

亞太地區癡呆症 已形成流行病

ACCESS ECONOMICS 有限公司報告
執行概要

委託人：

國際阿耳茲海默氏病協會
亞太地區會員

2006年9月21日



ACCESS
ECONOMICS



前言

在 2005 年 5 月，國際阿耳茲海默氏病協會(ADI)的 15 個亞太地區會員機構在新加坡召開會議，同意委託製作一份報告，引起政府、國際機構和援助機構對癡呆症流行病及其對公共衛生系統所造成威脅的關注。我們受邀擔任負責這一項目的執行官。

顯然，癡呆症已對本地區數百萬人的生命和公共衛生開支造成了巨大影響。目前尚無治癒方法，但可以採取許多措施來改善癡呆症患者以及家庭照顧者的生活質素。

關鍵在於認識到癡呆症是衛生工作的重點，這樣才能計劃需要採取的行動。國際阿耳茲海默氏病協會(ADI)的《京都宣言》為確定所需要採取的行動提供了框架。這些行動需要照顧到各個國家需要，尊重他們的文化、社會和經濟背景。

促進本地區內部的協作也具有非常重要的意義。在為癡呆症患者及其家庭發展有效的健康和護理服務方面，各國可以彼此分享大量的經驗。開展研究來增強這些規劃服務的信息基礎是一個工作重點。

本地區阿耳茲海默氏病機構同意製作這一報告，並作為共同的宣傳基礎予以公佈，這本身就是向前邁出的驚人一步。我們真誠地希望這一報告將為國際和國內的決策人提供幫助。

感謝 Tsao 基金會和國際阿耳茲海默氏病協會(ADI)為這一報告提供資金。我們希望對 Access Economics 公司在編制這份報告時表現的專業精神表示感謝。

Glenn Rees
國家執行主任
澳大利亞阿耳茲海默氏病
協會

Ang Peng Chye 博士
主席
新加坡阿耳茲海默氏病
協會

Sung-Hee Lee 女士
主席
韓國阿耳茲海默氏病
協會





執行概要

在 2005 年 5 月，國際阿耳茲海默氏病協會(ADI)的 15 個亞太地區會員機構在新加坡召開會議，同意委託製作一份報告，引起政府、國際機構和援助機構對癡呆症流行病及其對公共衛生系統所造成威脅的關注。

本地區所有阿耳茲海默氏病機構對這一報告的內容達成了一致，並同意作為共同的宣傳基礎予以公佈。

這一報告：

- 探討亞太地區癡呆症流行病的各個方面；
- 說明癡呆症和已經識別的癡呆症風險因素；
- 考慮目前疾病數據的要旨和未來預測；
- 按國家提供癡呆症流行程度/發病率的預計/預測；
- 考慮癡呆症的經濟和社會影響；
- 說明具有成本效益的介入措施和現有政策框架；並且
- 提出行動方面的建議。

在無法獲得亞太地區數據的情況下，則採用發達國家的數據進行分析。

本報告由 Tsao 基金會和國際阿耳茲海默氏病協會(ADI)資助。

概況

國際阿耳茲海默氏病協會(ADI)的 15 個亞太地區會員機構位於澳大利亞、中國、中國台北、香港、印度、印度尼西亞、日本、馬來西亞、新西蘭、巴基斯坦、菲律賓、新加坡、韓國、斯里蘭卡和泰國。

開展分析的其他國家和地區還包括孟加拉、不丹、文萊、柬埔寨、澳門、北朝鮮、東帝汶、老撾、緬甸、尼泊爾、巴布亞新幾內亞和越南。

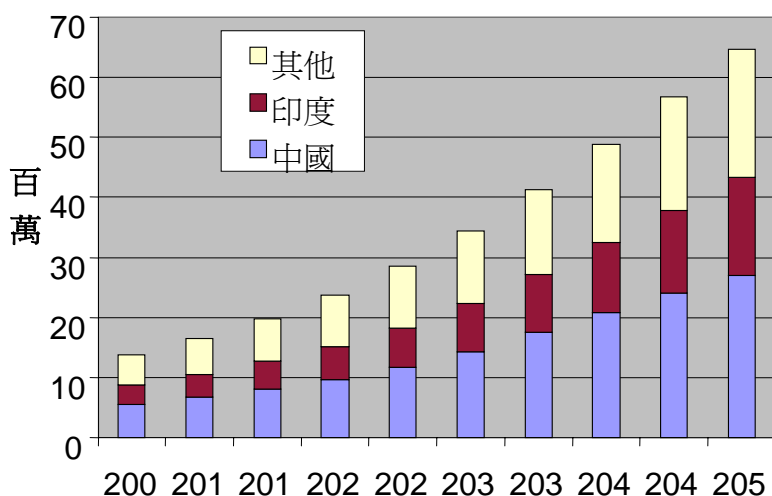
根據聯合國的資料，該地區在 2005 年的總人口預計為 35.8 億人。年齡超過 65 歲的人口預計為 2.389 億人，年齡超過 80 歲的人口為 3720 萬人。在經濟、語言和宗教方面具有很大的多樣性。

癡呆症是指以失去短期記憶力、其他思維（認知）能力和日常功能為特徵的一組疾病。阿耳茲海默氏病和血管性癡呆症是最常見的癡呆症類型。

在 2005 年，亞太地區的癡呆症患者人數為 1370 萬人，到 2050 年將增加到 6460 萬人。



總流行程度:中國、印度和其他地區 (2005-50年)



本地區癡呆症新病歷的數目預計將從 2005 年的每年 430 萬新病例增加到 2050 年的 1970 萬新病例。

ADI 亞太地區和非 ADI 亞太地區的流行程度和發病率

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



根據不同的方法，不同研究的結果略有不同。但因為癡呆症患者人數隨老齡化人口而增加，癡呆症流行病必定會發生。如今，亞太地區年齡在 60 歲以上的人口佔總人口的不到 10%，到 2050 年，這一比例將增至 25%，而年齡在 80 歲以上的人口將從 1% 增至 5%。

除癡呆症患者人數增加外，其他因素也會加劇癡呆症的社會和經濟影響。城市化、從大家庭到小家庭的發展趨勢，由此造成獨居老年人的人數增加，這些都屬於其中一些因素。照顧這些患者的能力將取決於各種正規和非正規的護理服務。在為癡呆症患者和家庭照顧者提供優質健康和護理服務方面，亞太地區的許多國家可能都未做好充分準備。

癡呆症有可能對亞太地區國家的公共衛生系統產生毀滅性的影響。這不僅是因為人口老齡化的緣故，而且還因為癡呆症是所有慢性疾病中最令人失去能力的疾病之一。“疾病負擔”按因為疾病而失去健康生活的年數衡量，即“死亡率負擔”（因夭折而失去的壽命年數）和“殘障負擔”（因殘障而失去的健康生活年數）的總和。根據世界衛生組織的資料，有證據表明：

- ❑ 在殘障負擔方面，神經精神疾病僅次於傳染性和寄生性疾病。
- ❑ 癡呆症的疾病負擔超出瘧疾、破傷風、乳癌、吸毒或戰爭的疾病負擔，而且：
- ❑ 在未來二十五年中，癡呆症的疾病負擔預計將增加 76% 以上。

這將如何轉化為公共衛生開支，在很大程度上隨國家以及所提供的護理服務組合而不同，但隨著流行程度提高，這些開支在國內生產總值中的比例也會提高。最有效的方法就是通過開展新研究，發展預防方法，延緩或降低癡呆症發病率，從而節省癡呆症發作所產生的開支。

據維莫(Wimo)等人預計(206b)，這 15 個亞太地區 ADI 會員的癡呆症開支為\$=604 億元（按 2003 年美元計算）。在癡呆症護理的地區總開支中，預計 70% 將在發達國家，這些國家的發生率佔 18%。

挑戰

世界衛生組織和亞太地區各國政府面臨改變以下情況的重大挑戰：

- ❑ 人們對癡呆症的意識有限，許多國家的文化背景否認其存在或者有病恥感。
- ❑ 人們主觀臆斷認為癡呆症是老齡化的自然部份，而非疾病的結果。
- ❑ 人力資源和財務資源不足，無法滿足護理需要，而且有關癡呆症護理的政策有限。
- ❑ 有些國家機構化水平高，其他地區則缺乏設施。
- ❑ 專業護理人員培訓不足，對家庭照顧者缺乏支持。

對於如何迎接這些挑戰有許多合理的建議。如果不將這些建議付诸實施，這對於癡呆症患者及其家人和照顧者來說就是一場悲劇。

首先，對於癡呆症從早期記憶力和行為的細微變化引起的困難到高度依靠護理以及失去能力的過程，人們現在有了較好的理解。雖然這一過程因人而異，但失去個人生活自主



性是一件非常殘酷的事情。所需要的服務反應也隨這一過程的不同階段以及個人需要而不同。

其次，在 2004 年在日本舉行的第二十屆國際阿耳茲海默氏病協會國際大會上發表了《京都宣言》（隨附），根據“癡呆症患者護理所需要的最低行動”，提出了一項癡呆症行動計劃。

再次，越來越多的證據表明各種藥物療法的成本效益以及早期介入、早期介入和家庭照顧者教育、培訓和支持的益處。

建議

亞太地區國家的人口已展世界人口的一半以上。從現在到 2050 年，整個地區癡呆症患者的人數至少會增長兩倍。

政府制訂和規劃合理的政策，與私營機構和社區機構開展協作，通過採取具有成本效益的介入措施，為癡呆症患者及其家人帶來優質成效，可以降低預計流程度增長所造成的開支影響。

若認識到以下方面，亞太地區的各國政府將為癡呆症患者及其家庭照顧者提供幫助：

- ❑ 癡呆症是衛生工作的重點。
- ❑ 存在具有成本效益的介入措施。
- ❑ 政策框架和計劃可支持各部門為癡呆症患者及其家人發揮作用。

2004 年《京都宣言》為政府、非政府機構和其他關係人指明了實際的前進方向，並且提供了行動計劃框架。有些國家的政府已經宣佈了自己的國家政策。

建議亞太地區的各國政府：

- 1 根據自己的人口、文化和醫護背景，考慮並通過《京都宣言》。
- 2 制訂具有針對性的全國癡呆症策略：
 - ❑ 通過增強癡呆症意識和除去病恥感，創建改變的氣候。
 - ❑ 在決策人、臨床醫師、研究人員、照顧者和癡呆症患者之間建立有效支持和聯盟的合作夥伴關係。
 - ❑ 促進初級和社區護理服務的發展，滿足癡呆症患者及其家庭照顧者的需要。
 - ❑ 提供有關採取降低癡呆症風險的生活方式的資訊。
 - ❑ 為具有特殊需要的人士做出安排，包括年齡較輕就發作癡呆症的患者以及具有癡呆症行為和心理症狀(BPSD)的人士。
- 3 加大對癡呆症病因、預防和優質護理的研究的投入。



癡呆症是一個非常重要的問題，需要本地區各國採取協作行動。這可以一開始採取部長或決策人會議的形式，以便在研究和服務提供等領域確定聯合議程或協作事項。

Access Economics
2006年9月21日





京都宣言癡呆症患者護理所需要的最低行動

十項綜合建議	情境 A 資源水平較低	情境 B 資源水平中等	情境 C 資源水平較高
1. 在初級護理中提供治療	將癡呆症認為初級醫護的組成部份。將癡呆症識別和治療納入所有衛生人員的培訓課程中。為初級護理醫師提供複習進修培訓（5年至少達到50%的覆蓋率）	因地制宜製作培訓材料。為初級護理醫師提供複習進修培訓（5年達到100%的覆蓋率）	提高初級醫護對癡呆症管理的有效性。改善推薦方式。
2. 提供適當的治療	提高治療癡呆症及相關心理和行為症狀的基本藥物的提供。為照顧者制定和評估基本教育和培訓介入措施。	確保各種醫護環境中基本藥物的提供。綜合提供有效的照顧者介入措施	方便在公共或私人治療計劃下獲得新藥（如抗膽鹼酯酶劑）。
3. 在社區中提供護理	建立癡呆症患者在自己的家中評估和治療效果最好的原則。制定和促進初級和次級護理中使用的標準需要評估。開辦有關發展跨學科社區護理小組、日間護理和短期暫息的試驗項目。將癡呆症患者從不適合的機構環境中移出。	開展將癡呆症與普通醫護相結合的試驗項目。提供社區護理設施（開展急性評估和治療的跨學科社區小組日間護理、暫息和住院單位至少達到50%的覆蓋率）。根據需要，鼓勵開發宿舍和養老院設施，包括員工培訓和鑒定的管理框架和系統。	發展非傳統宿舍設施。提供社區護理設施（100%覆蓋率）。在社區中為癡呆症患者提供個性化的護理服務。
4. 教育公眾	促進反對病恥感和歧視的公共宣活動。支持非政府機構開展公共教育。	利用大眾媒體來提高癡呆症意識，培養積極的態度，幫助防止認知障礙和癡呆症。	發起及早尋求幫助、識別癡呆症並進行適當管理的公眾宣傳活動。
5. 讓社區、家庭和消費者參與	支持組建自助小組。資助非政府機構開展計劃。	確保社區、家庭和消費者在政策制定、服務開展和實施中獲得代表。	鼓勵宣傳舉措。
6. 制定國家政策、計劃和法規	根據現有知識和人權考量，修訂法規，制定癡呆症護理計劃和政策。 - 支持和保護有智力障礙人士的法律構架 - 將癡呆症患者包含在殘障福利計劃中 - 將照顧者包含在補償福利計劃中 建立老年人健康和社會護理預算。	在國家和次國家一級實施癡呆症護理政策。建立癡呆症的健康和社會護理預算。增加精神健康護理預算。	確保獲得初級和次級醫護服務以及社會福利計劃和救濟金的公平性。
7. 發展人力資源	培訓初級醫護工作者。為傳統精神病學和醫學的醫生和護士開展較高專業培訓計劃。 建立培訓和資源中心。	創建醫師、精神病學家、護士、心理學家和社會工作者的全國培訓中心網絡。	培訓具有高級治療技能的專科醫生。
8. 與其他部門聯繫	開展社區、學校和工作場所的癡呆症意識計劃。鼓勵非政府機構的活動。	增強社區計劃。	為早期癡呆症患者提供職業健康服務。在工作場所在癡呆症患者的照顧者提供專門的設施。與其他部門協作開展循証精神健康促進計劃。
9. 監督社區健康	將癡呆症包括在基本健康信息系統中。對高危人群開展調查。	開展社區早期癡呆症監督。	建立先進的監督系統。監督預防計劃的有效性。
10. 支持開展更多研究	在初級醫護環境中開展社區癡呆症流程度、病程、結果和影響方面的研究。	開展社區癡呆症管理有效性和成本效益的研究。	擴大癡呆症病因研究。開展服務提供方面的研究。調查癡呆症預防方面的證據。