

出國報告（出國報告類別：開會）

2024 年世界癌症大會
(World Cancer Congress)
報告

服務機關：衛生福利部國民健康署

姓名職稱：吳昭軍署長

林莉茹組長

黃紀諺科長

派赴國家：瑞士日內瓦

出國期間：2024 年 9 月 15 日至 21 日

報告日期：2024 年 11 月 29 日

本出國經費由菸品健康福利捐支應

摘要

2024年世界癌症大會(World Cancer Congress, WCC)訂於113年9月17日至9月19日，由國際抗癌聯盟(Union for International Cancer Control, UICC)於瑞士日內瓦之日內瓦國際會議中心辦理，大會議題包括癌症預防、研究、照護政策、治療及安寧、菸害防制及與癌症共存等6大主題，辦理方式包括工作坊、教育課程、口頭簡報及海報展。

我國於2024年推動第五期國家癌症防治計畫，為積極蒐集各國執行現況，並促進我國與國際交流，與外國學者專家建立後續合作契機，與對我國友好之國際抗癌相關團體密切合作，爰藉由參加研討會，分享我國癌症防治及肺癌篩檢政策，達成我國政策與國際交流接軌之目的。

經由會議所提供之課程學習及討論交流，更藉由與會期間透過駐日內瓦辦事處安排，與肝炎基金會(The Hepatitis Fund, HF)交流討論，為我國後續肝炎與肝癌防治國際合作奠定良好基礎，充分達成本次出國目的。

目次

摘要.....	I
壹、目的.....	1
貳、過程.....	1
一、研討會議程.....	1
二、重要議題摘要.....	3
三、出席與談及口頭簡報.....	36
四、與國外團體交流情形.....	45
參、心得及建議.....	47
附錄 1 會場照片集錦.....	48
附錄 2 口頭報告簡報.....	50

壹、目的

UICC 為一全球性且規模最大之癌症防治非政府組織，集結各國抗癌專家共同研究對抗癌症之策略，與世界衛生組織(World Health Organization)密切合作。為發展實質國際癌症防治交流工作，本署自 105 年 3 月 3 日起即為 UICC 會員，此次會議亦就肺癌防治議題進行投稿，獲選口頭發表，另 UICC 並主動邀請我國就癌症防治議題與多國學者共同與談、討論。考量本會議係藉由彙集各國癌症篩檢領域之專家實務的經驗及研究成果，相互交流及學習癌症防治領域的最新趨勢及面臨挑戰之解決方案等，透過實體交流，學習國際經驗，參與會議將有助於我國癌症防治政策推動，亦可有效提升臺灣國際能見度，並積極促進我國與國際交流，與外國學者專家建立後續合作契機，並依國際現況滾動修正調整後續篩檢政策，達成我國政策與國際交流接軌之目的。

貳、過程

一、研討會議程

(一)9 月 17 日第 1 天議程

時間	議程
8:15 – 9:00	Opening Ceremony(開幕式)
9:00 – 10:00	Plenary 1-Shaping the future: preventing cancer and NCDs-advocating for commitments at the UNHLM on NCDs in 2025. (全體會議 1-塑造未來：預防癌症和非傳染性疾病-倡導聯合國高階會議在 2025 年就非傳染性疾病作出承諾)
10:00 – 10:30	• Supportive Care Pavilion - A person-centred approach to more impactful cancer care and support(支持照護－以人為本的方法，提供更有影響力的癌症照護和支持)
10:30 – 12:00	• Highlight session - Work after cancer diagnosis – the forgotten social and economic determinant of health(亮點會議 - 癌症診斷後的工作 - 被遺忘的健

	康的社會和經濟決定因素)
12:10 – 13:10	<ul style="list-style-type: none"> • Sponsored session - Earlier, faster, better: doing more of what we know works!(贊助會議 - 更早、更快、更好：做更多我們知道有效的的事情) • Building the evidence to support resilient cancer systems(建立支持彈性癌症系統的證據)
14:20 – 15:30	<ul style="list-style-type: none"> • Sponsored session –2023 Global review of national cancer control plans: implications for research, policy, and practice(贊助會議 – 2023 年國家癌症控制計畫全球回顧：對研究、政策和實踐的影響)
15:40 – 16:40	<ul style="list-style-type: none"> • Global perspectives on implementation of psychosocial care into routine cancer: challenges, strategies, and impact(對常規癌症實施社會心理照護的全球視野：挑戰、策略與影響) • Sponsored session - Lung cancer: Setting global priorities for prevention, early detection and care pathways(贊助會議 - 肺癌：制定預防、早期檢測和照護途徑的全球優先事項)

(二)9 月 18 日第 2 天議程

日期	議程
08:30 – 09:40	Plenary 2 – Cancer care 2.0: AI, real stories, real solutions 第 2 場主題演講：肺癌免疫療法的新視野
10:40 – 11:10	<ul style="list-style-type: none"> • Supportive Care Pavilion - Supportive care models across different health contexts and resource realities(支持性照護- 不同健康背景和資源現實的支持性護理模式)
11:10 – 12:40	<ul style="list-style-type: none"> • Highlight session – Palliative care: has the World Health Assembly Resolution 67.19 improved care?(亮點會議 – 安寧療護：世界衛生大會第 67.19 號決議是否改善了照護?)
15:00 – 16:10	<ul style="list-style-type: none"> • Scientific session – Cancer prevention that works: reducing cancer burden faster through multisectoral collaborations(科學會議 – 有效的癌症預防：透過多部門合作更快地減輕癌症負擔)

16:10 – 17:40	• Rapid Fire 18 – Cancer prevention policy and screening and detection programmes(口頭報告 18-癌症預防政策以及篩檢和檢測計畫)
---------------	--

(三)9月19日第3天議程

時間	議程
08:30 – 09:40	Plenary 3 - Women, power and cancer: towards equitable, gender-transformative cancer prevention, care and control(第3次全體會議 - 婦女、權力和癌症：實現公平、性別變革的癌症預防、護理和控制)
09:40 – 10:40	• Sponsored session - Action across all pillars: Experiences in HPV vaccine and cervical cancer screening and treatment(贊助會議-跨所有支柱的行動：HPV疫苗和子宮頸癌篩檢和治療的經驗)
11:10 – 12:10	• UICC/WHO Policy Dialogue 2 - Cancer in emergencies: what can we do better to protect the most vulnerable(UICC/WHO 政策對話 2 - 緊急情況下的癌症：我們如何才能更好地保護最弱勢群體)
12:20 – 13:20	Closing ceremony & UICC awards(閉幕式暨 UICC 頒獎典禮)

二、重要議題摘要

(一) 全體會議 1-塑造未來：預防癌症和非傳染性疾病-倡導聯合國高階會議在 2025 年就非傳染性疾病做出承諾

本次全體會議由 UICC 總裁 Jeff Dunn 主持，旨在就預防癌症和非傳染性疾病進行全面討論，縮小已確定的風險因素與政策整合之間的差距。期望透過有影響力的演講者和觀眾的參與，鼓勵聯合國高階會議在 2025 年就非傳染性疾病做出可行的承諾。演講重點摘要如下：

1. 全球健康覆蓋意指所有人均可使用自身所需要的促進性的、預防性的、有療效的、復健的及緩和和健康服務，得到有效果的服務品質，也確保不會因經濟困難無法使用這些醫療服務。

2. 為何全球健康覆蓋是需要被資助的：

- (1) 全球健康覆蓋立基於平等，沒有人會被拋下，有需要的人即可取得，且經濟上有能力可以負擔。
- (2) 健康與福利體系必須針對生病及貧窮者給予補助。
- (3) 可以透過健康體系的公共資助分級達成全球健康覆蓋。
- (4) 全球健康覆蓋的關鍵在於透過動態增加的公共資金有效地及公平地分配資金而達成。
- (5) 全球健康覆蓋本質上是一種政策流程，主要倡導者應該是衛生及財政部長，尤其是政府的領導者。

3. 以優先提供癌症服務之全球健康覆蓋案例討論：

- (1) 需要癌症服務(預防性、治療性及緩和醫療)的人們，屬於高需求但是通常沒有能力支付高額醫療費用的族群。
- (2) 許多癌症服務具成本效益，應該是最優先的全球覆蓋項目。
- (3) 癌症醫療服務應該主要由公共資金資助，但並不一定要由公部門提供服務。

4. 倡導有效性的策略包含：

- (1) 證據及研究。
- (2) 找出癌症醫療服務之覆蓋指標。
- (3) 透過政治、打擊不公平進行倡導。
- (4) 為全球健康覆蓋於全球活動後進行集會。
- (5) 在癌症醫療服務的全球健康覆蓋改革中，促進健康、經濟、環境及政治上的利益。

5. 結論與思考：

- (1) 全球健康覆蓋是高度政治性的，特別是導入公平的公共資金中。

- (2) 全球健康覆蓋受到世界各地人們及政治家的歡迎，因為它將政治帶入健康體系中。
- (3) 癌症因為涉及稀有資源的分配，所以具有高度情緒化包含在其中，也因此具有政治性。
- (4) 確保癌症醫療服務納入全球健康覆蓋改革，將需要技術性及政策性的策略。

(二) 亮點會議—不讓任何人落後：促進難民、流離失所者和貧困社區的公平

本會議由侯賽因國王癌症基金會、倫敦衛生和熱帶醫學學院主辦，由倫敦國王學院 Richard Sullivan 擔任主席，會議重點如下：

1. 癌症是全世界死亡的主要原因，但獲得癌症治療的機會並不公平。這項觀察結果不僅適用於難民和流離失所者，也適用於貧困社區，甚至在全民健康覆蓋(全球健康覆蓋)先進的國家也是如此，考慮到全球邁向全球健康覆蓋的趨勢，這是一個值得關注的問題，全球健康覆蓋是聯合國永續發展目標的關鍵指標。
2. 所有族群在獲得癌症照護方面都面臨一系列障礙，包括缺乏認識、缺乏宣傳、財務限制和文化敏感性，以及醫療保健系統的內部障礙，這些障礙可能會無意中加劇這種不平等，即使存在全民健康覆蓋。
3. 本會議匯集專家，展示在各種環境和現實（包括人道主義危機、資源有限的國家以及高收入國家）下實現公平的挑戰和成功模式、戰略和可持續籌款和融資解決方案，以及協同效應可以透過組織之間的合作來創建橋樑，以實現所有人的癌症照護平等。本會議還將強調在不同背景下採用優先排序和協作方法在提供高品質癌症護理方面的影響，並審議在癌症照護平等領域內的危機時期需要做出的道德義務和艱難決定。

(三) 建立支持彈性癌症系統的證據

本會議由雪梨大學和新南威爾斯州癌症委員會合資成立的水仙花中心主辦，

由國際癌症研究機構 (IARC) 之副執行長 Isabelle Soerjomataram 主持。會議重點聚焦於政策制定者和決策者的參與，特別是參與監督預防計畫、篩檢措施和提供癌症服務的決策者。此外，會議目標在於讓對探索和應用最佳實踐感興趣的研究人員參與，以研究衛生系統內的中斷和恢復狀況，描述並示範如何使用新的消除計畫工具來幫助準備中低收入國家消除子宮頸癌的影響和投資案例，分為 4 個子題進行討論：

1. COVID-19 是否增加了癌症死亡率？對未來的見解與學習。

- (1) 新挑戰包含癌症患者為 COVID-19 的高風險群，假說機制包含了因癌症本身或癌症治療導致的免疫系統受損。後續的研究，將包含肺癌將增加肺損傷之可能，以及血液腫瘤病人可能因免疫問題增加風險，繼發於治療及/或病程的衝擊。這些都是迫切需要證據，以形成臨床實作與公共衛生政策，再進一步推動研究的執行、分析及發表。
- (2) 使用 96 個研究，其中 54 個研究具有足夠的非重疊數據之統合分析發現，現有可取得的證據品質，存在研究偏誤。很多研究的追蹤期間短、患者人數少，對罹癌狀態未明確定義，不同的早期研究中卻有重複的資料。部分研究證實癌症病人與 COVID-19 導致之死亡具有正相關，然而，至少在性別及年齡因素將使 COVID-19 對於癌症病人死亡之相對危險性及相關危險性低估。
- (3) 在 2020 年對於癌症病人是否優先考慮接受 COVID-19 疫苗的實際狀況如下：
 - 澳洲：2020 年 12 月將癌症病人列入優先接種疫苗族群，血液腫瘤列為高度風險者，非血液腫瘤且診斷 1 年內之癌症病人則列為中度風險者。過去 5 年內診斷為癌症病人者，或最近才接受治療者亦列為

「澳洲 COVID-19 路線地圖之優先族群」。

- 英國：癌症病人於並未列入 2020 年 11 月 28 日疫苗及免疫聯合會公布的第一階段的優先接種族群，但於 2020 年 12 月 14 日列入臨床極度脆弱名單。
- 愛爾蘭：第一次 COVID-19 接種戰略於 2020 年 12 月 8 日獲得批准，癌症病人未列入聯時疫苗接種分配組。2021 年 1 月，該名單被修正為包含了積極接受癌症治療的仁和晚期/轉移性癌症患者。
- 丹麥：COVID-19 疫苗接種活動始於 2020 年 12 月 27 日，有 12 項重點工作，癌症患者是接種疫苗之優先族群之一。
- 挪威：挪威公共衛生研究所 2020 年 12 月 7 日發布國家 COVID-19 疫苗指南，癌症患者是第一批在 2021 年 1 月早期優先接種疫苗的族群之一。
- 紐西蘭：2021 年疫苗上市，癌症病人因缺乏有效實證，未納入接種對象。2021 年 3 月接種建議更新，癌症患者為第二階對優先接種對象。

(4) 總結：

- 許多國家之首要目標是確保高危險族群優先接種疫苗，同時維持嚴格的安全標準。
- 疫情剛開始時，明顯缺乏關於疫苗免疫性及有效性的數據，由是是對於癌症族群的資料。
- 人們醫治認為，癌症病人接種疫苗的好處大於潛在危險性，故支持將癌症病人列為疫苗接種優先族群。

2. 有限的子宮頸癌規劃工具：支持西太平洋國家有效介入子宮頸癌控制

對萬那杜(Vanuatu)而言,若能在 2030 年達成 WHO 子宮頸癌 90-70-90 的目標,就可以在 2051 年之前消除子宮頸癌,這樣將可以在未來 50 年內挽救 800 多人的性命,在下個世紀挽救 2600 多人的生命,是一個具有成本效益的策略。

3. 在紐西蘭,疫情期間仍可維持最大程度的癌症治療服務,在 2020 年 4 月曾經中斷癌症診斷服務,使新診斷個案數明顯的下降,並於 9 月把個案「抓回來」,這部分在毛利人與非毛利人的趨勢相似。而在肺癌部分,肺癌個案登錄情形在毛利人部分明顯下降,在非毛利人部分僅輕微降低。在疫情期間取得的經驗在於,發現肺癌早期偵測體系可以更有效運用於毛利人族群。
4. 國家癌症網絡可更有彈性的支持更多的癌症資料蒐集,及更妥善的研究癌症相關照護:分析在研究部分,產出成果少的原因包含很多,在個人層次有缺乏適當的研究方法訓練、缺乏受指導照護時間、缺乏獲得資金支持。在體系層次則包含缺乏架構化的支持、缺乏研究網絡。癌症研究及照護的內容錯綜複雜,全球的癌症研究仍有相當比例的偏誤,研究體系仍需要全面的解決方案,可試用癌症網絡模型處理。

(四) 2023 年國家癌症控制計畫全球回顧:對研究、政策和實踐的影響

本次會議的目的是介紹 2023 年國家癌症防治計畫(NCCP)全球審查的結果並討論其對研究、政策和實踐的影響。會議的目的是召集小組,其中包括國家政府(斯里蘭卡)、民間社會(喀麥隆)和從事癌症控制工作的聯合國機構(世界衛生組織)的代表,討論這些發現在當地的相關性、國家和全球層面,並討論社會各階層的利益相關者如何能夠並且應該利用這些發現來推進癌症控制並為其環境中的相關研究提供資訊。2023 年 NCCP 全球審查是在國際癌症控制夥伴關係(ICCP)技術援助工作組的領導下進行的,記錄了來自 98 個國家的 NCCP 的全面性、優勢和侷限性,包括利益相關者參與計畫制定、納入實證策略與評估目標和指標相聯

繫，並將 NCCP 納入國家衛生策略優先事項。將介紹 2023 年分析的精選結果，主持的小組討論將重點介紹喀麥隆和斯里蘭卡國家級多層次利益相關者的經驗，最終報告將概述世界衛生組織及其合作夥伴為推動支持所做的努力用於與實施實證國家癌症控制計畫相關的國家級規劃、評估和進一步研究。

1. 國際癌症控制夥伴關係 (ICCP) 重點

(1) 成立目的：

- 由美國國家癌症研究所 (NCI) 和國際癌症控制聯盟 (UICC) 於 2012 年共同發起。
- 目標是匯集各國際組織，共同支持各國的癌症防治計畫。

(2) 主要目標：

- 目標 1：協調並整合夥伴的努力，增加全球支持、政治意願和國家資源，以發展和實施國家癌症計畫。
- 目標 2：為各國提供指導，以增強其發展、實施和評估國家癌症計畫的能力。
- 目標 3：將 ICCP 打造成一個可信賴的指導和領導來源，以協助各國制定國家癌症防治計畫。

2. 全球國家癌症控制計畫分析 (2018)，以下為研究的重點摘要：

(1) 研究方法

- 合作夥伴：此研究與世界衛生組織 (WHO) 和國際癌症控制夥伴關係 (ICCP) 合作進行。
- 資料蒐集：研究團隊蒐集了來自 158 個國家的 500 份相關文件。
- 分析框架：研究團隊設計了 121 個問題，涵蓋了癌症控制的整個過程，從預防到治療、服務提供、健康照護人力等。

- 專家評估：來自 16 個不同國家的 67 位專家對這些文件進行了評估。
- (2) 研究結果：刊登在 2018 年 9 月的《柳葉刀腫瘤學》(The Lancet Oncology) 期刊上。研究結果可能分為兩大類：
- 各國計畫的優勢：包括在預防、早期檢測等方面取得的成就。
 - 仍待解決的挑戰：包括在治療、服務提供、健康照護人力等方面所面臨的困難。

(3) 研究意義

這項研究為全球癌症控制提供了重要的參考依據。透過分析各國的經驗，可以發現哪些策略是有效的，哪些方面需要加強。這對於制定更有效的癌症控制政策具有重要意義。

3. 國際癌症控制夥伴關係 (ICCP) 的技術協助:說明 ICCP 在協助各國發展與實施國家癌症控制計畫 (NCCP) 方面所提供的多項服務。

(1) 主要服務內容：

A. 國家癌症控制計畫評估：

- ICCP 使用專門設計問卷對各國的 NCCP 進行評估。
- 每份評估都會產生一份詳細報告，內容包括該計畫的優勢、挑戰以及改進建議。

B. 國家癌症控制計畫發展與實施協助：ICCP 提供專業協助，幫助各國發展新的 NCCP 或更新過時的計畫。

C. 專家諮詢：ICCP 擁有廣泛的專家網絡，能夠在癌症控制的各個領域（例如病理學）提供專業知識或協助聯繫相關專家。

D. ICCP ECHO 計畫：ICCP 推出了 ECHO 計畫，旨在透過遠程教學等方式，加強各國在 NCCP 實施方面的能力。

(2) 服務成果：自 2019 年以來，ICCP 已經為 30 多個國家提供了相關的技術協助。

(3) 綜合分析：ICCP 在全球癌症控制領域扮演著重要的角色，通過提供專業的技術協助，幫助各國提升癌症防治的能力。這些服務不僅有助於改善各國的癌症防治與控制狀況，也有助於推動全球癌症防治事業的發展。

4. 國際癌症控制夥伴關係 (ICCP) 與國家癌症控制計畫 (NCCP) 的合作架構

ICCP 是 1 個由多個國際組織組成的聯盟，旨在協調各方資源，支持各國發展並實施國家癌症控制計畫，與各國家及聯合國機構 (UN agencies，代表聯合國系統內相關的機構，如世界衛生組織 (WHO)、國際原子能機構 (IAEA) 等) 形成 1 個三方合作模式。

(1) 合作模式

A. ICCP 的角色：

- 整合資源：ICCP 將各個合作夥伴（包括 WHO、IAEA 等）的資源整合起來，以提供更全面的支持。
- 提供技術協助：ICCP 提供 NCCP 評估、ECHO 計畫（遠端教學）等技術協助，幫助各國提升癌症控制能力。
- 連結資源：ICCP 協助各國與相關組織建立聯繫，獲得更多的支持。

B. 國家的角色：

- 主導 NCCP：各國政府是 NCCP 的主要推動者，負責制定、實施和評估計畫。
- 與 ICCP 和 UN 機構合作：各國與 ICCP 和 UN 機構合作，共同推動 NCCP 的發展。

C. 聯合國機構的角色：

- 提供技術支持：UN 機構提供政策資源、技術指南、研究數據等，支持各國的 NCC。
- 參與評估：UN 機構參與 NCCP 的評估，提供專業意見。

(2) 合作流程

- 國家提出需求：各國政府提出對 NCCP 的需求，例如發展、評估或實施等。
- ICCP 協調：ICCP 根據國家的需求，協調各個合作夥伴，提供相應的支援。
- 聯合國機構提供支持：UN 機構根據國家的需求，提供技術支持和資源。
- 共同合作：三方共同合作，推動 NCCP 的發展與實施。

(3) 合作的目標

- 提升各國癌症控制能力：通過提供技術支持、培訓和資源共享，幫助各國提升癌症防治的能力。
- 促進全球癌症控制合作：加強各國之間的合作，共同應對全球癌症挑戰。
- 實現可持續發展目標：癌症防治是實現可持續發展目標的重要組成部分，這項合作有助於實現相關目標。

(五)肺癆：制定預防、早期檢測和照護途徑的全球優先事項

1. AZ 腫瘤學執行副總裁 David Fredrickson 說明：

(1)世界經濟論壇 (WEF) 與肺癌聯盟 (LAA)跨部門合作，自 2023 年起，肺癌合作的秘書處由國際癌症控制聯盟 (UICC) 負責運作，合作內容如下：

A. 長期目標

- 推動全球行動：肺癌合作的長期目標是促進全球對肺癌防治的重視，並鼓勵各國採取更有針對性的行動，以提高肺癌患者的存活率。
- 建議與支持：透過提出建議並提供支持，協助各國落實具體的肺癌防治措施。

B. 短期目標

- 提升肺癌關注度：在聯合國高級別會議上，提高對肺癌問題的關注。
- 更新篩檢指引：與國際癌症研究機構 (IARC) 和世界衛生組織 (WHO) 合作，更新 WHO 最佳實踐，並開發新的肺癌篩檢指引。
- 納入全球議程：將肺癌合作的建議納入 2025-2035 年的全球癌症議程。

C. 合作意義

- 整合資源：將各方的資源和力量整合起來，共同應對肺癌挑戰。
- 促進國際合作：促進各國在肺癌防治方面的合作與交流。
- 提升肺癌防治水平：透過更新指南、提供建議等方式，提升全球肺癌防治水平。

D. 潛在影響

- 加速肺癌研究：促進對肺癌的基礎和臨床研究，加速新藥物和新療法的開發。
- 改善肺癌患者生存率：透過早期篩檢、早期診斷和早期治療，提高肺癌患者的生存率。
- 減輕肺癌對社會的負擔：降低肺癌發病率和死亡率，減輕肺癌對社會和經濟造成的負擔。

(2) 肺癌的一些關鍵統計數據，主要聚焦在以下 4 個方面：

- A. 肺癌導致過早死亡的國家數量：87 個國家中，肺癌是導致過早死亡的主要癌症原因。這顯示肺癌在全球範圍內對人類健康造成的嚴重威脅。
- B. 無法預防的肺癌死亡人數：每年有大約 50 萬人死於本可以預防的肺癌。這意味著，即使在目前的醫療條件下，仍有很大一部分的肺癌死亡是可以避免的，凸顯了肺癌預防的重要性。
- C. 篩檢檢測出的肺癌病例比例：在最佳的篩檢條件下，大約有 30% 的肺癌病例可以通過篩檢被檢測出來。這說明肺癌篩檢在早期發現肺癌方面具有一定的

效果。

D. 提供全面肺癌治療的國家比例：大約只有 20%的國家提供了全面的肺癌治療。這意味著，許多國家在肺癌治療方面仍存在不足，需要加強。

E. 與肺癌相關的公共議程數量：有超過 10 個公共議程與肺癌相關，這顯示肺癌是 1 個複雜的公共衛生問題，涉及多種面向。

(3)核心訊息：

- 可預防死亡增加：全球可預防死亡人數從 1990 年的 89.7 萬人增加到 2021 年的 153 萬人，顯示全球健康狀況在某些方面並未改善。
- 菸草是主要殺手：全球因菸草導致的死亡占比高達 59%，顯示菸草是全球最主要的健康殺手之一。
- 仍有 25%的死亡無法預防：即使考慮已知的風險因素，仍有四分之一的死亡無法預防，這意味著我們對疾病的瞭解和預防措施仍有不足之處。
- 吸菸者的社會問題：吸菸者不僅面臨健康風險，還可能遭受社會歧視和不人道對待。

(4)肺癌與緩和醫療的嚴重缺口：儘管肺癌治療已經取得了長足的進展，但緩和醫療在肺癌患者的照護中卻被嚴重忽視。肺癌有開刀者占 64%，放療者占 62%，有使用鴉片類治療者占 78%，住院使用緩和醫療者占 54%，EGFR 抑制劑使用者占 51%，免疫治療者占 44%，有使用身心靈性支持者占 46%，居家安寧照護者占 43%。由以上數據來看，肺癌照護缺口如下：

- 核心問題：安寧照護的缺口
- 安寧照護服務不足：相較於手術、放射治療、化療等積極治療，安寧照護服務的提供比例明顯較低。
- 疼痛控制不足：雖然大部分患者接受了鴉片類止痛藥，但仍有相當比例的患者

疼痛控制不佳。

- 心理社會支持不足：肺癌患者的心理、社會和精神方面的需求往往被忽略，相關支持服務不足。
- 居家安寧照護不足：相較於院內安寧照護，居家安寧照護的服務比例更低。

(5) 小結分析：

A. 投資於肺癌的預防與控制對於實現聯合國永續發展目標 (SDGs) 至關重要。

以下對結論中的關鍵點進行更深入的分析：

- 核心觀點：肺癌防治與 SDGs 密切相關：肺癌是全球性的健康問題，對社會和經濟造成重大影響。投資於肺癌防治不僅能改善國民健康，也能促進社會的整體發展，因此是實現 SDGs 的重要一環。
- 因地制宜：不同國家和地區的肺癌情況不同，因此需要根據各國的具體情況制定相應的防治策略。強調「ownership」意味著各國政府和相關部門應積極參與，並對防治策略擁有主導權。
- 數據驅動的決策：在制定防治策略時，應以數據為基礎，通過利益相關者的對話，達成共識。
- 與整體政策協調：肺癌防治的決策應與國家整體的健康政策相協調，避免政策衝突，提高政策的執行效率。

B. 肺癌防治與永續發展目標核心觀點：

肺癌防治是達成永續發展目標的關鍵：投資於肺癌的預防和控制對於實現聯合國永續發展目標 (SDGs) 至關重要。這表示肺癌不僅是一個健康問題，更是一個社會問題，影響著社會的整體發展。

- 因地制宜：各國的肺癌情況不同，因此需要根據各國的具體情況制定相應的防治策略。強調「ownership」意味著各國政府和相關部門應積極參與，並對

防治策略擁有主導權。

- 數據驅動的決策：在制定防治策略時，應以數據為基礎，通過利益相關者的對話，達成共識。這表示應利用科學數據來分析肺癌的流行病學特徵，並根據數據結果制定針對性的政策。
- 與整體政策協調：肺癌防治的決策應與國家整體的健康政策相協調，避免政策衝突，提高政策的執行效率。
- 國際合作的重要性：WHO、IAEA 和 IARC 等國際組織與 ICCP 等合作夥伴，擁有支持各國肺癌防治的工具和資源。這說明國際合作在肺癌防治中扮演著重要角色。
- 多層面考量：肺癌防治需要多層面考量，包括不同類型的肺癌、不同的干預措施，以及與肺部健康的整體關聯。

2. 由國際肺癌研究協會 (IASLC)執行長 Karen Kelly 說明：

(1) 全球未來肺癌趨勢：

A.全球肺癌分布狀況

- 肺癌分布不均：不同地區的肺癌發生率差異很大。歐洲的肺癌發生率相對較高，而非洲的發生率相對較低。
- 高收入國家肺癌發生率較高：一般來說，高收入國家的肺癌發生率往往高於低收入國家。這可能與生活方式、環境污染、醫療水平等多種因素有關。

B.全球肺癌的經濟負擔

- 肺癌的經濟負擔巨大：肺癌在全球範圍內造成了巨大的經濟負擔，遠高於其他類型的癌症。
- 經濟負擔持續增長：肺癌的經濟負擔在未來幾年將持續增長，這將對全球經濟造成一定的壓力。

C. 肺癌的未來是光明的。主要透過以下幾點來支持這個觀點：

(A) 治療進展：

- 系統性治療的進步：所謂「Practice changing systemic therapies across all stages of NSCLC and SCLC」，這表示非小細胞肺癌(NSCLC)和小細胞肺癌(SCLC)在各個階段的系統性治療都有了顯著的進展。這意味著，無論是早期或晚期的肺癌患者，都有更多有效的治療選擇。
- 手術和放射治療技術的提升：手術和放射治療是傳統的肺癌治療方法，技術的進步使得這些治療方式更加精準有效，減少了對正常組織的傷害。

(B) 早期篩檢：

- 低劑量電腦斷層掃描(LDCT)的應用：LDCT被認為是目前最有效的肺癌篩檢工具之一，可以早期發現肺癌，提高患者的生存率。

(C) 死亡率下降：

- 部分國家死亡率下降：圖中指出，一些國家的肺癌死亡率已經開始下降，這說明通過有效的預防和治療措施，是可以降低肺癌死亡率的。

(D) 未來展望：

- 持續的進步：肺癌的研究和治療仍在不斷進步，未來會有更多新的突破。

D. 為何優先推行低劑量電腦斷層(LDCT)篩檢計畫：

(A) 降低肺癌死亡率：

- 減少四分之一的死亡率：研究顯示，針對高風險族群進行LDCT篩檢，可以將肺癌死亡率降低約四分之一。
- 早期發現，早期治療：LDCT可以更早地發現肺癌，使得治療效果更好，存活率更高。

(B) 改善患者生活品質：

- 提高生存率：早期發現肺癌意味著更早的治療，這顯著提高了患者的生存率。
- 改善生活品質：早期治療通常能保留更多的肺功能，提高患者的生活品質。

(C) 提升整體健康意識：

- 提高對肺癌的認識：LDCT 篩檢計畫能提高大眾對肺癌的認識，讓更多人瞭解肺癌的風險因素和早期症狀。
- 輔助戒菸：篩檢計畫可以與戒菸計畫結合，鼓勵高風險族群戒菸，從根本上降低罹患肺癌的風險。

(D) 成本效益高：

- 特別適用於中低收入國家：LDCT 篩檢計畫的成本效益比相對較高，特別是對於中低收入國家來說，這是一個值得投資的項目。

(2) 分析「LDCT 篩檢計畫的現況」

A. 關鍵訊息：

- 多國已建立大規模 LDCT 篩檢計畫：許多國家已經開始推行大型的低劑量電腦斷層（LDCT）篩檢計畫，以期早期發現肺癌，提高患者的生存率。
- 更多國家加入：除了已經實施的國家外，還有許多國家已做出正式承諾，將引入肺癌篩檢計畫，顯示全球對肺癌早期篩檢的重視程度日益提高。
- 明確目標與全面策略：要確保肺癌早期檢測策略的有效性，必須設定明確的時間目標，並制定全面的執行策略。

B. 潛在問題與挑戰：

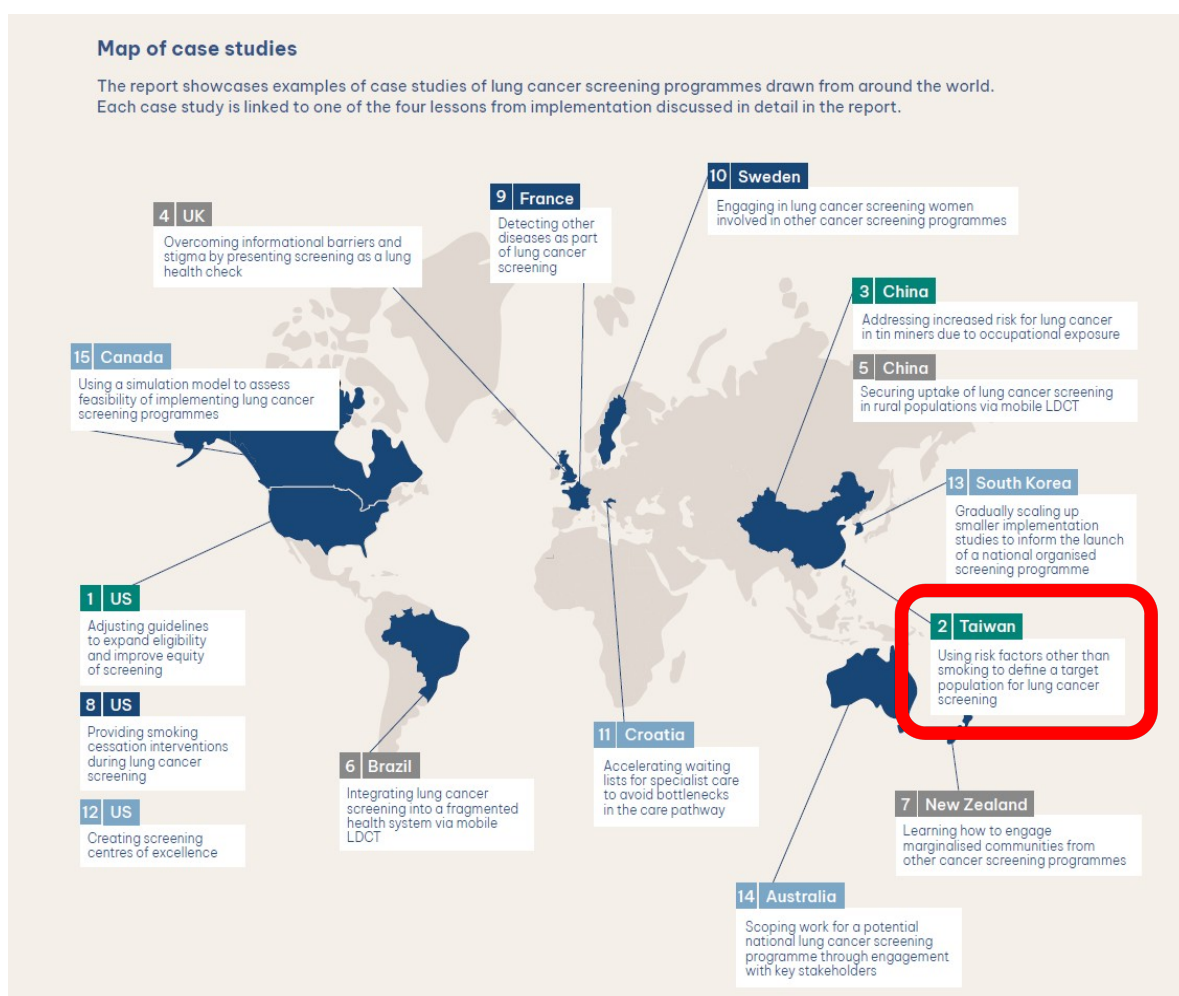
- 資源分配：建立並維持一個大規模的 LDCT 篩檢計畫需要大量的資源，包括設備、人員、以及健保系統的支持。
- 參與率：如何提高高風險群體的參與率，是篩檢計畫成功的關鍵。
- 偽陽性與偽陰性：LDCT 篩檢可能出現偽陽性或偽陰性的結果，需要進一步的

診斷和治療，這會增加醫療成本和患者的心理壓力。

- 倫理考量：篩檢可能引發一些倫理問題，例如篩檢結果的告知、患者的心理壓力等。

C. 對於未來的展望：

- 全球合作：加強國際間的合作，分享經驗，共同解決肺癌篩檢所面臨的挑戰。
- 持續研究：繼續進行相關研究，以優化篩檢策略，提高篩檢的準確性和效率。
- 多方參與：除了政府，還需要醫療機構、學術界、以及民間組織的共同參與，才能推動肺癌篩檢計畫的順利進行。
- 個人化醫療：未來可能發展出更個性化的肺癌篩檢方案，根據個人的風險因素和基因特徵，制定更精準的篩檢策略。



(3) 分析「增加肺癌早期檢測的策略」：

A. 核心策略：

- 低劑量電腦斷層（LDCT）篩檢：這是目前認為最有效的早期檢測方法，特別適用於高風險族群。
- 加強公眾意識：通過宣傳活動，讓民眾了解肺癌的危害及早期篩檢的重要性。
- 強化症狀辨識：提升醫護人員對肺癌早期症狀辨識能力，以及早發現可疑病例。
- 定期追蹤：建立完善的追蹤機制，對高風險族群進行定期篩檢。
- 提升診斷技術：不斷更新診斷技術，提高診斷的準確性。
- 整合醫療照護：將肺癌的篩檢、診斷和治療整合起來，提供更全面的醫療服務。

B. 策略優勢：

- 早期發現：透過這些策略，可以更早地發現肺癌，增加治療的成功率。
- 降低死亡率：早期治療可以顯著降低肺癌的死亡率。
- 提高生活品質：早期發現和治療可以改善患者的生活品質。
- 降低醫療成本：早期治療通常比晚期治療的成本更低。

C. 潛在挑戰與考量：

- 成本：推行這些策略需要投入大量的資源，包括設備、人員和經費。
- 偽陽性：LDCT 篩檢可能出現偽陽性，導致不必要的進一步檢查和心理壓力。
- 參與率：如何提高高風險群體的參與率，是篩檢計畫成功的關鍵。
- 倫理問題：篩檢可能引發倫理問題，例如篩檢結果的告知、患者的心理壓力等。

D. 未來展望：

- 個人化篩檢：未來可能發展出更個性化的肺癌篩檢方案，根據個人的風險因素和基因特徵，制定更精準的篩檢策略。
- 人工智能應用：人工智能技術可以協助醫生更快速、準確地分析影像資料，提

高診斷效率。

- 液體活檢：液體活檢技術有望成為一種無創的早期篩檢方法。

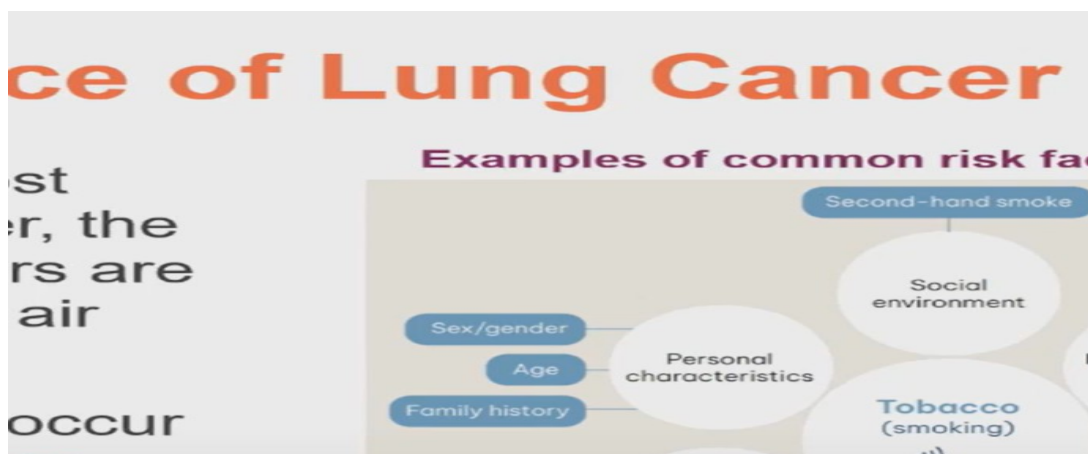
(4) 肺癌風險因素的轉變：傳統上，吸菸一直被視為肺癌最主要的原因。然而，近年來的研究發現，肺癌的成因更加複雜，並非僅限於吸菸。

A. 主要重點如下：

- 吸菸仍是主因：儘管其他風險因素越來越受到重視，吸菸仍然是導致肺癌最常見的原因。
- 非吸菸者的肺癌：有相當比例的肺癌患者從未吸菸，這顯示其他環境因素、遺傳因素等可能扮演重要角色。
- 多重風險因素：肺癌的發生往往是多種因素共同作用的結果，包括空氣污染、職業暴露、家族史等。

B. 肺癌風險因素的網絡圖(如下圖)

- 中心位置的吸菸：顯示吸菸仍是肺癌最主要的風險因素。
- 環繞吸菸的其他因素：包括年齡、性別、家族史、職業暴露、環境污染等，這些因素都可能增加罹患肺癌的風險。
- 交互作用 這些風險因素之間存在著複雜的交互作用，例如，吸菸者同時暴露於空氣污染，其罹患肺癌的風險會更高。



C. 對於肺癌防治的啟示

- 多面向的預防策略：肺癌的預防不僅僅是戒菸，還需要從多個方面入手，例如改善空氣品質、加強職業安全、推廣健康的生活方式等。
- 早期篩檢的重要性：對於高風險族群，應加強早期篩檢，以提高早期發現率。
- 精準醫療：針對不同風險因素的患者，制定個性化的預防和治療方案。
- 基礎研究：加強對肺癌發病機制的基礎研究，以開發更有效的預防和治療手段。

(5) 肺癌防治的挑戰與解決方案：

A. 肺癌防治所面臨的幾個主要挑戰

- 全球健康不平等：不同地區的醫療資源分配不均，導致肺癌的預防、診斷和治療存在差距。
- 醫療人力短缺：肺癌治療需要多學科的協作，但醫療人員的短缺限制了醫療服務的提供。
- 公眾意識不足：許多人對肺癌的認識不足，導致就醫延誤，加大了治療難度。
- 菸草控制不力：吸菸是肺癌的主要風險因素，但全球範圍內的菸草控制並不到位。

B. 解決方案分析

- 強調了「公私合作」的重要性，這意味著需要政府、醫療機構、企業以及社會各界共同努力，才能有效解決肺癌防治的挑戰。

3. 馬來西亞衛生部部長 Dzulkefly HE Datuk Seri Ahmad 說明：

(1) 該國肺癌風險因素：

- 吸菸是肺癌最主要的風險因素：吸菸率與肺癌發生率之間有密切的關聯。無論是男性還是女性，吸菸都是導致肺癌的主要原因。
- 除了吸菸，環境因素也扮演重要角色：環境因素，如二手菸、空氣污染、職業

暴露(生質燃料、石綿、砷、氬)等，也會增加罹患肺癌的風險。

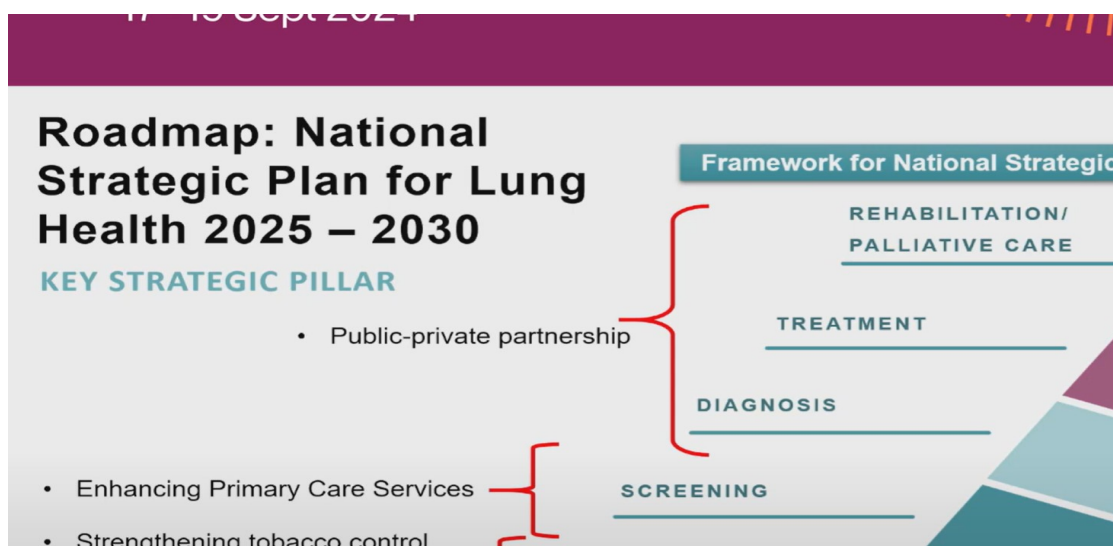
- 大多數的吸菸者很年輕就開始吸菸，約有 6 成在小於 18 歲以前就開始吸菸。年齡別盛行率如下；15-24 年為 12.7%，25-44 年為 24.9%，45-64 年為 18.7%，65 歲以上為 9.3%。

(2)該國 2025 年到 2030 年肺癌防治整體架構：如下圖，呈現一個金字塔型，從下往上分別是：促進與預防、篩檢、診斷、治療、復健與安寧照護。這個架構顯示了從疾病預防到治療、復健的完整照護路徑。

A. 關鍵策略支柱：除了金字塔型的架構外，特別強調了「公私合作」關鍵策略支柱，顯示政府與民間機構的合作在推動肺部健康策略中扮演著重要角色。

B. 具體策略：

- 促進與預防層面：強調加強菸草控制，特別針對青少年，並執行相關法規，也提及了環境暴露和職業暴露等因素，顯示對肺部健康影響的全面考量。
- 篩檢、診斷、治療層面：這些層面強調了早期發現、早期治療的重要性，以及建立完善的數據管理系統。
- 復健與安寧照護層面：除了治療，也強調對病患的長期照護，包括復健和安寧照護。



(六)全體會議 2 – 癌症護理 2.0：人工智慧、真實故事、真實解決方案

本次全體會議探討了人工智慧 (AI) 在癌症控制中的變革性作用，從預防到支持性照護，全面介紹了人工智慧在整個癌症連續照護過程中的應用。

1. 精準腫瘤學：整合多重數據流

(1) 多重數據整合：精準腫瘤學不只依賴單一數據，而是將多種數據整合分析，以獲得更全面的患者資訊。

(2) 數據種類：簡報中列出了幾種常見的數據類型：

- 臨床數據：包括病人的病史、症狀、治療反應等。
- 影像數據：如 X 光、CT、MRI 等影像檢查結果。
- 基因組數據：包括基因突變、基因表達等。
- 數位病理：將病理切片數位化，方便更精細的分析。
- 其他數據：可能還包括蛋白質組學、代謝組學等數據。

(3) 數據整合過程：將上述各種數據整合到一個平台上，進行分析和建模，以找出患者的獨特特徵，並為其量身打造治療方案。

(4) 個人化治療：基於整合後的數據，醫師可以為每位患者制定最適合的治療計畫，提高治療效果，減少副作用。

2. 自然語言處理：識別疾病進展

(1) 問題與挑戰

- 放射科報告非結構化：不同醫師的報告風格、用詞都可能不同，這使得電腦難以直接理解。
- 人工分析耗時：目前要從大量的放射科報告中找出疾病進展的關鍵資訊，需要醫師逐一閱讀，耗費大量時間。

(2) 解決方案：自然語言處理

- 將文字轉換為結構化數據：NLP 技術可以將非結構化的文本轉換為電腦可以理解的結構化數據，例如表格或向量。
- 機器學習模型：利用機器學習模型，特別是神經網絡，訓練電腦學習從放射科報告中提取關鍵資訊，判斷疾病是否進展。

(3) 流程說明

- 放射科報告：輸入大量的放射科報告，這些報告通常包含描述病灶大小、位置、形態等資訊。
- 自然語言處理：將這些文本進行預處理，包括分詞、詞性標註、命名實體識別等，將文本轉換為電腦可處理的形式。
- 神經網絡：將處理後的文本輸入到神經網絡中進行訓練。神經網絡會學習到哪些詞彙或短語與疾病進展相關。
- 疾病進展判斷：訓練好的神經網絡可以對新的放射科報告進行分析，判斷疾病是否進展。

(4) 優勢

- 提高效率：自動化分析放射科報告，大大提高了工作效率。
- 客觀性：減少了人工判斷的主觀性，提高了診斷的準確性。
- 發現潛在模式：可以從大量的數據中發現人類難以察覺的模式，有助於更深入地了解疾病。

(5) 應用場景

- 疾病監測：透過持續監測放射科報告，可以及早發現疾病的進展，以便及時調整治療方案。
- 臨床研究：可以用於大規模的臨床研究，分析疾病進展的相關因素。
- 輔助診斷：為醫生提供決策支持，提高診斷的準確性。

(6) 未來展望：隨著 NLP 技術的發展，我們可以期待：

- 更複雜的模型：發展出能處理更複雜的醫學文本的模型。
- 多模態分析：結合影像數據和其他臨床數據，進行更全面的分析。
- 個性化模型：為不同的疾病和患者群體開發專門的模型。

總結來說，自然語言處理在精準醫療領域具有巨大的潛力，可以幫助我們更好地理解疾病，提高診斷和治療的效率。

3. 數位病理學基礎的免疫檢查點抑制劑預測生物標誌

(1) 利用數位病理學來開發免疫檢查點抑制劑 (IO) 的預測性生物標誌，簡單來說，就是利用電腦來分析病理切片圖片，以預測哪些患者對免疫檢查點抑制劑治療會有較好的反應。

(2) 核心概念與流程

- 數位化病理切片：將傳統的玻璃玻片上的病理切片轉換成數位影像，以便電腦進行分析。
- 腫瘤區域分割：利用影像處理技術，從數位影像中精確地分割出腫瘤區域和其他周圍組織。
- 細胞核分割與計數：進一步分割腫瘤區域內的細胞核，並計算不同類型的細胞數量。
- 免疫細胞浸潤分析：分析腫瘤微環境中免疫細胞的類型和數量，特別是腫瘤浸潤淋巴細胞 (TILs)。
- 生物標誌物量化：基於上述分析結果，量化與免疫反應相關的生物標誌物，例如 PD-L1 表達量、TILs 密度等。
- 預測模型建立：利用機器學習等方法，建立模型，將生物標誌物與患者的臨床反應（如腫瘤縮小、存活率等）聯繫起來。

(3) 為什麼重要？

- 精準醫療：透過分析病理切片，可以為每位患者量身定制治療方案，提高治療效果，減少不必要的副作用。
- 提高免疫治療的成功率：免疫檢查點抑制劑是一種很有前景的癌症治療方法，但並非所有患者都能從中受益。利用數位病理學來預測患者對免疫治療的反應，可以幫助醫生選擇最適合的治療方案。
- 加速藥物開發：透過分析大量的病理數據，可以加速新型免疫治療藥物的開發。

(4) 潛在應用

- 患者分層：將患者分為對免疫治療反應可能較好或較差的兩組，以便進行更精準的治療。
- 療效評估：監測治療過程中腫瘤微環境的變化，評估治療效果。
- 新藥研發：尋找新的生物標誌物，開發更有效的免疫治療藥物。

(5) 未來展望：隨著數位病理學技術的進步和人工智慧的發展，我們可以期待：

- 更複雜的生物標誌物分析：不僅僅是數量，還可以分析細胞的空間分布、基因表達等更複雜的生物學特徵。
- 多模態分析：將病理影像與其他臨床數據（如基因組數據、影像學數據）結合起來，進行更全面的分析。
- 實時監測：實現對患者治療過程的實時監測，及時調整治療方案。

總結來說，數位病理學基礎的免疫檢查點抑制劑預測生物標誌，為精準腫瘤學提供了新的思路和方法。它有助於我們更好地了解腫瘤的生物學特性，為患者提供更個性化的治療方案。

(七) 亮點會議—安寧療護：世界衛生大會第 67.19 號決議是否改善了照護？

2014 年，世界衛生大會通過了第 67.19 號決議，以確保獲得安寧療護作為衛生

系統的核心組成部分，重點是初級衛生保健。世衛組織合作夥伴進行的會議，旨在評估全球安寧療護的發展和質量，並創建促進安寧療護更快實施的工具，討論安寧療護如何能夠並應從全球角度將其納入癌症照護。

1. 全球緩和醫療服務嚴重不足

- (1) 全球緩和醫療需求甚鉅：全球每年有 6,000 萬人需要緩和醫療服務，但只有 14% 的人能獲得。
- (2) 區域差異：緩和醫療服務的提供在不同地區差異很大，有些地區的服務不足，有些地區則完全沒有。
- (3) 世界衛生組織的呼籲：世界衛生組織呼籲各會員國加強緩和醫療服務，讓更多需要的人能獲得適切的照護。
- (4) 加強緩和醫療服務的建議：
 - 提升基本藥物可及性：確保患者能獲得所需的緩和醫療藥物。
 - 制定更完善的政策：建立支持緩和醫療的政策框架。
 - 強化醫護人員培訓：提升醫護人員提供緩和醫療的能力。
 - 增加緩和醫療服務：擴大緩和醫療服務的覆蓋範圍。
 - 支持研究：鼓勵更多研究，以改善緩和醫療服務的品質。
 - 促進合作：加強各方合作，共同提升緩和醫療服務。

2. 2016 年世界衛生組織第一秘書處進度報告

- (1) 這份報告主要聚焦在全球緩和醫療的推動進展上，提到了關鍵的進展：
 - 支持發展中國家的緩和醫療策略：報告指出，秘書處已經為包括波士尼亞、印度、南非、坦尚尼亞和越南等發展中國家提供支援，協助這些國家發展並完善自己的緩和醫療指導方針。這顯示了秘書處在推動全球緩和醫療均等化上所做的努力。

- 全球緩和醫療策略的發展：報告提到，自 2014 年以來，法國、馬來西亞、尼日利亞和津巴布韋等國家已經發展出新的國家級緩和醫療策略。這表示，越來越多的國家開始重視緩和醫療，並積極制定相關政策。
- 基本藥物的可及性：報告還提到了一項調查結果，顯示全球超過一半的國家在提供緩和醫療所需的必需藥物方面存在困難。秘書處已經與多個國家合作，通過工作坊和能力建構等方式，來改善這些國家的藥物可及性。

(2) 報告的意義

這份報告表明，全球對於緩和醫療的重視程度在逐漸提高。秘書處通過提供技術支援、促進政策制定和改善藥物可及性等方式，在推動全球緩和醫療發展方面發揮了積極作用。

(3) 可能的後續發展與影響

- 更多國家加入：預計會有更多的國家制定並實施自己的緩和醫療策略。
- 緩和醫療服務的改善：通過各國的共同努力，全球緩和醫療服務的品質和可及性將會得到顯著改善。
- 對患者的影響：更多患者將能夠獲得適切的緩和醫療服務，提高生活品質。
- 對醫療體系的影響：緩和醫療的發展將對醫療體系產生深遠影響，促使醫療服務更加人性化和全面。

(4) 潛在的問題與挑戰

- 資源不足：許多發展中國家在人力、財力和技術方面都面臨挑戰，這可能會阻礙緩和醫療的發展。
- 政策執行：即使制定了良好的政策，如何有效執行也是一個挑戰。
- 社會文化因素：不同的文化背景對死亡和疾病的態度不同，這可能會影響緩和醫療的接受程度。

(5) 報告內容

A. 協助發展中國家建立緩和醫療指引

- 目標國家：波札那、印度、黎巴嫩、南非、塔吉克和烏克蘭等發展中國家。
- 協助內容：提供技術支援，協助這些國家發展符合自身需求的緩和醫療指引。

B. 推動國家層級的緩和醫療策略

- 進展：自 2014 年以來，法國、馬拉威、坦尚尼亞和辛巴威等國已制定新的國家級緩和醫療策略。
- 整合趨勢：超過一半受訪會員國已將緩和醫療納入非傳染性疾病的國家策略中，顯示緩和醫療在整體醫療體系中的重要性日益提升。

C. 提升基本藥物的可及性

- 藥物短缺問題：2015 年調查顯示，超過 43% 的會員國一半以上的藥局缺乏口服嗎啡等重要緩和醫療藥物。
- WHO 的努力：世衛組織與塞內加爾、衣索比亞、肯亞、烏干達等國合作，透過工作坊和評估等方式，改善鴉片類藥物的可及性。

D. 資源與指引的提供

- 發展宣傳材料：製作了各種宣傳材料，用以推廣緩和醫療的概念和重要性。
- 出版手冊：編撰了緩和醫療的實務手冊，提供詳細的指導和建議。
- 提供諮詢服務：為有需要的單位或個人提供專業的諮詢服務。

E. 培訓與教育

- 與緩和醫療中心合作：與現有的緩和醫療中心合作，共同推動相關培訓。
- 舉辦研討會和工作坊：透過各種形式的培訓活動，提升相關人員的專業知識和技能。

F. 整合至全球倡議

- 融入世界衛生組織倡議：將緩和醫療的概念整合到世界衛生組織的相關計畫中，例如老齡化和健康等議題。

(八)有效的癌症預防：透過多部門合作更快地減輕癌症負擔

本項議程是討論我們無法透過治療來解決癌症問題，而且我們絕對無法單獨預防癌症。至少 40% 的癌症是可以預防的，然而，儘管預防具有改善健康、福祉以及對社會和經濟產生積極影響的潛在益處，但其所獲得的資金只占全球癌症研究經費的不到 10%。這在一定程度上導致了減少癌症負擔進展緩慢。本次會議的目的是從多部門和多合作夥伴的角度公開討論癌症預防的最新技術，將讓 WCC 參與者與小組成員進行對話，討論我們如何能夠成功地將預防作為國家癌症計畫的一部分，透過循證、有效的政策最終減少癌症造成的痛苦和過早死亡。

1. 菸草控制政策

- 菸草控制政策有效：透過實施菸草控制政策，可以顯著降低肺癌死亡率。研究顯示，實施相關政策後，肺癌死亡率可以降低 41%。
- 成效差異：不同地區的菸草控制成效差異很大。例如，歐洲地區的菸草控制政策成效顯著，但其他地區的效果可能較慢。
- 挑戰與限制：菸草控制仍面臨許多挑戰，包括：
 - A. 商業因素：菸草產業的強行銷和利益驅動，阻礙了菸草控制政策的推行。
 - B. 成癮性：尼古丁的高度成癮性，使得許多吸菸者難以戒菸。
 - C. 數據不足：許多地區缺乏足夠的數據來評估菸草控制政策的成效，這也限制了政策的制定和調整。
- 未來展望
 - A. 加強癌症研究：透過更深入的癌症研究，可以更精準地了解吸菸對健康的危害，為菸草控制政策提供更強大的科學依據。

B. 改善數據收集：加強對菸草使用情況、戒菸行為等方面的數據收集，以更好地評估政策成效。

C. 針對不同地區制定策略：考慮不同地區的社會、經濟和文化差異，制定更有針對性的菸草控制策略。

2. 消除子宮頸癌策略

世界衛生組織提出的消除子宮頸癌的策略，核心概念可以用一個三腳椅來比喻，代表 3 個關鍵的支柱：

- HPV 疫苗接種：

目標：90% 的女孩在 15 歲前完成 HPV 疫苗接種。

意義：HPV 疫苗是預防子宮頸癌最有效的方法，透過高覆蓋率的疫苗接種，可以大幅降低子宮頸癌的發生率。

- 篩檢：

目標：70% 的女性在 30 歲和 45 歲時各接受一次高精準度的篩檢。

意義：定期篩檢可以及早發現並治療子宮頸癌前病變，降低癌症發生的風險。

- 治療：

目標：90% 的子宮頸癌前病變患者接受治療，90% 的子宮頸癌患者得到適當管理。

意義：及時有效的治療可以提高患者的生存率，改善生活品質。

3. 不健康食品行銷與兒童肥胖的關聯：

研究顯示，針對兒童的垃圾食品和含糖飲料行銷，會增加兒童肥胖的風險，主要原因如下：

- 增加食物攝取量：

A. 頻繁曝光：不斷的廣告和促銷活動會讓兒童更頻繁地接觸到這些產品，增加他們對這些食物的渴望。

B. 份量增加：為了吸引兒童，食品包裝常常設計得更大，促使兒童攝取過多的熱量。

- 塑造不健康的飲食偏好：

A. 影響選擇：廣告中的美食呈現方式和口味描述，會潛移默化地影響兒童的飲食選擇，讓他們更偏好高糖、高脂肪的食物。

B. 建立品牌忠誠度：從小建立起的品牌忠誠度，會讓兒童長大後更容易選擇熟悉的品牌，即使這些產品並不健康。

- 吸引新的消費者：

擴大市場：食品公司透過行銷活動，將目標瞄準兒童，以拓展市場，確保未來的消費群體。

- 扭曲社會價值觀：

A. 物質至上：食品廣告常常將產品與快樂、友誼等正向情感連結，讓兒童認為消費這些產品可以帶來幸福感。

B. 忽略健康的重要性：過度強調食物的美味，而忽略了營養的重要性，導致兒童對健康的飲食概念模糊。

- 結論

不健康食品的行銷對兒童的健康產生了深遠的影響。為了應對這一問題，需要從多方面採取措施，例如：

- 限制針對兒童的不健康食品廣告：減少兒童接觸到這些廣告的機會。
- 加強營養教育：教導兒童如何做出健康的飲食選擇。
- 鼓勵健康飲食的社會氛圍：營造一個重視健康的社會環境。
- 加強對食品產業的監管：限制食品行銷的內容和方式。

4. 政府為何不積極推動抗肥胖政策

政府在面對肥胖問題時，往往裹足不前的幾個主要原因：

(1)食品工業的強力遊說：

- 經濟利益：食品工業是許多國家的重要經濟支柱，他們會遊說政府，強調食品產業對經濟成長和就業的貢獻。
- 政策影響力：食品產業的龐大資源和影響力，使得政府在制定相關政策時，不得不考慮他們的利益。

(2)健康成本的長期性：

- 短期考量：肥胖所帶來的健康問題，如糖尿病、心血管疾病等，往往需要長期治療，而這些醫療成本並不會立即顯現。
- 政績壓力：政治人物的任期有限，他們更傾向於推出能快速見效的政策，以爭取選票。

(3)個人責任論：

- 個人問題：肥胖問題常常被視為個人的生活習慣問題，而非社會結構或產業造成的結果。
- 忽略系統性因素：這種觀點忽略了食品環境、經濟不平等等因素對個人飲食選擇的影響。

(4)政策複雜性：

- 多面向問題：肥胖問題涉及多個層面，包括飲食、運動、社會環境等，需要綜合性的解決方案。
- 短期效果有限：單一的政策措施往往無法快速見效，需要長期、持續的努力。

綜合以上原因，政府在面對肥胖問題時，往往會面臨多重壓力和挑戰。食品工業的強力遊說、短期政治考量、個人責任論以及政策複雜性，都阻礙了政府制定並實施有效的抗肥胖政策，為了有效應對肥胖問題，政府可以考慮以下措施：

- 加強食品標示：讓消費者清楚了解食物的營養成分，做出更健康的選擇。
- 限制不健康食品的行銷：特別是針對兒童的廣告，減少不健康食品對兒童的吸引力。
- 鼓勵健康飲食：推廣健康飲食觀念，提供健康的飲食指南。
- 創造友善的運動環境：建設更多的公共運動設施，鼓勵民眾多運動。
- 課徵糖稅或不健康食品稅：透過稅收機制，減少不健康食品的消費。
- 與食品產業合作：鼓勵食品產業生產更健康的產品。

總之，解決肥胖問題需要政府、產業、學界和民眾的共同努力，才能取得成效。

三、出席與談及口頭簡報

(一) 擔任與談者場次：更早、更快、更好：做更多我們知道有效的的事情

本署係接受主辦單位 UICC 的知識、宣傳和政策主管兼場次主持人 Sonali Johnson 邀請，參與本場次與談。先由 Dan Milner(瑞士籍之 UICC 腫瘤藥物取得執行董事)進行提要演講，再由本署林莉茹組長、馬來西亞國家癌症協會總經理兼醫療總監 Murallitharan Munisamy、世界衛生組織駐法國國際癌症研究機構早期檢測、預防及感染部門負責人 Partha Basu、羅氏全球可及性主管 Michael Oberreiter 等 4 人共同說明現況及討論。

本場次目的在於闡明許多癌症診斷和治療得太晚，導致患者出現本可避免的死亡率和發病率、資源浪費、後期照護成本增加以及社會不平等加劇。加速和改善篩檢、早期診斷和治療的機會將顯著改善患者的健康結果。這對於治癒疾病、減緩疾病進展和預防合併症至關重要。它還可以降低衛生系統和個人的成本並提高生產力，從而提高衛生系統在癌症護理和控制方面的效率。

改善實證篩檢、早期綜合診斷和及時治療對於實現全民健康覆蓋、2030 年永續發展目標以及加強衛生系統復原力的持續努力至關重要，各國政府已在全球範圍內做出承諾。鑑於如此令人信服的證據，為什麼在公平獲得篩檢、早期診斷和治療方面的進展仍然緩慢？將藉由來自各地的與談者互相討論，強調創新的作用，展示最佳實踐並強調政策影響。

1. Dan Milner 的提要演講主題為「早期診斷的重要性」，重點摘要如下：

(1) 無症狀的早期篩檢約占全癌人數的 30%，但已有症狀的中期及晚期篩檢，約占全癌人數的 40%。

- 早期發現，早期治療：

- 早期癌症通常沒有症狀，需要透過篩檢才能發現。
- 早期發現的癌症，治療效果較好，存活率也較高。
- 不同階段的癌症治療方式不同：
 - 早期癌症：主要以手術為主，搭配其他治療方式，如化療、免疫療法。
 - 中期癌症：治療方式較為複雜，可能包括手術、化療、放射治療、免疫療法等。
 - 晚期癌症：治療目標轉為控制病情，延長生存期，改善生活品質，可能包括化療、免疫療法、標靶治療、緩和醫療等。
- 早期診斷的好處：
 - 提高存活率：早期發現的癌症，治療效果較好，存活率也較高。
 - 減少治療副作用：早期癌症的治療方式較為單純，副作用也較少。
 - 降低醫療成本：早期癌症的治療費用較低。

(2) 如何改善癌症早期診斷：現行與未來技術及系統性方法

A. 預防改善

- 生活方式改變：鼓勵民眾養成健康的生活習慣，如均衡飲食、規律運動、戒菸戒酒等，以降低罹患癌症的風險。
- 疫苗接種：積極推廣癌症疫苗的接種，例如人類乳突病毒 (HPV) 疫苗，以預防相關癌症。

B. 篩檢改善

- 篩檢工具優化：不斷研發更準確、更靈敏的篩檢工具，例如液態活檢、糞便潛血檢查等。
- 篩檢頻率調整：根據不同癌症的特性及風險因素，調整篩檢的頻率和對象。

- 提高篩檢參與度：加強宣導，提高民眾對篩檢的認識和參與度。

C. 影像改善

- 影像技術革新：持續研發更精準、更快速的影像技術，例如 PET-CT、MRI 等。
- 影像分析 AI 化：利用人工智慧技術，輔助醫師進行影像判讀，提高診斷效率和準確性。

D. 診斷改善

- 分子診斷發展：發展更精準的分子診斷技術，例如基因檢測、蛋白質標誌物檢測等，以早期發現癌症。
- 多學科協作：鼓勵不同醫療專業人員合作，共同制定更完善的診斷流程。

E. 成本效益評估

- 技術成本效益分析：對新興的診斷技術進行成本效益分析，確保其具有臨床價值。
- 資源配置優化：將有限的醫療資源投入到最具成本效益的診斷方法上。

F. 公共衛生影響

- 改變大眾觀念：透過教育和宣傳，改變大眾對癌症的認知，鼓勵民眾積極參與癌症防治。
- 政策支持：政府制定相關政策，支持癌症早期診斷工作的推展。

G. 投資

- 基礎研究投入：投入更多資金到癌症基礎研究，以促進新診斷方法的研發。

- 臨床試驗支持：支持臨床試驗，加速新診斷技術的應用。

H. 可能的深入探討方向：

- 個人化醫療：如何根據個人的基因組、生活方式等因素，制定個性化的癌症篩檢方案。
- 大數據應用：如何利用大數據分析，發現新的癌症風險因素和早期診斷標誌物。
- 醫療資源分配：如何在有限的醫療資源下，實現癌症早期診斷的公平性和可及性。

I. 總結：提升癌症早期診斷是一項複雜的系統工程，需要多方共同努力。透過技術創新、政策支持、公眾參與等多種手段，我們才能更好地實現早期診斷、早期治療的目標，提高癌症患者的生存率和生活品質。

2. 與談者依序發言：

- (1) **Dr. Munisamy** 解說馬來西亞社群如何消除癌症污名化。在馬來西亞，癌症病人疫情時的照護並未受到重視，在疫情中推動人們去篩檢相當困難，故開始思考更早、更快、更好的篩檢方式，讓人們可以更容易做到早期篩檢。依需求進行組織編組，以進行大規模低成本的篩檢。但因民眾較無法負擔初級照護，故大多由次級醫療照護(醫療院所)承擔篩檢工作。由於篩檢需要 1 天，等候結果約需 6 個月，人們常常因等候而覺得焦慮。為克服此困境，與日本合作以教育方式提高民眾知能，在美容沙龍等地點提供美容師 2 到 3 天的訓練，讓婦女到沙龍時，可接觸到應該接受乳癌及子宮頸癌篩檢，及接種 HPV 疫苗等資訊，後續會考慮把此模式推廣到老年機構。現在的困境是篩檢後的早期診斷，由於診斷所需費用高，將由公益社群團體提供百萬資金建置低廉收費的診斷中心，含電腦斷層以及切片鏡檢等項

目，以確保每年可篩檢 100 至 1000 名個案。

- (2) Dr. Basu 說明，對已有症狀者進行篩檢，是為了降低癌症個案延遲進入治療流程的狀況，減少延遲診斷情形，也就是在篩檢之後的轉介與診斷有時間上的間隙。這常發生在中低收入國家，例如尼泊爾，婦女的乳癌由篩檢後的轉介到確診延遲的中位數是 35 天；在大腸癌、肺癌及胃癌延遲則達 70 天，這些癌別延遲診斷是因為缺乏大腸鏡及電腦斷層的緣故，醫療診斷之可近性非常低。這也對治療延遲造成影響，可治療的子宮頸癌延遲天數為 95 天，大腸癌則為 100 天，也因此延遲了療程及治療品質。因此醫療可近性形成了重大治療問題。在非洲也有此情形，因為病理醫師缺乏，大約每 50 萬人才有 1 位病理醫師服務，其他地區約 1.5 萬至 2 萬人就有 1 位病理醫師服務，相較而言，造成了接受診斷及治療的極大障礙。在可近性差之外，亦無法負擔費用。醫療服務之提供應具有可取得性、可近性、可負擔性、可接受性，且應有治療品質，再去談醫療研究品質。
- (3) 臺灣國民健康署林莉茹組長表示，臺灣透過實施癌症防治法、國家癌症防治計畫、癌症登記及全民健康保險，建置完整的癌症防治體系，以確保全民皆可負擔及可近性。然而，臺灣的調查指出部分民眾可能因缺乏健康識能，所以自覺身體狀況良好和沒有需求，或因為工作忙碌及擔心日常生活有改變，而不願接受篩檢及進一步確診。因此我國政府積極在民眾各生活場域，如：社區、職場及醫療院所等，辦理衛教及倡議活動，並提供乳房攝影及子宮頸抹片檢查巡迴車服務，以提升民眾健康識能及方便性，鼓勵符合資格者及早接受篩檢服務及即早確診。另一方面，為了讓民眾安心接受篩檢及進一步確診，提供誘因及建置電子化健康管理系統，鼓勵醫院並主動提醒醫師辦理篩檢服務並精進醫療照護品質，同時透過數種癌症診療

指引強化照護品質，以及癌症資源中心提供病友支持及協助。為確保提供篩檢、異常個案轉介、確診到治療之連續性照護。2023 年 6 月起，衛福部新推動「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」，以人為中心，提升篩檢異常個案陽性追蹤的比率，疑似異常個案追蹤率已增加到 84.5%。舉個臺灣癌症篩檢中一條龍服務的例子跟各位分享，在國健署吳昭軍署長強力的支持下，臺灣自 2022 年 7 月開辦全國肺癌早期偵測計畫，提供重度吸菸者及具肺癌家族史者肺癌篩檢服務，從篩檢、轉介、確診到治療皆由政府提供經費補助，及建立以個案為中心的健康管理系統，也因此，2024 年所肺癌篩檢出的新診斷肺癌個案早期超過 8 成，相較臺灣 2021 年癌症登記資料中，大部分個案篩出肺癌已是晚期。最後，因我國總統賴清德打造「健康臺灣」願景的強力支持，以及 2030 年癌症死亡率降低三分之一之目標，我國即將在明年開始擴大辦理癌症篩檢服務，篩檢經費也預計增為 2.4 倍，臺灣有望可有效對抗癌症，達成所設定的目標。

- (4) Mr. Oberreiter 說明，很多民眾篩檢後卻因諸多障礙無法進行確診程序，在非洲，因為缺少診斷技術致使癌症難以防治，像是烏干達(Ugnda)被戲稱為是肺干達(Luganda)。希望這些地方不要再缺乏防治癌症的能力，另外在中高收入國家，則應該藉由增加民眾識能，進而減少因心理因素而不做癌症的預防。全球大概有 83,000 個病理醫師，但是這些醫師大約 3 分之 2 都集中在 10 個國家。每個國家都應該及早做到早期偵測、早期治療，並掌握大致的病人數，在埃及，針對民眾進行調查，可取得大約有 38% 的調查回復率。

3. 綜合討論：

- (1) Dr. Milner 認為應該遵循 WHO 倡議的 Best Buys，使用先進技術如 AI 來強

化病人由篩檢到接受確診的時間，亦可減少因缺乏病理醫師而延遲診斷的時間。後續仍會加強所屬組織於世界各地的連結，以促進更多人可儘快確診。

- (2) 與會聽眾表示她是 UICC 夥伴，曾經提供代理計畫以讓婦女把小孩托給保母趁空檔去做乳房攝影，請教有關協助婦女便利接受篩檢的計畫。Dr. Munisamy 表示，馬來西亞有一個「希望的粉紅道路」(pink road of hope) 計畫，在 20 個社區的 800 位婦女中，以 6 年的時間提供婦女篩檢經費，現在已成為基礎工作，藉以降低婦女接受篩檢的經濟障礙。這個計畫是採支付婦女及其小孩小旅行旅費的方式，利用週末帶婦女及其小孩一起到篩檢的地方接受乳房攝影。在計畫執行期間使 80%從未參加乳房篩檢的婦女參加篩檢計畫，計畫結束迄今亦維持 60%的比率，使用直接給現金或非直接提供現金的方式讓婦女接受篩檢。
- (3) 與會聽眾詢問想知道像丹麥等國家在初級照護有針對早期診斷的計畫，因為有些民眾並不知道咳嗽或頭痛是病徵。想知道針對有初期症狀者促進早期診斷的方法。Dr. Basu 表示，所謂「Red-flag symptoms」(已有潛在嚴重病理變化的病人所出現的警告性病徵)，最重要的是臨床醫師能夠辨識這些病徵意味著有可能是那些疾病正在醞釀，所以醫師的教育是最重要的。國家在初級照護的佈建中，應該要注意醫師的養成教育需要包含此類訓練，並須在初級照護中建立良好的轉介機制。另外，臨床研究也是相當重要的，若醫師能與相關的利害關係人團體一起進行臨床研究，找出正向成果及有效性，並把有效方式推廣介紹給一般家庭醫師，醫師認為可以接受這些有實證的初級照護改善方法，就會開始落實初級照護。另外要強調的是，很多人都在做公共衛生相關的工作，但未曾考慮過對於當地的合適性，所以

計畫結束後不能長久運作，這也就是為何需要做研究介入，才能找出合適地方的計畫，也才能長久維持下去發展出來的模式。

- (4) 與會聽眾詢問林組長有關連結民眾覺察與初級公共衛生照護的臺灣經驗。林組長表示，臺灣提供子宮頸癌、乳癌、口腔癌、大腸癌及肺癌等 5 種癌症的免費篩檢，篩檢流程一直到診斷與治療的過程，我國的國家癌症篩檢計畫裡推動機構結合篩檢與治療，另有異常個案追蹤計畫，讓醫療機構可針對篩檢異常個案完成確診。
- (5) 與會聽眾發問有關子宮頸癌汙名化議題，表示她是來自 Antigua and Barbuda(安地卡及巴布達，加勒比海島國)的婦科醫師，當地很難推動 HPV 檢測，因為在當地檢測結果為陽性，就意味她或她的伴侶有不正當性行為才會感染。另提及她需要快速確診為子宮頸癌的技術，希望能獲得支援。Mr. Oberreiter 表示有關於他先前提到的檢測需要蒐集更多的資料，一般而言很多國家有自己規劃的藍圖，以突破體制上對篩檢工作的障礙。Dr. Basu 表示，這位聽眾需要的是快速診斷子宮頸癌工具，讓 HPV 陽性個案儘早接受治療。若 HPV 感染盛行率在 20-25%，建議需要採用分類測試(triage test) 結合 AI 判讀很快找出結果，已嘗試著在亞洲、歐洲等地測試這個方法，並以手機通知個案檢驗結果。

4. 總結：癌症的早期偵測並介入，可延長個案生命，並可節省更多社會成本，很高興有許多國家都開始關心本項議題，也感謝各位與談者提供很多案例作為大家的參考。

(二) 擔任報告者場次：口頭報告 18-癌症預防政策以及篩檢和檢測計畫

本署由林莉茹組長代表進行「擴大視野：使用 LDCT 進行全國肺癌篩檢」口頭報告，內容如下：

1. 首先介紹一下臺灣的狀況。肺癌是癌症死亡的首要原因，在死亡人數和死亡率均居首位。然而，臺灣癌症登記顯示，只有三分之一的肺癌病例是吸菸者，其中只有 5.4% 的女性肺癌病例與吸菸有關。為了解決這個問題，臺灣衛生福利部國民健康署於 2022 年 7 月 1 日啟動了「臺灣國家肺癌早期偵測計畫 (TNLCEDP)」，針對重度吸菸者及肺癌家族史者進行篩檢。
2. 國民健康署與學術協會和專家密切合作，制定篩選標準和指南。我們的策略涉及建立全面的篩選基礎設施，其中包括管理、招募篩檢對象、資格評估、戒菸服務、LDCT 量能、標準化報告、常規監測和結果評估。我們也努力透過教育活動提高民眾識能。我們與 194 家醫院合作提供這些篩檢服務。
3. 到目前為止，肺癌篩檢計畫已成功篩檢了超過 110,000 名個案。在這些參與者中，約 55% 有肺癌家族史。有肺癌家族史的女性偵測率最高，為 1.9%。依家族史和重度吸菸者分類來看參與篩檢者的癌症分期，我們可以發現超過 80% 的病例為肺癌早期階段。與 2021 年臺灣癌症發生資料相比，非 TNLCEDP 計畫篩檢之個案，大多數確診時已處於晚期肺癌。該計畫顯示針對高風險族群，可有望早期偵測出肺癌病例。
4. 總而言之，我們的計畫強調基於證據的決策和跨學科合作的重要性，今後我們將聚焦持續監測和精進篩檢相關的品質指標。

四、與國外團體交流情形

(一)113 年 9 月 17 日會晤 UICC：

於 9 月 17 日至會場後，UICC 會員發展主管 Muriel Victoria Auclair 主動聯繫本署人員，敲定執行長 Cary Adams 可與本署見面時間，執行長於統籌本次會議百忙之中，特地撥冗於會議首日之開幕大會後，當面會晤本署署長表達歡迎之意，亦感謝本署於會中投稿及受邀參與主題討論，並表示將於明年訪問澳洲、香港及臺灣，屆時盼我方協助安排醫院參訪及拜會相關非政府機構。

(二)113 年 9 月 17 日與 Cancer Council 交流：

會場中規劃有 spotlight session 之會場展示，由各世界衛生組織相關單位及癌症防治相關民間團體設攤廣為宣傳，澳洲昆士蘭之 Cancer Council 之執行長 Andrew Donne 及預防及早期偵測資深經理 Sharyn Chin Fat 於會場中設攤位，主動問候署長，表示先前在澳洲曾經與署長交流過，並請本署人員至其攤位，說明該設攤目的是推廣「The Cancer Risk Calculator」，表示已經有 7 萬人成功使用此癌症風險計算程式，進一步瞭解其生活型態是否增加罹癌風險；這項工具是利用以實證為基礎的風險因子項目，輸入數據後統整為分數，呈現 1 個動態分數以反映新研究及社會趨勢對未來罹癌衝擊，例如新興的電子菸。納入癌症風險計算程式的因子包含紫外線暴露、吸菸、酒精累積量、營養、身體活動、篩檢及早期偵測等 6 項。希望以近似遊戲的方式讓民眾瞭解自身罹癌風險、以知識賦能予民眾、提供民眾適當工具，讓民眾主動降低罹癌可能的風險因子。

(三)113 年 9 月 18 日拜會肝炎基金會(The Hepatitis Fund)：

1.HF 由執行長 Finn Rode 出席，說明該基金會成立背景及工作項目，提及因各國忙於 Covid-19 疫情且資源不完整，故恐難達成 WHO 所設定之 2030 年根除肝炎目標，或

許須延至 2060 年始能達標。Mr. Rode 盛讚臺灣肝炎防治享譽全球，認為 WHO 頒發予埃及全球第一個消除 C 肝認證達黃金級國家後，我國當為第二個獲頒該獎項國家。

2.本署署長說明我國預計於 2025 年消除 C 肝，將先於 113 年 12 月舉辦國際研討會，邀請專家協助檢視我國計畫執行情形，惟邀請專家部分，希望 Mr. Rode 可以推薦，並代為邀請，以提升肝病專家出席意願。Mr. Rode 表示願分享肝炎防治領域專家名單供我方參考，並允諾年底來臺擔任國際研討會講者。

參、心得及建議

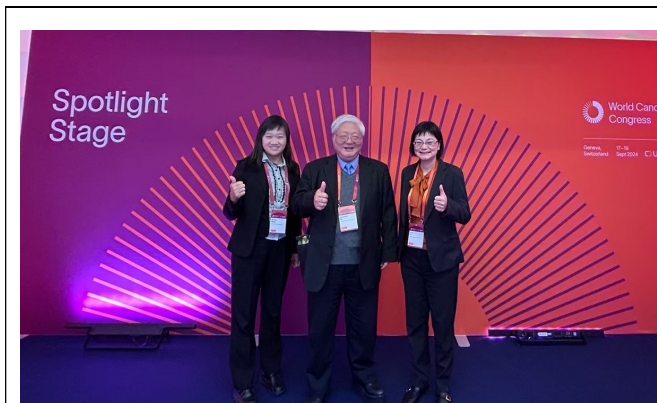
WCC 由國際抗癌聯盟(Union for International Cancer Control, UICC)辦理，會議於日內瓦國際會議中心舉行，共 122 國計 1,900 人與會，透過各國的分享，除了思考在我國各項癌症篩檢政策要如何推行之外，也瞭解各國在篩檢部分所遇困難與解決方法，並更加清楚民間團體於癌症防治部分之角色與實質介入方式。

本會議參與者包含各國政府及民間團體，及涉及癌症之利害關係人；議題則由預防、推動癌症防治困難點、照護改進措施、推動民眾參與篩檢方案分享等臨床照護，一直擴及到 AI 協助介入等，涉及層面十分廣泛，也讓我們藉由國際間分享癌症防治所遇困難案例，有了反思我國癌症防治政策是否亦有不足之處的契機。例如，有民間團體提到雖有衛教，但民眾對病徵不瞭解，再加上醫師對於篩檢及癌症症狀臨床經驗不足，常錯失早期癌症發現與治療的良機，這也提醒了我國在癌症防治上，可再加強初級照護第一道癌症防治防線的角色功能，再加上適當的在地研究，更易促使醫師配合落實初級癌症篩檢與照護工作，透過研究找出合適地方的計畫，也才能讓照護模式接地氣的長久維持下去。

參與會議之建議如下：

- 一、持續與 UICC 進行國際間交流，進而分享我國癌症防治成果、照護政策及經驗，讓我國能持續與國際交流接軌，相互增益癌友照護措施。
- 二、與會所獲得有關外國早期篩檢介入之模式經驗，及加強初級照護醫師及病人知能以促進癌症早期發現等項，納入國家癌症防治計畫推行。
- 三、針對臺灣 2022 年 7 月 1 日開辦之肺癌篩檢政策，適時於相關會議發表，將我國衛生政策經驗及成效推向世界。

附錄 1 會場照片集錦



本署出席 3 人於大會聚光燈展場合影



本署與 UICC 執行長 Cary Adams 會晤



林莉茹組長於主題討論會議中說明我國現況



專題討論場次所有與談人合影，左起為 WHO 之 Dr. Partha Basu、本署林莉茹組長、UICC 之 Dan Milner、UICC 之 Sonali Johnson、馬來西亞國家癌症協會總經理 Murallitharan Munisamy、羅氏主管 Michael Oberreiter



與 Cancer Council 經理 Sharyn Chin Fat 合影



拜訪肝基金會與執行長 Finn Rode 合影




與 WHO 之 Dr. Partha Basu 交流



與我國台灣癌症全人關懷基金會合影

附錄 2 口頭報告簡報





World Cancer Congress
Geneva, Switzerland
17-19 Sept 2024

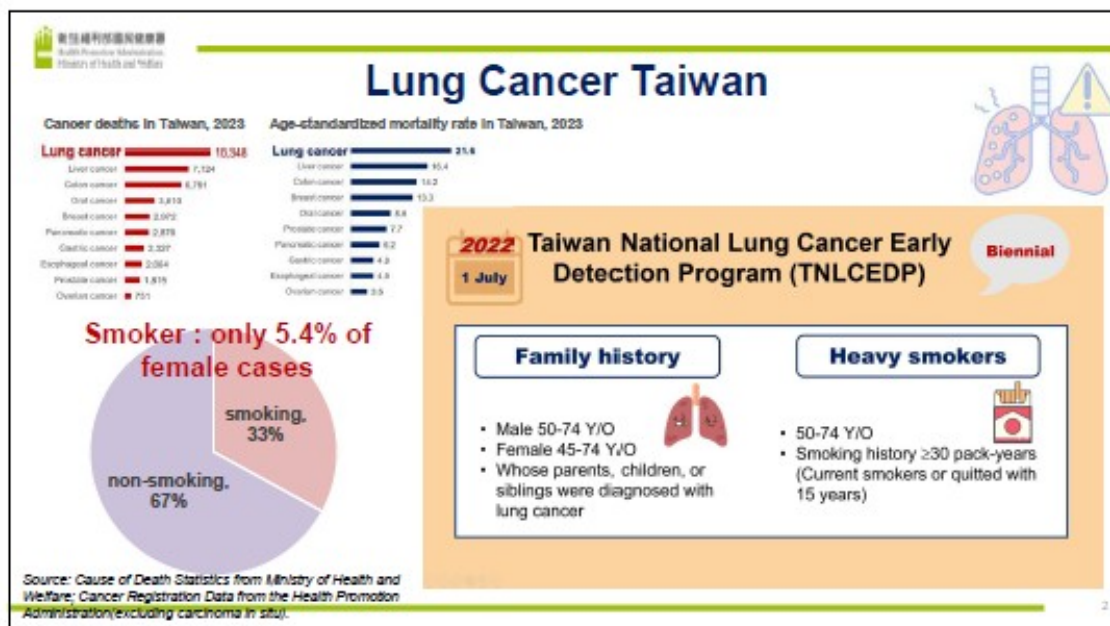
Expanding Horizons: National Lung Cancer Screening with LDCT for heavy smokers and those with a family history of lung cancer in Taiwan

Speaker: Li-Ju Lin

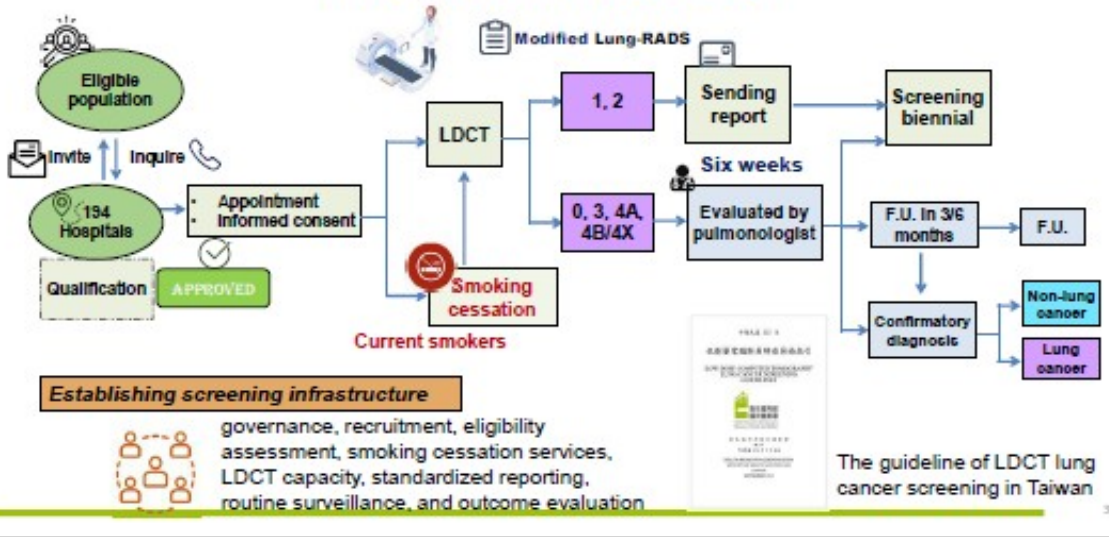
Yuan-Ting Chunglo, Kuo-Ping Huang, Yu-Zu Ho, Chi-Yen Huang, Pei-Chun Hsieh, Li-Ju Lin, Shi-Lun Wei, Chao-Chun Wu*

Session: Rapid Fire 18 - Cancer prevention policy and screening and detection programmes
Session date: 18.09.2024
Session time: 16:40 - 17:40
Room/location: 4



The Flow of TNLCEDP



The Result of Screening Program

Table 1. Distribution of TNLCEDP's participants.

	N	%
Total	114,445	100.00
Family history	62,563	54.67
Heavy smoker	51,882	45.33

Table 2. Lung cancer detection rates in female and male participants by family history and heavy smoker

	Detection rate of lung cancer (%)	
	Female	Male
Family history	1.9	1.1
Heavy smoker	1.0	0.8

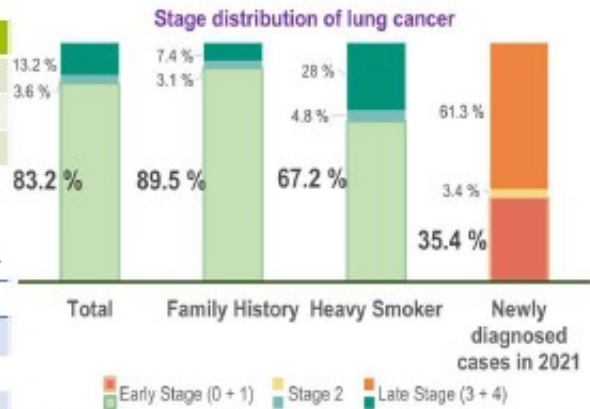


Figure 1. Stage distribution of lung cancer in participants by family history and heavy smoker

Thank you

What Was Learned:

- ✓ Key learnings emphasize evidence-based decision-making and interdisciplinary collaboration.
- ✓ Future focus includes monitoring and developing screening quality indicators, providing valuable insights for countries tackling lung cancer mortality.



World Cancer Congress
Geneva, Switzerland
17–19 Sept 2024



UICC