



银发社会与健康中国

国家统计局最新数据显示，“2024年我国60岁及以上老年人口首次突破3亿，占全国人口的22%”。当“深度老龄化社会”不再遥远，以“健康”为核心的银发社会的高质量生活将构成“十五五”时期重要议题，其不仅关乎个体生活品质和家庭生活幸福，更攸关社会结构稳定与经济高质量发展。近年来，随着人工智能技术的迭代发展，银发经济与健康产业迸发新机；与此同时，慢性病累积、流行病高发叠加医养实践中一些制度性顽疾，也使得“银发社会与健康中国”议题更显紧迫。为此，《探索与争鸣》编辑部与湖南大学公共管理学院特邀相关领域专家学者联合举办圆桌会议，着力探讨如何借力科技创新、汲取国际经验、更新观念理路、完善指标体系、健全制度保障，形成基于全生命周期主动健康治理的“中国方案”，以“银发社会治理共同体”合力推进银发社会的健康现代化进程。

彭希哲教授提出，要对中国人口老龄化和个体衰老进程进行多尺度测量，形成对人口族群特质敏感的“中国人衰老图谱”，构建“身—家—群—国”的中国式健康养老模式，为全球健康老龄社会贡献基于全生命周期主动健康治理的“中国方案”。翟绍果教授强调，积极健康老龄化要把握“健康红利”机遇，构建“银发社会治理共同体”——立足于银发健康共同体的健康保障体系、依托银发数字共同体的健康管理体系、面向全龄共治共同体的老年健康参与体系。李璐研究员指出，当前银发经济发展存在有效需求不足、市场供给不优和政策支持不系统等问题，针对“十五五”时期新形势，应从需求侧、供给侧和政策端共同发力，推动银发经济高质量发展。阳义南教授针对现有银发经济测度指标存在的统计范围不准、产业边界不清等问题，构建了涵盖“总指数—五大核心维度—多级细分指标”的银发经济发展指标体系，并指出其实践要旨。陈友华教授指出，AI技术赋能养老健康服务的场景拓展和效率提升，但在应用中也面临技术让渡、范式异化、算法让渡、数字裂痕等困境，需要从技术改进、制度创新、社会支撑、文化调适等方面采取协同优化路径。郭未教授提出，将艺术疗愈纳入老龄健康研究与政策体系，有望重塑健康资源与文化心理支持系统在地域与阶层之间的分配逻辑，推动老龄社会的健康公平与社会融合，进而构建“有质量、无贫困、能参与”的包容性健康老龄化社会。张奎力教授强调，农村医疗服务体系的不均衡影响老龄人口健康，为使农村老龄人口更好地实现“老有所医”，应建立具有韧性的医疗管理制度、构建长期稳定和谐的医患关系、重塑基层医疗服务体系，并引入互联网医疗等新型服务方式。杨程教授通过对比神户模式与上海实践，指出老龄认知友好社会建设须以消解“健全者”与“残障者”二元对立的普同理念为价值基石，通过立法保障、社保兜底、社会支持、技术普惠构建健康治理体系，进而迈向全龄友好型社会。

——主持人 李梅高原

探寻全生命周期主动健康治理的 “中国方案”

彭希哲，复旦大学文科资深教授、老龄研究院院长

人口老龄化是指一个国家或地区的人口中老年人口在超过一定比例以后持续上升的过程。按照联合国的定义，60岁及以上老人占比超过10%，或者65岁及以上老人占比超过7%，标志着人口进入老龄化阶段。而当65岁及以上人口占比超过14%，被认为是进入中等老龄化阶段，超过21%就是深度（或重度）老龄化。整体而言，世界性的人口老龄化正在以不可逆转之势成为21世纪人类发展最显著的特征之一。人口老龄化的直接驱动力是人们生育行为的改变和寿命的不断延长，当然，人口迁移也对一个国家或地区的老龄化进程产生重要影响。在过去几十年间，生育率降低成为全球性趋势，低于更替水平（2.1）的总和生育率是近半数国家和地区的基本状态。与此同时，人口预期寿命持续延长，这是医疗进步、教育水平提高、社会发展和经济增长的直接结果，也是社会进步的重要标志。对每个个体、家庭和整个社会而言，长寿都是极为宝贵的财富；但伴随着长寿的还有不可避免的衰老和健康问题，以及由此引发的就业市场、社会保障制度、健康服务体系等面临的风险和压力，乃至对整个国家生存与发展的潜力和动力的影响。

衰老机制研究与主动健康模式的推进

衰老是一种持续变化的自然过程，是生物生命周期的必然阶段，表现为机体逐渐出现退行性变化，也是人类许多与年龄相关的疾病（如糖尿病、心血管疾病、癌症和神经退行性疾病）的主要风险因素。世界卫生组织（WHO）在其《国际疾病分类》第11版（ICD-11）中，明确从疾病分类学角度将“与衰老相关的内在能力下降”定义为一个疾病类别。^①衰老是不可避免的，但延缓衰老却是可能的，对衰老

的研究由此成为世界各国应对老龄化挑战的最主要途径之一。

国际社会研究衰老的生物学机制以及它们如何导致与年龄相关疾病的努力，也使得抗衰老（衰老科学）成为生命科学（包括老年医学）的一个重要新兴领域。对衰



老的研究主要涵盖识别具有诊断意义的生物衰老标志物，并解析其与年龄相关的通路，开发能够延长健康寿命和健康期（即处于良好健康状态的生命时期）的干预措施，用于预防或治疗特定疾病，维持、优化或恢复老年人口保持健康生活的内在能力。2013年，《Cell》杂志刊登了《衰老的标志》一文，首次提出“衰老的九大标志”理论。2025年《Cell》杂志发表的《从老年科学到精准老年医学：理解和管理老龄化》综述，进一步将衰老的生物学标志分为原发性标志、拮抗性标志和整合性标志三大类别，涵盖分子、细胞、系统、心理、社会等14项，揭示了衰老的多维本质。^②这些研究表明，抗衰老科学正在从“描述现象”迈向“精准干预”的新阶段，多靶点“抗衰老”的问世、营养与生活方式干预、以多组学数据为基础的精准老年医学的兴起，正在形成抗衰老干预的多元路径。^③在一定程度上可以说，抗衰老研究及其成果的运用将使得老年人口能够拥有更长的健康寿命，

①《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（简称《国际疾病分类》），是世界卫生组织对世界各国人口的健康状况和死因差别，针对各种疾病作出的国际通用的统一分类，其中含有约5.5万个与损伤、疾病以及死因有关的独特代码。2019年5月举行的世界卫生大会批准的《国际疾病分类》第11版（ICD-11）于2022年1月1日生效。

② Guido Kroemer, et al., “From Geroscience to Precision Geromedicine: Understanding and Managing Aging,” *Cell*, vol. 188, no. 8, 2025.

③《《Cell》：破解衰老的科学钥匙，照亮健康长寿新纪元》，<https://baijiahao.baidu.com/s?id=1830796985739002245&wfr=spider&for=pc>.



① 张天天:《健康老龄化产品和技术发展现状》, 彭希哲主编:《中国银发经济发展报告 2024》, 北京: 华龄出版社, 2024 年。

② 复旦大学老龄研究院“银龄未来”实验室报告, 2025 年。

③ 张天天、罗力:《2023 年主动健康与健康老龄化: 新技术与新产品的系统评价》, 武留信主编:《中国健康管理与健康产业发展报告 No.6 (2023-2024)》, 北京: 社会科学文献出版社, 2024 年。

极大地降低老年人群的疾病发生率, 有效减轻对医疗健康体系的压力, 并为相关公共政策的制定提供更为有效的制度设计和执行的基础。

在生命科学和医学迅猛发展的同时, 我们不得不重新审视当前的医学健康模式, 并反思应对老龄化挑战的诸多政策措施。当前的医学模式基本能够有效应对传染性疾病, 但对慢性病等非传染性疾病并不是最有效的。在过去 20 年里, 我国诊疗人次增长率是人口增长率的 21 倍, 卫生费用增长率是 GDP 增长率的 1.7 倍。目前我国超过 75% 的老年人患有一种及以上慢性病, 成人高血压、糖尿病患者分别达 2.45 亿和 1.41 亿, 慢性病相关支出已占据中国医疗总费用的 70% 以上。^① 未来 20 年是我国人口老龄化的快速发展时期, 如果这样的趋势延续, 全民医保有一天将捉襟见肘。医疗模式的困境需要通过整个健康体系的重构来化解, 老年人口群体的健康促进需要更有效地利用科学技术和进一步优化健康服务体系。

“主动健康”正在成为社会医学模式的经营理念之一, 也是健康中国建设的核心策略之一。主动健康是一种以人为本、以健康为中心的理念, 不仅强调个人和社会在预防疾病中的角色, 更提倡主动管理健康状况, 实现从医生主动向个人主动、从治病到防病的重大转变。“主动健康”倡导贯穿全生命周期的积极有效的健康行为和生活方式, 并倡议延缓衰老、减少慢性病和残疾的发生, 实现健康老龄化。为达成这一目标, 我们需要充分利用人工智能、大数据、生物医学等前沿科技, 实现对老年人群生理、心理、社会环境等多维度健康状况的感知、辨识、预防、干预和管理。

我们尤其需要对中国人口老龄化和个体衰老进程进行多尺度测量, 通过整合表

型组学、基因组学、影像组学、代谢组学及生化生理指标, 构建“中国人生理衰老表型模型”, 建立涵盖记忆退化、情绪障碍及行为衰退的“心理衰老评估模型”, 并基于队列、区域和族群特征挖掘生活方式、社会支持网络与社会经济环境对衰老进程的调控作用, 构建对人口族群特质敏感的“中国人衰老图谱”。我们目前正在推进构建用于衰老早期识别的身体、心理、社会多维风险预测模型, 将全景式描绘中国老年人内在能力下降、疾病发生、临终及死亡的衰老轨迹, 以人机协同的运动处方等为重点, 形成适合中国人的早期衰老干预策略, 为老龄社会的主动健康干预提供精准导航图, 进而凝炼更适合中国人和老龄社会的全生命周期的主动健康治理方案。^②

如果说传统的健康适老化产品主要是为了适应老年群体在身体、认知等方面出现的障碍而设计生产的辅助性产品, 主动健康视域下的产品和技术则要求更加注重预防性、智能化和全龄适用性。^③ 主动健康需求将推动预防性筛查、精准医疗和康复器械等银发经济市场爆发, 人工智能辅助诊断系统和可穿戴设备将成为疾病管理的主流, 也将在更多场景下重构相关政策的决策机制, 并提高公共资源投入的公平性和有效性。生命科学和生物医药的创新及产业化, 为医疗健康模式从治疗疾病到延缓衰老的重大转向创造了必要条件, 也酝酿着人类生命极限的新突破。

这些突破性发展让我们更加认识到, 个体身体老化乃至整个社会的人口老龄化都不是单一维度、单一层面的研究对象或政策靶标, 而是一个复杂的动态系统网络。我们既需要从分子生物学层面, 通过对基因、染色体、细胞等多组学的研究, 探索老化的微观机制和规律; 也需要从脑与心理因素, 探究认知、行为与情绪及脑功能规律等介观层面(亚微观—亚宏观)的老化规律; 还需要从各种社会制度因素等宏观层面, 综合考虑人口、经济、文化、环境等如何通过各自的机制或独立或整合地影响着老龄化进程。

新一轮科学技术革命对健康老龄化认知的影响

我们正处在世界百年未有之大变局的历史阶段,

世界经济重心正在转移，世界政治格局正在重组。而人口发展态势的快速演变、全球性老龄化趋势的不断加剧，以及新一轮科技革命的突破性发展和产业变革，同样是“百年未有之大变局”的重要组成部分。人口老龄化首先表现为人口年龄结构的变化，但从更长远的尺度看，则是一种社会形态的根本性转变，这是人类社会几千年发展历史中未曾出现的社会形态，它必将对正在运行的各种社会、经济、政治、文化制度安排形成巨大的冲击。对于人口老龄化本身，尽管已有很多讨论，但如何在新一轮科技革命的大趋势下讨论人口老龄化的风险及其应对，还有很大的研究空间。短期来看，人口老龄化直接对就业市场、社会保障制度、健康服务体系等构成压力，需要在现有制度安排的基础上通过持续的政策迭代调整进行适应性变革，尽可能地降低风险以维持原有制度体系的稳定运行。长期来看，唯有相关领域根本性的制度和体系改革的启动，才可能保持国民经济和社会发展的长期可持续运行。

人类社会对于未知领域的探究是现代科学技术发展的原动力，对于衰老机制和健康老龄化的好奇求真，对于运用战略设计和政策工具在老龄化进程中实现政治和社会发展目标的追求，都将决定我们对待老龄化的基本认知和态度，进而影响我们为应对老龄化所制定的战略和政策体系。

与西方发达国家在工业化和后工业化时代遭遇的老龄化不同，中国是在信息化、网络化和人工智能的时代背景下步入老龄化社会，这为我们积极应对老龄化挑战提供了空前契机与资源。曾经人们对年轻人力资源供给不足进而影响经济稳定持续增长的担心，正在被人工智能时代劳动力市场重构和人机结合产生的更高的劳动生产率所消解。智慧或数智养老逐渐补充甚至替代以往完全以人力为支撑的、以线下为主的养老服务模式，为老年人提供更加高效、便捷、多样的服务，推动养老服务模式向智慧化转型升级。^①老年人口失能失智状况的评估和检测、各种老年退行性疾病的筛查、早期干预和康复等，都将大大受益于这些技术和工程成果的进步。

然而，科学技术的发展对社会经济发展和治理来

说从来就是一把“双刃剑”。与传统科学以“为知识而知识”的纯粹理念为核心、强调自由探索和知识的确信性不同，现代科学已经从无功利的自由探索转变为一种强大的实践力量，科学与技术的紧密结合也带来了新的挑战和问题。自动化和人工智能技术的发展导致部分传统工作岗位正在被取代，将加剧社会结构性失业问题；生物技术（如克隆、基因编辑）和人工智能技术的发展不断突破传统伦理边界；大数据和监控技术的滥用使得个人信息安全受到威胁，甚至可能发展成公共安全问题。

就此而言，平衡科技进步与伦理原则之间的关系成为一个复杂而重要的议题。^②在推动科技创新的同时，除了建构普适性的科技伦理，如何尊重不同宗教和文化遗产对“衰老”“死亡”“健康”的多元理解被提上时代议程，也应达成某种社会共识。

积极应对人口健康老龄化需要更有效的整合理念和系统环境

积极应对人口老龄化作为一项国家战略，已经成为中国各级政府和社会各界的共识。各级政府分管部门从各自的法定职责和行政边界出发，积极落实国家的发展战略，投入大量养老资源，致力于提升老年人口的健康水平、服务质量和整体福祉，但依然存在资源使用效率较低等问题。比如，近年来投资建设的大量养老床位和机构设施，已经成为构建居家、社区和机构养老服务体系的基础，但也出现一定比例的养老床位空置现象。又如，社区层面为老年人群设立专门的服务空间和设施、推进适老化改造的各种社区和家庭项目等，体现了国家对老年群体福祉的重视，但也可能导致老年人群与其他人群在公共服务和资源共享方面形成竞争性关系，还可能

①《在 2023 世界人工智能大会上，复旦人发布了这些新思想、新成果》，https://m.thepaper.cn/baijiahao_23785363。

② Guoyu Wang, “Ethics Committees Promote Responsible Research in China,” *Nature Human Behavior*, no.8, 2024.

使异质性的老年群体在享用各种老年福利时的选择性差异进一步扩大，甚至背离普惠的初衷。

因此，在未来公共资源依然稀缺、民生需求不断增加的趋势下，提高养老资源的使用效率成为一个重要议题。这需要在三个方面作进一步的系统整合。

首先，需要进行养老资源内部使用的整合。养老服务涉及诸多领域和广泛的服务内容，这些领域尽管有各自独特的需求，但大都在养老服务的大框架之内，各级政府条线和社会组织推进的长护险护理服务、医养结合服务、助残服务、志愿者帮扶、邻里互助等有很大的协同发展空间。

其次，需要进行养老资源与其他民生投入的整合。党中央相继作出实施健康中国战略和积极应对人口老龄化国家战略的重大决策部署，促进健康老龄化是协同推进两大战略的必然要求。比如，为提高不同人口群体的福祉，中国政府在儿童优先、男女平等、青年发展、老年友好等领域制定了非常具体的战略规划、政策体系和保障举措。但在具体实践中，比如许多社区兴建的“活动室”“小屋”功能相对简单、重复、各自为用，资源利用率很低，它们完全可以在社区层面整合使用。又如，国家高度重视一“老”一“小”问题，在解决一“老”和一“小”问题上的资源投入有很大部分也可以协调使用，进而建构以家庭为政策导向的资源配置的中枢平台。

再次，健康老龄化的推进亦需要融合在国家 and 区域发展战略之中，需要更高效的政策体系整合统筹，顶层设计和执行实施的协同推进，各主体之间联动配合。2024年1月，国务院办公厅印发《关于发展银发经济增进老年人福祉的意见》，这是我国首个以“银发经济”命名的政策文

件。此后，国家各部委、地方各级政府相继发布了推进银发经济发展的政策文件，为银发经济发展提供了良好的制度和政策环境。但必须认识到，市场、企业、社会组织、家庭等主体，也是银发经济发展不可或缺的生力军。我国银发经济发展处于起步阶段，呈现市场规模持续扩大、需求稳步增长、政策扶持力度不断加大、关键技术和产品创新速度加快等基本态势，同时也面临涉老产品和服务的供应在数量、质量、种类等方面明显滞后于市场需求，企业介入的积极性高涨但商业模式尚不成熟，产品和服务的标准体系还不健全、专业人员缺口较大等问题。银发经济与健康中国战略的深度融合发展，银发经济与科技强国目标的有机整合，对积极应对人口老龄化具有关键性影响。

国家在科技创新、人工智能、数据平台及物联网等基础设施建设方面的投入，已经为银发经济发展创造了良好的硬件环境。大量科研成果的产业转化将直接创造全新的适老产品和服务的产业链与价值链。比如，智能辅具将推动智慧康养产业快速发展；传统的老年产品生产将走向智能化、自动化，企业变革速度加快，不断催生出新的运营模式；服务机器人和智慧养老设备的广泛应用，将帮助社会、家庭和养老机构突破护理、管理人员的局限，为老年人口特别是失能、失智老人提供更有效的医养护理服务；数字技术融入银发经济，将推动更效率的养老产品和养老服务的生产、流通、销售和最终消费。此外，基因与细胞治疗的临床突破，加速合成生物学与再生医学的产业化，生命科学和医疗健康行业正站在技术奇点与产业重构的临界点，^①它们是银发经济发展最有活力的领域之一。这些技术成果应用场景的拓展有赖于各种政策的引导，其对老年人口福祉的实际影响也需要更加有力的改革创新。

探索健康老龄化的中国方案

先期老龄化国家和地区应对人口老龄化的实践为我们提供了不少借鉴。但国情不同，中国人口老龄化的应对和老龄问题的解决还需要自己的思考和创新，

① 参见毕马威：《2025中国生命科学行业概览及未来展望报告》，<https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/cn/pdf/zh/2025/04/china-life-sciences-sector-overview-and-outlook.pdf>。

人口老龄化的特征及其应对战略亦是中国经济发展的基础。

在新的国家战略需求和发展定位下，伴随着人口负增长和高龄化的趋势，中国超大规模老龄社会的主动健康治理需要进一步“关口前移”，强调前瞻性和精准性的衰老干预以降本增效。新时期的主动健康治理是一个不断识别中国老年人衰老规律、族群特质并有效回应养老复杂性的过程，更是一个有效降低健康治理成本以支撑老龄社会可持续发展的重大战略议题。

基于对中国人衰老图谱的精准描画，我们可以进一步构建“身一家一群一国”的中国式健康养老模式，明确个人和家庭在健康老龄化方案中的主体责任，强化基层社区和社会各界对于家庭医康养服务等的全方位支持，优化国家在推进积极应对人口老龄化国家战略中的资源配置和引领导向。在此基础上，参照相关衰老图谱，依据不同养老服务主题，科学规划不同层次主体的资源配置形态，形成关于全生命周期主动健康治理的“中国方案”，为世界提供科技加持下的老龄化应对范例。

无论是讨论积极应对人口老龄化国家战略的落实，还是银发经济发展的需要，为实现健康老龄化，都需要社会各方协调一致的努力，需要更系统的体系构建、更整合的政策设计、更有效的产业推进和更广泛的创新实践，才可能以相对较小的资源投入，最大化地实现国家发展和民众福祉提高的长远目标。传统老龄社会治理和政策的操作空间，在新的社会经济形态和科技环境背景下变得越来越小，必须深化改革、不断创新、强化“系统集成”。这里的“系统集成”，是指社会大系统与各种子系统之间的关联性发展。积极应对人口老龄化，不仅需要人口系统内部的相互协调，而且需要人口系统与经济系统、社会系统、生态系统等相协调，并进一步促进地区之间、城乡之间的空间整合。科学技术的快速发展和广泛应用，是中国应对人口老龄化挑战的重要机遇，也在一定程度上成为中国能够在人口老龄化不断加剧的背景下保持国民经济持续稳定发展、全体人民特别是老年群体福祉不断提高的最重要的基础之一。当下，需要不断挖掘老龄社会的潜在机遇，重构老龄社会治理的诸多要件，



“银发社会与健康中国”圆桌会议

推动老年群体成为老龄社会发展的开拓者和创新者。

回到学科层面，老龄科学作为新兴学科，是21世纪的朝阳学科。欧美等发达国家在老龄领域布局时间较早、进展较快，涌现出一批前沿成果。而中国在科研理念、设施能力、规划配置、政策工具灵活性等方面正逐渐显示出比较优势。老龄研究越来越无法回避对于衰老机制的理解，人的衰老现象贯通生命体细胞分子结构损伤、脑认知系统性减退、心理行为模式偏移以及社会经济要素调控各层面，这使得老龄研究呈现出显著的跨学科特征。一些突破性成果几乎均因冲破学科壁垒而呈现，而更多的问题则已超出人类现有的历史经验和科学认知，给全球老龄社会治理带来了更大变数。因此，老龄社会的应对也越来越强调跨学科、跨领域的综合探索，越来越重视各种治理机制、应用模式、体系建构的实践转化。明确老龄科学在我国学科专业目录中的定位，持续孵育高水平的研究团队和研究机构，将支持我们更快更好地走出一条具有中国特色的健康老龄化应对之路，进而为全球健康老龄社会贡献“中国智慧”。



随着人均寿命的延长和生育率的下

降，全球老龄人口迅速增长，银发社会加速形成，深刻影响着经济社会发展全局。作为世界上老年人口最多的国家，中国协同推进积极应对人口老龄化国家战略和健康中国建设，将积极老龄化、健康

① 朱荟：《从老年负担到长寿红利：国家战略定位下的中国方案》，《山东大学学报》（哲学社会科学版）2022年第4期。

② 刘尚君：《高质量发展背景下的人口老龄化应对——论“十五五”时期我国积极应对人口老龄化的战略重点》，《人口与发展》2024年第5期。

③ 汪斌：《人口高质量发展视域下的健康老龄化：新国情、新机制与新路径》，《云南民族大学学报》（哲学社会科学版）2025年第2期。

④ 陆杰华、阮韵晨、张莉：《健康老龄化的中国方案探讨：内涵、主要障碍及其方略》，《国家行政学院学报》2017年第5期。



翟绍果，西北大学公共管理学院教授、西北大学健康养老研究院
执行院长

面向积极健康老龄化的 “银发社会治理共同体”

养老阶段，更涉及备老阶段的健康保护和健康储蓄，覆盖从胎儿期到婴幼儿期，再到青少年期、青壮年期、准老年期和老年期整个生命历程。^③老年健康红利的维系与释放也应从全生命周期视角重新审视。

全生命周期积极健康老龄化正是把握健康红利机遇的重要抓手。积极老龄化强调以更加积极、辩证的视角理解老龄社会、老年时期与老年生活，深入挖掘老龄社会的潜能，最大限度发挥人口对经济社会发展的能动作用。而健康老龄化作为涵盖生理健康、心理健康、行动能力和社会功能健康等维度的综合概念，是中国积极应对人口老龄化的必然选择。^④全生命周期积极健康老龄化兼容了积极老龄化与健康老龄化两大理念，推动老龄化观念从保守型向主动型转变，老龄化共识从局部型向全局型转变，老龄化政策从保障型向积极型转变。这一理念不仅为健康红利的认知更新和实践走向提供了理论支撑，也对经济运行的全领域、社会建设的各环节、社会文化的多维度发展提出了更高要求。

立足于全生命周期的积极健康老龄化，应针对不同生命周期的主要健康问题及影响因素，确定若干优先治理领域并强化干预，实现从胎儿期到生命终点的全周期健康服务与保障。这一转变要求治理理念、治理焦点与治理途径作出适应性调整，即治理理念从“以治病为中心”转向“以健康为中心”；治理焦点从老年人口扩展至全人群，并涵盖全过程、全周期；治理途径从以往单部门、碎片化行动向协同共治格局转变。由于利益相关主体的多元性以及渗透领域的广泛性，积极健康老龄化的实践转向必然是一项系统性变革，客观上要求社会治理从碎片化形态转向共同体关系，即以积极老龄化与健康公平为理念导向，构建“银发社会治理共同体”。

老龄化融入中国式现代化进程中，构建“立足于全生命周期的健康老龄化体系”，推动实现包容友好的银发社会与健康中国目标，已成为当下重大公共议题。

老年健康红利：面向全生命周期的 积极健康老龄化

人口老龄化是21世纪全球普遍性社会发展趋势，本质上是人口结构与社会形态的历史演变。^①尽管在演变过程中，原有制度安排、组织设置、资源配置等方面与新的社会需求结构之间存在着巨大张力，但随着中国人均预期寿命与人口质量的双向良性增长，银发社会这一新型社会形态中已然孕育出一波“老年健康红利”。其有两层含义：其一，随着预期寿命的延长，人类不断克服衰老与疾病，人口整体健康素养与健康水平同步提升；其二，将促进老年人健康视为经济、社会与文化领域的新发展机遇。^②老年时期的健康状态是个体贯穿生命历程的健康加权结果，它不仅涵盖

健康赋能、友好包容与全龄共治： “银发社会治理共同体”的内涵形态

何为“银发社会治理共同体”？共同体是一种超越个体利益并基于共享认同与情感联结的社会组织形态。银发社会治理共同体立足积极健康老龄化理念，将治理目标聚焦于对老年人健康保障、能力维持与社会参与的需求回应。在此基础上，政府、社会组织、公众等多元主体基于互动协商、权责对等的原则，自觉形成相互关联、相互促进且关系稳定的群体。^①具体而言，银发社会治理共同体依不同的功能目标，呈现出“银发健康共同体”“银发数字共同体”“全龄共治共同体”三种组织形态。

（一）以银发健康共同体助推银发社会治理共同体的健康赋能

银发社会治理共同体以整合多领域主体的力量实现秩序化的共治行动，确保各主体紧密合作、系统顺畅运行、功能高效发挥，是发挥健康治理效能的关键。通过制度同构、资源共享与服务可及的协同推进，构建覆盖全生命周期的银发健康共同体，能够筑牢银发社会治理共同体的健康根基。

其一，制度同构。制度同构通过制度体系的系统性重构，打破传统治理政策割裂、权责模糊、执行低效的桎梏，实现治理主体与内容的有机统一。应做好健康老龄化制度的顶层设计，加强对潜在综合风险的提前研判与系统认知，明确制度体系的指导思想与发展目标，强化各方行动规范，增进理解和信任。畅通跨部门信息交流渠道，保障相关信息的常态化沟通，加强主体间信任关系。依据家庭、医疗卫生机构和社区等参与主体的功能定位，优化医疗、照护、康养、健康管理等服务内容，构建功能相互联结支持、服务相互补充替代的综合性服务制度，^②实现治理参与主体的行动整合。

其二，资源整合。银发健康共同体的资源整合既涵盖健康养老系统的内部资源，也要求深化健康养老系统资源与其他社会资源的外部整合。应进一步整合优化基层医疗卫生、养老与护理资源，根据不同区域的常住老年人口需求量与健康养老资源分布状况，统筹

布局服务机构，合理设置服务半径，实现资源在存量、结构与空间层面的均衡发展。^③同时聚焦养老资源与产业资源、社会资源的跨界联动，发挥市场供需匹配机制作用，以发展旅居养老、康复辅助器具等银发经济新业态，推动市场主体参与健康养老系统资源的精准供给；融合平台治理与社会治理，借助公益慈善、社会慈善、政府购买等多种形式吸纳家政保洁、快递配送、餐饮等相关服务领域人力资源，鼓励企业履行社会责任。

其三，服务可及。服务可及意指民众能够较为容易地接近、获得、接受并适应符合需求的积极健康老龄化服务。银发健康共同体借助推动服务可及，实现银发社会治理的精细化与精准化，及时回应社会服务需求。^④同时，发挥政府统筹、协调与监督评估职能，建立多元主体协调机制，细化供给职责，对各主体的实际服务效果进行评估与监控；并运用大数据、人工智能等新型治理资源和语义分析、行为分析等数据收集与分析技术，建立服务需求识别与挖掘机制，推动老年人诉求的征集和转化，确保服务供给精准化。

（二）以银发数字共同体塑造银发社会治理共同体的友好包容

随着数字治理的纵深推进，银发社会治理同样被数字技术深度重塑。银发数字共同体基于维护公平正义的价值导向，以增能赋权、设计包容与资源共享为抓手，弥合老龄技术鸿沟，确保社会各群体能够平等充分地享受技术红利，体现出银发社会治理共同体的技术包容性。

其一，增能赋权。数字素养是老年人融入数字社会的关键，银发数字共同体以政策引导、机制搭建与服务供给助力老年群体跨越数字鸿沟。以权威性的顶层设计推动数字教育服务的开展和配套要素的投入，依托“大数据+”“互联网+”政策和制度设计，

① 郁建兴：《社会治理共同体及其建设路径》，《公共管理评论》2019年第3期。

② 李航、刘慧君：《解构与重塑：中国健康老龄化服务体系的探讨》，《西北人口》2023年第5期。

③ 杨翠迎：《中国医养结合实践的理性思考：非均衡性与未来发展》，《社会保障评论》2023年第5期。

④ 任梅等：《基本公共服务可及性体系构建与实现机制——整体性治理视角的分析》，《中国行政管理》2020年第12期。

① 匡亚林、吴佳馨：《数字共生：农村老年群体数字包容生态体系构建》，《江苏社会科学》2025年第2期。

② 晏月平、李雅琳：《健康老龄化到积极老龄化面临的挑战及策略研究》，《东岳论丛》2022年第7期。

将强化老年群体数字素养作为重要政策内容，以此建立跨层级、跨部门、跨区域的治理机制。^①与此同时，应加强数字资源与老年群体熟悉场所的结合，发挥家庭、社区、邻里熟人互助的场景优势，引导老年人用数字化手段解决问题，增强老年群体对数字技术的体验感、信任感和获得感，充分激发老年人主动适应并融入数字社会的积极性。

其二，设计包容。技术适老性是老年人融入数字社会的另一重要因素，银发数字共同体运用供需匹配机制，推动数字产品、服务和制度设计走向老年友好包容社会。应注重提高数字健康系统的适老化程度，依据老年人学习、认知规律设计健康治理数字化系统内容，基于老年群体个性化需求推动健康治理活动。引导数字健康资源的本地化适配，根据不同街道、社区的人口结构、生活习惯、健康需求等因素配置数字健康资源，构建银发社会健康治理的社区、家庭、个体共同参与格局。

其三，资源共享。资源配置直接影响老年人与数字世界连接的难易程度，推动资源共享才能确保社会不同群体间的数字机会公平。尤其针对农村地区、偏远地区、经济欠发达地区的老年群体，应依据健康风险提供多样化的数字基础设施，实施分类分层、因地制宜的数字健康素养教育，减少老年人的数字认知与应用鸿沟。同时，整合不同治理场域内利益相关者的社会网络并构建数字包容服务网，探索实施具有创新性的帮扶措施，鼓励社会力量参与数字扶贫项目，为农村老年人提供数字技术培训、数字服务指导等支持，并基于数据分析结果和学习情况准确识别老年人的使用习惯、偏好和困难，提供针对性的优化方案。

（三）以全龄共治共同体提升银发社会治理共同体的权益共享

全龄共治共同体以代际共融与全龄共治

为核心理念，通过打破年龄壁垒、促进代际深度互动与协作，形成责任共担、权益共享的社会治理新模式。

其一，文化厚植。加强“孝、悌、爱、敬”与现代互助理念的融合，将“代际共融”理念纳入公民道德教育、家庭文明建设与社会公约中，将互助共享从政策要求转化为内在自觉。以家庭为单元，以社区为平台，设计融合多代人参与的代际共建活动，培育共治共创的社区文化。多渠道强化尊老爱幼、代际互助的价值引导与公共传播，鼓励举办代际互动活动，激活代际情感联结与行为共建，使互助共享从临时行为转化为持久习惯，进一步内化价值认同。

其二，场域创造。以空间设计为着力点，融入通用设计与无障碍理念，优化社区公共空间布局，打造“多功能、多主体”复合型公共空间；以功能复合为核心，以服务整合、资源聚合与需求匹配为抓手，提升空间的吸引力与实用性。建立健康、教育、文娱、照护等服务资源的整合与共享机制，将物理空间转化为互助共享的活跃载体，实现多代共享和需求精准对接。

其三，网络构建。提高制度认知，强化制度支持，在制度设计中嵌入“全龄视角”与“代际共融”理念，将代际共融从理念倡导转化为政策保障，为后续资源整合提供理念基础。推动多领域资源整合，建立空间、服务与权益的全龄共享机制，实现跨年龄层的资源共享。鼓励社区组织、企业、学术机构、居民共同参与，构建协同共治的复合网络，^②推动政府主导向社会共治转变，形成可持续的治理生态。

公平可及、协同联动与整合共享： “银发社会治理共同体”的行动策略

为达成面向积极健康老龄化的银发社会治理共同体目标，健康增龄的银发健康共同体、包容友好的银发数字共同体和代际共融的全龄共治共同体的行动策略包括：整合公平可及、系统连续的健康保障体系，完善协同联动的健康管理体制以及实现互助共享的老年健康参与体系。

（一）立足银发健康共同体，整合公平可及、系统连续的健康保障体系

其一，健全健康保障制度。推进健康保障制度同构

性建设,基于公平普惠理念缩小城乡、地区和人群间健康保障差异。构建覆盖全生命周期的多层次健康保障体系,形成“预防—治疗—康复”连续保障链条。^①整体推进养老保险、医疗保险、长期护理保险等制度建设,缩小老年人群基本福利待遇差距。^②发展分级诊疗、家庭医生签约等模式,构建老年失能预防制度。鼓励地方探索特色法规,强化银发经济支持,推动健全老龄产业扶持制度,搭建科研转化平台,完善“紧密型医联体”等照护服务体系,提高老年群体医疗可及性。

其二,创新健康保障服务。基于整合型照护理念,发展老年健康服务,提升服务的均等化水平,增强全链条协同性。完善公共卫生服务项目和基本养老服务清单,提供分类别服务方案。加强人才培养,完善职业教育体系,鼓励设置老年护理专业,提高养老护理人员待遇,打造专业化护理队伍。发挥基层社区功能,健全三级养老服务体系,建设社区日间照料中心等设施,强化社区与医疗机构合作,为社区扩展医养服务功能提供支持。

(二)应用银发数字共同体,完善协同联动的健康管理体系

以健康为导向建立统一的老年健康信息服务平台,加强电子健康档案管理,定期评估老年人健康状况及相关服务效能,优化基层医疗卫生资源配置,引入数据分析方法,科学预测并制定政策。以安全、和谐和可持续运行为目标,推动代际公平与均衡发展,构建老年友好型社会。根据老龄人群需求设计公共设施,开展老年人居住环境健康巡查。借助志愿团体支持,鼓励老年人参与涉老项目和服务。聚焦老年健康需求缺口,研发并推广面向老年人的数字健康与科技产品服务,开展老年健康知识教育活动,帮助老年人养成健康生活方式,增强健康自治意识和自我管理能力。

(三)面向全龄共治共同体,实现互助共享的老年健康参与体系

其一,促进代际互助。通过教育系统、媒体传播、社区文化活动强化尊老爱幼、代际互助的价值观,营造互敬互助的文化氛围。鼓励家庭、学校与社区联动开展“代际共育”“长幼共乐”“邻里互助”等活动,通过时间银行、志愿积分、社区互助平台等制度激励跨

代际协作与贡献,激活代际间情感联结与行为共建。在城市微更新、老旧小区改造等硬件基础设施,以及教育、健康、养老、托育等制度设计中,嵌入“全龄视角”“代际共融”理念,打造“适老+适幼+适青”的全方位包容共享体系,建立“家庭发展中心”“全龄服务综合体”“托老+托幼”“日间照护+学龄托管”一体化机构,创造多代共享、融合共建的互动场域和跨年龄层共享机制。

其二,助推老年健康参与。一方面,开展多元参与的多样化健康教育。多元参与的健康教育体系由社区、医疗机构(尤其是签约医生)和大众媒体共同推动,在倡导和普及健康生活方式、基本的疾病发生规律和预防治疗知识、理性疾病观和生命观等方面对老年人及其家属开展健康教育,^③提高老年人的健康意识,采取积极的健康行动。另一方面,依托老年健身活动的基层兴趣社群、“银龄行动”等老年社会参与体系,嵌入健康互助共享的参与通道。老年健康参与打破传统的被动照护模式,使老年人从被赡养者转化为知识传承者、治理参与者和价值创造者,最终形成个体健康增龄与社会资源激活的双向良性循环。

总之,打造“银发社会治理共同体”是面向全生命周期推进积极健康老龄化的治理路径创新。银发健康共同体是银发社会治理共同体的健康基石,要求进一步整合公平可及、系统连续的健康保障体系;银发数字共同体是提高银发社会治理共同体的技术包容度的技术支撑,据此持续完善协同联动的健康管理体系;基于全龄共治共同体完善老年健康参与体系,进而使权益共享成为银发社会治理共同体的更高目标,是全生命周期积极健康老龄化的价值指向。

[本文系国家社科基金项目“全生命周期视域下健康老龄化体系路径研究”(21BSH021)阶段性成果。]

① 申曙光、孙静瑶、梁上聪:《论商业保险参与医养结合的比较优势、特殊价值与实现机制》,《西北大学学报》(哲学社会科学版)2025年第3期。

② 戴卫东、德勒格尔:《长期护理保险制度衔接、政策整合与机制协同》,《中国软科学》2024年第4期。

③ 葛延风等:《我国健康老龄化的挑战与策略选择》,《管理世界》2020年第4期。



银发经济

是为满足老年人和备老人需求所开展的一系列经济活动的总称。发展银发经济是在我国人口老龄化趋势加深、新旧动能转换过程中，推动经济发展方式与人口结构变动相适应的关键举措，是在



三端合力：“十五五”时期银发经济的高质量发展

李璐，中国宏观经济研究院社会发展研究所研究员

快实现社会福利社会化意见的通知》，进一步明确了社会福利机构除确保国家供养的“三无”对象等特困群体的需求外，还要面向全社会老年人拓展服务领域、扩大服务范围和覆盖面。2000年我国进入人口老龄化阶段，养老服务体系逐步从政府负责的“老龄事业”范畴向多元主体共同参与的“老龄产业”范畴过渡。

党的十八大以来，党中央、国务院高度重视老龄事业发展，从宏观层面的顶层设计到微观层面的服务规范，相关政策文件和举措为老龄工作提供了清晰的行动指南，其中包含对老龄产业的支持。2013年《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》提出，扩大养老服务供给主体、推动社会资本参与养老服务、建立完善养老服务体系，这是老龄产业最初的发展诉求。2019年以来，由养老服务、老年用品、养老金融等共同构成的老龄产业边界日益清晰。《养老产业统计分类（2020）》界定了老龄产业的范围，将其划分为12个大类、51个中类、79个小类，成为老龄产业的分类指南。

2020年，党的十九届五中全会在关于“十四五”规划的建议中首次提出“发展银发经济”，随后《中共中央 国务院关于加强新时代老龄工作的意见》将“积极培育银发经济”列为新时代老龄工作的五大任务之一。中共中央、国务院印发《扩大内需战略规划纲要（2022—2035年）》，将发展银发经济列入“全面促进消费，加快消费提质升级”任务。二十届中央财经委员会第一次会议将“大力发展银发经济”作为以人口高质量发展支撑中国式现代化的重点任务。由此，银发经济已经从社会福利、养老服务、养老（老龄）产业的传统维度迈向与宏观经济战略结合更紧密的新空间。

（二）我国银发经济发展的现实问题

受社会福利制度影响，国内对老龄领域的研究最初以老年人福利为基础，经历了由养老服务到养老服务业、老龄产业再到银发经济的发展过程。这也使得

人口新常态下更好统筹人口与经济、社会、环境等关系的必然选择。我国有基础、有条件、有优势发展银发经济，但也面临一定的发展短板，亟需从需求侧、供给侧和政策端共同发力，在“十五五”时期推动银发经济发展迈上新台阶，支撑人口和经济社会高质量发展。

我国银发经济的发展历程和现实问题

（一）我国银发经济的发展历程

银发经济概念起源于20世纪70年代的日本，范围由最初的医疗、护理和养老等领域拓展至金融、科技、旅游等多个产业领域。我国老龄工作也经历了从事业到产业、先服务后产品的发展过程。

我国很早就关注养老服务发展。20世纪80年代中期，部分地区社会福利院开始向非“三无”老人开放，农村敬老院开始对非“五保”对象开展自费寄养。2000年国务院办公厅转发民政部等部门《关于加

银发经济研究中始终存在两个倾向：一是由于福利事业的研究惯性，导致银发经济研究难以完全脱离事业属性，更关注事业与产业协同发展、政府与市场的责任分工等，缺乏基于产业理论分析框架对银发经济的供需关系、要素禀赋、结构布局等问题的研究；二是由于缘起于养老服务研究，导致银发经济研究更关注服务业领域，甚至将壮大养老服务业等同于发展银发经济，缺乏对制造业、技术创新以及二三产业联动等发展趋势和政策支持体系的研究。

随着银发经济的重要性不断彰显，不少地区围绕支持政策、产业融合、行业联动等开展了多种创新探索。国有资本、社会资本以及境外资本等不断涌入相关行业领域，老年人“衣食住行用、康养文旅服”等银发消费热度持续攀升，我国银发经济在发展规模、结构、质量和布局等方面取得了一定成效。但也要看到，我国银发经济发展仍处于初期阶段。尽管受关注度较高，产业规模、质量、效益的实际效果尚显不足，导致各界对银发经济的发展信心不足、预期不稳。

归根结底，这主要涵盖当前银发经济发展有效需求不足、市场供给不优和政策支持不系统三方面的问题。从需求侧看，受收入偏低、储蓄倾向高、财富代际传递等因素影响，我国老年人消费意愿和能力存在显著差异，既有高收入老年人对养老机器人等高端产品的旺盛需求，也有中低收入老年人“不愿、不敢、不会”消费的问题。从供给侧看，老年人从“急难愁盼”的基础需求到“诗和远方”的高层次需求均难以得到充分满足。面向老年人的细分市场发展尚不充分，从助餐助浴、上门诊疗、康复护理等“刚性需求”，到老年教育、文化体育等“乐享需求”，以及老年产品、适老化环境等需求都存在供给不足问题。从政策端看，由于推动银发经济发展的政策举措分散在各部门，缺乏顶层战略规划、统计标准、评价体系等制度设计，难以发挥统筹指导和督促作用，客观上制约了有效供给格局的形成。

“十五五”时期银发经济发展面临的新形势与新转型

“十五五”时期，我国内外循环、消费投资、新

旧动能转换、产业结构都将发生深刻调整，数字化和人工智能加速发展，城镇化提质扩容，重大区域战略持续深化。与此同时，人口老龄化进入加速期，老年人及其家庭需求层次不断升级，对扩大各类产品和服务供给的呼声日益高涨。我国银发经济的概念虽然提出时间不长，但具备长期发展基础，兼具服务业和制造业联动的特征，且民生经济属性鲜明。推动银发经济高质量发展，需要重点考虑两方面的新形势与转型要求。

（一）我国老龄人口多、需求总量大，但收入不均衡制约银发消费的问题亟需扭转

我国人口结构变动催生大量需求。一是人口老龄化进入加速阶段。未来10年我国将迎来加速老龄化阶段，“十五五”期间年均新增老年人约1400万，高龄老人规模增速达到“十四五”时期的4倍。^①低龄老人的“活力消费”需求和高龄老人的健康照护需求日趋旺盛，全龄老人对主动健康的消费需求增大，对相关领域的供给提出更高要求。二是需求结构整体升级。“十五五”时期，随着“60后”步入老龄阶段，“65后到70中”人群陆续退休，新老年群体财富储备更加充足，“衣食住行用、康养文旅服”等多层次、多样化的产品和服务需求不断增长。与此同时，收入不均衡制约消费的问题亟需扭转。老龄化先发国家经验表明，扩大老年消费是将人口老龄化结构压力转化为经济发展动力的必然选择。但也必须看到，我国老年人收入水平整体偏低且差异较大。2023年，我国领取城镇职工基本养老保险的1.2亿企业退休职工，平均养老金为3.7万元/年；而领取城乡居民基本养老保险的1.72亿老年人，平均养老金仅为0.26万元/年，即便加上其他经营性收入，仍远低于2023年全国居民人均可支配收入3.9万元/年。^②若基本养老保险

① 据国家发展改革委社会发展研究所测算。

② 数据来源：《2023年度人力资源和社会保障事业发展统计公报》和《中华人民共和国2023年国民经济和社会发展统计公报》。

待遇差距持续扩大，短期将直接影响农村老年人基本生活，导致民生保障不足、银发消费乏力、内需循环不畅；长期则会加剧我国城乡、地区、群体之间发展不均衡不充分的矛盾，阻碍2035年全体人民共同富裕取得更为明显的实质性进展。

(二)我国经济发展模式从生产型驱动转向内需型驱动，亟需推动供给侧向适应人口变动方向转型

当前我国经济持续回升向好的基础仍需夯实，外部环境不确定性加剧，亟需强化内需对经济增长的支撑作用。而推进供给侧转型以适应人口结构变动，是扩大内需的关键举措。一是制造业向适老化领域升级。我国拥有完整的产业链供应链体系和强大的产业转型升级能力，已具备向银发制造业及相关适老化产业转型的技术条件和生产能力。在老龄化趋势下，无人驾驶汽车、老年代步车、老年智能手机等制造业领域的适老化改造，将为内需市场和全球市场开拓新的增长空间。二是传统产业叠加“数字智能+适老化”转型。在大量具备学习意愿和能力的老年人带动下，智慧养老产品市场快速发展。如今，老年人睡眠监测产品、防跌倒感应系统已成为智慧养老产品的基础配置；脑机接口技术可帮助老年人通过意识控制进行康复训练；基于具身智能技术的养老服务机器人，能实现生活照料、辅助移动以及精神陪伴等功能。三是适老化改造融入房地产业转型升级。我国老龄化社会基础设施体系尚不完善，未来可将适老化改造从“好房子”建设、居家社区环境优化向公共空间、基础设施建设和城乡规划领域拓展，通过投资拉动，实现从社区规划、城乡规划到社会建设思路的系统性转型。科技创新和适老化改造将重塑银发经济功能，带动新一轮产能升级。

“十五五”时期银发经济高质量发展的举措建议

“十五五”时期发展银发经济是我国将人口结构势能转化为经济发展动能、推动发展模式由生产型驱动转向内需型驱动的必然选择。为解决有效需求不足、市场供给不优和政策支持不系统等问题，进一步提升供给侧质量、释放需求侧内生动力，需要从需求、供给、政策三端共同发力。

(一)需求侧：多措并举释放老年人消费意愿和潜力

一是加大“两保”(城乡居民基本养老保险、基本医疗保险)保障水平并定向发放老年消费券。增发用于提高民生保障水平的特别国债，重点提高“两保”标准：分五年，每年在城乡居民基础养老金最低标准143元/月基础上提高100元/月，到2030年提高至与农村最低生活保障水平一致；从2025年起，农村60岁及以上老年人基本医疗保险个人缴费400元/年部分，由财政全额补助。对城乡低收入老年人发放定向消费券(如食品、日用品)，针对老年文旅、教育等消费领域定向发放服务消费券，降低低收入人群预防性储蓄比例，提升老年人中长期消费潜力。二是完善医保支付制度，加快推动长期照护保险全覆盖。借鉴康复医保改革地区的经验，将功能改善程度与医保报销比例相结合。适度扩大基本医保对康复辅助器具使用、租赁等的报销范围。探索推广康复护理商业保险产品。三是持续发展养老金融。鼓励个人和企业积极参与个人养老金账户建设，探索扩大缴存免税额度，创新不同风险和收益等级的个人养老金产品组合。引导保险机构开发年金险、健康险等商业养老保险产品，丰富健康保险产品供给。研究推广住房反向抵押贷款与享有机构养老服务的衔接，发挥老年人自有住房的金融功能。

(二)供给侧：分类分层优化老年产品和服务供给

一是解决广大老年人的“急难愁盼”。鼓励地方因地制宜做好老年助餐服务，打造示范性社区居家养老服务网络，做好居家助老服务评估和“十五五”项目谋划，加快推进“一刻钟”便民生活圈建设。二是

优先满足高龄失能老人照护需求。持续开展老年健康促进行动、失能老年人健康服务行动，进一步改善老年医疗机构环境。鼓励企业开发用于预防和延缓失能的功能性辅具、保健食品等，支持适合高龄老年人的特医食品优先通过审评审批。支持引导养老服务机器人、智能家居等新技术用于居家和专业机构的照护和陪伴。加大布局、动态推广安宁疗护服务。三是拉动“银发青年”（55—64岁）活力消费。通过信息技术手段和数据分析，开发更多营养补充、睡眠改善、健康监测辅助等主动健康产品消费。打造老年“旅游+”“康养+”产品，扩大旅居养老服务供给。制定增开银发旅游列车行动方案，推进旅游产品、景区配套设施和智慧旅游适老化建设。推出老年人喜闻乐见的优秀文艺作品。鼓励各类公共体育场馆、运动休闲营业场所等，为老年人提供优惠、优质的体育健康服务，推动各级各类学校体育设施向老年人有序开放。四是鼓励数字智能平台、产品的适老化应用。鼓励地方将智能康复辅具、智慧家居等首次购买产品纳入消费品“以旧换新”支持范围，将智慧养老平台建设纳入设备更新支持范围，开发与智能设备、医疗设备对接的物联网养老系统，探索开发养老AI大模型，提供信息搜索、智能匹配、反馈评价等功能。五是以适老化改造投资带动消费。推动城市更新与适老化改造相结合，按照一定补贴比例持续支持设备更新，加快老旧电梯更新、老旧小区加装电梯进度。新建商品房满足养老服务配套等“好房子”标准，带动新一轮适老化家电、家装、日用品等消费品以旧换新。

（三）政策端：强化顶层设计指导下的政策支持体系

一是加快完善银发经济发展顶层设计。在中央人口高质量发展领导小组指导下加快构建推动银发经济发展统筹协调机制，由牵头单位统筹编制银发经济高质量发展战略规划并纳入“十五五”专项规划体系，加快构建基于银发经济统计目录的银发经济发展评价指标体系。地方各级政府建立完善相应的工作机制，形成中央和地方同步推动落实的工作格局。二是加大财政支持力度。建立由中央财政、国有资金和社会资本共同构成的银发经济发展引导基金，带动社会资本

广泛参与重点领域建设投资。加强社区普惠养老服务设施建设，提高医养结合床位建设运营补贴，将更多培训疗养机构、更新养老服务设施的项目纳入中央专项资金支持范围。鼓励地方向社区养老服务机构发放建设补贴，向家庭养老床位和居家养老上门服务机构发放运营补贴。三是健全金融政策支持。充分利用开发性金融中长期投融资和综合金融服务优势，发挥“融资、融智、融制”合力，加强“投贷债租证”综合金融服务，向符合条件的养老服务项目提供大额长期优惠贷款支持。鼓励金融机构发放专项贷款，对纳入相关目录的老年产品、智能康复辅具、适老化改造等企业给予专门信贷支持。鼓励潜力行业及重点企业创新服务方式，对租赁、试用、先租后买等模式给予一定的金融支持。四是统筹强化养老服务设施用地支持。在编制市县乡国土空间规划时，完善银发经济设施建设布局规划。将养老服务设施用地纳入年度国有建设用地供应计划，制定鼓励长期租赁、先租后让、租让结合的供地政策。鼓励地方政府收购存量商品房进行整合改造，采取“以场地换服务”等方式，免费或低价供专业化养老服务机构提供社区养老、老年教育等服务。五是健全人才培养体系。健全由普通高等院校、职业院校、技工学校和职业技能培训机构组成的银发产业人才培养体系。加大潜力产业的产教融合对接力度，为养老服务、康复护理等行业输送专业力量。开展医康养服务人员与居家护理人员培训提升行动，面向有意愿从事相关服务的人员开展系统专业培训。完善职业技能培训补贴政策，扩大培训补贴范围，对低收入劳动者开展免费职业技能培训。

[本文系国家社科基金重点项目“我国银发经济高质量发展的实现路径研究”（22ASH013）阶段性成果。]

2024年,我国45岁及以上人口约有2.6亿,50岁及以上人口约有4.8亿,60岁及以上人口超过3亿。^①中老年群体的消费占比持续攀升,消费重心从基本生活需求向品质化、多元化需求延伸,预计到2050年,中老年人口的消费潜力将达到百万亿元

① 根据国家统计局《中华人民共和国2024年国民经济和社会发展统计公报》和2023年全国人口变动情况抽样调查样本数据的分年龄段比例计算得出。



规模。由此,将持续催生健康管理、养老服务、医疗照护、智能辅具、老年教育、旅居康养等新兴产业,更将带动整个产业的适老化转型。2024年《国务院办公厅关于发展银发经济增进老年人福祉的意见》,提出26项涵盖民生保障、产业培育、科技创新、金融支撑等方面的支持政策,推动银发经济规模化、标准化、集群化、品牌化发展。发展银发经济不仅是我国应对人口老龄化和实现健康老龄化的战略支撑,更是“十五五”期间驱动经济转型的重要引擎。

中国银发经济发展指数的构建动因

尽管当前我国银发经济规模可观,但现有研究在测度银发经济总量等指标时,存在统计范围不准、产业边界不清等问题。传统统计方法难以捕捉银发经济新业态的价值创造,在衡量老龄社会经济活力时存在明显盲区,医疗健康、智慧养老等交叉领域的经济贡献并未完全纳入。一些传统经济指标如国

“十五五”时期中国银发经济发展指数的构建

阳义南, 湖南大学“岳麓学者”特聘教授

内生产总值等总量指标,无法捕捉银发群体消费升级带来的质量变革;失业率等常规指标难以反映老年人力资源开发的潜在价值;基尼系数等分配指标亦无法准确刻画代际财富转移的复杂图景。虽然一些学者提出了“银色GDP”“老年经济系数”“老龄社会发展指数”等近似概念,但多局限于消费端的测算,缺乏对生产、分配、流通、消费、投资等全过程的考量,这会低估我国银发经济的实际水平和发展潜力。

“十五五”期间构建银发经济发展指标体系,整合分散在养老服务业、老年用品制造业、康养旅游业等细分领域的的数据资源,实现银发经济规模测算从碎片化向系统化的跃升,弥补现有国民经济核算体系的盲区,有助于精准识别银发经济领域的供需缺口与结构失衡,也有助于突破部门行政壁垒,整合散布在民政、卫健、人社等部门的数据,为跨领域协同治理的政策制定提供数据基础,进而将有限的公共资源精准配置到最需要改善的领域,避免“大水漫灌”的低效或“独善其身”的断裂。

构建银发经济发展指标体系不仅是破解银发经济“统计盲区”的创新举措,更是关乎国家经济发展战略的深刻变革。本文尝试建立银发经济发展的多维度观测系统和价值评估框架,将老龄社会的复杂图景转化为可度量、可分析、可干预的发展进程,为建立更具包容性的经济发展模式提供依据,充分发挥数字预警与政策调适的双重功能。需要强调的是,量化指标背后是对中老年群体生存尊严的守护、对生命全程价值的尊重、对代际文明传承的担当。指标体系还能显性呈现中老年人力资源价值,系统解构中老年群体从“负担”向“资源”转化的作用机理,重塑养老资源要素的配置逻辑。通过量化银发群体在获取医疗资源、使用公共空间、享有就业机会等方面的实际境遇,在一定程度上还能倒逼社会保障制度的完善与老龄友好型社会的建设。

中国银发经济发展指数的指标体系

银发经济发展指标体系需要全面刻画银发经济在我国国民经济体系中的发展态势、运行效率与可持续性。在编制指数时,需包含“养老阶段”与“备老阶段”的经济活动,^①突破传统养老产业的狭义范畴,纳入经济参与、消费升级、政策支持等多元要素,还要考虑中老年群体从生存型消费向发展型消费转变所催生的新兴需求。为系统评估中国银发经济的综合发展水平,笔者团队构建了涵盖“总指数—五大核心维度—多级细分指标”的银发经济发展指标体系,在“银发经济发展指数”下设五个二级指数——银发人口指数、银发产业指数、银发金融指数、银发消费指数、银发政策指数,分别对应人口潜力、产业供给、金融支撑、消费需求、政策支持五大维度,每个二级指数又包含若干个三级指数及若干个四级指标,形成全景观测框架。

(一) 银发人口指数

银发人口指数是银发经济发展指数的核心部分,从人口数量、文化教育、健康水平等多维度综合反映银发人口经济基础、群体规模、质量及发展潜力。

1. 银发人口数量指数。银发人口数量是衡量银发经济发展潜力的基础指标。银发人口占比从相对比例揭示人口结构转型的深度。分年龄段的银发人口比例可识别银发群体的内部结构特征。银发人口区域比通过比较不同区域的银发人口分布密度,揭示其空间分布特征。由于女性预期寿命普遍更长,银发人群性别比从人口学基本属性切入,揭示老龄化社会的性别维度特征。2. 银发人口质量指数。该指数指向银发群体的内在能力与资源价值。受教育程度衡量银发人群的知识储备与学习能力。^②正规就业比率体现银发人口的经济贡献和社会融入能力。退休职工人数并非简单统计离开岗位的群体规模,而是旨在测量正规人力资本的储备量。再就业比率与在职培训次数揭示银发群体职业转型的活力与适应性。3. 银发人口健康指数。健康预期寿命的提升代表医疗技术的进步和公共卫生体系的完善,但若带病生存年限同步延长,则意味着

老年群体健康余寿并未实质性增加。^③有鉴于此,同步纳入健康预期寿命与带病生存年限指标,便于开展对照分析。相比单纯的疾病诊断,失能、慢病状态更能反映健康问题的累积效应。银发人口的失能率和患慢病率可以进一步细化健康风险,评估功能性健康形态。

(二) 银发产业指数

银发产业指数通过整合产业规模、企业产品、产业投资、资本市场、服务供给等多维度数据,系统评估银发经济的成熟度、韧性与创新动能。

1. 银发产业规模指数。该指数是衡量银发经济整体体量的“全景扫描仪”。银发产业增加值聚焦银发产业对GDP的净贡献,剥离中间投入成本,反映银发产业的经济规模和增长情况。银发产业园区产值反映产业园区的经济实力和产业集聚效应。银发企业增长率是行业吸引力的直接体现,反映老龄化加速背景下社会资本的战略布局。银发从业人员总量从人力资源角度展示银发产业的规模。2. 银发产业投融资指数。投融资活跃度直接反映资本对银发经济的信心。社会资本投资占比反映银发产业投融资的市场化程度,但社会资本的逐利性可能导致资源过度集中于高端养老领域,“省级财政养老专项补贴”等政策工具需引导资本流向普惠型养老服务,填补中低收入群体的需求缺口。外资养老机构注册资本增速反映外资在养老产业中的投资热情和增长趋势。3. 银发产业资本市场指数。2022年,上海证券交易所曾发布银发经济主题指数、养老产业指数,可以作为衡量我国银发产业上市公司总体景气程度的参考。上市公司数量直接反映银发企业与资本市场对接程度,也反映行业规范化、透明化水平及资本认可度。股权融资增长率衡量银发企业通过资本市场获取发展动能的强度。营收增长率衡量银发上市公司的市场

① 陈友华:《银发经济:概念、特点与规模》,《人口与经济》2024年第6期。

② 吴遵民等:《银发经济与老年教育:关系辨析、互动机制与路径优化》,《开放教育研究》2025年第2期。

③ 王晓军等:《人口老龄化下的寿命延长伴随健康水平下降吗?》,《保险研究》2022年第7期。



① 阳义南：《积极应对人口老龄化中的养老金融研究》，《中国高校社会科学》2024年第3期。

② 曹献雨、睢党臣：《数字适老化：老龄化和数字化叠加下银发经济发展困境及破解路径》，《新疆师范大学学报》（哲学社会科学版），网络首发时间：2024年12月27日。

扩张能力与商业模式效益，高增长表明企业成功抢占老龄化红利窗口。4. 银发产业供给指数。该指数测度市场供给的多样性与适老化程度。老年用品是银发经济硬实力的集中体现，涵盖适老化医疗器械、智能辅具、功能性食品等产品，其规模增长反映制造业与老龄需求的匹配度。通过追踪在市场监管总局备案的适老化产品品类数量，可透视老年用品市场的多样性与专业化发展趋势。养老机构及床位数构成服务供给能力的“量”的维度，反映养老服务市场主体的参与广度。养老机构从业人数及专业技能人员数构成服务供给的“质”的维度，反映养老服务供给的专业化水平。养老企业营业收入与单位资产是市场化服务定价能力与需求弹性的综合体现，反映养老服务或产品供给的经济效益和市场竞争力。

（三）银发金融指数

银发金融指数反映以养老金融为主体的银发金融发展进程，是衡量银发经济中金融资源配置效率与可持续性的重要工具。^①

1. 养老财富储备指数。全国社保基金作为国家战略储备基金，资产总额增长率反映财政拨款、国有资本收益补充、投资运营的综合成效。基本养老保险基金结余直接反映国家的基本养老金支付能力。储备规模关注长期积累，结余量聚焦短期流动性，两个指标形成互补，可全面评估养老金体系的长周期调节能力。企业年金、职业年金作为第二支柱的补充性储备，其资产规模可进一步衡量多层次养老保障体系的成熟度。45岁及以上人群存款余额反映银发人群的个人财富储备状况。2. 养老基金投资指数。养老基金市场化投资规模或比例反映养老基金的保值增值能力，也反映资本市场与养老金融的协同程度。养老基金资产负债率是衡量养老基金财务健康状况的“压力测试器”。养老基金的另类投

资、实业投资、国际投资等规模，从不同角度反映一国养老基金市场化投资的风险分散程度。养老基金投资组合中配置银发产业上市公司的规模或占比，直接反映其对银发经济的支持程度。3. 银发金融市场指数。银行、保险、信托、基金等参与主体及其金融产品数量，反映银发金融市场的活跃度与供给能力。老年金融服务项目直接映射市场供给侧的专业化程度。养老信托增长率体现信托工具在养老场景中的应用速度，标志着养老金融市场从单一理财产品向全生命周期养老规划转型。统计特定时期内民间资本在银发金融领域的累计投资金额，既能反映社会资本对银发金融市场的信心与投入力度，也能预警系统性风险。当短期投机性资本占比异常升高时，往往预示市场存在过热风险。

（四）银发消费指数

银发消费指数反映银发人群的消费市场状况，构建起从基本生活到高端需求、从传统消费到数字化渗透的全景观照。

1. 老年保障收入指数。社会保障等收入是老年人消费能力的直接决定因素，包括养老金领取率、领取高龄津贴人数、领取老年人最低生活保障金人数等指标。2. 银发人口消费指数。45岁及以上人群的消费密度体现其生活品质需求和消费升级趋势。银发消费城乡比揭示城乡老年消费的结构差异。区域消费集中度能够分析银发消费的地理分布特征。老年大学入学率作为新兴指标，在精神文化层面具有前瞻性价值。家庭医生服务涵盖健康档案建立、定期随访等基础服务，家庭医生签约率直接量化老年群体对持续性健康管理的刚性需求。3. 银发服务用品使用指数。银发产品人均拥有数衡量银发产业对需求的响应能力。45岁及以上网民增长率标志着银发经济与数字经济融合潜力，尤其对社交电商、短视频购物等新消费模式影响显著。网购率表明银发人群对数字化消费场景的适应能力，是银发经济“互联网+”转型的重要观测点。^②

（五）银发政策指数

银发政策指数构建起从政策制定到执行、从资金保障到设施提供的全链条观测，揭示公共资源的配置方向和精准性，是激发银发经济市场潜力和活力的杠杆。

1. 银发经济能力指数。相关政策文本出台数量直接

反映政府对银发经济的重视程度，能为地区银发经济发展提供有力支撑和保障。产业园区数量、长寿之乡等指标，可以系统评估城市发展银发经济的综合能力。2. 老年公共支出指数。公共预算中养老支出占比直接影响老年人的消费需求，体现政策对银发消费的杠杆效应。养老财政支出占比量化政府对养老事业的资金投入强度，决定普惠性养老服务的可得性。养老专项债发行规模反映公共财政通过融资工具扩大资金来源的能力。养老机构税收优惠覆盖率评估公共支出的渗透效果。3. 老年公共服务供给指数。区级服务中心作为基层服务网络的节点，承担着资源整合的核心功能，反映区域公共服务体系的集约程度。社工师数量反映政策对“精细化服务”的重视程度。无障碍设施覆盖率体现适老化公共设施的完善程度。老旧小区改造直接影响老年人生活便利性与安全性，其比例反映政策对“居家养老”痛点的精准干预情况。老年福利院数量反映机构养老的基础供给能力，体现政策对弱势群体的兜底保障支持。基层医疗载荷衡量基层医疗资源对老年人口的承载能力，体现“医养结合”等政策成效。

中国银发经济发展指数的实践要旨

如上一套由5个二级指数、16个三级指数和若干个四级指标构成的中国银发经济发展指标体系，为评估银发经济发展成效提供了量化工具，也有利于揭示政策创新的着力点与突破口。但最终测量指标的选用，还取决于数据的可得性和可用性。为此，在构建并阐述该指标体系的整体设计与各指标释义的基础上，后续应用还必须进一步调研我国银发经济发展状况，并结合相关数据进行分析检验，对各个指数和指标予以修改完善、赋权设计和测算评估。关于动态修订和调整银发经济发展指数的构成原则，需要重点把握五点要旨：

一是全生命周期原则。要求连续反映从“预备养老”到“安享晚年”的各阶段发展水平，体现代际协同与社会整体规划。二是需求导向与多元化服务原则。要求全面覆盖医疗保健、养老服务、智慧科技、文化旅游等多元领域。三是政策与产业协同原则。要求完整体现政策支持与产业发展的联动效应。四是科学性

与动态性原则。要求确保统计数据权威与调研数据准确，随着老龄化进程和市场需求变化，定期更新指数。五是可操作性与可比性原则。要求根据各地老龄化程度和经济发展水平，设计分区域指数，避免“一刀切”。

“十五五”时期，以银发经济发展指数为依据，在实践层面可以如下切口为发力点，进一步推进银发经济高质量发展，助推产业升级、金融支持、人才供应、消费刺激、制度创新等方面形成政策合力：第一，优化银发产业投资环境和政策支持。实施“供给精准”与“需求激活”双轮驱动，重点支持适老化智能终端、康复辅具、老年慢病管理等关键技术攻关，^①带动银发产业发展。第二，完善银发金融体系和促进产品创新。鼓励金融机构创新养老金融产品，提供信托、保险、理财等多样化服务，满足银发人群的财富管理和风险保障需求，提高其金融素养和风险意识。第三，破解“有钱不敢花”与“有需无供”的消费困局。出台激励银发人群消费的阶梯式税收优惠政策，对45岁及以上人群购买适老化智能设备、健康管理服务等给予个税专项附加扣除，并提高旅游消费的增值税起征点。第四，人才与科技创新是发展银发经济的根本支撑。应加强银发人口的教育和就业支持，开展终身教育和职业培训，提升其就业能力和社会参与度。^②

在此基础上，通过银发经济发展指数提供的数据基础和数字赋能，激活“银发族”作为消费者、生产者、创业者、投资者、志愿者等多重价值，助力银发经济从“民生工程”向“经济引擎”转型，方可能真正实现“老有所养、老有所为、老有所乐”的积极老龄化战略目标。^③

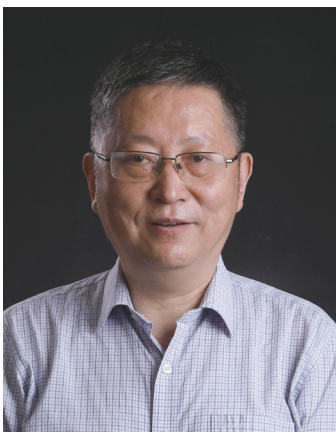
[本文系国家自然科学基金专项项目“养老产业金融的改革路径与政策研究”(72441012)阶段性成果。]

① 朱征：《“乐龄健康”在养老产业中的应用及效果》，《山西财经大学学报》2025年第S1期。

② 陈玉飞：《新时期老龄产业经济与老年服务人才发展研究——评〈老龄经济：长寿时代的新经济与产业发展模式〉》，《国际贸易》2022年第10期。

③ 感谢博士生付恒舒对本文的贡献。

在全球人口老龄化加剧背景下，世界卫生组织提出“积极老龄化”理念，强调将健康、参与和保障贯穿老年人生活的全过程。这与健康中国战略深入推进背景下，我国大健康产业倡导的全生命周期健康管理理念不谋而合。人工智能



(AI) 技术的蓬勃发展为养老服务与大健康产业的深度融合带来新的契机。其强大的数据处理能力与智能决策支持系统，不仅能够精准匹配养老服务供需，还能助力构建覆盖预防、诊疗、康复的全链条健康服务体系。学界对 AI 赋能养老服务的模式、风险和策略展开了多维探索，但在大健康的背景下，如何将 AI 技术深度融入老年人健康管理生态，平衡技术应用与伦理安全，推动健康公平，仍有许多问题亟待探究。

AI 赋能养老健康服务的实践革新

(一) 技术赋能养老服务场景的拓展：大健康理念下的全周期健康管理

在大健康理念下，AI 技术正重塑养老服务场景，构建起覆盖健康预防、实时监测、精准干预的全周期健康管理体系。传统养老服务多聚焦疾病治疗，而 AI 技术推动的革新则将重心前移至健康风险评估与预防领域。通过分析老年人的电子病历、基因

AI 赋能养老健康服务：革新、风险与协同优化

陈友华，东南大学人文学院教授

数据、生活习惯等多元信息，AI 算法能够构建个性化的健康风险模型，提前预测心血管疾病、糖尿病等慢性病的发病概率，并制定针对性的预防方案，真正实现“防患于未然”。

智能穿戴设备与 AI 技术的深度融合，进一步细化了健康监测的实时性与精准性。除了常见的心率、血压监测，新型设备还能捕捉睡眠呼吸频率、体动数据等细微生理指标。当监测到老年人出现睡眠呼吸暂停时间过长、心率异常波动等情况时，AI 系统会立即分析风险等级，同步向老人家属、社区医生和养老机构发出预警，确保异常情况得到及时处理。

在康复护理环节，基于计算机视觉和运动捕捉技术的智能康复训练系统，能够实时评估老年人的肢体运动能力，为其定制个性化康复训练计划。系统还能通过游戏化的交互方式，提升老年人参与康复训练的积极性，并通过 AI 算法持续优化训练强度与动作模式，显著提高康复效果。这种将康复治疗与娱乐相结合的模式，不仅有助于老年人身体机能的恢复，更契合大健康理念中“身心协同”的核心要义。

(二) 技术赋能养老服务的效率提升：大健康理念下的资源优化配置

大健康理念强调健康服务的整体性与协同性，AI 技术的应用为此提供了高效的资源整合方案。通过对老年人健康数据的持续分析，AI 系统能够评估不同个体的健康需求，合理调配医疗资源与护理服务。例如，针对失能老人，可根据其身体状况安排不同频次的上门护理服务；对于患有慢性病的老年人，则可精准匹配家庭医生进行定期随访，避免医疗资源的浪费，提升服务的精准度与效率。

在成本控制方面，AI 技术可助力养老机构实现大健康服务的经济与社会效益双赢。护理机器人能够承担起重复性强、劳动强度大的护理工作，在减少人工

成本的同时，降低护理人员的劳动强度以及职业伤害的风险。AI驱动的健康管理系统通过早期风险预警，可减少老年人因突发疾病住院产生的高额医疗费用。

此外，AI技术打破了传统养老服务的时空限制，促进了医疗资源的均等化，提高了优质医疗资源的可及性。远程医疗机器人可实现专家与老年人的实时视频问诊，AI辅助诊断系统能够快速分析影像资料，为基层养老机构提供专业医疗支持。这种跨越地域的医疗协作模式，让偏远地区的老年人也能享受到优质的医疗服务，推动大健康理念在养老服务中的全面落地。

AI赋能养老健康服务的多重风险

大健康理念强调“生理—心理—社会—道德”的四维健康生态，而智能技术的应用正从价值内核到实践冲击形成多重风险。

（一）技术应用中的伦理困境

在大健康理念下，AI在养老服务中的广泛应用带来了诸多伦理困境，隐私保护与数据权属问题尤为关键。健康监测设备等在养老服务中会收集大量老年人的个人敏感数据，包括生理指标、生活习惯等，但这些数据的归属与使用存在模糊地带。数据泄露风险时有发生，老年人的个人信息可能在未经同意的情况下被泄露给第三方，导致隐私被侵犯，进而可能引发骚扰电话、诈骗等问题。数据滥用现象也不容忽视，一些商业保险机构等可能利用AI采集的生物特征数据，对老年投保人进行精准风险评估，对于高风险个体提高保费或拒保，这违背了大健康理念公平对待每个人健康权益的内涵。由于算法歧视风险突出，AI资源分配算法若存在设计缺陷或数据偏差，可能导致一些老年群体在养老健康服务资源分配中处于不利地位。

（二）技术应用中的社会困境

AI技术在养老服务中的应用还可能引发一系列社会困境。从大健康理念的社会维度来看，情感异化风险值得警惕。陪伴设备的过度使用可能使老年人对其产生非理性情感依附，削弱现实生活中的社交主动性，导致社交能力萎缩，加重孤独感与社会隔离程度，不利于老年人的心理健康和社会适应。智能照护系统中的

决策权让渡问题也比较突出，一些智能设备采用强制性弹窗提示与声光告警等方式提醒老年人按时服药等，可能使老年人形成被动遵从惯性，削弱自主决策能力和主观能动性，长期来看不利于保持独立人格与自主生活能力，与大健康理念尊重个体自主健康管理的内涵相悖。城乡数字鸿沟也是亟待解决的难题，农村地区由于经济、技术、基础设施落后等原因，智能养老设备普及程度远低于城市，导致农村老年人在享受AI养老服务方面面临诸多困难，加剧了城乡养老服务的差异，影响社会整体的健康和谐发展。

（三）家庭责任的技术性让渡

传统孝道的“在场性关怀”正被虚拟化服务解构。在大健康理念下，家庭在老年人健康维护中本应扮演重要角色，但子女通过购买AI护理机器人以“数字化尽孝”，可能导致代际情感纽带的物化，将伦理义务转化为商业交易。更须警惕的是，情感计算技术对老年人心理需求的算法解析，可能异化为操控老年人消费行为的工具，而非真正关注老年人的身心健康需求，这偏离了大健康理念下家庭给予情感支持和关怀的内涵。

（四）健康伦理的范式异化

算法驱动的健康管理模式可能强化生物医学思维霸权，将大健康理念的多维健康需求压缩为可量化指标。基于体征数据的健康建议系统可能形成认知框架暴力，抑制老年人对身体感知的具身性理解，导致健康自主权的技术性让渡。当慢病管理完全交由AI系统，“健康”概念可能沦为数据运算结果的衍生物，模糊疾病与衰老的正常界限，忽略心理、社会等因素对健康的影响，有违大健康理念的全面性内涵。

（五）生命权利的计算让渡

健康监测的数据化采集还建构起“数字全景监狱”，智能手环、非接触式传感设备等解构身体隐私防线。在大健康理念下，



生物数据通过算法模型的转化,使得决策权逐渐从个体转移至技术系统,形成“数据采集—模型运算—健康干预”的价值剥夺链。这种生命政治改造最终可能导致健康权从基本人权转变为技术垄断企业的治理产品,老年人无法自主掌控自身健康相关决策,极大损害了个体的健康权利。

(六) 社交健康的数字裂痕

智能看护系统替代人际互动产生的情感效应,同时也消解了亲情关系中的心理治愈功能。对话机器人的情感补偿机制实质是精神健康的算法降维,其设定的情感关怀基线可能反向消解老年人构建深层社交关系的动力,使社会健康异化为技术装置输出的心理仿真产品。从大健康理念的社会健康维度来看,这阻碍了老年人建立真实、健康的社交关系。这些风险表明技术应用正在重塑健康概念的价值坐标,需以东方生命哲学重构智能养老的伦理框架:建立生命数据采集的弹性退出机制,在健康干预中保留一定的非数字化选项,将“天人合一”理念植入智能算法价值排序。唯有实现益生技术与养生智慧的融合创新,才可能守住技术文明中的人性温度,实现大健康理念下 AI 赋能养老服务的可持续发展。

AI 赋能养老健康服务的协同优化路径

(一) 推进技术改进与创新

在适老化设计标准制定与优化方面,城市和农村老年人对智能设备的使用需求和习惯存在显著差异。城市老年人接触智能设备的机会较多,对功能丰富的设备接受度较高,但也面临操作复杂带来的困扰。因此,面向城市老年人的适老化设备设计,除了讲求简洁易用,还可以增加更多个性化功能选项,以满足多样化需求。而农村老年人普遍数字素养较低,部分地区方言

口音较重,在语音识别上,需针对农村地区进一步优化方言识别功能,研发适配多种方言的降噪算法框架,提高语音识别准确率。在界面设计上,面向农村老年人的适老化设备应选用更大的图标、更鲜艳的色彩,降低操作难度,让农村老年人能轻松上手。

在构建可信赖的 AI 养老系统方面,城市认知衰退群体相对更容易接触到先进的医疗资源和专业护理,AI 系统的多模态解释界面可与医疗数据结合,提供更精准的健康建议。农村地区认知衰退群体更多面临医疗资源匮乏的问题,AI 系统除了提供基础的健康监测和预警,还应设计简单易懂的语音提示,指导老年人及其家属进行日常护理,连接远程医疗资源,实现城乡医疗资源的协同。

在加强技术创新与融合方面,城市具有更丰富的科研资源和技术应用场景,可以率先开展 AI 与物联网、大数据、区块链等前沿技术的深度融合,打造智能化养老社区样板。农村地区则应结合自身特点,重点开发成本较低、操作简便的 AI 技术应用,如基于物联网的简单健康监测设备,通过与城市科研机构合作,将成熟的技术成果进行简化和适配,推广到农村养老服务中,逐步缩小城乡养老技术差距。

(二) 强化制度创新与保障

建立明确的责任认定规则时,要考虑到农村地区经济相对落后,老年人维权能力较弱,可对农村 AI 养老服务企业给予一定的保费补贴,降低企业运营成本,同时确保出现问题时,农村老年人能够得到及时有效的赔偿。在细化法律责任界定上,要充分考虑农村老年人法律意识相对薄弱的现状,加强法律宣传和普及,通过通俗易懂的方式向农村老年人及其家属讲解 AI 养老服务中的法律权益,提高他们的维权意识。

设立全国性监管框架时,城市地区在数据采集过程中,可能面临数据过度收集并用于商业目的的风险,因此要严格执行“最小必要”原则,加强对数据使用的监管。农村地区可能存在因技术监管水平有限导致数据泄露的风险,监管部门应加强对农村养老服务设备数据安全的检查和指导,帮助农村建立基本的数据安全防护体系。对于护理机器人等 AI 设备的算法透明度认证和伦理影响的动态评级,应根据城乡实际情况制定

不同的实施细则，确保有效落实。

构建资源均衡配置机制是解决城乡养老服务资源分配不均的关键。除了加大对农村养老服务资源配置的倾斜力度，设立专项基金补贴设备购置和减免流量费用外，还应引导城市优质的 AI 养老服务企业与农村建立合作关系，通过技术输出、人员培训等方式，提升农村养老服务水平。同时，规范农村地区智能养老设备的采购流程，避免因盲目采购导致资源浪费，确保每一项投入都能切实提高农村老年人对 AI 设备的使用率，推动城乡养老服务均衡发展。

（三）探寻社会支撑与文化调适

开展数字技术教育缩小数字鸿沟时，城市地区可以充分利用社区、高校、企业等丰富的资源，组织多样化的培训活动，如开设线上线下结合的课程、举办智能设备使用竞赛等，激发城市老年人学习数字技术的积极性。农村地区更多面临师资短缺、教学设施不足的问题，可通过“青年助老数字辅导”机制，组织青年志愿者深入农村，开展一对一的帮扶教学。同时，开发适合农村老年人的简易培训教材，以图文并茂、方言讲解的形式，教授其微信医疗挂号、AI 语音助手操控等实用技能，提升农村老年人的数字素养。

对 AI 养老服务模式的认知传播，城乡也应采用更恰当的方式。城市地区可依托老年大学、社区活动中心等教育平台，构建系统的课程体系，邀请专家学者进行理论讲解和实践指导。农村地区可利用农村广播、文化礼堂等场所，通过通俗易懂的案例分享等方式，向老年人普及 AI 养老服务知识。“AI 风险模拟器”在农村推广时，要注意结合农村常见的诈骗案例进行情景设计，增强农村老年人的反诈意识和应对能力。

构建社区混合服务网络时，城市社区养老服务中心可以进一步丰富“AI + 人工”混合服务模式的功能，引入更多专业化服务，如心理咨询、康复护理等。农村社区应优先满足老年人基本的生活照料和健康监测需求，要保留足够的人工岗位处理日常事务，逐步引入 AI 技术辅助服务。可采用“双系统并行校验”模式确保服务响应速度，建立“服务衔接绩效”考核体系，根据城乡老年人的不同需求和反馈，优化服务质量，让城乡老年人都能享受到贴心、便捷的养老服务。

（四）完善评价体系与反馈优化

建立科学合理的评价体系与反馈优化机制，有助于及时发现 AI 养老服务存在的问题，并推动其持续改进与完善，城乡差异也应体现在评价和反馈过程中。

开发数智养老服务评估指标体系时，要考虑城乡不同的侧重点。城市地区应更注重 AI 养老服务的效率和情感关怀，例如智能设备能否快速响应需求、AI 系统是否具备安全的情感交流功能等。农村则应更关注适老性，如设备是否操作简单、稳定可靠，能否满足基本的健康监测和紧急呼叫需求。建议相关部门每年发布《养老服务 AI 发展质量白皮书》，为城乡制定 AI 养老服务差异化的发展策略提供依据。

建立用户参与式迭代机制时，城乡老年人参与方式和反馈效果不同。城市老年人可能更习惯通过线上平台进行满意度测评和反馈，可优化线上反馈系统，提高反馈的便捷性和实时性。农村老年人则可能更依赖线下沟通，社区工作人员和志愿者应定期走访，收集老年人对 AI 养老服务的反馈意见和建议。在算法调整过程中，应充分考虑城乡老年人的不同需求，动态控制参数更新幅度，确保 AI 养老服务不断改进和优化，提升老年人的获得感、幸福感与安全感。

从 AI 技术发展趋势来看，其扩张速度具有内在惯性，演化进程不会因社会群体的适应性差异而改变。这要求我们加快提升人类的认知与适应能力，构建持续性的认知迭代机制，将终身学习作为一种本能的基因级响应，构建更加智能化、人性化、可持续的养老健康服务体系。

[本文系国家社科基金重大项目“人口高质量发展视角下积极应对老龄化问题研究”(23&ZD186)、江苏省社会科学基金重点项目“江苏促进人口高质量发展的思路 and 对策研究”(JSZY202402)阶段性成果。]

在中国式现代化持续纵深推进的背景下，生育率持续走低所引发的“底部老龄化”与人均预期寿命延长导致的“顶部老龄化”叠加共振，使得全国范围内的人口老龄化呈现出加速和加深的双重趋势。根据联合国的预测数据，中国将在

从“缺席”到“共创”：艺术疗愈 重构老龄健康

郭未，南京大学社会学院副院长、教授，教育部青年长江学者

流动时代中国的老龄健康结构性症结与空间分化

中国人口系统整体上属于封闭型，但其内部却体现出显著的开放性，尤其在城乡与区域层面呈现出高度的流动性。自改革开放以来，人口流动在经济理性与社会理性的共同驱动下日益常态化，中国社会也由“安土重迁”的乡土社会，整体上转型为一个人口高度流动、社会关系持续重构的极具“流动现代性”特征的城乡社会。^②人口的自由流动不仅重塑了城乡之间的社会经济关系，也在更大空间尺度上加剧了中国老龄化在地域层面的不均衡，呈现出城乡二元与区域多元及其叠加而出的在更细分地理尺度上的异质化老龄态势的多重差异格局（比如川渝地区、黄河中下游地区及东北地区的多个城市已经进入重度老龄化阶段）。^③在加速老龄化进程中，“长寿”不完全等同于“健康”，即“健康老龄化”并非自然而然地伴随人口老龄化进程而自动实现，现代医疗技术也未能有效压缩老年人的功能受限阶段。与此同时，慢性非传染性疾病成为中国人口健康的主要威胁，并随时间推移呈现出持续上升的趋势。作为慢性病高发群体的老年人，从微观尺度而言，老年个体在性别、年龄、民族、社会经济地位等维度的差异带来健康异质性；从宏观尺度而言，老年人口在城乡与区域等宏观维度下的“健康距离”凸显，并形成了以差异性和脆弱性等为特征的老年人口“健康分层”格局。^④

换言之，中国老年人口的健康问题不仅仅体现为绝对数量的迅速上升，更关键地体现为健康状况在不同地域与群体之间显著的结构失衡。这种失衡首先体现在地理空间维度上，因人口流动形成的“健康流动效应”（healthy migrant effect）和“三文鱼偏误效应”（salmon bias effect）而得到极致体现。中国东中西部与东北地区之间的老年人口的健康状况、医疗资源配置



2030年至2035年之间进入重度老龄化社会，^①面临更加严峻的健康转型挑战。当前主流的老龄健康研究及政策设计多聚焦于生物医学视角下基础照护体系的完善，尽管其在延长生命年限和降低致残率等方面取得积极成效，但面对老年人群日益复杂的身心健康需求与多样化的社会角色期待，单一维度的干预路径已显捉襟见肘。作为一种融合审美经验、情感抚慰与社会参与的跨学科介入方式，艺术疗愈不仅有助于提升老年人群的主观幸福感与心理韧性，也为构建更加包容、互动与赋能的社区支持系统提供了可能路径。在区域发展不均与社会阶层分化日益凸显的现实语境中，将艺术疗愈纳入老龄健康研究与政策体系，从理论层面看，其拓展了“健康老龄化”范式的学理边界；从实践维度看，其有望以相对温和的资源投入，重塑健康资源与文化心理支持系统在地域与阶层之间的分配逻辑，推动老龄社会中的公平健康与社会融合。

① 乔晓春：《中国人口老龄化的过去、现在和未来》，《社会政策研究》2024年第1期。

② 郭未：《人口视野下的中国式现代化：概念延展与政策尺度》，《南开学报》（哲学社会科学版）2024年第6期。

③ 郭未、鲁佳莹、刘林平：《流动时代的健康中国：社会经济地位、健康素养与健康结果》，《人口学刊》2022年第2期。

④ Yuebin Lv, et al., “Burden of Non-Communicable Diseases Due to Population Ageing in China: Challenges to Healthcare Delivery and Long-Term Care Services,” *BMJ*, vol.387, 2024.

与健康服务可及性等差异显著。东部沿海地区由于经济发展水平较高、社会保障体系较为完善，老年人口的整体健康水平高于全国平均水平；中西部地区则普遍面临医疗基础设施薄弱、专业人员短缺、健康服务覆盖不足等多重挑战。东北地区在面临产业转型与人口外流的双重压力下，老年人口比例上升显著，健康支持体系却相对滞后，加剧了区域间健康发展水平的不平衡。城乡差异叠加区域差异加剧了老年人口健康维度的空间分化。尽管近年来农村地区社会保障的制度覆盖范围有所扩大，但相应的居保、老年津贴等待遇水平整体较低，且医疗资源短缺、交通障碍与健康教育薄弱等问题广泛存在，这使得农村老年人处于健康风险更高的状态，更可能因经济压力而延迟或放弃就医，面临“需求—服务错位”等现实困境。

这种结构性失衡其次体现为社会结构层面的阶层差异。实际上，阶层维度的差异更为隐蔽，老年群体的健康状况不仅受到受教育程度、职业类型与收入水平等客观因素影响，还与社会阶层主观认知密切相关。^①研究表明，高社会阶层老年人往往拥有更多的人力资本与社会资源，能够更早、更有效地采取预防性健康措施，从而获得更长的预期寿命与健康寿命；而处于低社会阶层的老年人则因生活负担重、健康信息获取能力低、社会支持系统脆弱等因素，面临更高的慢性病患率与功能受限风险。^②

老年人的阶层性健康差异已从传统的生理与心理层面的狭窄议题，扩展为关涉社会结构、制度安排与资源配置等更具广阔意涵的政策议题。在地域与阶层交织而成的老龄健康议题中，农村留守老人与失地老人、城市低收入家庭老人与随迁老人、失独老人与残疾老人等老年亚人口往往处于边缘地位，这主要是因为主流社会资源尤其是福利资源的分配机制对其回应不足，他们在一定程度上成为“制度性忽视”的对象。

早在1990年，世界卫生组织就提出“健康老龄化”理念，强调通过跨部门、跨层级的综合性政策干预，延缓老年人的带病生存期、提升其健康余寿。然而，中国的健康干预体系依然高度依赖医疗系统，倾向于生物医学模式，对老年人日益增长的文化认同、社会联系与心理慰藉等“非物质性健康需求”重视不

够。这种干预偏向也使得健康老龄化理念在实践中容易落入“失衡”的陷阱。宏观层面的医疗保障制度的普及在提升老年人健康水平方面发挥着积极作用，但依然存在区域间与群体间的覆盖不均问题。例如，城镇职工医保显著改善了参保人群的健康水平，而以新型农村合作医疗为主的农村医保体系在覆盖农村低收入、高龄群体方面效果有限，难以形成有效的健康支持网。^③微观层面的家庭支持体系依然是中国老年人健康维护的重要基础。子女的经济资助、照护投入、陪伴频率等与老年人的身体与心理健康高度相关。而过度依赖子女亦可能造成老年人自我效能感的削弱，甚至阻碍其独立的健康管理能力的建立。^④

艺术疗愈制度性嵌入的政策路径

基于上述分析，在健康老龄化理念下，应更加重视老年人的自主性与参与性，促使他们从“被照护者”向“健康主体”的角色转变。作为文化象征体系中的“缄默者”，以及“制度性忽视”对象的那部分老年亚人口，由于在社会场域中缺乏表达其经验、声音与身体记忆等的有效通道，从而在局部或者全局意义上缺失有效的社会互动，这会进一步阻碍这部分老年人的身心健康发展。老龄化社会中的健康差异乃至不平等问题，是多维度结构性矛盾的集中体现，需要在资源分配、制度设计、空间正义与文化赋权等多个层面展开系统回应。唯有打破传统的部门分割与路径依赖，建立起贯穿“国家—社会—家庭—个体”等多个层级的健康促进机制，才可能真正实现包容性健康老龄化转型。

艺术作为一种兼具情感调动与社会参与等特性的文化形式，是介入老龄健康有效且成本低廉的路径之一。一方面，艺术

① 郭未、王若霖：《人口与社会流动视野下的社会经济地位感知与公安部门信任》，《治理研究》2024年第6期。

② 吴炳义等：《中国老年人口健康预期寿命的社会分层分析》，《人口与发展》2021年第5期。

③ 郭林、费中正：《制度嵌入性与个体化社会政策：全民医保的社会整合研究》，《学海》2014年第1期。

④ Lijuan Chen, Wei Guo and Cristina Perez, "Social Support and Life Satisfaction of Ethnic Minority Elderly in China," *The International Journal of Aging and Human Development*, vol.92, no.3, 2021.



活动（比如，绘画、音乐、舞蹈、戏剧等）具有显著的身心调节功能，不仅能助力改善老年人的认知功能、缓解抑郁与焦虑，还能增强其社会连接感与生活意义感；另一方面，相较于高成本投入构建的医疗与照护体系，社区层面的艺术干预具有高度可及性和灵活性，其实施仅仅依赖于地方文化资源、社会志愿网络与低门槛空间，具有极高的性价比。更重要的是，艺术介入通过唤醒老年个体潜在的创造力与主体性，重构其自我认知与社会价值认同，超越了传统健康观念中以“病理修复”为中心的思维定式，可以在更深层意义上回应“健康老龄化”的社会理念。将“艺术疗愈”系统性地嵌入老龄健康政策与实践体系，既是回应现实需求的务实路径，也体现了对老年人的尊严与生命质量的人文关怀。

艺术疗愈作为一种融合心理学、社会学、艺术学与社会工作学等跨学科的健康干预方式，日益受到学术界、政策界乃至实务界的广泛关注。它不仅是一种医疗补充工具，更体现出其对社会结构性问题中的介入能力，成为连接个体内在情绪、外在社会关系与整体文化认同的综合性路径。因此，艺术疗愈为微观层面的个体赋权提供了可能，也为宏观层面的社会治理创新开辟了协同空间。^①

艺术疗愈与老龄健康的关联可以从社会参与视角下的三重路径展开。其一，情绪表达与认知重建。绘画、书法、音乐、舞蹈等艺术形式为老年人提供了一个超越语言、自由表达情绪的通道，有助于缓解焦虑、孤独、失落等负面情绪，促进其心理康复与认知功能的重建。其二，社会连接与归属感重塑。通过参与具有集体特征的艺术活动，老年人不仅获得积极的社会交往机会，还能在互动中重建社会身份与归属感。特别是在城乡、区域及社会阶层

差异显著的背景下，艺术疗愈为边缘老年群体提供了打破地域、阶层与文化隔阂的共享空间。其三，文化认同与社会参与激活。艺术创作或艺术活动参与不仅是个体情感的出口，更是文化身份的表达。老年人通过艺术活动可以重建对自我的积极认知，提升参与公共事务的意愿和能力，进而实现从“被照顾者”向“社会贡献者”的角色转换。此外，艺术疗愈赋予个体以“表达权”与“存在权”，促使健康概念从生物医学模式扩展为兼具社会性与文化性特征的建构过程。这一过程不仅挑战了将老年人视为被动、依赖对象的传统健康治理框架，也彰显了其作为美学主体与文化生产者的潜能，是对老年人“健康权”内涵的重新定义。

从社会政策视角出发，推动艺术疗愈嵌入老龄健康服务体系，不仅是对既有健康干预模式的有益补充，更是优化公共资源配置结构、实现健康公平的现实需要。尤其是在农村、西部、少数民族聚居区及其他经济欠发达地区，主流健康服务体系往往覆盖不足，老年群体常年被边缘化于文化艺术与审美实践之外。在此情境下，艺术疗愈凭借其文化亲和性与形式灵活性，为这些群体提供了“非物质性再分配”的可能路径——不仅在文化层面对抗可能存在的阶层固化与“审美剥夺”，更有助于促进其整体健康福祉的提升。在各级政府财政资源有限的条件下，艺术疗愈项目亦可作为基层养老服务体系的有益补充。

超越服务供给：走向健康共创与跨领域协同

正如法国社会学家皮埃尔·布迪厄（Pierre Bourdieu）所揭示的那样，艺术除了作为个体层面的审美体验外，在宏观社会结构中也构成区隔再生产的重要媒介。在地域差异与社会阶层再生产机制的双重作用下，艺术资源的获取本身也呈现出不平等，这在很大程度上制约了艺术介入老龄健康的实际路径。因此，探索艺术疗愈介入老龄健康的社会机制，还应超越传统“服务供给”的狭隘视角，转向“共创”（co-creation）理念的实践导向。通过发挥中国特有的社会动员与帮扶机制，统筹协调艺术资源在不同地域与群体间的合理分布，构建基于社区多部门协作的服务模

① 汪瑞、王岩霖：
《民族视野下的老年人艺术活动参与及其对认知功能的影响研究》，
《青海民族研究》
2025年第1期。

式,使不同地域与社会阶层的老年人将自身的生命经验、身体记忆与文化认同转译为可以被共享与传播的文化资本。这一过程不仅有助于重构老年人的社会主体性,也为老龄健康治理注入文化赋权的新力量。

毕竟,文化介入的实践,既是老年个体主体性的复归过程,也是空间正义与健康平权在微观结构中得以体现的重要方式。以“共创”为核心理念的艺术疗愈模式,能突破老年人作为被动“接受者”的传统定位,将其转变为艺术过程中的能动参与者、意义共同建构者与社会关系的重塑主体。艺术在这一过程中不仅是健康干预的工具,更是激活社会连接、重构社会想象、推动社会正义的重要文化实践。在“共创”实践的推进中,构建多元互动的社会结构是关键路径之一。

首先,“互为观照”作为一种基于对等关系的情感互动机制,强调老年人与他人在艺术活动中的情绪互映与经验分享,不仅能够重建其自我价值认同,也能促进代际与跨群体间的深层理解。

其次,“角色协商”突破固化的年龄与社会身份分工,通过艺术创作中的角色流动与任务分担,鼓励老年人与青年志愿者、艺术疗愈者、社区成员等在平等协商中共建活动流程,有助于模糊传统权力结构与“照料者—被照料者”之间的界限。

再次,“弱连接网络”强调跨社群、跨机构的松散但持续的社会联系,这一结构可通过艺术活动中的临时小组、兴趣社群或数字平台等逐步构建,为老年人拓展社会支持系统、摆脱孤立状态提供实践基础。更为重要的是,社会互动体系的多元化有助于打破大众认知中艺术长期被塑造为“专业”“精英”“距离感强”的文化象征,从而消解艺术在老年人群体中的“排他性”与“不可及性”。通过“共创”机制的引入,艺术不再是“为老人而做”的施予性服务,而是“与老人一起做”的共构性过程,其结果不仅是有形的艺术作品,更是无形的关系网、情感认同与文化尊严的重建。因此,该模式不仅回应了健康公平与代际融合的现实诉求,更与“文化自信”相契合,即在本土文化价值的基础上推动现代社会治理理念的深度融合,探索出一条具有中国特色的艺术赋权路径与社会治理新范式。

未来,学术界一方面应进一步加强基于不同区域与群体的实证研究,系统梳理艺术疗愈嵌入老龄健康政策体系的机制路径,探讨其在城乡之间、区域之间、代际之间与阶层之间的差异化实施逻辑,从而在更广泛的社会空间中架设情感与文化沟通的桥梁。另一方面,在更具操作性的政策维度上也应寻找相关制度抓手:第一,政策规划嵌入。建议在“健康中国”与“积极应对人口老龄化”国家战略中明确艺术疗愈的制度功能,将其纳入健康老龄化路径的文化干预机制,推动政策与实践的有效对接。第二,服务体系协同。借助当前各地设立党委社会工作部的契机,由党委社会工作部牵头,联合民政、卫健、文化等多部门资源,推动艺术疗愈在养老机构、社区卫生中心、文化活动站等场域落地,构建“医疗—心理—文化”三位一体的综合服务体系。第三,多主体参与。除政府部门外,鼓励高校、非营利组织、艺术机构、志愿服务团体等多元社会力量参与艺术疗愈项目,通过志愿服务、社区共建、公益资助等形式形成多中心协同的支持网络,增强项目的持续性与适应性。第四,公共文化空间建设。在城乡文化基础设施规划中,为老年群体专设可及性强、适配性高的艺术实践空间,不仅保障其文化参与权,也使艺术疗愈获得长效制度保障与场域支持。

最终,在理论深化与制度实践的双重推进下,艺术疗愈可能真正走出小众实验、迈入主流政策视野,为构建“有质量、无贫困、能参与”的积极老龄化社会提供具有中国特色的文化路径,让“健康中国”战略在艺术赋权的社会实践中得以具体而微地展开。

[本文系教育部哲学社会科学研究重大课题攻关项目“中国式现代化建设的人口机遇、挑战与政策研究”(23JZD028)阶段性成果。]

在我国社会加速老龄化的进程中，
在 老龄健康已成为备受瞩目的重要

议题。相对城市而言，农村健康老龄化问题更为严峻。《“十四五”健康老龄化规划》指出，老年人健康状况不容乐观，78%以上的老年人至少患有一种慢性病，且农村



① 姚力：“把医疗卫生工作的重点放到农村去”——毛泽东“六·二六”指示的历史考察，《当代中国史研究》2007年第3期。

老年人失能率远远高于城市。根据田野观察，作为支撑老龄健康的农村医疗服务体系也呈现不均衡发展状态。直面农村医疗服务体系困境、促进农村医疗服务高质量发展，有助于推进健康老龄化及积极人口老龄化。

“强基层”与“弱现实”困境

长期以来，党和国家始终高度重视基层医疗卫生，将其作为医疗卫生服务体系的基石。1965年毛泽东发出著名的“六·二六”指示——“把医疗卫生工作的重点放到农村去”；^①1996年新时期卫生工作的指导方针将“以农村为重点”作为首条原则；2009年新医改方案将“强基层”作为工作重心之一；2016年再次将“以基层为重点”作为新时期卫生与健康工作方针之首。在实践层面，国家积极推出一系列改革举措，如基层卫生室标准化建设、家庭签约医生制度、分级诊疗制度、大学生村医制度、

老有所医：农村医疗服务体系与老龄健康

张奎力，华中师范大学政治学部公共管理学院教授、积极老龄化与健康中国研究中心主任

紧密型医联体建设等，旨在通过优质医疗卫生资源向基层“扩充下沉”，实现“强基层”目标。

笔者团队在2024年暑期对湖北和河南两省、五个地级市开展“赤脚医生”与合作医疗口述史调查。调查结果显示，与“强基层”原则相悖，农村基层医疗卫生机构特别是乡镇卫生院和村卫生室，呈现出“空”与“弱”的态势。“空”体现为基层医生诊疗意愿低迷，推诿患者至上级医院接受治疗，并且其诊疗行为多为防御性医疗行为；农村患者在寻求医疗服务时，往往会跳过基层医疗机构，直接前往县市级甚至更高级别医院就诊。“弱”体现为基层医生医疗实践匮乏、医疗经验不足，导致其诊疗能力低下，再加上医疗设备简单和药品种类不全，基层医生即使在面对常见病和多发病时仍显得束手无策。

与城市大医院相比，农村基层医疗卫生机构的基本医疗功能逐渐弱化，患者动辄被转至上级大医院接受治疗，基层医疗卫生机构更倾向于提供基本公共卫生服务，与以往“重医轻防”现象截然相反，如今反而呈现“重防轻医”现象。基本医疗和基本公共卫生服务是农村基层医疗卫生机构的两大支柱，二者共同构成农村群众的健康基石。所以，无论是“重医轻防”还是“重防轻医”，都意味着农村医疗服务体系呈现不均衡发展状态，“基层”还没有真正“强”起来，也意味着“看病难、看病贵”问题正在以新的形式出现。

“看病难、看病贵”并不是一个新问题。20世纪50至80年代，“看病难”主要表现为地理意义上的交通不便，“看病贵”主要表现为人们普遍贫穷且缺乏基本医疗保障，农村居民看病基本不出村，极少到县城甚至出县看病。20世纪80年代后期到21世纪早期，“看病难、看病贵”问题呈现为：“难”在城市大医院挂号难，尤其是专家号一号难求，医院人满为患；“贵”在大处方、大检查现象普遍，过度诊疗导致医疗费用

高企，尽管医保报销比例不算低，但患者自付部分依然居高不下。新医改以来，为破除“以药养医”弊端，基层医疗卫生机构包括部分公立医院实行基本药物“零差率”政策，新的“看病难、看病贵”问题也开始显现：农村基层医疗卫生机构推诿病患，患者不得不舍近求远到城市医院就诊；大医院过度依赖各种医疗器械开展大检查，患者仍然需要自付昂贵的医疗费用。

农村医疗服务体系不均衡 对老龄健康的影响

受不均衡的农村医疗服务体系影响最大的就是老龄人口健康。农村老年人普遍面临出行难题和经济压力，尤其是居住分散、交通不便、年轻人口外流严重的偏远山区老年人，在寻求医疗服务时更是困难重重。那么，农村老龄人口“病有所医当靠谁”？

从理论上说，乡村医生应该是老龄人口最值得依靠的对象，但是村医群体也普遍面临老龄化困境，作为新鲜血液的年轻村医往往“留不住”。近些年来为充实基层医疗队伍，各地探索实施大学生村医专项计划，但是大学生村医群体的流动性强，难以长期在村卫生室工作，且大多大学生村医不是在自己的家乡服务，这使得他们难以与老年患者建立起长期稳定的医患关系，也难以培养对所服务村庄的深厚乡土情结。对于老年患者而言，长期稳定的医患关系之所以至关重要，不仅在于医生熟悉患者的既往病史、家庭关系和经济社会状况，常常无须复杂诊断就能够对症下药；更重要的是，医患之间建立了一种基于信任的情感联结，这是一种无关医术的人格信任，对老龄人口健康维护不可或缺。

农村老年人身边缺乏值得信赖的医生，会使他们陷入新的“看病难、看病贵”困境。无论大病还是小病、急病还是慢病，基层医生习惯性地将老年患者推至上级医院，农村无子女或子女不在身边的独居老人、空巢老人、失能老人的就医之路更是艰难。第五次中国城乡老年人生活状况抽样调查显示，调查对象中70岁及以上的中高龄老年人占45.9%，农村老年人中独居比例占16.3%。^①可见，农村老年患者正面临看

病就医等生活照料困境。相对于基层医疗机构，在县级及以上医院看病不仅成本更高，而且报销门槛较高、报销比例较低，最终结算下来仍需自付一笔不菲的费用。对此，农村老年人普遍期待，辅助医生作出病情判断的各种医疗检查能够减免收费。

新的“看病难、看病贵”使许多农村老年患者选择延迟治疗或进行自我治疗，这就可能延误病情，损害老年人的健康，他们对未来生活的信心也会逐渐消减，获得感、幸福感和安全感也会随之降低。

而从宏观视角看，不均衡的农村医疗服务体系还可能阻碍医养结合、健康中国、健康老龄化和积极应对人口老龄化等国家政策或战略的推进。医养结合是一项具有中国特色的社会政策，它不仅是医疗卫生服务和养老服务的简单结合，更是医疗卫生服务模式的创新性举措。它使传统的医疗卫生服务走出医疗机构，走向社区、家庭、养老服务组织，使原本相互分割的医疗、养老和护理等服务板块实现无缝对接乃至融合。但医养结合的前提是医疗服务体系的完善和医疗服务能力的提升。农村医疗服务体系的不均衡发展，导致“医”与“养”难以真正结合。农村养老机构不但缺乏专业的医疗卫生人力资源，而且囿于资源短缺，农村基层医疗机构也无能为老年人提供长期康复护理服务。

健康老龄化是积极应对人口老龄化战略的重要基础，也是推进健康中国战略的重要内容。积极老龄化理念强调健康、参与和保障三大支柱。其中，老年人口健康是推进积极应对人口老龄化战略的前提。健康中国战略旨在通过普及健康生活、优化健康服务、完善健康保障、建设健康环境、发展健康产业等举措，实现“为人民健康服务”的目标。其中，针对老年人口的健康服务是推进健康中国战略的重要内容。农村医疗服务体系的不均衡发展，如果使老年人口健康无法得到

^①民政部、全国老龄办、国家卫生健康委等：《第五次中国城乡老年人生活状况抽样调查基本数据公报》，2024年10月。



有效保障，老年人口难以融入经济社会活动，可能会阻碍积极应对人口老龄化和健康中国战略的推进。

农村医疗服务体系不均衡发展的根源

① 方小平：《赤脚医生与中国乡村的现代医学》，董国强等译，北京：社会科学文献出版社，2024年。

② 何雪吟：《一劳非永逸：基层医疗卫生体系科层化的效果及其限度》，《社会学评论》2025年第1期。

③ 资料来源：国家统计局网站，<https://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01&zb=A0003&sj=2024>。

多重因素引发了农村医疗服务体系的不均衡发展。其中，医疗管理制度的规范化和标准化是产生这一现象的客观背景，医患关系性质的转变是根本驱动，优质医疗卫生资源的不均衡配置构成了现实制约。

其一，医疗管理制度的规范化和标准化。新中国成立以来，现代医学进入中国农村医疗领域，导致传统医学的边缘化。^①现代医学的特征主要体现为科学化、制度化和标准化。其中，科学化是前提，它具备规模效益、精准性、时效性、便利性等优势，这是现代医学能够取代传统医学的原因。制度化是核心，它是建立和完善基层医疗服务体系、规范诊疗模式和行为的过程。标准化是结果，它表现为基层医生在执业过程中严格遵循从业人员行为规范，认真书写医疗文书，不能仅凭以往经验做出判断；当然，也并非无需发挥自身主观能动性。随着医疗卫生体制改革的深入推进，国家和地方政府对医疗机构和从业人员的管理越来越规范化、标准化，基层医疗卫生服务体系的科层化特征也越来越明显，^②这反映了医学现代化的发展趋势，但在一定程度上也束缚了基层医生的手脚。例如，基层用药品类被严格限制，许多常用药、慢病用药只能在二级及以上医院使用，这不仅导致基层医生面对疾病时无药可用，也给老年患者看病就医带来极大不便。又如，村卫生室要求必须满足多项严格条件，并经县卫生行政部门审批后才能提供静脉注射服务，不少乡村医生抱着“多一事不如少一事”的心态，选择停止提供

输液服务，迫使不少老年患者加入进城挂号看病的行列中。

其二，医患关系性质的转变。赤脚医生时代的医患关系是一种基于人格信任的依赖关系，而今天的医患关系经常演变成一种基于市场原则的等价交换关系。患者对医生的诊疗方案和行为一般持怀疑态度，往往会通过多种途径，比如去其他医疗机构咨询意见，向亲戚朋友多方打听，甚至自行上网寻医问诊，以判断治疗方案的合理性。这种怀疑心态反映出医患之间缺乏信任基础，增加了医患双方的交流、沟通及治疗成本。另外，患者的等价交换意识也给医生带来心理压力。不少患者认为，看病类似商品买卖行为，自己支付了医疗费用，医生就有义务将病治好，至少能够有效控制住病情，否则就归咎于医生医疗技术差，甚至是医生道德问题。在这种情况下，为了避免产生医疗纠纷，基层医生往往会采取防御性医疗策略，选择将病情稍微复杂的病患推诿至上级医院。特别是面对患慢性病的老年人，基层医生在实践中更容易选择自保行为，这不仅最终损害了老年人的健康权益，而且削弱了基层医疗服务能力。

其三，优质医疗资源在城乡之间的不均衡配置。新医改以来，虽然在国家“扩容下沉”的政策导向下，医疗卫生资源更多流向农村地区，城乡差别也在逐渐缩小，但是在一些核心指标上，如卫生技术人员的质量和数量，城乡差距仍非常明显。根据国家统计局公布的数据，2023年农村地区每万人口拥有卫生技术人员71人、执业（助理）医师27人、注册护士31人，而城市每万人口拥有卫生技术人员109人、执业（助理）医师41人、注册护士51人。^③虽然国家推进紧密型县域医共体建设，旨在通过以城带乡、以乡带村、县乡一体、乡村一体，让群众享有公平可及、系统连续的健康服务，但医共体建设过程中存在“虹吸效应”“形式下沉”等问题。不少地方在实践中将基层医疗机构视作向上级医院输送患者的“蓄水池”，或者将上级医院专家派驻到基层医疗机构坐诊视作医共体建设的“灵丹妙药”。这些做法并没有从根本上促进优质医疗卫生资源扩容下沉，农村老龄患者的“看病难、看病贵”问题依然存在。

农村老龄人口“老有所医”的优化思路

为了让农村老龄人口更好地实现“老有所医”，可以重点从医疗管理制度、医患关系和医疗服务体系三个方面加以优化。

一是建立具有韧性的医疗管理制度。管理规范化和标准化是医学现代化的必然要求，也是基层医疗卫生制度改革的方向。但要认识到，制度不是用来束缚基层医生手脚的绳索，而是为了激励基层医生更好地提供医疗卫生服务、守护农村老龄患者健康。政策制定者应根据农村老龄患者的实际需求，建立具有韧性的管理制度，而不是一味强调制度的刚性。比如，在用药制度上，应适度放宽农村基层医疗机构用药品类，允许基层配备常见病、多发病、慢性病及地方病用药，同时允许基层医疗机构配备一定比例的非基本药物。在医疗纠纷管理制度上，设立由医疗卫生行政部门、司法部门、医疗机构、居民代表等各级各类主体组成的医疗纠纷管理委员会，同时在县市级层面设立公益性的医疗纠纷保险基金，基金来源“多元化”，包括地方政府拨付、各级医疗卫生机构和医生定存、慈善捐赠等。一旦发生医疗纠纷，患者及家属按照管理委员会的裁决取得赔偿权，赔偿金可以优先从医疗纠纷基金中支付，而非由作为纠纷一方的基层医生完全偿付。

二是构建长期稳定、健康和谐的医患关系。首先，借鉴赤脚医生时代的医患关系模式，为每位大学生村医配备一名老乡村医生作为导师，通过“师徒制”培养大学生村医对所驻扎村庄的乡土情感，依靠“情感留人”，使大学生村医自愿留下来；同时应“在地化”培养各类村庄卫生专业技术人才，辅助大学生村医共同做好基本医疗与公共卫生服务。其次，坚持转变传统医疗卫生服务模式，将人文关怀融入医疗卫生服务的各个环节之中，基层医生应平等地为每位患者提供服务，不仅关心患者的病情及病史，也要关心患者的家庭经济生活及其变化，从身体—心理—社会整体上关心患者。再次，实行按人头付费为主的医保支付方式，做实家庭签约医生制度，不仅为签约患者提供个性化的健康管理服务，而且通过支付方式的杠杆作用，鼓励家庭签约医生把精力投放在疾病预防、慢性病管

理等方面，努力让老年人口少生病、晚生病、不生病。最后，转变老龄人口的健康和就医观念，依托《全民健康素养提升三年行动方案（2024—2027年）》，大力开展健康教育、健康宣传，普及健康知识，提升老年人口健康素养水平，引导老年人成为自己健康的“第一责任人”，最大可能消除因认知问题对基层医生产生的怀疑和误解。

三是重塑基层医疗卫生服务体系，促进优质医疗卫生资源在城乡之间无障碍流通。根据“发展壮大医疗卫生队伍，把工作重点放在农村和社区”^①的要求，可以通过订单式定向培养免费医学生等方式多渠道培养人才，把基层工作年限作为职称评聘、职务晋升的一个重要条件，对医疗卫生人才实行县管乡用、乡聘村用，建立人才县域内双向流动机制。加快推进紧密型县域医共体建设，是重塑基层医疗卫生服务体系的重要举措。建设紧密型县域医共体，要以提供连续协调、整合高效的医疗卫生服务为目标，对医疗卫生服务体系的组织架构、职能分工、资源共享、服务流程和利益分配机制进行重塑。其中，最关键的是通过完善家庭签约服务制度、改革医保支付方式、推进医疗服务信息化等途径，让农村老年人在家门口就能够获得医疗服务，最终实现基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗格局。

身处数字化时代，我们还需要在传统服务模式中积极引入互联网医疗、远程医疗等新型服务方式，更好地赋能农村基层医疗服务体系。同时应该认识到，由于我国不同地区，尤其是东部发达地区和西部欠发达地区的农村医疗服务体系存在较大差异，在具体解决方案上需要根据当地情况进行“在地化”调整。农村医疗服务体系的成功改革，不仅取决于制度的科学性和合理性，也取决于其与本土社会的契合度。

^① 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》，《求是》2022年第21期。

随着老龄化进程加速，认知障碍者的

照护将成为中国最严峻的治理难题之一。“院舍化”导向的医疗模式之局限性也日益显露。基于普同理念从残障视角理解认知障碍，笔者对“老年认知友好城市”建设的神户模式与上海实践展开比

普同理念下老年认知友好社会的构建

——基于神户与上海认知障碍友好型城市建设比较

杨程，上海大学社会学院教授

① 任汝静等：《中国阿尔茨海默病报告 2021》，《诊断学理论与实践》2021 年第 4 期。

② Siyu Liu, Daoying Geng, “A Systematic Analysis for Disease Burden, Risk Factors, and Trend Projection of Alzheimer’s Disease and other Dementias in China and Globally,” *PLoS One*, vol. 20, no. 5, 2025.

③ ④ Alain Ehrenberg, “Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale,” *Esprit*, no.304(5), 2004.

⑤ 美国精神医学学会编著：《精神障碍诊断与统计手册（案头参考书）DSM-5》，张道龙等译，北京：北京大学出版社，2014 年，第 247—275 页。



较，在此基础上提出普同理念下优化老年认知友好社会的建设路径。

从残障视角看老年认知障碍问题

中国是全球老龄化速度最快的国家之一。公共卫生领域的研究发现，我国 60 岁及以上的人口中，老年认知障碍患者总数达 1507 万人；其中轻度认知障碍患病率为 15.5%，患者人数更是高达 3877 万人。^①其中，中国阿尔茨海默病与其他认知障碍的发病率年均增长率高达 0.68%，远高于全球 0.06% 的水平。^②如何应对并破解这一世纪难题？

通常，人们维护和促进健康的努力，需要由当事人自主做出。但认知障碍者恰恰由于其认知缺陷，自主决策和行动能力不同程度受损。在这一意义上，认知障碍群体是无法达成主动参与健康治理目标的一个群体。面对这类特殊人群数量的不断增加，是否有必要改善居住环境和社区生活环境、改变福祉理念来实现对这一群体

更好的照护？这就不得不提到阿兰·埃伦贝格对于“正常与病态”的讨论。在埃伦贝格看来，进入 21 世纪之后，精神健康成为一种提供横向参考的概念，重新定义了正常与病态的关系，体现了对疾病、健康和社会化关系的重新组织。^③精神疾病如今已成为精神健康和心理苦痛的一个从属方面。这一转变使得精神障碍患者成为更大集合中的一个元素：处于困境中的普通人因遭遇某些“生活事件”，在其身上或多或少存在社会心理问题，可能导致身体或精神障碍。埃伦贝格认为，将这些人称为“用户”而非“病人”更为恰当。“用户”是在任何生命阶段都可能遭受精神健康问题的人，这表明精神疾患不过是普遍化的社会心理苦痛中用户的一种感受。埃伦贝格感叹：“曾经，苦痛是精神疾病的一个元素；而如今，精神疾病是痛苦的一个元素。”^④人人都有心理苦痛，暗示了现代人能够同理精神障碍患者，这也构成了接纳普同理念的心理基础。

另一个重要转变是从残障视角来看待精神疾患。残障是根据某种关系标准将所有的社会、心理和医疗困难归为同一类的方式，这一整合框架能够衡量一个人的社会化程度。这一点与《精神障碍诊断与统计手册》中诊断条目的表述，即从作为认知障碍类的“疾病”（diseases）转向神经认知“紊乱”（disorders）也是一致的。^⑤引入残障视角后，慢性病的治疗性与缓解性之间的区别也变得模糊。个体患有长期无法治愈的疾病，其适应日常社会生活的可能性也降低。据此，可以重新定义残障的病理端：相比治疗而言，其更需要的是社会支持和照护。对老年认知障碍患者及其家庭的照护需求作出响应，需要医疗卫生、康复、社会福利等多方主体协作，构筑更系统化的照护路径，实现多主体之间的互补协作。如此，解决问题的路径也

不再局限于医疗场域，不再以治疗为主要目标，而是为用户构筑去障碍化的生活世界，即尽管老人会因认知问题而导致残障，但仍能在得到照护的过程中在一定程度上融入社会。

今天，人们对老年认知障碍者的照护仍存在不少“认知迷思”，主要表现在照护理念的认知冲突上。比如，从单纯的生物医疗角度出发将重度认知障碍者视作与“我们”相对的“他们”，甚至视作“它们”。在“它者化”的过程中，最“有效率”的处置方式就是“机构化”“肉身化”管控，让它者“消失”于日常生活世界。^①认知障碍者是家庭中的一员，但常常遭受社会层面的非友善对待甚至排斥。在照护领域，就出现了家庭与社会之间的分离，致使照护责任过度转移到家庭中，社会支持不足导致家庭照护者的负担沉重不堪。^②如何不被“它者化”，与指向消解“健全者”与“残障者”之间二元对立的普同理念是相通的，其强调尊重人的个体差异和多样性，这也是现代人的价值认同之基。

普同理念下的日本神户模式与上海实践

普同理念出自欧文·左拉的倡导。左拉认为残障的社会模式虽能够推动对残障者自身权益的保障，但是残障者是少数特殊群体的观念无法改变其被歧视、被污名化的状况。^③左拉从自身身体经验和生命历程出发，指出只有让有障碍感的身体去体验物理性障碍和社会性障碍，才能让人更完整地把握当事者主体化的障碍经验。^④早在20世纪80年代末，左拉就试图打破残障只属于特殊经验的观念，前瞻性地指出随着老龄社会的到来，障碍经验已不再是残障群体所特有的，广大老年群体会有，孕妇会有，偶尔患病的普通人也会有，即人的生命历程中充满了遭遇障碍的风险，产生各种各样的障碍体验。在这一意义上，尽管社会生活中为数不少的人不是残障者，却都曾经有过“有障人士”的体验。残障者与有障人士基于普遍的障碍经验以及消除障碍的共同需求，将心比心形成去障碍的认同感，才能推动社会改变。^⑤令人遗憾的是，在生活世界中，面对老年认知障碍者的照护和康复

服务，环境改造往往仅围绕个体的微观物理空间展开，如居家适老化改造等，而在系统、有机地“去障碍化”开展认知障碍友好社会建设的中观和宏观层面常常缺乏经验。^⑥

日本进入老龄化进程较早，从1972年吉佐和子的小说《恍惚的人》揭示家庭照护“痴呆老人”（小说中的称呼）的艰辛，到2000年开始实施“长期照护保险”，再到近10年来推动认知障碍友好型城市建设，日本在银发浪潮中从家庭照顾迈向了社会照护，积累了丰富的经验。以神户市为例，该市2019年4月启动了由给付金制度和个人赔偿责任保险构成的认知障碍事故救济制度。这些制度致力于向市民普及对认知障碍的理解，其运营财源通过向市民征收超额税款来保障，这些制度统称为认知障碍友好社会建设的“神户模式”。而上海致力于实践SHAPE模式（即筛查Screening、健康管理Health management、评估Assessment、预测Prediction、干预Intervention），已在一些社区形成了具备上述模式特征的老年认知障碍防治经验。^⑦基于普同理念，对照神户建设老年认知友好型社会的探索和上海SHAPE模式的实践，不难提炼更具可复制性的老年认知友好社会建设启示。

两市均以“早期介入”为手段，以“认知障碍友好型社会建设”为核心目标。在构建友好社会环境方面，神户颁布了《认知障碍友好型城市建设条例》，推动社会力量参与事故救济制度等方面的法治建设。^⑧上海则开设记忆门诊、开展公众科普、优化公共空间适老化改造等，通过促进“家庭—社区—医疗机构”的联动，打造以各街镇为单位的认知障碍友好社区。两市都致力于突破“疾病医疗”的局限性，转向构建“社会支持系统”，并在早期筛查与干预方面形成共识。神户模式主要分两个阶

① 马丁·布伯：《我与你》，任兵译，北京：北京联合出版公司，2018年，第2页。

② 不情愿的照护者：《不情愿的照护》，万洁译，北京：中信出版集团，2023年。

③ 王国羽等：《障碍研究：理论与政策应用》，台北：远流图书有限公司，2012年，第61—62页。

④ Irving Kenneth Zola, *Missing Pieces: A Chronicle of Living With a Disability*, Philadelphia: Temple University Press, 2003.

⑤ Irving Kenneth Zola, "Toward the Necessary Universalizing of a Disability Policy," *The Milbank Quarterly*, vol. 67, no. 2, 1989.

⑥ 杨程《残障者的制度与生活：从“个人模式”到“普同模式”》，《社会》2015年第6期。

⑦ 上海市精神卫生中心发布：《忆境漫游——共感时间涟漪，探寻阿尔茨海默病背后的奥秘与故事》https://m.thepaper.cn/newsDetail_forward_24515623，2023年9月6日。

⑧ 古和久朋：《神戸から始める認知症の人にやさしいまちづくり》，《高次脳機能研究》2019年第2期。

① 古和久朋:《神戸から始める認知症の人にやさしいまちづくり》,《高次脳機能研究》2019年第2期。
② 《上海老年人人口最多的区,这样守护记忆之美》,浦东新区民政官网(2024):
https://mp.weixin.qq.com/s?__biz=MzI3OTcwNTQ5NQ==&mid=2247542238&idx=1&sn=fa78eb7aa61ba6eeb6ab6db24a316bde&chksm=eac4c4f0b65570c2203482fe4b4e67219eff7033d9ed0d8f9a4cf1e0956afa92680c22786842&scene=27。

段实现早期识别和诊断,并通过市民税实现费用上的社会保障。第一阶段筛查对象最初为65岁及以上市民,2019年以后,覆盖范围逐渐扩大到全市75岁及以上老人,通过邮寄方式发放其筛查所需的优惠券。第二阶段通过医疗保险诊疗进行,医生根据第一阶段的筛查结果,对疑似患者进行必要的检查,实现早发现、早干预。上海实践也以早期筛查为开端,依托社区卫生服务中心构筑“三级预防”体系,尤其关注对高危人群(如轻度认知障碍者)的动态监测和干预。

在制度逻辑上,神户模式以2018年的立法为基础,把认知障碍的防治作为城市治理目标,体现出立法先行的原则。上海实践是在健康中国战略背景下推进的,并纳入“健康老龄化”的体系之中。两市都有制度设计和建设路径的创新,试图实现治理机制与社会保障制度的互补,但在资源投入与制度保障方面则存在差异。神户模式打造了“市民税+政府主导”的财政机制。神户市民每人每年支付400日元(约20元人民币)的市民税,用于支持诊断和事故发生时的救助,并通过地方立法确立了社会救助中“给付金+保险金”的双重保障。^①这有助于解决无责任赔偿时认知障碍者等相关受害者的救济问题,有着明确的社会保障制度属性。上海实践则试图通过“社区初筛→专科医院诊断→康复机构干预”的分级诊疗和医疗保险的全覆盖,整合公共卫生和医疗资源,探索“低成本、广覆盖”的实践路径。两市在“多渠道资金筹措”与“社会保障与医疗服务衔接”等方面有着相互借鉴的可能性。神户模式中的“专项税收+医疗保险”机制提供税收制度与医疗保障相结合的探索路径。而上海实践中的“社区卫生网络+医保联动”机制更有助于优化基层医疗服务的提供方式。

在制度创新和建设路径的探索中,两

市都重视多元主体的协同,协同主体之间略有差异。神户市在酝酿此项制度过程中,召开多次“有识人士会议”,并取得了医师会等专业团体的协同合作支持。这一治理过程整合了医疗康复、法律、保险等多个领域的专业力量,并邀请残障者直接参与政策制定。而上海实践则以“医养结合”为主导,由卫健委、民政局、社区及社会组织等多方主体协同推进,形成“政府+医疗+社会”的三方协作机制。

面对数据共享、隐私保护等方面的挑战,包括认知障碍者在内的神户市民,期待在充分考虑个人信息保护的前提下,有效利用这些数据。上海则探索通过区域健康信息平台,整合一系列筛查数据并进行针对性干预。AI时代尤其应当鼓励各类认知障碍者及其照顾主体参与到“跨领域数据建模”以及应用转化中,共同探索早期干预以延缓认知衰退的方法。

此外,两市在探索认知障碍友好社会的实践中,针对照护中的痛点问题,均有对普同理念的实践转化。一是通过社会倡导,提升公众认知与社会参与。神户模式将认知障碍的健康宣教日常化,提升市民对认知友好社会建设的认可度。上海实践以浦东新区为例,全区倡导社会力量参与老年认知障碍友好社区建设。截至2023年9月,36个街镇已实现老年认知障碍友好社区全覆盖,探索形成了各类认知友好社区建设项目,不仅为老年人预防和减缓认知障碍提供了社会支持,也在一定程度上改变了公众对认知障碍者的排斥态度和污名化观念。^②二是通过认知障碍友好社会建设,探索家庭照护与社会照护的分担机制。神户模式通过建立事故救济制度,减轻因患有认知障碍的家庭成员造成事故导致“赔偿责任”产生的心理和经济压力。上海实践则结合社会工作的理念,探索通过对照护人士的培训与增能来提升照护能力。两市都关注“照护者支持系统”的搭建,充分开发志愿网络、互助团体等非正式照护资源。在“长期照护保险制度”的实践层面,神户的社会保险如何与家庭照护给付制度相结合,上海社会领域的照护资源又如何与依法救助相衔接,亦可相互借鉴。三是技术赋能,实现更精细化的健康治理。神户模式对初诊为轻度认知障碍者,半年后再次进行认知功能精密检查,以确定是否患有认

知障碍。65岁以下市民虽无法参加第一阶段的筛查，但如果在专业医疗机构被确诊后，其诊断费用的个人负担部分也享受同额返还。^①这在认知障碍出现低龄化趋势时，是符合普同理念的制度安排。上海模式则通过“风险预测模型”对轻度认知障碍者提供针对性干预（如认知训练、生活方式指导），并探索在社区开展非药物干预。对于如何更高效地开展筛查，两市在对轻度认知障碍者干预的数字化转型方面也可相互借鉴，共同开发更便于家庭、社区照护者操作的“认知障碍者健康管理工具”，以实现更大范围的筛查、诊断、治疗与照护等相关环节的联动。

温暖而理性：构筑老龄认知友好社会

2025年初，国家卫生健康委员会牵头起草并联合其他14个部门印发《应对老年痴呆国家行动计划（2024—2030年）》。这是中国在建设老年认知障碍友好社会领域的又一前瞻性探索。经过近年的实践积累，上海结合服务友好、空间友好、环境友好三个维度，制定了《老年认知障碍友好社区建设指南》地方标准，^②在银发社会到来之际，直面“如何让包含认知障碍者在内的全体人群更有尊严地生活、减轻家庭与社会负担、构建包容性社区”等课题。

借助埃伦贝格的观点，认知障碍可扩展为一把提供横向比较的尺子，重新丈量正常与病态的所有关系。面对当下财政支出增加、基层医疗康复资源不足、技术赋能如何更精细化等多重现实挑战，为建设温暖而理性的老龄认知友好社会，有必要从社会保障制度、社会支持系统及技术应用几个方面，形成更具操作性的路径。

首先，针对目前各地实践先行、立法滞后的现状，有必要进一步强化有关认知障碍方面的社会保障和社会福利制度的合法性。这方面可以借鉴神户模式法治先行的经验，建设“立法+保险+财政”三位一体的制度体系。以上海为例，可以将《老年认知障碍友好社区建设指南》（2024年实施）与《养老机构认知障碍照护单元设置和服务要求》（2023年实施）纳入地方立法框架，建立起市级标准、区级细则与街镇实施相结合的三级规范体系。

其次，结合本土民情，促进社会参与，是认知友好社会建设的重要保障。在社会治理不断精细化的过程中，应把认知障碍相关的社会支持嵌入社区支持系统的专业化与网格化建设之中。有必要推动区县级“认知障碍赋能中心”建设，整合筛查、干预以及社会支持功能，形成认知友好的“15分钟服务圈”。推广“认知障碍好朋友”等社会工作+志愿者的服务模式，通过社区教育更广泛地培育社区店主、快递员等“哨点”，通过“发现—上报—干预”等快速响应机制，降低认知障碍者的走失风险。推行“家庭照护者喘息计划”，通过完善社区层面的短期托管服务、链接线上线下的心理疏导和资源转介服务、建设社区层面的“认知障碍家属互助俱乐部”等，实现社会支持系统的可操作化。

最后，强化技术赋能，构建“筛查—干预—照护”全链条的智能化服务系统。一方面，普及更精准化的智能筛查。例如，“AI眼动筛查”技术可以实现更多人次的筛查目标，覆盖区域也将更为广泛。另一方面，推动数字干预的场景化与个性化，可以通过专业人才培养和培训，推广“VR认知康复体验馆”“数字照护助手”等数智化技术应用，实现更高质量的服务和支持。同时，要努力处理好“数据整合”与“隐私保护”之间的矛盾，实现数智向善。

面向未来，认知友好社会建设须以普同理念为价值基石、以社会参与为核心、以技术赋能为突破，通过立法保障、社保兜底、社会支持、技术普惠，构建起全生命周期的健康治理体系。建设老龄认知友好社会今日之所为，必将有益于未来形成真正的全龄友好型社会。

[本文系国家社科基金项目“残障社会工作的本土实践与生活模式研究”（24BSH166）阶段性成果。]

① 古和久朋：《神戸から始める認知症の人にやさしいまちづくり》，《高次脳機能研究》2019年第2期。
② 上海市市场监督管理局：《老年认知障碍友好社区建设指南》（DB31/T 1428—2023），2023年9月16日。