

行政院所屬各機關出國報告

(出國類別:研討會)

參加「美國外科學院癌症委員會訪員訓練研討會」暨 「美國公共衛生學會第 135 屆年會」出國報告

出國人員：

行政院衛生署國民健康局	蕭淑純科長
國家衛生研究院癌症研究所 TCOG	劉滄梧主任
中國醫藥大學附設醫院血液腫瘤科	邱昌芳主任
彰化基督教醫院血液腫瘤科	張正雄副院長
三軍總醫院放射腫瘤科	任益民主任
國家衛生研究院癌症研究所 TCOG	劉湫美研究護理師

出國地區：美國芝加哥、華盛頓特區

出國期間：96 年 11 月 1 日至 11 日

報告日期：97 年 1 月 30 日

摘 要

此次主要由國民健康局及國家衛生研究院等共計六人參加美國外科學院癌症委員會於 96 年 11 月 7-9 日辦理之癌症計畫訪員訓練。美國癌症委員會 (Commission on Cancer) 於 1913 年由美國外科醫學會首先發起，之後於 1922 年由美國外科學院 (American College of Surgeons) 推動成立委員會。其成立目的為減少癌症的發生率及死亡率，並建立一套完整的癌症醫療品質認證系統。自 1975 年開始，花費長達三十多年的努力來達成提升癌症醫療品質的目標，並每年檢討改進，期望能做到盡善盡美的地步。美國幅員廣大，從人口密集的大都會到人煙稀少的小鄉鎮，都有屬於適合當地癌症病患的醫療制度，因此規模大如醫學中心，小至地方衛生所等機構都被賦予適合該地區醫院執行提升癌症醫療的任務。目前美國各級癌症治療單位都有完善的癌症登記制度，美國癌症委員會也有一套精密的網頁系統提供有效的資訊整合與管理，並固定於每年 11 月舉辦 surveyor and consultant 共識會議及訓練課程，針對過去一年執行認證工作進行檢討與改善。藉由參與此訓練課程，可學習美國訪員訓練課程之安排及委員會組織章程之運作，尤其國內癌症診療品質認證及癌症登記制度尚在起步階段，若能與美國癌症委員會建立長期合作關係，除了可參考學習美國制度外，仍需考量國內醫療保險給付方式與民眾就醫習慣之差異，方能制訂一套真正有效且適用於台灣本土的癌症診療品質認證制度。

另於癌症計畫訪員訓練前幾天，參加美國公共衛生學會第 135 屆年會，年會主題為：「Politics, Policy and Public health」，討論議題非常廣泛，如婦幼衛生、口腔保健、菸害防制、老人保健、傳染病防治、癌症防治、流行病學、媒體衛教、調查研究與政策評估等，此次出國報告主要彙整與癌症防治相關議題，供爾後癌症防治政策訂定參考。

目 次

摘 要	2
目 次	3
壹、出國目的	4
貳、美國外科學院癌症委員會訪員訓練研討會	4
一、過程與內容摘要	4
二、心得	13
三、建議事項	15
四、附件	17
參、參加美國公共衛生學會第 135 屆年會	21
一、過程與內容摘要	21
二、心得	24

壹、出國目的

此次出國報告分為 2 個部份，第一部份係為國民健康局與國家衛生研究院等共計 6 人參加美國外科學院癌症委員會訪員訓練研討會，第二部份為國民健康局 1 人參加美國公共衛生學會第 135 屆年會。其出國目的簡述如下：

- (一) 瞭解美國外科學院癌症委員會 (American College of Surgeons, Commission on Cancer) 對於癌症計畫(cancer program)醫院實地訪查作業制度、規範與訪員訓練課程規劃執行等，以作為國內未來癌症診療品質認證政策制定參考。
- (二) 瞭解美國外科學院癌症委員會國家資料庫(National Cancer Data Base)管理與運用，作為國內未來癌症登記政策制定參考。
- (三) 參加美國公共衛生學會年會，了解癌症防治相關論文發表與政策制定。

貳、美國外科學院癌症委員會訪員訓練研討會

一、過程與內容摘要

國內癌症防治法第十五條明訂中央主管機關應訂定品質保證相關措施準則，因此國民健康局參考英國與美國癌症治療品質相關資料，最後以美國外科學院癌症委員會 (American College of Surgeons Commission on Cancer，以下簡稱 CoC) 的癌症計畫標準 (Cancer Program Standard)，於民國 94 年 3 月 10 日公布「癌症診療品質保證措施準則」，並委託國家衛生研究院規劃辦理癌症診療品質認證試評計畫，故此次研討會計有國民健康局蕭淑純科長、以及所委託癌症診療品質認證試評計畫內國衛院癌症研究所 TCOG 劉滄梧主任、劉湫美研究護理師、中國醫藥大學附設醫院血液腫瘤科邱昌芳主任、彰化基督教醫院血液腫瘤科張正雄副院長、三軍總醫院放射腫瘤科任益民主任

等共計六位參加。

此行至美國芝加哥參加由美國外科學院-癌症委員會 (American College of Surgeons, Commission on Cancer) 所舉辦的 New Surveyor Training 及 Surveyor and Consultant Training Camp。研討會自 11 月 7 日至 9 日共三天，第一天 (11/7) 為 New Surveyor Training，共有美國當地六位新聘認證委員及兩位新聘諮詢顧問及我們一行六人參與。第二天及第三天 (11/8-9) 為 Surveyor and Consultant Training Camp，與會人員除當年度之認證委員外尚有所謂諮詢顧問(consultant)，大多數為資深有經驗的癌症人員 (Certified Tumor Registrar)，其功能為輔導醫院順利通過認證。整個研習課程緊湊且紮實，參加人員都獲益良多。

(一) 美國外科學院癌症委員會 (American College of Surgeons, Commission on Cancer，簡稱 CoC) 簡介

美國癌症委員會 (Commission on Cancer) 在 1913 年由美國外科醫學會首先發起，之後於 1922 年由美國外科學院 (American College of Surgeons) 推動成立委員會。其成立的目的是在於減少癌症的發生率及死亡率，並建立一套醫療作業標準，包含癌症預防、早期診斷、治療前評估、期別驗證、治療適當性、復健、追蹤、心裡支持及臨終照顧等，進而組織一個完整的癌症醫療品質認證系統。在 1921 年首先將癌症登記觀念應用於 bone sarcoma 的個案中，1930 年正式產生第一個評估癌症單位的認證基準並由美國外科學院 (ACOS) 公告惡性疾病治療之癌症登記資料。1931 年正式展開癌症機構認證工作，1956 年將癌症登記概念融入於認證基準中，1989 年正式成立國家癌症登記資料庫 (National Cancer Data Base，簡稱 NCDB)，1996 年 NCDB 成為必要之認證項目。目前會員超過 100 多個醫療機構，包括美國外科學院及其他 44 個國際專業醫療機構，例如：美國癌症醫學會 (American Cancer Society)、美國臨床腫瘤醫學會 (American Society of

Clinical Oncology) 等。

(二) 癌症委員會 (CoC) 癌症標準與認證簡介

自 1975 年開始，CoC 將提供癌症診療服務之醫療機構，依據其服務性質、提供的醫療項目、與每年癌症病人的登記數目，分為九種癌症計畫類型 (Cancer Program)，並依不同計畫類型建立其認證標準。於 2006 年又新增三種計畫類型，分別為：Veterans Affairs Cancer Program (VACP)、Pediatric Cancer Program (PCP) 及 Pediatric Cancer Program Component (PCPC)。2006 年全美通過其認證者，共有 1433 家醫療機構，佔全美醫療機構之 25%，但治療之癌症病患達所有癌症病患之 80%。通過認證計畫之醫院將公告於網站上，以提供民眾就醫之選擇。

CoC 於 2004 年修訂「Cancer Program Standards」(公布於網站 www.facs.org/cancer/coc/cocprogramstandards.pdf)，其內容共有 8 章 36 條基準，每章都會列出其目的、準則與定義、準備文件與評分說明，其重點摘要如下：

1. Institutional and Programmatic Resources (機構制度和癌症計畫資源)

此基準目的為確認機構內之設備符合評鑑標準。

1.1. 此機構需經由公認權威之管理單位認證合格。

2. Cancer Committee Leadership (癌症醫療品質小組 (或委員會) 之領導管理)

此基準為建立機構內癌症醫療品質小組 (或委員會) 領導階層對癌症計畫活動的責任與義務。

2.1. 機構內應常設癌症醫療品質小組 (或委員會)，並賦予此組織及醫療成員規劃癌症計畫活動之責任和義務。

2.2. 癌症醫療品質小組 (或委員會) 之委員，由具癌症診療相關專長之醫療人員及行政、緩和療護等多學科人員組成。

- 2.3. 應指定一名協調者負責規劃癌症醫療品質小組（或委員會）以下活動：癌症會議、癌症資料品質管控、品質改善和社區服務。
- 2.4. 癌症醫療品質小組（或委員會）應制定符合醫院類型之開會頻率和型式。
- 2.5. 癌症醫療品質小組（或委員會）每年應制定並評估與癌症照護相關之臨床、社區服務、品質改善等年度目標。
- 2.6. 癌症醫療品質小組（或委員會）應建立年度癌症會議開會之頻率與形式。
- 2.7. 癌症醫療品質小組（或委員會）應建立各專科人員出席年度癌症會議之規則。
- 2.8. 癌症醫療品質小組（或委員會）應確認年度癌症會議中要求的病例數皆已討論完成，且其中至少 75%的病例以預期方式呈現。
- 2.9. 癌症醫療品質小組（或委員會）每年應監督及評估癌症團隊會議的開會頻率、各專科人員之出席率，所有個案報告情形及預期個案呈現狀況。
- 2.10. 癌症醫療品質小組（或委員會）應建立並且執行年度計畫，以監控癌症資料及活動的品質。計畫應包括個案尋訪程序的監測、資料收集的正確性、適時的病歷摘錄、追蹤和資料報告。
- 2.11. 癌症醫療品質小組（或委員會）每年應對癌症病人的治療成果進行檢討與分析。

3. Cancer Data Management and Cancer Registry Operations (癌症資料與癌症登記程序管理)

此基準為確保癌症個案資料收集的正確性和即時性，並可評估個案治療成果且進一步獲得改善。資料庫尚包含病患存活期之追蹤，以鼓勵臨床上將病人之追蹤及監測列為基本項目。

- 3.1. 個案病歷摘錄需由合格的癌症登記技術人員執行。

- 3.2. 所有的個案報告應使用 CoC 的資料標準及編碼進行說明描述。
- 3.3. 90% 癌症個案的資料登錄，應於個案首次到院確診六個月內完成。
- 3.4. 醫院對於資料庫所建置之癌症個案應定期追蹤，且對於存活癌症個案追蹤率應達 80% 以上。
- 3.5. 資料庫內建置之癌症個案，其五年存活期追蹤率應維持在 90%。
- 3.6. 個案之資料收集及繳交應符合 NCDB 之規定，每年並應進行報告分析。
- 3.7. 每年送交 NCDB 之個案登錄資料需達到要求的品質標準。
- 3.8. 機構需參與 CoC 要求之特定研究。

4. Clinical Management (癌症診療與照護管理)

此基準訂定提供臨床癌症病患高品質照護之基本範疇。管理者首要之務在整合多專科醫療團隊，以提供病患正確且完整之醫療照護。

- 4.1. 機構需設置或具備可轉介之放射線治療服務。
- 4.2. 依機構類別，院內需設置或可轉介提供病患特殊照護之腫瘤醫學單位或相同功能之單位。
- 4.3. 專責醫師應於病歷內記錄癌症個案之 AJCC 或其他癌症分期資訊，並達到資料庫內合格癌症個案數之 90%。
- 4.4. 照護癌症病人之護理人員必須具有專業知識及技能，並每年接受評估。
- 4.5. 依不同機構類別，腫瘤醫學病房或相同功能單位需聘任一位腫瘤護理管理者或一位註冊護士 (RN)。
- 4.6. 機構所訂立之病人處置與治療指引 (guideline) 需符合 CoC 之規定
- 4.7. 機構需設置或具備可轉介之醫療重建服務，並接受年度評核。

5. Research 醫學研究

此基準為透過臨床試驗的資訊分享及增加癌症相關臨床試驗病人招募，可促進癌症治療的進步。

- 5.1. 病人可透過機構內正式的機制獲得與癌症相關的臨床試驗。
- 5.2. 每年需依不同機構類別之規定，招募一定人數之癌症相關臨床試驗病人。

6. Community Outreach (社區服務)

此基準目的為確認機構可提供癌症病患及其家屬有關癌症預防及早期偵測之服務。

- 6.1. 醫院應與衛生局（所）、社區機構或民間相關組織團體合作，提供癌症相關資訊服務。
- 6.2. 每年醫院應與衛生局（所）、社區機構或民間相關組織團體合作兩項有關癌症預防及早期偵測之計畫。
- 6.3. 癌症醫療品質小組（或委員會）需每年監督社區服務，並列入正式記錄。

7. Professional Education and Staff Support (專業人員教育)

此基準目的為藉由年度教育訓練及參與地方、地區或國家的教育活動，增進執業人員之專業知識。

- 7.1. 除了癌症會議之外，癌症醫療品質小組（或委員會）每年需提供一項癌症相關的教育活動。
- 7.2. 除了癌症會議之外，所有癌症執業人員每年至少需參與一個地方、地區或國家的癌症相關教育訓練。

8. Quality Improvement (品質管理與改善)

此基準目的為確認癌症照護及病人治療成果可被評估且改善，而病患能得到國際級之照護水準。

- 8.1. 依不同機構類別，癌症醫療品質小組（或委員會）每年必須完成有關品質測量之研究並有書面資料記錄。
- 8.2. 癌症醫療品質小組（或委員會）每年應指定二項以上改善癌症照護之主題，並有書面資料記錄。

認證結果分為以下五種：

1. Three-Year with Commendation :

癌症醫療機構沒有任何缺點，並有一個（含）以上之加分，可以得到三年的癌症診療認證。

2. Three-Year Approval :

癌症醫療機構沒有任何缺點，但無任何加分，可以得到三年的癌症診療認證。

3. Three-Year Approval with Contingency :

有一到七項的缺點，在一年內改善缺點後，仍可以得到三年的認證。

4. Non Approval :

有八個以上的缺點，無法得到認證。

5. Approval Deferred (for New Program) :

這一類是為了新的癌症醫療機構，尚未決定認證類別，有一項缺失，但在一年內改善缺點後，仍可以得到三年的認證。
但一年內仍未完成改善者，必須重新申請。

(三) 參加 CoC 認證之好處

1. 建立癌症照護品質之基本架構
2. 進行內部及外部之品質評估
3. 使用資料進行品質測量及改善
4. 可提升醫院公共專業形象
5. 分享教育資源

(四) CoC 訪員培訓課程簡介

CoC 執行癌症診療機構之調查認證已三十多年，為求認證工作的順利進行，每年皆於 11 月為認證委員（目前 47 人，其中 3 位為資深癌登人員）舉辦工作檢討會，就當年度認證事項內容及標準作詳細檢討及工作回顧。與會人員都發有一本研討會手

冊，詳列每位專家的授課內容、所有參與者及工作人員資料（請見附件資料）。第一天（11/7）針對新聘訪員教導其進入 CoC datalink 的方法及如何使用內部資料進行評估，可惜此部分因事涉其資料庫管理辦法及保密法案，無法開放給我們進行觀摩。同時利用約 2 個鐘頭時間，簡要講述 36 項基準之認證重點及評分方式。以及當日認證行程的簡介、Survey Application Record 的使用及重點、認證後委員應注意的事項及委員表現之評估方式等。因為項目繁多，所以課程相當密集緊湊。第二天（11/8）的會議參與包括所有的 surveyor & consultant，會議一開始即針對昨日接受訓練之新聘訪員及來自台灣的我們進行介紹。Commission on cancer 主席 Dr. Frederick L. Greene 之前到過台灣協助國內 surgical oncology 之 fellow training 課程，因此熱情歡迎我們，也希望未來我們能有機會參與 Commission on cancer 之國際認證計畫。

全天之會議內容可謂是 CoC 認證的年度檢討會，清楚呈現 PDCA 運作模式。Surveyor 現場的踴躍發言也令我們印象深刻，非常值得我們學習。上午委員會所屬之三個次委員會（Program Review Subcommittee，Field Staff Subcommittee，Recruitment and Retention Subcommittee），分別進行年度工作報告及明年度之計畫說明，完全呈現組織運作之標準模式。以國內各醫院之癌症委員會為例：下設之各小組是否定期向委員會報告並訂立工作目標，是未來認證基準 1.2 中必須嚴謹評估的項目。

癌症資料登記在美國已行之有年，因此可以清楚發現合格癌症登記人員（Certified Tumor Registrar，簡稱 CTR）在整個 CoC 認證中之重要角色。幾乎所有的 consultant 皆為 CTR 出身，並在

47 席認證委員中佔有 3 席。在面對醫療進步的同時，對於癌症登記資料的持續品質改善，令人印象深刻，非常值得我國衛生單位師法。例如：為了新輔助化學治療（Neoadjuvant chemotherapy）而擬進行 AJCC 第七版的制訂。另外藉由 Cancer Program 認證之照護品質保證目標，要求醫師必須參與規劃並運用正確癌症分期於臨床診療中，以及如何運用品質良好的癌症資料來提昇癌症診療結果之分析，都值得學習。

今年也初步報告 National Accreditation Program for Breast Centers（簡稱 NAPBC）之認證計畫與結果，正與國內原本要推行之個別癌症認證（Specific Cancer Program）類似。但以 CoC 在癌症認證領域深耕 30 年後，方開始進行個別癌症，並經過兩年謹慎的籌畫與執行兩階段十七個機構的試評，並且於本次會議中再度廣徵意見，可以感受在推動上之慎重，可作為將來我國將來推動個別癌症認證的參考。

第一天的最後一個單元為針對基準與認證流程進行開放式討論。以自己在工作執行上所面臨的問題，從制度面加以討論是否有改善的空間，在癌症登錄過程中，臨床醫師、病理醫師、與癌症人員之間的互動協調也是討論的議題。大家意見多元發言踴躍，由於 CoC 的認證只有一名認證委員進行約 6 小時的認證（若機構個案數較多，可適時延長認證時間），因此認證委員事前的準備工作非常重要，工作人員會在實地認證日期前 14 天將所有應備資料寄交認證委員處進行 review，當天會抽閱至少 25 本病歷進行 chart review，認證結果必須於認證當日 2 週內 CoC，同時針對加分及缺失項目加註意見，最終認證結果將於認證日 10 週內寄交受認證機構。其認證流程大致與我國預定於明年進行之

認證相仿。

會議第三天（11/9）的課程首先針對今年度表現良好之認證委員進行表揚，認證委員表現由其出席率、受評醫院及 CoC 人員進行考核。而後介紹美國國家癌症登記資料庫的登記與運用。美國國家癌症登記資料庫是目前世界上同類型中規劃最完善的網路體系。癌症資料庫不僅提供一般大眾之公共衛生醫療資訊，對於加入 program 的醫院也可從中與同儕進行癌症照護品質指標比較，而專業的醫療人員也可藉由資料庫進行臨床研究。之後將今年認證結果中相對較不易達成之基準提出進行數據量化與比較，委員也針對這些基準提出討論與建議方案。會議於十一月九日中午十二時圓滿結束。

二、心得

美國醫療體系已花了三十年的努力，來達成提升癌症醫療品質的目標，執行上仍然有改善的空間，而且還每年檢討改進，期望能做到盡善盡美的地步。例如癌症分期 (staging) 的認定標準，醫師與癌登人員之間即有差異，中間的協調就是該醫院執行提升癌症醫療的任務。尤其 CoC 基準 3.3 中規範 90% 癌症個案的資料登錄，應於個案首次到院確診六個月內完成，此基準在國內現階段執行上雖有其困難度，但未來仍應朝向該基準努力。另外基準 4.6 「機構所訂立之病人處置與治療指引 (guideline) 需符合 CoC 之規定」，其中最大要求為 90% 的病理需符合科學根據和 CAP 的要求，在 2006 年即有 26% 的機構未達基準要求，可見無論是癌登部分、病理報告，癌症臨床診療外工作的參與，於美國一樣有其阻力，各專科間之協調在癌症照護中成為最重要之環節。茲將我國與美國認證體系之重要差異處分述於下：

(一) 美國 CoC 的認證委員 (Surveyor) 是志願參加、且以退休的癌症相關醫

護人員為主要招募對象，因此較能夠獨立作業。加上幅員廣大，醫院及癌症中心眾多(估計達 5000 家以上)，不易有太多「利益衝突」之困擾。反觀國內，無論是醫院評鑑或癌症診療品質認證等，委員間大多數均有相當關連(例如：同學、師生關係)，不易完全避開「利益衝突」。同時因大多數委員仍在臨床之工作崗位，常陷入以「自己醫院」立場來解釋基準的迷思中，造成相當大之困擾。此應為制度實施初期預期會遭遇之困難，假以時日應會逐漸改善。

(二)CoC 目前已認證超過 1400 家的 Cancer program，但全體的委員不超過 50 名，比例上較國內少了許多。原因可能為委員為全職工作、CoC 幕僚人力充沛、經驗豐富、各項資料、工作準則及電腦系統完善等。反觀國內委員來自各醫院的現職人員，本身業務已非常繁重，在參與時間協調上有其困難，也不易有完全充分的事前作業(如：閱讀書面資料、進行必要討論，即時要求補足資料等)。所以，在一天的實地認證中，容易產生隔閡、誤解，甚至造成「誤判」等。因此未來儲訓委員的方向可朝儲備專職專任的資深委員，方可逐漸解決此項問題。

(三) CoC 除招募及訓練新委員外，也訓練一批諮詢顧問(consultant)。其訓練方式與內容類似，但諮詢顧問不執行正式認證，其功能為輔導醫院順利通過認證，並可對認證作業提出改善建議。CoC 會將訓練合格之諮詢顧問名單公告於網站上，供醫院參考選擇。而認證委員則不接受諮詢，角色功能區分非常清楚。而國內醫院評鑑或相關品質評核計畫之委員常受邀至各醫院進行所謂的預評或諮詢，此易造成實地訪查時無法客觀評核之困擾。故在制訂認證委員倫理與權利義務時，應清楚規範「預評」或「事前諮詢」的限制。

(四)CoC 已建立一套完善癌症登記系統，此系統可於認證前提供受認證

醫院相關照護資料供委員參考，此部份國內已建立六種癌症診療資料，未來可思考於利用資料庫可提供哪些與癌症照護品質相關訊息供委員認證使用。

(五)CoC 的國家癌症資料庫 (National Cancer Data base) 收錄參與計畫醫院所申報之癌症個案照護資料，並已建立完善資訊查詢、回饋系統與院際間標竿學習，此部份內容非常值得國內學習。

(六)CoC 之認證基準大多著重在制度的建立上，較少著墨在細節或比例的規範中，而國內易流於將部分政策融入基準中，例如：CoC 並未要求專屬治療計畫書之基本要求及癌症人員與病患數之比例。若考量國內醫療給付遠低於美國，且癌症診療品質認證仍在起步階段，建議國內現階段基準不應嚴於 CoC。

(七)因 CoC 認證委員對外代表該委員會，故 CoC 製作一套說明 cancer program 認證精神與好處的投影片，供委員至受評機構宣導使用。此部份國內也可參考其精神，製作相關宣傳品供認證委員使用。

三、建議事項

(一)成立癌症診療品質認證專責單位

CoC 有一組非常出色的專業幕僚人員，對各項工作內容、執行所遭遇之困難，甚至對認證或諮詢顧問的特質均瞭若指掌，此大大提升了委員會的功能。國內醫策會的醫院評鑑累積了多年的經驗後，也逐漸有這方面的雛形，目前認證委員會仍停留在計畫中的臨時單位，這對癌症診療品質認證制度的長期發展造成相當程度的不確定感。建議在本認證計畫執行 2-3 年後，能全面檢討並設立正式單位，訓練專職的幕僚人員，才能確保認證獲得應有的重視和認同。

(二)適時增修國內癌症診療品質認證基準

CoC 2004 年修訂版的認證基準共八章 36 項，因為國情制度不同，

在此不擬做細項比較討論。但有一點值得我們思考，CoC 準則第二章 Cancer Committee Leadership 共 11 項基準，全數都在規範癌症委員會(或相當組織/單位)的授權、組織章程、各項次級委員會的組織負責人選，職責監督等，規範內容非常詳細清楚，此點很值得學習。因為癌症的照護範圍極廣，動員牽涉的單位幾近全院各部科，及相關各社區。照護模式強調多專科式的全人、全程、全家、全團隊模式，需要清楚的規劃、執行、檢討、改進等。只有組織嚴謹、授權充分且運作良好的癌症委員會才可能達到上述目標。建議能在這方面的準則上更清楚規範，以利品質的提升及認證工作的推展。另美國 CoC 的認證基準中包括放射腫瘤科的評估，由於放射治療乃癌症治療重要之一環，建議我國在下一版的認證條文修訂時，加入放射腫瘤相關之認證基準。

(三)與美國 CoC 建立長期合作夥伴關係

由於 CoC 是目前世界上癌症診療品質認證制度中規劃最完善周全者，若能與其建立雙方之長期合作關係，如明年度認證結束後召開之檢討會，邀請其主席 Dr. Frederick L. Greene 與我國認證委員進行交流，並給予認證上建議。或派遣人員前往美國學習其整套認證之行程規劃及癌症登記資料庫之資訊架構，相信對我國癌症診療品質提升有非常大之助益。

四、附件

附件 1 美國外科學院癌症委員會癌症計畫委員與諮詢顧問訓練課程表

New Surveyor Training - November 7, 2007
Commission on Cancer Headquarters
Chicago, IL
Agenda

- 7:00 am **Breakfast**
- 7:30 am **Welcome, Commission on Cancer Overview and Your Role as a Surveyor**
Connie Bura, Administrative Director, Cancer Programs
- 8:00 am **Surveyors First Steps - Lisa Landvogt**
Signing into CoC datalinks
Locating your assignments
Initial contact with programs
Providing a sample agenda
Confirming a survey date and time
Documents required
Equipment/special needs request
Selecting charts for medical record review
- 9:00 am **Rating the Standards - What to Look For - M. Asa Carter**
- 10:30 am **Utilizing the Survey Summary Checklist - Debbie Etheridge**
- 10:45 am **Day of Survey Activities - Lisa Landvogt**
Cancer Program Team Meeting/Presentations, Review,
Discussion
Medical Record Review
Tumor Board/Cancer Conference
Facility Tour
Summation
- 12:00 pm **Lunch**
- 1:00 pm **Navigating the Survey Application Record - Vicki Chiappetta**
Hands on Practicum
- 2:30 pm **Post Survey Activities - Lisa Landvogt**
Completing the Survey Application Record (SAR)
Submitting documents
- 3:00 pm **Subcommittee Activity - PRS and Field Staff - Vicki Chiappetta, Lisa Landvogt**
- 3:15 pm **Surveyor Performance and Payment - Lisa Landvogt**
- 3:45 pm **Q&A - Evaluation - Group**
- 4:00 pm **Adjourn**

**Commission on Cancer
Surveyor/Consultant Training Camp
The Road to the Superbowl of Surveys
American College of Surgeons Headquarters
633 N. Saint Clair Street Chicago, IL
November 8 – 9, 2007 Agenda**

Thursday November 8, 2007

7:00 a.m. Breakfast

8:00 The Kickoff – Meeting Goals: Let’s Hear From the Commissioner

Frederick L. Greene, MD, FACS, Chair, Commission on Cancer, Carolinas Medical Center, Charlotte, NC,

8:45 Calling an Audible – State of Approvals Program Update

*Diana Dickson-Whitmer, MD, FACS, Chair, Committee on Approvals
Asa Carter, CTR, Manager, Approvals and Standards*

9:10 Expansion Team Report - National Accreditation Program for Breast Centers

David P. Winchester, MD, FACS, Medical Director, Commission on Cancer

Reports From the Sidelines

9:30 Program Review Subcommittee Report, Chair, *Daniel McKellar, MD, FACS*

9:50 Field Staff Subcommittee Report, Chair, *Thomas Tachovsky, MD, FACS*

10:10 End of the 1st Quarter/Break

10:30 Recruitment and Retention Subcommittee Report, Chair, *Stephen Ettinghausen, MD, FACS*

10:50 Staging Workgroup Report, *Diana Dickson–Witmer, MD, FACS, Chair, Committee on Approvals*

11:30 The Role of the Back-up Quarterback – The Cancer Liaison Physician

Phillip Roland, MD, FACS, Lee Memorial Health System, Fort Myers, FL

12:00 p.m. Lunch

1:00 Staying in Bounds: Utilizing CAP Tools

Asa Carter, Manager, Approvals and Standards

1:45 Making the Right Call – CAP Exercises

Jerry Hussong, DDS, MD, Sunrise Hospital and Medical Center, Las Vegas, NV

2:30 End of 2nd Quarter/Break

2:45 Time to Huddle – Breakout Sessions

Goals of Surveyors and Consultants

Lisa Landvogt, Administrator, Approvals and Standards

- 3:30 Huddle Results/Open Field Discussion**
- 4:30 What's on the Big Screen? The New CoC Website**
Connie Bura, Administrative Director, Cancer Programs
- 4:45 p.m. Timeout/Reception**
- Friday November 9, 2007**
- 7:00 a.m. Breakfast**
- 7:30 Surveyor Performance – Who Get's the Heisman?**
Lisa Landvogt, Administrator, Approvals and Standards
- 8:15 Let's Hear From the Other League – Site Specific Accreditation**
*Jean Range, MS, RN, CPHO, Executive Director,
 Disease-Specific Care Certification, The Joint Commission*
- 9:00 Scoring a Touchdown with Quality Improvement**
Andrew Stewart, Senior Manager, National Cancer Data Base (NCDB)
- 9:30 CP³R/eQuiP – Highlights and Fumbles**
NCDB Staff
- 10:30 End of 3rd Quarter/Break**
- 10:45 Tackling Standards 3.6, 3.7, and 3.8**
NCDB Staff
- 11:15 Post Game Interview – What Happens at the League Office?**
Lisa Landvogt, Administrator, Approvals and Standards
- 11:45 Instant Replay – The Appeals Process**
Vicki Chiappetta, Technical Specialist, Approvals and Standards
- 12:00 You've Been Sacked – Deficiency Resolution Process**
Debbie Etheridge, Cancer Program Specialist, Approvals and Standards
- 12:30 Victory Celebration – Lunch and Adjourn**



與 Commission on Cancer 主席 Dr. Frederick L. Greene 合照



與此次負責訓練課程之 Commission on Cancer Administrator Ms.Lisa Landvogn 合照

參、參加美國公共衛生學會第 135 屆年會

一、過程與內容摘要

美國公共衛生學會第 135 屆年會主題為「Politics, Policy and Public health」，會議日期為 96 年 11 月 3 日至 7 日，活動內容包含專題演講、論文發表會、圓桌討論會、論文海報展示會、公共衛生產官學各界聯合展示會以及各式的繼續教育課程，茲將與癌症防治相關議題摘要如下：

(一) 癌症流行病學

1. 「Childhood cancer incidence and mortality-United States,

2001-2003」，就該篇成果與國內資料比較摘要如下：美國 2001-2003 年資料顯示，小兒癌症 (childhood: 0-19 歲)，佔所有癌症發生的 1%，其發生依序為白血病 (26.3%)、中樞神經系統癌 (17.6%) 與淋巴癌 (14.6%)；死亡前三位，依序為白血病 (26.7%)、中樞神經系統癌 (24.8%) 與骨癌 (8.2%)。台灣癌症登記 2000-2004 年資料顯示，0-19 歲癌症發生佔所有癌症發生個案的 1.3%，發生前三位依序為白血病 (34%)、中樞神經系統癌 (17%) 與淋巴癌 (6%)；另依衛生署 2006 年死因統計，0-14 歲死亡前三位依序為白血病 (35%)、腦癌 (24%)、非何杰金淋巴瘤 (9%) 與神經系統癌 (9%)。

2. 「Age-period-cohort analysis of cancer incidence not related to screening or smoking: Estimating potentially avoidable cancer

burden」，此篇研究利用美國 SEER 資料，分析與吸菸有關癌症 (口腔癌、咽癌、食道癌、胰臟癌、喉癌、肺癌、膀胱癌、腎臟癌等) 其男女癌症發生情形，結果吸菸有關癌症其男性發生率下降，女性發生率上升。另與篩檢有關癌症，如攝護腺癌、乳癌、子宮頸癌、

大腸直腸癌，其男女癌症發生情形兩者皆上升，此結果可能為提供篩檢服務所致癌症發生率上升。由此結果，可預測國內未來與篩檢有關之癌症會持續上升，尤其是乳癌、大腸直腸癌與攝護腺癌等，因此因及早因應這些癌症發生上升所需醫療照護需求。

(二) 子宮頸癌防治

美國子宮頸癌發生率為每 10 萬人口 8.7 人，死亡率為每 10 萬人口 2.6 人，五年存活率為 72%，不同種族間存在差異，發生率與死亡率皆是白人低於黑人，五年存活率則白人高於黑人。此次年會，有許多研究針對美國不同種族婦女對於子宮頸癌認證與相關防治提出建議，例如美國婦女大都了解子宮頸抹片對於預防子宮頸癌的重要性，然而少數民族其子抹篩檢率不高，其原因可能為：缺乏醫療保險、缺乏財務資源、交通不便、害羞、做子抹會有不舒服感覺或是害怕疼痛、藉故延遲耽擱不做子抹、無子宮頸癌家族史，以及害怕檢查結果等。另亦有報告指出大部分的婦女可以接受在家做 HPV 自採，不過仍然擔心自採相關問題，如檢體郵件過程遺失或是與其他人檢體弄錯、成本高、害怕自採造成自我傷害等，另亦有報告指出有關子宮頸癌衛教宣導重點，應至少含何謂子宮頸癌？何謂 HPV？何謂子宮頸抹片檢查？子抹應多久檢查一次？子抹檢查結果的含義？子抹檢查異常下一步應如何處理？--等內容，且衛教內容應避免過於艱深之醫學術語，上數種種結果，都可作為國內未來制定 HPV 自採政策參考。

另外有一篇以馬里蘭州 40-64 歲婦女為研究對象，利用電話調查結果，92% 婦女三年內曾做過子宮頸抹片，其中白人佔 70%，44% 體重正常、30% 體重過重、26% 肥胖，另研究指出白人肥胖婦女其子抹篩檢率較非肥胖者低，少數民族婦女篩檢率亦較白人婦女

低，因此建議未來應加強對於少數民族與肥胖婦女提供其子抹篩檢。

另研究指出 90%的子宮頸癌與 HPV16 與 18 型有關，約有 75% 的 15-49 歲終其一生可能會感染 HPV。2006 年 6 月美國 FDA 通過 MERCK'S 研發的 HPV 疫苗(Gardasil)，適用年齡為 9-26 歲女孩和婦女，對於預防 HPV 第 6、11、16 與 18 型有效，然每一劑疫苗成本為美金 120 元(折合台幣約 4000 元/劑)，雖然 HPV 疫苗對於人類乳突病毒 16 與 18 型有關之子宮頸癌預防效果佳，然其成本昂貴，且相關倫理、宗教等不觀點，因此美國各州對於施打 HPV 疫苗政策不同，未來國內是否要全面施打 HPV，仍應審慎評估。

「Partnering For Progress 2007: The 'State' of Cervical Cancer Prevention in America」，此篇報告係「Women In Government」利用 9 個因素分析美國各州對於子宮頸癌防治成果，此 9 個因子 (factor) 為發生率 (Incidence)、死亡率 (Mortality)、抹片篩檢率 (Pap screening rates)、無保險婦女之篩檢率 (Screening rates for uninsured women)、Medicaid 對於 HPV testing 涵蓋率 (Medicaid coverage for HPV testing)、無保險婦女比率 (Rate for uninsured women)、立法明訂子宮頸篩檢涵蓋率 (Legislation mandating cervical cancer screening)、立法明訂應成立子宮宮頸癌防治工作小組或委員會 (Legislation creating cervical cancer task forces/commissions) 以及相關的法律 (Miscellaneous legislation)，每個因子予以 0-2 分，總分為 18 分 (100%)，結果分別四個等級：Excellent (15-18 分)、Very Good (12-14 分)、Good (9-11 分) 及 Fair (小於 9 分)。

(三) 癌症防治政策

1. 全方位癌症防治計畫 (Comprehensive cancer control) 係指結合社區相關防癌資源共同對抗癌症，以降低癌症危險因子 (risk

reduction)、早期發現 (early detection)、提供良好治療 (better treatment) 以及擴大癌症存活性 (enhanced survivorship) 為目的。因此該計畫結合美國相關單位，如 ACS (美國癌症協會)、CDC (疾病管制局)、NAACCR (北美癌症登記協會)、ACoS (外科學院)、NCI (癌症研究所) --等團體，共同致力防癌工作。

2. 「A systematic approach for evaluating health related programs:

Adaptation for community-based participatory research and clinical application to reduce cancer health disparities」，此部份主要介紹如何運用美國疾病管制局發展的公共衛生計畫評值架構，以系統方法來評估計畫，該方法有六個步驟且為循環式，此六步驟分別為

- (1) 結合利害關係人 Engage Stakeholder
- (2) 描述說明計畫內容 Describe the Program
- (3) 評估計畫重點 Focus the Evaluation Plan
- (4) 收集實證資料與相關支持 Gather Credible Evidence and Support
- (5) 結論與建議 Justify Conclusions and Recommendation
- (6) 確保結果使用與分享所學 Ensure Use and Share Lessons Learned 。

二、心得

此次本人有機會能於參加美國外科學院癌症計畫訪員訓練前，前往參加美國公共衛生學會第 135 屆年會，真是收穫良多。美國公共衛生學會係為美國主要推動公共衛生、衛生教育與健康促進的專業團體組織，此次年會探討的議題非常廣泛，除了本人參加的癌症相關議題外，其他如菸害防制、職腸健康促進、糖尿病、婦女健康—等議題亦有許多探討，建議爾後相關業務同仁可以視議題與業務相關性派員參加。

美國子宮頸抹片篩檢已實施多年，其子宮頸癌發生率與死亡率皆遠低於國內，雖是如此，美國仍然致力於不同民族其婦女子宮頸癌防治所遇到障礙進行研究分析，其能提出良好策略，以全面降低子宮頸癌的危害。國內子宮頸抹片自民國 84 年全面實施以來，截至目前三年曾篩檢率維持在 54% 左右，如何突破此瓶頸，除了本局應致力提供相關策略外，如何使縣市政府亦能重視該議題並列入其縣市政績之一，可以參考美國「Women In Government」所建議的 9 個因素（Incidence、Mortality、Pap screening rates、Screening rates for uninsured women、Medicaid coverage for HPV testing、Rate for uninsured women、Legislation mandating cervical cancer screening、Legislation creating cervical cancer task forces/commissions、Miscellaneous legislation），國內可以依據本土需求予以修訂，以作為評估 25 縣市子宮頸癌防治成效。