

示之作業流程，案例討論會議建議優先討論「可能具高度可預防性之個案」，俾使討論具效益性。惟執行結果，109 至 110 年度新北市等 8 個市縣討論之 90 件個案，其中高度可預防個案計 19 件，約占 2 成；111 至 112 年度臺北市等 19 個市縣討論之 344 件個案中，亦僅有 3 成 5

表14 六歲以下兒童死亡原因回溯分析討論個案可預防性情形
單位：件、%

可預防性	死因回溯分析年度	109 至 110 年度		111 至 112 年度	
		件數	占比	件數	占比
合計		90	100.00	344	100.00
高度可預防		19	21.11	122	35.47
中度可預防		18	20.00	56	16.28
低度可預防		48	53.33	137	39.83
資訊不足		5	5.56	29	8.43

註：1. 109 至 110 年度於新北市、桃園市、臺中市、臺南市、高雄市、嘉義市、屏東縣及臺東縣等 8 個市縣辦理。
2. 111 至 112 年度於臺北市、新北市、桃園市、臺中市、臺南市、高雄市、宜蘭縣、新竹縣、苗栗縣、彰化縣、南投縣、雲林縣、屏東縣、臺東縣、花蓮縣、澎湖縣、基隆市、新竹市、嘉義市等 19 個市縣辦理。
3. 資料來源：整理自「110 年 6 歲以下兒童死亡原因回溯分析報告」及「111-112 年 6 歲以下兒童死亡原因回溯分析結果報告」。

屬高度可預防個案（表 14），甚有資訊不足個案列入討論，恐影響整體討論效益。另現行死因回溯之分析結果，係由國健署將分析報告函送中央及地方政府相關單位，依業管權責研議可預防措施，尚乏權責單位後續改善措施落實情形之追蹤管考機制，恐減損政策執行效益。經函請衛福部輔導各市縣政府強化選案機制，聚焦重要之指標性個案，並研議就死因回溯分析結果，建立後續追蹤管考機制，以提升兒童死亡預防政策之執行效益。據復：為提高討論效率，已修訂 114 年死因分析手冊，建議優先選列「未經府方討論且可預防性高之個案」，並明定地方政府得事先蒐集兒童死因回溯分析必要之資料，以減少資訊不足個案列入討論；另請地方政府召開個案討論會議時，就專家及與會人員所提建議，納入後續追蹤改善事項，國健署亦規劃彙整地方政府提報之改善作為，供各縣市政府及相關中央部會作為研議預防兒童死亡之相關策略參考。

（六） 衛福部為提升國人口腔照護成效，辦理國民口腔健康促進計畫，推動預防保健及衛教宣導措施，並建置特殊需求者牙科服務網絡，惟民眾口腔自我保健觀念仍待強化，且特殊需求者未能就近獲得醫療照護服務，又部分類別住宿式機構尚未納入口腔照護輔導訪查執行範疇，允宜研謀改善，以完善口腔健康照護體系，保障國人口腔健康。

世界衛生組織（World Health Organization, WHO）考量口腔健康影響民眾生活品質甚巨，提出「8020」口腔健康目標，期使 80 歲以上之長者仍保有 20 顆自然牙。衛生福利部（下稱衛福部）為維護國人口腔健康，於 111 至 115 年度辦理國民口腔健康促進計畫（第 2 期），推動各生命週期口腔照護服務及健康促進措施，並擴展布建資源及服務輸送量能，計畫總經費計 63 億餘元。經查相關業務執行情形，核有下列事項：

1. 衛福部為提供國人完善之口腔照護服務，推動各項預防保健及衛教宣導措施，惟民眾潔牙識能及洗牙利用率尚有不足，不利降低口腔疾病發生風險；衛福部為提供國人完善之口腔照護服務，於 111 至 113 年度辦理「口腔保健計畫」，推動國小學童牙齒塗氟、白齒窩溝封填等預防保健服務及相關衛教宣導措施，另衛福部中央健康保險署（下稱健保署）亦提供 13 歲以上民眾每半年 1 次、口乾症或患有心血管疾病等齲齒高風險族群每 3 個月 1 次之洗牙服務給付，期藉由預防保健及定期檢查，降低國人口腔疾病發生率。惟據衛福部 113 年 7 月公布之 112

年度牙醫門診總額一般服務執行結果評核報告，108 至 112 年度整體國人口腔預防保健之利用率介於 45.73%至 49.97%之間，尚未及 5 成，而口乾症、懷孕婦女、糖尿病及患有心血管疾病等高風險族群，111 及 112 年度各季洗牙人數占各該補助對象人數之比率，更僅為 0.03%至 1.16%不等；復據衛福部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查」結果，每天刷牙兩次以上者雖超過 8 成，惟其中僅約 7 成選用含氟牙膏，又「每天使用牙線（棒）」清潔牙齒鄰接面者則不到半數。顯示多數民眾仍未定期使用政府提供之口腔預防保健及定期檢查服務，口腔健康識能及日常預防保健行為尚有不足，恐影響口腔健康狀況，增加罹病之風險。經函請衛福部持續強化衛教宣導，增進國人自我保健觀念，以維護口腔健康。據復：為強化國人口腔照護，將持續依據實證基礎推動各年齡層口腔預防保健政策，並結合地方衛生局及專業團體，透過多元管道強化衛教宣導，提升民眾口腔健康照護識能，積極達成 WHO「8020」口腔健康目標。

2. 衛福部為改善弱勢族群之健康不平等，推動建置特殊需求者牙科服務網絡，惟相關醫療照護資源仍顯不足，部分特殊需求者未能就近獲得醫療照護服務：政府為改善弱勢族群之健康不平等，滿足身心障礙者等特殊需求者之口腔醫療服務，依身心障礙者權益保障法第 24 條及身心障礙者特別門診管理辦法第 3 條規定，由地方衛生主管機關指定醫院設置牙科特別門診（下稱衛生局指定門診）；衛福部為提升身心障礙者口腔醫療服務之可近性，亦自 111 年起推動「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎助計畫」及「特殊需求者牙科醫療服務獎助計畫」（下統稱為獎助計畫），113 年度支用經費 4,677 萬元，補助各醫療院所開設特殊需求者牙科門診，以擴展醫療服務資源。截至 113 年底止，各市縣政府共指定 100 家醫院開設牙科特別門診，另有 21 個市縣、36 家醫院參與衛福部獎助計畫。經查，特殊需求者口腔疾病型態多樣，屬中重度級之身心障礙者，因其所需診療時間較長，每 1 診次僅能安排 1 至 2 位病患，致有部分患者等候時間較長情事，據衛福部 113 年 11 月統計資料，112 年度衛生局指定門診，加計衛福部獎助計畫參與醫院開設之特殊需求者牙科門診，合計開設診次為每週 1,066 診，推估全年度診次約為 55,432 診，以每診可診療 2 位病患估算，可接受牙科醫療服務之特殊需求者約為 110,864 人，尚未及當年度中、重及極重度身心障礙者 718,415 人之 2 成，其中 8 個縣市甚未及 1 成（表 15）；另依健

表 15 112 年度特殊需求者牙科門診開設情形

單位：人、診、%

市縣別	中、重及極重度 障礙者人數 (註 1) (A)	特殊需求者牙科門診		涵蓋率 (B/A× 100)
		每週診 次	推估全年度可診 療人數(註 2) (B)	
合計	718,415	1,066	110,864	15.43
臺北市	107,832	252	26,208	24.30
新北市	90,812	126	13,104	14.43
桃園市	52,160	52	5,408	10.37
臺中市	77,501	84	8,736	11.27
臺南市	55,195	71	7,384	13.38
高雄市	85,093	100	10,400	12.22
基隆市	10,904	9	936	8.58
宜蘭縣	16,401	77	8,008	48.83
新竹縣	14,396	4	416	2.89
新竹市	14,741	24	2,496	16.93
苗栗縣	19,265	26	2,704	14.04
彰化縣	39,647	34	3,536	8.92
南投縣	18,444	25	2,600	14.10
雲林縣	27,679	23	2,392	8.64
嘉義縣	18,854	13	1,352	7.17
嘉義市	9,877	26	2,704	27.38
屏東縣	30,007	22	2,288	7.62
花蓮縣	14,920	64	6,656	44.61
臺東縣	8,741	23	2,392	27.37
澎湖縣	3,397	3	312	9.18
金門縣	2,340	2	208	8.89
連江縣	209	6	624	298.56

註：1. 全民健康保險保險對象資訊檔中，特殊身分註記代碼為「2 中殘」、「3 重殘」、「6 中殘+災民」、「7 重殘+災民」。

2. 以每週開設診次推估全年度診次，復以每診可診療 2 位病患估算全年度可治療人數。

3. 資料來源：整理自衛福部及健保署提供資料。

保就醫資料分析，111 及 112 年度中、重及極重度身心障礙者牙科就醫率分別為 31.77%、33.58%，較同期間國人牙科平均就醫率 48.85%、51.27%，落差逾 10 個百分點，且跨區就醫率亦由 111 年度之 29.21%，上升至 112 年度之 29.75%，顯示中重度身心障礙者牙科醫療資源尚有不足，就醫之近便性仍待提升。經函請衛福部持續布建特殊需求者口腔醫療資源，以提升服務覆蓋率。據復：將持續偕同各市縣衛生局積極輔導轄區醫療機構開設身心障礙者牙科門診，並發展結合社福、教育及醫療體系資源之網絡服務模式，以提升特殊需求者口腔醫療服務之近便性。

3. 衛福部補助各市縣政府辦理整合型口腔健康促進計畫，推動住宿式機構口腔照護輔導訪查作業，惟部分類別之住宿式機構尚未納入計畫推動範疇：衛福部鑑於機構照護之長者眾多，為維護渠等口腔健康，於 112 及 113 年度支用經費 3,493 萬餘元，推動「整合型口腔健康促進計畫」，將機構口腔照護輔導訪查列為工作項目，補助各地方政府辦理查訪作業；又為提升住宿式機構住民口腔照護成效，於 113 年度整合型口腔健康促進計畫增辦機構口腔照護教育訓練與實地指導，及口腔照護調查等事項，由各地方政府以實地指導方式，蒐集轄區住宿式機構需求，並結合牙醫師公會等專業資源，提供適切之照護輔導，以強化機構住民口腔健康。惟查，該部辦理輔導訪查、教育訓練與實地指導之對象，僅限於地方衛生機關管轄之住宿式長照機構、一般護理之家及精神護理之家等 3 類機構，至老人福利機構及身心障礙福利機構等 2 類住宿式機構，僅透過地方衛生局以問卷調查方式瞭解口腔照護執行現況，未納列訪查及實地指導範圍。據衛福部 113 年 7 月統計資料，截至 112 年底止，老人福利機構及身心障礙福利機構計 1,323 家，占全國住宿式機構總家數近 7 成，其可供進住人數占全國住宿式機構可進住總人數之 58.82%（表 16），已超逾半數，於未列入輔導訪查及實地指導機制之現況下，恐難以確保該等機構住民口腔照護品質。經函請衛福部研議將老人福利機構與身心障礙福利機構納入實地輔導範疇之可行性，以提升機構住民口腔照護成效。據復：業將「辦理住宿式機構口腔照護調查」納入地方衛生機關口腔健康業務考評指標，調查對象涵括老人福利機構及身心障礙福利機構，並將身心障礙福利機構「員工接受身心障礙者口腔照護相關課程」及「口腔照護支持服務」等指標，納入 114 年度身心障礙機構評鑑項目，未來將持續精進機構口腔照護相關政策，維護住民口腔健康。

表 16 112 年底各類住宿式機構設置情形

單位：家、人、%

機構類型	住宿式機構家數		可供進住人數	
	家數	占比	人數	占比
合計	1,984	100.00	138,981	100.00
住宿式長照機構（註 1）	95	4.79	7,417	5.34
一般護理之家	520	26.21	44,916	32.32
精神護理之家	46	2.32	4,893	3.52
老人福利機構	1,057	53.28	60,060	43.21
身心障礙福利機構	266	13.41	21,695	15.61

註：1. 不包含中央機關管轄之住宿式長照機構。

2. 資料來源：整理自衛福部統計處網站 113 年 7 月公布資料。

（七）衛福部為維護兒少最佳利益，持續布建親屬安置及寄養家庭等家庭式安置資源，及辦理兒少性剝削防制業務，惟寄養安置比率及寄養家庭留任率未達預期目標，且違反兒少法規定之實際照顧兒少者接受強制性親職教育輔導之完成時效欠佳；另兒少性剝削通報案件逐年攀升，且兒少性影像轉碼比對移除計畫服務涵蓋率偏低，允宜研謀改善，以保護兒少身心健全發展。