

調 查 報 告

壹、案由：長久以來，臺灣型塑了世界少見及世界聞名的檳榔文化。然而究竟檳榔之種植、生產、進口、販售，乃至嚼食，對於臺灣的環境、生態、衛生、醫療以及社會風氣、國民健康造成何等影響與衝擊？而政府各單位有無積極擬定對策因應，妥善處理？實有深入調查瞭解之必要案。

貳、調查意見

案經向行政院、行政院農業委員會(下稱農委會)、衛生福利部(下稱衛福部)、財政部、教育部及原住民族委員會(下稱原民會)共6機關調閱相關卷證，並於民國(下同)109年12月24日邀集行政院林萬億政務委員、農委會黃金城副主任委員、衛福部國民健康署(下稱國健署)王英偉署長、財政部賦稅署樓美鐘副署長、經濟部商業司陳秘順副司長、內政部警政署陳耀南警政委員、教育部國民及學前教育署(下稱國教署)戴淑芬副署長、原民會林碧霞副主任委員等相關主管人員到院簡報說明。

嗣於110年1月20日邀請新光吳火獅紀念醫院耳鼻喉科主任/輔仁大學醫學系侯勝博教授、臺灣頭頸部腫瘤醫學會婁培人理事長、財團法人陽光社會福利基金會舒靜嫻執行長及臺灣檳榔防制暨口腔癌防治聯盟韓良俊主席提供諮詢意見；復於110年4月8日及9日、10月1日分別赴南投縣國姓鄉、屏東縣內埔鄉等現地履勘並辦理檳榔農座談會，瞭解檳榔園輔導轉作及農民執行之困境，以及檳榔採收後之運輸、分級與包裝等情形。再於110年10月27日詢問行政院林萬億政務委員、衛福部陳時中部長、農委會陳駿季副主任委員、教育部蔡清華政務次長等相關主管人員，調查竣事，茲陳列調查意見如下：

一、國際癌症研究中心(IARC)自西元2003年早已發布「檳榔子屬第一類致癌物」警訊，且嚼食檳榔除造成口腔癌外，亦與食道癌形成相關，我國每年約有超過萬人罹患口腔癌、食道癌，每年死亡人數超過5,000人，每年健保醫療費用支出已逐年增加至超出80億(點)，且嚼食檳榔尚易增加缺血性心臟病、高血壓、肝癌、肝硬化等風險，可見檳榔對於健康危害甚鉅。有鑑於此，澳洲及土耳其已視檳榔為毒品，禁止販售及嚼食，而泰國為檳榔主要生產及消費國，因口腔癌為該國第一大癌症，經逐步推動管制運動，已於西元2012年全面禁止檳榔進口與銷售，其他國家包括加拿大、巴基斯坦、馬紹爾群島及阿拉伯聯合大公國等，均禁止檳榔的進口與銷售，部分甚有相關罰則。反觀我國，行政院長久以來對於檳榔危害防制作為過於消極，每年僅召開1次中央癌症防治會報列管，防制工作早流於形式，且怠於重新檢視並推動檳榔危害防制專法，總以檳榔管理已分散於其他相關法令規定為由推拖，漠視目前各管理法令漏洞及強度不足之後果，坐視國人口腔癌及食道癌發生率居高不下，甚口腔癌發生率高居世界第一之事實，致國人必須付出慘痛的健康代價及社會沉重的醫療支出，核有怠失。

(一)按「行政院組織法」第2條、第3條及第10條第1項規定，行政院行使憲法所賦予之職權，並設置衛福部、教育部及農業部……等，且行政院院長綜理院務，並指揮監督所屬機關。另為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，我國於92年5月21日經總統華總一義字第09200088630號令制定公布「癌症防治法」。按「癌症防治法」第6條第1項規定：「行政院為執行癌症防治政策，應設中央癌症防治會報。」是行政院應指

揮及整合各部會對於癌症防治之相關工作。

- (二)有關檳榔對健康之危害，國際癌症研究中心（International Agency for Research on Cancer, IARC）於西元1987年即綜合各國研究結果，認定「嚼食含菸草的檳榔」或「同時有吸菸與檳榔習慣」對人類有致癌性，致癌部位主要在口腔、咽及食道。西元2003年，IARC邀集全世界7個國家、16個學者組成工作小組，針對檳榔嚼塊、檳榔子（單獨果實本身）和檳榔含有的一些亞硝基胺的致癌性重新予以評議，作了「檳榔子屬第一類致癌物」（即對人類有致癌性）的結論，其根據是：動物實驗結果，檳榔子單獨之致癌證據已是充足、檳榔子會使嚼食者引起口腔黏膜下纖維化症，後可能發生惡性轉變成為口腔癌，以及其致癌機轉所得之證據明確¹。因之，檳榔具致癌性早已毋庸置疑，而在西元2003年更進一步證實「檳榔子」本身即屬於第一類致癌物。

- (三)查我國102-107年罹患口腔癌(含口腔、口咽、下咽，下同)之人數分別計7,339、7,682、7,757、7,897、7,797人及8,170人；以標準化發生率計，各年度口腔癌發生率分別為每10萬人口22.6、23.2、22.9、22.7、22.0及22.5人。顯見我國每年約有七、八千人罹患口腔癌，且發生人數逐年增加。

再且，依西元2020年國際公共衛生的研究統計，全世界每10萬人中有4.1人罹患口腔癌，而我國口腔癌發生率歷年來約每10萬人有22人，遠高出世界值；復依據臺灣檳榔防制暨口腔癌防治聯盟108年「檳榔防制暨口腔癌防治政策說帖」指出，西元2016年世

¹ 資料來源：衛福部國健署官網；檳榔子是國際認定第一類致癌物；查詢網址：
<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=1127&pid=1804>，查詢日期：110年3月9日。

界衛生組織(World Health Organization, WHO)公告口腔癌世界第一為巴布亞紐幾內亞(每10萬「男性」中有32.3人罹患口腔癌)，然我國同一年度每10萬「男性」中有42.4位罹患口腔癌，因此我國實際上口腔癌發生率列屬世界第一。

另關於口腔癌死亡率，如以標準化死亡率計，以105年最高為每10萬人口9.0人，之後則分別為8.5、8.8、8.9及8.6人(詳如下表)，且每年約排名為第五大或第六大癌症死因。

至於原住民族嚼食檳榔文化之問題，據原民會查復略以，東部及南部的各族群，檳榔為祭儀、定情及交際應酬之禮品，而鄒族、布農族、泰雅族並無嚼食檳榔之習慣。查102-106年各年度原住民罹患口腔癌人數計75、82、94、100及128人，呈現逐年上升趨勢，惟關於原住民族嚼食檳榔之人數，原民會表示並無相關資料，是有關尊重原住民族文化及健康促進間之平衡，亦值政府重視。

表1 102-109年各年度口腔癌發生、死亡人數與標準化率

單位：人

年度		102	103	104	105	106	107	108	109
發生	人數	7,339	7,682	7,757	7,897	7,797	8,170	-	-
	標準化率 (單位：每10萬人)	22.6	23.2	22.9	22.7	22.0	22.5	-	-
死亡	人數	2,918	2,943	2,889	3,180	3,079	3,279	3,425	3,380
	標準化率 (單位：每10萬人)	8.9	8.8	8.4	9.0	8.5	8.8	8.9	8.6

資料來源：衛福部

1. 口腔癌(包含口腔、口咽及下咽)之定義：包含 ICD 10 代碼 C00-C06、C09-C10、C12-C14，下同。
2. 口腔癌發生資料：衛福部國健署台灣癌症登記資料庫，最新年度至 107 年。
3. 口腔癌死亡資料：衛福部統計處死因統計資料。108 年起死因統計改採國際疾病分類(ICD-10)最新版選取標準，並以相同標準設算 102-109 年。
4. 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)。

另口腔癌健保醫療支出，依衛福部中央健康保險署（下稱健保署）統計，102-109年頭頸癌之醫療費用介於64.4億(點)至86.3億(點)，占全癌症醫療費用占率介於10.5%至12.0%，而主診斷為口腔癌之醫療費用則介於46.8億(點)至66.3億(點)，占頭頸癌醫療費用占率在72.7%至76.8%間，且口腔癌健保醫療支出呈逐年增加趨勢，109年已高達66.3億(點)，詳如下表。

表2 102-109年口腔癌醫療健保支出及占率

單位：億(點)；%

項目	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年
醫療費用點數(億點)								
健保總支出	5,895.7	6,152.6	6,303.8	6,618.7	7,008.6	7,384.1	7,731.1	7,803.8
癌症	537.8	564.0	589.2	620.7	676.5	720.0	760.4	820.9
頭頸癌	64.4	66.9	67.0	71.3	76.7	79.0	81.9	86.3
口腔癌	46.8	48.8	49.4	52.8	57.7	59.9	61.9	66.3

資料來源：衛福部健保署三代倉儲系統門診、交付機構及住診明細檔，資料擷取日：109年9月8日。

(四)另前財團法人國家衛生研究院「環境衛生與職業醫學組」研究員兼主任、高雄醫學大學葛應欽教授等於西元1995年於「口腔病理學及口腔內科學雜誌」發表之研究指出，若同時具有嚼食檳榔、抽菸習慣者，罹患口腔癌的機率為一般人的89倍，而如有嚼檳榔、抽菸及喝酒三習慣皆有者，罹患口腔癌之機會更高達123倍。由此可知，檳榔實為三大禍害之首，對於健康有極大之威脅。

表3 檳榔、菸及酒對於口腔癌之致癌風險

危險因子	罹患口腔癌危險機率倍數
酗酒+抽菸+嚼食檳榔	123倍

抽菸+嚼食檳	89倍
酗酒+嚼食檳榔	54倍
嚼食檳榔	28倍
酗酒+抽菸	22倍
抽菸	18倍
酗酒	10倍

註：罹患口腔癌的機率倍數與不抽菸、不喝酒、不嚼檳榔者相比(設為1倍)。

資料來源：葛應欽等(1995)，臺灣之口腔癌與嚼檳榔、吸菸、酒精消耗間的關聯性。口腔病理學及口腔內科學雜誌，第24卷。

再者，葛教授於西元2005年及2006年研究進一步指出，檳榔亦與食道癌形成相關，主要在於助長菸與酒的致癌作用，同時具有嚼食檳榔、抽菸及喝酒三習慣者，罹患食道癌的機率為一般人的195.6倍²，詳如下表。

表4 檳榔、菸、酒對上呼吸道、上消化道的致癌風險

	主要危險因子	次要危險因子	菸+酒+檳榔
咽癌	檳榔(7.7倍)	酒(6.6倍)	96.9倍
喉癌	菸(7.1倍)	酒(3.8倍)	40.3倍
食道癌	酒(17.6倍)	菸(5.4倍)	195.6倍

註：罹患口腔癌的機率倍數與不抽菸、不喝酒、不嚼檳榔者相比(設為1倍)。

資料來源：同上註。

至於我國食道癌發生率、死亡人數及健保支出情形，查102-107年罹患食道癌之人數分別計2,521、2,628、2,596、2,648、2,800人及2,778人；以標準化發生率計，各年度食道癌發生率分別為每10萬人

²(1)Ka-Wo Lee, ... and Ying-Chin Ko: Different impact from betel quid, alcohol and cigarette: Risk factors for pharyngeal and laryngeal cancer. Int J Cancer 2005; 117: 831 - 836.

(2)I. C. Wu, ... and Y. C. Ko: Interaction between cigarette, alcohol and betel nut use on esophageal cancer risk in Taiwan. Eur J of Clin Invest 2006; 36(4): 236 - 241.

口7.53、7.68、7.39、7.38、7.63及7.37人。顯見我國每年約有2,700餘人罹患食道癌，且發生率居高不下。另關於死亡率，102-109年每年死亡人數分別計1,660、1,791、1,807、1,731、1,797、1,929、1,983及1,954人，亦即近3年每年有近2,000人死亡（詳如下表），此嚴重性不容小覷。

表5 102-109年各年度食道癌發生、死亡人數與標準化率

單位：人；人/每10萬人

年度		102	103	104	105	106	107	108	109
發生	人數	2,521	2,628	2,596	2,648	2,800	2,778	-	-
	標準化率 (單位：每10萬人)	7.53	7.68	7.39	7.38	7.63	7.37	-	-
死亡	人數	1,660	1,791	1,807	1,731	1,797	1,929	1,983	1,954
	標準化率 (單位：每10萬人)	5.0	5.2	5.1	4.8	4.8	5.1	5.1	4.9

註：

1. 以上資料僅列侵襲癌個案。
2. 年齡標準化率（單位每10萬人口）係使用2000年世界標準人口計算。
3. 標準化發生率：癌症登記資料庫，最新至107年。

資料來源：衛福部

關於食道癌之醫療健保支出費用，102-109年間醫療費用支出逐年增加，109年已達20.0億(點)為近年最高(詳如下表)。

表6 102-109年食道癌醫療健保支出及占率

單位：億(點)；%

項目	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年
醫療費用點數(億點)								
健保總支出	5,895.7	6,152.6	6,303.8	6,618.7	7,008.6	7,384.1	7,731.1	7,803.8
癌症	537.8	564.0	589.2	620.7	676.5	720.0	760.4	820.9
食道癌	14.7	15.9	15.8	16.4	17.9	19.1	18.7	20.0

註：

1. 統計範圍為因癌症門、住診就醫申報案件。
 2. 癌症案件係以主診斷碼判定，診斷碼範圍為：(1)ICD-9-CM：疾病診斷碼前3碼為140-208之案件。(2)ICD-10-CM：疾病診斷碼前3碼為C00-C97之案件。
 3. 食道癌係以主診斷碼認定，診斷碼範圍為：(1)ICD-9-CM：疾病診斷碼前3碼為150之案件。(2)ICD-10-CM：疾病診斷碼前3碼為C15之案件。
- 資料來源：衛福部健保署三代倉儲系統門診、交付機構及住診明細檔，資料擷取日：110年10月22日。

(五)依上，嚼食檳榔易造成口腔癌及食道癌發生，以最新的癌症發生率統計資料觀之，107年罹患口腔癌、食道癌者，總計有10,948人，即一年當中有超過萬人罹患該2項癌症，而每年死於口腔癌、食道癌者，約計5,300人，以男性主要癌症死因統計，口腔癌及食道癌近年均排名為第四大及第五大死因。且口腔癌及食道癌之健保醫療支出均逐年增加，109年支出已超出80億(點)。另除誘發口腔癌外，嚼食檳榔會使牙齒變黑、磨損、動搖、牙齦萎縮造成牙周病等，雖未及癌症前病變，但仍需耗費相當醫療支出；再者，流行病學研究指出嚼檳榔者易增加缺血性心臟病的風險³、與高血壓顯著相關(第二型糖尿病患者)⁴、增加肝癌、肝硬化之風險⁵等，可見檳榔對於健康尚有甚多危害。要言之，檳榔對於健康之危害相當嚴重，衍生之醫療支出及家庭負擔亦為龐大，行政院及相關主管機關不應持續漠視之。

(六)有關政府近30年對於檳榔危害之防制作為，經查行政院於83年12月舉行之第15次科技顧問會議，討論

³ Chin-Hsiao Tseng .Betel Nut Chewing and Subclinical Ischemic Heart Disease in Diabetic Patients. Cardiol Res Pract. 2011: 451489.

⁴ Chin-Hsiao Tseng. Betel Nut Chewing Is Associated with Hypertension in Taiwanese Type 2 Diabetic Patients. Hypertension Research volume 31, pages417-423 (2008)

⁵ Grace Hui-Min Wu Barbara J Boucher, Yueh-Hsia Chiu, Chao-Sheng Liao, Tony Hsiu-Hsi Chen. Impact of chewing betel-nut (Areca catechu) on liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma: a population-based study from an area with a high prevalence of hepatitis B and C infections. Health Nutr. 2009 Jan;12(1):129-35.

議題貳：保健與公共衛生，子題（二）：防制健康危險因子中，有關「嚼檳榔」問題，會議結論建議「由行政院成立跨部會之『檳榔問題防制會報』，訂定相關防制措施」。原行政院衛生署（下稱原衛生署）依據前項會議結論，研提「有關檳榔危害防制工作及協調跨部會共同作業」乙案，陳報行政院，行政院秘書長於85年9月20日以台85衛字第31852號函復，請原衛生署邀集相關部會及省（市）政府研商辦理。

行政院於86年4月8日以台86為字第13516號函核定原衛生署研擬之「檳榔問題管理方案」，該方案集結7部會，著手辦理檳榔各面向問題並訂定相關執行目標，包括降低與預防兒童、少年嚼食檳榔行為、降低國人嚼食檳榔比例、加強查緝檳榔走私進口、將檳榔業納入公司行號以加強管理並予課稅，取締檳榔攤占用道路及僱用未成年少女穿著暴露服裝販售檳榔之行為、保育水土資源等。該方案並於91年6月執行結束。

「檳榔問題管理方案」結束後，行政院因摒棄該方案所建立之跨部會防制基礎架構，未能周延持續推動跨部會檳榔防制工作等情，前經本院立案調查，並於102年1月2日經本院財政及經濟、內政及少數民族、教育及文化委員會第4屆第31次聯席會議通過調查報告，並糾正行政院在案⁶。是以，行政院應重視此問題，並積極研謀改善，惟該院仍迄未恢復或重新建立跨部會防制架構，亦未曾再推動全方面之跨部會防制策略並訂定達成目標，對於檳榔防制

⁶本院101年2月29日院台調查字第1010800074號函派案之糾正事由：行政院雖於86年訂有檳榔問題管理方案，以整合並督導各部會檳榔防制，然未能善用該方案已建立之防制架構，將防治工作提升層級，列入國家永續發展工作相關項目辦理，致相關部會整合防制工作未能延續以盡事功，錯失管理先機等情。該糾正案業於103年5月7日本院財政及經濟、內政及少數民族、教育及文化委員會第4屆第44次聯席會議審議決議全案結案存查。

工作顯為消極怠慢。

(七)復查，行政院雖表示，目前經由中央癌症防治會報討論，可整合並督導各部會檳榔防制工作等語。惟查，中央癌症防治會報1年僅召開1次，且1場會議通常提列4-6個報告案，檳榔危害防制報告僅是其中1案，加以與檳榔防制相關之工作報告，主要落在衛福部及農委會，其餘部會僅偶而提會報告涉及權責之非持續業務(例如：勞動部-改善陸上運輸業勞動條件等)，故中央癌症防治會報之檳榔危害防制作業，難謂為緊密且周延之跨部會防制架構。再者，該會報之開會方式，主要係由部會報告1年以來之執行情形，再由會報委員提供相關建議，需俟1年後再予檢視及追蹤，是以，此方式進行之檳榔危害防制工作自流於形式、難具效益。

(八)再查，原衛生署曾於99年研擬「檳榔危害防制法」(草案)，嗣表示在立法技術上，無法以單一法典或單一法律案含括所有層面(環境污染、水土保持、衛生健康、走私查緝、產銷管理及轉業輔導等)，因各事項的主管機關不同，有其專業分工上的考量，若由原衛生署主導，實有外行領導內行之虞，亦與現行法制不符，立法範圍建議限於「衛生健康」面向，爰改研擬「檳榔健康危害防制法」(草案)。嗣後又表示該草案內容之管理面向，於現行法規業已規範，如兒童及少年、孕婦嚼檳榔行為之禁止，已有「兒童及少年福利與權益保障法」、「學校衛生法」等；嚼檳榔場所之限制有「廢棄物清理法」、「大眾捷運法」、「鐵路法」等；檳榔害之教育宣導及篩檢服務有「口腔健康法」、「癌症防治法」等相關法規進行規範與管理；另表示檳榔問題亦涉及農民、原住民等弱勢族群生計，經100年行政院第6次與第7次中央

癌症防治會報討論，決議請原衛生署先行推動檳榔防制社會運動，強化宣導，爰未送立法院審議迄今。

(九)惟查，上開「檳榔健康危害防制法」(草案)對於檳榔之管理，在與現行法規重複部分，或可再研議是否以特別法規定優先，以摒除重複問題，在目前未有專法管理之情形下，衍生諸多管理漏洞現象，例如：衛福部無法將檳榔定位為「食品」，爰無法以「食品安全衛生管理法」列管，導致檳榔之販賣場所、檳榔包裝標示、警示語等無法可管，且檳榔常搭配食用的紅、白灰等是否具毒性、製造加工場所安全衛生等食用之安全衛生問題，衛福部認與檳榔相關，亦放任不管，且荖葉、荖花及檳榔等是否屬於「農作物」，在農委會現行法令上，亦有納管之困難，相對應之產銷鏈及價格，僅能任由民間聯誼會組織決定，政府毫無介入空間，迄今該等問題仍懸宕未解；加以，檳榔種植破壞林地，造成土石流失問題等，本院均曾調查並請行政院及相關主管機關檢討改善⁷。

再且，行政院雖認為現行對於檳榔之管理，與現行法規或有重複，然以青少年不得嚼食檳榔為例，縱使「兒童及少年福利與權益保障法」第43條規定已明文禁止，惟據衛福部國健署108年度調查，曾嚼過檳榔之青少年學生（包括國民中學、高級中等學

⁷本院108年7月23日院台調查字第1080800141號派函：「據悉，30年來因食藥署未公告檳榔農藥殘留標準、農委會未制定檳榔用藥規範及田間管理標準，檳榔園一直未納管而自主噴藥。歐盟已視檳榔為食品並公告食安農藥標準，我國農委會農業藥物毒物試驗所亦早已完成檳榔農藥殘留標準數據訂定，然食藥署因政策性不鼓勵國人食用檳榔，迄今未公告農藥殘留標準。惟檳榔2018年的栽種面積仍僅次於稻米，位居全國第二，種植面積約42,510公頃，年產量10萬公噸。目前國人食用檳榔人口眾多，政府不應坐視業者自主管理，以致有危害國人及農民健康、威脅環境生態之虞。因事已多年均未見政府有效管理，爰有調查之必要案。」及106年10月27日院台調查字第1060800267號派函：「財政部國有財產署將檳榔管理方案執行情形納入超限利用國有非公用土地執行計畫管考，惟該方案列管應優先處理案件已屆清理期限，清理比率約僅4成，清理成效欠佳等情案。」

校及五專前三年學生)第1次嚼食檳榔的年齡在7歲或7歲以前者，竟高達15%以上，即在學齡前就有嚼食檳榔之經驗，顯見目前分散於各法令之規定，對於檳榔防制的管理強度及成效實屬有限。簡言之，上開管理法令漏洞及強度不足之結果，國人必須付出慘痛的健康代價及沉重的醫療支出與社會成本，故行政院已到全面檢討並推動檳榔危害防制專法之時刻，始可發揮由上而下統合各層面管理的成效。

(十)末查，澳洲紐西蘭食品標準局(Food Standards Australia New Zealand, FSANZ)已明文規定禁止嚼食檳榔，甚至認為檳榔鹼屬四級毒品⁸，而土耳其也將檳榔視為毒品，故禁止販賣、進口，也禁個人嚼食。另值得注意的是，泰國為主要的檳榔生產及消費國，於西元1950年左右，因口腔癌為該國第一大癌症，爰逐步推動檳榔防制運動，西元2012年起已全面禁止檳榔進口及銷售⁹。其他國家包括加拿大、巴基斯坦、馬紹爾群島及阿拉伯聯合大公國等，均禁止檳榔的進口與銷售，部分甚有相關罰則。是以，國際上已有部分國家將檳榔視為毒品，禁止食用及販售，且有多數國家因檳榔具致癌性，而規定禁止銷售，其中包括檳榔生產大國(泰國)，值此之際，行政院應立即正視檳榔問題並妥謀積極管理措施。

(十一)綜上，IARC自西元2003年早已發布「檳榔子屬第一類致癌物」警訊，且嚼食檳榔除造成口腔癌外，亦與食道癌形成相關，我國每年約有超過萬人罹患口腔癌、食道癌，每年死亡人數超過5,000人，每年健保醫療費用支出已逐年增加至超出80億(點)，且

⁸資料來源：Alcohol and Drug Foundation. Betel nut. 2021.<https://adf.org.au/drug-facts/betel-nut/>。

⁹吳嬌等(2020)，淺析國際檳榔文化及各國管理政策，熱帶生物學報，第11卷，第4期。

嚼食檳榔尚易增加缺血性心臟病、高血壓、肝癌、肝硬化等風險，可見檳榔對於健康危害甚鉅。有鑑於此，澳洲及土耳其已視檳榔為毒品，禁止販售及嚼食，而泰國為檳榔主要生產及消費國，因口腔癌為該國第一大癌症，經逐步推動管制運動，已於西元2012年全面禁止檳榔進口與銷售，其他國家包括加拿大、巴基斯坦、馬紹爾群島及阿拉伯聯合大公國等，均禁止檳榔的進口與銷售，部分甚有相關罰則。反觀我國，行政院長久以來對於檳榔危害防制作為過於消極，每年僅召開1次中央癌症防治會報列管，防制工作早流於形式，且怠於重新檢視並推動檳榔危害防制專法，總以檳榔管理已分散於其他相關法令規定為由推拖，漠視目前各管理法令漏洞及強度不足之後果，坐視國人口腔癌及食道癌發生率居高不下，甚口腔癌發生率高居世界第一之事實，致國人必須付出慘痛的健康代價及社會沉重的醫療支出，核有怠失。

二、衛福部對於口腔癌防制工作之主要重點，在於提供口腔癌篩檢服務，惟該服務自99年以來施行迄今已近12年，每年國人口腔癌發生人數及死亡人數仍逐年攀升，凸顯該末端之篩檢服務效益有限，益證各部會現行檳榔管理與防制工作未能發揮整合效果，均待行政院督促衛福部及相關部會檢討改善。

(一)按「癌症防治法」第2條規定：「本法所稱主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。」復按同法第9條及第13條第1項分別規定：「中央主管機關得整合癌症篩檢及診斷治療機構，建立完整之區域癌症篩檢及治療服務網，並得視需要獎助設立癌症防治中心及獎助

醫療機構辦理癌症防治有關服務措施。」、「主管機關得視需要，辦理人民癌症預防、篩檢。」爰此，為減少癌症對於國人的威脅，衛福部應辦理癌症篩檢服務。

(二)自84年起，原中央健康保險局(現衛福部健保署)依「全民健康保險法」相關規定，辦理國人預防保健服務，包括提供孕婦產前檢查、兒童預防保健、子宮頸抹片檢查及成人預防保健等4項服務，嗣95年起移由原衛生署國民健康局(現衛福部國健署)辦理，該局於99年起增訂口腔黏膜檢查(即口腔癌篩檢)預防保健服務之提供，對於18歲以上未滿30歲有嚼檳榔(含已戒)原住民，以及30歲以上有嚼檳榔(含已戒)或吸菸者，每2年1次口腔癌篩檢。爰此，口腔癌篩檢服務自99年辦理迄今，已近12年之久。

(三)查衛福部對於檳榔防制之主要工作，在於口腔癌篩檢及戒檳衛教服務，該部國健署表示，目前每年有約90萬名民眾接受篩檢，每年可從中發現1,300位口腔癌及3,500位已有癌前病變者，具篩檢效益等語。惟我國口腔癌發生人數，102-107年分別計7,339、7,682、7,757、7,897、7,797人及8,170人，罹患人數逐年增加，而102-109年口腔癌死亡人數分別計2,918、2,943、2,889、3,180、3,079、3,279、3,425及3,380人，亦呈逐年上升趨勢；簡言之，每年逾八千人罹患口腔癌，每年死亡人數超過三千人(已如調查意見一所述)。

再且，有關各年齡層口腔癌發生人數情形，查104-107年各年度均以「50-54」歲、「55-59」歲者發生率最高(詳如下表)，足見，口腔癌人數逐年增加，並非人口老化造成。而衛福部國健署102-109年口腔癌篩檢的支出費用分別計新臺幣1.4、1.4、

1.3、1.4、1.2、1.1、0.9及0.7億元，除109年因新型冠狀病毒肺炎影響民眾篩檢意願外，每年口腔癌篩檢約需1億元費用。是以，衛福部對於口腔癌之防制工作，除戒檳衛教服務及嚼檳率調查外，主要重點在於辦理口腔癌篩檢服務，惟口腔癌篩檢效益顯屬有限，益證末端之篩檢服務成效不彰，各部會現行檳榔防制工作未能整合以發揮效果。

表7 104-107年各年齡層口腔癌發生人數分布

單位：人

年齡層	104年	105年	106年	107年
0-4	0	0	0	1
5-9	0	1	0	1
10-14	0	1	0	0
15-19	1	3	2	1
20-24	10	7	4	6
25-29	21	18	21	14
30-34	81	71	75	64
35-39	302	305	269	237
40-44	708	649	616	568
45-49	1,076	999	994	999
50-54	1,367	1,415	1,284	1,309
55-59	1,417	1,409	1,439	1,537
60-64	1,114	1,212	1,177	1299
65-69	643	744	861	991
70-74	425	446	408	445
75-79	288	304	315	349
80-84	169	177	189	205
85以上	135	136	143	144
合計	7,757	7,897	7,797	8,170

資料來源：衛福部

(四)據上，衛福部對於口腔癌防制工作之主要重點，在於提供口腔癌篩檢服務，惟該服務自99年以來施行

迄今已近12年，每年國人口腔癌發生人數及死亡人數仍逐年攀升，凸顯該末端之篩檢服務效益有限，益證各部會現行檳榔管理與防制工作未能發揮整合效果，均待行政院督促衛福部及相關部會檢討改善。

三、教育部雖長期辦理兒童、青少年檳榔防制工作，惟近年我國青少年嚼檳率均超過2%，且其對於檳榔致癌之認知率亦未提升，加以曾嚼食檳榔的國中生，近6成第1次嚼檳是在11歲以前(小學階段)，而曾嚼檳的青少年學生(包括國民中學、高級中等學校及五專前三年學生)，在7歲或7歲以前(學齡前階段)第1次嚼檳者甚高達15.1%，教育部應嚴肅且審慎面對青少年嚼檳及年齡層下降之警訊，並整合「菸、毒、檳」三合一之防治策略，全面於各級學校推動，方能達改善效果。

(一)按「學校衛生法」第2條規定：「(第1項)本法所稱主管機關：在中央為教育部；在直轄市為直轄市政府；在縣(市)為縣(市)政府。(第2項)本法所訂事項涉及衛生、環境保護、社政等相關業務時，應由主管機關會同各相關機關辦理。」復按同法第19條及第24條分別規定：「學校應加強辦理健康促進及建立健康生活行為等活動。」、「高級中等以下學校，應全面禁菸；並不得供售菸、酒、檳榔及其他有害身心健康之物質。」基此，教育部應積極辦理健康促進活動，將檳榔防制納為重要宣導項目，以降低檳榔對青少年之健康危害。

(二)衛福部國健署為維護青少年學生之健康，每年辦理青少年吸菸及嚼檳之行為調查，教育部國教署則依其調查分析結果作為高嚼檳縣市推動防制業務重點。據教育部表示，已於102年訂定「教育部兒童、青少年檳榔防制工作計畫」，並經103年、105年2次修正，

以督請地方政府及學校加強檳榔防制工作，主要執行情形如下：

1、辦理宣導活動：

- (1) 103年舉辦高中組檳榔危害防制微電影徵選、國中組檳榔危害防制之拒檳真人4格漫畫比賽。
- (2) 106至108年辦理「網紅就是你」短片競賽，並將獲獎短片刊登上網，供學校宣導運用。

2、研發衛教素材：

- (1) 103年製作無檳校園宣導單張、拒檳親職手冊、高級中等以下學校教學資源宣導手冊及專家輔導手冊；並開發國、高中（職）檳榔防制10分鐘宣導簡報。
- (2) 106至107年開發編製適用「如何與孩子談菸、檳親子共學手冊」電子書1本，適用國民中學以上學生之菸、檳危害防制宣導動畫教材、幼兒園生宣導繪本電子書1本，以及校園吸菸、嚼檳個案輔導手冊等。

3、輔導學校落實檳榔防制工作：

- (1) 於102年至106年期間實施「高嚼檳縣學校檳榔防制健康促進模式介入輔導計畫」，成立推動小組、召開中央輔導委員共識會議。
- (2) 自106年起實施「校園菸檳危害防制教育介入輔導計畫」，發展檳榔危害防制之適性教育媒體與輔導策略等。

(三) 惟有關青少年近年嚼檳情形，據衛福部國健署調查，106-108年高中職學生嚼食檳榔之比率分別為2.55%、2.10%及2.14%，而其對於檳榔致癌性之認知率則分別為49.60%、51.10%及51.89%，足見16-18歲青少年對於檳榔致癌率之認知並未明確提升，而嚼檳率也未明顯減少。至於青少年嚼檳率各縣市分布情形，

以臺東縣、南投縣及花蓮縣較高，顯見嚼食檳榔者主要集中在檳榔產地，其中南投縣106-108年高中職生嚼檳率分別為4.20%、3.70%及3.56%，另臺東縣則分別為5.21%、5.54%及5.75%。由上可知，教育部雖長期辦理青少年檳榔危害防制工作，惟青少年之嚼檳率仍未下降，致癌性之認知率亦未明顯提升。

- (四)復查，衛福部國健署107年調查結果顯示，國中學生及高中職生首次嚼食檳榔的來源為「家人」者分別占45.5%及29.1%，而來源為「朋友」者，則分別為30.3%及52.1%，可見對於國中學生而言，受家人影響較大，而高中職學生則主要受朋友影響。另調查亦顯示，對於有嚼食檳榔的國中生而言，有近6成第1次嚼檳榔是在11歲以前，即於「小學」階段即嘗試嚼食檳榔。

再依衛福部國健署最新108年度調查資料顯示，曾嚼食檳榔之青少年（包括國中、高中職及五專前三年學生）第1次嚼檳年齡在7歲或7歲以前者，竟高達15.1%。要言之，嚼食檳榔的青少年中，有15%的青少年第1次嚼檳榔竟是在「學齡前」階段，故教育部應嚴肅且審慎面對此嚼檳年齡層下降之警訊，並積極研求改善措施。

- (五)承前述，教育部雖長期辦理兒童、青少年檳榔防制工作，惟近年我國青少年嚼檳率均超過2%，且其對於檳榔致癌之認知率亦未提升，加以曾嚼食檳榔的國中生，近6成第1次嚼檳是在11歲以前(小學階段)，而曾嚼檳的青少年學生(包括國民中學、高級中等學校及五專前三年學生)，在7歲或7歲以前(學齡前階段)第1次嚼檳者甚高達15.1%，教育部應嚴肅且審慎面對青少年嚼檳率及年齡層下降之警訊，並整合「菸、毒、檳」三合一之防制策略，全面於各級學校推動，

方能達改善效果。

四、農委會認為檳榔非屬農產品，並自103年起辦理輔導轉作，惟未編列特別預算，且提供轉作之誘因不足，輔導亦力有未逮，致長年以來檳榔仍屬國內種植面積第二大之作物，僅次於稻米；且該會無法確切掌握檳榔產地價格及產量，所衍生檳榔產值總是高達百億之「綠金」說法，自難有根據，易造成檳榔農誤解從而降低轉作之意願，均有待檢討改善。

(一)按「行政院農業委員會組織條例」第1條及第4條之1規定：「行政院為配合國家建設，設農業委員會（以下簡稱本會），主管全國農、林、漁、牧及糧食行政事務。」「本會設農糧署、森林及自然保育署、水土保持局、農業金融局、試驗所、研究所及改良場，其組織以法律定之。」次按「行政院農業委員會農糧署組織條例」第2條規定，行政院農業委員會農糧署（下稱農委會農糧署）掌理農糧政策、法規及計畫之擬訂、執行與監督，農糧產業資訊之蒐集與分析，以及農糧產品交易制度與市場經營管理之輔導及督導等事項。基此，農委會農糧署應掌握作物產量、交易制度及產銷等，農委會對於作物政策及管理負有監督之責。

(二)查農委會為配合中央癌症防治政策及國土復育，加強檳榔生產管制，縮減檳榔種植面積，曾邀集衛福部、原民會及財政部國有財產署等機關，訂定「103-106年檳榔管理方案」，並經行政院同意辦理，農委會農糧署就該方案負責：「農牧用地種植檳榔輔導廢園及轉作」（下稱第1次輔導計畫），且以4,800公頃為目標，惟實際執行結果僅有720公頃，達成率僅15%。

農委會經檢討執行方案並陳報行政院後，行政院於107年12月14日核定「108-110年度輔導檳榔廢園及轉作計畫」（下稱第2次輔導計畫），規定廢園及轉作可分開辦理，並將平地檳榔園納入輔導。農委會表示，108及109年已完成檳榔廢園及轉作433公頃，目標達成率為87.5%，且國內檳榔種植面積已自102年45,792公頃，縮減至109年40,779公頃，計縮減5,013公頃（－10.9%）等語。

- (三)惟查農委會第1次輔導計畫所訂定之目標4,800公頃，實際執行結果僅有720公頃，第2次輔導計畫雖稱達成率已近88%，惟其所訂定之目標值僅為600公頃，顯見檳榔廢園及轉作成效有限；且檳榔種植面積自102至109年止，雖已縮減5,013公頃，然檳榔種植面積仍高居國內第二大，僅次於稻米，足見農委會縱然認定檳榔非屬農作物、農產品，採取不鼓勵也不管理之態度，但仍無法隱藏默默支持其存在之事實。

本院於110年4月8日及9日、10月1日分別赴南投縣國姓鄉、屏東縣內埔鄉等現地履勘，瞭解檳榔廢園及轉作實際辦理情形，發現大多農民已意識到檳榔為夕陽農業，但不敢貿然廢園及轉作，主要原因在於投入成本及勞力高、推薦作物效益低、補助誘因不足、農業人力欠缺、推薦作物未符合在地特色、產銷鏈缺漏不足等問題，且農委會迄未能掌握檳榔實際種植及廢園面積等，故農委會應積極正視該等問題，並據以滾動研修執行計畫，以提升檳榔農轉作意願。

- (四)再查，據農委會統計，102-108年國內檳榔種植面積分別計45,792、44,959、43,832、42,940、42,661、42,510、41,965及40,779公頃，年產量約為10萬公噸上下，年產值則為新臺幣57-114億元間，差距程

度甚鉅(詳如下表)。

表8 102-109年各縣市檳榔種植面積、產量及產值

年別	種植面積 (公頃)	產量 (公噸)	產值 (千元)
102	45,792	124,054	8,435,695
103	44,959	121,435	10,686,248
104	43,832	113,182	10,186,357
105	42,940	99,992	9,199,261
106	42,661	102,165	11,401,603
107	42,510	102,918	9,159,703
108	41,965	103,767	5,759,062
109	40,779	98,565	6,603,886

資料來源：農委會、農業統計年報。

農委會表示，鑑於檳榔非屬「農產品市場交易法」規範之對象，無法透過各地果菜批發市場交易，故難以掌握檳榔確切之產銷數量及價格。檳榔產銷通路為，農民生產之檳榔(青仔)透過產地販運商(大盤)於產地向農民收購，消費地販運商(中盤商)再向產地販運商(大盤)採購供應零售商(檳榔攤)。檳榔運銷係由各產地中盤商自行籌組聯誼會(非政府立案之組織)，決定每日檳榔價格。中盤商收購之檳榔，再透過各地檳榔包裝加工業職業工會配送至各檳榔攤，以包葉檳榔(老葉加紅白石灰)形式銷售。

由上可徵，農委會認檳榔非屬農產品，無法以「農產品市場交易法」納管，致檳榔價格任由各產地中盤商組成的聯誼會決定，或為檳榔價格波動程度甚大之原因，另該會因無從調查瞭解檳榔確切之產地價格，是檳榔年產值超過百億之說法，易滋生

誤解，此過高產值易使種植者認為檳榔尚有價值，而降低轉作意願，同時擾亂市場秩序，殊值農委會正視。

- (五)據上，農委會認為檳榔非屬農產品，並自103年起辦理輔導轉作，惟未編列特別預算，且提供轉作之誘因不足，輔導亦力有未逮，致長年以來檳榔仍屬國內種植面積第二大之作物，僅次於稻米；且該會無法確切掌握檳榔產地價格及產量，所衍生檳榔產值總是高達百億之「綠金」說法，自難有根據，易造成檳榔農誤解從而降低轉作之意願，均有待檢討改善。

五、檳榔常搭配之紅、白灰等「佐料」，其成分未明，經獨家祖傳秘方調配後，對於人體健康之安全風險更高，然衛福部從未正視並瞭解其危害，總以檳榔非屬食品為由，概括涵蓋認定紅、白灰等亦非屬食品安全衛生管理法範疇，刻意忽視其自原料、加工至包裝等過程，以及製造場所等安全衛生問題，罔顧食用之安全性，是該部於檳榔防制專法制定前，應積極正視並妥謀解決方案。

- (一)按「食品安全衛生管理法」第3條第1款規定：「食品：指供人飲食或咀嚼之產品及其原料。」復按同法第15條第1項規定：「食品或食品添加物有下列情形之一者，不得製造、加工、調配、包裝、運送、貯存、販賣、輸入、輸出、作為贈品或公開陳列：一、變質或腐敗。……三、有毒或含有害人體健康之物質或異物。……」再觀「食品安全衛生管理法」之立法意旨，在於管理食品衛生安全及品質，維護國民健康。依此，衛福部對於供人飲食或咀嚼之產品，應確保其安全，若有毒或含有害人體健康，則不得

製造、加工及販賣等，以確保國人健康安全。

- (二)衛福部鑑於IARC已於西元2003年認列檳榔屬於第一類致癌物，爰認為檳榔非屬於「食品」，即使檳榔符合「食品安全衛生管理法」第3條第1款食品之定義，但其致癌性特質，有違「食品安全衛生管理法」之立法宗旨(維護國民健康)。因之，衛福部認為檳榔非屬「食品」，自無法以「食品安全衛生管理法」納管。換言之，檳榔之食用安全管理問題，迄今懸宕未解。
- (三)復查，檳榔常以紅、白灰搭配食用，因檳榔市場需求，民間存有許多紅、白灰製作加工之地下工廠，其所使用之紅、白灰成分未明，且為迎合嚼食者口味，另添加甚多祖傳獨家配方，此外，防腐劑、香料及來源不明的中藥等，也常成為加工的原料之一，當然亦有不知名化學原料混合劑，用以降低澀味及提升口感等，層層疊疊混加，就是為了吸引新客戶及鞏固既有市場。然實際上前揭紅、白灰等檳榔「佐料」的製造，自原料、加工至包裝等過程，以及製造場所等安全衛生問題，均脫離食品安全管理之軌道。

衛福部表示，由於檳榔非屬「食品安全衛生管理法」範疇，故檳榔使用之紅、白灰等添加物，亦非屬該法管理範圍等語。惟，檳榔因本身具致癌性，衛福部認無法列為食品管理，或尚屬有據，然紅、白灰等檳榔佐料，以及其生產工廠等，其特性、運作方式及供人食用的實情，自屬適用「食品安全衛生管理法」相關規定，該部多年以來卻任由其非法行事，使檳榔同時複合及加疊更多健康危害風險，顯有欠當。

(四)基上，檳榔常搭配之紅、白灰等「佐料」，其成分未明，經獨家祖傳秘方調配後，對於人體健康之安全風險更高，然衛福部從未正視並瞭解其危害，總以檳榔非屬食品為由，概括涵蓋認定紅、白灰等亦非屬食品安全衛生管理法範疇，刻意忽視其自原料、加工至包裝等過程，以及製造場所等安全衛生問題，明顯罔顧食用安全性，是該部於檳榔防制專法制定前，應積極正視並妥謀解決方案。

參、處理辦法：

- 一、調查意見一，提案糾正行政院。
- 二、調查意見二、五，函請行政院督促衛生福利部檢討改進見復。
- 三、調查意見三、四，分別函請行政院督促教育部、行政院農業委員會檢討改進見復。

調查委員：趙永清、范巽綠、蕭自佑