

何以养老：就地养老的概念、 实践与反思*

——以 B 市就地养老的多元模式为例

孙弋帏

【摘要】 老龄化对全球人口和社会发展构成巨大挑战，构建社区居家养老服务体系是我国应对这一挑战的主导性方案。基于国内外相关研究，本文认为就地养老理念对这一方案具有适用性。就地养老指家庭养老和社会化养老服务的有机结合，是对家庭养老和居家养老、社区养老、机构养老的优势整合。本文以 B 市的地养老实践为例，根据社区类型详细介绍了家庭养老型、居家社区养老型、商业机构嵌入型、医养结合嵌入型、三位一体型等多种养老模式，展现了就地养老的具体运行方式和优势特征。当然，目前的就地养老仍存在一些问题和局限，如多元主体合作困境、养老服务供需错配、流动老人异地养老困境等。为此，本文进一步提出了以老人核心需求为切口协调多元主体、以数字技术为依托实现供需匹配、改革异地养老制度吸纳流动老人等改进性建议。

【关键词】 就地养老 社区居家养老 机构养老 养老模式

【作者简介】 孙弋帏，清华大学社会科学学院 2020 级博士研究生。

【中图分类号】 C912 **【文献标识码】** A

【文章编号】 2097 - 1125 (2023) 10 - 0074 - 15

一、中国面临的老龄化挑战与应对

人口老龄化是全球人口与社会发展的时代性难题，为老人提供完善的养

* 李强老师在本文形成过程中提供了重要帮助，王晶老师、吴越老师、何晓斌老师、郑路老师对本文也给予了大力支持。匿名评审及编辑部提供的修改建议对论文贡献巨大。在此致谢，文责自负。

老服务体系也是世界各国面临的共同任务。而对中国来说，老龄化带来的挑战更为艰难与复杂，呈现“未富先老、未备先老、未康先老”等鲜明特点。

第一，未富先老指我国不得不在社会经济尚未充分发展的条件下应对庞大的老龄人口，中国人均 GDP 直到 2021 年才首次超过世界平均水平，但中国老龄人口的绝对数量却居于世界首位。第七次全国人口普查统计数据显示，截至 2020 年 11 月 1 日，我国 60 岁及以上人口达 2.64 亿人，65 岁及以上人口为 1.91 亿人。^① 第二，未备先老指我国不得不在极短的时间内做好迎接老龄化挑战的准备，中国老龄人口比重的上升速度同样居于全球前列。中国自 2000 年进入老龄化国家，^② 预计“十四五”期间，中国的老龄人口将超过 3 亿人，从轻度老龄化进入中度老龄化阶段。^③ 而对比其他国家的老龄化倍化年数，法国用了 126 年，英国用了 46 年，德国用了 40 年，日本用了 25 年，^④ 可见中国的老龄化是一个快速压缩、加速发展的过程。第三，未康先老指我国不得不在有限的资源和时间下解决大量患病老人的医护问题，我国老人的健康水平远低于发达国家。2015 年中国城乡老年人生活状况调查显示，我国失能、半失能老人占比达 18.3%，估计全国规模达 4000 万人，预估 21 世纪中叶将达到 1 亿人。^⑤ 2018 年，我国患有有一种及以上慢性病的老人比例达 75%，人均预期寿命为 77 岁，但人均健康预期寿命仅为 68.7 岁。^⑥

与此同时，中国传统的家庭养老模式也日渐衰弱。首先，随着出生率的持续下降和人口寿命的总体延长，老年人口的抚养比迅速攀升，家庭内支撑养老的人数减少，家庭户平均人口数由 2000 年的 3.44 下降为 2020 年的 2.62，更大比例的老人生活在一人户或两人户之中。^⑦ 其次，女性外出就业

① 参见国家统计局国务院第七次全国人口普查领导小组办公室：《第七次全国人口普查公报（第五号）——人口年龄构成情况》，http://www.stats.gov.cn/sj/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/202302/t20230206_1902005.html，2022 年 5 月 11 日。

② 按照 65 岁以上人口占 7% 以上的口径。

③ 参见《“十四五”期间全国老年人口将突破 3 亿 将从轻度老龄化迈入中度老龄化》，<https://baijiahao.baidu.com/s?id=1681399228572940593&wfr=spider&for=pc>，2022 年 10 月 24 日。

④ 参见任泽平、熊柴、周哲：《中国生育报告 2019》，《发展研究》2019 年第 6 期，第 20 ~ 40 页。

⑤ 参见《我国失能半失能老人 4063 万 占老年人口近两成》，http://www.xinhuanet.com/politics/2016-10/09/c_1119682514.htm，2022 年 10 月 9 日。

⑥ 参见《国家卫健委：中国人均健康预期寿命仅为 68.7 岁》，http://www.cnr.cn/sxpd/ws/20191102/t20191102_524842202.shtml，2022 年 11 月 2 日。

⑦ 参见《杜鹏：从“七普”数据看中国人口老龄化》，<https://www.chinathinktanks.org.cn/content/detail/id/mdh8r179>，2022 年 8 月 19 日。

增加，双职工家庭成为一种普遍现象，家庭养老缺乏照料人手，空巢老人、独居老人的比例不断上升。最后，高龄化带来的老人失能程度加重、失能期延长进一步加重了家庭的养老负担。

针对上述严峻的养老问题，当前中国的养老模式主要有两种：一是家庭养老，包括老人自养、配偶互养与子女赡养；二是社会化的养老服务，包括居家养老、社区养老和机构养老。家庭养老即依靠家庭成员的养老方式，至今仍占据基础地位，而各种养老政策实际上就是以各种社会化服务提升家庭养老的能力。例如，2006年，《关于加快发展养老服务业的意见》首次提出建立“居家养老为基础、社区服务为依托、机构养老为补充的养老服务体系”的目标。^① 2017年，《“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划》提出建立健全“居家为基础、社区为依托、机构为补充、医养相结合的养老服务体系”的目标，并明确将居家和社区养老结合在一起论述，指出健全养老服务体系需要“夯实居家社区养老服务基础”。^② 2021年，《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》提出构建“居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系”，并特别指出“强化居家社区养老服务能力”。^③ 党的二十大报告更是明确提出：“实施积极应对人口老龄化国家战略，发展养老事业和养老产业，优化孤寡老人服务，推动实现全体老年人享有基本养老服务。”^④

可以看出，社会化养老服务体系本质上仍以家庭养老为基础，是家庭养老的延伸，并且在发展过程中逐步回归到以家庭所在地为核心的养老模式中，不仅越来越强调居家养老与社区养老的统一，而且持续推动机构养老嵌入家庭和社区。笔者认为，可以将这种以家庭养老为基础、围绕家庭所在地构建社会化养老服务的养老模式称为就地养老。与就地养老形成对比的是异地养老，也就是机构集中养老、候鸟式安居养老、田园养老、旅居养老等离

① 参见《国务院办公厅转发全国老龄委办公室和发展改革委等部门关于加快发展养老服务业意见的通知》，https://www.gov.cn/gongbao/content/2006/content_245668.htm，2022年2月9日。

② 参见《国务院关于印发“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划的通知》，https://www.gov.cn/zhengce/content/2017-03/06/content_5173930.htm，2022年2月28日。

③ 参见《国务院关于印发“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划的通知》，https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-02/21/content_5674844.htm，2022年12月30日。

④ 习近平：《高举中国特色社会主义伟大旗帜 为全面建设社会主义现代化国家而团结奋斗——在中国共产党第二十次全国代表大会上的报告》（2022年10月16日），《人民日报》2022年10月26日。

开家庭和原社区的养老模式。就当前的政策布局、人民意愿和社会趋势来说，就地养老是中国养老选择的主导模式。

本文将详细阐述就地养老的含义和特点，并以 B 市的五种养老模式为例，剖析就地养老的实践情况，进而反思就地养老仍存在的问题和局限，探索如何推动就地养老的完善。

二、就地养老：中国养老的主导性方案

实际上，就地养老与发达国家的就地老化（aging in place）概念一脉相承。就地老化产生于 20 世纪 60 年代，指老人保持一定的独立自主性，在家庭核心共同体和社区生活共同体中保持社会关系网络带来的社会支持和情感纽带，使老人不会因为异地养老而失去长久积累的归属感、安全感和意义感。^① 就地养老展现了人地关系以及“人”通过“地”建立的社会关系与非社会关系，即家庭和社区承载的生活世界和生命意义在高质量的老年生活中具有的重要性。^② 可以说，就地养老的本质就是“家庭 + 社区”的养老模式，它既保留了传统的家庭养老形式，也融入了现代的社会化养老服务，包括居家养老和社区养老（包括嵌入社区的养老机构服务），是一种以家庭为基础，以社区为依托，以家庭的基本照顾、政府的公共服务、市场的专业服务、社会的志愿服务为四大支柱，从而满足留在熟悉环境中的老人之各种需求的养老模式。

就地养老的学理概念与居家社区养老较为相似，两者都指老人在家庭和社区养老，但居家社区养老强调的是社会化养老服务的场所和来源，而就地养老的意涵则更为广阔，它强调的是家庭养老与社会化养老服务的有机结合，因而将新时代的家庭养老和嵌入社区的机构养老都整合进来。同时，就地养老的概念也比居家社区养老更为清晰和简明，它避免了离开社区的居家养老和不管居家的社区养老这两种常见误解。正是这两种误解催生了居家社区养老的并列式提法，但这种提法在本质上仍然预设了居家和社区的可分离性，社会大众经常将北京市的“9064”和上海市的“9073”误解为未来中国的养老模式是家庭养老占 90%，社区养老占 6% 或 7%，机构养老占 4%

① 参见 Janine L. Wiles, Annette Leibing and Nancy Guberman et al., The Meaning of “Aging in Place” to Older People, *The Gerontologist*, Vol. 52 (3), 2012, pp. 357 - 366; Esther Iecovich, Aging in Place: From Theory to Practice, *Anthropological Notebooks*, Vol. 20 (1), 2014, pp. 21 - 32。

② 参见 Alexandra BOYLE, Janine L. WILES and Robin A. KEARNS, Rethinking Ageing in Place: The ‘People’ and ‘Place’ Nexus, *Progress in Geography*, Vol. 34 (12), 2015, pp. 1495 - 1511。

或3%。^①笔者在调研中发现,不少居委会负责养老工作的福利委员都将居家养老理解为家庭养老,认为90%的老人完全通过家庭照顾进行养老,但实际上,居家养老指的是家庭养老和社区上门服务等养老服务的结合,政府提出的“90”也指的是90%的老人在社会化服务协助下通过家庭照顾进行居家养老。这是因为随着家庭结构和功能的变迁,让90%的老人仅仅依靠家庭进行养老越来越不现实,老人普遍需要的是家庭养老与社会化养老服务(居家社区养老和嵌入式机构养老)的结合,也就是笔者所说的就地养老。从比例上来说,90%的居家养老加上6%或7%的居家社区养老,以及机构养老中嵌入家庭和社区的部分,就地养老将占据养老模式的98%左右,无疑是中国最具主导性的养老方案。

因此,笔者以就地养老的概念替代居家社区养老,不仅保留了“家庭+社区”养老模式的核心意涵,而且更具理论生命力、整合性和清晰性。在这一理念下,主要包含下文五类实践模式,可视为就地养老的多元面向。

三、B市就地养老的五类实践模式

当前养老模式的最大困境就在于我国养老服务体系架构的顶层设计把居家、社区、机构三者分开论述,这使得在过去的实际工作中,三者大多是相互分割的。在政府运行层面,养老服务资源本身就很缺乏,还分散在各个政府部门、市场机构和社会组织,没有得到有效的整合利用。这一点在基层实践中就体现为,家庭认为把养老推给政府或机构后自身就不再承担养老责任,社区则认为老人在家中养老就不属于自身服务的对象。而就地养老的概念有助于突破这种困境,减轻家庭和社区的分离倾向,其特点之一就是养老不离家,与之相伴随的两点要求是因地制宜和因人制宜。第一,社区类型不同则其拥有的养老资源和面临的养老任务也就不同,因而需要因地制宜;第二,老人自身及其家庭状况不同,那么所需的养老服务与适合的养老方式也就不同,因而需要因人制宜。

在本文中,笔者以大城市B市的五类就地养老实践为例,探讨中国城市就地养老的多元模式。B市的地处养老实践具有一定的典型性,首先,该市人口老龄化程度在全国处于中等水平,可以代表中国更为平均、普遍的城市

^① 参见《上海民政事业发展“十一五”规划》(沪府发〔2007〕3号)所述,“9073”指“90%由家庭自我照顾,7%享受社区居家养老(照顾)服务,3%享受机构养老服务”;同时按照《关于加快养老服务机构发展的意见》(京民福发〔2008〕543号)所述,“9064”指“90%的老年人在社会化服务协助下通过家庭照顾养老,6%的老年人通过政府购买社区照顾服务养老,4%的老年人入住养老服务机构集中养老”。

老龄化水平；其次，该市作为超大城市，经济实力较强，老人对社会化服务的需求较高，政府也投入了较多养老资源，因此该市在一定程度上可以代表我国为老服务的发展方向；最后，该市包含的社区类型和居民构成非常多元，其中外来人口近四成，人户分离人口增长较快，故对该市的养老调研可以涵盖更多人群的多层次养老需求。

（一）老旧小区：家庭养老型

老旧小区指建设年代久远、建设标准不高但至今仍在使用的居住小区，其功能、设施和服务都不够齐全，不能满足老人正常的养老需求。据初步统计，目前全国待改造的老旧小区达 17 万个，涉及居民上亿人。^① M 社区反映的正是大多数老旧小区的就地养老状况。M 社区由 36 栋楼、9 座简易楼房及 5 个平房院组成，属于老旧小区。社区常住户数有 3275 户，常住人口有 9600 余人，户籍人口有 7800 人。其中，大多数居民（约 65%）都是原国企的工人，15% 为租房户。60~70 岁的老人有 1533 人，70~80 岁的老人有 732 人，80~90 岁的老人有 535 人，90 岁以上的老人有 59 人。其中，60 岁以上的外来老人有 342 人。纯老人家庭有 379 户，残疾人有 170 人，精神病患者有 30 多人，劳教帮扶人员有 30 多人。目前，社区内仅有一间卫生服务站，配置一名医生与护工，可提供理疗、内科等服务，但因人力和设备资源限制而无法提供上门服务。

可见，M 社区的老龄化问题非常严重，老人群体数量庞大、高龄比例和失能比例高，但由于居民收入水平较低、社区养老资源支持不足，居民既无法承担异地机构养老的费用，也难以在社区范围内获得低价而优质的养老服务，只能以家庭养老为主，从而陷入重重困境。M 社区代表了国内大量尚未建立起就地养老服务体系的社区现状，由于社区支持的缺乏，社会化养老服务难以进入家庭。这些老人与其说是选择了就地养老，不如说是“被困在家中养老”。要扭转这类社区的养老困境，关键在于加强社区服务对家庭养老的支持，为外界资源进入家庭提供渠道和载体。

（二）从老旧小区到老年友好型社区：居家社区养老型

B 社区建设于 1992 年，也属于老旧小区，原居住地区平行企业退休职工占比 70% 左右。但是，B 社区在 2021 年创建了全国示范性老年友好型社区。^②

^① 参见《住建部：17 万个城镇老旧小区待改造 涉及居民上亿人》，<http://news.cctv.com/2019/07/01/ARTINp8OyYjZZvnZ80jMqXn3190701.shtml>，2022 年 7 月 1 日。

^② 参见 2021 年全国示范性老年友好型社区的评选标准：居住环境安全整洁（15 分）、出行设施完善便捷（18 分）、社区服务便利可及（29 分）、社会参与广泛充分（11 分）、孝亲敬老氛围浓厚（10 分）、科技助老智慧创新（8 分）、管理保障到位有力（9 分）、特色亮点（5 分，加分项）。

该社区共有9栋楼,居民902户,共3293人,60岁以上的老人有939人,其中60~65岁的老人有357人,65岁以上的老人有496人,80岁以上的老人有78人,90岁以上的老人有7人,有1位103岁的老寿星。B社区的就地养老模式主要依托于公办民营的社区养老驿站展开。养老驿站是B市推行居家养老服务的主要载体,同时又在实践中逐渐转交给专业机构运营,是机构嵌入社区的典型体现。B社区的养老驿站较为完善,包括老年餐桌、卫生服务中心和家政服务中心等硬件设施及服务资源,以满足老人照料、家政、就餐和就医需求。同时,在养老驿站的链接下,65岁以上的老人与家庭医生进行了签约,享受健康体检、上门康复护理等医疗健康服务。由此,B社区构建了就地养老的“一刻钟服务圈”,使老人不离家、不出区就能满足大多数的养老需求。

B社区养老驿站可提供长期照护和短期托管服务,但主要是针对那些“子女不上班就没钱花,上班老人就没人管”的老人,从而减轻子女照料的负担和雇用保姆的风险,而不是针对那些可以入住高端养老院的老人。该驿站目前有34个床位,能满足失能、失智、高龄或低收入老人的一站式养老、全方位照料的需求。在收费方面,每月床位费为2800元,餐费为1200元,护理费则为600~3000元(主要视老人失能、失智的情况而定),其中自理的老人1天的服务流程是16项,半自理的是22项,不能自理的是26项。在护理人员方面,该驿站的护工与失能老人的配比是1:3,远高于政府规定的1:6合格线。此外,政府为驿站提供了大量的补贴和优惠政策以降低其运营成本,进而减轻老人的负担。由于政府正好在此地有空闲的地皮,故而将场地免费提供给B社区驿站,基本免除了租金,水电费也按民用收取。政府还会按照面积、床位数和入住率发放补贴,每个床位1年的补贴在5万元左右,每个老人则是每月补贴600~1200元。养老驿站还会承接政府的上门服务,如家庭适老化改造、保洁、夜间陪护和钟点工等服务,价格由政府统一制定。在实践中,申请上门服务的老人较多,如2021年12月,Q街道的老人申请上门服务有100余次。

总之,B社区主要依托养老驿站开展居家社区养老服务,这种实践模式的优点是,让选择居住在家里的老人能够在自己熟悉的、亲情化的、社区化的环境中,以较低的经济、社会、时间成本,享受来自政府部门、市场机构、社会组织提供的为老服务,包括生活照料、家政服务、医疗护理、文化娱乐、精神慰藉等。^①进一步而言,居家社区养老型主要依托社区服务平台整合区域内的各种养老资源,建立“立足社区、服务居家”的综合养老服务

^① 参见钱宁:《中国社区居家养老的政策分析》,《学海》2015年第1期,第94~100页。

体系，在对老人照顾需求进行评估分类的基础上为他们提供适宜、综合而全面的养老服务。^①这种以政府为保障、以社区为枢纽，链接家庭养老需求和多元养老服务的居家社区养老，使整个社区就地成为一座“没有围墙的养老院”，^②深受本社区和周边社区老人的欢迎。而该实践模式的缺点则是，如果没有强有力的政府进行牵头，以顺利整合基层和民间运营机构等多元主体，则容易演变为前文所述的那种家庭养老型模式。

（三）中产社区：商业机构嵌入型

X社区属于新型中高档的商品房小区，房屋档次高，社区环境等硬件设施较好。居民共有2900多户，本地60~70岁的老人有322人，70~80岁的老人有105人，80~90岁的老人有24人，90岁以上的老人有3人，纯老年家庭有56户，60岁以上的外来老人有622人。居民构成主要为大学教授、专业技术人员、IT行业的公司管理层以及个体工商业者等。调查显示，该社区家庭年平均收入为36.8万元，其中20万元至50万元组比例最高，占33.3%，10万元至20万元组占22.7%，50万元及以上组占13.3%，属于典型的中产阶级社区。

相比M社区和B社区，X社区居民具有较强的经济能力，能够负担更具专业性的商业养老机构的费用。因此，X社区于2017年引进了专业养老机构，并且提供了1座170平方米的房屋，包括4个房间和1厅1厨，准许其在社区范围内发展市场化、专业化、标准化的养老服务。该机构拥有3名护理人员，每月费用为7000~8000元，初期就有1位78岁的老人入住，后尝试开展居家服务，包括上门护理、供餐以及健康体检等项目。然而，目前该机构已经暂停运营。从结构因素来说，这主要是因为该社区的家庭赡养能力较强，老人数量又较少，低龄老人占比多，没有需求上的规模效应，因而机构的盈利空间小。同时，该社区外来老人多于本地老人，而这些老人大多是前来照顾子女及其孙辈的，自理能力很强，也无需机构提供养老服务。但是，这一机构的实践经验将有助于我们进一步挖掘老人的服务需求和消费模式。随着时间的推移，该社区需要服务的老人数量会增多，老人的消费模式也将日益现代化，届时商业养老机构的盈利空间就有可能上升，引进机构甚至由物业直接拓展养老服务都将成为可行的就地养老模式。

总之，X社区属于机构嵌入式养老，具体指以社区为载体，以资源

^① 参见李志明：《中国养老服务“供给侧”改革思路——构建“立足社区、服务居家”的综合养老服务体系》，《学术研究》2016年第7期，第99~104页。

^② 参见穆光宗、朱泓霏：《中国式养老：城市社区居家养老研究》，《浙江工商大学学报》2019年第3期，第92~100页。

嵌入、功能嵌入为理念，通过政府支持和市场竞争在社区内嵌入一个专业化运营的养老机构，整合周边养老服务资源，为老人就地养老提供专业化、个性化、便利化的养老服务模式。^①这种模式的优点是机构养老嵌入居家、社区养老中，即将集中化的机构养老分散到社区和家庭中，或是小型化地结合到社区空间中，包括依附于社区养老服务中心，或是虚拟化地结合到家庭场景中，如“虚拟养老院”，它具有一定的专业性和市场性，可以提供老人最需要的服务。但是这种模式的局限性在于，一般只能建立在商品房小区或中产社区附近，服务于有一定经济实力和机构养老需求的家庭。

（四）医院区位社区：医养结合嵌入型

“未康先老”是我国老龄化挑战的一大特点，我国老人患病率是普通人群的3.2倍，常为多系统、多器官发生病变，对医疗、康复、护理和保健有特殊需求。但是，长期以来我国养老服务体系 and 医疗卫生服务相互脱节，老人的生活照料和医疗康复需求无法得到有效满足。^②2015年，卫生计生委、民政部、全国老龄办等九部门共同发布《关于推进医疗卫生与养老服务相结合的指导意见》，提出充分推进医疗卫生与养老服务相结合。^③所谓医养结合，就是把老人的生活照料和疾病防治、医疗康复融为一体的养老服务模式，但它不同于以往的疗养院异地集中养老，而是一种嵌入社区的就地养老，旨在缩短老人与医疗资源的距离，解决老人看病难的问题。可以说，医养结合就是嵌入式养老的典型之一。

在这一政策语境下，J社区借助临近医院的区位优势，建立了医养结合式养老社区，该机构总面积约65万平方米，共设置床位12000张，根据老人的身体健康状态划分为自理、半自理、非自理入住养护区域，区内设有多种居住环境，养护楼区设置了自理区（家居式养护楼）和半非自理区（宾馆式养护楼），养护中心内部设有医疗站、老年病科，满足一般老人的医疗需求。费用为每月7000元到14000元不等，已实现医保异地结算。该机构原本以异地集中养老为主，但在医养结合的政策激励下，发挥自身同时拥有养老资源和医疗资源的优势，与当地社区的卫生服务机构和养老服务机构进行了对接，为社区内老人尤其是高龄、重病、失能及部分失能老人提供挂

① 参见胡宏伟、汪钰、王晓俊等：《“嵌入式”养老模式现状、评估与改进路径》，《社会保障研究》2015年第2期，第10~17页。

② 参见张立平：《把老年“医养结合”养老服务做成最美的夕阳产业》，《中国老年学杂志》2013年第21期，第5496~5497页。

③ 参见《国务院办公厅转发卫生计生委等部门关于推进医疗卫生与养老服务相结合的指导意见的通知》，https://www.gov.cn/gongbao/content/2015/content_2973149.htm，2022年11月18日。

号、就诊、转诊、取药、综合诊疗等就医便利服务，开通就医绿色通道，使他们能够及时就医、就地就医。同时，该机构还为社区内老人提供定期体检、上门巡诊、家庭病床、社区护理、健康管理等基本服务，有效解决老人看病难、护理贵的问题。

总之，医养结合嵌入型的优点在于，其提供的医疗卫生服务不同于一般的生活照料和家政服务，具有很强的专业性和市场性。医疗卫生机构与基层合作将针对老人的医疗资源嵌入社区和家庭，使其成为居家社区养老服务的一部分，如将社区卫生服务站和社区养老机构、居家养老服务主动结合在一起。^①其实质在于将经济关系嵌入社会关系，将养老服务的供需交易嵌入共同体的社会信任和情感联系，从而降低养老模式现代化过程中的社会成本。这种模式的缺点在于，很难由基本公共服务和社会互助服务提供，但这往往又是老人最需要的服务，因此非常依赖医疗资源在区位分布方面的公平性。

（五）混合型社区：三位一体型

三位一体型养老指居家-社区-机构一体化融合发展，三者配比上以需求为导向相互结合、均衡发展，在内容上相互融合、相互补充、相互支持，在统一平台上^②统筹多种养老资源和设施而建立的综合型就地养老模式，适用于具有综合服务能力和多元需求的社区。A社区属于混合型社区，包含商品房、公租房和单位房等，常住人口数为2931人，其中外来流动人口有661人，辖区内单位有9个。60~70岁的本地老人有892人，70~80岁的本地老人有136人，80~90岁的本地老人有146人，90岁以上的本地老人有23人，60岁以上的外来老人有389人。A社区老人及其家庭的情况较为复杂，养老需求和养老观念也较为多元，需要更综合、更多样的养老服务。而在养老资源上，A社区恰好同时拥有社区养老服务驿站和街道养老照料中心，并拥有功能齐全的各种设施，为开展三位一体型的综合性养老服务创造了条件。

其中，养老服务驿站位于A社区内部，设置有5个床位，提供的服务包括日托、短托、家政、助浴、助餐和陪诊等，收费标准为每月4500~10000元。其配套设施较为齐全，包括适老化房间、休闲娱乐设施、医疗康复设施、安全保障设施和公共服务设施。养老照料中心也同样扎根在A小区，占地2000平方米，拥有床位70张，专门照顾失能、半失能老人，并且与周边

^① 参见杨嘉莹：《结构性嵌入：医养结合在社区居家养老中的实践逻辑》，《哈尔滨工业大学学报》（社会科学版）2017年第5期，第60~65页。

^② 参见崔树义、杜婷婷：《居家、社区、机构养老一体化发展研究》，《东岳论丛》2021年第11期，第36~44页。

二、三级医院及社区卫生服务中心展开了广泛的合作，同时机构自身也配置了执业医师，从而为社区内的老人提供“养护康健”一体的长期照护服务，包括日间照料、医疗卫生、康复护理、养老助餐、紧急援助、精神慰藉和“喘息服务”等。由于养老驿站和养老照料中心都属于政府公办项目，其服务价格也在合理范围之内。

实际上，A社区就是B市政府提出的“养老服务联合体”的先驱典范。A社区整合式利用辖区内的各类养老资源，统筹布局、合理规划，实现了机构、社区和居家养老服务的均衡配比，使辖区内的康养医养资源有效结合，强化养老照料中心、养老服务驿站对家庭养老的支持功能，打造适老化的社区宜居环境。该模式的优点是既注重结合居家照顾和社区服务，也注重吸纳机构资源和社会力量，其理念不仅仅是养老服务资源的家庭化和社区化，更是将家庭和社区改造为一个适老化的整体，旨在建立为老服务整合机制，统筹辖区内的养老服务机构（包括街道养老照料中心、社区养老服务驿站、养老家庭照护床位及医疗机构等），为辖区内全体老人打造就近精准养老服务的区域养老模式。该模式的缺点则是其根本目标难以达到，即创建总体性的适老化社会——从家庭到社区和街道，甚至是整个城市，都将在硬件和软件上被改造为适宜老人生活和安养的环境，但目前我国还很难就社会整体进行适老化改造。

总的来说，就地养老需要根据不同社区类型、老人健康状况和家庭收入适应的不同层次的养老需求与养老能力，因地制宜、因人制宜地设置养老服务。笔者选取的社区类型涉及老旧单位制社区、商品房社区、有地理区位优势社区（如医院）和混合型社区，这些基本涵盖了城市常见的、有代表性^①的社区类型。在上述案例中，M社区属于缺乏社会化养老服务支持的家庭养老，只有就地养老的形式，但没有建立起就地养老的服务体系，可以说是其他案例的对照组。B社区围绕养老服务驿站搭建了居家社区养老服务体系，是一种依托社区、服务居家、支持家庭的就地养老模式。X社区试图引入商业养老机构，实现机构嵌入式的就地养老，尽管遭遇挫折，但为这一路径的就地养老模式提供了借鉴。J社区利用医院区位优势，搭建了医养结合的就地养老模式，本质上也是一种机构嵌入式养老，只不过这一机构是老人最需要的专业养老医院。A社区结合自身的多元需求和多种服务供给，实现了居家、社区、机构三位一体的就地养老模式，是养老服务联合体的先驱，将整个社区及其周边都转化为老人宜居区域，接近就地养老的理想模式。

^① 参见李强：《新清河实验及其社会学意义》，《社会学评论》2021年第5期，第5~19页。

四、对就地养老的反思与建议

（一）就地养老的问题与局限

作为中国养老模式的主导，就地养老在实践过程中也产生了三类问题。

其一，政府、市场、社会、家庭的多元合作困境。就地养老与传统家庭养老和传统机构养老的核心差异在于它的多主体性，需要地方政府、市场机构、社会组织、家庭成员的齐心协力。然而，当前我国在社区居家养老方面尚未形成一套完整的制度体系和基本指标，以明确社区居家养老的重点难点和多元主体的具体分工。研究发现，各地社区居家养老服务具有操作性质的制度设计与安排并不多见，仅有一些宽泛的意见、通知等形式的政策文件，使得各地社区居家养老服务的执行和收效差异较大，^① 如对老旧小区居家养老的实质性制度安排不到位，形成社区居家养老服务的真空地带。同时，政府、市场、社会和家庭在政策落地和通力合作方面也面临一系列困境。以基层两委的养老工作为例，笔者在调研中发现两委实际上扮演着国家代理人的角色。城市及其上级政府往往把大量政治性事务以责任包干的方式分配给街道，然后再由街道下压和转嫁给居委会。尽管街道和居委会（党支部、服务站）也在努力应对新局面，但由于功能定位未及时调整，往往行政负担过重，疲于应对上面布置的多重任务，难以发挥社区居家养老工作的牵头与协调作用，忽视了老人的多元需求。尤其是大中城市的居委会行政化倾向和负担过重，导致自身很难有时间精力展开养老工作，社区层面执行的养老政策一般就是发放补贴，但是在很多地方，如老旧小区的老龄化问题尤为严重，仅靠发钱很难解决老人的实际需求。

其二，政府提供养老服务的供需错配困境。当前政府在社区养老服务上的投入与老人的认知率、使用率和满意率并不成正比，很多老人并不知道社区养老服务，就算有老人了解也很少花钱使用这些服务。以往研究较多通过社会结构视角提出供需结构等失衡是这一困局的根源，^② 认为城市社会化养老服务的供给差与需求差同时存在，如在养老床位有 100 多万缺口的情况下，床位空置率却超过半数。^③ 笔者在调研中了解到 B 市的基本养老

① 参见陈为智：《当前社区居家养老服务中的关键问题反思及前瞻》，《西北人口》2016 年第 3 期，第 100 ~ 104 页。

② 参见赵一红、聂倩：《供需与结构：中国社会养老服务体系建构的逻辑——基于六城市养老机构的实证调查》，《社会学研究》2022 年第 6 期，第 164 ~ 179 页。

③ 参见杨团：《中国长期照护的政策选择》，《中国社会科学》2016 年第 11 期，第 87 ~ 110 页。

服务对象包括特困老人、失能失智高龄老人和计划生育特殊家庭老人，这三类老人约占市籍老人的8%，是社区两委的重点工作对象。政府目前为其提供巡视探访、个人清洁、养老顾问等就地养老服务，费用主要由政府承担。而对于自理能力和购买能力较强的其他老人，一般可以选择购买政府补贴的低价普惠型服务，包括助餐、助浴、助洁、助医等，或者购买明码标价的市场化养老服务。然而，这种基本养老服务也存在供需错配问题。以三类老人为例，他们的核心需求是长期照料和上门看病，然而，一方面，政策提供的服务都是小时工性质的，并且需要提前签合同并选择服务项目，如老人需要助洁助浴，就提前预约等待专门的社工或家政工上门服务（一般在1~4小时）。实际上，这些服务很难满足这三类老人的生存刚需，尤其当他们不与儿女同住时，他们最需要的是长期照料和突发情况应急呼叫的为老服务。另一方面，相较于上门助洁助餐等服务，上门看病才是访谈中老人们最急需的上门服务，然而现阶段上门服务和社区医院都没有上门看病这项服务。

其三，就地养老模式背后预设人的“在地”属性，忽视了中国复杂的人地关系和广泛的社会流动。由于我国幼托机制不完善以及缺乏以家庭为单位的照料政策，越来越多的流动老人承担了隔代照料的责任。同时，受经济发展水平的限制，农村的社会化养老服务发育不健全，养老机构数量少、费用高、服务功能单一和服务水平低下，社区居家养老服务严重滞后，使得很多老人被迫进城依靠子女进行养老。《中国流动人口发展报告2016》显示，2015年流动老人占流动人口总量的7.2%，照顾晚辈、养老与就业构成老人流动的三大原因。其中，为与子女团聚或自行异地养老的比例为25%，照顾晚辈（子女和孙子女）的比例高达43%，隔代抚育俨然成为当代中国城市中普遍的幼儿照料形式。^①但是，当前各地异地养老相关政策差异很大，还未完善对于流动老人的异地养老保障，大部分城市仅在旅游、公交等日常生活方面给予其一定优惠，因此流动老人的异地养老问题亟待解决。

（二）就地养老的建议与举措

基于以上就地养老的问题与局限，笔者提出三条应对策略。

第一，以老人的核心需求为切入口，谋求政府、市场、社会、家庭等多元主体之间的协调平衡。以老年餐桌服务为例，笔者在前文中提到M社区这类老旧小区里的老人基本依靠家庭进行养老，这种家庭养老之所以出现困难，就是因为子女无暇照顾老人，而老人自身又逐渐失去劳动能力，在这种情境下老年餐桌就成为需求最为广泛的服务。老年餐桌实际上体现

^① 参见国家卫生和计划生育委员会流动人口司编：《中国流动人口发展报告2016》，中国人口出版社2016年版，第170页。

了就地养老服务的两大特性，那就是公益性与营利性，即社会效益和经济效益的共同要求。和许多需求广泛的养老服务一样，老年餐桌首先是公益性的，这意味着它应以解决实际需求为先、以盈利能力为次。但如此大范围的社会服务，若脱离市场资源配置的基本规律，注定要走向失败。因此，多元主体可以这项基础服务为抓手，在实践中探索各自的分工与合作。比如，政府可加大对老年餐桌建设和运营的补贴力度，补贴标准可根据社区收入水平、物价、实际服务人数等情况适时评估并调整。而社区可采取建设改造、调剂置换、购买租借等方式解决场地方位和面积问题。此外，很多老旧小区可能没有开办老年餐桌的条件，对此，市场可采取老年餐桌服务中心模式，为邻近多个社区提供服务，并且建立及时、准确、安全的送餐服务链，解决部分老旧社区无法单独运营老年餐桌和三类老人无法出门就餐等问题。

第二，以数字技术为依托，进一步探索老年服务的精准匹配方式，解决供需错配导致的资源浪费问题。以呼叫服务等智慧养老服务为例，就地养老模式的成功在很大程度上依赖于现代数字技术的“智慧养老”，而呼叫服务就是这种“智慧养老”的关键一环。只有落实呼叫服务，家庭才能与养老服务机构、资源和人员建立联系，才能将家庭变成“虚拟养老院”的一环。因此，多元养老主体应尽快通过互联网、物联网等网络技术，为有需求的老人安装实用便捷电子呼叫终端，并建立服务响应机制，从而最大限度保障老人的生命安全与生活质量。W市T社区在这方面可以为我们提供一定启发，该社区的养老服务中心很早就为年满70岁的独居或无法自理的老人安装了呼叫器。老人一旦遭遇突发疾病和险情，只需要按动呼叫器上的按键，就可以发出呼救声音，周围邻居听到呼救后可及时通知社区进行救助。自2019年起，经过工作人员上门评估，T社区不少老人被判定为特殊困难老人，物业为其准备了每月550元的“三助一护”服务包，并免费安装了视频监控系统，为老人的生命健康安全和生活服务提供切实保障。例如，门后的传感器正对连接老人卧室、客厅和洗手间的走廊，从而监测老人的健康状况，若老人长时间未被检测到，传感器会判断老人出现了紧急情况，从而通知社区服务人员、老人的家属或社会工作者。再如，客厅放着一款名叫“孝心眼”的装置，同样起到监测作用，并且绑定了老人子女的电话，只要轻轻一按即可接通子女电话。“孝心眼”还配有手机App，子女可通过App查看设备上的摄像头传来的实时画面，还可以看到活动记录和温度记录等16个选项的情况。^①

^① 参见《“孝心眼”让外地打工女儿全天看护母亲》，<https://m.gmw.cn/baijia/2021-02/20/1302120783.html>，2023年2月20日。

第三,重视流动老人的异地养老需求,解决现有就地养老模式对流动老人的忽视问题。流入地政府和社区应进行社会治理创新,采取积极多元的实践方式。政府可以将家庭作为单位整合养老照料和儿童抚育工作,积极探寻多元化的照料服务供给模式,从而减轻家庭的照料压力。对和老人同堂居住或者相邻而居的代际成员,在住房保障方面给予一定的优惠力度,放宽这一部分家庭的住房面积限制或者住房指标限制。由政府及社会组织给予一定的资金补贴,鼓励家庭进行老人住房改造项目。建立家庭养老津贴和家庭补助金制度,并且建立以家庭为单位的个人所得税征收制,对赡养老人的子代扣除一定比例的所得税,以鼓励子代的赡养行为。在社区层面,居委会可以有意识地吸纳流动老人进入议事委员会,参与社区各项工作的讨论决策。同时,发动低龄老人服务高龄老人,通过互助养老解决流动老人的养老问题。社区还可以通过市场化方式推动政府购买,或者支持和引导社会力量依托社区参与流动老人异地养老照料服务的多元供给。

总体而言,人口老龄化已对中国构成巨大挑战,而就地养老模式应是中国应对老龄化问题的主导方案。就地养老强调家庭养老和社会化养老服务的有机结合,是对家庭养老和居家养老服务、社区养老服务、机构养老服务的有效整合,既实现了老人在家养老的便利性与精神满足,又合理利用了社会化的服务资源,是一种符合中国国情的养老模式。就地养老在实践中存在多种形式,需要依据不同需求与能力设置养老服务,如本文介绍的居家社区养老、机构嵌入式养老、医养结合型养老、三位一体型养老等。可以说,就地养老是一种多元复杂的模式,需要政府、市场、社会和家庭的分工合作,也需要针对养老需求的痛点进行重点落实和不断完善。最重要的是,就地养老不仅仅是为了构建每一个老人宜居的社区,更是为了将这些社区整合成一个适老化的城市、国家和社会,从而在根本上应对老龄化的时代挑战。

(责任编辑:温莹莹)