

出國報告（出國類別：考察）

104 年度布吉納法索「孕產婦及新生兒保健 功能提升計畫」事實調查暨評估任務 返國報告

出差人員： 國際合作發展基金會人道援助處陳組長曉彧
國際合作發展基金會人道援助處鄭專員晏宗
三軍總醫院婦產部余主任慕賢
林口長庚紀念醫院新生兒加護病房林主任瑞瑩

出差國家： 布吉納法索

出國期間： 104 年 11 月 13 日至 11 月 28 日

摘要

本會於上(103)年 8 月間赴布國進行婦幼相關公衛類型計畫之界定任務，並獲布國同意進行「孕產婦及新生兒保健功能提升計畫」(以下簡稱本計畫)。為確認本計畫之規模、執行項目與內容、雙方投入資源、合作單位執行能力及合作模式，本會於本(104)年 11 月 13 日至 28 日由本會人道援助處公衛醫療組陳組長曉或偕同鄭專員晏宗、三軍總醫院婦產部余主任慕賢及林口長庚紀念醫院新生兒加護病房林主任瑞瑩共同執行本次任務。

本次任務結論與建議摘要說明如下：

一、 結論

(一) 本計畫內容依布國所提之計畫概念書進行設計，內容確為布國所需

本計畫之內容除以界定任務之結果進行規劃外，亦考量布方需求，以布方建議內容作為計畫框架進行計畫設計，布方之實物配合投入計約 110,000 美元，本會投入計約 1,100,000 美元，全案共計約 1,210,000 美元。

(二) 布國中央及地方衛生單位皆重視婦幼議題，惟公部門官僚氣息甚重

本次任務於計畫潛在執行區之參訪皆透過衛生部安排，可展現相關聯繫及動員能力，惟本次任務亦發現布國公部門官僚氣息甚重，除高階主管行程不易確認外，相關技術層級幕僚缺乏決策能力。

(三) 本計畫將可結合現有資源，並為本會於布國之公衛類型先驅計畫

若本計畫執行順利，未來亦可比照本計畫模式推展至其他區域，擴大計畫規模與能量、強化與布國之間之合作關係、亦可比照本計畫模式於布國推動其他公衛類型計畫。

二、 建議

(一) 照護人員能力建構方面

1. 種子師資應攜帶現有教材來台接受訓練，並於訓練完成前更新教材內容；
2. 應追蹤社區衛生工作者(ASBC)之衛教能力是否提升；

(二) 強化醫療照護機構功能

1. 硬體設備方面，應考慮後續保養及維護，並確保其納入院方資產；
2. 救護車僅需基本快速轉送功能，且應確保其納入該區區級衛生行政單位(DRS)轄下進行後續管理及維護；
3. 計畫設備購置應搭配人員教育訓練。

(三) 計畫執行前/時應注意事項

1. 駐地計畫經理應先針對布國衛生部/執行單位之運作模式進行瞭解，對於協調人之選擇應與布方及駐館確認渠能力及背景，避免因不清楚布國官僚體制運作導致無法順利執行計畫；
2. 駐地計畫經理應加強與各利害關係人之聯繫，計畫啟動後，雖計畫執行單位提及無須與其他部門進行討論，仍建議至少透過秘書長瞭解研究計畫司是否將參與計畫；
3. 考量公衛醫療之國際援助資源投入速度迅速，計畫執行前，應與駐館及布方保持聯繫，避免資源重置或發生其他影響計畫執行之情事；
4. 尋找國內合作單位應確認其對於國際援助、國際參與之熱忱與能力，避免因本計畫夥伴國語言、距離問題，影響國內合作單位合作執行計畫之效益。

Executive Summary

The identification mission of Maternal and Newborn Health Care Improvement Project in Burkina Faso was completed and confirmed with Burkinabe government in August 2014. Subsequently, the TaiwanICDF arranged a mission to Burkina Faso from November 13 to 28, 2015, to determine the project's scope, available resources, and execution capability and cooperative model between the Burkinabé Ministry of Health and the TaiwanICDF.

The mission's conclusions are as follows:

(1) The project is designed based on Burkinabé government's concept paper and local needs.

The project has been planned based on the local needs according to both the Burkinabé government's framework proposal and the findings of the identification mission. The project's budget will be, approximately US\$1,210,000 (of which the Burkinabé government will provide US\$110,000 physical inputs and TaiwanICDF will contribute US\$1,100,000).

(2) Burkinabé central government and related health institutions address the importance of maternal and children, but the public sector is bureaucratic.

Burkinabé Ministry of Health organized the visits of the project's potential areas during the mission, and presented their ability to coordinate and mobilize the resources. However, it was observed that public sector have been bureaucratic. For example, it has been not easy to confirm the supervisors' schedules, and all the decisions need be waited for the highest authority.

(3) The project could combine existing resources and become the TaiwanIDCF's pilot project in the country's public health field.

If the project goes well, it could expand to other areas in Burkina Faso and enlarge the scale to strengthen the cooperative relationship between Burkina Faso and Taiwan. In addition, it is expected to replicate the cooperative model to other public health project in the country.

The mission's recommendations are follows:

(1) Regarding the capacity building component of the project:

- A. The project's seed teachers should be trained in Taiwan, bringing along teaching materials with them, and update the teaching material before completing the training.
- B. The project should follow up the community-based health care workers' (Agents de santé à base communautaire, ASBC) ability to carry out health education.

(2) Regarding strengthening the function of health care units:

- A. The project should consider the subsequent maintenance of the equipment and include the equipment into hospitals' assets.
- B. The project should equip the ambulances with the function of rapid transfer and make sure that the Directions Regionales de la santé is responsible for subsequent management and maintenance.
- C. The project should bind equipment operation with personnel training.

(3) Pay attention to following items before/during implementation of the project:

- A. Project manager should understand the operational models of the Burkinabé Ministry of Health and relevant executive agencies. It is important to confirm the ability and background of the selected coordinator with both Burkinabé government and R.O.C embassy to prevent the project from being unable to implement smoothly, resulting from unfamiliar with Burkinabé bureaucratic system.
- B. Project manager should establish his/her connection with the stakeholders. It is advisable to consult with at least Secretary-general of Ministry of Health when starting to implement the project, even though the project execution unit has expressed no need to discuss with other departments.
- C. Because international aid in public health field comes to action very fast, it is advisable to consult with Burkinabé government and R.O.C embassy closely before taking the action, in order to prevent unnecessary duplication of resources or other issues that may affect the project's execution.
- D. It should be considered the commitment and the capability of Taiwan's cooperative unit to avoid adversely affecting project's effectiveness due to language difference and considerable distance.

目次

摘要	I
Executive Summary	III
壹、 任務說明	8
一、 計畫緣起	8
二、 任務目標	8
三、 執行人員	9
四、 工作範圍	9
五、 執行期間	9
六、 考察行程	9
貳、 任務發現與建議方案	10
一、 布國現況、公部門表現、問題與機會(Rationale: Current status, Sector Performance, Problems, and Opportunities)	10
二、 計畫書建議	25
三、 計畫受益對象、影響、假設及風險(Project Benefits, Impacts, Assumptions, and Risks)	29
四、 保證事項 Assurance	32
參、 結論與建議	32
一、 結論	32
二、 建議	34
三、 潛在風險	35
肆、 其他	36
伍、 駐館意見	37
陸、 誌謝	37

附錄一、本次任務工作日程	38
附錄二、布國提供之計畫概念書	40
附錄三、布吉納法索「孕產婦及新生兒保健功能提升計畫」區域選擇評估表	52
附錄四、每日會議紀錄.....	54
附錄五、計畫書	92
附錄六、計畫 DMF 表	103
附錄七、顧問專業評估報告	107

壹、任務說明

一、計畫緣起

布吉納法索（以下稱布國）為我國非洲邦交國，該國人民出生時平均餘命為 54.78 歲(2014)，在健康上所遭遇最大之挑戰為改善孕產婦及新生兒健康狀況。本會於上(103)年 8 月間赴布國進行婦幼相關公衛類型計畫之界定任務，依據該次任務結論，布國婦幼衛生現階段所面臨之最大考驗為孕產婦及新生兒之醫療照護服務可近性不佳，主要原因為社區民眾與婦幼衛生體系聯繫不佳、孕產婦及新生兒相關醫療照護機構能力不足。為配合布國國家衛生發展政策，並運用我國公衛領域之優勢，本會經與布國協商，規劃推動布吉納法索「孕產婦及新生兒保健功能提升計畫」(以下簡稱本計畫)，強化布國醫療照護機構功能，並提升該國孕產婦及新生兒保健效能。

布國衛生部於前揭界定任結束後，即草擬計畫概念書予本會(附錄二)，本會亦依布方需求，以布方建議之內容作為計畫框架進行計畫設計；為確認計畫內容可行，並評估計畫規劃內容以及計畫設計相關細節包含確認衡量計畫產出、成果與影響之指標數據以及監控機制，爰本會於本(104)年 11 月赴布國進行本計畫之事實調查暨評估任務。

二、任務目標

透過本次考察任務達到以下目標：

- (一)計畫規模、執行項目及內容規劃確認
- (二)雙方投入資源確認
- (三)合作單位執行能力及合作模式確認
- (四)建立計畫發展共識
- (五)計畫之風險確認與再評估

三、執行人員

本案由本會人道援助處公衛醫療組陳組長曉或偕同鄭專員晏宗、三軍總醫院婦產部余主任慕賢及林口長庚紀念醫院新生兒加護病房林主任瑞瑩執行本次考察任務。

四、工作範圍

本次任務確認相關事項如下：

(一)計畫規模、執行項目及內容規劃確認

1. 拜訪政府及其他計畫相關利害關係人；
2. 參訪布國 Est 區、Centre-Sud 區及 Sud-Ouest 區衛生機構；
3. 確認計畫內容（含訂定產出、成果之指標等）、預算等細部規劃。

(二)雙方投入資源確認：

請布方衛生部確認投入資源。

(三)合作單位執行能力及合作模式確認：

1. 確認布國執行單位能力；
2. 確認與合作單位之合作模式。

(四)建立計畫發展共識

建立各利害關係人共識，確認本計畫下一階段之發展。

(五)計畫風險及成本效益評估

針對本次考察發現提出潛在執行及資源重複之風險，作為後續計畫執行之參考。

五、執行期間

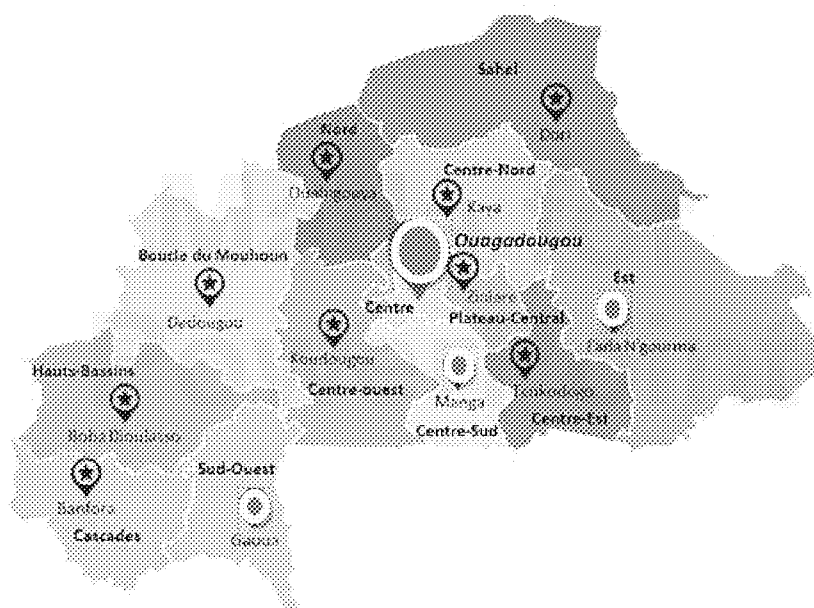
本年 11 月 13 日至 28 日止(含飛航行程共 16 日)。

六、考察行程

本案經我駐布吉納法索大使館及布國衛生部溝通協調及安排，本次任務成員於布國之各項工作日程如附錄一。

Burkina Faso

National and Regional Capitals



圖一、布吉納法索地圖(區域別)

● 本次參訪區域

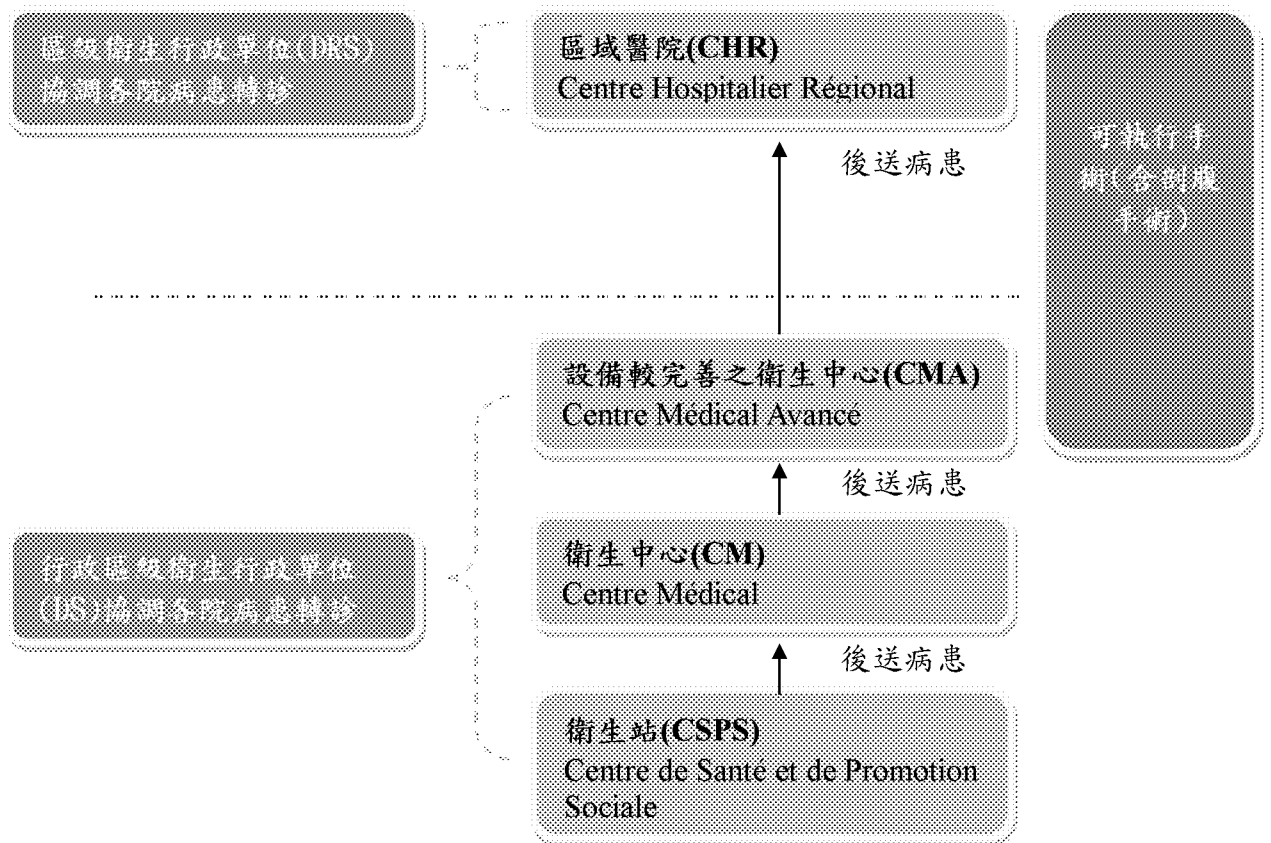
貳、任務發現與建議方案

一、布國現況、公部門表現、問題與機會(Rationale: Current status, Sector Performance, Problems, and Opportunities)

(一) 布國衛生體系架構及制度完整，惟政府執行力及民眾衛教仍待加強

本計畫前次界定任務及本次任務皆發現，布國衛生體系架構完整、制度健全，醫療服務採使用者付費(政府負擔部分額度)，不但分級明確，對於轉診之概念及執行亦相當確實，孕產婦/病患皆須先至衛生站(Centre de Santé et Promotion Sociale, CSPS)進行產檢/醫療行為，經醫護人員評估及行政區級衛生行政單位(Districts Sanitaires, DS)協調，轉

診至衛生中心(Centre Médical, CM)、設備較完善之衛生中心(Centre Médical Avancé, CMA)；若有需要，經醫護人員評估及區級衛生行政單位(Directions Régionales de la santé, DRS)協調，再轉至區域醫院(Centre Hospitalier Régional, CHR)，且衛生站與轉診醫院皆具回報機制(如圖二)，其中產檢及施打疫苗皆免費(疫苗由國際組織及政府提供)，孕產婦轉診費用由政府支付，其他傷患轉診費用為 8,750CFA，為強化各級機構功能，布國政府更以價格限制婦女至區域醫院進行一般生產(布國醫療生產費用如表一)，根據此次任務考察結果，布國孕產婦於區域醫院內死亡情形嚴重，衛生站之孕產婦及新生兒死亡率極低，此係衛生站在發現孕產婦及新生兒情況有異時即啟動轉診機制¹，但區域醫院無法及時且有效處置問題²。



圖二、布吉納法索區級/行政區級轉診後送機制

¹經本次任務顧問測試，衛生站護理人員可確實使用產程圖評估孕產婦是否需要進行轉診。

²布國轉診後送後或於後送途中死亡，死亡數歸算在轉入單位，惟轉入單位會向轉出單位通報病患死亡之情事。

表一、布國衛生機構生產費用表

項目	價位
衛生站(Centre de Santé et Promotion Sociale, CSPS)	
自然產接生	9,00CFA
複雜接生	3,600CFA
設備較完善之衛生中心(Centre Medical Avancé, CMA)	
自然產接生	900CFA
複雜接生	3,600CFA
剖腹產	11,000CFA
區域醫院(Centre Hospitalier Régional, CHR)	
自然產接生	1,800CFA
複雜接生	3,600CFA
剖腹產	11,000CFA

註 1：剖腹產費用視各地區政策，可負擔剖腹費用

另本次任務亦與地方衛生單位確認，布國確實明令禁止在家進行生產，惟並無相關罰則。舉例來說，Sud-Ouest 區之風俗認為第一胎應在家生產且毋需接受產檢相關醫療服務，因此該區區級衛生行政單位主管(DRS)特別提醒本考察團，若欲在此區執行計畫，則需將當地人思維納入考慮，可見民眾之衛教知識仍須加強。此外，若新生兒/嬰兒未定期接受疫苗施打，衛生站設有個案管理機制，將以村落領導者名義，強制其至衛生站施打疫苗，若孕產婦不從，亦無相關罰則及強制力，可見布國相關政策執行力及強制力不佳。

(二) 孕產婦及新生兒之醫療照護服務可近性仍為布國婦幼衛生之重大挑戰

根據前次界定任務結果，布國孕產婦及新生兒議題之核心問題為醫療照護服務可近性不佳，造成的原因主要為社區民眾與婦幼衛生體系連繫不佳及孕產婦及新生兒相關機構能力不足。本次任務除續針對相關事實進行調查與確認外，亦針對布方所提之潛在計畫執行區域進行評估(Est 區、Centre-Sud 區及 Sud-Ouest 區)(如圖一)，共參訪了三區之地方衛生行政單位及衛生機構，包含 4 個地方衛生單位(3 個區級衛生行政單位、1 個行政區級衛生行政單位及 6 個衛生機構(2 個區域醫院、

1 個設備較完善之衛生中心及 3 個衛生站)，經彙整三區之衛生機構訪談結果(詳如表二至表四)，相關發現如下：

1. 社區民眾與婦幼衛生體系連繫不佳

- (1) 社區工作者成效不彰：根據界定任務及本次考察結果，布國社區工作者(Agents de santé à base communautaire, ASBC)負責布國社區相關活動推廣，每村編制 1~2 位，為義務性質，選取條件除須為村民外，需具基本知識，並透過村莊推薦；衛生部或其他非政府組織若有相關活動需進行推廣(包括產後諮詢、追蹤、健康手冊)，渠等可協助執行相關活動並領取津貼補助。本次任務與衛生部瞭解相關人員資訊，並與其中一當地非政府組織進行訪談，確認社區工作者之推廣經費來源無法完全由政府支應，導致成效有限。
- (2) 婦幼衛生相關體系彼此缺乏有效連結：根據界定任務結論，布國醫療體系外之醫療照護服務仍為布國醫療體系之缺口，大多數統計數據僅來自衛生機構，爰本計畫將收集社區相關資料納入計畫內容，並於本次任務與布國政府確認目前布國確實缺乏相關資料。另布國體系間之彼此聯繫存在一定程度缺陷，本次任務與布國衛生相關單位確認，交通確為提升布國醫療照護服務可近性之重要議題，結合布國轉診體系，衛生站之醫護人員若可有效篩檢出異常，並轉診至設備較完善之衛生中心或區域醫院，將可降低孕產婦死亡風險。其中強化轉診後送功能的部分，相關單位考量路況及管理層面，建議以一般救護車取代機車救護車之方案。雖本次考察亦提出以待產室(waiting house)作為此節替代方案，相關單位則因不符風俗民情³而否決；另本次考察亦詢問於衛生站進行移動式巡迴產檢之可能性，相關單位提及過去曾經執行，惟成效不佳，且涉及人力之問題，爰不建議將此方式納入計畫內容。

³布國為男權社會，女性在生產前需在家負責家務，無法接受讓女性離家赴待產室待產。

2. 孕產婦及新生兒相關機構能力不足

- (1) 初級照護機構普及性不足：根據界定任務及本次考察結果，衛生站普及性不足確實為布國婦幼機構照護能力不足原因之一，惟此節涉及政府政策及硬體建設，爰未無納入本計畫內容，本次任務期間，我駐布國大使提及駐館長期協助布國建設衛生站，每年編列 100 萬歐元預算(10 年業興建 53 間)，若本會有意願，可考慮以委辦計畫之方式由本會協助執行。
- (2) 各級照護機構硬體功能不足：延續界定任務考察結果，此次任務訪視之衛生機構亦有硬體功能不足之限制，經與考察團顧問討論，以衛生站而言，主要缺乏婦幼基礎照護功能所需之基本設備，如：甦醒球、腳踏抽吸器、面罩式抽吸器、生產基本器械…等；另區域醫院及設備較完善之衛生中心除婦幼基礎照護功能所需之基本設備外，可考慮購置超音波及新生兒處理台以提升基礎照護。本次任務亦發現，布國醫護人員對相關設備使用觀念不足，導致即使有設備亦無法正確使用，爰此節亦須搭配設備使用之基本概念，才能發揮設備效益。
- (3) 各級照護機構人員功能不足：延續界定任務考察結果，本次任務發現，布國各級衛生機構仍普遍缺乏專業人員，偏遠地區更為嚴重，政府相關制度亦無法改善目前現況。以 Sud-Ouest 區為例，該區距首都約 400 公里，由於布國政府規定，醫護人員在公部門服務滿三年即可申請調任，導致該區相關人員醫護人員流動率大、皆為剛畢業之新鮮人。此外，布國醫護人員再進修管道仍舊不完整且缺乏規劃，以 Sud-Ouest 區為例，區域醫院醫生甚至提及政府僅針對服務於設備較完善之衛生中心之醫師進行在職訓練，因此在部分在區域醫院服務之醫師寧可選擇至設備較完善之衛生中心服務。因此，期望藉由本計畫強化計畫執行區域之醫護人員

產婦照護及新生兒急診照護能力，以提升機構之軟體功能。

另本次任務恰逢本會駐布吉納法索醫療團於首都辦理醫務管理訓練班，渠等辦理該訓練班經驗豐富，且實務操作課程除有人體模擬實務設備外，並有孕產婦及新生兒急救訓練相關教具，建議未來本計畫相關課程亦可搭配使用。

表二、拜會地方衛生單位(公部門)之訪談彙整表

區域	受訪單位/ 機構層級	概況說明	問題及挑戰
Est 區	區級衛生行政單位 (DRS)	1.距首都約 250 公里(距首都來回車程約 8 小時)，為全國 13 個區中面積最大的區，人口約 156 萬人。 2.5 個省(Gnagna、Gourma、Komondjari、Kompienga、Tapoa)；6 個行政區(BOGANDE、DIAPAGA、FADA、GAYERI、MANNI、PAMA)。 3.117 間衛生站、1 間衛生中心、4 間設備較完善之衛生中心、1 間區域醫院；轉診能力的部分，5 個行政區皆有救護車。 4.2014 年新生兒死亡率為 5.01/每千人 (338/67,575)；孕產婦死亡率為 128.74/每 10 萬活產(87/67,575)，其中最主要原因為出血及感染，另剖腹產比例為 1.4%(948/67,575)。 5.現有一當地非政府組織(AZET)⁴於此區執行社區推廣相關計畫。	交通狀況不佳(如：路況不佳、救護車數量不足)。
Centre-Sud 區	區級衛生行政單位 (DRS)	1.距首都約 100 公里(距首都來回車程約 3.5 小時)，人口約 78 萬人。 2.3 個省(Zoundwéogo、Nahouri 和 Bazèga)；4 個行政區(Kombissiri、Manga、Pô 和 Saponé)。 3.100 間衛生站、無衛生中心、4 間設備較完善之衛生中心、無區域醫院；轉診能力的部分，4 個行政區皆有救護車，共有 5 台，其中 Kombissiri 和 Manga 之救護車狀況較差。 4.2014 年新生兒死亡率為 4.68/每千人	1.基層人員能力不佳且缺乏再教育。 2.資源設備不足。 3.轉診能力不足(如：救護車數量不足)。

⁴ 該組織於布國主要執行改善傳染性疾病、提升婦幼健康、青年性疾病预防及失業等相關計畫，過去執行計畫項目則包含提供避孕用品、照顧愛滋孤兒、提供婦女醫療所需費用…等，未來欲執行之計畫主要為社區推廣層級，而本計畫則著重於社區工作者之能力建構，雙方已瞭解彼此計畫差異，未來若有需要仍可進一步洽談可能合作之可能性。

		(124/26,465)；孕產婦死亡率為 41.56/每 10 萬活產(11/26,465) 另剖腹產比例為 2.18%(579/26,465)。 5.目前尚無其他國際/當地非政府組織於此區執行相關婦幼計畫	
Sud-Ouest 區	區級衛生行政單位 (DRS)	1.位於布國邊界區域，與迦納及象牙海岸二國為鄰，爰人口組成較為複雜，且移動族群眾多。 2.距首都約 400 公里(距首都來回車程約 10 小時)，人口約 80 萬人。 3.4 個省(la Bougouriba、le Ioba、le Noumbiel 和 le Poni)；5 個行政區(Batié、Dano、Diébougou、Gaoua 和 Kampti(尚未運作))。 4.115 間衛生站、3 間衛生中心、3 間設備較完善之衛生中心、1 間區域醫院；轉診能力的部分，各行政區皆有救護車，惟狀況皆不佳，1 台最近因車禍已無法使用。 5.2014 年新生兒死亡率為 12.41/每千人(335/26,975)、孕產婦死亡率為 88.97/每 10 萬活產(24/26,975)、另剖腹產比例為 2.12%(574/26,975)。 6.目前並無其他國際/當地非政府組織於此區執行與本計畫類似之婦幼計畫，僅 JICA 於該區將執行興建 4 個衛生站之計畫。	1.衛生站覆蓋率不足。 2.民眾衛生概念不足(如：期望第一胎能在家生產、各行政區提供醫療服務之能力差距過大)。 3.資源不足(如：交通問題導致孕產婦太晚至衛生站、後送至首都距離太遠)。 4.邊界問題(如：境外疾病移入、邊界人民皆可與布國民眾受到相同待遇、共享醫療資源)。
Sud-Ouest 區	Gaoua 行政區級衛生行政單位(DS)	1.涵蓋人口為 332,169 人，轄下管理 45 個衛生站及 1 個衛生中心。 2.現有一德國非政府組織(GIZ)正規劃於該區執行一整合式營養計畫。	1.設備不足(如：床、產台、衛生站基礎設備、器械)。 2.交通問題。 3.人力不足(人員流動率大，平均年資 3~4 年)。

表三、拜會醫療機構(CMA/CHR)之訪談彙整表

區域	受訪單位/機構類型	基本能力	問題及挑戰
Est 區	Fada 區域醫院(CHR)	1. Est 區最高層級之衛生機構；現有 2 台救護車(僅為交通之用，內部並無相關緊急救助設備)。 2. 產科共有 1 位醫師、30 位護理人員(包含助產士)，產房共有 3 床。 3. 小兒科共有 2 位醫師、3 位護士，並設有新生兒加護病房 5 床。 4. 2014 年孕產婦死亡率為 2881.66/每 10 萬活產(47/1,631)，其中最主要原因為出血及	1.缺乏硬體及空間。 2.缺乏設備，包含血壓計、診療床、病床。

		感染，另剖腹產比例為 20.2%(331/1,631) ⁵ 。	
Centre-Sud 區	Manga 設備較完善之衛生中心 (CMA)	1. 為 Centre-Sud 區最接近區域醫院層級之衛生機構；該中心現有 2 台救護車(1 台隸屬該中心、1 台隸屬 DRS)。 2. 產科共有 1 位醫師、18 位助產士，產房共有 2 床、病房 6 床、產後照護床 6 床、剖腹後照護床 6 床(休息 4~5 天後出院)，設有手術室可執行剖腹產。 3. 無小兒專科，無小兒科醫師、1 位小兒科專科護理師，全院另有 5 位內科醫師、15 位護理人員，有小兒照護病房 5 床。 4. 平均每月接生 80 位，剖腹產比例約為 18.75%(15/80)，轉診孕產婦最常見的症狀為貧血。	1. 設備不足(如：無新生兒急救設備、自動抽吸器)。 2. 轉診交通。
Sud-Ouest 區	Gaoua 區域醫院(CHR)	1. 為 Sud-Ouest 區最高層級之衛生機構；該院現有 2 台救護車。 2. 婦產科僅有 2 位內科醫師(婦產科醫師每週乙次自其他區域支援)、1 位專科護理師、24 位助產士，設有產房、病房 30 床、產後照護床 6 床(休息約 3~4 天後出院)、留觀床 9 床(血氧機 2 台)，並設有手術室可執行剖腹產(與其他手術共用)。 3. 小兒科有 1 位小兒科醫師(僅每週二進行查房，其他時間由護理人員進行照料並發現問題)、1 位內科醫師、3 位專科護理師、36 位護理人員，設有病房 24 床(依據年齡進行分區)、全區唯一之幼童照護中心(類似健兒門診，對象為兩歲以下幼童)、新生兒加護病房(4 床、1 台新生兒處理台)。 4. 平均每月接生 70 位，剖腹產比例約為 42.85 %(30/70)；2014 年該院孕產婦死亡數為 11 人，主要原因為出血及感染。 5. ；2015 年該院新生兒死亡數約 90 人，主要原因為感染、早產、出生窒息。	婦產科 1. 醫院動線設計不佳、設備不足(如：抽吸器、床、產台)。 2. 無婦產科醫師、人員流動率大，及人員再教育機會有限...等。 小兒科 1. 醫院動線設計不佳、空間不足。 2. 設備不足(如：新生兒處理台、給氧機、呼吸器、保溫箱、嬰兒床)、交通問題...等。

表四、拜會衛生機構(CSPS)之訪談彙整表

區域	受訪單位/ 機構類型	基本能力	問題及挑戰
Est 區	Tibga 衛生站 (CSPS)	1. 距區域醫院約 10 公里，衛生站周邊道路路況不佳， 2. 1 位護理長、1 位護士、1 位助產士、2 位	1. 缺乏專業助產人員及專職小兒護理人員。

⁵布國剖腹產主要仍由醫師執行，每年約培育 20 位可執行剖腹產之專科醫師(訓期為期 6 個月)，每次約需 100 美元，其中 80%費用由政府支出、20%則由民眾支付。

		護理助手，另設有病床5床、產台2台。 3.平均每月接生30個新生兒，轉診至後送醫院人次為10人/月。 4.孕產婦及新生兒死亡數皆趨近於零。	2.缺乏醫療照護所需設備(手術器械、保溫箱、胎音器、生理監視器及消毒設備等)。
Centre-Sud 區	Guiba 衛生站(CSPS)	1.服務涵蓋區域人口為9,392人(包含7個村落)。 2.7位編制人員(1位護理長、1位助產士、1位護理助手主要負責婦產科；3位護士、1位公衛宣傳人員負責一般科別)，另設有照護病房3床(生產完3天後離院)、產台1台。	設備不足(如：體溫計、血壓計、生產器械、病床/墊、產台、生產包及蛇燈等)。
Sud-Ouest 區	Perigban 衛生站(CSPS)	1.服務涵蓋區域人口為8,946人(包含21個村落)，具太陽能板可提供基礎電力。 2.3位編制人員(1位護理長、1位助產士、1位公衛宣傳人員)，另有2位雜工、1位藥局人員及1位警衛。 3.平均每月進行70人次產檢、平均每月接生15個新生兒。 4.轉診至後送醫院人次為10人/月，且孕產婦及新生兒死亡數皆趨近於零。	1.交通問題(導致孕產婦產檢及生產皆無法及時)。 2.設備不足(如：器械、助產包、床)。 3.人員能力不足(該衛生站助產士即為剛畢業之新鮮人)。

(三) 布國孕產婦接受產前及產後檢查之比例仍有待加強

布國官方建議孕產婦接受產檢次數為4次，且產婦須於產後6天後回診接受產後照護，內容包含孕產婦及新生兒之基本檢查⁶，且須於第六週(42天)返回衛生站檢查，日後則根據嬰幼兒疫苗注射時程回診，並彈性接受產後照護。根據前次界定任務結果(衛生部2013年衛生年報)，布國產前照護1次之覆蓋率為83.6%、2次為72.0%、4次為28.5%，初次產檢為第一孕期之比例為36.3%；產後6天內接受產後照護比例為50.0%、6週內接受產後照護比例為34.9%。本次考察亦取得衛生部最新統計資料(衛生部2014年衛生年報)，顯示產前照護1次之覆蓋率為84.8%、2次為74.5%、4次為33.1%，初次產檢為第一孕期之比例為29.8%；產後6天內接受產後照護比例為57.0%、6週內接受產後照護比例為38.6%(表五)，各項數據雖皆有些微提升，整體而言仍有待加強。

⁶該時間點約為新生兒施打BCG疫苗之時間點。

表五、布國 2013 及 2014 產前及產後檢查統計資料

產前照護 1 次 之覆蓋率	產前照護 2 次 之覆蓋率	產前照護 4 次 之覆蓋率	初次產檢為 第一孕期之 比例	產後 6 天內接 受產後照護 比例	產後 6 週內接 受產後照護 比例
2013 年					
83.6%	72.0%	28.5%	36.3%	50.0%	34.9%
2014 年					
84.8%	74.5%	33.1%	29.8%	57.0%	38.6%

(四) 本計畫內容仍以布國提出之計畫概念書為主

1. 確認計畫執行區域

根據界定任務之布方建議，本計畫潛在執行區域為布國 Est 區、Centre-Sud 區及 Sud-Ouest 區，爰為確認計畫規模、執行項目及內容，本次任務除拜會前述三區之地方衛生單位外，亦參訪三區之醫療機構(如圖一)。本考察團依據計畫執行之效益及能見度進行評估，考量各區域之基本能力、婦幼相關指標、婦幼議題之挑戰及 NGO/INGO 於該地區執行相關計畫現況(區域選擇評估表如附錄三)，選定 Centre-Sud 區作為本計畫未來指定區域。

Centre-Sud 區為三區中距離首都最近之區域，作為計畫第一階段指定區，可降低於其他二區執行之風險(如：區域邊界問題、人員流動率過大...等)，另該區為三區中唯一不具備區域醫院之地區，藉由本計畫提升相關醫療照護能力預期將可降低該區域病患轉診至首都區域醫院之比例。此外，Centre-Sud 區第一次產檢在第一孕期比例及接受產後照護比例(6 天)皆為三區域中最低，且皆低於全國平均(29.8%、57.0%)，爰預期計畫將對改善該區域之婦幼現況能有顯著之助益。

2. 確認計畫成果指標

有鑒於本計畫內容涵蓋社區衛生工作者之能力建構，預期計畫結束時能有效提升民眾衛教知識，加強社區與照護機構之連結，爰

任務期間與顧問討論，將產婦接受產後照護(生產後 6 日)之比例設定為計畫成果指標之一；另考量計畫將強化衛生站轉診後送功能，選定之 Centre-Sud 區目前不具區域醫院，爰將另一個成果指標設定為設備較完善之衛生中心轉診比例，惟布方認為轉診比例恐因實際轉診個案需求而無法下降，雙方經討論後，同意調整本計畫成果指標如下：

(1)於計畫結束時，產婦及新生兒接受產後照護(生產後 6 日)之比例提升 20%；(2)於計畫結束時，孕婦第一次產檢是在第一孕期的比例提升 20%。

3. 確認種子師資人員

本計畫內容以布方提供之計畫概念書作為計畫框架，其中能力建構的部分包含醫療照護人員及社區衛生工作者，兩部分皆會派遣種子教師至台灣受訓，經與布方確認，至台灣接受 2 個月「產婦照護及新生兒急診照護」課程之種子教師，人選調整為來自中南區之區域及衛生行政單位、行政區級衛生行政單位(DS)、區域醫院/設備較完善之衛生中心、衛生站及家庭健康司；社區衛生工作者來台受訓之種子師資，將為社區衛生工作者訓練人員(主管單位為健康家庭司)，主要為衛生部中央及區域之訓練人員。

4. 確認駐地訓練班辦理模式

本計畫來台訓練之種子師資返國後將開設駐地訓練班，其中社區衛生工作者的部分，布國於計畫概念書提及將提供社區衛生工作者「產婦健康照護」(soins à la mère)、「生產後居家新生兒健康照護」(soins aux nouveau-né à domicile)⁷及「社區肺炎照護」(la prise en charge de la pneumonie communautaire)訓練課程⁸，經與布方確認，所

⁷因布國法令並不允許居家生產，爰將用字調整為「生產後居家新生兒健康照護」。

⁸其中規劃「社區肺炎照護」課程之原因，係因肺炎為布國幼童主要死因之一，爰將該項目納入訓練課程，其餘幼童主要死因如腹瀉、瘧疾…等，目前已有獨立計畫進行宣導及防治。

提課程皆為目前衛生部正在進行之訓練課程，且計畫開始後種子師資將攜帶相關課程教材赴台，在完成訓練返布前更新教材內容，另在駐地接受訓練之相關人員將在完成訓練後由衛生部頒發證書。

另有關社區衛生工作者能力建構的部份，考量實際每梯次可參與之人數，經布方建議，將舉辦基層(社區)層級之社區衛生工作者之「產婦健康照護」及「生產後居家新生兒健康照護」訓練班梯次更改為 4 梯次；將「社區肺炎照護」及衛生教育推廣訓練班梯次更改為 4 梯次，並將訓練班時間調整為 6 日。

5. 確認強化照護機構婦幼基礎照護功能之設備

本計畫預計強化婦幼基礎照護功能之照護機構，包含衛生站及區域醫院/設備較完善之衛生中心，經與顧問討論，衛生站可增加婦幼基礎照護功能所需之基本設備，如：甦醒球、腳踏抽吸器、面罩式抽吸器、生產基本器械…等；另區域醫院/設備較完善之衛生中心除婦幼基礎照護功能所需之基本設備外，可考慮購置超音波及新生兒處理台以提升基礎照護。另布國衛生部現設有生物醫學設備暨維護管理公司/部門⁹，未來相關設備採購可將該部門納入利害關係人。

此外，本次任務顧問亦提及可於衛生站提供育兒箱¹⁰，經討論育兒箱目前僅先進國家使用，除單位成本較高且無法重複使用，若無法保持育兒箱之清潔，恐提高新生兒感染機率。爰考察團建議可朝提供上面印有台灣及國合會 Logo 的乾淨生產包巾，協助降低新生兒感染率。

6. 確認強化轉診後送功能方式

為強化衛生體系連結，本計畫規劃協助衛生站強化轉診後送功能，原規劃以機車救護車執行計畫內容，布方考量路況及管理等因素

⁹該公司/部門係布國官方考量各醫院各自購買醫療儀器導致維護不易而成立，目前各醫院可透過該公司/部門統一採購醫療儀器，該公司/部門將負責醫療儀器之維護及保固。

¹⁰ 芬蘭政府自 1983 年始提供予新手媽媽，伊可決定要津貼 140 歐元，或是該育兒箱，其內容包括紙板箱、緊身衣褲、睡袋、戶外用品、洗浴用品、尿布及床上用品。

題¹¹，調整為在區級衛生行政單位(DRS)下購置 2 台具基本快速轉送功能之救護車，提升其轉診後送功能。另本次考察亦提出以待產室作為此節替代方案，惟布方認為不符布國風俗民情，爰未獲接受；另本次考察亦詢問於衛生站進行移動式巡迴產檢之可能性，布方提及過去曾經執行，惟成效不佳，且涉及人力之問題，爰不建議將此方式納入計畫內容。

7. 確認合作單位執行能力及合作模式

本計畫衛生部執行單位為家庭健康司(Executive Agency，EA)、Centre-Sud 區計畫執行單位則為相關醫療機構(Implementing Agency，IA)，且經與布方確認，該區並無國際及當地非政府組織執行類似或相關之計畫。計畫執行後，本會將派遣一位計畫經理為本計畫聯絡人、布方將指派一位計畫協調人為本計畫聯絡人，且布方將提供我計畫經理辦公室及計畫執行所需之相關行政支援。

(五) 本會策略 ICDF's Strategy for Operations

聯合國「千禧年發展目標」(Millennium Development Goals，MDG)中，共有四項目標與健康議題相關，其中與孕產婦保健相關之目標便有兩項，分別為「第四項：降低嬰幼兒死亡率」與「第五項：改善產婦保健」。隨著該指標即將於 2015 到期，本會續環扣聯合國永續發展議程第 3 項「確保健康生活、提升人類福祉」以及其目標第 17 項「活絡全球夥伴關係」推動相關計畫。另本會業務成果目標之一為「強化健康照護及衛生體系」，本計畫透過強化布國醫療照護機構功能提升該國孕產婦及新生兒保健效能，內容皆符合聯合國千禧年發展目標、永續發展議程及業務成果目標。

¹¹機車救護車設置於衛生站，將由其進行管理，而布國衛生站相關管理功能不佳，最終可能損壞放置於衛生站。

(六) 發展協調(Development Coordination)

本次任務與布方確認，布國現僅 UNICEF 於 Est 區執行與本計畫類似計畫，為避免與其他計畫資源重置，本計畫指定之區域並無國際及當地非政府組織執行類似或相關之計畫，此節業紀錄於雙方簽署之 meeting minutes 中。此外，因布國衛生部此次主要由家庭健康司與本會確認計畫內容，該司雖提及無須與其他部門進行討論，惟衛生部秘書長曾提及研究計畫司亦可協助計畫討論，爰建議未來計畫啟動時，可進一步與衛生部秘書長瞭解研究計畫司協助本計畫之可能性。

(七) 計畫原因

1. 布國人民在健康上所遭遇之威脅為高死亡率，人民出生時平均餘命為 54.78 歲，在全球排名第 207 名(2014)。根據官方資料，布國孕產婦死亡率為 341/每 10 萬活產數，主要死因為出血、感染、胎盤滯留、子宮破裂及流產相關併發症等；新生兒死亡率為 28/每千名活產(EDS 2010)，主因為生產窒息、早產/低體重、感染。
2. 該國衛生部在 2009-2015 年策略(Plan stratgique de securisation des produits de la sante de la reproduction)目標中訂定應確保相關生育衛生用品及服務之可近性。整體而言，布國健康照護機構之可近性不佳，56%的社區距離所屬之健康照護機構 10 公里以上(2013)，除衛生部仍固定以專案計畫增設衛生站外，各級機構亦普遍缺乏醫療照護所需之設備及專業人員，且孕產婦與新生兒之健康狀況會因居住區域不同而產生差異，尤以東部、西南部及中南部的狀況令人感到憂慮。另布國衛生服務架構完整、制度健全，惟體系外之醫療照護服務仍為布國醫療體系之缺口，且體系間之彼此聯繫存在一定程度缺陷。
3. 文化、習俗及社經地位亦為影響布國孕產婦及新生兒健康之因素，如：父權主義、第一線人員仍為傳統醫療工作者、割禮文化…等。總結以上因素，布國婦幼衛生現階段所面臨的問題為孕產婦及新生兒之醫療照護服務可近性不佳，主要原因歸納如下：(1)社區民眾與

婦幼衛生體系連繫不佳：社區工作者功能不彰、婦幼衛生相關體系彼此缺乏有效連結及文化、習俗及婦女社經地位之有待提升等問題；
(2)孕產婦及新生兒相關機構能力不足：初級照護機構普及性不足、各級照護機構普遍存在硬體功能不足及各級照護機構人員能力有待提升之情況。

二、計畫書建議

藉由本次任務調整計畫書內容如下(詳如附錄四)：

(一) 計畫成果及產出

1. 計畫成果：

提升計畫指定區(Centre-Sud 區)布國孕產婦及新生兒醫療照護服務之可近性，指標如下：

- (1) 於計畫結束時，計畫指定區(Centre-Sud 區)之產婦及新生兒接受產後照護(生產後 6 日)之比例提升 20%，基線為 2016 年計畫指定區(Centre-Sud 區)之產婦接受產後照護(生產後 6 日)之比例；
- (2) 於計畫結束時，計畫指定區(Centre-Sud 區)之孕婦第一次產檢是在第一孕期的比例提升 20%，基線為 2016 年計畫指定區(Centre-Sud 區)之孕婦第一次產檢是在第一孕期的比例。

2. 計畫產出：

(1) 照護人員能力建構

A. 孕產婦及新生兒醫療照護人員能力建構

- a. 派遣種子教師至台灣接受 2 個月「產婦照護及新生兒急診照護」(soin obstétrical neonatal urgence, SONU)課程，人數至少 8 人。
- b. 由種子師資返國後開設「產婦照護及新生兒急診照護」課程至少 4 場，每場參與課程人數應至少 30 人。

B. 社區衛生工作者(Agents de santé à base communautaire, ASBC)能力建構

- a. 派遣種子教師至台灣接受 2 個月社區衛生工作者所需之相關照護課程，人數至少 8 人。
- b. 由種子師資返國後開設 1 場區域層級之社區衛生工作者訓練師培訓班，培訓人數應至少 16 人。

- c. 至少開設基層(社區)層級之社區衛生工作者訓練師培訓班 2 場，培訓人數應至少 32 人。
- d. 至少舉辦基層(社區)層級之社區衛生工作者之「產婦健康照護」(soins à la mère)及「生產後居家新生兒健康照護」(soins aux nouveau-né à domicile)訓練班 4 梯次，人數至少 200 人(訓練班時間為 6 日)。
- e. 至少舉辦基層(社區)層級之社區衛生工作者之「社區肺炎照護」(la prise en charge de la pneumonie communautaire)及衛生教育推廣訓練班 4 梯次，人數至少 200 人(訓練班時間為 6 日)。

C. 強化照護機構之社區衛教推廣能力

- a. 配合社區衛生工作者訓練班推廣婦幼相關之衛生教育，並發放婦幼相關之衛教文宣 20,000 份。

(2) 強化醫療照護機構功能

A. 強化照護機構之婦幼基礎照護功能

- a. 協助強化至少 1 間區域醫院/設備較完善之衛生中心(Centre Médical Avancé ; CMA)(Manga)提升婦幼基礎照護功能。
- b. 協助強化至少 30 間衛生站(Centre de santé et de promotion sociale, CSPS)之婦幼基礎照護及轉診後送功能。
 - I. 協助衛生站強化婦幼基礎照護功能。
 - II. 協助衛生站強化轉診後送功能(於區級衛生行政單位(Directions Régionales de la santé ,DRS)下購置 2 台具基本快速轉送功能之救護車提升其轉診後送功能)。
- c. 協助稽查計畫區域孕產婦死亡及新生兒死亡案例(包含社區、衛生站及區域醫院)。

(二) 財務規劃(Financing Plan)

1. 本案經費方面與布方達成協議如下：

本計畫我方投入約 1,100,000 美元，布方投入總額(含我方計畫經理之住宿及辦公室、政府設備投入、政府人員薪資、計畫執行所需之相關行政支援)約計 110,000 美元(其中我方人員住宿部份，目前布方經費不足，屆時恐無法提供免費之住宿，惟布方表示可代為尋找適合地點，每月租金約 100 美金)。另布方表示可依據我方需求在衛生部家庭健康司或中南區(DRS 或 DS)提供我方計畫經理之辦公室。

2. 本案計畫總經費約 121 萬美元。

3. 在計畫預算科目別經費比例分配上人事費佔 24.1%，業務費佔 26.6%，旅運費佔 8.0%，設備費佔 3.0%，捐贈費佔 29.2%，布國投入經費佔 9.1%。

4. 本案計畫預算如下表：

表六、計畫預算表（暫定）

經費來源	預算科目	預算金額(USD)	比例(%)
我方	1.人事費	\$292,009	24.1%
	2.業務費	\$321,589	26.6%
	3.旅運費	\$96,552	8.0%
	4.設備費	\$36,200	3.0%
	5.捐贈費	\$353,650	29.2%
	小計	\$1,100,000	90.9%
布方	布國自有經費	\$110,000	9.1%
總計		\$1,210,000	100.00%

(三) 計畫投入規劃(Project Investment Plan)

1. 本案主要計畫經費來源分析如下表：

表七、計畫經費來源分析表(USD) (暫定)

Project Investment Plan		
經費來源	預算金額(USD)	比例(%)
1.本會	\$1,100,000	90.9%
2 布國政府	\$110,000	9.1%
總計	\$1,300,000	100.00%

2. 計畫分年預算如下表：

表八、分年預算表(USD) (暫定)

經費來源	預算科目	106	107	108	109	小計
我方	1.人事費	\$72,464	\$96,660	\$97,233	\$25,652	\$292,009
	2.業務費	\$107,769	\$118,363	\$77,770	\$17,686	\$321,589
	3.旅運費	\$18,350	\$11,911	\$29,145	\$37,146	\$96,552
	4.設備費	\$36,200	\$0	\$0	\$0	\$36,200
	5.捐贈費	\$0	300000	53650	0	\$353,650
	小計	\$234,784	\$526,933	\$257,798	\$80,484	\$1,100,000
布方	1.人事費	\$10,000	\$10,000	\$10,000	\$10,000	\$40,000
	2.業務費	\$15,000	\$15,000	\$15,000	\$15,000	\$60,000
	3.旅運費	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	4.設備費	\$10,000	\$0	\$0	\$0	\$10,000
	小計	\$35,000	\$25,000	\$25,000	\$25,000	\$110,000
總計		\$1,210,000				

3. 計畫執行規劃(Implementation Arrangements)

(1) 計畫期程：預定自 106 年 04 月 01 日至 109 年 03 月 31 日

(2) 本計畫主要執行內容及方式說明如下：

- A. 本會：由本會派遣駐地計畫經理一位赴布國，與布國衛生部指派之計畫協調人共同執行計畫各項活動內容，並負責計畫監督工作，每月、每季繳交計畫執行報表以及計畫經費申請等事項。
- B. 布方：布國將派遣計畫協調人，與本會駐地計畫經理合作，負責與當地計畫利害關係人溝通協調，擔任計畫與布國衛生部及各單位間之橋梁，促成本計畫依計畫規劃內容如期如質完成。

三、計畫受益對象、影響、假設及風險(Project Benefits, Impacts, Assumptions, and Risks)

(一) 受益對象 Beneficiaries (who, how many, level at different outputs)

表九、計畫受益對象分析表

受益對象	受益方式	產出程度
計畫指定區(Centre-Sud 區)之育齡婦女	透過強化布國醫療照護機構功能改善該國孕產婦及新生兒保健效能、提升計畫指定區(Centre-Sud 區)布國孕產婦及新生兒醫療照護服務之可近性。	18 萬人 ¹²
計畫指定區(Centre-Sud 區)之	透過強化布國醫療照護機構功能改善該國孕產	7.9 萬人 ¹³

¹² 根據布國 2014 年衛生年報，Centre-Sud 區之育齡婦女共 183,474 人。

¹³ 根據布國 2014 年衛生年報，Centre-Sud 區之機構活產數為 26,465，計畫以三年計， $26,465 \times 3 = 79,395$ 。

新生兒	婦及新生兒保健效能、提升計畫指定區(Centre-Sud 區)布國孕產婦及新生兒醫療照護服務之可近性。	
孕產婦及新生兒醫療照護人員能力建構	1. 種子教師至台灣接受2個月「產婦照護及新生兒急診照護」課程。 2. 種子師資返國後開設「產婦照護及新生兒急診照護」課程。	1. 8位種子師資； 2. 相關護理人員至少120人。
社區衛生工作者能力建構	1. 種子教師至台灣接受2個月社區衛生工作者所需之相關照護課程。 2. 種子師資返國後開設1場區域層級之社區衛生工作者訓練師培訓班。 3. 開設基層(社區)層級之社區衛生工作者訓練師培訓班。 4. 舉辦基層(社區)層級之社區衛生工作者之「產婦健康照護」及「生產後居家新生兒健康照護」訓練班。 5. 舉辦基層(社區)層級之社區衛生工作者之「社	1. 8位種子師資； 2. 社區衛生工作者訓練師16人。 3. 基層(社區)層級之社區衛生工作者訓練師32人。 4. 社區衛生工作者200人。

	區肺炎照護」及衛生教育推廣訓練班。	
社區名眾	發放婦幼相關之衛教文宣。	預計發放達 20,000 人

(二) 社會層面影響評估 Social Aspects (social analysis)

1. 貧窮 Poverty

根據世界銀行 2009 年世界發展指標(World Development Indicators)布國貧窮比例(national poverty Line)為 46.7%、國內生產毛額(Gross Domestic Product, GDP)(購買力平價)為美金 290 億(2014 est.)，在全球排名第 128 名、人均國內生產總值為\$1,700(2014 est.)，在全球排名第 212 名。

貧窮與疾病一直是國際關注的議題之一，世界銀行 2011 年針對布國生育衛生提出目前該國於該領域所遭遇最大的挑戰提及(Worldbank 2010)：布國生育率過高，尤其在貧窮族群中尤為顯著；其中青少年族群之生育率不只會影響婦女健康、教育及受雇情況，還會影響其子女。因此，該報告提出之建議為：於產前檢查教育懷孕婦女、加強轉診制度、針對貧窮區域，藉由訓練助產士加強照護之醫護之人力、針對貧窮區域，提供緊急產科照護。因此，若能藉由此計畫提升家戶健康，將有助於改善貧窮人口之健康問題。

2. 性別 Gender

布國婦女教育水平低落，導致無法獲得足夠的性與生育衛生相關訊息。此外，布國婦女通常無法接近決策階層，導致影響生育健康的問題一直無法被改善，如：女性割禮(比例高達 76.6%)、妻子繼承、家庭暴力...等(MSSS 2012)。針對兩性議題，世界銀行 2011 年針對布國生育衛生提出之建議為(Worldbank 2010)：強化兩性平等，提供婦女足夠經濟能力、使青少年能至學校完成學校或提供獎學金

計畫。本計畫將強化布國醫療婦幼照護機構功能，期能確實改善婦女健康狀態。

四、保證事項 Assurance

(一) 特別保證事項 (Special Assurance)

無。

(二) 計畫啟動方式(Conditions for Effectiveness)

本案暫定以納入 105 年 6 月我國與布國雙邊混委會中之合作計畫方向進行，惟仍將以本會及外交部意見續辦簽署事宜；另有關計畫簽署方式，布方表示將全力配合我方決定。

參、結論與建議

一、結論

(一) 本計畫內容依布國所提之計畫概念書進行設計，內容確為布國所需

本計畫之內容除以界定任務之結果進行規劃外，亦考量布方需求，以布方建議內容作為計畫框架進行計畫設計，計畫於衛生部之執行單位為家庭健康司(Executive Agency，EA)、Centre-Sud 區計畫執行單位則為相關醫療機構(Implementing Agency，IA)，計畫內容業與布國衛生部確認(計畫書及 DMF 如附錄四、五)，預定於 106 年 4 月 1 日啟動。任務期間布方除積極協助考察團計畫潛在執行區進行參訪，亦多次針對計畫內容與考察團進行討論，可見其對本計畫之重視。此外，布方之實物配合投入計約 110,000 美元(9.1%)，本會投入計約 1,100,000 美元(90.9%)，全案共計約 1,210,000 美元。

(二) 布國中央及地方衛生單位皆重視婦幼議題，惟公部門官僚氣息甚重

根據前次界定任務發現，布國業具婦幼相關照護策略，本次任務於公部門除拜會衛生部秘書長及計畫執行單位-家庭健康司，亦拜會三個計畫潛在執行區之地方衛生單位。其中秘書長於本考察團拜會前即瞭解本次任務主要目的，且原定由衛生部部長與本考察團簽署 meeting minutes，雖最後由秘書長代表部長簽署，仍可見布國對於本計畫之重視；另家庭健康司不但派人偕同本考察團參訪三個計畫執行候選區域，亦與本考察團進行三次討論會議，並與本考察團共同完成及確認計畫書及 meeting minutes 內容；此外，各地方衛生單位對於本計畫皆表正面肯定。

本次任務於計畫潛在執行區之參訪皆透過衛生部安排，可展現相關聯繫及動員能力，惟本次任務亦發現布國公部門官僚氣息甚重，除高階主管行程不易確認，計畫執行單位-家庭健康司表示全權由該司決定即可，無須與其他部門進行討論，另相關技術層級幕僚缺乏決策能力，甚連秘書長亦須等待部長授權才能與本會簽署 meeting minutes。

(三) 本計畫將可結合現有資源，並為本會於布國之公衛類型先驅計畫

本會目前在布國僅有駐布吉納法索醫療團於當地執行「台布醫療合作計畫」，計畫內容主要為臨床醫療服務，並結合醫檢、醫工、醫管人員及助產士訓練強化計畫內容。本計畫將可結合現有資源，成為本會於布國之公衛類型先驅計畫，如以人員能力建構為例，本會過去已邀請許多布國醫事人員來台參加「友好國家醫事人員訓練計畫」，對於相關人員訓練方式並不陌生，另醫療團在駐地辦理相關實務操作訓練課程之人體模擬實務設備(如：孕產婦及新生兒急救訓練相關教具)，亦可借本計畫使用。若本計畫執行順利，未來亦可比照本計畫模式推展至其他區域，擴大計畫規模與能量、強化與布國之間之合作關係。另亦可比照本計畫模式於布國推動其他公衛類型計畫。

二、建議

(一) 照護人員能力建構方面

1. 種子師資應攜帶現有教材來台接受訓練，並於訓練完成前更新教材內容

根據界定任務及本次任務之發現，布國具有醫事人員之再訓練機制，惟相關單位執行力不佳，建議應利用本計畫人員能力建構之機會，確保種子師資攜帶現有教材來台接受訓練，並於訓練完成前更新，以供返國教學之用。此外，在駐地接受訓練之相關人員應在完成訓練後由衛生部頒發證書，除確保計畫順利執行外，亦藉以強化布國在職訓練機制。

2. 應追蹤社區衛生工作者(ASBC)之衛教能力是否提升

本計畫透過強化社區衛生工作者能力提升社區與衛生機構間之連結，除期許期能強化社區照護功能外，亦期望透過相關衛教宣導，提升該區產前、產後檢查之比例。爰後續人員之評估，除應針對來台受訓之種子師資外，應持續追蹤該區之社區衛生工作者之衛教能力提升程度，以確保計畫執行成效。

(二) 強化醫療照護機構功能

1. 硬體設備方面，應考慮後續保養及維護，並確保其納入院方資產

本計畫將協助強化至少 1 間區域醫院/設備較完善之衛生中心提升婦幼基礎照護功能；並協助強化至少 30 間衛生站之婦幼基礎照護及轉診後送功能。相關設備之採購，應考量布國目前採購模式，並考慮後續保養及維護。此外，購買之設備應由院方直接管理及維護，落實在地化之援助精神。

2. 救護車僅需基本快速轉送功能，且應確保其納入該區區級衛生行政單位(DRS)轄下進行後續管理及維護

本計畫依據布國實際需求，將購置 2 台具基本快速轉送功能之救護車，以提升轉診後送功能，為確認車輛後續之管理及維護，應確保其納入 Centre-Sud 區區級衛生行政單位轄下。

3. 計畫設備購置應搭配人員教育訓練

根據本次任務之發現，布國醫護人員對院內醫療相關設備使用觀念不足，導致即使有設備亦無法正確使用，爰建議計畫購置之硬體應搭配設備使用之基本概念，才能發揮設備效益。

(三) 計畫執行前/時應注意事項

1. 駐地計畫經理應先針對布國衛生部/執行單位之運作模式進行瞭解，對於協調人之選擇應與布方及駐館確認渠能力及背景，避免因不清楚布國官僚體制運作導致無法順利執行計畫。
2. 駐地計畫經理應加強與各利害關係人之聯繫，計畫啟動後，雖計畫執行單位提及無須與其他部門進行討論，仍建議至少透過秘書長瞭解研究計畫司是否將參與計畫。
3. 考量公衛醫療之國際援助資源投入速度迅速，計畫執行前，應與駐館及布方保持聯繫，避免資源重置或發生其他影響計畫執行之情事。
4. 尋找國內合作單位應確認其對於國際援助、國際參與之熱忱與能力，避免因本計畫夥伴國語言、距離問題，影響國內合作單位合作執行計畫之效益。

三、潛在風險

依本計畫設計、成果及產出皆有不同之風險，包括：

- (一) 法治及政治因素，導致可近性提升後孕產婦使用率亦提升之假設無法

達成，此節未來駐地經理應與布國衛生部及相關政府部門保持密切聯繫，以降低風險。

- (二) 受訓人員學習態度及狀況不佳，無法配合受訓課程，導致人員能力建構之計畫內容無法達到預期效果，此節將由本計畫之計畫經理參與來台人員之評選，確認受訓人員符合標準，以降低風險。
- (三) 各單位之間無法有效配合，影響計畫產出效率與時程，未來本計畫將派遣計畫經理駐地協助本計畫之推動，此節將請該員與布方計畫協調人緊密聯繫以降低風險。
- (四) 器材無法正常維護及使用，導致醫療照護機構功能強化後，仍無法達到預期效果，應確認維修及耗材購買機制，以降低相關風險。

肆、其他

本次任務成員亦藉參訪我駐布吉納法索醫療團，瞭解該團在駐地執行之孕產婦及相關業務狀況，任務成員除訪視醫療團常駐醫院-古都古友誼醫院，並與團員就業務執行之現況及挑戰進行意見交換。本次任務顧問余主任慕賢表示，該團於駐地之空間設施及物質生活皆不差，未來如能突破人事歸屬，必能吸引優秀志願者加入，不論是內、外、婦、兒科，皆可提供年輕醫師累積臨床經驗及磨練之機會。此外，對於醫療團之業務執行情形，渠表示該團在團長之領導下，除團員之法語皆可流利上口、與當地人民溝通無礙，並皆可依照計畫之規劃進行巡診、衛教及培訓等活動，雖業務內容之能見度未如其他計畫，然做好基本事務也是亮點，另余主任建議未來可考慮在業務內增加中醫針灸，以顯現駐團之特色亮點。綜上，爰本次任務建議本會「台布醫療合作計畫」下一階段可與國內醫療機構合作，除可擴大相關單位對於國際援助之參與外，亦可強化醫療團人員組成，進而滿足布國期待我國醫療援布之實質性。

伍、駐館意見

駐布吉納法索沈大使真宏對於本計畫表示肯定，並期許未來能有更多公衛計畫在布國執行，另有關計畫簽署方式，暫定以納入 105 年 6 月我國與布國雙邊混委會中之合作計畫方向進行，惟仍將以本會及外交部意見續辦簽署事宜。

另沈大使提及駐館長期協助布國建設衛生站，每年編列 100 萬歐元預算(10 年業興建 53 間)，若本會有意願，可考慮以委辦計畫之方式由本會協助執行。

陸、誌謝

本次至布國進行「孕產婦及新生兒保健功能提升計畫」事實調查暨評估任務期間，在駐布吉納法索大使館沈大使、徐秘書福君、所有館員、我駐布吉納法索所醫療團黃團長其麟及全數團員的安排與協助下，考察行程方能順利完成，特此誌謝。

附錄一、本次任務工作日程

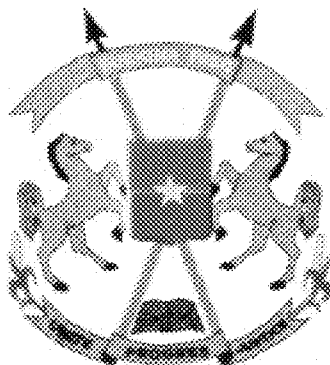
日期	時間	行程內容
11/13(五)	23:50	本次任務陳組長曉戎、余主任慕賢、鄭專員晏宗自台灣啟程
11/15(日)	21:00	本次任務陳組長曉戎、余主任慕賢、鄭專員晏宗抵布
	23:50	本次任務林主任瑞瑩自台灣啟程
11/16(一)	9:00	駐布吉納法索所大使館
	11:00	與當地非政府組織 AZET 會談
	15:30	布國衛生部家庭健康司-會前會
11/17(二)	11:20	東區區級衛生行政單位(DRS)
	12:40	Fada 區域醫院(CHR)
	15:10	CSPS Tibga
	19:30	工作會議
11/18(三)	8:00	布國衛生部
	11:00	中南區區級衛生行政單位(DRS)
	12:00	Manga 設備較完善之衛生中心(CMA)
	13:30	CSPS Guiba
11/19(四)	8:40	西南區區級衛生行政單位(DRS)
	10:30	Gaoua 區域醫院(CHR)
	12:40	西南區 Gaoua 行政區級衛生行政單位(DS)
	13:50	CSPS Perigban
11/20(五)	10:30	駐布吉納法索所醫療團
	11:10	古都古友誼醫院(CHR)
11/21(六)		資料整理
11/22(日)	17:00	工作會議
11/23(一)	9:00	布國衛生部健康家庭司-工作層級會議

11/24(二)	12:00	駐布吉納法索所大使館-確認計畫書及 meeting minutes 內容
	17:10	布國衛生部-確認 meeting minutes 簽署層級
	23:35	本次任務余主任慕賢、林主任瑞瑩自布國啟程
11/25(三)	8:20	布國衛生部-簽署 meeting minutes，決策層級會議
	9:00	駐布吉納法索所大使館
	15:00	龔保雷國家醫院-醫務管理訓練班
	23:35	本次任務陳組長曉彧、鄭專員晏宗自布國啟程
11/27(五)	7:05	本次任務余主任慕賢、林主任瑞瑩返抵台灣
11/28(六)	7:05	本次任務陳組長曉彧、鄭專員晏宗返抵台灣

附錄二、布國提供之計畫概念書

MINISTERE DE LA SANTE
BURKINA FASO

Unité-Progrès-Justice



**PROJET D'AMELIORATION DE LA SANTE DE LA MERE ET
DU NOUVEAU-NE DANS LES REGIONS DU CENTRE-SUD,
DE L'EST ET DU SUD-OUEST AU BURKINA FASO
2015-2017**

Financement : République de Chine Taiwan

Décembre 2014

SOMMAIRE

SOMMAIRE	41
ABRÉVIATIONS.....	41
REMERCIEMENTS	42
I-CONTEXTE ET JUSTIFICATION	42
II- OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS.....	43
2.1 Objectifs	43
2.2 Résultats attendus du projet :	44
III-PRESENTATION DES ZONES D'INTERVENTION DU PROJET	44
3.1 La région de l'Est.....	44
3.2 La région du Centre-Sud	46
3.3 La région du Sud-ouest	46
IV- COORDINATION ET GESTION DU PROJET.....	47
V- SUIVI/EVALUATION.....	48
VI- CADRE DE PERFORMANCE DU PROJET.....	49
VII-CHRONOGRAMME DES ACTIVITES	50

ABRÉVIATIONS

DGS : Direction Générale de la Santé

DRS : Direction Régionale de la Santé

DS : District Sanitaire

DSF : Direction de la Santé de la famille

FS : Formation Sanitaire

ISF : Indice Synthétique de Fécondité

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

PF : Planification Familiale

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé remercie la république de Chine Taiwan pour son appui constant au Burkina Faso dans le cadre de l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant à travers ce projet.

Les remerciements vont aussi aux Directions régionales et les districts sanitaires pour leur précieuse contribution dans l'élaboration de ce projet.

I-CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Sur le plan géographique, le Burkina Faso est un pays sahélien et enclavé situé dans la boucle du Niger au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Il est limité au Nord et à l'Ouest par la République du Mali, au nord-est par le Niger, au Sud par le Togo, le Bénin, le Ghana et la Côte d'Ivoire. Il s'étend sur 272 967 km²¹⁴. En 2014, la population est estimée à 17 880 386 habitants et majoritairement rurale.

Au plan économique, les principales activités sont constituées par l'agriculture, l'élevage le et commerce

Le produit intérieur brut (PIB) par habitant est de 300 dollars US, ce qui classe le Burkina parmi les pays les plus pauvres de la planète. Le seuil de pauvreté était estimé à 108 454 FCFA par adulte et par an en 2009 (EICVM 2009-2010 INSD). Le pourcentage de la population vivant en dessous de ce seuil est de 44% au niveau national.

Sur le plan administratif, le pays est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes (49 communes urbaines et 302 communes rurales) et 8 228 villages.

Sur le plan sanitaire, la situation est caractérisée par des taux de mortalité et de mortalité élevés. Par ailleurs l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant reste un défi majeur. En effet les indicateurs de santé maternelle et infantile restent très peu satisfaisants. Selon

l'EDS 2010, le taux de mortalité maternelle est estimé à 341/ 100 000 NV, la mortalité infanto - juvénile est de 129/1000 et le néonatale 28/1000, la prévalence contraceptive était de 15%, les besoins non satisfaits en PF sont de 23,8% et l'indice synthétique de fécondité de 6 enfants par femme. L'enquête sur la disponibilité des SONU réalisée en 2010 donne 1 structure SONU pour 600 000 habitants.

Il existe une politique nationale de santé communautaire. Toutefois la couverture des interventions au niveau communautaire est insuffisante. le pourcentage des villages situés à plus de 10 kilomètres d'une formation sanitaire couverts par la DBC était de 56% en 2013. Cela pourrait expliquer les fortes létalités de certaines pathologies chez les moins de 5ans telle que la létalité de la pneumonie qui était de 1,6% dans le Centre sud, 1,8% à l'Est et 1,9% au Centre sud

Les indicateurs de santé de la mère et de l'enfant connaissent une variation importante d'une région à une autre. La situation dans certaines régions est très alarmante. Il s'agit des régions de l'Est, du Sud –Ouest et du Centre Sud. Face à cette situation, si des efforts considérables supplémentaires ne sont pas faits le pays risque de ne pas atteindre les cibles des OMD en 2015.

Le présent projet est élaboré pour contribuer à l'amélioration des indicateurs dans les trois régions, par le biais du partenariat entre la Chine et le Burkina Faso.

II- OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS

2.1 Objectifs

Objectif général

Contribuer à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant dans les régions de l'Est, du Centre-sud et du Sud-ouest de 2015 à 2017.

Objectifs spécifiques

Il s'agira de :

- Renforcer les compétences des prestataires et des ASBC des trois régions dans le domaine de la santé maternelle et infantile ;

- Acquérir des équipements pour la mise en œuvre des interventions dans les structures sanitaires et dans la communauté
- Réhabiliter/normaliser trente (30) maternités dans les trois régions sanitaires ;
- Acquérir des intrants pour la mise en œuvre des programmes de santé dans les trois régions sanitaires.

2.2 Résultats attendus du projet :

- les compétences des prestataires et des ASBC dans les trois régions sont renforcées;
- les structures sanitaires et les ASBC sont dotés d'équipements pour la mise en œuvre des interventions ;
- trente (30) maternités dans les trois régions sanitaires sont réhabilitées;
- des intrants sont disponibles pour la mise en œuvre des programmes de santé dans les trois régions sanitaires.

III-PRESENTATION DES ZONES D'INTERVENTION DU PROJET

3.1 La région de l'Est

Elle compte cinq (05) provinces qui sont :

- la province de la Gnagna, chef lieu Bogandé ;
- la province du Gourma, chef lieu Fada N'Gourma,
- la province de la Komondjari, chef lieu Gayéri ;
- la province de la Kompienga, chef lieu Pama ;
- la province de la Tapoa, chef lieu Diapaga.

La région de l'Est compte 27 départements Le découpage administratif de la région.

Tableau n°1 : Situation des villages et hameaux de culture de l'Est

Districts	Nombre de village	Hameau de culture	Nombre ASBC
BOGANDE	274	230	548
DIAPAGA	174	326	1000
FADA	380	104	968
GAYERI	137	153	390
MANNI	155	39	310
PAMA	143	77	440
Total	1263	929	3656

3.2 La région du Centre-Sud

Elle est subdivisée en 3 provinces. il s'agit des provinces du Zoundwéogo, du Nahouri et du Bazèga.

La région compte 3 communes urbaines (Manga, Kombissiri, Pô), 16 communes rurales et 529 villages.

Les principaux indicateurs de la région

Sur le plan sanitaire, la région sanitaire du Centre-Sud compte quatre (4) districts sanitaires qui sont les districts sanitaires de Kombissiri, Manga, Pô et Saponé.

Tableau n°2: Situation des villages et hameaux de culture du Centre-sud

Districts	Nombre de village	Hameau de culture	Nombre ASBC
Kombissiri	150	21	181
Manga	180	8	159
Pô	154	63	195
Saponé	81	8	92
Total	565	100	627

3.3 La région du Sud-ouest

La région du Sud -Ouest est limitée à l'Est par la région du Centre Ouest et la république du Ghana, à l'Ouest par les régions des Cascades et des Hauts Bassins, au Nord par les régions de la Boucle du Mouhoun, des Hauts Bassins et du Centre Ouest et au Sud par la république de Côte d'Ivoire. Elle couvre quatre (4) provinces qui sont la Bougouriba, le Ioba, le Nounbiel et le Poni. Elle compte quatre (4) communes urbaines, 24 communes rurales et mille quatre vingt quatre (1084) villages.

Le chef lieu de la région est Gaoua qui abrite le siège de la direction régionale de la santé. Il est situé à 400 Km de Ouagadougou la capitale et à 215 Km de Bobo-Dioulasso la deuxième ville du pays.

Sur le plan sanitaire la région comprend cinq districts sanitaires à savoir : Batié, Dano,

Diébougou, Gaoua et Kampti (non encore opérationnel) qui constituent le niveau opérationnel.

Au niveau de l'organisation de l'offre de soins, la région dispose de deux niveaux de soins : le premier niveau représenté par les districts avec 99 formations sanitaires (8 dispensaires isolés, 3 maternités isolées, 82 CSPS, 03 CM et 03 CMA), et le deuxième niveau qui est le CHR, structure de référence régionale.

A l'exception de Kampti, tous les districts disposent d'une équipe cadre. Cependant, la majorité des membres n'est pas formée en gestion de district.

Tableau n°3: Situation des villages et hameaux de culture du Sud-Ouest

Districts	Nombre de village	Hameau de culture	Nombre ASBC
Dano	187	00	374
Diébougou	137	17	308
Batié	248	62	496
Gaoua	574	105	1253
Total	1146	184	2431

IV- COORDINATION ET GESTION DU PROJET

Au niveau national, la Direction de la Santé de la Famille (DSF) assurera la coordination des interventions en partenariat avec la Direction générale de la santé (DGS) et les Directions régionales de la santé (DRS) de l'Est, du Centre-Sud et du Sud-Ouest

La DGS accompagnera la DSF dans la coordination des interventions.

La DSF est responsable :

- de la coordination des intervenants dans le domaine de la santé maternelle et infant
- de la préparation et la production des rapports techniques d'étape ;
- de l'appui aux structures de mise en œuvre.

Les DRS assureront la coordination locale des interventions et l'appui technique aux districts sanitaires.

Les districts sanitaires assureront la mise en œuvre des interventions.

Tableau n° 4: Principaux indicateurs de sante de la mère et de l'enfant des trois régions en 2013

Indicateurs	Région Est	Région Centre-Sud	Région Sud-ouest
-------------	------------	-------------------	------------------

CPN2	79,7%	59,2%	69,5%
CPN4	34,9%	28,2%	34,5%
Accouchement assisté	70,4%	73,7%	81,8%
Taux utilisation méthodes contraceptives	32,9%	36,9%	31,3%
Taux de réalisation de la césarienne	0,9%	1,6%	1,8%
Proportion des enfants issus de la PTME dépistés pour le VIH	43,1%	34,2%	58,4%

V- SUIVI/EVALUATION

Le ministère de la santé à travers ses directions techniques établira des mécanismes efficaces et réguliers et les procédures appropriés de suivi selon les modalités d'exécution définies d'un commun accord avec les différentes parties prenantes .Il sera organisé des activités de suivi mensuel, trimestriel et semestriel de la mise en œuvre du projet en fonction du niveau d'exécution. Un rapport annuel de mise en œuvre du projet sera produit. Les données pour apprécier les indicateurs de processus seront collectées par les différents niveaux du système de santé à travers leurs rapports d'activités (Rapport mensuel du SNIS, Rapport de Monitoring, Rapport de Progrès....). Une évaluation finale du projet sera réalisée. Les indicateurs retenus pour le suivi du projet sont représentés dans le tableau ci-dessous :

VI- CADRE DE PERFORMANCE DU PROJET

Tableau n°5 : Indicateurs retenus pour le suivi du projet

[illegible]

VII-CHRONOGRAMME DES ACTIVITES

Tableau n°6 : Chronogramme d'activités du projet

ACTIVITES	RESPONSABLE	PARTENAIRES DE MISE EN OEUVRE	BUDGET (USD)	An1	An2	An3
1. Acquérir dix (10) ordinateurs complets de bureau pour le niveau central et les régions de l'Est, centre-est et Sud-ouest	DSF	DRS Est, Centre-Est, Sud-Ouest DGS, DS	20 000 000	X		
2. Acquérir cinq (5) ordinateurs portables pour le niveau central et les régions de l'Est, centre-est et Sud-ouest	DSF	DRS Est, Centre-Est, Sud-Ouest DGS, DS	5 000 000	X		
3. Reproduire les modules de formation sur les soins à la mère et aux NN à domicile	DSF	DGS	5 000 000	X		
4. Former les formateurs régionaux de l'Est sur les soins à la mère et aux NN à domicile	DSF	DRS Est	5 000 000	X		
5. Former les formateurs des ASBC sur les soins à la mère et aux NN à domicile	DRS Est	DS	5 000 000	X		
6. Former les ASBC des districts sanitaire de la région de l'Est sur les soins à la mère et aux NN à domicile (session de 5 jours)	DS	DSF, DRS Est	15 000 000	X		
7. Reproduire les modules de formation sur la PEC de la pneumonie par les ASBC	DSF	DGS	5 000 000	x		
8. Former les formateurs régionaux sur la PEC de de la pneumonie par les ASBC	DSF	DRS Sud Ouest	5 000 000	X		
9. Former les formateurs des ASBC sur la PEC de de la pneumonie par les ASBC	DRS Sud Ouest	DSF, DRS sud Ouest	5 000 000	X		
10. Former en deux sessions cent (100) ASBC par district sanitaire à la prise en charge de la diarrhée et de la pneumonie (session de 3 jours)	DS	DSF, DRS Sud Ouest	15 000 000	X		
11. former les formateurs régionaux DBC dans la région du centre sud	DSF	DRS Centre sud	5 000 000	X		
12. Reproduire les modules de formation sur la DBC	DSF	DGS	5 000 000	X		

ACTIVITES	RESPONSABLE	PARTENAIRES DE MISE EN OEUVRE	BUDGET (USD)	An1	An2	An3
13. Former les formateurs des ASBC sur la DBC dans la région du centre sud	DRS Centre Sud	DS	5 000 000	X		
14. Former les ASBC sur la DBC dans la région du centre sud	DS	DSF, DRS Centre Sud	15 000 000	X		
15. Acquérir l'amoxicilline dispensable pour la PEC de la pneumonie	DSF	DGS, CAMEG	5 000 000	X		
16. Reproduire les supports de gestion et de mise en œuvre des programmes de santé de la mère et du nouveau-né (carnets subvention, SONU, dossiers cliniques, supports de gestion du projet...)	DSF	DGS	10 000 000	X		
17. Réhabiliter/réfectionner trente (30) maternités soit dix (10) par région	DRS E, CS, SO	DGS, DSF	30 000 000	X	X	X
18. Acquérir des produits contraceptifs	DSF	DGS	100 000 000	X	X	X
19. Acquérir des tests de dépistage pour la mise en œuvre de la PTME	DSF	DGS	20 000 000	X	X	X
20. Assurer le suivi semestriel du projet par le niveau central	DSF	DRS Est, Centre-Est, Sud-Ouest, DGS,	6 000 000 (2 000 000x3)	X	X	X
21. Assurer le suivi semestriel du projet par les DRS	DGS	DSF	4 000 000	X	X	X
22. Assurer la supervision trimestrielle des prestataires sur la MEO des activités	DS	DRS E, CS,SO	8 000 000	X	X	X
23. Assurer la supervision mensuelle des ASBC	ICP	DS	4 000 000	X	X	X
24. Acquérir de matériel médico-techniques pour la mise en œuvre des SONU dans les trois régions sanitaires	DSF	DGS	100 000 000	X	X	X
25. Appuyer la réalisation des audits des décès maternels et néonatal s dans les DS et CHR (14 DS+3CHR)	DS	DRS E, CS,SO, DSF	5 000 000	X	X	X
26. Assurer la formation de quatre prestataires sur la SR en Chine	Ambassade Chine	DRH	PM	X	X	X
27. Réaliser un voyage d'étude de Transfert de compétence dans le domaine de la SR en Chine	Ambassade de Chine	DRH, DSF, DRS E, CS, SO	PM	X	X	X
28. Appuyer le fonctionnement de la DSF (Internet, carburant, frais de communication, bureautique et consommables)	DSF		3 600 000 (1 200 000x3)	X	X	X
TOTAL			400 600 000			

附錄三、布吉納法索「孕產婦及新生兒保健功能提升計畫」區域選擇評估表

區域	人口 (萬)	距首都居 離 (KM)	CSPS	CM	CMA	CHR	距衛生機 構區域距 離在 10 公 里以上之 比例(%)	機構活產 數	第一次產 檢在第一 孕期比例 (%)	接受產後 照護比例 (6 天)(%)	孕產婦/新 生兒死亡 數	機構內新 生兒死亡 率(每千 人)	機構內孕 產婦死亡 率(每 10 萬活產)	婦幼議題之挑戰	NGO/INGO 於該地區執行 相關計畫現況	效益及能見度評估	綜合評估結論
Est	156	250	117	1	4	1	41.2	67575	38.11	65.6	87/338	5.01	128.74	(1)交通及運送狀況不佳(如：路況不佳、救護車數量不足)。 (2)房產設備破舊髒亂、維護差，醫護人員之數量雖勉強維持，但被動之習慣改變不易。 (3)小兒科問題在於醫護人員對於設備使用概念不足。	(1)UNICEF 業於該地區執行婦幼計畫。 (2)當地非政府組織 AZET 刻正規劃於該地區執行相關計畫。	正面： (1)產婦死亡率為三區之冠，指標改善空間較大。 (2)強化區內唯一一間 CHR 設備，效益及能見度較高。 負面： (1)目前已有 INGO 在執行類似計畫，目前亦有當地非政府組織在規劃強化 ASBC 功能，資源易有重複之慮。 (2)路況不佳，車輛折損快，實地訪評亦較困難。 (3)距首都單程車程即需 4 小時，在舉辦相關活動時之能見度將受影響。	不推薦於此地區執行
Centre-Sud	78	100	100	0	4	0	11.7	26465	23.97	44.8	11/124	4.68	41.56	(1)基層人員能力不佳且缺乏再教育。 (2)資源設備不足(如：新生兒急救設備、自動抽吸器、體溫計、血壓計、生產器械、病床/墊、產台、生產包、蛇燈等)。 (3)轉診能力不足(如：救護車數量不足)。 (4)房產設備破舊髒亂，維護差，醫護人員之數量雖勉強維持。但被動習慣改變不易。	無	正面： (1)距首都近，路況相較佳，實地訪評較其他二區容易。另在舉辦相關活動時之能見度高。 (2)本區孕產婦接受產前及產後照護之比例為三區最低者，因此強化該等項目將可明顯呈現計畫成效。 (3)目前該地區為無 CHR，強化既有 CMA 之功能較易呈現計畫效益。 負面： 孕產婦及新生兒死亡率為三區最低者，若單以死亡率來看，將不易呈現計畫成效。	推薦於此地區執行。 計畫之建議內容： (1)婦產科可考慮在區域醫院添置超音波。 (2)小兒科可考慮在區域醫院添置新生兒處理台。 (3)小兒科應加強相關設備使用之基本概念課程，另可考慮於計畫中納入育兒箱(Äitiyspakkaus)之概念。 (4)協助 CHR 購置救護車強化轉診功能。 (5)協助 CHR 及 CSPS 購置基礎照護所需設備。

Sud-Ouest	77	400	115	3	3	1	30.2	26975	35.19	61.8	24/335	12.41	88.97	(1)衛生站覆蓋率不足。 (2)轉診能力不足。 (3)醫院動線設計不佳、空間不足。 (4)設備不足(如：抽吸器、床、新生兒處理台、給氧機、呼吸器、保溫箱、嬰兒床、產台、衛生站基礎設備、器械、助產包)。 (5)人員不足(CHR 只有婦產科醫師巡迴督導、人員流動率大)及再教育機會有限。 (6)房產設備破舊髒亂、維護差，醫護人員之數量雖勉強維持但被動習慣改變不易。	目前有一德國國際非政府組織-GIZ，刻正進行婦幼營養相關計畫。	<u>正面：</u> (1)新生兒死亡率為三區之冠，產婦死亡率為三區之次，指標改善空間大。 (2)有他國國際非政府組織執行婦幼營養改善計畫，可相輔提高本會計畫效益。 <u>負面：</u> (1)距離首都最遠，路況雖尚可，但衛生站覆蓋率不足，效益彰顯較不易，且實地訪評較困難。 (2)與象牙海岸及迦納相鄰，計畫資源將與該等國人民共享，布國民眾實際受惠效益難以呈現及評估。 (3)距首都單程車程即需 5 小時，在舉辦相關活動時之能見度將受影響。	不推薦於此地區執行
-----------	----	-----	-----	---	---	---	------	-------	-------	------	--------	-------	-------	--	--	---	-----------

附錄四、每日會議紀錄

布吉納法索「孕產婦及新生兒保健功能提升計畫」 事實調查暨評估任務會議紀錄

一、時間：104 年 11 月 16 日(星期一)上午 9 時

二、地點：駐布吉納法索所大使館

三、出席人員：

駐布吉納法索沈大使真宏、徐秘書福君、本次任務成員陳組長曉或、余主任慕賢、鄭專員晏宗

四、會議紀錄：

(一) 陳組長曉或向沈大使說明此次任務目的，並由鄭專員簡介本計畫內容；另陳組長補充說明本計畫將派遣乙位駐地計畫經理，並將媒合國內醫療院所與本會及布方共同合作執行本計畫，沈大使對此三方合作之三贏模式表示贊同。

(二) 有關計畫簽署方式，沈大使提出以下意見：

1. 有關計畫簽署形式，因本計畫目前規劃之期程、規模及投入資源相較目前我於布國執行之計畫小，簽署協定耗日廢時，爰建議與布方協調，在現有之醫療技術合作協定下執行計畫；另鑒於本計畫為本會自有經費，建議由本會逕與布方進行計畫簽署，駐館可為合約之見證人，至於布方之簽署層級，將由布國衛生部決定。

*謹註：

- (1) 雖陳組長向大使說明該協定內容乃針對醫療團而訂，恐不適用本計畫，惟大使仍表示沒問題，並舉例目前執行中之

陸稻計畫及職訓計畫亦無相關依據之協定。

(2) 另沈大使表示倘能拉長計畫期程、擴大計畫規模與願景，簽署合作協定才具實質意義。

2. 另倘我與布方在計畫協商順利之情行下，亦可納入 105 年 6 月我國與布國雙邊混委會中之合作計畫，依據該會議紀錄執行計畫。

3. 無論計畫簽署方式為何，該計畫派遣之計畫經理皆比照我國目前於布國執行計畫之人員，享有相關優惠及豁免待遇。

(三) 另陳組長向沈大使簡述本會目前規劃精進醫療團業務執行之方式，包含尋求國內醫療院所合作確保人力充足、新增主題式醫療...等，沈大使除表示贊同外，另因主題式醫療過去並無執行經驗，若欲實際執行，應就可能遭遇之相關問題提早準備及規劃(如：醫師臨時執業許可證、與當地醫護人員之合作模式...等)。

(四) 針對本計畫未來執行方式，沈大使提及在布國有相當多的非政府組織，藉由相關組織執行計畫，可降低語言及文化隔閡，可提高計畫執行之效益，或可為計畫之參考執行方式。針對此節陳組長回應，本會目前在邦交國規劃之發展型公衛醫療計畫，主要搭配國內合作單位共同執行，藉由與國際/國內非政府組織合作執行計畫因受限於對方組織之發展及框架，目前將暫不考慮。

五、結束時間：上午 10 時 30 分

一、時間：104 年 11 月 16 日(星期一)上午 11 時

二、地點：駐布吉納法索所大使館

三、出席人員：

當地非政府組織 AZET 一行、駐布吉納法索徐秘書福君、本次任務成員陳組長曉彧、余主任慕賢、鄭專員晏宗

四、會議紀錄：

- (一) 本次訪談係因布國一當地非政府組織 AZET 欲向布方申請執行婦幼相關計畫之經費，布國衛生部考量該計畫與本會欲執行之計畫有關，爰請駐館安排本考察團與渠等進行訪談。
- (二) 該組織成立於 1995 年，並於 1997 年獲得布方認可，主要財務來源為承接國際組織相關計畫，組織成員組包括志工及社區工作者（目前有 10 位全職志工、6 位兼職志工及 68 位社會工作者）。該組織於布國主要執行改善傳染性疾病(如愛滋病及瘧疾)、提升婦幼健康、青年性疾病防治及失業等相關計畫，執行區域遍及布國中區、東區、中東區、北區等區域，過去執行計畫項目則包含提供避孕用品、照顧愛滋孤兒、提供婦女醫療所需費用...等。
- (三) 另該組織針對改善婦幼健康提出為期三年之計畫書，計畫內容主要期透過衛教宣導及個案追蹤，降低孕產婦及嬰幼兒死亡率、提升避孕率等。
- (四) 該組織欲執行之計畫主要為社區推廣層級，而本計畫則著重於社區工作者之能力建構，雙方經溝通後已瞭解彼此計畫之差異，該組織並表示未來若有需要，仍可進一步洽談可能合作之可能性。

五、結束時間：下午 12 時 30 分

一、時間：104 年 11 月 16 日(星期一)下午 3 時 30 分

二、地點：布國衛生部健康家庭司

三、出席人員：

衛生部生醫設備暨維護管理公司/部門總經理 DaoudaTraore 先生、駐布吉納法索徐秘書福君、本次任務成員陳組長曉或、余主任慕賢、鄭專員晏宗

四、會議紀錄：

- (一) 本次訪談係因布國衛生部考量本計畫可能與醫療設備儀器採購有關，爰請該部生醫設備暨維護管理公司/部門總經理 T 先生至家庭衛生司與本考察團簡介相關業務。
- (二) 該公司/部門僅成立三年，係布國官方考量各醫院各自購買醫療儀器導致維護不易而成立，T 先生表示目前各醫院可透過該公司/部門統一採購醫療儀器，該公司/部門將負責醫療儀器之維護及保固。
- (三) 另 T 先生表示，受限於政府規定，該公司/部門採買醫療儀器僅能收取 5%~7%佣金，比透過其他私人公司採買收取高達 30%之佣金低很多，另該公司/部門將規劃設立醫工相關訓練學校，以培育更多醫工相關領域人才。

五、結束時間：下午 4 時

一、時間：104 年 11 月 16 日(星期一)下午 4 時

二、地點：布國衛生部健康家庭司

三、出席人員：

衛生部健康家庭司司長 Bicaba Isabelle 女士、產科 Attache de santéKABORE Ferdinand 先生、駐布吉納法索徐秘書福君、本次任務成員陳組長曉或、余主任慕賢、鄭專員晏宗

四、會議紀錄：

(一) 本次會議為本計畫與衛生部執行單位確認計畫內容之會前會，雙方針對計畫內容逐一討論，相關結論如下：

1. 有關社區衛生工作者 (Agents de santé à base communautaire, ASBC)能力建構的部分，經與 I 女士確認，此部分赴台受訓之種子師資，將為社區衛生工作者訓練人員(主管單位為健康家庭司)，主要為衛生部中央及區域之訓練人員。

(謹註：社區衛生工作者為布國社區相關活動推廣人員，每村編制 1~2 位，為義務性質，選取條件除須為村民外，需具基本知識，並透過村莊推薦；衛生部或其他非政府組織若有相關活動需進行推廣，渠等可協助執行相關活動並領取津貼補助。)

2. 承上，經與 I 女士確認，布國於計畫概念書所提及之「產婦健康照護」(soins à la mère)、「居家生產新生兒健康照護」(soins aux nouveau-né à domicile)及「社區肺炎照護」(la prise en charge de la pneumonie communautaire)訓練課程皆為目前衛生部正在進行之訓練課程，未來種子師資將攜帶相關課程教材赴台，在完成訓練回布前更新教材內容，另在駐地接受訓練之相關人員將在完成訓練後由衛生部頒發證書。此外，本考察團亦向 I 女士確認，布國規劃「社區肺炎照護」課程之原因，係因肺炎為布國幼童主要死因之一，爰將該項目納入訓練課程。

(謹註：其餘幼童主要死因如腹瀉、瘧疾...等，目前已有獨立計畫進行宣導及防治。)

3. 有關協助衛生站強化轉診後送功能的部分，I 女士表示機車救護車囿於道路路況不佳之情形，易發生翻車意外，仍建議以一般救護車為計畫方案；另本考察團亦提出以

待產室作為此節替代方案，I 女士表示，由於布國為男權社會，女性在生產前需在家負責家務，無法接受讓女性離家赴待產室待產，爰待產室實不符該國之風俗民情。

- (二) 另經與 I 女士確認，造成布國孕產婦死亡之原因仍為交通、經濟情況及缺乏醫療可近性；其中布國轉診體系健全，包含衛生站(Centre de Santé et Promotion Sociale；CSPS)、衛生中心(Centre Médical；CM)、設備較完善之衛生中心(Centre MédicalAvancé；CMA)、區域醫院(Centre HospitalierRégional；CHR)、教學醫院(Centre HospitalierUniversitaire；CHU)，衛生站醫護人員若可篩檢出異常，直接轉診至設備較完善之衛生中心或區域醫院，可降低孕產婦死亡風險。

(謹註：目前全國共 13 個區、70 個醫療行政區，70 間設備較完善之衛生中心僅 49 個運作，另有 9 間區域醫院、4 間教學醫院。)

- (三) 此外，布國剖腹產主要仍由醫師執行，每年約培育 20 位可執行剖腹產之專科醫師(訓期為期 6 個月)，每次約需 100 美元，其中 80%費用由政府支出、20%則由民眾支付。
- (四) 另本考察團與 I 女士確認是否有其他國際組織於布國執行相關計畫，I 女士提及 UNICEF 於布國業已於部分區域執行類似計畫，惟區域上目前重疊性不高(僅部分東區地區)。本考察團向 I 女士提出及說明利害關係人會議之需求及重要性，以避免資源重置之情事，其表示認同，並將俟本考察團參訪三大潛在執行區域並確認計畫執行區域後，協調相關利害關係人共同針對本計畫進行討論。
- (五) 有關本計畫之簽署方式，I 女士表示將全力配合我方決定。

五、結束時間：下午 6 時 30 分

一、時間：104 年 11 月 17 日(星期二)上午 11 時 20 分

二、地點：東區區級衛生行政單位(DRS)

三、出席人員：

東區區級衛生行政單位(Directions Regionales de la santé)主管 SankaraSalif 先生、衛生部健康家庭司產科 Attaché de santéKABORE Ferdinand 先生、駐布吉納法索醫療團員郁德威、本次任務成員陳組長曉彧、余主任慕賢、林主任瑞瑩、鄭專員晏宗

四、會議紀錄：

(一) S 先生向考察團簡介該區，並提供衛生統計數據，相關資料彙整如下：

1. 布國東區距首都約 250 公里(距首都來回車程約 8 小時)，為全國 13 個區中面積最大的區，人口約 156 萬人，共有 5 個省(Gnagna、Gourma、Komondjari、Kompienga、Tapoa)、6 個行政區(BOGANDE、DIAPAGA、FADA、GAYERI、MANNI、PAMA)。
2. 衛生機構的部分，東區共有 117 間衛生站(Centre de Santé et Promotion Sociale；CSPS)、1 間衛生中心(Centre Médical；CM)、4 間設備較完善之衛生中心(Centre MédicalAvancé；CMA)、1 間區域醫院(Centre HospitalierRégional；CHR)；轉診能力的部分，東區 5 個行政區皆有救護車。
3. 2014 年東區新生兒死亡率為 5.01/每千人(338/67,575)、孕產婦死亡率為 128.74/每 10 萬活產(87/67,575)，其中最主要原因為出血及感染，另剖腹產比例為 1.4%(948/67,575)；S 先生並提其該區相關領域目前最大

挑戰為該區交通狀況不佳(如：路況不佳、救護車數量不足)。

(二) 另本考察團與 S 先生確認，布國確實法令明定不能在家生產；此外，亦詢問以待產室作為孕產婦生產前中轉站之可能性，S 先生亦以不符風俗民情之因婉拒。

五、結束時間：下午 12 時 20 分

一、時間：104 年 11 月 17 日(星期二)下午 12 時 40 分

二、地點：Fada 區域醫院(CHR)

三、出席人員：

Fada 區域醫院院長 GambaLugen 先生、衛生部健康家庭司產科 Attaché de santé KABORE Ferdinand 先生、駐布吉納法索醫療團員郁德威、本次任務成員陳組長曉彧、余主任慕賢、林主任瑞瑩、鄭專員晏宗

四、會議紀錄：

(一) Fada 區域醫院為東區最高層級之衛生機構，該院現有 2 台救護車(僅為交通之用，內部並無相關緊急救助設備)；產科共有 1 位醫師、30 位護理人員(包含助產士)，產房共有 3 床；小兒科共有 2 位醫師、3 位護士，並設有新生兒加護病房 5 床。

(二) 2014 年 Fada 區域醫院孕產婦死亡率為 2881.66/每 10 萬活產(47/1,631)，其中最主要原因為出血及感染，另剖腹產比例為 20.2%(331/1,631)。

(三) 此外，經確認布國衛生站自然產接生費用為 900CFA、複雜

接生費用為 3600CFA；設備較完善之衛生中心(Centre Médical Avancé；CMA)自然產接生費用為 900CFA、複雜接生費用為 3600CFA、剖腹產 11000CFA；區域醫院(Centre Hospitalier Régional；CHR)自然產接生費用為 1800CFA、複雜接生費用為 3600CFA、剖腹產 11000CFA(剖腹產費用視各地區政策，可負擔剖腹費用)。

五、結束時間：下午 3 時 10 分

一、時間：104 年 11 月 17 日(星期二)下午 3 時 30 分

二、地點：CSPS Tibga

三、出席人員：

東區 Fada 行政區衛生機構主管 Yancoco Aboulouloye 先生、護理長 YaroPenifou 先生、衛生部健康家庭司產科 Attaché de santé KABORE Ferdinand 先生、駐布吉納法索醫療團員郁德威、本次任務成員陳組長曉彧、余主任慕賢、林主任瑞瑩、鄭專員晏宗

四、會議紀錄：

- (一) 該衛生站位於布國東區郊區，距區域醫院約 10 公里，衛生站周邊道路路況不佳，共有 1 位護理長、1 位護士、1 位助產士、2 位護理助手，另設有病床 5 床、產台 2 台。
- (二) 該衛生站成人看診費為 100CFA，幼童為 50CFA，平均每月接生 30 個新生兒，轉診至後送醫院人次為 10 人/月；根據 P 先生該衛生站孕產婦及新生兒死亡數皆趨近於零，此係該衛生站在發現孕產婦及新生兒情況有異時即啟動轉診機制。
- (三) 經本考察團余主任測試，衛生站護理人員確實使用產程圖評

估孕產婦是否需要進行轉診，且布國轉診制度完善，孕產婦/病患皆須至衛生站進行醫療行為，經醫護人員評估及行政區級衛生行政單位(DS)協調，轉診至衛生中心(Centre Médical ; CM)、設備較完善之衛生中心(Centre MédicalAvancé ; CMA)；若有需要，經醫護人員評估及區級衛生行政單位(DRS)協調，再轉至區域醫院(Centre Hospitalier Régional ; CHR)。其中孕產婦轉診費用由政府支付，其他傷患轉診費用為 8750CFA。

五、結束時間：下午 4 時 20 分

一、時間：104 年 11 月 17 日(星期二)下午 7 時 30 分

二、地點：Cappuccino restaurant

三、出席人員：

本次任務成員陳組長曉彧、余主任慕賢、林主任瑞瑩、鄭專員晏宗

四、會議紀錄：

本次考察團就今日訪視內容進行討論，重點摘要如下：

(一) 仍將以計畫可呈現成效之程度作為區域選擇之方向。

(二) 有關東區婦幼現況，最主要問題仍在交通；設備方面，婦產科可考慮在區域醫院添置一台超音波，小兒科問題在於醫護人員對於設備使用與概念不足，建議可加強此部分教育訓練，另可考慮提供育兒箱(Äitiyspakkaus)，提升布國新生兒照護。

五、結束時間：下午 8 時 20 分

一、時間：104 年 11 月 18 日(星期三)上午 8 時

二、地點：布國衛生部

三、出席人員：

衛生部秘書長 Dr.Djeneba Sanons 女士、駐布吉納法索徐秘書福君、本次任務成員陳組長曉彧、余主任慕賢、林主任瑞瑩、鄭專員晏宗

四、會議紀錄：

本次會議係禮貌性拜會布國衛生部秘書長 S 女士，由徐秘書向 S 女士說明本考察團本次訪布目的，並向伊確認布國針對本考察團結論簽署會議紀錄(meeting minutes)之簽署代表及下週衛生部相關會議之參與人員。S 女士說明事前已瞭解本考察團本次訪團目的，另前揭會議將由衛生部總司長主持，除健康家庭司外，研究計畫司亦將出席。

(謹註：上(103)年本會赴布國執行本計畫界定任務時之布國衛生部秘書長 Dr.Amedee Prosper，現已晉升為該國衛生部部长。)

五、結束時間：上午 8 時 30 分

一、時間：104 年 11 月 18 日(星期三)上午 11 時

二、地點：中南區區級衛生行政單位(DRS)

三、出席人員：

中南區區級衛生行政單位(Directions Regionales de la santé)公衛部門主管 Dr. Leon Nikiema 先生、衛生部健康家庭司產科 Attaché de santé KABORE Ferdinand 先生、駐布吉納法索醫療團員吳宗翰、

本次任務成員陳組長曉彧、余主任慕賢、林主任瑞瑩、鄭專員晏宗

四、會議紀錄：

(一) N 先生向考察團簡介該區，並提供衛生統計數據，相關資料彙整如下：

1. 布國中南區距首都約 100 公里(距首都來回車程約 3.5 小時)，人口約 78 萬人，共有 3 個省(Zoundwéogo、Nahouri 和 Bazèga)、4 個行政區(Kombissiri、Manga、Pô 和 Saponé)。
2. 衛生機構的部分，中南區共有 100 間衛生站(Centre de Santé et Promotion Sociale；CSPS)、無衛生中心(Centre Médical；CM)、4 間設備較完善之衛生中心(Centre Médical Avancé；CMA)、無區域醫院(Centre Hospitalier Régional；CHR)；轉診能力的部分，中南區 4 個行政區皆有救護車，共有 5 台，其中 Kombissiri 和 Manga 之救護車狀況較差。
3. 2014 年中南區新生兒死亡率為 4.68/每千人(124/26,465)、孕產婦死亡率為 41.56/每 10 萬活產(11/26,465)另剖腹產比例為 2.18%(579/26,465)；N 先生並提及該區相關領域目前之挑戰包括基層人員能力不佳且缺乏再教育、資源設備不足及轉診能力不足(如：救護車數量不足)。

(二) 另 N 先生提及，目前尚無其他國際組織於此區執行相關婦幼計畫；有關本計畫原規劃以機車救護車強化轉診後送功能的部分，N 先生建議仍以一般救護車為計畫方案，除考量路況外，機車救護車設置於衛生站，將由其進行管理，而布國衛生站相關管理功能不佳，最終可能損壞放置於衛生站，爰

建議仍購置一般救護車，並設置於 DRS 轄下，由管理功能較佳之 DRS 進行管理。

五、結束時間：下午 12 時

一、時間：104 年 11 月 18 日(星期三)下午 12 時 10 分

二、地點：Manga 設備較完善之衛生中心(CMA)

三、出席人員：

Manga CMA 院長 Dr. Madi Nikiema 先生、Ouattara Roselyne 女士、衛生部健康家庭司產科 Attaché de santé KABORE Ferdinand 先生、駐布吉納法索醫療團員吳宗翰、本次任務成員陳組長曉彧、余主任慕賢、林主任瑞瑩、鄭專員晏宗

四、會議紀錄：

- (一) 中南區目前尚無區域醫院(Centre Hospitalier Régional ; CHR)，爰 Manga CMA 為中南區最接近區域醫院層級之衛生機構，該中心現有 2 台救護車(1 台隸屬該中心、1 台隸屬 DRS)；產科共有 1 位醫師、18 位助產士，產房共有 2 床、病房 6 床、產後照護床 6 床、剖腹後照護床 6 床(休息 4~5 天後出院)，設有手術室可執行剖腹產；該中心並無小兒專科，無小兒科醫師、1 位小兒科專科護理師，全院另有 5 位內科醫師、15 位護理人員，有小兒照護病房 5 床。
- (二) 該中心平均每月接生 80 位，剖腹產比例約為 18.75%(15/80)，轉診孕產婦最常見的症狀為貧血。另該中心婦幼相關領域目前挑戰包括設備不足(如：無新生兒急救設備、自動抽吸器)及轉診交通。

五、結束時間：下午 1 時 20 分

一、時間：104 年 11 月 18 日(星期三)下午 1 時 30 分

二、地點：CSPS Guiba

三、出席人員：

護理長 Dao Souleymane 先生、衛生部健康家庭司產科 Attaché de santé KABORE Ferdinand 先生、駐布吉納法索醫療團員吳宗翰、本次任務成員陳組長曉彧、余主任慕賢、林主任瑞瑩、鄭專員晏宗

四、會議紀錄：

- (一) 該衛生站位於布國中南區，服務涵蓋區域人口為 9,392 人(包含 7 個村落)，共有 7 位編制人員(1 位護理長、1 位助產士、1 位護理助手主要負責婦產科；3 位護士、1 位公衛宣傳人員負責一般科別)，另設有照護病房 3 床(生產完 3 天後離院)、產台 1 台。
- (二) 經本考察團余主任測試，該衛生站護理人員確實運用產程圖評估孕產婦是否需要進行轉診。S 先生並提及該衛生站於婦幼領域目前之主要挑戰為設備不足(如：體溫計、血壓計、生產器械、病床/墊、產台、生產包及蛇燈等)。
- (三) 經與 S 先生確認，布國主要於衛生站進行產檢，除非有較複雜症狀才會至其他層級衛生機構進行產檢，另產檢及施打疫苗皆免費(疫苗由國際組織及政府提供)，若新生兒/嬰兒未定期接受疫苗施打，衛生站設有個案管理機制，將以村落領導者名義，強制其至衛生站施打疫苗。

五、結束時間：下午 4 時 20 分

(謹註：因隔日訪視區域較遠，爰結束今日行程後，本考察團即返回首都，並直接前往布國西南區(路程約 500 公里)，約於晚間 10 時抵達。)

一、時間：104 年 11 月 19 日(星期四)上午 8 時 40 分

二、地點：西南區區級衛生行政單位(DRS)

三、出席人員：

西南區區級衛生行政單位(Directions Regionales de la santé)主管 Dr. Ilboudo Bennard 先生、衛生部健康家庭司產科 Attaché de santé KABORE Ferdinand 先生、駐布吉納法索醫療團員吳宗翰、本次任務成員陳組長曉彧、余主任慕賢、林主任瑞瑩、鄭專員晏宗

四、會議紀錄：

(一) B 先生向考察團簡介該區，並提供衛生統計數據，相關資料彙整如下：

1. 布國西南區位於布國邊界區域，與迦納及象牙海岸二國為鄰，爰人口組成較為複雜，且移動族群眾多。該區距首都約 400 公里(距首都來回車程約 10 小時)，人口約 80 萬人，共有 4 個省(la Bougouriba、le Ioba、le Noumbiel 和 le Poni)、5 個行政區(Batié、Dano、Diébougou、Gaoua 和 Kampti (尚未運作))。
2. 衛生機構的部分，西南區共有 115 間衛生站(Centre de Santé et Promotion Sociale；CSPS)、3 間衛生中心(Centre Médical；CM)、3 間設備較完善之衛生中心(Centre Médical Avancé；CMA)、1 間區域醫院(Centre Hospitalier Régional；CHR)；轉診能力的部分，西南區各行政區皆有救護車，惟狀況皆不佳，1 台最近因車禍已無法使用。
3. 2014 年西南區新生兒死亡率為 12.41/每千人(335/26,975)、孕產婦死亡率為 88.97/每 10 萬活產(24/26,975)、另剖腹產比例為 2.12%(574/26,975)；B 先生並提及該區相關領域目前挑戰包括衛生站覆蓋率不足，導致可近性不佳、

民眾衛生概念不足(如：期望第一胎能在家生產、各行政區提供醫療服務之能力差距過大)、資源不足(如：交通問題導致孕產婦太晚至衛生站、後送至首都距離太遠)、邊界問題(如：境外疾病移入)。

(謹註：該區之產檢及就診服務及收費方式，邊界國家人民皆與布國民眾受到相同待遇、共享醫療資源。)

(二) 承上，針對當地居民衛生概念的部分，B 先生提醒若欲在此區執行計畫，則需將當地人思維納入考慮(如認為第一胎應在家生產及毋需接受產檢相關醫療服務)；此外，經與 B 先生確認，目前並無其他國際組織於此區執行與本計畫類似之婦幼計畫，僅 JICA 於該區有興建 4 個衛生站之計畫。

五、結束時間：上午 10 時

一、時間：104 年 11 月 19 日(星期四)上午 10 時 30 分

二、地點：Gaoua 區域醫院(CHR)

三、出席人員：

Gaoua 區域醫院院長院長 Dr. Nombre Seydou 先生、婦產科及小兒科主管等人、衛生部健康家庭司產科 Attaché de santéKABORE Ferdinand 先生、駐布吉納法索醫療團員吳宗翰、本次任務成員陳組長曉彧、余主任慕賢、林主任瑞瑩、鄭專員晏宗

四、會議紀錄：

(一) Gaoua 區域醫院為西南區最高層級之衛生機構，該院現有 2 台救護車；婦產科僅有 2 位內科醫師(婦產科醫師每週乙次自其他區域支援)、1 位專科護理師、24 位助產士，設有產

房、病房 30 床、產後照護床 6 床(休息約 3~4 天後出院)、留觀床 9 床(血氧機 2 台)，並設有手術室可執行剖腹產(與其他手術共用)，平均每月接生 70 位，剖腹產比例約為 42.85%(30/70)；2014 年該院孕產婦死亡數為 11 人，主要原因為出血及感染。

(二) 該院小兒科有 1 位小兒科醫師(僅每週二進行查房，其他時間由護理人員進行照料並發現問題)、1 位內科醫師、3 位專科護理師、36 位護理人員，設有病房 24 床(依據年齡進行分區)、全區唯一之幼童照護中心(類似健兒門診，對象為兩歲以下幼童)、新生兒加護病房(4 床、1 台新生兒處理台)；2015 年該院新生兒死亡數約 90 人，主要原因為感染、早產、出生窒息。

(三) 該院婦產科目目前困難與挑戰包括醫院動線設計不佳、設備不足(如：抽吸器、床、產台)、無婦產科醫師、人員流動率大(布國政府規定，公務員於分派後需任滿三年方得調任，該區地處偏遠，相關人員皆為剛畢業之新鮮人，經常三年任期一到即申請調任)及人員再教育機會有限(政府僅針對服務於 CMA 之醫師進行在職訓練，因此在很多在 CHR 服務的醫師寧可選擇到 CMA 服務) ... 等。

(四) 此外，小兒科目目前困難與挑戰則為醫院動線設計不佳、空間不足、設備不足(如：新生兒處理台、給氧機、呼吸器、保溫箱、嬰兒床)、交通問題... 等。

五、結束時間：下午 12 時 20 分

一、時間：104 年 11 月 19 日(星期四)下午 12 時 40 分

二、地點：西南區 Gaoua 行政區級衛生行政單位(DS)

三、出席人員：

西南區 Gaoua 行政區級衛生行政單位(Directions Regionales de la santé)代理主管 Dr. SanogoYacouba 先生、衛生部健康家庭司產科 Attaché de santéKABORE Ferdinand 先生、駐布吉納法索醫療團員吳宗翰、本次任務成員陳組長曉或、余主任慕賢、林主任瑞瑩、鄭專員晏宗

四、會議紀錄：

- (一) Gaoua 行政區涵蓋人口為 332,169 人，轄下管理 45 個衛生站及 1 個衛生中心，Y 先生表示該行政區於婦幼領域目前困難與挑戰包括設備不足(如：床、產台、衛生站基礎設備、器械)、交通問題、人力不足(人員流動率大，平均年資 3~4 年)。
- (二) 另本考察團於訪談結束後，於候客室巧遇德國非政府組織 -German Society for International Cooperation(GIZ)，該組織正規劃於該區執行一整合式營養計畫，將尋找適合當地之營養補充方式，並續以第二階段之計畫進行提供不足之營養，第一及第二階段計畫預計之執行期間為 5 年，該計畫窗口為布國衛生部營養司，與本計畫並未重疊。

五、結束時間：下午 1 時 20 分

一、時間：104 年 11 月 19 日(星期四)下午 1 時 50 分

二、地點：CSPS Perigban

三、出席人員：

護理長 Somande Lassane 先生、衛生部健康家庭司產科 Attaché de santé KABORE Ferdinand 先生、駐布吉納法索醫療團員吳宗翰、

本次任務成員陳組長曉彧、余主任慕賢、林主任瑞瑩、鄭專員晏宗

四、會議紀錄：

- (一) 該衛生站位於布國西南區，服務涵蓋區域人口為 8,946 人(包含 21 個村落)，共有 3 位編制人員(1 位護理長、1 位助產士、1 位公衛宣傳人員)，另有 2 位雜工、1 位藥局人員及 1 位警衛。
- (二) 經本考察團余主任測試，該衛生站護理人員確實依據產程圖評估孕產婦是否需要進行轉診。該衛生站平均每月進行 70 人次產檢、平均每月接生 15 個新生兒，轉診至後送醫院人次為 10 人/月，且孕產婦及新生兒死亡數皆趨近於零（因有問題的病患皆轉診至 CMA 或 CHR）。
- (三) 該衛生站具太陽能板可提供基礎電力，於婦幼領域目前挑戰主要為交通問題(導致孕產婦產檢及生產皆無法及時)、設備不足(如：器械、助產包、床)、人員能力不足(該衛生站助產士即為剛畢業之新鮮人)。
- (四) 另本考察團詢問於衛生站進行移動式巡迴產檢之可能性，渠提及過去曾經執行，惟成效不佳，且涉及人力不足之問題，爰不建議以此方式提高產檢比例。

五、結束時間：下午 2 時 50 分

(謹註：本考察團結束訪視即返回首都(本區距首都 400 公里)，約於晚間 8 時 30 分抵達。)

一、時間：104 年 11 月 20 日(星期五)上午 10 時 30 分

二、地點：駐布吉納法索所醫療團

三、出席人員：

駐布吉納法索所醫療團黃團長其麟、團員陳逸彥、吳宗翰、郝德威、役男四人、本次任務成員陳組長曉彧、余主任慕賢、林主任瑞瑩、鄭專員晏宗

四、會議紀要：

本參訪係運用本案任務期間，讓本次任務成員對駐布吉納法索所醫療團於駐地執行之孕產婦及相關業務現況有進一步之瞭解。首先由黃團長進行團務業務簡報，並由醫團成員帶領訪視常駐醫院-古都古友誼醫院，另雙方並就業務執行之現況及挑戰進行意見交換，重點摘要如下：

- (一)黃團長向本考察團提及為落實台布醫療合作精神，醫療團未來仍應依照雙方協定，以補足醫師人力為原則。
- (二)林主任提出應加強與國際非政府組織間之交流，黃團長表示同意，並說明醫療服務上曾與許多國家進行過交流，惟在正式合作上，則因非含在我方計畫內容及我國在國際上之身分等因素有所受限。陳組長補充說明本會公衛醫療計畫目前主要以能力建構為規劃方向，期能藉由提升夥伴國相關人員之能力，提供有效之援助；另針對與國際非政府組織交流或合作，以近年來我與國際非政府組織接觸之經驗，其等對我國之合作態度已較為開放，因此鼓勵我團員及役男在外服務期間，在不影響原業務情況下，與國際非政府組織派遣之人員經驗交流，以強化其等國際視野。
- (三)醫療團目前業務執行方式，病患於友誼醫院可自行選擇門診

進行就診，且目前院內設備並未因我醫療團常駐而與其他醫院有顯著差異。

- (四)最後，評估團及醫療團成員針對余主任提出派遣中醫是否適合之議題進行討論，黃團長表示友誼醫院過去曾有中醫門診(曾至中國取得中醫證照之布國專科醫師)，該醫師已於日前離開該院，並表示當地人有自己的傳統療法，當地病患對中醫之接受度及療效並不大。

五、結束時間：下午 3 時 30 分

一、時間：104 年 11 月 22 日(星期日)下午 5 時

二、地點：Cappuccino restaurant

三、出席人員：

本次任務成員陳組長曉彧、余主任慕賢、林主任瑞瑩、鄭專員晏宗

四、會議紀錄：

(一) 本次會議係考察團於彙整各區域之訪視內容後進行討論，依據實地考察結果做成初步結論，並調整部分計畫書內容如下：

1. 有關計畫執行區域，考察團以各項指標、婦幼議題之挑戰、NGO/INGO 於該地區執行相關計畫現況、效益及能見度評估進行討論，初步選定中南區作為計畫執行區域(各項資訊及評估內容詳如評估表)。
2. 有關計畫書所提及之「居家生產新生兒健康照護」(soins aux nouveau-né à domicile)，因布國法令並不允許居家生產，爰將用字調整為「生產後居家新生兒健康照護」。
3. 另因選定執行之中南區並不具備區域醫院(CHR)，爰將計畫書所提及之區域醫院調整為設備較完善之衛生中心(Centre Médical Avancé；CMA)，且著重於婦幼基礎照護功能。
4. 承上，有關提升 CMA 之設備內容，建議為超音波乙台、新生兒處理台乙台及基礎照護所需之設備(如：甦醒球、腳踏抽吸器、面罩式抽吸器、生產基本器械...等)；衛生站則建議購置基礎照護功能(如：甦醒球、腳踏抽吸器、面罩式抽吸器、生產基本器械...等)。
5. 有關協助衛生站強化轉診後送功能的部分，調整為在區

級衛生行政單位(DRS)下購置 2 台具基本快速轉送功能之救護車，提升其轉診後送功能。

6. 建議成果指標為：(1)於計畫結束時，提升產婦接受產後照護(生產後 6 日)之比例至 XX%；(2)於計畫結束時，降低 CMA 轉診比例 XX%。

(二) 此外，除上述考察團初步討論之結論，應再與布國衛生部確認之議題包含：

1. 產婦接受產後照護(生產後 6 日)包含之照護項目為何？
2. 孕產婦及新生兒死亡數之計算方式（如後送後或於後送途中死亡，死亡數歸算在轉出或轉入單位）；
3. 育兒箱之概念於布國是否可行？

五、結束時間：下午 7 時

一、時間：104 年 11 月 23 日(星期一)上午 9 時

二、地點：布國衛生部健康家庭司

三、出席人員：

衛生部健康家庭司產科 KABORE Ferdinand 先生(Attaché de santé)、SAWADOGO Issaka 先生(Charge Suivi-evolution/DSF)、Dr. SANOU Philippe(Chef de service Homme, Femme, Personnes Agees)、Dr. ZOMBRE/SANON Valérie(Chef de service Enfant-Adolescent-Jeune)、SANA Salam 先生(Service Enfant)、駐布吉納法索徐秘書福君、本次任務成員陳組長曉彧、余主任慕賢、林主任瑞瑩、鄭專員晏宗

四、會議紀要：

(一) 本次會議係依據與布國衛生部秘書長之會談指示，赴衛生部家庭健康司與該司司長及相關人員進行計畫選定地區及計畫書內容之討論會議，惟本考察抵達家庭健康司時方被告知司長已因公赴國外出差，由其代理人 Dr. SANOU Philippe 先生主持會議，雙方針對計畫書內容逐條討論，除用字外主要修改內容如下：

1. 有關社區衛生工作者能力建構的部份，將舉辦基層(社區)層級之社區衛生工作者之「產婦健康照護」及「生產後居家新生兒健康照護」訓練班梯次更改為 4 梯次；將「社區肺炎照護」及衛生教育推廣訓練班梯次更改為 4 梯次。
2. 有關至台灣接受 2 個月「產婦照護及新生兒急診照護」課程之種子教師，人選調整為來自中南區之區域及衛生行政單位、行政區級衛生行政單位(DS)、CMA、CSPS 及家庭健康司。

(二) 針對前日討論會議提出應再與布國衛生部確認之議題，布方回復及考察團討論結果如下：

1. 產婦接受產後照護(生產後 6 日)內容包含孕產婦及新生兒之基本檢查，且該時間點約為新生兒施打 BCG 疫苗之時間點。
2. 經與布方確認，後送後或於後送途中死亡，死亡數歸算在轉入單位，惟轉入單位會向轉出單位通報病患死亡之情事。
3. 鑒於育兒箱目前僅先進國家(如荷蘭、加拿大)在使用，除單位成本較高(每個約 15 歐元)且無法重複使用，如果無法保持育兒箱的乾淨，恐提高新生兒感染機率。爰考察團建議可朝提供上面印有台灣及國合會 Logo 的乾淨生產包巾，協助降低新生兒感染。

(三) 為提高討論時效，雙方同意由布方內部針對法文版計畫書及擬定簽署的 meeting minutes 內容先達成共識，明日中午再至駐館與我方進行確認。

五、結束時間：下午 1 時 30 分

一、時間：104 年 11 月 24 日(星期二)下午 12 時

二、地點：駐布吉納法索所大使館

三、出席人員：

衛生部健康家庭司產科 KABORE Ferdinand 先生 (Attaché de santé)、SAWADOGO Issaka 先生(Charge Suivi-evolution/DSF)、Dr. SANOU Philippe 先生 (Chef de service Homme, Femme, Personnes Agees)、駐布吉納法索徐秘書福君、本次任務成員陳組長曉彧、鄭專員晏宗

四、會議紀錄：

(一) 本次會議係依據本考察團與布方前一日(11/23)決議，雙方續針對法文版計畫書及擬定簽署的 meeting minutes 內容進行確認。

(二) 有關計畫書內容，除續由布方針對用字進行修改外，內容部份調整如下：

1. 有關社區衛生工作者能力建構的部份，舉辦基層(社區)層級社區衛生工作者之「產婦健康照護」及「生產後居家新生兒健康照護」訓練班時間調整為 6 日；「社區肺炎照護」及衛生教育推廣訓練班時間調整為 6 日。
2. 成果指標為：(1)於計畫結束時，產婦及新生兒接受產後照護(生產後 6 日)之比例提升 20%；(2)於計畫結束時，孕婦第一次產檢是在第一孕期的比例提升 20%。

(三) 另 meeting minutes 的部分，經雙方討論重點如下：

1. 本計畫布方投入總額(含計畫經理及其他計畫相關人員之住宿及辦公室、政府設備投入、政府人員薪資、計畫執行所需之相關行政支援)約計 110,000 美元。

(謹註:有關住宿的部份,布方表示可代為尋找適合地點,每月租金約 100 美金,惟以目前經費不足之考量,屆時恐無法提供我方人員免費之住宿;布方可依據我方需求在衛生部家庭健康司或中南區(DRS 或 DR)提供我方計畫經理之辦公室)

2. 本計畫 EA 為布國家庭健康司、IA 為中南區計畫相關醫療機構,且經與布方確認,該區並無國際及當地非政府組織執行類似或相關之計畫。

五、結束時間：下午 4 時 50 分

一、時間：104 年 11 月 24 日(星期二)下午 5 時 10 分

二、地點：布國衛生部

三、出席人員：

衛生部秘書長 Dr. Djeneba Sanons 女士、駐布吉納法索徐秘書福君、本次任務成員陳組長曉彧、鄭專員晏宗

四、會議紀要：

因布方告知駐館徐秘書本考察團擬定簽署之 meeting minutes 將由布國衛生部長進行簽署,爰雙方確認計畫書及前揭 meeting minutes 內容後,即將經陳組長及駐館徐秘書簽署之書面資料提請衛生部秘書長 S 女士轉致部長簽署(部長當日晚間方結束國外行程返布,晚間或次日內閣會議前或可完成簽署),倘部長對內容有任何問題,將再請本考察團前往衛生部進行討論。

五、結束時間：下午 5 時 30 分

(謹註：本日一早旅行社來電通知考察團自布國返國航班時間延後，將影響後段航班，鑒於考察團中兩位顧問週五下午皆有門診，為維護病患權益，兩位顧問於本日提早離布返台。)

一、時間：104 年 11 月 25 日(星期三)上午 8 時 20 分

二、地點：布國衛生部

三、出席人員：

衛生部秘書長 Dr. Djeneba Sanons 女士、駐布吉納法索徐秘書福君、本次任務成員陳組長曉彧、鄭專員晏宗

四、會議紀要：

衛生部秘書長 S 女士於上午 8 時致電駐館徐秘書，說明本考察團擬定簽署之 meeting minutes 業在布國衛生部長授權下，同意由 S 女士進行簽署，對於我方提供之計畫書及 meeting minutes 內容並無意見，爰考察團即前往 S 女士辦公室重，三方（我方、駐館及布方）在調整布方簽署者名稱後進行簽署，簽署文件如附件。

五、結束時間：上午 8 時 40 分

附件、與布國簽署之 meeting minutes(法文版本及英文對照版)

Procès-verbal

Projet : Projet d'amélioration de la santé maternelle et néonatale au Burkina Faso.

Date : 24 Novembre 2015.

Lieu : salle de réunion de l'Ambassade de la République de Chine (Taïwan)

Parties prenantes du projet : Projet de coopération entre le Ministère de la Santé et le Fonds pour le Développement et la Coopération Internationale (Taiwan ICDF)

Participants :

Ministère de la Santé/Direction de la santé de la famille

Dr SANOU Philippe, représentant la DSF,

Dr ZOMBRE/SANON Valérie, chef de service santé de l'enfant,

Mr SAWADOGO Issaka, chef de service de planification et Suivi évaluation,

KABORE Ferdinand, responsable de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)

SANA Salam, chargé des activités de PCIME.

Ambassade de la République de Chine (Taïwan)

SHIU, Fu-jiun, premier secrétaire

ICDF

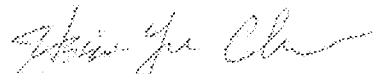
Mme. Chen Hsiao-Yu, Chef de la division, Département Assistance Humanitaire.

Mr Yan-Tzong Cheng (Ray), Agent du programme, Département de l'Aide Humanitaire.

1. Les deux parties ont mené les négociations sur une base amicale et conviviale en vue de parvenir à un consensus mutuellement bénéfique afin de réussir la mise en œuvre du programme.
2. Le projet d'amélioration de la santé maternelle et néonatale au Burkina Faso (ci-après noté « le projet ») sera d'une durée de 3 ans.
3. Les membres du Ministère de la santé au Burkina Faso travaillant pour le projet comprennent un coordinateur de projet. Les devoirs de ce dernier seront de coordonner le projet avec le responsable de projet du TaiwanICDF, afin de faciliter les états comptables mensuels, et trimestriels, des comptes rendus du projet pour les différentes parties.

4. Le Taiwan ICDF devra dépêcher un responsable de projet pour assister la mise en œuvre du projet, d'autres consultants à court-termes, ainsi que des volontaires conformément à la proposition du projet.
5. Un consensus sur le contenu du projet a été obtenu: (Référence annexe du projet)
 - (1) Les indicateurs de résultats en fin 2020 sont: (1) la couverture consultations prénatales des femmes enceinte vues au premier trimestre de la grossesse augmente de 20%; (2) La couverture des consultations post natales augmente de 20%.
 - (2) Pour le projet, les ressources totales en nature que le Burkina Faso aura besoin d'investir, y compris l'hébergement et l'espace de bureau nécessaire pour le responsable de projet, les bénévoles et les équipes liées au projet de Taïwan, ainsi que le matériel nécessaire dans les établissements de santé, le salaire du personnel de l'Etat impliqué, la logistique est estimé à environ 10% du montant total du projet, soit 1 10 000 US \$. Le montant total qui devra être investi par la République de Chine (Taïwan) est estimé à 1 100 000 US \$.
 - (3) La mise en œuvre du projet est prévu de commencer courant deuxième trimestre de 2017.
6. Coordination et coopération: le projet a été débattu avec les parties prenantes (DSF) afin de parvenir à un consensus et d'éviter la duplication des ressources.
7. Prochaines étapes :
 - (1) La contre-proposition finale à propos du budget du Burkina Faso et de Taïwan, devra obtenir l'approbation du conseil d'administration du Taiwan ICDF.
 - (2) L'accord sera signé conjointement entre le gouvernement de la République de Chine (Taïwan) et le gouvernement du Burkina Faso sur la coopération en matière de santé publique et de compétences médicales. Le protocole d'entente du projet sera signé en vertu du contrat.

Signatures



Chen Hsiao-Yu Chef de la Division

Assistance Humanitaire,
TaiwanICDF

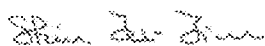


Dr Djénéba SANON/OUEDRAOGO

Secrétaire générale du Ministère de la santé du
Burkina Faso agissant au nom de Monsieur le
Ministre de la santé du Burkina Faso

Témoin

Signature



Madame la première Secrétaire

de l'Ambassade de la République de Chine (Taïwan) au
Burkina Faso

Meeting Minutes

Project: Maternal and Neonatal Health Care Improvement Project in Burkina Faso
Date: November 24, 2015
Location: The Embassy of the Republic of China, Burkina Faso
Subject: Project cooperation between MOH and the Taiwan ICDF
Chairperson: Dr. Zeaouma Philippe Sanou, Team leader of Women Men and Old Persons Health, Burkina Faso
Ms. Hsiao-Yu Chen, Division Chief, Humanitarian Assistance Department, International Cooperation and Development Fund (Taiwan ICDF)
Note-taker: Note-taker: Yan-Tzong Cheng (Ray), Program Officer, Humanitarian Assistance Department, Taiwan ICDF
Attendants: Mr. Kabore Ferdinand, responsable de la prise en charge integree des maladies de l'enfant (PCIME)/DSF
Mr. Sawadogo Issaka, Chef de service Suivi-evaluation/DSF
Mr. Zombre Valerie, Chef de service Enfant-Adolescent-Jeune/DSF
Mr. SANA Salam, Charge des activites de PCIME
Ms. Fu-Jiun Hsu, First Secretary, the Embassy of the Republic of China

1. Both parties conducted the negotiations on an amicable and friendly basis with a view to reaching a mutually beneficial consensus for the successful implementation of the program.
2. Maternal and Neonatal Health Care Improvement Project in Burkina Faso (hereinafter referred to as "the project") will be a three-year project.
3. Members of MOH in Burkina Faso working on the project will comprise one project coordinator. The duties of project coordinator will coordinate the project with Taiwan ICDF project manager in facilitating all of the logistics such as monthly and quarterly accounting statements of the Project Account to the Parties.
4. The Taiwan ICDF will dispatch one project manager to assist in implementing the project, as well as other short-term consultants and volunteers according to the proposal of the project.
5. A consensus about project contents was reached as follows: (Reference was made as the attached proposal and DMF)
 - (1) The outcome and outputs were confirmed.
The indicator of outcome: (1) The rate of first trimester of antenatal care (ANC) for pregnant women increase 20%; (2) The rate of postnatal care (PNC) within 6 days for mother and newborn increase 20%.
 - (2) For the project, the total in-kind resources that Burkina Faso will need to invest in, including accommodation and office space needed by the project manager, volunteers and other project-related personnel from Taiwan, the equipment required in health institutions, salary for local personnel and logistics for implementing the project is estimated to be approximately US\$110,000. The total amount to be invested by the Republic of China (Taiwan) is estimated to be US\$1,100,000.
 - (3) Project implementation is expected to get started in the second quarter of 2017.

6. Coordination and cooperation: the project had been discussed with Direction de la Sante de la famille (DSF) to build consensus and avoid duplication of resources.
7. Next steps:
- (1) The final counter-proposal containing the budget from both Burkina Faso and Taiwan will require the further approval of the Taiwan ICDF's board.
 - (2) The MOU of the project will be signed jointly between the government of Republic of China (Taiwan) and the government of Burkina Faso.

Signed by

Chen Hsiao-Yu
Division Chief
Humanitarian Assistance Department
Taiwan ICDF

Dr. Djeneba Sanons/OUEDRAOGO

Secrétaire générale du Ministère de la santé de
Burkina Faso Agissant au nom de Monsieur le
Ministre de la santé du Burkina Faso

Witness

Signed by

Counselor
Embassy of the Republic of China (Taiwan) in
Burkina Faso

一、時間：104 年 11 月 25 日(星期三)上午 9 時

二、地點：駐布吉納法索所大使館

三、出席人員：

駐布吉納法索沈大使真宏、徐秘書福君、本次任務成員陳組長曉彧、鄭專員晏宗

四、會議紀錄：

- (一) 陳組長向沈大使報告本次任務結果，順利與布國針對計畫簽署 meeting minutes，本計畫布方投入總額約 110,000 美元。
- (二) 沈大使對於本計畫表示肯定，並期許未來能有更多公衛計畫在布國執行，另有關計畫簽署方式，暫定以納入 105 年 6 月我國與布國雙邊混委會中之合作計畫方向進行，惟仍將以本會及外交部意見續辦簽署事宜。
- (三) 另沈大使提及駐館長期協助布國建設衛生站(CSPS)，每年編列 100 萬歐元預算(謹註：10 年業興建 53 間)，若本會有意願，可考慮以委辦計畫之方式由本會協助執行。

五、結束時間：上午 10 時 30 分

一、時間：104 年 11 月 25 日(星期三)下午 3 時

二、地點：龔保雷國家醫院

三、出席人員：

本次任務成員陳組長曉彧、鄭專員晏宗、駐布吉納法索所醫療團團員陳逸彥、吳宗翰、郁德威

四、參訪紀要：

本次參訪係因考察期間恰逢醫療團於該院舉辦醫務管理訓練班，除瞭解訓練班辦理情形外，亦可作為本計畫未來辦理訓練班之參考，參訪重點如下：

- (一) 醫療團辦理該訓練班經驗豐富，除與衛生部接洽取得受訓人員名單外，場地佈置等工作皆由醫療團團員獨力完成。
(謹註：場地佈置工作包含人員教室分配、前測、單槍、攝影設備及實務操作設備裝設...等)
- (二) 該訓練班之實務操作除有人體模擬實務設備外，另有孕產婦及新生兒急救訓練相關教具，係為我國政府捐贈予布國，現由我醫療團進行保管及維護，建議未來本計畫相關課程亦可搭配使用。
- (三) 此外，本考察團亦簡單參訪該院，該院自 2010 年落成，為我國與布國合作項目之一，占地 16 公頃，定位上屬全國最高層級醫院(VIP 醫院)，埔里基督教醫院現仍於該院設有醫院營運輔導團，協助進行醫院管理。參訪期間病患數寥寥可數，且 2014 年政變後，前總統龔保雷字樣及銅像皆被塗改及覆蓋。

五、結束時間：下午 5 時 20 分

附錄五、計畫書

一、計畫摘要

- (一) 計畫編號：按一下這裡以輸入文字。
- (二) 計畫名稱：布吉納法索孕產婦及新生兒保健功能提升計畫
- (三) 計畫領域：公衛醫療
- (四) 執行地點：非洲地區 (Africa)/布吉納法索 (Burkina Faso) 中南區 (Centre-Sud)
- (五) 計畫期程：民國 106 年 04 月 01 日至民國 109 年 03 月 31 日
- (六) 執行單位：布吉納法索衛生部之家庭衛生部門
- (七) 計畫金額：美金 1,210,000 元
 - 1. 國合會 (TaiwanICDF)：美金 1,100,000 元
 - 2. 布吉納法索(Burkina Faso)：美金 110,000 元
- (八) 摘要說明：布吉納法索（以下稱布國）為我國非洲邦交國，該國人民出生時平均餘命為 54.78 歲(2014)，在健康上所遭遇最大之挑戰為改善孕產婦及新生兒健康狀況。布國健康照護機構之可近性不佳，各級機構普遍缺乏醫療照護所需之設備及專業人員，且孕產婦與新生兒之健康狀況會因居住區域不同產生差異。另布國衛生服務架構完整、制度健全，惟體系外之醫療照護服務仍為布國醫療體系之缺口，且體系間之彼此聯繫亦存在一定程度缺陷。此外，文化、習俗及社經地位亦為影響布國孕產婦及新生兒健康之因素之一。總結以上因素，布國婦幼衛生現階段所面臨之最大考驗為孕產婦及新生兒之醫療照護服務可近性不佳，主要原因為社區民眾與婦幼衛生體系聯繫不佳、孕產婦及新生兒相關機構能力不足。爰此，本計畫透過強化布國醫療照護機構功能提升該國孕產婦及新生兒保健效能，內容包括：1.照護人員能力建構；2. 強化醫療照護機構功能。

二、計畫緣由

- (一) 計畫來源：
聯合國「千禧年發展目標」(Millennium Development Goals, MDG)

中，共有四項目標與健康議題相關，其中與孕產婦保健相關之目標便有兩項，分別為「第四項：降低嬰幼兒死亡率」與「第五項：改善產婦保健」。且因應該目標所設定之達成期限即將於 2015 年到期，本會續環扣聯合國永續發展議程第 3 項「確保健康生活、提升人類福祉」以及其目標第 17 項「活絡全球夥伴關係」推動相關計畫。提供夥伴國公衛醫療相關援助計畫為本會主要目標之一，過去本會曾於甘比亞執行「甘比亞孕產婦保健功能提升計畫」，藉由提升該國衛生機構之服務能力及相關從業人員之技能，協助及早發現孕產婦妊娠期間之問題，同時採取介入措施並行後續之生產規劃及照護，達到降低孕產婦死亡率之目的。布國為我非洲邦交國，為配合布國國家衛生發展政策、政府需求及國際組織援助發展重點，本計畫運用我國公衛領域之優勢，提升布國醫療照護機構能力，改善布國婦幼健康狀態並提升該國婦幼照護品質。

(二) 現況說明：

布國依行政區域劃分為 13 個區、45 個省、350 個行政區、351 個城鎮及 8,228 個村落，經濟上以農業、畜牧業和商業為重心。該國人民在健康上所遭遇之威脅為高死亡率，人民出生時平均餘命為 54.78 歲，在全球排名第 207 名(2014)。根據官方資料，布國孕產婦死亡率為 341/每 10 萬活產數，主要死因為出血、感染、胎盤滯留、子宮破裂及流產相關併發症等；新生兒死亡率為 28/每千名活產(EDS 2010)，主因為生產窒息、早產/低體重、感染，該國衛生部在 2009-2015 年策略(Plan stratgique de securisation des produits de la sante de la reproduction)目標中訂定應確保相關生育衛生用品及服務之可近性。整體而言，布國健康照護機構之可近性不佳，56%的社區距離所屬之健康照護機構 10 公里以上(2013)，除衛生部仍固定以專案計畫增設衛生站外，各級機構亦普遍缺乏醫療照護所需之設備及專業人員，且孕產婦與新生兒之健康狀況會因居住區域不同而產生差異，尤以東部、西南部及中南部的狀況令人感到憂慮。另布國衛生服務架構完整、制度健全，惟體系外之醫療照護服務仍為布國醫療體系之缺口，且體系間之彼此聯繫存在一定程度缺陷。此外，文化、習

俗及社經地位亦為影響布國孕產婦及新生兒健康之因素，如：父權主義、第一線人員仍為傳統醫療工作者、割禮文化…等。總結以上因素，布國婦幼衛生現階段所面臨的問題為孕產婦及新生兒之醫療照護服務可近性不佳，主要原因歸納如下：1.社區民眾與婦幼衛生體系連繫不佳：社區工作者功能不彰、婦幼衛生相關體系彼此缺乏有效連結及文化、習俗及婦女社經地位之有待提升等問題；2.孕產婦及新生兒相關機構能力不足：初級照護機構普及性不足、各級照護機構普遍存在硬體功能不足及各級照護機構人員能力有待提升之情況。

三、預期結果：

(一)計畫成果：

提升布國中南區孕產婦及新生兒醫療照護服務之可近性

(二)計畫產出：

如下

1. 照護人員能力建構

(1) 孕產婦及新生兒醫療照護人員能力建構

A.派遣種子教師至台灣接受 2 個月「產婦照護及新生兒急診照護」(soin obstétrical neonetal urgence, SONU)課程，人數至少 8 人。

B.由種子師資返國後開設「產婦照護及新生兒急診照護」課程至少 4 場，每場參與課程人數應至少 30 人。

(2) 社區衛生工作者(Agents de santé à base communautaire, ASBC)能力建構

A.派遣種子教師至台灣接受 2 個月社區衛生工作者所需之相關照護課程，人數至少 8 人。

B.由種子師資返國後開設 1 場區域層級之社區衛生工作者訓練師培訓班，培訓人數應至少 16 人。

C.至少開設基層(社區)層級之社區衛生工作者訓練師培訓班 2 場，培訓人數應至少 32 人。

D.至少舉辦基層(社區)層級之社區衛生工作者之「產婦健康

照護」(soins à la mère)及「生產後居家新生兒健康照護」(soins aux nouveau-né à domicile)訓練班 4 梯次，人數至少 200 人。

E. 至少舉辦基層(社區)層級之社區衛生工作者之「社區肺炎照護」(la prise en charge de la pneumonie communautaire)及衛生教育推廣訓練班 4 梯次，人數至少 200 人。

(3) 強化照護機構之社區衛教推廣能力

A. 配合社區衛生工作者訓練班推廣婦幼相關之衛生教育，並發放婦幼相關之衛教文宣 20,000 份。

2. 強化醫療照護機構功能

(1) 強化照護機構之婦幼基礎照護功能

A. 協助強化至少 1 間區域醫院/設備較完善之衛生中心(Centre Médical Avancé; CMA)(Manga)提升婦幼基礎照護功能。

B. 協助強化至少 30 間衛生站(Centre de santé et de promotion sociale, CSPS)之婦幼基礎照護及轉診後送功能。

III. 協助衛生站強化婦幼基礎照護功能。

IV. 協助衛生站強化轉診後送功能。

C. 協助稽查計畫區域孕產婦死亡及新生兒死亡案例(包含社區、衛生站及區域醫院)。

四、計畫內容及執行方式說明

按一下這裡以輸入文字。

(一) 照護人員能力建構

1. 孕產婦及新生兒醫療照護人員能力建構

(1) 派遣種子教師至台灣接受 2 個月「產婦照護及新生兒急診照

護」(soin obstétrical neonetal urgence, SONU)課程，人數至少 8 人。

- A. 辦理時程：於計畫開始後第 4 個月前完成派遣 4 名種子教師至台灣接受 2 個月「產婦照護及新生兒急診照護」課程、第 9 個月前完成派遣另外 4 名種子教師至台灣接受 2 個月「產婦照護及新生兒急診照護」課程。
- B. 受訓學員：將選自中南區之區域級衛生行政單位(DRS)、行政區級衛生行政單位(DS)、CHR/CMA、CSPS 及家庭健康司。
- C. 訓練課程內容：應至少包含緊急產科及新生兒照護、新生兒復甦、孕產婦及新生兒專業照護實務等相關課程，並依照學員設計相關課程。
- D. 能力評量：以課程學習之前、後測結果檢視學員學習成效，並評值學員之課程規劃及教學能力。
- E. 監控機制：學員結訓後返回國原工作崗位，並根據受訓課程作為本計畫於布國開設訓練課程之種子師資，台方顧問將配合訓練班課程後續進行實地訪評。

(2) 由種子師資返國後開設「產婦照護及新生兒急診照護」課程至少 4 場，每場參與課程人數應至少 30 人。

- A. 辦理時程：由種子師資返國後開設「產婦照護及新生兒急診照護」課程，每次為期 1 週，分別於計畫開始後第 6 個月前、第 12 個月前、第 18 個月前及第 24 個月前各完成 1 場，每次至少 30 人。
- B. 受訓學員：建議受訓學員為醫師及護理人員(Infirmier diplômé d'Etat, IDE)，且各衛生站應至少有 1 名護理人員(IDE)或助產士(Sage-femme d'Etat, SFE/Maïeuticien d'Etat, ME)接受訓練。

- C. 訓練課程內容：以種子師資完成之新版訓練課程講義進行訓練，課程內容應包含緊急產科及新生兒照護、新生兒復甦(Neonatal Resuscitation Program, NRP)、孕產婦及新生兒專業照護實務等相關課程。
 - D. 能力評量：以課程學習之前、後測結果檢視學員學習成效。
 - E. 監控機制：台方顧問將配合訓練班課程後續進行實地訪評。
2. 社區衛生工作者(Agents de santé à base communautaire, ASBC)能力建構
- (1) 派遣種子教師至台灣接受2個月社區衛生工作者所需之相關照護課程，人數至少8人。
- A. 辦理時程：於計畫開始後第15個月前完成派遣4名種子教師至台灣接受2個月社區衛生工作者所需之相關照護課程、第21個月前完成派遣另外4名種子教師至台灣接受2個月社區衛生工作者所需之相關照護課程。
 - B. 受訓學員：建議為布國社區衛生工作者之主管單位及訓練負責人員。
 - C. 訓練課程內容：布國應於學員受訓前提供現行社區衛生工作者訓練課程及需求予訓練單位，內容應至少包含「產婦健康照護」(soins à la mère)、「生產後居家新生兒健康照護」(soins aux nouveau-né à domicile)、「社區肺炎照護」(la prise en charge de la pneumonie communautaire)及衛生教育推廣課程。由訓練單位設計相關課程，並由學員於訓練結束時完成新版訓練課程講義及衛教文宣，作為返國後開設訓練班之教材。
 - D. 能力評量：以課程學習之前、後測結果檢視學員學習成

效，並評值學員之課程規劃及教學能力。

- E. 監控機制：學員結訓後返回國原工作崗位，並根據受訓課程作為本計畫於布國開設訓練課程之種子師資，台方顧問將配合訓練班課程後續進行實地訪評。

(2) 由種子師資返國後開設1場區域層級之社區衛生工作者訓練師培訓班，培訓人數應至少16人。

- A. 辦理時程：計畫開始後第18個月前完成由種子師資返國後開設1場區域層級之社區衛生工作者訓練師培訓班，為期1週，培訓人數應至少16人。
- B. 受訓學員：布國區域層級之社區衛生工作者訓練師。
- C. 訓練課程內容：以種子師資完成之新版訓練課程講義進行訓練，內容應至少包含「產婦健康照護」、「生產後居家新生兒健康照護」、「社區肺炎照護」及衛生教育推廣課程。
- D. 能力評量：以課程學習之前、後測結果檢視學員學習成效，並評值學員之課程規劃及教學能力。
- E. 課監控機制：台方顧問將配合訓練班課程後續進行實地訪評。

(3) 至少開設基層(社區)層級之社區衛生工作者訓練師培訓班2場，培訓人數應至少32人。

- A. 辦理時程：由種子師資/區域層級之社區衛生工作者訓練師開設2場基層(社區)層級之社區衛生工作者訓練師培訓班，為期1週，分別於計畫開始後第21個月前、第27個月前各完成1場，培訓人數應至少32人。
- B. 受訓學員：布國基層(社區)層級之社區衛生工作者訓練師。

- C. 訓練課程內容：以種子師資完成之新版訓練課程講義進行訓練，內容應至少包含「產婦健康照護」、「生產後居家新生兒健康照護」、「社區型肺炎照護」及衛生教育推廣課程。
- D. 能力評量：以課程學習之前、後測結果檢視學員學習成效，並評值學員之課程規劃及教學能力。
- E. 課監控機制：台方顧問將配合訓練班課程後續進行實地訪評。

(4) 至少舉辦基層(社區)層級之社區衛生工作者之「產婦健康照護」(soins à la mère)及「生產後居家新生兒健康照護」(soins aux nouveau-né à domicile)訓練班 4 梯次，人數至少 200 人。

- A. 辦理時程：由種子師資/訓練師開設社區衛生工作者「產婦健康照護」及「生產後居家新生兒健康照護」訓練班 4 梯次，每場訓練為期 6 天，分別於計畫開始後第 29 個月前、第 30 個月前各完成 2 場，人數至少 200 人。
- B. 受訓學員：基層(社區)層級之社區衛生工作者。
- C. 訓練課程內容：「產婦健康照護」及「生產後居家新生兒健康照護」之訓練課程，並以種子師資完成之新版訓練課程講義進行訓練。
- D. 能力評量：以課程學習之前、後測結果檢視學員學習成效。
- E. 課監控機制：台方顧問將配合訓練班課程後續進行實地訪評。

(5) 至少舉辦基層(社區)層級之社區衛生工作者之「社區肺炎照護」(la prise en charge de la pneumonie communautaire)及衛生教育推廣訓練班 4 梯次，人數至少 200 人。

- A. 辦理時程：由種子師資/訓練師開設社區衛生工作者之「社區肺炎照護」及衛生教育推廣訓練班 4 梯次，每場訓練為期 6 天，分別於計畫開始後第 32 個月前、第 33 個月前各完成 2 場，人數至少 200 人。
- B. 受訓學員：基層(社區)層級之社區衛生工作者。
- C. 訓練課程內容：「社區肺炎照護」及衛生教育推廣之訓練課程，並以種子師資完成之新版訓練課程講義進行訓練。
- D. 能力評量：以課程學習之前、後測結果檢視學員學習成效。
- E. 課監控機制：台方顧問將配合訓練班課程後續進行實地訪評。

3. 強化照護機構之社區衛教推廣能力

- (1) 配合社區衛生工作者訓練班推廣婦幼相關之衛生教育，並發放婦幼相關之衛教文宣 20,000 份。
 - A. 辦理時程：於計畫開始後第 33 個月前，於社區發放婦幼相關之衛教文宣 20,000 份(如：防治母子垂直傳染)。
 - B. 文宣內容：應於種子師資於台灣受訓時完成，針對布國所需之婦幼議題進行衛教推廣。

(二) 強化醫療照護機構功能

1. 強化照護機構之婦幼基礎照護功能

- (1) 協助強化至少 1 間區域醫院/設備較完善之衛生中心(Centre Médical Avancé；CMA)提升婦幼基礎照護功能。
 - A. 辦理時程：於計畫開始後第 21 個月前完成強化至少 1 間區域醫院/CMA(以 Manga CMA 為主)提升婦幼基礎照護功能。

- B. 提升內容：建議購置超音波乙台、新生兒處理台乙台及基礎照護所需之設備(如：甦醒球、腳踏抽吸器、面罩式抽吸器、生產基本器械...等)，且相關設備應納入院方資產，並由院方直接管理及維護。

(2) 協助強化至少 30 間衛生站(Centre de santé et de promotion sociale, CSPS)之婦幼基礎照護及轉診後送功能。

- A. 協助衛生站強化婦幼基礎照護功能。
 - a. 辦理時程：於計畫開始後第 21 個月前完成強化衛生站之婦幼基礎照護功能。
 - b. 提升內容：依據布國對衛生站之婦幼基礎照護功能定義，提升至少 30 間衛生站之婦幼基礎照護功能(如：甦醒球、腳踏抽吸器、面罩式抽吸器、生產基本器械...等)；以距離 CMA 之距離及衛生站之 3 年生產平均數作為優先選擇條件。
- B. 協助衛生站強化轉診後送功能。
 - a. 辦理時程：於計畫開始後第 33 個月前完成強化衛生站之轉診後送功能。
 - b. 提升內容：於區級衛生行政單位(Directions Regionales de la santé ,DRS)下購置 2 台具基本快速轉送功能之救護車提升其轉診後送功能。

(3) 協助稽查計畫區域孕產婦死亡及新生兒死亡案例(包含社區、衛生站及區域級醫院)。

- A. 辦理時程及內容：分別於計畫開始後第 9 個月前、第 36 個月前各協助完成 1 次稽查計畫區域孕產婦死亡及新生兒死亡案例(包含社區、衛生站及區域醫院)，並以報告

型式提供布國衛生部參考。

五、預算及資源配置

(一) 預算來源：

1. 106：國合會 (TaiwanICDF)美金 234,784 元
布吉納法索(Brkina Fso) 美金 35,000 元
2. 107：國合會 (TaiwanICDF)美金 526,933 元
布吉納法索(Brkina Fso)美金 25,000 元
3. 108：國合會 (TaiwanICDF)美金 257,798 元
布吉納法索(Brkina Fso)美金 25,000 元
4. 109：國合會 (TaiwanICDF)美金 80,484 元
布吉納法索(Brkina Fso)美金 25,000 元

(二) 人力資源：

1. 計畫經理:1 人

(三) 其他資源：

國合會：駐地計畫經理 1 人。布吉納法索：衛生部(執行單位)計畫協調人 1 人、種子師資 16 人

附錄六、計畫 DMF 表

計畫設計及監控架構 (DMF)

	設計概要	標的/指標	基線 ¹⁵	監控機制及資料蒐集頻率	假設/風險
影響 ¹⁶	-	-	-	-	-
成果	提升計畫指定區 (Centre-Sud 區) 布國孕產婦及新生兒醫療照護服務之可近性	- 於計畫結束時，計畫指定區 (Centre-Sud 區) 之產婦及新生兒接受產後照護(生產後 6 日)之比例提升 20%。 - 於計畫結束時，計畫指定區 (Centre-Sud 區) 之孕婦第一次產檢是在第一孕期的比例提升 20%。	依據布國衛生部提供資料: - 基線為 2016 年計畫指定區 (Centre-Sud 區) 之產婦接受產後照護(生產後 6 日)之比例。 - 基線為 2016 年計畫指定區 (Centre-Sud 區) 之孕婦第一次產檢是在第一孕期的比例。	<u>監控機制：</u> 使用布國衛生部年報或衛生機構之統計資料。 <u>資料蒐集頻率：</u> 在計畫結束時，使用布國衛生部年報或衛生機構之統計資料。	<u>假設：</u> 服務可近性提升後孕產婦使用率亦提升。 <u>風險：</u> 法治及政治因素，導致計畫前述假設無法達成。
產出	1. 照護人員能力建構 (1) 孕產婦及新生兒醫療照護人員能力建構	在計畫結束時，完成派遣種子教師至台灣接受 2 個月「產婦照護及新生兒急診照護」課程，人數至少 8 人。		<u>監控機制：</u> - 受訓人員評核報告 - 台方顧問進行實地訪評	<u>假設：</u> 受訓人員態度積極、具學習動機且成效良好。 <u>風險：</u> 受訓人員學習態度及狀況不佳，無法配合受訓課程。 <u>假設：</u> 各機構間合作無礙。

¹⁵ 「成果」之基線數據為必填選項，俾利比較分析計畫達成結果；「產出」之基線可視實際狀況填寫。

¹⁶ 「影響」一欄視實際需求填寫。

	(2) 社區衛生工作者能力建構	● 在計畫結束時，完成由種子師資返國後開設「產婦照護及新生兒急診照護」課程至少 4 場，每場參與課程人數應至少 30 人。 ● 在計畫結束時，完成派遣種子教師至台灣接受 2 個月社區衛生工作者所需之相關照護課程，人數至少 8 人。 ● 在計畫結束時，完成由種子師資返國後開設 1 場區域層級之社區衛生工作者訓練師培訓班，培訓人數應至少 16 人。 ● 在計畫結束時，完成至少開設基層(社區)層級之社區衛生工作者訓練師培訓班 2 場，培訓人數應至少 32 人。 ● 在計畫結束時，完成至少舉辦基層(社區)層級之社區衛生工作者之「產婦健康照護」及「居家生產新生兒健康照護」訓練班 4 梯次，人數至少 200 人。 ● 在計畫結束時，完成至少舉辦基層(社區)層級之社區衛生工作者之「社區肺炎照護」及衛生教育推廣訓練班 4 梯次，人數至少 200 人。		● 台方顧問進行實地訪評 ● 計畫經理按月監控進度 ● 受訓人員評核報告 ● 台方顧問進行實地訪評 ● 台方顧問進行實地訪評 ● 計畫經理按月監控進度 ● 台方顧問進行實地訪評 ● 計畫經理按月監控進度 ● 台方顧問進行實地訪評 ● 計畫經理按月監控進度	<u>風險</u> ：各機構間合作聯繫不良。
--	-----------------	---	--	--	------------------------

	(3) 強化照護機構之社區衛教推廣能力 2. 強化醫療照護機構功能 (1) 強化照護機構之婦幼基礎照護功能	● 在計畫結束時，完成配合社區衛生工作者訓練班推廣婦幼相關之衛生教育，並發放婦幼相關之衛教文宣 20,000 份。 ● 在計畫結束時，完成協助強化至少 1 間區域醫院/設備較完善之衛生中心之婦幼基礎照護功能。 ● 在計畫結束時，完成協助強化至少 30 間衛生站之婦幼基礎照護及轉診後送功能。 ● 在計畫結束時，完成協助稽查計畫區域孕產婦死亡及新生兒死亡案例(包含社區、衛生站及區域醫院)。		● 計畫經理按月監控進度 ● 計畫經理按月監控進度 ● 計畫經理按月監控進度 ● 計畫經理按月監控進度	● 假設：相關機構能順利使用相關器材/設備且成效良好。 ● 風險：器材/設備無法正常維護及使用
	<u>計畫活動：</u> 1. 照護人員能力建構 1.1. 孕產婦及新生兒醫療照護人員能力建構 1.1.1. 派遣種子教師至台灣接受 2 個月「產婦照護及新生兒急診照護」課程，人數至少 8 人。 1.1.2. 由種子師資返國後開設「產婦照護及新生兒急診照護」課程至少 4 場，每場參與課程人數應至少 30 人。 1.2. 社區衛生工作者能力建構 1.2.1. 派遣種子教師至台灣接受 2 個月社區衛生工作者所需之相關照護課程，				<u>投入：</u> <u>布國衛生部同意：</u> 投入計畫之經費計約 110,000 美元 <u>國合會投入：</u> 總計美金 1,100,000 元

人數至少 8 人。 1.2.2. 由種子師資返國後開設 1 場區域層級之社區衛生工作者訓練師培訓班，培訓人數應至少 16 人。 1.2.3. 至少開設基層(社區)層級之社區衛生工作者訓練師培訓班 2 場，培訓人數應至少 32 人。 1.2.4. 至少舉辦基層(社區)層級之社區衛生工作者之「產婦健康照護」及「居家生產新生兒健康照護」訓練班 4 梯次，人數至少 200 人。 1.2.5. 至少舉辦基層(社區)層級之社區衛生工作者之「社區肺炎照護」及衛生教育推廣訓練班 4 梯次，人數至少 200 人。 1.3. 強化照護機構之社區衛教推廣能力 1.3.1. 配合社區衛生工作者訓練班推廣婦幼相關之衛生教育，並發放婦幼相關之衛教文宣 20,000 份。 2. 強化醫療照護機構功能 2.1. 強化照護機構之婦幼基礎照護功能 2.1.1. 協助強化至少 1 間區域醫院/設備較完善之衛生中心之提升婦幼基礎照護功能。 2.1.2. 協助強化至少 30 間衛生站之婦幼基礎照護及轉診後送功能。 2.1.3. 協助稽查計畫區域孕產婦死亡及新生兒死亡案例(包含社區、衛生站及區域醫院)。	
---	--

附錄七、顧問專業評估報告

出國報告（出國類別：考察）

104 年度布吉納法索孕產婦及新生兒保

健功能提升計畫事實調查暨評估任務

返國報告

服務單位：三軍總醫院婦產部

姓名職稱：余慕賢

派赴國家：布吉納法索

出國期間：104 年 11 月 13 日～27 日

報告日期：104 年 11 月 27 日

104 年度布吉納法索孕產婦及新生兒保健功能提升計畫事實調查暨評估任務

報告摘要

承蒙國合會的邀約，本人於 104 年 11 月 13 日至 27 日期間與人道援助處陳組長、鄭計畫經理及林顧問赴西非洲布吉納法索進行“布吉納法索孕產婦及新生兒保健功能提升計畫事實調查暨評估”任務，目的主要在確認該計畫施行的規模和內容。

布吉納法索為我國非洲邦交國，因為貧困與基本衛生設施不足，使其在維護人民健康上困難重重，如何改善孕產婦及新生兒的健康狀況為其最大之挑戰。依本計畫先期研究結果認為布國婦幼衛生現階段孕產婦及新生兒醫療照護服務的可近性不佳，社區民眾與婦幼衛生體系聯繫失調且相關醫療照護機構設施及能力不足。因此，國合會配合布國國家衛生發展政策，運用我國公衛領域之優勢，規劃及推動本計畫以提升該國孕產婦及新生兒的保健效能。

考察期間拜會了布國衛生部、衛生部家庭健康司及駐布國大使館。先後參訪了衛生部所挑出全國最困難的三個計畫候選區，也就是 Est 區，Centre-Sud 區和 Sud-Ouest 區的區衛生行政辦公室，區內區域醫院和衛生暨社會促進站。經過實地比較和評估，Est 區人口數和衛生站最多，但路況最差，Sud-Ouest 區幅員遼闊距離遠，衛生站覆蓋不足，因此選出 Centre-Sud 區為計畫標的。未來預計規劃人員來台進修和提供強化各級醫療體需要的基本配備，尤其著重在提升轉診功能方面。參訪駐布吉納法索醫療團也是此行任務之一，醫團生活環境尚可，以目前二位醫師技術支援為主的現況，巡診衛教雖依計畫如期進行，但醫療功能很難表現亮點，未來可考慮徵召年輕專科醫師，創造亮點，也可加入中醫針灸，投其所好。

雖然此計畫有實際的困難與諸多的限制，然而，從專業的評估發現，布國孕產婦與新生兒照護的相關需求很迫切。計畫實施需要因地制宜，從現地的情況思考，發揮效能。期待藉由「布吉納法索孕產婦及新生兒

保健功能提升計畫」，可以成功降低計畫區孕產婦與新生兒的死亡率，更期許未來將可行之計畫擴大推廣以造福更多的民眾。

目次

<u>壹、計畫概述</u>	4
一、計畫緣起	
二、執行期間	
三、任務目標	
四、執行人員	
五、執行工作範圍及評估重點	
六、行程紀要	
<u>貳、考察國家特色與概況</u>	6
<u>參、評估發現</u>	7
<u>一、衛生醫療機構</u>	8
(一) CSPS	
(二) CMA	
(三) CHR	
<u>二、Est 區、Centre-Sud 區及 Sud-Ouest 區的選擇評估</u>	8
<u>三、駐布吉納法索醫療團</u>	9
<u>肆、規劃建議</u>	10
<u>伍、參與心得與感想</u>	10
<u>陸、附件（任務相關照片）</u>	12

計畫概述

一、計畫緣起

布吉納法索（以下稱布國）為我國非洲邦交國，該國人民平均壽命為 54.78 歲(2014)，在健康維護上最大之挑戰為如何改善孕產婦及新生兒的健康狀況。本會於上(103)年 8 月間赴布國進行婦幼相關公衛類型計畫之界定任務，依據該次任務結論，布國婦幼衛生現階段所面臨之最大考驗為孕產婦及新生兒醫療照護服務的可近性不佳，主要原因為國土幅員廣大，部落散居，社區民眾與婦幼衛生體系聯繫不佳、孕產婦及新生兒相關醫療照護機構的設施及能力不足。為配合布國國家衛生發展政策，並運用我國公衛領域之優勢，本會經與布國協商，規劃推動「布吉納法索孕產婦及新生兒保健功能提升計畫」(以下簡稱本計畫)，強化布國醫療照護機構功能並提升該國孕產婦及新生兒保健效能。

二、執行期間

本案任務自本(104)年 11 月 13 日至 27 日止(含飛航行程共 15 日)。

三、任務目標

- (一) 計畫規模、執行項目及內容規劃確認
- (二) 雙方投入資源確認
- (三) 合作單位執行能力及合作模式確認
- (四) 建立計畫發展共識
- (五) 計畫之風險確認與再評估

四、執行人員

本案擬由本會人道援助處公衛醫療組陳組長曉或偕同鄭專員晏宗、三軍總醫院婦產部余主任慕賢及林口長庚紀念醫院新生兒加護病房林主任瑞瑩執行本次考察任務。

五、執行工作範圍及評估重點

(一) 計畫規模、執行項目及內容規劃確認

1. 拜訪政府及其他計畫相關利害關係人；
2. 參訪布國 Est 區、Centre-Sud 區及 Sud-Ouest 區醫療機構；
3. 確認計畫內容（含訂定產出、成果之指標等）、預算等細部規劃。

(二) 雙方投入資源確認

請布方衛生部確認投入資源。

(三) 合作單位執行能力及合作模式確認

1. 確認布國執行單位能力。
2. 確認與其他利害關係人之合作模式。

(四) 建立計畫發展共識

建立各利害關係人共識，確認本計畫下一階段之發展。

(五) 計畫之風險確認與再評估

針對本次考察發現提出潛在之執行風險，作為後續計畫執行之參考。

六、行程紀要

104 年 11 月 13 日搭長榮班機自台北啟程，11 月 14 日清晨抵前日慘遭恐怖攻擊而戒備森嚴的巴黎，市區軍警荷槍實彈，還算平靜。11 月 15 日連接法航於夜間抵達布國首都 Ouagadougou，次日即展開實地的考察行程。活動安排緊湊，11 月 16 日早上先行拜會駐布國大使館，向駐館說明本次考察主要目的及徵詢沈大使的意見，中午並於使館中巧遇布國當地從事基層衛教工作的 NGO，相互交換意見。下午拜會衛生部家庭健康司，與司長討論計畫內容和考察時程。11 月 17 日前往 Est 區，拜會 Est 區衛生行政辦公室，接著參訪了 Est 區唯一的一所區域醫院(Centre Hospitalier Regional; CHR)和一間衛生暨社會促進站(Centre de Sante et Promotion Sociale; CSPS)。11 月 18 日拜會中央衛生部，由秘書長接見。隨後前往 Centre-Sud 區，拜會區域衛生行

政辦公室後參訪了 Centre-Sud 區內 Manga 的衛生中心(Centre Medical Avance; CMA) 和一間 CSPA。由於次日安排參訪的 Sud-Ouest 區距離首都超過 400 公里，為免耽誤隔日行程，下午即趕往 Sud-Ouest 區，當晚投宿該區旅社。11 月 19 日拜會 Sud-Ouest 區衛生行政辦公室並參訪當地 Gaoua 一所 CHR 和一間 CSPA。11 月 20 日前去距首都 90 分鐘車程的 Koudougou 市拜會駐布醫療團，同時參訪友誼醫院。11 月 21 日官邸午宴，晚間與駐布醫療團餐敘。11 月 22 日利用時間整理考察資料，11 月 23 日與同行就考察內容交換意見，填寫評估表並在使館徐秘書的即時翻譯下與衛生部家庭健康司官員討論計畫區的選定和規劃內容。晚間設宴答謝使館與醫團之協助。11 月 24 日參加大使館與衛生部家庭健康司官員之晚宴。由於布國大選在即，法航臨時大幅更改飛航時刻表，為能如期返台，本人與林主任當晚提前離境，夜宿巴黎，以便乘次日長榮班機於原訂時間抵達台北，結束任務。

考察國家特色與概況

布國位於非洲西部，全國面積約台灣七倍大，屬熱帶氣候，冬乾夏潮，地形多為廣闊的草原。行政上，全國劃分為 13 個區、45 個省、350 個行政區、351 個城鎮及 8,228 個村落，目前人口約一千八百萬人，教育水準低落，15 歲以上識字人口不到三分之一。布國天然資源匱乏，產業基礎薄弱，經濟上以農業、畜牧業為主。衛生醫療方面，布國有其國家衛生發展計畫，惟須仰賴世衛、世銀及各國國際組織的合作。布國人民在健康上所遭遇之威脅為高死亡率，人民的平均壽命為 54.78 歲，在全球排名第 207 名(2014)。根據官方資料，布國孕產婦死亡率為 341/每 10 萬活產數，主要死因為產後出血、感染、胎盤滯留、子宮破裂及流產相關併發症等；新生兒死亡率為 28/每千名活產(EDS 2010)，五歲以下幼童死亡率則為 102/每千人，死因前三名分別為瘧疾、其他疾病及急性呼吸道感染，且至少一半的幼童產生肺炎症狀時無法接受完善的治療，該國衛生部在 2009-2015 年策略目標中訂定應確保相關生育衛生用品及服務之可近性。整體而言，布國因幅

員廣大，居住分散，健康照護機構之可近性不佳，56%的社區距離所屬之健康照護機構 10 公里以上。除衛生部固定以專案計畫增設衛生據點外，各級機構普遍缺乏醫療照護所需之設備及專業人員，其中孕產婦與新生兒之健康狀況會因居住區域不同，衛生機構覆蓋率不同而有差異，尤以東部、西南部及中南部的狀況令人感到憂慮。為提升孕產婦及新生兒保健功能，亟需在現有的醫療體系下，著手強化社區工作者的衛生促進功能，提升各級照護機構人員的專業技術和增加轉診後送的能力。

評估發現

衛生醫療機構，此次考察目標為一、二級醫療體，不包括第三級的教學醫院(Centre Hospitalier Universitaire; CHU)

(一)衛生暨社會促進站(CSPS)屬一級醫療體，全國約有一千三百餘間，直接和民眾接觸，負責責任區內的初級醫療，孕產(maternity)是主要照護項目，都有獨立房舍。孕產婦多由社區衛生工作者(Agents de santé à base communautaire, ASBC)安排進行醫療照護，需要進階處置的孕產婦則會轉至二級醫療機構。此次參訪三區的 CSPS，房屋設備普遍破舊髒亂，空間堆放的多是已不堪使用的器材，產房幾乎沒有更新維護，遑論清潔無菌的醫療環境。醫護人員之數量雖勉強維持，基本照護技能也尚可，但欠缺主動改善的精神，長期被動的習慣不容易改變。CSPS 沒有轉診能力，需要聯絡二級醫療體接送，雖然助產士都知道轉診時機，但轉送的過程常遇困難，結果則算在後送單位，導致機構內孕產婦死亡率偏高。

(二)衛生中心(CMA)屬二級醫療體，為設備較完善的衛生中心，全國有 42 間，負責責任區的初級醫療和 CSPS 轉診。此次參訪 Centre-Sud 區內 4 間 CMA 的其中之一，位於區內的 Manga，是頗具規模的衛生中心，有獨棟手術室可以進行外科手術和剖腹生產。院內有分內、外、婦、兒科，各有專屬病房，屋舍仍是

因陋就簡，設備或堆積、或荒廢，十分可惜。病人和陪伴處處席地而躺，儀器不堪使用後只有置物功能。產房設施簡陋，器械明顯不足，都是只經過簡單的消毒滅菌就使用。內外科醫師較足夠，婦產科以孕產為主，婦科手術少，醫護人力靠助產士和專科護理師，只有一位支援的婦產科醫師每周來一日巡診，解決較困難的病例。院裡有各國國際組織贈送的車輛都已損壞拋錨。以此醫療人力和配備要擔負轉診重任，確實無力又無奈。

(三) 區域醫院(CHR)亦屬二級醫療體，全國有 9 間，也是負責責任區內的初級醫療和各方轉診。此次參訪 Est 區內唯一間位在 Fada 的 CHR 和 Sud-Ouest 區內也是唯一間位在 Gaoua 的 CHR。整體看來，CHR 具有較完善的規模，有獨棟的急診室、手術室可以進行外科手術和剖腹生產。院內有分內、外、婦、兒科，各有專屬病房，病房設施的管理和維護與 CMA 相差無幾。有一位婦產科醫師，主要的生產照護由二、三十位助產士處理，醫師負責需要進階如生產合併症、剖腹手術的處置。參訪中正好有救護車載運兒科轉診，實際上可能有為數不少的轉診需求，但能用的車輛極有限，院區內有修車處，停放來自各國國際組織贈與的車輛，修復效率不得而知。CHR 都是該區主要接受轉診的機構，實際轉診卻困難重重，要協助減少孕產婦及新生兒的死亡率，有必要提升責任醫院接受轉診的能力。

Est 區、Centre-Sud 區及 Sud-Ouest 區的選擇評估

(一) 11 月 17 日當日往返距首都 250 公里的 Est 區，參訪了 Est 區 Fada 的一所區域醫院(CHR)和一間衛生暨社會促進站(CSPS)。該區只有一間 CHR，著手增加該醫院設備，可以強化轉診能力，加上該院已有國際團體的營養提升計畫和可能有 NGO 團體協助該區強化 ASBC 的功能，相同的資源所獲得的效益及能見度應較高，況且紀錄中 Est 區的產婦死亡率為三區之冠，指標改善空間可說較大。然而距首都需要 3 小時車程，沿途路況又不佳，

車輛必須繞行坑坑洞洞，極易折損，乾季如此，雨季會更困難，再者，Est 區有 156 萬人口，117 間 CSPS，都是三區中最多，以相同的資源要分配較多的點，資源密度自然最低。

- (二) 11 月 18 日前往距首都 100 公里的 Centre-Sud 區，參訪了 Centre-Sud 區內 Manga 衛生中心(CMA) 和一間 CSPS。此區的優勢是距首都近，路況良好，相同的資源分配密度會較高。此區有分布平均的 CMA，強化 CMA 的轉診能力，整區的指標效益較易顯現。未來計畫需要實地訪評，選擇此區會較另二處容易。然而該區 78 萬人口，100 間 CSPS，孕產婦死亡率最低，指標改善空間最有限是其劣勢。
- (三) 11 月 19 日參訪當地 Gaoua 一所 CHR 和一間 CSPS。因為距首都 400 公里，往返需費時二日。此區孕產婦死亡率為三區之次，而新生兒死亡率為三區之冠，指標改善空間較大。參訪當日，巧遇年初曾來台受訓的學員，回國後升任地區衛生行政主管，對於爭取提升計畫較另二處積極許多。當日亦見德國團體計劃協助婦幼營養改善。惟此區距離首都最遠，路況雖尚可，但幅員遼闊，115 間衛生站覆蓋率不足，效益較不易彰顯。未來的實地訪評相當困難。另外，由於此區與象牙海岸及迦納相鄰，資源共享，對於布國民眾實際獲得的效益較難評估。

三、駐布吉納法索醫療團

- (一) 醫療團現況，自 103 年 8 月起與布國古都古醫院合作進行特定專科門診。醫團雖為人道援助，但古都古醫院病患的治療需自費，有時成為治療門檻，除此之外，與當地或古巴醫師就特殊疾病聯合診治以達技術交流。另外與布國地區衛生、初級教育單位合作在古都古地區進行巡迴診療與學童衛教，同時納入醫工人員、基層衛生站資深護理人員與助產師之培訓。
- (二) 依目前人員現況，二位資深醫師，二位新進資淺醫師，一位資淺牙醫師，加上醫工與檢驗師要達成提升醫療計畫的預期效益，

確實不易，需要尋求亮點，凸顯存在。還好在黃團長領導下，團員都努力學習語言，法語都可上口，與當地住民溝通無礙，可以照表訂計畫安排巡診、衛教和培訓。

（三）團員生活區似一大合院，有餐廳，交誼廳，空間及設施還不錯，物質生活亦不差。未來如能突破人事歸屬，必能吸引優秀志願者加入，不論是內、外、婦、兒科，都是年輕專科醫師累積臨床經驗的好地方。

（四）增加中醫針灸也可考慮，根據在幾內亞比索的經驗，非洲民眾對中醫針灸非常地信任與喜愛，事實上也能顯現特色亮點。

規劃建議

一、選出 Centre-Sud 區為計畫標的。

二、未來規劃人員來台進修，不論是醫療照護或是社區衛教推廣，課程應以當地可行性為主軸，回國後落實培訓計畫，達成指標要求。

三、提供強化各級醫療體需要的基本配備，尤其著重在提升轉診功能方面。

心得與感想

這次的布吉納法索考察任務得以順利完成，要感謝國合會相關長官用心的規劃與安排，從九月份與三總的合作案討論會議、受邀考察、行前會議到提供內容充實完整的任務相關資料，也感謝駐布國大使館從大使，秘書到司機的全力協助，和駐布國醫療團精銳盡出的安排陪同翻譯和車輛，更要感謝陳組長、宴宗和林顧問的相互照顧，使本任務可以豐富、緊湊與充實，順利完成預期目標。

任務從遇見巴黎恐攻揭開序幕，再回到非洲，實際上見到的與 24 年前去的中非共和國和離開 21 年的西非幾內亞比索相差無幾，政府無力，人民無奈，雖有來自各國的援助不斷，但感覺上，你幫助她，她感謝，你不幫助她，她也無所謂，缺少一點自強意識。布吉納法索的國家衛生行政體系由中央到地方分為三層，醫療體系亦分為三級，然而因為教育水平低、貧困、營養不良與基本衛生設施不足，使其在

維護人民健康上面臨多重的困境，如何改善孕產婦及新生兒的健康狀況應是其中最大之挑戰。依本計畫先期研究結果認為布國婦幼衛生現階段孕產婦及新生兒醫療照護服務的可近性不佳，社區民眾與婦幼衛生體系聯繫失調且孕產婦及新生兒相關醫療照護機構設施及能力不足。國合會為配合布國國家衛生發展政策，規劃推動本計畫以提升該國孕產婦及新生兒保健效能。

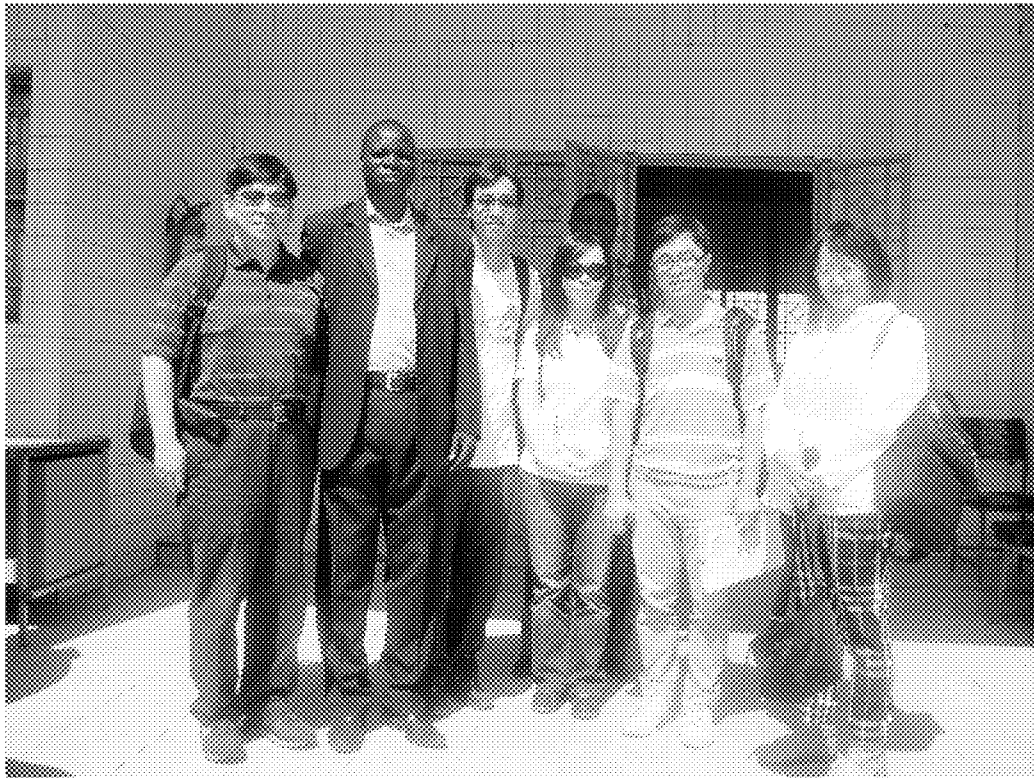
這次衛生部自全國挑出困難的三個區候選參加孕產婦及新生兒保健功能提升計畫，我們以三天緊湊的行程，觀察各區主客觀的條件，選出中南區為計畫施行的標的。預計規劃人員來台進修和提供強化各級醫療體需要的基本配備，尤其在提升轉診功能方面。整個計畫最重要的部分應該是種子師資的培育，期待學員借鏡返國後發揮功能，從改變民眾衛生習慣開始，發揮影響力。我們也利用這次機會看看醫療團的運作情形，看到每個團員的法語都朗朗上口，認真，負責自不再話下。據黃團長表示，目前台布醫療合作定位在技術支援，並非補充基層人力，醫院不是由我主導，要為病患治療還要看病患是否繳得出醫院的費用，即使萬般皆備，治療時也會缺東缺西，狀況百出，這與當年在幾內亞比索醫療團大不相同，確實難有亮點。增加年輕專科醫師，以累積自我的經驗期許，即使行使一線醫療，也會有亮點。

實地在醫院床邊接觸布國孕產婦，雖然環境髒亂，產後婦女也毫無忌諱的席地而睡。迎接新生命的喜悅，舉世一般，分享，陪伴的家人眾多，也讓病室環境亂成一團，長期習慣於這種粗造簡陋的服務，是無奈也是宿命，似乎無人抱怨，當然也無心改善。

相信此計畫執行上可能會遇上超出預期的困難，也存在許多限制，然而，從專業的評估發現，布國孕產婦與新生兒照護的相關需求確實很迫切。計畫實施，需要因地制宜，呼應文化、民情、與現況，waiting house 的概念和摩托車救護轉診的建議就遭司長認為不符民情和路況困難而拒絕。任何改變還是從教育著手，期待藉由貫徹本計畫的指標要求，能夠改善孕產婦與新生兒的死亡率，更希望能看到具體進步的成果，有機會將計畫逐步擴展到更多民眾，讓布國

孕產婦的健康指標脫離落後國家之列。

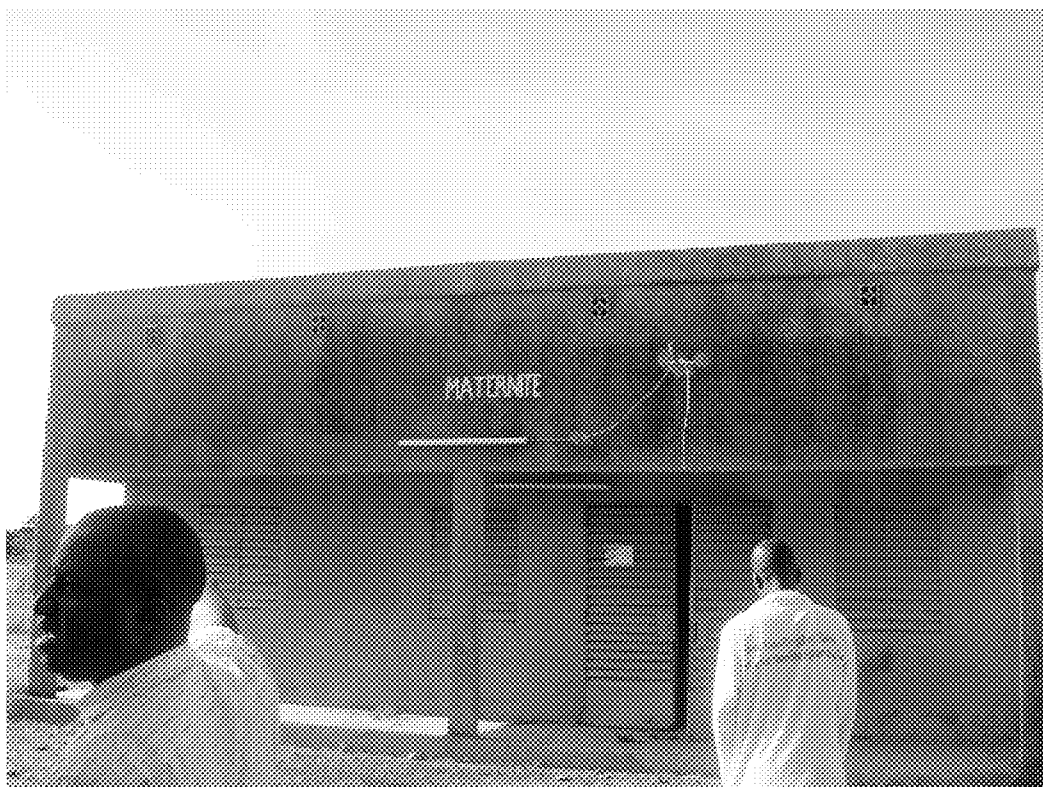
附件（任務相關照片）



11月17日前往Est區，拜會Est區衛生行政辦公室



區域醫院(CHR)有獨立急診室



東區的 CSPS 有孕產照護



房舍普遍破舊髒亂，予人有荒廢的感覺



CMA 有獨棟手術室可以進行外科手術和剖腹生產



CSPS 仍以手持胎音偵測器檢查



救護摩托車



拜會衛生部秘書



病患習慣席地而臥，有床不躺



救護車轉診



各國捐贈的救護車，大都已不堪使用



有誼醫院前與醫團合影

出國報告（出國類別：考察）

布吉納法索孕產婦及新生兒保健功能提升計畫

事實調查暨評估任務工作

返國報告

服務單位：林口長庚紀念醫院新生兒科

姓名職稱：新生兒加護病房主任林瑞瑩副教授

派赴國家：布吉納法索

出國期間：104 年 11 月 13 日～27 日

報告日期：104 年 12 月 2 日

布吉納法索「孕產婦及新生兒保健功能提升計畫」事實調查 暨評估任務工作

報告摘要

布吉納法索（以下稱布國）為我國非洲邦交國，該國人民出生時平均餘命為 54.78 歲(2014)，在健康上所遭遇最大之挑戰為改善孕產婦及新生兒健康狀況。本會於上(103)年 8 月間赴布國進行婦幼相關公衛類型計畫之界定任務，依據該次任務結論，布國婦幼衛生現階段所面臨之最大考驗為孕產婦及新生兒之醫療照護服務可近性不佳，主要原因為社區民眾與婦幼衛生體系聯繫不佳、孕產婦及新生兒相關醫療照護機構能力不足。為配合布國國家衛生發展政，並運用我國公衛領域之優勢，本會經與布國協商，規劃推動「布吉納法索孕產婦及新生兒保健功能提升計畫」(以下簡稱本計畫)，強化布國醫療照護機構功能並提升該國孕產婦及新生兒保健效能。

報告者於自 104 年 11 月 13 日至 27 日期間，赴布吉納法索（以下稱布國）進行「孕產婦及新生兒保健功能提升計畫」事實調查工作。此次的工作任務的主要，包括：

- (一) 計畫規模、執行項目及內容規劃確認
- (二) 雙方投入資源確認
- (三) 合作單位執行能力及合作模式確認
- (四) 建立計畫發展共識
- (五) 計畫之風險確認與再評估

此行執行工作範圍及評估重點為下：

- (一) 計畫規模、執行項目及內容規劃確認
 - 1. 拜訪政府及其他計畫相關利害關係人；
 - 2. 參訪布國 Est 區、Centre-Sud 區及 Sud-Ouest 區醫療機構；
 - 3. 確認計畫內容（含訂定產出、成果之指標等）、預算等細部規劃。
- (二) 雙方投入資源確認

請布方衛生部確認投入資源。
- (三) 合作單位執行能力及合作模式確認

1. 確認布國執行單位能力。
2. 確認與其他利害關係人之合作模式。

(四) 建立計畫發展共識

建立各利害關係人共識，確認本計畫下一階段之發展。

(五) 計畫之風險確認與再評估

針對本次考察發現提出潛在之執行風險，作為後續計畫執行之參考。

此次任務在於初步達成布國國家與機構層面，孕產婦及新生兒保健方面需求之確認，在促進布國掌握主導權（ownership）的基礎下，訂定三個主軸方案，包括：（1）第一線孕產婦與新生兒健康照護人員之能力建構，分為繼續教育課程架構、種子教師培訓、婦嬰訓練；（2）強化第一線孕產婦與嬰兒健康照護之基本功能，分為設備更新、指引訂定。（3）贈與轉送救護車以期即時轉送高危險孕產婦以減少其因生產而衍發之死亡。

期許「布吉納法索孕產婦及新生兒保健功能提升計畫」能儘速展開，藉由第一線孕產婦與嬰兒健康照護人員之能力提升，輔以轉送運輸工具與新生兒急救設備更新等，以有效降低布國孕產婦及新生兒死亡率。

目次

壹、計畫緣起	111
貳、考察國家特色與概況	113
參、評估發現	114
肆、規劃建議	117
一、可行方案建議	136
二、計畫時程	錯誤! 尚未定義書籤。
三、計畫目標	錯誤! 尚未定義書籤。
四、執行內容	錯誤! 尚未定義書籤。
五、計畫成效	錯誤! 尚未定義書籤。
六、執行限制與討論	138
(一) 潛在風險	錯誤! 尚未定義書籤。
(二) 可能限制	138
伍、參與心得與感想	117
陸、附件 (任務相關照片)	120

計畫緣起

一、計畫背景

聯合國八大「千禧年發展目標」(Millennium Development Goals, MDGs) 與孕產婦保健相關之目標共 2 項，包括：目標 4「降低兒童死亡率」(reduce child mortality)，以及目標 5「促進孕產健康」

(improve maternal health)，主要指標就是降低孕產婦死亡率。聯合國於 2013 年提出「2015 年後國際發展議程」(Post-2015 Development Agenda)，十四項主題中有兩項與婦幼衛生相關，分別為「第四項：確保健康的生活」及「第五項：確保食品安全和優質營養」。

布吉納法索 (Burkina Faso) (以下簡稱布國) 為我非洲邦交國之最大國，然而因資源缺乏人民所得貧瘠，其人民健康情況急需有所改進。布國人民之平均壽命屬世界之末，而其最主要婦幼健康問題，包括孕產婦死亡率高（在 2010 年，每 10 萬例活產的孕產婦死亡人數為 320 人，全球排名 36 名），嬰兒死亡率 (Infant mortality Rate)（在 2013 年，每千名活產嬰兒的死亡人數為 57.19 人，全球排名 32 名）與新生兒死亡率 (Neonatal mortality rate)（28.0 人/每千名活產嬰兒，2012 年）亦高居不下，屬於全球國家中較差的 10%；其中嬰兒死亡率更是一個國家的健康和社會經濟水平的指標。

國際合作發展基金會（以下簡稱國合會）主要目標之一，提供夥伴國公衛醫療相關援助計畫。有鑑於「甘比亞孕產婦保健功能提升合作計畫」的成功，達成降低孕產婦死亡率的目的。秉持國合會的核心策略，以受援國為主體，配合布國國家衛生發展政策及國際組織援助發展重點，複製運用我國在國際上具備比較優勢的醫療服務與公衛專業，規劃在國進行「孕產婦及幼童保健功能提升計畫」，以基層醫護人員之能力建構及基礎醫療單位之機構能力提升為主軸，改善布國婦幼健康狀態及提升該國婦幼照護品質。

二、任務目的

透過本次考察評估期能達到以下目標：

- (一) 計畫規模、執行項目及內容規劃確認
- (二) 雙方投入資源確認
- (三) 合作單位執行能力及合作模式確認
- (四) 建立計畫發展共識
- (五) 計畫之風險確認與再評估

三、任務時程

自 104 年 11 月 13 日至 27 日（含飛航行程），計 14 日。

四、工作範圍

本次界定任務確認相關事項如下：

- (一) 計畫規模、執行項目及內容規劃確認
 - 1. 拜訪政府及其他計畫相關利害關係人；
 - 2. 參訪布國 Est 區、Centre-Sud 區及 Sud-Ouest 區醫療機構；
 - 3. 確認計畫內容（含訂定產出、成果之指標等）、預算等細部規劃。
- (二) 雙方投入資源確認

請布方衛生部確認投入資源。

- (三) 合作單位執行能力及合作模式確認
 - 1. 確認布國執行單位能力。
 - 2. 確認與其他利害關係人之合作模式。
- (四) 建立計畫發展共識

建立各利害關係人共識，確認本計畫下一階段之發展。

- (五) 計畫之風險確認與再評估

針對本次考察發現提出潛在之執行風險，作為後續計畫執行之參考。

五、出差人員

1. 國際合作發展基金會人道援助處鄭晏宗計畫經理
2. 國際發展基金會人道援助處陳曉戎組長
3. 國防部三軍總醫院婦產部主任余慕賢教授
4. 林口長庚紀念醫院新生兒加護病房主任林瑞瑩副教授

六、行程紀要

在實地 10 天的考察工作行程，此行人員深入布國東部(Est) Fada 區，中南(Centre-Ouest) Manga 區，及西南(Sud-Ouest) Gaoua 區拜會與參觀CHR, CMA/CM 和 CSPS 等各層級醫療健康服務機構、和這些不同層級的醫護人員一同深入工作現場，包括和其最高行政領導會談，以了解布國醫療不足之處，得以擬定本國政府如何能夠就其所需而提供邊際效應最高的援助；此行並與布國政府衛生部和家庭健康司負責官員協商溝通合作計畫書訂定及執行之細部事宜。

考察國家特色與概況

布吉納法索位於非洲西部，與馬利、象牙海岸、迦納、多哥、貝南和尼日為鄰，全國面積 274,200 平方公里(約台灣 7 倍大)，為目前我國之最大邦交國。布國屬熱帶氣候，冬季乾燥夏季潮濕，但雨季短暫土地為經常性旱災、最主要的環境議題則為旱災、土地沙漠化、過度放牧、土地退化及森林砍伐。布吉納法索全球發展指數(Human Development Index ; HDI)為全球倒數第 5 名(2012)；另該國 15 歲以上識字比率為 28.7% (2007)。布國目前全國人口約 18,365,123 人(2014)在全球排名第 60 名，人口分布圖呈現金字塔型，其中 0-14 歲人口佔 45.4%、15-24 歲 20.1%、25-54 歲 29%、55-64 歲 3.1%、65 歲以上人口則佔 2.5%。全國年齡中位數為 17 歲，其中男性年齡中位數為 16.9 歲、女性為 17.2 歲(2014)；人口成長率為 3.05% (2014)，在全球排名第 11 名；每千人出生率為 42.42(2014)，在全球排名第 5 名；每千人死亡率為 11.96 (2014)，在全球排名第 27 名。性別分佈的部分，

出生時的性別比(男性/女性)為 1.03，65 歲以前各年齡層性別比約為 0.99-1.03, 65 歲以上為 0.62, 總人口性別比為 0.99 (2014)。

評估發現

布吉納法索國家衛生行政體系由中央到地方分為三層：中央由衛生部長及秘書處(設秘書長職)領導各行政部門，負責政策制定、資源調度、國家衛生醫療管理控制及評核;第二層為 13 個區域衛生辦公室(類似我國各縣、市衛生局)，負責地區間衛生醫療事務之執行;第三層為地方之 63 個衛生中心(類似我國各鄉鎮衛生所)，由區域衛生辦公室統籌指揮。根據本次考察期間布國衛生部提供之資料顯示該國醫療體系亦分為三級，根據此次考察結果以及布國衛生部所提供資料：初級為直接和民眾接觸之衛生站(Centre de Santé et Promotion Sociale ; CSPS)，全國共 1606 間;第二級共有 9 間區域醫院 (Centre Hospitalier Régional; CHR)及設備較完善之衛生中心(Centre Médical Avancé ; CMA) 45 間;第三級有 4 間教學醫院(Centre Hospitalier Universitaire ; CHU) 另外也有私營醫療機構。

一般孕婦生產是在衛生站 CSPS, 但是衛生站的分佈與數量都不盡所需，布國產前照護四次以上之覆蓋率為34%(區域平均為47%)、生產時有能力助產人員陪同之比例為 67%(區域平均為48%)，雖然政府有明法規定不能在家中生產，但是直到近年來還是有將近40%的婦女是在沒有任何醫療設施的環境下生產的 (WHO 2014)。其中一部份原因是因為衛生站與產婦居住的地區距離太遠，有產兆時前往衛生站或其他任何衛生醫療機構都已經來不及；而即使能夠到衛生站生產，此行所見的包括衛生站在內，所有層級衛生醫療機構的生產設備器材、

環境都極度簡陋、不衛生；人員的教育也有限，許多處置方法都是根據如 WHO 等國際機構所制定的流程海報當作指引來做。這諸多不利因子也造成了布國婦女於衛生機構內生產之產婦死亡率偏高（布國產婦死亡率為 152.4/每10萬名活產）。

進一步分析布國孕產婦主要死因為：出血（30%）、感染(23%)、胎盤滯留（11.4%）、子宮破裂(10%)、流產相關併發症(10%)、子癲前症（妊娠毒血症）/子癲症(4%)（2011）。這些孕程中或是生產時的異常病理狀態也都直接間接會影響胎兒或新生兒的健康，甚或導致胎兒或新生兒的死亡。布國確實有過高的周產期死亡率（30/1000個次懷孕）：其中當然包括高機率死產(26/1000人次懷孕)，以及高新生兒死亡率（28/每1000名活產，為台灣的10倍以上）。新生兒前三大死因為周產期窒息、早產、及新生兒敗血症。

Burkina Faso

African Region

Maternal and Perinatal Health Profile

Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (MCA/WHO)

Demographics and Information System		Health status indicators - Maternal and Perinatal mortality	
Total population (2012) [1]	16,460,141	Maternal mortality ratio (2010) [3]	300
Total women aged 15-49 years (2012) [1]	3,800,815	Annual number of maternal deaths (2010) [3]	2,100
Annual number of births (2012) [1]	538,355	Fetal mortality rate (2010) [4]	36
Sex ratio at birth (2009-10) [1]	1.05	Stillbirth rate (2009) [2]	26
Birth registration coverage [2]	76.9	Neonatal mortality rate per 1000 live births (2012) [5]	28
Total fertility rate (2012) [1]	5.7	Annual number of neonatal deaths (2012) [5]	18,036
Adolescent fertility rate (per 1000 women) (2005-10) [1]	130		
Under-five population [1]	2,931,980		
Coverage of vital registration of deaths [2]	-		

Sources: [1] Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, *World Population Prospects: The 2012 Revision*.

[2] WHO, *World Health Statistics 2012*.

[3] WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates, *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*.

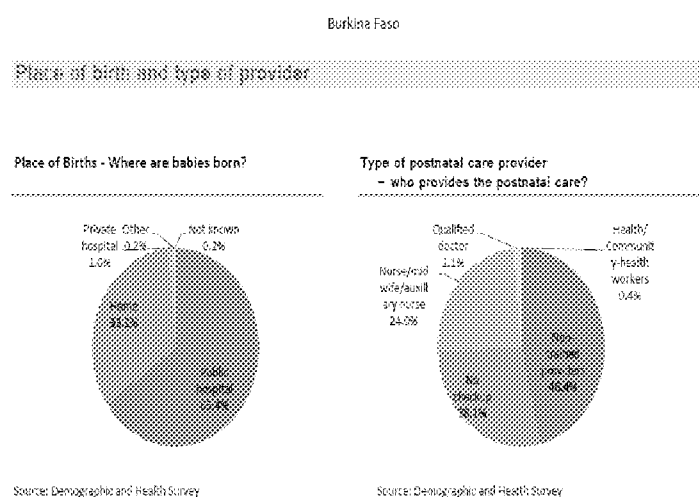
[4] Demographic Health Survey.

[5] UNICEF/M-CT/World Bank/UN Pop Div, *Levels and Trends in Child Mortality, Report 2013*.

而由上圖之左表中 WHO 統計對布國的 coverage of vital registration of deaths 無法掌握確實資料，以及布國政府對非醫療機構生產之孕產婦死亡，死產，及新生兒死亡都沒有監督登記的機制，因此以上之統計數值有可能比實際情況要低估許多。

如前所言，布國即便是轉診區域醫院 CMA 或 CHR 裡面生產的環境都很不衛生，例如產台完全沒有使用布單覆蓋，器械消毒不全等；尤有

甚者新生兒的處理完全違反章法及新生兒的生理需。各層級衛生機構都沒有一個專門處理新生寶寶的空間，往往就是在放各種生產器械的桌子上有一個磅秤，測量體重似乎成了唯一的處置。那個擁擠的桌面沒有保溫的措施，房間往往昏暗不明，也就沒有如一般大多數已開發、或開發中國家用 Apgar score 來評估新生兒基本的心肺功能，沒有在第一時間認知那些寶寶有困難需要幫助，遑論對需要基本處置就可度過新生兒窘迫的寶寶施予及時、簡單、但是可以救命的處置。

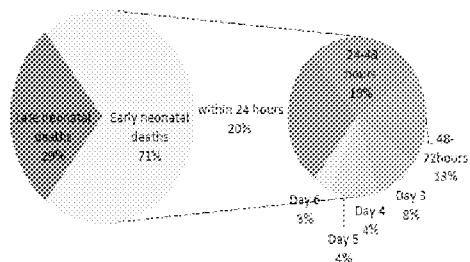


布國有~33% 的新生兒出生於家中

約有一半的生產沒有專業訓練的醫護人員參與

Early and late neonatal deaths (proportion of death by timing)

A neonatal death is defined as a death during the first 28 days of life (0-27 days). Early neonatal death refers to a death between 0-6 days after birth. Late neonatal death refers to a death between 7-27 days after birth.



Source: Demographic Health Survey (2010)

由上圖表可知布國新生兒死亡大多發生於出生 48 小時之內，生產窒息應為一項重要原因。

表 5-5 Apgar 計分表

症 狀	0 分	1 分	2 分
心 跳 速 度	無	每分鐘少於 100 次	多於 100 次
呼 吸 速 度	無	慢且不規則	良；大聲哭
對置放橡皮管於鼻孔內的反應	無反應	臉部肌肉微收縮	咳嗽或打噴嚏
肌 肉 緊 張 度	軟 弱	四肢有屈曲	運動良好
皮 膚 顏 色	灰色或藍色	身體淺紅色，四肢藍色	全身呈紅色

規劃建議

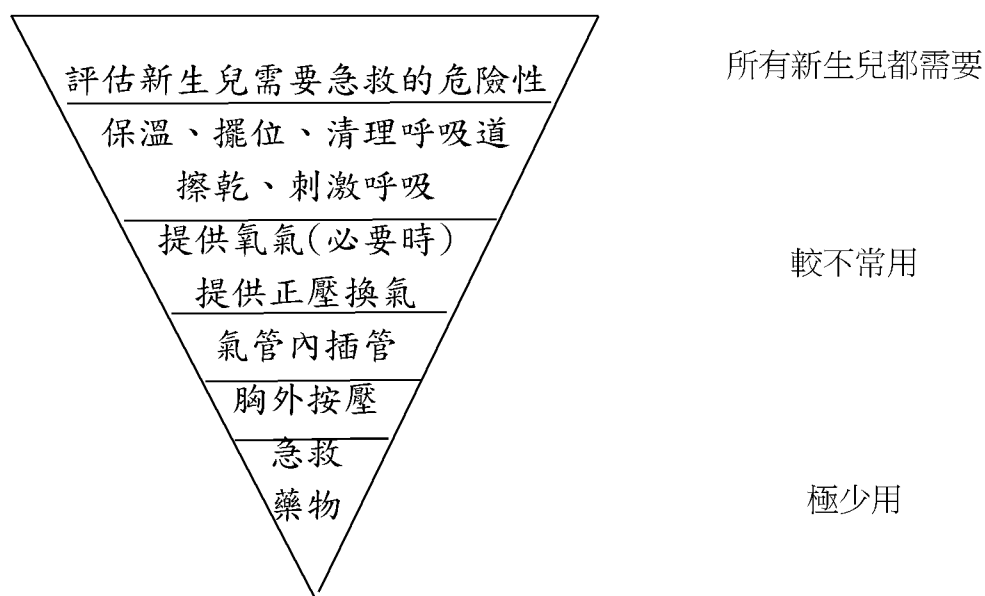
一、可行方案建議

1. 因布國幅員廣大，各區皆包含 2 至 3 省，平均每區有 120 個衛生站(即每省有 35 個衛生站)，因此次任務之一為評估確認計畫執行規模，以 Centre-Sud 區為優先執行區域。

2. 針對基層人員能力不佳且缺乏再教育，應可搭配前訂「友好國家醫事人員訓練計畫」進行人員訓練以強化孕產婦及新生兒相關機構之照護能力。選取種子教師至台灣接受訓練後再回布國先就所選區域之各層級醫療機構傳播教授。其中以新生兒急救處置（Neonatal Resuscitation Program）為首要；然而教授內容版本必須應當地情況而置宜，例如在 Manga 的區域醫院都很清楚地告訴我們該醫院只有一台保溫輻射床、沒有嬰兒用的氣管內管和呼吸器，中央系統的氧氣供應也很不穩定；連轉診的區域醫院都這麼不足更何況一般的 CSPS；因此新生兒急救課程中的插管和極度早產兒部分應可省略。

為何需要推廣新生兒復甦課程

即使在先進國家新生兒死亡個案中，窒息佔了 19%，也就是每年約 1/5 新生兒的預後因為新生兒復甦課程(NRP)的技術而得到改善。在所有剛出生的新生兒中，只有 10%需要一些協助來建立呼吸，僅僅 1%的新生寶寶需要進一步的急救措施。



3. 針對資源設備不足

當地醫護人員提出的需要支援的資源設備為：新生兒急救設備、自動抽吸器、體溫計、血壓計、生產器械、病床/墊、產台、生產包、蛇燈等。個人認為以有限經費應盡量用於採購最基本新生兒急救處理之器材改善越廣泛區域的基層機構才是上策。最基本新生兒急救處理器材包括擦拭寶寶以減少失溫之布單、清潔呼吸道的吸球、小兒尺寸甦醒袋和面罩等。

4. 轉診能力不足

因救護車數量不足無法及時轉診，考慮支援給予轉診用救護車。

計劃成效

1. 在地種子教師：為期能力建構可以永續發展，同時，符合在地文化與社會需求，建議培訓在地的優秀資深助產士與護理助產學校教師，成為種子教師。

2. 如何監測計畫成效：因布國生命統計資料尤以新生兒部分難以完全掌握，因而經討論後達成共識以產後 6 天之回診率取代，因布國規定產後 6 天母嬰應回機構檢查，同時嬰兒接受卡介苗預防接種

陸、執行限制與討論

(一) 可能限制

1. 參訓者的學習動機及日後執行的監測：學習動機與學習成效之間息息相關。如何讓孕產婦與嬰兒之健康照護提供者在忙碌的照護工作之中，願意花費時間學習是要費心思的；更困

難的是日後長期監測是否有效的執行 (implement) 和照護系統的問題解決(trouble shooting)

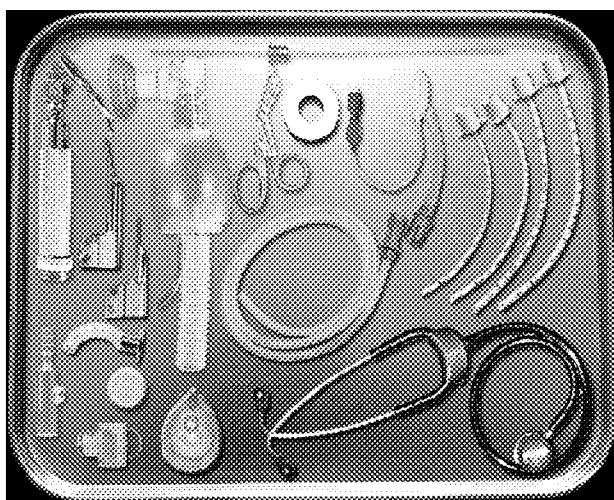
2. 長期追蹤機制：在課程結束之後，需要長期追蹤，以作為改進之參考，然相關作為耗時且耗人力。

柒、參與心得與感想

感激國合會提供敝人參與這次的布吉納法索考察任務，讓我初次接觸國與國的外交工作這個專業領域。在任務期間受到同行的國合會陳曉或組長、鄭晏宗經理和三軍總醫院婦產部余慕賢主任的親切照顧，一路相處甚歡，也從他們身上學習了許多。我國駐布國沈大使夫婦和官員更是對我們極度禮遇，醫療團領導黃團長夫婦也熱情款待讓我受寵若驚。我也接觸到我國醫療團的志願約聘工作人員和替代役者，這些年輕人的理念和處事態度讓我對台灣的下一代另眼相看，也重新燃起無限的希望。

我們在參訪各個單位時都碰到一些其他國家的援救合作團體，大家排著隊要來幫助這個國家。我在此行中也得知布國的年政府預算有 10% 來自類似的國際支援，真是令人吃驚；同時也讓我意識到以現今的情勢看起來國際支援的工作絕對不再是高姿態的拿著錢去買邦交，而是需要用心用腦，以互重的心態、專業的態度與方法才有辦法做好的重要工作。

捌、附件



新生兒急救器械
我們只須要其中之一小部份



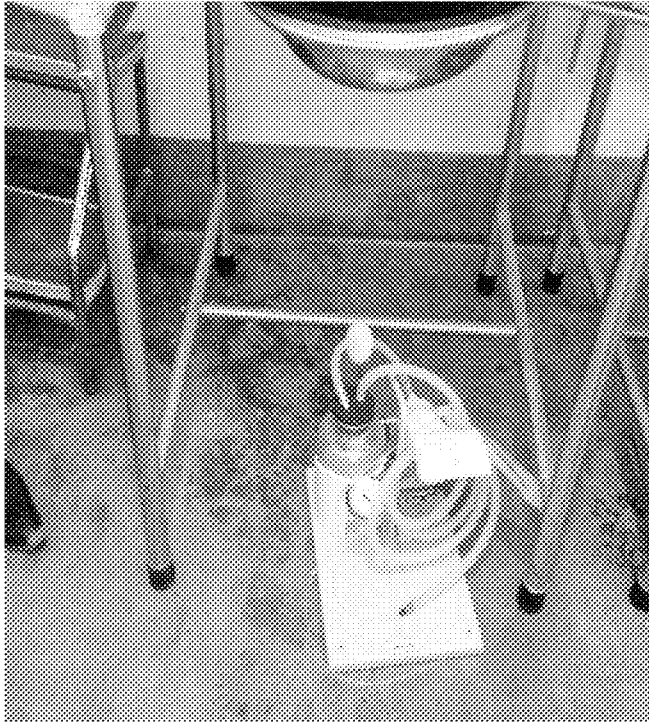
在東部 Fada 區的 CSR 聽取簡報
與意見交流



嬰兒處理區及窗戶上貼的生產處理流程



閒置在另一個房間的輻射保溫幢



腳踏式的抽吸器



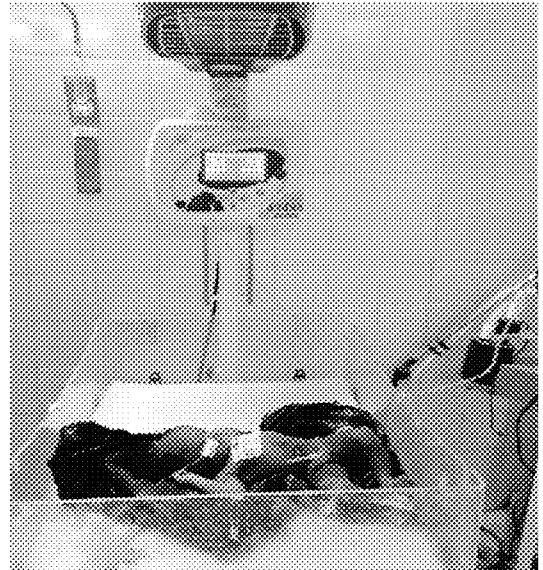
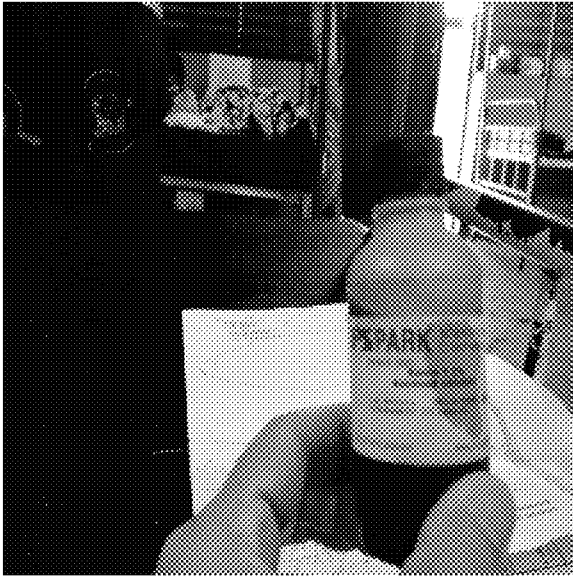
地區醫院有這些急救器械問題是有沒有使用 (Sud-Ouest 區 Gaoua CHA)



新生兒科加護病房。黃疸照光治療
(Sud-Ouest 區 Gaoua CHA)

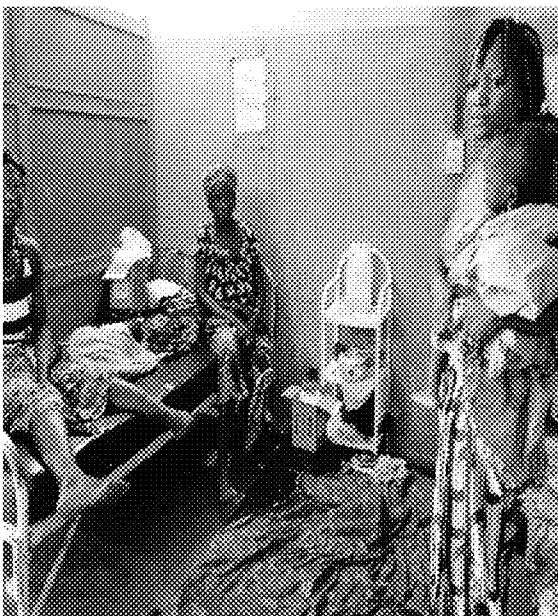


一個保溫床放兩個寶寶是常態



布國用紅藥水消毒臍帶可引起汞中毒

一個毫無生氣的新生兒獨自躺在處理台上 (中南區 Manga 之 CHA)



一般的生產病房(CHA)

產後的媽媽和寶寶