

大腸直腸癌多專科團隊會議實務

馬偕紀念醫院 血液暨腫瘤科
林炯森醫師

■ 政策層面

癌症診療品質保證措施準則

第十條

- 癌症防治醫療機構應提供癌症病人專屬治療計畫，並指派專責醫師負責下列工作：
 - 一、負責協調及整合醫療團隊之癌症診療與照護，並定期於多專科整合團隊會議上報告病例。
 - 二、應於病歷內詳實記載癌症病人臨床及病理之癌症分期資訊及診療與照護過程，並應定期於病歷記錄病情摘要及治療計畫。

癌症診療品質認證基準

基準3.1

癌症防治醫療機構應由多專科團隊，依據實證醫學原則制訂不同癌症之**診療指引**，且視**需要定期檢視或改版**，並據以執行臨床癌症之診療。

評分說明

Rating E：未訂立任何診療指引。

Rating D：未達Rating C之要求。

Rating C：至少制訂六大癌之診療指引。

Rating B：符合C，且

1. 指引須經院內公告並視需要定期檢視或改版。
2. 至少制訂八種癌症之診療指引，並針對其中六種癌症之診療指引遵循設有監測機制。

Rating A：符合B，且

1. 至少制訂十種癌症之診療指引，並針對其中六種癌症之診療指引遵循設有監測機制。
2. 將監測結果進行統計分析及檢討改善後，呈交癌委會（或類似單位）核備。

癌症診療品質認證基準

基準3.1

癌症防治醫療機構應由多專科團隊，依據實證醫學原則制訂不同癌症之診療指引，且視需要定期檢視或改版，並據以執行臨床癌症之診療。

重點

1. 診療指引需符合以下原則：
 - (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，則需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，且明確標示制訂或修訂日期）。
 - (4) 團隊共識後所訂之指引，應提送癌委會核可後公告。
2. Rating A所指之十種癌症必須包含淋巴癌。淋巴癌需含三種國內常見亞型淋巴癌（如：何杰金氏淋巴瘤Hodgkin lymphoma、瀰漫性B細胞淋巴瘤Diffuse large B cell lymphoma、濾泡型淋巴瘤Follicular lymphoma）。

癌症診療品質認證基準

基準3.1

癌症防治醫療機構應由多專科團隊，依據實證醫學原則制訂不同癌症之診療指引，且視需要定期檢視或改版，並據以執行臨床癌症之診療。

六大癌係指：肝癌、肺癌、乳癌、大腸直腸癌、子宮頸癌、口腔癌。

備
註

癌症診療品質認證基準

基準3.2

癌症防治醫療機構應提供院內治療之癌症病人專屬之治療計畫書。

評分說明

Rating E：未制訂癌症治療計畫書格式。

Rating D：未達Rating C之要求。

Rating C：已依癌症別制定院內統一之癌症治療計畫書格式，所抽查之病歷70%需有治療計畫書，且填載所有基本必要項目。

Rating B：符合C，且

1. 抽查之病歷有50%（含）依據院內診療指引（或實證醫學或經團隊會議）制訂治療計畫書，並依據治療計畫書進行後續治療。
2. 至少針對其中六種癌症之治療計畫書設有監測機制，且確實執行亦有紀錄可查。

Rating A：符合B，且

1. 遇有病情變化時能根據動態更新計畫書。
2. 將監測結果進行統計分析及檢討改善後，呈交癌委會（或類似單位）核備。

癌症診療品質認證基準

基準3.2

癌症防治醫療機構應提供院內治療之癌症病人專屬之治療計畫書。

1. 病歷抽審機制：

病歷抽審對象：認證前一年度之全癌新診斷個案 (class 1~2)。

(1) 病歷抽審方式：現場抽審。醫院須於收到抽審名單後2小時內將病歷送達認證現場，若因病歷延遲送達，影響委員評分時，由醫院自行負責。

(2) 應審閱之病歷數：依癌症登記資料庫最近可取得年度之新診斷癌症個案數為基準 (如下)

| 個案數 (人) | 審閱病歷數 (本) |
|-------------|-----------|
| 1,000以下 | 6 |
| 1,001-2,000 | 9 |
| 2,001以上 | 12 |

(3) 加抽病歷數：不得超過應抽審病歷數之半數。

重點

癌症診療品質認證基準

基準3.2

癌症防治醫療機構應提供院內治療之癌症病人專屬之治療計畫書。

重點

2. 一般需提供（或更新）病人專屬治療計畫書時程：

- (1) 診斷後或初次治療時
- (2) 初次復發時
- (3) 主要治療方式或藥物處方改變時

3. 計畫書之基本必要項目（minimum requirement）：

- (1) 基本資料
- (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）

癌症診療品質認證基準

基準3.2

癌症防治醫療機構應提供院內治療之癌症病人專屬之治療計畫書。

重點

4. 治療計畫書需符合評分C之要求，方可繼續評分B第一點之審查。
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. 若病人因故無法依據預定治療計畫進行後續治療時，需於病歷中說明記載。
7. 需針對治療計畫書之格式完整性及遵循進行監測。

癌症診療品質認證基準

基準3.4

癌症防治醫療機構應訂定多專科團隊會議召開之適當頻率並確實執行。

| | |
|------------------|--|
| 評 分 說 明 | <p>Rating E：未成立任何癌症別之多專科團隊。</p> <p>Rating D：未達Rating C之要求。</p> <p>Rating C：已成立六大癌症別之多專科團隊，且各團隊至少每月召開兩次會議，並有相關佐證資料。</p> <p>Rating B：符合C，且</p> <ol style="list-style-type: none">1. 已成立含八種癌症別之多專科團隊，各團隊至少每月召開兩次會議，並有相關佐證資料。2. 核心成員（指科別）出席率皆達70%以上。 <p>Rating A：符合B，且</p> <ol style="list-style-type: none">1. 已成立十種癌症別之多專科團隊（含淋巴瘤），各團隊至少每月召開兩次會議，並有相關佐證資料。2. 其中二個癌症別須每週召開一次會議。 |
|------------------|--|

癌症診療品質認證基準

基準3.4

癌症防治醫療機構應訂定多專科團隊會議召開之適當頻率並確實執行。

重點

1. 團隊定義：不以單一特定癌症別為規範，醫院可依據下表所示將腫瘤部位或治療方式相近且主要成員科別雷同之腫瘤合併為聯合團隊。亦可形成單一癌別團隊，惟腫瘤部位明顯由院內不同成員診療者，不應歸屬同一團隊。
2. 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。
3. 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。
4. 核心成員出席率以科別計算，至少應包含以下表列之成員科別。

大腸直腸癌團隊核心成員

- 包括：影像診斷、病理、外科、（腫瘤）內科、放射腫瘤科。
- 可合併團隊別：消化道癌症。
- 腫瘤內科或癌別相關內科任一即可，但兩者皆有更佳。

癌症診療品質認證基準

基準3.4

癌症防治醫療機構應訂定多專科團隊會議召開之適當頻率並確實執行。

- 重點
5. 評分計算基準：未滿一年期間以其所佔之時間比率換算。評分標準依**各年度獨立計算**，需每年度皆達該項評分標準才予給分。
 6. 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）。**
 7. 以下狀況評分最高為B
 - (1) 年度新診斷個案數 < 50 例之癌別，每月召開一次多專科團隊會議。
 - (2) 六種(含)以上癌別共同召開之「聯合討論會議」。

癌症診療品質認證基準

基準3.4

癌症防治醫療機構應訂定多專科團隊會議召開之適當頻率並確實執行。

備
註

若為聯合討論會，請依六大癌計算會議次數。
（例如：消化系聯合討論會中分別討論數例肝癌、大腸直腸癌之個案，則各算一次會議）。

癌症診療品質認證基準

基準3.5

全院性之癌症委員會（或類似單位）應針對不同癌症別訂定每年平均應提多專科團隊討論之百分比，且「討論個案」中至少應有一半以上之比例著重於問題解決、治療前評估、癌症分期或治療策略。

評分說明
Rating E：六大癌症別中任一癌未提交個案討論。

Rating D：未達Rating C之要求。

Rating C：

多專科團隊應建立病人提報討論與重大診療事件檢討機制。

六大癌症別個案提送多專科團隊討論之百分比皆 $\geq 10\%$ 。

癌症診療品質認證基準

基準3.5

全院性之癌症委員會（或類似單位）應針對不同癌症別訂定每年平均應提多專科團隊討論之百分比，且「討論個案」中至少應有一半以上之比例著重於問題解決、治療前評估、癌症分期或治療策略。

評
分
說
明

Rating B：符合C，且

1. 確實執行團隊建立之病人提報討論與重大診療事件檢討機制。
2. 八種癌症別個案提送多專科團隊討論之百分比皆 $\geq 10\%$ ，且其中屬事前討論者達該癌症別個案總數的5%，並能將事前討論之結果呈現於病歷上。

Rating A：符合B，且

1. 將重大診療事件之檢討改善報告呈交癌委會（或類似單位）核備。
2. 十種癌症別個案提送多專科團隊討論之百分比皆 $\geq 10\%$ ，且一半以上（含）之癌症別，其團隊個案討論率 $\geq 20\%$ ，其中屬事前討論者達該癌症別個案總數的10%，並能將事前討論之結果呈現於病歷上。

癌症診療品質認證基準

基準3.5

全院性之癌症委員會（或類似單位）應針對不同癌症別訂定每年平均應提多專科團隊討論之百分比，且「討論個案」中至少應有一半以上之比例著重於問題解決、治療前評估、癌症分期或治療策略。

重點

1. 多專科團隊討論率定義：

分母：認證訪查前一年度各癌別之新診斷個案數。

分子：認證訪查前一年度經多專科團隊討論之該癌別個案數。

2. 重大診療事件之定義由各專科團隊自行規範，建議包括：

(1) 輔助性化療或根治性放療造成死亡之個案。

(2) 根治性手術30天內死亡之個案。

(3) 明顯違反院內自訂之診療指引，影響病人安全或預後者。

3. 符合下列任一項者皆可列入討論：

(1) 病理、影像檢查結果之呈現與再確認。

(2) 病人治療方式之多科討論。

(3) 其他如病人營養、副作用、心理支持等治療相關事宜。

癌症診療品質認證基準

基準3.5

全院性之癌症委員會（或類似單位）應針對不同癌症別訂定每年平均應提多專科團隊討論之百分比，且「討論個案」中至少應有一半以上之比例著重於問題解決、治療前評估、癌症分期或治療策略。

重點

4. 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) 末期病人討論支持性或緩和性治療之必要性。

癌症診療品質認證基準

基準3.5

全院性之癌症委員會（或類似單位）應針對不同癌症別訂定每年平均應提多專科團隊討論之百分比，且「討論個案」中至少應有一半以上之比例著重於問題解決、治療前評估、癌症分期或治療策略。

- | | |
|----|--|
| 重點 | <p>5. 會議紀錄中僅記錄被討論病人之姓名，而無具體討論事實或結論者（即所謂簡易討論或瀏覽式討論）不符合討論精神，不得列入「討論個案數」之計算。個案討論需（1）於病歷上呈現討論結果（conclusion or recommendation）（2）於會議紀錄上呈現討論的過程（process）。兩者皆符合方可列入計算。</p> <p>6. 多專科團隊應建立個案提交團隊討論之程序，於執行同儕審查機制時若發現影響病人預後之重大診療事件，應提至團隊檢討，並將相關報告呈交癌委會（或類似單位）核備。</p> |
|----|--|

癌症診療品質認證基準

基準4.5

癌症防治醫療機構應建立院內腫瘤個案管理照護制度。

評 Rating E：未建立腫瘤個案管理照護制度。

分 Rating D：未達Rating C之要求。

說 Rating C：

- 明
1. 已建立腫瘤個案管理照護制度，且設有腫瘤個案管理師從事病人個案管理相關工作，該員至少需接受50小時腫瘤個案管理相關教育訓練。
 2. 至少應設專任腫瘤個案管理師一名，並訂定其職責與工作規範。

Rating B：符合C，且

1. 年度新診斷癌症個案數（Class1~2），每400例應至少編制一名專任腫瘤個案管理師。
2. 能實際執行腫瘤個案管理師之職責與工作規範。

Rating A：符合B，且

1. 能將個案管理資料整理分析，並持續進行檢討改善及評值，且有資料佐證。
2. 執行個案管理品質照護指標之監測，並將監測結果呈交多專科團隊核備。

癌症診療品質認證基準

基準4.5

癌症防治醫療機構應建立院內腫瘤個案管理照護制度。

重點

1. 100年評分方式：採各院申報癌症登記之97年度新診斷個案數，評估所需人力。
2. 腫瘤個案管理師之職責與工作規範，建議應包含以下重點：
 - (1) 建立癌症病人個案管理照護模式，提供整合性、持續性之個案管理照護，十大癌症病人確診後1年內應定期追蹤（至少2次）。
 - (2) 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。
 - (3) 執行個案管理品質照護指標之監測（如：治療計畫、診療指引、病人滿意度等）。
 - (4) 個案管理資料之分析及檢討改善（需含確診後未完成治療個案之原因分析）。
3. 評分C所指腫瘤個案管理相關教育訓練，若為相關學會認定之各醫療機構舉辦或學會舉辦之相關訓練課程皆可。

■ 醫院層面

癌症診療的品質

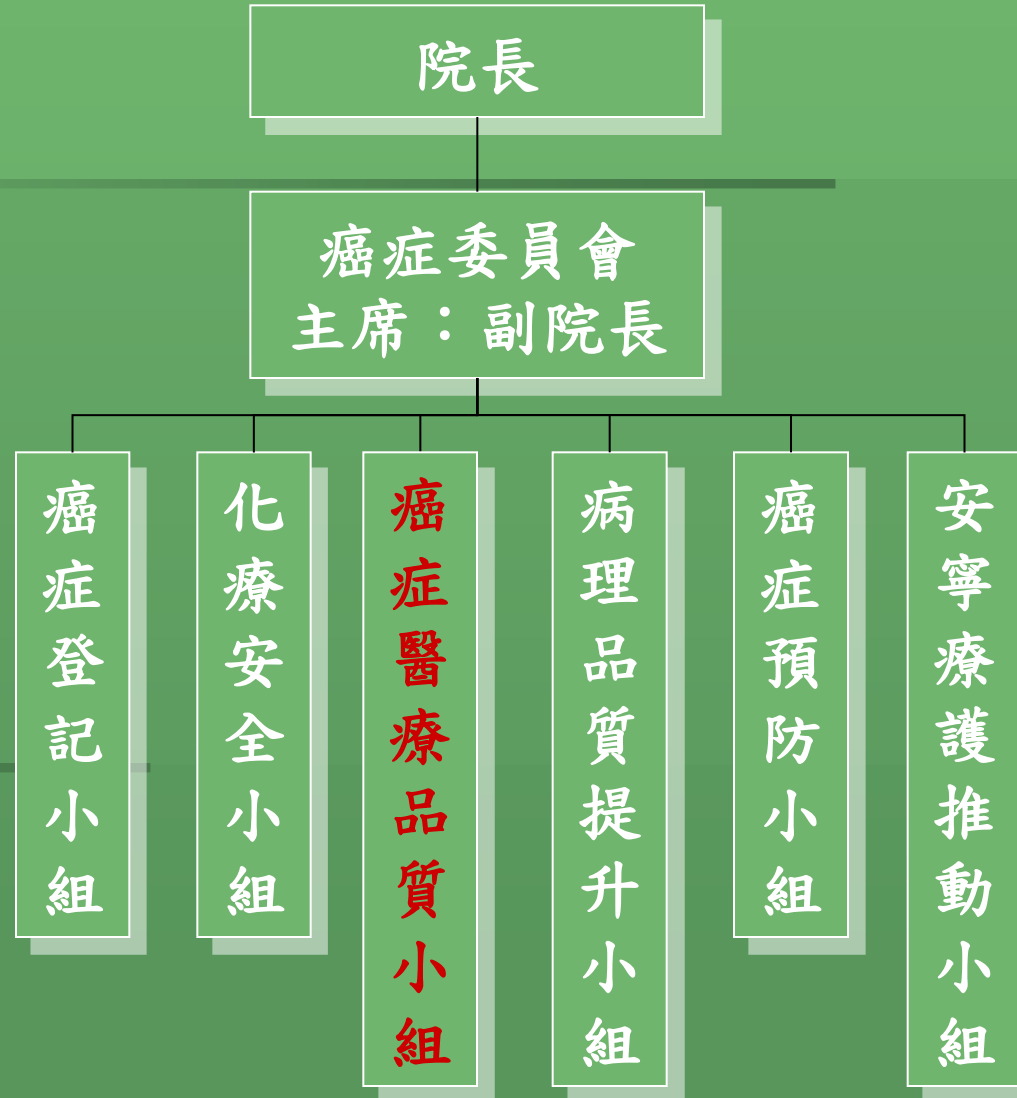
- 治療指引 → 實證依據 基礎共識
- 團隊會議 → 結合專長 凝聚共識
- 癌症治療計畫書 → 溝通良好的治療團隊
- 個案管理師 → 診療品質的督促
- 癌症品質小組 → 癌症診療品質的監督

每三個月開會一次
(每年3、6、9、12月)

癌症委員會

✦ 癌症委員會五大任務

1. 規劃、督導與評估機構內各項癌症相關計畫。
2. 針對癌症計畫訂定年度重要工作、目標、優先順序、執行策略和相關機制。
3. 督導癌症資料庫管理工作。
4. 建立院內同儕審查機制，以評估癌症診療與照護品質。
5. 每年對癌症病人治療成果進行檢討與分析，並出版癌症診療與照護報告。



癌症委員會六個工作小組

工作小組

職責

癌症登記小組

負責確保癌症登記資料準時申報、出版癌登年報，並執行癌登資料正確性審查及癌登人員教育訓練。

化療安全小組

負責監控院內化學治療安全，並且制定相關SOP，推動化療安全教育訓練。

癌症醫療品質小組

負責制定獨立的審核機制，監測各團隊的治療指引遵循率、團隊會議執行率、推動各癌症治療計畫書，以及定期回報各癌症核心測量指標監測結果，並針對以上各品質指標進一步分析改善。

病理品質提升小組

負責院內癌症病理報告之品質提升、同儕複閱審核機制執行，並回報執行率。

癌症預防小組

負責院內癌症預防計畫的推動，包括癌症防治資訊提供、篩檢服務提供。

安寧療護推動小組

負責院內安寧緩和醫療之推行，包括安寧住院、安寧居家以及共同照護；並且定期報告成果。

癌症醫療品質小組任務：

- 一、建立持續提升癌症診療品質之監測及改善機制。
- 二、監督各癌症診療團隊針對不同癌症訂定治療指引（treatment guideline）並依據實證醫學原則定期改版。
- 三、監督各癌症診療指引的落實。
- 四、訂定不同癌症別，每年平均應提於多專科聯合討論會討論之個案百分比，以及「討論個案」中著重於問題解決、治療前評估、癌症分期或治療策略之最少個案比率。
- 五、監督各癌症團隊會議頻率合宜並加強個案事前討論之比例。

癌症醫療品質小組任務：

六、擬定病歷抽審計畫及追蹤執行狀況，包括

1. 出院病歷摘要或門診病歷記載臨床或病理分期。
2. 記載診療與照護過程中之副作用或合併症。
3. 定期記錄病情和治療計畫。

七、每年擬定全院性癌症病人品質監測計畫、執行成果、改善措施等相關資料。

八、建立營養評估及照會機制。

九、督導癌症病人專屬治療計畫書之制定及落實。

十、督導各癌症治療團隊訂定核心測量指標，並做分析與品質改善。

■ 科層面

大腸直腸癌團隊會議運作流程

各主治醫師提報名單

個案管理師提報名單

↓
總醫師編輯提報名單

↓
總醫師確立討論名單

↓
個案管理師通知團隊相關成員

↓
舉辦團隊會議時間：

每月每週星期一 7:00-9:00

每月第二、三週星期五 7:30-9:00

↓
(總)醫師完成會議紀錄及治療計畫書

↓
個案管理師完成確認、彙總後，將會議紀錄正本
存癌症中心，影本存醫教部

大腸直腸癌團隊會議紀錄

- 治療計畫書的記錄（見下頁）
- 結腸直腸癌治療團隊聯合討論會簽到表（如附件）
- 多專科團隊會議召開頻率及團隊成員出席率（如附件）

填表醫師：4296 陳明仁 病歷號碼： 姓名： 身分證字號：

修改 病歷號碼： 姓名 身分證號碼： 暫存 存檔+印表 離開
出生日期： 性別：男

ICD9：1541 直腸惡性腫瘤

診斷醫師：4296 陳明仁 團隊會議： 是 否 團隊會議時間：2008/03/21
臨床T：無合適的 臨床N：無合適的 臨床M：無合適的 臨床期別組合：無合適的
病理T：T4 病理N：NO 病理M：MO 病理期別組合：Stage IIB
病理GRADE： 其他分期法：0:無

TNM定義
補列印
病歷查詢

癌症既往史：Nil
共病 comorbidity 及重要影響預後因子：Nil

AJCC版本：第六版

團隊會議記錄 復發 手術治療 放射治療 化學治療 全身性治療 緩和照護

輸入日期：2008/03/21 (yyyy/MM/dd) Performance Score(ECOG)：0

醫師：4296 陳明仁 評論：s/p OP with Bladder invasion, T4N0M0, suggest adjuvant C/T.

醫師：5893 林炯森 評論：suggest adjuvant C/T with Folfox.

醫師： 評論：

治療經過 修改

| 治療日期 | 治療項目 | 執行醫師 |
|------------|-------|------|
| 2008/02/01 | 1:手術 | 陳明仁 |
| 2008/03/13 | 2:化療 | 林炯森 |
| 2008/03/21 | 12:紀錄 | 陳明仁 |

刪除此筆治療

主治醫師：

2011/05/10 11:07:31

大腸直腸癌團隊會議實況

- 核心成員包括：大腸外科、影像診斷、病理、內科（腫瘤）、放射腫瘤科。
- 非核心成員包括：外科（一般、胸腔）、內科（肝膽腸胃）、個管師



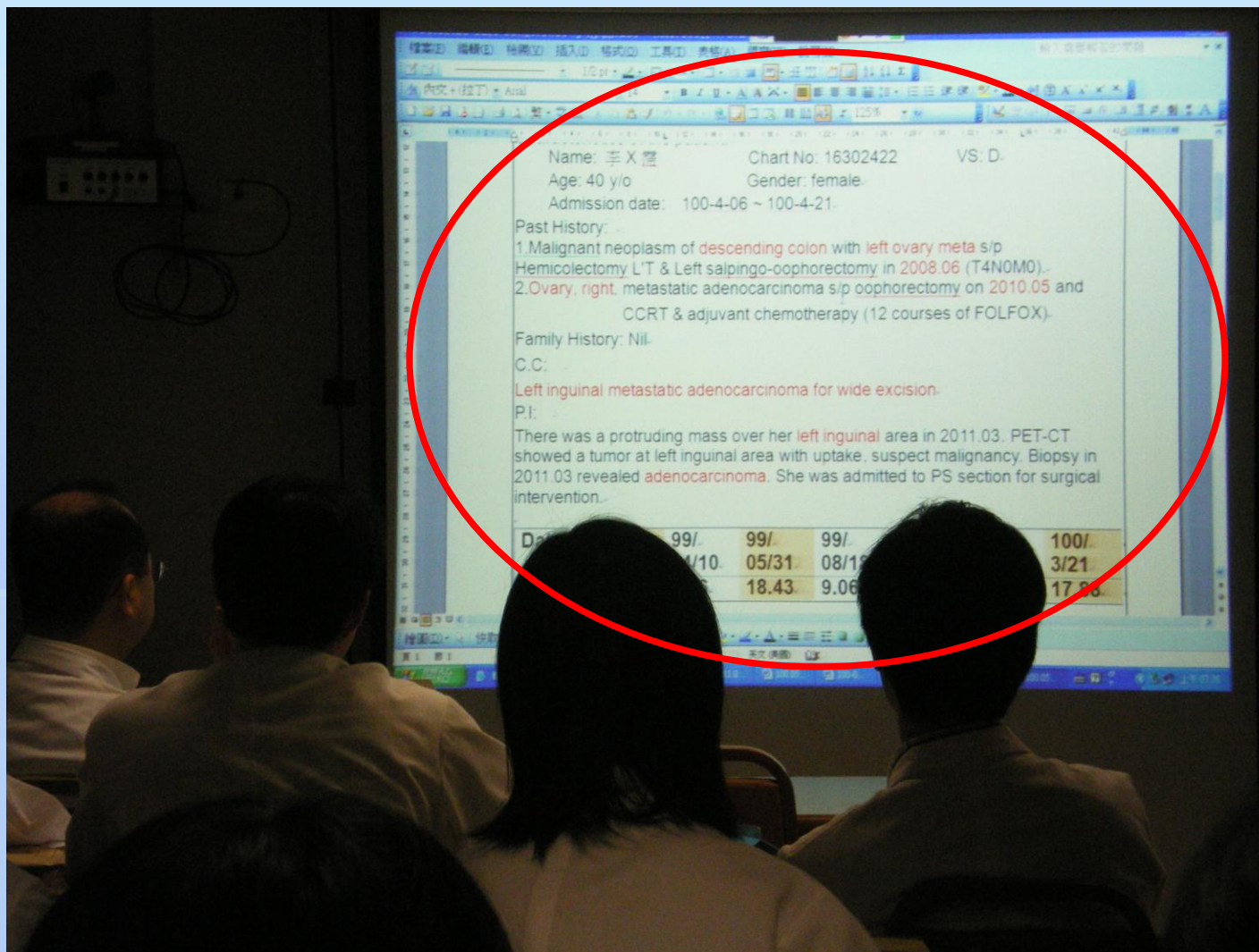
大腸直腸癌團隊會議實況

■ 個案報告



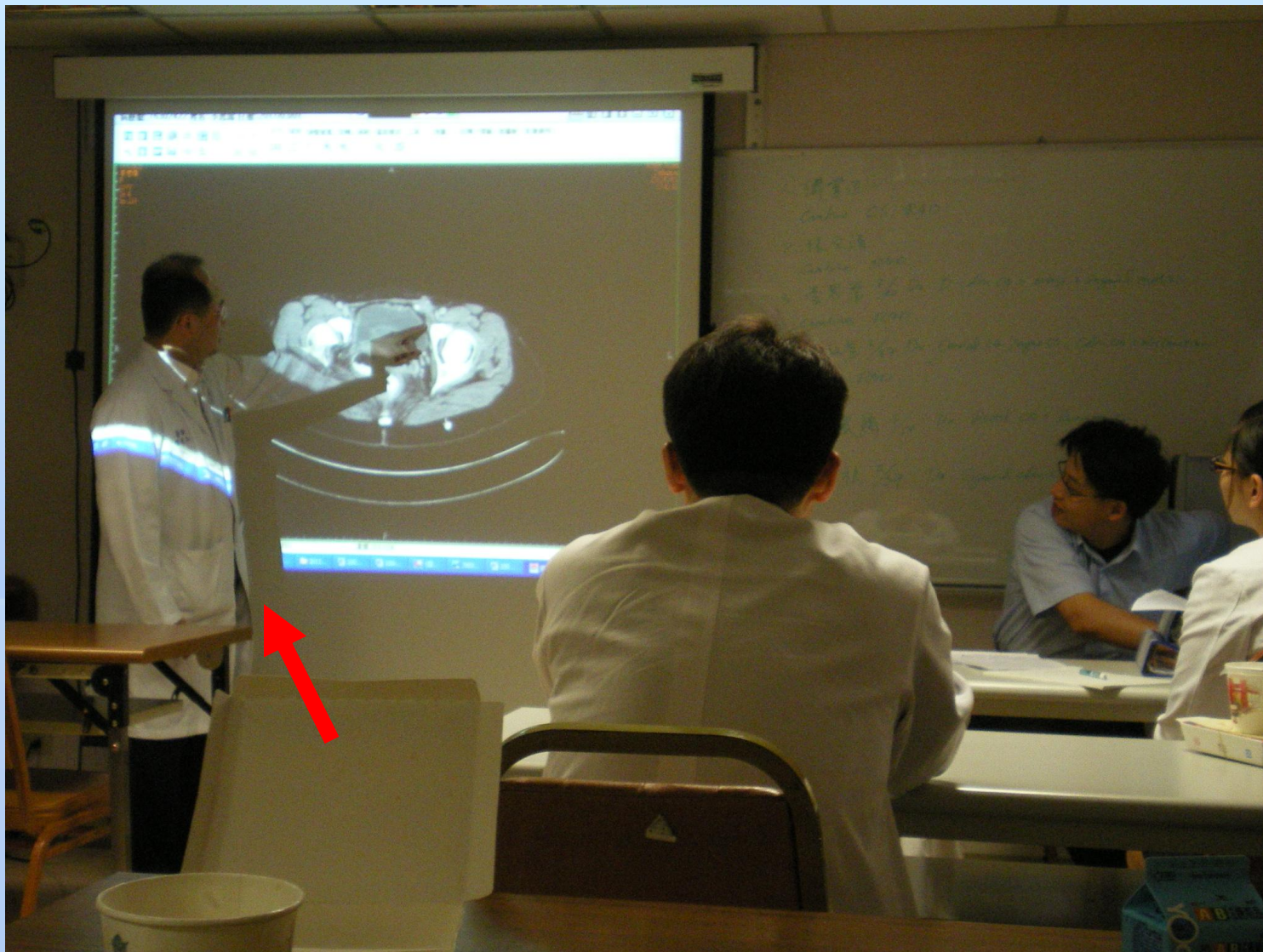
大腸直腸癌團隊會議實況

■ 個案報告



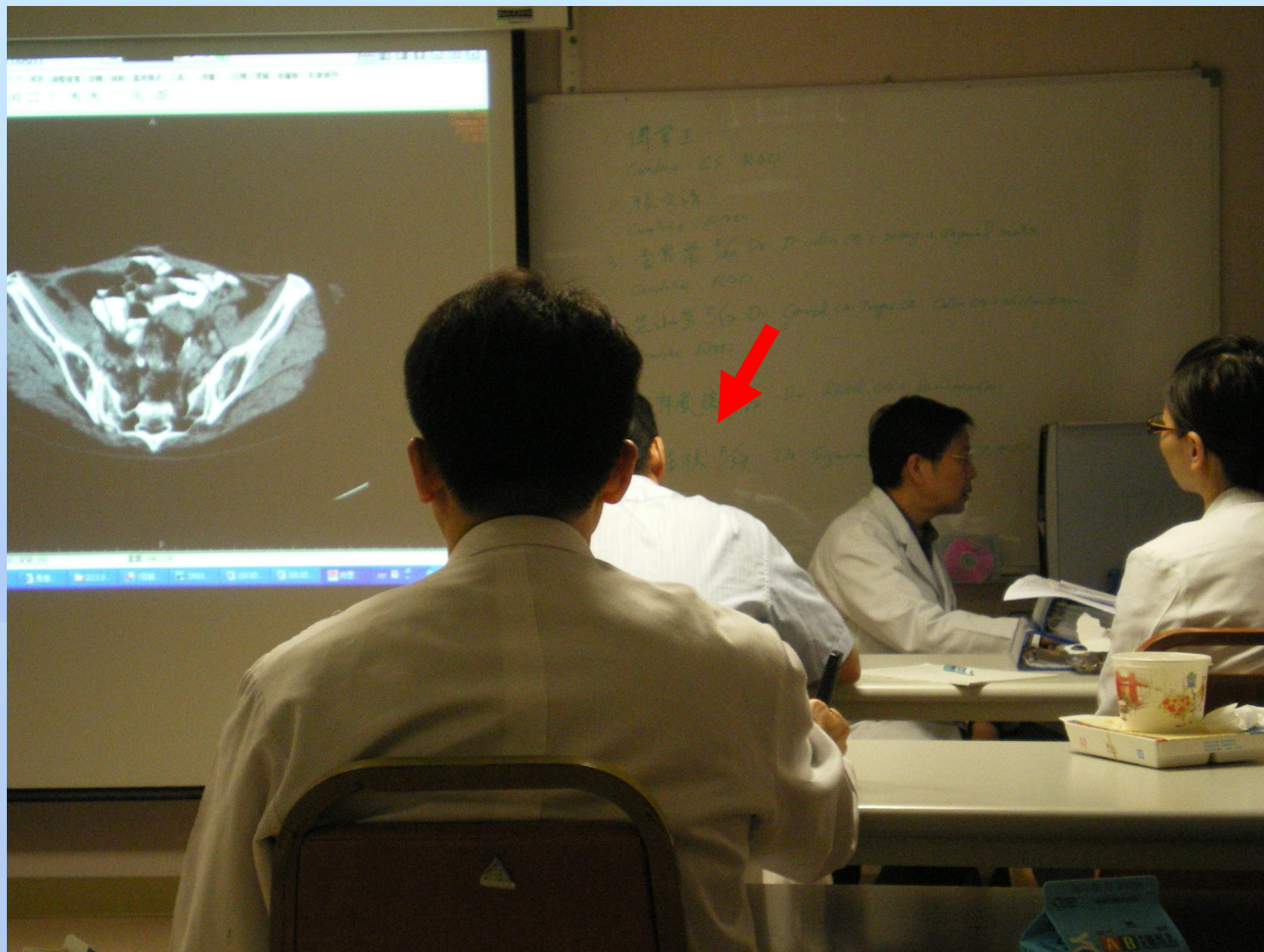
大腸直腸癌團隊會議實況

■ 主持



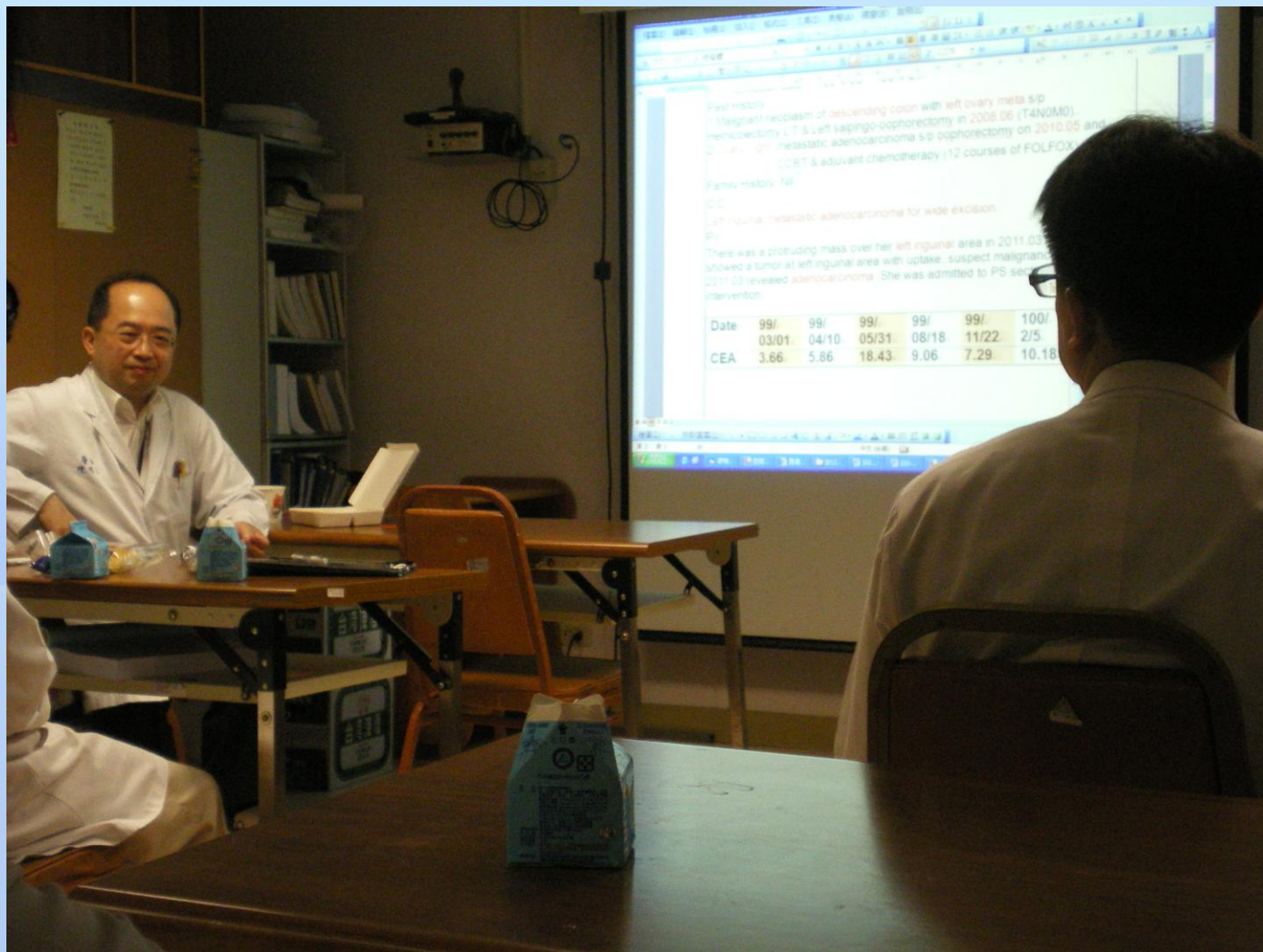
大腸直腸癌團隊會議實況

■ 紀錄



大腸直腸癌團隊會議實況

■ 個案討論



馬偕紀念醫院 腫瘤個案管理小組

2010年 結腸直腸癌多專科團隊討論報表

製表日期：2011.01.18

| 時間 | 會議頻率 設定值 | 應召開 會議次 數 | 實際開 會次數 | 實際會 議頻率 | 核心成員應 出席次數(A) | 核心成員實 際出席次數 (B) | 核心成員出席率 =B/A*100% | 結腸直腸科 | 血液腫瘤 科 | 放射腫瘤科 | 個管師 |
|---------|-------------|-----------------|------------|------------|------------------|-----------------------|----------------------|---------|-----------|--------|--------|
| 2010/01 | 每月四次 | 4 | 5 | 125.00% | 20 | 20 | 100.00% | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 2010/02 | 每月四次 | 4 | 3 | 75.00% | 12 | 10 | 83.33% | 3 | 3 | 3 | 1 |
| 2010/03 | 每月四次 | 4 | 7 | 175.00% | 28 | 27 | 96.43% | 7 | 7 | 6 | 7 |
| 2010/04 | 每月四次 | 4 | 4 | 100.00% | 16 | 15 | 93.75% | 4 | 4 | 3 | 4 |
| 2010/05 | 每月四次 | 4 | 6 | 150.00% | 24 | 23 | 95.83% | 6 | 6 | 6 | 5 |
| 2010/06 | 每月四次 | 4 | 5 | 125.00% | 20 | 18 | 90.00% | 5 | 4 | 4 | 5 |
| 2010/07 | 每月四次 | 4 | 6 | 150.00% | 24 | 23 | 95.83% | 6 | 6 | 6 | 5 |
| 2010/08 | 每月四次 | 4 | 7 | 175.00% | 28 | 22 | 78.57% | 7 | 6 | 4 | 5 |
| 2010/09 | 每月四次 | 4 | 6 | 150.00% | 24 | 24 | 100.00% | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 2010/10 | 每月四次 | 4 | 6 | 150.00% | 24 | 21 | 87.50% | 6 | 4 | 5 | 6 |
| 2010/11 | 每月四次 | 4 | 7 | 175.00% | 28 | 28 | 100.00% | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 2010/12 | 每月四次 | 4 | 6 | 150.00% | 24 | 23 | 95.83% | 6 | 6 | 5 | 6 |
| 2010年度 | | 48 | 68 | 141.67% | 272 | 254 | 93.38% | 100.00% | 94.12% | 88.24% | 91.18% |



謝謝！