

牙醫師

重點摘要

- ◆ 牙醫師需完成 6 年牙醫系教育，包括 1 年實習並通過兩階段考試，才能取得牙醫師證書，再經過 2 年的牙醫師畢業後一般醫學訓練 (PGY) 方能獨立執業。
- ◆ 牙醫師需持續不斷進修，在執業期間每 6 年必須接受繼續教育課程積分達 120 點以上，才能辦理執業執照更新。
- ◆ 除了少數醫療資源缺乏地區之外，整體而言牙醫師人力呈穩定持續增加，但健保成長有限，面對市場競爭，擴充自費項目收入成為必然趨勢。

職業特性

牙醫師的工作包括預防診斷、治療牙齒及口腔組織的問題，亦可擴展到顎骨、顳顎關節、甚至頭頸部腫瘤...等病症的治療，有鑑於此，牙科已逐漸正名為「口腔醫學」。

一般民眾需要的牙科服務多半可在診所中完成，例如蛀牙、根管治療、做假牙、牙周病、兒童牙齒塗氟預防齲齒、齒列矯正、修補斷裂牙齒、植牙、牙齒美白等，必要時也會施行麻醉，並開立藥物處方；在治療之外，牙醫師也會提供衛教服務，例如教患者如何正確刷牙、使用牙線，以及其他口腔保健資訊。因應患者的狀況，有時可能需會診或轉診不同次專科牙醫師，較複雜的口腔外科手術則受限於設備而可能需要轉診到醫院治療。

牙醫師需要各種專業設備，最基本的包括診療椅、X 光機、各式牙科鑽機 (drills)、口鏡、探針、鑷子、手術刀等，在大型診所及醫院還可能有 3D 電腦斷層 X 光機。

為提升醫療品質，牙醫師在一般牙科治療外，會選擇有興趣或具發展潛力的專科進修，取得次專科醫師資格。例如齒顎矯正科是利用矯正器或牙套等工具來改善顏面骨異常之發育和重新調整不整齊的牙齒，接受矯正治療的最佳年齡約在7~16歲；口腔顎面外科治療口腔癌、口腔良性腫瘤、正顎手術、人工植牙手術、頭頸部感染、唾液腺病變等；兒童牙科針對齲齒預防及治療、混合齒列矯正等，治療時要特別注意未來臉部生長發育；牙周病科針對牙齒周圍組織疾病，如牙齦炎、牙周炎等；牙髓病科進行根管治療；膺復綴補科利用永久性或可移動的固定物，如牙冠、牙橋、假牙等取代缺牙，幫助病人恢復咀嚼功能及外觀；牙體復形科治療齒質缺損及牙齒美容，包括齲齒復形、牙齒美白、樹脂暨瓷牙貼面、嵌體治療、嵌體牙橋、全瓷冠、3D齒雕、植牙等；口腔病理科則進行口腔黏膜切片診斷、口腔癌篩檢等。

近年來熱門的牙醫治療項目首推植牙，傳統固定牙橋俗稱「缺一顆牙要補三顆」，須修磨缺牙附近兩顆鄰牙的部分齒質，再三顆一起套起來；植牙則是把鈦金屬材質的人工牙根植入齒槽骨，等植體與骨頭緊密結合後（約3~6個月），在鈦金屬牙根上製作假牙，恢復美觀及咀嚼功能。植牙最早被應用於全口無牙的病患，植入人工牙根來支持活動假牙，植入愈多假牙愈穩固，咀嚼也愈有力。植牙的咬合力幾乎可恢復原有牙齒的水準，不用磨掉旁邊鄰近的健康牙，看起來更自然美觀，所以即使價錢昂貴也吸引許多患者。

和一般醫師相較，牙醫師除了診斷能力外，也同時須具備實際操作技術及美學素養，雕刻、美術、素描等技巧常被列為牙醫系的考題及重要學分，例如民國100年臺大牙醫系個人申請入學第二階段指定項目甄試中，考生要素描小貓，並用石膏刻出一隻貓，這是因為牙醫師應有優秀的視覺記憶、空間及形狀判斷力，以及一雙靈巧的手，才能成為出色的牙醫師。隨著現代人對外貌的重視，協助重拾美麗笑容更成為牙醫師工作重點，牙科美學從3D齒雕、美白、齒列矯正到暴牙、戽斗的整型都包括在內。



由於現代人對外貌相當重視，因此牙醫師需要特別加強牙科美學。

工作條件

牙科急診比例較低，大部分病人都是事先約診，和其他科別醫師相較，可主動安排自己的工作時間；假日時醫院牙科通常休診，但診所為了服務患者，週休假日也可能有醫師排班看診。一般而言，獨立開業的牙醫師看診時間較長，而在醫院服務的牙醫師工時較短；除了門診，可能依所屬醫院的等級，需有不同程度的學術研究及臨床教學工作，簡單地說，診所以醫療服務為導向，醫院則負有教育研究的責任。

牙醫師在工作時需久坐、彎腰、低頭、手臂懸空，因為長時間姿勢不良，容易導致脊柱側彎、肩頸背及手臂疼痛等症狀；整天戴著口罩讓牙醫師常常忘記喝水，尿路結石的例子也很常見。另外，醫療照明用的藍光不利眼睛健康；牙科器械在治療時產生的噪音可能傷害聽力，定期保養器械可降低噪音。

感染防治是牙醫師工作時的重點，因為牙科醫療工作長期與患者的唾液、血液、分泌物、高速磨牙／超音波洗牙等器械造成的飛沫及氣霧等感染源近距離接觸，小自感冒、大至 B 肝／AIDS 都是潛在危機，必須採取完善的感染控制措施，維護患者及自己的健康。因此治療過程中要視各種狀況，穿戴手套、口罩、護目鏡、面罩、隔離衣等，並在治療下一位病人前更換；接觸病人前後都要洗手，小

心避免被器械的尖銳面刺傷，而使用的器械也必須經過完整消毒滅菌程序才能再度使用。

目前就業情況

依衛生署統計，至民國 106 年底我國執業牙醫師人數為 14,379 人、牙醫醫療院所總計達 6,791 家¹。

牙醫師自行開業的比例居多，診所執業的牙醫師占 80~85%，在醫院服務的牙醫師則約 15~20%。除了開業門檻低，也和醫院提供有限的牙科訓練機會有關，每年牙醫系畢業生都會報考各醫院爭取住院醫師名額，但僧多粥少，最後可以爭取到醫院服務的名額低於一半，其他則選擇去診所服務；直到健保開放牙科給付後，牙醫師人力需求大增，開始有部分牙醫師不願意到醫院服務，雖然不打算開業，仍直接選擇到診所服務。

牙醫師的分布以都會區為主，有鑑於部分偏鄉及山地離島醫療資源缺乏，衛生福利部、健保署亦提供改善方案，鼓勵牙醫師到醫療資源不足的地區執行醫療服務。

牙醫是個穩定性很高的行業，雖有轉向牙醫學相關研究、教育或器材買賣等工作的個案，但中途轉業的情況極少，也沒有強迫退休的年齡限制。另一方面，想中途轉入牙醫一職的可能性也很低，由於需考上牙醫學系並經國家考試，國外來臺灣執業的牙醫師也很少，臺灣目前認可美國、日本、歐洲、加拿大、南非、澳洲、紐西蘭、新加坡及香港等 9 個地區／國家牙醫系學生可參加臺灣的牙醫師考試，其他地區則需先考取同等學力，再經過實習及國家考試。

除了少數醫療資源缺乏地區之外，整體而言牙醫師人力呈穩定持續成長，每年牙醫系學生人數約 350~400 名，每位牙醫師的平均服務人數在逐年下降中，牙醫師人力有趨近飽和的狀況，面對未來的競爭，擴充自費市場成為必然趨勢，而自費項目的發展則與社會經濟情況有關。

訓練資格及升遷

牙醫師需完成 6 年牙醫系教育，通常牙醫系五、六年級學生需進入醫院實習，五年級學生受訓期為 2~6 個月、六年級學生則需 1 年（稱為實習醫師）。畢業後通過國家考試取得執照後，再經過 2 年的牙醫師畢業後一般醫學訓練(PGY)才能獨立開業；若在醫院服務，從住院醫師開始，約第 4 或 5 年可擔任總醫師，兼負訓練後輩及行政工作的責任，第 6 年以後遇缺則可升任主治醫師。上述時間各醫院情況不同，條件亦大不相同，部分醫學中心或醫學院附屬的教學醫院需有論文及各項資歷條件，且在有缺額之狀況下，才可升任主治醫師，一般中小型醫院則較無此嚴格規定。

主治醫師一般需取得牙科次專科資格，可依據個人興趣，選擇各次專科學會委託的訓練機構，受訓合格者可申請學會的考試，以取得次專科醫師證書。目前各醫院對牙科次專科的分科並不一致，在衛生福利部訂定的 26 個次專科中，牙科有 3 個，分別為口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科；尚未被衛生福利部訂定，但各專科學會頒訂之專科有家庭牙醫科、牙周病科、牙髓病科、膺復綴補科、兒童牙科、牙體復形科...等，近年來熱門的牙齒美白、植牙也正積極成立專科。

牙醫師各階段訓練（各醫療院所狀況略有不同）

類別	對象	需具備資格	訓練期限
見習醫師	牙醫系四~五年級學生	牙醫系四~五年級學生	2~6 月
實習醫師	牙醫系（五下~）六年級學生	牙醫系（五下~）六年級學生	1 年（半）
牙醫師畢業後一般醫學訓練（PGY）	第一、二年住院醫師	牙醫系畢業	2 年
專科牙科住院醫師	第三、四、五年住院醫師	經 PGY 訓練	3 年
總住院醫師	第五年住院醫師	專科牙醫師訓練者	1 年

6年牙醫學教育還不足以磨練出能獨當一面的好醫師，因此畢業後牙醫師仍需在診所或醫院受訓。為了讓牙醫界新鮮人奠定更紮實的臨床經驗及專業能力，衛生福利部自99年開始推動為期2年的牙醫師畢業後一般醫學訓練，由診所、醫院合作，共同提出訓練計畫，訓練內容涵蓋急救處理、感染控制、一般醫事等項目，包括單一及聯合訓練機制，經衛生福利部核定為訓練機構²。

醫療科技與時俱進，在治療技術上仍須終身學習。執業牙醫師需持續接受公會、學會或學校辦理的繼續教育訓練，依規定每6年繼續教育學分需累計120點才能更換執業證照，否則將被暫時停業。

薪資收入

牙醫師平均月收入約15萬元，一般來說開業牙醫師的收入比在醫院服務者高，住院醫師隨年資不同約5~10萬元，主治醫師的所得則視看診人次而定，平均約10~20萬元；相對地，診所牙醫師平均工作時間較長，六成以上的牙醫診所從早營業到晚，看診可能超過8小時，假日也可能有約診，而醫院牙科醫師每週門診時數可能只有20~35小時，以工作時數換算可以理解診所醫師收入較高的現況。

在公立醫院服務的牙醫師即使未升任主治醫師，薪水亦會隨年資調升，而服務於私人醫療院所的牙醫師收入則需視門診人數而定。

前景與展望

牙醫師不只補牙、裝假牙，也進行口腔相關研究，發展空間頗大；且隨著醫療生態演變，不用值班、職業風險較低又有穩定收入的牙醫一躍成為熱門志願，隨著經濟進步，植牙、齒顎矯正、牙齒美白均成為牙醫發展重點。

以植牙為例，目前粗估臺灣每年植牙數達25~30萬顆，且逐年持續成長，植牙總產值幾達上百億元；當然，由於植牙所費不貲，植牙市場除了奠基於民眾

需求，也與經濟發展、所得收入提升程度密切相關。

為了提升競爭力，牙科診所開始重視內、外部空間設計；或與其他診所策略聯盟、共享資源，節省醫療儀器等成本支出；或由過去一人診所為主流的型態，逐漸轉為結合數位不同專長的牙醫師成立聯合診所，增加患者來源。

由於各國對醫療專業人士執業均有設限，到異國發展並不容易，部分牙醫師因為全家移民，轉往美國、加拿大、澳洲、紐西蘭等國發展，執業資格則隨各地區或國家規定而有不同要求。

相關資訊來源

中華民國牙醫師公會全國聯合會

<http://www.cda.org.tw/>

中華牙醫學會

<http://www.ads.org.tw>

中華民國兒童牙科醫學會

<http://www.tapd.org.tw/>

臺灣牙周病醫學會

<http://www.twperio.org.tw/>

中華民國牙體復形學會

<http://www.taod.org.tw/>

行政院衛生福利部

<http://www.mohw.gov.tw/>

國民健康署

<https://www.hpa.gov.tw/>

中央健保署

<http://www.nhi.gov.tw/>

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

<http://www.jct.org.tw/>

備註

¹ 衛生福利部，106 年醫事機構現況及服務量統計年報，網址為

<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-4033-113.html>。

² 衛生福利部指定辦理本計畫之醫療機構及訓練課程相關查詢，網址為

https://dpgy.mohw.gov.tw/Reporting/DPGY_D_RPT06/ViewReport.aspx。