

老龄化背景下中国特色临终关怀体系建构的若干思考

文 / 陆杰华 伍海诚

摘要：人口老龄化正加速成为一个新的中国基本国情。伴随着老年人口规模的快速增加以及家庭核心化、空巢化、失能化的新格局，临终关怀服务需求无疑呈现增长的态势。因此，构建符合中国国情的临终关怀体系十分迫切。尽管目前我国的临终关怀体系建设已经起步并取得一定进展，但与快速人口老龄化的新形势相比仍存在许多问题和不足，主要是观念、立法、文化、医疗体制等方面还没有适应临终关怀体系建设的现实需要。通过借鉴国外临终关怀的相关实践，结合中国国情，有必要加快临终关怀体系建设，进一步建构具有中国特色的临终关怀体系。

关键词：人口老龄化；中国特色；临终关怀

中图分类号：C913.6 **文献标识码：**A **文章编号：**1006-0138(2017)01-0074-07

乌尔里希·贝克认为现代社会本质上是风险社会，^[1]死亡风险随着现代性转型也更突出地暴露在普通人的日常生活之中。事实上，老龄化这一宏观现象的背后是每一个个体如何面对衰老和死亡，特别是数量众多的老年人口，如何在健康老龄化的同时实现有尊严、有品质的死亡，也是推进健康老龄化战略的一大现实问题。因此，死亡社会学的发展非常必要，同时还要采取积极行动开展应对快速老龄化带来的死亡质量问题。^[2]

根据联合国的定义，老龄化是指一个国家60岁及以上人口的比重超过10%，或65岁及以上人口的比重超过7%。根据2000年的人口普查结果，我国60岁以上老年人口规模在总人口中占10.46%，达1.3亿人，不但按联合国标准已经成为老龄型国家，且老年人群体之庞大为世界之最。2015年的人口抽样调查结果显示，我国60岁及以上的老年人口为2.2亿，占总人口比例16.15%，老龄化持续加深。根据全国老龄委预测，2023年老年人口数量将增加到2.7亿，到2050年中国老年人口规模将超过4亿，约为少儿人口的2倍，老年人口比例为31%左右，其中80岁及以上老年人口将达到

基金项目：国家自然科学基金项目(71233001, 71490732)

作者简介：陆杰华，北京大学社会学系教授、博士生导师，北京市，100871；伍海诚，北京大学社会学系博士研究生，北京市，100871。

9448万,超过整个老年人口数量的五分之一,届时中国将成为世界上重度老龄化的国家之一。与此同时,中国老龄化还呈现家庭核心化、空巢化、失能化等特点。所以,中国老龄化在世界范围内具有的特殊性对以老年人为主要对象的临终关怀体系形成重大挑战。

一 我国临终关怀体系建设的主要实践进展回顾

临终关怀(hospice care)是在社会风险化、人口老龄化、家庭核心化三大社会转型背景下应运而生的新兴事物,有助于顺利应对我国社会结构的转型巨变带来的挑战。临终关怀学发端于20世纪60年代的英国,由西塞莉·桑德斯博士创立,对护理学、医学、人口学、社会学和公共管理等学科进行融合集成,是一门现代医学领域里独具特色的新兴交叉学科。1967年,圣·克里斯多弗临终关怀院在伦敦成立,这是全球第一家临终关怀医院,标志着临终关怀从理论走向了实践。在接下来的数十年内,临终关怀作为一项新兴学科和实践,迅速向全球推广,临终关怀机构陆续在60多个国家和地区创建并发展。20世纪90年代,世界卫生组织出于对人口未来发展态势的关切,将临终关怀作为4项重点工作之一列入工作议程。1988年,我国首次引进临终关怀学科,并基于我国面临的问题,开展了许多探索,推动临终关怀事业发展。

(一) 我国临终关怀事业进展概览

中国临终关怀事业的发展大体分为三个方面,即引进理论和开展学术研究、宣传普及和专业培训、临床应用实践。

1. 引进理论和研究起步为临终关怀事业扎根奠定基础。1988年7月15日,天津医学院成立了临终关怀研究中心,这是我国第一家临终关怀的专门研究机构,标志着我国临终关怀学科建设和学术研究拉开了序幕。此后,临终关怀相关课程也走进了医科院校的课堂,成为了医学、护理、卫生等专业的选修课程。同时,学界也对临终关怀开展了许多有益研究,比如李义庭提出临终关怀“PDS模式”,即“一个中心、三个方位、九个结合”体系;^[3]施永兴提出“家

庭病床—老年护理病床—安宁病床”的“三床联动”模式;施榕则主要着眼于农村老龄化程度加深提出“施氏模式”,这些研究都对临终关怀实践起到了推动作用。

2. 宣传普及和专业培训为临终关怀事业推广发挥必要作用。天津医学院临终关怀研究中心成立之后先后举办了5期临终关怀讲习班,从1991年召开首次全国临终关怀研讨会暨讲习班后,先后召开了6次全国性的学术研讨会,推动了临终关怀普及和培训走向全国。1993年在山东烟台召开的第二届临终关怀学术研讨会上,还成立了中国心理卫生协会临终关怀专业委员会,2005年在北京召开的第六次全国临终关怀学术研讨会上,选举了新一届专业委员会,共有2000名左右临终关怀相关研究和从业人员参加培训。

3. 临床应用实践将临终关怀服务带入机构、社区和家庭。1998年上海创立了第一个临终关怀机构——上海南汇区老年护理院。1990年,天津医学院也建立了第一家临终关怀病房。1992年,北京市招收濒危病人的松堂医院正式成立。从2001年至今,李嘉诚基金会共出资筹建30多家宁养院,覆盖了全国32个城市,特别体现了区域平衡的视角,在西北、西南等医疗护理相对落后的地区也设立了宁养院。国内多个城市也陆续建立了临终关怀或护理院,部分医院设立了临终关怀病房。2006年,全国临终关怀领域第一个具有行业协调管理性质的社会团体——中国生命关怀协会成立,我国临终关怀事业有了全国性的协调机构。2012年,上海将“舒缓疗护”纳入市政府实事项目,由市区两级政府共同出资,市红十字会等慈善机构资助,在每个区选取一家社区卫生服务中心进行试点,设置10张临终关怀病床接受癌症晚期病人。根据中国生命关怀协会的调研结果显示,我国共建立了200余家临终关怀机构,有从业人员近万名。^[4]

(二) 我国临终关怀主要载体运行情况

在我国,临终关怀的主要载体为独立的临终关怀医院或护理院、医院设立的临终关怀病区或病房和居家临终关怀病床。

1. 独立的临终关怀医院或护理院较为专

业,但经营困难较大。独立的临终关怀医院或护理院是专门实施临终关怀服务的专业化机构,如北京松堂医院,集医院、福利院和敬老院三项职能为一体,累计向2万多名老人提供了临终关怀照料。但大多数临终关怀机构设备、人员、医疗服务不足,加上许多机构未能纳入医保体系,许多临终病人也忌讳住进这样的机构,认为这是“八宝山前一站”,病房空置情况时有发生,临终关怀医院的经营普遍比较困难。^[5]

2. 综合医院的临终关怀病区或病房受掣肘,发展空间有限。目前,我国一些综合医院都相继提供临终关怀服务,设立了附属于医院的临终关怀病区或病房,比如吉林大学医院、天津医科大学人民医院等。但是,综合性医院在宗旨理念、体制机制、运营模式、人员队伍等方面与临终关怀医院服务宗旨和原则上有许多区别,特别是我国现行医疗体制下,大部分医院有营利性导向,注重提供医疗服务而忽视护理服务,注重对身体的治疗而忽视对精神的宁养,注重对病人实施治疗而忽视对家属的帮助等。并且,综合性医院的临终关怀病床由于没有大型医疗项目,营利能力有限,所以在医院内得到的资源配置相对较差,床位数量少,运行紧张,大部分临终患者最终还是在普通病房而非临终关怀病房去世。北京朝阳门医院第二病区可以说是临终关怀发展的一个缩影,发展巅峰时期曾经收治临终患者近两千人,但是在几度调整与更名之后,搬迁到昌平区不但床位锐减,同时也变成了以收治康复病人为主的“康复医院”,仅有三分之一的床位用于真正的临终患者。

3. 居家临终病床成本低且更易接受。居家临终病床是依托社区护理的发展,以家庭为场所向患者及其家属提供包括临床治痛、症状控制、心理舒缓、灵性照顾在内的临终关怀照料。居家临终病床不仅可以节省医疗机构床位,降低临终关怀服务的供给成本,也更符合中国国情和民众的心理需求,在家里接受临终关怀服务能够使患者同时得到家庭的温暖和专业的照料服务。然而,居家临终关怀服务的提供主要依靠专业机构的人员、社区护理人员以及志愿者组成的队伍,队伍的专业能力建设十分必要,

同时还考验社区护理资源的支撑能力以及组织协调志愿服务的能力。

二 我国临终关怀体系建设面临的主要问题及成因分析

(一) 主要问题

1. 临终关怀机构数量少,服务结构不均衡。有学者提出在大城市以建立具有80~120张临终关怀床位的6~8所医院为宜,^[6]目前国内还没有任何一个城市能够达到这一规模。而且我国临终关怀结构存在不均衡现象:一是地域分布主要集中于发达地区,北京、天津、上海、广州等地的临终关怀机构和人员数量都远远超过欠发达的中西部地区。二是服务病人主要集中于晚期癌症患者,对肺恶性肿瘤患者如心脑血管疾病、慢性呼吸系统疾病患者等较为忽视。三是服务人群主要集中于老年人,对其他年龄段人群如儿童的临终关怀比较欠缺。

2. 临终关怀从业人员专业化水平不足,供给质量亟待提高。有关报告发现,中国临终关怀的基本环境、照护质量这两项指标在40个被调查的世界卫生组织成员国中排名分别为40和35,都处于倒数行列。根据一项对城市临终关怀情况的调查,除了北京上海之外的其他城市中,临终关怀护理人员中具有大中专以上教育程度的只占10%左右,社区医疗服务中心的护理人员的学历更低,他们对临终关怀的理念了解不足,专业护理水平也有待加强。^[7]

3. 游离在医保体系之外,缺乏体制机制保障。大部分民营临终关怀机构仍被排除在基本医疗保险之外,这就在一定程度上增加了临终关怀的医疗成本,使得更多经济收入较低的老百姓无力负担。这种经济水平上的不协调,使得本就步履维艰的临终关怀机构,面临更加被动的局面。^[8]

(二) 成因分析

1. 立法明显缺位,政策支持不足。在我国法律和行政管理体制中,临终关怀并没有“合法”身份,法律法规以及行政主管部门至今没有明确对临终关怀进行法律定位。虽然行政主管部门在某些行政规章规划等文件中部分内容涉及临终关怀,比如2006年原卫生部和国家中医药

管理局在《关于印发〈城市社区卫生服务机构管理办法(试行)〉的通知》(卫妇社发〔2006〕239号)中提出“有条件的可登记临终关怀科”,2011年原卫生部印发《中国护理事业发展规划纲要(2011—2015年)》(卫医政发〔2011〕96号),提出“十二五”中国护理事业发展的主要目标中包括“大力发展老年护理、临终关怀等服务”,2016年民政部印发《民政事业发展第十三个五年规划》(民发〔2016〕107号)中也明确提出“加强老年病医院、康复医院、护理院、临终关怀机构建设”。这些政策条文体现了相关部门对临终关怀的关注,但大都是碎片化的政策表述,缺乏系统的针对性政策措施,特别是对于迫切需要解决的法律地位、资金来源、行业监管、行业标准和规范等核心问题并没有涉及。由于注册和管理都没有形成标准和规范,临终关怀目前的定位缺失导致其在夹缝中求存,国内临终关怀机构多依附于医院或者养老院,其身份处于医疗卫生机构和养老机构之间的“灰色地带”,也就是处于卫生部门和民政部门“两不管”的尴尬空隙之中,因而也享受不到卫生部门和民政部门相关政策的优惠和支持。由于没有明确的定位,全国只有上海明确对临终关怀病床进行财政补贴,其他地区则基本没有补贴。同理,由于缺乏专门的行业标准,对临终关怀机构的评估也采用医疗机构或养老机构的评估体系,治愈率、住院天数、病床周转率等指标对于临终关怀机构来说显然并不适用。

2. 与传统观念存在着明显冲突,文化上面临“水土不服”。临终关怀是“舶来品”,在进入中国文化土壤的过程中有一定程度的不适应,得到中国民众的广泛理解和接受需要一定过程。临终关怀需要磨合的传统观念主要有两个方面。一方面是原有根深蒂固的死亡观念,中国长久以来的文化传统使得死亡问题遭到人们的忌讳,即使在现代社会,中国人仍然非常忌讳死亡。在一项针对中国人的死亡观念调查中,能够在家庭中坦然讨论死亡话题的只有36.18%,认为该话题不太适合谈论的占19.02%,认为应该尽量避免谈及的占19.68%,有9.49%的人认为只有必要时才说,14.06%的人从来没有谈论过死亡话题。^[9]在这种文化背景下,中国医疗界普

遍也把死亡作为一项禁忌,医生很少将事情告诉患者和家属,形成医生、患者和家属三方之间相互揣摩、猜测、隐瞒禁忌医疗信息的恶性循环。因此,临终关怀进入中国后多采用“宁养”“舒缓”“姑息”等较为隐晦和委婉的修辞,减轻人们的焦虑。另一方面是临终关怀的初衷与孝文化观念有冲突。孝文化是一种植根于中国传统文化的特殊代际伦理道德和情感模式,即子女有奉养父母的义务。家庭对老年人的积极保障作用是任何其他社会保障难以完全代替的,物质方面的援助无法提供情感上的慰藉和相互关怀,因而大多数老年人在生命的最后阶段仍愿生活在家庭中。^[10]受传统孝道伦理的影响,绝大部分中国人难以接受亲人在最后时刻放弃积极治疗,交由别人照看,普遍认为只有努力延长生命、陪伴亲人才能表达孝心。对个人来说,还受到文化环境和社会舆论的影响,让家人放弃治疗、接受临终关怀,子女可能会被批评为“不孝”“不负责任”。在这种文化影响下,临终关怀服务的提供很难完全按照国际通行的原则来进行。

3. 学术研究有待突破,学科教育相对滞后。临终关怀是一个横跨多学科的新生交叉子学科,起源于医学,进入社会实践之后更多涉及伦理学、社会学、人口学等人文社会科学。中国临终关怀研究起步较晚,在学科研究方面仍然较为局限。有学者检索1998—2010年期间国内关于临终关怀的研究文献发现,471篇论文中,描述性研究占绝大多数,经验总结类文献和理论类文献超过7成,少有比较系统全面的实地调查,也较少有深入的定量研究分析,采用系统方法比如干预对照方法的仅有21篇。对学科发展前沿如镇痛、心理干预等新技术新方法的探索研究还不够深入。^[11]虽然我国已经开设了死亡或临终关怀课程,但是学科建设和普及教育还远远不够。在学科教育方面,一项针对医学院一二年级临床和护理专业的学生的随机调查中发现,仅有2.55%的学生非常了解“关怀对象包括患者家属”,4.14%的学生非常了解“关怀的目的是减轻痛苦,提高生活质量,而非延长生命”。^[12]可见大部分学生对临终关怀的核心理念并不熟悉,说明临终关怀学科影响力不

大、学科教育不够健全。

三 国外临终关怀的实践探索与借鉴启示

(一) 英国创造良好的发展环境, 临终关怀发展引领全球

1967年, 自伦敦建立世界上第一家临终关怀院以来, 英国的临终关怀事业发展一直处于世界领先水平。其主要特点为: 一是服务体系标准化。临终关怀标准的核心问题是对晚期病人的界定, 英国对晚期病人的诊断有着严格的规程, 服务过程十分规范。二是机构规模化。2008年英格兰共有临终关怀医院155家, 其中国民医疗保险体系所属医院共有40家, 从业的专业医护人员共计5500人。每年大约有25万病人以不同的方式接受临终关怀服务。三是资金来源多样化。英国实行全民公费医疗, 临终关怀机构属于非营利性医疗机构, 患者在临终关怀医院的费用主要由国民医疗保险承担, 国民医疗保险支付了超过70%的临终关怀院运行资金。英国有比较浓郁的慈善氛围, 慈善团体每年为临终关怀相关机构筹措善款约1.1亿英镑, 发挥了重要作用。四是宣传普及化。英国的临终关怀宣传十分到位, 真正做到家喻户晓, 有超过三成的人口直接或间接了解或接触过临终关怀。2007年参加临终关怀的志愿者总数超过10万人, 一年贡献了440万小时的志愿服务时间。^[13]五是专业人员培训常态化。临终关怀机构医师和护理人员进行定期专业技能培训, 培训情况被纳入英国审计署对临终关怀机构的考评体系之中。^[14]

(二) 美国临终关怀体系提供全方位多角度服务

美国的临终关怀开始于1974年, 近年来发展较快。1982年服务对象只有2.5万, 2011年增长到105.9万, 占当年死亡人数的42%。目前, 美国拥有1400家以医院为基础的姑息治疗机构和超过4700个宁养照护计划, 提供全方位多角度的临终关怀服务。美国临终关怀的主要特色是: 一是医生判断与患者、家属沟通相结合, 共同做出临终关怀决定。医生尊重患者、家属共同做出的选择, 不作强制性建议或要求, 并允许随时改变决定。二是有健全的服务团队及

分工。美国医疗协会建议的标准的人员配比为, 通常1个临终关怀服务团队由3名护士、1名家庭健康助手、1名全职社会工作者、1名兼职宗教人士、若干志愿者、兼职临床医生以及签约治疗专家构成, 为30个左右患者提供服务。三是服务对象从晚期恶性肿瘤患者, 逐渐转向更多的慢性病患者, 如慢性心功能衰竭、慢性阻塞性肺疾病、痴呆、肾功能衰竭等。^[15]

(三) 德国长期护理保险制度助推临终关怀体系建设

德国长期护理保险采取的模式是社会保险和强制性商业保险相结合。其费率仅为1.7%, 其中雇员和雇主分别承担0.85%, 远远低于其他四大社会保险的费率水平。受益级别分为三级, 主要依据是接受护理服务的时间长度和频率。德国长期护理保险制度的一个突出特色就是鼓励家庭护理, 参保人可以选择家庭护理或者去护理机构接受护理服务, 但是长期护理保险制度提倡“家庭护理优先于护理院护理”, 并有一系列政策设计鼓励受益人选择在家接受护理。德国长期护理保险制度的另一个突出特色是其市场化的竞争机制, 若仅仅由非营利机构提供长期护理, 往往会产生服务质量不高的问题, 在引进市场化的服务提供商之后, 长期护理服务市场就有了竞争机制, 服务供给质量明显上升的同时基金成本也随之下降。^[16]

(四) 日本结合本土文化探索亚洲的临终关怀模式

日本结合传统文化, 探索了具有日本特色的临终关怀模式。一是在临终关怀方面出台一系列详尽的法律和指导手册。2000年发布实施《长期护理服务保险法》; 2007年发布实施《癌症对策基本法》和《癌症对策推进基本计划》, 并配有临终关怀与姑息照护领域的详细指导手册, 如《姑息照护团队活动手册》《姑息照护指导手册》《终末期医疗决定程序的相关指导方针》《终末期癌症患者输液疗法的相关指导方针》。二是形成职业种类丰富的临终关怀团队。在日本, 不仅医生和护士, 还有心理咨询师、营养师、医学社会工作者等丰富的职业种类组成了临终关怀照料团队。三是人性化的临终关怀病房。在日本, 设有专供临终者去世前使用的浴缸,

有更加适合行动不便的患者的操作装置，这也是一种人性化体现。^[17]

(五) 国外经验的借鉴与启示

一是注重通过立法形式保障临终关怀事业规范发展，临终关怀具有公益性，有必要通过国家法律保障和提供政策支持，例如在注册、管理和税收等方面给予扶持。英国有《社区关怀法》，美国有1982年国会通过的一项在医疗保险中增加临终关怀服务的法令，法国有专门的《临终关怀法》。通过法律制度完善，使临终关怀事业走上了制度化的道路。二是为解决临终关怀提供稳定可持续的资金来源。通过将临终关怀纳入医疗保险、长期护理保险制度，为临终关怀提供持续的财政支持，同时充分发挥社会公益力量，为临终关怀提供多渠道的慈善资金来源。三是重视对全社会进行死亡教育和临终关怀宣传，让患者及家属更多了解和接受临终关怀，能坦然地面对死亡，选择临终关怀的方式，提高生活质量。

四 中国特色临终关怀体系建构的政策框架

临终关怀对于应对我国快速老龄化趋势具有重要意义，有助于提高生命质量和尊严，并缓解死亡痛苦，帮助家属走出失去亲人的痛苦，同时能减少过度医疗所产生的成本，提高医疗资源使用效率。而临终关怀在我国发展的20多年历程基本上只依靠学术界和临终关怀机构“摸着石头过河”，缺乏来自政府的顶层设计和来自全社会的普遍参与，借鉴国外临终关怀发展的趋势和经验十分必要，更为重要的是针对中国的老龄化特点、医疗体制、文化环境等因素，形成能够解决中国问题的中国方案，构建中国特色临终关怀体系。

第一，应对临终关怀事业发展的路径进行顶层设计，逐步将临终关怀纳入政策视野和立法日程。通过顶层设计，明确行业主管部门的监管、服务职责，强化如卫生、民政、老龄委等多部门的协调联动，形成部门间协调工作机制乃至工作机构，加强工作合力。总结目前临终关怀在全国各地的实践经验，以行政法规的形式，对临终关怀机构的职责、定位、标准、

运营模式等加以规范，对临终关怀事业进行一定的行政支持，大力推广临终关怀。待临终关怀事业运行成熟之后，可以形成法律法规提案，由人民代表大会审议并形成法律文件，以法律形式对临终关怀事业进行基本保障，实行法治化运营和管理。

第二，应积极探索本土化临终关怀模式，建立适应中国老龄化需要的三位一体模式。结合中国国情，与孝道文化积极融合，适应大多数中国人“落叶归根”、想在家里度过最后时光的情结。在家庭有临终关怀责任的中国，居家为主、机构补充才是较为合适的选择，同时将临终关怀医院与社区基层医疗机构结合起来，增加家庭临终关怀服务供给。因此，可整合家庭、医院和社区的力量，建立三位一体的本土化临终关怀模式，家庭主要承担日常护理和精神慰藉，医院主要负责医疗救护和心理辅导，社区负责联系、安排志愿者和医护人员，并为家庭协助落实保险金。同时，整合我国现有医疗体系资源，鼓励综合性医院开设临终关怀科室或病床，将具有临终关怀服务功能的老年病医院进行整合改造，也纳入到临终关怀的监管体系。针对我国农村老龄化深度发展的态势，加强农村临终关怀服务拓展，建立县、乡、村家庭临终照护指导中心，对乡村全科医生进行临终关怀的培训。

第三，应探索长期护理保险试点，为临终关怀事业提供常态化的资金支持。我国大多数老年人收入不高，或者仅仅是处于中等水平，这使得他们没有太大的能力也不愿为临终关怀付出高额的费用。在美国、日本等发达国家已经率先开展了长期医保保险。此举可以有效缓解那些长期重病在床且亟需临终关怀护理服务人群的经济压力。考虑到中国的国情，实施以政府主导的社会保险为主体，以商业保险为补充的长期护理保险无疑是一剂良方。此举将有效缓解大部分老年人的经济压力、消除其经济上的顾虑，从而有利于临终关怀服务的开展。

第四，应重视开展死亡教育，向全社会推广优生优逝观念。“优逝”也需要进行教育，临终关怀理念与中国传统的文化观念虽然存在一定程度的矛盾，但主要还是因为理念没有讲清

楚、讲到位,导致人们产生误解乃至抗拒,影响了人们对临终关怀观念的接受。推广死亡教育,能够帮助民众对生命质量和死亡规律有心理适应性,提高对死亡相关议题的接纳度,使人们更加了解和接受临终关怀事业。可以借鉴国外对民众进行死亡教育的经验,在学校教育中纳入死亡教育课程。同时,在全社会正面宣传和报道临终关怀对社会的积极贡献。

第五,应培养高素质的临终关怀职业队伍,提升护理人员专业性。针对护理人员专业性不高,且临终关怀护理知识通常并非由学校系统学习而主要通过临床经验获得的这一现实问题,医护学校应该加强知识的系统教育。同时督促在职人员参加培训、讲座等后续教育,在工作的环境中定期进行有关专业知识的培训考核,以提高护理人员的专业性。而对于护理人员死亡心理无法排解的问题,在医护学校的教学培训中,应该加强有关死亡心理知识的教育。应当适当提高临终关怀护理人员的工资水平和社会地位,使临终关怀护理人员在职业中有获得感和成就感,有助于提高护理人员的服务水平,改善护理质量。

第六,应加强临终关怀学科建设,为实践提供理论和技术支撑。临终关怀服务具有高度的专业性、技术性,又是交叉性的新兴学科,需要加强学科建设,充实研究力量。有必要扩大学术性研究机构和研究队伍,临终关怀协会应该发挥在研究和实践中的协调和引领作用,帮助推进临终关怀的重大事项,与行业相关监管部门保持密切沟通;牵头制定准入标准、药品指导和管理、实施流程等行业规范;定期开展大型学术交流活动,组织相关社会调查和评估项目,推动学术研究和临床实践发展。

注释:

[1]Ulrich Beck, *Risk: Towards a New Modernity*, London: Sage, 1992.

[2]陆杰华、张韵:《转型期中国死亡社会学的思考:现状、进展与展望》,《中国特色社会主义研究》2015年第6期。

[3]李义庭、刘芳、付丽:《临终关怀模式的时间和探索》,《中国医学伦理学》2000年第

5期。

[4]严勤、施永兴:《中国临终关怀服务现状与伦理探讨》,《生命科学》2012年第11期。

[5]肖水源、王玮、阳燕:《中国临终关怀现状及其发展前景述评》,《医学与社会》2008年第2期。

[6]刘芳、李义庭、付丽、李芳:《临终关怀的理论与实践》,《医学教育探索》2003年第3期。

[7]施永兴、王光荣:《中国城市临终关怀服务与政策研究》,上海:上海科技出版社,2010年,第28页。

[8]郭娜:《我国临终关怀面临的问题及其对策》,硕士学位论文,河北师范大学,2013年。

[9]崔以泰、甘兰君主编:《临终关怀学:生命临终阶段管理》,北京:中国社会科学出版社,2009年,第108页。

[10]李桂梅:《中国家庭道德的困境及其应对》,《武陵学刊》2002年第2期。

[11]陈香芝、白琴:《我国内地临终关怀研究现状的文献分析》,《全科护理》2011年第2期。

[12]苏永刚:《中英临终关怀比较研究》,博士学位论文,山东大学,2013年。

[13]郭娜:《我国临终关怀面临的问题及其对策》,硕士学位论文,河北师范大学,2013年。

[14]苏永刚:《中英临终关怀比较研究》,博士学位论文,山东大学,2013年。

[15]赵晓华、陈冯梅:《美国的宁养照护及其对中国的启示》,《医学与哲学》2016年第4期。

[16]郝君富、李心愉:《德国长期护理保险:制度设计、经济影响与启示》,《人口学刊》2014年第2期。

[17]姚晓英:《日本临终关怀的特色与思考》,《护理管理杂志》2002年第4期。

责任编辑 刘秀秀