



家庭計畫通訊

台灣地區之人口變遷與家庭計畫

蔡雪芬譯

本文「Demographic Change and Family Planning in Taiwan」係省家庭計畫研究所張所長明正於民國83年5月18~20日在台北市舉行「廿一世紀亞太地區醫療保健研討會」上發表之論文。譯者現任省家庭計畫研究所技正。

摘要

台灣的淨繁殖率於1983年降為1.0，1992年更降為0.8。其實台灣之生育率下降早已開始，1955年的總生育率為6.55、淨繁殖率為2.82。1964年台灣全島性家庭計畫開始推行之際，總生育率為5.10、淨繁殖率為2.27。台灣經過二十年積極推行家庭計畫，已完成生育方面的人口轉型。自1984年台灣之淨繁殖率已低於替代水準。

本報告為探討台灣自1965年起至1992年生育行為之趨勢、人口轉型期間台灣如何達成家庭計畫目標以及生育型態改變後家庭計畫工作之調整。當1965年至1985年生育轉型期間，生育率的下降主要係因有偶生育率下降所致，同時節制生育行為之快速提高，導致了有偶生育率的下降。迄1985年，台灣避孕情況已達飽和水準，使台灣達到完全避孕的社會。台灣社會經濟的發展促動節制生育的動機，也因為積極推行家庭計畫，提供更多相關資訊，免費或優待服務以及合法化的避孕，致使節制生育的費用得以降低。實驗計畫與一連串的研究調查對台灣人口政策與家庭計畫成效的貢獻至鉅。

台灣生育型態轉型之後，家庭計畫的職責也隨之改變，此後的家庭計畫工作將更注重人口品質的提升。家庭計畫與優生保健的教育宣導與服務將擴及弱勢團體，繼續鼓勵每對夫婦生育兩個小孩以維持目前的生育水準。推行青少年的性教育與生活教育，成立青少年健康諮詢中心以提供相關資訊與服務。

一、人口之變遷

(一)成長型態

溯自1905年起，台灣由於戶籍登記制度與普查的完整，遂能提供很好的人口成長比率的資訊。

表一摘錄了自1906年到1992年台灣人口成長型態與重要的變動因素。總人口自1906年的三百萬增加到1992年的幾近二千一百萬。此總人口的增加係因人口自然增加的關係，人口遷移因素的影響並不大。比較特殊的是1945年到1950年間約有五十萬日本僑民遣返日本，及約六十萬人口自中國大陸撤退來台。但此人口變動對台灣人口的增加並無實質的影響。自1950年起，台灣人口遷移並不大，致台灣幾達封閉

人口狀態。

自圖一可見自二十世紀初期至1920年止，台灣人口每年增加緩慢。在此之後，死亡率也只下降少許，但第二次世界大戰後，出生率卻升到百分之四以上。1920年至1943年間，好多年的人口自然增加率約高於百分之二。二次大戰後，死亡率急速下降，自1947年的千分之十八降為1958年的千分之八及1992年的約千分之五。高出生率導致1950年代與1960年初期的高於百分之三的自然增加率。出生率的連續下降係自1950年代的晚期到1960年代的中期，直到1976年因龍年致粗出生率升到百分之二點六，此後出生率又開始下降，1992年達百分之一點五的適度水平。因此在1960年代有好多年的人口年增加率約為百分之二點五，1970年代則低於百分之二，1992年更低於百分之一。

表一 台灣地區人口及其組成改變，1906 - 1992年

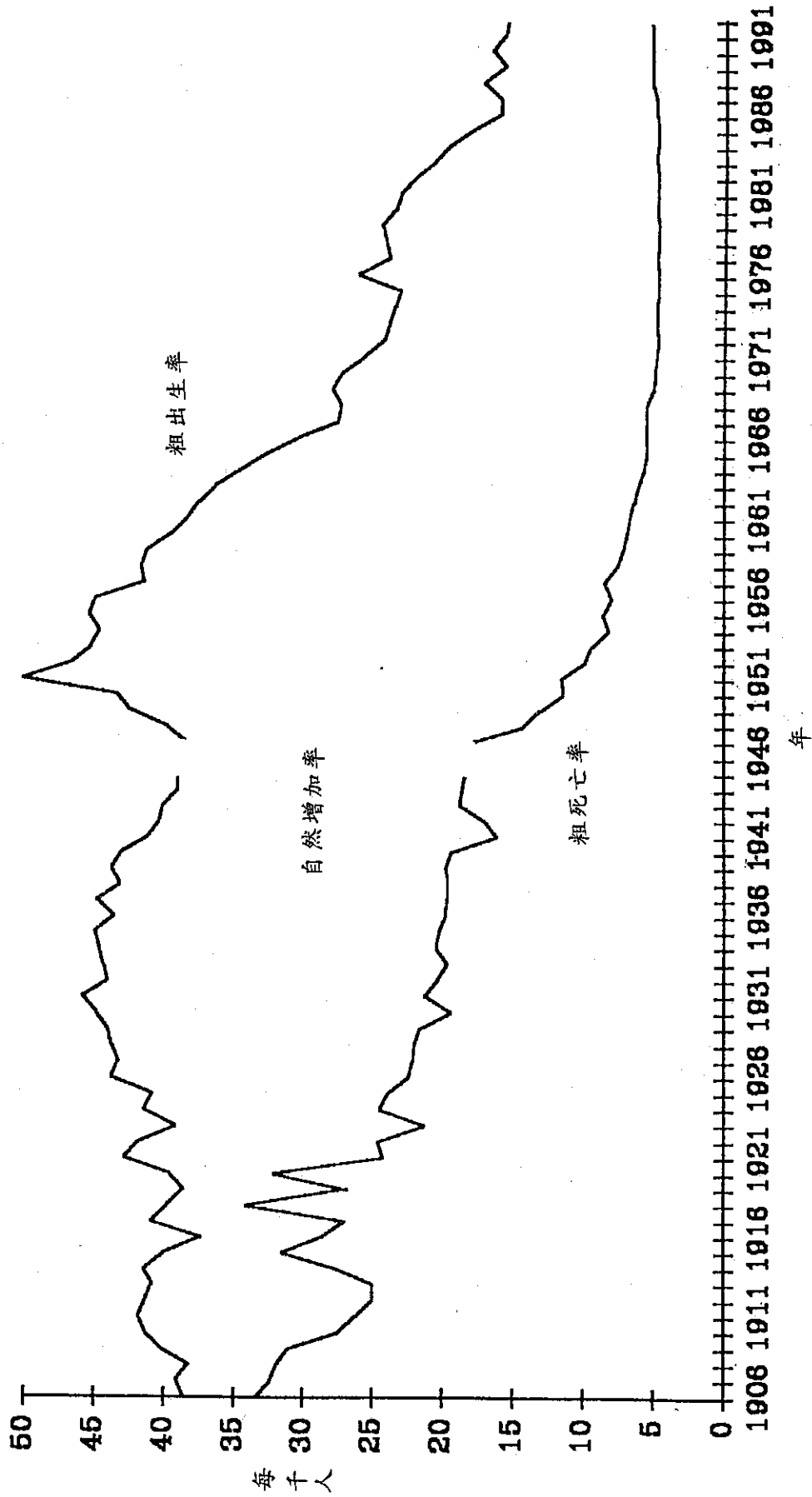
期間	人 口 (千人)				前一期平均年增加率(%)		
	總人口	期間變動	組 成		全期總計	組 成	
			自然增加	淨遷入		自然增加	淨增加
1906	3,047						
1910	3,219	172	132	40	1.37	1.05	0.32
1920	3,673	454	414	40	1.32	1.20	0.12
1930	4,592	919	837	82	2.22	2.02	0.20
1940	5,981	1,389	1,287	102	2.63	2.43	0.20
1950	8,141	2,160	1,609	551	3.05	2.27	0.78
1960	11,349	3,208	3,109	99	3.29	3.19	0.10
1970	14,708	3,359	3,284	75	2.57	2.51	0.06
1980	17,805	3,097	3,145	-48	1.93	1.96	-0.03
1990	20,352	2,547	2,578	-31	1.34	1.36	-0.02
1992	20,752	400	426	-26	0.98	1.04	-0.06

資料來源：1906到1940：台灣51年統計要覽(中文)

1950到1970：1976年3月行政院經濟計畫委員會及內政部整理台灣地區人口登記

1970到1992：1992年台灣地區人口統計(內政部)

每月出生統計(內政部)



圖一 中華民國台灣地區粗出生率、粗死亡率及自然增加率 1906-1992 年

(二) 生育率趨勢與前瞻(1965 - 1992)

1965年與1992年比較，台灣總生育率下降百分之六十四，粗出生率下降較小為百分之五十二，主要係因二十歲到三十四歲育齡婦女人數占總人口的比例增加之故(自表二與表三可知)。1965年二十歲到三十四歲育齡婦女占總人口的百分之十點二，1992年占百分之十三點四，增加了百分之三十一。

長時間生育的下降主要是年輕育齡婦女結婚比例降低和有偶婦女生育率降低之故。1965年至1992年間，使生育率與結婚狀況下降者，百分之四十七係因婚姻關係，而百分之五十三則因有偶婦女生育率之下降。早期時，有偶婦女生育率下降之影響較為明顯。1965年至1980年時，百分之三十係受婚姻狀況的影響，而百分之七十則因有偶生育率之故。這種情形曾由美國福臨門博士(Dr. Freedman)、孫主委得雄與張所長明正於1987年共同發表過。最近大部份期間，1985年至1990年和1990年到1992年，生育率的下降主要因結婚減少，但其作用已有部份被有偶生育率上升所沖淡。

1985年後，有關影響生育率的因素值得特別注意與詳細的討論，只因它將影響台灣將來的生育型態。以粗出生率而言，年齡的結構將繼續有利於一向的生育趨勢。例如，在2000年時粗出生率將自1992年的15.5降至14.4，到2020年時則降至10.8，假如總生育率保持固定或維持在1.730的水準。

更重要的是引起自1985年起總生育率下降的各種變數。在1985年至1990年間或1992年時，總生育率的下降可歸諸於二十五歲以下的年輕婦女：百分之九為十五到十九歲間，而百分之九十一則為二十歲到二十四歲的年輕婦女。其中，因為結婚率的降低所引起的影響，比有偶生育率的降低影響更大。實際上，有偶婦女年齡別生育率不論那個年齡層均增加，然而十五

歲到十九歲及二十歲到二十四歲婦女的有偶生育率，卻因結婚率降低而被化解了。

這就是為什麼在1985年到1992年有偶婦女總生育率每個年齡層均增加的原因。那就是，生育集中在結婚後的短時間內。這種集中在短時間內的生育情形表示在有限的生育期間及結婚狀況下，婦女自動調整生育，而且也是過去生育率所產生不同適婚人口所致。

在未來的某段期間，生育率可能繼續下降，到何時或者是否會平穩下來尚是個問題。總生育率繼續下降到1991年為1.720，1992年為1.730。若以這兩年平穩的生育率便認為是今後長期間的穩定生育率的開始，那麼未免言之過早。

目前台灣的生育率已經和很多西方國家一樣低。至於台灣在社經各方面的改變下，生育率是否仍將繼續下降，而且下降到何種程度，就像現在仍無法回答的西方國家生育率是否下降，或者下降至低於替代水準少許時就可穩定下來的問題一樣。然而因為正在進行中的結構性改變，有些有關今後生育率的下降的因素，是特別與台灣有關的。

將來某段期間生育率的繼續下降是有可能的。例如，育齡婦女教育程度分佈的急速改變。1950年至1954年出生的婦女，只百分之六十一為國小程度，但現在，幾乎所有國小畢業生均上初中、高中；而上大專的比例也在快速增加中。也就是說，即使教育別生育率維持不變，也會因教育程度分佈之不同，生育率仍會降低(參看表五)。

至少在短時間內，由於生育意願的改變將繼續導致生育率的下降。最近希望子女數減少而只要兩個孩子的情況在增加，尤其因為只有一個兒子已感到滿足者也在增加(參看表六和1993年張明正的論文)。1991年時，都市夫婦所希望的子女數已比全台灣少0.2。台灣一向要比大都市落後幾年，由於有效避孕方法的普

表二 台灣地區之生育率，1965 - 1992 年

項 目	數			值			
	1965	1970	1980	1985	1990	1992	
粗出生率	32.1	27.2	23.3	17.9	16.6	15.5	
總生育率(每一婦女)	4.825	4.000	2.515	1.885	1.805	1.730	
一般生育率	152	120	91	68	62	57	
年齡別生育率							
全部婦女年齡層							
15 - 19	36	40	33	20	17	17	
20 - 24	261	238	180	129	100	91	
25 - 29	326	293	200	158	159	148	
30 - 34	195	147	69	56	68	72	
35 - 39	100	59	16	12	15	16	
40 - 44	41	20	4	2	2	2	
45 - 49	6	3	1	0	0	0	
有偶婦女一般生育率	225	162	152	113	105	98	
有偶婦女年齡別生育率							
15 - 19	390	502	670	604	682	687	
20 - 24	447	473	453	383	393	382	
25 - 29	368	332	253	210	294	232	
30 - 34	210	158	77	64	82	88	
35 - 39	109	64	17	14	17	19	
40 - 44	47	22	4	2	2	2	
45 - 49	8	4	1	0	0	0	

資料來源：台灣地區人口統計(中華民國內政部)

表三 台灣地區五歲年齡層婦女佔總人口百分比之分佈，1961-1992 年

年 齡	佔 總 人 口 百 分 比							
	1961	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1992
15-19	4.0	4.4	5.8	5.8	5.5	4.9	4.3	4.4
20-24	4.1	3.6	4.0	5.3	5.3	5.1	4.6	4.4
25-29	3.6	3.5	3.1	3.6	4.8	4.8	4.7	4.5
30-34	3.2	3.1	3.0	2.8	3.2	4.2	4.5	4.5
35-39	2.7	2.7	2.6	2.7	2.5	2.6	4.0	4.1
40-44	2.1	2.2	2.3	2.4	2.4	2.4	2.7	3.3
45-49	1.8	1.7	1.9	2.1	2.1	2.2	2.1	2.1
總計								
(15-49)	21.5	21.2	22.7	24.6	25.7	26.3	27.0	27.3

資料來源：台灣地區人口統計(中華民國內政部)

表四 台灣地區粗出生率及粗出生率與標準化出生率百分比變動之分析，1965-1992 年

項 目	百 分 比 變 動 情 形					
	1965-80	1965-92	1965-92	1980-85	1985-90	1990-92
粗出生率						
期 初	32.13	32.13	32.13	23.35	17.92	16.62
期 末	23.35	16.62	15.53	17.92	16.62	15.53
粗出生率之 變動由於：						
年齡結構	7.84	10.40	9.77	2.46	- 0.67	- 0.42
有 偶 率	- 4.58	- 9.81	-10.61	- 1.48	- 2.67	- 0.70
有偶生育率	-10.49	-10.86	-11.07	- 3.70	2.03	- 0.03
相互作用	- 1.55	- 5.23	- 4.70	- 2.71	- 0.01	0.05
全 因 素	- 8.78	-15.50	-16.61	- 5.43	- 0.30	- 1.10
每年粗出生率 之變動由於：						
年齡結構	0.52	0.42	0.36	0.49	- 0.13	- 0.21
有 偶 率	- 0.31	- 0.39	- 0.39	- 0.30	- 0.53	- 0.35
有偶生育率	- 0.70	- 0.43	- 0.41	- 0.74	0.41	- 0.02
相互作用	- 0.10	- 0.21	- 0.17	- 0.54	- 0.01	0.03
全 因 素	- 0.59	- 0.62	- 0.62	- 1.09	- 0.26	- 0.55
期末粗出生率 年齡和婚姻標準化						
期初和婚姻						
期 初	21.64	21.27	21.06	19.95	20.68	16.59
年平均變動						
粗出生率	- 0.59	- 0.62	- 0.62	- 1.09	- 0.26	- 0.55
標準化出生率	- 0.70	- 0.43	- 0.41	- 0.74	- 0.41	- 0.02
每年降低百分比						
粗出生率	1.84	1.93	1.93	4.67	4.07	3.31
標準化出生率	2.18	1.34	1.28	3.17	- 2.29	0.12

資料來源：台灣地區人口統計(中華民國內政部)

表五 台灣地區婦女總生育率按婦女教育程度分，1985-1990年

	總生育率*		變動百分比 1985-1990
	1985	1990	
教育程度			
大專及以上	1460	1275	-13
高中	1652	1531	-7
國中	2241	2194	-3
國小	2521	3196	+27
總計**	1885	1810	-4

資料來源：中華民國內政部，1985和1991年

* 以出生日統計而非登記日期

** 包括自修和識字

及，低希望子女數的願望，可望以降低生育率來實現。

然而，我們仍有理由相信下降的生育率會穩定下來。1992年女性初婚年齡高達二十七歲。此後，初婚年齡的上升將逐漸緩和。如此，總生育率將上下在1.700左右。此外，目前尚無像西方國家明顯的只要一個孩子即可的證據。1991年時，即使年輕的母親也只有百分之七只想要一個孩子。這種現象無疑是受到重男觀念的影響，雖然這種觀念已在減弱中。

生育意願將會下降到何種程度的問題，可能大部份依傳統家庭因素被破壞的程度而定。縱使被破壞，生育率及生育偏好也未必會再下降，因為台灣的生育率現在已達到西方國家的水準，已經有幾年低於替代水準了。

二、人口變遷期間的節育政策

(一) 家庭計畫工作的演進與現況組織

雖然1950年代晚期與1960年代早期對台灣人口的關心增加，但直到1964年中央政府始有

正式的措施與組織。1964年內政部成立「人口研究委員會」，由於政治上的反彈，未能提出任何建議。1966年十月該委員會改組為「人口政策委員會」，並於1967年7月制定：(1)「台灣地區家庭計畫實施辦法」，(2)「中華民國人口政策綱領」及(3)「台灣地區人口分佈調節方案」，並於1967年7月呈報行政院核可。1968年5月，第一屆「東亞人口會議」於台北舉行，開幕當日政府宣佈核定通過「台灣地區家庭計畫實施辦法」。此項宣佈，使得以前非正式的家庭計畫工作得以合法化。1969年5月11日，行政院公佈「中華民國人口政策綱領」並於1983年1月修訂。1983年1月行政院並公佈「加強推行人口政策方案」，其中包括若干緩和人口成長、提升人口素質和均衡人口分佈的特別措施。1984年7月公佈「優生保健法」使人工流產和結紮得以合法化，且自1985年1月1日開始實施，並廢止「台灣地區家庭計畫實施辦法」。

自1964年到1968年，家庭計畫之實地推行由「家庭計畫推行委員會」(1966年以前名為「家庭衛生推行委員會」)負責。研究及評價工作則由「台灣人口研究中心」負責(此兩機構均為台灣省政府衛生處之附屬單位)。而避孕物品、器材由「中華民國婦幼衛生協會」提供(此機構為民間團體，成立於1964年)。1969年，隨著人口與家庭計畫政策之宣佈，家庭計畫推行委員會與人口研究中心合為一個機構，亦即是1975年成立之「台灣省家庭計畫研究所」，負責台灣省(包括1968年改制之台北市與1979年改制之高雄市)家庭計畫工作之推展與評價，而中華民國婦幼衛生協會仍繼續協助。

台北市與高雄市分別於1968年及1979年改制為院轄市後，各自成立家庭計畫推廣中心，負責各該市之工作。自1971年，原由內政部負責之家庭計畫工作改由剛成立之行政院衛生署

表六 台灣地區22-39歲已婚婦女之孩子數偏好和曾經使用避孕方法之百分比，按現代化指標分，1965-1991(特定年)

	孩子數偏好					曾經使用避孕方法比率					回答案數							
	1965	1970	1976	1980	1985	1991	1965	1970	1976	1980	1985	1991	1965	1970	1976	1980	1985	1991
現代化指標																		
教育程度																		
不曾上學	4.1	4.0	3.4	3.2	3.1	3.0	19	51	78	83	89	90	1,449	839	393	536	511	89
國小	3.9	3.8	2.9	2.9	2.8	2.7	32	54	73	81	91	93	1,311	1,325	962	2,033	3,847	1,492
國中	3.6	3.3	2.6	2.7	2.5	2.5	51	71	80	80	89	92	181	194	158	380	1,411	1,344
高中及以上	3.2	3.0	2.3	2.4	2.2	2.2	60	79	78	85	90	90	108	133	171	695	2,477	2,780
都市化																		
鄉	4.2	3.9	3.2	3.0	2.8	2.6	21	48	73	79	70	71	1,227	1,004	574	1,123	2,371	1,754
鎮	3.9	3.8	3.1	3.0	2.9	2.5	26	54	72	79	90	92	902	753	376	815	1,366	962
市	3.8	3.6	2.7	2.7	2.5	2.4	32	62	78	86	91	92	303	199	221	664	1,959	1,174
都市	3.7	3.5	2.7	2.6	2.4	2.2	43	69	81	85	91	91	617	535	514	1,051	2,514	1,723
總計	4.0	3.8	2.9	2.8	2.6	2.4	28	56	76	82	90	91	3,049	2,491	1,685	3,653	8,246	5,613

負責。行政院衛生署負責全台灣地區家庭計畫工作之計畫訂定、協調與輔導工作，同時也對省、市機關提供經費補助。

中國農村復興聯合委員會(1980年改制為行政院農業發展委員會)協助預算，外賓來訪、考察、觀摩，國外進口物品之關稅免稅以及計畫顧問等。行政院國際經濟合作發展委員會(以後更名為經濟建設發展委員會)直到1981年均提供經費與技術的協助。國防部協助於新兵訓練時安排兩小時和後備軍人點閱召集時安排二十分鐘的家庭計畫課程。

其他民間團體，例如台灣省農會(於各鄉鎮訓練會員)、中華民國紅十字會台灣省分會(實施工廠員工與學生教育)、台灣地區婦幼衛生中心(提供家庭計畫服務)、中華民國婦幼衛生協會(供應避孕物品及補助經費)和台灣基督教福利會(山地鄉之家庭計畫服務)等均極力配合推行家庭計畫工作。外國機構給予贊助的有：紐約人口局(經費補助與技術協助直到1975年止)、培氏范德基金會(捐助避孕器材)、亞洲基金會、日本家族計畫國際協力財團(家庭計畫與其他保健工作的合併推行)、密西根大學人口研究中心(研究調查與評價方面之合作)，以及國際人口應用調查研究委員會(研究調查方面)。中華民國家庭計畫國際訓練中心於1969年成立，負責接待日益增多的來訪外賓。

(二)計畫內容

家庭計畫工作之內容包括：提供避孕方法和人工流產、衛生教育宣導和大眾傳播、人口教育、社會和其他機關對政策措施之支持，以及各民間團體、機構的共同配合以達到避孕的目標。這些努力孫主委得雄曾於1987年撰文詳述，茲再概述如下：

1. 提供避孕方法和人工流產：

政府提供的避孕方法有子宮內避孕器(包括樂普、子宮環和銅T)、口服避孕藥、保險套和結紮手術。為了提供方便且價廉的避孕服務，計劃伊始即請開業醫師合作，尤其是婦產科醫師。與開業醫師合約辦理子宮內避孕器裝置與結紮手術，政府再按個案數給予補助。合約醫師的分佈幾乎是按照人口的比率，使避孕服務更為普及。

(1)子宮內避孕器：

1964年開始提供樂普，1972年增加子宮環，1982年開始供應銅T。到1988年中，總共約有三百七十萬人次裝置子宮內避孕器，其中約百分之五十為初次裝置者，合約醫師則增加到九百多。

(2)口服避孕藥：

自1967年開始提供口服避孕藥。到1988年中約有一百多萬婦女曾經服用口服避孕藥，分發數量約一千四百萬月份。在1988年仍服用且是生育年齡層婦女中，約百分之三十五在服用前未曾使用其他避孕方法。目前有四百二十二個門診具有合格醫師可以處方口服避孕藥。

(3)保險套：

於1970年增加保險套供避孕之用，到1988年中，約有一百多萬對夫婦使用保險套，約共發出一千五百萬打保險套。育齡夫婦於1985年仍使用保險套者中的百分之三十五，在使用保險套前沒有避孕的經驗。共有四百二十五個診所供應保險套。

(4)結紮手術：

結紮手術自1972年開始推行。到1988年中有六十六萬零七百八十八人接受手術，其中六十一萬七千一百三十五人為女性，男性只有五萬三千五百八十三人。到1988年時約有百分之三十的個案於手術前未曾有避孕經驗。目前約有八百家醫院(診所)合約施行手術。

使用上述四種避孕方法之總案數幾近六

百萬，除去重複接受之個案不計，估計目前約超過百分之八十的夫婦(約三百萬)使用政府提供的避孕方法。除政府提供避孕方法之外，市面上的藥局也可以買到口服避孕藥與保險套，沒有和政府合約的醫院(診所)也裝置子宮內避孕器或施行結紮手術。因此可以說接受避孕方法所費不多，包括其易接受、經費和社會方面的費用而言。

由於法律上的困難，在1985年之前人工流產並未推行，但在開業醫院(診所)仍有施行者。根據1985年台灣省家庭計畫研究所所做的人工流產調查，1984年估計約有十三萬人次的非法人工流產。人工流產與活產的比率約為1：3。二十二歲到三十九歲已婚婦女曾經施行人工流產的比例自1965年的百分之四增加到1976年的百分之十二及1985年的百分之二十四。大部份的人工流產都由醫師施行，是安全的，但也有不少是由不合格醫師施行的，嚴重影響婦女的健康。1985年1月優生保健法實施後，領有優生保健醫師證書者始得施行人工流產手術。然而由於嚴重的短報現象，1987年的人工流產數並未因優生保健法的實施而增加。目前約有八百位婦產科醫師是合法的人工流產施術者。家庭計畫並不鼓勵人工流產，而是希望以有效的避孕方法來計畫生育。

2. 衛生教育與大眾傳播：

採用的衛生教育宣導方式有下列數種：

(1) 面對面的衛生教育：

台灣省家庭計畫研究所僱用將近五百名專責家庭計畫工作人員派駐各鄉鎮衛生所負責對民眾之衛生教育工作。工作人員先到戶政事務所抄寫對象名冊，每名工作人員每月約有二十天時間做家庭訪視，在過去及現在偏遠地區，此種方式是最基本

且最有效的工作方式。約百分之六十的避孕個案由專責人員介紹。最早訪視對象為已有三個小孩以上且至少有一個男孩的夫婦，現改為年輕夫婦甚至未婚青少年。由於加強偏遠地區的工作，得以矯正所謂的「反淘汰」的說法。每名工作人員均設定月目標數並據以評價其工作績效。

(2) 通信與專線電話：

在寄給產後婦女的祝賀信中，附帶一張免費裝置樂普的介紹單和教材，約有百分之九十的產後婦女收到這份禮物，其中的百分之四的產後婦女利用這張免費介紹單裝置樂普，所費並不多。約有百分之七十五的新婚夫婦到戶政事務所辦理結婚登記時收到裝有教材的新婚禮盒。由於電話普遍裝設，因此僱用十五名電話專線護士，於設有家庭計畫電話專線之十三個縣市衛生局，接受民眾的電話查詢利用電話訪問指導民眾。在較大的市鎮戶政事務所設置家庭計畫服務桌，對到戶政所辦理結婚、出生或遷移登記的民眾提供服務，如此亦可接觸家庭訪視無法訪到的個案。

(3) 團體教育：

包括工廠員工教育(每年約有二十五萬人接受)，新兵和後備軍人點召教育，學校人口教育以及婦女會、四健會、母親會、公婆座談會等等。

(4) 大眾傳播：

自從1969年政策公佈之後，才開始應用大眾傳播方式提供消息及教育勸導民眾實行家庭計畫。廣播是最常用的，但電視與報紙普及後就改用電視、報紙。編印小冊、單張、海報分發民眾閱讀，製作電影片、錄影帶供團體衛教時應用。

(5) 教育主題的改變：

自從家庭計畫工作開始推行，「生殖生理」、「避孕方法知識」及「認識人口問題」

就是主要的衛教宣導主題。其他針對不同的對象群體另有不同的主題，例如：「如何獲得幸福的婚姻」、「如何維持美滿的婚姻」、「婦幼衛生保健」及「婚前性行為的困擾」等等。對採用避孕方法的訴求也因時代不同而改變。在政策宣佈之前，衛教著重在母親與孩子健康的照護，在1967年創下「五三」的口號，意即婚後三年生第一個孩子，每間隔三年再生一個孩子，在三十三歲之前生完三個孩子，當時的理想子女數為四個；1969年時的口號改為「孩子少、幸福多」；1971年的口號「三三二一」，意指婚後三年生第一個孩子，間隔三年再生一個，兩個孩子恰恰好，女孩男孩一樣好。目前則著重在個人對人口增加問題的社會責任。

3. 社會和其他機構對政策實施之支持

於1968年5月「台灣地區家庭計畫實施辦法」宣佈以前，家庭計畫工作的推行並無法源，也就談不上任何社會或機構的支持。在該辦法宣佈之後，推行家庭計畫不但有法律之依據，而且地位也提升，尤其是政策方面。如應用各類大眾傳播媒體教導民眾。在「台灣地區家庭計畫實施辦法」述及對該辦法實施之措施，特別是工作目標、提供服務的方式、承辦的單位以及對特殊事件支持的機構等等。

「中華民國人口政策綱領」於1969年5月11日公佈，並於1983年1月修訂。此綱領不僅訂定人口成長的政策，也包括人口的素質與人口的分佈，強調適當的結婚年齡（男性二十五歲、女性二十二歲）、人口教育、修訂鼓勵生育的法令、以及結紮手術和人工流產有關的法令。

1983年1月修訂「中華民國人口政策綱領」之同時，公佈「加強推行人口政策方案」，明訂降低人口成長率的措施，例如明訂家庭計畫工作必須在偏遠高生育地區實施；補助結紮手

術和人工流產個案；教育青少年以防止太早結婚或婚前懷孕；員工超過一百名以上之工廠必須提供家庭計畫服務；綜合所得稅只能申報二名子女之扶養扣除額；生產補助費限第一和第二胎；男性二十五歲以下、女性二十二歲以下不得申購國民住宅；男未滿二十五歲、女未滿二十二歲結婚，不得申領結婚補助費；教育部成立人口教育委員會，負責辦理學校人口教育；加強推行工廠員工與軍隊之人口教育等等。

在「加強推行人口政策方案」中，明訂各級政府成立人口政策執行小組，如此增強了人口政策執行的結構。在此之前，內政部人口政策委員會決定之政策，再交由衛生機構執行。現在，各縣市政府之人口政策執行小組成立，則可協調縣市級政府相關單位共同執行，亦增強了生育控制之效果。

1984年「優生保健法」公佈，更增加對節育政策的支持。

換言之，在1967年以前，雖然不少政治領導人反對家庭計畫之推行，大部份民眾仍然支持。從調查資料顯示，二十歲到三十九歲已婚婦女，對家庭計畫的支持自1965年的百分之七十七增加到1970年的百分之九十四、1980年的百分之九十六。理想子女數也由1965年的四個減為1985年的二點六個。由此可見社會大眾對家庭計畫的支持。這些都是家庭計畫教育與社會經濟發展綜合的結果。

4. 人口教育：

(1) 學校人口教育：

1965年開始編印「人口問題與家庭計畫」及「未雨綢繆」分發國中畢業班閱讀。自1973年5月起，利用中學健康教育課程的一章，陸續辦理中學教師研習會，俾使老師們於健康教育課程上能作更詳盡的解說。從1981年開始，在高中和高職辦理「人口問題與家庭計畫」專題演講。1983年「加強推行人口政策方案」公佈後，教育單位開始參與

人口教育工作，教育部並成立學校人口教育委員會，訂定人口教育計畫及辦理人口教育活動。

(2) 工廠員工家庭計畫教育：

工廠是年輕人聚集的場所，因此是對年輕人實施團體教育的理想場所。家庭計畫研究所僱用二十五名護專畢業生和紅十字會台灣省分會支援的護士，分別赴各縣市大型工廠辦理座談會。1983年度共舉辦三千五百次座談會，共十八萬名員工參加。此項座談會甚受員工歡迎，但工廠主管人員頗有微詞，所以工廠主管人員亦應給予教育。

(3) 軍隊家庭計畫教育：

自1966年起於新兵入營訓練課程加入家庭計畫，自1976年起於後備軍人點召教育時加入十五至二十分的家庭計畫。如此亦可彌補以往只對婦女教育之缺失。於後備軍人點召會場分發保險套，使保險套的供應更為方便。

5. 民間團體之合作：

台灣地區推行家庭計畫工作一直都是依著政府的導向，即使早期由中國家庭計畫協會執行時亦然。該會成立於1954年，接受中國農村復興聯合委員會及國際經濟合作發展委員會之支助。由於部份人士的反對及組織之無力，工作無法擴展。1964年中華民國婦幼衛生協會成立，負責政府機構不便辦理之事務。該會旋即由政府支援，而且成員大部份為公務員。例如理事長通常由台灣省政府衛生處處長或行政院衛生署署長擔任。目前該會之主要任務為供應避孕器材。

很早開業醫師即加入避孕方法提供之行列，尤其與政府有合約者，提供了子宮內避孕器裝置和結紮手術的服務，目前約有九百多家開業醫師合約施行子宮內避孕器裝置和結紮手術，未合約之開業醫師亦自行提供避孕服務。1985

年起，約有700名婦產科醫師正式施行人工流產。分佈均勻且是避孕器材主要來源之一的藥房亦可買到口服避孕藥與保險套。

(三) 計畫評價

評價包括下列四種主要方法：

1. 介紹單：

介紹單是用來評價進行中的工作進度，每一介紹單有三部份：第一部份是給醫師的介紹信；第二部份記載接受者的背景資料，如年齡、教育程度、現有孩子數、使用避孕方法之目的、介紹人身份等等，這部份送到台灣省家庭計畫研究所憑發補助款、成績評價和接受者特性分析；第三部份由原發介紹單之基層工作人員保存，做為追蹤訪視之依據。

介紹單因為對三方面均有好處，因此暢行無阻：對婦女而言，若持介紹單接受避孕方法，可獲得費用減免或全額補助；對提供子宮內避孕裝置或結紮手術之醫師，根據其送回之介紹單數給予補助；而基層工作人員之工作成績評價則按其介紹單發出且回收數評價。

介紹單制度之價值在於其涉及範圍廣，使用簡單而且很快能分析並呈現資料。此外，還可以隨著工作需要修訂介紹單內容。

介紹單對於很多實地工作之研究調查工作，有相當的貢獻。調查工作可以應用不同顏色的介紹單，在正常的運作下完成。

2. 知識、態度與實行(KAP)之調查：

自1965年起一系列的「知識、態度與實行」的調查工作每隔三或四年辦理一次。調查資料用來分析民眾對家庭計畫與避孕方法的認知、實行家庭計畫和使用避孕方法的態度、意願。調查所顯示的改變可用以評估對整個計畫之影響。

3. 避孕方法使用者之追蹤訪視：

避孕方法使用者之大規模、全部定期回診

是不可能的。避孕方法使用者之抽樣追蹤訪視，可以得到對所用方法是否滿意等資料，若不滿意，則探究有什麼問題；若停用避孕方法，亦可以知道何時、為什麼停用、今後打算怎樣。

這種方法的價值在於回收率高、花費少。此調查雖也受限制，一般而言，其所收集的資料比得自門診部的可靠且正確。

4. 戶籍登記：

台灣很幸運的有完整而且正確的戶籍登記制度，提供了詳盡的遷移資料，也可以應用於詳細的分析生育型態的改變。

(四) 工作成果

除了第二期五年計畫和第一期四年計畫之外，其餘各期計畫的目標均圓滿達成之(見表7)。同時1987年的自然增加率僅只百分之一點一，遠低於原訂1990年的目標。此外，自KAP調查資料顯示，二十歲到三十九歲的已婚婦女目前正在使用避孕方法的比例，於1965年為百分之二十四，於1985年提高為百分之七十八，或者說已達飽和標準了。換言之，台灣自1964年開始推行家庭計畫，歷經約二十年的時間，台灣已完成生育的目標，而且也成為完全避孕的社會。

(五) 討論：家庭計畫目標的達成

我們在此檢討台灣的生育率趨勢和家庭計畫的目標、執行和成果等等，我們將進一步更有系統的檢討，自1964年全島性的節育工作開始推行以來，約二十年間是什麼主要因素促使達到生育與家庭計畫兩項目標。

自前面的分析台灣近年來生育率趨勢可以看出，各年代出生率之下降係因有偶婦女生育率下降的影響，同時年輕婦女有偶率的繼續下降也有少許但明顯的影響。自表四可以知道每

一時期有偶婦女生育率的下降，主要導因於避孕方法使用率的大幅增長。這指出，在所有直接影響生育率的因素，及其他可影響生育力的社會因素中，結婚年齡、避孕和人工流產三因素是影響台灣生育率下降的重要因素。問題是台灣自1964年推行家庭計畫以來約二十年間，如何做到避孕方法普及或者說完全避孕的社會？要回答這問題，我們首先必須回想一連串的原因，也就是，生育意願如何作用於某些變數以控制生育。

(六) 理想子女數和確定工作對象

家庭計畫的基本問題是不同層級的人口對家庭計畫的需求有多少。如果家庭人數或自然生育超過理想家庭人數—因未採用生育控制而有了不希望要的孩子時，就有家庭計畫的需求。如超過理想數愈大，節育的動機也就愈大。

促使需要家庭計畫的一個重要原因是死亡的減少，台灣在推行家庭計畫以前的死亡率降低，增加了存活的子女數。在前面提過，1948年與1962年間台灣的死亡率自千分之十四降到千分之五，這結果逐漸產生了傳統上對工作、居住、權威等安排的問題，因為傳統上假設許多小孩會死亡。因此死亡率的降低，造成對家庭計畫的需求，縱使傳統上對子女數的期望不變。早期台灣避孕方法使用者增加，家庭人數卻仍是穩定，是由於死亡率的下降而成了多生的小孩。

另一方面是起自二次世界大戰後早期的繼續而且加速的社會與經濟的發展。表八列舉各項指標上的急速發展。農業和工業產品，生產總值與個人所得很快提高，教育水提高；大眾媒體普及、便利的電信設施和交通網路大量拓展。這些社會和經濟結構上的改變，無疑的吸引大量的人口，跨越傳統的地域與家族領域，投入新的社會和經濟關係。例如，市場上新消

費物品的出現，提升了物質慾望，又在爲了教育孩子們在非家族性市場與機構成功的動機，可能使大家認爲子女數少些較好。再者，在粗和淨繁殖率都低於1.0的情形下，今後的發展可能受到家庭制度、婦女地位、社會保險和福利計畫等改變的影響，大於社經發展的影響(表五)。

最簡單直接判定需求的方法，就是不希望再有小孩的婦女數有多少？這種資料對於衡量潛在性的需求是很有用的。1963年在台中市所

做的家庭計畫實驗便是在測試這個觀點。調查結果對工作對象之確定，擬定家庭計畫其他方面的計畫，和提供家庭計畫相關的特別工作組織和推展之基礎助益良多。

除了實驗研究之外，在家庭計畫工作推展的同時，對生育趨勢和家庭人數偏好等的研究，以及自出生登記取得的家庭計畫相關資料，KAP調查和家庭計畫統計資料等，均提供了評價和工作的調整的方針。

表七 台灣地區家庭計畫工作目標數和工作成果，1964-1994年

計 畫 期 間	目 標 數		成 果	
	自然增加率 ⁽¹⁾ (每千人)	接受數	接 受 數 (%)	自然增加率 (年)
第一期五年計畫 1964年7月- 1969年6月	25 到 1969年	600,000	628,639 (104.8)	22.7 (1969)
第二期五年計畫 1971年7月- 1976年6月	20 到 1976年	1,771,000	1,422,439 (80.3)	21.2 (1976)
第一期三年計畫 1976年7月- 1979年6月	17.88 到 1979年	911,402	1,039,281 (114.0)	19.7 (1979)
第二期三年計畫 1979年7月- 1982年6月	16.2 到 1982年	1,076,301	1,132,568 (105.2)	17.3 (1982)
第一期四年計畫 1982年7月- 1986年6月	15.9 到 1986年	1,615,792	1,568,984 (95.9)	11.0 (1986)
第二期四年計畫 1986年7月- 1990年6月	12.3 到 1990年	2,903,412	3,375,810 ⁽²⁾ (116.3)	11.3 (1990)
第三期四年計畫 1990年7月- 1994年6月		1,027,940 1990年7月- 1992年6月	1,189,487 ⁽²⁾	10.2 (1992)

(1)自然增加率

(2)家庭計畫單位數

表八 台灣地區經濟和社會發展指標 1952, 1956, 1961, 1970, 1983, 1991 年

指 標	數 值					
	1952	1956	1961	1970	1983	1991
經 濟						
個人平均所得 ⁽¹⁾	100	116	134	260	567	1054
儲蓄佔國家收入百分比	5.2	4.8	16.3	23.8	29.9	25.8
農產品指數	100	119	148	245	376	452
總工業生產指數	100	150	242	1106	4527	7495
農漁業勞動人口(%)	56	53	49	37	19	13
教育(%)						
國小以上教育程度	42	37	22	15	9	6
國小畢業生進國中者	34	47	55	80	99	99
電訊和交通指數(每千人)						
報紙與雜誌	u	u	83	53	169	163
汽 車	1	1	2	7	57	113
機 車	(2)	(2)	4	48	299	449
電 話	4	5	12	27	259	449
電 視	-	-	14	371	1037	1171
家戶設施(%)						
電燈供應戶數	u ⁽³⁾	u	83	96	100	100
自來水供應人口	u	u	27	39	74	84
健康指標						
期望餘命	59	63	67	69	72	74
每一醫師服務人口	1556 ⁽⁴⁾	1601	1847	2240	1267	831

(1) 1986年調整後商業項目市場價格

(2) 少於 1

(3) u = 不詳

(4) 1954年

(七) 生育調節的成本

雖然動機是生育調節的必要條件，卻不是

充分條件。正如依士德林(Easterlin, Richard A) 1975年於「家庭計畫研究 (Studies in Family Planning)」第六卷第三期所發表的「生

育分析之經濟架構 (An Economic Framework for Fertility Analysis)」中述及，對一個家庭而言生育節制有兩種成本：一是精神上的代價——與生育節制觀念或實施相關聯的不愉快，另一項是市場成本——學習特殊技巧所花費的時間與金錢。這些決定於：(1)社會對生育節制的一般觀念和特殊節育方法的態度；(2)節育方法可以取得的程度，即訊息的來源、特殊方法種類，以及價錢等。前曾述及，台灣的家庭計畫經由家庭計畫工作人員的家庭訪視、團體教育及大眾傳播等提供訊息以降低市場成本。另一方面，家庭計畫經由公立醫院或合格開業醫師提供廉價的避孕服務。此外，家庭計畫經由生育節制觀念的合理化，降低主觀的成本。

自台灣的KAP調查資料，張(1985)發現依士德林的架構適用於不論早期或晚期的台灣的生育力變遷。早期動機和費用共同來決定婦女的生育；晚期則動機在區辨自然和節育人口上，扮演更重要的角色，而節育成本則降至最低，以致不足輕重。

總而言之，台灣成功的家庭計畫考慮到影響家庭子女數及生育節制方法的社會經濟、政治和文化的制度。更甚者，它的成功頗符合福臨門博士所歸納的下列原則：

1. 社會和經濟的發展無疑地促進了生育的下降和家庭計畫工作的推展。然而，只需要過去認為必要的許多發展因素的若干，家庭計畫就能相當的成功。此外，很多計畫在其推展初期就能夠成功地達到一般認為不易觸及的弱勢群體，不利的層級：窮人、文盲和偏遠地區的人口。鑑於家庭計畫在許多不同的環境下做到了，如有相當的疑問，實驗計畫是測試可行性最好的方法。
2. 初級群體如親戚、朋友、鄰居等，經由他們傳統或時髦的行為模式被學習和認可。成功的計畫會設法在基層上接觸他們。新的社區服務計畫也含蓋了這些人。
3. 理念和訊息的傳播是所有成功計畫低成本

的主要因素。傳播之始，必須集中力量針對某些特定對象。大眾傳播媒體固然能發動訊息的傳播，此後的傳播有賴口傳的溝通方式，將外界影響與社區初級群體和領導人士結合。

4. 經公開宣佈或立法和行政程序完成的堅定的政治態度，有助於家庭計畫的成功。
5. 然而，大部份成功的計畫，有個重要的因素就是政治行政體制可以與地方社區互相作用並動員地方資源。在現行體制中，若中央的政府與地方社區不能有效的連結，就難有成功的計畫。
6. 對高水準生活的期望是一種重要的力量，在大眾傳播、金錢和遷移，及其他將個人和社區、甚至國家和國際理念和事物相連結的力量影響下，增加了對家庭計畫的需求。認識到這些力量的作用，就能加強家庭計畫在困難環境下有可能成功的信念。升高中的期望可能被新觀念加強，也可能受到通訊與交通系統的改善和市場等的影響。

因此，可以說台灣的家庭計畫和社會經濟的發展是相輔相成的，而且家庭計畫也促成了生育力的降低。在台灣實驗研究是計劃和推行家庭計畫工作的原動力。由於社會和家庭計畫工作經常改變，繼續性的研究有助於監測需求、態度和行為等的改變。

三、生育轉型後之家庭計畫

當台灣的生育目標達到之後，家庭計畫的地位又將如何呢？數年前，中華民國便認為家庭計畫工作已成功地完成了生育任務，工作重點應從此轉向社會福利目標。現在台灣的家庭計畫已經修訂而且強調福臨門博士(1986)和孫主任委員得雄(1988)的建議，以福臨門博士的話來說，包括下列各項：

(一)繼續提供訊息和安全、方便、廉價的避孕器材，並從夫婦的福利觀點來改善下列各項：

1. 改善目前多數夫婦用以終止生育的避孕方法，以減少人工流產。

2. 改善避孕方法，提供適合夫婦生活方式和能使婚姻生活最美滿的避孕方法。

(二) 加強對青少年的計畫，俾將其個人和社會須付出代價的私生子和未婚生子的情況減到最少。

(三) 強調間隔生育的好處。較之限制生育，間隔生育的策略已是婦女和家庭計畫工作的關心所在。在台灣，為間隔生育而非節育之初次避孕的比率自1965年的百分之五增加為1980年的百分之五十四。相關的論點是婦女若欲在婚後工作，是否應在孩子出生前或在孩子準備上托兒所之時。另一論點則是婦女是否結婚時便開始避孕以便有較長的時間適應婚姻生活，或是早些開始生育以鞏固婚姻關係。

(四) 提供有關副作用的適當訊息和醫療照護。

(五) 提供新避孕方法的訊息和服務。例如一種新且有效的植入劑，在植入五年內不需要再採取任何行動，目前正在台灣評估中。此法可能取代結紮。結紮在台灣成長得很快，甚至在年輕婦女間也相當普遍。

(六) 對少數不期望而懷孕或生育的夫婦提供特別的服務。

(七) 對母親們說明餵母乳的好處。醫界認為餵母乳對婦幼衛生很重要。在台灣，餵母乳的比率和時間已經減低。

(八) 讓偏遠地區的低收入婦女瞭解家中孩子少些，就可以有保健服務和福利。

此外，對殘障人士和不孕夫婦也有特殊的計畫。例如，已製作盲胞的教材使能建立快樂家庭；對不孕夫婦，協助他們生育孩子。

然而，台灣家庭計畫的重點已由生育轉而重視人口素質和其他方面。家庭計畫工作人員現在也投入優生保健工作，家庭訪視時也同時鼓勵懷孕婦女定期檢查，尤其是三十五歲以上的婦女。家庭計畫工作人員也對四十歲以上的民眾測量血壓和糖尿病篩檢，並轉介疑似患者做進一步的檢查和接受治療。

總而言之，台灣的家庭計畫已轉而強調社會福利的目標、人口素質、青少年性教育和家庭生活，尤其自1990年7月開始之「新家庭計畫」推行之後。此後，家庭計畫工作服務大部份改為自費，僅對殘障或低貧民眾給予補助。自費的工作進行順利，因為台灣原本就有健全的醫療網，醫療網的醫師們曾接受政府補助，提供器材和訓練等而協助推展工作。家庭計畫也有一群基層工作人員服務全島。