

101 年度癌症診療品質認證 基準及評分說明



行政院衛生署國民健康局

中華民國 100 年 12 月

目錄

壹、認證基準評量項目	2
貳、認證等級評定	3
參、認證任務分組	4
肆、癌症診療品質認證基準及評分說明.....	5
第一章 癌症診療品質相關單位之設置與運作....	5
第二章 癌症登記資料庫之管理與運作	10
第三章 癌症診療管理.....	20
第四章 癌症照護品質	42
第五章 癌症資訊及預防、篩檢計畫提供.....	51
第六章 醫學研究	53

壹、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 必要項目：10 項 加分項目：2 項

貳、認證等級評定

(一) 認證總評分結果分為通過、有條件通過及不通過。

通 過	全部評分項次中，Rating A $\geq$ 10 項
	且 Rating A + Rating B $\geq$ 26 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 > 10 項，
	且 Rating D $\leq$ 3 項
	且 Rating E = 0 項
不通過	全部評分項次中，Rating A + Rating B $\leq$ 10 項
	或 Rating D $\geq$ 4 項
	或 Rating E $\geq$ 1 項

(二) 各章任一必要項目 (☐) 評分未達 B 者，則認證等級不得為通過。

(三) 必要項目：1.2，2.4，3.2，3.3.3，3.5，3.6.2，3.6.3，
3.10，4.1，5.1。

叁、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	2.1，2.2，2.3，2.4，2.5，2.6
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

備註：基準 2.2 由國民健康局提供資料

肆、癌症診療品質認證基準及評分說明

1. 首次申請認證及前一年認證結果為「有條件通過」醫院之資料審閱區間為 100 年至 101 年認證前 2 個月。
2. 非首次申請認證醫院，其資料審閱區間為上一次認證結果核定年度至 101 年認證前 2 個月，惟基準項次 1.4，3.3.4，3.7.2，3.8，3.9，4.5，5.1，5.2 之資料審閱區間為 99 年至 101 年認證前 2 個月。

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%。 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%。
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）。

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，若為代理出席則不列入出席率計算。 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。
---	---

必 基準 1.2

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，並公布癌症診療與照護報告。

**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。

Rating B：符合 C，且

1. 會議紀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。

**準
備
文
件**

1. 委員會之會議紀錄及相關附件，紀錄包含前列 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。）。

**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，院方需提供會議紀錄作為佐證資料。
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（含診療指引遵循、治療計畫書、抗癌藥物處方遵循、病理報告格式品質、癌症影像診斷報告格式品質及放射線治療政策與程序指引等之監測。）
4. 上述同儕審查項目於監測中，若發現重大診療事件，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。 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。
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。

加基準 1.4

癌症委員會（或院內教育委員會）每年應提供醫療專業人員必要之癌症教育訓練。

評分說明	需符合以下，方可加分： 1. 每年至少需提供下列教育訓練： (1) AJCC 或其他癌症分期之運用 (2) 院內診療指引之推廣及運用（如：運用診療指引為癌症病人擬定相關治療計畫） (3) 癌症病情告知相關主題 2. 全年每項活動至少應舉辦 4 小時（含）以上，且具相關佐證資料。
準備文件	1. 癌症委員會（或院內教育委員會）提供每年之癌症教育活動課程列表及相關紀錄。 2. 上述課程活動之人員參與紀錄（請依職務別或部門分類）及統計分析數據。
重點	1. 上述教育訓練之主要參與對象至少需包含： (1) AJCC 或其他癌症分期之運用：各職級醫師、癌登人員、個案管理師。 (2) 院內診療指引之推廣及運用：各職級醫師、個案管理師、護理師。 (3) 癌症病情告知相關主題：各職級醫師、個案管理師、護理師。 2. 可接受醫院之兩個院區用視訊的方式舉行教育訓練課程，但兩個院區皆須有簽到等佐證資料。 3. 如醫院同仁利用網路視訊教學自行上網學習，則院方需提供實質的教育課程（即有講師授課，非自行下載課程簡報閱覽），並有學習紀錄可查（如：上課人數）方可接受。 4. 主辦單位應為院層級（如：癌委會、醫教會）提供給全院性參與之教育活動，如為各部門單位自行舉辦（如：各科別團隊、癌登小組）之教育課程則不列入。

第二章 癌症登記資料庫之管理與運作

自 98 年 1 月 1 日起新診斷癌症之癌症登記長表申報已由 6 癌擴大至大腸直腸癌 (C18-C21)、肝癌 (C22)、肺癌 (C33-C34)、乳癌 (C50)、子宮頸癌 (C53)、子宮體癌 (C54)、子宮未明示部位 (C55)、卵巢癌 (C56)、口腔癌 (含口咽及下咽等) (C00 - C06; C09 - C10; C12 - C14)、主唾液腺癌症 (C07-C08)、鼻咽癌 (C11)、食道癌 (C15)、胃癌 (C16)、攝護腺癌 (C61)、膀胱癌 (C67)、血液腫瘤 (M-code9590-9992)，上述癌症均須依癌症登記長表規定申報，申報資料如不符規定，除基準 2.1 外，第二章其餘項次評分均為 D。

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。 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。
重 點	1. 合格：領有癌症登記基礎級認證合格證照。 2. 專任：該人力僅從事中央主管機關所指之癌症登記登錄業務（含癌登欄位登錄、複閱及複閱結果之統計分析與檢討改善）。 3. 專責：該人力除從事中央主管機關所指之癌症登記登錄業務，同時兼任其他工作。 4. 「接受癌登訓練課程的人員」係指每年接受癌登相關課程時數至少 20 小時，且已上過癌登入門課程，而登錄長表者尚需完成該癌之進階課程。 5. 癌登訓練課程時數認定，比照健康局「癌症登記技術人員繼續教育學分認定原則」辦理。

備 註	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：101 年認證，則以各院申報之 98 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（申請並符合本、分院合併認證規範之醫院不在此限）。
--------	--

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%。 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	1. 計算方式以癌症登記資料庫可取得最近三個年度(97-99 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。 2. 前一年認證結果為「有條件通過」醫院之計算方式以癌症登記資料庫可取得最近一個年度(99 年)之申報完成率、查詢補正率與邏輯待查回覆率數據進行評分。
備註	1. 以下以 99 年為例，說明各年度申報完成率、查詢補正率與邏輯待查回覆率之計算方式： (1) 完成率計算公式：$(A/B) \times 100\%$ (以 99 年為例) A：97 年已申報之個案數(癌症登記資料庫最近可取得年度之個案數)。 B：97 年醫院已申報個案數 + 97 年催收名單中應申報未申報個案數。 (2) 補正率計算公式：$(E+F) / D \times 100\%$ (以 99 年為例) D：97 年待查名單回覆為需申報、或未回覆個案數。 E：97 年待查名單需申報已申報個案中，診斷年非 97 年個案數。 F：97 年待查名單需申報已申報個案中，診斷年為 97 年個案數。 【查詢補正率定義】： 健康局比對最近一年癌症登記資料檔與重大傷病檔、死亡檔及子宮頸切片檔，函附各院疑似漏報個案名單，請各院於該公函到院日期一個月內查詢並完成補申報。 (3) 邏輯待查回覆率：$(G/H) \times 100\%$ (以 99 年為例) G：97 年醫院待查回覆次數。 H：97 年原始邏輯待查次數。 【邏輯待查回覆率定義】： 申報醫院經自行邏輯偵測後，針對被勘出為「邏輯待查」欄位者於邏輯偵測報表上說明或提供相關佐證報告之回覆比率。

	2. 本項次由國民健康局提供數據，認證當天請委員依此數據進行評分。
--	-----------------------------------

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。
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	2. 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。 3. 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。 4. 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。

必基準 2.4	
癌症防治醫療機構應制定癌症登記資料庫內部品管審查辦法，據以確保登錄資料之正確性與完整性。	
評 分 說 明	Rating E：未制訂癌症登記資料庫內部品管審查辦法。 Rating D：未達 Rating C 之要求。 Rating C：有完整癌症登記資料庫內部品管審查辦法，且據以執行並有佐證資料可循。 Rating B：符合 C，並針對審查發現之異常及疑義欄位，進行統計分析並訂立改善措施，且有佐證資料可循。 Rating A：符合 B，且確實執行改善措施，並有後續成效評值及紀錄可查。
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。
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%。 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%。
準備文件	1. 癌症委員會（或類似單位）之癌症登記資料庫稽核辦法。 2. 癌症登記資料庫原始稽核紀錄（含稽核日期、稽核者姓名、稽核內容及稽核結果等）。 3. 年度所抽審百分之十之癌症個案（Class1~2）名單（名單請註明癌別、癌症分期 Stage、病歷號碼及身份證號碼。） 4. 癌症登記資料庫稽核結果之統計分析資料。 5. 相關檢討改善機制及成效評值等佐證資料。
重點	完整的癌症登記資料庫稽核辦法，應包括下列重點： （1）訂有長、短表稽核辦法且定期進行品質監測。 （2）長、短表稽核辦法須敘明稽核對象、比率、頻率、方法及欄位等。 （3）每年至少隨機抽取百分之十的癌症個案（Class1~2）進行資料審閱。 （4）範圍需為全欄位之審閱。 （5）稽核小組負責人資格需為醫師，但不要求由醫師審閱全部欄位，惟「癌症分期」項目仍需由醫師進行審閱。
備註	1. 登錄資料正確率：$(K/L) \times 100\%$ K：登錄資料正確之欄位數 L：認證委員抽審欄位數

表 1

認證委員請依行政院衛生署國民健康局於民國 96 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：

2. 101 年評分標準：

認證委員將從各院癌委會所抽取之 10%癌症個案（Class1~2）名單中，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，即院內登錄資料與癌症登記工作小組提供之資料進行比對，並計算正確欄位數之比率。

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	<u>3.10</u>	病理 T Pathologic T	127	129
2.14	區域淋巴結檢查數目 Regional Lymph Nodes Examined	99	100	<u>3.11</u>	病理 N Pathologic N	130	131
2.15	區域淋巴結侵犯數目 Regional Lymph Nodes Positive	101	102	<u>3.12</u>	病理 M Pathologic M	132	133
<u>3.4</u>	臨床 T Clinical T	115	117	<u>3.13</u>	病理期別組合 Pathologic Stage Group	134	136
<u>3.5</u>	臨床 N Clinical N	118	119		其他分期系統 Other Staging System —FIGO		
<u>3.6</u>	臨床 M Clinical M	120	121		其他分期系統 Other Staging System —BCLC（101 年起適用）		
<u>3.7</u>	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 （101 年起適用）		

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。
準備 文件	1. 癌症個案追蹤辦法。 2. 個案實際追蹤紀錄及相關檢討改善資料。
重 點	追蹤辦法由醫院自訂，內容需包含： （1）追蹤對象：全數癌症別個案分類 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 Class 0 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。
準 備 文 件	1. 最新版次之癌症診療指引。 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。
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，應提送癌委會核備後公告。 2. Rating A 所指之十種癌症必須包含淋巴瘤。淋巴瘤需含三種國內常見亞型淋巴瘤（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。

必基準 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。								
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。								
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） <table border="1" data-bbox="454 1644 979 1845"> <thead> <tr> <th>個案數（人）</th><th>審閱病歷數（本）</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1,000 以下</td><td>6</td></tr> <tr> <td>1,001-2,000</td><td>9</td></tr> <tr> <td>2,001 以上</td><td>12</td></tr> </tbody> </table> （3）加抽病歷數：不得超過應抽審病歷數之半數。 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	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
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								

	(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) 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。
--	---

基準 3.3	
癌症病人之病歷記載應正確詳實並包含以下重點：	
基準 3.3.1	
主治醫師需於（電子）病歷記載正確詳實之臨床或病理分期。	
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. 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。
備 註	1. 評分指數計算方式： $\frac{\text{「審查項目完整度」} \times \text{「符合審查病歷數」}}{\text{重點項目} \times \text{應抽審病歷數}} \times 100\%$ 【例如】 某醫院抽查 12 本病歷，其中 7 本符合 2 項重點、4 本符合 1 項重點、1 本全不符合，得分即為： $[(2 \times 7 + 1 \times 4 + 0 \times 1) / (2 \times 12)] \times 100\% = 18/24 \times 100\% = 75\%$ 故評分為 Rating B。 2. 病歷抽審機制：同 3.2。

基準 3.3	
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%。
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，已記錄等級及頻率即可。 3. 副作用之評估及記載以療程為單位(含癌症就醫門、住診)。
備 註	1. 評分指數計算方式為： $\frac{\text{「審查項目完整度」} \times \text{「符合審查病歷數」}}{\text{重點項目} \times \text{應抽審病歷數}} \times 100\%$ 【例如】 某醫院抽查 12 本病歷，其中 8 本符合 3 項重點、3 本符合 2 項重點、1 本符合 1 項重點，得分即為： $[(3 \times 8 + 2 \times 3 + 1 \times 1) / (3 \times 12)] \times 100\% = 31/36 \times 100\% = 86\%$ 故評分為 Rating A。 2. 病歷抽審機制：同 3.2。

基準 3.3	
必 基準 3.3.3	
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」。
備 註	1. 評分指數計算方式為： $\frac{\text{「審查項目完整度」} \times \text{「符合審查病歷數」}}{\text{重點項目} \times \text{應抽審病歷數}} \times 100\%$ 【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： $[(3 \times 4 + 2 \times 2 + 1 \times 2 + 0 \times 1) / (3 \times 9)] \times 100\% = 18/27 \times 100\% = 67\%$ 故評分為 Rating B。 2. 病歷抽審機制：同 3.2。

基準 3.3	
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紀錄、治療期間之副作用（或合併症）及完成紀錄。	
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. 轉介流程及紀錄（視需要）。
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）放射治療期間之副作用及相關處置。 （3）完成紀錄：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. 未設置放射腫瘤部門者，應建立病人轉介機制，並於病歷中呈現重點 1 所述（1）與（3）之文件，且完成紀錄中應記載放射治療期間之重要副作用（頻率等級），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）。
備 註	1. 評分指數計算方式為： $\frac{\text{「審查項目完整度」} \times \text{「符合審查病歷數」}}{\text{重點項目} \times \text{應抽審病歷數}} \times 100\%$ 【例如】 某醫院抽查 9 本病歷，其中 2 本符合 3 項重點、3 本符合 2 項重點、3 本符合 1 項重點、1 本全不符合，得分即為： $[(3 \times 2 + 2 \times 3 + 1 \times 3 + 0 \times 1) / (3 \times 9)] \times 100\% = 15/27 \times 100\% = 56\%$ 故評分為 Rating C。 2. 病歷抽審機制：同 3.2。

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。 Rating A：符合 B，且 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。
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。
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。 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（除六大癌外），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」。

癌症及團隊彙整表		
癌別	可合併團隊別	團隊核心成員
1. 大腸直腸癌	大腸直腸癌 【消化道癌症】	影像診斷、病理、外科、(腫瘤)內科、放射腫瘤
2. 肝癌	肝癌	影像診斷、病理、外科、(腫瘤)內科
3. 肺癌	肺癌 【胸腔癌】	影像診斷、病理、外科、(腫瘤)內科、放射腫瘤
4. 乳癌	乳癌	影像診斷、病理、外科、腫瘤內科、放射腫瘤
5. 子宮頸癌	子宮頸癌 【婦癌：可加入子宮體癌、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)	口腔癌 【頭頸癌】	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	胃癌 【消化道癌症】	影像診斷、病理、外科、(腫瘤)內科
8. 攝護腺癌	攝護腺癌 【泌尿道癌】	影像診斷、病理、泌尿、腫瘤內科、放射腫瘤
9. 膀胱癌	膀胱癌 【泌尿道癌】	影像診斷、病理、泌尿、腫瘤內科、放射腫瘤
10. 食道癌	食道癌 【胸腔癌】	影像診斷、病理、外科、(腫瘤)內科、放射腫瘤
11. 鼻咽癌	鼻咽癌 【頭頸癌】	影像診斷、腫瘤內科、放射腫瘤、耳鼻喉科
12. 淋巴癌	淋巴癌 【造血癌症】	影像診斷、病理、血液(腫瘤)、放射腫瘤
* (腫瘤)內科：腫瘤內科或癌別相關內科任一即可，但兩者皆有更佳。		

必基準 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： 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$\geq 10\%$。 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。
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（含原位癌且個案分類為 Class 1~3）。 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，建議可包括： （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。 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。 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（電子）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。
--	---

基準 3.6	
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：	
基準 3.6.1	
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。	
評 分 說 明	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。 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。
準 備 文 件	1. 最新版次之抗癌藥物處方。 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（Neo adjuvant）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。 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，應提送癌委會核備後公告。

基準 3.6	
必基準 3.6.2	
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。
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							
必基準 3.6.3							
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。						
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劑相關設備之保養維護紀錄。 3. 抗癌化學治療注射劑儲存空間及相關設備之保養維護紀錄。 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。						
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、調劑設備（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、調劑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劑完成，且勿因排氣造成環境污染之虞。 2. 抗癌化學治療注射劑調劑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）。 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。 6. 有關藥事人員調劑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劑之基本防護配備 <table border="1"> <tr> <td>生物安全櫃</td><td>等級為 Class IIB 或 Class III</td></tr> <tr> <td>手套</td><td>雙層橡膠或乳膠材質且長度需蓋過袖口，例如：外科手套。</td></tr> <tr> <td>護目鏡或面罩</td><td>護目鏡（視需要，一般眼鏡可替代護目鏡）。</td></tr> </table>	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）。
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。

(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、活性碳口罩、可拋棄式小鏟子或夾子（視需要）、可密封之收納容器（視需要）。

基準 3.6									
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且有紀錄可循，並呈交癌委會（或類似單位）核備。								
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。 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。 <table border="1"> <tr> <td>手套</td><td>雙層橡膠或乳膠材質且長度需蓋過袖口，例如：外科手套。</td></tr> <tr> <td>護目鏡或面罩</td><td>一般眼鏡可替代護目鏡</td></tr> <tr> <td>口罩</td><td>至少為外科醫用口罩</td></tr> <tr> <td>隔離衣</td><td>防水，需每日更換。</td></tr> </table> 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。	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。
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。								
備註	病房選取原則： 1. 機構設有腫瘤專屬病房：由機構擇取一個「腫瘤專屬病房」，認證委員現場擇取一個「一般病房」，但後者至少須涵蓋一項十大癌症疾患。 2. 機構未設腫瘤專科病房：由機構及認證委員各自擇取 1 個病房，該病房所收治患者需為十大癌症之一。								

基準 3.7	
為提升解剖病理品質，癌症防治醫療機構應建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 1. 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。 2. 分子病理檢驗項目需由通過國內（外）相關單位分子病理檢驗認證的實驗室執行。
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。 4. 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（視需要）。
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。 4. 分子病理檢驗項目係指 Her-2/neu 之檢驗。 5. 國內（外）分子病理檢驗相關認證單位例舉如下：台灣病理學會、美國病理學會（CAP）、財團法人全國認證基金會（TAF）等。

基準 3.7	
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。 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。
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，並有完整討論紀錄佐證。 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。 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（cative 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、監測結果統計分析及相關檢討改善紀錄。
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，應提送癌委會核備後公告。 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」。
--	--

必 基準 3.10	
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。
準備 文件	各項癌症診療品質核心測量指標的統計資料及相關檢討改善文件。
重 點	1. 核心測量指標至少應包含健康局公告版本，不可減少或進行修改。 2. 101 年評分方式：分析數據至少為二個年度。

第四章 癌症照護品質

必基準 4.1

癌症防治醫療機構應提供具有專業知能之護理人員照護癌症病人，並至少提供下列四項照護作業準則供護理人員使用：

- (1) 細胞毒性物質處理。
- (2) 血液管路照護。
- (3) 化學治療/放射線治療後之免疫不全。
- (4) 疼痛評估與處置。

評 分 說 明	Rating E：未訂定任何癌症病人照護作業準則。 Rating D：未達 Rating C 之要求。 Rating C： 1. 參酌國內外文獻，並由院內權責單位制定上述照護準則，且有相關討論紀錄佐證。 2. 視需要定期檢視或改版。 Rating B：符合 C，且 1. 有院內公告及教育之佐證資料。 2. 確實執行照護準則，對其中二項照護準則之執行有持續監測及具體檢討改善。 Rating A：符合 B，且 1. 對四項照護準則之執行有持續監測及具體檢討改善。 2. 且監測結果呈交癌委會或院內權責單位核備。
準 備 文 件	1. 最新版次之癌症照護作業準則。 2. 院內權責單位討論/修訂之會議紀錄及相關參考資料。 3. 定期公告、教育之相關佐證資料（含教育訓練課程表及人員參與紀錄）。 4. 監測辦法、監測結果統計分析及相關檢討改善紀錄。
重 點	1. 細胞毒性物質處理需含化療藥物外滲、安全防護、運送及廢棄物處置。 2. 血液管路照護準則如：Port-A、Hickman、PICC。 3. 化學治療/放射線治療後免疫不全照護準則宜包含保護性隔離照護。 4. 疼痛控制重點在於癌症病人的疼痛評估及處理，照護準則宜包含評估工具。 5. 評分方式為訪談與觀察護理人員執行各項照護準則並查閱病歷與相關護理紀錄。 6. 醫院未設有放射線治療儀器設備，或放射線治療病人皆轉介至他院，仍須設有放射線治療後免疫不全之照護準則。

	7. 照護作業準則需定期檢視或改版（至少每年一次，且明確標示制定或修訂日期）且有佐證資料。 8. 監測辦法係針對護理人員是否瞭解照護準則並確實執行。
備註	訪視範圍同 3.6.4。

基準 4.2	
癌症防治醫療機構應提供病人及家屬護理指導。	
評 分 說 明	Rating E：未提供任何護理指導。 Rating D：未達 Rating C 之要求。 Rating C：護理紀錄中，可呈現利用衛教單張或相關資源，提供護理指導。 Rating B：符合 C，並能依據病人及家屬需求，提供個別性護理指導。 Rating A：符合 B，並能具體呈現完整護理紀錄。
準備 文件	護理指導相關資料。
重 點	1. 完整護理紀錄需包含依據護理問題所提出之護理指導及後續評值。 2. 護理指導並不侷限次數，重點在具「個別性」。 3. 評分標準以病歷記載及護理人員訪談為主，不進行病人訪談。
備註	訪視範圍同 3.6.4。

基準 4.3	
病房應訂定癌症照護品質監測主題，並建立品質提升之改善機制。	
評分說明	Rating E：未訂定癌症照護品質監測主題。 Rating D：未達 Rating C 之要求。 Rating C：訂有一項癌症照護品質監測主題並建立適切之指標，且持續監測，並有具體改善措施及評值。 Rating B：訂有二項癌症照護品質監測主題並建立適切之指標，且持續監測，並有具體改善措施及評值。 Rating A：訂有三項癌症照護品質監測主題並建立適切之指標，且持續監測，並有具體改善措施及評值。
準備文件	1. 癌症照護品質監測主題（含監測理由、指標、目標值、頻率及對象等）。 2. 癌症照護品質監測結果及檢討改善資料（異常或偏低值分析）。
重點	1. 癌症照護品質監測主題係指癌症病房之癌症照護品質改善項目，非基準 1.3 之全院性品質改善計畫。但若該病房之監測結果不理想時，亦可列入病房監測主題。 2. 需針對癌症專科特性及病人需求訂定癌症照護品質監測主題，並有具體改善措施及評值才符合品管基本精神，訪查期間（3 年或 4 年間），若有 1 項主題停止監測時，必須增加新的主題。 3. 以品管的方法持續進行監測，未達目標值者需持續監測。
備註	訪視範圍同 3.6.4。

基準 4.4	
癌症防治醫療機構應建立院內一般病房安寧共同照護之轉介服務系統。	
評 分 說 明	Rating E：未建立安寧共同照護之轉介服務系統。 Rating D：未達 Rating C 之要求。 Rating C：已建立安寧共同照護之轉介服務系統，醫護人員能瞭解轉介系統之運作，且確實執行個案轉介，並有佐證資料。 Rating B：符合 C，且 1. 安寧共同照護團隊之主治醫師每年需接受 20 小時安寧緩和醫療相關訓練。 2. 至少設有一名專任護理師負責安寧共同照護業務，該員需受 80 小時安寧緩和醫療相關訓練且每年接受 20 小時安寧緩和護理繼續教育訓練。 3. 專任護理師能將收案管理資料進行整理分析，並回饋至原轉介單位。 Rating A：符合 B，且 1. 將收案管理資料整理分析及檢討改善後，呈交癌委會（或類似單位）核備。 2. 該院住院癌症病人死亡前 6 個月內曾接受安寧療護涵蓋率達 50%（含）以上。
準 備 文 件	1. 安寧緩和照護轉介及安寧共同照護作業章程（需含轉介標準、轉介流程、服務內容等）。 2. 安寧緩和照護轉介及安寧共同照護執行紀錄（安寧共同照護表或病歷紀錄）。 3. 專任護理師之相關教育訓練證明。 4. 安寧共同照護團隊主治醫師每年 20 小時安寧緩和醫療相關訓練證明。 5. 雙向回饋或溝通資料（會議或聯合個案討論會紀錄）。 6. 轉介服務分析資料及相關檢討改善文件。
重 點	1. 「回饋至原轉介單位」係指對於轉介的個案能透過管道（會議或聯合個案討論會）進行討論、達到雙向溝通與檢討。 2. 安寧療護涵蓋率： 分母：癌症死亡病人於死亡前 6 個月內曾於該院住院者。 分子：分母中的個案於死亡前 6 個月內曾於該院接受安寧住院、安寧居家或安寧共同照護者。 3. 病人於死亡前 6 個月內如於該院僅接受安寧居家照護者（未曾住院），則皆

	納入分子及分母中計算。
備註	以國民健康局最近可取得年度之安寧療護涵蓋率數據，作為評分依據。

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。	
評分說明	Rating E：未建立腫瘤個案管理照護制度。 Rating D：未達 Rating C 之要求。 Rating C： 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。
準備文件	1. 腫瘤個案管理師教育訓練證明。 2. 腫瘤個案管理師之職責與工作規範。 3. 個案管理資料之分析與檢討改善佐證資料。 4. 品質照護指標監測之相關佐證資料。
重點	1. 101 年評分方式：採各院申報癌症登記之 98 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：治療計畫及診療指引之遵循、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。

基準 4.6	
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	Rating E：未建立營養照會篩檢標準與會診機制。 Rating D：未達 Rating C 之要求。 Rating C：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之。 Rating B：符合 C，且 1. 機構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。 2. 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。 Rating A：符合 B，且 1. 營養師能依據住院病人營養問題形成之相關原因設定介入目標後進行主動追蹤，並視需要修正營養介入或飲食衛教之計畫內容。 2. 能針對病人營養目標進行成效分析，並有相關佐證資料可查。 3. 能將收案管理之分析資料回饋至原轉介單位，並透過各種機制或聯合討論會等方式達雙向溝通。 4. 提供門診病人之營養諮詢或飲食衛教。 5. 能對整理分析後之收案管理資料進行持續檢討改善及評值，且將資料呈交癌委會（或類似單位）核備。
準備文件	1. 營養照會篩檢標準與會診機制。 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。 3. 營養照護服務之成效分析與檢討改善之紀錄。 4. 雙向回饋或溝通資料（會議或聯合個案討論會紀錄）。
重點	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、介入及追蹤評值）施予完整之營養照護。 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，且進行分析及檢討改進。 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。 4. 評分「A」之成效分析意指營養師針對營養介入目標（如：「營養介入後，體重下降速度減緩」或「進食量（intake）達到建議量」或「BMI 上升」

	等…) 進行專業之分析，進而提供醫療團隊專業建議，增進照護品質。非指單純針對收案數量及基本資料進行統計之分析資料。
--	---

第五章 癌症資訊及預防、篩檢計畫提供

必基準 5.1

癌症防治醫療機構應建立院內門診電腦化主動提示服務系統。

評 分 說 明	Rating E：未建立子宮頸癌院內門診電腦化主動提示服務系統。 Rating D：未達 Rating C 之要求。 Rating C：已建立四種癌症別之門診電腦化主動提示服務系統，且實際運用。其中一項需有成效統計分析且有檢討改善機制。 Rating B：符合 C，而其中二項需有成效統計分析且有檢討改善機制。 Rating A：符合 B，而其中三項（含）以上需有成效統計分析且有檢討改善機制。
準備 文件	門診電腦化主動提示服務系統使用成效統計分析及檢討改善之佐證資料。
重 點	1. 基準所指之四種癌症別應包含子宮頸癌、口腔癌、大腸癌及乳癌。 2. 當日至少抽訪 2 個科別門診，以瞭解實際運作情形。如病人看診不方便訪查，可直接訪問護理人員。 3. 精神在於系統之建立、運用及檢討改進機制（PDCA），故不限定數據或資料之呈現方式。

基準 5.2	
癌症防治醫療機構應建立篩檢轉介單一窗口，並配合衛生局提供社區癌症篩檢及防治相關服務。	
評 分 說 明	Rating E：未成立院外癌症篩檢陽性個案之確診轉介單一窗口。 Rating D：已成立院外癌症篩檢陽性個案之確診轉介單一窗口，但對轉介之院外癌症篩檢陽性個案未提供約診服務。 Rating C：已成立院外癌症篩檢陽性個案之確診轉介單一窗口，且對轉介之院外癌症篩檢陽性個案提供約診服務。 Rating B：符合 C，且主動將確診結果申報至原轉介單位，並安排後續診療事宜。 Rating A：符合 B，且配合衛生局（所）提供社區轉介個案特定門診服務，及辦理社區癌症防治工作。
準備 文件	1. 院外癌症篩檢陽性個案資料（或統計）及申報回原轉介單位之相關文件。 2. 辦理社區癌症篩檢及防治業務之相關佐證文件。
重 點	1. 設置院外診斷疑似癌症或癌症篩檢異常個案之確診轉介單一窗口及申報確診資料。 2. 應衛生局（所）邀請，配合辦理社區癌症防治相關教育訓練及宣導、提供民眾癌症篩檢服務等。
備註	本項次將由衛生局提供相關佐證資料，以作為評分參考。

第六章 醫學研究

加 基準 6.1

病人可透過癌症防治醫療機構內正式的機制獲得與癌症相關的臨床試驗資訊，並有執行臨床試驗或轉介之資料。

評 分 說 明	一、癌症登記資料庫最近可取得年度之新診斷個案數（Class1~2）>2,000 例之醫療機構。須符合以下條件方可評分為 A： 1. 醫院網站、衛教手冊或單張中提供之臨床試驗需通過 IRB 認可，並簡要提供試驗名稱及洽詢單位且定時更新。 2. 實際執行臨床試驗。 二、癌症登記資料庫最近可取得年度之新診斷個案數（Class1~2）≤2,000 例之醫療機構，若未實際執行臨床試驗，則需符合上述第 1 點並有轉介機制及紀錄方可評分為 A。
準 備 文 件	1. 醫院網站中與癌症臨床試驗或研究相關之訊息。 2. 與癌症臨床試驗或研究相關之衛教手冊或單張。 3. 臨床試驗計畫之 IRB 通過證明。 4. 臨床試驗之轉介機制及紀錄。
重 點	1. 需為病人可接觸之網站或衛教手冊、單張，並提供試驗名稱，洽詢單位等相關訊息且定時更新。基礎研究計畫與病人較無相關，故暫不列入。 2. 未進行臨床試驗之醫院，可利用網路連結至其他醫院或提供衛教單張資料給病人，並設有轉介機制即已達成本項次之精神。