

失智症防治照護  
政策綱領暨行動方案2.0  
(含工作項目)(2020年版)  
2018至2025年

衛生福利部

2020年3月

# 失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0

## 目錄

第一章	失智症人口分析與衝擊 .....	1
第二章	國際失智症政策發展 .....	3
第三章	我國失智症防治照護政策綱領暨行動方案之發展.....	7
第四章	失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0.....	19
第五章	推動機制 .....	25
	失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0工作項目(2018-2025).....	26

# 第一章 失智症人口分析與衝擊

## 壹、失智症人口分析

根據國際失智症協會(Alzheimer's Disease International, ADI)《2019全球失智症報告》，2019年估計全球有超過5千萬名失智者，到2050年預計將成長至1億5千2百萬人，每三秒就有一人罹患失智症。目前失智症相關成本為每年一兆美元，且至2030年預計將增加一倍。

近年來我國人口老化快速，65歲以上老人於2018年3月已達14%，進入「高齡社會」，至2026年即進入世界衛生組織(World Health Organization, WHO)所定義老年人口占20%的「超高齡社會」。依衛生福利部(以下簡稱衛福部)於2011-2013年委託台灣失智症協會進行之失智症流行病學調查結果，以及內政部2018年12月底人口統計資料估算，65歲以上老人共343萬餘人，其中65歲以上失智症人口約27萬人，盛行率為7.86%，即65歲以上的老人約每12人有1位失智者。

依上開流行病學調查之結果，每五歲之失智症盛行率分別為：65~69歲3.40%、70~74歲3.46%、75~79歲7.19%、80~84歲13.03%、85~89歲21.92%、90歲以上36.88%，年紀愈大盛行率愈高，且有每五歲盛行率倍增之趨勢(表一)。

估算2018年底台灣失智症人口已超過28萬人，2031年失智人口將倍增至逾46萬人，屆時每100位台灣人有超過2位失智者；2061年失智人口將逾88萬人，等於每100位台灣人有超過5位失智者，未來的46年，台灣失智人口數將以平均每天增加36人的速度成長。

表一 五歲分年齡層失智症盛行率

年齡(歲)	65~69	70~74	75~79	80~84	85~89	≥90
失智症盛行率(%)	3.40	3.46	7.19	13.03	21.92	36.88

依衛福部2011年委託計畫資料統計，其失智個案（929人）中，極輕度失智症占39.39%，輕度失智症占34.98%，中度失智症占12.16%，重度失智占13.45%（表二）。失能程度則有41.1%無失能，有15.2%是輕度失能（1-2項失能），有12.1%是中度失能（3-4項失能），有31.6%是重度失能（5項/含/以上失能）（表三）。

表二 失智個案之疾病嚴重度比率

CDR 分數 失智程度	0.5 極輕度	1 輕度	2 中度	3 重度	總數
人數	366	325	113	125	929
盛行率%	3.51	3.12	1.08	1.20	8.91
占%	39.39	34.98	12.16	13.45	100

表三 失智個案之失能程度比率

失能程度	比率(%)
無失能	41.1
輕度失能（1-2項失能）	15.2
中度失能（3-4項失能）	12.1
重度失能（5項/含/以上失能）	31.6

## 貳、失智症所造成的衝擊

### 一、經濟面衝擊

因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，對患者本身、照顧者、家屬、社區及社會國家都造成嚴重衝擊，在2014年發表之非傳染性疾病所導致之失能損失人年數(the years lived with disability)中，失智症占了11.9%，隨著人類平均壽命增加，此數據還會隨之成長；另在全球經濟衝擊方面，《2019全球失智症報告》估計全球失智症的社會經濟成本在2019年到達1兆美元，成本增加的原因除了失智者數量增加，也因人均成本的提高有所影響。失智症相關成本預計到2030年時，將增加到2兆美元。而依據《失智症亞太地區盛行報告》估計，2015年台灣地區失智症醫療成本約4億1,200萬美元，非醫療成本約33億2,600萬美元，非正式照護成本約32億5,200萬美元，總計約69億9,000萬美元。

依2011年衛福部委託計畫資料統計，失智者入住機構的比率占6.2%，93.8%住在家中，有許多家屬為了照顧失智親人而提早退休、離開職場或影響工作績效，對國家經濟發展及生產力也造成負面之影響。

我國自1997年起推動長期照顧十年計畫及2013年長照服務網計畫，廣布社區式與機構住宿式失智症照護資源，例如日間照顧中心、互助家庭、團體家屋、社區服務據點、機構失智專區等；醫療方面陸續推動失智門診、失智病房及失智共照中心等服務。有關失智症者照護類型的使用比率及成本支出應已改變，但仍須建立全國資料收集系統及流行病學調查，以掌握相關數據並須了解經濟面對家庭、社會、國家的衝擊。

## 二、人權面衝擊

依據聯合國身心障礙者權利公約的精神，失智症者及照顧者對於與失智症相關的倡議、政策、規劃、立法、服務提供、監督和研究，都應予以賦權及參與，以保障其維護自身權利的能力。

### （一）性別議題

根據我國失智症流行病學研究調查結果，女性比男性更容易罹患失智症，且依領有失智症手冊的人數分析，女性占59.6%。因失智者大部分由家人照顧，而照顧家人也多為女性。對於失智者及家庭照顧者因性別差異所造成，損害其自身權益及權利的相關問題，也應列入政策中人權面的考量。

### （二）工作權議題

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，研究顯示年輕型失智症（65歲前開始出現症狀）約占了全部病例的9%。對在工作階段即失智所造成的工作歧視及家庭財務衝擊，更應依循聯合國身心障礙者權利公約的精神予以重視並協助。

### （三）自主選擇權議題

對於失智者在財務、醫療、服務、居住、交通工具等各方面的自主選擇權等議題，都需在法律規範上特別研議，並納入其本人、照顧者及相關團體的意見，且政府機構人員亦須接受相關的教育訓練，了解失智症特性及如何提供適切的服務。

## 三、家庭面衝擊

失智者受疾病影響在記憶力、人時地定向感、判斷力、計算及抽象思考能力出現退化，患者處理日常生活事務的能力、長期經營的家庭與社區關係皆遭到疾病無情地破壞，使得疾病影響層面不只是個人，周圍的親友常一起捲入失智症帶來的混亂中，產生極大的困擾。且失智者九成以上住

在社區由家人照顧，許多研究便指出失智症家屬照顧負荷沈重，影響身心健康，比一般人平均服用更多安眠鎮靜藥物，為憂鬱症高危險群。

失智症之病程長達8至10年，由輕度、中度、重度到極重度，每一階段之障礙及照顧問題都不一樣，家屬除了必須認識失智症，並接受此改變，學著跟罹患失智症的家人相處、不斷嘗試各種方法以解決其不斷變化的問題，也要克服自己的壓力與情緒，尤其失智症者常見的妄想、幻覺、錯認、遊走、重覆話語等症狀，容易使家屬感到沮喪與挫折；也因肩負照顧責任，許多家屬生活作息及社交圈受到顯著的影響及衝擊，需要喘息、資訊的提供、紓解情緒及壓力，加上無法自由的安排作息，逐漸失去社交活動。面對失智症的病程變化，考驗著的是家屬心力與體力的不斷耗損，所承受的照護負擔，使家庭照顧者成為家中的「隱形病人」！未來需要積極發展家屬支持服務以協助陪伴家屬調適疾病所帶來的影響。

為回應全球失智症衝擊，世界衛生組織於2012年4月發佈失智症報告，強調失智症並非正常老化的一部份，將失智症列為全球公共衛生優先議題，督促各國政府將失智症防治列入國家健康政策的優先議題；2017年5月發布「2017-2025全球失智症行動計畫」，更具體列出全球行動目標。

## 第二章 國際失智症政策發展

有鑑於失智人口快速增加，世界衛生組織於2012年4月發佈首份失智症報告，強調失智症並非正常老化的一部份，督促各國政府將失智症防治列入國家健康政策的優先議題。國際失智症協會也呼籲各國政府將失智症防治列為國家健康政策重要議題，並提出國家級的政策或因應策略。

世界衛生組織於2017年5月29日第70屆世界衛生大會上通過「2017-2025年全球失智症行動計畫」(以下簡稱全球失智症行動計畫)，呼籲各國政府積極提出具體國家失智症政策，並且編列足夠預算以執行政策，且需有相對的監督機制定期考核實施現況。更呼籲各界改變對失智症的恐懼及消極作為，應積極致力理解失智與友善包容。

全球失智症行動計畫遵循七項基本準則，重點包括：

- 一、失智者的人權：所有策略及行動方案皆須反映失智者之需求、期望及人權，並符合聯合國身心障礙者權利公約；
- 二、失智者及照顧者之參與權：包括參與失智症相關倡議、政策、規劃、立法、服務提供、監督和研究；
- 三、降低失智風險因子及照護措施皆需有實證基礎：須根據科學實證去發展風險降低、照護策略及介入措施，並以人為本，兼顧成本效益；
- 四、失智症公共衛生策略須跨領域合作：須仰賴政府所有相關部門參與，如醫療(非傳染性疾病、心理健康、預防老化等)、社會服務、教育、就業、司法等部門，還有公民社會及民間團體；
- 五、全面性的健康及社會照護：包括保障財務風險、確保失智者及照顧者可公平取得保健、預防、診斷及照護服務(包括安寧照護、復健及社會支持)；
- 六、平等原則：注重性別差異，並遵循聯合國「2030永續發展議程」，正視弱勢族群權益，包含身心障礙者、老年人及新移民等；
- 七、重視失智症之預防、治療及照護：包括運用現有知識及經驗去改善



預防、降低風險、照護與支持；研究改善及治癒療法；發展降低風險的介入措施及創新照護模式。

在上述準則之下，全球失智症行動計畫共提出了七大行動領域，分別為：

- 一、 將失智症列為公衛政策之優先議題
- 二、 提升失智症認知與友善
- 三、 降低罹病風險
- 四、 失智症診斷、治療、照護與支持
- 五、 支持失智症照顧者
- 六、 建置失智症資訊系統
- 七、 失智症研究與創新

世界衛生組織針對上述每項行動領域，皆訂有全球性衡量指標及目標值，這七項指標數據是會員國監督失智症政策與計畫進度與成效時，必要收集的資訊，且須定期回報給「失智症照護全球觀察平台」，透過資料交流平台，建立監控機制並促進相關數據的利用，以協助規劃具實證基礎的服務、分享最佳方法，並強化各國失智症政策、醫療和照護體系。

考量台灣未來需與國際失智症資訊交流平台接軌，爰引用世界衛生組織「全球失智症行動計畫」之七大行動領域，作為我國失智症政策之策略主題，並增訂2025年國家目標。但因世界衛生組織之目標值需考量全球會員國現況後設定，包含已開發國家、開發中國家與開發國家。

台灣於失智症領域之發展備受國際肯定，且為全球第13個制定全國性失智症政策之國家，因此「失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0」將於七大策略增加國家目標，並設定高於全球失智症行動計畫全球目標的標準。同時參酌世界衛生組織之計畫期程，失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0執行期間為2018年至2025年。

目前全世界有國家級失智症政策的國家有美國、英國、法國、澳洲、丹麥、芬蘭、荷蘭、挪威、蘇格蘭、北愛爾蘭、日本及韓國等共30個國家，

其美國、韓國、蘇格蘭皆有定期進行國家失智症政策修訂，以下摘要此三國之失智症政策內容。

## 壹、美國失智症政策

美國失智症協會提出：2017年失智症人口已超過500萬人，2050年將突破1600萬人。因此在2011年1月4日，美國歐巴馬總統簽署了「國家失智症計劃法案」，在專法規範下，國家失智症計畫每年更新。2017年目標：2025年時可預防及有效治療失智症；強化照護品質與效能；支持失智者及其家庭；強調公共意識與參與；改善數據以追蹤政策與其他相關進度。

2011年通過國家失智症計畫法案時，即明訂政府需設立一失智症統籌單位，規劃與執行相關之研究和計畫；同時由政府跨部會代表和民間人士共同組成諮詢委員會，包括失智者、照顧者、失智症服務單位代表、州立健康部門代表、失智症專家學者和失智症協會代表等。並要求美國健康及人類服務部(United States Department of Health and Human Services, HHS)與諮詢委員會合作制定與維護國家計畫，並定期向美國國會報告。

## 貳、韓國失智症政策

韓國失智症政策目前已修訂至第三版，於2015年12月公告。2015年時韓國總人口約5101萬人，高齡人口比率已達13.1%，推估失智人口約64.8萬人；台灣2015年失智症人口總數約24.4萬人，韓國失智症人口約台灣的2.6倍。

韓國政府面對高齡化與失智症衝擊，早於2006年即提出第一版國家失智症政策，初期發展為：早期診斷與預防；失智症疾病管理；提高公共意識與照顧品質；發展失智症相關基礎建設，並於2012年7月期滿結束時提出第二版。第二版執行期間為2012年7月至2015年12月，執行過程中2014年6月有再進行一次修訂，經修訂後重點除包含早期診斷與預防；也強調

個人化之管理與保護措施；提高失智症照顧與家庭支持；發展失智者安全照顧基礎建設。第三版也在第二版期滿時公告提出，執行期間為2015年12月至2020年12月，此版本新增社區化的概念與失智症研究，重點包含社區化的失智症預防與管理；提供失智者安全與便利的診斷、治療與照顧；減輕失智症照顧者之照顧負荷；支持失智症相關研究。

韓國政策推動策略訂定2018與2020年全國目標，並於各策略中詳訂KPI與主責單位，中央部會與地方政府的行動方案需每年修訂。並由國家失智症委員會進行管考。

### 參、蘇格蘭失智症政策

蘇格蘭早已於2010年將提升失智症照護與支持失智者與照護者列為政府重要目標，失智症政策目前已修訂至第三版，於2017年公告。2017年蘇格蘭總人口約530萬人，推估失智人口約9.4萬人。

2010年第一版主要目標為：及時診斷；提升失智症照護與治療；提升失智症服務品質；第二版於2013公告，執行期間為2013-2016年，除了及時診斷外，開始強調失智症診斷後的支持，並提供具整合性且以人為本的支持；第三版執行期間則為2017-2020年，執行重點除了診斷、診斷後的支持，也重視中期失智症的整合性照護；末期的安寧療護；數據蒐集與研究。第三版內容由蘇格蘭政府、蘇格蘭失智症協會、蘇格蘭失智症工作小組與國家失智症照顧者行動網絡共同發展。

為順利推動新版策略，蘇格蘭也成立國家治理小組(national governance group)，小組成員必須包含服務使用者與照顧者，依照國家目標進行監測。

# 第三章 我國失智症防治照護政策綱領暨行動方案 之發展

## 壹、發展脈絡

一、實現國際阿茲海默症協會(京都宣言)及世界衛生組織(WHO)呼籲各國應將「失智症」為公共衛生優先議題：

近年來世界各國失智人口成長快速，且顯示東亞地區60歲以上老年人口失智症盛行率4.98%，已明顯對亞太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，但仍以採取許多方式與策略來提升失智症患者以及家庭照顧者的生活品質，國際阿茲海默症協會於2004年提出了基本行動綱領，並在京都會議上發表《京都宣言》，鼓勵各國研究及加強失智症者之照護服務。另2012年世界衛生組織(WHO)亦呼籲各國應立即採取相關失智症照顧政策並將失智症列為公共衛生之優先研究議題。

二、失智症對國家社會經濟之影響：

根據世界衛生組織資料顯示，在身心障礙負擔，神經精神疾病僅次於傳染病和寄生蟲疾病；在疾病負擔方面，失智症超出瘧疾、破傷風、乳癌、吸毒和戰爭的負擔。預估未來25年，失智症的疾病負擔將增加76%以上。我國研究亦指出失智症患者的醫療照護費用及醫療利用率均明顯高於非失智症病人，也有研究推估我國失智症病人之總醫療費用佔總體比率8.9%。顯然失智症的醫療及照護費用的逐年上升，對國家社會經濟的衝擊極大影響。

三、我國人口老化，失智人口增加快速：

台灣人口老化速度持續攀升，65歲以上老人於2018年3月已達14%，進入「高齡社會」，至2026年即進入世界衛生組織(World Health Organization, WHO)所定義老年人口占20%的「超高齡社會」。隨著人口老化，失智人口明顯增加，依據全國失智症盛行率調查結果估

算，2018年底台灣失智症人口超過28萬人，推估65歲以上之輕度以上失智者（CDR  $\geq$ 1）約16萬人、極輕度失智者（CDR=0.5）約為11萬人；65歲以下之年輕型失智者約1萬餘人。

四、為因應我國快速增加的老年及失智人口，延緩及減輕失智症對社會及家庭的衝擊，提供失智者及其家庭所需的醫療及照護需求，衛福部整合社政、衛政、民政、警消、教育等相關部會資源，並聯結民間單位，以公共衛生三段五級預防概念為架構，綜合各部會意見，於2013年8月公布「失智症防治照護政策綱領」（2014年-2016年），訂定兩大目標及七大面向，以作為衛生福利整合計畫與施政指導原則，及為我國失智症照護發展方向；並由跨部會各機關依據政策綱領七大面向本於權責分別具體化為行動方案，並於2014年9月5日公告跨部會「失智症防治照護政策綱領暨行動方案」，使我國成為全世界第13個具有國家級失智政策的國家。

## 貳、執行成果

我國2014-2016年失智症防治照護政策綱領暨行動方案，目前完成階段性目標。其推動成效說明如下：

### 一、提升民眾對失智症防治及照護的認知

#### (一) 全民教育

1. 製作紀錄片：如「被遺忘的時光」、「昨日的記憶」、「憶起愛相隨」、「照顧者心情故事-居家服務」，截至2016年宣導影片網路點播人次計逾30萬。
2. 宣導舞台劇：結合失智症專業團體辦理20場次宣導舞台劇，提升社會大眾對失智症的認識與關懷。
3. 印製手冊及單張：編印失智症相關宣導單張、媒體宣傳字卡、失智症資源手冊，配送22縣市社會局、衛生局及提供民間團體協助

發送民眾，另辦理阿公阿嬤動起來健康促進競賽全國總決賽活動，亦分送給與會高齡民眾參考，每年接觸資料民眾超過16萬人次。

- (二) 失智症守護天使：結合專業團體於社區、職場、或學校等場域辦理失智症守護天使宣導講座，加強民眾對失智症的認識，每年受益民眾逾10,000人。
- (三) 衛教講座：辦理「推動校園失智症防治宣導教育訓練計畫」，提升國小教職人員對認識及預防失智症的識能。
- (四) 強化各類醫事人員對失智症之認識與警覺：於基層醫事人員之成人預防保健服務訓練課程，納入失智症議題，強化醫事人員對失智症之知能，每年至少辦理20餘場，每年超過1,000名醫事人員參加訓練。
- (五) 開發失智症相關線上學習課程：包括「認識失智症及其徵兆與預防」、「失智症之照護與社會支持」、「失智症衛教技巧」(共3門)，提供基層醫護人員、公衛人員及一般民眾可上網自由學習。
- (六) 2014-2016年將失智症防治議題納入補助縣市辦理高齡友善城市推動計畫之擴充計畫主要議題之一，要求縣市政府結合當地民團體，辦理失智症宣導衛教活動，提升社區民眾及長者對失智症的認識，每年約4萬多人參與。

## 二、完善社區照護網絡-多元、在地服務及家庭照顧者

- (一) 發展失智症社區服務資源：至2016年底止已設置205個日間照顧中心，及7處失智症團體家屋，以提供可近與普及失智症照顧服務資源。另發展「失智症家庭互助方案」，滿足失智症老人及其家屬社會參與的需求，並減輕家屬照顧負荷，截至2016年底設置8處、服務112個家庭，受益逾16,000人次。
- (二) 推動高齡友善健康照護機構認證，提供長者友善且具品質之醫療照護，截至2016年全國已累計283家高齡友善健康照護機構(167家醫院、58家長照機構、58家基層院所(含衛生所及診所)，以提

供長者友善就醫環境。

- (三) 結合據點針對社區內有認知功能障礙及疑似失智症者轉介並提供失智症資源，每年結合約500個據點協助社區提供失智症資訊。
- (四) 透過22縣市長期照顧照顧管理中心經評估符合長照計畫服務對象且有長照需求之失智者，提供長照服務，每年服務長照失智個案至少1萬6千多人。
- (五) 建構家庭照顧者服務支持網絡：例如設置失智症關懷專線、諮詢關懷專線，每年提供家庭照顧者諮詢服務6,000人次；並針對長照十年個案高風險家庭提供諮詢服務，每年提供轉介服務之高風險家庭照顧者200人；提供家庭照顧者照顧訓練課程，每年辦理至少30場次，提供4,000人次；辦理早期輕度失智症服務方案，每年補助地方團體辦理服務15,000人次。

### 三、強化基層防治及醫療照護服務

#### (一) 基層醫療防治：

- 1. 基層醫事人員之成人預防保健服務訓練課程，納入失智症議題，強化醫事人員對失智症之知能，每年至少培訓700人。
- 2. 結合地方醫療資源，有效提供診治網絡，衡量指標為試辦衛生局數，至2016年計有7家衛生局辦理。
- 3. 為因應病人自主權利法新法上路與整合相關單位意見，進行失智症診療手冊之編修作業。

#### (二) 醫療照護服務：

- 1. 為建立以病人為中心的整合性失智症醫療照護模式及流程，於2015年起辦理老年及失智整合醫療照護模式獎勵計畫，以鼓勵醫療院所提供適切之醫療整合服務。目前所有區域等級以上醫院設置失智症門診，離島偏遠地區已由衛生局指定地區醫院辦理。
- 2. 協助失智症患者依其不同病程之需求獲得早期介入服務及適當治療，所有區域等級以上醫院均提供失智症門診。失智症

亦已納入健保「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」之照護對象，提供跨專業團隊治療之整合照護服務。

#### 四、發展人力資源，強化服務知能

(一) 基層第一線服務人員教育訓練：例如警察、檢察官、社工長照人員、醫療照護人員等均已納入失智症教育訓練，並辦理線上學習；辦理失智症種子專業人員教育訓練，每年培訓150人等；樂齡學習志工相關研習課程，每年辦理20場次等。

(二) 充實及整合長照醫事專業人力培訓課程規劃三階段課程，截至2016年累計培訓4萬多人。辦理社工在職訓練課程，每年至少培訓100人次。

#### 五、強化跨部門合作與資源整合

(一) 建立跨部門合作會議，每年定期召開會議；並透過政府與民間合作，辦理失智照護單位聯繫或經驗分享會議。

(二) 為促進政府與民間合作，補助民間團體辦理老人健康促進活動，每年度補助至少4場次；每年補助30個民間團體辦理失智症服務方案如社區宣導、志工訓練、家庭照顧支持服務及早期介入服務等；另結合社區照顧關懷據點等，辦理老人健康促進（含失智症預防）相關活動，每年預計結合率達96%以上。

#### 六、鼓勵失智症相關研究與國際合作

(一) 建立整合性研究：例如每年委託或補助專家學者進行失智症預防相關議題文獻探討或科專計畫至少2件；每年補助失智症專業團體辦理失智症患者多元照顧服務模式之研究。

(二) 委託蒐集國際實證及投入防治研究文獻資料：配合上述工作重點，進行相關失智症之實證蒐集及防治研究，進行「失智症篩檢工具之信效度評估」、「失智症早期治療效果評估」、「失智症早期篩檢之國際政策比較」、「失智症預防策略文獻回顧報告」、「社區老人健康促進介入及成效追蹤研究計畫」等計畫，以掌握國際上失智症防治相關策略及發展。



(三) 每年補助老人醫學、失智症相關學(協)會之民間團體，辦理失智症防治相關議題之研討會議至少1場次，受益人數逾1,000人。

## 七、權益保障

- (一) 提供可近性獲得適當照護與支持：例如已設置失智症關懷專線，提供諮詢服務，預計每年提供失智症諮詢服務10,000人次。透過22縣市長期照顧照顧管理中心針對長照失智個案，提供所需資訊、轉介連結長照服務，每年服務長照失智個案至少1萬6千人。
- (二) 權益維護：結合地方政府辦理老人及身心障礙者監護及輔助宣告、財產信託等宣導每年辦理宣導至少10場次，10,000人受益。訂定居家服務及日間照顧服務評鑑指標，提升服務品質，預計每年40,000人受益等。另對於本部失智症政策擬定均邀集專家學者參與研議。

## 參、長照十年計畫2.0失智照護政策

- 一、長照十年計畫2.0將50歲以上失智者納入服務對象，且蔡英文總統特別指示衛福部對於失智症者的照顧必須優先處理，並增加失智照顧的預算；且蔡總統於2017年8月25日接見國際失智症協會主席致詞表示：第一，照顧失智症患者需要特殊的專業，與照顧失能者有很大不同；第二，政府有必要持續推動更全面、更深入的失智症防治及照護政策。且全力支持世界衛生組織失智症全球行動計畫，建立更完善的照護體系。
- 二、長照2.0失智照護政策以提升失智症長照服務能量、擴大失智照護資源佈建、強化社區個案服務管理機制、建立失智專業人才培訓制度，及推動失智友善社區等為主。執行策略包括：
- (一) 普及失智症及其照顧者之社區照護服務模式：
1. 廣設「失智社區服務據點」：提供失智者及照顧者多元複合支持服務，如認知促進、緩和失智、安全看視、家屬照顧訓練及家屬支持團體等，普及失智社區照顧服務；至2019年已布建失

智社區服務據點434處。

- 2.創新設置「失智共同照護中心」：協助未確診失智個案儘速完成確診；協助照顧者於個案不同失智程度照護需求及支持協助，提供引導、相關資訊及轉介等支持服務；連結醫療資源，提供個案醫療照護相關服務，及傳播失智健康識能，營造友善社區環境等。2019年設置87處。
- 3.預期成效：2017年-2020年將台灣失智症確診率由3成提升至5成，社區識能率於15-64歲人口數達成5%。

(二) 強化失智症者照顧能量：

- 1.鼓勵縣市政府廣結民間服務提供單位布建日間照顧中心、團體家屋等社區照顧資源。截至2019年底已設360處日間照顧中心、13家團體家屋、63家小規模多機能服務。目前本部積極盤點本部及國軍退除役官兵輔導委員會所屬醫療、長照等機構空間，鼓勵設置失智型日間照顧中心。
- 2.增設機構式失智專區：為因應失智症老人住宿式機構服務照顧需求，鼓勵老人福利機構、護理之家、醫療機構及榮譽國民之家參與失智症住宿式機構照顧服務資源之建置，同時提升有需求失智症老人之使用率，補助入住機構專區之失智症中度以上且具行動能力老人特別處遇費每人每月3,000元，減輕家屬負擔。至2019年底共58處、2,189床。

(三) 建置失智照顧者支持服務網絡：如1966長照服務專線、失智症關懷專線(0800-474-580失智時，我幫您)、家庭照顧者諮詢專線(0800-507272 有您，真好真好)，提供照顧者個別或家庭協談、輔導諮商、轉介服務資源。

(四) 建立失智專業人才系統性培育機制，經邀請專家學者、醫界代表及失智民間團體研議，已訂定針對照顧服務員之「失智症照顧服務20小時訓練課程」，以及「失智症醫事專業8小時訓練課程(各類人員)」，藉由失智培訓課程之訂定，以及透過失智共照中心推展失智照顧人才培訓制度，提升照護人員對失智症之認識，可提高對失智

症之敏感度，以利早期發現失智個案，協助就醫確診。

(五) 推動失智友善社區：

1. 2019年業補助9縣市建置10個失智友善社區、辦理全國性宣導活動，招募友善天使超過6.6萬名、失智友善組織超過5,500家，逐步營造對失智症及其家庭都能友善的支持性社會。另完成一般民眾、餐廳、公車、銀行、醫療院所、計程車司機、社區保全及緊急救護員等類共12種場域之衛教素材等。
2. 持續辦理營造失智友善社區相關之溝通宣導：辦理失智照護成果記者會「打造失智友善社區照護網絡，找回失智者笑容！」，向民眾說明失智照護服務及失智友善示範社區辦理成果，另製作失智照護服務3分鐘短片及30秒電視廣告，持續透過電視媒體、網路媒體進行宣傳。

## 肆、外界的期許

失智症防治照護政策綱領暨行動方案1.0雖已完成階段性任務，但因失智症人口攀升，政府部門、民間組織與公民對於失智症議題的關注程度也逐年上升，包含監察院「台灣失智症照顧量能調查報告」與立法院皆指出待修正處與調查報告；台灣失智症協會、中華民國老人福利推動聯盟等等舉行公民參與運動，凝聚共識與民意蒐集統整如下：

### 一、政策制定架構

建議失智症防治照護政策應提高層級，並有長期規劃，延長執行期間，制定過程也需考量與長照2.0間的結合，以及納入地方縣市政府的角色。

### 二、教育訓練與宣導

教育訓練對象包含專業人員與社會大眾，專業人員包含醫事、社福及長照相關人員；社會大眾包含警察、里長、小學生與一般民眾皆需提高對失智症的認識。另外針對專業人員的教育訓練除了上課時數，也可考量增加實習時數。而在整體失智症宣導型態不應僅有印製單張或手冊，宣導型態應轉型才能提高效益。

### 三、個案管理

應建置失智症個管制度，並有失智症個案管理師訓練制度，方可提供失智症者個別化、整合性且連續性之服務，例如要求醫院失智症整合門診設置個案管理師，與設置全國失智症登錄管理系統。

### 四、失智症服務

期許未來能提升且加快失智症務服務資源之布建，包含失智型日間照顧中心、瑞智互助家庭、瑞智學堂、失智症機構住宿式服務、失智專區、年輕型失智症服務等。並研議設置標準、法規鬆綁之可行性，協助民間服務提供單位解決土地使用、建築取得問題，以及符合消防

法令規定，方得以加速失智照顧資源之布建。也需重新考量使用者實際需求，增加服務可用度，例如：臨托服務需提早預約，無法滿足家屬的緊急協助需求。除此之外，各縣市政府應在失智症服務上扮演重要角色，各縣市應有各自的失智症照護網絡。

## 五、照顧者服務

應強化家庭照顧者支持網絡，提供諮詢、多元支持性服務，並加強提供照顧技能之教育訓練，協助紓解照顧重擔。除此之外，也需重視年輕型失智症家屬與老老相依的家庭困境。

## 六、醫療與健保

應該強調基層照護體系的重要性，基層醫師、專科醫師應接受失智症基礎或專科訓練，提高正確診斷率，同時減少失智症家庭就醫時的困擾。也期待可為失智者設快速篩檢門診，藉由修改醫院環境設置標準，改善失智者就醫與候診環境，提高失智症家庭就醫的便利性。目前失智症用藥審核太過嚴苛，導致需要用藥的人無法接受治療的情況。也有民眾提出整合性篩檢應納入失智症篩檢，進行社區宣導時，需增加有效量表、提高潛在失智症的篩檢正確率。除此之外，也有與會者提出設立失智症日間照顧病房與急性病房、失智症居家護理、醫師到宅評估應受健保給付的支持。針對家庭托顧人員，若其照顧對象有失智者，應增加給付。

## 七、失智友善議題

建議避免將「失智」二字加入服務現場；建議法務部、警政署應接受認識失智症與友善失智相關課程，當失智者碰觸法律時，協助法務與警政人員遇到失智者碰觸法律議題或犯案時，具合適因應方法；需深入社區推廣高齡友善健康照護機構認證，提供失智友善支持之照護環境，公共場所應增設座椅，並多增設讓失智者和家屬可共用的廁所。在此主題也包含需重視失智者的人權與尊嚴。

## 八、整合議題

執行失智症政策或服務過程中，應重視公部門與民間的對話，而不僅是邀請專家學者出席。地方政府應盤點資源，協助連結醫院與社區，促使醫療端與社區端的整合。地區內的服務間應有所串聯，例如居家服務與日間照顧中心，提供失智症家庭更全面的失智照護服務。社區中也應連結里長協助被通報之失智者。而對於醫院內的整合議題，針對失智症醫療照顧，於友善醫院內，門診需建置轉介系統；院內失智者住院期間，需有個管師、固定專人與身心科合作，共同處理病患問題行為、急性瞻妄的部分，也需有失智症團隊，住院期間得以照會失智症專門醫師。

## 九、偏鄉議題

偏鄉進行失智症照顧的最大限制是交通，因交通不便，讓個案篩檢、至醫院確診、持續就診意願低落。若嘗試使用智慧醫療照護系統降低交通造成的限制，花東地區又易因網路問題而受限。市區內偏鄉也存在交通限制，再加上人力不足，時常無法及時滿足所有個案的需求，因此需增加偏鄉失智症照顧的資源。

## 十、資源（交通與人力）

失智症專業人力的缺乏，失智型日間照顧中心、照顧服務員、非營利組織皆需失智症專業人力。交通部分則主要提及需協助長者改善交通問題，讓更多長者可出門接受服務。

## 小結

台灣失智症防治照護政策2.0將依循監察院「台灣失智症照顧量能調查報告」與立法院過往推動建議，進行七大策略與行動方案之修訂。也將提高政府層級，並具長期規劃，以及考量與長照2.0間的結合，並納入地方縣市政府的角色。除此之外，也將公民意見納入2.0行動方案或工作項目之修改參考。並訂定「2025失智症政策成果具體目標」，促使台灣失智症照顧

量能有所提升。

## 第四章 失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0

面臨失智症對於失智者、照顧者、家屬、社區及國家所帶來的衝擊，我國將打造預防及延緩失智症的友善社會，與確保失智者及其照顧者的生活品質，設定為失智症防治照護政策綱領2.0的願景。而為達成此願景，將依循2014-2016年失智症防治照護政策綱領暨行動方案之回顧、外界期許，並考量國際接軌，參酌全球失智症行動計畫，進行執行期程、策略、成果目標、行動方案之修訂。

### 一、執行期程之依據

為期與全球失智症行動計畫同步推動，仍依循全球失智症行動計畫之期程，訂定失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0之執行期間為2018年至2025年。

### 二、策略之依據

爰引用全球失智症行動計畫之七大行動領域，作為國內失智症政策之策略主題，以利我國未來與國際失智症資訊接軌。雖然現況非世界衛生組織會員國，仍可透過與世界衛生組織關係密切之民間組織－國際失智症協會(ADI)、世界失智症理事會(WDC)，分享失智症政策成果，並與其他國家相互交流、比較及學習。

### 三、成果目標之依據

為提高失智症防治照護政策綱領暨行動方案之效益，於第二版增訂各策略全國目標，使中央部會與縣市政府具一致性目標，將可縮減政策制定與實際推動間的差距。世界衛生組織全球失智症行動計畫之七大行動領域皆已訂出2025年需達成的全球成果目標，但因考量世界衛生組織目標編列為中低標準(其全球會員國包含已開發國家、開發中國家與未開發國家)，



因此2.0版新增之國家成果目標，將以世界衛生組織之成果目標為基準參考，並設定高於世界衛生組織全球行動計畫之目標。

#### **四、行動方案之依據**

行動方案內容項目之修訂，乃參考以下建議及計畫之內容：

- (一) 世界衛生組織「2017-2025全球失智症行動計畫」給會員國之行動建議。
- (二) 政府及民間針對失智症防治照護政策綱領1.0版之檢討建議，包含2017年8月監察院公告之台灣失智症量能調查報告、2017年1月由立委及失智症相關民間團體所舉辦四場失智症共識會議暨公民論壇之建議。
- (三) 長照十年計畫2.0中與失智症有關之服務量化指標，如失智症共同照護中心、失智症社區服務據點、機構失智症照顧專區服務床數、照顧服務員培訓人數等，皆依長照2.0計畫規劃數量納入行動方案。
- (四) 納入身心障礙者權利公約，重視失智症人權議題，於2.0中列入相對應之行動方案。
- (五) 強化聯繫與協調機制，於2.0中增列各縣市地方政府角色，建立中央與地方間的互動關係。
- (六) 跨部會定期檢討調整處理情形及行動方案。

### **壹、願景**

打造一個能預防及延緩失智症的友善社會，並確保失智者及其照顧者的生活品質，使其獲得所需的照護與支持，有尊嚴、受尊重、能自主及平等地發揮他們的潛能。

### **貳、主要目標**

- 一、 及時診斷、適切治療和照護、降低罹患失智症風險。
- 二、 失智者、照顧者及家屬可獲得需要的服務與支持，維持尊嚴及良好

生活品質。

三、 降低失智症為失智者、照顧者、家屬、社區及國家所帶來的衝擊。

## 參、策略、成果目標及行動方案

### 策略一、列失智症為公共衛生之優先任務

#### 行動方案

- 1.1由中央層級專責推動國家級失智症政策管考
- 1.2制定保障失智者人權的法規或規範
- 1.3發展法規確保國家失智症計劃與行動之落實

### 策略二、提升大眾對失智症之認識及友善態度

#### 行動方案

- 2.1提升全國人民對失智症的認識
- 2.2提升全國人民的失智友善態度

### 策略三、降低失智的風險

#### 行動方案

- 3.1降低可改變的罹患失智症之風險，包含肥胖、糖尿病、高血壓、體能活動不足、吸菸、飲酒過量等
- 3.2主動提供諮詢民眾可改變之危險因子並進行介入

### 策略四、健全失智症診斷、治療、照護網絡

#### 行動方案

- 4.1強化失智症照護服務體系
- 4.2發展及強化社區型照護體系與流程

- 4.3 培訓健康照護專業人員及照顧服務人員具失智症專業知識與技能
- 4.4 建立失智者與家庭知情同意、與自主醫療照護選擇、與預立醫囑與決定之規範

## **策略五、普及對失智家庭照顧者的支持協助**

### **行動方案**

- 5.1 發展及加強支持保護失智家庭照顧者的福利與法規
- 5.2 提升健康照護專業人員及長照社工人員具備辨識及降低失智家庭照顧者壓力的能力
- 5.3 普及失智家庭照顧者多元支持服務，降低失智家庭照顧者負荷壓力

## **策略六、建置失智症資訊蒐集與分析平台**

### **行動方案**

- 6.1 建立全國性失智症登錄及監測系統
- 6.2 制訂失智症醫療與社會照護數據蒐集之政策或法規
- 6.3 進行國家失智症流行病學及相關資源數據調查

## **策略七、推動失智症之研究與創新發展**

### **行動方案**

- 7.1 發展全國性失智症研究，及滿足失智者、照顧者或潛在失智者需求之創新研究
- 7.2 增加失智症研究與創新醫療照護科技的投資

## 肆、衡量指標、目標及工作項目

有關各策略暨行動方案下之衡量指標及其目標值、工作項目與辦理單位等內容，詳見附錄。

## 伍、預期效益

### 一、政府端預期效益

- (一) 減緩失智症人口增加：透過降低風險因子盛行率及增加失智症研究。澳洲失智症專家Henry Brodaty(2006)研究發現，若能延後失智症發病時間兩年，失智症盛行率可降低近兩成，若能延後五年，失智症盛行率可降低近五成。因此，努力降低失智風險、延後失智發病時間，可望減緩失智人口增加速度。
- (二) 延緩失智者退化及失能，降低照護成本：透過加強失智症認知及友善宣導，控制風險因子與提高確診率，並普設整合型社區服務計畫，可有效延緩失智者退化及失能，並降低照護成本。
- (三) 逐步增加失智者服務量能及專業人員知能，因應未來擴增之需求：透過長照2.0規劃，增加失智症各類服務量能及培訓各類失智照顧專業人員。
- (四) 以國家整體力量，推動失智症政策，改善民眾生活品質，減少失智症所帶來的衝擊，提高施政滿意度：透過資訊登錄及監測系統的建立，掌握失智症核心數據與其變化趨勢，包含台灣失智症確診率與診斷後失智者、照顧者與家屬獲得服務的比率與成效，減少政策制定與民眾需求的落差，並推估國家失智症總成本。

### 二、民眾端預期效益

2017年11月衛福部委託社團法人台灣失智症協會針對失智防治照護政策2.0的七大策略進行公民參與的線上問卷調查，在2,228份回覆中，民眾

對政策最想著力的前三項為「對失智家庭照顧者的支持協助」、「大眾對失智症的認識及友善態度」、「失智症診斷、治療、照護」。其中「對失智家庭照顧者的支持協助」，不管是家屬或非家屬，都是以此為第一優先。

對應於失智症防治照護政策的七大策略，民眾最著力策略分別為：策略二、大眾對失智症之認識及友善態度；策略四、失智症診斷、治療、照護；策略五、對失智家庭照顧者的支持協助。

為加強民眾對相關策略及未來成果的共識及認同，提升其對失智症認知及友善態度，特整合此三項策略2020年與2025年成果目標，訂定失智症政策2.0民眾版宣導口號。

## 2020失智友善台灣555

失智家庭照顧者有**5**成以上獲得支持和訓練

罹患失智症的人口有**5**成以上獲得診斷及服務

全國民眾有**5%**以上對失智有正確認識及友善態度

失智家庭照顧者有**7**成以上獲得支持和訓練

罹患失智症的人口有**7**成以上獲得診斷及服務

全國民眾有**7%**以上對失智有正確認識及友善態度

## 第五章 推動機制

### 一、 行動方案

有關行動方案及衡量指標之草擬，主要依據世界衛生組織的會員國建議行動，另考量台灣現有計畫及可行性，並期待各部會能依此訂定配合推動的具體方向及努力目標，每年將視各項行動方案推動情形滾動式檢討調整。

### 二、 執行與管考

本行動方案實施期程自核定日起至2025年12月31日止，由主管單位每半年考評各機關執行狀況。七大策略及行動方案每年度執行步驟如下：

#### 一、全國性策略與推動行動方案步驟：

失智症政策發展於2018-2025年皆以七大策略為主，惟每一策略主題將有數項行動方案配合推動，每一行動方案皆有可量化的全國性衡量指標，行動方案與全國性衡量指標將依照實際執行情況進行修訂。每年定期召開檢討會議，參考當年度執行情形，修訂每一策略之行動方案，與未來一年全國性衡量指標目標值。

#### 二、各部會配合推動工作項目步驟：

各部會配合未來一年之全國性行動方案及目標值，於每年12月，以達成全國性目標為前提，在各行動方案下，訂定未來一年的工作項目及衡量指標。

#### 三、督考及宣導表揚步驟：

督考單位定期收列全國性及各部會衡量指標數據；每年初舉辦各部會成果報告會議，每年底檢討訂定並公布新版全國性行動方案、指標目標值，各部會工作項目、衡量指標。

## 失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0工作項目(2018-2025)

策略	行動方案	衡量指標	2025年目標值	工作項目參考	主辦單位 協辦單位	編列預算經費(千元)
1.列失智症為公共衛生之優先任務	1.1由中央層級專責推動國家級失智症政策管考	1.1-1中央層級召開全國性失智症政策檢討會議或成果發表活動件數	≥1次/年	1.1-1a 訂定年度指標績效收集時程及考核機制 1.1-1b 每年辦理檢討會議或成果發表	衛福部(長照司)	109年： 4,597
		1.1-2具失智症行動計畫之地方政府數	2020年達100%	1.1-2a 中央有計畫經費鼓勵及協助縣市政府申請推動失智症行動計畫		
		1.1-3定期更新並公告中央與地方之專責單位或服務窗口	隨變動公告	1.1-3a 於官網公告中央及各縣市失智症服務單一窗口 1.1-3b 彙整失智症相關訊息公告於長照2.0官網 1.1-3c 各縣市發展失智症照顧及服務資訊網頁		
	1.2制定保障失智者人權的法規或規範	1.2-1中央政府成立之行政院身心障礙者權益推動小組邀請失智症團體代表參加；每年提出法規檢視及修訂成果	2019年各級政府機關完成其餘法規之制(訂)訂、修正或廢止改進 2022年完成全面檢視修正	1.2-1a 請各級政府依循「CRPD法規及行政措施檢視標準作業流程」及CRPD法規及行政措施修正原則，就主管法規及行政措施涉及身心障礙權利者(含失智者)進行全面檢視	衛福部(社家署)	
				1.2-1b 結合地方政府辦理身心障礙者(含失智者)人權等宣導。		
		1.2-2針對失智者工作權提出推動計畫	2020年提出推動計畫 2025年檢視整體成果	1.2-1c 參與失智者人權檢視及法規修訂；依照失智者人權檢視建議報告進行修訂 1.2-2a 將失智症認識與關懷等議題納入友善職場相關宣導內容 1.2-2b 推動失智者友善職場 1.2-2c 依職務再設計服務就業流程，提供職務再設計服務	法務部 勞動部	

策略	行動方案	衡量指標	2025年目標值	工作項目參考	主辦單位 協辦單位	編列預算經費(千元)
				1.2-2d 協助失智者就業		
				1.2-2e 結合地方政府/共照中心/失智社區服務據點協助宣導失智者友善職場	衛福部(長照司)	
	1.3發展法規確保國家失智症計劃與行動之落實	1.3-1失智症計畫經費執行率	90%	1.3-1a 建置失智症防治照護政策綱領管考系統 1.3-1b 定期追蹤檢討行動方案各項工作執行成效	衛福部(長照司)	
2.提升大眾對失智症之認識及友善態度	2.1 提升全國人民對失智症的認識	2.1-1全國人民對失智症認識的比率	≥7%	2.1-1a 執行全國人民正確認識失智症之整體規劃 2.1-1b 執行年輕型失智症宣導計畫 2.1-1c 結合地方政府、失智者、照顧者、失智症相關單位與機構及相關人士進行失智症正確認識宣導	衛福部(健康署) 衛福部(長照司)	109年： 53,600
		2.1-2 各公家機關人員對失智症認識的比率	≥20%	2.1-2a 訂定公家機關正職公務人員上課時數 2.1-2b 於公家機關正職公務人員之基礎訓練、繼續教育或講座中，增加認識失智症相關課程內容 2.1-2c 依訂定之建議上課時數，訂定公家機關正職公務員上課內容	衛福部(健康署)	
		2.1-3將失智症議題相關概念融入國民中小學課程	國民中小學課程包含失智症議題	2.1-3a 將失智症議題相關概念融入國民中小學課程中	教育部	
		2.1-4全國性大眾媒體宣傳活動次數	≥1次/年	2.1-4a 執行全國性降低失智症風險公共傳播計畫 2.1-4b 執行全國性失智症正確認知公共傳播計畫	衛福部(健康署)	
	2.2 提升全國人民的失智友善態度	2.2-1全國人民具失智友善態度的比率	≥7%	2.2-1a 失智友善相關定義/計畫/方案等訂定過程，需邀請失智者及家屬、失智症團體代表參與	衛福部(健康署)	
				2.2-1b 依照不同宣導對象製作失智友善宣導品(SOP、影片、手冊、海報等) 2.2-1c 建構失智友善線上學習系統	衛福部(長照司)	



策略	行動方案	衡量指標	2025年目標值	工作項目參考	主辦單位 協辦單位	編列預算經費(千元)
		2.2-2全國友善社區數	各縣市≥1處失智友善社區	2.2-2a 執行失智友善社區補助、獎勵機制(鼓勵提升物理與社會環境可及性、公共設施可及性、發展公共運輸友善措施、協助改善居家環境、支持性科技、支持社會參與) 2.2-2b 建立失智友善社區示範點	衛福部(健康署)	
				2.2-2c 結合失智社區服務據點，建構失智症友善社區	衛福部(長照司)	
				2.2-2d 將失智友善社區指標納入社區關懷據點發展之考量	衛福部(社家署)	
				2.2-2e 強化運輸業者對於失智者搭乘公共運輸工具之協助與教育宣導	交通部	
				2.2-2f 中度以上失智者之駕照管理		
				2.2-2g 協助主辦與協辦單位建立失智友善社區	內政部(警政署)	
				2.2-2h 建立失智者誤觸法網之友善處理標準程序		
				2.2-2i 協助主辦與協辦單位失智友善社區之宣導事項	內政部(民政司)	
		2.2-3全國各縣市失智友善社區評比及表揚活動數	1次/年	2.2-3a 將失智友善整合於高齡友善城市/社區/友善健康照護機構之辦法/條文或推動計畫 2.2-3b 建立失智與高齡友善社區指標獎勵機制 2.2-3c 建立失智與高齡友善社區表揚辦法 2.2-3d 辦理失智與高齡友善縣市評比	衛福部(健康署)	
		2.2-4全國失智友善組織數	8000家	2.2-4a 建立失智友善組織定義及標章 2.2-4b 建立失智友善組織表揚辦法 2.2-4c 執行失智友善組織推廣計畫	衛福部(健康署) 衛福部(長照司、醫事司)	
		2.2-5全國失智友善天使數	新增3萬人/年	2.2-5a 建立失智友善天使的定義及標章 2.2-5b 執行友善天使培訓推廣計畫	衛福部(健康署)	

策略	行動方案	衡量指標	2025年目標值	工作項目參考	主辦單位 協辦單位	編列預算經費(千元)
				2.2-5c 建立失智友善天使表揚辦法	衛福部(長照司)	
3.降低失智的風險	3.1降低可改變的罹患失智症之風險，包含肥胖、糖尿病、高血壓、體能活動不足、吸菸、飲酒過量等	3.1-1肥胖盛行率	零成長	3.1-1~3.1-7依健康署現行工作項目，納入失智症議題 ◎將降低罹患失智症風險之議題納入健康主題「慢性病防治」推動工作 ◎將降低罹患失智症風險之議題列為宣導題材，依不同宣導對象製作文宣或拍攝影片，如中年人、老年人、婦女、吸菸族群、機車族群等。 ◎結合鄉鎮公所、里辦公室、社區關懷據點等單位辦理衛教宣導時，將降低罹患失智症風險之議題列入，運用健康署編制之宣導文宣與影片做為宣導教材。	衛福部(健康署)	109年： 2,019,178
		3.1-2體能活動不足之比率	減少10%			
		3.1-3 18歲以上人口吸菸率	現有18歲以上人口吸菸的盛行率相對減少30%			
		3.1-4飲酒盛行率	18歲以上人口過去一年飲酒率降至42%			
		3.1-5血糖過高年齡標準化盛行率	比率持平			
		3.1-6血壓過高年齡標準化盛行率	10%			
		3.1-7總膽固醇過高年齡標準化盛行率	39.5%			
	3.1-8強化國民心理健康識能	每年200場次	3.1-8a 運用多元管道倡導心理健康識能 3.1-8b 辦理憂鬱症宣導 3.1-8c 辦理憂鬱症篩檢 3.1-8d 辦理憂鬱症相關人員教育訓練	衛福部(心口司)		
3.2主動提供諮詢民眾可改變之危險	3.2-1發展具實證基礎降低上述3.1危險因子之介入措施及培訓醫療專業	至少2種	3.2-1a 規劃降低3.1危險因子之全國性計畫 3.2-1b 執行失智症早期徵兆及高風險篩檢宣導計畫 3.2-1c 執行降低失智症風險之宣導計畫 3.2-1d 預防及延緩失能計畫數	衛福部(健康署、長照司)		

策略	行動方案	衡量指標	2025年目標值	工作項目參考	主辦單位 協辦單位	編列預算經費(千元)
	因子並進行介入	人員、主動提供民眾諮詢服務		3.2-1e 結合社區資源，協助推動降低危險因子之全國性計畫 3.2-1f 將失智症預防評估之訓練納入一般醫學訓練制度規劃及推動事項	衛福部(醫事司)	
4.健全失智症診斷、治療、照護網絡	4.1 強化失智症照護服務體系	4.1-1 失智症診斷比率	≥70%	4.1-1a 發展失智共照指引手冊 4.1-1b 結合社區長照據點宣導協助疑似失智者接受診斷之流程 4.1-1c 推動失智照護服務計畫	衛福部(長照司)	109年： 1,577,701
				4.1-1d 結合護理機構宣導協助疑似失智者接受診斷之流程	衛福部(照護司)	
				4.1-1e 編修失智症診療手冊 4.1-1f 將失智症基礎之訓練納入一般醫學訓練制度規劃及推動事項 4.1-1g 將失智症診療訓練納入相關專科醫師訓練課程 4.1-1h 將失智症基礎之訓練納入藥事人員訓練規劃及推動事項	衛福部(醫事司)	
				4.1-1i 結合巡迴醫療服務團隊，宣導協助疑似失智者接受診斷之流程 4.1-1j 醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫中，明定醫師須接受失智症基礎訓練以提供失智家庭諮詢 4.1-1k 失智症類型診斷健保給付鼓勵性措施 4.1-1l 失智症患者由基層轉介協助失智症類型診斷健保給付鼓勵性措施 4.1-1m 失智症診斷健保給付鼓勵性措施(診斷效能)	衛福部(健保署)	
				4.1-2 失智者獲得個管服務比率	≥80%	

策略	行動方案	衡量指標	2025年目標值	工作項目參考	主辦單位 協辦單位	編列預算經費(千元)
				4.1-2b 醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫，健保給付方案納入失智症個管服務 4.1-2c 精神醫療之居家治療，健保給付方案納入失智症個管服務	衛福部(健保署)	
		4.1-3失智者獲得長照服務比率	40%	4.1-3a 彙整失智者使用長照服務資料	衛福部(長照司)	
		4.1-4機構失智症照顧床數	2300床	4.1-4a 彙整失智症照顧床數	衛福部(長照司)	
				4.1-4b 增加榮民之家失智床數 4.1-4c 輔導醫院成為失智友善醫院	退輔會 衛福部(醫事司、醫福會)	
		4.1-5失智症病人接受失智症安寧緩和服務的人數	失智症病人接受安寧緩和服務比率達3%	4.1-5a 安寧緩和醫療條例納入失智症需求(請參考病人自主權利法及失智症安寧緩和醫療照護指引研議)	衛福部(醫事司)	
	4.1-5b 安寧療護管理列入醫院品質與評鑑 4.1-5c 將失智者使用安寧緩和服務病房使用率列入醫院總額專業醫療服務品質報告之指標			衛福部(健保署)		
	4.2發展及強化社區型照護體系與流程	4.2-1失智症共同照護中心數/失智症社區服務據點數	2020年：63共照中心、368處據點	4.2-1a 布建失智症共同照護中心及失智症社區服務據點	衛福部(長照司)	
		4.2-2 提高失智社區照護資源家數含失智型與混合型日間照顧服務/團體家屋/小規模多機能	共計500處	4.2-2a 布建失智型與混合型日間照顧服務/團體家屋/小規模多機能服務	衛福部(長照司)	
				4.2-2b 推動失智型與混合型日間照顧服務/團體家屋/小規模多機能服務之布建	退輔會	

策略	行動方案	衡量指標	2025年目標值	工作項目參考	主辦單位 協辦單位	編列預算經費(千元)
	4.3培訓健康照護專業人員及照顧服務人員具失智症專業知識與技能	4.3-1從事長照服務之醫事人員及照顧服務員完成失智症相關訓練之比率	≥50%	4.3-1a 訂定失智照顧專業人員培訓課程 4.3-1b 建置專業人員登錄管理系統 4.3-1c 建立失智症照顧人才培訓制度，培訓對象包含醫事專業人員、照顧服務人員 4.3-1d 推展失智症照顧人才培訓制度	衛福部(長照司)	
		4.3-2 外籍家庭看護工接受補充訓練人次之成長率	≥5%	4.3-2a 開發失智症照護技巧相關教材 4.3-2b 配合衛福部規定，辦理外籍家庭看護工補充訓練	衛福部(長照司) 勞動部	
	4.4建立失智者與家庭知情同意、與自主醫療照護選擇、與預立醫囑與決定之規範	4.4-1訂定病人自主權利法施行細則應列入與失智者相關之規定	完成研訂	4.4-1a 病人自主權利法施行細則列入與失智者相關之規定	衛福部(醫事司)	
5.普及對失智家庭照顧者的支持協助	5.1發展及加強支持保護失智家庭照顧者的福利與法規	5.1-1強化失智家庭照顧者支持及保護活動數	≥10場/年	5.1-1a 支持及保護失智家庭照顧者福利相關訓練活動或宣導 5.1-1b 新增支持及保護失智家庭照顧者的福利事項或相關規範數	衛福部(長照司)	109年： 251,830  (部分係透過結合其他策略之工作項目推展，爰未另計經費)
	5.2提升健康照護專業人員及長照社工人員具備辨識及降低失智家庭照	5.2-1 醫事人員及長照社工人員完成辨識及降低失智家庭照顧者壓力訓練課程之比率	50%	5.2-1a 失智症照顧人才培訓制度，應包含辨識與降低失智家庭照顧者壓力之訓練 5.2-1b 建置醫事專業人員繼續教育管理系統 5.2-1c 開發相關訓練課程及數位學習教材	衛福部(長照司)	

策略	行動方案	衡量指標	2025年目標值	工作項目參考	主辦單位 協辦單位	編列預算經費(千元)
	顧者壓力的能力					
	5.3普及失智家庭照顧者多元支持服務，降低失智家庭照顧者負荷壓力	5.3-1失智家庭照顧者獲得支持之比率	≥70%	5.3-1a 推動失智症共同照護中心/失智症社區服務據點之布建 5.3-1b 設置失智症諮詢專線提供失智照顧及支持服務 5.3-1c 設置失智症資源網站提供失智症社會福利資訊 5.3-1d 設置家庭照顧者支持服務據點(不限失智症家庭照顧者) 5.3-1e 提供喘息服務(機構/居家/小規模/日照) 5.3-1f 蒐集失智症者及其照顧者常見法律問題 5.3-1g 辦理失智家庭照顧者訓練	衛福部(長照司)	
				5.3-1h 失智症家庭心理健康促進與自傷行為防治政策之規劃與推動 5.3-1i 提供失智家庭照顧者負荷處遇與治療 5.3-1j 提供失智家庭照顧者諮商協談服務	衛福部(心口司)	
				5.3-1k 配合衛福部製作案例彙編或問答集需求，提供失智症常見法律問題之法律釋疑或案例 5.3-1l 宣傳及推廣案例彙編或問答集	法務部	
6.建置失智症資訊蒐集與分析平台	6.1建立全國性失智症登錄及監測系統	6.1-1建立全國失智症線上登錄系統及指標監測	2019年完成規劃建置	6.1-1a 建立全國失智症線上登錄系統 6.1-1b 運用建置之失智症防治照護政策綱領管考系統，建立指標監測項目與機制	衛福部(長照司、資訊處、國衛院)	
	6.2制訂失智症醫療與社會照護數據蒐集之政策或法規	6.2-1訂定有關個資蒐集之政策或法規	每年檢視	6.2-1a 審酌醫療及社政等相關領域法規是否有修正必要 6.2-1b 辦理相關法規諮商作業時提供法制意見及協助	衛福部(長照司) 法務部 衛福部(國衛院)	109年： 11,260

策略	行動方案	衡量指標	2025年目標值	工作項目參考	主辦單位 協辦單位	編列預算經費(千元)
	6.3進行國家失智症流行病學及相關資源數據調查	6.3-1定期進行失智症流行病學調查(含發生率)	每5年進行一次	6.3-1a 執行失智症流行病學調查(2019年開始)	<u>衛福部(國衛院、長照司)</u>	
7.推動失智症之研究與創新發展	7.1發展全國性失智症研究，及滿足失智者、照顧者或潛在失智者需求之創新研究	7.1-1全國性失智症研究計畫數	2025年增加1倍(以2017年為基數)	7.1-1a 規劃及推動全國性失智症相關研究，議題包含但不限於流行病學、預防、診斷、治療、服務模式、改善服務流程、提升長期照護、失智者工作權 7.1-1b 規劃及推動失智症相關創新醫療與照護科技之研究與產業開發，議題可包含協助診斷、定位、協尋、陪伴、安全維護、導航、記憶、認知促進、復健、交通安全、財務安全等 7.1-1c 邀請失智團體代表、失智者及家屬參與規劃創新研究議題 7.1-1d 公開及共享失智症研究結果 7.1-1e 應用研究結果辦理實務服務或社區服務計畫 7.1-1f 彙整全國性失智症研究計畫數	<u>衛福部(國衛院)</u> 經濟部 科技部 <u>衛福部(長照司、健康署)</u>	109年： 40,742  (部分係透過結合其他策略之工作項目推展，爰未另計經費)
	7.2增加失智症研究與創新醫療照護科技的投資	7.2-1衛福部失智症研究經費數	2025年增加50%(以2018年為基數)	7.2-1a 鼓勵及分配資源於失智症創新醫療照護科技研發相關計畫，並納入研究獎勵 7.2-1b 協助彙整本部失智症研究經費	<u>衛福部(長照司、科技組)</u>	

附註：部分工作項目所編列之預算經費，係整體含括失智及失能者所需，未能予以區分。