

2017-2025 世界衛生組織全球失智症行動計畫 摘要

[The Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025](#)

全球失智症概況

1. 失智症為幾種進行性疾病之總稱，主要影響個人之記憶、認知能力及行為，進而嚴重妨礙日常生活。阿茲海默氏病為最常見的失智症類型，約佔所有病例的 60–70%；其他主要類型還有血管型失智症 (vascular dementia)、路易氏體失智症 (dementia with Lewy bodies) 以及各類導致額顳葉型失智症 (frontotemporal dementia) 的疾病。各類型失智症不易區分，混合型失智症亦很常見。
2. 2015 年全球失智症患者高達 4700 萬人，約佔全球老年人口的 5%；患者人數估計在 2030 年將增至 7500 萬人，在 2050 年將達 1.32 億人。根據近期報告估計，全球每年約有 990 萬人罹患失智症，意即每三秒鐘便新增一個病例。目前近 60% 的失智症患者集中於中、低收入國家，且估計大部份新增的病例(71%)也位於這些地區。
3. 重要的是，儘管年齡為目前已知的失智症主要危險因子，但這不表示失智就是老化的必然結果。事實上，並非只有老年人才會罹患失智症，早發性失智症 (65 歲前開始出現症狀) 約佔了全部病例的 9%。有些研究也顯示，認知障礙與其他非傳染性疾病有相同的生活型態危險因子。這些危險因子包括了缺乏運動、肥胖、飲食不均衡、抽菸及飲酒過量、糖尿病及中年高血壓等；其他可能與失智症相關的可改變危險因子還有中年憂鬱、低教育程度、社會隔離及認知活動不足。此外，無法改變的遺傳因素也會增加罹患失智症的機率；還有證據顯示，在整體上，女性比男性更容易罹患失智症。
4. 失智症是導致全球老年人失能及生活無法獨立的主要原因，不但對病患本身，並對照顧者、家屬、社區及社會造成嚴重衝擊。

在非傳染性疾病所致之失能損失人年數 (the years lived with disability) 中，失智症佔了 11.9%。隨著全球人類平均壽命增加，此數據亦預估會隨之成長。

5. 失智症導致政府、社區、家庭及個人的經濟負擔，生產力亦蒙受損失。
 - 2015 年，失智症照護成本估計約為 8,180 億美元，相當於 1.1% 的全球國內生產毛額 (GDP)，約從在中、低收入國家失智症照護成本佔了

國內 GDP 的 0.2%，到高收入國家的 1.4%。預計到 2030 年時，全球失智症患者的照護成本將增加至 2 兆美元，如此龐大的負擔將危及全球社會經濟發展，醫療、社會服務，以及特別是長期照護體系的負擔。

- 醫療及社會照護成本高昂，加上收入減少、甚至頓失生計，使失智症患者及其家庭面臨嚴重的財務衝擊。在高收入國家，失智症相關成本是由非專業的家庭照護 (45%)及社會服務(40%)共同分擔；反之，在中、低收入國家，社會服務成本 (15%) 的比重與非專業家庭照護比較相形失色。由於預料未來失智症新增病例多數集中於中、低收入國家，這將更擴大國家及族群之間的不平等。
6. 目前，失智症在預防、治療及照護的需求與實際可得的服務之間存在巨大落差。失智症常得不到診斷的現象全球皆然，而且確診時通常已是病程晚期。失智症患者所獲得的長期照護（從確診至臨終），就算不是完全沒有，也常是片段的。其主因在於大眾缺乏對失智症的了解與認識，導致患者經常被污名化，妨礙疾病的診斷及照護。不論在社區或照護機構，失智症患者的人權經常受到忽略。此外，患者在醫療決策過程中總是常被排除在外，且個人意願與希望獲得的照護方式也經常不受尊重。
 7. 根據 WHO 及世界銀行預估，2030 年前全球將需新增四千萬份醫療及社會服務工作，增及加 1,800 萬名醫療照護人員，以提高與有效涵蓋大範圍的醫療服務需要；這些缺額主要是在資源匱乏的地區。為因應失智症問題，擴大兼具適當醫療與社會照護專業技能的人力，並提供介入措施及服務，才是失智症之預防、診斷、治療及照護的首要之務。

願景、目標及跨領域準則

願景

8. 全球行動計畫草案的願景在於打造一個能預防失智症的社會，並確保患者及其照顧者有良好的生活，獲得發揮患者潛能所必須的，有尊嚴、受尊重、能自主及具平等的照護與支持。

目標

9. 全球行動計畫草案對失智症所採取的公共衛生因應策略，目標在於改善失智症患者、照顧者及家屬之生活品質，降低失智症對患者、照顧者、家屬、社區和國家所帶來的衝擊。

跨領域準則

10. 全球行動計畫草案乃根據下列七項跨領域準則建立：
 - (a) 失智症患者的人權：所有相關政策、計畫、法規、方案、介入措施及行動皆應反映失智症患者之需求、期望及人權，並符合聯合國身心障礙者權利公約及其他國際或區域性之人權規範。
 - (b) 失智症患者及照顧者之賦權與參與：失智症患者、照顧者及代表機構應有權利參與失智症相關的倡議、政策、規劃、立法、服務提供、監督和研究。
 - (c) 降低罹患失智症之風險及失智症照護措施需以實證為基礎：根據科學實證及/或最佳方法，發展降低失智症風險、照護策略及介入措施，重點是必須以人為本，兼顧成本效益，能持久且可負擔，並將公共衛生準則及文化層面納入考量。
 - (d) 跨部會合作的失智症公共衛生因應策略：失智症之全面性與協調性因應策略需要所有相關人的共同合作，以改善失智症之預防、降低罹病風險、診斷、治療及照護。如此合作關係仰賴政府層級的所有相關部會參與，如醫療（包括結合現有非傳染性疾病、心理健康及預防老化等措施）、社會服務、教育、就業、司法及住宅等部會，同時也必須與公民社會及民間團體合作。
 - (e) 失智症之全面性健康及社會照護：失智症全面性健康照護方案的規劃與實施，必須包括保障財務風險，並確保所有失智症患者及照顧者可

以公平地取得廣泛的保健、預防、診斷及照護服務（包括安寧照護、復健及社會支持）。

- (f) 平等：所有因應失智症之公共衛生策略皆須堅守性別平等準則，注重性別差異，考量各國國情所特有的弱點，並遵循聯合國「2030 永續發展議程」。該議程正視弱勢族群維護自身權利的能力，包含身心障礙者、老年人及新移民在內。
- (g) 對失智症之預防、治療及照護給予適當的重視：達成此目標的步驟包括：運用現有知識及經驗，改善失智症之預防、降低罹病風險、照護與支持患者及照顧者；發掘新知以尋求改善及治癒病症之療法；發展有效降低風險的介入措施及創新照護模式。

給會員國、秘書處及國際、區域及各國夥伴之建議行動及目標

11. 為有效落實全球行動計畫草案對失智症之公共衛生因應策略，需要各會員國及秘書處，以及國際、區域、各國及各地方之合作夥伴等全體一致的行動。根據各國國情，這些合作夥伴包括但不限定於：
 - 發展機構：包括國際多邊機構(例如：OECD、聯合國發展機構及世界銀行)，區域機關團體(如區域開發銀行)，區域內之跨政府機關及多邊發展援助機構；
 - 學術與研究機構：包括 WHO 合作網絡中之心理健康、老化、身心障礙、人權及影響健康之社會決定因素等中心，及其他相關網絡；
 - 公民社會團體：包括失智症患者、照顧者、家屬及代表團體和其他相關組織；
 - 民間企業、健康保險及媒體。
12. 上述四組合作夥伴的角色經常交互重疊，會涵蓋橫跨行政、醫療及社會照護服務，以及促進瞭解與預防失智症的相關資訊、證據及研究的眾多行動。有鑑於此，根據各國情況評估不同合作夥伴之需求與能力，有助為釐清各相關團體之職責與行動。
13. 全球行動計畫草案係以全球能達成的成果來訂定目標，以期各國均可達成。各會員國可參酌國情，依據全球成果目標訂定其國家目標；此外，各會員國也可決定如何修正全球的成果目標，以符合各國之規畫、流程（含數據蒐集系統）、政策及策略。
14. 本全球行動計畫草案了解各會員國在推行這些行動領域措施時，將會面臨

特定挑戰；因此依據各會員國未來因國情調整之所需，提出廣泛的行動建議。

行動領域

15. 全球行動計畫包含七個行動領域，並以此構成基本架構：

- (1) 失智症為公共衛生之優先要務
- (2) 對失智症之認識及友善態度
- (3) 降低罹患失智症風險
- (4) 失智症的診斷、治療、照護及支持
- (5) 協助失智症照顧者
- (6) 失智症資訊系統
- (7) 失智症之研究與創新

行動領域一、失智症為公共衛生之優先任務

16. 鑒於失智症直接或間接影響的人口眾多，以及病症的複雜程度，失智症必須有包括政府全體、廣泛的、及各相關人士的公共衛生策略來因應。如此一來，才能從醫療及社會照護體系（政府及民間）與其他政府部會作出全面性的因應策略，並讓失智症患者、照顧者、其他相關人士及合作夥伴皆能參與。
17. 立論根據：透過全面的多部會途徑發展協調失智症照護之政策、立法、規劃、架構及整合方案，將有助各國因應國情提升大眾對失智症之認識，及滿足患者各種複雜的需求。此種作法才符合涵蓋全民健康原則及聯合國身心障礙者權利公約之準則。
18. 全球成果目標：到 2025 年，全球 75% 的國家將以單獨或與其他政策/計畫整合之型式，發展或更新國家失智症政策、策略、計畫或架構。

給會員國之行動建議

19. 不論是作為單獨的政策工具，或與非傳染性疾病、心理健康、老化、身心障礙及其他類似議題之行動計畫整合，各會員國應發展、強化及實施國家及/或地區之失智症相關策略、政策、計劃或架構。這些工作應顧及失智症患者之平等、自尊及人權，考量照顧者所需之支持，並諮詢患者及相關人士之意見。

20. 會員國應建立機制監督保障失智症患者之人權、意願和選擇，落實相關法規，遵循聯合國身心障礙者權利公約之目標及其他相關國際或區域人權規範。這些機制包括了維護失智症患者之法定行為能力、自我決定、協助決策 (supported decision-making) 與授權委託他人之權利，保護患者在機構或社區內不受剝削或虐待。
21. 設立一個負責失智症相關議題的專責單位或功能部門，或於衛生福利部 (或同等機關) 內負責非傳染性疾病、心理健康及老化之單位中建立一個協調機制，以確保有穩定的經費，策略規劃及實施之權責劃分清楚，並建立失智症的多部會合作、服務評估、監督與報告機制。
22. 對於執行國家失智症計畫與行動所需之人力及其他資源，分配適當與穩定的財政資源；會設立機制追蹤失智症在醫療、社會與其他相關領域(如教育及就業)等的支出。

行動領域二：增進大眾對失智症之認識及友善態度

29. 對失智症一般的迷思，是將之視為老化過程中自然且無可避免的結果，而非一種疾病，因此而妨礙了疾病的診斷及照護。大眾對失智症缺乏認識也造成對失智症的莫名恐懼，讓患者背負污名或備受歧視。此外，不論在社區或照護機構，失智症患者的人權也經常被漠視。
30. 認識失智症的教育課程應包括幫助大眾正確瞭解失智症、將失智症及其各種亞型視為臨床疾病、消弭對失智症之污名化與歧視、教育大眾正視失智症患者之人權及認識聯合國身心障礙者權利公約、加強民眾辨識失智症初期病徵與跡象的能力，增進大眾對失智症相關危險因子之知識；從而促進大眾的健康生活型態，減少罹患疾病的危險行為。
31. 失智症友善社會必須具備包容性與便利性的社區環境，並於社區環境中能提供所有人最佳的醫療服務、社會參與機會以及社會保障，以確保失智症患者、照顧者及家屬之生活品質與尊嚴。各失智症友善的倡議運動包括以下共同的關鍵層面：維護失智症患者之權益，避免失智症蒙受污名，鼓勵失智症患者之社會參與，為患者之照顧者及家庭提供協助。「失智症友善社會」的概念與「高齡友善社會」密切相關，兩種倡議皆應考量事實上獨居老人的數量很龐大，且有時會相當孤立。
32. 唯有針對文化背景及各社區特定需求來規劃的「認識失智症」與「失智症友善」運動，才能有助於提升針對失智症患者意願與選擇所設定的醫療及社會

照護成果，並改善患者、照顧者和整體社區之生活品質。

33. **立論根據**：提昇公眾意識，增進失智症之社會接受度及認識，建立對失智症友善之社會環境，可讓失智症患者參與社區活動；並由其社會參與的增加，充分體現失智症患者的自主。
34. **全球成果目標 2.1**：到 2025 年，全球各個國家將至少有一項有效且針對提升公眾失智症意識的社會運動，以建立接納失智症的社會。
35. **全球成果目標 2.2**：到 2025 年，全球 50% 的國家將至少有一項失智症友善倡議，以建立接納失智症的社會。

給會員國之行動建議

36. 應與失智症患者、照顧者、失智症相關機構、媒體及相關人士合作，舉辦具有社區與文化特色之國家及地方之公共衛生與認識失智症運動。此合作行動將有助於一般社會大眾正確瞭解失智症、減少污名化、破除迷思、推動早期診斷，以及強調因應措施必須符合性別與文化差異的必要性、正視患者之人權與尊重其自主。
37. 應支持改善現今社會和居住環境，包括提供福利設施、商品與服務等，以打造具包容性、對高齡及失智者友善的社會，提升對失智症患者之尊重與接受，以滿足患者及照顧者需求，讓他們能夠參與、融入社會活動，並保障其安全。
38. 應視國情並依據失智症患者與照顧者經驗規劃失智症方案，提升社區與公、私部門對失智症的友善態度。應針對不同的社群及相關團體，其中包括、但不限於：學校師生、警察、救護人員、消防人員、交通、財務及其他公共服務提供者、教育及宗教組織和志工。

行動領域三：降低罹患失智症風險

46. 有越來越多的證據顯示，失智症與非傳染性疾病及生活型態危險因子之間有所關聯，這些危險因子包括缺乏運動、肥胖、飲食不均、抽菸及飲酒過量、糖尿病及中年高血壓等。此外，其他與失智症較相關的潛在可改變危險因子包括社會隔離、教育程度低、認知活動不足及中年憂鬱。從兒時開始，終生降低這些潛在可改變危險因子的暴露，可強化個人及族群的能力，作更健康的選擇及採取有益健康的生活型態。
47. 現已漸有共識，認為以下措施有保護效果，可降低認知功能退化與罹患失智症，這些包括：增加運動、避免過重與減重、均衡與健康的飲食、戒菸、避

免飲酒過量、社會參與以及推廣認知刺激活動及學習、中年時期的糖尿病與高血壓，及憂鬱症的預防與治療。

48. **立論根據**：藉由增進醫療及社會照護專業人員之能力，為大眾提供多部門、有實證基礎、考量性別及文化差異的介入措施，以教育大眾主動處理失智症與其他非傳染疾病所共有的可改變危險因子，便可降低失智症病發風險或延緩病情進展。
49. **全球成果目標**：《2013-2020 年非傳染性疾病預防及控制全球行動計畫》中所定義之相關全球目標，及未來為降低風險所修訂之新版本報告中所列的目標。

給會員國之行動建議

50. 將失智症與降低非傳染性疾病風險之計畫、政策與運動結合，在各相關領域提倡運動及均衡健康的飲食習慣。具體的行動包括：肥胖者之體重管理、戒菸、避免飲酒過量、接受正規教育及認知刺激活動，以及終生的社會參與，並符合失智症預防及照護均衡發展的原則。
51. 發展、提供及推動有實證基礎，考量年齡、性別、身心障礙情況及文化背景之介入措施，並將之對醫療專業人員提供訓練，特別是基層醫療照護體系人員。這可提昇相關工作者之知識與實務能力；並在提供民眾降低罹病風險之諮詢時，主動處理失智症可改變因子之處理。依據最新科學證據，定期更新介入措施之資訊。

行動領域四：失智症之診斷、治療、照護與支持

55. 失智症通常伴有複雜的照護需求，且後期患者依賴程度高、罹病率亦高，需要各種醫療和社會照護，包括長期照護服務。失智症患者如果患有其他疾病亦較少被診斷出來、且較難獲得所需的照護與支持。然而，這些疾病若未妥善治療，會加速患者健康的惡化。失智症患者所需服務包括：疾病篩檢、診斷、治療（包括藥物與心理治療）、復健、安寧與臨終照護，以及其他方面的協助，例如家事處理、交通與飲食，與安排規律且有意義之日常活動等。
56. 輔助失智症患者，讓他們有能力在社區中生活，且獲得符合其意願及選擇之照護。為確保失智症患者能夠維持一定程度的功能，能符合其基本權利、基本自由和人格尊嚴，失智症患者需要有全面整合、以人為本、容易取得且可負擔的醫療與社會照護服務，包括長期照護。長期照護涵蓋了各方面活動，

可能由醫療、社會、安寧照護服務，或其他失智症友善環境所提供。安寧照護是失智症患者從確診、臨終、到家屬及照護者哀慟這連續性照護的核心要素。安寧照護為失智症患者和照顧者提供生理、社會心理與心靈方面的支持，包括協助預立醫療自主計畫 (Advance Care Planning)。

57. 行動計畫草案提出了幾項重要原則，以建構與發展醫療和社會照護服務，包括失智症的長期照護體系。從確診至臨終的過程中為患者提供連續性的醫療照護包括了：及早診斷；將失智症治療和照護服務整合到基層醫療照護體系；協調連續性的醫療和社會照護服務，這包括協調不同照護服務提供者與各層級照護體系所提供的長期照護服務、不同專業領域的合作、及受薪與無薪照顧者之間的積極配合。在人道危機時及之後復原期的因應計劃，須確保失智症患者可容易取得個人所需的支持，和來自社區的社會心理支持。
58. 上述的介入措施需仰賴訓練有素與勝任的醫療照護人員。在失智症患者發病至生命末期的連續過程中，不同照護者、多重照護部門和不同層級的照護體系、以及受薪與無薪照顧者之間的積極配合，都是至關重要。失智症患者的生活環境，從失智症患者的住家、社區、生活輔助設施、護理之家、到醫院和安寧病房，均須提供整合性、具實證基礎，且以人為本的照護服務。失智症患者複雜的照護需求，常是醫療人員和服務提供者在照護技巧和能力的挑戰。
59. **立論根據**：要滿足失智症患者需求和選擇，並尊重其從確診至臨終過程中的自主性，必須提供整合的、以人為本、符合不同文化、以社區為基礎的醫療照護、社會心理照護、長期照護與支持，並在適當時候採納家屬與照顧者的意見。
60. **全球成果目標**：到 2025 年，全球至少有 50%的國家，在估計罹患失智症的人口中最少有 50%獲得確診。

給會員國之行動建議

61. 醫療與社會照護體系(包括長期照護)內發展有效率、彼此協調的照護流程，以便在需要時為失智症患者提供整合性、以人為本的照護服務。這樣的照護流程應提供整合了多種服務的高品質照護和管理，包括基層醫療照護、居家照護、長期照護、專科醫療照護、復健與安寧照護、家務協助、飲食與交通服務、其他社會福利服務和安排有意義的活動，使之成為無縫接軌的完整照護，以加強失智症患者的能力與行動功能。
62. 培訓一般與專科醫療人員的知識及技能，以提供失智症患者具實證基礎、符

合文化且人權導向的醫療和社會照護服務，及長期照護服務。(相關機制包括於醫學生與畢業後訓練、醫事人員訓練、和所有醫療與社會照護人員之繼續教育課程中，培訓失智症診斷、治療和照顧的核心能力，並與相關人士如主管機關合作。) 為醫療人員在職訓練提撥專款與資源，或將相關預算與資源納入特定計畫中。

63. 透過以下方式改善臨終照顧品質：瞭解晚期失智症是需要安寧照護的；提升對失智症患者預立醫療自主計畫的認識，為患者臨終意願留下紀錄；採用經過驗證之臨終照護方式，確保失智症患者的價值觀及選擇受到尊重，且在患者所選擇的地方接受照護；並為醫療及安寧照護人員提供相關訓練。
64. 有系統地將照護地點從醫院移向社區，健力以社區為基礎、整合醫療和社會照護體系的多專業網絡，並提供高品質照護服務及具實證基礎的介入措施。
65. 使各種以人為本、考量性別差異、符合文化且能回應患者需要的照護服務更為普及，包括諮詢當地之非政府組織和相關人士，提供相關資訊與增加患者的能力，讓失智症患者對所獲得的照護作知情選擇與決定。在失智症患者從開始發病到生命末期的過程中尊重其權利與選擇，並促進失智症患者與家屬、照顧者和服務提供者彼此積極合作。

行動領域五：為失智症照顧者提供支持

72. 照顧者的定義取決於其與失智症患者之關係，及參與照護的程度。許多失智症照顧者是患者家人或其他親屬，然而好友、鄰居、受薪人員或志工亦可能扮演照顧者的角色。照顧者為失智症患者提供實質的照護和支持，或在協調其他照護者時扮演重要角色。照顧者通常對失智症患者非常熟悉，能了解患者與掌握患者相關的資訊，這些都是在發展個人化、以需求為基礎的治療與照護時非常重要的。因此，依據失智症患者意願及需求作規劃與提供照護時，照顧者應被視作不可或缺的重要夥伴。
73. 值得注意的是，照顧失智症患者可能會影響照顧者身心健康、福祉與人際關係。醫療體系須同時考量失智症患者仰賴他人必要協助、以及這種依賴可能為照顧者和家人帶來的衝擊，包括財務方面的影響。照顧者應獲得符合其需求的支援及服務，方能有效因應擔任照顧者所需的生理、心理與社會需求。
74. **立論根據**：建立並落實多部門照護與對照顧者的支援和服務，除了可以滿足其需求，並可避免損及照顧者的身體、心理和社會健康。
75. **全球成果目標**：到 2025 年，全球 75% 的國家有為失智症患者之家屬及照

顧者提供支持和訓練計劃。

給會員國之行動建議

76. 為照顧者提供便於取得、具實證基礎之資訊、訓練計畫、喘息服務和其他符合其需求的資源，以增進照顧者知識及照護技能，例如如何因應失智症患者的行為問題、讓失智症患者能夠在社區中生活，以及預防照顧者出現壓力與健康問題。
77. 訓練醫療與社會照護人員，以發現及減少照顧者之壓力與耗竭。
78. 發展和加強對照顧者之保護，例如提供社會與身心障礙福利、訂立反歧視政策和法規（如就業歧視），以及為其提供照顧者角色以外的各種協助。
79. 讓照顧者參與失智症患者照護之規劃，並注重患者及其家屬的意願和選擇。

行動領域六：失智症資訊系統

84. 針對全國人口定期進行系統化監測，追蹤失智症核心指標，以提供必須的數據作為改善照護服務和評量全國性失智症政策實施成效的參考。藉由建構和/或強化失智症資訊系統，可改善失智症患者、照顧者及家屬長期的功能。然而，為共享失智症患者在醫療與社會照護體系中的所有醫療和管理資料，即使在尊重現有規範框架的前提下，仍需對資料的定期蒐集、記錄、連結和分類帶來重大改變。
85. **立論根據**：有系統地監測與評估醫療與社會照護體系的使用狀況，能為政策的擬定與服務的提供最佳實證。同時，從罹病至臨終的失智病程中，降低罹病風險可提供失智症患者更佳預防措施，及方便與協調的服務。
86. **全球成果目標**：到 2025 年，全球 50% 的國家透過全國性健康和社會資訊系統，每兩年定期蒐集失智症核心指標之數據。

給會員國之行動建議

87. 視需要發展、實施並改善全國性監測與管制系統，包括將資料登錄整合在現有健康資訊系統中，以獲得高品質、多部門的失智症數據。使醫療與社會照護之資料更容易取得，並蒐集全國與地區可用的服務與資源，從降低失智症罹病風險至臨終過程中，提供更佳與普及的服務。
88. 修訂或制定量測、蒐集和分享失智症醫療和社會照護資料的輔助性政策或法規，將相關資料整合在全國性健康醫療資訊系統，以促進失智症資料的常規

性報告。

89. 蒐集與使用國家內的失智症流行病學、照護和相關資源之必要數據，以落實相關政策與計畫。
92. 透過失智症全球觀察團，為會員國在監控全球、區域和國家目標所需的資料蒐集和提供上給予技術支援。

行動領域七：失智症之研究與創新發展

95. 要減少失智症發病率和改善失智症患者生活，失智症研究與創新、以及將成果應用在日常實務中都同等重要。失智症研究和創新不但要有經費和適當的設備，還要有協助招募失智症患者、其家屬及照顧者參與研究的良好機制。由於成功率較低、研發時間較長，且難以招募到足夠的受試者，導致失智症治療的研發成本高於其他醫療領域，亦使投資人對失智症之研究卻步。除了要研究治癒失智症之方法，亦需要有失智症之預防、降低風險、診斷、治療與照護，以及社會科學、公共衛生及應用研究等學科之研究。
96. 會員國和相關人士間之合作，特別是南-北、南-南半球和彼此間的三角合作，以落實全球失智症研究議題，將能有效促進全球改善失智症之預防、診斷、治療和患者的照護。
97. 重視運用創新醫療科技，以改善失智症預防、降低風險、及早診斷、治療、照護與支持。這些創新旨在提昇知識、技能與因應機制，以協助失智症患者與照顧者之日常生活，同時以具實證基礎、考量年齡、性別與文化差異之方法來滿足患者及照顧者的特定需求。
98. **立論根據**：成功執行符合優先研究項目及具社會與科技創新的研究，能有效促進失智症之預防、診斷、治療和照護等之進展。
99. **全球成果目標**：自 2017 年至 2025 年間，全球失智症研究產出增加一倍。

給會員國之行動建議

100. 與學術及研究機構合作，從研究之設計、執行到監測，讓失智症之預防、診斷、治療與患者照護之全國性研究議題得以實現；此舉可為獨立研究計畫，亦可納入其他尋找實證以輔助政策或實務之研究計畫中。藉由擴大包括失智症患者在內相關人士的參與，以強化學術合作機構對失智症之國家重點研究項目之研究能力。相關步驟包括：改善失智症及相關研究領域之基礎建設、提昇研究人員進行高品質研究之能力、及建立失智症卓越研究中心。

101. 增加對失智症研究及創新醫療科技的投資，與改善研究管理，作為國家因應失智症之必要措施。尤其是提撥預算推廣下列計劃：支持國內與國際之研究合作、推動研究數據之公開與共享使用、研究如何將既有失智症知識轉化為行動，以及支持研究人力的留任。
102. 促進在設計與評估方面的科技創新，以因應失智症患者、照顧者或可能罹患失智症的高危險族群之生理、心理和社會需求。相關創新包括但不限於診斷、疾病監測與評估、輔助科技、藥物及新的照護模式、或預測/模式建立技術。
103. 根據國家研究倫理之要求，為失智症患者及照顧者提供公平的機會，可以參與切身相關之臨床和社會研究中。