

111年度 癌症診療品質認證 醫院說明會

【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

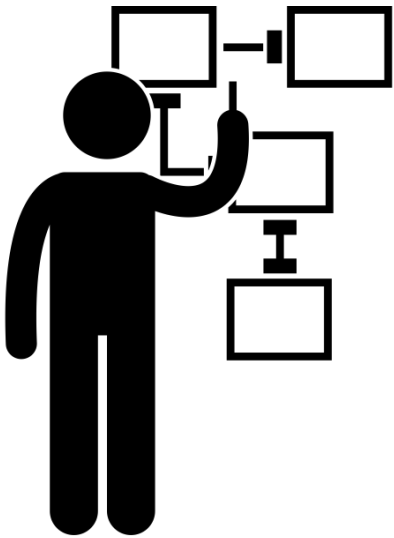
癌症研究所 TCOG

簡報日期：110年12月10日

大 綱

- 111年認證作業程序重點說明
- 111年認證基準及評分重點說明
- 綜合討論

111年 認證作業程序 重點說明



年度作業時程【預定】

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
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 	6月~10月 <ul style="list-style-type: none"> ■ 實地認證前4週 ■ 實地認證後4~6週
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

認證申請資格 (1/2)

1. 醫院評鑑合格以上之醫院。
2. 須符合以下條件之一：
 - (1) 107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。
 - (2) 107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。
 - (3) 110年採「未曾通過認證醫院適用版」認證結果為通過之醫院。

認證申請資格 (2/2)

3. 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：
 - (1) 依據基準 2.1 重點 1 制訂診療指引。
 - (2) 依據基準 2.2 重點 1 及 2 制訂院內通用癌症治療藥物處方。
 - (3) 依據基準 2.3 重點 2 及 3 成立多專科醫療團隊。

認證申請程序

■ 申請時間

111年3月1日~111年3月25日前備妥相關申請資料【見下頁簡報】，免備文逕送（寄）達健康署委託之機構，以完成報名之申請。

■ 補件時間

如有相關資料或證明文件未及備齊，應於4月8日前完成補件。

■ 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）

認證申請應檢附資料

內容		形式-份數	注意事項
認證申請表		紙本-1	免備文【見下頁簡報】
資格審查	醫院評鑑合格證明	紙本-1	影本
	診療指引+癌症治療藥物處方	-	請附於光碟或隨身碟中
自評書	正文	裝訂紙本-5	隨自評書繳交文件免印【見下頁簡報】
	正文+隨自評書繳交文件(附件)	存於光碟或隨身碟-5	請務必確認可正常讀取
認證通則1所列14癌之110年個管師新收案名單		裝訂紙本-1	請另行造冊，不須存至光碟或隨身碟內
109/1/1 至 111/3/31 間之預評委員名單		紙本-1	請另行繕打於A4紙

認證申請表 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：	
申請類別	<input type="checkbox"/> 非醫學中心及全癌年度新診斷個案數未達 1,500 例 <input type="checkbox"/> 醫學中心或全癌年度新診斷個案數 1,500 例 (含) 以上	
上一次認證結果	認證年度 _____ <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 有條件通過 <input type="checkbox"/> 不通過	
檢附之資料	<input type="checkbox"/> 1. 111 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 <input type="checkbox"/> 2.1 醫院評鑑合格證明(影本) <input type="checkbox"/> 2.2 診療指引及癌症治療藥物處方(附於醫院自評書光碟) <input type="checkbox"/> 3. 醫院自評書正文裝訂紙本五份及燒錄於光碟或隨身碟五份(內含正文及隨自評書繳交文件) <input type="checkbox"/> 4. 認證通則 1 所列 14 癌之 110 年個管師新收案名單(需符合基準 2.1 準備文件 8)，另以紙本造乙冊	
	<input type="checkbox"/> 5. 109 年 1 月 1 日至 111 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，請直接與認證機構連絡。

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 (1/2)

■ 注意自評書填載之數據資料的適用年度

【表1.4.1】 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
106年			
107年			
108年			

癌登及
個管人
力估算是採
診斷年

【表3.1.1】 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
106年			
107年			
108年			

其餘皆指執行年

【表1.1.2】 全院性之癌症委員會（或類似單位）之會議頻率及成員出席統計表

年度	會議頻率	組成人數	年度平均整體出席率
109年	每_____月一次		
110年	每_____月一次		

自評書填寫注意事項 (2/2)

■ 正確編輯隨自評書繳交文件之編號

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。	
隨自評書繳交文件	1. 最新版次之放射線治療政策與程序之指引（附件 2.9.1）。
	2. 放射線治療政策與程序指引之監測辦法（附件 2.9.2）。
	3. 轉介機制（未設立放射線治療部門者需要）（附件 2.9.3）。
現場提供文件	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及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、監測結果統計分析、檢討改善及提交癌症委員會（或類似單位）紀錄。
	5. 轉介機制及紀錄（未設立放射線治療部門者需要）。

- 附件2.9.1：意即基準2.9的第1項附件。
- 以指引為例，若醫院欲依癌別再細分編碼，亦請按上述邏輯編號（如：2.9.1.1肺癌）。

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並與相關醫療人員晤談。
 - (2) 視情況至癌症照護單位訪視。
3. 病歷抽樣審閱。

實地認證流程

進程序序	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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<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。

認證等級評定

認證等級	評定標準
優等 (效期四年)	15項一般項次中，優良 ≥ 4 項 且不符合 = 0 項 且加分項次需達加分標準
通過 (效期四年)	15項一般項次中，不符合 ≤ 1 項
通過 (效期兩年)	15項一般項次中，不符合 = 2 項
不通過	15項一般項次中，不符合 ≥ 3 項

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111年，須至113年方可重新申請）。

重要宣導事項 (1/7)

■ 「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：

□ 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。

重要宣導事項 (2/7)

■ 如欲邀聘委員預評，請依迴避原則辦理

1. 非認證當年度預評：
請依「**預評分區**」
原則邀請委員。
例如：醫院屬北區
醫院，請邀請北區
委員進行預評。

2. 認證當年度預評：
請依「**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
屏區委員進行預評。

預評分區	認證當年度之預評分區	
北區	台北區	台北，新北，基隆，金門，連江
	北區	桃園，新竹，苗栗
非北區	中區	台中，彰化，南投
	南區	雲林，嘉義，台南
	高屏區	高雄，屏東，澎湖
	東區	宜蘭，花蓮，台東

重要宣導事項 (3/7)

■ 請依預評目的安排適當的預評時程

1. 過去常見醫院在繳交自評書後才辦理預評，並依預評委員建議大幅修改自評書或佐證文件。例如：
 - (1) 更改基準1.1年度重要工作主題，並無法呈現該主題經癌委會討論與檢討，實地認證不會採計。
 - (2) 自評書內容與現場認證文件內容差異過大，將會影響基準1.1評分。
2. 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	提早一年以上辦理

重要宣導事項 (4/7)

■ 會前會 / 醫院簡報會場安排

1. 座位安排：可規劃梅花座或設置隔板。
2. 與會人數：限制與會人數，或於另一個會議室以同步視訊方式參與。



重要宣導事項 (5/7)

■ 實地訪查會場安排

1. 與會人數：各項基準陪評人員以1~2人為限，且人員間保持社交安全距離。
2. 會議場地：建議一組一室；若共用一室，則各組盡量分開或採對角座位安排，減少干擾。
3. 輔助設備：可視需要使用麥克風、投影或視訊設備。

一組一室



兩組一室



重要宣導事項 (6/7)

■ 實地訪查會場設備

1. 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，請於實地認證現場準備至少3~4台電腦供委員使用（如電腦速度較慢，則請增加電腦備用）。
2. 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。
3. 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。

重要宣導事項 (7/7)

■ 認證網頁

1. 網址：<http://accredit.nhri.org.tw/>。
2. 提供認證最新消息（會議簡報）、資料下載、常見問答、會議報名等服務。



The screenshot shows the website for the Cancer Treatment Quality Accreditation Project. At the top left is the NHRI logo. To its right is the title '癌症診療品質認證作業計畫' in large green characters, with '財團法人國家衛生研究院' below it. A navigation bar contains links for '最新消息', '認證簡介', '下載專區', 'Q&A專區', '報名專區', '認證結果', '網站連結', and '聯絡我們'. Below the navigation bar is a 'Home Page' link. The main content area features a large heading: '111年度認證醫院說明會 (曾通過認證醫院適用版) 開放報名'. Below this heading, it says '認證小組' and '2021-11-11'. At the bottom, a notice states: '謹訂於 110 年 12 月 10 日 13 : 30 ~ 17 : 15 假張榮發基金會國際會議中心 11 樓 1101 會議室舉行「111 年度癌症診療品質認證醫院說明會【曾通過認證醫院適用版】」，敬請於 12 月 2 日前完成團體報名，詳請見「報名專區」。

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

認證資料統計 / 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
認證效期屆滿	109 年 ~ 110 年	前次認證結果核定年度 ~ 111 年認證前 2 個月
首次申請認證 (採未曾通過認 證醫院適用版) 結果為「通過」	110 年	110 年 ~ 111 年認證前 2 個月
前次申請認證結 果為「不通過」	109 年 ~ 110 年	前次認證申請年度 ~ 111 年認證前 2 個月

認證委員任務分組

申請類別 委員人數 基準分工	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 分癌別抽審病歷：10 本	B組 - 2 位 分癌別抽審病歷：15 本
總 計	3 位	4 位

認證通則 (1/4)

1. 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）

認證通則 (2/4)

2. 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 (Class 1 或 2) 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，請自行選取補足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，請自行選取補足10種癌別。至多為第1點所列之14種癌別。 **【見下頁舉例】**

舉例1-醫學中心/年度新診斷個案數3,500人

癌別	110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/ 修訂日期 (年/月/日)	指引 監測	處方 制定	最近制訂/ 修訂日期 (年/月/日)	處方 監測	開立 格式 制定	開立 格式 監測	成立	聯合團隊
大腸直腸癌	353	V	110/03/15	V	V	110/03/15	V	V	V	V	否
肝癌	417	V							V	V	否
肺癌	389	V							V	V	否
乳癌	444	V							V	V	否
子宮頸癌	165	V	110/02/05	V	V	110/02/05	V	V	V	V	婦癌(子宮頸/子宮體/卵巢)
子宮體癌	64	V	110/02/05	V	V	110/02/05	V	V	V	V	婦癌(子宮頸/子宮體/卵巢)
卵巢癌	53	V	110/02/05	V	V	110/02/05	V	V	V	V	婦癌(子宮頸/子宮體/卵巢)
口腔癌 (含口咽及下咽)	167	V	110/05/01	V	V	110/05/01	V	V	V	V	否
胃癌	98	V	110/03/01	V	V	110/03/01	V	V	V	V	否
攝護腺癌	112	V	110/05/01	V	V	110/05/01	V	V	V	V	泌尿道癌(攝護腺/膀胱)
膀胱癌	108	V	110/05/01	V	V	110/05/01	V	V	V	V	泌尿道癌(攝護腺/膀胱)
食道癌	54	V	110/04/10	V	V	110/04/10	V	V	V	V	否
鼻咽癌	78	V	110/05/01	V	V	110/05/01	V	V	V	V	否
惡性淋巴瘤	【Class 1~2 個案數】 215	V	110/08/01	V	V	110/08/01	V	V	V	V	否

只要 ≥ 50 例，皆須符合
「院內常見癌別」規範

舉例2-醫學中心/年度新診斷個案數1,100人

癌別	110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/ 修訂日期 (年/月/日)	指引 監測	處方 制定	最近制訂/ 修訂日期 (年/月/日)	處方 監測	開立 格式 制定	開立 格式 監測	成立	聯合團隊
大腸直腸癌	174	V	110/03/15	V	V	110/03/15	V	V	V	V	否
肝癌	105	V	110/04/01								否
肺癌	140	V	110/04/01								否
乳癌	127	V	110/07/01								否
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	110/05/01	V	V	110/05/01	V	V	V	V	否
胃癌	54	V	110/03/01								否
攝護腺癌	59	V	110/05/01								泌尿道癌(攝護腺/膀胱)
膀胱癌	29	V	110/05/01								泌尿道癌(攝護腺/膀胱)
食道癌	38	V	110/04/01								否
鼻咽癌	26	V	110/05/01								否
惡性淋巴瘤	【Class 1~2 個案數】 60	V	110/08/01	V	V	110/08/01	V	V	V	V	否

≥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，故須再自選2癌（請依實際情況填寫，亦可>10癌）

舉例3-非醫學中心/年度新診斷個案數2,100人

癌別	110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/ 修訂日期 (年/月/日)	指引 監測	處方 制定	最近制訂/ 修訂日期 (年/月/日)	處方 監測	開立 格式 制定	開立 格式 監測	成立	聯合團隊
大腸直腸癌	258	V	110/03/15	V	V	110/03/15	V	V	V	V	否
肝癌	287	V	110/04								否
肺癌	186	V	110/04								否
乳癌	197	V	110/07								否
子宮頸癌	147	V	110/02/05	V	V	110/02/05	V	V	V	V	婦癌(子宮頸/子宮體/卵巢)
子宮體癌	35	V	110/02/05	V	V	110/02/05	V	V	V	V	婦癌(子宮頸/子宮體/卵巢)
卵巢癌	17	V	110/02/05	V	V	110/02/05	V	V	V	V	婦癌(子宮頸/子宮體/卵巢)
口腔癌 (含口咽及下咽)	241	V	110/05/01	V	V	110/05/01	V	V	V	V	頭頸癌(口腔/鼻咽)
胃癌	61	V	110/03/01	V	V	110/03/01	V	V	V	V	否
攝護腺癌	84	V	110/05/01	V	V	110/05/01	V	V	V	V	泌尿道癌(攝護腺/膀胱)
膀胱癌	54	V	110/05/01	V	V	110/05/01	V	V	V	V	泌尿道癌(攝護腺/膀胱)
食道癌	52	V	110/04/10	V	V	110/04/10	V	V	V	V	否
鼻咽癌	27	V	110/05/01	V	V	110/05/01	V	V	V	V	頭頸癌(口腔/鼻咽)
惡性淋巴瘤	【Class 1~2 個案數】 100	V	110/08/01	V	V	110/08/01	V	V	V	V	否

≥50 例有 11 癌，皆須符合「院內常見癌別」規範

舉例4-非醫學中心/年度新診斷個案數590人

癌別	110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/ 修訂日期 (年/月/日)	指引 監測	處方 制定	最近制訂/ 修訂日期 (年/月/日)	處方 監測	開立 格式 制定	開立 格式 監測	成立	聯合團隊
大腸直腸癌	101	V	110/03/1								否
肝癌	75	V	110/04/0								否
肺癌	57	V	110/04/1								否
乳癌	72	V	110/07/0								否
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	110/05/0								是(口腔/鼻咽)
胃癌	29	V	110/03/0								否
攝護腺癌	24										
膀胱癌	6										
食道癌	19										
鼻咽癌	15	V	110/05/01	V	V	110/05/01	V	V	V	V	是(頭頸癌(口腔/鼻咽))
惡性淋巴瘤	【Class 1~2 個案數】 14	V	110/08/01	V	V	110/08/01	V	V	V	V	否

≥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，故須再自選 2 癌
(請依實際情況填寫，亦可
> 8 癌)

認證通則 (3/4)

3. 病歷抽審對象

抽審對象	資料區間	資料來源
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)	110年	醫院-自評書附件
同時符合以下條件個案： 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	109年	國健署-癌登資料庫
多專科團隊之討論個案	審閱區間	醫院-團隊會議紀錄
住院中之癌症個案	審閱區間	醫院-現場

認證通則 (4/4)

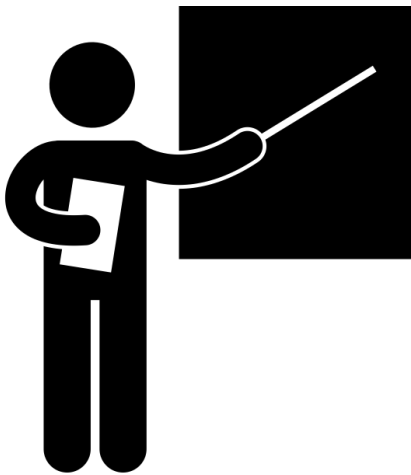
4. 病歷抽審方式 **【認證當天抵達醫院時即交付抽審名單】**

於會前會時由委員自個管師新收案名單及國健署提供之死亡個案名單中隨機抽選個案，醫院須於收到抽審名單後 1 小時內將病歷送達認證現場，若病歷延遲送達，則該本病歷不予計分。

5. 應審閱之病歷數

- (1) 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：**10 本**
- (2) 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：**15 本**
- (3) 基準1.4、2.3、2.7、2.8、2.9：至少審閱 **6 本**

111年 認證基準與評分 重點說明



第一章

癌症委員會（或類似單位）

之組織運作與任務

認證基準評量項目

項次	評量項目合計	認證委員 任務分組
第一章 癌症委員會（或類似單位）之組織運作與任務	4 項	A 組
第二章 癌症診療服務	9 項	B 組
第三章 癌症照護服務	3 項 (1 項加分項目)	A 組
總計	16 項 (1 項加分項目)	—

備註：基準 1.4 及 3.1 由衛生福利部國民健康署提供數據資料。

基準評量方式

■ 單項基準

依評量方式不同，分為：

1. 「優良、符合、不符合」
2. 「符合、不符合」

■ 必要項次

1. 認證基準於條號後以【必】字註記之項次屬之。
2. 如評量為「未達成」，則該條文列為「不符合」。

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。

符合項目：【達成三項為符合，全數達成為優良】

評
分
說
明

1. 【必】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. 【必】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 (續)

準備文件

1. 委員會成員名單（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）。
2. 癌症委員會（或類似單位）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 (續)

1. 癌症委員會（或類似單位）成員至少應包含下表所列之科別（部門）。

癌症委員會（或類似單位）之基本成員組成

病理科	醫院管理
影像診斷科	藥劑 可以是
放射腫瘤科	營養 醫師
（腫瘤）外科	護理
（腫瘤）內科	

重點

備註：

1. 醫院若未設置放射腫瘤部門，則無須列入。
2. 癌症委員會成員係為該科別（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。

基準1.1 (續)

重點

2. 癌症委員會（或類似單位）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，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）。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 (續)

重點

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醫院平均值之改善目標。
 - (2) 因認證基準執行不力，在進行評估與檢討後呈送癌症委員會（或類似單位），方可選定。
7. 為評估癌委會督導管理的能力，必要時可與癌委會主委進行訪談，了解主委對於癌委會各項事務是否熟悉，以評估癌委會功能是否彰顯。

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. 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醫院平均值之改善目標。
 - (2) 因認證基準執行不力，在進行評估與檢討後呈送癌症委員會（或類似單位），方可選定。

年度重要工作或改善方案之執行重點整理 (3/5)

■ 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-現況說明與常見問題 (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) 若以「存活率」作為改善主題，必須針對該癌別之所有期別進行檢討與改善。

基準1.1-現況說明與常見問題 (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-提醒 (1/2)

- 考量疫情發展難以預料，若疫情轉為嚴峻，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，委員將據此進行評核。
- 醫院若提出為期3或5年（即超過1年）的年度重要工作或改善主題，則須明確訂定每個年度的執行目標、執行策略，且須呈現每年的執行成果與檢討改善內容，癌委會亦須每年進行追蹤與協助，方符合基準精神。

基準1.1-提醒 (2/2)

- 考量實地認證時間有限，請醫院於實地認證時，每一個年度先提一項最有把握的改善主題，向委員進行說明。如委員認為選取之項目不如預期優異，可請醫院另提供一項該年度其他的重要工作或改善方案。
- 建議111年醫院自評書，每年至多填報兩項重要工作或改善方案。

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】**

評分說明

1. **【必】**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. **【必】**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1.2 (續)

準備文件

1. 同儕審查應辦理項目之監測結果，以及未達自訂閾值項目之改善方案或結果。
2. 癌症委員會（或類似單位）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 (續)

重點

1. 各團隊（或單位）提交相關監測資料至癌委會進行討論之院內同儕審查應辦理項目應包含：
 - (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) 必要提報事件檢討
 - (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
2. 因必要提報事件檢討無法預設閾值，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有紀錄可查。

基準1.2-現況說明與常見問題

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。
3. 癌委會未檢視監測閾值之合理性。
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。【見下頁舉例】

舉例-必要提報事件檢討 (自評書表2.3.2)

癌別	109年 提報案件數	110年 提報案件數
大腸直腸癌	1	2
肝癌	2	0
肺癌	3	3
乳癌	1	0
婦癌	1	0
頭頸癌	3	1
食道癌	1	1
上消化道癌	1	0
總計	13	7

- 基準1.2同儕審查應辦項目所列數據，須與基準2.3多專科團隊提報的數據一致。
- 應建立哪些個案必須提至癌委會討論之機制：
 - 列表存查
 - 單一事件須要改善
→ 會議中報告、討論
 - 系統性或跨科部問題
→ 會議中報告、討論

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。

評分說明

符合項目：【達成四項為符合，全數達成為優良】

1. 【必】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. 【必】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。

基準1.3 (續)

評分說明

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或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。
5. **【必】** 「癌症診療與照護報告」內容需符合重點3所列原則，且經由癌症委員會（或類似單位）審閱後公告。
6. 癌症委員會（或類似單位）應整體檢視癌症診療與照護報告並經由會議討論，選取優先改善之兩項期別存活率（**需為不同癌別**），據以交辦多專科團隊擬定改善方案，且視需要提供建議或協助。

基準1.3 (續)

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. 癌症診療與照護報告。
3. 期別存活率之相關分析及檢討文件。
4. 癌症委員會（或類似單位）之會議紀錄及相關附件。

基準1.3 (續)

1. 年度新診斷癌症個案數 (Class 0~3, 含原位癌) 達50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

重點

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

基準1.3 (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

【見下頁舉例】

~~癌登三率
個管三率
XX遵循率~~

重點

舉例-品質指標選取原因 (自評書表1.3)

是指團隊為何選取這3項或6項指標的原因

品質指標名稱	分子	分母	監測值	閾值	說明
肝癌個案經細胞與病理診斷的比率	36	177	20.3%	47.2%	指標選取原因： 未達全國平均值 分子定義：分母中有組織或細胞學確診肝癌的人數。 分母定義：所有肝癌的人數。

→ 可接受

品質指標名稱	分子	分母	監測值	閾值	說明
第II、III期直腸癌病人，6週內開始治療(手術或放療或CCRT)的比率	32	36	88.9%	40%	指標選取原因： 強制申報 分子定義：分母中，6週內開始治療的人數。 分母定義：第II、III期直腸癌的人數。

→ 不適當...

Q：若該指標全國平均值約94%，但醫院自訂閾值為40%？

A：須能提供閾值訂定理由、佐證資料，及癌委會有否定期檢核閾值合理性。

基準1.3 (續)

重點

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. 癌症診療與照護報告須呈現：
 - (1) 全癌之個案基本資料及追蹤成果（須依癌別呈現，不可僅呈現整體追蹤率及失聯率）。
 - (2) 同本基準品質指標癌別之治療方式統計、各期別存活率、品質指標之數據等。
- 【見下頁舉例】**
4. 若各癌別之期別存活率皆已高於全國平均值，則無須擬定改善方案。

舉例-癌症診療照護報告追蹤成果內容

案例 A (X)

表十三 2011年 癌症個案追蹤

追蹤情況	2011年確診癌症個案	
	個案數	%
持續就醫	1016	73.1
轉院	114	8.2
死亡	211	15.2
無回診意願	49	3.5
失聯(電話空號 or 無人接聽)	0	0.0
總計	1390	100.0

← 不可僅呈現整體追蹤率/失聯率

須呈現各癌別及整體追蹤率/失聯率 (呈現格式不拘)

案例 B (O)

表六 a: 2010年診斷各癌別個案一年追蹤結果(個案追蹤資料)

癌別	個案數	結果原因							
		外院治療個案數	外院治療比例%	失聯個案數	失聯比例%	拒絕治療個案數	拒絕治療比例%	死亡個案數	死亡比例%
大腸直腸癌	198	22	11.11%	0	0.00%	0	0.00%	40	20.20%
肝癌	137	8	5.84%	0	0.00%	0	0.00%	77	56.20%
子宮頸癌	108	12	11.11%	0	0.00%	0	0.00%	1	0.93%
肺癌	103	15	14.56%	0	0.00%	0	0.00%	46	44.66%
乳癌	97	17	17.53%	0	0.00%	1	1.03%	4	4.12%
頭頸癌	76	28	36.84% (1)	1	1.32%	1	1.32%	16	51.05%
攝護腺癌	68	8	11.76%	0	0.00%	1	1.47%	9	13.24%
胃癌	45	10	22.22%	0	0.00%	0	0.00%	19	42.22%
膀胱癌	45	1	2.22%	0	0.00%	0	0.00%	6	13.33%
食道癌	41	11	26.83% (3)	0	0.00%	0	0.00%	21	51.21%
血液腫瘤	20	6	30.00% (2)	0	0.00%	1	5.00%	8	40%
其他癌別	138	12	8.7%	0	0.00%	0	0.00%	46	33.33%
追蹤癌症總數	1076	150	13.94%	1	0.09%	4	0.37%		

*個案追蹤至 2010/12/31

	100年追蹤	98年診斷	97年診斷	96年診斷	95年診斷	Total
追蹤數		996	1055	501	383	2935
追蹤頻率		2年	3年	4年	5年	--
死亡		235	481	14	9	739
就醫中		456	367	393	286	1502
轉院		128	51	5	40	224
失聯		69	80	40	35	224
控制良好		101	71	48	8	228
拒訪		7	5	1	5	18
診斷年失聯率%		7.63%	8.06%	8.18%	10.44%	8.25%
診斷年追蹤率%		92.37%	91.94%	91.82%	89.56%	91.75%

舉例-品質指標 / 癌症診療照護報告應含癌別

- 某院為非醫學中心，下表係該院個案數最多的8種癌別（即該院「常見癌別」）

癌別	大腸	乳	肺	肝	攝護腺	膀胱	口腔	食道
Class 0-3 個案數	86	75	61	63	30	22	41	25

Q1：須訂定幾種癌別的品質指標？

A1：4種癌別 [依據重點1]。

Q2：癌症診療與照護報告須呈現幾種癌別的治療統計方式、各期別存活率、品質指標之數據？

A2：4種癌別 [依據重點3(2)]。

基準1.3-現況說明與常見問題 (1/2)

1. 品質指標：

- (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1.3-現況說明與常見問題 (2/2)

2. 癌症診療照護報告及期別存活率：

- (1) 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。
- (2) 癌委會應優先選取不同癌別之兩項期別存活率，給予適切的建議或協助。
- (3) PDCA技巧運用在「Act」的部分宜更具體。

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。

評分說明	<p>符合項目：【全數達成為符合】</p> <ol style="list-style-type: none">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、查詢補正率與邏輯待查回覆率$\geq 95\%$。3. 認證現場抽審之登錄資料正確率$\geq 90\%$。
準備文件	<ol style="list-style-type: none">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）

基準1.4 (續)

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）。
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、查詢補正率與邏輯待查回覆率之計算方式，以癌症登記資料庫可取得最近三個年度（107~109年）之平均值進行評分。

基準1.4 (續)

重點

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1.4 (續)

1. 癌症個案數採用癌症登記資料庫最近可取得年度之前一年度新診斷癌症病人數為基準（如：111年認證，則以各院申報之108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共六本，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。

備註

【表一】 認證現場抽審欄位

認證委員請依衛生福利部國民健康署於民國100年公告之「台灣癌症登記摘錄手冊」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	欄位名稱	欄位		序號	欄位名稱	欄位	
		起	迄			起	迄
2.13	腫瘤大小 Tumor Size	96	98	3.10	病理 T Pathologic T	127	129
2.14	區域淋巴結檢查 數目 Regional Lymph Nodes Examined	99	100	3.11	病理 N Pathologic N	130	131
2.15	區域淋巴結侵犯 數目 Regional Lymph Nodes Positive	101	102	3.12	病理 M Pathologic M	132	133

【表一】 認證現場抽審欄位 (續)

序號	欄位名稱	欄位		序號	欄位名稱	欄位	
		起	迄			起	迄
3.4	臨床 T Clinical T	115	117	3.13	病理期別組合 Pathologic Stage Group	134	136
3.5	臨床 N Clinical N	118	119		其他分期系統 Other Staging System — FIGO		
3.6	臨床 M Clinical M	120	121		其他分期系統 Other Staging System — BCLC		
3.7	臨床期別組合 Clinical Stage Group	122	124		其他分期系統 Other Staging System — 血液腫瘤 histology		

基準1.4 - 現況說明與常見問題

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)

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。

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診療指引，並符合重點1所列原則。
2. 【必】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. 【必】現場抽審病歷中， $\geq 80\%$ 已有治療計畫書，且正確填載所有基本必要項目。
4. 現場抽審病歷中， $\geq 80\%$ 之治療計畫書係依據院內診療指引制訂，且病人首次療程之治療方式符合治療計畫書。
5. 80% 之病人遇有重點8之狀況時，已更新治療計畫書。

基準2.1 (續)

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。

基準2.1 (續)

準備文件

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癌症委員會（或類似單位）之改善方案。
8. 認證通則1所列14癌之110年個管師新收案名單（Class 1~2，但排除原位癌）。請依癌別分列，並呈現個案之病歷號碼或身分證號碼、年齡、臨床分期、病理分期及治療方式（註明有無接受手術、化療、放療等）。【見下頁舉例】
9. 資料審閱區間中，多專科團隊會議紀錄（請以癌別分列）。

舉例-一個管新收案名單應呈現內容

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

癌別	病歷號 (或 ID)	年齡	臨床期別 (cTNM)				病理期別 (pTNM)				治療方式
			T	N	M	Stage	T	N	M	Stage	
乳癌	000001	60	3	0	0	IIB	3	1mi	0	IIIA	OP→HT→RT
乳癌	000002	69	1	0	0	I	1	0	0	I	(外院 OP)→RT
乳癌	000003	73	2	1	0	IIB	2	1	0	IIB	OP→CT→HT
乳癌	000004	58	3	2a	0	IIIA	3	2a	0	IIIA	CT→OP→RT→HT

■ 病歷號與身分證號
可擇一呈現。

■ 請呈現全碼勿遮蔽。

■ 如呈現病人姓名，
請勿呈現全名。

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2.1 (續)

重點

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，且明確標示制定或修訂日期）。
- (4) 團隊共識後所訂之指引，應提請癌症委員會（或類似單位）公告。

基準2.1 (續)

重點

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）
3. 預定之治療計畫中，化療regimens若以藥物組合名稱（例如：mFOLFOX6或FAC protocol-1等）呈現，即不要求寫出劑量、療程（cycle）；惟不宜以院內處方代碼呈現（例如：M123）。放療劑量則可以數值或範圍（range）呈現。

基準2.1 (續)

重點

4. 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）。

【見下頁舉例】

舉例-監測結果分析 (自評書表2.1)

應涵蓋所有相關因素之分析，不要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

年度	110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2.1 (續)

重點

5. 治療計畫書須於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。
6. 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，只作緩和治療（palliative therapy），甚至他院轉入已屬terminal stage，僅安排安寧照護之個案皆須有治療計畫書。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2.1 (續)

重點

7. 事前規劃的癌症手術 (elective major surgery) 及侵入性治療 (含RFA及TACE)，應於術前訂定治療計畫書，內容完成基本必要項目及預計執行之術式即可，術後可再依病理分期擬定後續治療計畫。
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。

基準2.1-現況說明與常見問題 (1/2)

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：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閾值項目，多專科團隊未進行討論或改善。

基準2.1-現況說明與常見問題 (2/2)

3. 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：計畫書填寫日期未寫明、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2.1-提醒 (1/2)

■ 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 + RT 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。

基準2.1-提醒 (2/2)

■ 治療計畫書填寫注意事項 (續)

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

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。

符合項目：【達成四項為符合，全數達成為優良】

評
分
說
明

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. 【必】已建立全院一致之處方（prescription）開立格式。
3. 【必】針對上述癌別之處方遵循及開立格式設有監測機制。
4. 【必】已建立癌症治療藥物處方開立之標準作業流程。
5. 現場抽審病歷中， $\geq 80\%$ 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2.2 (續)

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. 會議討論/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癌症委員會（或類似單位）之改善方案。

基準2.2 (續)

重點

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，且明確標示制定或修訂日期）。
 - (4) 會議共識後所訂之處方，應提請癌症委員會（或類似單位）公告。
2. 癌症治療藥物處方（含口服抗癌及標靶藥物）至少應含輔助（adjuvant）、新輔助（neoadjuvant）、合併化學及放射線治療（concurrent chemoradiotherapy, CCRT）（需分別陳列）及轉移癌之第一線治療藥物等。

基準2.2 (續)

重點

3. 處方內容須呈現藥物品名（學名為佳）、劑量、給藥方式，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）。
4. 處方（prescription）開立格式內容須包含：藥物名稱、劑量、稀釋液、給藥途徑及速率。
5. 處方開立者非主治醫師或專科醫師層級時，則須有主治醫師或專科醫師複核，方可調配。
6. 是否將轉移性化學治療處方列入監測機制中，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。

【見下頁舉例】

舉例-處方遵循監測結果分析 (自評書表2.2)



意指醫師所開立的處方是否符合醫院自訂之regimen

【表2.2】癌症治療藥物處方遵循與開立格式監測列表

年度	110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 (%)	
已建立癌症治療藥物處方之癌別	閾值	監測值	閾值	監測值
	乳癌	80	88	95



- 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2.2-現況說明與常見問題 (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2.2-現況說明與常見問題 (2/2)

4. 部分癌別之癌症治療藥物處方未分別陳列輔助（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。
5. 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。
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2.2-提醒

- 臨床上若有新的治療方式且健保已開始給付，但尚未到醫院診療指引改版時間，只要該治療方式或藥物經多專科團隊會議討論且有紀錄佐證，即符合基準要求。

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。

評
分
說
明

符合項目：【達成五項為符合，全數達成為優良】

1. 【必】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。
2. 【必】核心成員（指科別）出席率皆 $\geq 80\%$ 。
3. 【必】各癌別提送多專科團隊討論個案之百分比皆 $\geq 20\%$ ，其中屬事前討論之個案達該癌別個案總數之15%。
4. 現場抽審病歷中， $\geq 80\%$ 個案能將討論結果呈現於病歷上。
5. 多專科團隊已建立且確實執行必要提報事件檢討機制。
6. 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2.3 (續)

準備文件	<ol style="list-style-type: none">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. 多專科團隊建立之必要提報事件檢討機制。3. 多專科團隊針對必要提報事件之討論及彙整提交至癌症委員會（或類似單位）紀錄。
重點	<ol style="list-style-type: none">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。

基準2.3 (續)

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

重點

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。

基準2.3 (續)

重點

4. 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。
5. 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。
6. 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，但設有轉診機制且合作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。

基準2.3 (續)

重點

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
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

基準2.3 (續)

重點

團隊別	可合併癌別	團隊核心成員
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
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

基準2.3 (續)

重點

團隊別	可合併癌別	團隊核心成員
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、（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。

7. 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。

基準2.3 (續)

重點

8. 事前討論定義：

- (1) 新診斷尚未治療個案。
- (2) 新診斷已開始治療個案，但討論增加或改變治療之必要性。
- (3) 已診斷且完成治療，討論輔助性治療或對於復發及病情惡化之處理。
- (4) 晚期病人討論支持性或緩和性治療之必要性。

9. 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。

【見下頁注意事項、舉例】

基準2.3-疫情期間之會議召開注意事項 (1/2)

- **【109/3/9認證網頁公告】** 因應武漢肺炎疫情影響，並配合醫院感控政策之執行，自109/1/1起，各醫療院所之多專科團隊會議召開方式及頻率，由各院自訂，不受認證基準規範。前述內容之適用時間，將視疫情發展及衛福部之防疫政策進行調整。
- **【109/6/8認證網頁公告】** 因應中央流行疫情指揮中心109/6/7起之防疫解禁政策，各醫療院所之多專科團隊會議召開頻率，自109/6/8起，恢復遵照認證基準規範辦理。

基準2.3-疫情期間之會議召開注意事項 (2/2)

- **【110/5/13認證網頁公告】** 考量疫情發展難以預料，若**疫情轉為嚴峻**，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，委員將據此進行評核。
- 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。

舉例-多專科團隊會議統計表 (自評書表2.3.1)

團隊名稱： <u>頭頸癌</u> 團隊				
年度	110年			
會議頻率設定值	現場須提供因疫情影響而自訂之會議 ← 2次/每月			
應召開會議次數 (A)	21 (備註1)			
實際開會次數	22 (備註2) 若為聯合團隊，請寫明團隊涵蓋之癌別與個案數			
涵蓋癌別 / 新診斷個案數 (B)	佐證資料！ <div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; display: inline-block;"> 口腔癌 / 75例 鼻咽癌 / 50例 </div> → 請寫明團隊涵蓋之癌別與個案數			
癌別	提交團隊討論		事前討論	
	個案數 (C)	討論率 (%) (C/B × 100%)	個案數 (D)	討論率 (%) (D/B × 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	
備註	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，其餘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。			

基準2.3 (續)

重點

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病歷中，相關照護團隊人員均可查閱，即符合基準精神。
11. 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。
12. 「必要提報事件」之提報檢討機制 (例如：提交討論之時間點) 由各院自訂，提報案件至少應包含：
 - (1) 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) 侵入性治療 (含根治性手術、RFA、TACE…等) 30天內死亡之個案。

基準2.3 (續)

重點

13. 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12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2.3-現況說明與常見問題

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. 必要提報事件：
 - (1) 機制建立尚不完全，如case finding、提報事件判定等。
 - (2) 抽審病歷發現符合提報定義之個案，但未落實執行通報。
4. 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2.3-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（包含提報對象定義、個案篩選提報流程、案件檢討改善流程等）。
 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2.3-提醒 (2/2)

- 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健康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2.4

主治醫師須於（電子）病歷記載正確詳實之臨床及病理分期。

評分說明

符合項目：【全數達成為符合】

1. 病歷評分指數 $\geq 90\%$ 。
2. 建立癌症分期資訊之修正回饋機制並確實執行。

基準2.4 (續)

準備文件

癌症分期資訊之修正回饋機制及相關紀錄。

重點

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。
2. 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。

基準2.4 (續)

重點

3. 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。
4. 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。

基準2.4 (續)

重點

5. 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，因每次住、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。
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。

基準2.4-現況說明與常見問題

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2.4-提醒

■ 癌症分期資訊修正回饋機制

1. 須有SOP，可以流程圖或敘述式。
2. 並非單指一年後癌登審查發現之期別錯誤修改機制。
3. 「臨床上的即時修正」與「一年後癌登審查發現之期別錯誤修改」宜分開闡述。

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。

評
分
說
明

符合項目：

病歷評分指數 $\geq 85\%$ 。

基準2.5 (續)

重點

1. 本項基準涵蓋主要治療方式：外科手術（含侵入性治療）、癌症治療藥物（含化學治療、免疫治療、標靶治療與特殊途徑給藥）及放射線治療等，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。
 - (2) 副作用須有等級、頻率（如：watery diarrhea 3次）或程度（輕度、中度或重度）之描述。
 - (3) 針對Gr. III以上副作用之因應處置。
2. 無副作用，亦須註明，不得空白未寫。輕微副作用，已記錄等級、頻率或程度即可。

基準2.5 (續)

重點

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，所有療程中有50%療程有記載即視為符合。例如：CAF每三週注射一次 × 6次，則其中3次有記載副作用即不扣分。惟門診 weekly 治療至少每四週須記載一次。
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. 長期併發症（long term AE）、palliative R/T個案與使用荷爾蒙治療藥物個案，暫不列入評分範圍。

基準2.5-現況說明與常見問題

1. 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：
副作用格式化及設立主動提醒評估。

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。

評
分
說
明

符合項目：
病歷評分指數 $\geq 85\%$ 。

基準2.6 (續)

重點

1. 應記載之重點項目如下：

(1) 疾病病程的變化。

(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）。

2. 病人治療與病程改變記錄之評核範圍，涵蓋外科手術（含侵入性治療）、癌症治療藥物（含化學治療、免疫治療、荷爾蒙治療、標靶治療與特殊途徑給藥）及放射線治療等。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（或追蹤時，進行病程之定期性評估），且呈現於病歷紀錄上。

基準2.6 (續)

重點

3. 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」。
4. 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2.6-現況說明與常見問題

1. 部分抽審病歷：

- (1) 未評估疾病病程變化及治療反應。
- (2) 病程變化記載或治療改變時，未於病歷上載明改變原因。
- (3) 僅呈現檢查報告結果，但主責醫師未記錄其判斷與評估結論為何。

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。

評分說明

符合項目：【達成四項為符合】

1. 【必】已建立臨床對病理診斷的討論回饋或向外諮詢機制。
2. 【必】現場抽審病歷中， $\geq 80\%$ 的院內確診病例，已在治療前完成惡性腫瘤（含原位癌）診斷確認之複閱。
3. 【必】現場抽審病歷中， $\geq 90\%$ 之病理報告符合院內自訂格式。
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2.7 (續)

準備文件

1. 院內病理切片同儕複閱辦法、執行紀錄、複閱結果之統計分析、檢討改善及提交癌症委員會（或類似單位）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、監測結果之統計分析、檢討改善及提交癌症委員會（或類似單位）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2.7 (續)

重點

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. 若病人惡性腫瘤之病理診斷在小標本（切除）時，已進行複閱確診後方進行腫瘤手術，則大標本可以不再複閱；反之，則必須複閱。
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2.7 (續)

重點

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2.7-現況說明與常見問題

無。

基準2.7-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2.8

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。

評分說明

符合項目：**【全數達成為符合】**

1. 已建立臨床對影像診斷的討論回饋或向外諮詢機制。
2. 現場抽審病歷中， $\geq 90\%$ 之影像診斷報告符合院內自訂格式。

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、監測結果之統計分析、檢討改善及提交癌症委員會（或類似單位）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2.8 (續)

重點

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、食道癌及攝護腺癌）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。若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，若為「沒有」或「negative」的項目亦應寫明「nil」或列出(一)，不可直接刪除或省略；反之，雖為checklist格式但項目不完整，亦不符合基準要求。

基準2.8 (續)

重點

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，或外片未附報告者，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2.8-現況說明與常見問題

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2.8-問題討論

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。

【見下頁舉例】

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><u>V</u> Not assessable</p> <p><u> </u> No or Equivocal ←</p> <p><u> </u> Yes, if yes:</p> <p><u> </u> Colonic or rectal wall</p> <p><u> </u> Invades non-peritonealized pericolonic or perirectal tissues</p> <p><u> </u> Invades visceral peritoneum or adjacent organs <u> </u></p>	<p style="color: red;">其他欄位採下列任一方式呈現亦可：</p> <p><u> </u> No or Equivocal</p> <p><u>Nil</u> No or Equivocal</p> <p><u> </u> 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	<p>影像報告未呈現 Tumor invasion 欄位或內容</p>	

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。

評分說明

符合項目：【達成三項為符合，全數達成為優良】

1. 至少制訂乳癌、口腔癌（含口咽及下咽）、肺癌、直腸癌、子宮頸癌及鼻咽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。
2. 【必】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。
3. 【必】現場抽審病歷中， $\geq 90\%$ 已有新病人評估紀錄與完成紀錄。
4. 現場抽審病歷中， $\geq 80\%$ 符合「總劑量」及「治療次數」之規範。

基準2.9 (續)

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、檢討改善及提交癌症委員會（或類似單位）紀錄。
5. 轉介機制及紀錄（未設立放射線治療部門者需要）。

基準2.9 (續)

重點

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，且明確標示制定或修訂日期）。
 - (4) 會議共識後所訂之指引，應提請癌症委員會（或類似單位）公告。

基準2.9 (續)

重點

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2.9 (續)

重點

4. 已完成根治性目的 (curative intent) 之放射線治療個案應在醫院病歷中呈現以下記載：
 - (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. 相關治療紀錄不可僅置於放射治療科專用病歷，而應存放於全院性病歷中，以利相關醫療照護人員查閱。依此精神，若本院及分院皆採行電子病歷，則相關人員皆須具備病歷查閱權限方被認可為符合基準要求。

基準2.9 (續)

重點

6. 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。
7. 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。
8. 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，則評分最高為「符合」。未建立合作機制者評分為「不符合」。

基準2.9-現況說明與常見問題

1. 部分抽審病歷：

- (1) 未有新病人評估紀錄或完成紀錄。
- (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2.9-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。

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。

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. **【必】**各癌別至少須建立重點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 (續)

準備文件	<ol style="list-style-type: none">1. 腫瘤個案管理護理師之職責與工作規範。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. 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。
重點	<ol style="list-style-type: none">1. 111年評分方式：採各院申報癌症登記之108年度新診斷個案數，評估所需人力。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（授課證明至少50小時積分）。

基準3.1 (續)

重點

3. 個案管理照護範圍：

- (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)。

基準3.1 (續)

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：

- A. 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。
- B. 監測病人治療過程之異常現象。
- C. 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：

- A. 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。
- B. 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：

- A. 定期提供多專科團隊個案管理指標結果。

重點

基準3.1 (續)

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	應追蹤個案失聯達N個月人數	全癌應追蹤個案數 (總收案人數－已死亡人數)	失聯定義由各院自訂
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 0~3) 個案數	含緩和治療
完治率	分母中有完成首次治療或整個治療組合 (手術化療、放療) 之個案數	當年度院內常見癌別之新診斷 (Class 1~2)，並在本院進行治療 (手術、化療放療) 之個案數 (扣除治療中、未治療及採安寧療護之人數)	治療完成定義可為總療程或單種治療 (如化療、放療、射線治療) 的完成

重點

基準3.1-現況說明與常見問題

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3.2

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。

評分說明

符合項目：【達成二項為符合】

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 (續)

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 (續)

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，擇定並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。

基準3.2-現況說明與常見問題

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晚期癌症病人建立緩和醫療之照護標準與流程。

評分說明

符合項目：

1. 已建立晚期癌症病人接受緩和醫療之照護標準與流程。
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。

【加分項目】 基準3.3 (續)

準備文件

1. 晚期癌症病人接受緩和醫療之照護標準與流程。
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。

【加分項目】 基準3.3 (續)

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）。
2. 照護標準與流程應包含啟動轉介緩和醫療之條件、轉介流程與照護服務內容等。
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）。可由現有安寧緩和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、共同醫療決策及照護者支持等面向。

基準3.3-現況說明與常見問題

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。

癌別	病房
乳癌	全院收治 該癌之病房
大腸癌	
O	

病房	癌別
5東	該病房收治 之癌症病人
6西	
O	

癌別	病房
乳癌	5東
	6西
X	

基準3.3-提醒

- 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。
- 應清楚訂定安寧（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。
- 可由現有安寧緩和照護團隊或多專科團隊之功能小組負責辦理，惟緩和照護與安寧照護不盡相同，醫院之標準作業規範中必須清楚區分兩種照護模式，方能符合基準要求。

綜合討論

