

桃園縣 101 年度  
潛在失智症社區篩檢計畫研究案

研究報告

委託研究機構：國立台北護理健康大學

主 持 人：李世代教授

## 摘要

本案乃針對潛在輕度認知障礙篩檢之結果進行整理統計分析，並找出社區中具潛在性認知障礙之民眾，嘗試掌握其人口學特性、健康功能狀態、以及一般化之長期照護需求相關或交互影響等。本案將提供政府未來訂定失智症預防性介護之施政方針、擴大篩檢政策、以及提供失智症預防性介護建議之參考。本案自 2012 年 3 月至 2012 年 9 月，依循既有公共衛生社區保健之網絡，透過「AD-8」-極早期失智症篩檢量表以及長期照護需求簡易篩檢表，針對居住於桃園縣 13 鄉、鎮、市中之社區老人大眾進行早期認知功能或隱藏之認知功能障礙篩檢，將結果進行分析，後則進一步分析篩檢後確診率、輕度認知功能障礙、行為、生活功能習慣及照護需求背景之關聯性，並探討罹病狀況、就醫狀況與健康功能背景對輕度認知障礙之影響。三月份至九月份總計從包括桃園市、大園鄉、鄉、大溪鎮等共十三鄉鎮市，回收 30,164 份有效問卷(資料不完整、缺漏等無效問卷皆已退回原執行單位修改後寄回)。先依業務需求完成 AD-8 篩檢表，再而完成長期照護潛在需求簡易篩檢表之回收。經 AD-8 之初步篩檢結果顯示在桃園縣 13 鄉鎮市中，65 歲族群(原住民 55 歲以上)中疑似有輕度認知障礙(mild cognitive impairment, MCI)的個案約 1.8%(534 個案)，其中 67 案(12.5%)已經完成轉介進一步追蹤檢測之服務安排。經轉介醫院診斷之輕度認知障礙篩檢陽性個案中，約有近三成五的陽性個案被排除；而被確診為失智症之個案約有六成(41 位)，而有兩案例則依輕度認知障礙(MCI)確診或定位。整體而言，桃園縣社區之老年人口疑似有輕度認知障礙(MCI)個案約佔一般社區老年人口之 1.8%，並不算太高，惟本計畫中部份機構住民等樣本並未納入母全體，因此 1.8%之盛行或屬低估。長期照護潛在需求簡易篩檢表自 7 月份開始施測，由於地方推動配合不易，至期末報告期限前止總計僅回收一萬零五百二十八份(10,528)有效問卷(資料不完整、缺漏者等之無效問卷皆退回原執行單位修改並補正)。初步分析，約有 2.7%(287 個案)的桃園縣社區高齡民眾(原住民 55 歲以上)具有綜合性潛在長期照護需求風險，其潛在風險比例略高於單獨之 MCI。但由於潛在長期照護需求簡易篩檢表之回收數量所佔比率過低，確切之潛在需求分佈仍待進一步確認。

## 『101 年度潛在失智症社區篩檢計畫研究案』期末報告目次

摘要 .....	2
目次 .....	3
圖表目次.....	4
<b>第一章 前言 .....</b>	
第一節 研究主旨 .....	5
第二節 背景與現況 .....	8
第三節 研究目的 .....	11
<b>第二章 文獻探討.....</b>	
第一節 國內失智症現況 .....	12
第二節 輕度認知障礙之發展.....	13
第三節 輕度認知障礙之臨床界定.....	14
第四節 輕度認知障礙之盛行率調查.....	14
<b>第三章 材料與方法.....</b>	
第一節 研究設計 .....	15
第二節 研究步驟 .....	15
第三節 資料分析 .....	16
<b>第四章 結果 .....</b>	
第一節 AD-8 篩檢發現.....	17
第二節 長期照護需求簡易篩檢發現.....	19
<b>第五章 結果討論.....</b>	20
<b>第六章 結論與建議.....</b>	24
<b>參考文獻.....</b>	25
<b>附錄 .....</b>	40

## 圖表目次

### 圖目錄

圖一 研究架構圖.....	33
圖二 研究步驟及流程.....	33

### 表目錄

表一 台灣失智症盛行率推估.....	34
表二 歷年身心障礙人數統計.....	34
表三 各國輕度認知障礙盛行率調查之比較.....	35
表四 受試者來源.....	35
表五 受試者性別比例.....	36
表六 受試者年齡分布.....	36
表七 原住民佔總受試者之比例.....	36
表八 受試者之教育程度分布.....	36
表九 AD-8 之陽性分布.....	37
表十 各鄉鎮市篩檢分布.....	37
表十一 AD-8 陽性個案之年齡分布.....	38
表十二 AD-8 篩檢之陽性率.....	38
表十三 診斷分析.....	38
表十四 綜合性整體潛在之長期照護需求風險.....	39
表十五 潛藏憂鬱風險.....	39
表十六 潛藏活動、運動機能風險.....	39
表十七 潛藏口牙風險.....	39
表十八 潛藏營養不良風險.....	39

# 第一章 前言

## 第一節 研究主旨

聯合國世界衛生組織(WHO)對高齡化或老化社會(aging society)的定義為老年人口超過國家總人口之7%，而當老年人口跨越14%時則另稱為老年社會(aged society)。台灣自八〇年代中期之青年國度明顯開始人口之轉型，並於九〇年代中期(1993)完成了人口轉型，又在1994年跨越了WHO老年人口7%的門檻，正式邁入高齡國家之林。我國於2002年底65歲以上的老年人口已佔總人口8.9%。根據內政部截至2010年年底的最新統計，台灣65歲以上的老年人口數已高達248萬人，佔全台人口總數的10.7%（內政部統計處，2012）。同時在2020年戰後嬰兒潮(baby boom)亦將進入老年期，預計老年人口將超越14%。2036年時，老人更將高達21%以上，故台灣的老年人口將在短時間內暴漲三倍有餘。內政部之統計資料顯示，截至1998年12月底，我國人口結構老化指數已達61.5%，顯示人口老化情形趨於嚴重。所謂「老化指數」是指六十五歲以上人口與以零至十四歲間人口的百分比（內政部統計處，2009）。因此長期照護需求的急遽擴大乃因身心健康功能不良或身心障礙者或老衰人口的急遽增加，目前國內因日常生活活動功能或認知障礙需要安排長期照護者超過二十萬人，其中七、八成以上屬於老年人，其他則是需要長久性照顧設計與安排之特定健康功能障礙族群（李

世代，2005)。

失智症(dementia)屬特殊之健康失能狀態，其在長期照護中亦列屬特殊之照護議題與建制。國內在長期照護推動，成果有限，究其原因，除了社會普遍價值、需求掌握、篩檢及評估、以及照護專業...等，遲未建制之外，社區保健之搭配推動模式撲朔迷離仍居主因；而失智照護屬特殊化之長期照護，當一般化長期照護尚且未盡理想之情況，當不易期待失智長期照護。

目前在台灣，每20位六十五歲老人中，就有一位罹患失智症，但據天主教失智老人基金會的資料顯示，由於大眾普遍對於失智症的瞭解不足，無法及早發現，讓許多失智長者隱藏在社區中，未獲適當的照顧，實為隱憂(內政部統計處，2012)。台灣失智症協會推估，目前全台已有18萬的失智人口(台灣失智症協會，2010)；然而內政部統計處資料顯截至2011第四季，領有身心障礙手冊的失智患者僅有35,783人，這數據的落差顯示仍有許多失智症患者仍未被確實的追蹤、協助診斷與治療。以年齡層為基礎之盛行調查可發現到，在60歲以上每當年齡增加5歲時其失智症盛行率便倍增；調查資料亦顯示，未來台灣平均每年將增加一萬名失智症患者，推估到2056年，將有近62萬的失智人口，其長期照護安排不免令人憂心(台灣失智症協會，2010)。

由於失智人口的急速增加，及早發現失智症及因應失智症之相關照顧模式也已經成為許多先進國家老人福利政策的重要課題之一。由於失智症之從無到有，具發展性之過渡變化，其病程往往由輕而重，因此近年來受到各領域熱絡討論的輕度認知功能障礙(mild cognitive impairment, MCI)，是指介於常態老化認知之衰退到退化成失智症的一個過渡期。美國著名的梅約診所(Mayo Clinic)甚至將輕度認知障礙比喻成“通往阿茲海默氏病道路上的一個中繼站(A way station along road to Alzheimer’s)” (Mayo Clinic, 2012)。此階段病患的症狀雖不至於有大程度日常生活功能及活動的影響，但卻相當程度地提升罹患失智症的風險。研究顯示，至少將近15%的輕度認智障礙患者日後將發展成失智症；而及早的介入照護有助於延緩甚至降低失智症的發生率(Mayo Clinic, 2012)。有鑑於此，更顯示出輕度認智功能障礙早期篩檢掌握甚至介入的重要性。家中如有失智症患者，往往波及整個家庭，所有家庭成員的生活連帶受到嚴重影響，因此，失智症不僅是患者個人之事，往往是整個家庭甚至於所居住的社區都可能面臨的社會問題。對急速老化的台灣而言，為避免失智症患者人數急遽上升，牽動其背後所產生之龐大照護需求之周邊漣漪效應，深入社區及早發現隱藏於其中之失智症個案，實不容小覷。

桃園縣為一快速成長之縣市，已臻至(準)院轄市之位階。都市區域發展及居住之族群雙方面均有急速的轉變，其人口結構也逐漸邁向「高齡

化社會」。本研究計劃從桃園縣十三鄉鎮市 65 歲以上民眾及 55 歲以上之原住民等社區民眾先篩檢分析其認知功能問題，再使用簡易之長期照護篩檢量表來搭配同時潛藏之長期照護需求評估。從社區健康照護網絡進行初步之潛在性認知功能障礙篩檢結果中，透過文獻佐證與統計分析等方法，協助早期篩選出潛在之未來可能成為失智症患者，以反映社區居民之長期照護潛在性問題和需求。未來希望藉由此研究得以早期發現潛藏於社區中輕度認知障礙之民眾，進而發掘同時潛藏之長期照護需求，並提供政府未來訂定失智症預防性長期照護之施政方針之參考，促使桃園縣民在邁向高齡化過程之列，亦同時將伴隨而來之認知功能障礙問題，乃至長期照護需求一併妥善處理。

## 第二節 背景與現況

隨著人口快速的老化，失智症人口也逐漸增加，而臺灣的失智症以阿茲海默氏病為最多見，其中以認知功能在診斷確認失智症屬一項相當重要的議題(徐榮隆、陳威宏、邱浩彰、沈幸梅，2000)。然而認知功能之外，失智症患者在病程中，常伴隨有精神心理症狀、問題行為的產生，同樣也帶給照顧者沉重的負擔。

自 2019 年 12 月底，台灣失智症盛行率推估(表一)，發現社區中有近 118,606 位失智症長者，佔老人人口的 4.8%(內政部，2009；台灣失智症協

會 2010)。

依據 2010 年內政部統計歷年身心障礙人數統計(表二)，失智症人口在 2009 年底為 30,605 人(內政部，2010)。失智症人口與歷年身心障礙人數統計中的人口來看，比重方面有顯著的出入，這顯示出可能罹患失智症相關之潛藏罹患者或即將變成病患未被檢測出來。

相較之下，也許是社會大眾因對失智症認識不足導致延遲照護安排，錯失了照護的先機(陳榮基、湯麗玉 2005)，這也使得只有少數的患者在失智症早期被檢測出來，加上目前主要的評估工具缺乏尚非盡善盡美。若要提早篩檢出失智症，更有其困難度，例如認知功能篩檢工具表(cognitive ability screening instrument, CASI)，施測者需要經過長時間且嚴謹的訓練以熟悉操作方式，用於社區民眾篩檢不易容易；而迷你心智檢測(Mini-Mental Status Examination, MMSE)則有教育背景水平上的差異。目前美國聖路易華盛頓大學所發展出只有 8 題的失智症篩檢表單「AD-8」，相較於目前國內常見的認知功能篩檢較容易操作上手，對專業之依賴度不高，也易於及早篩檢出失智問題，對早期失智症者具有相當高之信、效度(行政院衛生署，2008；楊淵韓等，2009)。

從常態老化到失智症徵兆出現之間所存在著一個過渡時期，稱為輕度認知障礙(MCI)，MCI 成為老年健康保健照護中的一個主要的問題，罹患

MCI 個案其症狀可能包括輕度認知缺損、複雜日常生活功能阻礙、記憶障礙合併情緒與行為的改變，進而導致生活品質下降(徐，2002；Alexander, et al, 2008)。Stephan 等人在 2007 年研究指出六十五歲以上的族群中發現患有 MCI 的個案約有 10%，而在這群被診斷罹患 MCI 的個案中在一年內約有 10%-15%的人會惡化成失智症(莊，2006)，五年內有超過 50%的個案會進行而惡化成明顯失智症(Zakharov, Yakhno, 2007)，有的研究甚至指出確認的 MCI 個案高達 16%-41%可能進行而惡化成失智症，相較於一般六十五歲以上的老年人每年只有 1%-2%變為失智症，輕度認知障礙轉發為失智症的機率遠遠超越一般老年人(莊，2006)。罹患 MCI 只有少於 50%的個案能維持現狀或癒善(Zakharov, Yakhno, 2007)，而 MCI 的個案不論是在自我認知或學習能力上比起明顯失智症個案更具優勢(Kurz, et al., 2008)，目前臨床上也尚未研發出有效的藥物可以完全矯正失智症或降低 MCI 惡化成失智症比例的研究實證，因此似乎僅有早期掌握及介入一途。預防與照護失智症是全球老化發展快速現象所需面臨的重大挑戰之一，但近年來已有許多研究發現關於退化性失智症，若能延緩其疾病退化的速度，不但個案能減少因疾病帶來的痛苦，同時亦可降低社會對治療及照顧失智症所花費的龐大醫療及照護支出，以及波及之社會成本(徐，2002)。因此對於健康自主的人而言在失智症初期最好預防的方式就是從預防 MCI 開始(Zakharov, Yakhno, 2007)。因此有鑑於目前國內失智症人口愈來愈多，且只有極少的患者被提

早確診或檢測出來，不利後續之介入改善或照護安排。倘若可以在社區場域透過簡易的失智症篩檢表「AD-8」早期失智症篩檢量表及針對健康生活活動功能之長期照護需求簡易篩檢評估，早期偵測隱蔽於社區中的未來可能失智人口，加以掌握以達到協助其早期介入安排照護、就診及轉介之目的，延緩失智症患者之症狀惡化，並促進其家屬可得到從政府而來足夠之支持資源等，大幅減少失智患者家庭社會照護負擔，亦可避免國家不必要的醫療資源浪費。

### 第三節 研究目的

- (一) 針對潛在輕度認知障礙篩檢之結果進行整理統計分析，並找出社區中具潛在性輕度認知障礙之民眾，分析其人口學特性、健康功能狀態、以及一般化長期照護需求等之相關或交互影響等。
- (二) 統計分析之結果，將提供政府未來訂定失智症預防性介護之施政方針、擴大篩檢政策、以及提供失智症預防性介護建議之參考。

## 第二章 文獻探討

### 第一節 國內失智症現況

目前國內對失智症流行率調查結果為 3-4%左右(Liu, et al, 1998)，如以各年齡層來看其流行率，發現在 85 歲以前，每隔五歲其流行率相差一倍，例如 80-84 歲就比 75-79 歲多一倍，年齡愈大，發病的機率愈高，例如 65 歲以上為 5%，而到 85 歲則增加至 20%的機率(黃，2008)。阿茲海默氏病(Alzheimer disease)是失智症中最常見的原發性失智症，約佔 60%，其中以認知功能缺損為主要的退化性疾病，同時也常伴隨情緒、行為，甚至精神症狀。一般而言，鄧、劉(1994)文章中對失智症之分期如下述：早期失智：自覺認知功能衰退，常見的是操作型記憶和注意力障礙，親友開始察覺有些異狀，出遠門有困難，重要約會常忘記，日常工作能力大減，但日常生活仍可進行，如買東西、算錢等；輕度失智則本人無自覺症狀，日常稍複雜事務已無法處理，如買東西、算錢，外出稍遠的地方即會迷路；中度失智：需人協助才能生活，不會選擇適當的衣服穿，要提醒才會洗澡，且洗得馬虎，偶爾出現「黃昏症候群」(sundowning syndrome)；中度嚴重失智：自我照顧完全消失，自己不會穿衣服，怕洗澡，大小便失禁，偶爾會出現激躁行為；嚴重度失智：從少許到不語、不動、不會坐、不會笑，以及完全癱瘓無知覺。

## 第二節 輕度認知障礙之發展

回顧過往大多針對失智症的研究焦點多聚集在失智症之治療與其進展的相關研究，然而早二十世紀末就有研究發現從認知改變到進展成阿茲海默氏病(Alzheimer's disease, AD)之間有個過渡的過程。在臨床上處於此階段之個案相較於同年齡的老人，其記憶喪失的問題較嚴重但程度卻未達阿茲海默氏病之程度。1996 年開始相繼有學者投入相關研究，並在研究中亦發現，除了典型的記憶問題外，其言行舉止皆與正常人無異。接下來的數年間，此方面相關的研究亦陸續成為較夯較熱門的研究議題。

輕度認知障礙(MCI)之名詞最早由學者 Ronald Petersen 於 1999 年提出，指的是介於常態老化認知之衰退到退化成早期失智症的一個過渡期。處於此階段之病患其記憶衰退之速度，會遠大於正常老化之衰退，但仍尚未達失智之階段(Petersen, 1999)。Petersen 的研究發現，和同年齡且認知功能正常者相比較，輕度認知障礙(MCI)之患者其記憶缺損之情況來得更為嚴重，但認知功能並無太大差別；但若與已罹患輕度失智之症患者比較，其認知功能則較輕度失智者來得好一些。Petersen 等人經過四年的追蹤調查與研究，發現有 10%至 12%之輕度認知障礙(MCI)患者在一年內會惡化成失智症，五年內惡化成失智症的比率更高達 50%(Zakharov, 2007)。有鑒於仍未有實證且有效治癒失智症之藥物與方法，目前僅能從延緩方面著手預防失智症的惡化，這更凸顯了輕度認知障礙(MCI)之界定、掌握及介入改善

之重要性。

### 第三節 輕度認知障礙之臨床界定

用於失智症之診斷的工具非常多，其中最常被使用的有臨床失智症評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR)和整體退化量表(Global Deterioration Scale, GDS)。在臨床上，輕度認知障礙(MCI)之病患經評估起來多介於正常和輕度失智(CDR 0~0.5；GDS 3~7)之間(Petersen, 2003)。有此可見，儘管罹患輕度認知障礙(MCI)之病患其日後惡化成失智症之可能性較正常者來得高，但卻也並非完全沒有好轉的可能。因此若及早發現，從輕度認知障礙(MCI)的階段開始著手介入照護，能有效的延緩甚至預防失智症的發生(Mayo Clinic, 2012)。

### 第四節 輕度認知障礙之盛行率調查

近年來，來自世界不同國家之輕度認知障礙(MCI)盛行率調查研究相繼發表，各國之輕度認知障礙(MCI)之盛行率差異甚遠，可從 10%以下〔中國 0.6%(Sosa, 2012)；英國 2.5%(Stephan, 2007)；德國 3.1%(Busse, 2003)；法國 3.2%(Ritchie, 2003)；印度 4.6%(Das, 2007)；義大利 4.9%(Tognoni, 2005)；日本 4.9%(Ishii, 2004)；芬蘭 5.3%(Hanninen, 2002)；美國 6%(Lopez, 2003)〕，至 10%以上〔馬來西亞 15.4%(Lee, 2011)；韓國 23.7%(Kim, 2011)〕者，顯示不同族群間受輕度認知障礙(MCI)之影響也不盡相同(表三)。

## 第三章 材料與方法

### 第一節 研究對象與方法

本研究針對「桃園縣潛在失智症社區篩檢計畫」之結果進行相關資料統整與分析，研究期間從 2012 年締約日起至 2012 年 12 月 15 日止，共約八個月時間，配合桃園縣內各個醫療院所進行篩檢及收案後資料統整分析。

研究工具主要為「AD-8」-極早期失智症篩檢量表以及長期照護需求簡易篩檢表，調查內容包括基本人口學特性(包含性別、年齡、婚姻、工作狀況、家庭結構、社經(Social Economic Status；SES)概況、宗教、種族等)；AD-8 量表因主要為針對認知、記憶改變做調查；長期照護簡易篩檢表則針對生活功能與習慣等問題進行調查。(如圖一)

### 第二節 研究步驟

針對「桃園縣潛在失智症社區篩檢計畫之結果」完成必要統整、檢正、補齊等之後，進行相關資料分析，使用相關統計軟體 SAS/SPSS 等，進行描述性與推論性統計分析，最後則進一步分析篩檢後確診率、輕度認知功能障礙、行為、生活功能習慣及照護需求背景之關聯性，並探討罹病狀況、就醫狀況與健康功能背景對輕度認知障礙之影響，最後撰寫結果報告，提出相關政策之建言。研究步驟及流程見(圖二)。

### 第三節 資料分析

本研究之篩選結果將以描述性統計及多元迴歸統計方法進行資料之分析，描述性統計部份主要描述基本人口學特性(包含：性別、年齡、婚姻、工作狀況、教育程度、家庭結構、經濟狀況、身分別等)、健康狀況調查(包括過去病史、現在病史，有無高血壓、心臟/腦血管疾病、糖尿病等罹病情形等)；並且以多元迴歸的統計分析，分析影響個人特性與認知功能障礙和照護需求之相關因素，未來希望能作為衛生主管機關在失智症之預防政策規劃與參考。

## 第四章 結果

### 第一節 AD-8 篩檢發現

本『桃園縣潛在失智症社區篩檢計畫』乃依循既有公共衛生社區保健之網絡針對居住於桃園縣 13 鄉、鎮、市中之社區老人大眾進行早期認知功能或隱藏之認知功能障礙篩檢，本次社區篩檢計畫初步暫排除常住於長期照護機構之住民(安養、養護、療養等)。自 2012 年三月份開始於社區中以問卷訪談之方式進行收案，參與篩檢的民眾設定為年滿 65 歲以上老人(原住民須年滿 55 歲)或任何年齡層之身心障礙患者；主要透過社區健康促進活動(58.4%)或是地方衛生所(32.2%)之常態篩檢活動納入篩檢計畫者(表四)。截至九月份止總共回收 30,164 份有效問卷(其中若發現資料不完整、缺漏者，一經發現便會立即退回原執行單位並請該單位修改補正後再寄回)。

所有參與篩檢者，其男女比例相當(表五)；平均年齡為  $74.37 \pm 7.02$  (55~106)歲；主要為年齡為介於 65 至 74 歲之間的初老人，約佔總篩檢案量的五成五(54.8%)；其次為年齡介於 75 至 84 歲之間的中老人，約佔三成五(35.2%)；其餘約一成左右屬超高齡者(9.3%) (表六)。桃園縣境內之復興鄉屬原住民鄉鎮，其篩檢案佔總篩檢案量的 1.7%(表七)。本縣參與篩檢之高齡人口未就學或僅受小學教育者高達七成以上(70.93%)，其中有 25.3% 未就學，45.6% 僅小學教育背景；低教育水平者仍居本縣高齡人口教育程

度之主流(表八)。

經AD-8之初步篩檢結果顯示在桃園縣13鄉鎮市中，65歲以上族群(原住民55歲以上)中疑似有輕度認知障礙(MCI)的個案約1.8%(表九)。在30,164份有效問卷中，AD-8 $\geq$ 2分佔1.8%(534案)，年齡75以上之族群，其盛行率亦較75歲以下之族群來得高(表十二)。再就其篩檢陽性率地域分佈來看(表十一)，復興鄉僅372案中之篩檢數即有32案的輕度認知障礙(MCI)陽性個案，陽性率達8.6%；其次為大溪鎮的3.77%(1,698篩檢量，64陽性個案)及八德市的3.61%(3,823篩檢量中有138陽性個案)。若就篩檢陽性率之鄉鎮市分佈來看，其中以八德市篩出之輕度認知障礙(MCI)陽性個案數量最多(138案)(表十)，約佔總數的二成六(25.8%)，其次分別為中壢市(88案；16.5%)、桃園市(64案；12%)以及大溪鎮(64案；12%)。若就是否屬原住民之屬性進一步分析AD-8陽性之個案發現，原住民族之輕度認知障礙盛行率較一般民總來的高(6.0%)。

後續處理方面，總數534位疑似輕度認知障礙(MCI)社區個案，已有67案(12.5%)已經完成轉介進一步追蹤檢測之服務安排。經轉介醫療院所之神經內科或精神科進一步診斷後，約有六成(41位)被確診為失智症之個案，足見其已超越輕度認知障礙(MCI)而為正式之失智症(dementia)；另約有近三成五的陽性個案被排除；而有2位個案未列屬失智症(dementia)，亦無排除其認知障礙問題，仍暫列輕度認知障礙(MCI)，有待進一步追蹤觀察(表

十三)。是否具輕度認知障礙(MCI)之個案易於今之臨床體系中被列屬失智症則值得推敲。

## 第二節 長期照護潛在需求簡易篩檢發現

另一方面，長期照護潛在需求簡易篩檢表自 7 月份開始施測，由於地方推動配合不易，至期末報告期限前止總計僅回收 10,528 份有效問卷(執行中若發現資料不完整、缺漏者，一經發現便會立即退回原執行單位並請該單位修改補正後寄回)。初步分析，綜合性整體潛在之長期照護需求風險約佔桃園縣社區老人之有 2.7%(287 個案)(表十四)，若加上互補之憂鬱次面向(3.3%；表十五)，則整體面向之潛在之長期照護需求風險可達 6%。若以個別之次面向來看，有將近一成的社區民眾在活動、運動機能之次面向有潛在之長期照護需求風險(9.0%；表十六)；其次為口牙次面向(5.7%；表十七)、以及營養不良風險之次面向(1.6%；表十八)。但由於潛在長期照護需求簡易篩檢表之回收數量僅是少數，確切之潛在需求推估仍待進一步確認。

## 第五章 篩檢結果討論

整體而言，桃園縣社區之老年人口經AD-8篩檢出疑似有輕度認知障礙(MCI)的個案約佔一般社區老年人口之1.89%，並不算太高，惟部份之機構住民等樣本並未納入母全體；因此，1.89%之潛在盛行率或屬低估者。

桃園縣共 13 個鄉鎮市區，65 歲以上族群中疑似有輕度認知障礙(MCI)的個案約 1.89%，若將之與國外研究提出 65 歲以上患有輕度認知障礙(MCI)之 10%相較(Stephan 等, 2007)，則確實偏低。若再進一步與國外老人之輕度認知障礙(MCI)社區篩檢結果相較，如芬蘭的 5.3%(Hanninen, 2002)、日本的 4.9%(Ishii, 2004)、義大利的 4.9%(Tognoni, 2005)、印度的 6%(Das, 2007)、美國的 10%(Stephan, 2007)，而鄰近的如韓國的 23.7%(Kim, 2011)、馬來西亞的 15.4%(Lee, 2011) 等國之篩檢相比，本案之老人輕度認知障礙(MCI)社區篩檢結果確實比預期低些。若將屬高危險群之機構老人住民等樣本並納入母全體者，則可望稍事平衡或拉近差距。

但進一步檢視之，國外若以盛行率為標的，不一定以本案之潛在輕度認知障礙(MCI)之篩檢操作一致，本難相對照。另本案暫時排除了風險較高之機構住民，本案代表性自略遜一疇。此外，本次『桃園縣潛在失智症社區篩檢』之前端收案及後端篩檢作業，可能受進一步轉介及後續追蹤責任之牽絆，其篩檢之積極度與忠實反映度或有微妙之影響，另必然還有可能存在觀測直接影響表現之霍桑效應(Hawthong effect)，均可能略為影響真正之調查結果。

輕度認知障礙(MCI)尚不等同於失智症，乃屬一介於常態認知衰退到退化失智症的一個過渡期(transition)。在臨床評估上，輕度認知障礙之患者常介於正常與輕度失智之間(CDR 0 ~ CDR 0.5)(Petersen, 2003)。此階段的病患僅出現記憶的問題而認知功能並非必然缺損；此外，此階段病患其日常生活功能及活動亦不受影響(Petersen, 1999)，仍舊能夠回歸社區生活，然而國內常將之與失智症混為一談。

有鑒於目前仍未有任何證實可有效矯正或治療輕度認知障礙(MCI)的方式，目前國際上的趨勢將輕度認知障礙的應對著重在預防的層面上(Petersen, 2008)。AD-8量表之工具設計本有其侷限，其以敏感度見長，但其特異性未必理想，故僅供一定條件下之參考。倒是其相關或可能前置之病因，或值得注意並可能介入改善輕度認知障礙(MCI)致病之病態生理過程。可能引起輕度認知障礙(MCI)的危險因子，包括：心血管疾病病史(Stott, 2001; Verghese, 2003; Forti, 2006; Kwok, 2011)、代謝性疾病病史(Xu, 2007; Etgen, 2010)、憂鬱(Yaffe, 2006; Artero, 2007; Caracciolo, 2010)、日常生活功能的健全與否(Rozzini, 2006; Artero, 2007)，而這些正是原來AD-8量表設計中所不易掌握者。若從輕度認知障礙(MCI)這一階段開始，找出加速認知衰退之危險因子並著手預防之動作，即能就有效的減緩認知衰退的速度甚至減低失智症發生來著力。國外亦有研究指出，工具性日常生活功能(Instrumental Activities of Daily Living, IADL)有障礙的輕度認知障礙(MCI)患

者，其退化成失智症的速率也遠大於無障礙者(Artero, 2008；Rozzini, 2007)。由此可見，若能以生活面作為切入點，從患者之生活安排著手失智症之預防，應可達到立竿見影的效果。

近年來台灣各縣市開始積極推行失智症篩檢計畫，然而由於篩檢所使用之工具的設計本有其侷限，僅能針對失智症做篩檢，且其篩檢結果仍存在許多偽陽性(false positive)之可能，需後續轉介精神科或神經內科做進一步的評估及確認是否罹患失智症。然而接受轉介之民眾到了醫療院所後，也僅是針對智能和認知能力做檢測，對於因罹患失智症而產生之照護需求，卻無從掌握。

放眼國際，長期照護體系完善之歐美先進國家及日本、韓國皆有一套周詳的國家級工具，除了評估需照護程度(level of care need or dependency)之外，更是將受照護者主觀之需求程度(degree of need)納入考量，作為照護計畫擬定之參考與建議。反觀國內除了需求無法確切掌握以外，照護資源的匱乏亦是一個值得關注的議題。

縱觀台灣現行的照護資源設計，僅針對達失能之長者，無法及於預警之初期潛在病患。專門為失智症照護而設計的小單元多功能式照護(unit care)及團體家屋(group home)僅接受中度以上程度(CDR 2分)明顯的失智症患者；接受機構喘息服務的個案則需是達到失能程度的失智症患者；而目

前桃園全縣僅有兩家提供失智症日間照護服務的單位(桃園縣政府衛生局，2012)，皆屬於失智症且程度達中度以上之病患適用的照護資源。對於而輕度認知障礙(MCI)以致輕度失智之病患，可使用的資源仍屬匱乏。

## 第六章 結論與建議

本研究針對「桃園縣潛在失智症社區篩檢計畫」之結果進行相關資料分析，透過及早期失智症篩檢表 AD-8 及長期照護需求簡易篩檢表所獲得之資訊，進行統計分析，已獲取初步之結果，當然篩檢結果仍待進一步分析確診之；再者，輕度認知功能障礙與社會人口傾向、罹病狀況、就醫狀況與健康功能背景，乃至生活行為、生活功能習慣及社會趨向，整體之長期照護需求背景等或有可能關聯性之牽繫。

長期照護問題非單獨存在者，早期失智症篩檢亦非如是，若能加入長期照護簡易篩檢表的施行應能連結較可靠之整體之社區性長期照護潛在需求。藉由此獲取社區人口學、基本健康狀態及健康功能分佈等資訊，進行更進一步的統計分析社區性長期照護潛在需求趨勢，以瞭解周邊指標與健康功能狀況對輕度認知障礙之罹患之相關聯性，有利於建立失智症預防性長期照護施政規劃之建議與建策。

## 參考文獻

### 中文文獻部分

1. 失智症協會台灣失智症協會 (2010) • 認識失智症 • 2012 年 03 月 15  
取自 [http://www.tada2002.org.tw/tada\\_know\\_02.html](http://www.tada2002.org.tw/tada_know_02.html)
2. 行政院衛生署 (2008, 09 月 24 日) • 極早期失智症篩檢 • 2012 年 3  
月 15 取自  
[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/other/ShowCopy.aspx?doc\\_no=68707&class\\_no=25](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/other/ShowCopy.aspx?doc_no=68707&class_no=25)
3. 內政部統計處 (2009, 3 月 13 日) • 九十八年第十一週內政統計  
通報 • 2009 年 9 月 16 日取自  
[http://www.moi.gov.tw/stat/news\\_content.aspx?sn=2197](http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=2197)。
4. 內政部統計處 (2010) • 內政部統計通報 • 2012 年 03 月 15 取自  
[http://www.moi.gov.tw/stat/news\\_content.aspx?sn=3854](http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=3854)
5. 內政部統計處 (2012) • 內政統計月報 - 身心障礙者人數 • 2012  
年 3 月 20 日取自 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/month/list.htm>。
6. 台灣失智症協會 (2010) • 支持「失智友善社區」在台灣誕生連署  
活動 • 2012 年 3 月 20 日取自  
[http://www.tada2002.org.tw/tada\\_event\\_detail.aspx?pk=161](http://www.tada2002.org.tw/tada_event_detail.aspx?pk=161)
7. 李光玉、蕭玉芬 (2009), 嘉義市失智老人社區照顧服務網絡之研究,  
嘉義大學通識學報, No.7, 21-64。
8. 徐榮隆、陳威宏、邱浩彰、沈幸梅 (2000) • 不同時期失智症之認知  
功能 • 台灣醫學, 4(4), 371-378。
9. 徐榮隆、邱浩彰 (2002) • 輕微認知功能障礙 • 台灣醫學, 6(5), 773-776。
10. 莊閔妃、哈鐵木爾、辛裕隆 (2006) • 輕度知能障礙 • 慈濟醫學雜誌,  
18(5), 49-51。

11. 陳榮基、湯麗玉 (2005) • 失智症政策建言-台灣失智症協會的呼籲 • 臺灣老人保健學刊, 1 (1), 1-7。
12. 楊淵韓、李明濱、劉景寬 (2009) • 極早期阿茲海默氏失智症之篩檢 • 臺灣醫界, 52 (9), 8-10。
13. 趙建剛、顧艷秋、蔡景宏、奚明德 (2009), 生活型態、習慣與阿茲海默氏症之關係 • 榮總護理 (27)1, 52-59。
14. 傅中玲 (2008) 台灣失智症現況, 台灣老年醫學暨老年學雜誌 • 3(3), 169-181。
15. 桃園縣政府衛生局 (2012) • 社區式服務 • 2012年9月1日取自 <http://www.care.tychb.gov.tw/content/index.asp?Parser=1,5,21>

#### 英文文獻部分

1. Anstey, K. J., & Low, L. F. (2004). Normal cognitive changes in aging. *Australian Family Physician*, 33(10), 783-787.
2. Burnham J.M. (1998). Exercise is medicine: health benefits of regular physical activity. *J La State Med Soc.*, 150, 319-23.
3. Corrada MM, Brookmeyer R, Berlau D, Paganini-Hill A, Kawas CH. (2008). Prevalence of dementia after age 90: results from the 90+ study. *Neurology*, 71, 337-43.
4. Ferri CP, Prince M, Brayne C, et al., (2006). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366, 2112-7.
5. Kuo, H.K., Jones, R.N., Iloputaife, I., Gagnon, M., Milberg, W., & Lipsitz, L.A. (2004). Effect of blood pressure on cognitive functions in elderly persons. *Journal of Gerontology: Medicine Sciences*, 59A(11), 1191-1194.
6. Mayo Clinic (2012) • Mild cognitive impairment: A way station along road to

Alzheimer's • <http://www.mayoclinic.com/health/mild-cognitive-impairment/MY01355>

7. Mayo Clinic(2012) • Mayo Clinic Scientists Review 10 Years of Research on Mild Cognitive Impairment • <http://www.mayoclinic.org/news2009-rst/5561.html>
8. Nguyen, H.T., Black, S.A. Ray, L.A.,Espino, D. V., & Markides, K.S. (2002). Predictors of decline in MMSE scores among older Mexican American. *Journal of Gerontology; Medical Sciences*, 57A(3), M181-M185.
9. Nilsson, S.e., Read, S., Berg, S., Johansson, B., Melander, A., &Lindblad, U. (2007). Low systolic blood pressure is associated with impaired cognitive function in the oldest old: longitudinal observations in a population-based sample 80 years and older. *Aging-Clinical & Experimental Research*, 19(1), 41-47.
10. Peters R.(2009). The prevention of Dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 24,452-8.
11. Strachan, M.W., Reynolds. R.M., Frier, BM., Mitchell, R.J.,Price. J.F.(2008). The relationship between type 2 diabetes and dementia.*Br. Med. Bull.*,88,131-46.
12. Wang,L.,Larson,E.B.,Bowen,J.D.,Belle,G.(2006) Performance-based physical function and future dementia in older people. *Arch.Intern.Med.*,166,1115-20.
13. Whitmer,R.A., Sidney,S.,Selby.J., Johnston.S.C., Yaffe,K.,(2005). Midlife cardiovascular risk factors and risk of dementia in late life. *Neurology*, 64,277-81.
14. Hanninen T, Hallikainen M, Tuomainen S, Vanhanen M, Soininen H (2002). Prevalence of mild cognitive impairment: a population-based study in

- elderly subjects. *Acta Neurol Scand* 106: 148–154.
15. Meguro K, Ishii H, Yamaguchi S, Ishizaki J, Sato M, et al. (2004). Prevalence and cognitive performances of clinical dementia rating 0.5 and mild cognitive impairment in Japan. The Tajiri project. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 18: 3–10.
  16. Tognoni G, Ceravolo R, Nucciarone B, Bianchi F, Dell’Agnello G, et al. (2005). From mild cognitive impairment to dementia: a prevalence study in a district of Tuscany, Italy. *Acta Neurol Scand* 112: 65–71.
  17. Das SK, Bose P, Biswas A, Dutt A, Banerjee TK, et al. (2007) An epidemiologic study of mild cognitive impairment in Kolkata, India. *Neurology* 68: 2019–2026.
  18. Lee LK, Shahar S, Chin AV, Mohd Yusoff NA, Rajab N, et al. (2011). Prevalence of gender disparities and predictors affecting the occurrence of mild cognitive impairment (MCI). *Arch Gerontol Geriatr* 54: 185–191.
  19. Kim KW, Park JH, Kim MH, Kim MD, Kim BJ, et al. (2011). A nationwide survey on the prevalence of dementia and mild cognitive impairment in South Korea. *J Alzheimers Dis* 23: 281–291.
  20. Petersen RC., Smith GE., Waring SC., Ivnik RJ., Tangalos EG., Kokmen E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch neurol*, 56, 303-308.
  21. Yang YH., Lai CL., Lin RT., et al. (2005). Prevalence and demographic characteristics of mild cognitive impairment: a community-based study in Taiwan. *The 57 annual meeting of the American Academy of Neurology*, 3, 22.
  22. Zakharov VV., Yakhna NN. (2008). Mild cognitive impairment prevention: diet, sports and treatment approaches. *The Journal of Nutrition Health &*

*Aging*, vol 12, 86-87.

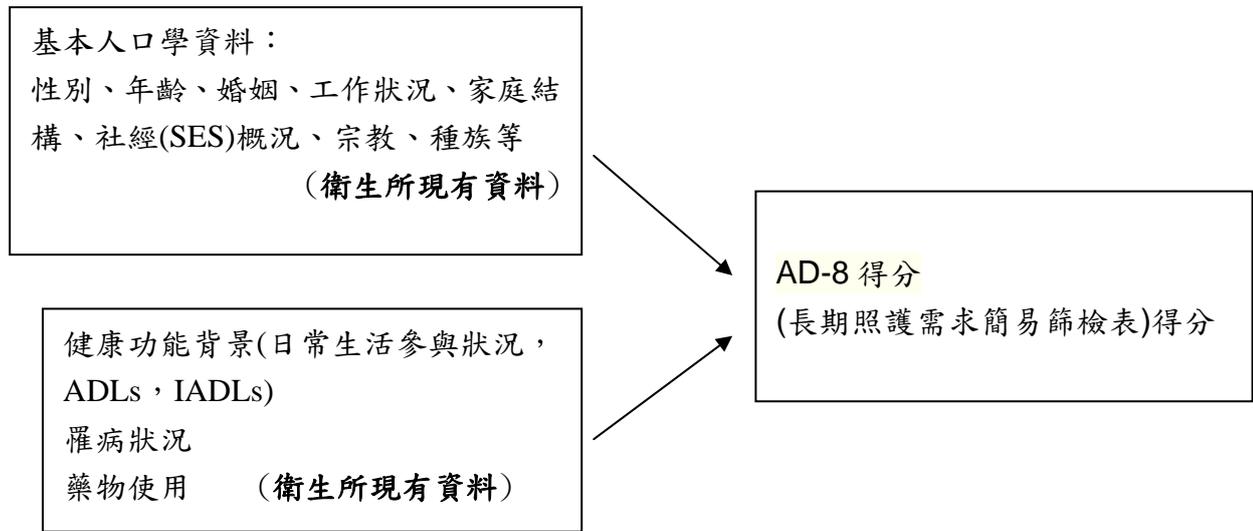
23. Ganguli M., Dodge HH., Changyu S., DeKosky ST. (2004). Mild cognitive impairment, amnesic type. An epidemiologic study. *Neurology*, 63, 115-121.
24. Yaffe K., Petersen RC., Lindquist K., Kramer J., Miller B. (2006). Subtype of mild cognitive impairment and progression to dementia and death. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 22, 312-319
25. Ravaglia G., Forti P., Maioli F., Martelli M., Servadei L., Brunetti N., et al. (2006) Conversion of mild cognitive impairment to dementia: predictive role of mild cognitive impairment subtypes and vascular risk factors. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 21, 51-58.
26. Forti P., Maiolo F., Pisacane N., Rietti E., Montesi F., Ravaglia G. (2006). Atrial fibrillation and risk of dementia in non-demented elderly subjects with and without mild cognitive impairment. *Neurologic Research*, volume 28, 625-629.
27. Gabryelewicz T., Styczynska M., Luczywek E., Barczak A., Pferffer A., Androsiuk W., et al. (2007). The rate of conversion of mild cognitive impairment to dementia: predictive role of depression. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22, 563-567.
28. Rozzini L., Chilovi BV., Conti M., Bertoletti E., Delrio I., Trabucchi M., et al. (2007). Conversion of amnesic mild cognitive impairment to dementia of Alzheimer type is independent to memory deterioration. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22, 1212-1222.
29. Artero S., Ancelin ML., Portet F., Dupuy A., Berr C., Dartigues JF., et al. (2008). Risk profiles for mild cognitive impairment and progression to dementia are gender specific. *J Neurosurg Psychiatry*, 79, 979-984.

30. Panza F., Capurso C., D'Introno A., Colacicco AM., Zenzola A., Menga R., et al. (2008). Impact of depressive symptoms on the rate of progression to dementia in patients affected by mild cognitive impairment. The Italian longitudinal study on aging. *Int J Geriatr Psychiatry*, 23, 726-734.
31. Fellows L., Bergman H., Wolfson C., Chertkow H. (2008) Can clinical data predict progression to dementia in amnesic mild cognitive impairment? *Can J Neurol Sci*, 35, 314-322.
32. Xu G., Zhang H., Fan X., Liu S. (2007). Plasma fibrinogen is associated with cognitive decline and risk for dementia in patients with mild cognitive impairment. *Int J Clin Pract*, 62, 1070-1075.
33. Ravaglia G., Fortu P., Montesi F., Lucicesare A., Pisacane N., Rietti E., et al. (2008) Mild cognitive impairment: Epidemiology and dementia risk in an elderly Italian population. *JAGS*, vol 56, 52-58.
34. Xu G., Liu X., Yin Q., Zhu W., Zhang R., Fan X. (2009). Alcohol consumption and transition of mild cognitive impairment to dementia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 43-49.
35. Velayudhan L., Poppe M., Archer N., Proitsi P, Brown RG., Lovestone S. (2010). Risk of developing dementia in people with diabetes and mild cognitive impairment. *BJP*, 196, 36-40.
36. Ghidoni R., Benussi L., Glionna M., Desenzani S., Albertini V., Levy E., et al. (2010) Plasma Cystatin C and risk of developing Alzheimer's Disease in subjects with mild cognitive impairment. *Journal of Alzheimer's Disease*, 22, 985-991.
37. Caracciolo B., Backman L., Monastero R., Winbald B., Fratiglioni L. (2011). The symptom of low mood in prodromal stage of mild cognitive impairment and dementia: a cohort study of a community dwelling elderly

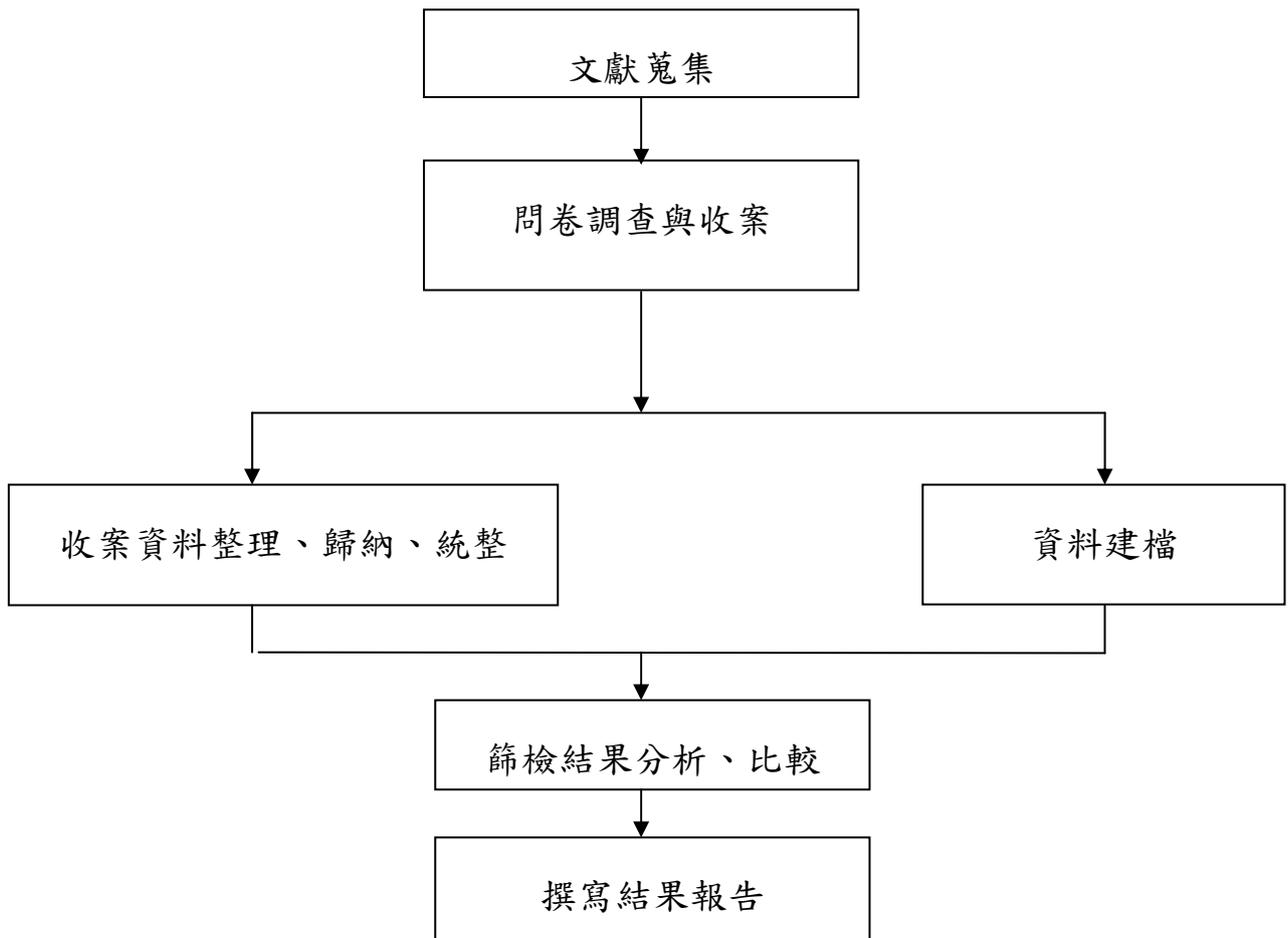
- population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 82, 788-793.
38. Xu W., Caracciola B., Wang HX., Winbald B., Backman L., Qiu X., et al. (2010). Accelerated progression from mild cognitive impairment to dementia in people with diabetes. *DIABETES*, vol 59, 2928-2935.
39. Staekenborg S., Koedam ELGE., Henneman WJP., Stokman P., Barkhof F., Scheltens P., et al. (2012). Progression of mild cognitive impairment to dementia: contribution of cerebrovascular disease compared with medial temporal lobe atrophy. *Stroke*, 40, 1269-1274.
40. Kowk C. (2011). Atrial fibrillation may have link to dementia. *Neurology*, 76, 914-922.
41. Stott DJ., Spilg E., Campbell AM., et al. (2001). Haemostasis in ischaemic stroke and vascular dementia. *Blood Coagul Fibrinolysis*, 12, 651-657.
42. Verghese J., Lipton RB., Hall CB., Kuslansky G., Katz MJ. (2003). Low blood pressure and the risk of dementia in very old individuals. *Neurology*, 61, 1667-1672.
43. Etgen T., Sander D., Bickel H., Forstl H. (2011). Mild cognitive impairment and dementia: the important of modifiable risk factors. *Dtsch Arztebl*, 108(44), 743-750.
44. Almkvist O., Jelic V., Amberla K., Hellstrom E., Meurling L., Nordberg A. (2001). Responder characteristics to a single oral dose of cholinesterase inhibitor: a doubled blind placebo-controlled study with tacrine in Alzheimer patient. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 12, 22-32.
45. Poirier J., Delisle MC., Quirion R., et al. (1995). Apolipoprotein E4 allele as a predictor of cholinergic deficits treatment outcome in Alzheimer disease. *Proc Natl Acad Sci USA*, 92, 12260-12264.
46. Poirier J. (1999). Apolipoprotein E4, cholinergic integrity and the

pharmacogenetic of Alzheimer's disease. *J Psychiatry Neurosci*, 24, 147-153.

47. Matthews FE., Stephan BC., McKeith IG., Bond J., Brayne C. (2008) Two-year progression from mild cognitive impairment to dementia: to what extent do different definitions agree? *JAGS*, 56, 1424-1433.
48. Sosa AL., Albanese E., Stephan BCM., Dewey M., Acosta D., Ferri CP. (2012) Prevalence, Distribution, and Impact of Mild Cognitive Impairment in Latin America, China, and India: A 10/66 Population-Based Study. *PLoS Medicine*, Feb 2012, Volume 9, Issue 2.
49. Ritchie K, Artero S, Touchon J (2001) Classification criteria for mild cognitive impairment: a population-based validation study. *Neurology* 56: 37–42.
50. Busse A, Bischkopf J, Riedel-Heller SG, Angermeyer MC (2003) Mild cognitive impairment: prevalence and predictive validity according to current approaches. *Acta Neurol Scand* 108: 71–81.
51. Stephan BC, Matthews FE, McKeith IG, Bond J, Brayne C (2007) Early cognitive change in the general population: how do different definitions work? *J Am Geriatr Soc* 55: 1534–1540.



圖一 研究計畫架構圖



圖二 研究步驟及流程

表一 台灣失智症盛行率推估

年齡別	人口數	失智症社區盛行率	失智症社區推估人口數
0-64	20,662,124	0.10%	20,662
65-69	764,705	1.20%	9,169
70-74	627,518	2.20%	13,805
75-79	496,030	4.30%	21,329
80-84	349,408	8.40%	29,350
85-89	159,031	16.30%	25,922
90歲以上	61,586	30.90%	19,030
總計	23,119,772		139,267

表二 歷年身心障礙者人數統計

單位：人；%

年別	按障礙類別分						
	視覺障礙者	聽覺機能障礙者	聲音機能或語言機能障礙者	肢體障礙者	智能障礙者	重要器官失去功能者	失智症者
民國90年底	41,190	81,952	9,728	323,542	73,609	64,979	11,582
民國91年底	44,889	89,129	10,582	354,903	76,976	75,323	13,996
民國92年底	45,672	91,820	10,751	365,394	78,498	79,466	15,108
民國93年底	47,524	96,792	11,315	380,762	81,593	85,400	17,186
民國94年底	49,677	99,535	11,633	388,577	84,294	89,862	18,228
民國95年底	51,759	103,946	12,251	400,254	87,160	96,623	20,896
民國96年底	54,319	108,856	12,892	402,983	91,004	104,282	24,217
民國97年底	55,569	111,623	13,154	397,920	93,346	109,835	27,018
民國98年底	56,928	115,322	13,318	396,652	95,375	116,889	30,605
較97年底增減(%)	2.45	3.31	1.25	-0.32	2.17	6.42	13.28

表三 各國輕度認知障礙盛行率調查之比較

國家	盛行率	調查時間	樣本	樣本數	抽樣方式	樣本來源	排除條件
韓國	23.7%	2008	65歲以上	4,531	隨機取樣	社區	無
義大利	4.9%	2000	65歲以上	2,366	隨機取樣	社區	無
中國	0.6%	2007	65歲以上	2,014	隨機取樣	社區	無
芬蘭	5.3%	1998	60~76歲	1,150	隨機取樣	社區	無
日本	4.9%	2004	65歲以上	1,501	隨機取樣	社區	無
美國	6%	2000	65歲以上	3,608	方便取樣	大型研究之樣本群	無
馬來西亞	15.4%	2011	65歲以上	318	隨機取樣	社區	機構住民與長期患病(如：癌症、腎臟疾病等)之受試者
印度	4.6%	2007	50歲以上	960	隨機取樣	社區	失智症與憂鬱症患者
英國	2.5%	2007	65歲以上	2053	方便取樣	大型研究之樣本群	無
法國	3.2%	2001	65歲以上	833	方便取樣	大型研究之樣本群	無
德國	3.1%	2002	75歲以上	929	方便取樣	大型研究之樣本群	無

表四 受測者來源

	頻次	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 社區	17,628	58.4	58.4	58.4
衛生所	9,704	32.2	32.2	90.6
醫療院所	2,390	7.9	7.9	98.5
其他	442	1.5	1.5	100.0
總和	30,164	100.0	100.0	

表五 受測者性別比例

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的女	15,619	51.8	51.8	51.8
男	14,545	48.2	48.2	100.0
總和	30,164	100.0	100.0	

表六 受測者年齡分布

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 65歲以下	200	.7	.7	.7
65~74歲	16,532	54.8	54.8	55.5
75~84歲	10,618	35.2	35.2	90.7
85歲以上	2,814	9.3	9.3	100.0
總和	30,164	100.0	100.0	

表七 原住民佔總受試者之比例

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 否	29643	98.3	98.3	98.3
是	521	1.7	1.7	100.0
總和	30164	100.0	100.0	

表八 受測者之教育程度分布

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 未就學	7645	25.3	25.3	25.3
國小	13,748	45.6	45.6	70.9
國中	3,925	13.0	13.0	83.9
高中	3,090	10.2	10.2	94.2
大學	1,756	5.8	5.8	100.0
總和	30,164	100.0	100.0	

表九 AD-8之陽性分布

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	29,630	98.2	98.2	98.2
疑似MCI	534	1.8	1.8	100.0
總和	30,164	100.0	100.0	

表十 各鄉鎮市篩檢分佈

篩檢地	頻度	百分比	有效百分比	累積百分比
桃園市	64	12.0	11.2	11.2
八德市	138	25.8	24.1	35.3
大溪鎮	64	12.0	11.2	46.5
大園鄉	45	8.4	7.9	54.4
蘆竹鄉	36	6.7	6.3	60.7
復興鄉	32	6.0	5.6	66.3
龜山鄉	4	.7	.7	67.0
中壢市	88	16.5	15.4	82.3
平鎮市	9	1.7	1.6	83.9
楊梅市	9	1.7	1.6	85.5
觀音鄉	3	.6	.5	86.0
新屋鄉	38	7.1	6.6	92.7
龍潭鄉	4	.7	.7	93.4
總和	534	100.0	100.0	

表十一 AD-8篩檢之陽性率

篩檢地	總篩檢量	MCI 篩出量	陽性率(%)
桃園市	6,583	64	0.97
八德市	3,823	138	3.61
大溪鎮	1,698	64	3.77
大園鄉	2,014	45	2.23
蘆竹鄉	1,346	36	2.67
復興鄉	372	32	8.60
龜山鄉	1,393	4	0.29
中壢市	4,458	88	1.97
平鎮市	2,398	9	0.38
楊梅市	1,387	9	0.65
觀音鄉	1,034	3	0.29
新屋鄉	1,869	38	2.03
龍潭鄉	1,789	4	0.22
總和	30,164	534	

表十二 AD-8陽性個案之年齡分布

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 75歲以下	184	34.5	34.5	34.5
75歲以上	350	65.5	65.5	100.0
總和	534	100.0	100.0	

表十三 後續進一步轉介之診斷分析

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 排除	18	26.9	26.9	26.9
Dementia	41	61.2	61.2	88.1
MCI	2	3.0	3.0	91.0
Depression	3	4.5	4.5	95.5
Amnestic syndrome	2	3.0	3.0	98.5
無法診斷	1	1.5	1.5	100.0
總和	67	100.0	100.0	

表十四 綜合性整體潛在之長期照護需求風險

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	.00	10,241	97.3	97.3	97.3
	1.00	287	2.7	2.7	100.0
	總和	10,528	100.0	100.0	

表十五 潛藏憂鬱風險

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	.00	10,183	96.7	96.7	96.7
	1.00	345	3.3	3.3	100.0
	總和	10,528	100.0	100.0	

表十六 潛藏活動、運動機能風險

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	.00	9,582	91.0	91.0	91.0
	1.00	946	9.0	9.0	100.0
	總和	10,528	100.0	100.0	

表十七 潛藏口牙風險

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	.00	9,925	94.3	94.3	94.3
	1.00	603	5.7	5.7	100.0
	總和	10,528	100.0	100.0	

表十八 潛藏營養不良風險

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	.00	10,357	98.4	98.4	98.4
	1.00	171	1.6	1.6	100.0
	總和	10,528	100.0	100.0	

## 附錄

### 附錄一

#### 預期進度與實際進度之對照描述

本年度原預定進度與實際進度之對照：以 Gantt Chart 表示本年度之執行進度。

月次 工作項目		第	第	第	第	第	第	第	第	第	備註	
		3	4	5	6	7	8	9	10	11		12
		■：預定進度 □：非原契約中之預定進度 ●：已完成者 ○：未完成者										
文獻收集與查證	預定進度	■	■	■	■	■	■					
	實際進度	●	●	●	●	●	●					
AD-8(+長期照護需求簡易篩檢表)開始施測	預定進度			■	■	■	■	■				4月13日商議契約內容時協議於5月中旬進行AD-8(+長期照護需求簡易篩檢表)的施測。
	實際進度			○	○	●	●	●				
資料彙整與建檔	預期進度	□	□	□	□	□	□	□	□			原計畫要求就資料作分析，後擴大至資料彙整、建檔與分析等
	實際進度				●	●	●	●	●			
配合篩檢進行第一階段資料整理分析	預定進度	■	■	■	■	■	■					截至期中報告期限前止，獲致並完成三、四、五月份資料建檔；六月份之問卷資料初步建檔進行分析
	實際進度	●	●	●	●	●	●					
收案資料之統整與聯繫	預定進度	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	已篩檢之疑似個案完成轉診者154案，約佔26.9%
	實際進度	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	
配合篩檢進行第二階段資料整理分析	預定進度					■	■	■				完成三月份至九月份之問卷建檔、檢視與分析。
	實際進度					●	●	●				
進行分析資料之統整與文獻對照探討	預定進度								■	■	■	進行分析資料最後之統整、比對與文獻對照探討
	實際進度								●	●	○	
撰寫研究結果與報告	預定進度									■	■	完成計畫結果與報告之撰寫
	實際進度									●	○	

## 附錄二

### 『預防性長期照護』專家座談會會議紀錄

會議時間：101年10月11日（第一梯次）

101年10月20日（第二梯次）

會議地點：國立台北護理健康大學長期照護研究所

主持人：李世代 教授

與會專家學者：李明德所長、張宏哲副教授、林昱宏秘書長、黃友靖、高琇珠、李莉

列席：陳婉瑜、林建淵、洪淑珍

#### 一、緣起

從常態老化到失智症徵兆出現之間存在著一個過渡時期，稱為輕度認知障礙（mild cognitive impairment；MCI），MCI 成為老年健康中的一個主要的問題，罹患 MCI 個案其症狀可能包括輕度認知缺損、複雜日常生活功能障礙、記憶障礙合併情緒與行為的改變，進而導致生活品質下降。

（徐，2002；Alexander, et al, 2008）。預防與照護失智症是全球老化發展快速現象所需面臨的重大挑戰之一，但近年來已有許多研究發現關於退化性失智症，若能延緩其疾病退化的速度，不但個案能減少因疾病帶來的痛苦，同時亦可降低社會對治療及照顧失智症所花費的龐大醫療及照護支出，以及社會成本（徐，2002）。有鑑於目前國內失智症人口愈來愈多，且只有極少的患者被提早確診或檢測出來，不利後續之介入改善或照護安排。本計畫訴求期望可以在社區場域透過簡易的失智症篩檢表「AD-8」早期失智症篩檢量表及針對健康生活活動功能之長期照護需求簡易篩檢評估，早期偵測隱蔽於社區中的未來可能失智人口，達到協助其早期介入安排照護、就診及轉介之目的，延緩失智症患者之症狀惡化，並促進其家屬可得到從政府而來足夠之支持資源等，大幅減少失智患者家庭社會照護負擔，亦可避免國家不必要的醫療資源浪費。

#### 二、討論主軸

- 預防性長期照護之定位
- 預防性長期照護之內容意涵
- 預防性長期照護與社區保健之結合

### 三、 會議討論內容

1. 原受桃園縣政府衛生局委託，就針對『潛在失智症社區篩檢計畫』之 AD-8 量表篩檢結果作後續之統計分析。
2. AD-8 僅針對認知功能的部分做篩檢，並無法從此量表之篩檢結果中獲取的疑似失智症患者之潛在的長期照護需求。有鑑於此，計畫主持人 - 李世代教授建議加入長期照護需求簡易篩檢表之施測，期望透過這兩個篩檢表所獲取之初步資訊，以瞭解潛在失智症患者以致一般社區民眾之潛在長期照護需求，日後可作為政府對人力、物力等資源分配之建議參考。
3. 預防性長期照護，意旨在失能、失智發生以前，能極早期的發現並實施介入，以延緩失能及失智。在人口高齡化、疾病慢性化、生活功能障礙化的現今社會來說，這是一個日趨備受關注的議題。
4. 雖然如此，現今預防性長期照護之概念並未受到各界之廣泛重視。各領域對預防性長期照護尚未有共識之定位，但此議題卻實有迫切之需要。
5. 以日本為例，日本介護保險因考量需支援及介護 1 級的人數激增，為預防退化與減輕介護的程度，2006 年 4 月起修正介護保險制度，建立預防性的服務體系。因此預防性長期照護之定位，應可師法日本。
6. 以日本之預防性長期照護為範本，其內容意涵應以老人日常生活功能執行狀態，如：自行搭乘交通工具、自行外出購物、起身或爬樓不扶物品；營養；口牙和吞嚥嗆咳等；社會參與狀況；另外輔以認知與情緒性表現，綜合評估各個項度之結果，則應可視為預防性長期照護之評估內容。
7. 由於本計畫執行期限為一年，倘若爾後能有後續第二波之計畫，針對有長期照護潛在需求之民眾/個案進行追蹤調查，瞭解其一年後之實際需求，必能提升篩檢的精準度，也能更準確的掌握民眾/個案之需求。
8. 在未來，期望預防性長期照護能納入現有之公共衛生框架內，與之結合，成為社區保健業務之一部分。

附錄三 計畫經費使用狀況

研究經費執行總表

計畫代碼:	101G013			列印時間: 101/11/29 上午 09:04:50
計畫名稱:	101 年度潛在失智症社區篩檢計畫			
主持人:	李世代			單位: 長期照護研究所
執行期間:	101/04/13~101/12/15			委託單位: 桃園縣衛生局
用途	預算數	實支數	核銷	餘額
人事費	128,000	83,946	44,013	41
業務費	342,000	277,521	64,449	30
管理費	30,000	30,000	0	0
合計:	500,000	391,467	108,462	71

## 執行細項

### 人事費

經費用途	傳票日	傳票號	請購單號	金額	摘要	請購人
實支	1010823	G200222	G101610051	32,291	付林建淵等 3 人 7 月份工讀費	長照所
實支	1010914	G200249	G101610054	8,240	蔡旻融 7 月份協助篩檢計畫資料鍵入與分析工讀費	長照所
實支	1011129	G200345	G101610077	13,081	林建淵、陳宇菁、林怡潔、陳正廷四人問卷統整及 key-in 之鍵入費	長照所
實支	1011129	G200345	G101610077	30,334	林建淵、陳宇菁、林怡潔、陳正廷四人問卷統整及 key-in 之鍵入費	長照所
實支	101207	未審	G101610082	42,436	資料整理之薪資	長照所
實支	101207	未審	G101610086	855	郵寄問卷資料、篩檢資料、成果報告之郵資費用	長照所
實支	101207	未審	G101610091	722	問卷建檔之資料輸入費用	長照所

**實支:83,946,簽證數:44,013**

## 業務費

經費用途	傳票日	傳票號	請購單號	金額	摘要	請購人
實支	1010907	G200240	G101610052	8,400	計畫用問卷印刷	長照所
實支	1010912	G200244	G101610056	50,059	付協助篩檢計畫資料鍵入與分析-林建淵等 4 人 8 月份工讀費	長照所
實支	1010926	G200263	G101610055	3,300	101 年度失智症篩檢計畫調查問卷印刷	長照所
實支	1010926	G200263	G101610058	2,000	101 年度潛在失智症社區篩檢計畫，101/4－101/8 申請開會車資，出席人：計畫主持人李世代、助理：林建淵	長照所
實支	1010927	G200265	G101610064	20,600	付失智症篩檢計畫工讀生張惠娟 9 月薪資(資料整理)、陳正廷 7、8 月薪資(研究資料建檔)	長照所
實支	1010927	G200265	G101610064	6,386	失智症篩檢計畫工讀生張惠娟 9 月薪資(資料整理)、陳正廷 7、8 月薪資(研究資料建檔)	長照所
實支	1011002	G200269	G101610060	1,025	寄送研究資料用	長照所
實支	1011002	G200269	G101610061	551	郵寄問卷、報告書郵資	長照所
實支	1011002	G200269	G101610062	357	失智症社區篩檢計畫，快遞研究報告之運費(具時效性)	長照所
實支	1011002	G200269	G101610057	1,686	研究問卷及報告書的郵寄往來費用及其他費用	長照所
實支	1011008	G200284	G101610066	8,500	社區篩檢計畫影印裝訂	長照所
實支	1011019	G200300	G101610069	1,107	9 月 14 日李世代教授臨時接獲通知前往桃園縣政府衛生局參與臨時會議之車資；寄送其中報告之郵資費用	長照所
實支	1011025	G200303	G101610068	36,205	林建淵等 4 人 101/09 篩檢資料建檔之資料鍵入費	長照所
實支	1011025	G200303	G101610071	20,703	8 月工讀生張惠娟協助計畫執行與資料整理	長照所

實支	1011025	G200303	G101610068	3,914	林建淵等 4 人 101/09 篩檢資料建檔之資料鍵入費	長照所
實支	1011030	G200307	G101610070	6,695	9 月份陳正廷協助研究資料建檔之工讀費	長照所
實支	1011101	G200309	G101610073	179	寄送計畫文件之運費	長照所
實支	1011101	G200309	G101610075	860	寄送研究資料	長照所
實支	1011101	G200309	G101610074	7,740	研究用問卷印刷	長照所
實支	1011109	G200320	G101610076	57,310	付李劭懷研究參考之介護預防文獻翻譯，共 98808 字。	長照所
實支	1011119	G200331	G101610080	1,705	兩梯次專家會議之餐點費；郵寄問卷之費用	長照所
實支	1011127	G200337	G101610065	22,396	付進行社區篩檢計畫分析用之參考用書(查國內無出版)	長照所
實支核銷	1011115	G200364	G101610079	6,000	召開專家座談會邀請專家出席之費用；計畫主持人李世代出席專家座談會之交通費	長照所
實支核銷	1011115	G200364	G101610079	2,000	召開專家座談會邀請專家出席之費用；計畫主持人李世代出席專家座談會之交通費	長照所
實支核銷	1011115	已審	G101610081	7,843	辦理計畫所需之文具	長照所
實支核銷	1011030	已審	G101610078	9,460	分析用軟體之設計與問卷印刷之費用	長照所
實支核銷	1011207	已審	G101610083	26,317	11 月份資料建檔之工讀生	長照所
實支核銷	1011129	已審	G101610084	10,000	劉美吟日本評估工具使用諮詢費	長照所
實支核銷	1011129	已審	G101610085	1,000	篩檢用問卷影印費用；前往桃園縣衛生局參與會議與協助教育訓練進行之車資	長照所
實支核銷	1011129	未審	G101610085	760	篩檢用問卷影印費用；前往桃園縣衛生局參與會議與協助教育訓練進行之車資	長照所
實支核銷	1011205	未審	G101610087	6,145	印製研究問卷	長照所

實支核銷	1011205	未審	G101610088	6,145	採購計畫用品	長照所
實支核銷	1011207	未審	G101610089	4,504	影印參考文獻	長照所

**實支:277,521 元, 簽證數:64,449**

## 管理費

經費用途	傳票日	傳票號	請購單號	金額	摘要	請購人
實支	1010926	G300080	G101610059	30,000	研究計畫管理費	長照所

**實支:30,000**