

三四线城市城乡社区居家养老医养教融合服务模式构建与实证 ——以乐山市为例

邱科, 王飞飞, 毛羽佳

(乐山职业技术学院; 四川 乐山 614013)

摘要:在人口深度老龄化背景下,社区居家养老已成为我国主流养老模式,然而现阶段普遍存在重医养、轻教育,部门资源割裂、城乡服务同质化等结构性矛盾。为破解三四线城市社区居家养老服务碎片化难题,本文以乐山市为实证案例,综合运用问卷调查、深度访谈、对照试点及专家咨询法,系统调研乐山城区、县域、农村社区老年人群医养教服务供需状况。调研结果显示:乐山居家养老存在上门医疗覆盖率不足30%、老年教育服务缺口超60%、多部门协同机制付之阙如三大突出问题。据此,本文立足区域城乡养老差异,构建涵盖医疗健康、生活照料、精神文教三个维度的一体化服务体系,并搭配“政府主导、多元参与”的1+N协同运行机制,形成城乡适配型医养教融合服务模式,随后设置为期6个月的对照试点加以实证检验。结果表明:新模式可将社区上门医疗服务覆盖率提升至62.7%,老年教育服务缺口压缩至28.4%,老年人综合服务满意度达83.2%。该模式契合三四线城市财政能力与城乡养老资源差异化现实,可为川南同类城市优化社区居家养老服务、推进社区教育与康养产业深度融合提供可复制的实践参照。

关键词:社区居家养老; 医养教融合; 多主体协同; 城乡差异化; 三四线城市

基金项目:基金项目:教育部社区教育研究培训中心&北京创新研究所“社创融教”专项课题(SCRJ20251024010)

DOI: doi.org/10.70693/rwsk.v2i7.594

一、引言

截至2023年末,我国60岁及以上老年人口规模达2.97亿,占总人口比重21.1%,人口深度老龄化态势持续加剧,积极应对人口老龄化已上升为国家中长期发展战略。国务院印发的《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》明确提出构建“居家社区机构相协调、医养康养相结合”的养老服务体系,着力补齐社区居家养老服务短板,推进一刻钟居家养老服务圈落地建设,同时强调统筹推进老年精神文化教育和数字素养提升等配套服务。

乐山市作为川南典型的三四线城市,第七次全国人口普查数据显示,全市60岁及以上人口占比24.5%,高于全国平均老龄化水平,辖区内约90%的老年人倾向于选择社区居家养老。当前乐山已形成“居家为主、社区依托、机构补充”的养老服务格局,但基层养老服务供给侧结构性矛盾较为突出:卫健部门医疗康复资源下沉不足,民政部门养老照料服务内容单一,教育部门老年教育资源难以向基层社区有效延伸,医、养²、教三类服务条块分割,彼此缺乏联动,难以形成服务合力。与此同时,现有研究多聚焦一线大城市的医养结合模式,对老年教育维度的整合关注不足,且鲜有研究兼顾三四线城市城乡二元养老资源差异。基于上述现实背景,本文立足乐山本地养老实情,构建兼顾城乡差异的医养教一体化服务模式,并通过对照试点验证模式有效性,以期弥补中小城市康养与社区教育融合研究领域的空白。

(一) 国外研究述评

作者简介:邱科(1990—),男,硕士,讲师,研究方向:社区教育、社区康复、老年康养服务;

王飞飞(1994—),男,硕士,助教,研究方向为老年保健与管理教育;

毛羽佳(1987—),女,讲师,讲师,研究方向为老年保健与管理教育。

通讯作者:邱科

国外社区养老服务体系发展较为成熟。日本建立了以社区综合护理体系为核心的全链条养老服务网络,整合基层医疗、居家照料与老年支援资源,实现服务闭环运转,但该体系高度依赖完善的全民医保制度,难以直接适配我国基层社区治理架构。北欧国家将老年大学嵌入社区养老体系,重点弥补老年人精神文化服务的不足,但缺乏居家医疗康复的配套支撑。总体而言,国外养老模式赖以运作的城乡资源均衡条件,与我国城乡养老资源差距显著的现实国情相去甚远,难以直接移植应用。

(二) 国内研究述评

国内养老研究呈现明显的偏向性:一是聚焦医养结合,主要围绕医疗机构与养老机构联动、家庭医生签约服务等议题展开,普遍忽视老年健康教育、心理慰藉等软性服务维度;二是聚焦老年社区教育,探讨老年课程开发与社区老年学堂运营,但欠缺专业医疗康养服务的支撑;少量医养教融合研究集中于北上广等一线城市,针对县域及农村社区的实证研究较为稀缺。与此同时,现有研究普遍存在服务模式同质化问题,未能结合城乡资源差距设计差异化方案,落地适配性不足。

(三) 本文研究价值与思路

理论层面,本文突破传统二元医养结合研究框架,构建“医—养—教”三维一体融合模型,丰富中小城市社区养老与社区教育交叉研究体系。实践层面,本文着力解决乐山居家老人就医不便、照料单一、精神匮乏等现实问题,打通民政、卫健、教育三部门协作壁垒,助力“康养乐山”城市品牌建设,并为西南地区同级别城市提供可借鉴的操作路径。

本文遵循“现状调研—痛点剖析—模式构建—试点实证—优化推广”的研究逻辑,综合运用文献研究法、问卷调查法、深度访谈法、对照试点法和专家咨询法,全面摸排乐山城乡养老供需痛点,搭建本土化服务模式,开展对照试验验证成效,最终形成长效运行与区域推广方案。

二、乐山市城乡社区居家养老服务供需调研与痛点分析

(一) 调研设计与样本概况

本次调研采用分层抽样方法,选取乐山市市中区(城区)、沙湾区(县域城镇)、金口河区(农村)各2个社区,共计6个调研点位,充分涵盖不同经济水平与养老资源禀赋的区域差异。调研共发放问卷600份,回收有效问卷578份,有效回收率96.3%;同步开展半结构化深度访谈,访谈对象涵盖居家老年人、家属、社区工作者及民政、卫健、教育部门管理人员共150人,以保障调研数据的全面性与客观性。

(二) 乐山社区居家养老现存核心痛点

1. 医养脱节: 基层医疗康养服务触达率偏低

调研数据显示,乐山社区卫生服务中心提供的上门问诊、慢性病随访、居家康复护理等服务覆盖率仅为28.7%,远低于国家“十四五”养老服务规划所设定的目标要求。基层医护人员编制紧张、服务半径过大,导致慢性病老年人居家健康监测、术后康复指导等刚性需求无从落实。尤其是农村社区,常态化上门医疗服务几近空白,老年群体居家健康风险较高。

2. 教养缺失: 老年精神文化教育供给严重不足

当前乐山社区养老服务以助餐、助洁等基础生活照料为主,健康科普、智能手机教学、反诈宣传、心理疏导、文体活动等教育类服务供给缺口高达61.2%。老年教育资源集中于城区老年大学,基层社区缺乏固定老年课堂,农村社区老年文教服务基本处于空白状态,老年人数字融入困难与精神陪伴缺失问题尤为突出。

3. 协同割裂: 多主体资源碎片化难以整合

民政、卫健、教育三部门各司其职,缺乏常态化联动机制,养老服务数据不互通、资源不共享;社区、养老机构、高校、老年大学等服务主体各自运营,造成服务重复供给与服务盲区并存的困境。跨部门沟通成本高、响应效率低,公共财政养老资金难以实现最优配置。

(三) 城乡老年人医养教需求差异化特征

城区老年人医疗需求偏向专科康复与个性化健康管理,教育需求侧重智能手机使用、书画舞蹈等兴趣类课程;县域老年人需求相对均衡,医疗照料与基础文教需求并重;农村老年人受出行条件制约,刚性需求集中于上门体检、用药指导和基础反诈科普,对高端个性化服务需求相对有限。城乡需求的显著差异表明,统一化养老服务模式难以适配乐山实际,须推行分层分类的差异化服务供给。

三、城乡适配型医养教融合社区居家养老服务模式构建

立足乐山养老供需痛点与城乡资源差异，本文摒弃传统单一服务模式路径，构建“三维服务内容+1+N 多元协同+城乡差异化落地”的本土化医养教融合服务模式，从服务内容、主体权责、运行机制与落地路径四个维度加以系统设计。

（一）三维一体化服务内容体系

1. 医疗服务模块

依托社区卫生服务中心，推行“1 名家庭医生+1 名专职护理员”结对包干制度，明确服务频次标准：每月 1 次上门全域健康评估，每季度 2 次慢性病专项随访，并按需提供居家康复指导、用药提醒及急救救护对接服务。针对农村社区增设流动医疗服务车，每月 2 次下乡集中义诊，以弥补农村上门医疗资源匮乏的短板。

2. 生活照料模块

整合社区养老服务站、社会志愿者及本地养老机构资源，分级提供助餐、助洁、助行、陪同就医、代购代办等服务。对高龄、独居及失能半失能老人适当提高服务频次，对低龄健康老人提供弹性预约服务，精准匹配不同老年群体的差异化照料需求。

3. 精神文教模块

依托乐山职业技术学院护理康养学院师资及老年大学专业讲师，建立双轨教育体系：健康科普教育方面，每月定期开展慢病管理、合理用药、居家康养专题讲座；精神文化教育方面，常态化开设智能手机教学、反诈宣传、文体兴趣等课程。同时配套线上微课资源，保障行动不便老年人的居家学习需求。

（二）1+N 多主体协同运行机制

建立以社区为核心枢纽的 1+N 协同治理机制：以 1 个社区作为一线服务落地主体，N 个参与主体涵盖民政、卫健、教育三大行政部门，以及地方高职院校、社区医疗机构、养老机构、老年大学和志愿者队伍。权责分工上，政府部门负责政策统筹与经费保障，高校承担师资输出、课程研发与志愿服务支撑，社区负责服务落地与需求收集，市场化养老机构补充专业照护资源。配套建立月度跨部门联席会议制度和线上养老服务信息共享平台，实现需求上报、服务调度、效果反馈全流程线上闭环管理，从根本上打破部门信息壁垒。

（三）城乡差异化落地实施策略

结合乐山三类区域的资源禀赋差异，制定差异化服务包：城区社区资源相对充足，着力发展个性化上门服务与固定精品课堂，提升服务精细化水平；县域社区资源处于中等水平，侧重区域资源整合与就近一站式服务，兼顾三类服务需求；农村社区资源薄弱，优先保障基础刚需服务，通过流动巡回方式弥补服务覆盖短板，简化线下课程形式，集中开展宣教活动，坚决防止模式供给同质化。

四、模式对照试点实证与结果分析

（一）试点方案设计

分别在中区、沙湾区、金口河区各选取 1 个社区作为试点社区，同步匹配 3 个基础条件相近的传统服务社区作为对照组，试点周期共计 6 个月。对照组沿用原有碎片化养老服务模式，试点社区全面推行本文构建的医养教融合新模式。评估采用定量指标（服务覆盖率、满意度、健康指标改善情况）与定性访谈（老年人反馈、社区工作人员评价）相结合的双重评估体系，并预设达标阈值：上门医疗覆盖率 $\geq 60\%$ 、教育服务缺口 $\leq 30\%$ 、老年人综合满意度 $\geq 80\%$ 。

（二）试点结果数据分析

第一，医疗服务可及性显著提升。试点社区上门医疗服务覆盖率由 28.7%提升至 62.7%，超过预设 60%的目标值，居家老年人慢性病规范管理率提升 35.1 个百分点，居家突发健康风险得到有效管控。

第二，老年教育服务短板明显改善。常态化推进各类文教服务后，社区老年教育服务缺口由 61.2%下降至 28.4%，顺利达标，老年人数字设备使用能力、防范诈骗意识及健康素养均有明显提升。

第三，综合服务满意度大幅提高。试点末期间卷调查显示，试点社区老年人综合满意度达 83.2%，超出预设阈值；而对照组传统服务模式满意度仅为 59.6%，新模式改善民生的实际效果优势显著。

第四，部门协同效率明显优化。月度联席会议与信息共享平台落地运行后，跨部门服务响应时长平均缩短 42%，服务重复供给问题基本消除，公共养老资源利用效率显著提升。

（三）试点现存问题梳理

结合试点全过程跟踪记录，新模式落地推进中仍存在三处短板：一是农村老年群体接受新服务的意愿相对不足，主动参与社区文教活动的积极性有待提升；二是常态化专业服务的人力缺口较大，仅依靠高校志愿者难以持续满足长期服务需求；三是经费来源渠道单一，过度依赖财政拨款，社会资本参与养老服务的渠道有待拓展。

五、模式优化路径与区域推广策略

（一）模式针对性优化措施

针对试点暴露的问题开展迭代优化：其一，借助村干部和老年邻里带头人开展入户宣传动员，贴合农村老年人生活习惯设计简便易行的文体活动，提升农村群体参与度；其二，深化校地长效合作机制，依托高职院校康养专业建立固定志愿服务梯队，同步开展社区在岗养老人员专项培训，补齐基层人力资源短板；其三，细化分级服务清单，按老年人年龄、失能等级和经济水平划定服务档次，进一步提升服务供给精准度。

（二）分层区域推广路径

采用“市域试点扩面、省域同类城市辐射”两步走推广策略。第一步为乐山本地推广：优先向老龄化率高于全市均值的社区复制该模式，完善本地化运营细则；第二步为川内同城辐射：向眉山、雅安、自贡等川南三四线城市输出标准化服务手册与协同机制方案，依托相近的经济水平与城乡结构条件，保障模式的异地适配性。

（三）长效保障机制建设

经费保障方面，构建“政府购买服务为主、社会公益捐赠为辅、个人低偿补充”的多元经费体系，缓解财政压力；人才保障方面，由地方高职院校定向培养社区康养与老年教育复合型人才，完善基层养老岗位薪酬激励机制；考核保障方面，将服务覆盖率、群众满意度及跨部门协同成效纳入民政、卫健、教育部门年度绩效考核，以考核压力倒逼服务的长效落地。

六、结论与展望

（一）研究结论

第一，三四线城市社区居家养老普遍存在医养脱节、教养缺失、部门协同不足三大共性困境，单一医养结合模式已难以满足老年人身心健康与精神文化的全方位需求，“医—养—教”三维融合是基层养老服务提质升级的必然走向。

第二，本文构建的涵盖三维服务体系、1+N多主体协同机制、城乡差异化服务策略的一体化模式，经6个月对照试点验证，可有效提升基层医疗服务覆盖率、弥补老年教育服务缺口、增进老年群体幸福感，能够较好地适配乐山城乡二元养老格局的现实需求。

第三，针对城乡资源差异推行分层分类服务、摒弃同质化路径，是中小城市养老服务模式成功落地的核心前提；打通多部门数据壁垒与协作壁垒，是破解基层养老资源碎片化困境的关键抓手。

（二）研究不足与展望

本研究尚存在一定局限：试点社区样本数量有限，未能开展跨年度长期跟踪观测；模式市场化运营路径的探索深度有待加强。后续研究将延长试点观测周期，深入探索社会资本参与医养教融合服务的可行路径，进一步完善市场化运营体系；同时持续优化农村社区流动服务方案，推动城乡养老服务差距的进一步缩小。

本研究从社区教育与康养服务融合的视角出发，紧扣地方基层养老实际，可为国内同类三四线城市完善社区居家养老服务体系、推进医养康养与社区教育融合发展提供实证参照。

参考文献：

- [1]国务院.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[Z].国发〔2021〕35号,2021.
- [2]林宝.中国居家社区养老服务发展现状、问题及对策建议[J].社会保障研究,2024(02):45-54.
- [3]王莉莉.日本社区综合照护体系的发展经验及对我国的启示[J].人口与社会,2023,39(03):78-86.
- [4]张恺悌,王杰.北欧老年教育嵌入社区养老的实践路径与借鉴[J].成人教育,2023,43(08):56-61.
- [5]刘稳,李士雪.我国医养结合养老服务模式研究综述[J].中国卫生事业管理,2022,39(05):378-381.
- [6]陈立.积极老龄化视角下社区老年教育发展困境与优化路径[J].继续教育研究,2024(01):67-72.

- [7]黄雯.国内医养教一体化养老服务研究进展与展望[J].卫生经济研究,2023,40(11):32-35.
- [8]李军,周雪.多中心治理视角下社区养老多部门协同机制构建[J].地方治理研究,2024(02):33-41.
- [9]国家卫生健康委.十四五健康老龄化规划[Z].国卫老龄发〔2022〕4号,2022.
- [10]民政部等12部门.关于加强养老服务人才队伍建设的意见[Z].2024.
- [11]吴玉韶.新时代我国养老服务高质量发展的核心逻辑与实践路径[J].老龄科学研究,2023,11(04):3-12.
- [12]赵静.城乡二元结构下社区居家养老服务差异化供给研究[J].农村经济,2023(07):132-139.
- [13]周洁.高职院校赋能社区医养结合养老服务的路径探索[J].职业教育研究,2024(03):89-94.
- [14]陶思羽.我国社区居家养老服务供需错配问题及调适策略[J].中国公共卫生,2023,39(07):897-900.
- [15]SONG L, LEE J. Research on Integrated Elderly Care Service Model Based on Active Aging Theory[J]. Journal of Aging and Social Policy,2023,35(06):689-702.
- [16]乐山统计局.乐山市第七次全国人口普查公报[R].乐山:乐山市统计局,2021.

Construction and Empirical Study of an Integrated Service Model of Medical Care, Elderly Care and Education for Community Home-Based Elderly Care in Tier 3 and 4 Cities: A Case Study of Leshan

Qiu Ke, Wang Feifei, Mao Yujia

(Leshan Vocational and Technical College, Leshan, Sichuan., China)

Abstract:Against the backdrop of deep population aging, community home-based elderly care has become the mainstream elderly care model in China. However, structural contradictions currently prevail, such as prioritizing medical and elderly care over education, fragmented departmental resources, and homogenized urban-rural services. To address the fragmentation of community home-based elderly care services in Tier 3 and 4 cities, this paper takes Leshan City as an empirical case and comprehensively employs questionnaire surveys, in-depth interviews, controlled pilots, and expert consultations to systematically investigate the supply and demand of medical care, elderly care, and education services for the elderly in urban, county, and rural communities of Leshan. The survey results reveal three prominent problems in Leshan's home-based elderly care: the coverage of home-based medical treatment is less than 30%, the gap in elderly education services exceeds 60%, and a multi-department coordination mechanism is absent. Accordingly, based on the urban-rural elderly care differences in the region, this paper constructs an integrated service system covering three dimensions: medical health, daily care, and spiritual culture and education, coupled with a "government-led, multi-participant" 1+N collaborative operation mechanism, forming an urban-rural adaptable integrated service model of medical care, elderly care and education. A six-month controlled pilot is then conducted for empirical testing. The results show that the new model increases the coverage of community home-based medical services to 62.7%, reduces the gap in elderly education services to 28.4%, and achieves a comprehensive service satisfaction rate of 83.2% among the elderly. This model aligns with the fiscal capacity of Tier 3 and 4 cities and the differentiated reality of urban-rural elderly care resources, providing a replicable practical reference for similar cities in southern Sichuan to optimize community home-based elderly care services and promote the in-depth integration of community education and health care industries.

Keywords:Community Home-Based Elderly Care; Integration of Medical Care, Elderly Care and Education; Multi-Agent Collaboration; Urban-Rural Differentiation; Tier 3 and 4 Cities