



國民口腔健康促進計畫 (106~110 年)

(行政院106年2月2日院臺衛字第1060002587號核定本)

中華民國 106 年 2 月 2 日

目 錄

壹、計畫緣起	4
一、依據	5
二、未來環境預測	8
三、問題評析	10
四、社會參與及政策溝通情形	22
貳、計畫目標	24
一、目標說明	24
二、達成目標之限制	25
參、現行相關政策及方法檢討	30
一、學齡前兒童牙齒塗氟預防保健服務	30
二、國小學童含氟漱口水防齲計畫	31
三、國小學童恆牙第一大臼齒窩溝封填	32
四、推動食用含氟鹽防齲	33
五、二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫（牙醫師 PGY）	334
六、牙科專科醫師訓練計畫	35
七、身心障礙者口腔醫療服務與健康促進	36
八、老年人在宅口腔醫療服務	38
九、編制診治參考指引及民眾注意事項	40

十、整合口腔癌防治資源.....	40
肆、執行策略及方法.....	74
一、主要工作項目.....	42
二、分期（年）執行策略.....	72
三、執行步驟(方法)與分工.....	73
伍、期程與經費需求.....	74
一、計畫期程.....	74
二、所需資源說明.....	74
三、經費來源及計算基準.....	74
四、經費需求及與中程歲出概算額度配分情形.....	83
陸、預期效果及影響.....	84
一、短程.....	84
二、中程.....	84
三、長程.....	85
柒、財務計畫.....	87
捌、附則.....	88
一、替選方案之分析及評估.....	88
二、風險評估.....	88
三、相關機關配合事項.....	92

壹、計畫緣起

世界衛生組織(World Health Organization,WHO)指出，口腔健康不僅影響咀嚼、營養、說話、社交，更可說是全身健康與生活品質的重要基石。由於牙齒與口腔組織長年暴露於相當複雜的環境中，使得口腔疾病，包括：齲齒、牙周病、口腔癌等，成為大多數人們一生中都必须面對的挑戰。

口腔疾病往往與飲食及生活（口腔保健）習慣有著密切的關係，大部分的口腔疾病是可以預防的。如果民眾能夠養成適當的自我口腔照護的觀念與技巧，避免已知的危險因子（菸、酒、檳榔、以及添加於食品中的糖），加上專業牙醫師的協助、健康的生活及飲食習慣，就能夠終身保持健康且功能良好的口腔。

國人的口腔健康狀況不佳，西元 2012 年針對全臺灣地區 6 到 18 歲兒童及青少年的調查結果顯示，12 歲的學童的恆牙齲齒經驗指數（DMFT）平均值為 2.50 顆，不僅低於 WHO 所訂定的西元 2025 年的目標 2.00 顆，而且落後於全球 70% 的國家之後。我國於 1997 年對學齡前幼童的調查結果：2-3 歲幼兒的齲齒率為 60%，5-6 歲時則為 89.38%；至 2011 年時，我國 2-3 歲幼兒的齲齒率雖降為 31.4%，5-6 歲亦降為 73.52%，但是從 3 歲到 6 歲間齲齒率的增加，卻仍然維持在 40% 左右，與 WHO 所訂之目標比較：至 2025 年時應降至 10% 以下，仍有一段相當的差距，可見台灣學齡前兒童齲齒盛

行率仍偏高，其中又以 2-3 歲兒童齲齒盛行率上升幅度最大，我國的口腔保健政策與服務體系，確實仍然面臨嚴峻的挑戰。

如何檢視過去相關政策的得失，展望未來並擷取先進國家口腔保健政策之經驗，誠為規劃中長期工作計畫時之核心要務。另依據衛生福利部國民健康署組織法及處務規程：癌症防治係屬國民健康署掌理事項，爰口腔癌防治業納入該署奉行政院核定之國家癌症防治計畫，目前刻正執行第 3 期計畫(2014 年~2018 年)，該計畫用於口腔癌防治之預算每年約 2.3 億，鑒於健康之整體性，衛生福利部心理及口腔健康司自當與國民健康署共同致力口腔健康促進。

一、依據

(一)總統政見

1. 對於醫療政策主張 (<http://iing.tw/posts/56>) (摘要)：

- (1)推動健康促進，深化國民保健意識，鼓勵休閒運動產業與活力老化。
- (2)提高公部門醫療保健支出，以保障國民健康。
- (3)打造社區健康照護管理中心，建構在地健康照護網絡，提升社區醫療照護質量。
- (4)進行醫療體系水平與垂直整合，推動「從社區到醫院」的連續性全人照護健康體系，以因應高齡社會。
- (5)建構整合型的疾病預防策略，減少長期照護需求。

(6)保障醫事人員勞動條件，並確保病人安全。

(7) 從齒改變，點亮台灣 (2015.8.30)

①建立牙醫醫療體系人力培育與職業管理機制。

②整合口腔醫療資源，建構社區照顧體系。

2. 對於身心障礙權益政策 (<http://iing.tw/posts/84>) 主張 (摘要) :

(1)當前我國身心障礙者面對的主要問題：

①社會歧視。

②就醫不便。

(2)政策目標

①運用資訊技術與科技輔助，建構無障礙的友善環境。

②身心障礙者於生命發展各階段的需求應受重視，政府於政策規劃及服務輸送時應考量其特殊性。

(3)具體主張

①促進在宅醫療。

②改善身心障礙者的保健醫療服務。

3. 對於對於長期照顧政策 (<http://iing.tw/posts/80>) 主張：

(1)強化公共醫療體系，發展社區健康照護團隊。

(2)提升長期照顧服務品質，嘉惠老人與身心障礙者。

(3)整合中央與地方、各相關部會資源，以利政策發展。

(二)口腔健康法

依據口腔健康法第 3、9 條規定如下：

第三條 政府應推行口腔疾病預防保健工作，並推展下列有關口腔健康事項：

1. 口腔健康狀況之調查。
2. 口腔預防醫學之推展。
3. 口腔健康教育之實施。
4. 口腔保健用品之監督與改進。
5. 口腔健康問題之研究。
6. 口腔健康危害因子之調查、研究及防制政策。
7. 口腔健康與全身健康之相關性研究。
8. 其他與口腔健康促進有關之事項。

第九條 主管機關應編列預算辦理有關口腔健康及危害因子之調查與研究，並得委託或補助有關機關、學校或口腔健康相關專業團體為之。中央主管機關應每六年提出國民口腔健康狀況調查及研究之報告，並對外公布，以作為口腔健康促進工作之參考。

(三)身心障礙者權益保障法(第 24 條)：

直轄市、縣（市）衛生主管機關應依據身心障礙者人口數及就醫需求，指定醫院設立身心障礙者特別門診。前項設立身心障礙者特別門診之醫院資格條件、診療科別、人員配置、醫療服務設施與督導考核及獎勵辦法，由中央衛生主管機關定之。

(四)世界衛生組織報告提出

(http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf)

- 1.口腔健康不但是全身健康的一部份，而且是幸福生活必要條件。
- 2.口腔健康是影響生活品質之重要因素。
- 3.有明顯證據顯示口腔健康與全身健康是息息相關的。
- 4.良好的口腔照護可以延年益壽。
- 5.良好的咀嚼力可降低失智症之風險。

二、未來環境預測

(一)兒童齲齒問題之社會環境因素持續存在

流行病學調查顯示：社會行為因素及環境因素是口腔疾病的重要原因。許多工業化國家學童齲齒盛行率逐年下降，可歸因於推動多項公共衛生政策、民眾生活形態的改變及自我照護方法的改進。雖然近年來我國政府針對兒童的齲齒問題持續推出多項政策，然而由於兒童及家長對於口腔健康的重視與自我照護（self-care）之意願與能力仍然不足，對於致齲飲食（特別是含糖飲料）未能有效節制，學校環境中亦普遍缺乏支持口腔健康促進之條件，如未採取有效措施，兒童齲齒問題恐不易獲得明顯的改善。

(二)人口老化造成長照口腔照護需求量增加

依據內政部資料顯示，我國 65 歲以上人口比率由 1993 年的 7.1%，增

加為 2003 年的 9.24%。依據國發會的推估，至 2021 年，老年人口將佔 14.6%，2031 年估計約佔 20.1%，即每 5 人中就有一位 65 歲以上老人。而世界各國同樣面臨人口老化的趨勢，基於對老化問題的重視，WHO 在 2002 年提出「活躍老化(active aging)」的觀念，為了使老化成為正面的經驗，長壽必須具備持續的健康，並促進生活品質。而口腔健康正是影響全身健康及生活品質的重要因素之一。

對於社區失能長者、機構住民等身心障者，需要發展與傳統不同的牙醫醫療服務模式、技術與材料，例如：口腔巡迴醫療車、家庭牙醫師制度、輔助人員提供團隊服務等，以因應時代需要。

(三)牙醫醫療人力質與量之需求增加

由於人口老化、身心障者增加、口腔疾病型態多樣化、醫療服務選項增加等因素，在預防牙醫/口腔健康促進策略未發揮成效前，國人對於牙醫醫療服務之需求應會持續增加。過去的老年人受限於經濟能力、以及對口腔健康之重視不足，以至於對牙醫醫療服務之利用率偏低。但是隨著教育水準提升、年金等社會福利政策發揮影響，未來世代的老年人將較現在的老年人，有較高的意願與能力使用牙醫醫療服務。而我國目前執業之牙醫師已有近 1,4000 人，如何規劃專科醫師制度，使牙醫人力的素質持續提升；同時規劃合宜的牙醫輔助人力，實為當務之急。

(四)國人對口腔醫療品質之期望

口腔醫療技術與材料日新月異，「植牙」的快速發展即是明顯的例子。

民眾對於口腔醫療服務品質的期待，也是日益升高。因此，政府有必要及早規劃，讓以牙醫師為核心的口腔醫療團隊，還包括牙體技術師等其他專業人員，能夠自主管理與研發，在專業上精益求精，彼此之間也能通力合作，提供民眾所需的優質醫療服務。另一方面，口腔醫療團隊也需要與醫學其他分科（例如：高齡醫學科、新陳代謝科、心臟內科、麻醉科等）合作，才能滿足身心障者的需要。

(五)國際上成立口腔專責醫院之趨勢

牙醫師與西醫師、中醫師，原本就是醫師法中明訂的三種醫師專業，其養成教育之重點各有不同，執業時的診療模式亦各有異。故世界先進國家，甚至連泰國、中國大陸都設有口腔醫院，負責口腔相關疾病之研究、教學、以及發展新的醫療模式。

醫療機構設置標準第 7 條，業已明定牙醫醫院設置標準，然我國至今尚無牙醫醫院設立，不僅阻礙了牙醫臨床醫療知識與技術的發展，無形中也阻礙新的口腔醫療模式發展、試辦及推廣機會。

三、問題評析

(一)學齡前及學齡兒童齲齒率

公元 2012 年時一項針對全臺灣地區 6 到 18 歲兒童及青少年的調查結果顯示，12 歲的學童的恆牙齲齒經驗指數（DMFT）平均值為 2.50 顆（表一），不僅未達到世界衛生組織（WHO）所訂定的公元 2025 年的目標 1.00

類，而且落後於全球 70% 的國家之後。我國於 1997 年對學齡前幼童的調查結果：2-3 歲幼兒的齲齒率為 60%，5-6 歲時則為 89.38%；2006 年高雄醫學大學黃純德教授執行台灣六歲以下兒童口腔調查發現 5 歲幼兒齲齒率下降至 73.65%；依據國民健康署 2011 年報告發現 5 歲幼兒齲齒率有微幅上升至 79.32%，與 WHO 所訂之目標(至 2025 年時應降至 10% 以下)比較，仍有一段不小的差距，可見台灣學齡前兒童齲齒盛行率仍偏高，我國的口腔保健政策與服務體系，確實仍然面臨相當嚴峻的挑戰。

嬰兒期的乳牙兼具咀嚼、發音及美觀，乳牙的健康會影響恆牙的發育，乳齒齲齒會影響繼發恆齒的情況，造成日後恆齒齲齒率增加。乳牙從嬰兒 5-6 個月大時開始萌發，一直到 3-4 足歲左右萌發完全，恆牙一般在幼兒足 5-6 歲時開始更換、萌發，一直到兒童滿 11-12 歲時才更換完全。換句話說，乳牙在一個孩子身上，從萌發到功成身退平均有 6-8 年的時間，在臨床上，常見到因為乳牙罹患齲齒造成兒童疼痛不安、無法進食、牙齒感染，甚至導致全身性感染的情況，如：蜂窩性組織炎。乳牙的健康與幼兒全身健康確有密不可分的關連。

表一 1981~2012 台灣 7 歲（乳齒）及 12 歲學童（恆齒）齲齒經驗與治療率

	deft/DMFT		齲齒經驗盛行率 %		齲齒治療率 %	
	7 歲，乳齒	12 歲，恆齒	7 歲，乳齒	12 歲，恆齒	7 歲，乳齒	12 歲，恆齒
1981	7.83	3.76	96.6	85.1	0.6	14.0
1990	7.28	4.95	96.0	92.0	4.52	12.0

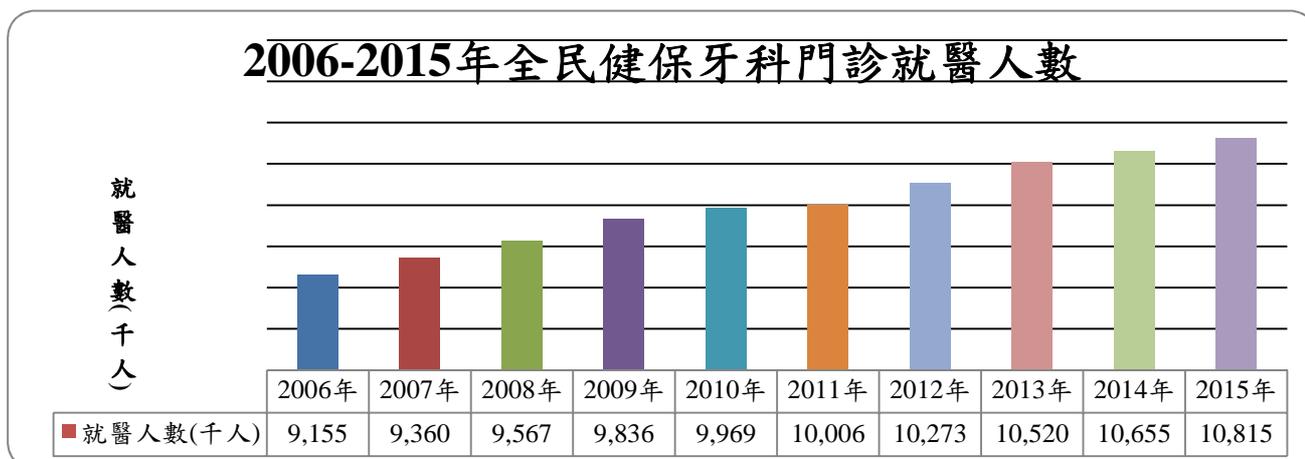
1996	5.53	3.67	85.1	85.0	15.5	28.7
2000	5.29	3.31	89.6	66.5	39.2	54.3
2006	5.23	2.58	59.6	37.3	58.3	60.0
2012	5.90	2.50	88.2	70.0	30.6	69.1

美國學童在 2000 年因為牙齒疾病而請假的時數高達五千一百萬小時；泰國在 2008 年發現，平均每位學童每年會因為牙齒疾病而請假 1.9 小時；菲律賓的研究亦發現：牙痛是學童請假最常見的原因。在英國自 1997 年至 2006 年的統計發現，學童因拔牙而住院之案件增加了 66%。由於齲齒正是學童口腔疾病最常見的疾病，由上述數據顯示，學童的齲齒防治工作確實刻不容緩，而透過例行的篩檢所建立的資料庫，更是瞭解學童口腔健康與發展趨勢，及其相關因素的重要資訊來源。

(二)全民健保、學齡與學齡前兒童氟化物防齲利用情形

我國自 1995 年 3 月起實施全民健康保險，並將許多牙醫醫療服務項目納入給付，使得國人在需要就醫時，包括使用牙醫醫療服務時，得以免除經濟上的顧慮及障礙。然而國人長期以來較不重視口腔健康，使得每年至牙醫醫療機構接受醫療服務的人數，一直未能超過總人口數的 50% (依健保署統計，從 2006 年 916 萬人迄 2015 年 1082 萬人，如圖一)。

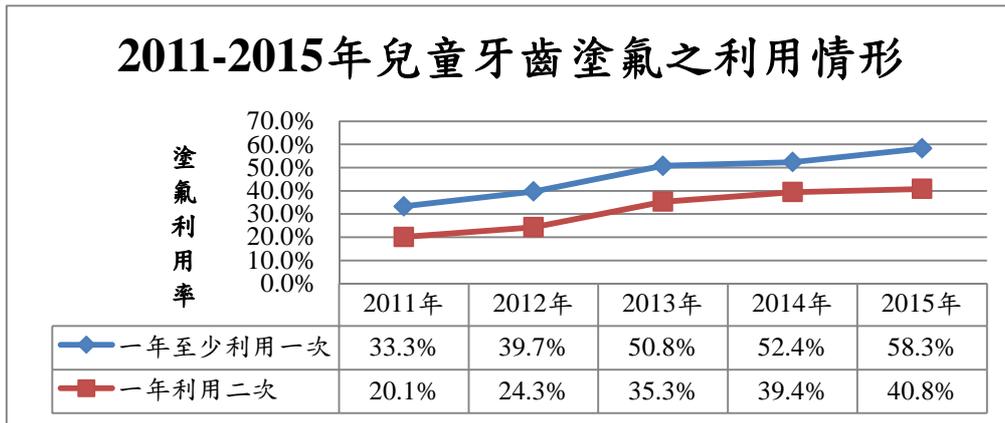
2006-2015年全民健保牙科門診就醫人數



圖一 2006-2015 年全民健保牙科門診就醫人數

1998 年 7 月起實施牙科門診總額預算，在政策上宣示了「預防勝於治療」，然而給付的項目卻絕大多數仍限於治療的部分，就預防醫學而言，可說是絕大部分的給付仍屬預防醫學中第三段的「限制殘障」與「復健」，僅有很少數的屬於第二段的「早期發現，立即治療」(如：子宮頸癌篩檢等)。至於理論上最能保障或提昇民眾生活品質的第一段的「健康促進」與「特殊防護」，就口腔醫療服務而言，可說是完全付諸闕如。

雖然兒童牙齒塗氟服務每年至少使用一次的比率，從 2011 年的 33.3%，至 2014 年超過 50%；每年兩次皆使用的比率從 2011 年的 20.13%，至 2014 年近 40% (圖二)，顯示仍有很大的進步空間。



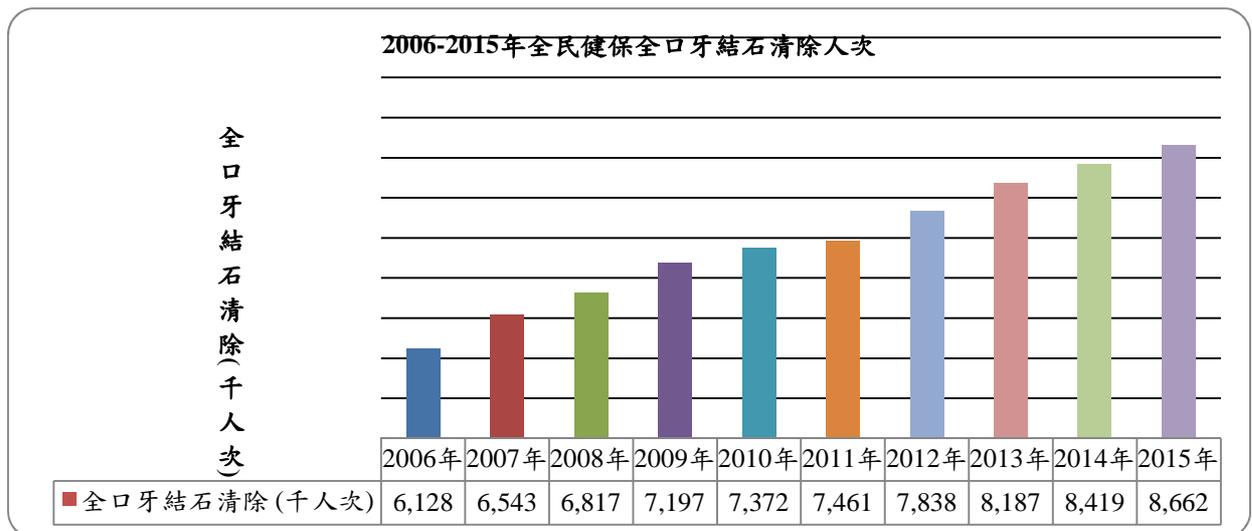
圖二 2011-2015年兒童牙齒塗氟之利用情形

(三) 成年人牙周病盛行率高

牙周病與齲齒都是口腔內的細菌（不同的菌種）、牙菌斑所造成的健康問題，兩者共同的行為及社會因素，也都是「潔牙觀念與習慣不足」。與齲齒不同的是，齲齒多發生於學齡及學齡前的兒童，可以藉著與學校合作推廣氟化物的使用，得到有效的預防。而牙周病多發生於成年人，而且除加強潔牙之外，並沒有特別有效的預防工具。而我國的職場健康促進於口腔衛生領域，也仍有待落實推動與發展。

我國自 1995 年實施全民健保，提供 13 歲以上國人每半年免費全口牙結石清除及牙醫師衛教諮詢，惟依據中央健保署所提供之資料顯示，國人全民健保牙醫利用率低於 50%，另依全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽，彙整近 10 年牙醫門診醫療利用概況顯示，2006~2015 年接受全口牙結石清除處置件數由 612 萬 8 千人次提升至 866 萬 2 千人次，以 1.2% - 6.8% 之幅度提升(圖三)，可窺見業有一定比例的民眾已建立定期接受口腔檢查及洗牙的觀念，對於尚未有此口腔保健觀念或無建立定期檢查習

慣之民眾，衛生福利部仍應繼續強化民眾對自我口腔健康維護的責任感，盼藉由口腔整合計畫宣導、國民口腔健康週等相關衛教宣傳活動，提升牙結石清除利用率，以降低罹患牙周病之風險，深根預防保健勝於治療的觀念，以減少國人牙周病罹患率及全口無牙率。



圖三 2006-2015 年全民健保全口牙結石清除人次

衛生福利部在 2008 年的調查結果顯示：台灣 18 歲以上成人中，99.2% 的成人有不等程度之牙周病。其中有牙周囊袋者，在 18-24 歲已有 22%，35-44 歲已達 53%，65-74 歲更增至 73%；牙周囊袋的盛行率平均為 54%。同一調查也發現每天使用牙線者不到 10%，牙周病之初級預防明顯不足。健保局自 2010 年起開辦「牙周病統合照護」，此為針對高危險群之預防策略 (high risk strategy)，但是對於龐大的潛在醫療需要而言，仍顯有不足，需要另外推動適當的族群預防策略 (population strategy)。

由於工商社會生活及工作的步調較快，如果未能從小養成正確的潔牙

觀念與技巧，加上目前台灣社會及職場並不重視口腔健康，在近期內，如未推動具體之防治策略，我國成年人的牙周健康恐不易有顯著的改善。

(四)老年人無牙比率高

根據國民健康署 2004 年成人及中老年人口腔健康狀況調查結果顯示，65 歲以上老人恆齒齲蝕指數 (DMFT index) 為 14.59 顆、口內仍有超過 20 顆牙者僅佔 59.3%，而高達 32.5% 有接受補綴醫療之需求。隨著人口老化後，口腔醫療照護的負擔將會持續加重，老人牙醫學的發展、預防醫學的概念以及介入措施的運用更形重要。另在 2009 年國民健康訪問調查結果中，65 歲以上之老年人口在牙齒健康方面，65.0% 的受訪者有缺牙的情形，22.0% 沒有裝任何的假牙，34.0% 有裝固定式假牙，33.7% 有裝活動式假牙，10.4% 是兩種假牙都有裝。刷牙或清潔假牙情形：1 天平均刷牙或清潔假牙 2.0 ± 1.14 次，刷牙(或清潔活動假牙)的時間，85.1% 表示通常在早上起床後刷牙，62.9% 在睡覺前，22.7% 在午餐後，19.7% 在晚餐後，16.2% 早餐後，4.0% 在每次吃完點心後。老年人在口腔健康之認知上，多數老年人認為：(1) 年紀大了，罹患牙病及掉牙是正常的現象；(2) 認為真牙壞了還能以假牙代替，所以不重要；(3) 假牙製作後沒有定期回診檢查假牙的觀念；(4) 對口腔檢查不太重視，對內外科檢查比較重視，認為人老了牙齒好壞已成定局，忽略口腔檢查重要性。

老年人的口腔保健相關知識普遍低落、態度不積極、保健行為也多不正確，且在身體機能與自我照顧能力減退下，罹患齲齒、牙周病的機率往

往遠高於年輕人。缺牙不但影響正常的咀嚼，如時間過長，甚至會影響到相鄰牙齒以及造成缺牙區牙床萎縮，進而影響語言和容貌。根據日本的長期世代研究（Japan Collaborative Cohort Study），追蹤了 4,139 位 40 至 79 歲的民眾超過 13 年後，發現牙齒的症狀與因心血管疾病和肺炎的死亡具有相關性，牙齒的症狀包括：敏感性牙齒、咀嚼困難、牙齦流血、感到口腔黏膩。其中，常感到口腔黏膩的受試者死於肺炎的風險升高 2 倍。2012 年的一篇統合分析（meta-analysis），共收集了 13 篇文獻數據加以整合分析後發現，罹患牙周病後得到中風的風險是沒有牙周病者的 1.47 至 2.63 倍。老年人缺牙原因主要是以牙周病為主，而牙周病的破壞是日積月累的一種生活習慣病。早期沒有明顯自覺症狀，一旦有自覺症狀，往往細菌已破壞到深層的牙周囊袋。因此定期的口腔健康檢查和完善的自我口腔清潔照護非常重要。

依全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽，彙整近 10 年牙醫門診醫療利用概況顯示，2006~2015 年接受簡單性及複雜性拔牙處置件數由 245 萬件下降至 230 萬件(圖四)，可窺見牙齒拔除的數目業已逐年下降，其中 2010 至 2011 年拔牙顆數劇減 41 萬顆，推測原因為 2010 年元月起實施全程牙周統合照護計畫，將治療費用納入健保給付，以落實早期治療，減少民眾後續口腔醫療疾病費用之負擔，亦延長自然牙使用年限並提升咀嚼效能，惟衛生福利部仍應繼續強化民眾對自我牙齒保存學重要性之認知，以減少國人全口無牙率。



圖四 2006-2015 年全民健保拔牙顆數

如果能夠有效且正確潔牙，依照「早期發現、及早治療」的原則，即使年紀大了仍然可以擁有健康的口腔。正視老年人的牙齒問題，整合老人健檢體系，納入完整的口腔狀況檢查，早期發現牙齒問題，早期治療。對於（牙根）齲齒應及早治療，缺牙的部位宜儘早贖復，以維持適當的咀嚼功能。正確的潔牙方法，可有效地預防齲齒及牙周病，確實執行進食過後刷牙及用牙線，有效清除牙齦溝之牙菌斑堆積。至少每天睡前應確實正確的潔牙及清潔假牙，對老年人牙齒及口腔健康，將有很大的幫助。

(五)口腔癌發生率逐年增加 (摘自第 3 期國家癌症防治計畫)

依據衛生福利部統計資料分析顯示，1995~2013 年口腔癌之發生率分別為每 10 萬人 8.85 及 22.30，同年度之死亡率則為每 10 萬人 4.28 及 8.12，另十大癌症死因排名，則由第 7 名前進至第 5 名，顯見口腔癌對國人之影響遽增。

我國自 1999 年開始推動 18 歲以上吸菸或嚼檳榔民眾口腔癌篩檢，並

自 2010 年將口腔癌篩檢納入預防保健服務，透過健保特約醫療院所提供 30 歲以上吸菸或嚼檳榔民眾 2 年 1 次口腔黏膜檢查，另於 2013 年 6 月起將嚼檳榔原住民之篩檢年齡提前至 18 歲。口腔癌篩檢率雖已由 2009 年 29% 提升至 2012 年 52.5%，惟目前仍面臨之主要問題包括：符合口腔黏膜檢查補助對象接受篩檢之意願普遍較低；篩檢為陽性者接受確診的意願低；偏遠地區較缺乏確診口腔癌之資源。

國際癌症研究總署（International agency for research on cancer, IARC）已證實，檳榔為第一級致癌物；國內研究亦顯示，嚼檳榔為國人罹患口腔癌主因，國人每 10 個口腔癌患者中，即有 9 個有嚼檳榔的習慣，且嚼檳榔者得到口腔癌的機率為不嚼檳榔者的 28 倍

根據國民健康署「2012 年健康危害因子監測調查」，18 歲以上男性嚼檳榔率已由 2007 年的 17.2% 降至 2012 年的 10.9%，估計我國 18 歲以上嚼檳榔人口約 95 萬人；18 歲以上男性檳榔致癌認知率已由 2007 年的 39.9% 提升至 2012 年的 51.5%。整體而言，民眾嚼檳榔近 20 年已明顯下降，對嚼檳榔危害健康的認知率也有顯著提升。

惟嚼檳榔行為有行業別的差異，以藍領勞工和檳榔種植農民最高。依據勞委會分析 2004~2007 年勞工死亡原因發現，口腔癌為男性勞工的第 2 大癌症死因，並以建築、運輸、漁業和食品飲料製造業口腔癌死亡人數最多，屬較需要協助的群體。

(六)身心障礙者口腔醫療服務量能不足

依據衛生福利部統計，迄 2016 年第 2 季，我國身心障礙者人數共 1,159,740 人，佔總人口數 4.93%，次依國民健康署 2011~2013 年統計，近 90% 身心障礙者有口腔清潔、牙齦照護等相關問題。隨著人口結構老化，此類人員人數應持續增加。

為強化身心障礙者口腔醫療服務，衛生福利部自 2010 年起，陸續獎勵醫院（7 家示範中心，23 家一般醫院）開設特殊需求門診。惟依據獎勵醫院表示，由於風險高且給付低，願意提供此類醫療服務之醫師人數不足。此外，開設特別門診之醫院，需規劃病床或輪椅通道，甚至需儲備特別的藥品，且牙科治療椅之病人周轉率低，因此大部分醫院院長及牙科部主任投資此領域之意願低，致醫療端量能不足，因此許多病人候診時間至少 3 星期，此外此類患者若至醫院就醫，常耗費陪病家屬人力、財力與時間。

事實上，牙醫師之職責為提供專業診治，平時之口腔保健應由病人及照護者執行，因此，精進合宜衛教宣導方案及發展口腔保健輔具，以提升病人及照顧者口腔保健知能，實為重要執行策略。

(七) 口腔醫療服務樣態改變

隨著口腔醫療照護方法日新月異及高齡長者疾病的多樣性，傳統牙醫學教育應配合醫學的演進及人口結構的變化，加強特定領域人才培訓（包括科別及訓練課程、機構）。

另隨著民眾教育水準提升，醫療爭議事件頻傳，為增進民眾對疾病及治療方式的認識，俾利改善醫病關係及維持個人健康，衛生福利部實應針

對盛行率較高及高單價、高侵入性之疾病，編纂患者注意事項手冊或宣導單張，供民眾參考。

(八)牙醫醫療團隊問題尚待解決

依醫療法規範，我國目前口腔醫事人力，僅有牙醫師與牙體技術師，且大部分都投入傳統的臨床醫療服務，在分布上不僅有明顯的城鄉差異，也有專科之間的不均（鮮少有牙醫師願意投入老年口腔醫學、身心障礙者口腔醫療等風險較高或是較冷門的領域）。對於提升族群口腔健康所急需的一般民眾的口腔衛生教育、口腔健康調查與監測、口腔癌篩檢等工作，更是人才羅致困難。

口腔醫療專業很早就從整體的醫療中獨立出來，實有其歷史與專業涵蓋範圍之因素。口腔疾病的診斷與治療，不僅在知識面要有一般醫學的基礎，還牽涉到材料學、力學、美學、心理學及社會行為科學；同時也必須培養眼手協調以及嫻熟材料之特性。而政策所強調的族群口腔健康之提昇，更不能僅限於臨床牙醫學之選項，而必須從更寬廣的視角，即社區牙醫學、預防牙醫學、家庭牙醫學的策略著手。所需要的專業人力，也不能僅限於牙醫師與牙體技術師，而必須含括其他輔助人員。

(九)口腔衛生政策效益評估與國際交流

自 2000 年起，衛生署（衛生福利部前身）鑑於國人口腔不佳，即參考國際作法，陸續推動國小學童含氟漱口水、6 歲以下兒童塗氟、學童恆牙第一大臼齒窩溝封填等政策，惟卻未針對上述政策進行整體成效分析，鑒於

國家財政困窘，實應確實檢討施政效益，俾利妥善規劃經費之運用。

在全球化的時代，國與國間交流互動日益頻繁，隨著經濟貿易、觀光旅遊等活動增加，口腔公共衛生議題逐漸跨越國界，成為各國關注的焦點。因此積極致力口腔醫學事務，輔導我國專業人士，參與國際重要團作，確有其必要性，此外，協助有需求國家培訓專業人才，亦可彰顯我國醫療之軟實力。

四、社會參與及政策溝通情形

我國口腔健康法於 2003 年 5 月公布施行後，衛生福利部即依法成立「口腔醫學委員會（以下簡稱「口醫會）」」，迄今運作已有 14 年。口醫會依其組織要點置委員 17-19 人，其中包括：政府機關代表、牙醫師公會代表、口腔醫學專家代表、其他專家學者、社會公正人士等。

口醫會任務包括口腔健康政策之擬議、口腔疾病流行病學調查之審議、口腔疾病預防措施之審議、口腔健康教育推展與宣導之審議、孕產婦與乳幼兒口腔保健推展之審議、老人與身心障礙者口腔保健推展之審議、學童口腔保健推展之諮詢、口腔癌危險因子及其他口腔健康危害因子之審議、口腔保健用品標準及效果之諮詢、口腔健康研究與發展之審議及其他有關口腔保健之審議等。

口醫會目前下設：口腔健康政策、專科醫師、預防保健及教育訓練等

四個工作小組。口醫會及各工作小組開會時，得視需要邀請相關機關(構)、團體代表及學者專家列席諮詢。近年來各項口腔衛生保健的相關政策，包括：學齡前塗氟、學齡兒童白齒窩溝封填、含氟漱口水、含氟食鹽、長照機構住民口腔保健照護模式、乃至於與口腔照護人力有關之政策，如：「二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫」、設置「口腔衛生師」之可行性，「牙醫師考照國外牙醫學歷採認原則」等，均透過口醫會深入討論，對於實際政策的推動過程，有相當大的助益。

近 10 年來衛生福利部持續以部分補助專業團體方式，呼應世界衛生組織及世界牙醫聯盟之倡議並參考先進國家之經驗，隔年輪流主辦「口腔健康週」之系列活動。相關的活動內容包括學術研討會、小學生潔牙觀摩、身心障礙者口腔保健行動劇以及各縣市巡迴活動等，透過媒體的報導與露出，鼓勵民眾重視口腔健康並採取具體行動，同時也讓民眾更了解政府在口腔健康方面的政策與作為，然而要改變多數民眾的口腔衛生觀念與生活習慣，絕非短期活動刺激即能立竿見影，而是需要長期宣導與習慣養成，未來衛生福利部將持續與民間攜手合作，並研議擴大辦理「口腔健康週」的活動，俾將口腔保健的正確觀念，深植於民眾心中，以達促進國民口腔健康之終極目標。

貳、計畫目標

一、目標說明

為因應社會人口老化趨勢，提升國民生活品質，爰規劃國民口腔健康促進計畫。本計畫係以「落實均等全人口腔照護」為願景，整合我國過去口腔健康照護之基礎建設，建置符合公共衛生三段五級之國民口腔健康促進網絡，共計分成 4 大主目標，8 大次目標進行，包含：

(一)推動各生命週期之口腔保健促進

- 1.降低國民口腔疾病盛行率。
- 2.降低 65 歲(含)以上國民無牙比率。

(二)建置身心障者口腔醫療照護量能

- 1.提升身心障者口腔醫療可近性。
- 2.提升病人及照顧者口腔保健服務。

(三)提升口腔醫療照護之品質與效益

- 1.建置安全醫療環境。
- 2.規劃全方位口腔醫療。

(四)建構國際同步口腔醫學研發量能

1.規劃前瞻研究。

2.規劃深度國際交流。

二、達成目標之限制

(一)缺乏公私部門協商平台

我國目前口腔健康業務之執掌機關主要為衛生福利部(心理及口腔健康司、醫事司、國民健康署、社會及家庭署)、教育部及勞動部等，業務含蓋範圍包含法規管理、口腔人力規劃、人才培育、口腔衛生保健及口腔醫療照護等，依據服務對象及內涵分屬不同部會及部門掌管，需各機關及部門間建立合作機制並與民間專業團體建立良好互動及高度共識，始可達到全面提升國民口腔健康及事半功倍之成效。

(二)醫療輔助人員定位不明

我國現行口腔照護體系定位不明，目前口腔醫療機構之設立標準並不完全符合實際環境需求，參考先進國家成功經驗，完整體系所需之專業人力，至少應包括牙醫師、牙體技術師、口腔衛生師、牙科助理等，惟目前僅牙醫師及牙體技術人員業已納入醫療法所稱醫事人員。我國若欲建立完善之口腔健康體系，應需將相關人員均予以明確定位，方能完備人才之教、考、訓、用制度建立。

(三)醫療照護缺乏領航模式

口腔醫學日新月異，我國雖已訂定牙醫醫院設置標準，惟迄今仍無人設置，反觀全球先進國家，甚至中國大陸，均已設置口腔醫院，為與國際同步，實應檢討法規內容或由政府輔導專業團體設置口腔醫院，以建立實證醫學量能、收治嚴重、特殊案例或國際醫療為主，執行高科技研發及人體試驗(如細胞治療、醫學工程及特殊醫材)，俾帶領國內口腔照護及預防保健之發展。

(四)民眾口腔健康識能不足

健康的口腔，除需由專業人員提供衛教及診治，尚需民眾良好習慣的維持。惟國人的口腔衛生認知，大都侷限在牙痛再看牙醫或是刷牙，而不知健康口腔的維持，至少包括:定期健檢與治療、良好衛生與飲食習慣等。參考日本 8020 及健康 21 的活動，均係政府提撥足額預算，將口腔衛生觀念轉化成全民運動落實執行。

每一個人都應該為自己的健康負責，做好個人衛生，養成良好的保健習慣，遠離已知的致病危險因子。如果仍然有不足的地方，才由他人協助，或是動用社會資源，恢復個人的健康。未來將規劃全民口腔衛生教育，使國人體認口腔健康與身心健康的相關，增進口腔自我照護的知能(oral health literacy)，瞭解在口腔疾病的發生過程中，個人的生活習慣(life style)是重要的影響因子，早期預防與即時治療則能有效降低口腔疾病之發生與減少醫療支出。因此，政府將強化國人自我口腔照護的能力，並維持口腔健

康是個人需自行擔負的責任，共同實踐提升國民整體健康的目標。

(五)口腔衛生非長照體系重點業務

隨著人口結構老化，長照機構收住人數勢必隨之增加，惟我國長照機構的照服員並未將口腔衛生納入其主要日常執行重點業務，機構評鑑也未重視住民之口腔衛生；為真正提高國人生活品質，長照服務時應提撥部分資源投注於口腔衛生服務。

三、績效指標、衡量標準及目標值

本節之績效指標、衡量基準及目標值，主要參考國際衛生組織指標與本國歷年相關標準數據，並廣納本部相關司署、各地方政府衛生局、國內七校牙醫學系、中華民國牙醫師全國聯合會、中華牙醫學會等專業人士意見，訂定具體且合乎現況之可行性績效指標、衡量標準與目標值。

績效指標	衡量基準	年度目標值					
		2015 年 現況值	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年
(一)推動各生命週期之口腔保健促進							
降低 5 歲幼 童齲齒盛行 率(%)	受檢之 5 歲幼 童罹患齲齒人數/5 歲幼童受檢人 數	79	77	75	73	68	63
降低 12 歲學 童齲齒盛行 率(%)	受檢之 12 歲學 童齲齒盛行率	71	69	67	65	62	59
增加完成牙 周病統合治 療人次	增加完成牙周 病統合治療人 次	13 萬	13.5 萬	14 萬	14.5 萬	15 萬	15.5 萬
降低 65 歲 (含)以上老 人無牙率 (%)	65 歲(含)以上老 人全口無牙人 數/65 歲(含)以 上老人人數	15	14	13	12	11	10
(二)建置身心障者口腔醫療照護量能							
完成身心障 礙訓練之牙 醫師人數 (人) (含公費培 育)	累計完成身心 障礙訓練之牙 醫師人數(含公 費培育)	160	240	320	400	480	560

績效指標	衡量基準	年度目標值					
		2015 年 現況值	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年
(三)提升口腔醫療照護之品質與效益							
完成牙醫師 PGY 訓練人 數(人)	完成牙醫師 PGY 訓練人數	1950	2200	2500	2800	3100	3400
增加人工植 牙(含假牙) 品質提升課 程時數	增加牙醫師人 工植牙(含假牙) 品質提升課程 繼續教育時數	400	500	600	700	800	900
各縣市建立 牙醫急診服 務網	累計建立牙醫 急診服務網之 縣市數	0	規劃	0	4	19	19
牙醫醫院許 可家數	累計牙醫醫院 完成規劃家數	0	0	0	0	0	1
(四)建構國際同步口腔醫學研發量能							
前瞻研究成 果被採納為 政策之數目 (個)	前瞻研究成 果被採納為政 策之數目	0	0	2	3	3	4

註 1:12 歲兒童口腔狀況國際比較指標為 DMFT(Decay Missing Filling Teeth)，本部每 5~6 年進行 1 次全國調查。1995 年 3 月後，兒童牙齒之拔除及填補，係由健保給付，均受妥善控制。本計畫績效指標係為逐年考核本部於渠等族群防治績效，爰以齲齒盛行率表示。

註 2：1989 年日本提 8020 口號(80 歲需有 20 顆自然牙)，考量自然牙必需是有功能牙齒，且各國醫療水平不同，爰國際比較，仍以無牙率為主。

參、現行相關政策及方法檢討

一、學齡前兒童牙齒塗氟預防保健服務

- (一) 2004 年 7 月，衛生福利部開始推行學齡前兒童牙齒塗氟預防保健服務，針對 5 歲以下兒童每年至多 2 次可至具有專任牙醫師登記執業之醫療院所接受服務。專家認為，在醫療可近性高、兒童齲齒盛行率高、又無系統性加氟措施之台灣，塗氟服務或可為有效且合適之防齲公共衛生措施。
- (二) 為了讓幼兒能充分使用一年兩次預防保健服務,提升塗氟再利用率，衛生福利部與牙醫師全國聯合會於 2012 年開始持續推動「牙醫師到園所塗氟」計畫。此計畫讓牙醫師得以進入幼兒園提供服務，且成果豐碩，顯著提升了塗氟利用率：2014 年 5 歲孩童已達 90%。研究顯示：正確使用氟化物，可以降低齲齒機率 30% 至 50%。
- (三) 目前塗氟執行率雖已明顯上升，但受限於政策限制，統計資料顯示 2 歲以下兒童之塗氟執行率仍然偏低(2014 年 0 歲、1 歲、2 歲之兒童塗氟率分別為 1.8%、26.6%、51.2%)。且目前因塗氟保健服務而受益的牙齒多為乳牙齒列，多數兒童於 6 歲恆牙齒列開始生長後即停止接受塗氟保健。
- (四) 未來將持續推動兒童牙齒塗氟服務，並分析過去的資料，找出風險高但是塗氟利用率偏低的次族群，改善其對塗氟服務之可近性。另

外亦將依據委託研究結果，訂定適用於我國兒童之「齲齒風險評估工具 (Caries risk assessment tool)」，將有限的資源用在最需要的高風險群。配合持續對一般大眾進行之口腔健康促進衛生教育，與醫院、診所、衛生所(或健康服務中心)、托育(嬰)中心等合作辦理，提高家長/主要照顧者/幼兒園老師對氟化物防齲的正確認知及使用意願。

二、國小學童含氟漱口水防齲計畫

- (一) 1992 至 1997 年，中華民國兒童牙科醫學會協同地區牙醫師公會，在當時的衛生署指導下首次進行學校含氟漱口水之推廣及評估計畫，共有兩萬多名兒童參加，計畫結果發現：使用每週一次的 0.2% NaF，有 33.5% 的齲齒預防效果。1997 年起，由牙醫師公會全國聯合會持續推動。
- (二) 依據 2000 年衛生福利部委託進行之臺灣地區 6~18 歲人口之口腔狀況調查報告指出，參加國小學童校園含氟漱口水活動的學生，其參與之學期數與其齲齒盛行率的相關性為：未參加者 85.89%，參加一年（二學期）者為 85.95%，參加二年（四學期）者為 83.48%，參加三年（六學期）者為 68.99%，其結論為含氟漱口水計畫與齲齒之減少呈現有意義之相關，但是要參加超過 6 學期才有顯著差異。

(三) 學校含氟漱口計畫 (school-based fluoride mouth-rinsing program)

是目前世界各國廣為採用的齲齒防治計畫。學校含氟漱口計畫具有下列的優點，值得推廣：

- 1.歐美已行之有年，且臨床研究已證實具預防齲齒的效果。
- 2.是適合多人同時進行之公共衛生預防措施。
- 3.所需藥劑與器材簡單，符合經濟效益。
- 4.漱口過程簡單，孩童容易學習及使用。
- 5.活動過程所需時間極短，不會影響正常上課。
- 6.不需專業人員現場指導，學校的老師們經短期訓練即可擔任督導。

依據 2015 年資料，我國 22 個縣市共計 2,660 所國小、約 115 萬學童 (約 90%) 使用含氟漱口水，未來將持續宣導，以提高參與率。

三、國小學童恆牙第一大臼齒窩溝封填

(一) 國小學童推動之含氟漱口水服務，主要是針對牙齒平滑面之齲齒。

然而白齒的咬合面非常容易發生齲齒，佔所有齲齒近 50%。依據國際實證研究指出，窩溝封填為預防牙齒咬合面齲齒最有效的方法，施作窩溝封填 2 年後，可降低大白齒齲齒發生率約 34-51%，因此歐美及世界許多國家都鼓勵兒童使用本項服務，尤其是齲齒高危險

群的弱勢兒童。

- (二) 為改善弱勢族群口腔保健，衛生福利部於 2010 年公告補助「弱勢兒童白齒窩溝封劑服務補助方案」，對低收入戶及山地原住民鄉國小 1 年級學童提供白齒窩溝封填服務。2012 年，擴大補助對象為山地原住民鄉及離島地區、中低收入戶及低收入戶、所有身心障礙之國小 1 年級學童恆牙第一大白齒窩溝封填服務。為使本項服務普及，讓更多學童受惠，改善口腔健康狀況，又自 2014 年 9 月起全面提供入學的國小一年級兒童恆牙第一大白齒窩溝封填服務。
- (三) 未來將持續推動學童第一大白齒之窩溝封填服務，除了與教育部合作，提高家長/主要照顧者/學校老師對於此項服務防齲功效的認知與使用意願，也將加強服務提供者（牙醫師）的專業再教育，提高服務之品質。另一方面，將與牙醫師公會/學會合作，鼓勵更多的牙醫師提供本項服務，以進一步改善本項服務之可近性。

四、推動食用含氟鹽防齲

- (一) 關於民眾系統性氟化物的攝取，世界各國主要採用飲水加氟、食鹽加氟策略。1972 年我國進行「中興新村自來水加氟實驗計畫」，為期 12 年，規劃實驗組為中興新村居民、對照組為草屯鎮居民，結果顯示，實驗組較對照組降低齲齒率 44%、整體齲齒經驗指數降低

66%，後因民眾反對聲浪不斷而中止。

- (二) 衛生福利部參考世界衛生組織之建議及世界各國之作法，開放於食鹽中添加氟化物，並標示相關規定，以達到適當供氟、預防齲齒之目的。於 105 年 6 月 15 日公告訂定「包裝食用鹽品之氟標示規定」，並公告修正「食品添加物使用範圍及限量暨規格標準」之氟化鉀及氟化鈉使用範圍及限量暨規格標準，食品添加物業者應先向衛生福利部辦理氟化鉀及氟化鈉之食品添加物查驗登記許可，始得添加於 1,000 公克以下的小包裝家庭用食鹽，目前國內已有台鹽公司推出含氟鹽產品。衛生福利部已於 106 年度著手進行含氟鹽防齲成效之先驅研究，將彙整國際相關資訊與實際執行成果，作為後續推廣於團膳之評估依據。

五、二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫（牙醫師 PGY）

- (一) 醫療法第 18 條規定：醫療機構應置負責醫師一人，... 前項負責醫師，以在中央主管機關指定之醫院、診所接受二年以上之醫師訓練並取得證明文件者為限。除臨床專業訓練之外，應增加社區服務之時數。故我國自民國 2010 年 7 月正式推動牙醫畢業後一般醫學訓練計畫(PGY)。其目的在於建立系統性的牙醫師畢業後綜合臨床醫學訓練制度，銜接學校教育與臨床服務，加強一般牙科全人治療之能力，進而提升全國牙醫師畢業後之訓練品質及成果，培育優秀牙

醫人才，增進醫療品質。

- (二) 本計畫推行至今已將進入第七年，迄 104 年 12 月已有 1950 名牙醫師進入此項計畫接受訓練。而此計畫之成效，是否確實達成了原先實施的目的？成效評估之指標為何？受訓者、收訓的牙醫醫療機構及民眾/病人的滿意度如何？有無改善空間？未來如何與改制後的牙醫師養成教育整合（即學校畢業前將不再有實習的階段）？如何與牙醫專科醫師制度整合？如何落實增加社區服務之時數？尚有諸多議題有待廣納眾議，凝聚共識並提出後續之配套辦法。
- (三) 有鑑於牙醫人力分布之不均，不僅是在地理上的城鄉差異，也包括在服務族群的差異（身心障者、身心障礙族群仍不易獲得所需的服務；而在都會區提供植牙服務的牙醫師卻是不斷地增加），爰建議在 PGY 訓練計畫中，應落實到偏遠地方服務之要求，以及對於身心障礙者所需服務的訓練。讓新進的牙醫師有能力、有信心、有意願為社會弱勢族群提供所需的口腔醫療服務。

六、牙科專科醫師訓練計畫

- (一) 依據專科醫師分科及甄審辦法(以下簡稱專科辦法)第 4 條：牙醫師之專科分科如下：1. 口腔顎面外科。2. 口腔病理科。3. 齒顎矯正科。另依據同辦法第 7 條：專科醫師訓練機構應依中央衛生主管機

關規定之專科醫師訓練課程基準，擬定訓練計畫。接受專科醫師訓練之人數，應依核定訓練容量為之。

(二) 衛生福利部依據專科辦法第 18 條，口腔顎面外科、口腔病理科及齒顎矯正科分別於 1999 年、2002 年及 2009 年，委託專科醫學會辦理口腔顎面外科、口腔病理科及齒顎矯正科等三類部頒專科醫師甄審之初審工作，經本部複審，迄 104 年，渠等專科醫師領證人數分別為 365 人、74 人、563 人。

(三) 考量我國人口結構逐漸老化、口腔疾病型態及醫療服務模式改變，應適時檢討牙科部頒專科醫師科別，如身心障礙牙科，需強化麻醉學、藥理學等相關知識、技能的訓練；另口腔癌的發生率逐年增加且有年輕化的趨勢，則應深化口腔外科醫師顏面重建的知能及強化訓練量能。此外，面對各種牙科自費項目之增加，亦須檢討口腔外科之健保給付，俾適時留住冷門領域人才。

七、身心障礙者口腔醫療服務與健康促進

(一) 根據內政部統計：至 2016 年 1 月為止，台灣總人口數為 23,492,074 人，而身心障礙者至 2015 年底有 1,155,650 人，佔總人口比 4.92%。身心障礙族群除了生理、心理或是肢體上有障礙外，也可能包括其他全身性系統性疾病。因為先天性的身心障礙問題存在，明顯地佔

了身體健康大部分的問題，卻也間接造成口腔衛生的疏忽，產生口腔疾病。例如：齲齒就是身心障礙者常見的口腔健康問題。根據國民健康署 2011-2013 身心障礙者口腔狀況及相關影響因素之探討成果報告，近 90% 的身心障礙的個案有口腔清潔，牙齦照護及牙結石清除的需求，恆牙齲齒經驗的盛行率達 91.18%，乳牙齲齒經驗的盛行率則為 65.06%，有 70% 以上的身心障礙者均有牙科醫療的需求。

- (二) 多數身心障礙者其齲齒率及嚴重程度都較一般人嚴重。為使身心障礙者之口腔能得到適切的醫療照護，衛生福利部自民國 2005 年起，推動「身心障礙牙科醫療服務網絡模式」，希望能連結養護、特教、早療等社政相關資源，提供身心障礙者更便利的口腔照護服務。
- (三) 更重要的是身心障礙者的主要照顧者對於口腔清潔的重視，包括是否具備正向的口腔保健態度和正確的知識，這是非常重要的一个環節。而身心障礙者在接受牙科診療時，最常見的問題是病人無法配合，造成看牙時風險性提高，牙科品質下降，導致身心障礙者口腔狀況無法改善，牙醫師也無法執行牙科醫療。除了主要照顧者的照護知識外，身心障礙者口腔醫療服務的完整性，可近性及就醫的方便性都是影響其口腔健康的因素。
- (四) 對此為了提升身心障礙者的口腔醫療之完整性與可近性，2016 年共計 7 家牙科身心障者示範中心，和 23 家獎勵計劃的一般醫院，另外與 185 家的醫療院所相互合作，建立身心障礙者在口腔身心障礙

上的牙科醫療就診制度。並且也與 112 家身心障礙福利機構及特殊教育機構相互合作，提供至少每半年或 3 個月一次之口腔衛教與口腔檢查服務。據統計，104 年，本部獎勵之身心障礙牙科每月服務量為 4,177 人次。

八、老年人在宅口腔醫療服務

(一) 根據內政部統計資料，2016 年 1 月台灣地區 65 歲以上的老年人口已經達到 2,955,517 人，佔總人口之 12.58%。依據國家發展委員會的推估，到了 107 年時 65 歲以上的老年人將超過總人口的 14.6%，進入高齡社會 (aged society)，而至 114 年將佔總人口的 20.1%，達到所謂超高齡社會 (hyper-aged society)，亦即全人口中每 5 個人就有 1 位是 65 歲以上的老人。另外人口老化指數到達 149 年時可能達到 40.5%，65 歲以上高齡人口比上 15~64 歲工作年齡人口的比例是 1:1.29。隨著人口快速老化的趨勢，需要醫療及長期照顧的人口也快速增加，將明顯的造成醫療照顧不公平的狀態，也成為照顧者的沈重負荷。

(二) 我國從高齡化社會到高齡社會大約會歷經 25 年(1993 年至 2018 年)，然而由高齡社會進入超高齡的社會，推估計將僅需 7 年的時間(2018 年至 2025 年)，若與先進國家之間做比較，發現我國時為老化速度

較快者，僅次於日本。

(三) 依據 1995 年開辦全民健康保險。發現全民健保之門診、和住院的支出當中，老人使用的比例佔全民健保總支出：2004 年老人占總人口 9.5%，使用了 32.6%；2009 年老人占總人口 10.6%，使用了 33.86%；2012 年老人占總人口 11.2%，使用了 33.81%。顯示未來老年族群的健康狀況可能較現在的老人為佳，醫療服務的利用也較低。但是整體而言，老年人仍是各年齡層人口當中，對醫療服務的利用較高的族群。

(四) 臺灣即將邁入「超高齡社會」，老人居住在家，常因行動不便，在需要醫療照護時仍然有許多困難之處。為推動在宅醫療服務，衛生福利部已於協商 104 年度全民健保醫療費用總額時，分別於牙醫總額之專款項目「牙醫特殊醫療服務試辦計畫」，及其他預算之「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」二項之協定事項中，明訂增列在宅醫療服務。並將依據總額之協定事項，儘速研訂相關計畫，邀集醫界研商後實施。衛生福利部針對居家口腔醫療服務，103 年已編撰「口腔在宅醫療服務指引」及「身心障者口腔照護手冊」，培訓口腔在宅醫療專業人才，並於 104 年度身心障者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫內，列入牙科在宅醫療所需之移動式醫療設備及人員之培訓。

九、編制診治參考指引及民眾注意事項

- (一) 隨著國人教育水準提升，牙科治療項目及方法日新月異及醫病關係改變，為提供醫師診治依據及強化民眾就醫資訊，衛生福利部自 2015 年起，即陸續委託專業團隊編纂人工植牙診治參考指引、一般牙科診療及人工植牙民眾注意事項等手冊。
- (二) 未來衛生福利部將依據口腔醫療的特性及需求，並參考 WHO 及先進國家的建議，編制口腔醫療感染控制及各種高風險、高侵入性診治項目之參考指引及相對應之民眾注意事項。

十、整合口腔癌防治資源(摘要第 3 期國家癌症防治計畫)

癌症防治工作之推動及執行，在中央主要為衛生福利部國民健康署主管，諸多癌症防治工作事涉跨部會溝通與合作，雖「癌症防治法」已規定行政院和衛生福利部各設有協調整合機制，但由於各單位或部會之業務重點和優先性不同，仍需尋求如何積極配合。為解決上述所遭遇之困難，衛生福利部國民健康署已優先將檳榔及肥胖等須跨部會整合的議題，透過中央癌症防治會報機制，來尋求各部會之重視及配合。目前檳榔制重要工作項目為：

(一)辦理檳榔健康危害防制宣導，除強調「吃檳榔即使不加配料，也會導致癌症」之外，也宣導接受口腔癌篩檢的重要性。

(二)積極於各種場域推動檳榔防制工作：與軍醫局、民間團體合作，於軍

隊、社區、職場、學校等場域推動拒檳計畫。

(三)提供口腔黏膜檢查及戒檳服務：對於嚼食檳榔的民眾，已發展戒檳服務體系，從研發戒檳教材、培訓戒檳種籽師資與提供戒檳服務，期能協助嚼檳民眾戒除嚼檳榔，以減少罹患口腔癌之風險。

(四)跨部會協調：運用中央癌症防治會報平台，以檳榔防制為主題，邀請各部會共同討論工作重點，及相互協調、資源交流，加強推動檳榔防制社會運動。

肆、執行策略及方法

一、主要工作項目

本計畫依據 4 項主目標及 8 項次目標，訂定執行策略，每一項策略亦有其相對應之細項工作，摘要如表二。

表二 本計畫主目標、次目標、執行策略一覽表

主目標	次目標	執行策略
(一)推動各生命週期之口腔保健促進	1.降低國民口腔疾病盛行率	(1)規劃及推動孕產婦及幼兒主要照顧者口腔健康之認知，編製適合不同次族群(含新住民)閱讀之口腔健康促進衛教摺頁、海報等，發放「孕婦口腔照護手冊」。
		(2)提升 6 歲以下幼童氟化物之有效利用，特別加強口腔醫療資源不足地區、身心障礙/發展遲緩者以及 2 歲以下幼童之利用。
		(3)建置中小學口腔預防保健政策，與教育部、牙醫師公會/學會，參酌先進國家之政策與經驗，制定符合我國國情之短期及中長期政策。
		(4)規劃及推動成人口腔保健知能方案，透過適當的媒介/平台，有效提升其口腔健康知能。
		(5)強化民眾對自我口腔健康的責任感，強調「做好個人口腔衛生保健，是每一位國民的責任」，建立定期接受口腔檢查、專業洗牙之觀念。
	2.降低 65 歲(含)以上國民無牙比率	(1)規劃及推動老年人口腔保健服務方案，依預防牙醫學「三段五級」之概念，整合預防、篩檢、治療與復健的資源，使長者皆能以自己的牙齒咀嚼與進

		<p>食。推動老年人接受塗氟服務，並與醫院相關科部合作，提供老人多元化照顧模式。</p> <p>(2)改善老年人及照顧者口腔健康知能，建構支持性環境，並編製適合不同次族群（含新住民）閱讀之口腔健康促進衛教摺頁、海報等，並研議口腔照護成效列入長照機構評鑑項目之可能性。</p>	
(二)建置身心障者口腔醫療照護量能	1.提升身心障者口腔醫療可近性	<p>(1)提升牙醫師處置身心障者之專業品質，與醫院相關科部合作，辦理相關專業課程。</p> <p>(2)提升牙科到宅服務量能，辦理牙醫師繼續教育，鼓勵社區牙醫師參與，補助相關設備之購置。</p>	
	2.提升病人及照顧者口腔保健服務	<p>(1)精進衛教宣導方案需求，調查不同次族群之口腔保健知能缺失，透過多元平台，包括實地見/實習，提升口腔保健知能，針對身心障者需求，研訂衛教宣導方案。</p> <p>(2)發展口腔衛生保健輔具，偕同經濟部、科技部等相關單位，研訂相關辦法，創造適當誘因，引導研發機構及個人發展適合國人使用之口腔衛生保健輔具。</p> <p>(3)規劃及推動身心障者系統性氟化物政策，規劃行為控制較困難個案以氟錠取代塗氟。</p>	
(三)提升口腔醫療照護之品質與效益	1.建置安全醫療環境	<p>(1)提升畢業後牙醫師訓練品質，調查目前相關訓練品質有待提升之處，與牙醫師公會/學會研訂相關補助辦法。</p> <p>(2)檢討部頒專科醫師科別及訓練品質，委託相關研究計畫，加強與牙醫師公會/學會溝通，配合本部政策，訂定並實施牙醫專科醫師制度推動計畫。</p> <p>(3)提升人工植牙醫療品質，鼓勵牙醫相</p>	

		<p>關教育單位辦理人工植牙(含假牙)品質提升教育課程，幫助牙醫師精進專業倫理與知能，以降低醫療糾紛。</p>
		<p>(4)頒布診治參考指引及民眾注意事項，委託牙醫師公會/學會研議各分科診治指引，以及民眾就診前、中、後應注意事項。</p>
	<p>2.規劃全方位口腔醫療</p>	<p>(1)強化牙科急診量能，規劃及推動牙科急診網絡，獎勵配合設置急診之牙醫醫療機構。</p>
		<p>(2)規劃及推動及推動口腔專業團隊人力，借鏡先進國家之經驗，因應人口結構老化與預防牙醫之提倡，與牙醫師公會/學會、七個牙醫院系共同研議牙醫專業團隊之組成、相關人力之工作範圍及教考用制度。</p>
		<p>(3)規劃牙醫醫院之設立，借鏡先進國家經驗，以 BOT 方式設立牙醫醫院。</p>
<p>(四)建構國際同步口腔醫學研發量能</p>	<p>1.規劃前瞻研究</p>	<p>(1)辦理以實證為基礎之本土研究，規劃及推動牙醫醫療雲，將各次族群口腔健康調查數據上傳、定期更新，進行整合分析，以實證回饋政策規劃及推動。</p>
		<p>(2)辦理政策成效分析研究，各項重要口腔健康政策之事前規劃、執行、與成效評價，建立蒐集實證數據之標準作業程序。</p>
	<p>2.規劃及推動深度國際交流</p>	<p>(1)參與國際口腔醫學事務，與牙醫師公會/學會合作，培養代表我國長期參與牙醫國際組織之人才，強化國際交流。</p>
		<p>(2)建置學術交流機制，與牙醫師公會/學會、國內七個牙醫院系及主要教學醫院合作，補助各次分科與先進國家之學術研究機構，建立長期實質的交流機制。</p>

(一)推動各生命週期之口腔保健促進

1.降低國民口腔疾病盛行率

(1)規劃及推動孕產婦及幼兒主要照顧者口腔健康之認知：

①編製適合不同次族群(含新住民)閱讀之口腔健康促進衛教摺頁、海報等，並發放「孕婦口腔照護手冊」，協助孕婦了解懷孕期間口腔疾病防治之重要性(懷孕期間由於黃體激素、動情激素增加，致牙齦腫大；另孕吐亦增加牙齒遭酸蝕的危險性；此外，孕期造成的疲倦，亦導致個人疏於口腔衛生的維護，致齲齒、懷孕牙齦炎、懷孕牙齦瘤的罹患機率增加)、孕婦口腔疾病與胎兒健康之關係及新生兒口腔健康照護等重要口腔保健知能。

②為提升孕婦口腔健康，中央健康保險署已自 105 年 5 月起，提供每位準媽媽，在懷孕期間每 90 天可至健保合約牙醫醫療機構，接受免費專業洗牙與口腔保健諮詢。

③親子口腔衛教融入孕產婦及幼兒主要照顧者衛教方案(如媽媽教室)，鼓勵新手爸爸參與幼兒口腔健康照護工作，減少傳統社會之照顧責任女性化現象。

(主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司；協辦機關：衛生福利部國民健康署、中央健保署及地方政府衛生局)

(2)提升 6 歲以下幼童氟化物之有效利用：

①持續辦理 6 歲以下孩童牙齒塗氟：

為降低學齡前兒童之齲齒盛行率，衛生福利部依據專家建議，每年提供兩次塗氟服務。另現代家庭大都為雙薪家庭，考量服務提供之便利性，自 2012 年起，衛生福利部與中華民國牙醫師公會全國聯合會開始推動「牙醫師到園所塗氟」計畫，此計畫讓牙醫師得以進入幼兒園提供服務，提升 3 至 5 歲幼童塗氟利用率。又，鑒於非偏遠地區之家長已逐漸瞭解牙齒塗氟之重要性，經參考美國兒童牙科醫學會所倡議之“Dental Home”概念，衛生福利部自 2017 年 3 月 1 日起，明訂「牙醫師到園所塗氟」僅限偏遠地區。未來除持續與牙醫師公會合作推動本計畫外，尚委託專業團體訂定兒童塗氟須知及滿意度問卷，俾提升家長與幼兒園老師對牙齒塗氟程序的了解，另發展並分析滿意度問卷，將作為衛生福利部評核依據，以有效落實塗氟效益。

依據 2011 年調查，我國 1 歲、2 歲兒童齲齒盛行率分別為 7.1%、31.4%，另牙齒塗氟利用率則分別為 26.6%、51.2%，因此為達確實防齲成效，衛生福利部將強化 2 歲以下幼童塗氟服務方案，促成牙醫師與婦產科、小兒科的合作，從孕婦產診及健兒門診，即宣導「從小保護牙、老來不缺牙」觀念，以期在齲齒率偏高前有效防治。另為推展前述觀念，衛生福利部亦將與教育部合作，針對幼托機構、兒童課後照顧服務班/中心之工作人員，進行口腔預防保健政策宣導，以強化口腔健康支持環境，減少父母照顧之負擔。另考量偏鄉牙醫醫療資源及民眾衛教知識皆不足，衛生福利部預計

委託專業團體，制定在地口腔行銷整合計畫，俾益落實世界衛生組織闡述之健康平等理念。

②發展幼童「齲齒風險評估」量表：

發展適用於我國國情之幼童「齲齒風險評估」量表，篩檢齲齒高危險群，增加塗氟的頻率，將國家有限的預算，運用於高危險群，有效落實防齲效果。

(主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司；協辦機關：教育部)

(3)建置中小學口腔預防保健政策：

①持續辦理並評值國小學童含氟漱口水防齲計畫：

檢討目前漱口時機、學童對漱口水味道接受度、及鼓勵導師積極參與，並委託專業團體進行本計畫之評值。

②持續推廣學童及各年齡層民眾使用 1,000ppm 以上含氟牙膏：

加強各年齡層民眾正確使用含氟牙膏的認知，並融入日常生活習慣。尤其鼓勵國中小學童在校潔牙，使用適量之含氟牙膏。

③持續辦理學童白齒窩溝封填服務：

研究顯示，兒童齲齒 90%發生於咬合面，其中以恆牙第一大白齒為高危險群，另窩溝封填係預防牙齒咬合面齲齒最有效的方法，施作窩溝封填 2 年後，可降低 34~51%的齲齒率，因此，包括美國、日本、新加坡、香港、澳洲、紐西蘭、韓國等先進國家政府皆執行本計畫。

自 2010 年起，衛生福利部推動弱勢兒童恆牙第一大臼齒窩溝封填試辦計畫，經評估有接受窩溝封填者之恆牙 DMFT 為 1.1 顆，相較於未接受窩溝封填者 DMFT 為 1.9 顆，已有顯著改善。經與地方政府衛生局、教育局及地區牙醫師公會組成合作團隊，爰已建立三種服務模式：牙科醫療院所服務、校園牙醫師服務及學校巡迴服務（針對資源缺乏地區，由地方政府衛生局協調牙醫師組成醫療團，直接到校園提供服務）。

鑒於我國兒童齲齒率極高，衛生福利部自 2014 年 9 月起，將本計畫服務對象擴大至全國兒童，未來將藉由已建立完整的服務模式，持續提供全國兒童完善的口腔預防保健。

④定期增修學童口腔保健整合型宣導資料：

衛生福利部業已針對學童推動多項口腔保健宣導計畫，為利學校老師與學童家長全盤瞭解，預計將相關資料予以整合（包括：牙齒塗氟、含氟漱口水、白齒窩溝封填、正確潔牙觀念等），針對幼兒及小學學童製作宣導單張及短片。另考量原住民口腔衛生等生活習慣之特殊性，亦將逐步編製各族宣導素材。又，鑑於國內新移民人數逐年增多，相關宣導資訊，亦同步製作英語、越語、印尼語等多國語版。此外，為提升中小學學生口腔保健自我管理知能，衛生福利部將委託專業團體已編制紙本與網路數位化口腔預防保健統一教材與教案，提供教育部參考並納入中小學課程，以提升學童口腔保健自我管理知能。

⑤建立口腔健康支持環境：

為提升學生健康，於 2002 年由衛生福利部與教育部共同以世界衛生組織訂定之健康促進學校 6 大面向：「學校衛生政策、學校物質環境、學校社會環境、社區關係、個人健康技能、健康服務」，制定學校衛生政策，營造師生共識，促進社區共同參與，提供健康服務，以建構學習及培養健康生活的校園環境，增進學生整體健康。

口腔衛生係屬健康促進學校重要課題，因此，建立口腔支持環境，自當依循世界衛生組織揭露之 6 大面規劃，包括：學校主管重視口腔衛生，並列入學生必修課程；學校建置足夠的漱口臺、鏡子、刷牙 SOP 掛圖及衛教海報；學校營造注重口腔衛生的氛圍；結合家長與社區資源網路，倡議口腔衛生重要性；強化師生正確潔牙觀念、提供優質的衛生保健諮詢服務等。

⑥研議中小學校牙醫/校口衛師：

現今社會環境裡，飲食的精緻化，及含糖飲料的普及，導致學童齲齒比率偏高，不僅影響學童學習效率、營養攝取均衡程度，亦會增加醫療經費負擔。我國為響應 WHO 健康促進學校之理念，於 2002 年起由衛生福利部與教育部共同推動健康促進學校計畫，口腔健康已是健康促進學校中重點推動的議題。希望藉由學校牙醫有組織、有系統地進行口腔衛生教育及潔牙活動，奠定國民口腔健康最直接、有效的基礎。

衛生福利部將委託牙醫學術機構/專業團體蒐集先進國家設置校牙醫之

經驗，衡酌我國目前的現況，研提我國中小學設置校牙醫之可行（試辦）方案，包括：使命與任務、校牙醫之遴選與聘任辦法、相關權利義務等，以及後續之評價方案（政策目標達成情形、成本效益等）。

參考日本及新加坡經驗，該國校均設置校牙醫/校口衛師，考量我國政府財政拮据，另口衛師尚未成為正式醫事人員，現階段擬建議各校可與中華民國牙醫師公會全國聯合會、所屬各地牙醫師公會或該校家長(具牙醫師資格)合作，採志工或兼職的方式擔任，參與學校衛生委員會議，協助規劃及推動學校口腔衛生政策、課程教內容及改善措施，協助教師及校護人員口腔健康培訓，建立口腔健康知能及潔牙習慣建立，定期進行學童口腔健康檢查，建立口腔健康資料庫，並適時實施牙科預防保健與治療，如：塗氟、窩溝封填與齲齒治療等；此外，針對高風險對象，如：高危險群、低治療率及弱勢族群等，協助積極介入輔導與追蹤。另衛生福利部亦規劃將牙醫輔助人員納編為正式醫事人員，俾充實我國口腔照護之衛生人力。

⑦獎勵地方政府設置牙科巡迴醫療車：

為照護偏遠地區學生口腔健康，衛生福利部將以公開表揚方式，獎勵地方政府設置牙科巡迴醫療車或攜帶式口腔醫療服務設備，以移動診間概念，結合各地牙醫公會，提供偏鄉民眾妥適之醫療照護。

（主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司；協辦機關：教育部、地方政府衛生局）

(4)規劃及推動成人口腔保健知能方案：

衛生福利部計畫將口腔保健議題，包括：齲齒、牙周病、口腔癌等廣為人知的口腔疾病外，亦將加入顳顎關節症（Temporomandibular Joint Disorders）、扁平苔癬(Lichen Planus)、灼口症(Burning Mouth Syndrome)、口呼吸症等盛行率雖高，但一般民眾卻較不熟悉的病症，一併整合入國民健康署「健康職場自主認證」推動方案，加強正確使用含氟牙膏的認知，提高餐後潔牙，及牙線、牙間刷等清潔牙齒的鄰接面工具之應用，增進職場對口腔保健之重視與參與。再者，口腔疾病之危險因子除宿主、飲食習慣與生活習慣外，尚包含職業環境等多種面向，透過健保資料庫及問卷訪視，瞭解成年人各種職業環境（包括：酸液作業、輪班作業、品酒師等）對口腔健康之影響，依據統計分析之結果，針對高危險族群加強宣導口腔保健，並研擬相關口腔衛教方案，運用勞動部各式管道(如：工會、勞教 e 網、員工協助方案、就業服務活動、職業安全衛生相關人員研習等)，協助宣傳推廣衛生主管機關辦理之成人口腔保健方案與活動。

（主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司；協辦機關：衛生福利部國民健康署、勞動部、地方政府衛生局）

(5)強化民眾對自我口腔健康的責任感：

除意外事故引起之顎顏面外傷（含牙齒脫落、斷、錯位等），其餘口腔疾病大都屬慢性疾病。為提供民眾口腔保健服務，中央健保署給付 13 歲以

上國民每年 2 次口腔檢查及專業洗牙，惟利用率卻低於 50%（如第 13 頁，圖三），為提升民眾早期發現、早期治療的觀念，衛生福利部參照日本 8020 及美國 Health People 2020 的精神，宣導定期接受口腔檢查及接受專業洗牙係國人重要權益，善用健保資源，維持口腔健康，以減少後續口腔醫療自費項目支出。另衛生福利部調查顯示，有超過 30% 以上的民眾罹患嚴重牙周病，由於牙周組織遭破壞以後，則無法再生，惟許多病人常因洗牙痠痛、流血及牙周手術，致恐懼牙科診治，或要求牙醫師「稍加」處置，爰造成牙周病灶無法真正清創，因此衛生福利部將委託專業團體宣導優質專業的牙周病處置，增加完成牙周病統合計畫的人次。

依全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽，彙整近 10 年牙醫門診醫療利用概況顯示，2006~2015 年接受牙體復形及根管治療之處置件數分別由 1,820 萬件及 255 萬件下降至 1,093 萬件及 318 萬件，可窺見治療齲齒的數目業已逐漸減少，惟衛生福利部仍應繼續強化民眾對自我口腔健康維護的責任感，以降低齲齒罹患率。

為確實強化民眾對自身口腔健康的責任感，衛生福利部每年委託專業團體，執行口腔整合型計畫，針對齲齒、牙周病及口腔癌等盛行率最高的口腔疾病，除依青少年、成年及老年等年齡層，尚依都市化程度、種族(原住民、新住民等)等類別，編制疾病初段預防之宣導素材，藉由電視、廣播、網路、交通工具、市集等通路，由適合的代言人，以置入性行銷方式，將

口腔衛生觀念，導入國人的日常生活，讓大家真正瞭解，配合醫師的指導，持續盡自己的責任，始能真正減少後續口腔醫療費用的支出。

(主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司；協辦機關：地方政府衛生局)

(6)口腔癌防治 (摘自第3期國家癌症防治計畫)：

主要工作項目包括：

①建立整合資料庫、加強管理分析及發展實證研究

策略一：建立資訊平台，持續收錄國人癌症篩檢和發生資料；提升癌症登記品質，包括登記員之培訓與認證，建立與推動資料品質稽核機制。

策略二：藉由國家衛生研究院擘劃我國之癌症研究 roadmap，掌握國家癌症研究方向，及橫向整合國衛院、科技組、健康署與健保署癌症相關研究，挹注於癌症死亡率下降目標。

策略三：成立癌症防治政策實證研究中心，提供相關實證，做為政策制定及調整之參考。

策略四：研議成立資料中心，加強癌症重要資料庫（癌症登記資料庫、篩檢資料庫、健保資料庫及死亡資料庫）之串聯及分析提供資料分析及政策分析等之用。

②提升民眾癌症健康識能及癌症預防能力

策略一：透過跨部會平台（中央癌症防治會報、菸害防制策進會）與各部

會合作推動癌症預防工作，並將相關識能納入學校課程綱要，增進民眾對於基本健康資訊及醫療服務之取得、理解及應用的能力。

策略二：結合資源多元化宣導，規劃分眾宣導，提升民眾癌症預防（菸、檳榔、不健康飲食、運動不足及肥胖）及於無症狀時定期接受篩檢之知能。

策略三：建立民眾可信任的資訊平台配合基礎資訊建設，整合各式癌症相關資訊，以利民眾查詢及應用。

策略四：改善癌症預防之健康不平等。

③擴大及落實癌症篩檢，提高篩檢率及品質

策略一：擴大提供四癌篩檢服務，提升篩檢涵蓋率。

策略二：持續進行篩檢品質管控機制，並建立退場機制。

策略三：收集篩檢自費個案資料，呈現民眾接受篩檢服務之實況。

策略四：依實證適時檢討癌篩政策。

策略五：規劃及研議相關財務機制，促使民眾接受篩檢。

策略六：改善癌症篩檢之健康不平等。

④強化衛生醫療體系服務效能

策略一：強化衛生醫療人力及組織效能。

策略二：學習國際標竿，提升衛生體系效能。

策略三：爭取資源投入癌症防治工作，並輔以競爭機制，協助各縣市衛生行政及醫療單位推動重要癌症防治計畫。

策略四：盤點縣市癌症防治資源狀況，對於資源不足地區，研議合作機制，跨縣市輔導或跨院際合作，除消弭健康不平等外，並提升相關工作品質及成效。

⑤鼓勵產業創新發展，強化與非營利組織之夥伴關係

策略一：鼓勵民間研發與國家癌症防治政策所需產品或措施

策略二：與民間合作推動癌症防治相關計畫

（主辦機關：衛生福利部國民健康署；協辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司、地方政府衛生局）

2.降低 65 歲(含)以上國民無牙比率

(1)規劃及推動老年人口腔保健服務方案：

①推動老年人接受塗氟服務：

依預防牙醫學「三段五級」之概念，整合預防、篩檢、治療與復健的資源，使長者皆能以自己的牙齒咀嚼與進食。牙齒敏感也是老年人常見的口腔問題，老年人在牙釉質都會有不同程度的磨損，其中磨損嚴重者，對冷、熱、酸和機械性刺激比較敏感，甚至出現咀嚼無力等現象，無法正常進食而影響生活最基本的品質。可能的原因包括：牙周病、牙齦萎縮、或不正確的潔牙習慣。爰規劃及推動老年人接受塗氟服務，也就是在治療敏

感牙齒時，使用高濃度氟化物來改善牙齒敏感症狀，另老人塗氟可兼收預防牙根齲齒的效果，由於牙根表面的牙骨質(cementum)其含鈣量僅 50%，遠低於牙冠表面牙釉質的含鈣量(96%)，故一旦牙齦萎縮，致牙根暴露，牙根齲齒的進行速度很快，很多老人即因齲齒，於咀嚼過程中咬斷牙齒，致需拔除牙齒，因而提升老人全口無牙的機率。因此，若提供老人免費便宜的全口牙齒塗氟服務，進而降低全口無牙的機率，其效益勢必高於補助老人免費假牙的製作費。

②建構跨領域照護：

與營養師、胸腔內科、神經內科、新陳代謝科及老人醫學科等合作，共同宣導口腔健康與全身健康之關聯性，並建立諮詢、轉診等實質合作關係，提供老人多元化照護模式。依據日本研究顯示，良好的口腔照護，可減少後續整體醫療費用至少 50%。

(主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司；協辦機關：地方政府衛生局)

(2)改善老年人及照顧者口腔健康之知能：

①口腔健康議題融入現有老年人衛教方案：

為建構老年人口腔健康之支持性環境，應將口腔健康議題融入現有的老人衛教計畫，與醫院、診所、衛生所(或健康服務中心)、社區關懷據點、日照中心、老人服務中心、社區大學等合作辦理，加強對於老年人的家屬及主要照顧者的口腔健康宣導教育，提升口腔保健知識與照護之能力，另

編制適合不同次族群(含新住民)閱讀之口腔健康促進衛教摺頁、海報等。

②訂定住院病人及機構住民口腔衛生檢核表：

國內外研究報告指出，口腔健康狀況和全身系統性疾病相關，口腔及咽喉是細菌容易聚集與繁殖的地方之一，也是吸入性肺炎的主要原因。因此，口腔衛生照護對於醫院的住院病人、加護病房病人、即將接受手術的病人、安養護機構住民以及居家臥床的老人都是非常重要的。若能藉由執行正確的口腔衛生評估及提供有效的口腔照護方法，有效監控照護品質，不僅能夠提升病人的舒適度，更重要的是能降低感染的發生，讓病人儘早恢復健康，得到更好的生活品質。爰規劃訂定住院病人及機構住民口腔衛生檢核表，以有效監控口腔之照護品質。

③研議口腔照護成效列入長照機構評鑑項目之可行性：

隨著年齡增長與慢性疾病的發生，老年人往往因為活動功能受損或認知功能障礙，導致口腔自我清潔與口腔照顧能力下降。對於臥床老年個案，因為患有多種慢性疾病且失能程度較高，往往無法清楚表達口腔衛生上的需求，導致口腔內牙齦發炎嚴重、口腔異味、白色念珠菌感染及牙菌斑大量堆積，因此也極易增加發生感染的風險。許多文獻已證實口腔健康狀況不佳與老年人全身系統性疾病的發生及死亡風險有極高的相關。在日本的老人照顧機構裡，照顧服務員在三餐飯前也會帶著長輩們一起做「健口瑜伽操」，減低因誤嚥而發生吸入性肺炎的機率。飯後更會仔細地清潔牙齒與

口腔，照顧機構也因此不再有異味。未來研議將口腔照護成效列入長照機構評鑑項目之可行性，期能有效提升機構內老年人口腔健康與生活品質。

(主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司；協辦機關：衛生福利部護理及健康照護司、社會及家庭署、地方政府衛生局)

(二)建置身心障者口腔醫療照護量能

1.提升身心障者口腔醫療可近性

(1)提升牙醫師處置身心障者之專業品質：

為提升身心障礙等特殊需求者口腔醫療服務之完整性與可近性，衛生福利部持續獎助醫院提供特殊需求者牙科醫療服務，發展結合社福、教育及醫療體系資源的服務網絡模式，另擇牙科全身麻醉服務量能及教學師資較佳之 7 家醫院為示範中心，以強化轉診資源，並提升牙醫師及相關照護人員之特殊需求者口腔照護專業知能，以期具一定規模之醫院能肩負社會責任，重視渠等人員之口腔醫療照護。另鑑於發展遲緩兒與一般身心障礙者之口腔醫療照護方式並不完全相同，且此類患者之早期療效成果高於其他類別，因此衛生福利部亦將補助跨領域專業團隊，開發發展遲緩兒之照護模式，以期早期發現，並提供個人化之全人照護服務模式。

為提升牙醫師診置身心障礙者之知能，衛生福利部每年均委託專業團體辦理相關課程，惟一般有需求之民眾，並無法確切掌握具備診治身心障礙者之牙醫師執業地點，甚至可看診時間，為降低身心障礙者本身或家屬因

就診牙科所造成的困擾(如輪椅運送、候診時間過久等)，衛生福利部預計配合健保署業已建置完成之特約醫事機構基本資料網路查詢服務系統，於改版時提列相關需求項目，提供有需求之民眾查閱醫療機構地址、門診時間、醫療機構設備、醫師專長等，並定期更新相關異動資訊，避免患者及其家屬因舟車勞頓，影響身心健康。

鑒於口腔疾病與全身疾病的相關性，如牙周病與糖尿病、心血管疾病，缺牙與失智症等，為提升國民生活品質，減少醫療費用，衛生福利部將委託牙醫專業團體，與復健科、神經內科、心臟內科、新陳代謝科、感染科及藥劑科等，建立合作模式，據以精進繼續教育課程(如麻醉安全、吞嚥訓練等)。另將已建立之合作模式，適時納入長照十年計畫 2.0 辦理。

隨著我國社會結構改變，人口趨向老化，身心障礙人口逐年增加，專責照護渠等族群之口腔醫療專業人員需求量隨之增加，惟囿於此類患者之醫療過程，常需佐以全身/鎮靜麻醉，係屬高風險族群，且給付額度不高，有意願投入本領域之年輕牙醫師並不多，因此，衛生福利部將以公費方式，針對有意願從事相關照護之第 3~5 年住院醫師，進行計畫性培育，完訓後，將全職於衛生福利部指定之醫療機構，進行教學、服務與研究至少 3 年。

(主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司；協辦機關：衛生福利部醫事司、地方政府衛生局)

(2)提升牙科到宅服務量能：

依據全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽，2011 年至 2016 年 8 月各年度到宅牙醫醫療服務人次分別為 1、30、62、149、100、154，論次費用(點數)分別為 2,000、58,814、117,620、749,096、467,317、681,478，如表三。

表三 2011~2016 年 8 月牙醫醫療服務人次與論次費用(點數)

	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年 1~8 月
服務人次	1	30	62	149	100	154
論次費用 (點數)	2,000	58,814	117,620	749,096	467,317	681,478

衛生福利部為提供特定障礙類別且符合居家照護條件者，優質口腔醫療照護品質，除於 2015 年補助於國立臺灣大學醫學院附設醫院、衛生福利部雙和醫院(委託臺北醫學大學興建經營)、中山醫學大學附設醫院、國立成功大學醫學院附設醫院、高雄醫學大學附設中和紀念醫院、國立陽明大學附設醫院、臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院等 7 家示範中心，12 台移動式牙科醫療套組（含生命監測儀），並規範該七家示範中心，以無償方式，提供各縣市牙醫師公會進行到宅服務，另規劃下列工作內容：

衛生福利部將以公開表揚獎勵方式，鼓勵地方政府購置牙科巡迴醫療車或移動式牙科診療套組。另為降低口腔到宅醫療之風險，亦委請專業團體，研議口腔到宅醫療標準作業程序，訂定口腔到宅醫療之基本配備、人員及相關行政程序等，供執行業務團體參考，俾減少醫療風險，提升牙醫師服

務意願。

目前牙科到宅醫療健保給付項目僅包括：牙周病緊急處置、塗氟、簡單拔牙及單面補牙等，經參考日本經驗，似應再增加項目，如口腔衛教指導、吞嚥訓練、咬合調整等。

(主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司；協辦機關：衛生福利部中央健保署、地方政府衛生局)

2.提升病人及照顧者口腔保健服務

(1)精進衛教宣導方案：

調查不同次族群之口腔保健知能缺失，透過多元平台，包括實地見/實習，提升口腔保健知能，針對身心障者需求，研訂衛教宣導方案(如正確使用氟化物及口腔清潔輔助方式、飲食控制及相關藥物交互作用等)。

(2)發展口腔衛生保健輔具：

針對身心障者需求，偕同經濟部、科技部等相關單位，研訂相關辦法，創造適當誘因，引導研發機構及個人發展適合國人使用之口腔衛生保健輔具，以促進醫療健康照護產業之發展，並照顧更多需求者。

(3)規劃及推動身心障者系統性氟化物政策：

臺灣雖未推動飲水加氟等系統性氟化物政策，但衛生福利部業已執行牙齒塗氟(6歲以下)、含氟漱口水(6~12歲)及窩溝封填等局部氟化物政策，惟針對身心障者，卻因擔心誤吞漱口水、難以配合牙醫處置等因素，致無

法達到預期成效。因此，衛生福利部將參考美、日等作法，針對 18 歲以下重度、極重度患者，提供免費氟錠，藉以減少健保醫療費用的支出或照顧者的負擔。

（主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司；協辦機關：地方政府衛生局）

(三)提升口腔醫療照護之品質與效益

1.建置安全醫療環境

(1)提升畢業後牙醫師訓練品質：

為建立系統性之牙醫師畢業後臨床醫學訓練制度，銜接學校教育與臨床服務，加強一般牙科全人治療之能力，以提升口腔醫療照護品質，爰自 2010 年 7 月起實施辦理二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練訓練品質提升計畫(以下簡稱 PGY)。衛生福利部每年均委託專業團體辦理師資培育課程，規劃及增修學員課程內容、審查及評核訓練機構執行情形。未來，衛生福利部將考量牙醫執業之特殊性，將輔導 PGY 訓練機構，採聯合訓練(醫院與診所)方式，另規範在 PGY 訓練期間，需有一定的時程，至偏鄉服務及接受身心障礙牙醫診治訓練，俾落實提升口腔醫療照護品質與實質效益。

（主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司）

(2)檢討部頒專科醫師科別及訓練品質：

依據專科醫師分科及甄審辦法第 3 條規定，牙醫師之專科包括：口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科等，為隨著社會人口結構改變，衛生福

利部規劃增列高風險及冷門領域之部頒專科醫師，如特殊需求者牙科（專供身心障礙、孕婦等）及兒童牙科等，除給予渠等科別之專科醫師榮譽外，更將藉由公權力介入，精進該等科別之專科醫師訓練課程及訓練醫院認定標準規定。

鑒於國際上已開始重視口腔健康專業人員在發現與通報親密暴力被害者的角色，並給予口腔健康專業人員相關課程訓練，衛生福利部將於牙科專科醫師訓練計畫中納入相關教育訓練，以利將親密暴力防治的醫療範圍涵蓋至口腔健康。

依據衛生福利部國民健康署之統計，我國口腔癌發生率逐年增加，且呈年輕化趨勢，為口腔顎面外科等高風險科別之健保給付，相較於牙科其他治療，明顯偏低，為避免該科之專科醫師人才流失，爰將結合健保署研議調整健保給付額度。

（主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司；協辦機關：衛生福利部健康保險署）

(3)提升人工植牙醫療品質：

近年來，以植牙取代傳統假牙的治療趨勢日益增加，惟所衍生之醫療糾紛亦層出不窮，為提升民眾知的權利，衛生福利部委託專業團體編撰《植牙治療注意事項(民眾篇)手冊》，於2016年6月分送全國近8000家牙醫醫療機構，除提供民眾對植牙的治療過程、術後照顧及日後維護相關知識外，

並增進醫療機構善盡告知義務。另為提升植牙醫療品質，衛生福利部委託專業團體參酌國際公認之診治參考指引，研訂適合國內環境之《人工植牙臨床診治參考指引》(含執行醫師資格、醫療機構設備等)，作為品質確保參考工具，於 2016 年 12 月 31 日前分送全國近 8000 家牙醫醫療機構及牙醫師公會全國聯合會等全國性專業團體。

為利民眾了解植牙相關資訊，衛生福利部已於所屬網頁設置「植牙專區」，內容包括：醫療費用收費規範、手術暨麻醉同意書、品質提升措施等，提供有需求民眾參考。未來衛生福利部亦將持續責請地方政府衛生局，依醫療法 28 條規定，對轄區內醫療機構，實施督導考核。

人工植牙的成功關鍵包括：醫師的知能與病人的維護。衛生福利部業已如前述出版人工植牙注意事項手冊(民眾篇)、設置「植牙專區」網頁，以多元化方式提供民眾知的權利。另為提升醫師的知能，衛生福利部業已如前述出版人工植牙臨床診治參考指引外，亦鼓勵牙醫專業團體辦理人工植牙(含假牙)品質提升教育課程，幫助牙醫師精進專業倫理與知能，建立牙醫師人工植牙(含假牙)個案判斷能力。另人工植牙醫療費用依循醫療法第 21、22 條規定：收取醫療費用，應開給載明收費項目及金額之收據，並不得違反收費標準，落實資訊公開，前述醫療費用之收取，衛生福利部持續督導地方政府衛生局，依醫療法規範所轄牙醫醫療機構辦理，以減少民眾對於植牙收費標準的疑慮。

(主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司；協辦機關：地方政府衛生局)

(4)訂頒診治參考指引及民眾注意事項：

①編纂/更新診治參考指引及民眾注意事項

隨著國人對口腔美觀的重視，衛生福利部業於 2009 年將齒顎矯正科列為部頒專科醫師，每年均委託專業團體針對專科醫師訓練機構進行認定，該專科醫師甄審原則及甄審委員名單亦需報部同意，俾確保所培育之專科醫師品質。另衛生福利部預計委託專業團體從民眾的角度，編撰齒顎矯正注意事項(民眾篇)，提供民眾端醫囑配合及口腔保健相關事項。

除人工植牙(含假牙)、齒顎矯正外，衛生福利部亦將委託專業團體編撰高侵入性及高單價牙科治療之民眾版注意事項及醫師版診治指引，包括：牙齒美白、牙周病治療、根管治療、全口復健、牙科病人緊急處置等，俾提升口腔醫療品質及民眾自我健康責任意識。另盛行率高卻較不廣為人知的口腔疾病，包括顫顎關節症、扁平苔癬、灼口症、口呼吸等，衛生福利部已著手委託專業團體編纂民眾版注意事項及醫師版診治指引。

②提升牙醫醫療機構感染管制品質

感染管制一直都是醫療品質中不可或缺的一環，亦是病人與醫事人員安全的屏障。在牙科診療過程中，常會觸碰血液與唾液、近距離接觸病人、診療時產生之氣膠(aerosol)會因臨床操作迅速散步等特性，均會造成傳染的風險，為保障醫事人員及就診病人之健康與安全，衛生福利部委託專業團

體編撰牙科感染管制措施指引作業手冊，提升執業人員感控知能。

(主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司；協辦機關：地方政府衛生局)

(5)持續精進醫療品質指標：

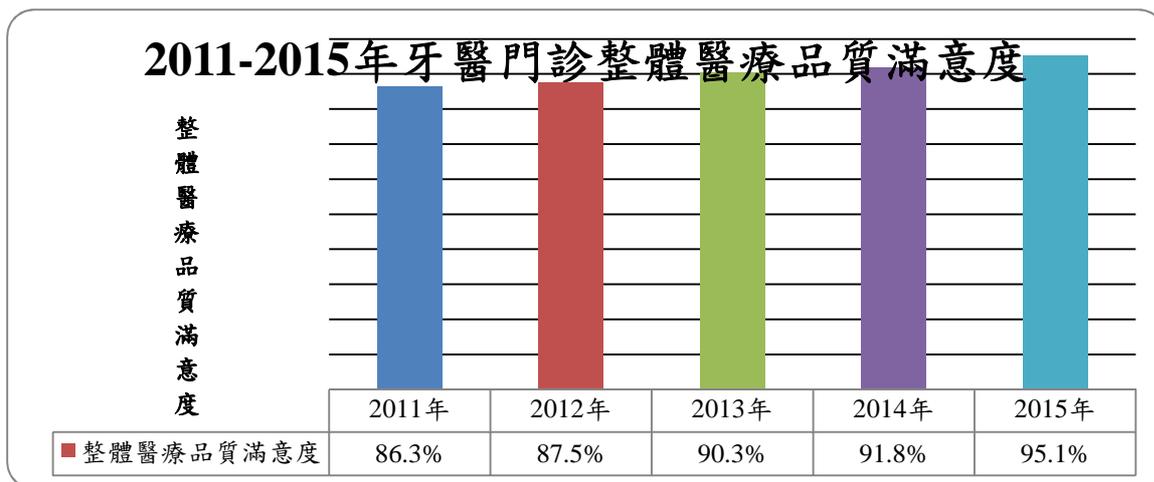
依據全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽，牙體復形同牙位 1 年平均再補率、牙體復形同牙位 2 年平均再補率等指標項目，皆優於參考值(如表四)，惟衛生福利部將持續與牙醫師公會全聯會共同致力醫療品質之提升。

表四 2011~2015 年牙醫門診牙體復形同牙位平均再補率

指標項目	參考值	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年
牙體復形同牙位 1 年平均再補率	<2.5%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%
牙體復形同牙位 2 年平均再補率	<4.6%	0.24%	0.25%	0.26%	0.25%	0.25%
牙齒填補 1 年保存率	>87.67%	97.3%	97.3%	97.4%	97.5%	97.7%
牙齒填補 2 年保存率	>83.59%	92.8%	92.8%	92.9%	93.0%	93.2%
同院所 90 日內根管治療完成率	>81.76%	90.5%	91.0%	90.0%	91.5%	91.6%

(6)持續提升民眾對牙醫門診服務之滿意度：

依據全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽，2011~2015 年民眾對牙醫門診整體醫療品質滿意度逐年提升，顯示民眾對於健保所提供之醫療服務漸趨信任，衛生福利部期望持續提供優質的就醫品質，進而提升全體國民口腔健康。



圖五 2011-2015 年牙醫門診整體醫療品質滿意度

2. 規劃全方位口腔醫療

(1) 強化牙科急診量能：

① 與各縣市牙醫師公會合作，建立牙醫急診服務網及相關標準作業流程：

傳統的醫療環境較忽略牙醫急診服務，殊不知急性牙髓炎常發生在夜間就寢後，惟全國提供 24 小時急診服務之醫療機構很少，主要集中在 19 家醫學中心及部分區域醫院，致使許多半夜牙痛的病人，誤用各類偏方，導致不良後果。為保障國民口腔健康，衛生福利部爰將牙科急診資料串聯健保署業已建置完成之特約醫事機構基本資料網路查詢服務系統，與地方政府衛生局、牙醫師公會/學會合作，建立牙醫急診服務網及標準作業流程。

② 開發口腔醫療機構急診地理資訊系統：

衛生福利部將配合健保署業已建置完成之特約醫事機構基本資料網路查詢服務系統，於改版時提列相關需求項目，包括特殊需求牙科及提供牙

科門診之時段，俾利民眾即時掌握牙科急診服務訊息。衛生福利部將依據增修功能，編列改版費及後續維護費。

（主辦機關：衛生福利部心理與口腔健康司；協辦機關：地方政府衛生局）

(2) 規劃及推動口腔專業團隊人力：

研議牙科輔助人員納為正式醫事人員之可行性。在現代專業牙醫團隊中，至少包括：牙醫師、牙體技術師(士)、牙科輔助人員。牙科輔助人員藉由衛教指導及專業諮詢等方法，促進民眾的口腔預防保健、協助牙醫師治療口腔疾病，並幫助病人或民眾維持口腔健康。考量人口老化以及身心障礙人口持續增加之社會趨勢，及強化口腔衛生教育以提升國人自我照護能力之目標，我國目前在牙醫醫療機構協助牙醫師執行醫療業務之牙科助理估計至少五萬人，仍需具醫事人員證照之牙科輔助人員的加入，以期提升整體國人口腔健康狀況與口腔醫療照護品質，並節省個人與社會的口腔醫療保健費用。

（主辦機關：衛生福利部心理與口腔健康司；協辦機關：衛生福利部醫事司）

(3) 規劃牙醫醫院之設立：

依據衛生福利部統計資料，截至 104 年底，我國執業牙醫師人數為 13,600 人；牙醫診所 6,694 家，設有牙科之綜合醫院計 167 家。綜觀全球口醫學界，有先進國家設置口腔專科醫院之先例。

隨著人口結構老化、牙齒保存意識提升及疾病型態多樣性，口腔醫學的發展，以從傳統的治療牙痛及做假牙，提升至口內軟組織的醫療照護、咀嚼力恢復、顏面重建、口腔醫學美容等，進而精進各項材料及治療方式。

審視我國牙醫師之執業環境，其中超過 90%於基層診所服務，可充分提供民眾基本需求之可近性，惟隨著社會結構及口腔醫療照護服務項目改變，為提升及精進我國口腔醫療照護之品質，參考國際模式與考量政府財政拮据等因素，因此爰研議規劃牙醫醫院設立，將先委託學術單位蒐集先進國家之經驗、評估國內現有牙醫醫療資源（包括：數量、品質、分布等）、民眾的需求（現在與未來），評估國內設立口腔醫院的必要性與可行性，同時評估其他模式（替代方案）之可行性。

除了民間自主自發設立以外，亦可參考目前國內常見的兩項促參模式，BOT(興建-營運-移轉)與 BTO(興建-移轉-營運)，考量政府財政負擔以及未來營運時之用人、採購所需之彈性，傾向先行研議以 BOT 方式由地方政府提供轄區土地以公開徵求並評比營運計畫方式的可行性。此方式係委託民間團體建置量體及後續經營，受委託之民間單位需與地方政府簽訂合約，並遵守合約及相關法規，執行醫院興建相關事宜，包括投資興建營運期間、設備之採購與安裝等，地方政府依法監督及協助受託民間單位。該牙醫醫院，將依據醫療機構設置標準，規劃相關軟、硬體及空間，並聘用專業醫事人員。

營運計畫中，應明訂對於國家口腔健康政策之協助推動義務，包括但不限於：收治高齡且病情複雜之長者、嚴重病例、身心障者或國際醫療為主；並執行高科技口腔醫療術式、材料之評估研發及人體試驗。

(主辦機關：衛生福利部心理與口腔健康司；協辦機關：衛生福利部醫事司、地方政府衛生局)

(四)建構國際同步口腔醫學研發量能

1.規劃前瞻研究

(1)辦理以實證為基礎之本土研究：

在 106 年~110 年間，衛生福利部除持續定期辦理各年齡層之口腔健康狀況調查外，另將委託專業團體進行全身性疾病與口腔疾病的關聯性，及各種口腔疾病本土化危險因子探討，以作為我國推動各項公共衛生政策之實證基礎與參考依據，並依據口腔衛生法第 9 條規定，計畫每六年公告國民口腔健康狀況調查及研究之報告，同時規劃及推動牙醫醫療雲，將各次族群口腔健康調查數據上傳、定期更新，進行整合分析，以實證回饋政策規劃及推動。

(2)辦理政策成效分析研究：

自 89 年起，衛生福利部業已推動幼童牙齒塗氟，學童恆牙第一大白齒窩溝封填及身心障礙牙科獎勵方案等施政計畫，此外，106 年起，衛生福利部亦將強化個生命週期之口腔保健策略、身心障者口腔醫療照顧量能及口

腔照護品質...等，為妥善規劃國家資源，並適時檢討施政效益，衛生福利部將針對各類主要施政計畫，委託專業團體辦理政策成效分析，並依據分析結果，建立蒐集實證數據之標準作業程序，調整並評估政策內容與成效。

（主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司）

2.規劃及推動深度國際交流

(1)參與國際口腔醫學事務：

為積極致力國際口腔醫學事務，即時掌握最新資訊，衛生福利部將輔導我國口腔醫學專業人士，參與國際重要專業團體運作，如擔任亞太牙醫聯盟(Asia Pacific Dental Federation)、世界牙醫聯盟(Federation Dental Internationale)團體之幹部等。另亦協助有需要國家培訓口腔醫學臨床專業人才等相關國際交流，塑造我國為專業人才培育重鎮。

（主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司；協辦機關：衛生福利部國際合作組）

(2)建置學術交流機制：

為建置學術交流機制，將協助專業團體辦理大型國際研討會，促進大學與國內外團體、機構之合作，掌握最新研究資訊，建構學術交流管道。

（主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司）

二、分期（年）執行策略

工 作 項 目	年 度				
	106	107	108	109	110
一、降低國民口腔疾病盛行率					
規劃及推動孕產婦及幼兒主要照顧者口腔健康之認知	■	■	■	■	■
提升6歲以下幼童氟化物之有效利用	■	■	■	■	■
建置中小學口腔預防保健政策	■	■	■	■	■
規劃及推動成人口腔保健知能方案	■	■	■	■	■
強化民眾對自我口腔健康的責任感	■	■	■	■	■
二、降低65歲(含)以上國民無牙比率					
規劃及推動老人口腔保健服務方案	■	■	■	■	■
改善老年人及照顧者口腔健康之知能	■	■	■	■	■
三、提升身心障者口腔醫療可近性					
提升處置身心障者之口腔醫療專業品質	■	■	■	■	■
提升牙科到宅服務量能	■	■	■	■	■
四、提升病人及照顧者口腔保健服務					
提精進衛教宣導方案	■	■	■	■	■
發展口腔衛生保健輔具	■	■	■	■	■
規劃及推動身心障者系統性氟化物政策	■	■	■	■	■
五、建置安全醫療環境					
提升PGY訓練品質	■	■	■	■	■
檢討部頒專科醫師科別及訓練品質	■	■	■	■	■
增加人工植牙(含假牙)品質提升課程時數	■	■	■	■	■
頒布診治參考指引及民眾注意事項	■	■	■	■	■
六、規劃全方位口腔醫療					
強化牙科急診量能	■	■	■	■	■
規劃及推動口腔專業團隊人力	■	■	■	■	■
規劃牙醫醫院	■	■	■	■	■
七、規劃前瞻研究					
規劃及推動以實證為基礎之本土研究	■	■	■	■	■
辦理政策成效分析	■	■	■	■	■
九、規劃及推動深度國際交流					
參與國際口腔醫學事務	■	■	■	■	■
建置學術交流機制	■	■	■	■	■

三、執行步驟(方法)與分工

計畫執行策略	協助機關名稱	協助事項
提升 6 歲以下幼童氟化物之有效利用	教育部	主動督導各級教育單位，辦理幼兒園及學校口腔疾病防治教育宣導，將衛生福利部所提供之教案，適時灌輸師生正確觀念，並強化校內各項口腔健康支持環境。
建置中小學口腔預防保健政策		
規劃及推動成人口腔保健知能方案	勞動部 衛生福利部國民健康署	<ol style="list-style-type: none"> 1. 運用勞動部各式管道(如：公會、勞教 e 網、員工協助方案、就業服務活動、職業安全衛生相關人員研習等)，協助宣傳推廣衛生主管機關辦理成人口腔保健方案與活動。 2. 將口腔保健議題整合入國民健康署『健康職場自主認證』推動方案，增進職場對口腔保健之重視與參與。
改善老年人及照顧者口腔健康知能	衛生福利部社會及家庭署 衛生福利部護理及健康照護司	主動督導各級老人、長照、安養、養護機構、護理之家等辦理口腔疾病防治教育宣導，灌輸住民、家屬、照顧服務員正確觀念，並依衛生福利部所訂之口腔衛生檢核表進行照護，以提升口腔健康。
提升牙醫師處置身心障者之專業品質	衛生福利部醫事司	主動依權責督導各級醫院，依據醫院評鑑規範，設置相關診療科別及聘用各類別醫事人員。
提升牙科到宅服務量能 檢討部頒專科醫師科別及訓練品質	衛生福利部中央健康保險署	配合全民健保牙醫總額協商結論，適時調整健保在宅醫療給付項目、點數及牙科高風險科別與治療項目給付點數。
參與國際口腔醫學事務	衛生福利部國際合作組	協助蒐集國際主要口腔專業團體運作情形及國際衛生資訊與輿情，策劃及推動國際人才培訓。

伍、期程與經費需求

一、計畫期程：

106 年 1 月至 110 年 12 月。

二、所需資源說明：

總經費需求：本計畫執行期間為 106 年至 110 年，所需經費共為 4,108,800 仟元（不含人事費）。另有關口腔癌防治所需經費，依據第 3 期國家癌症防治計畫（103-107 年），係由衛生福利部國民健康署籌編預算支應。

三、經費來源及計算基準：

本計畫執行期間為 106 年至 110 年，計 4 項主目標及 8 項次目標，經費共計 4,108,800 仟元來源包括：

(一)中央政府公仟元務預算：預估支應 2,568,800 仟元(含經常門 2,527,800 仟元，資本門 41,000 仟元)。

(二)其他支應：

預估支應 1,540,000 仟元，主要為醫療發展基金 750,000 仟元 (150,000 仟元 x5 年)；菸害防制基金 750,000 仟元(150,000 仟元 x5 年)；科技發展工作計畫 40,000 仟元(10,000 仟元 x4 年)。

醫療發展基金係用於支付部分二、建置特殊族群口腔醫療照護量能及三、提升口腔醫療照護之品質與效益；菸害防制基金係用於支付部分

一、推動各生命週期之口腔保健促進；科技發展工作計畫係用於支付部分四、建構引領國際之口腔學研發量能)。如經費來源規劃表如表五：

表五 經費來源規劃表

單位：仟元

項目	106年	107年	108年	109年	110年	總計
一、推動各生命週期之口腔保健促進	150,000	751,000	750,000	756,700	730,300	3,131,300
降低國民口腔疾病盛行率	150,000	650,000	650,000	650,000	630,300	2,730,300
規劃及推動孕產婦及幼兒主要照顧者口腔健康之認知	2,000 菸 ^{註1}					
	委託專業團體規劃及推動孕產婦及幼兒主要照顧者口腔健康宣導素材					
提升6歲以下幼童氟化物利用方式	0 公	500,000 公	500,000 公	500,000 公	480,300 公	
	持續辦理6歲以下孩童牙齒塗氟	持續辦理6歲以下孩童牙齒塗氟	持續辦理6歲以下孩童牙齒塗氟	持續辦理6歲以下孩童牙齒塗氟	持續辦理6歲以下孩童牙齒塗氟	
	1,000 菸					
	委託專業團體訂定家長及幼兒園老師牙齒塗氟須知及滿意度問卷					
建置中小學之口腔保健政策	30,000 菸	30,000 菸	30,000 菸	30,000 菸	30,000 菸	
	持續辦理國小學童含氟漱口水防齲計畫	持續辦理國小學童含氟漱口水防齲計畫	持續辦理國小學童含氟漱口水防齲計畫	持續辦理國小學童含氟漱口水防齲計畫	持續辦理國小學童含氟漱口水防齲計畫	
	100,000 菸	100,000 菸	100,000 菸	100,000 菸	100,000 菸	
	持續辦理國小學童白齒窩溝封填保健服務	持續辦理國小學童白齒窩溝封填保健服務	持續辦理國小學童白齒窩溝封填保健服務	持續辦理國小學童白齒窩溝封填保健服務	持續辦理國小學童白齒窩溝封填保健服務	
	6,000 菸	6,000 菸	6,000 菸	6,000 菸	6,000 菸	
	持續辦理發展遲緩兒童口腔照護品質精進計畫	持續辦理發展遲緩兒童口腔照護品質精進計畫	持續辦理發展遲緩兒童口腔照護品質精進計畫	持續辦理發展遲緩兒童口腔照護品質精進計畫	持續辦理發展遲緩兒童口腔照護品質精進計畫	
規劃及推動成人口腔	1,000 菸	2,000 菸	2,000 菸	2,000 菸	2,000 菸	
	辦理酸性溶液作業勞工	辦理調酒師之口腔健康	辦理輪班作業勞工之口	辦理長途駕駛之口腔健	辦理高壓作業勞工之口	

項目	106年	107年	108年	109年	110年	總計
保健知能方案	之口腔健康調查及訂定推動宣導方案	調查及訂定推動宣導方案 2,000 菸 委託專業團體製作顫顎障礙症之口腔保健照護手冊及宣導素材(專業篇、民眾篇)	腔健康調查及訂定推動宣導方案 2,000 菸 委託專業團體製作癌症病人之口腔保健照護手冊及宣導素材(專業篇、民眾篇)	康調查及訂定推動宣導方案 2,000 菸 委託專業團體製作扁平苔癬之口腔保健照護手冊及宣導素材(專業篇、民眾篇)	腔健康調查及訂定推動宣導方案 2,000 菸 委託專業團體製作灼口症與睡眠呼吸中止症之口腔保健照護手冊及宣導素材(專業篇、民眾篇)	
強化民眾對我口腔健康的責任感	10,000 菸 口腔整合行銷計畫	10,000 菸 口腔整合行銷計畫	10,000 菸 口腔整合行銷計畫	10,000 菸 口腔整合行銷計畫	10,000 菸 口腔整合行銷計畫	
降低65歲(含)以上國民無牙比率	0	101,000	100,000	100,000	100,000	401,000
規劃及推動老人口腔保健服務方案	0 公 規劃及推動65歲以上老人塗氟	100,000 公 辦理65歲以上老人塗氟	100,000 公 辦理65歲以上老人塗氟	100,000 公 辦理65歲以上老人塗氟	100,000 公 辦理65歲以上老人塗氟	
改善老年人及照顧者口腔健康之知能		1,000 公 訂定並推動住院病人及機構住民口腔衛生檢核表				
二、建置身心障者口腔醫療照護量能	50,000	85,250	82,200	96,200	65,000	378,650
提升身心障者口腔醫療可近性	50,000	70,250	66,200	69,200	50,000	305,650
提升處置身心障者之口腔醫療專業品質	50,000 醫 持續獎勵醫院開設身心障者口腔醫療照護門診	50,000 醫 持續獎勵醫院開設身心障者口腔醫療照護門診	50,000 醫 持續獎勵醫院開設身心障者口腔醫療照護門診	50,000 醫 持續獎勵醫院開設身心障者口腔醫療照護門診 3,000 公 委託專業團體建立並推廣與相關科部共同照護	50,000 醫 持續獎勵醫院開設身心障者口腔醫療照護門診	

項目	106年	107年	108年	109年	110年	總計
				合作模式		
提升牙科到宅服務量能		20,250 <input type="checkbox"/> 公	16,200 <input type="checkbox"/> 公	16,200 <input type="checkbox"/> 公		
		培育特殊需求牙科公費主治醫師	培育特殊需求牙科公費主治醫師	培育特殊需求牙科公費主治醫師		
提升病人及照顧者口腔保健服務	0	15,000	16,000	27,000	15,000	73,000
精進衛教宣導方案			1,000 <input type="checkbox"/> 公			
			委託專業團體製作特殊藥物與口腔健康關聯性照護手冊及宣導單張			
發展口腔衛生保健輔具				12,000 <input type="checkbox"/> 公		
				輔導專業團體研製及推廣輔具		
規劃及推動身心障者系統性氟化物政策	0 <input type="checkbox"/> 公	15,000 <input type="checkbox"/> 公	15,000 <input type="checkbox"/> 公	15,000 <input type="checkbox"/> 公	15,000 <input type="checkbox"/> 公	
	規劃身心障者氟錠防齲計畫	辦理身心障者氟錠防齲計畫	辦理身心障者氟錠防齲計畫	辦理身心障者氟錠防齲計畫	辦理身心障者氟錠防齲計畫	
三、提升口腔醫療照護之品質與效益	100,000	115,000	107,000	117,000	100,000	539,750
建置安全醫療環境	100,000	108,000	104,000	113,000	100,000	525,000
提升畢業後牙醫師訓練品質	9,000 <input type="checkbox"/> 醫					
	持續辦理輔導二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練品質提升計畫	持續辦理輔導二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練品質提升計畫	持續辦理輔導二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練品質提升計畫	持續辦理輔導二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練品質提升計畫	持續辦理輔導二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練品質提升計畫	
	91,000 <input type="checkbox"/> 醫					
	持續辦理教學醫院辦理二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫教學訓練費用	持續辦理教學醫院辦理二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫教學訓練費用	持續辦理教學醫院辦理二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫教學訓練費用	持續辦理教學醫院辦理二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫教學訓練費用	持續辦理教學醫院辦理二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫教學訓練費用	

項目	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	總計
檢討部頒專科醫師科別及訓練品質		2,000 公 補助專業團體辦理口 病、口外、矯正、特殊 需求等部頒專科醫師之 訓練機構認定	2,000 公 補助專業團體辦理口 病、口外、矯正、特殊 需求等部頒專科醫師之 甄審訓練機構認定	3,000 公 補助專業團體辦理口 病、口外、矯正、特殊 需求、兒牙、牙周病等 部頒專科醫師之甄審訓 練機構認定		
訂頒診治參考指引及 民眾注意事項		6,000 公 編纂牙周病、牙髓病等 診治參考指引及民眾注 意事項	2,000 公 編纂齒顎矯正等診治參 考指引及民眾注意事項	10,000 公 ①編纂全口重建、牙齒 美白等診治參考指引及 民眾注意事項 ②編纂牙科病人突發嚴 重不良反應之處置參考 指引		
規劃全方位口腔醫療	0	6,750	3,000	5,000	0	14,750
強化牙科急診量能		1,500 公 規劃及推動牙科急診服 務網及標準作業流程	1,000 公 試辦至少 4 縣市牙科急 診服務網	3,500 公 辦理本島各縣市牙科急 診服務網		
		2,000 公 於健保署特約醫事機構 基本資料網路查詢服務 系統建置牙醫醫療機構 急診及身心障礙牙科 門診資訊	1,000 公 本系統試營運	500 公 本系統維護		
規劃及推動口腔專業 團隊人力		250 公 委託專業團體辦理牙科 輔助人員納為正式醫事 人員公聽會	1,000 公 委託專業團體辦理牙科 輔助人員資格審查	1,000 公 委託專業團體辦理牙科 輔助人員資格審查及繼 續教育		
規劃牙醫醫院		3,000 公 委託專業團體規畫牙醫				

項目	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	總計
		醫院設立				
四、建構引領國際口腔醫學研發量能	0	10,000	12,000	27,100	10,000	59,100
規劃前瞻研究	0	10,000	10,000	10,000	10,000	40,000
規劃及推動以實證為基礎之本土研究		3,000 科 辦理 6 歲以下兒童口腔健康調查計畫	3,000 科 辦理 6~18 歲國人口腔健康調查計畫	3,000 科 辦理 6~18 歲國人口腔健康調查計畫	5,000 科 辦理身心障礙者口腔健康調查計畫	
			2,000 科 辦理新住民口腔健康調查計畫	2,000 科 辦理原住民口腔健康調查計畫	3,000 科 辦理原住民口腔健康調查計畫	
辦理政策成效分析研究		5,000 科 辦理機構施行加氟鹽先驅式研究	3,000 科 辦理窩溝封填計畫成效分析	3,000 科 辦理窩溝封填計畫成效分析	2,000 科 辦理含氟漱口水評估計畫	
		2,000 科 辦理特殊需求者牙科特別門診品質評估計畫	2,000 科 發展我國幼童齲齒風險評估量表	2,000 科 辦理我國人工植牙病例失敗因素探討計畫		
規劃深度國際交流	0	0	2,000	17,100	0	19,100
參與國際口腔醫學事務				2,100 公 協助友邦國家培訓口腔醫學專業人才		
建置學術交流機制			2,000 公 辦理亞太牙科年會	15,000 公 ①辦理東南亞牙醫師教育研討會 ②辦理國際學童口腔衛生研討會 ③辦理氟化物使用 30 週年國際研討會 ④辦理亞太國家口腔醫		

項目	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	總計
				學年輕領袖營 ⑤辦理身心障礙牙科獎勵計畫 10 週年成果發表會		
合計	300,000	961,000	951,200	991,300	905,300	4,108,800

註 1：公：中央政府公務預算；醫：醫療發展基金；菸：菸害防制基金；科：科技發展工作計畫。

註 2：6 歲以下兒童及 65 歲以上老人塗氟，係以每人次 500 元計算。其中 6 歲以下兒童塗氟總經費係參考過去 3 年衛生福利部實支費用，65 歲以上老人，則以該年齡層口總數 5% 估算。

註 3：本部因組織改造，口腔保健業務移至本部心理及口腔健康司，兒童牙齒塗氟所需之公務預算，自 107 年起由心理及口腔健康司編列於本計畫，爰導致 107 年經費較 106 年大幅增加。

註 4：兒童漱口水防齲計畫，工作內容包括：提供我國 130 萬名國小學童含氟漱口水、牙醫師到校提供口腔衛教指導、開辦國小老師及校護口腔衛生課程、開設口腔衛生民眾免費諮詢專線、製作國小學童口腔衛教宣導素材等相關執行工作之業務費。

註 5：國小學童第一大臼齒窩溝封填，係提供國小學童第一大臼齒窩溝封填（該牙係人類口腔最早長出之恆牙，也是影響咬合最重要的牙齒之一），每顆封填費為 600 元，每人補助 4 顆。

註 6：診治參考指引係針對高單價、高侵入性、高醫糾率之科別，提供牙醫師處置病人參考依據。另民眾注意事項，則針對前述科別，以淺顯角度編纂內容，印製完成後，將要求全國牙醫醫療機構置於明顯區，供就醫民眾參考。

註 7：辦理遲緩兒口腔照護精進計畫，鑒於遲緩兒與一般身心障礙者照護模式不同，且該類患者早期療育成效佳，因此自 105 年起，衛生福利部即針對該類病人，建立跨領域照護模式，每年至少服務 1000 人，初期以公務預算補助，俟服務模式成熟後，依執行成果，逐漸納入健保給付。

註 8：口腔整合行銷計畫，係用於一般宣導，包括各生命週期（孕產婦、嬰幼兒、小學生、成年人、老年人、停經婦女等）

之口腔保健衛教宣導、素材製作與更新、大型活動之辦理與媒體露出等。

註 9：獎勵醫院開設身心障礙者口腔照護門診乙案，係獎勵醫院針對依定嚴重程度障別之患者，開設牙科特別門診（由於此門診的空間設計、硬體設備、藥物均異於一般牙科門診，故一般醫院囿於人力、物力、財力的考量，開設意願不高，爰由衛生福利部獎勵，每年約獎勵 30 家醫院）。

註 10：特殊需求牙科公費主治醫師，係培育有志重視特殊需求口腔治療第 3~5 年住院醫師，獲衛生福利部獎勵之「特殊需求牙科示範中心或一般醫院」，始有資格申請補助，該 3 年期區，分別補助每位醫師第 1 年每月 7.5 萬元薪資、第 2~3 年每月 6 萬元薪資。培育期結束後，所有醫師需於衛生福利部指定之醫院，從事該項業務之服務、教學與研究至少 3 年。

註 11：氟錠係提供 18 歲以下，行為控制困難個案（極重度與重度身心障者）使用，此類個案約 15 萬人，氟錠係天天服用，一年約 1,000 元，故總經費每年 1,500 萬元。

註 12：輔導二年期牙醫師一般醫學訓練品質提升計畫乙案，係委託專業團體辦理下列事項：評核二年期牙醫師一般訓練機構（約 400 家）執行情形、辦理師資培訓課程、研訂學員訓練課程等。

註 13：補助教學醫院辦理二年期牙醫師一般醫學訓練計畫乙案，係補助教學醫院訓練前述學員之教學訓練費（每年約 500 名剛畢業之牙醫師在教學醫院接受訓練）。

四、經費需求及與中程歲出概算額度配分情形

本計畫執行期間為 106 年至 110 年，經費需求包括：

(一)中央政府公務預算：預估支應 2,568,800 仟元 (含經常門 2,564,800 仟元，資本門 4,000 仟元)。

(二)其他支應：預估支應 1,540,000 仟元 (經常門)，主要為醫療發展基金 750,000 仟元 (150,000 仟元 x 5 年)；菸害防制基金 750,000 仟元 (150,000 仟元 x 5 年)；科技發展工作計畫 40,000 仟元 (10,000 仟元 x 4 年)。

按年度分，106 年度所需經費為 300,000 仟元，107 年度所需經費為 961,000 仟元，108 年度所需經費為 951,200 仟元，109 年度所需經費為 991,300 仟元，110 年度所需經費為 905,300 仟元。如經費計算基準如表六：

表六 計算基準

單位：仟元

年度 項目	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	總計
一、推動各生命週期之口腔保健促進	150,000	751,000	750,000	750,000	730,300	3,131,300
降低國民口腔疾病盛行率	150,000	650,000	650,000	650,000	630,300	2,730,300
降低 65 歲(含)以上國民無牙比率	0	101,000	100,000	100,000	100,000	401,000
二、建置身心障者口腔醫療照護量能	50,000	85,250	82,200	96,200	65,000	378,650
提升身心障者口腔醫療可近性	50,000	70,250	66,200	69,200	50,000	305,650
提升病人及照顧者口腔保健服務	0	15,000	16,000	27,000	15,000	73,000
三、提升口腔醫療照護之品質與效益	100,000	114,750	107,000	118,000	100,000	539,750
建置安全醫療環境	100,000	108,000	104,000	113,000	100,000	525,000
規劃全方位口腔醫療	0	6,750	3,000	5,000	0	14,750
四、建構引領國際口腔醫學研發量能	0	10,000	12,000	27,100	10,000	59,100
規劃前瞻研究	0	10,000	10,000	10,000	10,000	40,000
規劃深度國際交流	0	0	2,000	17,100	0	19,100
合計	300,000	961,000	951,200	991,300	905,300	4,108,800

陸、預期效果及影響

經由本計畫之推行，投入大量資源，使我國口腔健康成果逐漸符合世界衛生組織訂定之目標，預期效果及影響如下：

一、短程

- (一)推動各生命週期之口腔保健促進
- (二)建置身心障者口腔醫療照護量能
- (三)提升口腔醫療照護之品質與效益
- (四)建構引領國際口腔醫學研發量能
- (五)降低 18 歲以上成人嚼檳率
- (六)提升癌症篩檢涵蓋率及陽性追蹤完成率，縮小縣市篩檢率差異
- (七)提升癌症診療品質，提高癌症 5 年存活率

二、中程

- (一)配合世界衛生組織、減少口腔疾病負擔
 - 1. 5 歲幼童齲齒盛行率低於 63%
 - 2. 12 歲兒童齲齒盛行率低於 59%
 - 3. 65 歲以上老人全口無牙率低於 10%
- (二)提升弱勢醫療利用、落實均等全人照護
 - 1. 提升處置身心障者口腔醫療專業品質

2. 每年增加接受「身心障者牙科醫療」受訓牙醫師數至少 80 人

(三)培訓優質專業人力、建構 3 段 5 級照護網

1. 完成牙醫師 PGY 訓練至少 3400 人

2. 至少 19 縣市建立牙醫急診醫療網

3. 成立我國第一家牙醫醫院

(四)強化民眾認知權益、提升臨床處置效益

1. 訂定診治參考指引及民眾注意事項至少 5 件

2. 增加專科醫師證書至少 3 類

(五)發展本土實證研究、參與國際組織運作

1. 實證研究及政策成果被採納為政策之數目至少 4 項

2. 參與國際口腔醫學專業團體及深化國際交流

三、長程

(一)整合與建置均等之全人口腔照護

(二)以科技及實證提升口腔照護品質

(三)參與國際組織提升我國競爭量能

(四)降低總體癌症死亡率

(五)完成我國首座牙科醫院規劃

此計畫的推行旨在促進全民口腔健康，提供整合民眾身體、心理與社會各層面的醫療保健服務，相關口腔健康政策執行之直接效益包括：減少健保及後續牙醫自費項目支出、減少民眾就醫次數、提供便捷的交通、降低醫療糾紛的發生等。另間接影響包括：牙醫師以更多時間精進專業知能與技能、節省病人與家屬不必要的等待與人力耗損、提升民眾生活品質、增加國家生產力（依據國外研究顯示，兒童牙痛就醫，雙親常因此請假陪同。）及避免學童可減少因口腔疾病就醫請假影響學習等，期能藉由提升口腔醫療服務品質，達成可近性(accessibility)、周全性(comprehensiveness)、協調性(coordination)、持續性(continuity)、負責性(accountability) 五項基層保健醫療服務特質之目標。

柒、財務計畫

本執行本計畫所需總經費約為新臺幣 4,108,800 仟元（含經常門 4,067,800 仟元，資本門 41,000 仟元），包括：中央政府公務預算—2,568,800 仟元、醫療發展基金—750,000 仟元、菸害防治基金—750,000 仟元、科技發展工作計畫—40,000 仟元。

本計畫非公共建設計畫、亦無民間機構參與，且非屬自償性質，無設定特定之財務目標指標。本計畫之以工作內涵設定成果型及工作量能評估指標，並配合政府機關預算執行管考機制進行管考。惟若人力及經費不足以支應本計畫所需，未來將依目前已知之重大案件，進行滾動式檢討，優先針對風險排序，加強執行。

捌、附則

一、替選方案之分析及評估

依據口腔健康法規定，政府應推行口腔疾病預防保健工作，爰無替選方案。惟若人力及經費不足以支應本計畫所需，未來將優先針對高風險個案進行預訪保健及醫療照護，並結合民間團體及政府機關，共同推動政策，以降低經費支出。

二、風險評估

(一)國人不重視口腔健康之風險

隨著科學及社會的進步，以及教育的普及，有愈來愈多的人明白、且同意口腔健康的重要性，其中美國公共衛生署署長 (Surgeon General) 在 2000 年的年度報告的重點中，更是強調口腔健康與全身健康的密切相關。但是在實際的日常作為中，一般國人不夠重視口腔健康的維護，卻是不爭的事實。

(二)國人口腔保健識能不足之風險

直至現在，許多國人仍舊抱持著「牙痛不是病」的錯誤觀念，以致於嘴巴一張開，齲齒、牙周病、乃至於殘根，可說是相當的普遍。部分有潔牙意願的人，又往往對於正確的潔牙技巧不夠熟悉。經年累月之後，

反而造成對牙齒的傷害。牙醫師在臨床上常常看到因刷牙不得法，卻又相當賣力刷牙的結果，就是小白齒齒頸部嚴重的刷耗。

目前仍有許多懷孕的婦女以為「生一個孩子，掉一顆牙」是正常的代價；仍有許多父母不重視幼兒的口腔健康，以為等小孩換了恆牙再來操心也不遲，以致於「幼兒早發性齲齒」仍然是相當普遍的現象。

許多老年人仍相信「人老了，牙齒原本就該掉了」，或以為等牙齒掉光了之後，再裝上假牙就可以了。殊不知，花再多的錢裝上的假牙，就實際的功能及舒適性而言，恐怕仍不及自己的真牙。

現今 21 世紀的台灣社會中，口腔衛生教育的推廣與落實，乃至於更廣義地提升及促進國人的口腔健康，仍有相當大的努力空間。

(三)身心障礙者口腔健康未獲照顧者重視之風險

長照機構內的身心障礙者往往需要照護者的協助，才能做好口腔清潔與健康維護的工作。但許多照護者卻僅專注於造成身心障礙的主要原因，卻忽略了對於身障者口腔健康的預防保健。

(四)口腔醫學冷門領域人才不足之風險

我國目前執業之牙醫師，較少願意投入老年口腔醫學、身心障礙者口腔醫療等風險較高或是較冷門的領域。另對於提升族群口腔健康所急需的口腔衛生教育、口腔健康調查與監測、口腔癌篩檢等工作，更是人

才羅致困難。

(五)風險評量

本計畫係針對我國過去已完成之口腔衛生基礎建設，進行資源整合、社會參與及協商溝通，並參考國外成功經驗，精進施政策略，以有限經費發揮最大效益，減少口腔疾病的醫療費用及後續衍生之社會經濟負擔及相關風險。

經上述各階段風險分析進行風險評量，參考表七「風險發生機率分類表」及表八「風險影響程度分類表」，作為衡量風險影響程度及發生機率之參考標準。風險值之計算方式為影響程度及發生機率之乘積(風險值=影響程度*發生機率)，本計畫執行項目風險分布情形如風險圖像(圖六)。

表七 風險發生機率分類表－機率之敘述

風險機率分級			
等級及可能性	幾乎不可能(1)	可能(2)	幾乎確定(3)
機率之描述	發生機率 0%~40%；只會在 特殊的情況下發 生。	發生機率 41%~60%；有些 情況下會發生。	發生機率 61%以 上；在大部分的情 況下會發生。

表八 風險影響程度分類表-影響之敘述

等級	影響程度	衝擊或後果	計畫期程	計畫目標	計畫經費
3	非常嚴重	高度危機	期程嚴重延誤	成果完全違反預期	經費大量增加
2	嚴重	中度危機	期程部分延誤	成果差於預期	經費中度增加
1	輕微	低度危機	期程輕微延誤	成果略差於預期	經費微幅增加

影響程度	風險分布		
	非常嚴重(3)	高度風險	高度風險
嚴重(2)	中度風險 1.國人不重視口腔健康 2.國人口腔保健知能不足	高度風險	高度風險
輕微(1)	低度風險	中度風險 1.身心障礙者口腔健康未獲照顧者重視 2.口腔醫學冷門領域人才不足	高度風險
	幾乎不可能(1)	可能(2)	幾乎確定(3)
	發生機率		

圖六 風險圖像

三、相關機關配合事項

教育部：主動督導各級教育單位，辦理幼兒園學校口腔疾病防治教育宣導，將衛生福利部所提供之教案，適時灌輸師生正確觀念，並強化校內各項口腔健康支持環境。

勞動部：運用勞動部暨所屬各相關通路(如：工會、勞教e網、員工協助方案、就業服務活動、職業安全衛生相關人員研習等)，協助宣傳推廣衛生主管機關辦理之成人口腔保健方案與活動。

衛生福利部中央健康保險署：配合全民健保牙醫總額協商結論，適時調整健保在宅醫療給付項目、點數及牙科高風險科別與治療項目給付點數。

衛生福利部護理及健康照護司、社會及家庭署：主動督導各級老人、長照、安養、養護機構、護理之家等辦理口腔疾病防治教育宣導，灌輸住民、家屬、照顧服務員正確觀念，並依據衛生福利部所訂定之口腔衛生檢核表，進行照護，以有效提升口腔健康。

衛生福利部國民健康署：協助辦理職場口腔疾病防治教育宣導，將衛生福利部所提供之各項成人口腔保健方案，整合入「健康職場」，並鼓勵員工定期接受口腔健康檢查。

衛生福利部醫事司：主動依權責督導各級醫院，依據醫院評鑑規範，設置相關診療科別及聘用各類別醫事人員。

衛生福利部國際合作組：協助蒐集國際主要口腔專業團體運作情形及國際衛生資訊與輿情，策劃及推動國際人才培訓。

註：僅表列中央部會主協辦工作項目，地方政府衛生局則配合所屬中央部會指示辦理