

計畫名稱：

「胃癌防治計畫」

(一) 計畫緣起

1. 現況分析：癌症自民國 71 年起就成為十大死因之首，若能避免癌症發生，對已發生癌症積極研發治療外，更能減少家庭經濟負擔及社會醫療資源的支出，以享受更好的生活品質。依據衛生福利部統計資料顯示，本縣 106 年癌症位居十大死因第一位，十大癌死因依序為：1、氣管、支氣管和肺癌；2、肝和肝內膽管癌；三、結腸、直腸和肛門癌；四、女性乳房癌；五、口腔癌；六、前列腺(攝護腺)癌；七、食道癌；八、胃癌；九、胰臟癌；十、子宮頸及部位未明示子宮癌（如表一）。本縣 106 年癌症死亡率 257.2/每 10 萬人口（死亡人數 849 人），相較本縣 105 年癌症死亡率 250.4/每 10 萬人口（死亡人數 830 人）為高，而台灣地區 106 年癌症死亡率 203.9/每 10 萬人口（死亡人數 48,037 人）亦較 105 年癌症死亡率 203.1/每 10 萬人口（死亡人數 47,760 人）為高，本縣癌死亡率高出全國許多。若此趨勢維持不變，預料未來癌症仍會是本縣民眾健康最大的威脅之一。

表 5-8-1 綱要計畫 8.6106 年花蓮縣及全國癌症十大死因分析表

癌症十大死因	106 年度			
	全國統計		花蓮縣	
	排序	每十萬人 口死亡率	排序	每十萬人 口死亡率
氣管、支氣管和肺癌	1	39.2	1	47.3
肝和肝內膽管癌	2	35.7	2	43.9
結腸、直腸、肛門癌	3	24.7	3	24.2
女性乳癌	4	20.1	4	20.3
口腔癌	5	12.1	5	20.0
前列腺（攝護腺）癌	6	11.9	6	17.3
胃癌	7	9.8	8	14.8
胰臟癌	8	8.8	9	10.9
食道癌	9	7.6	7	14.8
子宮頸及部位未明示子宮癌	10	5.5	10	9.2

2. 十大癌症發生率：依據衛生福利部衛生統計資料顯示，本縣 101-104 年花蓮縣男性及女性十大癌症發生率。

表 5-8-2 綱要計畫 8.6 花蓮縣男女性十大癌症發生率

101年花蓮縣男性十大癌症發生率						101年花蓮縣女性十大癌症發生率					
ICD-O-FT	原發部位	申報數	粗率	年齡標準 化率1	年齡標準 化率2	ICD-O-FT	原發部位	申報數	粗率	年齡標準 化率1	年齡標準 化率2
1	140_9 口腔、口咽及下咽	142	82.53	54.46	59.07	1	174 女性乳房	141	86.44	57.33	62.17
2	153_4 結腸及直腸	127	73.81	43.16	49.12	2	153_4 結腸及直腸	74	45.36	25.38	28.72
3	162 肺、支氣管及氣管	122	70.90	38.27	44.70	3	162 肺、支氣管及氣管	59	36.17	19.79	22.46
4	155 肝及肝內膽管	107	62.19	40.21	43.83	4	155 肝及肝內膽管	54	33.10	18.77	20.54
5	185 攝護腺	86	49.98	25.41	30.99	5	173 皮膚	30	18.39	9.83	11.32
6	150 食道	49	28.48	19.32	20.77	6	180 子宮頸	23	14.10	8.92	9.51
7	151 胃	52	30.22	16.54	18.75	7	151 胃	27	16.55	7.52	9.28
8	188 膀胱	32	18.60	10.72	12.44	8	182 子宮體	23	14.10	8.29	8.86
9	173 皮膚	32	18.60	9.77	11.48	9	193 甲狀腺	18	11.03	7.25	8.05
10	NHL 非何杰金氏淋巴瘤	23	13.37	8.50	9.92	10	183 卵巢、輸卵管及寬	15	9.20	6.77	7.05
	全癌症	895	520.16	312.32	351.77		全癌症	592	362.91	218.69	241.41

102年花蓮縣男性十大癌症發生率						102年花蓮縣女性十大癌症發生率					
ICD-O-FT	原發部位	申報數	粗率	年齡標準 化率1	年齡標準 化率2	ICD-O-FT	原發部位	申報數	粗率	年齡標準 化率1	年齡標準 化率2
1	140_9 口腔、口咽及下咽	127	74.26	48.68	51.99	1	174 女性乳房	153	93.93	59.37	64.70
2	153_4 結腸及直腸	132	77.19	42.05	49.10	2	153_4 結腸及直腸	70	42.98	22.88	26.18
3	162 肺、支氣管及氣管	129	75.43	42.75	48.53	3	162 肺、支氣管及氣管	70	42.98	22.64	25.28
4	155 肝及肝內膽管	104	60.81	36.32	40.63	4	155 肝及肝內膽管	54	33.15	16.77	19.49
5	185 攝護腺	74	43.27	22.26	26.23	5	193 甲狀腺	31	19.03	13.61	14.75
6	173 皮膚	45	26.31	14.02	16.28	6	182 子宮體	34	20.87	13.17	14.34
7	150 食道	40	23.39	14.72	15.81	7	151 胃	27	16.58	8.58	10.08
8	151 胃	39	22.80	11.59	13.74	8	173 皮膚	26	15.96	9.00	9.96
9	188 膀胱	30	17.54	8.01	9.83	9	140_9 口腔、口咽及下咽	23	14.12	8.28	9.19
10	LEU 白血病	16	9.36	6.76	7.16	10	180 子宮頸	18	11.05	6.14	7.09
	全癌症	856	500.54	292.06	329.65		全癌症	635	389.86	228.92	253.84

103年花蓮縣男性十大癌症發生率						
ICD-O-FT	原發部位	申報數	粗率	年齡標準化率1	年齡標準化率2	
1	140_9	口腔、口咽及下咽	163	95.70	62.03	66.07
2	155	肝及肝內膽管	131	76.91	44.52	49.45
3	153_4	結腸及直腸	110	64.58	37.48	41.98
4	162	肺、支氣管及氣管	105	61.65	35.28	40.16
5	185	攝護腺	93	54.60	28.14	34.30
6	150	食道	74	43.45	27.07	29.00
7	173	皮膚	55	32.29	16.67	20.11
8	151	胃	39	22.90	12.56	14.04
9	NHL	非何杰金氏淋巴瘤	19	11.16	8.70	8.95
10	188	膀胱	25	14.68	7.44	8.65
		全癌症	971	570.09	339.58	377.48

103年花蓮縣女性十大癌症發生率						
ICD-O-FT	原發部位	申報數	粗率	年齡標準化率1	年齡標準化率2	
1	174	女性乳房	150	91.99	58.98	63.07
2	153_4	結腸及直腸	74	45.38	24.54	27.52
3	155	肝及肝內膽管	55	33.73	16.85	19.12
4	162	肺、支氣管及氣管	51	31.28	16.46	18.40
5	173	皮膚	40	24.53	11.30	13.69
6	140_9	口腔、口咽及下咽	33	20.24	11.69	12.48
7	182	子宮體	27	16.56	10.31	11.46
8	193	甲狀腺	23	14.10	9.77	10.90
9	151	胃	26	15.94	7.59	9.03
10	NHL	非何杰金氏淋巴瘤	19	11.65	6.82	7.36
		全癌症	624	382.66	219.16	242.43

104年花蓮縣男性十大癌症發生率						
ICD-O-FT	原發部位	申報數	粗率	年齡標準化率1	年齡標準化率2	
1	140_9	口腔、口咽及下咽	148	87.40	54.65	59.17
2	153_4	結腸及直腸	144	85.04	45.94	51.47
3	162	肺、支氣管及氣管	103	60.83	34.19	39.39
4	155	肝及肝內膽管	94	55.51	31.63	35.57
5	185	攝護腺	85	50.20	24.62	30.22
6	150	食道	57	33.66	21.09	22.70
7	151	胃	53	31.30	16.36	18.75
8	173	皮膚	36	21.26	12.62	14.07
9	LEU	白血病	24	14.17	9.25	10.17
10	188	膀胱	23	13.58	6.96	8.36
		全癌症	903	533.26	308.10	344.52

104年花蓮縣女性十大癌症發生率						
ICD-O-FT	原發部位	申報數	粗率	年齡標準化率1	年齡標準化率2	
1	174	女性乳房	161	99.01	61.20	65.64
2	153_4	結腸及直腸	71	43.66	23.36	26.92
3	162	肺、支氣管及氣管	75	46.12	22.48	25.51
4	155	肝及肝內膽管	44	27.06	12.05	14.32
5	182	子宮體	26	15.99	10.39	11.20
6	180	子宮頸	24	14.76	9.83	10.51
7	193	甲狀腺	18	11.07	9.65	10.51
8	151	胃	28	17.22	9.11	9.92
9	173	皮膚	29	17.83	7.90	9.54
10	183	卵巢、輸卵管及寬韌帶	17	10.45	8.15	8.58
		全癌症	620	381.28	219.98	242.37

- 註：1.以上資料僅列侵襲癌個案，粗發生率與年齡標準化發生率皆以每10萬人口計。96年起，淋巴瘤從各部位獨立出來計算發生率，並納入排名。
- 2.年齡標準化率1係使用1976年世界標準人口為標準人口，年齡標準化率2係使用2000年世界標準人口為標準人口。十大癌症發生率排名係採用年齡標準化率2為排序依據。
- 3.(1)每10萬女性人口粗發生率與年齡標準化發生率。(2)每10萬男性人口粗發生率與年齡標準化發生率。

3. 原住民族癌症負擔，胃癌發生率：原住民族比非原住民族高出兩倍多

依據世界衛生組織，子宮頸癌、乳癌、口腔癌及大腸癌是可以藉由檢早期發現早期治療，而降低癌症的死亡率，且其發生數佔國人癌症發生數之三分之一，為減少癌症對國人生命健康的威脅，中央國民健康署自84年起即陸續開始辦理前項四項癌症篩檢服務計畫。

依據2014年之國內常見癌症別分布可知(表三)，目前在台灣的花東地區(特別是原住民)之疾病負擔在口腔癌、食道癌及胃癌上，皆大幅高出平均值，尤其胃癌發生率更比平均值高出兩倍，由於花蓮地區之當地居民中，原住民佔了蠻大比例，可知其在這些癌症上在偏鄉地區具有沉重之疾病負擔。

表 5-8-3 綱要計畫 8.6 2014 年台灣原民常見癌症別發生率分布

常見癌症別	原住民		台灣一般民眾	
	標準化發生率	發生人數	標準化發生率	發生人數
口腔癌	33.0	186	22.9	7,606
食道癌	11.6	67	7.6	2,613
胃癌	22.6	119	10.4	3,786
大腸癌	35.7	193	44.7	15,764
肝癌	34.0	185	32.7	11,358
肺癌	41.0	212	35.1	12,462
乳癌	56.1	179	70.7	11,769
子宮頸癌	10.3	32	8.5	1,452
攝護腺癌	11.5	56	29.1	4,904
全癌症	327.3	1,793	30.8	103,147

*標準化發生率:每十萬人年

根據 2014 年原住民族人口及健康統計年報顯示，惡性腫瘤為其主要死亡原因(粗死亡率為每十萬 141.0 人，標準化死亡率為每十萬 151.4 人)，其次分別為心臟疾病、慢性肝病及肝硬化、腦血管疾病、事故傷害、糖尿病、肺炎、慢性下呼吸道疾病、高血壓與敗血症。而在原住民族十大癌症死亡原因中，以肺癌排名第一，其次分別為肝癌、胃癌、大腸癌、口腔癌、乳癌、食道癌、胰臟癌、子宮頸癌與鼻咽癌。

進一步比較原住民族與非原住民族的癌症疾病負擔可以發現，原住民族較非原住民族胃癌發生率高出兩倍多(每十萬 24.8 人比上 11.1 人)(如圖一)，且原住民族死於胃癌風險亦較非原住民族有將近三倍的風險(每十萬 14.1 人比上 5.7 人)(如圖二)。因此，急需有效的預防介入來降低原住民族的胃癌負擔，計畫可做為一個開端，逐步整體提升原住民族消化道的健康。

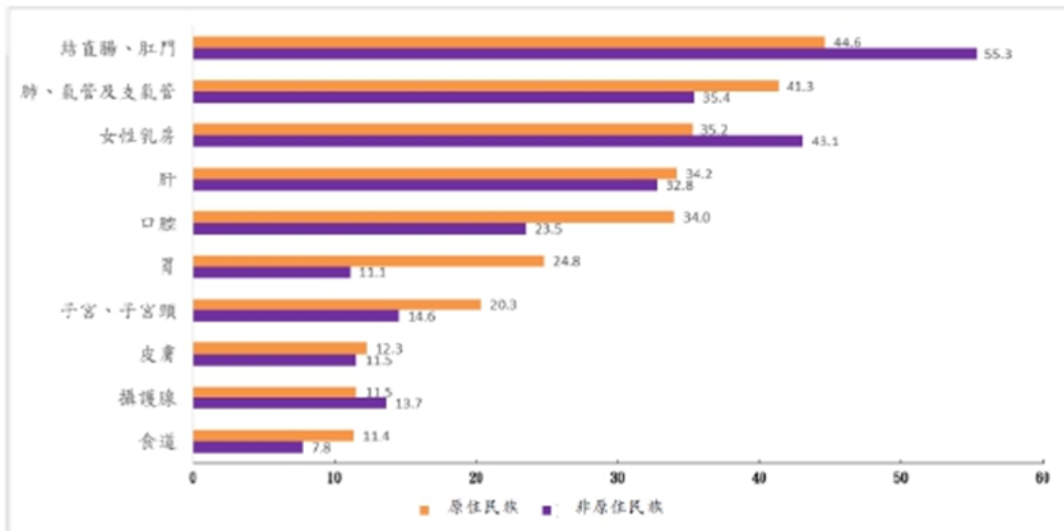


圖 5-8-9 綱要計畫 8.62014 年原住民族與非原住民族之十大癌症發生率(粗率)

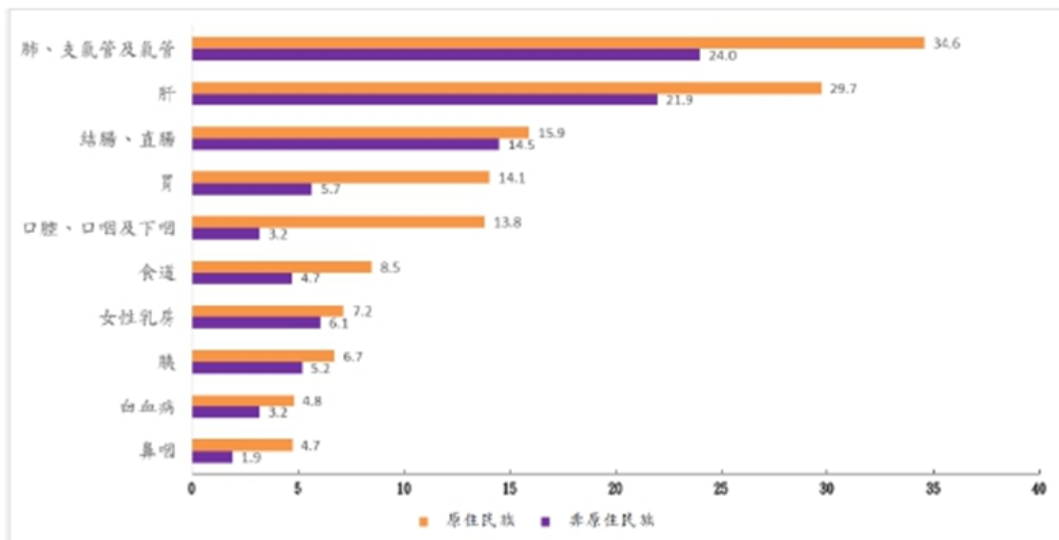


圖 5-8-10 綱要計畫 8.62014 年原住民族與非原住民族之十大癌症死亡率(粗率)

4. 花蓮縣胃癌疾病的負擔

以 2017 年台灣原住民族分布地圖，原住民族在臺東、花蓮的原住民族人口數最多(分別為 78,835 人以及 92,550 人，總共 171,385 人)，約占全國原住民族人數的三分之一，亦占該臺東與花蓮地區人口的三分之一。

花蓮及台東縣是胃癌的高發生地區，是以花東地區是胃癌防治計畫的最佳試辦區域。

台灣各縣市胃癌發生率分佈，各縣市以東部發生率最高，如宜蘭縣、花蓮縣、臺東縣連江縣已非傳統胃癌發生率最高的縣市。

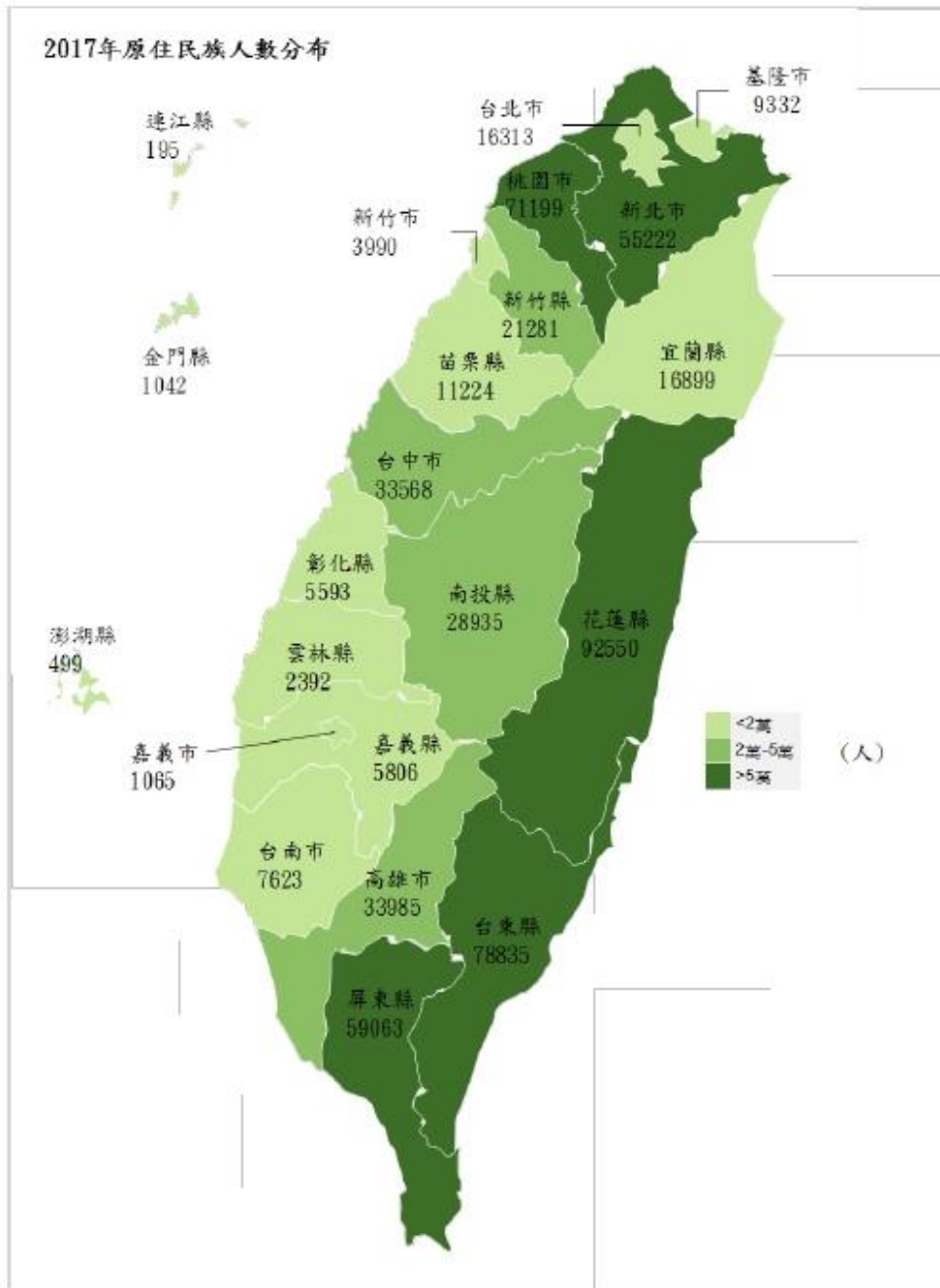


圖 5-8-11 綱要計畫 8.6 台灣原住民族人口數分佈

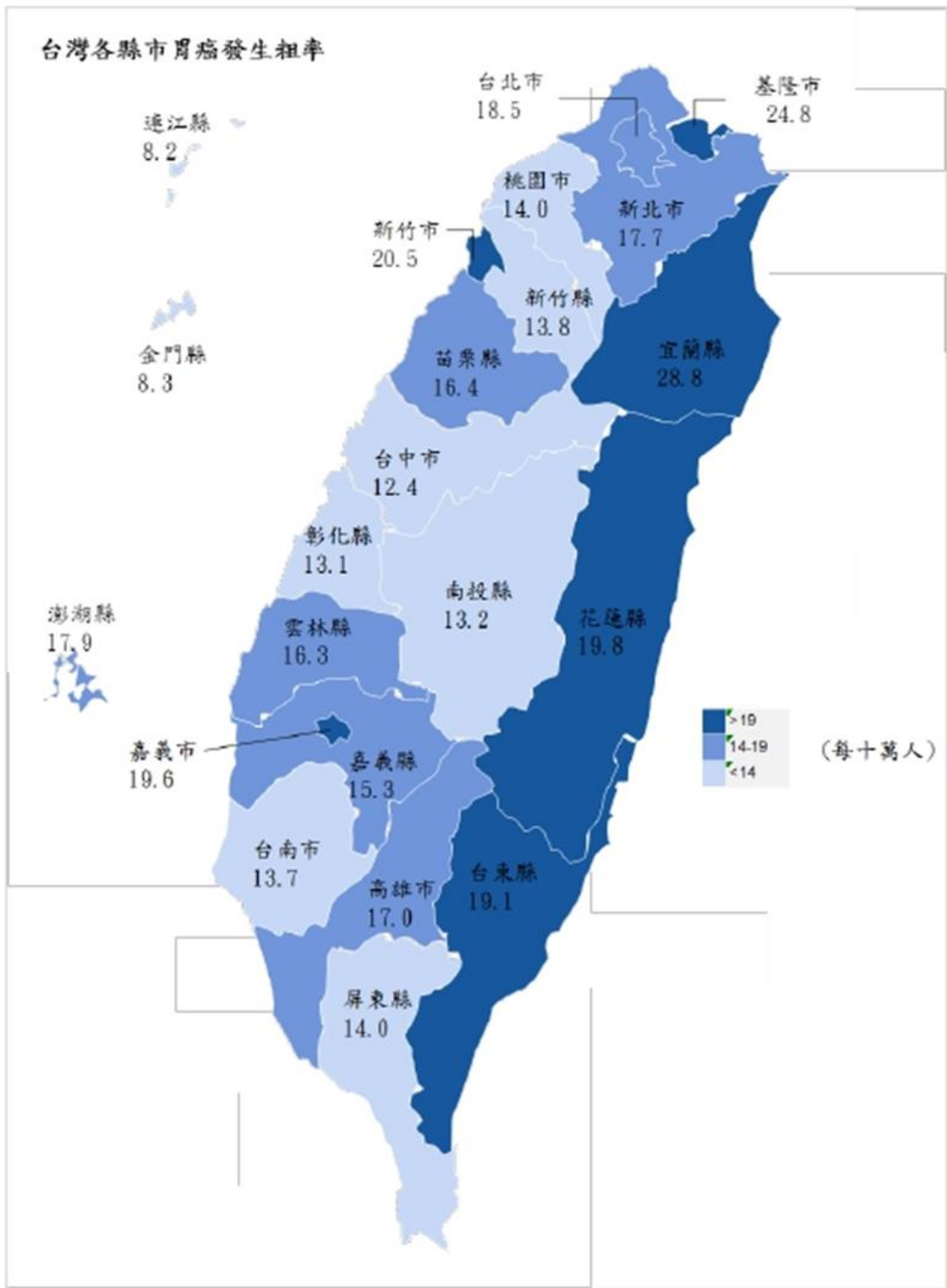


圖 5-8-12 綱要計畫 8.6 台灣各縣市胃癌發生率分佈(粗率)

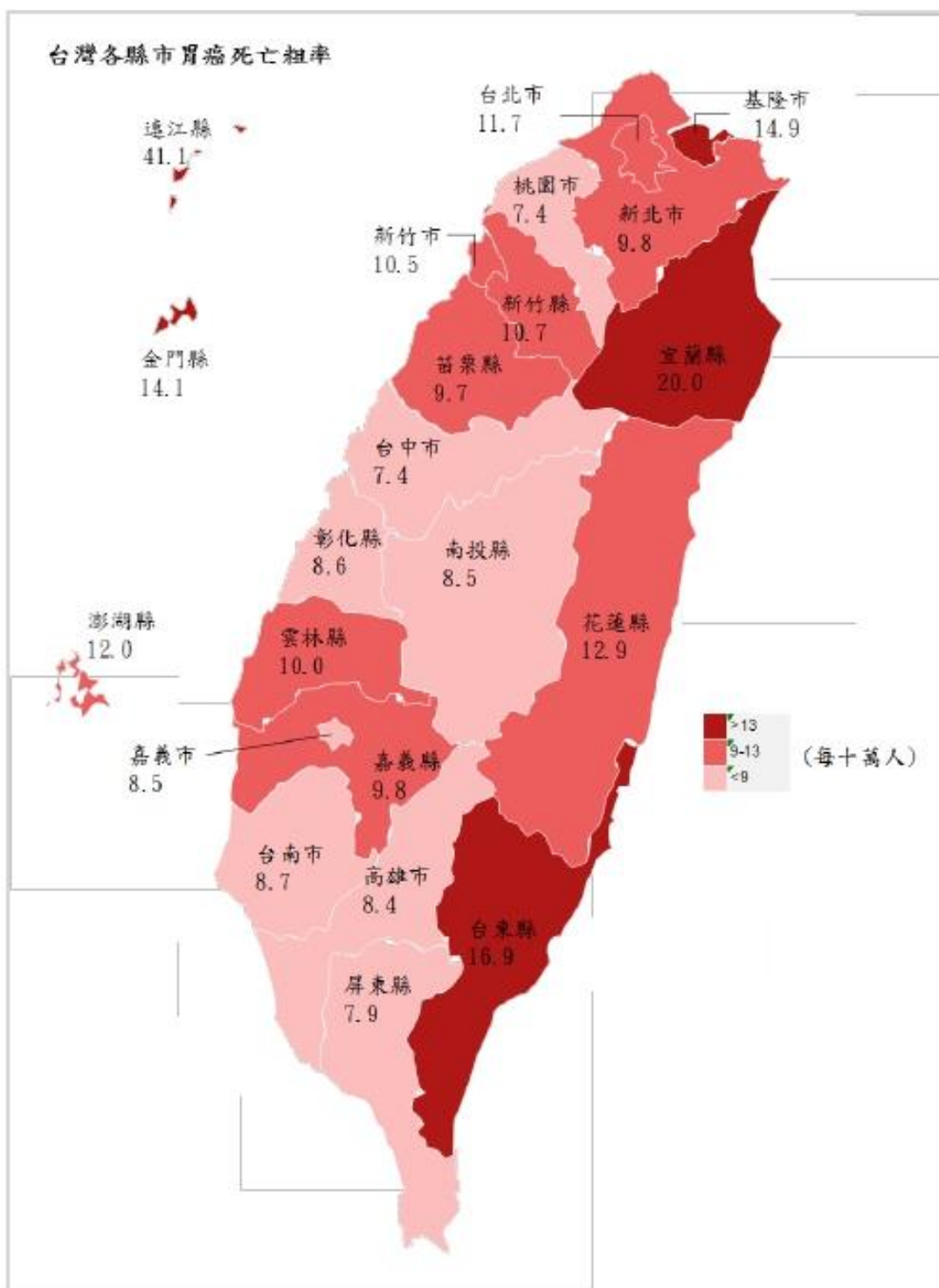


圖 5-8-13 綱要計畫 8.6 台灣各縣市胃癌死亡率分佈(粗率)

表 5-8-4 綱要計畫 8.6 2013 年台灣各縣市胃癌疾病負擔分佈

縣市別	胃癌發生率 (每十萬人年)	胃癌死亡率 (每十萬人年)
新北市	17.7	9.8
臺北市	18.5	11.7
桃園市	14.0	7.4
臺中市	12.4	7.4
臺南市	13.7	8.7
高雄市	17.0	8.4
宜蘭縣	28.8	20.0
新竹縣	13.8	10.7
苗栗縣	16.4	9.7
彰化縣	13.1	8.6
南投縣	13.2	8.5
雲林縣	16.3	10.0
嘉義縣	15.3	9.8
屏東縣	14.0	7.9
臺東縣	19.1	16.9
花蓮縣	19.8	12.9
澎湖縣	17.9	12.0
基隆市	24.8	15.0
新竹市	20.5	10.5
嘉義市	19.6	8.5
金門縣	8.3	14.1
連江縣	8.2	41.1

*資料來源:衛生福利部國民健康署

花蓮縣位於臺灣東部，西接中央山脈，東臨太平洋，周邊與宜蘭縣、台中市、南投縣、高雄市、台東縣相鄰，是臺灣面積最大的縣級行政區。

全縣人口數約為 327,968 人(花蓮縣 107 年 12 月底戶政資料)，共劃分為 1 市、2 鎮及 7 鄉與 3 個山地原住民鄉。原民人口數約占總人口四分之一，以阿美族分布最廣，其他還有泰雅族、太魯閣族、布農族、撒奇萊雅族、噶瑪蘭族等 6 族。

根據癌症登記互動系統顯示，從 2014 年花蓮胃癌發生率與死亡率由圖六可以看出，胃癌發生率與死亡率皆較高，但是這發現可能因為戶籍與居住地區有所差異、樣本較小而僅供參考。此外，從 2014 年花蓮口腔癌及食道癌發生率與死亡率地圖中，相似地，較難看出橫斷趨勢。

表 5-8-5 綱要計畫 8.6 2014 年花蓮地區胃癌、口腔癌及食道癌之疾病負擔(每十萬人)

癌症別	整體		30 歲以上	
	發生率	死亡率	發生率	死亡率
胃癌	24.06	13.8	35.32	20.7
口腔癌	59.25	27.2	88.63	40.8
食道癌	23.17	15.1	34.65	22.7

單位:每十萬人

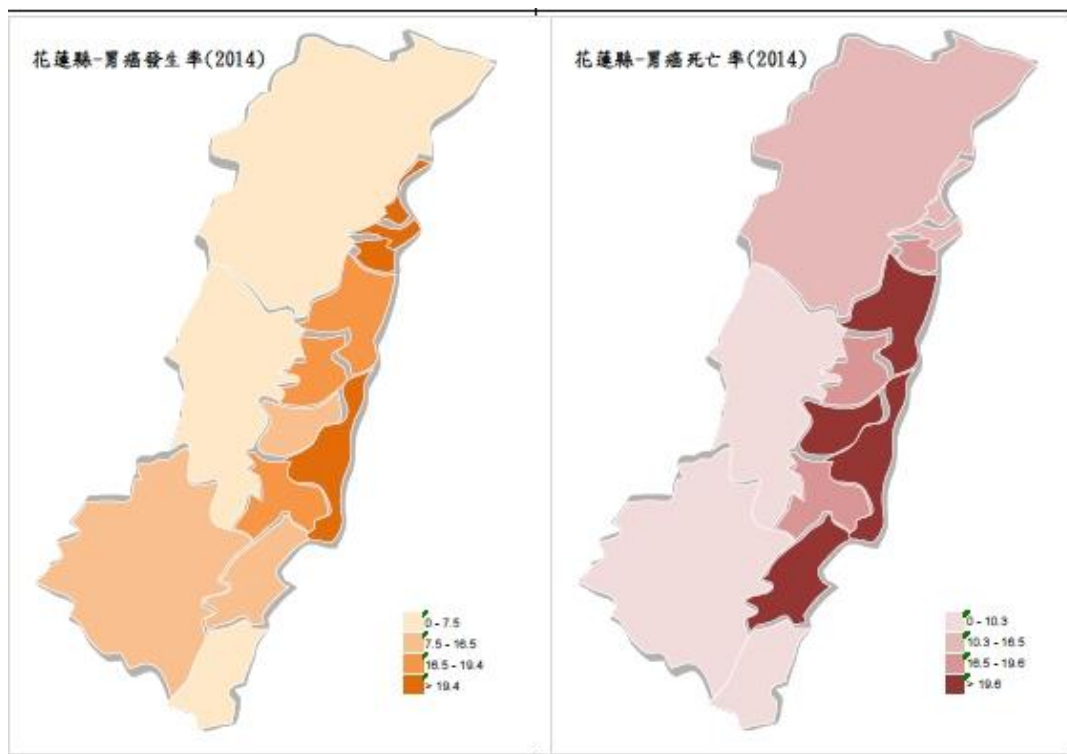


圖 5-8-14 綱要計畫 8.6 2014 年花蓮胃癌發生率與死亡率

5. 花蓮縣 13 鄉鎮胃癌於十大癌死因之排名

104-106年花蓮縣各鄉鎮市胃癌於十大癌死因之排名									
鄉鎮市別	104年十大癌死因			105年十大癌死因			106年十大癌死因		
	胃癌 排名	胃癌死亡數/ 癌症死亡數	每十人萬人標 準化死亡率	胃癌 排名	胃癌死亡數/ 癌症死亡數	每十人萬人標 準化死亡率	胃癌 排名	胃癌死亡數/ 癌症死亡數	每十人萬人標 準化死亡率
花蓮市	7	8/223	4.0	8	10/227	5.5	9	12/238	5.4
鳳林鎮	10	1/30	7.6	-	0/36	-	8	1/31	4.2
玉里鎮	8	4/96	5.2	6	6/98	11.5	10	3/90	5.6
新城鄉	7	3/53	7.1	12	1/48	3.5	3	8/55	23.7
吉安鄉	7	10/187	7.4	6	13/180	9.5	8	8/180	5.8
壽豐鄉	6	3/47	7.7	12	2/46	3.2	13	1/51	1.7
光復鄉	-	0/25	-	8	2/31	7.3	1	6/34	25.3
瑞穗鄉	-	0/40	-	10	1/33	3.2	10	1/36	2.1
富里鄉	5	3/42	14.5	-	0/30	-	6	3/49	10.7
豐濱鄉	-	0/12	-	5	3/31	23.6	-	0/14	-
秀林鄉	4	5/43	30.0	4	3/37	14.2	4	3/43	16.4
萬榮鄉	3	2/10	24.5	-	0/14	-	5	1/18	16.9
卓溪鄉	5	2/19	26.0	7	1/19	14.9	3	2/10	35.2
合計		41/827			42/830			49/849	

6. 胃癌的危險因子?及臨床實證支持?

正常之胃粘膜，可能因為幽門螺旋桿菌之感染，產生慢性胃炎，在長時間以及持續的刺激下，進而發展為萎縮性胃炎，而在這個關鍵時期，若進一步受到亞硝胺致癌物質刺激，並且缺少抗氧化物質的飲食補充，萎縮性胃炎便可能進展到腸性化生及黏膜變性，進而產生腺癌細胞。幽門螺旋桿菌(*Helicobacter pylori*)為一種螺旋狀的細菌，研究發現幽門螺旋桿菌感染為引起胃癌發生風險之相關危險因子，而根除幽門螺旋桿菌被視為一個防治胃癌的有效方法。

隨著台灣人口老化，胃癌其發生率、死亡率及致死率仍高，在這個癌化過程中，有多數人會因為慢性胃炎、消化性潰瘍的症狀或併發症而就醫，因此，如何設計有效的胃癌防治策略為公共衛生之一大挑戰，幽門螺旋桿菌為胃癌之主因，針對帶菌者進行篩檢可早期診斷以改善胃癌之預後，達成次段預防的目標，此外，除菌治療可降低消化性潰瘍及功能性胃部不適，也預期將有降低日後胃癌風險之效果，因而可達成初段預防的目標。

花蓮縣之胃癌發生率與死亡率都在全國排名前十名，當地原住民之胃癌發生率比台灣一般風險族群高出兩倍。而目前國民健康署的癌症防治政策中尚未將胃癌納入癌症篩檢的項中，為降低花蓮縣民過早死亡，提高平均餘命，胃癌防治刻不容緩。在癌症防治中民眾之認知及健康識能極為重要，有了健康識能，即可從生活型態改變，正確定期篩檢，並積極確診，以避免延誤治療時機。

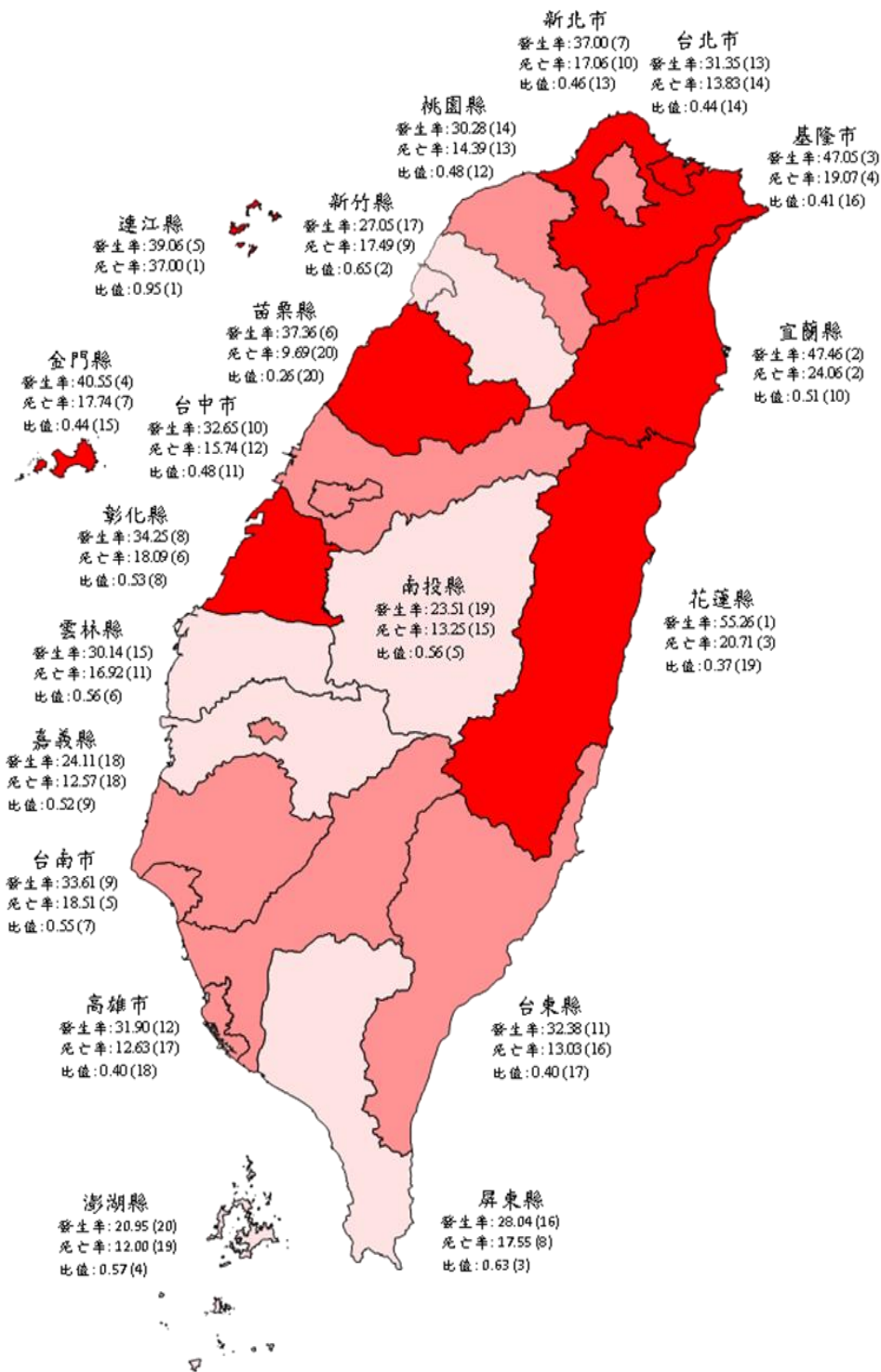


圖 5-8-15 綱要計畫 8.6 台灣 2014 年胃癌發生率與死亡率癌症地圖(>30 歲)

(二) 計畫目標

1. 降低花蓮縣縣民日後胃癌的風險及疾病的負擔。

花蓮地區在胃癌上等疾病負擔上比台灣平均值高出許多，尤其當地原民胃癌發生率更高出兩倍，在胃癌的癌化過程中，有多數人會因為慢性胃炎、消化性潰瘍的症狀或併發症而就醫，因此，如何設計有效的胃癌防治策略為當地公共衛生之一大挑戰。幽門螺旋桿菌為胃癌之主因，除菌治療可降低消化性潰瘍及功能性胃部不適，也預期將有降低日後胃癌風險之效果，因而可達成初段預防的目標。

2. 發展胃癌篩檢服務模式及後續轉介與確診標準作業流程。

考量醫療資源分配可近性，以及根據幽門桿菌的重要致病性，本計畫優先針對將花蓮地區 20-60 歲當地居民(特別是原民)進行胃癌防治，將進行碳十三尿素呼氣檢測，發展篩檢服務模式及後續轉介與確診標準作業流程。

3. 建立以幽門桿菌除菌治療為主的胃癌篩檢模式。

了解偏鄉胃癌之危險因子，進而進行除菌介入以預防胃癌的發生，除菌治療也可降低消化性潰瘍及功能性胃部不適的風險，發展出適合當地篩檢服務模式及後續轉介與治療的作業流程，預計可降低胃癌發生率以及死亡率。

(三) 執行策略及方法

1. 中央目的事業主管機關：衛生福利部國民健康署。

1. 主辦機關：花蓮縣政府、花蓮縣衛生局。

2. 協辦機關：花蓮縣 13 鄉鎮市衛生所及合作醫療機構。

3. 執行方式：縣政府自辦。

(1)使用國民健康署提供的當地原住民族名單，經由各衛生所基層醫護人員以電話方式邀約民眾參加胃癌篩檢，也可於成人健檢或整合式篩檢時同步施行、癌症設站篩檢執行、或門診病患接受檢查。

(2)陽性個案通知與關懷方式：

①衛生所醫師發放民眾報告，並由護理師進行轉介，陽性民眾到衛生所領取除菌藥物，由醫師向民眾說明藥物服用注意事項及可能副作用。此藥物服用表以圖解表示，清楚易懂，也可記錄用藥時間，提高服藥遵從性。

②個案領藥時，會告知個案，若發生過敏症狀或嚴重副作用，請個案立即停藥及回診，於服藥期間有任何疑問，都可隨時聯絡醫護人員。

③為提高民眾服藥遵從性，由護理師每日使用電話追蹤個案服藥遵從性及副作用，包括是否按時服藥、是否有提前停藥，是否有副作用。

④同時提醒個案於服藥 4-6 周後，至衛生所完成呼氣複檢，以確定

除菌成功；未到衛生所吹氣者，護理師亦會電話關心，並再次約定吹氣時間。

- (3)推廣社區癌篩之衛生政策，使用碳十三尿素呼氣檢測(C13 urea breath test)的篩檢方法，期望證實此為實際可行、並且可提高參與率的方案，預計碳十三尿素呼氣檢測結果為陽性者，投以1-2週抗生素除菌治療或加上胃鏡檢查，將預期可達到胃癌初段預防或胃癌早期診斷進而改善國人胃癌之風險及預後，也可減少日後消化性潰瘍及其併發症的風險。計畫目標為發展胃癌篩檢服務模式、以及後續轉介與確診標準作業流程，以了解幽門桿菌感染發生現況以及除菌藥物成效進行分析，而長期目標為降低胃癌發生率與死亡率。
- (4)衛生所邀請符合由衛福部補助之每兩年一次口腔癌篩檢30歲以上民眾參加碳十三尿素呼氣檢測(即幽門桿菌呼氣檢測)。送檢驗後，篩檢結果陽性者，轉介區域醫院肝膽腸胃科胃鏡檢查，疑似胃癌者，進行治療，無明顯胃疾病者，符合健保用藥者(如潰瘍)，醫師開藥治療，不符合健保給付(如發炎)，則由本計畫採購第1線除菌藥物10天療程(5天/次)，口服除菌藥物後6-8週，再進行第二次碳十三尿素呼氣檢測，倘呼氣仍陽性，醫師判斷給服第二線除菌藥物10天療程後6-8週，再進行第三次篩檢，呼氣還是陽性者，醫師判斷繼續觀察或治療。
- (5)計畫評估指標：

監測指標	執行方法
參與篩檢人數	將分配各地篩檢目標數，根據人口名單進行邀約，預期收案接受篩檢數總和大於2,000人。
篩檢陽性率	參與篩檢服務發現幽門桿菌陽性比例，即吹氣檢查陽性人數/接受篩檢人數。
陽性服藥完成率	陽性個案成功轉介接受除菌治療比例，即吹氣檢查陽性個案服除菌藥物人數/陽性個案人數。
複驗比率	吹氣檢查陽性個案接受服藥治療(第1線用藥)後，4-6週再進行第2次吹氣檢查的比例。
複驗陽性率	第二次接受吹氣檢查個案陽性人數比例(反映服藥順從度及細菌抗藥性)。
複驗陽性服藥完成率	進行第2次吹氣檢查為陽性並接受轉診之個案，服用第2次藥物治療之比例。
幽門桿菌根除率	第一線治療與第二線治療後，整體幽門桿菌的根除率。

(四) 期程與經費需求

1. 計畫期程：109 年至 110 年 12 月。

109 年執行甘特圖

月份/項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	備註
採購胃癌吹起袋發包	—————▶												
採購胃癌藥物發包	—————▶												
胃癌篩檢		—————▶											
辦理宣導活動		—————▶											
經費核銷及彙整成果								—————▶					

110 年執行甘特圖

月份/項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	備註
採購胃癌吹起袋發包	—————▶												
採購胃癌藥物發包	—————▶												
胃癌篩檢		—————▶											
辦理宣導活動		—————▶											
經費核銷及彙整成果								—————▶					

2. 經費需求及財源：

表 5-8-6 綱要計畫 8.6 經費項目細項表 (單位：千元)

項目	執行年度		合計	說明
	109	110		
業務費				
臨時人員 酬金	760	760	1,520	以臨時工資時薪計算，Call 姐催檢、載送陽性案就醫等雇工費*2 人計算 *部分工時依勞動部公告之基本工資規範；政府負擔保險費用(健保、勞保、勞退及二代健保等依時計費率核算)
胃癌篩檢 檢驗費、 材料費及 除菌藥物	3,067.2	3,067.2	6,134.4	1、碳 13 吹氣袋(前、後)篩檢費用： 109-110 年各篩 檢 2,000 人，預估陽性率 60%，陽 性個案須再進 行一次吹氣。 109 年第一次碳 13 吹氣篩檢試劑 600 元/人，預 計 2,000 人，總計 1,200,000 元。 2、109 年第一線藥物治療費用：藥物 680 元，所需 費用 2,000 人*60%(HP 陽性率)為 1,200 人，總計 816,000 元。 3、陽性個案第二次碳 13 吹氣篩檢試

				劑 600 元/人， 預計複驗 2,000 人*60%(HP 陽性率)為 1,200 人， 總計 720,000 元。 4、109 年第二線藥物治療費用：藥物 780 元，所需 費用 1,200 人*20%(HP 陽性率)為 240 人，總計 187,200 元。 5、陽性個案第三次碳 13 吹氣篩檢試劑 600 元/人， 預計複驗 1,200 人*20%(HP 陽性率)為 240 人，總 計 144,000 元。
一般事務費	519.8	519.8	1039.6	13 鄉衛生所 1、含催檢通知明信片、講師費、明信片、文宣及教材製作、宣導品等。 2、場地費、電費、其他業務租金、通訊費、資訊服務費、文具紙張、誤餐、油脂(訪視個案公務車)、 雜支等。 3、檢體運送費、採檢用品。
國內旅費	80	80	160	台澎金馬地區旅費 交通補助費：本縣 13 鄉鎮市個案就醫及到點服藥交通費、高風險地區就醫者檢查交通費(含陪同就醫者及疑似個案需就醫者；每次各以 1 人為限)
小計	4,427	4,427	8,854	

(五) 預期效果及影響

1. 可量化效益：降低胃癌死亡率。
2. 不可量化效益：縮短健康不平等。

表 5-8-7 綱要計畫 8.6 績效指標

績效指標	現況值	108 年目標值	109 年目標值	110 年目標值	長期目標值
胃癌篩檢人數	-	1000	2000	2000	
轉介至複查人數	-	90%	90%	90%	