

調 查 報 告

壹、案由：據報載：衛生署之「國家癌症防治五年計畫」僅著重於疾病發生後之處理，未涵蓋降低癌症發生率之評析，顯示我國癌症防治策略有所不足；另報導：養殖鮭魚比野生鮭魚所含多氯聯苯及戴奧辛等致癌物質高近十倍，引發消費者疑慮，衛生署等單位之處置有無疏失等情乙案。

貳、調查意見：

癌症自民國（下同）七十一年起成為國人第一大死因，其後死亡數逐年增加，依行政院衛生署（下稱衛生署）於九十三年六月十四日發布之國人十大死因資料，癌症已連續第二十二年位居國人死因之首。我國去（九十二）年死於癌症之人數為三五、二〇一人，死亡率為每十萬人口一五六·〇一人，占有所有死亡人數之二七·一〇%，且死亡率仍維持上升趨勢。另依據衛生署於九十三年十一月十八日公布之台灣地區癌症登記發生資料，九十年新增之癌症病患計六萬一、六〇七人，粗發生率為每十萬人口二七四·九六人，亦呈逐年增加趨勢。又我國癌症年齡標準化死亡率及發生率隨人口年齡結構快速老化而持續上升，若慮及我國之人口較其他國家老化速度嚴重許多，可預見未來癌症仍係國內民眾最大之健康威脅，然衛生署遲至九十三年始制定「國家癌症防治五年計畫」，對癌症之防治建立全方面、系統化之策略。因癌症之防治關係全民健康，本院爰針對衛生署執行癌症相關之策略及成效進行調查，除向該署調閱相關資料外，並約詢衛生署陳

署長建仁、財團法人國家衛生研究院癌症研究組彭汪主任○○（亦為中央研究院院士）等相關主管人員，另諮詢財團法人和信癌症治療中心醫院黃院長○○、財團法人國家衛生研究院（下稱國衛院）行政處賴處長○○、財團法人天主教康泰醫療教育基金會陳執行長○○、國立台灣大學醫療機構管理研究所鍾教授○○、財團法人馬偕紀念醫院安寧療護教育示範中心賴主任○○等專家學者，茲綜整調卷、諮詢、約詢資料，臚列調查意見如次：

一、衛生署於七十一年癌症成為國人首要死因並持續二十二年後，遲至九十三年始訂定「癌症防治五年計畫」，對癌症進行全方位、系統化之防治規劃，過去二十多年來對於癌症防治之策略過於消極，致未能降低癌症發生率及死亡率，核有未當。

（一）癌症之流行病學資料：

1、癌症自七十一年起成為國人首要死因，且死亡人數逐年增加。依據衛生署九十三年六月十四日所發布之國人死亡原因統計資料：九十二年間，國人死於癌症之人數為三萬五、二〇一人，死亡率為每十萬人口一五六·〇一人，占有所有死亡人數之二七·一〇%，且死亡率維持上升趨勢。至於造成國人死亡之主要癌症原因，依序為：肝癌、肺癌、結腸直腸癌、女性乳癌、胃癌、子宮頸癌、口腔癌、攝護腺癌、非何杰金淋巴瘤、胰臟癌。其中肝癌及肺癌連續數年為癌症死亡人數最多之癌症，而乳癌及口腔癌為死亡率增加最明顯者，分別較九十一年增加十%及九%，至於女性乳癌平均死亡年齡為五六·八六歲，男性口腔癌為五五·八八歲，

平均死亡年齡均較其他癌症年輕，有年輕化趨勢。

2、另依據衛生署九十三年十一月十八日公布之九十年癌症發生率統計資料，與八十九年相較，癌症之發生率增加一·一六%，平均每八分鐘三十秒即有一人罹癌。九十年間有六萬一、六〇七人罹癌，較八十九年增加二、四九一人。至於子宮頸癌為癌症發生率最高者，乳癌、肝癌、結腸直腸癌、肺癌、攝護腺癌、口腔癌、胃癌、皮膚癌、膀胱癌分別次之。又男性主要癌症為肝癌、肺癌、結腸直腸癌，女性為子宮頸癌、乳癌、結腸直腸癌。若以九十年之癌症發生率與八十六年相較，癌症發生率增加幅度大於二十%者，包括男性口腔癌增加二九·四%、食道癌二七·〇八%、皮膚癌二一·九九%、攝護腺癌二〇·八四%；女性癌症包括：子宮體癌二六·八六%、乳癌二三·九七%、甲狀腺癌二二·九六%及肝癌二一·一九%。八十六年至九十年間，女性癌症之五年存活率為五七·八四%，高於男性之三二·三五%。

(二)依據衛生署提供之資料，八十八年至九十一年間，全民健保使用於癌症診斷治療所支付之醫療費用，分別為一六二·二億元、一八〇·五億元、二〇一·四億元及二三六·一億元，前開費用尚不含病患自付之費用。至於癌症造成之社會成本之計算，應包括：病患生產力之減低或喪失、就醫時之自付額、看護費用、就醫交通費、對社會、個人或家庭造成之經濟衝擊及心理壓力等，至於社會因癌症而增加之整體成本支出，國內、外雖無相關之研究，惟一般認為應數倍於醫療成本。

- (三)查七十一年至八十年間，國內並無癌症之防治策略或措施，衛生署迄八十一年始開始進行子宮頸癌、乳癌及口腔癌等重要癌症危險因子之衛生教育宣導及提供篩檢服務，主要措施包括：八十一年開始推廣之子宮頸抹片篩檢，八十二年推廣之乳房自我檢查、八十四年補助十四家醫院辦理之「乳癌高危險群篩檢服務計畫」及全民健保於同年七月一日開始提供之三十歲以上婦女每年免費子宮頸抹片檢查、八十八年開始辦理乳房、子宮頸癌及口腔癌之社區到點篩檢、八十九年將安寧住院及居家納入健保給付試辦計畫等。至於衛生署國民健康局（下稱國健局）於九十年七月十二日成立前，原癌症防治業務屬衛生署保健處職掌，主要工作係建立並維護癌症登記系統及子宮頸癌、乳癌、口腔癌（含檳榔健康危害防制）等重要癌症危險因子之衛生教育宣導工作，發展篩檢服務模式及安寧療護試辦計畫。
- (四)美國於西元一九三七年制訂「一九三七年國家癌症法案（National Cancer Act of 1937）」、西元一九七一年再制訂「一九七一年國家癌症法案（National Cancer Act of 1971）」，尼克森總統於一九七二年向癌症宣戰，以雄厚資金投入癌症研究，設立國家癌症研究中心，使美國部分癌症五年存活率有所改善，近二、三十年來，自四三%進步至六四%，且癌症之發生率及死亡率自西元一九九〇年後已呈現下降趨勢。
- (五)綜上，美國於西元一九三七年即訂定國家癌症法案，迄西元一九九〇年美國之癌症死亡率始呈現明顯下降，而日本則於西元一九八三年成立「部長級癌症防治會（The

Council of Cabinet Ministers for Cancer Control) 」，訂定「癌症十年防治計畫」，相較於美、日早已建置癌症全方面、系統化之防治策略，並有具體之效果，我國過去對於癌症之預防工作則未投入足夠之資源。癌症於七十一年成為國人死亡原因首位，至九十二年已連續二十二年為國人最主要之死因，且癌症年齡標準化死亡率及發生率將隨著人口年齡結構快速老化而持續上升，我國人口老化速度又較其他國家嚴重許多，故癌症對於國民健康之威脅恐將持續，又癌症對於社會之衝擊不僅在於醫療費用之增加，全民健保使用於癌症診斷治療所支付之醫療費用於九十一年時已達二三六．一億元，惟其造成之社會成本更數倍於醫療成本。然國內對於癌症防治資源之投入及配置、全民防癌理念之推行、相關醫護人力之供給規劃、癌症篩檢率之提昇、癌症篩檢、診斷、治療品質之監測及改善、癌症登記資料之正確性及整合性、與民間防癌團體之合作及對於安寧醫療之推廣等，均有不足，國人癌症之發生率及死亡率逐年增加，病患罹癌後仍未能得到最人性化之照護，衛生署遲至九十三年始訂定「癌症防治五年計畫」，對癌症進行全方位、系統化之防治規劃，過去二十多年來對於癌症防治之策略過於消極，致未能降低癌症發生率及死亡率，核有未當。

二、國內每年用於癌症防治之經費與全民健保支付癌症相關之醫療費用有極大落差，核與「預防重於治療」之理念不符；另國家癌症防治經費有限，衛生署宜確定癌症防治項目之優先順序，將有限之經費及資源作公平及符合成本效益之分配。

(一)按癌症防治法第五條、第十條及第十六條條文分別規定：「國家應提供充分資源，並整合政府及民間力量，致力研究開發尖端醫學技術，協助推展臨床試驗，推動癌症防治工作，並應將防癌知識與癌症病患就醫之正確知識納入國民義務教育，致力於避免或減少國民暴露於可能致癌因子」、「財團法人國家衛生研究院應設癌症研究中心，辦理並整合與癌症有關之各項研究與治療方法、診斷技術、治療藥品等之開發及臨床試驗」、「國家應寬列人力與經費，確保有效推動癌症防治工作。」

(二)依據衛生署提供之資料：

- 1、八十八年至九十一年間，全民健保使用於癌症診斷治療所支付之醫療費用，分別為一六二·二億元、一八〇·五億元、二〇一·四億元及二三六·一億元。另該署針對癌症之預防、篩檢、治療品質提昇、研究、癌症登記及安寧療護，九十至九十二年使用之防治經費分別為八、三五五萬元、一億六五〇〇萬元及二億二、九五九萬元。
- 2、九十四年至九十八年間，國家癌症防治五年計畫之經費需求，預計分別編列七億五百萬元、六億六千萬、八億八千五百萬元、九億元及九億一千萬元；惟同期間癌症治療所需之費用，估計分別為二八五億元、三一四億元、三四五億元、三八〇億元及四一八億元，五年間，癌症防治經費增加二一·三三%，惟癌症醫療費用增加四六·六七%。整體而言，衛生署在國家癌症防治五年計畫實施前每年編列之癌症防治經費約在一至二億元間，實施後則在六億元至九億元間，較諸健

保局每年支付癌症相關之醫療費用動輒二、三百億元，二者間有極大落差，核與預防重於治療之理念不合。

(三)依據癌症防治法第五條規定，國家應致力研究開發尖端醫學技術，協助推展臨床試驗，推動癌症防治工作，前開理念獲本院部分諮詢專家支持，然亦有不同意見指出：國家整體之醫療經費有限，即使癌症防治法規定國家應寬列人力與經費確保癌症防治工作之推動，然癌症防治所能運用之經費仍有限制，將大部分經費投入於癌症基礎科學之研究，未必有其實益，尚不如將有限之防癌經費，適當運用於已罹患癌症之病患及家屬身上，滿足渠等之需求，並協助改善罹癌後之生活品質；至於癌症研究之分配，依據癌症防治法第十條規定，將由國家衛生研究院為之，惟國內癌症防治之專業人力散布於各公、私立機構間，研究主題應為基礎科學研究及尖端醫學技術之開發或應研究癌症患者治療過程身體不舒服之原因以實際改善病患就醫品質等實用性之研究上，仍有討論空間，前開研究團隊及研究主題之選定，涉及癌症研究資源配置之公平性及效益性，衛生署應協助國衛院將癌症研究經費做妥適之運用以獲得最佳之效益。

(四)經詢據衛生署，癌症防治經費之配置，究應著重於預防、篩檢，或係治療品質提昇、研究或安寧療護，據復：世界衛生組織(WHO)發展之「國家癌症防治計畫」(National Cancer Control Programmes)建議資源豐富之國家，在預防方面應強化具實證之預防醫學、對可早期發現之主要癌症應有全國性之篩檢之策略、並應對三十歲以上婦

女提供子宮頸抹片篩檢，及對五十歲以上婦女提供乳房攝影；另在治療方面應強化具臨床教學及研究發展功能之癌症中心網絡，對末期病患應確保其可獲得疼痛緩解和安寧療護之服務；各項服務應投入之金額則隨標的族群人數多寡、民眾利用程度及服務品質而異。至於國內未加計國家衛生研究院之研究經費，衛生署於九十年至九十二年主要將癌症防治經費使用於癌症篩檢，分別為五、五一一萬元、七、七二七萬元及一億九五一萬元，占總體防治經費之六五·九六%、四六·八三%及四七·七〇%；其次為癌症研究，分別九一五萬元、一、五〇二萬元及四、六二一萬元，分別占十·九五%、九·一〇%及二〇·一三%，至於癌症預防之經費較少，分別為十萬元、一、八八四萬元及二、〇四九萬元，占〇·一二%、十一·四二%及八·九二%，安寧療護則為三二五萬元、五三八萬元及七九九萬元，分別占三·八九%、三·二六%及三·四八%。

(五)衛生署國健局自九十年十月起，徵求獎助醫療機構成立癌症防治中心，每年補助每家醫院之經費上限為二百萬元，辦理子宮頸癌及任選一項以上之國人好發癌症（肝癌、肺癌、大腸直腸癌、口腔癌或乳癌）之品質提昇計畫，迄今已補助十七家醫院設立癌症中心。九十四年度起，該計畫將擴大針對醫院每年新診斷癌症個案達五百案以上之醫院，公開徵求、審查核定二十七家醫院辦理全面癌症診療品質提昇計畫，補助工作重點為建立院內多科醫療團隊、提昇癌症診療品質、建立並落實臨床路徑、推動以病患為中心及建立癌症登錄資料回饋檢討改進機制等。惟本院諮詢專家指

出，醫院發展癌症中心，確需仰賴政府經費投資，然並非每家醫院都有發展之必要，且衛生署補助醫院成立癌症防治中心之投資經費有限，補助經費之家數卻不斷增加，使得可獲補助醫院能獲得之補助金額大幅減少，造成資源分散，各醫院雖都能發展癌症中心，卻未必能達成全面提昇品質之目的。

(六)綜上，國內每年用於癌症防治之經費與全民健保支付癌症相關之醫療費用有極大落差，核與「預防重於治療」之理念不符；另國家癌症防治經費有限，癌症研究經費配置之公平性及效益性、癌症預防及安寧療護投入資源之適當性、補助醫院成立癌症中心之效益，目前均有爭論，衛生署宜確定癌症防治項目之優先順序，將有限之經費及資源作公平及符合成本效益之分配，以有效降低癌症之發生率及死亡率，提高癌症之存活率及病患罹癌後之生活品質。

三、衛生署允宜賡續辦理國民健康教育之宣導，落實全民防癌之理念及行動；另評估現行衛生教育之人力、方法、教材、策略及委託辦理單位之執行績效，將民眾之認知內化為生活態度，並產生健康之生活型態及行為。

(一)按癌症防治法第五條規定：「…應將防癌知識與癌症病患就醫之正確知識納入國民義務教育，致力於避免或減少國民暴露於可能致癌因子」。

(二)依據 WHO 報告所提之七大癌症危險因子為：病毒 (virus)、幅射 (radiology)、化學物質 (chemical)、基因遺傳 (genetics)、賀爾蒙 (hormone)、行為 (behavior) 及飲食 (diet)，故癌症之成因複雜，需從遺傳、環境、文化及經濟角度綜合觀察。

惟詢據中央研究院彭汪院士○○表示：癌症之發生需經過二十年之久，醫學研究已證實五至十％之癌症源自遺傳，七十至八十％之癌症與飲食習慣有關，如民眾日常生活做好飲食與生活調整，即能避免七十至八十％癌症之發生，民眾應注意避免暴露於危險因子下，改善不當飲食習慣、不過量飲酒、不酗酒、不抽菸、拒吸二手菸、不過胖、減少脂肪攝取、少吃燒烤、醃漬或過鹹之食物、多吃纖維含量高之五穀及蔬果，不接觸工作環境中之致癌物質、保持愉快心情、定期健康檢查、維持適當運動及充分休息。

(三)衛生署辦理國民健康教育宣導之成效：

- 1、口腔癌為目前男性發生率及死亡率在近五年來上升最快速之癌症，其形成原因與嚼食檳榔有關。依據國健局九十一年所進行之「國民健康促進知識、態度及行為調查顯示」，台灣成年男、女性嚼食檳榔率分別為十七·五％及一·二％，近五年來未有明顯下降。另依據國健局「九十一年國民健康知識、態度、行為調查」顯示，百分之九十以上十五歲以上民眾知道「嚼食檳榔容易得口腔癌」及「嚼檳榔又吸菸的人得口腔癌的危險性更大」，然國內嚼食檳榔問題日益嚴重且年輕化，十五歲至十七歲青少年男、女性嚼食檳榔率分別為五·五％及〇·七％，且青少年男性檳榔嚼食率成長快速。經詢據衛生署陳署長建仁表示：台灣地區口腔癌之發生率及死亡率仍逐年增加，可能係反應過去十年至二十年間嚼食檳榔人口之世代發生率及死亡率，至於推動相關衛生教育及宣導工作之共識係於過去十年內形成

及執行，經由「嚼食檳榔容易得口腔癌」之衛生教育宣導可否降低口腔癌之發生率，尚需十多年之時間驗證。另亦可能係國人雖認知嚼食檳榔會危害健康，然卻無法採取健康行為所致。

- 2、肺癌之篩檢及早期診斷困難，現已為台灣女性癌症死亡率之首，亦為男性死亡率第二位，每五個因癌症死亡者，即有一人係因肺癌死亡，且國內每年新增八千名肺癌患者，七千人死亡，預防肺癌主要之方法為戒菸及不受二手菸害，觀諸美國癌症死亡率之降低，與美國男性吸菸率減少五分之一，女性減少二分之一至三分之一間相關聯。另依據國健局九十一年所進行之「國民健康促進知識、態度及行為調查顯示」，台灣成年男、女性吸菸率分別為五十%及五·八%，近五年來未有明顯下降。又國立台灣大學李○教授於八十八年所做之「台灣地區成人及青少年吸菸率及吸菸行為調查」發現，青少年男、女性吸菸率分別為十一·三%及三·二%，十五歲至十七歲之男性吸菸率由三·六%增加至二七·九%，女性由二·○%增加至七·○%，青少年吸菸率不降反增。

(四)本院諮詢專家指出：癌症之發生，與生活習慣息息相關，改善生活型態以降低癌症發生率應為癌症防治之首要目標，建立全民防癌之理念及健康生活型態，又為達成該目標之重要基礎，至於國內健康教育宣導未見具體績效之可能原因如次：

- 1、醫療團隊業績導向，欠缺推動動機：對病患健康行為影響性最大者，可能係醫師於看診時對病患健康行為之建議，惟現行全民健保制度，使醫療院所以業績為導

向，未提供醫師撥出時間對病患做衛生教育或指導之誘因。

- 2、公共衛生體系最接近社區民眾之生活，惟基層衛生所公共衛生護士之工作繁雜，對於衛生教育之推動有心無力。
- 3、國內對於衛生教育之宣導，採單一疾病分別推動，缺乏統整性健康行為之建立。
- 4、衛教技巧方法不吸引人，相關人才之培訓不足，醫療人員或衛生教育人員未被教導如何吸引、教育民眾落實健康行為。
- 5、教材資源未整體規劃且無長期有效運用之計畫，衛生教育之教材內容豐富，卻無法送達需用單位，教材印製完成後未被完善利用，造成資源浪費。
- 6、方案招標式之推動模式缺乏長期之深度及廣度：國健局推動之教育宣導，常對外徵求企畫案及公開招標，然民間公益團體受限於能力，往往無法競標，得標者常為傳播公司，即使公益團體得標，次年可能不再得標，推動之案件亦可能無法延續。

(五)綜上，衛生署多年來已針對癌症之預防進行衛生教育及宣導，戒菸、戒食檳榔為宣導之重點，惟國人近年來改變生活型態之成效極其有限，抽菸、嚼食檳榔之人口數非但繼續增加，甚至有年輕化趨勢，衛生署允宜賡續辦理國民健康教育之宣導，落實全民防癌之理念及行動，亦需評估現行衛生教育之人力、方法、教材、策略及委託辦理單位之執行績效，將民眾之認知內化為生活態度，並產生健康之生活型態及行為。

四、衛生署宜積極辦理癌症診療相關醫事人員之培訓，以因應國內癌症病患醫療照護之需求。

(一)國內癌症診斷及治療人力供需情形：

衛生署目前已公告二十三個專科，各專科領域內又發展不同次專科，腫瘤專科醫師依各器官疾病之不同，分屬於各主專科之下，從事個別細分科之專長訓練，如婦科腫瘤（婦產科）、頭頸部腫瘤（耳鼻喉科）。至於台灣癌症專科醫師人力供給，依據國家衛生研究院提供之資料，其人數如次：

- 1、腫瘤內科專科醫師：九十年有十人通過訓練、九十一年十六人、九十二年十二人、九十三年具考試資格者十九人，截至九十三年七月底，通過訓練之人數，合計一五八人。
- 2、放射腫瘤專科醫師：九十年有三人通過訓練、九十一年四人、九十二年六人、九十三年具考試資格者十三人，截至九十三年七月底，通過訓練之人數，合計二〇八人。
- 3、西元二〇〇三年間，台灣及美國之放射腫瘤專科醫師人數分別為二〇八人及三、七八八人，腫瘤內科專科醫師分別為一五八人及一三、八〇〇人；以西元二〇〇〇年每十萬人口之癌症發生率分別為二四六·六人及四七〇·三人計算，美國癌症發生率約為台灣之二倍，人口約為台灣之十倍，以此推估台灣之放射腫瘤專科醫師人數與美國相當，但腫瘤內科專科醫師人數明顯不足。

(二)本院諮詢專家指出：外科腫瘤、放射腫瘤科之醫師人數應已足夠，且國衛院仍陸續辦理訓練課程中；惟內科腫瘤醫師部分，因每治療一名病患需費時三十至四十分鐘，對每一病患之診斷時間較長，能獲得之健保支付僅二百餘元，醫師收入相對較少，不易招募足夠之年輕醫師，故內科腫瘤醫師人數尚不足。

(三)另依據國家癌症防治五年計畫，目前人力尚不足之相關醫事人員包括：乳房攝影之判讀醫師、技術師及大腸直腸鏡檢查之內科消化系專科醫師。

(四)綜上，國人癌症發生率持續增加，腫瘤專科人力亦須相對增加始能符合癌症病患醫療照護之需求，並提高癌症治療之品質，惟國內內科腫瘤醫師、乳房攝影之判讀醫師、技術師及大腸直腸鏡檢查之內科消化系專科醫師尚有不足，衛生署宜積極辦理癌症診療相關醫事人員之培訓，以因應國內癌症病患醫療照護之需求。

五、衛生署宜考量國內民情，規劃方便民眾接受篩檢服務之設計，以提高篩檢率；另建立篩檢人員及機構之服務品質認證制度，強制醫療機構提昇篩檢品質，使民眾能獲得具有品質保證之癌症篩檢服務。

(一)研究證實：癌症之治療效果與發現之期別有關，如能早期發現癌症並治療，存活率高，至於缺乏有效篩檢工具之癌症，若無法早期發現，則治療效果差。經篩檢可早期發現且進行治療又預後良好之癌症，包括：子宮頸癌、乳癌、結直腸癌及口腔癌。依據歐美國家經驗，推行子宮頸癌、乳癌及結直腸癌篩檢措施可早期發現個案進行治療，且歐美國家子宮頸侵襲癌發生率、乳癌及結直腸癌之死亡率確已大幅降低；

又 WHO 國家癌症防治計畫 | 政策及管理指引中亦指出乳癌及子宮頸癌篩檢最具成本效益。至於我國口腔癌發生率高，篩檢係以目視口腔黏膜之方法為之，成本低，亦具效益。

- (二) 衛生署自八十一年即推動子宮頸抹片篩檢，八十二年推動乳房篩檢，目前全民健保所提供之預防保健服務與癌症有關之項目為「婦女子宮頸抹片檢查」及「婦女乳房檢查服務」等二項目，婦女乳房檢查為九十三年新開辦業務，尚無利用率資料，而實施多年之婦女子宮頸抹片檢查，截至九十二年底，三年內至少曾接受過一次之比率為五三·四%，乳房攝影及糞便潛血檢查則各完成五萬名及四萬名，另有八十萬名吸菸及檳榔族接受口腔黏膜篩檢。
- (三) 婦女子宮頸抹片檢查為目前癌症篩檢最有效益者，但我國婦女接受篩檢之情形，相較於歐美國家並不普遍，八十四年至九十年每年之篩檢率分別為九·七%、十六·五%、二一·一%、二五·五%、二八·〇%、二九·六%及三一·二%，約有三分之二之婦女未曾進行子宮頸抹片檢查，每三年之篩檢率停滯於五三%至五四%之瓶頸，據衛生署表示其原因係華人社會，不論新加坡、香港、大陸女性對子宮頸檢查都有所避諱，即使以女醫師負責檢查亦同，惟目前該署已設有巡迴車實施到府篩檢服務。
- (四) 篩檢之目的係對尚未有臨床症狀之病患進行檢查，將可能之患者找出，惟篩檢結果是否有效，又涉及敏感度（有病之人檢定結果為陽性之比率）、精確度（無病之人

檢定結果為陰性之比率)、假陽性率(無病之人檢定結果為陽性之比率)及假陰性率(有病之人檢定結果為陰性之比率)之問題,篩檢之效度除因篩檢工具本身之特性而異外,也會受到篩檢者及受檢者因素影響,篩檢結果為偽陽性者,可能使受檢者有誤為罹癌之龐大心理壓力;而目前許多醫療院所均提供健康檢查服務,惟部分篩檢結果呈現偽陰性,反使患者轉移對健康行為重要性之注意力,甚至延誤治療。另本院諮詢委員指出:子宮頸癌係目前唯一可透過定期之抹片檢查而預防之癌症,然以子宮頸抹片檢查為例,由內診|取樣|抹片處理|篩讀,任一環節發生之疏失均可能造成判讀錯誤,而國內子宮頸抹片之技術不佳、抹片之品質管制不良、醫師判讀經驗不足,均使國內子宮頸抹片檢查之敏感度過低;另依據中華民國放射線醫學會九十一年乳房攝影品質提昇計畫報告指出,若以美國放射線醫學會之標準判斷,國內近六成之乳房攝影影像品質不合格,另依據該學會調閱九十一年乳房攝影結果屬「可疑異常需考慮組織切片」或「高度疑似為惡性腫瘤必須採取適當措施」之一七四張X光片中發現,一八九個病灶中,有一四八個病灶(七八.三%)出現判讀差異,顯示國內乳房攝影品質尚待建立評核制度予以提昇。

(五)綜上,有效之癌症篩檢,必需透過敏感度高之檢查工具,符合標準作業程序之篩檢及判讀過程,並針對高危險群進行篩檢,始能有效控制國內癌症之死亡率。惟國內子宮頸癌之篩檢率為五三.四%,乳房攝影及糞便潛血檢查則各完成五萬名及四萬名,另有八十萬名吸菸及檳榔族接受口腔黏膜篩檢,篩檢率仍待普及。以子宮頸抹

片檢查為例，歐美國家高危險群婦女接受篩檢之比率超過八成，我國之篩檢率則相對較低，其原因或與華人女性避諱投醫有關，惟子宮頸癌之篩檢在醫學上及歐美國家實施結果，確有其效益，衛生署宜考量國內民情，提供方便民眾接受篩檢服務之時間、地點，或結合家庭醫師、社區資源，以提高篩檢率；另癌症篩檢工具本身有其敏感性及精確性，此為篩檢工具既有之限制，惟對於人為因素而造成之篩檢錯誤，衛生署宜建立篩檢人員及機構之服務品質認證制度，強制醫療機構提昇篩檢品質，使民眾能獲得具有品質保證之癌症篩檢服務。

六、衛生署宜加強醫師對癌症之診斷及治療品質之監測，督促醫療院所建立多科整合之癌症治療團隊、建立國人防癌及治癌之正確觀念，以提高癌症病患之存活率。

(一)我國女性癌症之五年相對存活率為五七·四%，低於美國女性之六四·三%；我國男性為三一·八%，未達美國男性六四·〇%之二分之一。我國癌症五年存活率高於美國者，包括：男性之肝癌、胃癌分別為十四·八%及二九·二%，美國為八·〇%及二二·一%；女性之肝癌、胃癌分別為十七·七%及三四·八%，美國為十一·一%及二五·四%。至於我國癌症之五年存活率低於美國者，包括：

性別及國別 癌症別	男性		女性	
	台灣	美國	台灣	美國
結直腸癌	46.2%	63.7%	49.0%	63.1%
肺癌	10.1%	13.6%	12.3%	17.2%

攝護腺癌	53.3%	99.3%		
口腔癌	40.9%	57.4%		
皮膚癌	70.0%	89.0%	73.5%	92.2%
膀胱癌	55.7%	83.7%		
子宮頸癌			71.8%	72.7%
乳癌			76.6%	87.7%

(二) 詢據衛生署國內癌症病患五年存活率不及美國之原因，包括：

- 1、國內發生率高之癌症，例如肝癌、肺癌、胃癌及口腔癌等，皆為致死率高、五年存活率低之癌症，美國癌症發生率高者為攝護腺癌、皮膚癌、乳癌等，為五年存活率較高之癌症。
- 2、美國民眾乳癌、結直腸癌及攝護腺癌之存活率較高係因此類癌症篩檢之推動已很長期間，其他癌症別則民眾之認知高，較能被早期發現、早期治療（如皮膚癌），或患者正確就醫之順服性高。
- 3、美國對診療品質提昇及控管較佳。美國癌症委員會很早即開始辦理醫院自願性參加之評鑑，其八十%以上之癌症病患皆在通過評鑑之醫院內治療。
- 4、美國癌症研究院（National Cancer Institute）投入大量研究經費進行癌症臨床試驗，美國癌症病患可得到較多之新治療。

(三) 按衛生署提供之資料，經研究證實：癌症如早期發現存活率高，例如：子宮頸癌一、

二期之存活率分別為八一%及七五%，三、四期則為四三%及二六%；乳癌一、二期之存活率分別為九五%及八五%，三、四期則為五五%及十五%、口腔癌一、二期之存活率分別為八六%及七一%，三、四期則為二九%及二二%。惟本院諮詢專家指出，癌症之初期症狀與一般傷風、感冒、腸胃病、腰痠背痛等症狀並無不同，醫師初診時僅做症狀治療，未詳細詢問病史及進行身體檢查，易錯失早期診斷之機會。另詢據中央研究院彭汪院士○○台灣癌症致死率較高之原因，據表示：除前開癌症之特性外，尚與國人諱疾忌醫有關，醫師在臨床上發現國內各種癌症之期別普遍較歐美先進國家晚，致影響治療效果及存活率；部分病患寧信偏方，當無法忍受病痛才至醫院接受正統治療，病症已進入末期。

(四)另本院諮詢專家指出：

- 1、全民健保醫療費用之支付標準，未針對疾病嚴重性或複雜程度而有不同，因此醫師對於疾病之診斷，不論係癌症或傷風感冒之問診，所獲之支付之費用相同，若要詳細診斷癌症，實不敷成本，現行制度並未給予醫師詳細看診之誘因，又因總額預算制度限制醫院收入之成長，使醫院儘量減少投資、降低成本，連帶影響癌症之診斷品質。癌症初期症狀與一般傷風、感冒、腸胃病、腰痠背痛等症狀無不同，醫師初診若僅進行症狀治療，而未詳細詢問病史及身體檢查，易錯失早期診斷良機，部分病患更於發生症狀一、二年內，不斷遊走各科以確認病因，卻遲至病情嚴重時始被正確診斷出罹患癌症。又，醫師對每名病患之看診時間短，無法

從病患身上累積經驗，診斷不易準確，不僅拖延病患治療時機，亦使病患重複就診，反造成醫療資源浪費，且癌症病患如在初診時未獲正確之診斷或治療，復發之機率高，復發後之醫療費用更為初次正確治療之六、七倍，病患之生命也不易挽回。

- 2、國內癌症之早期診斷非常困難，以子宮頸抹片為例，要求婦女每年進行一次篩檢之原因，係因國內細胞病理方面之品質管制始終未做好，乳房攝影篩檢乳癌病患之品質亦非常低落，整體而言，雖已對於癌症進行篩檢、診斷，然診斷過程未能遵守標準作業程序，診斷品質未達應有水準，每一階段要求之品質保障被忽略。
- 3、國內癌症之五年存活率低，與癌症治療之品質有關，癌症之照護，需按照標準作業程序為之。國家衛生研究院台灣癌症臨床研究合作組織(TCOG)業已針對國內目前重要癌症，網羅相關專家，對癌症診斷、手術方式、分期標準、放射與化學治療之適用性等，凝聚出治療共識，並完成子宮頸癌、乳癌、口腔癌、肺癌、大腸直腸癌、胃癌、攝護腺癌、鼻咽癌、放射治療等九種診治共識，透過標準作業程序之建立，使醫護人員或醫療機構在診斷或治療癌症過程有所依循，尋求最佳之治療模式，減少治療錯誤率，提高診斷或治療之品質。然而，標準作業程序及參考指引之訂定並不足以表示醫療院所均能按指引或規範之程序進行診斷或醫療過程，且現行全民健保支付制度對於癌症之醫療給付，係採論量計酬方式，對於癌症病患與一般病患之給付並無二致，醫護人員無論遵循治療指引與否、無論癌症

治療之品質，均能獲得相同之給付，而健保局近期實施之醫院總額預算，固定醫院每年獲得之醫療收入，醫院在收入固定之前提下，亦有省略部分程序之可能，因此，醫療院所及醫事人員是否確依治療共識或癌症篩檢治療指南進行癌症之篩檢及診療，除需仰賴醫事人員之自律外，衛生署亦應提供誘因以督促醫院落實執行癌症之治療共識及篩檢治療指南。

4、癌症之治療宜集中由一群專業醫護人員照顧，由受過癌症治療專業訓練之醫護人員針對每位癌症病患擬訂個別治療計畫，癌症病患之治療品質當更具保障。然而，國內醫院內部之組織架構漸趨走向專科分工，卻並不利於多科之整合，醫院提供癌症照護時，外科、放射線科或內科醫師各有其習慣之治療方式，頂多透過會診之方式，而不存在多科整合之作法。所謂會診，實際上病患係在科部與科部間流轉，而非相關專科之醫師共同討論所提出之整合治療策略，缺乏多科整合治療，亦為國人癌症發生率及死亡率未能下降之原因。

(五)綜上，台灣癌症之五年存活率遠低於美國，與肺癌、肝癌、食道癌及胃癌等台灣主要癌症占有所有癌症人數一半以上，醫療無法發揮應有功能有關，故癌症死亡人數逐年增加。惟國內男性之結直腸癌、攝護腺癌、口腔癌、皮膚癌、膀胱癌，女性之結直腸癌、皮膚癌、子宮頸癌、乳癌五年存活率亦低於美國，其可能原因包括：未能早期診斷癌症、病患未能及早接受治療或誤信偏方、癌症治療未以多科整合方式提出治療計畫、治療過程未遵循標準作業程序或治療共識，衛生署宜加強醫師對癌症

之診斷及治療品質之監測，督促醫療院所建立多科整合之癌症治療團隊、建立國人防癌及治癌之正確觀念，以提高癌症病患之存活率。

七、衛生署允宜建立癌症醫療照護機構之品質評估系統及醫師對於癌症照護之品質認證制度，確保病患均能獲得具有品質保證之癌症照護服務。

(一)本院諮詢專家表示：

1、八十九年間，國內之醫學中心計十七家、區域醫院七十一家、地區教學醫院四十三家、地區醫院三六四家，經過評鑑之醫院合計五九五家，當年曾照護癌症病患之醫院計一九〇家。然癌症之照護需要多科別之整合，惟地區教學醫院或地區醫院，醫院之規模小，癌症病患人數也少，所能提供之照護可能相對不足。惟國內並未規定可照護癌症病患之醫院應具備何項標準，因此八十九年間，國內有一九〇家醫院提供癌症病患之醫療照護，其中一一六家醫院（六一%）照護之癌症病患數少於一〇〇人；照護之癌症病患數大於一〇〇人之醫院有七十四家，照護一〇〇至一九九人間者計十九家（十%），二〇〇人至四九九人間有二十三家（十二%）、五〇〇至九九九人間有十五家（八%）之醫院照護之人數介於，僅十七家醫院（九%）照護之人數超過一千人。

2、醫師或醫院治療過之癌症病患人數，會影響治療效果之卓越性，治療過之病例數太少，經驗累積不足，對於癌症之治療即難達成卓越之程度，然國內所有醫師均可診斷癌症，對於癌症病患照護之機構並無相關規範，以乳癌為例，部分醫院每

年之病患不超過五人，對於癌症病患治療之品質，自然參差不齊。

- (二) 詢據中央研究院彭汪院士○○表示：國內各科別之醫師均可進行癌症之治療，卻造成國內治療水準參差不齊，多數化學治療藥物有副作用，並非所有醫師對於癌症化學治療藥物之藥理機轉及副作用均有完整之瞭解，特定化學治療藥物之處方，應限定於從事腫瘤專科醫師始得開立，以保障癌症病患治療品質，減少癌症病患因治療過程中藥物副作用之不舒服甚至致死之情事。
- (三) 美國外科醫學會下之癌症委員會 (commission of cancer) 已制定一套評估癌症病患接受醫療作業時之品質評鑑系統，該醫學會西元二○○四年之標準，合計八章、三十六個標準，美國之醫院若要提供癌症之照護，必須通過該醫學會之審核，癌症機構如無任何缺點，可獲得三年之癌症診療認證；若有少數缺點，需在一定時間內改善並接受再評估；若缺點過多，無法得到認證，即不得提供癌症之照護。國內目前雖已設有醫院評鑑制度，惟未單獨針對癌症照護進行評鑑。
- (四) 綜上，癌症之治療需經驗之累積，並落實腫瘤治療專科化及癌症防治人員之團隊化，始能保障治療品質，惟國內部分癌症診療醫院及專業人員並未落實腫瘤治療專科化、團隊化之制度，亦未有評鑑制度稽核提供癌症醫療照護機構之診療品質，且無醫師對於癌症照護品質之認證制度，故病患可否均能獲得具有品質保證之癌症治療，不無疑問，衛生署允宜建立癌症醫療照護機構之品質評估系統及醫師對於癌症照護之品質認證制度，確保病患均能獲得具有品質保證之癌症照護服務。

八、衛生署宜整合國內相關之癌症資料庫，督促醫療院所縮短癌症申報時間，提昇申報資料之完整性及正確性，俾使相關單位可共享資訊，亦能隨時修正或調整癌症防治之策略。

(一)國內可提供癌症研究之資料庫，包括：

- 1、國健局之台灣癌症登記系統，包括：全國癌症發生之資料庫及癌症報告之監視系統；子宮頸抹片申報系統，收錄全國子宮頸抹片篩檢及檢驗結果；癌症防治中心資料庫，收集子宮頸癌、乳癌、口腔癌、結直腸癌、肺癌、肝癌之期別、診療及追蹤等資料。
- 2、國衛院肺癌病理組織庫：具備肺癌完整病理和臨床資料之可靠標本。
- 3、全民健康保險研究資料庫：健保局提供加密之八十五年至九十年之資料檔案，及經抽樣、分檔等步驟而建立之資料庫。
- 4、醫藥衛生研究資訊網：提供以數位化形式呈現及儲存之中西文醫藥衛生相關之文獻書目資料庫與全文資料庫，其中包括癌症醫學文獻資料庫。

(二)醫療院所向衛生署申報癌症之期限為一年六個月，衛生署癌症登記小組接獲申報資料後，須再與健保局、死因資料檔進行比對、除錯，通知醫療院所補登所漏申報之癌症資料及進行資料處理分析，故我國癌症登記發生資料自醫院收案至公布需近三年時間，衛生署最近一次公布癌症之發生率係於九十三年十一月十八日，公告之資料則為九十年之癌症登記；至於癌症死亡率部分，因國人有延遲申報戶籍資料之習

性，為確保資料完整，故年度之死因資料蒐集至次年三月底，另為求與公務資料之一致及提昇原死因之正確性，需就死因錯漏處加以追查，又需再三個月始能公布，故衛生署最近一次公布癌症之死亡率係於九十三年六月十四日，公告之資料則為九十二年之癌症死因資料。

- (三) 國內雖已能提供癌症登記、癌症死亡、致癌毒物、癌症監測、癌症篩檢及病理切片等資料，惟因醫院普遍存在對癌症登記不重視、人員素質低且異動頻繁、漏報和資料不正確及分期資料闕如等問題，申報品質可議，前開之醫療統計資料仍欠完整，對於癌症僅能提供初步之資訊，以第一期癌症為例，應有九十%以上之存活率，然國內癌症之資料未分期別，尚無法推論癌症照護品質之良窳；又癌症相關資料庫各具不同性質，需有效整合運用，始能將資料轉化為有用之資訊，但資料庫需長期且固定之經費維持，才能確保資料之品質，惟各資料庫現分由不同單位管理，未進行資料庫整合。
- (四) 民眾暴露於致癌因子至顯現癌症，通常需二十至四十年之作用期，故癌症防治之工作成效存在著明顯之時間差，衛生署現行之癌症防治政策可否達成降低癌症發生率及死亡率之效果，多年後始能驗證其成效。惟衛生署目前對於癌症防治之重點工作包括：癌症之預防、篩檢、治療品質提昇、研究或安寧療護等層面，前開防治工作均應有完善之資料作為政策基礎，至防癌政策是否正確，亦不能消極地在二十至四十年後驗證，需仰賴完整之資料庫及資料之分析，以進行國際比較、監測長期趨勢、

預測未來發展方向，另可透過資料分析之結果隨時修正並調整癌症防治之策略。惟衛生署每年年底始公布前三年之癌症發生率，未必能反映國內目前確實之癌症發生情形；且國內醫院普遍不重視癌症登記，癌症分期資料闕如，相關資料庫既分由不同單位管理，又未進行資料庫整合，故難以得知我國癌症之實況及防治成效之全貌。綜上，衛生署宜整合國內相關之癌症資料庫，督促醫療院所縮短癌症申報時間，提昇申報資料之完整性及正確性，俾使相關單位可共享資訊，亦能隨時修正或調整癌症防治之策略。

九、衛生署宜整合民間團體之人力、資源，藉由政府及民間之合作，使癌症防治更具效率。

(一)國內現行之癌症防治機構，包括行政院層級之中央癌症防治會報、衛生署下設之癌症防治政策委員會及所屬國健局，該署目前亦整合國內之醫療院所，規劃建置「區域癌症篩檢及治療服務網」、「癌症防治中心」、「癌症防治醫療機構」、「癌症篩檢醫療機構」之架構，另預計於九十四年在國衛院下成立「國家癌症研究中心」。

(二)至於國內癌症防治之民間團體可區分為下列二類：

- 1、醫學會類：如中華民國癌症醫學會、台灣婦科腫瘤醫學會、台灣安寧緩和醫學學會及各科別醫學會等。
- 2、協會及基金會類：如中華民國癌症希望協會、中華民國關懷腦瘤兒童協會、社團法人中華民國防癌協會、中華民國癌友新生命協會、中華民國乳癌病友協會、中華民國兒童癌症基金會、財團法人天主教康泰醫療教育基金會、財團法人台灣癌

症基金會、財團法人陶聲洋防癌基金會、德桃癌症關懷文教基金會、財團法人董氏基金會、中華民國青年展望協會、台灣安寧照顧基金會、佛教蓮花臨終關懷基金會等。

(三)歐美國家之民間防癌公益慈善團體蓬勃發展，故西方國家在推動癌症防治工作時，政府和非政府或非營利機構在資源上往往緊密結合。本院諮詢專家曾以美國二次大戰後由民間人士組成之 American Cancer Society (譯：美國防癌協會) 為例，指出政府與民間團體在癌症防治工作緊密結合之重要性：

美國防癌協會係自願性之團體，初時約有十萬人參與，多數係婦女，前往各地協助癌症防治及提醒社會防癌應注意之事項。美國防癌協會係民間機構，透過民眾每人一元至十元之小額捐款，做出了不少成績，包括：

- 1、首先報告肺癌與抽菸之關係，美國政府後來於一九六一年發布抽菸確實會導致肺癌或呼吸道方面之癌症，並要求菸商在菸盒上印有「smoking is hazard health」之警語。至於該警語之印製並不表示菸商已警告抽菸對健康之影響即可免責，抽菸民眾除要對自己之健康負責外，菸商亦需因抽菸對健康之危害負懲罰性賠償。
- 2、一九四〇至一九五〇年間，針對子宮頸抹片檢查與子宮頸癌之偵測進行研究，使西方國家之子宮頸癌已非主要癌症。
- 3、推動乳癌篩檢，迫使政府配合推動，使乳癌之篩檢不但在美國普及，在歐洲或台灣亦開始推動。

(四)綜上，以美國為例，民間力量之參與對於癌症之防治有其影響力，政府部門之人力有限，需輔以民間資源之投入，始能讓防癌之觀念，不再僅為一種理念，更逐漸形成為具體之行動。惟目前衛生署和民間團體並未形成有效合作機制，國內防癌之民間團體雖不少，惟多數之募款能力不強，即使許多專業人士或病友有心參與防癌活動，常因經費匱乏而未能發揮防癌之力量。衛生署宜整合民間團體之人力、資源，互相合作，提供必要之協助，輔助有經驗及潛能、過去績效受肯定且有能力自行募款之團體，承接衛生署部分之癌症防治工作，藉由政府及民間社會資源之結合，使癌症防治更具效率。

十、教育部、內政部、國防部及行政院勞工委員會等部會，宜協助學生、兒童及少年、軍人、勞工等從日常生活中，建立癌症防治之觀念，協助癌症之防治。

癌症防治之衛生教育，非衛生署單一部會能獨立完成，仍需相關部會之支援，始能事半功倍。經詢據衛生署，要建立全民防癌之觀念，協助癌症之防治，需教育部、內政部、行政院勞工委員會及國防部等相關部會協助配合下列事項：

(一)檳榔健康危害防制：

- 1、教育部：在健康與體育領域之安全生活課程中，訂定檳榔危害健康之教學。
- 2、內政部：督促警察機關確實查處販賣檳榔予兒童及少年之行為。
- 3、行政院勞工安全委員會：將檳榔危害健康列入勞工安全衛生評核及講習項目。
- 4、國防部：落實軍隊拒絕檳榔之規定及辦理預防性介入措施。

(二)子宮頸癌、乳癌之防制：

- 1、教育部：從小建立正確防癌觀念，包括：安全性行為、乳癌高危險群認識、早期篩檢、早期發現等。
 - 2、內政部：強化婦女權益促進委員會加強注重婦女癌症防治工作，號召婦女團體加入防治行列。
 - 3、行政院新聞局：號召相關媒體工作者、演藝人員加入婦癌防治志工，以藝人身分影響群眾，同時提供相關婦女節目公益時段託播。
 - 4、行政院勞工委員會：辦理職場婦女宣導教育及篩檢工作，並規定業主應於提供勞工健康檢查之項目包括子宮頸抹片、乳癌篩檢。
 - 5、行政院：責成各部會、縣市政府推動女性公務員參與子宮頸抹片及乳癌篩檢。
- 十一、衛生署宜加強宣導民眾及醫護人員對於安寧療護之認知，並訂定安寧緩和療護之標準及相關人員之認證，確保安寧療護之品質。

(一)WHO 於西元一九九〇年對於安寧療護之註解如次：「確保生命，不加速死亡，不延長死亡之痛苦」、「提倡免於疼痛及各種之痛苦不適」、「並重心理及心靈療護」，最重要者，係「支援家人，共同面對苦難與哀傷」。亞太地區在西元二〇〇〇年成立安寧療護學會之聲明：「積極療護嚴重癌症，期盼延長生命以及(或)改善症狀」、「擴展面對所有病程漸進展之嚴重傷病」。故利用安寧療護並不消極，而係一種面對嚴重癌症之積極態度及方法。希望病患能夠延長生命，但延長生命已不可能時，

則希望改善症狀，此非僅係癌症治療之觀念，亦適用於其他疾病。

(二) 詢據衛生署表示：

- 1、衛生署於八十四年開始推廣安寧療護，提昇臨終病患照護品質，國內推動安寧療護主要係針對癌症末期病患，而 WHO 於西元一九九〇年提出之安寧療護係連續性之照顧方式，強調癌症初期即開始提供服務，維護病患及家屬最佳之生命品質；惟國內目前安寧給付仍列為健保局之試辦計畫，參與該計畫之住院服務計二十家、三一四床（平均占床率約五四·三三%），居家服務計四十三家，尚有六縣市無安寧住院或居家服務之醫院，每年服務量僅六千人次，約占癌症死亡人數之十七%，安寧療護仍未被重視和接受。究其原因，除因民眾及醫護人員對安寧療護之誤解，認到安寧病房即消極等死，亦因現行安寧病房外之癌症病患不能得到健保有關安寧療護之給付，在醫師考量績效及病患不願異動醫師之因素下，多數之癌症病患無法接受安寧療護服務。
- 2、衛生署於九十年至九十二年使用於安寧療護之經費分別為三二五萬元、五三八萬元及七九九萬元，惟國家癌症防治五年計畫之目標，預計在九十七年癌症死亡人數中至少有五十%以上曾接受安寧療護服務，故該署預計在九十四年至九十八年間，每年編列一億元以推廣推導安寧療護，並提昇服務品質及補助必要之設備。

(三) 本院諮詢專家表示：

- 1、國內由財團法人馬偕紀念醫院在七十九年首先開始提供安寧療護服務，惟目前仍

僅三七二床之安寧病床，由二十五家醫院提供服務。然以九十一年之資料分析，安寧病床之占床率為五六·二二%，占床率低，國內因癌症死亡之病患每年超過三萬人，惟住院病患曾使用安寧療護者為五、八四〇人，接受居家療護者有一、七三九人，且二〇·四一%之癌症病患轉到安寧病房後，五日內即死亡，該資料表示病患瀕臨死亡階段時才會被轉去安寧病床，導致一般民眾認為到安寧病床即代表消極等待死亡。

2、部分研究以「普及率」表示人性醫療指標，代表各國如何關懷病患，特別是癌症病患。普及率之分母係癌症死亡之人數，分子是接受過安寧療護之人數，台灣在八十八年（即開始提供安寧療護九年後）之指標值為二·六五%，九十二年為十七%，鄰近之新加坡為四二%、香港四七%、日本二七%。衛生署訂定之國家癌症防治五年計畫，預計在九十七年達成普及率五十%之目標。

3、多數醫院認為提供安寧療護，不敷成本，故過去不願意提供是項服務，惟癌症防治法通過後，衛生署已編列推動安寧療護之經費，許多醫院爭相開辦安寧療護，惟是項經費應作妥善運用，所謂安寧緩和療護之標準，應依據國內累積過去十五年之經驗所訂出之標準，不應由某些醫師或團體任意訂定，或政府為達指標值而放寬標準，反使有限之資源被浪費，卻未必能造福癌症病患。

(四)綜上，衛生署於八十四年即開始推動安寧療護，惟多數國人有安寧病房係消極等待死亡之錯誤觀念，故安寧療護之利用率低，衛生署應加強宣導民眾及醫護人員對於

安寧療護之認知；另九十四年至九十八年間，衛生署每年推動安寧療護之經費為一億元，係九十二年補助經費七九九萬元之十二·五倍，衛生署宜訂定安寧緩和療護之標準及相關人員之認證，以確保安寧療護之品質。

十二、有關報載衛生署之「國家癌症防治五年計畫」僅著重於疾病發生後之處理，未涵蓋降低癌症發生率之評析乙節，實屬誤解。

有關報載衛生署之「國家癌症防治五年計畫」僅著重於癌症發生後之處理，未涵蓋降低癌症發生率之評析乙節，經查該計畫之內容與癌症預防有關者，包括：降低青少年吸菸及嚼食檳榔率、改善國人飲食型態、實施B型肝炎預防注射、評估人類乳突病毒預防疫苗接種之政策等；至於前開計畫之分期（年）執行策略及方法，有關癌症預防之主要工作項目包括：「建立健康生活型態，降低民眾罹癌風險」及「推動癌症篩檢，早期發現早期治療」，前者之執行策略包括：推動菸害防制、推動檳榔健康危害防制、推動防癌飲食計畫、推動肝炎防治及推動人類乳突病毒感染防治工作；至於癌症篩檢之執行策略包括：針對國人高發生率之癌症，建立具醫學實證基礎之篩檢模式、逐步將具成本效益之癌症篩檢項目納入全民健康保險預防保健服務、提昇民眾及醫護人員對常見癌症早期症狀的認知及警覺、減少民眾接受癌症篩檢之阻礙因素，促成民眾養成定期篩檢之習慣，提昇篩檢涵蓋率、建立有效之癌症篩檢陽性個案轉介追蹤體系及建立篩檢品質監測制度，提昇篩檢品質。綜上，有關報載衛生署之「國家癌症防治五年計畫」僅著重於疾病發生後之處理，未涵蓋降低癌症發生率之評析乙節，

實屬誤解。

十三、有關報載養殖鮭魚比野生鮭魚所含多氯聯苯及戴奧辛等致癌物質高近十倍乙節，衛生署之處置措施，尚難謂有疏失。

(一)美國「科學」雜誌 (Science.303:226) 於本 (二〇〇四) 年一月發表報告指出「養殖鮭魚體內殘留之有關養殖鮭魚所含戴奧辛及多氯聯苯等致癌性化學物質是野生鮭魚之十倍」，然該研究報告僅強調養殖鮭魚之致癌物含量係野生鮭魚之十倍，並未詳述比較之基準數字，尚無法了解養殖鮭魚之致癌物含量是否達危害標準。另詢據衛生署表示：鮭魚在台灣屬於高價位進口水產品，國人食用量有限，Science 報告顯示：必須一個月攝取養殖鮭魚超過八百公克，才有較高之致癌風險，以我國一年進口人工養殖大西洋鮭魚八千公噸計算，去掉不可食用部分 (約十二%)，國人平均一年攝取鮭魚量大約為三百公克 (每月攝取量大約為二十五公克)，遠低於該報告之警戒量。世界各國並未因該報導而對養殖鮭魚進出口及一般消費採取限制或特別管制措施。且美國藥物食品管理局 (FDA) 反而樂見一般民眾多吃鮭魚，並指出養殖鮭魚體內多氯聯苯及戴奧辛含量並未高到必須限制食用之程度，英國食品標準局亦建議民眾不必改變食用養殖鮭魚之習慣。

(二)國內輸入食品於港埠之查驗工作，係由衛生署委託經濟部標準檢驗局執行查驗。依據經濟部標準檢驗局公告之「輸入活、生鮮、冷藏水產品查驗作業程序」，輸入活、生鮮、冷藏水產品報驗後，以當天報驗批數執行抽驗，五十批抽一批，進行外觀、

性狀等衛生標準查驗，惟我國並未訂定食品中多氯聯苯及戴奧辛含量之衛生標準，故進口魚類食品亦未進行多氯聯苯及戴奧辛含量之檢驗。九十一年度共監測五六三批水產品，均符合相關衛生要求；九十二年度共監測三六一批水產品，檢出一件氯黴素殘留。另於每年蟹類生產旺季時（九月份及十月份），特別針對輸入蟹、蟬類進行氯黴素檢測，九十一年度共監測一〇一批，九十二年度共監測八十一批，均未檢出氯黴素。

(三)詢據衛生署廠商進口魚類食品提供輸出國之檢驗證明、販售時標明產地或生產國、養殖方法及多氯聯苯、戴奧辛含量之必要性及可行性，據表示：

- 1、衛生署對進口食品含戴奧辛、多氯聯苯之管理，係以風險評估模式管理，獲知國際食品污染事件，即針對污染地區進口之食品採行管制措施，以確保食品安全。
- 2、有關食品產地標示之管理，迄今尚在國際組織會議中熱切討論，尚未取得國際間一致之共識。
- 3、訂定各類食品中環境污染物之食品衛生標準尚缺乏充分之科學依據，不宜草率訂定，況且目前世界各國亦不以訂定食品之衛生標準作為管制食品受環境污染物影響之措施。

(四)綜上，有關報載養殖鮭魚比野生鮭魚所含多氯聯苯及戴奧辛等致癌物質高近十倍，引發消費者疑慮乙節，衛生署業已針對該研究報告進行瞭解，惟因該研究與美國藥物食品管理局、英國食品標準局之建議相違背，且國人平均一年攝取鮭魚量遠低於

該報告之警戒量，故衛生署與英、美等國之食品管理單位，均未建議民眾改變食用養殖鮭魚之習慣。至於報載建議國內廠商進口魚類食品應提供輸出國之檢驗證明、販售時標明產地或生產國、養殖方法及多氯聯苯、戴奧辛含量乙節，詢據衛生署表示，目前國際間對前述作法之必要性仍在討論中，且不以訂定食品之衛生標準作為管制食品受環境污染物影響之措施。綜上，有關報載養殖鮭魚比野生鮭魚所含多氯聯苯及戴奧辛等致癌物質高近十倍乙節，衛生署之處置措施，尚難謂有疏失。

調查委員：趙昌平

廖健男

李伸一

張德銘

中 華 民 國 九 十 三 年 十 二 月 十 日

附件：本院九十二年三月二十七日（九二）院台調字第○九二○八○○二六五號派查函暨相關案卷貳宗。

附錄

「我國癌症防治政策專案調查」諮詢會議記錄

壹、時間：中華民國九十三年八月三十一日（星期二）下午二時三十分

貳、地點：監察院三樓第三會議室

參、主持人：趙委員昌平、廖委員健男、李委員伸一、張委員德銘

肆、出席人員：財團法人和信癌症治療中心醫院黃院長○○、國家衛生研究院行政處賴處長○○、財團法人天主教康泰醫療教育基金會陳執行長○○、國立台灣大學醫療機構管理研究所鍾教授○○、財團法人馬偕紀念醫院安寧療護教育示範中心賴主任○○

伍、主席致詞：

感謝各位學者專家撥冗參加本院辦理之「我國癌症防治政策專案調查」諮詢會議。依據行政院衛生署（下稱衛生署）之統計資料，癌症自民國（下同）七十一年即成為國人死亡原因之首位，迄九十二年止，已連續二十二年居國人死因之首。九十二年度，國人因癌症死亡之人數達三五、二〇一人，死亡率為每十萬人口一五六·〇一人，且癌症死亡率仍持續上升，以此推估，癌症在未來仍係國人健康之最大威脅。政府過去對癌症防治雖已做了不少事，也在九十二年四月通過癌症防治法，惟與國外癌症防治之政策相

較，仍有相當落差。另因近年來我國人口老化速度快，癌症年齡標準化死亡率及發生率也因人口之快速老化而繼續上升。基於國民健康係基本人權，亦為憲法所重視，國民健康重於一切，故監察院對於國民健康問題非常重視，過去對於國民健康之調查案件亦相當多，範圍包括抗生素濫用、農藥濫用及全民健保之問題。由於癌症嚴重影響全民健康，本院認為對衛生署執行癌症之相關政策有進一步調查之必要，除藉此了解我國現行之癌症防治政策及未來之因應措施外，更重要之目的，係希望政府能重視國民健康之問題，徹底防治癌症並降低癌症之發生率及死亡率。再次謝謝諸位之光臨，並請各位能對我國癌症防治事項給予指教。

陸、與會專家學者發言摘要：

一、黃院長○○○：

癌症之死亡率，自一九八一年即超越循環系統疾病，成為國人死因首位，迄今已逾二十多年之時間，我們仍眼睜睜地看著癌症之發生率、死亡率不斷上升。

癌症之起因可區分為內在因素及外在因素。所謂內在因素主要與先天之基因有關，有些基因主導癌症之控制及壓制，但在先天上發生了突變，就像開車時之煞車系統出了問題而無法煞車一樣；另一種原因係致癌因素改變了人體體內 DNA 鹼基之序列。上述二種原因都是基因層次之問題，一種為先天之 genetically determined factors，另一種為後天之 acquired genetic difference，然而引起之結果均為 genetic difference。依據第一種原因，每個人得到癌症之或然率不同，與先天之因素有關；惟按第二種原

因，與人類自己製造之危險因子有關，例如有些基因與肺癌之形成有關，假設又有抽菸習慣或暴露於後天之危險因子下，先天及後天因素加成結果，即可能使控制癌症之基因發生突變，因而形成癌症。先天之因素係無法選擇的，出生之時就已被決定，然而後天因素之變化造成基因發生改變，卻是可以避免。例如抽菸係致癌之重要危險因子，食物、生活習慣也可能導致基因之變化。透過上述之說明，可瞭解癌症係如何開始，也可知癌症之防治是一項困難之工作，也需要多方面措施之配合始能成功。

國內之醫療統計資料仍欠完整，對於癌症之統計僅有初步之了解，而美國之醫療統計資料相對於我國而言，則十分完整，因此很容易觀察出美國癌症死亡率之變化情形。美國癌症之死亡率，自一九九〇年即開始下降，每年約降低〇·五%，後來每年下降約一·一%，雖然美國癌症之死亡率仍高高低低、略有起伏，但整體下降之趨勢已經形成，然而國內癌症之發生率及死亡率卻仍節節上升中，看不出有下降傾向。國內癌症防治之績效不如美國，可能原因如次：

- (一)文化背景因素：以胃癌為例，最好之預防方法係不吃或減少醃漬食物，儘量食用新鮮之食物。依據醫學研究，現在每個家庭都有冰箱存放新鮮之食物，胃癌因而減少。以日本而言，二次大戰前胃癌之發生率，男性約每十萬人口二百人，現在已降低為每十萬人口一百人，主要係因飲食習慣之改變，使致癌因素減少。但國人仍喜好醃漬食物，對於癌症之發生恐造成影響。
- (二)社會公益活動之介入不足：

美國於二次大戰後由民間人士組成 American Cancer Society (譯：美國防癌協會)，該組織係自願性之團體，開始時約有十萬人參與，多數係婦女，他們穿著同一樣式之服裝到各地協助癌症防治，也提醒了社會很多防癌應注意之事項。美國防癌協會係民間機構，透過民眾每人一元至十元之小額捐款，即做出了不得了之成就，肺癌與抽菸之關係即由該團體首先報告，當時很多人並不相信，直到一九六一年美國政府始發布抽菸會導致肺癌或是呼吸道方面之癌症，後來美國之菸商才在香菸盒上印有「smoking is hazard for health」。但該警語卻是給菸商之保護，表示菸商已警告抽菸對健康之影響，民眾若仍要抽菸，自己要對自己之健康負責。但近年來美國政府對於菸商進行嚴厲之懲罰，十年內菸商需拿出三十億美元做一些補償，展現美國政府之公權力，但國內這方面尚非常缺乏。

另於一九四〇至一九五〇年間，美國防癌協會曾籌措經費，針對子宮頸抹片檢查與子宮頸癌之偵測進行研究，因此西方國家目前子宮頸癌已非主要癌症，但在國內卻仍為主要癌症。國內在子宮頸抹片檢查之推動應再加強，始能見到防治之效果。

美國防癌協會所進行之第三件工作係乳癌篩檢，當時之美國政府亦未特別去推動乳癌之篩檢，美國防癌協會先推動，以民間力量迫使政府也配合推動，目前乳癌之篩檢不但在美國已很普及，在歐洲或台灣也已開始在做。

前述對於戒煙之問題，台灣也在推動，但成效不彰。因國內民眾對預防觀念非常缺乏，主要因素有二：一係沒有在教育上下功夫，在美國，很小的孩子就已經知

道「smoking is hazard for health」，所以不在成長過程中重蹈覆轍。美國可說是全世界禁菸活動最成功的國家，男性吸菸率已減少五分之一，女性差不多減少二分之一到三分之一，係美國近年來癌症死亡率降低之主要因素之一。在此議題上，美國政府與民間之配合非常緊密，以剛剛提到美國政府制裁菸商為例，即為公權力介入很好之現象。

- (三) 國內癌症之早期診斷非常困難：國內癌症之診斷品質低落，以子宮頸抹片為例，要求婦女每年要做一次，係因國內細胞病理方面之品質管制一直沒有做好；另外乳房攝影篩檢乳癌病患之品質亦非常低落，整體而言，國內對於癌症之篩檢工作並非沒有進行，只是做的不夠徹底，診斷品質未達應有水準，而歸根究底，係因國內對於篩檢或診斷之標準作業程序不太注意，每一階段要求之品質保障，國內做的仍不夠好。
- (四) 國內癌症治療品質待加強：國內對於癌症之治療仍做的不夠好，大部分醫師未遵照標準作業程序照顧病患，醫療從業人員注重個人能力，忽視團隊合作、提供整體醫療照護係最佳之照護方式。因醫療團隊合作之觀念未深植於醫療工作人員心中，國內對於癌症病患之照護仍係單打獨鬥之治療模式，因此癌症病患先到外科治療，外科即用外科之方式治療，若先到放射科治療，醫師會建議先用放射線治療，所以癌症病患接受之治療方式，常取決於病患係先到外科或放射科尋求治療，而非相關專科之醫師共同討論所提出之整合治療策略，這也是國人癌症自一九八一年即為死因

之首，在長達二十三年期間，仍看不出癌症之發生率及死亡率有減少之原因。

至於趙委員剛提及「癌症防治法」已立法並實施，但該法規定之中央防治癌症會報仍未召開會議，政府做事情之熱情度不夠、沒有耐心，雖然已有介入，卻與化諸實際之行動，尚有一段距離。

另國內之醫療資源太過節省，以全民健保為例，每年之總額預算約三千五百億元，占國內 GDP 之三·一%，該比率偏低。美國承擔了全球許多工作，例如許多醫學研究、開發係在美國進行，美國醫療費用占 GDP 比率會較高，但台灣與加拿大之九·七%相較，仍然偏低，加拿大已屬醫療控制很節省之國家，他們的保險收入來自稅收，約占九·七%，與台灣鄰近之日本，也已超過八%，甚至有些枱面下之費用未列入計算，所以有些人認為日本已達十%，而台灣只有三·一%，加上自費部分，大概五·四%，有些人則認為約五·七%，數字隨時略有變動，但均顯示台灣對健康方面之投資不多，每件事情只做到最低限度，而非合理限度，只提供 minimum care，而不是在講說 up-more-care。癌症之醫療費用現在只占總額支付之六%，而末期腎臟疾病之洗腎費用也占六%，即沒有希望之末期腎臟疾病患者用掉之醫療費用與癌症病患所占之醫療費用金額相差不多。以和信醫院之癌症患者為例，七十五%之患者可存活超過五年，癌症仍是有希望治癒之疾病，但所用之醫療費用仍很少，幾乎僅能提供 minimum support。國人都擔心罹癌，罹患癌症後，可能使全家財務狀況崩潰，即使現已有全民健保支持，但還需相當之花費。

另外對於癌症需要更多研究，也需要政府以各種社會活動來促進全民防癌，但這方面之經費非常少，多數係由私人捐款，董氏基金會是很好之案例，也做的不錯，但除了董氏基金會之外，台灣防癌之民間組織之規模很小，遠不若美國防癌協會，政府又不願意在此方面投注經費，而全民健保之實施對於癌症也是一種逆向的、負面的作用。

癌症是最需要根據標準作業程序診斷或治療者，傷風感冒可以不依照 SOP，病患可能會自癒，不會出什麼問題，但癌症初期症狀與一般疾病類似，如何能夠敏感地診斷出癌症，一定需要仔細看診，國內很多醫師看診，二至三分鐘即可看完一個病患，但要仔細看診，光二、三分鐘是不夠的。至於國內全民健保之支付標準，不管是對癌症或傷風感冒之問診，支付之費用相同，對於癌症給付很少之醫療費用，實不敷成本，此部分之缺失亦需改進。

英國實行 NHS 制度（即公醫制度）後，讓英國之醫療不斷退步，以前在美國之上，現則遠遠落後美國，相對於美國之進步，英國之癌症存活率，更在三年前曾被評為歐洲倒數第二位，爰促使英國於三年前開始改變作法。以癌症為例，英國支付之醫療費用低，醫師看診就像 general practice（一般科別）看診之方式，很簡單地看診，許多病患都未於早期即偵測出，所以英國癌症之存活率也偏低。英國現已對醫療制度進行改革，以前 Second Class Service 做的服務，現在 First Class Service 即要做。英國也成立一個名為 National Institute for Clinical Excellence (NICE) 之機構，現在才要開始做，

以加緊步伐趕上歐洲其他國家。以美國和英國為例，美國敢花錢、願意投資，不論癌症研究、醫療技術發展，或是預防、診斷、治療均根據 guideline、根據 SOP，所以對於癌症之防治有所成效，而英國為節省醫療費用，所以醫療退步，惟英國現已開始要有所改變。

至於癌症之防治，個人有以下之建議：

- (一)由政府發動，提高民眾之防癌教育，讓民間團體能藉政府力量開始發酵。以美國為例，癌症死亡率之降低，民間力量之參與有很大之影響力，所以像國內董氏基金會這樣之民間機構，政府必須要予以支持，不要讓他們在財務上有太大之困難，當然民間也要有所出力，不能光靠政府之力量。
- (二)國內迄未建立轉診制度，每名醫師都在診斷癌症病患。和信醫院發現，以乳癌為例，有些醫院一年之乳癌病患不到五人，卻也為病患進行癌症之治療，這是很危險的。因為治療過愈多之癌症病患，會決定治療之卓越性，治療過之病例太少，不會 excellence，故轉診制度一定要建立。全民健保本有意去發展轉診制度，結果沒有做成，連帶使癌症之診治都受到影響。
- (三)衛生署國民健康局已補助十七家醫院設立癌症中心，立意良善，但還可以做得更好，癌症中心確需仰賴政府投資。設計癌症中心之初，衛生署提出之計畫，係補助四千萬以成立四個中心，惟當時之主事者認為僅補助四個醫院不公平，故最後補助十五家醫院，惟每家醫院獲補助之金額因而大幅減少，所以也做不了什麼事情。

(四)國內必需建置完善之 Cancer Data Base:現行全民健保資料庫雖已有癌症名稱之相關資料，然無癌症期別資料，故無法推知各期之存活率及國內癌症照護之品質。以第一期癌症為例，應有九十%以上之存活率，然國內癌症之資料未分期別，故無法推論癌症照護品質之良窳，將有關癌症更詳細之資料納入 Cancer Data Base 非常重要。美國政府下設有 National Cancer Data Base，台灣經常引用美國 Cancer Data Base 之資料，但國內尚無類似之資料庫，國民健康局雖已著手建置資料庫，但我們投入之資源仍太少，如果能把國人死因首位之癌症，降低至死因二、三、四位，是全民的福祉，但要有行動，要有投資、要有耐心，又癌症之發生會影響每一個家庭，且幾乎每一個人都有得到癌症之可能，因此防癌更要全國人民之投入。

二、賴執行長○○：

台灣癌症防治機構，可概略區分為癌症治療機構及預防機構：

(一)癌症治療機構，包括醫學中心、區域醫院等，而和信癌症治療中心醫院為癌症治療之專門醫院；另財團法人國家衛生研究院成立已八年期間，下設有台灣癌症臨床研究合作組織，本人曾擔任該合作組織之主任約五年期間，此組織集合台灣地區之醫學中心及區域醫院計二十四家，主要目的係要進行多中心之臨床實驗及出版癌症之診治公式。最近已出版數種癌症之臨床治療指引，希望國內癌症之治療有標準化作業程序可參考，集合醫界之共識。國內目前對於癌症之治療尚無所謂之標準治療作業流程，惟台灣癌症臨床研究合作組織已著手進行是項工作。

(二)癌症預防機構及組織：癌症防治法實施後，國衛院已進行國家癌症研究中心之籌備，預計在明年於北部及南部各設立一個國家癌症研究中心。國內癌症防治人力分布在各醫學中心及區域醫院，至於預防工作主要由衛生署國民健康局推動，惟國健局已補助十五家醫院成立癌症防治中心，預計補助家數以二十家為目標，由國家編列預算，各地區補助之區域以上醫院分擔區域內之癌症防治工作。另國內現已有很多醫院從事癌症篩檢，醫院之健檢項目通常亦包括癌症篩檢。癌症篩檢之進行或推動，現分散在許多單位。至於民間之防癌組織，包括成立已三十年之「中華民國防癌協會」，仍持續推動癌症篩檢；成立最久之防癌組織則為「陶聲洋防癌基金會」；至於「台灣癌症基金會」推動之主題為「每日五蔬果」，從飲食習慣預防癌症之發生；「癌症希望協會」專門從事癌症病患照護；另包括乳癌防治基金會、康泰少奶奶乳癌病患之病友會等，國內有許多民間團體陸續在推動防癌宣導及預防。

國內現行癌症防治之問題及盲點在於癌症防治機構及組織之人力已相當充足，卻未發揮整體力量，政府應出面重組以將人力資源之效益發揮至極致；但國內癌症之發生率及死亡率仍持續升高，部分原因雖可歸責於台灣癌症治療之成效不佳，但亦可歸責於國內未有計畫性地推廣癌症篩檢與宣導防癌教育，目前防癌之推動力道尚不足。台灣之癌症防治在未來益形重要，政府之角色在癌症防治亦有重要地位。

台灣之癌症發生率，從一九九〇年開始，上升之速度加快，男性之肝癌、肺癌、結腸直腸癌、口腔癌及胃癌之發生率持續增加；女性癌症發生率也有相同趨勢，前五

大癌症之發生率均上升，迄今仍未下降。至於國內癌症發生率持續升高之原因為何？當然與年齡結構老化有關，社會人口之結構越趨老化，癌症發生率當然會越高；另國內現在癌症發生率之增加，可能係這二、三十年來各項因素累積之結果，例如國內B型肝炎及C型肝炎之高感染率，使得台灣之肝癌發生率持續增加；飲食方式逐漸西化，常見之乳癌、大腸直腸癌、攝護癌在男性、女性亦開始增加。又過去我們一直沒有能力發現癌前病變，癌症形成之際，沒有辦法發現癌症，一旦確認病患罹癌，為時已晚；至於戒菸及戒除嚼食檳榔之習慣，國內未努力推動，因此台灣之肺癌發生率仍增加中，而口腔癌更為男性發生率及死亡率增加最快速之癌症，這些工作，事實上我們一直沒有做好。至於子宮頸癌發生率增加之原因，包括國內子宮頸抹片之技術不佳、抹片之品質管制不良、醫師判讀經驗不足，最重要者係子宮頸抹片率不普及，從事子宮頸抹片推廣者似未盡力。從一九九五年至二〇〇一年之資料分析，五十%之女性每三年做一次子宮頸抹片，且係最近之一九九八年至二〇〇一年才做篩檢，一九九五年至二〇〇一年每年之篩檢率分別為九·七%、十六·五%、二一·一%、二五·五%、二八·〇%、二九·六%及三一·二%，約有三分之二之婦女未曾進行子宮頸抹片檢查，可能係國內子宮頸癌發生率不斷增加之原因。國內子宮頸癌發生率持續攀高，個人認為抹片率太低為主要原因，要降低子宮頸癌之發生率，要把每年之抹片率提昇至六十%以上，提昇子宮頸抹片率應成為國家之政策。另國內抹片檢查之敏感度太低，日前台北榮總婦產科曾進行研究，假設做抹片時能透過其他協助，有利找對正確位置，抹片

檢查之敏感度將由十七%至二十六%增加至九十%。子宮頸癌係目前唯一可透過定期之抹片檢查而預防之癌症，也是目前唯一可以預防發生之癌症，但許多民眾未有此觀念，要對民眾深入教育。

接下去借用台北榮總余醫師之幻燈片：圖片中，在子宮頸圈之位置，可以發現許多地方發生病變，不容易看到之部分，若加了螢光棒後，範圍會變大，因此如何採樣最適當之位置，找到真正病變，提高抹片之品質非常重要。以台北榮總余醫師之臨床觀察發現，針對子宮頸抹片有高階病變之患者，加裝螢光輔助器之時，抹片之敏感度可從八七·五%增加至一〇〇%，對於低階病變之敏感度可從四五·二%增加至九〇·五%，增加抹片檢查之敏感度是非常重要的課題。另余醫師從經濟價值分析，一次加裝螢光視診輔助器之抹片，篩檢結果相當於連續做四次抹片，亦即黃院長前述所提，要去強調篩檢之品質，一次篩檢就抓到真正之病變，如能一次即篩檢得出正確結果，估算全面篩檢將節省醫療成本新台幣六四·五三億元。台灣子宮頸癌一直係女性癌症發生率最高之癌症，到現在仍未有降低趨勢，子宮頸癌發生率越高，代表國家之醫療水準越糟，因這係唯一可以預防之癌症，這項工作國內始終沒有做好。

至於癌症發生率持續升高之另一項主要原因為戒菸、戒檳榔之工作沒有做好。戒菸及不受二手菸害係預防肺癌之竅門，因早期診斷出肺癌十分困難，但肺癌現已為台灣女性癌症死亡率之首，亦為男性死亡率第二位，每五個因癌症死亡者，就有一個係因肺癌死亡，且國內每年新增八千名肺癌患者，其中七千人最後都過世，肺癌之嚴重

性與國病之肝癌，在本質上無太大差別。肺癌沒有辦法有效篩檢，照X光發現時，事實上也都太慢了，很不容易早期診斷。國內每年新診斷之肺癌，只有五%係第一期，五年存活率只有十五%，不管新藥之發展或新治療之方法，對於肺癌之存活率改善，事實上相當有限，所以針對肺癌之防治，應從預防著手，而預防最好之方法為戒菸及不受二手菸害，這方面之推動，董氏基金會著力甚多，只是肺癌仍為國內女性癌症死亡率之首，亦為男性死亡率第二位，政府應統合所有力量把這問題有效處理。

依據董氏基金會曾經發表過之資料，台灣地區十八歲以上吸菸之比率，過去平均約五十%，現在雖已有降低，惟仍有四十%，女性抽菸比率維持在十%左右，並未下降，還有很大努力空間。黃院長剛才特別提到美國男性過去抽菸比率超過五十%，現已降到二十%以下，這是非常可觀的進步，可能係美國民間團體及其義工共同催促之結果，台灣抽菸比率要降低，是非常重要的課題。另外值得注意的係口腔癌，口腔癌為目前男性發生率及死亡率在近五年來上升最快速之癌症，但政府到目前為止仍缺乏有效對策，嚼食檳榔之人口數，男性二〇〇二年之人數與一九九九年之人數，幾乎無任何改變，衛教預防之工作，事實上等於沒有做，此部分在未來將有很大之空間。台灣癌症基金會一直以來都持續強調蔬菜、水果對於預防癌症之重要性，依據許多流行病學之統計，全世界已有相當多國家之研究統計，發現增加攝取蔬菜和水果或只增加攝取蔬菜，都可以發現口腔癌、咽喉癌、食道癌、肺癌、胃癌明顯減少。口腔癌、肺癌除與菸、檳榔有關外，鼓勵國民多吃蔬菜水果亦十分重要，黃院長特別提及冰箱之

普及，新鮮之蔬菜、水果對於癌症之預防都有幫助，如果食用生菜、綠葉蔬菜、十字花科蔬菜、青蔥、蒜，確實可以預防之癌症為胃癌，所以台灣癌症基金會強調蔬果之重要性，許多預防宣導之資料亦會提供民眾參考。

台灣癌症基金會過去一直推動「天天五蔬果」，此觀念若能讓多數之基金會共同推動，甚至變成國家癌症防治之政策，對癌症之預防當有助益。在癌症預防部分，過去都認為應早期診斷，只是國內發現癌症時往往都已太遲，所以台灣癌症基金會致力於推廣從飲食去預防癌症，有許多之蔬菜、水果，透過分子靶點調控癌細胞之成長，癌細胞從正常細胞轉變成細胞病變，再變成癌細胞或癌症，都是基因變異之累積，累積過程需漫長之二、三十年時間，而矯正分子靶點可預防癌症之發生，因蔬果中很多抗癌之成分，可以增加免疫力、誘導癌細胞良性分化、促進癌細胞死亡、阻斷癌血管增生、抑制癌細胞分裂訊號之傳遞及抗氧化。至於蔬菜、水果之攝取，以空腹時最佳，利用彩虹原則搭配攝取，甚至可把「天天五蔬果」改成「蔬果五七九」，學齡前兒童每日攝取五份蔬果，少女及成人女性每日攝取七份蔬果，青少年及男性每日攝取九份蔬果，大量蔬果之攝取可減低肉食、動物性脂肪之需求，對人體健康有所助益，教育民眾從多食用蔬果著手，民眾執行時亦非常簡單，也希望此策略可成為國家癌症防治政策之一部分。至於降低癌症發生率，人力規劃之重點應朝向於強化民眾教育、提高子宮頸抹片率、改善抹片技術及提高敏感度、減低肝炎病毒感染率及肝臟發炎反應、全方位推動戒菸及不受二手菸害及戒檳榔之社會運動，推行全民飲食防癌運動，包括：

高纖、低脂、蔬果五七九。

台灣癌症死亡率亦上升中，男性之肝癌、胃癌、肺癌、口腔癌、大腸直腸癌之死亡率仍持續增加，女性部分唯一下降者為子宮頸癌，下降之原因主要與近二、三十年來子宮頸抹片檢查之推動有關，雖然國內之抹片率尚不高，至少原位癌比率已經越來越高，也就是說我們已可找到最早期之零期子宮頸癌，子宮頸癌零期之患者，一九九八年占五十二%，即一半以上子宮頸癌為原位癌，此為子宮頸癌死亡率下降最主要原因，只是其發生率仍持續增加，至於癌症死亡率持續增高之原因，與黃院長特別提出之無法早期發現癌症有關，發現癌症為時已晚，且目前無標準化之治療流程，均為死亡率持續升高之主要原因。另外我們發現乳癌篩檢之方向並不正確，近五年來，衛生署推動乳房超音波或乳房X光攝影，即可早期發現乳癌，但按目前之證據，前述篩檢方法之敏感度不高，所以現已慢慢推廣透過磁振照影，以早期發現乳癌。許多健診中心常誤導民眾腫瘤指標之敏感可靠，事實上許多癌症病患之腫瘤指標並不高，都以為自己不會癌症，該指標可能產生誤導作用。又因民眾常忽略定期篩檢之重要性，定期篩檢確可對某些癌症在早期即發現癌前病變，例如大腸直腸癌、乳癌、子宮頸癌、口腔癌等，但民眾常忽略，從醫學基礎研究之加強，作為預防癌症推廣之基礎，對於癌症之降低將有所助益。

健保前，因癌症末期無法接受治療者占四七·五%，即二個癌症病患，有一個未接受醫學治療，健保實施後，八十八年已降至三〇·六%，主要係因沒有辦法早期發

現癌症，國內要對癌症死亡率加以控制，早期診斷係重要之前提。另以乳癌為例，過去乳癌之篩檢，強調乳房自我檢查，現已認為對存活率之幫助有效，自我檢查發現硬塊時，腫瘤已超過一公分，最近改推動乳房超音波檢查，只是發現之病例大多數為良性病患。衛生署於二年前開始實施五十歲以上女性每年可免費做一次乳房X光檢查，但其敏感度不高，這樣的策略會讓大家誤以為自己之乳房沒有問題，即沒有癌症。美國FDA之乳癌磁振照影技術，敏感度已超過九十五%，特異性亦達九十%，可以發現小於〇·一或〇·二公分之腫瘤，此為癌症篩檢觀念上之新突破。國內推動之乳房X光攝影，在篩檢上有其困難，要把受檢者之乳房壓扁，一次只能做一個乳房，且不能同時拍攝腋下淋巴結有無腫瘤，而且受檢者會很疼痛，許多病患不願意接受檢查。亞洲婦女之乳房較堅實，用現在之乳房X光攝影技術，要能看到微小之鈣化，事實上係很困難的。衛生署二、三年前開始推動乳房X光檢查，也發現很多判讀出了問題，七八·三%之病患在複查後發現判讀錯誤，且於最後被判定為正常，所以仍要去訓練判讀之醫療相關人員，並累積其判讀經驗，否則乳房X光檢查之敏感度不高。

新英格〇雜誌上月發表之評論及文章，一致同意乳癌高危險群篩檢之敏感度，乳房攝影及超音波檢查為三十%左右，特異性達九十%以上，但磁振照影之敏感度達九十%以上，特異性也可高達九十%以上。癌症之篩檢工具，敏感度應超過八十%以上，篩檢才有意義，且其特異性亦需很高，此觀念在台灣已漸漸建立，將來乳房之磁振照影可嘉惠國內民眾。

國內許多人接受健康檢查時，都有做電腦斷層之觀念，事實上電腦斷層發現之硬塊已約一公分，現在之迴轉型 CT，發現之肺癌硬塊約 0.3 公分，全身型之 MRI（磁共振照影）發現之硬塊約 0.4 公分，正子攝影發現時約 0.3 公分，只是 0.3 公分時就發現，算是早期發現嗎？一般臨床診斷，硬塊約一公分時，約有 10^9 個細胞，剛剛提到之迴轉型電腦斷層、磁共振造影、正子掃描，基本上能夠找到之硬塊都在 0.3 或 0.4 公分左右，即癌症血管新生後才找到，癌細胞已擴散了，才被發現，事實上仍算發現太慢了，最好之癌症篩檢應在硬塊小於 0.2 公分前就被發現，剛提及之乳房磁共振照影，可能已可滿足此條件，發展中之基因鏡片、蛋白鏡片仍在評估及觀察中。

為降低癌症死亡率，要提醒民眾定期健康檢查之重要性，在比較上，有些癌症可早期發現，會有較佳之治療效果，包括：大腸直腸癌、乳癌、子宮頸癌、肝癌等；我們希望政府能夠了解，真正要做好癌症篩檢，一定要找到敏感度高之檢查方法，且要針對高危險群進行篩檢，才能有效壓制國內癌症之死亡率，不過最重要之部分，還是要從飲食上教育及預防，且此為最具經濟效益之方法，希望能變成國家未來癌症防治之政策。

三、陳執行長○○○：

衛生教育之基本概念係透過教育之方式，讓民眾之健康行為有所改善。如何告訴民眾所謂之健康行為，讓民眾聽得懂、知道如何做，此過程不只係告知之行為，更重要者，係讓民眾在行為上有所改變，因此衛生教育是一件需要花費很大力氣去努力之

事，也需要很大之熱忱及持續之堅持，同時不容易在短期間看到成效，亦不易馬上獲得評價效果。

有關癌症衛生教育之目標，主要加強癌症之三段預防工作，亦即前面兩位前輩所報告之降低癌症之發生率及死亡率。衛生教育之觀念，希望在未罹病前即能有防癌之預防措施，生病後能接受治療、抗癌，末期癌症病患能善終。至於目前癌症衛生教育所碰到之瓶頸如次：

- (一)應教育民眾之內容為何？基本上，民眾應知道之事項即包括癌症防治之政策、方向，政府機關或單位，要能很清楚地告訴民眾就是要這樣去做。
- (二)政府部門及病友團體之力量未獲有效之整合。康泰基金會雖希望透過病友團體之自助助人能強化衛生教育之力量，因我們發現如能藉由病患之見證及分享，加上與專業人員之搭配，對健康人之行為改善效果會加倍。而政府部門除醫療院所外，也不能忽略公共衛生體系，其實公衛體系最接近社區民眾，但此部分之資源未妥善運用，衛生所公共衛生護士之工作繁雜，即使有心推動，只能片段執行，無法作整體思考。國內之衛生教育，通常係針對單一疾病去推動，而無統整性之健康行為建立。

癌症之發生與生活習慣有很大關聯，政府在衛生政策上應將希望民眾遵循之健康行為方向，明確告知民眾，讓民眾有清楚之概念。國內雖然一直認為應透過教育之方式告知民眾應遵循之健康行為，但醫療人員或衛生教育之專業人員，並未被教導如何教育民眾健康行為之觀念才能吸引民眾，因此衛生教育人才培育計畫應更周全。國內

似乎做了很多癌症防治之教育宣導，但常淪為大型、大拜拜式之活動，沒有辦法觸動人心，沒有辦法感動人心就不容易促進健康之行動。至於衛生教育技巧及方法之增加，專業人員之培訓等，國內幾乎無太多經費運用。另外係衛生教育之教材，各單位做了不少之內容，但很多需用該教材之單位卻無法獲得教材，不需要之單位或人員卻可拿到許多教材，教材並非製作出即達教育之目的，應長期規劃並利用這些資源，不要浪費。醫師對病患所為之一、兩句話，對病患之影響可能最大，但現在之全民健保，造成醫療院所以業績為導向，要醫師撥出時間對病患做衛教指導，卻未讓醫師有所動機，此部分很可惜未能達到衛教目的。

國健局現已撥了不少經費進行教育宣導，只是案子提出後，各單位去競標，以康泰基金會為例，並無能力去競標，因此得標者常為傳播公司，做出之成效，就是目前國內之狀況。董氏基金會於今年很難得地接了案子推動，但也不能保證明年還能繼續有類似之經費推動，明年仍要去競標，結果可能是未能得標，董事基金會可能就不會把今年得標之案件繼續推動下去，因此招標式之衛生教育推動方式對於癌症衛生教育之推動有很大限制。

國內關於菸害防治而成立之基金會甚多，但能獲得之衛生教育補助經費極為有限，一旦接獲一、二千萬元或數百萬元補助之案子，卻又必需在極短時間內把經費消化掉，大家又得想一些點子把錢趕快花掉，其實非常可惜。如果這些經費可以運用在防癌之領域，可以有很大之規劃空間。

另外國內之資料庫不周全，需要之資料卻無法找到資料庫可提供，建議國內應建立癌症防治之需知，讓民眾清楚知道應該知道之事，同時需再整合民間團體及病友之力量。許多國家把癌症或高血壓、糖尿病、心臟病，均歸納在生活習慣病之概念下進行防治觀念，並整體做宣導，利用整體之概念推動防治工作，亦較能節省經費。有關建立健康行為之基礎觀念，無論係賴醫師所提之「天天五蔬果」，或國外盛行之「日行萬步」，執行起來，都很簡單，也不需花費太多經費，但卻是一個行動，是全民要有之行動，全民如能朝向健康之路，能有良好之飲食及運動習慣，良好之情緒培養，再加上防癌之基礎觀念，對於癌症之防治會有效果。

近年來，糖尿病衛教模式之建立，把糖尿病之衛教放在整個醫療之 package（即「包醫」制）裡頭，患者看診時，要接受衛教觀念。癌症之看診過程，應可參考糖尿病之衛教模式，修正給付範圍，把衛教變成一件一定要做之事，讓臨床醫師或整體醫療團隊醫療過程中即參與告知。

另外，國內民眾非常被動，而國際間健康促進教育都希望民眾對自己負責，要有主動態度，政府或民間機構只能扮演支援角色，我們盡量提供資源、資料予民眾，同時要啟發民眾有自動學習之責任感及參與性。

至於如何讓衛生教育計畫具有持續性，又包含參考相關研究及評價之問題。國內有很多之研究，但研究歸研究，實際上有實際上之作法，中間往往沒有可以銜接運用之處，相當可惜。在衛生教育之工作領域，如何運用創意思考模式，讓更多人願意參

與，且培養良好之人才、強調資源共享，讓癌症預防能成為民眾自覺之行動，需要全民之努力。

四、鍾教授○○○：

因癌症登記有時間之落差，目前最新之資料係八十九年之資料，當年國內新發生之癌症病患數有五萬九千一百一十六人，八十八年有五萬六千三百二十三人，八十七年為五萬二千二百零七人，新病例之成長率分別為五%及七%，每年增加之癌症病患數很多。但有多少家醫院在照護呢？依據八十九年之資料，有一九〇家醫院提供病患照護，其中六一%之醫院照護之病患數少於一〇〇人，癌症所以成為十大死因之首，原因之一為癌症種類超過一百多種，但國內卻有六一%之醫院，每年收治之癌症病患少於一〇〇人，至於大於一〇〇人之醫院有七十四家，一〇〇至一九九人間占十%，有十九家，十二%之醫院照護之人數為二〇〇人至四九九人間，八%之醫院為五〇〇至九九九人間，只有十七家醫院照護之人數超過一千人。國內有十七家醫學中心、七十一家區域醫院、四十三家地區教學醫院、三六四家地區醫院，經過評鑑之醫院合計五九五家，上述有照護癌症病患之一九〇家醫院，如醫院之規模為醫學中心及區域醫院層級之規模，大概具備內、外、婦、兒科等相關科別，大致而言無太大問題，但地區教學醫院或地區醫院，醫院之規模較小，癌症病患人數也較少，對癌症病患所能提供之照護，在某些科別可能會相對不足，從這樣一個簡單之數據呈現，可以看出癌症照護醫院之水準參差不齊，對於癌症病患照護之機構並無相關規範，在國內，病患到

醫院去看病，並未規定那些病要那些醫院始能診治，其他醫院則不能診治，但國人只要到醫院去後，醫院通常是來者不拒。

醫院內部之組織架構，因漸趨走向專科之分化及分工，並不利也不習慣於所謂之科際整合，亦即前述廖委員所提，醫院提供癌症照護之時，外科醫師習慣開刀，放射線科醫師習慣放射線治療，多數之醫院，最多設置一腫瘤部，實際上因為專科分工，只能透過所謂之會診，而並不存在多科整合之做法。所謂初步會診，實際上病患是在科部與科部間流轉，各科若有外科醫師，該科就去做化學治療，必要時才轉給內科醫師，現行醫院內部之文化及管理，並未協助癌症照護之發展，欠缺癌症之品質保證測量、監控及改善機制。從醫院管理之角度觀察，姑不論未設置癌症防治中心之醫院，即以目前之十七家癌症防治中心論之，仍要看醫院院長、副院長對於癌症中心重視之程度，各醫院有其內部之文化，例如薪資制度之設定？PF 制度之設計？資訊管理系統及行政管理之支援、癌症登記等，上述事項如未受到重視，醫院內部即欠缺了照護病患過程當中所需要之資訊。因醫院評鑑之結果決定了健保給付，醫院均重視醫院評鑑，國內醫院評鑑係參考美國之 JACHO（醫院聯合評鑑委員會）之制度，並未針對 Cancer 之照護進行評鑑，Cancer 之照護係由美國外科醫學會提供，國內亦未單獨針對癌症照護進行評鑑。

除前開醫院內部之文化及管理外，總額預算會導致醫院更大之困境，醫院目前遭遇之困境在於成本及營運考量下對於醫療品質之注重及病患權益保障之存在危機，依

據國外實施總額預算之經驗造成很長之等候時間，包括等候住院、等候手術、等候檢查等，在過去未實施總額預算前，大概不會有等候，醫院都非常快速地進行，一旦實施總額預算，在門診、住院都可能發生病患等候之情形，且對於門診病患會發生 refer 之情形，或當看診數量達到某一目標後即不再對某些病患看診，形成所謂之人球，而住院部分，醫院可能會選擇較有經濟利益之病患收治，把無利益之病患 refer 至其他醫學中心，國外曾發生之等候、delay care 之經驗，預期會成為國內總額預算下之潛在危機，而健保局上有政策，醫事服務機構則下有對策，真正犧牲者為病患權益。假設門診、住院之病患都被犧牲，可以預想癌症照護部分，不論乳癌、大腸直腸癌及各類癌症之照護，相對地會受到同步影響，此影響會反映在管理階層及醫療人員之投入及心態。

對於癌症病患之照護若不因為病情較複雜、困難度較高而得到較多之支付，醫療人員會猶豫是否投入更多之心力。此外，全民健保之重大傷病給付，只注重部分之癌症及五大疾病之論質計酬，真正進行之部分僅有乳癌之示範計畫，且目前僅三家醫院在進行，論質計酬之計畫雖設定一些指標，然內容之規範在實際上仍有所欠缺。且在癌症防治網及轉介網部分，實際上置於醫院總額之下，為一種四分五裂、各行其事之情況，總額預算之推行勢將不利於整體癌症照護之運作及推展。

另外有關癌症品質之問題，一旦提到品質，不外「過度使用」、「使用不足」及所謂之「錯誤使用」，為何會發生這些錯誤、不足或過度使用呢？當然源自於觀念問

題，所謂治療之觀念及看病之觀念應與時具進，然而在技術上、文化上、資訊上之不足、不透明及所謂之制度及系統之問題等事項，實際上卻都妨害癌症照護之多科整合觀念。在現行醫院之體制下，醫師習慣 solo practice，作為一個外科、腫瘤內科、放射科或放射腫瘤科醫師，要如何與病理科醫師或其他之社工、護理人員、心理諮詢科醫師進行科際整合，實際上仍欠缺整合機制，亦無誘因鼓勵整合。至於要如何改善前述問題呢？通常有三股力量，一種來自內部力量，第二來自於外部力量，第三則來自於機構與機構間之相互學習，隨著醫療進步及醫療照護之日趨複雜，醫療專業能否與時具進，要從過去強調之經驗醫學朝向實證醫學、證據醫學發展。然而，醫療照護存在著非常大之變異，不論到北、中、南部或醫學中心、區域醫院，或醫師之年齡、技術、習慣，可能未與時具進做大幅度之改變，因此各種照護品質間之變異性非常大。

衛生署自九十年開始對醫院補助癌症中心之設置，每年補助二百萬元，為三年之補助計畫，原先補助十五家，最近增加至十七家，開始時，各治療中心一定要提供子宮頸癌之照護，至於乳癌、肺癌、大腸直腸癌、肝癌、口腔癌則任意選擇，主要之評估包含所謂之預防篩檢、照護整合、教育稽核、研究及評估，同時透過評估計畫協助癌症中心之照護品質，幫助醫院學習外，亦幫助國健局推廣一些評估之方向，目前進展至第二期，有三十六家醫院申請，大致已涵蓋前面提到之主要癌症之照護醫院，第二期預計納入六種癌症，補助金額自一百六十萬元至七百萬元不等，目前將近有一億元經費投入。

黃院長曾提及美國癌症之進步情況，但是 NCI 曾發布一篇 War With Cancer 之文章，認為美國花這麼多經費，針對癌症之研究及治療，但只有在 Smoking Related Cancer 部分得到初步且些微之勝利，然而，在二〇五〇年時，所有癌症得病之人數近乎加倍，亦即 NCI 將大多數經費投注於 clinical trial、treatment 或一些藥物之發展，卻沒有真正把資源放在所謂 prevention 及 screening 之上。英國在一九九五年出現 Calman-Hine Report，即黃院長談到 Calman-Hine Report 裡，英國對癌症之照護幾乎是全歐洲倒數第二名，因此 NHS 下開始有 NICE 之出現，做了很多之 guideline 及很多特定疾病之 guidance，也透過稽核及檢查之機構 CHAI 去稽核及檢查癌症病患至 cancer center 或 cancer unit 接受 primary care trials，有無按照所設定之 guideline 或 guidance 進行，每三年稽核一次，未通過稽核，不補助經費，英國之作法係透過一詳細之內容，美國係用 Cancer Standards 之角度，英國係用特定疾病之 guidance 角度，對於癌症做監控。台灣則透過 TOGO 制定診療共識及補助醫院進行臨床試驗，目前補助二十四家醫院，台灣有自己的 Taiwan Cancer database，目前得到之資料係九十一年全年度及九十二年上半年部分之資料。

美國外科醫學會之 commission of cancer 曾制定 Approval program，在美國要提供癌症之照護，必須通過審核。在二〇〇四年新標準中，有八章、三十六個標準，如獲得 Full Approval，三年內不需再經評估，如果有些 condition 發生 deficiencies，則要在一段時間內接受再評估，如為 Non-approval，表缺點太多，則未獲通過。

黃院長所提癌症可能之原因，實際上在 WHO 之報告裡亦提到七大癌症之 risk-factor，簡稱 VCRG 及 HBD，V 即所謂之 virus，為病毒引起的，R 係 radiology、C 係 clinical、G 係 genetics，即所謂遺傳、H 係 hormone、B 係 behavior、D 係 diet，病毒、化學治劑、放射線、遺傳、賀爾蒙、行為及飲食，為造成癌症之七大 factors。癌症本身並非單純之疾病，從遺傳、環境或文化及經濟角度觀察，癌症均為一種複雜之疾病。

至於癌症防治之經費亦有可討論之問題，例如是否需獨立存在？目前癌症之照護屬重大傷病，全民健保有三、四十種之重大傷病，但在癌症防治法通過後，到底健保局及國健局是否需要針對癌症照護協商一特定金額？另能否提供誘因及資源，使癌症防治中心有足夠之資源及誘因提供良好之照護？對於研究及發展之經費之投入是否充分？這些問題都應受到重視。至於類似 NCI 或美國之 clinical trial 或評估計畫之投入，此部分之資源必須要維持，此為推動進步非常重要之力量。

財團法人醫院評鑑策進會能可扮演類似英國之 NICE 之角色，制定之 guideline、guidance，作為半官方團體。至於醫院與其癌症防治中心之關係，目前之聯繫力量並不強，很少醫院能像和信醫院黃院長領導之癌症防治中心，已形成一種文化，例如科際之整合、薪資之給付、提供良好照護之醫師可得到肯定及獎賞，雖然透過國健局之經費補助，可能對於醫院會產生一種推波助瀾之力量，但在論量計酬之支付方式下，醫院內部其實很難形成一種對於品質提昇之機制。

至於在衛生教育方面，教育之提供可能發生改變之歷程，不管從預防、篩檢、診斷、治療或末期之緩和照護部分，都有值得切入之處。如何做到所謂之早期預防？如何改變飲食、生活習慣？如何加強篩檢工作以提供民眾預防？均係衛生教育之重點工作。

所謂之 Accountability，可翻譯為「課責」或「盡責」之概念，係一種資訊之揭露，例如乳癌在零期時之五年存活率幾乎可達百分之百，然而一期、二期或三期時之存活率為多少？各家醫院在各種癌症領域照護之情形為何？前述有關癌症資訊及照護品質之測量，會形成一種壓力，一方面供民眾作為選擇參考，另一方面對於醫療機構之專業形成一種學習及改善之基礎，目前國內係朝向「核心測量」發展，即針對乳癌、子宮頸癌或肺癌，從實證醫學基礎找尋些指標，以反應出早期診斷之比率、有多少比率係在多科整合下進行團隊治療、有多少乳房保留術後之病患有繼續接受放射線治療等，按照實證醫學基礎發展監控指標，訂定理論上合理之範圍或可接受之數值，當這些數值回饋予醫師之時，即會形成一種改變之力量，因此資訊之揭露可讓民眾了解醫院癌症治療之品質，並可回饋予專業人員修正或改變行為，本人認為資訊之揭露係未來癌症照護上非常重要之一環。

五、賴主任○○：

WHO 於一九九〇年時對於安寧療護曾下一個註解，所謂安寧療護可確保生命之長短，但不會加速死亡，亦不會延長死亡之痛苦，尤其注重各種疼痛及不舒服之處理，

重要者不僅身體，尚包括心理及心靈，而最重要者係患者與家人共同面對生命之苦難。

亞太地區在二〇〇〇年成立安寧療護學會之時，曾做一特別之聲明，亞太地區比較嚴重之癌症較多，在考量社會、文化、醫療及各種背景，利用安寧療護並不消極，而係一種面對嚴重癌症之積極態度及方法。我們希望病患能夠延長生命，但延長生命已不可能時，希望能改善症狀。這不只是對於癌症治療之觀念，對於許多其他之疾病也有類似之情況。

最新之醫療發展，癌症的確有治癒之可能，然而人之身體會逐漸消耗，所以會有末期之部分，其中有更大一部分係繼續在進行抗癌治療中，癌症並沒有完全治癒。至於安寧之角度為何？癌症治療照護之團隊組成為何？過去都以為係開刀、化學、放射治療，現在則認為應加上一個團隊，這個團隊可以整合身心靈之問題，與病患共度苦難、協助病患於遭遇困難時之態度，陪著病患很陽光地面對癌症。所以從診斷開始，安寧療護之團隊即已參與，癌症發展愈到後期，愈需要此團隊，即使病患不幸死亡，團隊還要繼續扮演一種支持患者家屬及朋友之角色，這是一種精神上支持之方向及趨勢。

台灣之安寧療護，馬偕醫院雖於一九九〇年開始提供服務，但在一九八四年時，國內就有博士開始用居家照護之方式在進行，直到二〇〇一年時，我們曾審視提供安寧療護之醫院，除了宗教醫院外，多數為教學醫院或公立醫院，財團法人醫院並未提供安寧療護服務。至於國內目前之現況，計有三七二床之安寧床數，由二十五家醫院

提供服務，但安寧療護可以居家照護之方式進行，但需要醫院之支援，綜合而言，國內目前有二十五家醫院提供三七二床之安寧病床，另有四十九家醫院提供居家療護。然以二〇〇二年之標準分析，住院病患曾使用安寧療護者，一年不過五、八四〇人，接受居家療護者有一、七三九人，其中有些重複，而國內有一家醫院努力地擴展日間之照護，試圖照護更多之癌症末期病患，但國內也只有一家醫院。至於每星期全國提供之診數為一四〇診，尚在起步階段。國內因癌症死亡之病患每年約三萬人，卻只有二十五家、三七二床之安寧病床，且占床率為五六·二二%，病床亦未住滿，此為非常奇特之現象。有些分析指出，有二〇·四一%之癌症病患轉到安寧病房後，五日內即死亡，表示病患瀕臨死亡階段時才會轉去安寧病床，也讓一般民眾認為到安寧病床即代表將要死亡，所以當然不願意去，此為觀念上之問題，可作為推廣方向之參考。

有研究以「普及率」表示人性醫療指標，分母係癌症死亡之人數，分子是接受過安寧緩和療護之人數，此比率為人性醫療指標，台灣在一九九九年，即開始提供安寧療護九年後，指標值為二·六五%，香港在亞太地區報告之數字為二·六五%，一九九七年為五·七%，二〇〇三年為十六·三%，普及率可表示這個國家如何去關懷一個病患，特別是該病患罹有癌症之時。再來比較一下亞洲太平洋各國之實施現況，我把澳洲及紐西○之數字省略掉，因為這二國之數字很高，台灣不能相提並論。若以鄰近國家相較，台灣為十七%、新加坡為四二%、香港四七%、日本二七%，不過日本今年已經提高為三五%，但該數字尚未經過確認。該指標反映我國醫療對於人性之關

懷，應受到政府之重視，而在國家癌症防治五年計畫中，已首次看到政府重視此數字，癌症防治法亦已正式提及「緩和醫療」，本人認為很有意義，政府將普及率之目標值訂為五十%，此為相當震撼之數字，不過達成之時間係二〇〇八年，但至少已為努力之目標。只是在此目標下，個人及一些從事安寧療護之人員會質疑何謂受過安寧療護？只看過一次醫師就算接受安寧療護嗎？很憂慮政府機關是否會為了達到五十%之目標值，把標準放寬鬆，而實際上卻未達到真正關懷一個正在痛苦之人之目的，所以執行時必須很小心地監督，特別是希望政府官員很認真地去達成五十%之目標，這會是得到癌症而在痛苦中之病患之福祉。

雖然接受過安寧療護者，人數不多，但我們仍很用心地檢討。二〇〇三年時，國內之占床率只有五四·三三%，可能原因有三。最主要原因係病患表示醫師不願意將病患轉介至安寧療護之病床，直到醫生最後不知如何治療時才將病患轉介至安寧病房，轉介五日後，病患即死亡，只是本人並不太相信此說法，但如真有此情況，我認為係制度之問題，當然並非所有之醫師均如此，有時病患會認為為何要被轉介到安寧療護病床呢？我與這裏之醫師關係很好啊！轉到安寧療護去，很快就會死亡，我認為此為觀念問題，民眾要如何面對生命，這是生命教育，有人認為長生不老才是命好，但是人一定會死亡，這是生命教育，教育民眾如何看待生命，要去重新思考並面對生命，現在有很多民間機構及基金會，都努力推廣對於生命之看法，死亡就像出生一樣，是一種過程。至於安寧療護，個人認為自我要求品質係最重要之事項，以鼎泰豐為例，

客人願意排隊，其他店沒有人願意排隊，一定係與品質有關，我們要加強自我要求。我們每年照護之病患（含居家照護）約二千多人，並不滿意這樣的成績，所以要分析原因，例如政府如何在經費上支援，譬如護士於夜間實施居家療護，可能搭乘計程車前往病患住所，計程車費由誰支付？若由家屬支付，可能有些家庭負擔不起，由政府支付卻很奇怪，要護士坐機車前往進行居家療護又更糟糕，像此類瑣碎之問題，其實都必需面對。

現在又有另一種奇特之現象，以前做安寧療護，醫院認為會虧錢，因此不願意去做，但有些醫院不怕去虧錢，所以一路走來都很努力去做，終於有了成果，癌症防治法通過後，規定要有一筆經費，現在各醫院都想做安寧療護，至於其標準為何？很多醫院或醫師都想自己訂定標準，大家都希望能得到資源，這是社會上很多人之心態，越大聲、越會抗爭，越易獲得資源。至於普及率五十%之標準，真能造福台灣人民嗎？要好好珍惜過去累積之經驗，依據過去十五年來累積經驗所訂出之標準亦要珍惜，不要隨便訂一個標準或政務官任意表示要達到這個數字，結果卻讓資源被浪費了，癌症之病患，我們原先要陪著他們一起面對痛苦，不要又把痛苦丟給他們，所以要做到三個平安：身體有平安，雖然生命不久，但是不要苦；心理有平安，雖然家人與我一定分開，但此為人生過程，要勇敢面對；心靈有平安，在三萬多個病患在受苦難，尋求身體、心理、心靈平安之時，我們有一筆經費可作為運用之資源，要妥善運用，用在刀口上。

癌症之罹患率在竄升，用很大的力氣想要改善，在治療方面有很好之機器或儀器，但是死亡人數永遠都很多，有嚴重疾病之病患總是繼續在對抗疾病，把經費用在篩檢是對的，只是實際上在受苦之患者，我們要用多少之資源去提供照護，係更實際的問題。看到很多數據，很認真地開發藥物，很認真地進行篩檢，使癌症之死亡率降低百分之零點幾，但這些錢用在那些正在受苦之人之照護上，立即得到利益，現在之防治資源，如何作公平之分布，此訴求不要忘記，實際在受苦之人，即使天邊彩虹再美，畢竟太遠了，腳前之玫瑰可能已全部被踩壞，不要把這些人當作投入資源項目最後之考量，往往他們才是最重要的。有些癌症病患，確實無法治好，這些人怎麼辦呢？很多人都知道，只能好好地過日子，可能也不用化學藥物之治療，因為病患可能不想再痛苦，只想要好好過日子，此時又生醫療人員、從業人員究竟係「看病患」或「看病」之問題了。

另外，何謂適度治療？何謂極度之治療？是不是要把所有之藥物全都用盡，才算是已盡全力，或是要扶著病患肩膀，陪著病患走這條路，不管這是病患人生最後之半年、一年或三年，要讓病患好好度過人生，所以適度治療並不等於極度治療，在醫療倫理之訓練過程中，應教育醫學生或從業醫療人員，不是把資源用光了，才算對這個病患盡力量。病患不是醫療從業人員之戰場，這樣之想法係個人之感慨，或許不見得正確，但為本人之疑惑。

至於癌症研究中心之設立，在癌症防治法上，係屬於國家衛生研究院之下，很多

資源都由國家衛生研究院分配，個人之想法如次：研究應由何人為之？要非常科學之研究，人民才會受到福祉，或應研究、關心患者為何不舒服，才會找到真正對人有利之方向。至於要研究之課題為何？是疾病本身、基因或新藥？這些雖然都絕對正確，是人類將來的希望，但是否更應去研究這些人，包括症狀及病患不舒服之原因，為何病患服用止痛藥後會精神不濟，為何藥量越來越重，原因為何？對於這些不適症狀之關心卻始終未見到有人在研究，這一方面應用心。癌症病患之生活品質，不是口號，要拿尺去量，要去要求。

柒、綜合討論：

一、李委員伸一：

請教黃院長幾個問題。

- (一)預防癌症與飲食及健康檢查有關，食物部分剛才有提到醃漬品，韓國人很喜歡吃泡菜，泡菜應該也是醃漬品，不曉得有無韓國人因吃泡菜致癌症罹患率較高之研究？因吃泡菜導致癌症之罹患率高，係對癌症預防很好之教材。
- (二)有關胃癌或大腸直腸癌之健康檢查，近一、二年來，醫院對於胃鏡及直腸鏡都強調無痛，但無痛之技術卻可能導致刺破腸壁，以黃院長之看法，無痛是否為胃鏡及直腸鏡良好之方法？
- (三)癌症治療團隊應包括何人？個人有朋友平時並無抽菸習慣，身體亦相當健康，突然檢查發現得了肺癌，一個星期之期間整個人即不成人形，讓朋友幾乎都認不出來，

在癌症治療期間，心理醫師是否也很重要？團隊應包含那些成員？

- (四) 口腔癌主要係與嚼食檳榔有關，記得多年前，南海基金會曾鼓吹不要嚼食檳榔，後來被丟雞蛋抗議，以目前國內之檳榔文化，檳榔西施又這麼多，要如何宣導才不致引起抗爭？

二、黃院長○○：

- (一) 日本曾做過非常嚴謹之流行病學研究。在日本，食物係引起胃癌之主要因子之一，因此日本曾全面進行二件事，一是預防，二是早期診斷。在預防部分，先去研究那些食物含有致癌因子，盡量在食物裡即不再添加發現之致癌因子，例如國內以前製作之火腿，多數都有添加硝鹽，與日本之醬瓜用很多硝鹽去做一樣，廣東人所吃之 salted fish 也是添加此物質做成，這類東西確實是致癌因子，大家都有共識，日本人減少食用後，發生率確實亦減少。另外在早期診斷部分，因胃鏡在日本發展最快速，也因而降低胃癌之死亡率，胃鏡使日本之胃癌可早期診斷，用輕微之治療方式，不再需用動用大手術。日本最近之進展，係透過胃鏡，把食鹽水注入體內，被腫瘤侵犯之處即被突顯出，再用 nail 或是灼燒方式治療，因此日本現對初期之病患已在做胃切除手術之初期治療，只有初期癌症即被診斷可做到這樣。
- (二) 韓國之泡菜是比較新鮮之食品，且大家都知道日本經驗，在製造過程也很注意，東方國家罹患胃癌者雖多，但不像日本這麼多，至於美國則非常少，美國之食物都較新鮮，冰箱也最普遍，因此美國胃癌發生率每十萬人口不到五人，日本每十萬男性，

在戰前有二百人罹患胃癌，日本人移民至美國後，胃癌發生率即自動下降，主要係食物之變化已未含硝鹽之成分，不過大腸癌卻增加了，日本人移民到夏威夷後之大腸癌明顯增加，第二代、第三代移民，發生率即與美國人差不多。

(三) 至於國內直腸結腸癌仍很高，為男性第三位，也為女性第三位，合計為癌症發生率第二位，男、女性病患人數差不多。乳癌以女性為主，攝護腺癌以男性為主，直腸結腸癌卻不分男女，所以在台灣係重要之癌症問題。健康檢查之目標之一，係為及早偵測結腸直腸癌，早期進行手術，現已證明糞便潛血檢查，一年二次之篩檢，倘發現異常，即要進行更為仔細之檢查，例如腸鏡，而國內通常建議全腸檢查，因全腸檢查要轉兩個彎，腸鏡置入在 S 狀結腸部分很困難，有些人認為非常痛苦不敢做檢查，因此無法普遍，後來才會發明無痛之方法。不過以和信醫院為例，曾進行過五萬例之腸鏡檢查，發生四例穿破之問題，其中三例本來就有病，後來評估本就不應該做腸鏡檢查，未計算患有嚴重疾病之三名病例，和信醫院每進行一千例之腸鏡檢查，僅 0.08 例穿破，國外之紀錄約一千例穿破二例，所以腸鏡檢查係很安全之方法，現在直腸結腸癌之部位越往右邊走，以前只檢查左邊，現在越來越有必要檢查右邊。至於美國每一名之 medicare 病患，每年可做一次全腸檢查。

(四) 所謂治療，常被誤以為團隊只進行治療而已，其實團隊應包含預防、早期診斷之人員，治療人員一定要根據 guideline 或 SOP 看病才不會遺漏，因為治療會帶來副作用，副作用之控制非常重要，很多人害怕癌症之治療，不僅係掉頭髮、嘔吐、感染

之問題，全身都會不舒服。如何扶持癌症病患經歷不同之治療，倘治療需多科治療時，團隊應從預防著手，病患之家人也要參與，若是家族性疾病，家人也要進行檢查，以乳癌為例，假設病患之姊妹、母親、阿姨亦患有乳癌，則要進一步做遺傳學方面之評估，給予遺傳相關之諮詢，這樣才不會讓有乳癌，還沒被診測之家人被忽略。團隊治療相當重要，其組成尚需包括非醫師之工作人員，護理人員、社會工作人員，甚至志工，都是重要組成分子。病患剛被診斷罹癌，當時家屬都是最傷心之時刻，特別係末期之病患，確診時已第三、四期，很大比率無存活之可能，要如何照顧病患，保障病患之生活品質到最好之程度，不光靠治療而已，因此癌症之團隊不僅有治療，而係各科之團隊。

(五)美國曾有兩位總統夫人罹患乳癌，後來都站出來主持非常多之社會運動，讓所有女性特別注意乳房疾病所引起之問題，不單只是個人，也是家庭、是社會之問題，這一點美國人處理的方式很好。但在國內，得了癌症通常不敢讓人知道，像和信醫院之名稱加入了「癌症治療中心醫院」，有些人會施壓要把癌症二字拿掉，有了這二字，似乎病患就不願前來，結果當然不是如此。我們很清楚地告知民眾，和信係癌症治療之醫院，病患證實罹癌，醫院也必會告知，但告知有告知之藝術，而非告知後讓病患糊裡糊塗離開醫院，要用最好之方式告知病患，陪著病患，如果病患沒有存活之可能，也要早一點讓病患知道，讓病患能夠對未來之人生做規劃，這些事項在整個癌症控管之過程中，是要確實掌握的。和信癌症治療中心並非以癌症治療為

主，而是從預防、早期診斷、治療到癌症末期之照護，約有十%之病患，在癌症末期時選擇留在和信醫院，因為和信醫院從來不遺棄他們，這也是為癌症中心之使命。和信醫院對社會有責任、對台北市、全台地區都有責任，不僅對癌症病患有責任，我們希望未被檢查出癌症者，確實未罹患癌症，而罹患癌症者，均能於早期即診斷出。

三、賴執行長○○：

中國大陸河南省臨沂縣係世界有名之食道癌好發地區，後來發現係因醃漬之蔬菜含有硝酸胺物質之故。

四、黃院長○○：

當地土壤中某些物質之成分太低，生長之柿子中皆含有很多致癌因子，經過醃漬並食用後，得病機率就高了。

五、廖委員健男：

(一)黃院長曾提到不管早期診斷或治療，都應有標準作業程序，該作業程序，國內目前大概還未建置，國外有無類似資料？政府沒有建置統一之標準程序，各醫院有無自身應遵循之作業程序？貴院以治療癌症為專業，可能亦為國內目前唯一之癌症專門醫院，貴院有無自訂之標準作業程序？

(二)有關團隊，應包括預防、治療及癌末照顧之整個團隊，和信醫院係癌症治療之專門醫院，可能有較專業之一套作法，貴院實際之作法為何？而像台大醫院等大型醫

學中心，也都有很好之醫師，所以消化科之醫師診斷出肝癌或胃癌病患後，就直接繼續照顧並提供治療，可能未轉介到癌症治療中心去，似乎與和信醫院之作法不同？

六、黃院長○○：

和信醫院確實訂有 guideline，制訂過程業已參考全世界之文獻資料，訂出來後，也發現與美國癌症中心共同治療之指引幾乎一樣，亦即以實證醫學作根據而訂出之指引，可能會有少部分之差異，大致而言卻很接近，可能係因病患人種不太一樣，有時候會有些不同。美國癌症醫院以發生之位置作為組織團隊之依據，但全美僅有二個地區成功，分別位於紐約及印地安那。本人曾經在杜克大學服務，該醫院之癌症中心係由本人於一九七五年設立，迄今已三十年，三十年前就已設立，也證明治療團隊對病患係最佳之治療模式，我將觀念帶回國內，但在國內推動很困難，和信醫院最後做到了，但也花了很大氣力。數星期前，國健局在和信醫院召開會議，希望和信醫院指導十六家癌症中心。但發現了幾個問題：

- (一)國內醫師之薪資靠業績決定，看越多會診病患，薪水越低，要團隊整合越不容易。曾有某家醫院院長請我協助該院設立癌症中心，我對他說該院可能無法辦成，因為那家醫院係出了名以業績決定薪資之醫院，所以根本沒有必要合作，合作成功，醫院收入卻可能減少，這是制度上之先天性問題，用業績決定薪資有很大之缺點。
- (二)guideline 並非由政府決定，應由 evidence 決定，或由同儕決定，政府只提供支持。假設國健局要在十七家癌症中心訂定共通之 guideline，則要大家坐下來討論，政

府可以幫助提供經費。

(三)全民健保制度設計，使醫院以人頭決定薪資，則醫師為何要按 SOP 診斷或治療？按照 SOP，醫師一診看能只能診療十個病患，只有計算十個病患而得之薪資，但看一百個病患，就有十倍薪資。全民健保之設計有個很大之問題，醫事服務機構只要提供醫療服務，都可獲得一些支付費用，但不論係傷風、感冒或是癌症、糖尿病病患，卻獲得同樣之支付，可是對癌症、糖尿病或高血壓病患、要花很多時間，並非簡單之事，但現在，看癌症病患也只能獲得二百多元之支付，然後再依總額預算之點值浮動打折支付，一經折扣，每看一人次只獲一百多元支付，醫師從頭到尾仔細地對癌症病患看診只獲一百多元支付，一定虧損，現行制度並未給予醫師詳細看診之誘因，也不讓醫院有足夠資源、時間進行投資，各醫院能省就省，即使不想節省，但整體環境讓醫院認為做到這樣就算了，不用再抵抗了，這些問題都與全民健保有所關聯。

七、趙委員昌平：

感謝各位專家學者，超過了些時間，本人感到非常抱歉，今日承蒙各位指教，非常敬佩亦非常感動。剛剛賴主任談到安寧病房，突然想到一件吳伯雄先生告訴我的事情，他到花蓮慈濟醫院時，證嚴法師陪著他去拜訪醫院，剛好有一群醫師巡視病房，互相打招呼，證嚴法師告訴這些醫師：「你們來看病，我來看病患。」就這樣一句簡單話，這裡頭之「病」及「病患」有相當大之差別。台灣前輩醫師兼文學家賴和也曾

經說過，一個好醫師要敬重生命之尊嚴，我想此話非常有意義。

八、廖委員健男：

(一)女性之肺癌發生率排序第一，男性卻有降低，女性反而未減少，婦女吸菸人口並不會比男性多，婦女肺癌致癌之原因除了與抽菸有關外，是否與廚房油煙有關？關聯情形為何？政府有無積極防治政策？

(二)剛才賴主任所提，病患送入安寧病房，只有五日之存活期間，病患可能認為送到安療病房即宣告無望，所以可能變成醫師認為已治療無望才轉介過去，至於送至安寧病房之分界點為何？如果民眾之概念為送至安寧病房即表示放棄醫療，只是減輕痛苦，簡化成這樣之概念，則安寧療護之理念即被簡化或簡陋掉了，所以分界為何？目前國內在觀念上仍很難突破，政府恐怕也無太多作為，到底應如何做才比較理想？

九、賴執行長○○：

國家衛生研究院為了解女性肺癌之發生情形，尤其是腺癌占七十%之原因及為何如此之高？經訪談結果，大概與患者受到先生二手菸之影響有關，五十%之肺癌病患可能與香菸無關，主要問題為何？到寺廟拜拜之香火之煙、廚房油煙，多數人認為或多或少可能都有關係，但不是很清楚，所以現正進行基因體之國家計畫，專門針對女性腺癌了解基因之背景，去瞭解有無其他尚不了解之因素存在，所以形成肺癌之原因不一定與香菸有關，目前正在進行研究，答案尚未確認。

十、廖委員健男：

所以未必與廚房油煙有關，可能有關，但未必有關。

十一、賴執行長○○：

現在之想法確實如此，腺癌之發生一定有引起癌症之粒子，致癌之物質很小，才會一吸就吸到裡面去，男人抽菸之煙塵顆粒較大，大部分都黏在比較前面之處，因此得上皮癌比較多，所以上皮癌與抽菸較有關聯，腺癌到底係受二手菸影響或有其他原因，現在都在找尋答案。至於男生抽菸吐出來之煙，含有之顆粒變小，女性容易吸入，所以二手煙較容易導致腺癌，就是此原因。

十二、廖委員健男：

所以抽菸之男性可能無事，吸二手煙之女性反而有事。

十三、賴主任○○：

安寧其實算是一種軟體，一個小房子，並非末期之病患均集中於此，不是集中末期病患之處。所有治療癌症之醫師都應有安寧療護之理念，病患剛被診斷出有癌症之時，可能像委員所提，在一星期內即嚴重消瘦，可能原因係因為少了鼓勵、少了正式及恰當之告知、少了帶有鼓勵之告知，少了這種鼓勵，涉及到理念之問題，在一開始時，就要有一些人性的、心理的、心靈的、不讓患者痛苦之理念及作法，去鼓勵每個患者面對癌症之挑戰。有些病患之疾病會越趨嚴重，甚至到末期階段，此時在病房裡可能無法救治，醫師就需要把病患轉到另外設備比較特別之病房裡去，病房裏可能有水療機器，病患沒有辦法站起來洗澡，在那裏可以得到更適當之照顧，此時醫師所用

之藥物要更仔細、更用心，不要讓病患疼痛，要讓病患吃得下，此為連續之過程，而非一刀之兩段，區分有救或無救，安寧療護是連續之過程，這是基本之理念。只是現在很多宣傳及作法，變成無救之病患則轉到安寧病房去，這是很大之問題，因此有些機構認為要先從醫療行政主管開始宣導，讓他們知道安寧療護是一種理念之問題，最近彰化基督教醫院就要求全院之醫生分成十次，每一次都講授一樣之內容，規定大家都要參加，就是這個意思，所以安寧療護是一種軟體。癌症之團隊要包括安寧療護之人，最近國民健康局在此觀念下發展一個擴展計畫，安寧病房之工作人員要到外面去服務，到腫瘤病房服務，把安寧療護之理念外展出去。

十四、廖委員健男：

安寧療護如為一種軟體，則未必要設置安寧病房，不一定要有安寧病房才算是實行安寧療護之階段？

十五、賴主任○○：

不一定是如此，因為到最後，通常會發現有一些病患的確需要特殊設施，我們很想打破這個觀念，假如病患在原來之病房就可以做好止痛，也更舒服，為何不可回到原來之病房？為何不返家？當然可以啊！就像進入 ICU 一樣，進入加護病房，情況好轉後回到原來病房，我們很想打破此觀念，安寧之理念現在一直在進步中。

十六、廖委員健男：

(一)安寧療護可分為住院療養及居家療護，均屬安寧階段？

(二)住院療護即安寧病房，或是延伸出去之安寧療護，不一定非在安寧病房，此概念個人非常贊成，其實不一定需移到安寧病房去。至於居家療護與一般重大傷病之居家療護有差異嗎？

十七、賴主任○○：

(一)安寧療護可分為住院療養及居家療護，均屬安寧階段。

(二)居家療護與一般重大傷病之居家療護有所差異。一般居家療護大概只需換三個管子，病患之病情不會有太大變化、十分穩定，例如植物人之類。至於居家療護，病患雖返回家中，但疾病仍在變化，且家裡有一些複雜之情感，有失望、鬱卒，病患也可能越來越疼痛，所以居家療護複雜多了，提供協助者包括：社工、護士、醫師，價格也愈高，但比住醫院時便宜許多，約便宜三分之一左右，比住加護病房之病患之費用便宜更多，對病患又有好處，必要時，亦可以住到病房裡來。

十八、趙委員昌平：

(一)癌症與生活習慣、飲食、基因等都有關係，但從整個癌症病情之觀察，有本土型之癌症，在亞洲地區，特別是台灣而言，胃癌、肝癌特別多，不知醫療界、醫師界或醫學院有沒有對本土型癌症方面做專門之研究？造成之原因或治療方式為何？為何國內肝癌比較多？

(二)不知有無針對原住民之癌症類型進行研究？那些種類較多？我們從資料中發現婦女腫瘤之問題，特別是子宮頸癌，雖然一直都通知作抹片檢查，但實際上接受檢查之

比率很低，大概只有四十%，即使推動多年，始終沒有辦法提高，尤其是中下階層及鄉下之婦女，應如何宣導？至於昨日報載之乳脂肪病毒疫苗有無效果？

(三)癌症腫瘤之類型很多，以台灣之人口比率及癌症之發生比率分析，國內癌症之專科醫師究竟夠不夠？

十九、賴執行長○○：

(一)本土型之癌症中，胃癌與民族性之飲食有關，例如日本、韓國、台灣，但胃癌可以預防，從國際上之統計已很清楚，蔬菜、水果係預防胃癌最好之方法，美國死亡率降低速度快，係因習慣於飯前先食用生菜沙拉，現也慢慢可看到日本、韓國之胃癌死亡率都在下降中，日本戰前每十萬人口約有二百人因胃癌死亡，現已剩下不到一百人，但還是有，所以台灣雖未研究本土型之胃癌成因，但預期將會越來越少。倒是肝癌確實是台灣之國病，肝癌之早期診斷越來越容易，只要高危險群每半年做一次超音波，或抽血檢查，可發現硬塊很小之肝腫瘤，以栓塞、施打酒精及開刀方式切除，國家衛生研究院目前在針對肝癌切除後如何避免再發之研究，因為開刀後，病患原本可救活，但開完刀一年半內有五十%患者再復發，我們做了很好之研究，利用干擾素或干擾素再加上其他物質以預防肝癌之再發，要救這群可能復發之人，在肝癌部分，台灣事實上著墨很多，所以肝癌之原因大家也都清楚了。至於B型或C型肝炎病毒交互作用，會增加癌症之發生率，但肝炎病毒與食物中之毒性物質，例如黃麴病毒作結合後之影響，動物實驗已有清楚結論，在流行病學上也有印證，

可是黃麴毒素越來越少，但肝癌卻仍越來越多，所以一定有其他毒素之影響。

- (二)有關原住民之主要癌症，公共衛生界之前輩陳拱北教授曾經做過台灣癌症圖譜，山地鄉較為集中之花蓮、台東縣，以胃癌最多，因為原住民較少食用蔬菜、水果，吃食物粗糙、不乾淨，又加上愛喝酒，所以胃癌特別多。
- (三)子宮頸癌之防治，國內應感到羞愧，國外子宮頸癌都消失得差不多，但國內仍為女性第一，做了多年之子宮頸抹片檢查，成效仍然不大。趙委員特別提到之中下階層之篩檢情形，台灣癌症基金會曾募款，TVBS 及南山人壽曾各自捐助二部車，我們將其改裝成小型抹片車，又稱小小抹香鯨，上山下海去找這些中下階層、從來不做抹片之婦女，讓她們方便獲得檢查。而事實上，很多開業醫師也買了車到處巡迴檢查，但這樣持續做了三至五年，抹片率仍無改變，所以一定要有獎懲措施，否則會來的永遠會來做，不來的永遠不來做，除宣導外，要有什麼獎懲。曾有人建議透過健保制度，從不做抹片檢查者，即提高保費，無論如何，應該想辦法落實子宮頸抹片率，最好為現在之兩倍以上，六十%以上婦女都進行抹片，整個子宮頸癌發生率才會下來，否則仍持續上升，但現在只做到增加原位癌之比率，所以死亡率是下降，發生率仍繼續增加，我們要在更早期，原位癌前就要找到病患，但要靠增加抹片率。
- (四)最近新聞提到人類乳脂肪之病毒疫苗，我認為那是可笑之事情，因為那樣預防太花錢了。事實上子宮頸癌預防太簡單了，只要每年做子宮頸抹片，子宮頸癌就不會發生，不管有沒有人類乳脂肪病毒，因為施打疫苗之費用絕對很昂貴，最簡單、最便

宜之方式係每年做一次子宮頸抹片檢查，美國光是做抹片檢查，二、三十年間子宮頸癌就消失了，只要好好去做，子宮頸癌就會消失，沒有必要施打疫苗。

(五)國內現在有很多外科腫瘤之專家，國家衛生研究院也在陸陸續續訓練這些外科醫師，事實上，只要是外科醫師都曾切過腫瘤，所以外科腫瘤醫師基本上並不缺乏，但可能還需要再訓練一些醫師；放射腫瘤科因現在各醫院都挺賺錢，人力及機器應該也不缺；比較需要增加之部分，應為腫瘤內科，像黃院長等做化學治療之醫師比較缺乏，因為不賺錢，看一個病患需要花三十分鐘至四十分鐘，獲得二百多元健保支付，所以比較不容易招募到足夠之年輕醫師走這一行，加上照護癌症病患是很辛苦之工作，看起來腫瘤內科醫師各醫院都在爭取，但事實上仍不夠。

二十、賴主任○○：

(一)放射腫瘤專科醫師並實沒有賺太多錢，如果買了機器，一日即可治療三十至五十個病患，這樣之腫瘤醫師當然不缺乏，但對於放射腫瘤醫師而言，利用何種治療、有何輔助方法可讓病患在治療過程裡面不要太痛苦，像這樣用心的醫師很少，所以平均起來就不夠。個人覺得腫瘤科之醫師不能只限在外科、放射、化療，很多事情還要其他科之醫師協助，以肝癌病患為例，只靠這三個醫師當然不夠，整個治療過程中，需要照攝超音波、做其他的 procedure、插管等，有時需要胃腸科醫師，個人之想法認為，國內似乎需要某種型態之醫師，但不是指創造新科別，而是將現有人力整合，這醫師有臨床腫瘤方面之專長，知道臨床腫瘤應如何處理，不要讓病患到處

找醫師，或有五、六個醫師卻不知道要聽誰的，或一星期看了三個醫師，用了三、四科之藥品，需要一個整合性之專科醫師來處理方法，個人有如此之看法，應該是以病患之看法去看專科醫師之數目，而不是計算醫師之數目認定是否足夠。

(二)子宮頸癌防治方法，剛才前輩建議之獎懲，個人認為很有意義，但大家都不敢也不願意提，現在都是用鼓勵之方式。假如病患得到子宮頸癌，又從來沒有做過子宮頸抹片，但曾看過婦產科、家醫科，應該要處罰，有時候可能會有效果。

二十一、趙委員昌平：

(一)很抱歉，會議時間有所延遲。再次感謝各位對國民健康之貢獻，讓我們著實欽佩，也謝謝給予監察院之指導。

(二)諸位都提到健保總額給付制度，可能使醫療品質受到負面之影響，監察院很注意此問題，因健保之總額給付制度實施未久，各界反應非常強烈，監察院目前正在注意此問題。

(三)關於衛生署對於癌症經費之編列，各位指教甚多，我們會繼續督促衛生署應該對於癌症防治之經費妥為編列，並檢討經費是否足夠。

(四)將來編成之調查報告，會將諸位諮詢指教之事項詳細紀錄，俟調查報告做成後，再分送各位繼續給予指導及指教。總而言之，再次感謝諸位，希望以後繼續給予監察院指導，謝謝各位。