

國民口腔健康第一期五年計畫

行政院衛生署

民國九十五年五月

目錄

壹、計畫緣起	1
一、依據.....	1
二、未來環境預測.....	1
三、問題評析.....	8
貳、計畫目標	14
一、目標說明.....	14
二、達成目標之限制.....	16
三、預期績效指標及評估基準	17
參、現行相關政策及方案之檢討	18
一、法規與組織.....	18
二、現行方案之檢討.....	19
肆、執行策略及方法	24
一、強化口腔健康推動體系與建立伙伴關係	24
二、強化國人口腔健康知能	26
三、監測及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.....	28
四、降低齲齒盛行率.....	30
五、降低牙周疾病盛行率	31
六、降低口腔癌及其他口腔黏膜病變的發生率並提高早期診斷 率.....	32
七、降低事故傷害造成口腔及顱顏面的傷害	33
八、改善特殊族群口腔健康狀況	33
九、加強口腔照護人力資源	34
十、加強口腔照護的可近性	35
十一、推動口腔健康國際交流	36
伍、資源需求	37
一、所需資源說明.....	37
二、經費來源及計算基準	37
三、經費需求.....	37
陸、預期效果及影響	37

柒、附則.....	38
一、替選方案之分析及評估	38
二、有關機關配合事項	38
圖一 台灣地區男性五大癌症死亡率長期趨勢	6
圖二 台灣地區男性五大癌症發生率長期趨勢	6
表一 世界各國 12 歲兒童的齲蝕指數 DMFT index(WHO 資料挑選) .	5
表二 台灣地區六歲以下兒童口腔健康狀況	10
表三 台灣地區七歲兒童口腔健康狀況	10
表四 台灣地區十二歲兒童口腔健康狀況	11
表五 口腔健康總目標推估之說明表	39
表六 計畫執行甘特圖	41
表七 主要工作分工表	43
表八 經費需求表	56
表九 口腔健康五年計畫經費估算	55
表十 衛生署暨國民健康局口腔健康調查研究計畫	56

壹、計畫緣起

一、依據

依據口腔健康法辦理。

二、未來環境預測

(一)人口老化的趨勢，加重口腔醫療照護的負擔

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%。依據經建會的推估，至 2021 年，老年人口將佔 14.4%，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、參與和安全的機會，並須促進老年的生活品質。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。

老年人的口腔問題包括：口腔組織的老化、牙周病的惡化、牙根齲齒的增加、牙齒喪失、老年人特有的口腔黏膜疾病、系統性疾病造成口腔組織的變化、口腔癌及義齒適應問題等。而系統性疾病的盛行率增加如糖尿病，也會影響到口腔疾病的發生，兩者互相關聯。實證資料顯示，牙齒的缺失對咀嚼有相當大的影響，進而造成營養上的問題，也會因外觀的變化影響老人的社交生活等。研究也証實口腔健康較佳的老人，有較好的生活品質。WHO 在 2003 年亦指出口腔疾病是一項重要的公共衛生議題，其對個人、家庭及社會都造成相當大的影響，包括疼痛、受苦、功能不良與降低生活品質等。傳統的口腔疾病治療方式，仍屬高價位的，為大多數工業化國家最昂貴疾病花費之第四位。

國民健康局 2004 年成人及中老年全國性調查顯示，65

歲以上老人恆齒齲蝕指數 (DMFT index) 為 14.59、口內超過 20 顆牙僅 59.3%，而高達 32.5% 有補綴物之需求。與 10 年前的調查比較，65-74 歲民眾男女分別為 12.5 及 14.5、75 歲以上民眾男女分別為 17.6 及 18.0，恆齒齲蝕指數情況改善有限。隨著人口老化後，口腔醫療照護的負擔會持續加重，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。

(二)身心障礙者口腔健康有待加強

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 2005 年 6 月底之 923,497 人，佔總人口 4.1%。

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不佳，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不可近性，醫療成本提高，家長經濟及精神負擔加重。因此，照護者的意願和能力成為影響其口腔衛生的關鍵因素。

根據 1970 至 1980 年間，日本的口腔健康調查報告指出：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，有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。日本身心障礙者的調查報告指出 1978 年時身心障礙者齲齒率為 17.5%，全口無牙率為 2.7%，填補率為 1.0%。1998 年時對身心障礙者之調查齲齒率為 15.6%，全口無牙率為 0.9%，填補率為 21.7%，可見日本推行身心障礙者口腔保健及醫療 20 年來，對身心障礙者口腔健康的維護有相當大的幫

助及改善。

在國內 2000 年的研究報告指出：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。

而國民健康局 2004 年「台灣身心障礙者之口腔健康狀況調查」，顯示身心障礙者的口腔健康狀況普遍不佳，缺少醫療補綴及潔牙行為不足，則是其共同的口腔健康問題。因此，有關身心障礙者的口腔醫療供給可近性、牙醫麻醉的資源配合、預防保健介入計畫等都是政府未來需要解決的問題。

(三)城鄉牙醫醫療照護資源分配不均之問題，亟待改善

健康的不平等與醫療服務的可近性相關，又受限於貧窮、教育水準或語言溝通、地理隔離、年齡、性別、殘障及身體疾病等因素影響。諸如外籍及大陸配偶所生子女，依內政部資料顯示，其比率由 1998 年 13,904 人之 5.12%，增加至 2003 年 30,348 人之 13.37%。外籍配偶礙於語言、文化等差異，其所生子女口腔健康狀況普遍不良。另家庭結構的改變與社會變遷下的隔代教養子女，也有相同的口腔問題。

由於牙醫的醫療特性，對經濟的依賴比一般醫學更高，只有在症狀嚴重化時或有錢時，才處理口腔的醫療需求。如此，將使貧窮者的口腔健康狀況更形惡化。隨著台灣地區貧富差距加大，更導致口腔健康資源分配的不公平現象加深。民國 84 年全民健康保險實施後，解決了部分就醫自付成本的障礙，可以從 12 歲兒童牙齒治療率的變化看到這種效果，1981 年為 14%、1990 年 12%，1996 年升到 28.7%，2000 年

則達到 54.3%。然而時間及交通成本，仍然是可近性的障礙。依據台灣省政府衛生處 1998 年調查顯示，嘉義縣阿里山鄉 7-12 歲兒童齲齒盛行率為 95.1%，七美鄉為 89.9%，皆顯著高於台灣地區 1996 年及 2000 年 12 歲兒童齲齒盛行率 85% 及 66.5%，二個鄉大部分民眾均缺乏正確的口腔保健知識與行為。

截至 2003 年底為止，台灣的無牙醫鄉仍有 38 個，散布山地、離島偏遠地區。另一方面，對於由鄉村至都市居住的邊緣人口家庭，低收入戶等經濟弱勢族群的口腔醫療照護問題，也需要提出符合效益的改善策略，以確保每一位國民的享受平等的口腔照護權利。

(四)口腔疾病（齲齒、牙周病、口腔癌等）持續嚴重化

口腔疾病的特性是隨時間慢慢進展、累積而變為複雜。可影響進食方式及社交生活，發病時極疼痛，治療成本很高，但大部分口腔疾病是可以預防的。世界衛生組織(WHO)2003 年指出齲齒與牙周病一直是全球口腔健康的兩大負擔。這兩種疾病在世界各國有不同的流行分布及嚴重程度。許多流病調查証實，社會行為因素及環境因素是口腔病的重要原因。2000 年的全國性調查，顯示 12 歲兒童齲齒指數 DMFT index 為 3.31 顆，高於 WHO 所定少於 3 顆的標準，與國際比較(表一)，仍比大多數國家嚴重。而許多工業化國家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。

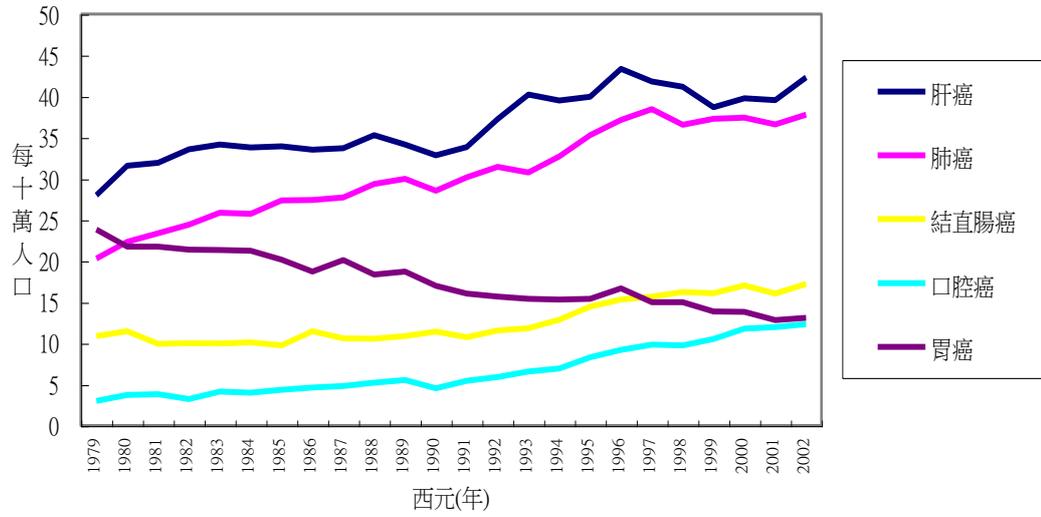
表一 世界各國 12 歲兒童的齲蝕指數 DMFT index (摘自 WHO 資料)

Country	Year	DMFT index
Taiwan	2000	3.31
U.S.A	1994	1.28
Japan	1999	1.71
Korea	1995	3.1
Hong Kong	2001	0.8
Singapore	2002	1.0

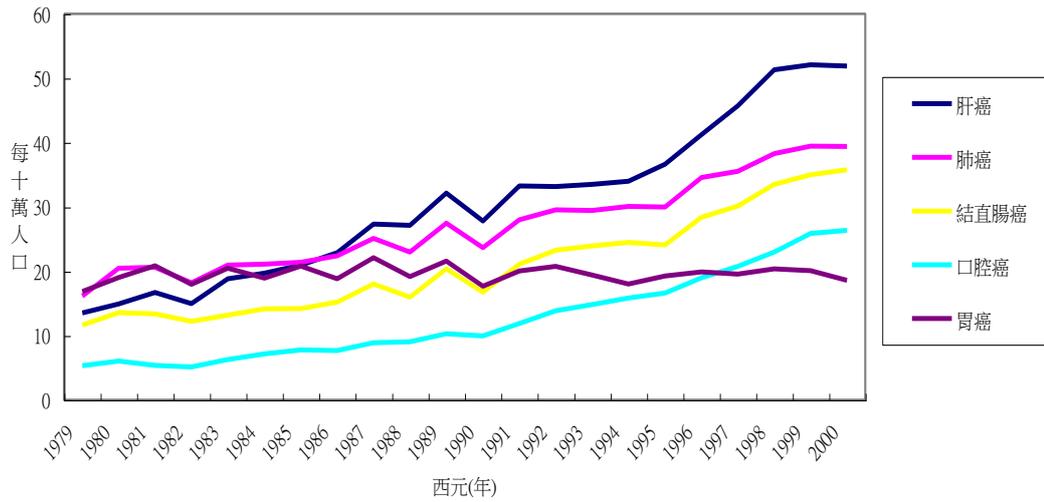
2003 年 WHO 指出全球大多數兒童有牙齦炎的症狀，35-44 歲人口族群中，約 5~15% 罹患嚴重牙周炎。比較國民健康局 2004 年成人口腔狀況調查，與 1992 年的調查顯示，40 歲以上國人在齲齒指數上並未改變，然而在牙周疾病上有進步，惟與先進國家比較，仍有差距。

口腔癌是全球癌症排行第八位，在亞洲中、南部，為第三順位常見的癌症。發生率的高低與危險行為（如吸菸、嚼檳榔及喝酒）有直接相關。根據衛生署癌症登記相關資料顯示，過去二十年間，男性主要癌症死因，依序為肝、肺、胃、結直腸、口腔(圖一)，除胃癌有趨緩情形外，餘皆持續增加，尤以口腔癌為最，至 2003 年，口腔癌已成為男性第四順位的癌症死因。主要癌症發生率，男性以肝癌、口腔癌增加幅度最高(圖二)。

圖一 台灣地區男性五大癌症死亡率長期趨勢



圖二 台灣地區男性五大癌症發生率長期趨勢



(五)口腔預防保健工作逐漸受重視、預防保健人員需求增加

隨著醫療費用的不斷升高，民眾的健康水準及生活品質是否更好、更高的質疑與反省也開始出現。1997年，有鑑於我國兒童的齲齒嚴重，由衛生署及牙醫師公會全聯會共同辦理國小學童含氟漱口水實驗計畫，開始展開口腔預防保健的工作。

另一方面，口腔健康與生活型態及危險因子息息相關。WHO於2000年提出，必須針對與生活型態有關，或具有可預防之共同危險因子的疾病設定重點工作。而社會文化相關之口腔危險因子，如貧窮、低教育水準、對口腔及疾病不重視、未適當使用氟化物的社區或國家，則可能有較高齲齒風險。另外，環境的支持，如無法獲得安全、衛生的飲用水，不但是口腔健康，也是全身健康的危險因子。因此，要有效控制口腔疾病，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。

許多醫學研究證實，牙菌斑是最常見的兩大口腔疾病(齲齒與牙周病)之共同致病因子，因此有效控制牙菌斑應列為預防齲齒與牙周病之首要工作，而基於工作時間的成本，這類預防工作及衛教宣導，不限定於診所，學校及家戶訪視，在國外都由口腔專業輔助人員來執行。國外許多國家採用口腔專業輔助人員，推動口腔健康促進，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。而我國是世界上少數沒有口腔專業輔助人員的國家。為求預防工作的落實，有必要加強口腔專業人員之培育與參與。

三、問題評析

(一)國人對口腔健康認知與行為不足

國人總抱著「牙痛不是病」、「老人本來牙齒就該掉」等錯誤觀念，輕忽口腔衛生，部分有潔牙觀念者，往往對於正確潔牙方式，認知不足及行為錯誤，造成齒頸部嚴重磨損；國際癌症研究中心將檳榔列為第一級致癌物時，台灣仍有上百萬「紅唇族」，仍不間斷的嚼食檳榔戕害自己的口腔健康。

2000年衛生署全國性6-18歲口腔狀況調查顯示：15-18歲青少年需接受口腔衛教達86.04%，可知國、高中生於就學與準備聯考之際，多疏忽個人之口腔衛生，顯示口腔保健知識與行為皆有改善的空間。依據國民健康局2005年「台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查」資料顯示：口腔保健行為之潔牙習慣，24.6%的國人晚上睡覺前無潔牙習慣，其中男性為31.17%，女性17.8%。刷牙次數，平均潔牙次數約1.87次，其中女性(2.0次)略高於男性(1.7次)。整體而言女性的口腔保健行為比男性好。

而美國公共衛生署2000年的口腔政策報告，強調口腔健康不僅是牙齒健康，而是全身健康的一部分。提醒美國民眾要重視口腔健康和口腔衛生行為，否則慢性口腔疾病，如牙周病、口內感染或齒源性病灶，將導致動脈硬化、心肌梗塞、腦中風、老人性肺炎、糖尿病的惡化、孕婦容易產下早產兒或低出生體重嬰兒等問題。因此，許多衛生政策的決策者，有必要重新認知口腔健康的重要性，在訂定衛生政策時，將口腔健康整合在各項計畫內。同時，醫療的供給者，醫師或牙醫師在專業教育課程或繼續教育的教材中，應包括口腔健康及全身健康的關聯性的內容，並在跨科轉診病人時，提供更好的諮商。

國內各階層群體對口腔健康的認知及保健行為，如果仍

只停留在牙齒健康，而忽略包括不良的生活型態、飲食營養，或菸酒等危險因子，會互相影響口腔健康與全身健康，那麼口腔健康的認知不足，是推動各項防治策略的阻力。爰此，政府應發展國人可感受且口語化的溝通訊息，透過不同的通路加強宣導，以改變對口腔健康的認知。

(二)各年齡層及特殊族群的口腔健康與 WHO 所訂的目標差距仍大

依據衛生署 2006 年對六歲以下兒童全國性調查結果顯示，1-2 歲兒童齲齒率為 7.25%，2-3 歲為 40.12%，3-4 歲為 58.11%，5-6 歲兒童齲齒率 73.65%。男童的乳牙齲蝕指數 (deft index) 高於女童，女童填補率高於男童；2000 年 6-18 歲人口口腔狀況全國性調查也指出，女性齲齒率及填補率皆高於男性，15-18 歲青少年需接受牙周病治療高達 81.78%，12 歲兒童 DMFT index 為 3.31 顆，此與 WHO 所定 2000 年小於 3 顆的標準，以及到 2010 年時目標小於 2 顆，相差頗遠，仍需加強推動，方能達成目標。(如表二～表四)。

國民健康局 2004 年針對中老年人全國性調查顯示，中老年人僅 40.9% 有健康牙周指數 (CPITN)、牙齦附連喪失為 0-3mm (屬牙齦健康者) 則為 68.8%，65 歲以上之老人口內超過 20 顆牙者僅 59.3%。另亦指出女性的齲齒盛行率 91.46% 高於男性 84.64%、男性剩餘齒數高於女性，而女性牙周狀況優於男性，接受填補比率亦高於男性。

國民健康局 2004 年身心障礙者全國性調查顯示，其 DMFT index 為 9.94，恆齒齲齒率 91.96%，但填補率僅 32.40%。另亦指出女性齲齒率為 93.87% 高於男性 90.57%，但女性牙齦狀況優於男性；可知其口腔健康狀況不良，在兒童及青少年期為齲齒，成年及中年期為牙周病，老年期為缺牙問題，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。

高雄醫學大學 2004 年對長期照護機構住民口腔狀況之研究，結果顯示機構內住民 DMFT index 為 21.29、齲齒率 92.2%、牙周疾病率 93.3%。女性的恆牙齲蝕指數(DMFT index)高於男性，但男性之齲齒數或現有牙齒顆數則高於女性；因其照護者對口腔保健認知不足，技能欠缺，較少提供住民口腔衛生的照護，其口腔健康狀況普遍不良。

表 二 台灣地區六歲以下兒童口腔健康狀況

年 齡	乳齒齲蝕指數 deft index (顆)	齲齒盛行率 (%)
1-2	0.23	7.25
2-3	1.37	40.12
3-4	3.18	58.11
4-5	4.98	72.59
5-6	5.58	73.65

資料來源：台灣地區六歲以下兒童口腔狀況 (2006 年)

表 三 台灣地區七歲兒童口腔健康狀況

年別	乳齒齲蝕指數 deft index (顆)	盛行率	治療率
1981	7.59	96.6%	0.6%
1990	7.40	95.0 %	3.6%
1996	5.84	89.4 %	2.7%
2000	5.29	89.5 %	39.2%
2006	5.23	59.65	58.35

資料來源：台灣地區兒童及青少年口腔狀況調查(2006年)

表 四 台灣地區十二歲兒童口腔健康狀況

年別	恆齒齲蝕指數 (DMFT index)	盛行率	治療率
1981	3.76	85.1%	14.0%
1990	4.95	92.0 %	12.0%
1996	4.22	85.0 %	28.7%
2000	3.31	66.5 %	54.3%
2006	2.58	37.30	60.01

資料來源：台灣地區兒童及青少年口腔狀況調查(2006年)

(三)口腔健康實證科學基礎之建構仍需強化

生物醫學及行為研究可做為口腔醫療照護的知識基礎，也會促成預防、診斷、處理治療的進步。臨床研究，可了解遺傳、行為、環境因子交互作用。口腔健康的研究，如口腔感染與全身性疾病、牙周病與糖尿病的關係等，有必要從預防及行為科學的研究，如社區介入及危險行為的改變等方式進行。另外，醫療照護的研究可以了解服務結構及功能對健康的影響；而以族群為基礎的應用研究及流病調查，則可以了解疾病與危險因子的相關。我國的口腔醫學研究應加強應用科學，特別是對口腔健康不好及有最高風險的族群研究，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。

另一方面，我國尚缺乏國家級口腔健康監測系統，其特徵應包含整合性、持續性、具有成本效益及有助於公共政策

之形成。台灣地區常進行各種不同的口腔健康狀況調查，但缺乏一套標準的、可與國際接軌的方法，及確保各次檢查結果之間的可比較性之執行方法的系統。因此，需建立一個常設的、普及台灣各縣市及鄉鎮之牙醫人力資料網，藉標準化的方法及工具，長期分階段定期進行，各項與促進全民口腔健康有關之口檢訓練及資料蒐集，並協助口腔保健計畫之推動。未來將結合牙醫學會與公會的資源與人力，設立口腔健康監測中心，輔導各縣市建立口腔監測系統。

(四)口腔健康的衛生基層結構及專業人力不足

口腔衛生基層結構是否足以滿足民眾的需要，可以從質與量來看，民眾自醫療提供者得到的口腔照護仍不完整。質的方面，需要加強牙醫師及其他跨專業人員的口腔照護與公共衛生專業訓練；量的方面，需要平衡醫療服務提供可近性的城鄉差距。

由世界各國人口與牙醫師人數比和齲蝕指數的相互關係來看，並未呈現正向關係，可知牙醫師基於時間成本，並無法在降低齲齒盛行率著力，除非採取公衛模式的介入。許多國家如紐西蘭、新加坡、英國等，牙醫師人力雖不多，但因採用良好的預防措施（如飲水加氟、食鹽加氟等計畫）及配置口腔衛生人員，其恆齒齲蝕指數（DMFT index）降至 1.4 ~ 0.9 以下。

台灣牙醫醫療資源豐富，但民眾的口腔健康情形，反而有日趨嚴重趨勢，這也呈現出一昧追求更好的臨床治療技術是不夠的，需要建置符合民眾的需要、以預防為導向、整合社區資源、創造支持性環境、提供全人的服務、以及相關個體自發地、群策群力地尋求口腔健康的服務網絡。因此，人力資源的建置更形重要。

目前有三所大學設有口腔衛生學系，但台灣並無口腔專業衛生人員制度，如能設置專業證照，可鼓勵更多人才投入。另外，基層衛生所由所內護理人員兼辦口腔保健工作，但大部分未接受完整口腔衛生訓練。社區中亦少培訓口腔專業志工，影響口腔預防保健成效。未來需積極規劃口腔專業衛生人員教、考、用制度及培訓口腔保健專業人力（含公衛護士、校護及社區志工等），以提昇其知能。爰此，有效結合口腔衛生保健人力及牙醫師，以組成人力資源網絡的方式，做為口腔健康的基層結構，提供社區的口腔健康營造。

(五)促使民眾接受有效益的口腔保健計畫仍待加強

口腔疾病及其所造成的失能，事實上，可經由安全有效的預防方法來降低發生率，但却不被民眾所接受，如飲水加氟及裂溝封填等方法。因此，必需發展更能說服民眾的科學實証資料，來減少實施的阻力。這些措施包括實施實証科學基礎的介入，以及對民眾及其他社會團體發展伙伴關係，提供解決民眾需要的相關口語宣導及民眾文化上認同的衛教材料等。

在服務可近性的部分，比起美國，我國的健保普及率高，減少許多就醫成本。惟因地理因素、貧窮問題、低教育程度、外籍配偶的語言不通等社經因素，的確會造成服務資源無法公平的分配到更需要群體。因此，推廣更有效的服務，如簡化服務流程、就近提供服務等實有需要。另外，藉由增加有實證醫學效益的口腔預防保健項目，亦可嘗試藉由改變牙醫全民健康保險的給付制度，增加有實證醫學效益的口腔預防保健項目，以提昇民眾的使用意願。

(六)公私部門的夥伴關係仍待加強

在改善口腔健康的策略中，應加入公共衛生的新領域—健康促進的概念，因為單一的臨床介入或衛教活動無法長

久，並且成本過高，及過於依賴口腔專業人員的參與，而無法普及。WHO 運用健康促進觀念和策略計畫，如健康城市、健康社區、健康促進學校、健康促進工作場所、菸害防治計畫、健康老化等計畫，都有明顯的成效。渥太華健康促進憲章的五大行動，包括建立一個健康公共政策、創造一個支持性的環境、強化社區的行動、發展個人的技巧及重整健康的服務等。因此，利用多重策略在不同的場合實施口腔健康計畫是未來的方向。

如結合教育部推動的健康促進學校，有關促進口腔健康方面，建議努力方向，為應掌握學生資料，以便追蹤、輔導；學校應提供必要的健康環境，如安全的運動環境，降低口腔及顱顏面受傷機會；重視口腔疾病對兒童造成的沈重負擔；學校的政策及健康教育重點，應包含口腔健康及有害口腔健康之危險性行為等。如學校禁止販賣含糖食物、禁葯等，減少危險因子的使用，來增進口腔健康。

此外，國民健康局、中央健保局及本署醫事處，分別辦理口腔健康預防保健、醫療給付及醫療與人力管理。目前雖已成立口腔醫學委員會，擬議口腔健康政策，相關單位需有更密切合作。另，口腔相關醫學會、機關團體及社區組織等，亦積極推動口腔保健相關工作。並與私人機關團體建立合作伙伴關係，建立整合性的合作模式，以結合相關的政府單位、民間機構、及個人，有效推動口腔保健，以提昇國人口腔健康。

貳、計畫目標

一、目標說明

本計畫之執行期間自民國九十五年一月一日至九十九年

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：

總體目標

- 1、5 歲兒童齲齒盛行率由民國 1997 年之 90%，2006 年 73.65%，下降至 2010 年 70%。
- 2、12 歲兒童齲蝕指數(DMFT)由 2000 年 3.31 顆，預估 2010 年可降至 2.3 顆以下。
- 3、18 歲青年的齲齒填補率，由 2000 年的 56.65%，上升到 2010 的 75%以上。
- 4、35-44 歲成人牙齦炎由 2004 年 52.2%，降至 2010 年 50%以下。
- 5、一年內牙醫就醫率，由 2004 年 40.4%增至 2010 年 45%。
- 6、建立口腔健康監測系統，2010 年 80%縣市完成建置。
- 7、65 歲以下民眾每天睡前刷牙之比率，由 2005 年的 75.4% 增加到 2010 年的 82%。

附件一、口腔健康總體目標推估之說明表

二、達成目標之限制

(一)民眾健康行為的改變相當不易

一般人根深蒂固認為「牙痛不是病」，輕忽口腔衛生，造成口腔疾病的惡化，進而影響全身健康。口腔疾病防治工作的推行涉及許多行為改變的策略，但是不論是民眾的健康行為或醫療人員的醫療行為，其改變誠屬不易，通常需要經過長時間教育才能見效。

(二)口腔保健人才及經費不足

口腔保健工作係由國民健康局兒童及青少年保健組推動，目前重要口腔保健業務，陷於人力不足之窘境而無法大力推展，而地方衛生局所亦僅有一人兼辦口腔保健業務，另一方面，中央至地方口腔保健專業人員及社區口腔保健志工不足，相關或公益機構人力及行動力不足，上述皆為推動口腔保健工作瓶頸。

依據行政院主計處資料顯示，93年民眾牙齒自費醫療支出為新台幣267億元，全民健保中牙科服務支出，每年亦約為新台幣268億元，每年使用牙科服務項目僅佔全人口40%。而本署口腔預防保健服務經費，約只有4千500萬元，顯然無法達到預防勝於治療之目標。

(三)誘因不足

行為的改變不僅如上所述不易，而且沒有配套措施提供足夠的誘因，誘使行為改變。以我國施行全民健康保險制度為例，以醫療服務提供者而言，論量計酬的模式亦無誘因促使其早期篩檢口腔疾病或積極提供預防保健服務，在總額制度下，以給付金額多且治療處理方便的項目為優先；對身心障礙者弱勢群體，牙科麻醉實施的受限，相關教育訓練資源缺乏；幼兒的口腔照護部分，給付之獎勵仍不足。而保險給

付機構目前仍較注重治療給付，使用於預防保健服務之經費仍低。如此，在在顯示為有效推行口腔防治工作，必須設計有效的誘因。

三、預期績效指標及評估基準

(一)計畫執行短期成效

1. 縣市建置台灣地區口腔健康監測系統的數目增加 (surveillance system)

推動縣市建立全國性口腔健康監測系統，以提供國人各項口腔健康指標的事實狀況，並以作為各項計畫介入成效評價的參考基礎。

2. 國人利用健保洗牙的次數逐年增加。

(二)計畫執行長期成效

1. 完成各年齡層每5年一次的全國性口腔健康狀況調查，由分析各年齡層、各族群等之口腔健康現況及其趨勢，藉以評估本計畫之執行狀況。

2. 行為改變

經由調查瞭解定期接受口腔健康檢查的比例及潔牙行為的改變。對於弱勢族群(如老人、身心障礙者兒童或原住民)則以口腔健康行為之改變情形(如刷牙次數、睡前刷牙等)，做為評估之指標

參、現行相關政策及方案之檢討

一、法規與組織

(一)口腔健康法

目前韓國、美國、日本、紐西蘭等國，訂有口腔健康法案的規範外，我國亦於 2003 年五月公布施行「口腔健康法」。該法計十二條，除明定立法目的、工作範疇外，尚明定為達立法目的所應採取措施，需涵括寬列人力及經費、整合行政組織及研究工作等，提供口腔健康工作依法行政之依據。

(二)口腔醫學委員會

口腔健康法公布施行後，本署即公告各衛生行政及醫療機構周知，並依本法成立「口腔醫學委員會」，協助口腔健康政策之制訂。

(三)中央機關口腔保健之組織架構

我國口腔保健工作之推動及執行，在中央主要為國民健康局主管，但因業務分工，醫療院所管理評鑑、重要研究工作及口腔醫療給付等業務分屬本署醫事處、國家衛生研究院和中央健康保險局職掌，並有各自的工作體系。舉例而言，制定國家口腔健康政策為口腔醫學委員會及國民健康局，但醫療院所主管單位為醫事處，中央健保局則是醫療費用給付者，故必須在這些單位間建立有效的溝通管道，使政策規劃、品質評鑑和財務給付等能有效結合。

(四)地方口腔保健之組織架構

在垂直整合方面，地方口腔健康工作主管機關為直轄市、縣轄市衛生局內之保健課主管及衛生所。在口腔健康政

策面上，乃先由國民健康局制訂政策及其目標，再經由縣市衛生局會議而確定之，衛生局再因地制宜研擬執行策略。

- (五)未來除將落實口腔健康法之基本精神外，亦將強化跨部會、跨領域的合作機制，整合教育、社政、民間團體及中央與地方水平性及垂直性整合，積極推動各項口腔保健計畫，並建立評價機制，做為政策推動之參考依據。

二、現行方案之檢討

(一) 牙醫師人力供給

- 1、截至 2004 年 12 月底執業牙醫師人數 9,868 人，每萬人口牙醫師數 4.35 人，每位牙醫師服務人口數為 2,299 人。
- 2、依衛生署 2000 年辦理之我國醫事人力規劃與預測研討會，推估牙醫師需求數，以每人每年看診次數年增率 1.2%、牙醫師生產力以每週看診 58 人次推估，2010 年需 10,219 名牙醫師、2020 年需 13,787 名牙醫師。
- 3、以每年畢業人數 270 人推估，2010 年約有 11,200 名牙醫師、2020 年約有 13,446 名牙醫師，接近需求數。

(二) 學齡前兒童口腔健康促進

- 1、透過縣市衛生局辦理兒童早期性齲齒預防，學前兒童口腔保健宣導，及辦理衛生局所、幼稚園、托兒所相關人員教育訓練，以提升工作人員及教保人員對口腔保健的知能。
- 2、於幼稚園、托兒所推展餐後及親子潔牙、並已將口腔保健納入教學單元。
- 3、透過縣（市）衛生局結合縣市公會及轄區牙科醫療院所，辦理大班學童口腔健康篩檢及衛生教育，篩檢異常者並進

一步轉介治療。

- 4、中央健康保險局和牙醫總額委員會，自 93 年 7 月開始實施 5 歲以下兒童一年二次牙齒塗氟之預防保健服務，惟半年使用率僅 2.53%，故未來應加強宣導，增加其利用率，以減少兒童齲齒之發生。
- 5、兒童早期性齲齒仍然偏高，尤其是 2-3 歲齲齒盛行率急速上升，因此，應落實兒童預防保健服務之口腔保健服務。未來除推動本計畫外，更將結合相關單位如婦產科醫學、兒科醫學會、醫療院所，透過孕產婦健康管理及嬰幼兒健康管理等，從孕婦及嬰幼兒期早期之介入，降低學齡前兒童齲齒的盛行率，以擁有良好的口腔健康。

(三)兒童及青少年口腔健康促進

- 1、2002 年起，結合教育單位全面推動國小學童含氟水漱口防齲計畫，迄今計 25 縣市 2,646 所國小、約 188 萬名學童參加，年度參與率達 98.5%。並於全國 24 縣市辦理學校人員及國小學童口腔保健研習班，另亦於北、中、南、東四區辦理口腔播種醫師研習；研發醫護人員及民眾使用氟化物之指引手冊及單張，提升醫護人員及民眾對氟化物的知能。本計畫經校園口腔保健計畫對學童口腔狀況成效的探討計畫及台灣地區國小學童含氟水漱口成效評價計畫評估，確可使 12 歲學童的齲齒指數下降，成效良好。
- 2、協同教育部推動學生口腔健康教學、活動與定期口腔檢查。
- 3、1993 年由牙醫師公會全國聯合會結合衛生署開始舉辦潔牙觀摩，每年先由各縣市牙醫師公會舉辦各縣市潔牙觀摩，然後依參賽隊數比例擇優參加全國潔牙觀摩，而辦理大型活動之目的，主要為喚起社會大眾對口腔保健工作之認同。教育部更於 2002 年從行政院衛生署接手國小學童餐

後潔牙的推動工作，具體的成效可從推動校園口腔保健計畫對學童口腔狀況成效的探討計畫評估，參與潔牙觀摩活動有助於降低乳牙、恒牙第一大白齒的齲齒盛行率、齲齒指數及提高填補率。為順應 WHO 推動健康促進學校議題，教育部與衛生署自 95 年起，改以學校健康促進模式推動校園口腔健康。

- 4、升學壓力造成學生以課業為前提，忽略口腔保健，依據調查高達八成的國高中學生須接受牙周病治療。爰此，進行青少年牙周病防治策略探討，嘗試以產官學社合作及培養社區及校園口腔衛生指導員方式，建構青少年牙周疾病防治策略及社區校園口腔健康促進模式，並依此模式擴大至其他縣市援用辦理。
- 5、目前雖然口腔保健已列為健康促進學校的議題之一，且已結合教育部共同推動健康促進學校學生之口腔健康，惟健康促進學校之概念對牙醫相關團體及其它公共衛生人員，仍為新興工作領域，未來擬建立跨領域、跨專業合作模式，結合牙醫團體及口腔保健種子人員共同為學校進行健康學校-口腔健康之推動。

(三)成人及中老年人口腔健康促進

- 1、過去著重於學齡前兒童及學童之口腔預防保健推動，隨著人口高齡化的趨勢，亟需推動中老年人口腔保健。爰此，於 94-95 年度結合糖尿病照護網積極推動『糖尿病共同照護網口腔健康照護計畫』，研發糖尿病人口腔健康管理教材、辦理醫護人員及一般民眾口腔健康教育訓練、並建置不同社區型態之糖尿病人口腔健康照護模式。
- 2、研發醫護人員及民眾有關牙周病防治之宣導教材，並辦理牙醫師牙周病防治之教育訓練課程。

- 3、推動銀髮族口腔健康選拔活動，透過一系列選拔活動、講座、宣導活動，讓民眾瞭解到，從小時就必須養成良好的生活與飲食習慣，在老年時才能擁有好的口腔健康；目前並無全國周延性牙周病流行病學資料，未來除探討國內牙周病、無牙率及其危險因子外，並據以積極規劃建置牙周病防治模式，期改善中老年人口腔健康，進而提升其生活品質。
- 4、台灣地區口腔癌的發生率及死亡率持續升高，仍然嚴重威脅民眾的健康，但口腔癌卻是可以經由早期發現、早期治療提高治癒率的癌症，故將持續加強口腔癌之篩檢及民眾對危險因子檳榔、菸、酒認知的衛生教育，以降低口腔癌之發生率。

(四)特殊族群口腔健康促進

- 1、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，2003-2004年國民健康局辦理「台灣身心障礙者之口腔健康狀況調查」，並配合口腔檢查時，進行老師、家長及教保員等照護者，有關身心障礙者口腔衛生教育。
- 2、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。
- 3、部份牙醫師因為對於治療像身心障礙者此類之特殊族群感到陌生或不熟悉，進而對其口腔照護產生畏懼，甚至排斥。因此，首要工作為教育訓練。但是礙於部分身心障礙者在牙科治療上的配合度不佳，要有效率的來照護他們的口腔健康，必須適當的培養全身麻醉、精神鎮靜方面的醫事人力投入口腔的領域。

- 4、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台大醫院、私立中山醫學大學附設醫院、高雄醫學大學附設中和紀念醫院、三軍總醫院、慈濟綜合醫院、慈濟綜合醫院大林分院、天主教耕莘醫院、台北榮民總醫院等 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。
- 5、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」，以解決身心障礙者牙科醫療問題。
- 5、未來將結合跨領域、跨專業，共同推動特殊族群及其照護者口腔保健之教育宣導、牙醫師養成教育及在職教育課程，增加身心障礙課程、建立可近性及可用性之口腔醫療照護體系，以提升其口腔健康狀況。
- 6、對於接受長期照護民眾、外籍配偶及其子女，目前並無介入措施，未來對於長期照護民眾，將加強機構工作人員口腔保健之教育宣導、每半年由牙醫師至機構作例行性口腔健康檢查等。外籍配偶及其子女口腔健康，將整合於孕產婦及嬰幼兒健康管理計畫。
- 7、山地離島地區民眾，因交通不便及醫療資源缺乏，依據調查其口腔健康狀況不良，缺乏正確的口腔保健知識與行為。推動「加強山地離島偏遠地區口腔醫療保健服務計畫」三年計畫（1998 至 2001 年）及牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案，建立山地離島偏遠地區口腔保健醫療服務網，提供可近性之口腔保健醫療照護；未來將廣續推動「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」及預防保健介入措施。

(五)調查研究及監測系統

- 1、國民健康局已於 93 年完成中老年人口腔狀況調查，預計 94 年完成六歲以下口腔狀況調查，及 95 年完成 6-18 歲口腔狀況調查，並將於 95 年完成每五年進行之各年齡層、各族群口腔健康狀況之調查研究及齲齒、牙周病先驅防治模式之探討，以為政策制訂及成效評估之參考依據。
- 2、參考美國 CDC 最新的口腔健康監測方法，積極建置台灣口腔健康監測系統，已完成齲齒、曾有齲齒病史兒童、溝隙封填劑（學齡兒童）、幼兒早期性齲齒、自然牙（成人）、牙科治療需求急迫性等指標操作手冊、進行口腔健康檢查相關器械及材料之評比。
- 3、參考美國 CDC 最新的口腔健康篩檢模式，因地制宜考量，由校護採用目視口腔篩檢及結合問卷，進行國小學童及學校教職員口腔健康篩檢之先驅計畫，並規劃於各縣市推展。
- 4、有關衛生署暨國民健康局歷年來口腔相關研究如表十。

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口腔保健工作。口腔保健業務涉及衛生、教育、社政等部門，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，提供民眾高品質服務。
- 3、垂直整合中央及地方衛生機關。建立中央與地方整合機制，與縣市衛生局共同議定國家口腔保健政策，衛生局

亦得因地制宜擬定地方口腔健康工作重點，並藉由回饋及資訊分享，以改進衛生行政體系之政策制訂、執行及評估工作。

- 4、中央主管機關（衛生、教育、社政）應將口腔保健業務列為對地方機關業務考核項目，內容包括「縣市應成立口腔健康推動委員會」，整合及推動縣（市）口腔健康促進工作；另結合縣市政府學校衛生委員會，於其委員會中納入口腔健康推動委員會之委員，共同推動縣市各級學校之口腔健康。

(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、社區健康營造、醫護相關領域(如社區公衛群)、家長及其他口腔相關團體等，共同推動口腔健康工作。

(三)建立醫院與診所之伙伴關係及合作機制

- 1、整合醫院診所，建構社區口腔健康服務網絡。運用醫院充足之設施，牙醫師人力及診所牙醫師之地緣關係，提供民眾全面性的口腔醫療保健服務。
- 2、增進醫院及診所牙醫師口腔照護知能，辦理社區牙醫學訓練。

(四)成立口腔健康監測及保健中心

由於口腔疾病之監測大部分都由學者專家各自對小樣本進行調查，較無整體之規劃。目前口腔疾病，已委託學界進行建立先驅性推廣模式，未來擬依口腔健康法於口腔醫學委員會下設或另行徵求成立口腔健康監測及保健中心，規劃並執行全國代表性樣本之口腔健康疾病調查及監測，必要時亦可輔導縣市加入口腔健康監測網，研議 TOPHS 在全國執行之可行性，共同執行調查及監測工作。

二、強化國人口腔健康知能

(一)口腔健康照護計畫整合於全身健康照護計畫

結合糖尿病照護、長期照護計畫、孕產婦及嬰幼兒照護計畫等之一般健康照護計畫，增進國人對於「口腔健康對全身健康的重要性」之認知，及自我照護技能。

(二)結合教育單位共同於健康促進學校推動口腔健康促進

1、各級學校依據校園健康問題，視必要訂定校園口腔健康推動計畫。

2、口腔健康教學及活動：

- (1)學校提供家長及義工口腔保健培訓課程，以建立學校、學生及家長的三角關係。
- (2)結合健康促進學校之「教學資源發展中心」，評估並研發各級學校所需口腔保健教材及教具。
- (3)結合健康促進學校之「人員訓練中心」，辦理學校及衛生人員口腔健康教育訓練，以強化其口腔保健知能。
- (4)增列及修訂國小、國中、高中、大學教科書中關於口腔健康的課程及資料，以落實潔牙觀念及技巧。
- (5)配合學校活動，將口腔保健（如潔牙、繪圖、寫作）加入學校園遊會、運動會、校慶等活動之中。

3、建立校園口腔健康服務：

- (1)協助學生健康檢查與健康管理。
- (2)協助學生健康檢查資料庫建置與運作。
- (3)落實學生健康檢查及其品質，從小建立學生定期接受口腔健康檢查及治療。強化學生衛生中心軟硬體設備，提

供優質口腔健康服務；由教育部或各縣市教育局提供專款補助各校設置口腔保健教室。

(4)訂定口腔健康及考核指標如填補率，以鼓勵學校重視口腔健康議題。

4、建立口腔健康支持環境：

(1)教育單位應推動校園餐後潔牙。

學校應提供就近性及可用性的用水、乾淨及通風的場所以放置牙刷及牙膏。

(2)結合民間資源，於學校設置口腔保健教室。作為潔牙訓練、衛生教育之專屬場所。

(3)教育單位應訂定餐後潔牙評比及考核規範，並辦理潔牙觀摩活動。

5、與教育單位共同研擬推動健康促進學校之口腔健康促進計畫。

6、建立社區伙伴關係：

結合學校、家庭與社區相關團體共同營造口腔健康校園。

(三)強化正確潔牙技巧與行為

1、結合醫療院所、婦產科醫學會，於產前檢查、媽媽教室及產後，提供孕產婦正確潔牙衛教。

2、結合小兒科醫學會，及透過衛生局所、醫療院所，於預防注射（尤其第一次）、兒童預防保健服務時，推廣口腔保健衛教，教導照護者正確替孩子潔牙方法，強化幼兒照顧者正確潔牙之認知，以預防兒童早期性齲齒。

3、結合社政及教育單位，推動兒童餐後及親子潔牙活動，養成潔牙習慣。

4、加強教育宣導，提升民眾對正確潔牙重要性及方式之知能。

(四)推動定期口腔檢查，早期發現早期治療

1、加強宣導國人每半年定期接受牙醫師口腔檢查。

2、將口腔檢查列為產前檢查項目。

3、結合中央健康保險局之兒童預防保健服務，加強口腔檢查。

4、結合中央健康保險局之成人預防保健服務，加強口腔檢查。

(五)推廣口腔衛生教育，提升民眾口腔健康正確認知

1、針對不同對象群、場所，編印生動活潑及生活化之口腔衛生教材及教具。

2、結合社區健康資源平台（如社區健康營造中心、社區公衛（防疫）群、民間公益性社團等）、大眾傳播媒體宣導串聯網路衛生教育資源，有效對民眾宣導餐後潔牙、均衡飲食及減少甜食攝取、適量使用氟化物及定期接受口腔檢查、早期治療等之重要性。

3、辦理「全國口腔保健月」活動。於每年五月「全國口腔保健月」，設定一個全國推動口腔健康主題及全國聯絡窗口，並將資訊轉知相關單位，以提升民眾對口腔保健的正確認知與重視。

4、創新設計全國性推動口腔健康之標語，如日本提出“8020”為在 80 歲時仍保有 20 顆有功能的牙齒。

5、辦理口腔保健推動成果發表會或觀摩，互相分享經驗及學習。

三、監測及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)訂定口腔健康指標標準化作業系統

訂定口腔健康指標標準作業系統，作為縣市推動之準則，並據以輔導各縣市發展。

(二)以實證基礎評估口腔公共衛生政策

- 1、全國性的口腔健康介入計畫，將採取以先驅性實驗計畫方式進行，待完成成本效益評估後再擴大實施。
- 2、對牙醫健保資料進行常規分析，提供各項服務的利用情形，進行疾病別的各项變化趨勢，提供保健政策的參考。
- 3、評估特殊族群的照護介入模式。

(三)以實證基礎評估各種氟化物是否適合台灣使用

- 1、國人(或學前兒童)氟化物的攝取情況及使用情形、氟斑牙齒盛行率調查研究。
- 2、進行不同氟化物的應用研究(例如食鹽加氟，牛奶加氟、氟漆等)，以評估該等策略在台灣實施之可行性。

(四)建立實證基礎口腔流行病學及口腔疾病與全身疾病關係之研究

- 1、進行專業牙周疾病的流行病學調查，以建立牙周疾病資料。
- 2、進行口腔齲齒之流行病學研究，以了解國人齲齒之盛行率。
- 3、口腔健康與營養因素間交互作用的相關研究。
- 4、口腔感染與系統性疾病的相關研究。

(五)將口腔醫學研究列入於全國最高研究機構之議題

傳統上，目前國家衛生研究院或中央研究院在對外徵求論文時並未加入口腔健康議題，由於口腔疾病和很多疾病皆有關係，故建議全國最高之研究機構應將口腔健康列為對外

徵求計畫之議題，另亦建議於該等機構內設立”口腔醫學研究組”。

四、降低齲齒盛行率

(一)強化正確潔牙技巧與行為；見二、強化國人口腔健康知能之(三)。

(二)推動定期口腔檢查，早期發現早期治療；見二、強化國人口腔健康知能之(四)。

(三)推廣口腔衛生教育，提升民眾口腔健康正確認知；見二、強化國人口腔健康知能之(五)。

(四)針對不同年齡層、族群之策略

1、學齡前兒童：

①氟化物適量使用：透過牙科醫療機構推動5歲以下兒童，每半年一次免費牙齒塗氟服務，並加強宣導教育，以養成兒童定期接受口腔檢查習慣；另，依實施塗氟後之具體結果，進行效益評估分析；教育宣導依各年齡層含氟牙膏濃度之建議使用含氟牙膏，及教導照護者正確替孩子潔牙方法，以養成兒童良好口腔衛生習慣。

②飲食指導：提供照護者正確飲食觀念，以養成孩童良好飲食習慣。

③透過縣(市)衛生局結合縣市公會及轄區牙科醫療院所，辦理學齡前兒童口腔健康篩檢及衛生教育，篩檢異常者並進一步轉介治療。

2、學童及青少年：

- ①由國民健康局及教育部共同研訂健康促進學校-口腔健康促進計畫，養成學生餐後潔牙、三餐定時進食及健康均衡飲食習慣，以預防齲齒。
- ②優先針對山地、離島 7-8 歲學童使用齒溝封閉劑，以預防兒童齲齒。
- ③賡續全面推動國小學童含氟漱口水防齲計畫，並進行品質監控；囿於政府預算有限，目前僅於國小學童推動，惟未來若有充裕經費，考量向下延伸至 5 歲兒童。
- ④以系統性方式，整合牙醫師與學校於寒暑假對學校推動「牙齒治療週」活動，以提升學童齲齒之填補率，並辦理獎勵措施。

3、身心障礙兒童：對身心障礙兒童的口腔照護越早介入，顯示的成效越好；推動使用氟漆計畫或其他有效益的氟化物，以預防齲齒。

(五)加強民眾對氟化物之認知

在推動氟化物計畫前，要優先推動正確使用氟化物之衛生教育，在不同年齡、不同族群及不同場所，適量使用氟化物，加強周遭成員對氟化物使用概念。減少口腔健康政策因周遭人員因此方面認識不足，進而持反對立場。

五、降低牙周疾病盛行率

(一)強化正確潔牙技巧與行為：另見二、強化國人口腔健康知能之(三)。

(二)降低生活危險因子：

1、推動菸害防制：於國民健康局「菸害防制方案」辦理。

2、推動檳榔健康危害防制：於國民健康局「國家癌症防治五年計畫」辦理。

3、推動糖尿病防治：於國民健康局「糖尿病防治工作計畫」辦理。

(三)定期接受口腔檢查，定期接受牙結石清除術（洗牙），早期診斷早期治療：另見二、強化國人口腔健康知能之(三)。

(四)鼓勵民眾使用牙線、牙間刷以預防牙周病。

(五)針對不同年齡層之宣導策略：

1、兒童青少年之牙周病防治，推動國、高中學生定期接受牙結石清除術及正確潔牙習慣之養成，可透過辦理口腔健康相關選拔活動，使學生重視口腔健康；另，針對高危險群如系統性疾病病患或有侵犯性牙周炎病患之家族，除上述策略外；加上牙齒排列不整之矯治。

2、成年人之牙周病防治，除上述策略外，加上停止抽菸、治療糖尿病；治療牙周病包括牙根整平術及牙周病手術；缺失牙齒之活動或固定補綴治療。

3、老年人之牙周病防治，除上述策略外，加上對口腔照顧有障礙者，可建議使用電動牙刷；停止抽菸、治療糖尿病；治療牙周病，包括牙根整平術及牙周病手術；缺失牙齒之活動或固定補綴治療。

六、降低口腔癌及其他口腔黏膜病變的發生率並提高早期診斷率

(一)推動菸害防制

據 WHO 估計 41%的男性口咽癌病例與使用菸草有關，同時也會造成牙周病及缺牙，故應推動「菸害防制」方案。依

據國民健康局「菸害防制方案建議書」辦理。

(二)推動檳榔健康危害防制

由於國內口腔癌發生率，五年內成長百分之三十，幾乎是增加率最高的癌症，而且也是男性癌症死因的第四位。而且國內外研究，認為嚼檳榔經由口腔黏膜吸收致癌物質，是造成國人口腔癌的主要原因。故應推動「檳榔健康危害防制」，依據國民健康局「國家癌症防治五年計畫」辦理。

(三)推動口腔癌篩檢及口腔癌防治

依據國民健康局於「國家癌症防治五年計畫」辦理。

七、降低事故傷害造成口腔及顱顏面的傷害

由於事故傷害仍是國人十大死因第四位，而其中交通事故亦是事故傷害主要死亡原因，而交通事故往往造成口腔及顱顏之損傷，故應推動事故傷害防治及安全促進，本計畫依據國民健康局「推動事故傷害防制及安全促進計畫」辦理。

八、改善特殊族群口腔健康狀況

(一)建構身心障礙者口腔健康照護網絡

1、強化健康照護人員的教育訓練

(1)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。

(2)於牙醫師及相關健康照護人員之在職教育課程中，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。

2、強化身心障礙者自我口腔照護及其照護者口腔照護知能

透過家長團體、社政及教育體系等，教導身心障礙者及其照護者正確潔牙方式，及早養成潔牙習慣。

3、建置身心障礙者醫療照護體系

推動「身心障礙牙科醫療服務網絡模式計畫」，結合早療、社福、教育及醫療體系等資源，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，使身心障礙者能得到早期預防、早期治療，甚而治療後之個案追蹤管理等完整的醫療照護。

(二)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。

(三)改善外籍配偶所生子女口腔健康狀況

建立台灣地區外籍配偶所生子女口腔健康之流行病學資料，透過外籍配偶輔導系統及公衛體系，加強使用口腔預防保健服務之宣導及教育。

九、加強口腔照護人力資源

(一)強化口腔健康專業人力及人員的在職訓練

1、加強培訓專業人力。

(1)培訓校牙醫：與教育部共同規劃推動校牙醫徵聘制度，並規範其權利、義務及工作內容。

(2)培訓口腔保健專業志工：以社區中有志於推動口腔保健工作者為對象，分區辦理教育訓練與實務操作，測試通過可獲頒口腔衛生保健專業志工之認證。

2、擴大辦理現有各種健康照護網醫事人力之口腔健康管理之訓練（例如：糖尿病共同照護網、心血管疾病照護網、孕產婦健康管理、長照機構住民健康管理等）。

(二)規劃臺灣地區中長程口腔健康相關人力

1、推動牙科相關專科醫師認證制度。

2、研議建立牙科輔助人員教考用制度之可行性。

3、推動牙醫教育評鑑及研議推動牙醫醫療機構訪查之可行性。

4、繼續辦理額外牙科代訓特殊科別醫師之受訓，包括身心障礙牙科、老人牙科、兒童牙科等。

(三)促進口腔健康專業人員的均衡分佈

提高誘因，以鼓勵牙醫師至無牙醫鄉提供服務。

十、加強口腔照護的可近性

(一)改善資源缺乏地區之健保給付

繼續推動「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」及其成效評估。透過本方案提供資源缺乏地區民眾，牙醫巡迴醫療及口腔公共衛生推廣等服務，逐漸減少無牙醫

鄉數，進而改善資源缺乏地區民眾口腔健康。

(二)提供弱勢族群可近性醫療服務

由牙科醫療巡迴車至偏遠地區為弱勢族群提供醫療服務。

十一、推動口腔健康國際交流

(一)與世界衛生組織及各國建立連結網路，以利人員互訪與資訊

交流，並邀請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。

(三)協助國內具代表性之牙醫學(口腔衛生)學會、公會進入相關

之國際組織，積極參與國際事務、爭取擔任國際組織中的重

要職位，並對重要的口腔健康策略與議題做出具體的貢獻，

發揮關鍵的影響力。

(四)協助整合國內牙醫學院校之學術及策略資源，建立與國外重

要的牙醫學(口腔醫學)院校、學術團體、及健康組織進行學

術合作交流之管道。

有關各工作之分期執行期程，請見表六甘特圖。

有關各工作之分工表，請見表七主要工作項目分工表。

伍、資源需求

一、所需資源說明

所需資源含人力及經費（含經常門和資本門）。

1、人力部分

除現有國民健康局負責口腔保健工作三人外，擬增加聘用人員一人。

2、經費部分：如表七經費表。

二、經費來源及計算基準

本計畫所需經費將於報請行政院審核後，於公務預算額度之外另予撥付。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。

三、經費需求

95 年所需經費：38,100 仟元。

96 年所需經費：139,000 仟元。

97 年所需經費：179,200 仟元。

98 年所需經費：205,000 仟元。

99 年所需經費：239,450 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，建立自策略規劃至監測評估體系完整的口腔保健工作架構。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，進而降低國人齲齒、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

替選方案為國民健康局每年執行之口腔保健工作年度計畫，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，應協調有關社會福利（內政部）、學校健康促進（教育部）、與國外機構及專家之合作。

表 五

口腔健康總目標推估之說明表

總體目標	資料來源	採用理由	數值說明
5 歲兒童齲齒盛行率，由 1997 年之 90%，2006 年約 73.65%，下降至 2010 年 70%。	1997 年 6 歲以下口腔狀況調查 Baseline:90% 1980 年 95% 1990 年 96%	WHO2010 年目標，方便比較	美國 5 歲蛀牙率推估 1997 年 6-8 歲 52%，降到 2010 年目標 42%，降幅 10%。0.77%/年 台灣 2004 年開始 5 歲以下兒童塗氟及其他介入措施，預估降低到 70%。
12 歲兒童齲蝕指數 (DMFT) 由 2000 年 3.31 顆，預估 2010 年可降至 2.3 顆。	2000 年 6-18 歲口腔狀況調查 Baseline： 3.31	國際通用比較基準	WHO 全球預估值 12 歲 DMFT 2001 年 1.74 顆，降到 2004 年目標 1.61 顆，3 年 0.13 顆。0.043 顆/年。 日本 1999 年 12 歲 DMFT 2.9 顆，2010 年 1 顆。11 年 1.9 顆。0.17 顆/年。 我國 1990 年 4.95 顆，2000 年 3.31 顆降低 1.6 顆，0.16 顆/年。預估 2010 年，降到 2.3 顆為挑戰目標。
18 歲青年的齲齒填補率，由 2000 年的 56.65%，上升到 2010 年的 75% 以上。	2000 年 6-18 歲口腔狀況調查之填補率為 56.65%(由其數據推算)	WHO2010 年目標，方便比較	1995 年 18 歲填補率為 40.02%，2000 年填補率為 56.65%，5 年上升 16%，因此 3%/一年，2010 年可達 75%。
35-44 歲成人牙齦炎由 2004 年 52.2%，降至 2010 年 50% 以下。	1992 年、2004 年成人口腔調查	國際通用比較基準	美國 35-44 歲成人牙齦炎由 2005 年 48%，降至 2010 年 41% 16 年降 7%，0.44%/年 台灣 0.3%/年 X6=1.8% 挑戰 50% 以下。
一年內牙醫就醫率，由 2004 年 40.4	2004 年健保	美國 2010 目	我國牙醫就醫率，1996 年 35%，上升到 2004 年 40.4%，

總體目標	資料來源	採用理由	數值說明
%增至 2010 年 45%。	資料 就醫率= 就醫人數/投保人數	標監測指標	8 年上升 5.4%，1 年約 0.7%，再經 6 年，2010 年，約 45%。
建立口腔健康監測系統，2010 年 80% 縣市建立監視系統。	無	美國 2010 目標監測指標	目前有 6 個縣市參與先驅性計畫。
65 歲以下民眾每天睡前刷牙之比率，由 2005 年的 75.4% 增加到 2010 年的 82%。	2001 年、2005 年之國民健康訪問調查	每 4 年由國民健康局與國家衛生研究院進行嚴謹之調查訪問	由 2001 年 68.61%，上升到 2005 年 75.4%，4 年上升 6.79%，1 年約增 1.7%，2010 年 82%。

表 六

計畫執行甘特圖

項 目	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年
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	■	■			
建立醫院與診所之伙伴關係	■	■			
成立口腔健康監測及保健中心	■	■	■	■	■
強化國人口腔健康知能					
口腔健康照護計畫整合於全身健康照護計畫	■	■	■	■	■
結合教育單位共同於健康促進學校推動口腔健康促進	■	■	■	■	■
強化正確潔牙技巧與行為	■	■	■	■	■
推動定期口腔檢查，早期發現早期治療	■	■	■	■	■
推廣口腔衛生教育，提升民眾口腔健康正確認知	■	■	■	■	■
監測及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					
訂定口腔健康指標標準作業系統	■	■	■		
以實證基礎評估口腔公共衛生政策	■	■	■	■	■
以實證基礎評估各種氟化物是否適合台灣使用	■	■	■	■	■
建立實證基礎口腔流行病學及口腔疾病與全身疾病關係之研究	■	■	■	■	■
將口腔醫學研究列入於全國最高研究機構之議題	■	■	■	■	■
降低齲齒盛行率					
強化正確潔牙技巧與行為	■	■	■	■	■
推動定期口腔檢查，早期發現早期治療	■	■	■	■	■
推廣口腔衛生教育，提升民眾口腔健康正確認知	■	■	■	■	■
針對不同年齡層、族群之策略	■	■	■	■	■
加強民眾對氟化物之認知	■	■	■	■	■
降低牙周疾病盛行率	■	■	■	■	■

項 目	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年
強化正確潔牙技巧與行為					
降低生活危險因子					
定期接受口腔檢查，定期接受牙結石清除術（洗牙），早期診斷 早期治療					
鼓勵民眾使用牙線、牙間刷，以預防牙周病					
針對不同年齡層之宣導策略					
降低口腔癌的發生率並提高早期診斷率					
推動菸害防制					
推動檳榔健康危害防制					
推動口腔癌篩檢及口腔癌防治					
降低事故傷害造成口腔及顛顏面的傷害					
改善特殊族群口腔健康狀況					
建構身心障礙者口腔健康照護網絡					
改善長期照護機構住民口腔健康狀況					
改善外籍配偶所生子女口腔健康狀況					
加強口腔照護人力資源					
強化口腔健康專業人力及人員的在職訓練					
規劃臺灣地區中長程口腔健康相關人力					
促進口腔健康專業人員的均衡分佈					
加強口腔照護的可近性					
繼續推動「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」 及其成效評估					
提供弱勢族群可近性醫療服務					
推動口腔健康國際交流					
與世界衛生組織及各國建立連結網絡，積極參與國際會議，增 進國際交流					
辦理及補助相關單位辦理口腔健康之國際會議					

表 七

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	執行單位
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口腔保健工作。口腔保健業務涉及衛生、教育、社政等部門，建立跨部門合作機制。	衛生署（健康局） 教育部 內政部 新聞局
		2、橫向結合衛生署相關局處之業務，建立有效分工模式。	衛生署（健康局） 衛生署（醫事處） 衛生署（健保局） 衛生署（國合處） 衛生署（照護處）
		3、垂直整合中央及地方衛生機關。建立中央與地方整合機制。	衛生署（健康局） 衛生署（醫事處） 衛生署（健保局） 縣市政府衛生局
		4、中央主管機關（衛生、教育、社政）應將口腔保健業務列為對地方機關業務考核項目，內容包括「縣市應成立口腔健康推動委員會」，整合及推動縣（市）口腔健康促進工作。	衛生署（健康局） 教育部 內政部 縣市主管衛生、教育、社會行政機關
	(二) 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、社區健康營造、醫護相關領域、家長及其他口腔相關團體等，共同推動口腔健康工作。	衛生署（健康局） 衛生署（醫事處）

	(三)建立醫院與診所之伙伴關係	<p>1、整合醫院診所，建構社區口腔健康服務網絡。運用醫院充足之設施，牙醫師人力及診所牙醫師之地緣關係，提供民眾全面性的口腔醫療保健服務。</p> <p>2、增進醫院及診所牙醫師口腔照護知能，辦理社區牙醫學訓練。</p>	<p>衛生署（醫事處） 衛生署（健康局）</p>
二、強化國人 口腔健康 知能	(一)口腔健康照護計畫整合於全身健康照護計畫	口腔健康照護計畫結合於一般健康照護計畫。	<p>衛生署（健康局） 衛生署（醫事處） 縣市主管衛生行政機關</p>
	(二)結合教育單位共同於健康促進學校推動口腔健康促進	<p>1、各級學校依據校園健康問題，視必要訂定校園口腔健康推動計畫。</p> <p>2、口腔健康教學及活動。</p> <p>3、建立校園口腔健康服務。</p> <p>4、建立口腔健康支持環境。</p> <p>5、與教育單位及牙醫相關團體共同研擬推動健康促進學校之口腔健康促進計畫。</p> <p>6、建立社區伙伴關係。</p>	<p>衛生署（健康局） 教育部 縣市主管教育、衛生行政機關</p>
	(三)強化正確潔牙技巧與行為	<p>1、結合醫療院所、婦產科醫學會，於產前檢查、媽媽教室及產後，提供孕產婦正確潔牙衛教。</p> <p>2、結合小兒科醫學會，及透</p>	<p>衛生署（健康局） 縣市主管衛生行政機關</p>

	過衛生局所、醫療院所之兒童預防保健服務時，推廣口腔保健衛教，以預防兒童早期性齲齒。	
	3、結合社政及教育單位，推動兒童餐後及親子潔牙活動，養成潔牙習慣。	衛生署（健康局） 教育部 內政部 縣市主管衛生行政機關
	4、加強教育宣導，提升民眾對正確潔牙重要性及方式之知能。	衛生署（健康局） 縣市衛生行政主管機關
(四)推動定期口腔檢查，早期發現早期治療	1、加強宣導國人每半年定期牙醫師接受口腔檢查。	衛生署（健康局） 衛生署（健保局） 新聞局
	2、將口腔檢查列為產前檢查項目。	衛生署（健康局） 衛生署（健保局）
	3、結合中央健康保險局之兒童預防保健服務，加強口腔檢查。	衛生署（健康局） 衛生署（健保局）
	4、結合中央健康保險局之成人預防保健服務，加強口腔檢查。	
(五)推廣口腔衛生教育，提升民眾口腔健康正確認知	1、針對不同對象群、場所，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） 教育部 內政部
	2、結合社區健康資源平台（如社區健康營造中心、民間公益性社團等），及大眾傳播宣導，串聯網路衛生教育資	衛生署（健康局） 新聞局

		源,有效對民眾宣導餐後潔牙、均衡飲食及減少甜食攝取、適量使用氟化物及定期接受口腔檢查,早期治療等之重要性。	
		3、辦理「全國口腔保健月」活動。於每年五月「全國口腔保健月」,設定一個全國推動口腔健康主題及全國聯絡窗口,並將資訊轉知相關單位,以提升民眾對口腔保健的正確認知與重視。	衛生署(健康局) 新聞局
		4、辦理口腔保健推動成果發表會或觀摩,互相分享經驗及學習。	各級主管衛生、教育、社會行政機關
三、監測及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)訂定口腔健康指標標準作業系統	訂定口腔健康指標標準作業系統,作為縣市推動之準則,並據以輔導各縣市推展。	衛生署(健康局)
	(二)以實證基礎評估口腔公共衛生政策	1、全國性的口腔健康介入計畫,將採取以先驅性實驗計畫方式進行,待完成成本效益評估後再擴大實施。	衛生署(健康局)
		2、對牙醫健保資料進行常規分析,提供各項服務的利用情形,進行疾病別的各项變化趨勢,提供保健政策的參考。	衛生署(健康局) 衛生署(健保局)
		3、評估特殊族群的照護介入模式。	衛生署(健康局) 衛生署(醫事處) 衛生署(健保局)

	(三)以實證基礎評估各種氟化物是否適合台灣使用	1、國人(或學前兒童)氟化物的攝取情況及使用情形、氟斑牙齒盛行率調查研究。 2、進行不同氟化物的應用研究(例如食鹽加氟，牛奶加氟等)，以評估該等策略在台灣實施之可行性。	衛生署(健康局)
	(四)建立實證基礎口腔流行病學及口腔疾病與全身疾病關係之研究	1、進行專業牙周疾病的流行病學調查，以建立精準的牙周疾病資料。 2、進行口腔齲齒之流行病學研究，以了解國人齲齒之盛行率。 3、口腔健康與營養因素間交互作用的相關研究 4、口腔感染與系統性疾病的相關研究。	衛生署(健康局)
	(五)將口腔醫學研究列入於全國最高研究機構之議題	建議全國最高之研究機構應將口腔健康列為對外徵求計畫之議題，另亦建議於該等機構內設立”口腔醫學研究組”。	衛生署(健康局) 國家衛生研究院
四、降低齲齒盛行率	(一)強化正確潔牙技巧與行為	見二、強化國人口腔健康知能之(三)。	衛生署(健康局) 教育部 內政部 縣市主管衛生行政機關
	(二)推動定期口腔檢查，早期發現早期治療	見二、強化國人口腔健康知能之(四)。	衛生署(健康局)
	(三)推廣口腔衛生教育，提升民眾	見二、強化國人口腔健康知能之(五)。	國民健康局 教育部

四、降低齲齒盛行率	口腔健康正確認知		新聞局
	(四)針對不同年齡層、族群之策略	<p>1、學齡前兒童：</p> <p>①氟化物適量使用：推動5歲以下兒童，每半年一次免費牙齒塗氟服務；教育宣導依各年齡層含氟牙膏濃度之建議使用含氟牙膏，及教導照護者正確替孩子潔牙方法，以養成兒童良好口腔衛生習慣。</p> <p>②飲食指導：提供照護者正確飲食觀念，以養成孩童良好飲食習慣。</p> <p>③透過縣(市)衛生局結合縣市公會及轄區牙科醫療院所，辦理學齡前兒童口腔健康篩檢及衛生教育，篩檢異常者並進一步轉介治療。</p> <p>2、學童及青少年：</p> <p>①由衛生署、國民健康局及教育部共同研訂健康促進學校-口腔健康促進計畫，養成學生餐後潔牙、三餐定時進食及健康均衡飲食習慣，以預防齲齒。</p> <p>②優先針對山地、離島7-8歲學童使用齒溝封閉劑，以預防兒童齲齒。</p> <p>③全面推動國小學童含氟漱口水防齲計畫，並進行品質監控。</p>	<p>衛生署(健康局) 教育部 內政部 縣市主管衛生、教育、社會行政機關</p> <p>衛生署(健康局) 教育部 內政部 縣市主管衛生、教育、社會行政機關</p> <p>衛生署(健康局) 教育部 內政部 縣市主管衛生、教育、社會行政機關</p> <p>衛生署(健康局) 衛生署(衛教推動委員會) 教育部</p> <p>衛生署(健康局)</p> <p>衛生署(健康局) 各級主管教育行政機關</p>

四、降低齲齒盛行率	(四)針對不同年齡層、族群之策略	④以系統性方式，整合牙醫師與學校於寒暑假對學校推動「牙齒治療週」活動，以提升學童齲齒之填補率，並辦理獎勵措施。	教育部 衛生署(健康局) 各級主管教育行政機關
		3、身心障礙兒童：對身心障礙兒童的口腔照護越早介入，顯示的成效越好；推動使用氟漆計畫或其他有效益的氟化物，以預防齲齒。	衛生署(醫事處) 衛生署(健康局) 內政部
	(五)加強民眾對氟化物之認知	在推動氟化物計畫前，要優先推動正確使用氟化物之衛生教育，適量在不同年齡、不同族群、不同場所使用氟化物，加強周遭成員對氟化物使用概念。	衛生署(健康局)
五、降低牙周疾病盛行率	(一)強化正確潔牙技巧與行為	另見二、強化國人口腔健康知能之(三)。	衛生署(健康局) 縣市衛生行政主管機關
	(二)降低生活危險因子	1、推動菸害防制：於國民健康局「菸害防制方案」辦理。 2、推動檳榔健康危害防制：於國民健康局「國家癌症防治五年計畫」辦理。 3、推動糖尿病防治：於國民健康局「糖尿病防治工作計畫」辦理。	國民健康局
	(三)定期接受口腔檢查，定期接受牙結石清除術(洗牙)，早期診斷早期治療	另見二、強化國人口腔健康知能之(三)。	衛生署(健康局) 縣市衛生行政主管機關

	(四)鼓勵民眾使用牙線、牙間刷，以預防牙周病。		衛生署（健康局）
	(五)針對不同年齡層之宣導策略	<p>1、兒童青少年之牙周病防治，推動國、高中學生定期接受牙結石清除術及正確潔牙習慣之養成，可透過辦理口腔健康相關選拔活動，使學生重視口腔健康；</p> <p>2、成年人之牙周病防治，除上述策略外，加上停止抽菸、治療糖尿病；治療牙周病包括牙根整平術及牙周病手術；缺失牙齒之活動或固定補綴治療。</p> <p>3、老年人之牙周病防治，除上述策略外，加上對口腔照顧有障礙者，可建議使用電動牙刷；停止抽菸、治療糖尿病；治療牙周病，包括牙根整平術及牙周病手術；缺失牙齒之活動或固定補綴治療。</p>	衛生署（健康局） 教育部 內政部 縣市主管衛生、教育、社會行政機關
六、降低口腔癌及其他口腔黏膜病變的發生率並提高早期診斷率	(一)推動菸害防制		衛生署（健康局） 縣市衛生行政主管機關
	(二)推動檳榔健康危害防制		衛生署（健康局） 縣市衛生行政主管機關
	(三)推動口腔癌篩檢及口腔癌防治		衛生署（健康局） 衛生署（健保局） 縣市衛生行政主管機關

七、降低事故傷害造成口腔及顱顏面的傷害	推動事故傷害防制及安全促進計畫		衛生署（健康局） 縣市主管衛生行政機關
八、改善特殊族群口腔健康狀況	(一) 建構身心障礙者口腔健康照護網絡	1、強化健康照護人員的教育訓練。	衛生署（健康局） 衛生署（醫事處） 衛生署（照護處） 衛生署（健保局） 教育部 縣市主管衛生、教育、社會行政機關
		2、強化身心障礙者自我口腔照護及其照護者口腔照護知能。	
		3、建置身心障礙者醫療照護體系。	衛生署（醫事處） 衛生署（健保局）
	(二) 改善長期照護機構住民口腔健康狀況		衛生署（照護處） 衛生署（健康局） 內政部
	(三) 改善外籍配偶所生子女口腔健康狀況		衛生署（健康局）
九、加強口腔照護人力資源	(一) 強化口腔健康專業人力及人員的在職訓練	1、加強培訓專業人力： (1) 培訓校牙醫。 (2) 培訓口腔保健專業志工。	衛生署（健康局） 縣市主管衛生行政機關
		2、擴大辦理現有各種健康照護網醫事人力之口腔健康管理之訓練。	衛生署（醫事處） 衛生署（健康局） 衛生署（照護處） 內政部 教育部

	(二)規劃臺灣地區中長程口腔健康相關人力	1、推動牙科相關專科醫師認證制度。 2、研議建立牙科輔助人員教考用制度之可行性。 3、推動牙醫教育評鑑及研議推動牙醫醫療機構訪查之可行性。 4、繼續辦理額外牙科代訓特殊科別醫師之受訓，包括身心障礙牙科、老人牙科、兒童牙科等。	衛生署（醫事處） 教育部 衛生署（健康局）
	(三)促進口腔健康專業人員的均衡分佈		衛生署（醫事處） 衛生署（健保局） 衛生署（健康局）
十、加強口腔照護的可近性	(一)改善資源缺乏地區之健保給付	繼續推動「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」及其成效評估。	衛生署（健保局） 衛生署（醫事處）
	(二)提供弱勢族群可近性醫療服務	由牙科醫療巡迴車至偏遠地區為弱勢族群提供醫療服務。	衛生署（健保局） 衛生署（醫事處）
十一、推動口腔健康國際交流	(一)與世界衛生組織及各國建立連結網路		衛生署（健康局） 衛生署（醫事處） 衛生署（國合處）
	(二)主辦或協助國內具代表性之牙醫學(口腔衛生)學會、公會辦理口腔健康相關之國際會議		衛生署（健康局） 衛生署（醫事處） 外交部

<p>(三)協助國內具 代表性之牙醫學 (口腔衛生)學 會、公會進入相關 之國際組織，積極 參與國際事務</p>		<p>衛生署(國合處) 衛生署(醫事處) 衛生署(健康局)</p>
<p>(四)協助整合國 內牙醫學院校之 學術及策略資 源，建立與國外重 要的牙醫學(口腔 醫學)院校、學術 團體、及健康組織 進行學術合作交 流之管道。</p>		<p>教育部 衛生署(國合處) 衛生署(醫事處) 衛生署(健康局) 外交部</p>

表八 經費需求表

(單位:千元)

項 目	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年
強化口腔健康推動體系與建立伙伴關係		1,000	1,000	1,000	1,000
強化國人口腔健康知能			3,000	3,000	3,000
成立中央口腔健康監測中心，持續監測及評估口腔健康計畫			1,800	3,000	3,000
成立縣市口腔健康監測網			2,000	2,000	2,000
實施口腔健康策略之科學化實證基礎	6,700	7,000	7,000	7,000	7,000
降低齲齒盛行率					
5 歲以下兒童，每半年一次免費牙齒塗氟服務(95 年由健保局編列，96 年回歸公務預算)	(87,500)	100,000	123,500	152,000	185,250
國小學童含氟漱口水防齲計畫	28,000	25,500	25,500	25,500	25,500
優先在山地、離島地區，於學校使用溝隙封閉劑，以預防兒童齲齒			3,100	3,700	4,200
降低牙周疾病盛行率			3,000	3,000	3,000
降低事故傷害造成口腔及顱顏面的傷害(國民健康局其他單位編列)	(3,000)	(3,300)	(6,900)	(7,700)	(16,300)
改善特殊族群口腔健康狀況					
特殊族群口腔預防保健方案	3,000	4,000	4,000	4,000	4,000
加強口腔照護人力資源					
強化口腔健康專業人力及人員的在職訓練，以滿足國人多樣化的需求			5,000	500	
規劃臺灣地區中長程口腔健康相關人力(醫事處已編列經費)	(1,300)	(1,300)	(1,000)	(310)	(0)
推動口腔健康國際交流	400	1,500	300	300	1,500
總 計	38,100	139,000	179,200	205,000	239,450

() 為其他單位編列預算

表九 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，一年編列 100 萬。
2. 國人口腔健康知能教材及宣導，教材教具研發及編印、宣導活動：97 年後，每年 300 萬元。
3. 口腔健康監測中心：自 98 年起每年 300 萬元。監測中心，97 年 30 萬*6=180 萬，98、99 年各編列 300 萬。縣市監測網，97 年後各編列 200 萬(20 萬*10=200 萬)。
4. 口腔健康研究：96 年後，每年 700 萬約執行 4-5 個研究計畫。
5. 氟化物使用：
5 歲以下兒童牙齒塗氟服務經費及服務量之估計：

年度	1-4 歲兒童數 (A)	服務人次 數(B)	使用率推估 (C=B/A*2 *100)	經費(D) (B*500 元)
95 年	949, 024(粗估)	175, 000	9%	87, 500, 000
96 年	950, 000 粗估)	200, 000	10. 5%	100, 000, 000
97 年	950, 000(粗估)	247, 000	13%	123, 500, 000
98 年	950, 000(粗估)	304, 000	16%	152, 000, 000
99 年	950, 000(粗估)	370, 500	19. 5%	185, 250, 000

國小學童含氟漱口水計畫：95 年 2, 800 萬元、96 年後每年 2, 550 萬元。

6. 三十個山地鄉兒童齒溝封填劑:全部山地鄉人口 20 萬，國小一年級約近 3000 人
97 年：500 元*3, 000 人*3. 5 顆= 525 萬元*60%使用率=310 萬。
98 年：500 元*3, 000 人*3. 5 顆= 525 萬元*70%使用率=370 萬。
99 年：500 元*3, 000 人*3. 5 顆= 525 萬元*80%使用率=420 萬。
7. 降低牙周疾病盛行率，97 年後，300 萬。
8. 特殊族群預防保健經費 96 年後，一年 400 萬。
9. 教育訓練：97 年，500 萬元，包含口腔專業人力（校牙醫、口腔保健師、口衛師、志工，身心障礙專業人員及照護者）。
10. 口腔健康國際交流依年度 40 萬、150 萬、30 萬、30 萬、150 萬。

表十 衛生署暨國民健康局口腔健康調查研究計畫

研究類型	項目
齲齒	台灣地區青少年齲齒及牙周狀況之調查 (80 年)
齲齒	學齡前兒童齲齒形態與背景因素之相關性評估 (83 年)
齲齒	含氟水漱口對孩童齲齒預防之效果 (83 年)
齲齒	相關醫護人員對奶瓶性齲齒的認知、態度與行為之探討 (83 年)
齲齒	藉餐後潔牙習慣之養成以降低國小學童恆牙齲齒率之可行性評估 (84 年)
齲齒	台灣地區齒頸部齲齒及其牙齒知覺過敏症之防治系列研究 (84-87 年)
齲齒	學齡前兒童的齲齒預防及抑制齲齒進行之綜合性研究齲齒危險性 (90 年)
齲齒	兒童早期性齲齒的危險因子及防治模式之研究 (95-96 年)
牙周病	孕婦牙周狀況及其影響因素之研究 (81 年)
牙周病	台灣地區 7-19 歲人口群牙齒及牙周狀況之調查 (84 年)
牙周病	青少年牙周疾病防治策略探討 (92 年)
牙周病	社區糖尿病患者合併牙周病防治模式之相關研究 (95-96 年)
氟化物	台灣地區民眾對氟化物認知及其氟攝取量之研究 (83-84 年)
氟化物	含氟漱口水對孩童齲齒預防之效果 (83 年)
氟化物	含氟滴劑對唇顎裂患童齲齒預防效果之評估 (86 年)
氟化物	以流行病學評估台灣地區食鹽加氟預防齲齒之可行性 (90 年)
氟化物	台灣地區國小學童餐後潔牙及含氟水漱口成效評價 (92 年)
氟化物	學齡前兒童氟化物的攝取調查研究 (96 年)
口腔調查	台灣地區 35 歲以上人口的口腔健康調查之整合分析 (85 年)

口腔調查	民國 83 年台灣地區 7-19 歲在學人群之口腔狀況調查分析 (86 年)
口腔調查	台灣地區 6 歲以下兒童口腔狀況調查 (84-86 年)
口腔調查	台灣地區口腔保健研究成果整合報告 (88 年)
口腔調查	台灣地區 6~18 歲人口之口腔狀況調查 (88-90 年)
口腔調查	台灣地區成人與老年人口腔狀況調查 (92-93 年)
口腔調查	台灣地區身心障礙者之口腔健康狀況調查 (92-93 年)
口腔調查	台灣地區 6 歲以下兒童口腔狀況調查 (93-94 年)
口腔調查	台灣地區兒童及青少年口腔狀況調查 (94-95 年)
口腔調查	台灣地區 45 歲以上人口口腔狀態變化趨勢研究 (94-95 年)
口腔調查	台灣地區 18 歲以上人口牙周狀況調查研究 (96-97 年)
其他	建議牙科醫療輔助人員制度之可行性研究 (81 年)
其他	口腔衛生推廣計畫之評估研究 (83 年)
其他	增強玻璃離子體與受唾液污染之牙釉質黏著強度之研究 (86 年)
其他	學前兒童口腔保健教育推廣模式探討 (90 年)
其他	台灣地區國小學童健康行為調查暨教師健康促進教學能力增長計畫 (91-92 年)
其他	92 年度落實學童口腔保健工作計畫 (92 年)
其他	建立全國性的口腔衛生監視系統可行性研究—台灣口腔健康促進網 (93-94 年)
其他	台灣地區常用口腔衛生指標之成本效益分析 (95 年)
其他	影響國人口腔定期檢查之相關因素探討 (96 年)
其他	身心障礙者口腔預防保健服務介入模式及成效評估研究 (96 年)
其他	學校口腔健康促進推廣模式及成效評估研究 (96 年)

口腔癌	建立醫療院所推動戒嚼檳榔之醫療與教育介入及教材開發研究 (92年)
口腔癌	南台灣原住民檳榔戒斷衛生教育介入及母語教材研發與建置之研究 (92年)
口腔癌	評估甲基藍及煌綠應用於口腔癌及口腔癌前病變篩檢之效益 (92年)
口腔癌	研議課徵檳榔健康捐可行方案研究 (93年)
口腔癌	嚼食檳榔所致疾病負荷及經濟耗損研究 (93年)
口腔癌	口腔癌篩檢疑似陽性個案情緒心理反應及就醫行為研究 (94年)