



# 民办医养结合机构的“预备临终关怀”实践与社会工作嵌入路径

陈泽霖, 林怡婧

福建医科大学健康学院, 福建 福州 350122

**摘要:**以福建省民办三甲医院的护理院为例,基于“关系—空间—功能”的分析框架,考察民办医养结合机构如何通过内部的组织运作,实践“预备临终关怀”服务,进而影响老年人的晚年生活质量。研究发现,第一,护理院通过构建“类家庭”关系、设置“封闭式”空间,促成了一种“半制度化”的“预备临终关怀”实践;第二,这类实践存在着医务社工功能缺位、服务关系不够深入、服务空间受到限制、“预备临终关怀”成效发挥有限的短板;第三,应对这些挑战,机构应充分发挥医务社工的联动优势,连接“预备临终关怀”关系,也可以通过医务社工专业方法,贯通“预备临终关怀”空间,还可以发挥医务社工的政策倡导功能,稳固“预备临终关怀”成效。

**关键词:**临终关怀; 安宁疗护; 医养结合; 社会工作

中图分类号: R197.7

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2025)04-340-007

doi: 10.7655/NYDXBSS250162

2025年1月国家统计局数据显示,截至2024年末,我国60岁及以上老年人口为31 031万人,占22.0%;其中65岁及以上老年人口为22 023万人,占15.6%。老年群体的医疗和康养需求持续高涨。事实上,自2013年起我国就陆续颁布了《关于加快发展养老服务业的若干意见》《关于推进医疗卫生与养老服务相结合的指导意见》《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020年)》等文件,为“医养结合”新型养老模式的发展奠定了坚实基础。国务院《关于深化养老服务改革发展的意见》(2025年第3号公报)再次强调,“鼓励具备相应医疗条件的养老机构依法依规开展安宁疗护服务”“支持各类市场主体按市场化原则积极参与养老服务”。可见,完善医养结合服务对于提高老年人晚年生活质量具有重要意义。

目前,学界对于医养结合机构和老年人(尤其是临终老人)生活质量的研究主要有三种类型:一是侧重“医”,即医养结合机构的医疗功能与短板,研究指出机构不仅发挥健康管理、康复治疗、定期巡诊、专业护理、急诊救护、危重症转诊、安宁疗护等作用<sup>[1-2]</sup>,还存在着医疗资源衔接困难、医护队伍

水平参差不齐、医疗保险运行受阻、机构定位模糊、适老化理念缺乏等问题,亟须制定多形式、多层次健全措施<sup>[3]</sup>;二是侧重“养”,围绕医养结合机构的康养质量<sup>[4]</sup>及影响因素<sup>[5]</sup>,如老年人的年龄、性别、收入、教育程度、婚姻状况、居住区域、子女个数、照料成员等;三是侧重“老”,即医养结合机构的为老服务,研究涉及了机构空间改造<sup>[6]</sup>、设备配置<sup>[7]</sup>、个人意愿和体验探究<sup>[8]</sup>等。总体上看,研究较多关注公办医养结合机构的发展现状、模式类型、发展困境及应对措施,缺乏对民办机构的探讨。另外,机构为该群体晚年甚至临终阶段的预先服务准备也较少受到关注,这种“提前准备”所需的条件以及面临的困境是“积极老龄化”实践者和研究者应当关注的重要议题。

本文探讨的问题是民办医养结合机构如何通过内部的组织运作,影响老年人的晚年生活质量。结合调研案例和“关系—空间—功能”的结构取向分析框架,本文提出“预备临终关怀”概念用以概括机构的照护实践,并主张通过社会工作的专业干预来完善这一实践。“预备临终关怀”是指由医生、护士、护理员、康复师、营养师、心理咨询师、社会工作

**基金项目:**国家社会科学基金青年项目“农村患癌群体的流动就医与健康社会工作干预研究”(21CSH029)

**收稿日期:** 2025-04-26

**作者简介:** 陈泽霖(1989—),男,福建漳州人,博士,副教授,研究方向为健康社会学,通信作者, jerlleen887@126.com。

者、志愿者、宗教人士等组成的专业团队,共同为自然老化或患有慢性退行性疾病的老年人提供身体、心灵、社会全方位的关怀与服务,关注老年人的生命质量和内心感受,让其有尊严地走完生命最后阶段,实现“优逝善终”。

一、研究方法 with 案例描述

本研究采用案例分析法,所选案例是位于福建省的C医院内设护理院。C医院成立于2008年,于2019年获三甲医院评级,是一所融医疗、保健、颐养、科研于一体的民营综合医院。2014年7月,医院创设养老护理照护综合专科护理院,目前收住自然老化、有医疗或护理需求、无人照顾等情况的老年人45名,机构为他们提供日常养生、娱乐、保健、医疗及健康促进的医养结合照护服务。护理团队包括6名护士和11名具有从业资格证书的护理员。

作者于2023年12月至2024年4月通过参与式观察和半结构式访谈收集资料,资料来源于观察记录、C医院公众号、会议记录、内部文件材料等;观察范畴涉及机构的照护实践、空间布局、制度规范、人员互动。访谈对象包含老年人、主治医师、护士和护理员共11名(表1),访谈内容包括机构的服务关系、服务空间以及服务实践三个部分,每次访谈20至40分钟,分多次进行。

表1 访谈对象基本资料

访谈对象	性别	身份	年龄(岁)	工作或入住年限(年)
Z1	男	主管医师	45	8
A1	女	护士长	33	10
A2	女	护士	25	0.5
A3	女	护士	28	5
B1	女	护理员	43	2
B2	女	护理员	44	1
B3	女	护理员	42	8
C1	男	老年人	98	10
C2	男	老年人	94	4
C3	女	老年人	89	2
C4	女	老年人	93	0.5

研究对象中的老人主要依据病程和自我照顾能力两个因素进行选取。通常而言,年龄、病种、病程、职业、收入、家庭结构等变量都能够影响生命质量,但是病程和自我照顾能力的高低是影响服务团队与家属是否开展“预备临终关怀”实践的最直接原因。作为质性研究,在无法控制所有变量来选取受访者的情况下,本文主要依据以上两个标准来界定“预备”的施行与否。

二、机构的“预备临终关怀”实践剖析

从组织学的角度而言,具备正式制度和集体行动能力的组织即为正式组织,如政府部门、学校、医院等。本研究把C护理院视为一种组织类型,组织运行通常涉及关系、空间和功能,因此本文从这三个层面来阐释护理院的照护实践。

(一)服务关系的“类家庭化”

C护理院是与家庭完全不同的照护组织,它能够把护理方和被护理方原本的“委托—代理”关系转化成类似家庭成员的关系,在实践中营造一种与家庭相似的氛围,这个关系塑造的过程可称为“类家庭化”,它体现在“护理员—老年人”“老年人—老年人”“医生—患者”三对关系之中。

1. 护理员与老年人

在C护理院,护理员都是45岁以下、初中文化及以上、有相关经验的人员,且均为女性,平均工作年限5~6年。

“有些因为肾衰竭不能吃豆腐,有些喜欢在大厅用餐,有些喜欢在自己房间,我们都会遵循他们的意愿。”(B2)

“(作息方面)有的早一点,有的晚一点,大家其实都还蛮规律的,老人家晚上吃完饭看一会电视七八点就休息了。”(B1)

在饮食和作息方面,如B2、B1所述,护理员根据老年人的医嘱、偏好、身体情况及时与营养科沟通,搭配不同餐食;院内虽有统一的“住民日常生活作息表”,但实际过程中护理员会考虑不同老年人的生活作息。

“护理院一开业,我就住进来了,也算是元老了!她们都喊我老杜,对老人家很好很有爱心,还给我举办了欢迎会,我感觉就像回家一样,很开心。”(C1)

护理员与老年人的互动关系以积极情感为主、双向互动程度高。护理员常常以“好不好”“要不要”“可以吗”的措辞来征询老年人意见,不仅扮演着照护者的角色,还充当临时“家属”。他们与老年人从服务与被服务的正式关系,转变成正式与非正式关系相结合、工具目标与情感目标相结合的“类家庭关系”。一些研究指出,养老院老年人与护理员的关系可能从工具性互动发展成情感性互动<sup>[9]</sup>,这体现为护理员提供的以个性化、整体化、尊重、互动、赋权和维持信念为内涵的照护行为<sup>[10]</sup>。可以说,在互动关系构建方面,民办机构和公办机构具有相似性。

2. 老年人之间

目前,C护理院有45位老年人,多为离退休人员,受教育程度高,男女各半,平均年龄为86岁。

“我和我老伴一起住,我的叔叔也住在这里,他

现在年纪大了脑子有点不清楚了,平常都会一起,顺便照顾他。”(C2)

“像老杜、老周和老吴他们三个,下午没啥事就会固定一起打麻将,三个关系就比较好。”(B3)

老年人主要基于血缘、业缘和趣缘而建立关联,入院时间越久,社会联结的水平越高。C2和老伴、叔叔是典型的以血缘为关联纽带的成员,他们具有异于其他人的亲密关系。一些老人原来同为本地某大学的教职工,他们相识多年、往来频繁,晚年也在护理院互为照料。还有一部分是入住护理院以后由于共同的兴趣爱好(如护理员B3所述)而建立起来的伙伴关系。当老人存在意见分歧时,工作人员会及时介入、弥合关系,并常用“我们跟家人一样”来说服双方,塑造护理秩序的“类家庭”关系。但情感唤起并不总是有效,特别是老人存在价值冲突甚至肢体冲突的时候,工作人员常常仅将双方劝离,缺少对老人进一步的情绪舒缓与关系疏导。

### 3. 医生与患者

根据C护理院规定,老人在入住机构前应进行全面体检,由主管医师或护士评估其身体状况,符合标准即可入住。

“(评估)要通过看,要倾听,也有实习生帮忙记录。增加沟通很重要,他(指老人)体位不舒服,你要教他,像家人一样。老人对环境不熟悉,你拍拍他肩膀,拍拍手臂,他就不紧张……医生和病人的关系就像结婚,各自都觉得很努力了,实则缺乏沟通,互相不了解,这不对。”(Z1)

主管医师Z1的比喻十分典型,认为和老年人沟通应当像对待家人一样。护理院已经与院内全科医学科达成合作,后者作为护理院老年人的家庭医师,负责他们的定期检查和常规诊疗。老人若有其他需求,会被转介到专科医生。

“主任跟我一样的姓,因为我儿媳也是医生,我有时候就跟她多聊一点。她上来护理院就会拉着我的手问我说,老师有没有按时吃药啊,我就说有有有。”(C3)

“我住进来之前院长给我做过手术,我是院长的病人,院长有时候节假日来护理院看望大家会特意来关心我,很感动。”(C1)

院内的多数老人患有糖尿病、高血压、高血脂、肾衰竭等,需要定期复诊、取药,他们或由家属陪同,或由护理员全程陪护。C3和C1的叙述表明了尽管医师不常在护理院,但因为看诊医师比较固定,老人对他们十分熟悉和信任,诊疗依从性较高。有学者认为我国医患双方正在从传统的医护主导型关系转变为以患者为中心的合作型关系<sup>[1]</sup>,上述内容与此相似又有所不同,原因在于医方和患

方的合作关系经常以“家庭话语”作为合理性宣称,它有利于互动关系和制度化秩序的营造,也有助于护理院规避可能的互动风险。

### (二)服务空间的“封闭式维持”

本文将C护理院的空间描述为“封闭式维持”:它是一个有着相对稳定的服务规章、流程和人员的空间;它又受到环境的动态影响,因而形成了常规情境空间和紧急情境空间。

#### 1. 常规空间

护理院致力于打造清洁、安全、舒适温馨的照护环境,出于安全考虑,采取了封闭式管理:大门设有门禁系统管制,上下楼设置独立电梯和刷卡标识,访客进入和人员外出都要走相应的流程。护理院还制定了“护理院居民的权利与义务”“护理院居民/家属生活公约”来引导老人及家属,维持院内秩序的稳定。不过,这些倡导性公约主要作为隐性的行为规范,医护人员较少在日常中向老人详细讲解,老人和家属更关心院内的生活设施与环境营造。

院内各区域均设无障碍设备及安全扶手,监测系统全覆盖,走廊和活动区面积宽阔,配有护理站、治疗室、隔离室、污物处理室、配餐室、讨论室等专有空间,配餐室的厨具可供老人自行下厨。为了丰富娱乐生活,还配备了阳光厅、交友厅、阅读室、康复室、大餐厅、卡拉OK唱吧、投篮场地等。

护理院充分利用了墙面空间和区域角落。走廊两边的墙面设计了各种主题墙,如节气墙、照片墙、心愿墙、生命回顾墙等,走廊尽头则放置了花架,大餐厅靠近窗户的区域也被改造成小花房,阳光厅角落还成为“读书角”,可供书籍和杂志的借阅。为了方便老人辨识自己的房间,房间门牌号使用的是艳丽醒目的果蔬、动植物图案。

这些常规场景的维护和改造由护士负责,他们排班了不同人员来更新节气墙、新闻资讯墙的内容。如A2所述,常规空间能够满足老人和家属基本的照护、医疗、康体与休闲需求。

“不能自理、坐轮椅的住民占到60%,他们常待的地方除了房间就是交友厅,我们会推他们出来在这边看看电视看看报,大家坐在一起比较热闹,我们也能实时关注到大家的情况。”(A2)

调查显示,使用频率较高的是居住房间、交友厅和娱乐活动室,较低的是康复室、卡拉OK唱吧、篮球投篮机。康复室常处于闭灯状态,因为有康复需求的老年人会直接到本院的康复中心进行训练,其他年纪较大、肌力下降明显的老年人则较少接触康复器械。可见,护理院为老年人提供的日常空间是综合性空间,尽可能地契合不同身心状况的老年人,不过在空间以及相应设施的使用方面,缺少说



明与引导,这可能会限制服务的人文性和降低老年人的生活质量。

## 2. 紧急空间

由于一部分老年人逐渐步入临终阶段,生理指征不稳定,护理院采取多种措施以应对突发情况。院内设有急救技能培训室,护士需掌握应急预案和相关抢救技能,熟练应对过敏反应、休克、高血压危象和急性心肌梗死。该培训室还是消防知识讲授和实操空间,消防部门定期到护理院进行培训。护理院的四个安全出口均设有火灾紧急常闭门,并定期进行火灾逃生演练。

当老年人突发重病时,护士电话联系急诊后直接将老年人送入快速诊治通道。特定情况下,原有的常规空间也会转变为紧急空间,例如,部分急救措施会在老年人房间内进行,家属会被第一时间请出房间,仅留医护人员。同样,活动室等娱乐空间在疫情期间也经常用于检测、隔离等紧急事项。

紧急空间和家庭空间之间存在显著的差别。C3、A3的访谈表明,老人在家里的行动范围不会被过多限制,而机构的突出功能是养老和医疗,应对紧急情况的可能性则高出许多。

“我之前摔倒手骨折了到这边来,孩子们觉得我住在这里比较放心,这边的环境,像厕所、走廊都有扶手,吃喝拉撒都有人管,最多去楼下散散步。但是在我家我要出门就出门,想去哪就去哪。”(C3)

“都是因为护理需求才入住,肯定跟家里是不一样的,而且我们是医院里面的护理院,医养(方面)更突出。”(A3)

从服务提供方的角度,护理院为了减少外界过多的影响,采取了封闭式管理,这集中体现在对常规空间和紧急空间的设计上。而作为服务接受方,空间的封闭性却可能影响老年人的生活体验与生命质量。有研究指出,封闭的医院病房压缩了住院癌症患者的关系空间,而医务社会工作者在增进患者院内交往及其院外的联系方面具有独特优势<sup>[12]</sup>。不仅如此,医务社会工作者还能够开展跨学科合作、提升临终老年人在机构内的生活质量。然而在C护理院,这些优势尚未被深入挖掘。

## (三)“预备临终关怀”功能的半制度化

照护关系和照护空间构成了C护理院实现“预备临终关怀”的基本条件,在此条件下,护理院逐渐生成了一种异于普通医疗机构的组织功能,即“预备临终关怀”:由专业照护团队为自然老化、身体状态衰退的老年人提供身体、精神与社会交往服务,以提高其晚年生命质量,为优逝善终做准备。该功能也在一定程度上反过来促进服务关系和服务空间的改变。预备临终关怀区别于临终关怀或安宁疗护,它不像临终关怀那样是面向所有即将逝去的

老年人,而是一种从更广泛的时间范畴和社会范畴来准备善终的制度设置,因而它是一种普遍主义的服务准备。在护理院,预备临终关怀的功能是近些年才开始显现的,它尚未有系统性的制度配套,所以本文将其概括为“半制度化”,该特征具体体现在两个模块——生命教育和临终场景构建。

## 1. 生命教育

C护理院的生命教育包含生死教育和生命健康教育,前者指教育老人以正确的观念看待生死,后者则是指导他们在晚年维持生命健康<sup>[13]</sup>。

“没有面向全部人展开(生命教育),主要针对一些临终的,每个人的情况不一样,可能因为闽南文化的影响,有些会比较忌讳。我们会请11楼安宁疗护科主任下来帮我们做。”(A1)

护理员A1介绍,护理院生命教育的主要对象是临终老年人,活动依托的是安宁疗护科的医护资源。出于私密性的考虑,活动一般在老年人房间内进行。以往的生命教育表明,老年人能够更坦然地走向晚年甚至生命的终点。不过,生命教育的普及受到诸多限制,比如传统生死观念与健康观念的挑战、生命教育体系不够完善、生命教育内容难以选择和融入等<sup>[14]</sup>。

此外,护理院在住院楼顶层为一些有佛教信仰的老年人设立了佛堂,佛堂已经成为一部分老年人增进社会交往、分享生命观念、接纳优逝善终的场所。护理院现状以及现有研究均表明,在老龄化背景下,老年生命教育的普及势在必行,这既有助于老年人与其家属充分认识、感知和敬畏生命,也有助于医养结合机构“预备临终关怀”实践的顺利开展。

## 2. 临终场景构建

据A1介绍,当老年人有临终征兆时,护士将立刻联系家属到院。同时,护士会根据老年人需求及时调整床位舒适度、设置隐私空间,比如将住在双人或三人间的老年人转移到单独房间,为家属留出告别空间,或为有宗教信仰的当事人布置告别场所。安宁疗护科团队和护理院一同协助临终老年人立下遗嘱或者签订遗体捐赠或器官捐献的文书。

“有一个做了财产公证然后立了遗嘱,有一位是高校的教授,是签了遗体捐赠,之前还有一位,在清醒的时候就签了危重时不用抢救的证明,我们最后也完成了他的心愿。”(A1)

有研究指出,不能在老年人失能失智后才重视康养服务和临终关怀服务,而要通过早期介入,预防或延缓老年人进入不可逆状态<sup>[15]</sup>。本文也表明,临终关怀的关口要前移,聚焦在退行性特征逐渐明显的中老年阶段,重视早期的身心介入和健康教育。从C护理院的实践来看,医养结合机构具备一种提高

老年人生活质量、为临终阶段做铺垫的功能,即“预备临终关怀”。以往研究对此有所涉及,例如苗晓娜等<sup>[16]</sup>认为医养结合是形成一种“有病治病,无病疗养”的新型养老模式。但总体而言,预备临终关怀的实践困境和普遍意义尚未得到充分地关注。

### 三、社会工作嵌入“预备临终关怀”体系的路径构建

C护理院的“预备临终关怀”服务实践具备了独特优势。首先,依托医院的医疗资源,护理院为老年人提供可及性较高的疾病诊疗、慢病管理和康复保健服务,为保障临终阶段的生活质量奠定基础;其次,护理院拥有一支专业照护团队,为渐入生命末期的老年人提供多样化服务;最后,护理院封闭式管理、适老化功能齐全的空间设置,为老年康养提供了制度化空间。

然而,临终阶段的照护实践是复杂的,所需条件是综合性的。从这一角度而言,C护理院的“预备临终关怀”仍有短板:第一,在服务关系的构建中,护理院并未设置专门、独立的医务社会工作者岗位,医生、护士与护理员身兼多职,注意力较为分散,加之老年人之间的潜在冲突,导致“类家庭”关系不够稳定;第二,在服务空间的塑造中,有限空间和制度化管理容易导致老年人与外界隔离,老年人不但缺少自主能力,也容易产生负面的身心效应;第三,在“预备临终关怀”功能的发挥中,部分服务形式陈旧、内容单一、效果不佳,难以长期保障医养结合机构本应具备的“全人”服务质量。

面对这些短板,同类医养结合机构尤其需要人本理念突出、跨专业合作能力扎实以及政策倡导行动力较强的医务社会工作队伍。医务社会工作关注人和环境之间的关联,既认可环境对于行动者的限制和约束,又关注行动者改变环境的能力,因而医务社工能够在“预备临终关怀”场景之中扮演关键角色。

#### (一)发挥联动优势,连接“预备临终关怀”关系

聚焦“预备临终关怀”中的互动关系,可以从如下方面开展社会工作干预。一方面,构建“社工+志工+义工”联动机制。与C医院护理院有着相似特质的机构可以适当扩充临床科室的社会工作岗位,搭建社会工作者服务老年人的专业平台。同时,招募周边社区的居民、学生、退休人员参与院内活动,形成社工、志工、义工相结合的联动合作机制,促进老年人与多元主体的沟通,分担护理人员的照护压力。另一方面,开展精细化的个案工作。医务社工擅长挖掘个体需求和类型化需求,将诊疗需求反馈至医护团队系统,并将社会心理需求与“家庭中心疗法”相关联,运用倾听、共情、移情、叙

事、生命回顾等技术予以回应。面对服务内容单一和服务效果有限的短板,医务社工还可以通过资源连接,与院内外成熟的社会工作团队深入合作,健全专业服务体系,增强老年人和家庭的情感联系,助力护理院形成稳固的“类家庭”支持系统。

#### (二)通过专业方法,贯通“预备临终关怀”空间

封闭的照护空间影响了老年人的身心状况,医务社工可以通过叙事法、深入访谈、问卷调查、观察法等专业方法深入了解老年人的家庭支持、生活习惯、兴趣爱好、需求及困扰,同时通过实地调研考察常规空间和紧急空间与老年人需求的匹配程度,为照护计划的制定和实施奠定基础。

形成系统性的服务计划后,对于没有发挥常规功能的空间,医务社工能够通过模拟情境和情感动员,引导老年人和家属参与环境的营造,提高老年人的社区参与感和自我价值感。此外,还可以设计多阶段兴趣小组、教育小组、成长小组,指导老年人通过手机视频、在线聊天等形式与异地亲友进行互动,打破护理空间与外部环境的壁垒。

#### (三)推动政策倡导,稳固“预备临终关怀”功能

对于“预备临终关怀”功能的长效性难题,可以从以下方面着手。其一,收集典型案例,提炼干预经验。医务社工在积累服务案例的基础上,可以将人群需求、专业优势、跨学科合作经验进行提炼,向医院管理部门呈现“预备临终关怀”的成效,争取机构内更多的资源扶持。其二,着眼服务提升,举办实务研讨会。医务社工擅长连接各类社会团体,开展实务研讨会,共同探讨“预备临终关怀”服务的标准化原则、流程与模式,以及它与“健康中国”的紧密关联。其三,明确服务特色,主动参与政策倡导。公办与民办的医养结合机构存在诸多差异,民办机构内部也有不同,医务社工队伍能够从差异性视角出发,深入挖掘本机构的服务特色和可推广性,结合国家对健康老龄化的短期和长期政策,开展政策倡导,从宏观和微观层面提高老年群体的晚年福祉。

## 四、结 语

本文以福建省民办三甲医院C医院的护理院为例,基于“关系—空间—功能”的分析框架,考察了民办医养结合机构如何通过内部的组织运作,实践“预备临终关怀”服务,进而影响老年人的晚年生活质量。研究发现:①护理院通过构建“类家庭”关系,设置了“封闭式”空间,进而促成了一种“半制度化”的“预备临终关怀”服务实践;②这个实践存在着医务社会工作角色缺位、服务关系不够深入、服务空间受到限制、“预备临终关怀”成效发挥有限的短板;③应对这些挑战,机构可以充分发挥医务社工的联动优势,连接“预备临终关怀”关

系,也可以通过医务社工的专业方法,贯通“预备临终关怀”空间,还可以发挥医务社工的政策倡导功能,稳固“预备临终关怀”成效。

对比现有研究,本文可能的创新之处包括以下两项。其一,既往研究较多关注公办医养结合机构,本文则是对民办机构的深入探讨,从实证层面深化了该领域的研究。其二,从“关系—空间—功能”分析框架出发,提炼了“预备临终关怀”概念及其实践,进而阐述了医务社会工作在这一实践中的应用路径,对老年照护、安宁疗护和社会工作实务都有一定价值。与相关概念和实践相比,“预备临终关怀”具有独到的边际贡献:相比“临终关怀”对于显著临终症状(如意识模糊、生命体征不稳定、呼吸困难、失能失智等)的关注,它更关注可能引发这些症状的环境和前置条件,以便做好提前防范;相比“安宁疗护”对单一场景(例如通常限于医院的安宁疗护科)和专业人员的限定,它更强调多学科团队的预先准备,避免单一场景给精神脆弱的老年人及家属带来过度压力;同时,它又比常规的“养老服务”更加专注于临终阶段的生命质量,因而它可以是广义养老服务的一个部分。

然而,本文也有明显不足:一方面,资料来源于参与式观察、访谈和内部资料,缺乏对文本的“内部批判”和外部对比,可能导致研究结论缺乏推广性;另一方面,一部分调查样本流失,使得追踪访谈遇到困难,受访对象的整体代表性不够。本文可作为民营医养结合机构和“预备临终关怀”研究的一个初步探索,更多科学分析有赖于今后研究的跟进。

参考文献

[1] 谢燕,赵庆华,肖明朝,等. 重庆市医养结合机构服务现状调查[J]. 中国护理管理,2022,22(4):548-552

[2] 李娟,孙启,傅利平. 基于扎根理论的唐山市医养结合机构养老服务影响因素质性研究[J]. 医学与社会,2022,35(9):37-42

[3] 范庆梅,陈乐,吴猛,等. 医养结合视角下养老机构医疗服务供给现存问题及对策[J]. 中国老年学杂志,2021,

41(3):658-661

[4] 时松和,胡雪琪,贺坤,等. 河南省医养结合机构老年人养老服务利用现状及影响因素分析[J]. 中国康复医学杂志,2023,38(1):74-77

[5] 高鹏,杨翠迎,周彩. 医养结合与老年人健康养老[J]. 财经研究,2022,48(4):124-138

[6] 王安琪,陈欣,薛宇. 城市社区医养结合养老场所建设改造策略探讨[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2024,24(2):150-154

[7] 饶千宜,王俊,白定群,等. 医养结合机构老年人辅助器具使用现状及影响因素分析[J]. 中国康复医学杂志,2024,39(2):232-237

[8] 柳家贤,周英,李浩然,等. 医养结合型养老机构失能老人人文关怀体验的质性研究[J]. 护士进修杂志,2020,35(5):455-458

[9] 陈琳,王丽茹. 农村养老院中老年人的机构内人际关系动态演化研究[C]//中国老年学和老年医学学会 2023 年学术大会论文集. 北京,2023:819-825

[10] 廖露露,何笑笑,龙环,等. 养老护理员优质老年照护行为形成要素及影响因素的质性研究[J]. 护理学杂志,2024,39(11):1-5

[11] 马萍,陈姝冰. 我国医患关系研究的进路与省思[J]. 医学与哲学,2024,45(4):61-65

[12] 王杰,张玮. 重构空间体验:社会工作服务住院晚期癌症患者的新探索[J]. 华东理工大学学报(社会科学版),2024,39(1):55-67

[13] 张鹏,孙慕义. 老年人生命教育发展研究[J]. 医学与哲学,2022,43(4):69-72,81

[14] 姜姗,周宁,姜柏生. 晚期肿瘤患者安宁疗护实践中的认识误区、伦理困境及对策探讨[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2019,19(2):110-114

[15] 崔树义,杨素雯. 健康中国视域下的“医养结合”问题研究[J]. 东岳论丛,2019,40(6):42-51,191-192

[16] 苗晓娜,杭嘉敏,林家乐. 健康中国战略下我国现阶段医养结合发展困境分析[J]. 中国医学伦理学,2023,36(12):1364-1369

(本文编辑:姜 鑫)

## Preparatory end-of-life care and the embedding pathways of social work in private medical and senior care institutions

CHEN Zelin, LIN Yijing

College of Health, Fujian Medical University, Fuzhou 350122, China

**Abstract:** Taking the nursing home of a private tertiary hospital in Fujian Province as an example, this article examines how private medical and senior care institutions implement preparatory end-of-life care through internal cooperation based on the analysis framework of Relationship-Space-Function, as well as how such practices influence the quality of life for older adults in their later years. The study reveals that nursing homes promote a semi-institutionalized preparatory end-of-life care by developing quasi-familial relationships and creating an enclosed space. However, this practice suffers from the lack of medical social workers, insufficient depth in service relationship, constrained service space, and limited effectiveness of preparatory end-of-life care. To address these challenges, institutions can take full advantages of the integrative strengths of medical social workers to link the caring relationships and use professional methods to connect the caring space. Furthermore, institutions can also employ the policy advocacy functions of medical social workers to reinforce the effectiveness of preparatory end-of-life care.

**Key words:** end-of-life care; palliative care; integrated medical and senior care; social work