

108 年度癌症診療品質認證委員共識

【未曾通過認證醫院適用版】

注意事項：

1. 各項基準評分以公告之評分說明內容為主，所列共識僅供參考且僅適用於 108 年度認證。
 2. 受委託之認證機構不回覆有關共識內容之問題，僅提供基準之說明與釋疑。
 3. 受委託之認證機構保留後續修改或中止此公告之權利。
-

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. 醫院之癌委會長期缺乏某一科別成員出席，直至實地認證前才補齊，則評分原則為：
 - (1) 自上次認證核定年度至本次認證期間，若有超過一半時間具該科別委員，則予以採計。
 - (2) 若實地認證前才任命該科委員，則須任命達六個月以上，方予採計。

第二章 癌症資料庫之管理與運用

基準 2

1. 癌登人力可為非編制內人員。
2. 癌登人力計算原則：
 - (1) 單一年度內有六個月以上具足夠合格癌症登記人力，則予以採計。
 - (2) 若實地認證前才聘得之合格癌症登記人力，則須到職達六個月以上，方予採計。

基準 3

1. 因機制不同，故醫院提供的內部審查及（外部）稽核抽審名單不可完全相同，亦無須全然規避，以達雙重監督之目的。
2. 為確保癌症登記資料品質，可請醫院提供內部審查、外部稽核之原始審查記錄及疑義欄位之討論案例紀錄，以確認是否落實內部審查、外部稽核及疑義欄位處理機制。若時間許可，亦可抽審 1-2 本病歷模擬第二階段認證之癌症病歷審查流程。

第三章 癌症診療與照護服務

基準 4

1. 診療指引格式，無論是全院一致或由各多專科團隊自訂皆符合精神。
2. 若以國際常用診療指引（例如：NCCN 或 NICE 等）為院內診療指引制訂之主要參考依據者，當該指引進行改版時，團隊應檢視其改版內容並進行討論，且視需要進行修訂，並於紀錄中呈現未依該指引修訂之原因。
3. 若醫院制訂之診療指引與委員之實證醫學認知有落差時，請醫院提供達成共識之會議紀錄及參考文獻。
4. 基準 4，5，11，12 重點內所指「公告」非僅指癌委會發文公告，如利用院內網站公告、舉辦教育訓練課程等，亦符合公告之精神。
5. 重點 4（2）確認是否依據診療指引進行與期別相關之主要檢查，是指團隊應經過共識討論取得該院確立診斷之主要檢查方式，編修符合院內臨床實作之診療指引內容。實地認證評核重點為檢視該院如何執行指引診斷面之監測，且確實執行，不須要求醫院逐筆比對診療指引所列之檢查項目確認是否完成。

6. 治療計畫書（含紙本與電子病歷）之填寫及修改權限由醫院自訂並確實執行，惟治療計畫書完成後應由主治醫師核章（簽名）或以相關機制確認以示負責。
7. 重點 9 所指「更新病人專屬治療計畫書」之呈現方式由醫院自訂，在原有計畫書新增欄位填寫或再寫一份計畫書皆可。治療計畫書如屬電子病歷，可不需列印紙本。
8. 治療計畫書電子化後，若計畫書版次會被後續填寫之內容覆蓋，僅留下最新一版的計畫書，或僅呈現最新填寫的日期，上述情形因未明確標示每次書寫時間，故不符合基準要求。醫院在規劃設計電子病歷系統時，應能完整呈現各時程之治療計畫與相關內容，便於院內同仁登載及參閱。
9. 外院病人轉介至本院僅進行放射線治療，其餘治療皆於外院執行（如化學治療），此類病人僅需針對放射線治療填寫計畫書，監測亦然。

基準 5

1. 未要求醫院一定要建立處方開立電子系統，請勿以電子系統之建置與否來判斷是否符合基準精神。
2. 若醫院自訂之癌症治療藥物處方集中，regimen 之劑量是以範圍（range）呈現，如醫院能提出參考文獻及院內共識討論紀錄佐證，則可接受。
3. 若醫院未建立 Adjuvant 或 Neoadjuvant 之化療處方及 CCRT 處方，應於會議紀錄上註明原因，可請醫院提供達成此共識之會議紀錄。但對於一般已普遍有處方共識之癌症，若該院無共識時，則不可接受。
4. 考量肝癌治療特性，不要求醫院須制訂肝癌處方；若醫院已訂有處方，則應提具相關參考文獻或院內分析資料佐證。而肝癌

常見之治療方式如 TACE，亦不要求須納入處方集，於診療指引中寫明即可。

5. 因部份癌症治療藥物有多種施打方式（如乳癌 FAC 有眾多打法），若發現醫院之院內共識為訂定不同治療組合供各科使用，可請院方說明訂定之依據及理由，以確保團隊對於處方訂定已確實進行管控。
6. 重點 5 之「專科醫師」係指部定專科醫師。
7. 醫院利用資訊系統執行處方複核機制，如資訊系統已確實管控主治醫師需確認（或）核章後才可執行後續動作時，則符合基準。
8. 專科護理師可以自身權限進入系統，協助主治醫師輸入處方內容，且輸入之處方內容須經主治醫師複核確認。若專科護理師以主治醫師權限進入系統開立處方，則評分為不符合。

基準 6

1. 聯合團隊會議模式，僅需一份簽到單及會議紀錄，各（聯合）團隊之團隊會議若安排於同一天，需區分不同時段進行，且有獨立之簽到單及會議紀錄。若所有（聯合）團隊會議安排於同一時段共同召開，並不認可符合基準精神。
2. 凡有收治惡性淋巴瘤個案即應成立多專科團隊。但因年度新診斷個案數（Class0-3）<50 例之團隊會議開會頻率為每月 1 次，考量治療時效性，故可接受依淋巴瘤腫瘤部位提至該部位之多專科團隊會議共同討論病人（例如：將腸道惡性淋巴瘤個案，提至消化系癌團隊會議共同討論）。
3. 若治療計畫書屬正式病歷，則多專科團隊會議討論結果可於治療計畫書中呈現，不要求重填於病歷上。

4. 每一種治療前所做之討論皆可視為「事前討論」，例如：化療完成後討論後續之放射線治療計畫；討論後決定不繼續治療，亦可視為事前討論。惟個案討論若為相關檢查或檢驗結果之再確認，不列入事前討論計算。
5. 多專科團隊會議之個案討論結果可摘錄或以掃描檔呈現於病歷中。各團隊之會議紀錄，不能以錄音檔取代，亦不須繕打逐字稿。

基準 7

1. 藥事人員如對化療劑量有疑慮時，需與主治醫師確認，並須由醫師更改醫囑。若由藥事人員自行修改未再經由醫師確認，則評分為「不符合」。
2. 認證當日無化療處方可調配時，委員可請當班調配藥事人員口述或模擬流程來評估是否符合安全機制。
3. 未要求醫院增派藥師同步進行複核，僅需確認是否確實執行複核機制即可。如藥單送至藥局，先由藥師針對處方單進行初步檢視並備妥藥物送進調劑室，再由調劑藥師確認藥物無誤後進行調配，最後由備藥藥師複核調配完畢的藥品，即可接受。
4. 化療製劑調配錯誤率是以化學藥物為主，其他合併使用藥物（如：止吐藥、類固醇）不列入計算。
5. 藥事人員在符合基準要求之生物安全櫃下調劑抗癌化學治療注射劑，可不需配戴護目鏡。
6. 院內各處所配置之化療藥物潑灑處理箱（spill kits）內容物，皆需符合基準 8 重點 2. 所述，惟醫院可視臨床實際狀況適當增列物品，但需符合自訂之標準作業規範。
7. 若醫院自訂處方及調劑異常之定義「寬鬆」，委員現場可給予意見與輔導。若醫院自訂處方及調劑異常之定義「明顯錯誤」，即未達成評分說明 3 及 4，基準評定為不符合。後續限期改善之

書面審查資料中不能僅有更新後之定義，尚需包含實際運作狀況（如：修改後相關教育訓練資料）。

基準 8

1. 醫院採用 barcode 系統，仍需有兩位護理人員至病人單位設定 IV Pump 之點滴速率並複核。若醫院電子資訊系統可協助滴速複核，是否可取代給藥時雙人複核之滴數確認，將由委員至現場進行查核後判定。
2. 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，未要求儲存空間需上鎖。委員於實地認證時發現醫院將抗癌藥物儲存設備置放於開放空間，恐有安全疑慮時，請現場口頭提出建議。
3. 國內並無相關法令規範抗癌化學治療注射劑 IV push 之人員資格，故尊重醫院自訂規範。僅需確保操作過程符合作業程序，且於符合安全標準之設備下執行此業務，即可接受。
4. 若醫院自訂藥物外滲及給藥異常之定義「寬鬆」，委員現場可給予意見與輔導。若醫院自訂藥物外滲及給藥異常之定義「明顯錯誤」，即未達成評分說明 3，基準評定為不符合。限期改善之書面審查資料中不能僅更新後之定義，尚需包含實際運作狀況（如：修改後相關教育訓練資料）。

基準 9

1. 醫院評鑑中屬同一院區，或合併評鑑者，報告應有一致格式，若格式不一致，即不符合基準精神。外院之病理報告格式則不列入評分。
2. 病理/影像報告/治療計畫書等格式，基準僅要求自訂統一格式（各癌別），並未要求需經多專科團隊或癌症中心確認。

3. 監測需由醫師負責，但未要求醫師執行所有工作。醫院可自行指派相關人員協助確認。監測內容需明確定義，且負責監測人員必須能瞭解並確實執行。
4. 若醫院已實施電子病歷，可接受將病理組織報告內容以 summary 形式呈現（即將「沒有」或「Negative」項目予以省略），但病歷中須能檢視完整之報告頁面；若該院僅有書面病歷，則病歷中必須呈現完整之病理組織報告。

基準 10

1. 醫院評鑑中屬同一院區，或合併評鑑者，報告應有一致格式，若格式不一致，即不符合基準精神。外院之影像報告格式則不列入評分。
2. 監測需由醫師負責，但未要求醫師執行所有工作。醫院可自行指派相關人員協助確認。監測內容需明確定義，且負責監測人員必須能瞭解並確實執行。
3. 若醫院已實施電子病歷，可接受將影像診斷報告內容以 summary 形式呈現（即將「沒有」或「Negative」項目予以省略），但病歷中須能檢視完整之報告頁面；若該院僅有書面病歷，則病歷中必須呈現完整之影像診斷報告。

基準 11

1. 新病人評估表呈現方式由各院自行規範，不強行要求需另設表格或新增格式。但放射治療科醫師必須在治療前詳細評估病患，並完整記載於病歷中（非指放射治療科專用病歷），例如：會診單或放射治療科之門診記錄中。
2. 重點 2 (2) 放射線治療指引乃針對根治性治療而設立，應以 3D（或以上）之治療技術為主，故仍需列出放射治療部位（含

CTV 及 PTV 之定義) 以符合標準。對於少數例外，如骨盆腔放射以 2D 進行時，則須定義其 2D 治療範圍。

3. 監測須由醫師負責，但未要求醫師執行所有工作。醫院可自行指派相關人員（如：科內技術人員）協助確認，但最後負責人須為醫師。監測內容需明確定義，且負責監測人員必須能瞭解並確實執行。
4. 醫院未設有放射腫瘤部門，病人相關治療皆轉介至簽約合作醫院，則必須備有重點 8 所列之資料回饋，但不要求醫院提供簽約文件。

基準 12

1. 照護準則不可只從國外標準或一篇文獻中直接摘錄，需為醫院自行訂定並經過討論修改。照護作業準則之更新需有佐證資料說明，非僅是制訂日期之更新。
2. 照護作業準則之教育訓練課後評值方式不拘，但非單指課程內容滿意度調查，重點在於須能評估護理人員對課程內容的瞭解與認知程度。
3. 評分說明 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」，於實地認證時至少抽審 2 本病歷，且訪談該病歷之護理人員，以評核護理人員對四項照護作業準則的了解與運用情形。

基準 13

1. 營養介入或飲食衛教分析，以病房為單位進行或以會診病人作資料分析皆可。
2. 收案管理資料整理分析包括：收案數與個案基本資料之統計分析，以及對個案營養診斷及營養介入之分析。不要求營養介入後之專業檢討改善。

基準 14

1. 個案管理人力計算原則：
 - (1) 年度內有六個月以上合格人力符合要求即可。
 - (2) 未滿 1 人之人力至少須編制 1 名兼任人員，且該員亦需符合重點 2 之規定。
 - (3) 培訓課程須有結業證明佐證。
2. 專任：該人力僅從事各醫療機關所訂定之腫瘤個案管理護理師之職責與工作規範，不得同時兼任其他工作。
3. 重點 3 (3) 之首次局部復發或單一器官局部轉移之個案，係指無論曾於本院治療或他院治療的癌症病人，凡屬首次局部復發或單一器官局部轉移且至本院接受積極治療者，即需納入收案管理範圍。個案管理名單可區分個案分類，以利後續管理追蹤。