

失智症與台灣高齡社會的探討

洪慈穗^{1*}、洪敏元²

¹中華醫事科技大學 運動健康與休閒系

²中華醫事科技大學 護理系

摘要

失智症是一種因大腦功能退化而引起的智能障礙疾病，在台灣 65 歲以上的老人每 12 人就有一位失智症，80 歲以上的老人每 5 位就有一位失智症，目前已有許多研究顯示年齡老化與失智症有相當程度的關聯。阿茲海默症是失智症裡最常見的一種，會造成記憶力與認知功能缺損，也會隨時間惡化，其危險因子有年齡、家族病史與基因遺傳、心臟或血管受損以及頭部創傷等。目前雖有治療藥物，但只能減輕症狀，無法根治。雖然失智症尚無法被治癒，但藥物和非藥物治療可緩解認知與行為症狀。建議加強頭腦與身體的活動，每日保持適量的運動，體重也應保持在正常範圍內。積極處理身體的大小疾病，例如糖尿病、高血壓、高膽固醇。保持頭腦清晰，培養新的嗜好，以及保持社交的活躍度或有助益。

關鍵詞：失智、阿茲海默、高齡社會、認知功能缺損。

*通訊作者：洪慈穗 Email: work2020@ms.hwai.edu.tw

中華醫事科技大學運動健康與休閒系助理教授

A Simple Exploration on Dementia in the Aged Society of Taiwan

Tzu-Sui Hung¹、Min-Yuan Hung²

¹Department of Sports, Health and Leisure, Chung-Hwa University of Medical
Technology, Tainan, Taiwan

²Department of Nursing, Chung-Hwa University of Medical Technology, Tainan,
Taiwan

ABSTRACT

Dementia is an intellectual disability disease attributing to brain functions decline. In Taiwan, one in 12 elderly people aged 65 and older have dementia, currently there are many studies on the relationship between ageing and dementia. Alzheimer's disease (AD) is the most common type for the diagnosis of dementia, which is a neurodegenerative disorder, and the most common type in an aging and aged society. It is an abnormal aging phenomenon, and usually leads to memory loss and cognitive declines. There are many risk factors including age, family history, genetic and environmental problems, cardiovascular diseases and head injury. Although there are medications for AD, it can only temporarily improve the symptoms, without being able to provide a thorough cure. There is no known cure for dementia and AD, however adopting both medication and non-medication treatments may improve cognitive symptoms. To strengthen mind and body, engaging with daily physical activity, maintaining healthy body weights, managing health problems such as diabetes, high blood pressure and high cholesterol, and staying mentally alert by reading and learning new hobbies, as well as involving socially are suggested.

Key words: dementia, Alzheimer's disease (AD), aged society, cognitive impairment

前言

台灣行政院經濟建設委員會[經建會]在 2013 年提出「全球人口老化之現況與趨勢」報告，分析比較全球人口老化之狀況，歸納出歐洲與亞洲地區國家的老化人口比例。在 1960 年，65 歲以上老年人口所占比率最高的地區在歐洲大陸，前 30 名國家裡只有一名在亞洲地區（喬治亞：位於西亞，為跨洲國家），而其餘有 24 名均為歐洲國家。台灣與新加坡則列於老化人口比率最低的 14 國之內。然而到了 2010 年，日本成為全球老年人口所占比率最高之國家，同時台灣、韓國及新加坡的人口老化程度也大幅提高（經建會人力規劃處，2013）。聯合國在「2012 年世界人口展望」報告中針對全球 158 個國家的資料調查中表示，到了 2060 年，全球老化程度最高之地區轉為亞洲（圖 1），老化人口比率最高的國家將會是卡達，而台灣也被預計將高居第 2 位，遠超過韓國、日本及新加坡（United Nations, 2013; 經建會，2013; 國際失智症協會，2019）。國際上定義 65 歲以上老年人口占總人口比率，若超過 14% 為「高齡社會 (aged society)」，超過 20% 為「超高齡社會 (super-aged society)」。台灣目前已於 2018 年邁入高齡社會，預計將在 2026 年邁入超高齡社會（國際失智症協會，2019）。老年人口的比例是衡量一個國家社會的重要發展指標，人口結構的老化對於經濟教育、產業發展及醫療體系會造成相當程度的影響。

世界衛生組織 (World Health Organization; WHO) 於 2012 年的「失智症--公共衛生優先議題」報告中指出，全球平均每 3 秒就新增 1 名失智症患者，因此世衛組織要求各國將失智症列為優先的公共衛生議題。世衛組織並指出，東亞地區 60 歲以上老年人口失智症盛行率為 4.98%。當時台灣衛生福利部 [衛福部] 已於 2011 年委託台灣失智症協會進行一個關於失智症流行病學的市場調查，並發現在台灣的高齡人口中，失智症盛行率在 80-84 歲年齡層裡為 11.6%，85-89 歲為 20.31%，而 90 歲以上盛行率則高達 34.08% (衛福部，2013)。內政部也在 2018 年 12 月底人口統計資料中提出，台灣 65 歲以上的老人共約 380 萬人口，其中輕度認知障礙者 (mild cognitive impairment; MCI) 約 68 萬 4000 人 (18.06%)；失智症者約 29 萬人 (7.71%)，即 65 歲以上的老人約每 12 人就有一位失智症，而 80 歲以上的老人則約 5 位就有一位失智症 (社團法人台灣失智症協會，2021)。國際失智症協會也在 2019 年的《全球失智症報告》中指出，全球約有超過 5 千萬名失智者，估計到 2050 年將有 1 億 5 千萬人為失智症。台灣於 2019 年底已有超過 29 萬人口為失智，並預算未來平均每年將多增加 1 萬人 (以平均每天增加近 30 人，約每 48 分鐘增加 1 位失智者的速度進行)，而 40 年後 (西元 2061 年) 將可能突破 88 萬人 (圖 2; 台灣失智症協會，2017; 衛福部，2018)。此不僅為台灣高齡社會的現象，更是全球一同面對的一項重大公共衛生與醫療議題。

壹、失智症的定義

失智症 (dementia) 是一種因各種先天與後天因素而引起的大腦退化性智能障礙現象。一般來說失智症的診斷需具備至少三種不同的大腦認知功能受損，如語言能力、記憶力、視覺立體結構能力；以及各種較高的認知功能退化，如抽象思考能力、計算能力、注意力、判斷及執行力等，且有個性改變、妄想或幻覺等症狀 (台灣失智症協會, 2021)。最常見的失智症依序為阿茲海默症 (Alzheimer's disease; AD)、血管性失智症 (Vascular dementia)、路易體失智症 (Dementia with Lewy Bodies; DLB)，以及額顳葉失智症 (Frontotemporal dementia; FTD) (Alzheimer's Association, 2021)。阿茲海默症 (AD) 是一種大腦退化性疾病，1906 年由德國 Alois Alzheimer 醫師發現，因此以其名為命名。此為高齡社會中常見的一種非自然老化疾病，會造成記憶力與認知功能缺損。美國阿茲海默症協會 (Alzheimer's Association) 在 2021 年提出的報告「阿茲海默症的事實和數字」中指出 2021 年美國的阿茲海默症及其他類型認知症罹病人口估計為 620 萬人，遠比 2020 年增加了 40 萬人，其中超過 70% 為年齡高於 75 歲之高齡人口。目前阿茲海默症在美國是前 6 大死因之一，但更近期的估測是此疾病可能已位居美國第 4 大死因，緊接在心臟疾病，癌症與 COVID-19 之後 (Bosman J, 2021; Haque & Levey, 2019; National Institutes of Health, 2021)。

大腦的額葉 (Frontal lobe) 與基底核 (Basal ganglia) 內的腦神經細胞，在成年後每隔 10 年會萎縮減少約 2%，而掌管腦部長短期記憶與空間定位的海馬迴 (Hippocampus) 每年也都會萎縮減少大約 1%。在阿茲海默症的患者中，海馬迴也是最先受到損傷的部位，且其萎縮程度比額葉退化的更快 (Gattman & Seleski, 1999; National Institutes of Health, 2021)。人體的腦神經細胞在正常狀態下是規則的排序，但是阿茲海默症的腦神經細胞排序則是極度紊亂。病人腦內的濤蛋白 (Tau protein) 不正常堆積而產生神經纖維結，也有 β 澱粉樣蛋白 (Beta-amyloid) 堆積形成老年斑塊，此兩者佔據在腦部海馬迴，引起神經細胞死亡、腦組織萎縮，腦部血流量因而減少，同時也使乙醯基轉換酶 (N-acetyltransferase) 減少，此為神經傳導物質乙醯膽鹼 (acetylcholine; Ach) 的前趨物質，當人體乙醯膽鹼不足時，極易造成學習力與記憶力缺失等症狀 (Haque & Levey, 2019; Mayo Clinic, 2021)。

貳、診斷與症狀

台灣衛生福利部於 2017 年出版的《失智症診療手冊》中說明，失智症的診斷可以分為以下幾個階段。前驅期：從認知能力正常到失常之間存在一個灰色地帶，即輕度認知障礙 (MCI)，可能是失智的前驅期，有大約 1/3 左右的人可能在

5 年內發展成失智者。特徵為開始出現輕度的認知障礙，如容易忘記最近發生的事情、思緒或說話中斷、忘記既定安排的事項，也會在處理較複雜的問題上出現困難，若認知功能持續惡化則會進入早期的失智症。早期：約持續 2-10 年。病人開始出現傾向於獨立生活、對環境表現冷漠不關心、社交及工作出現困難，或有認知以外的精神症狀（如人格改變、易怒等），學習力、記憶力減退、常常無法輕易判斷事情的處理。中期：大約可持續 2-10 年。判斷力、計算力、定向感減退，因此出現近期記憶力嚴重喪失、健忘、走失。另外還可能發展成失語症，且無法維持正常的衛生習慣。晚期：約持續 2-8 年。在生理、運動、認知方面出現嚴重的退化情形，患者智能完全受損、定向感喪失、肢體僵硬屈曲、有抓握與吸的原始反射，因此常導致吸入性肺炎而死亡。末期：由診斷發生至死亡約達 2-10 年。若能早期診斷則可能維持良好狀況，但若是在晚期才診斷確定，病人的預後效果不佳，壽命常侷限在 1-2 年之內（白明奇，2009；國家衛生研究院論壇，2019；衛生福利部，2017）。

同樣在《失智症診療手冊》(2017) 中也提出，失智症患者可能會產生的症狀有下列幾項：1. 各種認知功能的退化-- 到末期認知功能會完全喪失，包括記憶與學習新資訊的功能。患者的空間感、方向感、語言表達、理解力、計算能力、抽象思考判斷能力等皆下降。患者的情緒控制不佳，到晚期行為表現退化如幼兒，生活起居需要被照料。2. 喪失以下幾種功能-- 1) 了解語言的功能，即「失語症（aphasia）」，2) 執行運動與複雜動作的能力缺損，包括肌肉的協調，如洗澡或穿衣，即「失用症（apraxia）」，3) 認識與分辨物品的能力缺損，為「失認症（agnosia）」，4) 失去計劃、組織、執行平常活動的能力，如規劃路線出門購物（衛福部，2017）。

美國紐約大學醫學院西爾伯斯坦（Silberstein）老化與失智症研究中心臨床主任 Barry Reisberg 將阿茲海默症的認知退化發展分為七個階段，稱為「阿茲海默症患者大腦退化的 7 個階段」，並使用「整體退化量表」（Global Deterioration Scale; GDS）針對每個階段分出更詳細的描述。「GDS 階段一」為正常階段。「GDS 階段二」為正常老化階段，此時出現的現象是一般認為在正常的老化過程中常出現的。「GDS 階段三」為早期阿茲海默症，尚未失去獨立生活的功能，但個案可能會出現明顯定向感的問題。「GDS 階段四」為輕度阿茲海默症。「GDS 階段五」為中度阿茲海默症。「GDS 階段六」為中重度阿茲海默症。「GDS 階段七」為重度阿茲海默症。此階段的患者完全失去對時間軸事件的概念、記不得任何人事物名稱、無法計數，同時自發性語言更少，末期時幾乎失去所有語言能力。此時患者的大腦海馬迴部位有嚴重萎縮的情形（Barry Reisberg, 2012; National Institutes of Health, 2021; 國家衛生研究院論壇，2019）。

參、失智症的其他分類與徵兆

除了阿茲海默為最普遍的失智症病症之外，血管性失智也是另一種常見的失智症。其發生原因是由於腦中風或慢性腦血管病變，造成腦部血液循環不良，導致腦細胞死亡而成智力減退。而其他原因引起之失智症多為可逆，因此若能找出根本原因並對症治療，即有機會獲得緩解（衛福部，2014，2021）。以下列舉出幾項有關的病因。

與藥相關的失智症例如：1.長期使用鎮定劑例如 Valium。2.長期使用治療帕金森氏病 (Parkinson's Disease) 的藥物如 Levo-dopa。3.長期使用降血壓的藥物如 Propanolol。另有酗酒（酒精中毒）誘發之持續性失智症狀、長期營養缺乏性失智症，如缺乏維他命 B12、葉酸等營養素（營養不足會使血管壁變脆弱，進而導致小洞性腦梗塞和腦溢血）；與腦部腫瘤、常壓性水腦症、腦部創傷相關的失智症，以及由於新陳代謝異常或是中樞神經系統感染所引發的失智症（台灣失智症協會，2021；米山公啟，2011；新開省二，2020）。

失智症的徵兆有以下幾種為最常見：記憶減退、無法勝任原本熟悉的事務、言語表達問題、喪失對時間空間的概念（常常導致患者迷路）、判斷力變差與警覺性降低、抽象思考出現困難（對言談中抽象意涵無法理解，而有錯誤反應，例如日常生活中對於操作電器如微波爐、遙控器、提款機感到困惑）、東西擺放錯亂、行為與情緒出現改變、個性改變、活動力喪失（台北市政府失智症服務網，2021；吳玲娟，2007；洪敏元，2019）。

肆、治療

治療失智症的藥物有以下幾種：Tacrine (Cognex)、Donepezil (Aricept)、Rivastigmine (Exelon)，以及 Galantamine。Tacrine 是 1993 年美國藥品局通過的第一種治療藥，雖無法治癒失智症，也無法防止失智症的病情加劇，但可以改善患者的思考能力，然而 2013 年後美國停止使用此款藥物，因為發現使用上產生許多副作用 (Mayo Clinic, 2021)。Donepezil 在 1996 准許使用，許多臨床實驗發現 Donepezil 對於阿茲海默的患者，認知功能可達相當程度的改善，並且其日常活動度能力也有相對改善，目前台灣衛生署准予使用 (Geldmacher DS, 2004)。Rivastigmine 已於 2000 年通過美國及台灣衛生署的核准，可以改善失智與阿茲海默患者的認知、記憶與思考能力 (MedlinePlus Drug Information, 2021)。Galantamine 也被使用來治療改善阿茲海默患者的思考與記憶能力 (MedlinePlus Drug Information, 2021)。

另有一些輔助性療法雖為建議使用，但並無確實研究顯示可達到顯著的效果。例如社會心理療法、使用雌激素治療以及補充一些抗氧化物營養品、單胺氨基酸補

充品、銀杏萃取物、維他命 B12 與維他命 E 等保健食品來強化患者的營養 (Weill Cornell Medicine, 2021; 衛福部, 2021)。運動、音樂與藝術療法、懷舊治療 (reminiscence therapy) 與現實定向感治療 (reality orientation therapy, ROT) 也都能幫助失智症病人達到精神上的安定與減緩問題行為 (國際失智症協會, 2019; 柯佳緣, 2022)。美國紐約威爾康奈爾醫學機構 (Weill Cornell Medicine) 在 2021 年 11 月發表的一篇研究中指出, 使用雌激素治療阿茲海默患者, 可能可以降低大腦萎縮的程度, 但現今只為觀察性研究, 尚未有足夠臨床實驗可用來證實雌激素確實可有效治療失智 (Weill Cornell Medicine, 2021)。

伍、相關政策

在關於高齡與失智領域上政府推動的相關政策中, 1998 年行政院衛生署發布的「加強老人安養服務方案」與「老人長期照護三年計畫」, 到 2007 年與 2016 年推動的兩階段「長期照護十年計畫」與「長期十年計畫 2.0」, 都針對台灣人口高齡化 (與失智失能) 的現象不斷演進。衛生福利部 2020 年出版的《失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0》中亦提及台灣已是全球第 13 個具有國家級失智政策的國家, 因衛福部於 2013 年即與相關部會 (警消、教育、衛政等) 以及民間單位共同整合並擬出失智症照護發展方向, 做為衛生福利整合計畫與施政指導原則。衛福部在 2014-2016 年啟動的《失智症防治照護政策綱領暨行動方案》中, 在提升全民對失智防治與照護上的認知、建立更完善的社區照護網絡、強化基層醫療照護服務、建立政府與民間跨部門合作並辦理老人健康促進活動, 與鼓勵失智症相關國際合作研究方面上均有成效 (衛福部, 2020)。「長照十年計畫 2.0」裡除了失智患者, 也將 65 歲以上失能老人、55 歲以上失能原住民、50 歲以上失智者、失能身心障礙者、獨居老人或衰弱老人一併納入服務對象, 並同時提高失智照護的預算 (衛福部, 2017)。

「長照計畫 2.0」關於失智照護政策中的執行策略有以下: 1. 以社區為基礎, 設置「失智社區服務據點」及「失智共同照護中心」, 而截至 2020 年止, 失智社區服務據點已設立 494 處, 而失智共同照護中心則有 95 處。「失智共同照護中心」可協助家屬及照顧者在照護患者不同階段時的需求, 並媒合或轉介相關醫療資源與機構, 提供患者照護服務, 並推動失智友善安全社區環境等。2. 鼓勵政府與民間單位合作, 建立日間照顧中心與團體家屋, 截至 2020 年已有 434 處日間照顧中心與 15 間團體家屋的設立。3. 協助老人福利機構、護理之家與榮民之家等機構設立失智專區。4. 建立失智照顧者支持網絡如「失智症關懷專線」, 與「1966 長照服務專線」等。5. 在全國 22 縣市推動失智友善社區及失智症預防推廣, 辦理全國性宣導活動 (衛福部, 2020)。

陸、照護需求

在失智者的照護需求方面，對於不同階段的失智患者，家屬與朋友應多瞭解如何對待與相處。對於輕度失智者，由於患者仍有自理能力，因此應當多給予其訓練記憶與習慣的機會，如讓患者自行穿衣吃飯，家人陪同定期到醫院門診就醫，藉由藥物減緩病況的惡化，因此階段為治療及減緩病情惡化的最佳時期。在中度失智患者的階段，患者對於周遭事物的感受能力嚴重衰退，無法完整表達自己的想法與他人溝通，只能使用單字或片語，同時患者的走路步態、肢體移動、吞嚥等基本功能也會大幅退化，此階段建議家屬或照顧者長時間看顧（台北市政府失智症服務網，2021；米山公啟，2011；巫瑩慧、湯麗玉、陳達夫，2008）。

失智症患者的照護需求因涉及智能退化、個性改變及異常精神行為，對於家屬及照護者來說是相當大的心理及精神負擔，因此若家屬及照護者可以多詳細了解政府與民間機構提供的照護資源，對患者及照護者都有助益（李玉嬋、上原智子，2018）。「衛生福利部長照 2.0 專區--專線 1966」即提供查詢各縣市之社會福利資源供需要者使用，可針對個案諮詢交通、經濟負擔與就醫等情況（衛福部，2017）。

在生活照護方面，「中華民國老人福利推動聯盟」推動「愛的手鍊」，針對 18 歲以上有走失危險的身心障礙者與失智症長者為協助對象，結合社區力量，透過手鍊上的服務專線幫助迷失者找到回家的路（中華民國老人福利推動聯盟，2021；吳玲娟，2007）。同樣針對失智患者走失的問題，警政署也提供了「指紋捺印」服務，失智者的家屬或監護人需先至各縣市的警察局提出指紋捺印的申請並完成手續後，當患者走失時，警察機關即可協助其找到回家的路（內政部警政署刑事警察局全球資訊網，2021；邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲，2007）。同時也建議家屬及照護者在失智者的衣物縫上名牌，標記姓名、地址、電話與緊急聯絡人，或讓其隨身攜帶有 GPS 定位的手機或手錶，以利照護者可隨時確認患者的所在位置（柯佳緣，2022）。

在經濟問題方面，一些情況比較嚴重的失智患者可以申請重大傷病卡或是身心障礙證明，確認患者的社會福利身分，以幫助減輕家庭經濟面的負擔。在失智症照護的整體規劃中，除了患者本人，也需要包含家屬及照顧者（于漱、吳淑瓊、楊桂鳳，2003）。Schulz & Martire (2004) 與 Sörensen, Duberstein & Gill 等 (2006) 的研究中即指出，與非照顧者相比，失智症的家屬及照顧者承受比較高的壓力，表現相當程度的憂鬱和焦慮症狀，在照護的過程中主觀幸福感也會降低，並且影響自身的健康。因此「長照 2.0 失智照護政策」中推動「失智照顧者支持網絡」、「家庭照顧者支持性服務創新型計畫」，以及鼓勵照顧者參加社區支持性團體，

以期達到幫助照顧者在精神及情緒方面上可以有適度的緩解與調適 (衛福部, 2017)。台灣目前已發展出許多可以協助失智者與照顧者的網路平台, 除了衛福部與縣市政府的長照與失智專區, 各級醫院診所開發的失智症中心網頁, 失智症協會、老人福利推動聯盟等的網頁等, 均可為失智家庭提供必要的資訊與支持 (陳僊宓、劉立凡, 2021)。

根據衛福部 2018 年的統計, 台灣的失智者入住相關照護機構的比率為 6.2%, 高達 93.8% 則與家人同住。但在家屬或照顧者無法陪伴或整日照顧患者的情況下, 相關照護機構與社區照顧資源即在照護需求中扮演一個相當重要的角色。在台灣常見的社區照顧資源大致可分為長照管理中心、日間照護中心, 以及居家服務。長照管理中心提供各縣市居民各項關於長期照護相關資源轉介、福利諮詢與照護服務, 失智患者家屬也可透過此處申請患者的失能補助。日間照護中心則適用於患者的家屬及照顧者需要白天上班, 患者可在日間由照護中心的專業人員負責照顧, 待夜間再回家與家人相處, 此種情況下患者比較不會覺得被遺棄。居家服務則為服務失能與身心障礙長輩, 提供家庭及日常生活照顧服務, 如洗衣、居家環境清潔、代購生活必須品與陪同就醫等, 也包括其他相關身體照顧服務如協助沐浴穿衣、進食服藥、如廁、肢體關節活動, 與協助使用日常生活輔具等。居家服務與日間照護中心的照顧服務員均受過專業的合格訓練後為社會局委託之單位聘僱。(邱麗蓉等, 2007; 吳怡慧、林明憲, 2017; 鄭婷文, 2014)。

日前衛福部統計截至2020年9月台灣失智症患者獲得診斷的比例為 54.1%, 表示未被診斷出的失智症患者估計仍有13萬9千多人, 因此失智症患者在照護的需求上與實際可得的照護之間仍存在許多落差 (許政榆, 2021)。而在許多傳統社會裡患者與家屬也常被汙名化, 進而導致患者的人權受到忽視或不尊重, 相對的在醫療決策過程與患者本身希望獲得的照護方式或也常有出入 (衛福部長照專區, 2018)。社會人口高齡化與其所衍生的疾病是一項隨著時代不斷演進的複雜議題, 而政府的政策也需要隨著其所處的社會環境而不斷變動。

結論

雖然近十幾年來已有相關治療失智症的藥物, 但僅能延緩症狀, 無法根治。國際失智症協會分別在 2010 年與 2019 年《全球失智症報告》中說明, 失智症在全世界造成的社會成本總計由 2010 年的六千億美元 (當時已相當於世界第十八大經濟體), 到 2019 年的一兆美元, 並預估至 2030 年費用將再增加一倍。這已明顯對全球數百萬人的生活、公共衛生與醫療系統的支出造成了巨大的負擔 (蔡坤哲, 2011; 國際失智症協會, 2011 & 2019)。衛生福利部在 2014 年出版的《失智症與精神健康》與《2011 年全球失智症報告》中均提出, 經由早期診斷與介入,

可以早期治療可逆轉的失智症，以延緩病程進展，並能有效節省成本。衛福部同時也在 2021 年版本的《民眾版失智症防治照護政策綱領暨行動方案》中表示，截至 2020 年 9 月，全國失智症患者獲得診斷，且失智家庭獲得教育與支持之百分比均雙雙達到 54.1%，也期許在 2025 年可以達成全民 7% 以上對於失智症有正確認識以及友善態度（衛生福利部，2021）。因此基層醫療人員的加強培訓，以及宣導並提高社會大眾對於早期診斷介入的益處與失智症患者相關照顧的認知，是目前政府應繼續加強推動的重要政策與指標。

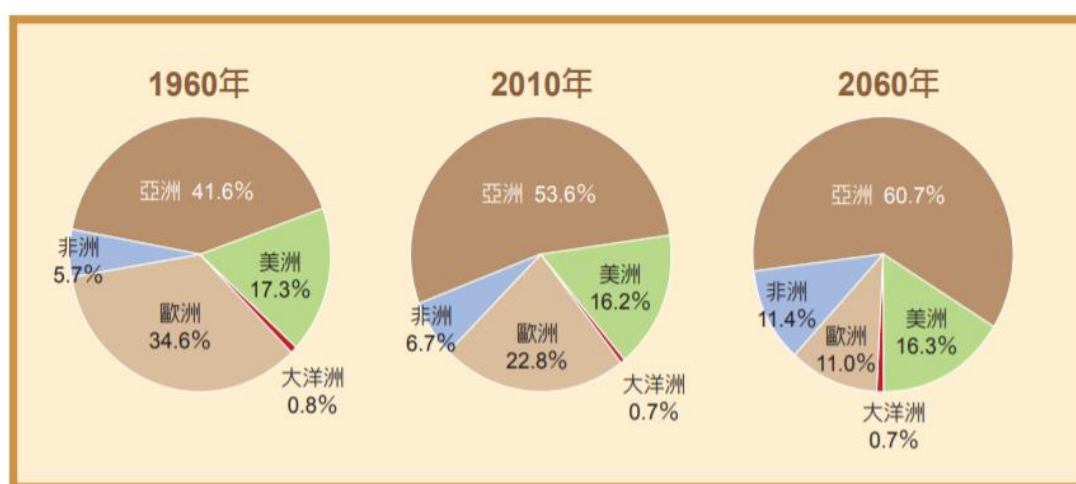


圖 1 全球 1960 年至 2060 年 65 歲以上人口分布預估

資料來源：台灣行政院經濟建設委員會 (2013)

《人口老化專輯：全球人口老化之現況與趨勢》

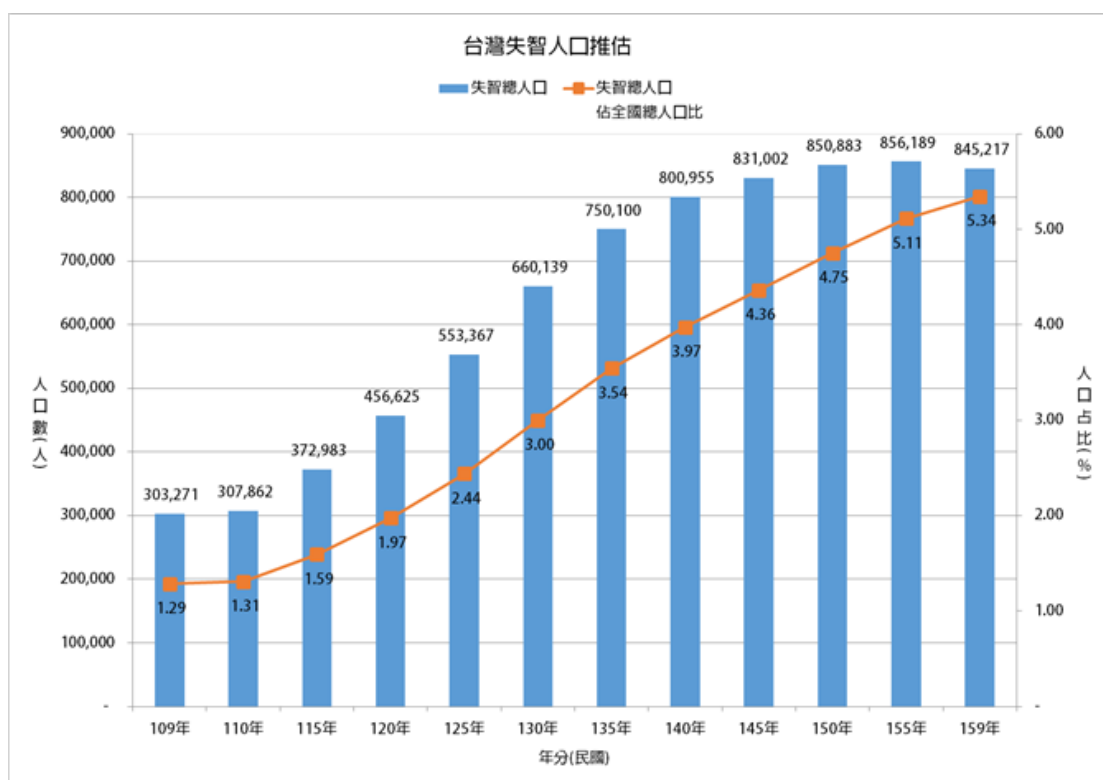


圖 2 台灣失智人口預測

資料來源：社團法人台灣失智症協會《2017 失智症診療手冊三版》
(2022 社團法人台灣失智症協會版權所有)

參考文獻

- 中華民國老人福利推動聯盟 (2021)。取自 <https://www.oldpeople.org.tw/pop/>。引用 2022/6/8。
- 內政部警政署刑事警察局全球資訊網，刑事警察局指紋科，申請自願捺印指紋建檔 (2021)。取自 <https://cib.npa.gov.tw/ch/app/data/view?module=wg138&id=2075&serno=aa08a747-264f-4919-a085-a8f999b9b1ca>。引用 2022/6/8。
- 于漱、吳淑瓊、楊桂鳳 (2003)。失智症患者的長期照護服務模式。《長期照護雜誌》，7 (3)，251-264。doi：10.6317/LTC.200309_7(3).0007
- 白明奇 (2009)。忘//流域：失智症船歌。台北市：健康文化事業。
- 台北市政府失智症服務網 (2021)。失智症的類型(與病程)。取自：<https://dementia.gov.taipei/cp.aspx?n=C6AD581FAC83D7F2>。引用 2021/12/18。

- 台灣行政院經濟建設委員會 (2013)。台灣經濟論衡之人口老化專輯:全球人口老化之現況與趨勢。台北市: 行政院經濟建設委員會。
- 台灣失智症協會 (2021)。認識失智症, 台灣失智症人口推估 2021。取自:
<http://www.tada2002.org.tw/About/IsntDementia>。引用 2021/12/20。
- 米山公啟 (2011)。腦科權威教你父母健康不失智的 20 個方法。台北市: 世茂出版有限公司。
- 李玉嬋、上原智子 (2018)。以安寧緩和照顧的心作失智症照顧--日籍媳婦與台灣公婆失智症的照護經驗。諮商與輔導, (395), 55-59。
- 巫瑩慧、湯麗玉、陳達夫等著 (2008)。國際阿茲海默症協會: 京都宣言-失智症者照護基本行動綱領。長期照護雜誌, 12 (3), 245-248。
- 吳怡慧、林明憲 (2017)。失智照護。臨床醫學月刊, 79 (1), 19-25。
<https://doi.org/10.6666/ClinMed.2017.79.1.005>
- 吳玲娟 (2007)。認識失智症。台大醫院北護分院。
- 邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲 (2007)。失智症病患主要照護者的壓力源、評價和因應行為與健康之相關性探討。精神衛生護理雜誌, 2 (2), 31-44。
[https://doi.org/10.6847/TJPMHN.200709_2\(2\).0005](https://doi.org/10.6847/TJPMHN.200709_2(2).0005)
- 洪敏元 (2019)。臨床醫學概論 (三版)。台北市: 華杏出版社。
- 柯佳緣 (2022)。大學生命教育課程發展之行動研究-以失智症相關主題之電影為例。國立臺北護理健康大學生死與健康心理諮商系碩士論文。取自
<http://irlib.ntunhs.edu.tw/retrieve/14362/110NTCN0328002-001.pdf>
- 陳偲宓、劉立凡 (2021)。從失智症家庭照顧者的需求探討線上支持平台的開發。福祉科技與服務管理學刊, 9 (1), 37-55。
[https://doi.org/10.6283/JOCSSG.202103_9\(1\).37](https://doi.org/10.6283/JOCSSG.202103_9(1).37)
- 許政榆 (2021)。防失智海嘯來襲--協會籲提升診斷率。聯合電子報。取自
<https://health.udn.com/health/story/120650/5761570>。引用 2022/6/9。
- 國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部、衛生福利部 (2014)。失智症與精神健康--衛生福利部心理衛生專輯 (19)。衛生福利部。
- 國家衛生研究院論壇 (2019)。阿茲海默症患者大腦退化的 7 個階段。2019 年 11 月。取自:
<https://www.facebook.com/forum.nhri/posts/2367905386872852>。引用 2021/12/21。
- 國際失智症協會 (2011)。2011 年全球失智症報告--失智症早期診斷及介入的益處。台北市: 國際失智症協會。
- 國際失智症協會、國際阿茲海默症及相關疾病協會聯盟 (2019)。2019 年全球失智症報告--對失智症的態度。台北市: 國際失智症協會。
- 新開省二 (2020)。日本醫學博士教你飲食新革命: 提早打擊肌少症、骨質疏鬆、腦力流失。新北市: 出色文化。

- 蔡坤哲 (2011)。正視高齡化社會之隱憂--失智症。 *成大研發快訊評論* , 20 (1) , 1-10。
- 鄭婷文 (2014)。失智症患者及家屬之心理調適。 *臨床心理通訊* , (58) , 17-20。
- 衛生福利部 (2013)。102 年衛生福利部新聞。取自: <https://www.mohw.gov.tw/cp-3211-23536-1.html>。引用 2021/12/20。
- 衛生福利部長照專區 (2017)。長照十年計畫 2.0--建立我國社區整體照顧模式，佈建綿密照顧網。取自: <https://1966.gov.tw/LTC/cp-5200-42415-201.html>。引用 2022/6/9。
- 衛福部長照專區 (2018)。 *附件 1 世界衛生組織全球失智症行動計畫摘要*。取自 <https://1966.gov.tw/LTC/cp-4020-42469-201.html>。引用 2022/6/9。
- 衛生福利部醫事司，台灣失智症協會，台灣臨床失智症學會，台灣老年精神醫學會 (2017)。 *失智症診療手冊 (三版)*。台北市: 台灣失智症協會。
- 衛生福利部 (2020)。 *DEMENTIA FRIENDLY TAIWAN by 2025: 2025 年達成失智友善台灣。民眾版失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0，2021 年版*。
- Alzheimer's Association National Office (2022). Alzheimer's disease information and resources. Derived from: <https://www.alz.org/asian/about/what-is-dementia.asp?nl=ZH&dL=EN>. Accessed on 17th Dec, 2021.
- Alzheimer's Association National Office (2022). Alzheimer's disease facts and figures. Derived from: <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/facts-figures>. Accessed on 18th Dec, 2021.
- Barry Reisberg. Alzheimer's stages by Barry Reisberg. Derived from: <http://www.venamimundo.com/Demencias/Alzheimer/Estadios-In.html>. Accessed on 14th Dec, 2021.
- Bosman J, Harmon A, Sun A, et al (2021). New York Times: Covid News: U.S. Deaths Surpass 800,000. Derived from: <https://www.nytimes.com/live/2021/12/15/world/covid-omicron-vaccines?smtyp=cur&smid=tw-nytimes&s=09&fbclid=IwAR33W9vAMlvj6ozjGjSfgRD7OFLG2VD0fpqFVfEoJIyLxfyvCV14WNoi71M>
- Department of Economic and Social Affairs Population Division, United Nations (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, Highlights and Advance Tables*. New York.
- Gattman R, Seleski M. Diagnosis SM (1999). *Management and Treatment of Dementia: a Practical Guide for Physicians*. Chicago, IL: American Medical Association.

- Geldmacher DS (2004). Donepezil (Aricept) for treatment of Alzheimer's disease and other dementing conditions. *Expert Review Neurotherapeutics*, 4(1), 5-16.
- Haque RU, Levey AI (2019). Alzheimer's disease: A clinical perspective and future nonhuman primate research opportunities. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 116 (52), 26224-26229. <https://doi.org/10.1073/pnas.191295411>.
- Mayo Clinic: Drugs and Supplements: Tacrine (Oral Route). 1998-2021 Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). Derived from <https://www.mayoclinic.org/drugs-supplements/tacrine-oral-route/precautions/drg-20066186?p=1>. Accessed on 16th, Dec, 2021.
- Mayo Clinic. Patient Care & Health Information. Alzheimer's disease. Derived from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/alzheimers-disease/symptoms-causes/syc-20350447>. Accessed on 15th Dec, 2021.
- MedlinePlus Drug Information: Galantamine (2021). Derived from: <https://medlineplus.gov/druginfo/meds/a699058.html>. Accessed on 20th Dec, 2021.
- National Institutes of Health. National Institutes on Aging. Alzheimer's Disease Fact Sheet. Derived from: <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-disease-fact-sheet>. Accessed on 21st Dec, 2021.
- Rivastigmine: MedlinePlus Drug Information (2021). Derived from <https://medlineplus.gov/druginfo/meds/a602009.html>. Accessed on 16, Dec, 2021.
- Schulz R, & Martire LM. (2004). Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 240-249.
- Sörensen S, Duberstein P, Gill D, & Pinquart M. (2006). Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *The Lancet Neurology*, 5(11), 961-973.
- Weill Cornell Medicine (2021, November 4). For women, greater exposure to estrogen in life may protect brain regions that are vulnerable to Alzheimer's. Science Daily. Retrieved 16th, Dec, 2021 from www.sciencedaily.com/releases/2021/11/211104140355.htm.