癌症診療品質認證
醫院檢討會

主辦機構：國民健康局
承辦機構：國家衛生研究院
癌症研究所 TCOG

實地認證程序

進行程序	時間分配	備註
實地認證會前會	30分鐘	
召集委員致詞並介紹認證委員	5分鐘	
醫院代表說明並致詞	5分鐘	
醫院簡報及意見回覆	30分鐘	僅需依據自評書審查意見進行回覆
實地訪查與訪談	300分鐘（含午餐時間50分鐘）	資料及抽查病歷請置於會場並清楚標示資料內容。
委員交換意見及整理書面資料	40分鐘	
綜合討論	20分鐘	

認證基準評量項目

項　　次	評量項目合計
第一章 癌症診療品質相關單位之設置與運作	4項 (1項加分項目) （1項必要項目）
第二章 癌症登記資料庫之管理與運作	6項 （1項必要項目）
第三章 癌症診療管理	17項 （6項必要項目）
第四章 癌症照護品質	6項 （1項必要項目）
第五章 癌症資訊及預防、篩檢計畫提供	2項 （1項必要項目）
第六章 醫學研究	1項（加分項目）
總　計 36項 加分項目：2項 / 必要項目：10項	

認證等級評定-1

通　過	全部評分項次中，Rating A ≧10項
	且Rating A + Rating B ≧27項
	且Rating D + Rating E＝0項
	且10項必要項目應達Rating B(含)以上，其中5項須達Rating A
有條件通過	不符合通過條件，但Rating A + Rating B ≧11項
	且Rating D ≦3項
	且Rating E＝0項
不通過	全部評分項次中，Rating A + Rating B ≦10項
	或Rating D ≧4項
	或Rating E ≧1項

認證任務分組

項　　次	分　　組	
第一章 癌症診療品質相關單位之設置與運作	管理	1.1，1.2，1.3，1.4
第二章 癌症登記資料庫之管理與運作	管理	2.1，2.2.1，2.2.2，2.3，2.4，2.5，2.6
第三章 癌症診療管理	醫療	3.1，3.2，3.3.1，3.3.2，3.3.3，3.3.4，3.4，3.5，3.6.1，3.6.2，3.7.1，3.7.2，3.8，3.9
	護理	3.6.3，3.6.4
	管理	3.10
第四章 癌症照護品質	護理	4.1，4.2，4.3，4.4，4.5，4.6
第五章 癌症資訊及預防、篩檢計畫提供	管理	5.1，5.2
第六章 醫學研究	管理	6.1

第一章
癌症診療品質相關單位之設置與運作

基準1.1

癌症防治醫療機構應成立全院性跨科部之癌症委員會（或類似單位），由具癌症診療相關專長之醫療及行政等人員組成。

評分說明	Rating E：未設有全院性之癌症委員會（或類似單位） Rating D：設有全院性之癌症委員會（或類似單位），但未有實際運作之事實。 Rating C： 1. 設有全院性之癌症委員會（或類似單位），並明定組織章程且具實際運作之事實。 2. 委員會成員由具癌症診療專長之醫師、醫師以外之醫療相關人員及其他行政單位人員等共同組成。 3. 醫師及非醫師成員之年度平均整體出席率各須達50％。

基準1.1（續）

評分說明	Rating B：符合C，且 1. 主席須為醫院主管。 2. 委員會之成員組成至少須包含以下： 【醫師成員】：含放射診斷科、病理科、外科系、（腫瘤）內科及放射腫瘤科等部門代表。 【非醫師成員】：含醫院管理、護理、藥劑及營養等部門代表。 Rating A：符合B，且 1. 有專責人員負責癌症委員會（或類似單位）之會議及基準1.2中四大任務之協調工作。 2. 醫師及非醫師成員之年度平均整體出席率各須達75%。

基準1.1（續）	
準備文件	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）。

基準1.1（續）

重點

1. 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。任務為監督執行單位，執行單位由各醫院自行決定。
2. 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」。
3. 「專責人員」評分重點為評估該人員能確實擔任該任務之協調者，而非評估其四大任務實際執行功能
4. 癌症委員會成員，<u>若為代理出席則不列入出席率計算</u>。
5. 若醫院未設置放射腫瘤部門，則無需將放射腫瘤科列為委員會成員。

基準1.2必要項目

癌症委員會（或類似單位）應定期召開會議，並達成下列任務：

（1）規劃、督導與評估機構內各項癌症相關計畫，並訂定年度重要工作、目標、優先順序、執行策略和相關機制。

（2）督導癌症登記資料庫管理工作。

（3）督導院內同儕審查機制，以評估癌症診療與照護品質。

（4）每年對癌症病人治療成果進行檢討與分析，並公佈癌症診療與照護報告。

基準1.2（續）	
評分說明	Rating E：未召開癌症委員會（或類似單位）會議。 Rating D：有召開癌症委員會（或類似單位）會議，但未達Rating C之要求。 Rating C： 1. 至少每三個月召開會議並有紀錄可查，會議內容包含基準所列任務。 2. 至少達成三項任務，並視需要照會相關單位協助執行，以落實會議決議事項。

基準1.2（續）	
評分說明	Rating B：符合C，且 1. 會議記錄應包含上次會議決議辦理情形。 2. 至少達成三項任務，且其中一項任務需具定期追蹤及檢討改善機制。 Rating A：符合B，且 1. 上述任務全數達成。 2. 其中二項（含）以上任務具定期追蹤及檢討改善機制。

基準1.2（續）	
準備文件	1. 委員會之會議紀錄及相關附件，記錄包含前列1-4項任務內容並對相關任務進行分類彙整。（建議醫院可將各任務相關資料以資料夾分別陳列）。 2. 督導院內同儕審查的機制及相關資料。 3. 最近三年之年度癌症診療與照護報告或全院性年報（年報非指各癌症個案數的統計資料或癌症登記年報，需進一步依據個案統計資料提出癌症診療品質提升說明，至少應包含六大癌。）

基準1.2（續）

重點	1. 確認委員會已進行規劃並督導執行單位達成所述四大任務。 2. 評分說明之「達成任務」，係指醫院已針對基準所列任務進行策略規劃並據以執行，院方需提供會議記錄作為佐證資料。 3. 應設置督導「癌症診療品質認證基準」所列同儕審查應辦理項目的追蹤與檢討機制。例如：診療指引遵循率、病歷書寫品質監測（治療計畫書、病理報告格式品質）等。 4. 上述同儕審查項目於監測中，若發現影響病人預後之重大異常事件，須將檢討改善紀錄呈交癌委會核備。

基準1.3	
癌症委員會（或類似單位）每年應指定至少二項品質改善主題，且有評量方法及改善機制，並製成書面紀錄。	
評分說明	Rating E：未訂定相關改善主題。 Rating D：未達Rating C之要求。 Rating C：已執行二項之癌症醫療品質改善主題並訂有品質測量方法。

基準1.3（續）	
評分說明	Rating B：符合C，且 1. 其中一項改善主題為運用癌症登記資料庫所取得之存活率相關數據於提升癌症照護品質。 2. 其中一項改善主題具有檢討改善機制（PDCA）。 Rating A：符合B，且兩項改善主題皆具有檢討改善機制（PDCA）。
準備文件	年度執行之癌症照護品質改善計畫及相關佐證資料（如：100年認證，則提供97-99年執行之品質改善計畫）。

基準1.3（續）

重點	1. 需為全院性之持續改善主題，非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），內容需呈現主題名稱、選擇該主題原因、執行策略、執行成果、後續檢討與改善等摘要敘述，且應於癌症委員會議中進行討論，確認其為全院性癌症病人照護品質重要議題，並有會議紀錄佐證（可為數年之持續性改善主題，但如為多年期主題則應有期中分析檢討）。 2. 如訂定與認證基準相關之改善主題需至少符合以下之一： （1）訂立高於基準要求之改善目標。 （2）因基準執行不力，在進行評估與檢討後呈送癌委會，方可選定。

第二章
癌症登記資料庫之
管理與運作

基準2.1	
癌症防治醫療機構每年新診斷之癌症個案中，每五百案應至少編制零點五名合格癌症登記人力。	
評分說明	Rating E：未達Rating D之要求。 Rating D：具有足夠合格癌登人員，但該等人員未執行登錄業務，僅由接受過癌登訓練課程的人員執行登錄業務 。 Rating C：具有足夠合格癌登人員，且所有登錄業務皆由該等人員專責執行；如前項配置之人力無法負荷現有登錄業務時，應由已接受癌登訓練課程的人員協助登錄。

基準2.1（續）	
評分說明	Rating B：符合C，並由合格專任之癌登人員執行登錄業務。 Rating A：符合B，年度新診斷個案3000例（含）以下至少有1名癌症登記人員通過癌登進階級認證；年度新診斷個案3000例以上至少有2名癌症登記人員通過癌登進階級認證。
準備文件	1. 癌登人員基礎認證及進階級認證合格證書影本。 2. 認證前一年度之癌登訓練課程時數證明（視需要）。 3. 上述人員工作職務說明書面資料。

基準2.2	
癌症防治醫療機構應於個案到院確診一年內完成資料登錄，並依中央衛生主管機關所訂之內容、格式與時程，將資料提報至癌症登記資料庫。	
評分說明	Rating E：未達Rating D之要求。 Rating D：95%≦邏輯待查回覆率＜98%， 且90%≦申報完成率與查詢補正率＜95%。 Rating C：邏輯待查回覆率≧98%， 且95%≦申報完成率與查詢補正率＜98%。

基準2.2（續）	
評分說明	Rating B：邏輯待查回覆率≧98%，且申報完成率與查詢補正率任一項≧98%，另一項≧95%。 Rating A：申報完成率、查詢補正率與邏輯待查回覆率≧98%。
重點	計算方式以癌症登記資料庫可取得最近三個年度（96-98年）之申報完成率、查詢補正率與邏輯待查回覆率平均值進行評分。

基準2.3

癌症防治醫療機構應制訂癌症登記資料標準作業流程及資料庫應用申請管理辦法且確實執行。

評分說明	Rating E：未制訂癌症登記資料標準作業流程。 Rating D：未達Rating C之要求。 Rating C：已制定癌症登記資料標準作業流程及資料庫應用申請管理辦法，且癌症登記資料庫由專責醫師負責督導管理。 Rating B：符合C，且定期召開業務協調(或相關)會議，並針對會議決議事項進行追蹤考核，亦備有會議資料可查。 Rating A：符合B，並運用資料庫所提供之資料於院內癌症診療品質提升，且能提出確實之佐證資料。

基準2.3（續）	
準備文件	1. 癌症登記資料標準作業流程及資料庫應用申請管理辦法。 2. 實際執行督導管理的過程紀錄（如：相關會議紀錄、申請紀錄之彙整資料等）。 3. 癌症登記資料庫使用於癌症照護品質提昇之相關佐證資料。
重點	1. 癌症登記資料標準作業流程及資料庫應用申請管理辦法應包含資料蒐集、處理、保護及申請運用之標準作業流程。

基準2.3（續）

重點

2. Rating A所述之「佐證資料」為：

運用「癌症登記資料庫之資料」或據此「於3年內發表的文獻」或「年報分析資料」於：

（1）提出院內品質改善計畫。

（2）或進行診療指引修訂或其他相關流程改造。

（3）或作為提升癌症照護品質之依據。

且於癌委會中核備，並有會議紀錄可循者。

3. 單純登記年報及未發表之碩、博士論文不列入，但若已符合上述情形，且以此資料做為指標回饋至癌委會討論，進而作為提升癌症照護品質之依據，且有會議紀錄佐證即可列入。

基準2.4（續）	
準備文件	1. 癌症登記資料庫內部品管審查辦法。 2. 癌症登記資料庫原始審查紀錄。 3. 癌症登記資料庫審查結果之統計分析資料。 4. 相關檢討改善機制及成效評值之佐證資料。

基準2.4（續）

重點	1. 完整的癌症登記資料庫內部品管審查辦法，應包括下列重點： （1）訂有長、短表內部品管審查辦法且定期進行品質管控，以維持癌登資料的可信度。 （2）長、短表內部品管審查辦法須敘明審查對象、審查比率、審查頻率、審查方法、審查欄位等。 （3）審查範圍需為全欄位之審閱。 （4）審查比率至少達Class1~2之癌症個案的百分之十 （5）「癌症分期」項目需由醫師進行複閱。 2.需針對資料庫內部品管審查結果（例如：不一致或疑義欄位）提出檢討改善機制，並提報至癌委會。

基準2.5	
癌症委員會（或類似單位）應建立癌症登記資料庫稽核辦法，並至少每年抽取百分之十的癌症個案（Class1~2）進行資料審閱，並將審閱過程及結果作成書面紀錄。	
評分說明	Rating E：未制定癌症登記資料庫稽核辦法。 Rating D：未達Rating C之要求。 Rating C： 1. 有完整癌症登記資料庫稽核辦法，且據以執行並將審閱過程及結果作成書面紀錄。 2. 認證現場抽審之登錄資料正確率＜80%。

基準2.5（續）	
評分說明	Rating B：符合C，且 1. 能針對審查發現之異常及疑義項目，進行統計分析並訂立改善措施，且有佐證資料可循。 2. 認證現場抽審之登錄資料正確率達80~95%。 Rating A：符合B，且 1. 確實執行改善措施，並有後續成效評值及紀錄可查。 2. 認證現場抽審之登錄資料正確率＞95%。

基準2.6	
癌症防治醫療機構應定期追蹤癌症登記資料庫建置之癌症個案（含class0-3），並作成書面紀錄。	
評分說明	Rating E：未制訂追蹤辦法。 Rating D：已制定追蹤辦法，但未確實執行。 Rating C：已制定各癌追蹤辦法，並據以執行追蹤。 Rating B：符合C，且可提供完整之個案追蹤紀錄。 Rating A：符合B，且 1. 應彙整各癌症個案追蹤文件並製成完整追蹤報告，且於癌症診療與照護報告中具體呈現追蹤成果。 2. 針對個案追蹤成果設有檢討改善機制。

基準2.6（續）	
重點	1.追蹤辦法由醫院自訂，內容需包含： （1）追蹤對象：至少含個案分類class 0-3之病人 （2）追蹤頻率：個案分類class 1-2之病人確診後一年內，依各癌別特性自訂追蹤頻率（至少2次）；一年後每年至少追蹤一次（至少5年）。個案分類class0及3之病人由醫院自訂。 （3）追蹤工具 （4）追蹤單位：由醫院自訂負責追蹤之單位(例如:確診後一年內由腫瘤個案管理師負責追蹤；一年後則由癌登人員協助追蹤) （5）結案原則 （6）追蹤率及失聯率定義

第三章
癌症診療管理

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定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。

基準3.1（續）	
評分說明	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。
準備文件	1. 最近二年編修之癌症診療指引版本。 2. 多專科團隊討論/修訂之會議紀錄及相關參考資料。 3. 定期公告之相關佐證資料。 4. 診療指引遵循之監測辦法、監測結果統計分析及相關檢討改善紀錄。

基準3.1（續）	
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）。
備註	六大癌係指：肝癌、肺癌、乳癌、大腸直腸癌、子宮頸癌、口腔癌。

基準3.2必要項目

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。

基準3.2（續）	
評分說明	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。
準備文件	1. 機構制訂之癌症治療計畫書格式。 2. 認證前一年度醫院全癌新診斷個案（class 1~2）名單（請以癌別分列，並排除原位癌個案）。 3. 治療計畫書監測辦法、監測結果統計分析及相關檢討改善紀錄。

基準3.2（續）

重點

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（如下表）

個案數	抽查病歷數
1,000以下	6本
1,001-2,000	9本
2,001以上	12本

（3）加抽病歷數：不得超過應抽審病歷數之半數。

基準3.2（續）	
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）

基準3.2（續）	
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。

<table>
<tr><th colspan="2">基準3.3</th></tr>
<tr><td colspan="2">癌症病人之病歷記載應正確詳實並包含以下重點：</td></tr>
<tr><th colspan="2">基準3.3.1</th></tr>
<tr><td colspan="2">主治醫師需於（電子）病歷記載正確詳實之臨床或病理分期。</td></tr>
<tr><td>評分說明</td><td>Rating E：病歷評分指數＜20%
Rating D：20%≦病歷評分指數＜40%
Rating C：40%≦病歷評分指數＜60%
Rating B：60%≦病歷評分指數＜80%
Rating A：病歷評分指數≧80%</td></tr>
</table>

基準3.3.1（續）	
重點	1. 重點項目為（電子）病歷之（1）固定位置（2）正確詳實記載臨床或病理分期。 2. 「固定位置」係指全院統一規定之書寫位置。 3. 「正確詳實」：依據病歷中原發腫瘤大小或淋巴結數目(或大小)記載病人之臨床或病理分期，至少需呈現TNM到第一碼。 4. 若為手術開刀之個案須呈現正確之AJCC（或其他）病理分期，如個案未進行手術，則需有正確之臨床分期。

基準3.3.2	
記載診療與照護過程中之副作用或合併症。	
評分說明	Rating E：病歷評分指數＜20% Rating D：20%≦病歷評分指數＜40% Rating C：40%≦病歷評分指數＜60% Rating B：60%≦病歷評分指數＜80% Rating A：病歷評分指數≧80%

基準3.3.2（續）	
重點	1. 本項基準涵蓋主要治療方式（手術、抗癌藥物等），應記載之重點項目如下： （1）治療後所產生之副作用或合併症。 （2）副作用等級或頻率之描述。 （3）針對副作用的因應處置。 2. 無副作用，亦需註明，不得空白未寫。輕微副作用，已紀錄等級及頻率即可。 3. 副作用之評估及記載以療程為單位(含癌症就醫門、住診)。

基準3.3.3必要項目	
在診療與追蹤過程中，應適當及完整記錄病人治療與病程之改變。	
評分說明	Rating E：病歷評分指數＜20% Rating D：20%≦病歷評分指數＜40% Rating C：40%≦病歷評分指數＜60% Rating B：60%≦病歷評分指數＜80% Rating A：病歷評分指數≧80%
重點	1. 應記載之重點項目如下： （1）疾病病程的變化。 （2）腫瘤對治療反應之情形（如：完全緩解、部分緩解、穩定或惡化）。 （3）治療方式改變原因（副作用、復發或其他更理想治療方式等）。 2. 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」。

基準3.3.3（續）	
備註	1. 評分指數計算方式為： $$\frac{「審查項目完整度」\times「符合審查病歷數」}{重點項目\times應抽審病歷數}\times 100\%$$ 【例如】 某醫院抽查9本病歷，其中4本符合3項重點、2本符合2項重點、2本符合1項重點、1本全不符合，得分即為： [（3×4+2×2+1×2+0×1）/（3×9）]×100％＝18/27×100％＝67％ 故評分為Rating B。 2.病歷抽審機制：同.3.2 。

基準3.3.4	
放射治療醫師應於醫院病歷完整記載病人治療前之評估記錄、治療期間之副作用（或合併症）及完成記錄。	
評分說明	Rating E：病歷評分指數＜20% Rating D：20%≦病歷評分指數＜40% Rating C：40%≦病歷評分指數＜60% Rating B：60%≦病歷評分指數＜80% Rating A：病歷評分指數≧80%
準備文件	1. 接受根治性目的（curative intent）之放射線治療個案名單。 2. 轉介流程及記錄（視需要）。

基準3.3.4（續）	
重點	1. 已完成根治性目的（curative intent）之放射治療個案應在醫院病歷中呈現以下記載： （1）新病人評估記錄：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）放射治療期間之副作用及相關處置。 （3）完成記錄：應至少包含照射部位、劑量、治療期間。 2. 此處病歷係指全院性之醫院病歷，非指放射治療科專用病歷。 3. 未設置放射線治療部門者，應建立病人轉介機制，並於病歷中呈現重點1所述之文件，則最高可評分為C。 4. 副作用之評估及記載以療程為單位(含癌症就醫門、住診)。

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	Rating E：未成立任何癌別之多專科團隊。 Rating D：未達Rating C之要求。 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。 Rating B：符合C，且 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。

基準3.4（續）	
評分說明	Rating A：符合B，且 1. 已成立十種癌症別之多專科團隊（含淋巴癌），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。
準備文件	多專科團隊召開會議之場次統計數據與相關會議紀錄。

基準3.4（續）	
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。

基準3.4（續）	
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」。

基準3.5必要項目	
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： 1. 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。 2. 六大癌症別個案提送多專科團隊討論之百分比皆≧10%。

基準3.5（續）	
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≧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≧10%，且一半以上（含）之癌症別，其團隊個案討論率≧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。

基準3.5（續）	
準備文件	1.多專科團隊會議紀錄。 2.多專科團隊建立之病人提報討論與重大診療事件檢討機制。 3.重大診療事件之檢討改善報告。
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。

基準3.5（續）	
重點	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。 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。

基準3.5（續）

重點	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。 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異常事件，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。

<table>
<tr><th colspan="2">基準3.6</th></tr>
<tr><td colspan="2">癌症防治醫療機構應建立院內病人化學治療安全管控機制（含抗癌藥物處方制定、開立、調劑及給藥），且落實監測並符合以下四項：</td></tr>
<tr><td colspan="2">基準3.6.1</td></tr>
<tr><td colspan="2">經由討論並依據實證醫學建立院內通用抗癌藥物處方且定期改版。</td></tr>
<tr><td>評分說明</td><td>Rating E：未制訂任何院內通用之抗癌藥物處方。
Rating D：未達Rating C之要求。
Rating C：至少制訂五種癌別之院內通用抗癌藥物處方。</td></tr>
</table>

基準3.6.1（續）	
評分說明	Rating B：符合C，且 1. 經院內公告並視需要定期檢視或改版。 2. 至少制訂六種癌別之處方，並針對其中三種癌別之抗癌藥物處方遵循設有監測機制。 Rating A：符合B，且 1. 至少制定七種癌別之處方，並針對其中四種癌別之抗癌藥物處方遵循設有監測機制。 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。

基準3.6.1（續）	
準備文件	1. 最近兩年編修之抗癌藥物處方。 2. 會議討論紀錄及相關參考資料（或文獻）。 3. 定期公告之相關佐證資料。 4. 抗癌藥物處方遵循之監測辦法、監測結果統計分析及相關檢討改善紀錄。
重點	1. 本基準所指院內通用抗癌藥物處方至少應含輔助(Adjuvant)、新輔助(Neoadjuvant)與合併化學及放射線治療處方(Concurrent Chemoradiotherapy , CCRT)。 2. 處方內容需呈現藥物品名（學名為佳）、劑量、給藥方式。

基準3.6.1（續）

重點	3. 抗癌藥物處方需符合以下原則： （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），若引用醫院自身資料庫之資料，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，且明確標示制定或修訂日期）。 （4）會議共識後所訂之處方，應提送癌委會核可後公告。

基準3.6.2必要項目	
制定適當機制確保抗癌藥物處方開立過程之安全性。	
評分說明	Rating E：未建立抗癌藥物處方開立之標準作業流程。 Rating D：未達Rating C之要求。 Rating C：已建立抗癌藥物處方開立之標準作業流程，並針對基準3.6.1所訂定之抗癌藥物處方，訂立全院一致之處方（Prescription）開立格式。 Rating B：符合C，經院內公告並針對處方（Prescription）開立過程中遵循標準作業流程的情況，建立監測機制，且有紀錄可循。 Rating A：符合B，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。

基準3.6.2（續）	
準備文件	1. 抗癌藥物處方開立標準作業流程（含開立抗癌藥物處方之醫師資格與複核機制）及其公告紀錄。 2. 監測結果之統計分析及檢討改善紀錄。
重點	1. 確定抗癌藥物處方自醫囑開立至處方確認等，皆訂有標準作業流程並實際遵循。 2. 準備文件1所指「複核機制」係主治醫師（或專科醫師）對於化療處方之複核。若處方開立者非主治醫師（或專科醫師）層級時，則需有主治醫師（或專科醫師）複核，方可調配之機制。 3. 處方（Prescription）開立格式內容需包含：藥物名稱、劑量、稀釋液、給藥途徑及速率。

基準3.6.3必要項目

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

Rating E：未建立抗癌化學治療注射劑調劑之標準作業規範。

Rating D：未達Rating C之要求。

Rating C：已建立抗癌化學治療注射劑調劑標準作業規範。

Rating B：符合C，且確實遵循標準作業規範執行業務，並有監測機制及相關佐證資料。

Rating A：符合B，且能針對異常事件進行統計分析， 回饋發生單位進行檢討改善且有紀錄可循，並呈交癌委會（或類似單位）核備。

基準3.6.3（續）	
準備文件	1. 抗癌化學治療注射劑調劑標準作業規範及其監測辦法。 2. 抗癌化學治療注射劑調配相關設備之保養維護記錄。 3. 抗癌化學治療注射劑儲放空間及相關設備之保養維護記錄。 4. 異常事件（處方及調劑異常等）之統計分析及檢討改善紀錄。

基準3.6.3（續）

重點	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： (1)藥物儲存、調劑者資格、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。 (2)抗癌化學治療注射劑之備藥、調配需有另一位藥師複核。 (3)抗癌化學治療注射劑皆需於符合安全標準之設備下由藥事人員調配完成（ready to use）。 2.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）。

基準3.6.3（續）

重點	3. 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。 4. 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。 5. 廢棄物處理標準依據新制醫院評鑑（生物醫療廢棄物參考判定手冊）之規定。

基準3.6.3（續）

重點

6.有關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)基本配備如下表：

（1）抗癌化學治療藥物調配之基本防護配備

生物安全櫃	等級為Class IIB或Class III
手套	雙層橡膠或乳膠材質且長度需蓋過袖口，例如：外科手套
護目鏡或面罩	護目鏡(視需要，一般眼鏡可替代護目鏡)
口罩	至少為外科醫用口罩 。
隔離衣	防水，需每日更換。
隔離帽	透氣之不織布材質。
鞋套	透氣之不織布材質。

基準3.6.3（續）

重點	（2）化療藥物潑灑處理箱之基本配備如下: 手套、單面吸水襯墊、雙層塑膠袋、護目鏡(一般眼鏡可替代護目鏡)、擦手紙或紗布、防水隔離衣、警告標誌、活性炭口罩、可拋棄式小鑷子或夾子(視需要)、可密封之收納容器(視需要)。

基準3.6.4

提供適當作業規範，以確保護理人員安全且正確執行抗癌化學治療注射劑之給藥。

評分說明

Rating E：未建立抗癌化學治療注射劑給藥之標準作業規範。

Rating D：未達到Rating C之要求。

Rating C：已建立抗癌化學治療注射劑給藥之標準作業規範。

Rating B：符合C，且確實遵循標準作業規範執行給藥，並有監測機制及相關佐證資料。

Rating A：符合B，且能針對異常事件進行統計分析，回饋發生單位進行檢討改善措施且有紀錄可循，並呈交癌委會（或類似單位）核備。

基準3.6.4（續）

準備文件	1.抗癌化學治療注射劑給藥之標準作業規範及其監測辦法。 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。 3.異常事件（給藥異常、外滲事件等）之統計分析及檢討改善紀錄。
重點	1.抗癌化學治療注射劑給藥之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給藥需有二位護理人員於病人單位核對後複簽，始能進行給藥。

基準3.6.4（續）

重點

2. 每一件抗癌化學治療注射劑外滲事件皆須檢討改善。
3. 化療廢棄物的儲存設備或容器應有明確清楚之提示及包裝。
4. 廢棄物處理標準依據新制醫院評鑑（生物醫療廢棄物參考判定手冊）之規定。
5. 護理人員給藥之基本防護設備如下表。

手套	雙層橡膠或乳膠材質且長度需蓋過袖口，例如：外科手套
護目鏡或面罩	一般眼鏡可替代護目鏡
口罩	至少為外科醫用口罩
隔離衣	防水，需每日更換。

6. 化療藥物潑灑處理箱之基本配備同基準 3.6.3所訂規範。

基準3.7	
為提升解剖病理品質，癌症防治醫療機構應訂立以下病理品質監測計畫：	
基準3.7.1	
應建立解剖病理品質提升小組（或類似單位）及病理切片同儕（院內或院際）複閱機制，並確實執行。	
評分說明	Rating E：未建立院內解剖病理品質提升小組。 Rating D：未達Rating C之要求。 Rating C： 1.已建立院內解剖病理品質提升小組，且確實執行任務。 2.已制定適合機構之同儕複閱機制，且確實執行。 Rating B：符合C，且在治療前完成惡性腫瘤診斷確認之複閱並有相關紀錄。 Rating A：符合B，且對於病理檢驗過程及報告有疑義者，進行統計分析並有相關檢討改善機制及紀錄可查。

基準3.7.1（續）	
準備文件	1. 解剖病理品質提升小組（或類似單位）成員名單及相關會議資料。 2. 院內病理切片同儕複閱機制及執行之相關紀錄。 3. 複閱過程及報告有疑義者之統計分析及檢討改善紀錄。
重點	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： （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。

基準3.7.2	
建立院內統一及完整之癌症組織病理報告，並有督導及監測機制。	
評分說明	Rating E：未制訂任何癌症病理報告格式。 Rating D：未達Rating C之要求。 Rating C：已制定適合機構之六大癌病理報告格式並確實執行。 Rating B：符合C，且制訂八種癌別之病理報告格式，並針對其中六種癌別之報告格式品質設有監測機制，且確實執行亦有紀錄可查。

基準3.7.2（續）	
評分說明	Rating A：符合B，且 1. 制訂十種癌別之病理報告格式，並針對其中六種癌別之報告格式品質設有監測機制，且確實執行亦有紀錄可查。 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。
準備文件	1. 院內制訂之癌症病理報告格式。 2. 癌症病理報告格式監測辦法、監測結果統計分析及相關檢討改善紀錄。
重點	1. 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。 2. 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3.8	
為提昇癌症影像診斷品質，院內醫學影像部門應制定統一及完整之癌症影像診斷報告格式，並有督導及監測機制。	
評分說明	Rating E：未制定任何癌症影像診斷報告格式。 Rating D：未達Rating C之要求。 Rating C：已制定至少四種癌別之癌症影像診斷報告格式，並確實執行。 Rating B：符合C，且制訂五種癌別之影像診斷報告格式，並針對其中二種癌別之報告格式品質設有監測機制，且確實執行並有紀錄可查。 Rating A：符合B，且 1. 制訂六種癌別之癌症影像診斷報告格式，並針對其中三種癌別之報告格式品質設有監測機制，且確實執行並有紀錄可查。 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。

基準3.8（續）	
準備文件	1. 院內制訂之癌症影像診斷報告格式。 2. 癌症影像診斷報告格式監測辦法、監測結果統計分析及相關檢討改善紀錄。
重點	1. 基準精神在於確保病人能有正確之臨床分期，以獲得適當之治療方式，故各院可由「肺癌、直腸癌、子宮頸癌、鼻咽癌、食道癌及前列腺癌」等以影像學診斷決定治療模式之癌症別中，自行選取並制訂統一之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。 3. 報告格式編排由醫院自訂，可為描述式、條列式或摘要式，惟需經院內共識討論。 4. 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。

基準3.9	
放射線治療部門應針對常見癌症制訂放射線治療政策與程序之指引，並確實執行。	
評分說明	Rating E：未訂立任何放射線治療政策與程序之指引。 Rating D：未達Rating C之要求。 Rating C：至少制訂乳癌、頭頸癌(含口腔、咽喉)、肺癌、大腸直腸癌及子宮頸癌之五種癌別根治性目的 (curative intent)放射線治療政策與程序之指引，並有完整討論記錄佐證。 Rating B：符合C，且 1. 有院內公告且視需要定期檢視或改版。 2. 除Rating C提及之五種癌別外， 另增加一種癌別之根治性目的(curative intent)放射線治療政策與程序之指引，並針對其中三種癌別設有監測機制。

基準3.9（續）	
評分說明	Rating A：符合B，且 1. 除Rating C提及之五種癌別外，另增加二種癌別之根治性目的（curative intent）放射線治療政策與程序之指引，並針對其中四種癌別設有監測機制。 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。
準備文件	1. 最近編修之放射線治療政策與程序之指引版本。 2. 放射腫瘤科討論及修訂之會議記錄及相關參考資料。 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、監測結果統計分析及相關檢討改善紀錄。

基準3.9（續）

重點	1.指引需包含以下內容： （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。 2.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），若引用醫院自身資料庫之資料，則需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）會議共識後所訂之處方，應提送癌委會核可後公告。

基準3.9（續）	
重點	3. 基於確保病人安全原則，監測機制至少需包含： （1）放射腫瘤科主治醫師需於第一次治療前，對該療程進行確認及簽章負責。 （2）針對「總劑量」及「總治療時間及次數」進行監測。 4. 除院內正式公告，醫護人員可由院內網路或其他簡易機制查閱本治療指引。 5. 若院內放射腫瘤科成員太少（例如：只有一名醫師），則可與其他醫院或醫學中心進行聯合討論及修訂，惟亦須有會議紀錄及相關參考資料。 6. 放射線治療部門若違反衛生署「醫療機構業務外包作業指引」者，視為未達「C」之標準。 7. 若醫院無放射線治療部門，但有建立合作轉介機制，且能提供佐證資料者，最高可評分為「C」；無建立合作機制者評分為「E」。

基準3.10必要項目	
癌症醫療防治機構應針對院內常見癌症建立核心測量指標監測機制。	
評分說明	Rating E：未建立任何核心測量指標監測機制。 Rating D：未達Rating C之要求。 Rating C：已建立院內常見四種癌症之核心測量指標監測機制。 Rating B：已建立院內常見五種癌症之核心測量指標監測機制，並針對其中三種癌症之相關數據進行檢討改善。 Rating A：已建立院內常見六種癌症之核心測量指標監測機制，並針對其中四種癌症之相關數據進行檢討改善。