

作者序 台灣社區藥事照護的十數年發展

今年，2024 年是我滿 65 歲，從國防醫學院藥學系畢業第 44 年，從美國亞歷桑納大學藥學院藥學行政與行為科學博士班畢業第 31 年，也是我致力於社區藥局藥師進行藥事照護發展的第 15 年。

在社會上，時常看到老爺爺或老奶奶有數種慢性病，看了多科醫師，每科醫師都開對症治療的數種好藥，但時常各科醫師都不清楚別科醫師開了哪些藥品。因此爺爺奶奶在家面對一天要吃 10 種藥品時，有沒有重複用藥、交互作用、治療禁忌等用藥問題？沒人知道！而每種藥也許在不同時間吃，每一個吃藥時間點該吃哪幾種藥品，爺爺奶奶拿錯藥的機會有多高？沒人知道！有一電視廣告老爺爺在問“老伴，我早上吃藥了嗎？”奶奶回答是“好像有，也好像沒有！”這些多位醫師開藥問題、患者用藥配合度(依從性)問題，是哪一位醫療專業人員該負責照護的？沒人討論，沒人在意！這些“用藥問題”發生會增加多少不預期門診、急診及住院次數？造成多少健保醫療資源投資或浪費？很難研究，也缺乏鼓勵去研究。

臨床藥師的價值在發現患者的藥物治療問題(用藥問題)、解決問題、預防問題發生(或再發生)，因而減少用藥導致的傷害與死亡並增強藥物療效，達到減少健保費用支出與增進患者健康生活品質的目標！名人蔣勳在講莊子時提到的第二個故事：朝菌、蟪蛄、冥靈(500 歲)、大椿(8000 歲)。讓我聯想到藥師的執業是只去賣藥調劑、用藥指導/諮詢，還是要擴大到患者某疾病的藥物治療管理，或是更擴大到整個人的用藥照護？

這本書想談的是，前述用藥問題的發現與解決是藥師的責任！藥師成為一位醫療專業人員不是一個賣藥或發藥的那個人，而應該是有許多社會責任的專業人員！這本書強調在照護患者藥物治療角度，藥師的社會責任是確保每一位患者的藥物治療都達到符合適應症、有效、安全及配合度高的目標；要確保患者用藥都安全、合理、經濟、有效。因此，有這個使命感的藥師在照護患者的理念上、照護流程上、紀錄介入照護行為上、呈現照護結果方面，必須有一整套結構化的體系。本書是作者數十年來發展醫院臨床藥學、社區藥學、藥師居家照護及長照機構式照護的心得與紀錄，與藥學界許多菁英共同建立起一套專業照護藥師應有的專業行為體系。

自 1980 年從國防醫學院藥學系畢業後留校當助教起，作者至今已當老師 44 年。時常告訴學生(員)們學習有三個方向：(1)理念/看法/態度/信仰；(2)專業臨床治療學知識；(3)實務工作所需要的技能、方法與工具的準

備。本書將重點放在第(1)及(3)方面，談的是藥師在照護患者藥物治療時，應抱持什麼理念/態度、應有哪些執業行為、表現哪些專業技能、準備哪些執業工具，讓藥師記錄那些成效以呈現出有價值的服務與形象。

台灣自 2007 年 3 月 21 日公布藥師法第十五條藥師業務增修第八款，藥事照護相關業務後，開啟了法源依據，給藥師進行以協助民眾安全、合理、經濟、有效使用藥品的專業服務機會。但直到藥師公會全國聯合會(以下簡稱：藥師全聯會)連瑞猛理事長，在 2009 年為爭取藥師加入長期照護領域，而向中央健保署要求給藥師機會執行藥事照護後，於 8 月份獲健保署同意給社區藥師一個試辦計畫，針對高就診民眾請藥師進行居家訪視，目地在輔導患者建立正確服用藥品觀念，避免藥品重複使用，強化用藥安全，間接減少醫療資源之浪費。這才真正從社區藥師開始執行藥事照護相關業務。

藥學行政(Pharmacy Administration)是一種戰略思維，就好像藥師法或其施行細則；而藥學管理(Pharmacy Management)是一種戰術思維，就好像醫院藥學管理、對患者做藥物治療管理(Medication Therapy Management)。當藥師法指定藥師業務是去執行藥事照護相關業務時，執行面的管理者就要問什麼是藥事照護？而其相關業務是指哪些業務或服務是藥師該做的？在醫院的藥學服務有哪些？在社區的藥學服務又有哪些？

為此，2009 年 9 月份連理事長於藥師全聯會成立「藥事照護發展中心」，在曾中龍秘書長的推薦下，邀請譚延輝博士擔任該中心的執行長，繼續作者我個人的第二項人生使命：建立藥師直接照護患者的社區舞台。作者完全接受美國明尼蘇達大學藥學院 Linda Strand 教授等人對藥事照護的定義，許多理念及藥物治療問題分類都是參考他們的書籍內容，而認定藥事照護是藥師直接照護個別患者藥物治療的專業行為，類似醫師診治一位患者的行為(assessment, care plan, follow-up)。在台灣定義藥事照護是由一位獨立執業的藥師，針對某患者之藥物治療，負責地進行所有病情與用藥的評估、擬定與執行照護計畫，並做療效追蹤，以確保患者藥物治療都符合適應症、有效、安全及配合度高，進而提升其生活品質。

作者個人的第一項人生使命是建立藥物經濟學的應用舞台。在台灣，作者於 2007 年加入財團法人醫藥品查驗中心新成立的醫藥科技評估組，擔任第一屆組長，規劃醫藥科技評估(Health Technology Assessment, HTA)機制與流程，協助健保署評估廠商申請的新藥之多維度價值。這期間確定新藥是否值得納入健保給付目錄時，須考量新藥之相對療效/安全性、成本效益證據及預算衝擊分析，而達成藥物經濟學應用於新藥納入健保藥品支付目

錄前的價值評估舞台。另外，於 2005 年作者擔任台北市立聯合醫院第一任的藥劑部部主任時，以及 2014 年南光化學製藥公司王玉杯總經理當選為製藥發展協會的理事長，並邀請作者擔任“藥物經濟學應用委員會”第一及二屆主任委員時，鋪設了藥物經濟學評估應用於廠商申請新藥納入醫院處方集管理的舞台！

之後，在大陸，作者於 2019 年 8 月接受中興通訊公益基金會邀請赴深圳市，擔任第一任衛生技術評估(HTA)中心的主任。為實現中興通訊股份有限公司創始人侯為貴先生回饋社會的責任心與公益心，推動國家建立第三方專業評估機構驗證廠商所提交醫保局材料的真實性與正確性，輸出公正、真實藥品多維度科學證據的評估報告，供國家醫保局評審專家們參考。作者組成了評估團隊實作五個新藥評估案例，公布了二個月內可完成快速 HTA 流程的“醫保新藥評估標準作業規範”。另外，為促使患者在最後一哩路上獲得新藥使用，對深圳十家三甲醫院藥學部推廣並培訓“基於 HTA 的醫院藥品目錄動態調整操作規範”。從藥師評估、藥事委員會評審到決策者下決策，共發展十個流程文件供使用。作者的第一項人生使命已於 2021 年在台灣與大陸都實現。

作者建立的第二項人生使命：藥師直接照護患者的醫院舞台。早在 1986 年從美國愛荷華大學臨床/醫院藥學組碩士班畢業後，作者就從國防醫學院教師立場協助三軍總醫院藥學部發展臨床藥學服務，直到 2004 年退伍到台北市立聯合醫院藥劑部擔任部主任再執行兩年，共 20 年時間在醫院藥劑部門發展了藥品血中濃度監測服務、藥師在 ICU 服務、處方判斷性服務、藥事委員會新組織結構與章程、醫院內藥物不良反應監測與回報系統、不須電腦之單一劑量調劑服務、出院前諮詢服務、優良藥品調劑作業規範、藥物使用評估、建立用藥疏失通報系統、氣喘疾病管理、糖尿病管理、優良藥事執業規範、專科藥師甄審制度、疾病管理藥師甄審制度等等臨床藥學管理與服務制度。

從 2009 年底到藥師公會全聯會服務後的六年，以及離開後繼續協助的四年過程，由於連瑞猛、李蜀平及古博仁理事長的大力支持，並深信藥事照護才是未來藥師受民眾與醫師信任最重要的專業服務，又在許多資深社區藥師的努力與貢獻下，藥事照護發展中心發展了超過十項藥師的服務名稱與標準作業流程，同時也建構了藥師專業服務的紀錄系統(AABBCC 編碼系統)，發展三套(戒菸、氣喘、糖尿病)教育慢病患者在家自我照護的三角架教材，建構了三套電腦登錄的管理系統與服務品質提升方案，讓社區藥師執行社區、居家與機構式照護有了專業服務的紀錄與呈現成效的管

理體系。落實了作者人生使命：藥師直接照護患者的社區舞台。

在 2018 年，藥師被健保署邀請加入居家醫療照護整合計畫，同時在長期照護體系加入長照專業服務手冊中，讓藥師執行居家照護時，可以進行非常多細膩的服務項目，包括送藥到府及用藥指導、用藥整合服務、處方判斷性服務(對醫師)、對患者執行用藥配合度諮詢服務、七日藥盒分裝服務、特殊劑型用藥教育、自我照護諮詢服務、不良反應探查服務、戒菸諮詢服務、餘藥檢核服務以及廢棄藥品清除服務。另外，藥師若到長照機構可以提供全機構用藥安全管理之品質評估，對個別住民提供藥物治療評估服務，提供住民、家屬及醫療與照護人員藥物資訊或在職教育，視需要可參加機構內跨專業案例討論會議以提供藥事照護專業建議。

在社區藥局內藥師更可以執行社區式用藥整合服務、處方判斷性服務、患者用藥配合度諮詢服務、民眾輕微症狀藥事照護、用藥分裝服務、心血管疾病風險評估服務、預防跌倒之風險評估服務、以及運用教育患者在家自我照護的三角架進行慢性病管理(如戒菸、氣喘、糖尿病管理等)，甚至全人的藥物治療管理。而深圳市羅湖集團藥學部在作者指導下，已製作 8 個慢性病的藥師教育慢病患者自我照護的三角架教材。

世界藥學會(FIP)於 2013 年全球藥學教育報導中，提出一個需求導向教育的思考架構，希望藥師能以滿足患者的用藥需求為導向來設計專業服務項目，並建立藥師執行那些專業服務的核心能力，再由學校教育或持續教育去教導藥師能執行那些核心能力，去提供服務以滿足患者用藥需求。藥師全聯會已於 2014 年設計上述的許多專業服務，來滿足患者在用藥方面的需求，重點是藥師所需要的核心能力，以及學校教育及持續教育內容是否能培訓出藥師執行服務所需要的核心能力，這些還有待更多藥學教育界老師們與執業界藥師們共同努力，再接再厲的完成這些工作。

本書主要在描述藥師執行各項專業服務所需的理念架構，標準作業流程，紀錄與溝通表單，紀錄與成效測量，對藥師未來專業發展的期望。這些花費將近十年所建構的資訊是台灣的資產，大部分都放置於藥師全聯會的藥事照護網頁中。本書是以作者的立場，寫出自己的心得、設計與執行過程，同時整合許多資深藥師的貢獻，許多內容與藥師全聯會後續修改的內容也許不一樣，但都是記錄下所有藥師曾經努力過的成績，留給後面學生、藥師、專家學者參考。

當健保署採用住院患者 DRG 制度、醫院或區域總額預算制、門診或社區的論人計酬支付制度時，會鼓勵醫療制度往節省醫療資源使用，則醫

院或基層醫師才得到更多利潤的醫療環境。這時臨床藥師的價值就有表現的機會，就有需求的存在。若醫療環境是愈浪費醫療資源使用，醫院或基層醫師愈得到利潤時，臨床藥師是沒有需求或表現機會的；將僅僅是醫院評鑑上用藥安全指標的驅使下，藥師的一些功能表現，不能稱為在做藥學服務，醫院藥師也缺乏動機去建立各類服務的名稱與標準作業規範。我們期待健保支付制度的改革，這在國外可做到，為何國內做不到？

台灣，許多醫院的藥學部主任及臨床藥學會的領導者都有上述認知，在臨床藥師培訓及實踐上都有許多新作法，只是他們都較少有動機或醫院領導者不同意去開發各種不同的新藥學服務名稱及作法！但在社區藥學領域沒有限制，有許多發展空間。可是還是面臨一些問題，如(1)缺乏專科藥師認證機制，鼓勵更高專業能力的藥師往社區藥學服務發展；(2)缺乏有理想、有眼光的社區藥學領導者，能建立持久專業團隊，支持與鼓勵更高層次藥事照護的發展。本書呈現的是曾經有的社區藥學發展輝煌歷史，遺憾的是後續進展變動太多！本書描述的許多藥學專業服務名稱與實踐已缺乏經費支持的來源了！如何將研究計畫項目(projects)改變成常規服務項目(practice)，就有待後續有理想有抱負的年輕藥師們共同努力了！

作者在此要感謝許多政府衛生主管機關對藥師的愛戴與支持，提供計畫經費培訓藥師去證實在社會上的價值，並持續鼓勵更多藥師執行專業服務。這包括(1)中央健保署，自 2010 年後提供九年的高診次患者的藥事居家照護計畫，在 2014, 2015 年更高達 5,400 萬預算讓藥師照護到 8,000 位患者。(2)食品藥物管理署，自 2011 年開始補助藥師全聯會進行社區藥局內的專業服務，直到 2018 年都有不同的服務內容執行出來。(3)國民健康署，自 2011 年開始請社區藥師參與戒菸諮詢服務直到今日；在 2015 年給藥師一年機會執行糖尿病共同照護的計畫。(4)護理及健康照護司，自 2011 年開始經費補助藥師接受長照 Level II 的培訓課程，並 2013, 2014 年給予兩年計畫經費讓藥師針對弱勢族群做居家照護。在 2014 及 2015 年的各項計畫經費就一年總共高達約 9000 萬元。

作者也要謝謝這十年來服務於『藥事照護發展中心』的藥師與專員們以及輔導藥師們，不論服務了多少年資歷，他們都盡心盡力地守護著執行藥師的表現，支持與開辦培訓課程、督導各縣市月例會的舉辦、口試照護藥師、與健保署溝通、忍耐藥師們的責難、開發電腦軟體、督導藥師記錄的品質、寫計畫書整理數據製作表格呈現藥師們服務的成效、並爭取到更多的研究計畫。社區藥師們執行藥事照護沒有這些關鍵人才的忍辱負重，絕對沒有目前的好成績出現。這些中心人員包括但不限於：藥師林孟伶、

吳如琇、王秀珠、李玟瑾、蔡富雄、賴香螢(2016 年後擔任副執行長)、李煥文、陳喬羚、王建羸，林維安(2018 年擔任執行長)，專員李莉君、陳筠誼、蘇玟伊、李彥儀、副祕書長林佳儀等等。更要感謝的是藥師公會全聯會秘書長曾中龍先生，做為法律人卻更能體會整個社會對藥師的需求，在許多批評與挑戰的情境，他都能堅定的支持『藥事照護發展中心』並鼓勵提出更多的專業服務方案。感謝您們!

這本書也要獻給我的博士班指導教授，亞歷桑納大學藥學院院長 Dr. J. Lyle Bootman。他是美國藥學行政(Pharmacy Administration)與藥物經濟學(Pharmacoeconomics)發展的領導者。他教導我的領導統御觀念是「你要有那股魅力、說服力，能引導他人跟著你走」。希望這本書能鼓勵後進們勇敢的往社區藥學專業服務發展，為延續我藥師光輝願景共同努力!

譚延輝

2023. 03. 31