·综　述·

安宁疗护分级诊疗模式的范围综述

李舒婷[1]，成文武[2]，蒋　艳[3]，张　晶[2]

1. 复旦大学附属肿瘤医院肿瘤内科，复旦大学上海医学院肿瘤学系，上海 200032；
2. 复旦大学附属肿瘤医院综合治疗科，复旦大学上海医学院肿瘤学系，上海 200032；
3. 四川大学华西医院护理部/循证护理研究室，四川 成都 610041

［**摘要**］ 随着人口老龄化加剧及慢性病负担上升，生命末期患者对连续性、分层化安宁疗护服务的需求不断增加。“医院-社区-居家”三级联动模式为安宁疗护资源配置和服务衔接提供了重要路径。本文围绕安宁疗护分级诊疗中的功能定位、准入与准出标准及双向转诊机制，对相关研究和实践进展进行综述。现有研究认为，安宁疗护分级诊疗应以患者需求复杂度与机构服务能力相匹配为基本原则，其中医院主要承担复杂症状处置和技术支持，社区侧重病情相对稳定的患者的连续照护，居家照护强调患者意愿、家庭支持及症状风险可控等条件。本综述的最新进展主要体现在不同照护层级功能定位的进一步明确、准入与准出标准的多维细化，以及双向转诊指征与衔接流程的逐步完善等方面。在准入评估方面，相关研究更加重视预后状况、功能状态、症状负担、照护资源及患者意愿等因素的综合判断；在转诊衔接方面，更加强调基于标准化评估的动态管理。当前实践中仍存在评估指标不统一、转诊阈值不清晰、跨层级信息衔接不足及基层承接能力有限等问题。总体而言，中国安宁疗护分级诊疗已形成初步框架，但在标准化、同质化及可操作性方面仍有待进一步完善。

［**关键词**］ 分级诊疗；安宁疗护；准入标准；转诊；三级联动；连续照护
中图分类号：R48　**文献标志码**：A
DOI: 10.19401/j.cnki.1007-3639.2026.09.008

基金项目：国家重点研发计划项目（2023YFC3605900）。
利益冲突：作者声明无利益冲突。
伦理批件：不需要。
知情同意：不需要。
IIT备案：不需要。
引用本文：李舒婷, 成文武, 蒋艳, 等. 安宁疗护分级诊疗模式的范围综述[J]. 中国癌症杂志, 2026, 36(9): 895-901.
CC协议：CC BY-NC-ND 4.0。

Funding: National Key Research and Development Program of China (2023YFC3605900).
Conflicts of interest: Authors declare no conflicts of interest.
Ethical approval: Not required.
Informed consent: Not required.
IIT registration: Not required.
Cite this article: Li S T, Cheng W W, Jiang Y, et al. A scoping review of the tiered model of palliative care delivery[J]. Chin Oncol, 2026, 36(9): 895-901.
CC license: CC BY-NC-ND 4.0.

A scoping review of the tiered model of palliative care delivery

LI Shuting[1], CHENG Wenwu[2], JIANG Yan[3], ZHANG Jing[2] (1. Department of Medical Oncology, Fudan University Shanghai Cancer Center; Department of Oncology, Shanghai Medical College, Fudan University, Shanghai 200032, China; 2. Department of Comprehensive Treatment, Fudan University Shanghai Cancer Center; Department of Oncology, Shanghai Medical College, Fudan University, Shanghai 200032, China; 3. Department of Nursing/Evidence-based Nursing Center, West China Hospital, Sichuan University, Chengdu 610041, Sichuan Province, China)

Correspondence to: ZHANG Jing　E-mail: crystalzhang12@163.com

［**Abstract**］ With the acceleration of population aging and the growing burden of chronic diseases, the demand for continuous and tiered palliative care services among patients at the end of life has increased substantially. The hospital-community-home three-tier linkage model provides an important pathway for palliative care resource allocation and service integration. This review focuses on the functional positioning, admission and discharge criteria, and bidirectional referral mechanisms within tiered palliative care, and summarizes current research progress and practical developments in this field. Existing evidence suggests that tiered palliative care should be guided by the principle of aligning patient care needs and complexity with institutional service capacity. Within this framework, hospitals primarily undertake the management of complex symptoms and the provision of technical support, community-based services emphasize continuous care for patients in relatively stable condition, and home-based care highlights patient preference, family support, and controllable symptom risk. Recent progress has mainly been reflected in the clearer definition of functional roles across different levels of care, the multidimensional refinement of admission and discharge criteria, and the gradual improvement of referral indications and transitional care processes. In admission assessment, increasing emphasis has been placed on the comprehensive evaluation of prognosis, functional status, symptom burden, caregiving resources and patient preferences. In

referral coordination, greater attention has been directed toward dynamic management based on standardized assessment. However, several challenges remain in current practice, including non-uniform assessment indicators, unclear referral thresholds, insufficient cross-level information continuity, and limited service capacity in primary care settings. Overall, tiered palliative care in China has established a preliminary framework; however, further efforts are needed to improve its standardization, homogenization and operational feasibility.

［**Key words**］Tiered diagnosis and treatment; Hospice care; Admission criteria; Referral; Three-tier linkage; Continuity of care

《安宁疗护实践指南（2025年版）》[1]指出，安宁疗护以终末期患者及其家庭为中心，依托多学科协作模式，重点提供疼痛及其他症状控制、舒适照护以及心理、精神和社会支持等综合服务。随着人口老龄化和慢性病负担增加，生命末期患者对“在合适地点获得适宜的安宁疗护”的需求迅速增长[2]。国外已有临床实践强调安宁疗护跨层级服务，有助于延续照护并满足不同场景的需求[3]。在中国安宁疗护分级诊疗模式的探索中，三级联动的“医院-社区-居家”模式为安宁疗护资源的合理配置提供了制度框架：上级医院承担疑难复杂症状处置和技术支持，社区承担连续照护和常见症状管理，居家承担以家庭为中心的末期照护和随访[2, 4]。然而，现有研究和实践表明，中国安宁疗护分级诊疗仍面临一系列现实问题，包括评估指标和转诊阈值尚未统一、跨层级信息共享和协同机制不足、基层及社区承接能力有限，以及区域间服务资源配置和发展水平差异较大等[5-8]。这提示安宁疗护分级诊疗的发展重点，已由早期的模式构建逐步转向标准化评估体系、同质化服务能力和可持续运行机制的完善。基于此，本文从研究进展的角度出发，对安宁疗护分级诊疗中不同照护层级的功能定位、准入与准出标准、双向转诊机制及未来发展方向进行综述，以期为中国安宁疗护服务体系的进一步优化提供参考。

本研究旨在系统梳理安宁疗护分级诊疗相关研究证据，全面描述该领域现有证据的类型构成、研究对象及应用场景分布情况。在此基础上，进一步总结不同研究中对安宁疗护分级诊疗模式、服务体系构建、准入标准及转诊指征等关键要素的关注重点，以呈现该领域的研究现状并识别潜在的研究空白，为后续研究和临床实践提供参考。

1 文献检索与筛选

依据研究目的，构建以“安宁疗护”“临终关怀”“姑息治疗”“分级诊疗”等为中文检索词，以“hospice care”“palliative care”“triage criteria”等为英文检索词的检索策略，作为主题词或关键词进行组合检索。系统检索万方、中国知网、PubMed、Embase等中英文数据库，并根据各数据库特点及检索语法进行相应调整，检索时限为各数据库建库至2025年10月30日。未对检索语言作初始限定。

本文围绕安宁疗护分级诊疗模式的总体框架、准入与准出标准及双向转诊机制等主题，对国内外相关研究进行梳理。纳入标准包括：① 研究主题涉及安宁疗护分级诊疗相关内容，包括分级诊疗模式、服务体系构建、准入标准或转诊指征；② 文献类型不限，可包括原始研究、综述、指南或模式性研究；③ 研究对象为安宁疗护相关服务对象或服务提供者。排除标准包括：① 与研究主题无关；② 研究对象或应用场景不符合本综述的研究范围（如研究对象年龄<18岁）；③ 全文无法获取；④ 非中文或英文发表；⑤ 内容信息较为有限、难以支持本文归纳分析的文献（如仅为会议摘要、海报、个案报告或社论等）。

导入EndNote参考文献管理软件去除重复文献，由2名研究者根据纳入和排除标准，阅读标题和摘要排除明显不符合的文献，再通过阅读全文进行二次筛选，过程中若存在分歧则通过讨论解决。提取信息包括文献作者、发表年份、国家或地区、证据类型、研究对象、研究场景及安宁疗护分级诊疗相关研究要素（如分级服务模式、准入标准、转诊指征及服务衔接机制等）。

2 文献检索结果

共检索获得文献3 471篇，剔除重复文献后剩余1 984篇；阅读题目及摘要后排除了研究主题不相关、研究对象年龄不符合纳入范围、仅为会议摘要及病例报告的文献1 877篇；对剩余的107篇文献进行全文评估，进一步排除79篇研究内容与本综述主题不相关的文献、1篇研究对象不符合本综述研究范围的文献、1篇无法获取全文的文献、1篇非中文或英文发表的文献；最终共纳入25篇文献。文献筛选过程及结果见图1。

从现有研究来看，安宁疗护分级诊疗相关文献主要集中于2022—2025年，以中国研究为主，少量来自美国和澳大利亚，提示安宁疗护分级诊

疗近年来在中国受到持续关注。文献类型以原始研究居多，同时包括综述、指南及实践或模式性研究。研究对象涵盖安宁疗护服务对象、医务人员及相关服务机构，研究场景涉及医院、社区及居家等不同照护层级，其中以多层级衔接场景较为常见。现有研究的关注重点主要集中在分级服务模式、准入与转诊标准、服务流程及跨层级服务衔接机制等方面。

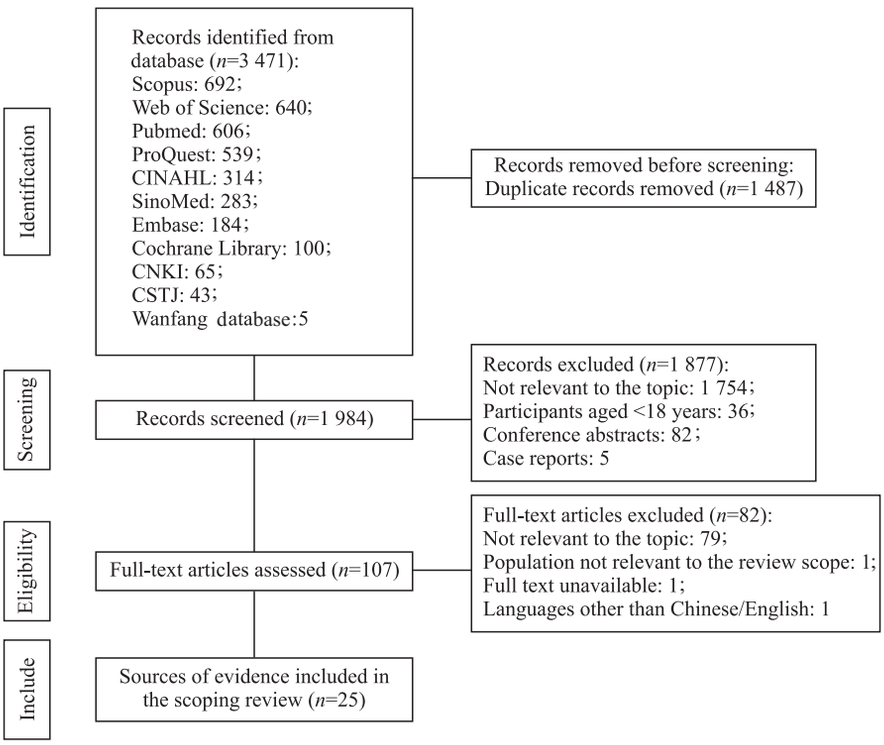


图1　文献筛选流程

Fig. 1　Flowchart of literature screening

3　安宁疗护分级诊疗模式的研究进展和实践现状

安宁疗护分级诊疗是指以终末期患者及其家属为核心，依据其治疗和照护的复杂性，由不同层级的医疗机构实施分级诊疗，旨在为患者及其家属提供多维度的治疗和照护服务[2, 4]。现有研究显示，中国“医院-社区-居家”安宁疗护分级服务概念已初步形成，但缺乏广泛临床实践，仍存在服务整合及衔接性不足等局限性。该模式以“患者需求复杂度与照护机构能力边界匹配”为核心原则，形成明确的功能定位：三级医院承担复杂症状处置和技术支持，社区机构提供连续照护和常见症状管理，居家场景强调以家庭为中心的终末期照护[9-12]。分级照护路径研究进一步把这种能力梯度描述为“二、三级医院以核心症状多且复杂、治疗难度高的患者为主，基层承担症状较少或已经较好控制、病情趋于稳定的患者；当出现病情变化或难以控制症状时，可经医联体绿色通道上转”[13-15]。这一“复杂度-能力匹配”的逻辑，使得各级准入标准不应彼此割裂，而应在同一框架下形成可执行的阈值和条目体系。

3.1　分级准入标准和准出标准

3.1.1　二、三级医院的准入标准

二、三级医院通常承担复杂症状处置和技术支持职能，相关实践指出，当社区无法提供而医院能够提供的技术支持［如自控镇痛泵管理、经外周静脉穿刺的中心静脉导管（peripherally inserted central venous catheter，PICC）护理等］出现时，可通过会诊或转诊进入上级机构，稳定后再转回社区继续照护[16]。这类“能力差异触发点”应当成为二、三级医院准入标准的重要组成部分。从操作层面看，以下三类条目被作为二、三级医院主要准入标准：① 预后和功能门槛，如卡氏功能状态评分（Karnofsky performance status，KPS）≤50分且预期生存期≤3个月可作为住院安宁疗护的重要依据[15, 17]；② 症状复杂度和处置难度，当核心症状多且难以控制时可通过绿色通道上转[13]；③ 非肿瘤终末期患者的综合判定，部分研究提出结合功能评分［如KPS≤40分或姑息功能量表（Palliative Performance Scale，PPS）≤40%］及病种条目进行决策，以弥补单一预后估计的局限[13, 18]，例

如，终末期心衰患者出现纽约心脏协会（New York Heart Association，NYHA）Ⅳ级、难治性心律失常等情形时，应考虑转入更高层级安宁疗护[19]。

3.1.2 社区卫生服务中心安宁疗护准入标准

社区卫生服务中心在分级体系中承担连续照护和转介枢纽角色，其准入强调患者已进入以舒适照护为主的阶段，且主要症状能够在基层规范管理。有研究[20]指出，社区与居家在预后窗口和能力边界上存在差异，如社区多以“预期存活期<3个月”为对象窗口，居家可延伸至“<6个月”，功能状态常见“KPS<60分”等筛选特征。同时，社区机构更适于承接需持续评估和方案调整的患者（如镇痛方案调整、症状波动观察），并在出现超出能力范围的情形时及时启动会诊或上转机制，从而形成“居家-社区-医院”递进式照护链条[20]。

3.1.3 居家安宁疗护的准入标准

总体上，居家安宁疗护准入需同时满足疾病不可逆进展、患者及家属意愿明确以及家庭照护资源可支撑等条件[21]。在预后判定方面，有研究[22]提出将预期生存期、功能量表及上级医院建议等综合使用，而非依赖单一时间阈值，以提高判断准确性。症状维度上，疼痛、发热、恶心呕吐、呼吸困难、谵妄及管路护理需求等条目被用于评估是否需要专业团队持续介入[20]。值得注意的是，居家安宁疗护的启动与持续，除受疾病状态和照护资源影响外，还高度依赖患者及家属对安宁疗护的认知、偏好及共同决策基础[23]。现有研究[24]提示，生命末期沟通往往涉及患者知情状态、家庭主导决策、预后告知方式及对安宁疗护转介的接受程度等多个层面，因此居家安宁疗护的准入不仅是医学判断问题，也与沟通路径和决策协商过程密切相关。同时，社区老年人研究[25]显示，安宁疗护偏好与相关知识水平、对生命末期预后告知的态度及期望死亡地点等因素相关，提示患者及家属主观意愿应作为服务准入和照护规划的重要维度。

3.1.4 准出标准

在准出方面，社区德尔菲研究[20]将准出维度明确为意愿、症状、死亡，意味着退出并不等同于死亡，而是允许患者在意愿改变、症状缓解或照护目标调整时退出安宁疗护体系并转入其他照护服务。与此相呼应，临终关怀转介研究[26]指出，接受临终关怀者需进行定期评估，若健康状况改善、预期生存期可能超过6个月则不再具备资格，应转出，但若后续再次出现病情变化可重新评估资格，体现出“准入-再评估-转出-再准入”的动态管理思路。

3.2 “医院-社区-居家”三级转诊标准和流程

转诊机制应基于标准化评估建立双向流动路径。上转指征包括出现超出当前机构处理能力的复杂症状、需要特殊技术支持（如镇痛泵管理）或病情急性加重。下转条件包括急性症状得到控制、照护需求降低且患者状况稳定。转诊流程强调制度化设计，包括机构间协议签订、标准化文书传递、绿色通道建立及转运安全保障等措施。纳入研究中的区域实践指出，具备资质的评估人员通过统一评估表进行周期性评估（如每周2次），当达到双向转诊指征时，根据严重程度选择转诊、会诊或远程会诊，并通过安宁疗护中心-社区-居家之间的信息反馈机制维持连续照护[15]。该流程强调转诊需基于标准化评估，而非单纯依赖临床经验，同时要求转诊后信息回流以支持下转与随访。

3.2.1 转诊方向和基本框架

既往研究将安宁疗护转介分为正向和逆向两类。正向转介包括纵向转介（院外转介）和横向转介（院内转介），逆向转介则指因预后改善或意愿改变而退出安宁疗护体系[26]。在“医院-社区-居家”三级联动框架下，上述分类可被用于梳理转诊方向：其一为下转（医院→社区/居家），强调急性问题处理后回归长期舒缓照护；其二为上转（居家/社区→医院），强调出现超出当前照护地点能力边界的处置与资源需求；其三为逆向转出（安宁疗护体系→一般医疗/退出），强调当不再符合准入条件或意愿改变时的转出和再评估机制。

3.2.2 向上转诊指征

向上转诊的核心是“超出当前照护地点能力边界”。有地方规范[15]提出，当临终患者KPS≤50分且预期生存期≤3个月时，可由居家转入住院安宁疗护或区安宁疗护中心。能力差异触发是最具操作性的依据，如需自控镇痛泵或PICC护理而基层无法提供时，应转入上级机构处理[11]。此外，症状难以控制是上转的重要触发情形，五级路径明确指出在任何阶段及地点出现病情变化或难以控制症状，即可经绿色通道转诊至相应二、三级医院[13]。值得一提的是，近年来基于公众判断构建的癌症患者安宁转诊智能分类预测模型，尝试以数据驱动方式辅助识别需要转诊的患者，但仍需与临床评估结合[27]。

3.2.3 向下转诊指征

向下转诊强调急性症状已得到控制、照护需求下降及承接机构具备能力。有研究[4]指出，住院安宁疗护患者在症状稳定且经患者及家属同意后，可转回居家或社区继续照护。同时，分级照护路径研究指出基层更适合承接症状少或已经较好控制、病情趋于稳定的患者[13]。在社区端接收上级医院转诊方面，已有研究给出了较为清晰的条目化标准：社区安宁科可接收：① “一体多病”的老年人且前期专科治疗后临床已不能获益者；② 非恶性肿瘤的其他严重疾病终末期且前期专科治疗后临床已不能获益者；③ 需要照护的全失能老人；④ 自愿要求转至安宁病区者[14]。据此，可将社区接收标准提炼为三项核心判断逻辑：① 治疗获益不足、照护目标转向舒缓；② 照护依赖和照护工作量显著；③ 患者及家属意愿明确。

4 讨 论

本研究通过范围综述系统梳理了安宁疗护在“医院-社区-居家”三级联动框架中的准入标准、转诊机制及实施条件。中国分级诊疗实践已形成以功能状态、预期生存期及症状复杂度为核心的准入条目，并在不同层级机构之间建立了以能力差异为依据的转诊逻辑。这表明分级体系在结构设计上已具备基本框架。

然而，从具体条目和实施细节来看，不同地区在阈值设定、能力界定及转诊流程方面仍存在差异。例如，生存期时间窗和功能评分的使用标准并未完全统一，能力边界的界定也多依赖地方实践经验。转诊方面，上转与下转虽已有较为清晰的触发条件，但跨层级衔接仍缺乏稳定的信息回流机制。这些现象提示，分级体系虽已建立，但在标准同质化与运行稳定性方面仍处于探索阶段。进一步分析纳入研究可发现，多数实践仍以固定阈值或条目作为主要判断依据，而对动态风险变化的连续评估相对不足。部分研究已开始尝试构建预测模型或整合评估工具，但整体尚未形成统一框架。这种以条目为主导的管理方式，有助于规范准入，但在应对复杂病程变化时仍面临一定挑战。

与近年来的国际研究相比，中国分级诊疗在理念上已逐步强调能力匹配与连续照护。Kircher等[28]提出，安宁疗护的整合应建立在持续评估与多维需求识别基础之上，而非单一时间窗判断。Petrova等[3]进一步表明，社区层面的服务能力依赖于有效的跨机构协作机制、标准化流程和资源支持，这些因素是实现连续照护的重要机制。此外，针对评估工具的综述[29]发现，单一量表或阈值难以完全满足动态风险分层的需求，强调多维风险识别的重要性。2024年美国临床肿瘤学会（American Society of Clinical Oncology，ASCO）指南[5]进一步将这些理念落地于具体实践，强调持续评估、症状负担和患者偏好应作为转诊和介入的核心指标，并建议更早介入安宁疗护以提高生活质量并减少急性医疗服务的过度使用。上述国际证据构成的趋势与本综述结果在方向上具有一致性，但在风险分层和工具整合方面仍有深化空间，为中国优化分级诊疗机制提供了策略参考。

在分级框架逐步形成的同时，纳入研究亦揭示了若干结构性障碍。专业人才不足和能力分布不均衡仍是基层承接能力受限的核心因素，影响下转质量与评估一致性[15，30]。经费保障和筹资机制不稳定，使分级体系在资源层面缺乏持续性基础[31-32]。准入和监管标准缺乏统一细则，导致制度执行呈现区域差异[33]。文化因素同样影响分级实践，在中国社会文化情境下，围绕死亡的回避倾向、将积极延长生命与“尽孝”相联系的观念，以及对安宁疗护概念的误解，均可能削弱患者及家属对安宁疗护的接受度，从而影响转介时机[34-35]。此外，机构间能力差异和衔接不畅易导致上级医院虹吸与基层承接不足并存，削弱整体效率[36]。针对上述问题，研究普遍提出需在制度保障、人才建设和信息化支撑等方面同步推进。完善支付机制和法律框架是制度稳定运行的基础[7，37]；跨层级培训和协作有助于缩小能力差距[38-39]；依托信息化平台实现转诊记录和追踪，有利于形成连续照护链条[40]；公众教育与死亡教育有助于提升社会接受度[34]；建立质控机制和持续改进路径，是推动体系规范化和可复制化的重要条件[41]。总体来看，分级诊疗的可持续运行不仅依赖准入和转诊条目的设定，更取决于制度保障、能力建设与监管机制的协同推进。若上述支撑条件不足，分级框架可能难以真正发挥资源优化配置的功能。

总体而言，安宁疗护分级诊疗的关键在于构建基于标准化评估的连续照护闭环，而非简单的机构分流。未来应在整合预后、功能状态和症状负担等评估维度的基础上，逐步建立统一、可操作的核心指标体系，明确不同层级机构的能力边界，完善转诊协议和信息共享机制，并通过多中心研究和真实世界数据进一步验证相关量化阈值

的合理性和安全性。与此同时，信息化平台建设、基层承接能力提升、农村及资源薄弱地区服务模式优化，以及公众安宁疗护认知与死亡教育的加强，也将是今后值得持续关注的重要方向。综合现有研究和实践可见，准入、准出及双向转诊机制共同构成了安宁疗护分级诊疗路径优化的重要基础，未来仍需在标准统一、路径细化和实践验证等方面持续推进，以促进“医院-社区-居家”安宁疗护分级诊疗模式的规范化、同质化和可持续发展。

5 小　结

本综述梳理了安宁疗护在“医院-社区-居家”分级诊疗框架下的准入/准出标准与双向转诊指征及流程。现有研究总体支持以“需求复杂度-能力边界匹配”为核心构建分层服务路径，并强调通过标准化评估、分层转诊方式和信息回流实现连续照护闭环。然而，相关标准与流程在一致性、可操作性和可推广性方面仍存在不足。未来应在统一指标体系、跨层级协作机制和信息化支撑的基础上，推进可验证的转诊阈值和质量监管体系，以促进分级诊疗的规范化落地和资源效率提升。

致谢：

诚挚感谢上海徐汇区华泾镇扬阳服务社杨俊侠对本论文在文献筛选与数据整理方面的贡献。

第一作者：

李舒婷（ORCID: 0009-0002-2003-9212），硕士在读。

通信作者：

张晶（ORCID: 0000-0001-6057-1460），博士，主治医师，E-mail: crystalzhang12@163.com。

作者贡献声明：

李舒婷：文献筛选与数据整理，文章撰写及修改；成文武：指导文章选题；蒋艳：指导文章研究方法；张晶：文章结构起草，文章校对及修订。

[参 考 文 献]

[1] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 安宁疗护实践指南(2025年版)[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2025, 32(9): 1-10,14.
National Health Commission of the People's Republic of China. Practice guide for hospice care(2025 edition)[J]. Chin Pract J Rural Dr, 2025, 32(9): 1-10.

[2] 赵苇苇, 郭辰阳, 杨俊侠, 等. 安宁疗护实践研究新进展[J]. 医学与哲学, 2024, 45(5): 32-37.
Zhao W W, Guo C Y, Yang J X, et al. Research progress on hospice care practices[J]. Med Philos, 2024, 45(5): 32-37.

[3] Petrova M, Wong G, Kuhn I, et al. Timely community palliative and end-of-life care: a realist synthesis[J]. BMJ Support Palliat Care, 2024, 14(e3): e2423-e2437.

[4] 刘昊. 安宁疗护分级诊疗模式的探讨[J]. 医学与哲学, 2022, 43(23): 25-28.
Liu H. The exploration of the tiered diagnosis and treatment model of hospice care[J]. Med Philos, 2022, 43(23): 25-28.

[5] Sanders J J, Temin S, Ghoshal A, et al. Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update[J]. J Clin Oncol, 2024, 42(19): 2336-2357.

[6] Cole C S, Jackson A, Bennett C R, et al. Nursing home palliative care referral process, barriers, and proposed solutions: a qualitative study[J]. J Appl Gerontol, 2025, 44(4): 582-590.

[7] Zhang S W, Wang J R, Song S H, et al. Disparities in hospice and palliative care services: evidence of healthcare provider practice in various regions of China[J]. BMC Public Health, 2025, 25(1): 4064.

[8] Guo J C, Zeng L H, Dai Y Y, et al. Shared-care management standards of palliative care in Chinese adults: a Delphi study[J]. Asia Pac J Oncol Nurs, 2025, 12: 100702.

[9] Chang Y K, Philip J, van der Steen J T, et al. Referral criteria for specialist palliative care for patients with dementia[J]. JAMA Netw Open, 2025, 8(5): e2510298.

[10] 郝燕萍, 张颖. 国外安宁疗护准入实践对我国的启示[J]. 医学与哲学, 2022, 43(5): 28-33.
Hao Y P, Zhang Y. Enlightenment of overseas palliative care access practice to China[J]. Med Philos, 2022, 43(5): 28-33.

[11] 周玉洁, 袁玲, 武丽桂, 等. 安宁疗护分级转诊服务体系的构建及应用效果评价[J]. 中国护理管理, 2024, 24(5): 675-680.
Zhou Y J, Yuan L, Wu L G, et al. Development and effect evaluation of the hospice hierarchical referral service system[J]. Chin Nurs Manag, 2024, 24(5): 675-680.

[12] Petrey L, Ratnaparkhi R, Pope E, et al. Oncologic outpatient specialty palliative care referral uptake: a single institution quality improvement project[J]. Ann Palliat Med, 2025, 14(4): 332-344.

[13] 郭艳汝, 任晓娟, 袁媛, 等. 安宁疗护五级照护路径探索与实践: 以沧州市人民医院安宁疗护病房临床实践为例[J]. 医学与哲学, 2022, 43(14): 21-26.
Guo Y R, Ren X J, Yuan Y, et al. Exploration and practice of five-level nursing path in palliative care: taking the clinical practice in palliative care ward of Cangzhou People's Hospital as an example[J]. Med Philos, 2022, 43(14): 21-26.

[14] 吴颖, 王晓琳, 刘兵, 等. 分级诊疗视角下区域安宁疗护服务体系的探索与实践[J]. 医学研究与教育, 2021, 38(3): 50-55.
Wu Y, Wang X L, Liu B, et al. Exploration and practice of regional hospice care service system from the perspective of tiered medical services[J]. Med Res Educ, 2021, 38(3): 50-55.

[15] 王晓琳, 戚颖, 熊斯, 等. 非肿瘤类安宁疗护患者综合医院-社区双向转诊评估指标体系的建立[J]. 中国社会医学杂志, 2023, 40(3): 333-336.
Wang X L, Qi Y, Xiong S, et al. Establishment of evaluation index system for general hospital-community two-way referral of non-tumor hospice patients[J]. Chin J Soc Med, 2023, 40(3): 333-336.

[16] Castro J A, Hannon B, Zimmermann C. Integrating palliative care into oncology care worldwide: the right care in the right place at the right time[J]. Curr Treat Options Oncol, 2023, 24(4): 353-372.

[17] Dong Y, Chen M, Yu Y, et al. Construction of a palliative care services framework for end-of-life adult patients at medical institutions: a Delphi study[J]. Eur J Cancer Care, 2025, 2025(1): 9034166.

[18] Lin Y X, Yan C C, Yang D L, et al. Characteristics, outcomes and factors for place of death in patients admitted to community-based palliative care services in Shanghai China: a multicenter retrospective cohort study[J]. Palliat Med Rep, 2024, 5(1): 481-491.

[19] Heidenreich P A, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on clinical practice guidelines[J]. Circulation, 2022, 145(18): e895-e1032.

[20] 缪俊, 张瑞云, 曹文群, 等. 社区安宁疗护服务对象准入准出标准研究[J]. 中华全科医学, 2019, 17(12): 2063-2068.
Miao J, Zhang R Y, Cao W Q, et al. Study on admittance and exit criteria of palliative care in community[J]. Chin J Gen Pract, 2019, 17(12): 2063-2068.

[21] 戴付敏, 陈瑞云, 王靓. 澳大利亚医院-社区-居家老年照护服务现状及启示[J]. 中国老年学杂志, 2018, 38(14): 3571-3574.
Dai F M, Chen R Y, Wang L. Current situation and enlightenment of hospital-community-home care service for the elderly in Australia[J]. Chin J Gerontol, 2018, 38(14): 3571-3574.

[22] Brecher D B, Sabol H J. Prognostication in hospice care: challenges, opportunities, and the importance of functional status[J]. Fed Pract, 2024, 41(Suppl 3): S50-S53.

[23] Pang T Y, Yan K R, Zhou Y J, et al. Perspectives of clinicians on shared decision making in hospice care for advanced cancer patients in Nanjing: a descriptive qualitative study[J]. BMC Palliat Care, 2025, 24(1): 145.

[24] Zhong J, Zhao W J, Lai X B. Chinese physicians' experiences with end-of-life communication and hospice care transition: a qualitative study with content analysis[J]. BMC Palliat Care, 2025, 24(1): 282.

[25] Zhao W J, Zhong J, Lai X B. End-of-life knowledge, attitudes and behaviours associated with hospice care preference in community-dwelling older adults: a cross-sectional survey from Mainland China[J]. BMJ Open, 2026, 16(1): e111195.

[26] 徐清琳, 徐彪. 临终关怀服务转介: 内涵、机制与影响因素[J]. 卫生经济研究, 2023, 40(10): 6-10.
Xu Q L, Xu B. Hospice care referral: connotation, mechanism, and influencing factors[J]. Health Economics Research, 2023, 40(10): 6-10.

[27] 张伟, 刘曦阳, 葛春花, 等. 基于公众判断的癌症患者安宁转诊智能分类预测模型的构建[J]. 护理学杂志, 2023, 38(18): 1-5.
Zhang W, Liu X Y, Ge C H, et al. Development of an artificial intelligence model for predicting palliative care referral of cancer patients based on public judgment[J]. J Nurs Sci, 2023, 38(18): 1-5.

[28] Kircher C E, Hanna T P, Tranmer J, et al. Defining "early palliative care" for adults diagnosed with a life-limiting illness: a scoping review[J]. BMC Palliat Care, 2025, 24(1): 93.

[29] Karagkounis C, Connor S, Papadatou D, et al. Evaluating palliative care needs in patients with advanced non-malignant chronic conditions: an umbrella review of needs assessment tools[J]. Healthcare (Basel), 2025, 14(1): 46.

[30] 何静, 邱忠爽, 王晓琳, 等. 上海市医务人员安宁疗护分级诊疗现状和影响因素分析[J]. 中国当代医药, 2025, 32(25): 110-115.
He J, Qiu Z S, Wang X L, et al. Analysis of the current situation and influencing factors of hierarchical diagnosis and treatment of palliative care for medical staff in Shanghai[J]. China Mod Med, 2025, 32(25): 110-115.

[31] 梅旭, 张婷婷, 邱芳, 等. 分级诊疗安宁疗护示范中心的SWOT分析[J]. 医学与哲学, 2021, 42(16): 32-36.
Mei X, Zhang T T, Qiu F, et al. SWOT analysis of the hospice care demonstration center under the hierarchical medical system[J]. Med Philos, 2021, 42(16): 32-36.

[32] 陈怡薇, 郭玫, 任意, 等. 破局之道: 开创农村安宁疗护服务发展新篇章[J]. 全科护理, 2025, 23(8): 1491-1496.
Chen Y W, Guo M, Ren Y, et al. The way to break the situation: opening a new chapter in the development of rural hospice care services[J]. Chin Gen Pract Nurs, 2025, 23(8): 1491-1496.

[33] 张清慧, 王英, 黄聪, 等. 国内外安宁疗护分级诊疗研究进展[J]. 全科护理, 2023, 21(17): 2359-2362.
Zhang Q H, Wang Y, Huang C, et al. Research progress of graded diagnosis and treatment of hospice care at home and abroad[J]. Chin Gen Pract Nurs, 2023, 21(17): 2359-2362.

[34] Tang Z, Fan Y, Ye Z J, et al. How does the general public perceive hospice and palliative care : an empirical study from China[J]. BMC Palliat Care, 2025, 24(1): 261.

[35] Zhang M Y, Zhao Y X, Lu Y F, et al. Attitudes toward palliative care among cancer patients: a multi-method study[J]. Front Public Health, 2025, 13: 1511697.

[36] 谢沛英, 应文娟, 伍艳春, 等. 医联体视域下"医院-社区-居家"安宁疗护服务模式的探索与实践[J]. 中国护理管理, 2023, 23(11): 1668-1672.
Xie P Y, Ying W J, Wu Y C, et al. Exploration and practice of "hospital-community-home" hospice care service mode within the medical alliance[J]. Chin Nurs Manag, 2023, 23(11): 1668-1672.

[37] Yu H S, de Medeiros K. Perceived facilitators and barriers in implementing hospice care: a qualitative study among health care providers in Binzhou, China[J]. Glob Qual Nurs Res, 2024, 11: 23333936241273199.

[38] He S R, Wang B, Chen M, et al. Current status of knowledge, attitudes, and practices among ICU physicians and nurses regarding palliative care in China[J]. Sci Rep, 2025, 15: 34954.

[39] Lu X Y, Zhang S Y, Chen Y T, et al. Palliative care nurses' perspectives on peer support in China: a qualitative study[J]. Asia Pac J Oncol Nurs, 2025, 12: 100791.

[40] Liu Y H, Xu Y N, Kang Y B, et al. Experiences and barriers in downward referral decision-making for palliative care patient caregivers under China's three-tiered linkage model: a qualitative study[J]. Asia Pac J Oncol Nurs, 2025, 12: 100578.

[41] Dai Y Y, Daveson B A, Ding J F, et al. Health professionals' and leaders' views on routine using patient-centered outcome measures in a Chinese palliative care unit: a qualitative study[J]. Palliat Support Care, 2025, 23: e151.

（收稿日期：2026-01-13 修回日期：2026-04-23）
（责任编辑：李广涛）