

國家癌症防治 五年計畫成果別冊



行政院衛生署

Department Of Health, Executive Yuan, Taiwan, R.O.C.

目錄

壹、	背景說明	3
	第一節、癌症發生及死亡現況.....	3
	(一) 癌症發生現況	3
	(二) 癌症死亡現況	6
	(三) 歷年癌症發生、死亡增減情形	8
	第二節、問題評析	11
	第三節、業務指標及目標.....	15
	第四節、目標達成情形.....	16
貳、	防治成果.....	17
	第一節 整合癌症防治架構.....	17
	第二節 建立健康生活型態.....	17
	第三節 推動癌症篩檢工作.....	23
	第四節 落實癌症診療管理.....	28
	第五節 推廣安寧緩和醫療.....	30
	第六節 推展癌症病友服務.....	31
	第七節 整合利用癌症資料.....	31
	第八節 推動癌症研究工作.....	34
	第九節 辦理防治人力培訓.....	35
	第十節 辦理健康監測工作.....	36
參、	附件	38
	附件一 國民健康局癌症防治出版品	38
	附件二 97 年度癌症診療品質認證合格名單	40
	附件三 98 年度癌症診療品質認證合格名單	42

壹、背景說明

「癌症防治法」自 2003 年實施後，本局依法定期召開中央癌症防治會報及癌症防治政策諮詢委員會，進行橫向及縱向的業務協調與溝通，並研擬「國家癌症防治五年計畫」，作為 2005~2009 年癌症防治工作方針，整合、蒐集癌症防治相關資料，辦理癌症防治宣導、癌症篩檢服務、癌症診療品質提升、安寧緩和醫療與癌症病友服務等，以達降低癌症發生率和死亡率之長期目標。

第一節、癌症發生及死亡現況

1979 年衛生署以行政命令要求 50 床以上醫院，申報新發癌症個案的流行病學和診斷治療摘要資料，建立癌症登記系統；直至癌症防治法公布，該法第 11 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。」自此確立了癌症登記的法源依據。

（一）癌症發生現況

2007 年癌症登記資料顯示，當年共新診斷出 75,769 人罹患癌症（男性 43,330 人、女性 32,439 人），粗發生率為每 10 萬人口 330.3 人（男性 373.3 人、女性 285.8 人），標準化發生率為每 10 萬人口 270.1 人（男性 312.1 人、女性 229.7 人），年齡中位數 63 歲（男性 65 歲、女性 59 歲）。另從癌症標準化發生率性別比來看，男性罹癌風險較高，為女性 1.4 倍；其中食道癌和口腔癌發生率達女性 10 倍以上，此係男性較高的吸菸、嚼檳榔行為所致（如圖 1）。

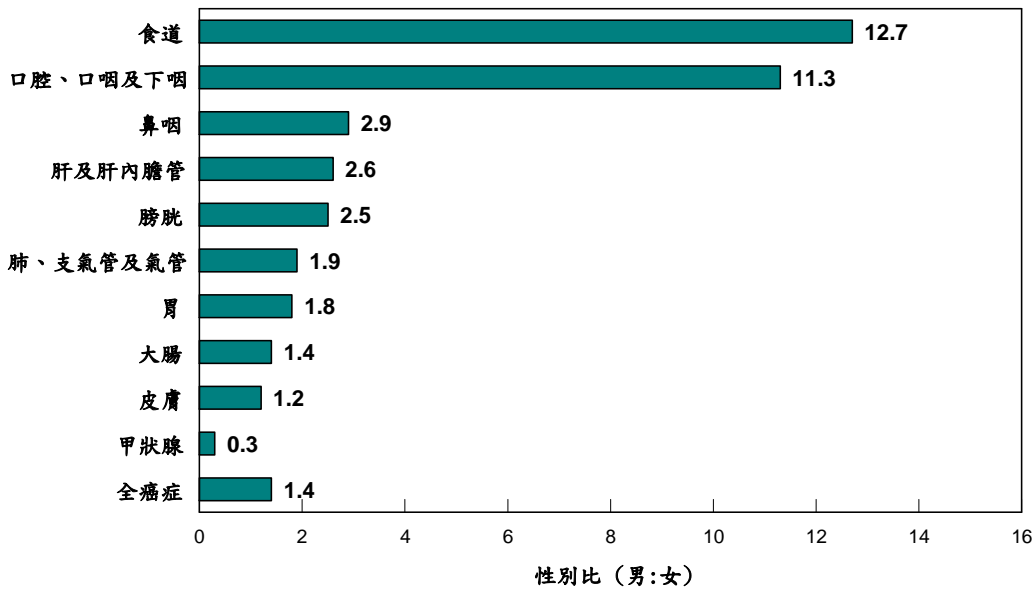


圖 1 國人主要癌症年齡標準化發生率性別比(2007)

以癌症標準化發生率來看，2007年國人十大癌症依序為：(1)女性乳癌(2)大腸癌(3)肝癌(4)肺癌(5)攝護腺癌(6)口腔癌(7)胃癌(8)子宮頸癌(9)皮膚癌(10)子宮體癌，其順位除肝癌與大腸癌序位互換外，其餘同2005年(國人癌症發生資料如表1-1、1-2、1-3)。

表 1-1 2007年國人十大癌症發生統計資料

序位	原發部位	96年		
		個案數	粗發生率 (每十萬人口)	年齡標準化發生率 (每十萬人口)
1	女性乳房	7,502	66.1	53.1
2	大腸	10,511	45.8	37.1
3	肝及肝內膽管	10,110	44.0	36.4
4	肺、支氣管及氣管	9,059	39.5	31.6
5	攝護腺	3,367	29.0	23.5
6	口腔、口咽及下咽	5,458	23.8	19.5
7	胃	3,612	15.7	12.5
8	子宮頸	1,749	15.4	12.2
9	皮膚	2,427	10.6	8.4
10	子宮體	1,165	10.3	8.3
	全癌症	75,769	330.0	270.1

備註：

1.序位係以標準化發生率（每 10 萬人口）排序。

2.年齡標準化發生率，係以西元 2000 年世界標準人口為標準人口計算

表 1-2 男性 2007 年十大癌症發生資料

序位	原發部位	96 年		
		個案數	粗發生率 (每十萬人口)	年齡標準化發生率 (每十萬人口)
1	肝及肝內膽管	7,210	62.1	52.8
2	大腸	6,040	52.0	43.4
3	肺、支氣管及氣管	5,898	50.8	41.6
4	口腔、口咽及下咽	5,006	43.1	36
5	攝護腺	3,367	29.0	23.5
6	胃	2,311	19.9	16.2
7	食道	1,685	14.5	12.1
8	膀胱	1,457	12.6	10.3
9	皮膚	1,314	11.3	9.3
10	鼻咽	1,167	10.1	8.4
	全癌症	43,330	373.3	312.1

表 1-3 女性 2007 年十大癌症發生資料

序位	原發部位	96 年		
		個案數	粗發生率 (每十萬人口)	年齡標準化發生率 (每十萬人口)
1	女性乳房	7,502	66.1	53.1
2	大腸	4,471	39.4	31.1
3	肺、支氣管及氣管	3,161	27.9	21.9
4	肝及肝內膽管	2,900	25.6	20.5
5	子宮頸	1,749	15.4	12.2
6	甲狀腺	1,407	12.4	10.4
7	胃	1,301	11.5	8.9
8	子宮體	1,165	10.3	8.3
9	皮膚	1,113	9.8	7.6
10	卵巢、輸卵管及寬韌帶	1,047	9.2	7.6
	全癌症	32,439	285.8	229.7

備註：

1.序位係以標準化發生率（每 10 萬人口）排序

2.年齡標準化率，係以西元 2000 年世界標準人口為標準人口計算

3.男性前五大癌症發生年齡最年輕的為口腔癌。

4.女性前五大癌症發生年齡最年輕的為女性乳癌。

(二) 癌症死亡現況

衛生署死因統計顯示，2009 有 39,917 人死因為癌症（男性 25,284 人、女性 14,633 人），佔所有死亡個案 28.1%。癌症粗死亡率為每 10 萬人口 173 人（男性 217.4 人、女性 127.8 人），標準化死亡率為每 10 萬人口 132.5 人（男性 171.6 人、女性 95.1 人）。2008 年國人癌症十大死因則依序為：（1）肺癌（2）肝癌（3）大腸癌（4）女性乳癌（5）胃癌（6）口腔癌（7）攝護腺癌（8）食道癌（9）胰臟癌（10）子宮頸癌，其順位子宮頸癌由第 7 位降至第 10 位，食道癌及胰臟癌則分別由第 9 位及第 10 位提升至第 8 位及第 9 位，其餘順位則與 2007 年相同（國人癌症死亡資料如表 2-1、2-2、2-3）。

表 2-1 2009 年國人十大癌症死亡資料

順位	癌症死因	2009		
		個案數(人)	粗死亡率 (每十萬人口)	年齡標準化死亡率 (每十萬人口)
1	肺癌	7,951	34.5	25.9
2	肝癌	7,759	33.6	26.2
3	大腸癌	4,531	19.6	14.8
4	女性乳癌	1,588	13.9	10.6
5	胃癌	2,282	9.9	7.3
6	口腔癌	2,249	9.7	7.6
7	攝護腺癌	936	8.0	5.9
8	食道癌	1,489	6.5	5.0
9	胰臟癌	1,480	6.4	4.9
10	子宮頸癌	657	5.7	4.2
	所有癌症	39,917	173.0	132.5

表 2-2 男性 2009 年十大癌症死亡資料

順位	癌症死因	2009		
		個案數(人)	粗死亡率 (每十萬人口)	年齡標準化死亡率 (每十萬人口)
1	肝和肝內膽管癌	5,467	47.0	38.0
2	氣管、支氣管和肺癌	5,336	45.9	35.5
3	大腸癌	2,562	22.0	17.2
4	口腔癌	2,103	18.1	14.6
5	胃癌	1,457	12.5	9.5
6	食道癌	1,369	11.8	9.4
7	前列腺(攝護腺)癌	936	8.0	5.9
8	胰臟癌	871	7.5	5.9
9	白血病	571	4.9	4.1
10	非何杰金氏淋巴瘤	542	4.7	3.7
	所有癌症	25,284	217.4	171.6

表 2-3 女性 2009 十大癌症死亡資料

順位	癌症死因	2009		
		個案數(人)	粗死亡率 (每十萬人口)	年齡標準化死亡率 (每十萬人口)
1	氣管、支氣管和肺癌	2,615	22.8	16.9
2	肝和肝內膽管癌	2,292	20.0	14.9
3	大腸癌	1,969	17.2	12.5
4	女性乳癌	1,588	13.9	10.6
5	胃癌	825	7.2	5.2
6	子宮頸癌	657	5.7	4.2
7	胰臟癌	609	5.3	3.9
8	卵巢癌	435	3.8	2.9
9	非何杰金氏淋巴瘤	372	3.2	2.4
10	白血病	353	3.1	2.5
	所有癌症	14,633	127.8	95.1

備註：

1. 序位係以粗死亡率高低排序。
2. 年齡標準化率，係以 2000 年世界標準人口為標準人口計算。

(三) 歷年癌症發生、死亡增減情形

衛生署死因統計顯示，癌症自 1982 年起即居國人十大死因首位。依 2000 年世界標準人口年齡結構計算，國人癌症標準化死亡率由 1982 年每 10 萬人口 118 人逐年上升，至 1997 年達最高點 144.3 人，爾後十年間，均維持 138~144 人之間，2009 年為 132.5 人；同時期癌症標準化發生率亦由 1982 年每 10 萬人口 111 人逐年上升至 2007 年 270.1 人（如圖 2）。

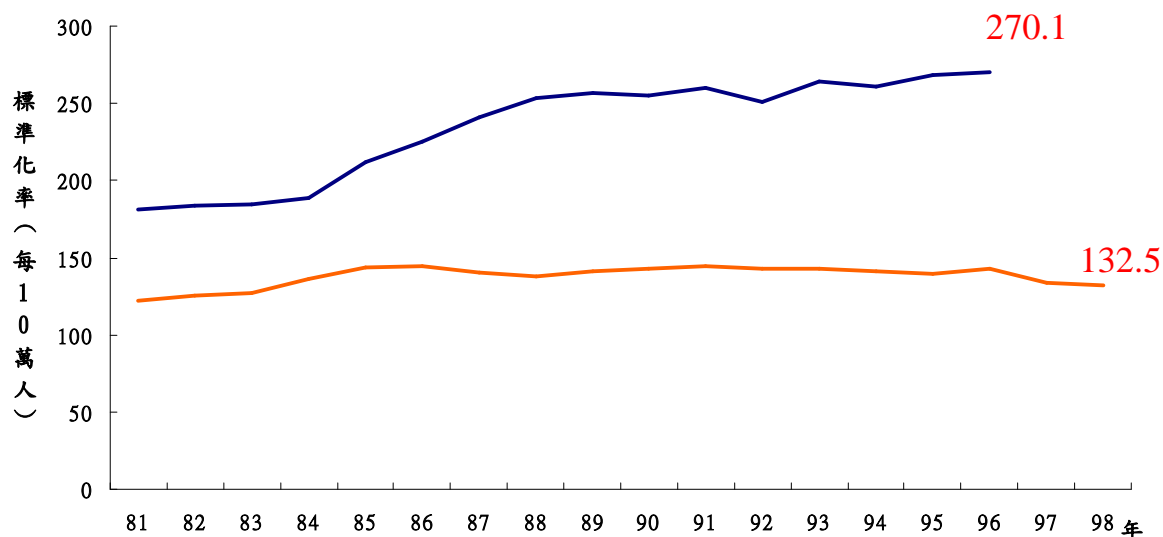


圖 2 台灣全癌症標準化發生率與死亡率長期趨勢

另依 1998~2007 年癌症標準化發生率 10 年增減分析，男、女性所有癌症標準化發生率增加分別為每 10 萬人口 43.8 人與 19 人，其中男性增加最多的癌症為口腔癌（每 10 萬人口增加 13.1 人）、食道癌（每 10 萬人口增加 9.3 人）；下降之癌症為胃癌、鼻咽癌與膀胱癌；女性增加最多的癌症則為乳癌（每 10 萬人口增加 18.8 人）；下降人數最多的癌症為子宮頸癌，每 10 萬人口下降 15.3 人（如圖 3-1、3-2）。

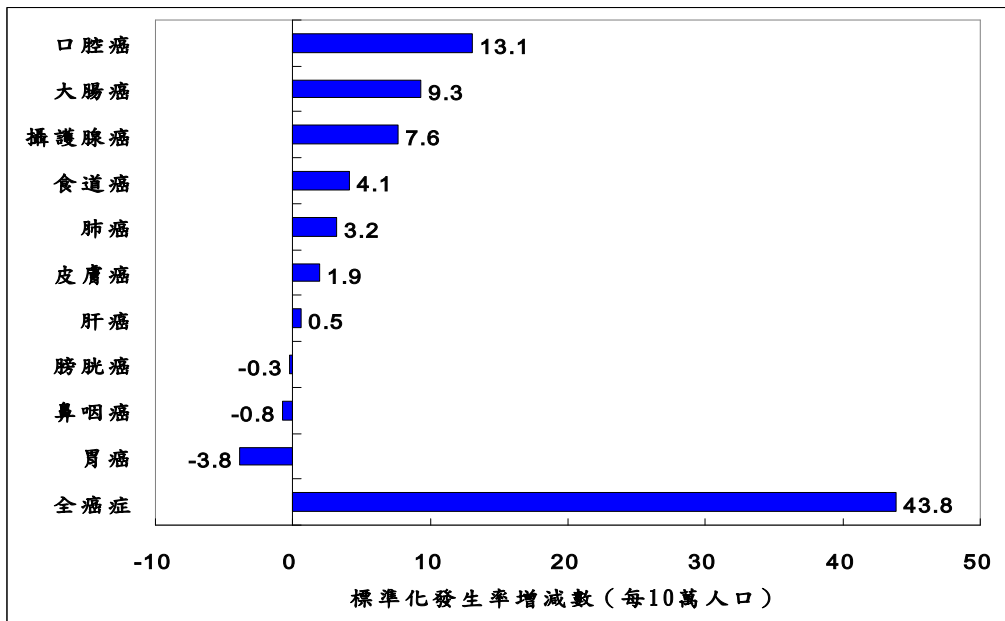


圖 3-1 男性 10 大癌症年齡標準化發生率 10 年增減數, 1998~2007

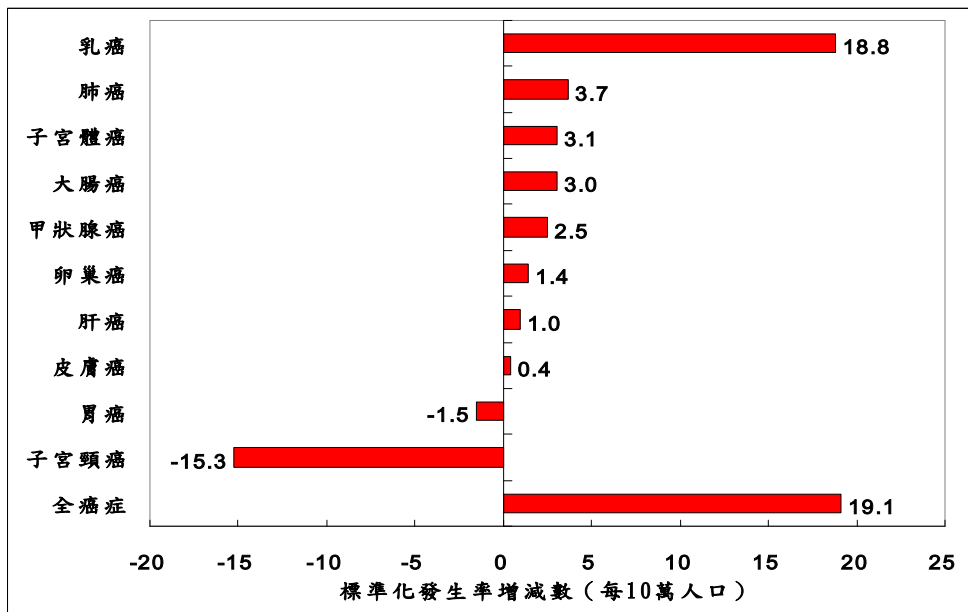


圖 3-2 女性 10 大癌症年齡標準化發生率 10 年增減數, 1998~2007

註：增減數=2007 年標準化發生率-1998 年標準化發生率

另比較 1998~2007 年癌症標準化死亡率 10 年增減情形，男所有癌症標準化死亡率每 10 萬人口增加 10.2 人，女性則減少 2.7 人，其中男性癌症死因增加最多為口腔癌（每 10 萬人口增加 5.7 人）；下降之癌症為胃癌；女性增加最多的癌症則為乳癌（每 10 萬人口增加 1.6 人）；下降人數最多的癌症為子宮頸癌，每 10 萬人口下降 4.2 人（如附圖 3-3、3-4）。

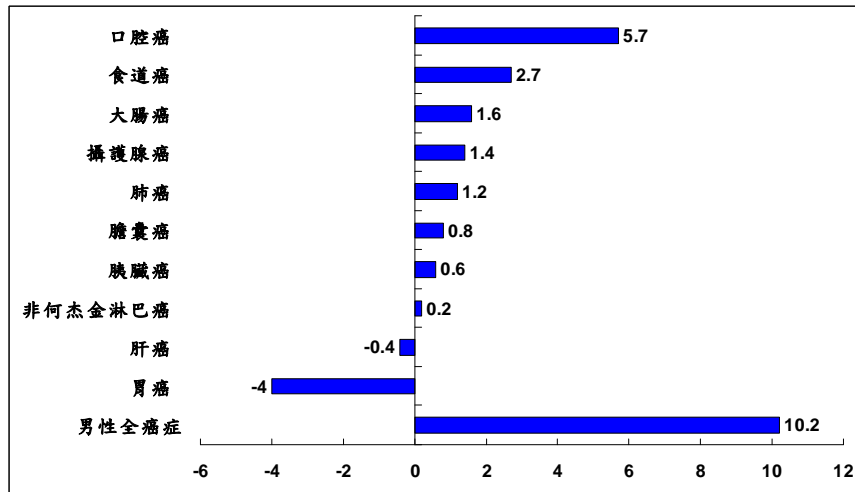


圖 3-3 男性 10 大癌症年齡標準化死亡率 10 年增減數, 1998~2007

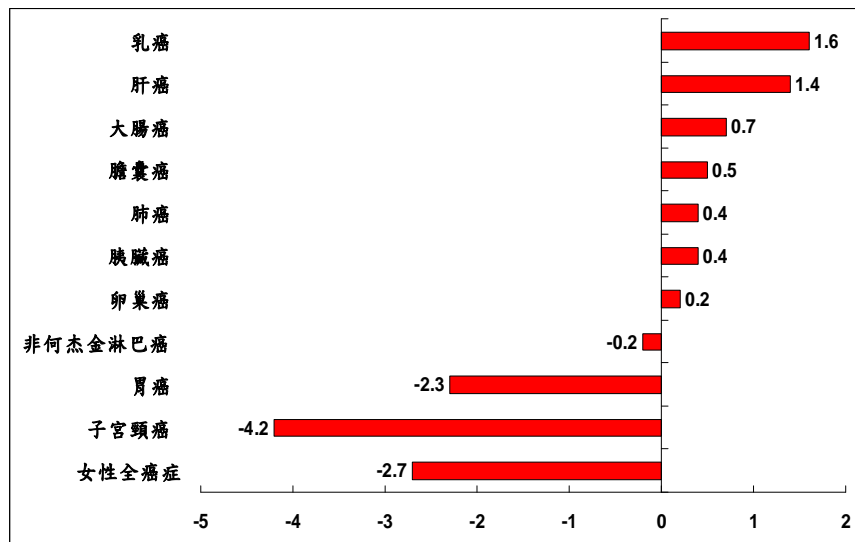


圖 3-4 女性 10 大癌症年齡標準化死亡率之 10 年變化率, 1998~2007

註：增減數=2007 年標準化發生率-1998 年標準化發生率

第二節、問題評析

(一) 癌症初段預防問題

國民健康局九十一年所進行之「國民健康促進知識、態度及行為調查」顯示，台灣地區成年男、女性吸菸率分別為 50% 及 5.8%，成年男、女性嚼食檳榔率分別為 17.5% 及 1.2%，近五年成人吸菸率及嚼食檳榔率並未有明顯下降。此外，青少年吸菸及嚼食檳榔問題有日益嚴重且有年輕化趨勢，根據李蘭教授之八十八年所做之「台灣地區成人及青少年之吸菸率及吸菸行為調查」發現，青少年男、女性吸菸率分別為 11.3% 及 3.2%，而同時間十二、三歲的吸菸率高於十五歲，女性十八歲吸菸率甚至高於成人女性各個年齡層，此外青少年吸菸率在高中時期增加的非常快速，十五歲至十七歲之男性吸菸率由 3.6% 增加至 27.9%，女性由 2.0% 增加至 7.0%。另，九十一年國民健康局「國民健康促進知識、態度及行為調查」資料顯示，十五至十七歲青少年男、女性嚼食檳榔率分別為 5.5% 及 0.7%，青少年男性檳榔嚼食率在十五歲到十七歲之間成長快速，由 3.3% 增加到 8.5%，而第一次嚼食檳榔的原因主要為「好奇」。

依據本署食品衛生處調查，國人肥胖人口比率高達 12%，而 1993-1996 年「國民營養健康狀況變遷調查」結果則顯示，國人脂肪攝取過多，鈣質、鐵質攝取不足，另與慢性疾病相關之微量營養素亦有部份國人有攝取不足之現象；由飲食型態來看，大部分的國人奶類攝取不足、半數以上的民眾蔬菜、水果的攝取均未達到建議量，而肉類攝取過多。根據流行病學調查，國人飲食中蔬菜、水果攝取不足以及脂肪攝取過多，都與癌症有密切關係；蔬菜攝食不足與胃癌、肝癌、肺癌及結直腸癌等有關，而脂肪攝取過多則與肺癌、乳癌、結直腸癌的發生有相關性。因此，改善國人飲食型態，使蛋白質、脂肪及醣類三大營養素符合均衡的飲食原則，並可獲得足夠的微量營養素，為預防癌症及其他慢性疾病之介入措施。

在肝癌方面，國人肝癌發生率及死亡率居高的原因與 B 型及 C 型肝炎感染有關，國人 80% 的肝癌發生是因 B 型肝炎所致。為防止 B 型肝炎感染，政府自七十三年開始實施 B 型肝炎預防注射，已將國小一年級的帶原率降至 1.7%，但國人現有之 B 型肝炎帶原率仍有 15-20%。目前對於帶原者之治療和肝癌早期篩檢及其後續之治療，成效皆不理想，同時花費也相當大，故要短期內降低其死亡率，實有困難。

另外，人類乳突病毒持續感染是發生子宮頸癌的必要條件，國外研發之人類乳突病毒預防疫苗將於九十五年上市，因此未來應注意各國人類乳突病毒預防疫苗接種政策及發展，以作為未來我國制定疫苗接種政策之依據。

(二) 癌症次段預防問題

子宮頸癌、乳癌、結直腸癌是女性癌症發生的前三位、結直腸癌及口腔癌則是男性癌症發生率的第三位及第四位，其中口腔癌是男性癌症發生率上升最快的癌症。子宮頸癌、乳癌、結直腸癌及口腔癌是可以經由早期發現早期治療且治癒率高的癌症。國外研究顯示，子宮頸抹片篩檢約可降低 60%-90% 子宮頸癌發生率及死亡率，50 歲以上婦女乳房攝影篩檢約可降低 24% 死亡率，每年或每二年一次糞便潛血檢查大約可降低 15% 至 33% 的死亡率。

目前子宮頸癌與乳癌篩檢已列入健保預防保健服務，而結直腸癌和口腔癌，依據基隆市社區闖家歡篩檢成果，檳榔族口腔黏膜篩檢，每挽救 1 人年命僅需花新台幣 6205 元，而結直腸癌每年糞便潛血篩檢，每挽救一人年命也只要新台幣 16,962 元，相當具成本效益，因此分別於民國 88 年及 91 年起列入公務預算推廣之篩檢項目。

有關上開各類癌症篩檢之對象及篩檢間隔，各國目前採行不同標準。在子宮頸癌篩檢部分，美國防癌協會 (ACS) 建議，婦女開始有性行為三年內，應開始每年接受抹片檢查，30 歲以上婦女，如連續三年抹片正常者，改為二至三年一次，如合併 HPV 及抹片檢查，HPV 陰性且抹片正常者，改為每三年一次。國際癌症研究組織 (IARC) 則建議 25 歲以上婦女，每三至五年接受一次抹片檢查即可有效降低子宮頸癌的發生率和死亡率。

在乳癌篩檢部分，美國防癌協會 (ACS) 建議，40 歲以上婦女應每年一次接受乳房攝影檢查及專科醫師觸診，20 至 39 歲婦女每三年接受一次專科醫師觸診。惟歐洲國家研究建議為 50 歲以上婦女每二至三年一次乳房攝影檢查，可以降低 35% 乳癌死亡率，但認為 40-49 歲篩檢效果仍存爭議。

在結直腸癌篩檢部分，美國防癌協會 (ACS) 建議，50 歲以上民眾每年應作一次糞便潛血檢查 (FOBT)、或每五年一次乙狀結腸鏡檢查、或每五年一次銀劑灌腸攝影、或者每十年作一次大腸鏡檢查，以早期發現結直腸癌。

台灣地區子宮頸抹片篩檢已反映在發生率及死亡率的下降，標準化發生

率由八十五年 27.99/105 下降至八十九年的 27.73/105，標準化死亡率由八十一年 7.3/105 下降至九十一年 4.9/105，但仍有近三成 30 歲以上婦女未曾接受過抹片檢查。

除上述之篩檢工具外，國外現正評估人類乳突病毒合併子宮頸抹片成為篩檢子宮頸癌及其癌前病變的工具，除可以區分高危險群之外，針對人類乳突病毒檢測結果為陰性且抹片正常的人，可以延長篩檢的間隔。為提高篩檢效益，國內有必要評估人類乳突病毒篩檢的需要，惟國人對人類乳突病毒檢測的接受度及陽性個案可能衍生的負面影響，仍須進一步評估。

我國現正在發展乳癌、結直腸癌及口腔癌之篩檢服務模式，惟篩檢網絡仍未健全，相關醫事人力包括乳房攝影之判讀醫師、技術師和大腸直腸鏡檢查的內科消化系專科醫師不足，相關篩檢品質監測制度亦待建立。至於國人高發生率的肝癌及 40-49 歲婦女乳癌，其篩檢模式，如篩檢對象、頻率及成本效益等，亟待建立本土實證資料。

另外，在推廣民眾定期接受癌症篩檢必然會遭遇篩檢率偏低問題，考量經由宣導教育來導正民眾觀念，進而落實於行為上，需時相當長；有鑑於早期發現仍是短期內唯一能降低其發生和死亡率的有效方法，另研究亦顯示認知的提升與行為的落實是不相等的，但如能搭配補助篩檢，確可於短時間內促使行為的落實，故本計畫執行期內仍採「加強宣導、提升民眾認知」與「提供免費篩檢」兩者雙軌並行方式，並持續探究篩檢率偏低之確實原因，以逐步養成民眾付費篩檢之習慣。

（三）癌症末段預防問題

依癌症登記資料顯示(85 至 89 年)，國人男性癌症五年存活率為 31.8%，女性為 57.4%，低於美國的 63%。雖此差異可能部分來自於篩檢，或是好發癌症部位不同，但也可能反應出國內的癌症診療品質低於美國。

由於目前健保局對於癌症醫療之給付係採論量計酬，且給付與審查制度未能與實證醫學臨床診療準則相符合，同時，癌症診療醫院及專業人員並未落實腫瘤治療專科化制度，因此無法有效稽核提供癌症醫療照護機構之診療品質。加上以往之醫院評鑑，多針對整體醫療之結構、過程與硬體設備評核，在此制度環境下，不但無法促使癌症診療醫院重視品質，反導致醫院不斷地擴充硬體、追求服務量增加，使得國內癌症診療醫院品質參差不齊。因此，

未來首要工作應為課責醫院對於提升癌症診療品質之義務，建立品質評估系統，確保醫院落實癌症品質提升。

(四) 癌症末段預防問題

過去國內推動之安寧緩和醫療主要係針對癌症末期病患，然而世界衛生組織於西元 1990 年提出的安寧緩和醫療是一連續性之照顧方式，強調於癌症初期即開始提供服務，採全人化照顧，維護病人和家屬最佳的生命品質，並加上疼痛及其他症狀控制，以緩減身體上其他不適的症狀。安寧緩和醫療發展之初，是以安寧專業人員於特殊地點提供服務，至今則強調將其服務理念融入病人日常的醫療照護中，使病人的症狀得到妥善緩解，進而心靈亦得到平撫，安詳面對死亡。

在推動專業性之安寧緩和醫療服務經驗上，英美等國及我國本土初步評估指出，安寧居家符合個案需求，又能節省醫療支出；惟國內目前健保局仍將安寧給付列為試辦計畫，參與該計畫之住院服務計 20 家 314 床（平均佔床率約 54.33%），居家服務計 43 家，尚有六縣市完全沒有安寧住院或居家服務的醫院，每年服務量只達 10%，可見安寧緩和醫療仍未被重視和接受，努力空間仍大。

究其因，除由於民眾及醫護人員對安寧緩和醫療不認識，認為安寧病房是消極等死，亦因現行安寧病房外的癌症病人不能得到健保有關安寧緩和醫療的給付，而非安寧病房的癌症病人，在醫護人力和認知不足及不願異動醫師的因素，造成許多癌症病人無法接受安寧緩和醫療服務。

在英美等國安寧居家服務量已為住院十倍的情況下，反觀我國，不但安寧居家服務量僅為住院的三分之一，且其中有三分之一又回醫院死亡，此與國人一向重視落葉歸根有所出入。探究其因，主要為健保安寧居家給付不敷成本，致使醫院不願投資，個案囿於家中人力或能力不足，且需自付訪視交通費、器材租賃及相關材料費等，促使在經濟考量下寧願選擇住院。

為普及癌症病人接受安寧緩和醫療，提升生活品質，如能藉由給付和評鑑誘因，有效推動安寧緩和醫療共同照護和積極提倡居家療護，此外，提升非安寧病房醫療人員之安寧照護知能，直接將安寧緩和醫療融入其醫療照護中，再配以品質提升輔導，方能擴大服務面及效率，全面促使臨終癌症病人之疼痛等症狀得以緩解，心靈得到平撫，進而安詳面對死亡。

（五）癌症監測問題

為建立植基於實證醫學的癌症防治計畫，本署持續建置癌症發生、死亡及篩檢資料，但由於無法源依據，以及醫院普遍存在對癌症登記的不重視、人員素質低且異動頻繁、漏報和資料不正確，以及分期資料闕如等問題，申報品質可議。現雖癌症防治法已規定醫院有申報的義務，接下來則應就建立提升人力和申報品質的機制而努力。

（六）癌症控制資源整合問題

癌症防治三段五級預防工作，必須藉由具有共同願景的政府行政單位、醫療團隊和民間社團的群策群力，加上互通的資訊，有效的整合，才能將有限的資源發揮到最大。惟目前中央及地方政府，醫療、公衛及健保系統因獨立作業、互通資訊機制不健全，財務各自給付，致有良善美意之政策執行並不流暢，故需建立各單位間的業務、資訊與研究的整合機制，互信互助，才能為共同目標努力。

另外，癌症防治工作常需民間團體的協助，惟目前政府和民間沒有形成有效的合作機制，常常重複投資而致無效率，故建立政府與非政府機構或非營利機構的合作模式，使社會資源能發揮最大的效用，亦是我們目前的最重要課題之一。

第三節、業務指標及目標

（一）長期目標

十年內癌症標準化死亡率上升幅度達 0 成長率。

（二）本計畫目標

1. 18 歲以上男性嚼檳榔率下降；成人嚼食檳榔率由 17.5% 降至 17%
2. 提升癌症篩檢率
 - (1) 30-69 歲婦女三年內曾接受子宮頸癌篩檢率；由 55% 提升至 58%
 - (2) 50-69 歲婦女曾接受乳房攝影率；由 2.5% 提升至 20%

3. 提高癌症病人五年存活率；男提高 1%，女提高 2%
4. 提高癌症病人死亡前曾接受安寧療護比率；至少 35%

第四節、目標達成情形

(一) 長期目標達成情形

指標內容	94 年基準值	98 年達成值
全癌症標準化死亡率	134.1/10 ⁵	132.5/10 ⁵

(二) 計畫目標達成情形

指標內容	94 年基準值	98 年目標值	98 年達成值
全癌症五年觀察存活率	男性 31.9 女性 53.6	男性 32.5 女性 55	男性 35.5 女性 58.9
18 歲以上成年男性嚼檳榔率	17.5	17	15
30-69 歲婦女三年內曾接受過子宮頸癌篩檢比率	55	58	58
50-69 歲婦女曾接受過乳房攝影篩檢比率	2.5	20	24
癌症死亡病人曾接受安寧緩和醫療服務比率	13.4	35	38

註：1.*嚼檳率為 96-98 健康行為危險因子監測電話調查結果

2.各項篩檢率為本署篩檢資料庫分析結果

3.安寧療護涵蓋率為癌症死亡個案曾接受過安寧共同照護、居家及住院之比率

貳、癌症防治成果

第一節 整合癌症防治架構

- 一、 橫向整合中央各相關部會執行癌症防治工作。藉由「中央癌症防治會報」，督導全國癌症防治工作之政策擬定和執行成效，並責成各部會推動相關防治工作。97年勞委會勞資協調會議通過採納本署建議，將口腔黏膜健康檢查納入勞工健康檢查，廣大的勞工族群可直接受益；又如農委會及環保署皆同意並已通令所屬主動連繫衛生單位提供口腔黏膜健康檢查。
- 二、 橫向整合衛生署各相關局處之業務，每季召開會議，藉由「癌症防治政策委員會」建立本署各單位有效分工模式。
- 三、 垂直整合中央及地方衛生機關。由本署建立中央及地方之整合機制，與縣市衛生局共同議定國家防癌政策，衛生局亦得因地制宜擬定地方癌症防治工作重點，並藉由回饋及資訊分享，整合衛生行政體系之政策制訂、執行及評估工作。

第二節 建立健康生活型態

一、媒體宣導

現今傳播媒體的發達，透過電視、廣播、報紙、雜誌、戶外及網路等媒體通路，使民眾獲得健康資訊的管道多元且傳播快速。而各種健康資訊經由網際網路與媒體的散播，正跨越時間與空間的藩籬，讓民眾淹沒在無涯的健康訊息浪潮中。其中若有不當或不正確的健康觀念，極易被誤信、誤用，進而影響到身體的健康。如何提供具可近性、便利性與正確性的健康資訊，幫助民眾作自我健康管理，進而促進自我健康，也是本計畫的理念。

為提供民眾及癌症防治人員正確與即時的資訊與知識的管道，本局於民國87年起即建置「健康九九衛生教育網—<http://health99.doh.gov.tw>」（以下簡稱「健康九九」，圖），並將

癌症防治相關的衛生教育教材上線，提供線上觀看、下載與影音服務，提供民眾即時正確之健康資訊。並本著「珍愛生命、傳播健康」之理念，計鑑置了更友善與親和力的多元化單一入口網站－「健康資訊網」（如圖7-2），內容以主題分類方式呈現，期能將具公信力與可信度之全方位健康資訊加以整合、傳播與行銷。



圖7-2 健康資訊網 (<http://www.health99.doh.gov.tw/>)

二、檳榔健康危害防制

國際癌症研究總署已證實，檳榔為第一類致癌物；國內學者亦一再警告，嚼檳榔為國人罹患口腔癌主因，約 90% 口腔癌患者都有嚼檳榔習慣，較之吸菸和酗酒，嚼檳榔罹患口腔癌的風險性更高。

我國嚼檳榔人口約為 139 萬人；男性口腔癌成為增加最快的癌症，過去五年間，標準化發生率增幅達 16%，同時也是 25~44 歲男性最常罹患的癌症。為降低口腔癌對國人健康之威脅，2008-2009 年擴大辦理相關宣導，全面致力降低民眾嚼檳榔率。

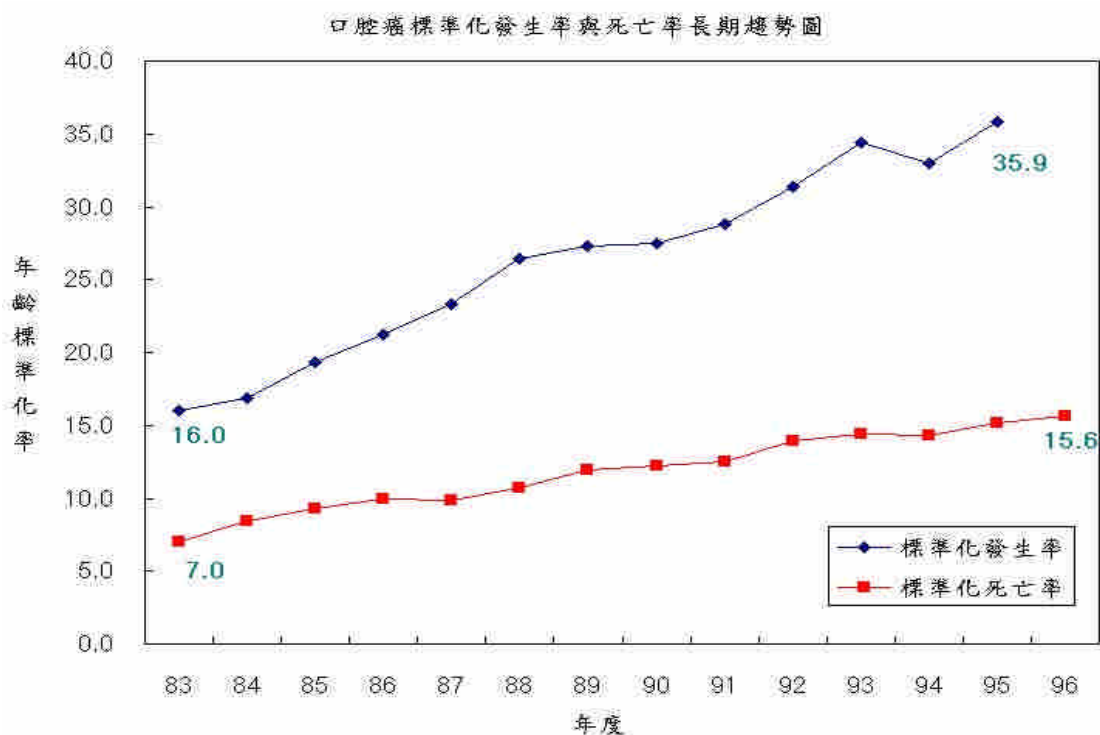


圖 3-5 1994~2007 年男性口腔癌標準化死亡率及發生率長期趨勢圖

回顧過去防制檳榔危害的奮鬥史，各部會於 1997 年共同執行五年期「檳榔問題管理方案」，行政院採納民間團體建議，訂每年 12 月 3 日為「檳榔防制日」。2008-2009 年持續在各層

級政府及全國各地擴大辦理媒體宣導及相關活動，並與部會及民間團體合作，在各場域推動檳榔健康危害防制工作，使 2009 年 18 歲以上男性嚼檳率降至 14.6%。上述防制工作重點摘述如下：

(一) 倡導不嚼檳榔

1. 宣導採軟性訴求，結合病友現身說法：

首部嚼檳榔之口腔癌病友紀錄片「遺失的微笑」於 2007 年推出後，廣受防制工作者及民眾好評，為普及民眾對嚼檳榔致癌的認知，2009 年持續透過網路聯播，並於醫療院所、學校、社區、職場、國防體系等場域進行推廣。為了能以軟性宣導與直接觸及嚼檳榔族群方式，本局於 2009 年特邀請草根藝人澎恰恰與口腔癌病友及其家屬共同現『聲』宣導，以口腔癌病友的生命故事製作成「重生的幸福」有聲書，期盼透過主角們堅毅的生命力與家人間溫暖的親情，能喚起嚼檳榔朋友的健康自覺，並引起大眾對檳榔與口腔癌議題的省思與關注。

2. 深入社區，應用新宣導管道

結合基層衛生單位、醫療院所與社區力量，於各縣市社區及職場推動「不嚼檳榔運動」，並辦理「檳榔防制十年成果」巡迴展。另，為廣為接觸更多目標族群，自 2007 年起連續 3 年運用加油站通路發送宣導面紙盒，獲得基層衛生單位及民眾熱烈迴響，2009 年擴大辦理，於全台兩大加油站通路體系，近 200 個營業據點發送，為 2008 年的 2 倍。

3. 紮根校園

2009 年於高嚼檳榔縣市共 54 所國中推動無檳校園，輔導學校營造無檳校園，設計檳榔相關教材並融入教學課程中，讓學生瞭解檳榔對健康的危害性，讓檳榔健康危害防制教育從小紮根，此外，透過健康促進學校工作平台，提供教師推動檳榔健康危害

防制能力之訓練，以及建置「檳榔 e 化網」，提供檳榔防制相關資源予學校師生使用，藉以營造校園不嚼檳榔環境。

4. 國際分享

台灣獨特的檳榔文化深受國際人士關注，為了讓國際重視檳榔健康危害議題，2008 年首度與台灣光華雜誌及日本 NHK 電視台合作，製作「檳榔」系列報導，從環境、社會、經濟、文化及健康等不同面向探討，並側寫我國防制工作及宣導方向，讓國際目光移轉到檳榔對健康所帶來的負面影響。

(二) 在社區及職場營造「不嚼檳榔文化」

1. 強化和民間團體合作，推動拒檳榔工作

為有效運用社會資源，以各縣市衛生局為平台，整合有志於推動檳榔危害防制工作之團體，如陽光基金會、防癌教育基金會、地區醫院（花蓮國軍總醫院、奇美柳營醫院等）及全國 50 餘社區團體，藉由各場域無檳榔宣導、訂立職場管理規範、辦理宣導講座、戒檳班、提供口腔癌病友支持服務等方式，在社區及職場建立拒絕檳榔的社會觀和支持環境。

另，辦理衛生局人員檳榔防制工作培訓計畫，教導防制策略、工具應用與溝通技巧，以提升其輔導社區推動無檳榔運動的技能，增進檳榔防制工作效益。

2. 跨部會推動，擴大辦理口腔癌篩檢服務

2008 年跨部會合作的突破，協調農委會將檳榔納為農產品時，一併實施輔導檳榔農轉作計畫，並透過衛生署、農委會及環保署定期會議，協調其所屬單位主動洽衛生單位，提供檳榔危害防制宣導活動與口腔癌篩檢服務。另，協商行政院勞工委員會，將口腔癌篩檢納入勞工健檢項目，以擴大口腔癌篩檢對象，98 年勞委會同意於勞工知情同意下，勞檢醫院可提供 30 歲以上高危險群勞工口腔黏膜檢查。

二、研議人類乳突病毒(HPV)疫苗政策

研究證實，子宮頸癌的發生是因感染人類乳突病毒（HPV）所引起。我國分別於 2006 及 2008 年核准「嘉喜」及「保蓓」兩個 HPV 疫苗廠牌上市，可以有效預防 HPV；由於疫苗昂貴且長期效果未確定，社會對於是否以公費補助接種，仍存疑慮。衛生署為讓社會大眾認識 HPV 與子宮頸癌關係，及研議 HPV 疫苗政策，除辦理法人論壇及專業人員教育、完成政策評估報告，提供低收入戶和山地離島青少年免費接種，更於 2008-2009 年進行下列工作：

（一）進行 HPV 疫苗與子宮頸癌防治的民眾宣導教育：

1. 辦理民眾宣導教育

- （1）利用電視、報章、雜誌、廣播等大眾傳播媒體，宣導子宮頸癌防治及認識 HPV 疫苗。
- （2）於健康 99 衛生教育資訊網設立 HPV 疫苗主題館，提供相關訊息。
- （3）利用衛生局所管道，分送民眾「女人的私密筆記」手冊，及「遠離 HPV 魔法書」手冊，介紹子宮頸癌與 HPV 關係、認識 HPV 疫苗及如何預防子宮頸癌。
- （4）補助民間單位辦理子宮頸癌防治宣導及成立網路部落格。

2. 配合性教育管道，將子宮頸癌防治及疫苗教育納入

- （1）製作「螢火蟲之戀」教學光碟及「子宮頸癌防治：性事知多少」教學簡報檔，結合健康促進學校及各縣市衛生局相關管道，於性教育宣導時配合使用。

3. 辦理專業人員教育訓練

- （1）辦理公共衛生護士「認識 HPV 疫苗及疫苗接種注意事項」教育訓練。
- （2）將教育訓練資料公佈上本局網站，供各界專業人員下載閱

讀。

(二) 進行相關調查研究

1. 進行「父母對 9-15 歲女兒接種子宮頸癌疫苗意願」電話調查，及「國中女學生家長對子宮頸癌疫苗的認知與態度調查」問卷調查，以蒐集父母意見。
2. 進行「台灣人類乳突病毒 (HPV) 疫苗接種政策之成本效益分析」研究。

(三) 2008 年 7 月 16 日傳染病防治委員會 (預防接種組) 會議提案討論，是否經由公費補助青少年接種 HPV 疫苗。委員會建議，HPV 疫苗應納入國家常規接種疫苗之一，並以國一女生為接種對象。

(四) 2008 年 11 月 29 日召開「是否經由公費補助接種子宮頸癌疫苗議題法人論壇」，廣邀家長、教師、醫藥、婦女及社會團體參加，蒐集相關團體對於 HPV 疫苗政策的意見，做為政策制訂參考。

第三節、推動癌症篩檢工作

實證顯示，大規模子宮頸抹片篩檢可降低 60~90% 子宮頸癌發生率與死亡率；每 1~2 年一次乳房攝影，可降低 50~69 歲婦女乳癌死亡率 21~34%。每 1~2 年糞便潛血化學法檢查 (IFOBT) 可降低 50~69 歲民眾結直腸癌死亡率 15~33%。35 歲以上有菸酒習慣男性，每三年做一次口腔黏膜目視檢查，可降低 43% 口腔癌死亡率。因此，衛生署於 1995 年提供 30 歲以上婦女每年一次子宮頸抹片檢查，其後又於 1999 年開始對 18 歲以上嚼檳榔或吸菸者提供口腔黏膜目視檢查，2002 年起提供 50~69 歲婦女乳房攝影檢查，2004 年起提供 50~69 歲兩年一次糞便潛血檢查。截至 97 年止，主要癌症檢查成果摘要說明如下：

➤ 推廣篩檢

1. 子宮頸癌篩檢

子宮頸癌是台灣地區女性好發癌症之一，每年約 2,000 名女性發生子宮頸侵襲癌；由先進國家大規模子宮頸抹片篩檢及相關研究分析顯示，在高涵蓋率下的子宮頸抹片篩檢，可降低 60~90% 子宮頸癌發生率與死亡率。

自 1995 年起，全民健康保險提供 30 歲以上婦女每年一次子宮頸抹片檢查。依據本局 2008 年電話調查結果，69% 的 30~69 歲婦女三年內曾接受抹片檢查，另依據子宮頸抹片篩檢報告資料庫分析，截至 2009 年，三年內曾做過比率為 58%。

另為鼓勵低收入戶婦女接受子宮頸抹片檢查，補助辦理子宮頸抹片獎勵方案，計提供 1 萬 1,349 名婦女抹片檢查，發現癌前病變及以上計 152 名。另與法務部合作辦理「提供矯正機關女性收容人子宮頸抹片檢查試辦計畫」，透過衛生局提供桃園、台中、高雄、花蓮及宜蘭監獄約 2,000 名女性收容人子宮頸抹片檢查，發現癌前病變及以上計 37 名。

1995~2009 年婦女子宮頸癌年齡標準化死亡率已呈下降趨勢，由 1995 年每十萬人口 11 人死亡降到 2009 年每十萬人口有 4.2 人死亡，標準化死亡率下降 62%。子宮頸侵襲癌年齡標準化發生率，在實施全國抹片篩檢後，由 1995 年每 10 萬人口 25 人降至 2007 年每 10 萬人口 12 人，標準化發生率下降 52%，顯示長期推動抹片篩檢成效已反映在子宮頸癌發生率及死亡率下降的成果上。

2. 乳癌

乳癌位居我國女性癌症發生率第一位及死亡率第四位。根據癌症登記統計顯示，乳癌發生人數從 1995 年 2,838 人增加至 2007 年 7,502 人，標準化發生率上升 93%。而死亡人數也從 1995 年 918 人增加至 2009 年 1,588 人，標準化死亡率上升 9.3%。對於乳癌篩檢，歐美至今已有多項以乳房攝影作為篩檢工具的大型臨床隨機研究，顯示每 1~2 年一次的乳房攝影，可

降低 50~69 歲婦女乳癌死亡率 21-34%。

因應乳癌發生率急遽上升，本局自 2002 年 7 月起試辦 50~69 歲兩階段乳癌篩檢計畫，先以問卷篩檢出高危險群，再轉介其接受乳房攝影檢查，並自 2004 年 7 月起，由全民健保提供 50~69 歲婦女每兩年一次乳房攝影篩檢服務，2006 年以後又改為公務預算補助，2009 年篩檢服務擴大為 45~69 歲，2009 年 45~69 歲婦女兩年內曾接受過乳房攝影篩檢者達 39.6 萬人，篩檢率為 11%，經篩檢發現的乳癌約五成以上屬於 0 期或第 1 期，比癌症登記率僅 38% 為高，顯示篩檢有助於早期發現乳癌。



圖 5-1 三點不漏：乳房篩檢與子宮頸癌宣導

3. 大腸直腸癌

大腸癌為國人癌症發生率第二位及死亡率第三位，就發生人數而言，大腸癌於 2006 年首度成為國人發生人數最多的癌症。研究顯示，每 1~2 年免疫法糞便潛血檢查 (IFOBT) 可以降低 50~69 歲民眾大腸癌死亡率 18~33%。

為早期發現大腸癌個案及降低大腸癌死亡率，2004 年起提供 50~69 歲民眾每兩年一次免疫法糞便潛血檢查，近兩年篩檢 51 萬人，篩檢率為 10%。經篩檢發現的大腸癌約 42% 屬於 0 期或第 1 期，比癌症登記之 21% 為高，顯示篩檢有助於早期發現大腸癌。

為降低大腸癌發生率及早期發現大腸癌個案，2004 年起提供 50-69 歲民眾每兩年一次免疫法糞便潛血免費檢查，2004-2008 年共篩檢 120 萬人，其中 4% 個案檢體中顯現潛血反應，在醫療院所和衛生所的追蹤下，有 68% 的民眾完成後續大腸鏡檢查；大腸鏡檢查結果有 4% 為大腸癌（男 4.9%，女 3.7%）、46% 有息肉（男 57%，女 37%）。比較篩檢與癌症登記之大腸癌期別個案分布顯示，篩檢可以大幅增加 0-1 期個案所佔的分率，由 21% 增加至 42%，並大幅將第 4 期個案所佔分率由 23% 降至 9%。

4. 口腔癌

近十年來，台灣每年罹患口腔癌從 2,731 人增加為 5,458 人；死亡人數則從約 1,298 人增加為 2,249 人，成長幅度驚人。

世界衛生組織在印度的研究顯示，提供 35 歲以上具菸酒習慣的男、女性每三年一次口腔黏膜目視檢查，可降低男性 43% 口腔癌死亡率。口腔癌篩檢主要目的並非找到癌症，而是癌前病變（如非均質性白斑或是口腔黏膜下纖維化等），經治療與衛教、戒檳榔後，以有效阻止其進展為口腔癌症。

為了讓更多高危險族群接受口腔癌篩檢服務，2009 年委託辦理「口腔黏膜健康檢查教育訓練」課程，針對牙醫師、耳鼻喉科醫師、勞檢醫師及其他科別醫師報名，北區、中區、南區及東區等共辦理 45 場訓練課程，期提升口腔癌篩檢品質。近兩年 18 歲以上嚼檳榔或吸菸民眾接受口腔癌篩檢計約 144 萬人（篩檢率為 28%），其中 1,248 名確診為口腔癌。

➤ 提升篩檢品質

為提升癌症篩檢品質，本局分別委託台灣病理學會辦理子宮頸細胞病理診斷單位認證及檢驗品質提昇工作（110家）、台灣醫事檢驗學會，辦理糞便潛血檢驗醫事機構認證及檢驗品質提昇工作、中華民國放射線醫學會辦理乳房攝影機構認證及乳房攝影影像品質提升計畫（149家）、中華民國乳房醫學會辦理乳房超音波品質提升計畫及中華民國牙醫師公會全聯會與財團法人防癌教育基金會辦理口腔黏膜健康檢查教育訓練計畫；更建立篩檢品質監測制度，如下：

- 1、評估篩檢人力包括乳房攝影及大腸鏡檢查之需求及供給，並據以訂定篩檢人力培訓計畫。
- 2、建立篩檢機構包括子宮頸細胞病理診斷單位及乳房攝影醫院等之認可及品質監測制度，並定期評核；評核未通過者必須接受輔導，經輔導仍未改善者，則撤銷其資格。
- 3、建立病理檢驗品質基礎資料，據以規劃辦理輔導評核機制，並規定病理報告基本應填項目，以提升病理檢驗品質。

各項篩檢成果如表 4

項目	對象	篩檢政策	98年篩檢成果
子宮頸癌	30歲以上婦女	三年至少做一次抹片檢查	<ul style="list-style-type: none"> ● 30-69歲以上婦女子宮頸抹片三年篩檢率為58% ● 電話調查三年曾經篩檢率為69%
乳癌	45-69歲婦女	每兩年一次乳房攝影檢查	45-69歲婦女兩年內曾做乳房攝影篩檢比率11%
口腔癌	18歲以上嚼檳榔或吸菸民眾	每年一次口腔黏膜檢查	18歲以上嚼檳榔或吸菸民眾兩年內曾做口腔癌篩檢比率為28%
大腸癌	50-69歲民眾	每兩年一次糞便潛血檢查	50-69歲民眾兩年內曾做糞便潛血檢查比率為10%

第四節、落實癌症診療管理

➤ 補助成立癌症防治中心

為提升國內癌症診療品質，依據癌症防治法第 15 條訂定「癌症診療品質保證措施準則」，並於 94 年 3 月 10 日公布實施。另於 95 年補助 25 家醫院辦理「癌症防治中心—全面提升癌症診療品質計畫」，計畫重點涵蓋癌症預防、篩檢、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。建立化學藥物安全監測、癌症多專科團隊運作模式，訂定各項癌症診療共識或臨床指引，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指標及資料庫，據以監測評估及改進。

➤ 診療品質認證

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「2008 年度癌症診療品質認證基準及評分說明」與「2008 年度癌症診療品質認證作業程序」，並自 2008 年依據公告基準，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。

2008-2009 年共 40 家醫院完成認證，認證結果未來將納入醫院評鑑項目與醫學中心任務評量指標，促使醫院落實「癌症診療品質保證措施準則」，並於網站公告認證結果（如圖 3-），供民眾就醫參考。

即時訊息	本局公告
「健康九九...」	公佈98年度癌症診療品質認證合格醫院名單
重要議題	2009-12-9 癌症防治組
◆ 民眾關切議題	為提升國內癌症治療服務品質，本署依據癌症防治法，於94年3月頒訂癌症診療品質保證措施準則，明令各癌症防治醫療機構應依法成立癌症診療品質小組，規劃全院癌症診療品質提升計畫，藉以訂定各項癌症診療共識或臨床路徑，推動整合性之多科專業團隊診療，建立提升院內癌症醫療照護品質、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指標及資料庫，據以監測評估及改進。
◆ 重大政策	為落實準則要求，本署自90年起對每年新診斷癌症個案數達500例以上之醫療機構，獎助辦理癌症診療品質提升計畫。96年10月4日並公告「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」，自97起開始辦理認證，希望藉由認證計畫的推動，塑造同儕專業自律力量，提供民眾就醫選擇參考。
◆ 就業資訊	癌症診療品質認證總評分結果，依成績由高至低分為A、B、C、D、E五等級，以C級以上（含）為通過標準。98年度共有19家醫院報名，18家醫院通過認證，其中有7家醫院獲得A級，9家醫院獲得B級，2家醫院為C級。醫院名單詳見附件。
◆ 資料外釋	附件檔案： 98年度癌症診療品質認證合格名單（網站）.xls
◆ 分類導覽	<input type="button" value="圖上賞"/>
本局資訊	
◆ 本局簡介	
◆ 政府資訊公開	
◆ 健康統計	
◆ 科技發展	
◆ 熱門查詢排行	
◆ 下載中心	
◆ 法規輯要	
其他項目	
◆ 局長信箱	
◆ 訂閱電子報	
◆ 政府出版品	
◆ 網站常用服務	

圖 公告網頁

➤ 規劃論質獎勵制度

因應菸害防治法新法施行，及為提升癌症存活率，已規劃於菸品健康福利捐調漲增加之收入，編列醫院論質獎勵的經費，應用於癌症醫療品質提升。

本局自90年起獎助每年新診斷癌症個案數達500例以上之醫療機構，辦理癌症診療品質提升計畫，計畫重點涵蓋癌症預防、篩檢、診療品質、安寧療護、癌症診療資料庫建置等面向等，並自97年起推動癌症診療品質認證制度，已見成效。為提高癌症篩檢率，並將各項癌症診療品質促進作為擴及中小型醫院，及提供誘因促使各醫院投注資源於某些未列入健保給付，但卻對癌症照護品質具關鍵影響性之項目，如個案管理、安寧共照、癌症病友服務…等，故方案設計包含推動篩檢及癌症診療品質，後者概括分為兩類：（一）獎勵辦理癌症診療品質基礎建設計畫：由各醫院依本局指定辦理項目提出工作執行成果（二）評核特定癌症診療品質績效：利用癌登資料庫分析六種癌症存活率。

第五節、推廣安寧緩和醫療

衛生署自 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，本局於 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。截至 2009 年底，分別有 41、64 與 65 家醫院提供安寧住院、安寧居家與安寧共同照護服務，2009 年安寧共同照護服務個案約 1 萬 3,400 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 2008 年 38%（如圖 3-16）。

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。

另為全面提升安寧療護品質，委託台灣安寧緩和醫學學會辦理「安寧共同照護人員培訓、品質分析與輔導中小型醫院推動服務計畫」，執行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。

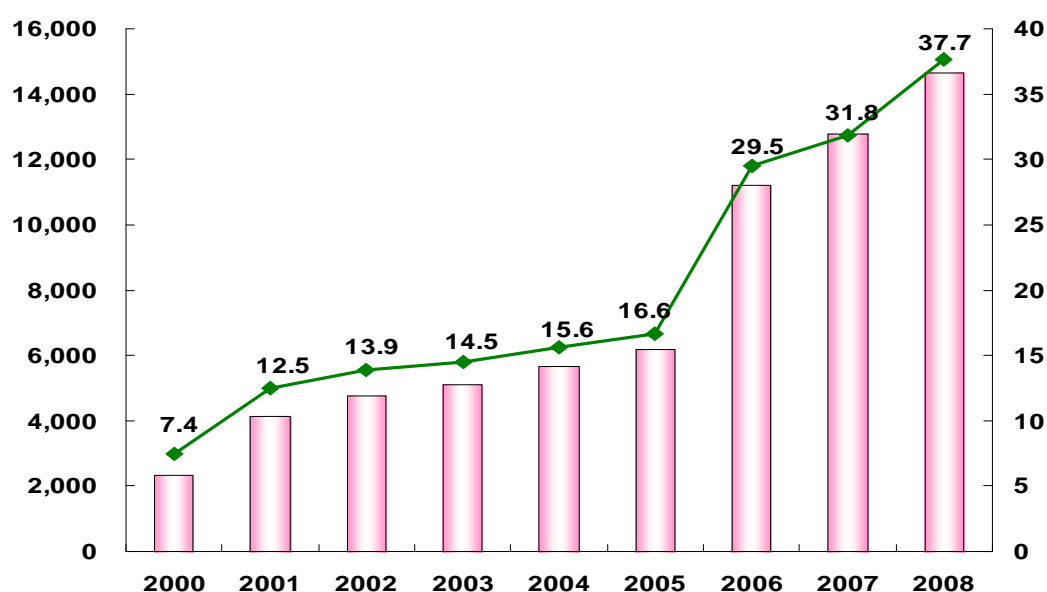


圖 3-16 2000~2008 年癌症病人死亡前一年利用安寧療護利用情形

第六節、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，國民健康局於 2003 年起辦理癌症病友服務計畫。

2009 年補助 15 個醫療機構及民間團體辦理癌症病友直接服務計畫，提供癌友直接照護服務，讓癌友及家屬得到完善的癌症支持照護。服務內容有電話衛教/諮詢服務、病房/診間探訪、心理諮詢、新病友學習營、團體工作、病友身心靈之旅、志工訓練、癌症相關衛教資料提供等共達 15 萬 3 千餘人次。

為建立醫院與民間團體合作機制，本局於 2008 年補助癌症希望協會，與醫院合作成立「癌症資源服務單一窗口」，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。

第七節、整合利用癌症資料

➤ 癌症登記資料庫

為規劃癌症防治工作，在民國 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流行病學和診斷治療摘要資料，並自 85 年起委託『癌症登記工作小組』進行癌症資料收集，使台灣地區的癌症登記申報工作日臻完善。以建立長期完整而正確的癌症資料庫，提供衛生主管機構及國內外學術機構的施政與研究參考，促進癌症預防與診治之進步，增進人類健康福祉。

由於癌症防治法於民國 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。」自此確立了癌症登記的法源依據。有了此法源依據，不僅促使癌症登記申報制度之訂定，更建立整資料催收、稽核與輔導制度，不但讓癌症登記申報完整性，由 90 年的 91% 提升至 96 年的 98%，申報品質也達到北美癌症登記評鑑標準的「特優」，大幅的提升全國性的癌症登記資料庫之完整性與正確性，申報時效亦由 3 年縮短至 2 年。另外，並獲世界衛生組織（WHO）國際癌症研究總署（IARC）邀請將台灣癌症發生資料登錄在世界五大洲癌症登記一書上，以及將台灣癌症登記資料納入 WHO 之 IARC 網站之 GLOBOCAN 資料庫中，供各國查詢使用，同時日本和韓國也來訪學習我國癌症登記工作推動經驗。

另為促進癌症診療品質之提升，自 2004 年起，本局更進一步將子宮頸癌、乳癌、口腔癌、肺癌、大腸直腸癌及肝癌等六種主要癌症之期別、詳細診療資料等納入登錄，運用這些資料分析全國癌症的照護型態，及在不同醫院間之差異，提供醫院內部自我評估改善，進而全面提升癌症診療照護品質。據此，國內癌症登記資料庫即開始有短表與長表資料。

現今，癌症登記申報機構計約 220 家，其中 51 家醫療機構參與申報男、女前 10 癌之癌症登記長表資料，除該男、女前 10 癌外，其他癌症則採短表申報；其餘醫療機構則所有癌症採短表申報。

目前台灣癌症登記報告發布時間約晚 2 年，此發布時間與美國的癌症登記相同。另為了讓癌症登記同仁可以隨時掌握癌症登記工作最新消息，及提供民眾、學術界與衛生相關單位，能即時且便利地依使用者不同需求，查詢癌症發生與死亡等統計資料，更於 98 年著手開發「癌症登記指標線上互動查詢系統（<https://cris.bhp.doh.gov.tw/>）」，並於 99 年 6 月 1 日開始啟用，以使大家能直接有效地獲得最新的資訊。



由於癌症登記為國家癌症防治策略規劃與及評值其防治計畫之落實情形的基礎，因此癌症登記申報資料的品質甚為重要。為維護並提升癌症登記資料之品質，相關癌症登記申報品質提升，如：癌登技術人員之培訓、認證、繼續教育、輔導及癌症登記資料內容的一致性等措施實為必要。因此本局除陸續辦理癌症登記技術人員之培訓課程及輔導課程外，自 97 年起更辦理癌症登記線上教育課程。此外，亦推動辦理癌症登記技術人員基礎級及進階級認證，與建立癌症登記病歷同儕抽審與外部再閱監測機制，希冀透過這些機制，以促進癌症登記申報資料之正確與完整，以提升癌症登記申報資料之品質。

➤ 子宮頸抹片篩檢資料庫

為期有效掌握國內婦女接受子宮頸癌抹片篩檢監測資料，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。

➤ 大腸癌、乳癌、口腔癌篩檢資料庫

本署自 1999 年起開始推動乳癌及口腔癌社區到點篩檢服務，為了能夠整合各地衛生局收集到的篩檢資料，以利篩檢計畫實施之成效分析，於當時即開始成立篩檢資料監測中心，以建立篩檢資料庫，收集篩檢及陽性個案，及其後續轉介狀況，唯其時以紙本申報方式進行，時效性不佳，因此於 2002 年開始進行媒體申報，並建立篩檢資料庫系統。2004 年開始大腸直腸癌篩檢，並於同時建立網路版申報及回饋系統，據此，乳癌、口腔癌及大腸直腸癌三項癌症之篩檢服務模式及監視模式整合成資料庫。

➤ 資料外釋

為有效運用資料庫資源，提供資料回饋衛生主管機構及國內外學術機構的施政與研究參考，亦開放資料外釋申請作業，98 年，申請共達 65 件，顯示國內學術機構對於癌症議題之關注。

第八節、推動癌症研究工作

➤ 科技研究

自 94 年起，委託辦理「乳癌及子宮頸癌篩檢疑似陽性個案就醫行為研究」、「職場檳榔嚼食率盛行率調查與因應策略探討」、「安寧共同照護實施成效評估」等計畫，截至 98 年止共已委辦 32 件科技計畫。

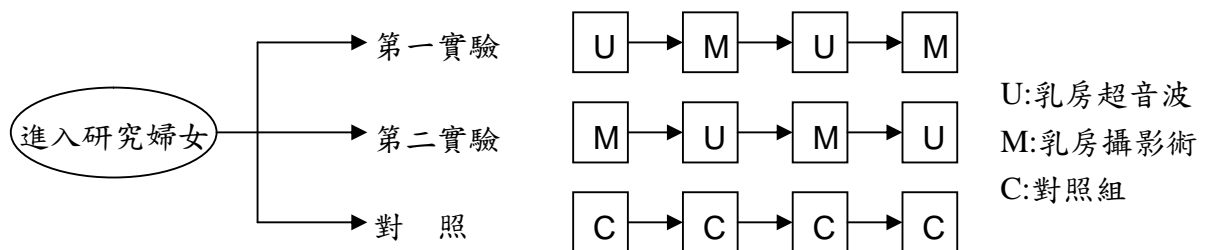
➤ 癌症研究

國內女性乳癌發生高峰為 45~55 歲，惟國外研究顯示，因為年輕婦女乳房較為緻密，乳房攝影術篩檢篩檢年輕婦女乳癌的效

果不若 50 歲以上婦女，而超音波雖在臨床上證實對年輕婦女可能有較高的篩檢敏感度，然而這些發現都來自臨床病人，並非來自無症狀病人，且部份婦女於就診時已有症狀出現(如腫塊)，因此，超音波檢查應用在篩檢年輕婦女乳癌，仍需研究評估，故本局自 92 年 12 月起委託辦理「以乳房超音波及乳房攝影術進行台灣地區 40-49 歲婦女乳癌篩檢隨機試驗計畫(5 年)」。

本計畫之主旨在利用臨床隨機試驗證明乳房超音波與乳房攝影術對台灣 40-49 歲婦女乳癌之篩檢效益，以瞭解乳房攝影合併超音波檢查，是否適合 40 至 49 歲婦女之乳癌篩檢模式。

本計畫採多中心合作之模式，以隨機分派交叉試驗設計，分對照組一組，及實驗組二組，接受對照組於前四年僅安排理學檢查，而於第五年安排作一次乳房超音波及乳房 X 光攝影檢查。實驗組二組，各安排四年檢查，一組第一年接受乳房攝影術(M)篩檢，另一組則接受乳房超音波篩檢(U)，第二年時再二組交換篩檢方式(見下圖)。



本計畫已於 98 年底結束，但因計畫之成效評估，尚須連結癌症登記檔、死亡檔及健保檔，方能進一步分析，就研究初步結果顯示，乳房攝影對年輕婦女初次乳癌篩檢的敏感度高達 90%，乳房超音波為 55%。

第九節、辦理癌症防治人力培訓

結合相關學會辦理大腸癌確診醫師、口腔癌防治及癌症防治專業人力培訓及教育訓練計畫，並規範相關人員和機構資格，其中口腔共辦理至少 40 場次教育訓練，計訓練口腔黏膜檢查醫師約 1 千名。更辦理乳房超音波品質評核作業規劃、試評及人員培訓計畫，共完成 6 家醫院新申請認證審查、112 家醫院及 2 縣市衛生局乳房

攝影巡迴車之後續審查（含乳房 X 光攝影影像抽審）、3 場教育訓練、31 場判片座談會及 1 場國際研討會。另為有效落實癌症篩檢服務之推行，補助縣市衛生局共計 70 名人力，辦理癌症防治相關之人員培訓，以建立癌症篩檢人力。

辦理癌症登記專業人員考試及學分繼續教育認證制度，建立專業證明制度，98 年計有 36 人通過認證，並鼓勵癌症診療醫院建立院內癌症防治相關行政及醫療人力系統性在職訓練。

第十節、辦理健康監測工作

因應社會環境之快速變遷，衛生保健業務範疇不斷擴增，為使有限資源獲得最佳利用，政策優先順序與計畫成效評估之實證基礎日益受到重視。世界衛生組織建議各國應建立監測系統，本局自成立以來，即配合施政所需各項健康指標之參考需要，逐步規劃建置制度化之人口與健康監測機制，透過例行性與定期性之健康監測調查，進而強化健康促進政策訂定與計畫執行成效評估之實證基礎。

為提供中央以及地方衛生單位政策擬訂、施政效果評估，以及業務推動所需之客觀數據，本局每年度依規畫期程辦理檳榔盛行率或癌症防治相關之健康調查，逐步建立以健康監測調查為基礎之實證決策資料庫。

有關檳榔危害防制各系列調查期程如：高中、高職及五專在校學生為自填問卷調查對象之「青少年健康行為調查」，以及以 18 歲以上成人為對象之「健康行為危險因子」電話訪問調查等。成果如下：

➤ 青少年健康行為調查

自民國 95 年起，本局進一步仿效美國 CDC 青少年危害健康行為調查（Youth Risk Behavior Survey, YRBS），以及 WHO 主辦之全球青少年健康行為調查（Global Student Health Survey, GSHS）計畫，擴展其調查範圍，增加檳榔的健康議題，並規劃出以「國中」及「高中、高職、五專」學生隔年輪換方式之定期性吸菸及健康行為監測調查機制。依本系列調查期程，97 年度係以高中、高職、五專在校學生為調查對象，蒐集我國青少年健康行為與健康狀況變化趨勢資料。

➤ **辦理「健康行為危險因子」電話調查**

為能快速蒐集民眾健康行為現況，及因應健康促進業務推展之評價需要，本局自民國92年起設置「衛生保健電話調查中心」，依業務需要逐年辦理各項衛生保健議題之電話調查。民國96年起，除延續辦理既有之「成人吸菸行為調查」，另參考美國行為危險因子監測系統（Behavioral Risk Factor Surveillance System，簡稱BRFSS），辦理台灣地區18歲以上成人「健康行為危險因子監測系統」電話訪問調查計畫，期以本年度所收集之基線調查資料為起點，進而發展成為一項連續性之固定監測計畫，據以監測國人健康行為危險因子之現況及變化趨勢，前兩項電訪調查完訪案數各約1萬6千餘人。

➤ **建置「健康指標互動式網路線上查詢系統」**

為能將本局所持有之各類健康調查資料庫，以及檳榔盛行率、子宮頸抹片、調查資料，分享給有資料查詢需求之衛生保健工作者、一般民眾或相關學術領域人員，本局於96年度完成健康指標互動式網路線上查詢系統（On-Line Analytical Processing; OLAP）之擴充與改版（圖），於96年6月正式上線，降低了調查資料描述性統計分析人力需求，另藉由各項調查及盛行率資料分析結果能見度之提昇，促進資料分析結果之政策參採應用。



圖7-4 健康指標互動式網路線上查詢系統 (<http://olap.bhp.doh.gov.tw>)

附錄一 國民健康局癌症防治出版品

序號	圖書	統一編號 GPN	出版月份
1	子宮頸抹片登記報告	1009402444	94年9月
2	乳癌治療期間病友衛教手冊※、☆	1009600874	96年6月
3	檳榔防制十週年特刊-無檳生活健康樂活※、☆	1009604326	96年12月
4	86年~96年子宮頸抹片登記報告(年刊)	2008700074	87年8月~97年12月
6	92年癌症登記報告		96年3月
7	93年癌症登記報告		96年11月
8	94年癌症登記報告		96年12月
9	95年癌症登記報告		98年2月

序號	光碟	統一編號GPN	出版月份
1	乳癌治療期間病友衛教指南※	4509600875	96年6 月
2	遺失的微笑☆	4509604282	96年12 月

備註：

- 「※」表本局網站 (<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/>) 可提供全文下載或觀看。
- 「☆」表「健康九九」網站 (<http://health99.doh.gov.tw/>) 可提供全文下載。
- 本局出版品可至「政府出版品展售處」五南文化廣場(04-22210237)、秀威資訊科技公司(02-2657-9211) 及國家書店松江門市 (02-25180207) 購買。

附錄二 97年度癌症診療品質認證合格名單

認證合格 (A 級) 有效期間：自 98 年 1 月 1 日起至 101 年 12 月 31 日止

認證合格 (B 級) 有效期間：自 98 年 1 月 1 日起至 100 年 12 月 31 日止

編號	醫院名稱	認證結果	縣市別	地址
1	三軍總醫院附設民眾診療服務處	合格 (A 級)	台北市	內湖區成功路二段 325 號
2	中國醫藥大學附設醫院	合格 (A 級)	台中市	北區邱厝里育德路 2 號
3	行政院國軍退除役官兵輔導委員會台中榮民總醫院	合格 (A 級)	台中市	台中市西屯區台中港路三段福安里 160 號
4	行政院國軍退除役官兵輔導委員會台北榮民總醫院	合格 (A 級)	台北市	石牌路二段 201 號
5	財團法人佛教慈濟綜合醫院	合格 (A 級)	花蓮縣	花蓮市中央路三段 707 號
6	財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院	合格 (A 級)	高雄市	三民區十全一路 100 號
7	財團法人奇美醫院	合格 (A 級)	台南縣	永康市中華路 901 號
8	財團法人長庚紀念醫院林口分院	合格 (A 級)	桃園縣	龜山鄉復興街 5 號
9	財團法人長庚紀念醫院高雄分院	合格 (A 級)	高雄縣	鳥松鄉大埤路 123 號
10	財團法人國泰綜合醫院	合格 (A 級)	台北市	仁愛路四段 280 號
11	財團法人嘉義基督教醫院	合格 (A 級)	嘉義市	東區忠孝路 539 號
12	財團法人彰化基督教醫院	合格 (A 級)	彰化縣	彰化市南校街 135 號
13	財團法人臺灣基督長老教會馬偕紀念社會事業基金會馬偕紀念醫院及其淡水分院	合格 (A 級)	台北市 台北縣	中山北路二段 92 號 淡水鎮民生路四十五號、民權路 47 號 B1~7 樓
14	國立台灣大學醫學院附設醫院	合格 (A 級)	台北市	中山南路 7 號
15	國立成功大學醫學院附設醫院	合格 (A 級)	台南市	北區勝利路 138 號

16	醫療財團法人辜公亮基金會 和信治癌中心醫院	合格 (A 級)	台北市	北投區立德路 1 2 5 號
17	中山醫學大學附設醫院	合格 (B 級)	台中市	南區建國北路一段 1 1 0 號
18	台北市立萬芳醫院—委託財 團法人私立臺北醫學大學辦 理	合格 (B 級)	台北市	興隆路三段 1 1 1 號
19	行政院國軍退除役官兵輔導 委員會高雄榮民總醫院	合格 (B 級)	高雄市	左營區大中一路 3 8 6 號
20	財團法人徐元智先生醫藥基 金會附設亞東紀念醫院	合格 (B 級)	台北縣	板橋市南雅南路二段 2 1 號
21	財團法人新光吳火獅紀念醫 院	合格 (B 級)	台北市	士林區文昌路 9 5 號
22	財團法人羅許基金會羅東博 愛醫院	合格 (B 級)	宜蘭縣	羅東鎮南昌街 8 2 號

附錄三 98年度癌症診療品質認證合格名單

認證合格 (A 級) 有效期間：自 99 年 1 月 1 日起至 102 年 12 月 31 日止

認證合格 (B、C 級) 有效期間：自 99 年 1 月 1 日起至 101 年 12 月 31 日止

編號	醫院名稱	認證結果	縣市別	地址
1	財團法人奇美醫院柳營分院	合格 (A 級)	台南縣	柳營鄉太康村 201 號
2	長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院	合格 (A 級)	基隆市	安樂區麥金路 222 號
3	財團法人天主教聖馬爾定醫院	合格 (A 級)	嘉義市	東區短竹里大雅路二段 565 號
4	財團法人佛教慈濟綜合醫院大林分院	合格 (A 級)	嘉義縣	大林鎮平林里民生路 2 號
5	長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院	合格 (A 級)	嘉義縣	朴子市仁和里嘉朴路西段 6 號
6	台北醫學大學附設醫院	合格 (A 級)	臺北市	信義區吳興街 252 號
7	財團法人佛教慈濟綜合醫院台北分院	合格 (A 級)	臺北縣	新店市建國路 289 號地下 1 至 3 樓至地上 1 至 15 樓
8	童綜合醫療社團法人童綜合醫院	合格 (B 級)	台中縣	梧棲鎮中棲路一段 699 號
9	臺北市立聯合醫院仁愛院區	合格 (B 級)	台北市	大安區仁愛路四段 10 號
10	財團法人屏東基督教醫院	合格 (B 級)	屏東縣	大連路 60 號
11	阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院	合格 (B 級)	高雄市	苓雅區成功一路 162 號.四維四路 136 號.166 號.永昌街 49 號
12	高雄市立小港醫院(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)	合格 (B 級)	高雄市	小港區山明路山明里 482 號 B1-10 樓
13	行政院衛生署新竹醫院	合格 (B 級)	新竹市	北區經國路一段 442 巷 25 號
14	秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院	合格 (B 級)	彰化縣	彰化市南瑤里中山路 1 段 542 號
15	振興醫療財團法人振興醫院	合格 (B 級)	臺北市	北投區振興街 45 號
16	台南市立醫院	合格 (B 級)	臺南市	東區崇德路 670 號

17	澄清綜合醫院中港分院	合格 (C 級)	台中市	西屯區中港路 3 段 118 號
18	光田醫療社團法人光田綜合醫院	合格 (C 級)	台中縣	沙鹿鎮沙田路 117 號 (含大同街 5-2 號)