

第五期國家癌症防治計畫 (2024-2030 年)

衛生福利部
112 年 11 月

目錄

壹、計畫緣起	7
一、依據.....	7
二、未來環境預測	7
三、問題評析	10
四、社會參與及政策溝通情形	27
貳、計畫目標	29
一、目標說明	29
二、達成目標之限制	32
三、績效指標、衡量標準及目標值	33
參、現行相關政策及方案之檢討	34
一、整合癌症防治架構及合作平台	34
二、預防癌症發生	34
三、癌症篩檢	39
四、癌症診療	45
五、癌症存活者照護及安寧緩和療護	47
六、癌症資料庫與研究	49
肆、執行策略及方法	53
一、主要工作項目	53
二、分期（年）執行策略	53
三、執行步驟（方法）與分工	53
伍、期程與資源需求	67
一、計畫期程	67
二、經費來源及計算基準	67

三、經費需求（含分年經費）及與中程歲出概算額度配合情形	67
陸、預期效果及影響	68
柒、財務計畫	70
捌、附則	70
一、風險管理	70
附件 1 計畫執行甘特圖	72
附件 2 經費需求表（單位：千元）	74
二、有關機關配合事項	76
三、中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢視表	76
附錄	102

表目錄

表 1、計畫納入 WHO 提出預防及控制 NCDs 的 16 個最合算(Best Buys)策略之檢核表	77
表 2、2021 年國人十大死因	79
表 3、2020 年十大癌症發生癌別	80
表 4、2020 年十大癌症發生癌別(分性別)	81
表 5、2021 年 75 歲以下人口主要死亡原因之潛在生命年數損失 (PYLL) 及平均生命年數損失 (AYLL)	82
表 6、2021 年男、女性十大死亡癌症統計	83
表 7、2010-2021 年 30-70 歲常見癌症過早死亡機率	84
表 8、2021 年 75 歲以下人口主要癌症死亡原因之潛在生命年數損失(PYLL)及平均生命年數損失(AYLL)	85
表 9、我國癌症過早死亡機率中長程目標表	85
表 10、五項癌症篩檢對象、工具及間隔	86
表 11、常見癌症與美國(SEER)在期別存活率與期別分布比較	87
表 12、本部及各部會癌症防治業務分工表	88
表 13、風險發生機率及影響程度分類表—機率及影響之敘述	92

圖目錄

圖 1、非傳染性疾病照顧模式(Expanded CCM)	93
圖 2、推估至 2030 年 30-70 歲人口數.....	93
圖 3、推估至 2030 年癌症新發生人數.....	94
圖 4、國人癌症標準化發生率及死亡率趨勢.....	94
圖 5、1990-2020 年成人吸菸率趨勢圖.....	95
圖 6、2014-2021 年國中學生電子煙使用率趨勢圖	96
圖 7、2014-2021 年高中職學生電子煙使用率趨勢圖	96
圖 8、18 歲以上男性檳榔致癌認知率	97
圖 9、全國各項空氣污染物年平均濃度變化趨勢.....	97
圖 10、全國空氣品質良好及普通(AQI≤100)等級之比率	98
圖 11、1986-2020 年肝癌標準化發生率及死亡率趨勢.....	98
圖 12、全癌症及常見癌症 5 年相對存活率之長期趨勢.....	99
圖 13、第五期國家癌症防治計畫五大策略.....	99
圖 14、第五期國家癌症防治計畫五大策略.....	100
圖 15、本部風險圖像	100
圖 16、本部殘餘風險圖像.....	101

附錄

附錄一、常見癌症標準化發生與死亡趨勢.....	102
附錄二、近5年常見癌症年齡別發生與死亡趨勢.....	106
附錄三、各縣市常見癌症標準化死亡率與發生率.....	111
附錄四、原住民重要癌症死亡資料.....	116
附錄五、歷年國小至成人過重及肥胖盛行率.....	119
附錄六、歷年國小學生過重及肥胖盛行率.....	119
附錄七、歷年國中學生過重及肥胖盛行率.....	120

壹、計畫緣起

一、依據

依據癌症防治法及 2025 年衛生福利政策白皮書。並呼應世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 30-70 歲非傳染性疾病 (Non-communicable Diseases, NCDs) 過早死亡機率下降 25% 及 2030 永續發展目標 (Sustainable Development Goals, SDGs) 30-70 歲 NCDs 過早死亡機率下降三分之一之目標。

二、未來環境預測

(一) 慢性非傳染性疾病防治 (NCDs) 為聯合國及世界衛生組織優先政策，而癌症為四大 NCDs 之最

聯合國 (United Nations, UN) 2015 年提出「翻轉我們的世界：2030 年永續發展方針」，呼籲先進國家對抗 NCDs 防治列為其重要的衛生施政方針。分析 WHO 提出預防及控制 NCDs 的 16 個最合算 (Best Buys) 策略，其中減少菸品使用的 5 個策略 (包含增加菸品價格及稅、健康危害警示、廣告及贊助管制、減少室內公共空間的二手菸暴露、透過多元媒體宣導菸品健康危害)、減少運動不足的 1 個策略 (透過多元媒體宣道及建立支持性環境)、癌症防治的 2 個策略 (人類乳突病毒 (Human papillomavirus, HPV) 疫苗接種、30-49 歲女性進行子宮頸癌篩檢) 等，均逐步納入政策，將持續參考國內外實證及專家意見，推動前述防治策略 (參表 1)。另外，非傳染性疾病聯盟 (NCD Alliance) 所提出之「5 x 5 慢性病防治方式」，指出慢性病防治之最佳契機，就是針對 5 類最重要 NCDs (癌症、心血管疾病、糖尿病、慢性呼吸道疾病及心理健康) 的 5 種共通風險因子 (菸、酒、不健康飲食、運動不足及空氣污染) 加以防治。我國 2021 年四大 NCDs 占有所有死亡人數的 60%，分別為癌症死亡占 28%、心血管疾病死亡占 23%、糖尿病占 6% 及慢性呼吸道疾病占 3%，癌症為 NCDs 之首，2021 年共 51,656 人死於癌症 (參表 2)。癌症造成全球人民生命和社會的嚴重影響，WHO 預估 2030 年時全球癌症死亡人數將超過 1,300 萬人，較 2008 年成長 45%。而 2020 年全世界近 1,000 萬

人（約六分之一的死亡個案）死於癌症，其中以乳癌、肺癌及大腸癌最為常見。WHO 近期更通過 3 項全球倡議計畫（乳癌、子宮頸癌、兒童癌症），並獲得 50 多個國家支持。

為完整規劃癌症防治體系，Delon & Mackinnon (2009) 提出「拓展慢性疾病照護模式 (Expanded Chronic Care Model, Expanded CCM)」參圖 1)，主要照護對象針對所有 NCDs 之患者。模式的照護內容特別強調 NCDs 管理的重要及其照護內容重點要素：1. 社區資源及政策：整合社區組織，讓病患能在離家較近的地方持續獲得照護、創造支持的社區環境；2. 設計傳輸系統、健康照護系統組織：目標以病人為中心的照護，病人必須是照護自己健康的中心角色、護理人員的角色是支持個案在健康行為上的改變，並提供知識、工具、技巧；3. 自我管理支持、決策資源：主要是協助病人獲得知識和技巧，用最有效之方式管理自己的疾病狀況；4. 臨床資訊系統：以電子登記紀錄幫助提供者簡單辨識病人照護需求，發展更有效率的照護計畫，協助提供者監測照護品質，促進病患家屬和多專科團隊間的溝通，將以該模式確認癌症防治體系之要素是否齊備。

(二) 臺灣人口快速老化，癌症新發生及存活性人數將持續增加，癌症負擔日益加重

臺灣自 1993 年起即邁入高齡化社會，2018 年轉為高齡社會，2021 年 65 歲以上的老年人口已達 393 萬 9,033 人，占總人口 16.85%。推估至 2025 年 65 歲以上老年人口的比率將超過 20%，我國即將邁入超高齡社會。戰後嬰兒潮世代 (1946-1964 年出生) 已邁入老年，下一個世代 (X 世代，1965-1983 年出生) 人口數增加約 1.3 倍，已成為 SDGs 30-70 歲過早死亡機率統計之對象，該年齡層人口數未來幾年持續增加 (參圖 2)，癌症篩檢人數及所需經費、其他癌症防治所需資源將持續上升。根據癌症登記分析資料，自 2014 年起每年癌症新發生人數超過 10 萬人，2020 年國人計有 12 萬 1,979 人罹癌 (參表 3、表 4)，其中男性 6 萬 3,893 人，女性 5 萬 8,086 人，推估至 2030 年國內癌症發生人數將增加至約 16 萬人 (參圖 3)，老化是導致癌症發生的重要因素，因此隨著人口結構的變化，2020 年 65 歲以上新發生癌症

人數已達 5 萬 9,634 人，佔所有癌症發生人數 48.9%。而隨著醫療持續的進步，國人癌症標準化死亡率長期呈現下降趨勢（參圖 4），癌症存活病人數持續增加，但根據 2021 年死因統計，因惡性腫瘤死亡造成潛在生命年數損失（75 歲以下人口）約為 43.8 萬人年，平均生命年數損失約 13.9 人年（參表 5），因惡性腫瘤死亡所損失的生產力等社會成本仍無以計數。

（三）WHO 持續建議透過降低癌症風險的健康行為來預防癌症的發生

WHO 指出菸、酒、不健康飲食及運動不足等都是誘發癌症的主要風險因子，至少有 1/3 的癌症與此有關，是可以預防的。國際癌症研究機構（International Agency for Research on Cancer, IARC）於 2013 年發表「室外空氣污染導致癌症」報告指出，已有足夠的證據顯示暴露在室外空氣污染將導致肺癌及增加膀胱癌風險，而室外空氣污染物，如柴油引擎廢氣、吸菸和二手菸均為人類確定致癌因子（Group1）。

因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情或未來新興傳染病之防疫需求，民眾（學生）居家時間增加或線上授課頻率增加，造成相對靜態生活增加，將影響規律運動比率，亦因坐式生活增加，對於體重控制，甚或藉由物質濫用（菸、酒、檳榔等）抒發情緒，因此如何力行健康生活型態及遠離癌症風險因子是未來癌症防治的重點。

（四）公共衛生專業人力增加，群體健康管理及應用為發展趨勢

公共衛生專業人員為促進全民健康扮演重要的角色，我國自 2009 年起每年舉辦公共衛生核心課程基本能力測驗，2020 年實施「公共衛生師法」，明確公共衛生師之權利義務，為亞洲第一個完成公共衛生師立法的國家，2021 年首次辦理公共衛生師專門職業及技術人員高等考試，提升公共衛生專業及發展。

因應未來社會及環境變遷對癌症防治造成的衝擊，公共衛生師將整合流行病學、生物統計、環境及職業衛生、社會行為科學及衛生行政管理等專業，以臺灣群體健康為導向，發展及創新健康政策及醫療照護，使癌症防治網絡更加完善。

（五）癌症病人接受醫療照護需求增加，病人及其家屬生活品質受到重視

過去醫療關係偏重醫療服務提供者的專業意見，隨著在醫療決策中納入病人的價值觀，以病人為中心，重視病人經驗及滿意度已成為國際趨勢。WHO 提出為治癒或顯著的延長癌症病人的生命，並確保癌症存活性能獲得好的治療品質與預後生活品質，治療方式（單一或合併使用手術、化學治療或放射治療）的選擇應根據病人的特質並考量醫療資源與系統的量能，依多專科團隊根據腫瘤類型、癌症期別、臨床、心理狀態和其他因素給予最佳治療方案。

（六）智慧及精準健康應用於癌症防治為國際政策推動及發展趨勢

近年智慧及精準健康發展迅速，基於個人基因組、環境、生活型態以及疾病之分子基礎差異，預測、預防、診斷與治療疾病。從基因檢測、個人化治療、標靶治療到免疫治療，癌症醫療有著重大的突破。行政院核定「國家科學技術發展計畫（民國 110 年至 113 年）」發展精準健康醫療福祉之策略，2021 年 5 月核定「六大核心戰略產業推動方案」，以「建構基因及健保巨量資料庫」、「開發精準預防、診斷、治療照護系統」、「開發精準防疫產品」、「拓展國際生醫商機」等策略，建構臺灣為全球精準健康及科技防疫標竿。

隨著我國科技發展日新月異，個人擁有行動裝置普及化，透過行動裝置 App 軟體管理個人健康已成為潮流，透過物聯網(Internet of Things, IoT)技術進步與跨領域科技平台間的串接，如本部中央健康保險署(以下簡稱健保署)已運用雲端健康管理系統，建立個人健康資訊整合平台，納入癌症篩檢結果、肝癌風險評估、衛教資訊等；並運用健康存摺 SDK (Software Development Kit) 技術，提供民眾健康資料自主應用管道，自主同意授權第三方 App，協助打造個人健康自主計畫，可提供癌症防治與照護新服務模式。

另外，臺灣約 7 成民眾經常交叉接受或同時接受中、西醫診療，因此需建立「中西醫整合治療療效評估平台」，透過建置中西醫結合精準醫療大數據資料庫，推動臺灣精準健康產業，提供不同疾病患者接受中西整合治療的實證基礎，並且能預測患者接受各種療法之療效，成為我國獨特的醫療模式。

三、問題評析

(一) 癌症仍持續為國人死因第一位，造成家庭與國家重大損失

癌症自 1982 年起即居國人十大死因首位，我國自 2005 年起推動「國家癌症防治計畫」，第一期計畫對癌症防治工作提出全面向之基礎規劃，包含初段選擇健康生活、次段提供癌症篩檢、末段罹癌患者皆獲得治療，以及提高癌友生活品質，以降低癌症發生率及死亡率為長期目標。研究實證顯示，癌症篩檢可有效降低癌症死亡率，於 2010 年再推動「第二期國家癌症防治計畫—癌症篩檢」，以擴大提供癌症篩檢服務為主要策略，於民眾在癌前期病變或是癌症早期即予以診斷出，經適當治療而提升存活率，甚而預防癌症的發生。2014-2018 年推動第三期國家癌症防治計畫，焦點將從過去的治療、早期發現，向上力溯至癌症風險因子源頭之預防。2019-2023 年第四期國家癌症防治計畫，強調透過建置永續經營的癌症防治體系、強化民眾與癌症防治人員的健康識能、強化各項服務層面工作品質、持續推動癌症篩檢，發展個人化癌症精準預防健康服務、縮小癌症防治各領域的不平等、及應用數據與實證提升癌症防治成效。

歷經 4 期的國家癌症防治計畫之推動，國人整體癌症標準化發生率近年來呈現上下波動，標準化死亡率則自 2004 年起由每 10 萬人口 142.8 人下降至 2021 年的 118.2 人，降幅達 17%。由國人主要癌症標準化發生率資料顯示，自長期呈現下降趨勢有肝癌、胃癌及子宮頸癌；呈現上下震盪或持平趨勢有大腸癌、口腔癌、皮膚癌及食道癌等，呈現上升趨勢則有女性乳癌、肺癌、攝護腺癌、子宮體癌及甲狀腺癌等。

雖然癌症標準化死亡率已自 2011 年開始下降，惟每年仍有約 5 萬人死於癌症，占總死亡人數的 1/4 以上。以 2021 年癌症死亡統計為例，主要癌症死亡數高於 1,500 人有肺癌(1 萬 40 人)、肝癌(7,970 人)、結直腸癌(6,657 人)、口腔癌(3,395 人)、女性乳癌(2,918 人)、胰臟癌(2,659 人)、胃癌(2,310 人)、食道癌(2,030 人)、攝護腺癌(1,689 人)等，前述癌症死亡人數計有 3 萬 9,668 人，約佔所有癌症死亡人數 76.7% (參表 6)。

為呼應 WHO 提出 2025 年降低 30-70 歲癌症過早死亡機率 25%，分析國內 30-70 歲常見癌症過早死亡機率(參表 7)，整體而言已從 2010 年 7.97%

逐年下降至 2021 年 7.13%，就不同癌症別分析，依序為肺癌(1.29%)、女性乳癌(1.13%)、肝癌(1.08%)、大腸癌(0.82%)、口腔癌(0.75%)、食道癌(0.46%)、胰臟癌(0.38%)、胃癌(0.29%)、子宮頸癌(0.19%)、子宮體癌(0.19%)、攝護腺癌(0.17%)，前述癌症中，肝癌、肺癌、胃癌及子宮頸癌呈現下降，乳癌及子宮體癌呈現上升，其餘癌症呈上下震盪或持平。

進一步以 2021 年資料分析各主要癌症死亡（75 歲以下人口）造成潛在生命年數損失及平均生命年數損失（參表 8），潛在生命年數損失最多者依序為肺癌、肝癌、口腔癌、大腸癌及女性乳癌，造成國家、社會及家庭的莫大損失。

查澳洲等國之過早死亡機率，另針對該國死亡率較高之癌別分別計算 30-70 歲過早死亡機率，並提出對策，以期大幅降低該癌別過早死亡機率，進而有效降低全癌別之過早死亡機率。第四期國家癌症防治計畫尚缺乏針對高死亡率癌別個別突破之對策，另區分篩檢可預防之癌別施以強化早期診治之對策，爰可於第五期計畫中針對可透過篩檢早期診治、死亡率高之癌別著手，以期有效降低癌症過早死亡機率。

（二）癌症醫療費用上升快速，造成防治經費不能仰賴舊有資源

由於我國人口老化快速，國人罹癌人數逐年上升，且隨著醫療科技的進步，引進新的藥品與技術，如標靶、免疫療法等，造成醫療費用升高。根據健保署統計，近 5 年癌症治療人數與醫療費用逐年攀升，2021 年癌症就診病患將近 80 萬人，健保治療癌症醫療費用約 1,301 億元，其中癌藥費用支出約 403 億元，標靶藥物占 62.6%。癌症早期診斷，經過治療後可以提高癌症存活率，不僅可以避免癌症惡化，亦可節省健保醫療費用，然新興癌症醫療發展迅速，多數癌症新藥採加速上市，僅 1 期或 2 期臨床試驗資料，缺少長期存活數據，且價格昂貴，對健保財務衝擊大，因此臨床療效及高價費用是癌症健保給付的重要挑戰。除了精進新藥預算預估模式，提升健保財務預算編列之準確性，導入多元協商議價機制，強化成本效益評估外，國內商業健康保險市場扮演著舉足輕重之角色，以彌補癌症治療費用財務缺口，使癌症醫療保障更完善。

(三) 癌症防治相關資源及分布狀況待整合

各縣市的全癌症發生率和死亡率，可能因不同的癌症風險、政策之推動與否，或民眾的參與度而有差異。例如肝癌標準化發生率前 3 縣市依序為雲林縣、嘉義縣、嘉義市，而這些地區也是肝炎盛行地區；口腔癌標準化發生率前 3 縣市依序為臺東縣、花蓮縣及嘉義縣，這些縣市皆為高嚼檳榔率縣市；子宮頸癌標準化發生率前 3 縣市依序為屏東縣、苗栗縣及臺中市，而這些縣市的子宮頸抹片篩檢率也相對偏低；女性乳癌標準化發生率前 3 縣市依序為臺北市、新北市及嘉義市；大腸癌標準化發生率前 3 縣市依序為臺南市、彰化市及臺中市。另由上資料發現，各縣市的癌症問題不同，因此需針對區域性不同而有不同的推動策略，以改善區域性的癌症問題。

(四) 國人對健康行為的認知及習慣仍需持續強化

WHO 表示，包含癌症在內的慢性病，其 4 大共同風險因子為吸菸、酗酒、不健康飲食、身體活動不足等，臺灣另有嚼檳榔導致相關癌症的問題，近年來室外空氣污染對健康的影響亦逐漸受到重視。相關情形分為不健康生活型態、有害物質的使用或暴露，以及感染相關病原體 3 類，說明如下：

1. 不健康生活型態（運動不足、不健康飲食及肥胖）

(1) 運動不足

身體活動有助於預防心血管疾病、癌症、減少抑鬱和焦慮的情形。依據教育部 2022 年「運動現況調查」結果，我國規律運動人口比率已從 2006 年的 18.8% 上升至 2022 年的 34%，近年（2014-2022 年）亦穩定維持在 33% 左右。規律運動人口雖已逐漸提升，但如何加強全面化共同推動為未來努力的課題。

(2) 不健康飲食

WHO 指出「蔬果不足」為全球人口死亡的前十大風險因子，全球每年死亡人數中，2.8% 可歸因為蔬菜、水果攝取不足。根據我國「2017-2020 年國民營養健康狀況變遷調查」，成人每日蔬菜攝取量

達 3 份之比率為 20.2%，每日水果攝取量達 2 份為 12.0%，顯示國人蔬果仍普遍攝取不足，除了導致營養不均衡外，亦會增加癌症之發生。

(3) 過重及肥胖

根據世界癌症研究基金會(World Cancer Research Fund, WCRF) 報告指出，肥胖除了會增加罹患食道腺癌風險外，與增加胰臟癌、大腸直腸癌、腎臟癌、子宮內膜癌及婦女停經後的乳癌的發生也有關，也可能會增加膽囊癌的風險。依據我國「國民營養健康狀況變遷調查」，2017-2020 年成人過重及肥胖盛行率為 50.3%，相較於 2013-2016 年的 45.4%上升 4.9%，顯示成人過重及肥胖仍是國人重要的健康問題。另依據教育部 2018 年及 2022 年「運動現況調查」結果顯示，2022 年民眾屬於「過重肥胖」的比率為 40.9%（包含過重 24.3%、肥胖 16.6%），相較於 2018 年「過重肥胖」的比率 36.2%（包含過重 22.5%、肥胖 13.7%），增加 4.7%，其中男性過重及肥胖比率均高於女性（男性 50.4%，女性 31.5%）。

另根據教育部「學生健康檢查資料」之體位統計，我國 110 學年度國小學童過重及肥胖比率為 27.1%（過重 12.9%，肥胖 14.2%），相較於 107 學年度的 27.5%（過重 12.9%，肥胖 14.6%），過重比率持平，肥胖比率下降；110 學年度國中學生過重及肥胖比率為 31.2%（過重 12.9%，肥胖 18.3%），相較於 107 學年度的 30.6%（過重 12.9%，肥胖 17.7%），過重比率持平，肥胖比率增加，可能受到 COVID-19 疫情影響，活動量減少所致。相較於其他國家多為上升趨勢，我國學童過重及肥胖情形已有改善。惟小學的肥胖兒童有 6-7 成的機率變成肥胖成人，肥胖的國中生變成肥胖成人的機率更高達 7-8 成，未來都是癌症的潛在病患。

2. 有害物質的使用或暴露（菸、檳榔、酒精或其它）

(1) 吸菸

吸菸會導致多種癌症，為降低國人吸菸率，經過多年菸害防制推動，18 歲以上人口吸菸率已自 2008 年 21.9% 降至 2020 年 13.1% (參圖 5)；青少年吸菸率亦逐年下降，國中學生吸菸率由 2004 年的 6.6% 降至 2021 年 2.2%；另，高中職學生吸菸率由 2005 年的 15.2% 降至 2021 年 7.2%。惟進一步分析國中學生第 1 次吸菸的年齡介於 12-13 歲，以國小五、六年級最多，占 43.2%，而高中職學生第 1 次吸菸的年齡則介於 14-15 歲，以國中二、三年級最多，占 32.2%。值得注意的是，青少年易受好朋友吸菸行為影響，周遭有朋友吸菸相較於無吸菸朋友的青少年，其吸菸率高出 16 倍；父母為吸菸者相較父母為非吸菸者，其青少年吸菸率則高出 3.2 倍。

電子煙是全球新興健康危害議題，WHO 指出電子煙可能成為菸草消費的入門，而新興菸品業者亦藉由行銷手法吸引青少年族群關注使用。根據 2021 年本部國民健康署（以下簡稱國健署）調查，國、高中學生電子煙使用率由 2018 年 1.9% 與 3.4%，上升至 2021 年 3.9% 與 8.8% (參圖 6、圖 7)，短短 3 年時間快速倍增，推估超過 7.9 萬名青少年正在使用電子煙。因此，建立青少年對於各類菸品之危害認知及養成健康行為，以杜絕癌症之風險因子，各級學校應持續推動菸害防制教育工作（菸害防制另有相關計畫，相關問題及策略不於此贅述）。

(2) 檳榔

檳榔為第一級致癌物，嚼檳榔為國人罹患口腔癌主因，根據國健署相關調查，18 歲以上男性嚼檳率已由 2009 年的 14.3% 降至 2017 年的 9.3%，估計我國 18 歲以上嚼檳榔人口近 90 萬人；18 歲以上男性檳榔致癌認知率已由 2007 年的 39.9% 提升至 2017 年的 51.2% (參圖 8)。另，18 歲以上不分性別嚼檳率 2017 年為 4.9%。惟，嚼檳榔行為有行業別的差異，依研究顯示建築工程業、運輸業、漁撈業、金屬製品製造及食品製造業等，口腔癌死亡人數最多，亟需針對特定群體介入。另 2021 年調查研究，高中職學生嚼檳率為 1.66%，而國中學生

嚼檳榔率為 0.40%；而在檳榔子致癌認知率部分，高中職生與國中生其認知率分別為 47.0%與 57.9%，顯示學生族群對檳榔危害的認知仍有努力改善空間。此外，檳榔從種植到消費過程中帶給社會與自然環境相當複雜的衝擊，如山坡地水土保持與嚼食檳榔造成的人體健康、環境衛生、國民形象、社會風氣等等問題，涉及供應、產銷管理、兒童青少年教育、保護，勞工健康促進等，分屬各部會權責管轄，如何透過跨部會協調合作，落實相關法令及持續合力推動，實為當前重要課題。

檳榔健康危害防制相關宣導方式可透過影片、簡報以及醫護人員進行衛教，但是如何考量針對原住民族各族符合文化敏感度的衛教來推動，又原住民族地區、地處偏遠獲得資訊不易。因此，為提升個人健康管理，應加強於部落原住民族聚集場所（例如教會及文健站），以就近取得較全方位健康風險行為相關（菸、酒、檳榔、不健康飲食、運動不足）的防癌宣導與知識。

(3) 酒

依 WHO 估計全球有害的飲酒行為約導致每年 300 萬人死亡，並導致數百萬人的殘疾和健康狀況不佳，總體而言，約占全球死亡人數的 5.1%。依據國健署 2017 年國民健康訪問調查結果，18 歲以上人口過去 1 個月喝超過 1 個標準杯之比率由 2009 年 19.5%降至 2017 年 18.5%；過去 1 個月暴飲率由 2009 年 8.4%降至 2017 年 5.1%；惟依據 2021 年青少年健康行為調查之飲酒行為結果，過去 30 天內飲酒率，2021 年國中生為 14.1%，較 2018 年 14.5%降低；而 2021 年高中職生為 30.6%，較 2019 年 28.6%上升。其中，過去 30 天內，有喝酒的日子中，通常一天喝 1 杯以上的比率，2021 年國中生為 63.3%，較 2018 年 64.7%降低；而 2021 年高中職生為 76.3%，較 2019 年 75.8%上升。此外，國中生曾經喝醉率達 7.8%，較 2018 年 9.4%降低；而高中職生為 19.4%，較 2019 年 18.3%上升；顯見高中職生飲酒行為有

愈趨嚴重趨勢，仍需持續透過衛生、教育等單位進行飲酒危害、青少年不飲酒等宣導教育，避免酒精危害青少年健康。

(4) 空氣污染

IARC 指出室外空氣污染是癌症風險因子之一。綜觀我國各項空氣污染物年平均濃度變化趨勢(參圖 9)，2022 年細懸浮微粒($PM_{2.5}$)平均濃度為 $12.4 \mu g/m^3$ 、懸浮微粒(PM_{10})年平均濃度 $26.1 \mu g/m^3$ 、臭氧(O_3)年平均濃度 29.32ppb、二氧化硫(SO_2)年平均濃度 1.26 ppb、二氧化氮(NO_2)年平均濃度 9.70 ppb，各污染物濃度持續改善。

全國空氣品質良好及普通($AQI \leq 100$)等級之比率逐年增加，2022 年達 93.6%(參圖 10)。空氣品質指標($AQI > 100$)的污染物項目以細懸浮微粒($PM_{2.5}$)、臭氧 8 小時(O_3-8hr)為主，須持續加強改善。

(5) 內分泌干擾物質(俗稱環境賀爾蒙)

從臺灣近 40 年來重大癌症的發生率趨勢發現，與內分泌有關的癌症，例如：女性乳癌、子宮體癌、卵巢癌，以及男性攝護腺癌與睪丸癌皆呈現上升趨勢。2021 年十大癌症死因，女性乳癌位居第 4，攝護腺(前列腺)癌位居第 5，攝護腺癌與卵巢癌排名有往前趨勢。內分泌干擾物質多為持久性有機污染物，因具有環境持久性及生物累積性，且遍布各種環境介質、生態環境，甚至食物或人類生活所接觸的日常生活用品中。因此聯合國於 2004 年正式生效斯德哥爾摩公約(Stockholm Convention)，藉由消除或減少持久性有機污染物釋放於環境中，以保護人類與生態的健康。此外，並於巴塞爾公約(Basel Convention)與鹿特丹公約(Rotterdam Convention)規範有害化學物質之運送及廢棄處理過程。我國也自 2010 年起，由行政院環境保護署(現改制為環境部)統籌執行我國「環境荷爾蒙管理計畫」，每期 6 年，並於 2022 年進入第 3 期，以強化環境背景監控、食品與商品抽

測為重點。然而，這些內分泌干擾物質存在於人體內的暴露濃度以及對人體的影響則未被系統性探討。

3. 感染原

可導致癌症的感染原例如：B、C 型肝炎引起的肝癌，人類乳突病毒 (Human papillomavirus, 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

肝臟是沉默的器官，肝病早期通常沒有明顯症狀，一旦有症狀時，大都已至肝病的晚期。國內每年因慢性肝病、肝硬化及肝癌死亡超過萬人，肝癌更高居癌症死因第 2 位，其中約有 8 成的肝癌是由 B、C 型肝炎所引起。年幼時期感染 B 型肝炎病毒易演變成慢性帶原者，而母子間的垂直感染，是臺灣地區 B 型肝炎盛行的主要原因；民眾感染 C 型肝炎病毒後，約 70-80% 會演變成慢性肝炎，慢性 C 型肝炎患者，約 5-20% 於 20-30 年間可能演變為肝硬化，約 1-5% 死於慢性肝炎的併發症（肝硬化與肝癌）。

為阻斷母嬰垂直傳染及有效預防 B 型肝炎傳染，我國自 1986 年 7 月起全面實施嬰幼兒 B 型肝炎疫苗接種計畫，除全面為幼兒常規接種 B 肝疫苗，同時提供母親為高傳染性 B 型肝炎帶原者（e 抗原陽性）之新生兒於出生 24 小時內儘速注射 1 劑 B 型肝炎免疫球蛋白 (HBIG)，以阻斷母嬰垂直傳染，並於 2019 年 7 月再擴及母親為 B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 陽性之新生兒。目前透過孕婦 B 型肝炎產前檢查及結果登錄，使生產院所能即時於 24 小時內提供母親為 HBsAg 陽性之新生兒接種 HBIG 及 B 型肝炎疫苗。此外，孕婦產前檢查為 HBsAg 陽性者，產檢院所應檢測 B 型肝炎病毒量，以轉介至消化專科醫師進行評估及接受抗病毒藥物治療，以降低新生兒感染 B 型肝炎的機會。後續亦應於幼兒出生滿 1 歲時，進行 HBsAg 及表面抗體

(anti-HBs)等檢測，以追蹤評估補種，達到預防 B 型肝炎母嬰垂直傳染的目標。

另 B、C 型肝炎病毒為經由血液或體液傳染，因此透析患者、注射藥癮者、刺青或穿耳洞或有不安全性行為者、HIV 感染者等，為感染 B、C 型肝炎病毒之高危險群；且曾感染 C 型肝炎病毒者即使已偵測不到病毒或已康復，若仍為 C 型肝炎高風險族群，疾病可能再發、再次感染不同基因型別的 C 型肝炎病毒。因此，加強高危險群之防治衛生教育，以及落實醫療機構血液透析感染管制作業等，將有助於降低傳播風險。

為防治肝炎，經本部多年來努力，與醫界、學界及民間團體長期合作努力，推動 B 肝疫苗接種、B、C 型肝炎篩檢及健保給付治療等，已使國人慢性肝病及肝硬化標準化死亡率由 1998 年每 10 萬人口 23.2 人降至 2021 年 10.4 人，降幅達 55%；肝癌標準化發生率由 2009 年每 10 萬人口 39 人，降至 2020 年 26.1 人，已連續 11 年下降；肝癌標準化死亡率於 1996 年達最高點為每 10 萬人口 29.5 人，之後逐年下降至 2021 年 17.9 人，降幅達 39%（參圖 11）。國健署自 2020 年 9 月 28 日起放寬成人預防保健中 B、C 型肝炎篩檢年齡為 45-79 歲（原住民提早至 40 歲）終身一次。本部持續積極推動以提升 B、C 型肝炎篩檢利用率（前述資料可見肝癌防治已見成效，病毒性肝炎防治另有防治相關計畫，其他相關問題不於此贅述）。

(2) 人類乳突病毒(HPV)

HPV 是一種 DNA 病毒，會感染人體的表皮與黏膜組織。目前已知有 200 多型，可以分為低危險型與高危險型，是男性及女性重要的傳染病原之一。臺灣女性 HPV 感染的盛行率為 16.2%，子宮頸癌發生主要與 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，其中第 16、18、52、58、31、33 等型別為較常見的高危險型別。WHO 於 2009 年建議將 HPV 疫苗納入國家疫苗接種計畫，國際上英、法、德、澳、加、紐、日本等 100 多個國家已對青少女公費接種 HPV 疫苗。為防治子宮頸癌，國健署亦於 2018 年 12 月起擴大提供國中女生公費 HPV 疫苗接種服務，預期可降低至少 70% 由 HPV 感染引起的子宮頸癌。未來仍應加強民眾對於 HPV 疫苗的認知以及提高國中女生 HPV 疫苗的認知。

WHO 宣示於 2030 年消除子宮頸癌，依據 WHO 建議，HPV 疫苗對於性行為尚未活躍或未受到 HPV 感染者最有效，建議針對 9-14 歲女性接種 HPV 疫苗較具效益，故國健署自 2018 年提供國中女生公費接種 HPV 疫苗。

(3) 胃幽門螺旋桿菌

研究證實 80-90% 的胃癌可歸因於幽門螺旋桿菌感染，而經口傳染是幽門螺旋桿菌的主要傳染方式，包括不乾淨的飲水、食物、唾液，也有家庭群聚感染的現象。另飲食及生活習慣如生食、過鹹、醃製食物、抽菸、大量飲酒等也是增加罹患胃癌之風險因子。

國內 20 歲以上幽門螺旋桿菌感染標準化盛行率約為 32%，高風險地區更可達 60%，男性約為女性的 2 倍。另資料顯示原住民族區之原住民族胃幽門螺旋桿菌感染較非原住民族高約 1.9 倍，且原住民族胃癌發生率為非原住民之 2.2 倍，因此對於胃癌高風險地區，如何推動胃癌防治與胃癌篩檢，以降低胃癌之發生實為重要。

(五) 受 COVID-19 疫情影響，民眾對癌症篩檢之參與率及陽性追蹤率有待提升

我國依 WHO 建議推動四癌篩檢，並參考國際及國內實證，於 2022 年 7 月 1 日起開辦肺癌早期偵測計畫，民眾可以得到篩檢計畫和臨床醫療服務的雙重照護。目前四癌的定期篩檢率和曾經篩檢率已達 40% 至 60% 的水準。2021 年受 COVID-19 疫情影響，醫療營運降載、民眾就醫及接受癌症篩檢

之意願降低，致使接受癌症篩檢之民眾 2020 年減少約 14.6%，疫情趨緩後已稍微提升。

篩檢為陽性之個案，罹癌風險高，每 17 位乳癌篩檢陽性個案約 1 位為乳癌，每 2 位子宮頸癌陽性個案約 1 位癌前病變或子宮頸癌，每 2 位大腸癌篩檢陽性個案有 1 位瘻肉，每 20 人有 1 位有大腸癌，每 6 位口腔癌篩檢陽性個案約 1 位為癌前病變或口腔癌，每 11 位肺癌篩檢陽性個案有 1 位為肺癌，因此陽性個案需積極接受確診，以早期發現早期治療。惟因人口老化快速，符合篩檢資格人數大幅增加。

1. 子宮頸癌

我國自 1995 年起提供 30 歲以上婦女子宮頸抹片檢查，已使國人子宮頸癌的標準化發生率由 1995 年每 10 萬人口 25.1 人降至 2020 年每 10 萬人口 7.8 人，標準化死亡率由 1995 年每 10 萬人口 11.0 人降至 2021 年每 10 萬人口 2.8 人，皆下降約 7 成。經分析篩檢資料庫，子宮頸癌曾篩率由 2010 年的 78.1% (篩檢服務開始年為 9.5%) 至 2021 年的 83.2%，陽性追蹤完成率亦達 9 成以上。呼應世界衛生組織 2030 消除子宮頸癌，當子宮頸癌的年齡標準發生率達小於每 10 萬人口 4 人門檻，將不再被視為公共健康問題，為達到消除子宮頸癌，朝 90-70-90 目標，90% 的女孩到 15 歲時完整接種 HPV 疫苗，70% 的女性在 35 歲前接受高效能的子宮頸癌篩檢，45 歲前再次篩檢，90% 被確診為子宮頸癌 (癌前病變或癌症) 的女性能得到治療及照護。仍有超過 290 萬名女性逾 6 年以上未做抹片或從未作過抹片檢查，其罹患子宮頸癌及高度癌前病變之風險較定期篩檢者高。對於不願做抹片之婦女，是否有其他替代篩檢工具，如 HPV DNA 檢測是否納入子宮頸癌篩檢工具，未來仍應參考國際政策及國內專家意見，進一步規劃研議。

2. 乳癌

我國乳癌之標準化發生率自 2005 年為每 10 萬人口 60.1 人增至 2020 年 82.1 人，發生年齡高峰介於 45-69 歲，中位數為 56 歲；標準化死亡率

自 2005 年為每 10 萬人口 12.9 人至 2021 年 13.8 人，乳癌近年為我國婦女常見癌症之第 1 名，雖然發生率仍持續上升，然其標準化死亡率上升情形已逐漸趨緩，為我國婦女常見癌症死因之第 2 名。乳癌發生之風險因子，包括：肥胖、缺乏運動、抽菸酗酒、未哺餵母乳、基因變異、初經早、停經晚、服用荷爾蒙、太晚生育及家族史等；預防乳癌除了鼓勵民眾養成健康之日常生活型態，因應少子化與生育年齡較晚等議題，亦為未來政策面可思考的方向，例如加強宣導鼓勵國人適齡生育（26-27 歲），推廣母乳哺育之重要性，落實健康生活型態等。我國自 2004 年起，提供 50-69 歲婦女每 2 年 1 次乳房攝影檢查，並自 2009 年擴大服務對象為 45-69 歲婦女，2010 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 2010 年 21.7% 提升至 2022 年 33.8%；曾篩率則由 2010 年 28.5% 提升至 2022 年 66.1%，篩檢疑似陽性個案轉介完成率由 2010 年之 86.6%，至 2022 年維持 90% 以上。針對 3、4 成從未篩檢之婦女，如何提升此族群之篩檢率，例如：發展因地制宜之健康服務模式、有效且多元之宣傳管道等；以及篩檢結果疑似陽性個案引導其至乳癌複確診醫療機構完成相關處置，均是未來努力之方向。另，有關乳癌篩檢，坊間仍有以超音波、MRI 或乳房自我檢查來替代乳房攝影的誤解，故有必要導正醫護人員及婦女篩檢的正確認知與行為，及定期篩檢之習慣。

3. 大腸癌

大腸癌的發生人數已連續 15 年為十大癌症第一位，每年約 1 萬 6 千人罹患大腸癌。標準化發生率從 2006 年每 10 萬人口 37.9 人攀升至 2014 年 44.7 人，於後呈現上下震盪情形至 2019 年為每 10 萬人口 42.9 人，於 2020 年則下降至 40.5 人。我國自 2004 年起對 50-69 歲民眾部分提供糞便潛血檢查，並自 2010 年起納入預防保健服務項目全面提供篩檢服務，自 2013 年 6 月將大腸癌篩檢年齡調整至 50 歲至未滿 75 歲，大腸癌篩檢率由 2010 年 23.4% 大幅提升至 2019 年 40.9%，然受疫情影響，於 2021 年為 32.5%，其中女性整體的篩檢率為 33.9%，高於男性的 26%，其中男性 50-54 歲的篩檢率最低(20.9%)，可能的因素為男性對癌症篩檢

的知曉率低於女性，35.7%男性覺得身體健康不需要做大腸癌篩檢。大腸癌陽性追蹤完成率自 2010 年 58.5%起逐年上升至 2019 年為 76.1%，2021 年因疫情影響則下降至 70.6%，其中男性為 70.4%，女性為 71.2%，差距小。曾篩率由 2010 年 33.2%大幅提升至 2021 年 65.7%。經國內研究追蹤 2004-2009 年接受大腸癌篩檢世代約 500 萬人，結果發現在長達 6 年的追蹤期後，與未篩檢組相較，並將 21.4%之篩檢率及自我選擇偏差納入考慮後，接受篩檢組可以顯著降低死亡率達 10%之效益。目前面臨問題包括因篩檢時民眾先行領取採便管，採集檢體後再將檢體送至執行糞便潛血檢查之醫療院所、陽性個案自覺健康致追蹤不易、基層醫療診所參與服務率較低（2017 年為 31%）等問題。另外，部分醫療人員對陽性個案亦未能給予指引建議之處置，亦影響了篩檢效益。

4. 口腔癌

我國自 1999 年開始推動 18 歲以上吸菸或嚼檳榔民眾口腔癌篩檢，並自 2010 年將口腔癌篩檢納入預防保健服務，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 2013 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 2009 年 29%提升至 2017 年 50.1%。發生率自 2010 年每 10 萬人口 22.0（男 40.6）人上升至 2020 的 21.8（男 40.9）人。另，標準化死亡率自 2010 年每 10 萬口 8.5 人至 2021 年 8.5 人持平，以人口老化快速的狀況來看，口腔癌的發生人數已漸平緩。又國內學者 Shiu 等人經研究證實從癌前病變發生口腔癌的時間約為 10-15 年，目前的口腔癌發生率係反映過去 10 幾年來民眾嚼檳榔與吸菸行為，故透過口腔癌篩檢政策，發現高風險民眾，透過衛生教育、黏膜檢查來降低國內菸檳行為之人數及發現早期癌前病變、加以治療，達到降低國人罹患口腔癌之目的，以數據來看，口腔癌發生與死亡趨勢顯示趨平緩。

由篩檢資料庫分析發現 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸民眾，每 2 年 1 次口腔黏膜檢查降低口腔癌死亡率 26%。目前面臨主要問題包括補助對象做篩檢之意願普遍較低、篩檢陽性的個案未及時接受診療、不同

科別鑑別診斷能力差異大；篩檢資料庫分析發現不同醫院層級、不同科別於癌前病變/癌症檢出率之所需篩檢數，最大值可差至 85 倍以上。

5. 肺癌

肺癌是全球癌症死因第 1 位。臺灣肺癌標準化死亡率雖自 2011 年每 10 萬人口 26 人下降至 2021 年每 10 萬人口 22.2 人，下降了 14.6%，但仍連續 12 年高居臺灣癌症標準化死亡率首位，2021 年共 1 萬 40 人死於肺癌，佔所有癌症死亡人數的五分之一（19.4%）。肺癌是臺灣發生率第 2 高的癌症，2020 年共 1 萬 6,370 人罹患肺癌。近 10 年我國肺癌新診斷個案 5 年相對存活率雖自 2006-2010 年的 16.8%，倍增至 2016-2020 年 38.2%，惟存活率相對低（參圖 12）。肺癌個案存活率低，主要與診斷期別有關，2020 年肺癌確診個案有 4.4% 被診斷為 0 期，有 29.0% 被診斷為 1 期，有 3.7% 被診斷為 2 期，有 11.8% 被診斷為 3 期，有 51.1% 被診斷為 4 期，也就是每 2 個肺癌個案就有 1 個是第 4 期。目前第 1 期肺癌之 5 年存活率約 9 成，到了第 2 期接近 6 成，第 3 期則下降到約 3 成，但如果延誤治療到第 4 期才就醫，5 年存活率就僅剩 1 成。

國際上，美國國家肺癌篩檢試驗（National Lung Screening Trial，NLST）結果顯示，以 LDCT 篩檢 55-74 歲吸菸族群（吸菸史大於 30 包-年，且持續抽菸或戒菸小於 15 年），較 X 光可降低肺癌死亡率約 2 成。歐洲荷蘭、比利時發起之肺癌篩檢試驗（Nederlands-Leuven Longkanker Screenings Onderzoek, NELSON）結果顯示，以 LDCT 篩檢 50-75 歲吸菸族群，對男性可減少 26% 肺癌死亡率。美國預防服務工作小組（The United States Preventive Services Task Force，USPSTF）2021 年更新表示對 50-80 歲吸菸族群（大於 20 包-年，且持續抽菸或戒菸小於 15 年）進行 LDCT 肺癌篩檢，建議評級為 B（即 LDCT 檢查為高度確認有中度以上效益）。國際上目前僅有美國、南韓等國家針對重度吸菸者，搭配戒菸服務提供 LDCT 肺癌篩檢，其他國家仍僅執行相關評估、前趨研究或試辦。

本部自 2014 年起補助台灣肺癌學會對吸菸以外危險因子執行「以低劑量電腦斷層掃描篩檢臺灣不吸菸肺癌高危險族群之研究（TALENT）」，

目前已完成 1.2 萬例收案，並定期追蹤。TALENT 第 1 輪篩檢試驗結果顯示，50-74 歲具肺癌家族史者（父母、子女、兄弟姊妹罹患肺癌）進行 LDCT 肺癌篩檢，肺癌檢出率較其他不吸菸肺癌高危險族群高。

經參考國內外研究實證，我國自 2022 年 7 月 1 日起開辦肺癌早期偵測計畫，提供肺癌高風險族群（50-74 歲重度吸菸者、50-74 歲男性/45-74 歲女性，且具肺癌家族史）每 2 年 1 次低劑量電腦斷層檢查(LDCT)。2022 年 7 至 12 月篩檢人數共 23,351 人，其中男性 1 萬 2,734 人(54.53%)、女性 1 萬 617 人(45.47%)。篩檢對象以風險因子區分，以具肺癌家族史 1 萬 3,995 人最多(59.93%)、具重度吸菸者 8,344 人次之(35.73%)，同時具肺癌家族史及重度吸菸者 1,012 人(4.33%)最少。接受篩檢者中有 2,602 人(占已判讀者之 11.16%)判讀結果為疑似異常，經回診由胸腔科醫師評估後，有 2,233 人需定期檢查追蹤或接受確診程序，其中有 509 人建議應進行確診程序。截至 2023 年 1 月 31 日已有 296 人(58.15%)接受確診程序，因民眾經醫師評估需進行確診後，多數曾經尋求第二診療意見後始決定進行確診程序，故後續接受確診程序比率將再提升。

因目前尚無較精確之國人具肺癌家族史比率及具 30 包-年以上吸菸史之比率，故暫無法計算篩檢率。本計畫尚屬開辦階段，初期將以建構服務模式及網絡，並透過品質指標監測、教育訓練、抽片複閱、實地輔導訪查、標竿學習等提升計畫施作品質為主。

(六) 仍有其他發生率或死亡率較高的癌症尚無實證之癌症篩檢工具

1. 攝護腺癌篩檢

攝護腺特異抗原(Prostate Specific Antigen, PSA)數值受年齡、種族、攝護腺感染等因素影響，由於攝護腺篩檢之弊大於利。USPSTF 於 2018 年建議：55-69 歲男性需經醫師評估，並事先瞭解篩檢之利弊，如可能會有偽陽性結果及可能造成的傷害(如性無能、大小便失禁等)，再決定是否進行 PSA 檢查，並反對 70 歲以上男性做 PSA 檢查。

2. 甲狀腺癌篩檢

依 2020 年癌症登記報告顯示，甲狀腺癌為我國十大癌症發生人數第 7 位，發生人數從 2018 年的 4,445 人增加至 2020 年的 4,932 人(增加 1.1 倍)，標準化發生率由 2018 年為每 10 萬人口 14.3 人增為 2020 年之 15.7 人(增幅 9.79%)，好發年齡集中在 45-59 歲，在我國 5 年相對存活率約 98%。甲狀腺癌之死亡人數於 2021 年計有 201 人(2020 年計有 169 人、2019 年計有 176 人)，標準化死亡率為每 10 萬人 0.4 人(男性為 0.3 人、女性為 0.5 人)。

根據美國癌症協會(American Cancer Society, ACS)的資料指出，女性罹患甲狀腺癌的發生率是男性的 3 倍以上。雖然它是以女性為主的癌症，但由於甲狀腺癌死亡人數僅占全部癌症死亡人數的 0.33%，是一個整體預後很好、威脅相對較低的癌症。

另，由於並無科學上的證據可支持甲狀腺癌篩檢之效益，醫學上亦無明顯需要，國際上如 USPSTF 建議不要對無症狀的成年人進行甲狀腺癌篩檢，我們也不建議做。重點應是加強提醒女性，有異狀速就醫(以 awareness 達到 early detection；而不是靠 population screening)。

3. 卵巢癌篩檢

卵巢癌早期沒有明顯症狀，其風險因子如荷爾蒙、不孕、生育子女少、家族史、肥胖等。由於篩檢之弊大於利，因此 USPSTF 不建議對無症狀女性進行卵巢癌篩檢，USPSTF 顯示陰道超音波及 CA-125 之檢查方法，不能有效降低死亡率，應提醒女性若擔心自己罹患卵巢癌，需先找婦產科專科醫師問診，由醫師評估是否接受陰道超音波檢查或其他檢查及追蹤。

4. 食道癌篩檢

2020 年癌症登記資料顯示，為男性癌症發生第 6 位，每年食道癌發生人數約 2,800 人，其中 9 成為男性；2021 年國人死因統計，食道癌為國人癌症死因第 9 位、男性癌症死因第 5 位，每年約 2,000 位國人因食道癌死亡，其中 9 成為男性。與其他癌症死亡年齡中位數相較，食道癌死亡年齡年輕約 10 歲。美國臨床腫瘤醫學會(American Society of Clinical

Oncology, ASCO)指出，食道癌風險因子為年齡、性別、飲食、肥胖、菸酒檳、胃食道逆流等。惟 ACS 與 USPSTF 均不建議對食道癌進行大規模篩檢。

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，2018 年亦因癌症防治法修法，將癌症防治政策委員會之委員新增醫師團體代表、社會公正人士及民間團體代表，增加委員會多元性，吸納民間觀點想法。

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檳議題，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。為規劃我國肺癌早期偵測計畫，持續與各專業學會協調與溝通相關規劃，召開多次會議及工作坊等，討論肺癌早期偵測計畫服務對象及條件、LDCT 檢查標準化規範、結節處置指引、機構審查原則及計畫表單等，期降低 LDCT 檢查之風險、提高計畫效益。計畫開辦後與相關學會、協會、基金會等民間團體及地方政府衛生局所協力合作，並透過多元媒體管道宣導衛教及篩檢服務資訊，以提升符合資格民眾參與率。

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，辦理癌症診療品質認證，協助醫院建立癌症照護架構、建立癌症診療

模式，提供癌症病患安全、有效之優質就醫環境，落實「以病人為中心」之診療精神。

除了由上而下的推動策略，仍應加強民眾與企業主動的參與，使民眾具備整握健康資訊的能力，企業具備考量其員工疾病預防及健康促進的觀念，評估企業在重視環境保護、社會責任及公司治理(ESG)的同時，也導入癌症防治的可行性。

貳、計畫目標

一、目標說明

(一) 成效指標：

參考 WHO 2025 年 NCDs 過早死亡機率下降 25% 及聯合國 2030 年 NCDs 過早死亡機率下降三分之一目標，訂定我國 30-70 歲癌症過早死亡機率目標。

1. 定義：30 歲至 70 歲之間死於癌症的機率。
2. WHO 針對 NCDs 的定義原文：Unconditional probability of death between ages 30 and 70 years from cardiovascular diseases, cancer, diabetes, and chronic respiratory diseases

(二) 行動目標：

透過癌症風險因子防制、提升癌症篩檢、提供高品質的治療、應用數據與新科技提升防治成效及呼應 WHO 2030 加速消除子宮頸癌等面向訂定行動目標如下：

1. 癌症風險因子防制

- (1) 18 歲以上國人身體活動不足比率降低至 43.3%。
- (2) 成人過重及肥胖率降低至 45%。
- (3) 18 歲以上平均每人每年酒精消費量(未採計非登記酒精)降低至 3.8 公升以下。
- (4) 18 歲以上吸菸率
 - A. 短期 (2025 年) 目標：低於 12.7%。
 - B. 中期 (2027 年) 目標：低於 12.6%。
 - C. 長期 (2030 年) 目標：低於 12.4%。
- (5) 嚼檳榔率
 - A. 短期 (2025 年) 目標：低於 4.5%。
 - B. 中期 (2027 年) 目標：低於 4.3%。
 - C. 長期 (2030 年) 目標：低於 4.3%。

(6) 空氣污染防治：另由環境部「空氣污染防治方案(113年至116年)」，執行相關策略及訂定目標，並持續檢討精進。

(7) 檳榔替代物開發

國人使用檳榔的習慣如：包葉等，檳榔嚼塊常習慣將檳榔包莖花，更添加石灰等。過去國家中醫藥研究所的研究成果說明莖花成分之代謝活化毒性的分子機制，因此延續過去的成果，將跨領域組成研究團隊，開發檳榔替代物以降低癌症風險，強化風險因子防制，促進國人口腔健康。未來成果可供跨部會合作，加速農業振興，完善水土保持，以創造永續家園。

A. 短期(2025年)目標：以形、色、味建置無健康危害之檳榔替代物。

B. 中期(2027年)目標：強化檳榔替代物之保健功效。

C. 長期(2030年)目標：產、官、學、研合作以創造口腔保健中藥新產值。

2. 提升癌症篩檢

(1) 癌症篩檢服務量 (單位：萬人次)

	乳癌	子宮頸癌	大腸癌	口腔癌	肺癌
短期(2025年)	100	230	146	70	75
中期(2027年)	123	248	149	70	81
長期(2030年)	148	281	158	70	93

(2) 陽性個案追蹤完成率 (單位：%)

	乳癌	子宮頸癌	大腸癌	口腔癌	肺癌
短期(2025年)	91	91	80	82	85
中期(2027年)	91	91	84	85	87
長期(2030年)	92	92	90	90	90

3. 提供高品質的治療

(1) 癌症診療品質認證醫院達70家以上。

(2) 乳癌治療之中西藥交互作用：

藥物代謝在乳癌用藥之有效血中濃度/抗藥性具重要性，且小紅莓類、紫杉醇類、泰莫西芬等藥物常見的副作用包括嚴重脫髮、噁心和嘔吐、心臟毒性和骨髓抑制毒性等，同時也容易產生口腔粘膜炎。

其中，白血球低下及口腔粘膜炎分別造成病人免疫力降低及食慾減退，減緩癌症治療。有報告指出一些中草藥品具抗氧化及抗血管新生作用之天然物成分，可能可開發為預防乳癌發生或合併現行西藥治療可減緩致死率、緩解白血球低下之風險、提高免疫力、促進體力恢復、改善睡眠和減輕壓力；然而，中藥方劑作為癌症輔助療法的中西藥交互作用仍有待釐清。過去國家中醫藥研究所曾證實中藥對口腔粘膜炎具修復作用及免疫調節作用等優勢；因此將整合實證研究與大數據資料分析，了解中西藥合併使用之優勢及風險，說明交互作用機制以提出可行之整合治療準則。

- A. 短期（2025 年）目標：整合藥物代謝與副作用評估，現行乳癌西藥與中藥合併治療之療效與交互作用。
- B. 中期（2027 年）目標：確定乳癌中藥製劑與西藥合併治療之優勢與風險。
- C. 長期（2030 年）目標：提出優化之中藥輔助西醫治療乳癌方法。

4. 應用數據與新科技提升防治成效

- (1) 運用癌症登記、癌症篩檢、健保等資料庫發表論文，並至少有 90 家癌症診療醫院建立風險因子分析與監測系統，提出現況分析和發展建議。
- (2) 健康存摺使用人次
 - A. 短期（2025 年）目標：較前年度增加 60 萬人次。
 - B. 中期（2027 年）目標：較前年度增加 80 萬人次。
 - C. 長期（2030 年）目標：較前年度增加 100 萬人次。
- (3) 許多疾病治療遭遇瓶頸或治療療效不一，個人化醫療（individualized medicine 逐漸受到重視。美國國家科學院院士 Leroy Hood 於 2011 年首次對「精準醫學（Precision Medicine）」進行闡述，依據患者內在的生物學資訊，以及臨床症狀和體徵對疾病精確分類，對患者實施量身定制的個體化中西醫治療。
 - A. 短期（2025 年）目標：癌症患者中西醫臨床收案與治療。
 - B. 中期（2027 年）目標：以臨床資料串接中西醫的現有大數據。

C. 長期（2030 年）目標：建立中西醫結合的療效分析與預後預測之模型。

5. 呼應 WHO 2030 加速消除子宮頸癌

呼應 WHO 加速消除子宮頸癌目標，2030 年朝：

- (1) 90%15 歲女孩接種 HPV 疫苗
- (2) 70%女性在 35 歲前接受高效能的子宮頸癌篩檢，45 歲前再次篩檢
- (3) 90%被確診為子宮頸癌（癌前病變或癌症）的女性能得到治療及照護

二、達成目標之限制

（一）經費不足

透過癌症篩檢早期發現、早期治療，才可阻斷已經發生變異的細胞發展為癌症，以提升存活率。以影響國人死亡率最大的 5 種癌症來說，每 3 年 1 次子宮頸抹片檢查，可降低約 70%子宮頸癌死亡率；每 2 年 1 次乳房 X 光攝影檢查，可降低 41%乳癌死亡率；每 2 年 1 次糞便潛血檢查，可降低 35%大腸癌死亡率；有嚼檳榔或吸菸習慣者，定期每 2 年 1 次接受口腔黏膜檢查，可降低 26%口腔癌死亡風險；國際研究指出低劑量電腦斷層檢查(LDCT)，可降低重度吸菸者 20%肺癌死亡率。本部持續以科學實證為依據，提供癌症篩檢服務，惟臺灣人口老化速度加快，且篩檢技術日新月異，新篩檢工具往往造成篩檢成本增加，例如使用 LDCT 篩檢肺癌，成本約 4,000 元/人；尚不含新治療技術如基因檢測或標靶治療之費用。另外，科技進步亦發現各種新風險因子與罹癌相關，如需將具有風險因子之民眾均納為篩檢對象，則擴大篩檢年齡層及篩檢對象所需經費不貲。而篩檢經費囿於菸品健康福利捐（以下簡稱菸捐）收入下降，菸害防制及衛生保健基金（以下簡稱菸金）經費減少，若無新增經費支應，可能出現入不敷出之虞。

（二）癌症防治人力

本計畫需透過專業人力統籌癌症預防、篩檢、治療及監測與研究，地方衛生機關如衛生局、所人員，長期以來推動預防、篩檢等業務，需盤點整合轄內特有資源以結合中央與地方公共衛生政策，並發展因地制宜之

癌症防治策略與措施，未來在專業人才之充實，鼓勵優先充實公共衛生師等人才。

(三) 民眾健康識能有待加強

民眾對於健康需要自我維護之概念尚須強化，例如我國自 2010 年起擴大免費癌症篩檢，惟 2022 年癌症篩檢率子宮頸癌 50.0%、乳癌 33.8%、大腸癌 30.0%；若能強化民眾自主參與強化自身健康之行為及相關知能，將有利於癌症防治推動。

三、績效指標、衡量標準及目標值

(一) 30-70 歲癌症過早死亡機率

1. 衡量標準(公式)：將 30-70 歲各 5 歲組癌症死亡率($5M_x$)轉換成死亡機率($5q_x = ((5M_x * 5) / (1 + 5M_x * 2.5))$)，再計算 30-70 歲癌症死亡機率($40q_{30} = 1 - ((1 - 5q_{30}) * (1 - 5q_{35}) * \dots * (1 - 5q_{65}))$) 【附註：q 後面的數字為計算死亡機率之起始年齡，q 前面的數字為經歷的年(歲)數】
2. 目標值：由 2015 年 7.74% 下降至 2030 年 6.42% (下降 17%) (參表 9)。

(二) 全癌症 5 年相對存活率

1. 衡量標準(公式)：校正競爭死因存活率，即死於該癌症之存活率。相對存活率 (Relative survival rate) = 觀察存活率 (Observed survival rate) / 期望存活率 (Expected survival rate) x 100%
2. 目標值：達 65% 以上。

參、現行相關政策及方案之檢討

一、整合癌症防治架構及合作平台

癌症防治工作之推動及執行，在中央主要為國健署主管，本部相關單位業務職掌，亦有參與癌症防治之角色與功能，如傳染性致癌因子、重要研究工作及癌症醫療給付等業務分屬疾病管制署、本部科技發展組、國家衛生研究院及中央健康保險署職掌。

另外，諸多癌症防治工作事涉外部(如跨部會或醫療院所)溝通與合作，雖「癌症防治法」已規定行政院所屬部會機關與衛生福利部各設有協調整合機制，但各單位或部會各自業務重點和優先性不同，需長時間溝通。將透過強化中央癌症防治會報及癌症防治政策委員會等兩種溝通平台運作方式，促進癌症防治相關部會之共識，廣納相關專家意見，進而協調各單位共同群策群力網本計畫之共同目標邁進。

與醫療院所合作之行政作業亦繁瑣，醫療人員對癌症相關的實證，也應有足夠的瞭解。以醫療人員對癌症篩檢之瞭解為例，應知，並非每種癌症都適合進行大規模篩檢，及癌症篩檢有既定篩檢工具不能隨便取代等等。雖然本部已透過和醫院合作的計畫，推動各類人員皆應接受訓練，然而因相關學理複雜，致醫界在實證之遵循度上仍有差異，造成癌症防治效果打折。

二、預防癌症發生

(一) 推展健康體能及健康體位(飲食、肥胖、運動)

近年來國健署以五大行動綱領推展肥胖防治：結合各場域強化推動健康體能及健康飲食、制訂健康的公共政策、建構健康的支持性環境、調整醫療服務的方向、強化社區行動力、發展民眾落實健康生活的技能，透過政策目標、策略及監測指標，找出關鍵生活型態因素，並透過跨部會之整合及產官學媒之力量，減少肥胖問題對健康的傷害，然成人過重及肥胖比率仍上升中，需進一步探行更有效之策略，並增進民眾健康識能，以促進國人健康。

為落實十二年國民基本教育課程綱要，因癌症防治之健康教育課程涉及面向廣泛，需透過多元及全面之癌症風險因子（如菸檳酒防制、健康飲食、規律運動、疾病防治、預防保健、生長發展及健康老化等）探究，持續辦理各項癌症防治健康適能增能研習及工作坊，精進全國教師癌症（防癌）教育之專業知能；讓教師能透過設計健康教育教學活動，落實學生防癌健康教育課程，使其了解防癌之健康教育主題知識內涵，促進學生養成運動及健康飲食習慣，遠離癌症風險因子。

為推動與普及健康飲食教育，將健康飲食及食育教育議題融入各學習階段課程發展或教學活動設計，藉此提升教師的專業素養與能力，並培養出身心健康的學童，因此校園健康飲食教育仍應持續深化並加強推廣。肥胖的成因相當複雜，包括遺傳、身體活動不足、坐式生活型態（久坐不動及觀看螢幕之靜態行為）時間增加、含糖飲食習慣、長期外食等，學校仍需多方努力，強化學生與家長的健康素養，提升家長結盟及參與，共同增進學生在校與在家，皆能落實動態生活，如減少喝含糖飲料、增加五蔬果攝取、減少使用 3C 產品或增加戶外活動時間等。

金融監督管理委員會（以下簡稱金管會）近年來政策上已持續放寬保險法令，鼓勵保險公司設計提供保戶自主健康管理誘因等外溢效果之健康管理保險商品，例如金管會於 2017 年 11 月修正「人身保險商品審查應注意事項」，針對保險業送審健康管理保險商品，若商品鼓勵機制之成本尚無具可信度之統計資料可供引用者，放寬其鼓勵機制得排除適用部分規定。透過保險公司銷售健康管理保險商品的獎勵機制，鼓勵保戶自主健康管理，除可提高保戶的健康意識，並可減少社會醫療資源的消耗，創造保戶、保險公司 and 社會醫療資源三贏的局面。

食品藥物管理署（以下簡稱食藥署）參酌國際間相關科學證據、毒理試驗資料、國人飲食習慣與攝食風險，以及國際管理規範等資訊，研修訂定食品安全相關衛生標準或作業指引，如「食品中污染物質及毒素衛生標準」、「農藥殘留容許量標準」、「動物用藥殘留標準」、「食品添加物使用範圍及

限量暨規格標準」、食品原料之使用限制規範及「降低食品中多環芳香族碳氫化合物含量之作業指引」等，以由源頭管理食品衛生安全及品質；並結合地方衛生機關針對高關注、高違規及高風險之產品項目加強查核市售食品之標示，強化市場流通之食品安全食品之標示，強化市場流通，以維護國人健康。

(二) 菸害防制

吸菸是國人健康頭號殺手，十大死因中，有 6 個直接與吸菸有關，另 4 個與吸菸間接有關，每 20 分鐘就有 1 人死於菸害。為遏止菸草的危害，我國依循世界衛生組織提出 MPOWER 6 項具實證基礎的行動策略，透過調高菸捐、擴大禁菸範圍、提供多元戒菸服務、菸品警示圖文、加強民眾對吸菸、二手菸及新興菸品等危害之宣導、禁止廣告促銷與贊助等措施。

菸害防制法自 2009 年 1 月 11 日修正施行以來，成人吸菸率已逐年下降，但吸菸率下降幅度已趨緩，加以電子煙與加熱式菸草產品的興起，已成為新興健康危害議題。經參納 WHO 菸草控制框架公約 (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC)、國際經驗與實證、民間團體意見，本部研提菸害防制法修正案，重點包括：(1)全面禁止電子煙之類菸品，包括製造、輸入、販買、供應、展示、廣告及使用；(2)嚴格管制符合菸品定義之新類型菸品（如加熱菸），增訂健康風險評估審查機制，經審查通過，始得製造、輸入；(3)禁止吸菸年齡提高至未滿 20 歲；(4)菸品容器警示圖文標示面積增加；(5)禁止使用經中央主管機關公告禁用之添加物；(6)擴大禁菸之室內外公共場所；(7)加重罰則等七大重點。2023 年 1 月 12 日立法院完成三讀，總統府於 2023 年 2 月 15 日修正公布。

在校園菸害防制方面，協助學校開發或充實反菸相關教材及培訓相關師資，建立教職員工生防制知能並維護校園禁菸環境，以及加強學校與社區關係，例如協請校園周邊商家不販售菸品予未滿 20 歲青少年。

(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 1997 年經行政院核定檳榔問題管理方案，明定內容、參與之部會分工及執行情形，該方案於 2002 年 6 月執行結束。2006 年 1 月 17 日中央癌症防治會報第 2 次會議後，依會議決議由本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。2022 年 1 月 25 日中央癌症防治會報第 2 次會議決議，訂定「112-115 年檳榔廢園及轉作方案」，經行政院核定辦理，以持續輔導檳榔廢園轉作。

農業部增訂檳榔之農藥殘留限量表，將檳榔納入農作物農藥殘留監測與管制計畫監測品項，按近年檳榔種植面積及收量，每年規劃辦理田間檳榔農藥殘留抽驗；為建立檳榔田間有害生物管理規範，盤點檳榔重要病蟲害與可用防治方法，製作「檳榔田間有害生物綜合管理技術」資料與宣導摺頁，公告百克敏、福化利、庫斯蘇力菌、賽普護汰寧等 5 種檳榔核准用藥；針對農藥使用安全方面，每年補助地方政府與相關單位辦理農藥管理人員複訓講習，宣導農藥安全防護觀念，強化農藥販賣業者與農民用藥安全意識，以維護農民與施藥人員健康。

目前 18 歲以上男性嚼檳率已由 2009 年的 14.3% 降至 2017 年的 9.3%，但仍需透過支持環境及衛教宣導「吃檳榔即使不加配料，也會導致癌症」，和透過口腔癌篩檢來繼續降低嚼檳率。

另外，國健署刻協力推動地方政府，透過輔導計畫平台建置縣市內跨局處合作機制，就所轄之高嚼檳行業，建置無檳工作環境，聚焦高危險者及擴大支持環境，使高危險群有效降低嚼檳率及早期篩檢，並提供口腔黏膜檢查與戒檳輔導服務，此計畫讓高危險行業人員更容易被照顧。另，我國檳榔轉作和廢園政策，應能確保檳榔種植面積和生產量下降，亦持續受到外界關注。

由於源自過去累積下來的嚼檳人口，口腔癌發生率短期內不會立即下降，強化已發現的口腔癌前病變個案接受定期追蹤管理與及時治療，並戒除檳榔與菸品，為降低癌症發生之關鍵。

本部口腔健康司於 2021 年辦理「兒童青少年口腔保健防齲及飲食指導計畫」，編製宣導手冊（內含檳榔危害防治宣導）、宣導影片及分區培訓專業種子師資，進入校園及社區提供老師家長、學童青少年口腔健康衛教、飲食指導及餐後潔牙之正確方式。另，亦結合婦幼節辦理大型口腔保健活動，以提升我國兒童青少年口腔健康的飲食習慣認知。

（四）酒品健康危害防制

依據 WHO 酒害防制十大策略，包括：1.領導、認識與承諾；2.衛生機構的應對行動；3.社區行動；4.酒後駕駛的政策和對策；5.酒品供應；6.酒品的推銷；7.價格政策；8.減少飲酒和醉酒的負面後果；9.減少非法和非正規生產酒品之公共衛生影響；10.監督和監測。因酒品危害涉及層面廣泛而重大，非單靠衛生單位所能逕予管轄，現行參據 WHO 之酒害防制 SAFER 架構，由各部會依其性質與業務權屬加強酒害防制工作及落實執法，並持續檢討現行政策，部會分工如下：1.限制酒精供應(Strengthen)（財政部、本部、教育部、內政部、文化部）；2.防制酒駕(Advance)（交通部、內政部、本部）；3.篩檢、預防介入及治療(Facilitate)（本部、財政部）；4.限制酒品廣告(Enforce)（財政部、國家通訊傳播委員會、本部）；5.價格措施(Raise)（財政部）。針對上開策略，賡續透過跨部會共同推動酒害防制政策，本部亦將持續提升民眾飲酒危害健康識能、扭轉勸酒文化、提供酒癮戒治服務、保護青少年避免接觸酒精等重點工作，與各部會共同努力降低飲酒對個人、社會及國家整體之危害。

（五）空氣污染防制

環境部偕同地方政府與中央相關部會依行政院核定之「空氣污染防制方案（109 年至 112 年）」，針對固定污染源、移動污染源、逸散性污染源及綜合管理等 4 大面向持續推動原生性粒狀污染物、硫氧化物、氮氧化物，揮發性有機物之排放減量。經共同努力下，各項空氣污染物濃度逐年呈現改善趨勢，其中全國細懸浮微粒(PM_{2.5})平均濃度已由 2016 年 20.0 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ 改善至 2022 年 12.4 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ 。環境部續依空氣污染防制法規定，每 4 年檢討提出「空氣污

染防制方案（113 年至 116 年）」，未來據以執行相關空氣污染管制策略，並持續檢討精進。

（六）感染原預防

1. HPV 預防

2018 年底之前，10 縣市係自行編預算補助所轄國中女生接種 HPV 疫苗，國中女生施打接種率約 38%。為使各縣市民眾均享有同樣權利，國健署已於 2018 年擴大推動至全國國中女生提供 HPV 疫苗接種服務。為順利推動疫苗接種工作，已辦理 HPV 疫苗宣導並進行校園衛教、建立相關作業流程及表單、進行跨單位的協調與合作。但因各縣市間工作模式不同，施打率不同，加上部分家長對疫苗施打有疑慮或認為不需要，會造成不同縣市施打率略有所差異，未來需確保疫苗接種服務順利推動及提升接種率。

2. B、C 型肝炎病毒預防（病毒性肝炎防治相關政策及方案之檢討，已於問題評析略述，因另有相關計畫，故不於此贅述）

三、癌症篩檢

本部於 1995 年、1999 年、2002 年、2004 年及 2022 年分別開始推動子宮頸癌、口腔癌、乳癌、大腸癌及肺癌篩檢，目前五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。

（一）確認篩檢對象及強化癌症篩檢體系及陽性個案追蹤

目前篩檢之現行政策，包括篩檢對象、工具及間隔參表 10。而各項癌症篩檢在推動的過程中，對於篩檢對象（篩檢起始年齡及結束年齡）、篩檢頻率（如子宮頸抹片因應國際實證及各國篩檢政策，以漸進式之方式鼓勵民眾 3 年至少篩檢 1 次）、篩檢給付等皆有適時調整。

公務人員一般健康檢查實施要點第 4 點附表業訂有相關癌症篩檢項目，公務人員保障暨培訓委員會得通函請中央及地方各主管機關人事機構協助向所屬公務人員加強宣導。

前一期國家計畫主要目的為提升篩檢涵蓋率，此期計畫將考慮在篩檢率穩定和篩檢經費和人力無法大幅增加情形下，尋求確保篩檢陽性個案得到適當的確診和治療，也應思考各地癌症篩檢管理中心如何加強關懷後之結果。

以子宮頸癌為例，目前子宮頸癌篩檢異常個案追蹤比率已達 90% 以上，其中抹片結果為高度癌前病變 (high-grade squamous intraepithelial lesion, HSIL) 以上的個案，依國健署篩檢資料庫顯示其依醫囑接受切片確診比率約 80%，顯示仍需強化此類篩檢個案之比率。

又如口腔癌篩檢，除各科別之醫師之鑑別力有差異，且篩檢對象之高危險群中，風險最高之嚼檳者參與篩檢動機顯有不足，又因其病識感不強、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 70% 接受確診。雖目前已透過各縣市癌症篩檢管理中心，加強陽性轉介困難個案進行追蹤與管理，惟此類民眾因為社會經濟地位較屬勞動階級，或因政府提供服務過程無法貼近個人需求，實應對民眾的想法再予深入了解，探究其不參加之痛點，破除參與障礙。未來將就其風險因子加以清楚定義 (如嚼檳榔期間之長短)，並設定服務優先順序，或調整資源之配置，以達成有效發現初期癌症個案或癌前病變，並順利協助其就醫。口腔癌早期發現早期追蹤治療預後好，如因後續延遲治療的問題導致 0、1 期存活率較低，應思考改善對策並多加強宣導此部分。國內已有口腔癌篩檢經濟效益之本土實證，國健署已落實於全國「癌症防治品質精進計畫」制定及時轉介早期的 0-2 期監測指標政策。

肺癌篩檢部分，若 LDCT 攝影影像經判讀為疑似異常者，應於攝影後 6 週內回診由胸腔科醫師評估處置建議，後續再依醫師建議，於 3/6 個月後定期檢查追蹤或進行確診程序，以減少過度診斷情形。2022 年 7 至 12 月篩檢個案經胸腔科醫師評估需進行確診之 509 人中，截至 2023 年 1 月 31 日已有 296 人 (58.15%) 接受確診程序，因民眾經醫師評估需進行確診後，多數會

經尋求第二診療意見後始決定進行確診程序，故後續接受確診程序比率將再提升。計畫已設定年度追蹤完成率指標，對於應進行確診卻未於期限內追蹤者，若追蹤率未達目標者，將核扣補助篩檢費用。另一方面，將與健保署合作，透過誘因鼓勵原篩檢醫院與追蹤/確診醫院合作，以提升陽性個案追蹤率。

(二) 癌症篩檢品質管控

癌症篩檢目前已監控篩檢之陽性預測值及檢出率，對於離群單位進行亦提供輔導。另有關乳癌及肺癌篩檢之儀器安全管制，輻射醫療曝露品質保證標準已於 2004 年 12 月 8 日由原子能委員會（以下簡稱原能會）發布，並將乳房 X 光攝影儀及電腦斷層掃描儀等 11 項可發生游離輻射設備納入實施醫療曝露品質保證作業，並持續精進，以確實達到提升輻射安全、精進影像品質及監控醫療品質之目的。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。再者，隨著子宮頸腺癌比例的增加，亦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。另子宮體癌（子宮內膜癌）為女性癌症發生率第 5 位，女性癌症死亡率第 10 位，目前國際間尚無準確度高且具實證基礎之子宮體癌篩檢工具，惟子宮頸抹片採樣的過程中，少數子宮體癌患者之病灶分泌物、碎片等隨採樣取出，進而於抹片中觀察到，雖然僅少數子宮體癌患者可能由抹片觀察到子宮內膜可疑病灶，透過相關判讀人員的發現，可以讓個案盡速就醫、早期接受治療。子宮頸癌存活率由於如僅算侵襲癌個案，第 0 期、第 1 期個案占比減少約 17.3%，晚期癌相較增加約 11.9%，致存活率有下降趨勢，但若分析篩檢和癌症登記資料，可以發現篩檢者（含癌前病變）相較沒有篩檢者，

顯示篩檢者近 96%為癌前病變和子宮頸癌第 0 期，未篩檢者第 0 期僅含 27.8%。

我國推動此篩檢政策已逾 20 年，並長期監測抹片品質，國際上公認我國具優異品質。未來，除繼續維持目前之作法，若篩檢政策調整，亦將與相關學會共同研議及所需品質保證措施等規範。

2. 乳癌

為確保乳癌篩檢品質，訂定「預防保健服務之乳房 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。對於篩檢單位品質指標如 PPV 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，並持續加強品質的管控機制。此外，數位放射成像(Digital Radiography, DR)的品質優於電腦放射成像(Computed Radiography, CR)，加強 CR 影像品質或是輔導醫療院所汰換為 DR，以確保乳攝篩檢品質。

考量國內乳房 X 光攝影儀主要以數位式影像呈現，原能會已於 2022 年提出輻射醫療曝露品質保證標準修正草案，修訂增列數位式乳房 X 光攝影儀應實施之校驗項目、頻次及品質標準（結果或誤差容許值），並預計自 2023 年 7 月修正發布後實施，使國內數位乳房 X 光攝影儀之醫療曝露品質保證作業及規範更加明確，能在合理輻射劑量下獲得最佳醫學影像，幫助乳癌篩檢品質提升。

隨著乳房 X 光攝影巡迴車之篩檢者增加，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（如實地抽查）；此外，針對人員資格、攝影儀等加以規範，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。

隨著乳攝篩檢量的增加，對於人員、攝影儀(CR、DR)的品質，應持續監控、提升篩檢品質。

3. 口腔癌

口腔癌篩檢是由醫師透過目視檢查高危險民眾之口腔黏膜，以找出癌前病變及癌症，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。目前已針對合作之醫院設定相關指標，導引加強高危險群（嚼檳榔者）優先接受篩檢，另亦透過定期監測口腔癌篩檢資料，篩選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。

有關醫療人員能力部分，目前除耳鼻喉科和牙科醫師無須受訓外，其它科別醫師需透過受訓及考試，唯因未規定取得資格後執行檢查之時間及頻度等，造成此類醫師之鑑別診斷能力和前述二科別有差異；故有須調整相關政策且提升檢出率表現離群者之能力，強化其疾病鑑別診斷及轉介追蹤管理等知能。

4. 大腸癌

自 2010 年起將定量免疫法糞便潛血檢查(iFOBT)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，通過國健署資格審查後，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，國健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，現在朝向輔導檢驗所接受第三方認證與自主接受外部能力試驗，對於無法通過認證與外部能力試驗的檢驗機構制定退場機制。

於疫情前每年大腸癌篩檢陽性個案約 8 萬，每年約有 75%完成大腸鏡確診，然大腸鏡檢驗結果資料僅參加癌症篩檢品質精進計畫約 220 家醫院才提供完整的病理報告資料；目前尚無法全面針對執行大腸鏡檢查之醫院導入監測，為利大腸鏡品質監測、建置病理資料庫，有系統收集切片結果，以有效分析癌前病變及罹癌程度，未來應朝向跨機關合作，推動院所上傳篩檢陽性個案大腸鏡確診資料。

5. 肺癌

為確保肺癌篩檢品質，訂定「肺癌早期偵測計畫醫院資格審查原則」、「低劑量電腦斷層檢查標準化規範」、「肺癌早期偵測計畫品質監測指標」、「肺癌篩檢影像抽片複閱機制」、「肺癌篩檢實地輔導訪查作業程序」。在申辦計畫前先對人員資格及電腦斷層掃描儀規格及品保情形進行確認，執行計畫後，則透過品質指標監測各醫院執行情形，對於篩檢醫院品質指標異常者（如 PPV 偏高或偏低），進行抽片複閱，複閱不符規定者需依規定改善。另將就品質不佳者進行實地輔導訪查，以持續加強品質管控機制。

原能會持續精進電腦斷層掃描儀之醫療曝露品質保證作業，於 2022 年提出之輻射醫療曝露品質保證標準修正草案中，針對診斷用電腦斷層掃描儀之影像品質項目「高對比（空間）解析度」和「低對比偵測度」修訂其品質標準（結果或誤差容許值），並預計自 2023 年 7 月修正發布後實施，使國內電腦斷層掃描儀之醫療曝露品質保證作業及規範更加精進，幫助整體影像品質提升。

（三）運用健康存摺，掌握癌症篩檢結果

目前癌症篩檢的現行政策，其篩檢對象、頻率均有規範建議，考量民眾的健康風險及識能不同，且不一定能遵守各項癌症時程，因此癌症篩檢也朝精準預防保健服務的方向邁進，如健保署「全民健保行動快易通 | 健康存摺」App 提供癌症篩檢推播提醒通知功能，民眾可視需要開啟預約癌症篩檢提醒通知；另外，健康存摺平台已收載健保就醫資料及子宮頸癌、乳癌、大腸癌及口腔癌等四癌篩檢結果資料，民眾可透過健康存摺掌握個人癌症篩檢結果，且針對癌症篩檢異常個案主動提供推播服務，提醒民眾至醫院受進一步診療，以提升癌症預防識能的可近性，並介入癌症篩檢的健康行為。

除了現行由政府領頭的癌症篩檢政策，也提供民眾個人健康資訊自主應用管道，以利自我管理健康，如透過健保署健康存摺 SDK 技術，可讓民眾自主運用個人健康數據資料，自由提供給信任的第三方健康管理

App，賦予單調的醫療資料第二生命，可結合 App 的視覺化介面、IoT 裝置（如藍牙血壓計、智慧型手錶等），增進民眾健康識能，共創健康促進的社會。

四、癌症診療

為提供民眾高品質的癌症診療品質，國健署自 2001 年開始補助醫院辦理「癌症診療品質提昇計畫」，至 2023 年已有 97 家醫院參與癌症診療品質提升計畫。另依據 2005 年頒訂「癌症診療品質保證措施準則」，開始研議「癌症診療品質認證試評基準」，於 2008 年由本部正式實施癌症診療品質認證制度，2023 年已公告 66 家醫院通過認證，占全國年度新診斷癌症個案數 85% 以上，癌症認證醫院地圖幾乎遍及全島，包括偏鄉的苗栗縣及臺東縣，而針對尚無認證的南投縣及離島，本部另有其他提升癌症品質的補助計畫，讓罹癌民眾亦能接受有品質的癌症在地醫療照護，縮短癌症診療城鄉離島差距。我國癌症病人 5 年存活率也從認證前 49.6%（2004-2008 年）提升到 61.5%（2016-2020 年）。另，進一步分析我國常見癌症期別存活率與美國 SEER (The Surveillance, Epidemiology, and End Results) 計畫的比較（參表 11），多數癌症各期別存活率均較美國高，顯示我國癌症治療成效並不遜色於先進國家。

惟上述診療認證的結果及品質指標數據，目前仍無法和健保署醫療給付有連動關係，且健保署試辦的癌症論質計酬制度，無法提供有效的誘因，目前醫院參與數不多，再加上因菸捐減少，國健署補助醫院提升診療品質的財源驟降，導致醫院人員流失增加，恐嚴重影響民眾診治的品質。

為達到真正以病人為中心，本部自 2015 年首次將醫病共享決策列入我國醫院評鑑基準中，並於 2016 年將醫病共享決策加入健康醫院認證項目中，明定醫院推動醫病共享決策計畫方案，創造良好的溝通環境，讓病人及家屬獲得足夠的資訊，以達成病人擁有照顧服務上做決定的能力與權利。2017 年藉由補助醫院癌症診療品質提升相關計畫，要求醫院落實醫病共享決策於癌症病人的照護中，2023 年已有 97 家醫院配合推動，且規劃診斷或治療的醫病共享決策輔助工具，並成立執行流程、建立團隊進行推動。

根據健保資料庫統計，2021 年約 80 萬名癌症病人，健保醫療費用已超過 1,300 億元，約占整體健保總額的 18%，其中癌藥費用支出超過 400 億元，近 5 年癌藥費用支出的年平均成長率達 12%，為整體健保總額平均成長率 4-5% 之 2 倍以上，資源投入龐大。其中前 3 大癌症分別為「氣管、支氣管和肺癌」、「乳房癌」及「結腸、直腸和肛門癌」，醫療費用計 567.6 億點，占癌症醫療費用支出約 44%，藥費支出 275.8 億元，占癌症藥費支出 50%。

隨著醫療科技日新月異，全球不斷發展出許多新醫療方式，尤其是癌症與罕病治療近年更全面邁向新興基因療法。健保秉持提供民眾新醫療科技的精神，目前已收載超過 140 多種癌症標靶、荷爾蒙、放射性及免疫藥品。因應高價新藥不斷上市，健保署除持續逐年增加編列新藥預算外，在強化新藥預算估算方面，新醫療科技前瞻性評估(Horizon scanning)機制也於 2020 年上線，針對財務影響重大的品項，未來將可適時提出預算增列建議。為合理運用健保資源，健保署將持續針對部分給付項目蒐集患者接受醫療照護及用藥情形，期望能利用真實世界資料，邀請專家全面檢視修訂現行支付規範或給付規定，與國際接軌，並委託醫藥品查驗中心進行醫療科技再評估(Health Technology Reassessment, HTR)，針對健保已給付品項進行檢視及調整，對於有「價值」的服務、藥物滾動檢討調整合理給付範圍，將費用花在真正有效的病人身上。

癌症治療相關之放射醫療儀器推陳出新，其中粒子治療因具有減少傷害腫瘤附近正常組織的特性，臨床上可大幅降低正常組織併發症的機率，改善病人的生活品質，又因臺灣粒子治療的費用相較於國外收費較低，具備國際醫療競爭優勢，國內多所醫院紛紛計畫引進相關治療設備，成為癌症治療的新利器。

為強化醫用粒子治療設備管理及提升醫療品質，本部已訂定「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」，將相關設備納入管理，明定其醫療機構條件、操作人員資格及其他應遵行事項，並定期檢討修正。截至 2023 年本部已核准 15 案醫用粒子治療設備設置計畫，其中有 3 家醫院已完成建置投入臨床使用，嘉惠更多病人。

因應全球精準醫療高端檢測技術日新月異，現今創新生物科技以及市場需求爆發成長的分子檢測，大多是在實驗室內發展與使用，不僅用於疾病診斷，也帶領藥物研發，為維護是類實驗室自行開發檢測之品質，保障病人安全，本部於 2021 年 2 月 9 日發布修正特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法，新增實驗室開發檢測(Laboratory Developed Tests, LDTs)管理之相關規定，將與癌症治療、藥物相關之基因檢測納入管理，期望於維護病人安全之前提下，提供病人優質之醫療照護，同時促進醫療生技醫藥產業發展。

五、癌症存活者照護及安寧緩和療護

癌症病人是否能維持正向的心理狀態，以積極的參與治療，與癌友的治療效果有密切的關係。因此癌症醫療團隊之醫療專業人員，應納入心理衛生專業人員（如：精神科醫師、心理師等），以適時評估癌症病人及其家屬的情緒安適，以利病人或家屬有長期出現癌因性疲憊、焦慮、憂鬱、失眠等心理症狀時，即時提供諮詢、心理治療或其他必要之精神醫療服務。

為使癌症保險商品等疾病定義有一致遵循標準，有利於保險公司蒐集相關經驗統計資料，以及設計開發癌症保險等商業健康保險商品，金管會已於 2018 年 9 月間核定中華民國人壽保險商業同業公會所報癌症保險之癌症定義、醫療保險商品之各項疾病項目及定義標準化之配套措施，並自 2019 年 1 月 1 日起實施。

金管會已與健保署持續合作推動商業保險補位全民健保之政策，包括採業務試辦方式開放保險業與健保署合作，從健保快易通 App 讓保戶查詢到自己有哪些可補位全民健保之商業健康保險，可再點選連結到相關保險公司網頁查詢詳細保障項目及保障額度。另金管會保險局亦已與健保署成立「全民健康保險與商業保險合作案專案小組」，持續就癌症創新醫藥及新型治療方式之經驗發生率進行研究，以利保險業者設計符合國人需求之癌症保險商品。

為讓癌症末期病人享有優質的臨終照護服務，健保署自 1996 年起推動癌症病人安寧療護服務，並於 2000 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。

為普及末期病人安寧療護服務，自 2009 年起將安寧住院及安寧居家服務納入正式給付，並於 2011 年 4 月 1 日起，試辦安寧共同照護服務納入健保給付。截至 2022 年底，共分別有 85、488 與 164 家醫院提供安寧住院、安寧居家（甲乙類）與安寧共同照護服務，每年約可服務 3 萬名癌症末期病人。目前癌症病人死亡前 1 年安寧療護利用情形，已由 2000 年 7.4% 大幅提升至 2021 年的 62.3%。

再者，為讓末期病人可選擇善終，減少死亡前無效醫療，並使住院重症病人有機會瞭解安寧照護服務內容，健保署自 2012 年 12 月 1 日於支付標準增列「緩和醫療家庭諮詢費」，藉由照護團隊與病人或病人家屬召開會議，由照護團隊提供安寧緩和醫療之諮詢，讓末期病人或其家屬選擇是否接受安寧緩和醫療。

為持續推動安寧療護，健保署於 2022 年 3 月 1 日起放寬支付標準安寧居家服務場域之機構定義，除原老人安養、養護機構、護理之家外，增列住宿式長照機構及榮譽國民之家。另因應醫療院所安寧療護臨床實務需求，健保署於同年 6 月 1 日擴大安寧療護收案對象，增列末期骨髓增生不良症候群、末期衰弱老人、病人自主權利法第 14 條第 1 項第 2 至 5 款所列臨床條件者、罕見疾病或其他預估生命受限者等 4 類對象。又考量山地離島地區交通不便，提供訪視服務相對不易且成本較高，以及安寧居家療護病人有緊急訪視需求，健保署調升安寧居家療護之山地離島醫事人員訪視費用 20%，並增訂例假日、夜間及深夜緊急訪視加成 40-70% 規定，以合理反應醫事人員付出之辛勞及鼓勵院所提供緊急照護服務。

隨著臺灣高齡化社會的來臨，生命末期照護的課題益顯重要，在地老化已是多數人的心願。在國內各醫療院所之共同努力下，各類安寧療護照護人數及費用均持續穩定成長，且根據 2015 年新加坡慈善組織「連氏基金會」

委託經濟學人進行死亡品質指數之調查結果，癌症病人的死亡品質，臺灣為亞洲第一。惟部分醫院可能因內部之管理政策及方向，安寧療護未必為發展重點，導致各院可提供之安寧療護服務量能有所落差，也時有民眾反映部分醫院有安寧療護品質不佳之情形，以上都需要各司署共同努力來改善。藉由共同推廣安寧療護，積極向民眾宣導安寧療護，並重視院內安寧療護服務之發展，一起戮力於安寧服務品質，以確保善終權益。

六、癌症資料庫與研究

(一) 癌症篩檢及登記資料庫

為系統性蒐集癌症相關資訊，國健署自 1979 年起建置癌症登記系統、1995 年開發「子宮頸抹片申報及追蹤管理資訊系統」及 2004 年建置「乳癌、口腔癌、大腸癌篩檢網路申報資訊系統」等。雖不同系統開發時間不同，整合不易，但已依據第一線工作者之需要，於 2012 年起整合上述各類資訊平台，建置「癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統」，以減少資源重複投入，並利個案管理、資料應用與相關分析。此外，於 2022 年配合國健署「醫療院所預防保健暨戒菸服務單一入口系統」（以下簡稱單一入口系統）已完成入口整併，帳號權限移轉至單一入口系統統一管理；另，亦逐年完成胃癌篩檢系統、全國篩檢活動暨醫療院所資訊查詢、肺癌早期偵測追蹤管理系統建置，以輔助國健署癌症篩檢業務之推動。

與癌症相關之資料，除上述癌症登記資料庫、癌症篩檢資料庫等，又有健保資料庫及國人死因檔等各項資料庫，分屬於不同單位，皆依本部規定定期更新置放於本部科學資料中心，以支援癌症防治政策、生醫及醫藥衛政研究，產出相關實證依據。惟該等資料之運用除不普遍為人所知外，亦有串聯間的相關規範，對於促進公共衛生利益及民眾健康福祉仍有一定的障礙。

(二) 癌症相關健保資料

全民健康保險自 1995 年開辦迄今，持續收載民眾西、牙、中醫看診紀錄、藥品資料，並自 2015、2019 年起陸續加入檢驗檢查、醫學影像資料之收載，累計結構化資料 753 億餘筆，影像資料 50 億餘筆，是一個適合大數

據發展應用的資料庫，健保署自 2022 年起整併前述資料為「全民健康保險保險人資訊整合應用服務中心作業要點」，供國內學研相關團體透過申請計畫模式，於健保署指定場域運用。

另外，有關憲法法庭對於健保資料二次使用之判決，健保署亦蒐集外界意見及修訂相關作業流程中，期待於符合法規下，提供研究團隊運用健保影像資料，以利訓練各類型精準健康照護人工智慧模組。

(三) 癌症研究

癌症研究方向包括癌症發生，惡化與轉移之分子機轉探討，以及癌症免疫療法，而有關腫瘤幹細胞、循環癌細胞、腫瘤抗藥性及開發腫瘤生物標記或治療藥物來早期診斷或預測治療效果等也都被積極的研究中；除了針對癌細胞本身的研究，近年來的研究也展現腫瘤微環境對癌症發展的重要性，由此衍生發展出來的免疫治療研究也都有一些新的進展。另，由於高通量技術的快速發展（包括基因體、蛋白質體與系統性生物學，例如：基因/蛋白質交互作用、代謝或訊息傳遞路徑與網絡研究），藉由生物/醫療資料庫等大數據的分析整合，善用大數據與人工智慧(Artificial Intelligence, AI)運算能量，快速了解致病機轉，強化基礎研究、臨床試驗與轉譯醫學研究之銜接，將研究成果應用於醫療實務或癌症的防治政策，建立以實證為依據的精準醫學，使這些知識及研究的發展能真正有利於促進人類健康。

為有效推動癌症防治工作，減少癌症威脅，國健署於 2010 年起將癌症研究納入國家癌症防治計畫的一環，並由於捐支應所需研究費用。2010-2013 年癌症研究重點在提升國內醫學中心暨國家級生物醫學研究機構之癌症研究水準、人才培育、認證實驗室及推動國際研究合作。2014-2017 年癌症研究開始聚焦在我國發生率持續上升或國人特有之癌症或對提升存活率有衝擊的癌症研究。2018-2025 年癌症研究更進一步以癌症轉譯研究為主軸，以配合國家癌症防治計畫降低癌症過早死亡率的目標，強調的是任務導向的研究(mission oriented)。

癌症研究的方向每4年檢討及調整，計畫目標已從早期(2010-2013年)的追求學術卓越，調整為降低癌症病人過早死亡率。績效指標也從早期(2010-2013年)追求發表高影響力(high impact)論文、人才培育，轉為對實際降低癌症發生率、死亡率及提升病人生活品質有衝擊的研究。另，為擴大計畫研究規模及資源共享，2018年開始要求計畫申請至少要有3家機構合作參與，並透過國家衛生研究院成立跨機構合作平台，組成癌症研究團隊並建立多個具有代表性、跨機構合作的癌症資料庫，如血癌、胰臟癌等臨床資料庫。同時與國家級人體生物資料庫整合平台(biobank consortium)密切合作，擴大檢體數。

國家衛生研究院(以下簡稱國衛院)以創新癌症轉譯醫學研究及推動多中心臨床試驗之合作結構，達到癌症之早期預防、診斷、治療研究，降低癌症發生率、提高早期診斷率、提升癌症治療品質之目標。臺灣癌症臨床研究合作組織(Taiwan Cooperative Oncology Group, TCOG)完整的全國性多中心臨床試驗架構，執行國人好發癌症之臨床試驗，提升國人好發癌症治療的品質及臨床照護。從基礎研究至臨床試驗本院持續與結盟院所組成之跨機構合作團隊，齊力建構良好研究環境進行資源整合及分工。此外，國衛院也規劃進行國人高發生率及高致死率癌症流行病學暨轉譯研究，針對相關癌症發病率、死亡率及相關風險因子如飲食、生活型態及環境因子進行調查分析及建立風險預測模型，提供成本效益及政策可行性分析，後續提供癌症防治政策及研究推動的建言。

由於環境中的內分泌干擾物質是透過食入、吸入或皮膚接觸等方式進入人體內，其暴露特性常是低劑量、多樣性和長期性，因此應儘速效法歐美等先進國家建置全國性且系統性之大型調查研究計畫，長期追蹤監測國人體內化學物質暴露濃度變化趨勢、建立國人體內化學物質的背景值並定期更新，例如美國的 National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)、加拿大的 Canadian Health Measures Survey (CHMS)、歐盟執行 European Human Biomonitoring Initiative (HBM4EU)、德國的 Karlsruhe Metabolomics and Nutrition study (KarMeN)等。因此，應築基於我國現有的國民營養健康調查

(2020 年以前為國民營養健康狀況變遷調查)，以其具全國代表性及全年齡層問卷調查，增加人體檢體採集與檢測，建立我國國人體內化學物質的背景參考值；同時配合我國化學物質環境流布調查資料庫，同時監測於環境與人體中，癌症相關的環境化學物質暴露風險因子。以長期的追蹤調查建立我國環境暴露濃度與國人體內濃度的變化趨勢，不僅可以評估暴露來源及其影響，還可以評估管制政策介入的效益，其三可以預防新興化學物質的健康危害。

肆、執行策略及方法

依據未來環境預測、現有問題及對現行政策不足之檢討，本部參考國際作法，擬定五大執行策略面向，針對國際衛生經費的擲節趨勢、重視預防對分析數據和運用實證的能力、深入品質的核心和以民眾為中心及公平正義的理念，透過跨部會及公私部門協力（參表 12），以策略為指引，發展下一期國家癌症防治聚焦作法（參圖 13），藉由拓展慢性疾病照護模式，盤整之未來環境預測、問題評析及執行策略（參圖 14）。

一、主要工作項目

- （一）強化癌症防治體系，提升夥伴關係
- （二）降低癌症風險，強化預防，及防制風險因子
- （三）擴大癌症篩檢服務，早期發現及治療
- （四）及時提供高品質診斷及治療服務，提升癌友與家屬生活品質
- （五）推動癌症研究，運用監測數據及實證分析精進防治策略

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

本計畫與癌症防治相關之菸害防制、心血管疾病防治、肥胖防治、病毒性肝炎防治，及原鄉健康不平等改善策略行動議題，因其重要性另有專案計畫，不列於本計畫策略中。

（一）強化癌症防治體系，提升夥伴關係

強化本部各司署與其他部會參與癌症防治之角色與功能，整合癌症防治資源，確保癌症防治公衛及醫療體制之連結，相關策略及方法如下：

策略一：橫向整合各部會及衛生福利部各司署癌症防治資源，完善癌症防治體制

- 方法一：持續透過各部會強化國人菸害與酒害防制工作，另與教育部合作，由各級學校推動菸酒檳危害防制教育及 HPV 疫苗之認知，從小建立學童對於癌症風險因子(菸檳酒、不運動、肥胖、不均衡飲食、HPV 疫苗)的認識，讓學童注意自己健康外，也可以影響家人，從而建立良好的生活型態，並進而接受 HPV 疫苗之接種。與教育部體育署合作辦理研討會，邀請國內外專家學者探討全民運動結合健康政策，發展優質的健康運動環境。
- 方法二：配合國家癌症整體政策，本部發展癌症風險因子相關宣導教材以及癌篩計畫，教育部配合督導學校運用相關資源，結合健康促進學校推動或運用於課程宣導等增進師生癌症防治識能。此外，癌症篩檢項目及疫苗接種，可結合教師體檢、新進員工體檢、公務人員體檢，以及學生健康檢查等宣導推動，提供教職員工生便利、可近之服務。
- 方法三：與各部會合作導引民眾採行健康生活型態及定期篩檢友善環境。例如：與教育部、勞動部、內政部、交通部、國防部、原住民委員會、原能會等合作，營造有利民眾健走、運動的友善環境；與金管會或保險局合作，透過商業保險，設計誘因鼓勵民眾願意規律運動、戒菸檳酒、定期健康檢查等具鼓勵機制之保險商品，強化民眾對於健康之責任與促進健康之能力。
- 方法四：強化人體內在之環境化學物質暴露濃度調查追蹤，結合環境化學物質流布調查，監測癌症相關化學物質暴露可能來源及暴露情形，同時評估新興化學物質潛在的健康危害風險。另，勞動部配合本部宣導癌症防治工作，強化職業性癌症危害預防，提升廠場針對具致癌等高風險化學品之危害預防、管理制度，及建立友善職場無菸檳工作環境。
- 方法五：金管會將持續與衛生福利部中央健康保險署合作推動商業保險補位全民健保政策，強化保險業對可補位全民健保之商業保險商品對國人

之資訊揭露，並持續針對國內高價自費癌症治療項目之經驗發生率進行研究，以利保險業者開發符合國人需求之癌症保險商品。

方法六：農業部辦理食農教育推廣計畫，檳榔廢園及轉作輔導，以降低檳榔種植面積，及每年規劃辦理田間檳榔農藥殘留抽驗，建立檳榔田間有害生物管理模式及安全用藥規範，研發檳榔田間有害生物防治技術及資材。

策略二：縱向整合衛生單位、醫療院所及民間機構與團體，強化癌症防治網絡

方法一：提供教育訓練及標準工作手冊，並與相關學、協會、基金會等民間組織建立合作機制，以強化民間組織對於癌症防治專業知能，進而透過民間組織網絡全面提升民眾防癌能力。另推動支持性社區環境，運用社區資源，整合社區組織，讓癌友就近持續獲得照護與資源。

方法二：建立無菸檳公共場所及工作場所，依 2023 年 2 月 15 日總統公布修正之菸害防制法，擴大禁菸場所，及由各地方政府自行公告轄區內高級中等學校以下之學校周邊環境為禁菸場所，另補助地方政府衛生局運用社區資源，針對高風險族群或場域，整合菸酒檳防制議題並結合社區資源，規劃辦理無菸酒檳衛教宣導、素材製作及推廣等倡議活動；以及針對轄內原住民族地區或族群，規劃因地制宜之部落環境生活策略方案，另結合戒菸服務特約機構，讓更多吸菸者接受戒菸服務，營造健康意識。

方法三：健保署應用健康存摺 SDK 技術，提供民眾健康資料自主運用的管道，並提供公務機關、非陸資企業、財團法人、醫事服務機構申請，透過公私協力創造健康管理的應用平台。運用大數據分析民眾健康生活型態，跨業開發健康相關商品與服務模式，建構健康服務生態圈，帶動健康產業發展與提升。

方法四：鼓勵地方優先充實公共衛生師人力，透過地方衛生局的癌症篩檢管理中心，募集防癌尖兵，強化癌症篩檢陽性個案後續確診、追蹤之邀約技能，對於篩檢陽性個案拒絕確診等困難個案，由衛生局所人員協助

進行邀約，俾利完成確診，以早期診斷予以治療以國衛院建立之精準環境醫學聯盟，結合臨床醫療、科學調查研究、衛教與轉譯，從臨床發現癌症相關疾病之環境風險因子、進行科學調查研究與分析，以提升癌症診斷及治療的效益，並將發現轉譯為衛教資訊以教育民眾避險保健的識能。

方法五：透過獎勵方式加強與企業的合作，例如目前推行獎勵企業以降低勞工嚼食檳榔的成效，以增加企業的癌症防治社會責任。

策略三：強化部分地區及特殊族群的癌症防治服務

方法一：改善性別間之健康服務利用差異，例如：對大腸癌篩檢之男性接受率較女性低之困境，提出改善方法。

方法二：根據針對篩檢率較低的年齡群，施行具年齡與性別特異性的篩檢策略，如：採用該年齡族群常觸及的媒體宣導管道及可近性服務。

方法三：強化協助未篩檢者認知及行動，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。

方法四：協助癌症篩檢率及陽性個案追蹤完成率低於全國平均值之縣市持續改善，並訂定改善目標。

(二) 降低癌症風險，強化預防，及防制風險因子

降低癌症風險，建立健康的生活型態，避免有害物質的使用或暴露、感染病原的防治、參與篩檢、及時就醫診治、預立醫療照護諮商及選擇安寧緩和療護等醫病共享決策的推廣，需要透過強化民眾與癌症防治人員的健康識能。策略及方法如下：

策略一：提升生命週期各階段所需之癌症健康識能，強化民眾促進健康的責任

方法一：運用健保署「全民健保行動快易通 | 健康存摺」App 改善衛生教育資訊整合平台結合民眾習慣推播衛教訊息，提供民眾正確、整合性的癌症防治、篩檢、診治及醫療照護健康資訊，並增進民眾對癌症風險因

子（如：肥胖、不健康飲食等、HPV 感染）認知，提升民眾對於癌症防治的重視，幫助民眾落實健康的生活型態。另透過健康存摺 SDK 技術，民眾可自由提供資料給願意提供的第三方 App，提供民眾自我健康資料自主再運用新管道。

方法二：教育部持續推動健康體位績優學校成功典範推廣，以促進學習、觀摩與精進，使健康體位促進工作能於校園永續與扎根，以達成強化學生健康體位的自主管理能力與健康素養，建立健康吃、快樂動、睡眠好等有益身心健康的生活型態。另持續與本部合作，強化與家長及社區的連結，透過親職教育活動、親子共學與健康倡議，增能家長健康素養，提升學生自我健康管理之意識。

方法三：為精進食育與食農教育強化措施，教育部規劃調修「高級中等以下學校健康飲食教育指導內容及規劃範例」，作為高級中等以下學校之參考依據，並持續辦理國小食育種子教師培訓，協助完成學校與教師之食育課程，並持續優化校園食材登錄平臺健康飲食教育，實際協助學校解決食育課程與教學之相關問題。為促進規律運動，持續開放學校運動場地，提供民眾可近、可用之場地，推動學生每週在校運動 150 分鐘方案。

方法四：結合生命各週期及性別差異等特性，持續運用國人吸菸、飲酒情形監測調查結果及 HPV 疫苗相關資訊，定期發布新聞稿，提醒民眾菸酒危害，並持續加強系列性宣導策略，針對不同目標群眾，以多元管道進行菸酒危害、二手菸害、戒菸服務、拒絕勸酒文化、HPV 疫苗認知等宣導；並因應青少年使用網路及社群媒體習慣，擴大觸及青少年，建立對菸酒害之健康識能。另推動國民口腔健康促進計畫，透過推動各生命週期口腔衛生宣導及預防保健服務，整體提升民眾口腔健康識能。

方法五：呼應 WHO 兒童癌症全球倡議，透過多元媒體通路加強宣導兒童癌症 9 大警徵「燒、紅、大、腫、痛、神、視、輕、白」，呼籲父母或主要照顧者提高警覺，早期發現，早期治療，以提高兒童癌症存活率。

方法六：金管會將持續鼓勵保險業者研發可協助民眾建立健康生活及定期健檢等具鼓勵機制及外溢效果之健康管理保險商品，透過保戶自主健康

管理與保險商品之結合，由保險公司提供保費折減、增加保額或相關服務，鼓勵保戶持續運動或接觸健康飲食，降低罹癌風險。

方法七：結合「中醫藥安全衛生教育資源中心」、地區公協會、社區醫療群等團體機構，宣導中藥用藥安全 5 撇步「停偏方、看中醫、聽仔細、選合格、用對藥」，加強民眾對中醫藥衛生教育之認知。

方法八：環境部辦理「空氣污染防治方案(113年至116年)」以「持續改善空氣品質、精準治理區域及季節空品、評估國家重大政策對空品影響」為重點，持續改善細懸浮微粒(PM_{2.5})濃度及減少臭氧 8 小時(O₃-8hr)紅色警示事件，發展精進行業減量技術、車輛及機具全盤掌握、建構跨部會專案管理、區域開發重點監控、特定季節強化應變、2050 淨零共利減污、經濟誘因推動減量、綜合管理及輔助工具等八大面向管制策略，持續改善空氣品質。

方法九：原能會強化癌症預警網絡，持續執行「台灣地區環境輻射監測計畫」，進行環境輻射監測及食品與飲用水放射性含量之採樣分析，提供預警訊息。

方法十：轉譯科學研究成果並由經國衛院建立之精準環境醫學聯盟平台，由聯盟醫院醫師群推動民眾衛生教育、提升國人在於癌症相關之環境健康識能。

方法十一：針對近年發生率或死亡率較高且尚無實證之癌症篩檢工具的癌症（如攝護腺癌、甲狀腺癌、卵巢癌及食道癌），持續參採國際及本土最新實證研究資料，推動符合我國現況的防治策略。

策略二：增進癌症防治體系成員及組織人員的健康識能

方法一：結合專業學協會，發展實證指引等相關工具包，共同辦理專業人員工作坊、研討會等，增進專業人員的識能。

方法二：教育部持續推動「學校午餐食物內容及營養基準」及「校園飲品及點心販售範圍」，促使學校依該等規範提供餐食，並將健康飲食及食育教育議題融入各學習階段課程發展或教學活動設計，藉此提升教師的專業素養與能力。

- 方法三：教育部持續透過健康與體育領域中央輔導團之三級輔導體系，將癌症風險因子防治相關主題納入年度計畫辦理事項，協助各地方政府及學校推動防癌健康教育課程，提供教師專業諮詢服務，以落實國民中小學教育階段癌症防治健康教育課程；另透過學群科中心培養教師健康素養教學專業知能，促使高級中等教育階段學生認識並重視自己的身心健康，降低癌症風險因子，落實學生防癌健康教育課程。
- 方法四：教育部持續推動反菸拒檳相關教材、培訓相關師資、加強運用社群通訊平臺推播最新資訊與教學策略活動，提高師長菸檳防制工作知能，並與社區商家建立共識共同推動拒賣菸檳予未成年學生。
- 方法五：訓練原住民身分照服員及牧師為種子師資，藉由種子師資走入至部落宣導相關衛教活動，例如：文化健康站上較多長者有嚼檳榔習慣者，即安排口腔癌相關資訊給予站上長者相關資訊，並透過同儕的醒思，協助長者少檳或戒檳，定期篩檢遠離口腔癌的風險，透過不斷宣導及衛教，讓長者發現自身不健康之行為來進行預防，並運用宣導口號，例如：檳榔不入口、文化照樣有，達到宣導目的及效果。
- 方法六：公共衛生師專業人才培育及管理，發展及創新癌症相關群體健康管理策略。
- 方法七：持續參酌科學證據及國人攝食風險評估資料，評估修正食品衛生安全相關法規標準；並針對高關注、高違規及高風險之產品項目加強稽查，強化市場流通之食品安全。

(三) 擴大癌症篩檢服務，早期發現及治療

依國際實證檢討篩檢政策，並對民眾癌症篩檢參與率仍有待提升，且國人健康行為不易養成、缺乏定期篩檢之動機，持續提升篩檢可近性，策略及方法如下：

策略一：提升篩檢服務量及利用率

- 方法一：於勞工健檢時依勞工篩檢意願與資格進行五癌篩檢及宣導。

- 方法二：依國際最新實證及本土資料檢視篩檢對象資格、工具、間隔等之適切性。
- 方法三：依據民眾各項風險因子(如健康行為、家族史等)提供不同個人化篩檢方案。例如：食道癌與菸、酒、檳榔有關，進行相關問題篩檢問卷找出高風險族群後，再進一步檢查；針對癌症家族史的民眾(如肺癌、大腸癌等)，研議提供篩檢服務的可行性。
- 方法四：透過「全民健保行動快易通 | 健康存摺」App，提供個人化癌症篩檢時程提醒通知功能，提升民眾篩檢意願。
- 方法五：配合民眾作息、需求，提供癌症篩檢服務(如社區設站、推動職場癌症篩檢、提升基層醫療院所參與率、便利採便管發送及設多點回收站、輔導院所建立婦女友善、隱私性佳或可放鬆的檢查空間)。
- 方法六：與相關學會、協會、基金會等民間團體及地方政府衛生局所協力合作，並透過多元媒體管道宣導衛教及篩檢服務資訊，以提升篩檢服務量及利用率。
- 方法七：透過相關學會、醫院，提供多年未做篩檢民眾具實證的篩檢工具(如HPV 檢測)，以提升篩檢率。

策略二：強化陽性個案追蹤，增進高危險群早期發現

- 方法一：結合民間團體共同倡議癌症篩檢陽性就醫，以減輕醫療的負擔。
- 方法二：評估癌症篩檢及確診執行人力適切性，精進服務流程。
- 方法三：與健保署合作，透過誘因鼓勵原篩檢醫院與追蹤/確診醫院合作，以提升陽性個案追蹤率。

策略三：與醫療服務及疾病管理無縫接軌

- 方法一：針對罹癌且已接受治療之個案，鼓勵其至醫療院所定期追蹤檢查、治療及處置。
- 方法二：協助醫療院所與健保署溝通，協助解決稅的問題及量能上限，增加醫療院所提供篩檢服務之意願。

方法三：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。

方法四：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、稽核討論會或抽片複閱等作法，協助未達要求者提升能力。

(四) 及時提供高品質診斷及治療服務，提升癌友與家屬生活品質

及時提供高品質診斷及治療服務，定期召開相關專家會議，定期檢討改善、監測相關品質，建立品管制度，推動新醫療、新技術及新藥發展，強化病人及家屬心理支持及生活品質，策略及方法如下：

策略一：推動精準醫療，精進癌症醫療支付方案

方法一：發展及試辦口腔癌跨專科整合照護及復健模式，以朝向醫療支付方案之精進，並辦理口腔癌精準醫療相關計畫，期從前端提升治療品質。

方法二：研議癌症新藥之伴隨檢測納入健保給付，精準用藥也更精準運用健保資源。

方法三：建立醫療機構執行實驗室開發檢測之監管機制，提升癌症相關實驗室開發檢測之品質。

策略二：運用新興技術改善癌症防治效能與品質

方法一：定期公布醫院治療癌症個案數以及品質指標達成度，提供民眾就醫選擇，另對於符合癌症治療品質指標之醫院，研議獎勵機制。

方法二：透過中西醫結合治療，減輕癌症患者經手術、放化療後副作用產生之不適症狀，並透過中醫的體質調理，提升患者的生活品質。

方法三：導入癌症治療新興科技技術，並提升癌症新藥可近性及加速癌症新藥納入健保之機制，以促進癌症治療成效。

方法四：辦理品質競賽或進行標竿學習，例如：透過癌症診治醫療院所的平台，以癌症防治從預防、篩檢、診斷、治療、安寧及資料庫等主題，辦理品質競賽、進行標竿學習工作坊或成果發表會。

- 方法五：協助醫院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；協助醫院建立或強化個案管理功能，提升妥善治療率。
- 方法六：規劃針對癌症病友預後重返職場或延續生育等計畫，以提升癌症醫療服務品質。
- 方法七：持續與國際合作，快速取得最新藥品致癌資訊，即時公布受影響藥品的訊息，並透過多重管道提醒醫療人員及民眾注意，以保障民眾用藥安全。
- 方法八：定期檢討修正「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」，並適時納入癌症治療新興科技相關技術及設備，提升癌症醫療服務品質。

策略三：推動醫療科技評估、社區照護模式、安寧緩和療護及認證制度

- 方法一：以醫療科技評估(Health Technology Assessment, HTA)方法學，如系統性文獻回顧、經濟評估及運用真實世界數據分析(健保資料庫、癌症登記資料庫等)，評估我國常見癌症相關藥品、政策、特材及新科技之成本效益，以輔助健保給付決策，提供以實證為基礎的決策參考資訊。
- 方法二：全民健康保險安寧療護服務之各類醫事人員，需接受安寧緩和醫療基礎教育訓練及每年繼續教育訓練，建構全國醫事與相關人員推動生命末期醫療及緩和療護之能力；另透過定期更新辦理訓練課程之單位及網址等資訊，以供各界查詢使用。
- 方法三：透過新聞稿、LINE 社群、臉書粉絲專頁、宣傳單張或影音媒介，向民眾推廣安寧療護服務。
- 方法四：推動預立醫療照護諮商及安寧緩和療護相關品質提升工作計畫。
- 方法五：發展包含末期病人之醫療照顧模式及社區網絡模式，建立以需求為導向，規劃系統化彈性的社區服務網絡。
- 方法六：透過民間協力，整合社區資源，發展區域性照護聯盟，擴大對癌症存活者與照顧者的照護支援。

方法七：發展癌症存活者照護網絡，訂定相關指引、評估指標，強化醫療體系及社區照護系統之合作機制。

方法八：推動醫院設立癌症資源中心，串連政府、醫院和社區資源，提供癌症存活者醫療照護、社會福利資源、支持家屬照護等，達成全人全程的生活重建。

策略四：強化癌友照護及心理支持

方法一：促進癌症醫療團隊之醫療專業人員關心癌症病人及其家屬的情緒安適，依癌友需求適時照會心理衛生專業團隊，如：精神科醫師、心理師等。

方法二：發展癌症病友及其家屬心理健康促進之宣導素材，提供癌症防治網絡運用，以提升癌症病人及其家屬之心理調適。

方法三：提供以癌友為中心的照護，與民間協力推廣數位工具及台灣癌症資源網等線上資源平台，強化即時精準服務，並提升癌症存活者健康識能與自主管理能力，促進醫病溝通，讓癌友參與疾病治療之決策。

(五) 推動癌症研究，運用監測數據及實證分析精進防治策略

策略一：建立癌症風險因子相關資料庫，串聯實證及各資料庫數據應用

方法一：辦理癌症風險因子監測調查，蒐集與分析公務通報及登記系統無法取得之國人菸、酒、檳榔、身體活動與飲食等風險因子監測數據，提供防制政策目標設定與績效評價所需實據。

方法二：癌症相關內政統計部分，每年定期編算全國平均餘命及特定死因除外（含排除國人十大死因第1名之惡性腫瘤）平均餘命，並於內政部統計主題專區之「我國生命表」(<https://www.moi.gov.tw/cl.aspx?n=2906>)發布相關資訊。

方法三：與癌症相關資料，皆依本部衛生福利資料科學中心（以下簡稱資料中心）規定公告開放申請使用，包含自本部及所屬機關匯集之健保申報檔、癌症登記檔及死因統計檔等，若需加值應用其他資料，可先向資

料提供單位申請同意提供後，再以攜入資料專案專用方式辦理申請至資料中心分析應用。

方法四：優化癌症登記互動查詢系統，使民眾隨時查詢資料庫中癌症的相關統計數據，透過瞭解國人癌症的發生情形和變化，更珍惜自己與家人的健康。

方法五：建立「中西醫結合精準醫療大數據資料庫」，系統性資料蒐集、分析及產出實證作規劃及分工，例如：成立工作小組對所需實證(各段預防之風險因子探索、資源可用性，乃至成效評估等)，提出現況分析和發展建議，使研究可收綜效，並作為政策參考。

方法六：將國民營養健康調查整合流行病學調查數據，以人體內在實際暴露資料(初級資料)解析環境風險因子及其可能來源。

方法七：扣合我國癌症防治策略，推動癌症轉譯研究跨機構合作平台及臨床研究資訊共享，協助各癌症研究計畫資料收集與整合(如跨機構的檢體資訊、臨床資料庫的整合)，擴大國內癌症研究規模與量能，建立所收集資料數據之管理規範，並進一步增值利用，促進癌症整合型轉譯研究，針對臺灣重要或特有癌症找出解決之道；另配合各癌症研究需求辦理教育訓練、提供生物資訊及生物統計諮詢與核心實驗室服務，進行癌症流行病學監測及盤點研究計畫成果，提出癌症防治策略及建議。

方法八：建置癌症防治指標(包含：預防、早期發現/篩檢、診斷/治療、預後、生活品質等面向)互動網站，集合政府癌症防治之相關資料庫，以整合性資料(aggregate data)形式，提供執行監測及評估時間趨勢與醫療不平等之資訊，並足以協助公私立單位執行國家癌症防治政策之策略參採(參考網站：European Cancer Inequalities Registry, Australia National Cancer Control Indicators)。

方法九：運用 AI 技術導入癌症登記，縮減醫療院所申報癌症診斷欄位所需時間及提高正確性，適時增修各癌症別相關欄位，提升癌症登記資料的完整性；瞭解國際上癌症發生資料收錄、分析及公布時程，縮短我國癌症發生資料統計分析時間，以提供及時監測公衛環境變化(如：COVID-19)對於癌症發生的影響。

方法十：針對國人重要癌症進行前瞻性基因檢測及臨床資料收錄，建立專屬國人且符合國際資安標準的生物資料庫，維運完備的健康大數據支援平台，持續提供以數據分析獲得數據證據的資源，提供生醫數據資源資訊，依據產學研界在生物標記、精準醫療、轉譯醫學、臨床治療準則、風險預測、健康成效研究、新藥、智慧醫材研發、新適應症、變更仿單及上市後療效及安全性監測等數據資料需求及使用目的，提供數據內容符合適用目的之支援。

策略二：推動新技術之癌症研究發展，參與國際合作

方法一：以公開徵求的方式，補助大專校院醫療院所及研究單位投入與癌症相關議題的基礎研究計畫，執行分屬工程、應用科學、生命科學(生醫)及社會科學人文範疇之多元面相領域議題研究及技術研發；補助國內研究機構組成的跨機構研究團隊，針對臺灣特有或重要癌症，運用最新科技如 AI、大數據等技術找出癌症高危險群或癌症風險因子有效介入的方式，對已有實證顯示具有潛在推廣效益的癌症篩檢、防治方法進行大規模的評估研究或對臨床上所面臨的癌症問題提出具體的解決方法，以提供政府癌症防治政策規劃的實證依據或提供民眾早期預防、篩檢或治療的方式。

方法二：建置乳癌細胞及腫瘤動物模式，用以評估中藥應用於免疫調節之作用及化療相關之細胞傷害與防治。

方法三：應用荖花成分之代謝活化毒性的分子機制，組成跨領域研究團隊，開發檳榔替代物以降低癌症風險，強化預防及防制風險因子。

方法四：定期與先進國家的醫療公衛成效指標做比較，持續研議提升我國防治的成效，例如各別癌症分期及 5 年存活率、治療核心指標與英、美、德、日、韓做比較。

方法五：尋求國際合作研究及學術交流，辦理或參加癌症相關國際組織與研討會等，藉由國際交流，汲取他國經驗，提升我國癌症防治能力，同時擴展癌症防治成效之國際知名度。

- 方法六：建置我國人體生物監測(Human Biomonitoring Project)，與國際比較以了解我國環境風險因子的獨特性；此外，亦積極爭取辦理或參加環境健康相關國際組織、國際學會及其研討會等，藉由國際交流，汲取他國經驗，提升我國癌症相關環境風險因子之防制效益及防治能力。
- 方法七：建立口腔癌前病變風險預測模型，以輔助現行篩檢項目找出高風險群，並以 AI 發展口腔病灶的自動化辨識可增加篩檢的客觀性及一致性，檢測酒精代謝基因及問卷訪談追蹤使民眾提升對疾病的認知，進而希望其改變飲酒使用習慣，達到口腔癌防治的成效。

伍、期程與資源需求

一、計畫期程

本計畫期程為 2024 年至 2030 年。

二、經費來源及計算基準

本計畫依據歷年執行情形及未來發展需求推算，各年經費將視實際情形修正。本計畫業列為本部重要施政計畫，將依實際經費需求辦理預算編列及爭取足額預算。

三、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 7 年總經費為 559 億 2,492 萬元整，編列詳見附件 2 經費需求表；本計畫以攸關民眾權益計畫項目作為優先考量，基金預算將依每年菸品健康捐實際分配額度滾動調整其他各項計畫，以符合基金財務平衡原則(計畫起訖日均為當年 1 月 1 日起至當年 12 月 31 日止)。

2024 年所需經費：4,172,042 千元(原所需經費共計 6,664,718 千元，其中欲爭取之公務預算 2,492,676 千元未獲核准)，另 2025 年至 2030 年計畫經行政院審核刪除「健康存摺推廣費」及「補充地方公共衛生人力」等 2 項目公務預算經費。

2025 年所需經費：7,593,347 千元

2026 年所需經費：7,871,020 千元

2027 年所需經費：8,450,077 千元

2028 年所需經費：8,867,106 千元

2029 年所需經費：9,298,762 千元

2030 年所需經費：9,672,566 千元

陸、預期效果及影響

本計畫之執行，可逐步整合政府和社區資源，持續提升民眾防癌能力，降底癌症風險，擴大癌症篩檢服務，提升癌症診斷、治療服務品質及癌友與家屬生活品質，精進監測數據的分析及運用，茲分項說明如下：

- 一、持續依據 2003 年「癌症防治法」立法目的，整合運用醫療保健資源，有效推動癌症防治工作，減少癌症威脅，維護國民健康。
- 二、落實各部會、衛生單位、醫療院所、社區、企業及民間團體於癌症防治之角色及功能，整合全國有助於癌症防治的資源，透過協調合作提升夥伴關係，發展有能力及主動的互動，縮小癌症防治在地區、族群間的不平等，強化癌症防治體系。
- 三、民眾實踐健康生活型態，教育單位及醫事專業團體培養癌症防治體系人才，及公共衛生人力的加入以整合並推動群體健康管理，強化預防，降低癌症風險。
- 四、篩檢目標族群積極參與篩檢服務，提升篩檢服務利用率，落實陽性個案追蹤管理，另依實證適時檢討篩檢項目及服務對象，精準提供篩檢服務，以早期發現早期治療。
- 五、整合銜接篩檢陽性個案的診斷、治療、照護及心理支持，運用新興技術提升品質，使資源分配與運用更具效益。
- 六、癌症風險因子相關資料庫、癌症研究發展與數位健康、精準醫療結合，簡化各項行政程序並及時提供監測資訊，另積極參與國際會議及合作計畫，拓展我國癌症防治視野，與國際接軌，提升我國國家形象及競爭力。
- 七、降低整體癌症死亡率，提升癌症病人存活率。參考 WHO 及聯合國的 NCDs 過早死亡機率下降目標，訂定 30-70 歲癌症過早死亡機率

下降為我國癌症防治成效重要指標，藉由推展防治策略，降低醫療資源耗用及社會生產力損失，減少癌症對整體經濟的衝擊及負擔。

柒、財務計畫

本計畫由前端的預防至後續的治療等相關服務，需藉由政府編列預算持續辦理癌症防治工作，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。本計畫經費規劃已於附件 2 呈現。

捌、附則

一、風險管理

(一) 風險辨識

研究顯示癌症篩檢可有效降低癌症死亡率，提高存活率，依本土的研究分析顯示，每 2 年 1 次的乳房 X 光攝影可以降低 41% 婦女乳癌死亡率；大規模子宮頸抹片篩檢可以降低 70% 子宮頸癌死亡率；每 2 年 1 次糞便潛血檢查可以降低 35% 大腸癌死亡率；以及每 2 年 1 次定期接受口腔黏膜檢查，可降低有嚼檳榔或吸菸習慣之男性 26% 死亡風險；低劑量電腦斷層檢查 (LDCT) 可降低重度吸菸者 20% 肺癌死亡率。此五項癌症篩檢 WHO 已建議可以經由篩檢早期發現早期治療之癌症。本部自 1995 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、糞便潛血檢查及 LDCT，民眾自我健康意識抬頭，及多方加強宣導預防重於治療觀念，民眾漸已開始建立定期篩檢的觀念。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。然每年預算卻未能隨之成長，造成預算與實際執行經費的落差逐年擴大。為減低公務預算之負擔，國健署已於 2014 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。若為經費不足支應而需限縮服務，恐將嚴重影響民眾權利，並造成國人健康極大威脅。

(二) 風險分析

依據本部參採「行政院及所屬各機關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」(參表 13)，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」。

(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(參圖 15)，經費不足問題之風險值為 4，超出本部所訂可容忍風險值 2。

(四) 風險處理

現有風險對策為暫以菸害防制及衛生保健基金歷年累積賸餘數支應本計畫所需費用。另透過研提本計畫爭取經費預算，若本計畫獲挹注足額經費，經評估可降低風險發生機率為「幾乎不可能」發生(參圖 16、本部殘餘風險圖像)，殘餘風險值則為「中度風險」。後續將持續監控風險項目，採取適當處理對策，以降低風險等級至可容忍之程度。

附件 1 計畫執行甘特圖

項目	短期 (2024-2025 年)	中期 (2026-2027 年)	長期 (2028-2030 年)
<p>強化癌症防治體系，提升夥伴關係</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 橫向整合各部會及本部各司署癌症防治資源，完善癌症防治體制 ● 縱向整合衛生單位、醫療院所及民間機構與團體，強化癌症防治網絡 ● 強化部分地區及特殊族群的癌症防治服務 			
<p>降低癌症風險，強化預防，及防制風險因子</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 提升生命週期各階段所需之癌症健康識能，強化民眾促進健康的責任 ● 增進癌症防治體系成員及組織人員的健康識能 			
<p>擴大癌症篩檢服務，早期發現及治療</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 提升篩檢服務量及利用率 ● 強化陽性個案追蹤，增進高危險群早期發現 ● 與醫療服務及疾病管理無縫接軌 			
<p>及時提供高品質診斷及治療服務，提升癌友與家屬生活品質</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 推動精準醫療，精進癌症醫療 			

<p>支付方案</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 運用新興技術改善癌症防治效能與品質 ● 推動醫療科技評估、安寧緩和認證制度 			
<p>推動癌症研究，運用監測數據及實證分析精進防治策略</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 建立癌症風險因子相關資料庫，串聯實證及各資料庫數據應用 ● 推動新技術之癌症研究發展，參與國際合作 			

附件 2 經費需求表 (單位：千元)

項目	2024 年	2025 年	2026 年	2027 年	2028 年	2029 年	2030 年	合計
(一)強化癌症防治體系,提升夥伴關係及縮小不平等	310,521 (基金)	327,129 (基金)	343,485 (基金)	360,659 (基金)	378,692 (基金)	397,627 (基金)	417,508 (基金)	2,535,621 (基金)
(二)降低癌症風險,強化民眾及癌症防治人員的健康識能	169,146 (基金)	178,128 (基金)	187,035 (基金)	196,386 (基金)	206,206 (基金)	216,516 (基金)	227,342 (基金)	1,380,759 (基金)
其他	169,146 (基金)	178,128 (基金)	187,035 (基金)	196,386 (基金)	206,206 (基金)	216,516 (基金)	227,342 (基金)	1,380,759 (基金)
(三)落實癌症篩檢服務,提升追蹤管理服務	2,877,750 (基金)	6,158,381 (3,017,963 基金 +3,140,418 公務)	6,365,096 (3,168,861 基金 +3,196,235 公務)	6,872,745 (3,327,304 基金 +3,545,441 公務)	7,211,286 (3,493,669 基金 +3,717,617 公務)	7,561,042 (3,668,352 基金 +3,892,690 公務)	7,850,835 (3,851,770 基金 +3,999,065 公務)	44,897,135 (23,405,669 基金 +21,491,466 公務)
(四)提供高品質診治服務,提升癌友與家屬生活品質	440,755 (基金)	466,998 (基金)	490,348 (基金)	514,865 (基金)	540,609 (基金)	567,639 (基金)	596,021 (基金)	3,617,235 (基金)
(五)推動癌症研究,運用監測數據及實證分析精進防治策略	373,870 (基金)	462,711 (447,911 基金 +14,800 公務)	485,056 (470,306 基金 +14,750 公務)	505,422 (493,822 基金 +11,600 公務)	530,313 (518,513 基金 +11,800 公務)	555,938 (544,438 基金 +11,500 公務)	580,860 (571,660 基金 +9,200 公務)	3,494,170 (3,046,650 基金 +447,520 公務)
跨機構的癌症轉譯研究	276,736 (基金)	345,920 (基金)	363,216 (基金)	381,377 (基金)	400,446 (基金)	420,468 (基金)	441,491 (基金)	2,629,654 (基金)
中西醫精準醫療及檳榔替代物之開發	0	14,800 (公務)	14,750 (公務)	11,600 (公務)	11,800 (公務)	11,500 (公務)	9,200 (公務)	73,650 (公務)
其他	97,134 (基金)	101,991 (基金)	107,090 (基金)	112,445 (基金)	118,067 (基金)	123,970 (基金)	130,169 (基金)	790,866 (基金)
總預算合計	4,172,042	7,593,347	7,871,020	8,450,077	8,867,106	9,298,762	9,672,566	55,924,920
公務預算合計	0	3,155,218	3,210,985	3,557,041	3,729,417	3,904,190	4,008,265	21,565,116
基金預算合計	4,172,042	4,438,129	4,660,035	4,893,036	5,137,689	5,394,572	5,664,301	34,359,804

註：若預算來源標註為公務，則為各年度欲爭取之額度。每年度於「(五)推動癌症研究，運用監測數據及實證分析精進防治策略」項下編列約 3,600 萬元之資本門經費做為系統維運費用，其餘費用均為經常門。

附件 3 癌症篩檢服務量及經費預估

	2024 年	2025 年	2026 年	2027 年	2028 年	2029 年	2030 年
乳癌							
篩檢人次(萬)	90	100	106	123	132	142	148
篩檢經費(千元)	1,120,500	1,246,967	1,319,742	1,527,743	1,643,400	1,767,900	1,841,355
子宮頸癌							
篩檢人次(萬)	228	230	232	248	259	270	281
篩檢經費(千元)	980,500	1,247,210	1,269,470	1,414,810	1,478,110	1,541,970	1,606,600
大腸癌							
篩檢人次(萬)	146	146	146	149	152	155	158
篩檢經費(千元)	365,300	438,000	438,000	447,000	456,000	465,000	474,000
口腔癌							
篩檢人次(萬)	70	70	70	70	70	70	70
篩檢經費(千元)	115,450	175,000	175,000	175,000	175,000	175,000	175,000
肺癌							
篩檢人次(萬)	7.4	75	78	81	85	89	93
篩檢經費(千元)	296,000	3,051,204	3,162,884	3,308,192	3,458,776	3,611,172	3,753,880
總計							
篩檢人次(萬)	541.4	621	632	671	698	726	750
篩檢經費(千元)	2,877,750	6,158,381	6,365,096	6,872,745	7,211,286	7,561,042	7,850,835

註：癌症篩檢服務量及經費預估將依經費實際分配額度及實證資料滾動式調整。

二、有關機關配合事項

本計畫內容需本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。

三、中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢視表

詳見本計畫附表一、二

表 1、計畫納入 WHO 提出預防及控制 NCDs 的 16 個最合算(Best Buys)策略之檢核表

序號	策略	是否納入計畫	說明
減少菸草使用 (註：需要實施、執行法規及立法的能力)			
1	提高煙草製品的消費稅和價格	是	菸害防制法第 4 條第 1 項、菸酒稅法 參、現行相關政策及方案之檢討/ 二、預防癌症發生/(二) 菸害防制
2	實施普通/標準化包裝和/或大圖形的健康警示在所有煙草包裝上		
3	對煙草的廣告、促銷和贊助制定及執行全面性禁令		
4	消除所有室內工作場所、公共場所、公共交通工具中的二手菸暴露		
5	實施有效的大眾媒體宣傳活動，教育公眾吸煙/煙草使用和二手菸的危害		
減少酒精的有害使用			
6	提高酒精飲料的消費稅 (註：需要建立有效的稅收徵管體系，並與防止逃漏稅相結合)	是	參、現行相關政策及方案之檢討/ 二、預防癌症發生/(四) 酒品健康危害防制
7	制定、執行禁令或全面限制接觸酒類廣告(透過多元媒體)(註：需要實施及執行法規和立法的能力)		
8	對零售酒類的實際供應制定並實施限制 (透過減少銷售時間)(註：對銷售的正式控制需要輔之以解決非法或非正規生產酒精的行動)		
減少不健康飲食			
9	透過重新制定食品配方以減少鹽的攝取量，以及設定食品和膳食中鹽含量的目標來減少鹽的攝取量 (註：需要相關部會採取多部門行動並得到民間社會的支持)	否	<ul style="list-style-type: none"> • 已於計畫書說明不健康飲食，惟未對減少鹽的攝取量說明。 • 壹、計畫緣起/三、問題評析/(四)國人對健康行為的認知及習慣仍需持續強化/1. 不健康生活型態 (運動不足、不健康飲食及肥胖)/(2) 不健康飲食
10	透過在醫院、學校、工作場所和護理之家等公共機構建立支持性環境來減少鹽的攝取量，從而提供低鈉選擇		
11	透過行為改變溝通和公眾媒體活動減少鹽攝取量		
12	透過實施包裝正面標示來減少鹽攝入量 (註：		

	需要監管能力和多部門行動)		
減少缺乏運動			
13	實施社區範圍內的身體活動大眾教育和宣傳活動，包括大眾媒體宣傳活動以及旨在支持身體活動水平行為改變的其他基於社區的教育、激勵和環境計畫	是	壹、計畫緣起/三、問題評析/ (四)國人對健康行為的認知及習慣仍需持續強化/1.不健康生活型態(運動不足、不健康飲食及肥胖)/(1)運動不足
管理心血管疾病和糖尿病			
14	藥物治療(包括糖尿病的血糖控制和使用總風險方法控制高血壓)，以及對心臟病發作、中風患者、未來10年內具發生致命和非致命心血管事件之高風險(≥30%)者的諮詢(註：在所有資源環境中都可行，包括由非醫師衛生工作者使用)	否	已說明與癌症防治相關之心血管疾病防治改善策略行動議題，因其重要性另有專案計畫，不列於本計畫策略中。
管理癌症			
15	9-13歲女孩接種HPV疫苗(2劑)		• HPV疫苗：WHO建議，針對9-14歲女性接種HPV疫苗，我國自2018年12月底開始，全面推動國中女生接種HPV疫苗的服務。 • 子宮頸抹片檢查：30歲以上婦女，每3年應至少接受1次子宮頸抹片檢查。 • 計畫書：
16	透過以下方式對30-49歲女性進行篩檢以預防子宮頸癌： • 肉眼觀察上皮變化情形(Visual inspection with acetic acid, VIA)與癌前病變及時治療(註：在資源匱乏的環境中使用醋酸進行目視檢查是可行的，包括非醫師衛生工作者) • 每3-5年進行1次子宮頸抹片檢查(宮頸細胞學檢查)，並及時治療癌前病變(註：子宮頸抹片檢查需要細胞病理學能力) • 每5年進行1次HPV檢測，並及時治療癌前病變(註：需要有組織的、以族群為基礎的篩檢及品質管制系統)	是	1. 計畫緣起/三、問題評析/ (四)國人對健康行為的認知及習慣仍需持續強化/3.感染原/(2)人類乳突病毒(HPV) 2. 參、現行相關政策及方案之檢討/二、預防癌症發生/(六)感染原預防/1. HPV預防

表 2、2021 年國人十大死因

單位：每 10 萬人口

死因別	死亡個案數（粗死亡率）
惡性腫瘤	51,656 (220.1)
心臟疾病（高血壓性疾病除外）	21,852 (93.1)
肺炎	13,549 (57.7)
腦血管疾病	12,182 (51.9)
糖尿病	11,450 (48.8)
高血壓性疾病	7,886 (33.6)
事故傷害	6,775 (28.9)
慢性下呼吸道疾病	6,238 (26.6)
腎炎、腎病症候群及腎病變	5,470 (23.3)
慢性肝病及肝硬化	4,065 (17.3)
全死因	184,172 (784.8)

1. 資料來源：本部統計處。

2. 粗死亡率單位為每 10 萬人口。

表 3、2020 年十大癌症發生癌別

人數排名	標準化率排名	癌症部位	個案數	標準化發生率
1	2	結直腸	16,829	40.5
2	3	肺、支氣管及氣管	16,370	39.1
3	1	女性乳房	15,259	82.1 ^{*1}
4	5	肝及肝內膽管	10,892	26.1
5	6	口腔、口咽及下咽	8,277	21.8
6	4	攝護腺	7,178	34.9 ^{*2}
7	8	甲狀腺	4,932	15.7
8	10	胃	4,257	9.9
9	11	皮膚	4,232	9.5
10	13	非何杰金氏淋巴瘤	3,118	8.1
		全癌症	121,979	311.3

1. 資料來源：本部國民健康署癌症登記資料(不含原位癌)。
2. 標準化率係以西元 2000 年世界標準人口為標準人口計算(單位為每 10 萬人口)。
3. ^{*1} 每 10 萬女性人口發生率; ^{*2} 每 10 萬男性人口發生率。

表 4、2020 年十大癌症發生癌別(分性別)

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	9,477	48.6	女性乳房	15,259	82.1
肺	8,877	44.7	肺	7,493	34.6
口腔	7,474	40.9	大腸	7,352	33.3
肝	7,617	39.1	甲狀腺	3,715	23.5
攝護腺	7,178	34.9	子宮體	3,032	16.3
食道	2,668	14.2	肝	3,365	14.3
胃	2,464	12.3	卵巢	1,824	10.7
皮膚	2,324	11.5	胃	1,793	7.9
白血病	1,549	9.9	皮膚	1,908	7.8
非何杰金氏淋巴瘤	1,719	9.5	子宮頸	1,436	7.8
全癌症	63,893	336.2	全癌症	58,086	292.8

1. 資料來源：衛生福利部國民健康署癌症登記資料(不含原位癌)。
2. 序位係以標準化發生率由高至低排序。
3. 標準化率係以西元 2000 年世界標準人口為標準人口計算(單位為每 10 萬人口)。

表 5、2021 年 75 歲以下人口主要死亡原因之潛在生命年數損失 (PYLL) 及平均生命年數損失 (AYLL)

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	889,047	15.9	403,193	15.1	1,292,240	15.6
惡性腫瘤	272,954	13.7	166,011	14.3	438,965	13.9
心臟疾病 (高血壓性疾病除外)	99,574	15.4	27,727	12.8	127,301	14.7
肺炎	23,250	11.0	7,947	10.6	31,197	10.9
腦血管疾病	43,869	13.4	17,390	12.5	61,259	13.1
糖尿病	36,829	12.4	15,925	10.1	52,754	11.6
高血壓性疾病	23,232	14.2	5,982	9.8	29,214	13.0
事故傷害	88,712	25.3	28,650	23.5	117,362	24.8
慢性下呼吸道 疾病	9,370	9.2	2,787	9.8	12,157	9.4
腎炎、腎病症 候群及腎病變	13,531	12.2	6,645	9.9	20,176	11.3
慢性肝病及肝 硬化	50,574	20.4	8,090	14.1	58,664	19.2

1. 資料來源：衛生福利部統計處
2. 潛在生命年數損失 (PYLL)：各年齡預期可活存年數 (75-死亡時之年齡) 與該年齡死亡人數之乘積總和 (單位：人年數)。
3. 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 (單位：年)。

表 6、2021 年男、女性十大死亡癌症統計

癌症別	合 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		死亡 人數	標準化 死亡率
肺	10,040	22.2	肺	6,335	30.7	肺	3,705	15.0
肝	7,970	17.9	肝	5,411	26.8	女性乳房	2,913	13.8
大腸	6,657	14.6	大腸	3,816	18.4	大腸	2,841	11.3
女性乳房	2,913	13.8*1	口腔	3,110	16.5	肝	2,559	10.0
攝護腺	1,689	7.5*2	食道	1,869	9.7	胰臟	1,217	5.0
口腔	3,395	8.5	攝護腺	1,689	7.5	胃	891	3.6
胰臟	2,659	6.0	胰臟	1,442	7.1	卵巢	696	3.3
胃	2,310	5.0	胃	1,419	6.7	子宮頸	608	2.8
食道	2,030	5.0	膀胱	761	3.5	非何杰金氏 淋巴瘤	594	2.5
卵巢	696	3.3*1	非何杰金氏 淋巴瘤	754	3.7	子宮體	489	2.3
全癌症	51,656	118.2	全癌症	31,121	154.0	全癌症	20,535	87.1

1. 資料來源：本部統計處。

2. 序位係以粗死亡率由高至低排序。

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

4. *1 每 10 萬女性人口發生率; *2 每 10 萬男性人口發生率。

表 7、2010-2021 年 30-70 歲常見癌症過早死亡機率

(單位：%)

年	全癌	肺癌	肝癌	女性 乳癌	大腸 癌	口腔 癌	食道 癌	胰臟 癌	胃癌	卵巢 癌	子宮 頸癌	子宮 體癌	攝護 腺癌
2010	7.97	1.44	1.73	0.95	0.82	0.68	0.42	0.29	0.38	0.23	0.30	0.11	0.16
2011	8.02	1.47	1.71	0.99	0.85	0.67	0.40	0.30	0.35	0.23	0.27	0.11	0.18
2012	7.93	1.47	1.64	1.00	0.80	0.71	0.42	0.31	0.36	0.26	0.27	0.11	0.18
2013	7.88	1.44	1.60	1.00	0.85	0.71	0.42	0.33	0.33	0.25	0.26	0.12	0.17
2014	7.85	1.45	1.55	1.01	0.85	0.70	0.44	0.34	0.33	0.26	0.22	0.14	0.16
2015	7.74	1.42	1.47	1.02	0.82	0.66	0.44	0.35	0.33	0.24	0.24	0.12	0.15
2016	7.59	1.37	1.39	0.98	0.81	0.72	0.40	0.34	0.33	0.28	0.23	0.15	0.15
2017	7.43	1.32	1.37	1.06	0.78	0.69	0.43	0.33	0.31	0.29	0.21	0.15	0.17
2018	7.39	1.31	1.28	1.05	0.77	0.71	0.46	0.37	0.30	0.26	0.24	0.18	0.16
2019	7.39	1.36	1.19	1.08	0.81	0.78	0.45	0.38	0.31	0.28	0.24	0.17	0.16
2020	7.15	1.31	1.10	1.06	0.83	0.75	0.45	0.36	0.28	0.29	0.22	0.18	0.17
2021	7.13	1.29	1.08	1.13	0.82	0.75	0.46	0.38	0.29	0.27	0.19	0.19	0.17

表 8、2021 年 75 歲以下人口主要癌症死亡原因之潛在生命年數損失(PYLL)及平均生命年數損失(AYLL)

癌症別	癌症潛在生命年數損失(PYLL)			平均生命年數損失(AYLL)		
	合計	男性	女性	合計	男性	女性
肺癌	67,732	43,409	24,323	11.8	11.6	12.1
肝癌	58,725	47,763	10,962	12.3	13.1	9.9
口腔癌	47,672	45,254	2,418	16.5	16.6	14.7
大腸癌	47,505	28,650	18,855	13.4	13.1	14.0
女性乳癌	38,708	-	38,708	17.0	0.0	17.0
食道癌	27,762	26,197	1,565	16.1	16.1	15.5
胰臟癌	20,434	12,914	7,520	12.3	13.0	11.2
胃癌	15,922	9,218	6,704	13.0	11.9	14.8
白血病	12,805	7,501	5,304	17.8	17.8	17.8
卵巢癌	9,219	-	9,219	16.7	0.0	16.7
子宮頸癌	6,745	-	6,745	17.0	0.0	17.0
子宮體癌	6,061	-	6,061	15.2	0.0	15.2
膀胱癌	4,225	3,136	1,089	10.0	10.3	9.2
攝護腺癌	3,250	3,250	-	7.3	7.3	0.0
甲狀腺癌	1,134	428	706	11.1	10.2	11.8
全癌症	438,965	272,954	166,011	13.9	13.7	14.3

1. 資料來源：本部統計處
2. 潛在生命年數損失 (PYLL)：各年齡預期可活存年數 (75-死亡時之年齡) 與該年齡死亡人數之乘積總和 (單位：人年數)。
3. 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 (單位：年)。

表 9、我國癌症過早死亡機率中長程目標表

指標	2015 年 實際值 (基準)	2016 年實 際值	2017 年實 際值	2018 年實 際值	2019 年實 際值	2020 年實 際值	2021 年實 際值	2022 年實 際值	2025 年目 標值	2026 年目 標值	2027 年目 標值	2028 年目 標值	2029 年目 標值	2030 年目 標值
國人癌症 過早死亡 機率	7.74%	7.59%	7.43%	7.39%	7.39%	7.15%	7.13%	7.07%	6.8%	6.73%	6.65%	6.57%	6.49%	6.42%

表 10、五項癌症篩檢對象、工具及間隔

癌症別	對象	篩檢工具	間隔
乳癌	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 50-74 歲民眾 	糞便潛血	2 年 1 次
口腔癌	<ul style="list-style-type: none"> ● 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸民眾 ● 18-29 歲嚼檳榔(含已戒)原住民 	口腔黏膜檢查	2 年 1 次
子宮頸癌	<ul style="list-style-type: none"> ● 30 歲以上婦女 	抹片	每 3 年至少 1 次
肺癌	<ul style="list-style-type: none"> ● 45-74 歲女性/50-74 歲男性，且其父母、子女或兄弟姊妹曾罹患肺癌者。 ● 50-74 歲吸菸史達 30 包-年以上之吸菸者或戒菸 15 年內者 	低劑量電腦斷層	2 年 1 次

表 11、常見癌症與美國(SEER)在期別存活率與期別分布比較

2012-2018年癌症期別存活率(整體)

整體	肺、支氣管及氣管癌		肝及肝內膽管癌		結直腸癌		女性乳癌		口腔、口咽及下咽癌		子宮頸癌		胃癌		攝護腺癌	
	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國
不分期別	33.2%	22.9%	35.2%	20.8%	65.7%	65.1%	89.4%	90.6%	82.2%	68.0%	67.9%	66.7%	39.0%	33.3%	88.9%	96.8%
局部侵犯	90.5%	61.2%	53.0%	36.1%	90.8%	90.9%	98.6%	99.1%	51.8%	86.3%	86.1%	91.8%	79.7%	71.8%	100.0%	100.0%
區域侵犯	38.5%	33.5%	8.3%	12.8%	70.8%	72.8%	88.1%	86.1%	10.2%	69.0%	60.6%	59.4%	41.5%	32.9%	100.0%	100.0%
遠端轉移	11.2%	7.0%	2.0%	3.1%	14.4%	15.1%	37.3%	30.0%	44.7%	40.4%	21.7%	17.1%	5.1%	5.9%	51.2%	32.3%
不明/未分期	21.0%	9.9%	17.6%	8.2%	54.5%	40.5%	70.5%	60.0%	60.3%	57.4%	54.3%	53.6%	25.0%	25.4%	77.5%	85.8%

2012-2018年癌症期別存活率(男性)

男性	肺、支氣管及氣管癌		肝及肝內膽管癌		結直腸癌		口腔、口咽及下咽癌		胃癌		攝護腺癌	
	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國
不分期別	24.6%	19.2%	35.1%	20.6%	65.7%	64.6%	59.2%	67.7%	38.1%	29.7%	88.9%	96.8%
局部侵犯	83.3%	55.4%	53.8%	36.0%	90.5%	90.3%	82.2%	85.7%	79.0%	67.0%	100.0%	100.0%
區域侵犯	30.4%	29.8%	8.3%	12.4%	70.4%	72.6%	50.2%	70.4%	40.2%	32.2%	100.0%	100.0%
遠端轉移	7.8%	5.6%	2.0%	2.9%	14.3%	14.0%	9.7%	41.3%	5.1%	5.7%	51.2%	32.3%
不明/未分期	17.4%	9.0%	17.5%	7.6%	55.6%	43.4%	42.4%	56.7%	21.6%	21.5%	77.5%	85.8%

2012-2018年癌症期別存活率(女性)

女性	肺、支氣管及氣管癌		肝及肝內膽管癌		結直腸癌		乳癌		口腔、口咽及下咽癌		子宮頸癌		胃癌	
	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國
不分期別	44.7%	27.0%	21.5%	66.5%	65.7%	89.4%	90.6%	72.3%	68.8%	67.9%	66.7%	41.4%	38.9%	
局部侵犯	96.0%	66.1%	52.6%	36.6%	92.5%	91.5%	98.6%	99.1%	88.5%	87.1%	86.1%	91.8%	82.7%	
區域侵犯	55.8%	37.4%	8.8%	14.2%	72.1%	73.1%	88.1%	86.1%	67.4%	69.7%	60.6%	59.4%	44.9%	
遠端轉移	16.4%	8.6%	2.0%	3.6%	14.7%	16.4%	37.3%	30.0%	14.4%	41.5%	21.7%	17.1%	5.3%	
不明/未分期	27.2%	10.9%	18.2%	9.2%	53.7%	37.6%	70.5%	60.0%	56.2%	59.9%	54.3%	53.6%	30.9%	

2010-2019年癌症期別分佈(整體)

整體	肺、支氣管及氣管癌		肝及肝內膽管癌		結直腸癌		女性乳癌		口腔、口咽及下咽癌		子宮頸癌		胃癌		攝護腺癌	
	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國
局部侵犯	21.6%	22.4%	59.1%	41.6%	34.7%	37.0%	52.0%	64.3%	33.9%	30.2%	48.6%	42.4%	25.3%	29.4%	42.9%	71.4%
區域侵犯	12.7%	21.4%	19.7%	24.5%	30.2%	34.6%	32.9%	26.9%	51.2%	47.3%	26.5%	35.1%	33.1%	24.4%	24.2%	12.7%
遠端轉移	58.1%	48.8%	11.6%	18.0%	21.2%	21.0%	7.9%	5.8%	2.8%	15.3%	12.8%	14.9%	28.9%	33.6%	23.7%	6.8%
不明/未分期	7.6%	7.4%	9.6%	15.9%	11.4%	7.4%	6.9%	3.0%	12.1%	7.3%	11.7%	7.5%	12.7%	12.6%	9.2%	9.1%

2010-2019年癌症期別分佈(男性)

男性	肺、支氣管及氣管癌		肝及肝內膽管癌		結直腸癌		口腔、口咽及下咽癌		胃癌		攝護腺癌	
	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國
局部侵犯	16.4%	20.1%	58.0%	41.7%	35.2%	36.9%	34.0%	25.6%	24.8%	26.7%	42.9%	71.4%
區域侵犯	14.8%	21.5%	21.2%	25.5%	29.8%	34.6%	51.3%	51.3%	33.8%	26.6%	24.2%	12.7%
遠端轉移	61.2%	50.9%	11.8%	17.5%	21.0%	21.4%	2.8%	16.2%	28.6%	35.6%	23.7%	6.8%
不明/未分期	7.6%	7.6%	9.1%	15.4%	11.3%	7.1%	11.9%	6.9%	12.6%	11.1%	9.2%	9.1%

2010-2019年癌症期別分佈(女性)

女性	肺、支氣管及氣管癌		肝及肝內膽管癌		結直腸癌		乳癌		口腔、口咽及下咽癌		子宮頸癌		胃癌	
	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國	臺灣	美國
局部侵犯	28.7%	24.9%	61.6%	41.5%	33.9%	37.1%	52.0%	64.3%	33.1%	41.1%	48.6%	42.4%	26.0%	33.4%
區域侵犯	9.7%	21.3%	16.3%	22.1%	30.7%	34.6%	32.9%	26.9%	50.1%	37.7%	26.5%	35.1%	31.8%	21.0%
遠端轉移	54.0%	46.5%	11.4%	19.2%	21.4%	20.5%	7.9%	5.8%	3.1%	13.1%	12.8%	14.9%	29.5%	30.7%
不明/未分期	7.6%	7.2%	10.7%	17.2%	11.5%	7.7%	6.9%	3.0%	13.8%	8.1%	11.7%	7.5%	12.7%	14.8%

表 12、本部及各部會於癌症防治之角色與功能

一、本部

單位	癌症防治角色	業務內容有助於癌症防治
本部 醫事司	公共衛生師及醫事人員、安寧療護品質、癌症相關精準醫療	<ul style="list-style-type: none"> 安寧緩和醫療相關品質提升 醫療網計畫-推動病人預立醫療決定及安寧緩和醫療推動癌症相關精準醫療 推動癌症相關精準醫療
本部 科技發展組	推動癌症研究	<ul style="list-style-type: none"> 推動癌症相關研究及轉譯
本部 心理健康司	癌症病友及家屬心理健康促進、心理支持	<ul style="list-style-type: none"> 癌症病人及家屬心理健康促進之教育宣導 強化癌症病人及家屬心理支持服務
本部 口腔健康司	口腔健康促進、整合照護及復健之發展與研究	<ul style="list-style-type: none"> 口腔衛生教育及預防保健 口腔癌整合照護及復健之發展與研究
本部 中醫藥司	癌症治療相關中醫藥業務	<ul style="list-style-type: none"> 中藥用藥安全宣導 癌症防治相關中醫醫療照護
本部 統計處	癌症死因統計、癌症相關資料管理、申請應用與提供平台	<ul style="list-style-type: none"> 癌症及各主要癌症死因統計、死亡年齡中位數及潛在生命損失等 衛生福利資料科學中心之癌症相關資料庫收錄與管理、開放研究申請之審核與持續維運 配合實證更新死因統計之細項分析
本部 國家中醫藥研究所	癌症中醫藥研究、檳榔替代物研究	<ul style="list-style-type: none"> 中西醫結合精準醫療大數據庫 癌症中藥安全性及與西藥交互作用之研究 檳榔替代物及中藥材發展研究
本部 中央健康保險署	癌症醫療給付及資料收錄	<ul style="list-style-type: none"> 癌症治療給付及管理 癌症安寧住院、居家及共同照護 癌症新醫療、新技術、新藥發展及支付 健康存摺推廣及連動 癌症醫療資料分析統計、AI 醫療資料及影像收錄
本部 疾病管制署	傳染性致癌因子	<ul style="list-style-type: none"> 急性 B、C 型肝炎病毒感染預防、監測及研究 B 型肝炎疫苗接種 孕婦 B 型肝炎產前檢查資料登錄
本部	安全飲食與藥品、	<ul style="list-style-type: none"> 食品及藥品源頭控管致癌物質

單位	癌症防治角色	業務內容有助於癌症防治
食品藥物管理署	藥品許可證核發	<ul style="list-style-type: none"> 稽查食品成分及營養標示、食品安全之管理 查緝非法藥物 癌症相關藥品許可證核發
國家衛生研究院	癌症研究及轉譯	<ul style="list-style-type: none"> 癌症相關研究及轉譯 推動癌症轉譯研究跨機構合作平台及臨床研究資訊共享 健康大數據永續平台計畫 癌症相關環境風險因子防制之監測及研究
醫藥品查驗中心	醫療科技評估	<ul style="list-style-type: none"> 癌症相關藥品、政策、醫材之醫療科技評估
本部 國民健康署	癌症預防及篩檢	<ul style="list-style-type: none"> 癌症風險因子防制(菸、酒、檳榔、不健康飲食、運動不足)及監測調查 推動癌症預防 HPV 疫苗接種 癌症(大腸癌、乳癌、肺癌、子宮頸癌、口腔癌)篩檢服務及網絡布建 推動健康識能 癌症診療品質認證 輔導成立癌症資源中心 癌症登記及篩檢資料庫建置及分析

二、其他相關部會

單位	癌症防治角色	業務內容有助於癌症防治
教育部	防癌教育、推動健康促進學校、校園健康飲食及全民運動	<ul style="list-style-type: none"> 落實十二年國民基本教育課程綱要之健康教育教學，並積極推動健康促進學校計畫及癌症風險因子防制(菸、酒、檳榔、不健康飲食、運動不足) 持續推動學生每週在校運動 150 分鐘方案 配合本部推動校園癌症預防工作(HPV 疫苗接種、B、C 型肝炎篩檢)、癌症篩檢及檳榔防制 降低青少年吸菸及嚼檳率 督導學校依照「學校午餐食物內容及營養基準」及「校園飲品及點心販售範圍」等規

單位	癌症防治角色	業務內容有助於癌症防治
		<p>範提供餐食，實施健康飲食教育</p> <ul style="list-style-type: none"> 運用各種管道宣導及教導學生瞭解慢性病毒性肝炎的預防及治療相關事宜
內政部 統計處	癌症相關內政統計	<ul style="list-style-type: none"> 持續更新國人平均餘命及排除惡性腫瘤後之平均餘命統計結果。例如：依據內政部發布 2021 年國人一般平均壽命為 80.86 歲，如排除國內十大死因前 3 位的惡性腫瘤、心臟疾病及肺炎，平均壽命將可分別提高 3.84 歲、1.56 歲及 0.91 歲，顯示惡性腫瘤對平均壽命的影響最為明顯。
勞動部	勞工健檢、癌症相關職業病防制	<ul style="list-style-type: none"> 職業性癌症危害預防 勞工健檢依勞工篩檢意願與資格進行癌症篩檢及宣導 協助推動菸害及檳榔防制
國防部	國軍健康促進及癌症風險因子防制	<ul style="list-style-type: none"> 營造國軍健康生活環境(遠離菸、酒、檳榔；健康飲食及運動支持性環境、維持健康體位) 鼓勵參與癌症定期篩檢
經濟部	輔導健康服務產業發展	<ul style="list-style-type: none"> 運用大數據分析民眾健康生活型態。 輔導健康服務產業掌握市場趨勢，跨業開發健康相關商品與服務模式，建構健康服務生態圈，帶動健康產業發展。
環境部	環境致癌因子管制	<ul style="list-style-type: none"> 環境致癌因子管制(如空氣污染、水污染等)
農業部	檳榔管制、農藥管制、食農教育	<ul style="list-style-type: none"> 檳榔廢園及轉作輔導，降低檳榔種植面積；及辦理檳榔農藥殘留抽驗，輔導農民安全用藥 建立檳榔田間有害生物管理模式及安全用藥規範 宣導農藥販賣業者建立分級管理及安全用藥觀念 辦理食農教育推廣
國家科學及技術委員會	癌症研究及 AI 研究	<ul style="list-style-type: none"> 推動癌症相關研究、研發 癌症相關 AI 之研發
金融監督管理委員會 保險局	癌症相關保險管理	<ul style="list-style-type: none"> 鼓勵保險業者設計可協助民眾建立健康生活及定期健檢等具鼓勵機制之健康管理保險商品

單位	癌症防治角色	業務內容有助於癌症防治
		<ul style="list-style-type: none"> • 持續與本部中央健康保險署合作推動商業保險補位全民健保政策
原住民族委員會	原住民族檳榔健康危害防制、原住民族癌症相關健康監測及防癌	<ul style="list-style-type: none"> • 宣導建立原住民族健康生活型態(遠離菸、酒、檳榔;健康飲食及運動支持性環境、維持健康體位) • 符合原住民族文化之檳榔健康危害防制策略與推動 • 鼓勵原住民族參與癌症篩檢 • 辦理原住民族癌症相關健康風險行為(菸、酒、檳榔、不健康飲食、運動不足)之監測調查 • 提升原住民族地區癌症防治參與
核能安全委員會	環境及儀器輻射安全	<ul style="list-style-type: none"> • 輻射防護、環境輻射偵測及輻射安全宣導 • 儀器輻射的安全管制(乳房 X 光攝影儀及電腦斷層掃描儀)符合游離輻射防護法規範
公務人員保障暨培訓委員會	防癌宣導	<ul style="list-style-type: none"> • 協助宣導公務人員接受癌症篩檢

表 13、風險發生機率及影響程度分類表－機率及影響之敘述

機率的敘述分類表

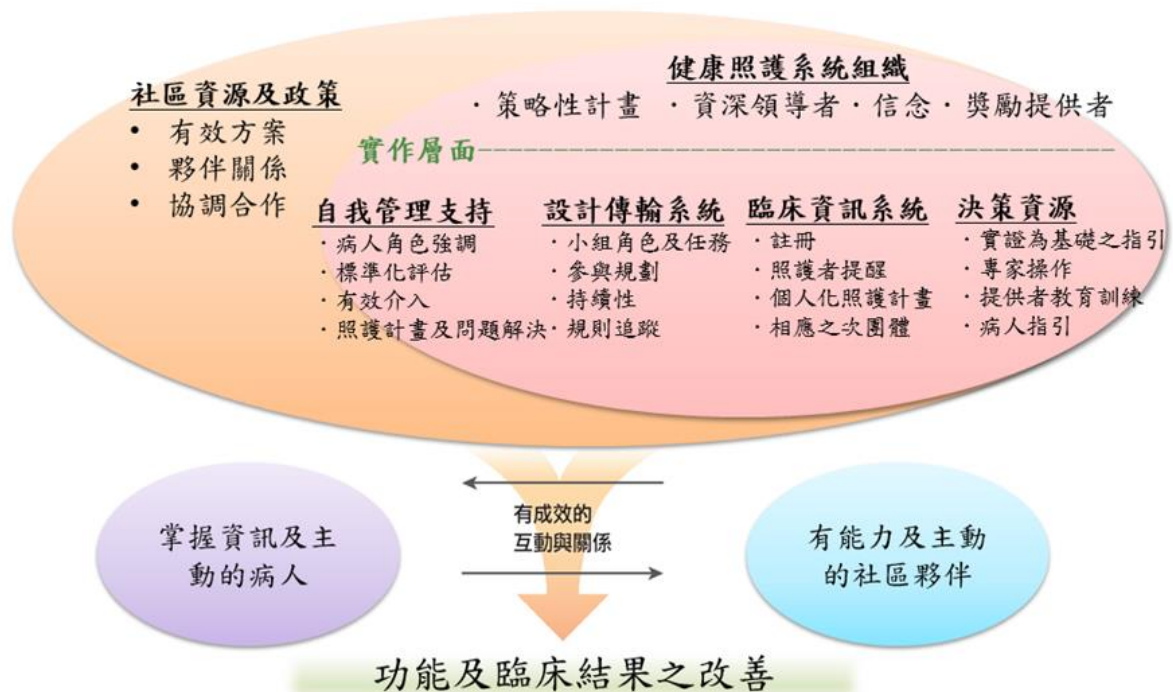
風險機率分級			
等級	幾乎不可能(1)	可能(2)	幾乎確定(3)
機率之描述	發生機率 0%~40%: 只會在特殊的情況下發生。	發生機率 41%~60%:有些情況下會發生。	發生機率 61%以上: 在大部分的情況下會發生。

影響的敘述分類表

等級	影響程度	衝擊或後果	形象	社會反應
3	非常嚴重	高度危機	政府形象受損	要求追究行政院行政責任
2	嚴重	中度危機	本部形象受損	要求追究本部分行政責任
1	輕微	低度危機	各單位形象受損	要求追究執行單位行政責任

風險評估及處理彙總表

風險項目	風險情境	現有風險對策	現有風險值 (可能性×影響程度)	新增風險對策	殘餘風險值 (可能性×影響程度)
經費不足問題	目前菸害防制及衛生保健基金獲配預算不足以支應計畫所需經費。	暫以菸害防制及衛生保健基金歷年累積賸餘數支應。	可能×嚴重=高度風險 (2×2=4)	研提「第五期國家癌症防治計畫(2024-2030年)」爭取經費預算	幾乎不可能×嚴重=中度風險 (1×2=2)



翻譯自 ICIC, Robert Wood Johnson Foundation of the McCall Institute for Healthcare Innovation, Group Health Cooperative of Puget Sound

圖 1、非傳染性疾病照顧模式(Expanded CCM)

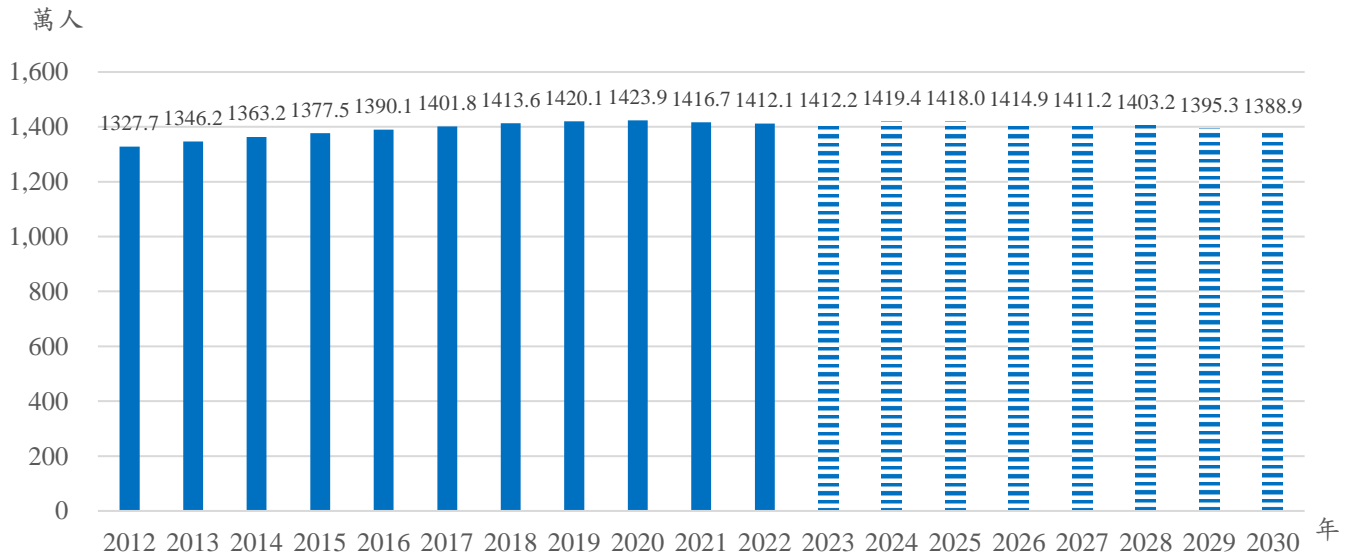


圖 2、推估至 2030 年 30-70 歲人口數

註：

- 資料來源：國家發展委員會人口推估查詢系統。
- 2023 年（含）以後為推估值。

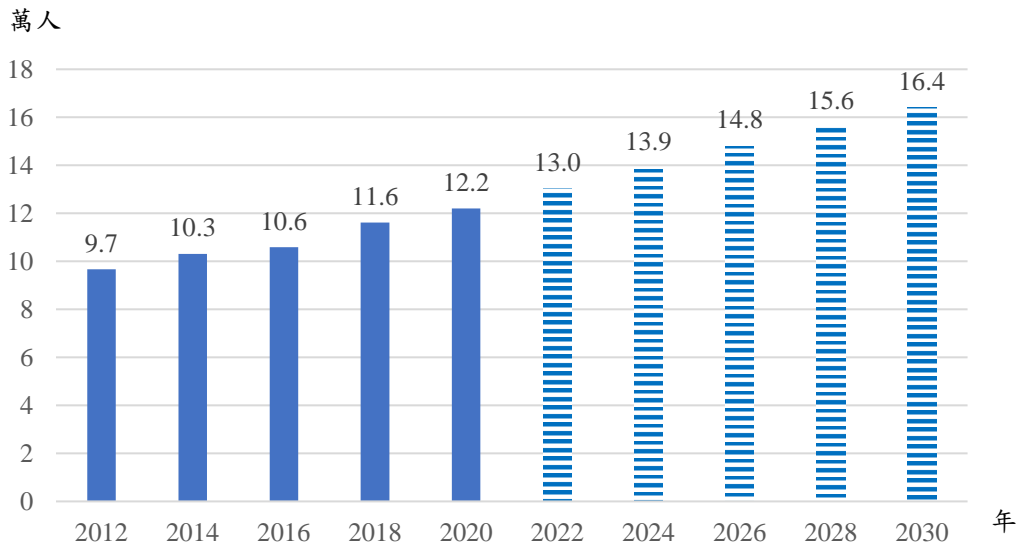


圖 3、推估至 2030 年癌症新發生人數

註：2022 年（含）以後為推估值。

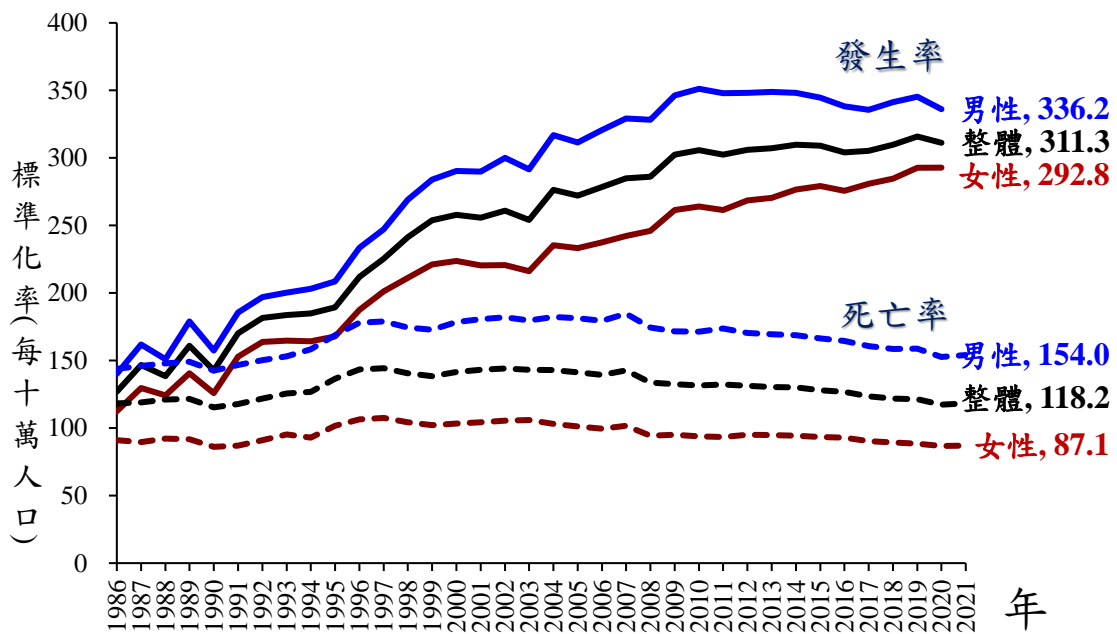


圖 4、國人癌症標準化發生率及死亡率趨勢

註：

1. 發生資料來源：本部國民健康署癌症登記資料(不含原位癌)。
2. 死亡資料來源：本部統計處。
3. 標準化率係以西元 2000 年世界標準人口為標準人口計算(單位為每 10 萬人口)。
4. 死因統計 2008 年起改採國際疾病分類 ICD-10，2019 年起改採「2016 年版 ICD-10 死因選取準則」

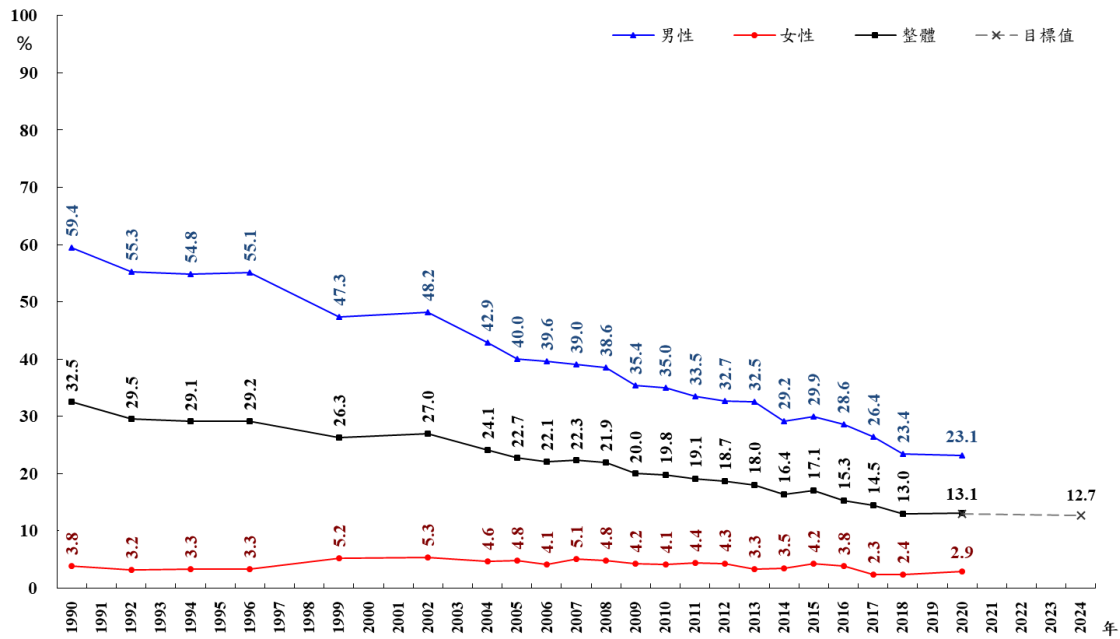


圖 5、1990-2020 年成人吸菸率趨勢圖

資料來源：

1. 西元 1990 至 1996 年為菸酒公賣局調查資料，利用家戶面訪收集民眾菸酒相關資料。
2. 西元 1999 年為李蘭教授「民國八十八年台灣地區成人及青少年之吸菸率及吸菸行為調查」資料，利用電訪收集民眾吸菸相關資料。
3. 西元 2002 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」，利用家戶面訪收集民眾健康相關資料。
4. 西元 2004 至 2020 年為國民健康署「國人吸菸行為調查」，利用電訪收集民眾吸菸相關資料，自 2019 年起調整調查期程改為兩年辦理一次，2019 年非調查年度。
5. 西元 1999 至 2020 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。

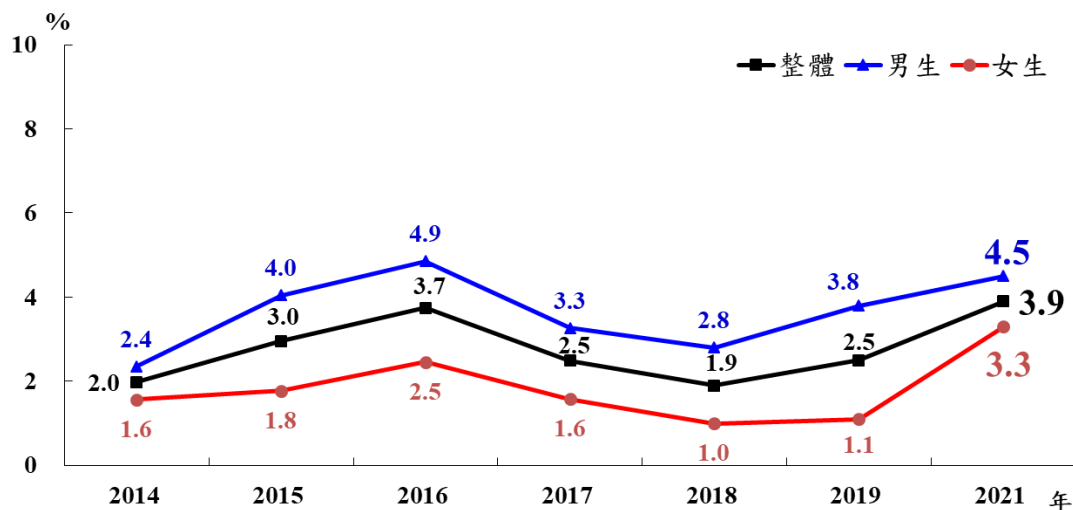


圖 6、2014-2021 年國中學生電子煙使用率趨勢圖

1. 資料來源：國民健康署歷年「青少年吸菸行為調查」，自 2019 年起改為兩年辦理一次，西元單數年辦理調查，2020 年非調查年度。2014 年起納入電子煙題目。
2. 目前電子煙使用者定義：過去 30 天內有吸電子煙。

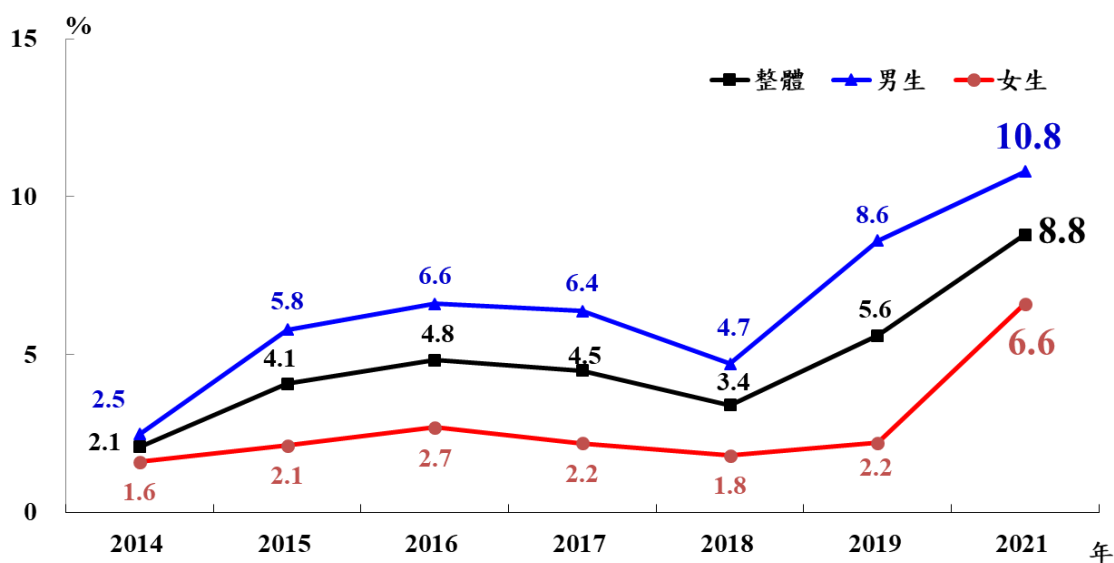


圖 7、2014-2021 年高中職學生電子煙使用率趨勢圖

1. 資料來源：國民健康署歷年「青少年吸菸行為調查」，自 2019 年起改為兩年辦理一次，西元單數年辦理調查，2020 年非調查年度。2014 年起納入電子煙題目。
2. 目前電子煙使用者定義：過去 30 天內有吸電子煙。

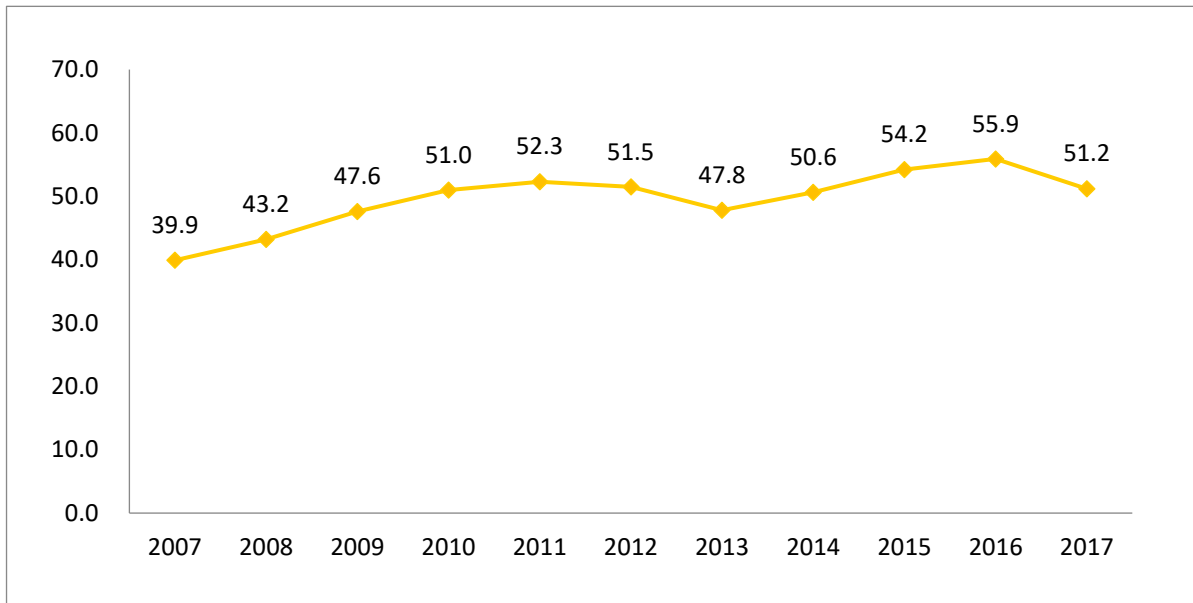


圖 8、18 歲以上男性檳榔致癌認知率

資料來源：國民健康署 2007 至 2016 年「國人吸菸行為調查」及「健康危害行為監測調查」，2017 年「國人吸菸行為調查」及「健康促進業務推動現況與成果調查」。

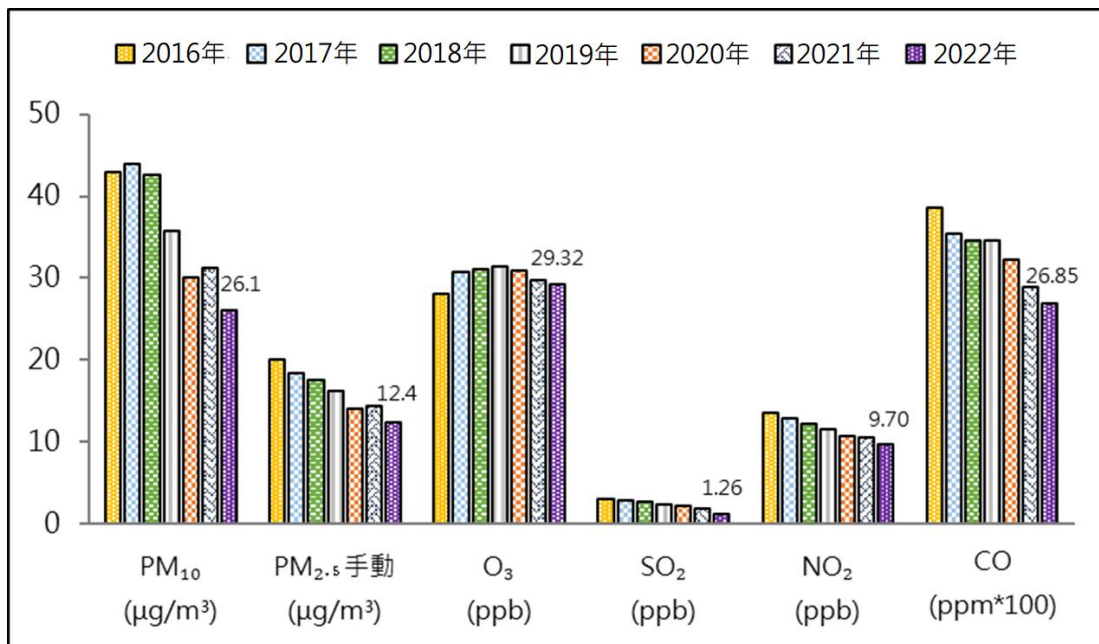


圖 9、全國各項空氣污染物年平均濃度變化趨勢

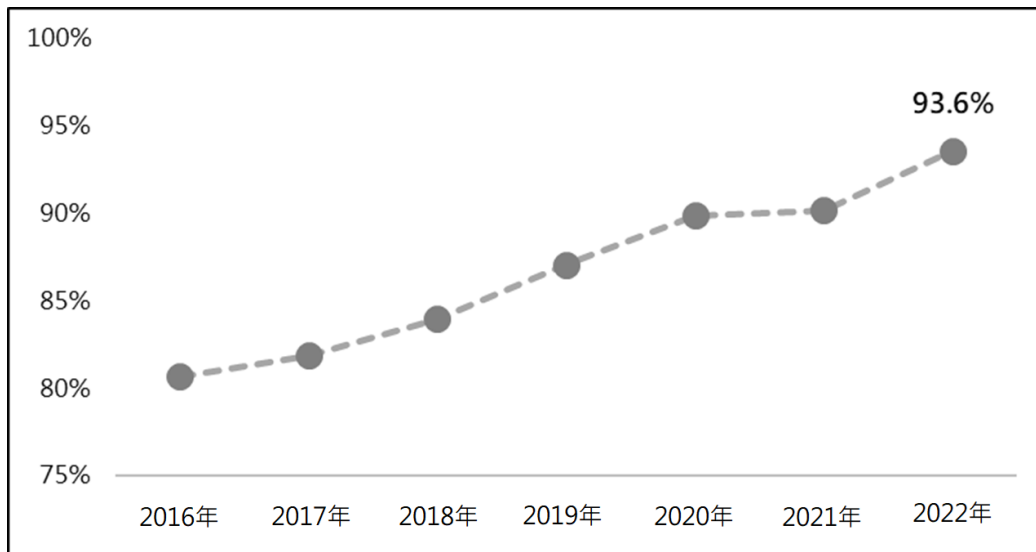


圖 10、全國空氣品質良好及普通(AQI≤100)等級之比率

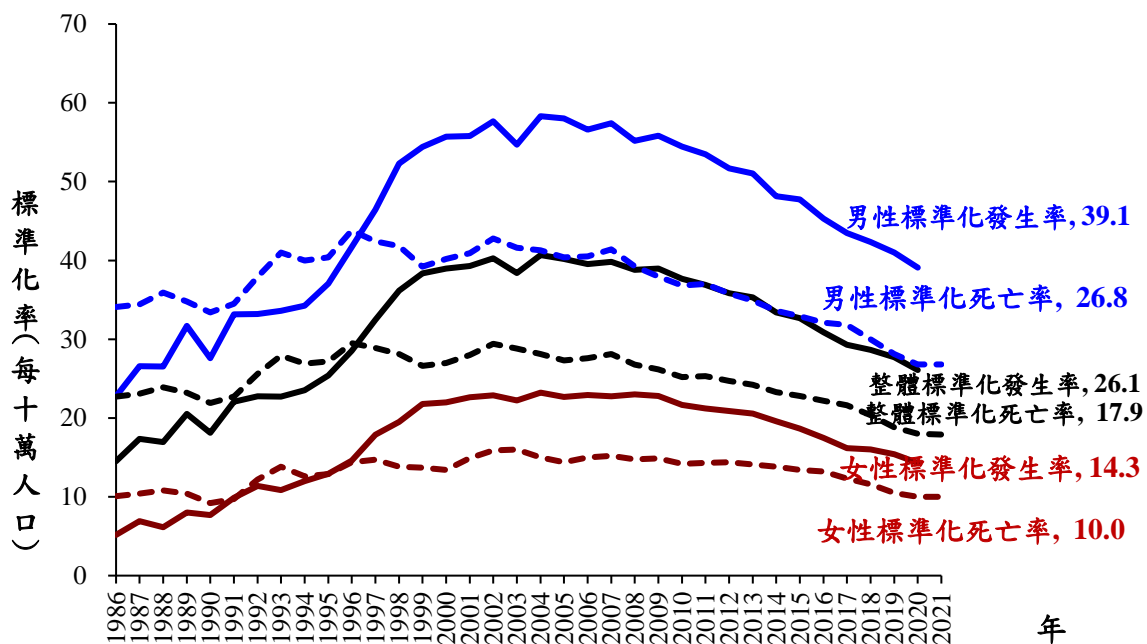


圖 11、1986-2020 年肝癌標準化發生率及死亡率趨勢

註：

- 發生資料來源：本部國民健康署癌症登記資料(不含原位癌)。
- 死亡資料來源：本部統計處。
- 標準化率係以西元 2000 年世界標準人口為標準人口計算(單位為每 10 萬人口)。
- 死因統計 2008 年起改採國際疾病分類 ICD-10，2019 年起改採「2016 年版 ICD-10 死因選取準則」。

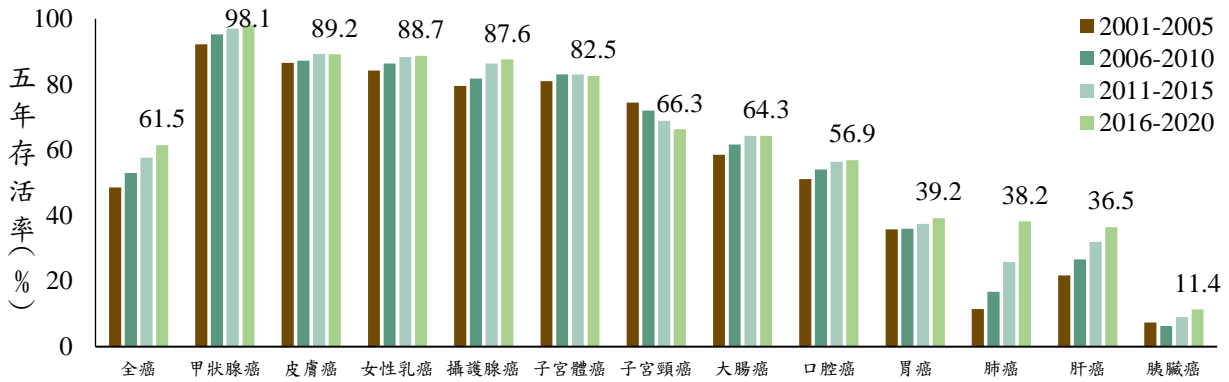


圖 12、全癌症及常見癌症 5 年相對存活率之長期趨勢

註：

1. 本部國民健康署癌症登記資料(不含原位癌)
2. 男性胃癌存活率近 10 年持平，刻正推動原鄉胃癌防治計畫。
3. 子宮頸癌五年存活率因子宮頸癌篩檢大多為癌前病變個案，致子宮頸癌個案數減少，其中 Stage 0 及 Stage 1 個案數減少而晚期比率相對增加，將加強未篩、多年未篩者參加篩檢。



圖 13、第五期國家癌症防治計畫五大策略

第五期國家癌症防治計畫架構

拓展慢性疾病模式、未來環境預測、問題評析及執行策略對照表

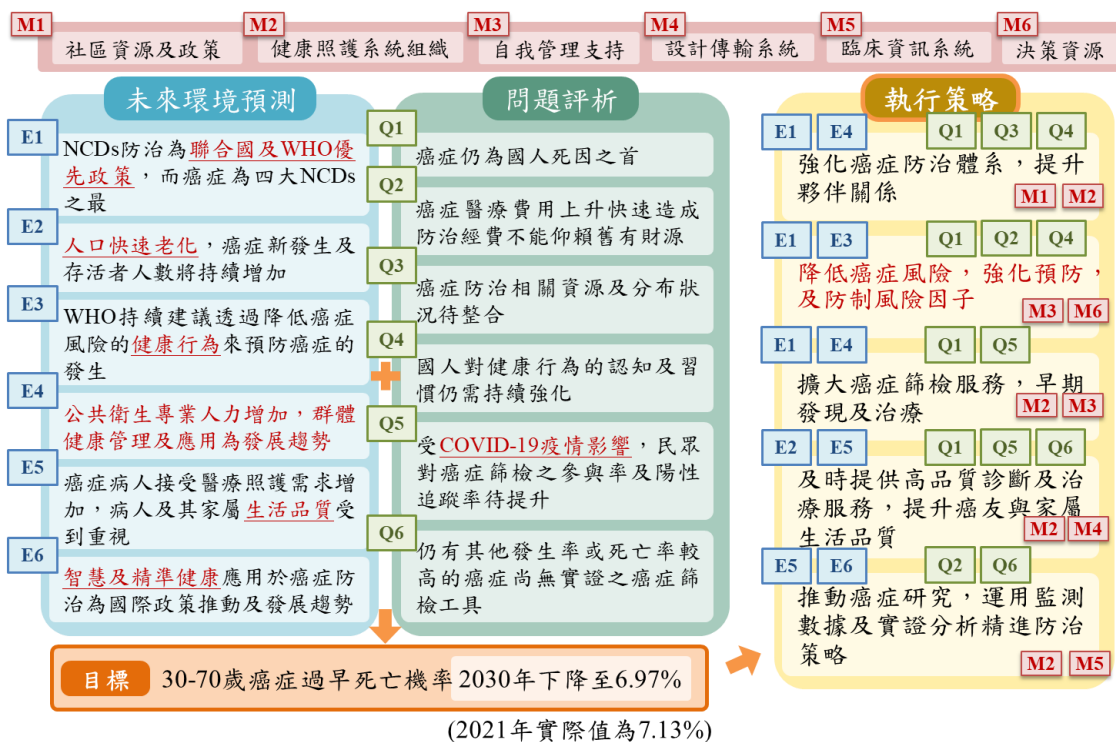


圖 14、第五期國家癌症防治計畫五大策略

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

圖 15、本部風險圖像

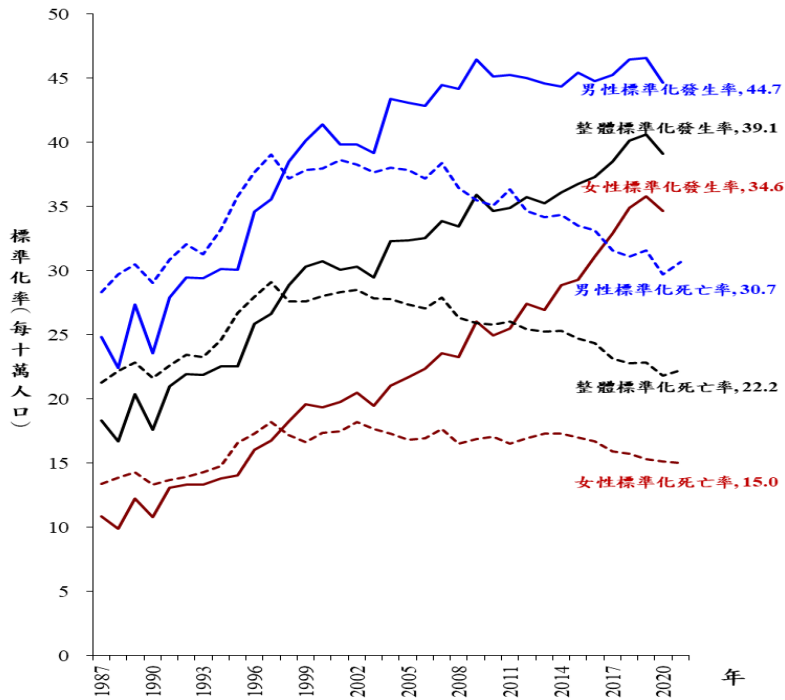
非常嚴重 (3)			
嚴重 (2)	經費不足問題		
輕微 (1)			
影響程度 發生機率	幾乎不可能 (1)	可能 (2)	幾乎確定 (3)

圖 16、本部殘餘風險圖像

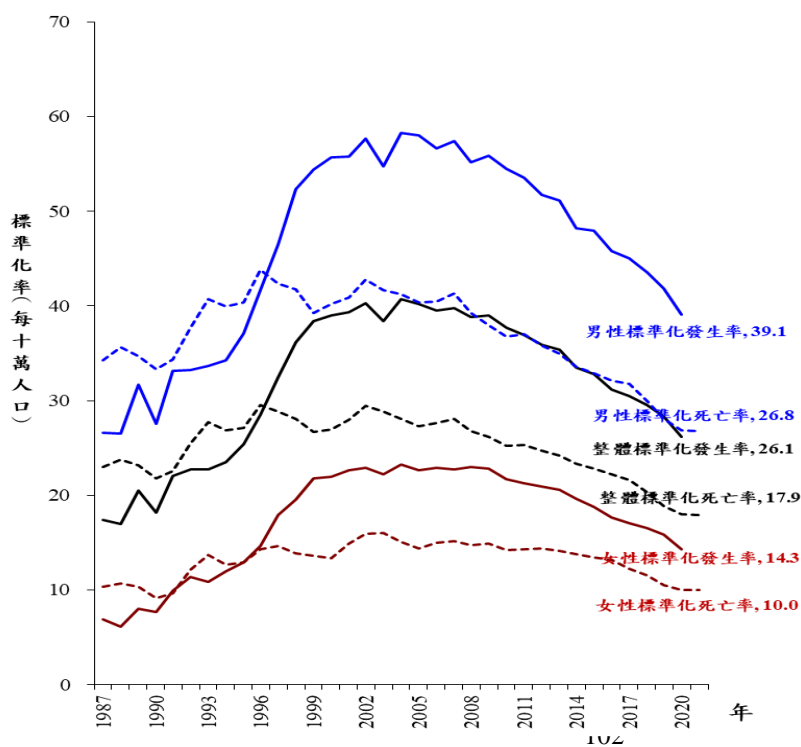
附錄

附錄一、常見癌症標準化發生與死亡趨勢

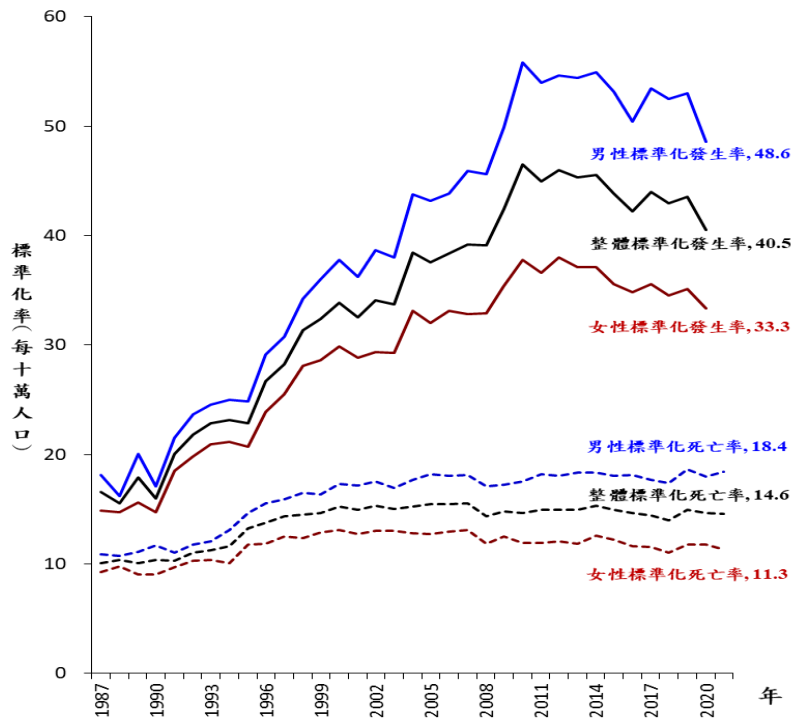
(一) 肺癌



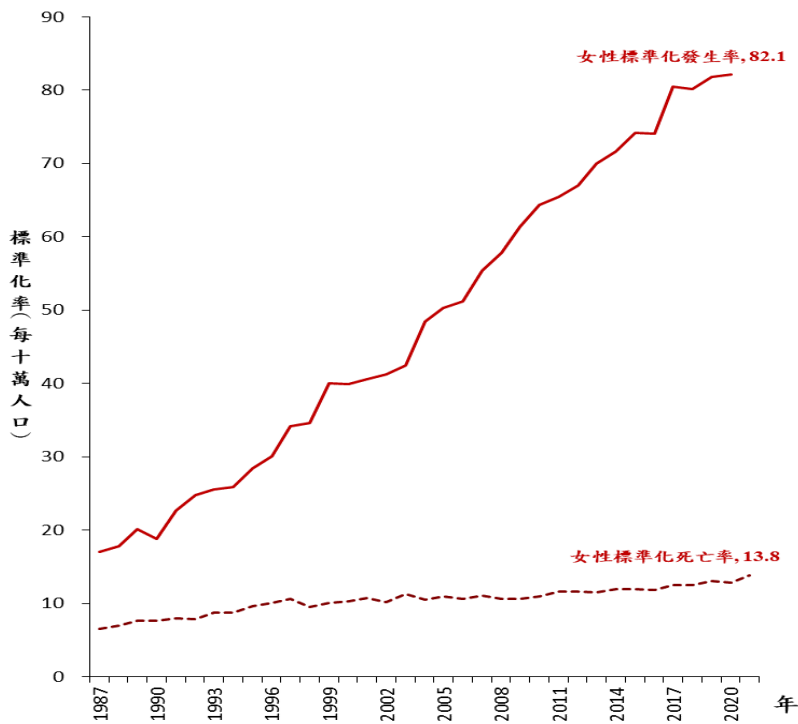
(二) 肝癌



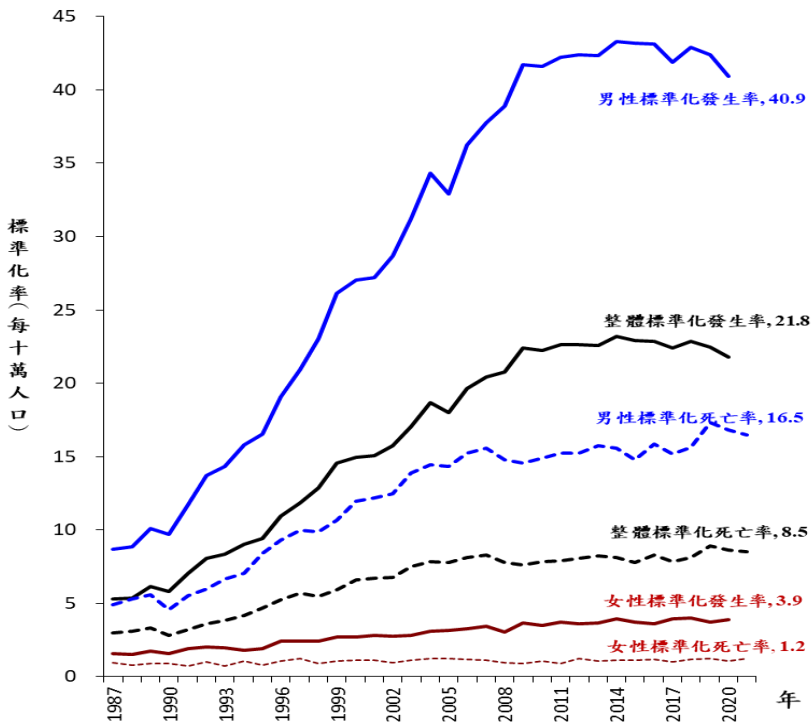
(三) 大腸癌



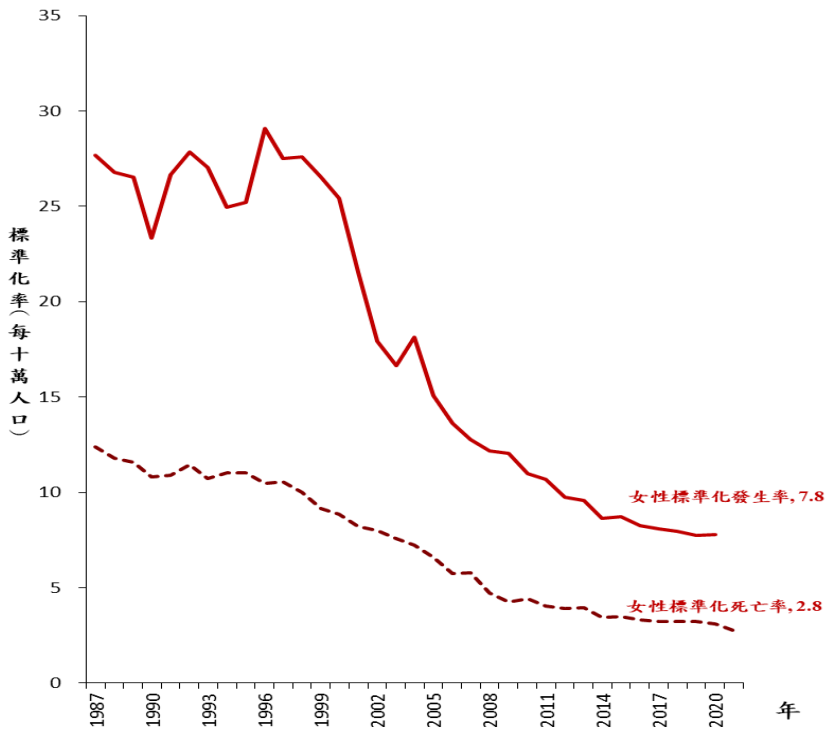
(四) 女性乳癌



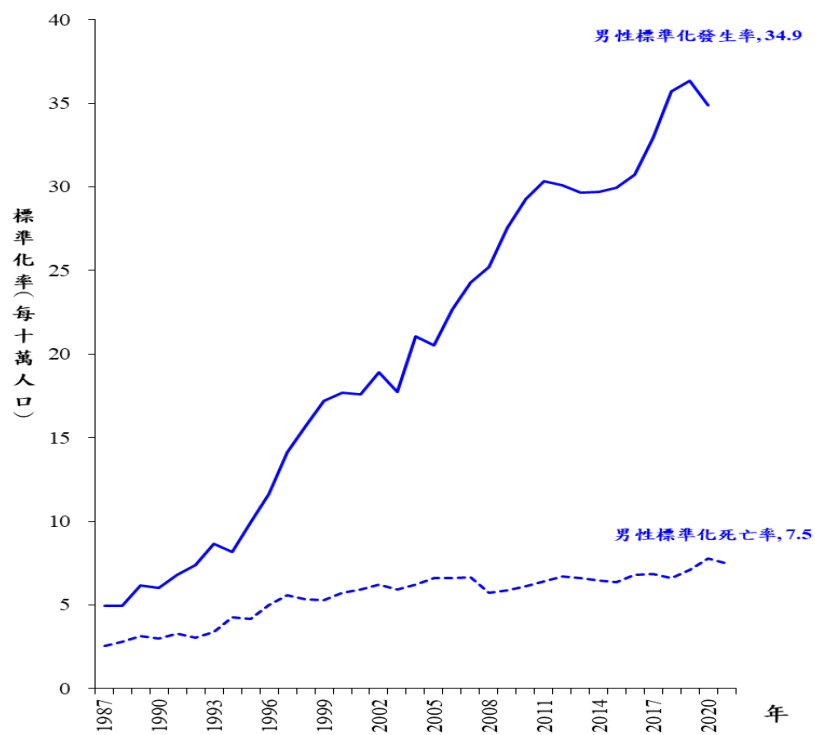
(五) 口腔癌



(六) 子宮頸癌

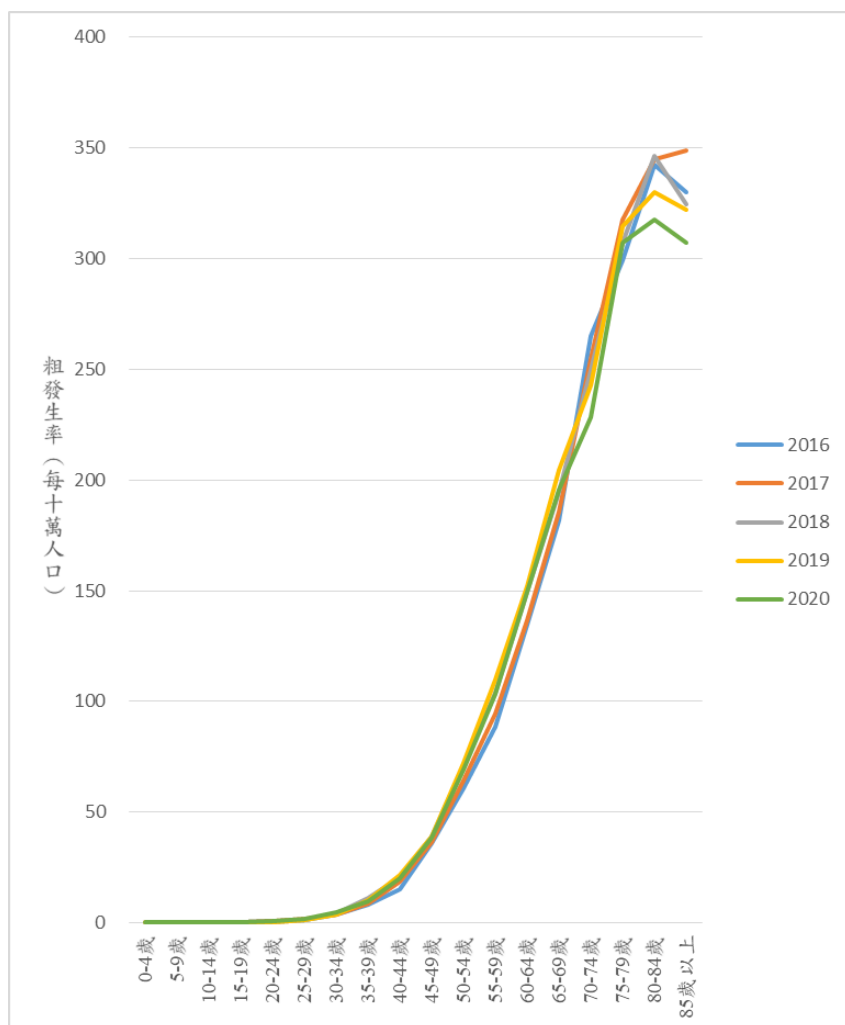


(七) 攝護腺癌

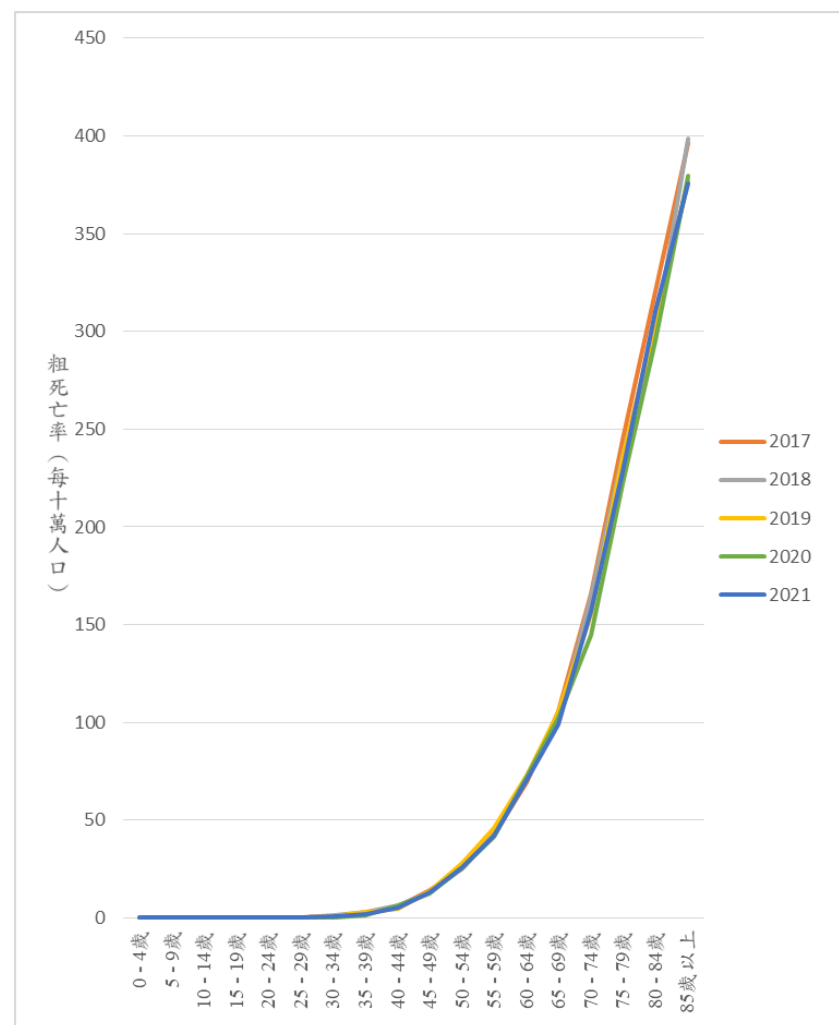


附錄二、近5年常見癌症年齡別發生與死亡趨勢

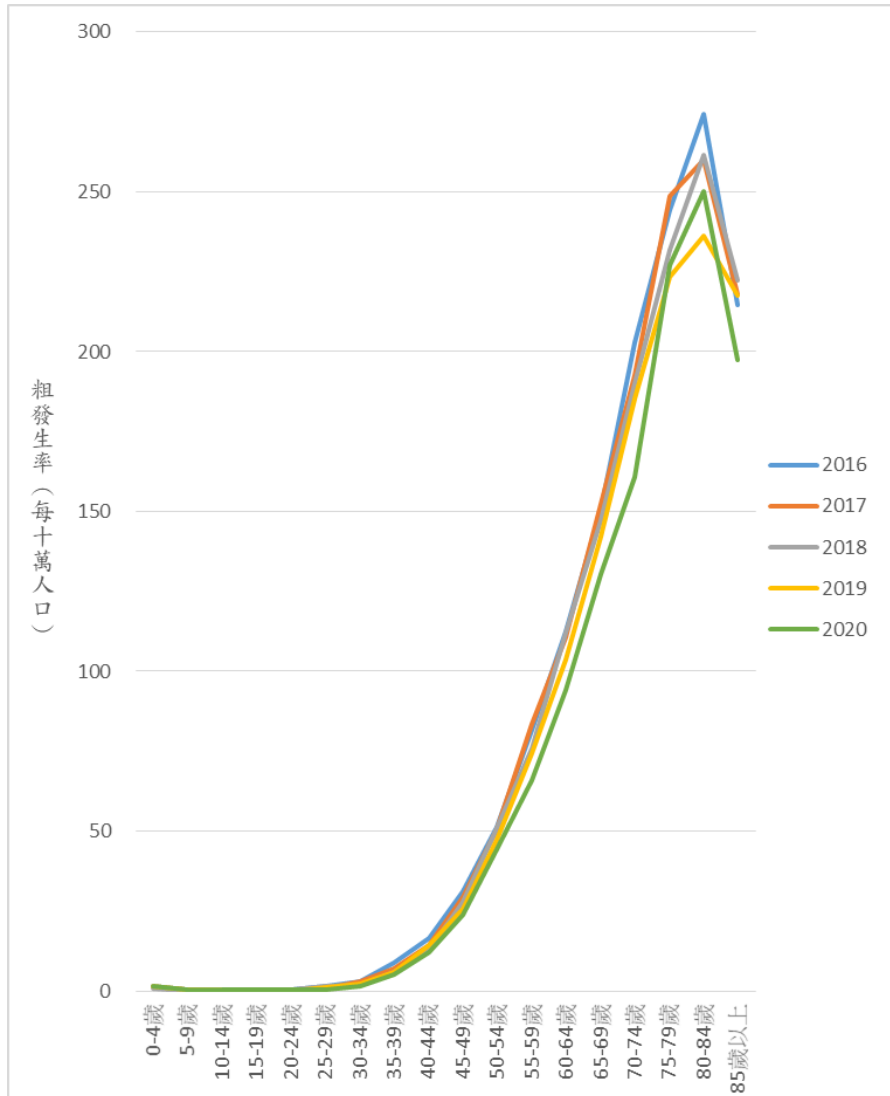
(一) 肺癌年齡別發生率



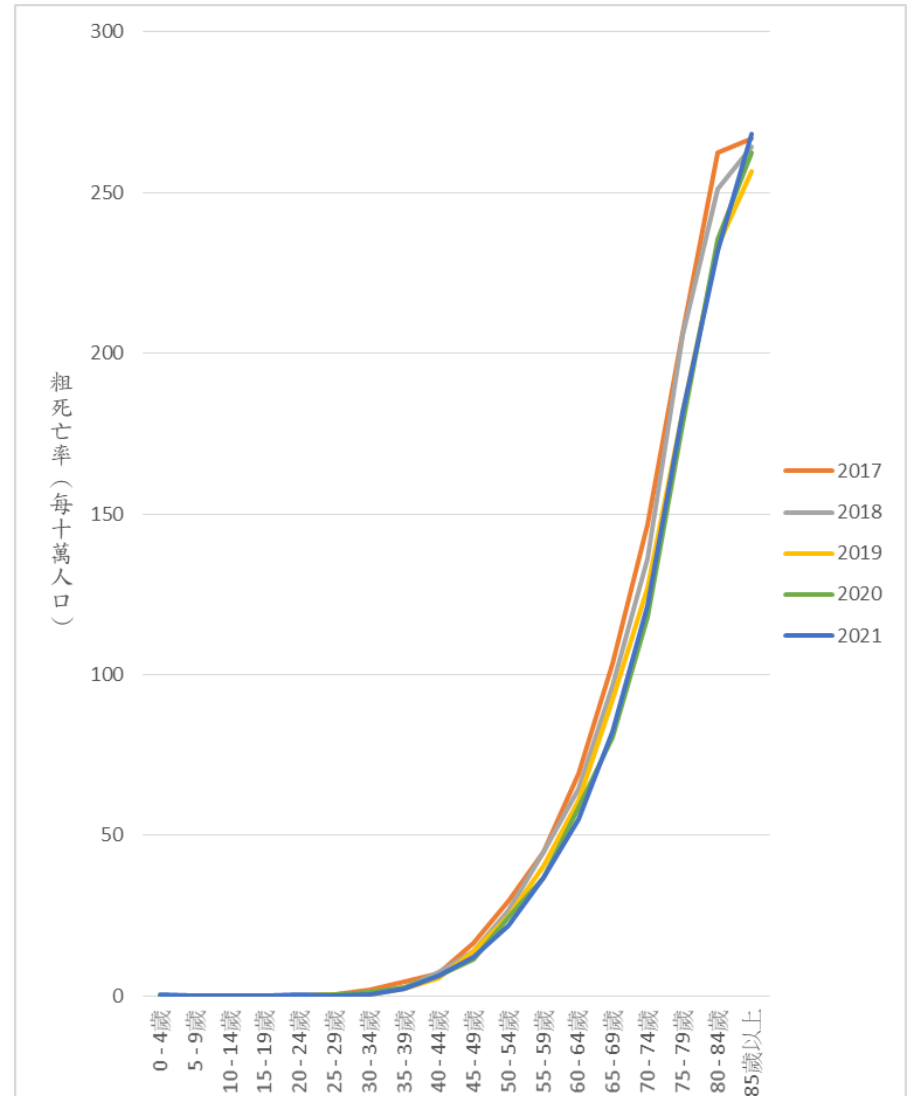
(二) 肺癌年齡別死亡率



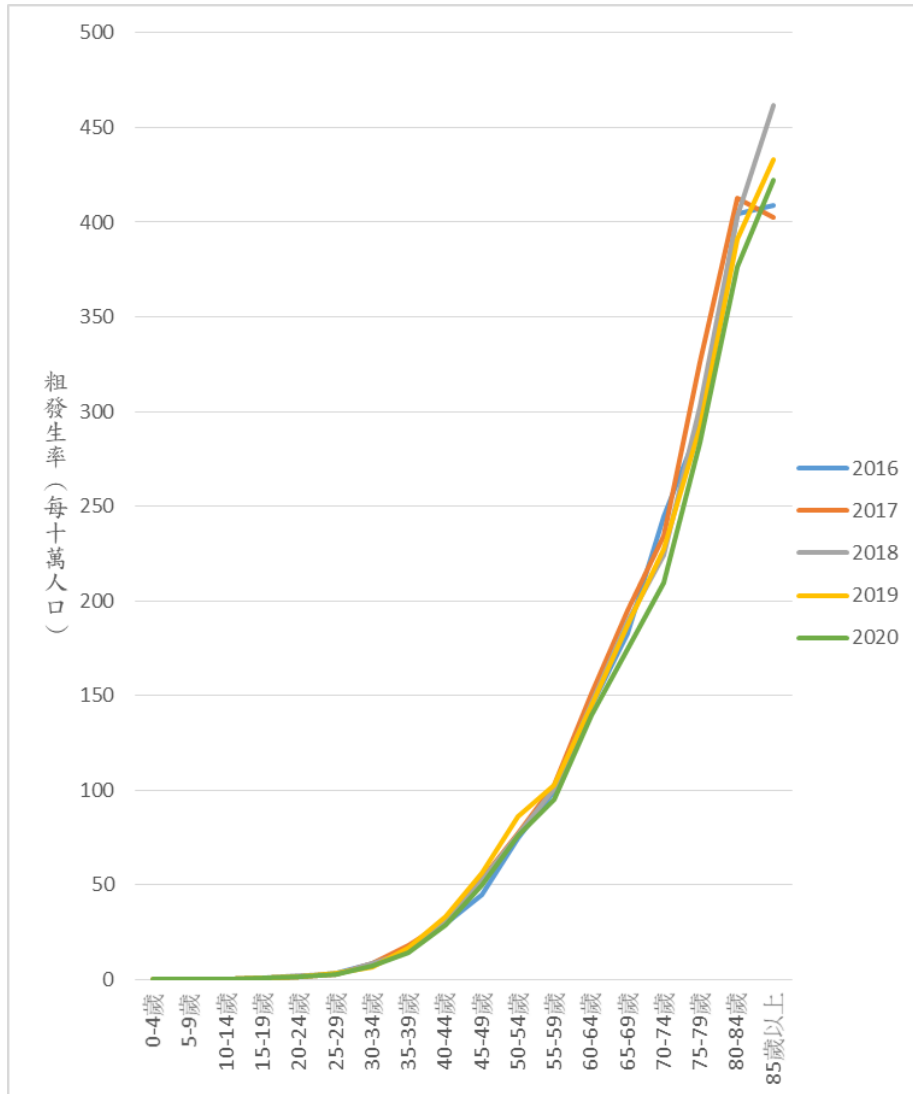
(三) 肝癌年齡別發生率



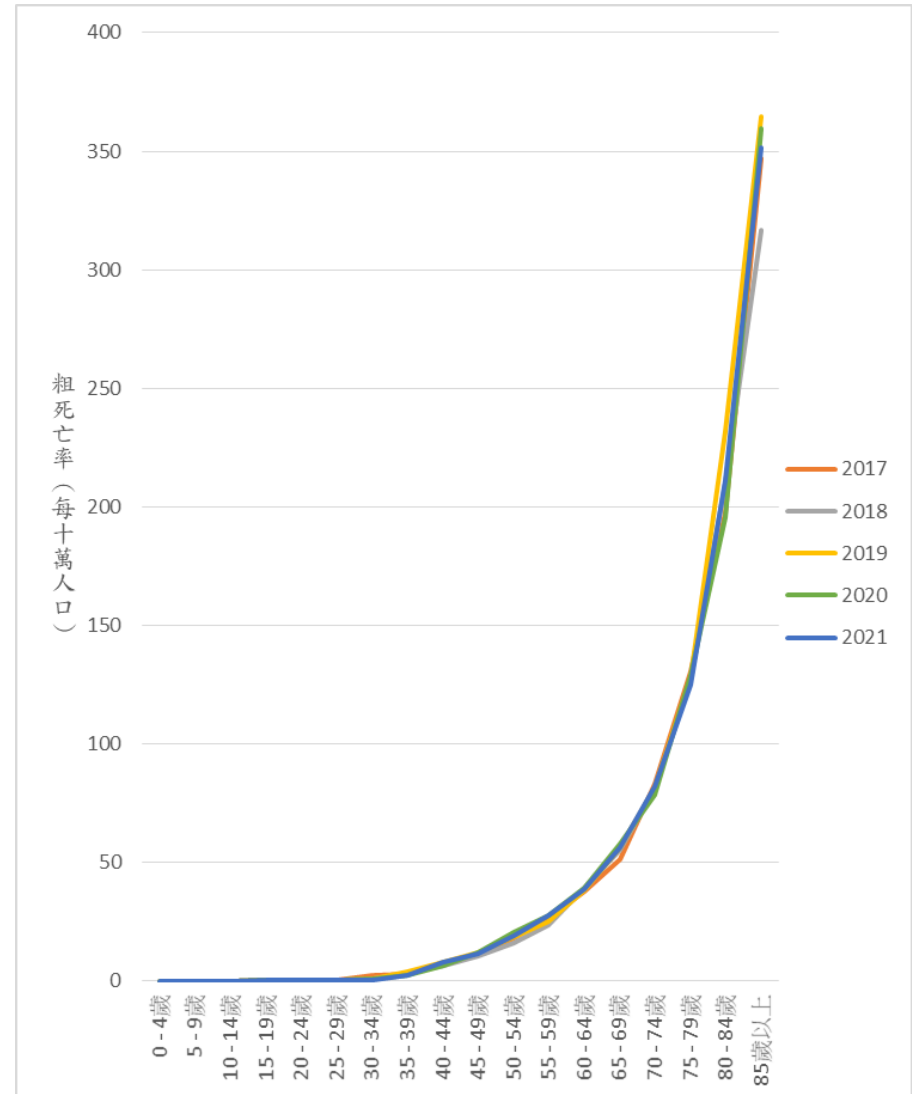
(四) 肝癌年齡別死亡率



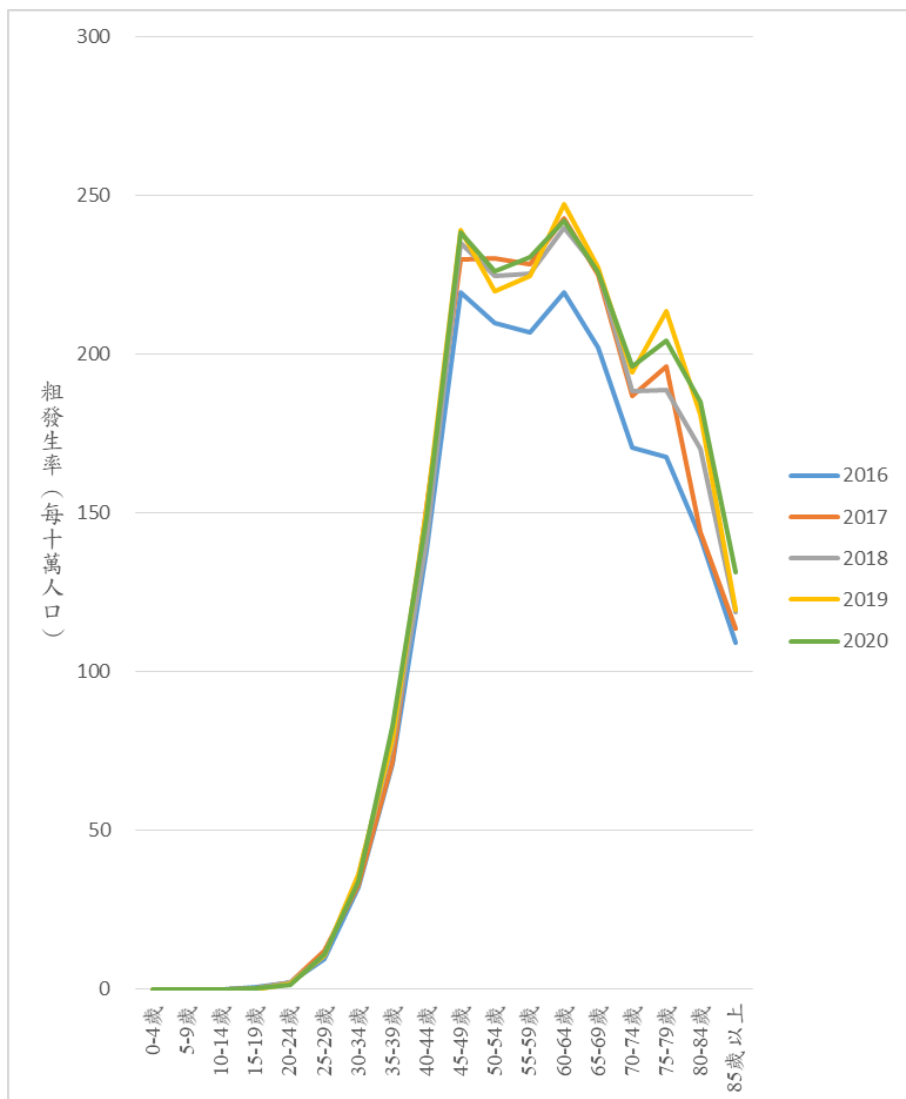
(五) 大腸癌年齡別發生率



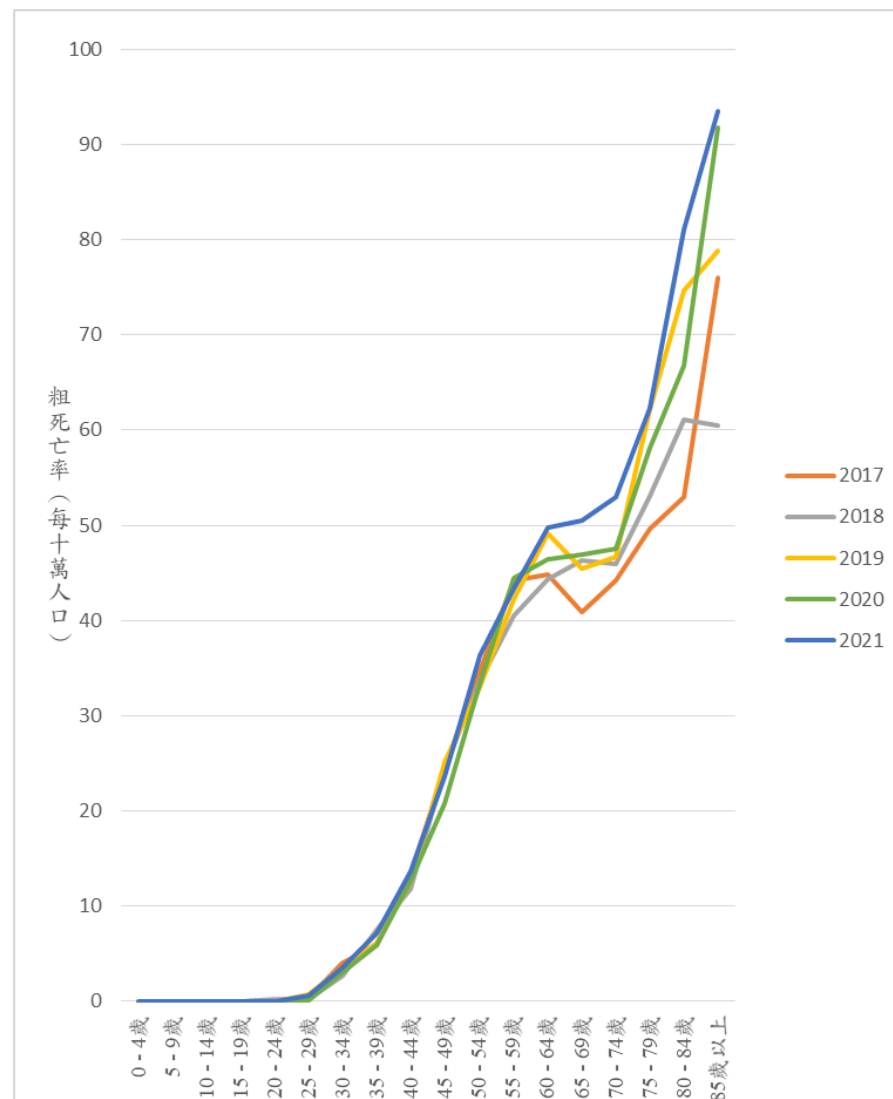
(六) 大腸癌年齡別死亡率



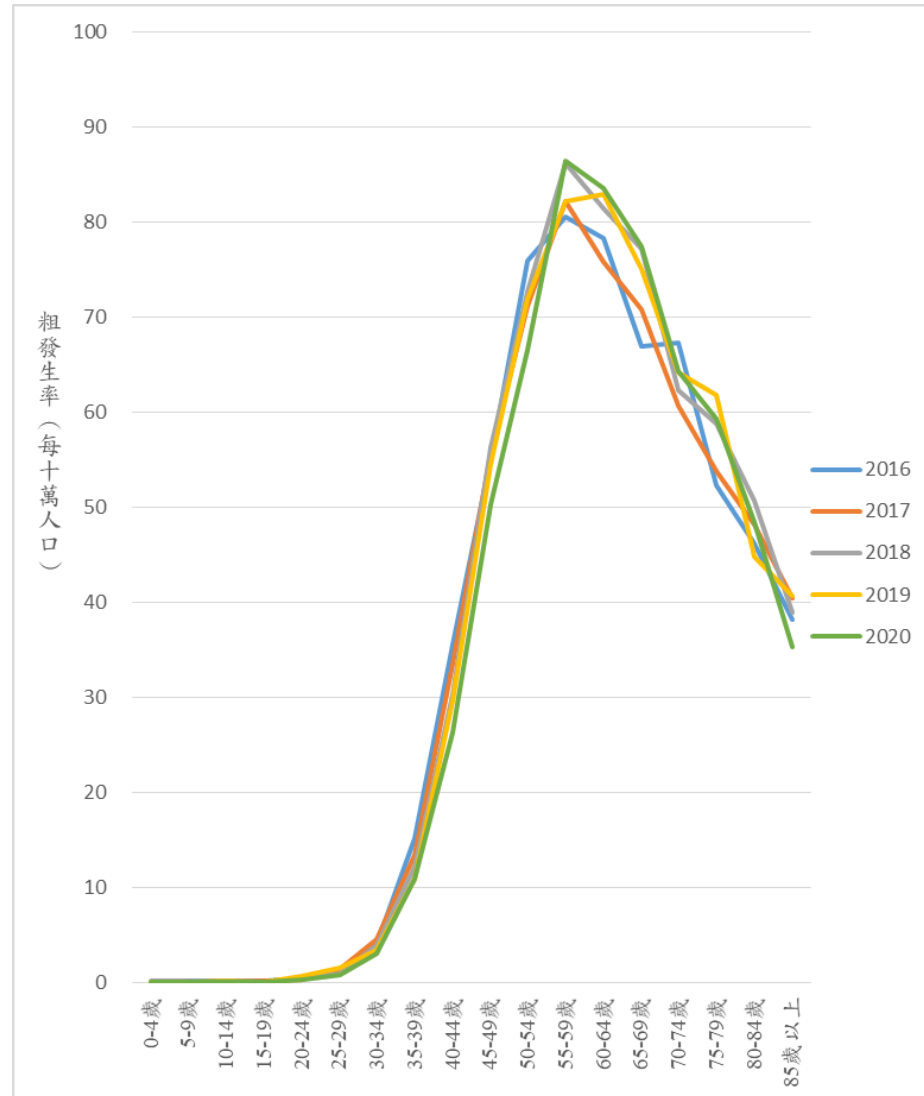
(七) 女性乳癌年齡別發生率



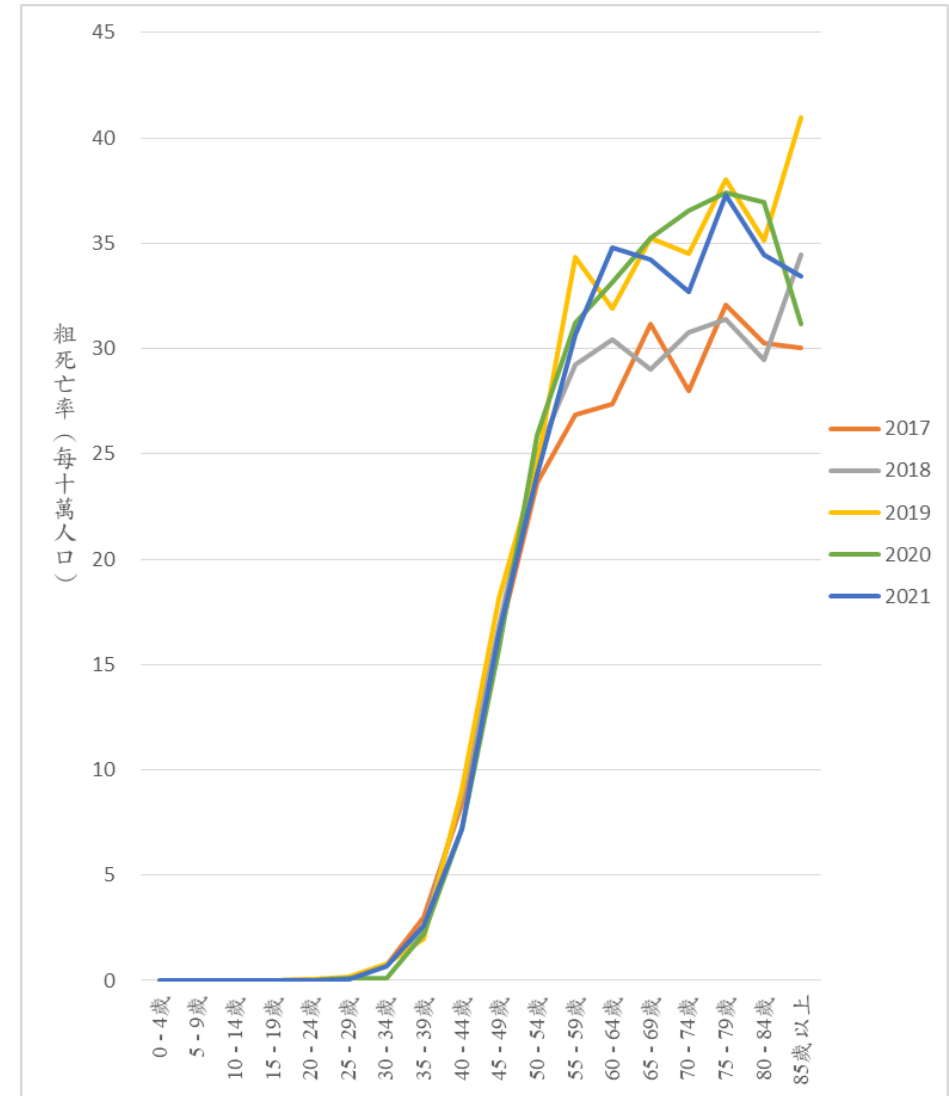
(八) 女性乳癌年齡別死亡率



(九) 口腔癌年齡別發生率



(十) 口腔癌年齡別死亡率



附錄三、各縣市常見癌症標準化死亡率與發生率

(一) 癌症年齡標準化之 2020 年發生率與 2021 年死亡率 (單位：每 10 萬人口)

	全癌症		大腸癌		肝癌		肺癌		口腔癌		女性乳癌		子宮頸癌		胃癌	
	2020 年 發生率	2021 年 死亡率	2020 年 發生率	2021 年 死亡率	2020 年 發生率	2021 年 死亡率	2020 年 發生率	2021 年 死亡率	2020 年 發生率	2021 年 死亡率	2020 年 發生率	2021 年 死亡率	2020 年 發生率	2021 年 死亡率	2020 年 發生率	2021 年 死亡率
基隆市	303.6	114.6	41.0	11.8	26.3	17.1	40.2	22.7	13.8	5.4	80.0	12.4	8.4	3.7	13.7	7.1
臺北市	288.1	96.5	36.2	13.9	16.4	11.4	39.9	17.2	11.2	4.2	92.6	13.9	6.7	2.3	9.2	4.5
新北市	309.9	109.9	39.0	13.2	22.5	14.7	39.6	22.2	18.8	6.9	87.9	13.2	8.1	2.6	10.5	5.3
桃園市	294.1	102.5	38.3	13.2	22.9	12.9	35.9	20.0	18.7	6.8	79.7	12.3	9.0	1.9	10.0	4.2
新竹市	296.3	111.4	39.2	13.9	19.9	16.6	41.7	19.4	16.0	7.7	78.1	12.9	8.7	3.4	9.4	6.0
新竹縣	288.5	107.0	38.5	12.2	22.4	14.1	35.9	21.3	18.4	7.4	81.0	14.4	8.3	3.3	8.4	4.5
苗栗縣	291.8	128.7	39.1	16.9	28.2	21.4	32.8	22.1	21.9	10.8	69.8	15.2	9.4	3.7	9.1	4.1
臺中市	326.3	120.2	44.5	15.5	26.5	17.4	40.1	21.4	23.4	8.7	84.2	16.3	9.3	3.2	10.1	5.0
彰化縣	317.7	124.3	45.0	14.5	28.7	20.6	42.3	26.3	29.6	11.4	73.3	13.0	5.9	2.5	10.5	5.4
南投縣	300.3	120.0	33.8	10.9	26.1	17.6	35.4	18.9	32.5	13.1	72.0	12.1	6.4	4.0	6.7	4.4
雲林縣	307.3	135.9	36.3	14.4	37.0	29.5	43.7	25.1	32.4	13.7	69.7	15.7	7.0	2.1	7.9	4.6
嘉義市	312.3	122.0	39.0	13.9	31.3	26.2	31.5	18.4	26.5	10.1	87.5	13.0	8.8	1.9	8.3	4.3
嘉義縣	323.7	143.2	39.9	16.0	36.2	24.0	42.4	27.9	33.6	13.6	75.3	14.4	5.1	2.8	7.4	4.8
臺南市	331.3	129.9	47.9	17.8	30.9	21.2	43.3	24.1	21.5	8.4	84.3	13.8	6.6	3.3	9.1	5.2
高雄市	337.3	128.6	44.4	16.5	32.5	21.3	38.0	23.3	24.8	9.1	82.2	14.1	7.5	2.8	11.0	5.0
屏東縣	323.8	142.8	41.0	15.6	32.8	24.2	34.1	24.6	31.7	13.4	76.5	17.4	10.1	3.6	9.1	4.5
臺東縣	315.3	147.3	36.4	14.7	29.6	24.9	31.7	23.9	39.2	16.2	70.1	12.9	6.6	2.0	11.4	8.0
花蓮縣	318.5	130.1	34.6	11.4	29.2	18.1	36.9	26.5	34.2	14.9	85.9	13.0	6.0	1.8	12.6	7.5
宜蘭縣	300.0	130.7	36.2	14.5	25.9	21.7	41.3	27.6	17.4	10.0	69.4	10.8	8.4	4.1	14.1	7.1
澎湖縣	282.5	125.4	30.0	15.7	25.7	21.1	66.9	27.8	23.4	9.4	56.3	12.1	5.0	1.6	8.8	4.7
金門縣	135.8	99.9	16.1	16.8	12.8	17.9	20.5	19.5	9.1	2.6	31.9	8.3	1.8	1.3	4.7	8.2
連江縣	231.6	91.0	9.5	0.0	41.5	21.3	38.0	15.4	12.7	9.3	52.9	0.0	8.9	0.0	12.3	3.5
全國	311.3	118.2	40.5	14.6	26.1	17.9	39.1	22.2	21.8	8.5	82.1	13.8	7.8	2.8	9.9	5.0

(二) 各縣市男性口腔癌發生率及死亡率 (單位：每 10 萬人口)

縣市	男性口腔癌				縣市	男性口腔癌			
	2021 年標準化 死亡率	縣市 排序	2020 年標準化 發生率	縣市 排序		2021 年標準化 死亡率	縣市 排序	2020 年標準 化發生率	縣市 排序
臺東縣	25.3	4	65.4	1	雲林縣	16.2	14	40.1	12
嘉義縣	25.4	3	62.0	2	嘉義縣	19.6	9	37.8	13
花蓮縣	28.4	1	61.0	3	屏東縣	13.1	19	35.3	14
雲林縣	25.6	2	57.7	4	臺東縣	13.2	18	35.2	15
南投縣	24.2	5	57.5	5	花蓮縣	13.5	17	32.7	16
屏東縣	23.8	6	57.4	6	澎湖縣	19	10	32.5	17
彰化縣	22.2	7	55.6	7	基隆市	14	16	29.6	18
嘉義市	20.6	8	51.9	8	新竹市	10.5	20	24.0	19
高雄市	17.9	12	48.4	9	嘉義市	15.7	15	21.3	20
臺中市	17.4	13	44.7	10	金門縣	8.3	21	20.7	21
澎湖縣	18.5	11	43.2	11	連江縣	3.9	22	17.0	22

(三) 各縣市女性乳癌發生率及死亡率 (單位：每 10 萬人口)

縣市	女性乳癌				縣市	女性乳癌			
	2021 年標準化死亡率	縣市排序	2020 年標準化發生率	縣市排序		2021 年標準化死亡率	縣市排序	2020 年標準化發生率	縣市排序
臺北市	13.9	8	92.6	1	屏東縣	17.4	1	76.5	12
新北市	13.2	10	87.9	2	嘉義縣	14.4	5	75.3	13
嘉義市	13	11	87.5	3	彰化縣	13	13	73.3	14
花蓮縣	13	12	85.9	4	南投縣	12.1	19	72.0	15
臺南市	13.8	9	84.3	5	臺東縣	12.9	14	70.1	16
臺中市	16.3	2	84.2	6	苗栗縣	15.2	4	69.8	17
高雄市	14.1	7	82.2	7	雲林縣	15.7	3	69.7	18
新竹縣	14.4	6	81.0	8	宜蘭縣	10.8	20	69.4	19
基隆市	12.4	16	80.0	9	澎湖縣	12.1	18	56.3	20
桃園市	12.3	17	79.7	10	連江縣	-	-	52.9	21
新竹市	12.9	15	78.1	11	金門縣	8.3	21	31.9	22

(四) 各縣市子宮頸癌死亡率與發生率 (單位：每 10 萬人口)

縣市	子宮頸癌				縣市	子宮頸癌			
	2021 年標準化 死亡率	縣市 排序	2020 年標準化 發生率	縣市 排序		2021 年標準 化死亡率	縣市 排序	2020 年標準化 發生率	縣市 排序
屏東縣	3.6	5	10.1	1	高雄市	2.8	11	7.5	12
苗栗縣	3.7	3	9.4	2	雲林縣	2.1	15	7.0	13
臺中市	3.2	9	9.3	3	臺北市	2.3	14	6.7	14
桃園市	1.9	17	9.0	4	臺東縣	2	16	6.6	15
連江縣	-	22	8.9	5	臺南市	3.3	7	6.6	16
嘉義市	1.9	18	8.8	6	南投縣	4	2	6.4	17
新竹市	3.4	6	8.7	7	花蓮縣	1.8	19	6.0	18
基隆市	3.7	4	8.4	8	彰化縣	2.5	13	5.9	19
宜蘭縣	4.1	1	8.4	9	嘉義縣	2.8	10	5.1	20
新竹縣	3.3	8	8.3	10	澎湖縣	1.6	20	5.0	21
新北市	2.6	12	8.1	11	金門縣	1.3	21	1.8	22

(五) 各縣市大腸癌發生率及死亡率 (單位：每 10 萬人口)

縣市	大腸癌				縣市	大腸癌			
	2021 年標準化 死亡率	縣市 排序	2020 年標準化 發生率	縣市 排序		2021 年標準 化死亡率	縣市 排序	2020 年標準化 發生率	縣市 排序
臺南市	17.8	1	47.9	1	新竹縣	12.2	18	38.5	12
彰化縣	14.5	11	45.0	2	桃園市	13.2	17	38.3	13
臺中市	15.5	8	44.5	3	臺東縣	14.7	9	36.4	14
高雄市	16.5	4	44.4	4	雲林縣	14.4	12	36.3	15
基隆市	11.8	19	41.0	5	臺北市	13.9	15	36.2	16
屏東縣	15.6	7	41.0	6	宜蘭縣	14.5	10	36.2	17
嘉義縣	16	5	39.9	7	花蓮縣	11.4	20	34.6	18
新竹市	13.9	13	39.2	8	南投縣	10.9	21	33.8	19
苗栗縣	16.9	2	39.1	9	澎湖縣	15.7	6	30.0	20
嘉義市	13.9	14	39.0	10	金門縣	16.8	3	16.1	21
新北市	13.2	16	39.0	11	連江縣	-	22	9.5	22

附錄四、原住民重要癌症死亡資料

(一) 2020 年原住民主要癌症死亡原因

序位	主要癌症死亡原因(ICD-10 分類)	死亡人數	粗死亡率	死亡百分比	標準化率	平均死亡年齡	死亡中位數
	單位	人	每 10 萬人口	%	每 10 萬人口	歲	歲
	所有癌症死因	994	173.1	100.0	154.1	63.5	63
1	氣管、支氣管和肺癌	166	28.9	16.7	25.8	66.3	65
2	肝和肝內膽管癌	163	28.4	16.4	25.5	65.5	66
3	口腔癌	95	16.5	9.6	14.2	60.7	60
4	結腸、直腸和肛門癌	93	16.2	9.4	14.3	63.8	62
5	女性乳癌	48	16.2	4.8	13.1	58.8	57
6	胃癌	80	13.9	8.0	12.5	64.7	65
7	食道癌	60	10.5	6.0	9.2	60.6	60
8	子宮頸癌及部位未明示子宮癌	27	9.1	2.7	7.2	56.9	54
9	前列腺(攝護腺)癌	24	8.6	2.4	11.3	76.8	79.5
10	胰臟癌	44	7.7	4.4	6.7	64	61

註：死因順序主要依據粗死亡率排序，如粗死亡率相同，則依標準化死亡率和死亡人數高低決定其前後順序，如死亡人數、標準化死亡率和粗死亡率均相同，則死亡順序亦相同。

資料來源：2020 年原住民族人口及健康統計年報

(二) 2020 年男性原住民十大癌症死亡原因

序位	主要癌症死亡原因(ICD-10 分類)	死亡人數	粗死亡率	死亡百分比	標準化率	平均死亡年齡	死亡中位數
	單位	人	每 10 萬人口	%	每 10 萬人口	歲	歲
	所有癌症死因	538	193.6	100.0	197	62.3	62
1	肝和肝內膽管癌	105	37.8	19.5	38.4	63.1	64
2	氣管、支氣管和肺癌	81	29.1	15.1	29.2	63.6	61
3	口腔癌	70	25.2	13.0	23.1	57.9	58
4	胃癌	47	16.9	8.7	17.2	63.4	64
5	食道癌	46	16.6	8.6	16.6	50.8	61
6	結腸、直腸和肛門癌	45	16.2	8.4	15.5	60.1	61
7	前列腺(攝護腺)癌	24	8.6	4.5	11.3	76.8	79.5
8	胰臟癌	22	7.9	4.1	7.8	62.7	60
9	鼻咽癌	16	5.8	3.0	5	51.8	55
10	非何杰金氏淋巴瘤	12	4.3	2.2	5.5	71.8	74.5

註：死因順序主要依據粗死亡率排序，如粗死亡率相同，則依標準化死亡率和死亡人數高低決定其前後順序，如死亡人數、標準化死亡率和粗死亡率均相同，則死亡順序亦相同。

資料來源：2020 年原住民族人口及健康統計年報

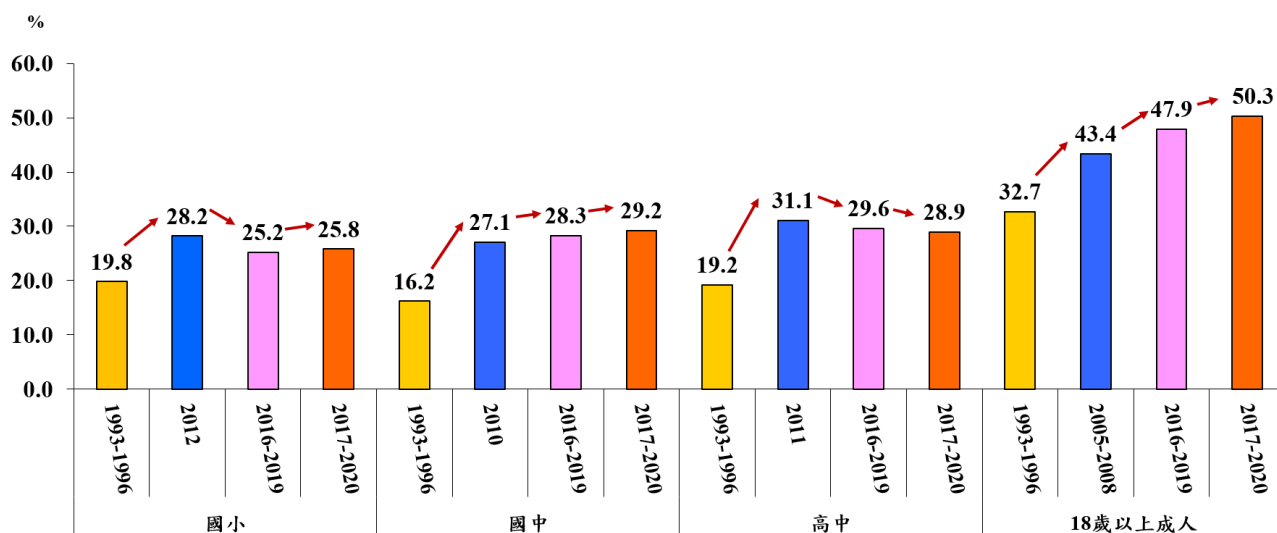
(三) 2020 年女性原住民十大癌症死亡原因

序位	主要癌症死亡原因(ICD-10 分類)	死亡人數	粗死亡率	死亡百分比	標準化率	平均死亡年齡	死亡中位數
	單位	人	每 10 萬人口	%	每 10 萬人口	歲	歲
	所有女性癌症死亡原因	456	153.9	100.0	123.8	64.9	65
1	氣管、支氣管和肺癌	85	28.7	18.6%	22.8	68.9	68
2	肝和肝內膽管癌	58	19.6	12.7%	15.8	70	70.5
3	結腸、直腸和肛門癌	48	16.2	10.5%	12.8	67.2	67.5
4	女性乳癌	48	16.2	10.5%	13.1	58.8	57
5	胃癌	33	11.1	7.2%	9.1	66.5	69
6	子宮頸及部位未明示子宮癌	27	9.1	5.9%	7.2	56.9	54
7	口腔癌	25	8.4	5.5%	6.7	68.6	68
8	胰臟癌	22	7.4	4.8%	5.8	65.3	63.5
9	食道癌	14	4.7	3.1%	3.8	60	55
10	非何杰金氏淋巴瘤	11	3.7	2.4%	3.1	66.2	76

註：死因順序主要依據粗死亡率排序，如粗死亡率相同，則依標準化死亡率和死亡人數高低決定其前後順序，如死亡人數、標準化死亡率和粗死亡率均相同，則死亡順序亦相同。

資料來源：2020 年原住民族人口及健康統計年報

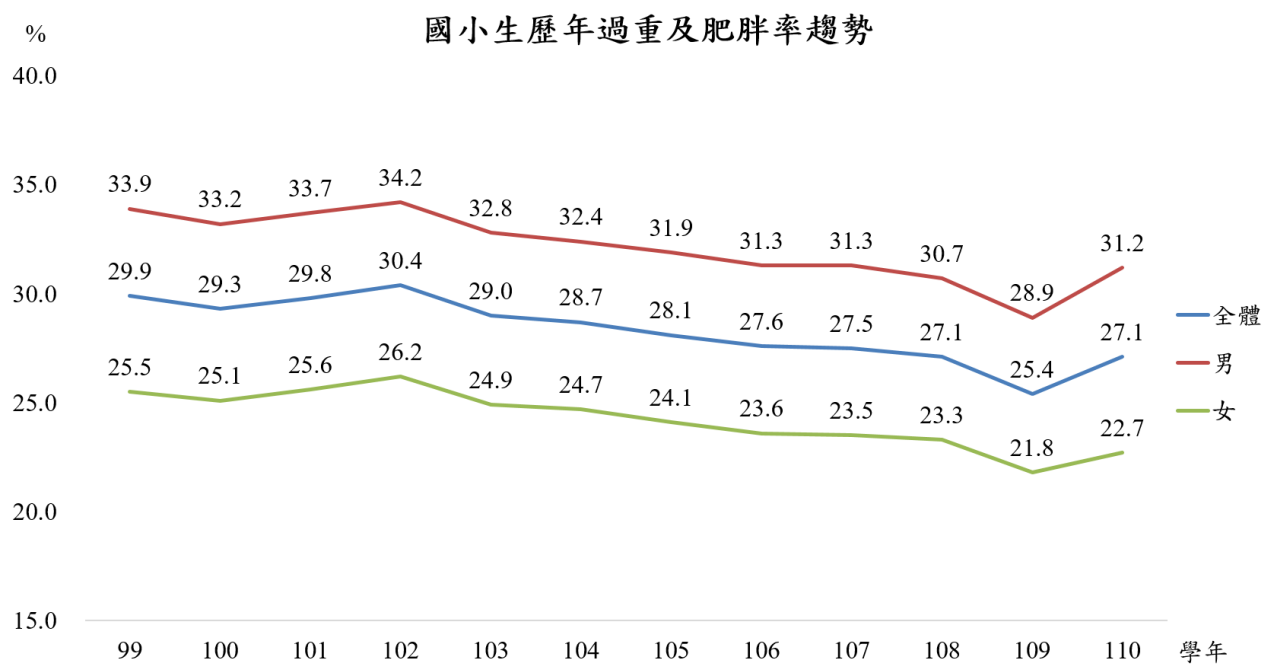
附錄五、歷年國小至成人過重及肥胖盛行率



備註：

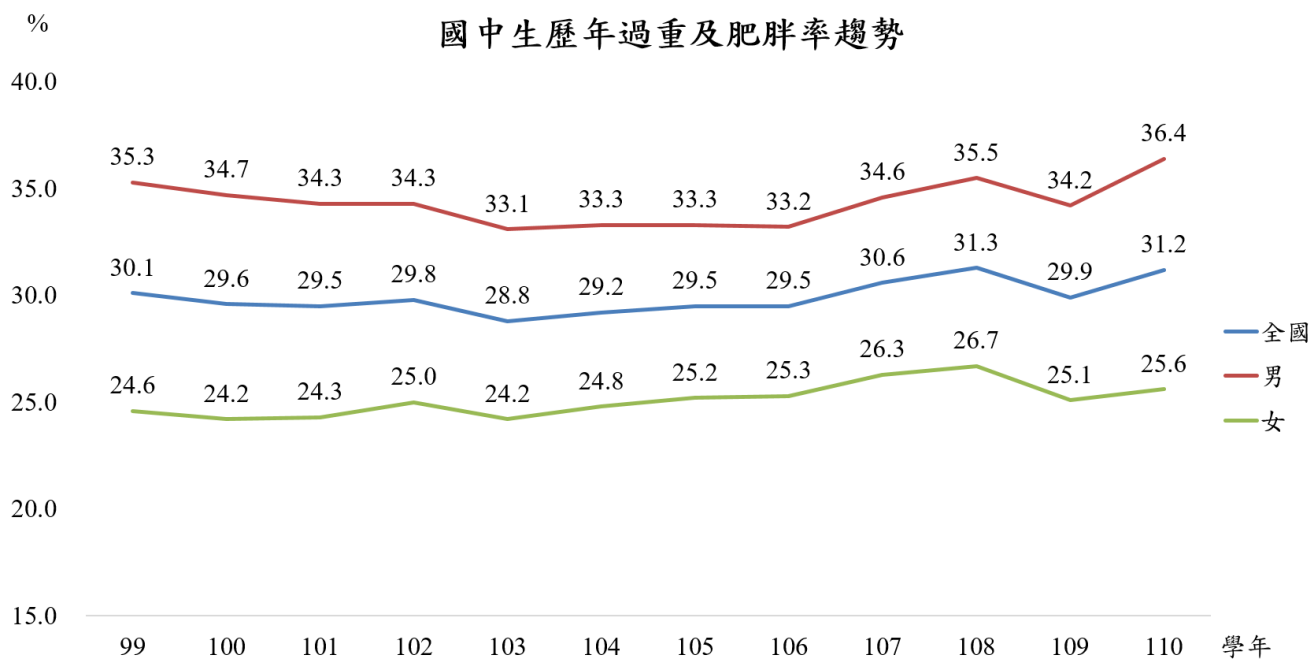
- 1.資料來源：衛生福利部國民健康署國民營養健康調查。
- 2.國小、國中及高中學生之BMI標準係依據2013年衛生福利部「兒童青少年生長身體質量指數(BMI)建議值」。
- 3.成人為18歲以上數據，其中2005-2008年為19歲以上數據，過重及肥胖為BMI ≥ 24 kg/m²。

附錄六、歷年國小學生過重及肥胖盛行率



資料來源：教育部國教署。

附錄七、歷年國中學生過重及肥胖盛行率



資料來源：教育部國教署。

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10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)是否本於提高自償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:本於提高自償之精神,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、本於提高自償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			
	(7)其他					
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 c.請增人力之類別及進用方式		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	
	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)	V				
7、土地取得	(1)能否優先使用公有閒置土地房舍		V			
	(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)		V			
	(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		V			
	(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		V			
	(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		V			
8、風險管理	是否對計畫內容進行風險管理	V				
9、環境影響分析 (環境政策評估)	是否須辦理環境影響評估		V			
10、性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表	V				
11、無障礙及通用 設計影響評估	是否考量無障礙環境,參考建築及活動 空間相關規範辦理		V			
12、高齡社會影響 評估	是否考量高齡者友善措施,參考WHO 「高齡友善城市指南」相關規定辦理		V			
13、涉及空間規劃 者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔		V			
14、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		V			
15、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		V			
	(2)是否檢附相關協商文書資料		V			
16、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		V			
	(2)是否規劃採用綠建築或其他節能減碳 措施		V			
	(3)是否檢附相關說明文件		V			
17、資通安全防護 規劃	資訊系統是否辦理資通安全防護規劃	V				

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

【第一部分－機關自評】：由機關人員填寫

【填表說明】 各機關使用本表之方法與時機如下：

一、計畫研擬階段

(一) 請於研擬初期即閱讀並掌握表中所有評估項目；並就計畫方向或構想徵詢作業說明第三點所稱之性別諮詢員（至少 1 人），或提報各部會性別平等專案小組，收集性別平等觀點之意見。

(二) 請運用本表所列之評估項目，將性別觀點融入計畫書草案：

- 1、將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節。
- 2、將達成性別目標之主要執行策略納入計畫書草案之適當章節。

二、計畫研擬完成

(一) 請填寫完成【第一部分－機關自評】之「壹、看見性別」及「貳、回應性別落差與需求」後，併同計畫書草案送請性別平等專家學者填寫【第二部分－程序參與】，宜至少預留 1 週給專家學者（以下稱為程序參與者）填寫。

(二) 請參酌程序參與者之意見，修正計畫書草案與表格內容，並填寫【第一部分－機關自評】之「參、評估結果」後通知程序參與者審閱。

三、計畫審議階段：請參酌行政院性別平等處或性別平等專家學者意見，修正計畫書草案及表格內容。

四、計畫執行階段：請將性別目標之績效指標納入年度個案計畫管制並進行評核；如於實際執行時遇性別相關問題，得視需要將計畫提報至性別平等專案小組進行諮詢討論，以協助解決所遇困難。

註：本表各欄位除評估計畫對於不同性別之影響外，亦請關照對不同性傾向、性別特質或性別認同者之影響。

計畫名稱：第五期國家癌症防治計畫(2024-2030 年)(草案)

主管機關 (請填列中央二級主管機關)	衛生福利部	主辦機關(單位) (請填列擬案機關/單位)	國民健康署
-----------------------	-------	--------------------------	-------

壹、看見性別：檢視本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性，並運用性別統計及性別分析，「看見」本計畫之性別議題。

評估項目	評估結果
<p>1-1【請說明本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性】</p> <p>性別平等相關法規與政策包含憲法、法律、性別平等政策綱領及消除對婦女一切形式歧視公約(CEDAW)可參考行政院性別平等會網站(https://gec.ey.gov.tw)。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本計畫依據「癌症防治法」，整合運用醫療保健資源，有效推動癌症防治工作，減少癌症威脅，維護國民健康。 2. 落實「經濟社會文化權利國際公約」第 12 條，使國人享有最高的體質和心理健康之權利。 3. 落實「消除對婦女一切形式歧視公約施行法」健全婦女發展，落實保障性別人權及促進性別平等。
評估項目	評估結果
<p>1-2【請蒐集與本計畫相關之性別統計及性別分析(含前期或相關計畫之執行結果)，並分析性別落差情形及原因】</p>	<p>本計畫呈現相關性別統計：國人全癌症及常見癌症標準化發生率及死亡率、婦女癌症篩檢統計分析、成人吸</p>

請依下列說明填寫評估結果：

- a. 歡迎查閱行政院性別平等處建置之「性別平等研究文獻資源網」(<https://www.gender ey.gov.tw/research/>)、「重要性別統計資料庫」(<https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/>)(含性別分析專區)、各部會性別統計專區、我國婦女人權指標及「行政院性別平等會—性別分析」(<https://gec.ey.gov.tw>)。
- b. 性別統計及性別分析資料蒐集範圍應包含下列 3 類群體：
- ①**政策規劃者**(例如:機關研擬與決策人員;外部諮詢人員)。
 - ②**服務提供者**(例如:機關執行人員、委外廠商人力)。
 - ③**受益者**(或使用者)。
- c. 前項之性別統計與性別分析應盡量顧及不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者,探究其處境或需求是否存在差異,及造成差異之原因;並宜與年齡、族群、地區、障礙情形等面向進行交叉分析(例如:高齡身障女性、偏遠地區新住民女性),探究在各因素交織影響下,是否加劇其處境之不利,並分析處境不利群體之需求。前述經分析所發現之處境不利群體及其需求與原因,應於後續【1-3 找出本計畫之性別議題】,及【貳、回應性別落差與需求】等項目進行評估說明。
- d. 未有相關性別統計及性別分析資料時,請將「強化與本計畫相關的性別統計與性別分析」列入本計畫之性別目標(如 2-1 之 f)。

菸率、國中及高中職生電子煙使用率、國小及國中生過重及肥胖盛行率等。

1. 國人全癌症及常見癌症標準化發生率及死亡率

- (1) 全癌症:2020 年標準化發生率為每 10 萬人口 311.3 人(男性 336.2 人,女性 292.8 人);2021 年標準化死亡率為每 10 萬人口 118.2 人(男性 154.0 人,女性 87.1 人)
 - (2) 大腸癌:2020 年標準化發生率為每 10 萬人口 40.5 人(男性 48.6 人,女性 33.3 人);2021 年標準化死亡率為每 10 萬人口 14.6 人(男性 18.4 人,女性 11.3 人)。
 - (3) 肺癌:2020 年標準化發生率為每 10 萬人口 39.1 人(男性 44.7 人,女性 34.6 人);2021 年標準化死亡率為每 10 萬人口 22.2 人(男性 30.7 人,女性 15.0 人)。
 - (4) 女性乳癌:2020 年標準化發生率為每 10 萬人口 82.1 人;2021 年標準化死亡率為每 10 萬人口 13.8 人。
 - (5) 肝癌:2020 年標準化發生率為每 10 萬人口 26.1 人(男性 39.1 人,女性 34.6 人);2021 年標準化死亡率為每 10 萬人口 17.9 人(男性 26.8 人,女性 10.0 人)。
 - (6) 口腔癌:2020 年標準化發生率為每 10 萬人口 21.8 人(男性 40.9 人,女性 3.9 人);2021 年標準化死亡率為每 10 萬人口 8.5 人(男性 16.5 人,女性 1.2 人)。
 - (7) 子宮頸癌:2020 年標準化發生率為每 10 萬人口 7.8 人;2021 年標準化死亡率為每 10 萬人口 2.8 人。
2. 婦女癌症篩檢統計分析
- (1) 女性乳癌:2021 年篩檢服務量約 85 萬人次;陽性個案追蹤完成率達 90.5%。
 - (2) 子宮頸癌:2021 年篩檢服務量約 198 萬人次;陽性個案追蹤完成率達 83.9%。
3. 成人吸菸率:已由 2010 年 19.8%(男性 35.0%,女性 4.1%),下降

	<p>至 2020 年 13.1% (男性 23.1%，女性 2.9%)。</p> <p>4. 國中及高中職生電子煙使用率</p> <p>(1) 2021 年國中生電子煙使用率為 3.9% (男性 4.5%，女性 3.3%)。</p> <p>(2) 2021 年高中職學生電子煙使用率為 8.8% (男性 10.8%，女性 6.6%)。</p> <p>5. 國小及國中生過重及肥胖盛行率</p> <p>(1) 110 學年度國小學生過重及肥胖盛行率為 27.1% (男性 31.2%，女性 22.7%)。</p> <p>(2) 110 學年度國中生過重及肥胖盛行率為 31.2% (男性 36.4%，女性 25.6%)。</p>
評估項目	評估結果
<p>1-3 【請根據 1-1 及 1-2 的評估結果，找出本計畫之性別議題】</p> <p>性別議題舉例如次：</p> <p>a. 參與人員</p> <p>政策規劃者或服務提供者之性別比例差距過大時，宜關注職場性別隔離 (例如：某些職業的從業人員以特定性別為大宗、高階職位多由單一性別擔任)、職場性別友善性不足 (例如：缺乏防治性騷擾措施；未設置哺乳室；未顧及員工對於家庭照顧之需求，提供彈性工作安排等措施)，及性別參與不足等問題。</p> <p>b. 受益情形</p> <p>① 受益者人數之性別比例差距過大，或偏離母體之性別比例，宜關注不同性別可能未有平等取得社會資源之機會 (例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動)，或平等參與社會及公共事務之機會 (例如：參加公聽會/說明會)。</p> <p>② 受益者受益程度之性別差距過大時 (例如：滿意度、社會保險給付金額)，宜關注弱勢性別之需求與處境 (例如：家庭照顧責任使女性未能連續就業，影響年金領取額度)。</p> <p>c. 公共空間</p> <p>公共空間之規劃與設計，宜關注不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者之空間使用性、安全性及友善性。</p> <p>① 使用性：兼顧不同生理差異所產生的不同需求。</p> <p>② 安全性：消除空間死角、相關安全設施。</p> <p>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> <p>d. 展覽、演出或傳播內容</p> <p>藝術展覽或演出作品、文化禮俗儀典與觀念、文物史料、訓練教材、政令/活動宣導等內容，宜注意是否避免複製性別刻板</p>	<p>綜合 1-1 及 1-2 的評估結果，確認本計畫性別議題包含以下幾點：</p> <p>1. 本計畫於研擬、修正過程係透過邀集專家共同研商討論，針對本計畫規劃及執行予以檢討，參與對象未設定特定性別共同參與。</p> <p>2. 計畫推廣之五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性別需求，僅限生理性別為女性者為此 2 項篩檢服務之主要參與者；其他如大腸癌、肺癌及口腔癌篩檢，除根據高風險族群訂定年齡限制外，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。</p>

<p>印象、有助建立弱勢性別在公共領域之可見性與主體性。</p> <p>e.研究類計畫</p> <p>研究類計畫之參與者（例如：研究團隊）性別落差過大時，宜關注不同性別參與機會、職場性別友善性不足等問題；若以「人」為研究對象，宜注意研究過程及結論與建議是否納入性別觀點。</p>	
<p>貳、回應性別落差與需求：針對本計畫之性別議題，訂定性別目標、執行策略及編列相關預算。</p>	
<p style="text-align: center;">評估項目</p>	<p style="text-align: center;">評估結果</p>
<p>2-1【請訂定本計畫之性別目標、績效指標、衡量標準及目標值】</p> <p>請針對 1-3 的評估結果，擬訂本計畫之性別目標，並為衡量性別目標達成情形，請訂定相應之績效指標、衡量標準及目標值，並納入計畫書草案之計畫目標章節。性別目標宜具有下列效益：</p> <p>a.參與人員</p> <p>①促進弱勢性別參與本計畫規劃、決策及執行，納入不同性別經驗與意見。</p> <p>②加強培育弱勢性別人才，強化其領導與管理知能，以利進入決策階層。</p> <p>③營造性別友善職場，縮小職場性別隔離。</p> <p>b.受益情形</p> <p>① 回應不同性別需求，縮小不同性別滿意度落差。</p> <p>② 增進弱勢性別獲得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動）。</p> <p>③ 增進弱勢性別參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會，表達意見與需求）。</p> <p>c.公共空間</p> <p>回應不同性別對公共空間使用性、安全性及友善性之意見與需求，打造性別友善之公共空間。</p> <p>d.展覽、演出或傳播內容</p> <p>① 消除傳統文化對不同性別之限制或僵化期待，形塑或推展性別平等觀念或文化。</p> <p>② 提升弱勢性別在公共領域之可見性與主體性（如作品展出或演出；參加運動競賽）。</p> <p>e.研究類計畫</p> <p>① 產出具性別觀點之研究報告。</p> <p>② 加強培育及延攬環境、能源及科技領域之女性研究人才，提升女性專業技術研發能力。</p> <p>f.強化與本計畫相關的性別統計與性別分析。</p> <p>g.其他有助促進性別平等之效益。</p>	<p>■有訂定性別目標者，請將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼：</p> <p>1. 本計畫性別目標及相應之績效標準、衡量標準及目標值（計畫書草案第 29-31 頁）：</p> <p>(1) 女性乳癌篩檢服務量短期（2025 年）目標為 87 萬人次、中期（2027 年）目標為 88 萬人次、長期（2030 年）目標為 89.5 萬人次；陽性個案追蹤完成率短期（2025 年）目標為 91%、中期（2027 年）目標為 91%、長期（2030 年）目標為 92%。</p> <p>(2) 子宮頸癌篩檢服務量短期（2025 年）目標為 239 萬人次、中期（2027 年）目標為 251 萬人次、長期（2030 年）目標為 263 萬人次；陽性個案追蹤完成率短期（2025 年）目標為 91%、中期（2027 年）目標為 91%、長期（2030 年）目標為 92%。</p> <p>(3) 呼應 WHO 2030 加速消除子宮頸癌，90%15 歲女孩接種人類乳突病毒(HPV)疫苗，70%女性在 35 歲前接受高效能的子宮頸癌篩檢、45 歲前再次篩檢，90%被確診為子宮頸癌（癌前病變或癌症）的女性能得到治療及照護。</p> <p>2. 後續將依「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進行評核。</p> <p><input type="checkbox"/>未訂定性別目標者，請說明原因及</p>

評估項目	評估結果
<p data-bbox="102 327 935 365">2-2 【請根據 2-1 本計畫所訂定之性別目標，訂定執行策略】</p> <p data-bbox="130 374 895 412">請參考下列原則，設計有效的執行策略及其配套措施：</p> <p data-bbox="130 421 285 459">a.參與人員</p> <p data-bbox="161 468 973 602">① 本計畫研擬、決策及執行各階段之參與成員、組織或機制（如相關會議、審查委員會、專案辦公室成員或執行團隊）符合任一性別不少於三分之一原則。</p> <p data-bbox="161 611 973 696">② 前項參與成員具備性別平等意識/有參加性別平等相關課程。</p> <p data-bbox="130 705 288 743">b.宣導傳播</p> <p data-bbox="161 752 973 983">① 針對不同背景的目標對象（如不諳本國語言者；不同年齡、族群或居住地民眾）採取不同傳播方法傳布訊息（例如：透過社區公布欄、鄰里活動、網路、報紙、宣傳單、APP、廣播、電視等多元管道公開訊息，或結合婦女團體、老人福利或身障等民間團體傳布訊息）。</p> <p data-bbox="161 992 973 1077">② 宣導傳播內容避免具性別刻板印象或性別歧視意味之語言、符號或案例。</p> <p data-bbox="161 1086 973 1171">③ 與民眾溝通之內容如涉及高深專業知識，將以民眾較易理解之方式，進行口頭說明或提供書面資料。</p> <p data-bbox="130 1180 544 1218">c.促進弱勢性別參與公共事務</p> <p data-bbox="161 1227 973 1312">① 計畫內容若對人民之權益有重大影響，宜與民眾進行充分之政策溝通，並落實性別參與。</p> <p data-bbox="161 1321 973 1453">② 規劃與民眾溝通之活動時，考量不同背景者之參與需求，採多元時段辦理多場次，並視需要提供交通接駁、臨時托育等友善服務。</p> <p data-bbox="161 1462 973 1547">③ 辦理出席民眾之性別統計；如有性別落差過大情形，將提出加強蒐集弱勢性別意見之措施。</p> <p data-bbox="161 1556 943 1594">④ 培力弱勢性別，形成組織、取得發言權或領導地位。</p> <p data-bbox="130 1603 352 1641">d.培育專業人才</p> <p data-bbox="161 1650 973 1736">① 規劃人才培訓活動時，納入鼓勵或促進弱勢性別參加之措施</p> <p data-bbox="173 1744 973 1928">（例如：提供交通接駁、臨時托育等友善服務；優先保障名額；培訓活動之宣傳設計，強化歡迎或友善弱勢性別參與之訊息；結合相關機關、民間團體或組織，宣傳培訓活動）。</p> <p data-bbox="161 1937 973 2022">② 辦理參訓者人數及回饋意見之性別統計與性別分析，作為未來精進培訓活動之參考。</p> <p data-bbox="161 2031 973 2069">③ 培訓內涵中融入性別平等教育或宣導，提升相關領域從</p>	<p data-bbox="1027 192 1520 277">確保落實性別平等事項之機制或方法。</p> <p data-bbox="995 327 1520 483">■有訂定執行策略者，請將主要的執行策略納入計畫書草案之適當章節，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼：</p> <p data-bbox="995 492 1520 649">已考量性別因素，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。舉例說明如下：</p> <p data-bbox="995 658 1520 1352">1. 為提升女性健康服務措施（如乳癌篩檢、子宮頸癌篩檢）醫療資源之無障礙及可近性，以巡迴檢查車提供社區篩檢服務，便於婦女在忙於工作和家務時，可就近接受檢查，且考量無障礙設備之篩檢車屬高單價且為醫療院所自行購置，將持續輔導於汰換時優先考量無障礙設備之篩檢車。另持續推動子宮頸抹片檢查及乳房 X 光攝影檢查，並輔導醫療院所規劃婦女友善、隱私性佳或可放鬆的檢查空間與服務，並與相關學會、協會、基金會等民間團體及地方政府衛生局所協力合作，透過多元媒體管道宣導衛教及篩檢服務資訊（計畫書草案第 60 頁）。</p> <p data-bbox="995 1361 1520 1935">2. 為防治子宮頸癌，WHO 於 2014 年建議將 HPV 疫苗納入國家疫苗接種計畫，及列為非傳染性疾病防治的 16 個最合算策略之一。我國已於 2018 年 12 月起擴大提供國中女生公費 HPV 疫苗接種服務。為順利推動疫苗接種工作，透過多元媒體宣導推廣、進行校園衛教、建立相關作業流程及表單、進行跨單位的協調與合作及監測機制、補助地方政府衛生局辦理 HPV 疫苗接種服務計畫、設置全國 HPV 疫苗專線，加強民眾對於 HPV 疫苗的認知（計畫書草案第 20 頁）。</p> <p data-bbox="995 1944 1520 2101">3. 為減少國人（特別是男性）嚼檳行為並引導高風險嚼檳者參與口腔癌篩檢，透過輔導計畫平台建置縣市內跨局處合作機制，就所轄之高</p>

業人員之性別敏感度。

- ④ 辦理培訓活動之師資性別統計，作為未來師資邀請或師資培訓之參考。

e.具性別平等精神之展覽、演出或傳播內容

- ① 規劃展覽、演出或傳播內容時，避免複製性別刻板印象，並注意創作者、表演者之性別平衡。
- ② 製作歷史文物、傳統藝術之導覽、介紹等影音或文字資料時，將納入現代性別平等觀點之詮釋內容。
- ③ 規劃以性別平等為主題的展覽、演出或傳播內容(例如：女性的歷史貢獻、對多元性別之瞭解與尊重、移民女性之處境與貢獻、不同族群之性別文化)。

f.建構性別友善之職場環境

委託民間辦理業務時，推廣促進性別平等之積極性作法(例如：評選項目訂有友善家庭、企業托兒、彈性工時與工作安排等性別友善措施；鼓勵民間廠商拔擢弱勢性別優秀人才擔任管理職)，以營造性別友善職場環境。

g.具性別觀點之研究類計畫

- ① 研究團隊成員符合任一性別不少於三分之一原則，並積極培育及延攬女性科技研究人才；積極鼓勵女性擔任環境、能源與科技領域研究類計畫之計畫主持人。
- ② 以「人」為研究對象之研究，需進行性別分析，研究結論與建議亦需具性別觀點。

嚼檳行業，建置無檳工作環境，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，使高風險群有效降低嚼檳率及早期篩檢；提供口腔黏膜檢查與戒檳輔導服務，強化已發現的口腔癌前病變個案接受定期追蹤管理與及時治療；發展及試辦口腔癌跨專科整合照護及復健模式，以朝向醫療支付方案之精進(計畫書草案第37-38、40、42-43、56-57頁)。

4. 分析大腸癌篩檢資料，女性整體的篩檢率高於男性，可能的因素為男性對癌症篩檢的知曉率低於女性，為提升民眾篩檢意願，透過「全民健保行動快易通 | 健康存摺」App，提供個人化癌症篩檢時程提醒通知功能；為提升檢驗品質，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」，朝向輔導檢驗所接受第三方認證與自主接受外部能力試驗，對於無法通過認證與外部能力試驗的檢驗機構制定退場機制(計畫書草案第23、43、56頁)。
5. 為強化肺癌防治，經參考國內外研究實證，我國自2022年7月1日起開辦肺癌早期偵測計畫，提供肺癌高風險族群(50-74歲重度吸菸者、50-74歲男性/45-74歲女性，且具肺癌家族史)每2年1次低劑量電腦斷層檢查(LDCT)；針對吸菸的男性和女性，考量其背景不同，設計合適之宣導(計畫書草案第24-25、60頁)。

未訂執行策略者，請說明原因及改善方法：

評估項目

2-3【請根據2-2本計畫所訂定之執行策略，編列或調整相關經費配置】

評估結果

■ 有編列或調整經費配置者，請說明預算額度編列或調整情形：
本計畫執行策略及預算配置，係依全

<p>各機關於籌編年度概算時，請將本計畫所編列或調整之性別相關經費納入性別預算編列情形表，以確保性別相關事項有足夠經費及資源落實執行，以達成性別目標或回應性別差異需求。</p>	<p>民健康為考量，癌症篩檢項目含乳房X光攝影檢查、子宮頸抹片檢查、糞便潛血檢查、口腔黏膜檢查、低劑量電腦斷層檢查(LDCT)，其中女性乳房X光攝影檢查所需工具或人力較鉅，故經費編列相對高。</p> <p><input type="checkbox"/>未編列或調整經費配置者，請說明原因及改善方法：</p>
--	--

【注意】 填完前開內容後，請先依「填表說明二之（一）」辦理【第二部分－程序參與】，再續填下列「參、評估結果」。

參、評估結果

請機關填表人依據【第二部分－程序參與】性別平等專家學者之檢視意見，提出綜合說明及參採情形後通知程序參與者審閱。

<p>3-1 綜合說明</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 長期趨勢來看，國人整體癌症標準化發生率近年呈現上下震盪趨勢，死亡率則呈現下降趨勢，本部將持續推動癌症防治工作。 2. 有關委員之建議及肯定，已採納意見後修正計畫書內容，本部將持續追蹤及訂定性別統計分析指標，考量不同性別、不同地域、不同族群的特殊需求，使計畫更具性別概念，期能推廣癌症防治工作，提供可近性、便利性的服務，持續降低癌症發生率及死亡率。 3. 本計畫研擬階段，邀集專家共同研商討論，參與專家不同性別者之比例皆不低於 1/3，未來參與人員及「癌症防治委員會」之委員組成，仍續考量不同性別者之比例不低於 1/3 之原則。
<p>3-2 參採情形</p>	<p>3-2-1 說明採納意見後之計畫調整（請標註頁數）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有關委員建議未來可持續追蹤國小、國高中及成年人之體重過重與肥胖率之性別統計分析，本部「國民營養健康調查」及教育部「學生健康檢查資料」之體位統計，已逐年按年齡、性別及體位狀況加以分析，作為推動肥胖防治之重要參據（計畫書草案第 13、117-118 頁）。 2. 國中女生 HPV 疫苗接種率、子宮頸癌及乳癌篩檢服務陽性個案追蹤完成率等，已呼應 WHO 加速消除子宮頸癌目標，訂定 2030 年 90% 以上 15 歲女孩接種 HPV 疫苗之目標，及考量人口高齡化趨勢，訂定子宮頸癌及乳癌篩檢服務量及陽性個案追蹤完成率之短、中、長期目標（計畫書草案第 32 頁）。 3. 有關委員建議近年來男性攝護腺癌（前列腺癌）之發生率有逐漸上升的趨勢，未來可提出防治及治療策略，本部將持續依據國際及本土最新實證研究資料，列入計畫推動過程之參採（計畫書草案第 26、59 頁）。

	3-2-2 說明未參採之理由或替代規劃	無
3-3 通知程序參與之專家學者本計畫之評估結果： 已於 112 年 3 月 6 日將「評估結果」及「修正後之計畫書草案」通知程序參與者審閱。		

- 填表人姓名：王子箴 職稱：助理研究員 電話：02-25220888#771 填表日期：112年2月20日
- 本案已於計畫研擬初期 徵詢性別諮詢員之意見，或 提報各部會性別平等專案小組（會議日期：__年__月__日）
- 性別諮詢員姓名：王秀紅 服務單位及職稱：考試院考試委員 身分：符合中長程個案計畫性別影響評估作業說明第三點第一款（如提報各部會性別平等專案小組者，免填）
 （請提醒性別諮詢員恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開計畫草案）

【第二部分－程序參與】：由性別平等專家學者填寫

<p>程序參與之性別平等專家學者應符合下列資格之一：</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>1.現任臺灣國家婦女館網站「性別主流化人才資料庫」公、私部門之專家學者；其中公部門專家應非本機關及所屬機關之人員（人才資料庫網址：http://www.taiwanwomenscenter.org.tw/）。</p> <p><input type="checkbox"/>2.現任或曾任行政院性別平等會民間委員。</p> <p><input type="checkbox"/>3.現任或曾任各部會性別平等專案小組民間委員。</p>	
<p>(一) 基本資料</p>	
1.程序參與期程或時間	112 年 3 月 6 日至 112 年 3 月 6 日
2.參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	<p>1. 姓名職稱：王秀紅考試委員、教授</p> <p>2. 服務單位：考試院、高雄醫學大學</p> <p>3. 專長領域：婦女健康與性別議題、高齡長期照護、社區衛生與健康促進、護理教育、健康政策</p>
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
<p>(二) 主要意見（若參與方式為提報各部會性別平等專案小組，可附上會議發言要旨，免填 4 至 10 欄位，並請通知程序參與者恪遵保密義務）</p>	
4.性別平等相關法規政策相關性評估之合宜性	合宜
5.性別統計及性別分析之合宜性	合宜
6.本計畫性別議題之合宜性	合宜
7.性別目標之合宜性	合宜
8.執行策略之合宜性	合宜
9.經費編列或配置之合宜性	合宜

10.綜合性檢視意見

一、本計畫「第五期國家癌症防治計畫(2024-2030年)」草案，計畫為五年期，主要依據癌症防治法、世界衛生組織2030永續發展目標、2025年衛生福利政策白皮書，於智慧醫療科技時代，藉由現代醫療技術，預期30-70歲國民因癌症之過早死亡機率降低三分之一。主要目標包括：(1) 癌症風險因子防制；(2) 提升癌症篩檢；(3) 提供高品質的治療。

二、計畫內容已呈現相關性別統計，包括：國人全癌症（亦包括大腸癌、肺癌、女性乳癌、肝癌、口腔癌、子宮頸癌），及常見癌症標準化發生率及死亡率、婦女癌症篩檢統計分析（女性乳癌、子宮頸癌）、成人吸菸率、國中及高中職生電子煙使用率、國小及國中生過重及肥胖盛行率等。除婦女癌症相關計畫之癌症篩檢，例如子宮頸癌及女性乳癌的篩檢以及人類乳突病毒(HPV)疫苗接種外，其他如口腔癌及大腸癌篩檢，除各有年齡限制外，皆不因特定性別、性傾向或性別認同者，而提供的癌症防治服務有所不同。建議未來可持續追蹤國小、國高中及成年人之體重過重與肥胖率之性別統計分析；以及國一女生 HPV 疫苗接種率、子宮頸癌、乳癌篩檢率及陽性個案平均追蹤完成率等；並依需要進行年齡層與性別之交叉分析。另外，近年來男性攝護腺癌（前列腺癌）之發生率有逐漸上升的趨勢，建議未來可提出防治及治療策略。

三、計畫內容已針對原住民重要癌症死亡資料進行性別統計分析、提供全國各縣市的統計資料、提出改善性別間健康服務利用之差異、以及強化部分地區及特殊族群的癌症防治服務。計畫內容已考量不同性別、不同地域、不同族群的特殊需求，期能提供可近性、便利性的服務，以縮短健康不平等的差距。

四、相關衛生教育宣導內容及管道能因應不同性別和年齡等之需求，採用不同的素材及多元管道。

五、計畫雖然於研擬、修正過程透過邀集專家共同研商討論，針對計畫規劃及執行予以檢討，參與對象未設定特定性別共同參與。惟建議未來參與人員仍宜考量不同性別者之比例不低於 1/3 之原則。另「癌症防治委員會」之委員組成，也宜考量不同性別者之比例不低於 1/3 之原則。

(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) 王秀紅