

# 协同赋能：农村失能老人养老服务供给研究

汪三贵，张梓煜

(中国人民大学农业与农村发展学院/中国扶贫研究院，北京 100872)

**摘要：**农村养老中最大的难题在失能、半失能老人的照护，需要积极探索农村失能老人养老新路径。以江西省 X 贫困县的失能老人养老服务为案例，研究政府、养老机构和社会组织协同治理下农村失能老人养老工作的推进，结果表明：协同治理是农村失能老人养老服务供给的有效路径，其关键在于各治理主体在政府引导下进行资源、技术及制度的协同协作，从而提高治理能力，最终实现经济、健康和社会三方面赋能。

**关键词：**农村养老；失能老人；协同治理；医养结合

中图分类号：F823.9

文献标志码：A

文章编号：1009-2013(2022)01-0009-07

## Collaborative empowerment: a study on the service provision for the disabled elders in rural areas

WANG Sangui, ZHANG Ziyu

(College of Agriculture and Rural Development/China Institute of Poverty Alleviation, Renmin University of China, Beijing 100872, China)

**Abstract:** The greatest challenge for rural eldercare is the care of the disabled and half-disabled elders, which means it is necessary to actively explore a new way. Taking the elderly care service for the disabled elders in X impoverished county of Jiangxi Province as an example. The promotion of the elderly care work for the disabled rural elders under the collaborative governance of the government, pension institutions and social organizations has been studied. The study shows that the collaborative governance is an effective way to provide elderly care services for the disabled in rural areas. The key lies in the coordination of resources, technologies and institutions among various governance subjects under the guidance of the government, so as to improve governance capacity and ultimately achieve economic, health and social empowerment.

**Keywords:** rural eldercare; disabled elders; collaborative governance; combination of medical treatment and endowment

### 一、问题的提出

第七次全国人口普查数据揭示了近十年来我国人口在数量、质量、结构等方面的特征和趋势，老年人口 60 岁及以上总量为 2.64 亿人，占比 18.70%，65 岁及以上总量为 1.91 亿人，占比 13.5%<sup>[1]</sup>。老龄化进程明显加快，与 2010 年相比，相应人口比重分别上升了 5.44 和 4.63 个百分点。根据中国发展基金会发布的报告，预计 2050 年我

国老龄化将达到峰值，65 岁以上人口将占到总人口的 27.9%<sup>[1]</sup>。由此可见，人口老龄化是未来几十年我国社会发展的重要趋势，也是基本国情。而城乡老龄化水平差异显著，乡村的老龄化水平明显高于城镇，乡村 60 岁、65 岁及以上老人的比重分别为 23.81%、17.72%，比城镇分别高出 7.99、6.61 个百分点<sup>[2]</sup>。这种现象产生的根本原因是农村人口外流、人居分离。从生命周期的视角看，老年人处于衰老期，生理机能不断衰退、各种疾病发生的概率不断提升，老龄化社会中的失能、失智老人数量不断增加，尤其是慢性病率的升高导致失能老人显著增多。据国家卫健委的统计数据，截至 2018 年底，失能、半失能老年人数量为 4400 万<sup>[3]</sup>。失能老人数量不断增加是人口老龄化背景下不可抗拒的浪潮，我国社会将面临严峻的长期照护问题。与城

收稿日期：2022-01-19

基金项目：国家自然科学基金重点项目(72034007)；  
国家自然科学基金应急管理项目(72141015)

作者简介：汪三贵(1962—)，男，湖南临澧人，教授，博士生导师，中国人民大学中国扶贫研究院院长，主要研究方向为农村发展与贫困治理。

市相比,农村失能老人的长期照护问题更加严峻。一方面,家庭结构小型化使得传统家庭养老模式面临挑战;另一方面,目前农村养老事业和照护服务发展水平不高,欠账较多,明显滞后于城镇。失能群体的长期照护服务需求无法得到满足,照护任务以及由此产生的经济费用对失能家庭来说是沉重的负担。

对农村失能老人照护的研究主要集中在照护服务需求和供给、照护模式这几个方面。从需求意愿和影响因素来看,农村失能老人更偏好以家庭照护为主的长期照护方式,社区照护意愿较高,机构照护接受度不高但在逐渐提升<sup>[4]</sup>。受到文化程度、婚姻状况、居住方式、子女数量、可支配收入状况、身体健康状况、慢性疾病数量、是否参与新农保等因素影响,照护方式的选择也不同<sup>[5,6]</sup>。照护服务的供给逐渐从单一过渡到多元。基于福利多元主义理论和多中心治理理论,破解农村失能老人养老困境需要各社会主体相互配合,但这并不意味着政府责任的减少,而是政府部门要转变角色。在这个过程中,政府制定目标和规则、组织并协调整个协商过程,起着举足轻重的作用,特别是在社会救助领域,更需要政府兜底<sup>[7]</sup>。当前其他非政府主体进入农村地区的动力不足,势必需要政府部门牵头。从照护模式来看,当前我国农村地区老年照料模式主要有三类,分别是照料者为亲人的亲情模式、政府直接组织或出资向个人或机构购买照料服务的福利模式和基于付费的市场模式,但这三种模式都存在自身的局限性<sup>[8]</sup>,目前最主要的形式仍然是亲情照料<sup>[9]</sup>。不同失能程度和家庭结构的老人适合不同的照护方式<sup>[10]</sup>,一般情况下,正规养老机构适合非熟人社会,而农村的熟人社会更适合互助养老,即将低龄老人组织起来为失能高龄老人提供基本照料并获取一定服务补贴,成本低且效果好<sup>[11]</sup>。从照护水平来看,家庭照护对农村失能老人的精神健康有显著正向影响<sup>[12]</sup>,但是目前家庭照护模式受到了“少子化”和“空巢化”的冲击。集体照护模式中,针对“五保户”群体的敬老院,管理服务水平较低;针对普通老年人群体的养老机构,服务水平出现两极分化,公立机构无力提供专业医疗护理服务,且往往因为价格较低而供不应求,私立机构又因收费较高而供过于求,“一床难求”与“资源闲置”并存,养老照护资源供需错位。

协同治理是协同论与治理论的交叉,是一种

运用协同概念重新审视治理的方式,目标是实现“善治”。对于如何提高农村公共服务供给质量,目前已有的文献大多提出采取协同供给、协同治理的建议<sup>[13]</sup>。有些学者进一步探讨了协同治理的实现路径,比如厘清协同目标、提高协同主体间的信任等<sup>[14]</sup>。有些学者则试图构建公共物品多元主体协同治理的模式<sup>[15,16]</sup>。协同治理的模式根据参与者的角色和地位不同可分为三类:一类强调政府在协同治理中的“管家”角色,认为协同治理应由政府发起,与非政府部门一起参与公共政策或事物、资产的治理<sup>[17]</sup>。一类强调协商的过程,主张一视同仁对待所有参与者的意见,以整合不同利益相关者的诉求<sup>[18]</sup>。最后一类偏向混合制度安排,不局限于正式的政府发起,也不局限于政府和非政府部门参与,强调多伙伴治理<sup>[19]</sup>。本文讨论的是农村公共服务的供给,政府的牵头行为发挥着重要的作用,所以本文是在狭义的政府与社会协同治理的语境下进行讨论。在模型构建方面,国内外学者不断在前人的贡献上推陈出新,构建了多个协同治理分析模型。

综上,近年来,新公共服务、福利多元主义、协同治理等理论都对农村公共服务的供给主体做了研究和探讨,三者的共同点是认为福利供给主体应是多元的,不同点在于:新公共服务理论强调政府只起到宏观调控的作用,其他的交给市场和个体;福利多元主义强调各主体是平等的,在功能上是互补的;协同治理理论强调各主体在治理过程中职责分工明确,合力共治。本文选择从协同治理的视角来探讨农村失能老人照护服务的供给问题,并以江西省 X 县失能老人照护服务案例为基础,分析农村失能老人供养的有效路径,探索多主体协同共治的框架,为提高农村失能老人养老服务质量提供参考。

## 二、案例介绍与分析

### (一) 案例介绍

本文选取江西省赣州市 X 县为研究对象。X 县位于江西省中南部,是国定贫困县、罗霄山片区扶贫开发工作重点县,是革命老区。该县的残疾、失能人口比重一直很高,截至 2018 年年底,全县 60 周岁以上老年人共 11.9 万人,占总人口的 13.9%。其中 3181 名特困老年人,尤其是 119 名失能特困老年人,是脱贫攻坚的重点对象。但老区财力有限,难以保障农村公共服务方面的投入,一直以来民生欠账较多。乡镇敬老院基础设施落

后，护理人员不足，医疗服务水平低，无法提供精神慰藉和心理疏导服务等。在农村，传统养老观念根深蒂固，养老和敬老机构缺乏公信力，老人们对民营机构的不信任尤甚，当地人将子女送老人进敬老院视为不孝，因此老人们即使无法得到较好的照顾，也不愿意离开家进行集中供养。对于如何满足农村失能群体尤其是特困失能群体的照护需求，当地政府做了很长时间的探索。X 县解决农村失能供养难题的思路是：对愿意居家照护的失能老人采取“上门助养”和“居村联养”的方式提供基本的关爱服务，主要是通过政府购买的方式，引导当地的社会工作机构——爱心家园来提供服务；对有集中供养意愿的特困老人采取分类集中供养，基本能够自理的老人安排在各乡镇农村敬老院，全失能、半失能老人则集中到

县级养老机构进行照护，当地政府采取“公建民营”的方式建设了两个集中照护机构——T 养老中心和 Y 老年公寓；对有集中供养意愿的其他失能老人采取床位补贴的方式，以此提高机构和失能家庭的参与积极性（图 1）。市场和社会力量的引入既破解了公办敬老院医疗服务水平不高的难题，又弥补了当地失能老人照护服务不足的短板。失能老人常因衰老产生生理机能弱化而导致健康脆弱性、因长期照护费用较高而产生经济脆弱性，以及因被家庭、文化和社会福利排斥在外，得不到应有的支持和照护而表现出社会脆弱性，在多元主体的协同治理下，全县失能老人面临的三重脆弱性降低，照护需求得到了满足，实现了老有所养、老有所乐。

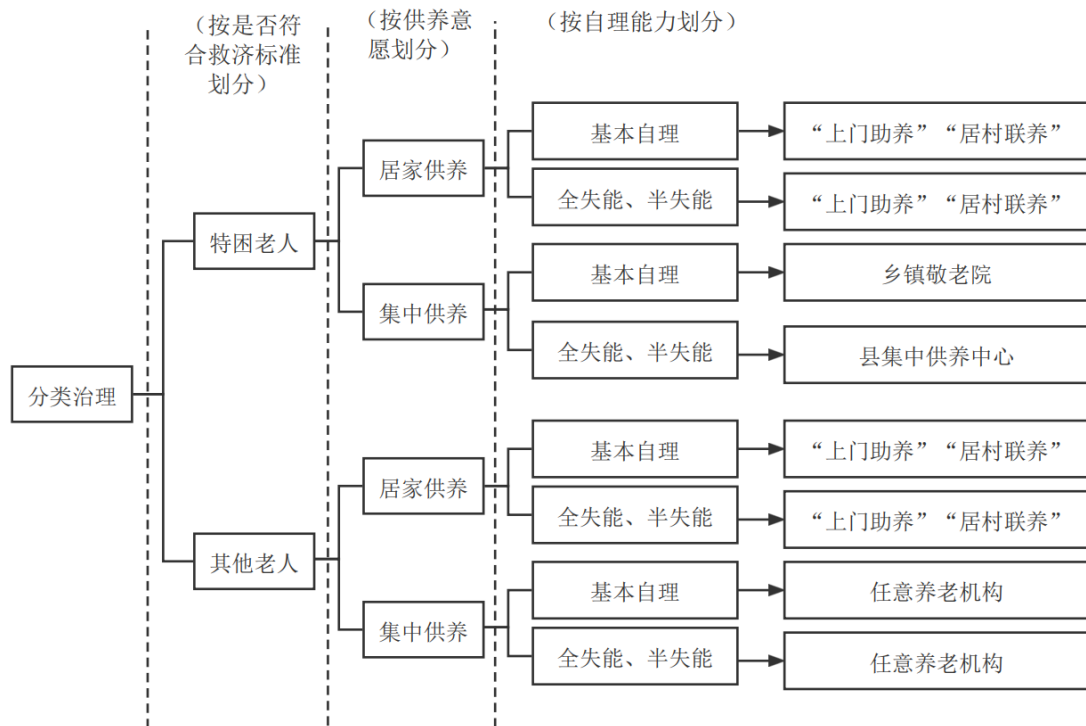


图 1 X 县失能供养的分类治理

(二) 案例分析

1. 治理主体：政府引导下的协同赋能

一般情况下，协同治理主体中往往存在一个引导力量，推进各协作方进行商议、并在合作的过程中发挥引导作用<sup>[17,20]</sup>，同时需要承担高昂或潜在的交易成本，比如提供人员、技术和其他资源<sup>[21]</sup>，其领导力量决定了协同治理的成效。本案例中协同治理主体为当地县政府、社会慈善组织以及养老服务机构，其中政府承担引导职责，引导力主要表现在行政推动、制度设计和数据共享

三个方面。为了推进项目，X 县成立领导小组，主要成员单位为发改委、民政局、卫生健康委员会、财政局。领导小组成立后立刻将失能老人救助工作提上日程，定期讨论，定期监督，并在各乡镇也成立领导机构，确保工作的最后一公里落实。其他主体则在政府引领下有序参与到协同治理中。首先是市场主体。当地政府采取“公建民营”的方式引进两个专业的养老服务团队，并利用团队已有的医疗资源做医养结合试点。在医养方面，T 养老中心内设 H 医院，Y 老年公寓内设 M 医院，

形成养办医模式。养老服务机构自建医院具备疾病预防监测和快速就诊的优势,一般病情在养老区处理,微重病情入院治疗,特重病情通过双向转诊的绿色通道快捷地转入到县医院治疗。为鼓励市场力量的参与,政府还实施了一系列的积极举措,比如采取以奖代补形式给机构一次性建设奖补,在水、电、税费、金融等方面制定了优惠政策等。其次是社会力量。幸福家园服务中心是当地唯一的社会组织,他们上门为居家的失能老人提供检查服务以及精神慰藉。政府规定每月上门探访次数、内容和每周电话查访次数、内容来监督服务质量。在本案例中,养老机构和社会组织在政府的引导下,配合政府打好组合拳,通过发挥各自在不同领域的资源优势为农村失能老人提供养老服务。

## 2. 治理能力:资源、技术及制度的协同

养老机构因拥有医疗和护理资源而具备参与协同共治的能力。在本案例中,T养老中心的负责人L在项目运营前与人合资创办X县第一所民营医院D2,并借助本院康复科室的资源创办养老机构,这是典型的以医办养模式。项目运营后,L将丰富的医疗和养老服务经验带入到项目中,在T养老中心自建H医院并组建了一支专业的团队,使得其具备协同能力。此外民政局与T养老中心的前身D2医院老年服务中心有合作历史,该中心除了提供社会养老服务,还承担了全县各乡镇五保人员、孤寡老人、优抚对象等的服务,并提供免费车接车送、免伙食费、免护理费等福利。合作产生了正向积极的结果,惠民的福利政策既赢得了当地人的口碑,又带动了医院的发展,D2医院老年服务中心还被市老龄办授予“敬老文明号”荣誉称号,这些都为后来的协作奠定了基础。

信息技术作为一种协同手段,使得治理主体能够实现动态同步,跨时空进行资源和知识的整合<sup>[22]</sup>。在本案例中,由民政局和养老机构共建,民政局、养老机构和卫生健康部门共享的信息数据库是整个协同治理过程中的重要技术手段,在动态监管失能老人健康状况、评估考核养老机构以及医疗报销方面发挥了重要的作用。在实践中,信息数据库建立的两个环节也体现着协同的理念,一是主动发现,二是建档立卡。首先是主动发现。在精准扶贫中,精准识别是首要环节,也是一项基础性工作<sup>[23]</sup>。在识别失能对象的工作中,当地政府也借用了“精准扶贫”的思路。以精准扶贫

入户帮扶和对贫困户健康体检为契机,由领导小组牵头,组织医院、社工组织和乡、村卫生院进行入户排查,对于排查发现特困群体中的失能、半失能对象,先由当地乡镇卫生院认定并公示,再由乡镇统一报给县民政局审批。在过去,政府缺少主动发现和动态监测的方式和能力,而多元主体协同参与精准识别过程,则实现了不落一人的政策目标。其次是建档立卡、动态监管。识别过程中,由乡镇建立基础健康信息档案,在民政部门审批通过后,养老机构需要为所有入住的失能老人进行体检,建立详细的健康档案,并利用互联网健康管理平台将医生和护士查房情况(包括血压体温测量、失能部位监测等等)发送给责任医生和护士用于日常健康管理,将失能老人在照护过程中产生的费用发送给健康卫生部门用于医保报销,将养老机构运营情况和失能老人的健康信息发送给民政部门用于监管。由此可见,信息数据库使政府相关部门与养老机构的联系更加紧密,协同过程更加有序。

制度与信息技术一样,是影响协同治理过程的重要因素。制度是主体共识的理性表达,既维持协同治理的有序性,也能防止或化解合作中的冲突<sup>[22]</sup>。在本案例中,各协同主体的职责权限通过制度设计明确。养老机构“公建民营”的性质决定了其在发展社会化养老的同时,还要承担政府兜底保障职责。政府则主要在资金落实、提升补助标准、服务质量以及监管考核等方面主动作为,尤其在考核机制方面,由政府成立的工作小组每月会对养老机构进行服务质量检查。各乡镇敬老院会对本地区的特困失能老人进行跟踪,发现问题及时上报。在这个制度框架下,特困老人与社会入院老人享受到了同等的照护服务。由此可见,有效的制度框架有利于明确协同主体角色定位,有利于平稳有序推进协同过程。

## 3. 治理策略:协商共治

各事项的推进往往需要政府和养老机构共同参与协商,协同过程中双方会逐渐建立信任,形成高效的对话模式,并不断调整方案,最终达成共识。本文以“T养老中心创新精神病特困人员供养工作”为例展示协商过程中治理主体采用的治理策略。

失能的特困老人被送到乡镇敬老院后,由于乡镇敬老院缺乏专业的护理,对他们的照护不周到,问题和矛盾不少。县集中供养中心建成以后,

各乡镇敬老院纷纷将失能特困老人送往 T 养老中心和 Y 老年公寓，但这些特困群体中的精神病患者在病情发作时严重干扰到其他入住人员的正常生活。理想的协同过程是各参与者都有平等的机会把他们的建议和知识或信息传递到决策过程<sup>[21]</sup>，而协商又是协同治理中的很重要的环节。T 养老中心以书面申请的方式与民政部门进行协商，将该机构目前的医疗资源和水平、精神病患者发病时对其他入住者的影响以及相关建议上报给民政部门。政府成立的工作小组派人进行实地调研，发现精神病患者的入住确实影响了其他入住者的正常生活，经过进一步的讨论研究，决定将 T 养老中心第三层整修，把精神病患者集中安排在独立楼层，同时政府补贴 T 养老中心雇佣专业护理人员进行照护。2018 年 T 养老中心再次向民政部门提出建议，应分类管理失能失智特困老人，将病情严重的精神病患者安排到专业的卫生医疗机构进行治疗，而一般情况的失能失智特困老人仍可继续留在养老中心。在了解这类精神病患者的病情后，结合脱贫攻坚相关工作，2019 年 X 县政府在县精神病医院建立了失能失智照护中心，将全县特困老人中的 36 名精神病患者送到照护中心进行专业治疗。这些老人在治疗疾病的同时还能得到特级护理，在病情逐渐好转后，又转回之前的供养机构。事后，T 养老中心的负责人回忆道：在整个协商过程中，我们（养老机构）不是处于一个被动的、听从政府部门安排的地位，而是我们双方相互商讨达成共识。民政部门某负责人也表示：这是一个谈判的过程，双方在协调，养老机构并不是完全听从安排。

通过双方的多次协商，X 县失能失智特困老人供养问题得到解决。合作决策是治理主体在政府部门的组织下，对农村公共服务的目标、内容、程序等作出决定<sup>[15]</sup>。综观整个协商过程，可以发现协商不是简单的利益叠加，它需要衡量各利益方的诉求，并基于各方达成的共识作出最终的决策<sup>[24]</sup>。本案例中，政府部门和养老机构通过协商的协同策略，达成了第一次共识，提出“将精神病患者置于新空间以防干扰其他人”的决策结果，但是在后来的工作中发现，如果不对病情严重的患者进行专业的治疗，他们的病情会加重，也会伤害到护理人员，于是通过再次协商调整了决策，并提出“在 X 县精神病医院建立失能失智照护中心”的新决策，最终精神病患者得到了良好的照护。

4. 治理结果：经济赋能、健康赋能、社会赋能  
失能老人表现出三重脆弱性，一是经济脆弱，即因治疗或照护费用高引起家庭可支配收入下降，下降到某种程度进而陷入贫困<sup>[25]</sup>；二是生理脆弱，即因生理机能的弱化引起神志不清、行动不便的情况出现，严重到一定程度进而需要专人照料；三是社会脆弱，即老年人因经济脆弱、生理脆弱而被家庭、文化和社会福利排斥在外，得不到应有的支持，进而产生被忽略、被孤立的情绪。赋能在经济方面是指降低失能家庭陷入贫困的可能性，在健康方面是指提供医疗和护理服务，在心理方面是指给予失能群体精神慰藉和陪伴。X 县失能老人照护服务的供给模式，实现了特困失能群体的“应护尽护”，满足了当地失能老人的集中照护需求，提高了集中、分散照护服务质量，这些政策目标的实现主要得益于政府、市场和社会组织的协同赋能。

（1）经济方面。政府将农村特困老人的供养经费、经济困难失能老人的养老护理补贴等经费，直接转为集中供养护理费用，这种帮扶资金打包、直接拨付给养老机构的方式提升了兜底效果，同时政府给予养老机构运营（床位费）补贴，在一定程度上降低了社会养老成本。据 T 养老中心院长介绍，不同的失能等级老人的护理成本平均每月大致在 1500~2500 元之间，因此政府补贴基本上能够覆盖特困失能老人集中供养的成本。养老机构还会每月每人补贴老人 50 元零花钱用于购物。对特困失能老人来说，在照护机构既不用担心自己的长期照护费用，同时还能享受到与社会养老人员同等质量的服务；对社会养老来说，养老机构已纳入医保定点，失能家庭只需缴纳报销后的自费部分即可。另外，将失能老人安排在集中照护点的做法减轻了其家庭成员的照护重担，他们可以进入劳动力市场，这使得失能家庭年均增收 5000~20000 元，降低了家庭因失能而致贫、返贫的风险。

（2）健康方面。医养结合是 X 县进行集中失能老人照护试点的重点，当初，由于各乡镇敬老院无力为特困人员中的失能老人提供专业的医疗服务，老人只能医院、敬老院两头跑，增加了照护负担。于是政府决定建设集中照护机构将各乡镇有集中照护意愿的特困失能老人集中到县里 T 养老中心和 Y 老年公寓来解决这个问题。养老机构为此组建了一支专业团队，既有医护人员又有

护理人员,为失能老人提供医疗救治、基本生活照料、基础护理服务以及康复治疗,经过一段时间的护理,有些老人的身体状况逐渐好转。

(3) 社会方面。除了失能带来的无助,老人们也会因失能带来的不便产生消极情绪,或因子女外出务工无法时常陪伴而倍感孤独,因此对失能老人精神方面的慰藉和疏导显得尤为重要。养老机构会与当地社会组织合作,组织各种文娱活动,并安排社会工作者和志愿者参与到老人的日常陪伴中,一定程度上缓解了老人的负面情绪。

### 三、结论及启示

在脱贫攻坚期间,各地县级政府在社会保障兜底方面做了很多探索,其中包括强化对失能、半失能特困人员的兜底保障以及提升敬老院的服

务水平和照护能力。X县在实践中既解决了当地特困失能老人的养老问题,又积极探索出了一条社会失能老人养老服务供给新路径(图2)。它强调发挥政府部门、市场主体和社会组织的协同力量,通过分析可知,各治理主体在政府的引导下积极参与农村失能老人养老服务的供给,专业的养老机构或者非政府组织利用已有的资源或自身的优势打造协同能力;政府对协同治理主体积极扶持,鼓励和吸引市场力量和社会力量参与;通过技术支持和制度设计,推动协同治理进程的稳定发展,提高了各主体对农村失能老人养老服务多元供给的效率;在协同治理的过程中通过协商建立信任并制定策略,最终满足农村地区失能老人的照护需求,从而实现对失能人口和失能家庭在经济方面、健康方面和社会方面的协同赋能。

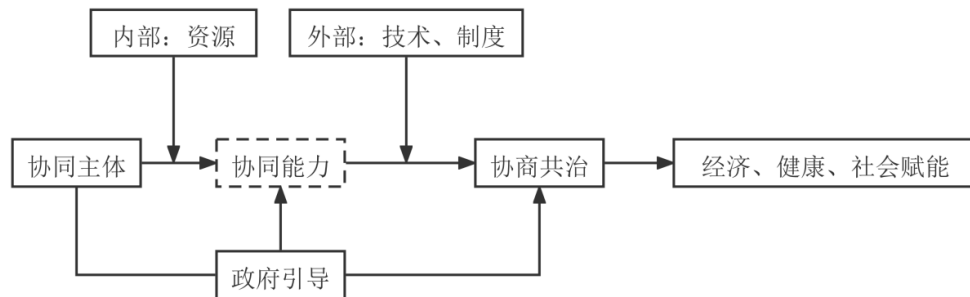


图2 农村失能老人照护的多元主体协同治理框架

上述结论对于推进农村失能老人养老问题的协同治理具有以下启示:

一是应注重发挥政府在协同过程中的引导作用。通常来说,协同治理的任一主体都可以担任领导角色,但在农村公共服务的供给中,政府理应是协同治理的发起者、引导者,不能用“市场化”的借口甩包袱。一方面,由于农村公共服务的“公共性”使得政府不得不承担相应职责;另一方面,农村市场养老服务消费能力较弱导致市场主体进入的积极性不高,或因面临行政阻碍,需要支付高额的交易成本而放弃进入。农村地区社会组织的力量也较为薄弱,无法承担牵头责任。政府为了动员各方力量参与协同治理,协同之初需要实施积极的帮扶措施,比如以奖代补和在水、电、税费、金融等方面制定优惠政策等。协同过程中政府也需要进行调控,比如在养老事业的战略规划、服务行业标准制定以及监管评估等方面,但应该注意政府之手的边界。

二是注重培育其他主体的协同能力。失能老人长期照护成本巨大,单靠政府力量无法满足失

能群体的照护需求,且效率低下,政府应该通过提供资源和机会,吸引更多的市场和社会力量进入到农村养老领域中来,或者通过机制设计,充分利用现有资源,鼓励有协同能力的机构为农村失能老人提供更专业的服务。本案例中,无论是分散还是集中养老模式,协同治理主体较少,协同形式较单一,而“十四五”时期是我国积极应对老龄化的重要战略时期,广大农村地区应该积极探索多主体协同共治的公共服务供给模式,目前正在试点的长期护理保险是在筹资方面的多元主体协同探索,而本案例中提到的“公建民营”养老机构改革则是在成本方面的探索。

三是不断提高协同效率,降低协同成本。技术和制度是关键的影响因素。信息数据作为一种治理技术提高了协同治理效率。在扶贫工作中,各乡、镇、县单位都逐渐建立起了自己的信息数据平台,X县失能老人的健康数据正是借助健康扶贫工作完成的。这些数据在前期收集中花费了巨大的人力物力财力,若后期使用到农村公共服务和乡村治理中,将会产生较好的外部效应。但目

前数据多呈碎片化的状况，还无法实现数据多场景的互联互通。今后，通过协同治理促进数据库建设和以数据库建设优化协同治理可以同步推进。在制度设计方面，要确保主体都参与进来，各主体在参与的过程中逐渐形成对协同目标的清晰认识，有助于达成共识，产生信任并推动协同合作。另外，制度设计的重点是制定透明的参与规则和程序。因为透明的参与规则和程序是各协同主体建立信任、感知公平的前提，而信任决定了最终能否协同合作。

四是注重培育社会力量。虽然家庭养老模式受到了多种因素的冲击，但无论从失能老人的需求来看还是从农村公共服务现状来看，农村家庭照护在未来依旧居于重要的地位。而家庭养老的基础就是孝道文化，因此除了利用社会化方式解决失能老人养老问题，在农村地区弘扬尊老、敬老和养老的传统文化也对解决失能老人养老问题具有重要意义。政府应该动员更广泛的社会主体参与农村失能老人养老工作，比如发挥村委会、村级自治组织、其他社会组织在养老、敬老文化宣传方面的优势。

#### 参考文献：

- [1] 第七次全国人口普查公报（第五号）——人口年龄构成情况[R]. 北京：国家统计局，2021.
- [2] 中国发展报告 2020：中国人口老龄化的发展趋势和政策[R]. 北京：中国发展基金会，2020.
- [3] 国家卫生健康委员会. 国家卫生健康委员会举行新闻发布会介绍建立完善老年健康服务体系指导意见有关情况 [EB/OL]. (2019-11-02). [http://www.gov.cn/xinwen/2019-11/02/content\\_5448445.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2019-11/02/content_5448445.htm).
- [4] 李强，岳书铭，毕红霞. 农村失能老年人长期照护意愿及其影响因素分析——基于山东省农村失能老年人的问卷调查[J]. 农业经济问题，2015，36(5)：30-41，110.
- [5] 廖小利. 农村失能老年人长期照护服务需求及影响因素分析——基于湖南的实证[J]. 人口与发展，2019，25(1)：119-128.
- [6] 苏群，彭斌霞，陈杰. 我国失能老人长期照料现状及影响因素——基于城乡差异的视角[J]. 人口与经济，2015(4)：69-76.
- [7] 程令伟，王瑜. 农村失能老人“自我维持型”照护困境与应对路径[J]. 华中农业大学学报(社会科学版)，2021(6)：129-137，192.
- [8] 石人炳，王俊，梁勋厂. 从“互助”到“互惠”：经济欠发达农村地区老年照料的出路[J]. 社会保障研究，2020(3)：34-40.
- [9] 苏群，彭斌霞，陈杰. 我国失能老人长期照料现状及对策建议[N]. 中国人口报，2016-08-08(03).
- [10] 高利平. 农村失能老人照护方式及社会支持研究[J]. 人口与发展，2015，21(4)：92-102.
- [11] 贺雪峰. 如何应对农村老龄化——关于建立农村互助养老的设想[J]. 中国农业大学学报(社会科学版)，2019，36(3)：58-65.
- [12] 刘昊，李强. 子女照料对农村失能老年人精神健康的影响——来自中国家庭的微观证据[J]. 云南民族大学学报(哲学社会科学版)，2020，37(2)：104-116.
- [13] 李燕凌，高猛. 农村公共服务高质量发展：结构视域、内在逻辑与现实进路[J]. 行政论坛，2021，28(1)：18-27.
- [14] 于东山. 跨界公共物品供给碎片化与协同治理系统[J]. 系统科学学报，2021，29(3)：78-83.
- [15] 范逢春，李晓梅. 农村公共服务多元主体动态协同治理模型研究[J]. 管理世界，2014(9)：176-177.
- [16] 赵曼丽. 从协同到共生：农村公共服务供给的理论构建与超越[J]. 江海学刊，2013(3)：213-218，239.
- [17] ANSELL C, GASH A. Collaborative governance in theory and practice[J]. Journal of Public Administration Research and Theory, 2007(18)：543-571.
- [18] BOUWEN R, THARSI T. Multi-party collaboration as social learning for interdependence: Developing relational knowing for sustainable natural resource management[J]. Journal of Community and Applied Social Psychology, 2004(14)：137-153.
- [19] EMERSON K, NABATCHI T, BALOGH S. An Integrative framework for collaborative governance[J]. Journal of Public Administration Research and Theory, 2012(22)：1-29.
- [20] 汪三贵，曾小溪，殷浩栋. 中国扶贫开发绩效第三方评估简论——基于中国人民大学反贫困问题研究中心的实践[J]. 湖南农业大学学报(社会科学版)，2016(3)：1-5.
- [21] 蔡岚. 协同治理：复杂公共问题的解决之道[J]. 暨南学报(哲学社会科学版)，2015，37(2)：110-118.
- [22] 吴春梅，庄永琪. 协同治理：关键变量、影响因素及实现途径[J]. 理论探索，2013(3)：73-77.
- [23] 汪三贵. 中国扶贫绩效与精准扶贫[J]. 政治经济学评论，2020，11(1)：130-148.
- [24] ROBERTS N. Public deliberation in an age of direct citizen participation[J]. The American Review of Public Administration, 2004，34(4)：315-353.
- [25] 韩峥. 脆弱性与农村贫困[J]. 农业经济问题，2004(10)：8-12，79.

责任编辑：李东辉