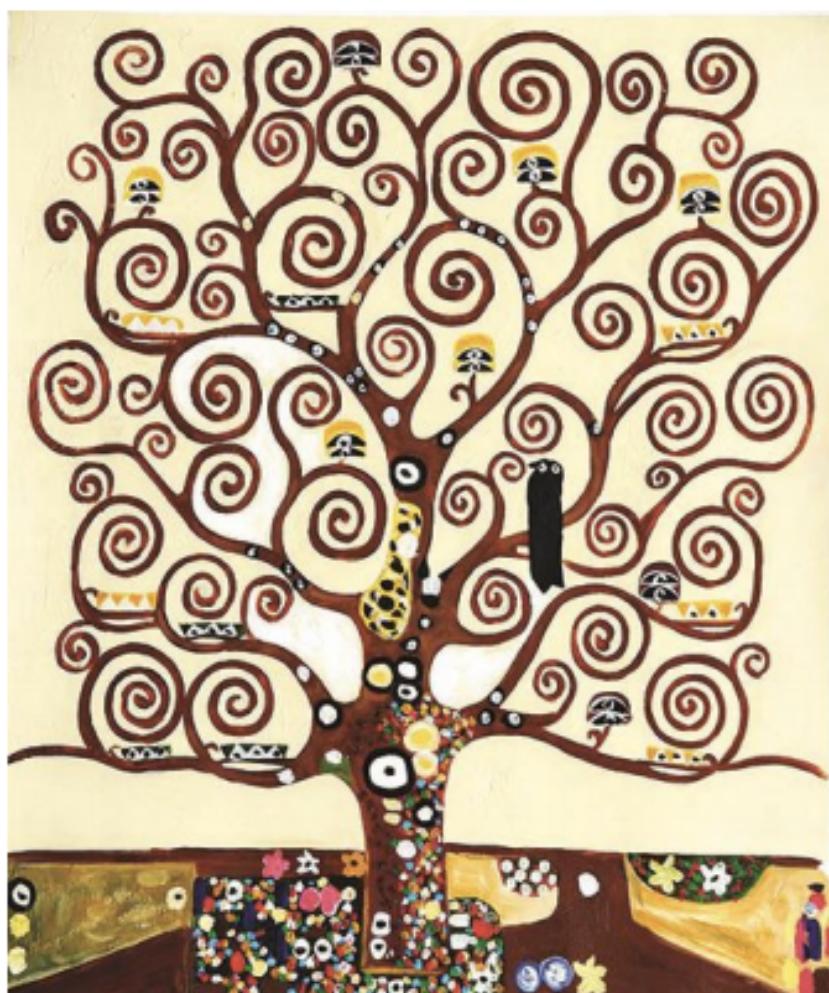




剪爱公益

分级预防转诊模式优化中国认知障碍照护体系

对话剪爱公益创始人汤彬先生



Based on Gustav Klimt, Tree of Life, Stoclet Frieze, Lebensbaum, 1905

平茹茹 作

赵泽宇、邵帅、刘青、王子浩、顾盛和陈晰雯 协助

艾社康（上海）健康咨询有限公司

2017年8月



我们的愿景

所有人，不论身在何处，不论年龄几许，都有权利享受
到高质量，付得起的医疗服务

<http://accessh.org.cn>

艾社康（上海）健康咨询有限公司 © 版权所有

艾社康（上海）健康咨询有限公司
中国上海杨浦区长阳路1687号长阳谷7号楼303室



中国认知症现状

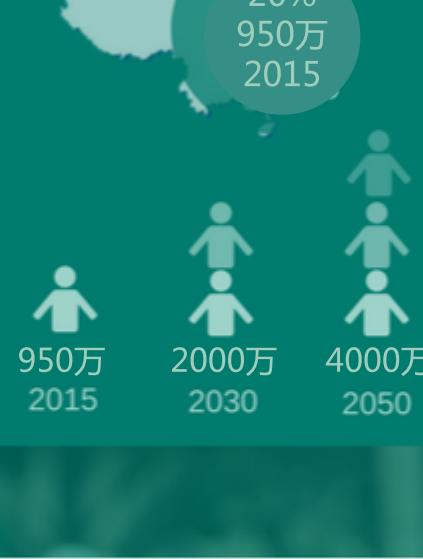
什么是认知症？

认知症是一种神经系统退行性疾病，它会影响记忆、思考、社会行为和动机、情感控制能力和日常生活。认知症有百余种形式，最常见的的形式为阿尔茨海默症，占所有病例的60%-70%。

资料来源：WHO (2017) ADI (2017)

患病率

2015年的数据显示，在中国，约有950万人患有认知症，占全球认知症患者总数的20%。

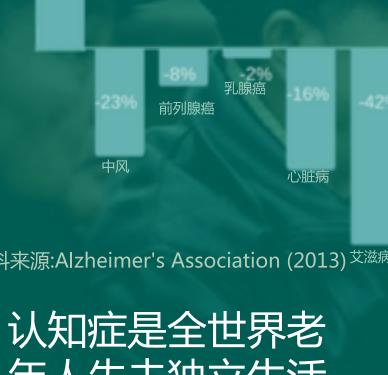


预计，认知症患者人数将每二十年翻一番，2050年将达到四千万人。

资料来源:ADI (2015) WU et al. (2013)

认知症的影响

健康层面



资料来源:Alzheimer's Association (2013) 艾滋病

认知症是全世界老年人失去独立生活能力和残疾的主要原因之一。

心理层面



资料来源:Pinquart & Sorensen (2003)

认知症对患者及其家人和其他照护者的生活质量有巨大的影响。

经济层面



资料来源:Xu et al. (2017)

认知症对中国经济影响巨大。2010年全年经济负担已达472亿美元，据预测2030年全年经济负担将增加至1142亿美元。

中国政策措施

中国还未出台应对认知症的全国规划

国务院办公厅关于转发卫生计生委等部门全国精神卫生工作规划(2015—2020年)的通知

国务院办公厅关于印发国家残疾预防行动计划(2016—2020年).通知

国务院关于印发“十三五”卫生与健康规划的通知

全国人大公布《中华人民共和国精神卫生法》

人力资源社会保障部办公厅关于开展长期护理保险制度试点的指导意见

国务院办公厅关于印发老年教育发展规划(2016—2020年)的通知

国务院办公厅关于加快发展商业养老保险的若干意见

26.10.2012

18.06.2015

06.09.2016

10.01.2017

27.06.2016

19.10.2016

04.07.2017

目 录

1. 背景	
1.1 关于剪爱公益和汤彬	1
1.2 研究目的	1
1.3 研究范围	1
2. 中国现有认知障碍医护系统的两大问题	
2.1 医疗系统：薄弱的基层医疗及服务断层	1
2.2 医养分离	2
3. 剪爱的应对方案	
3.1 早期举措	2
3.1.1 记忆学堂	2
3.1.2 老玩童玩聚馆	2
3.1.3 认知症友好大使	3
3.2 升级举措	3
4. 剪爱模式：分级预防与转诊	
4.1 轻度认知障碍筛查服务实现社区全覆盖	4
4.2 转诊机制	4
4.2.1 访客流向	4
4.2.2 数据流向	4
4.3 轻资产模式	4
5. 影响	
5.1 影响公共资源分配：从自上而下到自下而上	4
5.2 建立一个可复制的模式：可持续性和可拓展性	5
6. 挑战	5
7. 未来规划	5
鸣谢	7
参考文献	7
图表	
Box 1	1
Box 2	3
Box 3	3
图一	2
表一	5
资讯图表一	6

1. 背景

1.1 关于剪爱公益和汤彬

剪爱公益是一家专注于长者脑健康的非营利组织，总部位于上海。自 2013 年 4 月 26 日成立以来，剪爱公益一直积极倡导针对认知障碍的早期预防与干预。从 2013 年到 2016 年，剪爱公益针对认知障碍在上海大小社区开展了众多活动，其中包括认知症友好大使、筛查检验、非药物干预和暂托服务等。2017 年，剪爱公益战略性地将目光集中到了认知症（又称失智症或老年痴呆症）发展早期阶段——轻度认知障碍上，推出诸多项目以及针对认知障碍的“分级预防与转诊”模式。该模式于 2017 年 5 月和 9 月分别在上海市宝山区与上海市长寿路街道试点。

对剪爱公益创始人汤彬来说，认知障碍是一个尤其令他心酸的词汇。汤彬出生在中国农村一个传统的三世同堂的家庭，与外祖母一起度过了快乐的童年时光。但是，汤彬却没能赶上外祖母的葬礼，这也成为了他一生的遗憾。鉴于当时人们对认知障碍普遍认识不足，汤彬的外祖母从没有因记忆丧失或偶尔走失而被诊断为认知症。2012 年，汤彬看到了一则关于阿尔兹海默病的教育短片，也加深了他对外祖母病情的了解。短片中提到，合理的预防和干预手段对于早期阿尔兹海默病患者仍然有效，阿尔兹海默病人并非毫无希望。这一点令他备受鼓舞。然而，在 2012 年的中国，针对认知障碍的医疗资源仍很匮乏，因此像汤彬外祖母这样的病人和他们的家人往往得不到基本的帮助。2013 年，汤彬离开了自己创办的旅行社，并创立了剪爱公益，正式投身于脑健康这一当时正迅速发展的事业之中。

1.2 研究目的

此次案例研究有两个目的。第一，详尽描述剪爱公益“分级预防与转诊”的模式；第二，分析该模式的潜在影响力及面临的挑战。

1.3 研究范围

本次案例研究包括了案头调研以及两场对汤彬先生的深度访谈。本案例重点介绍了剪爱如何将其运营模式与现有认知障碍医护系统整合。在上海，尽管认知障碍的医疗和照护服务发展蓬勃，但普遍价格高昂，专业性也参差不齐。本次案例研究主要关注公众负担得起的认知障碍医护服务。

本次研究报告将：

- 1) 概述现有认知障碍医护供应系统（dementia care delivery system）的两个关键问题（第 2 部分）；
- 2) 介绍剪爱公益的核心脑健康项目（第 3 部分）；
- 3) 分析剪爱的“分级预防与转诊”模式（Tiered Prevention and Referral Model），并解释该模型如何帮助改善医疗系统内部的协同以及实现医养结合（第 4 部分）；

Box 1: 基层医疗在认知障碍医护中的主要任务

- **脑健康促进：**通过帮助人们改善其生活习惯和环境，提高人们的脑健康状态
- **认知障碍风险降低：**针对临床上公认的认知障碍可控风险因素的预防与早期干预
- **检测与诊断：**
 - 筛查：尽管在医疗系统实行认知障碍筛查全覆盖仍富争议，大多数专家认为，如果实行初筛全覆盖，最佳地点是基层医疗系统
 - “守门人”：基层医疗相关人员需要决定哪些病人是需要被导入专科进行后续治疗而哪些病患是不需要的
- **诊断后照护和配套支持：**
 - 对疾病的了解及对症状的管理
 - 协助患者未来决策制定
 - 社区资源支持
 - 同伴支持
 - 对未来照护的规划
- **提供持续照护**

资料来源：2016 年国际阿尔兹海默症协会报告
2013 年阿尔兹海默症苏格兰协会报告

- 4) 描述剪爱公益的以往工作（第 5 部分）；
- 5) 描述剪爱公益面临的挑战和未来工作的潜在影响力（第 6 和 7 部分）。

2. 现有认知障碍医护系统的两个问题

2.1 医疗系统：薄弱的基层医疗及服务断层

中国的医疗卫生体系高度以医院为中心，基层医疗系统十分薄弱（China Joint Study Partnership, 2016）。在认知障碍护理系统中，基层医疗在脑健康促进、降低认知障碍风险因素、认知障碍检测与诊断、早期诊疗护理及对认知障碍持续照护等方面起着至关重要的作用（详见 Box 1）。不成熟的基层医疗系统将带来两个明显的负面后果。首先，当基层医疗系统无法将病人导流至合适的医疗机构就诊时，患有认知障碍的人群往往会选择跳过基层医疗，直接在三甲医院接受医疗服务，哪怕这样的成本更高，等待时间更长，并且通常路程更远（ADI, 2016）。因此，三甲医院的神经内科永远是超负荷运转的，整个认知障碍医疗体系也会变得十分低效，并带来不必要的高昂医疗费用。据汤彬描述，华山医院（上海最著名的三甲医院之一）神经内科只有两名认知症方向的专科医生，但每天要接待 400 逾人次的患者，医护人员与病人比例严重失衡。其次，在不完善的基层医疗系统中，基层医疗医生通常缺乏认知障碍诊断的相关培训，导致他们无法准确地发现、诊断认知症病例，以及进行后续病例管理（Patel 等, 2016）。这就不可避免地导致某些认知障碍患者——尤其是那些处于患病早期的人们经历诊断不当或治疗不足（ADI, 2016）。通过德尔福专家讨论法，中国城镇神经内科专家一致认为，中国只有 10% 的认知障碍患者确诊，其中只有 21% 的接受了药物治疗（Yu 等, 2015）。

中国的医疗体系严重“碎片化”。不同级别的医护人员之间并不会定期沟通以协调患者诊疗方案（China Joint Study Partnership, 2016）。由于没有良好的转诊协议和激励机制，医护人员没有协调认知症病例管理的动力（China Joint Study Partnership, 2016）。据汤彬先生介绍，尽管部分城市已经建立医联体，整合不同级别的医疗资源，但在上海，至今还没有针对认知障碍或脑健康的医联体。因此中国现阶段还没有针对认知症的病例管理（Gallagher-Thompson 等, 2010）。

剪爱的“分级预防与转诊”模式旨在解决基层医疗系统薄弱及医疗资源断层这两个问题。对该模式的详细介绍请参见本报告第4部分。

2.2 “医养”分离

医疗系统和照护系统对认知障碍的评估应与干预紧密配合，理想情况下，这两个系统对认知症的管理应能实现无缝衔接（ADI, 2016）。两个系统缺少整合或协调会导致认知症医护领域的三个明显后果。首先，虽然认知症照护有巨大的潜在需求，由于医护人员无法及时有效地发现社区里有认知障碍的老人，因此相关资源的利用率仍然很低。例如，上海在2016年5月下旬成立了首个早、中期认知症患者日托中心，可接纳40-50人。但据汤彬先生介绍，该中心最多时只接待过10名老年人，其中一名是晚期认知症患者，两名是中晚期认知症患者。

其次，在没有医疗支持的情况下，认知障碍日托中心只能提供基础的日常护理服务。而由于针对认知症的行为和精神症状的培训又不到位，这些护理服务质量往往参差不齐，许多社会照护机构甚至还明确拒绝接受认知症患者（ADI, 2016）。

第三，由于与社区没有建立牢固的互信关系，基层医疗系统也无法进行健康教育、筛查或预防等工作。据汤彬先生介绍，上海市公共卫生系统曾于2016年试图在社区提供免费的糖尿病筛查服务，但未成功，原因正是居民对于医疗体系长期的不信任，导致他们误以为这样的筛查服务是借免费体检为由，推销昂贵药物。

与医疗体系相比，社会照护体系与社区之间的关系更加可靠牢固。因此，“医养”协调互补有望帮助脑健康教育、筛查测验和其它认知障碍初级预防工作在社区的推进。

为了促进“医养”结合，剪爱将专业的轻度认知障碍预防和干预服务引入现有的社区养老设施，并正在开发一个能与各级医疗服务机构和护理机构共享数据的脑健康数据库（详见剪爱模式：分级预防与转诊机制部分）。

3. 剪爱的应对方案

3.1 早期举措

3.1.1 记忆学堂

记忆学堂是一个为期12周的项目，主要为社区55-75岁之间患有主观认知障碍（subjective cognitive impairment）的社区居民提供认知障碍科普、一级预防和轻度认知障碍初筛。该项目在社区内现有的日托中心和老年活动中心开展，标准课程旨在管理认知障碍八项可控风险因素，包括肥胖、高血压、听力损失、抑郁症、糖尿病、吸烟、社交孤立和运动缺乏。记忆学堂的两个主要目标分别是：第一，向老人传授认知症的预防策略；第二，筛查出患有轻度认知障碍的老人。一个记忆学堂可以为20-30位老人服务，主要使用MoCA量表（蒙特利尔认知评估）作为轻度认知障碍的筛查工具。Box 2中呈现了上海主观认知障碍和轻度认知障碍人群的数据，Box 3中呈现了认知障碍的三级预防系统。

3.1.2 老玩童玩聚馆

老玩童玩聚馆的活动中心为记忆学堂筛查出的轻度认知障碍患者提供认知康复相关活动及大脑训练等二级预防措施（见图1）。剪爱与来自南京的六六脑公司合作，研究开发大脑训练相关课程。这些课程主要针对认知障碍患者的记忆力、注意力及语言和视觉空间功能进行干预，通过绘画、编织、涂鸦、桥牌和园艺等精心设计而又有意义的活动吸引老人的参与，以维持老人的功能水平。老人可以自主选择喜欢的活动参加。老玩童玩聚馆内还有一些基于中医理论开发的体脑训练，包括八段锦、太极拳等。



图一：老玩童玩聚馆活动中心

3.1.3 认知症友好大使

“认知症友好大使”是一个旨在招募和培训来自属地社区的认知症大使的项目。认知症友好大使经过培训后会在医护人员的协助陪同下，推进本社区的脑健康促进和筛查工作。

3.2 升级举措

大脑加油站是记忆学堂的升级版，它的核心是一个脑健康数据库，预计会于2017年底前上线。该数据库由一个前端APP和一个后端信息管理系统组成。前端APP由剪爱、华山医院和上海大学共同开发，主要包含一个智能筛查测试系统。使用这款APP，用户可以选择在家自测或在工作人员的协助下在站点进行测验。APP采用的是中国神经内科权威——华东医院认可的筛查系统。目前剪爱主要使用的筛查工具为纸质的蒙特利尔认知评估量表，但到9月份就将被大脑加油站APP中的智能筛查测试所取代。大脑加油站的信息管理系统由剪爱、瑞金医院、华山医院合作开发完善。系统的核心理念是“一人一份脑健康档案”。该系统有望促进医养体系之间的协调，从而提供更好的治疗和病例管理。脑健康信息包括从大脑加油站、社区轻度认知障碍中心、医护人员、患者及其家庭成员等处采集的关于认知状态、药物与非药物治疗、病史及患者兴趣爱好等信息。这套大脑健康管理体系建设需要五到十年时间进行优化和完善。大脑加油站最初会以移动箱型车的形式进入社区，后会以嵌入形式入驻社区已有社会照护中心。

作为老玩童玩聚馆活动中心的升级版，社区轻度认知障碍中心与其前身有两大差异。首先，轻度认知障碍中心将服务重点集中于轻度认知障碍人群。第二，该中心为轻度认知障碍人群提供个性化定制课程。

Box 2: 上海地区主观认知障碍及轻度认知障碍数据

主观认知障碍，又称主观记忆失调，是一种主观感知的记忆或认知问题。据汤彬先生介绍，主观认知障碍在上海55岁至75岁老人之中的发病率约为40%到50%。在一个包含1068位老人（老人平均年龄为72.8岁，年龄标准差为8.5岁）的实验中，研究人员发现，84.5%的参与者报告自己患有主观认知障碍（Xiao, 2016）。

轻度认知障碍会导致患者在记忆、思维及其它认知功能方面与正常衰老相比有明显衰退，患有轻度认知障碍的人群与普通人群相比有更高的认知症发病率。据汤彬先生介绍，上海地区55岁至75岁老人之中，轻度认知障碍的发病率在10%到27%之间。在一个包括了10276名社区居民（6096名城镇居民及4180名农村居民，所有居民均为65岁及以上）的流行病学研究中，轻度认知障碍的发病率达到了20.8%（95%CI=20%-21.6%）（Jia, et al., 2014）。

Box 3: 三级预防系统

- **初级预防（可控风险因素管理）：**
针对可控风险因素的干预
- **二级预防（“三早”）：**
早检查、早诊断、早治疗
- **三级预防（针对症状的治疗）：**
防止疾病恶化、减少疾病负面影响、预防疾病复发或转移、预防并发症或伤残、肢体及心理恢复训练等

资料来源：Vaughn, et al. (2007)

剪爱选择聚焦轻度认知障碍人群主要有两个原因：首先，根据剪爱以往的经验，一套二级预防课程难以满足认知症和轻度认知障碍两类人群的需求。剪爱锁定轻度认知障碍人群进行介入干预，要比疾病晚期的干预更容易也更具成本效益。一项前瞻性队列研究表明，每年约6%的轻度认知障碍老年人会发展为认知症，恢复到正常认知状态的比例为7.8%（Ding等，2016）。一项荟萃分析表明，轻度认知障碍的平均回复率约为24%，而在社区环境中的回复率为31%，远高于医疗环境中14%的回归率（Malek-Ahmadi, 2016）。因此，通过重点关注轻度认知障碍患者（占主观认知障碍人口近30%）的检测和干预，剪爱意在降低社区认知症的患病率。其次，社会上对认知症的歧视非常普遍，而对轻度认知障碍相对接受。因此轻度认知障碍人群往往比认知症人群更积极地寻求干预和帮助。剪爱认为，将工作聚焦于轻度认知障碍人群有助于认知症二级预防工作在社区的开展。

个性化课程方面，剪爱邀请本地三甲医院专业医疗团队以及来自上海师范大学心理系的社会工作者为轻度认知障碍中心的每位访者量身定制课程。该模式目前只在小规模试点（上海市普陀区长风街道），所以剪爱招募的团队还可以满足现阶段的需求，但可以预见的是，当该模式全面推开后会出现人员短缺的问题。剪爱认为，轻度认知障碍中心理想的人员配比是一名医护人员为三到四名轻度认知障碍患者提供服务。轻度认知障碍中心的移动版目前正在处于优化改良阶段，预计于2017年9月开始进入社区，为中心的落地进行1-2个月的预热推广。

4. 剪爱模式：分级预防与转诊机制

剪爱的运营模式背后有着以下三点逻辑。首先，剪爱承接部分基层机构功能，尤其在认知障碍筛查领域，能够有效暴露社区内认知障碍人群的实际需求；第二，剪爱尝试建立的转诊机制可以加强

医疗卫生体系内部和卫生体系与社会护理体系之间的协调配合；第三，将专业服务引入现有的社区照护机构，可以提高这些设施的利用率（见表1）。

4.1 轻度认知障碍筛查服务实现社区全覆盖

剪爱在大脑加油站中提供的轻度认知障碍初筛服务的主要目的是暴露出社区内对认知障碍护理的真实需求。只有当轻度认知障碍或认知症早期患者了解自身情况，并知道如何获取医疗卫生或社会照护服务之后，对于认知障碍医护的潜在需求才会转变为实际需求。然而，现有认知障碍照护制度完全依赖于主观认知障碍人群主动寻求诊断、治疗及社会护理服务，但由于公众对认知障碍认识仍有不足，该机制无法有效地判别社区内认知障碍护理的实际需求。剪爱认为，轻度认知障碍筛查服务在社区的全覆盖能够帮助辨别社区对认知障碍照护的实际需要。普及轻度认知障碍筛查主要有两点益处。第一，正如此前“升级举措”部分所述，一个以社区为基础针对轻度认知障碍人群的项目往往更容易被社会大众接受。第二，在提供轻度认知障碍服务的同时，剪爱还为主观认知障碍人群提供为期12周的大脑健康教育及轻度认知障碍初级预防课程，这个过程有助于营造一个认知障碍友好的社会环境，加深居民与照护机构之间的信任，从而提高认知障碍基层医疗与社会护理服务的使用率。

现有研究表明，在基层医疗机构进行轻度认知障碍常规筛查测试究竟能否提高认知障碍检测率仍是一个充满争议的话题。这些争议主要集中于轻度认知障碍筛查测试的成本效益以及其是否会给患者的心理健康和生活质量带来负面影响。但是，剪爱的服务对象主要为当地社区中的轻度认知障碍患者，而轻度认知障碍有较高的恢复率。因此，剪爱的最终目标其实是通过普及社区认知障碍筛查以及配套二级预防措施降低认知症的发病率。即使对于那些被诊断为认知症的患者，剪爱的模式除了能够带来早期干预过程中的临床益处以外，还能使认知障碍患者在自己仍能做出决定的阶段提前制定好财务计划与护理方案。因此，剪爱提倡的社区轻度认知障碍筛查能够带来的潜在益处远超其可能带来的负面影响。

4.2 转诊机制

除了推广社区轻度认知障碍筛查以外，剪爱还在试图建立社区到医院以及各级医院之间的转诊机制。转诊机制的建立能够有效改善各级医疗系统之间以及“医”、“养”体系之间的协调。转诊机制有两个核心部分：访客流向和数据流向（见资讯图表一）。一旦优化的转诊机制得到建立，那么两个系统的工作效率都会得到很大提升。因此，转诊机制能够大大改善患者体验，最终提高患者的生活质量。

4.2.1 访客流向

剪爱邀请有主观认知障碍的社区居民参加大脑加油站的一级预防和初筛测试。每初筛出500-1000名轻度认知障碍疑似人群后，剪爱通过绿色通道，集中预约，将这部分人群引入属地二级医院进行更全面的诊断。

在当前的医疗系统之中，三甲医院（如华山医院）的专家负责培训二级医院的医生进行认知障碍诊断，同时负责面诊较为复杂的认知障碍病例。这种分级诊断机制预计将在未来三到四年内得到全面优化和全面落地。轻度认知障碍人群将被导入剪爱轻度认知障碍中心接受二级预防。同时，大脑加油站将为每个病人建立个人档案，并不断更新疾病发展情况。一旦患者病情加重，剪爱将会为他们推荐当地医疗及社会照护机构以便进行尽早就诊与护理。筛查之后无认知障碍的当地居民将被邀请成为属地认知症友好大使，在医护人员指导下协助进行社区大脑健康科普、筛查和一级预防工作。

4.2.2 数据流向

剪爱与医疗体系或社会护理体系之间的数据流向是双向的。大脑健康数据中心收集并存储来自大脑加油站的筛查测试结果、来自社区轻度认知障碍中心的非药理治疗信息、二级和三甲医院的诊断和药理治疗信息、来自护理机构的护理信息以及患者及其家属的病史和嗜好等其他信息。剪爱会将这些数据提供给专业医护人员，以便他们做出更加精准的临床及非药物治疗处方。

4.3 轻资产模型

剪爱轻资产的运营模式使其能够在中低收入地区得到推广复制。由于剪爱将一、二级预防措施引入现有的公共养老设施，从剪爱的角度来看，这种模式可以节省大量的租金；从当地民政部门的角度来看，这种模式可让它们的设施更好地服务于有需要的老人。剪爱有效地找出了这些设施的目标服务人群，提高了设施利用率。因此，剪爱的轻资产的模式是双赢的。

5. 影响

5.1 影响公共资源分配：从自上而下到自下而上

2015年，上海市长宁区虹桥街道将剪爱的项目引进当地社区。2015年，剪爱已经为四个社区的120户家庭提供了初筛服务，发现有9%的老人患有不同程度的认知障碍。到2016年，剪爱的项目已覆盖15个社区，并将于2017年实现街道全覆盖。在看到剪爱的成绩之后，2017年，虹桥街道计划扩大与剪爱的合作，将剪爱的轻度认知障碍中心引入由当地民政部门建立的综合为老服务中心。这表明，剪爱的项目已在上海市的部分社区中具备了一定影响力，也使政府部门逐渐意识到社区认知障碍护理的重要性。可以说，剪

爱已经与相关政府部门建立了合作关系，共同解决认知障碍带来的挑战。

在虹桥街道，认知障碍患者可获取的护理资源十分有限，街道内只有一家公立和一家私营养老院，但是提供给认知症患者专业护理的能力非常有限。受剪爱项目和最新流行病学统计资料的启发，当地有关政府部门决定，在规划基础设施建设和资源配置时将认知障碍患者的护理需求也纳入考虑。这样的改变是令人鼓舞的，因为这首先表现了政府部门希望为认知障碍患者提供服务并降低认知障碍患病率的决心。其次，与以往自上而下导致社会照护机构利用率低下的方式不同，新兴的自下而上的方式优化了资源配置，提高了资源利用率，是一种更加有效的模式。

5.2 建立一个可复制的模型：可持续性和可拓展性

在对认知障碍护理需求不断提高的当下，建立可复制、可持续的认知症护理服务供应模式是十分必要的。如上所述，剪爱模型是轻资产模式。据汤彬先生介绍，建立一个社区轻度认知障碍中心所需要的投资比建立老人护理院或其他社会照护机构的成本要低得多，投资一个轻度认知障碍中心的成本仅为老人护理院成本的 10%。剪爱将自己的服务引入现有社会照护设施之中，对剪爱来说推广了自己的项目，对政府来说提高了现有设施的利用率，实现双赢。因此，政府部门有动力与剪爱合作。据汤彬先生介绍，上海市政府对剪爱的项目试点十分支持，并希望将其优化为可扩展和可持续发展的模式在全市范围内推广。目前，剪爱有五个收入来源，它们分别为：1) 政府采购服务（例如，记忆学堂第一阶段课程）；2) 基金会资助（如来自仁德基金会的专项资金）；3) 企业赞助（如万科疗养院）；4) 社会医疗保险（价值 200 人民币的轻度认知障碍筛查测试）；5) 参加者自费付款（例如，记忆学校第二阶段课程的用户收费为 300 元，用于支付课程材料费用）。剪爱仍在努力开发可持续的收入模式。

除了轻度认知障碍中心提供的个性化定制课程外，剪爱为其大多数项目配置了一套可持续的人才培养管理模式。剪爱员工（五名全职，两名兼职）、认知症友好大使、志愿者、与剪爱合作的医疗专业人员、社会工作者，多方共同合作，共同保证剪爱模式的顺利运作。正如我们在“升级举措”部分所提到的，目前剪爱的人力资源供应可以满足轻度认知障碍中心个性化课程的需求，但随着该项目的推进，轻度认知障碍中心可能会出现人员不足的问题。

6. 挑战

据汤彬先生介绍，剪爱模式的落地工作面临的主要挑战包括：

- 1) 与公立部门合作的不可预见性，如部门主管更换；
- 2) 当地医疗系统内部对认知障碍不同诊断标准导致了剪爱标准化智能筛查系统的检测结果无法被所有医疗机构采纳；
- 3) 康复训练、心理治疗、神经病学和艺术相关领域的认知症医护人员短缺，其中服务中重度认知症人群的专业护理人员尤为稀少。

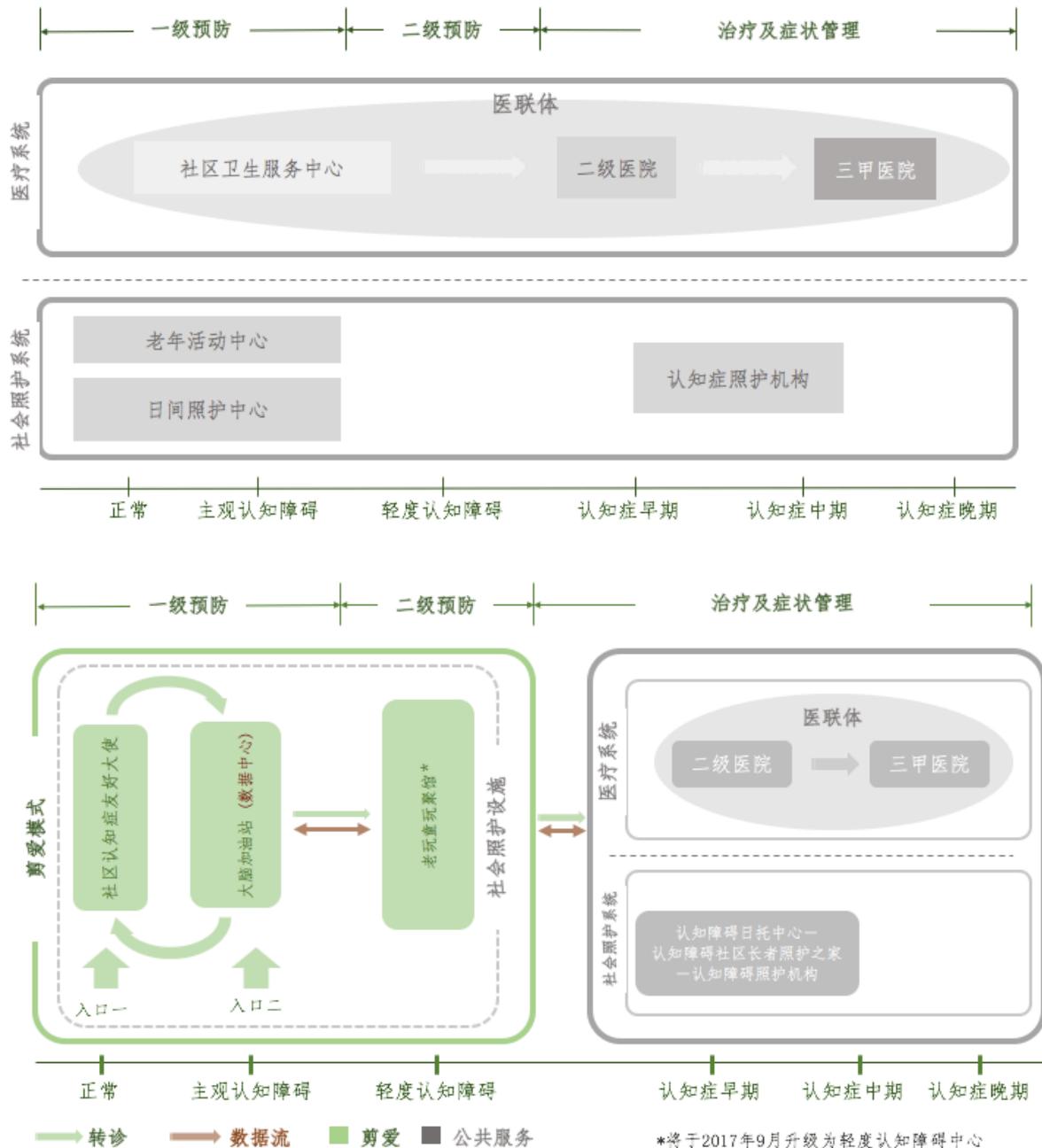
7. 未来规划

剪爱的未来计划如下：

- 1) 在上海宝山区和长寿路街道试点“分级预防转诊”模式：短期目标是优化大脑加油站和轻度认知障碍中心的运营模式，提高该模式的可复制性；长期目标是推广“分级预防转诊”模式，并在上海实现该模式的全覆盖；
- 2) 收集反映社区对认知障碍护理服务实际需求的数据，协助政府有关部门的政策制定和资源配置；
- 3) 进行预防性临床试验，比较采取干预的社区和未干预的邻近社区的认知症患病率，以检验剪爱一、二级预防项目的有效性；
- 4) 推动建立认知症行业协会，其核心任务为行业规范和准则的制定、技术支持及行业监管，尤其是在认知症诊断及专业照护领域。

系统	医疗系统	“医”“养”系统
问题	<ul style="list-style-type: none"> • 薄弱的基层医疗体系 • “碎片化” 	<ul style="list-style-type: none"> • 没有跨系统整合或协调
后果	<ul style="list-style-type: none"> • 三甲医院神经内科超负荷运转 • 低诊断率 • 薄弱的病例管理系统 	<ul style="list-style-type: none"> • 认知障碍社会照护服务的低利用率 • 认知障碍照护人员培训不当 • 社区内开展认知障碍筛查工作困难
剪爱的方案	<ul style="list-style-type: none"> • 提供一、二级预防 • 提供转诊机制 	<ul style="list-style-type: none"> • 将专业轻度认知障碍服务引入现有社会照护机构 • 脑健康数据库

表一：剪爱为解决认知障碍照护系统中现存问题提出的方案及依据



资讯图表一：剪爱模式

(下图) 剪爱的分级预防转诊机制 (截至 2017 年 7 月)

(上图) 现有的认知障碍医护系统 (无剪爱模式)

备注：1) 民政部制定全国养老体系相关政策制定；2) 灰色图形的明暗程度代表了不同类型护理提供者的实力。

鸣谢

本报告作者希望感谢参与案例研究的所有人，特别是赵泽宇在采访中的协助、刘青和邵帅的协调、顾盛的校对、及王子浩和陈晰雯的《认知障碍症情况说明》图表制作。

作者谨代表艾社康（上海）健康咨询有限公司感谢剪爱公益创始人——汤彬先生对本次案例研究的大力支持以及他在认知障碍预防和干预领域所做出的卓越贡献。

参考文献

- Alzheimer's Association. (2013) . *Alzheimer' Disease Facts and Figures*. Retrieved from www.alz.org/downloads/facts_figures_2013.pdf.
- Alzheimer Disease International (ADI) . (2017) . *About dementia*. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/about-dementia>
- Alzheimer Disease International (ADI) . (2015) . *World Alzheimer Report 2015*. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
- Alzheimer Disease International (ADI) . (2016) . *World Alzheimer Report 2016*. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2016.pdf>
- Alzheimer Scotland. (2013) . *Five Pillars Model of Post-Diagnostic Support*. Retrieved from http://www.alzscot.org/assets/0001/1226/Getting_post_diagnostic_support_right.pdf
- China Joint Study Partnership. (2016) . *Deepening health reform in China building high-quality and value-based service delivery*. Washington DC, World Bank.
- Ding, D., Zhao, Q., Guo, Q., Liang, X., Luo, J., Yu, L., et al. (2016) . Progression and predictors of mild cognitive impairment in Chinese elderly: A prospective follow-up in the Shanghai Aging Study. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 4, 28-36.
- Gallagher-Thompson, D., Tzuang, Y., Au, A., Wang, D., Tsien, T., Wang, P., Catholic, F., & Huang, Y. (2010) . Families dealing with dementia: Insights from China, Hong Kong, and Taiwan. In E. Karen & T. Shripad (Eds) , *Aging Asia: The economic and social implications of rapid demographic change in China, Japan, and South Korea* (pp 157-176) . Stanford, CA, USA: The Walter H. Shorenstein Asia-Pacific Research Center.
- Jia, J., Zhou, A., Wei, C., Jia, X., Wang, F., Li, F., et al. (2014) . The prevalence of mild cognitive impairment and its etiological subtypes in elderly Chinese. *Alzheimer's & Dementia*, 10 (4) , 439-447.
- Lin, J. S., O'Connor, E., Rossom, R. C., Perdue, L. A., & Eckstrom, E. (2013) . Screening for cognitive impairment in older adults: a systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 159 (9) , 601-612.
- Malek-Ahmadi, M. (2016) . Reversion from mild cognitive impairment to normal cognition: A meta-analysis. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 30 (4) , 324-330.
- Patel, V., Xiao, S., Chen, H., Hanna, F., Jotheeswaran, A.T., Luo, D., et al. (2016) . The magnitude of and health system responses to the mental health treatment gap in adults in India and China. *The Lancet*, 388 (10063) , 3074-3084.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003) . Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18 (2) , 250.
- Vaughn, S., Wanzeck, J., & Fletcher, J. M. (2007) . Multiple tiers of intervention: A framework for prevention and identification of students with reading/learning disabilities. *Effective Instruction for Struggling Readers*, 6, 173-195.
- World Health Organisation (WHO) . (2017) . *Dementia fact sheet*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>
- Wu, Y. T., Lee, H. Y., Norton, S., Chen, C., Chen, H., He, C., et al. (2013) . Prevalence studies of dementia in mainland China, Hong Kong and Taiwan: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 8 (6) , e66252.
- Xiao, S., Lewis, M., Mellor, D., McCabe, M., Byrne, L., Wang, T., et al. (2016) . The China longitudinal ageing study: Overview of the demographic, psychosocial and cognitive data of the Shanghai sample. *Journal of Mental Health*, 25 (2) , 131-136.
- Xu, J., Wang, J., Wimo, A., Fratiglioni, L., & Qiu, C. (2017) . The economic burden of dementia in China, 1990-2030: Implications for health policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 95 (1) , 18-26. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.167726>
- Yu, X., Chen, S., Chen, X., Jia, J., Li, C., Liu, C., et al. (2015) . Clinical management and associated costs for moderate and severe Alzheimer's disease in urban China: a Delphi panel study. *Translational Neurodegeneration*, 4, 15.

我们的愿景：
所有人，不论身在何处，
不论年龄几许，都有权利
享受到高质量，付得起的
医疗服务。

艾社康（上海）健康咨询有限公司

中国上海杨浦区长阳路 1687 号长
阳谷 7 号楼 303 室

