

失智症不只是藥物治療： 生活照護也很關鍵

在全民健康保險的制度下，失智照顧刻板印象中，失智症病人的照護看似「回診拿藥就好」，但本院教研部大數據中心與腎臟科陳建良主任團隊大數據實證研究發現：個人社經地位較低、又住在資源相對不足地區的病人，其5年存活最差。醫療可近不等於照護到位；交通、陪診、照顧人力與社區資源，可能才是拉開差距的決定因素之一。

本篇研究的 3 個重要發現

1. 「個人資源」與「居住環境」會疊加影響存活

大數據資料追蹤 1,754 位失智症病人 5 年的預後，發現低個人社經地位 + 住在弱勢地區者，整體存活最差。

2. 低社經且住弱勢地區，死亡風險明顯較高
在同時考量性別、年齡與共病史差異條件後，低社經且住弱勢地區者相較高社經者死亡風險更高（統計分析結果危險率為 2.19）。這暗示差距不只來自疾病本身，也與照護條件、支持系統有關。

3. 個人資源足，可能抵銷部分地區不利
即使住在弱勢地區，高個人社經地位者死亡風險與住優勢地區的高社經者相近（統計分析結果危險率為 0.93）。可理解為：交通安排、陪診能力、照護知識與可動用服務，可能讓照護更穩定。

對臨床 / 政策的回饋

臨床端建議把「社會風險」納入常規評估：是否有人陪診？交通是否可及？照顧者是否過

勞？是否已接長照（居服、日照、喘息）？對於低社經 + 弱勢地區族群，應優先加密追蹤、整合慢性病與失智用藥、由個管師 / 社工主動銜接資源。政策端則可從「社區可近性」下手：提升失智據點密度、交通接送、到宅支持與照顧者訓練，才能把健保的可近性轉化成真正可用的照護成效。

衛教框 | 家屬照顧小叮嚀：把「看診」接上「生活」的 4 件事

1. 固定作息 + 固定提醒：用藥盒、手機鬧鐘、貼紙標示，比「記得就好」更可靠。
2. 先做安全，再談治療：夜燈、防滑、移除門檻雜物；外出配戴聯絡卡，降低跌倒與走失風險。
3. 及早接長照資源：日照、居服、喘息不是「最後一步」，越早用越能減輕家庭壓力。
4. 照顧者要有替手：當出現睡不好、情緒爆炸、照顧失控感，請主動找醫療團隊 / 社工討論資源，不是你不夠努力。

把「醫療可近」轉成「照護到位」，才能真正縮小失智症照護差距。

門診別只問症狀與用藥，也要問陪診、交通、照顧人力與長照資源是否已銜接。高風險不是「病情更重」，而是「照護條件更脆弱」；越早補洞，越能避免急性惡化與住院。本文研究發表在 *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2020 Feb;28(2):205-216. 研究題目為 *Effects of Socioeconomic Status on Alzheimer Disease Mortality in Taiwan*。

(文 / 教學研究部 助理研究員 殷君豪)