

國立臺灣大學社會科學院政治學系

政府與公共事務在職專班

碩士論文研究計畫

指導教授：蕭全政 博士

符合中國傳統的「全齡化養老社區」模式研究

以黑龍江省哈爾濱市養老現況為例

(口試本)

研究生：張允柔

學號：P98322024

中華民國 109 年 4 月 29 日

目 錄

第一章 問題意識	4
第二章 文獻探討	14
第三章 分析觀點與研究架構.....	33
第四章 章節安排	48
參考文獻	51

圖表目次

圖 1-1 中國三次嬰兒潮分析圖.....	5
圖 1-2 中國預期壽命圖表.....	5
圖 1-3 預期中國老人年人口數量.....	6
圖 1-4 「421」中國一胎化政策後的現有家庭結構.....	7
圖 1-5 中國老年空巢老人失能老人慢性病老人比例表.....	7
圖 1-6 老齡人的身心理需求.....	8
圖 1-7 中國空巢老人逐年增加表.....	10
圖 1-8 中國老人自殺率.....	10
圖 2-1 全齡化社區整體規劃	14
圖 2-2 全齡化養老社區功能定位規畫路徑.....	15
圖 2-3 中國推動老人產業歷年政策.....	20
圖 2-4 中國省市級政府加大養老產業優惠政策	21
圖 2-5 快樂老人一天的生活規劃	22
圖 2-6 社區居家養老到府服務項目	23
圖 2-7 國外社區養老發展模式	24
圖 2-8 長庚養生村現況圖	31
圖 2-9 潤福華城養老社區現況圖	32
圖 3-1 研究架構偏差動員分析.....	33
圖 3-2 哈爾濱潤福醫養社區榮譽獎章.....	35
圖 3-3 哈爾濱潤福醫養結合社區鳥瞰圖.....	36
圖 3-4 哈爾濱潤福醫養結合社區現況入口圖.....	36
圖 3-5 哈爾濱潤福醫養結合社區土地規劃建設詳圖.....	37
圖 3-6 哈爾濱潤福實景.....	38
圖 3-7 生活秘書協助老人學習電腦操作及網路購物.....	39
圖 3-8 潤福一期康復醫院.....	40
圖 3-9 潤福二期三級綜合醫院.....	41
圖 3-10 陽光文化休閒廣場.....	42
圖 3-11 陽光文化休閒廣場內部實景.....	42
圖 3-12 老人文藝表演活動.....	43
圖 3-13 老人動靜態活動.....	44
圖 3-14 潤福國際會議中心.....	45
圖 3-15 老人大學各項課程活動實景.....	46
表 2-1:通過互聯網可以給社區居家老人提供的養老服務表	18
表 2-2:2020 年 1 月底台灣各縣市人口結構圖	30
表 2-3:預估未來人口階段年齡層人口數與人口結構比.....	30

第一章 問題意識

面對全球的老年化社會問題，本研究探討全齡化社區養老的實施可行性方案，當人們上了年紀完成了國家社會和家庭賦予他們的責任後，進入晚年退休生活，有尊嚴的養老，老有所養、老有所樂、老有所醫，成為退休老人心中最大的期盼；如何能從老人生理和心理方面家人兒女兼顧的養老政策，在老年化社會來臨時成為各國政府努力的課題。

一、研究動機背景

(一)、中國老齡化的背景及進程

根據中國歷年人口出生統計年鑑分析 圖1-1，中國人口出生的進程中國自建國以來共經歷三次嬰兒潮：

第一次嬰兒潮：由建國初期持續到50年代末，年度出生人口達1851萬人。

第二次嬰兒潮：1962年~1976年，共計15年，年度出生達2787萬人，為中國帶來了3.6億的人口增長。

第三次嬰兒潮：1982年~1991年，年度出生仍然達2621萬人，雖然在“一胎化”生育政策的響響下，但是第二次生育潮創造的大量適齡生育群體，仍創造了第三次生育潮。

根據中國出生人口判斷，現階段中國新增老人主要為建國後第一次嬰兒潮出生的1950後的老年，但中國即將面臨全世界最大規模和最長時間跨度的持續人口老齡化現象是第二次嬰兒潮出生的1960後逐漸步入老齡階段，其龐大人口基數將為中國帶來更加急劇的人口老齡化現象。加上由於醫療與社會經濟進步因素，中國人口壽命不斷提升，預計2025年 人均壽命達76.7歲，2050年79.9歲，2100年85.3歲 圖1-2，如何因應高壽人群需求的產業與政策將大量被釋出。

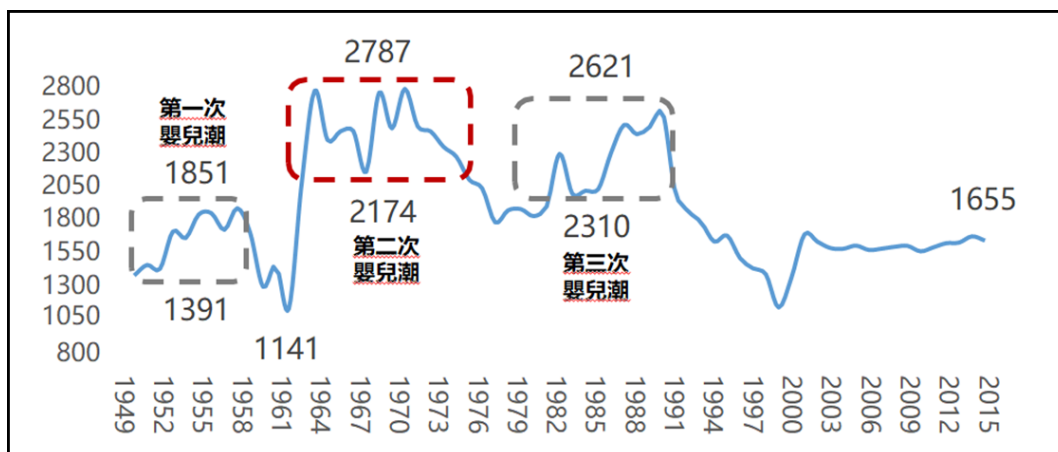


圖 1-1 中國三次嬰兒潮分析圖

數據來源：歷年中國統計年鑒

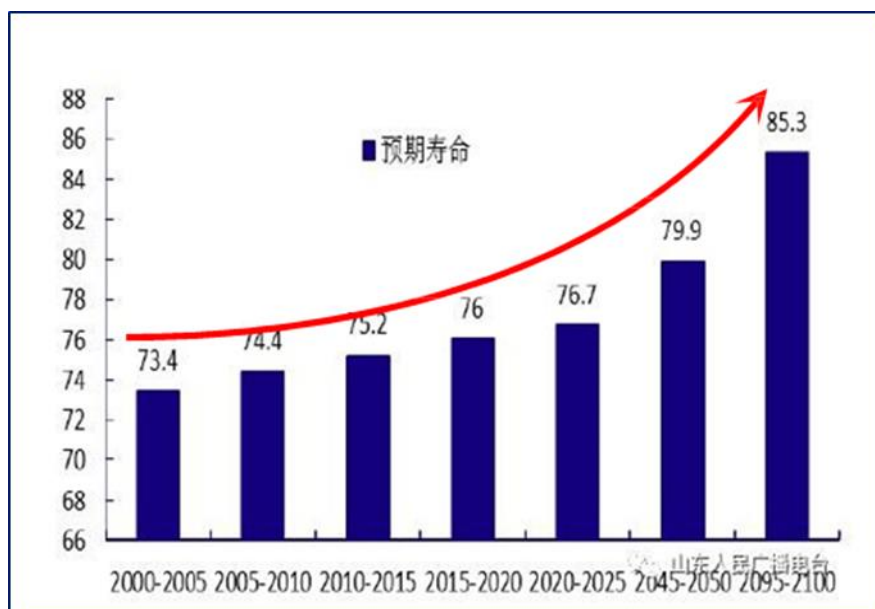


圖 1-2 中國預期壽命圖表

數據來源：歷年中國統計年鑒

城市化和現代化的快速發展進程中，人類邁進了所謂的風險社會，人口老齡化是全世界人口發展趨勢，作為人類社會十大長期風險之首探討。中國由於人口基數大，加上社會經濟的迅速發展，人民生活水準日益提高，醫療衛生條件得到明顯改善，人口壽命日益延長，老年人口逐年增加，中國成為了全世界老齡化人口最多的國家，也是人口老齡化速度最快的國家之一，約佔世界老年人總數的1/5，佔亞洲老年人口的1/2。截至 2017 年，中國 60

歲及以上人口數為 2.4 億人，占總人口比重 17.3% 圖1-3。

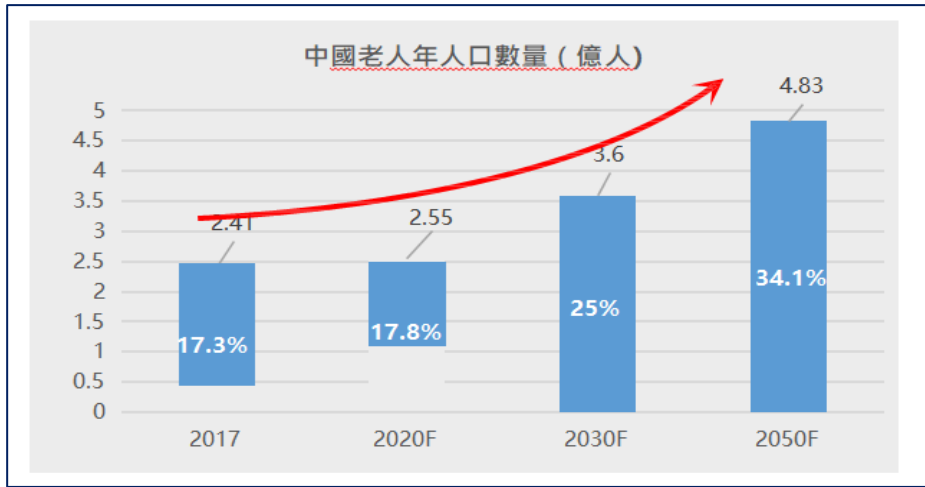


圖 1-3 預期中國老人年人口數量

數據來源:2017聯合國世界各國人口預期壽命發表數據

(二)、老齡化模式轉型的急迫性

中國的一胎化政策從1978年代到2015年，加快了人口結構的轉變速度，使中國人口生育率不斷下降，與此同時，“四二一”的家庭結構（指 4 個老年人+2 個父母+1個獨生子女）趨明顯 圖1-4日，傳統養兒防老的養老模式已不可能被實現。

隨著中國老年人口的快速增長，社會上對人口老齡化與老年人口問題更為關注，其中養老模式更是解決人口老齡化的焦點問題。老齡化速度愈快，2017年為止，根據中國民政部前瞻產業研究院研究報告指出:老年60歲以上老人占總人口的17.3%，空巢老人占老人人口的51.9%、失能老人占老人人口的16.7%、慢性疾病老人占老人人口的73.38% 圖1-5。這些占比急速擴大給中國政府帶來巨大的挑戰，尤其是家庭結構的轉變，使大陸傳統以家庭養老為主的養老模式帶來巨大衝擊。根據中國統計局第六次全國人口普查得知，受大陸出生率日益降低，人們生活觀念轉變以及人口遷移流動增加等因素的影響，2010年大陸平均每個家庭戶的人口數為3.10人，比2000年第五次全國人口普查減少了0.34人，家庭規模日益縮小，傳統的家庭養老功能不斷弱化，使人們對社會養老的需求與日俱增，也凸顯了養老轉型的急迫性。

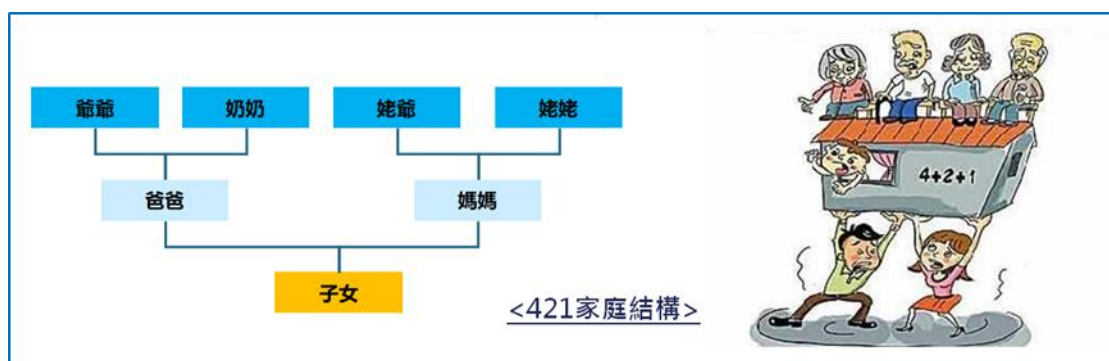


圖 1-4 「421」中國一胎化政策後的現有家庭結構
根據本研究所收集之資料繪製

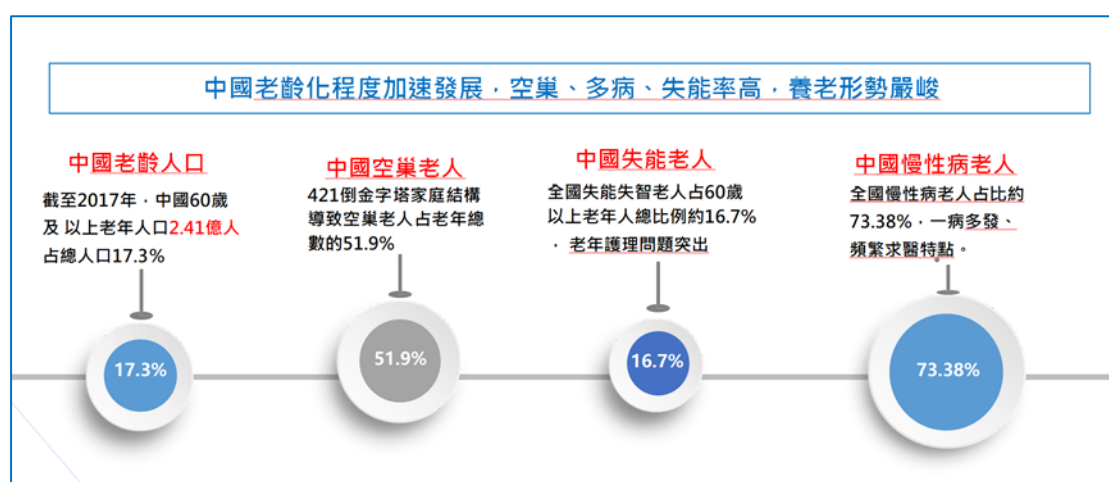


圖 1-5 中國老年空巢老人失能老人慢性病老人比例表

資料來源：中國民政部 2017前瞻產業研究院

(三)、老齡化人口的生理及心理需求

老齡化人口從生理的基本需求(生理照護需求、安全需求、社區服務需求)延伸到心理層面的需求(尊重需求、自我實現需求)，生理的需求是基礎的層面上，從低到高按層次逐級遞升為心理精神的需求 圖1-6。契合當代老人生理及心理需求的老年生活構想是以三代同堂式(或同一社區)的居家養老模式，含飴弄孫最能撫慰老年人的心靈，能很方便相互關照生活，又有符合自己生活機能的獨立生活空間¹。一般養老機構(養老院或養老社區)全部都是老人入

¹司馬蕾 《老幼複合型社區養老機構的構想與實踐》—日本的經驗與啟示
上海市青年科技英才揚帆計畫資助專案(14YF1403600)上海市浦江人才計畫(14PJC101)。

住，老人與相同年紀老化的人共同生活，產生了日益衰老的情緒氛圍，一個個周邊夥伴慢慢重病或去逝，產生老人悲觀的心理壓力。然而，全齡式養老社區因為有下一代及青年人兒童同住社區老年人看到年輕下一代的蓬勃朝氣，感染了老人忘卻了年齡老化的寂寞感，同時老人也可通過以自己過往的職場經歷提供社區年輕人各種幫助中體現自我的價值²。年輕一代更能因為與父母、祖父母同住社區，把中華文化倫理中的孝道通過彼此依賴的生活中點點滴滴無形中的傳承下去。



圖 1-6 老齡人的身心理需求

根據本研究所收集之資料繪製

一. 生理需求

由生理變化產生的生理需求，人體在進入六十歲後新陳代謝將逐漸減慢，免疫機能開始下降，內臟器官功能也慢慢減弱各種慢性疾病逐漸發生，這些慢性疾病影響老人的健康生活包括飲食、行動、視力等等。但這些衰老過程，可以受到外界因素影響而得到延緩或者加速，所以加強老年人的身體健康管理，可以有效遲緩老化速度，預防慢性疾病突發。現今老年人最大的擔憂就是健康問題，建立完善的老人疾病醫療與健康管理系統尤為重要。另外隨著經濟水準的提高，健康狀況的改善，老年人對生活品質有了更高的要

²黃怡 .2015 《契合當代老人心理與生理需求的老年生活構想》湖北經濟學院學報（人文社會科學版）第 12 卷 第 8 期。

求對健康養生越來越重視，普遍認為日常養生是健康管理的最好方式，生理需求除了身體健康管理因素外，更延伸到老人的安全需求如居住環境需求，輪椅或行動不便老人的無障礙的活動空間，老人居住環境衛浴設備等的客製化，慢性病保健飲食的管控，疾病或是術後的復健照護等都成為老人生理需求的重要元素。

二. 心理需求

老人對於心理需求隨著年齡的增長也會有所改變，所以對於老人晚年生活的規劃不僅要契合社會發展需求標準，更應當兼顧老年人內心的需求，當人們步入老年期，對親人的依賴度會逐漸加深，不僅需要生活中的陪伴更需要與人進行精神上的交流。中國因生育管制產生的第一代獨生子女的父母，對孩子更有很強的情感依賴，70%的老人認為子女在自己的養老過程中不可或缺，68%的老人希望和子女共度時光。但現實中，中國空巢逐年增加老人比例接近50% 圖1-7，孤獨感成為老人最大困擾，孤獨感使老年人更加渴望與親人交流。

老有所為中的自我實現需求，與之前圍繞工作的生活相比，退休後的生活相當空閒，此時自我對社會存在感與價值感的追求提升了。老年人群更多追求精神上被重視的愉悅滿足感，不斷學習新生事物、融入社會，擁有集體歸屬感與個人價值感，從而獲得樂觀積極的年輕心態，精神需求的配套功能將成關鍵因素。

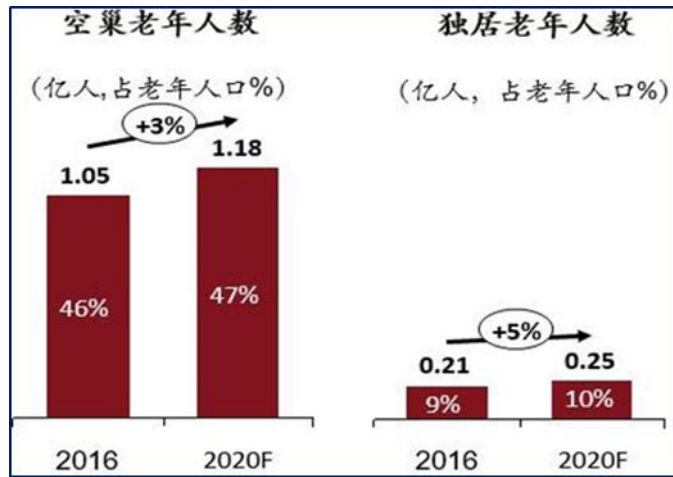


圖 1-7 中國空巢老人逐年增加表

2015年中國國家衛計委統計

老人的心理影響層面除了情緒方面的孤獨感外，還有疾病所產生的心理痛苦，許多行動不便的老人需要介護照料，私密性與尊嚴的需求尤為重要，但是由於護理人員緊缺和繁重的工作量，常常無法顧及老人的尊嚴³無形中對老人的心理產生很大的傷害，研究中發現中國的70歲以上老年人自殺率偏高平均達到了51.5例 / 10萬人，鄉村比例尤其高到達65.6例 / 10萬人 圖1-8，根據中國國家衛計委針對老人自殺排名，174個國家調研中排名第24位。

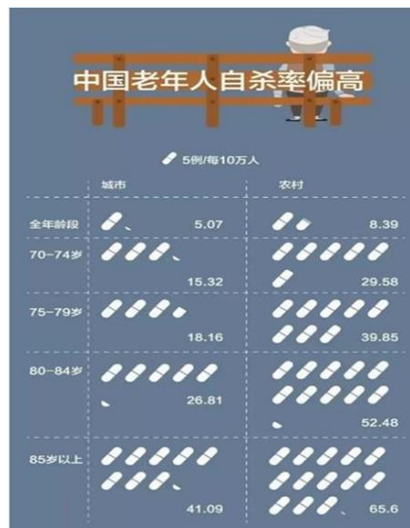


圖 1-8 中國老人自殺率

2015年中國國家衛計委統計

³ Jakobsen, R. Sorlie, V2010. 《 Ider people in a nursing home: Narratives of care 》 Journal: Nursing Ethics Page: 289-300

二、研究內容要點

(一)、研究內容與重點

面對社會養老的巨大壓力，2006年2月，中國第二次全國老齡工作會議上強調發展“以居家養老為基礎，社區服務為依託，機構養老為補充”的中國特色養老服務體系，社區養老服務作為居家養老和機構養老的過渡和橋樑被明確提出，但是通過十幾年的實際運作績效不佳。於是，全齡式的養老社區模式開始被各級政府重視，並結合社會資本參與建構更符合中國傳統倫理的創新養老模式。

全齡化的養老社區模式是以居家養老為核心基礎，社區養老為服務架構，以全齡式三代同堂（或三代同社區）的家庭倫理為輔加上社區生活機能服務、健康醫療服務及網路數據服務的新型居住社區規畫概念。老年人在熟悉的環境中享受社區照護服務，滿足老年人看重“親緣”“地緣”的戀家心態，增強老年人的歸屬感，避免了去專業機構養老院造成陌生感和被遺棄感等不良情緒，社區的居家健康照護及公共設施均因採取全齡共用理論，費用也比機構養老院低廉，很多服務功能可以延伸覆蓋到居家的養老群體。

(二)、研究養老方式

中國目前的養老模式由於中國人口基數很大，老年人口呈現出逐漸增長的趨勢，為了應對人口結構的變化，近年中國政府出臺了一系列鼓勵養老產業發展的政策，並制定了“90-6-4”的養老產業發展規劃，即 90% 的老年人實行居家養老，6% 的老年人實行社區養老，4% 的老年人實行機構養老⁴。這 3 種養老方式中，居家養老由於中國傳統的“養兒防老”觀念最易被老年人接受。以下是當前中國養老模式概述：

一、家庭養老模式。

這種模式在中國發展歷史悠久，應用範圍比較廣泛，主要由子女和其配偶為老年人提供資金、生活以及精神全方位的照顧。對家庭養老而言，這屬於一種反

⁴陳馳 2019 《Chinese Nursing Management》 Vol.19, No.02,。

饋養老模式，主要以家庭為載體，發揮自然實現的保障功能，實現上下兩代人的互惠均衡，可以促進代際之間的交流，給予老年人更多的精神歸屬感，滿足老年人葉落歸根的心理需求。另外，家庭養老可以降低社會成本，規避社會養老金管理存在的風險。但是也存在很多的不足。第一，一旦子女人數較少，就會增加養老負擔。第二，隨著社會經濟的發展，有的人思想觀念出現很大轉變，再加上老年人體弱多病，從而出現了虐待老人的情況。第三，對農村家庭而言，由於農村家庭收入水準比較低，產生了更大的養老壓力。

二、機構養老模式。主要包括以下幾種形式：第一，敬老院，就是為殘疾老人和3無：「無生活來源」、「無勞動能力」和「無法定贍養人」、無社會保險老人提供安度晚年的養老機構。第二，福利院就是國家和社會團體為救助社會困難人士等而創建的愛心福利院。第三，養老院就是為老年人群體而居，為老人安度晚年而設置的養老服務機構。第四，老年公寓，就是為老年人集中居住而建立的，滿足老年人心理需求，建立相對完善的文化娛樂以及醫療保健服務體系，主要分為高中低三檔。第五，護養院，又被稱為護理養老機構或者護理院，主要接受生活不能自理的老人而建立的社會養老服務機構。在機構養老模式中，可以把老人集中起來，提升養老的規模化的水準，提升養老效率，促進養老人員交流與互動，消除孤獨感。但是也存在很多的不足如存在養老服務結構供需矛盾，老年人人口數量逐漸增加，而養老機構比較少，並且我國養老機構數量比較少，服務品質差，無法為老年人提供高品質的物質生活和精神生活。從農村來看，留守老人或者空巢老人數量增加快速，但是農村養老服務機構發展緩慢。

(三) 社區養老模式：是政府在社區內，為老年人提供基本的物質、衣食住行等服務，具體做法：老年人仍然居住在自己家裡，由社區養老服務中心為老年人提供飲食營養和醫療護理心理諮詢，然後定期去老人家裡做家務，提供親情服務，滿足老年人的心理需求⁵。但是採用社區養老模式依然存在很多不足：第一，相關

⁵穆光宗，朱泓霏 2019 《中國式養老：城市社區居家養老研究》浙江工商大學學報第三期 P92

的法律法規不健全，無法保障老年人的合法權益。第二，有的社區管理中心管理水準不高，服務意識比較差，無法滿足老年人在生活和精神方面的需求。第三，沒有建立完善的基礎設施，硬體設備跟不上時代發展的需求。第四，服務人員綜合水準比較差，缺乏專業性和連續性，提供服務專案比較少。

以上養老形式中居家養老意願佔據主流，大部分老年人擁有自己的住房，居住方式選擇基本一致，老年人願意獨立或與子女共同居住在環境熟悉的社區。反觀老年人居住養老機構的意願，城鎮老年人願意住養老機構的比例 10 年間從 18.6% 降到 11.3%，農村老年人則從 14.4% 下降到 12.5%⁶。在中國全齡式社區居家養老是既符合傳統習慣，又適應現實國情的主要養老方式。

⁶梁娜 2012 《老年人长期护理需求研究》 北京物資學院。

第二章 文獻探討

符合中國傳統的「全齡化養老社區」模式研究，將透過以下幾點主要研究方向進行：

一、全齡化養老社區整體規劃:

因為整個社區涵蓋了各年齡層的居住人口，所以社區整體規畫就是一個非常重要的項目，從地點位置選址到社區功能規劃，到居住空間規劃等環節都須以人性及使用機能詳加設計 圖 2-1。選擇距離上班上課人群交通便利的地點開始到劃分單獨功能區及老人為主並且符合幼童，年輕人，壯年人，中年人的生活共用社區，無障礙活動空間規劃，住宅建築形式及公共區域採多元化設計，社區醫院，康復健康管理，社區活動中心，圖書館，健身房，泳池，SPA 會所，社區幼兒園，社區老人學院，居家生活管家管理中心(居家送餐，居家清潔，居家專業康復)，社區超市賣場，社區電影院，社區小型商城，社區餐廳、等都必须符合以老人為主的全齡化社區整體規劃。

圖 2-2



圖 2-1 全齡化社區整體規劃

根據本研究所收集之資料繪製

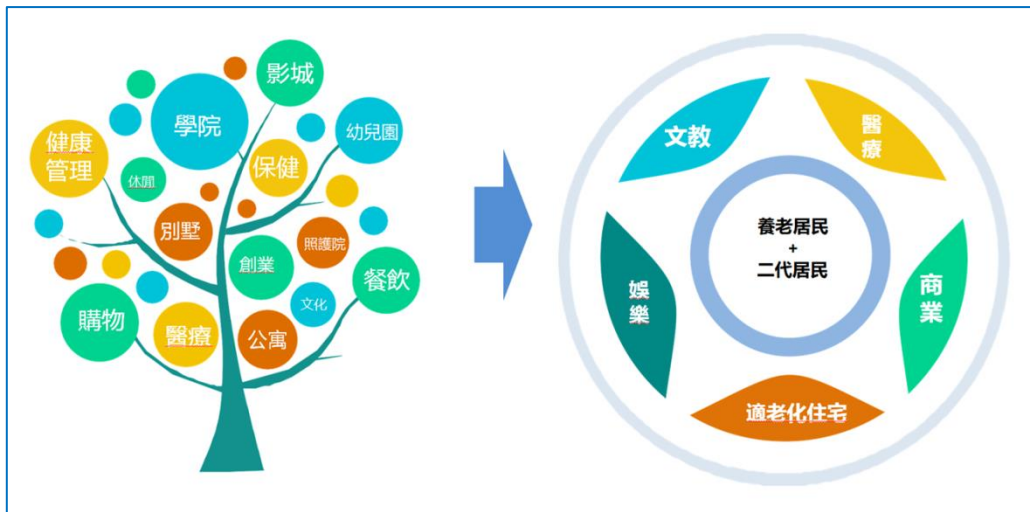


圖 2-2 全齡化養老社區功能定位規畫路徑

根據本研究所收集之資料繪製

二、中國提倡「醫養結合」養老社區之研究:

中國不同於台灣的醫院密集，大部分社區的醫療條件欠缺加上人口老齡化現象對中國養老和醫療服務體系產生了嚴峻挑戰，醫療體系與養老資源的深度整合，發揮協同效應將醫療機構轉型為養老社區服務、醫療機構與養老機構的合作和社區醫養結合模式來實現。近些年中國公共服務取得了明顯進步，一些地方也在“健康老齡化”和“健康中國”的理念下進行了醫養結合的養老服務模式。由於健康是老齡化最重要的訴求所以醫療和養老服務是不可分開的產業規劃，醫養結合中的醫療主要以疾病發生前的預防醫學理念為主，疾病治療為輔，著重個人健康管理概念加強老人慢性疾病的健康宣導及用藥管理，減少併發轉為重大疾病住院手術的發病率，相對也節省個人與國家的醫療負擔。

典型的社區醫養結合模式，既符合中國文化上對居家養老方式的認可，醫護人員定期到家服務能為老年人提供充分、有效的醫療幫助，改變傳統養老模式。這裡的居家養老，不是傳統意義上的在家裡養老，是在社區、社會

支撐下的，以專業化養老醫療服務為依託，提升老年人健康的社會化養老的具體體現。

創新“醫養結合”養老服務新模式⁷，中國的醫療養老服務體系主要由居家養老、社區養老、機構養老三部分組成。對此，民政部進一步推動落實現有優惠扶持政策，制定養老醫療服務體系建設規劃及長期護理照料制度和保險機制、建立現代化醫養結合產業體系。

中國醫療養老服務也因此出現五大轉型：1、從家庭保姆照料到專業護理員照料轉型；2、從以家庭和個人的贍養照料為主到以社會制度性保障為主；3、從保障老年人衣食住行基本生活到提供康復照料、情感護理等服務保障；4、單純的養老機構到“醫養結合”型的養老機構轉型；5、從以政府為主的養老機構到公辦與民營醫療機構同步發展模式轉型。

“醫養結合”型的養老服務是“老有所醫”與“老有所養”的緊密結合，是養老、健康保障體系架構不可或缺的重要組成部分，也是解決當前醫療與養老互相獨立、自成體系格局的弊端。“醫養結合”型的養老服務具有自身的特點和內涵，表現在實際醫療保健服務和老年照護服務工作中，對醫療保健服務能力、水準要求高，特別是對行動不便和失智老人的照護更為專業化、人文關懷照護更為細緻。“醫養結合”要求從養生、保健、生活照料護理、疾病醫療，預防保健等各方面都能充分滿足老年人的身心健康要求。如：提供美味、健康、合理的營養膳食；定期為老人進行健康教育、健康諮詢和醫療服務；定期檢查身體，建立健康數據檔案；宣導精神愉悅的保持，進行心理輔導，通過各種活動讓老人通過不斷交流，保持心情舒暢，提高老人身心健康的幸福指數。

2020年 COVID-19 新冠病毒侵犯全球，染疫死亡中老人的死亡率占了近半，尤其是各國的養老機構死亡率更是驚人，老人成了流行疾病中最脆弱及

⁷張立平 2015 把老年《“醫養結合”養老服務做成最美的夕陽產業》解放軍總後勤部衛生部原部長期刊報告

弱勢的族群，3月中旬召開的中國務院聯防聯控機制新聞發佈會上，國家衛生健康委老齡健康司司長王海東表示，老年人的抵抗力相對較弱，而且大多都患有基礎性疾病，所以更容易感染傳染性疾病，老年人是這次疫情防控的重點人群。對老年人進行健康管理，特別是對那些高齡老人、失能老人、還有空巢的老人，特別予以關注。

這也意味著，在疫情過去後，養老行業更要結合“醫療健康管理”，對於未來醫養結合發展走向做好準備，結合中國國情發展出符合需求、高品質服務及更健康的養老產業。

三、互聯網大數據及 AI 智能化養老社區之探討

隨著大數據時代的到來以及在各個領域中的滲透，在改變生產生活方式，減少人員勞力的同時，還能夠提高工作品質與工作效率，為各領域的發展帶去無限動力。將大資料應用在社區養老服務體系中，對養老服務行業的發展有著推波助瀾的重要作用，為凸顯大資料的重要價值，在具體運用中，應從著手於以下內容：首先，地方政府應認識到大資料對社區養老服務工作的積極作用，結合實際情況建立資訊平臺；其次，充分利用資訊平臺開展養老服務工作，並對產生的資訊進行收集和整合；最後，詳細分析大數據內集結的不同地區的養老服務需求，然後根據實際情況，提供多層次，多方面的養老服務，同時還要將現有的服務內容進行完善⁸。

大數據對社區養老服務的影響，在資訊技術與網路技術蓬勃發展的背景下大數據時代應運而生，將其應用在社區養老服務中，具有諸多優勢除了豐富養老服務內容尤其大數據在社區養老服務中的應用，能夠改變養老服務內容單一的問題，並通過提供者給出的資料為老年人制定針對性的服務計畫，在此基礎上根據老年人的愛好為他們提供精神上的服務，從而滿足老年人的服務需求，提高社區養老

⁸候昌松 2019，5 《大數據在社區養老服務中的運用探討》 安徽大學藝術與傳媒學院科研管理。

服務品質及優化養老服務資源配置。

與傳統養老服務不同的是，AI 大數據下的養老服務可以不受時間、空間的限制，在統籌各地區養老服務資源的同時，還能夠實現資源分享，優化資源配置，以提高社區養老服務的整體服務品質及效率。大資料在社區養老服務中的應用，能夠及時、準確、全面的把將存在問題的社區養老服務隊伍進行整改，並結合實際情況建立管理制度，以起到監督和管理的作用，其具體內容如下：

- 1 建立社區養老服務資訊平臺，完善養老服務內容 表 2-1 。
- 2 強化相關部門的共享資料思維，優化養老資源配置。
- 3 建立線上養老服務回饋機制，提高養老服務品質。
- 4 綜上所述，大數據在社區養老服務中的運用與實施，改變傳統服務理念與工作方式的同時，還能夠解決工作中存在的問題，促進服務品質和服務效率的提升，從而為老年人提供全面優質的服務，滿足他們提出的各項服務要求⁹。因此，在今後的社區養老服務中，相關人員應充分認識到網路大數據資訊所具有的價值，將其合理應用在具體的工作中，以此獲得良好的服務效果。

服務種類	服務形式	服務內容舉例	服務手段
生活照料服務	現實上門服務	洗衣、送餐、送水、穿衣、理髮、攙扶上廁所、拖地	日常規範化訂單管理
	網路虛擬服務	生活提示、日常關懷	網路、電話平臺推送
	現實和視訊均可	資訊諮詢、講座培訓	現場諮詢、線上諮詢、觀看視頻
醫療護理服務	現實上門服務	送藥、打針、吃藥、測量身體指標	日常規範化訂單管理
	網路視訊服務	養身講座、健康培訓等	觀看視頻講座、網路訂單操作
	現實和視訊均可	康復指導、養生講座	現場諮詢、觀看視頻
精神慰藉服務	現實上門服務	聊天、心理諮詢、陪同散步	日常規範化訂單管理
	網路視訊服務	網路聊天、線上交友等	線上互動專區
	現實和視訊均可	線上線下聯誼交友、老人興趣小組	線上或線下活動
緊急救助服務	現實上門服務	緊急送醫、送藥、心理諮詢	日常規範化訂單管理
	網路視訊服務	自動報警、網路監控、遠端監護	網路報警、可穿戴智慧設備警示
	現實和視訊均可	可穿戴設備的開啟與關閉	上門操作、網路操作

表 2-1:通過互聯網可以給社區居家老人提供的養老服務表

根據本研究所收集之資料繪製

⁹睢党臣 彭慶超 2018 年 5 月《“互聯網 +”背景下我國城市社區智慧居家養老服務模式的構建》。

四、社會資本與政府共建全齡化養老社區之探討

社區養老大部分仰賴政府的公共政策財政支出，這是當前中國養老主要模式。但是，全齡化養老住宅相對於傳統社區養老，對住宅開發及房地產企業有更高的要求。首先，全齡養老住宅需要開發企業加強醫療、保健、娛樂等針對老年人需求的資源及中青代年齡居住生活需求的整合能力，以社會資本為核心，依託現有政府社區規劃，整合多方社會專業團隊資源共同開發，才能永續經營以服務為導向的全齡式養老社區，再者，由於養老住宅的資金投入巨大，而回收期相對較長，需要地產企業提高獲取長期合理成本資金的能力支持及政府提供的補貼方案及優惠稅收政策 圖 2-3 圖 2-4，社會資本的專業運營模式，將帶來社區居民，資本方，及政府三贏的好處。

典型的政府結合社會資本的模式是 PPP (Public-private partnership) 政府和社會資本合作、民間參與公共建設、公私合作夥伴關係、公用事業市場化、公用事業民營化等；或公用事業市場化，公共基礎設施項目的一種資助模式¹⁰。

政府與民間選擇合適的合作方式有 BOT、TOT、BOO 等都是 PPP 模式在養老產業中的合作方式，不同的合作方式對應著不同的運營方案。根據專案特點，選擇合適的合作方式，擇優選取企業進行合作，來滿足不同需要的老年群體，推進養老產業健康發展。

PPP 模式在養老地產中的應用優勢存在，以更好地實現政府、企業之間的互補合作，實現利潤最大化，且有以下優點：

(一). 可以有效地消除計畫費用超支:政府和企業雙方在建立合作關係的初始階段共同參與了項目的決策，該階段的交流為合作專案在資金和技術上的可操作性奠定了良好的基礎，縮短了前期工作的籌備時間，盡可能減少

¹⁰李樂佳 王贊鈺 2014 《PPP 模式在我國養老地產發展中的應用》
(聊城大學建築工程學院，山東 聊城 252059)。

了專案所花費的時間和費用。根據對已經採用 PPP 模式的養老專案費用的統計，PPP 模式為養老專案大約節約了 17% 的費用，同時 PPP 模式可以降低專案資金的風險，保證工程再計畫時間內順利竣工。

(二). 能夠轉變政府職能，減輕財務負擔：政府由提供基礎設施和公共服務的服務者轉變為專案的監督者，職能的轉變使工作量減少，從而可以把更多的精力放到工程品質建設上。通過對企業進行融資，減少了政府的財政負擔，同時可以利用企業先進的技術和豐富的管理經驗進一步減少項目成本。

(三). 使投資主體更加多樣化：政府提供了有力的政策扶持，為企業提供了資金方面的保障。政府和企業的合作推動了投資制度的變革，同時在設計、管理、施工過程中因為有企業的參與，辦事效率得到了提高，有效的管理經驗也得到了推廣，實現了投資主體的多樣化。

(四). 政府和企業承擔的風險得到了合理的分配：在 PPP 專案籌備期完成風險的分配工作，由於政府投資了一部分資金，擁有一部分控制權，所以提高了項目合作的成功率。同時政府也承擔了專案的一部分風險，這樣減少了企業承擔的風險，合理分配了投資風險，使融資難度降低¹¹。

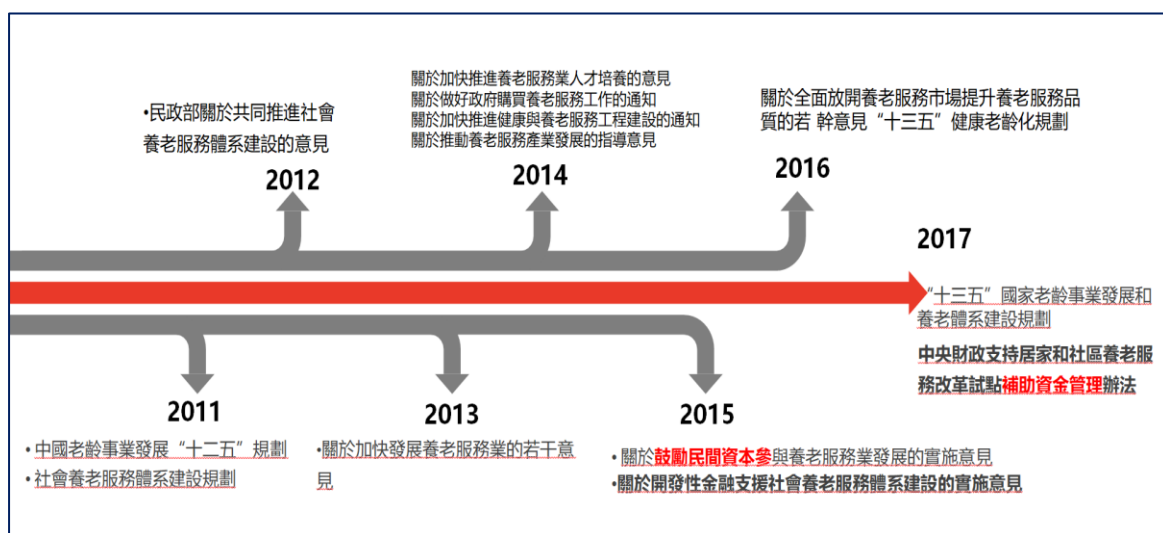


圖 2-3 中國推動老人產業歷年政策

根據本研究所收集之資料繪製

¹¹ 蔣旭東 劉暢 2018 《養老 PPP 模式的發展現狀及前景預測》。

中國省市級政府加大養老產業優惠政策

	非營利養老機構	營利性養老機構
土地	國有劃撥土地或者農民集體所有的土地	經營性用地依法辦理有償用地手續
稅費	1、育養服務收入免徵營業稅、城市維護建設稅和教育費附加，佔用耕地的免徵耕地佔用稅 2、免繳城市基礎設施配套費、有線電視入網費，減半防空地下室易地建設費、有線電視基本收視維護費。 3、用電、用水、用氣、用熱按居民生活類價格執行。 4、減免環境監測服務費、各類行政事業性收費。	
補貼	1、收入可免徵企業所得稅；其自用房產、土地，免徵房產稅、城鎮土地使用稅。 2、免繳征管理費、水土保持補償費、水利建設基金、殘疾人就業保障金	
補助	運營補助：開業後按按入住人數給予三年補助，自理最高1000元/人/年（省級600元、市級400元），半自理2000元（省級1200元、市級8000元），不自理3600元（省級2400元、市級1200元）； 床位建設補助：一次性補貼，最高7150元/張；（不含居家式、會員制、產權式老年住宅、老年社區）；	
補助	10-100萬元開辦補助	
保險	養老機構責任保險補助：按每位老年人每年投保金額100元，市財政、區縣財政、養老機構承擔比例為4：3：3。	

圖 2-4 中國省市級政府加大養老產業優惠政策

資料來源：2019 民政局養老產業優惠方案

五、全齡化社區養老的專業社區服務管理體系研究

全齡化社區養老管理及服務，不同於一般社區的物業管理，所需涵蓋的層面及參與的專業團隊很廣，分為生活照料服務、醫療保健服務和精神照料服務三大類，因為全齡化養老社區主要使用社區服務的族群為老人其中醫療健康照護尤為重要。生活照料服務是社區居家養老服務中最基本的內容，主要為老年人提供居家照料和日間照顧服務，提供老人快樂一天的生活規劃

圖 2-5。居家照料服務對象主要是那些日常生活部分能夠自理的老年人，可配合民政部門主管的居家養老服務中心、社區家政服務機構、志願者隊伍和其他形式的慈善、互助組織。社區日間照料服務的服務對象主要是白天缺乏家人照顧的體弱及行動不便的老人，由社區創辦的老年日間護理中心以日托形式為老年人提供各種日間照顧服務 圖 2-6。

醫療保健服務提供健康諮詢、健康檢查、疾病診治以及醫療護理等綜合服務。服務形式可以分為入戶服務及到院服務。入戶服務主要是家庭病床服務，由社區衛生服務中心主辦，定期指派醫生上門為患病老人提供聽診等常

規服務。到院服務指老人到康復中心或社區醫院、專科醫院以及老年醫院中接受的醫療服務。

精神照料服務內容包括老年教育服務、文娛健身服務和心理健康服務。老年教育服務主要指老年學院和老年大學分校，服務形式主要有各種講座、學習班。文娛健身活動主要包括文藝課程、娛樂活動和健身活動。心理健康服務主要包括社區衛生服務中心為老年人提供老年心理門診，心理諮詢服務，以及由宣傳部精神文明建設辦公室主管的老年志願服務團隊為老年人提供讀書讀報、談心聊天服務等。

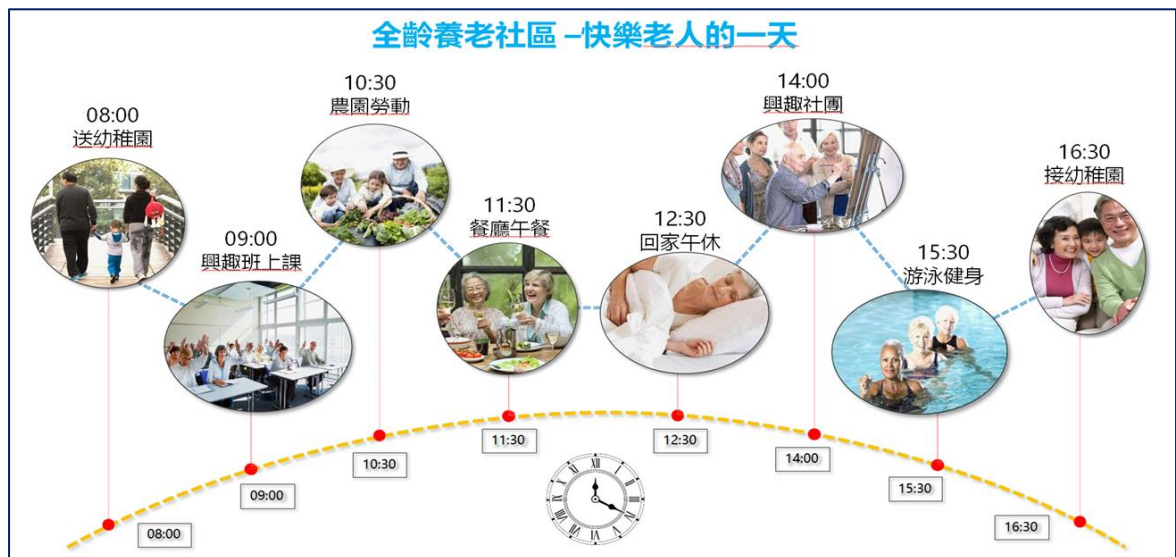


圖 2-5 快樂老人一天的生活規劃

根據本研究所收集之資料繪製



圖 2-6 社區居家養老到府服務項目

根據本研究所收集之資料繪製

六、國外及台灣全齡養老社區之借鏡分析:

西方發達國家較早進入老齡化社會，養老社區發展也相對成熟，在專案融資、規劃建設、運營模式、政策支援等方面皆有借鑒之處 圖 2-7。本文研究包括台灣，美國美國全方位養老服務計畫(Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)及日本 CCRC(Continuing Care Retirement Community) 持續照料退休社區是美日當下最為流行的養老社區模式之一，德國及日本老幼複合型社區養老機構等，分析各國養老模式的利弊以及中國老年產業發展的預測等，通過國外經驗與中國傳統特色探討分析全齡化養老社區模式的可行性與利弊。

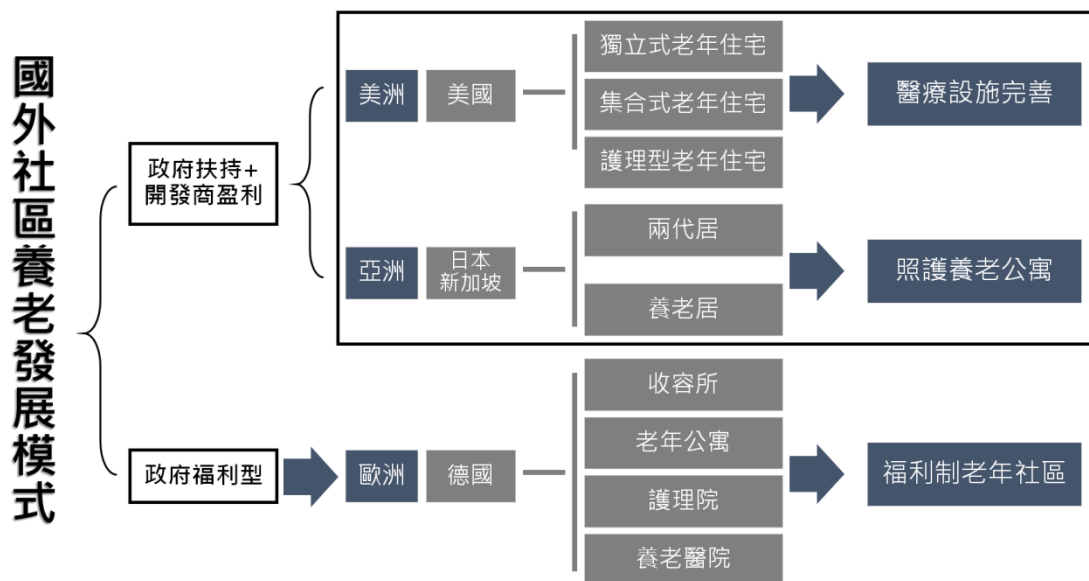


圖 2-7 國外社區養老發展模式

根據本研究所收集之資料繪製

(一)、日本

日本 CCRC (Continuing Care Retirement Community) 的日語版稱為“生命之城”(暱稱：白金社區)¹²。CCRC 不僅是高級住宅，而且是一個綜合性的生活方式業務，包括醫療保健，餐飲，健身和終身教育，這將為當地創造就業機會。日本 CCRC 是一種雙贏的模式，公民，地方政府，私營公司，大學都可以享受其優點。日本 CCRC 的社區中老人積極地參加精心準備的計劃，例如預防醫學，飲食，終身學習，輕鬆工作和健康大數據分析。老人與社區學生透過校園中相互學習與交流得到生活最大的成就愉悅感。

傳統養老的核心功能是“居住”和“護理”，而日文 CCRC 的基本功能卻健康社區，社會參與，多代共同創造和整體管理等多功能的養老服務體系。

日本老幼複合型養老機構，將老年人和兒童看護設施鄰近或合併設置的“老幼複合型機構”因其對促進不同世代人群間交流¹³、理解的獨特社會效益

¹² MATSUDA, Tomoo 2015 The possibility of Japan-version CCRC Journal: The Japanese Journal of Real Estate Sciences Page: 80-87。

¹³林谷啓美，本莊美香・2012《高齢者と子供との日常交流に関する現状とあり方》・園田學園女子大學論文集，：69-87。

而在世界受到矚目。日本從 20 世紀 90 年代起嘗試建設此類機構，而對其使用情況的追蹤調查也證實了設施對促進使用者身心健康以及社區人際交往的積極意義。儘管面臨著國情和相關規範方面的諸多不同，但從社會和經濟意義的角度考慮，老幼複合型機構仍然值得推廣的養老模式。

日本老幼複合型設施的發展與現狀，基於對老幼複合型設施的經濟價值和社會意義的設想，人口老齡化程度位居世界首位的日本於 20 世紀 90 年代開始嘗試實踐這種特殊的機構類型。日本的老幼複合設施根據設施的組合類型、建築物的形式以及運營方式的不同具有多種形態。其中，最多見的是將幼稚園、托兒所與老年人的日托服務或是居住型養老院合併設置的“老幼看護中心”¹⁴，也有將作為福利設施的兒童活動中心與老年服務中心一同設置的“老幼活動中心”。近年來，受到持續的少子化與日益加重的老齡化影響，將中小學中富裕的教室改建為老年日托所的案例，以及將教育機構附屬的體育館、圖書館等公共設施與老年服務中心複合設置的案例也日漸增多。此外，面向老人的公租房或是老年社區中設置托兒所，或是將三種以上面向兒童或老年人的公共設施種類合併設置的例子也開始出現，老幼複合設施的形式日趨多樣化。作為與中國生活習慣接近的亞洲國家，又面臨著與中國城市地區相同的用地不足問題，日本的經驗對中國具有重要的參考價值。

(二)、美國

美國全方位養老服務計畫 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) 是一種成熟的醫養結合模式，在運營理念、服務形式和內容、服務團隊、支付體系以及適用性等方面具有優勢 PACE 模式起源於三藩市華人社區的“On Look”模式，受傳統文化的影響，老年人願意居家養老，他們的家人也希望贍養自己的父母以盡孝道，但具有長期護理需求的老年人無法在

¹⁴關戸啓子・2006(2)《全國の幼稚園・保育所における幼児と高齢者のふれあいに関する実態調査》・川崎醫療福祉學會誌，：655-663。

家中獲得護理院提供的醫療服務¹⁵。另外，護理院雖可以滿足老年人的醫療需求，但老年人易於缺少家人的關愛。為解決這一矛盾，PACE 模式關注老年參與者及其家人的需求，允許老年參與者居住在家中或社區中，同時為老年人提供綜合、全面的護理服務，讓他們生活得更自主、獨立、更有品質。據研究顯示，在美國田納西州的 PACE 項目中，老年參與者和其家庭成員的滿意度高達 96.9%。PACE 模式通過使用臨時居家護理服務來降低入住護理院的機率。PACE 模式成功很大程度上是取決於其對資金的整合，該模式籌資管道包括醫療保險、醫療救助和社會籌資。借鑒其經驗，中國應該將養老服務納入醫保體系，強調醫養結合的公益性，讓低收入的老年群體受益，同時，也應引入社會資本發展醫養結合，通過政策上給予優惠，調動投資的積極性，鼓勵民營企業參與醫養結合養老服務業的發展，使公益性與產業化相結合。

美國養老種類：

1. 退休社區 (Retirement Community): 約 50-70 歲、已婚、健康有活力已準備好享受退休後新生活的族群；自給自足，豪華舒適為訴求。
2. 退休公寓 (Retirement Apartments): 較低所得、身體健康、無集合住宅提供用餐及娛樂等設施。
3. 集合住宅 (Congregate Housing): 中所得、健康、生活可自理，不需專業醫療服務及日常生活照顧。
4. 持續性照護 (Continue-of-Care Facilities): 以提供照護為前提，可視為一種不動產與醫療保險兩者相結合之下的產物。主要消費族群為高所得的老年人，進入這些持續性照護機構者需要一些法律上有效力的契約檔，內容還要一些健康狀況條款。
5. 照護機構 (Care facilities): 老年人在 80-85 歲這個階段中，生活，對他們來說，健康照護是首要的考量因素。為了滿足這類需求，於是就有許多各

¹⁵李 昂 張婧懿 郭 倩 王秋穎 劉 暢 2017 年 10 月 《美國 PACE 模式及其對我國醫養結合的啟示》《中國醫院管理》第 37 卷 第 10 期（總第 435 期）

式各樣的照護機構出現，特別針對老人在生活上已經無法自理所設計的。

(三)、德國

德國為歐洲老齡化和人口縮減較嚴重的國家，其家庭結構發生變化的同時產生了新的居住需求，多代居的合作居住受到人們的青睞。德國人口自 2003 年開始人口緊縮，人口變動導致其社會親緣關係變窄，世代交流程度降低。根據德國聯邦內政部·德國人口報告(DemographyReport)1991 年，德國家庭中有 39·06%為多代家庭（兩代 37·85%，三代及以上 1·22%）到 2008 年這一數字降到 30·31%（兩代 29·76%，三代及以上 0·55%）

“多代居”德語是 Mehrgenerationen—Wohnprojekten，作為德國集合住宅的一種特殊形式，從早期的大家庭多代人居住，逐漸向非血緣關係的合作或集合住宅方向發展。今天的多代居已打破血緣關係的藩籬，為多年齡段多文化背景的人群謀得福利。90 年代時開始，德國老年人的多代居住專案已經出現，其口號是“不孤單且不住養老院”。其後隨著多代居住的發展，建設類型也不斷擴充，如獨立住宅與公寓混合的大型住區、高生態標準的住區（生態村）、老年人合作居住社區、舊有社區改造、多代居住社區等。

混合年齡共同居住的優勢得到重視，越來越多合作居住模式下的多代居隨之產生，原來德國實施多年的合作居住活動都是“自下而上”的，以致部分專案由於複雜的規劃程式而失敗。近年來，合作居住逐漸在政策與操作層面得到認可與支持，也漸漸容納了“自上而下”的建模式。合作居住下的多代居投資者和贊助者來源較廣，“自上而下”的多代居建設模式多由政府或開發商發起，而“自下而上”模式則由個人投資者出資用於租賃，或住戶集資並在建成後持有產權，其形式由各專案當時當地的條件與需求決定。

多特蒙德 Hangeney 的多代居項目¹⁶，是“自上而下”的建設模式，其成立了“你好，鄰居”的業主組織，策劃並主持專案建設的各個環節。主要來源於

¹⁶溫芳 王竹 裘知 2013《德國合作居住下的多代居模式解析—以多特蒙德市為例》先許論壇。

一批老年人，他們想要同年輕人和年輕家庭共同居住，社區建成後除了擁有多代活動的公共空間，還設置了專業的居家養老服務站。德國合作居住下多代居的發展經驗為老齡化問題的解決提供了新思路。多代居建設在中國具有較大發展空間，尤其在應對老年人養老需求與兒童成長需求方面，有著積極的作用。需要強調的是，多代居的實踐活動不能對國外經驗生搬硬套，應基於中國國情，綜合評估各方面條件，營建符合我國居民需求的多代居或老年社區。

(四)、台灣

2018年，台灣高齡人口（65歲以上人口）比例超過14%，正式邁入高齡（aged）社會表2-2；根據國發會推估，台灣將在2026年邁入「超高齡社會（super-aged，高齡人口比例超過20%）」，且2065年台灣高齡人口比例將超過4成，屆時台灣每1.2位生產者需負擔1位老年人口（2018年每5位生產者需負擔1位老年人口）。台灣從高齡社會轉為「超高齡社會」，預估僅耗費8年時間，遠快於日本（11年）、美國（15年）、法國（29年）、英國（51年），而與韓國（7年）、新加坡（7年）預估時程相當。

根據國發會「中華民國人口推估（2018年至2065年）」表2-3，不論是高推估（總生育率上升至1.5人）、中推估（總生率微升至1.2人）、低推估（總生育率下降為0.9人），台灣都將在2027、2021、2020年來到了「人口零成長」的時間點，人口高峰分別為2372萬人（2027年）、2361萬人（2021年）、2360萬人（2020年），並於次年開始轉呈負成長。

台灣人口快速高齡之趨勢下，儘管老齡化問題嚴峻，但台灣老人對入住養老院的意願不高，除非身體健康問題需要介護照顧否則大部分還是以居家養老或是申請外傭在家照顧為主要養老趨勢，因此民眾長照需求急遽提升，衛服部於2017年推動長照十年計畫2.0(以下稱長照2.0)。期間實施長期照顧給付及支付新制，並致力與地方政府合作，由各地方政府因地制宜布建社區整體照顧服務體系。此外，持續推動向前延伸推動預防及延緩失能

照顧、強化失智症照顧量能，向後整合居家醫療等服務，以滿足多元長照需求。

長照 2.0 的服務主要內容¹⁷

1 照顧服務(含居家服務、日間照顧、家庭托顧)：居家失能個案家醫照護方案」，由醫師及護理師就近提供社區中的居家失能個案健康及慢性病管理，並由熟悉個案之醫師開立醫師意見書，提供長照醫事服務建議，協助長照服務人員瞭解個案之需求。

2 營養餐飲：老人居家送餐。

3 交通接送：為提供長照需求者往(返)居家至醫療院所就醫(含復健)之交通接送。

4 喘息服務：衛服部與勞動部共同開放擴大外籍看護工家庭使用喘息服務計畫。

5 專業服務：結合全民健康保險特約公、私立居家護理所或醫療機構，提供每年每人最多 50 次之長照特殊照護服務。

6 失智社區照護服務：為提供失智社區照護服務，協助失智個案及照顧者能就近獲得資源服務，設置失智社區服務據點，提供個案及照顧者支持服務，如認知促進、緩和失智、家屬照顧課程等。

台灣政府長照 2.0 的基金來源包括遺贈稅、菸稅、政府預算撥充、菸品健康福利捐(以下稱菸捐)、捐贈收入、基金孳息收入、其他收入，以及依「房地合一課徵所得稅稅課收入分配及運用辦法」規定，房地合一課徵所得稅(以下稱房地合一稅)稅課收入扣除由中央統籌分配予地方之餘額，用於住宅政策及長期照顧服務支出之分配。

¹⁷衛服部 209 《長期照顧十年計畫 2.0 執行情形、困境及未來規劃》108 年衛服部專案報告。

區域別	總計				0~14歲				15~64歲				65歲以上				20~49歲				20歲以上			
	計	男	女	%	計	男	女	%	計	男	女	%	計	男	女	%	計	男	女	%	計	男	女	%
總計	23,604,265	11,704,308	11,899,957	100.00	3,004,926	1,560,970	1,443,956	12.73	16,972,355	8,486,800	8,485,555	71.90	3,626,984	1,656,538	1,970,446	15.37	10,424,465	5,246,565	5,177,900	44.16	19,351,009	9,491,385	9,859,624	81.98
新北市	4,020,572	1,964,331	2,056,241	100.00	485,683	251,706	233,977	12.08	2,952,155	1,448,946	1,503,209	73.43	582,734	263,679	319,055	14.49	1,806,231	903,499	902,732	44.92	3,330,338	1,605,751	1,724,587	82.83
臺北市	2,642,877	1,258,801	1,384,076	100.00	354,572	183,563	171,009	13.42	1,808,066	861,389	946,677	68.41	480,239	213,849	266,390	18.17	1,100,274	527,974	572,300	41.63	2,170,734	1,014,040	1,156,694	82.14
桃園市	2,250,954	1,116,982	1,133,972	100.00	334,199	174,030	160,169	14.85	1,642,561	817,013	825,548	72.97	274,194	125,939	148,255	12.18	1,045,901	523,238	522,663	46.46	1,786,132	874,596	911,536	79.35
臺中市	2,815,704	1,384,229	1,431,475	100.00	399,884	207,680	192,204	14.20	2,051,216	1,009,939	1,041,277	72.85	364,604	166,610	197,994	12.95	1,289,610	640,741	648,869	45.80	2,256,113	1,093,765	1,162,348	80.13
臺南市	1,880,216	936,912	943,304	100.00	227,067	117,773	109,294	12.08	1,355,701	682,530	673,171	72.10	297,448	136,609	160,839	15.82	825,143	417,424	407,719	43.89	1,559,234	770,176	789,058	82.93
高雄市	2,774,571	1,370,190	1,404,381	100.00	327,908	170,183	157,725	11.82	2,005,693	999,187	1,006,506	72.29	440,970	200,820	240,150	15.89	1,227,663	617,442	610,221	44.25	2,305,137	1,126,288	1,178,849	83.08
臺灣省	7,066,038	3,595,329	3,470,709	100.00	861,223	448,521	412,702	12.19	5,038,858	2,607,882	2,430,976	71.31	1,165,957	538,926	627,031	16.50	3,059,365	1,580,863	1,478,502	43.30	5,811,483	2,940,445	2,871,038	82.25

表 2-2: 2020 年 1 月底台灣各縣市人口結構圖

資料來源：內政部人口統計資料庫

年度	年底人口數(十人)				人口結構百分比		
	0-14歲	15-64歲	65歲以上	總計	0-14歲	15-64歲	65歲以上
2015	3,147	17,369	2,943	23,459	13.4	74.0	12.5
2020	2,909	16,846	3,804	23,559	12.3	71.5	16.1
2025	2,807	15,989	4,725	23,521	11.9	68.0	20.1
2030	2,611	15,103	5,613	23,327	11.2	64.7	24.1
2035	2,440	14,179	6,297	22,916	10.6	61.9	27.5
2040	2,225	13,291	6,751	22,267	10.0	59.7	30.3
2045	1,994	12,154	7,269	21,417	9.3	56.8	33.9
2050	1,805	11,070	7,539	20,414	8.8	54.2	36.9
2055	1,673	10,183	7,465	19,321	8.7	52.7	38.6
2060	1,574	9,234	7,375	18,183	8.7	50.8	40.6

表 2-3: 預估未來人口階段年齡層人口數與人口結構比

資料來源：中華民國國家發給委員會 2014

台灣養老社區案例分析：

(一) 長庚養生村 圖 2-8

長庚養生文化村是山台塑集團董事長王永慶投資 500 億新臺幣，依託長庚醫院建成。是個獨具特色的“老人社區”，主要入住能自理的健康老人。目前已入住近 700 戶老人。出租住的公寓房，面積在 46 平方米到 73 平方米左右，月租金約在 1.8 萬至 2.6 萬元新臺幣之間。老人們相互照應，奉獻寶貴智慧，建構豐富而多元的精神生活，使他們的晚年不再有孤單感，甚至成就精彩的生命階段。養生文化村最重要的理念就是“活到老、做到老”。對於入住的老人，養生文化村並不只是提供安養服務，而是要積極地為他們創造退休後的生活，讓每個住民都過得快樂、健康、有尊嚴。養生村內的健康服務內容包括：設立社區醫院，提供居民特約門診、康復及

照顧護理等醫療服務；定期健康檢查、防疫注射與體能檢測：配備專業人員，提供周詳用藥管理服務；規劃居民個人健康計畫，並提供養生處方；建立個人健康資料庫；設置全天候監控中心並結合長庚醫療體系，確保高效率的緊急醫療救護功能；定期舉辦健康講座、養生諮詢等。

村內的養生休閒生活也多姿多彩，包括運動養生(太極拳、乒乓球、檯球等)、娛樂交誼(麻將、棋類、卡拉 OK、電影欣賞等)、藝文技藝(書法、繪畫、音樂、戲曲等)、民俗活動(春節、元宵、端午、中秋等節慶活動)、宗教活動(禪修法會、禮拜彌撒、回教聚會等)。村內綠地廣闊，甚至還可提供種菜的菜地。

在方便生活上，設有超市、銀行、書店、圖書館、餐廳、體育館、水療池等；如家屬來探訪，也有招待所可供住宿。村裡還提供有償工作，老人如有園藝農藝指導管理、簡易水電維修等專長，都可通過為大家服務而按勞取酬。養生文化村的入住資格是：年滿 60 歲、配偶年滿 50 歲且接受長庚醫院身體檢查證明健康狀況合格者。



圖 2-8 長庚養生村現況圖

(二) 潤福大台北華城養老社區 圖 2-9

潤泰集團旗下的高端養老社區，潤福大台北華城新北市新店區大台北華城內八十八戶雙併樓中樓型態的住宅，從 40 到 70 坪不等，全採只租不售，租期最短 2 年起，也考慮了讓三代同堂，訴求家有高齡父母的多代同堂特

定對象，租期至少 3 年，進駐押租金包含附帶車位、裝璜、家具、家電等，依坪數大小繳 1,040 萬元到 1,400 萬元之間，住宅每坪的押金在 20 萬元至 32 萬元，每月並另繳管理費 25,000 元與三餐伙食費 6,000 元。全區低度開發，戶戶皆坐北朝南，有綠意盎然的庭院及 2~3 米的棟距，可由車庫直上廳堂；軟硬體設施管理完善，配合定期醫療健診，另外，備有大型發電機，無停電之苦。更重要的是，不像一般別墅大宅，只坐擁優質居住環境，卻無良好的生活機能。「潤福大台北華城」提供貼心專業的生活照顧、健康管理、休閒養生，希望帶給住戶寬裕但不奢侈的精神與實質生活享受。新店「潤福生活新象別墅」、採「有屋沒有地」的租賃權經營模式（原土地屬國產汽車集團所有，因財務危機，使得合作方潤泰集團僅取得房屋產權，跨足銀髮事業），以 60 坪以上至上百坪的大尺度別墅、訴求三代同堂，最近經營也是出乎外界意料的熱門，不只「銀髮」族進駐，甚至因附近有「康橋雙語小學」，更吸引年輕「頂客族」、雙薪有小孩的小家庭入住，意外成為年輕夫妻的新寵。進駐率達 50%，其中 53% 是「銀髮族」，47% 是「頂客族」、希望有傭人和健康照顧服務的小家庭，顯示養生照顧事業不只是吸引「銀髮族」青睞，市場遠比 7、8 年前成熟。



圖 2-9 潤福華城養老社區現況圖

第三章 分析觀點與研究架構

一、本研究的分析觀點與研究架構

本研究的分析觀點與研究架構，主要係由「歷史結構分析」、「政治經濟分析」與「偏差動員分析」三大支柱所建構而成。透過歷史結構的分析，對於全齡社區居家養老政策的形成、運作與變遷的過程，經由政經分析，了解全齡社區居家養老政策國家機關與民間社會的關係，並針對爭議問題的解決，透過偏差動員分析，從政策運作過程中了解特定行為者如運營商、專業團隊、資金投入方、與全齡式養老社區之間的利害關係，以及從歷史的因果脈絡、現今政經社法文等社會鑲嵌性提出政策檢討 圖 3-1。

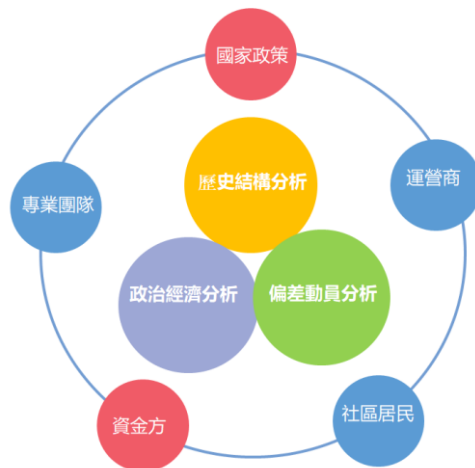


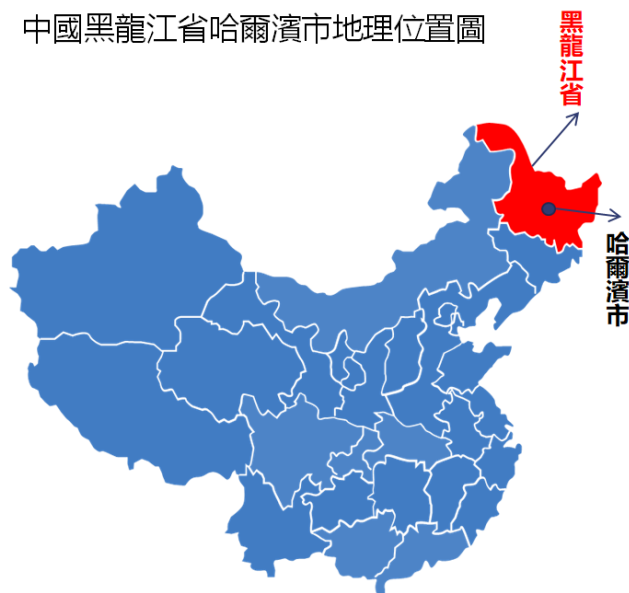
圖 3-1 研究架構偏差動員分析

二、經驗實例架構分析

選擇黑龍江省哈爾濱市作為研究符合中國傳統的「全齡化養老社區」模式的地區，是因為筆者在哈爾濱市以兩岸合作模式經營一個醫療與養老結合的酒店式管理高端養老社區，此案目前已經運營四年多，有近 500 位 60 歲以上老人入住。根據針對當地老人需求與台灣養老照護理念結合的運作經驗

來優化全齡社區居家養老發展政策執行效果的合理化建議，以期為中國全齡社區居家養老研究提供借鑒和參考，從而為更多老年人提供安心、舒適、全面、溫暖、專業的養老服務，最終促進中國養老服務鏈的完善並進一步探討加入「全齡化」的養老社區對中國傳統倫理及政治經濟的分析。

中國黑龍江省哈爾濱市地理位置圖



哈爾濱市「潤福醫養社區」運營實踐報告

潤福醫養社區受到廣大市民的高度重視，建設未完工前就有許多老人預繳訂金排隊入住，經營團隊本著老吾老以及人之老的服務精神，將每位長者是為自己的父母照護，除了身體健康等生理關照外特別重視老人的精神心理需求，所有來院參訪的來賓都十分驚訝，為何院內百分之八、九十的長者都有愉快的心情及燦爛的笑容，潤福的經營理念是屏除眷養式的養老照護，特別重視「老有所樂」這個部分，希望打造一個老人的迪士尼樂園，老人因為精神生活愉快，對身體的健康也起了很大的幫助，家屬普遍反映入住潤福後相對疾病發生率大大的降低。自 2012 年此專案與哈爾濱正式簽約落戶開始就屢屢獲得各項表揚獎章 圖 3-2 更於 2016 年 2 月 26 日正式掛牌，潤福醫養集團和資本市場成功對接，在哈爾濱股權交易中心掛牌，企業代碼：880279



圖 3-2 哈爾濱潤福醫養社區榮譽獎章

資料來源：潤福醫養集團

壹、哈爾濱市潤福養老社區概述

黑龍江省哈爾濱市 潤福養老服務機構管理有限公司是由台灣台誠健康開發有限公司與哈爾濱天龍鋼鐵集團共同成立:黑龍江潤福醫養集團於 2012 年投資 4 億元人民幣興建哈爾濱潤福養老醫療社區，響應中國國務院和省、市“鼓勵和支援社會力量積極參與養老服務業發展”的號召，圖 3-3、圖 3-4、在哈爾濱新區美麗的松花江北岸投資興建黑龍江省內最大規模;集文化養老、休閒旅遊度假養老、生態養老、健康養老及高端醫療於一體的現代化、智慧化，“醫養結合”的大型養養服務機構。由於是黑龍江省首家境外合資的養老機構，當時政府給了土地價格低於市價一半以及五年免稅的優惠政策。目前全院區已建成總建築面 61,218.16 平方米，其中：一棟二層陽光文化活動中心，五棟九層公寓樓，總床位數 2000 張（醫療床位 600 張，酒店是養老床位 900 張，照護床位 500 張）圖 3-5。



圖 3-3 哈爾濱潤福醫養結合社區鳥瞰圖

資料來源：潤福醫養集團



圖 3-4 哈爾濱潤福醫養結合社區現況入口圖

資料來源：潤福醫養集團

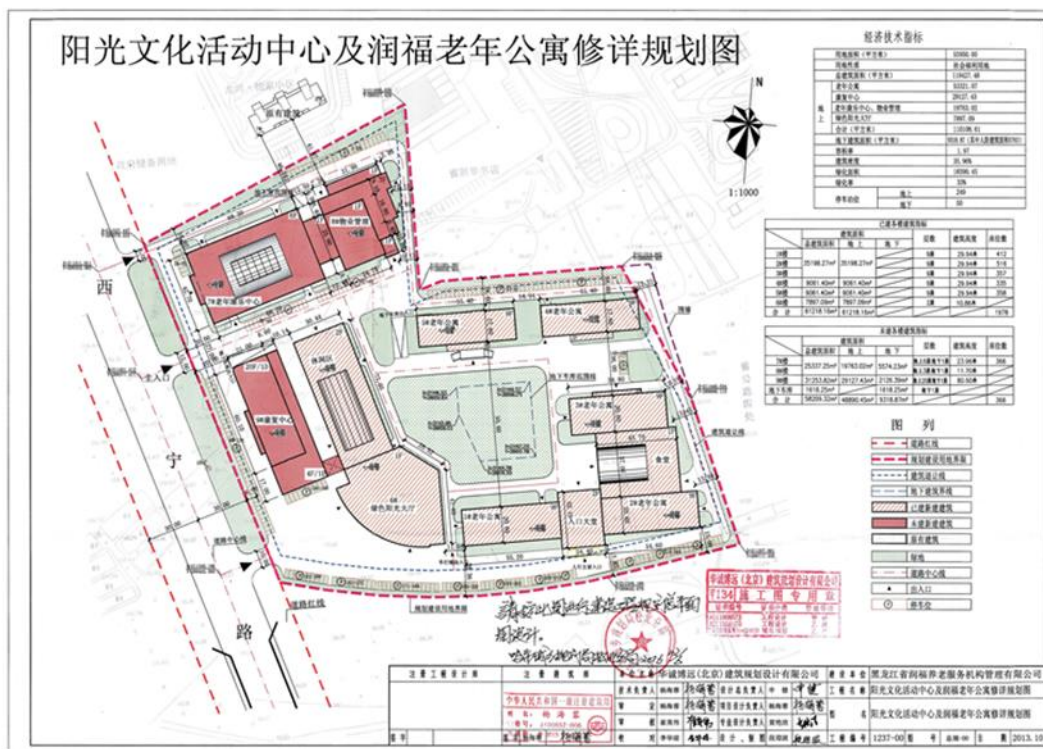


圖 3-5 哈爾濱潤福醫養結合社區土地規劃建設詳圖

資料來源：潤福醫養集團

貳、哈爾濱市潤福養老社區發展現況

潤福養老社區發展現況依運營功能分為以下事業體：

一、潤福酒店式管理老年公寓：

哈爾濱潤福醫養是黑龍江唯一高端的養老機構，圖 3-6 院內住房均以五星級酒店規模裝修並搭配日本養老院房間基本安全設施，全院採無障礙空間規劃，空調興風系統為醫院等級，預防交叉感染。潤福目前收費於當地屬高端費用，入住費用：養老公寓基本收費標準依房型面積不等，平均為每月人民幣：12000 元，入住押金平均為：20 萬人民幣。自運營以來，目前正式入住在院老人 400 多人，並於夏季接待度假型養老、“候鳥式”養老、等臨時入住老人近 1500 人次。

以高端酒店是管理及台灣人性化養老服務院內老人，每層樓均有單獨護理站，24

小時提供樓層住戶各種需求，依住戶需求可以付費其他各人配備服務如下：

- (一) 專屬護工:提供個人醫療照護，復健協助，半攤及全攤護理等。
- (二) 專屬管家(生活秘書) 圖 3-7:生活起居協助，飲食管家，閱讀讀報，電腦及 3C 電器協助使用，送禮採買聯繫，親人朋友聚會安排，定期活動安排提醒，運動散步陪伴等所有生活需求協助。
- (三) 個人專屬醫師:24 小時專屬醫師疾病服務，平時定期到房間問診，提供慢性病等長期用藥諮詢，個人健康管理，疾病預防，手術建議等。

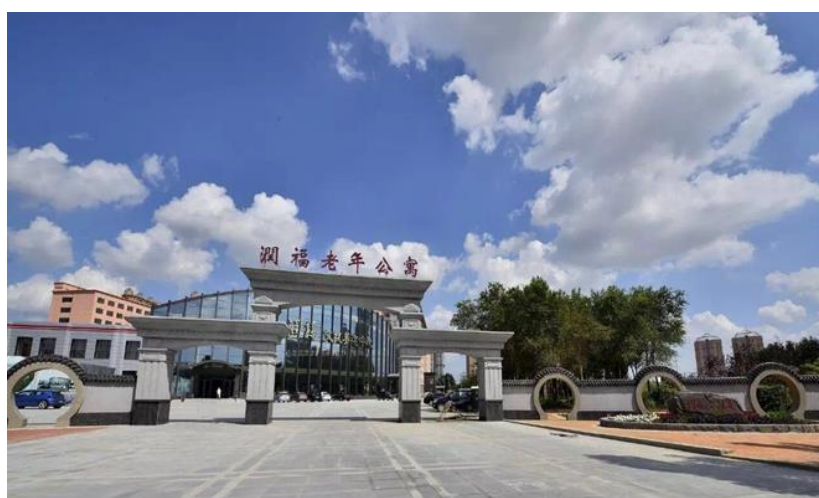


圖 3-6 哈爾濱潤福實景

資料來源：院內實景



圖 3-7 生活秘書協助老人學習電腦操作及網路購物

資料來源：院內實景

二、潤福醫療體系:

第一期 潤福康護醫院 圖 3-8，是中西醫結合的康護醫院給予所有入住老人醫療與復健治療的保障。占園區兩棟九層樓，總建築面積 2 萬平方米，300 張床位。潤福康復醫院作為潤福養老的配套，有老人疾病門診，中醫門診，復健中心，中醫理療，骨科門診，心血管及糖尿病專科門診，院內住戶健康管家等主要服務院內老人自費醫療。

第二期 三級綜合醫院圖 4-10，於 2016 年 3 月省有關管理機關正式批准籌建設立“黑龍江潤福醫院”（三級綜合）圖 3-9，目前由黑龍江省第二醫院計畫與臺灣醫療團隊合作共建國際醫學中心，引進高端醫療設備及臺灣醫療專業人才，除可面向入住老人提供醫療服務外，還可為哈爾濱市民提供國際高端的醫療服務。



圖 3-8 潤福一期康復醫院

資料來源：院內實景



圖 3-9 潤福二期三級綜合醫院

資料來源：潤福送審規劃圖

三、陽光文化休閒廣場:

由於哈爾濱冬季時間長，老人不宜在戶外活動，潤福特別建造了全採光的陽光玻璃大廣場 圖 3-10，提供院內老人可以在冬季享受日光浴，並可在室內從事各種戶外運動，圖 3-11 陽光文化休閒廣場佔地面積 7800 平方公尺，挑高 12 米，針對老年人的不同需求，內設有歡樂大舞臺，50 平方米大螢幕(定期播放電影及新聞節目)，圖書館，文學、音樂、戲劇、書畫、攝影、古玩工作室、棋牌室、乒乓球室、音樂排練室、舞蹈排練室 圖 3-12、圖 3-13。陽光大廳是全省首家大型文化養老中心，先後舉辦大型文化活動及文藝演出 173 次、參加人員 25000 人次，協助市老齡機構連續兩年培訓老年廣場舞師資 2000 人次，舉辦老年鵲橋會 3 次、參加人員近 500 人次。潤福文化養老中心已經成為全市老年人文化活動的

一個亮點。



圖 3-10 陽光文化休閒廣場

資料來源：現況實景



圖 3-11 陽光文化休閒廣場內部實景

資料來源：現況實景



圖 3-12 老人文藝表演活動

資料來源：院內實景





圖 3-13 老人動靜態活動

資料來源：院內實景

四、國際會議中心

潤福國際會議中心 圖 3-14 可同時容納 1500 人，平時提供會員及其家屬朋友舉行大型會議，宴會，婚禮等，二樓有 VIP 包廂宴會廳，提供住戶宴請賓客，招待親友聚餐等。假日時親人朋友來訪不用到外面餐廳用餐，宴會廳即可提供美味佳餚讓親朋好友們在舒適的環境中享用美食。



圖 3-14 潤福國際會議中心

資料來源：院內實景

五、哈爾濱市立老人大學_潤福分校

2014年3月被哈爾濱市老年人大學選定為“哈爾濱老年人大學潤福分校”，2014年被市老齡辦確定為“哈爾濱市老年文化活動基地”老年大學潤福分校開辦兩年多來潤福分校開設聲樂、時裝表演、民族舞、攝影、書法、美術、養生保健、瑜伽、太極拳等七個專業，二十三門課程(圖 3-15)。共開辦近 30 個學科，先後招收學員 3000 多人次，目前在校就讀 548 人。

潤福老人大學除了免費提供院內老人各項學習課程外，也招收周邊社區居家老人，通過這些學習課程，院內老人可以認識許多志同道合的新朋友，同時也將養老機構社區化。





圖 3-15 老人大學各項課程活動實景

資料來源：院內實景

叁、哈爾濱市潤福養老社區經營優缺點結論分析

哈爾濱潤福醫養機構從開始購地建設到開始運營自今約五年多時間，是兩岸養老模式嫁接的成果，能夠在當地以高端服務運營模式受到老人們的青睞實屬始料未及，分析經營的優缺點如下：

一、優點：

(一)、符合市場需求：哈爾濱民營養老機構規模都是中小型，此大規模的高端養老是市場的短版，又加上對台灣養老服務的嚮往，使潤福醫養成為養老市場

的寵兒。

(二)、提供相對細膩的服務:東北人的粗曠個性造成養老照護粗造與不尊重人性尊嚴,而台灣養老照護沿襲日本的人性化照護理念帶給老人們最需要的溫暖與關懷。

(三)、醫養結合提供健康保障:雖然哈爾濱市有醫院 326 個、衛生院 187 個。但是哈爾濱冬季寒冷加上雪地交通問題,使得老人外出就醫時十分不便,潤福的醫養結合在院內就可以看病,給了老人就醫的便利性。

(四)、康護醫院中途之家功能:康護醫院因有照護型養老病房、術後復健的設備及方便的飲食照料,成為手術後病人因大醫院病房緊缺必須出院,然而回家又無人照護的中途之家。

二、缺點:

(一)、規模限制:土地面積不夠,無法發展為全齡式社區型的醫養結合,

(二)、全攤半攤及失智的老人收容有限;高端養老公寓當初規劃以健康老人為主,樓層規劃飽和無法單獨收容失智等生活無法自理的老人,然而這些無法自理老人卻是極需養老機構的族群。

(三)、戶外綠化不足:因本案位於城市精華地段,容積高,所有土地大部分用於建築物,戶外活動綠化的區域少形成夏季園區戶外人滿為患。

(四)、沒有安排家屬探視房:為了提高住戶居住質量與安全,沒有規畫非住戶留宿的房間,但運營後發現許多住戶家屬由黑龍江省各地來探視老人,當天無法返回,只有住附近酒店,造成很多抱怨。

第四章 章節安排

本研究擬規劃分為六章，初步規劃各章節安排如下：

第一章 緒論

第一節 研究動機背景

- 壹、中國老齡化的背景及進程
- 貳、老齡化模式轉型的急迫性
- 參、老齡化人口的生理及心理需求

第二節 研究內容要點

- 壹、研究內容
- 貳、研究重點
- 參、研究養老形式與方法

第二章 國內外養老模式論述分析

第一節 國外相關養老研究發展概述

- 壹、美國養老社區及養老機構分析
- 貳、日本社區養老及照護模式分析
- 參、德國養老模式綜述
- 肆、台灣養老模式與政策分析

第二節 中國養老現況研究概述

- 壹、中國養老社區發展現況
- 貳、中國養老社區發展方向
- 參、中國提倡醫養結合的養老模式研究

第三節 中國養老社區發展的困境

- 壹、中國養老社區發展挑戰
- 貳、中國養老照護人力不足
- 參、中國養老醫療負擔沉重

第四節 本章小結

第三章 全齡混和型養老社區規劃模式探討

第一節 全齡共用社區理論特點

壹、全齡共用理論

貳、全齡養老社區各年齡層的需求

第二節 全齡共用養老社區規劃設計研究

壹、新建全齡養老社區的選址

貳、全齡養老社區規劃設計

參、互聯網 AI 智能化社區規劃

第三節 全齡共用養老社區模式特點

壹、社區模式融合化

貳、社區管理服務功能多元化

參、基礎配套建設互融

肆、醫療照護及健康管理資源共享

第四節 本章小結

第四章 中國全齡化社區醫養結合養老實踐研究-以哈爾濱市潤福養老社區為例

第一節 哈爾濱市養老社區發展狀況及發展趨勢

壹、哈爾濱市養老發展現況

貳、哈爾濱市養老發展趨勢

第二節 哈爾濱市「潤福醫養社區」運營實踐報告

壹、哈爾濱市潤福養老社區概述

貳、哈爾濱市潤福養老社區發展現況

參、哈爾濱市潤福養老社區經營優缺點結論分析

第三節 哈爾濱市發展全齡化養老社區的策略

壹、區位選址

貳、佈局模式

參、依據氣候特點的室內外空間規劃

第四節 本章小結

第五章 全齡養老社區發展模式策略研究

第一節 政府政策建議

壹、鼓勵社會資本參與

貳、提供政策優惠條件

參、健全全齡化養老社區建設規範

第二節 運營管理策略探討

壹、運營融資策略

貳、營利模式策略

參、管理模式策略

第三節 全齡養老社區的商業效益規劃

壹、養老地產運作模式

貳、會員制及其他服務收費

參、商場及物業出租

肆、醫療及照護收益

第四節 本章小結

第六章 結論與建議

第一節 結論

第二節 建議

參考文獻

一、 中文部分

- 候昌松 2019, 5 《大數據在社區養老服務中的運用探討》 安徽大學藝術與傳媒學院科研管理。
- 穆光宗, 朱泓霏 2019 《中國式養老: 城市社區居家養老研究》浙江工商大學學報第三期 P92
- 睢党臣 彭慶超 2018 年 5 月 《“互聯網 +” 背景下我國城市社區智慧居家養老服務模式的構建》。
- 李 昂 張婧懿 郭 倩 王秋穎 劉 暢 2017年10月 《美國PACE模式及其對我國醫養結合的啟示》《中國醫院管理》第37卷 第10期（總第435期）。
- 余瑞芳, 謝宇, 楊順心, 等. 2016, 《醫養結合服務發展的國際經驗研究》中國醫院管理：79-80。
- 張立平 2015 把老年《“醫養結合” 養老服務做成最美的夕陽產業》解放軍總後勤部衛生部原部長期刊報告
- 楊曉娟, 丁漢升, 杜麗俠. 2016 《美國老年人全面照護服務模式及其啟示》中國衛生資源：354-357。
- 吳尚琪 陳欣, 2015, 《老年照護醫師人力的未來發展》臺灣老年醫學暨老年學雜誌；：146-158。
- 張睿·2011 《國外“合作居住”社區研究》·天津：天津大學。
- 穆光宗 《有品質的養老:新生代城市老人的新追求》 刊名：人民論壇。
- 周燕璿；龔夢雅 “《新一代” 老年人呼喚養老政策設計新思路》 刊名：中國住宅設施。
- 德國聯邦內政部·2011德國人口報告(DemographyReport).聯邦內政部，：2-3。
- 溫芳 王竹 裘知 2013《德國合作居住下的多代居模式解析—以多特蒙德市為例》先許論壇。

- 李樂佳 王贊鈞 2014 《PPP模式在我國養老地產發展中的應用》
(聊城大學建築工程學院,山東 聊城 252059)。
- 蔣旭東 劉暢 2018 《養老PPP 模式的發展現狀及前景預測》。
- 楊瑋瑋. 2017,(10): 《PPP模式下養老地產發展前景展望.建築工程技術與設計》。
- 馬悅. 2018,35(4): 《PPP模式在養老地產中的應用》.浙江建築, 55-58,66。
- 李 昂 張婧懿 郭 倩 王秋穎 劉 暢 2017年10月 《美國PACE模式及其對中國
醫養結合的啟示》*《中國醫院管理》第37卷 第10期(總第435期)。
- 衛服部 209 《長期照顧十年計畫 2.0 執行 情形、困境及未來規劃》108年衛服
部專案報告。
- 文/李然 2015.04.012《中國養老地產經營模式建議》 上海易居房地產研究院代同
居型住宅。
- 陳駿浙 《一適合老齡化社會的住宅》 陳駿浙江建築2011年第3期(總第107期)。
- 翟振武《“新一代”老年人呼喚養老政策設計新思路》刊名：探索與爭鳴。
- 安婧 2015 《老齡化背景下我國社區居家養老服務的發展探析》(黑龍江大學
政府管理學院,哈爾濱 150080)。
- 司馬蕾 《老幼複合型社區養老機構的構想與實踐》—日本的經驗與啟示
THE CONCEPTION AND PRACTICE OF INTEGRATED CARE CENTER FOR
ELDERLY AND CHILDREN: THE EXPERIENCE OF JAPAN上海市青年科技英
才揚帆計畫資助專案(14YF1403600)上海市浦江人才計畫(14PJC101)。
- 關戶啓子・2006(2)《全國の幼稚園・保育所における幼児と高齢者のふれあ
いに関する実態調査》・川崎醫療福祉學會誌, :655-663。
- 林谷啓美,本莊美香・2012《高齢者と子供との日常交流に関する現状とあ
り方》・園田學園女子大學論文集, :69-87。
- 周燕璿 2018-05-02 《美國洛杉磯Hillcrest老年退休社區》。
- 李芳宇 張瑞佛 趙 璐《O2M模式下的社區養老服務系統設計研究》
RESEARCH ON COMMUNITY E-SERVICE SYSTEM DESIGN BASED ON O2M

MODE 西南交通大學 建築與設計學院。

黃怡 .2015 《契合當代老人心理與生理需求的老年生活構想》

湖北經濟學院學報（人文社會科學版）第 12 卷 第 8 期。

梁娜 2012 《老年人長期護理需求研究》 北京物資學院。

陳馳 2019 《Chinese Nursing Management》 Vol.19, No.02,。

楊濤 2013 《基於人口老齡化的哈爾濱市養老模式研究》哈爾濱市機械工業局集體經濟辦公室。

二、英文部分

Mari Aaltonen. 2010 *Transitions in health and social service system at the end of life*. European Journal of Ageing。

Lepore, Michael Scales, Kezia Anderson, Ruth A. Porter, Kristie Thach, Trini McConnell, Eleanor Corazzini, Kirsten 2018 *Journal Person-directed care planning in nursing homes: A scoping review* Author: International Journal of Older People Nursing。

D Jakobsen, R. Sorlie, V. 2010 *ignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers*Journal: Nursing Ethics Issue Date: Page: 289-300。

Hahmann, D. J. Adams, R. G. 2015 *Friendships and Community in Old Age* Journal: The GerontologistPage: 506-508。

Guzman, S. Harrell, R. 2015 *Increasing Community Livability for People of All Ages* Journal: Public Policy & Aging Report Page: 28-29。

Moss, M.S. Moss, S.Z. 2010 *The AARP Network of Age Friendly Communities* Issue Date: 2015 Page: 97。

Fedrowitz Micha. *Gemeinschaft in der Stadt: das Model] der Mehrgenerationenwohnens*•Raumplanung, : 75—80。

*ADAPTATION TO LIVING IN A RETIREMENT COMMUNITY*Innovation in Aging

Issue Date: 2017 Page: 87-87 ◦

Baby Boomers The Gerontologist © 2012. Published by Oxford University

Press on behalf of The Gerontological Society of America. Cite journal

as: The Gerontologist Vol. 52, No. 2, 189–198 ◦

Streib, Gordon F. Folts, W. Edward 2003 *A COLLEGE IN A RETIREMENT*

*COMMUNITY*Journal: Educational Gerontology ◦

Dimity A Crisp Tim D Windsor Kaarin J Anstey and Peter Butterworth2013

Considering relocation to a retirement village: Predictors from a

community sample Journal: Australasian Journal on Ageing ◦

Saunders M. M. 2014 *Home Health Care Nurses\'* Perceptions of Heart

Failure Home Health CareJournal: Home Health Care Management &

PracticePage: 217-222 ◦

Moss, M.S. Moss, S.Z. 2017 *ADAPTATION TO LIVING IN A RETIREMENT*

*COMMUNITY*Journal: Innovation in AgingPage: 87-87 ◦

Williamson Kathleen M. 2007 *Home Health Care Nurses\'* Perceptions of

Empowerment Journal: Journal of Community Health Nursing 133-153 ◦

MATSUDA, Tomoo 2015 *The possibility of Japan-version CCRC* Journal:

The Japanese Journal of Real Estate SciencesPage: 80-87 ◦

Foust JB, Vuckovic N, Henriquez E. 2012 *Hospital to home health care*

transition: patient, caregiver, and clinician perspectives. West J

Nurs Res.;34(2):194-212 ◦

J Telemed Telecare. 2012 Wootton R. *Twenty years of telemedicine in chronic*

disease management—an evidence synthesis.:211-220. ◦