

108年癌症登記報告

衛生福利部國民健康署

111年1月13日



大綱

- 癌症登記資料公布時程說明
- 108年癌症登記之整體發現
- 健康小叮嚀-防癌防疫一起來



癌症登記資料公布時程說明

癌症發生資料工作時程

台灣的癌症登記資料庫始於1979年，為亞洲先驅！

108

109

110

醫院登記108
年到院治療之
癌友

醫院申報108
年資料

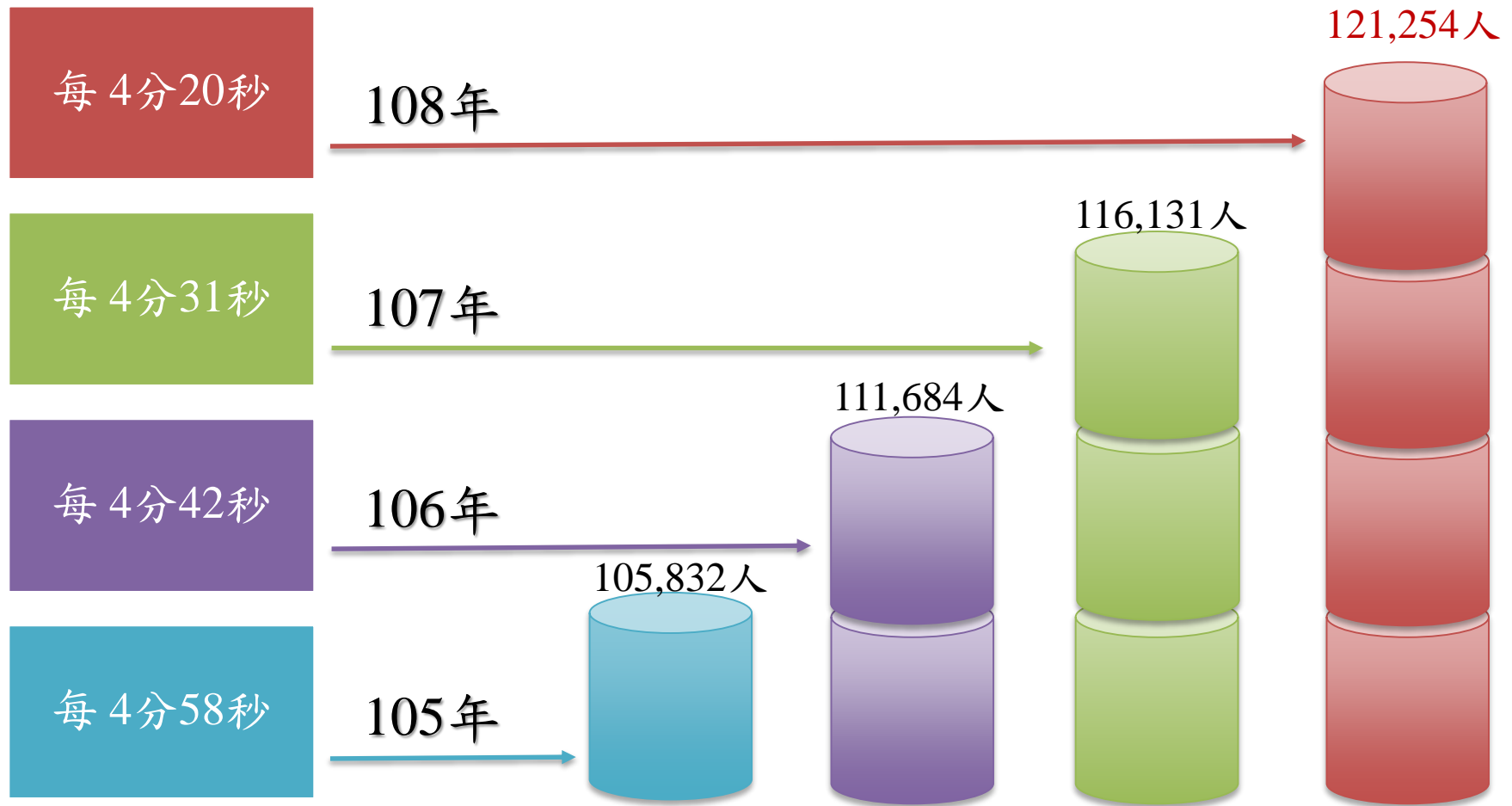
整併、處理、
確認108年資
料

需等診斷確立才
能收錄，整體作
業花兩年時間！



108年癌症登記之整體發現

108年平均每4分20秒 1人罹癌



註:1. 癌症發生資料來源：歷年癌症登記報告公布之發生人數。

2. 計算公式= (365天X 24小時X 60分鐘) ÷ 當年度癌症發生人數

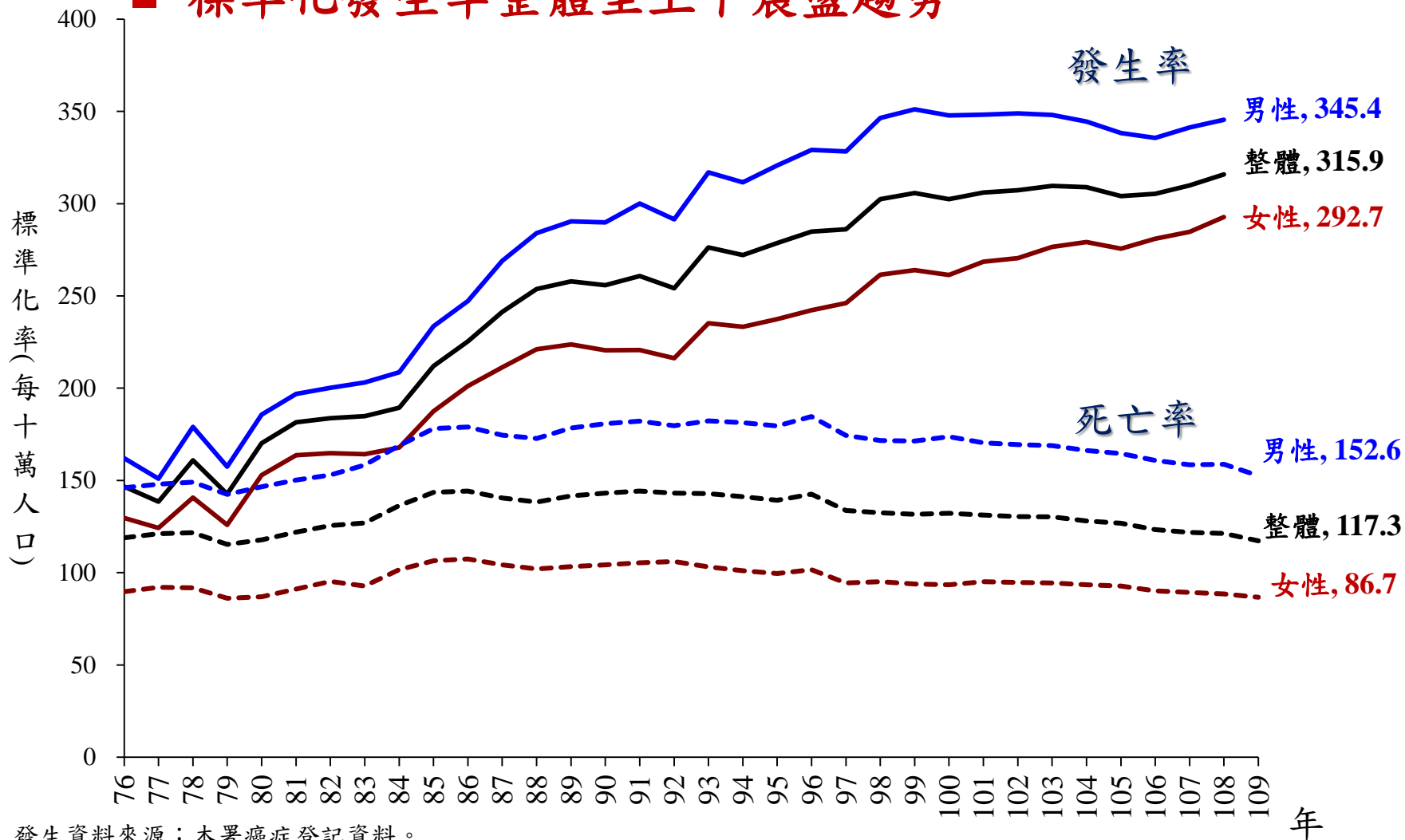
107年及108年新發生癌症總表

項目	西元年	男	女	合計	與前一年 增減數
發生數(人)	107年	61,779	54,352	116,131	
	108年	64,109	57,145	121,254	5,123
年齡中位數(歲)	107年	65	62	63	
	108年	65	62	64	1
粗發生率 (每10萬人口)	107年	527.4	457.7	492.3	
	108年	547.7	480.3	513.7	21.4
年齡標準化發生 率(每10萬人口)	107年	341.3	284.7	309.8	
	108年	345.4	292.7	315.9	6.1
性別比 (年齡標準化率)	107年	1.2	1		
	108年	1.2	1		

註：1. 本署癌症登記資料(不含原位癌)
2. 年齡標準化率係使用2000年世界標準人口為基準

全癌症標準化發生率與死亡率趨勢

■ 標準化發生率整體呈上下震盪趨勢



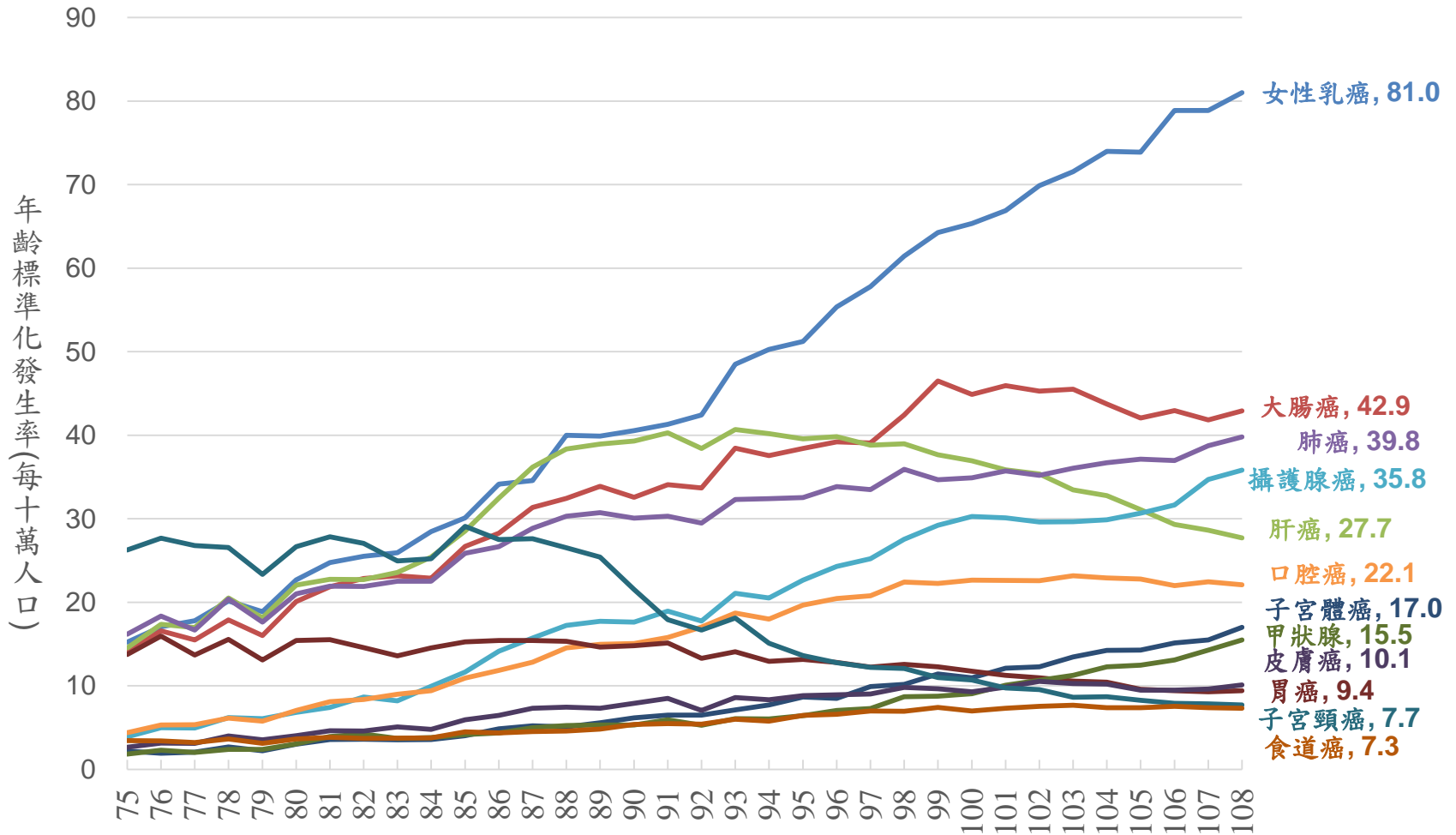
註:1. 發生資料來源：本署癌症登記資料。

2. 死亡資料來源：衛福部統計處。

3. 年齡標準化率（單位每10萬人口）係使用2000年世界標準人口計算。

4. 死因統計97年起改採國際疾病分類ICD-10，108年起改採「2016年版ICD-10死因選取準則」

各癌症標準化發生率趨勢



註:1. 發生資料來源：本署癌症登記資料。

2. 年齡標準化率 (單位每10萬人口) 係使用2000年世界標準人口計算。

大腸癌發生人數連14年排名第1

1 大腸癌
17,302人
發生率42.9/10⁵

2 肺癌
16,233人
發生率39.8/10⁵

3 女性乳癌
14,856人
發生率81.0/10⁵

4 肝癌
11,272人
發生率27.7/10⁵

5 口腔癌
8,204人
發生率22.1/10⁵

108年
發生人
數排名



攝護腺癌 **6**
7,115人
發生率35.8/10⁵

甲狀腺癌 **7**
4,850人
發生率15.5/10⁵

皮膚癌 **8**
4,442人
發生率10.1/10⁵

胃癌 **9**
3,938人
發生率9.4/10⁵

子宮體癌 **10**
3,124人
發生率17.0/10⁵

註: 1. 本署癌症登記資料 (不含原位癌)

2. 此張發生率係指年齡標準化率, 以2000年世界標準人口計算 (單位: 每10萬人)

3. 圖片來源: Flaticon (www.flaticon.com)

108年國人十大癌症發生人數，與107年比較

- 108年與107年排序相同
- 肝癌及口腔癌標準化發生率下降明顯

發生數 序位	原發部位	108年				107年				108年 發生人數 增減值	108年 標準化 發生率 增減值	
		個案數	標準化 發生率	年齡 中位數	標準化 死亡率	個案數	標準化 發生率	年齡 中位數	標準化 死亡率			
1	大腸	17,302	42.9	66	14.9	16,525	41.8	66	14	777	1.1	↑
2	肺、支氣 管及氣管	16,233	39.8	66	22.8	15,345	38.8	66	22.8	888	1	↑
3	女性乳房	14,856	81.0	56	13.1	14,217	78.9	56	12.5	639	2.1	↑
4	肝及肝內 膽管	11,272	27.7	67	18.8	11,342	28.6	66	20.3	-70	-0.9	↓
5	口腔、口 咽及下咽	8,204	22.1	58	8.9	8,170	22.5	57	8.1	34	-0.4	↓
6	攝護腺	7,115	35.8	72	7.1	6,644	34.7	72	6.6	471	1.1	↑
7	甲狀腺	4,850	15.5	50	0.4	4,445	14.3	50	0.5	405	1.2	↑
8	皮膚	4,442	10.1	75	0.7	4,049	9.6	75	0.7	393	0.5	↑
9	胃	3,938	9.4	69	5.5	3,798	9.3	68	5.5	140	0.1	↑
10	子宮體	3,124	17.0	56	1.9	2,787	15.5	55	2.0	337	1.5	↑
	全癌症	121,254	315.9	64	121.3	116,131	309.8	63	121.8	5,123	6.1	↑

註：1. 發生序位係以癌症發生人數由高至低排序。

2. 癌症發生人數增減情形：108年發生人數-107年發生人數。

3. 發生率資料來源：本署癌症登記資料(不含原位癌)；死亡率資料來源：衛生福利部統計處死因統計。

4. 標準化率係以西元2000年世界標準人口為標準人口計算(單位為每10萬人口)。

5. *1每10萬女性人口發生率及死亡率；*2每10萬男性人口發生率及死亡率。

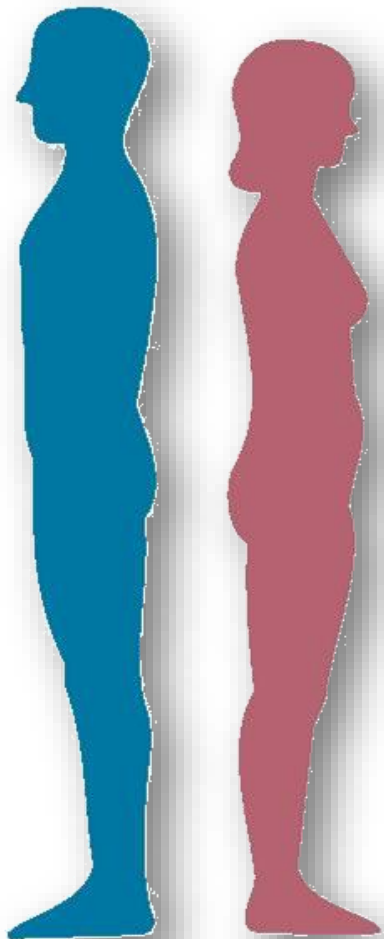


108年台灣男女性10大癌症標準化發生率

男性

(9,893人)大腸	52.3/10 ⁵
(8,847人)肺、支氣管及氣管	45.6/10 ⁵
(7,468人)口腔	41.8/10 ⁵
(7,757人)肝及肝內膽管	41.0/10 ⁵
(7,115人)攝護腺	35.8/10 ⁵
(2,639人)食道	14.2/10 ⁵
(2,389人)胃	12.1/10 ⁵
(2,356人)皮膚	11.8/10 ⁵
(1,529人)白血症	9.7/10 ⁵
(1,602人)非何杰金氏淋巴瘤	9.1/10 ⁵
(12,514人)其他癌症	

(64,109人) 總計 345.4/10⁵



女性

81.0/10 ⁵ 乳房(14,856人)
35.0/10 ⁵ 肺、支氣管及氣管(7,386人)
34.6/10 ⁵ 大腸(7,409人)
22.7/10 ⁵ 甲狀腺(3,582人)
17.0/10 ⁵ 子宮體(3,124人)
15.4/10 ⁵ 肝及肝內膽管 (3,515人)
9.9/10 ⁵ 卵巢、輸卵管及寬韌帶(1,677人)
8.7/10 ⁵ 皮膚(2,086人)
7.7/10 ⁵ 子宮頸(1,393人)
7.0/10 ⁵ 胃(1,549人)
其他癌症(10,568人)

292.7/10⁵ 總計 (57,145人)

資料來源：本署癌症登記資料(不含原位癌)

- 1.依標準化發生率(單位為每10萬人口)之高低順序,由上至下排列。
- 2.年齡標準化發生率,係以西元2000年世界標準人口為標準人口計算。

108年男性10大癌症發生率，與107年比較

- 排序同，除肝癌、口腔癌排名互換(107年肝癌居第3名、口腔癌居第4名)，兩者標準化發生率皆下降，其中肝癌下降更多
- 男性大腸癌標準化發生率蟬聯10年第一
- 男性口腔癌、肝癌、食道癌及胃癌標準化發生率下降

男性 發生率 序位	原發部位	108年				107年				108年 發生人數 增減值	108年 標準化 發生率 增減值	
		個案數	標準化 發生率	年齡 中位數	標準化 死亡率	個案數	標準化 發生率	年齡 中位數	標準化 死亡率			
1	大腸	9,893	52.3	65	18.6	9,512	51.2	66	17.4	381	1.1	↑
2	肺、支氣管 及氣管	8,847	45.6	67	31.6	8,424	44.9	67	31.1	423	0.7	↑
3	口腔、口咽 及下咽	7,468	41.8	57	17.3	7,400	42.2	57	15.6	68	-0.4	↓
4	肝及肝內膽 管	7,757	41.0	65	28.1	7,819	42.3	64	30	-62	-1.3	↓
5	攝護腺	7,115	35.8	72	7.1	6,644	34.7	72	6.6	471	1.1	↑
6	食道	2,639	14.2	59	9.9	2,579	14.3	59	9.9	60	-0.1	↓
7	胃	2,389	12.1	69	7.2	2,334	12.2	68	7.1	55	-0.1	↓
8	皮膚	2,356	11.8	74	0.9	2,153	11.2	74	0.9	203	0.6	↑
9	白血病	1,529	9.7	63	3.7	1,455	9.6	62	3.8	74	0.1	↑
10	非何杰金氏 淋巴瘤	1,602	9.1	64	3.8	1,512	8.6	64	3.8	90	0.5	↑
	全癌症	64,109	345.4	65	158.8	61,779	341.3	65	158.5	2,330	4.1	↑

註：1.序位係以標準化之發生率（單位為每10萬人口）排序。

2.年齡標準化發生率，係以西元2000年世界標準人口為標準人口計算。

3.發生率增減值：108年年齡標準化發生率-107年年齡標準化發生率。

4.發生率資料來源：本署癌症登記資料(不含原位癌)；死亡率資料來源：衛生福利部統計處死因統計。

108年女性10大癌症發生率，與107年比較

- 排序同，除肝癌、子宮體癌排名互換(107年肝癌居第5名、子宮體癌居第6名)
- 女性乳癌標準化發生率蟬聯17年第一
- 女性肝癌及子宮頸癌標準化發生率下降

女性 發生率 序位	原發部位	108年				107年				108年 發生人數 增減值	108年 標準化 發生率 增減值	
		個案數	標準化 發生率	年齡 中位數	標準化 死亡率	個案數	標準化 發生率	年齡 中位數	標準化 死亡率			
1	女性乳房	14,856	81.0	56	13.1	14,217	78.9	56	12.5	639	2.1	↑
2	肺、支氣管及 氣管	7,386	35.0	65	15.3	6,921	33.7	65	15.7	465	1.3	↑
3	大腸	7,409	34.6	67	11.8	7,013	33.6	67	11	396	1	↑
4	甲狀腺	3,582	22.7	50	0.5	3,302	21.0	50	0.5	280	1.7	↑
5	子宮體	3,124	17.0	56	1.9	2,787	15.5	55	2.0	337	1.5	↑
6	肝及肝內膽管	3,515	15.4	72	10.5	3,523	16.0	71	11.6	-8	-0.6	↓
7	卵巢、輸卵管 及寬韌帶	1,677	9.9	54	3.5	1,557	9.3	54	3.2	120	0.6	↑
8	皮膚	2,086	8.7	76	0.5	1,896	8.3	76	0.5	190	0.4	↑
9	子宮頸	1,393	7.7	57	3.2	1,433	7.9	58	3.2	-40	-0.2	↓
10	胃	1,549	7.0	69	4	1,464	6.8	69	4.1	85	0.2	↑
	全癌症	57,145	292.7	62	88.5	54,352	284.7	62	89.3	2,793	8	↑

註：1.序位係以標準化之發生率（單位為每10萬人口）排序。

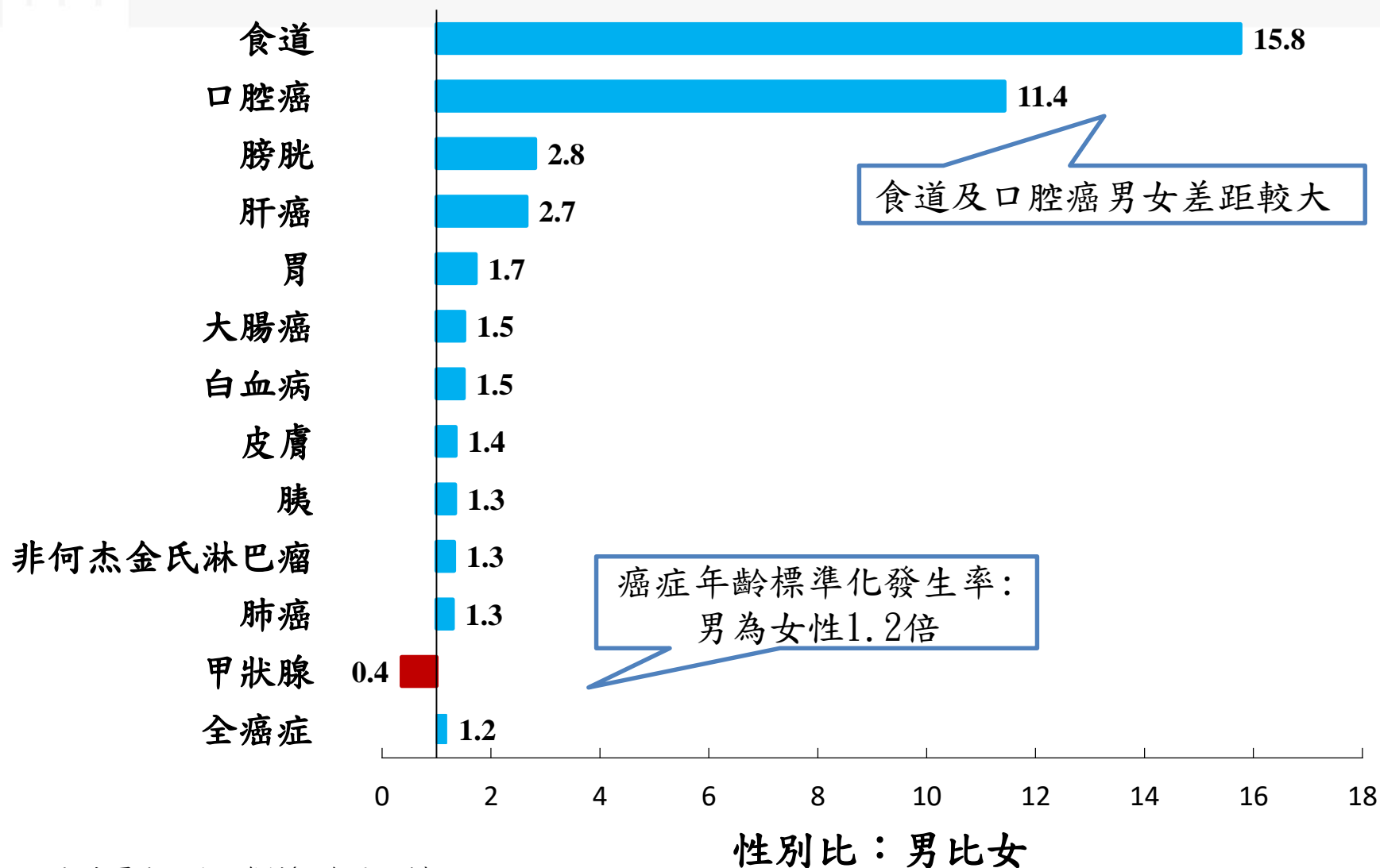
2.年齡標準化發生率，係以西元2000年世界標準人口為標準人口計算。

3.發生率增減值：108年年齡標準化發生率-107年年齡標準化發生率。

4.發生率資料來源：本署癌症登記資料(不含原位癌)；死亡率資料來源：衛生福利部統計處死因統計。



108年主要癌症標準化發生率之性別比



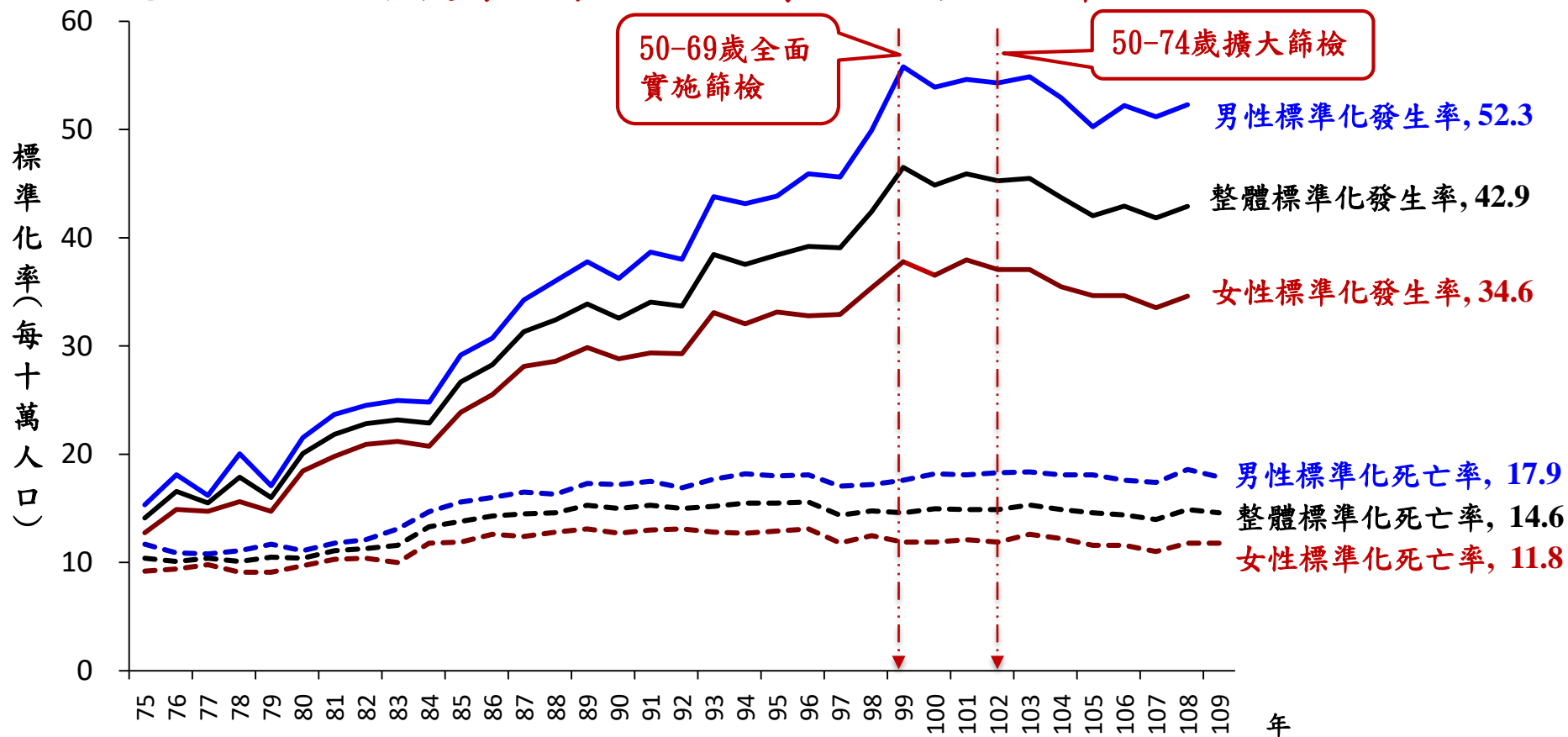
註：1. 本署癌症登記資料(不含原位癌)

2. 年齡標準化率係使用2000年世界標準人口為基準(單位：每10萬人)

大腸癌標準化發生率與死亡率趨勢

■ 標準化發生率呈現上下震盪

■ 危險因子：不健康飲食、缺乏身體活動、肥胖及菸酒、老化



註：1. 發生資料來源：本署癌症登記資料。

2. 死亡資料來源：衛福部統計處。

3. 年齡標準化率（單位每10萬人口）係使用2000年世界標準人口計算。

4. 死因統計97年起改採國際疾病分類ICD-10，108年起改採「2016年版ICD-10死因選取準則」。

發現大腸癌時的期別分布

- 早期（0-1期）五年存活率達9成，第4期五年存活率僅1成
- 99年起將大腸癌納入預防保健，早期發現大腸癌比率由98年22.4%上升至39.7%

診斷年	0期	1期	2期	3期	4期	0+1期
98	6.6%	15.8%	24.8%	29.7%	23.2%	22.4%
107	23.1%	15.6%	16.4%	24.9%	20.0%	38.7%
108	23.9%	15.8%	16.2%	24.8%	19.3%	39.7%



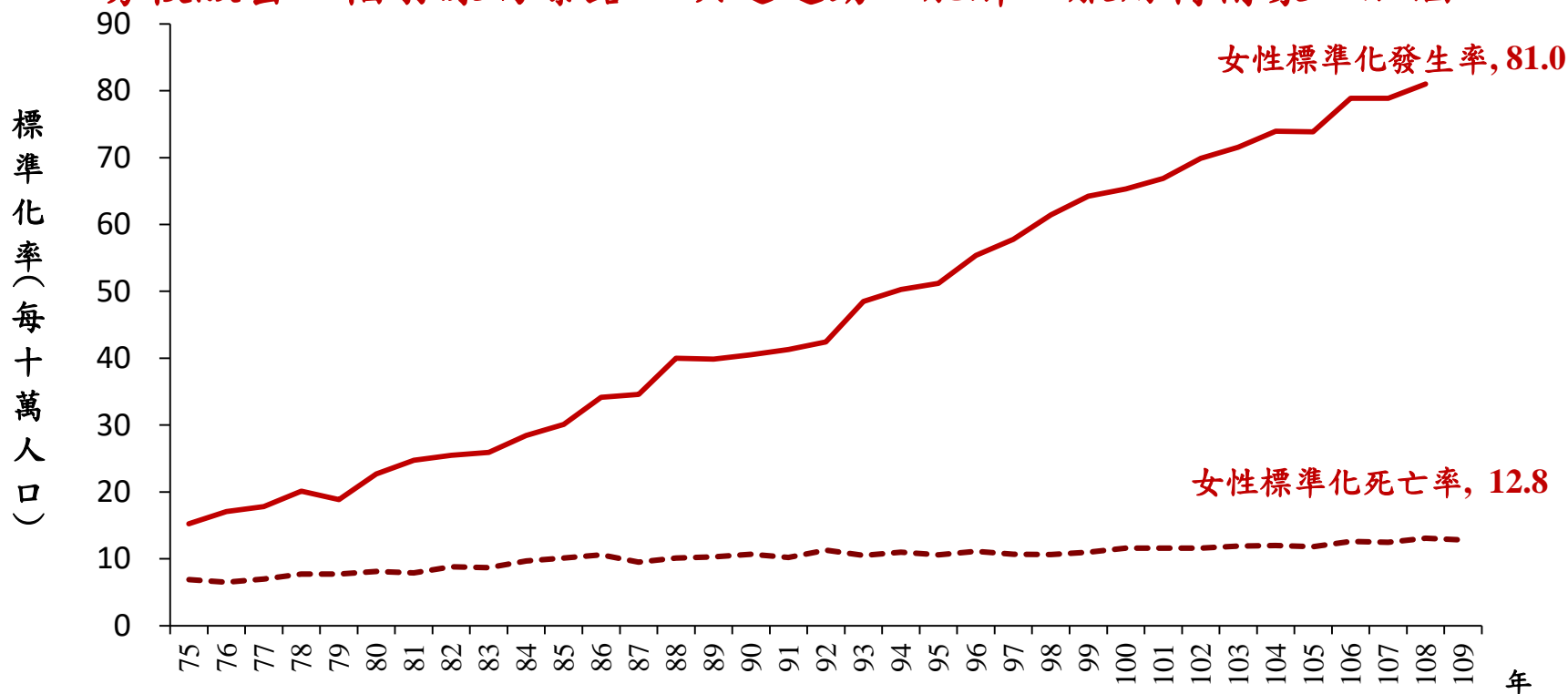
註:1.發生資料來源：本署癌症登記資料。

2.*5年相對存活率: 校正競爭死因存活率，即死於該癌症之存活率

3.相對存活率 (Relative survival) = 觀察存活率 (Overall survival)/期望存活率 (Expected survival)

乳癌發生率與死亡率趨勢

- 標準化發生率近年呈上升趨勢
- 危險因子：老化、基因變異 (BRCA1和BRCA2遺傳基因)、生育因子 (初經早或停經晚、晚生、未哺乳)、家族史、有異常或良性乳房疾病、乳房較緻密、輻射線的曝露、缺乏運動、肥胖、服用荷爾蒙、酗酒



註:1.有乳房良性病癥(性囊腫乳腺炎、纖維瘤、纖維囊腫等、乳房細胞組織增生(尤其是非典型增生)

2.發生資料來源：本署癌症登記資料。

3.死亡資料來源：衛福部統計處。

4.年齡標準化率(單位每10萬人口)係使用2000年世界標準人口計算。

5.死因統計97年起改採國際疾病分類ICD-10, 108年起改採「2016年版ICD-10死因選取準則」。

發現乳癌時的期別分布

- 0-2期五年存活率超過9成，第4期五年存活率約3成
- 93年起將乳癌篩檢納入預防保健，早期（0-1期）發現乳癌比率由93年35.2%上升至46.0%

診斷年	0期	1期	2期	3期	4期	0+1期
93	8.8%	26.4%	41.3%	18.6%	4.9%	35.2%
107	15.4%	31.6%	33.4%	12.6%	7.0%	47.0%
108	14.8%	31.2%	34.0%	12.4%	7.5%	46.0%



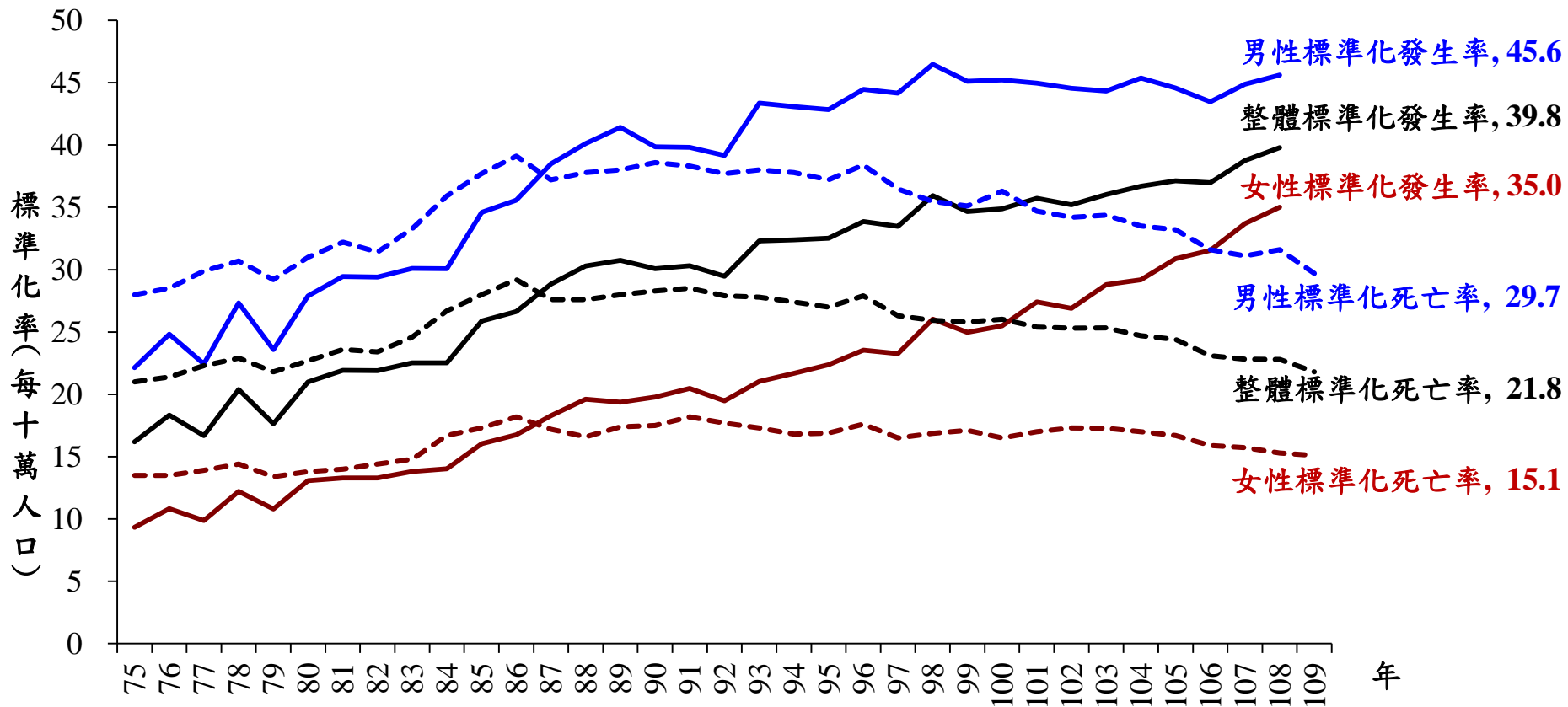
註:1.發生資料來源：本署癌症登記資料(含原位癌)。

2.*5年相對存活率: 校正競爭死因存活率，即死於該癌症之存活率

3.相對存活率 (Relative survival) = 觀察存活率 (Overall survival) / 期望存活率 (Expected survival)

肺癌標準化發生率與死亡率趨勢

- 標準化發生率整體呈上下震盪趨勢
- 危險因子：菸害及二手菸、空氣污染、家族史、肺部疾病及其他



註:1. 發生資料來源：本署癌症登記資料。

2. 死亡資料來源：衛福部統計處。

3. 年齡標準化率（單位每10萬人口）係使用2000年世界標準人口計算。

4. 死因統計97年起改採國際疾病分類ICD-10，108年起改採「2016年版ICD-10死因選取準則」。

國內四醫學會篩檢對象條件

台灣低劑量電腦斷層肺癌篩檢共識宣言

104年5月2日公告
109年4月22日修改

1. 年齡介於 50-80 歲，抽菸史超過 30 包年，目前仍在抽菸或戒菸時間尚未超過 15 年的民眾，證據顯示可以接受低劑量電腦斷層以篩檢肺癌。尤以 60-75 歲者，最具成本效益。
2. 具有肺癌家族史的民眾，建議接受低劑量電腦斷層作為肺癌篩檢。^(註1)
3. 有肺病史、氬暴露及特定職業暴露(如石棉)的民眾，可以諮詢醫師考慮進行肺癌篩檢。
4. 非吸菸，也無上述風險因子的民眾目前沒有證據支持肺癌篩檢。若擔心有罹患肺癌風險，建議諮詢醫師後，再進行肺癌篩檢。
5. 患有嚴重疾病或無法接受根治性癌症治療的民眾，不建議作肺癌篩檢。
6. 低劑量電腦斷層肺癌篩檢宜在具有篩檢經驗，並有多專科肺癌診治經驗的醫療機構進行。
7. 建議抽菸者應即早戒菸，低劑量電腦斷層篩檢並不能預防肺癌的發生。
8. 不建議使用其他方式，如肺部核磁共振、正子攝影或抽血檢驗腫瘤指數等方式篩檢肺癌。
9. 強烈建議政府應持續支持學界進行全國性臨床研究，以評估低劑量電腦斷層的篩檢效益。^(註2)^(註3)

附註

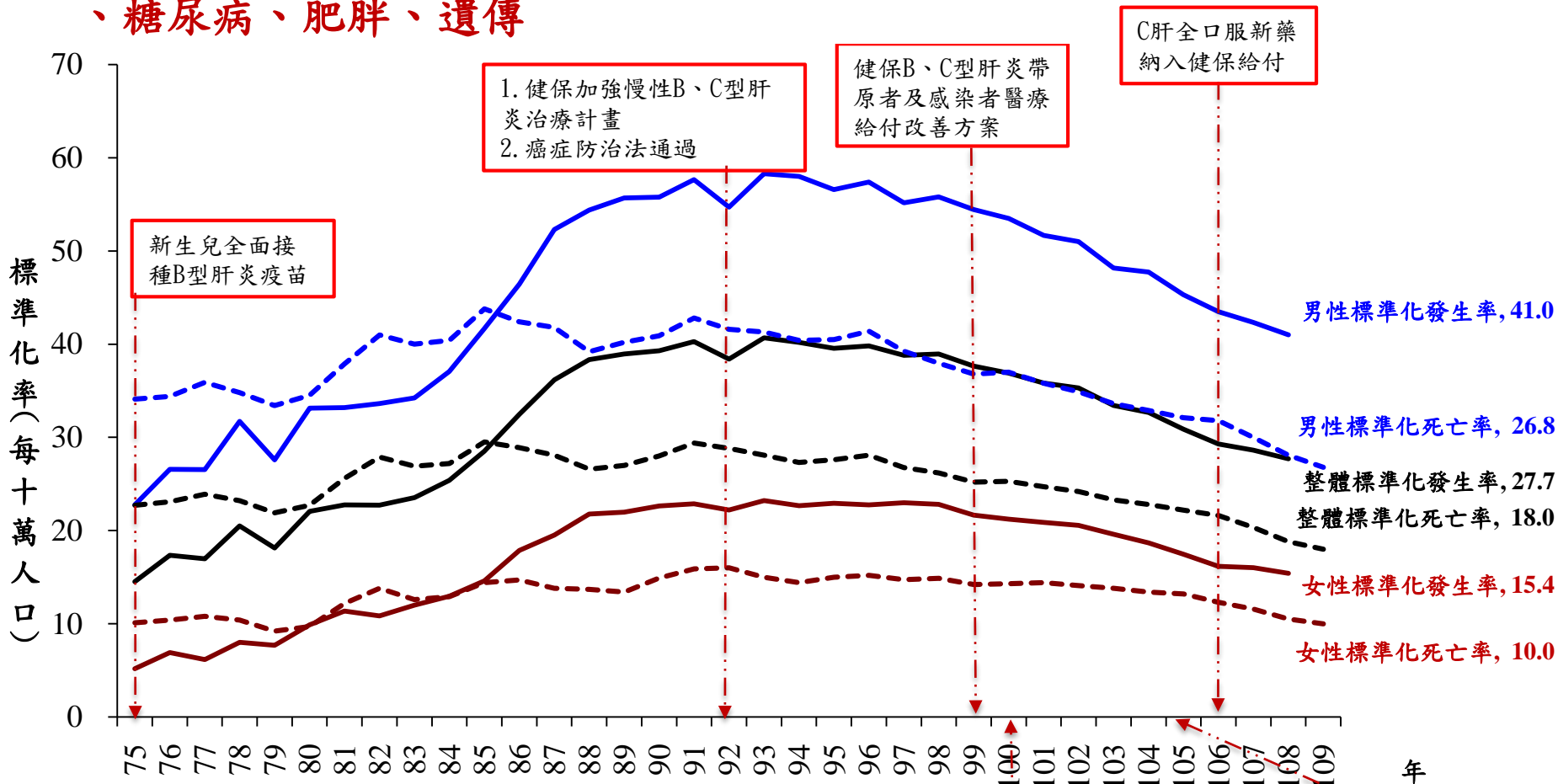
1. 目前證據顯示一等親或是家族內有一位以上的肺癌病患，其發生肺癌的危險性明顯高於一般人。
2. 依國民健康署委託國家衛生研究院所組成的肺癌專家諮詢小組，針對民國 106 年癌症登記長表所做的分析：罹患肺癌者，有 64% 的人沒有抽菸。
3. 目前衛生福利部正與台灣肺癌學會、中華民國放射線醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會，進行全國性臨床研究，以評估低劑量電腦斷層篩檢在不抽菸者的有效性。

高危險群

- ①台灣肺癌學會
 - ②台灣胸腔暨重症加護醫學會
 - ③中華民國放射線醫學會
 - ④台灣胸腔外科醫學會
- 109年4月聯合修訂

肝癌標準化發生率與死亡率趨勢

- 標準化發生率連續10年下降
- 危險因子：B、C型肝炎病毒、抽菸、嚼食檳榔、喝酒、黃麴毒素、糖尿病、肥胖、遺傳

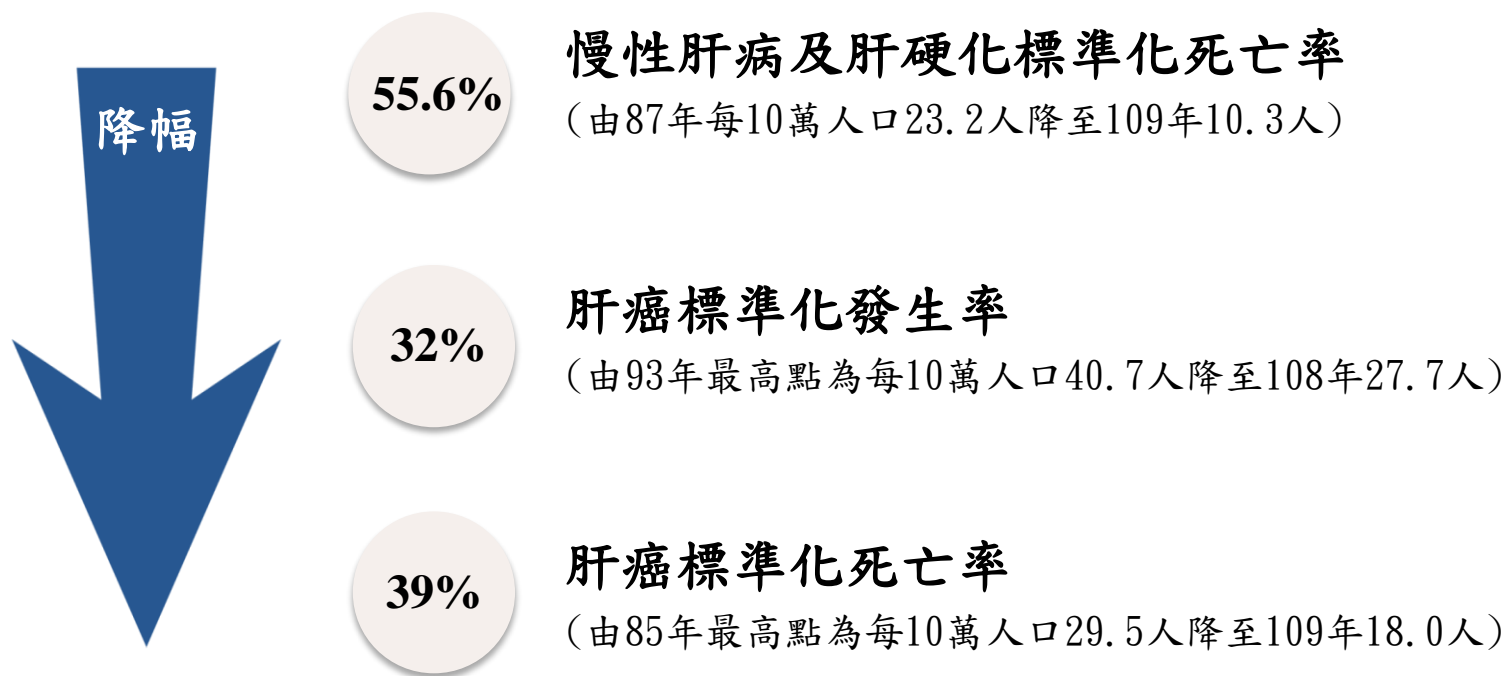


- 1. 成人預防保健加入B、C型肝炎篩檢
- 2. 第二期急性傳染病流行風險監控與管理計畫
- 3. 第二期病毒性肝炎防治計畫

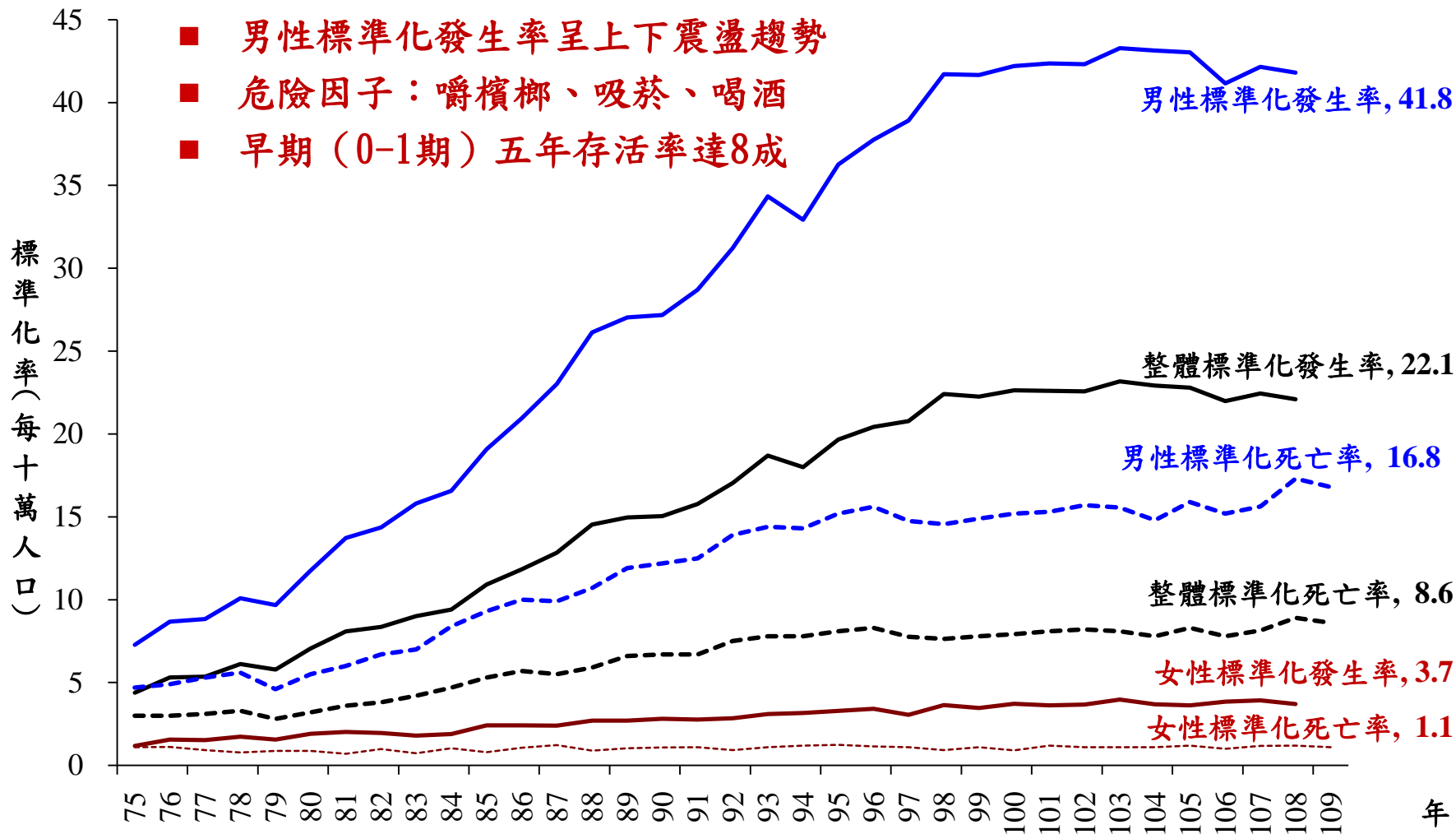
註: 1. 發生資料來源：本署癌症登記資料。
2. 死亡資料來源：衛福部統計處。
3. 年齡標準化率(單位每10萬人口)係使用2000年世界標準人口計算
4. 死因統計97年起改採國際疾病分類ICD-10, 108年起改採「2016年版ICD-10死因選取準則」。

病毒性肝炎防治執行成效

- 預防B、C型肝炎病毒感染，B型肝炎疫苗接種
- 推動B、C型肝炎篩檢，並加強民眾對帶原及感染狀況之認知
- 加強B、C型肝炎陽性個案之後續追蹤及治療



口腔癌標準化發生率與死亡率趨勢



註:1. 發生資料來源：本署癌症登記資料。

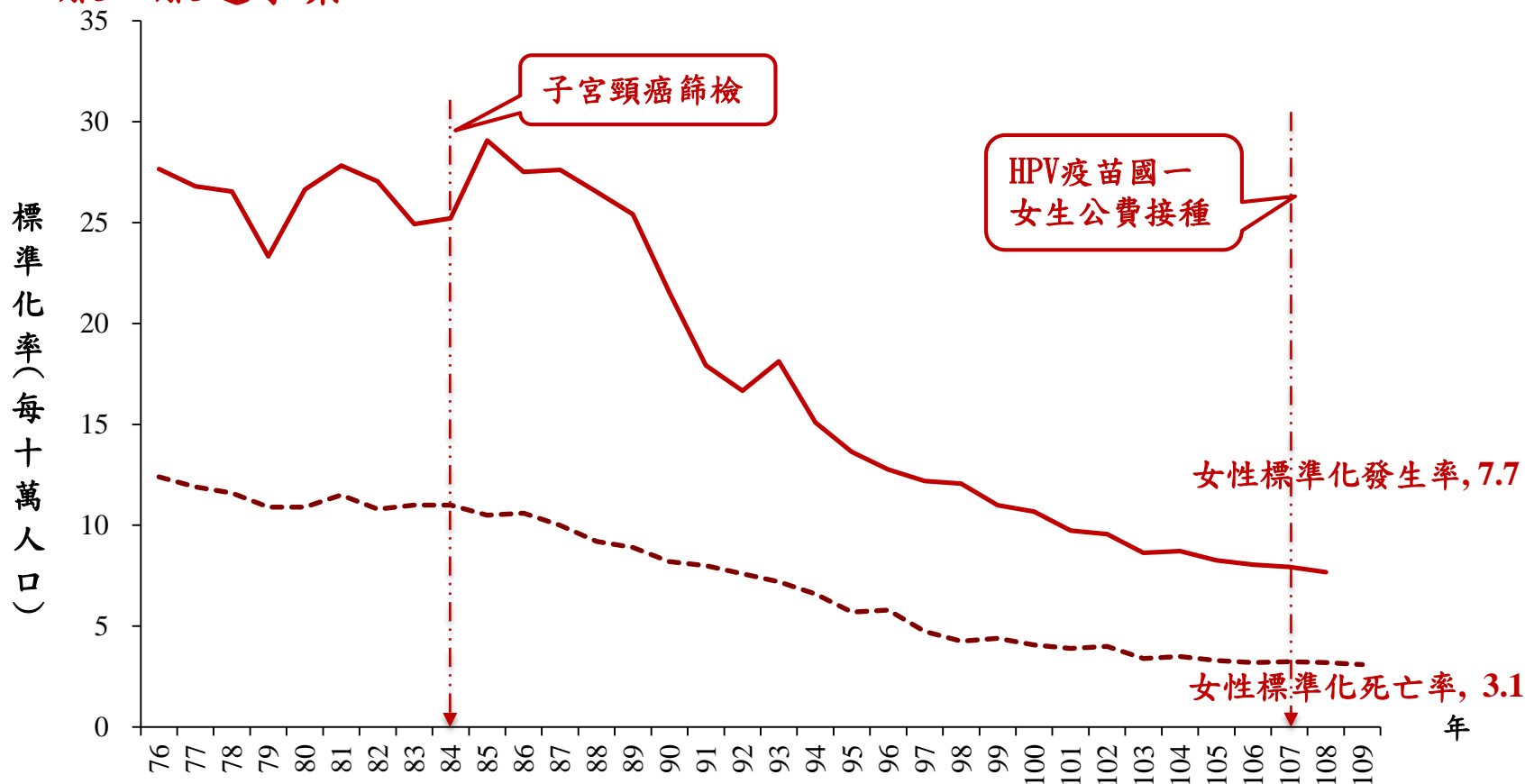
2. 死亡資料來源：衛福部統計處。

3. 年齡標準化率（單位每10萬人口）係使用2000年世界標準人口計算。

4. 死因統計97年起改採國際疾病分類ICD-10，108年起改採「2016年版ICD-10死因選取準則」。

子宮頸癌標準化發生率與死亡率趨勢

- 標準化發生率近年呈下降趨勢
- 危險因子：HPV感染、較弱的免疫系統、雌激素暴露、吸菸、長期服口服避孕藥



註:1. 發生資料來源：本署癌症登記資料。

2. 死亡資料來源：衛福部統計處。

3. 年齡標準化率(單位每10萬人口)係使用2000年世界標準人口計算。

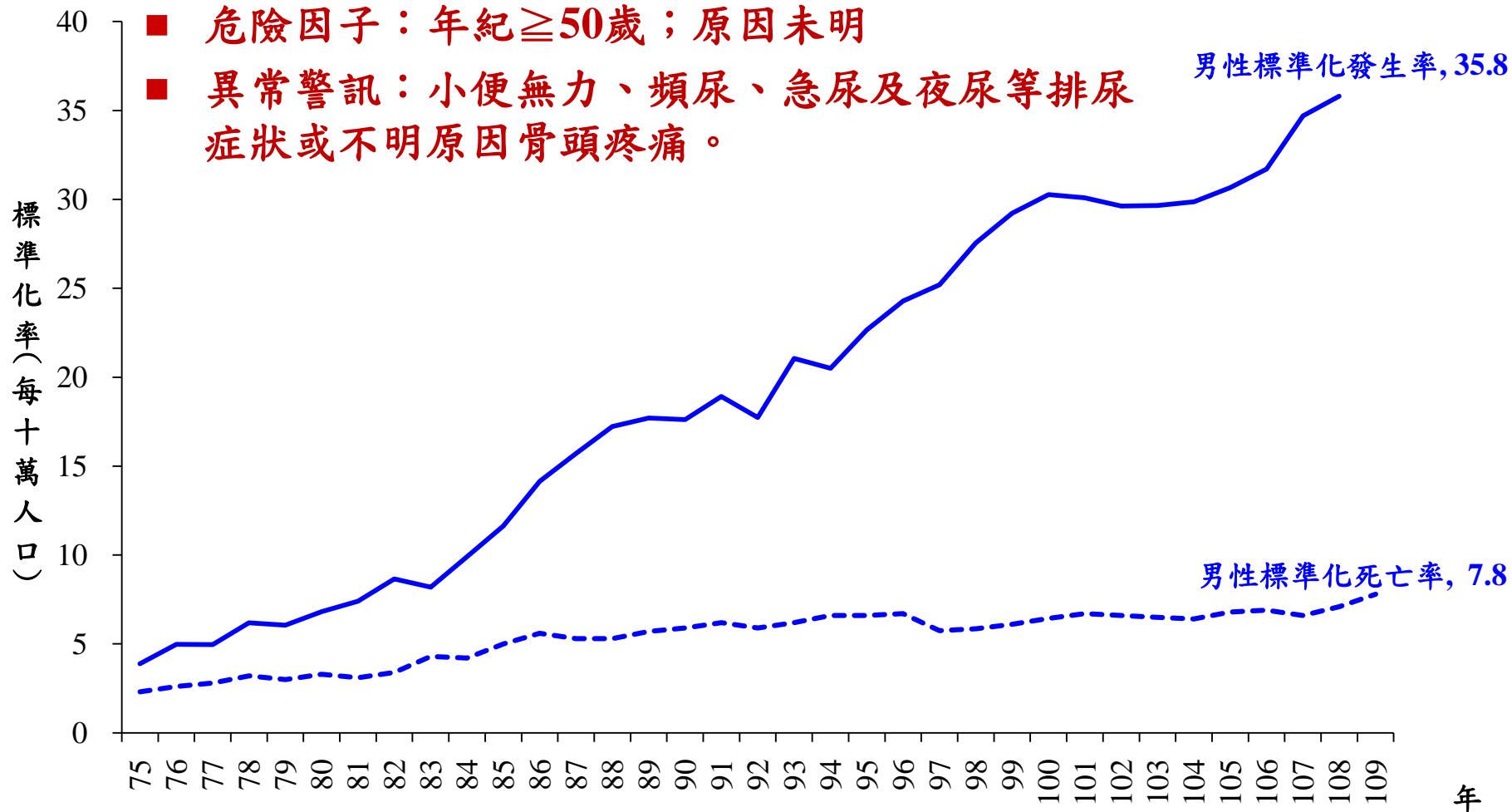
4. 死因統計97年起改採國際疾病分類ICD-10, 108年起改採「2016年版ICD-10死因選取準則」。

攝護腺癌標準化發生率與死亡率趨勢

■ 標準化發生率持續上升

■ 危險因子：年紀 ≥ 50 歲；原因未明

■ 異常警訊：小便無力、頻尿、急尿及夜尿等排尿症狀或不明原因骨頭疼痛。



註:1. 發生資料來源：本署癌症登記資料。

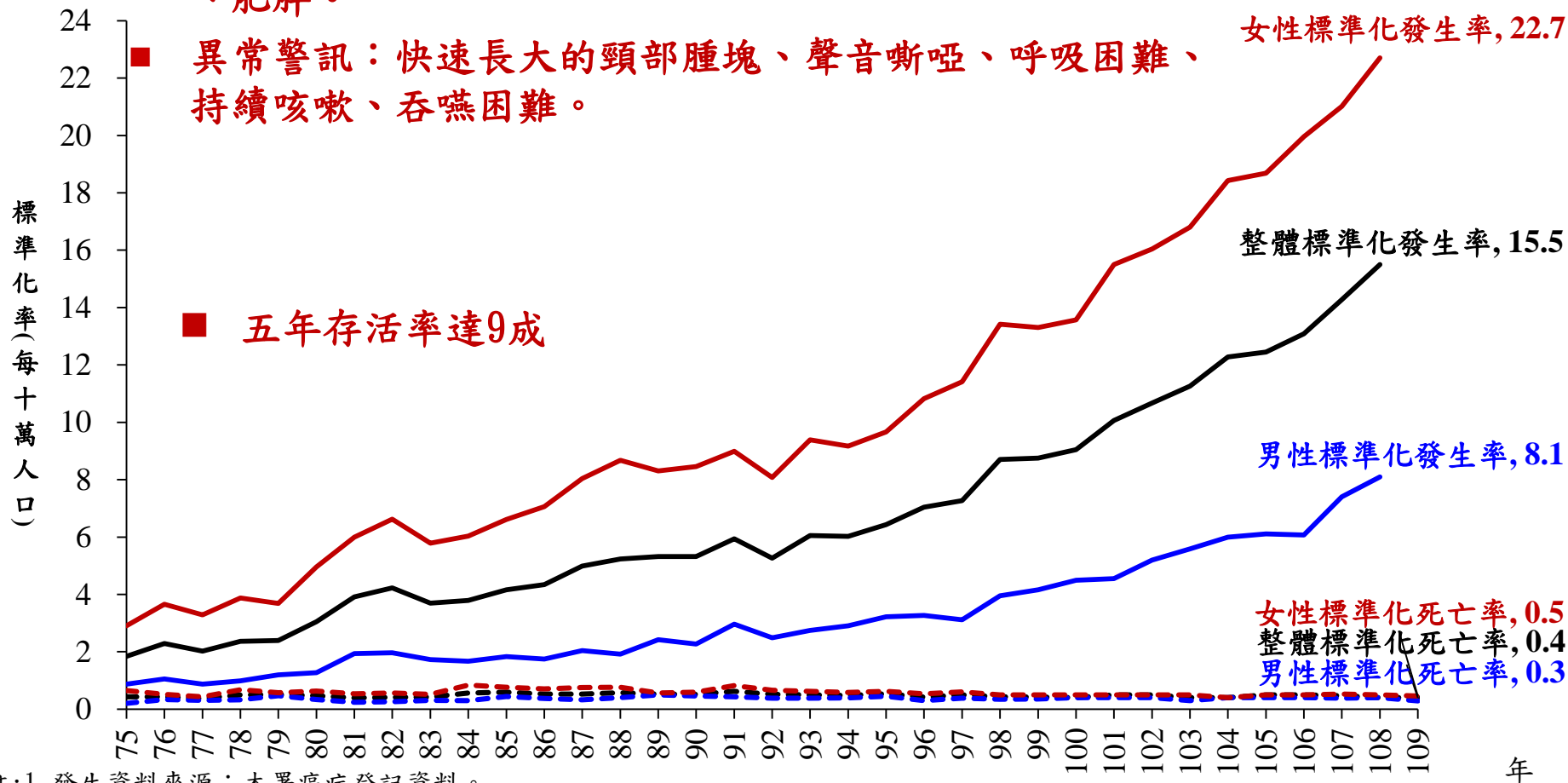
2. 死亡資料來源：衛福部統計處。

3. 年齡標準化率（單位每10萬人口）係使用2000年世界標準人口計算。

4. 死因統計97年起改採國際疾病分類ICD-10，108年起改採「2016年版ICD-10死因選取準則」。

甲狀腺癌標準化發生率與死亡率趨勢

- 標準化發生率持續上升
- 危險因子：碘攝取不足或過量、輻射曝露、遺傳、家族史、肥胖。
- 異常警訊：快速長大的頸部腫塊、聲音嘶啞、呼吸困難、持續咳嗽、吞嚥困難。



註:1. 發生資料來源：本署癌症登記資料。

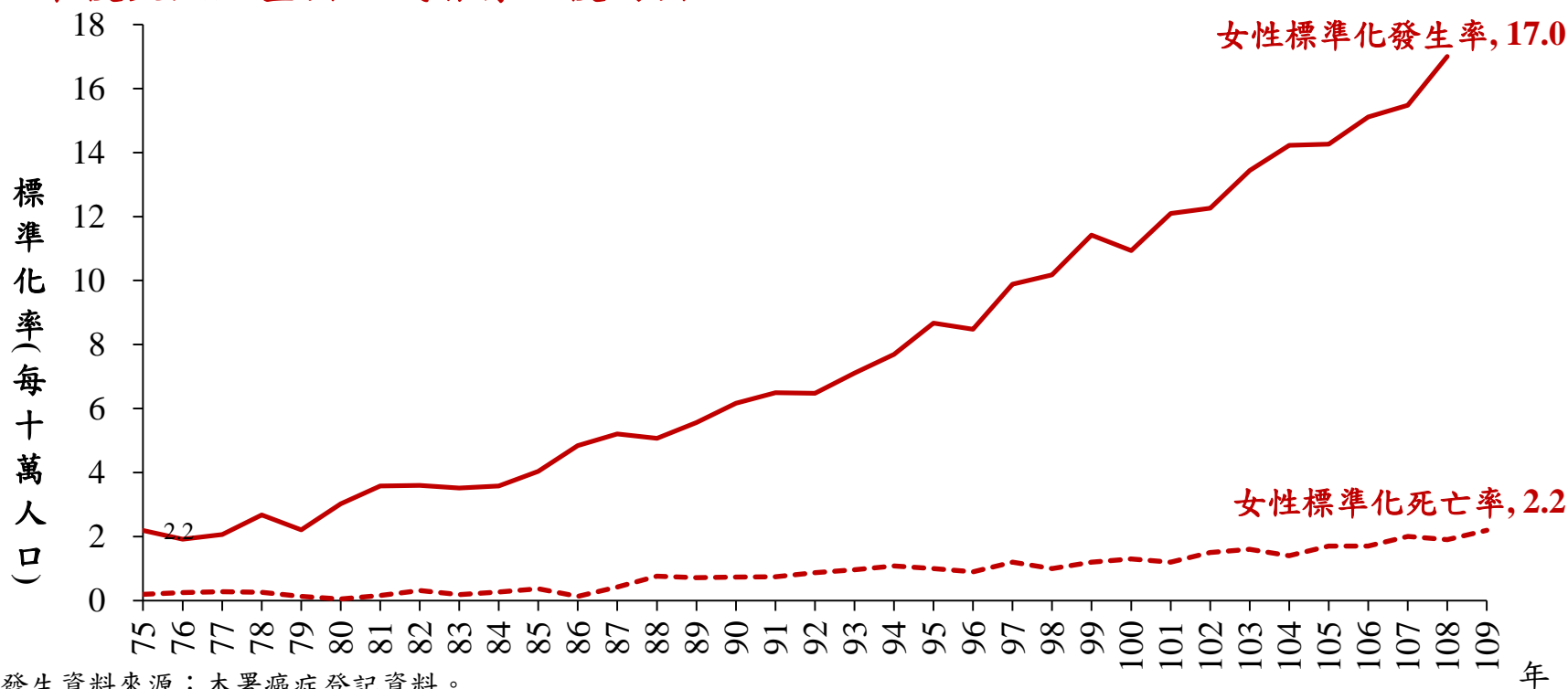
2. 死亡資料來源：衛福部統計處。

3. 年齡標準化率（單位每10萬人口）係使用2000年世界標準人口計算。

4. 死因統計97年起改採國際疾病分類ICD-10，108年起改採「2016年版ICD-10死因選取準則」。

子宮體癌發生率與死亡率趨勢

- 標準化發生率呈上升趨勢
- 危險因子：肥胖、高熱量高油飲食、賀爾蒙因素 {如：不曾懷孕（初經早或停經晚）、更年期服用雌激素等}、老化、缺乏運動、第2型糖尿病、近親或自身有子宮體癌或大腸癌家族史、乳癌或卵巢癌、子宮內膜增生、曾骨盆腔放射治療
- 異常警訊：不正常的出血，包括：月經週期紊亂、長期持續性出血、月經長久不來後突然大量出血或者停經後的出血。



註:1. 發生資料來源：本署癌症登記資料。

2. 死亡資料來源：衛福部統計處。

3. 年齡標準化率（單位每10萬人口）係使用2000年世界標準人口計算。

4. 死因統計97年起改採國際疾病分類ICD-10，108年起改採「2016年版ICD-10死因選取準則」。



健康小叮嚀

察覺異常警訊及早就醫

- 攝護腺癌、甲狀腺癌及子宮體癌目前國際間無實證建議對無症狀者進行篩檢。
- 若察覺自身有以下異常症狀，請務必就醫並遵循醫師指示，及早診治。

癌症別	異常症狀
攝護腺癌	小便無力、頻尿、急尿及夜尿等排尿症狀或不明原因骨頭疼痛
甲狀腺癌	快速長大的頸部腫塊、聲音嘶啞、呼吸困難、持續咳嗽、吞嚥困難。
子宮體癌	不正常的出血，包括：月經週期紊亂、長期持續性出血、月經長久不來後突然大量出血或者停經後的出血。

癌症篩檢可降低死亡率

- 臺灣實證研究顯示：定期篩檢者可降低死亡率
- 衛福部110年第1次調查報告：民眾對政府提供四癌篩檢服務，滿意度調查高達91.8%




子宮頸抹片檢查

- 30歲以上婦女

建議每3年至少1次

子宮頸抹片檢查可降低約70%子宮頸癌死亡率



乳房X光攝影檢查

- 45-69歲婦女
- 40-44歲二等血親內曾罹患乳癌之婦女

每2年1次

每2年1次乳房X光攝影檢查可降低41%乳癌死亡率



定量免疫法糞便潛血檢查

- 50歲以上未滿75歲

每2年1次

每2年1次糞便潛血檢查可降低35%大腸癌死亡率



口腔黏膜檢查

- 30歲以上有嚼檳榔(含已戒檳榔)或吸菸者
- 18歲以上有嚼檳榔(含已戒檳榔)原住民

每2年1次

定期接受口腔黏膜檢查可降低有嚼檳榔或吸菸習慣之男性26%死亡風險

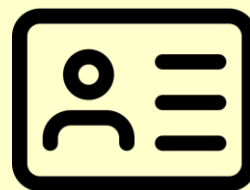
民眾想查詢是否符合篩檢資格

方式1

查詢全民健保行動快易通 | 健康存摺APP



方式2



持健保卡至國民健康署核可之醫療機構查詢

陽性及早診治定期追蹤

- 篩檢陽性個案風險高，一定要儘早完成追蹤及確診
 - 大腸癌FIT(+)不確診，死亡風險增6成4，FIT陽性每2人有1人有瘻肉，20人有1人為大腸癌
 - 乳癌篩檢17人陽性約1人為乳癌
 - 子宮頸癌篩檢2人陽性約1人癌前病變或子宮頸癌
- 提醒確診後應注意
 - 接受正規治療及定期追蹤
 - 建議癌友與醫療人員充分討論病情與治療選擇
 - 避免聽信坊間偏方，錯過治療黃金期

健康好幫手! -- 守護國民促進健康!

促進健康 Promotion,
預防疾病 Prevention,
安全防護 Protection,
共同參與
Participation,
夥伴合作 Partnership!

民眾為中心的照顧
Person-Centered Care

民眾參與
Person engagement
民眾增能
Person empowerment



Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare