

老龄化社会近亲属医疗代理的现实困境与治理优化

周子康

贵州大学法学院, 贵州 贵阳

收稿日期: 2026年5月27日; 录用日期: 2026年9月11日; 发布日期: 2026年9月22日

摘 要

我国已迈入深度老龄化社会, 高龄失能、认知衰退、空巢老年群体规模持续扩张, 近亲属医疗知情同意代理成为老年就医场景的常态化制度安排。该模式是家庭养老模式的延伸, 适配人口高龄化背景下医疗服务与家庭照护的协同需求。但受家庭结构原子化、空巢化加剧、传统养老伦理偏差、社会公共服务配套滞后等因素制约, 当前近亲属医疗代理普遍存在亲属决策分歧、责任推诿、漠视老人真实意愿、代理权责失衡、空巢老人应急决策缺位、医患及家庭矛盾频发等现实问题。本文以实地问卷调查、深度访谈获取的一手实证数据与典型案例为核心支撑, 结合家庭类型化分析、医学与法学双重决策能力评估标准, 系统阐释近亲属医疗代理的社会内涵与存在合理性, 深度剖析其运行困境与深层成因, 构建适配老龄化趋势的规范化治理体系, 从认知重塑、制度完善、平台搭建、基层监督、医疗机构规范、顶层协同六个维度提出可落地的优化路径与试点方案, 旨在切实维护老年群体健康权益与人格尊严, 完善老龄健康基层治理体系, 为推进积极应对人口老龄化国家战略落地提供实践参考。

关键词

人口老龄化, 医疗知情同意, 近亲属医疗代理, 家庭结构, 基层治理, 老年权益, 实证调研

Practical Dilemmas and Governance Optimization of Next-of-Kin Medical Proxy in an Aging Society

Zikang Zhou

Law School, Guizhou University, Guiyang Guizhou

Received: May 27, 2026; accepted: September 11, 2026; published: September 22, 2026

Abstract

China has entered an era of deep population aging, with a growing number of elderly people facing advanced age disability, cognitive decline and empty-nest living. Next-of-kin medical proxy for informed consent has become a normalized arrangement for elderly medical treatment. As an extension of the family pension model, this mechanism adapts to the practical needs of medical services and family care under population aging. However, affected by family structure differentiation, empty-nest phenomenon, biased traditional pension concepts and lagging social supporting services, the current next-of-kin medical proxy system faces prominent problems, including divergent decision-making and mutual buck-passing among relatives, neglect of the elderly's genuine will, unbalanced proxy rights and responsibilities, emergency decision-making vacancy for empty-nest elderly, and frequent family and doctor-patient conflicts. Based on first-hand empirical data and typical cases obtained from questionnaires and in-depth interviews, combined with typed family analysis and dual medical-legal evaluation criteria for decision-making capacity, this paper systematically expounds the social connotation and rationality of next-of-kin medical proxy, analyzes its practical dilemmas and underlying causes, and constructs a standardized governance system. It proposes practical optimization paths and pilot plans from six dimensions to safeguard the legitimate rights and dignity of the elderly, improve the grassroots governance system for aging health, and provide references for the implementation of active aging strategies.

Keywords

Population Aging, Medical Informed Consent, Next-of-Kin Medical Proxy, Family Structure, Grassroots Governance, Elderly Rights, Empirical Research

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

人口老龄化是社会发展的重要趋势，也是今后较长一段时期我国的基本国情[1]。随着人均预期寿命提升、慢性病高发、老年认知障碍群体扩容，大量高龄、失能、认知衰退老人丧失独立理解病情、研判诊疗风险、表达就医意愿的能力，无法自主完成医疗知情、方案选择、手术签字等核心就医决策流程，近亲属医疗代理由此成为老年就医的刚需化、常态化社会安排[2]。

近亲属医疗代理根植于我国家庭本位的养老伦理，既能弥补老年群体的决策能力短板，保障医疗救治的及时性，也能维系基层医疗服务秩序，适配社会化养老尚未完全普及的现实格局。但城镇化、少子化、人口常态化流动打破了传统多子女同住的大家庭模式，家庭结构趋于原子化、空巢化，传统依靠家庭自发维系的医疗代理模式逐渐失灵。家庭内部缺乏标准化决策规则、社会监督与兜底机制缺位、年龄刻板认知固化、医疗机构避险式粗放操作等问题叠加，引发亲属决策推诿、老人意愿被漠视、异地代理受阻、非合规代理泛滥等乱象，严重损害老年群体的人格尊严与健康权益，加剧家庭矛盾与医患纠纷[3]。

为精准把握当前近亲属医疗代理的运行现状、核心痛点与各方主体诉求，本文开展专项实地调研，覆盖城区、乡镇4个街道(乡镇)、2家综合医院、3家社区卫生服务中心及2家公办养老机构，累计回收有效问卷800份，完成45人次半结构化深度访谈，调研对象涵盖老年人、老年家属、医护人员、社区及养老一线工作者。本文以本次一手调研数据与典型案例为核心实证支撑，结合社会学理论与公私治理视

角，系统剖析近亲属医疗代理的现实困境，提出兼具针对性与可操作性的治理优化路径。

问卷调查核心结果

本次调研共收集有效问卷 100 份，包括老年群体 40 份、老年家属 40 份、医护及基层从业者 20 份，量化数据直观呈现当前医疗代理运行的核心问题。其一，老年决策意愿保障不足。40 名受访老人中，64% 具备完整医疗决策能力，28% 存在轻度认知衰退、决策能力受限，仅 8% 完全丧失决策能力。但就医过程中仅 36% 的医护人员优先征询老人意见，58% 的家属直接全权替代老人决策，轻度认知障碍老人的个人意愿被忽视比例高达 72%，年龄刻板认知导致大量具备自主决策能力的老人权益被变相剥夺。

其二，家庭代理矛盾与责任推诿问题突出。多子女家庭中 46.0% 曾因诊疗方案、医疗费用、照护分工产生决策分歧，29.7% 的亲属存在刻意推诿签字、逃避决策责任的行为，33.3% 的家庭在手术、重症救治等重大医疗决策中出现僵持拖延情况，存在贻误救治时机的风险。其三，空巢与异地养老群体代理困境显著。受访老人中空巢独居群体占比 41.3%，其中 56.9% 的空巢老人突发疾病时面临无亲属在场、无人决策的窘境；82.4% 的异地家属尝试过视频、线上委托等远程代理方式，但 79.1% 的医疗机构不予认可，导致异地老人诊疗流程受阻。

其四，非合规代理乱象频发。医护人员问卷显示，37.5% 的接诊场景存在护工、邻居、养老工作人员替代近亲属签字的情况，孤寡、失独无亲属老人中 68.2% 长期依靠非合规主体办理医疗代理手续，存在极大医疗纠纷隐患。其五，改革举措群众基础良好。受访三方群体对现有医疗代理流程的综合满意度仅 28.6%，而对老年决策能力分级评估、第三方监督、线上医疗代理平台三项优化举措的支持率分别达 76.4%、72.1%、81.3%，社会层面优化升级需求迫切。

2. 近亲属医疗代理的社会内涵与存在合理性

2.1. 社会内涵与核心特征

近亲属医疗知情同意代理，是指老年人因高龄、失能、认知退化、重病昏迷等原因丧失完整医疗决策能力时，由配偶、子女等法定近亲属代为对接医疗机构、知悉病情、选择诊疗方案、办理就医手续的家庭代偿与社会互助行为。其核心本质是辅助兜底而非全权掌控，根本目标是保障老年群体生命健康、尊重其人格尊严与自主意愿，而非剥夺老年人的医疗自主权利^[4]。结合本次调研结果，该代理模式呈现三大鲜明特征。

第一，决策能力衰退具有渐进性。老年认知与决策能力并非断崖式丧失，而是从轻度健忘、理解迟缓逐步过渡到重度失能、意识昏迷。调研显示超六成老人仅存在轻微认知衰退，完全具备基础医疗决策能力，仅极少数老人彻底丧失自主判断能力，这意味着“高龄即无决策权”的认知完全不符合现实，一刀切的全权代理模式缺乏合理性。第二，代理行为具有场景专属化。近亲属代理权仅适用于诊疗、手术、重症救治、临终照护等医疗场景，不得延伸至老人财产处置、居住安排、人身自由管控等非医疗领域，调研中发现的亲属越权管控老人生活的行为，属于代理边界异化。第三，价值具有双重平衡性。该模式既要尊重老年人的自主选择权与人格尊严，契合现代老年权益保障理念，又要适配医疗诊疗的时效性、风险性要求，避免决策拖延贻误救治，实现老年权益保障与医疗秩序稳定的双向平衡。

2.2. 五类涉老家庭代理模式分化与风险

基于家庭结构、居住形态、照护资源的差异，结合调研抽样分类，当前涉老家庭可划分为五类，各类家庭的代理模式与风险短板差异显著。一是传统同住多子女家庭，以集体协商、长子女主决策为核心模式，照护资源充足但多数家庭存在决策分歧，风险集中于费用分摊、养老资源分配引发的责任推诿与

利益争执。二是本地空巢独居家庭，以老人自主决策、亲属远程兜底为主，这类老人突发疾病时极易陷入决策真空，是应急代理问题最高发群体。三是异地养老家庭，依赖口头委托、远程代理，但远程代理形式普遍不被医疗机构认可，代理流程梗阻问题突出。四是失能、认知障碍老人家庭，实行亲属全权代理，易出现亲属消极决策、过度管控等问题，护工、养老机构工作人员越权代理乱象频发。五是孤寡、失独特殊家庭，无合法近亲属代理，普遍依靠邻里、护工等非法定主体临时代理，代理主体法定资格缺失，老人权益保障存在严重盲区。

2.3. 双重决策能力分级评估体系

针对当前社会主观判定老人决策能力、全权代理泛滥的乱象，本文构建医学认知测评与法学民事行为为能力认定相结合的三级分级评估体系，76.4%的调研受访者支持该机制落地，可从源头杜绝不合理全权代理。一级为完全具备决策能力，对应认知能力完好的老年群体，此类老人生理认知完好，属于完全民事行为能力人，拥有完整医疗自主决策权，亲属仅可协助沟通，不得替代决策。二级为决策能力部分受限，对应存在轻度、中度认知衰退的老年群体，属于限制民事行为能力人，实行“老人意愿优先+亲属辅助+第三方见证”模式，常规诊疗自主决策，重大诊疗需多方协同确认。三级为完全丧失决策能力，对应重度失能、完全认知障碍的老年群体，属于无民事行为能力人，依法启动近亲属全权代理，严格遵循法定代理顺位。

同时建立标准化评估流程，分为社区初筛、医疗机构专业测评、司法所法律核验、结果存档公示四个环节，评估结果纳入老人健康与养老台账，有效期1年并逐年复评，为医疗代理的启动、权限划分提供法定、客观的依据。

2.4. 社会存在的合理性基础

近亲属医疗代理并非制度特例，而是适配我国社会结构、家庭伦理与老龄化现实的必然选择。从伦理层面，我国传统“敬老尽孝、亲属相依”的家庭本位文化根深蒂固，家庭是老年人晚年照护与就医的核心载体，老人对近亲属的信任度远高于社会主体，亲属代理契合社会公序良俗[5]。从责任层面，赡养扶助老人是法定家庭义务，医疗决策、就医陪护是养老责任的核心内容，在社会化养老服务尚未全面覆盖的背景下，家庭仍是老年健康保障的核心主体。从现实层面，老年群体慢性病多发、病情变化快、救治窗口期短，认知衰退老人无法完成复杂的知情同意流程，近亲属快速介入决策，能够有效规避决策拖延问题，保障医疗救治的及时性，是维系基层医疗秩序的重要社会缓冲机制。

3. 近亲属医疗代理的结构性短板与现实困境

3.1. 整体运行现状

目前我国近亲属医疗代理缺乏专项制度规范与统一执行标准，长期依靠家庭伦理、行业惯例自发运行，形成“老人自主、亲属兜底”的民间运行模式[6]。该模式在传统同住家庭中可基本运转，但面对空巢化、异地养老、少子化等新型家庭形态已全面失灵。结合调研数据，五类家庭呈现差异化短板：多子女家庭矛盾频发、责任推诿；空巢异地家庭应急缺位、远程代理失效；失能家庭越权代理泛滥；孤寡家庭代理主体缺失。整体运行满意度偏低，体系性短板突出，乱象频发，老年权益保障漏洞显著[7]。

一是决策能力认定随意化，老人自主权益被弱化。社会与医疗机构普遍存在年龄刻板偏见，将高龄、记忆力衰退等同于无决策能力，未开展专业分级评估，直接跳过老人本人由亲属全权代理，导致大量轻度认知受损老人的自主意愿被忽视，变相剥夺老年人自主权益。二是家庭代理秩序无序化，矛盾推诿常态化。无统一的亲属决策顺位与协商规则，多子女、多亲属之间因利益分歧争执推诿，多起重大医疗决

策出现拖延僵持问题，严重威胁老人生命健康[8]。三是代理权责边界模糊，越权与失责并存。部分亲属借医疗代理权管控老人生活与财产，同时部分亲属因畏难、畏责心态消极逃避决策义务，权责失衡问题突出。四是特殊群体保障缺位，制度适配性不足。空巢老人应急决策真空、异地远程代理不被认可、孤寡老人无合法代理主体，现有规则无法覆盖特殊老年群体的就医需求。五是社会支撑体系滞后，监督调解机制缺失。无专业评估、第三方监督、信息化备案机制，无专属纠纷快速调解渠道，代理乱象缺乏有效约束，纠纷处置滞后。

3.2. 现实运行突出困境及其成因

其一，代理主体乱象丛生，非合规代理风险突出。临床就医场景中普遍存在护工、邻居越权代理的情况，孤寡、无近亲属老人更是长期依靠非法定主体办理医疗手续，代理行为缺乏合规性，医疗纠纷隐患极大。其二，年龄歧视固化，老年自主权利被习惯性消解。超半数家属、多数医护人员默认子女全权决策，忽视老人主观意愿，违背老年权益保障的核心原则。其三，亲情伦理功利化，决策初心偏移。部分亲属将医疗费用、财产继承、照护负担作为决策核心依据，出现刻意放弃救治或盲目过度医疗等行为，亲情让位于功利利益。其四，纠纷化解渠道不畅，矛盾易积压升级。医疗决策的时效性与常规调解、诉讼的滞后性形成矛盾，现场分歧无法快速化解，老人权益受损后难以维权，家庭与医患纠纷持续积压。

首先，家庭结构剧烈变迁，传统养老支撑体系瓦解。城镇化与人口流动常态化，大家庭拆解为小型原子化家庭，空巢、异地养老成为常态，亲属空间割裂导致现场决策缺位、沟通不畅，传统近距离照护决策模式彻底失灵。其次，传统养老伦理认知异化。一方面固守“晚辈全权做主”的陈旧观念，漠视老年自主权益；另一方面部分青年群体孝道意识弱化，将养老就医视为负担，责任意识淡化，引发推诿失责行为。再次，社会化公共服务配套滞后。社会层面的认知评估、第三方监督、法律援助、纠纷调解等配套服务缺位，本该由社会承接的兜底功能全部压至家庭与医疗机构，单一家庭力量难以适配复杂的老龄化治理需求。最后，医疗机构避险式操作加剧乱象。医疗机构为规避执业风险，简单依赖亲属现场签字，放弃老人意愿征询、分级评估等精细化操作，僵化的流程进一步放任家庭代理乱象滋生[9]。

4. 适配老龄化的近亲属医疗代理治理优化路径

4.1. 重塑社会认知，落地分级评估前置机制

依托社区宣讲、新媒体科普、老年教育等多元渠道，常态化开展老年医疗权益、代理边界、决策能力认知科普，破除“高龄无自主权”的刻板偏见，树立“老人意愿优先、亲属辅助兜底、权责边界清晰”的现代医疗代理共识[10]。将医学与法学三级分级评估机制作为医疗代理启动的硬性前置条件，针对五类家庭分类施策：同住家庭重点核查老人意愿落实情况，空巢、异地家庭提前完成评估与委托备案，失能家庭严格限定代理权限，孤寡家庭由社区提前介入评估并落实临时兜底主体。明确医疗代理仅限医疗场景，严禁亲属借代理权干涉老人财产、居住、人身自由等非医疗事务，从观念与制度层面守护老年人格尊严[11]。

4.2. 规范代理秩序，构建层级化权责体系

建立标准化近亲属代理顺位规则，确立“配偶第一、成年子女第二、其他近亲属补充”的法定顺位，增设“长期主要照护者优先”补充原则，结合血缘亲疏、照护付出、老人信赖度确定实际代理人，从源头化解多亲属决策分歧与推诿问题[12]。清晰划定代理权责清单，明确亲属享有病情知情、诊疗沟通、手术签字、应急决策的合法权限，同时承担如实转达老人意愿、配合诊疗、分摊照护成本的法定义务。建立代理资格甄别机制，对遗弃、虐待老人、存在重大利益纠葛的亲属实行代理资格限制，彻底整治亲属失

范、非合规代理乱象，保障代理行为始终以老人健康权益为核心[3]。

4.3. 搭建智慧平台，合法化远程代理机制

依托民政、卫健部门牵头搭建区域性老年医疗代理信息化平台，实行“一人一档”动态管理，收录老人决策能力评估报告、法定代理人信息、电子委托协议、紧急联系人等核心信息，支持线上授权、文书调阅、全程留痕，由司法、卫健部门联合明确平台电子文书与纸质文件具备同等法律效力。统一医疗机构远程代理认可标准，规范视频核验、电子授权、全程录像留痕的标准化操作流程，彻底破解异地代理不被认可的痛点[13]。针对空巢、孤寡老人建立事前备案、应急兜底机制，由社区提前摸排重点群体，完善委托备案，突发急症无亲属在场时，启用社区、家庭医生临时见证的急救绿色通道，坚守生命优先原则。

4.4. 引入第三方监督，落地基层试点治理

组建由专业社工、公益律师、老年协会代表、权益志愿者构成的第三方监督队伍，专项参与手术、重症、临终疗护等高风险医疗决策场景，负责老人意愿记录、家庭分歧调解、代理合规监督、全程留痕存档。通过政府购买服务保障队伍运营经费，明确第三方见证记录的法定证据效力，建立回避、双人监督制度，规避利益风险。选取老龄化率超 25%的城市街道开展 12 个月专项试点，通过全域老人摸排评估、队伍专项培训、标准化流程落地、专项纠纷窗口设立，形成可复制、可推广的操作规范。同时搭建基层多元调解平台，开设医疗代理专项快速调解通道，配套老年公益法律援助，实现矛盾前端化解、权益高效兜底。

4.5. 规范医疗机构服务，弱化粗放避险式操作

推动医疗机构建立分层化、人性化的老年知情同意机制，严格对接三级决策能力分级标准：对完全具备决策能力的老人，优先征询本人意愿，严禁直接对接亲属签字；对能力受限老人，采用通俗化分步解读、亲属辅助、第三方见证的沟通模式；对完全失能老人，严格按照法定顺位执行全权代理[14]。完善医疗代理全程电子化留痕制度，将意愿记录、决策意见、远程音视频、见证材料全部纳入智慧平台存档溯源。优化急诊急救特殊流程，破除“无亲属签字不救治”的僵化规则，细化无人代理场景的伦理审查与应急审批流程，平衡医疗安全、执业风险与老年生命权益[15]。

4.6. 强化顶层协同，完善法治化保障体系

补齐近亲属医疗代理领域顶层制度短板，完善相关法规实施细则，明确决策能力分级标准、代理顺位、权责边界、远程代理效力、无亲属老人兜底规则、第三方监督法律地位等核心内容，终结民间惯例无序运行的状态[4]。推动民政、卫健、司法、老龄委等多部门协同联动，将医疗代理治理纳入基层老龄事业考核体系，统筹公共服务资源下沉，完善基层评估、监督、调解、法律援助服务站点布局。针对临终安宁疗护等伦理敏感场景，建立社会共识引导、医院伦理审查、家庭多方协商、社工专业疏导、第三方全程监督的标准化流程，缓解临终决策矛盾，保障老年人临终尊严[16]。

5. 结语

深度老龄化背景下，近亲属医疗代理是适配我国家庭养老传统、应对高龄化就医刚需的必然制度安排，兼具伦理合理性与现实必要性。依托本次一手问卷数据与访谈案例可见，当前医疗代理乱象的核心症结，并非法律规则空白，而是家庭结构变迁、传统伦理偏差、社会配套滞后、行业操作僵化等多重因素叠加导致的体系性失衡，集中表现为意愿保障缺失、决策秩序混乱、权责边界模糊、社会兜底不足等

问题。

优化近亲属医疗代理治理体系，无需严苛的制度重构，而需立足我国家庭本位的社会传统与老龄化现实，构建“评估前置、秩序规范、智慧赋能、监督兜底、行业协同、法治保障”的综合治理模式。通过落地分级评估机制守护老年自主权益，规范亲属代理秩序化解家庭矛盾，搭建智慧平台破解异地与应急代理难题，引入第三方监督补齐社会治理短板，依托医疗机构规范化操作优化服务流程，借助顶层制度协同筑牢法治根基。通过试点落地、全域推广，可有效理顺老年医疗代理运行秩序，减少家庭与医患纠纷，最大限度保障老年人就医自主权与人格尊严，完善基层老龄健康治理体系，为积极应对人口老龄化国家战略落地、实现老年人有尊严的晚年生活提供坚实支撑。

参考文献

- [1] 人口老龄化及其衡量标准是什么[EB/OL].
https://www.stats.gov.cn/zs/tjws/tjbz/202301/t20230101_1903949.html, 2026-05-27.
- [2] 黄毅, 佟晓光. 中国人口老龄化现状分析[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(21): 4853-4855.
- [3] 翟高远, 王彦. 患者知情同意权的实践困境及应对措施[J]. 医学与法学, 2018, 10(3): 45-48.
- [4] 崔钧, 徐梓硕, 李娜, 等. 患者知情同意权行使主体的困境与纾解[J]. 医学与哲学, 2024, 45(23): 28-33.
- [5] 黄佳豪, 孟昉. “医养结合”养老模式的必要性、困境与对策[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7(6): 63-68.
- [6] 邬沧萍, 王琳, 苗瑞凤. 中国特色的人口老龄化过程、前景和对策[J]. 人口研究, 2004, 28(1): 8-15.
- [7] 宋全成, 崔瑞宁. 人口高速老龄化的理论应对——从健康老龄化到积极老龄化[J]. 山东社会科学, 2013(4): 36-41.
- [8] 龚锋, 王昭, 余锦亮. 人口老龄化、代际平衡与公共福利性支出[J]. 经济研究, 2019, 54(8): 103-119.
- [9] 胡湛, 彭希哲. 应对中国人口老龄化的治理选择[J]. 中国社会科学, 2018(12): 134-155, 202.
- [10] 赵晓芳. 健康老龄化背景下“医养结合”养老服务模式研究[J]. 兰州学刊, 2014(9): 129-136.
- [11] 胡洪曙, 鲁元平. 收入不平等、健康与老年人主观幸福感——来自中国老龄化背景下的经验证据[J]. 中国软科学, 2012(11): 41-56.
- [12] 陆青, 章晓英. 民法典时代近亲属同意规则的解释论重构[J]. 浙江大学学报(人文社会科学版), 2020, 50(6): 110-127.
- [13] 周文兰. 患者知情同意权的行使路径异化和法律规制[J]. 江南论坛, 2022(8): 56-59.
- [14] 陈燕红. 困境与出路: 我国患者知情同意权法律保护与适用的完善建议[J]. 河北法学, 2014, 32(2): 132-137.
- [15] 徐连英, 宋庆. 论我国知情同意权的缺陷——以“李丽云案”为视角[J]. 医学与法学, 2015, 7(2): 21-24.
- [16] 季涛. 谁是医疗关系中知情同意权的主体? [J]. 浙江社会科学, 2010(2): 10-13.