

## 邊緣化再邊緣化－談南部老年思覺失調症醫療安置之需要

### Further Marginalization of Marginalization: Study the Need of Medical Care for Southern Elderly Psychiatric Patients

鄭慧姬\*、馬彥琳\*\*

Hui-Chi Cheng、Yan-Lin Ma

#### 摘要

本研究以南部老年思覺失調症醫療安置之需要作為研究方向，以臺灣南部地區地理遼闊，以住宿型之安養中心而言，由屏東之 60 床到高雄市 382 床，迄至台南的 74 床，廣大的屏東竟只有 60 床的住宿型安置機構；至於日間留宿型安養中心，則台南市 177 床，高雄市 804 床，而屏東 129 床，究其現實，遠在屏東者亦不可能日日接送患者抵高雄安置，可見主要之安養安置亦主要針對都會區為主。然而鄉間，缺乏醫療資訊，且務農為主而相對收入較低之民眾，卻是真正需要醫療資源的一群，且是由國家給予必要之支持的一群。特別是台灣之 M 型化社會中，青壯年大多往都市集中，留在鄉間的則大多是老年人及小孩，唯當下之政策，卻讓醫療資源盡皆集中於都市，卻是忽略了鄉間所需。建議政府未來可針對鄉間多著墨或以公辦民營方式多照顧病患。

**關鍵詞：**思覺失調、高齡化、醫療制度

---

接受刊登日：104 年 1 月 28 日

\*華中科技大學公共管理學院行政管理系博士生

\*\*華中科技大學公共管理學院行政系管理教授

感謝匿名審查委員惠賜寶貴意見，惟一切文責仍由作者自負。



### **Abstract**

In this study, elderly psychiatric patients in southern placement of medical research is required as to the vast geography in southern Taiwan to stay in terms of type of nursing home from the 60 to Kaohsiung, Pingtung 382, at the date of Tainan 74 beds. The majority of Pingtung actually only 60 accommodation type placement agencies; for daytime nursing home stay type, the Tainan city 177, Kaohsiung 804, and Pingtung 129, investigate its reality by far in Pingtung nor can transfer the patient arrived in Kaohsiung day placement. It's seen mainly in nursing placement also focused on metropolitan areas based. However countryside, lack of medical information, and agriculture-based and relatively lower income people, but it is really needed medical resources group, and is given the necessary support by the national group. Especially the M-Taiwan society, the young are mostly concentrated to the city to stay in the countryside are mostly elderly and children, the only moment of the policy, allows medical resources concentrated in urban foes, but it is ignored by country need. We suggested that can be inked for the country or multi-mode multi-run private patient care in the future.

**Keywords:** mental illness, aging, health care system



## 一、緒論

2013年8月23日報載，台中市西屯區西安街八十二歲失智老人朱春霖，十六日上午在家人未注意時開門外出後走失，家人四處找尋未果急如鍋蟻，除向警方報案請求協尋外，並請社會大眾幫忙，若有發現立即向警方報案或與朱家連繫。朱春霖家人指出，朱春霖兩年前患有失智症，每次外出家人都陪同照料以免迷失，不料8月16日上午六時至六時卅分左右，在家人不注意時自行開門外出，家人發現後立即四處找尋但他已行方不明。

2007年，嘉義市政府警察局第二分局公園派出所警員黃世賢，於日前11時50分許執行巡邏勤務時，行經嘉義市東區啟明路58前，發現1名年約80歲老年人非常疲累坐於地上，且神色露出緊張及不安情形，員警主動上前關懷，得知該名長者因失智，疑似自家門外出迷途，又因言語無法正確表達，才一直無法順利返回家中……。

以上兩則新聞算新聞嗎？嚴格來說，它們已不是殊相，而是共相，在台灣幾乎日日上演一當台灣社會越來越高齡化，老人問題於焉浮現。

隨著科技的發達與醫學的進步，使得人們平均壽命延長，因此人口老化是必然的結果，也是全世界共有的現象。依據聯合國世界衛生組織（World Health Organization[WHO]）的標準，65歲的老年人口占總人口的比率超過7%以上時，即可稱為高齡化國家。以此標準，我國早於民國1993年底即以正式邁入聯合國定義之高齡化社會（aging society）（內政部統計處，2013）。

2012行政院經濟建設委員會於8月份的「中華民國2012年至2060年人口推計」報告顯示，2012年老化指數為76.3%，即老年人口與幼年人口之比約為1：1.3；2016年老年人口數將超過幼年人口數，老化指數亦將超過100%；至2060年，老化指數將高達401.5%，老年人口約4倍；2025年此比率將再超過20%，我國將成為超高齡社會之一員；預估至2060年65歲以上老年人口數將大幅增加為2012年之2.9倍，其中，又以85歲以上老年人口增加最多；推計80歲以上人口占老年人口比率，將由2012年25.4%，大幅上升為41.4%。

整體而言，人口老化的原因主要在於持續的低生育率和人類預期壽命延長兩個因素，此與死亡率和出生率均低的狀態有關。世界各國老人人口比率較高的國家，如義大利、瑞典，人口自然增加率低，其生育率也低，當一個國家生育率持續低於人口替代水準，將導致人口負成長現象，而幼年人口減少，促使老人人口比率相對上升，增加人口老化速度，以我國目前生育率水準僅1.12人，若未能及時逐年提升，未來將會使人口高齡化速度更為加劇，再加上平均壽命的不斷增長，則高齡化的情形也無法避免（舒昌榮，2008）。

## 二、高齡化社會之不可避免議題

根據舒昌榮(2008)的研究，在2016年時，我國老人與15歲以下幼年人口同為302萬人，此後老年人口數將超過幼年人口數，扶老比也跟著上升，從2007年的14.04%，上升到2021年的23.31%。亦即，如果情況不變，到了2051年時已經是每1.5個青壯人口要養一個老人。由此可知，國民扶養老人的負擔將更加沉重。

隨著老人人口的快速成長，慢性病與功能障礙的盛行率呈現急遽上升趨勢，這些功能障礙者尚有自我照顧能力者，特別需要健康促進與醫療服務，以期延緩老化或降低失能發



生率，對於失能者，也需要密集的長期照顧服務。在複雜的身體問題背景下，老人對健康照護服務的需求也隨之多元化，除了對老人提供長期照顧和醫療服務外，絕大多數老人所需的健康促進與疾病預防需求更應加以重視，以預防或延緩老人身心功能的退化，減少長期照顧的需求，控制節節升高的照顧費用。

近年來在家戶規模及結構的變遷下，家庭的照顧能力愈顯式微，所能提供的照顧人力已不如從前。歷年來我國家庭型態一向以父母及未婚子女組成之核心家庭所占比重最大，但比率由 1994 年的 54.31% 逐年下降至 2006 年的 44.66%，同期間夫妻 2 人所組成之小家庭則成長快速，由 9.99% 增為 15.03%；而單人家庭則大幅成長由 6.99% 增為 10.54%，顯見家庭照顧功能相對減弱。

高齡化社會出現的同時，台灣社會結構也在轉型，可以想見的是以往之農業社會以兒女輪流照顧父母的方式，最後必然越來越少，取而代之的是機構如安養院、養老院之安置。

何謂安置？安置可分為消極性安置與積極性安置兩類，消極性安置是給予最基本的食住，或加上安全的看顧，主要在家庭中進行；至於積極性的安置，則不單指供應食、宿的安排，而應是建構一個治療性、支持性的環境，使病患在其中不但能滿足其安全和生理之基本需求，且可紓解身心的壓力，獲得喘息的機會，如社區以及社區中的醫療資源。而持續的治療，更是不可或缺的。

### 三、高齡化社會之邊緣族群－慢性思覺失調病患

唯在少子化外加戰後嬰兒潮所形成的高齡化台灣，人人皆知高齡化社會已是一種趨勢，但卻有些人是在高齡化社會中，更顯出安置之迫切的，此即為台灣南部地區包括了阿茲海默症為主的失智人口及老年思覺失調病患。

思覺失調病患到底是什麼？他也會老嗎？是的，事實上根據胡海國（1996）調查資料顯示，慢性思覺失調病患發病的年齡，以 15 歲至 29 歲居多，設若未婚，那麼照顧的責任即落在父母親的身上，當父母親去世後即落在其他家人的身上，設若已婚，那麼往往配偶便是主要照顧者，唯這種照顧可能達數十年之久。我們之所以沒注意，大抵不是他的存在已成常態，便是大多待在家裡。形成一種家人和患者共同的「禁錮」，禁錮於疾病也禁錮於家中。

至於一般被含括於老人慢性思覺失調疾病中處理的失智症，主要因為失智症是屬於一種漸進式腦部退化性疾病，疾病症狀可分為認知及非認知兩個層面，認知症狀會導致病患喪失記憶力、思考、語言、判斷力衰退；非認知症狀則會影響患者人格變化、負向情緒、憂鬱、妄想、睡眠問題、躁動及攻擊行為，其中以非認知症狀中的行為問題所導致照護壓力，遠大過於認知症狀及生理功能衰退(Fauth, Zarit, Femia, Hofer, & Stephens, 2006)。而根據Wimo(2010) 針對以阿茲海默症為主的失智人口的醫療調查發現，2010年全球失智症的醫療照護成本，總估計約在每年6040億美元左右，這些「社會」的成本費用包括由家庭成員和其他人提供的無償照顧，以及由社區服務、養老院和護理之家所提供的直接醫療照顧費用，和直接社會照顧費用。從全球來看，失智者的總數約每20年增加一倍，預測從2010年的3600萬人增加到2050年的1.15億人。由於人口老化，增幅最大的部份將會是年老衰弱的嚴重失智老人（Prince & Jackson, 2009），他們的不確定性，突發性的攻擊行為，甚或連自己的家人都不認識，走失也找不回來。

久病床前無孝子，但是慢性思覺失調病患，卻始終在醫療資源不足，甚或整個社會的集體壓



力下，交給家人照顧。

以台灣本土的研究為例，從 1986 年台灣開始實施去機構化，當思覺失調病患離開療養所，返回社區後，約有八成以上的患者，必須仰賴家人或親友提供長期性的照顧（黃梅羹，1985）而這種負荷又包含了來自社會的觀感，或者直接由所處社區的社會標籤，如神經病或瘋子，是最常被用來使用的污名化稱呼。李選、葉美玉（1992）指出約有三分之一的家屬，對病患存有羞恥感，常藉著減少社會互動，以刻意隱瞞患者的存在，而減少了社區資源運用的來源，因此顯得孤立無助。胡海國（2000）照顧者感受到各種的負擔，包括：疾病治不好；經濟損失；生活常規受干擾；暴力行為之干擾；干擾家庭關係等，研究結果也顯示出這些負擔均有高的盛行率，然而家屬並沒有獲得良好的社會性支持；而且病程較長與所獲得社會支持差者，其家屬——特別是主要照顧者，可能會有明顯的負擔。

楊延光（1999）發現，首先，家屬為了承擔家計，除了要照顧病患的日常起居與複診外，亦要上班維持生計，工作時不放心病患、擔心病患下，工作穩定性會大受影響，常處於一根蠟燭兩頭燒的窘境；其次，常常要耗費相當多的時間與能量處理和疾病有關的事情，為了照顧病患，除了必須改變自己原先的生涯規劃外，甚至無法計畫未來；此外，思覺失調症患者的主要照顧者，與患者相處最為密切，由於無法要求患者確實扮演好他的角色，比如父母、丈夫或妻子、子女等等角色，患者也無法再確實執行其角色功能，家庭與社會中的角色，勢必要做一些調整，主要照顧者的心態，也必須要隨之調整。第四，將思覺失調的病人因生病所花費的醫療費用、職業收入損失，以及家庭照顧者的生產力的損失和社區負擔等加起來，一位症病患，每年的相關損失約為 63 萬餘元，等同於一個中壯年人的年薪，亦是為極大的經濟負擔及損失。

王明光（2011）針對失智老人的研究亦然，發現（一）失智老人主要照顧者以家人為主，且年齡層偏高及教育程度偏低。（二）過半數受訪者不瞭解整體社會福利相關資源。（三）以有申請中低收入戶為最多，喘息照顧則無人使用，顯示失智老人享有社會福利之比率偏低。（四）以經濟支援為最多，其次為長期照護；大部份的家庭主要照顧者希望每日有人接替照顧失智老人；過半數受訪者，希望定期給予專業技術上的指導。由此可見在照顧失智老人上，家中主要照顧者的負荷及壓力。

蕭子筠（2011）失智老人之主要照顧者的施虐傾向，從質性資料得知，失智症老人不同於一般失能老人的問題行為，將會影響到照顧照顧者的生理，如：失眠；心理及精神上的負荷；日常生活上的負荷，如：24 小時看顧被照顧者、擔心被照顧者一個人在家；家庭關係負荷，如：因照顧工作致使照顧者與家庭關係緊張；經濟上的負荷：增加家庭經濟開銷。因此，所產生的照顧負荷是較照顧一般老人更重的，進而增加照顧者的施虐傾向。其次，照顧者在因應的過程中，確實會對失智症老人有言語虐待，如：會對照顧者大聲吼叫、言語上的恐嚇、甚至是限制被照顧者的行動，以減緩照顧者的照顧負荷。第三，照顧者的施虐行為確實是存在於台灣社會中，考量照顧者施虐傾向發生的相關原因，需同時思考失智症老人的個人特質、照顧者的個人特質、正式資源、照顧者的照顧負荷以及被照顧的反饋行為因素交互影響之結果。

龔千逢（2012）的研究，是證明在壓力負荷層面中，照顧者主要經驗「情緒困頓」、「責任壓力」、「束縛感受」、「被隔離或排斥的感受」、「對未來的恐懼」、「刻板印象、歧視或烙印」、「家庭功能和關係之變化」等七項主觀或客觀議題；在照顧層面中，照顧者主要面臨了「疾病復發引發負面情緒，影響照顧的能量」、「資源和支持系統之運用」、「生理健康」、「心理



健康」、「情感需求支持」等五項議題；在生活適應影響層面中，照顧者面臨「角色轉變」、「相關支持」、「照顧信念」、「照顧需求」等四個面向的議題。

以上研究的照顧者，由或男或女的家屬擔任，但女性特別容易產生情緒上緊張、疲潰、無力感、沮喪等（王秀紅，1994）；特別是台灣南部地區，由於就業率相對低，許多婦女是在家負責家管的，便理所當然的負起照顧慢性思覺失調病患及失智老人的責任，且一照顧下來，可能是自己的小叔、小姑或配偶，一照顧就是數十年，至於公婆更是無法推卸的重擔—照顧公婆傳統上就是媳婦的責任，卻沒有人想到媳婦的壓力有多大，以致於長年下來女性家屬的憂鬱程度，高於男性；生活品質也較差。

#### 四、只給基本照顧的健保制度

以往在台灣民間，對於慢性思覺失調病患總以放在家裡自行照顧為主，筆者亦曾知曉同一街巷某一鄰居家中，常有老年長輩習於坐在火車站罵人，鄰人家中的喜事，即特地委請火車站之工作人員協助，讓老人家全天候的待在火車站中，以免他返家驚擾了正在舉辦的喜事——事實上對家屬而言，家有思覺失調病患不只是一種污名化，更某種程度形成了社交，甚或婚嫁上的困擾。

同時對於慢性思覺失調病患的照顧，當家屬投入越多時，他們通常會經驗到許多生理和情緒的負荷，以及面對許多負面的情緒，像是因為病患病情起伏的症狀，所導致的憤怒、不滿、罪惡感、挫折感和緊張壓力感受，且因為病患通常較難發展社交生活，容易社會隔離，也因此通常較為家屬成員所接受，當家屬無法承受照顧角色，且喘息服務無法提供足夠的支持時，機構式照顧，如護理之家，就成為可替代的另一種選擇。

也因此健保實施後，慢性思覺失調病患基本上可經由醫師開立證明或領取身心殘障手冊獲得補貼，或可到醫院進行安置，透過正規的醫療照顧，讓當事人得到照顧也相對減輕家人的負荷。

目前台灣對於思覺失調病患的醫療照護，主要以長期養護為主，思覺失調疾病照護體系中的照護方式，包括了：門診、急診、急性住院、慢性住院、日間或夜間留院、社區復健（包括：康復之家、社區復健中心及職能工作坊）及居家治療等。

至於對思覺失調病患的醫療照護，主要以長期養護為主，思覺失調疾病照護體系中的照護方式，包括了：門診、急診、急性住院、慢性住院、日間或夜間留院、社區復健（包括：康復之家、社區復健中心及職能工作坊）及居家治療等。

看似完備的制度設計，卻由於病患安置與醫療資源之分配兩造間，實際面的差距而產生落差，1995 年全民健保實施後，思覺失調醫療支付制度，主要分為論量計酬、論日計酬及論次計酬等三種，論量計酬包括門診、急診與急性住院；論日計酬包括慢性病房、日間病房及社區復健；論次計酬包括居家治療，而且表面上看來，慢性思覺失調病患之住院天數，完全不受限制，住院時間長假完全交由醫師決定，加上健保給付的設計當中，當病患住院治療之後，出院後的十四天內再入院，即算在上一次的住院療程上，以致造成超長住院的問題，包括甚至有病患一年住院超過兩百天以上者，如此下一個收住院的醫院，其健保給付會被核刪，也形成耗費大健保資源的情況。是以早由 2003 年，而王文志、張自強與文榮光（2005）的研究即指出，如何避免思覺失調病患長期滯留醫院，而如何使醫療延續，減少再度住院，是復健思覺失調醫療的一大議題，換句話說，



慢性思覺失調病患長期需住院，在醫療資源有限的態勢下，如何讓「人人有水喝」，學界可謂對透過總額制給付寄與厚望。

不料 2013 年 1 月 1 日起，健保局為了避免醫療資源濫用，實施了總額制度，健保設計是在總額制度下，再切一塊給付 DRGs (Diagnosis related groups, 住院診斷關聯群)，DRGs 支付制度，改變過去住院實用實銷的論量計酬的模式，改以同一類疾病只給付一種價格。認為如此可提高醫療效率，減少不必要的手術、藥物、檢查；事實上卻大幅壓縮其他重症的給付，尤其是需要長期住院的慢性思覺失調病患，醫療資源被嚴重壓縮，健保制度實施之後可以鬆一口氣的思覺失調病患負荷，又重新丟給病患家屬。致令照顧負荷幾乎全然回到慢性思覺失調病患家屬身上的重要關鍵，

其次，全民健康保險為了減少民眾醫療支出，雖然 2008 年開始實施十年長照計畫，由於一般民眾部分負擔為 40%，因此當民眾有照護需求時，仍傾向於想盡辦法滯留在醫院，由全民健保提供照護的責任；第三，在思覺失調醫療部分，亦有嚴重資源錯置的情形，領有重大傷病卡的思覺失調病患，入住思覺失調科以免部分負擔，而以生活照顧為主之思覺失調護理之家，卻由於健保不給付，因此造成慢性思覺失調住院病患全年住院日數偏長，慢性或急性住院醫療費用，所佔的健保費用遠較日間型思覺失調照護機構費用高的情形。總結說來，對家屬而言，面對病患必須長期，且不可預期的安置投入，決定他們如何「安置」病患的，終究是經濟及花費。

## 五、南部醫療相對缺乏下雙重之邊緣化

台灣南部相對於北部，就業人口主要為務農或工，而北部則以工商為主，根據 2012 年 11 月的『財訊』雙周刊即以台灣的南北差異為觀察視角，發現雲林縣是全台灣 10 年來人口外流最嚴重的地區，次為屏東縣和嘉義縣，代表了年輕人對於南部生活和工作環境的不滿或無奈。高學歷人口留在南部的比率，更只及台北市的一半或三分之一。此外，由於以農漁業為主，缺乏就業機會，南部縣市「在家裡幫忙」的無薪人口比率也遠遠高於台北市。雖然台灣醫療機構朝向大型化、集團化之後，慈濟、台大等醫療集團也紛紛到南部開設分院，但南部醫師要照顧的人口數仍是台北醫師的數倍，醫療資源仍有差距。以南部範圍來看，包括雲林、嘉義、台南、高雄、屏東、台東等縣市，日間型照顧機構有 25 五所，以全台灣 74 所計約 33%；住宿型之醫療照顧機構則有 119 家，於 605 所中佔 19%，至於護理之家則有 11 所，於全台灣 31 所中，亦佔 35%，然而以北部的慢性思覺失調病患安置上的家數加以統計的話，含新竹以北的縣市日間型照顧機構有 26 所，亦約 35%，24 小時住宿型之醫療照顧機構則有 83 所，佔已有之 106 所機構中的 78%，護理之家有 9 所，佔 29%，設若扣除廣義之南部的雲林縣之 1 家日間型照顧機構，1 間全日型照顧機構以及兩家護理之家的話，那麼差距則更大，顯示出實質面之南部地區無論在日間照顧、全日型照顧或護理之家均少於台灣北部，其中差距最大的是全日型照顧的思覺失調安置機構，然而這卻是慢性思覺失調病患家屬在長期負荷之中，所最需要的，相對於北部的 78%，南部卻只有 19%，差距整整達 4 倍。

何況南部地區地理遼闊，以住宿型之安養中心而言，由屏東之 60 床到高雄市 382 床，迄至台南的 74 床，廣大的屏東竟只有 60 床的住宿型安置機構；至於日間留宿型安養中心，則台南市 177 床，高雄市 804 床，而屏東 129 床，究其現實，遠在屏東者亦不可能日日接送患者抵高雄安置，可見主要之安養安置亦主要針對都會區為主。然而鄉間，缺乏醫療資訊，且務農為主而相對



收入較低之民眾，卻是真正需要醫療資源的一群，且是由國家給予必要之支持的一群。特別是台灣之 M 型化社會中，青壯年大多往都市集中，留在鄉間的則大多是老年人及小孩，唯當下之政策，卻讓醫療資源盡皆集中於都市-那個地方老年人口最多？那個地方有潛在的一直未接受安置的慢性思覺失調病患之老年人口？那裡有因失智而需要外力介入，以幫助其家人減輕負荷者？豈不就是老年人口最多的鄉間嗎？唯在當下之醫療資源布局下，卻是反其道而已。





## 參考文獻

### 一、中文文獻

1. 內政部統計處, *近年我國老年人口數一覽表*, 摘自 <http://sowf.moi.gov.tw/04/07/07.htm>. 2013
2. 王文志, 張自強, 文榮光. 精神科病患於日間病房之預後分析. *臺灣職能治療研究與實務雜誌*. 1: 36-43. 2005.
3. 王秀紅. 照顧者角色對婦女衝擊: 護理的涵義. *護理雜誌* 41(3): 18-23. 1994.
4. 王明光. 失智老人之社會資源及服務照顧工作聯結研究—以高雄地區失智榮民為例. 高雄大學高階法律暨管理碩士在職專班碩士論文. 2011.
5. 田習如. 南北差很大數字會說話. *財訊雙周刊*, <http://392.www.wealth.com.tw/index2.aspx?f=201&id=2786>. 2012.
6. 牟秀善. 社會工作者如何協助慢性精神病患家屬之疾病管理. *社區發展季刊* 76: 113-119. 1996.
7. 牟秀善. *影響精神分裂症家屬對治療的順服務行為之相關因素研究*. 東海大學社會工作研究所碩士論文. 1994.
8. 行政院內政部戶政司. *人口政策白皮書*. 摘自 <http://www.ris.gov.tw>. 2013.
9. 李選、葉美玉. 家屬治療對改善躁鬱症家屬疾病認知與因應能力成效之探討. *護理雜誌* 39(3): 4-52. 1992.
10. 胡海國. 何謂精神分裂症. *中國時報*. 2000
11. 胡海國. *當代精神醫療*. 正中書局. 1996.
12. 舒昌榮. 由積極老化觀點論我國因應高齡社會的主要策略—從「人口政策白皮書」談起. *社區發展季刊* 122: 215-235. 2008.
13. 黃梅羹. 精神病患者「社會支持系統」建立之初步探討—瞭解病患家屬的態度、需求與期待. *社區發展季刊* 32: 46-54. 1985.
14. 楊延光. *杜鵑窩的春天: 精神疾病照顧手冊*. 張老師出版. 1999.
15. 蕭子筠. 失智老人家庭主要照顧者施虐傾向相關因素之初探性研究. 暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文. 2011.
16. 龔千逢. 初探情感性精神病患身為疾病照顧者之家庭生活適應歷程. 政治大學社會工作研究所碩士論文. 2012

### 二、外文文獻

1. E.B.Fauth, S.H.Zarit, E.E. Femia, S.M. Hofer, and M.A.P. Stephen. Behavioral and psychological symptoms of dementia and caregivers' stress appraisals: Intra-individual stability and change over short-term observation. *Aging and Mental Health* 10(6): 563-573. 2006.
2. M.J.Prince and J.Jackson. *World Alzheimer Report 2009*. London, Alzheimer's Disease International. 2009.  
A. Wimo and M.Prince. *The global economic impact of dementia*. London, Alzheimer's Disease International. 2010.

