

計畫名稱：

「花蓮縣提升婦幼照護計畫」

(一) 計畫緣起

懷孕是一個充滿壓力及不確定感的過程，不論是孕產婦、父親、嬰兒或其他的家庭成員，都需要相關人員提供更多的照護，最終目標在於改善和增進孕產婦及嬰幼兒的健康，並能針對生育期家庭給予整體性的健康照護。依據行政院衛生署(97年)統計資料顯示，我國在50年前之粗出生率屬於高出生率(35~50%)，自53年起實施「家庭計畫推廣政策」後，已逐漸下降，90年為11.65%，至96年已降至8.92%，與亞洲及歐美國家相較則明顯偏低。

隨著社會經濟提升、醫療技術進步，儘管資料顯示，產婦死亡率直線下降，每年仍有50萬名婦女在分娩時死亡，另外還有350萬新生兒，在出生後30天內夭折，目前醫療界正在利用經證實有效的產婦及幼兒照顧方法，挽救這些生命(美國之音99年5月14日報導)。

孕產婦的主要死因，多年來不外乎是產後出血、產科之肺栓塞、妊娠生產及產褥熱併發之高血壓、產後感染，及羊水栓塞等，其中羊水栓塞、產後大出血及產後感染更是造成產婦死亡的三大急症。新生兒及嬰兒死亡率中以「源於周產期之病態」、「先天性畸形」、「事故傷害」分居前三名，其主要死因大多是有關先天性或懷孕期間所產生的疾病，也就是一般嬰兒先天性疾病，這顯示懷孕母體的健康程度在下降，使嬰兒罹患先天性疾病機會增加，而這與市民晚婚，女性生育年齡逐年延後有關。因此在整合醫療網路和提升周全的醫療照護，皆為近年台灣所強調的婦幼照護重點，而為降低嬰兒先天性疾病的發生，懷孕前及期間的檢查就顯得非常重要。

台灣地區目前所面臨的婦嬰相關衛生工作，可分為育齡婦女及嬰幼兒照護兩大部分。隨著社會生活型態與環境改變，加上現代人晚婚的趨勢，嬰兒的健康大幅地受到孕產婦健康的影響，政府人口政策建議女性在20~30歲最適合生兒育女，但愈來愈多女性搭上高齡產婦列車。而高齡產婦要面對的生理弱勢，如卵巢變老、卵子功能變差，造成生育力大幅下降、影響成功受孕機會的生殖器官病變較多、流產機會較高、孕期及生產併發症較多，及生下染色體異常兒機率也較高。

故為使高齡產婦能產下健康的寶寶，增進孕產婦及其子女的健康，全民健康保險預防保健服務實施辦法中提供懷孕婦女「孕婦健康手冊」，免費提供孕產婦10次產前檢查服務，接受產前檢查可以提早發現異常，促使產前照護更加完善，並可把握適當處理時機，使傷害減到最低，亦鼓勵優生保健及遺傳諮詢機構應加強照護，目的為提高人口素質，保護母子健康及增進家庭幸福，以降低孕產婦、新生兒、嬰兒死亡率。

近期台灣整體青少年生育率呈下降趨勢，不表示青少年懷孕狀況減輕，或許與墮胎藥物容易取得有關，由於青少年尚處於發展自我概念、重視身體心像之際，身心尚未成熟，懷孕、生產對青少年之生、心理影響深遠，且嬰兒出現合併症及危險性也較高，故減少青少年懷孕亦是婦嬰護理應努力的方向。

國內新生兒先天代謝異常疾病篩檢從民國七十三年一月起展開先期作業及前瞻性篩檢，七十四年七月正式開始全國性篩檢；衛生福利部亦於民國七十五年九月訂定新生兒先天代謝異常疾病篩檢實施要點，對國內出生的每一個新生兒，全面篩檢特定之先天代謝疾病，以期在有效期間內發現病患，確認診斷，並給予適當治療，以防範後遺症的發生，減輕家庭與社會的負擔。

國內政策下常規的新生兒篩檢項目原為「苯酮尿症」、「高胱胺酸尿症」、「半乳糖血症」、「先天性甲狀腺低能症」及「葡萄糖六磷酸鹽去氫酶缺乏症」，由於科技發達，生物技術日新月異，新的篩檢技術與篩檢項目也因應而生，有部份原本不易篩檢之疾病，也有了快速而可靠的篩檢方法，自95年7月1日起，全國新生兒篩檢服務開始實施新措施，包括新增6項篩檢項目、提高檢驗費用減免金額以及採用先進的「串聯質譜儀(Tandem Mass)」分析技術，以提供更周延的新生兒篩檢，除包括原來的先天性甲狀腺低能症、苯酮尿症、高胱胺酸尿症、半乳糖血症及葡萄糖-六-磷酸鹽去氫酶缺乏症(俗稱蠶豆症)等5項之外，另增列先天性腎上腺增生症、楓糖漿尿症、中鏈醯輔酶A去氫酶缺乏症、戊二酸血症第一型、異戊酸血症、甲基丙二酸血症等6項先天性代謝異常疾病項目，計11項。

為減低民眾經濟負擔，一般新生兒的檢驗減免費用金額，由每案減免100元調高為200元(民眾僅須自付檢驗費350元)；至於列案低收入戶或居住於山地、離島或偏遠地區醫療機構(助產所)之出生者，其檢驗減免費用金額，由每案200元調高為550元。新生兒篩檢費目前不在全民健保給付項目中，政府僅補助檢驗費用，至於其他掛號費、材料費及檢體採集手續費等則仍需照各院之收費標準繳費。

(二) 問題評析

99年至106年這八年間，花蓮縣20歲以下生育數平均佔本縣總生育數的45.7%，即每年每1,000名新生兒中約50位是由20歲以下的少女所生，並在102年達到了高峰(52.7%)，比101年(42.5%)上升了10.2%，至106年才下降至37.7%(內政部戶政司，107年)。而與全國和台北市的數據比較，這6年間花蓮縣20歲以下生育數佔總生育數比率也高出許多，是全國的2.7至3.5倍，更是台北市的7.2至13.9倍之多。

表 5-8-1 綱要計畫 8.499 年至 106 年全國、台北市和花蓮縣 20 歲以下生育數

年份	全國		台北市		花蓮縣	
	總生育數	20歲以下	總生育數	20歲以下	總生育數	20歲以下
99	166,473	2,806(16.9%)	18,677	125(6.7%)	2,348	112(47.7%)
100	198,348	2,847(14.4%)	25,439	132(5.2%)	2,595	129(49.7%)
101	234,599	3,115(13.3%)	30,232	128(4.2%)	2,825	120(42.5%)
102	194,939	2,984(15.3%)	26,175	100(3.8%)	2,620	138(52.7%)

103	211,399	3,045(14.4%)	29,174	115(3.9%)	2,657	135(50.8%)
104	213,093	3,167(14.9%)	28,865	116(4.0%)	2,716	124(45.7%)
105	207,600	2,972(14.3%)	27,785	111(3.9%)	2,673	103(38.5%)
106	194,616	2,727(14%)	25,004	97(3.9%)	2,438	92(37.7%)

資料來源：內政部戶政司（107年）

註：括號內的比率指20歲以下生育數佔總生育數比率。

另依據內政部戶政司（107年）的統計數據顯示，在花蓮縣13鄉鎮中，秀林鄉未成年生育數佔總生育數的比率大約是全縣的2至3倍，每10位新生兒中有1至1.5位是由青少年所生。秀林鄉為山地鄉，近九成鄉民為原住民，過去國內外的文獻也發現原住民有較高的未成年懷孕現象。

許多研究均顯示：未成年懷孕或生育對媽媽生理、社會與經濟都會造成傷害性的後果，其不利因素將影響少女之一生。例如：生下低體重兒、經濟困難、中輟和欠缺支持系統。對社會而言，未成年生育與養育子女因為需要社會服務或社會救助，也形成了較高的社會成本。

105年花蓮縣嬰兒死亡率：8.6%，居全國之冠，原因分析：105年度花蓮縣新生兒出生人數2,521人，早產兒人數272人。再分析早產兒272人中之產婦產齡：產齡≥35歲：78位；產齡<20歲：21位。另由接生醫療院所分析：門諾醫院早產兒人數172人，佔63.2%為最多，其次為慈濟醫院早產兒人數78人及玉里榮民醫院早產兒人數21人，其餘醫院佔極少數。

105年本縣嬰兒死亡數共計23人（男生13人；女生10人），經死因分析，產婦產齡35歲以上者有4人、20歲以下有1人；嬰兒平均死亡月齡分析：24小時內死亡約6人、1個月內5人、5個月內4人、8個月內1人、11個月內1人。死亡月齡主要為1個月內死亡，死亡人數佔65%，死亡原因主要為先天性疾病、早產，且大多尚在醫院住院中。

另依據出生通報系統，分析101年至105年花蓮縣出生數中本縣早產率（出生<37週）為9.96%-11.11%、低體重率（≤2500g）為9.38%-11.12%、高齡（>35歲）比率為18.04%-21.08%、未成年（<20歲）比率為4.08%-5.41%。綜上，分析本縣早產兒出生數及嬰兒死亡數，發現高齡者（產齡>35歲）生下早產兒數比產齡<20歲者高，所以宜加強本縣孕產婦產前照護及管理，鼓勵孕產婦規律產檢。

依據行政院性別統計資料庫，分析100年至104年5年間全國兒童預防保健平均使用率為79.34%，本縣平均使用率則為67.5%，是低於全國平均使用率1.1至1.5倍。為提升本縣產後嬰幼兒照護品質及降低嬰兒死亡率，宜加強本縣兒童預防保健使用。

另分析103年至105年本縣早產兒人數共808人及低體重兒人數共484人，北區早產率趨勢為7.4%-15.2%、中區早產率趨勢為5.9%-31.3%、南區早產率趨勢為1.6%-20%、偏遠地區早產率趨勢則為5.9%-31.3%；北區低體重率

趨勢為 1.6%-9.9%、中區低體重率趨勢為 0%-12%、南區低體重率趨勢為 4.1%-11.5%、偏遠地區低體重率趨勢則為 0%-12.5%。顯示本縣早產兒及低體重兒出生地區，主要皆位在花蓮縣偏遠地區及中南區。

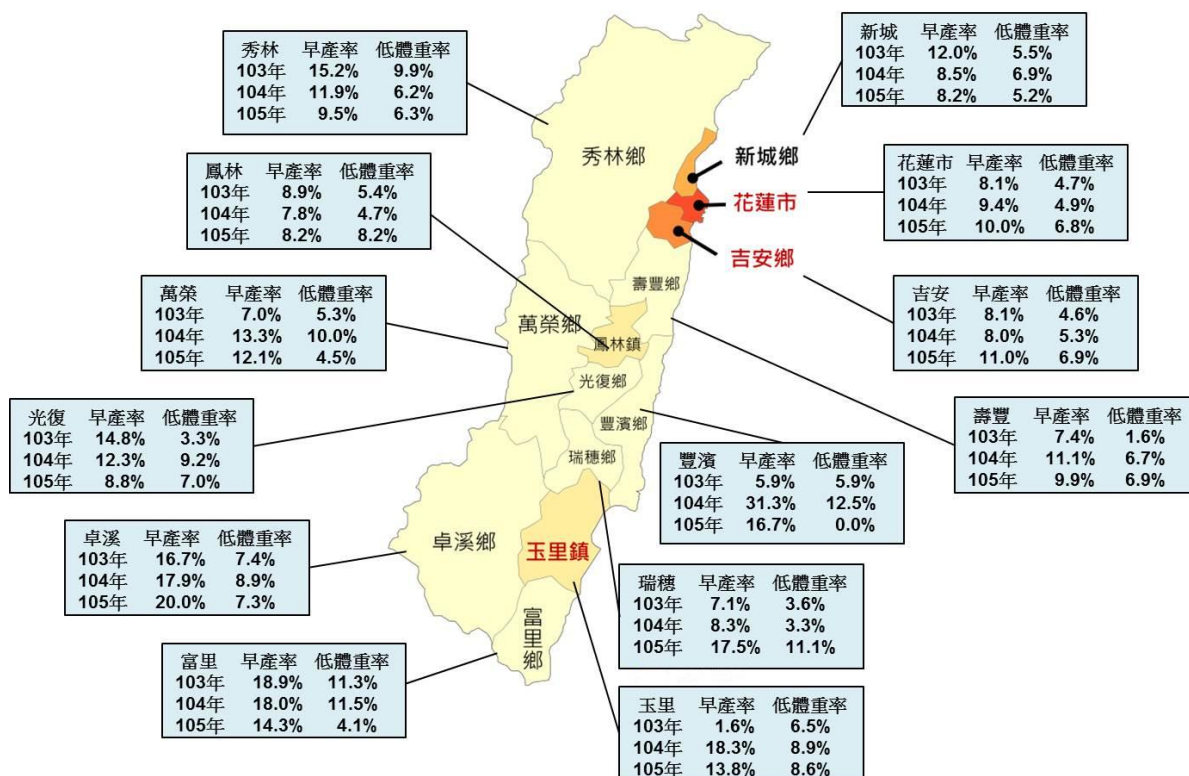


圖 5-8-8 綱要計畫 8.4 花蓮縣早產兒極低體重兒分布圖

花蓮縣提供產檢之醫療院所共計 11 家包括:醫院 5 家【慈濟醫院(醫學中心)、門諾醫院(區域醫院)、國軍花蓮總醫院(區域醫院)、玉里榮民醫院(地區醫院)、玉里慈濟醫院(地區醫院)】、婦產科診所 5 家【黃港生、江昌雲、惠生、李學智、愛婦產科診所】及邱明秀助產所 1 家。其中有提供接生之醫療院所共計 5 家，分別為北區: 慈濟醫院、門諾醫院、國軍花蓮總醫院、邱明秀助產所，而南區僅有玉里榮民醫院 1 家接生院所。

再由 106 年本縣新生兒出生數 2,425 人分析，其中慈濟醫院出生數 499 人、門諾醫院出生數 1,754 人、玉里榮民醫院出生數 136 人、黃港生婦產科診所出生數 25 人、邱明秀助產所出生數 6 人。可見大多數新生兒出生集中於北區醫療院所佔 94.2%，而南區玉里榮民醫院出生數僅佔 5.6%。

表 5-8-2 綱要計畫 8.4107 年花蓮縣婦產科醫療院所現況

婦產科醫療院所	所在地區	提供產檢服務	提供接生服務	106 年新生兒出生數	兒童預防保健服務院所	所在地區
慈濟醫院(醫學中心)	北區(花蓮市)	√	√	499	花蓮市衛生所	北區(花蓮市)
門諾醫院(區域醫院)	北區(花蓮市)	√	√	1,754	新城鄉衛生所	北區(新城鄉)
國軍花蓮總醫院(區域醫院)	北區(新城鄉)	√	√	4	秀林鄉衛生所	北區(秀林鄉)
黃港生婦產科診所	北區(花蓮市)	√	√	25	吉安鄉衛生所	北區(吉安鄉)
江昌雲婦產科診所	北區(花蓮市)	√			壽豐鄉衛生所	北區(壽豐鄉)
惠生婦產科診所	北區(花蓮市)	√			葉日昇診所	中區(光復鄉)
李學智婦產科診所	北區(花蓮市)	√			衛生福利部花蓮醫院豐濱分院	中區(豐濱鄉)
愛婦產科診所	北區(花蓮市)	√			玉里鎮衛生所	南區(玉里鎮)
邱明秀助產所	北區(花蓮市)	√	√	6	瑞穗鄉衛生所	南區(瑞穗鄉)
玉里榮民醫院(地區醫院)	南區(玉里鎮)	√	√	136		
玉里慈濟醫院(地區醫院)	南區(玉里鎮)	√				

綜上，分析花蓮地區人口組成與婦產科醫療資源分佈情形，唯一的 1 家醫學中心、2 家區域醫院和 6 家婦產科診所均在花蓮北區，佔全縣婦產科醫療資源 82%，顯見本縣婦產科醫療資源明顯集中在花蓮市區。然而花蓮縣地型狹長，此情形更加突顯出花蓮地區婦產科醫療資源分佈不均之問題。由於本縣婦產科醫療資源分佈不均的情形，往往影響孕產婦就醫可近性、醫療服務的提供上明顯有差異性存在。

因應本縣未成年生育率偏高、嬰兒死亡率高、兒童預防保健服務使用率低及婦產科醫療資源分佈不均之問題，亟需強化本縣醫療院所及各鄉鎮市衛生所醫護人員對孕產婦個案照護，規劃整合本縣醫療院所及衛生所，建立合作夥伴關係，共同推動「花蓮縣婦嬰照護計畫」。針對本縣孕產婦進行個案健康管理，透過孕婦第 1 孕期(懷孕 17 週前)產檢，提供孕婦產前衛教指導服務，進行健康行為評估及懷孕登錄，提供孕婦懷孕初期至產後 10 個月之個案管理關懷追蹤等營養補充服務，另外應全面性補助本縣新生兒進行先天代謝異常疾病篩檢。以期降低本縣孕產婦及嬰兒死亡率，提升孕產兒照護品質。

(三) 計畫目標

1. 績效指標：

表 5-8-3 綱要計畫 8.4 績效指標(不含中央自辦計畫)

績效指標	衡量標準	現況值	目標值
年度規律產檢率	年度內孕產婦孕期產檢次數 3 次的比率	24%	60%
	年度內孕產婦孕期產檢 5 次的比率	18%	50%
年度早產率	年度內孕產婦早產比率	11.11%	9.0%

2. 工作指標：

- (1) 解花蓮縣孕產婦、嬰幼兒其主要死亡原因及年齡、地區分布情形，以及孕產婦對醫療照護的需求，作為花蓮縣婦嬰照護依據。
- (2) 建構花蓮縣婦嬰照護健康促進模式，針對本縣孕產婦提供孕期及產後照護，新生兒全面性先天代謝異常疾病篩檢，建立監測及評價機制，以提升本縣孕產婦照護品質，降低本縣孕產婦及嬰兒死亡率。

(四) 執行策略及方法

1. 中央目的事業主管機關：衛生福利部國民健康署。
2. 主辦機關：花蓮縣衛生局。
3. 執行方式：

- (1) 第一年之實施策略：進行婦嬰相關文獻資料收集及背景分析，

建構花蓮縣婦嬰照護健康促進模式，運用多層次健康傳播方式行銷「送子鳥資訊服務網」，並針對設籍於本縣或能提供證明就學或就職於本縣之孕產婦每次產檢時由產檢院所提供營養補充券，以提升母體及新生兒健康，並增加孕婦產檢誘因。請國民健康署資格審查通過之「新生兒先天性代謝異常疾病篩檢採集醫療機構」。於新生兒出生滿 48 小時進行採血篩檢，並登錄於新生兒篩檢系統，醫療機構檢附新生兒篩檢清單及領據函送花蓮縣衛生局辦理核撥新生兒篩檢自費金額。

- (2) 第二年之實施策略：賡續推動花蓮縣婦嬰照護計畫，期望藉由介入措施的差異找到一套最適性及可行之孕產婦、嬰幼兒健康促進計畫，以提升本縣孕產婦照護品質，降低新生兒早產比率及嬰兒死亡率。
- (3) 第三年之實施策略：擴增孕產婦支持體系能量，扶植及延攬本縣助產所等醫療機構拓展服務據點，提供醫療資源不足地區，孕產婦定期產檢服務，以縮小城鄉差距，強化孕產婦的支持系統，使得孕產婦能有效掌控孕期健康，進而提升新生兒健康。
- (4) 第四年之實施策略：評估婦嬰照護政策推行成效，逐步性、系統性的推廣至全國各社區及部落。

4. 主要工作項目

(1) 短程 (109 年)：

- ① 強化孕產婦的支持系統，植及延攬本縣助產所等醫療機構拓展服務據點，提供醫療資源不足地區，孕產婦定期產檢服務，以縮小城鄉差距，使得孕產婦能有效掌控孕期健康，進而提升新生兒健康。
- ② 建構花蓮縣婦嬰照護健康促進模式，結合本縣婦產科及產檢醫療院所及衛生所，運用多層次健康傳播方式行銷「送子鳥資訊服務網站」，協助孕產婦對於懷孕的認識與提升自我及嬰兒照顧之能力，發展個人知能與實踐技能。
- ③ 整合本縣婦產科、產檢醫療院所、兒童健檢院所及衛生所對設籍於本縣或能提供證明就學或就職於本縣之孕產婦，於每次產檢時由產檢醫療院所提供營養補充券，提升母體健康並增加孕婦產檢誘因，產後則由當地衛生所及兒童健檢醫療院所，提供營養補充券，並進行兒童預防保健檢查，以提升母體及新生兒健康。
- ④ 新生兒篩檢費目前不在全民健保給付項目中，政府僅補助檢驗費用，至於其他掛號費、材料費及檢體採集(手續)費等則仍需照各院之收費標準繳費，一般民眾每案自費 2100 元，原住民及列案低收入戶每案 1700 元。醫療機構檢附新生兒

篩檢名冊清單及領據於次月 15 日前函送花蓮縣衛生局，衛生局審核醫療機構送件資料，並辦理核撥補助金額予醫療機構。

(2)中程 (110 年):

針對 107 年花蓮縣婦嬰照護健康促進計畫推動結果，評估其孕產婦、嬰幼兒健康成效，修正設計出一套最適性及可行之孕產婦、嬰幼兒健康促進計畫，以提升本縣孕產婦照護品質，降低新生兒早產比率及嬰兒死亡率。

(3)長程 (111-112 年):

將成功的婦嬰照護政策模式及推行成效，逐步性、系統性的推廣至全國各社區及部落。

(五) 期程與經費需求

1. 計畫期程：109 年至 112 年
1. 經費需求及財源：

表 5-8-4 綱要計畫 8.4 經費需求及財源表 (百萬元)

經費來源		各年度經費需求 (百萬元)					109-112 合計	總計	土地款	備註
		108年 以前	109年	110年	111年	112年				
非 自 償	中央預算									
	地方預算	3						3		
	花東基金		20	20	20	20	80	80		
	其他									
自 償	民間投資									
	其他									
合計		3	20	20	20	20	80	83		

(六) 預期效益

1. 可量化效益
 - (1)透過孕產婦健康管理及婦嬰照護營養券計畫，提升本縣孕產婦規律產檢率，產檢次數達 3 次者由 24% 提升至 60%，產檢次數達 5 次者由 18% 提升至 50%，進而改善本縣新生兒早產率由 11.11% 降至 9.0%。
 - (2)透過孕產婦健康管理及新生兒先天性代謝異常疾病全面性篩檢，逐年降低本縣嬰兒死亡率 1 %。
2. 不可量化效益
 - (1)結合本縣社福資源，提供未成年孕產婦生育與養育子女社會服務或社會救助，以提升孕產兒照護品質。
 - (2)整合本縣產檢醫療院所、衛生所及助產師助產士公會，具體落實孕產婦個案健康管理及照護。
 - (3)透過孕產婦個案健康管理，提供孕婦產前至產後兩個月之個案

管理關懷追蹤服務，以期提孕產婦照護品質，以及降低本縣早產比率及嬰兒死亡率。