

111 年度
癌症診療品質認證
基準及評分說明
【曾通過認證醫院適用版】

衛生福利部

中華民國 110 年 12 月

目錄

| | |
|-------------------------------|----|
| 壹、認證申請資格..... | 1 |
| 貳、認證申請類別..... | 1 |
| 參、認證基準評量項目及任務分組..... | 2 |
| 肆、認證等級評定..... | 2 |
| 伍、認證通則..... | 3 |
| 陸、癌症診療品質認證基準及評分說明..... | 5 |
| 第一章 癌症委員會（或類似單位）之組織運作與任務..... | 5 |
| 第二章 癌症診療服務..... | 12 |
| 第三章 癌症照護服務..... | 24 |

壹、認證申請資格【註：以國民健康署提供之數據為依據】

- 一．醫院評鑑合格以上之醫院。
- 二．需符合以下條件之一：
 - (一)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）以上之醫院。
 - (二)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。
 - (三)110 年採「未曾通過認證醫院適用版」認證結果為通過之醫院。
- 三．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：
 - (一)依據基準 2.1 重點 1 制訂診療指引
 - (二)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
 - (三)依據基準 2.3 重點 2 及 3 成立多專科醫療團隊

貳、認證申請類別

- 一．非醫學中心及全癌年度新診斷個案數未達1,500例
- 二．醫學中心或全癌年度新診斷個案數1,500例（含）以上

參、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 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。

肆、認證等級評定

認證總評分結果分為優等、通過、不通過。

| | |
|--------------|--|
| 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 |

伍、認證通則

1. 癌症別之選取範圍：

以有申報癌症登記長表之癌症別為主，列舉如下：大腸直腸癌（C18 - C21）、肝癌（C22）、肺癌（C33 - C34）、乳癌（C50）、子宮頸癌（C53）、子宮體癌（C54）、卵巢癌（C56）、口腔癌（含口咽及下咽等）（C00 - C06；C09 - C10；C12 - C14）、鼻咽癌（C11）、食道癌（C15）、胃癌（C16）、攝護腺癌（C61）、膀胱癌（C67）及惡性淋巴瘤（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）等。

2. 「院內常見癌別」之定義：

- (1) 上述癌別凡癌登最近可取得年度之新診斷癌症個案數（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。

3. 病歷抽審對象：

- (1) 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）。
- (2) 109 年之癌登資料庫中擇取 Class 1~2 且癌症分期 I~III 期者（以病理期別優先），首次治療後一年內死亡個案（由衛生福利部國民健康署提供名單）。
- (3) 資料審閱區間內，多專科團隊之討論個案（由醫院提供之團隊會議紀錄中現場擇取）。
- (4) 住院中之癌症個案。

4. 病歷抽審方式：

於會前會時由委員自個管師新收案名單及國民健康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。

陸、癌症診療品質認證基準及評分說明

一. 基準評量方式

1. 單項認證基準依評量方式不同，分為「優良、符合、不符合」或「符合、不符合」二類。
2. 認證基準於條號後以「必」字註記之項次，如評量為「未達成」者，則該條文列為「不符合」。

二. 實地認證資料審閱區間

1. 首次申請認證（採未曾通過認證醫院適用版）結果為「通過」：110 年至 111 年認證前 2 個月。
2. 認證效期屆滿：前次認證結果核定年度至 111 年認證前 2 個月。
3. 前次申請認證結果為「不通過」：前次認證申請年度至 111 年認證前 2 個月。

| 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。 | | | | | | | | | |
| 評分說明 | <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. [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。 | | | | | | | | |
| 準備文件 | <ol style="list-style-type: none"> 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）。 | | | | | | | | |
| 重點 | <ol style="list-style-type: none"> 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）。 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">癌症委員會（或類似單位）之基本成員組成</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">病理科</td> <td style="text-align: center;">醫院管理</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">影像診斷科</td> <td style="text-align: center;">藥劑</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">放射腫瘤科</td> <td style="text-align: center;">營養</td> </tr> </tbody> </table> | 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 | 放射腫瘤科 | 營養 |
| 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 | | | | | | | | |
| 放射腫瘤科 | 營養 | | | | | | | | |

| | | |
|---------------------------------------|---|----|
| | (腫瘤) 外科 | 護理 |
| | (腫瘤) 內科 | |
| | 備註： 1. 醫院若未設置放射腫瘤部門，則無須列入。 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。 | |
| | 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。 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。 | |
| 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。 | | |
| 評 分 說 明 | 符合項目：【達成三項為符合，全數達成為優良】 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。 |
| 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）。 |
| 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 1.3 | |
| 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。 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。 |

| | <p>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。</p> <p>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。</p> | | | | | | |
|-----------------------------------|--|-----------------------------------|-------|---------|-----|--------|-----|
| <p>準備文件</p> | <p>1. 品質指標的監測機制、相關統計分析及檢討改善文件。</p> <p>2. 癌症診療與照護報告。</p> <p>3. 期別存活率之相關分析及檢討文件。</p> <p>4. 癌症委員會（或類似單位）之會議紀錄及相關附件。</p> | | | | | | |
| <p>重點</p> | <p>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：</p> <p>(1) 指標數</p> <table border="1" data-bbox="376 831 1406 1050"> <thead> <tr> <th>各癌別年度新診斷癌症個案數 (Class 0~3，含原位癌)</th> <th>制定指標數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50-99 例</td> <td>3 項</td> </tr> <tr> <td>≥100 例</td> <td>6 項</td> </tr> </tbody> </table> <p>(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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>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。</p> <p>3. 癌症診療與照護報告須呈現：</p> <ol style="list-style-type: none"> (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。 <p>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。</p> | 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 |
| 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 | | | | | | |
| <p>基準 1.4</p> | | | | | | | |

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。

| | |
|--------------------|--|
| <p>評分說明</p> | <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$\geq 90\%$。 |
| <p>準備文件</p> | <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）。 |
| <p>重點</p> | <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 |
| <p>備註</p> | <ol style="list-style-type: none"> 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。

【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 |
| 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 | | |

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 | <p>符合項目：【達成四項為符合，全數達成為優良】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| 準 備 文 件 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 最新版次之癌症診療指引（請於認證現場準備紙本文件）。 2. 多專科團隊討論/修訂診療指引之會議紀錄與相關參考資料。 3. 院內公告紀錄或院內網頁公布內容。 4. 機構制訂之癌症治療計畫書格式。 5. 診療指引遵循之監測辦法、原始監測紀錄、監測結果之統計分析。 6. 治療計畫書之監測辦法、原始監測紀錄、監測結果之統計分析。 7. 多專科團隊會議中，有關上述監測結果之相關討論紀錄或提交癌症委員會（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）。 9. 資料審閱區間中，多專科團隊會議紀錄（請以癌別分列）。 |
| 重 點 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 診療指引須符合以下原則： <ol style="list-style-type: none"> （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。 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。
 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)。
 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。
 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 2.2

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。

| | |
|------|---|
| 評分說明 | <p>符合項目：【達成四項為符合，全數達成為優良】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| 準備文件 | <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| 重點 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 癌症治療藥物處方須符合以下原則： <ol style="list-style-type: none"> (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）（須分別陳列），以及轉移癌之第一線治療藥物等。 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 |

| | <p>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）。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> | | | | | | | | |
|--|--|---------------------|--------|------------|----------|-------------------------|----------|------------------|----------|
| 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 | <p>符合項目：【達成五項為符合，全數達成為優良】</p> <p>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。</p> <p>2. [必]核心成員（指科別）出席率皆$\geq 80\%$。</p> <p>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%。</p> <p>4. 現場抽審病歷中，$\geq 80\%$個案能將討論結果呈現於病歷上。</p> <p>5. 多專科團隊已建立且確實執行必要提報事件檢討機制。</p> <p>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。</p> | | | | | | | | |
| 準備文件 | <p>1. 多專科團隊召開會議之場次統計數據與相關會議紀錄。</p> <p>2. 多專科團隊建立之必要提報事件檢討機制。</p> <p>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。</p> | | | | | | | | |
| 重點 | <p>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。</p> <p>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。</p> <table border="1" data-bbox="268 1697 1407 1944" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">年度新診斷個案數（Class 0~3）</th> <th style="text-align: center;">最低開會頻率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">個案數 < 50 例</td> <td style="text-align: center;">每月召開 1 次</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">50 例 \leq 個案數 < 500 例</td> <td style="text-align: center;">每月召開 2 次</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">個案數 ≥ 500 例</td> <td style="text-align: center;">每週召開 1 次</td> </tr> </tbody> </table> <p>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，</p> | 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 ≥ 500 例 | 每週召開 1 次 |
| 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 ≥ 500 例 | 每週召開 1 次 | | | | | | | | |

- 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. 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。

| 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 |
| 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 |
| 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。 | | |
| 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。 | | |
| 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。 | | |
| 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 2.4 | | |
| 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 | <p>符合項目：【全數達成為符合】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| 準備文件 | <p>癌症分期資訊之修正回饋機制及相關紀錄。</p> |
| 重點 | <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 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 2.5 | |
| <p>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。</p> | |
| 評分說明 | <p>符合項目：病歷評分指數$\geq 85\%$。</p> |
| 重 | <ol style="list-style-type: none"> 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 |

| | |
|---|---|
| 點 | <p>(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：</p> <ol style="list-style-type: none"> (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。 <ol style="list-style-type: none"> 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。 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 2.6

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%。 |
| 重點 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 應記載之重點項目如下： <ol style="list-style-type: none"> (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 |

| | |
|---|---|
| | <p>期性評估)，且呈現於病歷紀錄上。</p> <p>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」。</p> <p>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。</p> |
| 基準 2.7 | |
| <p>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。</p> | |
| 評分說明 | <p>符合項目：【達成四項為符合】</p> <ol style="list-style-type: none"> [必]已建立臨床對病理診斷的討論回饋或向外諮詢機制。 [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。 [必]現場抽審病歷中，$\geq 90\%$之病理報告符合院內自訂格式。 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。 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。 |
| 準備文件 | <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 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。 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)。 |
| 重點 | <ol style="list-style-type: none"> 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： <ol style="list-style-type: none"> 由專科醫師進行複閱。 設有科內複閱會議。 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。 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 |

| | |
|---|---|
| | <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> |
| 基準 2.8 | |
| <p>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。</p> | |
| <p>評分說明</p> | <p>符合項目：【全數達成為符合】</p> <p>1. 已建立臨床對影像診斷的討論回饋或向外諮詢機制。</p> <p>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。</p> |
| <p>準備文件</p> | <p>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。</p> <p>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。</p> |
| <p>重點</p> | <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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，</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>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。</p> <p>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。</p> |
| 基準 2.9 | |
| <p>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。</p> | |
| 評分說明 | <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. 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。 |
| 準備文件 | <ol style="list-style-type: none"> 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）。 |
| 重點 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 放射線治療政策與程序之指引須符合以下原則： <ol style="list-style-type: none"> （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。 2. 根治性目的之放射線治療指引須包含以下內容： <ol style="list-style-type: none"> （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。
 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。
 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」。

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。

| | |
|-------------|---|
| <p>評分說明</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. 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。 |
| <p>準備文件</p> | <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。 |
| <p>重點</p> | <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（受課證明至少 50 小時積分）。 3. 個案管理照護範圍： <ol style="list-style-type: none"> (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）。 4. 腫瘤個案管理護理師之職責與工作規範如下： <ol style="list-style-type: none"> (1) 個案管理： <ol style="list-style-type: none"> 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。

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 (如化學治療、放射線治療) 的完成 |

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。

- 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。

| | |
|---------------------------------------|--|
| 準備文件 | <ol style="list-style-type: none"> 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）。 |
| 重點 | <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| 【加分項目】基準 3.3 | |
| 癌症防治醫療機構應針對癌症病人建立緩和醫療之照護標準與流程。 | |
| 評分說明 | <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 已建立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。 |
| 準備文件 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 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。 |
| 重點 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 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，並不限於晚期癌症。 2. 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）。 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、病人自主權利（AD）及照護者支持等面向。 |