

## 112 年度

# 癌症診療品質認證醫院說明會

【第二階段(曾通過)認證醫院適用版】

主辦機構:國民健康署

承辦機構:國家衛生研究院

癌症研究所 TCOG

簡報日期:111年12月2日



#### 大綱

- 112 年認證作業程序說明
  - □ 認證作業時程與流程
  - □ 認證重要宣導事項
- 112 年認證基準說明
  - □ 認證基準評量項目與審閱區間
  - □ 認證通則
  - □ A 組認證基準評核重點
  - □ B 組認證基準評核重點
- 綜合討論



#### ※新版基準修改處以底線標示※

## 112 年認證作業程序說明



## 認證作業時程與流程



### 年度預定作業時程

作業內容	預定時程
公告認證基準及作業程序(正式)	1月~2月
受理醫院認證申請	3 月
審查認證申請文件	4 月
<ul><li>■公告認證委員共識</li><li>■國健署函知醫院實地認證日期區段</li></ul>	5月~6月
辦理實地認證作業 ■ 國健署函知醫院實地認證日期 ■ 國健署函知醫院實地認證結果	<ul><li>6月~10月</li><li>■實地認證前4週</li><li>■實地認證後4~6週</li></ul>
召開認證醫院檢討會	10 月~12 月
<ul><li>■公告明年度認證基準及作業程序(草案)</li><li>■召開明年度認證醫院說明會</li></ul>	11 月~12 月

註:相關時程將隨當年度實際作業情形調整。



#### 認證申請資格 1/2

- ■醫院評鑑合格以上之醫院。
- 須符合以下條件之一:
  - □ 108年(含)以後之任一年度申報至癌症登記資料庫新診斷癌症個案數達500例(含)以上。
  - □ 108年(含)以後之任一年度申報至癌症登記資料庫新診斷癌症個案數未達500例,但仍於認證有效期間內之醫院。
  - □ 111年採「第一階段認證醫院適用版」認證結果為通過之醫院。



#### 認證申請資格 2/2

- 年度新診斷個案數 (Class 0~3, 含原位癌) 達 50 例 (含) 以上之癌別應達成下列:
  - □ 依據基準 2.1 之規定制訂診療指引。
  - □ 依據基準 2.3 之規定制訂院內通用癌症治療藥物處方。
  - □ 依據基準 2.4 之規定成立多專科醫療團隊。



### 認證申請類別

- 非醫學中心及全癌年度新診斷個案數未達 1,500 例
- 醫學中心或全癌年度新診斷個案數 1,500 例(含)以上
  - □備註:申請 112 年實地認證醫院,若 108 或 109 年任一年度之 全癌新診斷個案數達 1,500 例,即須申請第二類別認證,並於 111 年 12 月 31 日前補足院內常見癌別數(至少 10 種),且實 際運作(如:成立多專科團隊並至少召開一次會議,制定診療 指引及癌症治療藥物處方…等)。



### 認證申請程序

#### ■申請時間

112年3月1日~112年3月31日前備妥相關申請資料,免備文逕送(寄)達健康署委託之機構,以完成報名之申請。

#### ■委託機構

財團法人國家衛生研究院-癌症診療品質認證小組

(地址:115603台北市南港區園區街3號F棟10樓)

#### ■補件時間

如有相關資料或證明文件未及備齊,應於4月14日前完成補件。



### 認證申請檢附資料

	資料內容	格式	份數	備註
1	112 年認證申請表	紙本	1 份	免備文
	醫院評鑑合格證明	紙本	1 份	請附影本
2	診療指引+ 癌症治療藥物處方	電子檔	1 份	請存於光碟或隨身碟中
	自評書正文	紙本	<u>6</u> 份	請裝訂成冊
3	自評書附件(含正文+ 隨自評書繳交文件)	電子檔	<u>6</u> 份	請存於光碟或隨身碟中,並請確認可正常讀取
4	認證通則 1 所列 14 癌之 111 年個管師新收案名單	紙本	1 份	請參基準2.2準備文件之規定, 另行造冊
5	110/1/1 至 112/3/31 間 之 預評委員名單	紙本	1 份	請另行繕打於A4紙中



#### 112年度「癌症診療品質認證申請表」 (草案版)

機	構名	稱				
地	:	址				
豎	院負責	人				
				電話:		
聯	絡	人		傳真:		_
				E-mail:		
申	請 類	別』非	醫學中心及全癌	年度新診斷個案數未達 1,500 例		
		图 图		度新診斷個案數 1,500 例 (含)	以上	
上		次認證				
認	證結			年 □ 通過2年/有條件通過 □	」不通過	
			112 年度癌症診 資格審查文件	療品質認證申請表【免備文】		
			2.1 醫院評鑑合	<b>枚</b>		
				癌症治療藥物處方(附於醫院自評	『書光碟或	
			隨身碟)			
檢	附之資	料 🔲 3.	醫院自評書正文	装訂紙本六份及燒錄於光碟或閱	<b>身碟六份</b>	
				自評書繳交文件)	_	
		4.		J14 癌之 111 年個管師新收案名	單(需符合	
				件),另以紙本造乙冊 至 112 年 3 月 31 日間,曾前往預	百評シ 禿目	
		<u> </u>	名單	主 112 年 3 月 31 日间,目别在19	1可之安京	
			1			
			機構名稱	•		
	申請相		負 責 人	:	(簽章)	-
	EP 争	监				Ĭ
			The state of		( 10% N	
			聯絡人	•	(簽章)	

#### 申請表填寫注意事項

請填寫負責認證行政作業(如借用會場)人員資訊,勿填院長、 副院長、癌症中心主任等。

- 1. 若期間內未邀請委員預評,請 於□處註明「NA」。
- 2. 若此期間後才邀請委員預評, 請直接與認證機構連絡。

醫院負責人及聯絡人皆須簽名或 蓋章。



### 實地認證流程

進行程序	時間分配	備註			
實地認證會前會	60 分鐘 (含午餐時間)	保留5~10分鐘勾選病歷			
召集委員致詞並介紹認證委員	5分鐘				
醫院代表說明並介紹陪評人員	5分鐘				
病歷查閱與實地訪查	210 分鐘	1.相關資料及抽查病歷請置於會場,並清楚標示資料內容。 2.由認證委員與院方討論,各自進行訪查與面談。			
委員交換意見及整理書面資料	40 分鐘				
與院方綜合座談	20 分鐘	1. 認證委員講評 2. 院方提出說明			

註:考量交通因素及實地訪查現場情況,可由召集委員視狀況彈性分配作業程序之時間, 原則上實地認證整體作業時間不予延長。



### 認證等級評定

認證等級	評定標準
優 等 (效期四年)	全數基準均達符合以上,且優良 ≥ 6 項
通 過(效期四年)	未達優等標準,如不符合=1項,則優良需≧3項
通 過(效期兩年)	未達通過(效期四年)標準,且不符合≦3項
不通過	未達以上標準

註:認證結果為「不通過」之醫院,如欲重新申請認證,須自認證結果核定年度後第2年,始得再次提出申請(如:認證結果核定年度為112年,須至114年方可重新申請)。



## 認證重要宣導事項



#### 癌症認證與醫院評鑑同一年之因應方案

- 若醫院同一年度遇「癌症診療品質認證」與「醫院評鑑」(不含教學醫院評鑑),得自選以下方案之一:
  - □維持同一年度認證

或

□ 認證效期展延一年:請於認證效期屆滿前一年,以正式公函告 知國民健康署,再由署方回覆審查結果。



#### 預評分區原則

#### ■非認證當年度預評

- □請依據「預評分區」原則邀 請委員。
- □例如:醫院屬北區醫院, 請邀請北區委員預評。

#### ■ 認證當年度預評

- □請依據「認證當年度之預評 分區」原則邀請委員。
- □例如:醫院屬高屏區醫院, 請邀請高屏區委員預評。

	預評分區	認證當年度之預評分區					
<b>→</b>	北 區	台北區	台北,新北,基隆, 金門,連江				
		北 區	桃園,新竹,苗栗				
		中區	台中,彰化,南投				
	北北石	南區	雲林,嘉義,台南				
	非北區 <del></del>	高屏區	高雄,屏東,澎湖				
		東區	宜蘭,花蓮,台東				



#### 預評時程安排

- ■過去常見醫院在繳交自評書後才辦理預評,再依預評委員建議 大幅修改自評書或佐證文件。例如:
  - ■更改基準1.1年度重要工作主題:因無法呈現該主題經癌委會 討論與檢討,實地認證將不採計。
  - □ 自評書與現場佐證資料內容差異過大:將影響基準1.1評分。
- 建議按下列規範安排預評時程

預評目的	規劃認證流程、動線, 調整資料呈現方式	輔導與改善 基準執行情況
預評時程	任何時間辦理皆可	提早一年以上辨理



### 實地認證會場安排 1/2

#### ■場地安排

- □ 會前會:請盡可能勿與實地訪查共用場地,以利委員討論。
- □實地訪查:建議A、B組各一室;若兩組共用一室,則各組位置 盡量分開或採對角座位安排,以減少干擾。

#### ■輔助設備

□會場可視需要使用麥克風、投影或視訊設備。



### 實地認證會場安排 2/2

#### ■資訊設備

□醫院如為電子病歷或須以資訊系統檢閱相關文件及表單時, 請於實地訪查現場準備至少 3 至 4 台電腦供委員使用(如電腦 速度較慢,則請增加電腦備用)。

#### ■佐證文件

- □請將診療指引、化療處方集及放射線治療指引等紙本備於認證 現場,以利委員查閱。若為電子檔,利用如平板、筆電呈現 亦可。
- □ 自評書或認證現場佐證文件若以簡報檔案格式列印於紙張, 請注意文字及圖表之字體大小及清晰度。



#### 認證計畫網站



#### 癌症診療品質認證作業計畫

財團法人國家衛生研究院

最新消息

認證簡介 >

下載專區~

O&A專區 ~

報名專區

認證結果

網站連結

聯絡我們

- 網址: <a href="https://accredit.nhri.org.tw/">https://accredit.nhri.org.tw/</a>
- 功能:
  - □公告認證最新消息、基準常見Q&A、認證小組聯絡方式等資訊。
  - □提供認證資料下載、會議報名等服務。
  - □ 醫院說明會及檢討會簡報(不含實例)將於會後2週內置於網站。



## 112 年認證基準與重點說明



#### ※新版基準修改處以底線標示※

## 認證基準評量項目與審閱區間



## 認證基準評量項目

項。次	評量項目合計
第一章 癌症委員會(或類似單位)之組織運作與任務	5項
第二章 癌症診療服務	10 項
第三章 癌症照護服務	3 項 (1項加分項目)
總計	18 項 (1項加分項目)



### 認證委員任務分組及人數

申請類別委員務組分組數基準章節	非醫學中心及 全癌年度新診斷個案數 未達1,500 例	醫學中心或 全癌年度新診斷個案數 1,500 例 (含) 以上				
第一章 及 第三章	A 組:1位	A 組:2 位				
第二章	B組:2位	B 組:2 位				
總計	3 位	4 位				



#### 認證資料統計及審閱區間

醫院屬性	自評書 資料統計區間	實地認證現場 資料審閱區間			
第一階段認證結果為「通過」 (採未曾通過認證醫院適用版)	111 年	111 年 ~112 年認證前 2 個月			
認證效期屆滿	110年~111年	前次認證結果核定年度 ~112年認證前2個月註			
前次申請認證結果為「不通過」	110年~111年	前次認證申請年度 ~112年認證前2個月			

註:實地認證現場將以審閱最近3年之認證資料為主(例如:112年認證,請準備109年到112年認證前2個月之資料)。



#### 認證基準評量項目與審閱區間 醫院提問

Q:雖然新版基準改版幅度不大,但仍有部分新增規定。對此,醫院 是否必須回溯執行,以符合「現場資料審閱區間」要求?或是 自112年開始依規定執行即可?

A:自新增條文啟用之年度(即112年)起依規定執行即可。

Q:本院認證效期為 105~112 年,依「現場資料審閱區間」規定,必 須準備前次認證核定年度(105 年)到 112 年認證前 2 個月之資 料,長達7年以上的備審資料量實在太過龐大!有無折衷方法?

A:現場將以審閱最近3年之認證資料為主(例如:112年認證,請準備109年到112年認證前2個月之資料)。



#### ※新版基準修改處以底線標示※

### 認證通則



### 癌症別之選取範圍

■以有申報癌登長表之癌別為主。

1	大腸直腸癌	8	口腔癌(含口咽及下咽等)
2	肝癌	9	鼻咽癌
3	肺癌	10	食道癌
4	乳癌	11	胃癌
5	子宮頸癌	12	攝護腺癌
6	子宮體癌	13	膀胱癌
7	卵巢癌	14	惡性淋巴瘤(含何杰金氏淋巴瘤、瀰漫性 B細胞淋巴瘤及濾泡型淋巴瘤)



### 「院內常見癌別」之定義

- ■上述癌別凡年度新診斷癌症個案數 (Class 0~3,含原位癌)達 50 例 (含)以上即屬院內常見癌別。
- ■凡有收治<u>第一線或第二線治療之</u>惡性淋巴瘤(何杰金氏淋巴瘤 Hodgkin lymphoma、瀰漫性 B 細胞淋巴瘤 Diffuse large B-cell lymphoma 及 濾泡型淋巴瘤 Follicular lymphoma) 個案即列入院內常見癌別。
- 非醫學中心及全癌年度新診斷癌症個案數未達 1,500 例醫院至少須有 8 種院內常見癌別;若 50 例(含)以上未足 8 種癌別,至少須補足 8 種癌別。
- ■醫學中心或全癌年度新診斷癌症個案數 1,500 例(含)以上醫院至少 須有 10 種院內常見癌別,若 50 例(含)以上未足 10 種癌別,至少 須補足 10 種癌別。至多為第 1 點所列之 14 種癌別。

### 舉例1非醫學中心/年度新診斷個案數590人

	診療指引				癌症治療藥物處方					多專科醫療團隊		
	癌別	111年 Class 0~3 個案數	指引制定	最近制訂/ 修訂/檢視日 (年/月/日)		處方制定	最近制訂/ 修訂/檢視日 (年/月/日)	處方 監測	開立 格式 制定	開立 格式 監測	圏	聯合團隊癌別
	大腸直腸癌	101	V	111/03/10		10 h	1七月市	西	الد علا	. m ,	<b>声</b> 。	無
	肝癌	75	V	11 /04/07			列有 5 癌 →	_			•	無
	肺癌	57	V	11 /04/15	共	共計6癌皆須符合		·合「院內常			会見	無
	乳癌	72	V	11 /07/07					170141		• 70	無
	子宮頸癌	35			浀	列」	規範					
	子宮體癌	10										
	卵巢癌	3										
	口腔癌 (含口咽及下咽)	52	V	11 /05/18	但	非醫	醫學中心:	按規	見定	至少	少須	頭頸癌(口腔、鼻咽)
	胃癌	29	V	11 /03/16		-	合規範,					1-
	攝護腺癌	24				•	•		•	· ·		
	膀胱癌	6			( '	請依	5實際情:	况均	真寫	, 7	下可	
	食道癌	19			, i							
H	鼻咽癌	15	V	11 /05/18		癌	<u> </u>					頭頸癌(口腔、鼻咽)
	惡性淋巴瘤	【第1、2線治 療之個案數】 14	V	11 /08/01	V	V	111/08/01	V	V	V	V	無

### 舉例2醫學中心/年度新診斷個案數1,100人

111 6			診療指引			癌症治療藥物處方				多專科醫療團隊		
癌別	1	111年 Class 0~3 個案數	指引制定	最近制訂/ 修訂/檢視日 (年/月/日)	指引監測	處方制定	最近制訂/ 修訂/檢視日 (年/月/日)	處方監測	開立 格式 制定	格式	<b>團隊</b> 成立	聯合團隊癌別
大腸直原	腸癌	174	V	111/03/01	,	0 6	上0点	H- 1	工从	_	V	無
肝癌		105	V	111/04/10	$\leq$	) 1 1 9 1	有8癌,	省多	貝行	台	V	無
肺癌		140	V	111/04/20	Гр	完內	常見癌別	1 4	貝節		V	無
乳癌		127	V	111/07/15		7014	₩ 70/ш/41		7040		V	無
子宫頸兆	癌	39										
子宮體》	癌	11										
卵巢癌		8										
口腔癌 (含口咽及 <sup>-</sup>	下咽)	90	V	111/05/10	10	<b>配</b> 钳	h . 14 15		ァ 小	压	V	口腔癌、鼻咽癌
胃癌		54	V	111/03/01	但	置字	中心按規	人走.	至ツ	須	V	無
攝護腺>	癌	59	V	111/05/10	10:	癌應	符合規範	, ,	故須	再	V	攝護腺癌、膀胱
膀胱癌		29	V	111/05/10			•				V	攝護腺癌、膀胱
食道癌		38	V	111/04/20	補	4 雅	(請依實	除	<b></b> 方次	, 專	V	
鼻咽癌		26	V	111/05/10	寫	,亦	可>10癌	)			V	口腔癌、鼻咽癌
惡性淋巴	巴瘤	【第1、2線治療之個案數】 60	V	111/08/01	V	AV.	111/08/01	V	V	V	V	無



## 病歷抽審對象及抽審方式

	抽審對象	抽審區間	抽審方式					
1	認證通則1所列 14 癌之個管師新收案名單 (Class 1~2,排除原位癌)	111 年	1. 認證當天抵達醫院時即交付抽審 名單予聯絡人。 2 於「實地認證命前命」時由委員					
2	同時符合以下條件之癌登資料庫收錄個案: 1. Class 1~2 2. 癌症分期 I~III 期者 (以病理期別優先) 3. 首次治療後一年內死亡	<u>最近可取得</u> <u>年度</u>	2.於「實地認證會前會」時由委員 隨機抽選個案。 3.若醫院仍提供紙本病歷,則多 於收到抽審名單後 1 小時內將系 歷送達認證現場;若病歷延遲 達,則該本病歷不予計分。					
3	多專科團隊之討論個案	審閱區間	於「病歷查閱與實地訪查」時由委					
4	住院中之癌症個案	審閱區間	員視需要抽選個案。					



### 應審閱之病歷數

申請類別 病 歷 數 任務分組	非醫學中心及 全癌年度新診斷個案數 未達1,500 例	醫學中心或 全癌年度新診斷個案數 1,500 例 (含) 以上				
A組 (基準1.5)	6本	10 本				
	10 本	15 本				
B 組	基準2.4 (團隊)、2.8 (病理)、2.9 (影像)、2.10 (放療) 至少審閱6本					



## A組 認證基準評核重點



#### ※新版基準修改處以底線標示※

## 第一章 癌症委員會(或類似單位)之組織運作與任務



#### 基準 1.1

癌症委員會(或類似單位)應規劃及督導全院性年度重要工作或改善方案。



# 基準 1.1 評分說明

#### 符合項目:【達成三項為符合,全數達成為優良】

- 1. 癌症委員會(或類似單位)每季須至少召開一次會議,且癌委會成員之年度平均整體出席率至少達75%。
- 2. 癌症委員會(或類似單位)會議中,應規劃及督導至少一項全院 性年度重要工作或改善方案,並訂定適切的改善目標,且視需要 照會或交辦相關單位據以執行。
- 3. 癌症委員會(或類似單位)須針對上述作業之執行或改善結果, 於後續一年內之會議中,至少進行一次追蹤並視需要提供建議或 協助。
- 4. 參與認證醫院應提供正確且完整之認證資料。



## 基準1.1 準備文件

- 1. 全院之組織架構圖 (須標明癌委會於全院組織架構圖之位置)。
- 2. 癌委會之組織架構圖及組織章程(需敘明成立宗旨、角色功能及運作方式等)。
- 3. <u>癌委會</u>成員名單(含成員的單位與職稱,臨床成員請註明該成員之癌症診療專長)及任命文件(如:聘書、任命之會議紀錄)。
- 4. <u>癌委會</u>之會議紀錄及相關附件(建議可標示年度重要工作或改善方案相關內容)。



## 基準 1.1 重點 1/4

1. 癌委會成員至少應包含下表所列之科別(部門)。

<u>癌委會</u> 之基本成員組成							
病理科	醫院管理						
影像診斷科	藥劑						
放射腫瘤科	營養						
(腫瘤)外科	護理						
(腫瘤)內科							

#### 備註:

- 1. 醫院若未設置放射腫瘤部門,則無須列入。
- 3. 若為代理出席則不列入出席率計算。



# 基準 1.1 重點 2/4

2. 癌委會成員之年度平均整體出席率之定義為:

分母:癌委會成員人數×年度實際召開會議次數

分子: 癌委會成員總出席人次

- 3. 年度重要工作或改善方案之主題選取,應由各單位(或團隊)將 相關資料提交癌委會討論,再由癌委會選定;或是由癌症中心、 癌委會下設功能性小組進行主題之初步篩選,再提交癌委會進行 討論及選定。
- 4. 全院性年度重要工作或改善方案, <u>需為跨科別或部門共同辦理</u>。 內容須呈現主題名稱、選擇該主題原因、執行目標(值)、執行 策略、執行成果、後續檢討與改善等,且有會議紀錄佐證。



## 基準 1.1 重點 3/4

- 5. 癌委會須定期檢核及檢討年度重要工作或改善方案之執行方向及進度。年度重要工作或改善方案如未達年度目標(值),下個年度可延續此主題繼續執行,惟每年應至少進行一次追蹤檢討。
- 6. 如訂定與認證基準相關之年度重要工作或改善方案須符合以下之一:
  - (1) 訂立高於認證基準要求或優於國內現有<u>同級</u>醫院<u>(如醫學中心</u>或非醫學中心)平均值之改善目標。
  - (2) 因認證基準執行不力,在進行評估與檢討後呈送<u>癌委會</u>,方可 選定。



## 基準 1.1 重點 4/4

- 7. 為評估癌委會督導管理的能力,必要時<u>會</u>與癌委會主委進行 訪談,以評估癌委會功能是否彰顯。
- 8. 若選定存活率為全院性年度重要工作或改善方案,必須針對該 癌別之所有期別進行檢視改善,不可僅選擇單一期別存活率, 亦不可僅由單一科別或部門執行該方案。

## 年度重要工作或改善方案之執行重點整理 1/5

#### ■主題選取方式

- 1. 應由各單位(或團隊)將相關資料提交癌委會;或是由癌症中心、癌委會下所設功能性小組針對院內年度重要癌症主題初步篩選後,提交癌委會討論。
- 2. 癌委會針對所提出主題進行討論及選定。此過程不宜僅以單項 主題提交癌委會認可,而以能讓癌委會在多項主題中,經討論 後選定為原則。以上過程應呈現於癌委會會議紀錄中。

## 年度重要工作或改善方案之執行重點整理 2/5

#### ■主題選取原則

- 1. 不宜選擇單一疾病或單一單位之改善方案,但單一癌症存活率相關 改善主題,若不限於特定期別(意即不可僅針對單一期別進行改善 ,必須針對該癌別之所有期別進行檢討),不在此限。
- 2. 若選擇單一疾病或單一單位之改善方案,則必須經癌委會討論認定 其對全院癌症診療品質或癌症病患照顧有重大影響或須經多個單位 相互協調、執行方能改善之主題。
- 3. 訂定與認證基準相關之年度重要工作或改善方案須符合以下之一:
  - (1) 訂立高於認證基準要求或優於國內現有醫院平均值之改善目標。
  - (2) 因基準執行不力,在進行評估與檢討後呈送癌委會,方可選定。

### 年度重要工作或改善方案之執行重點整理 3/5

#### ■主題執行期間

- 1. 方案執行情形須定期在癌委會中報告,年度執行中須至少進行一次追蹤檢討。
- 2. 執行落後或成果不如預期,癌委會應給予適當之指示及積極作為,並進行後續追蹤。
- 3. 以上過程應呈現於癌委會會議紀錄中。

## 年度重要工作或改善方案之執行重點整理 4/5

#### ■期末執行成效考核

- 1. 當年度重要工作或改善方案如執行成效不佳,或因困難以致進度遲延,下一個年度可以原案繼續執行,但須檢討後,重新設定執行目標及策略等。
- 2. 若前一年主題執行成效良好,擬再提升並訂新目標及執行成果,則須與新年度所提交至癌委會之各項主題一併討論後,癌委會可再度挑選定此一主題。其程序同上所列。
- 3. 方案結案時,須在癌委會認可執行成效後才正式結案。
- 4. 以上過程應呈現於癌委會會議紀錄中。

## 年度重要工作或改善方案之執行重點整理 5/5

- 年度重要工作或改善方案須呈現內容
  - 1. 主題名稱
  - 2. 選擇該主題原因
  - 3. 執行目標(值)
  - 4. 執行策略
  - 5. 執行具體成果



# 基準 1.1 認證常見問題 1/2

- 1. 改善方案之主題選取:
  - (1)應由癌委會自各單位(或團隊)所提之各項提案中,討論後選定。並清楚於癌委會之會議紀錄中呈現經討論後決議之過程、 選取理由、訂定目標與追蹤改善事項等等。
  - (2) 主題與認證基準或其他癌症計畫重複且無法說明選定原因(如 欲選取則須符合訂定高於基準規範之目標,或因基準執行不力 ,經癌委會討論並確認該主題為現階段須優先辦理之項目)。
  - (3) 以「存活率」作為改善主題,但未針對該癌別之所有期別進行檢討與改善。



## 基準 1.1 認證常見問題 2/2

- 2. 改善方案之執行:
  - (1) 若屬長期性改善方案,須明確訂定各年度之執行目標(或階段性達成指標)並定期考核。
  - (2) 癌委會未善盡監督之責,對於改善方案之執行過程及結果,未 提供跨科別之建議或輔導。
  - (3) 執行策略應能與執行成果相互呼應。
- 3. 認證資料(含自評書)內容多處誤植、不全或與實際不符。



# 基準 1.1 醫院提問

Q:若遇新興疫情或院內遭遇重大狀態時,可能影響癌症委員會或 多專科團隊會議的召開,有無彈性作法?

A:如遇重大狀態(如:新冠肺炎疫情),致使醫院無法依基準規範召開相關會議(如:癌症委員會、多專科團隊會議等),則醫院得根據自行規範的會議召開方式及頻率辦理,惟醫院須提供自訂規範之佐證資料,包括癌委會公告之會議召開方式、會議召開頻率,以及癌委會針對相關會議召開情形之定期評估與檢討機制,供委員進行評核。



#### 基準 1.2

癌症委員會(或類似單位)應督導

院內同儕審查機制,以確保癌症診療與照護品質。



# 基準 1.2 評分說明

#### 符合項目:【達成三項為符合,全數達成為優良】

- 1. 各團隊(或單位)應定期提交同儕審查應辦理項目之監測結果至癌症委員會(或類似單位)。
- 2. 各團隊(或單位)應針對上述監測結果中,未達自訂閱值之項目,提出改善方案或結果至癌症委員會(或類似單位)。
- 3. 癌症委員會(或類似單位)須定期檢核上述監測結果及自訂閾值之合理性。
- 4. 癌症委員會(或類似單位)應針對未達自訂閱值項目之改善方案 或結果,於後續一年內之會議中,至少進行一次追蹤並視需要提 供建議或協助。



## 基準 1.2 準備文件

- 1. 同儕審查應辦理項目之監測結果,以及未達自訂閱值項目之改善方案或結果。
- 2. <u>癌委會</u>之會議紀錄及相關附件(建議可標示督導院內同儕審查應辦理項目相關之內容)。



## 基準 1.2 重點 1/2

- 1. 各團隊(或單位) 須將以下院內同儕審查應辦理項目之監測資料提至癌 委會進行報告及討論:
  - (1) 癌症登記資料庫之內部審查及外部稽核
  - (2) 診療指引遵循監測
  - (3) 治療計畫書監測
  - (4) 必要提報事件彙整報告
  - (5) 癌症治療藥物處方遵循監測
  - (6) 癌症治療藥物處方開立異常監測(含格式及疑義處方)
  - (7) 抗癌化學治療注射劑調劑異常監測
  - (8) 抗癌化學治療注射劑給藥異常監測
  - (9) 癌症病理診斷品質
  - (10) 癌症影像診斷品質
  - (11) 放射線治療政策與程序指引遵循監測



### 基準 1.2 重點 2/2

2. 因必要提報事件無法預設閾值,故評核重點為各團隊需提出事件之原因分析及檢討,癌委會應對此進行監督並視需要提出改善建 議且有紀錄可查。



# 基準 1.2 認證常見問題

- 1. 部份同儕審查監測結果未提交至癌委會。
- 2. 各團隊未能針對未達閾值之項目確實進行檢討,或癌委會未追蹤 改善之過程,給予明確建議及協助,抑或癌委會未將相關督導事 項確實回饋予團隊。
- 3. 癌委會未定期檢核自訂閾值之合理性。
- 4. 部份同儕審查之監測指標定義未能清楚掌握。
- 5. 針對必要提報事件,請癌委會務必協助,結合相關科別專家落實 歸因分析及檢討,以使未來類似病例得到更妥善的照護。



#### 基準 1.3

癌症防治醫療機構應建立品質指標及監測機制,並針對癌症病人之診療照護品質進行檢討分析。



# 基準 1.3 評分說明

#### 符合項目:【達成三項為符合,全數達成為優良】

- 1. 多專科團隊每年須依據重點1所列原則訂定品質指標並進行監測, 且定期提交監測結果至癌症委員會(或類似單位)。
- 2. 多專科團隊應針對上述監測結果中,未達自訂閾值項目,提出改善方案或結果至癌症委員會(或類似單位)。
- 3. 癌症委員會(或類似單位)須定期檢核上述監測結果及自訂閾值之合理性。
- 4. 癌症委員會(或類似單位)應針對未達自訂閱值項目之改善方案 或結果,於後續一年內之會議中,至少進行一次追蹤並視需要提 供建議或協助。



## 基準1.3 準備文件

- 1. 品質指標的監測機制、相關統計分析及檢討改善文件。
- 2. 癌委會之會議紀錄及相關附件。



## 基準 1.3 重點 1/3

1. 年度新診斷癌症個案數 (Class <u>0~3</u>,含原位癌)達 <u>50</u> 例(含)以上之癌別,需訂立符合以下規定之品質指標:

(1) 指標數

各癌別年度新診斷癌症個案數 (Class <u>0~3</u> ,含原位癌)	制定指標數			
50-99 例	3 項			
≥ 100 例	6項			





## 基準 1.3 重點 2/3

- 1. 年度新診斷癌症個案數 (Class <u>0~3</u>,含原位癌)達 <u>50</u> 例(含)以上之癌別,需訂立符合以下規定之品質指標:(續)
  - (2) 可參考下列資料選定品質指標並訂定閾值。惟自行訂定之指標及 閾值,需能說明選定原因,並提供相關佐證資料,且呈交癌委會 核備:
    - I. 相關文獻(國內、外研討會或醫療機構)所發表之品質指標 及其閾值
    - II. 癌症醫療品質管理考核資訊系統回饋之核心測量指標平均值
    - III. 院內自行收錄之品質指標或核心測量指標數據,進行前、後年度(或前、後季)之比較
    - IV. 國民健康署回饋之期別存活率數據



## 基準 1.3 重點 3/3

- 2. 若今年選定之品質指標已達目標值,則下個年度須調整閾值或訂定新的品質指標。如未達年度目標值之品質指標,下個年度需持續進行監測,並擬訂改善方案進行檢討改善。
- 3. <u>未達自訂閾值之品質指標,若其分母<10</u>,可接受僅針對不符合的個案逐案分析,並視需要進行檢討。



# 基準1.3 認證常見問題

- 1. 部分癌別選取之指標數未符合基準要求。
- 2. 癌委會應加強審視團隊自訂之品質指標的合理性(應優先選取個案數較多或較為普遍之項目,亦或長期未達全國平均值之指標),並監督團隊訂立適切閾值,且追蹤後續之改善成效。
- 3. 對於未達閾值之品質指標或須優先改善之期別存活率,癌委會未能針對多專科團隊擬定之改善方案提供建議或協助。



#### 基準 1.4

癌症防治醫療機構應每年定期出版癌症診療與 照護報告,並選取兩項期別存活率進行檢討分析。



## 基準 1.4 評分說明

#### 符合項目:【全數達成為符合】

- 1. <u>每年應定期出版癌症診療與照護報告,且內容需符合重點 1</u> 所列原則,並經由癌症委員會(或類似單位)審閱後公告。
- 2. <u>癌症委員會(或類似單位)</u>應經由會議討論,<u>每年至少</u>選取兩項 期別存活率(需為不同癌別),據以交辦多專科團隊擬定改善方 案。
- 3. 癌症委員會(或類似單位)應針對上述多專科團隊擬定之改善方 案或結果,於後續一年內之會議中,至少進行一次追蹤並視需要 提供建議或協助。



## 基準1.4 準備文件

- 1. 癌症診療與照護報告。
- 2. 期別存活率之相關分析及檢討文件。
- 3. 癌委會之會議紀錄及相關附件。



## 基準 1.4 重點

- 1. 癌症診療與照護報告之呈現方式、統計區間及資料取得來源由各院自訂,惟須包含以下內容:
  - (1) 全癌之個案基本資料及追蹤成果(須依癌別呈現)。
  - (2) 院內常見癌別之失聯率、留治率及完治率。
  - (3) <u>院內常見癌別</u>之治療方式統計、各期別存活率,<u>與基準1.3</u> 品質指標之數據等,以及多專科團隊針對上述數值之摘要性 論述。
- 2. 若各癌別之期別存活率皆已高於全國及國內現有同級醫院(如醫學中心或非醫學中心)平均值,則無須擬定改善方案。



# 基準1.4 認證常見問題

- 1. 癌症診療與照護報告呈現之個案基本資料過於簡略(例如:缺少年齡、性別等)。
- 2. 癌委會會議紀錄中,未呈現整體檢視或討論癌症診療與照護報告之內容。
- 3. 癌委會應優先選取不同癌別之兩項期別存活率,並給予適切的建議或協助。



### 基準 1.5

癌症防治醫療機構應確保癌症登記申報資料之正確性與完整性。



## 基準 1.5 評分說明

#### 符合項目:【全數達成為符合】

- 1. 年度新診斷癌症個案,每五百案應至少編制零點五名合格癌症登記人力,且實際執行登錄業務。
- 2. 申報完成率、查詢補正率、邏輯待查回覆率與5年追蹤率≥95%。
- 3. 認證現場抽審之登錄資料正確率≥90%。



## 基準 1.5 準備文件

- 1. 癌登人員基礎級認證或進階級認證合格證書影本。
- 2. 上述人員工作職務說明書面資料。
- 3. 癌登人力分布圖(如:以甘特圖敘明資料審閱區間之人力分布 情形)。
- 4. 學習登錄人員之複閱紀錄或相關佐證資料(視需要)。
- 5. 癌登疑義欄位處理流程及相關佐證資料。

# 舉例癌登人力分布圖

姓名	證照	109			110			111				112		
		S1	S2	<b>S3</b>	<b>S4</b>	S1	S2	<b>S3</b>	<b>S4</b>	S1	S2	<b>S3</b>	<b>S4</b>	S1
李〇〇	進階									轉調分院				
陳〇〇	進階													
賴〇〇	進階													
周〇〇	無													
年度新診斷個案		106 年 950 例			107 年 1320 例			108 年 1510 例				109年 1630例		
應配置	應配置人力 0.95		1.32			1.51				1.63				
實際配	實際配置人數 2			2			3				3			
合格癌	登人數	2			2			2				2		

註:周○○於111年4月到職,預計於112年參與癌登技術人員基礎級認證考試。



#### 基準 1.5 重點 1/2

- 1. 合格癌症登記人力:係指領有癌症登記基礎級或進階級認證合格證書者。
- 2. 未滿1人之癌登人力應以1人計算(例如:新診斷個案數為1,100人,須配置癌登人力為1.1人,則應聘任2名癌登人員)。
- 3. 為符合癌登人員基礎級認證考試之報考資格,尚未領有癌登證照 之癌登人員可進行學習登錄,惟登錄之所有欄位,皆須由具有 證照之癌登人員進行複閱,並有複閱紀錄或相關佐證資料可查。
- 4. 申報完成率、查詢補正率、邏輯待查回覆率<u>與5年追蹤率</u>之計算方式,以癌症登記資料庫可取得最近三個年度(<u>如:112年</u> 認證,採計108~110年)之平均值進行評分。



#### 基準 1.5 重點 2/2

- 5. 實地認證時,如委員對於癌登編碼方式之認知與院方不一致時, 請醫院提出登錄依據(例如:癌登登錄手冊或其他可佐證資料), 或現場由認證小組隨行人員與台灣癌症登記中心聯絡解決爭議, 若仍有疑義無法於現場做出決議時,將由衛生福利部國民健康署 函請台灣癌症登記學會協助判定。
- 6. 如抽審之病歷有兩個原發部位,僅須審查原訂抽審之癌別即可。
- 7. 癌登人員應參閱相關檢驗報告及主責醫師之記載,依據專業知能 正確申報癌登欄位資料。遇有疑義欄位,應遵循醫院自訂之疑義 欄位處理流程,進行疑義欄位之討論及確認,並有紀錄可查。
- 8. 若醫院於實地認證前才進行癌登資料異動,故無法即時反應在台灣 癌症登記中心回傳之抽審欄位資料上,請醫院自行提供已進行異動 之佐證資料,否則將依據回傳資料進行評分。



### 基準 1.5 備註

- 1. <u>癌症登記人力之估算</u>,採用癌症登記資料庫最近可取得年度之前一年度 新診斷個案數為計算基準 (如:112年認證,則以各院申報之109年 新診斷癌症病人數為計算基準)。
- 2. 請勿將分院或其他院區癌登人力納入統計。
- 3. 本項次由衛生福利部國民健康署提供數據,認證當天委員將依此數據進行評分。
- 4. 登錄資料正確率:

分母:認證委員抽審欄位數

分子:登錄資料正確之欄位數

5. 評分標準:

認證委員將隨機抽取已登錄長表之癌症病歷 6 或 10 本 (依申請類別而 異),審核其特定登錄欄位如下【表一】,即院內登錄資料與台灣癌症 登記中心提供之資料進行比對,並計算正確欄位數之比率。



#### 基準 1.5 【表一】認證現場抽審欄位 1/2

認證委員請依衛生福利部國民健康署於民國<u>110</u>年公告之「<u>107年版</u>台灣癌症登記摘錄手冊<u>-110年修訂版</u>」之部分癌症登記收錄欄位進行病歷抽審。審查欄位如下:

序號	<b>期</b> 4 4 4	欄	位	序號	加 <i>山 为 1</i> 位	欄位	
才狐	欄位名稱	起	訖	<b>分</b> 號	欄位名稱	起	訖
2.13	腫瘤大小 Tumor Size	<u>99</u>	<u>101</u>	3.10	病理 T Pathologic T	<u>134</u>	<u>137</u>
2.14	區域淋巴結檢查數目 Regional Lymph Nodes Examined	104	105	3.11	病理 N Pathologic N	138	140
2.15	區域淋巴結侵犯數目 Regional Lymph Nodes Positive	106	107	3.12	病理 M Pathologic M	141	143



#### 基準 1.5 【表一】認證現場抽審欄位 2/2

認證委員請依衛生福利部國民健康署於民國<u>110</u>年公告之「<u>107年版</u>台灣癌症登記摘錄手冊<u>-110年修訂版</u>」之部分癌症登記收錄欄位進行病歷抽審。審查欄位如下:(續)

<b>卢贴</b>	期 4 夕 较	欄位		方點	<b>期 4 分</b> 较	欄位		
序號	欄位名稱	起	訖	序號	欄位名稱	起	訖	
3.4	臨床 T Clinical T	<u>120</u>	<u>123</u>	3.13 病理期別組合 Pathologic Stage Group		<u>134</u>	<u>136</u>	
3.5	臨床 N Clinical N	<u>124</u>	<u>126</u>	3.19	其他分期系統 Other Staging System—FIGO			
3.6	臨床 M Clinical M	<u>127</u>	<u>129</u>	3.19	其他分期系統 Other Staging System—BCLC			
3.7	臨床期別組合 Clinical Stage Group	<u>130</u>	<u>132</u>		其他分期系統 Other Staging System—血液腫	i瘤histe	ology	



### 基準1.5 認證常見問題

- 1. 常見登錄錯誤欄位:
  - (1) 臨床 T (Clin T)
  - (2) 臨床 N (Clin N)
  - (3) 臨床 M (Clin M)
  - (4) 臨床期別組合 (Clin Stage Group)
- 2. 癌登人員於登錄過程中,如對癌症分期資訊有疑義,未能依循醫院自訂之疑義欄位處理流程,進行疑義欄位之討論與確認。



### 基準 1.5 醫院提問 1/2

- Q:準備文件 5 疑義欄位處理流程及「相關佐證資料」與重點 7 提到遇有 疑義欄位,應循自訂之疑義欄位處理流程,進行疑義欄位之討論及確 認,並有「紀錄」可查。請問:
  - 1. 「相關佐證資料」及「紀錄」內容包含哪些?
  - 2. 實地認證是否會查閱上述紀錄?

#### A:說明如下:

- 1. 端視貴院自訂之疑義欄位處理流程規範為何,例如:提請醫師或癌 登學會確認並回覆之諮詢單、提交癌症登記品質提升小組之討論紀 錄、提交多專科團隊會議之決議等,皆可做為佐證資料。
- 2. 實地認證時委員將查閱上述紀錄,以確認落實情形。



#### 基準 1.5 醫院提問 2/2

Q:備註 5 提到委員將現場隨機抽取已登錄長表之癌症病歷 6 或 10 本(依申請類別而異)。請問病歷的抽審年度為何?

A:癌症登記資料庫可取得之最近3個年度之癌登病歷,皆屬於抽審範圍(例如:112年認證,癌登病歷抽審範圍為診斷年108~110年)。



#### ※新版基準修改處以底線標示※

## 第三章 癌症照護服務



#### 基準 3.1

癌症防治醫療機構應建立院內腫瘤個案管理照護制度及個案管理指標之監測機制。



## 基準 3.1 評分說明

#### 符合項目:【達成三項為符合,全數達成為優良】

- 1. 年度全癌新診斷個案數,每 350 例應至少編制一名專任腫瘤個案管理護理師,該員一年內須完成腫瘤個案管理相關教育訓練。
- 2. 已建立腫瘤個案管理照護制度,並訂定以病人照護為中心且符合 重點 3 及 4 所列之腫瘤個案管理護理師職責與工作規範並確實 執行。
- 3. 至少須建立重點 5 所列三項個案管理指標且設有監測機制。
- 4. 須將上述指標之監測結果分析後回饋多專科團隊,作為個案照護 檢討改善之參考。



#### 基準 3.1 準備文件

- 1. 腫瘤個案管理護理師之人力分布圖(如:以甘特圖敘明資料審閱 區間之人力分布情形)。
- 2. 腫瘤個案管理護理師教育訓練證明。
- 3. 腫瘤個案管理護理師之職責與工作規範。
- 4. 個案管理指標之監測機制及原始監測紀錄。
- 5. 個案管理指標監測結果統計分析及多專科團隊討論之相關佐證資料。

## 舉例 腫瘤個管師人力分布圖

姓名	編制	109			110				111			112		
		S1	S2	<b>S3</b>	<b>S4</b>	S1	S2	<b>S3</b>	<b>S4</b>	S1	S2	<b>S3</b>	<b>S4</b>	S1
劉〇〇	專任													
林〇〇	專任													
陳〇〇	專任													
趙〇〇	專任													
吳○○	專責													
年度新診斷個案		106 年 950 例			107 年 1240 例			108 年 1380 例			109年 1400例			
應配置人力		2.71			3.54			3.94			4			
實際配置人數		3			4			5			5			
完成培訓人數		3			4			4			4			

註:吳○○於111年8月到職,預計於112年接受腫瘤個案管理護理師培訓課程。



#### 基準 3.1 重點 1/5

- 1. 腫瘤個案管理護理師人力之估算,採用癌症登記資料庫最近可 取得年度之前一年度新診斷個案數為計算基準(如:112年認證, 則以各院申報之109年新診斷癌症病人數為計算基準)。
- 2. 從事病人個案管理相關工作之腫瘤個案管理護理師,至少須於到職一年內完成台灣護理學會、台灣腫瘤護理學會所舉辦或認可之腫瘤個案管理護理師培訓課程(受課證明至少50小時積分)。



#### 基準 3.1 重點 2/5

- 3. 個案管理照護範圍 (個案管理名單可區分個案分類,以利後續管理追蹤):
  - (1) 全癌年度新診斷 Class 1~2 之個案。
  - (2) 全癌年度新診斷但未於本院接受首次療程之個案(Class 0), 有追蹤機制並有紀錄佐證即可。
  - (3) 首次局部復發或單一器官局部轉移<u>且至本院接受積極治療</u>之個案<u>(此類個案之收案定義由各醫院自訂)</u>。



#### 基準 3.1 重點 3/5

- 4. 腫瘤個案管理護理師之職責與工作規範如下:
  - (1) 個案管理:
    - I. 依病人需求提供治療資訊,協助病人與治療團隊溝通,幫助病人及家屬了解治療計畫,以利個案與照顧者進行決策。
    - II. 監測病人治療過程之異常現象。
    - III. 參與多專科團隊會議,並協助個案照護相關決議事項之追蹤。
  - (2) 臨床照護:
    - I. 依據癌症病人或家屬需求,協助聯繫院內、外相關醫療照護 資源,確保病人接受後續追蹤治療。
    - II. 擔任與其他醫療團隊成員間之溝通協調管道,協助解決癌症病人與家屬需求問題。
  - (3) 腫瘤個案資料管理:
    - I. 定期提供多專科團隊個案管理指標結果。



## 基準 3.1 重點 4/5

5. 個案管理指標及定義如下:

指標項目	分子	分母	備註
個案失聯率		全癌 <u>(Class 1~2)</u> 應追蹤個案數 (總收案人數—已 死亡人數)	



#### 基準 3.1 重點 5/5

5. 個案管理指標及定義如下: (續)

指標項目	分子	分母	備註
留治率	分母中 <u>,</u> 有在 本院治療之個 案數	當年度院內常見癌別新診斷 (Class <u>0~2</u> )個案數	含安寧照護。
完治率	分母中 <u>,已完</u> 成治療計畫書 所預定治療 個案數	各年度院內常見癌別新診斷 (Class 1~2),並在本院進行 根治性目的(curative intent)治療(手術、化療、放療、介入性 治療、免疫治療、荷爾蒙治療及 標靶治療)之個案數(扣除治療 中之人數)	<u>元成治療的定義</u>    山久團隊依瘟別及



## 基準 3.1 認證常見問題

- 1. 個案管理師人力配置或職責與工作規範未符合基準要求。
- 2. 個案管理指標之監測結果,未落實回饋多專科團隊討論。
- 3. 宜再審視失聯率及追蹤結案之定義。



#### 基準 3.1 醫院提問 1/4

Q:關於失聯率備註 1 「應追蹤個案數係指該年度所有管案數」, 請問「該年度所有管案數」包含哪些?

A:包含「當年度的新收案數」與「過去年度的未結案數」。

Q: 留治率備註僅提到須「含安寧照護」,請問緩和照護個案是否無須列入計算?

A:癌症治療方式原就是採主要治療,再依病人需求輔以緩和照護。 因此本項備註僅是提醒執行安寧照護者亦需納入留治率計算,非 指排除緩和照護。



#### 基準 3.1 醫院提問 2/4

Q:假設本院某化療 regimen 規定須施打 6 個 cycle,若團隊自行討論並定義打滿 4 個 cycle 即算完治,可否?

A:依據病人癌症分期於治療計畫書所呈現之預定治療,都須完成方才視為完治。完治率的「備註」表示各團隊可依癌別及治療方式特性,自訂完成治療的定義;其精神在於各團隊應考量實證學、治療特性,並針對完治率的監測結果進行討論(連動基準2.4 評分說明5),再合理的定義何謂完成治療。完治率數據的高低不影響評分,重點在於解讀數據背後的原因,方可確實運用完治率數據,進行有效的檢討改善。

註:基準2.4 評分說明5:各團隊已針對各癌別之個案管理指標監測結果進行討論,並視需要訂定改善方案。



#### 基準 3.1 醫院提問 3/4

Q:假設個案治療計畫書所預定治療為手術+放射治療,但病人先至外院手術完後,才回本院做放射治療,此種個案也必須列入完治率計算?

A:多專科團隊應就此情況進行討論後,再行決定是否納入計算。個管師監測各項品質指標的目的,在於提供團隊完整的監測數據,協助團隊從中發現問題,進而共同改善問題。

但若以病人為中心的角度來看此案例,貴院已知悉病人在外院完成手術,若再回到貴院,也如計畫書所訂完成放射治療,應可視為完治。



## 基準 3.1 醫院提問 4/4

Q:個管工作日益繁重,基準的人力比規範能否再調整?

A:說明如下:

- 1. 對於個管師人力比,目前尚未有具實證之研究數據供基準修訂 參考。此外,不同癌別及期別之個案,追蹤頻率及管案期限, 皆會造成人員工作量難以不均。各院個管系統發展程度亦不相 同,故實難針對人力進行齊頭式的評估。
- 2. 認證基準所設定的人力標準為最低要求,請醫院主管務必考量上述因素,定期檢討部門人員之工作負荷,適度調整工作內容及人力。



#### 基準 3.2

癌症防治醫療機構應依據癌症病人需求提供專業之心理照護服務。



### 基準 3.2 評分說明

#### 符合項目:【達成兩項為符合】

- 1. 機構應至少配置一名專責心理師以提供癌症病人之心理照護服務,該員每年至少需接受一次專業繼續教育課程。
- 2. 機構應針對癌症住院病人提供情緒壓力篩檢,並確實執行轉介會診,且由精神科醫師或心理師提供適切之心理照護服務。
- 3. 心理師收案管理分析資料需回饋至原團隊醫護人員,並透過各種機制或會議等方式與團隊達成雙向溝通。



### 基準 3.2 準備文件

- 1. 心理師繼續教育課程訓練佐證資料。
- 2. 情緒壓力篩檢及轉介會診機制。
- 3. 心理照護服務之相關紀錄 (例如:情緒壓力篩檢紀錄或心理諮商 摘要紀錄或會診紀錄)。
- 4. 心理師收案管理資料統計分析及回饋原團隊醫護人員之佐證資料 (例如:會議或聯合討論會紀錄)。



#### 基準 3.2 重點

- 1. 專責心理師可由臨床心理師或諮商心理師擔任,並依法執行相關 衡鑑及治療。
- 2. 專業繼續教育課程不限定課程內容、辦理單位及課程時數, 心理師應視照護癌症病人之需求,參與能強化或提升自我專業之 繼續教育課程,並有相關證明。
- 3. 照護團隊成員(例如:醫師、個案管理師、護理師等)皆能了解如何針對癌症住院病人提供情緒壓力篩檢,並視需要轉介會診。
- 4. 心理師可透過參與多專科團隊會議,將收案管理統計分析資料於 團隊會議上與團隊人員共同分享討論,以達雙向溝通之目的 (參與會議及資料回饋頻率由醫院視收案數自訂)。



### 基準 3.2 認證常見問題

1. 心理師之收案管理分析資料,未回饋至各癌別多專科團隊作為治療方針之參考。



#### 【加分項目】

基準 3.3

癌症防治醫療機構應針對癌症病人建立緩和照護之標準作業流程。



#### 基準 3.3 評分說明

#### 符合項目:【全數達成為優良】

- 1. 已建立癌症病人接受緩和照護之標準作業流程。
- 2. 在兩種癌別或兩個腫瘤相關病房(安寧病房除外)開始實行。



### 基準 3.3 準備文件

- 1. 癌症病人接受緩和照護之標準作業流程。
- 2. 緩和照護團隊之成員名單。
- 3. 緩和照護之執行紀錄 (例如:照護服務單紀錄或病歷紀錄)。
- 4. 緩和照護團隊教育訓練課程大綱。



#### 基準 3.3 重點 1/2

- 1. 病人在積極治療癌症期間,應同時評估其症狀控制與生活品質改善之需求,並依院內自訂的緩和照護 (palliative care) 標準作業流程,視需要轉介緩和照護團隊。當疾病進展至不做積極治療時,則轉為專注於提供臨終病人安寧照護 (hospice care),以維護其生命品質 (本段僅是幫助醫院釐清 palliative care 及 hospice care,不表示必須由安寧照護團隊負責辦理緩和相關業務)。
- 2. 緩和照護標準作業流程應包含啟動轉介緩和照護之條件、轉介流程與照護服務內容等。



#### 基準 3.3 重點 2/2

- 3. 緩和照護團隊除需包含醫師(安寧專科醫師或腫瘤治療專科醫師)、護理師、社工師、心理師外;亦可自行增加其他相關人員(如靈性關懷人員等)。可由現有安寧照護團隊或多專科團隊中成立功能小組負責辦理。
- 4. 緩和照護團隊成員應接受相關教育訓練,課程內容至少應涵蓋 身心症狀處理、共同醫療決策、病人自主權利(AD)及照護者 支持等面向。



### 基準 3.3 認證常見問題

- 1. 未能明確區分「安寧照護」與「緩和照護」,如:收案標準、 照護團隊之角色功能、照護標準及相關教育訓練等。
- 2. 認證現場未能提供緩和照護之執行紀錄。
- 3. 抽審個案未能符合自訂之收案標準。
- 4. 在兩種癌別或兩個腫瘤相關病房(安寧病房除外)開始實行, 並非指同一種癌別在兩個病房實行。



## B組 認證基準評核重點



#### ※新版基準修改處以底線標示※

# 第二章 癌症診療服務



#### 基準 2.1

癌症防治醫療機構應依據實證醫學 並經由院內共識制訂常見癌別之診療指引, 且據此制定治療計畫書執行後續臨床診療。



#### 基準 2.1 評分說明

#### 符合項目:【全數達成為符合】

- 1. 已制訂院內常見癌別之診療指引,並符合重點1所列原則。
- 2. 針對上述癌別之診療指引及治療計畫書遵循設有監測機制。
- 3. 多專科團隊已針對監測結果進行分析檢討。



### 基準 2.1 準備文件

- 1. 最新版次之癌症診療指引(請於認證現場準備紙本文件)。
- 2. 多專科團隊討論/修訂診療指引之會議紀錄與相關參考資料。
- 3. 院內公告紀錄或院內網頁公布內容。
- 4. 機構制訂之癌症治療計畫書格式。
- 5. 診療指引遵循之監測辦法、原始監測紀錄、監測結果之統計分析。
- 6. 治療計畫書之監測辦法、原始監測紀錄、監測結果之統計分析。
- 7. 多專科團隊會議中,有關上述監測結果之相關討論紀錄或提交 <u>癌委會</u>之改善方案。



#### 基準 2.1 重點 1/5

- 1. 診療指引須符合以下原則:
  - (1) 依據實證醫學精神,並於指引中註明主要參考文獻(至少為peer review article);若引用醫院之資料庫資料,則須提供分析及討論紀錄。
  - (2) 參酌國情並經院內共識討論,且有相關會議紀錄佐證。
  - (3) 定期檢視改版(至少每年一次,且明確標示制定<u>、</u>修訂<u>或檢視</u> 日期)。
  - (4) 團隊共識後所訂之指引,應提請<u>癌委會</u>公告。



#### 基準 2.1 重點 2/5

- 2. 於初次診斷後,主要治療前,須提供病人專屬治療計畫書, 內含以下基本必要項目 (minimum requirement):
  - (1) 基本資料(含計畫書填寫日期)
  - (2) 診斷
  - (3) 癌症既往史
  - (4) 癌症分期
  - (5) 共病 (comorbidity) 及重要影響預後因子
  - (6) 預定之治療計畫(手術須呈現術式、化療須呈現regimens、 放療須呈現dose)



#### 基準 2.1 重點 3/5

- 3. 預定之治療計畫中,化療regimens<u>需寫出劑量與療程(cycle)或可</u>使用藥物組合名稱(例如:mFOLFOX6或FAC protocol-1等),但不能書寫院內處方代碼(例如:M123)。放療劑量則可以數值或範圍(range)呈現。
- 4. 診療指引中, 需標示出能判斷臨床期別之主要檢查, 以利後續監測; 且於首次治療前完成期別相關之主要檢查。



#### 基準 2.1 重點 4/5

- 5. 監測機制 (例如:監測對象及比率、監測頻率、負責監測人員等)由各院自訂,但監測內容至少應包含以下重點:
  - (1) 計畫書之完整性【如重點2】。
  - (2) 確認是否依據診療指引進行與期別相關之主要檢查。
  - (3) 確認是否依據診療指引擬訂治療計畫書(以 major modality 為主)。
  - (4) 病人首次療程(包含手術、癌症治療藥物及放射線治療等)之 治療方式是否符合治療計畫書。
  - (5) 上述監測結果應涵蓋所有相關因素之分析(如:病人拒絕、 副作用過大、old age 等)。

#### 舉例 監測結果之呈現 自評書表2.1

#### 分析結果應如實呈現。請勿自行排除相關因素後,寫遵循率為100%...

【表 2.1】癌症診療指引遵循及治療計畫書監測列表							
111年							
, ,	· ·	,		首次療程符合計畫書之 比率(%)			
閾值	監測值	閾值	監測值	閾值	監測值		
90	91	80	88	80	85		
	計畫書 (% 閾值	計畫書完整率 (%) 閾值 監測值	計畫書完整率     計畫書符       (%)     比率       閾值     監測值       閾值     閾值	111年 計畫書完整率 計畫書符合指引之 (%) 比率 (%)  閩值 監測值 閩值 監測值	111年 計畫書完整率 計畫書符合指引之 首次療程符 (%) 比率 (%) 比率   閩值 監測值 閩值 監測值 閩值		

監測值88%,原因分析可能為: ←

1.病人年龄過大或過小:10%

2.醫師因素:1%

3.其他 (加入臨床試驗): 1%

監測值85%,後續原因分析可能為:

1.病人拒絕 (年紀大或擔心副作用太大):8%

2.治療的合併症: 2%

3.嚴重副作用:5%



#### 基準 2.1 重點 5/5

6. <u>臨床上若有新的治療方式(或藥物)且健保已開始給付,但因未</u> 達醫院診療指引之改版時間,則需將該治療方式(或藥物)於多 專科團隊會議經共識討論且有紀錄佐證。



# 基準 2.1 認證常見問題

- 1. 診療指引之制訂:
  - (1) 未依據實證醫學精神、未參酌國情或經院內共識討論。
  - (2) 部分指引之內容不完整(如:部分期別缺少治療方式、缺少術後 pathway 等)。
  - (3) 未定期檢視改版,或參考文獻未進行更新。
  - (4) 部分治療選項可再細分臨床路徑(如:curative與palliative 應明確區隔)。
- 2. 已設有監測機制,但監測項目不完整(如:未將 work-up 檢查項目納入監測),或未確實執行監測。對於監測所見缺失或未達閱值項目,多專科團隊未進行討論或改善。



#### 基準 2.2

癌症防治醫療機構應提供

院內治療之癌症病人專屬治療計畫書,

且病人首次療程之治療方式符合治療計畫書。



#### 基準 2.2 評分說明

#### <將原基準2.1之病歷評分新增至基準2.2>

#### 符合項目:【達成三項為符合,全數達成為優良】

- 1. 現場抽審病歷中, ≥80% 已有治療計畫書,且正確填載所有基本必要項目。
- 2. 現場抽審病歷中, ≥80% 之治療計畫書係依據院內診療指引制訂。
- 3. 現場抽審病歷中, ≥80% 病人之首次療程治療方式符合治療計畫 書。
- 4.80%之病人遇有重點5之狀況時,已更新治療計畫書。



### 基準 2.2 準備文件

- 認證通則 1 所列 14 癌之 111 年個管師新收案名單 (Class 1~2,但排除原位癌)。請依癌別分列,並呈現個案之:
  - 1. 病歷號碼
  - 2. 年龄
  - 3. 是否於多專科團隊中討論
  - 4. 臨床分期
  - 5. 病理分期
  - 6. 治療方式(新輔助治療、手術、化療、放療等)

### 舉例個管新收案名單呈現內容

依 14 癌分列 (頭頸癌請區分口腔、鼻咽癌;婦癌請區分子宮頸、子宮體、卵巢癌)

癌別	病歷號	年龄	<b>凰隊</b> 討論			S分其 'NM				2分其 'NM		治療方式
乳癌	00001	85	V	3	2a	0	IIIA	3	2a	0	IIIA	$CT \rightarrow OP \rightarrow RT \rightarrow HT$
乳癌	00002	72	V	3	0	0	IIB	3	1mi	0	IIA	OP→HT→RT
乳癌	00003	50		1	0	0	I	1	0	0	I	(外院OP)→RT

- 1. 請呈現全碼勿遮蔽。
- 2.若提供<mark>病人姓名,</mark> 請勿呈現全名。

分期可僅呈現 stage group;若 能一併呈現 TNM更佳。 不強制須按治療時序呈現。



#### 基準 2.2 重點 1/3

- 1. 治療計畫書須於<u>臨床分期確立後</u>及各項主要治療前完成;若病人 因故無法依據預定治療計畫進行後續治療時,於病歷中說明記載 即可。
- 2. 院內治療之癌症病人須提供專屬之治療計畫書,故初診斷即第四期,只接受緩和照護 (palliative care),或他院轉入僅安排安寧照護 (hospice care)之個案皆須有治療計畫書,並依病人需求提供適切的照護服務。但原位癌、確診後即轉出 (Class 0)、急診入院進行緊急手術後即轉院,或僅來院尋求第二意見之病人,可不須填寫。



#### 基準 2.2 重點 2/3

- 3. 事前規劃的癌症手術 (elective major surgery) 及介入性治療 (therapeutic intervention) 應於執行前訂定治療計畫書,內容須 完成基本必要項目及預定之治療方式,後續再視狀況依病理分期 擬定治療計畫。
- 4. 介入性治療係指以非手術的侵入性方式到達病灶局部,行區域性腫瘤消融的治療。常見的治療方式包括但不限於RFA、TACE、PEI、HIFU、Gamma Knife、cryotherapy、radiosurgery等。



#### 基準 2.2 重點 3/3

- 5. 病人<u>首次</u>疾病復發或<u>第一次</u>原訂治療方式改變(如原訂治療造成 嚴重合併症或副作用、原訂治療無效、其他病人因素等)時,須 更新病人專屬治療計畫書。
- 6. 治療計畫書電子化後,應能完整呈現各階段之治療計畫與相關內容,便於院內同仁登載及參閱。



# 基準 2.2 認證常見問題

- 1. 電子治療計畫書系統未能完整呈現各個時程之治療計畫書內容(如:後續填寫內容覆蓋前面所寫資料)。
- 2. 部分抽審病歷:
  - (1)治療計畫書之基本必要項目填載不完整(如:計畫書填寫 日期不明確、共病及重要影響預後因子未載明、預定之治療 計畫內容有缺漏)。
  - (2) 未於主要治療前或手術前完成治療計畫書。
  - (3) 未依診療指引擬定治療計畫或首次療程之治療方式與原訂計畫不符,未於病歷載明原因。
  - (4) 疾病復發或治療方式改變時未確實更新治療計畫書。



#### 基準 2.2 提醒

- ■治療計畫書填寫注意事項
  - 1. 以直腸癌 cT4N1 為例:

手術前之治療計畫至少須寫上術式:LAR

等術後病理分期確認 pT4N1 再寫上 FOLFOX6 + R/T 5040 cGY

- 2. 治療計畫書可分段填寫,但必須在主要治療前完成,且每次填寫 宜標示填寫日期。
- 3. 醫院在規劃設計電子病歷系統時,宜完整呈現各時程之治療計畫內容,避免後續填寫內容覆蓋前面所寫資料。
- 4. 不可用放射線治療之「新病人評估紀錄」取代放療之治療計畫。



#### 基準 2.2 醫院提問

- Q:關於臨床試驗個案,請問:
  - 1. 是否須填寫治療計畫書?
  - 2. 是否須納入診療指引及治療計畫書遵循之監測範圍?

A:醫院可自行規範此類個案是否填寫治療計畫書或列入監測範圍, 惟實地認證時不會列入計分,委員會重新抽選病歷。



#### 基準 2.3

癌症防治醫療機構應依據實證醫學並經由 院內共識制訂常見癌別之癌症治療藥物處方, 並有適當機制確保上述處方開立過程之安全性。



### 基準 2.3 評分說明

#### 符合項目:【達成四項為符合,全數達成為優良】

- 1. 已制訂院內常見癌別之癌症治療藥物處方,並符合重點 1 及 2 所列原則。
- 2. 已建立癌症治療藥物處方開立之標準作業流程。
- 3. 已建立全院一致之處方 (prescription) 開立格式。
- 4. 針對上述癌別之處方遵循及開立格式設有監測機制。
- 5. 現場抽審病歷中, ≥80% 病人首次療程之癌症治療藥物處方符合全院一致之處方 (prescription) 內容及開立格式。



### 基準 2.3 準備文件

- 1. 最新版次之癌症治療藥物處方(請於認證現場準備紙本文件)。
- 2. 多專科團隊討論/修訂癌症治療藥物處方之紀錄與相關參考資料。
- 3. 院內公告紀錄或院內網頁公布內容。
- 4. 癌症治療藥物處方開立標準作業流程(含開立癌症治療藥物處方之醫師資格與複核機制)。
- 5. 癌症治療藥物處方遵循之監測辦法、原始監測紀錄、監測結果之統 計分析。
- 6. 癌症治療藥物處方開立格式之監測辦法、原始監測紀錄、監測結果 之統計分析。
- 7. 多專科團隊會議中,有關上述監測結果之相關討論紀錄或提交<u>癌委</u> 會之改善方案。



#### 基準 2.3 重點 1/3

- 1. 癌症治療藥物處方須符合以下原則:
  - (1) 依據實證醫學精神,並於指引中註明主要參考文獻(至少為peer review article);若引用醫院自身資料庫之資料,則須提供分析及討論紀錄。
  - (2) 參酌國情並經院內共識討論,且有相關會議紀錄佐證。
  - (3) 定期檢視改版(至少每年一次,且明確標示制定<u>、</u>修訂<u>或檢視</u> 日期)。
  - (4) 團隊共識後所訂之處方,應提請<u>癌委會</u>公告。



#### 基準 2.3 重點 2/3

- 2. 癌症治療藥物處方應包含化學治療(含口服、靜脈注射及特殊途徑給予藥物)、免疫治療、荷爾蒙治療及標靶治療。
- 3. 癌症治療藥物處方應依據使用時機區分為輔助(adjuvant)、新輔助(neoadjuvant)、合併化學及放射線治療(concurrent chemoradiotherapy,CCRT)及轉移癌的第一線治療;或可比照國際常用指引所示方式區分(如NCCN消化道癌指引係以perioperative、preoperative、postoperative chemotherapy劃分)。



#### 基準 2.3 重點 3/3

- 4. 處方集內容須呈現藥物品名(學名為佳)、劑量、給藥方式 (含途徑及輸注時間),基準精神為確保處方之一致性(即同一 種 regimen 在不同科別仍應有相同給藥方式)。
- 5. 處方 (prescription) 開立格式內容須包含:藥物名稱、劑量、給藥方式(含稀釋液、途徑及輸注時間)。
- 6. 處方開立者非主治醫師或<u>部定</u>專科醫師層級時,則須有主治醫師 或部定專科醫師複核,方可調配。
- 7. <u>至少需針對首次療程進行處方遵循及開立格式之監測,</u>轉移性 化學治療處方<u>是否納入監測,則</u>由醫院自訂。惟抽審病歷若符合 轉移癌之第一線治療時,仍須按照評分說明5進行評分。



### 基準 2.3 認證常見問題 1/2

- 1. 癌症治療藥物處方之制訂:
  - (1) 未依據實證醫學精神或未參酌國情。
  - (2) 未完整列出經團隊討論共識且有實際使用之處方內容,或未刪 除已過時之處方。
  - (3) 未完整呈現參考文獻。
- 2. 已設有監測機制,但未落實執行。部分醫院之監測結果經討論與 排除部份因素後,呈現之監測值均為100%。請呈現原始數據, 並涵蓋所有相關因素之分析。
- 3. 針對未達閾值項目,未能依據癌別進行確實之原因分析及檢討。



### 基準 2.3 認證常見問題 2/2

- 4. 癌症治療藥物處方之內容:
  - (1) 未將口服抗癌藥物或標靶治療藥物列入。
  - (2) 未區分輔助(adjuvant)、新輔助(neoadjuvant)、合併化學及放射線治療(CCRT),以及轉移癌之第一線治療藥物。
  - (3) 未明確標示給藥方式,例如:多少天為一次療程、標準為幾個療程等等,且一線及二線治療藥物未能區分清楚。
- 5. 處方開立系統所建置之組套與處方集內容不吻合。
- 6. 部分抽審病歷之首次療程不符合院內自訂之處方集內容亦未說明 原因。



#### 基準 2.4

癌症防治醫療機構應成立多專科醫療團隊,並定期召開團隊會議進行個案討論。



### 基準 2.4 評分說明

#### 符合項目:【達成四項為符合,全數達成為優良】

- 已成立院內常見癌別之多專科團隊,並依據重點2所列原則訂定開會頻率且核心成員(指科別)出席率皆≥80%。
- 2. 上述多專科團隊已參考重點 8 訂定優先提交團隊討論之個案類別。
- 3. 各癌別提送多專科團隊討論個案之百分比皆≥<u>30%</u>,其中<u>≥50%</u>個案為自訂的優先討論個案。
- 4. 現場抽審<u>經多專科團隊討論之</u>病歷中, ≥80%個案能將討論結果 呈現於病歷上。
- 5. 各團隊已針對各癌別之個案管理指標監測結果進行討論,並視 需要訂定改善方案。



#### 基準 2.4 準備文件

- 1. 多專科團隊召開會議之場次統計數據與相關會議紀錄。
- 2. 多專科團隊訂定優先提交團隊討論之個案類別。
- 3. 團隊針對各癌別之個案管理指標監測結果訂定之改善方案(視需要)。



#### 基準 2.4 重點 1/7

- 1. 團隊不以單一特定癌症別為限,醫院可將腫瘤部位或治療方式相 近且主要成員科別雷同合併為聯合團隊,亦可形成單一癌別團隊 ;惟腫瘤部位明顯由院內不同成員診療者,不應歸屬同一團隊。
- 2. 醫院可依據個案數自訂適合之開會頻率,但不得低於下表所訂。 若為聯合團隊,則以個案數加總作為開會頻率訂立依據。

年度新診斷個案數 (Class 0~3)	最低開會頻率
個案數 < 50 例	每月召開1次
50 例 ≦ 個案數 < 500 例	每月召開2次
個案數 ≥ 500 例	每週召開1次



### 基準 2.4 重點 2/7

- 3. 開會頻率為每週一次者,若遇國定假日、醫學會或天然災害等特殊 狀況,得於會議紀錄中載明,但年度開會次數仍須達原訂開會次數 之90%。若為每月召開一次或兩次會議者,須擇期補召開會議。
- 4. 多專科團隊討論率定義:

分母:認證前一年度各癌別之新診斷個案數(含原位癌且個案分類為 Class 1~3)。

分子:認證前一年度經多專科團隊討論之該癌別個案數<u>(個案可</u> <u>重複討論及計算)</u>。

5. 評分計算基準:未滿一年期間以其所佔之時間比率換算。評分標準 依各年度獨立計算,需每年度皆達該項評分標準才予給分。



### 基準 2.4 重點 3/7

- 6. 若因病人數目太少而無個案討論,雖可註明「無討論個案」,但 仍需召開會議,且有會議紀錄佐證。
- 7. 核心成員出席率以科別計算,至少應包含下表所列之科別成員。若醫院無放射腫瘤部門,但設有<u>合作轉介</u>機制且<u>轉介</u>醫院之放射腫瘤科醫師每年至少出席一次多專科團隊會議並能提供佐證,即不影響評分。

團隊別	可合併癌別	團隊核心成員
1.大腸直腸癌 【消化道癌症】	<b>胃癌</b>	影像診斷、病理、(腫瘤)外科、 (腫瘤)內科、放射腫瘤
2. 肝癌	肝癌	影像診斷、病理、(腫瘤)外科、(腫瘤)內科



# 基準 2.4 重點 4/7

團隊別	可合併癌別	團隊核心成員
3. 肺癌 【胸腔癌】	食道癌	影像診斷、病理、(腫瘤)外科、(腫瘤)內科、放射腫瘤
4. 乳癌	乳癌	影像診斷、病理、(腫瘤)外科、(腫瘤)內科、放射腫瘤
5.子宮頸癌【婦癌】	子宮體癌、 卵巢癌	影像診斷、病理、婦產(癌)、放射腫瘤
6. 口腔癌 (含口咽癌、下咽癌) 【頭頸癌】	鼻咽癌	影像診斷、病理、切除與重建之外科 (如耳鼻喉科、口腔 <u>顎面</u> 外科、整形外 科···等)、(腫瘤)內科、放射腫瘤
7. 胃癌 【消化道癌症】	大腸直腸癌	影像診斷、病理、(腫瘤)外科、(腫瘤)內科



### 基準 2.4 重點 5/7

團隊別	可合併癌別	團隊核心成員
8. 攝護腺癌		影像診斷、病理、泌尿外科、(腫瘤
【泌尿道癌】	膀胱癌	內科、放射腫瘤
9. 膀胱癌		影像診斷、病理、泌尿外科、(腫瘤
【泌尿道癌】	攝護腺癌	內科、放射腫瘤
10.食道癌		影像診斷、病理、(腫瘤)外科、
【胸腔癌】	肺癌	(腫瘤)內科、放射腫瘤
11.鼻咽癌		影像診斷、 <u>病理</u> 、(腫瘤)內科、
【頭頸癌】	口腔癌	耳鼻喉科、放射腫瘤
12.惡性淋巴瘤		影像診斷、病理、血液(腫瘤)、
【血液淋巴腫瘤】	白血病	放射腫瘤

#### 備註:

- 1. (腫瘤)內科:腫瘤內科或癌別相關內科任一即可。
- 2. (腫瘤)外科:腫瘤外科或癌別相關外科任一即可。

# 舉例 多專科團隊會議統計表 自評書表2.4

團隊名稱: 頭頸癌	團隊			
年度	110年			
會議頻率設定值	每月/2次			
應召開會議次數 (A)	21 (備註1)			
實際開會次數	22 (備註2)			
涵蓋癌別/	口腔癌/75例			
新診斷個案數 (B)	鼻咽癌/50例			
	提交團隊討論		事前討論	
癌別	個案數	討論率(%)	個案數	討論率(%)
	(C)	$(C/B \times 100\%)$	<b>(D)</b>	$(D/B \times 100\%)$
口腔癌	35	46.7	25	33.3
鼻咽癌	20	40	10	20
核心科別出席情形	出席次數 (E)		出席率(%)(E/A×100%)	
影像診斷	21		100	
病理科	19		90.5	
腫瘤內科	16		76.2	
放射腫瘤	22		104.8	
耳鼻喉科	22		104.8	
1.因新冠肺炎疫情影響,5/1至7/31改為每月召開一次團隊會議,其食				
備註	備註 時間維持每月召開兩次,故110年應召開會議次數為21次。			
2. 因個案病情需求於10/20加開1場會議,故110年實際開會次數為22次				<b>昇會次數為22次。</b>

→ 若為聯合團隊,請寫明 團隊涵蓋之癌別與個案 數

▲ 核心科別出席次數(E) 應召開會議次數(A)

▲ 因增開會議,故出席率 會>100%

現場須提供因疫情影響 而自訂之會議召開方式 及頻率等佐證資料!



# 基準 2.4 重點 6/7

- 8. 多專科團隊可參考下方所列自行訂定優先提交團隊討論之個案:
  - (1) 需確認癌症分期之個案
  - (2) 治療計畫書與診療指引不一致且未說明原因之個案
  - (3) 非單一部位之原發腫瘤 (synchronous double cancer or second primary cancer) 個案
  - (4) 多重共病 (multimorbidity) 個案
  - (5) 年龄≥85歲個案
  - (6) 執行新輔助治療之個案
  - (7) curative intent但手術邊緣為陽性之個案
  - (8) 其他特殊複雜個案



# 基準 2.4 重點 7/7

- 9. 個案討論結果 (conclusion or recommendation) 可以摘錄或掃描檔案呈現於院內認可之 (電子) 病歷中,且相關照護團隊人員均可查閱,即符合基準精神。不要求於 (電子) 病歷中呈現討論過程或完整會議紀錄。
- 10.會議須著重於個案問題解決,所提供的資料須呈現討論目的、治療 策略及結論。若無具體討論事實或結論者(即所謂簡易討論或瀏覽 式討論),則不列入「討論個案」計算。
- 11. <u>多專科團隊會議若以同步視訊方式召開,與會專家必須能夠審閱病人各項檢查/檢驗報告,且留有會議紀錄及與會人員之出席佐證資料(簽到單或出席人員登入畫面截圖···等)。惟各科專家以電子會診或書面文字單向傳遞資訊,未能即時進行雙向溝通,並不符合基準</u>精神。



# 基準 2.4 認證常見問題

- 1. 部分團隊之部分核心成員(指科別)未達基準要求之80%。
- 2. 抽審病歷中,部分個案未落實討論、分析原因並提出具體可行之改善措施,或未將個案討論結果呈現於病歷上。
- 3. 團隊未針對個管指標監測結果進行討論,並訂定改善方案。



# 基準 2.4 醫院提問

- Q:基準規範團隊可參考重點 8 所列內容,自行訂定「優先提交團隊 討論」個案,請問:
  - 1. 有無要求 8 項中至少須符合幾項,才算符合基準規定?
  - 2. 有無要求 8 項「優先討論個案」的類別比率?

#### A:說明如下:

- 1. 實地認證時發現醫院之個案討論常為瀏覽式或表示無個案可討論,但抽審病歷發現個案病況較為複雜或期別有問題者,卻未提至團隊會議討論,故新增重點8所列個案提供醫院參考。
- 2. 並未要求優先討論個案須符合幾項或類別比率…等。希望提交討論之個案能著重在問題解決或治療策略上。



#### 基準 2.5

多專科團隊應建立並確實執行必要提報事件檢討機制。



#### 基準 2.5 評分說明

#### <將原基準2.3之必要提報事件新增至基準2.5>

#### 符合項目:【達成兩項為符合,全數達成為優良】

- 1. 多專科團隊已建立必要提報事件檢討機制。
- 2. 多專科團隊已確實執行必要提報事件檢討機制。
- 3. 所有提報案件由各多專科團隊進行原因分析檢討後,定期提交至癌症委員會(或類似單位)。



# 基準 2.5 準備文件

- 1. 多專科團隊建立之必要提報事件檢討機制及佐證資料(如:提報單、檢討改善報告、團隊會議紀錄等)。
- 2. 多專科團隊提交至癌委會之必要提報事件彙整報告。



### 基準 2.5 重點 1/2

- 1.「必要提報事件」之提報檢討機制由各院自訂,<u>至少應包含:</u> 提報對象定義、提交討論之時間點、個案篩選提報流程(防漏報 機制)、案件原因分析、檢討結果及改善流程···等。
- 2. 必要提報事件至少應包含:
  - (1) 輔助及新輔助性化療、根治性放療或 (induction) CCRT治療期間(含療程結束30天內) 死亡之個案。
  - (2) 根治性手術或介入性治療 30 天內死亡(或超過 30 天但屬同一次住院)之個案。
  - (3) 癌症分期第 0~1 期於診斷日起一年內死亡之個案(排除意外死亡)。



### 基準 2.5 重點 2/2

- 3. 醫院可自訂符合惡性淋巴瘤特性之必要提報事件定義,惟至少應 包含首次治療期間及療程結束 30 天死亡之個案。其他癌別之團隊 除重點 2 所列內容外,亦可自行增訂其他適用於該癌別之提報定 義。
- 4. <u>多專科團隊提交至癌委會之必要提報事件彙整報告內容至少應包</u> 含提報個案之原因分析、檢討結果或改善紀錄。



# 基準 2.5 認證常見問題

#### 必要提報事件:

- 1. 機制建立不完整,如 case finding、提報事件判定等。
- 2. 提報案件定義至少須涵蓋基準所列規範。
- 3. 抽審病歷發現符合提報定義之個案,但未落實執行通報。



# 基準 2.5 提醒 1/2

- 委員如何確認「必要提報事件」檢討機制已確實執行?
  - 1. 確認團隊自訂之「必要提報事件」提報檢討機制的完整性〔含 提報對象定義、提交討論之時間點、個案篩選提報流程〔防漏 報機制〕、案件原因分析、檢討結果及改善流程等〕。
  - 2. 審閱提報檢討之佐證資料(如提報單、團隊會議紀錄、檢討改善報告等),以確認團隊是否對於事件進行分析檢討及改善措施是否可行。
  - 3. 查核前述資料是否提交癌委會;現場則透過抽審死亡病歷來交叉確認機制運作之落實度。



# 基準 2.5 提醒 2/2

- ■並未要求會議紀錄以逐字稿方式呈現,摘錄各科決議及最終結論 即可。
- ■建議必要提報事件可參考國健署回饋之死亡檔名單,建立防止匿報或漏報機制。醫院須確實進行事件檢討而非僅呈現事件描述。
- ■部分個案轉院後死亡,一直到國健署回饋死亡檔才發現,若符合自訂之必要提報事件定義,仍須提到多專科團隊會議補提報討論。



# 基準 2.5 醫院提問

- Q:關於重點 2 必要提報事件之(3)「癌症分期第 0~1 期,且於診斷 日起一年內死亡之個案(排除意外死亡)」:
  - 1. 意外死亡的定義為何?
  - 2. 此類個案中,非因癌症死亡(如共病、高齡等)者佔大多數,如果全數提報檢討太過耗時,建議應將上述因素列入排除條件。

#### A: 說明如下:

- 1. 意外死亡係以法定定義為準。
- 2. 醫院建議增列之排除條件如共病、高齡等,皆可由多專科團隊於原因分析時逕行討論並視情況排除。



#### 基準 2.6

主治醫師須於(電子)病歷記載正確詳實之 臨床及病理分期。



# 基準 2.6 評分說明

#### 符合項目:【全數達成為符合】

- 1. 現場抽審病歷中, ≥90%之個案於病歷固定位置記載正確詳實之臨 床及病理分期。
- 2. 現場抽審病歷中, ≥80%之個案於首次治療前,已依據診療指引進 行與期別相關之主要檢查。
- 3. 建立癌症分期資訊之修正回饋機制並確實執行。

# 基準 2.6 準備文件

1. 癌症分期資訊之修正回饋機制及相關紀錄。



# 基準 2.6 重點 1/2

- 1. 全院應於(電子)病歷中,規範一處所謂「固定位置」,該處所呈現之癌症分期資訊係為最正確之initial stage,欲修正此處分期, 需符合重點6之要求。
- 2. <u>評分說明 1 之</u>重點項目為於(電子)病歷之固定位置正確詳實記載(1) 臨床分期及(2) 病理分期(p或yp)。
- 3. 不接受醫院將癌症分期固定位置設於出院病歷摘要、門診病歷SOAP 等處(例如:每次住出院皆會有一份出院病歷摘要,無法判定哪一 份摘要之分期為正確)。
- 4. 所有個案須呈現正確之臨床分期,若為根治性手術之個案則須加上 正確之AJCC(或其他)病理分期,且病理分期至少須呈現TNM到 第二碼。



# 基準 2.6 重點 2/2

- 5. 部份癌別(如直腸癌、鼻咽癌等)若因執行前導性治療(induction therapy)效果良好,未有後續手術治療時,應呈現治療前之分期。若有後續手術治療,例如:pre-OP CCRT後之手術切除,仍應有initial臨床分期與病理分期。
- 6. 醫院必須建立癌症分期資訊之修正回饋機制,分期資訊若需修正,應呈現修改時間及主治醫師(或修改人)之核章(簽名)或以相關機制確認的紀錄(如:由多專科團隊討論判定修正後,應回饋該個案之主責醫師)。若醫院之機制為不更改病歷上之分期,則須提供相關之會議討論紀錄佐證。此處之修正回饋機制並非僅指癌症登記之疑義欄位處理流程。



# 基準 2.6 認證常見問題

- 1. 部分抽審病歷之癌症分期,未確實記載或書寫不正確。
- 2. 未建立或未確實執行癌症分期資訊修正回饋機制;若對癌症病理分期有疑義,應提至多專科團隊會議討論,並依據自訂的修正回饋機制修改分期後,留有紀錄且回饋該個案之主責醫師。



# 基準 2.6 醫院提問

Q:若癌登於一年後審查病歷發現分期資訊有誤,此時「固定位置」 的分期是否必須修改?

A:按重點1,固定位置須呈現最正確的 initial stage,若欲修正,則須留有相關紀錄。然因一年後癌登審查發現之分期錯誤多屬臨床分期之 T 及 N 欄位,若強制修改固定位置之分期,恐會造成與診療指引不符合,甚至有引起醫療糾紛的可能。故維持重點6之精神,若醫院的機制為不因此修改分期,則提供相關會議討論紀錄以茲證明即可。



#### 基準 2.7

癌症病人之(電子)病歷應正確詳實記載:

- 1. 主要治療方式之副作用(或合併症)及因應處置。
- 2. 病人在診療與追蹤過程中病程之改變。



#### 基準 2.7 評分說明

符合項目:【全數達成為符合】

- 1. 現場抽審病歷中, ≥85% 之個案已正確詳實記載主要治療方式之副作用(或合併症)及因應處置。
- 2. 現場抽審病歷中, ≥85% 之個案已正確詳實記載在診療與追蹤過程中病程之改變。



# 基準 2.7 重點 1/4

- 1. 本項基準評分涵蓋主要治療方式:外科手術(含<u>介入性</u>治療)、 癌症治療藥物(含化學治療、免疫治療、<u>荷爾蒙治療與</u>標靶 治療)及放射線治療等。
- 2. 評分說明1應記載之重點項目如下:
  - (1)治療後所產生之特殊或常見副作用及合併症<u>(無副作用,亦須</u> 註明,不得空白未寫)。
  - (2) 副作用須有等級、頻率(如:watery diarrhea 3 次)之描述。
  - (3) 針對 Gr.III 以上副作用之因應處置。



### 基準 2.7 重點 2/4

- 3. 副作用之評估及記載以療程為單位(含癌症就醫門、住診),每次住院皆須記載。惟門診 weekly 治療至少每四週須記載一次;對於持慢性病連續處方箋個案,則視回診頻率於每次回診時記載。
- 4. 副作用之評估記載須由醫師執行,非醫師(例如:護理人員或專科護理師)協助評估並將副作用記載於病歷上(或toxicity checking list 等相關單張),須有醫師確認核章。
- 5. 未具有放射線治療設備醫院,病人結束放射線治療轉回原醫院進行 後續治療或追蹤時,主責醫師仍須評估病人是否有放射線治療副作 用,且視需要進行相關處置並留有紀錄。
- 6. 長期合併症(long term <u>complications</u>)與palliative <u>radiotherapy</u>個案暫不列入評分說明 1 評分範圍。



# 基準 2.7 重點 3/4

- 7. 評分說明 2 應記載之重點項目如下:
  - (1) 疾病病程的變化 (如有復發,需記載屬局部復發或遠端轉移)。
  - (2) 腫瘤對治療之反應評估(如:完全緩解、部分緩解、穩定或惡化)。
  - (3)治療方式改變原因(如:副作用、復發或其他更理想治療方式等)。
- 8. 主治醫師應於階段性療程結束時,依據各項檢查結果,針對治療反應進行即時性評估,治療期間內至少一年進行一次評估,且呈現於病歷紀錄上。後續則依醫院指引自訂之追蹤共識,進行病程之定期性評估。



### 基準 2.7 重點 4/4

- 9. 部分neoadjuvant治療,無法評估其治療成效,可於病歷中註明「尚無法評估治療效果」。
- 10. 評估病程變化時,「未復發」者應於病歷中記載 complete response、complete remission (CR)或 no evidence of disease (NED)等相關內容;「復發」者不可僅呈現檢查報告結果,亦應有主責醫師對檢查結果之綜合判斷與評估。



# 基準 2.7 認證常見問題

- 1. 關於副作用及因應處置,部分抽審病歷:
  - (1) 未確實評估副作用(評估頻率不符基準規定)。
  - (2) 未記載副作用及合併症,建議副作用宜採grading方式記載。
  - (3) 建議可運用電腦系統輔助副作用之評估,例如:副作用格式化、設立主動提醒評估,並將歷次評估時間點及結果完整呈現。
- 2. 關於病程變化,部分抽審病歷:
  - (1) 未評估疾病病程變化及治療反應。
  - (2) 病程變化或治療方式改變時,未於病歷上載明改變原因。
  - (3) 僅呈現檢查報告結果,但主責醫師未留有其判斷與評估結論。



#### 基準 2.8

為確保癌症病理診斷品質,癌症防治醫療機構 應建立病理切片同儕(院內或院際)複閱機制 及統一完整之癌症病理組織報告格式, 且有督導及監測機制。



# 基準 2.8 評分說明

#### 符合項目:【達成四項為符合】

- 1. 現場抽審病歷中, ≥80%的院內確診病例,已在<u>病理報告發出</u>前 完成惡性腫瘤(含原位癌)初次診斷確認之複閱。
- 2. 現場抽審病歷中, ≥90%之病理報告符合院內自訂格式。
- 3. 已建立臨床對病理診斷的討論回饋或向外諮詢機制。
- 4. 分子病理檢驗項目須由通過國內(外)相關單位分子病理檢驗認證之實驗室執行。
- 5. 於院內執行分子病理檢驗者,執行之實驗室須參加台灣病理學會或其他國內(外)認證單位核可之能力測試,並針對不符合之測試結果設有檢討改善機制。



# 基準 2.8 準備文件

- 1. 院內制訂之病理切片同儕複閱辦法、執行紀錄、複閱結果統計分析、檢討改善及提交癌委會之紀錄。
- 2. 院內制訂之癌症病理報告格式、監測辦法、原始監測紀錄、監測結果統計分析、檢討改善及提交癌委會之紀錄。
- 3. 臨床對病理診斷的討論回饋或向外諮詢之機制及相關紀錄。
- 4. 執行分子病理檢驗項目之實驗室通過國內(外)認證之證明 文件。
- 5. 最近一次參加台灣病理學會或其他國內(外)認證單位核可之 能力測試及其檢討改善之佐證文件(視需要)。



# 基準 2.8 重點 1/3

- 1. 複閱機制可為以下兩項之一或其他足以確保病理品質之方法:
  - (1) 由專科醫師進行複閱。
  - (2) 設有科內複閱會議。
- 2. 治療前須針對惡性腫瘤之初次病理診斷進行複閱,若病人惡性腫瘤在小標本(切除)時,未進行病理複閱,則後續腫瘤手術之大標本必須複閱。
- 3. 醫院可自行建立各癌別之病理組織報告格式,惟內容須包含台灣 病理學會公告之必要項目。病理報告格式品質係指內容格式之完 整及一致性;非指診斷報告內容之正確性。



# 基準 2.8 重點 2/3

- 4. 臨床對病理診斷的討論回饋或向外諮詢機制,包含:多專科團隊 會議中,以透過病理、影像、與臨床結果面之共同比對方式進行 個案討論、電話諮詢、利用報告系統上設有欄位供臨床醫師勾選 表達意見等。團隊會議應提報討論個案包含:(1)病理診斷有 疑義者(2)臨床與病理診斷不一致者。
- 5. 國內(外)能力測驗提供及認證單位例舉如下:台灣病理學會、 財團法人全國認證基金會(TAF)、美國病理學會(CAP)等。
- 6. 委外執行分子病理檢驗者,執行單位之實驗室須通過國內(外) 認證單位之分子病理實驗室認證。



# 基準 2.8 重點 3/3

- 7. 分子病理檢驗至少應包含 Her-2/neu、EGFR、RAS、PD-L1 IHC、ALK…等健保已給付之項目。
- 8. <u>若醫院所有病理切片皆採外包診斷(如:委託台北病理中心),</u> 則須提出該受委託檢驗單位之複閱機制及相關紀錄證明。

### 基準 2.8 提醒

■ 病理複閱未要求在正式報告上有 2 位病理科醫師簽名,認證現場請病理科提出複閱證明(例如:內部複閱紀錄本等之證明文件)即可。



#### 基準 2.9

為提昇癌症影像診斷品質,癌症防治醫療機構應建立統一完整之癌症影像診斷報告格式,且有督導及監測機制。



# 基準 2.9 評分說明

#### 符合項目:【達成兩項為符合】

- 1. 現場抽審病歷中, ≥90%之影像診斷報告符合院內自訂格式。
- 2. 已建立臨床對影像診斷的討論回饋或向外諮詢機制。
- 3. 已針對外片未附報告或對院外影像報告有疑義者建立處理機制。



# 基準 2.9 準備文件

- 1. 院內制訂之癌症影像診斷報告格式、監測辦法、原始監測紀錄、監測結果統計分析、檢討改善及提交癌委會之紀錄。
- 2. 臨床對影像診斷的討論回饋或向外諮詢之機制及相關紀錄。
- 3. 外片未附報告或對院外影像報告有疑義者之處理機制及相關紀錄。



# 基準 2.9 重點 1/3

- 1. 為確保病人能有正確之臨床分期,以獲得適當之治療方式,以影像 學診斷決定治療模式之癌別(肺癌、直腸癌、子宮頸癌、鼻咽癌、 食道癌、攝護腺癌)及院內常見癌別(除乳癌及惡性淋巴瘤外) 須優先制訂統一之 CT 或 MRI 報告格式。
- 2. 醫院可自行建立各癌別之影像診斷報告格式,惟內容須包含中華 民國放射線醫學會公告之必要項目。影像診斷報告格式品質係指 內容格式之完整及一致性;非指診斷報告內容之正確性。
- 3. 報告格式編排由醫院自訂,可為描述式、條列式或摘要式,惟須經院內共識討論。如醫院影像報告內容為描述式,應確認是否涵蓋學會公告之必要項目,「沒有」或「negative」的欄位應寫明「nil」或列出(一),不可直接刪除或省略; 若為 checklist 格式但項目不完整,亦不符合基準要求。



### 基準 2.9 重點 2/3

- 4. 臨床對影像診斷的討論回饋或向外諮詢機制,包含:多專科團隊 會議中,以透過病理、影像、與臨床結果面之共同比對方式進行 個案討論、電話諮詢、利用報告系統上設有欄位供臨床醫師勾選 表達意見等。團隊會議應提報討論個案包含影像診斷報告與臨床 診斷不一致者。
- 5. 影像診斷報告發出後才確診為癌症之個案,不要求醫院於確診後 重新繕打影像診斷報告以符合格式要求。若病人事後確診為癌症 ,可以addendum形式補上符合格式要求之影像報告,或提至多專 科團隊討論以確立分期並留有紀錄。



# 基準 2.9 重點 3/3

- 6. 外片未附報告或對院外影像報告有疑義者,至少需符合下列之一:
  - (1) 提至多專科團隊進行討論並有紀錄佐證。
  - (2) 由影像科進行外片再閱。
  - (3) 於病歷呈現主治醫師對影像報告之判斷評估。



# 基準 2.9 認證常見問題

- 1. 未建立或未確實執行影像與病理診斷之回饋與向外諮詢機制。
- 2. 影像報告內容應涵蓋學會公告之必要項目,若為「沒有」或「negative」的項目,應記載「nil」或「(-)」,不可直接刪除。
- 3. 部分影像報告在 T 或 N 欄位上有勾選兩個選項之狀況 (例如:同時勾選 T2 及 T3)。建議分期之描述宜更明確。
- 4. 報告發出後才確診為癌症之個案,可以 addendum 形式補上符合格式要求之影像報告,或提至多專科團隊討論以確立分期並留有紀錄。



### 基準 2.9 醫院提問 1/3

Q:為了避免影像報告過於冗長,本院會直接將無異常之格式欄位直接刪除,如此是否符合基準要求須建立統一完整之報告格式?

A: 1. 無論影像報告格式為描述性、條列式或是摘要式,都必須包含學會公告之必要項目,並對每一個項目進行評估。若醫院報告僅呈現 summary note , 必須於現場提供原始的 checklist或 raw data 畫面。

2. 以下範例至少須呈現【方法二】之描述內容。

# 舉例 影像報告內容呈現方式

(以 Tumor invasion 欄位為例)

符合基準規定	[方法一] 清單勾選	大田町で invasion:   V Not assessable
	[方法二] 文字描述	3. Tumor invasion: Not assessable.
不符規定	[方法三] 直接删除	影像報告未呈現 Tumor invasion 欄位或內容



### 基準 2.9 醫院提問 2/3

Q:若臨床醫師對影像診斷報告之分期資訊有疑義,提至團隊討論後 決議更改期別,請問原影像報告登載之期別是否須一併修訂?

A:假如臨床醫師對影像診斷報告內容有疑義,應循院內自訂之機制進行討論回饋或向外諮詢,且有文件紀錄佐證(如:多專科團隊討論紀錄、回饋紀錄單、E-mail、簡訊紀錄、原版本之更新報告或以addendum方式處理之報告等)。至於原影像診斷報告內容是否須一併更新,則尊重醫院自訂,惟須注意,若會議決議更改期別,一定要有通知原主治醫師的機制。



### 基準 2.9 醫院提問 3/3

Q:本院為區域醫院,人力十分有限,若全面進行院外影像報告再閱 將不堪負荷,建議應取消再閱相關規定。

A:基準僅要求醫院須針對外片未附報告或對院外影像報告有疑義者 訂有一套處理機制,並未要求必須由影像科進行全面再閱,亦可 透過如提至多專科團隊會議討論,或在病歷中呈現院外影像報告 並留有主治醫師之評估判斷紀錄等方式因應(參重點6)。



#### 基準 2.10

癌症防治醫療機構應制訂放射線治療政策與程序 之指引,確實執行並進行監測,且於全院性病歷 呈現完整之新病人評估紀錄與完成紀錄。



# 基準 2.10 評分說明

符合項目:【達成四項為符合(未設有放射線治療部門者達成三項為符合)】

- 1. 至少制訂乳癌、口腔癌(含口咽及下咽)、肺癌、直腸癌、子宮頸癌、鼻咽癌、攝護腺癌及食道癌等癌別之根治性目的(curative intent)放射線治療政策與程序之指引,且符合重點 1 及 2 所列原則(未設有放射線治療部門者則須符合重點 7 所列)。
- 2. 針對上述癌別之放射線治療政策與程序指引遵循設有監測機制 (未設有放射線治療部門者免評)。
- 3. 現場抽審病歷中, ≥90%已有新病人評估紀錄與完成紀錄。
- 4. 現場抽審病歷中, ≥80%符合「總劑量」及「治療次數」之規範。



# 基準 2.10 準備文件

- 1. 最新版次之放射線治療政策與程序之指引(請於認證現場準備紙本文件)。
- 2. 放射線治療部門討論/修訂之會議紀錄及相關參考資料。
- 3. 院內公告紀錄或院內網頁公布內容。
- 4. 放射線治療政策與程序指引之監測辦法、原始監測紀錄、監測 結果之統計分析。
- 5. 上述監測結果之相關討論紀錄或提交癌委會之改善方案。
- 6. 轉介機制及紀錄(未設有放射線治療部門者需要)。



# 基準 2.10 重點 1/4

- 1. 放射線治療政策與程序之指引須符合以下原則:
  - (1) 依據實證醫學精神,並於指引中註明主要參考文獻(至少為peer review article);若引用醫院自身資料庫之資料,則須提供分析及討論紀錄。
  - (2) 參酌國情並經科內共識討論,且有相關會議紀錄佐證。
  - (3) 定期檢視改版(至少每年一次,且明確標示制定<u>、</u>修訂<u>或檢視</u> 日期)。
  - (4) 會議共識後所訂之指引,應提請<u>癌委會公告。</u>



# 基準 2.10 重點 2/4

- 2. 根治性目的之放射線治療指引須包含以下內容:
  - (1) 針對該癌別之放射治療流程:如體位設定、固定方法、模擬攝影之要求、特殊注意事項(如:呼吸調控、脹膀胱···等)。
  - (2) 放射治療部位【含臨床腫瘤體積(CTV)及治療計畫標靶體積(PTV)之定義】、各階段之放射治療劑量、放射治療次數及劑量調整原則。
- 3. 放射線治療指引若已界定劑量範圍,則病人治療計畫書所呈現之 總劑量應在指引所界定的範圍內。若放射治療指引規範為單一劑 量,則治療計畫書之總劑量應在此界定劑量±5%之範圍內。屬於臨 床試驗或特殊臨床狀況之個案例外,但應於病歷中敘明。



# 基準 2.10 重點 3/4

- 4. 已完成根治性目的(curative intent)之放射線治療個案應在全院性 病歷中呈現以下記載,以利相關醫療照護人員查閱:
  - (1) 新病人評估紀錄:至少應包含病人簡史、理學檢查、重要檢查 結果、診斷評估及治療計畫。
  - (2) 完成紀錄:應至少包含照射部位、劑量、治療期間。
- 5. 基於確保病人安全原則,監測機制至少須包含:
  - (1) 放射腫瘤科主治醫師須於第一次治療前,對該療程之治療計畫 (treatment planning)及位置驗證(verification)進行確認或 簽章負責。
  - (2) 針對「總劑量」及「治療次數」進行監測。



#### 基準 2.10 重點 4/4

- 6. 若「總劑量」及「治療次數」與原訂計畫不同,須於病歷中呈現 因個別病況考量所改變之原因,即不影響評分。
- 7. 若醫院無放射線治療部門,須建立合作轉介機制,且能提供轉介 醫院根治性目的放射線治療政策與程序指引、轉介個案之新病人 評估紀錄及完成紀錄、及每年至少一次本院癌症團隊與轉介放射 線治療部門之指引聯合討論會之會議紀錄做為佐證資料。未建立 合作機制者評分為「不符合」。



# 基準 2.10 認證常見問題

#### 部分抽審病歷:

- 1. 未有新病人評估紀錄或完成紀錄、內容不完整或有錯誤(如:分期資訊不完整、初始病歷與放療摘要之照射部位不吻合)。
- 2. 「總劑量」及「治療次數」不符合自訂規範亦未於病歷載明原因。

# 基準 2.10 提醒

■同體系醫院,若A醫院個案於B醫院進行放射線治療,但於B醫院 之電子病歷無法查閱放療相關資料時,則A醫院需提供新病人評估 紀錄及完成紀錄至B醫院。



# 綜合討論