

認知障礙症聯席會議

增加認知障礙症患者及照顧者支援刻不容緩 制訂全面政策切合患者需要

「為認知障礙症患者提供的護理服務」意見書

香港正面對未來認知障礙症患者龐大人口問題，政府亦缺乏針對性服務和長遠政策，一班熱心於此病症的專業人士和照顧者遂組成「認知障礙症聯席會議」（下稱聯席會議），爭取政府為患者及照顧者投放資源，改善現行服務的不足，促請有關當局盡快制定長遠之醫療及福利政策，援助患者及照顧者的生活需要。（聯席成員包括：前立法會議員兼老人精神科顧問醫生潘佩璆、香港精神科醫學院代表、香港內科醫院代表、香港家庭醫學院代表、香港物理治療學會、香港物理治療協會、香港職業治療學會、香港認知障礙症協會、基督教信義會長者綜合服務中心、全港認知障礙症照顧者聯盟、『香港社會服務聯會老年痴呆症/認知障礙症/腦退化症工作小組』、顧問醫生和其他社福關注團體。）

認知障礙症又稱腦退化症或老人痴呆症，是多種引致腦部功能不正常地衰退的病患之統稱。現時香港的認知障礙症患者已超過十萬人，隨著香港人口老化，預計到了 2036 年，患者的數目將接近二十九萬人，每三名八十歲長者更有一名患有此症。認知障礙症不論對個人、家庭和社會均有深遠影響，因此不少先進國家均制訂應對的策略，作為發展相關醫療、社會服務、教育宣傳及制定法規的藍本，然而香港政府卻採取了鴛鴦政策，對認知障礙症的獨特性及嚴重性採取了迴避的態度，而目前更發現有很多病者在發病時根本不足 60 歲而沒有任何支援服務，因此我們要求政府在有關問題上必須獨立成科，研究針對性的醫療及社福應對策略，否則將會為香港社會帶來災難性的後果。

現行服務的不足

港府對於此症的關注度極少，沒有相關政策、沒有針對性服務，導致患者得不到適當的治療、照顧者亦未能紓壓，造成很多不愉快的家庭悲劇，歸納起來現有的問題如下：

一) 未能及早識別，以致延誤治療

如能及早發現認知障礙症病徵，可有效地為患者辨別合適的治療方案，制訂護理項目，安排個人和財政事宜。當家人發現患者認知能力或行為出現問題時，往往得不到及早處理，最終延誤了診斷和治療的黃金時間。更甚者，即使經專業人士(如職業治療師)進行了初步評估，輪候醫院確診平均也需時一年或以上時間，倘若沒有適切的治療及訓練，患者腦退化問題會迅速下降，院舍照顧的依賴十分沉重。

二) 統一評估機制的漏洞

現時長者申請護理服務，必須年滿 60 歲、身體機能達中度缺損及必須經過社署安老服務統一評估機制(下稱：統評)，始能輪候護理服務，例如護理安老院、長者日間護理中心、改善家居及社區照顧服務等。但現實社會下，認知障礙症並非只會在 60 歲後才有機患上，反而有年輕化的趨勢。本聯席會議曾接觸多名 60 歲或以下的患者及其家屬，表示礙於「統評」年齡所限，年輕患者根本沒有機會接受「統評」，因此家人只有獨自承受照顧患者的多方的壓力和責任。

另一方面，即使患者年齡達 60 歲，有團體及家屬亦反映現時的評估準則往往只考慮「身體機能缺損」程度，相反認知障礙症患者則主要為「認知能力」下降，而逐漸失去判斷和自理能力等，因此身體機能未必可達中度至嚴重缺損程度。鑑於準則問題，有需要護理服務的認知障礙症患者容易被排出「統評」機制之外，我們要求社署盡快檢討現時「統評」審批機制，讓患者平等獲得服務機會。

三) 現有服務未能針對患者需要

本人收集了多個醫社團體的意見(包括：不同專科醫生、職業治療師、物理治療師、社福團體及照顧者)，均指出認知障礙症患者與其他身體機能有缺損的長者有著不一樣的服務需要，患者需要較多針對性的認知訓練，這不是一般長者日間護理中心或院舍就能解決，而且所需的人手和專業知識也截然不同。在混合認知障礙症患者與一般長者日間中心內，除未必符合患者的切身需要外，亦偶爾發生有長者對患者的誤解，投訴種種行為問題，到最終家人亦被投訴，部份甚至無奈地退出服務。

四) 照顧者的支援不足

照顧認知障礙症患者一般需要高度照顧，由於現時社會服務未能針對患者的特性和需要，因此家人仍為其主要照顧者。正因為患者自理能力不斷下降，甚至出現情緒和行為問題，倘若沒有足夠的支援措施，家人有機會被迫放棄原有工作而全職照顧，最終不但沒有收入，更面對沉重的經濟和 24 小時照顧帶來的精神壓力，亦因此容易罹患情緒病。

此外，社會上陸續出現由社福機構以「自負盈虧」模式經營的認知障礙症日間中心，提供針對性照顧和認知訓練，有家人表示服務須明顯較一般日間中心有效地緩減患者的衰退情況，但動軌每月需要近七千元(\$300x22 天)的服務費，難以負擔。

綜合來說，政府一直以來提倡居家安老政策，鼓勵長者在家安老，接受家人照顧。

然而從上述問題可見政府不論在醫療和福利方面均支援不足，甚至出現服務上真空，對於照顧者面對的經濟和精神壓力上，更可說杳無支援。因此，綜合持份者的意見，我們提出下列十大訴求，要求政府相關部門採納。

十大訴求

1. 盡快統一「認知障礙症/痴呆症/腦退化症」的名稱，避免造成負面標籤；
2. 政府各部門攜手合作，制定「全面及長遠」認知障礙症的醫療和社福政策；
3. 加強公營醫院的服務，縮短首次專科求診時間；
4. 加強私家醫生及家庭醫生在診治上的培訓，讓患者可在社區中及早得到診斷及治療；
5. 檢討社署「統一評估」機制，讓認知障礙症患者享有與身體機能缺損者同等機會使用政府資助的長期護理服務。
6. 以疾病需要為基準，不設年齡限制，為 60 歲以下患者提供服務和支援；
7. 投放資源擴充認知訓練中心、記憶診所等非藥物治療的名額及服務區域；
8. 促進醫社合作，促成更好的公眾教育、預防工作，做好及早識別和診斷；
9. 改善並加強對照顧者支援，特別因照顧而產生的財務壓力及情緒輔導；
10. 重新及定期研究患者人口及趨勢，為針對問題研究對策。

認知障礙症聯席會議

2013 年 11 月 28 日