

2025

永續健康白皮書

守護記憶

南山人壽與工研院健康樂活智慧醫療照護聯盟攜手合作，透過國人生活習慣大調查了解國人飲食、運動、睡眠、社交等生活習慣，並探討其與失智風險之潛在關聯；提升大眾對失智預防的重視，從生活做起，及早守護大腦健康。



目錄

■ 董事長的話	03
■ 總經理的話	04
■ 前言	05
■ 國內外研究資料蒐集與整理	07
■ 生活習慣問卷大調查	14
■ 行動與倡議	31
■ 南山員工暖心關懷故事	40
■ 專家建言	59
■ 附錄	65
■ 共同創作 / 總策劃	71



提早儲存健康 創造長壽紅利

長壽已是趨勢，每個人都可能迎接百歲人生，唯有持續健康及保有活動力，才能創造「長壽紅利」，為台灣經濟找到新的成長動能。

南山人壽矢志成為永續健康領航者，希望保險不再只是事後理賠的被動角色，更應積極邁進到事前健康促進，因此2025年推出「五大帳戶每日存健康」行動，希望透過個人、生活、企業、社會及環境五面向，倡議國人及早重視並累積健康因子，同時，行動首年任務就是針對失智症，啟動「守護記憶」系列活動，期待讓更多人了解高齡社會中逐漸升高的失智風險，能提早因應，降低失智對家庭與社會的衝擊。

失智雖不可逆，但其實有些危險因子是可以事先防範，有助降低或延緩失智的可能性，因此透過南山人壽第一本以失智為主題的永續健康白皮書，有調查、訪問及專家見解，希望讓更多人了解生活中一些不健康的習慣，未來可能會侵蝕你的記憶，也期盼讓社會認識失智症，減少危險因子，且能更多的同理心，一起去面對及照護失智者。

南山人壽未來無論在商品服務、企業責任、公益關懷等各面向，都希望與健康連結，陪客戶、員工及所有利害關係人一起健康地跑完人生馬拉松，讓所有人都能「健康壯如山，長壽比南山」。

董事長 尹崇堯

總經理的話



南山人壽的承諾 陪保戶健康長壽

2024年國人平均餘命已延長到80.77歲，過去數十年約是以平均每10年增加2歲的速度進展，而政府推動「健康台灣」政策，希望8年內要增加平均餘命3歲，若再加上醫療技術進步與AI快速發展，預估人類很快就能達到平均壽命100歲。

活得久，同時還要活得健康，國人現在不健康餘命約8年，也就是人生最後階段，可能是臥床或是天天跑醫院，無法享受長壽的快樂。南山人壽身為台灣最大的獨立壽險公司，是國內長照險市占第一名，推出外溢保單近七年，且過去都是外溢保單件數第一，對於健康，南山人壽一直走在前面，從2019年就開始以外溢保單倡議保戶運動、注意睡眠品質，2020年打造為保戶健康加值的「健康守護圈」，2021年成為壽險首家健康險全面植入外溢機制的公司，都是希望透過商業保險機制，讓保戶在延長壽命的同時，也能永續健康。

在關懷保戶的同時，南山人壽也重視員工心身及其家庭的健康，今年的永續健康白皮書，即訪問有照顧長照家人經驗的員工，傾聽他們的心聲，作為未來員工福利設計的方向。

2025年南山人壽在健康議題上邁大步向前，期許成為永續健康領航者，推出五大帳戶每日存健康新行動，並舉辦南山人壽首屆永續健康論壇，持續推出守護記憶—預防失智相關外溢保單與活動，南山人壽有逾2.8萬位經認證的失智友善天使、109個失智友善通訊處，在全台各個角落協助關懷失智者。

關於健康，南山人壽不止走在前面，也持續落實在行動上，希望保戶健康長壽不只是祝福，更是南山人壽長期的承諾與陪伴。

總經理 范文偉



前言



永續健康白皮書 百歲人生 從零開始

台灣邁入超高齡社會，年齡逾65歲者將超過總人口的20%，但年齡並不能定義身體狀態，隨著時代進步、醫療科技發展，人類平均餘命正以每10年增加2到3歲的速度延長，今年出生的小孩約30%的機率會活到90歲^[註1]，甚至會出現更多的百歲人瑞。

南山人壽2025年邁大步向前，倡議以個人、生活、企業、社會、環境等五大帳戶，每日存健康，並透過公益廣告、生策會高齡友善博覽會、南山永續健康論壇、永續健康白皮書、公益活動等，一系列活動強化健康倡議，提醒國人只有提早因應，儲存各式健康資本，才能對未來的長壽社會有所準備，所有人都健康、延長生產力，台灣就能抓住「長壽紅利」，為經濟增加新的動能。

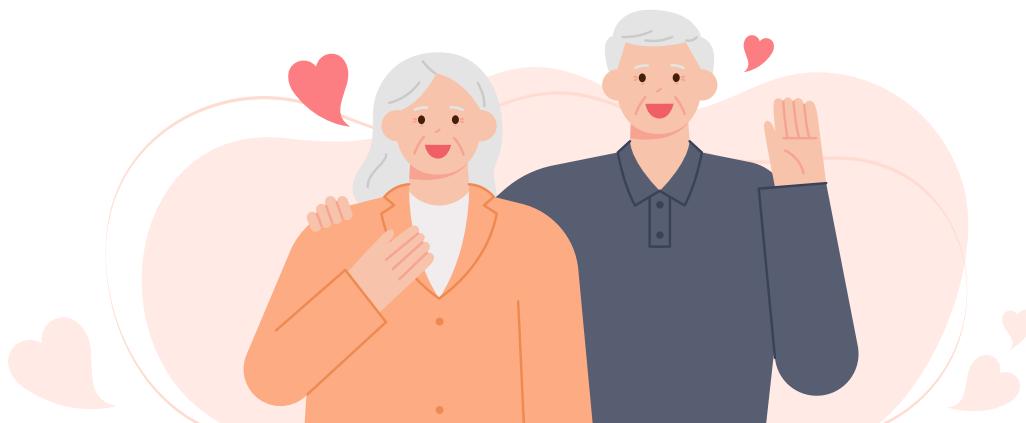
「百歲人生 從零開始」，從新生兒開始就應規劃相關準備，養成健康的生活習慣、營造健康的生活環境、塑造健康的工作場域、維持健康的社會制度、與有利生存的健康大環境，才能讓所有人都能健康邁向百歲人生，讓未來有備而來。

啟動守護記憶行動 南山人壽首部失智主題白皮書

南山人壽自2022年開始即持續啟動健康倡議行動，希望協助國人打敗生活中不良的習慣，找到更健康的生活方式，2025年則將結合生活習慣大調查與預防失智、守護記憶行動，推出首部以失智為主題的「永續健康白皮書」。

依據衛福部統計，台灣高齡失智人口已逾35萬人，到2041年時將近68萬人，且在南山人壽長照險理賠數據中，有17%罹患失智症需長期照護，而高齡失智往往被誤以為是老化，錯失早期發現、早期治療，延緩失智的最佳時機。

因此南山人壽2025年希望由生活習慣及危險因子等倡議開始，呼籲更多人重視失智風險，年輕時就預防、訓練腦力、注意健康，希望能遠離失智，守護人生珍貴記憶，直到百歲。



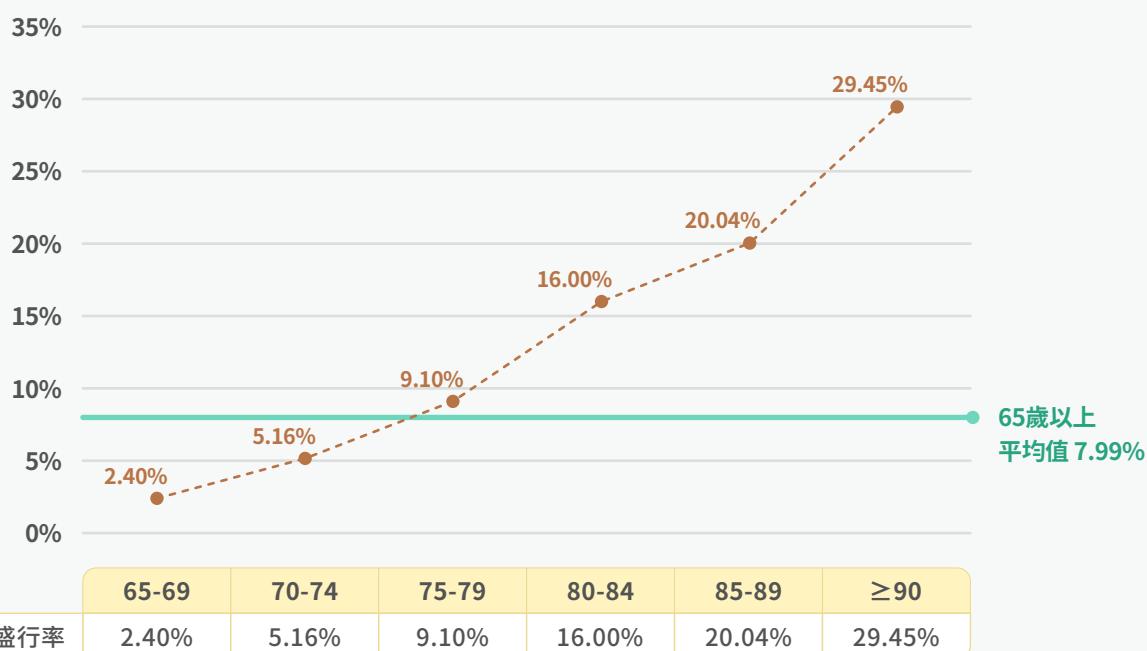
國內外研究資料蒐集與整理

台灣大腦健康警訊 從數字看見未來

台灣失智症人口在2024年65歲以上約35萬人，推估2031年將逾47萬人，2041年近68萬人以上，顯示失智症人口數，有逐年攀升趨勢，失智已成為重要健康議題。



全國社區65歲以上長者失智症盛行率調查結果為7.99%，每12.5位長者就有一位失智症患者，且女性高於男性，年齡層越高失智症盛行率越高。^[註2]



你不可不知的失智症 認識失智症全貌 是預防的第一步

	阿茲海默症 (AD) <small>[註4.5.6]</small>	額顳葉型失智症 (FTD) <small>[註7]</small>	路易氏體失智症 (LBD) <small>[註8]</small>	血管性失智症 (VaD) <small>[註9]</small>
主要特徵	<ul style="list-style-type: none"> 漸進性記憶減退 語言流暢度下降 定向力缺損 	<ul style="list-style-type: none"> 早期人格行為改變 語言生成或理解障礙 執行功能受損 	<ul style="list-style-type: none"> 波動性認知障礙 視覺幻覺 黏滯樣動作與帕金森症狀 	<ul style="list-style-type: none"> 步態不穩 突發性認知下降 情緒易波動
區分方式	<ul style="list-style-type: none"> 記憶測驗重度衰退 β-澱粉樣蛋白與 tau蛋白蓄積影像 	<ul style="list-style-type: none"> 行為症狀主導、MRI見顳葉或額葉萎縮 正子攝影 (FDG-PET) 代謝下降 	<ul style="list-style-type: none"> 臨床核心：認知波動+幻覺+帕金森症狀 DAT-SPECT見多巴胺轉運體減少 	<ul style="list-style-type: none"> 影像：MRI或CT見多發性腦梗塞或白質病變 認知缺損常不連續
發病進程	<ul style="list-style-type: none"> 輕度認知障礙期→中度→重度 全程約8-12年 	症狀出現後進展快，平均6-8年	認知與運動症狀同時或近似同步發生，平均5-7年	<ul style="list-style-type: none"> 分段性：每次腦血管事件後認知跳降 整體可逐步惡化
治療方式	<ul style="list-style-type: none"> ChEI (多奈哌齊、瑞伐斯汀) NMDA受體拮抗劑 (美金刺定) 認知與行為療法 	<ul style="list-style-type: none"> 無專屬FDA核准藥物 SSRI或抗精神病藥緩解行為症狀 語言與行為治療 	<ul style="list-style-type: none"> ChEI (利凡斯的明) 小劑量右美哌啶控運動症狀 警慎使用抗精神病藥 	<ul style="list-style-type: none"> 控制風險因子 (高血壓、糖尿病、高血脂) 抗血小板或抗凝血劑 認知訓練
大腦發病位置	顳葉內側 (海馬迴) 、頂葉、額葉次級受累	額葉前部、前顳葉 (特定亞型可主次受累)	額葉、頂葉及腦幹黑質、多處路易小體分布	多灶性皮質下與皮質區域，依梗塞位置而異

失智症患者平均餘命超乎想像 關鍵數據一次看懂

以2000-2010年間新增確診之12,193名失智症患者為對象

依照失智症類型及使用藥物情形計算中位存活期

血管性失智

無治療患者中位存活期為3.39年

服用促智藥物者可延長至6.62年

退化型失智 (阿茲海默症等)

無治療患者中位存活期僅3.01年

抗失智藥物及促智藥物皆可顯著延長存活期，其中雙藥物組可達9.03年

失智症類型	用藥情形	中位存活期（年）
血管性失智 (VaD)	無藥物治療	3.39
	促智藥物	6.62
退化型失智 (阿茲海默症等)	無藥物治療	3.01
	抗失智藥物	8.11
	促智藥物	6.00
	抗失智 + 促智雙藥物	9.03

資料來源[註10]

照顧失智者一年花多少？照護成本全揭露

年醫療支出

NT\$53.3萬

失智症患者平均每年總醫療支出

無失智者為NT\$31.9萬

年照護成本

NT\$10-40萬

失智症患者每年照護成本，遠高於一般慢性病患者

看護費用

1.2 - 1.3倍

失智症患者看護費用比一般臥床病人高出1.2-1.3倍

與其他病症長者相比，失智症患者的經濟負擔更為沈重，尤其在病程進展時，照護費用往往急遽攀升，對家庭造成長期且巨大的財務壓力。

資料來源[註2.11]

那些你沒注意的日常 可能讓失智悄悄上門

你知道嗎？缺牙、聽力障礙與不良飲食習慣，這些看似微小的健康問題，其實都可能悄悄增加失智的風險。日常保健，就是守護大腦的第一步。[註12]

失智風險
增加



膽固醇
血症

57%

中年期（40-60歲）是膽固醇管理的關鍵時期，中年期膽固醇 $\geq 240\text{ mg/dl}$ 罹患失智症風險比正常膽固醇濃度者高出57%。[註13]



缺牙

53%

咀嚼動作促進血液回流至大腦，活化記憶思考區域，每一顆牙齒，罹患失智症的風險可能增加1%。完全無牙又沒有佩戴假牙者，罹患失智症的風險約增加53%，佩戴假牙可矯正風險。[註14]

日本在1989年推動「8020運動」，目標國民在80歲時至少保有20顆自然牙，藉此維持良好咀嚼功能與口腔健康，享有快樂、健康的飲食生活。[註15]



睡眠呼吸
中止症

43%

患有阻塞性睡眠呼吸中止症者，其罹患失智症的風險約增加43%。研究顯示，深層睡眠不足與記憶退化高度相關，若睡眠品質不佳，將顯著影響思考力與認知功能。[註16]



聽力障礙

2-5倍

依據聽力損失的嚴重程度，失智風險呈現劑量反應關係：輕度增加2倍，中度增加3倍，重度增加5倍；並以45-64歲族群的聽力損失與失智症關聯性最為顯著。[註17]



語速變慢

25%

若語速變慢一個標準差（語言流暢性降低一個標準差），罹患偶發性非失智性認知障礙（CIND）的風險就會增加約25%，由CIND轉變為失智症的風險也會增加約25%。[註18]

調查揭露 塑膠微粒與社交孤立可能悄悄帶來失智

塑膠微粒

追蹤1997年到2024年間的大腦樣本發現，塑膠微粒在人腦中的含量持續增加，而失智症患者的大腦中，塑膠微粒含量比健康人高出3到6倍^[註19]。

■ 寶特瓶暗藏你不知道的危機

- 旋轉瓶蓋釋放微粒：每次旋轉寶特瓶瓶蓋時，就會產生約500顆微粒掉入水中
- 驚人的微粒數量：市售瓶裝水每公升平均含有約24萬個塑膠顆粒，比先前估計的數量多出10到100倍
- 奈米塑膠的危險：這些顆粒中有九成是奈米塑膠，小到可以直接穿過腸道進入血液^[註20、21]

■ 塑膠微粒能在短短兩小時內穿過血腦屏障，直接累積在大腦皮質和海馬體等重要區域

- 引發大腦發炎：活化腦內的免疫細胞，釋放發炎物質，導致慢性神經發炎
- 破壞神經細胞結構：影響細胞內物質運輸，可能與阿茲海默症的病變有關
- 產生有害的自由基：攻擊神經細胞，造成細胞損傷
- 促進有害蛋白質聚集：加速類澱粉蛋白沉積，這是失智症的重要特徵^[註22]



獨居 | 社交孤立

■ 獨居者

- 獨居者罹患失智症風險較與家人共居增加約30%，而每累積2年獨居，風險約再提升10%
獨居與失智風險高度相關，因為長期缺乏社交互動與情感支持，容易導致孤獨與憂鬱，進而減少大腦刺激與認知活動。此外，獨居者在飲食、運動及健康管理上較易忽略自我照顧，增加慢性病與失智的發生率。因此，維持社交連結與生活規律是降低失智風險的重要關鍵。^[註23]

■ 社交孤立

■ 你不可忽略的隱形危機 - 「同住也可能感到孤單」

即使與家人同住，若缺乏有效互動與情感交流，仍可能感到孤單無助，這種「隱形孤獨」屬於社交孤立的一種。長期下來，不僅影響心理健康，更會增加失智及憂鬱的風險，需及早關注。^[註24]



ApoE ε4基因揭密：阿茲海默症的主要風險因子

單一ApoE ε4基因

3-5倍

帶有一個ApoE ε4基因者，罹患阿茲海默症的風險增加約3-5倍 [註25、26]

雙重ApoE ε4基因

10-15倍

帶有兩個ApoE ε4基因（同型合子）者，風險更可提高至10至15倍 [註26、27]

什麼是ApoE基因？

ApoE基因位於第19對染色體，負責調節血脂，與心血管疾病、中風及腦部健康密切相關。它能協助清除腦內致病蛋白質，減少異常沉積，維持腦部正常運作。[註27、28]

ApoE基因檢測：帶有 ε4 基因，阿茲海默症風險高出數倍

帶有 ε2 基因就像天生帶著「保護盾」，可降低阿茲海默症風險；ε3 基因則屬中性，不增不減；但 ε4 基因會大幅提高風險，帶一個 ε4，罹病機率高出 3-5 倍；帶有兩個ε4，風險更達 10-15 倍，且會讓發病年齡提前。[註26、27、29]

台灣人的ApoE ε4基因分布

16-18%

一般
帶原率

0.5-0.7%

雙基因
帶原率

3%

高風險群
比例

台灣人群中約有16%-18%的人帶有至少一個ApoE ε4基因 [註26、30]

約有0.5%到0.7%的台灣人帶有兩個ApoE ε4基因（同型合子） [註26、30]

台灣精準醫學研究指出，約有3%的人屬於ApoE ε4基因的高風險群 [註26]

透過失智基因檢測，你可以及早了解自己是否屬於高風險族群，從現在開始提早預防、調整生活方式，甚至為未來做好準備。

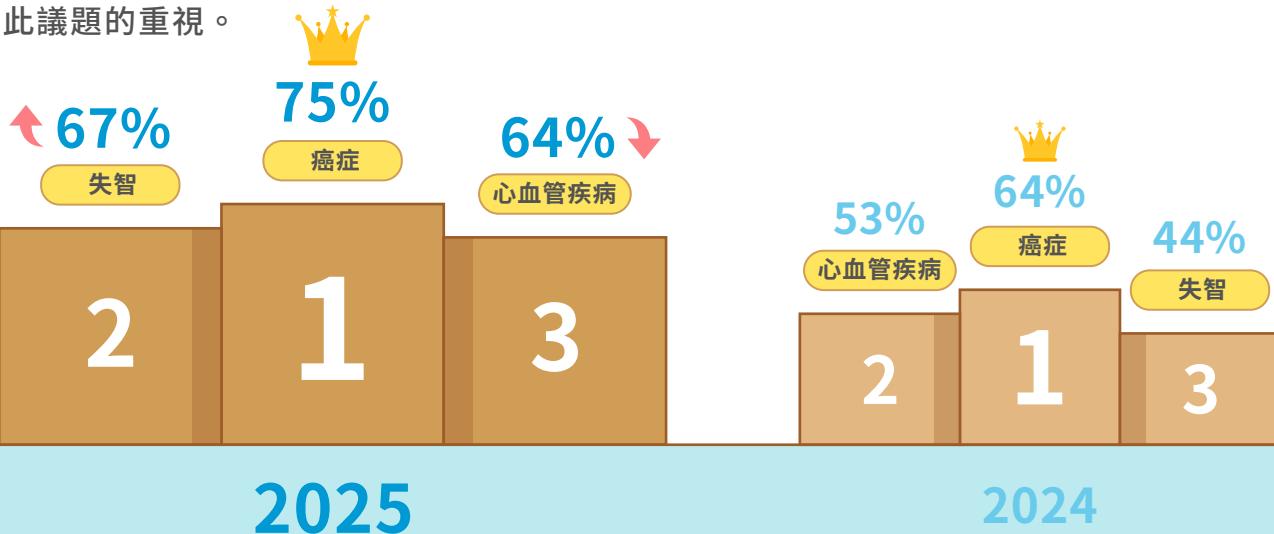
生活習慣病問卷大調查解析

問卷大調查 你有多擔心失智？

哪種疾病最讓你擔心？

國人最怕的疾病TOP 3出爐！

調查顯示，國人最擔憂的疾病中，癌症依舊位居首位，而失智症已超越心血管疾病，躍升至第二名。相較2024年，失智的關注度明顯上升，近年來多位名人罹患失智，更加深了社會對此議題的重視。



Q. 你最擔憂哪三種疾病的發生？

你的失智擔憂程度有多高？用 1-10 分告訴我們！

年輕世代對於未來可能失智的擔憂程度最高！

年輕世代對失智的理解可能比熟齡世代更深，他們清楚知道失智並不等於單純老化。

也因此，對於失智的恐懼反而呈現「愈年輕、愈害怕」的現象。

熟齡世代對於失智的認知多半仍停留在「只是老化」的印象，或因對失智缺乏深入了解，加上經濟上相對具備負擔能力，因此對失智的擔憂程度普遍較低。



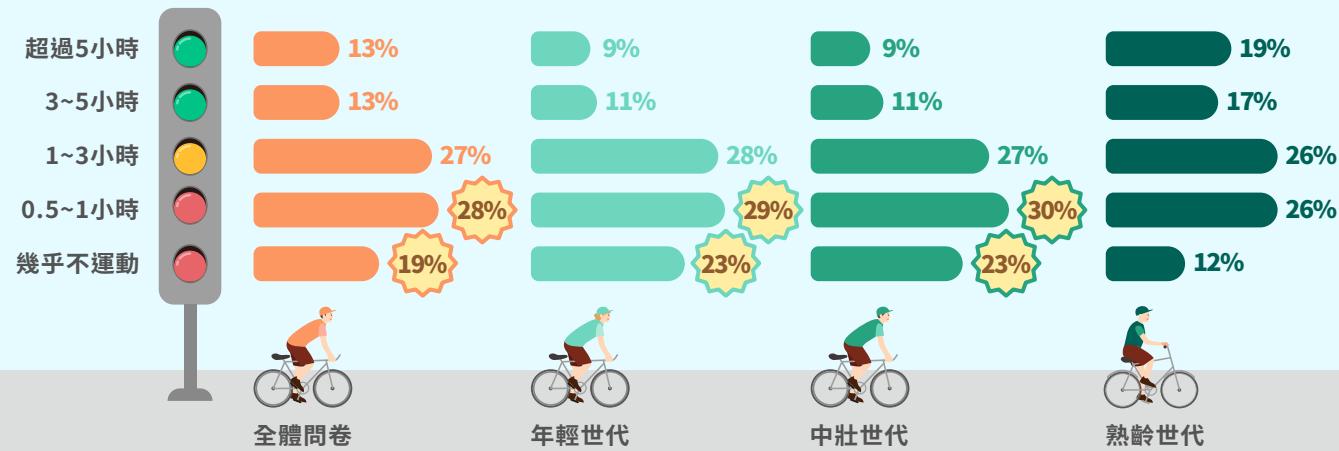
Q. 想到未來年紀變大，你會不會擔心自己可能會有失智的狀況呢？
用1到10分來打分吧，10分代表非常擔心，1分代表完全不擔心

運動習慣 | 國人少運動且每日久坐

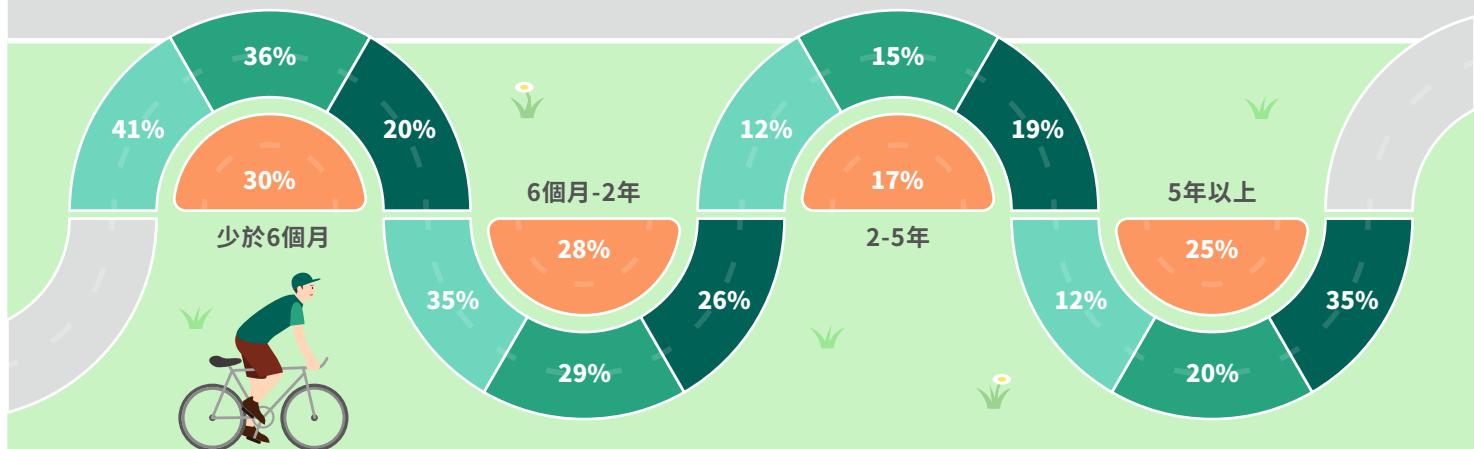
全體問卷 年輕世代 中壯世代 熟齡世代

低運動警報：47%國人每週運動時數低於1小時，超過5成年輕、中壯世代更是如此，每5個台灣人，就有1個人每週幾乎沒有運動。

2024問卷調查：47%國人每週運動時數低於1小時以下(20%幾乎不運動；27% 0.5~1小時)，與2025年調查比率相當。

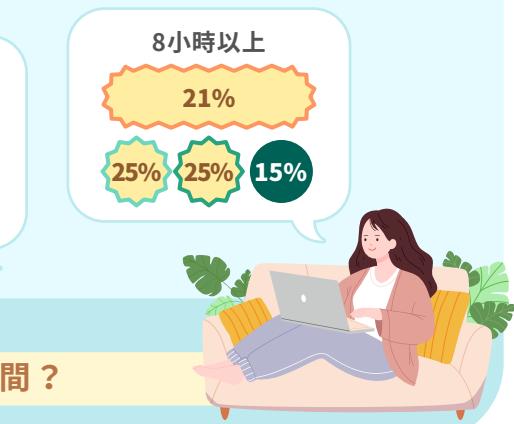


Q. 請問你每週平均的運動時數？



Q. 承上題，開始規律運動到現在，已經維持多久的時間了？

有5成國人每天坐在椅子上的時間超過6小時以上，**年輕、中壯世代每4人，就有1人每日坐超過8小時以上**。



Q. 請問你一天平均坐在椅子上的時間？

睡眠習慣 | 晚睡族不只熬夜，睡眠時間也跟著變短

全體問卷 年輕世代 中壯世代 熟齡世代

近4成國人12點之後才睡，年輕世代更是夜貓大軍，5成過了午夜才就寢！

睡眠習慣大調查：越年輕越晚睡，「夜貓文化」已成新日常。

2024問卷調查：4成國人的就寢時間在半夜12點之後，年輕世代夜貓族比例最高，超過5成是半夜12點才就寢，與2025年調查比率相當。



Q請問你晚上通常幾點睡覺？

28% 夜貓族，
熬到半夜且只睡5小時以下！

將近3成國人成為夜貓代表，晚睡+睡不夠，過度透支健康。

2024問卷調查：
習慣晚睡的人(凌晨12點以後就寢)
27%平均睡5小時，晚睡又沒有睡足夠，與2025年調查比率相當。



Q. 晚睡的人每天睡滿幾小時？

睡眠習慣 | 5成國人都有失眠症狀

5成國人都曾失眠，更有14%的國人每週都失眠（晚睡意指超過午夜12點才睡）。

Q. 你是否失眠？

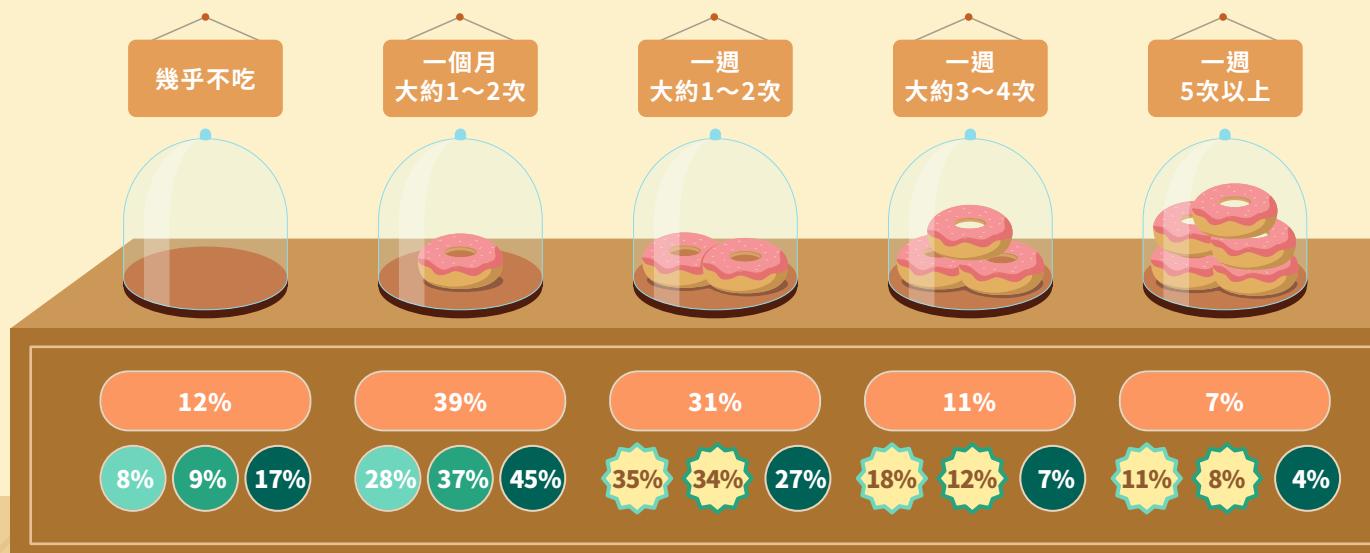


飲食習慣 | 「快樂熱量」真難擋！炸物甜食成國人日常

全體問卷 年輕世代 中壯世代 熟齡世代

甜食控注意：超過5成年輕人每週必報到！

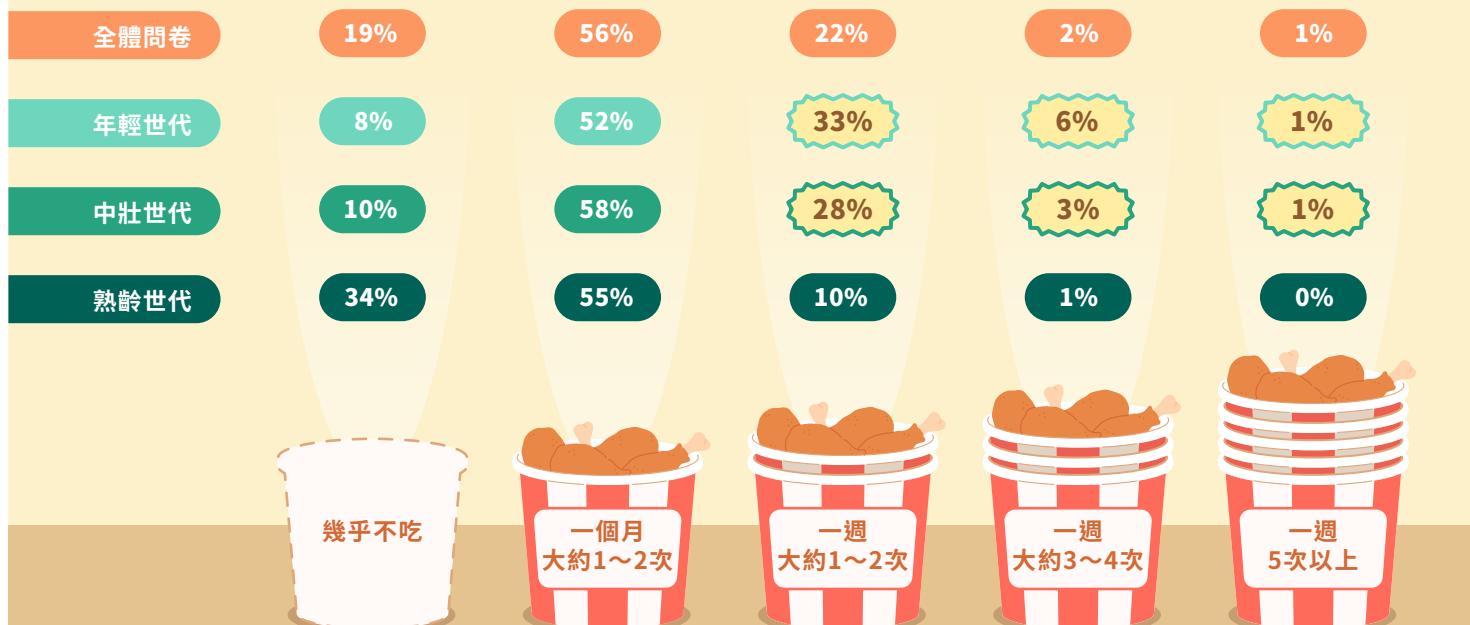
近九成受訪者都有吃甜食的習慣，逾5成以上年輕與中壯世代更是週週少不了。



Q.你大概多久會吃一次甜食呢？像是巧克力、甜點、含糖/加料的飲料這類食品

8成國人每月必吃炸物，年輕族群更有4成週週都炸！

調查發現，油炸美食早已融入日常：年輕世代4成每週都要來一份油炸美食，中壯世代也有3成跟進。高熱量美食，正悄悄成為國人共同的飲食習慣。



Q. 炸雞、薯條、鹽酥雞這些油炸美食，你大概多久會吃一次呢？

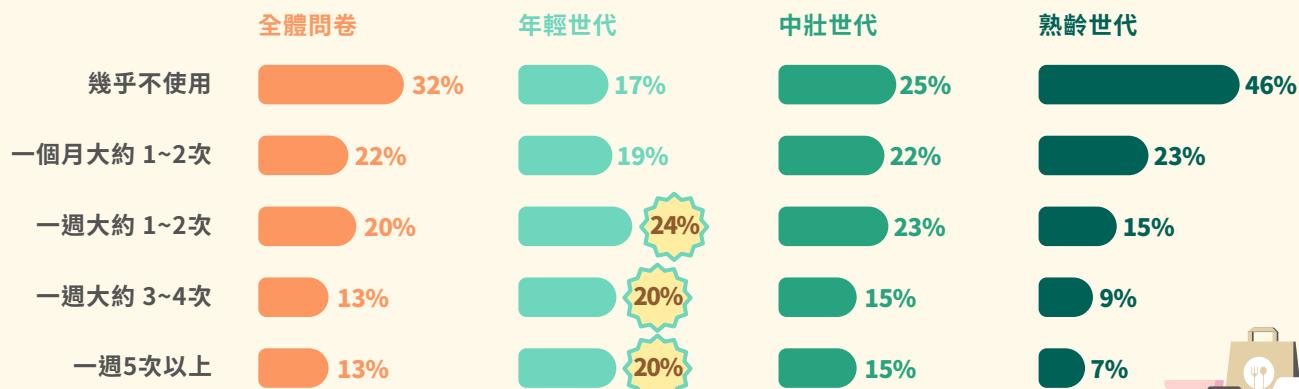
問卷大調查 生活習慣正透支你的健康

飲食習慣 | 塑膠微粒隱形危機：你每天都在接觸它？

全體問卷 年輕世代 中壯世代 熟齡世代

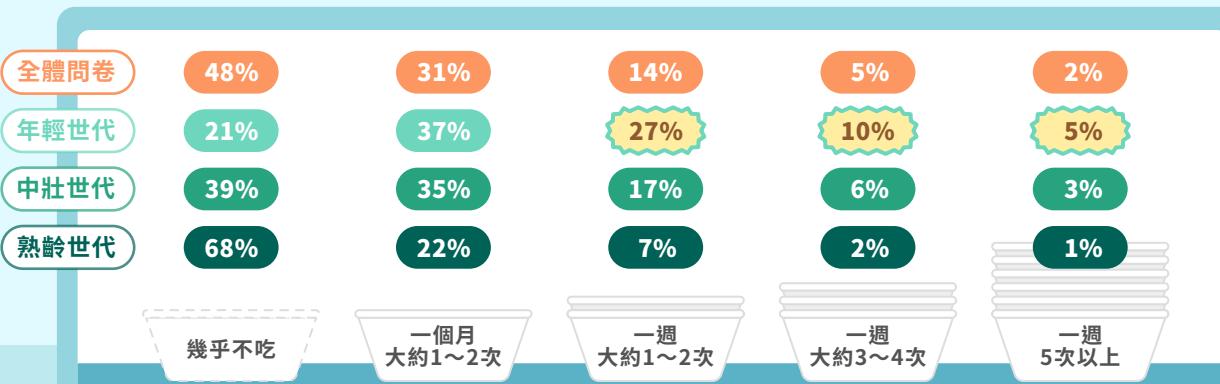
年輕世代的便利日常，暗藏健康紅燈！

調查顯示，超過6成年輕世代每週使用1~2次以上免洗餐具。



Q.你平常吃飯時，會用到免洗餐具（像是免洗筷、塑膠湯匙、紙盒/塑膠便當盒等）嗎？

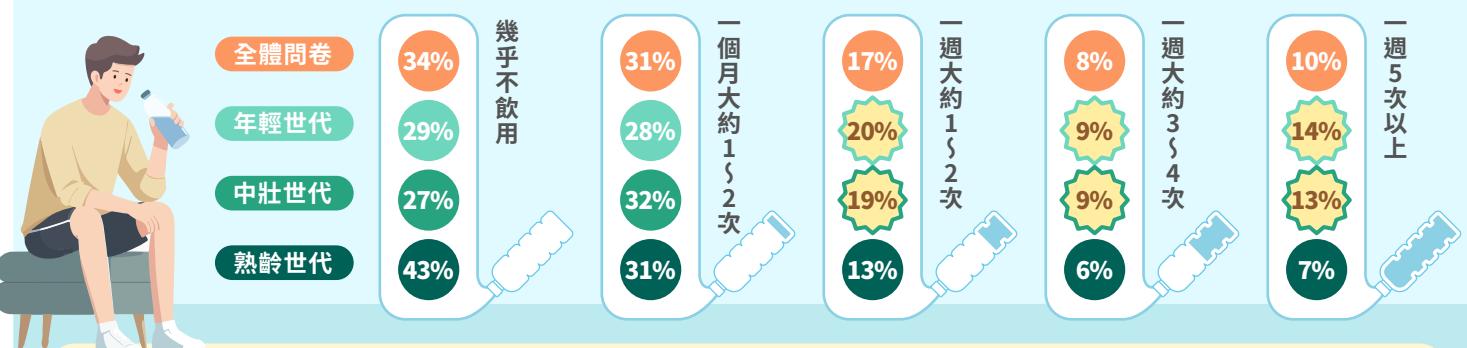
年輕世代比中壯世代與熟齡世代更常吃超商微波食品或用塑膠容器加熱食物。



Q.你平常會吃超商的微波食品，或用塑膠容器加熱食物嗎？

寶特瓶飲料誰最愛？世代差異看這裡。

4成的年輕、中壯世代每週至少喝1~2次以上的瓶裝水或寶特瓶飲料。

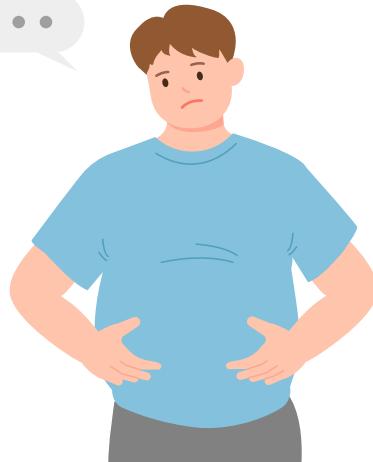


Q.你是否經常飲用瓶裝水或寶特瓶盛裝飲料？

4成國人體重拉警報！

全體問卷 年輕世代 中壯世代 熟齡世代

有4成民眾BMI超過標準，尤其以中壯年和熟齡世代最明顯。



BMI過輕還是要注意喔！

全體問卷

過輕
(低於 18.5)

年輕世代

正常
(18.5 - 24)

中壯世代

過重
(24 - 27)

熟齡世代

肥胖
(27以上)

4%

56%

9%

30%

4%

7%

3%

12%

56%

32%

54%

9%

56%

10%

30%

20%

32%

12%

30%

9%

32%

Q. 請問你身體質量指數BMI是多少？

BMI超標者 NG生活習慣比例也愈高

NG生活習慣越多BMI落在超標區間的比例有逐步增加趨勢。

依據衛福部資料說明：BMI ≥ 24 為過重， ≥ 27 是輕度肥胖

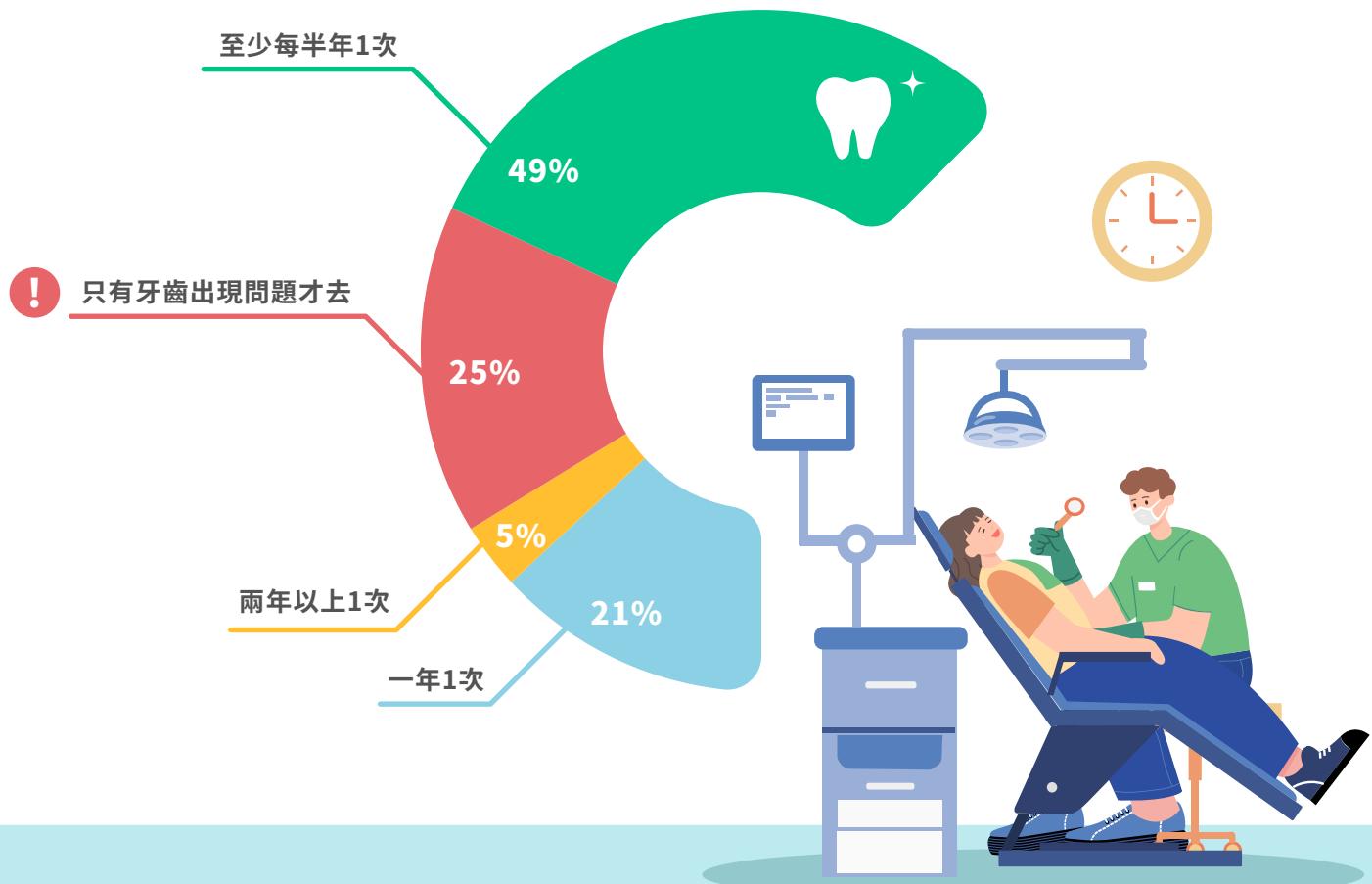
NG習慣	BMI過輕	BMI正常	BMI超標
每週運動低於1小時	55%	43%	52%
久坐超過6小時以上	49%	48%	52%
每天睡5小時以下	18%	15%	20%
半夜醒來不好入睡	22%	11%	14%
每週失眠1次以上	21%	14%	14%
每週吃1次油炸美食以上	24%	21%	29%
每週吃1次甜食以上	54%	48%	51%



牙齒健康 | 5成國人沒有定期看牙

調查顯示，超過5成國人沒有固定每半年檢查牙齒的習慣，更有25%僅在出現牙齒問題時才就診，而在熟齡世代中，此比例更高達28%。

2024問卷調查：25%受訪者是在牙齒出現問題時才看牙醫，與2025年調查比率相當。

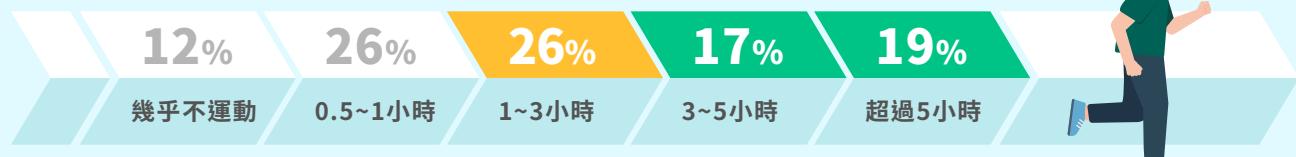


Q.你平常多久看一次牙醫？

問卷大調查 生活習慣幫助存健康

運動習慣 | 6成熟齡每週規律運動，持之以恆成關鍵

調查發現，超過6成熟齡世代每週運動達1至3小時以上，其中有54%以上已經持續運動超過兩年。



Q.請問你每週平均的運動時數？(熟齡世代)

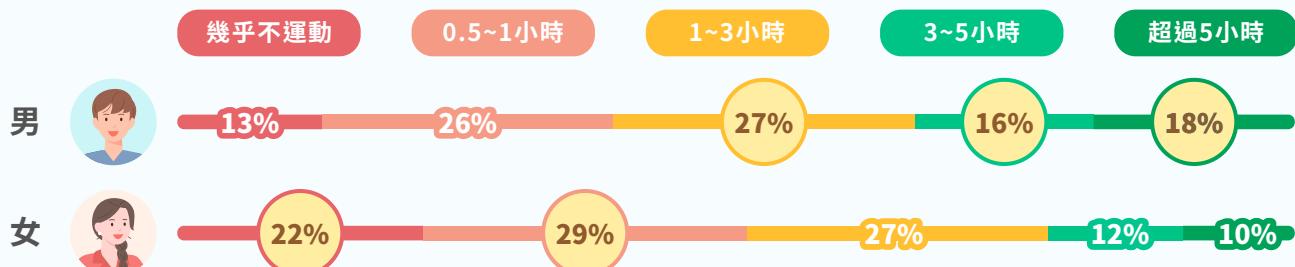


Q.承上題，開始規律運動到現在，已經維持多久的時間了？(熟齡世代)

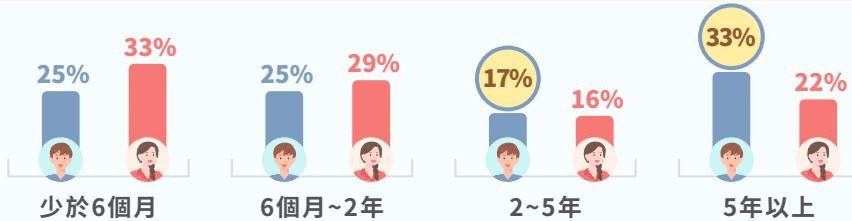
運動習慣 | 誰更愛動？男性比女性更持之以恆！

男性運動習慣更佳，女性運動量偏低

調查顯示，超過6成男性每週運動1~3小時以上，有5成持續超過2年；女性超過5成每週運動不足1小時。



Q.請問你每週平均的運動時數？



Q.承上題，開始規律運動到現在，已經維持多久的時間了？

問卷大調查 生活習慣幫助存健康

運動習慣 | 高收入族，更懂得動起來

調查顯示，有66%高收入者每週運動達1至3小時以上，其中有54%以上已經持續運動超過兩年。

小資族群月收入未滿5萬元；中高收入者月收入5萬(含)-未滿10萬元；高收入者月收入10萬元(含)以上。

高收入



13%
幾乎不運動

21%
0.5~1小時

29%
1~3小時

19%
3~5小時

18%
超過5小時



中高收入



15%
幾乎不運動

26%
0.5~1小時

29%
1~3小時

15%
3~5小時

15%
超過5小時



小資族群



22%
幾乎不運動

31%
0.5~1小時

25%
1~3小時

11%
3~5小時

11%
超過5小時



Q. 請問你每週平均的運動時數？

小資族群

中高收入

高收入

少於6個月

33%

28%

20%

6個月~2年

29%

27%

26%

2~5年

16%

17%

20%

5年以上

22%

28%

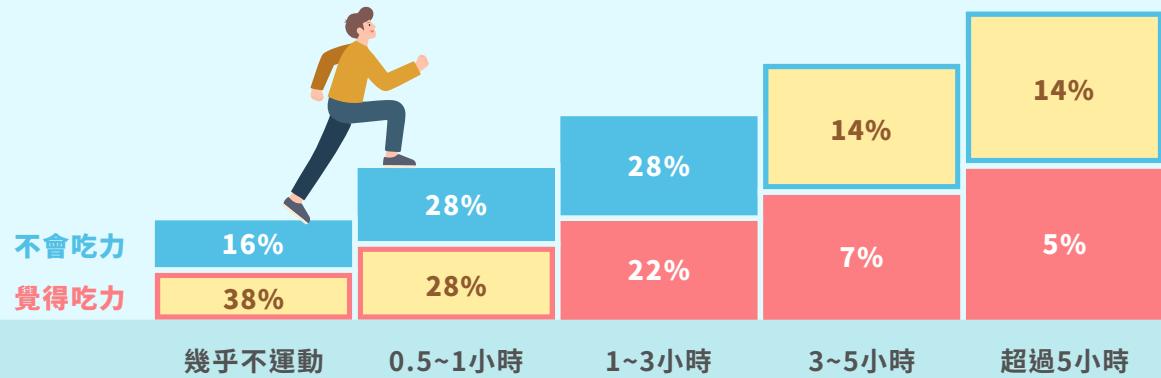
34%

Q. 承上題，開始規律運動到現在，已經維持多久的時間了？

問卷大調查 生活習慣幫助存健康

爬樓梯喘吁吁？國人運動時數大揭密

調查發現，爬3層樓梯不會覺得吃力的人，**有28%每週運動3小時以上**；而爬3層樓梯會吃力的人，**有66%每週運動低於1小時**。運動少，體力跟不上，爬樓梯也變挑戰！



Q. 爬樓梯覺得吃力的國人，他們的每週平均運動時數？
(例如：爬到3樓就會喘或需要休息)

壓力調查 | 心情大調查：你遇到壓力會怎麼做？

壓力山大來自工作課業？

調查發現，國人心情最不受影響的因素為**工作或課業壓力**。

至於紓壓方式，**聽音樂、追劇、吃美食及運動**名列前矛。其中，規律運動的紓壓比例已攀升至第三名，相較2024年明顯提升。



影響心情的原因

- | | | |
|-------|---------|-----|
| TOP 1 | 工作/課業壓力 | 47% |
| TOP 2 | 財務狀況 | 44% |
| TOP 3 | 健康狀況 | 42% |



紓壓的方式

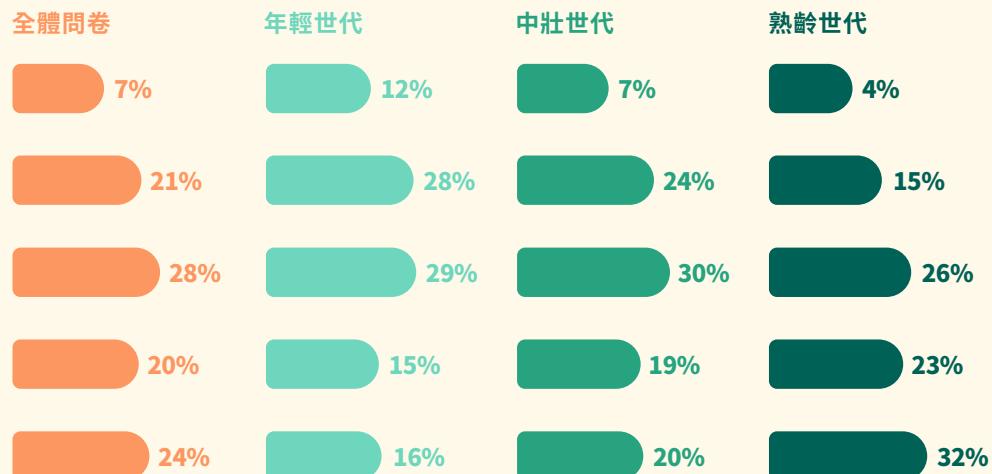
- | | 2025 | 2024 |
|-------|-----------|------------|
| TOP 1 | 聽音樂、追劇 | 53% |
| TOP 2 | 吃東西 | 39% |
| TOP 3 | 規律運動 NEW! | 38% |
| | | 聽音樂、追劇 55% |
| | | 吃東西 42% |
| | | 找朋友聊天 39% |

Q.哪些事情會影響你的心情？
(複選)

Q.如果感受到壓力很大，你會選擇什麼方式
進行排解？

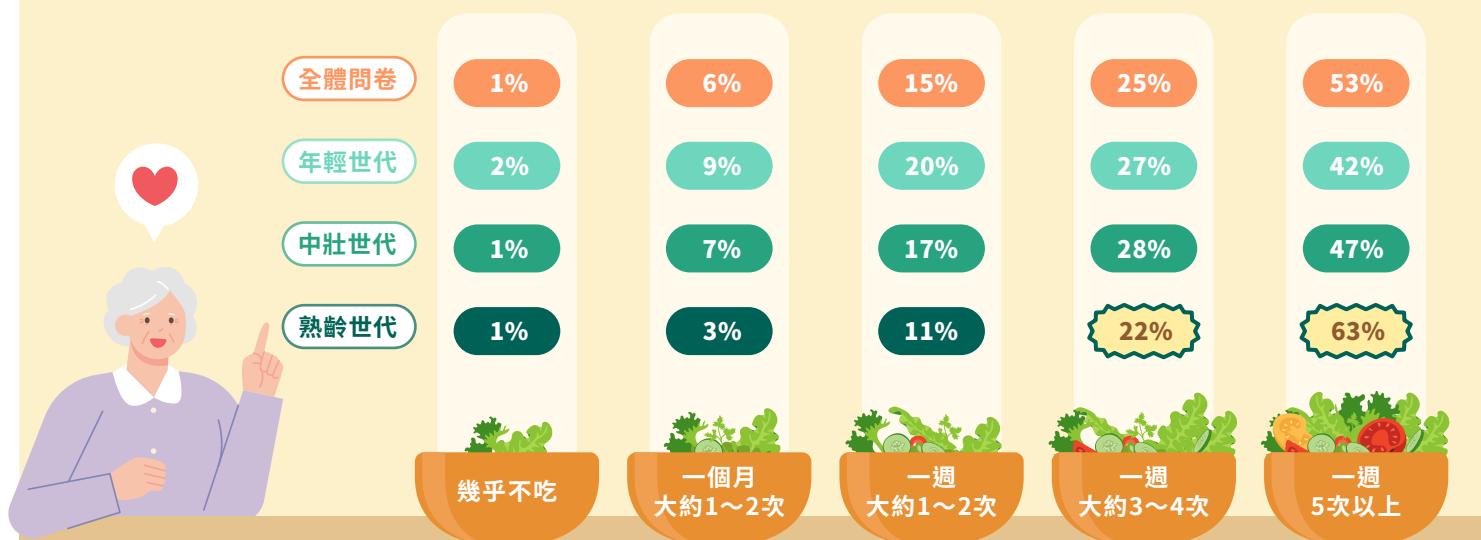
健康餐盤世代差異不大，但熟齡世代更愛吃健康食物！

各世代在蔬果、魚、堅果、橄欖油的攝取習慣差異不大。



Q.你平常吃魚、魚油、堅果、橄欖油這類的食物的頻率大概是？

熟齡世代更愛健康食物，超過8成每週都會吃3~4次以上的蔬果。



Q.你平常吃蔬菜水果的頻率大概是？

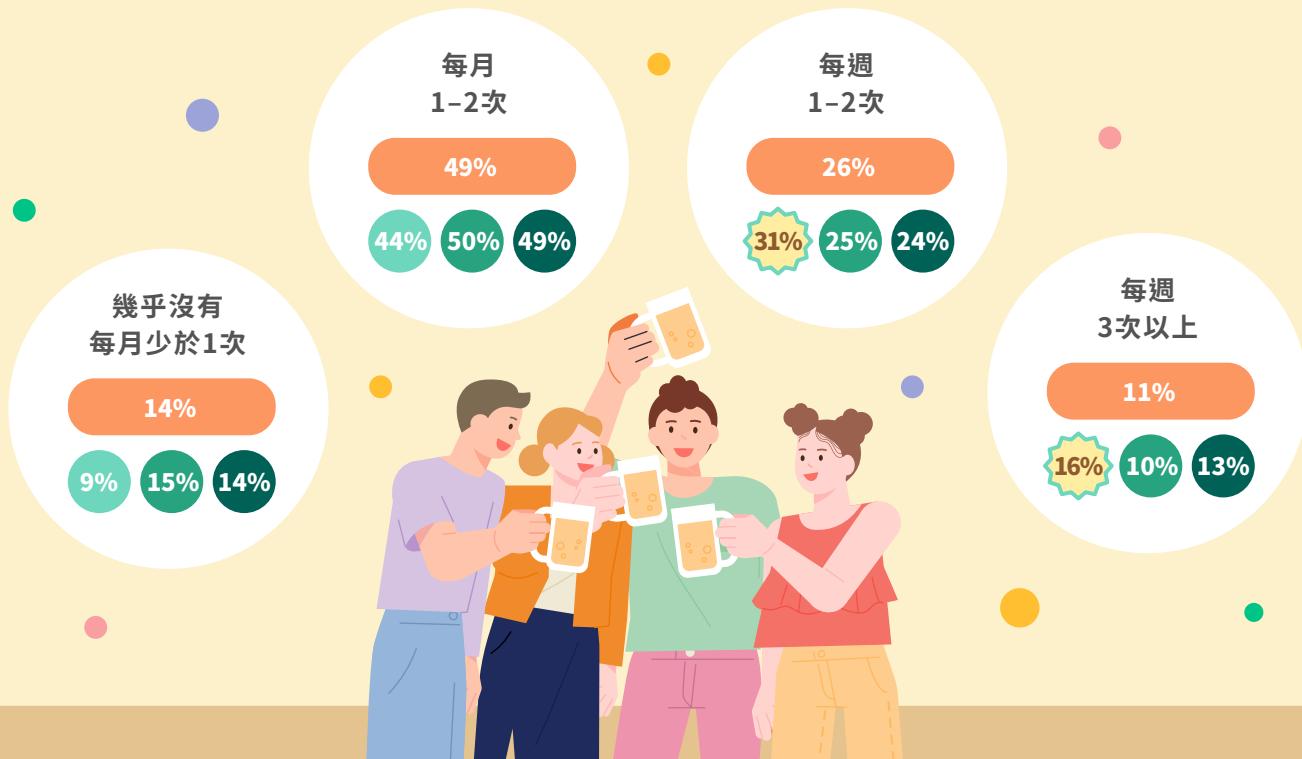
問卷大調查 生活習慣幫助存健康

社交習慣 | 聚會與聊天，你的社交力在線嗎？

全體問卷 年輕世代 中壯世代 熟齡世代

年輕人最愛社交

調查發現，47%的年輕世代每週參加社交活動1~2次以上，明顯高於中壯世代(35%)與熟齡族(37%)。社交活躍，不只是生活樂趣，也是心理健康的加分！

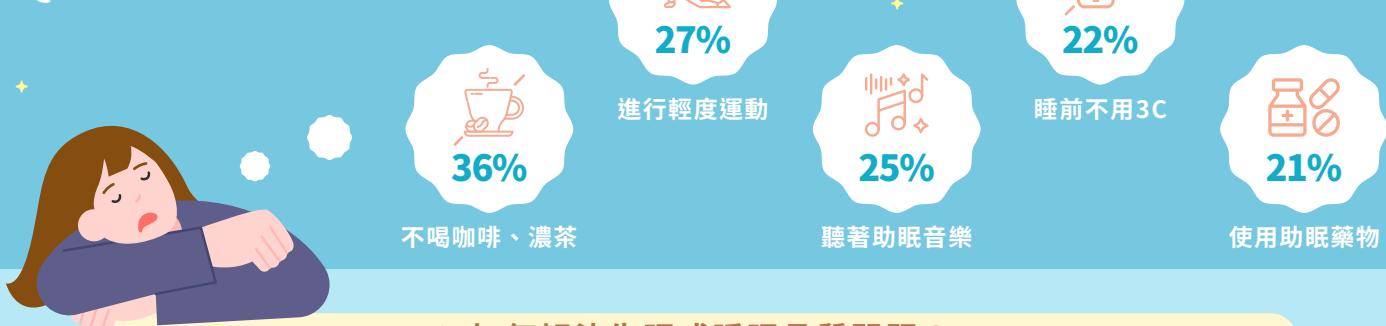


Q.你平常多久跟朋友或家人一起參加聚會或其他社交活動？

睡眠習慣 | 睡眠大揭密：咖啡、濃茶少喝，2成靠藥物助眠

調查顯示，36%國人解決失眠的方法是避開含有咖啡因的飲品，例如：咖啡及濃茶。有2成國人會使用助眠藥物幫助睡眠。

Q.如何解決？（複選）



Q.如何解決失眠或睡眠品質問題？

問卷大調查 長照帳戶儲備大作戰

照護經驗 | 家人照護經驗，你陪伴多久？

照護現實大公開

調查發現，約3成國人有照護經驗，平均照護時間1–4年，額外支出平均約為33,422元，年照護成本約為40萬元。照顧不只是時間，更是生活的一部分，及早規劃長照更安心！

照護經驗



Q.
請問你是否曾經長期照顧過失智或失能的親人或朋友？

照護時間



Q.
就你的照護經驗，最長的照護時間是多久？

每月平均支出照護成本

NT\$33,422



Q.
依你實際照護經驗，平均每月相關支出約為多少？
(包含看護、醫療、輔具、交通等費用)

面對未來可能失智風險，你想要靠哪一種保險來當後盾？



長期照顧



實支實付



重大疾病

Q.面對未來可能發生失智的風險，你願意購買哪種保險商品？

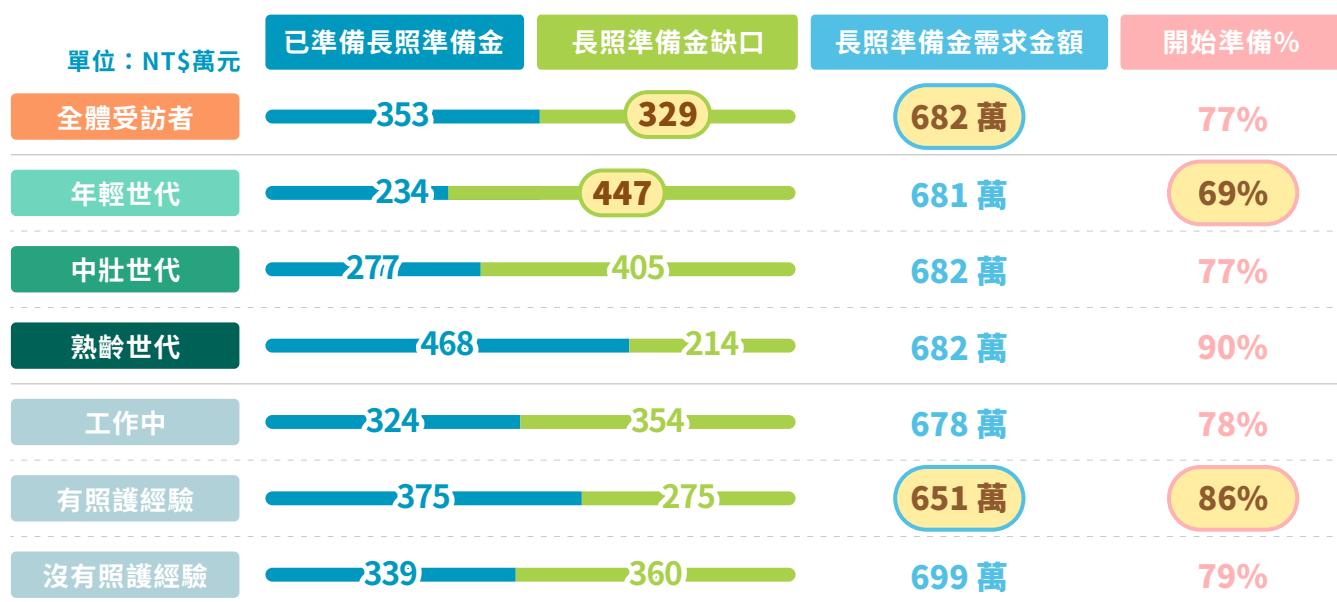
問卷大調查 長照帳戶儲備大作戰

未雨綢繆，長照準備金你準備好了嗎？

長照準備大缺口！

全體受訪者預估長照準備金需求為682萬，長照準備缺口約329萬。年輕世代甚至缺口高達447萬，超過30%的人毫無規劃。

有照護經驗的人對長照金準備更有方向！他們預估所需準備金為651萬元，比平均少30萬元，因為更了解實際支出，懂得靈活運用政府補助、保險與社區資源，並能依需求選擇合適的照護方式，因此規劃更務實。更值得肯定的是，有高達86%的有經驗者已經開始著手準備，顯示經驗能幫助他們更早行動，為未來打造更安心的長照保障。



Q. 你認為需要準備多少長期照護準備金才足夠？

Q. 針對未來的長期照護準備金，你已經做了多少準備？

長照準備金，你會怎麼安排？

調查顯示，55%國人偏好以保險商品作為長照準備工具



55%
保險商品



40%
股票/基金投資



24%
銀行定存

Q. 你如何存長照準備金，目前使用哪些方式進行財務規劃？

洞察一

最擔心疾病是癌症、失智為第二、心血管疾病為第三

調查顯示，整體最擔心的疾病依序為：癌症>失智>心血管疾病。年輕與中壯世代最擔心癌症，熟齡世代則最擔心失智。

洞察二

少運動：國人不喜歡運動又久坐，運動量遠低於衛福部建議

47%國人每週運動時間未達1小時，遠低於衛福部建議的每週150分鐘；5成國人每天平均坐超過6小時。其中，年輕世代與中壯世代情況尤為嚴重，但熟齡族群反而更積極運動，還能持之以恆！

洞察三

睡不飽：年輕人晚睡又睡少；14%國人每週有失眠日

年輕世代夜貓族比例最高，超過5成是半夜12點才就寢，習慣晚睡的人有28%平均睡5小時，形成晚睡又沒有睡足夠的生活習慣。14%國人表示每週都有失眠1次以上的現象，值得留意每5人就有1人使用助眠藥物幫助睡眠。

洞察四

吃不健康：油炸物與甜食已深植國人飲食習慣

年輕、中壯世代：超過3成每週固定來一份油炸美食，超過5成每週至少一次甜食，熟齡族則控制得宜。高熱量美食是國人的共同嗜好，但「年輕放縱、中年隨意、熟齡節制」的世代差異明顯，反映出飲食選擇背後的生活型態與健康意識差距。

洞察五

塑膠微粒：「便利世代」健康隱憂：一次性餐具、微波食品、瓶裝飲料成日常

超過6成年輕世代每週使用免洗餐具1~2次，學生族群更有逾5成每週使用1~2次以上。有4成年輕與中壯世代每週至少會飲用一次瓶裝水或寶特瓶飲料；相較之下，熟齡族的『不飲用比例』最高，達到43%。年輕與中壯世代比熟齡族更常依賴超商微波食品與塑膠容器加熱，上班族與學生更是「省時首選」。便利雖提升效率，卻潛藏健康與環境隱憂。

洞察六

失智是一場家庭的長期抗戰

約三成受訪者有照護的經驗，平均照護時間 1–4 年，年照護成本約 40 萬元。照護不只是時間投入，更是生活的一部分，提前規劃長照準備金與資源，能讓照護更安心、減輕家庭負擔。

洞察七

照護經驗讓長照準備更務實

整體長照準備缺口：全體受訪者平均需求 682 萬，缺口 329 萬；年輕世代缺口最高，達 447 萬，超過 30% 完全未規劃，有照護經驗者平均需求 651 萬，略低 30 萬，僅 14% 尚未開始準備。實際照護經驗讓人更了解成本與資源運用，推估可能善用政府補助、保險與社區資源，並依需求選擇合適方式，使長照財務規劃更務實。

洞察八

國人長照準備以保險為主要規劃工具

長照準備金規劃工具：國人偏好透過 保險（55%），其次是 基金與股票（40%），再來是銀行定存（24%）。面對失智風險：長照險成為國人首選，反映民眾對保障型工具的信任與對未來不確定性的憂慮。長照規劃不僅關乎資金累積，更關乎「保障安全感」。透過保險規劃，國人希望在照護需求發生時，減輕經濟壓力與心理負擔。

結語

調查顯示，國人普遍存在運動不足、久坐、晚睡與睡不夠等生活習慣，且油炸物與甜食等高熱量飲食已成日常，再加上高度使用一次性餐具、微波食品與瓶裝飲料，讓「塑膠微粒」成為健康隱憂。此類生活型態，不僅拉高罹患慢性疾病的風險，也可能增加未來失智的機率。

進一步觀察長照面向，照護往往不是短期任務，而是長期投入的生活責任。調查顯示，具備照護經驗者對長照準備金的估算相對務實，推估可能善用政府補助、保險及社區資源進行規劃。其中，保險是國人優先選擇的長照規劃方式，亦是「預先規劃」首選工具。

整體而言，從日常生活習慣到財務規劃，國人對健康與長照的關注正逐漸增加。**如何引導國人改善生活型態，並及早啟動務實的長照準備，將是面對失智及長照挑戰的重要關鍵。**

行動與倡議



南山人壽



健康守護圈



健康樂活

智慧醫療照護聯盟

南山人壽與工研院 首度攜手跨域合作 「構建完整的失智症防治與照護體系」

從每一天的健康選擇開始，守護你的記憶與未來

失智症的發生是漸進的，透過早期篩檢和持續健康生活是預防失智的核心要點，國際案例中，以健康生態圈提供參與者「健康積分」及「健康紅利」回饋機制，可以促進健康生活，達到預防及延緩失智的發生。



四大行動 守護記憶不迷路

構建完整的失智症防治與照護體系，從預防到照護，提供全方位支援

健康生活

預防失能失智發生

- 多元認知刺激與腦力活動
- 規律運動與體能維持
- 優化飲食與營養管理
- 強化社交互動與參與

建立失智友善環境

- 友善居民，共築理解互助社區
- 友善組織，推廣貼心服務措施
- 友善環境，營造安全便利空間

包容社會

延緩惡化

早期介入延緩惡化

- 早期發現與診斷介入
- 科技輔助認知促進與功能訓練
- 個人化運動介入與復健服務
- 醫療照護管理

完善照護資源網絡

- 24小時照顧者支持服務
- 長照資源整合
- 資訊平台與資源整合

支持扶助

國際標準範例 芬蘭FINGER計畫

多重模式介入 + 在地化調整 + 標準化協作，打造全方位認知健康解決方案

FINGER模式

- 健康生活：透過營養指導、規律運動、認知訓練、社交活動及心血管風險管理等五大面向的多重介入策略，促進健康生活型態以預防認知功能衰退。
- 延緩惡化：針對高風險但尚未有明顯記憶問題的長者進行多重模式介入，由營養師、物理治療師、心理師及護理師組成跨專業團隊提供個人化治療方案。
- 包容社會：透過社交互動課程鼓勵參與社區活動，維持人際連結減少孤立風險，同時建立支持性社交網絡強化干預效果。
- 支持扶助：建立標準化協作模式，依在地文化及需求調整，確保品質與參與者及照顧者獲得便利且持續的照護及身心需求支援。

實施策略

- 風險評估→個人化計畫→多專業團隊協作→持續監測→社區支持

世界FINGER網絡，已擴展至全球70個國家，形成World-Wide FINGER網絡，統一方
法學以促進數據整合與分析。

FINGER介入的有效性，建立可複製、可擴展的實證預防模式，為全球失智症預防工作
奠定了基礎。

資料來源[註31]

台灣仍需努力的地方



健康生活

預防失能失智方面，啟動時間早但仍以治療為主，應持續推動多元預防策略，
加強民眾識別疾病與改善生活型態的宣導，逐步提升環境友善支持。



延緩惡化

政府應積極推廣早期篩檢與診斷服務，以利早期介入，並應逐步擴充失智症照
護專業人力與長照資源，縮小城鄉差距，均衡專業治療資源。



包容社會

持續推動失智友善環境，逐步增加社區支持與社會參與機會，在機構照護之外，
發展更多居家與社區支持網絡，強化在地安養。



支持扶助

隨著失智共同照護中心與社區據點擴展，服務覆蓋率逐步提升，未來將持續加
強跨領域合作與家屬支持系統，減輕照顧壓力，促進全人照護。

南山人壽三大行動 為記憶加一道防線



健康倡議

每日為自己及家人存健康

每日為自己及家人存一點健康，就像存款一樣，透過均衡飲食、規律運動、定期檢查與心理關懷，日積月累，守護全人健康，為幸福生活打造最堅實的保障。



風險保障

建構更穩固的財務防護網

南山人壽長期重視國人的照顧需求，提供各類型完整商品線，為客戶進行全方位的思考，保障您和家人的未來生活。



服務導航

提供全新失智服務導航

南山人壽推出全新失智服務導航，從預防到照護一次到位，結合認知訓練、健康檢測與居家支持，協助國人安心面對失智挑戰，不再心慌。

南山人壽健康倡議

每日為自己及生活存健康

累積「個人與生活帳戶」 倡議健康生活方式，往前促進健康、提早預防疾病



規律運動



充足睡眠



健康飲食



維持社交



注意病徵



長壽風險挑戰：不只要有穩定金流，更要提前因應失智與長照風險



長壽風險

平均餘命提升，少子化+高齡化，「活得久」變成常態。
但活得越久，未來的不確定性更高。



穩定金流

- 退休時間延長：**退休生活已從15年延長至20年甚至更久，若缺乏穩定金流，生活品質將逐年下滑。
- 通膨侵蝕購買力：**物價持續上升，今日的1元，隨時間可能逐漸縮水；若不提前規劃，資金恐難支撐長期生活。

商品補足

還本險

保障還本二合一

還本商品



失智、長照風險

- 失智/長照需求攀升：**高齡化社會中，失智症與長期照護需求持續增加，費用往往遠高於日常開銷。
- 牙齒：**缺牙不補，失智風險上升，每少一顆牙都可能增加腦部退化的隱憂。
- 家庭財務壓力：**若缺乏完善保障，照護家人的責任將成為沉重的財務、心理負擔。

長照商品



商品補足

長照險

失智險

牙齒險(洗牙外溢機制)

唯有及早規劃，才能讓退休生活穩健無虞，並確保更優雅的照顧品質。
南山人壽提供完整商品線，提供保戶安心迎戰超高齡社會！

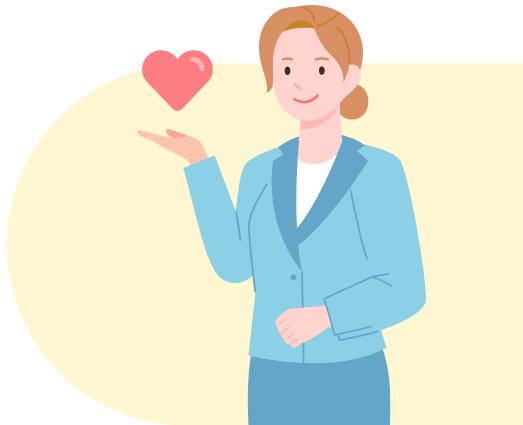


預防延緩

健康期、失智症早期

幫助國人對抗及預防失智症

南山人壽積極守護國人腦部健康，協助對抗並預防失智症。我們提供多元支持，包括提升專注與記憶力的認知訓練、定期健康量測以掌握身體狀態，透過「運動益腦」促進腦部活化。結合精準健康服務，提供個人化預防建議，並搭配聽力、睡眠檢測，及蛋白質與膳食纖維等營養管理，全方位關注失智風險因子，幫助民眾從日常生活守護記憶與思維，邁向健康無憂的生活。



專業照顧

失智症中晚期

幫助國人面對照顧失智症患者不再心慌

南山人壽致力於協助國人面對失智症照護挑戰，減輕家屬的心慌與无助。我們提供全方位支持，包括貼心的照顧陪伴、專業輔具支持與到宅服務，協助患者在日常生活中保持安全與尊嚴；透過居家改造與居家照護，營造安心、便利的生活環境；並結合親善飲食，守護患者的營養與健康。南山人壽以整合資源的方式，陪伴家庭共同面對失智挑戰，讓愛與關懷更具力量。



失智服務導航

健康守護圈合作夥伴攜手打造「失智服務導航」，從健康期到失智症早期與中晚期，提供全方位支持，協助民眾獲得更完整與貼心的照護。

健康期

基因檢測



了解自己是否帶有失智症基因，提早預防。

運動益腦



Welltivity

居家動起來，預防失智，守護腦健康！

健康量測



量測血氧、血糖等指標，關注身體健康。



量測五種生理數值，幫您顧健康。

聽力 睡眠



科林睡得美
科林助聽器
聽力、睡眠檢測預防失智。

認知訓練



以益智健腦遊戲訓練長輩協助一同對抗失智。

失智友善



幫助迷路的長輩找到回家的路。

營養加分



提供長輩所需的蛋白質與膳食纖維，全面守護健康。

失智症早期

照護陪伴



教導照顧者如何照顧失智家人，面對照顧不再心慌。

繼續導航

失智服務導航

失智症中晚期

居家
照護



媒合專業照顧員，居
家照護長輩，陪伴好
安心。

親善
飲食



銀髮友善飲食以軟質設
計貼合長者需求，均衡
營養輕鬆攝取。

居家
改善



到府評估、提供試機，
依長輩需求選擇購買或
租賃輔具。

輔具
到宅



一站式居家無障礙改善
服務，幫助長輩舒適自
在生活。

輔具
支持



一站找齊照護長輩所
需的輔具。

健康守護圈之加值服務或合作廠商提供之產品、服務或優惠訊息等，均非屬保險契約權利義務之一部分。本公司與合作廠商間無代理或類似關係，合作廠商提供之產品、服務或優惠訊息，係由合作廠商各自提供及負責。

守護健康從現在開始

南山人壽倡議 每日存五大帳戶

國人面臨超高齡社會及平均餘命延長，必須及早準備，培養良好生活習慣，南山人壽2025年提出五大健康帳戶的每日存健康行動，首年倡議即「守護記憶—預防失智症」，希望讓國人延長健康餘命，一起健康迎向百歲人生。

建構 生活健康帳戶

建構健康生活守護圈，延伸對客戶相關的健康服務。

推動 企業健康帳戶

以南山人壽出發，以揪團（MGM）方式，號召更多企業關心員工健康、響應健康倡議。

共存 社會健康帳戶

公益活動等方式，深入社會每個角落，消弭健康不平。

累積 個人健康帳戶

倡議健康生活方式，往前促進健康、提早預防疾病。

守護 環境健康帳戶

持續淨灘、落實ESG及參與COP等活動，減少海洋塑化粒子及污染，延緩全球氣溫升高趨勢，留住健康的地球。



永續健康領航者



健康守護圈



永續健康白皮書



南山員工暖心關懷故事



南山人壽健康守護圈2025年「守護記憶」行動，除了透過問卷溯源，希望找出失智症的危險因子，倡議提早預防、及早發現與盡早治療外，亦關心內部員工，推出「內勤員工暖心關懷服務」，對需要的員工提供相關支援與關懷，同時啟動內部「失智照護者傾聽行動」，許多南山內勤夥伴主動報名，盼藉由說出自身的照護經歷，讓社會大眾能更重視高齡失智問題。

藉由傾聽員工的心聲，我們發現：

- 一** 高齡失智常被誤認為「年紀大造成記憶力衰退」、「老了脾氣變差」等，錯失早期發現、早期治療，延緩失智進程的契機。
- 二** 高齡失智案例中，常見曾摔倒撞擊頭部或頭部有創傷；喪偶、親友離世，心情重大起伏；生活環境重大變化，搬離長久居住地或移居他鄉；獨居，缺乏社交等。
- 三** 高齡失智後出現多種態樣，有譖妄、疑神疑鬼、恐慌、憂鬱、喜愛話當年但不記得現狀，初期生活能力都正常，因此常被子女忽略病徵。
- 四** 仍有行為能力的高齡失智，可能被詐騙、走失、不停申辦證件或報警等，有些無病識感，不願就醫，常令照護者身心俱疲，家庭關係易緊張。
- 五** 許多家庭對高齡失智認識不足，易措手不及。
- 六** 有照護經驗者深覺長照基金的重要性，但往往已近中年，認為難累積足夠金額。

小伍的故事

失智親友：媽媽與姐姐

親友失智年齡：都約70多歲開始有徵兆

主要照護者：小伍



當失智者照顧失智者 雙重壓力瞬間降臨

小伍媽媽應該早就失智了，但因只有未婚的長姐與其同住，負責帶媽媽去看醫生，事後回想媽媽可能在70多歲時已有失智徵兆。2025年2月農曆過年時，小伍媽媽突發急性腎衰竭，一度發出病危通知，身為老公的小伍協助姐姐到醫院照護時，發現姐姐很多事情無法理解、也跟不上大家的步調，媽媽與姐姐過去都在某醫院就診，這次媽媽病危入院，醫院才跟小伍講，姐姐常帶媽媽來看病，拿了藥，轉頭又忘記，又再掛號看診，同時兩人的健保卡、身份證也不停遺失補辦，醫院告訴小伍，姐姐可能也有狀況。

媽媽後來康復出院，開始出現恐慌，說有人盜領她帳戶裡的5,000元，堅持要報警，讓小伍費盡唇舌解釋其實是媽媽自己領走的；出院不到二個月，6月左右，小伍媽媽再度因肌少症與小腦萎縮，摔倒造成腦部大出血送進加護病房，一直與媽媽相依為命的小伍姐姐頓失依靠，情況亦急轉直下，出現許多異常行為，且完全無法溝通。

小伍姐姐會開車到賣場停好車，轉頭回家，就報警說車被偷了；不願意承認媽媽已住院，每天買一堆食物塞滿冰箱，但自己又不會烹飪，任食物腐壞；出門總是忘了帶鑰匙，每每站在門外，要請鎖匠來開鎖；不管醫院規定的探病時間，隨時跑到醫院，想見媽媽；小伍姐姐會出現斷片式的失智，如去醫院看媽媽，下樓買個飲料，就忘了自己該去哪裡，還好護理人員多認識小伍姐姐，替她指路。

後來檢查發現，小伍姐姐長了腦瘤，壓迫到記憶區，造成罕見的非典型失智，但在進行失智檢測時，沒有病識感的小伍姐姐硬是答出了漂亮的分數，不符合長照的標準。

小伍姐姐不願就醫、不承認自己生病，不向妹妹求助，加上不符合長照資格，無法請外籍看護，小伍只能一遍遍用簡單的指令，告訴姐姐出門一定要背好小背包，裡面備好錢包、鑰匙，不要再亂買食材回家，對於活動力仍強的姐姐，小伍不斷在社福申請制度中碰壁，覺得疲於奔命，有深深的無力感。

本文續下頁



真情守護 照顧者的真實心聲

小伍的故事

失智親友：媽媽與姐姐

親友失智年齡：都約70多歲開始有徵兆

主要照護者：小伍



已過世的小伍爸爸其實也失智，因具有榮民身份，60多歲住進榮民安養中心後失智，再轉到榮民失智照護安養院，直到80多歲離世，都被國家照顧得很好，雖失智10多年，但未造成小伍家人的負擔。

小伍媽媽的失智，家人原以為是衰老，也沒有造成太大負擔，但姐姐才74歲，退休前是簡單文職，收入不高，沒有買任何保險，現在小伍最擔心姐姐在神智不清下，積蓄若再被詐騙，就雪上加霜；腦瘤在不治療的情況下，可能會繼續擴大，壓迫到視神經或影響行動能力，屆時只能將姐姐送到安養中心。

小伍媽媽從年初腎衰竭到跌倒二度住院，已花費20~30萬元，未來要再照顧姐姐，二人可能一個月就20萬元，小伍說自己買了醫療險、年金、儲蓄險，也告訴兒子未來若媽媽失智，就送到已選好的安養院，「現在只能走一步算一步」，她還有能力照護媽媽及姐姐，已算相對幸運。

故事一覽表

故事主角	失智家人	失智年齡	現狀	主要照護者	發現失智徵兆	家人推論失智原因	親人失智後的警惕
小伍	媽媽	約70多歲 有徵兆	95歲 健在	小伍	說有人盜領帳戶裡的錢，但其實是自己領出來的	年紀大的衰老型失智	不斷訓練自己邏輯記憶與相信兒子；有保單與儲蓄，替自己選好安養院
小伍	姐姐	約70歲	74歲 健在	小伍	醫院告知有異，經常重複看診，不斷重辦證件	腦瘤，壓迫到記憶區	



小雅的故事

失智親友:奶奶與爸爸
親友失智年齡:都約70歲左右
主要照護者:媽媽與小雅

奶奶與父親都失智 擔心自己是下一個

小雅曾經歷過二位失智家人，包含奶奶與爸爸。奶奶與爺爺住在鄉下三合院，日常作息及飲食都算健康，但缺乏社交活動，在奶奶發現失智前幾個月，大兒子、也就是小雅大伯因腦瘤開刀，說是小手術，但進手術房後就再也沒出來，兒子驟然離世，成為奶奶心中的創傷，沒有人跟她聊聊，紓解她心中的壓力或修復她的心靈。直到奶奶75歲那年，家人發現奶奶將抹布丟進鍋子裡煮、亂穿衣服及大小便失禁，察覺到時已是重度失智。

小雅奶奶生有二子、二女，小雅大伯已過世，但傳統家庭仍協商由大伯母跟媽媽兩位媳婦輪流照顧，大伯母在照顧一個月後，就將奶奶丟到小雅家，說自己已沒有了老公，不再參與照顧，二位姑姑則認為照顧奶奶是兒子與媳婦的責任，所以將所有重擔壓在小雅媽媽、也就是二媳婦一人身上。

小雅奶奶失智後會將排泄物塗在家裡的牆上、地板上，每每都讓媽媽崩潰，也因此常與小雅爸爸吵架，在照顧二年多後，決定將奶奶送到安養中心，一個月約2萬元，住在四人房內，當時奶奶已不會說話，也不願意吃飯，都用灌食的方式，久而久之就忘記了咀嚼的能力，到最後是身體逐漸衰退，但從奶奶失智到離世，約十年中有七至八年是在安養中心度過。

小雅爸爸退休約五年，生活上飲食重油重鹹、又不運動，患糖尿病又不節制飲食，導致需要洗腎，即便如此，在記憶力或應對上一直沒有異狀，平時也沒有什麼社交活動，直到2021年新冠疫情時，小雅爸爸因糖尿病要進行手指截肢手術，住院時確診新冠肺炎必須待在隔離病房，又是洗腎病人，一隔離就是一個多月，只有一個人在病房裡，隔離完後就出現亂認人情況，將小雅媽媽認成奶奶，時空也錯亂，不知道自己身處何方。

小雅說，爸爸確診失智時約是71歲，他是個傳統的大男人，不願請外傭，也不想被送到安養中心，因此要求小雅媽媽照顧，後來爸爸膝蓋以下截肢，大部分時間臥床，除每周三次外出洗腎，

本文續下頁



真情守護 照顧者的真實心聲



小雅的故事

失智親友：奶奶與爸爸
親友失智年齡：都約70歲左右
主要照護者：媽媽與小雅

其餘時間幾乎足不出戶，儘管無法行走躺在床上，但小雅爸爸失智後會亂抓傷口，後期媽媽只好將爸爸的手用衣服綁起來。因小雅爸爸身體本就不健康，失智約四年左右就離世了。

接連照護兩位失智家人，小雅媽媽幾乎情緒崩潰，有時甚至說出「生了三個小孩都沒有用！」這樣的話。小雅說，奶奶跟爸爸沒有保單，都是靠家中經濟支撐，「失智的人什麼都不記得，並不痛苦，痛苦的是照護者。」小雅自己也很擔心失智會遺傳，且發生年紀會提早，因此作了失智基因檢測，還好目前沒發現危險因子，小雅也常常督促自己，一定要有健康的飲食、持續運動，同時想存夠1,000萬元的長照費用，不想成為小孩的負擔。

故事一覽表

故事主角	失智家人	失智年齡	現狀	主要照護者	發現失智徵兆	家人推論失智原因	親人失智後的警惕
小雅	奶奶	約75歲	約85歲辭世	媽媽	將抹布丟進鍋子裡煮、亂穿衣服及大小便失禁	大兒子驟逝打擊	提早作失智基因檢測，督促自己維持健康飲食、持續運動
	爸爸	約71歲	約75歲辭世	媽媽與小雅	亂認人、時空錯亂	飲食重油重鹹、不運動，患糖尿病與需洗腎	

小潔的故事

失智親友：爺爺

親友失智年齡：約80歲時

主要照護者：小潔與兄弟姊妹



健康自律的軍人爺爺 遭詐騙卻說不清

小潔的爺爺是一位退伍軍人，60歲時與小潔奶奶和平離婚後便獨居，但與家人的關係依然緊密，每到寒暑假，小潔都會到爺爺家，體驗獨特的軍隊式生活。

小潔回憶，爺爺退役後依舊過著高度自律的生活，每天清晨到公園做100下伏地挺身，年過7旬仍能與孫輩打籃球，爺爺堅持「活到老學到老」，每天看英文報紙與雜誌自學英文，還會寫書法，將自己晚年生活過得非常充實。雖然一個人住，但爺爺仍跟家人維持互動，也有一群「公園老友」一起運動聊天，身形精壯且定期健檢。

但在爺爺76歲左右，一向機靈的他卻遭到詐騙，帳戶被清空兩次、損失數十萬元，但相關細節卻說不清楚，也不認為自己被騙，讓小潔與家人驚覺爺爺可能有失智的傾向。

家人將爺爺送到社區老人安養中心，初期被診斷是譖妄症，思緒混亂、時空混淆，會罵室友、形容根本未發生的事，爺爺83歲左右跌倒，情況急速惡化，從只是叫錯孫子名字，到連自己孩子都弄不清，失智程度越來越嚴重，小潔爸爸只好將爺爺帶回家照顧，但卻發現一向嚴謹的爺爺跟過去大不同，明明幫他準備好專屬的個人衛生用品，但爺爺卻看到什麼就用什麼，亂用家人的毛巾、杯子，及會與家人吵架等。

家人無法照顧，只好安排爺爺到專業養護中心，但爺爺失智症狀日益嚴重，開始認不出家人，會將孫女誤認為是女兒。最讓小潔心疼的是，因爺爺受傷及需要包尿布，但又常忘記，會去扯傷口及撕破尿布，養護中心只好將爺爺的手腳綁住，「我想失智這件事，爺爺自己應該是最不能接受的，喪失生活尊嚴。」小潔說。

爺爺在養護中心約六年，90歲左右在睡夢中安詳離世。小潔爸爸經過爺爺長照的衝擊後，曾跟小潔說，希望自己退休後就歸隱山中，不要接受過度醫療、也不願像爺爺一樣手腳被綁住，不想給子女帶來壓力。

本文續下頁



小潔的故事

失智親友：爺爺

親友失智年齡：約80歲時

主要照護者：小潔與兄弟姊妹



近期，84歲的小潔奶奶也開始出現輕微記憶力衰退，常一件事會詢問多次，也因疾病、跌倒等狀況頻繁進出醫院急診室，並需要坐輪椅、請外籍看護，小潔與兩位弟弟假日也要輪班照顧，好險南山人壽提供員工暖心關懷服務「愛長照」，協助小潔申請政府的長照補助，提供專業的照護建議，像如何處理臥床引起的皮膚問題、該買哪些輔具及居家改造，建議安排物理治療師與營養師到家中協助奶奶復能等，「對沒有照護經驗的人來說，真的幫助很大。」小潔說。

走過爺爺的失智照護經歷，小潔已為自己投保長照險，她看見家中長輩們（包括外公、外婆與爺爺、奶奶）都經歷了不健康且需照護的晚年。小潔推估，如果要不給子女造成負擔，一個月至少需要5萬元，十年下來便是600萬元，這筆龐大的費用對還是年輕人的小潔來說是超乎想像。

故事一覽表

故事主角	失智家人	失智年齡	現狀	主要照護者	發現失智徵兆	家人推論失智原因	親人失智後的警惕
小潔	爺爺	76	91歲辭世	爸爸 小潔	遭遇詐騙卻難描述細節； 謔妄症狀，罵人、說未發生的事	不明原因， 健康、有健檢，學習能力佳，獨居但有朋友	不健康時間比想像長太多；多陪伴奶奶、拍家庭合照、買長照險



阿葉的故事

失智親友：媽媽

親友失智年齡：約70歲時

主要照護者：阿葉與太太

總說東西被偷 10年後才知媽媽是失智

約在媽媽70歲左右，阿葉發現她有些不正常，當時父親也約70歲，兩人同住，但父親有慢性阻塞性支氣管炎，可能會一時喘不上氣，所以聘請外籍看護，阿葉回憶當時媽媽常說外佣偷家裡的銅板、偷她的衣服，阿葉及姐姐因都未住在家裡，當時相信外佣可能有偷竊行為。

不久後，父親離世，外佣也離開，這時媽媽開始指控住在附近的阿葉太太，也就是媳婦偷她的衣服，阿葉每晚都會回媽媽家吃晚餐，就聽媽媽抱怨珍愛的衣服不見，被媳婦拿走了，嚴重時，媽媽甚至會氣沖沖的衝到走路約10分鐘的阿葉家，狂按電鈴，要衝進家裡找衣服。

阿葉說，那時才開始覺得媽媽可能生病了，但並沒有往失智方向去想，只覺得媽媽可能出現「被迫害妄想症」，加上媽媽非常不喜歡看醫生，遲遲未就醫，只是協助媽媽不斷找東西，後來連沙拉油、橄欖油、香菇等食材都一天到晚不見，其實是被媽媽自己藏起來又忘記，媽媽卻懷疑是被偷走。

接著媽媽又指控鄰居追求她被拒後，每天狂按她家電鈴，媽媽甚至找了水電工，設置電鈴斷電裝置，接著是覺得三樓鄰居會偷偷進入她家，三天兩頭換大門鎖，有回颱風將鐵片吹落一樓屋頂，家在二樓的阿葉媽媽就覺得是某人刻意丟鐵片在她家前面，開始大聲咒罵，直到聲音沙啞。

鄰居不堪其擾，投訴里長，最後里長與阿葉商量，請醫生到家裡看診，這才確診媽媽應該是罹患阿茲海默症，當時媽媽已80歲左右，離初期症狀出現已過去約10年。

阿葉媽媽身體一向不錯，也沒有三高問題，阿葉回顧媽媽失智的可能原因，一是媽媽自己刷油漆時，從樓梯上不慎摔落，撞到頭，甚至短暫昏迷，但清醒後自行回家，未曾就醫；二是遭遇喪偶傷痛後，一個人獨居；三可能有遺傳基因，因外公也曾患阿茲海默症。

本文續下頁



真情守護 照顧者的真實心聲



阿葉的故事

失智親友：媽媽

親友失智年齡：約70歲時

主要照護者：阿葉與太太

醫生診斷後，阿葉媽媽開始服藥控制病情，控制易怒的情緒，但人也變得有些遲緩，再十年過去，阿葉媽媽已90歲，仍能記得自己的小孩、親人，但近期的事情容易忘掉，常剛說完的事，轉頭就忘，只要看見電器運轉，就會堅持將電源關掉，常讓正在煮水或洗碗的阿葉無法繼續作業。

原本媽媽還每天煮飯給阿葉吃，後來也逐漸喪失煮飯能力，牙齒不好，只能吃流質食物，但至今仍耳聰目明，會自己走出去買想吃的餐食。

由於情況並不嚴重，媽媽並沒有造成阿葉太大的經濟負擔，但阿葉仍是為自己安排年金險等、持續訓練自己的記憶力，同時也積極學3C、電子支付等新事物，飲食儘可能簡單、健康，且開始減重，五年級後段班的阿葉開始省吃儉用，希望能存夠1,000~2,000萬元的健康基金，退休時能有3,000萬元，不要造成子女的負擔。

故事一覽表

故事主角	失智家人	失智年齡	現狀	主要照護者	發現失智徵兆	家人推論失智原因	親人失智後的警惕
阿葉	媽媽	約70歲	90歲 健在	阿葉	指控外傭與媳婦偷東西	曾摔下樓、 喪偶之痛、 遺傳	投保年金險、 省吃儉用、持 續學新事物、 強化記憶力

小恩的故事

失智親友:外婆

親友失智年齡:89歲左右

主要照護者:父母與小恩



逃出抗戰的女強人外婆 一夕間成無助孩子

經歷過對日抗戰、南京大屠殺的小恩外婆，17歲到台灣、30多歲舉家移民美國，之後又遭遇異國失婚、自己獨力扶養四名子女，小恩小時候每年寒暑假都會去美國拜訪外婆，印象中，外婆一直是獨立、優雅、處事嚴謹、但對孫子卻極大方的美好存在，沒想到一場失智，辛苦的照護過程，似乎讓那些美好逐漸淡去。

外婆原本與二婚的外公同住美國高齡社區，89歲時因外公過世、一人獨居，加上美國醫療成本昂貴，小恩媽媽就決定將高齡的小恩外婆接回台灣照顧，剛回台時，外婆仍常提起70多年前在大陸的生活、與抗戰的記憶，但對近期發生的事卻不太記得，一開始白天就送外婆去日照中心，晚上回家。二年後，小恩外婆開始明顯認錯人，忘記自己已身在台灣，總覺得是在美國，再過二年，大約93歲左右，外婆開始逐漸失去行動能力，雙眼看不太清楚、耳力也不佳。

小恩外婆在2025年4月左右離世，失智照護時間大約七年，後期外婆如同小孩般，吃飯不知道飽、常搞得餐桌一團亂，因為喉嚨不舒服，就會隨地吐痰，排泄物可能弄到滿床或滿屋子，小恩說：「很難想像外婆以前是個有潔癖的人，失智後必須有人一直看著她。」

照護外婆的期間，小恩一家人無法出遠門，晚上7點前一定要回家，因為看護只能撐到傍晚。外婆會亂抓、拆掉身上的尿布，後期睡覺時手腳必須綁上束縛帶，才不會出現一團混亂的情況，且不能讓外婆一人在家，除了擔心老人家跌倒，更曾發生外婆將自己反鎖在家中，必須緊急找鎖匠來開門，雖然照護過程心很累，但小恩說：「並不會對外婆生氣，因為到後來，覺得外婆很可憐。」

小恩爸爸在美國94歲的媽媽、也就是小恩的奶奶，這一、二年也開始出現失智徵兆，情緒起伏很大，會大叫沒人關心她，卻又不讓人攬扶。

本文續下頁



小恩的故事

失智親友:外婆

親友失智年齡:89歲左右

主要照護者:父母與小恩



從小，小恩全家寒暑假都會一起出國玩，讓小恩覺得很幸福，但照護外婆的七年中，一家四口再也沒有一起出過國，今年因為護送外婆回美國與外公合葬，才又一同出國，似乎已重新回到正常的生活。

小恩的爸爸及媽媽都已60多歲、從教職退休後，一直很認真運動、並注意飲食健康，由於兩人退休前已累積儲蓄及投資，在經濟上較無顧慮，也未因為自己媽媽失智，就擔心未來也可能會失智被送去安養中心，爸媽甚至跟小恩與妹妹交待，未來如果沒有空來看望也沒關係。

小恩家幾乎沒有保單，因為覺得生活中若沒有出現「萬一的狀況」，保費就白繳了，但還年輕的小恩看見外婆與奶奶的情況後，已開始每個月預留1萬多元，用來繳交醫療險與長照險的保費，希望為未來儲存醫療照護基金。

「我希望給下一代足夠的保障，也希望累積一定的經濟基礎，像爸媽一樣能帶小孩出國玩」，小恩表示，說出外婆的故事，是希望讓更多人注意到失智問題，能有更多人關心失智長者，也讓外婆失智的案例對社會有一些幫助。

故事一覽表

故事主角	失智家人	失智年齡	現狀	主要照護者	發現失智徵兆	家人推論失智原因	親人失智後的警惕
小恩	外婆	約89歲左右	96歲辭世	父母與小恩	記得以前的事卻忘記近期的事、開始認錯家人	喪偶後獨居	說出故事，讓社會重視高齡者失智問題，自己逐步增加長照與醫療險



小青的故事

失智親友:外婆

親友失智年齡:約60歲出頭有徵兆

主要照護者:父母與小青

不忍晚年孤單在異鄉 帶失智外婆回台灣

小青住在南投的外婆，原本超有活力，自己養雞鴨、種菜，可一手操辦出一大桌菜，還會自己作菜頭粿等，但外公在60歲左右中風、70歲離世，當時外婆才60歲出頭，就自己一人獨居，雖然住在彰化的長女、也就是小青媽媽常回家探望，但也發現外婆開始不愛開燈、瞎燈黑火中一個人獨坐在客廳裡發呆，變得不愛活動。

從外公過世後，外婆開始經常說東西不見，例如戒指、手鍊，懷疑被人偷了，有時會突然發脾氣，附近日照中心每天開車來接外婆，與其他老人家一起活動，但因為外婆唯一的兒子在越南工作，同時越南照護人力便宜，一個月大約新台幣8,000元，外婆決定去越南投靠兒子，這一去就是十年。

去越南後，小青媽媽一年會去越南六次，看望曾中風過的母親，同時送藥過去，發現外婆越來越不走路，也因為人生地不熟，開始越來越不講話，二、三年前小青媽媽決定接外婆回台灣，當時外婆另外二位女兒都反對，認為沒有人力可照護，但小青媽媽仍是堅持不想讓自己的母親晚年仍在異鄉生活。

外婆後來就住進大女兒家，為此，小青媽媽還進行居家改造，一樓擴展出孝親房，廁所也改成輪椅可進出、沐浴，地板要止滑等。

研究所畢業的小青剛好有一年休息期間，就在彰化家裡協助照顧外婆，親眼見證外婆由可以自行上廁所，到來不及、失禁及要包尿布，後來外婆覺得太熱一直要扯掉尿布，就改為每二小時一定要叫外婆上廁所，後來小青到台北工作後，小青媽媽一人照護壓力太大，才將外婆送到附近的24小時照護中心，入住四人房，加上政府補助，一個月大約支付2.8萬元，小青媽媽也可隨時去看望。

本文續下頁





小青的故事

失智親友:外婆

親友失智年齡:約60歲出頭有徵兆

主要照護者:父母與小青

外婆現在大約73歲，表達能力只剩下哭，一年前時還認得外孫女小青，現在只認得大女兒及兒子，另外二個小女兒則常搞混。

在外婆60歲出現異狀時，家人只覺得是退化，直到外婆不記得人，才驚覺已失智；外公與外婆都曾中風，外婆後來又失智，晚年不健康的時間都有十年、甚至更長，子女們也都擔心自己未來也可能中風或失智，小青希望爸媽多運動、多社交，小青媽媽則是開始想改造透天厝，加裝升降梯，希望未來能在家安養。

爸爸在小青學生時期就替她投保長照險，小青說未來將靠自己逐步補足醫療、癌症、實支實付等，同時也要多運動。

故事一覽表

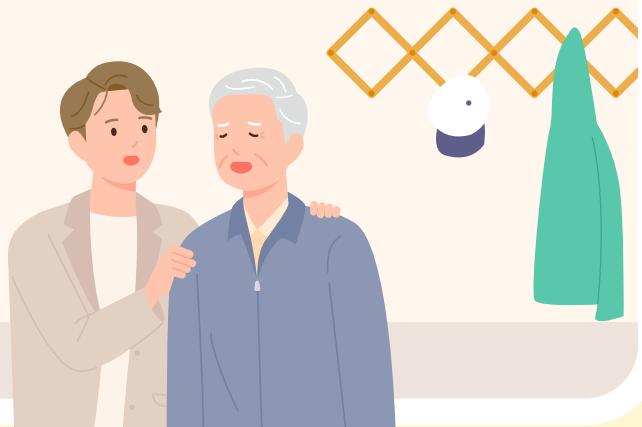
故事主角	失智家人	失智年齡	現狀	主要照護者	發現失智徵兆	家人推論失智原因	親人失智後的警惕
小青	外婆	60歲出頭有徵兆	73歲健在	父母與小青	開始不愛開燈、不愛動，經常說東西不見並亂發脾氣	糖尿病曾中風、喪偶獨居、在異鄉鮮少社交	晚年不健康恐長達十年。逐步補強健康險等

阿忠的故事

失智親友:爺爺

親友失智年齡:72歲左右

主要照護者:父母與阿忠



摯友離世打擊 爺爺半年內迅速失智

「我認為爺爺算是不難照顧的人。」阿忠回憶爺爺過去是宜蘭一名普通工人，與奶奶同住，在70歲前身體都很健康、生活作息規律，還會自己騎機車參加宗教聚會、與兄弟朋友泡茶聊天，社交生活算充實。但約在爺爺72歲時，騎機車出門卻忘記回家的路，這事件讓家人開始發現爺爺可能罹患失智症。

阿忠與家人察覺，爺爺偶爾會忘記一些小事情，如東西放哪、叫錯孫輩名字，一開始只當作是年紀大，然而有一天，爺爺一位非常要好的朋友因車禍意外過世，這朋友每天都會找爺爺泡茶聊天，成為爺爺生活中一個重要習慣。他的驟逝，對爺爺來說是沉重的打擊，感到人生失去重心，後來半年內爺爺的認知能力就嚴重退化，確診阿茲海默症，幾乎完全認不出人，唯一記得的，只剩下阿忠爸爸，連阿忠這位長孫都忘了。

一開始阿忠家人曾考慮送爺爺去安養院，但有養兒防老觀念的奶奶堅決反對，認為就應該由子女照顧，父母老了就應該要開始「享福」。後來，爺奶兩人開始長達三年的「巡迴式」居家照顧，三年期間奶奶帶著爺爺和一位外籍看護，每個月輪流到三個兒子家居住。

爺爺雖罹患阿茲海默症，但並沒有其他疾病，也可以行走，但會忘記去上廁所、會隨地小便，阿忠家人不得不開始讓爺爺穿尿布，但這對爺爺來說，卻是巨大的尊嚴挑戰，非常抗拒，不斷扯下尿布，後來家人們只能幫爺爺穿不易脫下的褲型紙尿布。

儘管如此，阿忠認為，相較其他阿茲海默症患者，爺爺發病後脾氣算很溫和，情緒波動不大，不會亂跑、亂動物品，也沒有暴力傾向，身體狀況也一直都很好，可自行行走、吃喝無礙，家人們慶幸，爺爺其實並不難照顧。

後來奶奶因不慎跌倒、中風，導致幾乎癱瘓在床，家人只好將爺爺與奶奶都送到安養中心，奶奶意識清晰，無法接受自己癱瘓的事實，不願讓看護協助，還是不斷要求兒子來照顧。

本文續下頁

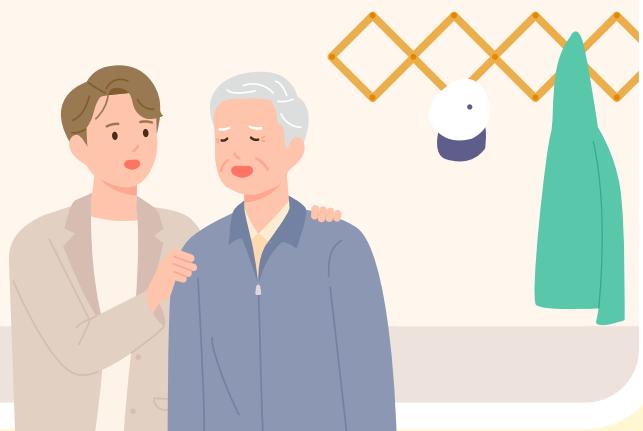


阿忠的故事

失智親友:爺爺

親友失智年齡:72歲左右

主要照護者:父母與阿忠



阿忠回憶，那段前間他去探望奶奶時，她眼中都充滿怨恨，甚至拒絕復健，幾乎已沒有求生意志，約一年左右，就比爺爺更早離世。

奶奶過世後，爺爺在安養中心又住了四年，前後共待約九年。在奶奶過世時，家人當面告知爺爺，他聽到後只是面無表情。在爺爺84歲時，在睡夢中安詳離世，沒有經歷太多的病痛。阿忠不禁感嘆，從某種層面來說，爺爺比奶奶幸運很多，因為他至少身體健全，有尊嚴地走完最後一程。

在經歷過爺爺與奶奶的長照經驗後，阿忠特別注意70多歲爸爸退休後的生活，爸爸65歲退休後隔年出現小中風，雖不影響生活，但爸爸逐漸變得很規律，越來越懶得出門、社交越來越少，「每天固定時間做一樣的事，漸漸的就不太用腦。」

阿忠說，台灣傳統家庭，長輩會忌諱談生病或生死，怕觸霉頭，他家也是如此，因此很難跟長輩談未來萬一進入長照或失智的照護規劃，現在很多養老院也不收失智症患者，擔心若父母失智，會比較難照顧。

阿忠自己已準備好長照險與醫療險，太太也在存錢，希望讓自己的孩子未來不要有負擔，夫妻倆退休後不用依賴小孩、靠自己好好活著，「大家都說失智不可逆，也好像沒有預防的方法，只希望不要造成小孩負擔就好。」

故事一覽表

故事主角	失智家人	失智年齡	現狀	主要照護者	發現失智徵兆	家人推論失智原因	親人失智後的警惕
阿忠	爺爺	72歲左右	84歲辭世	父母與阿忠	騎車出門卻忘記回家的路	摯友驟逝 打擊大	準備好長照險與醫療險，不要讓讓自己的孩子未來有負擔

失智不是老人專屬 聊聊早發性失智

失智症普遍被認為是大腦老化的老年疾病，據衛福部2024年公布的「全國社區失智症流行病學調查」，台灣65歲以上失智盛行率7.99%，80歲以上盛行率會加倍到16%以上，但亦有65歲前就失智的情況，稱為「早發性失智症（Early-onset dementia）」。

早發性失智症盛行率不高，依國際失智症協會揭露30~64歲失智症盛行率為千分之一，推估台灣30~64歲失智症人口約有1.2萬人，同時，早發性失智與年老性失智症所面臨的情境及需求有極大不同。

南山人壽近五年長照理賠人數中，有103位是失智症（含帕金森氏症），其中有49位是64歲以下，占率近48%，進一步分析，應是南山人壽長照險受理承保最高年齡為65歲，目前有效保單的保戶高齡者不多。

南山人壽特別藉由訪談四位業務員，進一步了解早發性失智症保戶的情況，整理出早發性失智症的四大特徵：

① 未必都是遺傳：

四位訪談案例的早發性失智保戶皆為女性，平時身體健康，從事會計或管帳工作，僅一位確定有家族病史，另外三位則無法證明。

② 病程發展極快：

四位早發性失智保戶發病後2~3年內就從輕度進展到中、重度。

③ 照護上更困難：

四位早發性失智女性初期多會顯現出憂鬱傾向，在發病過程中常出現大吵大鬧、情緒不穩的狀況，造成家人照護上的困難。

④ 對家庭衝擊更大：

四位早發性失智女性發病年齡約在53~57歲，正處於家庭經濟支柱期間或子女還在念書，先生被迫成為照顧者，除家庭經濟受衝擊外，親子關係也亮起紅燈。



早發性失智案例分享



案例一

我會守住照顧妳一輩子的承諾

A業務夥伴轉述，女性保戶原是會計人員，退休後到自家公司繼續擔任會計，但後來先生發現原本每天跑銀行的老婆，開始常常忘記自家公司銀行帳號，經過多次轉診查驗，才確定罹患阿茲海默症，發病當時約57歲。

發病時，保戶的小孩仍是青少年，原本溫柔婉約的媽媽失智後變得暴躁，讓親子關係緊張。雖有請外籍看護，但保戶十分抗拒，最後仍依賴老公照護。保戶老公說，當初結婚時有承諾老婆要照顧她一輩子，現在會信守承諾。

保戶確診時，醫生開具證明MMSE（簡易心智量表）12，即重度認知功能障礙，二年時間就已進展到MMSE為6，CDR（臨床失智評估量表）為2，即中度失智，保戶現已無法自己完成如廁或沐浴等生活日常。所幸保戶在退休前投保長照險，一年給付48萬元，讓家庭經濟不至於衝擊過大。



案例二

妳還記得我們一起看過的風景嗎？

B業務夥伴轉述，保戶以前是位活潑開朗的女性，約七、八年前開始出現如晚上睡不著、時間錯亂，一開始，家人僅帶保戶到診所拿安眠藥服用，後經人提醒，轉到醫院才確診失智症，當時保戶僅54歲。

據了解，發病保戶的母親在70歲失智，有家族病史。保戶先生負擔起照護的責任，初期還可帶著太太去上班，但退化速度很快，僅二年太太已無法行走，需要人餵食，生活無法自理，先生只好將太太送到養護機構，每月費用約需5萬元，加上健康食品，共需6萬元，是家庭經濟沈重負擔。再二年後演變為重度、已無行為能力，CDR表為2分，已不認識任何人。先生很感慨，以前夫妻倆常一起出去玩，現在人事全非，且失智症只會一路退化，無法治癒，現在僅算是維持生命跡象而已。



案例三

我真的不知該找多少錢…

C業務夥伴轉述，保戶是一對中年夫妻，在傳統市場擺攤，直到先生發現太太常常找錯錢給顧客，才到醫院看診，確診阿茲海默症時是54歲。

確診一年內迅速退化，太太已無法跟人溝通，也不認識家人朋友，甚至出現歇斯底里的情況，須使用精神藥物，也無法表達需求，生活無法自理，CDR表只有3分。

夫妻倆雖有兩個小孩，但女兒已出嫁，兒子需上班，先生又捨不得送太太去養護機構，只好自己24小時照顧，收入因此中斷，所幸早幾年兒子有替父母投保長照險，理賠金多少緩解經濟負擔，否則壓力更為沈重。



案例四

不得已必須送走妳

D業務夥伴轉述，女性保戶原本是自家公司的財務主管，先生是公司負責人，保戶曾因罹癌開刀治療，術後先生發現太太頻頻算錯帳，情緒亦變得不穩定。一開始到醫院檢查，被認為沒問題，但之後保戶更容易大哭大鬧、甚至衝出家門，一開始家人以為是罹患憂鬱症，直到有一天保戶到ATM提款卻忘記密碼，再次到醫院檢查才確診是失智症，當時僅53歲。

保戶確診至今僅約四年，很多日常生活方式都已忘記，雖外觀看似正常，但已無法自理生活，先生身為公司負責人需獨自撐起公司，只好將太太送到養護機構照顧，每月需3萬多元，所幸有長照險給付加上政府補助。保戶現在已無法認人，也不會講話，屬重度失智。業務夥伴說，先生身為主要照顧者，看得出已是蠟燭兩頭燒、身心俱疲。

專家建言



失智症：從預防、治療到共存的新視角

失智症，特別是佔失智症七成以上的阿茲海默症，常被視為無法逆轉的疾病。根據國健署估計，台灣約有35萬名失智症患者，且新增病例，每年持續上升。2025年六十五歲高齡人口比例年超過20%，台灣正式進入【超高齡社會】。以前台灣人最怕中風，現在台灣人最怕的就是得失智症，因為許多原本健康的長者或社會名流，卻在短時間內被診斷為失智症，快速退化。但是隨著醫學的進展，我們對失智症的認知與應對方式已大為不同。

本文旨在從三個面向探討失智症的新視角：第一，透過控制可改善的危險因子來降低發生率；第二，利用新興藥物延緩病程；第三，建構以患者為中心的長照與社會支持系統。此三者共同構成從醫療到社會整合的完整因應架構。

預防：從風險因子管理開始

2024年8月《刺胳針》(The Lancet)醫學期刊最新報告中指出，透過積極控制生活中多達14項可控風險因子，有望將全球失智症的發生率降低高達45%。這些因子涵蓋了從幼年到老年的健康管理，包括：較低教育程度、聽力受損、高血壓、肥胖、過度飲酒、頭部創傷、抑鬱症、低密度膽固醇(LDL)偏高、吸煙、糖尿病、缺乏體能活動、社交孤立、空氣污染以及未矯正的視力衰退^[註32]。這份新的清單凸顯了從教育、新陳代謝、心血管健康到感官保護的全方位預防策略。台灣中年族群的高血壓、糖尿病與肥胖盛行率偏高，加上空氣污染與長者社交孤立問題，使得多重危險因子疊加。針對這些在地挑戰，政策上應加強中年健康促進計畫（如控制血壓、糖尿病管理）、推廣聽力輔具、矯正視力，以及落實健康社區營造，以降低未來的失智負擔。

治療：疾病調控藥物的突破與限制

除了預防，治療領域也終於迎來了重大突破。過去，治療主要仰賴1996年與2000年美國食品藥物管理局批准的乙醯膽鹼酶抑制劑，如愛憶欣(Aricept®)，憶思能(Exelon®)等改善失智症狀的藥物。在等待了約三十年，阿茲海默症致病機制有了深入了解，2023年與2024年美國食品藥物管理局終於批准兩款針對阿茲海默症病理核心的類澱粉蛋白單株抗體新藥：樂意保(Leqembi)與欣智樂(Kisunla)，用於輕度認知障礙和早期阿茲海默失智治療^[註33,34]，代表阿茲海默症治療正式進入疾病調控(disease-modifying therapy)新時代。臨床試驗結果顯示，這些藥物有效降低患者腦中類澱粉斑塊沉積，延緩臨床惡化約三年，為早期患者爭取到更長的生活自主期，減低他們依靠家人或是照顧者。

本文續下頁



然而，這些藥物的侷限亦不容忽視。首先，治療費用高昂，健保尚未給付，且需長期靜脈輸注，對醫療體系和患者家庭均構成負擔。其次，藥物相關副作用（如腦水腫與微出血）需要專業神經科醫師嚴格監測。最後，藥物必須用於疾病早期，所以如何早期診斷並精準篩選適合族群，成為臨床與公共衛生的關鍵挑戰。台灣未來應加強生物標記物研究、健保給付評估，以及醫療人力培訓，以確保藥物能安全且有效地落地應用。

共存：以患者為中心的整合照護

即便有預防與治療策略，失智症仍是一種需要長期管理的疾病。對於中晚期患者，「與疾病共存」的概念尤為重要，事實上，早期患者也需要提早規劃。現今的長照已不僅是生活協助，而是涵蓋醫療、心理支持與社會連結的整合性服務。家屬應積極了解並善用現有的長照資源，包括居家服務、日間照顧以及喘息服務，以減輕照護壓力。同時，長照模式應以患者為中心，確保其在病程延緩期間仍能維持生活品質、尊嚴與社會連結。

結論與政策建議

失智症的挑戰橫跨醫學、社會與政策三大層面。預防上需強化危險因子控制，治療上應謹慎導入疾病調控性藥物，共存上則需落實以患者為中心的整合長照。建議台灣未來政策應：

- (1) 投入更多失智症流行病學調查與在地研究，建立本土數據基礎。
- (2) 建立早期阿茲海默氏症的篩檢與診斷平台，搭配商業保險與健保制度支撐新藥應用。
- (3) 推動失智友善社區與家庭支持系統，減輕照顧者負擔。透過跨領域合作，失智症不再只是醫療的終點，而是一項能被積極因應的人生挑戰。



建立多元生活型態介入系統

失智症有機會預防或延緩，但並不是單純一般活動就有效。根據芬蘭的FINGER與台灣的TIGER研究，整合慢病管理、運動、認知訓練與社交互動為結構化介入方案，能產生最佳的失智預防效果。介入課程須經過專業設計與執行，課程內容須考慮城鄉文化差異，課程強度與參與度要持續一年以上才會產生效果，因此，社區中應該廣泛推動此類認證課程。

實施系統性心血管風險管理

心血管風險的管理是預防認知衰退的重要關鍵。建立定期且系統性的心血管健康評估機制，包含血壓、血糖、血脂、心電圖等指標的定期監測，並根據個人風險狀況制定個人化的精準管控策略，針對已經具有三高的個人更應積極控制達標（藥物結合非藥物），並且結合穿戴式裝置與即時個人化精準健康管理，搭配多元生活型態介入以期達成最大效益。

推動功能導向健康促進與精準評估

轉變傳統以單一疾病為中心的管理模式，在傳統疾病導向健康指標之外，結合功能導向評估架構，涵蓋活動能力、認知功能、活力狀態、心理健康和感官功能等領域。這種功能導向的評估方式關注個體的整體功能表現，而非僅專注於特定疾病的診斷，更能反映真實的健康狀態和生活品質。考量大規模失智篩檢的潛在爭議，應採用精準的風險分層策略取代大規模篩檢，整合多元風險因子進行個人化精準評估。同時積極探索數位生物指標的臨床應用潛力，包括數位化認知評估工具和語音分析技術，建立超越疾病診斷治療為主的思維，以維護和提升整體功能為目標的精準健康促進策略。

發展社區型支持照護網絡

社區層級的介入策略是成功預防失智的關鍵。建立以社區為基礎的多元生活型態介入與照護支持網絡，提供就近可及的預防服務並同時針對已出現認知障礙的個案提供協助。內容除了多元生活型態介入之外，還應包含家庭照顧者的教育訓練、失智友善環境的營造、失智者的照護支持，以及失智症的長照服務。同時建立跨專業團隊合作機制，整合醫師、護理師、心理師、營養師、物理治療師、職能治療師等專業人員，提供全方位的支持。

導入成本效益導向的實施策略

多元領域生活型態介入不僅在認知功能保護上有顯著效果，同時在減少醫療資源使用和提升成

本文續下頁



本效益方面也展現重要價值。因此，社區化的執行必須建立具有高價值與成本效益的實施策略，建立跨部門合作機制，整合健康、教育、社會福利等相關部門資源。同時發展數位化工具和遠距服務模式，提高介入服務的可及性和效率，確保預防策略能夠永續實施並擴大服務涵蓋範圍。

建構保險業健康促進外溢機制

政府政策或保險公司可參照TIGER和FINGER試驗的介入模式，將規律運動、健康飲食、認知訓練、血管風險監控等實證有效的預防行為納入保單條件，透過保費折扣、健康紅利或額外保障等機制，激勵保戶持續參與預防活動。此機制應建立客觀的健康行為監測系統，結合穿戴式裝置、健康檢測數據、專業課程參與紀錄等多元指標，確保外溢效益的公平性。同時整合保險公司現有的健康服務網絡，提供經認證的多元生活型態介入，讓保戶能便利地取得符合實證標準的預防服務。透過公私協力模式，不僅能降低保險公司的長期理賠風險，更能在全社會層面推廣，創造個人健康、保險永續和公共衛生的三贏。



依據衛福部的統計顯示，台灣65歲以上人口失智症盛行率為7.99%，85歲以上更是拉高到23.23%，而台灣20歲以上成人糖尿病盛行率為12.8%，18歲以上國人高血壓盛行率26.8%，憂鬱症盛行率則是7%到11%，男性痛風盛行率約在8%。

也就是說高齡人口的失智症盛行率極高，不亞於糖尿病、高血壓、憂鬱症、痛風等疾病，不過，民眾對糖尿病、高血壓、痛風或憂鬱症已有一定程度的了解，也知道如何預防及治療。但對失智症前期的許多症狀，如白

皮書中案例分享的，可能會懷疑他人偷竊自己的東西，可能變得沈默寡言，可能憂鬱不想動，可能時空錯亂，甚至出現幻覺或妄想，這些失智病徵，多數民眾仍是缺乏認知，不知道這些症狀出現時應及早就醫。

美國知名影星布魯斯威利的太太愛瑪威利，在其新書「始料未及之旅（The Unexpected Journey）」中形容，當先生被診斷出額顳葉失智症時，她無比震驚且無助，但醫院只給了她一本簡單的說明手冊後，就沒有任何的後續協助。她回想自己猶如踏入陌生的國度，旅程中沒有地圖也沒有導航，只能孤單且絕望的向前走著。

很多人在面臨至親確診失智後，都像愛瑪威利一樣茫然且手足無措。有人形容失智的病程是場漫長的告別，家屬猶如在暗黑的隧道中摸索前進，不知道什麼時候才能看見隧道口的亮光。

台灣醫療史上成功對抗過許多疾病，包括肝炎、小兒麻痺、結核等，最後都是靠公共衛生、民眾教育、臨床醫療、護理照顧等共同合作，建議專科醫學會、政府機構應加強失智相關教育及照護指引，讓失智病患可早期發現，及早治療，延緩惡化，也讓家屬及業者能有方向依循。那些所謂的長照難民、照顧者地獄、長照殺人，或病患無人看護、走失甚至不慎意外死亡的狀況，不會也不應發生。社會大眾了解失智是疾病後，應能發揮同理心善待失智者，讓病患及家屬能過上正常的生活。

依據交通部統計，2024年全年交通事故達39萬3,918件，若對比投保強制車險的車輛數2008.7萬輛，則每輛車發生交通事故的機率約1.96%，從這個機率來看，高齡失智的風險不是更高嗎？當我們為交通意外事故投保車險，為房子投保住宅火險或地震險時，難道不該為高齡長照風險預先安排保障嗎？

隨著平均餘命延長，不健康餘命也增加到近8年時間，政府的長照政策無論如何強化，也僅是基本配備，提供打底，最終仍是要靠民眾自己的財務規劃或商業保險來補強。科技日新月異，穿戴式裝置亦已普及，若能透過商業保單結合行動裝置，督促民眾日行7,500步、充足運動或注意血壓、睡眠，甚至可以戒煙、戒酒，用保費或保額作為回饋，達成健康促進，讓所有民眾都能延長健康餘命，才是我積極提倡且樂見的正向循環。



附錄



問卷設計

- 本次問卷以 Lancet Commission on Dementia 表列14項失智症相關風險因子為基礎，參酌相關學術研究論文、國人社會環境概況、輿情及專家建議進行設計。
- 涵蓋多個與失智風險相關的生活面向，如運動習慣、飲食習慣、睡眠品質、社交行為和心理壓力，反映失智相關的多重危險因子。
- 問題以單選題為主，部分為複選或量表評分，方便精準量化生活習慣頻率和嚴重程度，利於後續數據分析。
- 設有跳題邏輯（如詢問每週平均的運動時數，回答幾乎不運動直接跳題）以提升填答效率與資料針對。
- 反向題檢核問卷有效性，避免無效或隨意填答影響研究結果。
- 問卷細緻設計，反映頻率、時長、程度等，幫助釐清不同生活習慣對失智潛在影響的細微差異。

研究問卷結果數據

- 生活習慣各項目以百分比形式呈現，例如不同運動頻率、飲食習慣等受訪者所占比例，描述樣本結構與習慣分布。
- 分析失智風險相關因素之間的百分比交叉，比較高風險群與一般群在生活習慣上的差異。
- 利用百分比衡量填答者對失智風險的認知與擔憂程度，描述群體心理特徵。
- 結合百分比與分數統計，進行趨勢分析與風險分層，發現生活型態與失智風險間的潛在關聯。
- 以百分比區分有效與無效問卷，透過反向題剔除無效資料，確保分析結果代表性。

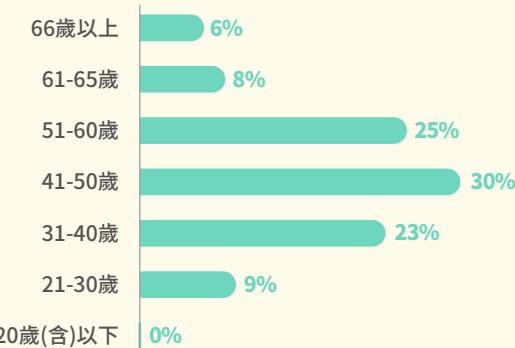
信度與效度

- 信度衡量測量的「一致性與穩定性」，常見指標為「內部一致性信度」的 Cronbach's α 值，標準通常為0.7以上。
- 本次調研信度分析 Cronbach's α 為 0.728，表示信度良好達到可接受標準。
- 效度衡量測量「真實性」，測量是否準確反映欲測量的事物。
- 本次調研採用 KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) 檢定，評估多個變項資料是否適合進行因子分析的統計量。
- 調查結果中，KMO 值為 0.758，顯示具良好的建構效度，資料適合進行因子分析。
- 本次問卷測量工具在信度與效度上達到可接受且良好的標準，數據適合進一步統計分析與解

問卷大調查 問卷資訊

類別	內容
調查期間	2025/07/28~2025/08/10
重點TA	年齡區分：年輕世代(18~30歲)、中壯世代(31~50歲)、熟齡世代(51歲以上)
回收樣本數	總回收問卷份數：16,852份，有效回收：15,297份。

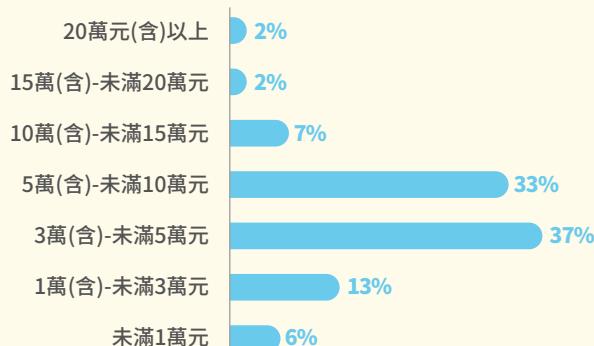
年齡



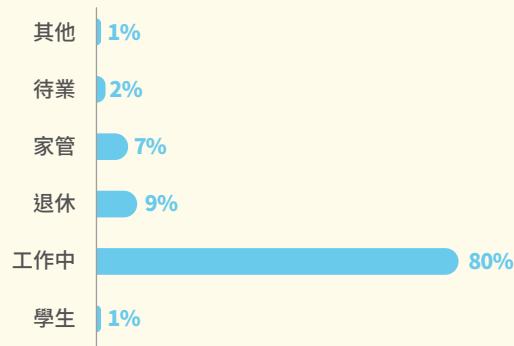
性別



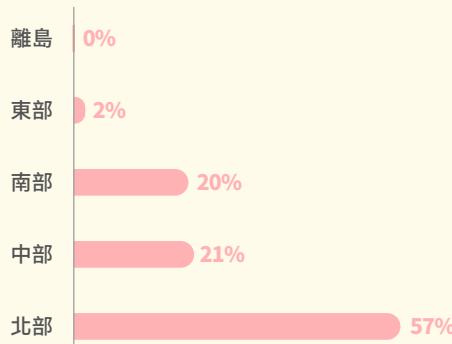
月收入



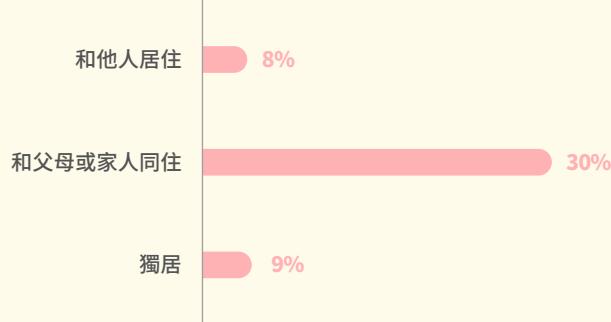
職業



地區



居住狀況



資料來源

- [註1] 第十一次國民生命表 內政部全球資訊網-中文網-國民生命表。
- [註2] 衛生福利部長照司. (2023). 112年全國社區失智症流行病學調查結果. 台北: 衛生福利部。
- [註3] 衛生福利部國民健康署。 (2021年5月18日)。只有65歲以上的老年人才會失智啦?
- [註4] Abyad, A. (2025). Alzheimer's disease: Global insights from cause to care. *World Family Medicine*, 23(5), 69-76.
- [註5] Ballard, C., Gauthier, S., Corbett, A., Brayne, C., Aarsland, D., & Jones, E. (2011). Alzheimer's disease. *The Lancet*, 377(9770), 1019-1031.
- [註6] Alzheimer's Association. (2023). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 19(4), 1598-1695.
- [註7] Bang, J., Spina, S., & Miller, B. L. (2015). Frontotemporal dementia. *The Lancet*, 386(10004), 1672-1682.
- [註8] McKeith, Ian G., et al. (2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*, 89(1), 88–100.
- [註9] O'Brien, J. T., & Thomas, A. (2015). Vascular dementia. *The Lancet*, 386(10004), 1698-1706.
- [註10] Wu, Chen-Yi, et al. (2015). The effects of anti-dementia and nootropic treatments on the mortality of patients with dementia: A population-based cohort study in Taiwan. *PLoS ONE*, 10(6), e0130993.
- [註11] 賴以威、余孟珂. (2023). 閱讀數學／失智症的人口統計與經濟衝擊. 聯合學苑.
- [註12] Stephan, B. C. M., et al. (2024). Population attributable fractions of modifiable risk factors for dementia: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Healthy Longevity*, 5(6), e406–e421.
- [註13] Solomon, A., et al. (2009). Midlife serum cholesterol and increased risk of Alzheimer's and vascular dementia three decades later. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 28(1), 75–80.
- [註14] Chen, J., et al. (2018). Tooth loss is associated with increased risk of dementia and with a dose-response relationship. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 10, 415.
- [註15] Takehara, Sachiko, et al. (2023). Oral health promotion under the 8020 campaign in Japan—A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 1883.
- [註16] Guay - Gagnon, Martin, et al. (2022). Sleep apnea and the risk of dementia: A systematic review and meta - analysis. *Journal of Sleep Research*, 31(5), e13589.
- [註17] Thomson, R. S., et al. (2017). Hearing loss as a risk factor for dementia: A systematic review. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*, 2(2), 69–79.

資料來源

- [註18] Sutin, A. R., Stephan, Y., & Terracciano, A. (2019). Verbal fluency and risk of dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry, 34(6), 863–867.
- [註19] Nihart, Alexander J., et al. (2025). Bioaccumulation of microplastics in decedent human brains. Nature Medicine, 31(4), 1114–1119.
- [註20] Oßmann, Barbara E., et al. (2018). Small-sized microplastics and pigmented particles in bottled mineral water. Water Research, 141, 307–316.
- [註21] Welle, F., & Franz, R. (2018). Microplastic in bottled natural mineral water—Literature review and considerations on exposure and risk assessment. Food Additives & Contaminants: Part A, 35(12), 2482–2492.
- [註22] Gecegelen, E., Ucdal, M., & Balam Dogu, B. (2025). A novel risk factor for dementia: Chronic microplastic exposure. Frontiers in Neurology, 16, 1581109.
- [註23] Desai, R., et al. (2020). Living alone and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. Ageing Research Reviews, 62, 101122.
- [註24] Shen, C., et al. (2022). Associations of social isolation and loneliness with later dementia. Neurology, 99(2), e164–e175.
- [註25] Angelopoulou, E., et al. (2021). APOE genotype and Alzheimer's disease: The influence of lifestyle and environmental factors. ACS Chemical Neuroscience, 12(15), 2749–2764.
- [註26] Huang, Ling-Chun, et al. "Age and sex differences in the association between APOE genotype and Alzheimer's disease in a Taiwan Chinese population." Frontiers in aging neuroscience 15 (2023): 1246592.
- [註27] Fortea, J., et al. (2024). APOE4 homozygozity represents a distinct genetic form of Alzheimer's disease. Nature Medicine, 30, 1284–1291.
- [註28] Zalocusky, K. A., et al. (2021). Neuronal ApoE upregulates MHC-I expression to drive selective neurodegeneration in Alzheimer's disease. Nature Neuroscience, 24(6), 786–798.
- [註29] Reiman, E. M., Ghisays, V., & Langbaum, J. B. (2025). The risk of Alzheimer disease in APOE4 homozygotes. JAMA Neurology. Advance online publication.
- [註30] Chen, H., & Hu, C. (2006). Genetic characteristics of dementia in Taiwan. Acta Neurologica Taiwanica, 15(3), 161.
- [註31] FBHI. (2025). The FINGER study: Lifestyle can prevent cognitive decline. FinnBrain Helsinki Institute from <https://fbhi.se/the-finger-study/>.
- [註32] Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., et al. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. The Lancet, 404(10452), 572–628.

資料來源

[註33] U.S. Food and Drug Administration. (2023, July 6). FDA converts novel Alzheimer's disease treatment to traditional approval. U.S. Food and Drug Administration.

[註34] U.S. Food and Drug Administration. (2024, July 2). FDA Roundup: July 2, 2024. U.S. Food and Drug Administration.

國內外調研資料與問卷調查分析

■ 工研院健康樂活智慧醫療照護聯盟

健康樂活與智慧醫療照護聯盟旨在整合跨領域的產業資源，共同推動健康照護產業創新發展。結合資通訊科技、醫療器材、生技醫藥與服務設計，打造智慧健康與照護全方位解決方案，完善大健康產業生態系。積極促進新創技術、服務模式與市場需求對接，推動多元應用場域驗證。

白皮書建言與倡議

■ 臺北榮民總醫院副院長 / 王署君醫師

擁有台灣「頭痛醫學之父」美譽的王署君，為台北榮民總醫院副院長，醫學專長為頭痛、失智症、疼痛、不寧腿、三叉神經痛，目前同時擔任國立陽明交通大學醫學院院長、腦科學研究中心主任。從醫超過30年，致力於老年人流行病學，更在國內成立首個頭痛門診，將診斷、治療流程與預後追蹤標準化，被視為國內頭痛領域的權威。

■ 台北市立關渡醫院院長 / 陳亮恭醫師

陳亮恭醫師，全心投入高齡醫學實踐人文關懷，現任臺北市立關渡醫院院長。自陽明大學醫學系畢業後，投入醫療研究，專攻老年醫學。曾於英國牛津大學進修，推動高齡醫學政策。建立全國高齡醫學體系，並多次獲得國際肯定。面對高齡化挑戰，他主張以跨部會資源整合及預防策略提升臺灣醫療水平，並致力於研究與實踐並重的醫學創新。

■ 聯合整形外科診所院長 / 林靜芸醫師

有「整形教母」之稱的林靜芸，是台灣第一位女性外科醫師，其丈夫林芳郁曾任三大醫學中心院長、心臟外科權威，夫妻倆為台灣醫療做出巨大貢獻，但丈夫2021年退休後罹患失智症，林靜芸走過5年照護歷程，2025年出版《謝謝你留下來陪我》一書，鼓舞眾多失智照護者走向陽光。

總策劃

台灣步入超高齡社會，關心高齡健康與失智議題的專家學者亦透過各種方式，協助民眾了解高齡人生的健康生活方式，南山人壽透過永續健康白皮書作為平台，結合內部調查研究、問卷分析及案例蒐集，並邀集精通失智或高齡議題的醫生，共同提出健康解方，增加深度與廣度，希望提供白皮書讀者更多面向且專業的建議。

同時南山人壽也將依據永續健康白皮書調查結果，優化保險商品與服務，以求更貼近保戶需求，並依據失智照護經驗，延伸健康守護圈的服務內容與範圍，希望讓保險不只是事後理賠的支票，還有事前的健康促進，與保戶需要時的健康關懷與服務。

出版資訊

- 總策劃人：王保勳 協理
- 策劃團隊：南山人壽 | 健康守護圈
- 發行日期：2025年10月15日

