

# 第二期國家癌症防治計畫-癌症篩檢 (99-102年)

## 執行成果暨檢討報告



103年4月

## 目錄

壹、計畫背景說明 .....	1
貳、計畫執行成果 .....	3
第一節、目標達成情形 .....	3
第二節、重要工作辦理情形 .....	4
一、推動具實證之癌症篩檢 .....	4
二、推動防癌宣導教育與建立健康生活型態 .....	11
三、提升癌症診療品質，改善病人的生活品質與存活率 .....	18
四、癌症監測與研究發展 .....	21
參、檢討及討論 .....	24
肆、未來展望 .....	27

## 壹、計畫背景說明

第二期國家癌症防治計畫，執行期程為 99 年至 102 年，業執行完竣。本計畫係基於第一期國家癌症防治計畫(94 年-98 年)之執行成果，並呼應馬總統政見之「6 年內癌症死亡率下降 10%」而規劃。

第一期計畫業對防治策略提出全面向之規劃，包含初段預防、次段篩檢及末段診療品質提升之策略；有鑑於未來環境癌症負擔將持續增加，包括國人癌症標準化發生率持續上升及每年癌症發生人數日增，對整體社會及健保造成沉重負擔，及帶來難以估計的生產力損失等社會成本，第二期計畫持續尋求有效降低癌症負擔的策略。衡諸三段五級防治策略中，雖然預防是癌症防治釜底抽薪的根本之道，惟癌症為多因子暴露所造成，無法滿足民眾立即的需求，成效顯現也需時甚長而不易掌控，惟可喜的是，已經有部分癌症篩檢可以滿足防癌的需求（如研究實證顯示，高篩檢涵蓋率可於 8-10 年開始降低標的癌症的死亡率），於民眾在癌前期病變或是癌症早期即予以診斷出，經適當治療而提升存活率，甚而預防癌症的發生，故為第二期計畫特別強化的重要措施，並據以訂定相關篩檢指標，以監測及評估其成果。

有關第二期計畫的各項策略，說明如下。在癌症預防部分(包括健康促進和特殊防護)，主要策略是推動防癌宣導教育與建立健康生活型態；主要癌症危險因子包括菸、檳榔及肥胖（含不健康飲食和缺乏規律運動），因菸害防制及肥胖等議題係另於相關計畫推動，爰第二期計畫著重於本土重要的嚼檳榔行為之防治以及對適齡青少年施打 HPV 疫苗，以預防人類乳突病毒感染而致發生子宮頸癌的情形。

而在篩檢部分，針對聚焦擴大辦理的癌症篩檢工作，第二期計畫的篩檢服務政策較第一期計畫進行以下調整：(一) 正式納入大腸癌及口腔癌篩檢於預防保健服務項目。原二項常規癌症檢篩（即子宮頸癌和乳癌），擴大成為四癌篩檢。(二) 根據實證檢討給付範圍，於九十八年年底將乳癌免費篩檢之資格年齡，自原

五十歲提前至四十五歲。另外，由於乳癌受遺傳因子之影響較其它癌症為大，亦將有二等親內罹患乳癌之婦女，篩檢年齡提前至四十五歲。更為特別照顧原住民健康，於 102 年六月份將有嚼檳榔習慣的原住民朋友的口腔癌篩檢年齡資格提前至 18 歲。(三) 精算服務成本，合理給付。考量大腸癌篩檢服務執行成本高，給付缺乏誘因，致大腸癌篩檢率低迷，故將大腸癌篩檢服務費用由原 130 元/次，調整為 200 元/次，以合理反應衛教民眾及洽催回收採便管之成本。

另外，在癌症診療部分，奠基於第一期計畫執行基礎，持續協助醫院提升診療品質及辦理診療品質認證工作，並逐步強化癌症病友服務和提升安寧療護的認知和利用率，並對於癌症醫療照護，進一步建立測量指標，作為改善的依據。

經評估第二期計畫的執行結果，本計畫所訂各項指標除「大腸癌二年一次篩檢率」外，全數達成目標，包括子宮頸癌死亡率下降。以長期趨勢而言，台灣癌症死亡率現正處於平穩波動期，如各項防治措施實推行得宜，應可加速死亡率持續降低的到來。茲將長期癌症標準化發生率及死亡率趨勢圖呈現如圖 1。

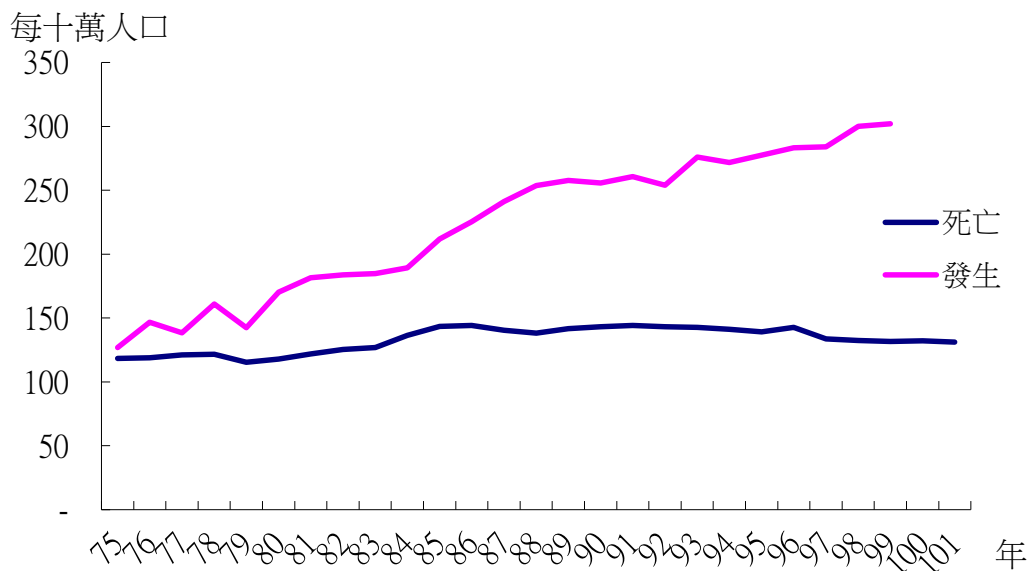


圖 1、台灣全癌症標準化發生率與死亡率長期趨勢

## 貳、計畫執行成果

### 第一節、目標達成情形

指標內容	98年基準值	102年目標值	102年達成值	是否達成值
子宮頸癌標準化死亡率下降 10%	4.7/10 <sup>5</sup> (97年)	4.3/10 <sup>5</sup>	3.9/10 <sup>5</sup> (101年)	是
30-69歲婦女近3年內接受子宮頸癌篩檢率(電話調查)	72	70	75.9	是
45-69歲婦女2年內曾接受乳癌篩檢率	11	33	36	是
30歲以上嚼檳榔或吸菸者2年內曾接受口腔癌篩檢率	28	50	54.6	是
50-69歲民眾2年內曾接受大腸癌篩檢率	10	40	38.9	否
45-69歲婦女曾接受乳癌篩檢率	16.7	48	50.9	是
30歲以上嚼檳榔或吸菸者曾接受口腔癌篩檢率	48.2	70	89	是
50-69歲民眾曾接受大腸癌篩檢率	20.6	48	52.7	是

## 第二節、重要工作辦理情形

### 一、推動具實證之癌症篩檢

研究顯示大規模子宮頸抹片篩檢可以降低 60-90% 的子宮頸癌發生率與死亡率；每 1-3 年 1 次的乳房攝影可以降低 50-69 歲婦女乳癌死亡率 20-30%；每 1-2 年糞便潛血檢查可以降低 50-69 歲民眾大腸癌死亡率 15-33%；35 歲以上具菸酒習慣的男性每 3 年做 1 次口腔黏膜目視檢查，可降低 43% 的口腔癌死亡率。此四項癌症篩檢也是 WHO 建議可以經由篩檢早期發現早期治療之四項癌症篩檢癌症，爰此，於本期計畫一開始執行時即將口腔黏膜檢查與糞便潛血檢查正式納入預防保健服務給付項目，連同乳房攝影檢查與子宮頸抹片檢查一併全面提供予符合資格之民眾。目前台灣為國際上唯一全面由公費提供世界衛生組織所建議的四項癌症篩檢的國家（篩檢對象、工具及間隔如表 1）。另，除本計畫所提供之四項癌症篩檢，中央健康保險署已有相關補助計畫，協助 B、C 型肝炎患者接受後續之追蹤治療，為政府提供之另一種癌症篩檢服務。

此外，本計畫亦針對高危險群提供補強篩檢方案來增加篩檢效率，包括：(1) 針對 6 年以上未做且拒絕抹片檢查之高危險群婦女主動請其接受抹片檢查或提供另一選擇 HPV 檢測服務；(2) 自 99 年起提供 40-44 歲具乳癌家族史之高危險群婦女每 2 年 1 次乳房 X 光攝影檢查；(3) 自 102 年 6 月起將嚼檳榔原住民接受口腔癌篩檢年齡提前至 18 歲（原為 30 歲以上始得接受篩檢服務）；(4) 因應人口老化，大腸癌發生率亦隨年齡增加而增加，自 102 年 6 月起，將大腸癌篩檢年齡調整至 50 歲至未滿 75 歲（原為 50-69 歲）。

表 1、四項癌症篩檢對象、工具及間隔

癌症別	對象	篩檢工具	間隔
乳癌	40-44 歲高危險群婦女 45-69 歲婦女	乳房攝影	2 年 1 次
大腸癌	50-74 歲民眾	糞便潛血檢查	2 年 1 次
口腔癌	30 歲以上嚼檳榔或吸 菸民眾 18-29 歲嚼檳榔原住民	口腔黏膜 檢查	2 年 1 次
子宮頸癌	30 歲以上婦女	抹片	至少 3 年 1 次

(一) 透過宣導及衛生教育，推廣癌症篩檢

為加強民眾對政府提供的癌症篩檢認知，積極結合衛生局(所)、醫療院所、民間團體…等機構，擴大辦理癌症篩檢服務與宣導活動，亦運用多元媒體通路推廣癌症篩檢服務，以向民眾宣導定期篩檢之觀念。如：藝人馬如龍夫妻於 2011 年拍攝 4 癌篩檢防治宣導「救命工程篇」宣導片，呼籲社會大眾正視癌症對全民的威脅，另於 2012 年製作婦癌篩檢宣導廣播帶子宮頸癌「家庭篇」(30 秒)及乳癌「同事篇」(30 秒)藉以家人同事間的輕鬆對話，提醒民眾接受篩檢及篩檢結果為陽性時，後續確診的重要性；製作大腸癌防治字卡篩檢篇及預防篇，內容以動畫方式呈現，除製作提醒符合篩檢補助資格民眾索取採便管進行大腸癌篩檢 20 秒篩檢篇外，也製作了多吃蔬果少吃肉可預防大腸癌 10 秒預防篇。此外，99-102 年間共發布約 90 則癌症防治新聞稿，100-102 年間共製作 16 篇廣編稿，內容除加強四癌篩檢宣導，更涵蓋肝癌防治及癌症預防等議題。

另本署 2010 年針對 30 至 69 歲民眾進行電話調查，結果顯示民眾對於口腔癌、大腸癌、乳癌與子宮頸癌篩檢，可以有效早期發現該項癌症之認知分別為 71%、81%、89%與 98%。但民眾對政府提供之免費癌症篩檢對象認知則偏低，結果顯示有 72%民眾知道政府補助 30 歲以上婦女每年 1 次抹片檢查，而知道政府乳房攝影檢查、糞

便潛血檢查與口腔黏膜檢查之補助條件者，則分別只有 53%、43% 與 33%（圖 2）。

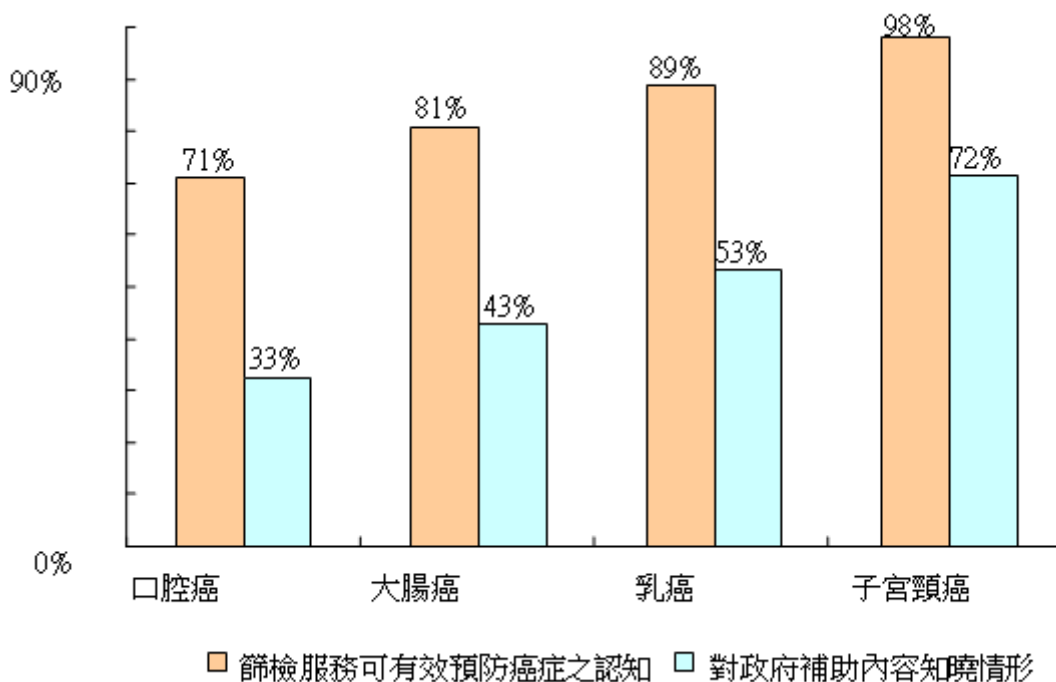


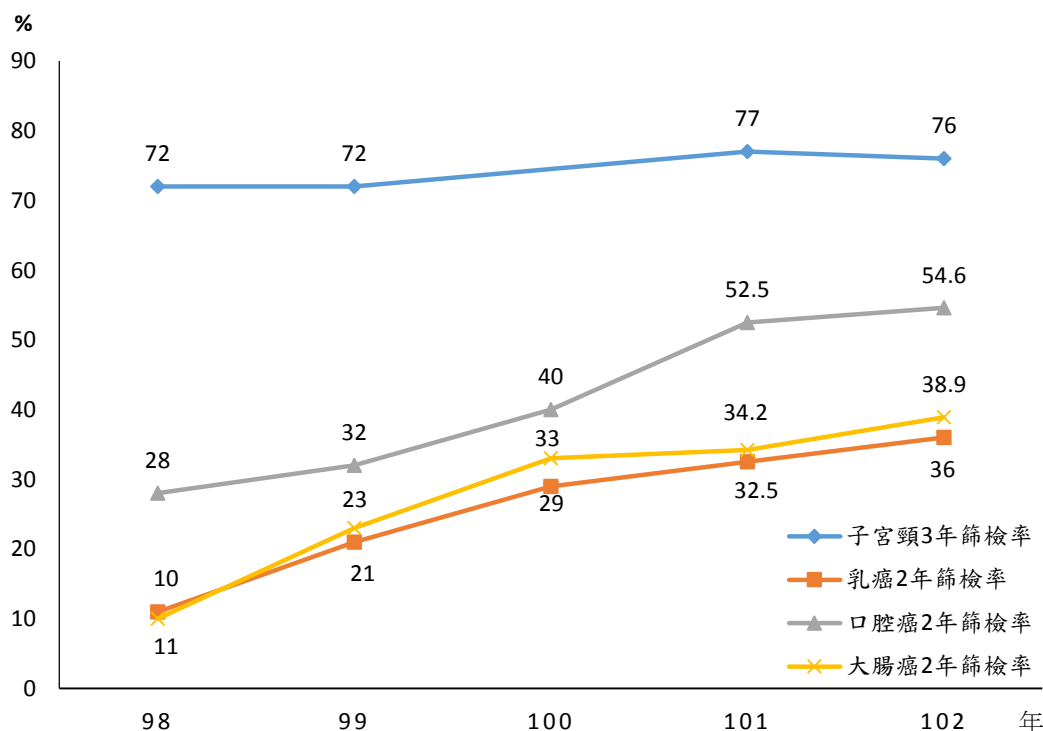
圖2、民眾癌症篩檢服務認知情形與政府補助內容知曉情形

資料來源：2010 年癌症篩檢服務推廣評估計畫

## (二) 提升癌症篩檢率及品質

本部自 98 年菸捐調漲後，挹注大量經費於癌症篩檢，於 99 年起擴大提供四癌篩檢服務，至 102 年乳癌、大腸癌及口腔癌篩檢率已有明顯提升，惟目前除子宮頸癌及口腔癌篩檢率超過五成外，其他兩項癌症篩檢涵蓋率未達四成，有待加強（圖 3）。





備註：子宮頸癌篩檢率來源為電話調查，其餘三癌篩檢率來源為篩檢料庫。

圖 3、民國 98-102 年四癌篩檢率

### 1. 建立足夠之篩檢服務體系

透過健保特約醫療院所提供服務（102 年共計有 1,949 家醫療院所提供子宮頸抹片檢查、有 206 家乳攝認證院所、72 台乳攝巡迴車可提供婦女乳房 X 光攝影檢查、4,357 家醫療院所提供大腸癌糞便潛血檢查、有 4,144 家醫療院所提供口腔癌篩檢服務），並補助 200 家以上醫院辦理「醫院癌症醫療品質提升計畫」，以三道防線提供民眾服務。三道防線為：

- (1) 包括藉由醫療院所建置主動提示系統，促使民眾接受篩檢。
- (2) 醫療院所及衛生局所，以郵寄或電話方式，主動通知未篩檢者回診接受篩檢。
- (3) 醫療院所和衛生單位主動出擊，深入社區，進行巡迴癌症篩檢服務。

此外，為增加口腔癌篩檢的可近性，除由健保特約牙科和耳鼻喉科醫療院所提供服務，非上述兩類科別醫師接受訓練（含實作）及通過考試後可提供服務，並鼓勵縣市拓展轄內可提供篩檢服務之醫療院所參與篩檢，並於提供衛生局（所）辦理之社區活動聘請前項醫師於社區提供篩檢。由基層醫療院所完成之篩檢人數約佔全國篩檢人數之25%以上。為使民眾方便接受確診，確診醫院之審查條件已於102年放寬至地區醫院以上且口腔外科及耳鼻喉科醫師得以兼任方式，病理單位亦能以合作方式辦理，以增加服務之可近性。

另根據國際實證（USPSTF、NGC），大腸鏡檢查為有效之大腸癌篩檢工具，為避免重複投入醫療資源，造成不必要之浪費，自101年起開始收集自費大腸鏡篩檢之資料，以確切掌握全國民眾進行大腸癌篩檢（大腸鏡檢及糞便潛血檢查）狀況。

## 2. 建立有效之癌症篩檢陽性個案轉介追蹤體系

- (1) 於預防保健服務注意事項規範，將陽性個案追蹤完成率列為大腸癌及口腔癌篩檢服務品質指標，並自102年6月起調高大腸癌篩檢陽性個案追蹤費，每案最高補助250元，以促使醫院積極追蹤篩檢陽性個案。
- (2) 制定並公告推廣四項癌症陽性個案確診流程，並於網站上公告。針對參與醫院癌症品質提升計畫之醫院訂定陽性個案追蹤完成率之目標值，並每週提供追蹤成果報表，以協助醫院提升陽性個案確診率。
- (3) 102年起，透過各縣市癌症篩檢管理中心（Call center），加強陽性轉介困難個案進行追蹤與管理。
- (4) 102年子宮頸癌陽性個案陽性追蹤完成率已達92.8%、乳癌89.1%、口腔癌74.4%及大腸癌65.7%。

## 3. 建立癌症篩檢品質監測機制，以提升篩檢品質

- (1) 建立篩檢醫事人員和醫療院所認證

- 子宮頸癌

為確保子宮頸抹片檢驗品質，訂定「預防保健服務之子宮頸細胞病理診斷單位資格審查原則」，建立相關資格審查和定期後續評核的制度，內容亦包括人員資格、設備和抽片複閱等項目。為提升相關醫師、技術人員之閱片能力，除辦理繼續教育外，也透過定期網路提供案例分享，並對抽片結果有差異者，辦理閱片稽核討論會。亦針對難以判讀率超過標準之院所進行輔導，以提昇篩檢品質。目前我國難以判讀率為 1.4%、英國 2.8%、義大利 4.1%、荷蘭 1.3%。

#### ● 乳癌

為確保乳癌篩檢品質，訂定「乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則」，建立相關資格審查和定期後續評核的制度，內容亦包括人員資格、攝影儀品質管制、抽片複閱等項目。對於篩檢單位陽性率偏高或偏低者，按比例進行抽片複閱，複閱不符規定者需依規定改善。

隨著乳房 X 光攝影巡迴車的增加，除每年視乳房攝影之執行情形來決定抽片複閱之標準，並加強監控乳房 X 光攝影巡迴車之品質；此外，針對人員資格、攝影儀及其他相關硬體設備(如閱片設備)等亦加以規範，以提升篩檢品質。在篩檢異常個案之確診部分，亦與相關學會合作，辦理醫師教育訓練，落實篩檢疑陽性個案後續處置以提升確診品質。

#### ● 口腔癌

口腔癌篩檢是由醫師針對嚼檳榔或吸菸者目視檢查口腔黏膜，以找出癌前病變和癌症，因此篩檢品質受檢查醫師本身的能力及篩檢對象是否實屬高危險群影響甚大。前者已委由相關學會分別針對牙科及耳鼻喉科專科醫師辦理教育訓練，強化其疾病鑑別診斷、實作、檳榔對健康的危害、轉介追蹤管理等知能，其他科別醫師亦透過縣市衛生局的培訓，使其具備基礎的篩檢和轉介的能力。另將持續加強宣導醫療院所以高危險群（嚼檳榔且吸菸者，或嚼檳榔者）優先接受篩檢之事宜。

另為有效提升篩檢品質，本署除透過定期性監測口腔癌篩檢資料庫，並於 102 年篩選近年（99-101 年）在篩檢品質指標中排名較落後之醫療機構進行實地輔導，期能找出各篩檢院所品質低落之原因，並即時協助改善。

- 大腸癌

自 99 年起將定量免疫法糞便潛血檢查列入預防保健服務項目，為確保檢驗品質，訂定「預防保健服務之定量免疫法糞便潛血檢驗醫事機構資格審查原則」，由有設置檢驗單位之醫院或聯合診所、檢驗所提出申請，通過本署資格審查後，始得辦理預防保健服務之 iFOBT。為維持適當及穩定的檢驗品質，本署對於通過資格審查者，每年施予監測，含 1 年寄送 2 次樣本檢體檢驗能力測試及書面審核內部品管監測數據，不合格者，另進行實地輔導。為提升檢驗品質，未來應強化研擬退場機制。

對於大腸鏡品質與相關病理資料庫建置，亦為品質投入重點工作，除持續與消化系內視鏡醫學會合作「大腸鏡品質提升計畫」外，未來將針對重要鏡檢品質指標，導入醫院執行監測，以有效提升各執行單位之鏡檢品質與服務流程一制性。另外亦須建立病理資料庫，有系統收集切片結果，以有效分析癌前病變及罹癌程度。

(2) 監測篩檢品質指標：

為監測各醫療院所之篩檢品質，已將陽性預測值及檢出率列為監測指標，針對落後之醫療院所要求其改善，並進行實地輔導。目前各項癌症篩檢之效益為：

- 子宮頸癌平均約每篩檢 76 人約可找出一名癌前病變或癌症個案，篩檢結果為陽性者約每 2 位就有 1 位是癌前病變或癌症個案。
- 乳癌平均約篩檢 180 人可找出一名癌症個案，篩檢結果為陽性者約每 16 位就有 1 位是乳癌個案。
- 糞便潛血檢查平均約篩檢 22 人可找出一名癌前病變或

癌症個案，篩檢結果為陽性者約每 2 位就有 1 位是癌前病變或癌症個案。

- 口腔癌平均約每篩檢 139 人約可找出一名癌前病變或癌症個案，篩檢結果為陽性者約每 9 位就有 1 位是癌前病變或癌症個案。

表 2、99-102 年四項癌症篩檢檢出率及陽性預測值

癌症別	檢出率（推估陽性個案 100%接受追蹤）											
	癌前病變				癌症				合計			
	99 年	100 年	101 年	102 年	99 年	100 年	101 年	102 年	99 年	100 年	101 年	102 年
子宮頸癌	1/86	1/92	1/92	1/98	1/257	1/290	1/315	1/339	1/64	1/70	1/71	1/76
乳癌	-	-	-	-	1/189	1/165	1/175	1/180	1/189	1/165	1/175	1/180
大腸癌	1/31	1/27	1/25	1/24	1/320	1/256	1/294	1/307	1/28	1/24	1/23	1/22
口腔癌	1/251	1/154	1/200	1/187	1/332	1/409	1/526	1/544	1/143	1/112	1/145	1/139
癌症別	陽性預測值											
	癌前病變				癌症				合計			
	99 年	100 年	101 年	102 年	99 年	100 年	101 年	102 年	99 年	100 年	101 年	102 年
子宮頸癌	1/2	1/2	1/2	1/2	1/5	1/5	1/6	1/6	1/2	1/2	1/2	1/2
乳癌	-	-	-	-	1/18	1/17	1/17	1/16	1/18	1/17	1/18	1/16
大腸癌	1/2	1/2	1/2	1/2	1/21	1/19	1/22	1/24	1/2	1/2	1/2	1/2
口腔癌	1/21	1/11	1/13	1/12	1/26	1/28	1/34	1/35	1/12	1/8	1/9	1/9

## 二、推動防癌宣導教育與建立健康生活型態

### （一）推動菸害防制

1. 依據 102 年初步調查統計顯示，18 歲以上成人吸菸率自 97 年的 21.9% 下降至 102 年的 18.0%，吸菸人口減少約 54 萬人；另禁菸公共場所二手菸暴露率自 97 年的 23.7% 下降至 102 年的 9.2%；

另有八成六民眾對於無菸環境表示滿意。

2. 提高菸價是降低吸菸率最有效的策略。「菸害防制法第 4 條、第 35 條修正草案」，業於 102 年 5 月 9 日行政院第 3346 次會議決議通過調高菸捐 20 元，並調高菸稅 5 元，函送立法院審議，業經立法院於 5 月 17 日完成一讀。增加 25 元，吸菸人口估計可少 74 萬人，降幅可達 20.8% 吸菸率。
3. 為落實菸害防制法，各縣市政府衛生局 98 至 102 年稽查 315 萬餘家次、處分近 5 萬件、罰鍰 1 億 5,617 萬餘元。
4. 自 101 年 3 月起開辦二代戒菸服務，102 年 1-11 月已服務 8 萬 8,194 人，較 101 年同期的 5 萬 9,759 人成長 47.6%，較 100 年同期的 4 萬 5,722 人成長 92.9%，實施至今(101.3-102.11)已服務 13 萬 4,131 人，6 個月點戒菸率為 30.4%(統計至 102.7)，相較於實施前的 23.9%，提高幅度達 27.2%，幫助超過 4 萬人成功戒菸，推估短期可節省超過 2 億 1,924 萬元的健保醫療費用支出，長期可創造超過 168 億元的經濟效益。
5. 102 年推動無菸醫院參與國際認證，共有 147 家醫院參與，全球 7 家無菸醫院獲頒國際金獎，其中臺灣就有 4 家，延續 101 年的績優表現，蟬連全球獲獎最多之國家。
6. 與 NCC 共同促使卡通於吸菸畫面附加反菸宣導，並研議分級制，不得於學齡前節目播放。
7. 與歐盟執委會衛生暨消費者總署簽署授權使用歐盟開發之 37 個菸品健康警示圖像之合作協定，為我國於衛生領域與歐盟簽署之第 1 個正式協定。
8. 公告指定「國家公園、國家自然公園、風景特定區及森林遊樂區（如附表所示之區域）與公園綠地為除吸菸區外，不得吸菸；未設吸菸區，全面禁止吸菸之場所」，並自 103 年 4 月 1 日生效。
9. 修正「菸品尼古丁焦油含量檢測及容器標示辦法」之規定及公告新版菸盒警圖，自 103 年 6 月 1 日施行。

## （二）檳榔健康危害防制工作

1. 校園：自 98 年至 101 年，針對口腔癌發生率較高的縣市，辦理無

檳校園健康促進輔導計畫，輔導共計近 230 所國中、國小學校推動無檳校園，以營造校園無檳環境。另於 102 年成立專家輔導中心，以介入並結合社區宣導與口腔健檢等方式，建置學校與轄區內無檳社區搭配示範模式，以建立學生離開學校後的社區無檳環境。

2. 社區與職場：自 97 年起每年補助社區健康營造單位，於社區推動檳榔防制工作，至 102 年共計補助逾 550 個社造單位，藉由社區首長帶動宣示或訂定無檳生活公約，辦理衛教宣導講座、透過創意或節日加強宣導、印製宣導標籤張貼於檳榔攤販、口腔病友現身說法勸導拒戒檳、協助民眾戒除檳榔及提供嚼檳榔者口腔黏膜檢查；另，於高嚼檳的職場，透過衛生局（所）或社區健康營造單位，說服雇主並取得其支持、訂定職場不嚼檳榔管理規範、張貼禁檳貼紙、建構無檳支持環境、協助提供嚼檳者口腔黏膜檢查及戒檳服務。
3. 軍隊：自 94 年起補助國軍辦理「菸害暨檳榔防制計畫」，持續以預防嚼檳榔成癮及「降低吸菸與嚼檳榔盛行率及提高戒治率」為主要目標，建立新兵正確觀念，預防退伍後開始嚼檳，減少於放假日嚼檳，及協助已嚼檳之現役軍人戒檳，以提高國軍各級官兵對菸害暨檳榔防制的認同，並提供及口腔黏膜健康檢查服務；其中 99 年至 102 年計逾 300 人戒檳成功。另依據國軍義務役入出口嚼檳率調查顯示，101 年入伍新兵嚼檳率 6.5%，降至 102 年屆退士兵嚼檳率為 5.0%，顯示國軍檳榔防制已漸收成效。
4. 培訓戒檳衛教人員及提供戒檳服務：為鼓勵嚼食檳榔者戒除檳榔並提供完善之戒檳服務，本署自 99 年開辦戒檳種籽衛教人員培訓計畫，至 102 年共計培訓近 3,000 人，針對醫療院所、戒菸門診、衛生局所及里（區）長等相關人員提供檳榔健康危害、戒檳衛教與轉介流程等相關訓練。另於社區（含職場）及醫院透過戒檳衛教（團體及個別）方式於自 99 年至 102 年共計服務逾 2.3 萬人，共 7,890 人戒檳成功，讓嚼食者遠離檳榔。
5. 調查顯示國人 18 歲以上男性之嚼檳榔率已由 96 年之 17.2% 降為

102 年之 9.5%。另青少年嚼檳榔率部分：高中職整體之嚼檳榔率已由 94 年之 3.35% 降為 102 年之 2.46%；國中學生整體之嚼檳榔率已由 95 年之 1.93% 降為 102 年之 1.18%。

### (三) 推動飲食防癌

1. 100 年起開始辦理健康體重管理計畫，利用多元化策略，每年號召 60 萬人，共同減重 600 公噸，協助民眾實踐「聰明吃 快樂動 天天量體重」健康生活型態，提倡動態生活，提高民眾對熱量與營養之知能，預防慢性疾病，增進國人身心健康。3 年共計 219 萬 2,434 人次參與，累積減重 333 萬 313.1 公斤，每位民眾平均減重 1.5 公斤，三年累積 15 萬 6,327 人（約 7.1%）BMI 從過重或肥胖變成正常體位。
2. 帶動健康產業化、產業健康化，與縣市衛生局共同輔導餐飲業者，提供民眾可近性及有能力購買的健康選擇，讓民眾可以聽得到、看得到、買得到、吃得到健康的食物。推動清楚、易懂的食物熱量及營養標示，並輔導業者開發健康盒餐及具健康訴求之節慶食品，鼓勵餐廳提供有標示熱量的菜單，落實健康採購，確實落實學校營養午餐符合每日飲食指南及營養的標準。鼓勵職場、醫院提供健康餐飲，並標示熱量。
3. 每年結合節慶及時令發布新聞稿及辦理記者會，廣為宣導健康減重、健康飲食知能，提供民眾如何聰明健康減重、健康飲食，並熟悉飲食、熱量、營養相關資訊，提升國人熱量營養知能，預防、改善慢性疾病。
4. 推廣民眾多喝白開水，取代含糖飲料，以預防肥胖、遠離慢性病威脅。
5. 製作「健康生活動起來」手冊，手冊內容包括健康飲食篇，教導民眾如何攝取均衡飲食、分辨食物熱量高低及提供健康飲食之方法。建置「0800-367-100」健康體重電話免費諮詢服務專線及網路電話諮詢服務，提供民眾營養及健康相關知識諮詢；建置肥胖防治網，宣導熱量與營養、運動及健康體重管理，增加民眾之知能與素養。辦理「縣市衛生局肥胖防治工作坊」、「推動餐飲業者熱



量標示工作坊」。

6. 99 年辦理國中生營養健康狀況調查、100 年辦理高中生營養健康狀況調查、101 年辦理國小營養健康狀況調查、102 年辦理全年齡層國民營養健康狀況變遷調查，持續進行國民營養健康狀況監測。
7. 依據「國民營養健康狀況變遷調查」結果顯示，我國成人過重及肥胖盛行率已由 2005-2008 年 44% 下降至 2013 年 38%。

#### (四) 推動健康體能

1. 「18 歲以上運動盛行率」已納入補助縣市衛生局之衛生保健計畫考評指標。
2. 100 年開始透過健康體重管理計畫，推動民眾落實「聰明吃 快樂動 天天量體重」健康生活型態。進行致胖環境改善，建構多元動態生活環境，建置一個時時可運動、處處能運動、人人都運動的環境，建構安全舒適的人行道、自行車車道、健走步道及登山步道，並標示運動所消耗熱量，發展及推廣適合不同性別、年齡層、族群的多元化運動。鼓勵職場規劃上、下午之運動時間，並成立運動社團。
3. 以社區為平臺，每年補助縣市社區單位，推動社區健康營造計畫，其中包括「致胖環境改善」健康促進議題，並透過改善運動空間，建構多元動態生活環境。
4. 102 年辦理全國性職場「樓梯美化創意競賽」，期藉由樓梯美化帶動職場員工爬樓梯取代搭電梯，力行生活化運動。
5. 99 年製作並發行「臺灣健康體能指引」套書，提供衛生局推動健康體能業務參考，並補助民間團體製作「精采一條路」，鼓勵民眾健走，100 年製作「健康生活動起來」相關手冊及「健康生活動起來-身體活動小手冊」，宣導身體活動益處、建議身體活動量、運動如何著手、安全運動注意事項及身體活動紀錄表。
6. 101 年製作「台灣 101 躍動躍健康」影片，提倡健康體能，102 年製作健康體能字卡「快樂動\_維持動態生活篇」。製作兒童版 10 招運動小撇步圖卡，宣導兒童身體活動，置於本署網站。製作「元氣美女 躍動躍健康」於雜誌露出。

7. 102 年製作「健康體能廣播」鼓勵國人於春節多運動、「健康體能廣播-走走走篇」廣播，鼓勵國人健走。
8. 發布新聞稿，如「健康好禮 媽咪樂活更 Easy 超過 9 成的媽媽沒有規律運動」、「破除 5 五大不運動理由」、「活躍老化 延年益壽」、「隨身計步器 邁開步伐向前行」等新聞稿，鼓勵國人生活化運動。
9. 採購計步器，發放至各衛生局宣導健康體能及健走活動。
10. 100 年製作 15 分鐘及 10 分鐘中英上班族健康操，置於本署網站，提供免費下載，並於辦理國內、外研討會、工作坊、成果發表會之會議期間，安排健康操時段。
11. 補助民間團體辦理健康體能活動，101 年辦理「健康足讚」成果饗宴活動，倡議國人健走健身風氣。
12. 設置免費市話健康體重管理諮詢專線「0800-367-100」，提供民眾解答生活化運動相關疑問。
13. 結合教育部，推動健康促進學校，議題包括健康體位（含健康體能與飲食），促使兒童及青少年在學校習得相關知能，養成有益健康生活型態之飲食及運動習慣。
14. 依教育部運動城市調查資料顯示，國人規律運動比率已由 99 年 26.1% 提升至 102 年 31.3%。

#### （五）推動肝炎防治

1. 2012 年出生嬰兒之 B 型肝炎疫苗第 2 劑及第 3 劑覆蓋率為 98.0% 及 97.4%。2013 年小學新生一年級 B 型肝炎疫苗查卡第 2 劑及第 3 劑之完成率為 98.2% 及 97.7%，並對於無完整接種紀錄之個案進行補接種，已使我國 B 型肝炎疫苗接種完成率達到國際之高標準。
2. 於孕婦第 5 次產檢時提供 B 型肝炎篩檢，101 年約有 23 萬名孕婦受惠。
3. B、C 型肝炎篩檢資訊平台，已持續匯入 NIIS 篩檢資料、嬰幼兒 B 型肝炎疫苗注射、捐血中心篩檢、縣市社區整合式篩檢及國民健康署對 45 歲成人健檢提供一次 B、C 型肝炎篩檢資料，共計匯入 696 萬人次篩檢資料及 735 萬人 B 型肝炎疫苗預防注射資料。
4. 完成「急性病毒性 B 型肝炎」及「急性病毒性 C 型肝炎」之病例

- 定義修訂及傳染病防治工作手冊修訂，擴大監測範圍、增訂接觸者採檢及個案預後衛教，以掌握高危險群、感染源及維護個案健康等，降低疾病發生率及個案未來演變成肝硬化及肝癌之風險。
5. 委託研究發現產婦的病毒濃度是出生子女得到 B 肝病毒感染的重要危險因子，當母親的病毒濃度在 7、8、9 log<sub>10</sub> copies/ml 時，其子女得到 B 肝病毒感染的預測機率分別為 6.6%、14.6%、27.7%。在現行的預防接種措施外，考慮給予病毒濃度大於 107-108 copies/ml 的懷孕第三期母親抗病毒藥物治療，可進一步減少周產期 B 肝病毒之母嬰傳染。另研究發現，若 e 抗原陰性的患者合併有病毒量 <2000 IU/mL 且表面抗原濃度 <1000 IU/mL，則日後發生肝炎或肝硬化的風險明顯降低，對於這類的患者，建議其追蹤的年限，可從現行齊頭式的 3-6 個月，增加至 12 個月。未來如有更多的證據能支持此概念，將能提供給病患更多個人化的醫療，並將醫療資源作更有效的應用。

#### (六) 人類乳突病毒 (HPV) 感染防制

世界衛生組織 (WHO) 於 98 年 4 月發表對 HPV 疫苗的立場聲明 (position paper)，建議如下：1. 納入國家疫苗接種計畫；2. 對沒有性經驗者施打較有效；3. 考慮逐步導入時，施打對象應選擇未來較不會參與抹片篩檢的人。本署囿於經費有限，依 WHO 建議採逐步導入方式，優先針對抹片篩檢率可能較低族群 (註：低收入戶及原住民族地區之抹片篩檢率較全國婦女為低)，以公費補助施打 HPV 疫苗。自 100 年起補助低收入戶國中青少年及原住民族地區及離島國中女生接種 HPV 疫苗，101 年起擴大至中低收入戶國中青少年接種疫苗。目前補助對象為低收入戶、中低收入戶國一至國三女生及原住民族地區及離島國一女生接種 HPV 疫苗。100-102 年 HPV 疫苗施打成果摘述如下：

1. 100 年低收入戶國中青少年計 13,959 人，完成 3 劑施打者共 1,980 人 (接種率 14.2%)；原住民族地區及離島國中女生計 7,643 人，完成 3 劑施打者共 3,654 人 (接種率 47.8%)。

2. 101 年低收入戶、中低收入戶國中青少年計 9,956 人，完成 3 劑施打者共 2,020 人（接種率 12.4%）；原住民族地區及離島國中女生計 2,105 人，完成 3 劑施打者共 3,654 人（接種率 64%）。
3. 102 年低收入戶、中低收入戶國中青少年計 17,698 人，完成 3 劑施打者共 1,778 人（接種率 10.0%）；原住民族地區及離島國中女生計 1,944 人，完成 3 劑施打者共 1,414 人（接種率 72.7%）。

### 三、提升癌症診療品質，改善病人的生活品質與存活率

#### （一）課責醫院落實癌症診療管理，確保診療品質

為提升國內癌症診療品質，不僅於 2010 年起結合相關學會以座談會、教育訓練及培訓課程等方式辦理癌症防治專業人員培訓計畫，以增加癌症防治人力及提升服務品質外，並於 2010 年起發展陸續癌症照護品質指標及指引，2011 年發展護理照護品質指標及完成四項臨床照護指引包括靜脈管路照護、嗜中性白血球低下病人的照護、口腔黏膜炎及癌症疼痛照護，及於 2012 年與 2013 年分別發展化學治療安全作業指引與抗癌危害性藥品（細胞性毒性物質）給藥防護作業指引及化療藥物外滲照護指引，以供臨床專業人員於照護病人參考。

另自 2010 年起補助 232 家醫院辦理「醫院癌症醫療品質提升計畫」，計畫重點涵蓋癌症預防、篩檢，其中補助 49 家醫院辦理診療照護、安寧療護、癌症診療資料庫建置等面向以促使醫院落實癌症診療品質保證措施準則。至 2013 年共補助 76 家醫院，落實癌症登記資料之管理與運作，確實執行多專科團隊之運作，並依據實證醫學原則，訂立癌症診療指引並定期檢視與改版，落實化學藥物安全及放射線治療安全管控機制，提升癌症醫療照護品質、病人安全措施以及提供「以病人為中心」之診療服務制度，並建立院內癌症診療品質核心測量指標及資料庫，據以監測評估及改進。

癌症醫療照護品質影響癌症患者存活率甚鉅，因此自 2005 年起，委託財團法人國家衛生研究院規劃「癌症診療品質認證」制度，於 2007 年 10 月 4 日正式公告「癌症診療品質認證基準及評分說明」

與「癌症診療品質認證作業程序」，針對新診斷癌症個案達 500 例以上醫院，辦理癌症診療品質認證，以期提升國內癌症診療品質，確保癌症病患安全、有效之優質就醫環境。

為持續提升國內癌症診療品質，於 2010 年進行認證基準修訂並完成 8 家醫院試評，第二版之認證基準新增放射線治療品質、影像診斷品質、腫瘤個案管理師及醫療人員再教育等項目，以全面提供癌症病患安全、有效之優質就醫環境。2011 年計有 8 家醫院申請認證，8 家有條件通過；2012 年計有 37 家醫院申請認證，26 家通過，9 家有條件通過，2 家未通過；2013 年計有 19 家醫院申請認證，16 家通過，2 家有條件通過，1 家未通過，截至 2013 年全國共 48 家醫院通過認證，其中有認證結果為申請醫學中心評鑑的必要資格，並公告於網站上，供民眾就醫參考。

病理報告及影像報告均是提供臨床醫師在診治癌症病人的重要依據，因此分別自 2007 年及 2010 年開始發展癌症病理報告及影像報告（電腦斷層及核磁共振）之應含項目，截至 2013 年共發展 17 種癌症病理報告及 16 種癌症影像報告之應含項目。另因癌症標靶治療日益普遍，標靶治療前所需之分子病理檢驗品質日顯重要，因此，自 2010 年開始委託規劃病理分子生物檢驗品質提升工作，辦理病理分子生物檢驗研討會及試辦病理分子生物檢驗之能力測試。

## （二）推廣安寧緩和醫療

衛福部自 1996 年起推動安寧療護，並於 2000 年辦理「安寧療護納入健保整合試辦計畫」，且於同年立法通過「安寧緩和醫療條例」，成為亞洲第一個完成自然死法案立法的國家。另為提供非安寧病房癌症病人所需安寧療護服務，本署於 2004 年與安寧照顧協會合作，於 8 家醫院試辦「安寧共同照護服務」，並於 2005 年起擴大補助 34 家醫院，此外，本署亦自 2010 年起補助醫院辦理癌症病人安寧共同照護服務，2013 年共補助 76 家醫院，並於同年將癌症安寧療護納入癌症診療品質認證，而至 2011 年安寧共同照護納入健保給付試辦。截至 2013 年底，分別有 50、76 與 96 家醫院提供

安寧住院、安寧居家與安寧共同照護服務，2012 年安寧共同照護服務個案超過 2 萬名癌症病人，大幅提高癌症病人安寧療護利用率。利用死亡檔與健保申報資料分析國內癌症病人死亡前一年安寧療護利用情形（含安寧住院、安寧居家與安寧共同照護服務），已由 2000 年 7.4% 大幅提升至 2011 年 47.5%，成長 40.1%（圖 4）。

為提升臨床醫護人員克盡病情告知責任與義務，以重視末期病人自主權益，委託專家編制「癌末病情告知指引」手冊，供醫護人員使用，做為癌末真相告知之依循，並自 2010 年補助醫院將安寧療護全院性教育之癌症病情告知技巧列為重點項目。

另為全面提升安寧療護品質，委託相關學會辦理安寧共同照護服務輔導機制及辦理癌症防治人員安寧療護團隊相關訓練，含醫師工作坊、團隊工作坊及病情告知種子人員培訓等。

### （三）推展癌症病友服務

隨著醫學科技進步，癌症病人存活期相對增加，也需要更多持續性且多層面的整合性照護服務。為提供新診斷癌症病人從確診到治療階段導航服務，本署自 2010 年起協助參與癌症醫療品質提升計畫之醫院成立「癌症資源單一窗口」，以專職護理或社工人員透過制度化服務流程，讓癌症病友及家人迅速獲得有品質、符合需求的癌症相關資源及資訊，使其在承受罹癌重大衝擊下，儘速恢復對生活的掌控感，儘早展開正規治療，並協助病友與院內各團隊溝通，促使癌友及其家庭在治療後能順利返回社區，從 2005 年試辦 6 家到 2013 年 53 家醫院提供癌症病友及家屬所需之資訊、資源及支持之整合性照護，一年約提供 10 萬人次服務。

此外，為協助癌症病友學習適應所面臨的身、心、家庭、社會等問題，國民健康署於 2003 年起辦理癌症病友服務計畫，使癌症病患和其家屬回到社區後，能獲得持續性的照護與服務，結合民間資源提供癌症病友電話關懷、康復用品、心理支持、圖書借閱、諮詢服務、志工培訓、居家復健、營養支持、日間照護及喘息服務及癌症防治宣導等，2010 年至 2013 年每年補助 5-6 家民間團體，一年約可服務 3 萬人。

此外，亦補助民間團體擴大辦理安寧療護宣導，於學校、醫院及安養中心辦理宣導講座，提升民眾及醫護人員對於安寧療護的認知。

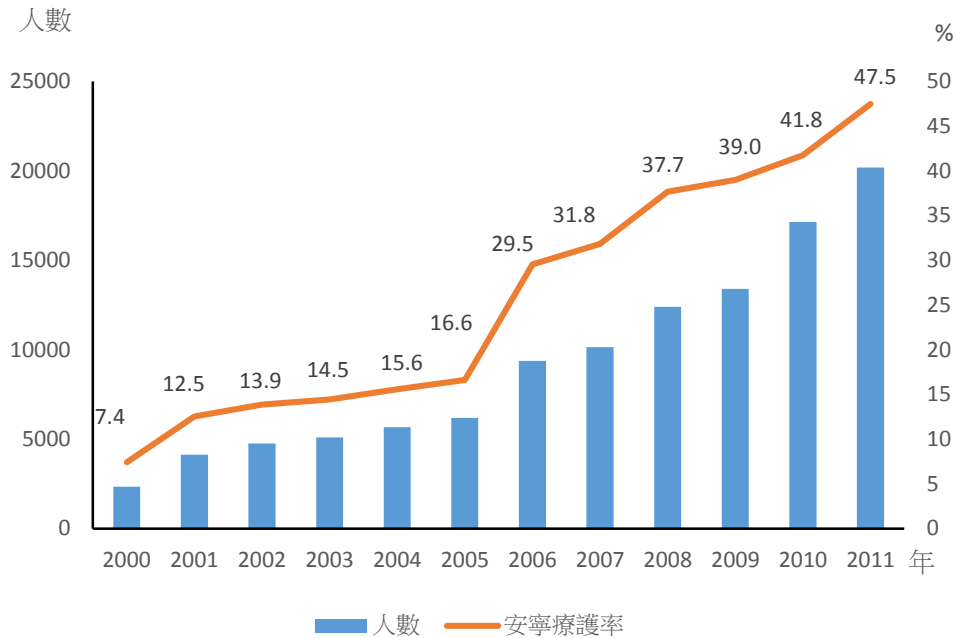


圖 4、2000-2011 年癌症病人安寧療護利用率

#### 四、癌症監測與研究發展

##### (一) 癌症登記資料庫

為監測國家癌症發生及規劃癌症防治工作，民國 68 年以行政命令方式針對 50 床以上醫院建立癌症登記系統，要求申報新發癌症個案的發生和診斷治療摘要資料。癌症防治法於民國 92 年 5 月 21 日公布，該法第十一條規定「為建立癌症防治相關資料庫，癌症防治醫療機構應向中央主管機關所委託之學術研究機構，提報新發生之癌症個案與期別等相關診斷及治療資料。」，自此確立癌症登記的法源依據。

有此法源依據為基礎，促使癌症登記朝向制度化發展，不僅建立了資料催收與邏輯偵測機制，維護癌症登記申報品質，更於 93 年起建立了癌症登記技術人員之認證考試與申報實務之輔導機制，以確保癌症登記申報之完整性與正確性。

依據癌症登記申報資料顯示，97 年至 99 年癌症登記完整性皆維持在 97% 以上，申報品質也持續維持在符合北美癌症登記評鑑標準的「特優」。此外，並獲世界衛生組織（WHO）國際癌症研究總署（IARC）邀請，於 99 年將台灣癌症發生資料納入 WHO 之 IARC 網站的 GLOBOCAN 資料庫中，供各國查詢使用。而由於台灣癌症登記申報資料已具一定品質，因此英國和美國研究組織也分別於 100 年及 102 年來信申請我國癌症登記資料進行研究分析。另有關癌症登記技術人員之認證，自 99 年起至 102 年止，取得癌症登記基礎級認證資格之癌症登記人員共計 122 人；取得進階級認證資格者共計 218 人；目前全台共計至少有 630 人取得癌症登記基礎級認證資格及 240 人取得進階級認證資格。

另為使癌症登記更臻完善，除將癌症登記之長表癌別由子宮頸癌、乳癌、口腔癌、肺癌、大腸直腸癌及肝癌等 6 種癌別逐步擴增至子宮體癌、子宮未明示部位、卵巢癌、主唾液腺癌症、鼻咽癌、食道癌、胃癌、攝護腺癌、膀胱癌、及血液腫瘤等 10 種癌別外，更為因應台灣癌症診療之現況與實務需求，於民國 99 年至 100 年期間規劃及研擬致癌因子及與癌症預後和治療有關之癌症部位特定因子收錄架構與內容，並針對自 100 年起新診斷癌症個案開始納入前二項資訊之收錄。現今，癌症登記申報機構計約 200 家，其中有 53 家醫療機構參與男女前 10 大癌別申報癌症登記長表資料，除男女前 10 大癌別外，其他癌症則採短表申報；至於其餘醫療機構則所有癌症採短表申報。

此外，為提升癌症診療品質，更自 99 年起運用癌症登記資料分析各癌症診療醫院的照護型態及差異，並回饋醫院內部自我評估改善，以進而全面提升癌症診療照護品質。

## （二）癌症篩檢資料庫

為期有效掌握國內婦女接受子宮頸癌抹片篩檢監測資料，自民國 84 年開發特別開發設計「台灣子宮頸抹片申報及追蹤管理資料系統」，凡經本署認可之病理醫療機構，皆可經由線上直接申報抹片篩檢個案資料，進入此抹片資料庫，再委託單位辦理抹片篩檢資



料品質管制作業，並將所有結果彙計統計，出版年報，以供衛生機關訂定防治政策、病理醫療機構提升檢驗品質的參考，亦讓地方衛生單位、醫療機構瞭解全國子宮頸抹片篩檢實施概況。

另於民國 93 年起辦理「台灣地區乳癌、口腔癌、大腸直腸癌篩檢資料處理及通報系統之建構工作計畫」，成立篩檢資訊系統及篩檢結果監測中心，於民國 93-95 年逐步建置了大腸直腸癌、乳癌、口腔癌的網路服務資訊平台（簡稱大乳口系統）與回饋系統，簡化了各執行單位（包括全國衛生局所及醫療院所）資料登錄流程，從而提升效率與服務品質，並透過實證文獻搜集、陽性率與轉介率等指標之評析、發展篩檢效益評估等相關統計模型，回饋成預防保健政策之參考。

### （三）癌症篩檢及登記資料庫整合

鑑於各系統使用量激增與未來進階整合之需要，民國 101 年建置「癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統」，統合大乳口系統、子抹系統、癌症登記、HPV 疫苗個案管理等資料庫，透過 data mining 分析發揮 big data 之綜效，以順應現今的世界潮流。截至目前為止，持續服務各子系統使用者達 5,000 單位，資料量達 5,773 萬筆，每年增加約 665 萬筆。

雖不同資訊系統間整合不易，但未來將持續朝向以個案為單位之系統整合，並將各資料庫（癌症篩檢、癌症登記、癌症新診斷及復發個案管理師領航及 HPV 疫苗注射等系統），以提高系統運作效率。

### （四）癌症研究

自 99 年起，委託辦理「發展癌症首次治療型態指標研究計畫」、「癌症個案管理師之資格、角色與功能、臨床實務運作現況」、「慢性 B、C 型肝炎患者預防肝癌之認知、接受追蹤檢查與抗病毒治療現況」等計畫，截至 102 年止共已委辦 34 件科技計畫。

另補助科技組辦理第一期癌症研究（99-102 年）建置癌症卓越研究體系計畫，以 8 家醫學中心或機構為主體成立癌症卓越研究中心，整合區域內醫院癌症診療服務及人員訓練，提昇癌症診療與照護水準，並制訂癌症病患治療臨床指引、照護準則。另，建立符合

國際水準之分子檢驗核心實驗室，推動跨院代檢服務及合作。以 102 年為例，提供民眾 10,535 件癌症分子檢驗服務，形成癌症教材、診療指引共 60 件，提供民眾正確的癌症診斷即癌症治療照護；支援/整合區域內 20 家醫院癌症診療服務及人員訓練，提昇區域內醫院癌症診療與照護水準；建立 44 項癌症分子檢驗項目；發表 SCI 論文數共 519 篇，其中 1/4 為 SCI impact factor 大於 5 的癌症研究論文。獲得 11 件專利，完成 25 件技術轉移，培育醫師科學家、研究護士等 376 人。

## 參、檢討及討論

### 一、未達篩檢目標之說明：

#### (一) 大腸癌篩檢率未達原訂目標，尚有改善的空間：

1. 因採檢管發放流失率高，檢體多無法於篩檢現場立即取得，醫療院所催繳人力不足，故於 102 年再度提高篩檢給付，102 年提供約 101 萬人次大腸癌篩檢，並將篩檢率由 34% 提升至 38.9%。
2. 另大腸癌篩檢，除本署提供之定量免以法糞便潛血檢查(iFOBT) 外，尚包括自費大腸鏡篩檢，都會型縣市民眾採行狀況仍屬普遍(101 年計有 9 萬人)，限於個人資料保護，該項資料取得困難，在經個案同意後取得資料僅 8 千餘筆，無法顯現實際篩檢率。
3. 民眾建立及養成定期大腸癌「無症狀時即應篩檢」之的認知與習慣，仍須加強。

#### (二) 改善措施與策進作為：

1. 宣導及提升民眾「無症狀時即應篩檢」之認知。
2. 建立社區篩檢網絡，提升基層醫療院所參與率。
3. 與勞委會合作，於職場推動勞工健檢。
4. 103 年醫院癌症篩檢品質提升計畫，篩檢目標數包括 IFOBT 及自費大腸鏡，鼓勵醫院於民眾受檢前取得其資料使用同意，以呈現實際篩檢率。

### 二、對其他策略之檢討

#### (一) 提升初段預防

為執行癌症防治政策，有效推動檳榔危害防制工作，本署定期

與各部會召開中央癌症防治會報，俾協調跨部會檳榔防制工作項目之研提及推動相關事項。如：結合教育部、內政部及本部社家署共同推動「兒童、青少年檳榔防制工作計畫」，以健康促進學校平台輔導地方政府辦理健康促進學校計畫檳榔危害防制議題，以落實兒童及青少年拒嚼檳榔，提升檳榔健康危害正確觀念；本署持續提供該計畫相關統計數據與修正建議，以使該計畫更臻完善。此外，為有效管理檳榔栽種源頭，農委會邀集本署、行政院原委會及財政部國有財產署等機關共同研擬「103-106年檳榔管理方案」，期能逐年減少檳榔種植面積，並有效輔導檳榔廢園轉作。

## (二) 提升其他癌別篩檢率的策略 (以乳癌為例)

### 1. 了解民眾未受檢之原因，並據以改善相關策略

為解決婦女因忙碌、自覺身體健康、沒有症狀，而未接受乳癌篩檢服務之問題，將辦理下列工作，以提升篩檢率：

#### (1) 針對忙碌之職場婦女

配合民眾作息、職場婦女需求等，至社區、職場設站或透過乳攝車提供可近性之巡迴篩檢服務。

#### (2) 針對自覺身體健康、沒有症狀者

強化宣導篩檢是對健康者提供篩檢服務，非等身體不適才接受檢查。

#### (3) 覺得不好意思者

輔導院所建立婦女友善檢查空間，提供隱私性佳的檢查環境。

#### (4) 因怕痛而拒絕作攝影檢查者

- 宣導現今新型乳房攝影儀造成的不適感已大幅降低；壓緊乳房係為幫助固定乳房位置以獲得清晰的影像，鼓勵婦女朋友只要忍受短時間的不適感即可換來乳房的健康。
- 民眾篩檢意識不足、錯誤觀念，影響其接受篩檢服務意願
- 宣導婦女朋友不要因為怕痛而改做乳房自我檢查或乳房超音波，喪失早期發現機會。
- 開設相關放射師教育訓練課程，提升其檢查技能，減少婦女疼痛。

2. 設立癌症篩檢管理中心（call center），強化組織性篩檢
    - (1) 主動以電腦、電話等方式通知民眾，提高知曉度。
    - (2) 提供民眾統一之諮詢窗口，對於受檢確有困難之婦女，或對於篩檢有疑慮之民眾，透過 call center 協助其解決問題，促使其接受篩檢。
    - (3) 針對從未篩檢、久未篩檢、邀約困難或陽性轉介困難個案，提供關懷諮詢或家訪等措施，並進行個案管理。
  3. 整合資源提供篩檢服務
    - (1) 透過衛生單位與醫院、基層診所建立轉介合作機制，促使其轉介門診中符合篩檢資格民眾至篩檢醫院或指定地點接受篩檢服務。
    - (2) 與企業、職場結合，提供篩檢服務。
    - (3) 與民間團體合作，於其辦理相關宣導活動時，協助調派乳房攝影巡迴車至活動現場提供服務。
  4. 持續輔導醫院，強化三道篩檢防線
    - (1) 主動提示到院病人
    - (2) 電話邀約
    - (3) 社區設站或巡迴篩檢
  5. 建立資訊系統，提升民眾篩檢率  
建置「乳攝車巡迴登錄系統」，協助有需要之縣市乳攝車調派事宜。
  6. 將乳癌篩檢列入勞工健檢必辦項目及民眾健康檢查項目
    - (1) 持續與勞委會協調，將四癌篩檢納入勞工保護規則中應辦項目。
    - (2) 請癌症診療品質提升醫院提供民眾自費健檢服務時，針對符合癌症篩檢民眾，主動提供癌症篩檢服務。
  7. 輔導改善巡迴車軟、硬體設備，提供友善之篩檢服務空間。
  8. 透過調查了解實際篩檢率  
由於仍有不少民眾係以自費篩檢，將透過電話調查，輔助瞭解婦女實際接受篩檢之比率。
- (三) 提升診療品質的策略

依據 99 年癌症登記分析資料顯示，約 18% 的癌症個案未在診斷後 3 個月內接受治療，為提升癌症個案存活率，故本署自 103 年起，推動癌友導航，透過癌症個案管理機制，協助癌症個案及時就醫，接受適切的醫療照護，以降低錯失任何一位可治療之癌症病人，使早期病人得以治癒，對晚期病人則提供安寧療護。

第一期癌症研究計畫，以基礎研究為主，著重在分子生物學研究，缺乏對預防工作之著墨，應參考世界衛生組織癌症防治四段預防，發展相關行為科學及介入研究(例如民眾嚼檳榔之原因)，並參考美國 National Institutes of Health (NIH) 的作法，加強 T3、T4 以人口為基礎的政策研究；並制訂符合本土化的癌症治療 guideline。

#### **肆、未來展望**

自 94 年推動第一期國家癌症防治計畫迄今，已建立癌症診療品質認證制度，有 48 家醫院通過認證，提供優質專業醫療。惟，資料顯示當時因僅全面補助子宮頸癌篩檢，其他可篩檢癌症仍常因發現較晚，雖有好的醫療水準，亦難達到最佳存活率。因此，在爭取到菸捐補助後，於 99 年推動第二期計畫，係著重於早期發現，將全面免費癌症篩檢從 1 種（子宮頸癌）推廣至 4 種（加上口腔癌、大腸癌及乳癌），成為全世界唯一將世界衛生組織推薦的 4 種癌症篩檢全面補助的國家，並且於短期內即大幅提升癌症篩檢率，大腸癌、乳癌之曾篩率從 98 年的 21% 及 17%，提升至 102 年之 53% 及 50%，口腔癌兩年篩檢率從 98 年的 29% 提升至 102 年的 55%，而我國的癌症 5 年存活率也從 91-95 年的 48% 提升至 95-99 年的 51%。

然而，依 99 年癌症登記資料庫顯示，仍有高達 18% 癌症病人沒有在診斷後 3 個月內接受治療(例如：肝癌有 34.8%、大腸癌有 14.4%、口腔癌有 10.4% 未及早就醫)；此外，國人對於新興的致癌因子也缺乏嚴肅的認知。因此，第三期的工作重點，將推出癌症病友導航計畫，強調以個案管理師領航新診斷為癌症的病友，強化病情說明、治療資源導航與個案管理，以協助病人及早獲得適切治療，達到“珍惜每個生命”的目標。對於源頭的預防工作更是極其重要，世界衛生組織指出，菸、酒、不健康飲食、缺乏身體活動及肥胖等主要危險因子佔癌

症死因的 30%，故第三期國家癌症防治計畫(計畫期程 103-107 年)，將以預防為重點。

預防重點首重菸害。世界衛生組織估計至少有 22% 的癌症是菸害造成的，菸品是危害健康的頭號殺手！菸煙中有超過 7,000 多種化學物質，其中 93 種成分會致癌，當中有 15 種被 IARC (世界衛生組織附屬的國際癌症研究署 International Agency for Research on Cancer) 列為「第一級致癌物」。而最有效的菸害防制手段是菸價，其次是禁菸，故世界衛生組織強烈建議各國調高菸價，以價制量，來預防青少年吸菸及減少經濟弱勢族群吸菸。

另，不健康飲食、運動不足及肥胖與大腸癌、乳癌、子宮體癌及胰臟癌有密切關連，國民健康署將持續結合各縣市與社區組織，對全國 368 鄉鎮，實施致胖環境監測與改善計畫，並推廣健康採購、輔導餐飲業作菜單熱量標示、宣導多喝白開水與低脂牛奶，以取代含糖飲料，並將依法限制不適合兒童長期食用之垃圾食品廣告及促銷，並鼓勵健走等生活化運動。另外，大腸癌及口腔癌篩檢可以找出癌前病變，適當處理即可預防其進展為癌症，將持續推廣。

防治癌症是世界共同的目標，而預防癌症、避免民眾罹癌，將是全球癌症防治工作重點，衛生福利部國民健康署將持續推動國家癌症防治計畫，致力於癌症預防工作，以降低癌症發生率及死亡率。