

甘肃省大学生创新创业训练计划 项目申报表 (创新训练项目)

推 荐 学 校 :	西北师范大学
项 目 名 称 :	兰州市老年人临终关怀现状及影响因素的调查研究
所属一级学科名称:	CX2018B236
项 目 负 责 人 :	苗钟元
联 系 电 话 :	18419703658
指 导 教 师 :	张润君
联 系 电 话 :	09317975022
申 报 日 期 :	2018 年 4 月

甘肃省教育厅 制

项目名称		兰州市老年人临终关怀现状及影响因素的调查研究						
项目所属一级学科		CX2018B236						
项目实施时间		起始时间：2017 年 11 月 完成时间：2018 年 9 月						
项目简介		通过对兰州市各大医院临终关怀服务的发展情况和不同群体接受程度的调查研究了解兰州市临终关怀的发展现状并对所存在的问题提出相应的对策，为机构临终关怀服务在兰州市的可持续发展提供参考。						
申请人或申请团队			姓名	年级	学号	所在院系/专业	联系电话	E-mail
		主持人	苗钟元	2015 级	201532040119	社会发展与公共管理学院/劳动与社会保障	18419703658	1559338190@qq.com
		成员	任亚欣	2015 级	201532040121	社会发展与公共管理学院/劳动与社会保障	17393165003	752423868@qq.com
			刘肖肖	2015 级	201532030116	社会发展与公共管理学院/行政管理	17693189048	2219830499@qq.com
			陈鹏宇	2016 级	201632030105	社会发展与公共管理学院/劳动与社会保障	15117264821	1750947522@qq.com
指导教师		第一指导教师	姓名	张润君		单位	西北师范大学	
			年龄	48		专业技术职务	学术型研究生导师（教授）	
		主要成果		在《人民日报》、《光明日报》、《统计研究》、《中国行政管理》、《管理评论》、《科学学与科学技术管理》、《兰州大学学报》等刊物发表学术论文 60 多篇，出版著作、教材 6 部，主持完成国家社科基金项目、甘肃省社科规划项目、甘肃省教育厅科研项目、甘肃省民政政策理论课题、西北师大青年教师科研项目 8 项，参与国家社科基金项目 4 项，其他各类科研项目 6 项。				

一、申请理由

本人具备较强的学习能力，考取人力资源管理师、计算机二级，能较为熟练运用 office、SPSS 等计算机软件。至今为止主持过一个校级项目，参与过三个院级项目。在 2017 年“甘肃省首届大学生职业生涯规划大赛”中获得团队优秀奖

二、项目方案

一、背景及重要性

随着社会人口老龄化趋势日益严重、恶性肿瘤发病的急剧增加及人们日益增长的医疗服务需求，老年临终病人将成为临终关怀的一大特殊群体而越来越受到人们的关注，2009 年在中国生命关怀协会的大力支持下，医院的临终服务进行了规范化建设，设立了服务理念、服务对象及服务内容等规章制度，但是临终关怀理念推广度低、专业医疗护理队伍和义工人员匮乏等问题严重制约着临终关怀服务在中国的发展。世界各国医学专家将人的临终期定为六个月并由此提出了“社会沃母”理论，松堂关怀医院经过十几年对 10713 位临终病人进行调研，临终期平均为 288 天，正像新生命在母亲子宫里十月怀胎得到的关怀一样。老年临终病人他们丧失了自理能力，思维减退了，就像孩子，他们不能再回到妈妈的子宫，需要有松堂关怀医院这样的社会子宫，帮助他们愉快地完成其生命的最后成长。每个人都会老，临终老人更需要社会的关爱，松堂关怀医院的工作就是造就这美好的社会子宫。随着人类医学科学的进步，人们将对自身生命理解的更为深刻，优生、健康、优死在生命的各阶段都会得到同等的重视。临终关怀就是回归人性的尊严。由关注老年人临终关怀服务为出发点最终以期达到对不同年龄需要临终关怀服务群体的重视与关怀。通过对兰州市各大医院临终关怀服务的发展情况和不同群体接受程度的调查研究了解兰州市临终关怀的发展现状并对所存在的问题提出相应的对策，为机构临终关怀服务在兰州市的可持续发展提供参考。

二、国内外现状

（一）关于“临终关怀”概念的提出

“临终关怀”（Hospice Care）起源于拉丁语原意是“收容所”、“济贫院”、“招待所”。中世纪的欧洲使用此词，是指设立在修道院附近为朝圣者和旅行者提供中途休息和获得给养的场所。现代意义的临终关怀始于 20 世纪 60 年代，英国的西塞莉·桑德斯博士将护理学和医学、社会学等结合起来，用临终关怀的知识积极的为临终病人服务，并于 1967 年在英国伦敦创办了世界上第一座临终关怀护理院。之后，美国、法国、加拿大及香港和台湾等 60 多个国家和地区相继开展临终关怀服务。历经近半个世纪发展，临终关怀服务逐渐成为一门新兴交叉学科——临终关怀学，以晚期病人的生理、心理发展规律为主要研究对象，并为晚期病人及其家属提供全面照护实践。临终关怀应用的主要是姑息医学（也称缓和医学）。世界卫生组织（WHO）指出姑息疗法是一种暂时减轻患者的某些症状或痛苦而不能消除病因的一种治疗方法。姑息医疗主要是以舒缓疗护为主，强调对病人进行疼痛控制，所使用的一些医疗手段，他的目的并不是延长病人的生命，而是解除或者减少病人的疼痛，不是以治愈为目的。

2015 年底，《经济学》人智库发布了一项《全球死亡质量排名报告》，聚焦了世界各国和缓医疗的实施情况。结果显示，在 80 多个国家及地区中，英国排名第一，随后

是澳大利亚、爱尔兰、比利时等国家，中国大陆地区则排名第 71 位。报告指出，中国是少数几个处于低收入国家分组、但对缓和医疗需求较高的国家。（王华萍，《从浦东新区老年医院发展看地区机构临终关怀服务的可持续发展》）

（二）从法律维度看“临终关怀”

首先我们要区别“临终关怀”与“安乐死”两个概念，临终关怀注重的是生命存在的情况下如何减少痛苦，安乐死的实质则是为了减少痛苦而终止生命，二者的思想基础和价值取向不同。因此，临终关怀得到更多人的认可并迅速发展起来，安乐死则因缺乏法理基础和存在伦理冲突而停滞不前。

国家权力的行使必须服务和服从于公民权利的有效保障，其基本精神是建立宪政国家，而宪政国家最根本的要求是促进和保障人权。我国《宪法》第 33 条规定：“国家尊重和保障人权。”其中最基本的是人的生命权，不仅是针对正常健康人的生命权，也同时保障临终患者的生命权，这种对生命权的尊重是贯穿人的生命的全过程，不仅注重人的生命存在的权利，更要求保障人的生命质量的权利。临终关怀模式首先是尊重生命的存在权，即在任何时候国家都不能剥夺一个人的生命权，同时更加注重对生命质量的维护。我国《宪法》21 条规定：“国家发展医疗卫生事业，举办各种医疗卫生设施，开展群众性的卫生活动，保护人民健康。”临终关怀是医疗卫生事业的一种重要形式。我国《宪法》第 45 条规定：“中华人民共和国公民在年老、疾病或者丧失劳动能力的情况下，有从国家和社会获得物质帮助的权利。”

按照我国的刑法理论来看，临终关怀的性质属于排除社会危害性的“正当行为”。临终关怀的设置是出于一种善的发端，但也不能排除少数人利用临终关怀实施危害社会的行为，因此，对临终关怀进行刑法规制也就成立必要。临终关怀涉及到的民法问题较多：我国《民法通则》第 98 条规定：“公民享有生命健康权。”生命健康权是公民最重要的人身权利，公民可以采取各种方式保护自己的生命健康权，当然也就享有治疗方式的选择权。选择治疗方式是患者自己决定权的重要内容之一。一个具有完全民事行为能力能力的公民，在能够确保自己的知情权的情况下，对于自己的病情状况有充分的认识能力，对于毫无意义的积极治疗当然可以放弃。如果临终患者自愿选择了临终关怀方式，其他人不应当进行干预，如果拒绝临终关怀方式，任何人也不得强制，这是公民自决权的核心，是公民生命健康权的根本保障。我国《侵权责任法》第 56 条规定：“因抢救生命垂危的患者等紧急情况，不能取得患者或者其近亲属意见的，经医疗机构负责人或者授权的负责人批准，可以立即实施相应的医疗措施。”《侵权责任法》之所以如此规定，是因为病人处于极端危险状态需要马上救治，并且采取措施可以挽救患者生命，医方是在得不到病人及其亲属的统一下的情况下而决定强制医疗的；而临终关怀是根据医疗常识和现有技术，采取任何措施都无法挽救患者生命，患者选择了放弃积极治疗，医院也就没有必要强制治疗。

1988 年—2014 年，国家出台的临终关怀服务政策共 17 项，如 1994 年原卫生部出台了《医疗机构基本标准（试行）》，要求护理院、护理站要对临终患者、晚期的绝症患者展开临终护理。同年，原卫生部的《医疗机构诊疗科目名录》中，明确临终关怀科作为卫生行政部门核定医疗机构诊疗科目可以进行登记注册。原卫生部中医药管理局于 2006 年 6 月 29 日制定了《城市社区卫生服务机构管理办法（试行）》，要求有条件的城市社区卫生办事机构可设置临终关怀科。2011 年，原卫生部在《中国护理事业

发展规划纲要（2011-2015 年）》中首次提到要将临终关怀纳入长期医疗护理中。同年，《护理院基本标准（2011 版）》规定，临终关怀科是护理院必须设立的科室，而且在该科室中应增设家属陪伴室。2012 年，《老年人权益保障法》提倡为年老者开展临终关怀服务。（周霜，《临终关怀立法现状及探索》）

很多国家制定了相应的临终关怀计划，并且有相当规模的财政投入。比如美国到 2004 年时，已经制定了 3650 项临终关怀计划。美国于 1971 年引入现代临终关怀理念，得到快速发展，在建立临终关怀医院的同时将临终关怀纳入国家医疗保险法案，鼓励更多的志愿者加入其中，临终关怀服务增长率位居各种服务之首。1976 年 8 月，加利福尼亚州通过了《自然死法案》，规定不对末期临终患者提供加剧苦痛和拖延死期的治疗。1980 年，美国在《国家医疗保险法案》中增加了临终关怀的内容，从国家财政上为国民享有临终关怀提供了支持。1981 年，美国又出台了《临终关怀法案》。1982 年，美国国会制定了临终关怀医保赔付计划，由此临终关怀在美国得到了大力发展。2009 年 2 月 17 日，法国国民议会通过了一项关于临终病人陪护资助金的议案。

（三）国外的发展现状

目前在英美等发达国家，临终关怀机构在晚期病人照护方面发挥着越来越重要的作用，根据维尼格等人的研究，1996 年美国因癌症而死亡的病人中，接受临终关怀服务的比例已经达到 43.4%。自 1967 年世界上第一家临终关怀院在伦敦建立以来，无论是制度上还是形式上，英国的临终关怀事业都取得了长足的进步，并且日趋健全、规范和高效。现在我将从典型发达国家、超级福利国家和老龄化严重国家三个大方向对其中具有代表性的国家临终关怀发展实例与发展现状展开具体分析：

1. 发达国家的临终关怀事业发展现状--以美国为例

美国的临终关怀提供机构逐年上涨的趋势，从 1974 年的第一家临终关怀机构成立到 2009 年的 5000 家（数据来源 NHPCO，2013），美国临终关怀机构的数量上升极其快速。从人数上看，美国临终关怀服务的人数上升也很快。1984 年全美一共 100000 人接受临终关怀服务，2000 年人数上升到 700000，到了 2009（数据来源 NHPCO,2013）人数为 1560000。可以看出美国对于临终关怀的需求也是逐年上升的。可以看出无论是服务机构数量，还是服务人数，美国的临终关怀都在大规模的增长，为病人的服务也一直在增加。

美国的临终关怀机构主要是独立的机构（independent, freestanding agencies）。也有依靠其他机构的临终关怀机构，比如 Part of a Hospital System，Part of a Home Health Agency，Part of a Nursing Home。美国的临终关怀所需的费用大部分是 Medicare 和 Medicaid 在支付。The Medicare hospice benefit 是一个专项基金之类的项目，在 1982 年由国会通过，是主要支付的来源。可以很清楚地看到在美国个人支付（SelfPay）只占了很少的一部分，而 The Medicare hospice benefit 将 84% 左右的费用都支付掉了。

美国提供给病人的服务有：（1）控制病人的痛苦和症状；（2）在情绪、心理和面对死亡的精神上帮助病人；（3）提供的需要的药物、医疗补给和器材；（4）引导家属如何照顾病人；（5）提供特殊的服务，比如语言和身体治疗；（6）当在家疼痛难以控制是可以短期住院；（7）对家人和朋友提供丧亲关怀和辅导。可以看到美国的临终关怀不仅仅对病人提供身理和心理的帮助和舒缓，而且对病人的家属也提供了很好的帮助和心理辅导。不仅仅重视病人，也重视家属。是对病人和家属的双重关怀。

在美国典型的临终关怀照料由一支专业队伍提供,这是一个由注册护士、内科医生、社会工作者和牧师或其他法律顾问组成的跨学科队伍。需要时,照料服务也提供助手、药剂师、身体治疗、语言治疗和培训过的志愿者。可以看到美国的临终关怀服务是由一个团队来负责,通过团队的合作来提供服务。

2.超级福利国家的临终关怀事业发展现状—以英国为例

英国临终关怀政策、制度与措施:(1)英国把临终关怀作为卫生体系中核心部分。确保将临终关怀纳入所有的卫生健康计划中,尤其是纳入英国卫生保健制度即国家医疗保健模式。(2)英国临终关怀已经有了明确的定义和对象,早期识别临终病人并进行干预定为一年临终关怀期的框架。(3)英国卫生行政部门(医疗保健局)制定临终关怀相关政策和标准。(4)国家把临终关怀纳入医院八大部门考核,实行黄、绿、红三色管理。(5)由国家相关学会(资格认证中心)负责制定临终关怀服务包括护理水平的相关指南和工具。(6)英国临终关怀黄金标准认证培训中心(GSF)对全国临终关怀机构进行金、银、铜牌考核评估的年度评优活动。(7)在临终关怀医疗中,政府和社会组织之间是合作伙伴关系。(8)英国政府将在2016年4月形成国家临终关怀报告并向全国推荐优秀的临终关怀示范单位经验为基础。(9)由英国姑息治疗委员会制定临终事务联盟一项被称为“死亡咖啡馆运动”。

其中以具有代表性的圣法郎西斯临终关怀医院为例,它的服务理念是他们认为只要对临终病人有益的,均可使用姑息医护手段,且全部能报销费用。临终关怀医院经济来源三分之一是政府拨款,三分之二是来自慈善捐助。服务于社区八万居民,承担着以晚期恶性肿瘤为主的临终病人关怀服务;对社区全科医生临终关怀继续教育培训;是英国医学院校姑息医学专业教育基地;也是临终关怀志愿者培训场所。圣法朗西斯临终关怀后院日间日间临终关怀中心,病人由家属开车送到日间临终关怀中心,如家属不便也可有医院方派出工作人员开车前往病人家中街道中心;中心对每一位日间照料者进行评估,并对个性化服务,如病人间聊天、兴趣班活动也可制作手工包括陶瓷等。音疗和康复锻炼等活动,傍晚再将病人送会社区家庭。

3.老龄化大国的临终关怀事业发展现状—以日本为例

作为老龄化问题严重的大国,日本临终关怀形式分为四种:独立型,医疗设施全部为临终关怀服务的医院;医院型,在医院中建立临终关怀病房;指导型,在门诊设立临终关怀的咨询;家庭型,医疗设施有限,建立家庭病床为患者及家属提供临终关怀服务。并且日本建立起了专门的PCU(Palliative Care Unit,临终关怀病房)。

国立癌症中心医院东病院的PCU(Palliative Care Unit)即临终关怀病房,有23张病床,1名固定医师,1名轮转医师,工作任务是彻底控制患者的症状,进行患者及家属的临终关怀指导,负责病房的业务,如有些问题单独处理有困难,可以请相关科室医师会诊。20名护士和2名辅助护士,实施整体护理,各项护理工作都是以患者为中心展开的,一切从患者的需要出发,视患者为一个整体。护理人员使用护理手段对患者进行心理援助,与患者进行语言交流,或采用放松法安定患者的情绪。遇到沟通困难的患者,护理人员用微笑的表情,安抚患者让患者听音乐,看自然景观使之情绪稳定。基础护理很重要,保持患者清洁卫生是对患者的尊重,病房还配有专门供卧床患者沐浴的机器。新护士不负责患者,因其不能判断病情,1-3个月由带教护士带教,4-9个月做辅助护士,最后6个月在带教护士指导下做工作。分组由年资低的护士与年资高的护士相结合,前夜3名护士,后夜2名

护士,分别由不同组的护士组成,以保证护理的连续性,一年后重新分组。

国立癌症中心东病院 PCU 是由开办了 4 年的国立疗养院松户病院改建成的。每年收治 250-300 人次。平均年龄 62 岁(男性 64 岁,女性 60 岁),女患者 40-50 岁占比例较高。入院患者所患疾病分别为肺癌、大肠癌、胃癌、乳腺癌、肝癌。特别是大肠癌逐年增加。从目前 PCU 的情况来看,症状缓解出院的患者正在增加,这样的患者回到家中可以继续接受临终关怀的照顾。住 PCU 的患者 70%从家中入院,20%从外院转来,10%是院内转来的。每年从家中入 PCU 的比例还在不断地增长。

1997 年修订了国立癌症中心东病院的临终关怀分组,具体分组如下:

(1) 病房组:控制癌症患者因疼痛所带来的一系列症状,死亡前终末期的护理。为临终期患者提供临终关怀护理,使这些临终者无痛苦地、平静地走完人生的最后一站。

(2) 家庭病床组:为临终期癌症患者提供家庭服务电话指导,护士定期进行访视,定期电话问候服务。1994 年 10 月开始,主要服务对象是从 PCU 出院的患者和家属以及在门诊看病的患者和家属。这个组由医生、护士长以及访视护士组成。具体方法是,有这种愿望的患者及家属做登记,由电话服务负责人接待。初次电话要详细具体每周 1 次定期电话服务。主要内容是患者的症状及相关内容占 40%,生活和护理各占 20%,心理、精神方面各占 10%。每周有 30-35 名患者申请电话服务。

(3) 门诊咨询组:为临终期癌症患者及家属提供必要的咨询。接待从 PCU 出院的患者,申请等床住院的患者,需经常观察的患者,复查的患者,其它科转来的患者。每月平均 40 例,家属咨询 82%,患者直接咨询 6%。咨询内容,64%了解 PCU 的情况,11%为护理问题,8%与治疗有关问题。

(4) 共同研究组:由精神肿瘤学研究部在此中心进行研究,共同推进临终关怀的发展。

(5) 教育研修组:接受院外人员到 PCU 进修,组织讲课,编写教材。

(6) 志愿者组。

(四) 我国的发展现状

根据国家统计局最新统计数据,2010 年的人口普查 65 岁及以上人口占总人口比重为 8.9%,比 2000 年的人口普查上升 1.91 个百分点。同时可以预见我国老年人的比例未来是呈现一个上涨的趋势的。而根据国家癌症中心 2012 年的统计数据,2008 年中国肿瘤登记地区的 41 个等级处合计覆盖登记人口 66138784 人,共报告发现 197833 例,死亡病例 122136 例。这个比例还是很高的。而根据 Globocan2008 的数据,我国每年新发癌症病例 282 万,因癌症死亡病例 196 万,预计到 2020 年新发和死亡癌症病例将达到 388 万和 276 万。这个比例也是符合国家癌症中心统计的。另外根据 2012 年中国卫生统计年鉴,2011 年部分市县前十位疾病死亡原因构成统计,恶性肿瘤已成为中国人死亡原因的首位,在市和县分别占到的比例为 27.79%和 23.62%。

从宏观层面讲,越来越多的即将走向人生终点的老年人和越来越多的癌症病人,会消耗大量的医疗资源。并且,在这个过程中很多治疗也是意义不大的。特别是对于一些癌症晚期且没有治愈希望的患者,继续投入大量的人力物力财力对病人进行救治,从理性上思考是没有多少实际意义的。既对患者的家庭造成了极大的经济压力,又对有限的医疗资源造成了浪费。从微观层面而言,主要是针对一些现代医疗手段无能为力的患者。虽然可以通过一些手段延长患者生命的一些时间。但是在这个过程中病人

却遭受到了很大程度上的痛苦。当病人骨瘦如柴却躺在冰冷的急救室的时候，当病人处在弥留之际陪伴他的却是滴滴答答的仪器工作的声音的时候，当病人被抢救时浑身插满管子却依旧走向死亡的时候，这时的病人其实是痛苦的，也是没有尊严的。对于类似癌症晚期且已知无机会治疗的病人，为了延长短暂的生命，却让病人承受了极大的心理和生理上的痛苦，也是不人道的。让病人安详地有尊严地走完人生的最后一段道路，让病人有一个高质量的生活，正是临终关怀所能做到的。

中国临终关怀研究和实践已经历了二十多年的发展。1988年天津医学院临终关怀中心成立，1993年5月，中国心理卫生协会临终关怀专业委员会成立。2006年4月，中国生命关怀协会成立。但是目前为止，国内卫生管理部门并没有对临终关怀给予足够的重视，相关部门甚至没有准确的统计数字来反映正式注册临终关怀机构的各种情况。截止到2007年，中国大陆已经相继创办临终关怀机构100多家，从业人员的数量在4-5万之间。中国作为人口大国，人口老龄化日趋严重，“空巢现象”日趋普遍，并且我国目前每年死于癌症的人数大约在180万到200万之间，在过去的30年间，癌症死亡率增加了80%。这意味着会有越来越多的癌症病人需要得到临终关怀。此外，肺心病、心衰、尿毒症等晚期病人也是死亡高发的群体。这些不同方面之间的矛盾也凸显出临终关怀事业的重要性和紧迫性。下面我将以北京松堂医院、上海浦东新区和宁夏自治州三个具有代表性的临终关怀事业发展案例为出发点思考临终关怀在我国的发展现状。

1.北京松堂医院

1987年成立的中国老龄事业发展基金会北京松堂关怀医院，是中国28年前创办的第一家医养结合的老年护理院，也是中国的第一家临终关怀医院，为中国的老年照护事业积累了丰富的经验。在松堂医院的发展中对入院全体在医院中可以享受的医疗环境给出了明确的方向：（1）家属可与医生共同协商治疗方案。（2）根据医院床位情况、病人及家属可提出病房、床位及护理员的要求。以便为病人安排满意的住院环境。（3）医院在每间病房内为病人安排一名护理员与病人生活在一起，随时照顾病人的生活起居。

推广进入松堂养老院和护理院的老人，入院后像孩子入托一样得到无微不至看护的经验。针对老人需求的关爱、需要的沟通，松堂医院会定时安排心理医生与志愿者随时陪同老人交流，缓解老人心理与精神上的压力，老人每分钟愉快的生活是我们工作的动力。医院组织和整合了来自380多所大中专院校、社会团体、国际友人和社会知名人士在松堂医院建立了众多爱心小屋，志愿者经常看望老人，虽然他们初次谋面，松堂的老人就是他们的爷爷奶奶，因为他们知道每个人都会老。每天都有众多的志愿者在为老人表演节目，同老人聊天，进行心灵的沟通，解决老人的忧愁和烦恼。中央电视台、美国洛杉矶时报曾经报导，松堂医院组织的社会志愿者已超过四十万人次，这是医院整合志愿者参与老年照护全世界最成功的医院。爱心播撒在松堂全国老年服务机构的每一个角落。

除此之外，松堂关怀医院不同于一般的养老服务机构，它尊重所有老人的信仰，临终助念居士、神父、阿訇的参与，满足每一位老人对信仰的需求。几十年来医院照护了数万名需要帮助的老人，作为零投诉的老年医养院，二十多年来医院接待了国内外近千家老年机构的人士，到北京松堂关怀医院参观学习，促进了中国老龄事业的发

展。在养护模式上，老人入住松堂医院不需要陪床，365 天随时接待家属探望。医生、护士分为 3 班 24 小时巡视病房，每间病房医院安排的生活护理员与病人 24 小时生活在一起，随时照顾老人的起居，医院为老人组成了新的家庭。当病人病情发生变化，大夫、护士随时在其身边，为病人减轻疼痛，病情能得到及时的治疗和救助。医院实施的姑息治疗（即对症治疗），减少了司空见惯的过度医疗和重复检查，为社会节约了大量的医疗资源和养老保险费用。对老年病人能够提供安全、快速、有效的帮助，并减轻精神压力造成的焦虑、抑郁、失眠、疼痛等不适症状，及对老人进行身心综合治疗和康复。作为我国首家临终关怀医院，松堂医院经过 28 年的经验积累已建立了一套较为完善的可复制的优秀服务模式。

2.上海浦东新区老年医院

浦东新区老年医院前身为南汇县工农兵医院、南汇县结核病防治院。1988 年由上海市总工会退休职工管理委员会联系整合成为了全国第一家护理院。由于收治的老年患者长期住院，约 70%~80% 的患者直至临终，由此引入了临终关怀服务理念。从 20 世纪 90 年代至 2008 年，该护理院的规模持续发展壮大，老年护理中的善终一条龙服务作为临终关怀的内容一直得以延续。临终关怀服务包括临终患者的个人护理、按照当地风俗沐浴更衣、安抚家属情绪、协助联系殡仪馆及指导后续事宜。期间医院没有建立临终关怀规章制度、进行书面资料的留存和开展研究，在此阶段后期，临终关怀理念逐渐被淡化，发展也出现停滞。随着社会老龄化趋势、恶性肿瘤病发的急剧增加及人们日益增长的医疗服务需求，2009 年在中国生命关怀协会的大力支持下，医院的临终服务进行了规范化建设，设立了服务理念、服务对象及服务内容等规章制度。

医院核定床位 350 张，临终关怀病床 10 张，占核定床位的 2.86%。舒缓疗护科设置标准参照上海市社区卫生服务中心舒缓疗护（临终关怀）科基本标准。医护人员配置相对固定，2010-2013 年均为 17 人，2014-2015 年均为 23 人，2010-2015 年参加临终关怀市级岗位培训获得资格证的人数逐步增加。

但是老年医院的发展也存在明显的问题亟待解决：2010-2015 年志愿者以医护人员兼任为主，社会志愿者缺乏；2010-2015 年医院护工人数基本没有变化，为 68 人，其中临终关怀科护工 4 人，文化程度均为小学，年龄在 40-60 岁；2010-2015 年 146 例临终关怀患者人均住院天数为 29 天左右，患者包括直接住院的晚期患者及护理病区的终末期患者，医院每年服务病例数有所增加但床位使用率不足五成，床位周转率也较低；2010-2015 年医院对临终关怀科开展一例临终关怀补助 2000 元，即便 2014、2015 年业务总收入有所增加，但收支结果仍为负值。

1995 年，上海市闸北区临汾社区卫生服务中心开展社区临终关怀服务，2001 年新华医院宁养院开设，2006 年复旦大学附属肿瘤医院姑息治疗科成立等。临终关怀体现了民众对医疗卫生服务的需求，同时也是社会进步的一个表现。（王华萍，2015）

3.宁夏自治区宁养院

宁夏临终关怀起步于 2009 年 9 月李嘉诚先生亲自倡导、命名和捐资创立，由宁夏回族自治区人民医院支持建立的“宁养院”。2013 年由中国红十字总会支持，宁夏红十字会委托宁夏人民医院宁养院、邀请宁夏医科大学专家、数个社区、宁夏义工联合会、宁夏红十字会志愿者、宁夏红十字会临终关怀项目工作人员共同完成一期癌症临终关怀项目。

据宁夏回族自治区统计局的一项调查显示，2012 年底宁夏回族自治区常住人口为 625.20 万人。其中，60 岁以上老年人口为 63.71 万人，占总人口的 10.19%。按进入老龄化的标准 60 岁以上（含 60 岁）老年人口占总人口 10% 来衡量，宁夏地区人口已步入老龄化。面对宁夏“未富先老”的现实，如何应对人口老龄化问题，“老有所养，老有所医”，老年人对社会的需求与依赖性增强，医疗保健、临终关怀的任务加重。

宁夏与全国相同，独生子女家庭的比例越来越大，最直接的结果是引起家庭结构的变化，一对夫妇赡养四个老人正日益成为普遍现象，这在城镇更为突出。由于时间和精力等多方面的限制，在家人进入临终期时，亲人不能投入百分百的精力去照顾他们。这不但给子女本身带来了极大的压力，也使得老人的护理照顾、医疗保障等问题面临严峻考验。（李丽梅，《宁夏临终关怀现状及实践》）

根据宁养团队近几年再宁夏开展临终关怀的实践中发现和体会到宁夏目前临终关怀面临的主要问题有以下方面：临终关怀专业人员缺乏，热心从事临终关怀的专业人员很少；临终关怀机构缺乏：区内仅分布有一家临终关怀居家服务专门机构“宁夏人民医院宁养院”（截止 2010 年 11 月宁夏 6.64 万平方公里、全区总人口为 6301350 人）。为临终关怀患者提供镇痛治疗、舒适护理、心理辅导、生命伦理和死亡教育、社会支持等方面照护的临终关怀学术梯队力量薄弱；社会重视程度低：政府没投入，缺乏制度规范引导临终关怀事业发展；医院尚缺乏完善的管理体制，媒体关注度低；心理治疗严重不足；社会义工资源短缺；对医护人员关怀少：临终关怀一线工作人员承受着巨大心理压力，但很少得到医院及外界的认可与鼓励；患者及家属对治疗的期望值高，病情告知存在一定困难。（张静，2014）

三、创新性

调查前期通过阅读大量学术论文（论文有权威数据分析和理论支持，例如通过计算机检索 Cochrane 协作网定性研究小组推荐的 PsycINFO、MEDLINE、EMbase 与 CINAHL 4 个外文数据库，同时检索中国生物医学文献数据库和中国学术期刊全文数据库。）为调查提供理论支持。调查思路为通过借鉴北京市、上海市等临终关怀机构发展相对成熟城市和宁夏这种经济相对欠发达但是临终关怀机构发展相对成熟的具体案例对比分析兰州市各大医院的临终关怀机构的发展近况。调查期通过定量分析问卷调查和对患者群体的结构式访谈相结合的方式获得分析数据，并且运用网络问卷的形式扩大受访者的范围以便获得更多更有效的数据。调查后期将分析结论与已有论文结论进行对比分析得出较为准确的结论。因本研究方向涉及现在新兴的医疗安养产业，产业还处于初步发展阶段因而调查更具创新性和研究意义。

四、目标、内容以及假设

研究目标： 兰州市临终关怀现状与对策研究

研究内容：

1. 临终关怀服务的社会接受程度？（三个主体：医护人员、患者及其家属、其他社会群体）
2. 什么因素影响临终关怀服务的社会接受度？
3. 临终关怀机构是否作为独立机构存在在兰州市安宁区的各大医院之中？
4. 临终关怀机构是否具备良好的配套设施？设施配置状况说明了什么问题？
5. 近几年来兰州市政府对临终关怀服务的态度如何？是否出台相应政策？

6. 各大医院是否将临终关怀服务费用纳入医疗保险报销范畴之内？

7. 临终关怀服务在兰州市发展现状存在的问题是什么？

研究假设：

假设一：兰州临终关怀服务起步晚、发展较慢

假设二：医护群体对临终关怀服务的认知程度不高

假设三：患者及其家属对临终关怀服务的认知程度不高

假设四：医护费用、传统观点是影响临终关怀在兰州发展推广的主要因素

假设五：不同年龄、职位、学历人群对临终关怀接受程度不同

假设六：兰州市多数医院缺乏临终关怀服务相应配套设施

假设七：兰州市地方政府在临终关怀服务上缺乏资金支持和相关针对性政策保障其发展

假设八：经济因素是影响临终关怀服务在兰州发展的最主要的因素

假设九：实现将临终关怀服务费用纳入医保范围短期内很难实现

拟解决的关键问题：

探究临终关怀服务在兰州市的发展现状及存在的问题，通过对不同群体的调查了解临终关怀服务的社会接受程度及其影响因素，向大众普及临终关怀理念，一定程度上倡导兰州市各大医院设置独立的临终关怀机构培养专业人才。

五、时间安排及人员分工

项目进度时间安排

（文献查阅）： 2017 年 10 月至 2017 年 11 月

（社会调查）： 2018 年 3 月至 2018 年 3 月

（方案设计）： 年 月至 年 月

（实验研究）： 年 月至 年 月

（数据处理）： 年 月至 年 月

（研制开发）： 年 月至 年 月

（撰写论文或研究报告）： 年 月至 年 月

（结题和答辩）： 年 月至 年 月

（项目鉴定）： 年 月至 年 月

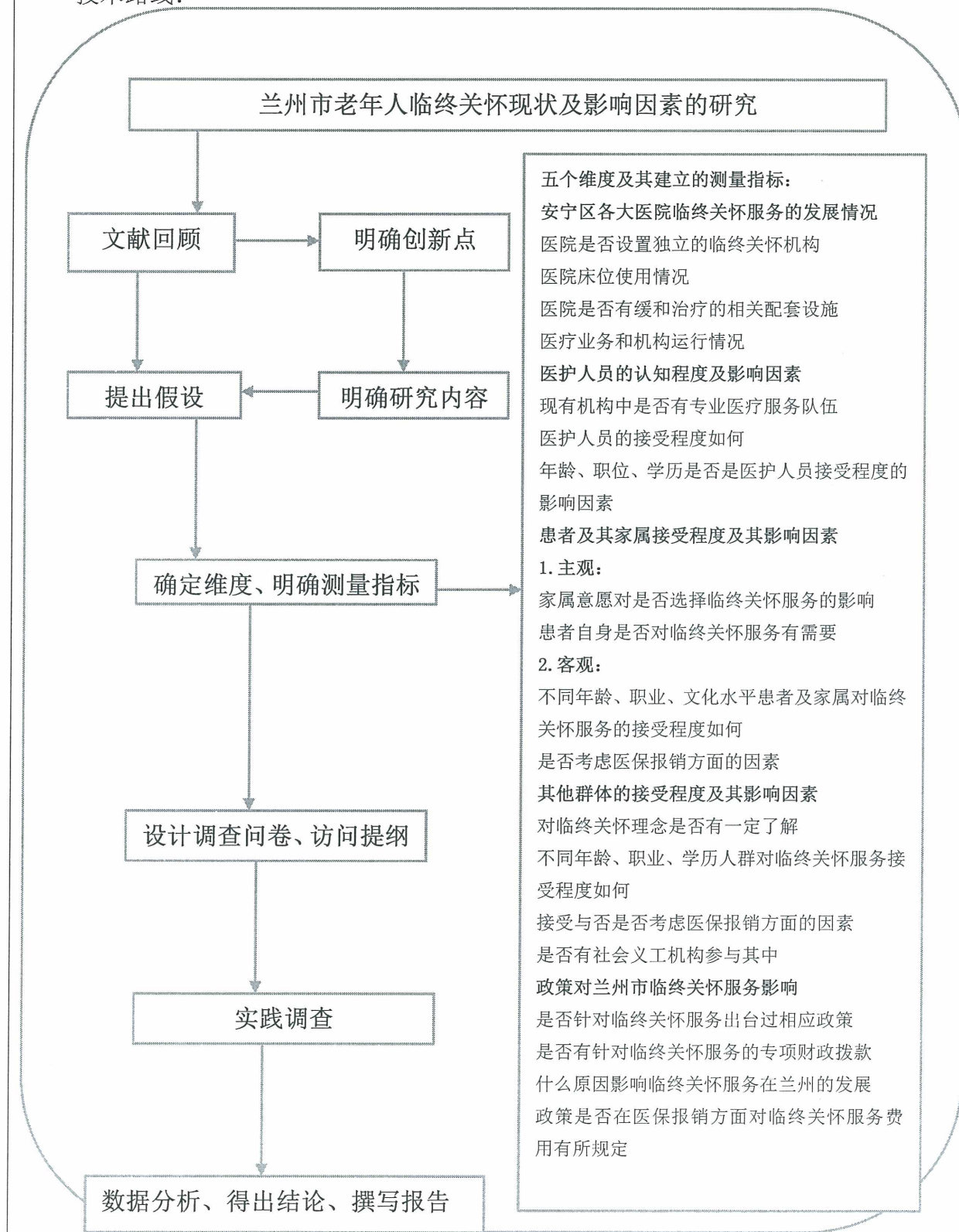
（成果推广或论文发表）： 年 月至 年 月

人员分工

任亚欣	2015 级劳动与社会保障专业	问卷设计
刘肖肖	2015 级行政管理专业	数据汇总
陈鹏宇	2016 级劳动与社会保障专业	数据分析

六、技术路线

技术路线：



三、学校提供条件

学校经费 700 元

四、预期成果

调研报告、发表论文

五、经费预算

总经费（元）	5700	财政拨款（元）	5000	学校拨款（元）	700
资料费	打印费	交通费	其他	合计	
300	200	500	300	1300	

六、导师推荐意见

同意

签名: 张润君

2018年4月25日

七、院系推荐意见

11月28日

院系负责人签名:

刘仲奎

学院盖章:



2018年4月26日

八、学校推荐意见:

同意推荐

学校负责人签名:

刘仲奎印

学校公章



2018年4月28日