



112 年度

癌症診療品質認證醫院說明會

【第一階段（未曾通過）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 6 日



大綱

- 112 年認證作業程序說明
 - 認證作業時程與流程
 - 申請表與自評書填寫注意事項
 - 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資料審閱區間
 - 認證通則
 - 醫管組認證基準評核重點
 - 護理組認證基準評核重點
- 綜合討論



112年度癌症診療品質認證作業程序（草案）
【第一階段（未曾通過）認證醫院適用版】

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 style="list-style-type: none"> ■ 公告認證委員共識 ■ 國健署函知醫院實地認證日期區段 	5 月~ 6 月
辦理實地認證作業 <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 	5 月~ 7 月 <ul style="list-style-type: none"> ■ 實地認證前 4 週 ■ 實地認證後 4~6 週
認證結果為「限期改善」者，辦理書面複查	收到認證結果 3 個月內
召開認證醫院檢討會	10 月~ 12 月
<ul style="list-style-type: none"> ■ 公告明年度認證基準及作業程序（草案） ■ 召開明年度認證醫院說明會 	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

- 醫院須同時符合以下條件方可申請：
 - 醫院評鑑合格以上。
 - 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達 500 例以上。
 - 癌症登記採長表申報 3 年（含）以上。



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 4 之規定制訂診療指引。
 - 依據基準 5 之規定制訂院內通用癌症治療藥物處方。
 - 依據基準 6 之規定成立多專科醫療團隊。



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
2	醫院評鑑合格證明	紙本	1 份	請附影本
3	自評書正文	紙本	4 份	請裝訂成冊
	自評書附件 (含正文 + 隨自評書繳交文件)	電子檔	4 份	請存於光碟或隨身碟中，並請確認可正常讀取
4	111/1/1 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

認證方式 1/2

■ 資格審查

1. 由健康署所委託之機構，依規定初審各申請醫院所送資料。
2. 初審不合資格者，將由健康署通知申請醫院，不再進行實地認證。

■ 自評書資料審查

通過資格審查之醫院，由健康署所委託之機構將該院自評書逕送負責之認證委員進行書面審查。

認證方式 2/2

■ 實地認證

1. 通過資格審查之醫院，將由健康署通知醫院實地認證日期。
2. 實地認證作業：
 - (1) 依基準及書面資料進行實地訪查。
 - (2) 至癌症照護單位訪視並與相關醫療人員晤談。
 - (3) 視情況抽審病歷審閱。

實地認證流程

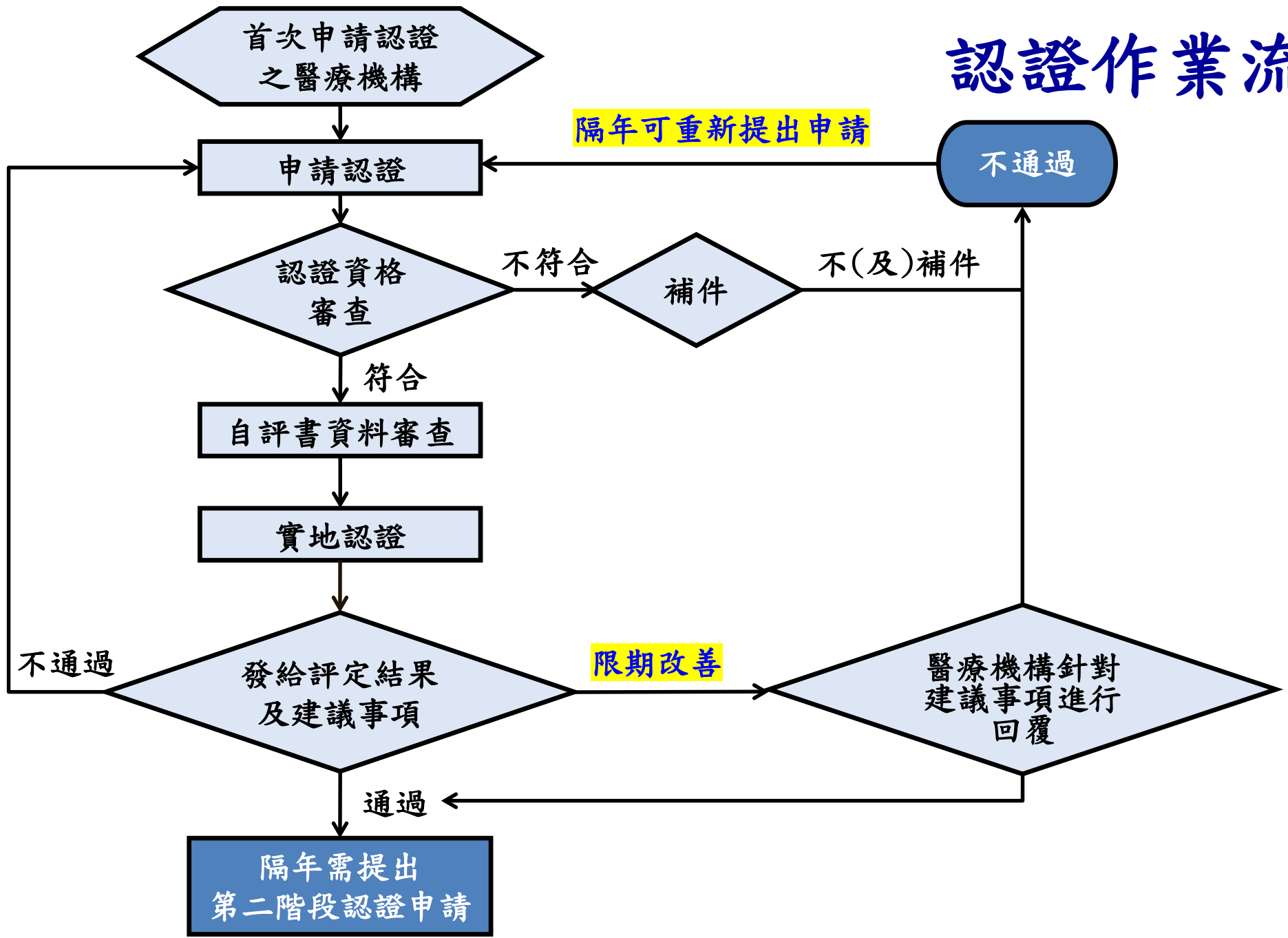
進行程序	時間分配	備註
實地認證會前會	50 分鐘 (含午餐時間)	
醫院簡報	20 分鐘	<ol style="list-style-type: none"> 1. 召集委員致詞並介紹認證委員 2. 醫院代表致詞並介紹陪評人員 3. 簡介癌症診療運作現況
實地訪查與訪談	180 分鐘	<ol style="list-style-type: none"> 1. 相關資料請置於會場，並清楚標示資料內容。 2. 由認證委員與院方討論，各自進行訪查與面談。
委員交換意見及整理書面資料	30 分鐘	
與院方綜合座談	20 分鐘	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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。



認證作業流程

隔年可重新提出申請



認證等級評定 1/2

■ 單項基準評量方式

1. 分為「符合、不符合」。
2. 基準所列符合項目須全數達成，方可評定該項基準為「符合」。

■ 認證等級評定結果

評定結果	評定標準
通過	全部評分項次皆需符合
限期改善	未達通過標準，但優於不通過標準
不通過	全部評分項次中，不符合 ≥ 6 項

認證等級評定 2/2

■ 「限期改善」之補件條件

可以補件	不可補件
<p>不符合之基準僅限書面資料有缺漏者，方可進行補件。</p>	<p>不符合之基準若屬架構性基準則無法回溯補件，認證結果逕為「不通過」。</p>
<p>舉例：</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 診療指引參考文獻未更新 ■ 監測機制不完整 	<p>舉例：</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 缺乏診療指引 ■ 缺乏監測機制 ■ 會議次數/出席率/人力不足、缺乏多專科團隊等

認證結果與後續作業

認證結果	後續申請 / 回覆作業
通過	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院須於隔年 (113 年) 提出【第二階段認證醫院適用版】認證申請。 2. 若未依上述規定，則下次須重新申請本認證。
限期改善	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院須於規定時間內 (3 個月) 針對建議事項進行書面回覆。 2. 舉例： <ol style="list-style-type: none"> (1) 112 年 6 月 1 日收到認證結果核定為限期改善。 (2) 112 年 9 月 1 日前針對建議事項進行書面回覆，並由審查小組進行書面複審後，報請國健署通知認證結果。 (3) 逾期回覆將不予受理，並評定認證總評分結果為「不通過」。
不通過	隔年 (113 年) 可重新提出第一階段認證申請。



申請表與自評書填寫注意事項

112 年度「癌症診療品質認證申請表」(草案版)

申請表填寫注意事項

機構名稱	
地址	
醫院負責人	
聯絡人	電話：
	傳真：
	E-mail：
檢附之資料	<input type="checkbox"/> 1. 112 年度癌症診療品質認證申請表【免備文】
	<input type="checkbox"/> 2. 資格審查文件：醫院評鑑合格證明（影本）
	<input type="checkbox"/> 3. 醫院自評書正文裝訂紙本四份及燒錄於光碟或隨身碟四份（內含正文及隨自評書繳交文件）
	<input type="checkbox"/> 4. 111 年 1 月 1 日至 112 年 3 月 31 日間，曾前往預評之委員名單
申請機構 印鑑	機構名稱：
	負責人： (簽章)
	聯絡人： (簽章)

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，請直接與認證小組連絡。

醫院負責人及聯絡人皆須簽名或蓋章。

自評書填寫注意事項 1/3

■ 請如實填寫自評書之癌症別基本資料

癌別	111年 Class 0~3 個案數	診療指引			癌症治療藥物處方					多專科醫療團隊	
		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	開立 格式 監測	成立 日期 (年/月)	聯合團隊
大腸直腸癌	189	V	111/6/10	V	V	111/6/10	V	V	V	109/6	否
惡性淋巴瘤	【第1、2線治療之個案數】 30	V	111/2/10	V	V	111/2/10	V	V	V	111/1	否

請填入自行蒐集之數據

1. 為落實資格審查，自 109 年起新增此欄位。
2. 申請 112 年認證之醫院，須於111年12月前成立符合基準要求之多專科團隊並有實際運作之實（含制定指引、處方等）。否則將依認證作業程序規定，由國健署通知醫院，不再進行實地認證。

自評書填寫注意事項 2/3

■ 請注意自評書填載之數據資料的適用年度

癌登、
個管人
力的估
算是採
診斷年

其餘皆
指執行
年

【表 2.1】院內癌症登記人力估算表			
診斷年度	全癌新診斷個案數	應配置合格癌症登記技術人員人數	實際配置合格癌症登記技術人員人數
109 年			

【表 14.1】院內腫瘤個案管理護理師人力估算			
診斷年度	全癌新診斷個案數	應配置專任腫瘤個案管理護理師人數	實際配置專任腫瘤個案管理護理師人數
109 年			

【表 5.1】癌症治療藥物處方遵循與開立格式之監測結果				
年度	111 年			
已建立癌症治療藥物處方之癌別	癌症治療藥物處方遵循率 (%)		藥物處方符合開立格式之比率 (%)	
	閾值	監測值	閾值	監測值

自評書填寫注意事項 3/3

■ 請正確編輯隨自評書繳交文件（附件）之編碼

基準 5

癌症防治醫療機構應依據實證醫學並經由院內共識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。

隨自評書
繳交文件

1. 最新版次之癌症治療藥物處方（內容需包含：藥物品名、劑量、給藥方式）（[附件 5.1](#)）。
2. 癌症治療藥物處方開立標準作業流程（含開立抗癌藥物處方之醫師資格與複核機制）（[附件 5.2](#)）。
3. 癌症治療藥物處方遵循之監測辦法（[附件 5.3](#)）。
4. 癌症治療藥物處方開立格式之監測辦法（[附件 5.4](#)）。

1. [附件 5.1](#)：意即[基準 5](#)的[第 1 項](#)附件。

2. 以處方為例，若醫院欲依癌別再細分編碼，亦請按上述邏輯編號（如：[附件 5.1.1](#) 肺癌、[5.1.2](#) 乳癌、[5.1.3](#) 大腸直腸癌…）。



認證重要宣導事項

認證計畫網站



The screenshot shows the website for the Accreditation Program. On the left is the NHRI logo. The main heading is '癌症診療品質認證作業計畫' (Cancer Treatment Quality Accreditation Program) in large green characters. Below it is the text '財團法人國家衛生研究院' (National Health Research Institutes). To the right is a photograph of a modern building. At the bottom is a dark navigation bar with the following menu items: '最新消息' (Latest News), '認證簡介' (Accreditation Introduction), '下載專區' (Download Area), 'Q&A專區' (Q&A Area), '報名專區' (Registration Area), '認證結果' (Accreditation Results), '網站連結' (Website Links), and '聯絡我們' (Contact Us).

- 網址：<https://accredit.nhri.org.tw/>
- 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。



實地認證會場安排 1/2

■ 場地安排

- 會前會：盡可能勿與醫院簡報、實地訪查共用場地，以利委員討論。
- 實地訪查：建議醫管、護理組各一室；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

- 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 2 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。



112年度癌症診療品質認證基準及評分說明（草案）
【第一階段（未曾通過）認證醫院適用版】

112 年認證基準與重點說明



認證基準評量項目與資料審閱區間

認證基準評量項目及任務分組

項次	評量項目合計	認證委員人數及任務分組		
		組別	基準項次	人數
第一章 癌症委員會 (或類似單位) 之組織運作與任務	1 項	醫管	1	1 人
第二章 癌症資料庫之管理與運用	2 項	醫管	2、3	
第三章 癌症診療與照護服務	11 項	醫管	4、5、6、9、10、11	
		護理	7、8、12、13、14	1 人
總計		14 項		

認證資料統計及審閱區間

資料類型	資料統計 / 審閱區間
自評書	111 年
實地認證現場	111 年 ~ 112 年認證前 2 個月



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

1. 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。
2. 凡有收治第一線或第二線治療之惡性淋巴瘤（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。
3. 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。
4. 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

癌別	111年 Class 0~3 個案數	診療指引			癌症治療藥物處方					多專科醫療團隊	
		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	開立 格式 監測	團隊 成立	聯合團隊癌別
大腸直腸癌	101	V	111/03/10								無
肝癌	75	V	111/04/07								無
肺癌	57	V	111/04/15								無
乳癌	72	V	111/07/07								無
子宮頸癌	35										
子宮體癌	10										
卵巢癌	3										
口腔癌 (含口咽及下咽)	52	V	111/05/18								頭頸癌(口腔、鼻咽)
胃癌	29	V	111/03/16								無
攝護腺癌	24										
膀胱癌	6										
食道癌	19										
鼻咽癌	15	V	111/05/18								頭頸癌(口腔、鼻咽)
惡性淋巴瘤	【第1、2線治療之個案數】 14	V	111/08/01	V	V	111/08/01	V	V	V	V	無

≥50 例有 5 癌 + 惡性淋巴瘤，
共計 6 癌皆須符合「院內常見
癌別」規範

但非醫學中心按規定至少須
8 癌符合規範，故須再補 2 癌
(請依實際情況填寫，亦可
> 8 癌)

舉例 2 醫學中心 / 年度新診斷個案數 1,100 人

癌別	111年 Class 0~3 個案數	診療指引			癌症治療藥物處方					多專科醫療團隊	
		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	開立 格式 監測	團隊 成立	聯合團隊癌別
大腸直腸癌	174	V	111/03/01							V	無
肝癌	105	V	111/04/10							V	無
肺癌	140	V	111/04/20							V	無
乳癌	127	V	111/07/15							V	無
子宮頸癌	39										
子宮體癌	11										
卵巢癌	8										
口腔癌 (含口咽及下咽)	90	V	111/05/10							V	口腔癌、鼻咽癌
胃癌	54	V	111/03/01							V	無
攝護腺癌	59	V	111/05/10							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							V	
鼻咽癌	26	V	111/05/10							V	口腔癌、鼻咽癌
惡性淋巴瘤	【第1、2線治療之個案數】 60	V	111/08/01	V	V	111/08/01	V	V	V	V	無

≥50例有8癌，皆須符合「院內常見癌別」規範

但醫學中心按規定至少須10癌應符合規範，故須再補2癌（請依實際情況填寫，亦可>10癌）



醫管組 認證基準評核重點



第一章 癌症委員會（或類似單位）之組織運作與任務

基準 1

【對應第二階段認證醫院版基準1.1】

癌症防治醫療機構應成立全院性之癌症委員會
(或類似單位)，由具癌症診療相關專長之
醫療及行政等跨科部單位組成。

基準 1 評分說明

符合項目：

1. 設有全院性之癌症委員會（或類似單位）且主委須為醫院主管，並明定組織章程且具實際運作之事實。
2. 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%。
3. 癌症委員會（或類似單位）成員至少應包含病理科、影像診斷科、放射腫瘤科、（腫瘤）外科、（腫瘤）內科、醫院管理、藥劑、營養及護理等部門代表。



基準 1 準備文件

1. 全院之組織架構圖（須標明該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. 癌委會成員名單（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。
4. 癌委會之會議紀錄。

基準 1 重點 1/2

1. 癌委會成員之任命須有書面文件佐證（如：聘書、任命之會議紀錄）。
2. 不規定醫院成立之癌症品質相關單位名稱，但層級須為全院性，任務為監督並支持執行單位。執行單位由各醫院自行決定，不強制醫院需成立實體之「癌症中心」，將視醫院規模及實際運作模式進行評核。
3. 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

基準 1 重點 2/2

4. 「主委須為醫院主管」，在此僅視該主委是否能於癌委會展現領導統馭能力，故不規範其管理階層（職務位階）。
5. 為評估癌委會督導管理的能力，必要時會與癌委會主委進行訪談，以評估癌委會功能是否彰顯。

基準 1 備註

1. 醫院若未設置放射腫瘤部門，則無須將放射腫瘤科列為癌委會成員。
2. 癌委會成員係為該科別（部門）之代表，故不限定其職務別。
3. 若為代理出席則不列入出席率計算。

癌委會重點工作 - 兩階段認證應準備內容 1/3

<p>未曾通過認證醫院版</p>	<p>基準1 癌症防治醫療機構應成立全院性之癌症委員會（或類似單位），由具癌症診療相關專長之醫療及行政等跨科部單位組成。</p>	<p>符合項目：【全數達成為符合】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 設有全院性之癌症委員會（或類似單位）且主席須為醫院主管，並明定組織章程且具實際運作之事實。 2. 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%。 3. 癌症委員會（或類似單位）成員至少應包含病理科、影像診斷科、放射腫瘤科、（腫瘤）外科、（腫瘤）內科、醫院管理、藥劑、營養及護理等部門代表。
<p>曾通過認證醫院版</p>	<p>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。</p>	<p>符合項目：【達成三項為符合，全數達成為優良】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。

癌委會重點工作 - 兩階段認證應準備內容 2/3

曾通過認證醫院版

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。

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，未達自訂閾值之項目，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）應針對未達自訂閾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
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。

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）應針對未達自訂閾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。

癌委會重點工作 - 兩階段認證應準備內容 3/3

曾通過認證醫院版

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。

符合項目：【全數達成為符合】

1. 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所列原則，並經由癌症委員會（或類似單位）審閱後公告。
2. 癌症委員會（或類似單位）應經由會議討論，每年至少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 過去認證常見問題

1. 癌委會會議召開頻次未達基準要求，且缺乏會議紀錄、會議簽到單、委員任命文書等佐證資料。
2. 宜在前一年度之癌委會中提出並討論選定下一年度之品質改善主題，不建議將認證基準項目列為改善專案，除非訂立高於基準要求之改善目標，或確實執行不力並經由癌委會討論選定者；後續須督導及加強追蹤「決議事項」之執行狀況。
3. 宜將全院品質改善主題的選取理由及討論過程清楚呈現於會議紀錄中。
4. 建議對於全院各項指標閾值的訂定應有依據，並且定期檢視及調整。

藍色字體：不影響一階評分
但會影響第二階段認證評分

基準 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。



第二章 癌症資料庫之管理與運用

基準 2

【對應第二階段認證醫院版基準1.5】

癌症防治醫療機構每年新診斷癌症個案中，
每五百案應至少編制零點五名合格癌症登記人力，
並依中央衛生主管機關所訂之內容、格式與時程，
將資料申報至中央主管機關所委託之單位。



基準 2 評分說明

符合項目：

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 $\geq 95\%$ 。



基準 2 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）。

舉例 癌登人力分布圖

姓名	證照	111 年												112 年		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
李○○	進階															
陳○○	進階															
周○○	無															
年度新診斷個案		108年1320例												109年1580例		
應配置人力		1.32												1.58		
實際配置人數		2												3		
合格癌登人數		2												2		
註：周○○於 112 年 1 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 2 重點

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，另 1 名可為兼職）。
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、邏輯待查回覆率與 5 年追蹤率之計算方式，以癌症登記資料庫可取得最近二個年度（如：112 年認證，採計 109~110 年）之平均值進行評分。

基準 2 備註

1. 癌症登記人力之估算，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. 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。

基準 2 過去認證常見問題

無。

基準 3

【對應第二階段認證醫院版基準1.2重點1（1）】

癌症防治醫療機構應制定

癌症登記資料庫品質管理機制，且確實執行。



基準 3 評分說明

符合項目：

1. 已制訂癌症登記資料庫品質管理機制，且據以執行。
2. 針對內部審查及（外部）稽核發現之異常及疑義欄位，設有處理流程且確實執行。
3. 針對監測結果進行統計分析及檢討。



基準 3 準備文件

1. 癌症登記資料標準作業流程。
2. 癌症登記資料庫內部品管審查辦法、原始審查紀錄、審查結果之統計分析資料、相關檢討改善機制之佐證資料。
3. 癌症登記資料庫（外部）稽核辦法、原始稽核紀錄、稽核結果之統計分析資料、相關檢討改善機制之佐證資料。
4. 癌登疑義欄位處理流程及相關佐證資料。



基準 3 重點 1/3

1. 癌症登記資料庫品質管理機制應包含：
 - (1) 癌症登記資料標準作業流程（應包含資料蒐集、處理及保護）
 - (2) 癌症登記資料庫內部品管審查辦法
 - (3) 癌委會建立之癌症登記資料庫（外部）稽核辦法

基準 3 重點 2/3

2. 癌症登記資料庫內部品管審查辦法，應包括下列重點：
 - (1) 審查範圍為長、短表之全欄位審閱。
 - (2) 審查人員資格至少須具有癌症登記基礎級認證合格證照，但「癌症分期」可由醫師審查。
 - (3) 審查比率至少達 Class1~2 之癌症個案的百分之十，且審查個案數至少須達 50 例。
3. 癌症登記資料庫（外部）稽核辦法，應包括下列重點：
 - (1) 稽核範圍至少應包含長、短表中，【表一】所列欄位。
 - (2) 稽核人員資格為醫師或具有癌症登記進階級認證合格證照。
 - (3) 稽核比率至少為 Class1~2 之癌症個案的百分之十，且稽核個案數至少須達 50 例。

基準 3 重點 3/3

4. 執行癌症登記資料庫內部品管審查及（外部）稽核時，應先完成內部品管審查，再進行（外部）稽核，且須迴避審查自己之病歷。審查及稽核工作亦可委由外院人員進行，惟須符合重點 2 及重點 3 所訂定之審查或稽核人員資格。
5. 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。

基準 3 【表一】 稽核欄位 1/4

各院請依衛生福利部國民健康署於民國 110 年公告之「107 年版台灣癌症登記摘錄手冊 - 110 年修訂版」之部分癌症登記收錄欄位進行病歷抽審。稽核欄位至少須包含以下欄位：

序號	欄位名稱	欄位		序號	欄位名稱	欄位	
		起	訖			起	訖
2.2	癌症發生順序號碼	57	58	4.1.5	原發部位手術邊緣	192	192
2.3.2	治療狀態分類	61	61	4.2.1.1	放射治療臨床標靶體積摘要	201	202
2.6	原發部位	78	81	4.3.4	申報醫院化學治療開始日期	274	281
2.8	組織類型	83	86	4.3.7	申報醫院荷爾蒙/類固醇治療開始日期	286	293

基準 3 【表一】 稽核欄位 2/4

各院請依衛生福利部國民健康署於民國 110 年公告之「107 年版台灣癌症登記摘錄手冊 - 110 年修訂版」之部分癌症登記收錄欄位進行病歷抽審。稽核欄位至少須包含以下欄位：(續)

序號	欄位名稱	欄位		序號	欄位名稱	欄位	
		起	訖			起	訖
2.12	首次顯微鏡檢證實日期	91	98	4.3.10	申報醫院免疫治療開始日期	298	305
2.13	腫瘤大小	99	101	4.3.12	申報醫院骨髓/幹細胞移植或內分泌處置開始日期	308	315
2.14	區域淋巴結檢查數目	104	105	4.3.15	申報醫院標靶治療開始日期	320	327
2.15	區域淋巴結侵犯數目	106	107	5.1	首次復發或癌症狀態追蹤日期	339	346

基準 3 【表一】 稽核欄位 3/4

各院請依衛生福利部國民健康署於民國 110 年公告之「107 年版台灣癌症登記摘錄手冊 - 110 年修訂版」之部分癌症登記收錄欄位進行病歷抽審。稽核欄位至少須包含以下欄位：(續)

序號	欄位名稱	欄位		序號	欄位名稱	欄位	
		起	訖			起	訖
3.4	臨床T	120	123	5.2	首次復發型式	347	348
3.5	臨床N	124	126	8.1	癌症部位特定因子1	392	394
3.6	臨床M	127	129	8.2	癌症部位特定因子2	395	397
3.7	臨床期別組合	130	132	8.3	癌症部位特定因子3	398	400
3.10	病理T	134	137	8.4	癌症部位特定因子4	401	403
3.11	病理N	138	140	8.5	癌症部位特定因子5	404	406

基準 3 【表一】 稽核欄位 4/4

各院請依衛生福利部國民健康署於民國 110 年公告之「107 年版台灣癌症登記摘錄手冊 - 110 年修訂版」之部分癌症登記收錄欄位進行病歷抽審。稽核欄位至少須包含以下欄位：(續)

序號	欄位名稱	欄位		序號	欄位名稱	欄位	
		起	訖			起	訖
3.12	病理M	141	143	8.6	癌症部位特定因子6	407	409
3.13	病理期別組合	144	146	8.7	癌症部位特定因子7	410	412
3.19	其他分期系統期別 (臨床分期)	155	158	8.8	癌症部位特定因子8	413	415
4.1.2	原發部位最確切的手術切除日期	179	186	8.9	癌症部位特定因子9	416	418
4.1.4	申報醫院原發部位手術方式	189	190	8.10	癌症部位特定因子10	419	421



基準 3 過去認證常見問題

1. 癌症登記資料庫（外部）稽核人員資格與稽核個案數未達基準要求之 50 例。
2. 癌症登記資料庫品質管理機制未明確規範：
 - (1) 審查及稽核作業時序。
 - (2) 疑義欄位處理流程。
 - (3) 審查及稽核結果之分析檢討、呈報癌委會流程。
3. 遇疑義欄位，未能遵循醫院自訂之疑義欄位處理流程，進行討論及確認，或未留有紀錄。



基準 3 提醒

- 第二階段認證－現場病歷抽審常見登錄錯誤欄位如下：

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)

→ 執行癌登審查作業時宜多加留意！



第三章 癌症診療與照護服務

基準 4

【對應第二階段認證醫院版基準2.1、2.2】

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 4 評分說明

符合項目：

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. 已制訂院內常見癌別之癌症治療計畫書格式，且涵蓋重點 2 所列之基本必要項目。
3. 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。



基準 4 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. 院內制訂之癌症治療計畫書格式。
5. 診療指引遵循之監測辦法及原始監測紀錄。
6. 治療計畫書之監測辦法及原始監測紀錄。



基準 4 重點 1/7

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、修訂或檢視日期）。
- (4) 團隊共識後所訂之指引，應提請癌委會公告。

基準 4 重點 2/7

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) 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 4 重點 3/7

3. 預定之治療計畫中，化療 regimens 需寫出劑量與療程（cycle）或可使用藥物組合名稱（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 4 重點 4/7

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4.1

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 4.1】癌症診療指引遵循及治療計畫書監測列表

年度	111年					
	計畫書完整率 (%)		計畫書符合指引之比率 (%)		首次療程符合計畫書之比率 (%)	
已制訂診療指引之癌別	閾值	監測值	閾值	監測值	閾值	監測值
乳癌	90	91	80	88	80	85

監測值 88%，原因分析可能為：

- 1.病人年齡過大或過小：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 4 重點 5/7

6. 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。
7. 治療計畫書非指病人同意書及治療摘要（summary note），且可於書面（電子）病歷中查閱。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。
8. 治療計畫書須於臨床分期確立後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。

基準 4 重點 6/7

9. 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。
10. 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。

基準 4 重點 7/7

11. 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。
12. 病人首次疾病復發或第一次原訂治療方式改變（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。
13. 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 4 過去認證常見問題 1/2

1. 診療指引：

- (1) 未依據認證通則制定常見癌別之診療指引（如：超過 50 例之癌別未制訂，或僅制訂 6 種癌別）。
- (2) 診療指引未定期檢視改版且無相關會議紀錄佐證。
- (3) 部分癌別之指引未註明參考文獻且未提請癌委會（或類似單位）公告。
- (4) 各癌指引宜標示出與期別相關之主要檢查內容，以利執行監測機制。
- (5) 建議各癌之診療指引書寫格式宜一致，每次改版時，可提供改版對照表，寫明修訂日期及版次；並明列更動之項目及參考資料。

基準 4 過去認證常見問題 2/2

2. 診療指引及治療計畫書遵循之監測機制：

- (1) 未設置監測機制。
- (2) 未將與期別相關之主要檢查納入監測範圍。
- (3) 監測結果未遵照自訂之機制於各團隊進行檢討。

藍色字體：不影響一階評分
但會影響第二段認證評分

3. 治療計畫書：

- (1) 治療計畫書的書寫日期，未能依時序詳細填寫。
- (2) 治療計畫書的化療 regimens 若非以藥物組合名稱（例如：mFOLFOX6）呈現，則須寫出藥物劑量及療程。

4. 首次療程不符合治療計畫書，或藥物劑量不符合指引所規範，未能於病歷載明原因。

基準 5

【對應第二階段認證醫院版基準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 5 評分說明

符合項目：

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。

基準 5 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及原始監測紀錄。
6. 癌症治療藥物處方開立格式之監測辦法及原始監測紀錄。

基準 5 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、修訂或檢視日期）。
- (4) 團隊共識後所訂之處方，應提請癌委會公告。

基準 5 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 5 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部定專科醫師層級時，則須有主治醫師或部定專科醫師複核，方可調配。
7. 至少需針對首次療程進行處方遵循及開立格式之監測，轉移性化學治療處方是否納入監測，則由醫院自訂。

舉例 監測結果之呈現 自評書表5.1

- 意指醫師所開立的處方是否符合醫院自訂之regimen及格式
- 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 5.1】 癌症治療藥物處方遵循與開立格式之監測結果

年度	111年			
	癌症治療藥物處方遵循率 (%)		藥物處方符合開立格式之比率 (%)	
	閾值	監測值	閾值	監測值
已建立癌症治療藥物處方之癌別				
乳癌	80	88	95	100

↓
監測值 88% ，未遵循的原因分析可能為：

1. 病人因素（因副作用）：10%
2. 醫師怕病人副作用太大而減輕劑量：2%



基準 5 過去認證常見問題 1/2

1. 癌症治療藥物處方：

- (1) 未依據認證通則制定至少 8 種常見癌別之癌症治療藥物處方（或超過 50 例之癌別未制訂處方）。
- (2) 未定期檢視改版且無相關會議紀錄佐證。
- (3) 未註明主要參考文獻。
- (4) 未提請癌委會公告。
- (5) 未依癌別及使用時機（輔助、新輔助、合併化放療、轉移癌第一線治療藥物）區分，建議加上健保使用規範以符合國情。



基準 5 過去認證常見問題 2/2

2. 處方遵循及開立格式監測機制：

- (1) 監測項目應至少包含藥物內容、劑量、間隔與療程數等。
- (2) 未針對「院內常見癌別」之處方遵循及開立格式進行監測。
- (3) 至少須針對「首次療程」進行監測。（非指C1D1）

基準 6

【對應第二階段認證醫院版基準2.4、2.5】

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 6 評分說明

符合項目：

1. 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 $\geq 80\%$ 。
2. 上述多專科團隊已參考重點 9 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 $\geq 30\%$ ，其中 $\geq 50\%$ 個案為自訂的優先討論個案。
4. 多專科團隊已建立並確實執行必要提報事件檢討機制。



基準 6 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. 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）。

基準 6 重點 1/10

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 \leq 個案數 < 500 例	每月召開 2 次
個案數 \geq 500 例	每週召開 1 次

基準 6 重點 2/10

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（個案可重複討論及計算）。
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 6 重點 3/10

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，但設有合作轉介機制且轉介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】	胃癌	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 6 重點 4/10

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、口腔顎面外科、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 6 重點 5/10

團隊別	可合併癌別	團隊核心成員
8. 攝護腺癌 【泌尿道癌】	膀胱癌	影像診斷、病理、泌尿外科、（腫瘤內科、放射腫瘤
9. 膀胱癌 【泌尿道癌】	攝護腺癌	影像診斷、病理、泌尿外科、（腫瘤內科、放射腫瘤
10. 食道癌 【胸腔癌】	肺癌	影像診斷、病理、（腫瘤）外科、（腫瘤）內科、放射腫瘤
11. 鼻咽癌 【頭頸癌】	口腔癌	影像診斷、病理、（腫瘤）內科、耳鼻喉科、放射腫瘤
12. 惡性淋巴瘤 【血液淋巴腫瘤】	白血病	影像診斷、病理、血液（腫瘤）、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6.1

團隊名稱： <u>頭頸癌</u> 團隊				
年度	111 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 / 新診斷個案數 (B)	口腔癌 / 75 例 鼻咽癌 / 50 例			
癌別	提交團隊討論		事前討論	
	個案數 (C)	討論率 (%) (C/B x 100%)	個案數 (D)	討論率 (%) (D/B x 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 x 100%)	
影像診斷科	21		100	
病理科	19		90.5	
腫瘤內科	16		76.2	
放射腫瘤科	22		104.8	
耳鼻喉科	22		104.8	
備註	1. 因新冠肺炎疫情影響，1/1至3/31改為每月召開一次團隊會議，其餘時間維持每月召開兩次，故111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111年實際開會次數為22次。			

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 6 重點 6/10

8. 多專科團隊會議內容除討論病人診療計畫外，亦可修正診療指引及定期工作檢討，或進行相關個案教學。多專科團隊會議可討論內容如下供醫院參考：

- (1) 品質指標之分析檢討
- (2) 診療指引之修訂討論
- (3) 診療指引及治療計畫書監測結果之分析檢討
- (4) 病人治療計畫之多科討論（含期別確認）
- (5) 各項病歷審查結果之分析檢討
- (6) 必要提報事件之分析檢討
- (7) 院內通用癌症治療藥物處方之修訂討論
- (8) 癌症治療藥物處方遵循與開立格式監測結果之分析檢討
- (9) 病理檢查結果之呈現與再確認
- (10) 影像檢查結果之呈現與再確認
- (11) 個案管理指標監測結果之分析檢討
- (12) 營養照護收案管理之分析檢討

基準 6 重點 7/10

9. 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) 年齡 ≥ 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 6 重點 8/10

10. 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。
11. 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。

基準 6 重點 9/10

12. 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，並不符合基準精神。
13. 「必要提報事件」之提報檢討機制由各院自訂，至少應包含：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。

基準 6 重點 10/10

14. 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）。
15. 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 14 所列內容外，亦可自行增訂其他適用於該癌別之提報定義。

基準 6 過去認證常見問題 1/2

1. 多專科團隊：

- (1) 未依據認證通則之常見癌別定義成立多專科團隊（如：個案數超過每年 50 例但未成立團隊，或成立團隊癌別數不足 8 癌）。
- (2) 核心科別成員出席率低於 80%。
- (3) 個案討論內容應記載於會議紀錄內，並摘錄討論結果呈現於病歷中。
- (4) 團隊討論判定修正癌症分期後，應回饋該個案之主責醫師進行分期確認及修正機制。

藍色字體：不影響一階評分
但會影響第二階段認證評分



基準 6 過去認證常見問題 2/2

2. 必要提報事件：

- (1) 為減少人員遺漏通報之可能性，建議可比對院內死亡個案名單。
- (2) 應加強並落實提報與檢討機制，宜呈現何種情況須提至癌委會討論。

藍色字體：不影響一階評分
但會影響第二階段認證評分

基準 6 提醒

1. 會議紀錄無須將全數討論內容繕打為逐字稿，摘錄各科決議及最終結論即可。
2. 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漏報機制。醫院須確實進行事件檢討而非僅呈現事件描述。
3. 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，仍須於團隊會議補提報討論。

基準 6 醫院提問

Q：基準規範團隊可參考重點 9 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 9 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 9

【對應第二階段認證醫院版基準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 9 評分說明

符合項目：

1. 已制訂適合機構之同儕複閱機制，且在病理報告發出前完成惡性腫瘤（含原位癌）初次診斷確認之複閱。
2. 已制訂院內常見癌別之癌症病理報告格式。
3. 針對上述癌別之癌症病理報告格式設有監測機制。
4. 已建立臨床對病理診斷的討論回饋或向外諮詢機制。



基準 9 準備文件

1. 院內制訂之病理切片同儕複閱辦法及執行紀錄。
2. 院內制訂之癌症病理報告格式、監測辦法及原始監測紀錄。
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。

基準 9 重點 1/2

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. 暫不要求複閱外院轉入之病理切片報告，且本項複閱機制是指 permanent section。
3. 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。

基準 9 重點 2/2

4. 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。
5. 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。
6. 若醫院所有病理切片皆採外包診斷（如：委託台北病理中心），則須提出該受委託檢驗單位之複閱機制及相關紀錄證明。

舉例 學會公告之病理報告格式



台灣病理學會

TAIWAN SOCIETY OF PATHOLOGY
The Taiwan Division of the International Academy of Pathology

首頁 | 會員登入 | | English

學會簡介

最新消息

學術活動

會員專區

品質管理

委員會務

規章辦法

教學資源

相關連結

癌症病理報告應含診斷項目核對表

🏠 / 規章辦法 / 癌症病理報告應含診斷項目核對表

癌症病理報告應含診斷項目核對表

【新版】台灣病理學會「癌症病理報告應含診斷項目核對表」(AJCC 8th)

【新版】台灣病理學會「癌症病理報告應含診斷項目核對表」

(符合AJCC第八版之癌症分期)

2018.1.1

*若表格寬度太寬，請左右捲動(滑動)觀看。

編號	中文癌別	英文癌別	下載
1	乳癌	Breast cancer (Updated 2020.6.22)	下載
2	口腔癌	Oral cavity cancer (Updated 2021.2.24)	下載



完整行事曆



癌症病理核對表

更多



本月行事曆

片討論會

S M T W T F S

1 2 3 4 5

舉例 院內制訂之病理報告內容

內容須含台灣病理學會公告之必要項目

Breast Cancer Checklist	
	2020.6.22
	*紅字為非必要項目
Diagnosis	
Gross Description	
1. Procedure	
Excision without image-guided localization	
Excision with image-guided localization	
Total mastectomy (including nipple and skin)	
Other (specify)	
2. Lymph node sampling (if lymph nodes are present in the specimen)	
Sentinel lymph node(s)	
Axillary dissection	
Other lymph nodes (specify)	
3. Specimen laterality	
Right	
Left	
Not specified	
Sections are taken and labeled as:	
Microscopic Description	
1. For Invasive Carcinoma	
(i) Histologic type:	
Invasive ductal carcinoma/ Invasive lobular carcinoma/ _____	
(ii) Size of invasive carcinoma (mm):	
(iii) Histologic grade (Nottingham histologic score):	
Grade I (score 3-5) / grade II (score 6,7) / grade III (score 8,9)	
(iv) Extent of tumor (required only if the structures are present and involved)	
Skin involvement: Absent / Present (without ulceration / with ulceration / macroscopically satellite skin foci)	
Chest wall invasion deeper than pectoralis muscle: Absent / Present	
2. For Ductal Carcinoma In Situ	
1. Tumor size (mm):	
2. Nuclear grade: 1 / 2 / 3	
3. Architectural pattern: Comedo / Non-comedo	
4. Tumor necrosis: Absent / Present	
3. Margins:	
Negative, Closest margin (_____ mm from _____ margin)	
Positive (_____ margin)	
4. Nodal status: Negative / Positive (if lymph nodes are present in the specimen)	
No. examined: _____	
No. macrometastases (≥ 2 mm): _____	
No. micrometastases ($>0.2 \sim 2$ mm and/or >200 cells): _____	
No. isolated tumor cells (≤ 0.2 mm and ≤ 200 cells): _____	
5. Treatment Effect: Response to presurgical (neoadjuvant) therapy (if patient received)	
(i) In the Breast	
No definite response to presurgical therapy in the invasive carcinoma	
Probable or definite response to presurgical therapy in the invasive carcinoma	
No residual invasive carcinoma is present in the breast after presurgical therapy	
(ii) In the Lymph nodes	
No lymph nodes removed	
No definite response to presurgical therapy in metastatic carcinoma	
Probable or definite response to presurgical therapy in metastatic carcinoma	
No lymph node metastases. Fibrous scarring, possibly related to prior lymph node metastases with pathologic complete response	
No lymph node metastases and no prominent fibrous scarring in the nodes	
6. Immunohistochemical Study	
(i) ER (Ab): Positive / Low positive / Negative (% , weak / moderate / strong)	
(Internal control: positive / negative / absent)	
(ii) PR (Ab): Positive / Negative (% , weak / moderate / strong)	
(Internal control: positive / negative / absent)	
(iii) Her-2/neu (Ab): Positive (3+) / Equivocal (2+) / Negative (1+/0)	



基準 9 過去認證常見問題

1. 同儕複閱執行紀錄：

建議複閱紀錄之 raw data，除了醫師之複閱簽名外，亦需填寫複閱日期。

2. 病理報告格式及監測辦法：

(1) 部分癌別的病理報告格式未更新。

(2) 部分癌別的病理報告格式內容未包含台灣病理學會公告之必要項目。

(3) 現行監測機制僅能審視報告是否格式化，但無法確認報告內容是否符合自訂之報告格式。



基準 9 提醒

1. 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。
2. 複閱紀錄之呈現形式可為紙本或電子檔。

基準 10

【對應第二階段認證醫院版基準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 10 評分說明

符合項目：

1. 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）需制訂統一之 CT 或 MRI 報告格式。
2. 針對上述癌別之癌症影像診斷報告格式設有監測機制。
3. 已建立臨床對影像診斷的討論回饋或向外諮詢機制。



基準 10 準備文件

1. 院內制訂之癌症影像診斷報告格式、監測辦法及原始監測紀錄。
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。

基準 10 重點 1/2

1. 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。
2. 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。

舉例 學會公告之影像報告格式

中華民國放射線醫學會
Taiwan Radiological Society

首頁 會員登入 English

學會簡介 學會新聞 學術活動 學習專區 **資料查詢** 會員專區 學會雜誌 年會專區 相關網站

資料查詢

國健署乳篩計畫

- 乳篩公文進度查詢
- 乳篩放射師資料查詢
- 乳篩線上測驗
- 乳篩課程回顧
- 乳篩機構成績查詢

首頁 > 資料查詢 > 資料下載

資料下載

癌症電腦斷層及磁振造影影像報告之核對清單提供下載

張貼日期：2015/12/08

20 項癌症

- 103年度新增4項癌症：喉癌、膽道癌、腸胃道間質癌、骨肉瘤
- 102年度新增4項癌症：口咽癌、下咽癌、子宮內膜癌、膀胱癌
- 101年度新增4項癌症：口腔癌、胰臟癌、腎細胞癌、卵巢癌
- 100年度制訂2項癌症：肝癌、胃癌
- 099年度制訂6項癌症：鼻咽癌、食道癌、肺癌、攝護腺癌、子宮頸癌、結直腸癌

舉例 院內制訂之影像報告內容

→
內容須含中華民國
放射線醫學會
公告之必要項目

Imaging Report Form for Colorectal Carcinoma 結直腸癌 (正式版)
1. Imaging Date ____/____/____ Date of examination(Y/M/D)
Imaging Modality Imaging by <input type="checkbox"/> CT scan <input type="checkbox"/> MRI
Imaging Protocol
2. Tumor location / Size Location: <input type="checkbox"/> Cecum <input type="checkbox"/> Ascending <input type="checkbox"/> Hepatic flexure <input type="checkbox"/> Transverse <input type="checkbox"/> Splenic flexure <input type="checkbox"/> Descending <input type="checkbox"/> Sigmoid <input type="checkbox"/> Rectum <input type="checkbox"/> Other _____
Size: <input type="checkbox"/> Non-measurable <input type="checkbox"/> Measurable: _____ cm (largest diameter)
3. Tumor invasion <input type="checkbox"/> Not assessable <input type="checkbox"/> No or Equivocal <input type="checkbox"/> Yes, if yes: <input type="checkbox"/> Colonic or rectal wall <input type="checkbox"/> Invades non-peritonealized pericolonic or perirectal tissues <input type="checkbox"/> Invades visceral peritoneum or adjacent organs _____
4. Regional nodal metastasis <input type="checkbox"/> No or Equivocal <input type="checkbox"/> Yes, if yes, number of suspicious lymph node _____, and location _____ (specified as below): (<input type="checkbox"/> Pericolonic/perirectal <input type="checkbox"/> Ileocolic <input type="checkbox"/> Right colic <input type="checkbox"/> Middle colic <input type="checkbox"/> Left colic <input type="checkbox"/> Superior rectal <input type="checkbox"/> Superior mesenteric artery <input type="checkbox"/> Inferior mesenteric artery <input type="checkbox"/> Others _____)
5. Distant metastasis (In this study) <input type="checkbox"/> No or Equivocal <input type="checkbox"/> Yes, location: _____
6. Other findings :
附註：對於其他重要發現亦應於報告內之「其他發現」項目內予以描述，避免遺漏重要訊息。

基準 10 重點 2/2

3. 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。
4. 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型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 10 過去認證常見問題

1. 影像報告格式監測機制：
 - (1) 針對基準規定之癌別，有施作 CT 或 MRI 之個案，需一併納入監測範圍。
 - (2) 針對監測結果未達閾值者應進行檢討改善，並依據統計結果訂定下一個年度之適切閾值。
2. 部分醫師未依格式繕打影像診斷報告。

基準 10 提醒

1. 基準並未規定需於影像報告中呈現TNM。若臨床醫師對臨床診斷與影像報告有不一致看法時，應提至多專科團隊會議進行討論。

基準 10 醫院提問

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	<p>3. Tumor invasion:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not assessable</p> <p><input type="checkbox"/> No or Equivocal ←</p> <p><input type="checkbox"/> Yes, if yes:</p> <p><input type="checkbox"/> Colonic or rectal wall</p> <p><input type="checkbox"/> Invades non-peritonealized pericolonic or perirectal tissues</p> <p><input type="checkbox"/> Invades visceral peritoneum or adjacent organs _____</p>	<p>其他欄位採下列任一方式呈現亦可：</p> <p>_____ No or Equivocal</p> <p><u>Nil</u> No or Equivocal</p> <p>_____ No or Equivocal</p>
	[方法二] 文字描述	<p>3. Tumor invasion: Not assessable.</p>	
不符 規定	[方法三] 直接刪除	影像報告未呈現 Tumor invasion 欄位或內容	

基準 11

【對應第二階段認證醫院版基準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 11 評分說明

符合項目：

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. 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。



基準 11 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及原始監測紀錄。
5. 新病人評估紀錄與完成紀錄。
6. 轉介機制及紀錄（未設有放射線治療部門者需要）。

基準 11 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、修訂或檢視日期）。
 - (4) 會議共識後所訂之指引，應提請癌委會公告。

基準 11 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 $\pm 5\%$ 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 11 重點 3/4

4. 若院內放射腫瘤科成員太少（例如：只有一名醫師），則可進行跨院之聯合討論及修訂，惟亦須有會議紀錄及相關參考資料。
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。
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。



基準 11 重點 4/4

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 11 過去認證常見問題

1. 放射線治療政策與程序之指引未標註檢視改版日期。
2. 針對監測結果未達閾值之癌別，應進行原因分析及檢討改善，並依據統計結果訂定下一個年度之適切閾值。

基準 11 提醒

1. 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。



護理組 認證基準評核重點



第三章 癌症診療與照護服務

基準 7

【對應第二階段認證醫院版基準1.2重點1 (6)、(7)】

藥劑部門應提供適當之標準作業規範，

以確保藥事人員安全且正確執行

抗癌化學治療注射劑調劑。

基準 7 評分說明

符合項目：

1. 已建立抗癌化學治療注射劑調劑標準作業規範，並確實執行。
2. 執行抗癌化學治療注射劑調劑之藥事人員，須接受相關教育訓練。
3. 針對癌症治療藥物處方開立異常（或疑義處方）設有監測機制及處理流程且確實執行。
4. 針對抗癌化學治療注射劑之調劑異常設有監測機制及處理流程且確實執行。
5. 能針對異常事件進行統計分析，回饋發生單位進行檢討且有紀錄可循，並提交癌症委員會（或類似單位）。



基準 7 準備文件

1. 抗癌化學治療注射劑調劑標準作業規範。
2. 抗癌化學治療注射劑調配相關設備之保養維護紀錄。
3. 抗癌化學治療注射劑儲放空間及相關設備之保養維護紀錄。
4. 藥事人員之相關教育訓練佐證資料（含教育訓練課程表、人員參與紀錄及課後評值）。
5. 異常事件（處方開立異常或疑義處方及調劑異常）之監測辦法及處理流程、原始監測紀錄、監測結果統計分析、提交癌委會之紀錄。

基準 7 重點 1/4

1. 抗癌化學治療注射劑調劑標準作業規範，應包含以下重點並註明參考資料：
 - (1) 藥物儲存、調配設備（含個人安全防護設備）、運送作業、意外處理及廢棄物處理。
 - (2) 抗癌化學治療注射劑備藥與調劑之複核作業。
 - (3) 執行調配人員之資格與教育訓練規範。
2. 醫院應自行訂定抗癌化學治療注射劑調劑之藥事人員資格並提供相關教育訓練，教育訓練方式與時數須符合醫院自訂之規範，且有學習紀錄佐證即可。

基準 7 重點 2/4

3. 抗癌化學治療注射劑調配相關設備之保養維護、藥物儲存、藥物運送及廢棄物處理標準等皆須符合醫院評鑑規定。
4. 藥事人員調配之基本防護及化療藥物潑灑處理套組基本配備請依據 2020 年「抗癌危害性藥品給藥防護作業指引」之規定。
5. 標靶藥物及特殊途徑給予之抗癌化療治療藥物如：IT（intrathecal）、TACE（transcatheter arterial chemoembolization）等，暫不列入調劑標準作業規範之評分範圍。

舉例 2020年抗癌危害性藥品給藥防護作業指引

doi: 10.6880/TJON.202012/SP_20.01

抗癌危害性藥物給藥防護作業指引-2020 5

2020年抗癌危害性藥品給藥防護作業指引

張馨露 姜紹青 江孟冠 陳幼貴 周文珊 林盈秀
黃麗燕 邱詩怡 蔡靜儀 李俊緯 劉庭璋 蕭信一

張馨露：和信治癌中心醫院護理進階教育中心主任、台灣腫瘤護理學會監事

姜紹青：和信治癌中心醫院藥劑科副主任

江孟冠：和信治癌中心醫院護理進階教育中心教育專員

陳幼貴：臺大醫院護理部督導

周文珊：和信治癌中心醫院護理進階教育中心教育專員

林盈秀：臺大醫院護理部腫瘤品管護理師

黃麗燕：林口長庚醫院護理部副護理長

邱詩怡：和信治癌中心醫院護理部助理護理長

蔡靜儀：郭綜合醫院藥劑科藥師

李俊緯：林口長庚醫院藥劑部藥師

劉庭璋：和信治癌中心醫院藥劑科藥師

蕭信一：和信治癌中心醫院藥劑科藥師

摘要

第一線接觸抗癌危害性藥品或危害性廢棄物的工作人員，可能會因為處理過程而危害自身健康。抗癌危害性藥品可能暴露在空氣中、工作表面、醫療設備和病人的排泄物中。醫療機構應實施全面性安全防護計劃，提供抗癌危害性藥品處理教育訓練，並經由工程控制、良好的工作習慣和個人防護設備，最大限度地減少職業接觸。美國 USP-800、ONS 和 NOISH 三個組織陸續發布最新的危害性藥品安全防護指引，主要更新重點包括個人防護裝備、建立安全文化、環境檢測、工程控制、密閉式藥品配置和給藥系統、醫療監控等，值得注意的是，新版指引更進一步提到懷孕工作者和替代性職責方案等。在 2020 年更新版指引中，包含以下章節：(1) 抗癌危害性藥品定義與暴露風險；(2) 風險管理；(3) 工程控制；(4) 採購、儲存、接收與傳送；(5) 藥品調配；(6) 給藥；(7) 廢棄物處理；(8) 潑灑處理；(9) 環境清潔與防護品質監控；(10) 人員教育；(11) 醫療人員健康監控。這份指引將提供醫療機構發展、檢討、或修訂機構內作業標準流程，以落實安全防護標準和維護人員的健康。

關鍵詞：抗癌危害性藥品、安全防護、風險管理、環境檢測

表8.1 潑灑處理套組 (Power & Coyne, 2018)

1. 個人防護裝備
1.1 兩雙拋棄式手套 (若有尖銳性物品時應有一雙是較厚橡膠手套)
1.2 拋棄式防水隔離衣一件
1.3 拋棄式鞋套兩雙
1.4 N95口罩一個
1.5 防護面罩 (用於防噴濺保護) 一個。
2. 單面吸水防水墊 (例如看護墊) 或吸液棉墊 (足以處理約1000毫升藥品潑灑)。
3. 拋棄式毛巾或紗布
4. 可密封的基因毒性廢棄物垃圾袋，至少兩個。
5. 可拾取玻璃碎片的拋棄式夾子或鏟子一個 (視需要)
6. 可裝置玻璃碎片無法刺穿的容器一個 (視需要)
7. 6%次氯酸鈉一瓶與等體積清水一瓶
8. 警示牌與塑膠圍布條

基準 7 重點 3/4

6. Near miss 之定義可參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會—台灣病人安全通報系統，醫院可自訂改善目標值，惟應說明閾值訂定之參考依據，並針對相關之異常與 near miss 事件進行統計分析與檢討改善。
7. 抗癌化學治療注射劑調配相關設備之保養維護紀錄，至少應包括生物安全櫃之定期檢修紀錄（含持續負壓、微粒計數、微生物、風速測試等項目之監測）。
8. 抗癌化學治療注射劑儲存應與非化學藥物區分，並按照藥物個別儲存條件存放。冰箱應有持續的溫度監控，並有異常溫度處理方法。

舉例 處方異常事件統計 自評書表7.1

A 醫院	處方異常事件定義	開方錯誤未能及時發現，而實際用於病人者。		
	抗癌化學治療注射劑處方件數	94558	定義	開方錯誤未能及時發現，而實際用於病人者。
	處方異常件數	0	定義	所有化療注射劑處方筆數。
	處方異常率	0%		
	處方異常 Near miss 件數	609	定義	開方失誤但及時發現修正，未實際用於病人者
B 醫院	處方異常事件定義	因人為或系統錯誤，造成化療注射劑處方開方作業某些部分的失誤。		
	抗癌化學治療注射劑處方件數	8763	定義	化療注射劑處方總件數
	處方異常件數	0	定義	化療注射劑處方錯誤件數
	處方異常率	0%	不太可能	
	處方異常 Near missing 件數	0	定義	由於即時的介入，使可能發生的事件並未真正發生於病人。



基準 7 重點 4/4

9. 不要求由固定人員運送抗癌化學治療注射劑，但參與運送人員須接受院內自訂之潑灑處理相關教育訓練，並清楚瞭解潑灑處理及安全防護措施等標準作業程序。
10. 抗癌化學治療注射劑調配完成後，應符合密閉系統要求。

基準 7 備註

訪視範圍：抗癌化學治療注射劑調劑室。

基準 7 過去認證常見問題 1/2

1. 抗癌化學治療注射劑調劑標準作業規範：
 - (1) 藥師於調劑室內進行藥物調配期間，無法落實藥物劑量有另一位藥師協助複核之機制。（註：可由兩名藥師同時於調劑室內進行複核，亦可使用監視器由另一名藥師於調劑室外進行同步複核。）
 - (2) 未於標準作業規範中呈現藥師複核機制或應核對之項目內容。
 - (3) 未針對執行調劑之藥事人員規範相關訓練課程。
 - (4) 未確實執行基因毒性廢棄物處理。
 - (5) 負責傳送人員未接受潑灑相關訓練。
 - (6) 制定之運送流程與實際作業不一致。



基準 7 過去認證常見問題 2/2

2. 異常事件之監測與處理流程：

- (1) 已進行疑義處方通報，但缺乏紀錄佐證；或已留有紀錄，但未能完成後續分析檢討。
- (2) 已針對調劑異常事件進行檢討，但提出之策略無法有效改善問題。

3. 化療藥物潑灑處理套組的基本配備未符合「抗癌危害性藥品給藥防護作業指引」之規定（例如：未置放漂白水 / 錠、漂白水濃度不符等）。

基準 8

【對應第二階段認證醫院版基準1.2 重點1（8）】

護理部門應提供適當之標準作業規範，
以確保護理人員安全且正確執行
抗癌化學治療注射劑給藥。

基準 8 評分說明

符合項目：

1. 已建立抗癌化學治療注射劑給藥標準作業規範，並確實執行。
2. 執行抗癌化學治療注射劑給藥之護理人員，須接受相關教育訓練。
3. 針對異常事件（給藥異常及外滲事件）設有監測機制及處理流程且確實執行。
4. 能針對異常事件進行統計分析，回饋發生單位進行檢討且有紀錄可循，並提交癌症委員會（或類似單位）。



基準 8 準備文件

1. 抗癌化學治療注射劑給藥標準作業規範。
2. 抗癌化學治療注射劑儲放空間及相關設備之保養維護紀錄。
3. 護理人員之相關教育訓練佐證資料（含教育訓練課程表、人員參與紀錄及課後評值）。
4. 異常事件（給藥異常及外滲事件）之監測辦法及處理流程、原始監測紀錄、監測結果統計分析、提交癌委會之紀錄。



基準 8 重點 1/2

1. 抗癌化學治療注射劑給藥標準作業規範，應包含以下重點並註明參考資料：
 - (1) 藥物儲存、個人安全防護設備、意外處理及廢棄物處理。
 - (2) 抗癌化學治療注射劑給藥之複核作業。
 - (3) 執行給藥人員之資格與教育訓練規範。
2. 護理人員給藥之基本防護及化療藥物潑灑處理套組基本配備請依據 2020 年「抗癌危害性藥品給藥防護作業指引」之規定。

基準 8 重點 2/2

3. 抗癌化學治療注射劑給藥人員之教育訓練，應包含以下重點：

(1) 新進人員教育訓練：首次接觸抗癌化學治療注射劑之護理人員須於到職 3 個月內完成抗癌化學治療注射劑給藥教育訓練及課後評值，課程內容建議包括：

I. 抗癌危害性藥品作業安全（含：備藥、給藥方式、安全處理危害藥品）。

II. 化學治療藥物副作用或併發症之評估與處理。

III. 化學治療藥物外滲預防與處理。

IV. 血液管路照護。

(2) 繼續教育訓練：執行給藥之護理人員每年須接受抗癌化學治療注射劑給藥繼續教育訓練。課程內容、訓練方式與時數須符合醫院自訂之規範，且有學習紀錄佐證。

基準 8 備註

訪視範圍含相關治療單位，包括：門診治療室、癌症照護病房（含腫瘤專科病房與非腫瘤專科病房）。

基準 8 過去認證常見問題

1. 化療注射劑給藥標準作業規範：
 - (1) 未能落實說、寫、作一致之精神。
 - (2) 給藥標準制定過於寬鬆，未呈現複核機制。
2. 化療注射劑給藥人員教育訓練：
 - (1) 未提供化療注射劑給藥人員持續性教育訓練，且無稽核紀錄可查。
 - (2) 宜將「新進人員訓練」與後續每年「繼續教育訓練」之課程內容及訓練時數分開規劃及執行。
3. 護理人員針對 near miss 事件未能確實進行通報。

基準 12

癌症防治醫療機構應制訂下列照護作業準則，
並提供相關教育訓練，且護理人員須據此
照護作業準則提供癌症病人照護服務。

- (1) 嗜中性白血球低下。
- (2) 血液管路。
- (3) 口腔黏膜炎。
- (4) 癌症疼痛。

基準 12 評分說明

符合項目：

1. 已建立上述四項照護作業準則，且須符合重點 1 所列原則。
2. 提供護理人員上述四項照護作業準則之教育訓練課程並有課後評估。
3. 能評估病人需求後，依據照護作業準則提供照護相關護理指導。
4. 針對上述四項照護作業準則之執行，定期進行監測及分析檢討。



基準 12 準備文件

1. 最新版次之癌症照護作業準則。
2. 院內權責單位討論/修訂作業準則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. 教育訓練課程之相關佐證資料（含教育訓練課程表、人員參與紀錄及課後評值）。
5. 照護作業準則之監測辦法、原始監測紀錄、監測結果統計分析及相關檢討紀錄。

基準 12 重點 1/3

1. 癌症病人照護作業準則須符合以下原則：

- (1) 依據實證醫學精神，並於照護作業準則中註明主要參考文獻（至少為 peer review article 或參酌腫瘤相關專業學會發展之照護準則）。
- (2) 參酌國情並經院內權責單位共識討論，且有相關會議紀錄佐證。
- (3) 定期檢視修訂（至少每年一次，且明確標示制定、修訂或檢視日期）。
- (4) 權責單位所訂之準則，應提請院內公告。

舉例 學會制訂之照護準則

嗜中性白血球低下照護指引—第二版 2013 41

癌症病人嗜中性白血球低下 臨床照護指引—第二版 2013

洪敏瑛 邱文姿 陳淑娟 戴任卿 蕭逸美

洪敏瑛：國立台灣大學醫學院附設醫院護理部督導長
邱文姿：國立台灣大學醫學院附設醫院護理部專科護理師
陳淑娟：國立台灣大學醫學院附設醫院護理部腫瘤個案管理師
戴任卿：國立台灣大學醫學院附設醫院護理部腫瘤病房護理師
蕭逸美：醫療財團法人專公亮和信治癌中心醫院護理部專科護理

摘要

嗜中性白血球低下是癌症病人接受抗癌相關治療等，常見的骨髓功能被抑制反應，導致免疫力低下，臨床護理人員對此須有高度的評估與照護能力。有賴照護指引，故本文主要目的為針對嗜中性白血球低下套本土的護理照護準則與護理指導方針，內容包含(一)身體評估、檢驗室檢查報告；(二)確認問題：針對危險性與極高危險性三級；(三)處置與照護：包括低危置及居家照護、高危險性與極高危險性病人住院醫療護理。期望藉由本文能增進本土護理人員的專業知能及防感染發生，減少醫療成本的支出，同時亦提升癌症

關鍵詞：癌症、化學治療、嗜中性白血球低下、感染、

癌症病人常用中心靜脈導管照護指引—第二版 2013

癌症病人常用中心靜脈導管 臨床照護指引—第二版 2013

張馨露 張游文 周文珊 林

張馨露：台灣腫瘤護理學會理事長、和信治癌中心醫院護理進階教育中心主任
張游文：和信治癌中心醫院護理長
周文珊：和信治癌中心醫院臨床教師
林思岑：和信治癌中心醫院護理師

摘要

癌症病人在治療期間通常需要一條可靠的中心靜脈導管以幫助病人接受治療，像是化學治療、一般點滴、抗生素，全靜脈營養或輸注血品等，其中治療藥物（尤其是起鉅性化學治療藥物）和全靜脈營養均須經由中心靜脈導管給以避免萬一藥物外滲時所造成的嚴重傷害。本指引針對台灣癌症病人常用之三態長期導管包括Port-A®、Hickman®導管和PICC，搜尋近十年國內外文獻以及指引，經過系統性評選，找出最新且有實證根據的資訊，加以歸納整合，根據人員熟悉的護理過程書寫，以期貼近臨床照護工作，成為一份容易閱讀和查詢引，以提高臨床的實用性。本指引建議除經過系統性查證之外，並且經過國內的共識，清楚列出對於照護的建議並且也解釋各項建議的內容。由於第一線醫員都可能提供導管照護，因此本照護指引同時也可以提供建議給其他醫療團隊成員，做為病人照護時決策的參考。

關鍵詞：癌症、中心靜脈導管、指引。

口腔黏膜炎照護指引—第二版 2013 61

癌症病人口腔黏膜炎臨床照護指引— 第二版 2013

周繡玲 謝嘉芬 李佳諭 江孟冠 紀雯真

周繡玲：亞東紀念醫院護理部主任暨亞東技術學院護理系副教授
謝嘉芬：亞東紀念醫院護理部督導
李佳諭：亞東紀念醫院護理部護理師
江孟冠：和信治癌中心醫院護理部護理長
紀雯真：天主教耕莘醫院護理部副護理長

摘要

口腔黏膜炎(oral mucositis)是化學及放射線治療後所造成之合併症，嚴重時將迫使治療中斷，降低治療控制率，進而導致癌症復發。本指引發展的目的是從臨床護理人員的角度，提供癌症病人接受化學及放射線治療時，口腔黏膜炎之預防與護理的過程，加以歸納整合，並經過國內專家的共識，根據標準化方式書寫內容，清楚列出對於照護內容的建議等級，並解釋一份容易閱讀和查詢的照護指引，並提高臨床的實用性。本指引內容包括：1)評估，包括口腔評估工具、整體性評估；2)確認問題；3)口腔黏膜的照護準則及預防措施內容、口腔黏膜炎的處置與症狀護理；4)持續照護，包括口腔黏膜炎的持續評估、合併出血、口乾)。期望藉此能培養護理人員於癌症治療前、中、後，提供整體性的評估，並能確認病人口腔黏膜的問題，並提供後續護理措施，同時敏銳的觀察及評估口腔黏膜炎緩解情況，提高照護品質。

關鍵詞：癌症、化學治療、放射線治療、口腔黏膜炎、指引。

成人癌症疼痛臨床照護指引—第二版 2013 87

成人癌症疼痛臨床照護指引— 第二版 2013

胡文郁 陳宛瑜 羅淑芬 陳書毓 黃瀚心 陳幼貴

胡文郁：台灣大學醫學院護理學系所教授、台灣大學附設醫院兼任督導長
陳宛瑜：台灣大學附設醫院護理部腫瘤個案管理師
羅淑芬：慈濟技術學院護理系副教授暨主任
陳書毓：彰化基督教醫院護理部督導長、國立台灣大學護理系研究所博士生
黃瀚心：台灣大學醫學院護理學系所碩士生
陳幼貴：台灣大學附設醫院腫瘤病房護理長

摘要

癌症病人的「臨床疼痛 (clinical pain)」乃受身體、心理情緒、靈性以及社會文化等因素刺激而形成的複雜主觀自覺症狀，使得造成臨床疼痛不易控制。本實證指引透過實證的「6S」原則，針對近十年國內外已發展的「照護指引」與「文獻」進行系統性資料搜尋，以及嚴謹的評核與評讀，最後，評核強度為「建議/強烈建議」之「成人癌症疼痛指引」共11篇，以及證據等級為「II~I*」之「治療性按摩 (8篇)、正念減壓療法 (11篇)、經皮電神經刺激術 (2篇)以及疼痛教育訓練 (8篇)」等非藥物治療與持續照護之實證文獻，共29篇。據此實證結果，本指引從「臨床護理人員」全人照護與整體性疼痛的實務觀點，透過「醫療團隊合作」以及熟悉「護理過程」的角度，綜合整理出疼痛護理評估與照護處置的概念構圖，並以「四階段與十步驟」之圖示方式，呈現疼痛類型評估的推理過程與處置照護流程。指引撰寫內容，包括(1)評估期：詢問病人的疼痛分數、記錄第五生命徵象以及整體性疼痛之初始評估；(2)確認問題期：確認疼痛類型；(3)處置與照護期：針對不同類型疼痛，選擇適切地藥物治療、非藥物治療；(4)持續照護期：疼痛教育訓練、轉換照護機構或返家時疼痛處置注意事項以及鴉片類藥物副作用的照護。期望本指引撰寫的內容與建議具有臨床實用性，有利於護理人員閱讀查詢，進而培養其對病人疼痛的敏銳察覺與推理能力，與醫療團隊合作以確認癌症病人的疼痛類型與可能成因，以提供安全、有效且適當的藥物與個別性且適切的非藥物治療，成功地控制或緩解疼痛，以提升腫瘤護理人員疼痛照護的品質。

關鍵詞：癌症、疼痛、正念減壓療法、治療性按摩、疼痛教育訓練、指引。



基準 12 重點 2/3

2. 凡院內癌症病人會使用之血液管路（如：Port-A、PICC、Hickman 等）皆須制定相關照護作業準則。
3. 癌症疼痛照護準則重點為癌症病人之疼痛評估（含評估工具）及處理。
4. 參與癌症照護之護理人員皆須完成上述四項準則之教育訓練。照護準則若有修訂更新，應公告周知並視需要辦理教育訓練課程。
5. 教育訓練之課後評值方式非僅指課程內容滿意度調查，重點在於評估護理人員對課程內容的瞭解與認知程度。



基準 12 重點 3/3

6. 實地認證時至少抽審 2 本病歷，並訪談相關護理人員，確認是否依據照護作業準則提供護理指導。

基準 12 備註

訪視範圍含相關治療單位，包括：門診治療室、癌症照護病房（含腫瘤專科病房與非腫瘤專科病房）。

基準 12 過去認證常見問題

1. 照護作業準則之制定：

- (1) 血液管路照護準則項目不全。
- (2) 至少應依基準規範定期檢視改版，且參考文獻宜更新；修訂之權責單位應回歸專業。
- (3) 缺乏照護作業準則之教育訓練佐證資料。
- (4) 未完整評估病人之需求並給予相應之照護指導。

2. 照護作業準則之監測：

- (1) 未針對照護作業準則之執行，定期進行監測及分析檢討。
- (2) 建議當年度設定的閾值若已達成，下年度的閾值宜對應調整，更能符合品管之精神。



基準 13

癌症防治醫療機構應依據癌症病人之需求
提供專業營養照護或飲食衛教。

基準 13 評分說明

符合項目：

1. 針對癌症住院病人建立全院統一之營養照會篩檢標準與會診機制，並確實執行。
2. 已依癌症住院病人之需求，確實執行營養照會，並依據營養診斷提供適切之營養介入照護服務。
3. 能將收案管理資料整理分析，並提供營養介入或飲食衛教服務之相關佐證資料。
4. 提供癌症門診病人之營養諮詢或飲食衛教。



基準 13 準備文件

1. 營養照會篩檢標準與會診機制（含評估、診斷、介入及追蹤評估）。
2. 營養照護紀錄表或營養飲食衛教服務（如：指導單張）之相關佐證資料。
3. 營養照護收案管理及營養介入之分析檢討資料。

基準 13 重點

1. 確認機構針對癌症住院病人，主動提供營養篩檢，並了解各院如何啟動營養照會機制施予完整之營養照護。
2. 營養診斷應涵蓋營養問題、相關原因及佐證資料，營養介入應能提供癌症病人營養支持、營養教育及飲食指導等，並設定目標及監測項目，持續追蹤營養介入成效。
3. 照護團隊成員（如：醫師、護理人員、個管師、專科護理師）皆為個案之營養照護提供者。

基準 13 備註

訪視範圍含相關治療單位，包括：門診治療室、癌症照護病房（含腫瘤專科病房與非腫瘤專科病房）。



基準 13 過去認證常見問題

1. 營養照會篩檢標準與會診機制：
 - (1) 未針對癌症住院病人建立全院統一之營養照會篩檢標準與會診機制。
 - (2) 未能落實說、寫、做一致之精神。
2. 未針對營養照護收案管理資料進行分析檢討。

基準 14

【對應第二階段認證醫院版基準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 14 評分說明

符合項目：

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。
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。



基準 14 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。

舉例 腫瘤個案管理師人力分布圖

姓名	編制	111 年												112 年		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
劉○○	專任															
林○○	專任															
陳○○	專任															
趙○○	專任															
吳○○	專責															
年度新診斷個案		108年1240例												109年1380例		
應配置人力		3.54												3.94		
實際配置人數		5												5		
已完訓人數		4												4		
註：吳○○於 111 年 9 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 14 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 14 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且至本院接受積極治療之個案（此類個案之收案定義由各醫院自訂）。

基準 14 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 14 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	應追蹤個案失聯至少達12個月人數	全癌 (Class 1~2) 應追蹤個案數 (總收案人數 - 已死亡人數)	<ol style="list-style-type: none"> 應追蹤個案數係指該年度所有管案數。 管案期間內，最後一次回診日或聯絡日起，開始計算達12個月，無法聯絡到本人或家屬即列入失聯。 追蹤方式由各院自訂，惟至少每6個月執行1次追蹤。

基準 14 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，有在本院治療之個案數	當年度院內常見癌別新診斷 (Class 0~2) 個案數	含安寧照護。
完治率	分母中，已完書之完成治療計畫所預定治療之個案數	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)	完成治療的定義由各團隊依癌別及治療方式之特性自訂。



基準 14 過去認證常見問題 1/2

1. 腫瘤個案管理護理師人力未達基準要求。
2. 腫瘤個案管理護理師之職責與工作規範：
 - (1) 現行之工作規範與基準要求不符。
 - (2) 個案管理照護範圍定義不明確，或未涵蓋全癌年度新診斷 Class 1~2 之個案。
 - (3) 未能落實說、寫、做一致之精神。

基準 14 過去認證常見問題 2/2

3. 個管指標監測機制：

- (1) 部分癌別未建立三項個管指標及監測機制。
- (2) 部分指標定義不符合基準規定（如失聯率）。
- (3) 個管指標監測數據應進行分析後，將結果回饋多專科團隊進行檢討，而非僅提供指標數據。
- (4) 回饋多專科團隊討論之指標分析結果建議宜以「年度」為單位呈現。



綜合討論