量兴办的社会福利机构实行奖励制度。通过综合评比，设定 3 个奖励档次，按人次分别奖励 50 元、40 元、30 元，年底统一核算，由市财政核拨。同时，在税收、建设资金、土地使用、手续办理等方面，也提出了优惠措施，例如对福利机构暂免征收企业所得税，对新建老年服务设施的市政基础设施配套建设费给予减免等。2009 年《西安市人民政府关于加快发展养老事业的意见》指出，对于经市、区县老龄办审批的爱心护理员，按半护理、全护理床位每月分别补助 60 元和 80 元。

在 2013 年 8 月，西安市民政局和西安市财政局下发的《西安市养老机构登记评定及运营奖励方法》中，提到养老机构是指国家、社会组织、个人或其他社会力量举办，为西安籍老年人、精神病人提供养护、托管和康复护理等服务的机构。该文件指出西安民政部门在对养老机构一年一次等级评定的基础上，从市财政设立运营奖励专项资金，对养老机构进行运营奖励，鼓励促进福利机构的运营管理。申请登记评定的养老机构必须具有一年以上运营时间，获得民政部门正式批准，已发办理民办非企业单位登记手续。《方法》中提到，等级评定按照规定条款进行打分，一共分为三个等级，一级、二级和三级，其中一级最高。主要从四个方面考察机构，分别是服务，管

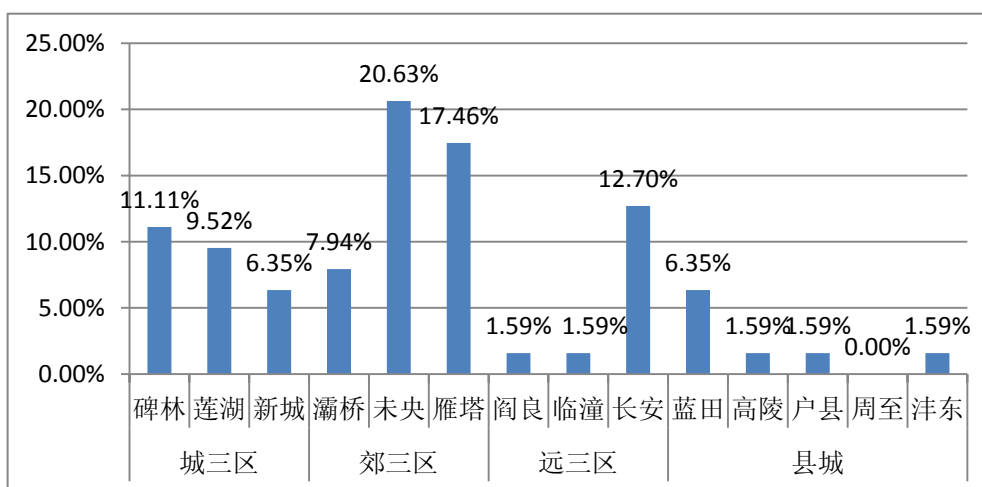
理，设施、设备，以及综合。“服务”从膳食、护理、康复医疗评审机构，“管理”从证书、人员配置、制度建设考察机构。同时，还要结合机构实际接收的老人的身体状况、数量和入住时间，对机构进行运营奖励。《评定》着重强调了失能老人、半失能老人和自理老人的区别，奖励细则如下：

第十四条 以养老机构接收 1 名西安籍贯老人（60 周岁以上）并住满 1 个月为 1 人次计算。接纳自理老人、半失能老人和失能老人，对于一级养老机构，分别按 50 元/人次、70 元/人次、90 元/人次进行奖励；对二级养老机构，分别按 40 元/人次、60 元/人次、80 元/人次进行奖励；对三级养老机构，分别按 30 元/人次、50 元/人次、70 元/人次进行奖励。

（二）机构养老发展现状

“十一五”期末，西安全市共建成运营社会福利机构 62 家。从机构布局上看，有 29 家养老机构分布在郊三区（灞桥区、未央区和雁塔区），占机构总数的 46%；17 家养老机构主要分布在城三区（碑林区、莲湖区和新城区），占机构总数的 27%；10 家分布在远三区（阎良区、临潼区和长安区），占机构总数 15.9%。其余 6 家机构分布在西安市管辖的县城，例如蓝田县、高陵县等（具体见表 3-1）。养老机构在郊区集中，一方面占地面积充裕，环境适宜居住，形成了养老产业的规模效应；另一方面从老年人需求和子女需求来看，却也显示出不足之处，城区内养老机构占地面积小、床位数少，无法满足老龄化激增下的养老需求，但是郊区养老机构条件优越、费用更高，也造成了家庭负担过重。从老年人养老的需求，尤其是精神需求来看，郊区居住不利于老年人和子女之间的精神交流，社会交流有可能会疏减。

表 2：西安市各个城区养老院分布（%）

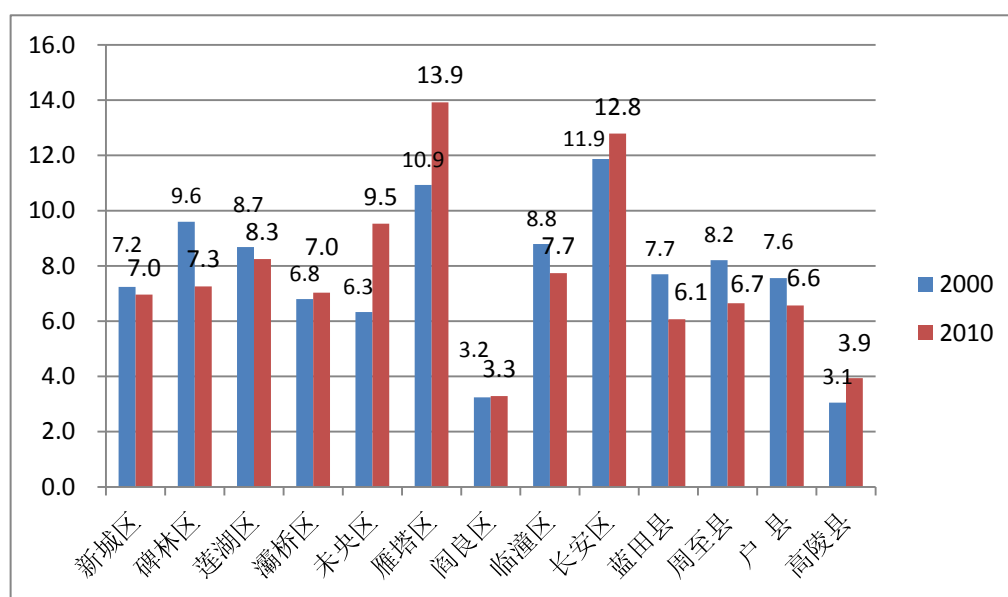


数据来源：西安养老院数据统计-2010-百度文库

http://wenku.baidu.com/link?url=IcmHBo0z7whYbdPINglKbdvWomA1lR4gdPZRDgSe5Jfi6Wstvl8g5s8Ns8v1EY1k2lCwzy3H2IDHERfOyAkkajhIY9DSXwC_2kgTtojx6fa

结合 2000 年五普和 2010 年六普数据，西安市各个城区人口在 2000 年，长安区分布最多,占 11.9%，雁塔区次之，占 10.9%，碑林区为 9.6%，排第三；而到了 2010 年，雁塔区占据了首位，占人口比例 13.9%，且增长幅度最大，增长了 3 个百分点，长安区次之，占 12.8%，占据第三位的是未央区，为 9.5%。对比人口分布和养老机构布局，在人口增长速度快、占比例高的雁塔区也集中了高比例的养老机构，长安区和未央区的情况也相类似。在西安市人口分布呈现从城市中心区向经济新区及郊区迁移扩散的趋势下^①，养老机构的分布也顺应了这一趋势，但是否能积极有效缓解老龄化问题带来的困扰，切实解决养老需求，还有待进一步考察。

表 3：西安市各个城区人口对比图（2000 年-2010 年）（%）



数据来源：西安市统计局：《西安市 2010 年第六次全国人口普查主要数据公报[1]》，2011 年 5 月 25 日。

传统对养老机构的性质分类是按照资金来源，分为公办机构、在民政部门注册的民办非企业的养老机构、在工商部门注册的民办非企业的养老机构^②。他们主要承担福利性的社会养老服务。根据 2010 年西安市老龄办、市社科院社会学所对西安市养老机构的调研，和陕西省民办养老机构名录，统计得出，截至 2010 年 4 月底，全市运行的各类养老机构共有 63 家，其中民办养老机构 34 家，占机构总数的 59.6%，公办机构 23 家，占机构总数的 40.3%，另有 6 家性质不详，民办机构在数量上更占优势。同时，入住民办养老机构的人数为 2927 人，占入住老人的 74.8%，是入住机构养老老年人的主体部分。报告发现这可能是因为民办养老机构多以失能失智老人为服务对象，专业服务和生活料理综合服务更能满足当前老年人群体的需求。

^① 李利民：《西安市第六次人口普查公报解读》，西安人口网（<http://www.xianfp.gov.cn/index/catalog58/10539.aspx>）。

^② 赵婷婷：《我国养老机构的地位、性质及运作方式研究》，《社会工作》，2012 年第 5 期。

从收费标准看,单纯收养农村“五保”老人的敬老院或福利院,不向老人收费,由国家财政支付,其他的公办和民营养老机构则要通过收入费用维持运营。游华丽(2011)结合老年人的自理类型对养老机构的收费情况做以分类,主要是自理型、半自理型、全护理型以及特殊护理型。一般而言,自理型老年人为每人每月700-1000元,半自理型老年人为每人每月900-1500元,全护理老年人每人每月在1000元以上,特殊护理老年人为每人每月1500元以上。具体的收费标准还会因养老机构选址和具体服务有所浮动。根据西安市2011年国民经济和社会发展统计公报,全市城镇居民人均可支配收入25981元,平均月收入为2758元;根据陕西省统计局数据,2011年1月到9月,城镇居民家庭人均可支配收入为18727元,平均每月可支配收入仅为1560元。按照2011年的水平,普通家庭倘若有失能半失能老人需要送往养老院居住,养老机构的住院费用会是一笔很大的负担。

从养老机构收住情况看,根据2011年发布的《西安市养老机构现状调研报告》,全西安市总床位数6816张,平均每百位老人拥有0.55张,与国内一些城市的发展水平相比,还有很大距离(2009年底,北京市每百位老人拥有养老床位数2.48张)。根据2014年西安市老龄工作会议报告,2013年,西安市新增养老床位2500张,2014年,目标要力争全年新增养老机构床位3000张以上(西安市民政局网站)。可以说,在老龄化迫切形势下,西安市养老服务的发展突飞猛进,实现了进一步的飞跃。

从服务情况看,西安市养老服务机构普遍存在管理体制不健全、财政投入体制机制不完善、服务质量不高等问题^①,从人力资源上看,陕西工运学院借鉴日本专业化养老服务,不断培养养老服务人才,输送到不同层次的养老服务机构(详情见第六部分),但是从人员的总体素质来看,多数养老服务人员,尤其是农村敬老院中的服务人员,大多还只停留在日常照料方面,无法提供专业医疗照顾和精神陪伴。

(三) 西安市机构养老面临的问题

结合以上几点,西安市机构养老表现出几个突出问题:

1. 养老机构布局不均,地理区域调整亟待加强

西安市养老机构基数小、床位数不足,需要从量上不断增加,满足日益增长的服务需求。然而在区域分布上,又如上文所说,多数集中在远郊城区,难以就近满足老城区居民的需要。人口流向郊区移动,也主要是经济技术型企业 and 高校人才移居,人口年龄层次偏低。因此,要从老年人实际需求出发,协调社区养老等其他养老方式,组合养老机构的区域分布,最大程度发挥养老机构的实际功效。

2. 养老机构自身建设水平不足,服务水平有待加强

从硬件看,有的养老机构是原有设施改建而来,没有在符合老年人心理和体能特征

^① 张增芳,《老龄化背景下机构养老的供需矛盾及发展思路》,《西北大学学报(哲学社会科学版)》,2012年9月。

的建筑规范下进行改建，没有达到无障碍设施标准^①。从软件服务上看，技术能力和服务水平在专业化能力上还很不足，且服务内容较为单一。因此，要加强养老机构各方面建设，并且从政策措施上提升对民营养老机构的关注，改善民营养老机构发展现状。

四、西安市居家养老概况

（一）以发展居家养老为重点的养老服务格局

居家养老服务以上门服务为主要形式，涵盖生活照料、家政服务、康复护理、医疗保健、精神慰藉等服务内容。具体而言，对于身体状况较好、生活基本能自理的老年人，居家养老主要提供家庭服务、老年食堂、法律咨询等服务；对于生活不能自理的高龄、独居、失能等老年人，主要提供家务劳动、家庭保健、辅具配置、送饭上门、无障碍改造、紧急呼叫和安全援助等服务。

在中国目前以“9073”（即90%为居家养老、7%为社区养老、3%为机构养老）为主的养老服务体系框架下，西安市也以居家养老为其养老服务格局的基础，在《西安市老龄事业“十二五”规划》中也明确将发展居家养老服务作为社会养老服务的重点，并出台了相关的政策文件以重点扶持居家养老，如《西安市人民政府关于加快推进社会养老服务体系建设的实施意见》、《西安市社区居家养老运营奖励办法》、《西安市特困失能老人生活护理补贴管理办法》等。

（二）西安市居家养老服务发展情况

在发展居家养老服务方面，西安市主要做了四个方面的努力。一是改善老年人居住条件与居住环境。如全面推行城乡建设涉老工程技术标准规范；多方共同推动和扶持老年人家庭无障碍改造；引导开发老年宜居住宅和代际亲情住宅，鼓励家庭成员与老年人共同生活或就近居住，尽可能减少老年空巢现象；从硬件设施的整体规划上统筹居家养老服务设施场所，包括加强对建设项目中无障碍设施建设的审查力度；在审核住宅小区项目时，严格要求建造配套的老年福利服务设施和活动场地等。近几年来，西安市老龄委连续开展老年宜居社区、老年温馨家庭评选活动。2013年，在西安全市1/3的社区开展了创建活动，评选表彰了10个老年宜居示范社区、20个老年宜居社区和50户老年温馨家庭。^②

二是在城乡社区建设居家养老服务中心，搭建县（市、区）、乡（镇、街道）和社区（村）三级服务网络，实现居家养老服务网络的全面覆盖。要实现服务网络的全覆盖，就要求有一定数量的站点、统一的信息平台和站点服务队伍。“十二五”期间，西安将制定《关于加快发展居家养老服务工作的意见》。在站点建设方面，2013年，

^① 梁木、梁海霞，《投资西安民营养老机构的可行性分析》，《西安邮电学院学报》，2010年7月。

^② 李改革：《西安市2014年老龄工作报告》，西安老龄网，2014年4月11日。

西安市完成了 100 个社区和 100 个村的养老服务试点工作，建成了 100 个老年餐桌示范点和 40 个农村幸福互助院；2014 年，目标完成 200 个农村幸福院假设，同时借助老年协会的力量在各区县建成 10-20 个老年协会规范化示范点，引导开展为老服务并加强老年志愿者、社团组织的建设；到 2015 年，争取在西安所有社区都建立居家养老服务中心（站），在 80%以上的乡镇和 50%以上的农村社区建设集院舍住养和社区照料、居家养老等多种功能于一体的综合性老年福利服务中心，在村委会和自然村建设一所老年人文化活动和站点。在信息平台建设方面，将依托三级服务站点，逐步建立从省级到居（村）委会全覆盖的居家养老服务信息平台 and 老年人信息数据库。在服务队伍方面，将借助既有村设组织的力量，引导和支持社会力量开展居家养老服务，逐步培育、发展居家养老服务中介组织，并逐步走向标准化、规范化、专业化、集约化发展，不断拓展居家养老服务的内容和领域，实现从基本生活照料、家政服务向医疗健康、辅具配置、精神慰藉、法律服务、紧急救援等方面的延伸。

碑林区民政局五项措施加强社区居家养老服务站规范化建设

来源：陕西民政 时间：2011-11-29 00:14

近日，为了进一步加强全区社区居家养老服务站的软件管理，完善社区居家养老服务站的各项配置，碑林区民政局下发了《关于加强社区居家养老服务站规范化建设的通知》，就居家养老服务站统一标识和内部制度规范建设等有关事项进行了明确。本次规范化建设的实施范围包括 2010 年、2011 年已建和正建的 23 个社区居家养老服务站建设项目。一是统一标识。要求全区社区居家养老服务站统一命名为“×××社区夕阳红老年之家”，由各街道负责制作门头标识，其中门头规格为不小于 800MM×2000MM，底色为红底黄字。二是统一内部制度。主要包括《社区夕阳红老年之家工作职责》、《社区“夕阳红老年之家”服务内容》、《社区“夕阳红老年之家”主任职责》、《社区“夕阳红老年之家”安全管理制度》、《社区“夕阳红老年之家”老人公约》等五项制度。制度公示栏的制作规格为不小于 500MM×800MM，底色为淡蓝底黑字。三是统一服务项目。要求各社区“夕阳红老年之家”应包括生活照料、文体娱乐、医疗保健、法律维权等四项内容。四是统一服务方式。社区“夕阳红老年之家”的服务方式包括：无偿服务、低偿服务、有偿服务、义工服务等四种形式。五是抓好团队组建。要求各街道要重视居家养老服务站工作人员的配备，社区居委会要指定 1-2 名社区居委会成员负责，牵头组织社区居家养老服务工作，同时要广泛发动社会力量，积极动员社会组织、社区志愿者参与居家养老服务站的运营和管理，每个社区至少应当组建

不少于 5 支服务队，即医疗卫生服务队，家政服务队，便民服务队，文体健身服务队，法律宣传服务队，有条件的社区还可以根据自身实际增加内容。同时，碑林区民政局还要求各街道要加强对社区居家养老服务站的指导和督导，对于建成后的项目，不得将场地和设施闲置，或者挪作他用。

（碑林区民政局/常晓华）

三是落实老年优待政策。优待政策一方面是直接补贴到老人的，另一方面是补贴到提供居家养老服务的社区或组织（机构），这一部分将在社区养老部分具体论述。老年人口可办理《老年优待证》，享受半价（65-69 岁）或免费（70 岁以上）参观旅游景点，或免费（70 岁以上）乘坐市内公交车、免缴普通门诊挂号费等优待。高龄保健补贴是面向西安市辖内年满 80 周岁以上（含）的高龄户籍老人发放的一项补贴，其补贴标准为：80-89 周岁老人，每人每月 60 元；90-99 周岁老人，每人每月 120 元；100 周岁以上（含）老人，每人每月 360 元。申请获批当月即开始领取。同时，西安市也出台了《西安市特困失能老人生活护理补贴管理办法》，建立了生活特别困难失能老人生活护理补贴制度，即从专项市级资金补助经费^①中向城乡低保对象、城镇“三无”对象、农村五保对象、优抚对象中的失能老人，以及高龄特困失能老人（家庭收入低于西安市低收入标准，且年龄在 80 岁以上的失能老人）等五类人员拨付生活护理补贴，其发放标准为：城乡低保对象、城镇“三无”对象、优抚对象中的失能老人和高龄特困失能老人每月享受 100 元生活护理补贴，农村五保对象中的失能老人每月享受 300 元生活护理补贴；每月受理申请，按季拨付补贴。此外，西安市政府也建议并引导有条件的市县探索对居家养老的失能老年人给予专项补贴，鼓励他们配置必要的康复辅具，提高生活自理能力和生活质量。

四是完善家庭养老支持政策。主要包括：探索改革老年人口户籍迁移管理政策，为老年人与赡养人随迁提供条件；健全家庭养老保障和照料服务扶持政策，完善农村计划生育家庭奖励扶助制度和计划生育家庭特别扶助制度，落实城镇独生子女父母年老奖励政策，建立奖励扶助金标准动态调整机制；弘扬孝亲敬老传统美德，强化尊老敬老道德建设，提倡亲情互助，营造温馨和谐的家庭氛围，发挥家庭养老的基础作用。

（三）西安市居家养老服务存在的问题

虽然西安市的居家养老既有传统也有现实需要；西安市也将发展居家养老作为其养老服务体系建设重点，但就目前的发展情况而言，西安市的居家养老服务仍有一些潜在的问题。

^① 由市、区县两级财政按比例分担。其中，新城区、碑林区、莲湖区、雁塔区、未央区、灞桥区、阎良区、长安区、高陵县、沣东新城的补贴资金由市、区县财政按 5:5 比例负担；临潼区、户县、周至县、蓝田县的补贴资金由市、区县财政按照 8:2 比例负担。

首先，西安市老年家庭的高“空巢化”特征给居家养老服务带来较大压力和较大风险。从 JICA 在西安的项目点——陕西工运学院，所做的一项主要针对陕西省老年人及其家属对养老护理服务的认识及需求的社会调查情况来看，在 236 份针对老年人的调查问卷中，调研对象“需要护理的”为 116 份，占 49.15%；“不需要护理的”为 120 份，占 50.85%。其中，大多数老人（59.48%和 72.50%）都是与配偶共同居住的；由老人彼此相互照料，老老介护在被调查老人中非常普遍。①这种较高的空巢率就增大了居家养老的风险。

其次，老年家庭的高“空巢化”特征对社区养老服务的依赖较重。这就要求有配套完善的社会养老服务网络居中衔接，协同支持居家养老服务。而目前西安市支持社区居家养老的站点还在不断建设当中，短期内尚不能形成完善的社区居家养老服务网络。

五、西安市社区养老概况

（一）政策措施

西安市老龄事业发展“十二五”规划指出，要稳步推进社会养老服务体系建设和发展社区照料服务。把日间照料中心、托老所、社区养老服务中心等社区养老设施，纳入小区配套建设规划。本着就近、就便和实用的原则，开展全托、日托、临托等多种形式的老年社区照料服务。加强老年服务志愿者队伍建设，深入开展社区志愿者助老服务。

从资金补贴看，西安市一直以来都积极为社区养老提供资助。2009 年 8 月，《西安市资助社区居家养老服务中心（站）实施细则》中谈到，为社区居家养老服务中心提供开办补贴和运营补贴。通过服务设施、服务内容、服务质量等综合评审之后，设立四个档次给予开办补贴，补贴从 1 万元到 4 万元不等。运营补贴为 5000 元，奖励固定服务 50 户以上老年人家庭的服务中心。补贴主要用于基础设施建设、增添配套设施以及为独居老人提供寻呼系统②，不得用于其它用途。在 2012 年底公布的《加快推进社会养老服务体系建设和实施意见》中，提出到 2015 年力争城市的所有全部建立居家养老服务中心（站），在乡镇，力争拥有 80%左右一处集院舍住养和社区照料、居家养老等多种功能于一体的综合性老年福利服务中心。为了进一步有效开展社区养老服务，从 2013 年 8 月开始，对开展社区居家养老服务的社区，以及社会力量兴办的居家养老服务机构和志愿者服务组织做资金补贴。奖励办法是择优对 300 个城市社区开展养老服务示范活动进行运营奖励。根据社区开展养老服务活动情况实行打分，按所得分数由高到低排序，分 7 个档次奖励社区，奖金从 1 万元到 4 万元不等。在已公布的奖励名单中，每个档次各个城区的分布较为平均，基本上都有 4-6 家上榜。在

① 陕西省养老服务事业社会调查项目组：《陕西省养老服务事业调查报告》，2013 年 7 月 28 日。

② 西安家政服务网：<http://xajz.96128.com/news/ffg00/2010-09-06/13051.html> 2010 年 9 月 6 日。

奖励市社会力量居家养老服务运营组织的名单中，可以发现，不少养老机构的志愿者服务队也榜上有名，例如西安三春晖志愿者服务队，西安丰泽园志愿者服务队，分别是西安三春晖老年公寓、西安丰泽园老年公寓的志愿者队。这说明在机构养老的服务中，穿插着积极主动的志愿者服务队参与服务，提高了养老服务水平、激发了社会力量对养老服务的关注^①。

（二）社区养老现状与问题

西安市社区养老服务的推进一方面是力求在数量上不断累积，保证到“十二五”末“全市每个街道、乡镇都建成一个综合性社区服务中心，新建城市社区养老服务中心或托老站 450 个”。同时，也在养老服务的方式上，进行新的实践。例如莲湖区应用现代化信息服务为载体，投入 400 多万元建立区居家养老服务信息中心，为全区 8 万多老年人建立基本信息档案，区养老信息平台 24 小时接听老人电话，提供包括生活照料、打扫卫生、精神慰藉、康复指导等服务^②。

从老年人社区养老服务的享受状况、满意度和需求来看，西安交通大学课题组（温海红、张永春、文成，2013）在 2011 年在西安市四个社区所做的抽样调查发现在社区养老服务中，存在服务内容单一，缺乏精神慰藉、文化生活等方面内容；老年人对于管理水平评价也较低；社区养老服务人员缺乏相关知识的正规培训，人员投入的力量也很薄弱。

从罗亚萍等（2013）对西安市老年人养老方式的意向调查显示，随着当前家庭养老无法满足需求，社会化养老资源供给不足的发展趋势，自立养老已经取代传统家庭养老方式成为中老年人的首选期望方式。自立养老可以满足老年人在自己熟悉的环境下养老的需求，但是如果进入生活不能自理阶段，还是需要通过家庭或者社会的力量提供养老服务。因此在这样的现实状况下，有必要“在社区大力发展社会化养老服务组织以及制定和完善相关的养老政策”。

六、西安市 JICA 项目点走访情况：陕西工运学院老年服务与管理系

陕西工运学院老年服务与管理系（以下简称“老服系”），是陕西省从养老护理人才专业培养上所做的创新。作为西北内陆省份，陕西省的养老服务发展水平较为落后，在人力资源上的补给也一直是个缺憾。从 2006 年开始，通过与日本社团法人全劳济达成的合作意向，开始在陕西工运学院着力培养专业养老护理人才，并在 2012 年与日本日中介护事业交流协会，共同成立中日介乎陕西合作项目促进会，在国际经验上

^① 《关于印发西安市社区居家养老运营奖励办法的通知》

^② 艾东，《信息化条件下的社区养老服务新实践》，《新西部》，2011 年第 21 期。

加深交流。在省内，也肩负着为陕西省养老护理员进行专业培训的责任。2012 年底，经与日本日中介护事业交流协会的努力，学院老服系“陕西省养老护理人才培养援助事业”项目得到“日本政府草根技术协力事业援助项目”批准，成为 JICA 的项目实施单位之一；自 2013 年 1 月起，开始接受 JICA “基层友好合作项目”为期三年的援助，目前已顺利完成第一年的项目计划。以下将从专业设置、人才培养状况、招生与就业，以及职业教育发展困难四个方面做以梳理。

（一）专业设置

陕西省工运学院是一所公办成人大专院校，老年服务与管理专业为成人教育和高职教育两种渠道招生，在教学中实行日语和养老护理双专业教育，在熟悉语言基础上，学生利用日语和日本专家直接交流，也通过出国学习的机会，加深对日本专业护理技术的学习和养老服务的体会。目前累计 24 名学生赴日本学习，并考取日本的养老护理员资格证。在课堂教学上，主要改造了日本两年介护福利士的课程，在两年课堂学习中学生修 24 门课。教师在课堂上通过体验式教学，带领学生亲身感受老年人的生活，转变对老人的认识，学会在今后工作中鼓励老人发挥残余能力。养老护理技术注重实操培训，工运学院设置有专业实训室，通过实际操练，加强科学护理的技能，比如人体力学知识就能有效帮助学生照顾失能老人起居。

（二）人才培养

从师资看，老服系集合了中日两方的教学力量，中方师资背景多为日语、社会保障、社会学等，教授日语教学、老年社会工作、社区管理等方面课程，同时，还有外聘教师，主要做康复护理，多为医院主任、护士长，常见病专家等。日方专家不定期来学院指导，一方面对学生的护理水平做指导，一方面对学院的发展作指导。工运学院面临转变的过渡期，在做申办高职院校的准备，然而国家对于大专院校目前多为压缩政策，因此，如何保专业保升级也是学院发展的重要任务。老服系主要负责人包丽萍老师，曾赴日本学习养老介护服务，取得日本养老护理最高资格证——介护福利士。

除了学历教育以外，老服系在职业培训和鉴定方面也有突出特色。在学生前往日本学习期间，他们要考取日本的二级护理员证书，共计 130 个学时，在日本期间除了上课，还会到当地养老院实习。在国内的护理员资质上，学生自身是学习老年服务与管理的，毕业之际，他们可以直接考取中级护理证，毕业一段时间还可以回到学校考取高级护理证。工运学院实行的是职业培训和职业鉴定一条龙服务，因此，学生在学校通过实习就可以拿到资质证明，更加容易上岗就业。

另外，学校还承担着陕西省民政厅“养老护理员千人培训”的工作。目前，陕西省持证上岗（初级证）的人数只有 2 万人左右，只有 5% 持证上岗，而国家规定到 2015

年必须持证上岗，因此培训任务十分艰巨。培训主要针对的是在农村从事养老服务，但没有专业护理技能的人员。

（三）招生与就业

随着老龄化状况的加深，国家和地方都提高了对养老服务产业和人才培养的重视。陕西工运学院从 2008 年开设老服专业，历年招生人数从最开始的 17 人，逐渐发展到 2010 年的 82 人，并且这几年一直保持在 70 人到 80 人之间。生源主要是省内生源，学生毕业流向除了在省内一些养老院敬老院工作以外，还有通过实习，最终于北京、上海等一线城市的养老机构就职的。招生性别比例一般是男女生 1:5，尽管男生数量少，但是在就业过程中更为抢手，用人单位倾向于将男生放置在管理岗位上。

社会有关养老护理员的职业认同，影响着学生不仅影响着招生，也影响求职意愿。相较于日本对于养老护理员的尊重和肯定，由于专业化水平不强，行业规范性差，中国社会对于养老护理员职业的认可程度还偏低。据调查，陕西工运学院老服系学生毕业能够留在本行业的大概为 50-60%之间。通过第三年的实习期，学生会在就业意愿上有所分流，学生在实习单位的工作感受对就业产生一定影响。学生一方面考虑到工资薪酬，一方面也会考虑到工作环境和工作强度。

（四）职业教育发展困难

从总体上看，职业教育培养实用性专门人才，满足社会对于专业人才的急切需求，高职类学生供不应求。老年服务与管理的人才队伍，是养老服务体系建设中十分重要的一环，具备很大的市场潜力和社会价值。确保专业护理人才的输送，有助于保证服务的提供。

同时，调查也反映出职业教育面临的困境，主要有以下四点：

一是重视程度不够。从提供专业养老护理教育的学校数量上看，西北地区极少，目前只有陕西工运学院、西安文理学院等学校招生，一些学校发觉到养老服务人才缺口，准备筹办，但还是处于发展初期。和医学角度的护理服务不同，养老护理对精神服务上的要求更高，因此，对师资方面的要求更高。

二是发展缓慢。从时间上看，工运学院在 6 年时间里的成长和发展，已经将养老人才服务与管理的新理念、新方法带入了行业。但是从发展成效看，人才的培养是一个长期的投资，短时期内收效不够明显，导致从整体来看，发展进度缓慢。

三是社会认知有待改观。从 2013 年到 2014 年陕西省高职院校(包括高职、中专、技校)也面临着大规模整编，会在办学环节上对一些可能重叠和繁琐的部分进行精简。然而，老服专业作为填补空白的专业是需要鼓励的。传统观念认为养老服务是伺候人的工作，但是专业化服务其实需要很强的技能和知识储备。学生进入工作岗位，需要

从一线服务做起，经过能力的培养，可以逐步走上管理岗位，给予传统养老机构更多的新鲜灌注。

四是专业人才极度缺乏。工运学院从 2008 年开始招生，到目前为止，共培养 130 余名养老护理人才。从数量上看，远远不足以满足市场需求。省内“养老护理员千人培训计划”属于短期的职业培训和职业鉴定，在教育成果上略为逊色，从长远看，需要更多人的关注和参与。

七、研究发现与对策建议

通过对西安市老龄事业与老年服务情况的文献调研，我们有如下几点研究发现：

（一）目前，西安市明确将发展居家养老服务作为社会养老服务的重点，同时出台了相关政策文件以着力发展支持居家养老的社区居家养老服务的网络体系和信息平台建设。这一发展方向既符合西安市目前的实际养老需求，也符合中国未来的养老方向，同时是对既有资源的较好配置与利用。

社区居家养老方式是一种以居家养老为形式，以社区养老服务网络为基础，以国家制度政策法律管理为保证的养老方式（穆光宗、姚远，1999）。它结合了居家养老和社会机构养老的优点，调动了家庭和社区两重资源，能同时较好地满足老人的希望和子女就近照顾的现实需要。它具有：1）成本低、效率高（王树新、元昕，1992）；2）能够就近弥补家庭照顾不周（谭樱芳，2007）；3）满足邻里之间的生活互助和精神慰藉（风笑天，1991）等优势，是中国未来的养老方向（全国老龄办，2008）。

（二）社区居家养老要想真正发挥实效，实现其最佳养老效果，则有赖于配套完善的辅助服务，包括培育社区养老服务组织等；而在这一方面，西安市目前的社区居家养老服务体系远不足以支撑居家养老，它还需要一个发展过程。

社区居家养老方式的普及需要与公共福利服务、市场养老服务的充分发展相配套。由于我国公共福利服务、市场养老服务还处于起步阶段，所以社区居家养老方式还不能在短期内成为城市居民的主要养老方式（罗亚萍、史文静、肖阳，2013）。

从西安市居民目前的养老方式来看，2013 年“西安市居民养老方式现状调查”通过电话调查方式和随机抽样方法，最终获取的 710 份有效数据显示：

（1）在西安市，自立养老^①成为与家庭养老同等重要的一种实际养老方式（见表 4）。

^① 自立养老方式主要是指那些具有经济能力的老人在经济、生活上不依靠子女，而主要依靠自己或其配偶的养老方式，这些老人一般不与子女共居。

表 4：实际养老方式与预期养老方式的统计 (%)^①

项目	实际养老方式	预期养老方式
家庭养老	358 (50.42)	231 (32.63)
自立养老	334 (47.04)	342 (48.16)
社区居家养老	7 (0.99)	57 (8)
社会机构养老	11 (1.55)	80 (11.30)
总计	710 (100)	710 (100)

表 5：老年人按年龄分组与实际养老方式列联 (%)^②

组别	家庭养老	自立养老	社区居家养老	社会机构养老	总计
60-75 岁	45.48	53.11	0.85	0.56	100
76 岁及以上	54.68	41.01	1.44	2.88	100
总计	49.53	47.78	1.11	1.58	100
卡方检验	Chi2(3)=13.1855***				

(2) 西安市自立养老已经取代了传统的家庭养老方式，成为大部分中老年人首选的期望养老方式；同时也是 75 岁以下年轻老年人首选的实际养老方式；只有当老年人进入年迈或生活不能自理时，实际选择中则又倾向于传统的家庭养老方式（见表 4、5）。

表 6：老年人按年龄分组与预期养老方式列联 (%)^③

组别	家庭养老	自立养老	社区居家养老	社会机构养老	总计
60-75 岁	28.8	55.20	5.6	10.40	100
76 岁及以上	51.4	40.00	2.86	5.71	100
总计	33.75	51.88	5.00	9.38	100
卡方检验	Chi2(3)=6.4182*				

(3) 自立养老作为首选预期养老方式还具有跨收入水平的特点（见表 7）。

^① 罗亚萍、史文静、肖阳，《城市居民养老方式的变化趋势、存在问题及对策研究——基于对西安市居民养老方式的调查》，《西安交通大学学报（社会科学版）》，2013 年第 1 期，第 80 页。

^② 同上，第 82 页。

^③ 同上。

表 7：月均收入与期望的养老方式交叉列联 (%)^①

项目	家庭养老	自立养老	社区居家养老	社会机构养老	总计
2000 元以下	36.15	45.19	8.75	9.91	100
2001-5000 元	26.14	53.41	7.20	13.26	100
5001-8000 元	42.86	46.43	3.57	7.14	100
8001 元以上	42.86	42.86	14.29	0.00	100
总计	32.51	48.54	8.01	10.94	100
卡方检验	Chi2(9)=13.6369				

自立养老存在阶段性的问题：60-75 岁的老年人期望家庭养老方式的只有 28.8%，但 76 岁及以上的老年人期望家庭养老方式的比例则急剧上升至 51.4%，过了一定阶段，依然主要向回归家庭。实际养老方式的趋势与预期大体相同。此外，自立养老还存在风险性较大的问题。如果自立养老能得到较为完善的社区养老服务体系的辅助，这些问题也将得到一定解决；而在这一过程中，自立养老也将实现向社区居家养老过渡。

社区居家养老的本质就是自立养老和社区提供辅助养老服务的结合体。由于我国社区居家养老辅助服务以及其他社会化养老方式发展不足，迫使人们只能选择家庭或者自立养老。如果我国普遍实行社会化养老方式，特别是社区辅助养老服务体系发展完善，越来越多的人则会选择社区居家养老为期望的养老方式（罗亚萍、史文静、肖阳，2013）。西安市居民目前的实际养老方式及其预期养老方式等方面的表现，正折射出西安市社区居家养老服务还远不完善、不成熟。因此，在西安市自立养老方式快速发展的形势下，更需要社区大力发展社会化养老服务组织，并制定和完善相关的养老政策。

（三）比较重视对老龄问题的调查研究

及时掌握老龄事业发展状况及社会对老龄事业发展的需求，才能科学提出应对人口老龄化的战略方案，并为制订老龄事业中长期发展规划提供决策依据。由于对快速老龄化给经济社会发展带来的重大影响估计不足，缺乏积极应对意识，西安市老龄事业推进和养老服务建设起步较晚、初期发展较缓，对西安市的老龄问题、养老需求等认识也非常不清楚、不细致。因此，近些年来，西安市相关政府部门加强与高校、社会科研单位的协作，积极开展老龄问题调查研究，举办西安市老龄调研工作推进会，研讨西安老龄调研工作的开展情况及实际工作中的症结，介绍如何组织开展调研活动及撰写调研报告等。西安市的老龄工作在短期内得以较快推进。

^① 罗亚萍、史文静、肖阳，《城市居民养老方式的变化趋势、存在问题及对策研究——基于对西安市居民养老方式的调查》，《西安交通大学学报（社会科学版）》，2013 年第 1 期，第 81 页。

针对以上发现，我们建议：

（一）大力发展居家养老辅助服务的支持政策，完善社区居家养老服务网络的建设。逐渐引导自立养老向社区居家养老方式过渡，既规避了自立养老的风险性和阶段性，也实现了家庭和社区双重资源的最优化配置；同时还符合老年人的预期，满足了老年人的精神需要，也部分维系了传统家庭和邻里的功能，体现了并延续了社会福利的文化内涵。

（二）社区居家养老服务是一个低成本、高收效的养老服务方式，应加大对社区居家养老服务网络的支持力度，加快培育、发展社区养老服务中介组织和专业服务队伍，积极发展社区互助或志愿服务组织，以能衔接好居家养老和社会化养老服务，并以对老人养老需求的最大满足和对资源的最少浪费，实现最优化的社会养老服务。

（三）加大对失能老人的补贴，设立专项资金用于购买特殊养老服务，对失能老人现金补贴的同时，增加对其特殊需求的直接补贴，以便使他们能直接享受到专业机构或专业人员提供的专业化服务。同时探索建立对失能、失智老人的护理保险。

参考文献：

西安市统计局，《西安市 2013 年经济与社会发展统计公报》，2014 年 3 月。

《西安市老龄事业“十二五”规划》

《西安市特困失能老人生活护理补贴管理办法》

《西安市养老机构等级评定及运营奖励办法》

《社会力量兴办养老机构建设补助资金管理（暂行）办法》

《西安市社区居家养老服务运营奖励办法》

《西安市农村养老服务和幸福院运营奖励办法》

罗亚萍，《城市居民养老方式的变化趋势、存在问题及对策研究——基于对西安市居民养老方式的调查》，《西安交通大学学报（社会科学版）》，2013 年 1 月。

温海红、张永春、文成，《陕西省城镇社区养老服务现状分析及其体系构建——基于西安市的调查分析》，《西北大学学报（哲学社会科学版）》，2013 年 9 月。

张增芳，《老龄化背景下机构养老的供需矛盾及发展思路》，《西北大学学报（哲学社会科学版）》，2012 年 9 月。

梁木、梁海霞，《投资西安民营养老机构的可行性分析》，《西安邮电学院学报》，2010 年 7 月。

许琳，《西部地区老年残疾人居家养老服务供需现状的实证研究——基于西安市的调查》，《社会保障研究》，2010 年第 2 期。

游华丽，《西安市民营养老机构发展现状及对策研究》，2011 年陕西师范大学硕士学位论文。

陕西省养老服务事业社会调查项目组：《陕西省养老服务事业调研报告》，2013 年 7 月 28 日。

全国老龄办，《关于全面推进居家养老服务工作的意见》，2008。

大连市老年服务调查报告

马原

一、大连市老年人口的基本情况

大连市位于中国辽东半岛南端，是中国的5个计划单列市之一、15个副省级城市之一。大连辖6个区（中山、西岗、沙河口、甘井子、旅顺口、金州），3个级市（瓦房店、普兰店、庄河）和1个海岛县（长海），总面积1.25万平方公里，人口603万。据大连市第六次全国人口普查数据显示，截止2010年11月1日零时，全市常住人口669万人。60岁及以上老年人口105.7万人，占总人口15.8%，高出全国平均水平2.54个百分点，与2000年相比，提高了3.18个百分点；65岁及以上老年人口71.6万人，占总人口的10.7%，高出全国平均水平1.84个百分点；70岁及以上老年人口48万人，占总人口的7.2%；80岁及以上老年人口13.7万人，占总人口的2%，占60岁及以上老年人口的13%；100岁及以上老人288人，居省内各城市之首，其中男性82人，女性206人。

按照联合国公布的老龄化标准，当一个社会的65岁以上老年人口占总人口的比例上升到7%以上、或60岁以上人口占人口总数的10%以上时，这个社会就被称为老龄化社会。因此，大连市所在的辽宁省是中国人口老龄化趋势较快的地区，而大连市则是辽宁省最早进入老龄化社会的城市，在2000-2010年的十年间，60岁及以上老年人口增加了31.3万人，年均增长速度为3.57%，均快于辽宁省和全中国老年人口的增速，也高于全市总人口年均增长速度2.29个百分点。大连市65岁及以上老年人口比重在全国15个副省级城市中居第一位，高于副省级城市平均值2.53个百分点。根据《辽宁省2011年老年人口信息和老龄事业发展状况报告》显示，截止2011年末，大连市60岁以上户籍老年人口110.96万人，占全市户籍人口588.54万人的18.85%，65岁以上的77.4万人，占人口总数13.15%，老龄化程度高居全省之首。预计2015年末，大连60周岁以上老年人将达到135.7万人，约占人口总数21.1%。^①

大连城市的人口发展已经进入老龄化时代，呈现出老年人口增速加快、高龄老人比重提高、独居老人增多等特点。首先在总量方面，60岁以上老龄人口占总人口的比例逐步增高。2000年，大连市60岁及以上老年人口74.4万人，占总人口的12.6%，比1990年提高了2.75个百分点；2010年比2000年提高3.18个百分点，老龄人口呈递增趋势，平均每年新增老龄人口超过3万人。

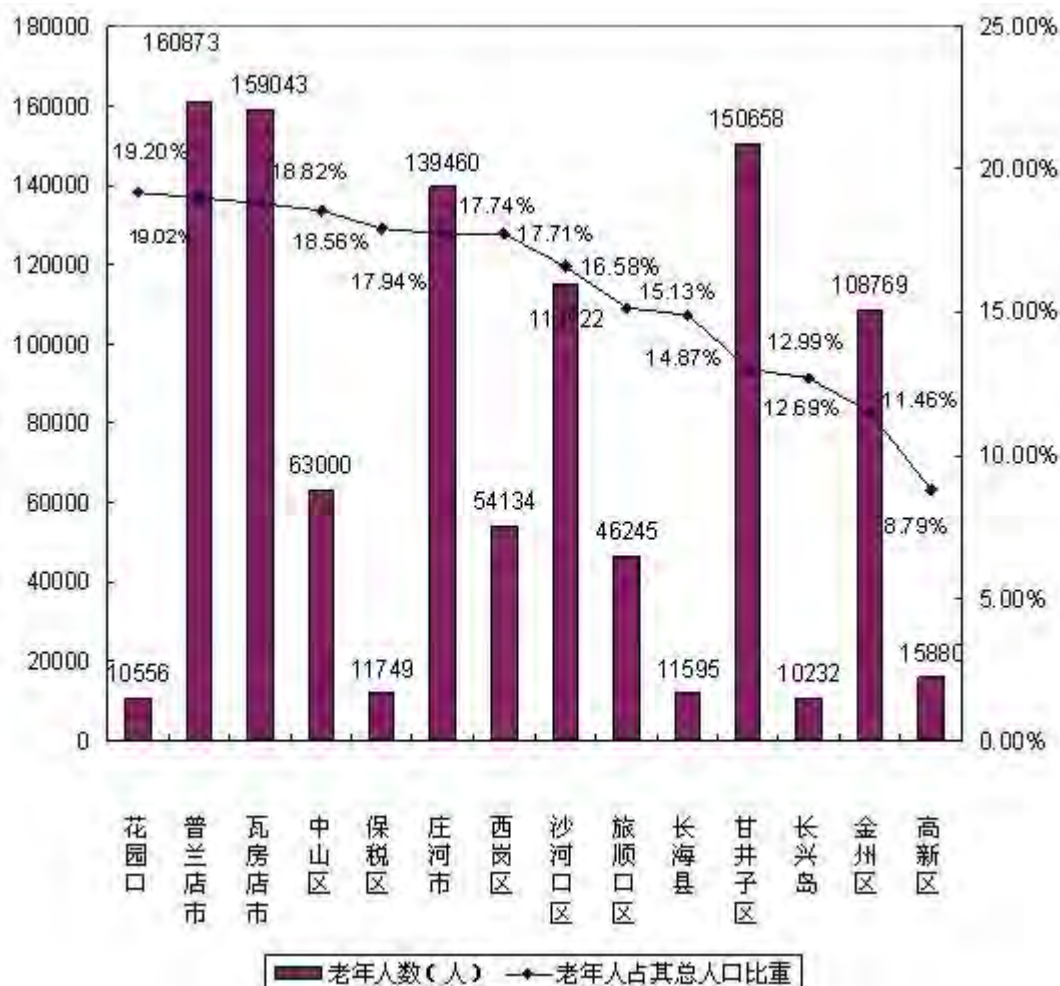
在性别结构方面，女性老龄人口多于男性。60岁及以上老年人口中，男性占49%，

^①《大连日报》：《大连“拐进”老龄化时代》，2012年03月14日，A05.

女性占 51%；70 岁及以上老年人口中，男性占 47.6%，女性占 52.4%；80 岁及以上老年人口中，男性占 45.4%，女性占 54.6%；100 岁及以上老年人口中，男性占 28.5%，女性占 71.5%。随着年龄的递增，女性老龄人口所占比重越来越高，男性人口比重越来越低。

表 1: 各地区老年人数及占其总人口比重图示

单位: 人, %



数据来源: 大连市统计局, 2012 年

在地区分布方面, 北三市老龄化尤为突出。老龄人口从多到少排序前 6 位依次为普兰店市 16.1 万人、瓦房店市 15.9 万人、甘井子区 15.1 万人、庄河市 13.9 万人、沙河口区 11.5 万人、金州新区 10.9 万人。除高新区 (占 7.79%) 外, 其他各区市县均步入老龄化社会, 老龄人口占总人口比重从多到少排序前 6 位依次为花园口经济区 19.2%、普兰店市 19.02%、瓦房店市 18.82%、中山区 18.56%、保税区 17.945%、庄河市 17.74%。

在生活状况方面, 独居老人明显增多。全市家庭户中有 60 岁及以上老年人口的家庭户为 69.8 万户, 占全市总家庭户的 30%, 比 2000 年提高 2.9 个百分点。独居老人达 30.6 万户, 占老年人口家庭户 43.9%, 比 2000 年提高 10.6 个百分点。其中单身独居老人为

11.3 万户，占老年人家庭户的 16.2%，比 2000 年提高 5.5 个百分点；只有一对老夫妇的户为 19.3 万户，占老年人口家庭户的 27.7%，比 2000 年提高 5.1 个百分点。

在身体状况方面，随着医疗技术和医疗保障水平的提高，老年人健康水平也较高。60 岁及以上老年人口中，身体健康和基本健康的人占 82.7%，具有生活自理能力的人占 97.1%。在婚姻状况方面，老年人口中有配偶者比重略升。60 岁及以上老年人口有配偶者比重为 75.37%（详见表 2），比 2000 年提高 1.73 个百分点，丧偶者比例从 2000 年的 25.14%降为 22.9%，下降了 2.24 个百分点。有配偶老人比重的上升，利于增强老年人晚年生活的幸福感。

表 2：老年人口的婚姻构成

单位：%

	未婚	有配偶	离 婚	丧 偶
2010 年	0.77	75.37	0.96	22.9
2000 年	0.66	73.64	0.56	25.14

数据来源：大连市统计局，2012 年

在生活来源方面，有独立生活来源的老年人居多。72.5%的 60 岁及以上老年人口有独立的生活来源（包括劳动收入、离退休金和养老金、最低生活保障金和财产性收入），比 2000 年大幅提高了 18.3 个百分点。其中，依靠离退休金和养老金生活的占 60 岁及以上老年人口的 51.9%，与 10 年前基本持平；靠家庭其他成员供养的占 26.4%，比 10 年前下降 18.85 个百分点。

与发达国家相比，中国人口老龄化呈现老年人口的绝对数量大、发展速度快、高龄化趋势明显、“空巢”老人迅速增加，以及与经济发展不同步等显著特点。老龄化趋势对经济社会发展带来的影响主要集中在以下几方面：首先，老年人增多会进一步加重政府财政负担。目前大连市领取退休金养老金及最低生活保障金的老年人占老年人口的一半以上，随着老龄化程度的提高，这一比重也会随之继续提高。其次，中国核心家庭的比例越来越高，这使老年负担系数增大。尤其在实行计划生育政策后，独生子女人口成家后需要赡养和照顾的长辈将达到 4-8 人，老年抚养比的提高会进一步加重年轻人负担。此外，老龄社会中空巢老人、未婚、离婚、丧偶老年人增多，已经成为一个不容忽视的社会问题。严峻的人口老龄化态势与老龄服务产业发展的滞后构成矛盾。面对“银色浪潮”的冲击，传统的家庭养老方式受到了前所未有的挑战，各种养老需求正在悄然发生变化，非家庭养老方式正越来越受到社会的关注，传统的家庭养老方式的需求和功能正逐步弱化，而社会养老将成为中国养老模式发展的一种必然趋势。^①

^① 初炜：《大连市发展养老事业的对策研究》，《学习与研究》，2009 年第 6 期。

二、大连市养老机构现状

(一) 大连市养老机构概况

大连市社会养老机构按照所有制形式主要划分为公办与民办两种类型。前者包括“国办养老机构”，即由市区两级政府举办的社会福利院和老年公寓与“集体办养老机构”，即农村乡镇集体举办的敬老院；后者包括社会力量举办的养老机构与民营办养老机构。市内养老机构的所有制形式以国办和民营办为主，而农村养老机构则以集体办为主。其中民营养老院出现于上世纪90年代末期。2008年开始，大连推出一系列扶持民办养老院政策，例如为每个民营养老院提供每建一张床位给予5000元一次性扶助金，每接收一个大连户籍老人给予每月100元补助等，民营养老院受政策利好刺激，数量迅速增多，短短几年间便从最初的几十家发展到300多家。

表3：大连市养老机构数量、床位与入住率

年份	养老机构数量（个）		养老机构床位数（张）		养老机构实际入住率（%）	
	总数	其中：公办	总数	其中：公办	公办	民办
2007	240	15	23821	3000	90	60
2008	255	15	26821	3080	90	60
2009	280	15	29544	3100	90	60
2010	300	15	31644	3200	95	65
2011	315	15	36000	4000	95	65

数据来源：大连市统计局，2012。

从规模和入住率等指标看，国办养老机构较具规模，入住率也较高，而个体民营办养老机构的规模相对较小，入住率偏低。各养老机构根据硬件设施的不同，其收费标准也不同，一般划分为保障型、标准型、舒适型三个档次，国办机构收费标准分别在650-850元、550-650元、500-550元左右；民营收费标准型分别在750-1600元、650-1200元、500-950元左右不等，现阶段尚未形成规模效益。

针对养老机构供应缺口较大与公办、民办养老机构发展不平衡的现实情况，近年依赖大连市政府通过一系列相应优惠政策与提供运营补贴，鼓励扶持各类养老机构、特别是公办养老机构之外的社会力量兴办的养老机构发展。2010年大连市民政局、财政局联合下发的《关于完善大连市养老机构和居家养老资金补贴政策的通知》即将实施，不仅提高了新增养老床位资助标准，对非营利性养老福利机构给予运营补贴，同时提高城市特困老年人居家养老服务补贴标准，对入住养老福利机构的特困老年人给予补助。其中包括：

1. 床位补贴。自 2010 年起,由社会力量投资兴办的各类非营利性养老福利机构,大连市财政对其新增养老床位的资助标准调整为:中山区、西岗区、沙河口区、甘井子区和大连高新园区新建养老床位每张资助由 2000 元涨到 5000 元,改扩建养老床位每张资助由 1500 元涨到 4000 元;其他区市县新建养老床位每张资助 4000 元,改扩建养老床位每张资助 3000 元。受资助的养老福利机构床位数量必须在 30 张以上。床位数量依据养老福利机构总建筑面积,按照平均每张床位占用面积不低于 25 平方米核定。资助金拨付方式由 5 年支付完改为 3 年两次支付。2007 年至 2009 年新增养老床位的资助标准按照原标准执行,但资助金拨付方式调整为 3 年两次支付完毕。

2. 日常运营补贴。自 2011 年 1 月至 2015 年 12 月,对非营利性养老福利机构,按照收住大连市户籍老年人人数,由市财政给予日常运营补贴。补贴标准为:中山区、西岗区、沙河口区、甘井子区和大连高新园区每人每月补贴 100 元,其他区市县每人每月补贴 80 元。

3. 税收优惠。大连市对兴办养老服务机构实行的税收优惠包括:对养老院类的养老服务机构提供的养老服务免征营业税;对福利性、非营利性的老年服务机构自用的房产、土地免征房产税、城镇土地使用税;对登记失业人员、残疾人、退役士兵、失地失海农民、农转居人员、毕业 2 年以内的高校毕业生以及特殊困难计生家庭开办养老服务业的,自其在工商部门注册登记之日起 3 年内,免收管理类、登记类和证照类等有关行政事业性收费等。

4. 优先政策。登记失业人员、残疾人、军队退役人员、军人家属、海外留学归国人员、大中专毕业生和外出务工返乡创业人员开办养老服务业,自筹资金不足的,可申请小额担保贷款。此外,社会力量兴办的养老服务机构内符合条件的卫生诊所,卫生部门应给予优先办理《医疗机构执业许可证》,并纳入城镇职工(居民)基本医疗保险和新型农村合作医疗定点范围。

5. 土地使用优惠政策。应采用划拨方式供地的福利性、非营利性养老机构,优先划拨供地;采取有偿方式供地的则在地价上给予优惠;对社会力量以及外资兴办的营利性养老服务机构(指在工商、税务部门登记的养老服务机构),优先保障土地供应,并参照工业用地基本同价;对征用或使用集体所有的非耕地建设社会福利养老机构的,按照国家规定免收土地权属调查费、地籍测绘费。

(二) 大连市养老机构面临的主要问题

近年来,大连市政府高度重视人口老龄化问题,不断加大政府推动力度,充分挖掘调动各方面力量,为养老福利事业发展提供政策支持和资金保证,形成了多形式、多样化的养老服务新格局,已初步形成了社会养老服务网络,其中许多模式都是大连市首创并引领全国。国家民政部有关领导也对此给予了高度的评价,然而在现实运行中仍存在一些问题。

问题之一在于养老机构数量和床位供需矛盾突出。大连市现有各类养老机构 300 余所，总床位 3 万余张，然而存在养老需求的老年人达到 110 万人以上，床位总数仅为老龄人口总数的 3%，较之国际通行的 5-7% 的比率，差距很大，而与老年人有入住养老机构需求的比率 11.2% 相比，差距更大。现有的数量和规模无法满足社会的客观需求，需求压力巨大，供需矛盾突出。

其次，各养老机构收费偏高。养老机构针对健康老人的收费大多在每月 1500 到 2000 元，如果是需要特护的失能老人，费用需要增加到 3000 元左右，这已经超出了多数老人的退休工资水平，而对于许多作为边缘弱势群体的老年人，其退休金与之相差甚远，尤其是没有生活来源，每月仅靠政府的最低保障金生活的老年人更加难以负担。此外，除国办养老机构的规模较大之外，许多民办养老机构规模均较小，一般仅有几十张床位，无法形成养老产业的规模效益，然而和公立福利机构相比，民营养老院还要承担盈利压力。例如民营养老院接收一名健康老人的成本在 1300 元到 1500 元之间，按照每月 2000 元的收费计算，单个老人的盈利率并不高，如果将床位空置率计算在内，盈利比例更低。^①

另一方面，各类养老机构发展不平衡。据统计，大连市民营养老院入住率仍不到 60%，即床位空置率已接近 40%。床位空置程度首先与养老院选址有着较为密切的关系，距离越远，床位空置程度便越严重，甚至个别远离市区的民营养老院床位空置率竟达 70% 以上。由于民营养老院资金不充裕，而市区房屋租金太高，因此只得退而求其次，选择地价、租金较低的近郊或农村，因此大多数民营养老院分布在高新区、甘井子区，不少还位于北三市，许多民营养老机构地理位置较为偏僻，远离社区，或坐落在远离市区或远离车站的位置，与老年人渴望就近的愿望形成一定的差距，制约了部分有需求老人的入住，导致入住率较低。与此形成鲜明对比的是，一些位于市区的公办养老机构却排队等待入院，排队等候床位的现象并不鲜见，以市社会福利院为例，不仅没有空床，排号等待入院的老人已超过百人。而位于市区内的民营养老院多数床位空置率整体保持在 10% 以下。此外，制约民营养老机构发展的因素还有硬件设施与服务水平的局限。据行业主管部门统计，在大连要建一座标准养老院，每张床位至少要投资 15 万元以上，按 100 张床位计算，建一所中小规模的养老院，最低要投入 1500 万元。但很多民营养老院的经营者的资金并没有这么雄厚，这使多数民营养老机构都面临着建设资金困难。除此之外，多数民营养老院提供的服务单一，只能接收健康老人，对于生活不能自理、需要专业护理的失能老人来说，大多数民营养老院都不具备接收条件，甚至要求老人必须自带保姆才能入院。而事实上，恰恰是这些失能老人，才更需要入住养老院。

此外，养老机构面临的重要问题还在于专业护理人员短缺。目前大连市养老服务

^① 初炜：《大连市发展养老事业的对策研究》，《学习与研究》，2009 年第 6 期。

人员严重不足，受专业培训的人员更少，专业技能较差；缺乏医疗人员这都与养老服务多样化的需求有较大差距，难以满足对老年人经济供养、健康照顾及精神慰藉的多方位的需求，从而弱化了养老机构的功能。各类养老机构一般护理人员的缺口大约20%–30%左右，专业康复治疗师、保健师、营养师、心理咨询师、护士、高级护理员、技师等专业人才缺口大约80%以上。由于专业人才匮乏，很多养老机构的服务项目比较单一，服务质量相对比较差，多数养老机构提供的服务仅限于清扫保洁、洗衣、用餐服务等日常生活照料，而精神慰藉、康复治疗、营养保健、休闲娱乐、老年文化、教育、体育、临终关怀、心理咨询等专业化服务内容却很少，满足不了老年人的多样化需求，无法实现养老机构的专业化服务功能。

养老行业人才短缺最主要原因在于劳动强度大，岗位风险高，而工资、社会保障、社会地位低等原因，养老服务岗位人才吸引力很低，人员流动性很大，导致大连养老服务人员的供需缺口较大，尤其是高素质的专业人才的缺口更大。据调查，大连市各类养老机构服务人员的平均工资为1500–2000元之间，远远低于其他行业平均水平，甚至低于其他服务行业。福利保障水平也很低，除了国办养老机构之外，缴纳五险一金的养老机构很少。养老机构中还缺少专业性的培训和继续教育相关制度。据大连市职业技能鉴定中心的统计，大连市2003年至今，仅有3239人参加国家养老护理员职业资格鉴定考试，取得职业资格证书的有2830人。据了解，不少拿到证书的人由于种种原因，却未在养老护理岗位上工作。

综上所述，大连市机构养老发展迅速，却尚未充分回应养老市场的服务需求。近年以来政府已经开始重视这一问题，不断推出优惠政策与补贴扶持养老各类养老机构，将发展养老事业作为重要内容列入“十二五”规划中，对养老事业的目标、投入、布局等都进行了规划。“十二五”期间，大连市市级将在养老服务业发展上投入近6个亿，平均每年投入1.2亿元，使城乡养老床位总数达到5万张以上，每千名老年人拥有养老床位45张左右，争取达到国内养老服务体系先进城市的行列，首先保障困难老人、“三无”老人养老需求，扩大保障型养老机构规模，丰富居家养老服务内容，逐步形成适度普惠的养老服务体系，改造农村区域性中心敬老院61所；连续三年把新增养老床位列为政府为民办实事项目，并出台补贴政策予以鼓励和扶持，每年投入补贴资金600余万元。然而另一方面，机构养老领域仍然必须面对养老机构数量短缺、供需矛盾突出、公办民办养老机构发展不平衡、养老机构收费偏高、专业护理人员短缺等现实问题，因此面对养老服务供需缺口，在通过政策扶持与引导改善机构养老的同时，发展社区与居家养老也成为更为可行的选择。

三、大连市居家养老概况

我国的养老模式主要有四种：家庭养老、机构养老、社区养老和居家养老。由于目

前我国尚处于经济不发达阶段，政府财政无法提供过多经费来全面发展以机构养老为主的老年福利事业，^①在此形势下，“居家养老”建立在传统家庭养老的基础上，以社区为依托，表现出许多优于传统养老模式的新特色。大连市政府近年以来积极发展居家养老与社区养老，为困难老年人购买居家养老服务，政策覆盖面惠及所有享受城市低保老年人，每年补贴资金达 1000 余万元，对于养老事业发展过程中发挥巨大积极作用。

（一）居家养老补贴

大连市自 2011 年 1 月起，提高城市特困老年人居家养老服务补贴标准。其中，生活能自理的维持每人每月 100 元、80 元标准不变，生活半自理的每人每月增加 200 元，生活完全不能自理的每人每月增加 400 元。补贴以服务券的形式发放。对选择入住养老福利机构的城市失能特困老年人，给予入住养老福利机构费用补助。补助标准为：生活半自理的每人每月补助 400 元，生活完全不能自理的每人每月补助 600 元。特困老年人入住养老福利机构补助和居家养老服务补贴不能兼得。大连市内各区采取的具体措施是在低保老人中推广养老服务券，即特困老年人居家养老服务补贴和入住养老福利机构补助以“服务券”形式发放，所需资金主要由区市县财政承担，市级财政给予适当补助。例如，大连市金州新区民政局采取的做法是按照生活自理、半自理、无法自理的鉴定，区财政将每月补贴定期发给养护员，即享受居家养老服务的老人，服务费用全部由政府支付。为此新区在区民政局设立了居家养老服务工作办公室，在 14 个街道设立了居家养老服务中心，在 54 个社区设立了居家养老服务站。构建起区、街、社区三级居家养老服务网络，已有 398 位老人享受到居家养老服务。

大连市中山区在低保老人中间推广养老服务券以来，每月向近 400 名低保老人发放养老服务券，政府购买的服务项目随着老人生活需求的增长不断增加，目前可享受到的免费服务项目达 20 余项，随着养老服务券的使用逐渐普及，还将进一步扩大服务券的使用网点和使用范围，服务内容计划覆盖医疗、餐饮、家政等日常生活等领域 50 多项。为了满足生活困难老人多样化的养老需求，中山区委、区政府不断加大投入，整合辖区服务资源，扩充养老服务券的使用范围，提高了他们的生活品质。养老服务券的补贴对象为中山区内 60 周岁以上的低保老人，其中生活能够自理的每人每月补贴 100 元，生活半自理的每人每月补贴 300 元，生活无法自理的每人每月补贴 500 元。中山区在与辖区商家充分沟通和宣传后，建立了稳定的愿意为老年人提供方便和优质服务的商家队伍。持券老人不但可以享受免费治疗、洗澡、理发、家政服务、家电维修等日常生活所需的服务，还可以根据自己需求，选择适合自己的服务内容、服务方式、服务时间和服务人员。持券老人得到的服务与市场价比较均“物超所值”，可以直接按照低廉的服务价格支付等值的养老服务券，每月由民政部门统一进行结算。现阶段，政府按照身体失能状况对城市困难老年人给予居家养老服务补贴，专用于购买

^① 程宸、海鸿雁、袁玲玉：《我国新型“居家养老”模式发展研究》，《新西部中旬刊》2013 年第 1 期。

居家养老服务。以前老年人因服务信息及渠道受限，养老服务质量无法得到保证，遇到纠纷也难以投诉。现今老年人可凭券到社区养老服务中心，享受便捷、优质的一站式服务，以确保服务券发挥实效，居家养老服务落到实处。同时政府也变相出资扶持了社区养老中心的日常运营，确保其良性运转。

（二）居家养老服务体系：以沙河口区实践为例

大连市沙河口区于 2002 年在中国首创居家养老服务体系，经过十年的发展，已成为我国较为成熟的居家养老试点。据大连市沙河口区老龄办 2007 年统计数据显示，全区约 67 万人中，60 周岁以上的老人为 101223 人，其中 60-69 周岁的老人约占 48.8%，做好老年人养老工作、保障老年人晚年幸福已成为摆在政府面前的头等大事。

沙河口区养老服务实践最初在民权街道（现中山公园街道）试点，该地位于大连市的西部，60 岁以上老人 9700 多人，占辖区总人口的 12%。随着“四二一”家庭结构的普遍化，家庭供养老人的能力在不断弱化，而机构养老门槛高、收费贵，超出许多老年人经济承担能力。此外，中国“养老在家”的传统观念使得大部分老年人不愿意在晚年离开自己熟悉的居住环境，改变老人的生活环境和社区环境不利于老人的健康，老人的养老问题已成为较严重的社会问题。另一方面，辖区内有 2000 多名大龄下岗女工，这些人文化低、年龄大、技术单一，没有就业竞争力，生计问题难以解决。于是，就此情况，中山公园街道于 2002 年 9 月成立了全国首家居家养老服务中心，13 位经过专业培训的大龄下岗职工成为首批居家养老的养护员，对 13 户 17 位孤寡老人进行“全天制”的生活护理，实现了养老和就业的双赢。

居家养老成立之初，沙河口区政府首先为慈善会拨付了 5 万元“居家养老服务”资金。同时，首个试点民权街道相关政府和社区工作人员通过积极努力，争取了 68 个单位加入新成立的地区慈善组织，共筹集资金 15.8 万元，为居家养老中心的开张提供了基金保障。随着居家养老服务的愈渐成熟，现阶段居家养老的资金主要来源于三个方面：一是政府资助，用于居家养老服务中心开办费用和中低收入老人的养老补贴。根据沙河口区出台的《家庭养老院补贴办法》，政府的居家养老补贴主要针对“三无”老人和生活不能自理的老人家庭，具体分为每户每月 100 元、200 元和 300 元三类标准，补贴对象主要是户籍或居住在本地的老年人。政府资助一部分由财政支出，一部分靠发行福利彩票；二是企事业单位和个人捐助，而这一部分在目前居家养老的资金体系中还占比很小；三是社区老人个人出资购买服务，这一部分是当前居家养老资金的主要来源。

对于未来居家养老服务资金的发展方向，沙河口区政府提出了逐步建立投资主体化、运行机制市场化的资金运行体制，从而构建政府通过购买养老服务岗位而资助、社会力量通过互利性捐赠而参与、个人通过购买而消费的新型融资模式。在这种模式中，政府财政的支持仍然占有主导作用，这样不仅能保证居家养老服务形成一定的规模，而且能

够坚持社会养老的公益性，既增进老年社会福利，又促进了再就业。在这种基础上，才能逐步通过市场化的运营方式，吸引越来越多的老人购买居家养老服务。①

四、大连市社区养老概况

受消费习惯和文化影响，更多老年人入住养老机构动力不足，鉴于这一情况，大连市开始将重点由机构养老转向社区养老，通过这个由政府搭建的平台为老人提供日间照料服务。为推进全市养老服务向适度普惠型发展。从2010年开始，大连市政府启动实施了《城乡社区养老服务中心建设发展3年规划》（《规划》），并连续3年列入市政府为民办实事项目，使普惠化的养老服务迈出重要的一步。据大连市民政局副局长唐焕臣介绍：城乡社区养老服务中心建设发展三年规划的实施，可以说体现了大连市养老服务业发展指导思想的一个重要转变。首先是加大了政府的投入，体现了政府为主导。规划的建设任务主要是由政府来承担，同时正在研究制定相关的配套政策，政府的兜底保障作用显得更加有力。第二是注重养老服务业的城乡一体化发展，首次将农村社区养老服务设施建设、居家养老服务也纳入统一的规划和考虑，着力要改变农村地区养老服务不足的问题。第三是积极向普惠化养老服务发展，把养老服务业的发展重心移向社区，移向基层，强化社区的依托作用，为老年人的居家养老提供更有力的服务和保障。

《规划》要求，从2010年开始，利用3年时间，按照每所社区养老服务中心至少辐射2000名老年人标准，在全市城乡社区建设255所社区养老服务中心，主要承担日间托老服务、居家养老上门服务、中介服务、应急救助服务、健身康复服务、精神慰藉与文化生活服务。在建设标准方面，《规划》根据老年人的现实需要设定了人性化的标准，即社区养老服务中心要建在本辖区内方便老年人出行、生活的地段，尽量靠近或依托社区医疗卫生服务中心。原则上设在3楼以下，建筑面积200平方米左右。内部设施方面必须具有“四室一厨”，即日间休息室、休闲娱乐室、图书学习室、健身康复室和厨房（也可采取集约服务方式，设立送餐点）。日间休息室要有适当的床位设置，休闲娱乐室要有老人喜爱的娱乐工具，图书学习室要有一定数量的藏书和报刊（具备条件的，提倡配备电脑、网络等现代化学习设备），健身康复室要有适合老年人的健身康复器械，厨房要有必要的防火和消毒设备。同时，要保证水、电、气及电视、电话、呼叫系统等设施设备齐全。室内装饰要针对老年人群身体和居住特点，突出“无障碍”要求，楼梯要尽量平缓，墙壁要安装扶手，地面要保证防滑，室内家具和设备要无明显尖角和凸出部分。②

截至2012年11月底，总投资7.1亿元、总建筑面积10.23万平方米的255所社区养老服务中心3年规划建设任务全部完成。社区养老服务中心作为政府居家养老服务网络

① 程宸、海鸿雁、袁玲玉：《我国新型“居家养老”模式发展研究》，《新西部中旬刊》2013年第1期。

② 人民网：《大连出台城乡社区养老服务中心三年建设规划》，2010年4月19日，<http://politics.people.com.cn/GB/14562/11404891.html>。

的最基层组织机构，负责辖区居家养老服务工作的开展，实现了居家养老和社区养老的共同发展。工作日家中儿女上班，独自在家感到孤独的老人可以随时到社区养老服务中心来进行棋牌、书法、健身等文化娱乐活动，中午仅需支付成本费用就可以在养老服务中心的食堂用餐，等到晚上家人下班后再返回家中。老人为此只需每月支付 20 元，低保户、80 岁以上的老人则是免费。此外，社区养老服务中心还承担社区日间托老服务、对居家老年人的上门服务、中介服务、应急救助服务、健身康复服务、精神慰藉与文化生活服务，老人家中有什么需求，只要打一个电话，服务中心就会派专人上门服务，按照服务内容收取一定费用。部分社区还采取了上门服务人员的星级评定制度，根据人员的服务水平和受欢迎程度划分等级，通过竞争提升整体的服务质量。^①

城乡社区养老服务中心以区市县、街道（乡镇）投资兴办为主，鼓励社会力量通过与街道（乡镇）合作的形式参与。经营管理可以采取社区经营或“民办公助”、“公建民营”的形式，鼓励社会化、市场化方式运营。对已建成并达到上述建设标准的社区养老服务中心，市政府将通过“以奖代补”的形式，给予每所社区养老服务中心 30 万元的补助资金，主要用于服务中心内部装修及设备设施的添置，3 年时间共投入补助资金 7230 万元。为保障规划的落实，大连市成立“社区养老服务中心建设领导小组”，负责对全市社区养老服务中心建设的全面领导和综合协调。据介绍，下一步大连市将根据实际需要，进一步完善养老服务中心的建设，不断提高社区养老服务水平，将养老服务中心建设向全市区推进，最终实现城乡全覆盖。

五、大连市发展养老事业的对策建议

（一）积极开发和建设多层次的养老机构

鉴于大连市的实际情况，养老模式应呈多样化。现阶段应建立“以居家养老为基础，社区养老为依托，机构养老为补充”的养老模式，并逐步积极稳妥地推动居家养老和机构养老的进程。针对养老机构存量明显不足的现实，需社会各部门通力协作，盘活存量，开发增量。在今后扩大增量时，应注意考虑到大部分老年人的支付能力，避免在建设和开发养老机构时，出现一方面养老机构需求不能满足，另一方面养老机构却闲置的局面。应设置不同类别的养老机构，如家庭化型、医疗康复型等，使老年人根据各自的情况按需选择。与此同时，有必要根据老年人身体健康状态、生活自理程度及收入高低，实行分类管理。建立以解决贫困人口养老为重点，多种层次养老协调发展的养老机制，明确各种类型养老机构的职责划分：公办养老机构主管三无老人和低收入人群；民办养老机构主管有进入养老机构需求的自费老人，即中上等收入的人，也含部分较低收入的人群；在居家养老方面，低收入老龄人口的养老应由政府给予补贴；而有负担能力

^①人民网：《大连出台城乡社区养老服务中心三年建设规划》，2010 年 4 月 19 日，<http://politics.people.com.cn/GB/14562/11404891.html>。

的老人则可由其自己买单，由社区提供较高质量的服务。同时完善各方面制度和政策，规范多个层次养老体系的职能、政策优惠的范围、政府补贴的额度等。三是由政府对服务机构加强监管，以保障老年人能得到价格合理的优质服务。

（二）扩大保障型养老机构规模

目前大连共有城乡养老福利机构 315 所，养老床位 3.6 万张，而公办的保障型养老机构（福利式的政府养老）只有 15 所，床位 0.4 万张，远不能适应老年人的养老需求。大连市政府已经出台《大连市加快发展养老服务业的意见》，明确养老福利事业将以政府投资建设的保障性床位为主，加快建设或改扩建保障型养老机构。

（三）积极推进居家、社区养老模式，进一步完善其功能

在发展社会养老模式的同时，不能忽视居家养老的作用。居家养老模式不仅可以在及时为老年人解决生活中遇到的各种实际问题的同时，不改变老年人的生活环境，从而照顾到了老年人的生活习惯，也可以开辟新的就业途径，解决社区下岗失业职工的再就业问题。同时也能够缓解社会养老的压力，减轻政府的负担。因此，居家养老服务适合中国的国情，具有广阔的市场发展潜力。但就目前的现实情况而言，居家养老服务仍需管理上规范化，运行机制市场化，增强居家养老服务机构的生机与活力。

1. 发挥社区养老的衔接作用。为全面构筑以“居家养老为基础、社区养老为依托、机构养老为支撑”的养老服务新格局，社区养老应积极发挥依托与衔接作用：一方面以社区服务为载体，以居家养老服务为切入点，把社区服务引入家庭，促进社区服务和居家养老的密切结合；另一方面将专业机构的康复照料理念引入社区，实现有效衔接，使有限的资源发挥最大的收益。构建“社区养老服务圈”，使所有老年人不出社区就能找到服务地点接受养老服务。社区养老服务援助网络构建为更好地整合资源、满足广大老年人的实际需求，充分发挥社区的依托作用，以居家养老服务为切入点，把社区服务和专业化机构服务引入家庭，

2. 促进社区服务与居家、机构养老的密切结合。通过社区这一服务平台整合政府、企业、非盈利组织、个人等多方面的力量，在资金、人才、政策和机制四个方面对社区养老服务进行援助，促进资金主体多元化、人才培养常态化、监督管理制度化、运营发展模式化，从而构建“社区养老服务援助网络”，使社区为老服务发挥最大功效，推进养老服务健康发展。

3. 创新机制，促进运营发展模式化。满足老年人不同服务需求，扩大居家养老服务券使用范围，在社区层面建立一站式服务。根据老年人需求，协调服务实体，为老年人提供信息咨询和各种服务渠道、为权益受侵害的老年人提供支持，把社区照料与医疗机构的服务有机联系起来，建立社区养老服务援助网络：探索社区养老服务中心运营模式。可采取政府主办、市场化运营的模式，最大限度发挥社区养老服务中心日间托老、家政、康复、应急服务及老年人活动与学习功能，辐射周边开展居家养老

服务，确保社区养老服务中心可持续发展。

（四）整合社会资源，充分发挥政府、社会与民间资本的作用

现阶段，我国养老福利正从补缺型向适度普惠型转变，政府大多只针对“三无”老年人、遗属孤老、低保家庭中的老年人给予一定的补贴，并且这种补贴的经费支出主要来源于民政部门，资金十分有限。我国还没有建立起老年护理保险制度，老年人的护理费用无法通过现有的养老保险和医疗保险予以解决，费用基本上都是依靠个人收入支出。由于老年人可支配收入少，购买能力低下，严重制约了有需求的老年人对社区养老服务的利用。为了保证社区养老服务有稳定的资金来源，只依靠个人或者政府单方力量都不足以应对，未来应该是政府、个人、企业多方共同筹资的模式，可以从如下方面整合资源：

1. 将专项的社区养老资金列入各区市县财政预算，逐步建立稳定的专项资金投入机制。^① 专项社区养老资金可以有两个用途：一是通过政府的补贴为老年人提供免费的社区为老服务；二是可以用于为市民购买护理保险。这两种用途可以单独使用，也可以互为补充、综合利用。加大养老服务财政投入。加快发展养老服务业的关键是加大政府的财政投入力度。有相当一部分的老年人的收入只能维持基本生活，根本没有条件购买养老服务，因此，建议大连市政府可根据老年人的收入水平，由政府设定统一的社会平均照料标准，向老年人提供不同层次的生活照料补贴，让不同收入水平的老年人平等地享受均等的照料服务，同时进一步加大财政支出结构调整力度，增加公共财政对养老服务的投入，为切实改善老年人生活质量，满足老年人口多元化的养老服务需求提供坚实的财力保障。一方面，市级财政应建立制度化的老龄工作财力投入机制，多渠道筹集社会资金，可以按照全市经济发展的GDP增长幅度和每年财政收入的增长比例适度切块，使养老保障方面的投入在财政支出中所占比例逐年提高。各区(市)县政府也应结合本地养老服务工作的实际需求，逐步加大对养老服务业的财政资金投入力度，确保地方财政老龄工作投入增幅不低于政府财政收入增幅；另一方面，各级政府在做好财政投入的同时，还应对非营利性养老机构、养老服务志愿者，特别是居家养老服务对象和从业者提供一定的福利补贴。在减免费用方面，社会养老福利机构及其提供的养护服务在征地、税收、水电、燃气等方面也应享受适当的优惠政策。

2. 政府应通过优惠的税收政策，调动民间组织和非营利性社会组织等在提供养老服务中的积极性，鼓励支持民间资本直接参与社会养老事业投入，是降低政府成本、激发养老事业活力、推进社会养老事业健康有序发展的希望所在。通过市场主体的加入来承担原本属于国家层面的社会保障义务，亦是现代福利国家履行给付行政的重要手段。^② 也可以说，在老年养老社会化的过程中，是否能够充分调动社会力量参与

^① 胡敏洁：《给付行政与行政组织法的变革——立足于行政任务多元化的观察》，载《浙江学刊》2007年第1期。

^② 胡敏洁：《履行给付行政任务的私人之法律地位——以养老保障行政为例》，《华东政法大学学报》2011年第2期。

老年福利事业是推进养老社会化进程最为关键的因素。为了鼓励更多的社会力量加入到民营养老机构的建设中，市政府拿出资金对全市在岗养护人员骨干进行免费培训，加大对民营资本创办的社会福利机构支持力度。民营资本创办社会福利机构不仅免征营业税；用水和用电享受居民平价价格；同时，每张新增床位可享受 3000-5000 元一次性补贴；每收住一个大连户籍老年人，每月可享受 80-100 元的运营补贴。

3. 探索研究老年护理保险制度。尝试通过社会保险模式，实现个人与政府共同承担义务的普惠制服务，将老年护理内容从老年人医疗保险制度中剥离，减轻了医疗费用造成的财政负担，同时强调居家护理和社区照顾的作用。

4. 从服务机构的选择来看，应当以社区为依托。护理机构依托社区设置，具有熟悉情况、服务便利、迅速及时等优点，由护理保险按照一定比例支付给社区养老服务平台，向服务实体购买护理服务。建立起政府、个人、企业“三位一体”的筹资模式和具有中国特色的老年护理保险制度。大连老年人失能比例达到 7%，空巢老人比例为 64.3%，这些都是需要进入养老院的潜在群体。接收一名失能老人，其月成本应在 4000 元左右，这样养老院也才能实现盈利，但这个价格对多数老人来说难以承受。护理保险制度能够在一定程度解决这一问题，护理保险类似医保，每人参加工作后都要交纳，到了一定年龄入住养老机构时，其费用支出的大部分由保险承担，这样个人的压力就会大幅减轻。

（五）加强养老机构服务者队伍建设

养老工作涉及到老年生理学、医学、护理学、心理学等多学科的知识，因此有必要加快培养老年医学、管理学、护理学、营养学以及心理学等方面的专业人才，鼓励有条件的高等院校和中等职业学校开设与养老服务相关的专业或课程，并为相关专业毕业生优先安排上岗。

此外，还有必要提升养老服务从业人员整体素质，逐步推行持国家职业资格证书上岗制度。为确保养老机构的老年人能够得到高质量、全方位的照顾和服务，应长远规划，培养高素质的专业养老护理人员。由政府和社会出资成立社会工作教育培训机构，加强养老服务人员的培训，提高养老机构的服务质量和水平，将养老护理员职业技能培训列入“大连市政府补贴培训职业（工种）”，通过开展继续教育和培训，提高护理人员的从业水平和职业等级。对养老机构、社区为老服务组织、涉老社会组织的护理人员和服务人员开展职业技能培训，提高养老服务从业人员的职业道德、业务技能和服务水平，进一步规范基层养老机构的行政能力。^① 建议大连市政府要加强对各类养老机构管理人员和护理人员的专业培训，不断提升养老服务队伍的职业道德、服务水平和职业技能。鼓励有条件的高等院校和中等职业学校开设与养老服务相关的专业课程，为养老服务事业发展培养和储备高素质的专业人才。加大养老服务从业人

^① 胡敏洁：《社会福利领域中的裁量与规则》，《浙江学刊》2011 年第 2 期。

员培训力度，逐步提高养老机构中工作人员“持证上岗”率，未来全市养老机构服务人员应做到100%“持证上岗”。另一方面，对于高龄和失能老人陪护人员的紧缺问题，大连市部分社区采取的吸纳失业职工和组织志愿者服务队伍参与养老服务的办法很有成效。这一办法的最大特点是将大龄失业女工与高龄、失能老人这两个困难群体的需求相结合，同时注重发挥社会力量特别是公益性社会组织参与养老服务的积极作用。建议相关部门继续推广这一模式，鼓励社区单位和养老机构吸纳就业困难群体就业并给予政策支持，并对这部分再就业人员和志愿者服务队伍进行专门的岗前培训。

另一方面，养老服务工作者队伍建设需要提高服务人员的工资水平及福利待遇，增加行业吸引力。各级政府和有关部门还应落实好养老服务从业人员的社会保险政策，逐步提高工资福利待遇，提升养老服务人员的社会地位和受尊敬程度，在全社会范围内树立尊老新风及为老服务光荣的理念，树立养老护理员队伍职业自豪感。

参考文献

- 程宸、海鸿雁、袁玲玉，2013，《我国新型“居家养老”模式发展研究》，《新西部中旬刊》第1期。
- 初炜，2009，《大连市发展养老事业的对策研究》，《学习与研究》第6期。
- 孙翰林，《城市化进程中社区养老服务援助网络构建及实现路径思考——基于对大连市社区养老服务的调查》，《大连研究》第49-51页。
- 张桂华，2013，《加快推进大连市城乡养老服务业发展的对策建议》，《辽宁行政学院学报》第10期。
- 葛道顺、杨团，2004，《大连市沙河口区居家养老院评估与发展报告》，中国社会科学院社会政策研究中心。
- 朱虹、刘英侠、吴涛、王颖，《大连养老服务业发展对策探讨》，《企业家天地》，第163页。
- 胡敏洁，2007，《给付行政与行政组织法的变革——立足于行政任务多元化的观察》，《浙江学刊》第1期。
- ，2011，《履行给付行政任务的私人之法律地位——以养老保障行政为例》，《华东政法大学学报》第2期。
- 刘英侠，2012，《基于大连全域城市化的社区养老服务发展研究》，《经济师》第9期。
- 才秉性，2005，《养老服务社会化的新探索：大连市开展养老服务社会化的情况调查》，《辽宁行政学院学报》第6期。
- 人民网：《大连出台城乡社区养老服务中心三年建设规划》，2010年4月19日，
<http://politics.people.com.cn/GB/14562/11404891.html>
- 《大连日报》：《大连“拐进”老龄化时代》，2012年03月14日，A05。

特邀学者独立学术研究报告

养老服务的思想与实践：中日比较研究

罗红光

一、研究背景*

“养老”究其根本，是享有“爱”和“幸福”等精神纽带的社会福利的组成部分，这种实践作为一个普遍性课题，似乎超越了文化与地域，但是当今在世界范围内正在面对巨大的转变。至今，资本主义（市场）与社会主义（国家）显著的制度差异使世界看起来是二元的，但 20 世纪末，德国学者贝克提出了“风险社会”概念，而英国学者安东尼·吉登斯则开始提倡超越了“左”和“右”的“第三条路”^①。无论是对于资本主义还是社会主义来说，这都成为了存在“社会福利赤字”（供不应求的不平衡）等矛盾的福利大国进行社会福利改革的理论依据。用“社会制度”和“主义”已无法判别各国福利制度的优劣，这是名符其实的超越制度性“左”“右”的公共问题。其中问题的焦点在于，以“财富”生产和分配的“效率”与“公平”为基础，各国开始重新考虑福利大国与个人、家庭、市场、社会甚至是国家的各种关系。本报告通过考察养老服务的思想与实践，探究中国与日本在养老服务方面的社会改革模式，两国间的共性与差异以及所蕴含的意义。

（一）中日老龄化社会现状及其改革动向

1、中国

截至 2011 年，60 岁以上的老年人口为 1.85 亿人，占总人口比例（老龄化率）达 13.7%。2013 年，老龄化率为 14.8%。中国一般将 60 岁以上的人称为老年人。这是根据中国“养老金制度”的定义。虽然也有推迟到 65 岁之意，但尚未统一。

2、日本

截至 2012 年（平成 24 年），65 岁以上的老年人口达到 3,079 万人（上一年为 2,975 万人），创历史新高，在总人口中所占比例（老龄化率）也达到了 24.1%（上一年为 23.3%）。在日本，65 岁以上的人被称为老年人。这是根据联合国“老龄化社会”的定义。

3、中日两国福利改革的焦点

（1）中国（20 世纪 90 年代后期以后）

“公共服务均等化”（迟福林）

* 本研究是在 JICA 于 2013 年委托的《老龄化问题相关的信息收集与确认调查》支持下，由中国社会科学院社会政策研究中心和社会学研究所社会人类学研究室合作完成。其间，得到了中日各研究人员和机构的大力支持，在此表示衷心感谢。

^① 野尻武敏是日本最早提出《第三条路》（日文：第三の道）（1997 年）的人士之一。

福利国家型、改良派。焦点：城乡均等化、服务型政府^①。

“底线公平”（景天魁）

福利经济型、改革派。焦点：在尊重生存权利的基础上提高生产力。

“社会福利的社会化”

后福利国家型、改革派。社会责任的重要性与国家一致（关信平、房莉杰）；焦点：尝试“小政府，大社会”；另外，进行个人“福利权利”与“福利义务”交换体系的制度建设（罗红光）；焦点：重视制度伦理、福利文化。

（2）日本（1985年以后）

“社会保障改革案”（日文：社会保障改革案）（由经济同友会提出的主张）

福利经济型、主流。焦点：“新基础养老金”、国家最低基准+个人负担、向小政府转变的动向。

“技术革新与市场统一”（日文：技術革新と市場統合）（萩原康夫）

福利技术型、主流。焦点：应对信息社会与全球化所带来的新的影响与变化。

“社会福利的国际化”（日文：社会福祉の国際化）（阿部志郎）

后福利国家型。焦点：由联合国和国际 NGO 开展的社会福利。

为了实现从福利国家的蜕变，政府应退出金融^②。在这背后，围绕福利改革的未来发展模式问题上，总是在“欧洲型”和“美国型”之间游移不定。^③

中日两国福利改革的比较告诉我们：同样是老龄化社会及其少子化现象，但两国在改革的焦点与方法有所不同。中国仍然以福利国家为基本特征，而日本则表现为市场化、信息化、国际化特征。我们还不能因此下结论说其不同是因为两国的制度不同所致。

二、研究方法和基本结构

（一）研究方法

1、文献解读：

中国与日本在体制和人口上的差异过于悬殊，虽然按照一定的计算标准可以获得大数据，但是，缺乏内容和深度的比较研究法，只会使理念和实践混为一谈，很容易将研究者的愿望等同于被研究者欲望。鉴此，本研究的主要资料锁定在福利改革以后的理念与实践上。

2、影像分析：

为社会福利改革相关地区的影像。鸟取县智头町的《1/0 村建运动》（日文：ゼロ

^① 孙希有，《服务型社会的来临》，中国社会科学出版社，2010年。

^② 榎原英资，《年金消失了》（日文：年金が消える），中央公论社，2004年。

^③ 埋桥孝文，1994年，1995年，1999年；都村敦子，1990年，《日本的选择：西欧型还是美国型》（日文：日本の選択、西欧型か米国型か），参见《日本经济研究》（日文：日本经济研究）20。

分のイチ村おこし運動) (NHK) 与中国的《一个村级养老院的院墙内外》(中文版, 中国社会科学院社会学研究所出品)。解读资料定为京都大学杉万俊夫研究小组的《社区的集团动力学》(日文: コミュニティのグループダイナミックス)。

3、作为比较对象的中性概念列举如下:

福利改革、养老服务、福利文化、护理思想、护理实践、社区。

比较研究的难点: 列为比较对象的各国的体制、文化、历史等千差万别, 曾有人批判说跨文化、跨国籍比较研究的不可比性。但不可忽视的是, 在事实上, 对国际比较研究是存在一定理解共识的。^① 本文拟在立足基本概念, 从中找出各自的差异。也就是说, 不是按照共同的标准比效果, 而是把人们的行动作为一种意义的表述, 呈现其中的差异, 分析其背后的文化和社会成因。因为这也视为一种文化表现。例如, 对印度社会福利的分析发现了印度人的性别歧视。^②

(二) 研究内容及结构

进行社会福利比较研究时, 非常显著的特点是将重点放在各国的“福利制度”及“福利技术”方面, 因此, 尽管社会福利可以采用标准的量化研究, 但其所处的历史基础及其文化实践却容易被忽视。实际上, 任何社会福利制度的背后都存在被称之为“文化理念”的价值观。比如欧洲有“北欧市民社会的福利国家型”, 东方有“中国的儒教福利国家”和北美有其“美国的市场型福利经济”。因此还可以认为, 虽然法律措施根基于文化价值观, 但只有将其再次还原到社会, 这个过程才构成一个完整的循环。基于“爱”、“幸福”及其“信任”的考量, 本研究引入文化要素, 以根植于当地的社会福利实践为中心, 综合考察中国和日本的福利政策及日常实践。尤其重点考察立足于日常生活的人们的实践行为, 在探讨两国福利改革方面异同的同时, 找出其背后隐藏的文化力量, 且以比较“福利社会模式”为目的。

(三) 护理思想的几个关键词

“福利国家”: 主要由凯恩斯主义所提倡。主张国家全面地将社会福利制度化。中国学习北欧, 于 1949 年构建了社会主义体制福利国家。日本在 20 世纪 70 年代初期曾尝试被日本政府称为“福利元年”的福利国家模式。

“福利经济”: 阿马蒂亚·森流派的概念。由于其主旨, 还被称为“为工作的福利”(welfare to work), 即刺激财富增长的“积极社会福利”。

“福利制度”: 指基于“平等”、“公平”、“正义”的法律或道德规范。

“福利技术”: 指根据福利制度的理念, 为了实现其目的, 方法上的制度化措施, 即技术性和设施性技术。

^① 久塚纯一, 《社会保障方法论课题》(日文: 社会保障の方法論的課題), 《社会保障》(日文: 社会保障) No.1943 年, 1997 年, 第 26 页。

^② Amartye Sen, Commodities and Capabilities, Elsevier Science Publishers B. V. 1985. 阿马蒂亚 n., 《福利经济学》(日文: 福祉の経済学), 铃村兴太郎译, 岩波书店, 1988 年)

“福利义务”：作为国民，个人被赋予的纳税和安全等义务（本文省略）。另外，作为家庭成员，在敬孝道、养育子女、亲属关系及其区域文化中被赋予的倾注爱情的个人责任。

“福利权利”：作为公民，在履行自身的福利义务后，从国家获得回报。比如：有医疗、教育、安全、健康等的保障（本文省略）。作为家庭成员，在家族、宗族或区域文化中获得帮助和爱情的个人权利。

“福利社会”：根据“福利义务”和“福利权利”，在传统或法律行为规范下组织起来的人们相互扶持及这种社会实践。它与“福利国家”及“福利经济”并列，称为“福利社会”。比如：在中国和日本传统社会中，是指在家族和宗族中拥有权利和义务的家庭成员之间的互助。而进入现代社会后，由于少子高龄化问题加剧，渐渐发展为通过志愿者活动结成扶持关系的一种社会行动。类似的这种努力，比如村建运动和营造社区活动等等，其方向是构建社会本身，而不是国家或市场为主角的社会实践。

“社会福利”：这一概念源自欧洲，是已普及到全世界的一个基本概念，而且使用频率很高。欧美主要在个人层面上理解社会福利。在思考与此概念相关的“平等”、“贫困”、“弱势群体”、“风险”等词时，若不站在“单元”（个人、家庭、公司、社区、教区）等相关基本立场来审视，则依然会引起混乱。本文尤其注意了如下三点。

第一、社会福利的社会基础：社区实践。中国和日本的案例分析（案例：日本传统“互助制度”的瓦解、中国传统“熟人社会”的变迁。具体聚焦如下三点。

1、历史上，中国宗族传统和日本家族制度的变迁。

2、地方市民社会的情况，尤其是“参与型”（engaged）、NGO（NPO）、村建运动和社区营造。

3、“村建运动”和社区营造方面，分别比较从“社会福利”向“福利社会”（与福利国家及福利经济一起）发展的可能性。

第二、围绕社会福利，从“理解”、“测定”和“评估”三个层面考察养老服务实践背后的意义。

1、“理解”：援助方和受援方的主体性问题。

2、“测定”：科学方法与方法论的伦理问题。

3、“评估”：站在受益者角度进行再评估的必要性。

第三、对象年龄及“贫困标准”。

护理对象“老年人”：在实践上，关于作为对象的“老年人”的年龄，中国和日本存在些许差异。在中国，以60岁为标准的文献数量并不少见，但其中也有按65岁来划分的，前者以中国的退休年龄为标准；后者则依照联合国标准，全部统一为65岁。

“贫困线”的计算标准：据1991年世界银行规定的分类标准，人均国民生产总值（GDP per capita）低于635美元的国家为低收入国家；636美元至2555美元之间

为中低收入国家；高于 2556 美元低于 7911 美元为中高收入国家；而超过 7912 美元则为高收入国家。^① 这些计算标准直接引导联合国对不发达国家人口、生育等福利政策的制定与援助。譬如，自中国实施独生子女政策之后，联合国以违反人权为由，终止了对华妇女的相关援助。此外，如上所述，年龄线的差异也表现出中国自己的国情。

三、案例分析

首先来看一看与养老服务密切相关的中日家庭结构。

(一) 现代家庭的基本构成

1、“家庭”变化

中国：人口政策带来的“倒金字塔式结构”^②（图 1）；日本：小家庭化^③和双系化衍生的家庭模式^④（图 2）；



图 1：中国家庭变迁

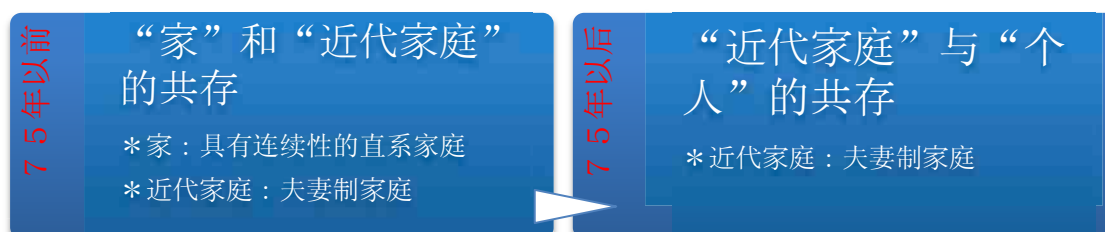


图 2：日本家庭变迁^⑤

2、与父母同居的规范

中国：在“家庭伦理”^①和“现代家庭”模式之间界定；日本：90 年以后，从“非

^① The World Bank, “The Task Ahead for the Cities of the Developing Countries.” *Staff Working Paper* No. 209, July 1975, pp. 35–38.

^② 罗红光，2013，《“家庭福利”文化与中国福利制度建设》，《社会学研究》第 3 期，第 154–156 页。

^③ 西川裕子，2011，《现代家庭与家庭模式》（日文：近代家族と家族モデル），《ESTITIA2<特集>家庭・社会・国家》（日文：エステイティア 2 [特集] 家族・社会・国家），Minerva 书房，第 113–125 页。

^④ 虽只是现象，但蒲生正男仍将其分别看成是“亲子家庭”和“婚姻家庭”（蒲生正男，1979 年）。实际上发挥多大功能这一问题广受争议。（施利平，2012 年）。

^⑤ 这是三种日本家庭变迁论中的主流。落合惠美子，1989 年，《现代家庭与女权主义》（日文：近代家族とファミニズム），劲草书房，参见第 144 页。

家庭性现代家庭”的视点来定义^②。

3、农村地区的空洞化现象

中国：往返于城乡之间型；日本：彻底离开村庄，从人口城市化中衍生出来^③。

4、老龄化现象

中国：地区经济与 HDI（生活质量与发展程度的指标）以及人口的差异巨大；日本：除人口密度之外，其余指标全国相对平均。

如上所示，中国与日本：老龄化现象看似相同，成因却各异。

（二）养老服务的问题

在城市，中日之间同样存在春日 KISUYO 指出的以下问题：子女虽已步入中年却依然需要父母抚养；看护病弱父母的独身子女的孤独；啃食父母养老金的子女；比起公婆，更想优先自己父母的妻子；迈入老年的不和睦夫妇；与儿子夫妇共同生活却在家中一人独处的老人等等，人口政策给中国带来的问题和优先个人权利的日本所面临的问题，在“生育率低”这一结果上来看，双方相通。然而在农村地区，中国为“人情社会”，因此寻求的是带有地域性和文化性的改革；与此相对，日本的特点则是“无血缘关系家庭”（乐木章子，2006年）或“无缘社会”（春日 KISUYO，2010年）。因此，在养老服务实践中，如何处理这些家庭内外关系成为了一个公共问题。针对上述问题，围绕养老服务，站在受益方立场上考察养老服务才能体现它的公共性。以下具体案例向我们展示了服务与被服务双方的互动与沟通的重要性。

1、中国（陕西省案例）

2013年关于“护理”效果的调查结果显示，在共同居住的家庭结构中，老年人夫妇共同居住的最多，占 59.48%。而这些人中，月收入为 2000-3000 元的人数占 49.14%。虽然占 41.38%的受访老人回答政府的养老政策十分重要，但是，其中 36.21%的受访者回答“由家人照顾”。这一点，从护理的必要性来看，可以说是文化因素决定了依靠家人而不是护理机构。^④

2、日本（木泽纪念医院案例）

20世纪90年代，岐阜县美浓加茂市的木泽纪念医院作为私立医院，成为当时日本规模最大的年金制度与养老服务相结合的改革实践平台。入院者将自己的退休金作

^① 基于儒家思想的家庭成员伦理及其角色分担。例如，“孝敬父母”，“男耕女织”，“男主外，女主内”等。尤其是“敬孝道”方面，“家”重视双亲与子女的相互依存关系。力求为已无法劳动的老人提供保障，并且确保社会的可持续性和成员之间的合作”费孝通，《小城镇四记》（日文名：《中国农村四细密画》）小島晋治等译，1985年，第38页。

^② 施利平，《战后日本的亲属关系：检验小家庭化和双系化》（日文：戦後日本の親族関係：核家族化と双系化の検証），劲草书房，2012年。上野千鹤子使用了“超家庭”概念。上野千鹤子，《防老准备：护理与被护理》（日文：老いる準備：介護することされること），朝日文库，2013年，第88-102页。

^③ 宗金文，2007年，《日本农村的社会保障》，中国社会科学出版社，第50页。

^④ 陕西省养老服务事业调查项目组，《陕西省养老服务事业调查报告》，2013年7月28日，第15-24页。

为入院的保证，并根据个人需求及身体状况分成不同的服务等级。在这里，分为在家养老的日间服务、配备住宿设施的医疗服务和入院全天候医疗医疗养护三个等级。从康复中心到全自动浴池，围绕健康的高科技设备是这家医院引以为豪的地方。然而，人手不足一直是该机构烦恼的根源。山田院长介绍说：原因之一是老人将志愿者也视为专家，因此增加了志愿者的劳动量，这样损害了志愿者的积极性。可见，医疗护理由专家完成，而日常护理则主要由志愿者承担，而受助方对于这种制度化的劳动分工并不注意，或者说在健康问题上老人们采取的是非专业的视角，而这一视角又不被专业视角看好。

由此可以看出，中国老年人的想法是“比起护理机构，依靠家人更加安心”，他们依赖传统文化，重视家人之间的感情羁绊。与此相对，日本老年人与其说“依靠家人”，不如说对家以外的需求更加强烈。实际上在日本，1978年《厚生白皮书》曾提出“福祉中的隐蔽资产”观点；1980年的内阁建议又指出了“巩固家庭基础”以提高“小家庭自立自助，努力相互扶持”能力的必要性。其中所体现的政府想法是，让家庭担任保护个人的“安全网”角色，并将其作为福利制度的基础。但这种对家庭的制度性定位，要以有承担护理责任的家庭成员为前提。2000年开始实施的护理保险制度，可以说在这一点上基本没有变化。^①

在“农村地区的空洞化现象”中曾提及，中国农村的外出务工人员为了获得经济收入，暂时离开了村庄。许多人在务工城市过着节俭的生活，但却依然保留了乡村老家举办红白喜事、购买车辆、房屋等顾及面子、情感的消费习惯。这也成为许多务工人员往返于城乡之间的直接原因。我们从逢年过节时的返乡大军中也可看出这一点。据2013年广州和深圳的地方电视台报道，“榨菜的消费指数锐减”。这是因为榨菜便宜，可以下饭，很受务工者的喜爱，榨菜消费量减少正说明务工人数的锐减。其中引人注目的变化是，外出务工人员要么在家乡附近找工作，要么回到家乡自己创业。进一步来说，走出村庄的农家子弟，他们的生活习惯却并没有因为来到城而发生太大的改变，同样，对家庭的感情羁绊基本上没有本质上的变化。手机在农村的普及充分地证明了这一点。

另一方面，在日本，虽然有依靠社区和村庄的“互助制度”传统，但随着现代化的推进，这类文化渐渐消失。许多研究开始关注老年人生活中的孤独感。^②农户们并不以大家庭为单位移动，而是以小家庭甚至是个人为单位移动，公私分明。由此，整个社会开始优先考虑个人的福利权利，而不是家庭福利。正如村建运动中所见，农户们不再依靠血缘关系，而是通过建立新型社区和地区自治组织，依靠志愿者精神和职业分工建立纽带关系。其特点是：传统的血缘关系淡出。作为一股新型力量，人们通

^① 春日 KISUYO,《变化中的家庭与护理》(日文:変わる家族と介護),讲谈社现代新书,2010年,第6-7页。

^② 这个现象已有相当长的影响。例如,庄司千惠子,2005年(第69-87页);《朝日新闻》,2007-1-22;2-21;6-27)青木邦男,2011年(第125-135页)。(春日 KISUYO,2010年)

过合理的社会性分工推动社区进步，呈现希望一揽子解决少子化和空洞化问题的趋势。由此看来，养老服务的实践势必寄求于社会。其中的问题在于，围绕养老服务，像木泽纪念医院这种案例，病人护理等非日常生活方面的照料是医生和护士的本职工作，而养老服务实践中最花费时间的其实是对他们日常起居的照料，于是公事大于私事。

虽然中国和日本的养老服务都存在社会性需求，但其实质却有不同：中国陕西省的案例仍然保存了依靠亲朋好友等亲属性社会的传统，而日本木泽纪念医院案例寻求的却是社区社会性。

在追求“福利权利”的过程中，中国和日本分别进行过哪些实践？在此介绍如下几个案例。

（三）案例 1：“1/0 村建运动”

20 世纪 80 年代中期，鸟取县智头町的部分居民掀起了旨在依靠居民自己的双手激活区域经济的运动。以 2 名负责人为首，约 30 名居民组成激活智头町经济项目小组，开展生产特色产品和人才培养的双项活动，向在政府主导下的保守、封闭的地方体制发起了挑战。^①20 世纪 90 年代中期，逐渐形成了可以驱使政府（町政府）的力量。在出于这种目的而掀起的实践活动中，最有魄力的是被称为“1/0 村建运动”（以下称为“1/0 运动”）的运动，即村民设置村庄振兴协议会，地方政府（町政府）承认其村庄代表组织的地位，旨在通过村民自治实施村庄的自主运营和管理，这场运动以 10 年为一个周期，具体提出了 5 项目标。

- 1、创建村庄的骄傲（镇村之宝）：挖掘村庄特色，建设引以为傲的村庄。
- 2、居民自治：自己成为主人翁，通过自身的一举一动建设村庄。
- 3、计划制定：一定程度上从长远观点来考虑村庄的走向，制定村庄的未来发展计划。
- 4、与海内外的交流：为了创建村庄的骄傲，有意识地开展与外部的交流。
- 5、地区经营：重新评价生活和地区文化，为村庄创建附加价值。^②

从 1997 年至 2002 年，智头町的 89 个村庄中有 15 个村庄参加了 1/0 运动。各村庄描绘 10 年后的蓝图，并为实现蓝图奉献了智慧和汗水。^③

那岐地区（15 个村庄，2012 年，1,116 人，老龄化率 35%）是开展了“1/0 运动”的成员之一。这里也与其他地区一样，面临严峻的“少子化”、“老龄化”和“空洞化”问题。为应对这些问题，在许多人士的自发努力下，出现了两位领军人物。

T 先生原本在广岛市的一家邮局工作。由于患病回到自己的故乡——智头町，并

^① 杉万俊夫编，《社区的集团动力学》（日文：コミュニティのグル＝プダイナミックス），京都大学学术出版会，2006 年，第 106-107 页。

^② 乐木章子等，《“地区-大学”合作研究发现的老年人福利课题》（日文：対等な『地域—大学』共同研究による高齢者福祉の課題発見），《集团力学》（日文：集团力学）（第 30 卷），2013 年，第 38-39 页。

^③ “1/0 运动”详情参见冈田、杉万、平塚、原河（2000）高尾、杉万（2010）。

担任智头町邮局局长。在他的引导下，1995年“向日葵系统”诞生了。通过该系统，邮递员可向独居老人递送福利服务，邮局的此举获得了町政府、医院和农协的协助。体系具体运作模式是，在独居老人家安置由本地杉木制作的向日葵系统专用信箱，老年人在需要购买日用品或药物时，可插上一面小旗。看到小旗的邮递员则入户访问，收取印有订购单的福利专用明信片，并投递给政府。政府再转递给农协或医院等相关单位。过几天后，所需用品便可免费配送至老人家中。在人口减少不断加剧的这一地区，该体系成为独居老人们日常生活的巨大支撑。^①其成果是：如图3所示，“健康信息的传递”得以发挥作用，而且带动了町政府、医院和镇派出所等共同参与，被当地人亲切地称为“向日葵系统”。

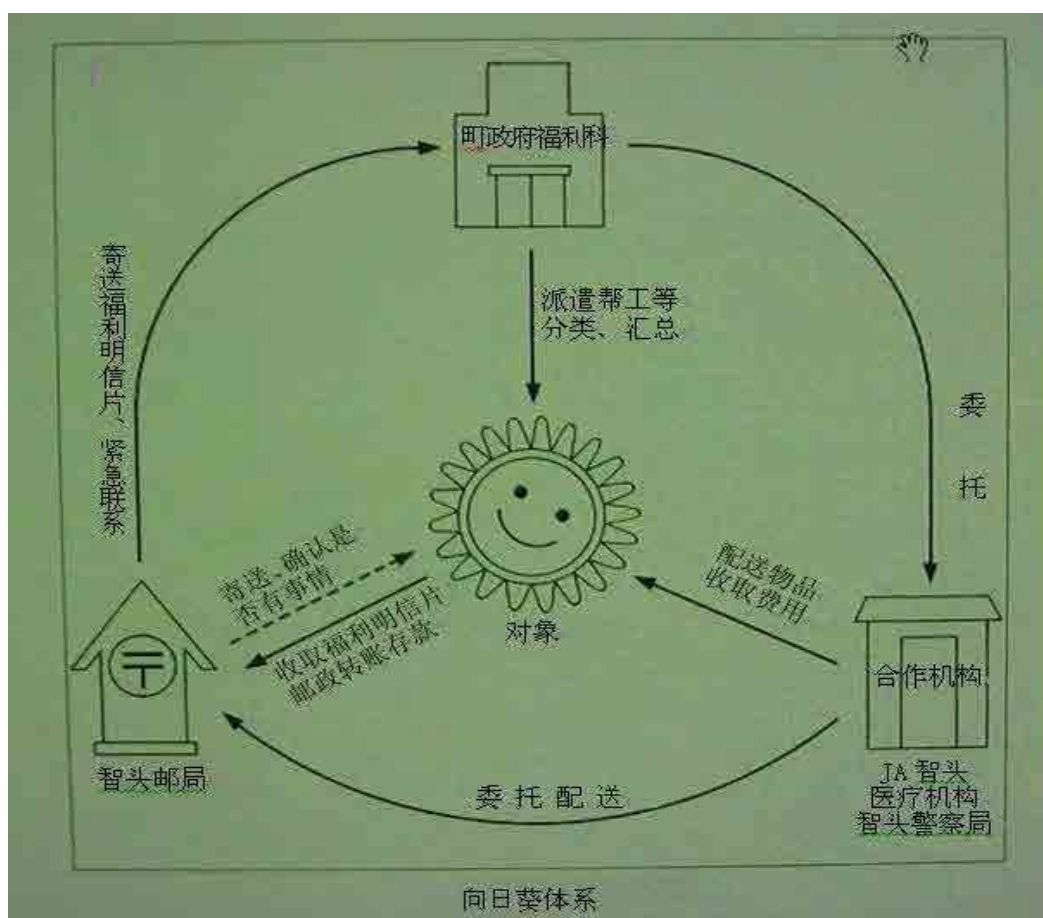


图3：向日葵体系

另外，作为开展“1/0 运动”的成员之一，在组建组织时，委托谁来担任会长是一大问题。要选出一名能够服众的会长并非易事。2011年时，欲设立振兴协议会的几位核心人物造访Y先生，对Y先生说：“希望您能当我们的领导，哪怕只是借名也行”，

^① 同注2，第45页。

请求他出任会长。结果，Y 先生欣然应允。Y 先生笑着说：“他们可能觉得让一个和尚当领导，等于把祖先送来当人质，谁也说不会有异议吧”。^①日本有将祖先牌位寄存于庙宇的习惯，因此庙宇的主持有较高的威信。

2011 年 3 月下旬，智头町对独居老人的生活进行了调查。据调查结果，受访老人的健康状况良好，而且在有效利用公共服务的同时，还有来自附近亲属的帮助。其中，受访老人提出最多的期望是，想更多地“与人接触”。独居老人非常乐于与家人、附近居民和入户服务工作人员见面说话，但有许多老人说，“大家（指跟自己说话的人）都有各自的事情，很难‘慢慢’聊天儿”。从这里可以看出，老年人所寻求的不仅仅是“寒暄程度的交流”，而是能够更加深入地，不紧不慢地享受聊天。^②可见，孤独对老人来说是不完整、不健康的原因之一。

正如向日葵系统中所体现的那样，虽然它只是“1/0 运动”整体的一小部分，但当地人充分发挥主观能动性，从无到有，做出了一些事情，在他们的做人做事的风格里，蕴藏着被称作想像与创造的两股主要力量。1/0 就是他们从无到有的具体含义和实践。

（四）案例 2：广西省六巷乡的“新村建设”和“五保户”

2010 年 10 月，由政府和民营企业投资，在中国广西省六巷乡大瑶山深处建成了一座“五保户”敬老院。来到这里的老人都是自幼失去双亲的人、因婚姻关系恶化而离婚的人、无儿无女的人或残疾人。

三层的敬老院有 36 间住房，12 间厕所，可供 31 人住宿。现有 28 人住在这里（4 人接受居家服务）。另外，还有 3 亩左右的农田、食堂、文化室、办公室、澡堂、家禽（猪、鸡），还有厨师和护工各 1 名。



图 4：“五保户”设施（罗红光提供，2012

图 5：入住中的蓝氏夫妇（罗红光提供，2013 年）

^① 伊村优里等，《集团力学》（第 30 卷），2013 年，第 417-418 页。

^② 乐木章子等，《“地区-大学”合作研究发现的老年人福利课题》，《集团力学》（第 30 卷），2013 年，41-42 页。

六巷乡的瑶民有生育两个孩子的传统习俗。据说该习俗源自于当地的文化与生态之间的关系。如果生的是一男一女，则女儿出嫁，儿子继承家业。如果生的是两个女儿，则有一女要求男方入赘女方家庭，并继承女方家业，两人之间所生的孩子也随娘家姓，称为“买断”。另外，也有男性不入赘女方家庭，年轻的夫妇分别照顾双方的父母的夫妇，这种情况叫“两边顶”。也就是说，夫妇双方往返于两家之间，并交替对双方的父母尽孝。但是，即便是在这里，追寻市场，外出务工的年轻人也与日俱增，延续至今的传统慢慢改变，甚至出现了“空洞化”现象。从20世纪80年代末开始，外来新娘的现象也变得非常普遍了。虽然到目前为止，孝敬父母的问题都仅限于家规及两家的关系，但现在已经显露出它的局限性，问题开始进一步扩大，需要动用亲属和朋友关系去应对。换句话说，就是原本由婚姻关系维系的双方关系，变成了由三方、四方共同参与的“圈子”关系。其结果是，作为赡养父母的养老伦理认识不仅仅限于二者的上下关系，开始扩展至上下关系所无法容纳的“亲属圈”中。

在这个“圈子”中，生产关系、生活关系、血缘关系、姻缘关系均被囊括在其中，而且村落内外的各种仪式将它们紧紧地联系在了一起，婚姻有婚姻的特定圈子，继嗣也有自己的圈子特色，养老院同样也有自己的圈子特征等等，人们在圈子中表达各自的情感，并在客观上得到了情感的再生产。一位养老院内的老人含泪这样告诉我：“姐妹们（养老院的其他人）平常帮我种我自己的菜地，可是我的身体已经不能劳动了，我感到亏心，因为他们帮我，但我什么也帮不了她们。”^①另外一位居家养老的孤寡老人对村人对她的帮助感慨万分却无力回报。可见，“有烦恼”是这些老人的情感释放，同时有互助才有了这种“幸福的烦恼”。在这里情感有的放矢，并没有闭塞。

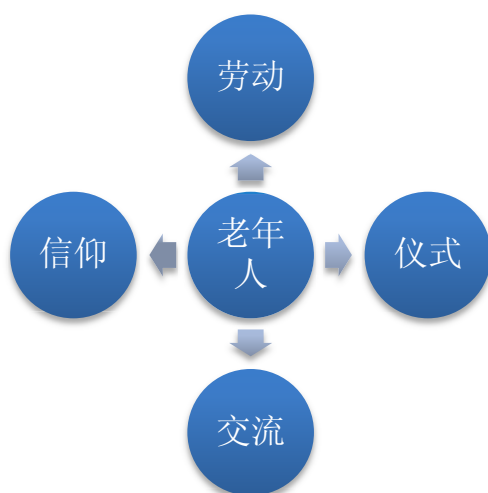


图6：“五保户”的情绪之窗

^① 罗红光，《一个村级养老院的院墙内外》（影视），中国社会科学文献出版社，2013年。

六巷乡已形成了一个由血缘关系、婚姻关系、人际关系(玩乐伙伴及农活搭档),以及外部企业和地方政府所共同构成的“圈子”。因此老人们不是在敬老院的院子里闭门独处,而是如图6所示,老人们经常与院外有联系,能够自由地表达喜怒哀乐的情感,成为该社区的一员。在这里,“健康信息的传递”没有被阻断。

同样,城市的案例中可以举出中国浏阳市的“五保户关爱会”。1995年3月23日,浏阳市保中可以院外有联系,能够自由地表达喜5万元作为活动经费,经过16年积累,浏阳市费,经过外有联”得以设立12000元基金,浏阳市还开展了建设住房;翻修老人院;设立孤儿救济金三个项目。除此之外,在市级层面上,31所老人院以实现可持续发展自立为目标,完成了由“输血”向“造血”的转变。

关于上述(一)和(二)两个案例,一方面,在广西省六巷乡的“五保户”案例中,为老年人营造了发挥亲属和朋友关系的“圈子”,在血缘、婚姻关系、交流、劳动和仪式等关系中也可以看到,能够充分表达“喜怒哀乐”这件事情本身,对于老年人来说也是不可或缺的为了“健康的信息传递”^①。另一方面,鸟取县智头町“1/0运动”中的“向日葵系统”案例中,“为了健康的信息传递”实践,在家庭失去其功能的背景下,通过人与人的联系得以实现。这样看来,无论是六巷乡的人,还是智头町的人,展示在我们面前的都是嵌入式“参与型”,即当事人能够发挥其主体性和能动性,这时,强和弱的双方关系变得不再重要。

(五) 案例之四: 政府和企业项目

纵观现代日本福利改革之路,在“福利元年”的1970年代前期,经济快速增长,将经济成果还原社会的趋势高涨。当时,在东京都及秋田县等部分地区和地方政府,已经开始实施用公费代交老年人部分医疗费用(自付费用)的制度。其后,该制度覆盖到全国许多地方政府。受此影响,国家在1972年修改部分老年人福利法,并从次年的1973年,即3次年的人福利将实施作为国家制度的老年人医疗费支付制度。该制度规定,超过70岁的老年人通过医疗保险接受治疗,其自付费用全额由公费承担,实现了老年人医疗免费。其后,该制度引起了医院的沙龙化和过度治疗等问题,但在当初实施时,对于以这种方式所实现的老年人医疗免费,已出现反对和谨慎论调。^②

在国际方面,通过日本国际协力机构(Japan International Cooperation Agency, JICA),有许多项目团体开展了提供专业指导、派遣人才和建言献策等多方面的援助活动。其中,“NGO受援国在亚洲的分布远超其他地区。援助形式包括资金援助、人才的派遣和接收、物资供应、信息提供等。此外,项目分布领域宽泛,涵盖社会福利、教育、保健、农业渔村开发、难民救济、提升女性地位和环境等方面。JICA发起了多种项目,

^① 秋山哲男,1993年,《福利的街区建设和地区交通系统》(日文:福祉の町づくりと地域交通システム),《地区发展》(日文:地域開発),347。

^② 厚生劳动省编,《厚生劳动白皮书:对社会保障的检验与展望》(日文:厚生労働白書:社会保障の検証と展望),2011年,第52页。

比如‘基层友好技术合作项目’^①，其中‘地方建议型’^②、‘基层伙伴型’^③、‘基层合作支援型’^④构成了它的基本内容。像这种领域覆盖宽广的项目，能够机动灵活地应对人们的需求，这与 NGO 的基本立场密切相关。”^⑤

据北京日本文化中心发布的消息，在华的日本企业至今开展了许多社会贡献活动。根据 2005 年至 2009 年的调查报告，企业的社会责任(Corporate Social Responsibility, CSR)作为一种企业文化获得好评。这些在华日本企业，通过“商会”、“日本人会”、“俱乐部”和“工商会所”等形式，在中国各地从事社会贡献活动。据该调查报告，社会贡献活动内容的排序为：确立企业道德·守法经营；客户服务；节能环保；合理纳税；保持和创造就业；社区共存；调和劳资关系；为地区经济做贡献；提高经营透明度并公开信息；技术承诺；股份转让；突发与偶发事件应对；资金援助活动等等。其中，“企业道德·守法经营”处于最醒目的位置，可见企业将与本地化（融入所在地区）相关的社会贡献摆在了首位。与此相对，与当地养老服务相关的项目很少。^⑥提到社区活动，主要有改善公司周边环境和提供资金援助（主要对象为公司周边团体，公共设施和福利设施。还包括转赠来自日本的捐款等）。可以发现对福利设施的资金援助。^⑦

据 2009 年数据，其总计 414 例的社会贡献活动细目为：四川大地震占 1/4（24.4%）；其他活动领域按序来看，教育·体育占 25.8%、社区活动占 17.9%、环境保护占 11.8%。^⑧我们看其中的一个案例：**礼爱老年看护服务中心**。

“礼爱老年看护服务中心”是 2012 年由日本企业理爱株式会社投资建成的护理机构。该设施位于北京市海淀区，为地面 2 层和地下 1 层的 3 层建筑（建筑面积 350 m²）。1 层和 2 层有起居室、厨房、2 间住房、浴室和公共厕所。

可能性：该护理机构位于上河村，是北京市知识分子聚居的高级住宅区。拥有巨大的潜在消费市场。

该设施的运用特点：（1）护工 13 名（女性 4 名）；（2）设施的硬件：电动自动调节床、康复设施、电梯、浴室、坐式淋浴、日间服务用的 6 座小面包车 1 辆；（3）老人人数：7 人（60~92 岁）。该设施以提供“日式护理”为宗旨，从日本引进了硬件

^① 基层友好技术合作项目是有开展国际合作意向的日本 NGO、大学、地方政府及公益法人等团体，以发展中国家地区居民为对象，在 JICA 的支持与共同实施下展开的合作活动。

^② 地方建议型项目以地方政府为主体，目的是通过实施活用当地社会知识和经验的项目，为发展中地区的经济和社会做贡献。项目规模：为期不超过 3 年，最高限额为 3000 万日元。

^③ 基层伙伴型是在 JICA 的支持下，在对发展中国家的援助方面有一定业绩的 NGO 等团体，基于迄今活动中所积累的经验与技术进行提案建议的针对发展中国家的国际合作活动。项目规模：为期不超过 5 年，最高限额为 1 亿日元。

^④ 基层合作支援型是在日本国内有活动业绩，但在发展中国家开展的合作经验较少的 NGO 等团体想实施的，在 JICA 支持下开展的国际合作活动。项目规模：为期不超过 3 年，最高限额为 2500 万日元。

^⑤ 荻原康夫，1995，《亚洲的社会福利》（日文：アジアの社会福祉），中央法规出版，第 198 页。

^⑥ 北京日本文化中心（日本国际交流基金）编，《在华日资企业社会贡献活动调查报告书》，2010 年，第 4-22 页。

^⑦ 同上，第 29 页。

^⑧ 同上，第 25 页。

和服务理念。尤其是无微不至的服务，是该设施的独有特色。对利用者的护理得到了其家人的高度评价。

今后的课题：如何提供多样化服务，让更多的老年人认可并利用。

根据中日看护事业交流协会所进行的调研报告显示，为建设陕西省养老服务体系 and 把握市场，“陕西省爱心尊老基金会”（以下简称“基金会”）于 2013 年 1 月 15 日成立。由此可以看出，项目将重点放在了设陕西省、“护理服务”和“市场”上。

关于制度化管理方面，例如《JICA 基层友好技术合作项目后评估调查报告》提出了如下项目后评估逻辑框架^①。如图 7 所示。

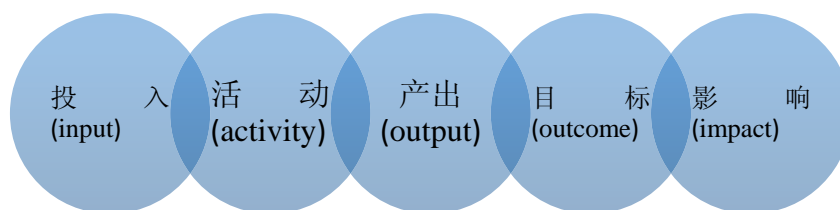


图 7：逻辑框架（《JICA 基层友好技术合作项目后评估调查报告》，2013 年）

在养老服务方面，JICA 与当地人携手合作，开展了“基层友好技术合作（基层伙伴型）项目”（参见 2004 ~ 2012 年）。根据 JICA 中国事务所 2013 提供的《报告》所见，日资企业参与中国老龄化领域的项目，2013 年有 22 项，较为引人注目的是福利技术的输出。其中围绕项目的设计与实施均按照图 VI. 的程序进行理性化管理，已经有了相对成熟、稳定的管理系统，甚至可以扩大到海外同类项目的管理。

相比之下，在中国走向海外的该领域项目数量却寥寥无几。在老龄化不断加剧的背景下，中国社会保障及养老服务体系的管理建设也在同步进展，但养老设施和人才的不足非常显著，老龄产业发展相当滞后。《中国老龄事业发展“十二五”规划》规定：按照居家养老 90%、社区养老 7%、机构养老 3% 的比例来构建养老体系。其中，居家养老服务体系建设项目面临的巨大问题是，在 80 岁以上高龄老人及失能老年人不断增多的情况下，目前的社区服务、养老机构及相关人才能满足多少需求。为解决这些问题，中国民政部于 2013 年 7 月 1 日颁布《养老机构设立许可办法》和《养老设施管理办法》。按床位数 10 张以上具备营运资格的标准统计养老设施数目，在全国 31 个省份中，山东省、黑龙江省、河北省和甘肃省位居前四位，与此相对，西藏自治区、重庆市、新疆维吾尔自治区和宁夏回族自治区依次排在后四位。而从养老方面的专家培训、护工人才培养数据来看，山东、黑龙江、河北和甘肃也依次高于其他地区。造成这种差异的原因是由于人口政策导致的家庭结构差异？还是老龄社会程度上的问

^① JICA 编，《JICA 基层友好技术合作项目后评估调查报告》，北京明善道管理顾问有限公司，2013 年 5 月，第 8 页。

题？由于未对其进行深入调查，无从得知。但可以指出的是，在法律措施相同的情况下，具有全国统一的制度化管理因文化差异而不同。

总之，一方面，中国对国内养老机构的评价基本上采取立足福利技术的方针，在这一点上全国是统一的。简要说，在这种均等化的评价标准背后，援助方与受援方至上而下的二元结构非常明显，可见福利国家的强烈遗留影响。关于这一点，房莉杰指出：“在现今复杂的需求结构背景下，比起扩大政府投入和社会保障形式，更应建立综合多元、积极的福利形式”^①。“积极的福利”在这里指的不是被动的福利，而是居民参与型的合作型福利。日本国内在加大社区自治力度这一点也是考虑到区域特点。

另一方面，正如在逻辑框架上看到的那样，在统一管理的模式下，对“基层”文化的认知度较低，始终局限于援助方和受援方这一二元结构的逻辑之中。从项目的内容和对其评估的焦点来看，结果容易造就“乞丐”型受益者的产生。^②从房莉杰等福利改革派学者的观点来看，只有立足于“基层”，“积极”、“多元”和“参与”才有可能考虑到针对草根文化的评估。

四、研究发现与比较

福利改革的主要根据之一是两国所共有的老龄化社会现象。从养老服务来看福利改革，可以看出两国的差异。

（一）“护理”这一实践的基本单位

在创建福利制度时，需考虑各自的文化传统和文化基础。其基本单位是个人还是家庭，亦或是社区、教区，这取决于自身的文化。

日本传统的“家族制度”和“互助制度”曾以村庄为单位发挥作用，但随着现代化发展，社会整体情况发生变化。20世纪70年代，经济飞速发展，由此以1973年为973飞速发展，由此以度”曾以村庄1980年，设立第2次临时行政调查，控制财政预算，提出了为单位发挥作用，但随着现1982~1983的年度预算中则采用制财政预算，提出 zero+ceiling) 等等，对社会保险方面预算的控制也相当严格。由此，开始重新审视在“福利元年”后大力发展的医疗保险、养老金制度和老年人医疗费支付制度等等，也可以说是对“福利元年”的质疑，尤其是在第一产业和个体户减少的产业结构变化影响下，围绕国民健康和国民养老金问题，日本的社会保障迎来了制度间协调的时代。^③

日本厚生劳动省1990年公布，上一年度（1989年）的总和生育率为1.57（所谓

^① 房莉杰，《福利需求、多元化供应及福利形式》，王春光，2012年，《社会政策评论：福利向何处去》（总第三辑），社会科学文献出版社，第177页。

^② JICA编，《基层友好技术合作项目后评估调查报告》，2013年，第80页。

^③ 厚生劳动省编，《厚生劳动白皮书：对社会保障的检验与展望》，2011年，第56页。

1.57 危机), 从这时开始, 少子化问题开始被社会广为认知。^①由于结婚年龄的推迟, 原预计生育率不久就会恢复, 但实际情况是生育率加剧降低。由此, 可以认为“社会保障=老龄化对策”。日本政府将少子化对策、抚养子女方面的社会援助定位为, 涵盖企业及社区的全社会亟需解决的课题, 与此同时, 强调各中央政府部门应在儿童保健、就业、教育、住房等方面采取横向措施, 实施综合性、计划性政策。

2000 年, 日本重新修订老年人福利和老年人保健两项制度, 启动了护理保险制度。“护理保险制度”通过明确给付和缴费关系的社会保险方式, 创建由全社会来支撑护理的新体系, 使用者可选择性地综合利用保健、医疗、福利等各种护理服务。该制度原则上以超过 65 岁的人口为对象, 2000 年 65 岁以上的被保险人为 2165 万人, 至 2010 年 (平成 22 年), 该数字增长为 2895 万人。^②

日本在 70 年代末期为企业时代。80 年代之后, 则被称为社区时代。进入 21 世纪以来, 可以说日本的“社区福利”概念及政策已进入成熟期。在该成熟期, “社会福利”内涵更加广泛。初期阶段 (20 世纪 60 年代左右), 可以说日本的“社区福利”概念及政策已进入成熟期。在该成熟期 70 年代以后, 则主要关注如何为失能或半失能老人、儿童及残障人士提供居家服务; 在 80 年代, 促进了社区民主化, 提倡居民的自治和参与; 90 年代则在“共生”理念下, 赋予所有居民平等享受公共服务的权利, 这意味着公共服务的提供方和接受方为对等关系, 使用人享有选择主导权; 2000 年以后的社区福利意指, 社区体系化、居家服务、居民参与及居民主体性决策有机一体的综合性体系。^③

中国存在传统的“治家安邦”意识, “家”是一个单位。因此, “养老”思想也如“经世济民”一样, 中国的“经济”等概念并不仅仅是追求利益的行为。近代中国学习北欧和苏联, 进而受凯恩斯主义影响, 创建了福利国家。在这一变化过程中, 尤其在城市, “养老”的基本单位由家庭转向个人, 而农村地区则依然保留着以家为单位的扶助关系。

现代中国可以分为社区公共服务和社区建设两个时期。1993 年, 中央政府发布《关于加快发展社区服务业的意见》, 迅速取得了政府主导型社区服务事业的成功。。近代中“中务”概念本身是从英国照搬过来的。在中国国内, 随着国企改革, 单位福利结构解体, 通过社区建设, 迄今由国企所承担的福利责任转而由社区承担。从 20 世纪 90 年代到 21 世纪, 将国企改革所产生的失业人员转移到社区服务业也曾是社区建设的一大目的。另外, 在进城务工农村人口给城市公共服务带来巨大压力的背景下, 政府启动了可以兼顾发展城市社区服务业的社区建设。但另一方面, 农村地区则正如“老、

^① 同上, 第 69 页。

^② 同上, 第 93 页。

^③ 广井良典、沈洁主编, 《中国·日本社会保障制度的比较与借鉴》(中文版), 中国劳动社会保障出版社, 2009 年, 第 170-171 页。

少、边、穷”四字所示，呈现严重的空洞化趋势。这推动了“新村建设”的进行。^①

中国面对自身的问题，开展了适合本国国情的福利改革，并非“先发优势”（广井良典、沈洁，2009年），受其他各国的影响。比如与日本相比，虽然出现了并非“先发和”，受其他各国的影响。比如与日本相比，虽然出现了并非“先发优势”（广井良典、沈洁）城务工农村人口给城市公共服务带来巨大压力的背景下，政府启动了可以兼顾发展城市社区服务业的社区建设。但另一方面，农村地区则正如“老、少、由社区承担。从而保留着以家为单位的扶助关系。大政府投入和社会保

（二）由养老服务实践来看人与人之间的相互关系

从结果上来看，中国和日本的“少子化”、“老龄化社会”以及农村地区的“空洞化”现象类似，但议论的焦点与其说是个人，不如说是以家庭为单位。

1、中国

与城市不同，农村地区没有城市那样的“社区”。农村无法像城市生活那样将住所与工作场所分离出来，对农村居民来说，居住场所同时也是从事生产活动的场所。因此，在生活与生产同时进行的日常生活行为中，难以将“公”与“私”严格地分割开来。包括广西省六巷乡案例在内，许多研究表明，中国农村地区属于“熟人社会”（face to face society）。亲属关系中的协作与背离还受一家之主个人素养的影响。^②加上这种关系，对个人来说，家就成为了包括工作、日常生活、信仰以及交流等所有生活的复杂人际“圈子”。其结果是，个人属性的“我”成为具有“公”属性的存在。可以说，费孝通所说的“自我主义”从根本上也是指以家庭为支柱的“我”。

2、日本

虽然日本在传统上存在家族制度和互助制度，但在构建现代国家的过程中，日本的市民权意识逐渐提高，与“熟人社会”不一样，日本社会基本上被看作是“陌生人社会”（stranger's society）。由于日本是以个人权利为基本单位的市民社会，家庭主义的家族制度基本失去了作用，取而代之，家庭的定义以个人为单位。单从这一点就可以看出，日本与以家庭单位定义个人的中国情况是不一样的。“现代家庭在现代国家背景中变成私有领域，是具有高自律性和情绪性的家庭。”^③这使得生活方式发生多样化，选择婚后不要孩子，或甚至不结婚等违背社会常识的事例成为可被接受的社会现象。换言之，在“无血缘关系”^④中，人们依赖于法人社会或社区维持生计。在这种背景下，以个体为基本单位看待家庭这种生活方式给养老服务带来了直接影响。“由

^① 广井良典、沈洁主编，《中国·日本社会保障制度的比较与借鉴》（中文版），中国劳动社会保障出版社，2009年，第171-172页。

^② 首藤明和，《中国的人治社会》（日文：中国の人治社会），日本经济评论社，2003年，第143页。

^③ 施利平，《战后日本的亲属关系：检验小家庭化和双系化》，劲草书房，2012年，第19页。

^④ 乐木章子，《家庭：无血缘的“血缘关系”》（日文：家族：血縁なき“血縁関係”），杉万俊夫编，《社区的集团动力学》（第30卷），2006年，第239页。

于家庭形态的巨大变化，从让家庭承担‘安全网’职责出发所建立的日本福利制度已无法适应形势。实际情况是，在家庭陷入重大生活困难中时，没有任何援助之手，有时甚至连生命都受到威胁。”^①

考虑到此种“无缘社会”^②时代的护理，日本“推进社区系统养老：2005年（平成17年）大幅修订护理保险制度；推进预防型体系建设；引进以社区为中心的新的服务体系，社区服务；创建社区统一支援中心等等，向确立社区统一养老体系迈出了第一步。”^③另一方面，即便在现在，对有高医疗需求和需重点护理的老人们来说，还是存在难以居家生活，或给护理的家人造成过重负担等问题。故有人指出，社区未能承担起护理风险等课题。另外，需要护理的人中，约有过半的人期望能在自己家中接受护理。希望入住养老机构的人也较多，申请入住特别养老机构的居家重症老人总数约为42.1万人。^④为解决这些问题，有必要确立地区系统养老体系，如在中学校区等日常生活范围内，建立可有机系统提供医疗、护理、预防、居住、生活支援等服务的体制。^⑤如本文所示，不管是利用养老机构，还是接受居家服务，将目光投向家庭之外的改革方案和相关项目层出不穷，可以说家庭本身所具有的功能确实下降了。因而在家庭外部发展人际关系，亦即社会支持网是必要的。比起家庭，社会支持网的必要性是农村地区新村建设及城市城镇建设的重要线索。

包括上述内容，可以概括出如下四点。第一、家庭成员相互关系方面：中国是从“家庭伦理”和“近代家庭”模式的视角定义；日本在90年代以后从面：中国是从“家庭伦理”和“近代家庭”2012)。第二、从面缘”社会和“法治”社会方面：(1)传统与现代相融合的新社区下的护理系统化(中国六巷乡，日本智头町)；(2)“法治”下的护理系统化(中国由城市向农村普及，日本利用地方政府建设养老系统)；(3)国际人道主义下的养老服务项目化(JICA, NGO团体，日本的企业工会等；中国利用海外资金发展国内项目，但面向海外的同类项目寥寥无几)。第三、老龄化对策方面：中国将公共服务民营化，建设社区(夏学銮，2001)，开展志愿者活动，公共服务社会化(罗红光，2009)；日本创建居民自治体系下的社区(杉万俊夫，2006)。第四、体系缘社会”和“无缘社会”方面：中国由“人情”社会向“圈子”社会扩展，社区色彩浓厚，倚重内部力量；日本向“无缘社会”型市民社会发展，借助外部力量重新激发地区活力(春日KISUYO，2013)。

3、与父母共同居住的规范

日本：在共同居住规范方面，日本至今出现过三种模式，即“小家庭”、“直系家

^① 春日KISUYO，《变化中的家庭与护理》，讲谈社现代新书，2010年，第5页。

^② 同上。

^③ 厚生劳动省编，《厚生劳动白皮书：对社会保障的检验与展望》，2011年，第312页。

^④ 同上。

^⑤ 同上。

庭”和“夫妻家庭”。在抚养制度上，这些都成为了养老服务实践的根据之一。尤其是关于后两种“双系化衍生的家庭模式”，施利平经研究检验后确认：“不同时期出生的人群与父母共同居住的概率在结婚时虽然不一样，但在婚后 15 年基本达到同一水准。因此，与年长人群相比，并不能说年轻人群与父母的共同居住率下降了，而是由结婚时共同居住型变为中途共同居住型”。^①简要说来，若对家庭制度层面加以关注就会发现，虽然截至目前都认为并相信现在的日本家庭是仅有夫妻一代的“夫妻家庭”，不属于具有连续性和继承性的直系家庭，但实际情况却并非如此。从上述分析结果来看，现代日本家庭很可能不仅具有连续性和继承性的直系家庭，而且兼具情绪性与自律性的近代家庭。^②

中国：由于 80 年代末期兴起的农田责任承包制，“扩大家庭”规模变小。除去少数民族及偏僻乡村，一方面“小家庭”为生活主体已成为既定事实，另一方面“家庭伦理”传统观念仍有保留，但事实上难以维系其作用，呈现为 2:4:8 的 4:8 模变小^③。比如，陕西省案例中对不同领域的 10 个地区，共计 412 户老年人家庭进行了问卷调查，结果显示共同居住情况为：与老年夫妇共同居住的最多，占 59.48%，其中子女月薪在 2000 元至 3000 元之间的占 49.14%。41.38% 的受访者回答，政府的养老政策非常重要。与此相对，有 36.21% 的老年人请家人照看自己。从护理需求来看，比起养老机构更依赖家庭的现象深受文化因素影响。^④从问卷的内容构成来看，以老年人、护理需求、护理方法、收入、养老机构、护工等项目为主。问卷并未涉及生活方式、家庭构成以及家庭成员间（包括媳妇）的义务与责任，让人强烈感觉到这是针对“福利技术”展开的市场调查。^⑤不过也许正因为其背后蕴含着文化因素，才无法轻易着手调查。

（三）福利改革的方向性

1、是否为新模式的出现？

日本在创造居民自治社区的同时，面临着如何解决“无缘社会”的难题。关于日本的各种改革方案，“在正负两方面重新评价国家职责，这种动向不仅针对现有政策提出了疑问，而且同时也是在质疑我们对社会生活、经济生活构造的思维本身。”^⑥相比之下，中国在努力推进人口城市化的同时，面临着农村地区庞大的养老难题。不仅是硬件，还要求开发符合生活习惯的养老服务体系。瑟瑞（Thierry Verhelst）这样批评道：“大多数项目所强调的发展，是将源于欧洲的各种前提和行为方式不加区别地

^① 施利平，《战后日本的亲属关系：检验小家庭化和双系化》，劲草书房，2012 年，第 50 页。

^② 同上，第 56 页。

^③ 罗红光，《“家庭福利”文化与中国福利制度建设》，《社会学研究》（3），2013 年，第 154-156 页。

^④ 陕西省养老服务事业调查项目组，《陕西省养老服务事业调查报告》，2013 年 7 月 28 日，第 15-24 页。

^⑤ 同上，第 7-14 页。

^⑥ 莱斯特·赫尔穆特（Lester M. Salamon & Helmut K. Anheier），《全球公民社会：非营利部门视界》（日文：台頭する非営利セクター），今田忠译，DIAMOND, Inc.，1996 年，第 2 页。

强加给第三世界，其结果是任何发展行为皆不为对象地区的价值体系和社会组织所接纳。”^①国家或企业主导的发展，如只向受援国提供福利技术，恐会将受益方塑造成“植物人”，这是迄今福利国家的经验教训^②。由此来看，正如“属于我们自己的时代的开始”^③所描绘的那样，应建立有益于“造物”和“造人”的居民参与型援助模式。日本的智头町在这个意义上是一个很好的案例。

2、是否创建了新组织？

“现代社会由各种各样的组织所构成，传统上将这些组织分为两大部分，即‘市场’和‘国家’，或者‘私营部门’和‘公共部门’。”^④所谓“社会组织”（NGO），是中国政府对 NGO 的称谓，一般指在民政部门进行了登记注册的社会团体、民办非企业单位和基金会。由于其中还包括许多业界团体及有政府背景的公益组织（GONGO，也称官办慈善组织），在概念上与 NGO 并不完全等同。从 2013 年开始，国家对社会组织的限制放宽，公益团体可成为独立法人。有一点不可忽视的是，将多种组织抽象化出来有益于分析，对于理解和描述现有组织是必要的。^⑤如案例分析中所示，这里所说的“有意义的组织”，指的不仅仅是国家和企业，还包括受益者方面的组织建设，即“圈子建设”。其中枢便是尊重每个个体主体性的积极福利。

五、总结

（一）二元结构福利制度的问题

老年人问题不仅仅是老年人的问题，它同时也关系到所有个人、家庭、社区、市场和国家，是覆盖全社会的综合性问题。但从养老服务来看福利制度的改革，在方法上日本以护理服务为主，市场化趋势明显。其特点在海外的项目中也有所体现。而中国刚开始从福利国家中走出来，迎来了追究“社会”职责的时代。社会福利的理念包括“公平”、“公正”、“平等”等，如何保持客观性是其一贯问题。哪怕仅仅从“贫困”、“弱势群体”这些定性的概念来看，也需要以某个社会的生活水平为标准，才可以将处于该标准之下的人群定义为“贫困人口”。^⑥“不过，贫困线指标虽然看似客观，但在进行收入样本调查时，如回答人不愿意表明自己的收入，或者不知道确切的收入，则数据可信度有可能不高。此外，低估或忽视定义之外收入的情况也较多，而且由于综合性收入调查耗资巨大，无法从多角度定期执行等问题，将其作为绝对标准不太可

^① 瑟瑞(Thierry Verhels)，《文化、开发、NGO—人和花没有根都无法生存》（日文：文化、開発、NGO—ルーツなくして人も花も生きられない），木村健康等译，新评论，1994年，第173页。

^② 例如：山田信行，1998年；山田信行，1985年。

^③ 中泽孝夫，《“本地人”的家乡建设》（日文：“地域人”まちづくり），讲谈社现代新书，2003年，第173-186页。

^④ 同注3。

^⑤ 莱斯特、赫尔穆特（Lester M. Salamon & Helmut K. Anheier），《全球公民社会：非营利部门视界》（日文：台頭する非営利セクター），今田忠译，DIAMOND, Inc.，1996年，第3页。

^⑥ 萩原康夫，《亚洲的社会福利》（日文：アジアの社会福祉），中央法规出版，1995年，第3页。

信。”^①中国和日本也一样，随着社会变化，数据还会随 GDP 的变化而变化。^②这意味着总会存在相对贫困的人口，即以追求利益为目标的合理主义的社会，为了保持生产力，它也往返于拉开差距和消除差距之间，它正好在相对层面上反映了“效率”和“公平”这一固有矛盾。与绝对贫困相比较而言，为了保持和发展经济水平，人们总是被相对贫困（贫富差距）问题牵着鼻子走。因此，在社会福利方面，问题究竟是在绝对贫困，还是在相对贫富差距，对这一问题的探讨仍然不够充分。结果导致福利制度的改革永远陷于“强者”和“弱势群体”这种二元结构的怪圈中，也就是说，这种二元结构式的福利制度永远需要一批“贫困阶层”和“弱势群体”为前提条件。

（二）超越二元结构的社会实践：福利社会建设

社会福利的理念是要消除贫困人口，构建平等社会。它不是一种人际关系，而是“弱势群体”、“贫困人口”、“受护理的对象”、“援助方”、“公共服务提供方”、“国家行为”等 A 对 B 群体的一对多关系。对个人进行的福利效果分析，看不到受援方作为群体性存在的意义及其主体性，导致类似“无缘社会”的结果，个人对国家（或者法律措施）这种结构极大地改变了社会伦理。受援者只是一味地单方面从福利体系中获利的福利制度不是一个健全的制度，而且存在福利伦理的问题。

围绕养老服务实践，首要的问题是探明其基础是什么？尤其在纵观其所处的社会环境时。如前述的几个案例所示，中国农村地区有利用传统这一社会性；与此相对，日本想找回家族制度和互助制度传统却几乎是不可能的，从而产生了发展社区建设这样一种发展道路。

“市场”、“国家”和“社会”概念构成了人类学及社会学中所阐述的“意义岛屿”^③。如前述村建运动、地方自治体建设、“新村建设”和 NGO 团体的改革等所示，“意义岛屿”间使相互理解和交流成为可能的共同尝试即是社会建设，这里的“社会”指连结“市场”和“国家”的媒介。具体包括：第一、人们在各自日常生活中的立场是创造社会福利需求。第二、享受社会福利的个人或家庭，有“市场”和“国家”经验，且形成支撑“市场”和“国家”的社会福利基础。第三、在构建这种福利社会中，作为补充的第三部门，即 NGO(NPO)和志愿者活动也是必不可少的具体实践。

（三）对福利文化的认识

在国际社会福利的比较研究中，没有比按某一个标准对世界各国进行排名更粗暴的研究立场。这是因为，在主体性日渐增强的社会中，福利需求的原因可以来自不同社会与文化，但其创造力往往来自于底层和现场。本文就此列举如下三点。

^① 同上，第 3-4 页。

^② 平山卓，1979 年，《福利水平的国际比较：最新统计下的保健和老后保障》（日文：福祉水準の国際比較：最新統計による保健、老後保障），《季刊论坛》（日文：季刊フォーラム）22。

^③ 埃维塔·Z.(EviatarZerubavel), *The Fine Line*, Chicago: University of Chicago Press, 1991.

1、近代科学派仅是西欧文化中心的单一模型。具体来说，福利、再分配和开发学派只不过是西欧文化中心单一文化模型的一类变种。瑟瑞(Thierry Verhelst)指出，这类假说在本质上缺乏的是对第三世界各民族本土文化的尊重态度。^①

2、源自西欧文化的经济、社会和国家三大支柱概念中，以个人“生命权利”(bio-power)为中心的福利思想，是立足于人道主义的西方模式，是类似“从属论”的想法，即认为其他国家位于其发展的延长线上。这种从属论虽然包含解放个体的意义，但其研究欠缺具体性和实践性。

3、老龄化社会现象出现在中国和日本，以及所有福利大国，但其成因及所处的社会环境并不一样。简要说来，问题产生于地区性文化因素，并不能简单站在国际立场上看待此问题。在应对老龄化社会问题上，普遍主义的认识论是站在科学理性的立场上，保持“客观性”。正因为用方法(论)消除了“主体”的主观色彩，因而也可以称之为一种无视人类感情和价值观的“知识性权力”的优越性表现。迄今的社会福利制度将受益者(比如老年人等)当作“弱势群体”、“贫困人口”对待，视他们如“智障”人士一般，这是带有政治经济色彩的、单方面的，维持“知识霸权”思想的二元结构的制度性思维。它恰恰拒绝了受助方主体存在的客观性。现在必须努力从根本上重新审视这一制度。

日本鸟取县智头町的“向日葵系统”和中国广西省六巷乡大瑶山“日常生活圈子”，都是超越了“A(强)对B(弱)”式二元结构的尝试。在强弱关系的结构中，弱势群体总是作为必要的构成性要素而存在，但案例中的“圈子”实践中，老人也可以扮演主角，同样是一种社会实践的主体。简言之，从构建福利社会的实践来看，这种以“传递健康信息”的实践意义是一种“福利文化”。它是在发挥区域文化的基础上建设社会。此外，如同在“向日葵系统”中所见，政府、企业和NGO团体的基本立场，是在“圈子”周围支援，并塑造了属于他们的福利文化，加深了“圈子”的精神内涵。

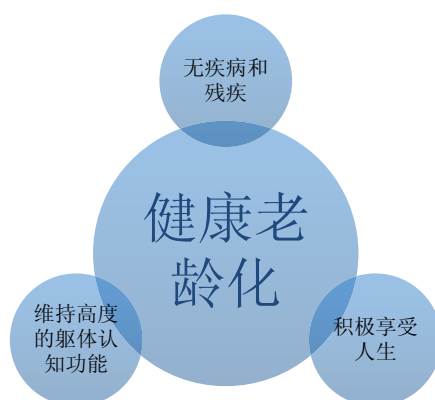


图 8：健康老龄化（引自 Rowe & Kahn, 1987 により）

^① 萩原康夫，1995年，《亚洲的社会福利》，中央法规出版，第7页。

Rowe & Kahn 中所描绘的“健康的老龄”由三大支柱支撑。上野千鹤子等认为，这个理论在今天仍然具有说服力。^①“积极享受人生”这一条与本文直接相关。笔者进一步概括为如下关于“生”的内涵。

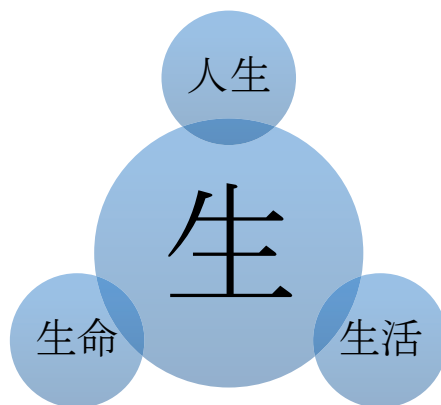


图 9：生

在英语文化圈中，*life* 一词只表示一个意思。但对于汉字文化圈的中国人和日本人而言，*life* 一词意味深远，它涵盖与信仰相生相伴的人生哲学；维持生命的科学和维护世俗各种社会关系的日常生活三个方面。对于老人来说，这其中的任何一项也不可或缺。同样，围绕养老服务的福利制度改革需要超越二元结构，图Ⅷ所示三大领域之间的有机联系构成了完整的“生命圈”，它才是构建“福利社会”的新型福利模式。

参考文献

- 瑟瑞 (Thierry Verhelst), 1994 年,《文化、开发、NGO—人和花没有根都无法生存》,木村健康等译,新评论,第 173 页。
- 莱斯特、赫尔穆特 (Lester M. Salamon & Helmut K. Anheier), 1996 年,《非营利部门: 一股新的全球力量》,今田忠译,DIAMOND,Inc.。
- 王春光, 2012 年,《社会政策评论: 福利向何处去》(总第三辑),社会科学文献出版社。
- 王春光, 2013 年,《社会政策评论: 社区发展与社区福利》(总第四辑),社会科学文献出版社。
- 蒲生正男, 1979 年,《日本的“家”与“村”》,大林太郎审阅,《世界民俗 13 东亚》平凡社,第 23~43 页。
- 久塚純一, 1997 年,《社会保障的方法论课题》,《周刊社会保障》No.1943。
- 厚生劳动省编,《厚生劳动白皮书: 对社会保障的检验与展望》,2011 年。
- 山田信行, 1985 年,《福利国家形成中的差异与偏差: 类型论的射程与界限》,《社会学评论》49。
- 施利平, 2012 年,《战后日本的亲属关系: 检验小家庭化和双系化》,劲草书房。

^① 上野千鹤子等, 2008 年,《护理思想》(日文: ケアという思想), 岩波书店, 第 183 页。

- 宗金文, 2001年,《日本农村的社会保障》,中国社会科学出版社。
- 秋山哲男, 1993年,《顾及福利的家乡建设和地区交通系统》,《地域开发》341。
- 春日 KISUYO, 2010年,《变化中的家庭与护理》,讲谈社现代新书。
- 庄司千惠子, 2005年,《农村老年人日常生活中孤独的作用机制》,《现代社会学研究》,第18卷。
- 上野千鹤子, 2008年,《防老准备: 护理与被护理》,每日文库。
- 上野千鹤子等, 2008年,《护理思想》,岩波书店。
- 杉森创吉, 1982年,《关于个人福利服务国际比较的相关观点和框架(备忘录)》,《社会事业的各种问题》28。
- 杉万俊夫, 2006年,《社区的集团活力》,京都大学学术出版会。
- 西川裕子,《现代家庭与家庭模式》,《ESITIA2<特集>家庭·社会·国家》,ミネルヴァ书房,2001年。
- 青木邦男, 2001年,《由地方城市调查研究来看居家老年人的孤独感及其原因》,《社会福利学》1。
- 野尻武敏, 1991年,《第三条路》,晃洋书房。
- 孙希有, 2010年,《服务型社会的来临》,中国社会科学出版社。
- 大谷顺子, 2001年,《从国际保健政策来看中国: 由政策执行现场》,九州大学出版会。
- 中国社会科学院社会学研究所编, 2013年,《社会学研究》(3)。
- 中泽孝夫,《“本地人”的家乡建设》,讲谈社现代新书,2003年。
- 天野正子, 2006年,《看向“老”的目光: 日本现代失去了什么》,平凡社。
- 都村敦子, 1990年,《日本的选择: 西欧型还是米国型》,《日本经济研究》20。
- 萩原康夫, 1995年,《亚洲的社会福利》,中央法规出版。
- 平山卓, 1919年,《福利水平的国际比较: 最新统计下的保健和老后保障》,《季刊论坛》22。
- 埋桥孝文, 1994年,《关于生活(富裕程度、贫困、生命历程)的国际比较》,《国际经济劳动研究》838。
- 埋桥孝文, 1995年,《福利国家类型论和日本位置: 以 Esping Andersen 的诸观点为线索》,《大原社会问题研究所杂志》445。
- 埋桥孝文, 1999年,《福利国家的日本模式: 对《现代福利国家之国际比较》书评的答复》,《经济学杂志(大阪市立大)》99-5/6。
- 木村武司, 1984年,《“行政改革”的基本性格: 国际比较所示评估尝试》,《社会政策学会年报》(兵藤等编,茶水书房)28,第3-28页。
- 罗红光, 2013年,《“家庭福利”文化与中国福利制度建设》,《社会学研究》(3)。
- 落合惠美子, 1989年,《现代家庭与女权主义》,劲草书房。
- 于建明, 2013年,《中国城市中年夫妻关系研究——从生命历程理论的角度》,日本侨报社。
- 广井良典,沈洁编, 2009年,《中国·日本社会保障制度的比较与借鉴》,中国劳动社会保障出版社。
- Eviatar Zerubavel, *The Fine Line*, Chicago: University of Chicago Press, 1991.
- The Task Ahead for the Cities of the Developing Countries, *Staff Working Paper No. 209*, The World Bank, July 1975.

影像资料

杉万俊夫，2010年，《集团动力学：创建有活力的社区和组织（实践篇）》（影像）、公益财团法人集团力学研究所出品。

罗红光，2013年，《一个村级养老院的院墙内外》（日语名：《ある村レベルの敬老院の壁の内と外》）（影像），中国社会科学文献出版社。

附录：老龄化相关法律法规、政策文件、标准规则及研究报告汇集

1. 《老年人权益保障法》
<http://www.nhfpc.gov.cn/jtfzs/s3580e/201307/6de2e73ecd1b4cdb8530c468d431cfba.shtml>
2. 《社会保险法》 http://www.gov.cn/flfg/2010-10/28/content_1732964.htm
3. 《老龄事业发展十二五规划》 http://www.gov.cn/zwgk/2011-09/23/content_1954782.htm
4. 《社会养老服务体系规划建设规划（2011-2015年）》
http://www.gov.cn/xxgk/pub/govpublic/mrlm/201112/t20111227_64699.html
5. 《关于鼓励和引导民间资本进入养老服务领域的实施意见》
<http://fss.mca.gov.cn/article/zcwj/201207/20120700336902.shtml>
6. 《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》
http://www.gov.cn/zwgk/2013-09/13/content_2487704.htm
7. 《实施〈中华人民共和国社会保险法〉若干规定》
http://www.gov.cn/flfg/2011-06/30/content_1896608.htm
8. 《城镇职工基本养老保险制度》 http://www.zj-l-tax.gov.cn/art/2007/11/29/art_459_3380.html
9. 《新型农村社会养老保险制度》 http://www.gov.cn/zwgk/2009-09/04/content_1409216.htm
10. 《农村五保供养工作条例》 http://www.gov.cn/zwgk/2006-01/26/content_172438.htm
11. 《城镇职工基本医疗保险制度》 http://www.gov.cn/banshi/2005-08/04/content_20256.htm
12. 《中国残疾人事业“十二五”发展纲要》 http://www.gov.cn/jrzg/2011-06/08/content_1879697.htm
13. 《关于进一步加强老年人优待工作的意见》
<http://zhengwu.beijing.gov.cn/gzdt/gggs/t1336437.htm>
14. 《民政部关于建立养老服务协作与对口支援机制的意见》
<http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/shflhshsw/201312/20131200565536.shtml>
15. 《民政部关于推进养老服务评估工作的指导意见》
<http://jnjd.mca.gov.cn/article/zyjd/zcwj/201310/20131000525820.shtml>
16. 《国务院办公厅关于政府向社会力量购买服务的指导意见》
<http://www.bnu1.org/news/meiti/1873.html>
17. 《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》
http://www.gov.cn/zwgk/2013-10/14/content_2506399.htm
18. 《国务院关于开展城镇居民社会养老保险试点的指导意见》

- http://www.gov.cn/zwgk/2011-06/13/content_1882801.htm,
19. 《民政部关于开展公办养老机构改革试点工作的通知》
<http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/shflhshsw/201312/20131200565532.shtml>,
 20. 《民政部办公厅、发展改革委办公厅关于开展养老服务业综合改革试点工作的通知》
<http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/shflhshsw/201401/20140100573200.shtml>,
 21. 《养老服务业标准化建设规划（2013-2017年）（送审稿）》
http://www.google.com/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CC4QFjAB&url=http%3A%2F%2Ffiles2.mca.gov.cn%2Ffss%2F201312%2F20131212100936966.docx&ei=B9cCU9PWO4mRkQXi_4GYCg&usq=AFQjCNGKAp0s1rA6AKEV4n1G4C1GGLwtsg&bvm=bv.61535280,d.dGI,
 22. 《民政部 标准化管委会 商务部 质检总局 老龄办关于加强养老服务标准化工作的指导意见》 <http://fss.mca.gov.cn/article/tzgg/201402/20140200585736.shtml>,
 23. 《老年人社会福利机构基本规范》
<http://fss.mca.gov.cn/article/ywbz/200712/20071200005095.shtml>,
 24. 《国家职业技能标准 养老护理员（2011年版）》
<http://shfl.mca.gov.cn/article/bzgf/lnfl/200809/20080900019927.shtml>,
 25. 《护理院基本标准（2011版）》 <http://www.moh.gov.cn/mohyzs/s3593/201103/50988.shtml>,
 26. 《老年人建筑设计规范》 http://www.ytjs.gov.cn/uploadfiles/15_JGJ122-1999.pdf,
 27. 《社区老年人日间照料中心建设标准》
<http://files2.mca.gov.cn/www/201104/20110428163414710.pdf>,
 28. 《老年养护院建设标准》 <http://files2.mca.gov.cn/www/201104/20110428163327233.pdf>,
 29. 《农村敬老院管理暂行办法》 http://www.gov.cn/ztl/2005-12/31/content_143926.htm,
 30. 《养老机构安全管理》 <http://files2.mca.gov.cn/fss/201306/20130603083429958.pdf>,
 31. 《养老机构设立许可办法》
<http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/shflhshsw/201306/20130600480075.shtml>,
 32. 《养老机构管理办法》
<http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/shflhshsw/201306/20130600480076.shtml>,
 33. 《中央专项彩票公益金支持农村幸福院项目管理办法》
http://www.gov.cn/gongbao/content/2013/content_2455239.htm,

34. 《老年人居住建筑设计标准》

<http://www.zys168.net/Upload/DownLoad/DownLoadFile/201071696938.pdf>,

35. 《养老服务业标准体系框架研究报告（送审稿）》

<http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CC8QFjAB&url=http%3A%2F%2Ffiles2.mca.gov.cn%2Ffss%2F201312%2F20131212101001413.doc&ei=kNcCU6bZDsavkAXZg4AI&usg=AFQjCNFD0M2KGhdhZRZE4TlM3JgXIK2FXw&bvm=bv.61535280,d.dGI>