



國民口腔健康促進計畫 第二期（111~115年）

行政院 111 年 6 月 15 日院臺衛字第 1110013980 號核定本

中華民國 111 年 6 月 15 日

目 錄

壹、	計畫緣起.....	5
一、	依據.....	6
二、	未來環境預測.....	16
三、	問題評析.....	19
四、	社會參與及政策溝通情形.....	24
貳、	第一期計畫成果及檢討.....	27
一、	第一期計畫目標及重要成果.....	27
二、	第一期計畫檢討.....	28
參、	計畫目標.....	30
一、	目標說明.....	30
二、	達成目標之限制.....	31
三、	績效指標、衡量標準及目標值.....	35
肆、	現行相關政策及方案之檢討.....	37
一、	學齡前兒童牙齒塗氟預防保健服務.....	37
二、	國小學童含氟漱口水防齲計畫.....	39
三、	國小學童恆牙第一大臼齒窩溝封填.....	41
四、	推動食用含氟鹽防齲.....	44
五、	校園口腔健康促進.....	46
六、	牙周病防治.....	49
七、	口腔癌防治.....	50
八、	特殊需求者口腔醫療服務與健康促進.....	53

九、	機構及在宅口腔醫療服務.....	56
十、	編制診治參考指引及民眾注意事項	58
十一、	二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫（牙醫師 PGY）	62
十二、	牙科專科醫師訓練計畫.....	64
十三、	歷年口腔相關調查研究報告.....	66
十四、	口腔相關照護人力.....	69
伍、	執行策略及方法.....	72
一、	主要工作項目.....	72
二、	主協辦機關（單位）	73
三、	執行策略.....	74
四、	執行方法.....	75
五、	分期（年）執行策略.....	85
六、	執行步驟（方法）與分工	87
陸、	期程與資源需求.....	90
一、	計畫期程.....	90
二、	經費來源及計算基準.....	90
三、	經費來源規劃表.....	91
柒、	預期效果及影響.....	99
一、	短程.....	99
二、	中程.....	99
三、	長程.....	100
捌、	財務計畫.....	100

玖、	附則.....	101
一、	替選方案之分析及評估.....	101
二、	風險管理.....	101
三、	風險評量.....	102
四、	相關機關配合事項.....	106

壹、計畫緣起

依口腔健康法第 3 條及第 9 條規定，政府應推行口腔疾病預防保健工作，制定口腔健康危害因子之調查、研究及防制政策，並應編列相關預算為之。根據世界衛生組織（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，且愈來愈多證據顯示，口腔疾病與全身性疾病息息相關。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、缺牙、口腔癌等，成為大多數人們一生中都必须面對的挑戰。

有鑒於此，衛生福利部整合「國小學童含氟漱口水防齲計畫」、「兒童牙齒塗氟保健服務」、「國小學童白齒窩溝封填保健服務」、「二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫（牙醫師 PGY）」、「特殊需求者牙科醫療服務獎勵計畫」等服務與政策，辦理第一期「國民口腔健康促進計畫（民國 106~110 年）」(以下簡稱第一期計畫)，從各生命週期之口腔預防保健促進、進而建置特殊需求者口腔醫療照護量能、提升口腔醫療照護品質與效益、建構國際同步口腔醫學研發量能等策略目標，以落實全人口腔照護。

第一期計畫除持續辦理上述服務與政策外，並委託專業團體完成編撰孕婦、遲緩兒、酸性溶液作業勞工、顛顎障礙症病患、癌症病患、扁平苔癬症病患、牙周病患、牙髓病患、咀嚼吞嚥障礙病患之專業版指引與民眾版照護手冊，俾供牙醫師及民眾參酌，以提升整體口腔識能；另於民國 107 年

10月5日完成「牙醫專科醫師分科及甄審辦法」之修訂與公告10個專科，完善牙科專科醫師制度，輔導及發展各具特色之醫療專長與照護能力。此外，為調查我國牙科醫療環境現況，亦委託專業團體辦理牙醫醫療團隊人力評估，並參考鄰近先進國家，評估我國設立牙醫醫院之可行性。

第一期計畫將於民國110年底結束，為持續因應未來環境變化及滿足國民口腔健康需求，爰規劃111-115年「國民口腔健康促進第二期計畫」（以下稱第二期計畫）之中長程計畫。為使新一期計畫更具挑戰性及周延性，本計畫之前置作業，委請中華民國家庭牙醫學會，邀集衛生福利部長期照顧司、中央健康保險署、國民健康署、社會及家庭署等相關單位、地方衛生局代表及專家學者，召開6次分組會議，蒐集各界意見，並凝聚合作共識，期能延續前期計畫之辦理成效，更以宏觀之視野，研擬下一期推動國民口腔健康之政策、目標、策略、措施並訂定包含過程面與結果面之績效衡量指標，以利未來5年據以推動、檢視績效及滾動式檢討。

一、 依據

（一） 總統政見¹

蔡英文總統於民國109年5月20日就職演說中，宣示「社會安定：醫療健康網、社會安全網，接住每個需要幫助的人」一個更好的國家，

¹ 中央通訊社，蔡英文總統就職演說全文，

<https://www.cna.com.tw/news/firstnews/202005205005.aspx>

政府必須要擔起更多責任，來減輕人民的負擔，減少社會的問題。過去幾年，長照 2.0、幼托照顧、居住正義的問題，一個一個補了起來。未來四年，推動的目標，就是要把這張網，做得更綿密，接住每一個需要幫助的人，盡量不要讓憾事再發生。

在口腔醫療政策目標上共有七大目標，並提出從「齒」開始，照顧臺灣，內容包括²：

1. 周延口腔衛生政策

隨著口腔醫療日新月異及民眾需求多元，口腔健康的服務也隨之擴展，難以用現行規定完全含括。然而，在要求品質提升的同時，不應要求牙醫師無限奉獻，也應該提供相對應之給付。因此，未來政府將首先研議、檢討並訂定牙醫師工作範圍、合理自費項目與價格等，在提升國人口腔健康照護品質的同時，也保障牙醫師的權益。

2. 增加口腔預防保健資源

預防重於治療，自民國105年5月以來，口腔預防保健經費的投入雖比以前多出許多，但仍然不夠。未來會有更多的資源投注在口腔預防保健，包含學童的牙齒塗氟及白齒窩溝封填等，預防保健做得好後續醫療照護需要就會少，所以政府絕對不讓牙醫師無償提供服務。此外針對高

² 蔡英文總統連任辦公室，從齒開始，照顧台灣，牙醫七大政策，

<https://drive.google.com/file/d/1lgfsIJ0MYpHqBXxPwoSbrtdA79PZY1Q2/view>

齡、特定及罕見疾病、全口重建病人等特殊需求者，因為他們所需的口腔照護模式更為複雜，因此前端的口腔預防保健更為重要，也會是未來政策規劃重點。

3. 落實長照政策的參與

臺灣高齡化速度極快，政府現在正積極發展長照服務，而長者、失能者的口腔健康影響到他們營養的攝取及社交的自信心，因此臺灣長照系統一定要強化口腔照顧，牙醫團隊絕不能缺席。目前政府持續規劃精進給付制度，讓提供服務之專業人員獲得合理的待遇。牙醫師公會執行「到宅牙醫醫療服務」多年，很多機構甚至有牙醫師志工輪值提供服務。相信在全國牙醫師的支持下，我們的長照2.0甚至2.0升級版一定會越辦越好。

4. 提高牙醫研究量能

一個專業要能永續發展，必須以創新的研究發展為基礎，口腔病理學是口腔醫學之基石，惟目前醫院臨床現況已出現師資不足問題，所以口腔病理、科研人才的培育均是未來執行重點。而觀察現今學術研究趨勢，跨領域研究絕對比單一領域更能碰撞出新知識，且考量疾病多樣性及科技的進步程度，人才培育一定是以跨領域甚至是多領域為原則，讓牙醫醫療研究突破限制。

5. 偏鄉牙醫人才的投入

偏鄉條件不如都會區，當地居民的生活條件及醫療資源也可能有不足的現象。在未來，我們也會持續透過公費生養成計畫，鼓勵更多年輕牙醫師投入偏鄉，政府也會運用各種機制充分保障這些偏遠牙醫師合理的權益，藉由政策輔導提供誘因（住院醫師訓練津貼補助）吸引牙醫學生投入訓練與服務，並加強其完成訓練之環境，俾利羅致人才並傳承，達到提高補缺科別醫師人力及提升醫療品質之目標。

另外，於偏鄉、離島及醫療資源缺乏地區，欲申請專科醫師訓練機構，得視教學需要，於不同訓練機構間以聯合訓練方式為之，期使以在地服務的精神，提升當地居民的口腔健康與醫療品質。

6. 健康完整的口腔照護體系

現在民眾對於牙齒的健康需求不僅止於以前的補牙，而希望有更全面的口腔照顧。所以評估建置牙醫醫院，期待它可兼具教學、研究與臨床功能，滿足急症、重症與難症患者的需求，提供基層牙醫師後送病患的場域。也會鼓勵國內業者開發更多元、具競爭力之口腔衛生保健輔具、醫療器材，降低牙醫醫療院所經營成本，增進國人健康福祉。當然，更期待它能進行跨國臨床試驗，行銷臺灣高階牙材，拓展國際市場。

7. 促進臺灣口腔國際醫療照護產業發展

從過去的國際參與便可知臺灣有極為優異的醫療軟實力，政府需針

對市場趨勢及商情進行分析、收集醫療政策，將我國醫療培訓課程產業化，透過產業搭橋機制拓展商機，協助臺灣醫事機構與病人轉介業者，建立商業模式，讓有需要的國際人士，均能來臺接受優質的牙科醫療照護。此外，強化人民對安全、高品質與價格合理的MIT精密牙材，與法規制度的瞭解與信心，以達成互利雙贏的目標。

(二) 國內法規(相關條文如附件)

1. 口腔健康法

口腔健康法第三條至第十一條規定，政府應推行口腔疾病預防及保健工作，逐年編列預算，積極辦理有關口腔健康危害因子之防制、口腔健康促進、衛教宣導與預防工作，定期實施口腔檢查並提出國民口腔健康狀況調查及研究之報告。

2. 學校衛生法

學校衛生法第五條及第十一條規定，各級主管機關應遴聘學者、專家、團體及相關機關代表組成學校衛生委員會，提供學校衛生政策、法規興革、健康保健服務之規劃及研發事項等提供諮詢指導意見。此外，學校對罹患視力不良、齲齒及肥胖等學生常見體格缺點或疾病，應加強預防及矯治工作。

3. 身心障礙者權益保障法

身心障礙者權益保障法第十一條、第二十四條及第二十五條規定，

各級政府應至少每五年舉辦身心障礙者之生活狀況、保健醫療、特殊教育等需求評估及服務調查研究，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，並依據各類身心障礙者之人口數及需要，設立或獎助設立醫療復健機構及護理之家，提供醫療復健、輔具服務、日間照護及居家照護等服務。

4. 老人福利法

老人福利法第十六條規定，老人照顧服務應依全人照顧、在地老化、健康促進等原則規劃辦理，並依前項原則，並針對老人需求，提供居家式、社區式或機構式服務。

5. 兒童及少年福利與權益保障法

兒童及少年福利與權益保障法第四條及第五條規定，政府及公私立機構、團體應協助兒童及少年之父母或其他實際照顧者，維護兒童及少年健康，對於需要保護、救助、治療及其他特殊協助之兒童及少年，應提供所需服務及措施。

(三) 國際趨勢

1. 世界衛生組織

世界衛生組織指出「口腔健康為衡量一個人整體健康、福祉和生活品質的關鍵指標」。口腔健康定義為「一種不受慢性口腔和顏面部疼痛、口腔癌、口腔感染和潰瘍、牙周疾病、齲齒、牙

齒脫落或其他疾病和不適所影響」。許多研究發現，口腔疾病和全身健康息息相關，如牙周病與糖尿病具雙向關聯、口內牙齒數目與罹患失智症的風險成反比等。隨著人口結構老化，為減少醫療費用支出，高齡長者的口腔照護已成為各國施政重點。

2021年(民國110年)世界衛生組織對口腔衛生之重點建議如下：

- (1) 口腔健康是2030年(民國119年)全民健康覆蓋的重要議題。
- (2) 逐步減少牙科汞合金的使用。
- (3) 關切口腔衛生不良弱勢族群的健康與經濟負擔。
- (4) 致力口腔癌的預防。
- (5) 注意到口腔衛生不良造成的經濟負擔、影響生活品質及學習與生產力的損失。

為配合世界衛生組織理念，衛生福利部與社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會合作，於民國107年5月22日在瑞士日內瓦舉辦「國際老人牙醫高峰論壇」。共同探討各國面臨之「高齡長者口腔照護」議題，會議由衛生福利部陳時中部長、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會謝尚廷理事長及五位國際級大師共同簽署宣言「Declaration of the International Summit on Geriatric Dentistry for Taiwan's Aging Society」。此宣言之三大重點摘要

如下：

- (1) 良好的口腔照護是健康長壽基本要件。
- (2) 針對各生命週期都應制定適宜之口腔照護策略。
- (3) 牙醫師應與其他領域專業人員共同合作，俾維護銀髮長者的口腔衛生與功能。

未來我們仍應持續努力，從健康識能、人才訓練與培育、醫療體系配置和運用、全民健保制度、社會福利制度等面向，降低口腔健康不平等，讓每個人都擁有良好的口腔健康，達成世界衛生組織所訂定之8020目標（80歲長者擁有20顆牙齒），讓每位銀髮族都可有效咀嚼食物，獲得適切營養。

2. 「臺灣健康宣言」

民國108年衛生福利部再次結合社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會，於5月3日至4日假臺中金典酒店舉辦「108全球口腔健康學術大會（2019 Global Oral Health Conference）」，並以「Total patient care」為主軸，除了與國際級專家學者探討全年齡層的口腔照護議題與未來展望之外，更展現了我國近年口腔醫療照護的優異成果。宣言重點如下：

- (1) 各政府機關及民間協會於制定非傳染性疾病相關之預防與控制政策時，應利用「整體健康與口腔健康融入所有政策」

之方法，並在健康影響評估中全面納入口腔健康的意義與益處。針對各生命週期都應制定適宜之口腔照護策略。

(2) 將口腔健康篩檢、預防及促進等方案納入初級保健服務的規劃與實施，以確保所有民眾皆可得到公平及全面性的口腔健康。

(3) 將口腔健康納入健康促進服務及行動等各種環境中，如：幼兒園、學校、職場、長期照顧機構、軍隊、以及監獄等。

(4) 將口腔健康與整體健康進行整合，專業教育、培訓與研究亦比照整合。

(5) 針對整體健康的立法行動上納入口腔健康，包含：菸草控制、有害酒精使用、營養與肥胖控制、以及全民健康覆蓋（Universal Health Coverage, UHC）等。

(6) 針對不同年齡層中有關公共衛生教育、人才培訓、政策發展、行動以及評價等方面，皆明確強調口腔、全身及社會健康同等重要。

期藉由「臺灣健康宣言」之簽訂及國際間之經驗交流與分享，提升我國口腔健康促進品質，並與國際先進國家之口腔健康政策接軌，進而提供民眾更全面性之口腔醫療照護。

3. 聯合國《身心障礙者權利公約》

聯合國（United Nations）於2006年(民國95年)12月13日正式通過《身心障礙者權利公約》，並於2008年(民國97年)5月3日生效，至今已超過160個國家簽署，是21世紀第一個國際人權公約。

《身心障礙者權利公約》並不是給予身心障礙者「特殊的」權利，而是針對身心障礙者的身心差異，提出讓世界各國促進《世界人權宣言》中普世人權的具體規範與作法。其中關於健康的議題在公約中的第25條有相關規範：

第25條 健康

締約國確認，身心障礙者有權享有可達到之最高健康標準，不因身心障礙而受到歧視。締約國應採取所有適當措施，確保身心障礙者獲得考慮到性別敏感度之健康服務，包括與健康有關之復健服務。締約國尤其應：

- (1) 提供身心障礙者與其他人享有同等範圍、質量與標準之免費或可負擔之健康照護與方案，包括性與生育健康及全民公共衛生方案領域；
- (2) 提供身心障礙者因其特殊需求而特別需要之健康服務，包括提供適當之早期診斷與介入，及提供設計用來極小化與預防進一步障礙發生之服務，包括提供兒童及老年人該等服務；

- (3) 儘可能於身心障礙者最近所在之社區，包括鄉村地區，提供該等健康服務；
- (4) 要求醫事人員，包括於徵得身心障礙者自由意識並知情同意之基礎上，提供身心障礙者與其他人相同品質之照護，其中包括藉由提供培訓與頒布公共及私營健康照護之倫理標準，提高對特殊需求者人權、尊嚴、自主及需求之意識；
- (5) 於提供健康保險與國家法律許可之人壽保險方面，禁止歧視身心障礙者，該等保險應以公平合理之方式提供；
- (6) 防止以身心障礙為由而歧視性地拒絕提供健康照護或健康服務，或拒絕提供食物與液體。

因此，締約國應提供身障者適當之早期診斷、就近社區之健康服務、培訓醫事人員之倫理照護意識、提供不歧視身障者的保險以及避免歧視就醫等。

二、 未來環境預測

(一) 人口結構改變，口腔照護需求面臨挑戰

隨著醫療技術的進步以及社會大眾愈來愈重視健康養生的觀念，人類的平均壽命不斷增加，老年人口的比例亦隨之提升。口腔健康對於高齡者之營養、體能、社會參與影響甚大，進食咀嚼功能是維持基本生活品質所必需。根據國家發展委員會提供的數據資料顯示，臺灣早在民國

82 年即已成為「高齡化社會」，且在民國 107 年 3 月底進入「高齡社會」，並預估將在民國 114 年邁入「超高齡社會」（super-aged society：> 65 歲者佔總人口> 20%）。高齡者的身體器官退化，認知功能也會隨著年齡的增長下降，失智的可能性亦會增加，特殊需求者的數量勢必也隨之攀升。

依內政部統計，民國 110 年 1 月底我國 65 歲(含)以上人口達 380.4 萬人，占總人口比重 16.2%，但已使用了四成的健保醫療費用。另，民國 106 年開始長期照護（2.0 版）已規劃有居家及社區和機構照護醫療網絡，惟國人的口腔疾病盛行率普遍偏高且有嚴重的口腔疾病（如：齲齒、牙周病和口腔癌等）；超高齡社會對健康照護體系的挑戰是醫療保健支出不斷上漲，照護需求的資源仍待布建，因此目前需要擘劃一適合「超高齡社會」需求，且符合效益的口腔健康照護網絡與模式。

（二）病人安全、醫療品質及整合性醫療照護議題關注

隨著病人權益及消費意識高漲，民眾對於口腔醫療服務品質的期待也是日益增高，根據臺北市衛生局的統計數據，臺北市醫療糾紛案最多的科別，前三名分別是內科、整形外科及牙科，其中牙科常見的糾紛原因多為拔牙、根管治療及植牙。為保障病人權益並提升醫療品質，政府應編纂患者注意事項手冊或宣導單張，供民眾參考，增進民眾對疾病及治療方式的認識；另一方面，須及早規劃，讓以牙醫師為核心包括牙體

技術師等其他專業人員的口腔醫療團隊，在專業上精益求精，且彼此能通力合作，提供民眾所需的優質醫療服務。

口腔疾病與非傳染性疾病有許多共同的風險因素，如菸草使用、酒精危害、大量攝入游離糖、個人口腔衛生欠佳等；許多臨床的研究報告顯示，口腔的健康狀況與全身的系統性疾病間，有密切的相關，如：第二型糖尿病、心血管疾病、風濕性關節炎、吸入性肺炎等，主要原因可能和口腔組織的微生物感染以及發炎狀態有關。而許多臨床上之疾病也會影響到口腔的醫療，如：心臟瓣膜疾病、白血病、中風、糖尿病、腫瘤的放射治療、化學治療、及特殊用藥等。因此口腔健康促進、預防和治療戰略，有必要與跨領域之整合性醫療照護系統共同合作，建置垂直分級、水平跨科之整合醫療網絡，納入防治非傳染性疾病的總體政策。

（三）大數據及精準醫療之快速發展

從國民的口腔健康照護來看，雖然在牙醫方面相關的資料與資源已不少，但是仍有許多資訊不夠完整，且未能充分整合，以至於在問題的解決與資源的分配運用上未臻理想，如果能導入新科技，從預防，醫療，長期照護以及特殊需求等不同階段，收集並整合所有牙醫相關的資料庫，透過大數據分析技術，可帶來更精準服務應用。

AI 人工智慧已經是策略性科技發展的重要趨勢，尤其是醫療健康照護的跨域創新整合應用，以目前我國健保覆蓋率及預防保健數據的收集

並聯結口腔與系統性健康數據，可擴大醫療及照顧模式之預測，以此基礎建置後續的口腔照顧服務模式，將其應用至未來國家口腔預防保健政策、監測健康照護與醫療診斷之長期發展、減少醫療浪費、創新應用與發展，提升民眾生活品質。

科技業者、醫師、護理師及照護人員，應共同建構一個友善 AI 應用的生態環境及相關配套措施，運用健保資料庫及其逐步擴充等特性，結合各項口腔保健政策的推行，建構牙醫醫療雲，並利用此大量資訊的串接及就醫追蹤，建立我國口腔健康數據資料庫，完善我國醫療健康照護產業的生態體系，提高精準醫療服務效率及降低社會經濟照護相關成本負擔。

三、 問題評析

(一) 國人口腔健康狀況不佳

根據衛生福利部的調查顯示，我國 5 歲學童齲齒率由民國 100 年的 79.34% 下降至民國 107 年的 65.43%(附表一)，對照 WHO 所訂 10% 的目標，仍有努力的空間。惟我國鄰近國家之 5 歲兒童齲齒盛行率分別為：南韓 62.2%、日本 39.0%、香港 55.4%、新加坡 48.9%、馬來西亞 71.3%，皆高於 WHO 所訂低於 10% 的目標。12 歲學童恆齒齲齒經驗指數由民國 89 年的 3.31 下降至 109 年的 2.01 顆(附表二)，已接近 WHO 所訂 2.0 顆之目標。

另，依據本部民國 108-109 年「6 至 18 歲兒童及青少年口腔健康調查」結果，我國 6 至 18 歲兒童青少年之恆齒齲齒經驗指數(DMFT, Decay, Missing, Filled Tooth)為 2.34 顆，隨者年齡上升而增加，國小學童為 0.84 顆、國中學童為 2.93 顆、高中職及五專學生則為 4.41 顆(附表三、四)。

齲齒、缺牙及牙周疾病現象發生在世界各國成年及老年人身上，嚴重的牙周病會導致齒槽骨流失、牙齒動搖、脫落等，如未適當治療與矯治，將導致缺牙或失去口腔功能，連帶影響生活品質。WHO 在 1982 年提出，具有一般性健康及功能之自然牙(natural teeth)，最少應保留 20 顆。研究證實，若能保有 20 顆以上自然齒數，咀嚼能力會越佳，也越能減低中老年人咀嚼能力的衝擊，如超過 21 顆自然牙，更能攝取多種營養素，口腔內的牙齒在無任何咬合接觸及功能牙齒少於 20 顆且無活動假牙裝置者，在飲食上會有所受限，因此降低生活品質。

歐盟委員會健康暨保障消費者總署(Directorate-General for Health and Consumers)在 2005-2008 年間，對歐盟 27 個會員國 15 歲以上之人士進行口腔健康調查，研究報告顯示，全口自然牙部分，15-24 歲有 98% 保有 20 顆以上自然牙，25-39 歲有 94%，40-54 歲有 79%，55 歲以上有 42%，全口自然牙隨著年齡的增長而減少。

依據衛生福利部調查，台灣成人牙周病盛行率高達 80.48%，相關之調查結果如附表五，目前每年僅有 17.2 萬人次接受牙周病統合治療。

另，依據衛生福利部國民健康署「92-94 年台灣地區成年與老年人口腔健康調查」及衛生福利部「民國 104-105 年度成年與老年人口腔健康調查計畫」之調查顯示，65-74 歲全口無牙率由民國 94 年之 11.5% 下降至民國 105 年為 4.4%，75 歲以上全口無牙率由民國 94 年之 17.4% 下降至民國 105 年之 9.9%(附表六)；10 年期間 18 歲以上國人自然牙顆數平均增加 2 顆，65 歲以上自然牙顆數平均增加 4 顆。

綜上，我國幼兒齲齒率、成人牙周病及高齡者缺牙之嚴重度仍高，顯見國人口腔健康識能不足，幼兒、老人及身障者之「主要照顧者」口腔照護知能不足，且牙痛才就醫導致問題變嚴重，前端自我保健行為不足。

(二) 城鄉及弱勢族群存在健康不平等現象

根據衛生福利部統計，全台有 61.79% 的鄉鎮市區牙醫師的服務人數高於 1:3500，且僅有 5.33% 的牙醫師參與醫療資源不足地區的服務，口腔醫療資源分布仍有明顯的城鄉差異。

根據內政部的最新推估，民國 109 年初我國「失能人口」(the disabled) 已上升到約 66.9 萬人；再加上人口超高齡化趨勢，將更增加高齡者的醫療保健和健康照護在現行長照體系的沉重負擔。衛生福利部自民國 99 年起陸續獎勵醫院開設特殊需求門診，惟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，許多病人候診時間至少 3 星期，且若至醫院就醫，常耗費陪病家屬人力、財力與時間。

具有特定身心障礙的病人，其口腔的治療與照顧比一般人更為複雜，也需要更多的耐心。為因應世界潮流、人口結構變遷，衛生福利部民國 107 年 10 月 5 日通過牙醫專科醫師分科及甄審辦法，增加了家庭牙醫科及特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練，可提供身障者與長者更妥適、更專精之醫療照護。衛生福利部長期照顧諮詢委員會民國 108 年 4 月 2 日第一次工作小組（專業及支持小組、照顧服務小組）聯席會議決議：有關長照專業口腔照護部份，考量執行量能尚未普及，建議先透過小規模之試辦計畫方式進行。爰於民國 109 年 11 月 5 日邀社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)召開研商會議，針對服務對象之收案條件及執行內容研擬試辦計畫。

針對高齡者共病及出院準備應納入口腔醫療照護需求評估，如口腔咀嚼功能評估及進食、吞嚥指導，協助個案如何安全進食及口腔復能與照護等議題，皆為牙醫師可專業協助的部分。惟目前對於出院銜接至居家與社區照顧，仍較缺乏牙醫師角色參與。

(三) 口腔健康照護體系尚待發展

目前的牙醫醫療設施與照顧模式大部分是以基層診所為主，多著重於處理一般牙醫醫療需求，長期以來對於特殊需求者、老人、偏鄉及牙

醫醫療資源缺乏地區、長期照顧制度等需求，僅以全民健保牙醫門診總額，實施在宅牙醫醫療、社區牙醫醫療站、牙醫巡迴醫療等專案計畫因應，尚未有完善的口腔健康照護體系。

完整的口腔健康照護體系應涵蓋預防保健、醫療照護、急性醫療及長期照顧服務，給予持續性、可近性及整合性的照護。為解決口腔健康照護體系欠缺整合的問題，政府應組織牙醫醫療資源，規劃牙醫社區醫療群，並配合牙醫專科醫師制度推動，建立牙醫醫療機構評鑑制度，落實分級及水平轉診，以提升病人安全、醫療品質與人力素質。

（四） 缺乏系統性調查數據及產業研發

口腔健康檢查（oral health examination）依其目的區分，包括：1. 為了特定的個別的病患所進行之口腔疾病的診斷與治療（臨床診治）；2. 針對特定的口腔疾病所進行之致病原因或預後因子的研究探討（學術研究）；3. 為了訂定口腔衛生政策而進行之相關資訊的蒐集（公衛調查與監測）。由於有前述的三大分類，因此在檢查對象的選取、檢查方法的標準化，以及檢查所得資料的分析上，也就有所不同。

政府訂定的口腔保健政策，都必須有實際的調查數據為基礎，並建立「基線資料（baseline data）」，掌握問題的嚴重性及設定合理的階段性目標，並定期監測指標的變化，以回饋到決策體系，對於執行的方法

與目標，持續做必要的修正。惟目前缺乏標準化口腔健康檢查之監測，應積極培訓相關人才並建立資料庫。

另，對於口腔檢查資料收集的準確性與客觀性，雖然已經有學術上的標準化流程，在口腔功能監測上，沒有一套完整的系統，且對於特殊需求者之醫療服務需求，可以再精進。這些重要的議題，應藉由牙醫醫療雲計畫與新科技之導入來改善。

此外，近年牙材創新、升級之幅度、速度遠大於其他醫學領域，口腔健康產業已於生醫園區形成聚落，如何落實高階口腔醫材臨床轉譯，促進上中下游產業升級並帶動地方投資，急需專責單位統整輔導。此外，以台灣牙材品質優良且價格低於歐美，政府應分析商情及市場趨勢，思考如何扶植高階牙材之國家品牌，規劃及推動口腔醫療照護產業之國際發展。

四、 社會參與及政策溝通情形

健康政策的推動，應鼓勵並結合跨單位與民間的資源，共同參與，並透過各種管道進行水平及垂直的政策溝通。口腔癌的防治為目前成人口腔預防保健參與人數最多的公衛政策，二年一次的高風險個案篩檢，追蹤的人數可達 74 萬人，並同步進行民眾菸、檳防制教育，以精準化陽性個案管理等精進作為；惟「生活習慣病」的行為改善，需要整體生態環境的介入措施。目前國民健康署推動的保健雲計畫，鼓勵民眾進行

慢性病篩檢與健康促進，可將早期發現和早期治療而節省的醫療費用，透過獎勵回饋予參與者，同時連結社區基層之各類整合型醫療照護計畫，對於改變民眾前端預防的行為，成效可期。

因應銀髮海嘯的到來，現行的健保雲系統如能導入對於高齡患者之口腔健康照護篩檢，建立從登記、通知、篩檢、轉介確保品質及成效評價改善的系統性管理，並綜整現有口腔疾病，將篩檢結果與健保中高齡患者的疾病管理相銜接，可增強公衛與醫療的連結，落實早期預防的效果。

另發展中的長照雲「長照服務資源地圖」，如能納入口腔照護資源及服務，對於出院轉銜、延緩失能的跨域照護，可獲得更好的連結。

第一期國民口腔健康促進計畫對於國人全生命週期的口腔照護，已有相當基礎及規劃，一般民眾及醫護人員亦逐漸重視口腔健康早期預防，未來擴大民間參與及政策溝通，提升資料收集的完整性以及準確度，整合預防保健、學校衛生、職場健康、醫療及長照，運用數據資源建構牙醫雲，促進更有效的口腔整合照護模式，是未來努力的方向。

我國口腔健康法於民國 92 年 5 月公布後，衛生福利部即依法成立「口腔醫學委員會」，依其組織要點設置委員 17-19 人，其中 1 人為主任委員，遴聘政府機關代表、牙醫師公會代表、口腔醫學專家代表、其他專家學者、社會公正人士等擔任，其任務包括：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、口腔健康研究與發展之審議等。

另，為促進牙醫專科醫師制度發展，精進牙醫專科醫師訓練品質，本部於民國 107 年設「牙醫專科醫師訓練計畫認定會」，置委員十五人，其中一人為主任委員，一人為副主任委員，遴聘牙醫學教育訓練專家學者、法學專家及社會賢達公正人士擔任，其任務包括：牙醫專科醫師訓練制度及訓練計畫內容原則研擬、訓練規劃、準則擬定、程序審議、執行情況之評估。

貳、第一期計畫成果及檢討

一、第一期計畫目標及重要成果

(一) 目標一：推動各生命週期之口腔保健促進

1. 5歲幼童齲齒盛行率由(2011)79.34%下降至(2018)65.43%。
2. 12歲兒童齲齒盛行率由(2012)70.60%下降至(2020)63.1%。
3. 65歲以上老人全口無牙率由(2009)15.2%下降至(2016)6.4%。

(二) 目標二：建置身心障者口腔醫療照護量能

1. 獎勵醫院開設身心障者口腔醫療照護門診計 30 家，每週開設特殊需求門診計超過 130 診以上。
2. 每年接受身心障礙者訓練之牙醫師人數(含公費培育)，達 480 名。

(三) 提升口腔醫療照護之品質與效益

1. 訂定診治參考指引及民眾注意事項，達 21 項。
2. 累計完成牙醫師 PGY 訓練人數達 4275 人。
3. 增加專科醫師證書，達 3 類。
4. 建立 19 縣市牙醫急診醫療資源。
5. 110 年完成我國第一家牙醫醫院設立。

(四) 建構國際同步口腔醫學研發量能

1. 實證研究及政策成果被採納為政策，達 4 項。
2. 舉辦 2 場全球口腔健康國際學術研討會。

3. 與口腔醫學專業團體深化國際交流，達4項。

二、 第一期計畫檢討

(一) 民眾口腔健康識能仍不足

1. 齲齒風險因子之社會環境因素持續存在。
2. 幼兒、老人及身障者之「主要照顧者」口腔照護推動不足。
3. 牙痛才就醫導致問題變嚴重，前端自我保健行為不足。

(二) 醫療資源分布有明顯的城鄉差異

1. 全台有61.79%的鄉鎮市區牙醫師的服務人口數高於1:3500。
2. 僅有5.33%的牙醫師參與醫療資源不足地區的服務。

(三) 經費預算負擔重

1. 兒童塗氟費用每年約超支3億元。
2. 國小學童白齒窩溝封填費用每年約超支4千萬元。
3. 政策規劃聚焦於一般兒童，於成年人、老人及特殊族群著墨較少。

(四) 口腔照護團隊功能角色整合再強化

1. 醫院牙科臨床專科及教研規模待評估。
2. 牙醫分級醫療及轉診效能待強化。
3. 稀缺科別(口病、特需)人才缺乏。

問題重點	現況	對應策略
國人口腔健康狀況不佳	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 5 歲兒童乳齒齲齒率(%) 65.43% 高於 WHO 所訂 10% 以下目標。 ➤ 12 歲兒童恆牙齲蝕指數(DMFT) 2.01 顆略高於 WHO 所訂少於 2 顆之目標，且相較於全球平均值 1.67 顆為高。 ➤ 台灣成人牙周病盛行率高達 80.48%。 	推動各個生命週期口腔健康
健康不平等	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 醫療資源分布有明顯的城鄉差異。 ➤ 特殊需求者的就醫可近性低。 ➤ 機構照顧服務員的口腔照護觀念薄弱。 ➤ 出院銜接，缺乏口腔醫療照護的參與。 ➤ 缺乏口腔醫療服務產業之輔導及獎勵 	提升口腔照護服務輸送及資源布建
口腔健康照護體系發展面臨問題	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 醫院牙科臨床專科及教研規模待評估。 ➤ 牙醫分級醫療及轉診效能待強化。 ➤ 稀缺科別(口病、特需)人才缺乏。 ➤ 醫師人力及國外牙醫人才供需待調整。 	強化口腔醫療照護分級與品質
缺乏系統性調查數據及產業研發	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 缺乏國人口腔健康監測指標。 ➤ 缺乏本土之「口腔健康風險評估」。 ➤ 口腔醫療科技及機構品質指標之收集。 ➤ 國際趨勢及產業研發分析及收集應用。 	精準監測及研究發展

參、計畫目標

一、目標說明

因應人口結構老化及疾病型態的多樣性，提升國民生活品質，爰規劃國民口腔健康促進第二期計畫。本計畫持續以「落實均等全人口腔照護」為願景，目標「推動各生命週期口腔健康」、「提升口腔照護服務輸送及資源布建」、「強化口腔醫療照護分級與品質」及「精準監測及研究發展」，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，計畫下分為 15 個方案策略，包含：

(一) 推動各生命週期口腔健康

1. 規劃及推動口腔健康認知
2. 推廣預防保健及氟化物使用
3. 提升高齡者口腔機能促進

(二) 提升口腔照護服務輸送及資源布建

1. 提升特殊需求者口腔醫療品質及服務量能
2. 規劃長照口腔多元照顧服務網絡計畫
3. 推動整合型口腔健康促進計畫
4. 布建區域牙醫及口腔衛生人力資源

(三) 強化口腔醫療照護分級與品質

1. 提升口腔醫事機構品質評鑑及輔導
2. 牙醫醫療事故預防及爭議處理
3. 布建牙醫急診及社區醫療群健康服務方案
4. 發展牙醫專科醫師及照護人力培育計畫

(四) 精準監測及研究發展

1. 建立國人口腔監測指標
2. 規劃及推動口腔醫學調查研究
3. 產業及新興科技研發
4. 規劃及推動口腔醫衛國際交流

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職掌機關主要為衛生福利部口腔健康司、醫事司、長期照顧司、國民健康署、社會及家庭署、教育部、勞動部及原住民族委員會等，業務涵蓋範圍包含口腔健康政策之規劃、推動及相關法規之研訂、口腔醫療服務體系、專業人力及醫療科技之規劃、發展與管理。口腔醫療品質與病人安全之督導與管理、其他有關口腔健康事項及老人假牙補助計畫等，依據服務對象及內涵，目前分屬不同部會及

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) 牙科醫療團隊之分工不明

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，參考世界各國的制度及經驗，完整體系所具備之專業人力，至少應包括：牙醫師、牙體技術師、護理師、放射師、藥師、口腔衛生人員、牙科助理、長期照顧人員等。若欲建立完善之口腔健康體系，應需將口腔衛生人員、牙科助理等相關人員均予以明確定位，完備人才之訓、用制度。

(三) 口腔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、設立牙醫醫院 1 家，並於民國 110 年 3 月 26 日公告牙醫醫院評鑑基準及評量項目，惟過去採用西醫醫院評鑑及等級區分模式，仍與牙醫醫院性質上有所差異。

因應我國口腔醫療機構資源現況並參考國際趨勢，將積極輔導牙醫醫院以建立口腔實證醫學量能、收治嚴重、特殊案例並以國際醫療合作為主，推動高科技研發及人體試驗（如：細胞治療、醫學工程及特殊醫材），精進牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫及牙醫專科醫師訓練體制，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

世界衛生組織(WHO)在民國 87 年表示,健康識能(Health Literacy)是一種認知和社會技能,用來決定其動機與能力,以理解及使用資訊,來促進和維持良好健康的方式。近十年來,健康識能應用於醫療照護和公共衛生領域中,許多歐美國家已將健康識能訂為未來健康照護政策的主要指標之一,以促使民眾增進健康行為、提升醫療服務的利用、降低醫療成本等。健康識能的技能包含:對話與討論,閱讀健康相關資訊,看懂圖表,做出參與研究的決定,使用醫療工具為個人或家庭進行健康照護,或對健康與環境議題進行投票。

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檢查,而不知健康口腔的維持,至少應包括:定期健檢與治療、良好衛生與飲食習慣等自我照護的付出。

參考日本由政府提撥預算推動 8020 及健康 21 的活動,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。

我國對於全生命週期的口腔衛生教育,僅著重於在學時期,應強化國人自我口腔照護的能力與責任,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，並提供國人口腔疾病、功能維護，全生命週期的口腔醫療照護，共同實踐提升國民整體健康的目標。

(五) 口腔照顧尚非長照體系重點業務

隨著人口結構老化，居家、社區及機構照護的需求勢必增加。惟我國長照機構的照顧並未將口腔衛生的照護納入其主要的重點業務，機構評鑑也未能重視住民之口腔衛生與咀嚼功能，以滿足高齡者進食與營養的需求，進而延緩失能並提高國人長照生活品質，未來將積極結合長照人力及資源投注於口腔衛生照顧與功能維護之服務。

三、 績效指標、衡量標準及目標值

績效指標	衡量基準	年度目標值					
		110年 現況值	111年	112年	113年	114年	115年
5歲兒童齲齒盛行率	受檢之5歲幼童罹患齲齒人數/5歲幼童受檢人數*100%	65	65	65	55	55	55
降低12歲學童恆牙齲齒指數(DMFT)	每人恆齒之齲齒、缺牙、已填補之總數量/調查總人數	2.01	2.01	2.01	2.01	1.67	1.67
65歲以上人口平均自然齒數(顆)	每人自然齒數之總數量/調查總人數	18.6	20	20	20	20	20
13歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率(%)	13歲以上執行全口牙結石清除人數/13歲以上就醫人數	76	77	78	79	80	81
提升50歲以上民眾牙醫就醫率(%)	牙醫門診50歲以上就醫人數/50歲以上年中人口數	42	44	46	48	50	52
牙周病統合治療方案後之追蹤治療率(%)	牙周病統合治療第三階段支付(91023C)執行人數往後追蹤一年接受牙周病支持性治療(91018C)之執行人數/牙周病統合治療第三階段支付91023C執行人數*100%	60	62	64	66	68	70

註：1. 「5歲兒童齲齒盛行率」及「12歲學童恆牙齲齒指數(DMFT)」依據口腔健康法並配合國際趨勢所進行之常規性計畫，每6年調查一次。

2. 本期計畫已規劃建立國人口腔監測資訊系統及視覺化分析數據，可補充服務執行策略目標，並滾動式調整。

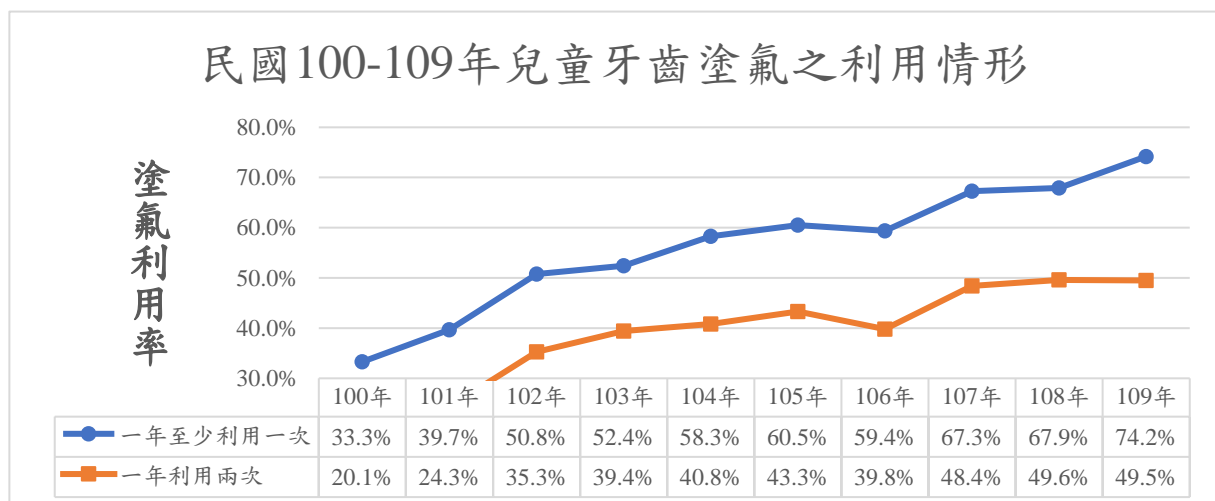
績效指標	衡量基準	年度目標值					
		110年 現況值	111年	112年	113年	114年	115年
縣市輔導住宿型機構口腔照護涵蓋率(%)	輔導口腔照護之住宿型機構數/縣市住宿型機構數*100%	0	20	40	60	80	100
全國每周開設特殊需求特別門診診次(診次)	全國每周開設特別門診診次總和	135	145	160	175	190	205
部定特需牙科專科醫師執業縣市數 (每縣市至少4人，離島至少2人)	縣市數	0	6	10	13	17	20
出院準備常規納入口腔醫療需求評估之醫院家數	醫院家數	0	5	9	15	22	30
醫院牙科部成立口腔癌全人照護團隊數	累計成立團隊數目	0	5	9	12	15	18
擔任國際口腔醫學團體領導幹部人數	擔任理事、理事長、會長、執行長等人數	2	3	4	4	4	5
輔導牙醫醫事機構參與國際醫療認證家數	牙醫診所獲得認證之累計家數	0	3	8	13	18	23

肆、現行相關政策及方案之檢討

一、學齡前兒童牙齒塗氟預防保健服務

民國 93 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 歲以下兒童每年二次可至健保特約醫療院所接受服務。雖然一般認為專業使用之塗氟防齲方法，並不適合作為全面之公共衛生計畫，但是如果在低含氟地區且齲齒盛行率偏高又有足夠的牙醫人力時，是可行的。因此，在醫療可近性高、兒童齲齒盛行率高、又未有全面飲水加氟等措施之臺灣，塗氟服務為可行且合適之防齲公共衛生措施。

為了讓 5 歲以下兒童能充分使用一年兩次預防保健服務，提升塗氟利用率，衛生福利部與社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會於民國 101 年開始推動「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，且成果豐碩，顯著地提升了塗氟服務的利用率，至民國 109 年時 0~6 歲孩童整體覆蓋率達七成以上（圖一）



圖一、民國100-109年兒童牙齒塗氟之利用情形

據本部民國 109 年資料顯示，塗氟執行率雖已逐年上升，但 3 歲以下及部分未就讀幼兒園之兒童之塗氟執行率仍然偏低，男、女性別並無顯著差異（表一）。

表一、民國 109 年兒童牙齒塗氟服務利用人數 - 性別及年齡別列表

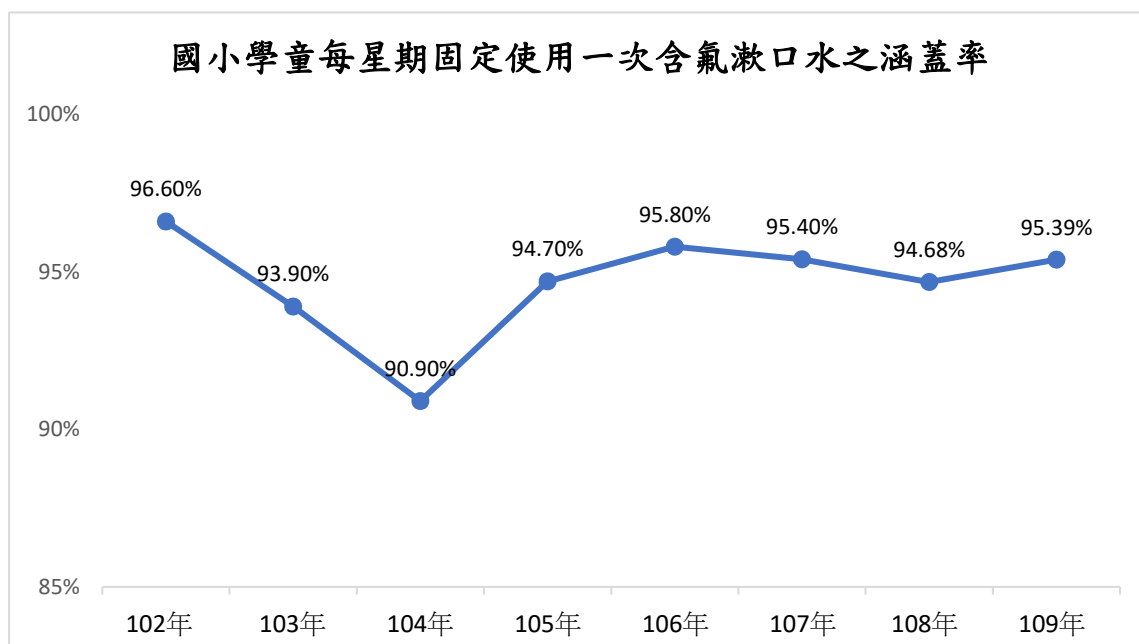
性別	合計	0~1 歲	1~2 歲	2~3 歲	3~4 歲	4~5 歲	5~6 歲
女	409,037	13,182	53,572	64,379	83,688	96,552	97,664
男	437,402	16,206	57,268	67,594	88,886	103,284	104,164
塗氟率	74%	19%	62%	72%	87%	95%	94%

依民國 109 年各縣市兒童牙齒塗氟服務利用率(如附表七)顯示，在執行的縣市別中，有半數的縣市塗氟率大於六成，其中六都以臺南市及新北市較高，達 93% 及 76%，非六都中以嘉義市及苗栗縣達 102% 及 93% 更為突出，顯示並未因醫療資源密集度高，而有更高的服務利用率，仍有其他因素值得探討。

未來應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。另外亦應依據委託研究結果，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。持續與醫院、診所、衛生所（或健康服務中心）、托育（嬰）中心等合作，辦理一般大眾口腔健康促進衛生教育，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

民國 81 至 86 年，中華民國兒童牙科醫學會協同地區牙醫師公會，在當時行政院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 漱口水，有 33.5% 的齲齒預防效果。民國 86 年開始，行政院衛生署委託中華民國牙醫師公會全國聯合會開始展開校園含氟漱口水推廣計畫，初期先行試辦 2 年大約有 5 萬名學童參加。在民國 88 年時開始正式推廣，初期有 45 萬名學童參加，至民國 90 年增加至 181 萬學童納入，到了民國 91 年全國 196 萬名學童全面參加此計畫，估計每人每年花費僅需新台幣 17~18 元。截至目前，每年全國國小學童皆在家長同意後參與本計畫(如圖二)。



圖二、民國102至109年台灣國小學童每星期固定使用一次含氟漱口水之涵蓋率

依據民國 89 年行政院衛生署「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活動的學生，其齲齒盛行率為未參加者 85.89%，參加一年（二學期）者 85.95%，參加二年（四學期）者 83.48%，參加三年（六學期）者 68.99%，相較於未參加者，減少 16.9%，結論顯示含氟漱口計畫與齲齒之減少呈現有意義之差別，但是要參加超過六學期才有顯著差異。而行政院衛生署民國 94 至 95 年委託高雄醫學大學進行「台灣地區兒童及青少年口腔狀況調查」，發現在學校每週使用一次含氟漱口水的學童，其齲齒率 48.75%，相較於不清楚或沒使用的 55.76%，減少 12.5%。

氟化鈉加入漱口水的概念由 Bibby et al. (1946) 開啟，從此含氟漱口水被運用在預防齲齒領域上。學校含氟漱口水計畫 (school-based fluoride mouth-rinsing program) 是目前世界各國廣為採用的齲齒防治計畫。日本使用含氟漱口水人數截至 2012 年(民國 101 年)約有 89 萬人，其計畫實施對象為從幼稚園至國中學童。日本曾在 2003 年(民國 92)對全國幼稚園及國小學校做 DMFT 指數的調查，報告指出，實施之含氟漱口水 DMFT 指數為 0.86，未實施之 DMFT 指數高達 1.65。亞洲地區除日本外，南韓及越南等國家也將含氟漱口水作為國小學齡兒童口腔保健之防齲措施，惟各國實施區域及涵蓋學童人口有所不同，以越南為例，其為部分使用而非全面涵蓋，涵蓋率達 45%之國民小學；依據南韓 2013 年

(民國 102 年)資料，含氟漱口水實施於 22,726 所學校，1,316,144 人參與。

學校含氟漱口水計畫具有下列的優點，值得推廣：

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

統計 2020 年全國共 2,657 所國小辦理含氟漱口水計畫，發放 21 萬 9,652 瓶漱口水。

三、 國小學童恆牙第一大白齒窩溝封填

前述於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防制。然而牙齒的咬合面非常容易發生齲齒，佔所有齲齒樣態之 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。

為改善弱勢族群口腔保健，衛生福利部於民國 99 年度公告補助「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 1-2 年級學童提供白齒窩溝封填服務。民國 101 年度，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 1-2 年級學童恆白齒窩溝封填服務。為使本項服務普及，讓更多學童受惠，改善口腔健康狀況，衛生福利部自民國 103 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。根據調查，目前國內窩溝封填之存留率明顯偏低，可能原因包含：窩溝封填之治療技術較高、無定期看牙習慣、乳牙已有齲齒發生等。

本計畫之服務對象如下(近年執行成果如表二、三)：

- (一) 一般國小學童，國小 1、2 年級學童（施作年齡：72 個月 ≤（就醫年月-出生年月） ≤ 108 個月）：補助其恆牙第一大白齒 400 元/顆（計 4 顆為限）及施作後第 6 個月、12 個月的評估檢查費用 100 元/次（共計 2 次）。
- (二) 特殊需求者、山地原住民鄉及離島地區國小學童（施作年齡介於 72 個月 ≤（就醫年月-出生年月） ≤ 108 個月者）：補助其恆牙第一大白齒 470 元/顆（計 4 顆為限）及施作後第 6 個月、12 個月的評估檢查費用 100 元/次（共計 2 次）。

未來應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，也應加強服務提供者（牙醫師）的專業再教育，提高服務之品質，民國 109 年計有 952 名牙醫師、護理人員及教師等參與相關教育訓練課程。另一方面，與牙醫師公會及相關醫學會合作，鼓勵更多的牙醫師提供本項服務，提供可近性之服務。此外，後續也需要進一步的研究，以瞭解本計畫對於降低學童齲齒率之成效。

表二、民國 104-109 年國小學童白齒窩溝封填執行費用

年度(民國)	104 年	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年
編列數 (千元)	94,080	94,080	94,080	99,700	99,685	99,408
實際執行數 (千元)	91,127	128,729	124,427	133,695	163,716	171,097

表三、民國 104-109 年國小學童白齒窩溝封填執行成果

年度(民國)	104 年	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	
服務人數	79,617	115,324	113,825	126,244	145,656	154,374	
施作	一般兒童	70,172	95,478	91,729	105,063	121,381	126,226
	特需身分	2,576	2,440	2,444	2,595	2,779	2,946
評估	第一次	6,814	13,500	14,804	14,187	16,870	19,528
	第二次	55	3,906	4,848	4,399	4,626	5,674
6-8 歲人口數	601,104	564,035	565,562	607,442	635,812	648,040	
窩溝封填利用率	12.10%	17.36%	16.65%	17.72%	19.53%	19.93%	

四、 推動食用含氟鹽防齲

民國 61 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，實驗組相較對照組齲齒率降低 44%、整體齲齒經驗指數降低 66%，但經各方意見廣泛討論之後，覺得自來水加氟的爭議性較大，因而停止該項實驗計畫。

氟化物是目前世界衛生組織(WHO)公認最安全及有效的預防蛀牙措施，民國 96 年即建議各國優先考慮實施系統性加氟計畫(包括食鹽或飲水加氟)預防蛀牙。民國 102 年衛生福利部組改成立後，心理及口腔健康司自民國 103 年 1 月起，開始著手規劃食鹽加氟政策，參考瑞士、德、法等國在食鹽添加氟化物之方法，在衛生福利部、專業團體以及產業界三方攜手合作下，加氟食鹽已於民國 105 年 10 月 21 日正式問世！讓民眾自由選擇購買，期望能降低齲齒發生率，促進國人口腔健康。

- (一) 含氟食鹽是指在食鹽中添加氟化鈉或氟化鉀讓食鹽中含有一定比例的氟化物。
- (二) 世界衛生組織(WHO)建議添加200-250 mg/kg，可有效降低齲齒發生。
- (三) 使用方法與一般食鹽相同，添加於食物中(世界衛生組織建議成人每人每天食鹽攝取量為6克)。

(四) 全球使用含氟食鹽的人口約有2億5仟萬人以上，國家如下所示：

瑞士、德國加氟食鹽市佔率70%以上；法國、哥倫比亞、牙買加、

墨西哥使用含氟食鹽發現可降低50-70%齲齒的發生。

衛生福利部於民國 105 年 6 月 15 日公告訂定「包裝食用鹽品之氟標示規定」，並於同年 6 月 29 日公告修正「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，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。目前國內已有台鹽公司推出含氟鹽產品。

食鹽加氟實施要點如下：

- (一) 食品添加物使用範圍及限量暨規格標準相關法規之修訂。
- (二) 評估各地區水源含氟量及了解國人飲食與氟化物暴露之情形。
- (三) 建立尿液氟化物監測系統及調查各年齡層之齲齒發生情況。
- (四) 評估食鹽加氟製程及推廣策動能力作為成本考量。

透過衛生福利部積極宣導與推廣，含氟鹽之使用於 105 年至 109 年有逐年上升之趨勢(如表四)。

表四、民國 105 至 109 年氟碘鹽銷售情況

年度(民國)	105 年 10-12 月	106 年	107 年	108 年	109 年
數量(罐)	11,256	49,426	74,592	92,372	90,144
每月平均銷量	3,752	4,119	6,216	7,698	7,512

五、 校園口腔健康促進

齲齒是全世界最普遍的兒童常見慢性疾病(Wendell et al., 2010)，齲齒的發生深深地影響口腔健康狀況，而口腔健康又為全身健康之一環，學齡兒童口腔健康攸關其學習、生活品質與身心發展，因此世界各先進國家對學童齲齒預防均十分重視。學齡兒童每天在校活動時間長，且受到師長與同儕之影響不亞於父母親；又因學童集中於學校，衛生保健與照護措施施行時相對便利與節省時間，為適合進行衛生教育與健康促進之場域，尤其是學童口腔衛生與齲齒預防。臺灣由於地理位置、種族與文化差異存在著口腔健康不均等現象，因此學校口腔保健支持對弱勢兒童更顯重要。

WHO 在 1995 年(民國 84 年)開始積極推動健康促進學校計畫，將健康促進學校定位為「一所學校能持續的增強它的能力，成為一個有益於生活、學習與工作的健康場所」；民國 93 年，教育部與當時的衛生署(衛生福利部)合作共同推動健康促進學校計畫，建立地方輔導的網路系統，進行資源整合，另外，在民國 99-100 年啟動了二代健康促進學校機制，以實證引導健康促進學校政策，同年國民健康署推動健康促進學校認證系統，建制健康促進學校認證指標及認證流程，民國 101 年開始啟動國際認證，接軌國際。另教育部依據學校衛生法第 19 條規定，「學校應加強辦理健康促進及建立健康生活行為等活動」，鼓勵學校全面評

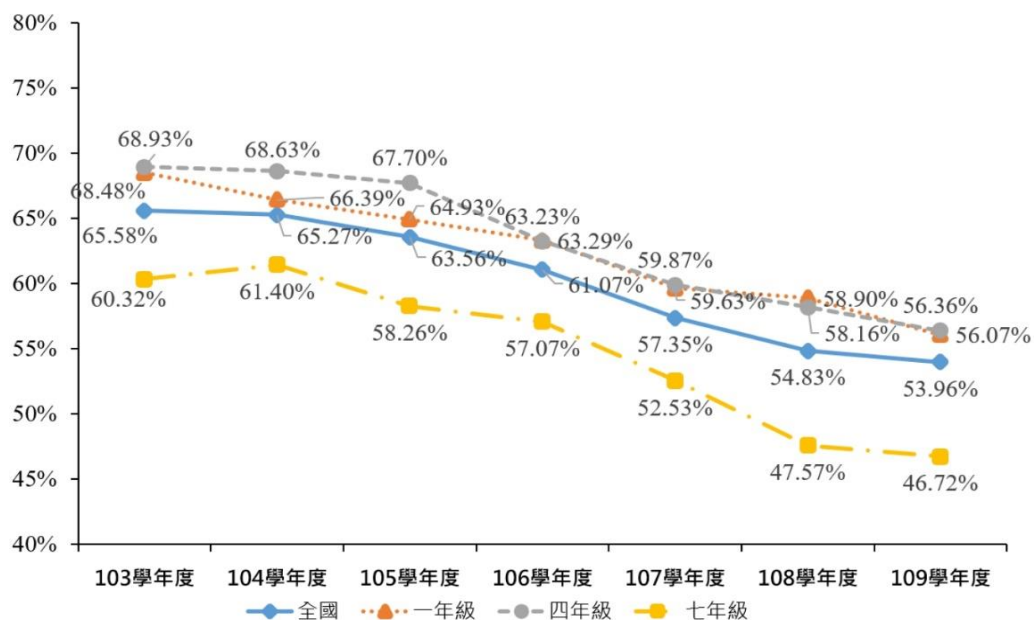
估教職員工生健康需求，引導其自發及自主性進行健康管理，補助各縣市政府及教育部國教署所屬之高級中等學校辦理健康促進學校相關活動，藉由校園環境之配合，共同營造健康校園。

在健康促進學校推廣的同時，教育部自民國 96 年執行「學(幼)童口腔衛生保健實施計畫」，開始對學齡兒童進行口腔保健推廣工作至今，主要目標為國民健康署所訂定民國 99 年 12 歲兒童 DMFT index 之數值低於 2.3 顆，與學童每天潔牙次數可達 2.5 次。計畫執行內容融入醫學實證，以「塗氟填溝有保障、潔牙少糖好口腔」為主要推動主軸，並將學童預防齲齒最佳方法：專業口腔保護(氟漆與第一大臼齒窩溝封填)及預防保健行為(正確潔牙與含糖飲食控制)觀念融入計畫宣導重點；主要工作項目為全面推動校園含氟牙膏(含氟量 1000ppm 以上)搭配午餐後潔牙政策，確保校園潔牙相關資源充足，並提升師生口腔保健知能。

依教育部國教署學生健康資訊系統資料顯示，近 7 年全國學童平均齲齒率（103~109 學年度齲齒盛行率）逐年降低，以七年級（國一）下降趨勢較多，推測國小階段校園口腔保健工作之落實有其一定之影響；惟一年級齲齒率仍達 56.07%，下降之趨勢幅度較小，學齡前兒童口腔保健推廣將納入未來重點推動工作。

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會自民國 100 年起辦理牙醫師培訓課程，每年約 130 位牙醫師參與，民國 101 年起納入學校護理師

及教師共同參與。近三年共計培訓牙醫師 1,047 人次，學校護理師及教師 1,429 人次(如表五)。共同成為校內學童口腔保健促進的推手。



表五、近三年校園口腔保健相關課程培訓對象、場次及人次

年度 (民國)	牙醫師		學校護理師/教師	
	場次	人次	場次	人次
106年	5	391	11	686
107年	4	397	11	686
108年	6	359	9	57
合計	15	1,047	31	1,429

綜整校園口腔健康促進政策的建議：

- (一) 學校對於口腔保健之重視程度落差太大，且有城鄉差異情形。
- (二) 除牙醫師人力外，可增加口腔衛生人員一起到校服務，由牙醫師專責口腔檢查、齲齒矯治、特殊個案之專業諮詢與齲齒預防處置，

口腔衛生人員則負責衛教及預防保健指導，並訂定行政及實質的獎勵機制。

六、 牙周病防治

根據衛生福利部統計資料，發現臺灣中老年人牙周狀況的改善仍有待加強，各年齡層以罹患牙結石的比例最高，而牙齦流血、牙菌斑堆積的現象亦很常見，顯示牙周保健的知識和態度尚須加強。

本部於民國 107 年編印牙周病口腔保健照護手冊(含診治參考指引及健康照護手冊)，提供民眾相關保健知識，及專業人員診治指引。

目前健保給付 13 歲以上每半年作一次全口牙結石清除，以維持牙周健康，根據統計，107 年健保牙科就醫率約 49.5%，其中 13 歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率達 75.9%，108 年為 76.2%，109 年為 76.1%。

另，自民國 99 年起於全民健保給付增列「牙周病統合性治療」項目，目的是希望透過牙周病治療、配合完整的口腔衛生教育指導，降低國人牙周病盛行率。「牙周病統合性治療」分三階段給付，第一階段為基本治療；第二階段為手術治療(必要時)；第三階段則為支持性治療。根據社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會的研究也發現，接受牙周病統合性治療的病人，較一般牙周病治療的病人，有著較少的牙周病重新治療、根管治療、手術性治療及拔牙。並對整體的牙周病防治方向提出幾點建議：

- (一) 加強口腔保健知識之宣導，使患者對牙周病治療需求的動機增強，以落實牙周病診治與防治工作。
- (二) 基層牙醫照護系統之建立，首重定期檢查，與病人保持雙向溝通，並時時提醒正確的潔牙方法和定期清除牙結石。
- (三) 建立一套完整的口腔衛生保健計畫，並訂定明確目標，除了增加健保對牙周病治療的項目與提高給付外，並鼓勵基層牙醫師整合社區各有關單位和資源推廣正確的口腔衛生知識及健康的生活概念。

七、 口腔癌防治

根據衛生福利部公布民國 107 年癌症十大死因，口腔癌仍為我國男性癌症發生率和死亡率排名第四名，民國 106 年新增人數超過七千人，且有約二千七百人死於口腔癌，平均死亡年齡為 54 歲，較其他癌症早 10 年以上，患者有年輕化的現象。臺灣地區口腔癌以頰黏膜癌與舌癌佔多數，雖然可以用手術切除、化學治療、放射治療，或是合併三種方法中任二種或三種合併治療，但在臺灣，五年存活率仍很低，大約只有 50%。口腔癌可由白斑或是紅斑等癌前病變轉變而來，口腔癌在癌前病變階段，若可以早期診斷出來，加以治療，可以進一步防止轉變為口腔癌。

依實證顯示，每 2 年 1 次口腔黏膜檢查可降低有嚼檳榔及吸菸習慣之男性 26% 口腔癌死亡率。我國從民國 93 年起開始推動口腔黏膜檢查，

並自民國 99 年起全面擴大執行 30 歲以上有嚼檳榔或吸菸民眾納入檢查，民國 102 年 6 月起嚼檳榔之原住民可提前自 18 歲起接受篩檢。衛生福利部國民健康署民國 109 年共完成口腔癌篩檢 45.4 萬人次，發現 3,270 名癌前病變及 1,095 名癌症罹患者。另，依據衛生福利部國民健康署分析民國 103 至 107 年醫院申報口腔癌(不含口咽及下咽)不同期別之 5 年存活率，0 期之 5 年相對存活率為 89.7%，4 期之 5 年相對存活率為 40.8%。

臺灣是全世界唯一針對口腔癌高風險個案（吸菸族和檳榔族）長期提供全國性、有組織性之篩檢的國家。根據衛生福利部國民健康署的實證研究，目前之總篩檢率為 55.1%。有參加篩檢族群相較於未參加篩檢族群之口腔癌死亡相對危險為 0.53（95%信賴區間 0.51-0.56）。於考量自我選擇性偏差後相應的相對危險為 0.74（95%信賴區間 0.72-0.77）。篩檢族群與未篩檢族群相比，晚期口腔癌的比率相對危險為 0.62（95%信賴區間 0.59-0.64），在自我選擇偏差調整後增加至 0.79（95%信賴區間 0.76-0.82），統計上均具有顯著意義。研究證實並支持在口腔癌發病率高的地區針對高風險族群中以口腔目視篩檢是有效預防口腔癌的策略。

口腔癌的發生通常是循序漸進的，先有癌前病變症狀，例如：口內有紅斑、白斑、黏膜纖維化、久未癒合的潰瘍、腫塊、不明出血等，若

不及早就醫治療，將來就有可能演變成口腔癌。口腔癌影響的不只是患者本身的健康，除了生理（顏面受損、治療後的疼痛及不適感），心理方面亦受影響（外觀受損、無法繼續工作致使無經濟來源等）。

目前肺癌、乳癌等西醫相關癌症，因歐美民眾發生率及盛行率高，故歐美先進藥廠均已投資研發，產製出多種標靶藥品及相關精準照護模式，供臨床醫師診治選擇使用。如肺癌病人，醫院可先檢測其癌症組織基因序列，經比對後，擇已上市之合適標靶藥物，部分藥物甚至健保可給付。反觀口腔癌，逾 70% 病例藉由外科切除，或輔以放射治療及化學治療。目前健保給付之口腔癌標靶藥物僅 1 種，醫院不需檢測其癌症組織基因序列，惟只給付 1 次療程，主要原因係口腔癌標靶藥物發展較不成熟。

考量渠等病人多屬經濟支柱，罹癌後影響家庭、社會功能。惟目前無適當有效處置照護及後續復健模式。因此，本部預計針對口腔癌照護進行前瞻性規畫：基因資料庫(含分析系統)、高效能雲端儲存空間之建置、相關資料庫之整合、網站測試、專業人員教育訓練、扶植基因定序及雲端運算運用於醫療領域之廠商、輔導技術轉移等。

由於口腔癌在西方國家之發生率及盛行率均不高，故目前歐美尖端藥廠均未將口腔癌當作重點發展標的，藉由以上國家級資料庫之建議，

將可協助本土藥廠開發口腔癌標靶藥品，尚可發展更為精準之篩檢工具或方法，以期照顧高風險族群及罹癌病人。

另長久以來，我們常發現，有些人不太注意口腔清潔卻很少罹患齲齒、牙周病，未來本部預計擴大前述資料庫之收集範圍，收集渠等病人之唾液、口腔黏膜、口腔菌叢，並進行基因定序與分析，藉以研發漱口水或牙膏等保健用品，以期提升國人口腔保健效益。總之，利用基因檢測，執行精準醫療，利用大數據發展大健康產業。

八、特殊需求者口腔醫療服務與健康促進

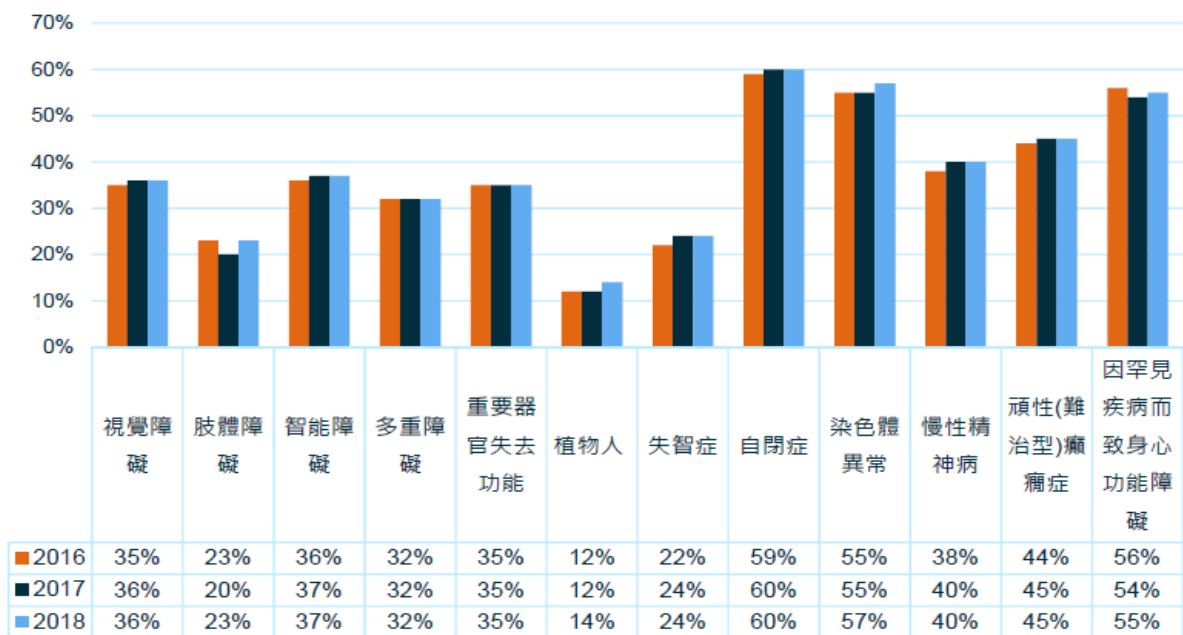
依據衛生福利部所公布之資料統計，我國身心障礙人數由民國 88 年底之 64 萬 8,852 人至民國 109 底已達 119 萬 7,979 人，佔總人口 5.08%，20 年間，人數已增加了 84.7%，且呈現穩定成長趨勢；又民國 105 年至 107 年間，各障礙類別之健保牙科就醫率約為 35%，遠低於一般民眾的 48%。身心障礙者之口腔醫療需求有逐年提升的趨勢(如圖三)，其不同障礙程度就醫服務利用情形(如附表八)，因屬於醫療高風險族群，其牙科醫療的處置常需要進行全身麻醉或鎮靜麻醉，並加上行為的溝通和輔助醫療，才能順利的完成複雜的診療程序。因此，布建身心障礙者無障礙之牙科醫療服務，建立核心醫院及基層醫療間的轉診機制、強化社福機構口腔健康照護，並落實牙醫師及相關照護人員的培訓，一直都是衛生福利部與牙醫界共同努力的方向；同時為了避免標籤化身心障礙

族群，衛福部亦參考國際相關趨勢，將上述計畫之所有服務對象統稱為「特殊需求者」(Special need)。

衛生福利部自民國 94 年起開始推動「身心障礙牙科醫療服務網絡模式」、民國 97 年辦理「身心障礙口腔健康五年計畫」與「身心障礙牙科醫療服務-示範中心試辦計畫」，民國 100 年起逐漸由臺大、部立雙和、臺中中山醫大、成大、高醫、宜蘭陽大、花蓮門諾等 7 家示範中心擴展至一般醫院，至今全國有 31 家醫院加入這項服務計畫(如附表九)；開設特殊需求者牙科特別門診、對特殊需求者或其照護者進行口腔衛教、對於接受麻醉個案進行追蹤管理、與鄰近醫療院所合作轉診、培訓特殊需求者醫療照護團隊、訪視身心障礙福利機構等，透過整合型照護團隊，來改善特殊需求者牙科的就醫環境。根據統計，目前每週所開設之特殊需求門診達 200 診已以上，從 2015 年迄今，已培訓 684 名專業牙醫師與 1,635 位醫護人員，服務逾 24 萬人 7,000 次以上；另外，健保署自民國 91 年開辦「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」，並分別自民國 103 及 104 年納入發展遲緩兒及失能老人為特殊醫療服務對象，至今全國已有 1,518 家醫療院所，其中包含 129 家醫院，1,389 家診所，共 3,348 位牙醫師參與計畫。

為不斷精進特殊需求者牙科醫療服務及品質，民國 106 年起本部陸續編製「高齡者及特殊需求者口腔機能促進保健手冊」、「到宅牙醫醫療

標準作業手冊」、「咀嚼吞嚥障礙評估訓練及宣導計畫健康照護手冊」、「發展遲緩兒童口腔照護手冊」等文宣及影片，提供牙醫師、病人、機構及照護者實務應用。後續將加強提供難、罕、重、急之特殊需求者牙科醫療服務，並協同各縣（市）積極輔導轄區醫療機構，鼓勵開設身心障礙者牙科門診，共同發展結合社福、教育及醫療體系資源的網絡服務模式；今（民國 110）年的外展服務已擴及老人福利機構、長照機構等，提供口腔衛教與檢查，未來將陸續完善特殊需求者口腔醫療網絡體系。



圖三、民國 105-107 年我國特殊需求者健保「牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」補助障別之牙科門診就醫率

九、 機構及在宅口腔醫療服務

- (一) 長期臥床特殊需求及失能者，罹患牙齒疾病需就醫診療時，常需勞師動眾造成家屬沉重負擔，也容易因忽略口腔衛生，影響身體機能與健康。本部自民國 91 年起推動「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，提供特定身心障礙者牙醫服務，服務對象包括：腦性麻痺及重度以上肢體障礙、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙（或同時具備二種及二種以上障礙類別者）、頑固性（難治型）癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、重度以上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙（須為新制評鑑為第 1、4、5、6、7 類者）、發展遲緩兒童、失能老人（非屬上述身心障礙者）等身心障礙者。民國 110 年服務對象增加「腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者」。
- (二) 透過前揭計畫的執行，提供身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、本部所屬老人福利機構（或經本部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構），或本部擇定之一般護理之家等單位，其內部須設置固定牙科診間和醫療設備器材（含診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品等），

得由至少 2 位以上符合本項計畫資格之醫師組成醫療團，定期至機構內提供服務。

(三) 到宅牙醫服務之收案對象條件限居住於住家（不含照護機構）且需符合下列條件之一者：

1. 全民健康保險居家醫療照護整合計畫之居家醫療、重度居家醫療及安寧療護階段之病人。
2. 出院準備及追蹤管理費（02025B）申報病人，且有明確之牙醫醫療需求。
3. 特定身心障礙病人，清醒時 50% 以上活動限制在床上或椅子上。
4. 「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，清醒時 50% 以上活動限制在床上或椅子上。
5. 到宅牙醫服務依病人清醒時之活動程度，診療項目包括牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務。並訂有出院病人居家醫療照護需求評估，或每案每年一次到宅之訪視。

(四) 為因應我國高齡化所導致失能人口增加的長期照顧需求，民國 104 年起牙醫醫療服務擴大範圍至「衛生福利部所屬老人福利機

構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)」，衛生福利部社會及家庭署為提升老人口腔健康和照護，於民國 104 年起編列公益彩券回饋金補助機構設置牙科設備，至民國 109 年設置完成共 26 家機構，涵蓋 14 縣市。

- (五) 自民國 100 年起至今，牙醫巡迴及到宅醫療服務內容歷經多次修改，包含簡化申請流程、修訂支付方式、提高計畫誘因，並放寬執行醫師資格，執行之醫師與院所持續增加當中，相關執行成果如後(附表十、十一)。

十、 編制診治參考指引及民眾注意事項

- (一) 在國小學童含氟漱口水計畫及編印相關宣導產品的部分，每年委託社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會辦理國小學童含氟漱口水計畫，並發放相關宣導品至各國小，例如：海報（刷牙方式、使用牙線、氟化物防齲、食物特性等）、衛教貼紙（食鹽加氟、善用氟化物等）及宣導影片（有中文、英文、原住民族語）。
- (二) 為協助臨床工作者及病患針對具體的臨床情況做決策的參考依據，隨著國人教育水準提升，牙科治療項目及方法日新月異、以及醫病關係的改變，為提供醫師診治依據及強化民眾就醫資訊，衛生福利部自民國104年起，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。

(三) 歷年來編印民眾及醫護版之各項口腔照護參考指引：

1. 民國104年委託高雄醫學大學辦理口腔健康整合行銷計畫，拍攝刷牙歌、7大主題短片及海報。
2. 民國104年委託中國醫藥大學編印孕婦及親子-孕婦口腔保健手冊。
3. 民國104年委託臺北醫學大學編印老年人及慢性病-老年人及慢性病患者之口腔照護手冊、口腔診療教材及短片30分鐘（含65歲以上老人、糖尿病患者、心血管疾病患者口腔疾病及保健注意事項）。
4. 民國104年委託家庭牙醫學會編印顎顏面重建手術病人口腔照護手冊（病患版及專業版）及衛教單張。
5. 民國105年委託臺北醫學大學編印護牙者聯盟手冊及海報（家長版及兒童版）。
6. 民國105年委託高雄醫學大學編印特殊需求口腔健康保健手冊（特殊需求者版及照護者版）。
7. 民國105年委託高雄醫學大學編印人類免疫缺乏病毒感染患者口腔保健照護手冊。
8. 民國105年委託三軍總醫院編印酸性溶液之勞工口腔保健預防手冊。
9. 民國105年補助社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會編製牙

科感染管制指引手冊及注意事項。

10. 民國105年補助社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會編印植牙治療注意事項。
11. 民國106年委託雙和醫院編印長期照護患者口腔功能復健手冊（病患照護版及醫療工作實務版）。
12. 民國106年委託雙和醫院編印發展遲緩兒童口腔照護工作手冊、單張、影片及保健護照。
13. 民國106年委託臺北醫學大學拍攝4支影片（食鹽加氟、植牙部分、特殊需求牙科門診、到宅牙醫醫療）。
14. 民國106年補助中山醫學大學附設醫院編印在宅醫療-口腔到宅醫療標準作業手冊。
15. 民國106年委託口腔病理學會編印扁平苔癬-口腔扁平苔癬症口腔保健手冊（民眾版及專業版）及單張。
16. 民國106年委託高雄醫學大學編印癌症病人-癌症病患口腔健康照護指引（病人版及專業版）。
17. 民國106年委託陽明大學編印顛顎障礙診治參考指引及健康照護手冊。
18. 民國107年委託陽明大學編印咀嚼吞嚥障礙手冊（臨床診治參考指引及健康照護手冊）及短片（醫事人員10分鐘及病患版5分鐘）

19. 民國107年委託臺北醫學大學編印牙周病口腔保健照護手冊（診治參考指引及健康照護手冊）。
20. 民國107年委託中國醫藥大學編印牙髓病口腔保健照護手冊（診治參考指引及健康照護手冊）及食鹽加氟衛教單張。
21. 民國108年委託臺北醫學大學編印齒顎矯正治療照護手冊（診治參考指引及健康照護手冊）。
22. 民國108年委託牙醫社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會編印牙齒美白治療照護手冊（診治參考指引及健康照護手冊）。
23. 民國109年委託高雄醫學大學編印「高齡者及特殊需求者口腔機能促進保健手冊」。
24. 民國109年委託太乙媒體事業有限公司編印「兒童牙齒塗氟保健服務社區巡迴服務」標準作業程序之宣導影片、海報及衛教單張；6歲以下學齡前兒童之潔牙保健宣導影片、海報及衛教單張；含氟食鹽政策宣導單張。

（四）食鹽加氟推廣之擴大宣導：

1. 捷運交通：民國106年10月至11月於臺北捷運、高雄捷運車廂內佈置衛教宣導橫幅廣告，觸及人次預估總計6,260萬人次/月。民國107年10月至11月於臺北捷運、高雄捷運車廂內佈置衛教宣導橫幅廣告，觸及人次預估總計7,093萬人次/月。

2. 有線電視節目配合：於東森超視-媽媽好神節目中討論牙齒保健、食鹽加氟相關主題宣導，並於民國108年8月6日及8月7日播出。
 3. 廣電媒體：民國106年11月於民視親子頻道組合刊播30秒衛教宣導廣告，收視率12.88-14.05%（Nielsen收視率統計資料）。民國107年10月於好事聯播網刊播30秒衛教宣導廣告。
- (五) 後續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，編製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。

十一、 二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫（牙醫師PGY）

為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能力，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，於民國 99 年 7 月 1 日開始執行「二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫」，迄民國 110 年 6 月，累積受訓人數已有 4,360 人。

本部補助教學醫院辦理「二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫」教學費用並委託相關單位辦理訓練品質管考事宜，包括：執行本計畫所有申請、審查、及資料維護等作業、執行訓練機構實地訪查及追蹤輔導、評核機構執行狀況、辦理師資培育研習課程、舉辦說明會及座談會、召集牙醫教育相關專家學者組成專案小組等。

為強化牙醫師於不同層級醫療機構之學習，本計畫提供單一訓練機構、聯合訓練群組及多元聯合訓練群組等訓練模式，提供畢業後牙醫師接受醫院或診所等不同屬性機構訓練機會，以滿足醫療臨床現況之需求，並於民國 110 年增加特殊需求者口腔醫學科訓練之選修項目(表六)。

本計畫辦理以來，至 109 年，已有 399 家訓練機構執行本計畫。除增加訓練機構數，為管理訓練品質，亦每年召開專家會議，就訓練機構品質提升及查核方式進行討論及滾動式修正。

經統計近年受訓人數(如表七)，依牙醫專科醫師分科及甄審辦法第 3 條規定，牙醫師於接受牙醫專科醫師訓練前，應完成二年畢業後綜合臨床醫學訓練（即一般醫學訓練）。

表六、民國 110 年牙醫師 PGY 訓練課程項目如下：

項目	基本訓練項目	必修訓練項目	選修訓練項目
時間	50 小時	18 個月	6 個月
訓練項目	1. 醫學倫理、法律與醫療爭議 2. 實證醫學 3. 感染控制 4. 急救訓練 (ALS) 5. 醫療品質、病人安全及口腔醫務管理 6. 病歷寫作 7. 衛生政策 8. 健康保險、健保事務及轉診處理 9. 口腔病理診斷	1. 一般牙科全人治療訓練 2. 社區牙醫訓練 3. 口腔顎面外科及牙科急症處理訓練	1. 口腔顎面外科訓練 2. 牙髓病訓練 3. 牙周病訓練 4. 補綴訓練/膺復牙科訓練 5. 兒童牙科訓練 6. 齒顎矯正訓練 7. 牙體復形訓練 8. 口腔病理訓練 9. 一般牙科精進訓練/家庭牙醫訓練 10. 特殊需求者口腔醫學科訓練

表七、歷年核定家數及受訓人數

計畫期別	核定數/申請數(%)	執行數/核定數(%)	執行機構(家數(%))		收訓人數		已追蹤/已訪查(家次)
第一期 99年	287/442 (64.93%)	158/287 (55.1%)	教學醫院	61 (21.3)	389	529	54
			醫院	5 (1.7)	10		
			診所	92 (32.1)	130		
第二期 101年	290/292 (99.32%)	244/290 (84.1%)	教學醫院	65 (22.4)	750	1,165	65
			醫院	7 (2.4)	19		
			診所	172 (59.3)	396		
第三期 103年	374/406 (92.12%)	292/374 (78.1%)	教學醫院	68 (18.2)	859	1,469	77
			醫院	6 (1.6)	20		
			診所	218 (58.3)	590		
第四期 105年	431/462 (93.29%)	336/431 (78.0%)	教學醫院	76 (17.6)	945	1,616	111
			醫院	7 (1.6)	23		
			診所	253 (58.7)	648		
第五期 107年	507/532 (95.30%)	410/507 (80.9%)	教學醫院	73 (14.4)	1,009	1,786	127
			醫院	10 (2.0)	31		
			診所	327 (64.5)	746		
第六期 109年	541/563 (96.09%)	399/541 (73.8%)	教學醫院	73 (13.5)	763	1,403	121
			醫院	9 (1.7)	20		
			診所	317 (58.6)	620		

十二、牙科專科醫師訓練計畫

牙醫專科醫師制度自民國 88 年起通過口腔顎面外科，陸續於民國 90 年及 98 年分別開辦口腔病理科及齒顎矯正科 2 項專科。本部因應人口結構、口腔疾病型態及醫療服務模式改變，於民國 106 年 11 月 30 日修正發布「專科醫師分科及甄審辦法」，將牙醫師之專科分科自原有 3 科增列為 10 科，以鼓勵牙醫師接受專業訓練。

專科醫師制度主要目的係醫師專長之認定，訓練牙醫師在特殊範疇更專精之必要制度，透過各專科之研究與發展促進該領域之知識及技術，

以提升牙醫醫療品質。世界先進國家在口腔醫學的範疇中均設有專科制度，其差異性相較如下：美國 9 大專科中，與國內相同專科計有 7 科：牙髓病科、口腔與顎面外科、口腔病理科、牙齒矯正科、兒童牙科、牙周病科、膺復補綴牙科等。與國內專科不同計有 2 科：口腔公衛科及口腔與顎面放射科，無家庭牙科、牙體復形科及特殊需求者口腔醫學科。另有些歐洲國家有 14 個牙科專科，除上述所有專科外，也將口腔藥理學科和公共衛生預防科列入。

鑒於牙醫專科制度日趨成熟，本部於民國 107 年 10 月 5 日發布「牙醫專科醫師分科及甄審辦法」，後續應訂定相對應的標準與規範，作為辦理牙醫專科訓練、甄審及證書管理之原則及辦法。並陸續於民國 109 年通過兒童牙科專科、民國 110 年通過牙髓病科專科，尚有 5 個牙醫專科（牙周病科、特殊需求者口腔醫學科及家庭牙醫科、膺復補綴牙科與牙體復形科）刻正進行審查程序。

截至民國 110 年底，完成牙醫專科醫師訓練人數為 1,635 人（如表八），後續每年通過牙醫專科醫師訓練人數將以 5-10% 成長。

表八、開辦年度截至民國 110 年領照之牙醫師專科醫師人數

年度(民國)	口腔顎面外科		口腔病理科		齒顎矯正科		兒童牙科	
	醫院家數	訓練容量	醫院家數	訓練容量	醫院家數	訓練容量	醫院家數	訓練容量
106	21	44	9	10	18	49	-	-
107	25	46	9	11	19	47	-	-
108	23	46	9	11	19	49	-	-
109	24	46	8	10	20	51	-	-
110	24	46	7	10	20	51	17	67
截至 110 年 6 月領證人數	440		80		760		355	

另為與國際接軌，本部預計與國際知名專業或教育團體合作，規劃在台灣所訓練的專科學員，亦可取得國外專科醫師應考資格，甚至進一步培育具國際專科醫師甄審資格之考官，以彰顯台灣的影響力與軟實力。

十三、 歷年口腔相關調查研究報告

國人的口腔健康狀況不佳，在各個不同年齡層均有不同的口腔健康問題。在學齡前幼童的口腔健康狀況部分，衛生福利部民國 106-107 年「6 歲以下兒童口腔健康調查」結果中發現我國整體學齡前兒童的齲齒率為 46.93%，平均齲齒顆數為 2.31 顆。且在調查中也發現，主要照顧者對學齡前兒童口腔預防保健服務的認知狀況仍不夠普遍，約 75% 知道有全額補助 6 歲以下兒童半年塗氟 1 次；只有 35% 主要照顧者知道本部補助國小一年級兒童恆牙第一大臼齒窩溝封填，且主要照顧者對兒童潔

牙的自我效能不足，有約 70% 主要照顧者會認為協助兒童進行潔牙是困難的事。

根據國民健康署的調查顯示，接近五成 13 到 15 歲的青少年，每天會飲用一杯以上的含糖飲料。不良的飲食方式，再加上沒有餐後立即潔牙的習慣，容易導致齲齒的發生。

根據衛生福利部民國 104-105 年「成年與老年人口腔健康調查」結果顯示，18 歲到 34 歲之口腔問題多在齲齒、35 歲到 49 歲多需填補牙齒、50 歲到 64 歲牙周病問題嚴重、65 歲以上則是缺牙多。其中，50 歲到 64 歲的牙周病罹病風險是 18 歲到 34 歲的 6.7 倍，是牙周病好發率最高的年齡層，分析是因口腔問題長期累積所致；且約有 47% 牙周病問題嚴重，卻自認為沒有口臭、或不自覺有牙周病而忽略就醫，對照國人歷年就醫比率僅為 50% (附表十二、十三)，顯然民眾的口腔衛教觀念仍有待加強。

本部於民國 106 年委託台北醫學大學進行長照個案口腔照護先驅研究計畫，並提供政策建議盤點對於長照個案未提供口腔照護服務，且醫療及照顧人力均尚缺乏。並利用全民健康保險資料庫分析長照個案牙科就診情形，民國 91 年至 102 年就診人數，65 歲以上老人就醫人數共有 3.5%；50 歲以上失智症患者就醫人數共有 4.5%；55 歲以上平地原住民

就醫人數共有 3.5%；身心障礙者就醫人數共有 4.7%。可知牙科就診人數比例不高，因此長照個案未能得到完善口腔照護與治療。建議如下：

- (一) 增加照顧服務員培訓口腔照護技巧訓練，各類醫事人員 LEVEL I~III 課程納入口腔照護專業課程。
- (二) 檢討長照個案出院轉銜機制，納入牙科評估及後續轉介居家口腔照護服務需求項目。
- (三) 研擬修訂照顧組合表，建立口腔照護支付項目及額度，內容概括口腔清潔、吞嚥照護、口腔機能促進、進食與咀嚼咬合、口腔機能照護、口腔咀嚼復能照護等項目。並結合社區口腔整合照護計畫，解決我國失能者日常口腔照護問題，以落實全人均健及在地老化之最終目標。

而 65 歲以上牙齒逐漸脫落，自然牙齒平均僅剩 18.61 顆，較完整牙齒數的 28 顆（不含智齒）約少了十顆。與日本「8020 運動」³所設定的目標，在 80 歲時可保有 20 顆自然牙齒，以維持基本的口腔健康與生活品質的目標，甚至是最新為了順利在 80 歲時，能保有 20 顆自然牙而更精進調整的「6024 運動」³，希望在 60 歲時還能保有 24 顆自然牙的目標上，我們還有非常大的努力空間。

³日本厚生勞動省網站(https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/b6.html#A63)

日本政府為推廣口腔保健，陸續提出「8020 運動」，80 代表日本人的平均壽命，20 是指至少擁有 20 顆自然牙；「6024 運動」60 歲長者保有至少 24 顆自然牙

十四、 口腔相關照護人力

衛生福利部於民國 108 年度補助社團法人中華牙醫學會辦理「臺灣牙醫醫療團隊人力評估」，經調查至民國 108 年底臺灣之牙醫師數與服務的人口比為 1:1552，全台有 34.20% 的牙醫師是服務於高密度牙醫醫療服務提供的地區（1:1000 以下），而全台還有 61.79% 的鄉鎮市區牙醫師的服務人口數是高於 1:3500，僅有 5.33% 的牙醫師參與醫療資源不足地區的服務。如何均衡城鄉差距的牙醫醫療資源，並強化國人口腔健康照護體系與品質，除目前推動的全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案，鼓勵設置社區醫療站及醫療團巡迴服務計畫，另持續透過公費生養成計畫，鼓勵牙醫師投入偏鄉服務，保障偏遠牙醫師在地服務之合理權益，提升當地居民之口腔健康。

臺灣現有的牙體技術人員自民國 100 年起至 107 年底，通過國家考試院高(特)考之全國牙體技術師和生共計 4,275 位；牙體技術師有 2,602 位，牙體技術生有 1,673 位，但實際執業登記人數截至民國 108 年僅 1,955 位。

臺灣目前有四所院校設有牙體技術相關科系，每年培育出約 400 名的畢業生。考量畢業後前三年投入牙體製作市場約七成的比率，每年將可增加 280 名的牙體技術人力投入市場，全球數位化的時代來臨，牙科醫療市場發展與臨床醫療行為逐漸以數位化技術取代傳統方式操作，且

牙體製作作業上的特性與不受地域性之執業限制，如何透過法規與人員執業管理的規劃，妥善評估人力的供需與訓用政策，使成為口腔醫衛產業重要的人力資源，亦是未來的重要課題。

牙醫醫療人力之政策推動應循序漸進，定期評估整體牙醫人力之發展；目前臺灣每年已有 420 名左右之牙醫系畢業生與近 280 名牙體技術系畢業生投入牙科醫療市場，其執業機構與人力分布的現況盤點(如附表十四至十七)，能否補足因人口老化、身心障礙者增加、口腔疾病型態多樣化、醫療服務選項增加等因素，所需求的人力質與量的增加，仍待進一步的評估。

另，護理師與口腔衛生人員亦為牙醫團隊重要成員，目前國內每年有近 1,000 名口腔衛生系畢業生可投入牙醫醫療照護的團隊，提供口腔健康教育宣導，未來可納入人力管理，以提升對民眾口腔疾病預防及醫療品質。在長期照護人力的養成教育上，應針對特殊需求族群與高齡人口之口腔照護精進訓練，提供居家與機構端口腔清潔照顧人力資源；另為因應特殊需求者與失能人口照護需求的增加，亦應鼓勵在地化牙科醫療到點服務的人力資源，除提供城鄉不均之改善，也能同時增進特殊需求者及失能者之健康平等權。

近幾年，牙材創新、升級之幅度、速度遠大於其他醫學領域，目前口腔健康產業已於生醫園區形成聚落，為落實高階口腔醫材臨床轉譯，

促進上中下游產業升級，研發人才之培育應予以重視。事實上，口腔健康產業實非僅限牙醫師、牙體技術師(生)、護理師(士)、口腔衛生(輔助)人員，研發成員數目多於前述人員，更是專業永續發展之根基，若未重視渠等人才，將造成國家資源損失，因此本部預計與教育單位研討，規劃培育基礎科學人才，以協助產業發展。

伍、 執行策略及方法

一、 主要工作項目

(一) 推動各生命週期口腔健康

1. 規劃及推動口腔健康認知
2. 推廣預防保健及氟化物使用
3. 提升高齡者口腔機能促進

(二) 提升口腔照護服務輸送及資源布建

1. 提升特殊需求者口腔醫療品質及服務量能
2. 規劃長照口腔多元照顧服務網絡計畫
3. 推動整合型口腔健康促進計畫
4. 布建區域牙醫及口腔衛生人力資源

(三) 強化口腔醫療照護分級與品質

1. 提升口腔醫事機構品質評鑑及輔導
2. 牙醫醫療事故預防及爭議處理
3. 布建牙醫急診及社區醫療群健康服務方案
4. 發展牙醫專科醫師及照護人力培育計畫

(四) 精準監測及研究發展

1. 建立國人口腔監測指標
2. 規劃及推動口腔醫學調查研究
3. 產業及新興科技研發
4. 規劃及推動口腔醫衛國際交流

二、 主協辦機關（單位）

（一） 主辦機關（單位）：衛生福利部（口腔健康司）

（二） 協辦機關（單位）：

1. 行政院相關部會：教育部、勞動部、內政部、行政院原住民族委員會及財團法人國家衛生研究院等。
2. 衛生福利部（單位、附屬機關）：醫事司、長期照顧司、護理及健康照護司、國際合作組、資訊處、附屬醫療及社會福利機構管理會、中央健康保險署、社會及家庭署、國民健康署等。

（三） 地方政府：全國22個直轄市、縣（市）政府。



三、 執行策略

主目標	方案策略
(一) 推動各生命週期口腔健康	(1) 規劃及推動口腔健康認知
	(2) 推廣預防保健及氟化物使用
	(3) 提升高齡者口腔機能促進。
(二) 提升口腔照護服務輸送及資源布建	(1) 提升特殊需求者口腔醫療品質及服務量能
	(2) 規劃長照口腔多元照顧服務網絡計畫
	(3) 推動整合型口腔健康促進計畫
	(4) 布建區域牙醫及口腔衛生人力資源
(三) 強化口腔醫療照護分級與品質	(1) 提升口腔醫事機構品質評鑑及輔導
	(2) 牙醫醫療事故預防及爭議處理
	(3) 布建牙醫急診及社區醫療群健康服務方案
	(4) 發展牙醫專科醫師及照護人力培育計畫
(四) 精準監測及研究發展	(1) 建立國人口腔監測指標
	(2) 規劃口腔醫衛調查研究
	(3) 產業及新興科技研發
	(4) 規劃及推動口腔醫衛國際交流

四、 執行方法

(一) 推動各生命週期口腔健康

1. 規劃及推動口腔健康認知

訂定診治指引及推動口腔健康促進識能方案

- 編製不同族群、不同場域之多元宣導素材並提供各管道應用。
- 舉辦宣導活動及種子師資培訓計畫。
- 發布新聞稿與小型記者會等媒體露出。
- 收集國際口腔醫衛發展趨勢及實證推行策略。
- 編纂口腔特色醫療、醫病診治參考指引(民眾篇/專業篇)。

2. 推廣預防保健及氟化物使用

(1) 兒童牙齒塗氟服務

- 6 歲以下兒童每半年一次牙齒塗氟(含口腔檢查及衛教)。
- 12 歲以下(低收入戶、身心障礙、原住民族地區、偏遠及離島地區)兒童每 3 個月一次牙齒塗氟(含口腔檢查及衛教)。
- 服務方式：幼兒園社區巡迴服務或家長帶兒童至診所施作。
- 執行人力：牙醫師(約 5683 家)、輔助人力、教保人員、地方衛生局。

(2) 國小學童白齒窩溝封填服務

- 提供 6 至 12 歲學童恆牙第一大白齒窩溝封填保健服務。

- 特殊需求者、山地原住民鄉及離島地區兒童每顆施作費用增加 70 元。
- 於施作後第 6 個月及第 12 個月各追蹤檢查一次。

(3) 國小學童含氟漱口水防齲計畫

- 國小學童每周一次含氟漱口水。
- 國小學童潔牙觀摩、口腔健康週、專家研討會。
- 口腔保健牙醫師培訓、衛教研習營。
- 執行情形問卷調查、學校巡迴訪查。
- 設置氟化物諮詢專線：0800555086。

3. 提升高齡者口腔機能

(1) 成人口腔保健暨機構口腔照護輔導計畫

- 編撰成人口腔保健專業版手冊。
- 研發機構口腔照護工作指引。
- 研發「成人口腔檢查量表」及「機構口腔照護工作檢核表」。
- 錄製教育訓練及線上課程影片：提供醫院、機構及相關人員教育使用。
- 試辦機構口腔照護工作輔導計畫。
- 逐年推動各縣市辦理機構住民口腔照護輔導。

(2) 提升銀髮族口腔進食(咀嚼)功能實踐計畫

為維持高齡者進食功能，規劃全台分為6區籌組牙醫師及口腔照護團隊，提供社區及機構高齡者或住民進行口腔健康檢測及促進方案，藉由可近性的分區資源網絡的建立，落實提升各場域口腔照護品質及個案之生活需求。

(二) 提升口腔照護服務輸送及資源布建

1. 提升特殊需求者口腔醫療品質及服務量能

特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎助計畫

特殊需求者牙科醫療服務獎助計畫

- 開設特殊需求者牙科獨立特別門診。
- 個案追蹤管理：全身麻醉、鎮靜麻醉、特定障礙類別。
- 建置區域內特殊需求者醫療轉診制度。
- 輔導訪視機構：口腔保健衛教、健康評估及簡單診療工作。
- 培訓特需人才：獎助示範中心辦理特殊需求者牙科醫療服務牙醫師及照護人員培訓相關課程，並要求牙醫師、護理師、口衛及照護人員等完訓需至少接受 32 小時之訓練課程(一般課程至少 28 小時，實習部分至少 4 小時)。
- 觀摩標竿研習：手術安全、醫糾處理、醫病溝通，經驗分享與檢討。

2. 規劃長照口腔多元照顧服務網絡計畫

(1) 辦理口腔醫護人員長期照護知能教育訓練

目前台灣各長照或身障機構對於照護者之口腔保健培訓課程，均是興趣缺缺、可有可無，導致機構對於高齡者之口腔衛生照護落差極大，品質不一。規劃未來在機構評鑑項目中增列「通過口腔照護培訓課程之照護者人數與住民人數之比值」以提升照護人力之識能。

- 標的：

- 原住民地區 55 個鄉鎮。

- 長照 C 據點(3,600 個)。

- 培訓對象：口腔照護人員(口腔衛生專業人員、長照服務人員、照管專員、機構照護人員、文健站健康促進人員、衛生所公衛護理師等)

(2) 推動長照口腔照顧服務方案

目前高齡或失能者之口腔照護措施量能不足，亦缺乏連續性之轉銜措施，因該族群多具有系統性疾病之風險，需注意並熟練其特殊之照護措施指引。以一般風險之高齡族群而言，初段預防策略為降低罹病風險，避免口腔疾病危險因子惡化，導致口腔功能衰退及吸入性肺炎之風險。因此口腔衛生的維

護相對重要，且應落實於每日之照護。次級介入措施，如淺部牙結石清除、口腔黏膜檢查、口腔功能重建等，則由在地化之牙醫師組成口腔照護團隊，一年2次輔導機構並收集個案上下顎剩餘牙齒的對咬關係，以評估口腔咬合功能缺損等級及對應策略，規劃照護指導、功能重建、延緩失能等方案，全面提升失能及高齡族群口腔照護品質，向先進國家之長照制度看齊。

爰上，計畫擬委託專家團隊(牙醫師、營養師、語言治療師、職能治療師、物理治療師)，赴每個第一線據點，進行實地指導(預估2,000個廣義住宿式長照機構)，提供客製化之整合式長照口腔照護服務方案，選定示範場域並試行(進行流程及相關配套措施)，將口腔照護實踐於第一線場域。

3. 推動整合型口腔健康促進計畫

深耕在地整合型口腔健康促進計畫

- 建立在地化之口腔照護諮詢據點，督導各縣市政府依「口腔健康法」規劃辦理所轄口腔保健及照護工作：包括主動追蹤、定期訪視及聯繫社區民眾、機構等單位進行個案的口腔評估及檢查、定期塗氟、口腔癌篩檢、提供民眾諮詢口腔相關問題、進行初步評估及協助轉介至牙醫師進行治療。

- 補助地方政府、醫療機構或專業團體辦理口腔健康促進工作、專業人員培訓課程(含採購牙醫師教育訓練專用電子器材)、機構訪查輔導、成果發表獎勵等。

4. 布建區域牙醫及口腔衛生人力資源

建置口腔健康監測牙醫醫療網資訊平台

- 建置互動式口腔健康促進平台：設計 AR 及 VR 之互動式機器人，含兒童版、民眾版、身心障礙版及專業人員版，提供至少 12 種語言，針對各種口腔疾病之介紹及預防，提供各族群使用。
- 研發新興科技數據應用模式，提供民眾牙菌斑(plaque index)等資訊，以自主管理口腔健康。
- 建立區域牙醫師、口腔衛生人員、營養師與其他醫療相關領域之專業人員合作模組。
- 口腔衛生人力資源，協助社區民眾、長期照護需求者之口腔照護資源轉介，並協助牙醫執行偏鄉及在宅患者口腔健康監測評估，提供牙醫師擬訂後端治療計畫之相關資訊。

(三) 強化口腔醫療照護分級與品質

1. 提升口腔醫事機構品質評鑑及輔導

二期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫

- 辦理二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練、審查及資料維護。
- 訓練機構計畫審查、師資培訓。
- 訓練機構追蹤輔導或實地訪查。
- 組成專家小組、召開說明會。
- 補助教學醫院及牙醫診所教學費用。
- 維護牙醫師畢業後一般醫學訓練資訊系統。

2. 牙醫醫療事故預防及爭議處理

口腔醫事機構品質提升計畫

牙醫醫療事故預防及爭議處理方案

- 建立牙醫醫院評鑑作業程序，辦理牙醫醫院評鑑。
- 研訂口腔醫療專科訓練機構設置標準、病人權益告知指引、後送機制及品質監測基準。
- 建構口腔醫療安全作業環境、持續強化感染管制監控。
- 成立病人安全專家委員會，建立醫療機構病安通報與風險管控之管理制度，提供口腔醫療爭議審查及研處。
- 收集口腔醫療相關案例法規釋疑，結合地方政府落實口腔醫政督導考核。

3. 布建牙醫急診及社區醫療群健康服務方案

牙醫醫療網服務計畫

牙醫輔助人力之規劃及培育計畫

- 協處居家、失能、巡迴醫療及到宅醫療照護需求。
- 友善就醫環境及特色專業科別轉介。
- 提升牙醫分級醫療及轉診效能。
- 規劃牙醫輔助人力之專業與技能培訓，提供訓練證明。
- 發展口腔照護人力資源及智能轉銜模式(牙醫師、護理師、牙技師、口衛人員、牙助、長照人員)。

4. 發展牙醫專科醫師及照護人力培育計畫

牙醫師專科醫師訓練計畫

牙醫專科醫師稀有人力羅致計畫

- 辦理各專科訓練機構書面審查、實地訪視。
- 辦理各牙醫專科醫師甄審、訓練、證書展延及師資培訓課程。
- 辦理訓練機構合格名冊、訓練容額核定及公告。
- 配合醫療專業發展及國際趨勢，持續輔導新專科領域的培訓計畫。
- 補助口腔病理科或特殊需求者口腔醫學科專科醫師於教學醫院培訓。
- 由訓練機構提出培訓計畫、受訓名冊，經審查通過。

(四) 精準監測及研究發展

1. 建立國人口腔監測指標

建立國人口腔健康監測計畫

- 發展本土之「齲齒風險評估量表」，篩選齲齒高危險群。
- 訂定各生命週期的口腔檢查重點項目。
- 定期收集各年齡層及特殊族群之口腔健康狀況指標。
- 分析國人口腔疾病危害因子，加強男性牙周病及口腔癌防治。
- 輔導醫療院所成立口腔癌照護團隊，出院準備計畫納入口腔照護需求評估。

2. 規劃口腔醫衛調查研究(納入性別評估)

0-6歲我國兒童口腔健康調查計畫

6-18歲我國兒童及青少年口腔健康調查計畫

我國成年及老年人口腔健康調查計畫

- 口腔檢查：進行口檢表信效度校正、口檢牙醫師一致性校正訓練。
- 生活習慣問卷調查：採取橫斷面、多階段分層依比例集束抽樣設計。
- 就醫習慣健保資料庫串聯分析：病患牙科就診資料連同口檢狀況及問卷資料進行交叉分析。

3. 產業及新興科技研發

推動口腔健康及醫療新興科技研發計畫

輔導牙材業者產業發展及國際交流。

- 運用國家級人體資料庫進行口腔癌、齲齒、牙周病高危險群研究
- 媒合學界與產業界資源，扶植及輔導指標案件，並提升審查效率，俾利加速產品上市，促進相關產業發展。

4. 規劃及推動口腔醫衛國際交流

新南向國家口腔醫事人才培訓及高階牙材行銷計畫

新南向國家特殊需求者口腔照護及資源平臺整合計畫

- 盤點合作國家之口腔衛生政策、人力資源、牙醫醫療照護體系及臺灣牙材在該國使用情形。
- 媒合國內高口碑特色口腔醫療技術之醫療機構，與新南向國家進行醫療機構交流，建立來臺醫療機制。
- 輔導牙材廠商申辦並取得標的國牙材許可證。
- 培訓標的國口腔醫療人才，建置特殊需求者口腔醫療服務網。
- 簽署醫衛相關合作備忘錄，主辦或參與重要口腔國際學術交流及研討會。
- 籌組國際醫療團至標的國家提供口腔專業增值服務。
- 建置國際合作資訊系統平臺。

五、 分期（年）執行策略

主目標	方案策略	執行計畫	年度(民國)				
			111	112	113	114	115
1.推動各生命週期口腔健康	(1) 規劃及推動口腔健康認知	● 訂定診治指引及推動口腔健康促進識能方案	■	■	■	■	■
	(2) 推廣預防保健及氟化物使用	● 兒童牙齒塗氟服務	■	■	■	■	■
		● 國小學童白齒窩溝封填服務	■	■	■	■	■
		● 國小學童含氟漱口水防齲計畫	■	■	■	■	■
	(3) 提升高齡者口腔機能促進	● 成人口腔保健暨機構口腔照護輔導計畫	■	■	■	■	■
		● 提升銀髮族口腔進食(咀嚼)功能實踐計畫	■	■	■	■	■
2.提升口腔照護服務輸送及資源布建	(1) 提升特殊需求者口腔醫療品質及服務量能	● 獎勵特殊需求者口腔醫療照護計畫	■	■	■	■	■
	(2) 規劃長照口腔多元照顧服務網絡計畫	● 辦理口腔醫護人員長期照護知能教育訓練	■	■	■	■	■
		● 推動長照口腔照顧服務方案	■	■	■	■	■
	(3) 推動整合型口腔健康促進計畫	● 深耕在地整合型口腔健康促進計畫	■	■	■	■	■
	(4) 布建區域牙醫及口腔衛生人力資源	● 建置口腔健康監測牙醫醫療網資訊平台	■	■	■	■	■

3. 強化 口腔醫 療照護 分級與 品質	(1) 提升口腔醫事機 構品質評鑑及輔 導	● 二年期牙醫師畢業後 一般醫學訓練計畫	■	■	■	■	■
	(2) 牙醫醫療事故預 防及爭議處理	● 口腔醫事機構品質提 升計畫	■	■	■	■	■
		● 牙醫醫療事故預防及 爭議處理方案	■	■	■	■	■
	(3) 布建牙醫急診及 社區醫療群健康 服務方案	● 牙醫醫療網服務計畫	■	■	■	■	■
		● 牙醫輔助人力之規劃 及培育計畫	■	■	■	■	■
	(4) 發展牙醫專科醫 師及照護人力培 育計畫	● 牙醫師專科醫師訓練 計畫	■	■	■	■	■
		● 牙醫專科醫師稀有人 力羅致計畫	■	■	■	■	■
4. 精準 監測及 研究發 展	(1) 建立國人口腔監 測指標	● 建立國人口腔健康監 測計畫	■	■	■	■	■
	(2) 規劃口腔醫衛調 查研究	● 我國 0 至 6 歲兒童口 腔健康調查計畫	■	■	■	■	■
		● 我國 6 至 18 歲兒童及 青少年口腔健康調查 計畫	■	■	■	■	■
		● 我國成年及老年人口 腔健康調查計畫	■	■	■	■	■
	(3) 產業及新興科技 研發	● 推動口腔健康及醫療 新興科技研發計畫	■	■	■	■	■
		● 輔導牙材業者產業發 展及國際交流	■	■	■	■	■
	(4) 規劃及推動口腔 醫衛國際交流	● 新南向國家口腔醫事 人才培訓及高階牙材 行銷計畫	■	■	■	■	■
		● 新南向國家特殊需求 者口腔照護及資源平 台整合計畫	■	■	■	■	■

六、 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
規劃及推動口腔健康認知 推廣預防保健及氟化物使用	1. 教育部 2. 勞動部 3. 衛生福利部國民健康署	1. 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，適時宣導師生正確口腔保健知能，設計教案、活動及獎勵機制，強化校內各項口腔健康支持環境。 2. 運用勞動部暨所屬各相關通路(如：工會、勞教e網、就業服務活動等、員工健康促進方案)，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。 3. 將口腔保健議題整合入國民健康署之相關健康促進推動方案，增進各年齡層族群對口腔保健之重視與參與。
提升高齡者口腔機能促進	1. 衛生福利部長照照顧司 2. 社會及家庭署、 3. 護理及健康照護司	督導各級老福、住宿式長照、護理之家、精神復健機構等，辦理口腔疾病防治教育宣導，培訓住民、家屬、照顧服務員正確潔牙照顧方式，提升住民口腔健康。
提升特殊需求者口腔醫療品質及服務量能	1. 衛生福利部醫事司 2. 衛生福利部護理及健康照護司	1. 醫事人力培育及稀缺科別之人才羅致規劃。 2. 護理師之特殊需求者照護培訓。

	3. 衛生福利部長期照顧司、社會及家庭署	3. 協助配合宣導照顧服務員及口腔衛生人員之特殊需求者照護培訓。
布建區域牙醫及口腔衛生人力資源	教育部	衡酌偏鄉、原住民或醫缺地區的現況，研提我國中小學設置校牙醫之可行方案。
牙醫醫療網計畫	1. 衛生福利部醫事司、 國民健康署 2. 衛生福利部資訊處	1. 建置以社區為基礎的口腔健康照護服務體系。 2. 建置醫療人力資源及服務資訊平台。
布建牙醫急診及社區醫療群健康服務方案	1. 衛生福利部醫事司 2. 衛生福利部中央健康保險署	1. 檢討調整健保急診及資源不足地區給付項目、點數。 2. 評估跨科別及跨層級轉介機制。 3. 出院準備納入口腔醫療需求評估。
	衛生福利部護理及健康照護司	善用公部門及公費牙醫師制度人力資源。
	1. 原住民族委員會 2. 教育部 3. 衛生福利部社會及家庭署 4. 附屬醫療及社會福利機構管理會	原住民族、離島及偏鄉等牙醫醫療缺乏地區之學校、社福及醫事機構等服務設備的汰舊換新。

<p>提升口腔醫事 機構品質評鑑 及輔導</p>	<p>衛生福利部醫事司</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 檢討調整 PGY 補助點數。 2. 合作辦理牙醫醫院及教學醫院 評鑑事宜。
<p>規劃及推動口 腔醫衛國際交 流</p>	<p>衛生福利部國際合作組</p>	<p>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。</p>

陸、 期程與資源需求

一、 計畫期程

民國 111 年 1 月至 115 年 12 月。

二、 經費來源及計算基準

本計畫執行期間為 111 年至 115 年，4 大工作領域，所需總經費為新臺幣 63 億 614 萬 4,000 元，來源包括：

- (一) 中央政府公務預算:預估支應38億4,324萬2,000元(含經常門37億9,024萬2,000元，資本門5,300萬元)。
- (二) 其他支應:預估支應24億6,290萬2,000元(經常門)，主要為菸害防制基金13億5,603萬3,000元；醫療發展基金4億7,263萬元；長照基金6億1,200萬元；科技發展工作計畫2,223萬9,000元。

三、 經費來源規劃表

單位：仟元

執行策略及計畫	111年	112年	113年	114年	115年	總計	經費來源
主目標一：推動各生命週期之口腔健康							
(一) 規劃及推動口腔健康認知							
訂定診治指引及推動口腔健康促進識能方案	5,533	7,000	7,000	7,000	7,000	33,533	菸害防制基金
(1) 依據口腔醫療照護特性及需求，並參考 WHO 及先進國家的建議，定期編製各種高風險、高侵入性、新興診治項目之參考指引及相對應之民眾注意事項，提供專業人員及民眾參考。 (2) 每年委託或補助專業團體至少編製 2 套，包括實體及電子版以利多元管道宣導。							
(二) 推廣預防保健及氟化物使用							
1. 兒童牙齒塗氟服務 行政費	325,311 1,469	630,000 2,000	630,000 2,000	630,000 2,000	630,000 2,000	2,845,311 9,469	公務
(1) 實際執行數(不含行政費): 107年: 600,846(千元)、108年: 600,127(千元)、109年: 604,105(千元)。一年至少利用一次覆蓋率 107年: 67.34%、108年覆蓋率: 67.88%、109年覆蓋率: 74.18%。一年兩次覆蓋率 107年: 48.4%、108年覆蓋率: 49.6%、109年覆蓋率: 49.5%。 (2) 第二期目標將強化各縣市提升偏鄉及弱勢族群兒童服務利用，達 50% 覆蓋率。							
2. 國小學童白齒窩溝封填服務	168,600	250,000	250,000	250,000	250,000	1,168,600	菸害防制基金
(1) 實際執行數(不含行政費): 107年: 133,695(千元)、108年: 163,716(千元)、109年: 171,097(千元)。覆蓋率 107年: 17.72%、108年覆蓋率: 19.53%、109年覆蓋率: 19.93%。 (2) 第二期目標將強化各縣市提升一般兒童覆蓋率達 25%，偏鄉及弱勢族群兒童服務利用達 20% 覆蓋率。							
3. 辦理國小學童含氟漱口水計畫	30,780	30,780	30,780	30,780	30,780	153,900	菸害防制基金
每年辦理全國 2657 所國小學童每周一次含氟漱口水、潔牙觀摩、口腔健康週、專家研討會、口腔保健牙醫師及校護人才培訓、衛教研習營、學校巡迴訪查等。執行率皆達 100%。 據研究顯示，本部現行之防齲政策中，「兒童牙齒塗氟保健服務」可降低齲齒率 46%，「國小學童白齒窩溝封填保健服務」可降低大白齒齲齒發生率 34%-51%，「國小學童含氟漱口水防齲計畫」可降低齲齒率 26%，提升兒童口腔保健前端預防，節省後端醫療支出。							

(三)提升高齡者口腔機能促進															
1. 成人口腔保健暨機構口腔照護輔導計畫	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	25,000	公務								
<p>(1) 每年辦理機構工作人員口腔照護知識技能(KAP)培訓、實務訓練，建立口腔照護示範場域，建立機構口腔照護評鑑制度，並逐年推行於全台各縣市衛、社政之轄管機構。</p> <p>(2) 委託醫療機構或專業團體辦理成人口腔保健暨機構口腔照護輔導，人事費 1 人約 60 萬元；業務費約 400 萬元，含採購教育訓練模型設備(每縣市人頭模型每個 6 萬元*5 個及全人模型每個 10 萬元*1 個，該模型係非牙醫師教育訓練用)，擬定相關工作指引、製作訓練教材、辦理教育訓練、每年輔導 4-5 縣市及輔導各縣市機構口腔照護工作、辦理各縣市成果發表等；管理費約 20 萬元。</p> <p>(3) 5 年經費共 2,500 萬，支用：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>預算</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>教育訓練模型</td> <td>40 萬/處，本島 2 處/縣市，外島 1 處/縣市，40 萬*41 處=1640 萬</td> </tr> <tr> <td>人事費+管理費</td> <td>80 萬/年*5=400 萬</td> </tr> <tr> <td>業務費</td> <td>92 萬/年*5=460 萬</td> </tr> </tbody> </table> <p>效益：提供各縣市均有合格之教育訓練場域(迄 115 年，全台每縣市至少 1 組教育訓練模型設備，硬體經費可退場，後續只需編列維修或相關升級費用)，教育訓練可以有實際操作，不在只是單純聽課；另經常門有關訂定工作指引乙節，亦可退場。</p>								項目	預算	教育訓練模型	40 萬/處，本島 2 處/縣市，外島 1 處/縣市，40 萬*41 處=1640 萬	人事費+管理費	80 萬/年*5=400 萬	業務費	92 萬/年*5=460 萬
項目	預算														
教育訓練模型	40 萬/處，本島 2 處/縣市，外島 1 處/縣市，40 萬*41 處=1640 萬														
人事費+管理費	80 萬/年*5=400 萬														
業務費	92 萬/年*5=460 萬														
2. 提升銀髮族口腔進食(咀嚼)功能實踐計畫	0	48,000	48,000	48,000	48,000	192,000	長照基金								
<p>(1) 為維持高齡者進食功能，全台分為 6 區委託專業團體籌組牙醫師及口腔照護團隊，提供社區(長照 BC 據點(約 10000 個)及機構(約 2000 家)，逐年辦理社區及機構口腔健康檢測及促進，以提升各場域口腔照護品質及滿足個案進食之生活需求。</p> <p>i、 培訓種子教師及機構照顧服務員執行被照顧者口腔清潔及口腔復能運動訓練。</p> <p>ii、 建置整合型照護場域，強化跨領域資源連結(護理、營養等)。</p> <p>iii、 高齡者或住民進行咀嚼力檢測及口腔功能重建評估。</p> <p>(2) 責任分區：台北區(基隆市、臺北市、宜蘭縣、金門縣、連江縣)，北區(新北市、桃園縣、新竹縣、新竹市、苗栗縣)，中區(臺中市、南投縣、彰化縣)，南區(雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市)，高屏區(高雄市、屏東縣、澎湖縣)，東區(花蓮縣、台東縣)；藉由可近性的分區資源網絡的建立，執行各轄社區及機構每 4 年服務 1 次的目標。</p> <p>(3) 經費估計：六區專業團體*800 萬，計 4800 萬。</p>															
總計	536,693	972,780	972,780	972,780	972,780	4,427,813									

主目標二：提升口腔照護服務輸送及資源布建

(一)提升特殊需求者口腔醫療品質及服務量能

獎勵特殊需求者牙科醫療服務獎勵計畫	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	250,000	公務
-------------------	--------	--------	--------	--------	--------	---------	----

- (1) 每年補助 7 家示範中心醫院，計 22,500(千元)，針對特定障別開設口腔醫療特別門診，達每周 68 診次以上，服務人次達 10,000 人次以上。
- (2) 每年補助 30 家一般醫院，計 20,000(千元)，針對特定障別開設口腔醫療特別門診，達每周 60 診次以上，服務人次達 10,000 人次以上。
- (3) 人才培訓 7,500(千元)：辦理特殊需求者牙科醫療服務牙醫師及照護人員培訓工作，至少完訓牙醫師 100-125 人、照護人員至少 250-300 人。辦理特殊需求者牙科研習標竿及成果會議，並邀請相關學、協會參與。
- (4) 建立分區分級特殊需求者醫療轉診合作網絡，達 259 家以上醫療院所，服務轉介個案達 2,000 人次以上。

(二) 規劃長照口腔多元照顧服務網絡計畫

1. 辦理口腔醫護人員長期照護知能教育訓練	0	5,000	5,000	5,000	5,000	20,000	長照基金
-----------------------	---	-------	-------	-------	-------	--------	------

- (1) 每年辦理口腔長期照護知能繼續教育訓練課程(線上或實體)，使第一線服務人員具備口腔衛生照護初步技能，俾利發現問題，追蹤關懷服務；並發展專業口腔衛生人員之高階培訓方案，納入認證服務管理。
- (2) 培訓對象：口腔照護人員(口腔衛生專業人員、長照服務人員、照管專員、機構照護人員、文健站健康促進人員、衛生所公衛護理師等)。
- (3) 布建原住民地區(含 24 個山地鄉，6 個直轄市山地原住民區及 25 個平地原住民鄉)55 個鄉鎮及長照 C 據點(3600 個)之口腔照護團隊人力資源。
- (4) 每年完成 22 縣市第一線服務人員達 400 人，高階培訓人員 100 人。112 年起共計 2000 人。

2. 推動長照口腔照顧服務方案	0	100,000	100,000	100,000	100,000	400,000	長照基金
-----------------	---	---------	---------	---------	---------	---------	------

- (1) 112-114 年委託專家團隊(牙醫師、營養師、語言治療師、職能治療師、物理治療師)，赴第一線據點，進行實地指導(預估 2000 個廣義住宿式長照機構，分 3 年完成)，提供客製化之整合式長照口腔照護服務方案，選定示範場域並試行(進行流程及相關配套措施)，將口腔照護實踐於第一線場域。
- (2) 10 萬元/據點*1000 次=1 億 (由專家組成實地輔導團隊，每個機構(據點、文建站)至少 2 次，內容包括：收集個案上下顎剩餘牙齒的對咬關係，以評估口腔咬合功能缺損等級及對應策略、規劃機構照護指導、功能重建、延緩失能等方案)。
- (3) 115 年：派遣專家團隊，前述 2000 個機構再檢視，進行輔導評值總評估、檢討並提供政策建議，並輔導新成立之機構。
- (4) 經由 112-115 年建立之因地制宜之服務模式，116 年起將機構住民的口腔清潔維護、口腔機能評估及口腔照護需求，納入機構管理之品質提升方案，以降低個案吸入性肺炎的風險並提升高齡及失能者住民之口腔照護服務。

(三)推動整合型口腔健康促進計畫							
深耕在地整合型口腔健康促進計畫	0	98,400	98,400	98,400	98,400	393,600	公務
<p>(1) 建立在地化之口腔照護諮詢據點，督導各縣市政府依「口腔健康法」規劃辦理所轄口腔保健及照護工作：包括主動追蹤、定期訪視及聯繫社區民眾、機構等單位進行個案的口腔評估及檢查、定期塗氟、口腔癌篩檢、提供民眾諮詢口腔相關問題、進行初步評估及協助轉介至牙醫師進行治療。</p> <p>(2) 補助地方政府、醫療機構或專業團體辦理口腔健康促進工作、專業人員培訓課程(含採購牙醫師教育訓練專用電子器材)、機構訪查輔導、成果發表獎勵等。</p> <p>(3) 依 22 縣市轄管之人口、社區及機構補助 300 萬-500 萬元業務推動經費，訂定工作項目、考評標準及目標族群服務覆蓋率等，並依地方考評績效核予補助經費及成果獎勵。</p>							
(四)布建區域牙醫及口腔衛生人力資源							
口腔健康監測牙醫醫療網資訊平台建置案	5,000	12,000	12,000	12,000	12,000	53,000	公務
<p>(1) 建置互動式口腔健康促進平台：設計 AR 及 VR 之互動式機器人，含兒童版、民眾版、身心障礙版及專業人員版，提供至少 12 種語言，針對各種口腔疾病之介紹及預防，提供各族群使用。(112-115 年，每年 800 萬，完成後即可退場，後續只需支應維護費)。</p> <p>(2) 研發新興科技數據應用模式，提供民眾牙菌斑(plaque index)等資訊，以自主管理口腔健康，112-115 年，每年 100 萬(完成後即可退場，後續只需支應維護費)。</p> <p>(3) 建立區域牙醫師、口腔衛生人員、營養師與其他醫療相關領域之專業人員合作模組，112-115 年，每年 150 萬。</p> <p>(4) 口腔衛生人力資源，協助社區民眾、長期照護需求者之口腔照護資源轉介，並協助牙醫執行偏鄉及在宅患者口腔健康監測評估，提供牙醫師擬訂後端治療計畫之相關資訊，112-115 年，每年 150 萬。</p>							
總計	<u>55,000</u>	<u>265,400</u>	<u>265,400</u>	<u>265,400</u>	<u>265,400</u>	<u>1,116,600</u>	

主目標三：強化口腔醫療照護分級與品質

(一)提升口腔醫事機構品質評鑑及輔導

二年期牙醫師畢業後 一般醫學訓練計畫	9,000	9,000	9,000	9,000	9,000	45,000	醫療發展基金
	85,526	85,526	85,526	85,526	85,526	427,630	醫療發展基金

(二)牙醫醫療事故預防及爭議處理

1. 口腔醫事機構品質 提升計畫	12,000	18,000	18,000	18,000	18,000	84,000	公務
2. 牙醫醫療事故預防 及爭議處理方案							

(1) 台灣一年約植牙 30 萬顆，以千分之一事故爭議率估算有 300 顆，每顆賠償費用至少 10 萬元，1 年賠償費用至少 3,000 萬元。尚不含齒顎矯正、牙齒美白及口腔外科之賠償案。

(2) 111 年：

i、委託醫療機構或專業團體辦理品質提升計畫相關事項 6,000(千元)，人事費 1 名 70 萬元；業務費 530 萬，含擬定作業規則、評鑑基準、辦理委員會議、研訂口腔醫療專科訓練機構設置標準、病人權益告知指引、後送機制及品質監測基準醫療品質參考基準、辦理醫療機構品質提升輔導、教案編撰、教育訓練等。

ii、委託醫療機構或專業團體辦理醫療事故預防及爭議處理相關事項 6,000(千元)，人事費 1 名 70 萬元；業務費 530 萬，含成立專家委員會、辦理專家會議、擬定醫療機構病安通報與風險管控之管理辦法、辦理口腔醫療爭議審查、調處及救濟、收集相關法規資料、提供諮詢、辦理地方政府督導考核等。

(3) 112-115 年：

i、委託醫療機構或專業團體辦理評鑑及認證事項 8,000(千元)，辦理委員會議、辦理牙醫醫療院所(含口腔國際醫療院所輔導及認證)、牙體技術所及口腔衛生實習場域評鑑，預估 400 家次，每次 1.5 萬元預估、研訂口腔醫療專科訓練機構設置標準、病人權益告知指引、辦理醫療機構品質提升輔導、教案編撰、教育訓練等。

ii、委託醫療機構或專業團體辦理品質提升計畫相關事項 7,000(千元)，包含：

A. 訂定台灣國際醫療規範與準則、

B. 訂定國際醫療合作及援助、

C. 訂定口腔醫事人員之國際雙聯培訓計畫(即在台灣受訓之專科醫師學員可參加國外之專科醫師考試，如，台灣之齒顎矯正科受訓醫師，若通過英國專科考試，即可於大英國協 54 個國家執行齒顎矯正業務)，預計 5 年內，可至少完成 2 個專科。

D. 訂定口腔醫事人員之核心能力發展、

E. 訂定口腔再生醫療服務品質規範、

F. 訂定口腔健康產業產學合作獎勵辦法、

G. 訂定口腔醫療設備捐贈辦法(含相關財源用於社會回饋規劃)、

H. 推動友善就醫環境(含 AI 導入)、

I. 訂定醫療機構廢牙冠等廢物之回收處理與社會回饋指引、

J. 辦理人員表揚及績優事蹟出版。

112 年	113 年	114 年	115 年	預算
1+2	4+5	6+7	9	150 萬
3	3	3	3	200 萬
8	8	8	8	300 萬
10	10	10	10	50 萬

- (4) 委託醫療機構或專業團體辦理醫療事故預防及爭議處理相關事項 3,000(千元)，包含成立專家委員會、辦理專家會議、辦理口腔醫療爭議審查、調處及救濟、收集相關法規資料、提供諮詢、教案製作。

(三)布建牙醫急診及社區醫療群健康服務方案

1. 牙醫醫療網服務計畫	2,000	12,000	12,000	9,000	9,000	50,000	公務
2. 牙醫輔助人力之規劃及培育計畫				3,000	3,000		

- (1) 111 年辦理牙醫醫療網建置規劃建議書 2,000(千元)，細分為 7 個網絡，至少召開 31 場專家會議。
(2) 112-113 年補助地方政府或醫療機構購置移動式醫療設備，每組 100 萬/組*12 組*2 年。
(3) 114-115 年補助地方政府或醫療機構購置移動式醫療設備，每組 100 萬/組*9 組*2 年。
(4) 114-115 輔助人力之規劃及培育計畫 3,000(千元)。(預定口腔衛生師法通過後需辦理後續事宜，包括：依據落日條款參與國家考試至少 6 萬人之資格審查、教育訓練等)

(四)發展牙醫專科醫師及照護人力培育計畫

1. 牙醫師專科醫師訓練計畫	662	6,000	6,000	6,000	6,000	24,662	公務
2. 牙醫專科醫師稀有 人力羅致計畫	0	4,800	4,800	4,800	4,800	19,200	公務

- (1) 111 年：辦理牙醫專科醫師訓練機構(醫院或診所)認定 662(千元)，辦理 3 個專科 52 家訓練機構認定；另成立牙醫專科醫師訓練計畫認定會並定期召開會議 300(千元)，至少辦理 5 次牙醫專科醫師訓練計畫認定會會議(本年度公務預算不足部分，由其他經費支應)。
(2) 112-115 年：辦理牙醫專科醫師訓練機構(醫院或診所)認定 3,500(千元)，辦理 10 個專科 250 家訓練機構認定；成立牙醫專科醫師訓練計畫認定會並定期召開會議 500(千元)，至少辦理 5 次牙醫專科醫師訓練計畫認定會會議；辦理專科醫師甄審、培訓、證書展延及師資培訓課程 2,000(千元)，甄審培訓 100 名以上專科醫師。
(3) 補助口腔病理科及特殊需求者口腔醫學科之訓練醫師(因該 2 科之專家業已嚴重斷層)
(4) 提供醫院口腔病理科或特殊需求牙科醫師培訓期滿取得專科醫師執照者，補助 3 萬/月*24 月=72 萬元，培訓完成需於該醫院提供之主治醫師職缺至少留任 3 年。
(5) 提供學校口腔病理科或特殊需求牙科相關科系博士班學生 3 萬/月*60 月=180 萬元，畢業後需於該學校提供之助理教授職缺至少留任 6 年。
(6) 本計畫 5 年完成後，預估可培養足夠人數，並予以退場。

總計	109,188	135,326	135,326	135,326	135,326	650,492	
-----------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	--

主目標四：精準監測及研究發展

(一)建立國人口腔監測指標

建立國人口腔健康監測計畫	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	25,000	公務
--------------	-------	-------	-------	-------	-------	--------	----

- (1) 輔導醫院牙科部成立口腔癌全人照護團隊，原因：口腔癌病人大都社經地位較低(每年新發個案約7000人，且都為中壯年為家庭經濟支柱)，雖相關治療皆有健保給付，但醫院都無統合單位(涉及單位至少包括：牙科、整形外科、語言治療科、物理治療科、營養、心理等)，致渠等病人皆奔波於醫院各單位，為了生計，經常最後放棄治療，故輔導醫院成立上述團隊，將可協助該類病人，進行個案管理及追蹤關懷，以監測其健康狀況，預期可提升預後復能及生活品質，降低整體社會負擔，促進經濟發展。
- (2) 輔導醫院將出院準備計畫納入口腔照護需求評估，減少吸入性肺炎及後續醫療費用，提升病人出院後生活品質，降低整體社會負擔。
- (3) 委託醫療機構辦理，每年補助8-10家院所，每家50-60萬元。
- (4) 初期本部予以補助2年，上軌道後醫院自行營運。

(二)規劃口腔醫衛調查研究

1. 0-6歲我國兒童口腔健康調查計畫		4,500	4,500			22,239	科技
2. 6-18歲我國兒童及青少年口腔健康調查計畫				4,500	4,500		
3. 我國成年及老年人口腔健康調查計畫	4,239						

- (1) 委託專業團體辦理，依據口腔健康法並配合國際趨勢所進行之常規性國人口腔健康調查計畫。
- (2) 計畫為每兩年一期，以橫斷性研究設計，採多階段分層依比例集束抽樣進行樣本母群體包括全國22個縣市之0-6歲兒童/6-18歲我國兒童及青少年/成年及老年人進行健康調查。
- (3) 本計畫包含口檢人員(含檢查者、記錄員及行政人員)之行前訓練，以及檢查者自我與檢查者之間之信度校正(採口內照片、牙齒模型及實際案例三階段訓練模式)，至少完成10,000名收案。

(三)產業及新興科技研發

1. 推動口腔健康及醫療新興科技研發計畫	0	12,000	12,000	12,000	12,000	48,000	公務
2. 輔導牙材業者產業發展及國際交流	0	4,000	4,000	4,000	4,000	16,000	公務

【推動口腔健康及醫療新興科技研發計畫】

- (1) 委託專業團體辦理。
- (2) 口腔醫療數位轉型計畫：運用國家級人體資料庫進行口腔癌、齲齒、牙周病高危險群研究。
- (3) 口腔醫療數位轉型係屬國際潮流，其中遠距醫療、人工智慧/深度學習分析、醫療資料庫大數據運

算、個人精準化醫療等概念將會是未來醫療的主要趨勢。目前全球對於智慧醫療的發展日趨重視，肇因於次世代定序技術及相關全基因定序技術之技術大幅進步，未來的口腔疾病治療將不僅限於口腔外科手術或是一般常規牙科治療。因此，如何建立口腔疾病智慧醫療系統並加速國內產、學、研領域對於此議題之研究量能，將會是未來提升台灣口腔醫療發展的重要議題之一，故導入新科技，蒐集並整合口腔醫療領域之資料庫進行平行運算，透過大數據分析，將可帶來更多的醫精準服務應用及降低醫療照護相關成本。此外，也透過本計畫建置口腔疾病智慧醫療資料庫及全民口腔智慧醫療教育推廣平台網站，用以加速此領域之發展。

- (4) **112-113 年口腔疾病智慧醫療資料庫建置：**(1)建置口腔智慧醫療資料庫相關雲端設備 1 套(2)建置 50 位口腔癌前病變患者之基因資料庫並撰寫分析程式碼。(3)提供口腔癌前病變患者之基因資料庫分析結果 1 份
- (5) **114-115 年口腔智慧醫療網站之平行運算示範、推廣及人工智慧深度學習概念導入：**(1)於口腔智慧醫療網站公開分析程式碼，供研究者使用並加速推進口腔疾病基因體之研究進度。(2) 辦理不同口腔疾病族群資料庫串接，並使用建置之程式碼進行分析。(3) 於口腔智慧醫療網站公開資訊，供研究者使用並加速推進口腔疾病基因體之研究進度(4) 提升產學界於之口腔照護資源利用率(5) 執行資料庫之串接，並設立資料庫分析規格並嘗試進行資料庫自動化分析(6) 建構國際同步口腔醫衛調查研究
- (6) **效益：**(1)建立口腔癌基因定序，開發口腔癌標靶藥物。(2)確認口腔菌種與失智症之關連。(3)掌握口腔機能與大腦小腦之影響並提供解決分案。(4)提供吸入性肺炎之預防與口腔復健解決分案。

【輔導牙材業者產業發展及國際交流】

1.加速產學合作、促進國民口腔健康

- (1)媒合學界、臨床界與產業界，扶植及輔導指標案件，提升審查效率，加速產品上市及國際推廣。
- (2)口腔生醫產業聚落臨床試驗服務諮詢。
- (3)新醫材及新技術之臨床試驗建立。
- (4)更新國家高階牙材產業市場資訊、增進國際口腔醫療人才及產業交流。

2.辦理 4 場國際大型會議 (研討會、成果發表會、高峰會、簽署宣言會議等)至少 3 大洲 15 國參加，彰顯我國實力。

3.培育我國口腔醫療人才擔任國際口腔醫學團體領導幹部，至 115 年至少有 5 人擔任國際口腔醫學團體之理事、理事長、會長、執行長、秘書長等。

112 年	113 年	114 年	115 年	預算
1	1	1	1	200 萬
2+3	2+3	2+3	2+3	200 萬

(四)規劃及推動口腔醫衛國際交流

1. 新南向國家口腔醫事人才培訓及高階牙材行銷計畫	13,710	13,710	13,710	13,710	13,710	68,550	新南向計畫 (不列入)
2. 新南向國家特殊需求者口腔照護及資源平台整合計畫							
總計	9,239	25,500	25,500	25,500	25,500	111,239	
合計	710,120	1,399,006	1,399,006	1,399,006	1,399,006	6,306,144	

柒、 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，提升國人口腔健康與生活品質。

一、 短程

- (一) 建立國人口腔健康監測指標。
- (二) 提升中高齡者及照顧者口腔照護知能。
- (三) 提升各縣市特殊需求者口腔醫療服務量能。
- (四) 完成10大牙醫專科甄審機制及訓練基準訂定。

二、 中程

- (一) 推動各生命週期口腔健康。
 - 1. 12歲兒童恆牙齲齒指數(DMFT)低於1.67。
 - 2. 牙周病統合治療方案後之追蹤治療率達70%。
- (二) 提升口腔照護服務輸送及資源布建。
 - 1. 建置口腔照護人力資源供需管理平台系統。
 - 2. 縣市輔導住宿型機構口腔照護涵蓋率達100%。
- (三) 強化口腔醫療照護分級與品質。
 - 1. 建置牙醫醫療網(特色科別、急診、醫缺、到宅)。
 - 2. 部定特需牙科專科醫師執業縣市數達20個。
 - 3. 完成牙醫醫院及教學醫院訓用及評鑑之最適制度。

(四) 精準監測及研究發展。

1. 擔任國際口腔醫學團體領導幹部人數至少5人。
2. 輔導牙醫診所參與國際醫療認證家數達46家。

三、 長程

- (一) 呼應世界衛生組織、減少口腔疾病負擔。
- (二) 提升弱勢醫療利用、落實均等全人照護。
- (三) 強化民眾識能權益、建構整合照護網絡。
- (四) 培訓優質專業人力、完善就醫品質環境。
- (五) 發展本土實證研究、參與國際組織運作。

捌、 財務計畫

本執行本計畫所需總經費約為新臺幣 63 億 614 萬 4,000 元(含經常門, 資本門), 包括: 中央政府公務預算、醫療發展基金、菸害防治基金、長照基金、科技發展工作計畫等預算。

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。

玖、 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防保健及醫療照護，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、 風險管理

(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，世界衛生組織指出「口腔健康為衡量一個人整體健康、福祉和生活品質的關鍵指標」，口腔健康是 2030 年全民健康覆蓋的重要議題。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) 人口老化、預防保健不足、醫療費用負擔增加的風險

因應時代進步，國人對於生活品質要求提高，惟牙齒的疾病為不可逆的過程演進，口腔衛生不良導致的齲齒、牙周病、乃至於殘根，影響美觀、發音、咀嚼、營養。

牙醫師在臨床上常常看到病人或被照顧者因刷牙不得法，或口腔疏於照護而引起許多問題，其嚴重性必須安排完整的治療計畫，才能重建

口腔功能，不但費時也增加醫療負擔，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，較少願意投入口腔病理、牙科公共衛生、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。

三、 風險評量

本計畫前於第一期國民口腔健康促進計畫(106-110 年)已完成之口腔衛生基礎建設，精進學童口腔預防保健工作，盤點口腔照護人力資源分布，提升口腔醫療品質基準，進行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，參考表九「風險發生機率分類表」及表十「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(圖四)

表九、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。

表十、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

表十一、風險評估及處理彙總表

項次	計畫目標	風險項目	風險情境	現有風險對策	現有風險值 (可能性× 影響程度)	新增風險對策	殘餘風險值 (可能性× 影響程度)
一	推動各生命週期口腔健康	國人不重視口腔健康	世界衛生組織指出「口腔健康為衡量一個人整體健康、福祉和生活品質的關鍵指標」,口腔健康是2030年全民健康覆蓋的重要議題。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。	規劃及推動口腔健康認知:編製不同族群、不同場域之多元宣導素材並提供各管道應用。舉辦宣導活動及種子師資培訓計畫。發布新聞稿與小型記者會等媒體露出。	2 (1×2)		
二	推動各生命週期口腔健康	人口老化、預防保健不足、醫療費用負擔增加	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。	提升高齡者口腔機能:成人口腔保健暨機構口腔照護輔導計畫、提升銀髮族口腔進食(咀嚼)功能實踐計畫	2 (1×2)		
三	提升口腔照護服務輸送及資源布建	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。	規劃長照口腔多元照顧服務網絡計畫	2 (2×1)		
四	強化口腔醫療照護分級與品質	口腔醫學冷門領域人才不足	我國目前執業之牙醫師,較少願意投入口腔病理、牙科公共衛生、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。	布建區域牙醫及口腔衛生人力資源、發展牙醫專科醫師及照護人力培育計畫	2 (2×1)		

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. 人口老化、預防保健不足、醫療費用負擔增加	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之風險 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		

圖四、風險圖像

四、 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、就業服務活動、員工健康促進方案等)，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。

衛生福利部醫事司：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。

衛生福利部長照司：督導各級老人、長照等機構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。

衛生福利部護理及健康照護司：督導各級安養、養護機構、護理之家等辦理口腔疾病防治教育宣導，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。辦理原住民族及離島地區醫事人員養成計畫，培育公費牙醫師畢業後至原住民族、離島或指定地區提供醫療服務。

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。

衛生福利部資訊處：協助建置醫療人力資源及服務資訊平台。

衛生福利部國民健康署：協助辦理口腔健康教育宣導，並鼓勵國人定期接受口腔健康檢查。

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。

衛生福利部社會及家庭署：辦理中低收入老人及55歲以上原住民補助老人裝置假牙計畫，維護弱勢老人口腔健康。

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。

【國內法規】

1. 口腔健康法（民國106.01.11修正）

第三條 政府應推行口腔疾病預防及保健工作，並推展下列有關口腔健康事項：

- 一、口腔健康狀況之調查。
- 二、口腔預防醫學之推展。
- 三、口腔健康教育之實施。
- 四、口腔保健用品之監督與改進。
- 五、口腔健康問題之研究。
- 六、口腔健康危害因子之調查、研究及防制政策。
- 七、口腔健康與全身健康之相關性研究。
- 八、其他與口腔健康促進有關之事項。

口腔疾病之醫療應納入全民健康保險，其醫療給付範圍，依全民健康保險法之規定辦理。

第四條 主管機關及各目的事業主管機關應逐年編列預算，辦理有關口腔健康危害因子之防制、口腔健康促進、衛教宣導與預防工作。

第五條 主管機關應積極辦理口腔健康危害因子之防制與宣導。

第六條 各級各類學校應加強口腔健康、危害因子防制教育之推展及定期實施口腔檢查。

第六之一條 主管機關應對口腔癌高危險群提供具成本效益之口腔癌

篩檢服務，勞工主管機關應於辦理勞工健康檢查時，協助推行。

第七條 主管機關、教育主管機關辦理口腔健康教育之推展與宣導時，

相關機關、學校、團體及大眾傳播媒體應配合推行。

第八條 直轄市、縣（市）主管機關應加強推展下列對象之口腔保健措

施及口腔危害因子防制：

一、老人、身心障礙者。

二、孕婦、乳幼兒、幼兒、兒童及少年。

三、口腔癌高危險群。

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。

第十條 直轄市、縣（市）主管機關應指定專責人員；中央主管機關

應設專責單位，辦理有關口腔健康業務。

第十一條 中央主管機關應設口腔醫學委員會，其任務如下：

一、口腔健康政策之擬議。

二、口腔疾病流行病學調查之審議。

三、口腔疾病預防措施之審議。

- 四、口腔健康教育推展與宣導之審議。
 - 五、孕產婦、乳幼兒口腔保健推展之審議。
 - 六、老人、身心障礙者口腔保健推展之審議。
 - 七、學童口腔保健推展之諮詢。
 - 八、口腔癌危險因子及其他口腔健康危害因子之審議。
 - 九、口腔保健用品標準及效果之諮詢。
 - 十、口腔健康研究與發展之審議。
 - 十一、其他有關口腔保健之審議。
- 前項口腔醫學委員會之委員人數、組成與會議程序等組織與職權事項，由中央主管機關定之。

2. 學校衛生法（民國110.1.13修正）

第五條 各級主管機關應遴聘學者、專家、團體及相關機關代表組成學

校衛生委員會，其任務如下：

- 一、提供學校衛生政策及法規興革之諮詢指導意見。
- 二、提供學校衛生之計畫、方案、措施及評鑑事項之諮詢指導意見。
- 三、提供學校衛生教育與活動之規劃及研發事項之諮詢指導意見。
- 四、提供學校健康保健服務之規劃及研發事項之諮詢指導意見。

五、提供學校環境衛生管理之規劃及研發事項之諮詢指導意見。

六、協調相關機關、團體推展學校衛生事項。

七、其他推展學校衛生之諮詢事項。

第十一條 學校對罹患視力不良、齲齒、寄生蟲病、肝炎、脊椎彎曲、運動傷害、肥胖及營養不良等學生常見體格缺點或疾病，應加強預防及矯治工作。

3. 身心障礙者權益保障法（民國110.1.20修正）

第十一條 各級政府應至少每五年舉辦身心障礙者之生活狀況、保健醫療、特殊教育、就業與訓練、交通及福利等需求評估及服務調查研究，並應出版、公布調查研究結果。

第二十四條 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。

第二十五條 為加強身心障礙者之保健醫療服務，直轄市、縣（市）衛生主管機關應依據各類身心障礙者之人口數及需要，設立或獎助設立醫療復健機構及護理之家，提供醫療復健、輔具服務、日間照護及居家照護等服務。前項所定機構及服

務之獎助辦法，由中央衛生主管機關定之。

4. 老人福利法（民國109.05.27修正）

第十六條 老人照顧服務應依全人照顧、在地老化、健康促進、延緩失能、社會參與及多元連續服務原則規劃辦理。直轄市、縣(市)主管機關應依前項原則，並針對老人需求，提供居家式、社區式或機構式服務，並建構妥善照顧管理機制辦理之。

5. 兒童及少年福利與權益保障法（民國110.01.20修正）

第四條 政府及公私立機構、團體應協助兒童及少年之父母、監護人或其他實際照顧兒童及少年之人，維護兒童及少年健康，促進其身心健全發展，對於需要保護、救助、輔導、治療、早期療育、身心障礙重建及其他特殊協助之兒童及少年，應提供所需服務及措施。

第五條 政府及公私立機構、團體處理兒童及少年相關事務時，應以兒童及少年之最佳利益為優先考量，並依其心智成熟程度權衡其意見；有關其保護及救助，並應優先處理。兒童及少年之權益受到不法侵害時，政府應予適當之協助及保護。

附表一、6歲以下兒童乳齒齲齒經驗指數與齲齒率

項目/ 年度 年齡	乳齒			
	乳齒齲齒經驗指數(dmft)		齲齒率 (%)	
	民國 100 年	民國 107 年	民國 100 年	民國 107 年
0 歲	0.00	0.06	0.20	1.10
1 歲	0.23	0.06	7.09	2.31
2 歲	1.24	0.51	31.40	14.68
3 歲	3.14	1.81	61.55	42.70
4 歲	5.02	2.73	78.05	56.66
5 歲	5.44	3.44	79.32	65.43

◇ 資料來源：衛生福利部「民國 106-107 年度我國六歲以下兒童口腔健康調查」與國民健康署「民國 100 年度台灣六歲以下兒童口腔及衛生狀況調查」。

附表二、6-12 歲兒童牙齒齲齒經驗指數與齲齒率

項目/ 年度 年齡	乳齒				恆齒			
	乳齒齲齒 經驗指數 (dmft)		齲齒率 (%)		恆齒齲齒 經驗指數 (DMFT)		齲齒率 (%)	
	101	109	101	109	101	109	101	109
6-7 歲	7.38	3.41	90.6	69.3	0.41	0.21	22.3	11.9
7-8 歲	5.90	3.24	88.2	70.1	0.40	0.30	21.5	19.0
8-9 歲	5.45	2.99	88.8	75.6	0.62	0.56	35.5	31.1
9-10 歲	4.60	1.95	86.2	64.5	1.07	0.69	49.0	35.7
10-11 歲	3.04	1.11	72.1	44.5	1.50	1.08	61.9	49.1
11-12 歲	1.46	0.40	45.5	21.3	1.85	1.45	64.3	57.2
12-13 歲	0.69	0.06	20.7	3.5	2.50	2.01	70.6	63.1

◇ 資料來源：衛生福利部「民國 108-109 年度我國 6~18 歲兒童及青少年口腔健康調查」及國民健康署「民國 99-101 年臺灣地區兒童及青少年口腔狀況調查」。

附表三、13-18 歲恆齒齲齒經驗指數與齲齒率

項目 年齡	恆齒			
	恆齒齲齒經驗指數(DMFT)		齲齒率 (%)	
	民國 101 年	民國 109 年	民國 101 年	民國 109 年
13-14 歲	3.34	2.79	76.0	72.6
14-15 歲	4.41	3.25	79.7	77.3
15-16 歲	4.92	3.88	85.1	80.5
16-17 歲	5.29	4.44	83.1	82.8
17-18 歲	5.34	4.73	82.4	85.4
18-19 歲	5.38	4.74	81.1	83.4

◇ 資料來源：衛生福利部「民國 108-109 年度我國 6~18 歲兒童及青少年口腔健康調查」及國民健康署「民國 99-101 年臺灣地區兒童及青少年口腔狀況調查」。

附表四、6-18 歲各學校級別之恆齒齲齒經驗指數

學校級別	恆齒齲齒經驗(DMFT)	齲齒率(%)
國小	0.84	38.0%
國中	2.93	73.5%
高中職/五專	4.41	83.1%

◇ 資料來源：衛生福利部「民國 108-109 年度我國 6~18 歲兒童及青少年口腔健康調查」

附表五、國內歷年對於牙周病之調查結果綜整

年度(民國)	作者	地點及樣本數	結果
79	彭志綱等	台北 673 人 15~64 歲	1. 牙齦炎盛行率：86.9%。 2. 牙周病：33%。 3. 缺牙率：48.9%。 4. 需要進行牙周手術治療：11%。
82	曾春祺等	台南 537 人 49.7~50.2 歲	1. 牙周病盛行率：93.3%。 2. 牙齦探測出血：6.7%。
92~94	賴弘明等	8,462 人 35~44 歲	1. 牙周病盛行率：94.8%。 2. 牙結石盛行率：49.6%。
96~97	賴弘明等 衛生福利部 國民健康署	4,061 人 18~74 歲 配合「社區整合式健康篩檢」	1. 牙周病盛行率：99% 2. 有牙周囊袋者：54%；盛行率隨年齡而增加。
104~105	黃茂栓等 衛生福利部	10,281 人	1. 牙周病盛行率：80.48%。 2. 牙周情況會隨著年齡層增長而更趨嚴重，唯在 65 歲以上卻略有改善，可能與缺牙增多有關。

附表六、成年與老年人剩餘齒數及全口無牙率

項目 年齡	剩餘齒數		全口無牙率(%)	
	民國 92-94 年	民國 104-105 年	民國 92-94 年	民國 104-105 年
18-34 歲	25.70±6.06	28.52±2.18	0.00	0.00
35-44 歲	24.58±4.73	27.50±2.71	0.20	0.00
45-49 歲	23.65±6.09	26.67±3.93	1.00	0.40
50-64 歲	21.00±6.09	24.93±5.50	1.50	0.70
65-74 歲	14.31±5.69	20.82±8.38	11.50	4.44
75+歲	14.43±5.60	16.72±9.27	17.40	9.99

◇ 資料來源：衛生福利部「民國 104-105 年度成年與老年人口腔健康調查」及國民健康署「民國 92-94 年台灣地區成年與老年人口腔健康調查」

附表七、民國 109 年各縣市兒童牙齒塗氟服務利用率

項目	合計			男童			女童		
	戶籍人數 a	塗氟人數 b	塗氟率 b/a(%)	戶籍人數 c	塗氟人數 d	塗氟率 d/c(%)	戶籍人數 e	塗氟人數 f	塗氟率 f/e(%)
合計	1,141,117	846,439	74%	591,475	437,402	74%	549,640	409,037	74%
年齡別									
0~1 歲	157,307	29,388	19%	81,634	16,206	20%	75,673	13,182	17%
1~2 歲	177,373	110,840	62%	91,961	57,268	62%	85,412	53,572	63%
2~3 歲	183,276	131,973	72%	94,706	67,594	71%	88,570	64,379	73%
3~4 歲	197,323	172,574	87%	102,231	88,886	87%	95,092	83,688	88%
4~5 歲	210,023	199,836	95%	108,789	103,284	95%	101,234	96,552	95%
5~6 歲	215,813	201,828	94%	112,154	104,164	93%	103,659	97,664	94%
縣市別									
新北市	182,181	139,037	76%	94,193	71,665	76%	87,988	67,372	77%
台北市	139,494	93,001	67%	72,128	47,836	66%	67,366	45,165	67%
桃園市	134,830	90,944	67%	69,926	47,130	67%	64,904	43,814	68%
台中市	153,263	114,973	75%	79,605	59,550	75%	73,658	55,423	75%
台南市	83,776	77,542	93%	43,441	40,155	92%	40,335	37,387	93%
高雄市	124,560	90,554	73%	64,619	46,868	73%	59,941	43,686	73%
宜蘭縣	19,746	16,513	84%	10,136	8,527	84%	9,610	7,986	83%
新竹縣	34,586	24,692	71%	18,066	12,805	71%	16,520	11,887	72%
苗栗縣	22,692	21,025	93%	11,681	10,818	93%	11,011	10,207	93%
彰化縣	63,982	49,187	77%	33,315	25,662	77%	30,667	23,525	77%
南投縣	19,034	14,703	77%	9,891	7,597	77%	9,143	7,106	78%
雲林縣	26,632	16,905	63%	13,747	8,630	63%	12,885	8,275	64%
嘉義縣	16,468	6,418	39%	8,473	3,274	39%	7,995	3,144	39%
屏東縣	30,780	22,841	74%	16,039	11,903	74%	14,741	10,938	74%
台東縣	9,009	6,874	76%	4,675	3,570	76%	4,334	3,304	76%
花蓮縣	14,642	8,883	61%	7,636	4,560	60%	7,006	4,323	62%
澎湖縣	5,082	3,061	60%	2,681	1,636	61%	2,401	1,425	59%
基隆市	13,515	10,490	78%	6,991	5,395	77%	6,524	5,095	78%
新竹市	28,290	23,433	83%	14,622	12,043	82%	13,668	11,390	83%
嘉義市	12,148	12,387	102%	6,297	6,246	99%	5,851	6,141	105%
金門縣	5,717	2,649	46%	2,935	1,358	46%	2,782	1,291	46%
連江縣	688	327	48%	378	174	46%	310	153	49%

資料來源：由衛生福利部口腔健康司提供

- 1 戶籍人數:內政部統計該年度人口數某縣市戶籍兒童人數
- 2 塗氟人數:兒童牙齒塗氟健保申報檔

附表八、身心障礙者就醫服務利用情形

項目年度		民國 106 年	民國 107 年	民國 108 年
極重度	就醫人數	10,187	10,829	11,367
	就醫總人次	29,979	29,665	31,755
重度	就醫人數	18,045	19,292	20,239
	就醫總人次	50,772	51,697	54,919
中度	就醫人數	19,676	21,213	22,338
	就醫總人次	52,887	56,660	59,636
輕度	就醫人數	6,804	7,452	8,338
	就醫總人次	18,318	19,855	22,223
合計	就醫人數	54,712	58,786	62,282
	就醫總人次	151,956	157,877	168,533

附表九、民國 110 年度特殊需求者牙科醫療服務計畫辦理醫院

110年度特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎助計畫		
臺北市	1	國立臺灣大學醫學院附設醫院
新北市	2	衛生福利部雙和醫院（委託臺北醫學大學興建經營）
臺中市	3	中山醫學大學附設醫院
臺南市	4	國立成功大學醫學院附設醫院
高雄市	5	財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院
宜蘭縣市	6	國立陽明交通大學附設醫院
花蓮縣市	7	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院
110年度特殊需求者牙科醫療服務獎助計畫		
臺北市	1	臺北醫學大學附設醫院
臺北市	2	臺北市立聯合醫院
新北市	3	佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院(今年新加入)
新北市	4	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院
新北市	5	天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院
桃園縣	6	衛生福利部桃園醫院
桃園縣	7	長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院
新竹市	8	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院
臺中市	9	衛生福利部豐原醫院
臺中市	10	中國醫藥大學附設醫院
臺中市	11	童綜合醫療社團法人童綜合醫院
彰化縣	12	衛生福利部彰化醫院
彰化縣	13	秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院(今年新加入)
南投縣	14	竹山秀傳醫院
雲林縣	15	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院
嘉義市	16	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院
高雄市	17	高雄市立大同醫院（委託財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院經營）
高雄市	18	義大醫療財團法人義大醫院
高雄市	19	高雄榮民總醫院
高雄市	20	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院
屏東縣	21	安泰醫療社團法人安泰醫院
屏東縣	22	屏基醫療財團法人屏東基督教醫院
臺東縣	23	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人台東馬偕紀念醫院
連江縣	24	連江縣立醫院

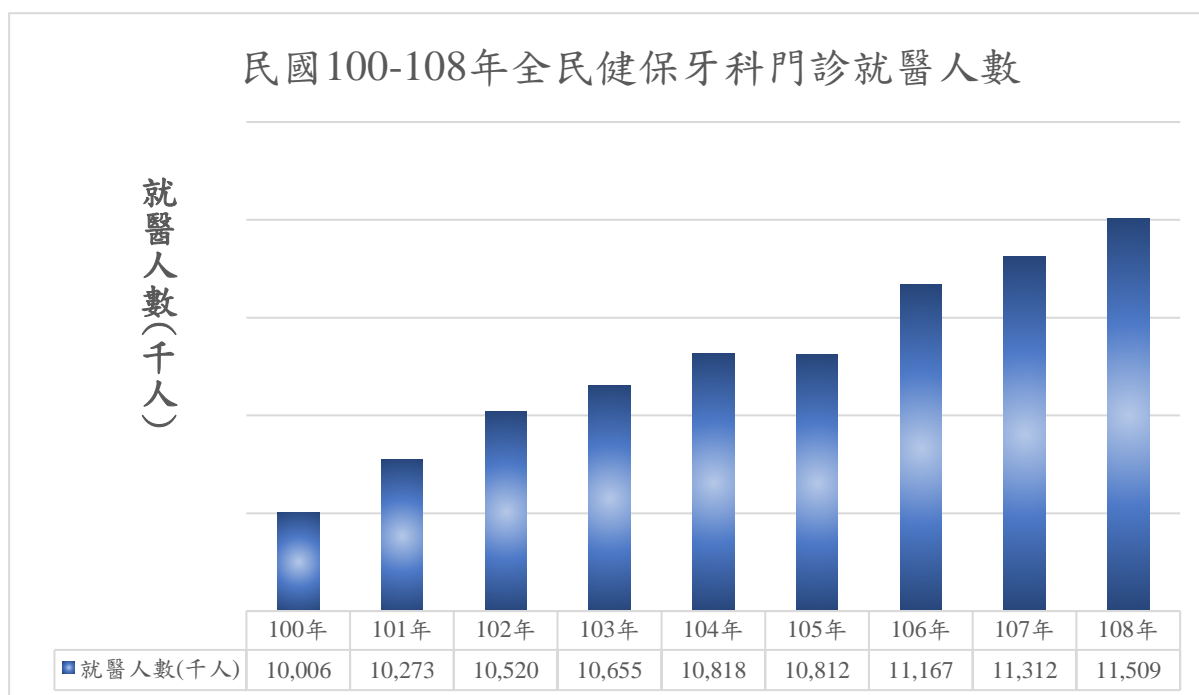
附表十、歷年巡迴醫療人力資源布建情形

年度(民國)/項目	初級		進階		醫療團 團數
	院所數	醫師數	院所數	醫師數	
98年	335	452	35	318	37
99年	424	627	39	398	63
100年	509	729	41	469	74
101年	568	936	50	597	88
102年	689	1,060	46	630	103
103年	937	1,556	49	847	110
104年	984	1,621	51	774	115
105年	860	1,258	48	624	123
106年	925	1,343	46	639	129
107年	973	1,429	45	655	138
108年	1,237	1,842	45	746	145

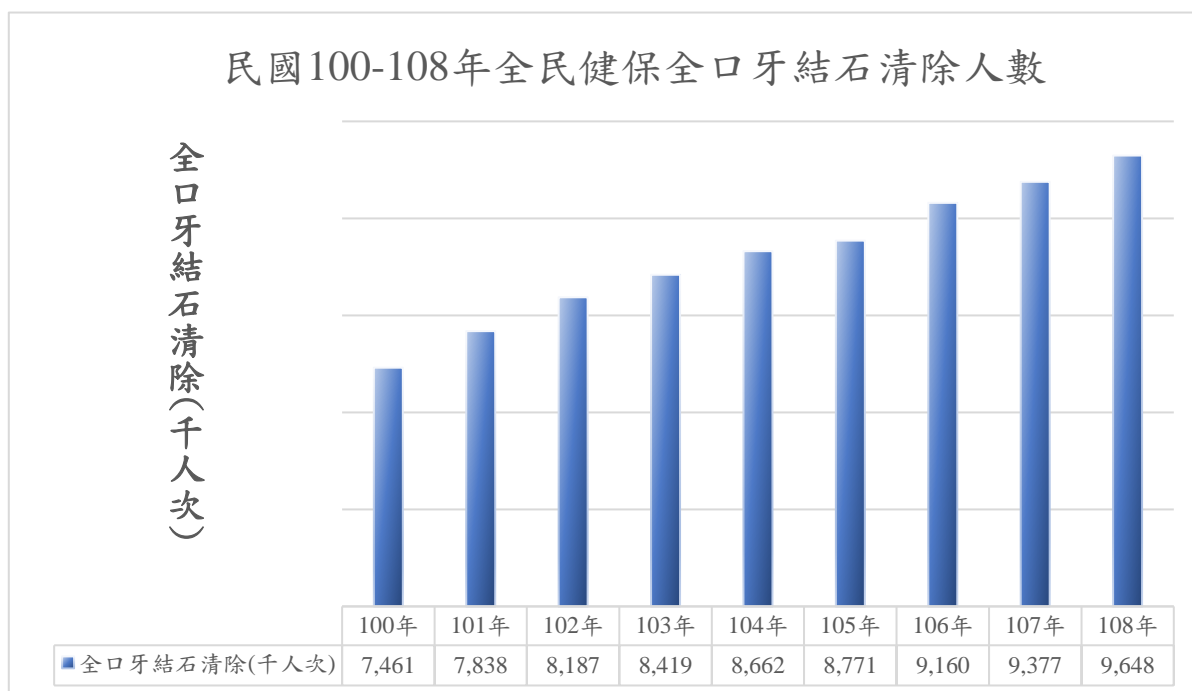
附表十一、歷年到宅醫療服務醫療利用情形

年度(民國)/項目	就醫人數	就醫總人次	每人就診次數
101年	11	30	2.72
102年	26	62	2.38
103年	84	149	1.77
104年	40	100	2.50
105年	142	268	1.89
106年	441	925	2.10
107年	796	1,941	2.43
108年	1,102	2,641	2.40

附表十二、民國 100-108 年全民健保牙科門診就醫人數



附表十三、民國 100-108 年全民健保全口牙結石清除人次



附表十四、民國 109 年全國各縣市牙醫醫療資源一覽表

縣市別	醫療機構(醫院)			醫療機構(醫務室、診所、衛生所)			
	通過牙科教學醫院評鑑之醫院/有牙科科別之醫院/醫院總數(家)	牙醫師(人)	牙體技術人員(人)	醫務室、診所、衛生所(家)	牙醫師(人)	護理人員(人)	牙體技術人員(人)
基隆市	2/5/9	22		97	176	6	
臺北市	17/26/36	666	28	1,387	2,717	97	17
新北市	11/14/54	205	7	1,107	2,523	26	9
宜蘭縣	3/4/9	39	1	104	154	39	
桃園市	11/14/34	152	13	512	1,136	28	14
新竹縣	1/4/11	6		119	263	4	2
新竹市	3/6/8	49		147	304	9	2
苗栗縣	2/3/14	11		113	178	6	
臺中市	15/20/67	216	9	967	1,768	46	11
南投縣	1/4/10	24	2	93	139	1	2
彰化縣	6/11/31	134	14	275	473	12	9
雲林縣	3/6/16	17		114	165	14	
嘉義縣	2/4/4	23		59	86	6	
嘉義市	3/4/12	43	1	118	193	6	9
臺南市	9/11/36	202	8	541	949	24	5
高雄市	11/21/84	304	3	854	1,589	57	6
屏東縣	2/7/22	20	1	152	209	30	2
花蓮縣	5/8/10	35	1	38	60	33	
臺東縣	1/4/7	8		81	110	10	2
連江縣	0/1/1	6		3	3	8	
澎湖縣	1/1/3	1		25	35	11	
金門縣	0/0/1			14	16		
總計	109/178/479	2,183	88	6,920	13,246	473	90

附表十五、民國 109 年全國各縣市牙體技術及鑲牙資源一覽表

縣市別	牙體技術所 (家)	牙體技術師 (人)	牙體技術生 (人)	鑲牙所 (家)	鑲牙生 (人)
基隆市	7	1	6	2	2
臺北市	111	197	106		
新北市	225	218	252	3	3
宜蘭縣	21	16	22		
桃園市	93	76	89		
新竹縣	7	5	12		
新竹市	16	10	10	1	1
苗栗縣	7	3	4		
臺中市	162	315	86	9	9
南投縣	9	18	5	1	1
彰化縣	36	63	29	3	3
雲林縣	12	5	10	1	1
嘉義縣	15	13	15		
嘉義市	14	21	17	1	1
臺南市	69	79	68	5	5
高雄市	106	231	98	1	1
屏東縣	10	7	5	2	2
花蓮縣	16	7	18		
臺東縣	4	1	4		
連江縣					
澎湖縣	1	1			
金門縣					
總計	941	1,287	856	29	29

附表十六、口腔醫事照護人力

醫事人員數	牙醫師			牙體技 術師	牙體技 術生	鑲牙生
	總計	醫院	診所			
102 年	12,794	1,764	11,030	219	296	40
103 年	13,178	1,870	11,308	501	704	35
104 年	13,502	1,918	11,584	651	817	34
105 年	13,912	1,982	11,930	773	869	33
106 年	14,379	2,115	12,264	855	866	33
107 年	14,717	2,121	12,596	1,011	871	33
108 年	15,127	2,186	12,941	1,102	853	31
109 年	15,429	2,183	13,246	1,445	876	29

附表十七、民國 110 年各縣市執業登記牙醫師人數(以性別分佈)

縣市別/性別	女	男	總計
基隆市	47(23%)	155(77%)	202
臺北市	1,281(37%)	2,211(63%)	3,492
新北市	812(29%)	1,950(71%)	2,762
宜蘭縣	63(32%)	136(68%)	199
桃園市	404(30%)	949(70%)	1,353
新竹縣	103(36%)	182(64%)	285
新竹市	137(38%)	227(62%)	364
苗栗縣	25(13%)	173(87%)	198
臺中市	596(29%)	1,453(71%)	2,049
南投縣	31(19%)	130(81%)	161
彰化縣	186(30%)	435(70%)	621
雲林縣	34(19%)	147(81%)	181
嘉義縣	31(30%)	74(70%)	105
嘉義市	76(32%)	165(68%)	241
臺南市	341(29%)	825(71%)	1,166
高雄市	582(30%)	1,366(70%)	1,948
屏東縣	49(20%)	201(80%)	250
花蓮縣	32(22%)	115(78%)	147
臺東縣	20(29%)	49(71%)	69
連江縣	0(0%)	7(100%)	7
澎湖縣	8(22%)	29(78%)	37
金門縣	2(10%)	18(90%)	20
總計	4,860(31%)	10,997(69%)	15,857