

本報告僅供委員參考

失智者友善環境及支持體系建構相
關法制探討—以高齡者為主

法制局 蔡琮浩 撰

中華民國 115 年 5 月

失智者友善環境及支持體系建構相關法制探討—以高齡者為主

目次

摘要

壹、背景說明	1
貳、問題研析	2
一、高齡失智者現況分析	2
二、高齡失智者行為分析	4
三、高齡失智者支持之現行相關法律規定及政策措施	7
參、各國對高齡失智者支持之相關法律規定及政策措施簡介	9
一、世界衛生組織（WHO）	9
二、德國	10
三、日本	12
四、美國	16
五、小結	17
肆、問題檢討與建議	18
一、透過制定專法或修正長照法等相關法律以專章之形式，建立能涵蓋高齡失智者之權益、福利服務與長期照顧措施之整合性法律框架	18
二、整合失智症障礙與失能篩檢、認定及銜接程序，確診即啟動長照銜接及障礙身分認定	20
三、明定主管機關訂定失智症國家戰略計畫，建立監測指標及有效性評估，並應定期向本院報告	21
四、明定建立各部門、跨領域之協作體系並提高管制層級	23
五、建立失智症照護專業人力制度，積極培育專責照護人才	24
六、宜建立以權利為基礎、以人為本，避免歧視高齡失智者並推動各種對象共同生活的長照體系與環境	26
七、創造對失智者具高度包容性之社會空間，推動高齡失智者友善社區之在地老化模式	27

八、結合關懷訪視之服務及保護措施建立高齡失智者預防性家庭訪視計畫，提供全面性之營養諮詢及關懷性支持系統服務---	28
九、宜特別關注失智照護之女性權益保障及支持議題-----	29
十、宜明定失智症國家戰略計畫之經費規模並強化研究預算---	30
伍、結論-----	31
參考文獻-----	32
附錄：「失智老人友善環境建構及支持相關問題探討」專題研究報告 （初稿）座談會紀錄及參採情形-----	37

摘 要

我國自 114 年底正式邁入超高齡社會國家。依流行病學研究顯示，失智症是高齡人口中最常見的神經認知疾病之一。失智者的隱藏性障礙，對照顧者造成長期且持續之心理與照顧負擔。面對超高齡社會來臨，高齡失智者是最大挑戰之一，也是老人依賴長期照護與身心障礙的主要原因之一，如何在制度上確保每一位高齡失智者皆能在政府及社會的守護下，維持尊嚴並達成老人福利法在地安老的立法目的，已成為迫切之挑戰，因此本報告從建構失智者友善環境角度，針對高齡失智者現況、行為、現行支持及各國高齡失智者支持法律及政策情形進行深入研析，並提出探討及相關建議，俾供本院委員問政參考。

失智者友善環境及支持體系建構相關法制探討— 以高齡者為主

壹、背景說明

我國至民國114年¹12月，65歲以上老人占總人口數比例超過20%，正式邁入超高齡社會國家。流行病學研究顯示，老人族群中最常見的精神和認知疾病是憂鬱症和失智症；國際權威醫學期刊《刺絡針》(The Lancet) 研究報告指出，在許多高收入國家(如美國、英國和法國)，因教育、社會經濟、醫療保健和生活方式改變等介入，使得失智症年齡別盛行率(age-specific incidence rates)正在下降，但日本、南韓、香港及臺灣卻在上升²，日本、南韓、香港及臺灣面臨類似之人口高齡化而有失智總人口數增加之趨勢，有加強失智照顧服務體系之必要。

我國政府早在102年8月時即公布國家失智症政策，並在115年推動「長期照顧十年計畫3.0」(下稱長照3.0)，除加強對65歲以上失能老人及患有失智症之老人(下稱高齡失智者)照顧外，亦將年輕型失智者(Young-Onset Dementia)納入。不過有媒體指出，長照2.0亮眼的數據掩不住現場的落差³。臺灣不只面對失智照護需求增加，還有資源接軌、失智友善、穩定生活節律及情緒品質不足等問題；早期發現高齡失智者可讓家庭早做準備，不會拖到最後才加入資源爭奪⁴。顯見在邁入超高齡社會面對高齡失智者之照顧，仍有應加強關注部分。

由於對失智症的理解不足，人們常認為失智是老化現象因而忽視診斷和照護重要性；甚至因缺乏認識而形成恐懼，導致污名和歧視。失智者的「隱藏」障礙如果沒有被「發現」，可能就此被遺忘。失智者家屬也形容照顧失智者的過程就像是「面對一場永無止盡的喪禮」⁵，令人沮

¹ 本報告有關年分之使用，原則以民國紀元表示，但涉及外國法制或引述外國文獻者，除註釋中網頁瀏覽日期外，改採西元紀年表述。

² 陳正生，〈Depression Precedes Dementia: Shared Common Etiologies, Cause, or Prodrome (憂鬱早發於失智：有共同的病因、病因或是前驅症狀)〉，《臺灣精神醫學》，第28卷，第1期，103年3月，頁8。

³ 梁玉芳、王芊凌，長照3.0 嚴酷試煉：臺灣照護制度的失落與補綴，報導者，114年11月26日，網址：<https://www.twreporter.org/a/long-term-care-plan-2-improve-to-plan-3>，最後瀏覽日期：115年1月28日。

⁴ 蔣季容，失智不是「忘記家人」才算！醫點名6徵兆：別再用老了帶過，三立新聞網，115年3月25日，網址：<https://health.setn.com/news/1812753>，最後瀏覽日期：115年3月26日。

⁵ 大林慈濟醫院失智症中心，長照創新！「不再是永無止盡的喪禮」..失智照顧者不孤單，106年6月9日，網址：<https://dalin.tzuchi-healthcare.org.tw/index.php/zui-xin-zi-xun2/san-li-xin-wen-wang-zhang>

喪。德國《國家失智症戰略》指失智症是高齡社會所面臨最大的挑戰之一。面對超高齡社會來臨，如何確保每一位高齡失智者皆能在政府及社會的守護下，維持尊嚴並達成老人福利法在地安老的立法目的，已成為迫切之挑戰，雖然高齡為失智症重要為因子之一，失智症亦可能發生在年輕族群中，不過考量目前失智者仍以高齡者為主，因此本報告從建構高齡失智者友善環境角度提出探討及建議，俾供本院委員問政參考。

貳、問題研析

一、高齡失智者現況分析

(一) 世界各國情形

依世界衛生組織（World Health Organization, WHO）定義，失智症指涉及影響記憶、認知能力和執行日常活動能力的若干疾病，其病情隨時間推移會惡化維持生活的能力，且主要影響老人。雖然年齡是目前已知最主要之失智症風險因素，但並非老化造成；失智症並非僅發生於高齡者，尚包含年輕型失智症等族群。2021 年全球共 5,700 萬失智症（Dementia）患者，是全球第 7 大死因，每年有近 1,000 萬新病例產生，造成全球經濟損失超過 1.3 兆美元⁶。推估全球到 2030 年，失智症發病人數將達 7,800 萬人，2050 年成長至 1.39 億人，造成全球經濟損失超過 2.8 兆美元；全球平均每 3.2 秒就有一人罹患失智症⁷。

在世界各國，失智症是老人依賴長期照護與身心障礙的主要原因之一，也是重要死因之一，2019 年全球約有 160 萬人死於失智症，超過 56% 發生於高收入國家，女性更高達總人數之 65%，超過四分之三的失智者尚未獲得診斷⁸。

(二) 我國情形

根據衛生福利部（下稱衛福部）109 年至 112 年調查，我國社區 65 歲以上老人失智症盛行率調查結果為 7.99%，女性 9.36% 高於男性

zhao-chuang-xin-bu-zai-shi-yong-wu-zhi-jin-de-sang-li-shi-zhi-zhao-gu-zhe-bu-gu-dan，最後瀏覽日期：115 年 2 月 24 日。

⁶ World Health Organization(WHO), Dementia, 2025/3/21 Retrieved From: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>, Last Retrieved: 2025/1/23.

⁷ Alzheimer's Disease International(ADI), The Global Voice on Dementia, Retrieved From: <https://www.alzint.org/>, Last Retrieved: 2025/1/23.

⁸ World Health Organization(WHO), Global status report on the public health response to dementia: executive summary, Geneva: World Health Organization, 2021/09/01, p2.

6.35%⁹，與國際趨勢相同，年齡越高、失智症盛行率越高，且有每 5 歲盛行率倍增之趨勢¹⁰：

表 1 失智症盛行率

年齡	65 歲 以上	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	≥90
盛行率 (%)	7.99	2.40	5.16	9.10	16.00	20.04	29.45

資料來源：衛福部，112 年全國社區失智症流行病學調查結果。

失智症之類型以阿茲海默型失智症(Alzheimer's Disease, AD)最多，占 56.88%；血管型失智症(Vascular Dementia, VD)次之，占 22.91%；巴金森氏症失智症(Parkinson Disease Dementia, PDD)再次之，占 7.12%。失智個案之嚴重程度，以極輕度 40.60%最多、其次依序為輕度 24.25%、中度 17.35%、重度 17.80%。失智者有任一項情緒及行為症狀(BPSD)發生率為 66.01%，高於無失智者的 14%，且隨著失智程度越嚴重，發生率也越高。串聯健保資料庫分析，發現失智者與無失智者相比，有較高的急診與住院風險、就醫次數及醫療費用支出；失智者平均每人每年總醫療費支出為新臺幣(下同)53.3 萬元，高於無失智者的 31.9 萬元¹¹。

經統計至 114 年底，領有符合失智症診斷身心障礙證明之失智者約 11.5 萬人、綜合使用各項失智照護服務約 51 萬人，經排除重複後約 26.1 萬人獲得診斷及服務，失智確診率為 70.69%。另依推估，115 年 65 歲以上失智症人口數約 38 萬 1,268 人；120 年將逾 47 萬 7,519 人；130 年 65 歲以上失智症數近 67 萬 9,666 人；到 140 年將超過 80 萬人¹²，推估未來社區長者失智症人口數，有逐年攀升趨勢。

⁹ 衛生福利部，《112 年全國社區失智症流行病學調查結果》，臺北：衛生福利部長期照護司，114 年 10 月 29 日，頁 1。

¹⁰ 臺灣失智症協會，臺灣失智症人口推估，114 年 11 月，網址：<https://www.tada2002.org.tw/about/isntdementia>，最後瀏覽日期：115 年 1 月 23 日。

¹¹ 衛生福利部，同註 9，頁 1-2。

¹² 依衛生福利部於本報告初稿座談會提供之資料。另推估資料來自衛生福利部，《長期照顧十年計畫 3.0 (115 年至 124 年)》，臺北：衛生福利部，114 年 12 月，頁 100、113。

二、高齡失智者行為分析

(一) 失智與老化(退化)不同

失智症不是單一項疾病，而是一群症狀的組合(syndrome，症候群)，其症狀不單純只有記憶力的減退，還會影響到其他認知功能，包括有語言能力、空間感、計算力、判斷力、抽象思考能力、注意力等各方面的功能退化，同時可能出現干擾行為、個性改變、妄想或幻覺等症狀，這些症狀的嚴重程度足以影響其人際關係與工作能力¹³。失智症是種疾病現象而非正常老化，因而讓人忽略就醫重要性，失智症與老化差別在回憶能力的不同，正常老化只會「遺失部分片段的記憶」，事後可回想起，但判斷力、定向感、理解力、計算力等認知功能均維持穩定，不會有明顯變化¹⁴。不過，國際調查高達 80%的民眾認為失智症是正常老化的結果，甚至近 65%的醫療提供者認為失智症是正常老化的一部分，與 2019 年數據相較仍持續升高¹⁵。

失智症晚期帶來複雜的照顧和治療需求、高度的依賴性和較高的共病效應，需要分階段之健康和社會照護，包括長期照顧服務¹⁶。失智症除認知功能障礙外，伴隨之情緒與行為症狀(或稱躁動、問題行為)最讓照顧者感到壓力及負荷，包括憂鬱及負性症狀(33.37%)、日夜顛倒或作息紊亂(32.94%)、恐懼或焦慮(27.75%)、重複行為(25.43%)、妄想(21.19%)等¹⁷，隨著臨床失智評估增加，其發生的比率也增加。

(二) 失智症類型

失智症可分為三大類型，包括退化型(約70%)、血管型(約20%)、其他因素(約10%)，其界線並不明顯，退化型與血管型可能同時存在，其他因素屬可逆轉之失智症。退化型失智症包括AD、額顳葉型失智症(Frontotemporal Lobe Degeneration)、路易體失智症(Dementia with Lewy Bodies)等¹⁸。最常見為AD(約60%)，好發於65歲以上老人，病

¹³ 臺灣失智症協會，同註 10。

¹⁴ 孫瑜，〈認識失智症〉，《學老誌》，第 2 期，112 年 12 月，頁 30。

¹⁵ Alzheimer's Disease International(ADI), World Alzheimer Report 2024: Global changes in attitudes to dementia, London, England: Alzheimer's Disease International, 2024/9/20, pp9-10.

¹⁶ World Health Organization(WHO), Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025, Geneva: World Health Organization, 2017/12/07, p22.

¹⁷ 高金盆，〈失智症的問題行為處理〉，《奇美醫訊》，第 150 期，114 年 9 月，頁 21。

¹⁸ 彰化縣衛生局長期照顧管理中心，什麼是失智症(認識失智、與正常老化的區別)，115 年 2 月，網址：<https://care.nccu.idv.tw/dementia.asp>，最後瀏覽日期：115 年 2 月 26 日。

徵包括無法辨識時間、算錯錢等日常生活能力降低；妄想、躁動、冷漠等行為紊亂；注意力不集中、失去方向感等認知障礙。患者家屬一般到行為紊亂時才容易察覺¹⁹。

另常見之退化型失智症為PDD。PDD是好發於年長者的慢性神經退化性疾病，影響初確診PDD治療信心最常見的困擾是「確診衝擊」與「輿論恐懼」，而社會大眾對PDD不了解或汙名化，也間接影響病友的積極度。PDD的進展無法逆轉，但可以減緩、盡量把控制良好的時間延長，除了建立治療信心，提早讓家人參與照護決策，由家人帶著運動、督促治療，可顯著改善病況²⁰。

（三）失智症之共病風險

憂鬱症與失智症常為併存之疾病，當憂鬱診斷發生在失智之前，憂鬱與失智可能有共同的病因，憂鬱是失智的病因之一，或憂鬱只是失智的前驅症狀之一。研究發現，憂鬱症會使老人發展為失智症之風險增加2至3倍。而憂鬱症經過抗憂鬱治療療程後，老人憂鬱症患者認知功能預後也無法改善；或是當憂鬱症發生時，腦部失智退化性病變已經開始，臨床上認知障礙表徵尚未達失智診斷。憂鬱症有高異質性，需針對之間的關聯進行更多研究，才能預防老年憂鬱症患者發展成失智症的風險。研究也發現，憂鬱症病史會增加AD風險²¹；憂鬱症可能與大腦早期神經退化性改變相關，而不僅是健康狀況下降的一種心理反應²²。另外，失智者往往更難被診斷出合併症，若不及時治療，常導致病情加速惡化，更難獲得所需的照顧和支持來應對。與同年齡相比，失智者的癲癇（Seizures）發作率高達7倍，跌倒受傷的機率为2至3倍²³。

（四）失智症篩檢、治療與預防

當老人出現記憶衰退影響日常生活、無法勝任原本熟悉事物等失智警訊，目前依國際NIA-AA診斷準則，透過醫師詳細問診配合檢驗。一般

¹⁹ 孫瑜，同註 14，頁 31。

²⁰ 楊正敏，害怕罹病後拖累家庭怎麼辦？巴金森確診早期 先建立治療信心，聯合報，114 年 12 月 9 日，第 D4 版。

²¹ 陳正生，同註 2。

²² 鄭玉如，萬人研究證實！「1 症狀」是失智症前兆，三立新聞網，115 年 3 月 14 日，網址：<https://health.setn.com/news/1806834>，最後瀏覽日期：115 年 3 月 16 日。

²³ Alzheimer's Disease International(ADI), World Alzheimer Report 2025, Retrieved From: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2025/>, Last Retrieved: 2026/3/27.

民眾則可透過「AD-8極早期失智症篩檢量表」，但失智症診斷並非只靠症狀推測，需經過多面向、整合性醫學評估，除醫師問診、抽血及神經心理測驗。初步評估工具包括CDR及簡易心智量表（mini-mental state examination, MMSE），若暫無法判定，需持續追蹤或安排相關檢查²⁴。

在長期照顧需求上，對失智與失能的客觀評估工具，分別是以CDR、日常生活活動功能量表（ADL）、工具性日常生活量表（IADL）等來評估患者狀況判定。學者指出²⁵，失智不代表一定失能，失智症有不同的類型與病程階段，CDR分成記憶力、定向感、解決問題能力、社區活動能力、家居嗜好、自我照料等項。以罹患AD老人為例，一般從認知功能開始缺損，並產生失智症的精神行為與情緒問題（BPSD），隨著病程發展肢體功能開始退化，到中度或中重度階段才会有尿失禁等失能現象，生活自理能力會逐漸降低到無法自理。其他類型之高齡失智者，如血管型失智症、PDD、路易體症等，可能肢體功能先受損，失能程度較罹患AD者早，所以要視失智症類型及病程而定。按照目前收案規範，失智者CDR分數判定，包含0分（無失智）、0.5分（極輕度）、1分（輕度）、2分（中度）與3分（重度、極重度與末期）

目前失智症仍無法有效治療，近年部分治療已展現延緩疾病進程及病理改變之潛力，臨床上亦會鼓勵患者透過「非藥物治療」，如運動、調整飲食、進行認知功能訓練、控制血管因子等改善日常生活方式來達成延緩失智症惡化速度²⁶。醫學權威雜誌《刺絡針》（The Lancet）失智症預防、介入和照護委員會（Commission on Dementia Prevention, Intervention, and Care）研究，包括低教育程度族群、高血壓、聽力障礙、吸菸、肥胖、憂鬱、缺乏運動、糖尿病、少社交活動、過量飲酒、腦部外傷及空氣污染等，改變上述 12 個危險因子可預防或延緩高達40%的失智症病例，因此理論上部分病例是可以預防或延緩²⁷。不過，針

²⁴ 陳達夫、黃筱珮，〈高齡化社會無可迴避的挑戰 失智症的診斷、治療與照顧〉，《好健康》，第 74 期，114 年 10 月，頁 35-36。

²⁵ 伊佳奇，失智不代表一定失能，康健雜誌，105 年 5 月 17 日，網址：<https://www.commonhealth.com.tw/blog/1633>，最後瀏覽日期：115 年 2 月 26 日。

²⁶ 孫瑜，同註 14，頁 32。

²⁷ Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al., Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission, *Lancet*, Vol.396, 2020/7/30, Retrieved From: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7392084/413-446>, Last Retrieved: 2026/2/25.

對早發性失智者，單靠生活習慣調整，對延緩病程的效果相對有限²⁸。

三、高齡失智者支持之現行相關法律規定及政策措施

(一) 長期照顧服務法及身心障礙者權益保障法

現行對高齡失智者之照顧，法律上以長期照顧服務法(下稱長照法)及身心障礙者權益保障法(下稱障權法)為架構。以適用對象而言，長照法依第3條第1款規定²⁹，為身心失能持續已達或預期達6個月以上者，依其個人或其照顧者之需要，所提供之生活支持、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務。身心失能之高齡失智者依長照法第8條規定³⁰，經各縣市長期照顧管理中心(下稱照管中心)長照管理專員評估，如符合長照需要等級第2級以上者，依需要提供照顧及專業服務、交通接送、喘息服務、輔具租借購買及居家無障礙環境改善等四大長照服務；如還未符合長照需要等級者，照管中心會協助轉介至失智症共同照護中心，提供個案服務。主管機關於97年起，已將失智症長照服務納入。

障權法第5條規定³¹，為身體系統構造或功能，有損傷或不全導致顯著偏離或喪失，影響其活動與參與社會生活，經醫事、社會工作、特殊教育與職業輔導評量等相關專業人員組成之專業團隊鑑定及評估，領有身心障礙證明者；失智者依障權法及衛福部所定身心障礙等級，屬「心智正常發展之成人，在意識清醒狀態下，有明顯症候足以認定其記憶思考、定向、理解、計算、學習、語言和判斷等多種之高級腦功能障礙，致日常生活能力減退或消失，工作能力遲鈍，社交技巧瓦解，言語溝通能力逐漸喪失」可向政府申請身心障礙者證明；經醫師詳細檢查、問診

²⁸ 簡浩正，你中幾項？臺灣「失智年輕化」惡化速度比長者快！「4大徵兆」快就醫，三立新聞網，115年1月30日，網址：<https://health.setn.com/news/1788372>，最後瀏覽日期：115年2月23日。

²⁹ 長期照顧服務法第3條第1款規定：「一、長期照顧(以下稱長照)：指身心失能持續已達或預期達六個月以上者，依其個人或其照顧者之需要，所提供之生活支持、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務。」

³⁰ 長期照顧服務法第8條規定：「中央主管機關得公告長照服務之特定範圍(第1項)。民眾申請前項服務，應由照管中心或直轄市、縣(市)主管機關評估；直轄市、縣(市)主管機關應依評估結果提供服務(第2項)。接受醫事照護之長照服務者，應經醫師出具意見書，並由照管中心或直轄市、縣(市)主管機關評估(第3項)。第二項服務，應依失能者失能程度及其家庭經濟狀況，由主管機關提供補助；依其他法令規定得申請同性質之服務補助者，僅得擇一為之(第4項)。……」

³¹ 身心障礙者權益保障法第5條規定：「本法所稱身心障礙者，指下列各款身體系統構造或功能，有損傷或不全導致顯著偏離或喪失，影響其活動與參與社會生活，經醫事、社會工作、特殊教育與職業輔導評量等相關專業人員組成之專業團隊鑑定及評估，領有身心障礙證明者：一、神經系統構造及精神、心智功能。……」

及觀察治療反應等，經 3 到 6 個月才能確診及協助申請身心障礙證明³²。

(二) 長期照顧十年計畫 3.0³³

政府於 115 年起推動「長期照顧十年計畫 3.0」(下稱長照 3.0)，目標是在長照 2.0「社區為基礎、以人為本、連續照顧」的基礎下，持續普及照顧資源並強化專業銜接。3.0 規劃以「健康老化、在地安老、安寧善終」為願景，打造醫照整合之連續性服務；因應特定族群之需求，特別擬訂相關專章進行深度規劃，包括失智症防治照護政策綱領 3.0、原住民族及身心障礙者長期照顧，確保長照服務能兼顧文化安全與身障平權，提供更具個別化與適當性的照顧。

長照 3.0 失智症專章納入全年齡失智者，提供更完善失智照顧服務，重點內容包括失智照護資源布建、不同失智程度適切照護、年輕型失智症多元照護、工作權保障、失智專業人才培訓等，持續優化失智照護政策；並依病程提供服務，針對極輕度、輕度且具行動能力的個案，打造社區共融照顧圈，廣布基層社區據點及各類長照服務資源，獎勵各類社區預防據點共融服務年輕失智者；合併憂鬱、焦慮、妄想、攻擊等 BPSD 症狀患者可至權責型失智據點。至於符合長照需要等級者，可使用居家服務、社區式照顧服務等；有 24 小時密集照顧需求者，可至失智團體家屋及住宿式機構失智專區。強調在醫療基礎下推動失智照護精準分流。相比長照 2.0 主要提供一般性的失智社區據點，長照 3.0 針對併有 BPSD 症狀導致照顧困難個案，推動由醫院辦理「權責型失智據點」，並額外給予日間照顧及團體家屋「困難照顧獎勵津貼」，以確保重症或具挑戰性行為的個案能獲得更專業的醫療與照護銜接。

(三) 失智者長照服務政策

我國自 96 年起開始失智症政策，辦理包括全國失智症社會支持中心、失智症關懷專線、資訊網站建置及失智症早期介入之社區服務方案，補助民間設置日間照顧設施等措施。97 年配合長期照顧 10 年計畫，將失智症納入長照服務³⁴。

³² 衛生福利部豐原醫院，失智症身心障礙證明，115 年 2 月 25 日，網址：<https://www.fyh.mohw.gov.tw/?aid=83&pid=70&iid=2>，最後瀏覽日期：115 年 2 月 25 日。

³³ 衛生福利部，同註 12，頁 2、29、72-73、100-115。

³⁴ 林碧珠，〈面對失智症〉，摘自黃雅文等著，《社區整合長期照護與人才培育》，臺北：五南，107 年 10 月，頁 134。

衛福部於 102 年 8 月公布「失智症防治照護政策綱領（2014-2016）」，後續發布「失智症防治照護政策綱領及行動方案 2.0（含工作項目）2018 至 2025 年」（下稱失智防治行動方案 2.0），推動 7 大策略：降低失智症風險；健全失智症診斷、治療、照護網絡；普及對失智家庭照顧者的支持協助；建置失智症資訊蒐集與分析平臺；推動失智症之研究與創新發展；107 至 114 年預算共 509.15 億元。延續之「失智症防治照護政策綱領及行動方案 3.0」，則以持續布建失智照護服務資源、強化家庭照顧者支持網路、提升公共識能等目標為主。至 114 年底止，共布建 133 處共照中心（服務約 6.4 萬人），558 處失智據點（服務約 1.7 萬人）、22 處權責型失智據點（服務 498 人）。截至 114 年 8 月底，住宿機構照顧床數約 12 萬床，目前服務人數約 10 萬人，依據國家衛生研究院之 108 年度「住宿式長照服務機構失智症與失能流行病學調查」，在不分機構類型下，住宿式長照服務機構之失智症盛行率為 86.17%，推估失智服務人數約 8.6 萬人³⁵。老福機構、身障機構、護理之家、榮民之家、部立醫院等日間照護共 1016 家、團體家屋 36 家（548 床）、失智症專區 59 家（2638 床）³⁶。失智且失能經照管中心評估符合資格者，可依需求提供長照服務；失智未失能者，則可至共同照護中心協助確診、個案及家屬需求評估、轉介諮詢等服務，亦可前往區域醫院辦理之權責型失智據點參與認知促進、緩和失智等服務³⁷。

參、各國對高齡失智者支持之相關法律規定及政策措施簡介

為借鏡各國對高齡失智者支持之相關法律規定及政策措施，以下擇世界衛生組織（WHO）、德國、日本等將失智症列為公共衛生優先事項之國家情形重點說明如下：

一、世界衛生組織（WHO）

WHO 已將失智症列為全球公共衛生優先事項。2017 年 5 月，世界衛生大會通過《2017-2025 年應對失智症公共衛生全球行動計畫》（Global Action Plan On The Public Health Response To Dementia 2017 - 2025，下稱全球行動計畫）。全球行動計畫旨在改善失智者、家

³⁵ 依衛生福利部於本報告初稿座談會提供資料。

³⁶ 立法院公報，第 114 卷，第 69 期，委員會紀錄，114 年 8 月 20 日，頁 259。

³⁷ 衛生福利部，同註 12，頁 16。

人和照顧者的生活，同時減輕失智症對社區和國家的影響。該計畫針對各國政府、政策制定者和其他利益攸關方的行動建議，為 7 個領域包括 (1) 將失智症作為公共衛生優先事項；(2) 提高對失智症的認識、包容性和友好性；(3) 降低患失智症的風險；(4) 改善診斷、治療和護理；(5) 支持失智症照顧者；(6) 加強失智症健康資訊系統；(7) 促進研究和創新之行動提供全面藍圖³⁸。

WHO 全球行動計畫提出應對失智症之原則包括重視失智者人權；增強對失智者、家屬及代表賦權及參與；根據實證制定以人為本、具效益、可持續且可負擔之干預措施，並深入考量文化因素；應與所有利害關係人進行跨部門合作；健康計畫應包含明確之財務風險保障；支持性別平等，並加強障礙者、老人和移民等弱勢族群之權能；強化失智症預防、治療與照護。WHO 要求在 2025 年時，應有 75% 的國家制定、加強或更新國家失智症政策、策略、計畫或框架；應進行多方協商、考慮失智者之公平待遇、尊嚴和人權，並支持醫護人員需求。依身心障礙者權利公約目標，促進對失智者相關立法實施情形進行監測的機制，包括法律能力、自我決定、輔助決策、授權委託及避免遭剝削或虐待之保障措施。WHO 並訂定至 2025 年前，所有國家至少開展 1 項失智症公眾宣導活動、50% 國家至少推出 1 項關懷高齡失智者措施，以建立包容社會、50% 的國家能診斷出失智者總數的 50%；結合失智症防治與其他健康風險降低措施、制定兼顧年齡、性別、障礙類型和文化差異之干預措施；75% 的國家為失智症照顧者及其家屬提供支持和培訓計畫；50% 的國家每 2 年定期蒐集一系列失智症核心指標數據；失智症全球研究成果增加 1 倍等在內之全球目標³⁹。不過 114 年 5 月之第 78 屆世界衛生大會審議通過之全球行動計畫因各國執行均未達標，行動計畫已展延至 2031 年⁴⁰。

二、德國

至 2021 年底，德國約有 180 萬人患有失智症，其中估計有 36 萬至 44 萬人為當年新增病例；65 歲以上失智者人數至 2033 年可能高達 200

³⁸ World Health Organization(WHO)，同註 6。

³⁹ World Health Organization(WHO)，同註 16，頁 4、15-34。

⁴⁰ 立法院公報，同註 36，頁 255。

萬人⁴¹。因此德國將失智症列為「國家級」戰略問題，於2018年9月宣布制定《國家失智症戰略》(Nationale Demenzstrategie, The National Dementia Strategy for Germany, 下稱失智戰略)，並於2020年7月1日正式通過，2020年9月23日啟動4個工作小組定期召開會議，制定4個行動領域措施，包括1.發展和建立包容性失智者的社區，使失智者能夠參與社會生活；2.支持失智者及其親屬；3.提升失智者的健康和長期照護服務；4.促進對失智症的卓越研究。與相關利害關係人確定27個目標，就162項措施達成協議，並預計2026年實施失智戰略之評估⁴²。

依失智戰略⁴³，國家及地方政府應讓志願組織、福利機構、醫療院所和養老院等為失智者及其家屬建立緊密網絡，在失智症的各個階段加強預防、教育和專業支持，同時應確保提供需照顧之老人良好環境，包括創造友善高齡失智者聚會空間，使其能維持日常生活並參與社會生活。保持移動自由是失智者最重要確保生活品質的關鍵，因此要求為失智者制定移動方案，同時要求其最依賴之公共交通工具工作人員須執行「失智症之友」培訓計畫，提高員工失智症敏感度，使其在必要時提供適當且支持性之反應。

在醫療機構方面，則要求針對醫護人員進行失智症照護敏感之工作流程、組織建構、專業培訓及醫療保健服務路徑中協作與服務銜接。在地方結合專責醫療中心建立量身訂製的照顧與支持網絡，並設立專門針對失智者之支援中心，且使其能獲得明確資金。

針對失智者制定住房政策亦是失智戰略目標之一。提供高齡失智者「適齡改造」計畫 (Altersgerecht Umbauen)，透過補貼協助高齡失智者改造家中環境和科技輔具，如無障礙設施、適用失智者辨識方向感之色彩輔助設計等，民間機構亦可申請。德國從社會空間著手，另建立與門診護理相結合之集體住宅/團體家屋 (Demenz WG)，頗受好評。集體

⁴¹ Blotenberg I, Hoffmann W, Thyrian JR., Dementia in Germany: Epidemiology and Prevention Potential, *Dtsch Arztebl International*, Vol. 120, 2023/7/10, pp470-476, Retrieved From: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10487668/>, Last Retrieved: 2026/1/30.

⁴² Frank Jessen, Die Nationale Demenzstrategie, *Fortschr Neurol Psychiatr*, Vol.90, 2022/7, pp320-325, Retrieved From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35613938/>, Last Retrieved: 2026/3/26.

⁴³ Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ), Nationale Demenzstrategie, 2020/7/1, Retrieved From: <https://www.nationale-demenzstrategie.de/english>, Last Retrieved: 2026/2/10.

住宅生活方式除保留失智者原有生活方式外，同時為失智者提供參與社交機會，此為機構較難實現之環境，國家應根據需求支持此照護形式。

失智戰略特別將改善對失智者及其家屬的諮詢和支持列為策略目標之一，並要求提供匿名或線上、電子郵件諮詢服務及建立當地失智症護理支援中心聯絡人制度。另亦加強改善失智者及其家屬之法律諮詢服務，要求依德國法律諮詢相關協助法規設置之法律諮詢中心須與長期照護單位更密切之整合，並要求提高醫師與相關從業人員之法律知識，以協助失智者及其家屬。針對早發性失智者（指發病年齡低於 65 歲者），則擴大支持系統至其工作場所，教育企業主理解失智症員工。

提升失智者健康和長期照顧服務失智者需要針對其個人健康需求量身訂製醫療和護理服務，需要充足的服務和人員配合，尚須建立低門檻、無障礙的機制，因此促進跨部門和醫療機構間的整合機制，成為戰略目標最核心的關鍵。國家戰略要求，加強門診、部分住院治療及短期護理應針對失智症特殊需求進行調整；醫療服務能力、人員配置、從業人員之訓練與素質、失智症照護體系與醫療系統間之合作、協調與網絡都必須提升。為使網絡有效運作，須根據法律規定明確所有參與者之任務及各醫療服務間的合作介面，因此要求為失智者制定「醫療服務路徑」，以幫助其系統性實施個人化治療方案。由於失智症涉及複雜的護理要求，通常醫師需負起聯繫工作，因此有必要調整其報酬制度。

由於目前醫學對失智症病因及發病條件尚未完全瞭解，因此加強對失智症之研究有助於理解疾病的潛在發展與進程影響，對一般民眾而言，降低失智症風險之資訊同等重要，家屬亦可獲得相關病患支持建議。國家戰略要求，應提供充足資金成立國家級網絡整合相關專業研究機構及醫療服務及保健體系，並依法讓相關健保資料可轉至研究機構。

三、日本

為使失智者能夠有尊嚴、有希望地生活，日本於 2023 年 6 月 16 日公布，並於 2024 年 1 月 1 日正式施行之《促進社會和諧的失智症基本法（令和 5 年法律第 65 號）》（共生社会の実現を推進するための認知症基本法（認知症基本法），下稱失智症基本法），全文共 37 條，規定失智症防治之宗旨及基本原則、防治基本計畫、措施和設置失智症防治

措施推進總部、國家和地方政府責任，並要求政府為失智者在社會中發揮積極作用奠定基礎。

（一）立法目的與基本原則⁴⁴

失智症基本法的主要目的是綜合且計畫性地推進失智症政策，以「預防」及「共生」為二大戰略目標，使患者能保有尊嚴並懷抱希望生活，以創造一個所有公民，包括失智者，都能發揮個性與能力、互相尊重人格、共同支撐的「共生社會」。

基本原則包括：1. 保障患者權利：確保所有患有失智症的人都能按照自己的意願，作為享有基本人權的人，過著日常生活和社交生活；2. 深化國民理解：使大眾能夠加深對失智症的正確認識和對失智者的正確理解，這對於促進共存社會的實現是必要的；3. 促進社會參與：透過消除阻礙失智者進行日常生活或社交生活的障礙，我們的目標是使所有失智者都能作為社會平等成員，在社區中安全、有保障、獨立地過上日常生活，並確保他們能夠充分展現自己的個性和能力，為他們提供機會，讓他們就直接影響自身的事項發表意見，並參與社會各個領域的活動；4. 優質醫療與福利服務：在充分尊重失智者意願的前提下，可無縫提供高品質、適當的醫療保健和福利服務；5. 家屬支持：為確保患有失智症的人及其家人等能夠在社區中安心地過上日常生活，不僅要為失智者本人提供適當的支持，還要為他們的家人以及在日常生活中與失智者有密切關係的其他人提供適當的支持；6. 研究推動：為促進對失智症及其他有助於實現共存社會的研究開展專門的、跨學科的、綜合性的研究，並創造一個環境，使公眾能夠廣泛享受基於科學知識的失智症和輕度認知障礙的預防、診斷、治療、康復和護理方法的研究成果，使失智者能夠參與社會並有希望、有尊嚴地生活的方式，以及創造一個社會失智症等人的方式，以及社會支持社會和其他人能夠與社會的環境；7. 跨域合作：整合涵蓋教育、社區發展、就業、健康、醫療保健、福利及其他相關領域的全面性措施。

（二）法案重點⁴⁵

⁴⁴ 厚生勞動省，認知症施策，共生社会の実現を推進するための認知症基本法概要，網址：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/index.html，最後瀏覽日期：115年2月25日。

失智症基本法第 2 條明確定義失智症指政府法令所定義由 AD 或其他神經退化性疾病、腦血管疾病或其他疾病所引起認知功能下降到影響日常生活的程度⁴⁶。除立法目的外，亦於基本法中明定包括法律基本原則、國家責任、地方責任、提供醫療保健、福利服務人員日常社會生活服務企業等之責任，甚至要求民眾加深對失智症的正確認識和對失智者的正確理解並努力做出貢獻，以促進共存社會的實現⁴⁷，亦明定配合國際失智症日及失智症月辦理相關活動宣導、採取必要立法及財政保障、要求中央政府應制定《失智症防治基本計畫》之程序、內容、期限、調查、公布、評估審查及修正，地方政府需訂定失智症政策促進計畫，明定應聽取失智者及其家屬意見。另要求加強推廣失智症教育及促進認識活動，同時建立確保交通移動、道路安全、社區照護體系之安全社區，及與企業合作開發和推廣便於癡呆症患者使用的產品和服務，制定企業適當對待癡呆症患者的必要指導方針，使其能獨立社會生活。

失智症基本法亦以專章(第 4 章)明定設置失智症政策推動總部(認知症施策推進本部)，規定各部門職責及組織架構、成員，並由內閣總理擔任首長。同時成立失智症推動利害關係人會議(認知症施策推進關係者會議)，會議成員至多 20 人、非專職，由總理由失智者及其家屬、從事失智症健康、醫療與福利工作者或其他攸關方挑選任命之。基本法並明定以 5 年為期進行全面審查，並依審查結果採取必要措施。

表 2：《促進社會和諧的失智症基本法》內容簡要說明

章	章名(條次)	內容簡述
第 1 章	總則(第 1 條至第 10 條)	立法目的 (§1)、名詞定義 (§2)、基本原則 (§3)、國家責任 (§4)、地方政府職責 (§5)、提供醫療保健服務或福利服務之人員責任 (§6)、提供構成日常生活和社

⁴⁵ e-Gov ポータル，共生社会の実現を推進するための認知症基本法(令和五年法律第六十五号)，網址：<https://laws.e-gov.go.jp/law/505AC1000000065>，最後瀏覽日期：115 年 2 月 9 日。

⁴⁶ 共生社会の実現を推進するための認知症基本法第二条：「この法律において「認知症」とは、アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態として政令で定める状態をいう。」

⁴⁷ 共生社会の実現を推進するための認知症基本法第八条：「国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めるとともに、共生社会の実現に寄与するよう努めなければならない。」

		會生活基礎服務的企業的責任 (§7)、民眾責任 (§8)、世界失智症日和失智症月 (§9)、立法措施等 (§10)
第 2 章	促進失智症防治措施的基本計畫 (第 11 條至第 13 條)	促進失智症防治的基本方案 (§11)、都道府縣失智症防治措施促進計畫 (§12)、市町村防治措施促進計畫 (§13)
第 3 章	基本措施 (第 14 條至第 25 條)	提高大眾對失智者的了解 (§14)、促進失智者無障礙生活 (§15)、確保失智者社會活動參與機會 (§16)、支持失智者的決策，並保護其權益 (§17)、建立提供健康照護服務和福利服務的體系 (§18)、建立諮詢制度 (§19)、促進研究 (§20)、失智症預防 (§21)、防治政策所需調查實施 (§22)、各單位合作 (§23)、對地方政府之支持 (§24)、國際合作 (§25)
第 4 章	失智症政策推動總部 (第 26 條至第 37 條)	設置 (§26)、掌理事項 (§27)、組織 (§28)、失智症政策推動總部首長 (§29)、失智症政策推動總部副首長 (§30)、失智症政策推動總部人員 (§31)、提交資料及其他合作 (§32)、失智症政策推動利害關係人會議 (§33-34)、秘書單位 (§35)、主管首長 (§36)、授權內閣命令 (§37)

資料來源：本報告自行整理。

(三) 日本政府對失智者之介護 (照護) 計畫⁴⁸

根據 2022 年統計，日本失智者比例約為 443 萬人 (12.3%)，輕度認知障礙者約為 559 萬人 (15.5%)，約占 3603 萬 65 歲以上老人的 27.8%，平均每 3 人就有 1 人有認知功能相關症狀。日本自 2000 年開始實

⁴⁸ 日本內閣府大臣秘書處政府公關室，政府広報オンラインについて，知っておきたい認知症の基本，2025/1/16，網址：<https://www.gov-online.go.jp/article/202501/entry-7013.html>，最後瀏覽日期：115 年 3 月 2 日。

施介護保險，2004年12月公布介護保險制度改革之全體雛形，推進「認知症照護及地域照護」為其改革的主幹之一，配套方案有「地域密著型服務之創設」或「地域包括支援中心之創設」。地域密著型服務是指患有認知症之高齡者，可以在居住習慣之地區過著如健康正常人的生活，接受失智症照護服務，此服務提供「小規模多機能型住宅介護」及「夜間對應型訪問介護」，以日間照顧模式為中心，依據使用者的身體狀況配合「訪問」或「宿泊」提供服務。地域包括支援中心，是使高齡者在居住習慣之地區，能夠有尊嚴、繼續維持自立生活，由介護保險給付下的服務體制單位執行，主要機能有(1)綜合性諮詢支援，權利維護(2)總合性、繼續性之照護管理(3)介護預防之照護管理等，而在地區中，構築包括性、繼續性之網路建構，提供安心地域生活為其主要的職責。

四、美國

針對失智症，美國也在2010年時制定國家阿茲海默病計畫法案(The National Alzheimer's Project Act, NAPA)，法案規定國家須制定國家AD及相關失智症計畫，並成立公私合作的AD研究、護理和服務諮詢委員會(Advisory Council on Alzheimer's Research, Care, and Services)提供意見。該諮詢委員會將向衛生與公眾服務部(Health and Human Services, HHS)提出建議，以確定優先行動方案，從而擴大、協調和精簡各項計畫，以改善患者的健康狀況，並減輕這些疾病給患者、其家庭和社會帶來的經濟負擔⁴⁹。

法案內容包括要求HHS設置國家阿茲海默病計畫辦公室辦理(一)加速開發能預防或逆轉失智症進程之治療方法；(二)制定和維護失智症綜合性國家計畫；(三)協調失智者之醫療保健與治療；(四)改善失智症之早期診斷；確保高風險族群或種族納入治療、研究與服務，以減少健康差距；(五)與國際機構合作，整合全球對抗失智症行動；(六)提供資訊並協調所有聯邦機構之研究資訊與服務。並要求HHS部長應評估預算申請及國家每年在對抗失智症負擔取得之進展；辦公室應每年向國會提交有關國家和聯邦政府資助的AD研究、臨床護理、機構、家庭

⁴⁹ The Assistant Secretary for Planning and Evaluation (ASPE), NAPA - National Alzheimer's Project Act, Retrieved From: <https://aspe.hhs.gov/collaborations-committees-advisory-groups/napa>, Last Retrieved: 2026/3/12.

和社區計畫及其成果的評估；另成立 AD 研究、護理和服務諮詢委員會提供建議並向國會提供資訊，資訊委員會成員包括聯邦政府相關部會代表（疾病管制、老人福利、醫療保險、原住民、國家衛生研究院、國家科學基金會、退伍軍人事務部等）及 12 名來自聯邦政府以外的專家成員（失智症權益倡議者、照顧者、醫療保健提供者、州衛生部門代表、失智症領域研究人員、護理及病患服務經驗之全國性組織代表）。另外，也透過法律明定，相關資訊應對公眾公開並跨部門分享⁵⁰。

五、小結

與我國相同，日本針對身心障礙者及失能者分別制定精神健康與福利法（精神保健福祉法）符合障礙者基本法（障害者基本法（昭和 45 年法律第 84 号）及老人福利法（老人福祉法）、長期照護保險法（介護保險法）等多部法律，但針對失智者，依然以專法訂定失智症基本法，德國亦制定失智戰略，將失智症防治提升至國家層級，並將失智症防治之各面向措施及防治系統各組織之權責關係、整合方式等透過明確之法律加以規定，以完整明確失智症之照護及防治作為。

美國及日本則透過制定法律要求國家制定失智症國家策略/計畫，同時將重點著重在衛生和社會護理部門利害關係人之間的合作。德國失智戰略還考慮跨領域主題，例如數位化和技術在失智者中的應用，以及具有移民背景的失智者及其家庭照顧者的處境，以充分兼顧各面向。各國之國家策略/計畫均相當注意資金及研究，並關切失智者友善環境建構及支持服務系統之建立與整合問題。

日本的失智症基本法與美國的 NAPA 法案則均以法律規範失智症之相關防治措施。兩國均將失智症防治提升至國家公衛最高層級加以防治，並要求國家定期制定並更新國家計畫；且法案均明確要求必須透過跨部門之合作，同時明定協調機制及監督機制；亦要求廣納失智者及家屬或代表團體之意見及強化對社會大眾之理解以減少歧視，符合 WHO 之行動策略要求。

另外，日本失智症基本法之立法政策著重在社會共生與權利保障，

⁵⁰ US Congress, H.R.4689 - National Alzheimer's Project Act, 2010/2/25, Retrieved From: <https://www.congress.gov/bill/111th-congress/house-bill/4689/text>, Last Retrieved: 2026/3/2.

強調失智者之尊嚴權利，同時透過法律明確訂定地方政府之職責，不過由於是基本法性質，因此較屬政策規範性質之條款；而美國則聚焦於科學研究與醫療突破，用明確之聯邦資金投入更多財源，亦設置明確之執行期限及目標，不過較欠缺社會支持及生活系統之著墨。

肆、問題檢討與建議

一、透過制定專法或修正長照法等相關法律以專章之形式，建立能涵蓋高齡失智者之權益、福利服務與長期照顧措施之整合性法律框架

WHO 指出，全球失智症照護中超過 50% 為非正式照護者（如家人或親密朋友），平均每天提供超過 5 小時之監督與護理⁵¹。全球只有 26% 的國家具有支持失智者及其家人的國家政策、策略或計畫。其中一半國家在世衛組織歐洲區域，其餘則分布在其他區域。即使在歐洲，許多計畫也將到期或已到期，表明政府須重新做出承諾⁵²。WHO 支持制定和運用國家失智症立法、政策、戰略或計畫等形式，以影響相關實施過程⁵³。

失智者之症狀有記憶力減退和認知功能（語言、空間感、計算、判斷、抽象）思考等能力退化，可能同時出現情緒、妄想、幻覺等干擾行為，嚴重時會影響其人際與工作，導致日常生活功能受阻無法正常運作，而逐漸喪失自我照顧的功能，生活需要他人協助。失智者需要照顧、治療和復健服務，也需要更多的社會活動參與、經濟支援及支持服務的機會。借鑑德國與日本之立法經驗，由於目前醫學對失智症病因及發病條件尚未完全瞭解，加上失智者在記憶及迷路等面臨日漸惡化的特殊情況，因此失智症不能單獨被視為疾病，須在患者個人及生活環境的脈絡中來看待，更需要失智症友善環境及整合支持。

在失智症治療上，需要針對高齡失智者量身制訂醫療和長照服務，而需要跨主管機關、目的事業主管機關與各機構間的整合機制，從加強門診、部分住院治療及短期護理應針對失智症特殊需求進行調整；醫療服務能力、人員配置、從業人員之訓練與素質、失智症照護體系與醫療系統間之合作、協調與網絡都必須提升，甚至對高齡失智者家屬、對醫護人員及對失智症相關研究之支持，均為國家面對失智症照顧環境建構

⁵¹ World Health Organization(WHO)，同註 6。

⁵² World Health Organization(WHO)，同註 8，頁 7、9。

⁵³ World Health Organization(WHO)，同註 16，頁 12

之優先措施。其次，高齡失智者之復健及預防，相當程度需配合擴大其社會參與，包括照顧機構專業與服務，以及創建適合失智者聚會及休閒且溫暖、安全、友善之空間、場所等；另外，亦需深化國民理解，使大眾能夠加深對失智症的正確認識和對失智者的正確理解，才能促進共存社會的實現，同時保障高齡失智者之尊嚴，凡此種種，均有賴將失智症防治之各面向措施及防治系統各組織之權責關係、整合方式等透過明確之法律加以規定，以完整明確失智症之防治作為。

專家認為，日本失智症基本法 2024 年施行後對日本失智政策及整體社會帶來的影響，包括提供明確法源，有利於失智政策之持續推動，此外，因行政層級提升，失智政策能更快、更直接被執行；而失智症基本法的立法過程中，各種不同觀點的激盪與折衝，及各利益關係人的確實參與，也凸顯專法的重要性⁵⁴。有學者從日本長照保險制度對於第 1 類及第 2 類被保險人負擔及給付之差異認為，長照制度應統合身心障礙與老人福利兩大領域，以符合公平性⁵⁵。

綜上，無論是參照日本直接制定失智症基本法、美國制定 NAPA 法案，或如德國透過失智戰略整合包括社會法典中相關之健康保險、長期照顧保險、勞動促進、老年與失能保障等規定，均可發現由於失智症病程、治療之特殊性與對整體家庭、社會之衝擊性，需綜合且計畫性地整合涵蓋教育、社區發展、就業、健康、醫療保健、福利及其他相關領域措施推動失智症政策，並涉及高齡失智者尊嚴之敏感性，有賴透過明確之法律規定加以整合。按目前國家失智症防治策略綱領係屬施政計畫性質，爰建議參酌德國及日本之立法經驗，透過專法或專章之形式，建立

⁵⁴ 臺灣失智症協會，2025 年臺灣失智症聯合學術研討會－失智症政策趨勢與照護支持，114 年 9 月 1 日，網址：<https://www.tada2002.org.tw/Messages/Content?Id=3413>，最後瀏覽日期：115 年 3 月 2 日。

⁵⁵ 依日本介護保險法第 7 條規定，第 1 號被保險者及第 2 號保險者的介護認定標準不同，第 1 號被保險者之介護需求認定包括法律上所規定需要介護者（指身體上或精神上的障礙，致使被保險人的入浴、排泄、飲食等日常生活的基本動作一部或全部受到限制而無法改善，並在厚生省所規定的期間內持續需要長期介護，且其需要介護的程度符合厚生省所訂定的需要介護狀態項目）；或是有需要介護之虞狀態（需要支援者，指法律上所定需要支援者的情形係指身體上或精神上的障礙，在厚生省所規定的期間內持續產生生活不便之虞，但不屬於厚生省所訂定的需要介護項目）。第 2 號被保險者則為因腦中風、初期老年痴呆症等特定疾病（即老化併發症）所導致需要長期照護的狀態或特定疾病需要介護或有介護之虞，才可提出申請。由於第 2 類被保險人需繳納保險費但給付僅限於老化併發疾病而有下修被保險人年齡之修法建議。見林淑馨，〈日本介護保險制度之初探：經驗與啟事〉，《文官制度季刊》，第 10 卷，第 3 期，107 年 7 月，頁 12、20。

能涵蓋高齡失智者之權益、福利服務、長期照顧措施及明確預算之整合性法律框架，以利促進我國之失智症照護政策。

二、整合失智症障礙與失能篩檢、認定及銜接程序，確診即啟動長照銜接及障礙身分認定

在現行法律架構下，高齡失智者同時為障權法與長照法之適用對象。長照法以健全長照服務體系及服務品質為重點，障權法則側重於維護障礙者權益及相關福利措施。惟兩者之評估機制並不相同，長照法由照管中心長照管理專員依 CDR 與 ADL/IADL 量表進行分級判定失能等級，障權法則由醫事、社會工作、特殊教育與職業輔導評量等相關專業人員組成之專業團隊鑑定及評估依障權法第6條規定之國際健康功能與身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)加以判定，實務上雖均可獲得長照服務及障礙認定，但由於失智程度會隨時間及病情嚴重程度而有不同表現及階段，且須經醫師長達3至6個月之臨床追蹤及篩檢判斷，初期表徵不明顯者有時亦難以判定，亦可能影響高齡失智者之權益及福利保障。

爰此，參酌 WHO 行動計畫建議改善診斷、治療和護理；德國要求針對醫護人員進行失智症照護敏感之工作流程、組織建構、專業培訓及醫療保健服務路徑中協作與服務銜接；日本失智症基本法促進對失智症和輕度認知障礙的早期發現、診斷和應對，明定國家和地方政府應建立以社區為基礎的綜合支援中心、醫療機構、民間組織等之間的合作與協作體系，提供有關失智症和輕度認知障礙的資訊，並採取其他必要措施⁵⁶；美國 NAPA 法案改善失智症之早期診斷；確保高風險族群或種族納入治療、研究與服務，以減少健康差距之條文，建議在專法或專章架構下，對於高齡失智者之特殊性，宜明定主管機關及醫療機構需建立完整之篩檢、認定及銜接流程，或參酌德國為失智者制定「醫療服務路徑」，並於醫院確診即可啟動長照銜接及障礙身分認定，使高齡失智者得於確診同時即享有相關權益及福利保障。

⁵⁶ 共生社会の実現を推進するための認知症基本法第二十一条第二項：「国及び地方公共団体は、認知症及び軽度の認知機能の障害の早期発見、早期診断及び早期対応を推進するため、介護保険法第百十五条の四十六第一項に規定する地域包括支援センター、医療機関、民間団体等の間における連携協力体制の整備、認知症及び軽度の認知機能の障害に関する情報の提供その他の必要な施策を講ずるものとする。」

三、明定主管機關訂定失智症國家戰略計畫，建立監測指標及有效性評估，並應定期向本院報告

WHO 全球行動計畫在失智症立法建議上特別提出各國需設立失智症專責聯絡點、部門或機構，並在衛生主管機關設立協調機制，以此確保持續資金投入、服務評估、監測和報告工作；全球行動計畫也強調，各國應制定、加強和實施國家和地方層級的失智策略、計畫或框架，獨立或結合其他計畫均可，衡量子目標包括是否存在失智症獨立計畫、將失智症政策納入其他政策及覆蓋該國 50% 以上地區之次國家級計畫內⁵⁷。不過，只有 65% 的國家在失智症相關計畫內提及復健，75% 的 WHO 會員國仍未有完整的國家失智症計畫⁵⁸。

日本失智症基本法第 11 條⁵⁹就明定國家必須訂定《失智症防治基本計畫》（認知症施策推進基本計畫），內容包括明確具體目標和完成期限，同時要求每 5 年進行有效性評估及審查，並進行修正調整；第 12 條也規定地方政府需依據相關法律訂定，每 5 年需進行有效性評估及審查、修正；其中，第 11 條第 4 項及第 12 條⁶⁰第 4 項及第 5 項特別規定，

⁵⁷ World Health Organization(WHO)，同註 8，頁 71。

⁵⁸ Alzheimer's Disease International(ADI)，同註 23。

⁵⁹ 共生社会の実現を推進するための認知症基本法第十一条：「1.政府は、認知症施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、認知症施策推進基本計画（以下この章及び第二十七条において「基本計画」という。）を策定しなければならない。2.基本計画に定める施策については、原則として、当該施策の具体的な目標及びその達成の時期を定めるものとする。3.内閣総理大臣は、基本計画の案につき閣議の決定を求めなければならない。4.政府は、基本計画を策定したときは、遅滞なく、これを国会に報告するとともに、インターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。5.政府は、適時に、第二項の規定により定める目標の達成状況を調査し、その結果をインターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。6.政府は、認知症に関する状況の変化を勘案し、及び認知症施策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも五年ごとに、基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない。7.第三項及び第四項の規定は、基本計画の変更について準用する。」

⁶⁰ 共生社会の実現を推進するための認知症基本法第十二条：「1.都道府県は、基本計画を基本とするとともに、当該都道府県の実情に即した都道府県認知症施策推進計画（以下この条及び次条第一項において「都道府県計画」という。）を策定するよう努めなければならない。2.都道府県計画は、医療法（昭和三十二年法律第二百五号）第三十条の四第一項に規定する医療計画、社会福祉法（昭和三十六年法律第四十五号）第八十八条第一項に規定する都道府県地域福祉支援計画、老人福祉法（昭和三十八年法律第三百三十三号）第二十条の九第一項に規定する都道府県老人福祉計画、介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）第一百八条第一項に規定する都道府県介護保険事業支援計画その他の法令の規定による計画であつて認知症施策に関連する事項を定めるものと調和が保たれたものでなければならない。3.都道府県は、都道府県計画の案を作成しようとするときは、あらかじめ、認知症の人及び家族等の意見を聴くよう努めなければならない。4.都道府県は、都道府県計画を策定したときは、遅滞なく、これをインターネットの利用その他適切な方法により公表するよう努めなければならない。5.都道府県は、適時に、都道府県計画に基づいて実施する施策の実施状況の評価を行い、その結果をインターネットの利用その他適切な方法によ

相關計畫訂定、執行情形與及時評估結果，均須透過網路或其他適當方式公布結果。而其國家《失智症防治基本計畫》制定後，須立即向國會報告，另第 24 條規定，中央政府應提供地方政府資訊及採取必要措施支持，均強調對公眾資訊公開之重要性，其目的便在提供大眾對失智症的理解與參與，以達成促進實現共存社會之立法目的。

美國 NAPA 法案亦明定 HHS 成立國家阿茲海默病計畫辦公室制定和維護失智症綜合性國家計畫、辦公室應每年向國會提交有關國家和聯邦政府資助的 AD 研究成果評估；成立諮詢委員會提供建議並向國會提供資訊，及相關資訊應該對公眾公開並應將相關資訊跨部門分享等內容，均與日本失智症基本法有類似之規定。

依障權法第 11 條規定：「各級政府應至少每 5 年舉辦身心障礙者之生活狀況、保健醫療、特殊教育、就業與訓練、交通及福利等需求評估及服務調查研究，並應出版、公布調查研究結果（第 1 項）。行政院每 10 年辦理全國人口普查時，應將身心障礙者人口調查納入普查項目（第 2 項）。」政府應辦理身心障礙者人口及生活狀況等調查，不過本院委員也指出，失智症雖列為障礙類別之一，統計資料中卻欠缺擁有身心障礙證明之失智者，而有醫療及社福體系資料整合問題⁶¹。挪威則在制定國家計畫時區分為高齡友善計畫及失智友善計畫的兩種準則⁶²，讓高齡友善與失智友善為不同之計畫。換言之，失智者依不同之等級及病情發展，而需不同之介入資源，但分屬障權法與長照法之資源，更須政府依法律授權之整合，始能發揮最有效之效果。

目前執行中之失智防治行動方案 2.0、失智症防治照護政策綱領及行動方案 3.0 多屬行政計畫，宜賦予更高的法律位階。爰此，在專法或專章之架構下，建議應以法律明定要求政府訂定失智症國家戰略計畫，並明定實施期程及政策效益評估。另可授權主管機關整合障礙者、健康

り公表するよう努めなければならない。6.都道府県は、当該都道府県における認知症に関する状況の変化を勘案し、及び当該都道府県における認知症施策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも五年ごとに、都道府県計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更するよう努めなければならない。7.第三項の規定は第五項の評価の結果の取りまとめを行おうとする場合について、第三項及び第四項の規定は都道府県計画の変更について、それぞれ準用する。」

⁶¹ 見廖偉翔委員發言紀錄。立法院公報，同註 36，頁 286。

⁶² 周傳久，《長照服務各國人才培育》，高雄市：巨流，111 年 3 月，頁 248。

保險、長期照顧與社會福利、戶政等數據，建立失智症監測指標，效法美國 NAPA 每年公布國家級評估報告，定期檢討修正；有關失智症調查、防治、計畫執行情形、效益評估等資訊，均應對公眾公開及定期向本院報告。

四、明定建立各部門、跨領域之協作體系並提高管制層級

失智症防治之成功關鍵，在於跨領域之合作與資源整合。因此美國為制定國家失智症計畫，特別立法要求國家衛生部成立專責辦公室，同時明定包括疾病管制、醫療照護、老人事務、印地安健康服務、國家衛生研究院、高階行政管制、退伍軍人、國防、社會保險、司法、食品藥物、地方衛生、心理健康等超過 18 個部門⁶³為跨部門小組成員，依法制訂計畫提交諮詢委員會審查並每年更新，充分做到跨領域協調及整合之功能。同時，如同日本失智症基本法第 24 條規定，美國 NAPA 法案亦以法律層級明定相關資訊跨部門分享之重要性，以透過各部門、跨領域之協作，建立體系共同防治失智症。

除以法律框架建立各部門、跨領域之協作體系外，亦建議參酌日本以法律明定設置失智症政策推動總部（認知症施策推進本部），規定各部門職責及組織架構、成員，並由內閣總理擔任首長；及美國以專法立法建立專責辦公室或提高管制層級，以強化跨部門合作協調之事權及應對，由於失智症對失智者及其家庭之生活產生多重影響，更增添失智症防治政策之複雜性，其複雜性將體現在參與制定和實施相關策略的眾多利害關係人身上，因此，宜立法提高政策執行之管制層級，並參酌現行障權法第 10 條⁶⁴之立法架構，邀集失智者及相關利害關係人針對失智者

⁶³ 法律明定單位包括疾病管制與預防中心（Centers for Disease Control and Prevention）、老化事務管理局（Administration on Aging）、醫療照護服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services）、印地安人健康服務局（Indian Health Service）、國家衛生研究院院長辦公室（Office of the Director of the National Institutes of Health）、醫務總監（Surgeon General of the United States）、退伍軍人事務部（U.S. Department of Veterans Affairs）、國家科學基金會（National Science Foundation），另外包括戰爭部（DOW）、司法部（DoJ）、社會保障署（SSA）、聯邦緊急事務管理局（FEMA）、助理部長規劃與評估辦公室（ASPE）、社區生活管理局（ACL）、醫療保健研究與品質署（CMS）、食品藥物管理局（FDA）、衛生資源和服務局（HRSA）及物質成癮和心理健康服務部（SAMHSA）等。

⁶⁴ 身心障礙者權益保障法第 10 條規定：「主管機關應遴聘（派）身心障礙者或其監護人代表、身心障礙福利學者或專家、民意代表與民間相關機構、團體代表及各目的事業主管機關代表辦理身心障礙者權益保障事項；其中遴聘身心障礙者或其監護人代表及民間相關機構、團體代表之比例，不得少於三分之一（第 1 項）。……第一項權益保障事項包括：一、整合規劃、研究、諮詢、協調推動促進身心障礙者權益保障相關事宜。二、受理身心障礙者權益受損協調事宜。三、其他促進身心障礙

權益設置諮詢會議，使失智者及其家屬能積極參與政策制定、表達意見。

五、建立失智症照護專業人力制度，積極培育專責照護人才

WHO 及世界銀行估計，至 2030 年，全球需增加至少 4000 萬個照顧工作者，約 1800 萬個醫療衛生工作者應對失智症照顧，擴大專業之醫療衛生和社會、照顧工作者，對失智症之預防、治療和照顧至關重要⁶⁵。與我國將長照人力視為專門技術人力（level C technician for caring service）不同，日本將照顧人力視為專門職業工作，因此建立介護福祉士之國家考試證照制度，確保照顧人力質與量，實施「專業人才培育」與「多層級培訓課程」⁶⁶。爰此，日本失智症基本法第 18 條要求國家和地方政府需保障、培訓和提高具備失智者健康、醫療保健或福利方面專業知識和技能的人員的資格。日本在 2005 年 5 月時即舉辦「認知症照顧專門士」（認知症ケア専門士）的檢定考試，並區分為助理專門士（認知症ケア准専門士）、專門士（認知症ケア専門士）及高級專門士等分級制度⁶⁷，透過不同專業資格認證方式確保根據失智者具體情況，提供高品質和適當健康、醫療和福利服務。而透過專業證照分級制度，除提供失智者更妥適之照顧外，亦有效提升照顧人力之薪資水準，值得借鏡。

荷蘭於 2004 年時將「失智症友善計畫」列為國家政策，增設大量專責失智症專案經理，提供專業建議及支援；失智症專案經理也被稱為失智症護士、失智症顧問或路線監督員，各地方自治市登記之失智症專案經理均受過專門訓練與實質審核，除實際對患者關懷與聆聽，最重要任務就是要對患者家人或照顧者提供建議、協助和支持。在荷蘭所有健康保險公司都簽署遵守失智症護理標準及病例管理的要求。專案經理透過長時間之支持與陪伴，在法律、道德和醫療體系裡扮演多重角色，支援所有失智者及其家屬在日常生活裡繼續前進⁶⁸。

者權益及福利保障相關事宜（第 3 項）。……」

⁶⁵ World Health Organization(WHO)，同註 16，頁 3。

⁶⁶ 蔡琮浩，《從日本立法經驗探討我國照顧服務員建立專業制度相關法制議題（編號：A1689）》，臺北市：立法院法制局，113 年 5 月，頁 17-18。

⁶⁷ 助理專門士認證之報考資格為滿 18 歲及失智症機構實務經驗未滿 3 年者；專門士則為至少 3 年實務經驗者；高級專門士則至少需擁有 3 年專門士經驗，同時獲得 30 個以上失智症護理專科認證學分及完成培訓計畫，且需發表相關報告。見一般社団法人日本認知症ケア学会，認知症ケア専門士，網址：<https://ninchisyuicare.com/senmonsi/Ssenmonsi.htm#sec01>，最後瀏覽日期：115 年 3 月 17 日。

⁶⁸ 布爾·丁夫人，不一樣的專案經理：為失智症照護者提供最佳援助，創新照顧，108 年 4 月 15 日，網址：<https://www.ankecare.com/article/168-14498>，最後瀏覽日期：115 年 3 月 17 日。

許多國家尤其是歐洲也不斷發展對失智者有效之照顧方法和照顧者訓練方法，且透過制定相關指導準則供依循。如荷蘭發展用錄影和分析討論找出更適合照顧者與失智者溝通的方式、不斷摸索出個別化應對失智者能力的 Marte Meo 培訓方式。挪威則根據國家制定之失智友善指導原則設計 VIPS 訓練方案並於全境實施，讓基層照顧者遵循，並訂有失智症跨領域基層專業工作人員長期在職教育方案，透過嚴謹系統培訓及中央到基層一貫之作法，強化及因應不同類型之失智者照顧⁶⁹。

相較起來，目前我國照顧服務員（下稱照服員）只有衛福部擬之「失智症照顧服務 20 小時訓練課程」培訓⁷⁰，似顯不足。研究結果顯示⁷¹，長照機構照服員的失智症基本照護知識尚可，但對失智症「定義」、「病程發展」及「日常生活照顧」等知識較不足。建議未來應在照服員訓練課程標準增加失智症照護課程，也應列入在職教育課程主軸之一，提升照服員的照顧工作勝任度，進而增進失智症之照顧品質。亦有研究指出，利用門診衛教家屬有關失智症之照顧知識及技巧是失智症照顧的重要策略；因此應積極培訓失智症衛教師，同時規劃訓練課程，培養衛教師專業能力為首要任務；目前有關失智症照顧訓練課程多以長照機構內照護人員為主，較少針對社區中一般基層照顧之專業人員⁷²。

依現行失智防治行動方案 2.0 策略 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」目標值規定，醫事人員及照服員完成失智症相關訓練之比例僅約 50%，且受訓時數僅 20 小時，是否足以因應快速增加、病情複雜變化之失智者，有待主管機關努力。爰此，參酌歐洲國家不斷發展對失智者有效之照顧方法和照顧者訓練方法，且制定相關指導準則供依循；荷蘭以失智症專案經理專責個案照顧；德國由醫師負聯繫工作並調整其報酬制度、將失智照護敏感列工作流程；日

⁶⁹ 周傳久，同註 62，頁 248、252、254-255。

⁷⁰ 失智症照顧服務 20 小時訓練課程包括認識失智症（2 小時）、失智者之日常生活照顧（4 小時）、失智者之營養照顧與飲食建議（1 小時）、失智者口腔保健（1 小時）、失智者之精神行為問題的照顧及危機處理（4 小時）、失智者日常生活促進與活動安排（2 小時）、與失智者溝通之原則與技巧演練（4 小時）、安全看視（2 小時）。見衛生福利部，失智症照顧服務 20 小時訓練課程，113 年 11 月 11 日，網址：<https://1966.gov.tw/LTC/cp-6641-76315-207.html>，最後瀏覽日期：115 年 3 月 18 日。

⁷¹ 齊于箴、劉芳、蕭伶伶，〈照顧服務員的失智症照護知識與態度之探討〉，《長期照護雜誌》，第 21 卷，第 1 期，106 年 4 月，頁 50。

⁷² 黃惠玲、徐亞瑛、徐文俊、黃慈心，〈以能力為基礎的失智症衛教師訓練課程模式〉，《長庚科技學刊》，第 23 期，104 年 12 月，頁 25、29。

本透過證照制度發展不同分級之照服員等，建議主管機關應建立失智症照護專業人力制度，透過更完善之制度積極培育失智症照護人才。

六、宜建立以權利為基礎、以人為本，避免歧視高齡失智者並推動各種對象共同生活的長照體系與環境

從日本失智症基本法立法過程經驗顯示，日本曾在 2019 年提出「失智症基本法案」，但最終受到失智者及其家人等社會反彈，加上缺乏討論的在野黨及遇上國會解散，最終未能完成。2021 年，日本成立推動「失智症基本法」的跨黨派聯盟，相較舊法案，將「疾病對策」轉向為「實現共生社會」才推動成功；國內在失智症照顧涵蓋於長照法及障權法等兩部法律，僅規範失智者（被照顧者）之權利及照顧者提供之服務，爰日本立法明定加入國民責任之經驗可資借鏡⁷³。

以日本的立法經驗來看，透過失智症基本法所傳遞的訊息為包括失智者及全體公民都應該將失智症視為切身的問題加以關心，達到共生的社會。同時，日本失智症基本法第 17 條⁷⁴明定國家和地方政府應採取必要措施，包括制定為失智者提供適當決策支持的指導方針，促進以易於理解的方式向失智者提供訊息，開展防止對消費生活造成傷害的宣傳活動，以保護其權利和利益。法條之立法目的充分體現出以失智者為中心之角度，強調障礙者之權益。失智症基本法也特別將沿用的「癡呆症」統一更名為「認知症」，以免傷害高齡失智者尊嚴，值得參考。

雖然衛福部指出，國人知道失智症非單純老化現象及失智症可以預防及延緩病程之民眾超過 7 成⁷⁵，惟國際調查顯示，民眾對失智症之瞭解仍明顯不足，88% 的失智者表示曾遭歧視，31% 避免社交活動；41% 的照顧者因擔心被負面對待而避免旅行或休假⁷⁶。加強民眾對失智症之認識及理解，是治療及預防之最佳策略，加上對失智症之污名化可能造

⁷³ 侯俐安，失智症借鏡美日／跨黨派立專法 將「疾病對策」轉向為「共生社會」，創新照顧，114 年 8 月 30 日，網址：<https://www.ankecare.com/article/3870-2025-08-30-06-25-01>，最後瀏覽日期：115 年 3 月 3 日。

⁷⁴ 共生社会の実現を推進するための認知症基本法第十七条：「国及び地方公共団体は、認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るため、認知症の人の意思決定の適切な支援に関する指針の策定、認知症の人に対する分かりやすい形での情報提供の促進、消費生活における被害を防止するための啓発その他の必要な施策を講ずるものとする。」

⁷⁵ 立法院公報，同註 36，頁 255。

⁷⁶ Alzheimer's Disease International(ADI)，同註 15，頁 10。

成失智者之人權侵害，因此各國在立法政策上，均將失智症認識及包容宣導列為重要項目之一，甚至以法律明定相關宣導日活動。

WHO 指出，社會上對失智症存在污名化，更加劇年齡歧視和人權侵犯，宜通過以權利為基礎、以人為本的長照體系，並提高公眾認識及包容宣導活動⁷⁷。爰此，建議在專法或專章之框架下，宜建立以權利為基礎、以人為本，避免歧視高齡失智者並推動各種對象共同生活的長照體系之立法精神納入，同時研議透過明定舉辦失智症宣傳日活動，並於現行國民教育系統納入相關宣導課程，以強化民眾對失智症之認識、理解、包容及參與。

七、創造對失智者具高度包容性之社會空間，推動高齡失智者友善社區之在地老化模式

為達成日本失智症基本法「共生社會」之立法目的，日本政府曾於 2005 年 4 月發起「讓生活週遭罹患認知症的朋友也能安心生活之村里營造 100 人會議」，提倡並輔導各社區對於認知症的認識，以及營造失智者在地老化 10 年計畫等活動⁷⁸。日本長照機構亦安排社區民眾及家屬每日定期與機構住民互動，增進對高齡失智者健康狀況改變之認識，社區支援中心議會隨時將在地老人需求回饋社區、醫療、政府等網絡單位，串連社區力量確實參與之正面影響，其推動高齡失智者友善社區之在地老化模式值得借鏡⁷⁹。長照機構結合社區支援中心須定期對社區民眾進行失智症衛教、居家照護或提供福利資源，以達成早期介入減緩老化或失智；輕度失智者則制定健康促進計畫，目標為減緩其失能進程⁸⁰。

日本每個市鎮從失智症開始到生命最後階段，會根據病況不同發放「失智症照護通行證」，以標準化流程告知何時、何地及醫療與護理服務。失智症照護通行證同時介紹失智者及其家屬交流資訊場所，其中之一就是失智症咖啡館。失智症咖啡館由當地照護與福利專家經營，常在公共設施的房間或咖啡館的角落舉行，任何人都可以使用，包括失智

⁷⁷ World Health Organization(WHO)，同註 16，頁 9、69。

⁷⁸ 李勁懷，〈失智症在日本的觀念與照護模式〉，《全聯護訊》，第 72 期，98 年 12 月，網址：<https://www2.nurse-newsletter.org.tw/index.php/072e/07212>，最後瀏覽日期：115 年 3 月 2 日。

⁷⁹ 陳仲良等，《日本長期照顧制度與老人福利服務考察》，臺中市政府社會局出國報告，105 年 1 月 12 日，頁 34。

⁸⁰ 陳姿君，《日本戒護機構考察，衛生福利部臺南醫院出國報告》，104 年 2 月 26 日，頁 12。

者、家人、當地居民以及支持者，提供諮詢失智症相關資訊，並填補早期診斷後缺乏支持的「空白期」，防止失智者被孤立。除了失智症咖啡館外，還有如為失智者提供諮詢支持的「同儕支持」(ピアサポート)，以及讓失智者彼此聚會，討論自身經驗、希望與需求，並討論未來更好生活的「個人會議」(本人ミーティング)等計畫⁸¹。德國國家失智症戰略也要求國家和地方政府應創造友善高齡失智者聚會空間，使其能維持日常生活並參與社會生活，同時保持其移動自由。

我國老人福利法第 16 條第 1 項規定：「老人照顧服務應依全人照顧、在地老化、健康促進、延緩失能、社會參與及多元連續服務原則規劃辦理。」，其立法目的更應結合長照服務、障礙福利及社會參與措施，強化高齡失智者延緩失能之立法目的。我國現行係依據長照法布建之失智症團體家屋、社區及失智症共照中心來提供政府服務，但數量持續擴充中是現況，難以快速因應逐年增加之失智者及家庭，爰建議宜以老人福利法第 16 條規定在地老化及社會參與之立法精神，創造對失智症具高度包容性之社會空間，並鼓勵老人參與社會，加強推動高齡失智者友善社區之在地老化模式。

八、結合關懷訪視之服務及保護措施建立高齡失智者預防性家庭訪視計畫，提供全面性之營養諮詢及關懷性支持系統服務

國內近日發生高齡失智者照顧身障兒家庭，身障兒不明原因死亡後，大體被丟至溪邊拋棄之社會事件⁸²，深究係因高齡失智者已無認知能力判斷社會福利系統可介入協助處理喪葬事宜而發生，更凸顯高齡失智者家庭關懷支持之重要性。

參酌德國失智戰略要求，國家及地方政府應讓志願組織、福利機構、醫療院所和養老院等為失智者及其家屬建立緊密網絡，並在失智各階段加強預防、教育和專業支持。德國結合老人預防性家庭訪視計畫，提供全面之營養諮詢與支持，降低老人罹患失智症風險，也制定專門計

⁸¹ 日本內閣府大臣秘書處政府公關室，政府広報オンラインについて，知っておきたい認知症の基本，2025/1/16，網址：<https://www.gov-online.go.jp/article/202501/entry-7013.html>，最後瀏覽日期：115 年 3 月 2 日。

⁸² 林昀萱，87 歲老父將「身障兒屍體拋溪中」！棄屍原因吐一句話藏心酸內幕，民視新聞網，115 年 2 月 24 日，網址：<https://www.setn.com/News.aspx?NewsID=1798558>，最後瀏覽日期：115 年 2 月 26 日。

畫鼓勵文化教育及體育設施之專業人士與志工協助在全國範圍內加強使失智者參與活動；「數位天使」計畫則成立顧問團隊前往老人家中家訪，並根據其需求提供數位諮詢服務。至 2022 年底已超過 400 個市鎮⁸³。

依老人福利法第 17 條規定：「為協助失能之居家老人得到所需之連續性照顧，直轄市、縣（市）主管機關應自行或結合民間資源提供下列居家式服務：……五、關懷訪視服務。……」；第 42 條第 1 及第 2 項規定：「老人因無人扶養，致有生命、身體之危難或生活陷於困境者，直轄市、縣（市）主管機關應依老人之申請或依職權，予以適當安置（第 1 項）。前項主管機關執行時，應結合當地村（里）長與村（里）幹事定期主動連絡、掌握老人生活狀況（第 2 項）。」，依法定有老人關懷訪視之服務及保護措施。另外，經長照管理中心評估失能等級符合之老人及失智者，各地方政府多提供營養餐飲送餐服務，亦為現行之關懷機制。

參酌德國數位天使計畫及日本要求長照機構定期進行社區教育及訪問責任，建議結合戶政、社政、醫療及長照之跨部門合作並整合各單位之高齡失智者資訊，盤點及掌握高齡失智者及其家庭現況，透過長照送餐、關懷、居家服務等現行法定之定期關懷訪視老人機制，建立高齡失智者預防性家庭訪視計畫，提供全面營養諮詢及關懷支持系統服務。

九、宜特別關注失智照護之女性權益保障及支持議題

WHO 指出，全球女性因失智症造成之失能調整生命年（disability-adjusted life year）及死亡率較高，除此之外，70% 的失智症照護時間由女性提供⁸⁴。每位患者照護成本從輕度失智症 16,000 美元、中度 27,000 美元到重度 36,000 美元穩定增加，對家庭帶來沉重負擔⁸⁵。多項研究也顯示，社交接觸減少會增加罹患失智症的風險。雖然大多數中老年人已婚，但到了老年，喪偶女性的比例卻不成比例地高，因為她們往往比配偶活得更久，從而減少了社交接觸⁸⁶。

根據德國失智戰略，約 250 萬家庭照顧者中，165 萬為女性，且超過 1/3 的家庭照顧者同時擁有工作，平均每天需耗費 4.6 小時時間照

⁸³ Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend，同註 43，頁 26-28。

⁸⁴ World Health Organization(WHO)，同註 6。

⁸⁵ World Health Organization(WHO)，同註 16，頁 7。

⁸⁶ Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al.，同註 27。

顧，女性承擔主要照顧工作。因此，德國由長照保險提供至多 10 個工作天的帶薪照顧假。透過免費之培訓課程，提高家庭照顧者接受失智症長期照顧訓練之比例；而在受訓期間，失智者家屬可以得到教育休假，同時國家必須提供對失智者的替代照顧方案。

綜上，建議於專法或專章中，除增加對高齡失智者家庭照顧者，如延長家庭照顧假、薪資津貼補助及替代照顧方案等支持措施外，亦宜特別關注失智照護之女性權益保障及支持議題。

十、宜明定失智症國家戰略計畫之經費規模並強化研究預算

長照從開辦以來，一直有難以普及化之困境。學者指出，雖然長照 2.0 接襲「優質、平價、普及」為長照體系三大目標，但究其困境核心因素就在中央政府之有限財源上；看似綿密的長照網絡卻像遊戲關卡，有長照需求者須依序通關，功能整合有待強化⁸⁷。WHO 也發現許多國家雖然制定失智症防治計畫，但在資金分配及實施目標間存在巨大差異，因此提出國家應該為失智症計畫設立專款和訂定實施目標，並建立機制追蹤相關支出⁸⁸。德國失智戰略雖然納入包括失智者及其關係人等廣度思維優點，但卻因缺乏改善住院、門診及基層診所整合結構，也沒有足夠資金支持，而有所不足。日本則以失智症基本法第 10 條明定政府必須採取必要財政實施失智症政策，最為明確。

參照我國現行老人福利法、長照法及障權法可以發現，其法律框架側重於照顧、福利服務與醫療照護，建議應補足預防與研究的不足。影響老人失智症的原因眾多，中老年人睡眠不足和失智症有明顯的相關性⁸⁹，聽力退化也會減少大腦刺激，長期導致功能衰退甚至社交退縮及大腦退化⁹⁰，顯見失智症預防需從醫療、生活等各方面介入，亦需充足預算支持早期診斷工具（如血液篩檢、類澱粉正子攝影）與新藥臨床研究。或如培訓失智症衛教師之課程或實習均須龐大師資與經費，亦需針對訓練模式進行研究及發展⁹¹。參酌包括日本、德國及美國等各國之立法經

⁸⁷ 陳燕禎，《長期照顧產業發展與趨勢》，臺北：雙葉書廊，106 年 11 月，頁 90。

⁸⁸ World Health Organization(WHO)，同註 8，頁 75。

⁸⁹ 施春美，不是 6 小時！研究曝「睡眠這時數」是門檻：少一點都害失智，三立新聞網，115 年 2 月 15 日，網址：<https://health.setn.com/news/1795769>，最後瀏覽日期：115 年 3 月 17 日。

⁹⁰ 陳達夫、黃筱珮，同註 24，頁 38。

⁹¹ 黃惠玲、徐亞瑛、徐文俊、黃慈心，同註 72，頁 29。

驗，均明確將失智症防治計畫之資金、研究列出明確之目標及管制考核方式，爰建議在專法或專章之架構下，宜明定失智症國家戰略計畫之經費並強化研究預算，以強化失智症預防、治療、照護及研究。

伍、結論

專家呼籲，政策應納入患者與家屬需求，增加社會整體對失智症的正確認知，將失智症列為重要的公共衛生議題；並跟上國際腳步，建構失智照顧友善環境，並邀請失智者及家屬參與政策擬定，因時制宜依需求更新，修正目前的照顧資源⁹²。本報告從建構失智者友善環境及支持體系之角度出發，並以高齡失智者為主要探討對象，針對失智者現況、行為、現行支持及各國失智者支持法律及政策情形進行深入研析，並提出以下建議，供委員問政或法案審查時參考：

- 一、透過制定專法或修正長照法等相關法律以專章之形式，建立能涵蓋高齡失智者之權益、福利服務與長期照顧措施之整合性法律框架。
- 二、整合失智症障礙與失能篩檢、認定及銜接程序，確診即啟動長照銜接及障礙身分認定。
- 三、明定主管機關訂定失智症國家戰略計畫，建立監測指標及有效性評估，並應定期向本院報告。
- 四、明定建立各部門、跨領域之協作體系並提高管制層級。
- 五、建立失智症照護專業人力制度，積極培育專責照護人才。
- 六、宜建立以權利為基礎、以人為本，避免歧視高齡失智者並推動各種對象共同生活的長照體系與環境。
- 七、創造對失智者具高度包容性之社會空間，推動高齡失智者友善社區之在地老化模式。
- 八、結合關懷訪視之服務及保護措施建立高齡失智者預防性家庭訪視計畫，提供全面性之營養諮詢及關懷性支持系統服務。
- 九、宜特別關注失智照護之女性權益保障及支持議題。
- 十、宜明定失智症國家戰略計畫之經費規模並強化研究預算。

⁹² 見徐文俊醫師訪談紀錄。李林瓊，〈破解阿茲海默症臨床現場挑戰 專家籲：推動「失智基本法」支持從診斷到照護〉，《環球生技月刊》，第 124 期，114 年 3 月，頁 44-45。

參考文獻

一、政府出版品

1. 立法院公報，第 114 卷，第 69 期，委員會紀錄，114 年 8 月 20 日。
2. 陳仲良等，《日本長期照顧制度與老人福利服務考察》，臺中市政府社會局出國報告，105 年 1 月 12 日。
3. 陳姿君，《日本戒護機構考察，衛生福利部臺南醫院出國報告》，104 年 2 月 26 日。
4. 衛生福利部，《112 年全國社區失智症流行病學調查結果》，臺北：衛生福利部長期照顧司，113 年 3 月。
5. 衛生福利部，《長期照顧十年計畫 3.0 (115 年至 124 年)》，臺北：衛生福利部，114 年 12 月。

二、書籍

中文部分

1. 林碧珠，〈面對失智症〉，摘自黃雅文等著，《社區整合長期照護與人才培育》，臺北：五南，107 年 10 月。
2. 周傳久，《長照服務各國人才培育》，高雄市：巨流，111 年 3 月。
3. 陳燕禎，《長期照顧產業發展與趨勢》，臺北：雙葉書廊，106 年 11 月。

外文部分

1. Alzheimer's Disease International(ADI), World Alzheimer Report 2024: Global changes in attitudes to dementia, London, England: Alzheimer's Disease International, 2024/9/20, Retrieved From: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2024/>, Last Retrieved: 2026/3/27..
2. Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ), Nationale Demenzstrategie, 2020/7/1, Retrieved From: <https://www.nationale-demenzstrategie.de/>

english, Last Retrieved: 2026/2/10.

3. World Health Organization(WHO), Global status report on the public health response to dementia, Geneva: World Health Organization , 2021/09/01 , Retrieved From: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>, Last Retrieved: 2026/2/12.
4. World Health Organization(WHO), Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025, Geneva: World Health Organization , 2017/12/07, Retrieved From: <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>, Last Retrieved: 2026/2/23.

三、期刊論文

中文部分

1. 李劭懷，〈失智症在日本的觀念與照護模式〉，《全聯護訊》，第 72 期，98 年 12 月，網址：<https://www2.nurse-newsletter.org.tw/index.php/072e/07212>，最後瀏覽日期：115 年 3 月 2 日。
2. 李林瓊，〈破解阿茲海默症臨床現場挑戰 專家籲：推動「失智基本法」支持診斷到照護〉，《環球生技月刊》，第 124 期，114 年 3 月，頁 44-45。
3. 林淑馨，〈日本介護保險制度之初探：經驗與啟事〉，《文官制度季刊》，第 10 卷，第 3 期，107 年 7 月，頁 1-28。
4. 高金盆，〈失智症的問題行為處理〉，《奇美醫訊》，第 150 期，114 年 9 月，頁 21-22。
5. 孫瑜，〈認識失智症〉，《學老誌》，第 2 期，112 年 12 月，頁 28-33。
6. 陳正生，〈Depression Precedes Dementia: Shared Common Etiologies, Cause, or Prodrome (憂鬱早發於失智：有共同的病因、病因或是前驅症狀)〉，《臺灣精神醫學》，第 28 卷，第 1 期，103 年 3 月，頁 7-15。
7. 陳達夫、黃筱珮，〈高齡化社會無可迴避的挑戰 失智症的診斷、治療與照顧〉，《好健康》，第 74 期，114 年 10 月，頁 34-38。

8. 黃惠玲、徐亞瑛、徐文俊、黃慈心，〈以能力為基礎的失智症衛教師訓練課程模式〉，《長庚科技學刊》，第 23 期，104 年 12 月，頁 23-34。
9. 齊于箴、劉芳、蕭仔伶，〈照顧服務員的失智症照護知識與態度之探討〉，《長期照護雜誌》，第 21 卷，第 1 期，106 年 4 月，頁 50，頁 37-52。
10. 蔡琮浩，《從日本立法經驗探討我國照顧服務員建立專業制度相關法制議題（編號：A1689）》，臺北市：立法院法制局，113 年 5 月。

外文部分

1. Blotenberg I, Hoffmann W, Thyrian JR., Dementia in Germany: Epidemiology and Prevention Potential, Dtsch Arztebl International, Vol. 120, 2023/7/10, pp470-476, Retrieved From: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10487668/>, Last Retrieved: 2026/1/30.
2. Frank Jessen, Die Nationale Demenzstrategie, Fortschr Neurol Psychiatr, Vol.90, 2022/7, pp320-325, Retrieved From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35613938/>, Last Retrieved: 2026/3/26.
3. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al., Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission, Lancet, Vol. 396, 2020/7/30, Retrieved From: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7392084/413-446>, Last Retrieved: 2026/2/25.

四、網路資源

1. 一般社団法人日本認知症ケア学会，認知症ケア専門士，網址：<https://ninchisyocare.com/senmonsi/Ssenmonsi.htm#sec01>，最後瀏覽日期：115 年 3 月 17 日。
2. 大林慈濟醫院失智症中心，長照創新！「不再是永無止盡的喪禮」—失智照顧者不孤單，106 年 6 月 9 日，網址：<https://dalin.tzuchi-healthcare.org.tw/index.php/zui-xin-zi-xun2/san-li-xin-wen-wang-zhang-zhao-chuang-xin-bu-zai-shi->

yong-wu-zhi-jin-de-sang-li-shi-zhi-zhao-gu-zhe-bu-gu-dan，最後瀏覽日期：115 年 2 月 24 日。

3. 日本內閣府大臣秘書處政府公關室，政府広報オンラインについて，知っておきたい認知症の基本，2025/1/16，網址：<https://www.gov-online.go.jp/article/202501/entry-7013.html>，最後瀏覽日期：115 年 3 月 2 日。
4. 布爾·丁夫人，不一樣的專案經理：為失智症照護者提供最佳援助，創新照顧，108 年 4 月 15 日，網址：<https://www.ankecare.com/article/168-14498>，最後瀏覽日期：115 年 3 月 17 日。
5. 伊佳奇，失智不代表一定失能，康健雜誌，105 年 5 月 17 日，網址：<https://www.commonhealth.com.tw/blog/1633>，最後瀏覽日期：115 年 2 月 26 日。
6. 侯俐安，失智症借鏡美日／跨黨派立專法 將「疾病對策」轉向為「共生社會」，創新照顧，114 年 8 月 30 日，網址：<https://www.ankecare.com/article/3870-2025-08-30-06-25-01>，最後瀏覽日期：115 年 3 月 3 日。
7. 臺灣失智症協會，臺灣失智症人口推估，114 年 11 月，網址：<https://www.tada2002.org.tw/about/isntdementia>，最後瀏覽日期：115 年 1 月 23 日。
8. 臺灣失智症協會，2025 年臺灣失智症聯合學術研討會－失智症政策趨勢與照護支持，114 年 9 月 1 日，網址：<https://www.tada2002.org.tw/Messages/Content?Id=3413>，最後瀏覽日期：115 年 3 月 2 日。
9. 厚生勞動省，認知症施策，共生社会の実現を推進するための認知症基本法概要，網址：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/index.html，最後瀏覽日期：115 年 2 月 25 日。
10. 梁玉芳、王芊凌，長照 3.0 嚴酷試煉：臺灣照護制度的失落與補綴，報導者，114 年 11 月 26 日，網址：<https://www.twreporter.org/a/long-term-care-plan-2-improve-to-plan-3>，最後瀏覽日期：115 年 1 月 28 日。

11. 彰化縣衛生局長期照顧管理中心，什麼是失智症(認識失智、與正常老化的區別)，115 年 2 月，網址：<https://care.nccu.idv.tw/dementia.asp>，最後瀏覽日期：115 年 2 月 26 日。
12. Alzheimer's Disease International, The Global Voice on Dementia, Retrieved From: <https://www.alzint.org/>, Last Retrieved: 2025/1/23.
13. e-Gov ポータル，共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和五年法律第六十五号），網址：<https://laws.e-gov.go.jp/law/505AC1000000065>，最後瀏覽日期：115 年 2 月 9 日。
14. The Assistant Secretary for Planning and Evaluation (ASPE), NAPA - National Alzheimer's Project Act, Retrieved From: <https://aspe.hhs.gov/collaborations-committees-advisory-groups/napa>, Last Retrieved: 2026/3/12.
15. US Congress, H. R. 4689 - National Alzheimer's Project Act, 2010/2/25, Retrieved From: <https://www.congress.gov/bill/111th-congress/house-bill/4689/text>, Last Retrieved: 2026/3/2.
16. World Health Organization(WHO), Dementia, 2025/3/21 Retrieved From: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>, Last Retrieved: 2025/1/23.

附錄：「失智老人友善環境建構及支持相關問題探討」專題研究報告
(初稿)座談會紀錄及參採情形

時間：115 年 4 月 28 日 (星期二) 上午 10 時

地點：立法院法制局 305 會議室

主席：呂組長文玲

紀錄：蔡琮浩

參加人員：

一、學者專家

社團法人臺灣失智症協會理事長、長庚大學神經內科 徐副教授
文俊

二、衛生福利部

長期照顧司 專門委員 王玲玲

三、本局出席人員

李研究員郁強

孫副研究員晉英

黃副研究員薇蓉

發言要點：

社團法人臺灣失智症協會理事長、長庚大學神經內科徐副教授文俊：

- 一、本報告探討之主要對象為失智老人，高齡雖為失智症主要危險因子之一，但長照 3.0 已經將年輕型失智者(Young-onset dementia)納入，目前國內尚無年輕型失智者數量之相關調查數據，個人推估人數約在 1.3 萬至 1.4 萬間 (約 5%)，其餘 95% 為高齡失智者，因此本報告以高齡失智者為主要探討對象可資贊同，建議論述上可適度補充失智症並非僅發生於高齡者，尚包含年輕型失智症等族群，以使全文內容更臻周延，並避免政策討論過度限縮於

高齡照護範疇。

- 二、報告初稿全文使用「失智老人」一詞代稱患有失智症之老人（頁 1）及部分段落使用「失智症患者」之表述，建議可參酌現代失智症照護倫理與以人為本(person-centered)語言原則，並符合現代醫學與照護領域強調之人本照護(person-centered care)理念，避免過度以疾病身分定義個體及近年國內外專業實務趨勢，優先使用「失智者」一詞取代「失智老人」。此類表述較能彰顯個體之人格與主體性，亦可避免因年齡或疾病標籤化而產生之污名，並兼顧年輕型失智症族群之涵蓋性。
- 三、目前國內將失智症照護放在長照議題內雖重要，但失智症絕非單純之醫療或長照議題，其影響層面已深刻涉及整體社會制度與國家治理架構。從失智者之角度而言，失智者被照顧雖然重要，但更需要的其實是陪伴和被社會接納與理解。因此本報告整體論述較偏重長照與福利框架，建議可進一步強調失智症除屬高齡與長照議題外，亦為國家級公共衛生、跨部會治理及醫療政策議題，以更完整呈現失智症政策規劃之整體高度與戰略意義，並更加關注失智者作為人的基本需要。
- 四、去年聯合國已將失智症歸類為「慢性非傳染性疾病(non-communicable diseases, NCD)」範疇，因此本報告初稿有部分將失智症歸為「精神疾病」之表述，建議可酌予修正相關文字，以避免與傳統精神疾病概念混淆及汙名化，並更符合現代醫學分類。
- 五、「路易氏體失智症」之譯名建議可統一修正為目前較常用之「路易體失智症」，以提升全文專業術語一致性，並與現行國內外常見譯法接軌。
- 六、有關本報告初稿「PDD 會先出現行動障礙，因此罹患 AD 者容易走失」之敘述，建議可再酌予調整，以使前後因果與邏輯關係更為明確。可改以分別比較兩者不同臨床表現及常見症狀，避免造成讀者理解上之混淆。例如：PDD 者也會迷路。
- 七、失智者自確診開始，即可能面臨工作能力下降、提早離職與家庭

照顧壓力增加等問題，涉及勞動部職場支持、就業保障與照顧者友善勞動政策；隨病程進展，常伴隨財務判斷能力下降與受詐騙風險升高，涉及金融監督管理委員會金融監理、財產保護、信託制度與金融剝削防治；在社區生活與預防延緩失能方面，需仰賴文化部推動社會處方、藝文參與、社區共融及失智友善環境建構；而於交通安全與自主生活支持層面，則涉及交通部駕駛管理、公共運輸友善化、步行環境改善及走失防治系統建置。由此可見，失智症政策本質上為跨部會、跨專業、跨領域之國家治理議題，實非單一部會所能獨立承擔，應提升至行政院層級統籌整合，始能有效推動完整之失智症國家戰略。

參採情形：

- 一、第一點意見，已參採並於背景及現況分析加強說明。
- 二、第二點意見，已參採將「失智老人」修正為「高齡失智者」；另為避免因議題過度發散而失焦，同時兼顧探討過程中觸及之年輕型失智症族群相容性，爰修正題目為「失智者友善環境及支持體系建構相關法制探討—以高齡者為主」。
- 三、第三點意見，本報告已於問題檢討與建議一及六中加強論述透過專法或專章建立能涵蓋高齡失智者之權益、福利服務、長照措施及明確預算之整合性法律框架及以權利為基礎、以人為本，避免歧視高齡失智者並納入推動各種對象共同生活的長照體系與環境之立法精神；並於問題檢討與建議三、四及五中加強論述跨部會治理及醫療政策議題。所提意見，錄供參考。
- 四、第四點、第五點及第六點意見，已參採修正並調整相關文字。
- 五、第七點意見，與本報告問題檢討與建議四意見相同，所提意見，錄供參考。

衛生福利部長期間照顧司王專門委員玲玲：

- 一、報告初稿中所提及「失智老人」，建議修正為「失智者」。
- 二、有關報告初稿所提高收入國家失智症年齡別盛行率正在下降(頁1)，且臺灣目前仍缺乏適切、完整之失智症照顧服務恐有失偏頗，建議修正如下：「《刺絡針》(The Lancet)指出，於部分高

收入國家中，隨著教育年數提升、社會經濟條件改善、醫療保健進步及生活型態改變等因素，失智症之年齡別發生率與盛行率呈現下降趨勢，意即在相同年齡層中，較後世代罹患失智症之風險相對降低；惟因人口快速高齡化，上開國家失智症總人口數仍持續增加。日本、南韓、香港及臺灣亦面臨類似之人口高齡化趨勢，失智人口數上升主要反映人口結構變化，尚不宜逕以此推論失智照顧服務體系之不足。」

- 三、初稿頁 3，數據建議更新如下：截至 2025 年底，領有符合失智症診斷身心障礙證明之失智者約 11.5 萬人、綜合使用各項失智照護服務約 51 萬人，經排除重複後約 26.1 萬人獲得診斷及服務，失智確診率為 70.69%。
- 四、初稿頁 9，數據建議更新如下：共布建 133 處共照中心（服務約 6.4 萬人），558 處失智據點（服務約 1.7 萬人）、22 處權責型失智據點（服務 498 人）。截至 114 年 8 月底，住宿機構照顧床數約 12 萬床，目前服務人數約 10 萬人，依據國家衛生研究院之 108 年度「住宿式長照服務機構失智症與失能流行病學調查」，在不分機構類型下，住宿式長照服務機構之失智症盛行率為 86.17%，推估失智服務人數約 8.6 萬人。
- 五、有關報告初稿（如頁 5、頁 19）所提之失智篩檢，因失智症以朝向危險因子之控管，普篩非目前之政策，建議刪除「篩檢」之文字，改以失智症預防、危險因子控管。
- 六、有關 CDR 分數說明（初稿頁 6），建議修正如下：按照目前收案規範，失智者應當有臨床失智症評量表 Clinical Dementia Rating, CDR 分數判定，包含 0 分（無失智）、0.5 分（極輕度）、1 分（輕度）、2（中度）與 3（重度、極重度與末期）。
- 七、有關報告初稿（頁 9、頁 22）所提之「失智症防治照護政策綱領及行動方案 2.0 Plus」建議修正為「失智症防治照護政策綱領及行動方案 3.0」。
- 八、有關報告初稿問題檢討與建議一，目前我國對於失智者照護及權益保障，業已採取「國家計畫」與「立法」並行的雙軌模式，「國

家計畫」為 2025 年 12 月 31 日行政院核定之「長期照顧十年計畫 3.0」設有「失智症防治照護政策綱領 3.0」專章（已公布於本部長照專區），另本部後續將再函頒「失智症防治照護政策綱領暨行動方案 3.0」；「立法」部分失智者業為長照法、老人福利法、障權法、精神衛生法等之權益保障對象。

九、有關報告初稿問題檢討與建議二，現行長照法與障權法，已分別就失能評估與障礙認定設有制度，並由地方政府長照管理中心及專業評估團隊辦理。失智者是否可使用長照給付服務，係依實際失能情形評估，並未以單一診斷或量表作為唯一判準。在政策執行上，長照 3.0 已強調醫照整合與服務連續性，並透過失智共同照護中心及失智社區服務據點（含權責型），加強醫療、照顧與轉介銜接，爰現行制度已具備依失智者需求彈性提供服務機制。

十、有關報告初稿問題檢討與建議三，「失智症防治照護政策綱領暨行動方案 3.0」係依 WHO 全球失智行動計畫精神訂定，並設有明確策略方向與衡量指標。本部定期邀集相關部會、專家學者及民間團體召開追蹤管考會議，並透過公告方式公開政策執行情形，供各界檢視。本部已透過跨部會推動架構，政策綱領 3.0 將每年定期於行政院「長期照顧推動小組」報告失智症防治相關成果，並協調教育、內政、交通、警政、金融等 11 個部會及地方政府共同推動失智友善措施。

十一、有關報告初稿問題檢討與建議四，本部已透過跨部會推動架構，每年定期於行政院「長期照顧推動小組」報告失智症防治相關成果，並協調教育、內政、交通、警政、金融等 11 個部會及地方政府共同推動失智友善措施。二、目前跨部門合作及管考機制已穩定運作，後續重點在於落實執行與地方推動。

十二、報告初稿問題檢討與建議五，有關建議應積極培訓失智症衛教師一事，考量我國現行失智照護體系之人力配置，失智共同照護中心已設有具專業背景之個案管理師，負責失智者及其家庭之評估、諮詢、照護轉介與資源連結等核心工作。依現行規範，共照中心個案管理師須完成主管機關規定之失智照護相關專

業訓練，其訓練內容已涵蓋失智症識能、照護指引、家屬支持與社區資源整合等衛教重點功能，並兼具失智症衛教與專業支持之角色。為強化失智症照顧服務品質，衛福部自 107 年起推動「失智照護服務計畫」，並陸續建構完整之失智照護專業人力訓練體系，包括「失智症照顧服務 20 小時訓練課程」，以及自 108 年起擴及多元專業人力之多項基礎與進階訓練課程；自 110 年起，失智共照中心及失智據點相關人員須完成指定訓練課程始得提供服務，113 年並再新增「失智服務人員 4 小時基礎訓練課程」，將培訓對象擴及巷弄長照站及文化健康站等第一線服務人員，同時推動實體與數位教材之建置，以持續提升失智照護知能。綜上，現行制度下已透過分級分眾之專業訓練機制，系統性培育失智照護與衛教人力，現階段無須另行設置或培訓獨立之失智症衛教師，以避免人力角色重疊及資源重複投入；後續將持續透過強化現有人員在職訓練與專業精進機制，提升整體失智照護與衛教服務品質。

十三、有關報告初稿問題檢討與建議六，「失智症防治照護政策綱領 3.0」已將維護失智者尊嚴、保障權益及去標籤化列為核心理念，並透過失智識能教育及友善社區推動，提升社會理解與包容。相關政策方向已符應國際人權及共融照顧趨勢，後續將持續深化宣導與實務推動。

十四、有關報告初稿問題檢討與建議七，一、國民健康署自 2016 年補助地方政府，以鄉鎮市區為規模辦理失智症預防及友善環境營造等工作，此計畫是以失智者及家屬為中心發展生活圈的計畫。一方面提升大眾對失智症正確認識及友善態度，消除歧視和偏見；二方面招募失智友善天使及組織，給予關懷並協助，來擴大失智友善參與，三方面藉由社區資源網絡的連結，營造安全、安心、溫暖的友善環境，讓失智者與其照護者均能得到支持及關懷，維持尊嚴、自主及平等的生活。國民健康署補助地方政府推動營造失智友善環境時，要求地方政府及社區，在籌組推動委員會時，應提供失智者及照顧者參與，計畫執行過

程也要辦理座談會，廣納失智症及家屬與相關焦點團體的意見，這樣不管是政策制定或工作計畫推動，才能符合失智者及其家庭的需要。這不僅是對「失智者的人權」及「失智者及照顧者參與權」的維護，也是依循並符合聯合國身心障礙者權利公約的期待。截至 114 年底，國民健康署補助 22 縣市政府辦理推動預防失智及失智友善，共有 250 個鄉鎮市區參與推動，全國失智友善天使數累計超過 68.4 萬人，失智友善組織累計超過 2.4 萬家，全國公家機關人員完成失智症識能知學習達 48.3 萬人次。四、對於提升大眾對失智症之認識及友善態度之識能，國民健康署持續發展各類衛教素材如手冊、微電影、Podcast 與繪本等，提供地方衛生單位及各界團體自由參考及運用。利用不同管道及多元衛教素材，鼓勵國人建立良好生活型態，重視均衡飲食、規律運動、健康體位、強化民眾對三高及心血管疾病預防及控制的正確識能，同時鼓勵長輩多社會參與的活躍老化，以遠離風險因子。

十五、有關報告初稿問題檢討與建議八，長照 3.0 已將「強化家庭照顧支持」列為重點目標，並透過家庭照顧者支持服務據點、喘息服務及到宅指導等措施，協助減輕照顧壓力。另本部社會及家庭署推動之強化獨居老人關懷服務計畫，業已納入失智症者於獨居或老老照顧之態樣。前揭相關支持措施已納入現行長照體系，未來將持續強化服務可近性與品質。

十六、有關報告初稿問題檢討與建議九，鑑於家庭照顧角色高度集中於女性，失智症防治照護政策綱領 3.0 已就家庭照顧者支持加以規劃，透過多元服務分擔照顧責任，以降低性別不利影響。未來將持續關注照顧負荷之性別差異，並精進相關支持措施。

十七、有關報告初稿問題檢討與建議十，自 107 年至 114 年，各部會已持續投入 209 億元經費推動失智症預防、照護、家庭支持與研究發展，並將失智症列為公共衛生優先事項。現行政策已兼顧預防、照護與研究面向，後續將視政策推動需求滾動檢討經費配置。

參採情形：

- 一、第一點意見，與徐副教授所提意見第二點意見同，本報告已將題目修正為「失智者友善環境及支持體系建構相關法制探討—以高齡者為主」。按本報告係依老人福利法第 2 條規定，將年滿 65 歲以上之人稱為老人，爰簡稱為失智老人。惟為避免歧視之疑慮，業將患有失智症之老人簡稱為高齡失智者。
- 二、第二點意見，按原所提內容係引用文獻報告資料，並非撰者之意見，惟為避免讀者誤解，已修正相關文句，並採納所提意見增加說明。
- 三、第三點意見，業參採更新相關數據。
- 四、第四點意見，業參採更新相關數據。
- 五、第五點意見，篩檢（Screening）係指尋找尚未發現的疾病或危險標誌物的檢查策略，為相關文獻上之醫療用語。本報告並未建議普篩，係建議整合失智症障礙與失能篩檢、認定及銜接程序，確診即啟動長照銜接及障礙身分認定，爰所提意見錄供參考。
- 六、第六點意見，業參採修正。
- 七、第七點意見，業參採修正。
- 八、第八點意見，係說明我國對於失智者照護及權益保障採「國家計畫」與「立法」並行的雙軌模式，與本報告建議透過制定專法或於相關法律以專章之形式建立能涵蓋失智老人之權益、福利服務與長期照顧措施之整合性法律框架之建議並無衝突，爰所提意見錄供參考。
- 九、第九點意見，本報告認為現行實務上雖均可獲得長照服務及障礙認定，但由於失智程度會隨時間及病情嚴重程度而有不同表現及階段，且須經醫師長達 3 至 6 個月之臨床追蹤及篩檢判斷，初期表徵不明顯者有時亦難以判定，爰參酌 WHO、德國、日本等國之法制情形，建議在專法或專章架構下，對於高齡失智者之特殊性，宜明定主管機關及醫療機構需建立完整之篩檢、認定及銜接流程，或參酌德國為失智者制定「醫療服務路徑」，並於醫院確診即可啟動長照銜接及障礙身分認定，使高齡失智者得於確診同

時即享有相關權益及福利保障。所提建議，錄供參考。

十、第十點意見，係說明現行「失智症防治照護政策綱領暨行動方案3.0」之策略目標及執行情形，惟多屬行政計畫，宜賦予更高的法律位階。爰本報告建議在專法或專章之架構下，應以法律明定要求政府訂定失智症國家戰略計畫，並明定實施期程及政策效益評估，同時建議提升監督機制定期向本院報告。所提意見，錄供參考。

十一、第十一點意見，係說明我國現行協作體系之運作情形，與本報告建議以法律框架建立各部門、跨領域之協作體系，並參酌日本以法律明定設置失智症政策推動總部，規定各部門職責及組織架構、成員，並由內閣總理擔任首長；及美國以專法立法建立專責辦公室或提高管制層級，以強化跨部門合作協調之事權及應對並無衝突。所提意見，錄供參考。

十二、第十二點意見，係說明我國現行失智照護體系之人力配置及專業訓練機制情形，本報告則參酌日本失智症專業證照分級制度、荷蘭失智症專案經理透過長時間支持與陪伴，在法律、道德和醫療體系裡扮演多重角色，支援所有失智者及其家屬，及歐洲國家不斷發展對失智者有效之照顧方法和照顧者訓練方法，且訂定相關指導準則供依循之經驗，建議建立失智症照護專業人力制度，積極培育專責照護人才。所提意見，錄供參考。

十三、第十三點意見，係說明現行提升社會理解與包容相關執行情形，與本報告建議在專法或專章之框架下，宜建立以權利為基礎、以人為本，避免歧視高齡失智者並推動各種對象共同生活的長照體系之立法精神，同時研議透過明定舉辦失智症宣傳日活動，並於現行國民教育系統納入相關宣導課程，以強化民眾對失智症之認識、理解、包容及參與並無衝突。所提意見，錄供參考。

十四、第十四點意見，係說明現行提升大眾對失智症之認識及友善態度識能之相關執行情形，所提意見，錄供參考。

十五、第十五點意見，係說明現行相關支持措施納入長照體系及獨居

老人關懷服務計畫情形，所提意見，錄供參考。

十六、第十六點意見，係說明現行計畫已就家庭照顧者支持加以規劃，並將持續關注照顧負荷之性別差異，所提意見，錄供參考。

十七、第十七點意見，係說明現行計畫投入之經費規模及政策方向，本報告參酌日本、德國及美國等國之立法經驗，建議在專法或專章架構下，宜明定失智症國家戰略計畫之經費並強化研究預算，以強化失智症預防、治療、照護及研究。所提意見，錄供參考。

李研究員郁強：

- 一、本報告題目為「失智老人友善環境建構及支持相關問題探討」，失智症的盛行率雖然老人較高，但現況分析並未完全針對「老人」，外國立法例部分美國與日本都沒有強調「老人」，問題檢討與建議亦不具備「老人」之特殊性，爰建議題目「老人」改為「者」。
- 二、初稿第 10 頁倒數第 5 行將德國《國家失智戰略》簡稱「失智戰略」，但第 11 頁第 3 行稱「國家失智戰略」、第 12 頁第 5 行稱「國家戰略」、第 17 頁第 5 行稱「國家失智戰略」、第 28 頁第 14 行、第 29 頁第 16 行均稱「失智戰略」，建議予以統一。另，第 11 頁第 10 行「目標至 2024 年底需超過 10000 名」，由於今年已經 2026 年，建議更新最新調查數字或者予以刪除。
- 三、初稿第 17 頁，第 1 段末提到德國以「法律」加以規定，第 2 段第 1 行提到「美國及『德國』則透過制定『法律』要求國家……」，其中「德國」似為「日本」之誤植。

參採情形：

- 一、第一點意見，詳見徐副教授文俊發言意見項下參採情形之第二點。
- 二、第二點意見，業參採修正。
- 三、第三點意見，誤植部分業已修正。

孫副研究員晉英：

鑒於失智症已有「年輕化(早發性失智症)」的情形，通常發生在 65 歲以前，甚至可能在 40 至 50 歲就出現。雖然比例較低，但在臺

灣與全球都有逐漸增加的趨勢。本報告在我國已進入超高齡社會的此時，呼籲政府部門應重視國內失智症的情形並採取應有之作為，個人頗為認同其價值性。僅就本報告所討論與建議事項之基礎上，提供以下個人拙見供參：

- 一、初稿第 23 頁，「四、明定建立各部門、跨領域之協作體系並提高管制層級」項下，關於「邀集失智者及相關利害關係人針對失智者權益設置諮詢會議，使失智者及其家屬能積極參與政策制定、表達意見。」一節，惟失智者之程度尚有分以下幾種：（一）早期：仍能使用語言，但可能出現詞彙減少、重複用語、詞不達意。（二）中期：理解力下降，常忘記要說什麼，語言流暢但缺乏意義。（三）晚期：可能失去語言表達能力，主要依靠非語言訊息（表情、肢體、聲音）來傳達。據此建議所邀集之失智者最好是限於早期失智者，否則如以中、晚期失智者的情形可能已無法順利表達。
- 二、初稿第 23 頁，關於「建立失智症照護專業人力制度，積極培育專責照護人才」一節，建議應先建置培訓或教育機構，建立起培訓制度，方能在培育專責照護人才方面有所推展。
- 三、初稿第 25 頁，關於「六、宜建立以權利為基礎、以人為本，避免歧視失智老人並推動各種對象共同生活的長照體系」、「七、創造對失智者具高度包容性之社會空間，推動失智老人友善社區之在地老化模式、」與「八、結合關懷訪視之服務及保護措施建立失智老人預防性家庭訪視計畫，提供全面性之營養諮詢及關懷性支持系統服務」等項建議，鑒於似源於對失智症的認知、預防與照護知能之不足，茲建議加入教育系統，提升全國國民對失智症能有更深的認知，進而創造友善失智者之社會環境的捷徑。

參採情形：

- 一、第一點意見，所提意見係屬未來法制後之實務執行建議，相關意見錄供參考。
- 二、第二點意見，建置培訓或教育機構係屬建立失智症專業人力制度之一環，所提意見錄供參考。

三、第三點意見，業參採納入本報告問題檢討與建議第六點之結論建議。

黃副研究員薇蓉：

一、相關研究指出社會活動參與對老人心理健康多有助益，社會活動參與項次多，以及參與休閒娛樂團體活動的長者，能有較低之負向生活感受，進而減少許多心理健康的問題，例如憂鬱症⁹³，本報告第 5 頁亦提及有關憂鬱是失智的病因之一，憂鬱症會使老人發展為失智症之風險增加 2 至 3 倍。所謂預防勝於治療，如果可以強化老人社會參與，則不僅可降低超高齡社會下沈重的長照開支與社會成本，更能落實本報告初稿第 28 頁老人福利法在地老化之立法精神，爰建議在未來制定專法或修正長照法時，將「社會參與」明定為失智症防治之法定預防手段。

二、初稿第 2 頁（一）世界各國情形提及推估全球到 2030 年，失智症發病「率」將達 7,800 萬人，2050 年成長至 1.39 億人，其中的「率」應該指的是人數，不是比率。

三、初稿第 18 頁第 2 段失智者需要「照顧」、治療和復健服務，其中照顧重複。

四、初稿第 19 頁註 55，提到第 1 號被保險者之「介戶」，應為「介護」之誤植。

五、初稿第 20 頁第 2 段，提到美國國家阿茲海默病計畫法案改善失智症之早期診斷；請依本報告體例修正為美國 NAPA 法案。

參採情形：

一、第一點意見與本報告問題檢討與建議第七點意見相同，業參採強調增加老人「社會參與」之內容。

二、第二點至第五點意見，錯字及誤植業已修正。

⁹³ 劉鶴群、陳信光，〈臺灣老人社會活動參與類型對心理健康影響之實證研究〉，《當代社會工作學刊》，第 11 期，110 年 1 月，頁 197。