

第三期國家癌症防治計畫
(103-107 年)

衛生福利部
104 年 5 月

目錄

壹、計畫緣起	1
一、依據	1
二、未來環境預測	1
三、問題評析	6
四、社會參與及政策溝通情形	45
貳、計畫目標	45
一、目標說明	45
二、達成目標之限制	48
三、績效指標、衡量標準及目標值	50
參、現行相關政策及方案之檢討	51
肆、執行策略及方法	70
一、主要工作項目	70
二、分期（年）執行策略	70
三、執行步驟（方法）與分工	70
伍、期程與資源需求	77
一、計畫期程	77
二、所需資源說明	78
三、經費來源及計算基準	78
四、經費需求（含分年經費）及與中程歲出概算額度配合情形	78
陸、預期效果及影響	78
一、計畫短期成效	78
二、計畫長期成效	79
柒、財務計畫	79
捌、附則	79
一、替選方案之分析及評估	79
二、風險評估	79
三、有關機關配合事項	81
四、中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢視表（如附表一、二）	81

附件 1 計畫執行甘特圖	82
附件 2 經費需求表 (千)	83

表 1、民國 101 年國人十大死因-----	2
表 2、民國 99 年癌症發生-----	3
表 3、70 歲以下人口主要死亡原因之潛在生命年數損失-----	3
表 4、民國 101 年男、女性 10 大死亡癌症統計-----	9
表 5、民國 99 年男、女性 10 大發生癌症統計-----	9
表 6、四項癌症篩檢對象、工具及間隔-----	12
表 7、99-102 年篩檢目標值及執行成效-----	12
表 8、99-101 年四項癌症篩檢檢出率及陽性預測值-----	18
表 9、民眾參加篩檢頻率與癌症陽性預測值及檢出率分析-----	19
表 10、酒精攝入量與致病相對危險性-----	28
表 11、男女 10 大癌症民國 94-98 年新發個案存活率-----	35
表 12、台灣、日本及韓國癌症 5 年存活率比較-----	35
表 13、癌症新發個案確診到治療時間分布比例-----	37
表 14、全國主要癌症死亡原因—按區域別-----	41
表 15、全國主要癌症死亡原因—按區域別-----	41
表 16、各縣市乳癌及大腸癌篩檢率-----	42
表 17、103-107 年癌症篩檢經費預估及預期成效-----	51
表 18、各部會癌症防治業務分工表-----	52
表 19、四項癌症篩檢對象、工具、間隔及篩檢率-----	58
表 20、99-102 年癌症篩檢經費及執行成效-----	59
表 21、四癌篩檢成本效益 (ICER) 分析-----	60
表 22、口腔癌篩檢統計表習慣別分佈-----	63
表 23、風險發生機率分類表-----	80
圖 1、民國 75-100 年國人標準化死亡率及發生率趨勢-----	4
圖 2、民國 96-107 年癌症新發生人數推計-----	5
圖 3、癌症死亡率與發生率之國際比較-----	8
圖 4、民國 95-107 年癌症健保支出及重大傷病卡領證數預估-----	10
圖 5、民國 79-101 年成人吸菸率趨勢圖-----	24
圖 6、民國 96-101 年成人男性嚼檳率及檳榔致癌認知率趨勢圖-----	25
圖 7、民國 94-101 年青少年嚼檳率趨勢圖-----	26

圖 8、民國 75-101 年慢性肝病及肝硬化死亡率趨勢-----	31
圖 9、民國 75-99 年肝癌標準化發生率及死亡率趨勢-----	32
圖 10、癌症早期個案未申報治療紀錄比例-----	37
圖 11、癌症病人接受安寧療護服務涵蓋率-----	40
圖 12、本部風險圖象-----	81

壹、計畫緣起

一、依據

依據癌症防治法及國家計畫「黃金十年 國家願景」辦理。

二、未來環境預測

(一) 癌症照護需求增加，癌症負擔持續加劇

民國 101 年國人共有 43,665 人死於癌症（表 1），佔所有死亡人數的 28.4%，死亡率為每十萬人口 187.6 人，對國人生命與健康影響甚鉅。自民國 71 年起癌症成為國人死因的第一位後，其死亡率呈增加趨勢，86 年達最高點，之後 10 年間則維持在穩定波動期（年齡標準化死亡率約為每 10 萬人 138-144 人），至民國 97 年稍微下降至每十萬人口 133.7 人，目前維持至每十萬人口 131-132 人（如圖 1）。

同時期國人癌症標準化發生率亦呈現大幅上升（圖 1）；依據癌症登記資料顯示，99 年共有 90,649 人被診斷為癌症（表 2），若以民國 85 至 99 年的癌症發生率增加的趨勢推估，至 109 年國內癌症發生人數將增加至 12 萬人（圖 2）。因此，可以預知癌症死亡率亦將隨著發生率的快速上升而增加。

根據 101 年死因統計，因惡性腫瘤死亡造成潛在生命年數損失（70 歲以下人口）約為 31.3 萬人年，平均生命年數損失約 14.4 人年（表 3），所損失的生產力等社會成本難以估計。

在人類可能罹患重大疾病中，癌症應是可能被預防和治癒的疾病，但世界衛生組織在其「國家癌症防治計畫」一書中指出，罹癌可能導致病急亂投醫，病人並會產生如焦慮或憂鬱症、失眠、藥物濫用或情緒方面等問題。此壓力常會擴及至病人家屬或親友，尤其在我國，癌症病人的主要照護模式仍以家屬為主要照護者，社會支持系統較為缺乏，更會相當程度地影響其經濟收入及心理狀況。

健保雖已提供全民應有的醫療照護，並獲得大多數民眾的滿意，但隨之民眾對於照護品質的要求也逐漸增加。對於治癒性治療，近年來先進國家均強調提供以『病人』為中心的醫療

照護，並藉由建立測量指標，作為改善的依據。而癌症死亡者中有一半是死於末期，對於不可治癒的末期病人，亦重視提供安寧療護，達到提升病人生活品質和節省醫療費用雙贏的目的。另外，亦積極推動癌症病友服務，提供每年九萬人以上的癌症新診斷病人及癌症康復者身體、心理、社會之服務，藉由癌症康復者以過來人的同理心和見證，幫助病人和家屬渡過初期的恐慌，也可以有效增加病人接受治療的意願。

表 1、民國 101 年國人十大死因

死因別	死 亡
	個案數 (粗死亡率)
惡性腫瘤	43,665 (187.6)
心臟疾病 (高血壓性疾病除外)	17,121 (73.6)
腦血管疾病	11,061 (47.5)
肺炎	9,314 (40.0)
糖尿病	9,281 (39.9)
事故傷害	6,873 (29.5)
慢性下呼吸道疾病	6,326 (27.2)
高血壓性疾病	4,986 (21.4)
慢性肝病及肝硬化	4,975 (21.4)
腎炎、腎病症候群及腎病變	4,327 (18.6)
全死因	153,823 (661.0)

單位：每十萬人口

表 2、民國 99 年癌症發生

癌症別	發生個案數 (粗發生率)
大腸	14,040 (60.6)
肝	11,023 (47.6)
肺	10,615 (45.8)
女性乳房	9,655 (41.7)
口腔	6,560 (28.3)
攝護腺	4,392 (19.0)
胃	3,854 (16.6)
皮膚	2,978 (12.9)
甲狀腺	2,409 (10.4)
食道	2,238 (9.7)
全癌症	90,649 (391.4)

單位：每十萬人口

表 3、70 歲以下人口主要死亡原因之潛在生命年數損失 (PYLL)

死亡原因	男性		女性		合計	
	潛在生命 年數損失 (PYLL)	平均生命 年數損失 (AYLL)	潛在生命 年數損失 (PYLL)	平均生命 年數損失 (AYLL)	潛在生命 年數損失 (PYLL)	平均生命 年數損失 (AYLL)
所有死亡原因	710,109	17.7	310,903	17.1	1,021,012	17.5
惡性腫瘤	198,070	14.2	115,910	14.7	313,980	14.4
心臟疾病 (高血 壓性疾病除外)	59,365	15.5	16,695	13.4	76,060	15.0
腦血管疾病	30,722	13.9	11,058	13.4	41,780	13.8
肺炎	12,627	13.7	4,950	13.3	17,577	13.6
糖尿病	22,388	12.3	9,411	9.7	31,799	11.4
事故傷害	95,220	27.0	27,392	24.6	122,612	26.4
慢性下呼吸道 疾病	5,155	10.2	1,842	12.0	6,997	10.6
高血壓性 疾病	9,759	13.5	3,345	10.3	13,104	12.5
慢性肝病及肝 硬化	56,491	19.8	7,658	13.3	64,149	18.7

資料來源：民國 101 年死因統計（衛生福利部統計處）

附註：

1. 潛在生命年數損失 (PYLL)：各年齡預期可活存年數 (70-死亡時之年齡) 與該年齡死亡人數之乘積總和。
2. 平均生命年數損失 (AYLL)：潛在生命年數損失/該死因之死亡人數。
3. 主要死因係選取民國 100 年臺灣地區之前十大死因。

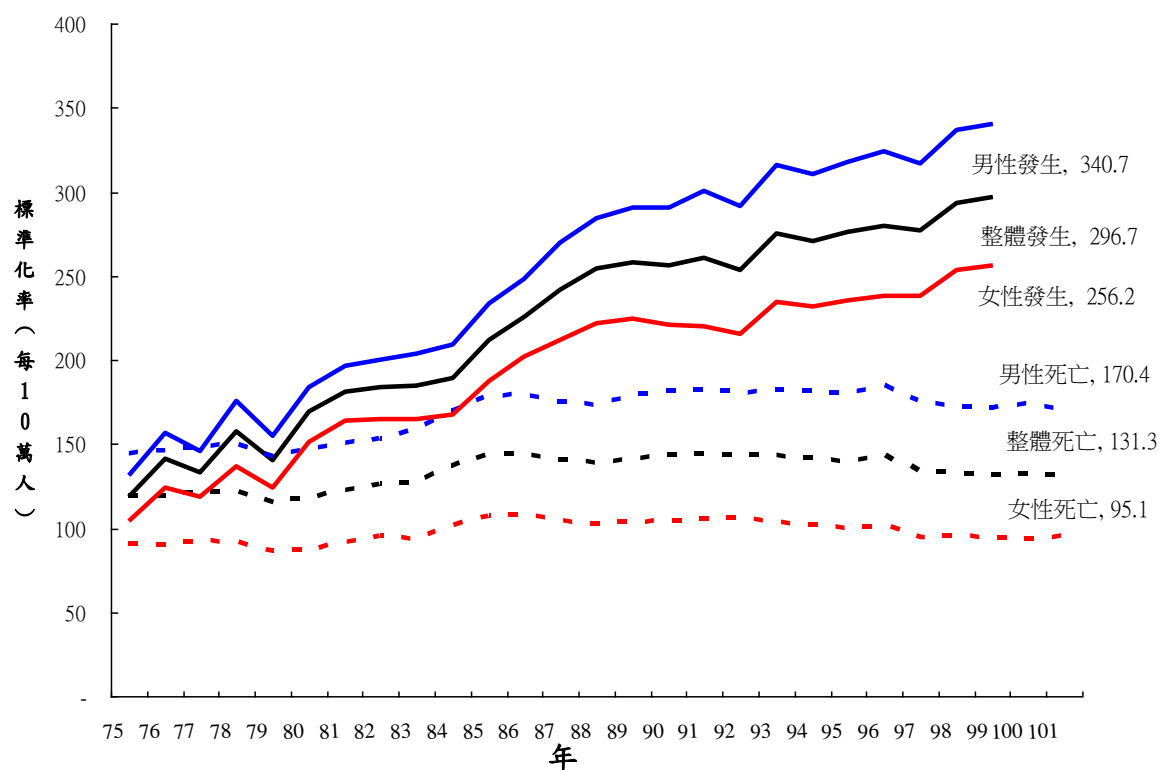


圖 1、民國 75-101 年國人 (含男女) 癌症標準化發生率及死亡率趨勢

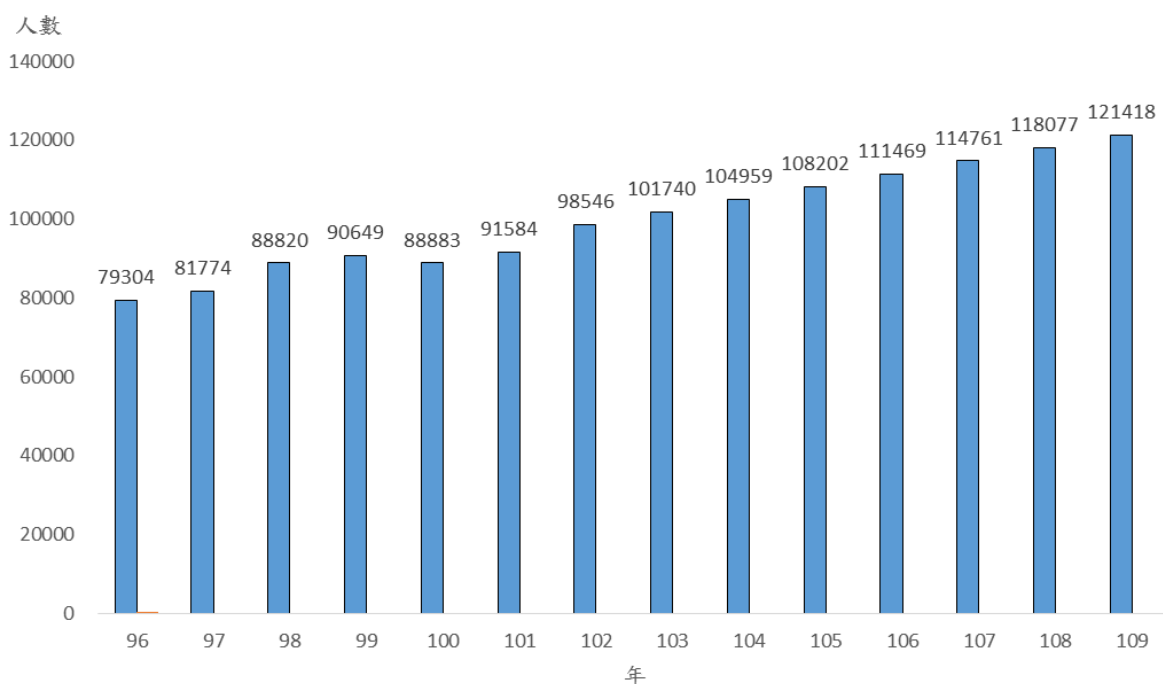


圖 2、民國 96-109 年癌症新發生人數推計

(二) 癌症為全球共同重要健康大敵，聯合國、世界衛生組織及我國均將癌症死亡率大幅降低列為重要工作目標

有鑑於癌症造成人民生命和社會的嚴重影響，先進國家莫不以對抗癌症為其重要的衛生施政方針，我國政府亦積極在對抗癌症上大幅投入資源，並於「黃金十年」計畫中再度宣示降低國人癌症死亡率為重要目標。透過三段五級的防治，以增進健康與抑制醫療費用高漲。

癌症亦是世界衛生組織（WHO）2011 年報告所指出之四大非傳染病（癌症、糖尿病、心血管疾病、慢性呼吸道疾病）之一，此四種疾病約占全球死亡人數的 63%（約 3 分之 2），在臺灣亦將近 6 成（58.4%），其四大共同危險因素為吸菸、運動不足、不健康飲食及有害使用酒精。為遏止非傳染病（NCDs）之死亡率上升及倡議各國將癌症等主要慢性病的防

治納入國家的重要施政項目，聯合國大會（United Nations General Assembly）在 2011 年的九月份於紐約聯合國總部召高峰會共商並發布宣言，世界衛生組織決議並設定於 2025 年前達成 9 大目標，包括將非傳染病（NCDs）過早死亡率（30-70 歲）降低 25%、非傳染病基本藥物和治療非傳染病的基本技術涵蓋率達 80%、藥物治療及諮詢的涵蓋率達 50%、糖尿病/肥胖無成長、高血壓減少 25%、菸草使用減少 30%、鹽/鈉的攝取減少 30%、運動不足減少 30%及酒精濫用減少 10%。另亦設定 25 個指標來監測，包括(一)死亡率及罹病率(Mortality & Morbidity)：心血管疾病、癌症、糖尿病及慢性呼吸道疾病的過早死亡(30-70 歲)、癌症別的發生率(二)危險因子(Risk Factors)：酒精濫用、蔬果攝取不足、運動不足、鹽攝取量、飽和脂肪的攝取、菸草使用、高血糖/糖尿病、高血壓、過重及肥胖、高膽固醇(三)國家系統的支持(National Systems Response)：子宮頸癌篩檢、藥物治療及諮詢、非傳染病基本藥物和治療非傳染病的基本技術、B 型肝炎疫苗、人類乳突病毒疫苗、禁止對兒童不健康的行銷、安寧療護的可獲得性、政策限制使用飽和脂肪酸，根除反式脂肪的使用。

三、問題評析

(一) 癌症威脅造成生命損失，我國預期壽命排名為經濟合作暨發展組織(OECD)後段班

癌症為我國國人主要死因，根據 101 年衛生福利部統計處資料顯示，因惡性腫瘤死亡造成潛在生命年數損失(70 歲以下人口)約為 31.3 萬人年，平均生命年數損失約 14.4 人年。以平均餘命來看，我國男性 76.1 歲，在 OECD 排名(共 34 個國家)約介於第 21 至 22 高(第一名為冰島，約 81.4 歲)，女性則為 82.6 歲，在 OECD 排名約介於第 22 至 23 高(第一名為日本，約 86.4 歲)，顯示我國國人之預期壽命仍待提升。

癌症是目前全球死亡的主要原因，依據世界衛生組織(WHO)統計資料，2008 年全球約有 760 萬人死於癌症，主

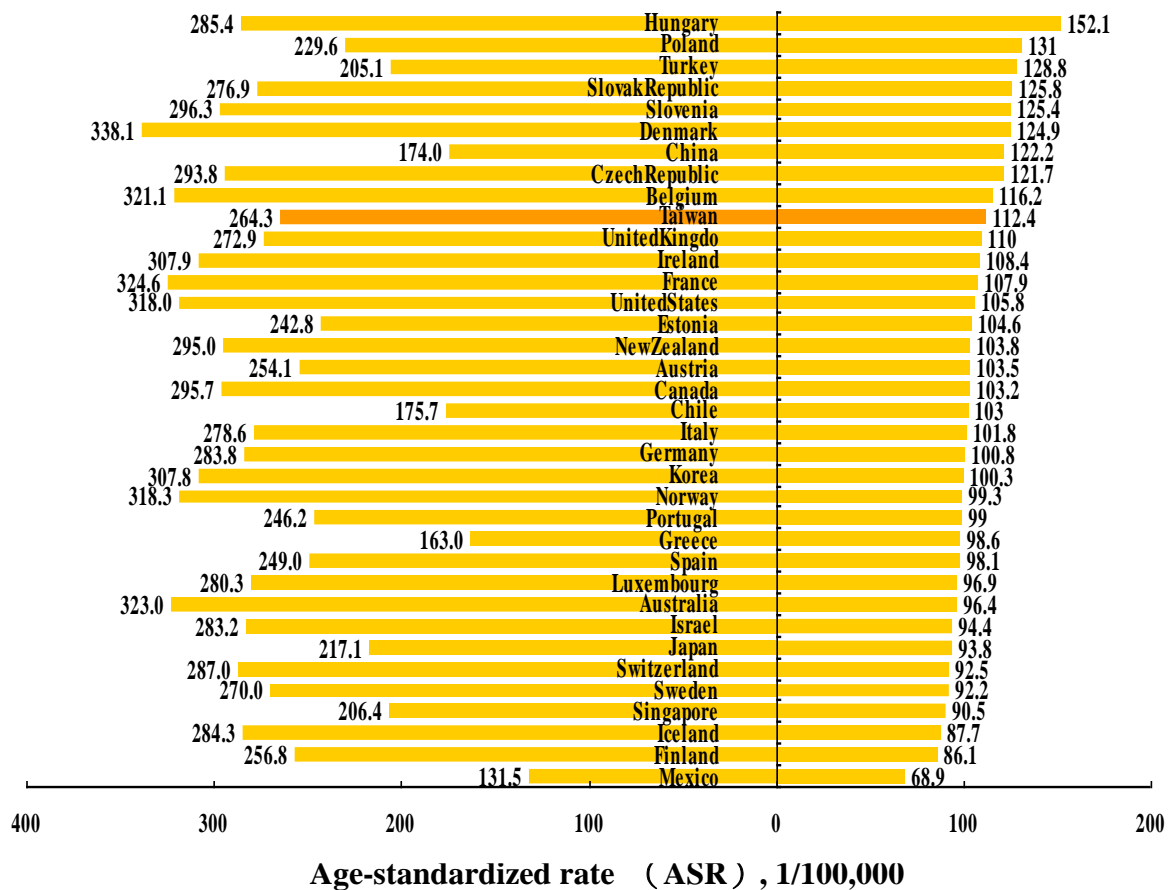
要的癌症死因包括：肝癌、肺癌、胃癌、大腸癌、乳癌及子宮頸癌。根據 WHO 預測，全球 119 年約有 1,310 萬人死於癌症。

若以台灣癌症死亡率和發生率與經濟合作暨發展組織 (OECD) 30 餘國家比較，發生率由高至低排名約於 23 名，死亡率由高至低排名約第 10 名 (圖 3)。在台灣，依據民國 101 年衛生福利部出版之生命統計，當年約近 4.4 萬人死於癌症，肺癌和肝癌居冠，死亡人數皆逾 8 千人，合計佔所有癌症死亡人數的近四成；其次為大腸癌、口腔癌和胃癌，死亡人數分別約為 5 千人、2.5 千人和 2.4 千人。男性的主要癌症死因依序為肺、肝、大腸、口腔、胃癌和食道等；女性則為肺、肝、大腸、乳癌、胃和胰臟癌等 (表 4)。就該等癌症過去 20 多年之死亡率長期趨勢而言，男、女性的肝癌和肺癌已在過去 10 年由上升趨勢轉為持平；胃癌和子宮頸癌持續下降；結直腸癌、口腔癌和乳癌則為持續上升趨勢，又以口腔癌和乳癌分居為男、女性死亡率上升最快的癌症。

國人常見死亡的癌症亦是常見發生的癌症，依據 99 年癌症登記資料，國人罹癌高度集中在肺癌、肝癌、大腸癌、乳癌及口腔癌等五種癌症，合計超過 5 萬人，佔所有癌症人數的近 6 成。其中大腸癌、肝癌及肺癌的發生人數都已超過 1 萬人 (表 2)。男性好發的癌症為大腸癌、肝癌、肺癌、口腔癌及攝護腺癌，女性則為乳癌、大腸癌、肺癌、肝癌及甲狀腺癌 (表 5)。

相較於國際，我國癌症發生率相對不高，但死亡率則相對較高，原因之一是我國民眾常見罹患之癌別存活率相對較低，而且早期發現的比率不夠高。例如，美國發生率最高癌症為攝護腺癌，其五年存活率幾可達 100%，而台灣常見的則為肝癌和口腔癌等癌症，致死率較高，平均五年存活率分別僅為 30% 及 60%，其中 8 成肝癌源自於 B、C 型肝炎帶原，口腔癌則是因為嚼檳榔習慣所致。另外，我國乳癌發生期別在第二期之前不到八成，不似美國早期發現之比例達約九成，可能為存活率較低之原因。

發生率 死亡率
 (高至低排名台灣介於第 22-23 間) (高至低排名台灣介於第 9-10 間)



資料來源:

1. GLOBOCAN 2012, IARC
2. 2010 年台灣癌症登記資料不含原位癌 (以 Globocan 1976 標準人口標準化)
3. 2012 衛生福利部統計處死因資料 (以 Globocan 1976 標準人口標準化)

圖 3、癌症死亡率與發生率之國際比較

表 4、民國 101 年男、女性 10 大死亡癌症統計

癌症別	男 性		癌症別	女 性	
	死亡人數	標準化 死亡率		死亡人數	標準化 死亡率
肺	5,628	34.7	肺	2,959	17.0
肝	5,596	35.8	肝	2,520	14.4
大腸	2,956	18.1	大腸	2,175	12.1
口腔	2,359	15.3	乳房	1,912	11.6
胃	1,502	9.0	胃	884	5.0
食道	1,477	9.4	胰臟	694	4.0
攝護腺	1,187	6.7	子宮頸	669	3.9
胰臟	935	5.8	卵巢	528	3.2
非何杰金氏淋巴瘤	605	3.7	非何杰金氏淋巴瘤	410	2.4
鼻咽	580	3.9	白血病	364	2.4
全癌症	27,270	170.4	全癌症	16,395	95.1

單位：每十萬人口

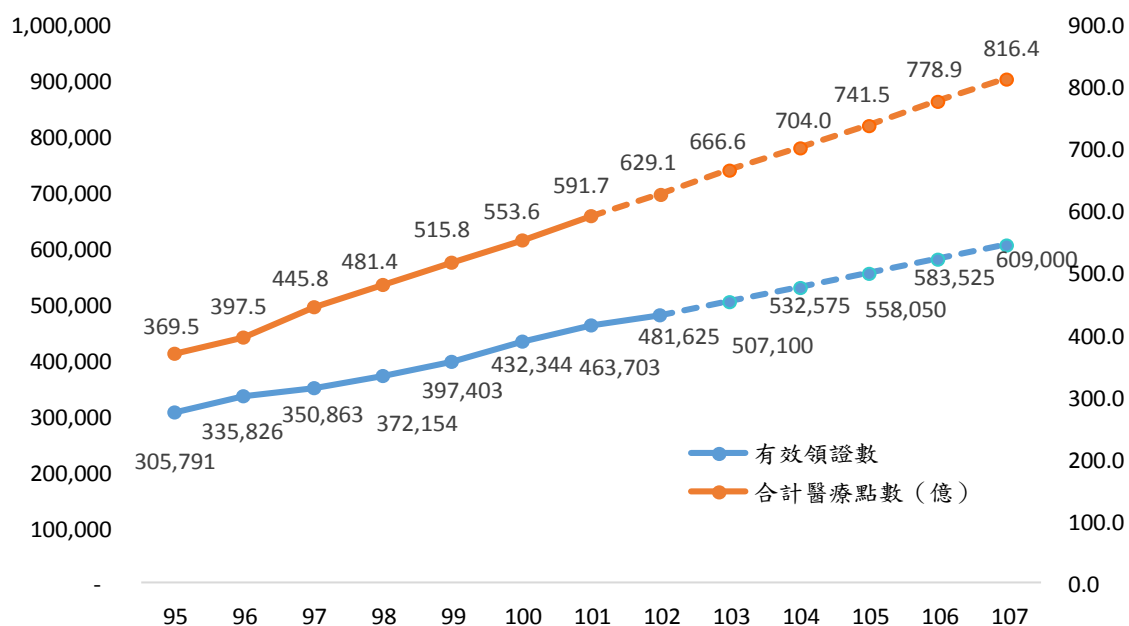
表 5、民國 99 年男、女性 10 大發生癌症統計

癌症別	男 性		癌症別	女 性	
	發生人數	標準化 發生率		發生人數	標準化 發生率
大腸	8,143	54.4	女性乳房	9,655	63.2
肝	7,751	52.3	大腸	5,897	36.8
肺	6,697	43.7	肺	3,918	24.3
口腔	6,028	40.6	肝	3,272	20.5
攝護腺	4,392	28.8	甲狀腺	1,838	12.9
胃	2,415	15.4	子宮體	1,737	11.3
食道	2,091	13.8	子宮頸	1,680	10.8
皮膚	1,575	10.2	胃	1,439	8.9
膀胱	1,427	9.2	卵巢	1,245	8.5
鼻咽	1,194	8.2	皮膚	1,403	8.4
全癌症	50,892	340.7	全癌症	39,757	256.2

單位：每十萬人口

(二) 癌症醫療花費節節高升，新藥新科技造成健保沉重負擔

依據健保署癌症健保支出資料顯示，因癌症而花費的醫療支出由民國 95 年的 369.5 億升高至 100 年 553.6 億元，成長值約 1.5 倍，預估至 107 年醫療支出會增至 816.4 億元，另癌症重大傷病領證數由 95 年 30.6 萬人增加至 101 年 46.4 萬人，成長值亦約 1.5 倍，預估至 107 年領證數將增至 60.9 萬人。



備註：民國 95-102 年重大傷病領證數及 95-101 年健保支出資料來源為衛生福利部健康保險署，其餘為以線性推估之值

圖 4、民國 95-107 年癌症健保支出及重大傷病卡領證數預估

(三) 癌症對國家生產力及對家庭生計造成重大衝擊

依據癌症登記統計顯示，口腔癌與食道癌發生人數各占所有癌症約 7% 及 2%，在男性癌症發生率排名分佔第 4 位和第 8 位。兩種癌症皆發生在男性居多，分別為女性的 12 倍與 15 倍，年齡中位數為 53 與 56 歲，較男性全癌症發生年齡中位數 64 歲足足輕了 8-11 歲，另依據 100 年死因統計，該二癌死亡年齡中位數為 56 與 58 歲，相較男性癌症死亡年齡中位數 69 歲也少了 11-13 歲。近 10 年男性口腔癌標準化發生率每 10 萬

人口增加 13.4 人，是僅次於大腸癌增加最多的癌症，食道癌則每 10 萬人口增加 3.9 人。

在女性方面，女性乳癌發生人數占所有癌症 10.7%，近 10 年來乳癌發生率增幅為 53.4%，死亡率增幅為 13.7%。全癌症發生年齡中位數為 60 歲，而女性乳癌年齡中位數為 52 歲，另依據 100 年死因統計，乳癌死亡年齡中位數為 57 歲，相較女性癌症死亡年齡中位數 69 歲也少了 12 歲。

中年時期的男性及女性常為家庭中的經濟及精神支柱，一旦罹患癌症會有因需治療而中斷工作，甚至死亡，使家中頓失支柱和完整性。

(四) 癌症篩檢推動不易

某些癌症早期發現及早治療可挽救寶貴生命，有的甚至可減低健保負擔，惟無症狀時要接受癌症篩檢，誠屬不易。

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。此四項癌症篩檢也即 WHO 建議可以經由篩檢早期發現早期治療之癌症，爰此，衛生福利部自民國 84 年開始提供子宮頸抹片檢查，其後連續推動口腔黏膜檢查、乳房攝影檢查與糞便潛血檢查，目前四項癌症篩檢皆已納為預防保健服務項目（篩檢對象、工具及間隔如附表 6）。除此四項癌症篩檢外，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。

1. 目前篩檢推動現況：

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，推動「第二期國家癌症防治計畫-癌症篩檢（99-102 年）」，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僅達三成多，有待加強(表 7)。

表 6、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	3 年 1 次

表 7、99-102 年篩檢目標值及執行成效

年度	99		100		101		102	
	目標值	達成值	目標值	達成值	目標值	達成值	目標值	達成值
30-69 歲婦女 近 3 年內接受子宮頸癌 篩檢率(電話調查)(%)	70	72	70	-	70	77	70	76
45-69 歲婦女 2 年內曾接受乳癌篩檢 率(%)	16	21.6	26	29	31	31.9	33	36
30 歲以上嚼檳榔或吸菸者 2 年內曾接受口腔癌 篩檢率(%)	30	32	35	40	43	52.5	50	54
50-69 歲民眾 2 年內曾接受大腸癌 篩檢率(%)	20	22	35	33	33	32.5	40	38.2

(1) 子宮頸癌

我國自民國 84 年起提供 30 歲以上婦女免費子宮頸抹

片檢查，近幾年 30-69 歲婦女接受政府提供之子宮頸抹片篩檢率維持在 55-60% 間（若加上民眾自費等檢查，經電話調查，該比率已達 70% 以上），並已使國人子宮頸癌的發生率和死亡率皆降低了 6 成以上。目前面臨主要問題為：

■ 仍有約 160 萬名 6 年以上未做抹片婦女

根據本署分析 36 歲以上且超過 6 年未做抹片婦女之篩檢資料顯示，6 年以上未做抹片者罹患子宮頸癌及高度癌前病變的危險性是 6 年內曾做過抹片者之 3 倍，惟 36 到 69 歲婦女仍有約 160 萬人超過 6 年未做過抹片檢查。實有必要針對該等族群加強宣導及提供篩檢服務，或一併提供 HPV 檢測工具予不接受抹片的婦女。

(2) 乳癌

我國自民國 93 年起，提供 50-69 歲婦女每 2 年一次乳房攝影檢查，並自 98 年擴大服務對象為 45-69 歲婦女。99 年起擴大推動篩檢，亦將 40-44 歲具二等親以內血親有罹患乳癌之婦女也納入補助篩檢對象，目前乳癌篩檢率已由 98 年 11.6% 提升至 101 年 32.5%，雖已有明顯的成長，目前面臨主要問題包括：

■ 醫院未善加利用門診提示系統提示民眾受檢

依據本部國民健康署 100 年健康危害行為監測調查（BRFSS）調查結果，民眾就診時，有醫護人員主動提醒做乳房攝影檢查之比率僅 26.4%，顯示門診主動提示系統之使用需落實。

■ 勞工健檢未將乳癌篩檢納入必辦項目

勞委會目前僅同意將四癌篩檢納入勞工健檢得辦理之項目，而非應辦項目，致使勞工健檢未能統一提供符合資格婦女接受本項篩檢服務，致影響篩檢率之提昇。

■ 現行篩檢率無法反應實際篩檢率

隨著本部國民健康署之癌症篩檢宣導及民眾自主意識提昇，部分民眾選擇作自費健檢，惟自費健檢未併計於民眾預防保健服務利用情形中呈現。

(3) 口腔癌

我國自 88 年開始推動 18 歲以上吸菸或嚼檳榔民眾口腔癌篩檢，並自 99 年將口腔癌篩檢納入預防保健服務，透過健保特約醫療院所提供提供 30 歲以上吸菸或嚼檳榔民眾 2 年 1 次口腔黏膜檢查，另於 102 年 6 月起將嚼檳榔原住民之篩檢年齡提前至 18 歲。口腔癌篩檢率已由 98 年 29% 提升至 101 年 52.5%，目前面臨主要問題包括：

- 符合口腔黏膜檢查補助對象做篩檢之意願普遍較低。
- 篩檢為陽性者接受確診的意願低
- 偏遠地區較缺乏確診口腔癌之資源。

(4) 大腸癌篩檢

我國自民國 93 年起對 50-69 歲民眾提供限額之糞便潛血檢查，並自 99 年起納入預防保健服務項目，全面提供篩檢服務，篩檢涵蓋率由 93 年 4.8%，至 101 年達 34.2%。目前面臨主要問題包括：

- 篩檢程序複雜，民眾參與意願低

目前篩檢率僅達 34%，相較於其他癌症較困難推動，主要原因分析為：檢體需經發採檢管及留取糞便後繳回二道程序，大多無法於篩檢現場立即取得，導致民眾配合意願較低。醫療院所也因採檢管發放流失率高，需仰賴人力洽催與衛教，服務成本高，影響其推動意願。

- 陽性個案追蹤不易

糞便潛血檢查陽性個案為大腸癌的高危險群，然而國內卻有高達 4 成的糞便潛血檢查陽性民眾，後續不願意再進一步做大腸鏡檢查，原因有民眾自覺健康沒有任何異狀，害怕大腸鏡檢查疼痛、沒時間安排檢查等。

- 基層醫療診所參與率低

以健保資料中基層醫療院所可提供大腸癌篩檢家數共計 10,412 家，惟截至 102 年 6 月統計有參與家數僅 2,360 家（23%），基層診所未參加因素，除了對於篩檢程序不清楚外，另可能亦受採檢量洽催與陽性轉介等行政所需人力所限。

(5) 肝癌篩檢

研究結果顯示，抗病毒治療及定期腹部超音波篩檢可以有效降低慢性 B、C 肝癌患者之肝病發生率及死亡率，惟國民健康署 100 年的電話調查結果發現，受訪對象中檢驗出 B、C 型肝炎者，約有 3 成因身體沒有什麼症狀應該不需要（79.4%）、沒有時間（17.8%）、不知道要去哪裡看醫師（11.1%）等因素未進一步去看醫師。

2. 民眾認知不足，欠缺動機

民眾篩檢意識不足、錯誤觀念，皆影響其接受癌症篩檢服務意願：

- (1) 自覺健康影響受檢意願：本部國民健康署 2009 年「國民健康訪問調查（NHIS）」結果顯示，婦女不做抹片的原因依序為「覺得身體健康沒有需要（42.5%）」和「太忙沒有時間（20.1%）。婦女不願作乳癌篩檢主要因為「覺得身體健康沒有需要（57%）」、「太忙沒有時間（22.6%）」和「覺得不好意思（6.6%）」。另外，沒做過大腸癌篩檢的原因以「覺得身體健康沒有需要」佔 75.4% 為最主要。由 NHIS 調查發現民眾常因忙碌、自覺身體健康、沒有症狀，而未接受癌症篩檢服務，錯失早期發現早期治療的時機，因此未來將加強宣導民眾，於無症狀時即應接受篩檢之正確觀念。
- (2) 對於篩檢不適感及不方便影響篩檢動機：由於乳房攝影檢查需壓迫乳房數秒以取得清晰之影像，衛生局所反應民眾常因篩檢時疼痛，降低其再次受檢之意願。另部分民眾誤以為超音波或乳房自我檢查沒有問題，就可以不用作乳房

攝影檢查。大腸癌篩檢則因有發採便管及繳回二道程序，及採集糞便過程不便，而拒絕接受篩檢。

3. 我國欠缺家庭醫師把關制度：

(1) 醫療端

從癌症篩檢率來看，英國的癌症篩檢行之有年，且其公醫制度建立了井然有序的基層醫療就醫系統與「守門人」制度，民眾有固定的負責醫師，若沒有做篩檢，即可由其負責醫師通知受檢，英國子宮頸癌、乳癌及大腸癌篩檢率分別已達 70% 以上、75%、53%，而台灣篩檢率則分別為 70%、34% 及 34%，顯示台灣基層醫療院仍待進一步整合及服務功能提升。目前雖健保署推行「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，目標在建立個別化照護管理、平行和垂直轉診機制，落實家庭責任醫師及照護責任，提升醫療品質，但對於加強民眾預防及促使其接受篩檢的角色仍屬薄弱。另對於民眾常前往就醫的大醫院，因過於專科化的分工，大多無法以全人照護的理念來醫治病人，加上過往與基層醫療院所互動較為缺乏，甚至會擔心病人流失，故對於與診所合作進行個案平行轉介則情形多不普遍，也流失了許多讓民眾接受篩檢的機會。

(2) 社區端

健保署推動之社區醫療群制度，在 101 年資料顯示全國共有 367 個社區醫療群，包含 2,361 家診所（參與率 23.8%），雖在癌症篩檢上致力，但仍陷於普及度不足，故篩檢成效仍待提升。以大腸癌篩檢為例，全國共計 2,300 餘家診所參與篩檢，為服務人數每年約計 12,000 人，約佔全國近 12%。未來如何策進衛生單位、民間團體、基層醫療院與各級醫院全盤合作，仍是重要課題。

(3) 民眾端

國人向來迷信大醫院，認為唯有到大醫院才能得到最好的醫療照護，篩檢工作在台灣這種自由就醫的模式下，有其特別之困難，也仍有進步空間。透過可信賴的家庭醫師照護制度誘

導民眾自主性的健康概念及習慣養成，減少不必要的醫療浪費，實為重要。

4. 篩檢品管體系仍需進一步強化

篩檢品質是篩檢計畫的核心工作，而檢出率和陽性預測值是篩檢品質的重要指標。目前各項癌症篩檢之效益為(表 8)：

- (1) 子宮頸癌平均約每篩檢 70 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。
- (2) 乳癌平均約篩檢 190 人可找出一名癌症個案，篩檢結果為陽性者約每 19 位就有 1 位是乳癌個案。
- (3) 糞便潛血檢查平均約篩檢 25 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。
- (4) 口腔癌平均約每篩檢 146 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。

另分析民眾篩檢頻率與陽性預測值、檢出率之關係發現，男性及女性口腔癌篩檢個案中，規律接受篩檢者其癌前病變檢出率愈高及癌症檢出率愈低。乳癌篩檢個案中，規律接受篩檢者其陽性預測值及檢出率愈低。大腸癌篩檢個案中，規律接受篩檢者其癌前病變數檢出率愈高(表 9)。

影響檢出率的可能原因包含：(1) 未針對高危險群進行篩檢(如口腔癌篩檢時對嚼檳榔且吸菸者篩檢的檢出率優於對僅吸菸者)(2) 口腔癌女性檢出率較男性低，女性平均每篩檢 2,986 人發現一名口腔癌，與男性 529 人即有一位，差異高達 5.6 倍。其中可能因素為女性嚼檳榔或吸菸時間與劑量較男性為輕(3) 篩檢品管不佳：品質包括提供服務結構面、服務過程面及篩檢結果面，從醫師篩檢品質、受檢者之正確性、服務流程之正確性到陽性發現比率等，皆影響檢出率。

因影響陽性預測值除了與篩檢工具、判讀有關外，篩檢品

質監測亦為重要機制。目前已針對提供服務人員和儀器之品質訂定資格審查、標準檢查流程、後續審查原則（如抽片複閱、實地訪查等）及不合格時之改善處置（如參加訓練），未來將持續強化品質管理工作及建立退場機制。

表 8、99-101 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	99 年	100 年	101 年	99 年	100 年	101 年
子宮頸癌	1/86	1/92	1/92	1/257	1/290	1/315	1/64	1/70	1/71
乳癌	-	-	-	1/189	1/165	1/175	1/189	1/165	1/175
大腸癌	1/31	1/27	1/25	1/320	1/256	1/294	1/28	1/24	1/23
口腔癌	1/251	1/154	1/200	1/332	1/409	1/526	1/143	1/112	1/145

癌症別	陽性預測值								
	癌前病變			癌症			合計		
	99 年	100 年	101 年	99 年	100 年	101 年	99 年	100 年	101 年
子宮頸癌	1/2	1/2	1/2	1/5	1/5	1/6	1/2	1/2	1/2
乳癌	-	-	-	1/18	1/17	1/17	1/18	1/17	1/18
大腸癌	1/2	1/2	1/2	1/21	1/19	1/22	1/2	1/2	1/2
口腔癌	1/21	1/11	1/13	1/26	1/28	1/34	1/12	1/8	1/9

註:101 年資料追蹤至 102 年 4 月 1 日

表 9、民眾參加篩檢頻率與癌症陽性預測值及檢出率分析

參與篩檢行為分類	口腔癌				大腸癌			
	陽性預測值		檢出率		陽性預測值		檢出率	
	癌前 病變*	口腔癌*	癌前 病變*	口腔癌*	癌前 病變	大腸癌	癌前 病變	大腸癌
男性								
僅接受一次篩檢	1/6	1/12	1/230	1/455	1/2	1/10	1/36	1/202
不規則接受篩檢	1/4	1/15	1/180	1/654	1/2	1/33	1/23	1/395
規則接受篩檢	1/3	1/16	1/168	1/819	1/2	1/26	1/22	1/311
男性小計	1/5	1/13	1/205	1/529	1/2	1/14	1/30	1/232
女性								
僅接受一次篩檢	1/7	1/31	1/769	1/3442	1/3	1/12	1/84	1/371
不規則接受篩檢	1/4	1/30	1/248	1/1793	1/3	1/40	1/47	1/671
規則接受篩檢	1/2	1/22	1/186	1/1723	1/3	1/32	1/45	1/538
女性小計	1/5	1/29	1/536	1/2986	1/3	1/19	1/62	1/436
男女合計								
僅接受一次篩檢	1/6	1/13	1/270	1/558	1/2	1/11	1/52	1/269
不規則接受篩檢	1/4	1/15	1/184	1/692	1/2	1/36	1/34	1/537
規則接受篩檢	1/3	1/16	1/169	1/856	1/2	1/29	1/32	1/427
總計	1/5	1/14	1/230	1/616	1/2	1/17	1/43	1/319
參與篩檢行為分類	乳癌				子宮頸癌			
	陽性預測值		檢出率		陽性預測值		檢出率	
	癌症		癌症		癌前 病變	癌症	癌前 病變	癌症
女性								
僅接受一次篩檢	1/13		1/135		1/3	1/3	1/106	1/147
不規則接受篩檢	1/19		1/244		1/3	1/4	1/105	1/244
規則接受篩檢	1/24		1/333		1/2	1/7	1/95	1/385
總計	1/56		1/712		1/2	1/6	1/92	1/303

說明：*趨勢分析顯著

- 資料來源：93-100 年乳癌、大腸癌及口腔篩檢資料庫、92-101 年子宮頸癌篩檢資料庫。
- 篩檢行為分類定義說明如下：
 - 僅接受一次篩檢：篩檢資料中僅接受過一次篩檢
 - 不規則接受篩檢：接受一次以上之篩檢，本次篩檢與前次篩檢之間隔時間超過 3 年
 - 規則接受篩檢：接受一次以上之篩檢，本次篩檢與前次篩檢之間隔時間小於 3 年

(五) 鼓勵民眾參與癌症篩檢，尚待相關財務機制之研議

目前本部國民健康署補助民眾癌症篩檢服務費用，惟民眾對於篩檢之意願不足，故部分癌症篩檢率仍偏低，致使無法有效提升癌前病變或早期癌症之發現。如何透過相關財務機制，例如研議對參與篩檢者是否得以減免健保保費予以獎勵，或參照國外之經驗，經通知而未參與篩檢者倘罹癌是否調整回復部分負擔等財務介入措施，以強化民眾定期主動受檢之習慣，未來可思考研議。

(六) 新興致癌因子興起，預防工作需政策、環境與社會制度多管齊下

1. 不健康生活型態（運動不足、不健康飲食及肥胖等；請詳肥胖防制白皮書）

(1) 運動不足

世界衛生組織指出運動不足已成全球第四大致死原因，每年有 6% 的死亡率與身體活動量不足有關，僅次於高血壓（13%）、菸品使用（9%）及高血糖（6%），而身體活動量不足會造成 21-25% 的乳癌或大腸癌、27% 的糖尿病，與 30% 的缺血性心臟病。研究指出約 25% 到 40% 的乳癌、大腸癌中，過度肥胖、運動不足是造成它們發生的幫兇。除了乳癌、大腸直腸癌外，有愈來愈多的強烈證據指出前列腺癌、子宮內膜癌、腎癌等也都與體重過重、缺乏運動有關。

我國十大死因的危險因子皆與運動不足有關，國家衛生研究院溫啟邦教授研究發現每天運動 15 分鐘可減少 14% 總死亡率、10% 癌症死亡率及 20% 的心血管疾病死亡率，並延長 3 年壽命。

依據國民健康署「民國 98 年國民健康訪問暨藥物濫用調查」，18 歲以上民眾完成訪問的樣本數共 19,799 人，面訪問卷調查國人過去兩週從事運動之結果，53.5% 國人過去兩週有做運動，有近四成七的 18 歲以上國人過去兩

週沒有做運動。

另根據行政院體委會 101 年運動城市調查，國人無規律運動習慣比率 69.6%，高於英國 63.3%、馬來西亞 61.4%、日本 60.2%、美國 43.2%、法國 32.5%，顯示國人不運動問題十分嚴重。

(2) 不健康飲食

世界衛生組織指出，「蔬果不足」為全球人口死亡的前十大危險因子，全球每年死亡人數中，2.8%可歸因為蔬菜、水果攝取不足，包括 14% 消化道癌症、11% 缺血性心臟疾病、及 9% 的中風死亡。

由 100 年國民健康署的「健康行為危害因子電話訪問調查」(BRFSS) 調查了 16,985 名國人的蔬果攝取情形，結果摘要如下：(1) 43.4% 的國人每日吃到 3 份蔬菜，28.5% (近 3 成) 國人每日至少吃 2 份水果，但同時至少攝取 3 份蔬菜及 2 份水果建議量的國人，僅有 18% (不到 2 成)。(2) 女性蔬菜與水果攝取符合建議量的比率都比男性高，45~64 歲者達到 3 蔬 2 果建議量的比率均較更年輕或更年長的年齡層高。(3) 家庭主婦較能達到每日攝取 3 蔬 2 果建議量、學生達到建議量的比率最低。(4) 家庭每月總收入在 80,000 元以上者，做到每日攝取 3 蔬 2 果比率最高。(5) 各縣市民眾達到每日攝取 3 蔬 2 果建議量之比較，原高雄市 (不含高雄縣)、嘉義市的整體表現最佳，基隆市、南投縣、雲林縣的 3 蔬 2 果比率則較低。

世界衛生組織公布了一份全球 10 大垃圾食物排行榜，其中油炸類、醃漬類食品、肉類加工食品等，都榜上有名，而燒烤類食品也名列當中。根據研究報告指出，在高溫下 (溫度超過 100 度以上) 進行肉類烹調，會使肉類中的氨基酸與肌酸一起反應，產生致癌物質雜環胺 (Heterocyclic amines)，且烹調的時間越長，產生越多；當肉類放在烤架上以直火進行燒烤時，肉類油脂將會因高

溫而滴落在火上，產生致癌物質多環芳烴（Polycyclic aromatic hydrocarbons，PAHs），而附著在食物表面，此部分吃下肚，容易導致癌症。

（3）過重及肥胖

近年來，肥胖所造成相關非傳染性疾病及死亡，並不下於吸菸對健康的危害。世界衛生組織肥胖指南資料顯示，最主要與肥胖相關的疾病包括：

- 相對危險性大於 3 者：糖尿病、代謝症後群、膽囊疾病、血脂異常、呼吸困難、睡眠呼吸中止等；
- 相對危險性在 2-3 之間者：高血壓、高尿酸血症/痛風、骨性關節炎、和冠心病；
- 相對危險性在 1-2 之間者：乳癌、子宮內膜癌、結直腸癌、女性賀爾蒙異常、多囊性卵巢症、不孕症、下背痛、麻醉風險、胎兒畸形等。

依據我國「94-97 國民營養健康狀況變遷調查」，成年男性及女性過重及肥胖的盛行率分別從 82-85 年的 33% 及 32% 上升至 51% 及 36%。根據教育部「推動學生身體健康促進調查計畫」，98 年兒童及青年過重及肥胖比率各為 25% 及 27%，其中國小男童及女童過重及肥胖比率分別為 29% 及 21%，國中男生及女生過重及肥胖比率各為 32% 及 22%。肥胖兒童有二分之一的機率變成肥胖成人，肥胖青少年變成肥胖成人的機率更高，達三分之二，未來都是心血管疾病、糖尿病等慢性疾病的潛在病患，兒童及青少年的肥胖盛行率將會造成下一世代的成人肥胖盛行率，造成整體國人健康的危害，增加社會的負擔。

2. 有害物質使用（菸、檳榔、酒精或其它）

（1）吸菸

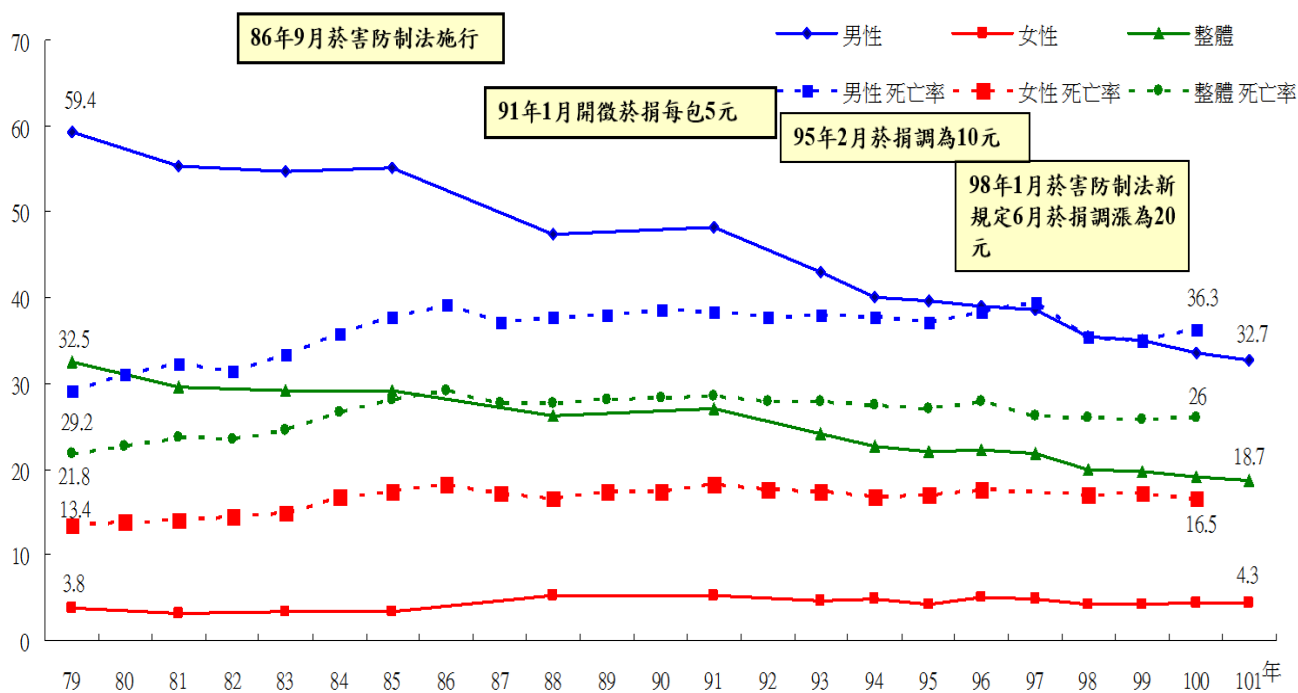
世界衛生組織指出，全球 22% 的癌症死亡及 71% 的肺癌死亡，其最重要的危險因子為菸草的使用。在國人十大死因中，有六個直接與吸菸有關，另四個與吸菸間接有

關，每 25 分鐘就有 1 人死於菸害。

吸菸會導致多種癌症，包括肺癌、食道癌、喉癌、口腔癌、咽喉癌、腎癌、膀胱癌、胰腺癌、胃癌和子宮頸癌。約 70% 的肺癌負擔可以歸因於吸菸。二手菸 (SHS) 也被證實是不吸菸成人罹患肺癌的原因之一。

目前成人吸菸率下降趨勢已漸遲緩 (圖 5)，男性吸菸率由 95 年 39.6% 下降至 101 年 32.7%；同時期女性吸菸率則維持在 4% 左右，惟男性吸菸率仍比歐美高出許多，女性吸菸率則有上升壓力，且軍隊、校園與職場禁菸未徹底執行，仍需克服困難。另青少年吸菸率雖勉力穩住，但下降尚不明顯。依 101 年成人吸菸行為調查顯示，女性於家庭二手菸暴露率為 22.1%；依 101 年青少年學生吸菸行為調查顯示，101 年國中生家庭二手菸暴露率為 40.1%，100 年為 42.5%，99 年為 44.2%、與 97 年為 46.8% 相較，僅有小幅度的改善；另 101 年高中職學生家庭二手菸暴露率為 39.6%，100 年為 41.2%，98 年為 41.6%，與 96 年的 45.3% 相較，亦已有改善，但其家庭二手菸暴露率仍高。

世界衛生組織建議調高菸價以價制量，為菸害防制最有效策略，可有效預防青少年吸菸及減少成人吸菸。且提高菸價對弱勢族群受益最大，98 年菸捐調高至 20 元，比較 97 到 101 間，25-39 歲男性吸菸率降低了 7.4%。各教育程度的青壯男性中，尤以「國中或以下教育程度」，降幅最大。未來仍應持續調整菸價 (菸捐)、強化各項菸害防制工作以及提供全人全程全面的戒菸服務，讓民眾遠離此項危險因子 (菸害相關防治另有菸害防制白皮書，相關問題及策略不於此贅述)。



註：

79-85年為菸酒公賣局調查資料。

88年為李蘭教授調查資料。

91年為國民健康署「台灣地區91年國民健康促進知識、態度與行為調查」。

93至101年為國民健康署「成人吸菸行為電話調查」。

88至101年吸菸者定義，係指以前到現在吸菸超過100支〈5包〉，且最近30天內曾經使用菸品者。

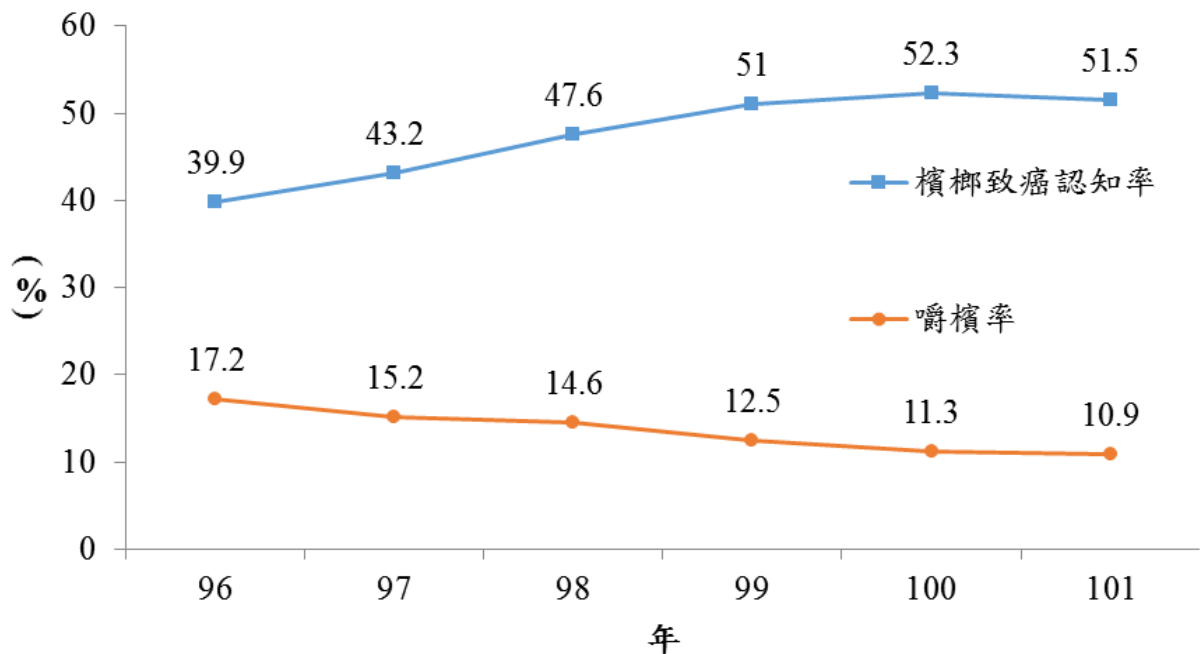
圖 5、民國 79-101 年成人吸菸率趨勢圖

(2) 嚼食檳榔

國際癌症研究總署 (International agency for research on cancer, IARC) 已證實，檳榔為第一級致癌物；國內研究亦顯示，嚼檳榔為國人罹患口腔癌主因，國人每 10 個口腔癌患者中，即有 9 個有嚼檳榔的習慣，且嚼檳榔者得到口腔癌的機率為不嚼檳榔者的 28 倍。國內外亦有研究顯示，嚼食檳榔與代謝症候群、糖尿病、心血管疾病、肝癌及肝相關疾病皆有相關性，其中在子代轉移研究中亦發現，親代嚼食檳榔會使其子代提高罹患代謝症候群及心血

管疾病之危險性。

根據國民健康署「101 年健康危害因子監測調查」，18 歲以上男性嚼檳榔率已由 96 年的 17.2% 降至 101 年的 10.9%，估計我國 18 歲以上嚼檳榔人口約 95 萬人；18 歲以上男性檳榔致癌認知率已由 96 年的 39.9% 提升至 101 年的 51.5%（圖 6）。另，在 101 年「健康危害因子監測調查」與「成人吸菸行為調查」中，18 歲以上不分性別嚼檳榔率為 5.7%。整體而言，民眾嚼檳榔近 20 年已明顯下降，對嚼檳榔危害健康的認知率也有顯著提升。



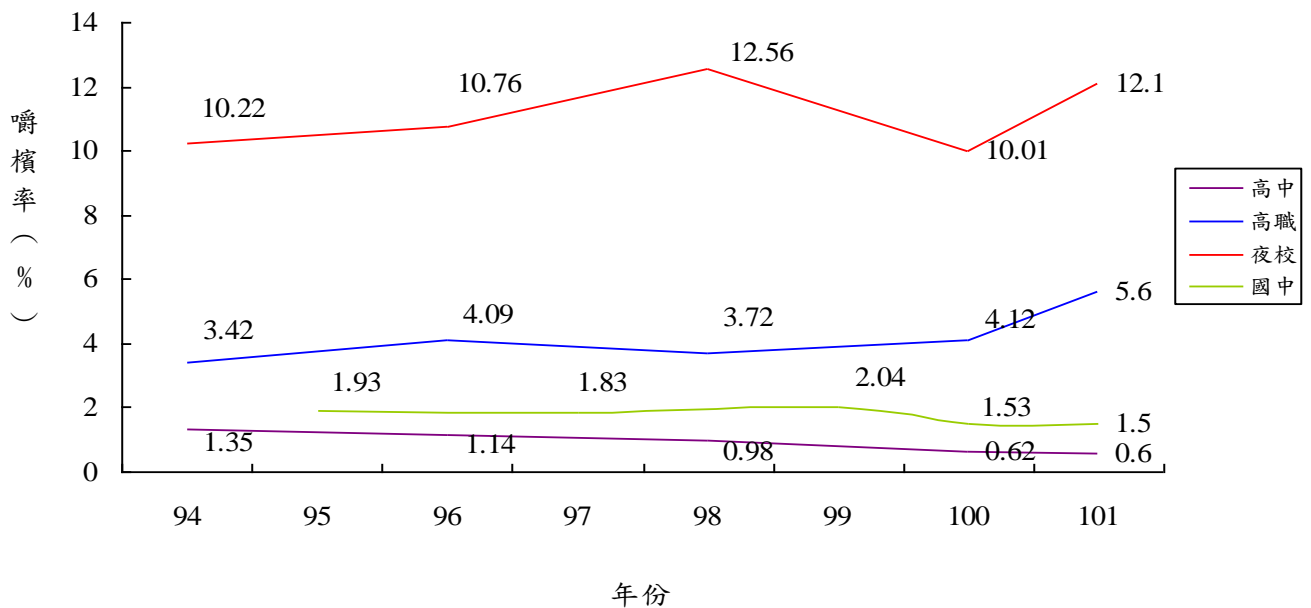
資料來源：「101 年健康危害因子監測調查」及「101 年成人吸菸行為調查」之男女合計 (BRFSS)。

圖 6、民國 96-101 年成人男性嚼檳榔率及檳榔致癌認知率趨勢圖

惟，嚼檳榔行為有行業別的差異，以藍領勞工和檳榔種植農民最高。依據勞委會分析 93-96 年勞工死亡原因發現，口腔癌為男性勞工的第 2 大癌症死因，並以建築、運輸、漁業和食品飲料製造業口腔癌死亡人數最多，為較需要協助的群體。

另外，根據國民健康署「101年青少年吸菸行為調查研究」，高中生嚼檳率為 0.6%，高職生嚼檳率為 5.6%，夜校生嚼檳率為 12.1%（高中職合併嚼檳率為 3.4%），而國中學生嚼檳率為 1.5%（圖 7）；另在檳榔致癌認知率部份，高中生檳榔致癌認知率為 36.3%，高職生檳榔致癌認知率為 45.0%，夜校生檳榔致癌認知率為 38.1%（高中職合併認知率為 40.7%），而國中學生認知率為 49.1%，顯見學生族群對檳榔危害的認仍有極大改善的空間，以協助其遠離檳榔。

資料來源：



衛生福利部國民健康署「94年高中、高職、五專學生吸菸行為調查」、「95年國中學生吸菸行為調查」、「96年高中、高職、五專學生吸菸行為調查」、「97年國中學生吸菸行為調查」、「98年高中、高職、五專學生吸菸行為調查」、「99年國中學生吸菸行為調查」、「100年青少年吸菸行為調查」及「101年青少年吸菸行為調查」。

圖7、民國94年至101年青少年嚼檳率趨勢圖

(3) 酗酒

世界衛生組織相關報告指出，每日飲用逾 20 公克酒精即對健康有不良影響；酒精具中樞神經毒性作用，可能

故意或非故意地傷害他人、自殺、他殺、犯罪、酒駕、不安全的性行為、感染愛滋病。國際癌症研究總署 (IARC) 並將酒精飲料認定為第一級致癌物。

依據世界衛生組織在 99 年的估計喝酒約導致全球 20-30% 的食道癌、肝癌、肝硬化、他殺、癲癇及機動交通工具意外全球有 3.8%，即 250 萬人的死亡。

實證研究指出，酒精之攝入量與多種癌症 (口咽、食道、喉、食道、胃、結直腸、乳房)、非癌症 (高血壓、出血性中風、肝硬化) 等疾病有相關性，飲用量愈高罹病風險愈高，以每日飲用 25、50 及 100 公克純酒精為例 (表 10)，罹患口腔癌之危險性分別為不飲酒者的 1.9 倍、3.1 倍及 6.5 倍，罹患喉癌之危險性分別為不飲酒者的 1.4 倍、2.0 倍及 3.9 倍。另罹患肝硬化之危險分別為不飲酒者的 2.9 倍、7.1 倍及 26.5 倍。

不少人認為少量飲酒對心血管有益，但該研究顯示，在少量攝取時罹患冠心病的機率會稍有降低，但隨酒精飲用量增加，罹患前述疾病之危險性全部增加。

依據國民健康署與食品藥物管理署、國家衛生研究院於 98 年共同合作辦理「國民健康訪問暨藥物濫用調查」：

■ 青少年飲酒行為：

- ✓ 12-17 歲青少年曾飲酒 (包括只喝過一口，但不包含煮菜加的酒) 之百分比 25.7%。17.5% 過去一年內曾飲酒，12.9% 過去半年內曾飲酒，7.8% 過去 1 個月內曾飲酒，4.3% 過去 7 天曾飲酒。
- ✓ 12-17 歲青少年 3.1% 過去曾有醉酒經驗，0.9% 過去一個月有暴飲情形。
- ✓ 12-17 歲青少年 4% 過去 12 個月曾有一個人去買酒的情形。

■ 成人飲酒行為：

- ✓ 18 歲以上成人曾飲酒 (包括只喝過一口，但不包含煮

菜加的酒)之百分比 57.6%。46.2%過去一年內曾飲酒，40.1%過去半年內曾飲酒，29.9%過去 1 個月內曾飲酒，20.4%過去 7 天曾飲酒。

- ✓ 18 歲以上成人 31.6%過去一個月飲酒超過一個標準杯，22.3%過去曾有醉酒經驗，5.4%過去一個月飲酒暴飲情形（暴飲定義：按 WHO 一次飲酒量超過六個標準杯，相當於 60 公克的純酒精量）。

表 10、酒精攝入量與致病相對危險性

疾病種類	相對危險性-依酒精攝入量		
	25 公克/天	50 公克/天	100 公克/天
癌症			
口咽	1.86 (1.76-1.96)	3.11 (2.85-3.39)	6.45 (5.76-7.24)
食道	1.39 (1.36-1.42)	1.93 (1.85-2.00)	3.59 (3.34-3.87)
喉	1.43 (1.38-1.48)	2.02 (1.89-2.16)	3.86 (3.42-4.35)
結腸	1.05 (1.01-1.09)	1.10 (1.03-1.18)	1.21 (1.05-1.39)
大腸	1.09 (1.08-1.12)	1.19 (1.14-1.24)	1.42 (1.30-1.55)
肝	1.19 (1.12-1.27)	1.40 (1.25-1.56)	1.81 (1.50-2.19)
乳房	1.25 (1.20-1.29)	1.55 (1.44-1.67)	2.41 (2.07-2.80)
非癌症			
原發性高血壓	1.43 (1.33-1.53)	2.04 (1.77-2.35)	4.15 (3.13-5.52)
冠心病	0.81 (0.79-0.83)	0.87 (0.84-0.90)	1.13 (1.06-1.21)
缺血性中風	0.90 (0.75-1.07)	1.17 (0.97-1.44)	4.37 (2.28-8.37)
出血性中風	1.19 (0.97-1.49)	1.82 (1.46-2.28)	4.70 (3.35-6.59)
胃十二指腸潰瘍	0.98 (0.77-1.25)	0.97 (0.59-1.57)	0.93 (0.35-2.45)
肝硬化	2.90 (2.71-3.09)	7.13 (6.35-8.00)	26.52(22.26-31.59)
慢性胰腺炎	1.34 (1.16-1.54)	1.78 (1.34-2.36)	3.19 (1.82-5.59)
傷害和暴力	1.12 (1.06-1.18)	1.26 (1.13-1.40)	1.58 (1.27-1.95)

資料來源:Giovanni Corrao etc., (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. Preventive Medicine 38 (2004) 613 - 619 分析 156 篇研究

因酒害涉公共安全、暴力、犯罪等，實非單一法令、單一部門能竟其功，因此學者專家建議，應提高層級，透過跨部會力量，擴大深化各相關法令、各部門投入，才是符合國際潮流之作法。考量酒品危害防制，既已分別規範於各部會相關法令中，例如：酒品販賣方式、酒品廣告、課徵酒稅，已規範於財政部之「菸酒管理法」及「菸酒稅法」；對於酒醉駕車部分，於交通部之「道路交通安全規則」、「道路交通管理處罰條例」及法務部之「刑法」；關於未成年飲酒及酒癮戒治，已規範於本部之「兒童及少年福利與權益保障法」、「精神衛生法」、「家庭暴力防治法」。

各事項倘有不足之處，未來須考量就現有權責分工及相關法令進行修正，以臻時效。如對於價格策略，建議可逕於現行菸酒稅法修法，提高酒稅或增列指定用途。本部將持續協助各部會修法，以能達到最佳防制效果為行政部門之共同目標。

(4) 其它

目前研究已證實慢性腎臟病標準化死亡率跟癌症相關，自衛生福利部公佈將關木通、廣防己等 6 個中藥禁用後，泌尿上皮癌（UC）的死亡率已經下降，但仍高於世界各國，腎臟病和泌尿上皮癌之間的相關性是台灣特有現象，因此仍應繼續監控不當中藥的使用。

3. 感染原

在發展中國家，因感染原造成的癌症死亡約佔 22%，在工業化國家則佔 6% 左右。這些感染原包括 B、C 型肝炎引起的肝癌，人類乳突病毒（HPV）引起的子宮頸癌以及胃幽門螺旋桿菌引起的胃癌等。

(1) B、C 型肝炎病毒

依據 101 年衛生福利部死因統計資料顯示，約 13,000 人死於慢性肝病、肝硬化及肝癌，約佔死亡人數 8%，其

中慢性肝病及肝硬化佔全國主要死因的第 9 位，肝癌佔全國主要癌症死因的第 2 位，肝癌死亡人數 9,116 人，約佔所有癌症死亡人數的 18.6%。雖然慢性肝病、肝硬化及肝癌死亡率長期趨勢已在過去 10 年由上升趨勢轉為持平(圖 8、9)，但仍影響著國人健康甚鉅。

國人慢性肝病、肝硬化及肝癌的肇因主要為 B 型肝炎及 C 型肝炎，據調查，死於肝癌的病患中，約有 70% 的人為 B 型肝炎帶原者，20% 為慢性 C 型肝炎感染者。我國成人的 B 型肝炎帶原人數將近 300 萬人，慢性 C 型肝炎感染的人數約為 60 萬人；感染 B 型肝炎病毒後，有部分會成為帶原者，B 型肝炎帶原者約 40% 病人會持續有肝炎的發作，此類病人會有 15-20% 發生肝硬化，其中 2-3% 病人會發生肝臟代償 (Liver decompensation) 功能不良，增加肝癌的發生機率；C 型肝炎病毒感染至少會有一半以上變成慢性肝炎，其中約 20% 會導致肝硬化，而肝硬化者每年有 3-5% 會變成肝癌。目前肝炎所遭遇的問題，包括：

■ 民眾對 B、C 型肝炎之認知不足

國民健康署於 100 年對 1,068 位民眾的調查發現，認為肝癌發生原因與 B 型肝炎有關者僅佔 29.8%，與 C 型肝炎有關者為 14.3%；而肝硬化發生原因與 B 型肝炎有關者為 25.5%，與 C 型肝炎有關者為 10.8%，可見民眾對肝癌及肝硬化發生原因認知不足，尤其是年紀較高、教育程度低、未曾罹患肝炎及未曾檢驗者。另，於 101 年對 3,668 位民眾的網路調查發現，認為肝病 (含肝癌、肝硬化) 發生原因與 B 型肝炎有關者佔 88.1%，與 C 型肝炎有關者為 64.3%。

■ B、C 型肝炎帶原者後續追蹤治療有待加強

調查結果也發現，民眾檢驗出 B、C 型肝炎者未進一步去看醫師占 29.5%，其不就醫的主要原因，包括身體沒有什麼症狀應該不需要、沒有時間、不知道要去哪

裡看醫師等。

B、C 型肝炎患者只要定期追蹤治療即可降低肝癌的發生率及死亡率，故除了加強民眾認知外，必須提高 B、C 型肝炎的篩檢率，連結公共衛生及臨床醫療，透過追蹤與管理，協助篩檢出之帶原者定期進行複檢，另對於符合「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」者，協助轉介至醫療單位進行治療，並提供可近性專科醫療，使無消化系專科醫師的地區 B、C 型肝炎病患皆能受到較適當的醫療照護（肝炎相關防治另有慢性病毒性肝炎防治計畫，相關問題及策略不於此贅述）。

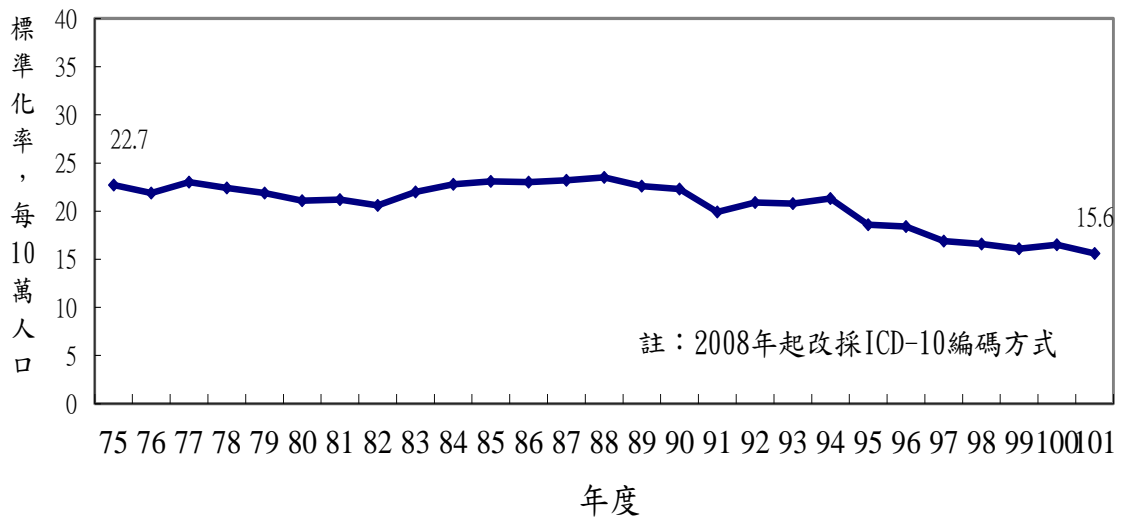


圖 8、民國 75-101 年慢性肝病及肝硬化死亡率趨勢

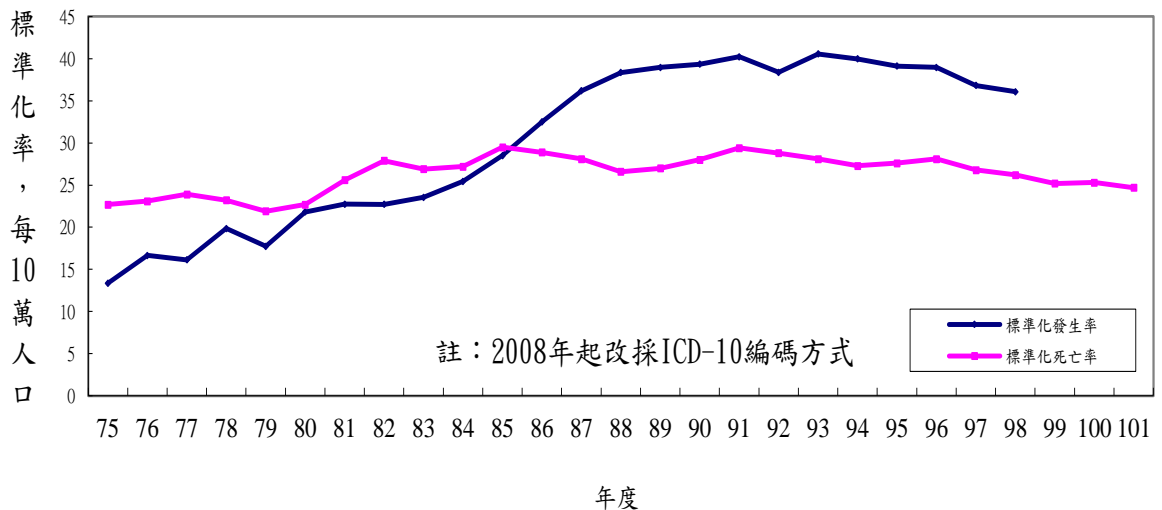


圖 9、民國 75-101 年肝癌標準化發生率及死亡率趨勢

(2) 人類乳突病毒 (Human papillomavirus, HPV)

人類乳突病毒的持續感染是發生子宮頸癌的必要條件，據研究顯示，99.7%的子宮頸癌發生和人類乳突病毒 (HPV) 的感染有關。目前已知約有 40 種人類乳突病毒型會感染肛門及生殖區的皮膚及黏膜，而與子宮頸癌相關的高危險型別約有 17 種，第 16、18、52、58 等型別為台灣較常見的高危險型別，其中 7 成個案的發生與 HPV16 型和 18 型有關。依據國內數個調查顯示，一般健康婦女感染 HPV 的盛行率為 9-20%。另外，醫學中心個案資料也發現國人子宮頸癌個案中感染 HPV 第 16、18 型約為 52%-89%，而第 52、58 型也相當重要，約佔 12%-45%。

對於預防 HPV 第 16、18 型感染，目前國內已有經衛生福利部食品藥物管理署核可之 2 家疫苗上市，經證實的保護期目前是至少 5 年。國際上英、法、德、澳、加、紐、日本等至少 30 個國家已對青少年公費接種 HPV 疫苗，我國也依世界衛生組織 2009 年發表對 HPV 疫苗的立場聲明，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) 接種，自 100 年起對低收入戶、山地原住民族

及離島國中青少年接種 HPV 疫苗，並自 101 年起擴大至中低收入戶國中女生。

HPV 疫苗目前受限於經費未全部施打，若加上縣市公費施打者估算，101 年國一女生涵蓋率僅 16%，其中中低收入、低收入戶僅 12.4%，原住民族地區及離島涵蓋率約 64.0%，需要對影響民眾施打疫苗的影響因素進行分析，以提高涵蓋率。

(3) 胃幽門螺旋桿菌

根據世界衛生組織估計，胃癌是全世界排名第四個最常見的癌症，在所有癌症死亡率排名第二高。幽門螺旋桿菌的盛行率在全世界不同地區皆有差異，通常在開發中國家會比較高，在已開發國家會比較低，盛行率介於 11%-69% 之間，全世界各年齡層的盛行率平均約為 50%。而低社會經濟地位是感染的一項危險因子。在台灣盛行率方面，民國 82 年一項以抗幽門螺旋桿菌抗體 (IgG) 的系統性大規模研究顯示平均盛行率為 54.4%，其中在 20 歲以下的盛行率為 34.3%，而在 20 歲以上為 65.6%。在 88 年另一項在台灣五區域 (台北、宜蘭、台中、高雄、桃園) 血清學研究顯示為 43.9%，其中 20 歲以下的血清盛行率為 20%，且在中部 (台中 37.3%) 及南部 (高雄 34%) 有較高的盛行率；20 歲以上的盛行率為 55%。

胃幽門螺旋桿菌與胃癌的相關性業經研究證實。胃癌大致上依發生的部位可分為胃食道交界部、近端胃部、遠端胃部，研究顯示非胃食道交界部的胃癌與胃幽門螺旋桿菌有強烈的關係。而世界衛生組織更把幽門螺旋桿菌列為致癌物質。部分幽門螺旋桿菌感染的患者，其日後有些會因胃部慢性發炎造成黏膜的萎縮而形成萎縮性胃炎，而部分萎縮性胃炎的患者可能會演變成胃癌。

根據衛生福利部 101 年死因統計，胃癌在十大癌症死亡排名第六名，平均每十萬人之中，就有 10 個人死於胃

癌，僅次於肺癌、肝癌、大腸癌、女性乳癌及口腔癌，其中男性因為胃癌而死亡的機會高於女性。另，根據國民健康署 99 年統計分析胃癌的發生人數 3,854 人，佔發生率第七名。五年存活率胃癌為 35.8%（2006-2010 年），低於鄰近日本的 64%（2000-2002 年），亦需找到合適的防治策略。

（七）仍有其他高發生率、死亡率及低存活率之癌症，尚無具實證之篩檢工具

1. 肺癌

依據新英格蘭期刊 2011 年研究指出，LDCT 篩檢 55-74 歲吸菸者較 X 光降低死亡率 2 成，而目前美國預防醫學委員會（USPSTF）對於有關肺癌篩檢之低劑量電腦斷層（low dose computerized tomography, LDCT）建議評級列為 B，中度肯定篩檢的好處多於壞處，呼籲 55 至 79 歲、吸菸史為大於 30 包-年（pack-year），亦即一天一包達 30 年，或一天兩包達 15 年，且戒菸小於 15 年的曾經吸菸與持續吸菸族群進行篩檢。

有關使用 LDCT 篩檢肺癌之利弊，上述研究指出，2 年 3 次 LDCT 陽性率為 24.2%，且其中 96.4% 為偽陽性，後續追蹤者至少 9.6% 侵需入性檢查。惟考量確診有造成氣胸危險，且每次輻射量高達 20 張 X 光，長期輻射效應不容忽視，又 LDCT 篩檢肺癌費用昂貴亦須列入考量，未來將研議進行醫療科技評估（HTA），及分析相同經費用於其它健康促進計畫的機會成本。

2. 食道癌及胃癌

在國人癌症存活率部份，男性全癌症五年存活率由 41%（92-96 年），提升至 43%（94-98 年）；同一期間，女性全癌症五年存活率，由 58% 提升至 60%，存活率提升幅度仍待加強。另由男女 10 大癌症存活率資料發現（表 11），肺癌、肝癌及胃癌同為男女存活率較低之癌症，另男性食道癌亦較低。若與鄰近之日本和韓國比較，國人在肺癌、大腸癌、胃癌及食道癌存活率均較其低（表 12）。

目前日本和韓國已針對 40 歲以上民眾提供胃癌篩檢（日本為一年一次之問診及胃鏡，各地作法有差異；韓國為二年一次之上消化道鏡或攝影），未來我國亦將研議進行醫療科技評估（HTA），及分析相同經費用於其它健康促進計畫的機會成本。

表 11、男女 10 大癌症 94-99 年新發個案存活率（追蹤至 100 年）

	男 性 (%)		女 性 (%)
肝	26	乳癌	86
大腸	60	大腸	62
肺	13	肺	22
口腔	52	肝	27
攝護腺	81	甲狀腺	96
胃	34	子宮頸	72
食道	14	子宮體	83
皮膚	84	胃	40
膀胱	71	皮膚	91
鼻咽	67	卵巢	63
全癌症	44	全癌症	61

表 12、台灣、日本及韓國癌症 5 年存活率比較

	全癌症	肝	肺	結直腸	胃	食道	
男性	台灣	44	26	13	60	34	14
	日本 *男女合計	57*	27*	29*	結腸 70* 直腸 66*	64*	33*
	韓國	53	25	17	73	66	-
女性	台灣	61	27	22	62	40	20
	日本 *男女合計	57*	27*	29*	結腸 70* 直腸 66*	64*	33*
	韓國	71	25	24	69	64	-

資料來源：台灣 95-99 年（癌症登記），日本 89-91 年，韓國 94-97 年

(八) 癌症診療品質仍需持續精進：

1. 部分醫院癌症診療品質仍待提昇

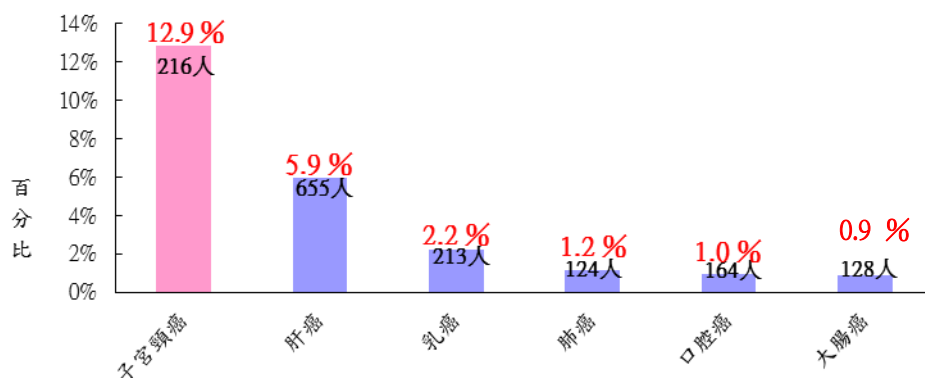
為確保癌症診療品質，本部國民健康署自 93 年起開始發展核心測量指標，做為癌症診療品質之衡量指標，至今計已發展子宮頸癌、大腸癌、乳癌、口腔癌、肺癌、肝癌、食道癌、胃癌、攝護腺癌與膀胱癌及卵巢癌等十一種核心測量指標。

為協助參與「醫院醫療品質提升計畫」之醫院，其癌症診療品質之提升，故分析各院核心測量指標回饋給各醫療機構，做為院內品質監測之依據。惟分析結果發現部分醫院有部分癌別之核心測量指標相較全國醫院平均值為低，顯示目前醫院診療品質仍需提升，未來仍須針對離群醫院進行瞭解與輔導。

2. 仍有部分病患未接受治療

癌症病人主要目標為提高存活率及生活品質，然依據 99 年癌症登記資料庫顯示，癌症個案診斷後 3 個月內未申報治療紀錄者達 17,955 人，佔所有癌症個案之 18%，且其第一年存活率僅 44.8%，相較於有治療個案第一年存活率 80.8% 低。

未接受治療個案中，71.7% 為 80 歲以下之癌症早期個案，且其第一年存活率僅 52.4%，亦相較於同年齡群有治療個案第一年存活率 82.7% 低。進一步分析癌症早期個案（肝癌為 I 至 II 期、其餘為 0 至 II 期）診斷後 3 個月內未申報治療紀錄者，結果顯示，常見癌症中早期個案診斷後 3 個月內未有治療紀錄比率以子宮頸癌居首，佔 12.9%，其次為肝癌，佔 5.9%。若以人數來看，早期個案診斷後 3 個月內未有治療紀錄者以肝癌居首（共 655 人），其次分別為子宮頸癌（共 216 人）及乳癌（共 213 人）。80 歲以下子宮頸癌與肝癌早期個案診斷後 3 個月內未申報治療紀錄比率高於乳癌、肺癌、口腔癌與大腸癌，且皆為國人癌症常見死因（圖 10）。個案未接受治療確實為癌症防治必須面對之問題，須積極提升病人的就醫率，方能降低病患死亡率。



註：

1. 癌症新診斷個案排除 80 歲以上者
2. 主要癌症早期個案定義：肝癌為 1 至 2 期個案，其餘為 0 至 2 期個案
3. 口腔癌含口咽及下咽

圖 10、各癌症早期個案未申報治療紀錄比例

3. 新診斷病人未把握黃金時間就醫

癌症新診斷個案如能及早接受治療，則可增加其存活率，依據本署癌症登記資料庫顯示，癌症病人在一個月接受治療的比例約為 65.9%，4 個月內約為 83%，未治療的比例約為 10.1%。以常見的癌症別來看，1 個月內接受治療的比例以乳癌最高，約 83.6%，肝癌最低約為 44.4%，4 個月接受治療的比例亦以乳癌為高約為 95.8%，肝癌最低約為 68.0%。未治療比例中以肝癌為最高約為 17.3%，其次為肺癌 14.5%（表 13）。

表 13、癌症新發個案確診到治療時間分布比例

	< 1 個月	< 4 個月	< 12 個月 ¹	≥ 12 個月 ²	未治療 ³	安寧療護 ⁴	合計 (1+2+3+4)
全癌症	65.9	83.0	84.6	0.1	10.1	5.2	100
肝癌	44.4	68.0	71.2	0.2	17.3	11.3	100
肺癌	54.8	76.0	78.2	0.1	14.5	7.2	100
子宮頸癌	62.3	87.8	89.8	0.1	7.1	3	100
乳癌	83.6	95.8	96.9	0.1	2.6	0.4	100
口腔癌	73.1	91.2	92.3	0.1	5.6	2	100
大腸	77.0	86.8	87.6	0.1	9.3	3	100

註：首次療程為安寧療護者，因無收錄安寧療護日期故無法納入治療月份計算

(九) 癌症病友服務仍須進一步強化

1. 癌症資源中心發展起步不久，使用情形仍需提高

為使癌症病友能獲得整合性的照護服務，本部國民健康署於民國 96 年於基隆長庚醫院情人湖院區及高雄醫學大學附設醫院試辦癌症資源中心（原稱為癌症資源單一窗口）模式，後於民國 97-98 年間全台北、中、南、東六家醫院開始試辦癌症資源中心服務，99 年擴大補助全台 49 家醫院共同辦理，於 100-102 年間更增加至 53 家醫院。

癌症資源中心服務擴大推展尚只有 4 年，此單位與原有的社工部門及發展較早的個案管理師工作有著許多角色及功能重疊之處，仍待醫院對於癌症照護系統整體的改變與重組，且癌症資源中心服務人員流動率高亦仍有待改善。未來持續提供癌症資源中心服務，並整合院內外資源及運用多元宣傳管道及創新服務模式，來提昇癌症資源中心服務使用率，將使癌症病友得到更完善照護，提升其生活品質。

2. 病友服務資源需加強連結

癌症病友罹病後應由個管師及早介入提供照護，提供癌症治療相關資訊，而除了生理照護外，癌症病友的心理支持及社會資源的需求對於病友本身的生活品質影響甚大。目前因醫院內個案管理與後續服務資源連結未臻完善，亦即服務體系標準流程尚未建置，包括癌症資源中心、社區資源及病友團體等服務的連結轉介機制尚待提升，以提供病友完善之身、心、靈照護。

(十) 安寧療護認知率及利用率待提升

1. 民眾及部分醫療人員對於安寧療護認知不足

因台灣開始推動安寧療護之時程較歐美晚，且在文化背景差異下，民眾對於安寧療護的認知亦有落差。由於許多民眾及部分醫療人員對安寧療護認知不足，無法主動將安寧療護相關訊息提供給需要的病人與家屬；又由於末期真相告知困難，致使

病人無法確切掌握疾病進展，未能在適當時機做出妥適的臨終照護決策。社會大眾仍避談死亡議題，病人與家屬在無法面對死亡情形時，仍會極力要求搶救，致使安寧療護推動困難。

2. 癌症末期病人安寧療護利用率待提升

為讓癌症末期病人能享有優質的臨終照護，衛生福利部 85 年起推動安寧療護服務，至今已長達 17 年之久，目前照護的模式，包括安寧住院、安寧居家及安寧共同照護等三種模式。健保署最初於 89 年將癌末病人之安寧住院及安寧居家照護納入健保給付試辦計畫，隨後於 98 年 9 月 1 日起將安寧住院和安寧居家服務納入正式支付。另為提升癌症病人死前安寧療護利用率，本部國民健康署 93 年建立「癌症病人安寧共同照護服務模式」，並於 94 年起擴大推動，健保署並自 100 年 4 月 1 日起，試辦安寧共同照護服務納入健保給付。

雖然目前安寧住院、安寧居家及安寧共同照護等三種照護模式，每年約可服務 2 萬名癌症末期病人，癌症病人死前一年接受安寧療護服務的涵蓋率，亦由 2000 年 7.4% 提升至 2011 年的 47.5%（圖 11），成長 6 倍，然而，尚有逾五成以上的癌症末期病人未能在接受安寧療護下辭世，且癌症病人死亡前 1 個月內曾接受急救等醫療處置亦仍達 1-3 成。長期以來，台灣安寧療護服務，多以醫院為基礎之架構提供照護服務，由於人口高齡化，符合接受安寧療護之癌症末期病人越來越多，衍生照護機構及醫院專業照護的人力不足；加上國人向來重視落葉歸根，因此推動社區安寧療護以落實在地照顧為值得發展之方向。

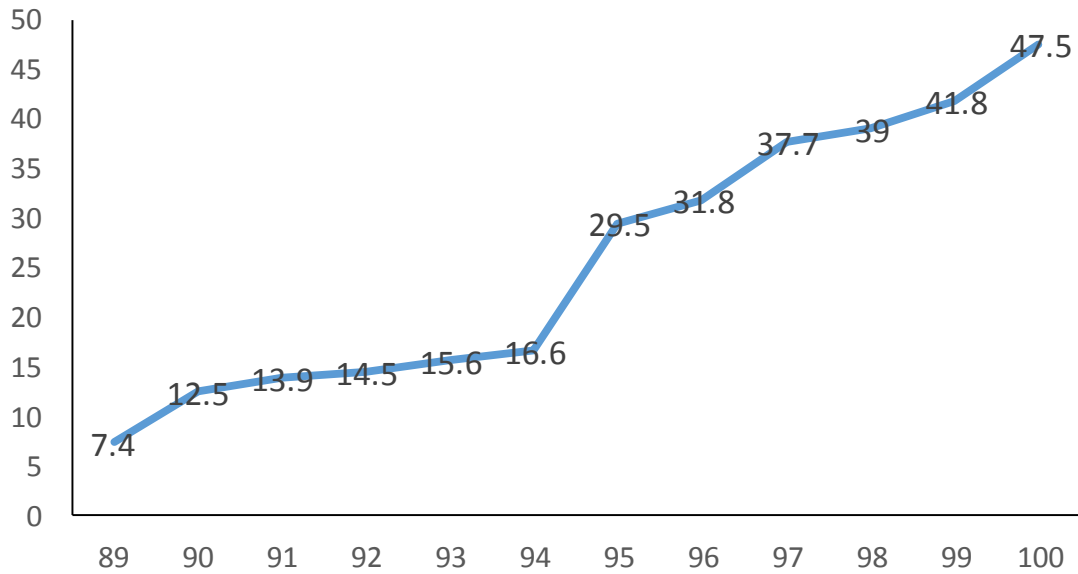


圖 11、癌症病人接受安寧療護服務涵蓋率

(十一) 癌症健康不平等問題尚待弭平

1. 以癌症發生率及死亡率評估健康不平等

比較山地鄉及非山地鄉之十大癌症死因發現(表 14)，山地鄉之肝癌、肺癌、胃癌、口腔癌、食道癌、胰臟癌及鼻咽癌標準化死亡率均較非山地鄉高，大腸癌及乳癌則是非山地鄉較山地鄉高。

另致癌危險因子亦有地理分布上的差異。以嚼檳榔行為為例，依據 101 年成人吸菸行為調查及健康危險因子監測調查，全國成年男性嚼檳率為 10.9%，排名最高的五個縣市分別為：台東縣(27.3%)、花蓮縣(21.7%)、南投縣(20%)、嘉義縣(19.9%)及屏東縣(16.6%)，而嚼檳榔最低的縣市為台南市、台北市等直轄市，分別為 6.55%、6.75%。而民眾是否能採行健康生活型態，避開相關的致癌因子，也和癌症的發生和死亡情形相關。依據癌症登記及死因統計資料顯示，我國四種提供篩檢服務的癌症其 99 年發生率及 100 年死亡率，排名前五大縣市如表 15。

由上述資料可以看出，以口腔癌為例，高嚼檳率縣市，其口腔癌發生率及死亡率均有較高的趨勢，而其中多以偏遠地區

為眾，子宮頸癌亦相似。而都會地區因其飲食、運動因素，故大腸癌及乳癌上，亦有相較偏遠地區為高之情形。

表 14、全國主要癌症死亡原因—按區域別

序位	山地鄉			非山地鄉		
	癌別	死亡人數	標準化死亡率	癌別	死亡人數	標準化死亡率
1	肝	75	30.7	肺	8,520	25.4
2	肺	67	28.8	肝	8,041	24.7
3	胃	48	18.9	大腸	5,102	14.9
4	大腸	29	11.2	女性乳房	1,901	11.6
5	口腔	28	12.0	口腔	2,538	8.1
6	女性乳房	11	9.9	攝護腺	1,181	6.7
7	食道	20	7.5	胃	2,338	6.8
8	非何杰金氏淋巴瘤	15	6.2	胰臟	1,615	4.9
9	胰臟	14	5.7	食道	1,561	4.9
10	鼻咽	13	4.9	子宮頸	665	3.9
	其他	83	32.0	其他	9,800	30.3
	合計	403	163.0	合計	43262	131.1

備註：非山地鄉之非何杰金氏淋巴瘤及鼻咽癌標準化死亡率分別為每十萬人口 3.0 人及 2.1 人。

表 15、四癌癌症標準化發生率及死亡率前五大縣市

排序	口腔癌		乳癌	
	標準化發生率	標準化死亡率	標準化發生率	標準化死亡率
1	台東縣 (40.1)	台中縣 (28.9)	台北市 (75.2)	嘉義市 (16.5)
2	連江縣 (35.9)	雲林縣 (24.6)	台中市 (72.4)	花蓮縣 (15.9)
3	嘉義縣 (35.1)	彰化縣 (24.2)	新北市 (71.9)	新竹市 (15.6)
4	雲林縣 (34.5)	南投縣 (22.8)	高雄市 (68.5)	基隆市 (15.4)
5	花蓮縣 (33.3)	屏東縣 (22.6)	嘉義市 (66.9)	台北市 (13.5)
全國	40.6	15.2	63.2	11.6

排序	子宮頸癌		大腸癌	
	標準化發生率	標準化死亡率	標準化發生率	標準化死亡率
1	新竹市 (16.5)	台東縣 (8.4)	台中市 (53.1)	高雄市 (17.7)
2	新竹縣 (16.1)	宜蘭縣 (5.6)	台南市 (51.4)	台中市 (16.3)
3	苗栗縣 (14.6)	基隆市 (5.6)	高雄市 (51.2)	屏東縣 (16.0)
4	屏東縣 (12.4)	嘉義市 (5.4)	新竹市 (50.0)	基隆市 (15.8)
5	高雄縣 (12.3)	南投縣 (5.4)	高雄縣 (49.3)	台南市 (15.6)
全國	10.8	4.1	45.3	15.0

單位：每十萬人口

備註：本表以標準化率排序

2.以癌症篩檢率來評估健康不平等

以 101 年乳癌和腸癌篩檢率為例，各縣市服務狀況有所差異，乳癌篩檢率平均值為 32.5%，最高與最低差距約為 20%，另大腸癌篩檢率平均值為 33.7%，最高與最低差距亦達 20%(表 16)。

表 16、各縣市乳癌及大腸癌篩檢率

縣市衛生局	乳癌篩檢率	大腸癌篩檢率		
		全體	男性	女性
台北市	32.1%	28.0%	23.9%	30.3%
台中市	30.5%	33.8%	28.4%	37.3%
台南市	32.0%	34.5%	30.8%	39.8%
高雄市	33.1%	35.6%	30.7%	39.5%
基隆市	35.7%	37.8%	32.7%	41.8%
新竹市	34.9%	33.8%	28.8%	37.4%
嘉義市	43.1%	35.5%	31.4%	38.2%
新北市	31.4%	33.7%	28.7%	36.3%
桃園縣	32.5%	35.4%	30.4%	38.9%
新竹縣	32.2%	30.3%	28.9%	36.6%
宜蘭縣	35.5%	39.6%	37.1%	45.5%
苗栗縣	32.6%	27.5%	25.6%	34.2%
彰化縣	35.6%	39.4%	34.8%	45.3%

南投縣	36.1%	31.0%	27.9%	38.8%
雲林縣	33.2%	29.7%	28.7%	39.9%
嘉義縣	38.8%	38.7%	35.7%	46.1%
屏東縣	35.8%	36.0%	31.9%	43.5%
澎湖縣	34.4%	33.7%	34.9%	47.8%
花蓮縣	31.4%	34.8%	30.2%	39.5%
台東縣	35.1%	37.2%	34.8%	44.2%
金門縣	23.0%	18.6%	35.6%	47.5%
連江縣	36.9%	20.6%	37.1%	45.4%
合計	32.5%	33.7%	29.6%	38.1%

3.以癌症篩檢確診或治療資源來評估健康不平等

(1) 篩檢陽性確診資源顯有不足：

全國 369 鄉鎮市透過衛生單位及各層級醫療院所提供篩檢，惟對於篩檢發現之陽性個案需轉介至確診單位，而因其偏遠程度，致使轉介資源不足，以口腔癌為例，369 鄉鎮市中有 275 處並無可確診單位，其他癌篩亦有相同困境。

(2) 癌症診斷治療資源不均：

為全面提升癌症診療照護品質，本部國民健康署於 97 年起對於每年新診斷癌症個案達 500 案以上醫院辦理癌症診療品質認證，截至 102 年已有 48 家醫院通過認證，目前 6 個一級醫療區域皆有通過認證之醫院，而二級醫療區域則有台東、南投、苗栗、澎湖縣等 4 個區域無通過認證醫院（另金門縣、連江縣併入臺北一級醫療區域）。

為提供該區域民眾就近且符合品質之癌症醫療照護服務，推動跨院際癌症醫療照護資源合作，並於 101 年起補助台東、南投、苗栗三縣 7 家醫院辦理「建立跨院際癌症醫療照護合作試辦計畫」，該等縣市醫院藉由和癌症診療品質認證通過醫院合作交流機制，逐步提升癌症診療照護品質，提供當地民眾優質癌症診療照護服務。另，澎湖縣因受限於專業人員和儀器之缺乏，現先以設置癌症個案管理師，綜

理協調該縣至他縣市治療之癌症個案並進行追蹤管理，導引該縣罹癌民眾接受最合適之癌症診療照護服務。

4.以原住民及離島接受健康服務比率來評估健康不平等

根據國民健康署 98 年「國民健康暨藥物濫用訪問調查」，原住民 18 歲以上男性嚼檳率為 41.2%（全國為 14.6%），而原住民青少年男性嚼檳率為 15.6%；另從 98 年口腔癌發生率前一百大鄉鎮中看出，口腔癌發生率前 10 名鄉鎮中，即有 5 個為原住民鄉鎮，顯示原住民地區口腔癌之健康狀況堪憂，亦需加強原住民之檳榔健康危害防制之工作。而以原鄉地區口腔癌 2 年篩檢率分析：台東縣 48%、花蓮縣 60%、屏東縣 50%，較全國平均 52% 為低，顯示高嚼食率地區，應需加強篩檢率；目前本署已將嚼檳榔原住民之篩檢年齡提前至 18 歲，並利用相關整合性計畫提升其篩檢率。

另在子宮頸癌部份，經查原住民地區及離島婦女之篩檢率（約為 43-47%）低於全國平均（52%），故本部國民健康署採 WHO 建議之逐步導入方式，優先針對未來較不會接受抹片篩檢之族群（低收入戶、中低收入戶、山地原住民鄉及離島青少年）接種人類乳突病毒（HPV）疫苗。惟經 101 年接受服務分析，山地離島地區的國一青少年接種率僅 64%，仍需提升。

（十二）癌症防治之相關研究未能整合，且未呼應國家癌症防治政策制定時之研究需求

本部國民健康署之癌症防治策略，初段主要致力於預防癌症危險因子（菸、檳榔、肥胖因子等），次段為提升子宮頸癌、乳癌、大腸癌與口腔癌之篩檢率，藉由早期診斷與早期治療以提高癌症病人存活狀況，對於癌症病人，則藉由安寧療護與病友服務介入措施，提高病人生活品質。上揭工作，皆需有實證之支持以及對執行成效之評估，並將基礎研究之成果轉譯，以呼應及運用於相關政策之制定、改善及調整。

惟目前各單位相關癌症研究，分見於國科會、國衛院、本部科技組及國民健康署相關計畫中，研究目標不一致，亟

須整合以呼應政策所需。如國民健康署主要將研究重心置於加強預防、篩檢、診斷與提升癌症病人生活品質面向之業務導向之計畫，而本部科技發展組所補助辦理之癌症卓越研究中心計畫及國家衛生研究院以往所進行之計畫則主要著重於基礎與生物醫學研究。雖目前各單位已開始將部分資源用於轉譯研究，欲將基礎研究成果應用至社區醫學與促進健康，然而，科學研究轉譯，以及轉譯之研究應用於政策面上，往往需要各研究單位間合作機制的建立，方見成效。

四、社會參與及政策溝通情形

「癌症防治法」自 2003 年實施後，本部國民健康署依法定期召開行政院層級之中央癌症防治會報及部層級癌症防治政策委員會，進行縱向及橫向業務之協調與溝通。在癌症宣導方面，藉由跨部會合作，除透過多元媒體管道發送衛教訊息，另與相關學會、協會、基金會等民間團體合作，深入社區，與民眾面對面，提供民眾癌症防治衛教宣導，例如由教育單位於全國健康促進學校推動無菸檯議題，各部會協力推動肥胖防治等。在癌症篩檢方面，透過跨司署合作，提供民眾社區化、可近性、便利性的癌症篩檢服務，提升民眾定期受檢之意願，各項癌症篩檢服務藉由健保署之全民健康保險醫療照護系統，由符合資格之醫事服務機構及醫療專業人員提供服務。在中央與地方合作上，與縣市衛生局所協力，提供整合性篩檢服務，由地方衛生單位透過基層行政單位如村里長等於篩檢時進行癌症衛教宣導。此外，在民間合作上亦與相關醫學會合作，推動篩檢服務品質方案。在癌症診療方面，與相關醫學會、護理學會合作推動診療品質提升計畫，另為有效觸及目標族群，提升民眾對於癌症安寧療護的正確觀念，本部國民健康署透過與民間團體合作深入社區，辦理安寧療護相關的宣導、講座或藉由其他創意行銷方式進行宣導，並與專業團隊合作辦理相關人員安寧療護理念推廣與教育訓練。

貳、計畫目標

一、目標說明

(一) 長期目標：

1. 本計畫總目標依據「黃金十年」計畫，在民國 109 年前將癌症標準化死亡率下降 20%，癌症標準化死亡率由 98 年每十萬人口 132.5 人下降至 107 年每十萬人口 112.7 人、109 年下降至每十萬人口 106 人、114 年下降至每十萬人口 99.4 人。另依據 NCD 2025 年目標，在民國 109 年癌症過早死亡率下降每十萬人口 126.9，114 年下降至每十萬人口 119 人。
2. 預期效益：至 107 年約可減少 8,029 人死亡；109 年約可減少 11,357 人死亡；114 年約可減少 16,449 人死亡（以國家發展委員會所估當年度各年齡層人口數，預估若癌症死亡率下降可減少多少死亡數）。

(二) 5 年目標：

1. 提升民眾對於癌症預防之能力

18 歲以上成人各項目標如下：

- (1) 嚼檳榔率由 101 年 6% 下降至 107 年 4%、109 年 3.5% 及 114 年 3.2%。
- (2) 吸菸率由 101 年 18.7% 下降至 107 年 12%、109 年 10% 及 114 年 8%。
- (3) 每人每年酒精消費量由 99 年 3 公升/人/年下降至 107 年 2.95 公升/人/年、109 年 2.93 公升/人/年及 114 年 2.7 公升/人/年。
- (4) 過去一星期平均每天攝取五蔬果比率由 99 年 37.5% 提升至 107 年 45.5%、109 年 47.5% 及 114 年 52.5%。
- (5) 過重及肥胖率由 101 年 36.1% 降至 107 年 34.2%、109 年 34.2% 及 114 年 34.2%。
- (6) 規律運動比率由 101 年 32.4% 提升至 107 年 45%、109 年 52% 及 114 年 57%。

上述 (2) 至 (6) 項目標及其相關策略分列於菸害防制及肥胖防治等計畫。

2. 提升癌症篩檢涵蓋率

- (1) 乳癌、口腔癌、大腸癌及子宮頸癌篩檢率目標如下：

- 45-69歲婦女2年內曾接受乳癌篩檢率由101年32.5%提升至107年66%。
 - 30歲以上嚼檳榔或吸菸者2年內曾接受口腔癌篩檢率由101年52%提升至107年66%。
 - 50-69歲民眾2年內曾接受大腸癌篩檢率由101年34%提升至107年60%。
 - 30-69歲婦女3年內曾接受子宮頸癌篩檢率維持70%（電話調查）。
- (2) 乳癌、口腔癌、大腸癌及子宮頸癌篩檢陽性個案追蹤完成率目標如下：
- 乳癌篩檢陽性個案追蹤完成率由101年89%提升至107年90%。
 - 口腔癌篩檢陽性個案追蹤完成率由101年70%提升至107年80%。
 - 大腸癌篩檢陽性個案追蹤完成率由101年66%提升至107年75%。
 - 子宮頸癌篩檢陽性個案追蹤完成率由101年91%提升至107年92%。
- (3) 強化未篩檢及高危險群民眾之篩檢，107年目標預期發現四癌癌前病變和癌症數由101年4.6萬名增加至107年9.2萬名。
- (4) 持續提升癌症篩檢品質，提高相關品管之指標（如陽性預測值、檢出率）。
- (5) 縮小縣市不平等（篩檢率差異）
- 乳癌篩檢率最高與最低之縣市差距由101年20%降至107年15%。
 - 大腸癌篩檢率最高與最低之縣市差距由101年20%降至107年15%。

3. 提供民眾適切治療

- (1) 藉由醫院全面建立腫瘤個管師制度，協助癌症新診斷個案

就醫導航，降低癌症新診斷個案 3 個月未治療比率，由 101 年 18% 降至 107 年 9%。

(2) 落實癌症病人對病情「知的權益」：

- 至少有 76 家癌症診療醫院，完成建立癌症病人病情告知之流程與品質管理機制。
- 先建立癌症初診斷、復發、末期病情告知病人及家屬知情比率基線值，並逐年提升病人及家屬知情比率。

(3) 針對已發展的 10 種癌症（肺癌、肝癌、大腸癌、乳癌、口腔癌、子宮頸癌、胃癌、食道癌、膀胱癌及攝護腺癌）核心測量指標，選定可與國外品質指標做比較的 5 個重要癌別，至少選 1 項指標，與國外做標竿學習，指標目標達成率應達 90%，並對離群值 (outlier) 的醫院進行輔導。

(4) 安寧療護：癌症病人死前一年接受安寧療護服務的涵蓋率，也由 100 年 47.5% 提升至 107 年的 60%。

二、達成目標之限制

(一) 民眾做篩檢前大多無症狀，嚴重缺乏動機

雖經多元管道加強宣導已將民眾之認知率提升，根據國民健康署 101 年施政知曉度調查顯示，民眾對政府補助癌篩知曉度由 100 年 54.5% 提升至 63.5%。惟根據 NHIS 於民國 98 年調查顯示，台灣婦女超過 3 年未做抹片之最主要原因為 (1) 自覺身體健康而不需要 (42.5%)，(2) 太忙沒有時間 (20.1%)，(3) 其他原因 (16.1%)，(4) 覺得不好意思 (14.4%)；不參加乳癌篩檢主要原因為 (1) 覺得身體健康沒有需要 (57%)，(2) 太忙沒有時間 (22.6%)，(3) 覺得不好意思 (6.6%)。

不參加口腔黏膜檢查主要原因：(1) 身體很好 (45.5%)，(2) 不知道有此服務 (19.3%)，(3) 沒空 (10.9%)；不參加大腸癌篩檢主要原因為 (1) 覺得身體健康沒有需要 (75.4%)，(2) 太忙沒有時間 (10.0%)，(3) 不知道有這個檢查 (7.7%)。另；大腸癌篩檢可能原因與檢體大多無法於篩檢現場立

即取得，而需有發採檢管及留取糞便後繳回二道程序，而影響民眾參與篩檢的意願。

由以上調查得知，民眾往往因為「自覺身體健康、沒有症候」，而未接受癌症篩檢，但這往往錯失了早期發現早期治療的時機，因此如何加強民眾觀念，於無症狀時即接受篩檢，是目前需要努力的方向。

（二）經費不足

篩檢可以早期發現癌症或其癌前病變，經治療後可以降低死亡率外，還可以阻斷癌前病變進展為癌症。但如果欲達到科學實證降低標的癌症死亡率之效果，必須是兼俱高篩檢率；依據國外研究與推行癌症篩檢之經驗，篩檢率必須至少要達到5成以上才可能影響死亡率。目前除子宮頸癌及口腔癌篩檢達5成外，乳癌及大腸癌只達3成，因篩檢經費每年均需再增加約2.1億元，如果本計畫無法爭取到足夠的經費將篩檢率大幅提升，要看到死亡率降低相當困難。

另國民健康署於99年開始以「癌症診療品質提升計畫」，補助醫院推動腫瘤個案管理師服務，目前腫瘤個案管理師並無健保給付，因此多數醫院採用非編制人員擔任腫瘤個案管理師，也因為非編制人員其流動性高，間接影響癌症病患照護品質，期望未來能建立腫瘤個案管理支付制度。如果無法落實腫瘤個案管理支付制度，未來在癌症病人診斷及治療持續的追蹤將大受影響，亦將衝擊到癌症死亡率之下降。

（三）衛生醫療人力困窘

癌症防治工作係由本部國民健康署癌症防治組職掌，因囿於僅1組13人正職人員之編制，對於目前基本的重要癌症防治工作即陷於人力不足之窘境而無法大力推展。現欲大幅增加篩檢量，相關宣導計畫和推廣所需建立之服務體系和誘因、監測與評估工作必定隨之大增，以現有人力無法擴編下，未來可能要因應同時增加之預防和治療面工作量，更感吃力。另外，篩檢醫療院所之溝通和輔導，醫療資源不足地區之設站篩檢亦

需要衛生局所工作人員親力為之，我國之衛生人力編制長期以來未能調整，而大環境之衛生醫療政策也難以因應短期內大量增加工作量。此外，因社經地位所造成的健康不平等情形，亦非單純能由公共衛生體系來解決。

另由於近年來各國重大疫情不斷，如：H1N1 流感、禽流感、新型出血性大腸桿菌感染症等新興傳染病的出現。另外，國內發生食品汙染之重大事件頻傳，影響層面廣泛，基層的公衛人力同時要負責上述癌症防治工作及其它公共衛生業務如食品、防疫、藥政、醫政、保健等多項工作，受限於組織編制，在無法專職下，遑論提升專業素質，亦無法滿足民眾對衛生服務品質的需求，衛生人力不足是迫切需要正視之問題。

三、績效指標、衡量標準及目標值

- (一) 依據死亡登記資料，民國 107 年癌症標準化死亡率下降至 $112.7/10^5$ 。
- (二) 由電話調查和資料庫分析，至民國 107 年 18 歲以上嚼檳率下降至 4%。
- (三) 由電話調查和資料庫分析，至民國 107 年癌症篩檢率分別達到乳癌 66%、大腸癌 60%、口腔癌 66%及子宮頸癌 70%（篩檢經費預估及預期成效如表 17）。
- (四) 由資料庫分析，至民國 107 年癌症篩檢陽性個案追蹤完成率分別達到乳癌 90%、大腸癌 75%、口腔癌 80%及子宮頸癌 92%。
- (五) 由資料庫分析，至民國 107 年預期發現四癌癌前病變及癌症數共 9.2 萬名。
- (六) 由資料庫分析，乳癌及大腸癌篩檢率最高與最低之縣市差距由 101 年 20%降至 107 年 15%。
- (七) 由資料庫分析，降低癌症個案 3 個月未治療比率由 101 年 18%改善至 107 年 9%。

表 17、103-107 年癌症篩檢經費預估及預期成效

	103	104	105	106	107
乳癌					
篩檢經費 (億元)	9.96	9.48	14.52	16.94	19.20
篩檢人次(萬)	80.0	100.0	116.7	136.1	154.3
預估達成篩 檢率(%)	38	43	50	57	66
大腸癌					
篩檢經費 (億元)	2.4	2.7	3.23	3.67	4.14
篩檢人次(萬)	123.0	151.8	155.9	192.7	199.0
預估達成篩 檢率(%)	43	46	50	55	60
口腔癌					
篩檢經費 (億元)	1.5	1.7	1.9	2.1	2.3
篩檢人次(萬)	96.0	113.0	125.6	136.9	148.9
預估達成篩 檢率(%)	53	56	60	63	66
子宮頸癌					
篩檢經費 (億元)	9.245	9.245	9.245	9.245	9.245
篩檢人次(萬)	215	215	215	215	215
預估達成篩 檢率	70	70	70	70	70
電話調查(%)					

參、現行相關政策及方案之檢討

一、整合癌症防治架構及資源

癌症防治工作之推動及執行，在中央主要為本部國民健康署主管，但因業務分工，傳染性致癌因子、重要研究工作及癌症醫療給付等業務分屬食品藥物管理署、疾病管制署、國家衛生研究院和中央健康保險署職掌，並各自形成工作體系（表 18）。另外，諸多癌症防治工作事涉跨部會溝通與合作，雖「癌症防治法」已規定行政院和衛生福利部各設有協調整合機制，但由於各單位或部會之業務重點和優先性不同，仍需尋求如何

積極配合。為解決上述所遭遇之困難，本部國民健康署已優先將檳榔及肥胖等須跨部會整合的議題，透過中央癌症防治會報機制，來尋求各部會之重視及配合。

表 18、本部各單位癌症防治業務分工表

本部單位	防癌業務	資源
國民健康署	癌症防治	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 癌症預防宣導（菸、酒、檳榔、飲食、運動、肥胖） ➢ HPV 疫苗接種 ➢ 癌症篩檢 ➢ 癌症診療品質提升及認證 ➢ 癌症病友服務及癌末病人安寧療護宣導
食品藥物管理署	安全飲食	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 稽查食品成份及營養標示、包裝食品營養標示法規及釋疑、食品安全之管理 ➢ 查緝非法藥物、違規廣告等
疾病管制署	傳染性致癌因子	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 宣導預防 B、C 型肝炎病毒感染及民眾認知自己的帶原狀況 ➢ B 型肝炎疫苗接種 ➢ 孕婦 B 型肝炎產前檢查及資料登錄 ➢ 建立 B、C 型肝炎篩檢資料庫 ➢ 長期接種效益追蹤及急性 B、C 型肝炎監測、研究
中央健康保險署	癌症醫療給付業務	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 癌症治療論質計酬方案（口腔癌、乳癌） ➢ 論人計酬試辦計畫（癌症篩檢指標） ➢ 癌症安寧住院、居家及試辦共同照護 ➢ B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案 ➢ 加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療試

本部單位	防癌業務	資源
		辦計畫 ▶ 開放肝炎患者之就近就醫模式
醫事司	安寧療護、醫事人員	▶ 癌症認證結果納醫學中心任務指標與醫院評鑑 ▶ 醫療網計畫 ▶ 推動安寧緩和醫療條例
科技發展組	癌症研究	▶ 癌症卓越研究體系計畫（轉譯研究、服務導向之應用研究）
國家衛生研究院	癌症診斷、治療及研究	▶ 各類基礎、轉譯研究及臨床試驗 ▶ 制訂符合本土化的癌症治療指引 ▶ 協助癌症診療品質認證

二、預防癌症發生

（一）推展健康體能（飲食、肥胖、運動）

為防治肥胖，國民健康署於 2011 年推動「健康 100 臺灣動起來」健康體重管理計畫，再於 2012 年結合全國 22 縣市共同推動「臺灣 101 躍動躍健康」健康體重管理計畫，號召 60 萬人，落實「聰明吃、快樂動、天天量體重」的健康生活，共同減重 600 公噸，目的為提倡動態生活，提高民眾對熱量與營養之知能，增進身心及社會健康，預防慢性疾病。

1. 制訂健康的公共政策

營造健康城市及健康促進醫院、職場、學校及社區；配合本部推動國民營養法草案、健康促進法草案、修正食品藥物管理法（草案），將限制特殊營養食品、易導致慢性病或不適合兒童長期食用之食品廣告納入規範；修訂每日飲食指南，並於 2011 年 7 月 6 日公布實施。

2. 建構健康的支持性環境：

檢視並改善致胖環境，建構資訊支持性環境，並建置健康飲食系統、及多元運動環境；建置肥胖防治網站及「0800-367-100」市話免費諮詢服務專線，提供「聰明吃、快樂動、天天量體重」健康體重管理資訊；建立「臺灣肥胖防治之社區環境評估工具操

作手冊」，輔導縣市衛生局，結合社區領袖及志工，共同於 368 鄉鎮進行轄區內進行致胖環境檢視，並透過社區力量，建構多元動態生活環境；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、落實學校營養午餐符合每日飲食指南及營養的標準，並鼓勵職場、醫院提供健康餐飲，並標示熱量。

3. 調整醫療服務的方向：

輔導醫療院所由傳統的診斷治療轉化為健康促進與預防醫學，設立提示系統，對病患及民眾主動提供預防保健及健康體重管理等健康促進服務；於癌症篩檢報告中加入健康促進衛教訊息；推動母嬰親善醫院，鼓勵哺育母乳，提供相關健康體重資訊。

4. 強化社區行動力：

透過有組織的行動力，整合跨部門資源，成立支持團隊，進行多元宣導活動，於社區、學校、職場、醫院全面展開健康體重管理；辦理記者會及發布新聞稿，帶動健康減重風潮，營造健康體重管理的社會氛圍及動力，宣誓打擊肥胖。

5. 發展民眾落實健康生活的技能：

製作相關宣導教材及健康體重管理教戰手冊；設計推廣上班族健康操；建置網站及諮詢專線，進行多元管道大眾宣導，增進民眾熱量與營養、運動及健康體重管理之知能；提昇國人健康體重管理素養。

(二) 菸害防制

吸菸是國人健康頭號殺手，10大死因中，有6個直接與吸菸有關，另4個與吸菸間接有關，每25分鐘就有1人死於菸害。然而，菸價過低，也使得我國即使努力禁菸，吸菸率還是偏高。

為遏止菸草的危害，97年世界衛生組織也提出MPOWER六項具實證基礎的行動策略。台灣也積極推動上述各項策略監測菸品使用與預防政策：

1. 避免二手菸害：菸害防制法新規定自 98 年 1 月 11 日施

行，影響超過 100 萬處場所及 2,300 萬民眾的日常生活。除擴大原有的無菸社區、無菸校園、無菸軍隊、無菸醫院及無菸職場變成全面禁菸，並提供菸害防制法檢舉與申訴專線，積極進行菸害防制法執法人員教育訓練、加強稽查取締相關宣導活動，保障讓民眾呼吸清新空氣的自由和健康權。

2. 提供戒菸協助：101 年 3 月 1 日以全人全程全面，積極推動二代戒菸服務，利用菸捐補助戒菸藥品，目前有超過 2,200 家醫療院所及社區藥局提供戒菸藥物治療，每次不超過 200 元的藥品部分負擔，低收入戶、山地原住民暨離島地區藥費全免。此外，部分醫療院所或社區藥局更結合了戒菸衛教人員，提供有意願接受戒菸服務者，專業的支持及關懷，孕婦、青少年及不適合用藥者皆可受惠。另提供免付費戒菸專線 0800636363 之戒菸諮詢服務及戒菸班，並增加培訓專業的戒菸衛教人員，以面對面方式，進行戒菸衛教及個案管理服務，運用菸捐幫助吸菸者戒菸，有效提升戒菸成功率；吸菸者可經由門診戒菸治療、免費電話戒菸諮商及戒菸班等方式獲得戒菸的協助。
3. 菸品危害之警示：因應世界衛生組織菸草控制框架公約之精神及全球菸害防制之趨勢，將原有之五則健康危害警告文字擴增為規範菸品容器包裝之正反面 35% 面積，除須標示警示文字，尚須標示圖像及戒菸相關資訊。
4. 禁止菸品廣告、促銷及贊助：參酌「世界衛生組織菸草控制框架公約」第 13 條強調應採取行動禁止菸草廣告、促銷或贊助。於菸害防制法第 9 條嚴格限制菸品廣告、促銷或贊助，分別對違反之菸品製造或輸入業者、廣告業或傳播媒體業者處以新台幣 500 萬—2500 萬及 20 萬—100 萬元罰鍰，其他違反規定者，處新台幣 10 萬元以上及 50 萬元以下罰鍰，並按次連續處罰，全面防堵菸商的各種銷售

手段。

5.提高菸稅：世界衛生組織提出調高菸價為以價制量最有效之策略，並明確建議，徵收菸品稅捐，讓有責者付費。菸捐調漲的政策，係為增進全民健康，更企盼透過價格提高，讓癮君子擺脫菸癮。

經過多年的推動，菸品容器雖已有 35%的健康警示圖文，但擴大健康警示的面積、更換更具說服力的健康警示圖文或更積極的做法，仍待努力；此外，雖然已全面禁止菸品廣告促銷及贊助，但杜絕業者遊走法規邊緣，仍待積極加強；在菸品稅捐與菸價方面雖有調高，但台灣菸價仍相對偏低，持續檢討提高菸品健康福利捐更是未來重要的工作。

(三) 檳榔健康危害防制

有鑑於檳榔對民眾的健康危害，本部於 86 年 4 月 8 日經行政院以台 86 為字第 13516 號函核定之檳榔問題管理方案，明定內容、參與之部會分工及執行情形，該方案於 91 年 6 月執行結束。95 年 1 月 17 日中央癌症防治會報第 2 次會議後，依會議決議由衛生福利部研議檳榔防制跨部會議題，重新進行各部會橫向及縱向檳榔防制業務協調、溝通與整合。目前檳榔防制重要工作項目為：

1. 辦理檳榔健康危害防制宣導，除強調「吃檳榔即使不加配料，也會導致癌症」之外，也宣導接受口腔癌篩檢的重要性。
2. 積極於各種場域推動檳榔防制工作：與軍醫局、民間團體合作，於軍隊、社區、職場、學校等場域推動拒檳計畫。
3. 提供口腔黏膜檢查及戒檳服務：對於嚼食檳榔的民眾，已發展戒檳服務體系，從研發戒檳教材、培訓戒檳種籽師資與提供戒檳服務，期能協助嚼檳民眾戒除嚼檳榔，以減少罹患口腔癌之風險。
4. 跨部會協調：運用中央癌症防治會報平台，以檳榔防制為主題，邀請各部會共同討論工作重點，及相互協調、資源交流，加強

推動檳榔防制社會運動。

雖目前 18 歲以上男性嚼檳率已由 96 年的 17.2% 降至 101 年的 10.9%，檳榔健康危害防制仍遇到以下困難，包括嚼檳榔者主動參加篩檢、戒檳的意願低；對「單獨嚼檳榔子也會致癌」的認知不足。另目前戒檳體系架構正在發展中，目前係與醫院或社區合作，以計畫型戒檳服務方案之方式提供，開班數及參與人數皆少，為有效提供嚼食檳榔者減戒檳榔管道，102 年已開辦團體與個別戒檳衛教方案，未來仍需持續擴大培育戒檳衛教種籽師資，架構完善戒檳服務網絡。

(四) 人類乳突病毒 (HPV) 感染防制

依世界衛生組織 (WHO) 2009 年發表對 HPV 疫苗的立場聲明，採逐步導入方式，自 100 年起對低收入戶、山地原住民族及離島國中青少年等未來較不會參與抹片篩檢之族群接種 HPV 疫苗，並自 101 年起擴大至中低收入戶國中女生，目前國一女生的施打蓋率約達 16%。

由於山地原住民族及離島在籍不在學，以及中低收入戶、低收入戶之國中青少年，其居住場所易變動，不易聯繫其接受疫苗施打，又或家長及接種對象本身對施打疫苗之認知不足，影響疫苗接種率。未來需研議如何提高接種率，並視經費可行性逐步擴大補助對象。

三、癌症篩檢

依據 WHO 所屬之國際癌症研究總署 (International Agency for Research on Cancer) 出版之「子宮頸癌篩檢」一書指出，一個有效的篩檢計畫必須具備：確認篩檢群體和個人並達成高篩檢率、足夠之篩檢和轉介治療機構、品質管控、建立資訊以監測和評估發生率和死亡率的降低。據此，本部於民國 84、88、91 和 93 年分別開始推動子宮頸癌、口腔癌、乳癌、和大腸癌篩檢，目前四項癌症篩檢皆已納入預防保健服務。同時建立篩檢陽性個案追蹤制度，確保其接受後續之確診和治療，亦建置篩檢資料庫，收集篩檢結果，用以串連篩檢、追蹤和治療服務，

並作為監測和評估執行及篩檢成效。

以下為現行國內現行之子宮頸癌、乳癌、口腔癌和大腸癌篩檢政策。

(一) 確認篩檢群體

目前篩檢之現行政策，包括篩檢對象、間隔如表 19。

表 19、四項癌症篩檢對象、工具、間隔及篩檢率

癌症別	對象	篩檢工具	間隔
乳癌	45-69 歲婦女 40-44 歲高危險群婦女	乳房攝影	2 年 1 次
大腸癌	50-74 歲民眾	糞便潛血	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	至少每 3 年 1 次

其中，乳癌係於 99 年及 100 年陸續將一般婦女之篩檢年齡提前及提前高危險群篩檢開始年齡至 40 歲；另因應人口老化，102 年 6 月大腸癌篩檢年齡擴大至 50-74 歲；口腔癌篩檢則因應原住民嚼食檳榔年齡較早，故亦自 102 年 6 月起將原住民開始篩檢年齡提前至 18 歲；子宮頸抹片則將因應國際實證及各國作法，以漸進之方式鼓勵民眾三年篩檢一次，並提供 6 年未抹婦女 HPV 檢測服務。上述四項癌症篩檢率經 99 年開始擴大推動後，篩檢率逐年提升，投入之篩檢經費亦逐年增加（表 20）。

表 20、99-102 年癌症篩檢經費及執行成效

	99	100	101	102
乳癌				
篩檢經費 (億元)	6.57	6.99	8.23	8.56
篩檢人次 (萬)	52.8	56.1	66.1	68.7
篩檢率(%)	21.6	29	31.9	36
大腸癌				
篩檢經費 (億元)	0.929	0.969	1.414	2.07
篩檢人次 (萬)	101.7	81.6	105.1	114.9
篩檢率(%)	22	33	32.5	38.2
口腔癌				
篩檢經費 (億元)	0.578	1.176	1.526	1.49
篩檢人次 (萬)	78.2	104.5	114.5	110.4
篩檢率(%)	32	40	49.8	54.6
子宮頸癌				
篩檢經費 (億元)	8.69	8.79	8.70	8.83
篩檢人次 (萬)	200.7	202.9	202.1	204
篩檢率(%)	72	-	77	76
電話調查				

資料來源：本表經費係由中央健康保險署提供本署之核銷明細資料檔計算，大腸癌及口腔癌篩檢費用含服務品質提升費。

(二) 癌症篩檢差異成本效果比 (incremental cost-effectiveness ratio, ICER)

在成本效益分析 (cost-effectiveness analysis) 中，如須評估一種措施 (或服務) 是否具有效益，可透過其差異成本效果比 (incremental cost-effectiveness ratio: ICER，亦即每多救一個人年所額外多花的錢)，與年平均國民所得 (GDP per capita) 比較。

當運用在癌症篩檢上面時，即為比較，相對於不篩檢，篩檢每多救一個人年需多花之成本（亦即 ICER=成本差/效益差）。而世界衛生組織（World Health Organization：WHO）表示，當 ICER 低於年平均國民所得時，代表篩檢成本效益非常好（Highly cost-effective）；介於 1~3 倍年平均國民所得時，代表篩檢具有成本效益（Cost-effective）。

根據國民健康署 90、96 及 97 年間委託台灣大學陳秀熙教授之研究指出，口腔癌（2 年 1 次）、乳癌（2 年 1 次）及子宮頸癌（3 年 1 次）等 3 項篩檢為社會救回 1 人年壽命之投入費用分別為 33 萬元、121 萬元及 37 萬元；大腸癌篩檢（2 年 1 次）則為省錢（dominant），其成本效益如表 21。

表 21、四癌篩檢成本效益（ICER）分析

項目	為社會每增加 1 人年壽命所需增加之費用（新台幣）	ICER／102 年國民所得（546,939 元）
子宮頸癌篩檢（3 年 1 次）	37 萬元	0.68
乳癌篩檢（2 年 1 次）	121 萬元	2.21
大腸癌篩檢（2 年 1 次）	省錢	省錢
口腔癌篩檢（2 年 1 次）	33 萬元	0.60

根據主計總處之統計，台灣 102 年平均國民所得為新台幣 546,939 元，大腸癌篩檢（2 年 1 次）則為省錢（dominant），口腔癌（2 年 1 次）、乳癌（2 年 1 次）及子宮頸癌（3 年 1 次）等 3 項篩檢 ICER 值分別為 102 年平均國民所得之 0.6 倍、2.2 倍及 0.7 倍，顯見大腸癌、口腔癌及子宮頸癌為成本效益非常好、乳癌則為具成本效益之篩檢服務。

（三）強化癌症篩檢體系及陽性個案追蹤

有鑑於高篩檢涵蓋率和確保篩檢陽性個案得到適當的確診和治療，是決定篩檢計畫成功與否最重要的因素，因

此，本部國民健康署在規劃篩檢計畫時，同時建立篩檢服務體系，並調查及公布符合提供確診之醫療院所名單，予衛生局所及民眾參用。另亦責成醫院及衛生所公共衛生護理人員追蹤轄區篩檢陽性個案，提供衛教並促其接受確診與治療。另為提升癌症篩檢率及陽性轉介率，並提供媒合需求及諮詢服務，本部國民健康署於 102 年起在本島 19 縣市成立癌症篩檢管理中心，針對困難個案加以提供關懷諮詢或家訪等措施，同時協助整合地方社區資源、製作資源手冊及募集防癌尖兵等，藉以提升轄區資源利用性及民眾健康自覺。

1. 子宮頸癌

子宮頸抹片檢查可以相當有效的偵測子宮頸細胞的癌前病變及癌症，101 年全台共有約 2 千家醫療院所提供子宮頸抹片服務，每年篩檢人數高達 215 萬婦女。

子宮頸抹片篩檢自 84 年推動至今，已促使大多數婦女接受篩檢，目前抹片檢查政策為每年補助一次，30-69 歲婦女 3 年內接受子宮頸抹片篩檢率維持在 70%，惟目前仍有逾 160 萬名婦女超過 6 年未接受檢查，亟需加強宣導及改善服務環境之友善性，或提供其抹片以外之選擇，即人類乳突病毒（HPV）檢測檢查，以增進篩檢率。

另，子宮頸癌篩檢異常個案追蹤比率已達 9 成以上，其中抹片結果為重度癌前病變（HSIL）以上的個案，依本署篩檢資料庫顯示其依醫囑接受切片確診比率約 76%，此一資料將合併分析健保資料以了解篩檢異常個案依醫囑實際接受確診或治療之情形。再者，隨著子宮頸腺癌比例的增加，實有必要增加相關判讀人員在此方面之能力，以提升正確診斷率，使個案早期接受治療。

2. 乳癌

目前全台共有逾 200 家通過本署認證之乳房 X 光攝影醫療機構，並有近 60 輛符合資格的乳房 X 光攝影巡迴車，

可配合縣市衛生局至偏鄉、職場或社區篩檢站支援，以增加醫療可近性。

乳癌篩檢率雖已由 98 年的 11% 提升至 101 年 32%，但相較於英國（70%）及韓國（60%）篩檢率，篩檢涵蓋率仍偏低。另乳癌篩檢結果為陽性者每年約有 6 萬多人，須至醫院接受複檢、確診或治療。約 9 成婦女完成追蹤流程，因此，未來除持續宣導篩檢及篩檢異常個案接受後續確診之重要性外，將透過縣市篩檢管理中心邀請難邀約民眾接受篩檢、加強輔導陽性個案接受後續確診，及與相關醫學會合作，以提升異常個案追蹤率及確診品質。另外，判讀醫師人力也是限制條件，需要進一步估算未來人力需求以便因應。

3. 口腔癌

口腔癌篩檢主要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則需接受訓練（含實作）及通過考試後方得提供服務。提供方式是由醫師對前來就診的吸菸或嚼檳榔病人，一併提供口腔黏膜檢查，或是由衛生局（所）聘請前項醫師於社區提供篩檢。101 年共計有近 4,000 家醫療院所（含非牙科和耳鼻喉科診所約 500 家）提供口腔癌篩檢服務，每年篩檢約計 90 萬嚼食檳榔或吸菸高危險群民眾，篩檢涵蓋率由 98 年的 28% 提升至 101 年之約 50%。

口腔癌篩檢高危險群係指嚼檳或吸菸者，惟此一族群參與篩檢動機顯有不足。口腔癌罹患居多的三大行業：建築工程業、陸上運輸業及漁業，除因其工作特質在參與篩檢意願亦有一定程度之困難外，因其病識感不強、可能害怕確診發現真的罹癌、確診必須請假扣工資等等，致陽性個案僅約近七成接受確診。而確診醫院之審查條件雖已於 102 年放寬，各縣市仍有合格醫院分布不均情形；另，未來亦將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。

因目前口腔癌篩檢未能優先提供予高風險行為（嚼食檳榔風險高於吸菸者），各地篩檢效益差異大（表 22），未來將就其風險因子加以設定服務優先順序及考量給付調整。另外，由於目前申報篩檢個案資料，醫療院所未能聯結現有門診電腦系統而需以手填報表方式申報，降低了診所參與的意願，亦是本項工作目前面臨的挑戰之一。

表 22、口腔癌篩檢統計表習慣別分佈

	篩檢人數	陽性個案	陽性率(%)	陽性個案轉介完成率(%)	癌前病變	癌症	合計	陽性預測值			偵測率 (推估 100% 確診)		
								癌前病變	癌症	合計	癌前病變	癌症	合計
抽菸	376,617	14,510	3.9%	75.1%	753	138	891	1/14	1/79	1/12	1/376	1/2049	1/317
嚼檳榔	21,270	1,686	7.9%	66.1%	93	25	118	1/12	1/45	1/9	1/151	1/562	1/119
抽菸+嚼檳榔	132,954	19,372	14.6%	64.4%	1,059	387	1,446	1/12	1/32	1/9	1/81	1/221	1/59
嚼檳榔+已戒菸	13,191	1,295	9.8%	70.4%	52	11	63	1/18	1/83	1/14	1/179	1/845	1/147
已戒檳榔	361,403	21,740	6.0%	77.8%	1,428	604	2,032	1/12	1/28	1/8	1/197	1/466	1/138
總計	905,435	58,603	6.5%	72.2%	3,385	1,165	4,550	1/12	1/36	1/9	1/193	1/561	1/144

資料來源：癌症篩資料庫，統計時間為 101/01/01~101/12/31

4. 大腸癌

101 年共計有 3 千餘家醫療院所提供大腸癌糞便潛血檢查，約有 103 萬人參與篩檢，篩檢率約 34%，採便管的發放和回收約 25% 由衛生局所完成，約 75% 由醫療院所完成；其中基層診所完成 11%，另亦已藉由整合式篩檢提供服務，民眾再將檢體送回回收點送驗。

近年來大腸癌篩檢涵蓋率已由 98 年的 10% 升至 34%，但因採檢管發放與回收有賴人力投注，且採便管回收

流失率高達 2 成，致使成本增加，影響基層診所參與意願，而民眾存有僥倖心態亦是影響篩檢意願的主要因素。為提高篩檢涵蓋率，未來宣導重點應強化民眾對大腸癌早期無症狀的認知，及適時檢討篩檢補助費用，鼓勵醫療院所參與篩檢。

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。

另 101 年糞便潛血檢查陽性個案確診率約 57%，用於確診之全大腸鏡檢查為侵入性，致使部份民眾排斥受檢；加上受健保總額給付影響，醫院接受衛生局所轉介個案做全大腸鏡檢查的意願也不高，甚至有些醫師以再次糞便潛血化學法檢查等錯誤方式來確診。另外，大腸鏡檢醫師分布不均，衛生局所轉介困難，且隨著篩檢計畫的推動，息肉個案所需的定期追蹤與篩檢陽性個案確診的大腸鏡確診需求，勢將雖時間累積而增加，對大腸鏡檢設備與人力需求的評估，需提前因應規劃。

(四) 癌症篩檢品質管控

四癌篩檢目前已監控篩檢之陽性預測值及檢出率值，對於離群單位進行亦提供輔導。另各癌重點品管工作如下：

1. 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。隨著子宮頸腺癌比例的增加，也將增加相關判讀

人員在子宮頸腺癌之閱片能力，以提升正確診斷率。

2. 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、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，未來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。

3. 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，本部國民健康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。

4. 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，本部國民健康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。

四、癌症診療品質

(一) 補助醫院提升癌症診療品質提升及辦理認證

為落實「癌症診療品質保證措施準則」，自 94 年開始補助醫院成立癌委會推動全院性癌症診療品質提升，並補助醫院推動癌症登記、多專科團隊運作，提升化學治療安全、放射線治療安全、影像診斷報告品質、病理報告品質、護理照護品質、營養照護品質，推廣安寧照護、建立癌症資源中心，跨科整合癌症個案管理服務，提供以病人為中心，安全及具實證之癌症診療，提升癌症患者之生活品質。

除上述協助醫院提升品質外，於民國 97 年開始針對每年新診斷癌症個案數達 500 例以上之醫院，施行「癌症診療品質認證」制度，至 102 年共計 48 家醫院通過認證，此 48 家醫院佔全國年度新診斷癌症個案數 80% 以上。

癌症診療品質認證雖已提升各院癌症診療照護品質，但目

前面臨之問題為，包括部分醫院未實際落實癌症委員會之角色與功能、癌症登記資料庫之申報品質管控已有顯著進步，但資料庫資料之應用仍有待推廣、多數醫院已確實建立並執行院內同儕審查機制，但對統計資料之分析與檢討較為缺乏、部分醫院並未發揮多專科團隊會議功能，多專科團隊會議召開的「量」多已符合要求，但在會議的「質」上，仍有再進步之空間、現有制度缺乏專業人力資源長期培育計畫、缺乏成果面指標及全國性操作型定義等。

(二) 癌症品質相關作業或報告項目之標準化

除上述兩項工作外，本部國民健康署分別自民國 96 年及 99 年開始發展癌症病理報告及電腦斷層及磁振造影影像報告之應含項目，目前共發展 17 種癌症之病理報告應含項目及 12 種癌症之影像報告應含項目。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 99 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。另自 99 年起委託發展癌症照護品質及照護指引，至 101 年共發展 66 項癌症照護品質指標及 5 項臨床照護指引。以上計畫之成果，目前多已藉由相關工作計畫推廣至各醫院，其運用情形及成效值得加以評估。

五、 癌症病友服務及安寧療護

(一) 癌症病友服務

鑑於癌症病患承受極大的心理煎熬，需要有人從旁協助他們渡過疾病發展的不同過程，並給予諮詢及支持，故本部國民健康署自 94 年起即開始投入資源，藉由補助計畫強化病友服務資源，提供癌症相關資訊（如癌症照護、疾病適應、癌症篩檢及安寧療護等）、電話諮詢、情緒支持、提供輔具或康復用品租借或提供營養品等服務，使癌症病友及家屬獲得相關支持照護，進而能回歸社會。截至 102 年計補助 53 家醫院計成立「癌症資源中心」，整合院內外資源，提供病人與家屬整合性

癌症資源服務；並補助民間團體於社區提供癌症病友服務，每年共計約可服務達 5 萬人次。

現行癌症資源中心之病友服務人員流動率高，可能受到人員對於工作歸屬感或認同度不足，或癌症資源中心之運作缺乏高階主管之支持等因素影響，將影響病友及家屬的服務品質，故應加強人員教育訓練，以提升服務人員自我工作價值及對此工作之認同感，使罹癌家庭獲得全人、全程的照護。此外，癌症病友服務應加強資源連結，與個案管理、病友團體或其他社會資源結合，使其獲得持續性照護。

（二）安寧療護

為讓癌症末期病人享有優質的臨終照護服務，衛生福利部自 85 年起推動癌症病人安寧療護服務，健保署並於 89 年辦理「安寧療護納入健保整合試辦計畫」，將安寧住院和安寧居家服務納入給付，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。另為提升癌症病人死前安寧療護利用率，國民健康署於 93 年推動「癌症病人安寧共同照護服務」，並於 94 年起擴大推動，補助 34 家醫院辦理該計畫。為普及末期病人安寧療護服務，健保署自 98 年起將安寧住院及安寧居家服務納入正式給付，並於 100 年 4 月 1 日起，試辦安寧共同照護服務納入健保給付。截至 101 年底，共分別有 47、72 與 86 家醫院提供安寧住院、安寧居家與安寧共同照護服務，每年約可服務 2 萬名癌症末期病人。目前癌症病人死前一年安寧療護利用情形，已由 89 年 7.4% 大幅提升至 100 年的 47.5%。

另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，國民健康署委託專家編制「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。此外，辦理「安寧療護人員培訓與品質提升計畫」及辦理癌症防治人員相關訓練及安寧療護宣導推廣計畫，以提升專業人員安寧療護之認知及專業技能，進而全面提升安寧療護品質。

惟在多年積極推廣安寧療護理念下，雖已大幅提昇癌症病人死前安寧療護利用率，尚有許多值得改善之處。如：

1. 民眾及醫療人員對安寧療護之認知不足，認為安寧療護是消極不作為的照護，因此造成許多癌症病人未能接受安寧療護服務。
2. 醫護人員之癌症末期真相告知能力亦需加強。末期病情告知為癌末病人接受安寧療護與否的先決條件，縱使醫護人員知道癌末真相告知乃利多於弊，但由於末期真相告知是一項困難的工作，故往往使得醫護人員未能順利對病人告知末期病情，致使癌症病人無法確切掌握疾病進展，而錯過選擇安寧療護的時機。
3. 國人傳統觀念習慣於家中度過生命最後一段時光，且醫療機構供給面日趨飽和，社區安寧療護的需求日漸增加，惟目前社區安寧療護的推動仍有待提升。

六、整合癌症資料庫

(一) 癌症篩檢及登記資料庫整合

為系統性蒐集癌症相關資訊，本部國民健康署自 68 年起建置癌症登記系統、84 年開發「子宮頸抹片申報及追蹤管理資訊系統」及 93 年建置「乳癌、口腔癌、大腸癌篩檢網路申報資訊系統」，更於 101 年起整合上述各類資訊平台，建置癌症篩檢整合資訊系統，建立單一入口，以減少資源重複投入，並利資料應用與相關分析。

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師領航及 HPV 疫苗注射等系統），以提高系統運作效率。

另基於本部健康署目前已設置之癌症篩檢、發生及疫苗施打等資料庫，未來規劃進一步整合納入縣市衛生單位相關依其特色發展之「社區整合式篩檢」等資料，健全癌症資料庫，屆時並將研議統整各資料庫轉型為「國民保健資料中心」，以確

保資料收集、管理之品質，並應用於工作成效之監測與評估。

(二) 癌症研究平台的整合

鑒於癌症相關之資料庫分屬於不同單位，將整合本部癌症登記資料庫、癌症篩檢資料庫、健保資料庫、及國人死因檔等各項資料庫，以支援癌症防治政策、生醫及醫藥衛政研究，提高國內研究深度及廣度，並作為推行相關政策之實證依據，以促進全民健康福祉。

目前癌症防治所需相關實證包含自基礎醫學、基礎醫學應用於人類之可行性、到產生醫學指引及衛生政策之成效評估等，分別由國內各學校及研究機構（如國家衛生研究院、財團法人醫藥品查驗中心、中央研究院等）或相關企業進行；未來將視財源許可評估成立實證研究中心之可行性或其替代方案，透過本部癌症委政策員會研議，逐步整合相關癌症研究資源，產出擬定癌症防治相關政策所需實證。

肆、執行策略及方法

一、 主要工作項目

- (一) 建立整合資料庫、加強管理分析及發展實證研究
- (二) 提升民眾癌症健康識能及癌症預防能力
- (三) 擴大及落實癌症篩檢，提高篩檢率及品質
- (四) 強化衛生醫療體系服務效能
- (五) 鼓勵產業創新發展，強化與社區組織之夥伴關係

二、 分期（年）執行策略

有關各策略之分期執行期程，請見附件一甘特圖。

三、 執行步驟（方法）與分工

有關與癌症防治相關之菸害防制、肥胖防制及肝癌防治，因其重要性另有專案計畫，不列於本計畫策略中內。

- (一) 建立整合資料庫、加強管理分析及發展實證研究

策略一：建立資訊平台，持續收錄國人癌症篩檢和發生資料；提升癌症登記品質，包括登記員之培訓與認證，建立與推動資

料品質稽核機制。

策略二：藉由國家衛生研究院擘劃我國之癌症研究 roadmap，掌握國家癌症研究方向，及橫向整合國衛院、科技組、健康署與健保署癌症相關研究，挹注於癌症死亡率下降目標。

方法一：由本部科技發展組統籌「癌症卓越研究中心計畫」，並提升其中 T3、T4 轉譯研究之比率至 20%，強化其研究成果挹注於癌症政策之制定。

方法二：本部國民健康署以解決業務層面所遇到問題為研究主要方向，包括：癌症相關現況調查、癌症健康識能調查、癌症危險因子探討、民眾癌症相關健康行為模式及影響因素調查、癌症相關社會心理層面研究、服務品質之監測、癌症篩檢政策研發及癌症政策成效評估及癌症實證研究之回顧及統合分析等。

策略三：成立癌症防治政策實證研究中心，提供相關實證，做為政策制定及調整之參考。

方法一：蒐集、分析以產出各層面癌症防治實證，並加強行為科學研究（如民眾採行健康生活型態、是否參與篩檢或接受治療等因素）。

方法二：進行政策執行成效研究：針對癌症相關政策，進行實施成效評估、經濟效益評估、健康衝擊評估（如篩檢對癌症死亡率或平均餘命之影響、各項重要癌症預期可下降死亡率之貢獻度等）、資源可用性（人力、設備及經費）評估，及發展相關評估指標。

方法三：強化癌症相關健康不平等（如癌症發生、存活、死亡、致癌因子、篩檢服務分布、醫療資源分布及品質等）之分析及研究。

方法四：研議依受檢者風險程度（如健康生活型態及是否定期接受篩檢）調整篩檢政策。

策略四：研議成立資料中心，加強癌症重要資料庫（癌症登記資料庫、篩檢資料庫、健保資料庫及死亡資料庫）之串聯及分

析提供資料分析及政策分析等之用。

(二) 提升民眾癌症健康識能及癌症預防能力

策略一：透過跨部會平台（中央癌症防治會報、菸害防制策進會）與各部會合作推動癌症預防工作，並將相關識能納入學校課程綱要，增進民眾對於基本健康資訊及醫療服務之取得、理解及應用的能力。

方法一：持續與教育部、國防部推動菸害及檳榔防制工作。

方法二：與環保署合作推動廢棄物清理法，提供戒檳教育講習，另與農委會合作檳榔管理方案。

策略二：結合資源多元化宣導，規劃分眾宣導，提升民眾癌症預防（菸、檳榔、不健康飲食、運動不足及肥胖）及於無症狀時定期接受篩檢之知能。

方法一：透過各種電子及平面媒體宣導，例如：規劃針對新符合篩檢條件之民眾進行全面宣導。

方法二：結合民間團體倡議或辦理活動，如菸害防制有獎徵答、健康體重管理競賽等，另針對高風險族群與社區團體結合，進行重點宣導。

方法三：鼓勵企業認養相關議題（如婦癌、大腸癌、檳榔及口腔癌、健康飲食、規律運動、安寧療護等）。

方法四：結合健康職場自主認證機制，於職場推動癌症相關防治工作。另規劃與勞動部合作辦理健康職場，並研議職場篩檢率表現出色單位予以提供獎勵，增加雇主鼓勵員工受檢之誘因。

方法五：研發及提供健康手冊，配合各式健康檢查、癌症篩檢條件、衛教資訊、健康福利等，整合設計為健康手冊，以家戶或選擇單一年齡層（如進入符合篩檢資格之30歲當年）寄發。

方法六：透過各縣市衛生局的癌症篩檢管理中心，募集防癌尖兵，徵求或發掘社區中的防癌尖兵（曾因篩檢發現癌前病變及原位癌個案現身說法），以小眾方式有效影響

家人與社區鄰里。亦可結合縣市癌症篩檢管理中心成立宣導隊，藉由縣市創意發想，以傳播健康、傳播愛為主軸，發展符合地方之特色宣傳策略。

方法七：鼓勵非健康領域之專業（如設計業、行銷業等）加入癌症防治工作策略發想。

策略三：建立民眾可信任的資訊平台

配合基礎資訊建設，整合各式癌症相關資訊，以利民眾查詢及應用。

策略四：改善癌症預防之健康不平等

方法一：因不健康生活型態常有群聚現象，對於居於劣勢之縣市優先給予額外資源，協助其推動整合性策略或健康促進介入計畫（如推動菸酒檳榔中長程整合性防制計畫，相關癌症高盛行縣市，可依其縣市現況與需求，提具具地方特色之防制計畫）。

方法二：對弱勢族群辦理相關健康促進方案（如優先針對抹片篩檢率可能較低族群，原住民族地區或經濟弱勢家庭之青少年施打人類乳突疫苗，經費許可時方全面施打）。

（三）擴大及落實癌症篩檢，提高篩檢率及品質

策略一：擴大提供四癌篩檢服務，提升篩檢涵蓋率

方法一：提升篩檢服務可近性及解決醫療院所推動障礙

1. 貼近民眾需求提供篩檢資源（如推動職場癌症篩檢、提升基層醫療院所參與率、調度篩檢設備資源、便利採便管發送及設多點回收站、輔導院所建立婦女友善及隱私性佳的檢查空間）。
2. 持續輔導醫院，強化三道篩檢防線，即主動提示到院病人、電話邀約、社區設站或巡迴篩檢。
3. 加強癌症篩檢關懷管理中心（Call Center）功能，提升篩檢及陽性追蹤之困難個案接受服務。
4. 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。

5. 與勞動部協商將癌症篩檢納入勞工健檢必要項目；調查各部會公務人員健康檢查項目，建議公務人員保障暨培訓委員會將癌症篩檢納入健康檢查必要項目。
6. 評估癌症篩檢及確診執行人力，改善服務流程。

方法二：強化組織性篩檢

1. 系統性主動以電腦、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，對於受檢確有困難者，或對於篩檢有疑慮之民眾，透過電話關懷協助其解決問題，促使其接受篩檢。

策略二：持續進行篩檢品質管控機制，並建立退場機制

方法一：強化篩檢之醫療院所和相關人員、設備之資格審查及安排相關實地訪查、教育訓練、稽核討論會或抽片覆閱等作法，協助未達要求者提升能力。

方法二：監測各篩檢單位（screening unit）篩檢品質績效（如規定篩檢合理量、抹片良率、判讀正確率、轉介完成率、陽性預測值及檢出率等），並建立退場機制，促使醫療院所提升癌症篩檢品質。

策略三：收集篩檢自費個案資料，呈現民眾接受篩檢服務之實況。

策略四：依實證適時檢討癌篩政策

方法一：檢討篩檢對象資格、工具、間隔等。

方法二：連結癌症篩檢與健保給付制度（如癌症論質給付），以提升篩檢品質及篩檢率。

方法三：收集新興癌症篩檢實證，並進行相關醫療科技評估（HTA）及機會成本評估，如四癌中之大腸癌直接以大腸鏡篩檢之評估，或胃癌、食道癌及肺癌等癌症，是否有利大於弊且具有成本效益（或機會成本）之優勢。

策略五：規劃及研議相關財務機制，促使民眾接受篩檢

方法一：收集國外經驗研究可行方案。

方法二：研議相關財務獎勵或懲處之平衡機制，並分析其影響。

策略六：改善癌症篩檢之健康不平等

方法一：協助篩檢率及陽性率低於全國平均值之縣市進行改善（透過癌症篩檢個案管理中心標竿學習或協助調度篩檢資源予需要地區，如協助縣市於偏遠地區成立定點篩檢、確診支援中心），並訂定改善目標。

方法二：強化協助未篩檢者：如對六年以上或長久未做抹片之婦女篩檢額外提供 HPV 檢測工具（或與抹片服務並行），並訂為縣市考評指標；另設定癌症首篩目標，鼓勵縣市找出符合資格但從未接受篩檢者。

（四）強化衛生醫療體系服務效能

策略一：強化衛生醫療人力及組織效能

方法一：加強衛生醫療人力，並進行衛生醫療體系之人力分析，以瞭解如何改善服務人力的配置。

方法二：提供教育訓練及標準工作手冊，並與相關學、協會合作建立輔導機制，以強化衛生行政單位管理功能及協調能力，及強化醫院提供服務及提升品質之能力。

策略二：學習國際標竿，提升衛生體系效能

方法一：提升醫療體系成員及組織的健康識能（Health Literacy），以具備提供民眾正確資訊及協助其面對癌症時做正確抉擇的能力。

方法二：持續推動健康促進醫院，將健康促進概念融入醫院組織文化與日常工作流程。

方法三：持續推動相關品質提升計畫或辦理認證工作，監測及公開辦理成果，提升癌症預防、篩檢與治療成效

1. 協助醫院落實相關品質提升之作法、規範及機制

（1）落實重要健康行為之登錄。

（2）主動提示 4 癌篩檢，落實知情同意篩檢原則，鼓勵或協助陽性個案接受確診。

（3）落實醫院癌症診療品質保證措施準則，辦理癌症診療品質認證工作。

(4) 推動相關癌症論績效計酬 (pay for performance) 計畫。

(5) 發展新診斷病人就醫導航計畫，協助醫院建立或強化個案管理功能，提升妥善治療率：

- 促使醫院即時追蹤新診斷個案，每月定期申報及確認領航對象；另亦尋求連結健保署重大傷病領卡情形，掌握未領卡病人。
- 促使醫院以病人為中心及時提供適切醫療服務（含安寧療護服務），並監測新診斷個案於罹病三個月內接受治療情形。
- 促使醫院發展及強化病情告知。
- 結合民間團體共同引導癌症篩檢陽性與癌症新診斷病人就醫，以減輕公衛體系的負擔。

(6) 持續發展病友服務及安寧療護計畫：

- 推動醫院建置癌症資源中心，協助其結合新診斷病人就醫導航計畫，幫助新診斷病人連結相關資源（醫療、社福、法律、情緒支持等）。
- 善用康復者力量，協助新診斷病人度過治療期並進而邁向康復。
- 辦理安寧療護宣導，提升安寧療護利用率
- 辦理醫護人員癌末告知工作坊訓練

2. 建立品質管理制度、標準及訂定關鍵核心測量指標，評量衛生醫療體系成員績效，適時公開評量結果，並協助離群者改善：

- (1) 學習國際作法及標竿，設立關鍵考核指標，提升人員知能及計畫執行成效，輔導離群者提具改善計畫。
- (2) 提供健康保險署關鍵指標監測成果，俾其研議相關論質給付方案。
- (3) 研議將相關指標納入國家品質指標，藉由醫院評

鑑和健保給付，提升診療績效。

方法四：促成醫療單位間（即醫院與基層診所）之合作：透過社區醫療網絡的建立，以基層醫療群體力量提供服務，整合基層與醫院的醫療照護及社區組織的協力，促進社區水平整合，提供民眾完善整合性照護，增進民眾受檢之可近性與方便性服務。

策略三：爭取資源投入癌症防治工作，並輔以競爭機制，協助各縣市衛生行政及醫療單位推動重要癌症防治計畫。

策略四：盤點縣市癌症防治資源狀況，對於資源不足地區，研議合作機制，跨縣市輔導或跨院際合作，除消弭健康不平等外，並提升相關工作品質及成效。

（五）鼓勵產業創新發展，強化與非營利組織之夥伴關係

策略一：鼓勵民間研發與國家癌症防治政策所需產品或措施

方法一：提升民眾認知並營造有利於健康產業發展之環境，鼓勵研發相關策略。

方法二：與專業醫學會合作提升癌症防治相關工作品質
鼓勵專業學會對癌症防治相關政策（如相關提供服務之人員和醫療院所資格訂定，各篩檢單位篩檢品質監測方式及退場機制之訂定等）提出專業見解供政策修訂。

策略二：與民間合作推動癌症防治相關計畫

方法一：合作推動相關品質提升工作計畫（如檢驗品管、癌症認證、資料庫建置與分析、癌症防治相關人員之訓練等）。

方法二：合作提供民眾直接服務（如提供病友服務，協助病友重返社區）。

方法三：合作參與國際非政府或非營利機構之活動，對外分享台灣經驗，並爭取國際重要癌症防治會議在台灣辦理。另積極尋求與世界衛生組織國際合作中心、國際學術機構或組織以及各國政府展開交流。

伍、期程與資源需求

一、計畫期程

本計畫期程為民國 103 年至 107 年。

二、 所需資源說明

所需資源包含人力及經費(含經常門和資本門),在未來五年中,因應國民健康狀況及民眾健康需求,逐步調整對各項工作之實施內容與預算。

(一) 人力部分:將以本署現有相關業務人力為主,視實際執行情形,適度調整業務。

(二) 經費部分:詳如經費表。

三、 經費來源及計算基準

本計畫將由本部國民健康署菸害防制及衛生保健基金以及公務預算支應。其計算基準係依未來推廣工作所需,並以目前補助(或捐助)計畫之標準編列相關經費,經費將視實際情形修正。

四、 經費需求(含分年經費)及與中程歲出概算額度配合情形

本計畫五年總經費共計約需新台幣 20,286,621 千元(經費編列詳見附件 2 經費需求表);經費將依未來菸品健康捐實際分配情形修正。本計畫經費不含編列於疾病管制署疫苗基金中施打人類乳突病毒疫苗所需經費及科技組運用菸害防制及衛生保健基金執行之癌症研究計畫。另本計畫業列為衛生福利部重要施政計畫,將依計畫經費需求及核定經費辦理預算編列。

103 年所需經費:3,368,200 千元

104 年所需經費:3,369,820 千元

105 年所需經費:4,080,545 千元

106 年所需經費:4,587,756 千元

107 年所需經費:4,880,300 千元

陸、預期效果及影響

一、 計畫短期成效

若本計畫順利執行,可逐步整合政府和社區資源,建立自策略規劃至監測評估體系完整的癌症防治工作架構,並持續提升民眾防癌能力,提升癌症篩檢涵蓋率,加強癌症診療品質,進而提高癌症 5 年存活率。茲分項說明如下:

- (一) 降低 18 歲以上成人嚼檳率。
- (二) 提升癌症篩檢涵蓋率及陽性追蹤完成率，縮小縣市篩檢率差異。
- (三) 提升癌症診療品質，提高癌症 5 年存活率。

二、計畫長期成效

降低總體癌症死亡率。

柒、財務計畫

本計畫財源來自衛生福利部之公務預算-科技發展工作及菸害防制及衛生保健基金，藉以編列預算，辦理民眾由前端的預防至後續的治療等相關服務，其中之癌症篩檢係為全額補助，無法向民眾收取部份負擔以減輕財源負擔。另除使用於中央主辦機關辦理癌症防治工作外，並補助縣市地方政府及民間團體辦理相關癌症防治執行與衛教宣導工作，透過中央、地方與民間團體合作以強化計畫成效。本部未來將持續辦理癌症防治工作，篩檢部分亦將視菸捐調整爭取預算執行，期能透過計畫之執行，以降低癌症對國人之威脅，促進國人健康。

捌、附則

一、替選方案之分析及評估

替選方案為繼續以現有本部國民健康署及行政院核定之預算，配各地方衛生局每年執行之衛生保健業務內容執行，無法擴大提供民眾受檢及持續提升癌症診療品質時，只能保守執行業務。

二、風險評估

(一) 風險辨識

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 WHO 業已建議可以經由篩檢早期發現早期治療之癌症。爰此，衛生福利部自民國 84 年開始提供子宮頸抹片檢查，其後連續推動口腔黏膜檢查、乳房攝影檢查與糞便潛血檢查，目前四項癌症篩檢皆已納為預防保健服

務項目，102 年子宮頸癌、乳癌、大腸癌及口腔癌篩檢率已分別達 75.6%、36%、38%及 54.6%，較 98 年提升 1 倍，顯示民眾漸已開始建立定期篩檢的觀念。且本計畫經評估，篩檢係屬健康政策的上游工作，有助於提升國民健康，減少後段醫療及長期照護費用的支出，為極具成本效益之計畫。且篩檢立意為提升民眾健康，不致發生民眾抱怨或抗爭，負面媒體報導、人員傷亡或財務損失等風險。

接受癌症篩檢為民眾之基本權利，每位符合資格之民眾，皆享有受檢權利。近年來，民眾的癌症篩檢率雖已逐漸提升，本部為提升癌症篩檢率，以期達到降低癌症死亡率之效果，因此所編列之癌症篩檢經費依每年預估之篩檢量逐年提升。為減低公務預算之負擔，本部國民健康署已於 103 年起將子宮頸抹片及年長婦女乳房攝影檢查費用約計 14.3 億元由原編列於公務預算移至菸害防制及衛生保健基金中編列。惟目前菸捐收入頻頻調整受阻，倘仍無調整之情況下，屆時恐無法支應往後的癌症篩檢費用。

(二) 風險分析

依據衛生福利部參採「風險管理及危機處理作業手冊」訂定之「風險發生機率分類表」及「風險影響程度分類表」（如表 23），本計畫之經費不足問題在風險機率方面評估為「可能」發生，在風險影響程度方面評估為「嚴重」。

表 23：風險發生機率分類表－機率之敘述

風險機率分級			
等級及可能性	幾乎不可能 (1)	可能 (2)	幾乎確定 (3)
機率之描述	發生機率 0%~40%；只會在特殊的情況下發生。	發生機率 41%~60%；有些情況下會發生。	發生機率 61%以上；在大部分的情況下會發生。

(三) 風險評量

本計畫計有主要風險項目 1 項，經風險評估結果，其風險分布情形如風險圖像（圖 12），經費不足問題之風險值為 4，超出衛生福利部所訂可容忍風險值 2。

影響程度	風險分布		
非常嚴重 (3)			
嚴重 (2)		經費不足問題	
輕微 (1)			
	幾乎不可能 (1)	可能 (2)	幾乎確定 (3)
	發生機率		

圖 12、本部風險圖象

三、有關機關配合事項

本計畫內容需衛生福利部及外部各單位之配合事項，包括各縣市衛生局、食品藥物管理署、中央健康保險署、疾病管制署、醫事司、科技發展組、國家衛生研究院、各醫學會及醫療院所等。

四、中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢視表（如附表一、二）

附件 1 計畫執行甘特圖

項 目	103 年	104 年	105 年	106 年	107 年
建立整合資料庫、加強管理分析及發展實證研究 癌症研究 Roadmap 以降低死亡率為主的癌症政策研究 成立國民保健資料中心 成立癌症防治實證研究中心					
提升民眾癌症健康識能及癌症預防能力 發展、調查及分析民眾之癌症健康識能 協助相關單位具備健康識能					
擴大及落實癌症篩檢，提高癌症篩檢率及品質 持續宣導及鼓勵措施，增加民眾篩檢知能 擴大提供四癌篩檢，提升篩檢蓋率 進行篩檢品質管控機制 依實證適時檢討癌症篩檢政策					
強化衛生醫療體系服務效能 推動健康促進醫院，及協助醫院具備健康識能 推動醫院癌症醫療品質提升計畫 發展新診斷病人就醫導航計畫 推廣醫院癌症單一窗口服務 強化衛生保健人力與組織效能 促使公共衛生體系投入癌症預防及篩檢計畫 盤整及檢討縣市資源，增加縣市服務資源之管理					
鼓勵產業創新發展，強化與社區組織之夥伴關係 鼓勵民間研發與政策所需的產品及措施 與專業醫學會合作提升癌症防治相關工作品質 與民間合作推動癌症防治相關計畫 跨部會合作辦理癌症防治工作					

附件 2 經費需求表 (千)

項目	103 年	104 年	105 年	106 年	107 年
建立整合資料庫、加強管理分析及發展實證研究	57,500	57,500	68,000	68,000	68,000
癌症篩檢與追蹤管理整合資訊	9,000	9,000	9,000	9,000	9,000
子宮頸癌防治監測中心	9,000	9,000	9,000	9,000	9,000
乳癌、口腔癌及大腸直腸癌篩檢中心	9,000	9,000	9,000	9,000	9,000
癌症登記 (含人員及培訓)	17,000	17,000	17,000	17,000	17,000
篩檢成效評估	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500
癌症篩檢及診療核心測量指標	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000
篩檢及診療相關研究	6,000	6,000	6,500	6,500	6,500
國民保健資料中心	-	-	10,000	10,000	10,000
提升民眾癌症健康識能及癌症預防能力	79,300	79,300	80,000	80,000	80,000
媒體通路統合規劃	64,300	64,300	65,000	65,000	65,000
結合民間團體倡議或辦理宣導	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000
擴大及落實癌症篩檢，提高癌症篩檢率及品質	2,388,000	2,398,620	3,084,145	3,591,356	3,883,900
子宮頸癌預防保健抹片服務	924,500	924,500	924,500	924,500	924,500
子宮頸癌 HPV 檢測服務	20,000	28,000	28,000	28,000	28,000
婦女乳癌篩檢服務	996,000	948,620	1,452,179	1,694,578	1,920,615
大腸癌糞便潛血篩檢服務	240,000	270,000	323,466	367,778	414,285
口腔黏膜健康檢查篩檢服務	150,000	170,000	190,000	210,000	230,000
大腸癌篩檢及大腸鏡品質提升	3,000	3,000	5,000	5,000	5,000
口腔癌防治人力提升及培訓	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000
子宮頸細胞病理檢驗品質提升	3,500	3,500	3,500	3,500	3,500
乳房攝影影像及超音波品質提升	9,000	9,500	9,500	10,000	10,000
發展並提供新興癌症篩檢	4,000	3,500	110,000	310,000	310,000
縣市衛生局癌症防治人力	35,000	35,000	35,000	35,000	35,000
強化衛生醫療體系效能	823,000	811,000	820,000	820,000	820,000
癌症就醫導航計畫	25,000	10,000	20,000	20,000	20,000
癌症診療品質認證	9,000	9,000	9,000	9,000	9,000
癌症醫療品質提升計畫	720,000	720,000	720,000	720,000	720,000
癌症醫療品質專案及資訊維護	16,000	16,000	16,000	16,000	16,000
安寧照護	8,000	7,000	7,000	7,000	7,000
成立縣市癌症篩檢管理中心	23,000	26,000	26,000	26,000	26,000

項目	103 年	104 年	105 年	106 年	107 年
癌症資源中心	2,000	3,000	2,000	2,000	2,000
各職場檳榔防制	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000
鼓勵發展及扶植病友團體，協助康復者重返社區	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000
鼓勵產業創新發展、強化公司部門伙伴關係	11,200	11,200	11,200	11,200	11,200
結合學會或民間團體發展診療品質規範	11,200	11,200	11,200	11,200	11,200
促進區域健康平等發展	9,200	12,200	17,200	17,200	17,200
普及各醫療區域診療資源	7,200	7,200	7,200	7,200	7,200
偏遠地區支援中心	2,000	5,000	10,000	10,000	10,000
合計	3,368,200	3,369,820	4,080,545	4,587,756	4,880,300

附表一

中長程個案計畫自評檢核表

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
1、計畫書格式	(1) 計畫內容應包括項目是否均已填列(「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」(以下簡稱編審要點)第5點、第12點)	V				
	(2) 延續性計畫是否辦理前期計畫執行成效評估,並提出總結評估報告(編審要點第5點、第13點)	V				
	(3) 是否依據「跨域加值公共建設財務規劃方案」之精神提具相關財務策略規劃檢核表?並依據各類審查作業規定提具相關書件		V			
2、民間參與可行性評估	是否填寫「促參預評估檢核表」評估(依「公共建設促參預評估機制」)		V			
3、經濟及財務效益評估	(1) 是否研提選擇及替代方案之成本效益分析報告(「預算法」第34條)		V			
	(2) 是否研提完整財務計畫		V			
4、財源籌措及資金運用	(1) 經費需求合理性(經費估算依據如單價、數量等計算內容)	V				
	(2) 資金籌措:依「跨域加值公共建設財務規劃方案」精神,將影響區域進行整合規劃,並將外部效益內部化		V			
	(3) 經費負擔原則: a.中央主辦計畫:中央主管相關法令規定 b.補助型計畫:中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法、依「跨域加值公共建設財務規劃方案」之精神所擬訂各類審查及補助規定	V				
	(4) 年度預算之安排及能量估算:所需經費能否於中程歲出概算額度內容納加以檢討,如無法納編者,應檢討調減一定比率之舊有經費支應;如仍有不敷,須檢附以前年度預算執行、檢討不經濟支出及自行檢討調整結果等經費審查之相關文件		V			
	(5) 經資比 1:2(「政府公共建設計畫先期作業實施要點」第2點)		V			
	(6) 屬具自償性者,是否透過基金協助資金調度	V				
5、人力運用	(1) 能否運用現有人力辦理	V				
	(2) 擬請增人力者,是否檢附下列資料: a.現有人力運用情形 b.計畫結束後,請增人力之處理原則		V			

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
	c.請增人力之類別及進用方式 d.請增人力之經費來源					
6、營運管理計畫	是否具務實及合理性(或能否落實營運)		√			
7、土地取得	(1) 能否優先使用公有閒置土地房舍		√			
	(2) 屬補助型計畫,補助方式是否符合規定(中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法第10條)		√			
	(3) 計畫中是否涉及徵收或區段徵收特定農業區之農牧用地		√			
	(4) 是否符合土地徵收條例第3條之1及土地徵收條例施行細則第2條之1規定		√			
	(5) 若涉及原住民族保留地開發利用者,是否依原住民族基本法第21條規定辦理		√			
8、風險評估	是否對計畫內容進行風險評估	√				
9、環境影響分析 (環境政策評估)	是否須辦理環境影響評估		√			
10、性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表	√				
11、涉及空間規劃者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔		√			
12、涉及政府辦公廳舍興建購置者	是否納入積極活化閒置資產及引進民間資源共同開發之理念		√			
13、跨機關協商	(1) 涉及跨部會或地方權責及財務分攤,是否進行跨機關協商		√			
	(2) 是否檢附相關協商文書資料		√			
14、依碳中和概念優先選列節能減碳指標	(1) 是否以二氧化碳之減量為節能減碳指標,並設定減量目標		√			
	(2) 是否規劃採用綠建築或其他節能減碳措施		√			
	(3) 是否檢附相關說明文件		√			
15、資通安全防護規劃	資訊系統是否辦理資通安全防護規劃		√			

主辦機關核章：承辦人

單位主管

首長

主管部會核章：研考主管

會計主管

首長

中長程個案計畫性別影響評估檢視表

【第一部分】：本部分由機關人員填寫

填表日期：103 年 3 月 17 日		
填表人姓名：黃巧文	職稱：科長	身份： <input checked="" type="checkbox"/> 業務單位人員
電話：25220795	e-mail：cathy@hpa.gov.tw	<input type="checkbox"/> 非業務單位人員， (請說明：_____)
填 表 說 明		
一、行政院所屬各機關之中長程個案計畫除因物價調整而需修正計畫經費，或僅計畫期程變更外，皆應填具本表。		
二、「主管機關」欄請填列中央二級主管機關，「主辦機關」欄請填列提案機關（單位）。		
三、建議各單位於計畫研擬初期，即徵詢性別平等專家學者或各部會性別平等專案小組之意見；計畫研擬完成後，應併同本表送請民間性別平等專家學者進程序參與，參酌其意見修正計畫內容，並填寫「拾、評估結果」後通知程序參與者。		
壹、計畫名稱	第三期國家癌症防治計畫（103-107 年）	
貳、主管機關	衛生福利部	主辦機關（單位） 衛生福利部國民健康署
參、計畫內容涉及領域：	勾選（可複選）	
3-1 權力、決策、影響力領域		
3-2 就業、經濟、福利領域		
3-3 人口、婚姻、家庭領域		
3-4 教育、文化、媒體領域		
3-5 人身安全、司法領域		
3-6 健康、醫療、照顧領域	V	
3-7 環境、能源、科技領域		
3-8 其他（勾選「其他」欄位者，請簡述計畫涉及領域）		
肆、問題與需求評估		
項 目	說 明	備 註
4-1 計畫之現況問題與需求概述	自民國 71 年起癌症成為國人死因的第一位後，其死亡率呈增加趨勢，民國 101 年國人共有 43,665 人死於癌症，佔所有死亡人數的 28.4%，死亡率為每十萬人口 187.6 人，對國人生命與健康影響甚鉅。有鑑於癌症造成人民生命和社會的嚴重影響，先進	簡要說明計畫之現況問題與需求。

國家莫不以對抗癌症為其重要的衛生施政方針，我國政府亦積極在對抗癌症上大幅投入資源，並於「黃金十年」計畫中再度宣示降低國人癌症死亡率為重要目標。透過三段五級的防治，以增進健康與抑制醫療費用高漲。

問題評析：

1. 癌症威脅造成生命損失，我國預期壽命排名為經濟合作暨發展組織（OECD）後段班

癌症為我國國人主要死因，根據 101 年衛生福利部統計處資料顯示，因惡性腫瘤死亡造成潛在生命年數損失(70 歲以下人口)約為 31.3 萬人年，平均生命年數損失約 14.4 人年。以平均餘命來看，我國男性 76.1 歲，在 OECD 排名（共 34 個國家）約介於第 21 至 22 高（第一名為冰島，約 81.4 歲），女性則為 82.6 歲，在 OECD 排名約介於第 22 至 23 高(第一名為日本，約 86.4 歲)，顯示我國國人之預期壽命仍待提升。

2. 癌症醫療花費節節高升，新藥新科技造成健保沉重負擔

依據健保署癌症健保支出資料顯示，因癌症而花費的醫療支出由民國 95 年的 369.5 億升高至 100 年 553.6 億元，成長值約 1.5 倍，另癌症重大傷病領證數由 95 年 30.6 萬人增加至 101 年 46.4 萬人，成長值亦約 1.5 倍。

3. 癌症對國家生產力及對家庭生計造成重大衝擊

依據癌症登記統計顯示，口腔癌與食道癌發生人數各占所有

癌症約的 7%及 2%，在男性癌症發生率排名分佔第 4 位和第 8 位。兩種癌症皆發生在男性居多，年齡中位數為 53 與 56 歲，死亡年齡中位數為 56 與 58 歲，相較男性癌症發生及死亡年齡中位數少了約 11-13 歲。中壯年男性多為家庭經濟支柱，一旦罹患癌症會有因需治療而中斷工作，甚至死亡，使家中頓失支柱和完整性，進而影響國家整體生產力。

4. 癌症篩檢推動不易

癌症透過早期發現及早治療可挽救寶貴生命，甚至可減低健保負擔，惟無症狀時要接受癌症篩檢，對民眾誠屬不易。本部自 99 年起擴大提供四癌篩檢服務，至 101 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僅達三成，有待加強。民眾認知不足、欠缺動機及我國欠缺家庭醫師把關制度等都是造成癌症篩檢推動不易之原因。

未來環境與需求預測：

1. 癌症照護需求增加，癌症負擔持續加劇

依據癌症登記資料顯示，99 年共有 90,649 人被診斷為癌症，若以民國 85 至 99 年的癌症發生率增加的趨勢推估，至 109 年國內癌症發生人數將增加至 12 萬人。因此，可以預知癌症死亡率亦將隨著發生率的快速上升而增加。

罹癌可能導致病急亂投醫，病人並會產生如焦慮或憂鬱

	<p>症、失眠、藥物濫用或情緒方面等問題。此壓力常會擴及至病人家屬或親友，尤其在我國，癌症病人的主要照護模式仍以家屬為主要照護者，社會支持系統較為缺乏，更會相當程度地影響其經濟收入及心理狀況。</p> <p>健保雖已提供全民應有的醫療照護，並獲得大多數民眾的滿意，但隨之民眾對於照護品質的要求也逐漸增加。</p> <p><u>2. 癌症為全球共同重要健康大敵，聯合國、世界衛生組織及我國均將癌症死亡率大幅降低列為重要工作目標</u></p> <p>癌症除為本國重要工作外，亦是世界衛生組織 2011 年報告所指出之四大非傳染病（癌症、糖尿病、心血管疾病、慢性呼吸道疾病）之一，此四種疾病約占全球死亡人數的 63%（約 3 分之 2），在臺灣亦將近 6 成（58.4%），其四大共同危險因素為吸菸、運動不足、不健康飲食及有害使用酒精。為遏止非傳染病（NCDs）之死亡率上升及倡議各國將癌症等主要慢性病的防治納入國家的重要施政項目，世界衛生組織決議並設定於 2025 年前達成 9 大目標。</p>	
<p>4-2 和本計畫相關之性別統計與性別分析</p>	<p>本計畫已呈現相關性別統計：</p> <p>1. 一般統計：包括 70 歲以下人口主要死亡原因之潛在生命年數損失、癌症標準化發生率及死亡率趨勢、10 大死亡及發生癌症統計、10 大發生癌症統計、成人吸菸率趨勢圖、10 大癌症新發個案存活率及亞洲</p>	<p>1. 透過相關資料庫、圖書等各種途徑蒐集既有的性別統計與性別分析。</p> <p>2. 性別統計與性別分析應盡量顧及不同性別、性傾向及性別認同者之年齡、族群、地區等面向。</p>

	<p>各國癌症 5 年存活率比較、民眾參加篩檢頻率與癌症陽性預測值及檢出率分析。</p> <p>2. 依性別呈現之統計：婦女癌症篩檢統計分析（子宮頸癌、乳癌）、人類乳突病毒（HPV）接種分析</p>	
<p>4-3 建議未來需要強化與本計畫相關的性別統計與性別分析及其方法</p>	<p>本計畫已定期分析相關的性別統計，惟囿於計畫書篇幅，無法一一呈現。目前已針對婦女常見癌症進行相關統計與分析，成效逐漸呈現，暫無須強化的性別統計及分析。</p>	<p>說明需要強化的性別統計類別及方法，包括由業務單位釐清性別統計的定義及範圍，向主計單位建議分析項目或編列經費委託調查，並提出確保執行的方法。</p>
<p>伍、計畫目標概述（敘明性別目標）</p>	<p>1. 整體目標：民國 109 年前將癌症標準化死亡率下降 20%，至 107 年約可減少 8,029 人死亡</p> <p>(1) 提升民眾對於癌症預防之能力：包括提升 18 歲以上成人嚼檳榔率、吸菸率、每人每年酒精消費量、過去一星期平均每天攝取五蔬果比率、過重及肥胖率及規律運動比率。</p> <p>(2) 提升癌症篩檢率：提升四項癌症篩檢率、篩檢陽性個案追蹤完成率、癌前病變和癌症數、癌症篩檢品質之指標（如陽性預測值、檢出率）及縮小縣市間乳癌及大腸癌篩檢率差距。</p> <p>(3) 提供民眾適切治療：降低癌症新診斷個案 3 個月未治療比率、落實癌症病人對病情「知的權益」、選定可與國外品質指標做比較的 5 個重要癌別核心測量指標，與國外做標竿學習，並對離群值（outlier）的醫院進行輔導、提升癌症病人死前一年接受安寧療護服務的涵蓋率。</p> <p>2. 具性別特色之目標</p> <p>(1) 45-69 歲婦女 2 年內曾接受乳癌篩檢率由 101 年 32.5% 提升至 107 年 66%。乳癌篩檢陽性個案追蹤完成率由 101 年 89% 提升至 107 年 90%。</p> <p>(2) 30-69 歲婦女 3 年內曾接受子宮頸癌篩檢率 70%。子宮頸癌篩檢陽性個案追蹤完成率由 101 年 91% 提升至 107 年 92%。</p> <p>3. 具地區性之目標：縮小縣市不平等（以目前篩檢率較低之二項癌症為主，所小差異）</p> <p>(1) 乳癌篩檢率最高與最低之縣市差距由 101 年 20% 降至 107 年 15%。</p> <p>(2) 大腸癌篩檢率最高與最低之縣市差距由 101 年 20% 降至 107 年 15%。</p>	

陸、性別參與情形或改善方法(計畫於研擬、決策、發展、執行之過程中，不同性別者之參與機制)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本計畫研議過程徵詢共計 8 位專家意見，其中女性專家共計 4 位教授，比率占有 1/2。 2. 計畫經本部之癌症防治政策委員會報告通過，委員共計 22 名其中女性委員占 9 名；41%。 3. 計畫推廣之四項癌症篩檢適用族群中，因乳房攝影檢查及子宮頸抹片檢查基於特定生理需求，故僅限女性為此 2 項服務項目主要參與者；其他如口腔癌及大腸癌篩檢，除各有年齡限制外，均不以特定性別、性傾向或性別認同者為受益對象，皆全面推廣。 4. 本計畫於研擬、修正過程係透過邀集地方政府、專家共同研商討論，針對本計畫規劃與執行予以檢討，參與對象未設定特定性別對象，兩性均共同參與。
--	---

柒、受益對象

1. 若 7-1 至 7-3 任一指標評定「是」者，應繼續填列「捌、評估內容」8-1 至 8-9 及「第二部分—程序參與」；如 7-1 至 7-3 皆評定為「否」者，則免填「捌、評估內容」8-1 至 8-9，逕填寫「第二部分—程序參與」，惟若經程序參與後，10-5「計畫與性別關聯之程度」評定為「有關」者，則需修正第一部分「柒、受益對象」7-1 至 7-3，並補填列「捌、評估內容」8-1 至 8-9。
2. 本項不論評定結果為「是」或「否」，皆需填寫評定原因，應有量化或質化說明，不得僅列示「無涉性別」、「與性別無關」或「性別一律平等」。

項 目	評定結果 (請勾選)		評定原因	備 註
	是	否		
7-1 以特定性別、性傾向或性別認同者為受益對象		✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本計畫在癌症初段預防及診療工作無以特定性別、性傾向或性別認同者為受益對象。 2. 乳癌及子宮頸癌篩檢對象為女性；口腔癌患者雖以男性為主，但篩檢對象為 30 歲以上之吸菸或嚼檳榔之高風險民眾為主，無性別之分；大腸癌篩檢對象為不分男女之 50-74 歲民眾。 	如受益對象以男性或女性為主，或以同性戀、異性戀或雙性戀為主，或個人自認屬於男性或女性者，請評定為「是」。
7-2 受益對象無區別，但計畫內容涉及一般社會認知既存的性別偏見，或統計資料顯示性別比例差距過大者	✓		四項癌症篩檢中，提供 30 歲以上嚼檳或吸菸民眾口腔黏膜檢查（原住民則提前至 18 歲），口腔癌為男性十大癌症第四名（粗發生率每十萬人口 46 人），雖女性十大癌症不含口腔癌，但顧及偏遠地區（原住民地區）女性嚼檳仍時而有見，故口腔癌篩檢仍全面推動。	如受益對象雖未限於特定性別人口群，但計畫內容涉及性別偏見、性別比例差距或隔離等之可能性者，請評定為「是」。

7-3 公共建設之空間規劃與工程設計涉及對不同性別、性傾向或性別認同者權益相關者	✓	本計畫未涉及公共建設。	如公共建設之空間規劃與工程設計涉及不同性別、性傾向或性別認同者使用便利及合理性、區位安全性，或消除空間死角，或考慮特殊使用需求者之可能性者，請評定為「是」。
--	---	-------------	--

捌、評估內容

(一) 資源與過程

項 目	說 明	備 註
8-1 經費配置：計畫如何編列或調整預算配置，以回應性別需求與達成性別目標	本計畫的篩檢項目包括女性好發的乳癌和子宮頸癌，男性好發的口腔癌，以及男、女皆高之大腸癌。經費需求與配置已依篩檢所需加以編列，其中以婦女癌症篩檢單價因所需工具或人力物力較鉅，故經費編列相對高（乳房 X 光攝影 1245 元/人、子宮頸抹片含病理 430 元/人、糞便潛血檢查 200 元/人、口腔癌篩檢 130 元/人）。為達篩檢目標婦女癌症篩檢占 4 癌篩檢總經費約計 80% 以上。	說明該計畫所編列經費如何針對性別差異，回應性別需求。
8-2 執行策略：計畫如何縮小不同性別、性傾向或性別認同者差異之迫切性與需求性	<p>1. 本計畫之執行策略考量性別因素，依目前實證提供各項癌症防治工作。未來執行上，亦將依性別需求及實證，調整策略及步驟。</p> <p>2. 舉例說明如下：</p> <p>(1) 以乳癌為例，為解決婦女因忙碌、自覺身體健康、沒有症狀，不好意思而未接受乳癌篩檢服務之問題，已規劃相關策略，如乳房攝影車等，未來將持續研議相關策略，以提升篩檢率。</p> <p>(2) 子宮頸癌部份，經查原住民地區及離島婦女之</p>	計畫如何設計執行策略，以回應性別需求與達成性別目標。

	<p>篩檢率（約為 43-47%）低於全國平均（52%），故本署採 WHO 建議之逐步導入方式，優先針對未來較不會接受抹片篩檢之族群（低收入戶、中低收入戶、山地原住民鄉及離島青少年）接種人類乳突病毒（HPV）疫苗（P44）。</p> <p>(3) 對於新興致癌因子所造成的癌症，將加強性別差異分析，例如肺癌、胃癌等。</p>	
<p>8-3 宣導傳播：計畫宣導方式如何顧及弱勢性別資訊獲取能力或使用習慣之差異</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 宣導方式係依據定期對民眾進行有關各項癌症篩檢之調查（業包括性別與變項間之交叉分析），瞭解民眾對篩檢之認知，以及參與篩檢之促進和阻礙因素，作為規劃各標的群體的宣導和推廣方案之依據。 2. 宣導會因應不同性別和年齡等之需求，採用不同的管道和方式。例如婦女常因忙碌、自覺身體健康、沒有症狀，而未接受篩檢服務，可以針對忙碌之職場婦女，配合其作息或需求等，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；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；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。另透過女性慣用之媒體管道，或者使用小眾人際傳播 	<p>說明傳佈訊息給目標對象所採用的方式，是否針對不同背景的目標對象採取不同傳播方法的設計。</p>

	<p>方式，提升女性對篩檢服務之使用率。針對吸菸或嚼檳榔的男性和女性，亦會考量其背景的不同，設計合適之宣導。</p> <p>3. 此外，將透過各式資料庫彙整，提具與民眾息息相關之資訊，分析民眾接受知識及訊息管道，了解民眾習慣方式。以人為主體設計資訊，內容貼近民眾文化、需求、易懂，以增加民眾使用訊息，增加民眾健康素養及自覺，進而化被動為主動採行癌症篩檢。</p>	
<p>8-4 性別友善措施：搭配其他對不同性別、性傾向或性別認同者之友善措施或方案</p>	<p>篩檢服務除經由健保特約醫療院所常規提供外，並配合性別不同的需求提供其他友善服務措施：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對拒絕接受抹片的婦女提供 HPV 自採檢測，消除婦女不願上產台和沒時間等障礙。 2. 為增加子宮頸癌和乳癌篩檢醫療資源之可近性，以巡迴車提供社區篩檢服務，便於婦女在忙於工作和家務中，可以就近接受檢查。 3. 對於口腔癌篩檢，推廣配合嚼檳榔者之工作時間，結合勞工健檢、職場篩檢或是職訓等方式辦理。 4. 自 100 年起對低收入戶、山地原住民族及離島國中青少年等，提供接種 HPV 疫苗，並自 101 年起擴大至中低收入戶 	<p>說明計畫之性別友善措施或方案。</p>

	國中女生。目前國一女生的施打蓋率約達 16 %。	
(二) 效益評估		
項 目	說 明	備 註
8-5 落實法規政策： 計畫符合相關法規政策之情形	落實「經濟社會文化權利國際公約」第 12 條、「癌症防治法」	說明計畫如何落實憲法、法律、性別平等政策綱領、性別主流化政策及 CEDAW 之基本精神，可參考行政院性別平等會網站 (http://www.gec.ey.gov.tw/)。
8-6 預防或消除性別隔離： 計畫如何預防或消除性別隔離	已針對「消除對婦女一切形式歧視公約」共計 30 條逐一檢視，其中第 12 條第 1 款：締約各國應採取一切適當措施以消除在保健方面對婦女的歧視，保證她們在男女平等的基礎上取得各種包括有關計劃生育的保健服務。本計畫已將女性癌症篩檢部分，業將預防或消除性別刻板印象與性別隔離、社會資源及平等環境納入策略規劃。另加強說明，對於其他癌症亦將加強鼓勵女性參與篩檢及罹癌治療，維護女性保健權益。	說明計畫如何預防或消除傳統文化對不同性別、性傾向或性別認同者之限制或僵化期待。
8-7 平等取得社會資源： 計畫如何提升平等獲取社會資源機會	1. 女性癌症篩檢部分，業將社會資源及平等環境納入策略規劃。 2. 提供病友相關資源（例如乳癌病友協會），並建立單一服務窗口，使罹癌婦女及其家屬獲得完整服務資源。	說明計畫如何提供不同性別、性傾向或性別認同者平等機會獲取社會資源，提升其參與社會及公共事務之機會。
8-8 空間與工程效益： 軟硬體的公共空間之空間規劃與工程設計，在空間使用性、安全性、友善性上之具體效益	本計畫未涉及公共空間之空間規劃與工程設計。	1.使用性：兼顧不同生理差異所產生的不同需求。 2.安全性：消除空間死角、相關安全設施。 3.友善性：兼顧性別、性傾向或性別認同者之特殊使用需求。

<p>8-9 設立考核指標與機制：計畫如何設立性別敏感指標，並且透過制度化的機制，以便監督計畫的影響程度</p>	<p>本計畫受益對象兼顧不同性別、年齡、族群者之需求，透過設立相關指標監督計畫的執行。</p>	<p>1. 為衡量性別目標達成情形，計畫如何訂定相關預期績效指標及評估基準（績效指標，後續請依「行政院所屬各機關個案計畫管制評核作業要點」納入年度管制作業計畫評核）。</p> <p>2. 說明性別敏感指標，並考量不同性別、性傾向或性別認同者之年齡、族群、地區等面向。</p>
---	---	---

玖、評估結果：請填表人依據性別平等專家學者意見之檢視意見提出綜合說明，包括對「第二部分、程序參與」主要意見參採情形、採納意見之計畫調整情形、無法採納意見之理由或替代規劃等。

專家學者一：李萍秘書長

<p>9-1 評估結果之綜合說明</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 業依委員建議加強問題與需求評估說明之性別統計及分析 (P3)。 2. 本計畫於研擬修正過程在於地方基層討論時，已注意不同性別參與之比例，並加強兩性共同參與。 3. 業依委員建議以 CEDAW 公約檢視計畫是否有不平等或歧視之狀況。本計畫已將女性癌症篩檢部分，業將預防或消除性別刻板印象與性別隔離、社會資源及平等環境納入策略規劃。另加強說明，對於其他癌症亦將加強鼓勵女性參與篩檢及罹癌治療，維護女性保健權益。 4. 採納委員意見，將 7-1 以特定性別、性傾向或性別認同者為受益對象評定結果更改為「否」。 5. 有關 8-2 執行策略，本署補充說明如下： <ol style="list-style-type: none"> (1) 以乳癌為例，為解決婦女因忙碌、自覺身體健康、沒有症狀，不好意思而未接受乳癌篩檢服務之問題，已規劃相關策略，如乳房攝影車等，未來將持續研議相關策略，以提升篩檢率。 (2) 子宮頸癌部份，經查原住民地區及離島婦女之篩檢率（約為 43-47%）低於全國平均（52%），故本署採 WHO 建議之逐步導入方式，優先針對未來較不會接受抹片篩檢之族群（低收入戶、中低收入戶、山地原住民鄉及離島青少年）接種人類乳突病毒（HPV）疫苗 (P44)。 (3) 對於新興致癌因子所造成的癌症，將加強性別差異分析，例如肺癌、胃癌等。 6. 有關 8-3 之宣導傳播建議，將透過各式資料庫彙整，提具與民眾息息相關之資訊，分析民眾接受知識及訊息管道，了解民眾習慣方式。以人為主體設計資訊，內容貼近民眾文化、需求、易懂，以增加民眾使用訊息，增加民眾健康素養及自覺，進而化被動為主動採行癌症篩檢。 7. 有關委員建議對與性別有關之醫療環境應重視友善性與心理支持，本作業已於計畫中規劃：輔導院所建立婦女友善及隱私性佳的檢查空間 (P69)。 	
<p>9-2 參採情形</p>	<p>9-2-1 說明採納意見後之計畫調整</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 業依委員建議加強問題與需求評估說明之性別統計及分析 (P3)。

		2. 有關女性於城鄉或區域間的篩檢率差距，業於計畫書中以癌症篩檢率來評估健康不平等部分呈現，目前先以篩檢率較低之大腸癌及乳癌進行縣市分析，已依委員意見將大腸癌分析中區分男女篩檢率 (P42)。
	9-2-2 說明未參採之理由或替代規劃	有關委員建議加入性別統計之目標，經分析本署篩檢資料庫顯示，在口腔癌及大腸癌部分，女性之篩檢率均高於男性，故本計畫仍先以提升全體篩檢率為目標，將持續評估男女差異，以作為日後逐年目標調整時之參考。

9-3 通知程序參與之專家學者本計畫的評估結果：
已於 103 年 6 月 16 日將「評估結果」通知程序參與者審閱

玖、評估結果：請填表人依據性別平等專家學者意見之檢視意見提出綜合說明，包括對「第二部分、程序參與」主要意見參採情形、採納意見之計畫調整情形、無法採納意見之理由或替代規劃等。
專家學者二：陳曼麗董事長

9-1 評估結果之綜合說明	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有關口腔癌、大腸癌及肝癌篩檢之性別統計，業於納入例行性分析，未來將持續進行。 2. 於提升民眾癌症健康識能及癌症預防能力中，加強建立基層民眾參與癌症防治教育宣導之性別統計資料，包括複分類資料（例如：年齡、地區、族群等），以作為未來計畫執行之依據。 3. 有關建議提供民眾有用的健康自主登記篩檢的終身手冊，本部業已於計畫中規劃：研發及提供健康手冊，配合各式健康檢查、癌症篩檢條件、衛教資訊、健康福利等，整合設計為健康手冊，以家戶或選擇單一年齡層寄發 (P68)。 <p>未來執行端人力儘量促成不同性別參與，單一性別不低於三分之一。</p>
----------------------	---

9-2 參採情形	9-2-1 說明採納意見後之計畫調整	
	9-2-2 說明未參採之理由或替代規劃	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有關建立執行端人力及性別統計資料，因參加執行端之人數涵蓋範圍較廣，無法完整收集，本署將持續努力。 2. 有關建議增加民眾可以運用的社區運動空間設備及飲食安全，尤其在高風險群地區，目前本署已有問卷評估評估各鄉鎮之社區肥胖防治環境，惟後續結果尚須進行分析。

9-3 通知程序參與之專家學者本計畫的評估結果：
已於 103 年 6 月 16 日將「評估結果」通知程序參與者審閱

- * 請機關填表人於填完「第一部分」第壹項至第捌項後，由民間性別平等專家學者進行「第二部分—程序參與」項目，完成「第二部分—程序參與」後，再由機關填表人依據「第二部分—程序參與」之主要意見，續填「第一部分—玖、評估結果」。
- * 「第二部分—程序參與」之 10-5「計畫與性別關聯之程度」經性別平等專家學者評定為「有關」

者，請機關填表人依據其檢視意見填列「第一部分—玖、評估結果」9-1 至 9-3；若經評定為「無關」者，則 9-1 至 9-3 免填。

* 若以上有 1 項未完成，表示計畫案在研擬時未考量性別，應退回主管（辦）機關重新辦理。

【第二部分—程序參與】：本部分由民間性別平等專家學者填寫

專家學者一：李萍秘書長

拾、程序參與：若採用書面意見的方式，至少應徵詢 1 位以上民間性別平等專家學者意見；民間專家學者資料可至台灣國家婦女館網站參閱 (http://www.taiwanwomencent.org.tw/)。			
(一) 基本資料			
10-1 程序參與期程或時間	年 月 日至 103 年 5 月 17 日		
10-2 參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	李萍、中華民國基督教女青年會協會秘書長、婦女福利、性別平等、國際參與		
10-3 參與方式	<input type="checkbox"/> 計畫研商會議 <input type="checkbox"/> 性別平等專案小組 <input checked="" type="checkbox"/> 書面意見		
10-4 業務單位所提供之資料	相關統計資料	計畫書	計畫書涵納其他初評結果
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 很完整 <input checked="" type="checkbox"/> 可更完整 <input type="checkbox"/> 現有資料不足須設法補足 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 應可設法找尋 <input type="checkbox"/> 現狀與未來皆有困難	<input checked="" type="checkbox"/> 有，且具性別目標 <input type="checkbox"/> 有，但無性別目標 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有，已很完整 <input checked="" type="checkbox"/> 有，但仍有改善空間 <input type="checkbox"/> 無
10-5 計畫與性別關聯之程度	<input checked="" type="checkbox"/> 有關 <input type="checkbox"/> 無關 (若性別平等專家學者認為第一部分「柒、受益對象」7-1 至 7-3 任一指標應評定為「是」者，則勾選「有關」；若 7-1 至 7-3 均評定「否」者，則勾選「無關」)。		
(二) 主要意見：就前述各項（問題與需求評估、性別目標、參與機制之設計、資源投入及效益評估）說明之合宜性提出檢視意見，並提供綜合意見。			
10-6 問題與需求評估說明之合宜性	<ol style="list-style-type: none"> 對於計畫之現況與需求之概述之問題評析了癌症對國家生產力及對家庭生計所造成重大衝擊之說明，僅談及男性若發生癌症可能對家庭造成之問題與影響國家整體生產力，但未述及女性若罹癌對家庭社會及國家之損失，否則僅見男性罹癌之結果實為不足。 在環境需求之預測的內容亦缺乏性別統計與性別分析。 於 4-3 有關強化與本計畫相關之性別統計與分析之說明，可能因限於篇幅無法完整呈現，但性別統計與分 		

	析與計畫的基礎，應盡量選取或使用，並非暫無需要。
10-7 性別目標說明之合宜性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 整體目標建議加上性別分析。 2. 具性別統計之目標，除乳癌及子宮頸癌之外，對其他癌症之篩檢率及追蹤完成率是否亦有由於性別之不同，環境之差異，女性之工作、生育等因素造成不同性別之影響和結果。 3. 女性在城鄉或不同區域之間，在癌症篩檢率上是否有可能造成之差別，建議標示出來。
10-8 性別參與情形或改善方法之合宜性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有清楚說明不同性別參與本計畫之決策情形，具合宜性。 2. 本計畫研擬修正過程在於地方基層討論時亦應注意不同性別參與之比例，加強兩性共同參與。
10-9 受益對象之合宜性	7-1 勾選”是”但評定原因 1. 之敘明似為無特定性別、性傾向等，應是指乳癌、子宮頸癌之篩檢對象為女性，但其他篩檢皆不分性別多作宣導。
10-10 資源與過程說明之合宜性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 8-2 之執行策略應將對不同性別之調整策略有更深的說明其作法。 2. 8-3 之宣導傳播建議在宣導策略與媒介、媒體之運用上應考慮不同性別居住之城鄉之差異、教育水平之不同採取不同之宣導方式，同時對不同性別訊息接收之方式或對稱性應予留意，以收宣導之效。
10-11 效益評估說明之合宜性	在 8-6, 8-7 之評估可與 CEDAW 公約內容之要求做說明，以檢視是否有不平等或歧視之狀況。
10-12 綜合性檢視意見	對與性別有關之醫療環境應重視友善性與心理支持，尤其是婦癌之就醫空間應重視隱密性與個人隱私權。
(三) 參與時機及方式之合宜性：合宜	
本人同意恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開所評估之計畫草案。 (簽章，簽名或打字皆可) 李萍	

專家學者二：陳曼麗董事長

拾、程序參與：若採用書面意見的方式，至少應徵詢 1 位以上民間性別平等專家學者意見；民間專家學者資料可至台灣國家婦女館網站參閱 (http://www.taiwanwomencenter.org.tw/)。	
(一) 基本資料	
10-1 程序參與期程或時間	103 年 4 月 3 日至 103 年 4 月 11 日

10-2 參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	陳曼麗、現任：主婦聯盟環境保護基金會董事長、台灣婦女團體全國聯合會常務理事、衛生福利部性別平等專案小組委員、曾任：行政院性別平等會委員、專長：性別平等、婦女權益、環境教育、社區營造		
10-3 參與方式	<input type="checkbox"/> 計畫研商會議 <input type="checkbox"/> 性別平等專案小組 <input checked="" type="checkbox"/> 書面意見		
10-4 業務單位所提供之資料	相關統計資料	計畫書	計畫書涵納其他初評結果
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 很完整 <input checked="" type="checkbox"/> 可更完整 <input type="checkbox"/> 現有資料不足須設法補足 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 應可設法找尋 <input type="checkbox"/> 現狀與未來皆有困難	<input checked="" type="checkbox"/> 有，且具性別目標 <input type="checkbox"/> 有，但無性別目標 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有，已很完整 <input type="checkbox"/> 有，但仍有改善空間 <input type="checkbox"/> 無
10-5 計畫與性別關聯之程度	<input checked="" type="checkbox"/> 有關 <input type="checkbox"/> 無關 (若性別平等專家學者認為第一部分「柒、受益對象」7-1至7-3任一指標應評定為「是」者，則勾選「有關」；若7-1至7-3均評定「否」者，則勾選「無關」)。		
(二) 主要意見：就前述各項(問題與需求評估、性別目標、參與機制之設計、資源投入及效益評估)說明之合宜性提出檢視意見，並提供綜合意見。			
10-6 問題與需求評估說明之合宜性	合宜。		
10-7 性別目標說明之合宜性	合宜。		
10-8 性別參與情形或改善方法之合宜性	合宜，另建議：1. 建立執行端人力及性別統計資料。2. 建立基層民眾參與癌症防治教育宣導之性別統計資料，包括複分類資料(例如：年齡、地區、族群等)。		
10-9 受益對象之合宜性	合宜。		
10-10 資源與過程說明之合宜性	合宜，另建議：針對P. 20(六)新興致癌因子，建議增加民眾可以運用的社區運動空間設備及飲食安全，尤其在高風險群地區。		
10-11 效益評估說明之合宜性	合宜。		
10-12 綜合性檢視意見	1. 建議相關統計資料，逐年建立其性別統計(例如：P. 14 口腔癌、大腸癌、肝癌篩檢)，以利未來性別分析。 2. 建議提供民眾有用的健康自主登記篩檢的終身手冊，以使民眾願意自主管理健康，降低癌症風險。 3. 建議執行端人力儘量促成不同性別參與，單一性別不低於三分之一。		
(三) 參與時機及方式之合宜性：合宜			
本人同意恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開所評估之計畫草案。 (簽章，簽名或打字皆可) 陳曼麗			