

115 年住宿式機構口腔照護獎勵計畫

壹、計畫目的：

世界衛生組織指出口腔健康是全人健康(Overall Health)福祉(Well-Being)及生活品質的關鍵指標，為推廣口腔衛生保健知能與獎勵落實執行口腔照護的機構，本局辦理口腔照護教育訓練與機構實地輔導，推動機構定期使用口腔健康評估量表(OHAT)評估住民口腔狀況與口腔檢核表和訂定口腔工作照護標準流程，以確保口腔照護的標準化，同時，透過獎勵機制的引導，希望能夠提升機構人員的專業水準和對口腔健康的重視程度，從而全面促進國民口腔健康，並推動實現均等全人口腔照護的目標。

貳、主辦單位：臺南市政府衛生局

參、協辦單位：社團法人台南市牙醫師公會

肆、計畫期程：115 年 4 月 1 日 (三) 至 115 年 10 月 30 日 (五)

伍、獎勵對象：本市一般護理之家、住宿式長照機構、精神護理之家

陸、申請資格與對象：

一、本市督導考核及評鑑皆需合格。

二、機構無違反設置標準且無重大違規事件

柒、申請方式：

一、申請期限：自計畫公告徵求日起至115年3月20日止(得視報名狀況延長)，依申請資格進行審查，以15家為原則限額滿為止。若滿額以護理人員及照顧服務員人力配置分別比率較高者為優先。

二、申請方式：將申請表(如附件一)填妥用印後以 mail 送至衛生局醫事科沈瑜璞(d00547@tncghb.gov.tw)，並以電話確認(06-6357716分機123)。

三、通知機構：申請通過者會以公文通知並公告於本局網站，繳交住民名冊(附件二)與安排實地輔導日期，未通過者，不另通知。

捌、評核基準及配分：

項目	評核基準	配分
一、參與口腔照護教育訓練。	1. 積極參與教育訓練：機構應積極派員參與 115 年衛生福利部或本局辦理之口腔照護教育訓練。 2. 計分方式：參與教育訓練採人次計分，每 1 人計 5 分，本項累計最高 20 分。同一人即使參與不同場次，仍以 1 次計列；另機構自辦之內訓課程不列入計分。	20 分
二、提升機構人員口腔專業知能	機構內在職工作人員達 80% (含) 以上，須完成選讀「長期照顧專業人員數位學習	10 分

	<p>平臺」長期照護繼續教育數位課程之線上學習，課程包含「口腔功能維持」及「口腔清潔照護」，合計 122 分鐘，並應於 115 年 5 月 31 日前完成測驗及取得積分。</p> <p>評分方式</p> <p>完成比率 (%) = (115 年 5 月 31 日前完成線上課程之在職工作人員數 ÷ 115 年 5 月 31 日在職工作人員總數) × 100%</p> <p>備註</p> <ol style="list-style-type: none"> 完成比率之分子與分母定義如下： 分子：截至 115 年 5 月 31 日（含）前完成上述線上課程之在職工作人員人數。另 113 年至 114 年期間已完成相同課程者，無須重複修習，得逕列計為分子。 分母：以 115 年 5 月 31 日之在職工作人員總數計列。 在職工作人員範圍包含： 專任及兼任護理人員； 照顧服務人員（含本國／外籍照顧服務員、生活服務員、教保員、訓練員）、社工人員、業務負責人（主任）。 	
<p>三、成立口腔評估小組並定期評估與紀錄</p>	<p>機構應派員參與本局本年度辦理之第 1 場口腔照護教育訓練，完成後擔任機構內種子師資。機構應成立口腔評估小組並辦理內部教育訓練。另應定期為全機構住民進行口腔健康評估量表（OHAT）評估，並留存紀錄（如附表三至附表四）。評估頻率得依住民狀況彈性調整，惟最長間隔不得超過 1 個月。</p> <p>評分方式</p> <ol style="list-style-type: none"> 成立口腔評估小組（5 分） 由護理長／護理師、主任或督導等人員組成，成立機構內部口腔評估小組 	<p>25 分</p>

	<p>達 3 人 (含) 以上者, 得 5 分。</p> <p>2. 辦理機構內部口腔評估教育訓練 (每場 5 分, 最高 10 分) 辦理機構內部口腔評估教育訓練, 課程內容得包含: 口腔健康狀態評估、口腔照護、潔牙技巧及實作演練等。每場課程時數須達 2 小時 (含) 以上, 每場計 5 分, 本項最高 10 分。</p> <p>3. OHAT 評估紀錄完整性抽查 (最高 5 分) 於本局實地輔導後測時, 抽查 5 位住民之口腔健康評估量表 (OHAT)。抽查對象中, OHAT 紀錄完整者, 每 1 人計 1 分, 本項最高 5 分。(如附表三)</p> <p>4. 每日口腔照護執行紀錄抽查 (最高 5 分) 於本局實地輔導後測時, 抽查 5 位住民之「口腔照護每日執行紀錄表」。抽查對象中, 每日執行紀錄完整者, 每 1 人計 1 分, 本項最高 5 分。(如附表四)</p>	
<p>四、配合口腔實地輔導與抽查口腔照護步驟</p>	<p>一、實地輔導衛教參與率計分</p> <p>1. 計算方式 衛教參與率 (%) = $\frac{\text{參與衛教之照護人員人數}}{\text{全機構護理人員數} + \text{照顧服務員數}} \times 100\%$</p> <p>2. 計分級距</p> <p>A. 衛教參與率 ≥ 60% : 計 20 分</p> <p>B. 衛教參與率 ≥ 40% ~ < 60% : 計 15 分。</p> <p>C. 衛教參與率 ≥ 20% ~ < 40% : 計 10 分。 (衛教參與率 < 20% : 不予計分。)</p> <p>二、口腔照護步驟操作抽測計分 (5 分)</p>	<p>25 分</p>

	<p>於實地輔導衛教結束後，隨機抽查 1 名照顧服務員進行口腔照護步驟操作，由牙醫師依「機構口腔照護工作檢核表」進行評分；評分合格者計 5 分。</p> <p>備註 機構照護人員職稱以護理人員、照顧服務員為限，其他人員(如行政等)不列入計分。</p>	
<p>五、提升口腔清潔度</p>	<p>牙醫師進入機構針對全體住民進行口腔健康評估 (Oral Health Assessment Tool, OHAT)。本計畫採嘴唇、舌頭、牙齦組織、口腔清潔等四項為評分項目。評估作業分為前測及後測兩次，兩次評估間隔需至少 3 個月(含)以上。成效統計以同時完成前測與後測之住民為分析母群，計算各項目之平均分數(平均值取至小數點後兩位，四捨五入)。</p> <p>口腔清潔度改善率 (%) = (後測 - 前測) / 前測 × 100%</p> <p>口腔清潔度計分方式</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 改善率下降達 ≥10%(含)，計 20 分。 2. 改善率下降達 ≥5%~<10%，計 15 分。 3. 改善率下降達 ≥1%~<5%者計 10 分。 4. 改善率未下降(含持平或上升)者，不予計分。 <p>已有參與機構之延續計算原則</p> <p>曾參與口腔照護獎勵計畫之機構，次年度評估基準以前一年度後測結果作為次年度前測基準。考量部分機構前一年度後測分數已接近低分區間、改善空間有限，若前一年度後測符合下列條件： 四項中各單項分數均 ≤ 0.3 分；或</p>	<p>20 分</p>

	<p>四項總分≤ 1.5 分； 且次年度後測結果仍維持於上述範圍內者，該項成效以 20 分計。</p>	
--	---------------------------------------------------------	--

玖、評核方式及獎勵標準：

1. 審查方式

項目	審核方式	配分	得分
一、參與口腔照護教育練。	提供參與教育訓練名冊(附表一)	20 分	
二、提升機構人員口腔專業知能	提供參與課程人員名冊與課程積分截圖證明。	10 分	
三、成立口腔評估小組並定期評估與紀錄	機構內成立口腔評估小組(附表二)	5 分	
	辦理內部教育訓練(附表二)	10 分	
	定期進行全機構住民口腔健康評估量表(OHAT)評估,並留有紀錄。(附表三)	5 分	
	留有每日口腔照護執行紀錄。(附表四)	5 分	
四、配合口腔實地輔導與抽查口腔照護步驟	依參與實地輔導衛教人數比例計算得分。	20 分	
	於實地輔導前測隨機抽查一位照服員操作口腔照護步驟。	5 分	
五、提升口腔清潔度	<p>由衛生局媒合牙醫師至機構分組進行全體住民口腔篩檢,機構人員需協助牙醫師填寫口腔評估表。</p> <p>分數計算由皆參與前後測機構住民於口腔健康評估表中四項(嘴唇、舌頭、牙齦組、口腔清潔)分數平均需比前測降低,依降低百分比給分。</p>	20 分	

2. 獎勵標準：於計畫期限內繳交計畫成果，並評核項目總分達 70 分者，可獲得一萬元等值禮卷。

獎項	名額	獎勵方式
口腔照護績優獎	15 名	一萬元等值禮卷

壹拾、計畫成果：請於 115 年 10 月 23 日前繳交計畫成果，依本局所附計畫書成果格式，將計畫書成果一式二份(含電子檔)送至東興衛生局醫事科沈瑜璞(以收件日為準)。

115年度住宿式機構口腔照護獎勵計畫申請表單

附件一

機構名稱	機 構 用 印		
聯絡人		電話	
E-Mail			
住民人數總人數		男性/ 女性	
自行潔牙/協助潔牙/完全協助潔牙 (人數)		可配合實地輔導 時間(上午/下午/ 皆可)	
機構護理人員數		機構照服員人數	
曾參加過臺南市政府衛生局辦理口腔照護獎助計畫： <input type="checkbox"/> 是_____年度， <input type="checkbox"/> 否			
口腔照護困難之處(請簡述):			
填表時間	年 月 日		

備註：

1. 實地輔導時間約3小時，請在進行口腔健康評估前勿讓住民進食，避免影響評估結果。
2. 填妥用印後以 mail 送至衛生局醫事科沈瑜璞(d00547@tncghb.gov.tw)，並以電話確認(06-6357716分機123)。

115年度住宿式機構口腔照護獎勵計畫

計畫書成果內容與格式

- 壹、計畫書封面：至少包含計畫名稱、執行單位(申請機構全銜)、執行期間。
- 貳、書寫格式：以中文建檔，A4版面，由左而右，由上而下，標楷體14號字型，橫式書寫。
- 參、計畫書(含電子檔)撰寫內容應包含以下：
- (一) 封面
 - (二) 目錄：請敘明頁碼。
 - (三) 計畫目標：分點具體列述本計畫所要達成之目的。
 - (四) 機構口腔照護現況分析：
 1. 所屬區域牙科醫療資源概況、鄰近之醫療機構、車程與里程等。
 2. 醫療需求情形：目前機構住民使用牙科醫療服務狀況、牙科醫療需求。
 - (六) 機構現況：
 1. 組織架構、現況、機構執行住民口腔及照護人力、牙科治療相關設備。
 2. 申請本計畫之動機與需求。
 - (七) 實施方法與進行步驟：依應辦理項目依序撰寫各項預定辦理內容與進行步驟。
 - (八) 預期效益：詳述計畫執行結束，預期達成效益(量化)。
 - (九) 計畫執行成果：以文字敘述機構人員計畫執行過程與回饋。(短文敘述為佳)
 - (十) 附件：
 - 附表一、參與口腔照護教育訓練清冊(實體)
 - 附表二、機構內部口腔評估小組名冊與教育訓練清冊
 - 附表六、進行機構實地輔導成果

115年度住宿式機構口腔照護獎勵計畫

封面供參

期末成果報告

執行單位： (申請機構全銜)

計畫聯絡人： 電話：

計畫執行期間： (起迄年月日)

目 錄

- 壹、 計畫目的
- 貳、 機構口腔照護現況分析
- 參、 機構現況
- 肆、 實施方法與進行步驟
- 伍、 預期效益
- 陸、 計畫執行成果
- 柒、 附件
 - 附表一、參與口腔照護教育訓練清冊(實體)
 - 附表二、機構內部口腔評估小組名冊與教育訓練清冊
 - 附表六、進行機構實地輔導成果

1.115 年參與口腔照護教育訓練清冊(實體)

日期/時間	地點	上課名稱	參加人員	職稱	佐證資料

*佐證資料可提供：派訓紀錄、簽到表、上課照片、積分證明

3. 機構內部口腔評估小組名冊與教育訓練清冊

附表二

3-1. 機構內部口腔評估小組名單

姓名	職稱	擔任評估小組工作內容

3-2. 機構內部教育訓練清冊

日期/時間	地點	上課名稱	時數	參與人數	佐證資料

佐證資料可提供：簽到表、上課照片、積分證明

5. 機構口腔照護每日執行紀錄表

附表四

機構口腔照護工作檢核表-每日執行紀錄表

民國 年 月

姓名：_____

照護員：_____

口腔照護-自我照護能力類別：		<input type="checkbox"/> 完全自理 <input type="checkbox"/> 需要部份協助 <input type="checkbox"/> 需要完全協助								
日	早					晚				
	牙齒鄰接面清潔★	刷牙+牙膏	口腔黏膜及舌頭	活動假牙清潔	簽章/時間	牙齒鄰接面清潔★	刷牙+牙膏	口腔黏膜及舌頭	活動假牙清潔	簽章/時間
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										

★：牙線(棒)/牙間刷

6. 機構口腔照護工作檢核表

附表五

機構口腔照護工作檢核表

民國 年 月

住民姓名：_____

照護員：_____

口腔照護-自我照護能力類別：	<input type="checkbox"/> 完全自理	<input type="checkbox"/> 需要部份協助	<input type="checkbox"/> 需要完全協助
----------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

項目	內容	達到狀況
一、事前準備	1. 確認機構住民的全身狀況	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
	2. 向機構住民說明及安撫情緒	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
	3. 環境準備	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
	4. 器具準備	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
二、臉部及口腔按摩(含熱毛巾敷臉)		<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
三、口腔照護操作	1. 座位式潔牙 ^{註2}	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
	2. 使用牙線、牙間刷(必要)	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
	3. 貝氏刷牙法(必要)	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
	4. 含氟濃度 1000ppm 以上牙膏	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
四、關懷互動	機構照服員與機構住民正向肢體、 言語互動	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
五、事後整理	1. 器具清潔	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
	2. 環境清潔	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行

※註1：本檢核表為機構照服員評核適用。

註2：座位式潔牙係指潔牙可在非公共空間施行。

檢核者(牙醫師)：_____ (簽章)

檢核情況：通過 不通過

7. 進行機構實地輔導成果

附表六

<p>活動 照片</p>		
	<p>內容概述： 日期：</p>	<p>內容概述： 日期：</p>
<p>活動 照片</p>		
	<p>內容概述： 日期：</p>	<p>內容概述： 日期：</p>