

Lingnan University

Digital Commons @ Lingnan University

Staff Publications

Lingnan Staff Publication

3-1-2014

如何讓亞太地區患認知障礙症長者居家安老？

Cheung Ming, Alfred CHAN
Lingnan University, Hong Kong

Lequn DAI

Wanxin SHAO

Follow this and additional works at: https://commons.ln.edu.hk/sw_master



Part of the [Gerontology Commons](#)

Recommended Citation

陳章明、戴樂群、及邵琬欣 (2014)。如何讓亞太地區患認知障礙症長者居家安老?《紫荊論壇》，14，41-51。

This Journal article is brought to you for free and open access by the Lingnan Staff Publication at Digital Commons @ Lingnan University. It has been accepted for inclusion in Staff Publications by an authorized administrator of Digital Commons @ Lingnan University.

如何讓亞太地區 患認知障礙症長者居家安老？

作者：陳章明 戴樂群 邵珣欣

引言

隨著生育率的降低以及人均壽命的延長，亞太地區出現人口老化，長者的比重將迅速增加。以香港為例，香港長者人口所佔的比重將會從 2000 年的 14.8% 上升到 2050 年的 42.1%¹。此增幅將會加大長期照顧服務的需求。根據 2013 年世界阿爾茨海默報告 (World Alzheimer Report 2013)，長期照顧服務最主要的對象是患有認知障礙症 (Dementia) 的長者。在需要個人護理的長者中，約有一半患有認知障礙症；而在安老院舍中，甚至有大約五分之四的長者是患者²。隨著對長期照顧需求的上升，亞太地區安老服務面臨的壓力亦逐漸增大。認知障礙症未來將會為亞太地區社會帶來怎樣的挑戰？

亞太地區老化趨勢及認知障礙症情況

全球老化日趨嚴重，尤其在亞太地區。預計至 2050 年，新加坡、中國內地及澳門大約三分之一的人口將會是長者，而日本、韓國、香港的長者人口比重甚至會達到五分之三³。隨著老齡化的趨勢，依賴人口指數 (Dependency Ratio) 也將急升。數據顯示，全球依賴人口數量將會從 2010 年的 3,500 萬上升到 2050 年的 6,100

萬，其中 60 歲及以上的人口將從 1,000 萬，佔總人口的 29%，上升到 2,700 萬左右，佔總人口的 45%。在中國和印度，這趨勢將更加明顯，依賴人口指數增長率分別為 70% 和 100%⁴。

老齡化所帶來的一個嚴重的問題是將會出現越來越多認知障礙症的患者。目前全球認知障礙症患者人數估計的為 3,560 萬，預計每 20 年增長一倍，在 2030 年達

到 6,570 萬，2050 年將增至 1 億多人。認知障礙症患者每年新增人數接近 770 萬，即平均每 4 秒鐘就會有一位認知障礙症患者被確診⁵。認知障礙症是一種嚴重的致殘性疾病，對患者的照顧者和家人來說，也會造成許多精神上的壓力和經濟上的負擔。到目前為止，認知障礙症在長者常見的慢性疾病中導致殘障、無法自理的主要誘因。在高收入國家，也是長者入住安老院舍接受長期照顧服務的主因⁶。

迄今為止，在高收入國家和地區如亞

太地區，安老院是照顧認知障礙老人的一個主要場所，它為有需要的長者及其照顧者提供各種支援及照顧服務。但是，由於人口稠密所導致的物理環境的限制，難以提供足夠的服務名額。除環境限制之外，許多院舍的設施配備和人手訓練都不夠充分，難以為患有認知障礙的老人提供適切的優質服務。另一方面，院舍照顧所花費的成本相當高。有研究發現，高收入國家的大部分對認知障礙症的開支來自院舍照顧⁷。

為了減低全球老齡化趨勢對各國的壓



陳章明教授，護士出身，及後轉為服務長者的社會工作者。陳教授擅於健康社會護理服務及其政策制訂，研究興趣廣泛，包括：跨代關係闡釋、亞太地區老年及長期護理政策、開發健康及社會發展質量指標、生活質素和護理指標等。陳教授現任嶺南大學亞太老年學研究中心及服務研習處總監。陳教授現服務政府多個顧問組織，公職包括：安老事務委員會主席、人口政策諮詢委員會委員、最低工資委員會委員、中央政策組人口政策專家小組委員及扶貧委員會社會保障和退休保障專責小組增補委員。陳教授於 2001 年獲委任為太平紳士，2006 年獲特區政府頒授銅紫荊星章。



龔樂群醫生於 1980 年畢業於香港大學醫學院。於 1985 年考獲英國皇家內科醫學院院士資格，後加入老人科的臨床工作。在上世紀 90 年代於香港電燈醫院開展老人全面評估、康復及外展醫療服務。其後在大埔醫院開院期間建立老人科單位及積極推動醫療與社區的協作，以至照顧獨居長者，患有老年痴呆症人士及出院後的體弱老人。2002 年至今於香港威爾斯醫院任老人科顧問醫生。自 2009 年至今任社會福利處董事撥款獨立處理投訴委員會委員。2011 年獲委任為太平紳士。



邵珮欣於 2011 年畢業於北京大學元培學院，獲得社會學及心理學雙學士學位。後赴香港大學社發工作及行政學系攻讀社會工作專業，於 2013 年獲得碩士學位，為香港註冊社工。現於香港嶺南大學亞太老年學研究中心擔任研究計劃主任。



香港認知障礙症協會舉辦公眾活動推廣「六藝[®]」全人多元智能活動

力，世界衛生組織倡導「積極老齡」(Active Ageing)，旨在優化長者在健康、保障及社會參與這三方面的利益，提高長者的「生活

在各個方面的福祉，延長他們在認知能力逐漸下降的情況下獨立生活的能力。

如今較為緊迫的情況是，患有輕度及中度認知功能障礙的長者人口與日俱增，而他們的需求也將變得愈發多元化，因此需要針對不同程度患者的不同需求，為他們提供最合適的服務

世界衛生組織的實證研究指出，絕大部分認知障礙症患者居住在社區的家中，而大多數患者都希望盡可能在自己家生活。世衛建議對於輕度及部分中度、自我照顧能力較強的認知障礙患者來說，在配備充足的社區資源進行支援和照顧服務下可讓他們繼續留在社區居住。缺乏自

我照顧能力的中度至重度的認知障礙症患者，才有必要被安排接受院舍式的治療與照顧服務¹⁰。此舉不僅能透過延長其獨立、自主的生活來提高患有認知障礙症之長者的生活質素，同時亦能減輕安老院舍的壓力，由此可見亞太地區實有推行「居家安老」的價值。

質素」(QoL, Quality of Life)⁹，並鼓勵建立「長者友善城市」(Age-friendly Cities)，強調「居家安老 (Ageing in Place)」的概念：讓長者融入社區生活，為弱勢長者提供保障，滿足長者不同的需求之同時⁹，致力讓老年人能善用居所週邊的社區資源，安養頤年。然而，對於患有認知障礙症的老年人來說，要實現「居家安老」並非易事，除了要提供專門的照顧及支援服務外，同樣需要保證他們的生活質素，保障他們

如今較為緊迫的情況是，患有輕度及中度認知功能障礙 (Mild Cognitive Impairment) 的長者人口與日俱增，而他們

的需求也將變得愈發多元化，因此需要針對不同程度患者的不同需求，為他們提供最合適的服務。這將會對現有的長者護理服務模式帶來一定的影響。護理服務提供者如何以居家安老為前提，為這些長者提供適切而優質的護理服務，讓他們在接受必要的訓練及照顧的同時又能鼓勵他們居家安老？在尋找解決方法前，以下將分析認知障礙症患者在實現居家安老上會遇到的挑戰。

亞太地區認知障礙症患者於居家安老上的挑戰

亞太地區推行認知障礙症患者的居家安老，因應其獨有的歷史背景、文化、政治環境、社會模式、相對亦有獨特的挑戰。在此段中，將以多角度—包括經濟發展、社會體系、文化等等分析亞太地區推行認知障礙症患者的居家安老的困難。

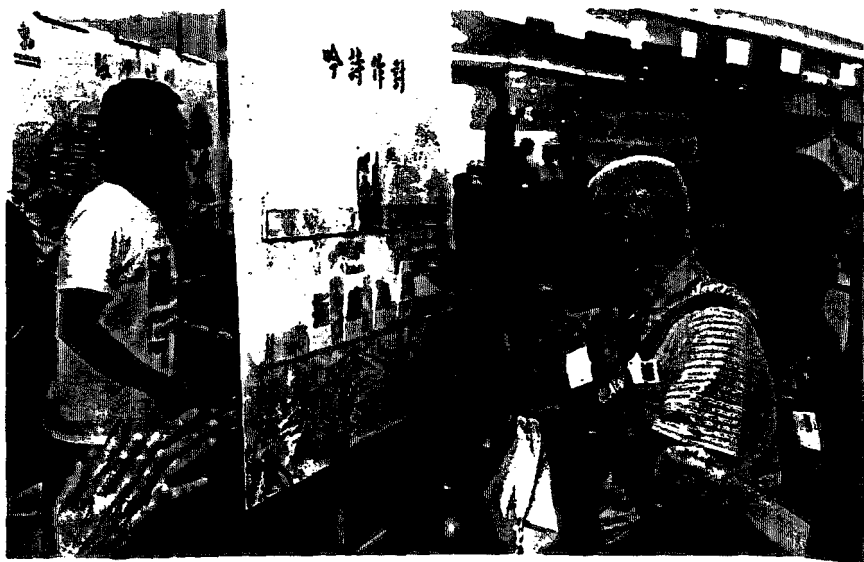
1. 未富先老，經濟壓力龐大

儘管亞太地區經濟水平不斷提升，但由於人口龐大，發展歷史亦不長，人

均 GDP 仍不及歐美地區。香港 2012 年人均 GDP 為 36,676 美元，而美國同期人均 GDP 則有 51,704 美元¹¹。可是，亞太地區老齡人口的數量卻大大超過了歐美。據估計至 2050 年，全球老齡人口約為 20 億，而亞太地區老齡人口將接近 9 億，即全球約一半的老齡人口生活在亞太地區¹²。因此在老齡化不斷加速下，經濟增長無法追上老齡化所帶來的經濟負擔，許多社會都出現了「未富先老」的現象。相對歐美地區的福利主義國家，亞太地區的主要國家如新加坡、日本等採用的社會福利模式均著重市民的個人責任，醫療照顧服務往往需由市民自掏腰包。例如日本的長期照顧保險制度、新加坡中央公積金制度等等。

世界衛生組織 (WHO) 對於高收入國家和地區的研究顯示，認知障礙症已經給政府和社會造成巨大的經濟負擔，包括直接照顧 (醫療和社會照護) 和間接照顧 (家庭和親人無償照顧)。巨大的經濟負擔使得家庭無法負擔專業照護費用，亦令政府難以斥資資助社區照顧服務，為實現居家

1. United Nation ESCAP. (2012). Population and development indicators for Asia and the Pacific. 2012. United
2. Nation ESCAP. retrieved from <http://www.unescap.org/sdd/publications/datasheet-2012/2012%20ESCAP%20Population%20Datashet.pdf>
3. ADI. (2013). World Alzheimer Report 2013. London, Alzheimer's Disease International.
4. 同腳註 1。
5. WHO. (2012). Dementia 2012 Report. World Health Organization.
6. 同腳註 2。
7. ADI. (2013). World Alzheimer' s Report 2009. London, Alzheimer' s Disease International (WHO 2012 p.53)
8. WHO (2002) Active ageing: A policy framework.
9. WHO (2007) Global Age-friendly Cities: A guide.
10. 同腳註 7。
11. World Market Index. (2014/1/21). World GDP statistics. retrieved from <http://www.indexq.org/economy/gdp.php>
12. UN Department of Economics and Social Affairs. (2001). World Population Ageing: 1950-2020. New York: DESA, United Nations.



長者多動腦筋，有助增強記憶力

安老帶來了困難。

2. 女性角色的轉變

亞太社會的女性在傳統上一直擔任著照顧者的角色，負責照顧家庭中的小孩和老人。然而，在近數十年，她們的教育水平改善，學識增加令她們能在社會上擔當更多角色，投身勞動市場的女性隨之而上升。以香港為例，1986年時就業人口中約有36%為女性，而於2012年則急升至48%¹³，相對美國，同期的增長只有3%左右¹⁴。

女性的角色轉變令認知障礙症患者實行居家安老時有所困難。在照顧家中患有認知障礙症的長者的同時，照顧者還需要身兼自己的工作，會帶來巨大的問題：長者可能在照顧者工作時得不到照顧外，照顧者亦會被同時應付工作和照顧長者的壓力拖垮。許多研究表明，在照顧不同類型

的長者中，照顧患有認知障礙症長者的照顧者更易出現精神問題。認知障礙症患者的照顧面臨著缺乏時間、缺乏專業技巧訓練這幾大問題。故此，女性的角色轉變，對推行居家安老來說是非常顯著的挑戰。

3. 資源缺乏，地方不足

大部分亞太地區都面對地少人多的情況，根據聯合國社經組織的報告中，澳門、香港、新加坡、台灣、韓國和印度等均有極高的人口密度¹⁵。在地少人多的情況之下，就連人均居住面積亦比歐美國家少。根據聯合國的統計，歐美發達國家（亦包括日本、澳洲等國家）中58%人口的人均居住面積有20平方米或以上，而在亞太地區，則只有25%¹⁷。在寸金尺土的情況下，難以興建較大型的照顧設施外，亦難以在住宅區興建充足的社區支援設施以支援居家安老服務。而且，除了增加中心設施外，

亦很大程度上需要足夠的社區資源。目前，世界衛生組織調查顯示，許多長者中心人手和設施的數量不夠¹³。

鑒於現有照顧體系難以支援認知障礙症患者進行居家安老，故必須發展出一系列創新的服務。而這些創新的服務模式需要以社區為基礎來實現，填補正式照顧與非正式照顧之間的斷裂。

現時及未來為認知障礙症患者提供的長期照顧服務導向

綜合全球各個國家，尤其是高收入國家和地區近年來的長期照顧經驗，世界衛生組織及國際失智症協會對於認知障礙症患者的長期照顧服務制定了未來的發展方向：

1. 以患者為中心。即保障患者表達自己需求的機會，增加患者參與社區和人際互動的機會之外，同時為家庭照顧者提供一系列的技巧訓練及情緒輔導，分擔其壓力和負擔。
2. 多元整合服務。即為患有認知障礙的長者建立整合性的長期照顧服務系統，包括非正式家庭照顧，正式家庭護理（有償），暫託照顧服務，住宿服務，安老

院舍護理服務，認知障礙特別照顧，臨終照顧服務，並於各服務之間盡量實現無縫銜接。

3. 從院舍走向社區，完善非正式照顧。歐洲國家過去10年間長期照顧政策的轉變反映了逐漸從制度化照顧走向家庭照顧的趨勢，從公營走向私營或政府現金調撥的混合模式。這種趨勢旨在提供更加多元化的選擇，創造機會並促進患者及其家屬在選擇自己所需要的一系列服務時更具自主性。

4. 成本控制。這是許多高收入國家長期照顧政策的基礎導向。難題在於，在控制政府花費成本的同時如何確保服務質素，提供全面綜合、覆蓋廣泛的長期照顧服務¹⁴。

由全球長期照顧政策導向的趨勢中可見，提供多元化服務、推動社區養老及居家安老是不可或缺的。在各種挑戰下，亞太地區應如何結合自身的服務現況和社會特徵，同時響應全球對於認知障礙症患者的長期照顧服務方向？筆者認為以下三個方面是急需考慮的：

其一，空間資源有限對比服務需求量大且多元化。亞太地區人口稠密，空間有

13. 香港特別行政區政府統計處。(2013)。香港的女性及男性主要統計數字 2013年版。香港特別行政區政府，載於 <http://www.statistics.gov.hk/pub/B11303032013AN13B0100.pdf>
14. US Department of Labor. (2011). Women in the Labor Force: A Databook. retrieved from <http://www.bls.gov/cps/wlf-databook-2011.pdf>
15. US Department of Labor. (2014). Employment status of the civilian population by sex and age [table]. retrieved from <http://www.bls.gov/news.release/empstat.t01.htm>
16. UN Department of Economics and Social Affairs. (2013). Population density. retrieved from <http://esa.un.org/wpp/Excel-Data/population.htm>
17. UN Population Division. (2000). Floor area per person. retrieved from <http://www.un.org/esa/population/pubsarchive/chart/contents.htm>
18. WHO. (2012). Dementia 2012 Report. World Health Organization. p.56
19. ADL. (2013). World Alzheimer's Report 2009 Executive Summary. London, Alzheimer's Disease International p.19



參與數字遊戲是認知功能訓練的其中一部分

限且土地昂貴，社會服務設施佔用的面積通常有限。同時，長者數量的增加使得長期照顧服務的需求增大。為了滿足日益多

服務時間，則可以服務到更多有相同需求的長者，故此可以考慮提供較具時間彈性的服務。

以香港來說，現時日間中心服務難以能做到在有限地方做到多元化及有彈性的服務，所提供的照顧者訓練亦相對彈性較低。故此，要有效地推動居家安老，一個新的服務模式是必須的

其三，正式照顧與非正式照顧的平衡及銜接。非正式照顧與專業照顧間的斷裂需要填補，因為認知障礙症的長者需要全天候 24 小時無間斷的照護，對於與他們關係更密切、更親近的家庭照顧者，如何提供訓練與支援是至關重要的。

樣化的照顧需求，便需要在追求服務多樣化的同時保持精簡和高效，以有限的地方提供最大量的服務。

新服務模式的誕生

其二，服務名額有限對比個案數量增加。老齡化加快及疾病年輕化使得需要訓練和照顧的認知障礙個案數不斷增加。但鑒於輕度及部分中度認知障礙患者不需要接受全天的訓練及照顧，且患者自身很大程度上具備自主性和自理能力。若能縮短

以香港來說，現時日間中心服務難以能做到如上述般在有限地方做到多元化及有彈性的服務，所提供的照顧者訓練亦相對彈性較低。故此，要有效地推動居家安老，一個新的服務模式是必須的。香港認知障礙症協會戴樂群醫生提出一種「精品式日間護理中心 (Boutique Day Care Centre)」滿足上述的要求：



手眼協調、空間感和專注力的訓練，有利長者應付日常生活的基本動作

1. 精品式日間護理中心

如其名所示，「精品式」的重點是精巧細緻。精品式日間護理中心用地比一般日間護理中心少，只需有大約 100 平方米的空間即可運作。即使在地少人多的亞太地區國家中，這面積的用地供應亦不算缺乏，而且在大部分住宅區中亦能較容易找到。以香港為例，可以在私營安老院舍中劃分出這一空間，抑或在新建公共屋苑時預留出這一空間。因此，「精品式」護理中心能比一般長者中心更大量和更深入地為各地區提供居家養老相關的服務。而在僅僅 100 平方米「精品式」的服務中心內，除了備有訓練用具及場地外，亦有專業照顧隊伍——以社工及照顧員為主，另亦可包括護士、職業治療師、心理治療師和醫生，可謂「麻雀雖小，五臟俱全」。

此中心為認知障礙症患者提供短時間的訓練，每天 4 節，每節 2 小時，分別為

上午 8 時至 10 時，10 時至 12 時，下午 2 時至 4 時，及 4 時至 6 時。這種分段式服務比以往的日間照顧中心的全日或半日式暫託更有彈性。舉例說，如長者自立能力較高，而下午家人才能提供照顧的話，現行模式下他可以到日間中心接受半日式的暫託服務。在「精品式」下，因他有足夠的自立能力，故此可選擇先到酒樓吃早點，10 時才到中心接受服務，而 8 時至 10 時的名額則可留給其他在該時段有需要的長者，藉此增加服務使用人次。

每一節的訓練中，由 10 名輕度至中度認知功能障礙症的患者一組，進行各種認知功能的訓練。在這個過程中，照顧者亦可以陪同或接受一些照顧技巧訓練。在訓練長者的同時亦訓練照顧者，能增強服務中心的營運效率外，亦使訓練時間相對較有彈性，方便更多照顧者參與。精品式日間護理中心作為安老院舍之外的延伸服

務，融合了家庭支援和暫託照顧，成為一站式服務。

除了上述的優勢外，精品式中心比一般日間中心更能在社區擔起教育者的責任。因為精品式中心能夠座落於大部份亞太地區的每一個角落：規模小、服務全、人流量大的特質使它有強大的社區滲透力，社區鄰里之間對精品式中心的服務更加了解，亦對認知障礙患者的日常生活更加了解。精品式日間中心的形式本身便有利於推廣一種無形的社區教育和訓練，在潛移默化間加深了社區裏的普通居民對於認知障礙症老年人的認識，消除歧視與負面標籤，有利於打造老年人的正面形象。

儘管「精品式」服務模式無疑可解決亞太地區推行認知障礙症患者居家安老上很多問題，但很多基本性的困難仍然難以解決。例如在人手上，由於「精品式」的概念是以較大數量的服務單位來補足佔地不足，所需的人力資源可能會比現時的模式來得多。另一點是，如長者的認知能力下降速度太快，自立能力下降到某一程度，便需用回現時全日或半日式照顧服務。這樣會導致「精品式」的成效下降。最佳的解決方法，便是在提

供有效的訓練使患者的認知能力下降速度減慢的同時，把訓練內容規範化，方便訓練者籌備訓練課程，減低時間成本。而其中一例子便是由香港認知障礙症協會戴樂群醫生提出並正在推行的「六藝多元智能訓練」。

2. 六藝[®]多元智能訓練

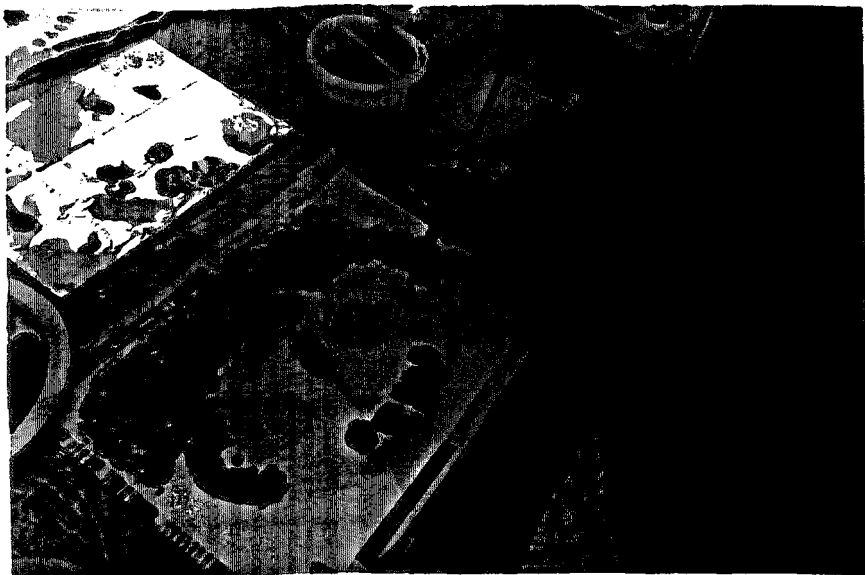
實證研究顯示，高水平的教育及智力活動能夠增加認知儲備，減少患認知障礙的風險。每當增加5%的認知儲備，就能

實現居家安老將會是未來亞太地區照顧認知障礙症患者的的大趨勢，而此趨勢將遵循兩個方向出發：一是逐漸縮短正式照顧與非正式照顧之間的界限，讓非正式照顧者亦能照顧較初期的認知障礙症患者。二是以患者為中心整合服務，而非以服務為中心劃分患者

減少三分之一的患認知障礙的機率²⁰。「六藝[®]多元智能訓練」是以中國傳統的「六藝」，即「禮、樂、射、御、書、數」，總合出一套完備的智力活動訓練體系：

「禮」是指人際互動。在日間中心內，長者們可以透過小組與成員進行社會交往，彼此溝通；如溝通技巧能得以保存，長者們能與社區裡的其他居民繼續交誼，

20. Raul de la Fuente-Fernandez. (2006). Impact of neuroprotection on incidence of Alzheimer's Disease. PLoS ONE 1(1): e52. Doi: 10.1371/journal.pone.0000052
21. Ahlskog, E. J., Geda, Y. E., Graf-Radford, N. R., Petersen, R. C. (2011). Physical exercise as a preventive or Disease-Modifying Treatment of Dementia and brain aging. Mayo Clinic Proceedings, 86(9): 876-884.
22. Gates, N., Valenzuela, M. (2010). Cognitive exercise and its role in cognitive function in older adults. Current Psychiatry Reports, 12: 20-27.
23. 內政部社會司 (2007). 我國長期照顧 10年計劃，摘自 <http://sowf.moi.gov.tw/newpage/tenyearplan.htm>
24. Housing Development Board (2013), Project LIFE, retrieved from <http://www.hdb.gov.sg/B10/A10323p.nsf/w/RentalTenant@ProjectLIFE?OpenDocument>
25. 厚生勞動省 (2001)。今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向 -ゴールドプラン21-，retrieved from http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1112/h1221-2_17.html



繪畫活動既有趣亦榜合功能訓練在內

融入並參與社區生活。

「樂」是指音樂和藝術，能夠使長者們陶冶身心、舒緩情緒的藝術活動。

「射」是指手眼協調、空間感和專注力，通過此項訓練，長者能較易自己應付日常生活中一些需要手眼協調的基本動作，例如撿東西、穿衣、刷牙等等。

「御」是指身體和體能鍛煉。有研究發現，身體鍛煉有利於認知障礙症的預防和症狀的減緩。規律性的運動對於神經認知系統有保護效果，可以提高大腦皮層連接性和積極性。此外，身體鍛煉亦能夠增加腦源性生長因子（BDNF）的數量，有助於改善記憶²¹。

「書」指書寫能力、閱讀能力、以及語言文字組織能力。在人類社會中，不論文字或語言的應用能力皆為日常生活中不可或缺的技能。如果長者能夠長久地保有

這種能力，則能更長時間地在社區生活。

「數」指邏輯運算，認知練習，可以對減少風險，維持最佳大腦健康狀況。而透過認知練習，則有助患有認知障礙症的長者參與社交及康體活動，並對控制血管風險起到正面作用²²。

香港認知障礙症協會的應用實例中，「六藝[®]」並非獨立的訓練活動，而是一套理念框架。該協會每項認知訓練項目均會融入六藝[®]的元素，除了能增強訓練的成效，此框架亦能協助員工設計活動，減低他們設計訓練的時間。可見「六藝[®]」或許能解決推行「精品式」的一些困難。

結論：求索之路

實現居家安老將會是未來亞太地區照顧認知障礙症患者的大趨勢，而此趨勢將遵循兩個方向出發：一是逐漸縮短正式照

願與非正式照顧之間的界限，讓非正式照顧者亦能照顧較初期的認知障礙症患者。二是以患者為中心整合服務，而非以服務為中心劃分患者。根據患者需求提供完整的社區服務配套。如上文所述，一些創新的概念如「精品式日間中心」及「六藝[®]多元智能訓練」亦能有助推動認知障礙症患者的居家安老。

要朝著這方向前進，單憑一方的努力是不足的，必需要官民雙方攜手合作才能得以實現：政府能制定政策，鼓勵社會創造更多如「精品式」的新形態安老服務，同時亦需把安老服務人員的訓練放進國家或地區的發展藍圖內，例如台灣的「長期照顧 10 年計劃」中，訓練長期照顧人手為該計劃的重要一環²³。為了令社會服務機構能更深入社區，提供更多的居家安老支援服務，不論是傳統式還是「精品式」的服務，政府亦需協助提供用地，例如新加坡的「LIFE(Lift Improvement and Facilities Enhancement)」計劃中，要求各公營住房屋苑需劃出一定面積的地方以作安老服務用途。最後，政府亦要支援民間對認知障

礙症患者居家安老的努力。

至於民間的責任為何？簡單的包括普通科醫生對家庭照顧者進行早期識別的訓練、專業機構的確診、非政府機構提供社區支援服務和照顧者訓練，各項護理支援、安老院暫託服務等等。當然，除了民間團體需致力研究新形式的養老服務如「精品式」等等以切合該社區的需要，科研組織亦需加緊研發新的治療方法，例如新形非藥物療法如「六藝[®]」，使認知障礙症對長者的影響減至最低，並延長他們生活在社區的時間。個人來說，每人都要肩負起照顧家庭或社區中認知障礙症患者的責任，擁有一定的照顧能力。例如日本於 2001 年的養老政策《GOLD PLAN 21》中便要求向全國人民灌輸一定的長者照護知識²⁴。透過官民合作推動居家安老，除了能使患有認知障礙症長者的生活質素提高外，亦能有助減低政府的壓力，故此可以看到，「精品式日間服務」以及「六藝[®]」等新穎的概念有極高的推行價值。

(本文圖片由香港認知障礙症協會提供)

資料：認知障礙症

認知障礙症又稱腦退化症、老人痴呆症等，是一個腦部的疾病，通常始於記憶問題，但接著會影響其他腦部位置，產生其他問題如溝通困難、情緒或性格的改變，甚至會完全喪失自理能力。認知障礙症會隨著時間而惡化。患者可能因此越來越依賴他人。它在老年人中比較常見，但也有早在 40 歲就開始病發的個案。每 20 位 65 歲以上的人士中，就有一位會患上認知障礙症。到了 80 歲，約有五分一人會患上此症。若能及早察覺其徵狀，是有機會減慢記憶力衰退的速度。所以盡早讓懷疑患有認知障礙症的長者接受評估及治療是十分重要的。

前英國首相、鐵娘子撒切爾夫人，前美國總統里根，前英國首相威爾遜及《百年孤寂》作者、諾貝爾文學獎得主馬爾克斯，香港中文大學前校長、有「光纖之父」之稱的高錕都患有認知障礙症。