

失智症亞太地區盛行報告

譯者：巫瑩慧¹ 湯麗玉² 陳達夫³ 邱銘章³

Acta Neurol Taiwan 2007;16:183-187

前 言

2005年5月，國際阿茲海默症協會（ADI）的15個亞太地區會員國在新加坡召開會議，決定委託製作一份報告，呼籲各國政府、國際機構和援助機構覺察到失智症的盛行以及它對公共衛生系統所造成的威脅。我們受邀負責執行這一任務。

很明顯地，失智症已經對本地區數百萬人的生活和公共衛生的支出造成了巨大影響。雖然目前失智症尚無法治癒，但仍可以採取許多方式來提升失智症患者以及家庭照顧者的生活品質。惟有體認到失智症是醫療衛生的重點才能規劃所需要採取的行動，國際阿茲海默症協會的《京都宣言》提供了基本行動綱領。當然，這些都必須考慮到各個國家的需要、尊重各國的文化、社會和經濟背景。促進亞太地區各國的合作也非常的重要，各國可以分享為失智症患者及家屬發展醫療照護服務的豐富經驗，鼓勵研究來加強這些規劃服務的基礎也是其中一個工作重點。

亞太地區阿茲海默症/失智症協會同意製作這一報告，並以此作為共同的宣言，可以說是向前跨出一大步。我們真誠的希望這一報告將對國際和各國的決策者有所幫助。

感謝 Tsao 基金會和國際阿茲海默症協會（ADI）贊助製作這份報告。我們在此對 Access Economics 公司在撰寫這份報告時表現的專業精神表示感謝。（Glenn Rees 澳洲阿茲海默症協會執行長、Dr. Ang Peng Chye 新加坡阿茲海默症協會理事長、Sung-Hee Lee 韓國阿茲海默症協會理事長）。

執行摘要

2005年5月，國際阿茲海默症協會（ADI）的15個亞太地區會員國在新加坡召開會議，決定委託製作一份報告，呼籲各國政府、國際機構和援助機構覺察到失智症的盛行以及它對公共衛生系統所造成的威脅。

本地區所有阿茲海默症 / 失智症協會對這一報告的內容達成以下的共識，並同意作為共同的宣言。

報告內容

- ★探討失智症在亞太地區盛行的各個面向；
- ★說明失智症和已知的危險因子；
- ★探討目前疾病負擔相關數據和未來發展；
- ★提供各國失智症的盛行率及發生率的預測；

¹台灣失智症協會理事 ²台灣失智症協會秘書長 ³台大醫院神經部主治醫師。

Access Economics有限公司製作、國際阿茲海默症協會亞太地區會員國共同委託、Tsao基金會和國際阿茲海默症協會(ADI)贊助製作

通訊作者：社團法人台灣失智症協會。
E-mail: tada.tada@msa.hinet.net

- ★評估失智症對經濟和社會影響；
- ★說明具成本效益的介入措施和政策架構；並且
- ★提出行動建議

當無法獲得亞太地區相關數據時，則採用已開發國家的數據進行分析。

本報告由 Tsao 基金會和國際阿茲海默症協會 (ADI) 贊助。

現況 (The Facts)

國際阿茲海默症協會 (ADI) 的亞太地區會員機構來自於澳洲、中國、台灣、香港、印度、印尼、日本、馬來西亞、紐西蘭、巴基斯坦、菲律賓、新加坡、韓國、斯里蘭卡和泰國等 15 國。廣泛的國家與區域分析還包括孟加拉、不丹、汶萊、柬埔寨、澳門、北朝鮮、東帝汶、佬沃、緬甸、尼泊爾、巴布亞新幾內亞和越南。

根據聯合國的資料，亞太地區在 2005 年的總人口估計為 35.8 億人，65 歲以上的人口估計為 2.389 億人，超過 80 歲的人口為 3,720 萬人。這地區在經濟、語言和宗教方面是非常多元的。

失智症有許多類型，由不同疾病引起，其特徵是失去短期記憶力、認知能力和日常功能。阿茲海默症和血管型失智症是最常見的失智症類型。在 2005 年，亞太地區的失智症患者人口數為 1,370 萬人，到 2050 年將增加到 6,460 萬人。

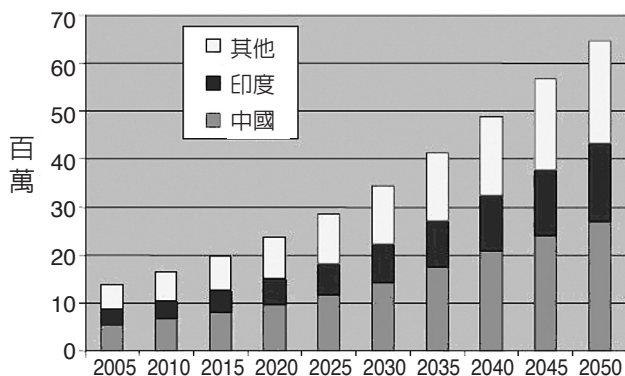


圖. 整體盛行率: 中國、印度和其他地區 (2005-50 年)

亞太地區失智症新病例的數目，預計將從 2005 年的每年 430 萬新病例增加到 2050 年的 1970 萬病例。(表)

根據不同的研究，其方法不同，估計之結果也有少許不同。但是因為失智症患者人數會隨著人口老化而增加，所以失智症的盛行現象一定會發生。目前亞太地區 60 歲以上的人口不到總人口的 10%，到 2050 年，這一比例將增至 25%，而 80 歲以上的人口將從 1% 增至 5%。

除了失智症患者人數增加外，其他因素也會加速失智症對社會和經濟之衝擊。例如：城市化、從大家庭變成小家庭的發展趨勢，和日益增多的獨居老人。而照顧這些患者必須透過各種正式和非正式的照護服務。在為失智症患者和家庭照顧者提供優質的健康和照護服務方面，亞太地區的許多國家目前都尚未做好充分準備。

失智症有可能對亞太地區國家的公共衛生產生威脅性的影響。這不僅是因為人口老化的緣故，而且還因為失智症是令人嚴重喪失功能的慢性疾病之一。「疾病負擔」是以因疾病而失去健康生活的年數來衡量，它是「死亡率負擔」(因提早死亡而失去的生命年數)和「殘障負擔」(因殘障而失去的健康生活年數)的總合。根據世界衛生組織的資料，有證據顯示：

- ★在殘障負擔方面，神經精神疾病僅次於傳染病和寄生蟲疾病。
- ★失智症的疾病負擔超出瘧疾、破傷風、乳癌、吸毒和戰爭的疾病負擔，而且
- ★在未來的二十五年中，失智症的疾病負擔預計將增加 76% 以上

當將這些負擔轉化為公共衛生的支出成本時，會因為國家以及所提供的服務組合而有所不同。不過隨著盛行程度提高，這些開支在國內生產總值中的比例也會提高。

最有效的方法就是藉由新研究提出之預防方法，來延緩失智症的發病時間或降低發生率，進而節省失智症所衍生的花費。

據維莫 (Wimo) 等人估計，亞太地區 ADI 這 15 個會員的失智症經費為 604 億美元。在本區域失

表. ADI 亞太地區和非 ADI 亞太地區盛行率和發生率

千人	2005年		2020年		2050年	
	盛行率	發生率	盛行率	發生率	盛行率	發生率
澳洲	195.4	60.2	301.3	91.1	664.1	199.7
中國 (包括澳門)	5,541.2	1,721.0	9,596.3	2,916.7	27,004.4	8,269.0
香港	59.7	18.5	109.2	32.6	332.0	99.6
印度	3,248.5	1,026.8	5,541.8	1,714.4	16,290.1	4,974.6
印尼	606.1	191.4	1,016.8	314.1	3,042.0	932.0
日本	1,871.2	570.2	3,251.3	983.4	4,873.1	1,417.7
馬來西亞	63.0	20.1	126.8	39.0	453.9	138.8
紐西蘭	38.2	11.8	54.6	16.6	117.6	35.5
巴基斯坦	330.1	107.3	566.6	179.3	1,916.2	584.3
菲律賓	169.8	54.8	316.3	99.2	1,158.9	353.9
新加坡	22.0	6.8	52.6	15.7	186.9	56.7
南韓	246.3	75.5	542.2	164.3	1,569.9	475.4
斯里蘭卡	86.0	26.9	148.0	45.1	409.0	125.0
台灣	138.0	43.1	253.4	76.6	659.3	199.4
泰國	229.1	71.4	450.2	137.2	1,233.2	377.0
ADI 亞太地區	12,844.3	4,005.9	22,327.6	6,825.2	59,910.6	18,238.7
非 ADI 亞太地區	859.3	276.2	1,399.6	437.1	4,730.9	1,448.6
地區總計	13,703.6	4,282.1	23,727.1	7,262.3	64,641.5	19,687.3

智症照護的總開銷中，預計 70% 發生在已開發國家，這些國家的盛行率佔 18%。

挑 戰

世界衛生組織和亞太地區各國政府所面臨的挑戰：

- ★ 人們對失智症的認識有限，許多國家的文化背景否認其存在或者有羞愧感。
- ★ 人們主觀認為失智症是自然老化的一部分，而非疾病的結果。
- ★ 人力資源和財源不足，無法滿足失智症照護需求，而且缺乏有關的照護政策。
- ★ 有些國家城市中機構化比例很高，但其他地區則缺乏設施。
- ★ 專業照護人員培訓不足，對家庭照顧者缺乏支持。

目前對於如何迎接這些挑戰已有許多合理的建議，但是如果不將這些建議付諸實行，對於失智症患者及其家人和照顧者來說，就將是一場悲劇。

首先，對於失智症從初期記憶和行為的細微變化而引起的困難，到高度依賴照護及失能的過程，人們現在有了較好的理解。但是這一過程因人而異，所需要的服務也隨著過程中的不同階段以及個人需要而不一樣。不過，失去生活自主性是一件非常殘酷的事情。

其次，2004 年在日本舉行的第二十屆國際阿茲海默症協會國際研討會上發表了《京都宣言》，針對「照護失智症患者所需要的最低行動標準」提出了一份失智症行動綱領。

最後，越來越多的證據顯示各種藥物療法、早期診斷、早期治療、家庭照顧者教育、培訓和支持都是省錢又有效的好方法。

建 議

亞太地區國家的人口已佔全世界人口的一半以上。從現在到 2050 年，整個地區失智症患者的人數至少會成長三倍。

各國政府須妥善的制訂和規劃失智症政策，與

民間或社區機構展開合作，採取具有成本效益的介入措施，提供失智症患者及其家人優質服務，這樣才可以在失智症盛行時降低所造成的成本衝擊。

亞太地區的各國政府如果有下列的體認，就能幫助失智症患者及其家庭照顧者

- ★ 失智症是重點醫療衛生工作
- ★ 具成本效益的介入措施是存在的
- ★ 政策架構及計畫可支持各部門為失智症患者及其家人開創生機

2004 年《京都宣言》為政府、非政府機構和其他相關決策者提供了良好的架構和行動綱領。實際上，有些政府已據此宣佈了相關國家政策。

對亞太地區各國政府的建議

1. 根據自己國家的人口、文化和醫療照護背景，考慮採用《京都宣言》。

2. 制訂適合的全國失智症策略：

- ★ 提升群眾認知和去污名化的宣導，以改善對失智症的負面形象
- ★ 在決策者、臨床醫師、研究者、照護者和失智症患者之間建立有效的支持和聯合的夥伴關係
- ★ 推展基層社區照護，以滿足失智症患者及其家庭照顧者的需求
- ★ 提供有關降低失智症風險的生活方式之資訊
- ★ 為有特殊需要的個案提供服務，包括早發性以及具行為精神症狀的患者

3. 增加針對失智症病因、預防和優質照護的研究經費

失智症的重要性足以聚集亞太地區各國共同合作，可以從部長級或決策者的會議開始，設定討論題綱如失智症研究或服務提供等領域共同研討合作事項。

京都宣言：失智症照護基本行動綱領

(Kyoto declaration: minimum actions required for the care of people with dementia)

十項綜合建議	方案 A (低度資源)	方案 B (中度資源)	方案 C (高度資源)
1. 在基層醫療照護中提供治療	將失智症視為基層醫療照護中的一環。 在所有健康相關專業人員的養成訓練中加入失智症的認識與治療等課程。 對基層醫師提供在職進修(五年內至少完成 50%)。	發展適合當地的相關訓練。課程及教材 對基層醫師提供在職進修(五年內完成 100%)。	促進基層醫療有效照顧失智症患者，同時改善轉介模式。
2. 患者可獲得適當的治療	增加患者取得失智症及相關精神行為症狀的必要治療藥物的管道。 發展和評估照顧者的教育及培訓措施。	確保所有醫療院所可提供失智症用藥。 大部份地區可提供有效的照顧者介入措施。	在治療計畫下，提供獲得新藥更簡便的方式。
3. 提供社區照護	確立原則 -- 「失智症患者在自已的家中接受評估及治療是最好的」。 發展和制訂適合基層及後續照護可使用的標準需求評估表。 開辦包括多專業之社區照護小組、日照中心和喘息服務等實驗計畫，並將失智症患者搬離不適當的機構。	開辦整合失智症照護與一般醫療照護的實驗計畫。 設置社區照護設施 (至少 50% 完成包含多專業社區照護小組、日照中心、喘息服務和急性住院評估和治療)。 依據需求發展失智護理之家與養護設施，其中包含例行員工訓練與評鑑機制。	發展多元型態的養護設施，提供社區照護 (100%)，在社區中為失智症患者提供個別化的照護服務。

4. 教育民衆	進行反污名化和反歧視的宣導活動。支持非政府組織的民衆教育。	利用大眾傳播提高群眾對失智症的認識，培養積極正向的態度，以及預防認知障礙和失智症。	經常辦理宣導活動，呼籲社會大眾 1. 認識失智症 2. 及早尋求協助 3. 失智症正確照護方式
5. 引導社區、家庭和大眾參與	支持自助團體的成立，資助非政府組織的相關活動。	確保家屬、患者和社區參與政策的制訂及服務的發展、實施。	鼓勵政策的代言。
6. 制訂國家政策、計畫和法規	根據現有知識和人權考量，修訂法規、制訂失智症照護計畫和政策。 1. 以法規支持和保護心智障礙者。 2. 將失智症患者包含在殘障福利中。 3. 將家庭照顧者包含在社會福利補助中，編列老人健康和社會照護經費預算。	在國家層級和州省（次層級）實施失智症照護政策。編列失智症醫療及社會照護預算。增加精神醫療照護的預算經費。	不論是初級或次級的醫療照護、社會福利計畫和補助都要確保公平的原則。
7. 發展人力資源	培訓基層醫護工作人員。為老年醫學及精神醫學領域的醫護人員舉辦進階專業培訓計畫。設立培訓和資源中心。	為一般醫師、精神科醫師、護士、心理師和社工師設置全國培訓中心及網絡。	培訓具進階治療照護技能的專家。
8. 與其他部門連結	在社區、學校和工作場所推展失智症宣導計畫。鼓勵非政府機構的宣導活動。	增強社區計畫。	為早期失智症患者提供專業的職場健康服務。在工作場所為失智症的照顧者提供特別的設施。與其他部門合作推展以實証為基礎的精神健康促進宣導計畫。
9. 監測社區健康	將失智症包括在基本健康常識中。對高危險群展開調查。	社區中建立早期失智症監測機制。	建立進階的監測系統。監測預防措施之有效性。
10. 支持更多研究	在基層醫療中進行社區失智症盛行率、病程、預後和影響等方面的研究。	進行社區失智症照護管理的有效性和成本效益的研究。	擴大失智症病因研究。進行服務提供的研究。調查失智症預防的具體方法。