

身心障礙者口腔健康五年計畫

行政院衛生署

九十七年五月

目 錄

壹、計畫緣起.....	1
一、依據.....	1
二、現況分析.....	1
貳、計畫目標.....	7
一、目標說明.....	7
二、目標.....	7
參、現行相關方案之檢討.....	8
一、身心障礙者口腔預防保健服務.....	8
二、身心障礙者牙科醫療服務.....	8
肆、執行策略及方法.....	9
一、強化口腔健康推動體系與建立伙伴關係.....	9
二、強化身心障礙者之健康照護人員的教育訓練.....	9
三、強化身心障礙者自我口腔照護及其照護者口腔照護知能.....	10
四、改善發展遲緩兒童口腔健康狀況.....	10
五、降低身心障礙者之齲齒率及牙周疾病率.....	11
六、改善長期照護機構住民口腔健康狀況.....	12
七、強化身心障礙者牙科醫療照護.....	12
八、加強身心障礙者口腔照護人力資源.....	13
九、評估口腔健康計畫並執行口腔健康策略之科學化實証研究... ..	13
十、推動身心障礙者口腔健康國際交流.....	14
伍、資源需求.....	14
一、經費來源（含經常門和資本門）及計算基準.....	14
二、經費需求.....	14
陸、預期效果及影響.....	15
柒、附則.....	15
一、替選方案之分析及評估.....	15
二、有關機關配合事項.....	15
表一 身心障礙者口腔健康總目標推估之說明表.....	16
表二 計畫執行甘特圖.....	18
表三 計畫預期達成期程.....	20
表四 主要工作項目分工表.....	22
表五 經費需求表.....	28

壹、計畫緣起

一、依據

依據口腔健康法辦理。

二、現況分析

(一)身心障礙者口腔健康狀況不良

依據內政部資料顯示，台灣地區身心障礙者人數由 1999 年底 648,852 人，增加至 2006 年 12 月底之 981,015 人，佔總人口 4.3%，身心障礙者人數，近年來每年平均 4.23% 成長率。

國民健康局於 2004 年委託高雄醫學大學所執行的全國性身心障礙者口腔健康狀況調查資料顯示，身心障礙者口腔健康狀況比一般人還要差。該調查資料顯示身心障礙者全年齡層 DMFT index 為 9.94、恆齒齲齒率 91.96%、填補率僅為 32.37%，而全國 18 歲以上民眾之 DMFT index 為 7.84、恆齒齲齒率 86.61%、填補率為 40.22% (2005 年委託高雄醫學大學執行 18 歲以上成人全國性口腔健康狀況調查)。而身心障礙者口腔問題，在兒童及青少年期主要為齲齒、成年及中老期主要為牙周病、老年期主要為缺牙問題；共同的口腔健康問題為咬合不全、缺少醫療修復、口腔衛生不佳、潔牙行為不足與缺乏預防保健的介入。另外，依據美國研究也發現智障者相較一般人有較高的拔牙率，顯示智障者的牙科處理，拔牙比保存牙齒的多，也可能是拖到最後，不能填補時才處理。基於醫療資源之平等，如何提升身心障礙者牙科醫療照護，是我們刻不容緩且不可漠視之議題。

國外資料顯示，日本及歐美等國，在 30 年前，其身心障礙者較一般同年齡者缺乏足夠的口腔健康照護，並且有較多未治療的齲齒及較差的牙周狀況，身心障礙的成年人口腔內缺牙情形，甚至全口無牙狀況普遍可見。但在政府及民間的努力之下，積極推動口腔保健計畫、建立良好的醫療體系、有效利用社會福利及

醫療資源，身心障礙者的口腔健康狀況獲得極大改善，不僅填補率提高，口腔健康狀況甚至比一般同年齡層還好，因此，對身心障礙者口腔健康的積極照護，不只可減少疾病的惡化，對於減少疾病的發生、口腔健康的促進及生活品質的提升，都有極大的幫助。同時亦對醫療費用及社會相關成本的減輕，更有實質的助益。

(二)身心障礙者之家屬或照護者口腔健康知識不足

身心障礙者因限於本身的障礙程度，會有注意力不集中、肢體活動受限，或咀嚼嚥下障礙、口腔肌肉緊張及神經反射敏感等身體特性，以致於無法有效的獨自完成清潔口腔的行為。另外，家屬往往重視與其障礙相關的疾病，而忽略病童的飲食行為控制，甜食過多的結果，造成齲齒。高雄醫學大學的報告顯示：以甜食當作鼓勵品或安慰品的家庭，在智障者有較高的缺牙數。國外研究指出，學齡前智殘障小孩之 DMFT 與每日碳水化合物的攝取量、奶瓶使用時間、疾病診斷與家庭收入有強烈相關。學齡期的智殘障小孩，DMFT 與年齡、母親所受教育、每天生活相關因素及疾病診斷有強烈相關。

另外，家屬如為教育及社經地位之弱勢者，缺乏足夠經濟上及社會資源的協助，加上口腔保健的認知普遍不足且無人指導，更導致身心障礙者從小就有較嚴重的齲齒問題，到中年以後又因缺乏妥善的治療齲齒及牙周病問題嚴重，並因缺牙問題，形成口腔功能失能，更影響整體健康、生活品質及衍生龐大醫療支出。

鑒於國內對於身心障礙者之口腔健康照護處於起步階段，因此對於一般大眾、牙醫師及醫療專業人員、身心障礙者及其父母或相關照護者，所提供的口腔衛生保健及醫療照護教育宣導不足，導致社會普遍忽略身心障礙者之口腔健康。因此，照護者對口腔健康的認知及協助身障者清潔口腔之能力成為影響身障者口腔衛生的關鍵因素。

(三)牙醫師對身障者之口腔照護訓練不足

由牙科醫療服務提供者的數量、密度、型態、地點及組織等，直接影響身障者牙科醫療的可近性。以牙醫師的養成教育來看，目前國內 7 所大學設有牙醫學系中，僅台北醫學大學、中山醫學大學及高雄醫學大學等 3 所將身心障礙者口腔健康相關課程，置入牙醫師養成教育課程；另國內 2000 年的研究報告指出(黃純德)：在學生時代就上過身心障礙者牙科課程的牙醫師佔 38.81%，沒上過課的牙醫師佔 61.19%，而且在執業期間上過身心障礙者牙科繼續教育課程的牙醫師佔 27.25%，更為偏低。由此可明顯發現一般牙醫師對專業有關知識的缺乏，相對的能為他們提供醫療服務的牙醫師也較少，造成醫療供需之不平衡。國外研究，對於牙醫師在照顧智障病人，所需再教育與訓練的問題，從大學部到研究所級，都有相關課程的教授，內容包括行為控制、溝通技巧及適當的治療計畫等，方法採用臨床見習、討論與問題導向教學等同時進行。

身心障礙者在口腔醫療需求上比一般人較高，又對牙科治療上的配合度比一般人差，常需較長時間等待及溝通安撫，才能進行牙科醫療，因此，為身障者提供口腔保健及治療服務是一項非常專業工作，台灣地區的牙醫師本身需要有再教育訓練的課程。

(四) 麻醉醫師協助牙科麻醉之意願不高

國外學者研究指出，身心障礙者的口腔狀況，約 15% 的病人經檢查後，不需要牙科治療，42% 的病人在全身麻醉下進行治療，43% 的病人在局部麻醉下進行治療。另外，Francis 等人的研究也指出，幾乎一半的個案，能接受一般的常規治療，約四分之一的個案需住院及接受全身麻醉，才能進行任何治療。依據 2004 年高雄醫學大學完成之台灣身心障礙者之口腔健康狀況調查，所提身心障礙患者看牙醫僅有 9.76% 極不配合需進一步約束或施行全身麻醉，全身麻醉者約占 9.08%。以目前 3-44 歲身心障礙者總人數中，障礙程度輕度者 35.4%、中度 35.1%、重及極重度 29.5%，依高雄醫學大學黃純德醫師估算其接受牙科醫療所需的

麻醉醫師人力，每天約有 100 人次需接受麻醉，以目前麻醉醫師人力，無法滿足如此龐大的牙科醫療需求；醫院開刀房所能提供之牙科麻醉亦有限，牙醫師於開刀房內非牙科診療椅治療病患，非常耗費體力。雖然臺灣麻醉醫學會建議可依牙科醫療網規劃，將中重度患者送至區域以上醫院照護，惟在牙科門診執行麻醉，因醫療風險較大，麻醉醫師協助牙科麻醉之意願亦不高。再者麻醉醫師大都集中在都會區，加上身心障礙機構大都設置於郊區或鄉下，造成身障者牙科醫療供需不平衡。雖然目前針對麻醉醫師支援基層牙科院所執行身心障礙者牙科醫療時，費用採論次論量之方案，已提高麻醉醫師協助牙科麻醉之意願，但該鼓勵方案仍需檢視。

(五)身障者經濟弱勢，阻礙身障者就醫之可近性

身心障礙者普遍兼具老年者較高的醫療需求及低收入者財務負擔的特質，財務障礙會使得病人無能力去支付醫療費用。國內研究(2004，吳奇懋)利用內政部 2000 年的「台閩地區身心障礙者生活需求調查報告」，來分析身心障礙者的醫療利用情形，經實證研究重要結果如下：以 Andersen' s Behavioral Model (1973) 為架構，在促進因素中，就醫困難度對健康狀況有顯著的影響，而生活經濟狀況、交通問題也都對醫療使用量有顯著的影響。

另外，在健保給付的誘因上，牙醫特殊服務試辦計畫於 2002 年實施後，2006 年將重度以上身心障礙者醫療每點支付金額由最多 1.3 元調增為 1.5 元，及新增中度身心障礙者每點支付金額最多為 1.3 元後，當年重度身心障礙患者巨增，申報件數增加約 447%，另 96 年第 1 季統計顯示，中重度以上申報件數合計較 2006 年各季平均件數成長 54.58%，顯示健保給付已有相當之誘因；而在身心障礙者 16 項類別中，最需要牙科介入照護的智障者、腦性麻痺者、自閉症者、唐氏症者及癲癇者等，其身心障礙者醫療利用比例，可否在給付誘因上得到上昇的結果，仍待觀察。

在上述結構性障礙的影響下，又在收入、語言障礙等因素交互錯綜的影響下，家長經濟及精神負擔加重。因此，身障者延誤治療的情況多及治療的時間相對地延長，加上專業的身心障礙者的牙科醫療團隊缺乏，經常必須轉診到醫學中心之身心障礙者牙科特別門診，接受靜脈鎮定劑或利用麻醉設備來加以治療，如此，造成身心障礙者的就醫障礙。

(六)牙科醫療利用服務網絡仍待擴展

醫療利用主要以尋求醫療照護的頻率及使用醫療服務的過程來作為指標。身心障礙者牙科醫療服務體系，目前制度最大缺點為醫事服務機構多為被動性提供服務，病人常在病情嚴重化後才來就診，才給予醫療或轉診。其次為缺乏預防保健、潔牙教導等工作，一般診所只做簡單醫療，醫學中心專做全身麻醉，較無法從事預防保健的工作。

衛生署過去補助設立北、中、南一所教學醫院成立身心障礙者的牙科門診中心，由於設備與專業人員的不足，服務量與身心障礙者的需求仍有差距，2005-2006年已逐步推展牙科醫療利用服務網絡，未來更應加強該服務網絡之功能。

(七)推動身心障礙者口腔保健的醫療輔助人員不足

鑒於目前身心障礙者所衍生龐大的牙科醫療問題，必須結合預防保健方為根本解決之道；國外文獻指出刷牙及口腔衛生教育方案對於各類型身心障礙者，能增進其口腔衛生和牙齦健康的成效。同時指出特殊教育老師及治療專家，很少被訓練執行口腔衛生教育。實證研究也發現中度或重度智障者，若經訓練鼓勵，其刷牙頻率比輕度智障者還要規律。重度智障者，若是學校或機構相關工作人員，能夠給予足夠的鼓勵、動機及耐心教導，他們可以學會如何刷牙，且規律、認真的執行潔牙，以維護自我的口腔健康。

要有效控制身心障礙者口腔疾病，尚需建置推動符合可行性及可近性的初級預防口腔健康照護系統。此系統除牙醫師的參與外，亦需要不同層級的口腔保健人員參與建構。基於工作時間及人力的成本，預防工作及衛教宣導，在國外大都由口腔專業輔助人員來執行，成效顯著。如美國，比較口腔衛生師的人數及各州人口之比值與口腔健康指標的相關性，發現呈正相關。

為達「預防勝於治療」之目標，且推動身心障礙者口腔預防保健工作，需要投入許多口腔專業輔助人力資源。爰此，有效結合口腔衛生保健人力、牙醫師、社政及教育部門人力，以組成人力資源網絡的方式，做為口腔健康的基層結構，提供社區及機構內身心障礙者的口腔健康營造。

(八)身心障礙者口腔健康之應用科學研究及流行病學調查不足

全國性的口腔保健策略，及相關之應用科學研究及流行病學調查，大都著重於一般人，較忽略特殊族群口腔健康及應用科學之實證研究。因此，須從預防及行為科學進行的研究，如身心障礙者氟化物防齲介入方式、安全性及成效評估、潔牙技巧教導及社區介入等方式進行。另外，身心障礙者口腔健康之應用科學研究及流病調查，則可以了解口腔健康狀況及與危險因子的相關、照護介入模式及其成效，並將研究結果加速轉移於公、私立部門，並於醫療照護的教育或防治推廣的模式運用。

(九)公私部門的夥伴關係仍待加強

衛生署各局處，國民健康局、中央健保局、醫事處及照護處，分別辦理身心障礙者口腔健康預防保健、醫療給付、醫療與人力管理及復健輔具管理。除本署相關部門整合外，並應與跨領域之公、私機關團體建立合作伙伴關係，過去身障社福團體代表身障者向政府、醫院的爭取以補充不足的醫療體制，也居中傳播訊息垂直以及平行的傳遞到每個智障者的照顧者，讓照顧者可以得到這些醫療資訊以適切的照顧智障者，中介機構社會福利團體的媒

合，增加其可近性，提升社會福利團體的權力，可以在過程運行上，發揮督促政府醫療政策與執行角色。(2001，王玉如)

爰此，在衛生、社政及教育相關領域團體建立整合性的合作模式，有效推動身心障礙者口腔醫療及保健照護，以提昇其口腔健康。其他如牙科相關醫療院所可結合預防保健與醫療至特教學校及身心障礙機構提供服務，除教導照護者口腔保健知識、潔牙方式及提供簡單或基本的牙科醫療外，可讓身心障礙者在熟悉的環境中學習潔牙技巧及就醫，得到較完整的口腔健康照護。

貳、計畫目標

一、目標說明

本計畫之執行期間自二00八年一月一日至二0一二年十二月三十一日止，係為期五年之中程計畫。依本中程計畫之規劃，投入足夠的衛生保健醫療資源及人力，預估計畫執行完竣可達到下列目標：

二、目標

- 1、身心障礙7歲兒童混合齒列齲蝕指數由2005年4.60顆，預估2012年可降至4.35顆。
- 2、身心障礙12歲兒童齲蝕指數(DMFT)由2005年3.14顆，預估2012年可降至2.79顆。
- 3、身心障礙者的齲齒填補率由2005年32%，上升到2012年42%
(輕度填補率由47%上升為60%；中度填補率由37%上升為45%；重度及極重度填補率由29%上升為35%)。
- 4、2012年80%身心障礙機構接受過口腔衛生教育指導。
- 5、**強化身心障礙者牙科醫療照護，至2012年建構約12個身心障礙者牙科醫療服務網絡，以提供身心障礙者相關**

醫療服務之基本需求。

6、身心障礙者牙科醫療照護累計服務人次數，至 2012 年達 15,000 人次。

參、現行相關方案之檢討

一、身心障礙者口腔預防保健服務

為瞭解身心障礙者口腔健康狀況，以為預防保健介入措施之參考依據，2003-2005 年國民健康局辦理「台灣身心障礙者之口腔健康狀況調查」；2005 年辦理台灣地區「身心障礙口腔醫療種子醫師培訓專案計畫」，以增進身心障礙相關專業人員之專業知能及牙醫師對身心障礙者診斷及治療能力；2006 年辦理「身心障礙者口腔預防保健服務計畫」，提供 25 家機構 40 場次之口腔預防保健服務，以建置身障者口腔預防保健服務模式；2006 年辦理「身心障礙兒童氟錠防齲計畫」，建立身障兒童氟錠投予安全性模式，以降低其齲齒罹患率。

鑑於身障者的特性，本計畫在促進健康部分(一級預防)，以強化身障者之照顧者之知能及身障者之口腔保健行為為主，並提供機構內的身障兒童特殊之保護(氟化物)之二級預防，並加強在發展遲緩兒之早期接觸口腔照顧的機制。

二、身心障礙者牙科醫療服務

為使身心障礙者能接受完整之口腔醫療，衛生署於 1995 年至 2005 年，以專案方式分別補助 8 家醫院，辦理「身心障礙牙科醫療發展專案」，提供身心障礙者牙科醫療服務；2005 年分別補助 4 家及 2 家醫院辦理「身心障礙牙科醫療計畫」及「身心障礙服務網絡模式試辦計畫」，結合早療、社福、教育及醫療等資源，建置相關資源之聯絡平台，加強各機構照護人員口腔衛生訓練，落實牙醫師之牙科鎮靜訓練，並建立機構間轉介及轉診制度。在縣市網絡建置後，使身心障礙者能得到早

期預防、早期治療(第二段預防)，甚而治療後之個案追蹤管理等完整的醫療照護(第三段預防)。

肆、執行策略及方法

一、強化口腔健康推動體系與建立伙伴關係

(一)整合中央相關部會及與地方單位相關業務

- 1、橫向整合中央相關部會執行身心障礙者口腔保健工作。業務涉及衛生、社政及教育等部門，建立跨部門合作機制。
- 2、橫向結合衛生署相關局處之業務，建立有效分工模式，發展身心障礙者口腔健康先趨計畫及服務模式，並建立服務品質評估，結合健保給付體系，有效利用現有財務資源，提升其口腔照護服務之品質。
- 3、中央主管機關（衛生、教育、社政），應將身心障礙者口腔照護業務，列為對地方機關及身心障礙福利機構業務考核項目。

(二)建立與民間團體之伙伴關係及合作機制

結合牙醫相關醫學會、縣市牙醫師公會、身心障礙福利機構、社福團體、醫護相關領域、家長及其他相關團體等，共同推動身心障礙者口腔健康工作。

二、強化身心障礙者之健康照護人員的教育訓練

- (一)透過教育部之醫學教育委員會建議教育相關體系，將身心障礙口腔健康相關課程，置入醫學、牙醫學、護理等之養成教育的課程中。
- (二)於牙醫師及護理人員執行身心障礙者口腔健康照護之在職教育課程中，增加身心障礙口腔健康及生命管理課程，以提升醫護人員之認知及照護能力；透過「身心障礙牙科醫療服務網絡模式計畫」，提供牙醫師執行身心障礙牙科醫療服務之相關教育訓練。

(三)培訓身心障礙者口腔預防保健人力資源，如衛生所公共衛生護士，亦可充分運用各院校口腔衛生學系培育之人力，指導照護者執行身心障礙者潔牙技巧及口腔保健知識。

三、強化身心障礙者自我口腔照護及其照護者口腔照護知能

(一)加強身心障礙者口腔健康宣導及製作發送宣導教材，以引起身心障礙者、照護者及社會大眾之重視。

照護者及家屬重視身心障礙者之障礙狀況，往往忽略其口腔健康，亦無意願執行身心障礙者正確潔牙之技巧。

- 1、結合公私部門之資源，透過各種管道如宣導資料、家長團體聚會等，宣導身心障礙者口腔健康重要性及潔牙技巧等，以喚起社會大眾的重視。
- 2、透過潔牙成功個案、照護者及機構之現身說法，使照護者及社會大眾瞭解身心障礙者口腔保健重要性。
3. 結合社政單位於發放「身心障礙手冊」時，同時發放身心障礙者口腔健康相關宣導資料，使瞭解其重要性。
4. 針對身心障礙者不同障礙類別，編印生動活潑及生活化之口腔衛生教材及教具。
5. 辦理口腔預防保健推動成果發表會或觀摩，互相分享經驗及學習。

(二) **培訓口腔保健專業志工：結合衛生、社政、勞政等公私部門之資源**，以社區中或身心障礙機構、特教學校等，有志於推動身心障礙者口腔健康照護工作者為對象，分區辦理教育訓練與實務操作，測試通過可獲頒身心障礙者口腔衛生保健專業志工之認證。

四、改善發展遲緩兒童口腔健康狀況

(一)辦理兒童預防保健服務，提供未滿7歲兒童至少5次之口腔篩檢

及衛教，以早期瞭解其口腔健康狀況。

(二)提供 5 歲以下兒童每半年一次及中度以上領有身心障礙手冊之發展遲緩兒童每 3 個月一次牙齒塗氟、口腔檢查及衛生教育服務，以早期預防兒童齲齒、瞭解其口腔健康狀況、並養成良好口腔衛生習慣，及定期接受牙醫師診療習慣。

(三)結合兒童發展聯合評估中心及療育系統之診療作業系統，評估兒童之吞嚥、咀嚼功能及牙齒健康狀況，並提供口腔檢查、治療及衛教，以早期接觸個案，達預防勝於治療之目的。

五、降低身心障礙者之齲齒率及牙周疾病率

(一)強化身心障礙者自我口腔照護及其照護者口腔照護知能：見三。

(二)至身心障礙機構教導口腔保健服務

1、身心障礙者口腔預防保健教材研發。

2、至身心障礙機構教導照護者執行身心障礙者潔牙技巧及口腔保健知識。

3、辦理身心障礙者潔牙服務成果觀摩及成效評估。

(三)氟化物適量使用，以預防齲齒

1、以實證基礎評估各種氟化物(例如氟錠、食鹽加氟及氟漆等)，以評估在台灣身心障礙者實施之可行性及其安全性模式。

2、推動「全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫」，於執行中度以上身心障礙者牙醫醫療服務時，得依其病情至少間隔 90 天，適時給予氟化物防齲處理。

3、加強身心障礙之照顧者對氟化物防齲之認知，以強化身心障礙者氟化物防齲之使用，以降低身心障礙者齲齒率。

六、改善長期照護機構住民口腔健康狀況

結合衛生及社政單位共同推動下列策略：

- 1、建立長期照護機構口腔衛生照護規範，以為機構照護者遵循之依據。
- 2、加強機構照護人員之照護教育訓練，提升機構照護者口腔照護的知識態度及執行技能。
- 3、牙科醫療巡迴車到長期照護機構內，為行動不便者，進行口腔預防保健及洗牙等照護工作。

七、強化身心障礙者牙科醫療照護

(一)辦理身心障礙牙科醫療服務網絡模式計畫

- 1、在健保配套措施支持下，建構涵蓋各縣市之身心障礙者牙科醫療服務網絡，整合其牙醫醫療機構資源，提供口腔預防保健相關措施、身心障礙牙醫醫療服務（參與機構可包含醫院牙科或牙科診所）、建立各網絡身心障礙牙科醫療體系及轉介制度。
- 2、配合各縣市主要身心障礙者牙科醫療服務機構之設立，建置其身心障礙牙醫醫療資源資料庫聯絡平台（包含身心障礙牙醫醫療人力與服務機構、社福、早療、教育等資源及其聯絡窗口）。
- 3、整合區域內醫療機構與早療、社福、教育機構，試辦推動身心障礙牙醫服務網絡，包括內政部推動之「輔導身心障礙福利機構辦理院民口腔保健服務計畫」之身心障礙福利機構。
- 4、鑒於身心障礙牙科醫療專業人力不足，對於牙科醫療費用的加成比率，應有足夠誘因足以鼓勵牙醫師參與提供身心障礙牙科醫療照護。
- 5、於醫療機構內，試辦建置身心障礙者牙科醫療服務獨立環境示範中心，透過無障礙之醫療環境、規劃符合身心障礙者需求之服務內容及就醫動線等設計，並作為訓練身心障礙者牙

科醫療服務相關醫事、服務人員之場所，結合區域內相關資源及醫療服務網絡，以帶動我國身心障礙者牙科醫療服務之發展。

6、鑒於口腔履復費用目前健保不給付，而身心障礙者之家庭社經地位大多較差，社福單位應編列預算補助，以降低身心障礙者之經濟障礙，提升其口腔功能及生活品質。

(二)強化牙科醫療人力資源

1、應制訂牙科教學訓練醫療機構之評鑑制度以提昇牙科之醫療品質。

2、鼓勵牙醫師接受牙科鎮靜之培訓，以建立完整之身心障礙牙科醫療團隊。

(三)身心障礙者牙科醫療總額制度應有足夠誘因，以鼓勵其醫療資源的發展

1、**持續檢討**「全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫」。

2、定期檢討牙科醫療相關健保給付制度，依法定程序與牙醫界協商，以加強服務誘因。

八、加強身心障礙者口腔照護人力資源

(一)研議建立牙科輔助人員教考用制度之可行性。

鼓勵口腔衛生學系所訓練出來之學生至身心障礙機構提供口腔保健服務。

(二)培訓口腔保健專業志工：**見三、強化身心障礙者自我口腔照護及其照護者口腔照護知能之(二)**。

九、評估口腔健康計畫並執行口腔健康策略之科學化實証研究

(一)以實證基礎評估身心障礙者口腔健康公共衛生政策

1、定期建立身心障礙者口腔健康狀況的流行病學資料，以為政策制定之參考依據。

2、對現行身心障礙者牙科醫療服務方案進行分析，提供牙科醫療保健政策的參考。

(二)以實證基礎評估各種氟化物是否適合身心障礙者使用；見五、降低身心障礙者之齲齒率及牙周疾病率之(三)。

十、推動身心障礙者口腔健康國際交流

(一)與世界衛生組織及各國建立身心障礙者照護相關連結網路，以利人員互訪與資訊交流，並邀請身心障礙者口腔照護相關國際重要組織領導人來台訪問。

(二)主辦或協助國內具代表性之牙醫學(口腔衛生)學會、公會辦理身心障礙者口腔健康相關之國際會議，以進行策略或學術交流，分享及吸收經驗，表達我國促進口腔健康之努力與貢獻。

有關各工作之分期執行期程，請見表二甘特圖。

有關各計畫項目預期達成期程見表三。

有關各工作之分工表，請見表四主要工作項目分工表。

伍、資源需求

一、經費來源(含經常門和資本門)及計算基準

本計畫所需經費其計算基準係依未來推廣工作所需，並以目前補助(或捐助)計畫之標準估計。

二、經費需求

2008 年所需經費：199,450 仟元。

2009 年所需經費：240,308 仟元。

2010 年所需經費：240,435 仟元。

2011 年所需經費：240,613 仟元。

2012 年所需經費：241,580 仟元。

陸、預期效果及影響

若本計畫順利執行，可整合政府和社區的資源，建立身心障礙者口腔照護，自策略規劃至評估體系完整的工作架構。從民眾之角度而言，則可大幅增加其口腔自我照護及保健之知識和能力，並提供可用性、可近性之醫療照護，及對醫療照護品質之信心及滿意度，進而降低身心障礙者之齲齒、牙周病及缺牙盛行率等。另一方面，本計畫可提供誘因吸引更多專家投入身心障礙者口腔疾病防治工作，並與國際口腔健康工作接軌。

柒、附則

一、替選方案之分析及評估

替選方案為本署每年執行之身心障礙者口腔健康照護計畫，在目前人力及經費皆嚴重短缺之情形下，只能保守經營目前的業務項目，且對於某些有效降低口腔疾病之初段預防策略無法全力推動。

二、有關機關配合事項

有關機關配合事項，應協調有關內政部（社會福利）、教育部（特殊學生教育）、與國外機構及專家之合作。

表一 身心障礙者口腔健康總目標推估之說明表

總體目標	資料來源	數值說明
身心障礙7歲兒童混合齒列齲蝕指數由2005年4.60顆，預估2012年可降至4.35顆。	2005年台灣身心障礙者口腔健康狀況調查 Baseline：4.60	12歲一般兒童之兒童齲蝕指數（DMFT）由2000年3.31顆，預估2010年可降至2.3顆。0.1顆/一年；身心障礙兒童0.05顆/一年，預估2012年，降到4.35顆為挑戰目標。
身心障礙12歲兒童齲蝕指數（DMFT）由2005年3.14顆，預估2012年可降至2.79顆。	2005年台灣身心障礙者口腔健康狀況調查 Baseline：3.14	12歲一般兒童之兒童齲蝕指數（DMFT）由2000年3.31顆，預估2010年可降至2.3顆。0.1顆/一年；身心障礙兒童0.05顆/一年，預估2012年，降到2.79顆為挑戰目標。
身心障礙者齲齒填補率由2005年32.37%，上升到2012年42.37%。 輕度填補率： 由47%上升為60% 中度填補率： 由37.46%上升為45% 重度及極重度填補率： 由29%上升為35%	2005年台灣身心障礙者口腔健康狀況調查 Baseline：32.37%	18歲一般青年的齲齒填補率，由2000年的56.65%，上升到2010年的75%以上，3%/一年。身心障礙者2%/一年，預估至2012年上升到42.37%之目標。 填補率： 輕度、中度、重度及極重度三者合計填補率為2%/一年 輕度填補率：由47%上升為60%（2.5%/一年） 中度填補率：由37%上升為45%（2%/一年） 重度及極重度填補率：由29%上升為35%（1.5%/一年）

總體目標	資料來源	數值說明
2012 年身心障礙機構 80 %接受口腔衛生教育指導		立案之身障機構 249 家，每年約 40 家機構接受口腔衛生教育指導，預估 2012 年達 80 % 接受口腔衛生教育指導。
強化身心障礙者牙科醫療照護，至 2012 年建構約 12 個身心障礙者牙科醫療服務網絡，以提供身心障礙者相關醫療服務之基本需求。		
身心障礙者牙科醫療照護累計服務人次數，至 2012 年達 15,000 人次		2008 年 2,500 人次 2009 年 5,300 人次 2010 年 8,300 人次 2011 年 11,500 人次 2012 年 15,000 人次

表 二

計畫執行甘特圖

項 目	2008	2009	2010	2011	2012
強化口腔健康推動體系與建立伙伴關係					
整合中央相關部會及與地方單位相關業務					
建立與民間團體之伙伴關係及合作機制					
強化身心障礙者之健康照護人員的教育訓練					
身心障礙口腔健康相關課程，置入醫學、牙醫學、護理等之養成教育的課程中					
透過「身心障礙牙科醫療服務網絡模式計畫」，提供牙醫師執行身心障礙牙科醫療服務之相關教育訓練					
培訓身心障礙者口腔預防保健人力資源，充分運用各院校口腔衛生學系培育之人力，指導照護者執行身心障礙者潔牙技巧及口腔保健知識					
強化身心障礙者自我口腔照護及其照護者口腔照護知能					
加強身心障礙者口腔健康宣導及製作發送宣導教材					
結合衛生、社政、勞政等公私部門之資源，培訓身心障礙者口腔健康之專業志工，教導身心障礙者及其照護者正確潔牙方式					
改善發展遲緩兒童口腔健康狀況					
辦理兒童預防保健服務，提供未滿7歲兒童口腔篩檢及衛教					
提供中度以上之發展遲緩兒童每3個月一次及5歲以下兒童每半年一次牙齒塗氟、口腔檢查及衛教					
結合兒童發展聯合評估中心及療育系統，推動發展遲緩兒童口腔照護					
降低身心障礙者之齲齒率及牙周疾病率					
提供身心障礙機構口腔保健服務					
氟化物適量使用，以預防齲齒					
改善長期照護機構住民口腔健康狀況					
建立長期照護機構口腔衛生照護規範					
加強機構照護人員之照護教育訓練					
牙科醫療巡迴車到長期照護機構內，提供口腔照護					

項 目	2008	2009	2010	2011	2012
強化身心障礙者牙科醫療照護					
辦理身心障礙牙科醫療服務網絡模式計畫					
強化牙科醫療人力資源					
身心障礙者牙科醫療總額制度應有足夠誘因，以鼓勵其醫療資源的發展					
加強身心障礙者口腔照護人力資源					
研議建立牙科輔助人員教考用制度之可行性					
培訓口腔保健專業志工					
評估口腔健康計畫並執行口腔健康策略之科學化實証研究					
以實證基礎評估身心障礙者口腔健康公共衛生政策					
以實證基礎評估各種氟化物是否適合身心障礙者使用					
推動身心障礙者口腔健康國際交流					
與世界衛生組織及各國建立身心障礙者照護相關連結網路					
辦理及補助相關單位辦理口腔健康之國際會議					

表 三

計畫預期達成期程

計畫項目	短程	中程	長程
強化口腔健康推動體系與建立伙伴關係			
整合中央相關部會及與地方單位相關業務	■		
建立與民間團體之伙伴關係及合作機制	■		
強化身心障礙者之健康照護人員的教育訓練			
身心障礙口腔健康相關課程，置入醫學、牙醫學、護理等之養成教育課程中		■	
透過「身心障礙牙科醫療服務網絡模式計畫」，提供牙醫師執行身心障礙牙科醫療服務之相關教育訓練	■		
充分運用各院校口腔衛生學系培育之人力，指導照護者執行身心障礙者潔牙技巧及口腔保健知識		■	
強化身心障礙者自我口腔照護及其照護者口腔照護知能			
加強身心障礙者口腔健康宣導及製作發送宣導教材	■		
結合衛生、社政、勞政等公私部門之資源，培訓身心障礙者口腔健康之專業志工，教導身心障礙者及其照護者正確潔牙方式	■		
改善發展遲緩兒童口腔健康狀況			
辦理兒童預防保健服務，提供未滿 7 歲兒童口腔篩檢及衛教	■		
提供中度以上之發展遲緩兒童每 3 個月一次及 5 歲以下兒童每半年一次牙齒塗氟、口腔檢查及衛教		■	
結合兒童發展聯合評估中心及療育系統，推動發展遲緩兒童口腔照護		■	
降低身心障礙者之齲齒率及牙周疾病率			
提供身心障礙機構口腔保健服務	■		
氟化物適量使用，以預防齲齒		■	
改善長期照護機構住民口腔健康狀況			
建立長期照護機構口腔衛生照護規範		■	
加強機構照護人員之照護教育訓練			■
牙科醫療巡迴車到長期照護機構內，提供口腔照護			■
強化身心障礙者牙科醫療照護			
建置身心障礙牙科醫療服務網絡模式計畫	■		

強化牙科醫療人力資源		■	
身心障礙者牙科醫療總額制度應有足夠誘因，以鼓勵其醫療資源的發展	■		
加強身心障礙者口腔照護人力資源			
研議建立牙科輔助人員教考用制度之可行性			■
培訓口腔保健專業志工		■	
評估口腔健康計畫並執行口腔健康策略之科學化實証研究			
以實證基礎評估身心障礙者口腔健康公共衛生政策		■	
以實證基礎評估各種氟化物是否適合身心障礙者使用			■
推動身心障礙者口腔健康國際交流			
與世界衛生組織及各國建立身心障礙者照護相關連結網路	■		
辦理及補助相關單位辦理口腔健康之國際會議	■		

短程期程：1~2 年

中程期程：3~4 年

長程期程：4~5 年

表 四

主要工作項目分工表

實施內容重點	實施要項	執行策略及方法	主辦單位	協辦單位
一、強化口腔健康推動體系與建立伙伴關係	整合中央相關部會及與地方單位相關業務	1、橫向整合中央相關部會執行身心障礙者口腔保健工作。業務涉及衛生、社政及教育等部門，建立跨部門合作機制。	衛生署（健康局）	內政部 教育部
		2、橫向結合衛生署相關局處之業務，建立有效分工模式，發展身心障礙者口腔健康先趨計畫及服務模式。	衛生署（健康局）	衛生署（醫事處） 衛生署（健保局） 衛生署（照護處）
		3、中央主管機關（衛生、教育、社政），應將身心障礙者口腔照護業務，列為對地方機關及身心障礙福利機構業務考核項目。	衛生署（健康局）	內政部 教育部 縣市主管衛生、教育、社會行政機關
	建立與民間團體之伙伴關係	結合牙醫相關醫學會、縣市牙醫師公會、身心障礙福利機構、社福團體、醫護相關領域、家長及	衛生署（健康局）	衛生署（醫事處） 內政部

		其他相關團體等，共同推動身心障礙者口腔健康工作。		
二、強化身心障礙者之健康照護人員的教育訓練	透過教育體系，將身心障礙口腔健康相關課程，置入醫學、牙醫學、護理等之養成教育的課程中。		教育部 衛生署（醫事處） 衛生署（健康局）	
	牙醫師及護理人員執行身心障礙者口腔健康照護之在職教育課程中，增加身心障礙口腔健康及生命管理課程。		衛生署（醫事處） 衛生署（健康局）	
	培訓身心障礙者口腔預防保健人力資源		衛生署（健康局）	衛生署（醫事處） 衛生署（照護處） 內政部
三、強化身心障礙者自我口腔照護及其照護者口腔照護知能	加強身心障礙者口腔健康宣導及製作發送宣導教材，以引起身心障礙者、照護者	結合公私部門之資源，透過各種管道如宣導資料、家長團體聚會等，宣導身心障礙者口腔健康重要性及潔牙技	衛生署（健康局）	衛生署（醫事處） 衛生署（照護處） 教育部 內政部 縣市主管衛生、教育、社會行政機關

三、強化身心障礙者自我口腔照護及其照護者口腔照護知能	及社會大眾的之重視。	巧等，以喚起社會大眾的重視。		
		結合社政單位於發放「身心障礙手冊」時，同時發放身心障礙者口腔健康相關宣導資料，使瞭解其重要性。	衛生署（健康局） 衛生署（醫事處）	教育部 內政部 縣市主管衛生、教育、社會行政機關
		針對身心障礙者不同障礙類別，編印生動活潑及生活化之口腔衛生教材及教具。	衛生署（健康局）	內政部 教育部 衛生署（醫事處） 縣市主管衛生、教育、社會行政機關
		辦理口腔預防保健推動成果發表會或觀摩，互相分享經驗及學習。	衛生署（健康局）	內政部 教育部 衛生署（醫事處） 縣市主管衛生、教育、社會行政機關
	結合衛生、社政、勞政等公私部門之資源，培訓身心障礙者口腔健康之專業志工，教導身心障礙者及其照護者正確潔牙方式，及早養成潔牙習		衛生署（健康局）	內政部 教育部 縣市主管衛生、教育、社會行政機關

	慣。			
四、改善發展遲緩兒童口腔健康狀況	辦理兒童預防保健服務，提供未滿7歲兒童至少5次之口腔篩檢及衛教		衛生署（健康局）	衛生署（健保局）
	提供中度以上領有身心障礙手冊之發展遲緩兒童至少每3個月一次及5歲以下兒童每半年及牙齒塗氟、口腔檢查及衛生教育服務		衛生署（健康局）	衛生署（健保局） 內政部社會司 內政部兒童局
	結合兒童發展聯合評估中心及療育系統，推動口腔保健		衛生署（健康局） 衛生署（照護處） 內政部兒童局	衛生署（健保局） 內政部社會司
五、降低身心障礙者之齲齒率及牙周疾病率	至身心障礙機構教導口腔保健服務		衛生署（健康局）	衛生署（醫事處） 內政部
	氟化物適量使用，以預防齲齒		衛生署（健康局）	衛生署（健保局）
六、改善長期照護機構住民口腔健康狀況	結合衛生及社政單位共同推動機構		衛生署（健康局） 衛生署（照護處） 內政部	

	照護人員訓練、建立機構照護規範			
七、強化身心障礙者牙科醫療照護	辦理身心障礙牙科醫療服務網絡模式計畫		衛生署（醫事處）	
	強化牙科醫療人力資源		衛生署（醫事處）	
	身心障礙者牙科醫療總額制度應有足夠誘因，以鼓勵其醫療資源的發展		衛生署（健保局）	衛生署（醫事處）
八、加強身心障礙者口腔照護人力資源	研議建立牙科輔助人員教考用制度之可行性		衛生署（醫事處） 衛生署（健康局）	教育部
	培訓口腔保健專業志工		衛生署（健康局）	衛生署（醫事處） 內政部
九、評估口腔健康計畫並執行口腔健康策略之科學化實証研究	以實證基礎評估身心障礙者口腔健康公共衛生政策		衛生署（健康局） 衛生署（醫事處）	
	以實證基礎評估各種氟化物是否適合身心障礙者使用		衛生署（健康局）	
十、推動身心障礙者口腔健	與世界衛生組織及各國		衛生署（健康局） 衛生署（醫事處）	

康國際交流	建立身心障礙者照護相關連結網路			
	主辦或協助辦理身心障礙者口腔健康相關之國際會議		衛生署（健康局） 衛生署（醫事處）	

表五 經費需求表

(單位:仟元)

項 目	2008	2009	2010	2011	2012
強化口腔健康推動體系與建立伙伴關係		1,208	1,260	1,323	1,380
強化身心障礙者之健康照護人員的教育訓練	1,000	2,100	2,100	2,100	2,100
強化身心障礙者自我口腔照護及其照護者口腔照護知能	1,000	3,450	3,450	3,450	3,450
降低身心障礙者之齲齒率及牙周疾病率					
氟化物適量使用，以預防齲齒	1,350	1,350	1,350	1,350	1,350
改善發展遲緩兒童口腔健康狀況					
5歲以下兒童每半年一次之牙齒塗氟、口腔檢查及衛教	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100
結合兒童發展聯合評估中心及療育系統推動口腔保健		4,600	4,600	4,600	4,600
強化身心障礙者牙科醫療照護					
建置身心障礙牙科醫療服務網絡(醫事處編列)	14,000	15,000	15,000	15,000	15,000
全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫(健保局編列)	180,000	207,000	207,000	207,000	207,000
評估口腔健康計畫並執行口腔健康策略之科學化實証研究		3,000	3,000	3,000	3,450
推動身心障礙者口腔健康國際交流		500	575	690	1,150
總 計	199,450	240,308	240,435	240,613	241,580

備註：「全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫」之經費，由健保局及中華民國牙醫師公會全國聯合會會同討論後，送全民健康保險醫療費用協定委員會協商議定。

身心障礙者口腔健康五年計畫經費估算

1. 強化口腔健康推動體系與建立伙伴關係：自 2009 年起 120 萬元、126 萬元、132 萬元、138 萬元。
2. 強化身心障礙者之健康照護人員的教育訓練：2008 年 100 萬元，2009 年起每年 210 萬元。
3. 強化身心障礙者自我口腔照護及其照護者口腔照護知能：2008 年 100 萬元，2009 年起每年 345 萬元。
4. 5 歲以下兒童牙齒塗氟服務：210 萬元
發展遲緩兒童： $7000 \text{ 人} * 30\% * 500 \text{ 元} * 2 \text{ 次} = 2,100,000 \text{ 元}$
5. 身心障礙者氟化物使用：每年 135 萬元
6. 辦理身心障礙牙科醫療服務網絡模式計畫：2008 年 1,400 萬元，2009 年起每年每年 1,500 萬元
7. 身心障礙者牙科醫療總額：2008 年 1 億 8,000 萬元，2009 年起每年 2 億 700 萬元
8. 口腔健康計畫及策略之科學化實証研究：自 2009 年起每年約 300 萬元
9. 身心障礙者口腔健康國際交流：自 2009 年起 50 萬、57 萬、69 萬、115 萬元