



当代中国安宁疗护之现状反省及未来展望 ——施永兴教授专题访谈

施永兴 王佳丽

访谈按语：作为国家安宁疗护试点工作专家的施永兴教授，现任上海市安宁疗护服务管理中心专家组组长，从事安宁疗护临床实践与研究34年，主编《临终关怀学辞典》《中国城市临终关怀现状及政策研究》《临终关怀概论》《上海市安宁疗护发展蓝皮书(2012-2022)》《社区卫生法律手册》等专著32部，发表相关全科安宁疗护论文170余篇，主持国家卫生健康委、国家中医药管理课题14项。被评为上海市闸北区优秀拔尖人才、首席专家，上海市劳动模范。在施永兴教授的专著《价值安宁疗护理论研究》即将出版之际，经由《华人生死学》期刊主编朱明霞教授提议，副主编雷爱民博士从中联络，我代表《华人生死学》期刊编辑部对施永兴教授进行了访谈，访谈提纲由《华人生死学》期刊执行主编王云岭教授草拟，高一虹教授、路桂军教授等予以完善审订，施永兴教授对访谈提纲进行了极其认真的准备。2025年11月30日下午2点在上海师范大学徐汇校区东部文科实验楼807室进行了访谈，25级伦理学硕士生王佳丽同学整理了文字稿，25级应用伦理专硕马婕同学摄影，上海市安宁疗护服务管理中心专家徐东浩主任和上师大哲学系应用伦理硕士生等参与了访谈交流。在此一并致谢。施老师在本访谈中既提及其从业经历也论及其最新思考，应当说代表了施永兴教授关于“安宁疗护”主题的最新想法。不必讳言，关于“安宁疗护”之术语、命名、界定学界都有较多争论；对于安宁疗护在全国各省市之落地推进亦有待实证调研；但是，施永兴教授关于安宁疗护的看法依然值得学界留意，《华人生死学》期刊欢迎学界专家投稿争鸣讨论。本访谈主题也引起“华人生死学与生死教育学会”其它专家的热烈讨论，《华人生死学》期刊编辑部拟设后续“安宁疗护·专题论坛”，期待邀请更多专家献言献策、各抒己见，为中国之安宁疗护事业共同努力。（张永超 20251205）

责任编辑：张孟镇
收稿日期：2025-12-18
接受日期：2025-12-19
发表日期：2025-12-21
通讯作者：王佳丽，
Email:w439251957@163.com.

中图分类号：R48

文献标识码：C

文章编号：2957-370X (2025) 02-0001-10

一、安宁疗护：相关术语及其界定

《华人生死学》：施老师好，您是我国安宁疗护发展的开拓者与见证者。能否请您结合个人经历，回顾一下中国大陆地区安宁疗护事业是如何以科研课题为起点，以及推动您数十年来坚持进行理念宣导的核心动力是什么？

施永兴：上世纪90年代初，我偶然接触了临终关怀课题。我们每个人，这一生，都有自己的使命，也许这就是我冥冥之中的人生使命吧。上海市卫生局连续三周期10年资助经费，上海市临终关怀是以政府资助的科研课题为起点的。而我作为这一科研项目第一负责人，90年代到20世纪初10年共获得了100万元人民币经费。这可能是缘分吧！我从事安宁疗护，至今已经34年了，从



未间断教育和宣传“四念”，也就是安宁疗护基本概念、服务理念、工作观念，还有从业人员信念。以及，生死教育所要坚持的主要就是信念、动因和发心。

关于这个动因呢，中国安宁疗护的动因和西方国家有所不同。西方国家具有宗教背景，而中国是基于唯物主义的、社会主义的。加上中国的生死教育有待完善，所以安宁疗护也具有很大的发展空间。不过，中国人并不是没有信仰的，中国人会有善信仰、红色信仰等等。安宁疗护，我认为是在渡人渡己、行善积德、功德无量的一件好事、善事。我经常说，作为一个人来讲，一辈子如果用一生去想通了死亡，那么这一生就没有白活了。

《华人生死学》：从“临终关怀”到“安宁疗护”的术语转变，是我国政策演进中的一个标志性节点。能否请您回顾一下这一关键转变发生的具体政策过程（如2016年双周协商会）？这一转变主要基于哪些现实考量？

施永兴：1967年7月，英国桑德斯博士在伦敦郊外创办了以照料为理念的现代临终关怀圣克里多弗宁养院。我们要清楚，临终关怀，不是治愈，而是照料。1987年，也就是20年之后，美籍华人黄天中教授将“临终关怀”概念引进我国大陆，可以说他是大陆第一个“临终关怀”概念的引进人。到2016年4月，我们应用“临终关怀”概念已经有29年历史了。

2016年，这是里程碑式的一年。2016年4月21日，全国政协第49次双周协商会由时任政协主席中共中央政治局常委俞正声主持，全国第一次推进安宁疗护会议，确定将“临终关怀”修改为“安宁疗护”，具有里程碑意义。从此后“安宁疗护”专用名词被国家和政府承认，成为我国法律名词，进入了国家规划等文件。我们采用“安宁疗护”名词，其实和“临终关怀”没有本质差别，只是可以避免因传统文化和生死观而产生的对“临终”和“死亡”的忌讳。在现有的语境下容易被社会接受。有利于推动安宁疗护事业的发展。

《华人生死学》：作为《临终关怀学词典》的主编，您如何从学术上梳理这些术语的内涵关系？您如何看待它们在实际中的演进与适用性？

施永兴：2024年8月，我主编的《临终关怀学词典》是国内首部临终关怀领域的工具书。历经14年7审7核出版，对相关名词作了全面科学梳理。“临终关怀”和“安宁疗护”两者的内涵相通，没有实质上差别。他们可以互相借用的。

安宁疗护与缓和医疗、姑息医学，二者既有联系又有区别。国外普遍认为缓和医学是一门专门学科，而安宁疗护则是一项服务项目。昨天我们讲“临终关怀”，今天则用“安宁疗护”，明天可能会使用“价值安宁疗护”。并且，我们说“价值安宁疗护”，其实一个重要的点就是，安宁疗护不是仅仅节约医疗资源的举动，而是让患者不得不离开时，有尊严地离开，提高生命质量。我们说安宁疗护，这个“安宁”是目的，而医疗、护理是为了让患者安宁的。



对于死亡,我们要想得开、放得下。一个看透了生死这件事的人,这一辈子是没白活的。死亡,是我们每个人都会面对的事情,不想面对也要面对,想通了生死,心灵就宁静了。生死之外都是小事,生死都想通了,还有什么事情是想不通的呢?我们总说,人哭着来到世界上,又大多数都哭着离开世界。安详地在睡梦中死去的人,是不多的。“善终”作为“五福”之一,很少有人真的“善终”。如何敬畏死亡、敬畏生命,我们要思考。并且,一件可悲的事情是,有时候人会把所有死亡现象都归结到医疗上。比如一个自然死亡的人,有的人还是认为那是“抢救无效”。其实,生死就像是花开花谢一样,是自然现象。我们能够接受花开花落,也能接受四季变换,我们也很难想象一个老人,头发还是和二三十岁一样,是乌黑的。所以,正视死亡,是尊重自然的做法,这也是生死教育的核心。并且,现在一个可以看得到的进步是,我们的文明程度提高了,一个表现是反向关怀越来越多。一些人处于终末期,会安慰医生、护士、护工,会给他们道谢,会安抚他们的难过。这种反向关怀产生的根源,我觉得就是文明程度的提高。

二、安宁疗护:现状省察及其挑战

《华人生死学》:根据您主持的全国性基线调查数据,目前我国民众、临终患者以及医务人员对于安宁疗护的认知度与接受度呈现出怎样的具体样貌?这些数据揭示了哪些亟待解决的教育与宣传问题?

施永兴:全国安宁疗护第二批基线调查数据显示:2021年被调查的11406名老年人中,不了解安宁疗护的有8178人,占71.7%。了解的仅3228人,占28.3%。能接受安宁疗护服务机构,包括基层卫生机构的有2282人,占20.6%。在被调查11406名老年人中,介意“生死”的为2429人,占21.3%,不介意的为6159人,占54.0%,无所谓为2818人,占24.7%。而被调查的5085名临终患者中,对安宁疗护知识了解的有3439人,占61%。能接受安宁疗护服务的有4096人,占81%。在被调查的18151名从业人员中,对临终患者及家属从不推荐安宁疗护机构为2281人,比例是12.57%。几乎不推荐为2427人,比例是19.98%。也就是说,合计不推荐4708人,占32.55%。偶尔推荐6748人,占37.18%。经常推荐5497人,占30.27%。另外,在被调查18151名从业人员中,主动和患者及家属谈及死亡相关话题为5989人,占33.85%。从不谈及的有12006人,占66.15%。从数据可以看出,目前,我国社会大众普遍接受度不高,对安宁疗护知识和相关理念等宣传和教育的不够,还未得到社会的广泛认可。特别是重症疾患及其家属的生命教育。

为了提高疾病终末期患者的生命质量创造良好的社会氛围,生死教育是亟待推广和普及的。并且,很多人畏惧死亡,畏惧的不是死亡本身,而是死亡的未知痛苦,比如从影视剧看到的,有的人会害怕死亡的时候的疼痛、呕吐等等。我们今天可以看到,一些年轻人反而比曾经的农村老人更加



畏惧死亡。这可能是因为，现在的年轻人对死亡现场见证的经历比以前少，加上一些文学作品、影视作品的加工导致的。我们需要加强死亡教育。而且，越是不接受死亡教育，越是对这个未知，就会越畏惧，越痛苦。

《华人生死学》：基于您在全国试点地区的深入调研，您如何评估这些试点工作的整体成效？在快速发展过程中，各地遇到了哪些具有共性的困难与差异？

施永兴：首先，我们必须肯定的事实是，近 10 年来中国的安宁疗护产业在国家主导和推动下，安宁疗护发展取得了明显的成效，已进入快车道。我们的安宁疗护的当前发展，就像走进了一个春天。党中央、国务院印发相关文件明确安宁疗护进入国家健康规划纲要、经济社会发展纲要。安宁疗护进入相关法律《中华人民共和国老年人权益保障法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》，中国安宁疗护排名从 2000 年的倒数第二上升到 53 名。中国政府也兑现了 2014 年对联合国 WHO 临终关怀作为各国政府卫生系统重点工作的承诺；政府部门（国家卫健委）自 2017 年、2019 年和 2023 年开展安宁疗护试点政策，目前，上海、北京、浙江和湖南成为国家安宁疗护试点省市，一共有 185 个城市安宁疗护试点，注册安宁疗护机构达 5200 多家。政府的号召力在安宁疗护运动中如何巨大和功不可没，对世界安宁疗护作出了巨大贡献！

我在 2017 年和 2019 年承担国家卫生健康委老龄健康司的第一、二批试点基线调查，在试点工作中，由于政府行为试点的八项任务取得实效，积极探索促进安宁疗护服务发展的有效方式，找准规范性发展的关键点，在试点政策有所突破。第一、二批安宁疗护试点基线调查形成 100 多万字的报告，该数据供需测、专题报告和分课题趋势发展的新情况、新问题，分析存在的问题，提出解决的办法和建议。

不可否认，各地试点工作中存在重视、政策、投入、制度和经济差异，比如 2024 年 10 月 26 日国家卫生健康委和国家医疗保障局办公室印发《关于促进安宁疗护服务规范发展的通知》，但此后除了山东省之外，其他地区都少有文件进行后续落实了。不过，这不代表各地区没有关注和行动，上海地区及其它省市已陆续开始了调研工作，逐步落实推进 24 号文件。安宁疗护发展的不同层面，绝非是一种敷衍性动作。可以说，中国安宁疗护是在党中央、国务院制定一系列顶层设计和制度规划文件下进行的，这在世界上没有一个国家比得上我国政府的重视。中国的安宁疗护事业，离不开中国政府。

《华人生死学》：您主持的全国性试点基线调查获得了海量数据。基于这项调查，试点工作取得了哪些主要进展与突破？同时，调查揭示了哪些具有共性的困难与挑战，尤其是东中西部发展的差异及其成因？

施永兴：我曾在全国第一、二批安宁疗护试点地区调查结题报告——安宁疗护服务现况、问题
华人生死学, 2025, (2): 1-10.



与对策调查问卷, 收集有效问卷 77277 份, 数据共计 15058701 条。结合这些数据可以发现, 安宁疗护试点工作取得了较大进展和突破: 第一, 是在制度保障和政策措施有所突破, 并形成了鲜明地区特色。第二, 部分试点地区普惠制、基本型、兜底性安宁疗护服务体系初步形成。第三, 就是以需求为导向, 形成多样化安宁疗护模式。第四就是制定了标准规范。

不过, 也有困难, 试点工作面临的困难主要有六个方面。一是安宁疗护政策措施保障尚不到位; 二是服务供给不能满足需求, 供需矛盾凸显; 三是东中西部安宁疗护发展差异较大; 四是经济效益不佳, 影响工作积极性; 五是人才建设环境有待完善; 六是安宁疗护宣传教育条件水平较低, 由于传统文化等, 社会公众安宁疗护教育普遍缺失。

《华人生死学》: 根据您的调查, 在首批国家级试点地区, 城市与农村基层医疗机构(社区卫生服务中心与乡镇卫生院)在提供安宁疗护服务的机构比例、床位比例上, 呈现出怎样的具体差距? 您认为当前推动农村安宁疗护面临的最关键瓶颈是什么?

施永兴: 第二批有 87 个试点地级以上城市, 占全国地级城市总数 30.74%, 被调查共有医疗机构 218936 所, 其中提供安宁疗护机构 1063 所, 占 0.49%。被调查试点地区共有社区卫生服务中心 5219 所, 其中提供安宁疗护服务 313 所, 占 6.0%; 农村乡镇卫生院 6569 所, 其中提供安宁疗护服务的 193 所, 占 2.94%。城市与农村基层卫生服务机构提供安宁疗护服务 313 所和 193 所; 被调查的社区卫生服务中心核实床位共 43319 张, 其中安宁疗护床位 1801 张, 占 4.16%, 而乡村卫生院核实床位 168773 张, 其中安宁疗护床位 1661 张, 占 0.98%。上海市中心城区居民自宅死亡率约占 25% 左右, 而在市郊约 78% 左右。

前几年中国发展报告有专题报告《中国农村安宁疗护》。我认为, 发展农村安宁疗护目前最大的瓶颈是政策问题, 其中亟需解决的问题是农村癌症患者镇痛的啡使用管制政策, 如果不突破的话, 农村安宁疗护工作是很难开展的; 其次是与农村农民的安宁疗护服务接受度密切相关的生死观与死亡态度问题。随着社会进步, 中国农村安宁疗护正在逐步缩小与城市之间差距; 农村安宁疗护是中国安宁疗护主线任务。

《华人生死学》: 作为中国安宁疗护事业三十余年发展的亲历者, 您如何划分其发展的主要阶段? 立足当前“规范发展阶段”, 您认为制约事业发展的核心挑战(如法律法规、供需矛盾、人才队伍、社会认知等)主要体现在哪些方面?

施永兴: 我作为一个中国安宁疗护产业发展的见证者、亲历者和实践者, 自 1988 年中国大陆成立天津医科大学临终关怀研究中心, 已 37 年。安宁疗护经历, 始于临终关怀研究时期的起步阶段、计划经济时期的探索阶段、进入政策视野时期发展阶段、全国安宁疗护试点时期试点阶段、安宁疗护政策语言阶段, 2024 年 10 月进入安宁疗护规范发展阶段。每个阶段都有国家相关政策规范



文件。不过，安宁疗护法律法规尚未有效建立，这也正是我想说的第一个挑战，也就是法律政策上的挑战。

我们中国大陆的安宁疗护，1988年就成立了第一家临终关怀中心，可以说起步上，早于中国台湾。但现状上，有差距。中国大陆的制度政策上，落后于中国台湾。比如说，我国既没有安宁疗护法，也没有地方的安宁疗护条例。相比我国台湾地区2000年的安宁疗护条例、2015年的病人自主权利法，2024年香港安宁疗护条例，我们却没有相关法律规范。这是一个遗憾了，无论如何，我觉得都不能再等了。我希望有生之年，可以见证到中国大陆的安宁疗护方面的立法。不过，这也是一个艰巨的任务。如果不解决，就会难以界定权利边界，始终让我们的安宁疗护事业处于探索实践中。比如临终医疗决策权的问题，就会面临双方权利义务边界不清的困难，以及过度医疗的困境。国家层面需要有单独的有关安宁疗护的法律。再有就是，国家出台相关安宁疗护试点政策、医保支付政策和规范实践等，但各地落实尚不健全。

并且，安宁疗护作为稀缺资源的卫生资源，供需矛盾突出，缺口巨大。一个亘古不变的事实是，安宁疗护需求始终在我们身边。2024年中国居民死亡人数1093万人，死亡率7.76%，其中癌症死亡人数约300万人。平均每天有近3万人死亡；2023年全国有4000多家安宁疗护机构。安宁疗护是刚需。但据相关资料显示，我国安宁疗护服务覆盖率不到3%，安宁疗护服务成为一项奢侈的服务。

此外，安宁疗护学科未建立，人才队伍不能有效地满足服务需求；安宁疗护人力资源的配置低，特别是医务社工更为稀缺。安宁疗护教育与培训滞后，从业人员培训需求迫切。在效益上，安宁疗护服务机构经营亏损严重。在教育上，社会安宁疗护教育短缺，民众普遍不了解安宁疗护。中国人口基数大，中国安宁疗护的发展，其实也是在对世界安宁疗护事业做出巨大贡献。一方面，我们要完善工作机制，另一方面，也要完善生死教育。

三、安宁疗护：上海经验与人文查房

《华人生死学》：根据您的观察与研究，上海市的安宁疗护服务体系建设有哪些具体的政策路径与服务模式？这些做法如何体现了“政府主导”与“社区居家为基础”的特色？

施永兴：2017、2019、2023年，国家安宁疗护试点文件均在试点任务提出建设服务：形成举办主持多元、服务形式多样的安宁疗护服务体系。2017、2025年，国家安宁疗护实践指南，提出安宁疗护要以患者和家属为中心，以多学科协作模式进行。上海市2012年1月把临终关怀列入了政府工作报告，同年和2014年又被纳入民生实项目，2022年12月在全国率先将安宁疗护列入了《上海市基本公共服务实施标准》，明确安宁疗护产品属性为公共服务。我认为，上海安宁疗护非常务



实, 它以社区和居家为基础, 与世界安宁疗护理念相一致; 特点是政府主导的浓厚色彩, 建立起普惠制、基本性兜底性和安宁疗护制度。

中国内地安宁疗护“上海模式”以上海安宁疗护鲜明特色, 与中国香港、台湾地区以及其他西方国家不同, 安宁疗护服务最终是落实到公立的社区卫生服务中心。截止到 2024 年 12 月底, 上海市安宁疗护服务机构共有 261 家, 其中安宁病房是 118 家, 安宁门诊有 82 家, 居家 251 家, 占全市医疗机构总数 6.98%。上海安宁疗护服务机构总数占全国之首: 每 10 万人口拥有安宁疗护机构 1.09 家, 每 10 万 65 岁以上老年人口拥有 7.08 家; 安宁疗护住院床位 1224 张, 居家安宁床位 1996 张, 全市安宁疗护床位为 3220 张。安宁疗护执业医师有 2005 人, 注册护士有 1940 人, 医务社会工作者 102 人, 志愿者 2031 人。10 年增长比 2022 年提高了 135%, 床位提高了 511.4%, 医生提高 151%, 注册护士提高 101.85%, 社工提高了 141%。

我们可以说, 上海市政府很好地理解并贯彻落实了世界卫生组织的临终关怀政策和国家安宁疗护政策, 成为安宁疗护政策规划者、制定者和推行者。

《华人生死学》: 医务社工是安宁疗护多学科团队的核心之一。根据您掌握的数据, 目前上海安宁疗护机构中医务社工的实际配置情况(如机构覆盖、人员数量与性质)如何? 结合最新国家政策, 您如何看待其不可或缺的作用及未来发展的关键点?

施永兴: 在 2012 年的时候, 上海市发布了全国第一个发展医务社会工作的政府部门文件, 要求上海市各三甲医院成立社工部且要有专职医务社工。截止到目前, 上海市卫生系统共有 16 个区 170 家医疗机构, 其中 152 家医疗机构独立设置了社工部门, 共有 309 名专职医务社工, 统筹志愿者 15 万名。上海 261 家安宁疗护机构中, 共有 14 家开展医务社工, 占 5.36%。共有医务社工 19 人, 其中专职 11 人, 兼职 6 人。

2024 年 11 月的时候, 国家卫生健康委、国家医疗保障局办公室印发《关于促进安宁疗护服务规范发展的通知》, 明确提出安宁疗护中社会工作服务及工作要求。这一政策为医务社会工作在安宁疗护中提供了历史性机遇和广阔的发展前景。上海市安宁疗护医务社工刚需, 但缺口巨大。

关于医务社工的角色作用, 安宁疗护多学科协作模式中的核心团队是医生、护士、社工。在安宁疗护实践中, 社会工作者是不可或缺的重要组成部分, 处于一个核心地位, 对发挥角色的需求, 比以往任何时候都更紧迫。我期待在安宁疗护中, 把医务社工纳入发展规划, 明确体系, 列入编制, 促进规范发展。

《华人生死学》: 您所倡导和实践的“安宁疗护人文查房”, 其政策与现实依据是什么? 它与传统的医疗查房在目的、内容和形式上核心的区别何在?

施永兴: 关于安宁疗护人文查房的政策依据, 有国家卫生计生委《关于印发〈安宁疗护中心基
华人生死学, 2025, (2): 1-10.



本标准和管理规范（试行）》的通知》（国卫医发〔2017〕7号），也有国家卫生健康委办公厅《安宁疗护实践指南（2015年版）》（国卫医政函〔2015〕332号），主要内容包括症状控制、舒适照护、心理支持和人文关怀。

关于安宁疗护人文查房的现实依据，一个是“人性化”服务，一个是要注意一个问题，是人文查房不能关注“疾病”而忽视了人，还有一个就是不能关注身体痛苦而忽视了心理痛苦。人文查房的对象是人，对临终患者和家属的认识是人文查房的实践的基础和核心，要正确认识全人的概念，即身、心、灵、社。它不是简单的会诊和联合查房，而是已经超越了单纯人文关怀范畴，进而关注医学目的、生命价值与意义所带来的社会观念转变及影响的。人文查房的目的，是当代安宁疗护事业发展的一个显著特征，也是安宁疗护服务趋向完善的成熟标志。将人文精神植入安宁疗护人文查房的实践，也是推动安宁疗护事业发展的一个重要推力。其中的一个目的，是检查多学科协作模式中心理支持和人文关怀执行情况，及时发现隐患和可能存在不足并加以改正。

关于人文查房的制度、职责、流程、形式等等，大概有以下三个方面吧。一是争取大查房形式，比如看、听、查等方式。二是人文查房记录，我已在海上安宁疗护之家公众号平台推送 134 期，阅读人群累计达到 15 万人次。三是安宁疗护人文查房中，要明确医生、护士、社工角色定位与任务。

人文查房，是医疗技术化和人文艺术化的结合。人文查房不仅仅是查房，人是活生生的，人文查房是可以接触到和理解到社会百态的。所以我们说，安宁疗护的重点，不是疾病，而是人，不是治愈，而是照料。我经常提起四个“然”，也就是生是偶然，活要安然，老是自然，死是必然。

四、安宁疗护：国际参照与本土探索

《华人生死学》：从全球“死亡质量指数”的排名变化来看，中国安宁疗护近年来取得了显著进步，但仍存在提升空间。结合国际评估框架，您认为当前我国在政策、资源、服务质量等维度的主要短板是什么？未来的提升路径应聚焦于哪些方面？

施永兴：我们看中国当下的安宁疗护的现状，需要结合死亡质量指数来看。死亡质量指数是由经济学人智库发布的全球缓和医疗（临终关怀）质量评估报告，分为五大综合考量。其中包括，医疗环境、人力资源、可负担性、服务质量及公众参与等指标。在 2010 年全球 40 个国家和地区排名中，英国位列第 1，而中国是位列第 37 位。到了 2015 年，在 80 个国家和地区中，中国位列 71 位，这主要是受限于医疗资源分配不均、公众意识不足及传统观念对死亡话题忌讳等因素影响。

2022 年，死亡质量指数通过五大类 20 个指标综合评估各国的医疗相关水平，包括姑息治疗与医疗环境（权重 20%），这个是政策完善度、服务覆盖范围；包括人力资源（权重 20%），这个是医护人员数量与专业培训；包括护理可负担性（权重 20%），这个是说费用对患者家庭的负担方面；



还有就是护理质量（权重 20%），这是疼痛控制、精神支持、信息透明度等；最后就是社区参与度（权重 20%），指的是社会支持及公众意识。

我们基于 2022 年的数据，发现全球排名呈现出显著地区差异。领先国家如英国、澳大利亚、新西兰，长期居前三，因其政策体系完善，服务全民覆盖。而亚太地区如中国台湾地区，排名第 14，新加坡第 18，中国香港第 20，中国大陆排名第 53。中国大陆较 2015 年来看，提升 18 位，有所进步，反映出安宁缓和医疗服务的政策投入与资源扩展。而根据 2025 年最新评估，中国在 201 个国家和地区中排名第 51 位。较之 2015 年第 71 位和 2021 年第 53 位，有所波动。我们有一定的进步，不过中国临终关怀资源的分配、公众认知及政策支持方面，仍有提升空间。

关于这个对策，大概有六大方面。一是政策与资源倾斜。我们需要加强社区安宁疗护政策，尤其是社区卫生服务中心，或者说乡镇卫生院的安宁疗护服务，并且在各地积极落实居家保障。国家卫健委 2024 年 24 号文，要求提高医保覆盖范围。二是在国家 3 批试点已回卷基础上，仍需扩大规模。三是推广安宁疗护项目，要避免过度治疗，注重无创疗护，加强多学科协作实施安宁疗护，显著提升患者尊严。四就是公众教育与文化转变方面了，要努力推进死亡教育，安宁缓和医疗，是要尊重患者选择的。要通过建立医疗指导，避免无效抢救。五是解决地区差异性。六就是要实现提高安宁疗护覆盖人口，也就是覆盖率。

《华人生死学》：当前国际上有哪些具有代表性的安宁疗护实践指南或标准？同时，我国近年来出台了哪些重要的国家标准与规范？基于这些国内外实践，您如何理解中国发展本土化安宁疗护模式的内涵与路径？

施永兴：现状是，国际上目前尚未形成统一的安宁疗护国际标准，但是全球多个国家和地区已建立具有代表性的实践指南和标准体系。比如，美国安宁疗护协会制定的《安宁疗护认证标准》强调以患者为中心的症状管理、心理支持和临终关怀。再比如，英国国家卫生服务体系发布的《安宁疗护核心标准》涵盖了症状管理、患者自主权、家庭支持及团队协作；强调“预立医疗计划”的法律效力和执行规范。还有澳大利亚卫生部制定的《安宁疗护服务标准》，要求医疗机构提供个性化症状管理、心理支持及文化敏感性服务。《澳大利亚临终关怀指南》明确多学科团队的职责分工和培训要求。世界卫生组织发布了《全球临终关怀与安宁疗护指南》（2021 年）提出“以患者为中心”的核心原则，不过未形成强制性标准。

我们中国对安宁疗护实践也有关注和行动。2025 年 2 月 1 日正式实施的《老年人安宁疗护病区设置标准》是首个针对老年群体的安宁疗护国家标准，涵盖了环境、人员、设备及质量管理要求。2025 年 8 月 1 日发布了《安宁疗护实践指南》，明确了安宁疗护实践以终末期患者和家属为核心，以多学科协作模式进行。国家卫生健康委员会，以及 2024 年 11 月 26 日印发的国家医疗保障局办公



室《关于促进安宁疗护服务规范发展的通知》（医保办发〔2024〕24号），包括规范安宁疗护服务内容，明确安宁疗护服务主体，健全安宁疗护服务制度机制，建立安宁疗护服务知情同意制度，完善安宁疗护服务价格政策。

向国际标准看齐，还是发展本土化模式、走自己的路。我们国家制定的指南、标准、规范，是中国安宁疗护本土化模式，是走中国自己的安宁疗护特色之路。在贯彻实施过程中，各地应结合传统文化、宗教、习俗等本土化元素细化落实。中国本土化安宁疗护，在模式上毕竟与国际上有共性的核心理念，但也有鲜明文化差异。

《华人生死学》：自2016年全国政协双周协商会提出构建以社区居家为基础的安宁疗护体系以来，“居家安宁疗护”在我国政策中的定位是怎样的？您如何评估这一模式与中国国情及世界经验的契合度及其前景？

施永兴：2016年4月2日的全国政协第49次双周协商会提出，中国安宁疗护应由社区卫生服务中心或乡镇卫生院承担，形成以居家为基础，二、三级为支撑的安宁疗护体系，与世界经验发展、普惠接续和医养联盟。2023年，世界安宁缓和医疗日主题是“社区有责，八方支援”，强调了社区在安宁疗护中的关键作用。社区要通过多方协作，比如医疗机构、志愿者、家庭等等，构建起支持网络，为患者提供全面呵护。

我想，中国安宁疗护发展之路是以社区或乡村、居家为基础，与世界卫生组织和国家安宁疗护社区居家的号召相一致的，这是符合我国国情的必由之路。相信随着国家政策安宁疗护体系完善，未来前景巨大。

《华人生死学》：谢谢施老师接受我们的访谈，谢谢您这么认真地做了准备。

作者简介（ID）：

- 1.施永兴，上海市安宁疗护服务管理中心，专家组组长，副主任医师，200333，电话：13801665800。
- 2.通讯作者：王佳丽，上海师范大学哲学与法政学院2025级伦理学专业硕士研究生，上海市徐汇区桂林路100号200234，15666995778，w439251957@163.com。