

為我首要願望」這一誓言，則醫師在臨床診斷、醫療行為的「完全角色」中，將他不能完勝的部分，如用藥，交由臨床藥師負責，即是醫師與臨床藥師彼此合作，必能因醫療體制的變革而對病人有更完善的服務。

上述臨床藥師十三項工作重點中，第三、五、十、十三項須要基礎醫學、基礎藥學的知識，故臨床藥學教育須醫學院基礎醫學與臨床醫學的支援；而基於藥師質的提高與科學分工求精的原則，藥學教育在設計上絕不該重蹈目前籠統、朦朧未分、面廣而不精的毛病。故臨床藥師的訓練上該趨向於專科臨床藥師，如小兒科臨床藥師、心臟科臨床藥師……等，也即在藥學課程增加幾門化學治療、實驗診斷、如流行病學、臨床病理學的課程。（註五）

我國醫事法規明定，未具醫師資格人員不得有醫療行為，故臨床藥師以其十三項工作重點細分專科臨床藥師，配合醫師，居於「顧問」或「客座」的角色，共同為病患服務。

× × × ×

回顧與前瞻——藥學系擴大成藥學院，分工求精

由以上從社會現況，新藥師法賦予藥師的職權與責任；學術上透視藥本身的高度科學性，引申出藥的獨立性，超然性、絕對性的研究；「心向病人」，為病患服務，種種角度來透視藥學教育，可以歸納出：目前藥學教育需要擴大範圍、分工求精。而改革藥學教育的基本的一步即是先除去其附庸性，擴大成藥學院，與醫學院居平等、平行的地位，為一個共同神聖的目標：減低人類由於疾病帶來的痛苦，分頭研究、共同合作。

目前藥學系培養出的藥學人才是「似全能而不完全能」；藥學院成立後可分諸如藥品鑑定學系、臨床藥學系、藥物化學系……等，則其培養的人是「部分能並部分全能」，是專才，是做更高深研究、更精細服務的基本。

× × × ×

註一：台北醫學院蔡理里教授

註二：同上

註三：當代醫學五卷八期嚴久元

註四：同上

註五：同上

我認識的臨床藥學及其相關的概念

「高水準之藥物治療是指合理的藥物治療，醫藥分業的基本宗旨是在授予醫師充分的職權從事於正確的疾病診斷與處方的選擇，並授予藥師充分的職權管理藥物的調劑、鑑定、儲藏、零售及對醫師處方配伍劑量之檢覆，以管制消費大眾的服藥行為。」

臨床藥學 (Clinical Pharmacy)

臨床藥學是藥學發展中的一項突破，它的興起顯示了美國藥師已在為自己的專業創造較高的社會價值。它在本世紀四十年代孕育於美國，然而胎死腹中，復於六十年代再次發展至今。此不僅代表了藥學教育的革新，且因之擴大了原來藥學科系之規劃而為藥學院（與醫學院平行），以基礎醫學與基礎藥學為體，強調藥物之臨床治療為用，希望臨床藥學教育在醫學院基礎醫學與醫學院附設醫院臨床醫學雙方面之支援下，得到充分的發展。這種現代科技的合作，所代表的意義乃是——現代醫學與藥學正如同其他科技一般正處於知識爆炸的階段，無論是醫學與藥學均需在精密分工與整體的配合下方能臻於高水準的疾病藥物治療。高水

陸至誠

準之疾病藥物治療是指「合理的藥物治療」，給藥及停藥以至於換藥均非出自於盲目，或是任意的嘗試，而是依據醫學與藥物之學理為之。「合理的藥治療」他的功用即是在保護消費大眾的健康，使消費大眾在有病服藥時能得到藥物治療的最大效益，並且避免或減輕藥害與浪費。就藥害而言是指藥物引起的暫時性的（可復原的）或永久性的（不可復原的）身體損害。浪費則是指服用了無療效的藥物。至於他的教育宗旨除了教授大學部全科臨牀藥學，以提高一般藥師的素質，使能夠擔負起教育消費大眾有關用藥的一般知識外，仍在訓練專科臨牀藥師，如精神病科臨牀藥師，小兒科臨牀藥師，心臟科臨牀藥師……，使之能夠協助醫師從事於合理的疾病藥物治療。

簡言之，臨牀藥學是一項言及疾病之藥物治療的學問，患者與藥物的相互關係，也就是把工作從原先調劑與配方作業轉移到直接和患者與疾病有關的健康照顧上並協助醫師解決治療，特別是和用藥有關的疑難問題。

臨床藥學的內容

就目前所言臨牀藥學包括了(一)藥物的選擇（治病），(二)針對個別患者做劑量之設計。雖然臨牀藥學在求藥物治療的合理，也就是在求選擇藥物與劑量設計的合理。選擇藥物時必須做到：第一必須對患者的身心有充分整體性的認識；第二對患者的服藥歷史應有完整的紀錄，他的目的在求得用藥時絕不重蹈覆轍，並避免無療效的給藥行為，以及因之所造成身體精神與經濟上額外的負擔；第三必須掌握用藥的原理、目的與效力；第四充分認識可資使用之各種藥物的相對毒性，並把握每種藥物使用後能給予患者些什麼好處或害處，能衡量孰重孰輕；第五若是有二種相同合理之藥物可資使用時，應採取藥價較便宜者。至於針對個別患者以滿足其在劑量上之特別需要，就涉及了「藥效藥劑學」的理論基礎，這門課程目前我們可於大四時修畢。

總觀之，合理的藥物治療乃是以消費者（患者）為中心的體認。

專科臨床藥師

目前此種制度與觀念仍在演變之中，就拿美國現今的臨牀藥學言是「專科藥物的資訊專

家」，專科臨牀藥師以其在基礎醫學與臨牀藥學的訓練，究專科藥物之治療文獻，直接觀察病患並評量患者之病況，憑此對醫師提供合理的藥物治療意見，可以說是「藥物治療的顧問」。專科臨牀藥師與一般藥師最大的不同在不調劑，不處方（由醫師為之），是一位藥物治療的謀士與智囊。每位臨牀藥師可以同時出任數位醫師的藥物治療顧問，如此便可確保藥物治療的品質及避免藥害危及身體靈肉的痛苦和經濟損失，以上這個觀念是我們一再強調的

藥師的再教育

也可以說是持續的教育，因為學習是反覆與持續的過程，因此藥學教育亦需是反覆與持續的教育，更何況面對日新月異的藥物調劑、合成、製造，如何提高並維持國內藥物治療的水準與品質，此實是必要之途徑。

目前國內雖已着手革新，但仍應由藥學教育做最根本的解決，重新檢討授課內容，除了保持原來課程之水準外，仍須增加新課程。如組織學、臨牀病理學、流行病學、生物統計學、內科學原理、臨牀藥學、藥物治療學、藥物文獻評鑑等等，才可與國際藥學教育並駕齊驅。使國內之藥學生能夠由此藥物知識與訓練之充實，日後更能擔起提升國內藥物治療之水準，保障消費大眾獲得合理的藥物治療。

醫藥分業旨在維護消費大眾的權益

醫藥分業（*Seperation of Medicine and Pharmacy*）一辭，乃是源於西洋醫學之父 Hippocrates 之手，原則是希望「醫師診斷，處方而不調劑，藥師調劑而不處方」。分業首先建立於神聖羅馬帝國時期，於一九一一年英國推行國家健康服務時，國會明令嚴禁英醫師調劑藥物，一九四六年又經該國會通過公佈實施公醫制度，社會法中之國家衛生服務法，亦即所謂醫藥分業制度，而奠定了現代醫藥分業制度的基礎。它的內容除了嚴格的執行醫師診斷，處方由藥師憑處方向患者零售治療藥物之手段（達成分業目的）外，其基本精神並非在搶奪醫師向患者零售藥物之所得利益，也不在保護因醫師自己診斷，配方而令藥師得不到醫師處方所造成的利潤損失。醫藥分業的基本宗旨是在授予醫師有充分的職權從事於疾病的診斷與處方的選擇，並授予藥師有充分的職權管理藥物的調劑、鑑定、儲藏、零售及對醫師處方之配伍，劑量檢覆等，以管制消費大眾的服藥行為。如此患者若無醫師的處方，若不向藥師買藥，則將無第二正當途徑取得藥物，在這種情況下便可防止醫師犧牲消費者之利益

以厚私利；藥師不診斷，這可使消費者免於密醫之害。在此嚴密制度之下有醫師—診斷專家，藥師—藥物專家，臨牀藥師—藥物治療謀士，三者之整體配合，那麼消費大眾的健康便可獲得保障，許多因錯誤的診斷與藥物治療之不合理而引起之藥害與經濟上之損失便可減至最小程度，比即醫藥分業之終極目的。

醫藥分業的全面推行

事實證明，歐洲自從推行醫藥分業制度以來，藥師不論就社會的地位，社會的公益上逐漸的受到重視，且也因之對於近代化學科技的進步，擁有了最大功臣的榮銜。法國的藥師 Nicolas Lemery (1645~1715) 是現代 Phytochemistry 的發現者之一，於一六七五年出版了 *Soure de chymie* (化學原理) 一書，被譯成了數國的文字，歷久不衰，德國藥師 Carl Wilhelm Scheele 與英國 Priestley 共同研究空氣中之“fire air”，奠定了日後 Lavoisier (1743~1794) 發現 Oxigene 的基礎，藥師 Andreas S. Marggraf (1709~1782) 首先合成 KSN，發現了簡易之磷與磷酸的製造法，並且分析了甜菜成分發現了 Sugar，帶動了當時經濟與工業的發展。凡此種種不勝枚舉，再加上目前此一制度在幾個先進諸國的實施下獲致了相當大的成就，筆著認為國內醫藥分業全面的實施有賴於

(一) 消費大眾對於疾病診斷與藥物治療等專業知識的了解，但要期望消費大眾起來促請民意機關或是政府機構實施醫藥分業，以維護自身利益殊屬遙遠，是故醫藥分業與否主視。

(二) 政府對消費大眾公益(即國民健康)之重視程度與保護能力而言。尤其是國家目前經濟發展至此，政府應有餘力關懷大眾公益而循醫療社會學的觀點來探討健康，疾病，醫療程序與系統，醫療機構，醫療政策與措施，醫療人員的角色以及其服務對象之互動等問題，進而擬出合理可行的方式，健全並提高國內的醫療水平。在全面的推行醫藥分業上愚以為：

1. 必要實施獨立但相互支援之醫學與藥學教育及其持續教育，以確保執業醫師與藥師之素質，已陳述於前。
2. 訂定進步的藥物藥商管理法規之嚴格管理醫師與藥師的職業行為。
3. 建立獨立之司法制度，由法院全權的處理醫事人員的違法案件。

第2、3點我們就以目前實施績效卓著的美國「一九七八年藥物管理修訂案」，The Drug Regulation Reform Act of 1978 來說明；修訂案鑑於過去對藥物之售後臨牀使用均由醫師全權裁決，醫師享受著使用藥物治病的充分自由，以至演變成目前部分醫師濫開處方濫用藥物治病的積習，因此在修訂案中除了對一九三八年以來之法規就藥物之製造與售賣作全面的修訂外，聯邦政府並將藥物的管理範圍由原來之醫療藥物之製造、售賣擴及至於售後臨牀使用；要管理的對象從原有之藥廠商、藥師擴及至於醫師之用藥行為，亦即新的藥物管理法規包含了管理醫師使用藥物的觀念，是美聯邦政府自立國以來首次對醫師如何使用醫療藥物治病提出指導與限制，並依法對醫師之使用藥物治療加以監督。其保護的對象是消費大眾，要保護的事項是使用消費大眾免於或減少藥害，免於或減少藥物治療中的浪費。修訂草案中最大的突破當是對於藥物之售後管理其大意如下：

第一，管理醫師藥物治療之行為，最高聯邦政府首長是健康福利部 (HEW) 部長，其管理權由食品藥物管理局 FDA 局長全權代理。

第二，聯邦政府有權做限制分配，亦即決定什麼藥物由那位醫師使用，由那位藥師配方，也就是限制某些藥物由某些醫師使用，其他的醫師不準使用，即並非只要有醫師執照即有權使用任何醫療藥物治病。

第三，聯邦政府有權「臨檢」或調閱患者病歷與藥物治療記錄(在過去患者病例一向屬於醫師穩私權之一部分，以往一般情況下，非經醫師同意，任何人無權過目)。

第四；從事於新藥臨牀試驗之醫師需先向聯邦政府申請登記。

第五，患者有權決定是否接受試驗性藥物治療。

第六，患者除自藥師憑醫師處方取得藥物名稱外，有權同時自藥師處取得「給患者藥物說明書」，「給患者藥物說明書」說明①服藥目的；②服藥方法；③注意事項；④重要副作用與不良反應；⑤對其他用途之警告等等。

第七，違法之醫事人員將處以一萬美元之罰款。

總之，聯邦政府將依法有權過問醫師之藥物治療行為。就稿時，此項修訂案業經參院通過，正交由眾院審察中，待其通過後，即將交由食品藥物管理為代表全面執行，聯邦政府對於醫師之藥物治療便有過問之法律依據，違規者將由法院依法處分，消費大眾亦將享有較目前更大的人權保障。

國內目前藥物管理的現況

談到國內目前藥物管理的現況再與前述美國藥物管理法規之即將經由總統簽署成立比較，我們可以清楚的看到國內的消費大眾得自於法律之保障有多少？今後政府應該朝何方向努力？消費大眾應該作何努力？民意代表又應該作些什麼努力？斑斑可見。由於國內的藥物管理仍只限於藥物之製造與售賣，往往因為未徹底執行藥物藥商管理法與藥師法，導致了目前國內消費者之用藥，只能以「自求多福」而少法律保障之局面，「享受」甚幾近原始社會狀態的購藥自由，在藥物科學尚無法在國內生根（因為大學內尚無孕育藥物科學的獨立學院，僅有藥學系，甚至於仍存在著許多藥學專科學校）以及國內尚無開發新藥的工業（國內僅止於將純原料加工製成藥品），而國內的新藥皆來自於國外，使得台灣成為世界製藥先進國家之「共同市場」。如國內抗生藥物之不當使用，已經造成了許多過敏反應和身體的損害，非用重劑量 high dose 而不得治的濫用程度，此外部分的藥師有為患者打針等的密醫行為，部分的醫師亦有自雇無照人員配方調劑的違法行為；藥師具有專業訓練固在向消費大眾零售藥物，而醫師無藥學專業訓練亦向消費大眾零售藥品，此項行為不但使得藥師之職意義喪失而且假若民衆遇上醫德缺乏之醫師不正是將私利置於消費者利益之上嗎？國內藥學與醫學教育由藥學系與醫學系分開執行，但畢業步入社會後却反而醫藥不分業，以致喪失了藥學與醫學教育劃分的意義；國內的醫師權太大（超過了美國醫師太多了），國內藥師職業意義微弱（遠在美國藥師之後），國內消費者找醫師看病，自醫師取得藥品，按醫師指示用藥，却無權知道藥名或者說醫師不讓消費者知道所服藥物為何？藥品由藥師零售消費者可知藥價，藥品由醫師零售，藥價不得而知，消費者權益的不存在可想而知，更何況政府對藥品之管理似是偏重於藥師之管理，而未曾對醫師之用藥加以限制與指導，因此如何並及早謀求國內醫藥分業之實施，借政府管理藥物品質與藥物治療品質雙重途徑來保護消費大眾的健康，實乃我國內上下今日所應努力與亟盼者。

給有關當局的建議

在末了我仍要再次的強調以目前台灣地區由於生活的工業化，廣大消費羣衆之權益，全仰賴於制度與法律之保護尤為殷切，愚以為主管機關應重視法律尊嚴與政府為民謀福祉之威

信，依法整頓藥局藥房，盡速修改藥物藥商管理法，嚴格管理藥師與醫師等少數專業人員之職業行為才能有效防止醫事人員因私利而侵害消費大眾公益，亦並早日建立醫藥分業之健全醫藥制度，以示政府重視國民健康及杜絕嚴重危害社會治安和國民健康之偽、劣、禁藥的發行。

結語

總之完善的醫藥衛生制度之存在及其有效的實施，正反映著政府超人一等的政治品質與國民高人一籌的生活品質，二者的追求正有賴我全體藥學人在專業知識與藥業道德上彰顯重要的社會價值，於不斷的充實，思想，參與中為改變台灣目前醫藥局面而貢獻心力。願大眾能為藥師在未來醫療照顧上可能扮演的積極角色做不斷的努力，再努力！