

癌症診療品質認證作業計畫 Q&A

- 『曾通過』認證醫院適用

出版單位:財團法人國家衛生研究院

出版日期:2020 年 12 月

目錄

壹、	【認證作業程序】	2
一、	認證申請類別.....	2
貳、	【認證通則】	3
一、	院內常見癌別.....	3
二、	病歷抽審規範.....	4
三、	其他.....	4
參、	【認證基準】	5
	第一章、癌症委員會 (或類似單位) 之組織運作與任務.....	5
	§基準 1.1	5
	§基準 1.2	9
	§基準 1.3	10
	§基準 1.4	13
	第二章、癌症診療服務	16
	§基準 2.1	16
	§基準 2.2	22
	§基準 2.3	24
	§基準 2.4	28
	§基準 2.5	29

§基準 2.6	30
§基準 2.7	31
§基準 2.8	32
§基準 2.9	33
第三章、癌症照護服務	34
§基準 3.1	34
§基準 3.2	37
§基準 3.3	39

壹、【認證作業程序】

一、認證申請類別

Q1	認證申請類別區分為全癌年度新診斷個案數未達 1,500 例及 1,500 例以上，應以哪個年度為依據？
A1	認證申請類別之年度個案數認定方式，與認證申請資格二相同，即以 103 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為準。若 103 年（含）以後任一年度之全癌新診斷個案數達 1,500 例以上，則必須申請「醫學中心或全癌年度新診斷個案數 1,500 例（含）以上」類；反之，若皆未滿 1,500 例，則得申請「非醫學中心及全癌年度新診斷個案數未達 1,500 例」類。

【提醒】請各院在繳交自評書之前，需讓院內相關部門對所屬或負責之內容進行確認，因實地認證時，常發現自評書內容與各院實際運作狀況有差異，除造成委員評分上之困擾外，醫院人員亦需花費時間進行澄清。

貳、【認證通則】

一、院內常見癌別

Q1	甲狀腺癌、胰臟癌等非申報癌症登記長表之癌別，若個案數達 50 例，是否亦須成立多專科團隊？
A1	癌症診療品質認證所規範或審查之癌別，至多為認證通則 1. (癌症別之選取範圍) 所列之 14 種癌症別。甲狀腺癌、胰臟癌並未在列，故不會作為認證抽審癌別。建議貴院可視院內病人需求及診療照護作業現況，自行討論決定是否成立團隊。
☆Q2	【此為新增項目】 認證抽審癌別範圍為認證通則 1 所列之 14 癌，若醫院今年收治 50 例多發性骨髓瘤個案，是否應自主性地成立該癌別之多專科團隊？送審之自評書資料是否需呈現非認證選取範圍之癌別？委員是否會對該癌別進行病歷抽審？
A2	除認證通則 1 所列之 14 癌，醫療機構亦可針對該院內常見之癌別自行成立多專科團隊，或將血液腫瘤相關癌別納入血液腫瘤科團隊進行診療品質之監測及檢討改善；醫院可將院內其他常見癌別資料呈現於自評書。惟委員僅針對認證基準規範之內容，進行審查及評分。

二、病歷抽審規範

Q1	認證通則 3 (4) 規定病歷抽審對象包括「住院中之癌症個案」，是指全數住院癌症病人？或認證前一、兩年新收案之個案？抑或十年前所收個案但最近因癌症入院者？
A1	實地認證當日，因癌症治療而住院的病患。
Q2	認證通則 5 (3) 提到基準 1.4、2.3、2.7、2.8、2.9 至少須審閱 6 本病歷，是指在認證通則 5 (1) 或 (2) 規定的 10 或 15 本中，必須額外再抽審 6 本病歷？
A2	視現場病歷抽審情況而定。以非醫中類為例，若抽審的 10 本病歷中，委員皆能完整審閱基準 1.4、2.3、2.7、2.8、2.9 所規範之內容，則無須加抽。反之，則須加抽至認證通則 5 (3) 所規定之本數。

三、其他

Q1	過去認證申請資格皆有規定首次申請認證醫院必須參與國健署辦理之醫院癌症診療品質提升計畫滿兩年，且最近一年申請類別分項為 1-15，但新版認證之申請資格已無此規定，是否表示新版認證與品質提升 (精進) 計畫已無相互綁定？
A1	是。

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。

Q1	癌委會下設功能性小組或癌症中心等單位經資料蒐集及討論後，列出一項年度重要工作或改善方案，再提交癌委會。但癌委會未再討論即照案通過，是否可行？
A1	本項基準主要是在評估癌委會的功能，而非癌症中心或其他單位。故希望癌委會能夠透過討論而選定年度重要工作，並有會議紀錄可查。如有癌委會未經討論即照案通過之情事，認證委員可與癌委會主委訪談，了解主委對於年度重要工作內容是否熟悉，藉此評估癌委會功能是否彰顯，再行使裁量權。
Q2	年度重要工作之選取，是否需採「品管圈」的方式呈現？
A2	基準並未規定呈現手法，在此僅要求需為全院性之持續改善主題，且內容至少應呈現主題名稱、選擇該主題原因、執行策略、執行成果、後續檢討與改善，並有紀錄佐證即可。
Q3	年度重要工作或改善方案目標值之設定，其目標值是否必須為可測量的（如：數值的提升）？若年度重要工作訂為「治療計畫書電子化」，其改善目標非可量化之數值是否可行？
A3	本項基準之精神在於評估癌委會功能是否彰顯，過去受評醫院較為常見的問題並非癌委會未設定年度重要工作或改善方案，而是缺乏選取該主題原因之討論，即全案通過。故凡經癌委會討論、評估而選定之全院性改善主題或年度重要工作，其目標值之設定，不論是透過結構面、過程面或結果面進行評估皆可接受，數據之提升或下降並非評估目標是否達成之唯一途徑。

Q4	年度重要工作一定是要品質改善類的工作？如舉辦全院性的大型論壇，或是改善某些機制可否？
A4	應先釐清選取論壇和改善機制作為主題之理由及目的為何？依據重點 3 之規範，全院性年度重要工作之主題選取，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。此外，亦需呈現選擇該主題原因、執行目標（值）、執行策略、執行成果、後續檢討與改善等。請自行評估是否符合上述規範。
Q5	改善方案之選取上，醫院通常會以目前明顯可改善或能力所及者，作為優先辦理項目。但認證委員卻認為所選取之改善方案並非目前迫切需改善的，導致醫院在選取主題上造成困擾。
A5	改善方案之選取，只要癌委會經資料檢視、會議討論且有紀錄可查即可接受。例如：癌委會會議紀錄上，可說明基於何種原因，故未優先選擇首要需改善項目進行改善，而選擇第二優先改善項目著手。但過去普遍無法於會議紀錄上，獲知該主題之選取原因。
Q6	基準規範監督單位與執行單位之角色職責需切割清楚，若團隊負責人身兼癌委會委員是否可行？
A6	考量醫院規模及人力，並未強制規範監督單位與執行單位成員不得重複。癌委會為監督單位，癌症中心屬執行單位，兩者因設立之功能不同，故應有所區別，雖不要求人員不得重複，但應避免同一個業務屬性上，執行者同時擔任監督者，例如：乳癌團隊負責人為癌委會之成員，則不宜再擔任執行乳癌團隊相關品管監測機制之責。抑或，醫院必須建立迴避機制，以確保監督與執行之功能得以區隔。

Q7	癌委會下設小組於正式癌委會召開前已先就相關議題進行小組會議討論，故癌委會之討論與會議紀錄便會相對簡要。是否有規範癌委會之會議紀錄需寫逐字稿？
A7	無論是癌委會或團隊會議等相關會議紀錄皆未要求撰寫逐字稿。本項基準在評估癌委會監督功能，癌委會下設小組先針對相關議題進行討論而留下的紀錄，僅能作為癌委會討論之附件資料，所作決議不等同癌委會之討論決議。癌委會仍須就小組所提之議題進行討論及決議，並留有會議紀錄以作為持續監督及考核相關進度之依據。
Q8	基準之「重點 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」與「重點 4 全院性年度重要工作或改善方案，非指單一疾病或單一單位之改善方案（存活率相關改善主題，不在此限）」。但各團隊提出的改善方案通常多為單一癌別，此兩項重點是否有相互矛盾之處？
A8	基準的精神在評估癌委會之督導管理能力，故各單位（或團隊）將相關資料提交癌委會後，需經由癌委會評估、討論後選定主題並善盡監督之責。若主題是針對單一癌別，但需經由多個單位相互協調、執行方能改善之主題，即符合基準精神。
Q9	若直接引用「癌症防治策進計畫」之規範內容（如：癌症 SDM）或其他國家衛生政策，作為該院年度重要工作，是否可行？
A9	主題選取的精神在於癌委會需於多項提案主題中，經討論後選定該年度之主題；若選取原因為配合國家政策或計畫，認證委員將透過癌委會會議紀錄得知討論的過程、排序以及合理性（即何項提案必須優先辦理），了解最後選取該主題的原因後方能確實評分。另外，提醒若選擇與基準相關主題則需符合重點 6 之規範。
Q10	可否聘任院外資深且具豐富經驗之專家至本院擔任癌委會成員？
A10	癌委會成員至少須符合重點 1 規範；至於外聘與否尊重各院營運方針。

☆Q11	<p>【此為新增項目】</p> <p>醫院在選擇年度重要工作時，有多項提案（如：A、B、C 三項提案），經討論後決定選取 A 主題辦理，但在執行過程中，又將主題更改為 B 是否可行？</p>
A11	<p>醫院於變更主題前，應將該主題提交癌委會進行討論並決議且內容需符合重點 4 之規範，包括呈現 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，以及後續檢討等相關資料即可，委員將依據現場所提供之資料予以評分。</p>

§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。

Q1	本院於癌委會下設品質監測小組，由非團隊成員進行監測，相關監測結果會送到品質稽核小組討論，且討論決議會定期呈送癌委會。請問品質稽核小組能否視為癌委會之角色？
A1	否。癌委會仍須針對品質稽核小組呈送之相關決議進行審議及確認，並留有紀錄。關於癌委會下設功能性小組，建議醫院可視規模、人力、團隊運作方式等，自行評估設置的必要性。
Q2	第三版認證基準有針對癌登內部審查及（外部）稽核之審查者資格、審查比例等進行規範，但新版基準未有相關規定，僅要求提交監測結果至癌委會。是否意指癌登內審及外稽辦法依循醫院自訂即可？
A2	第四版（本版次）基準未對癌登內審及外稽辦法進行規範，但建議醫院依據過去原則落實進行審查。

§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。

Q1	過去基準要求醫院應每年公布癌症診療與照護報告，但新版基準並未規範，請問能否每三年或五年出版？
A1	否，請依據過去的原則於每年出版。
Q2	基準要求新診斷個案數達 50 例 (含) 以上之癌別需建立品質指標，其癌症別是否只限於認證通則所列 14 癌？
A2	目前，認證評核範圍是以有申報癌症登記長表 (即認證通則所列) 之 14 個癌症別為主。醫院亦可針對 14 癌以外之癌別建立品質指標的監測，但不列入評分。
Q3	認證通則 1「癌症別選取範圍」所列 14 癌中，國健署僅針對其中 11 癌訂有核心測量指標，其餘如子宮體癌、鼻咽癌及惡性淋巴瘤等，應如何制定品質指標？
A3	建議可參考相關文獻 (國內、外研討會或醫療機構) 所發表之品質指標及其閾值。
Q4	請說明「品質指標」與「核心測量指標」之差異？
A4	「品質指標」意指病人在接受醫療照護的結構面、過程面、結果面的「數量化」測量，可視為偵測、評估及改善醫療照護的品質與適當性的依據；「核心測量指標」則是用以評估癌症診療品質及成效之指標，亦可歸屬於「品質指標」之中。因此，各院可從既有的核心測量指標中，每種癌別各選取 6 項作為「品質指標」；或是選擇各癌之必要申報核心測量指標 (每癌 3~4 項)，其餘 2~3 項則自行訂定。抑或，不選取國健署公告之核心測量指標，完全自行選定。

Q5	現行核心測量指標全國平均值相關數據是採用癌症醫療品質管理考核資訊系統回饋的數據，但是目前各項指標是由各醫院自行提報，據此所計算之全國平均值準確性實有待商榷，可否提供官方統計數據作為改善依據？
A5	以往各院對於國健署所統計之指標數據有諸多的爭議，故新版基準的精神是希望醫院自行建立一個長期可監測的指標，對於指標的定義及統計方式則由各院自行訂定。故建議各院可與每年自行統計而得之數據相互比較，不一定要與全國平均值進行比較。委員共識會議時將進行宣導，委員不需針對各院品質指標之定義與統計方式進行評分，亦不規範需參考全國平均值。
Q6	105 年肺癌個案數 89 例，故 106 年制訂並監測 3 項指標，但 106 年個案數增加至 102 例，107 年理應增加至 6 項。若 107 年認證不及增加至 6 項，評分為何？
A6	以上述為例，醫院必須於 107 年開始增列指標（107 年不及 6 項不影響評分），但 108 年則需符合基準規範。
Q7	基準 1.3 評分說明 6 規範需選取不同癌別之期別存活率進行改善。若同一癌別有多個期別存活率皆不盡理想，可否從中選取兩項期別存活率進行改善？
A7	原則上需依基準規範選取兩種癌別，但若醫院僅有單一癌別之兩項期別不理想，其餘癌別皆高於全國平均值，且經由會議討論，決議同一癌別之兩項期別存活率為亟需優先改善項目，則可接受。
Q8	存活率應由癌委會整體檢視後，再決定各多專科團隊是否需進行檢討。或是，由多專科團隊檢討後，呈交癌委會，再由癌委會決定各多專科團隊是否需進行檢討。兩種作法何者為佳？
A8	上述兩種作法皆符合基準精神，惟少數醫院由癌症中心決定檢討之癌別後即通知多專科團隊，並未經由癌委會討論決議，則不符合基準精神。

Q9	若本院將攝護腺癌 (30 人) 及膀胱癌 (22 人) 合併成立泌尿道癌聯合團隊 (共計 52 人) ，是否需訂定品質指標？
A9	依據重點 1 所述，是以「各癌別」年度新診斷個案數 (Class 0~3 ，含原位癌) 達 50 例 (含) 以上之癌別，方需訂立品質指標，非聯合團隊之加總個案數。故上述狀況不需訂定品質指標。
Q10	目前國健署僅訂立 11 種癌別之核心測量指標，其他 3 種癌別 (子宮體癌、鼻咽癌及惡性淋巴瘤) 若 Class 0~3 之個案數 ≥ 50 例且存活率已高於全國平均值，是否仍需訂定品質指標？
A10	依據重點 1 規範 Class 0~3 個案數 ≥ 50 例之癌別，即需訂定品質指標並進行監測。至於國健署未建立核心測量指標的三種癌別，院方可參考相關文獻選定品質指標並訂立閾值。即使存活率之監測值已高於全國平均值，癌委會亦可討論是否提高閾值並持續追蹤檢討以提升醫療品質。

§基準 1.4

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。

Q1	104 年新診斷個案數，循例會在 106 年 4~5 月由國健署發文通知醫院，但實地認證時，委員應會參考 107 年第二季再清檔後之個案數做為人力估算準據。請問能否改以收到公文時起算癌登人力？
A1	貴院於 106 年收到國健署發文通知之 104 年新診斷個案數，係已經過除錯、補正而得之數據，雖癌症登記為浮動檔，但數值應不至相差甚鉅。此外，院內除透過癌症登記資料庫可獲得新診斷個案數外，尚有更為即時的個案數蒐集方式，院方必須先行並定期進行評估，以確保設有足夠的癌登人力。至於，認證現場所採計之個案數數據係為國健署在各年度計算申報完成率等數據時，所使用的個案數；並非認證當年度重新計算之數據。
Q2	醫師或團隊討論決議分期為 cN2，但癌登人員未能從相關影像報告獲取 N2 之佐證，癌登人員應如何登錄？醫師是否須因此更改病歷？
A2	癌症登記中心針對癌症分期之登錄原則，係以多專科團隊會議決議或主責醫師之判斷為主。若對癌症分期資訊有任何疑義，機構需設有討論回饋機制。如癌登人員覺得影像報告或團隊會議討論內容看不出何以定義為 N2，則須依該院【疑義欄位處理流程】處理，提出爭議討論單。實地認證現場，委員將視醫院是否有依據自行設立之討論回饋機制執行並有相關佐證紀錄，評定該欄位之成績。醫師不需要因此更改病歷。
Q3	癌登人員對癌症分期有疑義，通常會提「諮詢單」與醫師進行討論，如討論後證實癌登人員之判讀無誤，癌登人員是否可採用討論結果進行癌登申報？如此，登錄資料將不同於醫師原在病歷所載之癌症分期，是否會影響評分？
A3	癌登人員如遇有疑義欄位，應遵循醫院自訂之疑義欄位處理流程進行討論及確認，並留有紀錄，再「正確」申報癌登欄位資料。由於癌症登記作業係於病人診斷後一年才進行登錄，在醫療處置可能已完成的情況下；更改病歷並非合宜之行為，故不需再請醫師為此更改病歷。若因上述狀況導致登錄資料與醫師於原病歷所載之癌症分期不一致，不會影響評分。

Q4	<p>癌登人員對某個案之癌症分期欄位有疑義，經與主治醫師討論後仍有爭議，依本院規定，若主治醫師堅持己見，則以該醫師之見解作為登錄依據，惟須留下討論紀錄佐證。若實地認證委員抽審到此一個案且針對分期有疑義，能否提具該討論紀錄為佐證？</p>
A4	<p>依據重點 7，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，並留有紀錄。故以此案為例，癌登人員無法與醫師得到共識，則需依循自訂之疑義欄位處理流程規範（如：再提交多專科團隊、癌症登記品質提升小組等），進行討論並有紀錄可查。</p>
☆Q5	<p>【此為新增項目】</p> <p>對於委員將現場隨機抽取 6 本病歷進行分期相關欄位審查一事，請問：</p> <p>(1) 病歷抽審的年度為何？抽審名單是循往例由醫院整理提供委員進行抽審？</p> <p>(2) 抽審的癌登個案分類為何？</p> <p>(3) 選取的癌症別包含哪些？</p>
A5	<p>(1) 依認證作業程序規定，自上一次認證結果核定年度起皆屬病歷抽審範圍，採隨機抽審，並非按照過去自醫院提供之外部稽核名單中選取。癌症登記資料庫可取得之最近三個年度之癌登病歷皆屬抽審範圍（如 110 年認證，癌登病歷抽審範圍為診斷年 106~108 年）。</p> <p>(2) 以 Class 1~2 個案為主。</p> <p>(3) 按備註 5 規定，將選取已登錄長表之癌症別。</p>
Q6	<p>重點 3 規範未領有癌登證照之癌登人員可進行學習登錄，但登錄之所有欄位，皆須由具有證照之癌登人員進行複閱。在此是指所有學習登錄的個案皆需進行複閱，或僅需針對個案分類為 Class1~2 再進行複閱即可？複閱紀錄需呈現的內容為何？</p>
A6	<p>(1) 學習登錄者所登錄之所有個案及所有欄位，皆需由具有證照之癌登人員進行複閱。</p> <p>(2) 複閱紀錄可呈現如修正內容；以及複閱完成後，複閱者之簽章。</p>

Q7	AJCC 於 107 年起適用第 8 版，若個案最初診斷日為 106 年 12 月，醫師治療時間為 107 年 1 月；此個案依據癌登登錄原則將採 AJCC 第 7 版，但醫師撰寫病歷係採 AJCC 第 8 版。因 AJCC 版次差異造成癌登資料與病歷資料不一致，應如何評分？
A7	若發現癌登資料與病歷資料因採用 AJCC 版次不同而造成期別不一致時，將依癌登規範之診斷日期（癌登欄位 2.5 - 最初診斷日）進行判定。

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。

Q1	經團隊討論後，決議要完全引用 NCCN 所訂之診療指引作為院內共識之診療指引時，是否可不另行修訂醫院版本？是否可於會議紀錄呈現此決議作為院內共識之佐證？
A1	因應國情、人種差異及國內健保給付制度，醫院不應完全引用 NCCN 診療指引之內容作為該院共識後之指引版本。以診斷相關之檢查為例，NCCN 之建議項目眾多，若主治醫師未必會進行所有 NCCN 列舉之檢查項目，此時反而須在病歷中記載未執行該檢查項目之原因，並說明何以未遵守 guideline，以避免後續醫療糾紛或爭議，才會在本項基準的重點 4 之 (2) 提到與期別相關之「主要」檢查。因此，建議各團隊經過討論取得各院確立診斷之主要檢查方式的共識後，編修符合院內臨床實作之診療指引內容。
Q2	本院診療指引的修訂是以簡報 (PowerPoint) 方式呈現，新增或修訂處是以顏色標註。是否必須呈現修訂前後對照表，方能接受？
A2	呈現修訂前後對照表，可便於院內相關醫護人員閱讀。但此僅為建議，不影響評分。
Q3	「治療計畫書」設立精神為何？是於主要治療前提供予病人及家屬討論而用？或為委員審閱病歷便利而設？抑或為轉介醫院醫師瞭解過去治療歷程而為？
A3	治療計畫書之立意，是為要求主治醫師在治療前應綜合癌症病人既往及現存病況進行判斷，以制定出符合病人需求之治療計畫，且該計畫相關內容可供醫師本身與治療照護團隊同仁查閱。此外，目前衛服部正大力推動 Share Decision Making，計畫書將可成為與病人及家屬之溝通工具，重要性不言可喻。

Q4	本院目前採行電子病歷。以手術個案為例，在點選手術排程（OP Schedule）之術式欄位時，會同時連動至治療計畫書頁面，此時須登錄預定執行之術式（依據基準規範呈現基本必要項目內容），完成後系統會自動產生「建檔日期」；術後再依病況續填載化療或放療計畫，待全數完成並簽署電子簽章後，系統會再產生「完成日期」。請問能否將計畫書的「建檔日期」視同重點 2（1）之「填寫日期」？
A4	治療計畫書的精神在於「須於各項主要治療前完成」。採行電子病歷較為常見的爭議是「續載」之化療或放療計畫會覆蓋「前載」之手術計畫日期，導致無法呈現治療計畫書係於各項主要治療前完成。以貴院之作法，將「建檔日期」視為「填寫日期」是可行的。
Q5	若院內某癌之診療指引規定電腦斷層（CT）及骨骼掃描（bone scan）為診斷相關主要檢查項目，因 bone scan 排程較久，故先進行 CT scan 且發現個案已有肝轉移。能否直接根據該檢查結果所判定之分期擬定後續治療計畫？
A5	以本案例而言，若 bone scan 檢查結果不會影響已判定之分期，則可依此擬定後續治療計畫。但若狀況許可，最好還是等與期別相關之主要檢查完成再規劃治療計畫。臨床上若未執行診療指引所規範的與期別相關之主要檢查，須於病歷中記載未能執行該項檢查之原因，以避免後續醫療糾紛或爭議。
Q6	病患主要於他院接受癌症治療，至本院進行其他疾病治療（如：呼吸道感染或腸胃道出血等），治療完成後又轉回他院，此類個案是否須填寫治療計畫書？
A6	若病患入院原因非為執行癌症治療，則無需填寫治療計畫書。
☆Q7	【此為新增項目】 病患主要於他院接受癌症治療或緩和醫療，後轉至本院進行緩和醫療，此類個案是否須填寫治療計畫書？
A7	緩和醫療亦屬治療方式之一，故需提供治療計畫書。

Q8	重點 6 提到對於「確診後即轉出之個案」可無須提供治療計畫書。假如個案於本院確診後未立即轉出，而是接受約莫一個月的 supportive care 方轉出，也需填寫治療計畫書？另外，能否進一步說明所謂「即轉出」有無時間上的限制？
A8	「確診後即轉出之個案」係指個案分類「Class 0 (申報醫院診斷，但未於申報醫院接受首次療程)」之個案。個案確診後，已於貴院接受癌症相關處置或治療 (supportive care 亦屬之)，故需填寫治療計畫。
Q9	病人因腸阻塞至本院接受緊急手術，術後確診為癌症，經團隊討論決定後續給予化學治療，此情況是否須補填術前治療計畫書？
A9	部分臨床特殊狀況 (如：病人於非預期之緊急手術後方確診為癌症)，可於病理確診後再填寫治療計畫書。惟應注意，若院內將癌症分期之固定位置設於治療計畫書中，除呈現病理分期外，亦須補填臨床分期。
Q10	若有一臨床分期為第二期之乳癌個案預定進行手術，其治療計畫書之「預定治療計畫」項目除手術外，是否亦須呈現後續輔助治療及其 regimen？
A10	若屬事前規劃之癌症手術 (Elective Major Surgery)，須於術前訂定治療計畫書，內容含重點 2 所列基本必要項目，並載明預定執行之手術及術式即可；術後再依病理分期擬定後續治療計畫。
Q11	假設肺癌個案預定接受化學治療，為保留治療選擇彈性，其治療計畫書之化療 regimen 僅寫 Taxanes + Platinum，是否接受？
A11	隸屬於 Taxanes 與 Platinum 之藥物眾多 (如前者包含 Paclitaxel、Doxetaxel 等，後者則含 Cispatin、Carboplatin 等)，不同的藥物組合對應之劑量也各異，故須於計畫書中載明藥物組合名稱，而非藥物類別，以利後續治療。
Q12	基準規定病人疾病復發或原訂治療方式改變需更新治療計畫書。是指第一次發生治療方式改變時有更新計畫書即可，或是每次治療方式改變時皆須更新？
A12	應為前者。依據重點 8，病人疾病復發或原訂治療方式改變 (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 (以第一次為主)，須更新病人專屬治療計畫書。

Q13	重點 8 要求若病人疾病復發或原訂治療方式改變時須更新治療計畫書，請問對於計畫書的更新方式及內容有無相關規範？
A13	治療計畫書的更新方式尊重醫院自訂，如於原計畫書增加欄位呈現或是更新計畫書版次等皆可，內容宜包含更新之原因以及變更後的治療計畫等。
Q14	若病人術前已預定接受化學治療，惟術後病理分期確立後卻發現原訂之化療 regimen 並不適用，是否須更改治療計畫？
A14	若於術後依據病理分期更改後續治療策略，此時應更新治療計畫書，更新方式尊重醫院自訂。
Q15	準備文件 5 及 6 規定現場應備有診療指引及治療計畫書遵循之原始監測紀錄與監測結果之統計分析資料。請說明前述資料應如何呈現？若該等資料皆已全數提交至癌委會核備、討論，並完整呈現於癌委會會議紀錄之附件中，能否以該附件資料作為本項基準之佐證資料？
A15	依過去認證經驗，多數醫院通常會制訂病歷監測表，由監測負責人依表列內容進行病歷抽審，完成後於表中註記及簽核，此即為「原始監測紀錄」。而後續將各監測表之結果進行彙整與統計，且針對未達閾值者進行原因分析，此則為「監測結果之統計分析資料」。醫院應於認證現場呈現如前述列舉之資料，以利委員查核。若監測結果之統計分析資料皆能於會議紀錄附件中完整呈現，則可以此為佐證。
Q16	診療指引或處方之參考文獻僅呈現「NCCN」，是否會過於簡略？請問應如何呈現為佳？
A16	若參考 NCCN，至少應註明其適用癌別、版次及年度，如：NCCN Guidelines for Breast Cancer Version 3. 2018。
Q17	治療計畫書電子化後，有醫院的計畫書版次會被後續填寫的內容覆蓋，僅留下最新一版的計畫書，或者僅呈現最新填寫的日期，是否可行？
A17	計畫書應明確標示每次書寫的時間，方能達到基準要求。提醒醫院在規劃設計電子病歷系統時，應能完整呈現各時程之治療計畫與相關內容，便於院內同仁登載及參閱。

☆Q18	<p>【此為新增項目】</p> <p>臨床試驗之個案是否需納入診療指引及治療計畫書遵循之監測範圍內？</p>
A18	<p>根據重點 4：監測機制（如：監測對象及比率）由各院自訂，故針對臨床試驗個案，醫院可選擇列入監測，亦可說明原因後排除。若委員現場抽到此類個案，請以加抽方式因應。</p>
Q19	<p>癌症病人在等待檢驗結果時先給予 bridge therapy，待確診後再給予主要化學治療藥物（如：lung ca 病人先自費使用 TKI 1-2 週，等基因檢測結果出來後，再給予主要化學治療）。因 bridge therapy 所使用的藥物並非主要用藥，是否視為首療？是否需於治療計畫書中呈現？</p>
A19	<p>開始給予治療即為首療。若因臨床診斷符合所謂「bridge therapy」給藥條件，應有相關說明紀錄，並呈現於治療計畫書中。</p>
Q20	<p>目前各院制訂診療指引主要參考依據多為國外 NCCN 指引，但 NCCN 指引中除常規治療外，針對轉移或復發性癌症亦有一些規範，是否需比照納入？</p>
A20	<p>基準 2.2 已規範需涵蓋轉移癌之第一線治療藥物處方，各院在修訂診療指引，除需依據實證醫學精神外，亦應參酌國內健保給付制度。目前，已有多項健保給付藥物適用於轉移或復發性癌症，建議可列入指引內容中。至於第二、三線...的治療，可由各院於該癌別之多專科團隊中討論是否制定。</p>
Q21	<p>以直腸癌 cT4N1 為例，若個案術前依據臨床分期即決定要 OP+CT+RT，手術前之治療計畫需要寫 LAR（術式）+ CT + RT，或可僅寫術式 LAR，等術後病理分期確認再寫上 CT + RT？</p>
A21	<p>治療計畫書依據個案狀況不同及考量臨床實務面，可以一次寫完整或分階段填寫，惟必須在主要治療前完成。故此個案於手術前之治療計畫可僅寫術式 LAR，待病理分期確認後，於治療前再寫上 FOLFOX 6 + RT 5040 cGY，且每次填寫宜標示填寫日期。</p>

Q22	若病人於治療完成後，評估治療反應為 no evidence of disease，後續僅需門診定期追蹤，針對此個案需再填寫一份新的治療計畫嗎？
A22	不需另填一份治療計畫書，但後續追蹤頻率需遵循各院自訂診療指引之「追蹤」共識，且追蹤內容需呈現於病歷。
☆Q23	<p>【此為新增項目】</p> <p>針對醫師於病人進行化學治療當天方完成治療計畫書之情況，是否要求必須標註計畫書完成時間以減少爭議？若醫院於資訊系統建立連結，待治療計畫書完成後方可開立化療處方，是否符合基準要求？</p>
A23	治療計畫書的精神在於「須於各項主要治療前完成」，若醫院的資訊系統能夠呈現治療計畫書是在開立化療處方前完成之佐證（如：標註計畫書完成時間、設有需填妥計畫書方可開立處方之即時確認機制等），即符合基準要求。
☆Q24	<p>【此為新增項目】</p> <p>早期肺腺癌常以「毛玻璃狀病灶」（ground glass opacity, GGO）呈現，其診療指引應包含哪些與期別相關之主要檢查？若未能執行相關檢查，應如何處理？</p>
A24	按基準 2.1 共識 11，由院內的肺癌或呼吸道癌團隊經共識討論取得該院確立診斷之主要檢查方式即可。臨床上若未能執行指引所規範的與期別相關之主要檢查，建議應於病歷中記載未能執行該項檢查之原因，以避免後續醫療糾紛或爭議。

§基準 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院內通用癌症治療藥物處方，並有適當機制確保上述處方開立過程之安全性。

Q1	全院一致之處方是否應標明適用癌別、屬輔助或新輔助化療處方等？
A1	全院一致之處方應標明處方之適用癌別、屬輔助或新輔助化療處方等，最好能與指引之臨床期別連結。
Q2	醫院是否可以自身收集之資料訂定癌症治療藥物處方？
A2	參照重點 1 (1)，醫院可引用自身資料庫之資料訂定處方，但團隊必須針對該資料庫內容進行分析及討論，並提出相關紀錄佐證。
Q3	為使院內通用癌症治療藥物處方盡可能適用於各類病況，故本院團隊決議處方改版時，除增列新處方外，亦須保留舊有處方，是否接受？
A3	由於新藥療效通常較既有用藥佳、副作用也較低、安全性也較提升，因此處方改版時，除納入新藥外，建議團隊宜依據實證強度、國情趨勢、健保給付、院內病人特性等，將既有處方進行適用性排序，並將不合時宜者汰除，以避免日後貴院處方集過於龐雜。
Q4	是否須將免疫治療藥物列入院內之癌症治療藥物處方集？
A4	本項基準尚未將免疫治療藥物納入規範，故暫不列入評分範圍。
Q5	是否明訂哪些癌別之轉移癌第一線治療藥物處方必須納入處方集？
A5	暫不予以規範，尊重醫院自訂。
Q6	基準要求癌症治療藥物處方需符合全院一致的處方 (prescription) 內容與開立格式，在此是僅規範首次療程需符合，或全數療程皆需符合？
A6	按評分說明 5，僅針對首次療程進行規範。

Q7	對膀胱癌而言，化療並非常見治療方式，仍須建立癌症治療藥物處方或進行監測？
A7	膀胱癌的 standard treatment 已逐步確立，故仍須建立其癌症治療藥物處方；至於是否進行監測，尊重醫院自訂。
Q8	本院資訊系統已設定主治醫師必須將藥物名稱、劑量、稀釋液、給藥途徑、速率等欄位全數填妥，方可開立處方。能否將此視為癌症治療藥物處方開立格式之「監測辦法」？
A8	若系統設定確實可針對處方開立格式內容（參重點 4）進行控管，可將此視為「監測方式」，但醫院仍應制訂完整之「監測辦法」（含監測人員、監測對象、監測頻率、監測內容、監測方式與流程、監測結果分析改善...等）供院內同仁瞭解依循。
Q9	醫院對於處方遵循的審查原則為，若醫師未依院內通用處方集或未按原訂計畫開立化療處方，但有於病歷中寫明理由，亦視為「遵循」，因此歷年的處方遵循率皆為 100%。是否接受此做法？
A9	若醫院呈現之監測結果皆為 100%，委員將會確認其中是否涵蓋所有相關因素分析，如病人拒絕、副作用過大、old age 等（參基準 2.1 重點 4），且醫院必需針對監測結果進行檢討方符合基準要求。
Q10	準備文件 7 規定醫院須提供關於處方遵循及開立格式監測結果之「多專科團隊」會議討論紀錄。若癌症委員會下設的化療安全小組是跨科部組成，是否可視同前述的「多專科團隊」？
A10	否，此處所謂「多專科團隊」係指提供癌症多專科診療照護之團隊。

§基準 2.3

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。

Q1	重點 6 已提供癌症及團隊彙整表供參，請問若食道癌與胃癌合併為消化道聯合團隊，是否符合基準精神？
A1	考量食道癌與胃癌之腫瘤部位、治療方式相近且團隊主要成員科別雷同，故可合併為消化道聯合團隊。
Q2	評分說明 3 及 4「多專科團隊討論個案百分比須至少為 20%，事前討論須至少為 15%」；「現場抽審病歷中，至少 80% 個案能將討論結果呈現於病歷上」。請問現場抽審時，是否可能會抽審到未經團隊討論之個案？應如何評分？
A2	病歷抽審來源之一為多專科團隊討論個案，而腫瘤個案管理護理師之管案名單及國健署提供之死亡名單中亦會有案例屬團隊討論個案。此項評分之分母僅會列入提報多專科團隊討論之個案數。
Q3	治療後 30 天內死亡個案一定要提至多專科團隊討論？若在院內之 Morbidity & Mortality Conference 討論是否符合基準精神？
A3	依據重點 12 規定由醫院自訂提報討論機制，並於各多專科團隊進行檢討後，將討論結果（或改善方案）彙整提交至癌委會。
Q4	個案討論紀錄之呈現方式，應採問與答形式或以條列式摘錄？
A4	基準未規範呈現方式，確認醫院之紀錄內容符合重點 10 之精神即可。
Q5	惡性淋巴瘤個案在確診時即狀況不佳，故通常不會使用標準的 R-CHOP 予以治療，因此預期治療效果亦不甚好，可能病人就在治療 30 天內死亡，此類個案也必須列為必要提報事件？
A5	必要提報事件的出發點並非在於究責，而是因病人狀況多元、複雜，故希望藉此讓團隊討論未來類似個案應如何治療與照護，方能讓病人獲得更好治療效果。故此類個案亦須列為必要提報事件。

Q6	重點 12 (2) 規定「必要提報事件」應包含侵入性治療 (含根治性手術、RFA、TACE...等) 30 天內死亡個案。以 TACE 為例，個案可能須於治療期間接受多次栓塞治療，是否接受醫院僅提報執行首次栓塞治療後 30 天內死亡之個案？
A6	凡於侵入性治療之療程中及療程結束 30 天內死亡之個案皆應提報。若個案於治療期間內接受多次栓塞治療，無論是哪一次栓塞治療結束後 30 天內死亡，皆應提報並進行後續分析檢討。
Q7	肝癌 stage 0 及 1 之個案，於執行 TACE 治療 30 天內死亡才進行必要事件提報，其他期別則不提報，是否可行？
A7	基準重點 12 (2) 「必要提報事件」之提報檢討機制由各院自訂，提報案件至少應包含侵入性治療 (含根治性手術、RFA、TACE...等) 30 天內死亡之個案。故只要符合上述提報條件，無論期別皆需啟動「必要提報事件」機制。
Q8	本院執行之 RFA 或 TACE 通常非屬於根治性 (curative) 治療，若此類個案於治療 30 天內死亡，是否仍需列為必要提報事件？
A8	凡符合重點 12 所列必要提報事件定義者皆應提報。建議醫院可進一步定義提報案件的討論標準 (如：死因是否與癌症治療直接相關或是否為 curative intent)，再進行後續討論及檢討。
Q9	癌症末期病人抽腹水過程中或抽完 30 天內死亡，是否需列入「必要提報事件」提報檢討？
A9	上述病人抽腹水為醫療處置，非為 curative intent 之癌症治療，可不需提報。
Q10	基準 3.2 心理照護收案管理資料之分析結果，是否須提至多專科團隊會議討論？
A10	基準僅規範心理師須將收案管理資料進行統計分析，並回饋至原團隊醫護人員。回饋方式尊重醫院自訂，可視個案狀況透過相關會議或聯合討論會方式皆可 (參基準 3.2)。

Q11	部分個案轉院後死亡，直到健康署回饋死亡檔才發現（已過個案管案期），若回饋後才提報檢討，是否必要？
A11	上述個案若符合必要提報事件定義，仍需提報至多專科團隊會議，並視情況進行討論。
Q12	若某癌別之新診斷癌症個案數（Class 0~3）於 107 年度未達 500 例，108 年度方 \geq 500 例，多專科團隊之開會頻率須於何時開始變更？
A12	依據基準規範若前一年度之個案數已超過 500 例，則需於下一年度開始變更多專科團隊會議為每週開會一次。
Q13	新診斷個案於團隊會議中，以 checklist 方式勾選個案是否符合指引治療、是否有填寫合併症...等，上述情形是否符合會議紀錄要求？
A13	多專科團隊討論著重於病人問題討論並解決，所呈現之會議紀錄需呈現討論目的、治療策略及結論。依據重點 11，上述情況屬瀏覽式討論，不列入「討論個案」計算。
Q14	多專科團隊會議之成員簽名可否改為電子簽到？
A14	若改為電子簽到，實地認證時需能提供會議出席人員之佐證資料，方符合基準精神。
Q15	若病人死亡原因明顯與癌症無關（例如：車禍、他殺），仍需列入必要提報事件檢討嗎？
A15	若符合重點 12 之條件則需提交多專科團隊審閱查核，建議醫院可進一步定義提報案件的討論標準（如：死因是否與癌症治療直接或間接相關），再決定是否進行後續討論。

☆Q16	<p>【此為新增項目】</p> <p>以肺癌為例，有許多病人會選擇接受輔助性化療或 CCRT 相關之臨床試驗，但常於治療期間或療程結束後 30 天內因免疫相關不良反應 (immune-related adverse event, irAE) 而死亡。此類個案是否須納入必要提報事件？</p>
A16	<p>以此例而言，已符合重點 12 (1) 所列之提報案件定義，故理當提報。建議醫院可進一步定義提報案件的討論標準 (如：臨床試驗等特殊個案是否納入)，再進行後續討論及檢討。</p>

§基準 2.4

主治醫師須於（電子）病歷記載正確詳實之臨床及病理分期。

Q1	癌症分期的固定位置可否設於治療計畫書？
A1	若醫院將治療計畫書視為正式病歷的一部份，則可接受將分期之固定位置設於計畫書中。惟應注意，若現場抽審之病歷沒有治療計畫書，即視為未填寫癌症分期資訊。
Q2	部分病人於非預期之緊急手術後（例如：腸阻塞或急性膽囊炎）方確診為癌症，是否需補填臨床分期？
A2	上述個案或因病情急迫以致無法於術前進行與期別相關之檢查，臨床分期可為 TxNx。惟此類個案術後多會再安排期別相關檢查，綜合病理分期作為最正確之 Initial Stage 判斷與評估的依據。如術前懷疑為癌症並進行相關檢查之個案，雖於術後才確診為癌症，主治醫師仍可依據術前檢查結果判斷臨床分期。
Q3	於外院診斷及手術之個案，因手術未切除完全故轉入本院再次進行手術，若未填寫臨床分期，是否接受？
A3	此類個案於外院已有臨床分期，在轉診單或病歷摘要中應有相關資料可以引用；若認為外院術前檢查不完整，於本院再次手術前安排檢查，則可依據檢查結果進行臨床分期之判定。
Q4	臨床分期有 TNM stage，病理分期多數僅有 TN，是否需要加寫整併分期之 TNM？
A4	AJCC 之病理分期即為整併分期，不要求另外標示。
Q5	固定位置之臨床分期紀錄（主治醫師判定）與影像報告訊息（放射診斷科判定）有差異，例如：固定位置寫 T2，但影像報告寫 T3。是否影響評分？
A5	實地認證如遇上述現象，需有提交多專科團隊討論之相關紀錄佐證。如無討論之實，即不符合基準精神。

§基準 2.5

癌症病人之（電子）病歷應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。

Q1	重點 4 規定若為非醫師（如：護理人員或專科護理師）協助副作用評估並記載於病歷上，須有醫師確認核章。目前本院病歷及護理紀錄皆已電子化，故護理紀錄不會再有醫師確認核章，是否接受？
A1	基準並非要求醫師在護理紀錄上確認核章，是指非由醫師評估之副作用紀錄或表單，需給醫師看過並確認核章，醫師方能決定是否調整治療劑量或方式。目前電子病歷系統中，醫師之病歷紀錄與護理紀錄各自獨立，故醫師仍應自行評估並於系統中登錄相關副作用及合併症，不可以護理紀錄取代。
Q2	外科手術後之副作用評估紀錄呈現於 discharge note 即可？或是後續門診追蹤紀錄亦須呈現？
A2	呈現於 discharge note 或後續門診追蹤紀錄皆可。

§基準 2.6

癌症病人之（電子）病歷應適當及完整記錄病人在診療與追蹤過程中病程之改變。

Q1	若病歷已呈現 PSA (Prostate Specific Antigen) 之檢驗結果，作為攝護腺癌是否復發的評估依據，是否接受？
A1	依據重點 4，不可僅呈現檢查報告結果做為判斷復發與否之依據，主責醫師應對該結果進行綜合判斷與評估，並於病歷中載明評估結論或敘明後續處置。例如：PSA 降到最低點後再度上升，醫師應記錄是否已經判定復發。
Q2	若抽審病歷發現各科醫師對治療反應評估的結果不一致（如：血腫科醫師判定為 PR，放腫科醫師判定為 CR），如何評分？
A2	考量病程變化可能因評估時間點之不同而使評估結果有所差異，因此只要確認主責醫師已針對檢查結果進行綜合之正確判斷與評估且有記載於病歷中即可。
Q3	臨床上，治療結束後即記載治療反應評估，後續追蹤時才記載病程變化是否符合基準精神？另病程變化需多久填寫一次？
A3	依據重點 2 主治醫師應於階段性療程結束時，依照指引規範評估時間，以各項檢查結果，針對治療反應進行評估（或追蹤時，進行病程之定期性評估），且呈現於病歷紀錄上。如指引未規定多久需評估一次病程變化，應於病人治療結束後一年內，在病歷中至少記載一次病程變化。
Q4	若病人僅於本院進行放射線治療，治療後即轉回他院做後續之病況追蹤。仍需於病歷中呈現放射線治療反應評估與病程變化紀錄嗎？
A4	依據基準 2.9 規範，應有治療前評估及治療完成後之 completion note，且治療期間之副作用應有記錄。放射治療之反應評估與病程變化記錄，如病患之後未再返院追蹤檢查，自然無需進行相關評估。

§基準 2.7

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。

Q1	本院現行之病理複閱機制為 malignancy 必定複閱，但大件檢體不一定皆會複閱，是否符合基準要求？
A1	複閱的本意乃是希望醫院應於病人接受相關治療之前即完成惡性腫瘤（含原位癌）診斷的再確認，以杜絕錯誤發生，保障病人安全。若病人的惡性腫瘤診斷在小件標本已進行複閱確認無誤後，方進行後續治療，則大件標本可無須再複閱。反之，則須複閱。
Q2	若個案於外院診斷本院治療，是否亦須符合相關複閱規範？
A2	按評分說明 2，係指對於「院內確診」之病例須在治療前完成惡性腫瘤（含原位癌）診斷確認之複閱。
Q3	冷凍切片（frozen section）報告也需複閱嗎？
A3	對 frozen section 之結果如能做到有檢討改善機制最好，但本項複閱機制是指 permanent section。
☆Q4	<p style="color: red;">【此為新增項目】</p> <p>本院僅有一名病理醫師負責第 1~3 級之病理組織檢查，複閱工作則由總院病理醫師協助執行。而第 4~6 級之病理組織檢查全數送至總院進行診斷及複閱工作。但第二階段認證將會抽審病歷評核醫院是否落實進行病理切片複閱，將如何進行評分？</p>
A4	若醫院所有病理切片皆採外包診斷，則須提出該受委託檢驗單位之複閱機制及相關紀錄證明。意即實地認證時，需呈現總院病理報告之複閱機制及現場抽審個案之複閱紀錄，該複閱紀錄之呈現形式可為紙本或電子檔案，若因無紙化而無法提供書面紀錄，則現場需可以連線至總院系統看到複閱的佐證資料。

§基準 2.8

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。

Q1	基準要求委員須現場抽審病歷以確認影像診斷報告是否符合醫院自訂格式，建議針對初次診斷或初次治療之影像報告審閱即可。否則，例如已手術切除腫瘤之癌症個案，術後之影像追蹤檢查結果均為未復發，卻仍須依格式登打腫瘤大小、淋巴結數量...等以符合基準要求，臨床上實有困難。
A1	認證現場抽審病歷將選取初次診斷或初次治療之個案，審閱其影像診斷報告是否符合院內自訂之格式，後續追蹤之影像診斷報告暫不列入審查範圍。
Q2	本院已依基準規定訂有重點 1 所列癌別之影像報告格式，但因子宮頸癌及攝護腺癌個案數較少，個管師未收案，故未對此二癌之報告格式進行監測。請問委員現場是否會抽審該二癌之報告進行審閱？
A2	基準並未對監測癌別進行規範，但現場病歷抽審係以認證通則及基準 2.8 重點 1 所列癌別為主。故建議監測對象至少須包含重點 1 所列之肺癌、直腸癌、子宮頸癌、鼻咽癌、食道癌及攝護腺癌等六種癌別。
Q3	部分醫院為了避免影像報告過於冗長，會直接將無異狀之格式欄位直接刪除，如此是否符合基準要求需建立統一完整之報告格式？
A3	無論影像報告格式為描述性、條列或是摘要式，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 or Raw Data 畫面。
Q4	病人執行乳房超音波及乳房攝影檢查，但本院放射診斷科不願意於報告中呈現 stage，應如何解決？
A4	目前基準並未規定需於影像報告中呈現 cTNM，由各院影像科自行決定。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 2.9

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。

Q1	本院僅提供 IORT 服務，是否屬於「有提供放射線治療服務」？
A1	僅提供 IORT，其它放射線治療皆委由外院執行，不認可為提供「放射線治療服務」。故必須依據重點 8 之規範進行評分。
Q2	本院僅執行近接治療 (brachytherapy)，其餘則轉介至不同合作醫院進行其他類型之放射線治療。依據重點 8，實地認證時本院必須提供與各家合作醫院的轉介機制、制定之治療指引、相關病歷紀錄，以及每年團隊討論會議紀錄？現場是否需備有於轉介個案的名單？
A2	應依重點 8 規定提供相關資料，以佐證確與其他醫院有轉介合作與會議討論之實。轉介個案名單請整理並備於現場。
☆Q3	【此為新增項目】 醫院無放射線治療部門，病人轉介至多家醫院治療，需要求每一家醫院都有轉介機制？
A3	醫院宜選定主要轉介治療醫院，且符合重點 8 之要求方符合基準之精神。
Q4	若外院 (非轉介合作醫院) 病人轉至本院進行放射線治療，但外院之治療計畫不符合本院治療指引，此時應以本院或外院之計畫執行治療？本院應如何執行監測作業？
A4	應以本院治療計畫執行治療，至於此類個案是否列入監測對象由醫院自行訂定。
Q5	醫院未設有放射線治療部門，病人轉至「合作醫院」接受 RT 治療，僅依轉診流程辦理，未設有轉介機制，是否可接受？
A5	否，醫院需設有轉介機制。

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。

Q1	重點 3 (3) 首次局部復發或單一器官局部轉移之個案，於本院經過積極治療 (手術、化學治療或放射線治療) 後仍有痊癒機會者 (不包含復發後僅能進行 palliative treatment 之個案) 。請問「復發個案積極治療」的認定是由主責醫師認定為積極治療即可？或是須經團隊會議討論？亦或須另設 guideline ？
A1	「復發個案積極治療」之認定原則可由各團隊自行討論決定，重點在於須針對此類個案進行收案管理。
Q2	失聯率定義由各院自訂，為何不訂定統一標準？
A2	因目前各院對於個案追蹤的作業模式，以及各癌別之失聯定義皆不盡相同，故由各院自訂。
Q3	治療前死亡及拒絕治療個案是否納入留治率分子？
A3	留治率分子定義為分母 (當年癌症新診斷 Class 0~3 個案數) 中有於本院治療之個案數，而治療前死亡與拒絕治療之個案皆未有治療，故不須列入分子中。
Q4	留治率分母包含 Class 0~3 個案，但 Class 3 多於外院接受診斷及治療，是否無須列入分子、分母中計算？
A4	留治率定義為當年度癌症新診斷個案 (Class 0~3) 中有於本院治療之個案比率，而 Class 3 個案雖多屬外院診斷外院治療，但當中亦包含於他院診斷，後續則因先前診斷的癌症復發或惡化而至本院治療者，故不應將 Class 3 個案自分子、分母中排除。此處 Class 3 個案之認定原則由各院自行討論決定。

Q5	Class 1~2 個案，若屬治療前即死亡、拒絕治療、延誤治療者，是否可自完治率分母中排除？
A5	Class 1~2 之定義為個案須於「本院治療」，而個案治療前即死亡或是拒絕治療，因未有治療之實，本就不符合 Class 1~2 定義。另癌登登錄規則定義首次療程起始於最初診斷日四個月內，若個案首次療程起始日超過前述規定，即非屬 Class 1~2，理應排除。
Q6	重點 5 定義完治率之分母應扣除治療中、未治療及採安寧療護人數，請說明「安寧療護」涵蓋之個案範圍？
A6	安寧療護是指轉介到安寧共同照護之個案（包含安寧居家、安寧病房、安寧共照...等）。故若符合前述定義個案，皆可自完治率分母中扣除。
Q7	有些個案治療時間長達 1~2 年甚至更久（如：荷爾蒙治療），需自完治率中扣除嗎？
A7	完治率分母明定應扣除治療中個案。治療完成定義可為總療程（CCRT 或 OP + CCRT 等）或單種療程（CT 或 RT...等）的完成。但考量上述個案治療方式及時間之多樣性，故宜由各院多專科團隊自行討論制定完成治療的定義。
Q8	腫瘤個案管理師組長之工作職責包含個案管理師組員間的溝通協調等行政工作，如此亦可列入專任腫瘤個案管理師？
A8	可列入專任個案管理師。
Q9	培訓課程於 109 年 3 月 15 日舉辦，人員於 109 年 5 月 1 日到職，但下一次培訓課程為 110 年 7 月 1 日舉行。該員就任期間是否視為合格人力？
A9	學會雖每年舉辦一次課程，但醫院亦可自行辦理課程（可申請學分）。故上述人員仍不列為合格人力計算。

Q10	癌症個案管理指標之監測結果需由腫瘤個案管理護理師進行檢討改善？
A10	腫瘤個案管理護理師須將癌症個案管理指標監測分析結果回饋多專科團隊，由團隊對此進行討論並視需要擬定或執行改善措施，而腫瘤個案管理護理師應追蹤後續相關結果，且留有紀錄佐證。若團隊在檢視相關分析資料，經討論後決議（暫）不處理且有會議紀錄佐證，亦符合基準精神。
Q11	評分說明 4 規範需將個案管理指標之監測結果分析後，回饋多專科團隊。是否有規定多久需回饋團隊？
A11	由醫院自行規定。
☆Q12	【此為新增項目】 實地認證時，如何確認醫院已有針對首次局部復發或單一器官局部轉移之個案，進行收案管理照護？
A12	委員可請醫院提供復發個案追蹤辦法，以及收案管理名單或透過個案管理系統等方式呈現相關佐證資料。

§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。

Q1	心理師需為全職專責，或可由分院心理師兼職？
A1	若能提供癌症病人即時且適切之心理照護服務，例如：醫院 SOP 規範篩檢後 48 或 72 小時內需進行會診，且有落實執行者，則無論是全職或兼職皆可接受。
Q2	初篩結果為高危險病人，可否先轉介社工師？
A2	精神科醫師或心理師與社工師之專長不同，本項基準之精神是希望由精神科醫師或心理師提供病人適切的心理諮商服務。因此，若社工師協助進行初篩後，發現個案需要的是心理照護諮詢，基於專業考量，仍需請精神科醫師或心理師提供適切的心理諮商。
Q3	基準規範須針對癌症住院病人提供情緒壓力篩檢，門診病人是否也須提供，因本院門診病人之情緒壓力篩檢執行情況優於住院病人？
A3	本項基準為新增條文，採逐步推動方式，目前僅規範須針對癌症住院病人提供情緒壓力篩檢，門診病人暫不列入規範。
Q4	評分說明 2 提及之「癌症住院病人」是指住在腫瘤專科病房的病人或是全院癌症住院病人（即非腫瘤專科病房，但有收治癌症病人之病房）？又每次住院皆需提供病人情緒壓力篩檢，或是針對第一次住院者，方提供即可？
A4	本項基準設立精神為針對癌症住院病人全面性的提供情緒壓力篩檢，故在此是指全院癌症住院病人，不論病人住在腫瘤專科病房或其他病房皆需符合基準規範。至於，篩檢頻率則由各院自訂。
Q5	能否針對評分說明 3「雙向溝通」的定義進一步說明？
A5	「雙向溝通」的重點在於心理師與原團隊雙方須經過各種機制（如：團隊會議或病房討論會...等），針對收案管理資料分析結果進行檢視，從中發掘問題（如：收案轉介標準設定、特殊個案需求...等），並對此進行討論、溝通與協調，以達成共識或提出解決方案，進而增進照護品質。

<p>☆Q6</p>	<p>【此為新增項目】</p> <p>實地認證時，委員將如何評估是否有提供適切的心理照護服務？是否需呈現心理照護後的成效評估？</p>
<p>A6</p>	<p>委員可檢視醫院所提出之照護標準作業規範、回饋原團隊醫護人員機制等相關佐證資料，以評估心理照護服務是否確實執行。惟目前基準並未要求提供心理照護之成效評估，將列入下一版之基修會議討論。</p>

§基準 3.3

癌症防治醫療機構應針對晚期癌症病人建立緩和醫療之照護標準與流程。

Q1	評分說明 2 是否意指某一癌別或某一腫瘤病房所收治之病人，只要符合重點 1 之「晚期癌症」定義，即需啟動緩和醫療？又醫院應提具哪些資料以茲佐證，例如：在病歷中呈現 palliative care 即算？或是有 symptom control 相關紀錄亦可？抑或須有家庭諮詢會議紀錄才能認可？
A1	目前基準僅要求醫院需須建立適用於晚期癌症病人的一套緩和醫療照護標準，至於啟動轉介此一照護服務的條件，可以是達到某些標準者才予轉介，亦可將符合晚期癌症定義者全數轉介，一切皆尊重醫院自訂。關於執行緩和醫療照護服務之佐證，上述提及之病歷紀錄、照護服務紀錄單、家庭諮詢會議紀錄...等皆可。
Q2	若緩和照護團隊成員未能依重點 4 要求，於實地認證前完成相關教育訓練，可否提出訓練課程大綱作為佐證？
A2	考量本項基準尚在推行初期，本年度（107 年）認證可接受醫院提出已排定之緩和照護相關教育訓練課程大綱佐證，但仍建議緩和照護團隊成員宜儘速接受相關學會開辦或醫院自行辦理之課程。
Q3	相關專業學會皆有既定的緩和照護相關課程，若本院派員外訓，並引用其課程大綱做為佐證資料，是否可行？
A3	可以外訓方式，引用其課程大綱做為佐證資料。但基準原意是希望逐步在醫院進行推廣，擔心今年（107 年）需接受認證之醫院不及準備，故僅要求提供緩和照護團隊教育訓練課程大綱即可。
Q4	第一期癌症復發是否屬於晚期癌症，必需納入緩和醫療照護個案名單中？
A4	重點 1 已敘明晚期癌症之定義，請各院參照後自行訂立各癌別轉介緩和醫療照護之收案標準。可以是達到某些標準者才予轉介，亦可將符合晚期癌症定義者全數轉介，一切尊重醫院自訂。

☆Q5	<p>【此為新增項目】</p> <p>重點 1 晚期癌症定義：癌症出現遠處轉移或復發，但透過治療仍可延長病人生命（生命預期存活期 > 6 個月）。請說明該定義之訂定依據？如何判斷病人存活期為 6 個月以上？</p>
A5	<p>參照國際上對晚期癌症的共通定義所訂定。病人的存活期是無法明確評估的，但晚期癌症通常是指剛診斷即為第 3 期或第 4 期的病人，此類病人多數預期可存活 6 個月以上。此外，安寧療護一般是指末期的病人，已不作積極治療；但緩和照護的病人仍會執行化療、放療、開刀...等治療。故建議醫院應先清楚訂定安寧（末期癌症）與緩和（晚期癌症）的收案條件與區分標準，而非僅以病人存活期是否達 6 個月來進行劃分。</p>