

107 年度 癌症診療品質認證 基準及評分說明 (未曾通過認證醫院適用版)

衛生福利部

中華民國 107 年 2 月

目錄

壹、認證基準評量項目及任務分組	2
貳、認證等級評定	3
參、認證通則	4
肆、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 癌症資料庫之管理與運用	7
第三章 癌症診療與照護服務	10

壹、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	
		組別	基準項次
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
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
總計	14 項		

備註：基準 2 及 14 由衛生福利部國民健康署提供數據資料。

貳、認證等級評定

1. 單項基準評量方式分為「符合、不符合」，基準所列符合項目須全數達成，方可評定該項基準為「符合」。
2. 認證總評分結果分為通過、限期改善、不通過。

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

參、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。

肆、癌症診療品質認證基準及評分說明

實地認證資料審閱區間為 106 年至 107 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【對應曾通過認證醫院版基準 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。	
評分說明	<p>符合項目：</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. 委員會之成員組成至少須包含以下： <p>【醫師成員】：含影像診斷科、病理科、（腫瘤）外科、（腫瘤）內科及放射腫瘤科等部門代表。</p> <p>【非醫師成員】：含醫院管理、護理、藥劑及營養等部門代表。</p>
準備文件	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全院之組織架構圖（須標明該委員會於全院組織架構圖之位置）。 2. 委員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. 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）。 4. 癌症委員會（或類似單位）之會議紀錄。
重點	<ol style="list-style-type: none"> 1. 癌症委員會（或類似單位）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。 3. 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： <p>分母：癌委會成員人數 × 年度實際召開會議次數</p> <p>分子：癌委會成員總出席人次</p> 4. 本項次精神在於評估全院性之癌症委員會（或類似單位）是否確實達成監督功能，將視醫院規模及實際運作模式進行評核，不強制醫院需成立實體之「癌症中心」。 5. 「主委須為醫院主管」，在此僅視該主委是否能於癌委會（或類似單位）

	<p>展現領導統馭能力，但不規範其管理階層（位階）。</p> <p>6. 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。</p>
備註	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>3. 若為代理出席則不列入出席率計算。</p>

第二章 癌症資料庫之管理與運用

基準 2【對應曾通過認證醫院版基準 1.4】

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。

評分說明	<p>符合項目：</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$\geq 95\%$。
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）。
重點	<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，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二個年度（104~105 年）之平均值進行評分。
備註	<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：107 年認證，則以各院申報之 104 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 3【對應曾通過認證醫院版基準 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。

評分說明	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。
準備文件	<ol style="list-style-type: none"> 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。
重點	<ol style="list-style-type: none"> 1. 癌症登記資料庫品質管理機制應包含： <ol style="list-style-type: none"> (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) 癌症委員會（或類似單位）建立之癌症登記資料庫（外部）稽核辦法 2. 癌症登記資料庫內部品管審查辦法，應包括下列重點： <ol style="list-style-type: none"> (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： <ol style="list-style-type: none"> (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。 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。

【表一】稽核欄位

各院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。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	迄			起	迄
2.2	癌症發生順序號碼	57	58	4.1.5	原發部位手術邊緣	187	187
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	193	194
2.6	原發部位	78	81	4.3.4	申報醫院化學治療開始日	266	273
2.8	組織類型	83	86	4.3.7	申報醫院荷爾蒙治療開始日	278	285
2.12	首次顯微鏡檢證實日期	90	97	4.3.10	申報醫院免疫治療開始日	290	297
2.13	腫瘤大小	96	98	4.3.12	申報醫院骨髓/幹細胞移植或內分泌處置開始日期	300	307
2.14	區域淋巴結檢查數目	99	100	4.3.15	申報醫院標靶治療開始日	312	319
2.15	區域淋巴結侵犯數目	101	102	5.1	首次復發日期	321	328
3.4	臨床 T	117	119	5.2	首次復發形式	329	330
3.5	臨床 N	120	121	8.1	危險因子 1	376	378
3.6	臨床 M	122	123	8.2	危險因子 2	379	381
3.7	臨床期別組合	124	126	8.3	危險因子 3	382	384
3.10	病理 T	129	131	8.4	危險因子 4	385	387
3.11	病理 N	132	133	8.5	危險因子 5	388	390
3.12	病理 M	134	135	8.6	危險因子 6	391	393
3.13	病理期別組合	136	138	8.7	危險因子 7	394	396
3.19	其他分期系統期別 (臨床分期)	149	152	8.8	危險因子 8	397	399
4.1.2	原發部位最確切手術日期	175	182	8.9	危險因子 9	400	402
4.1.4	申報醫院原發部位手術方式	185	186				

第三章 癌症診療與照護服務

基準 4【對應曾通過認證醫院版基準 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：</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. 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。
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。 6. 治療計畫書之監測辦法。
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）： <ol style="list-style-type: none"> (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） 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）

	<p>呈現。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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： <ol style="list-style-type: none"> (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。 6. 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。 7. 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。 8. 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。 9. 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 5【對應曾通過認證醫院版基準 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：</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. 已建立全院一致之處方（Prescription）開立格式。 3. 針對上述癌別之處方遵循及開立格式設有監測機制。 4. 已建立癌症治療藥物處方開立之標準作業流程。
準備文	<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。

件	<p>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)。</p> <p>5. 癌症治療藥物處方遵循與開立格式之監測辦法。</p>
重點	<p>1. 癌症治療藥物處方須符合以下原則：</p> <p>(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。</p> <p>(2) 參酌國情並經院內共識討論，且有相關會議紀錄佐證。</p> <p>(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)。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p> <p>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)。</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。</p>
基準 6【對應曾通過認證醫院版基準 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：</p> <p>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。</p> <p>2. 核心成員(見重點 6)出席率皆$\geq 80\%$。</p> <p>3. 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. 多專科團隊已建立必要提報事件檢討機制。</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相關會議紀錄。</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</p>

明顯由院內不同成員診療者，不應歸屬同一團隊。

2. 醫院可依據個案數自訂適合之開會頻率，但不得低於下表所訂。若為聯合團隊，則以個案數加總作為開會頻率訂立依據。

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

3. 開會頻率自訂為每週一次者，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，從寬解釋（不列入分子及分母中計算）；若為每月召開兩次會議者，需擇期補召開會議（每年需至少召開 24 次會議）。
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. 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		
9. 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。		

	<p>10. 多專科團隊討論率定義：</p> <p>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）。</p> <p>分子：認證前一年度經多專科團隊討論之該癌別個案數。</p> <p>11. 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。</p> <p>12. 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。</p> <p>13. 「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：</p> <p>（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。</p> <p>（2）侵入性治療（含根治性手術、RFA、TACE…等）30 天內死亡之個案。</p> <p>14. 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 13 所列內容外，亦可自行增訂其他適用於該癌別之提報定義。</p>
基準 7【對應曾通過認證醫院版基準 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。	
評分說明	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。
準備文件	<ol style="list-style-type: none"> 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（含教育訓練課程表及人員參與紀錄）。 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。
重點	<ol style="list-style-type: none"> 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： <ol style="list-style-type: none"> （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。

	<p>(2) 抗癌化學治療注射劑之備藥、調配須有另一位藥事人員協助複核。</p> <p>(3) 抗癌化學治療注射劑皆須於符合安全標準之設備下由藥事人員調配完成，且勿因排氣造成環境污染之虞。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4. 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。</p> <p>5. Near missing 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 missing 事件進行統計分析與檢討改善。</p> <p>6. 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）。</p> <p>7. 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。</p> <p>8. 不要求由固定人員運送抗癌化學治療注射劑，重點在評估運送人員是否清楚瞭解潑灑處理及安全防護措施等標準作業程序，並有完整設備提供使用。</p> <p>9. 藥事人員調配之基本防護配備及化療藥物潑灑處理箱 (spill kits) 基本配備請依據「抗癌危害性藥品給藥防護作業指引-第二版 2015」之規定。</p>
備註	訪視範圍：抗癌化學治療注射劑調劑室。
基準 8【對應曾通過認證醫院版基準 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。	
評分說明	<p>符合項目：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>3. 針對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。</p>
準備	<p>1. 抗癌化學治療注射劑給藥標準作業規範。</p> <p>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。</p>

文件	3. 護理人員之相關教育訓練佐證資料(含教育訓練課程表及人員參與紀錄)。 4. 異常事件(給藥異常及外滲事件)之監測辦法及處理流程。
重點	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之給藥須經過人工或系統協助複核，以確保給藥過程安全無虞。 2. 護理人員給藥之基本防護配備及化療藥物潑灑處理箱(spill kits)基本配備請依據「抗癌危害性藥品給藥防護作業指引-第二版 2015」之規定。 3. 抗癌化學治療注射劑給藥人員之資格(含教育訓練規定)應包含以下重點： (1) 訓練時數：新進人員(首次接觸抗癌化學治療之護理人員)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，且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。 (2) 課程內容建議包括： A. 抗癌危害性藥品作業安全(含：備藥、給藥途徑、安全處理危害藥品)。 B. 化學藥物副作用或併發症之評估與處理。 C. 靜脈外滲預防與處理。 D. 化學藥物管路照護。 (3) (繼續)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。
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 9【對應曾通過認證醫院版基準 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： 1. 已制訂適合機構之同儕複閱機制，且在治療前完成惡性腫瘤(含原位癌)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，且確實執行。 3. 針對癌症病理報告格式設有監測機制。
準備文	1. 院內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及監測辦法。

件	
重點	<ol style="list-style-type: none"> 1. 基準精神在於確保病人安全，院內診斷之癌症病人在進行惡性腫瘤治療前之病理診斷應經複閱確認，以確保病人之權益。 2. 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"> (1) 由專科醫師進行複閱。 (2) 設有科內複閱會議。 3. 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。 4. 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。 5. 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。 6. 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 10【對應曾通過認證醫院版基準 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	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 至少制訂肺癌、直腸癌、子宮頸癌、鼻咽癌、食道癌及攝護腺癌等癌別之癌症影像診斷報告格式，且確實執行。 2. 針對癌症影像診斷報告格式設有監測機制。
準備文件	院內制訂之癌症影像診斷報告格式及監測辦法。
重點	<ol style="list-style-type: none"> 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。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。 3. 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 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 11【對應曾通過認證醫院版基準 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	<p>符合項目：</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. 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. 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： <ol style="list-style-type: none"> （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。
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. 新病人評估紀錄與完成紀錄。 5. 放射線治療政策與程序指引之監測辦法。 6. 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

	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>6. 基於確保病人安全原則，監測機制至少須包含：</p> <p>（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。</p> <p>（2）針對「總劑量」及「治療次數」進行監測。</p> <p>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。</p> <p>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，則評分為「符合」。未建立合作機制者評分為「不符合」。</p>
基準 12	
<p>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。</p> <p>（1）嗜中性白血球低下。</p> <p>（2）血液管路。</p> <p>（3）口腔黏膜炎。</p> <p>（4）癌症疼痛。</p>	
評分說明	<p>符合項目：</p> <p>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。</p> <p>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值。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
準備文件	<p>1. 最新版次之癌症照護作業準則。</p> <p>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。</p> <p>3. 院內公告紀錄或院內網頁公布內容。</p> <p>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</p>

	<p>評估)。</p> <p>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。</p>
重點	<p>1. 癌症病人照護作業準則須符合以下原則：</p> <p>(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）。</p> <p>(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。</p> <p>(3) 定期檢視改版（至少每兩年一次，且明確標示制定或修訂日期）。</p> <p>(4) 權責單位所訂之準則，應提請院內公告。</p> <p>2. 血液管路照護準則如：Port-A、Hickman、PICC…等。</p> <p>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。</p>
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。	
評分說明	<p>符合項目：</p> <p>1. 已建立全院統一之營養照會篩檢標準與會診機制，且照護團隊成員皆熟悉。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
準備文件	<p>1. 營養照會篩檢標準與會診機制。</p> <p>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。</p> <p>3. 營養照護收案管理之分析檢討資料。</p>
重點	<p>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（含評估、診斷、介入及追蹤評估）施予完整之營養照護。</p> <p>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，持續追蹤營養介入績效。</p> <p>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。</p>
基準 14【對應曾通過認證醫院版基準 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。	
評	符合項目：

分 說 明	<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。 3. 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。
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. 癌症個案管理指標監測機制。
重 點	<ol style="list-style-type: none"> 1. 107 年評分方式：採各院申報癌症登記之 104 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： <ol style="list-style-type: none"> 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： <ol style="list-style-type: none"> 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