



2023 生產事故救濟報告

Annual Report of Childbirth Accident Relief



2023 生產事故救濟報告

Annual Report of
Childbirth Accident Relief



衛生福利部

部長序 | Preface



根據內政部統計，111 年的新生兒出生數為 13 萬 8,986 人，創下歷史新低的紀錄。少子化已經是嚴重的國安問題，而國內婦女的第一胎生育年齡，35 歲以上者占 31.6%，國家為鼓勵生育、落實安心生產，施行催生 6 大政策，包含擴大不孕症試管嬰兒補助等方案，在孕產婦的例行性產檢部分，增加產檢次數及項目、補助妊娠糖尿病試紙給付等，已有相當成效，顯示政府提升周產期照護品質，重視孕產兒安全之決心與努力。

自 105 年 6 月開始施行「生產事故救濟條例」，及時救濟制度的建立，能讓事故家庭獲得經濟上的紓解，不責難的文化精神使得生產事故事件得以完整客觀的分析，經由除錯機制的程序，持續精進醫療照護能力，提供更適宜之照護措施，確保孕產兒安全。條例實施至今，共受理 1,886 件申請案件，核予救濟 1,748 件，審定救濟金額約新臺幣 11 億 660 萬元，達 9 成救濟通過率。除此之外，由機構主動釋出善意，提供溝通與關懷，緩解醫病緊張關係，增進彼此信任，同時減少醫療爭議，也是生產事故救濟條例的重要精神之一。

本部亦持續透過案件之審查與分析，檢視任何可預防或避免之系統性因素，將其歸納彙整編製成教材，強化臨床人員教育訓練及緊急事件之演練，提升緊急應變能力，進而降低事故發生，改善醫療照護品質。未來將教育孕產兒健康安全觀念，並落實於日常生活中，讓孕產兒安心生產、安全成長不再只是口號。近年，在疫情嚴峻的考驗之下，我們透過跨部會、整合各專業領域的資源，藉由推動孕產婦優先施打疫苗、建立就醫綠色通道及成立專責病房，政府與醫療院所互相協助合作，讓國內孕產婦的照護完善良好，這是我們值得驕傲的成果。安全的孕育下一代是國家重視的重大目標，需要政府、醫界與民眾一起努力合作，共同守護國家的未來！

衛生福利部

部長

薛瑞元 謹識

在醫療進步的時代，懷孕及生產過程中，仍存在著許多風險，導致傷亡等事故結果。為此，國家為共同承擔生產風險、提供安心生產的環境，於 105 年 6 月 30 日正式通過施行《生產事故救濟條例》，及時救濟事故家庭，減輕其經濟負擔。

本年報係依據《生產事故救濟條例》第 23 條規定，主管機關對經辦之生產事故救濟事件，應進行統計分析，每年公布結果。111 年度本部共計受理 326 件生產事故救濟申請案件，分別為孕產婦死亡 22 件、孕產婦重大傷害 63 件、胎兒死亡 149 件及新生兒死亡 59 件、新生兒重大傷害 33 件；經生產事故救濟審議會審定核予救濟者共 297 件，通過率為 91.1%，救濟金額為新臺幣 2 億 130 萬元。

分析歷年事故原因，原本患有內科疾病或有妊娠合併症之高危險妊娠孕產婦，宜注重血壓及血糖的監測及管理，遵從配合治療計畫，避免發生妊娠併發症；醫療院所應強化風險因子之辨識能力，加強演練發生緊急事故之應變流程及轉診後送機制，以期能及時給予適當醫療處置，使孕產兒接受良好照顧，減少因事故導致之死亡或傷害。此外，定期舉辦教育訓練，提升臨床醫療人員對於孕產婦安全及健康照護認知，透過各方努力及協助，逐步建構合理周全的孕產兒照護網絡，以提供安全適切之照護。

本部已將孕產兒安全納入年度目標，包含落實產科風險管控、維護孕產婦及新生兒安全及預防產科安全事件。期望透過及早辨識及預防風險管控、建立正確之孕產程保健觀念、預防妊娠併發症之發生等面向，規劃並落實孕產兒安全相關策略。未來將持續努力整合各界資源，完備周產期及新生兒醫療照護系統，打造安心安全的生產環境，並提升周產期照護品質。

Despite the advances in medical technology today, numerous risks of injuries and deaths associated with pregnancy and childbirth remain. To alleviate these risks and provide a safe childbirth environment, the Taiwanese government officially implemented the Childbirth Accident Emergency Relief Act on June 30, 2016, to provide reliefs to families with accidents associated with pregnancy and childbirth in a timely manner and to reduce their financial burden.

According to Article 23 of the Act, “the competent authority shall perform statistical analyses and publish the results annually for the childbirth accident relief cases processed”. In 2022, the Ministry of Health and Welfare received a total of 326 childbirth accident relief applications, of which 22 for maternal mortality and 63 for major maternal injuries; 149 for fetal mortality, 59 for neonatal mortality and 33 for major neonatal injuries. A total of 297 applications were approved, with a approval rate of 91.1%, by the Childbirth Accident Relief Review Committee, and a total of NTD 201.3 million relief fund was granted.

Reviewing the causes of childbirth accidents over the past years, the high-risk pregnant women with existing diseases or pregnancy complications are advised to more rigorously monitor and manage their blood pressure and blood sugar and comply medical treatment to prevent perinatal complications. Meanwhile, healthcare institutions must strengthen their risk recognition abilities of risk factors and reinforce emergency response training and the referral mechanism to provide timely and appropriate medical treatment, thereby improving quality of maternal and newborn care and reducing injuries or deaths caused by childbirth accidents. In addition, regular education and training programs should be provided to enhance the awareness of clinical staff on maternal safety and health care. A reasonable and comprehensive network should be constructed to provide safe and appropriate maternal and newborn care with the combined efforts and assistance of all relevant parties.

The Ministry has made maternal and newborn safety as one of the patient safety annual goals through comprehensive obstetric risk control, safeguarding pregnant women and newborns, and preventing childbirth accidents. Strategies related to maternal and newborn safety shall be planned and implemented through early recognition and prevention of risks, establishment of correct concepts of health care during pregnancy and childbirth, and prevention of pregnancy complications. MOHW shall continuously integrated different resources in building a comprehensive perinatal and neonatal healthcare system, thereby providing a safe childbirth environment and improving the quality of perinatal care.

目錄 | Contents

部長序	02
摘要 Summary	04
壹 生產事故救濟申請案件分析	07
貳 生產事故救濟審定案件分析	20
第一節 孕產婦死亡案件分析	21
第二節 孕產婦重大傷害案件分析	31
第三節 新生兒死亡案件分析	39
第四節 新生兒重大傷害案件分析	47
第五節 胎兒死亡案件分析	55
參 生產事故學習與改善	62
肆 結語	69
附 錄	
一、生產事故救濟重要記事	72
二、111 年度生產事故救濟活動成果	75
三、111 年度審定不予救濟案件之診斷與結果	76
四、生產事故救濟業務調查結果摘要	78

壹

生產事故 救濟申請案件分析



《生產事故救濟條例》於 105 年 6 月 30 日開始施行至 111 年 12 月 31 日止，共計受理 1,886 件申請案件。其中，111 年度共計受理 326 件申請案件，以下就本（111）年度及條例施行至 111 年 12 月 31 日止之執行情形，進行分析如下：

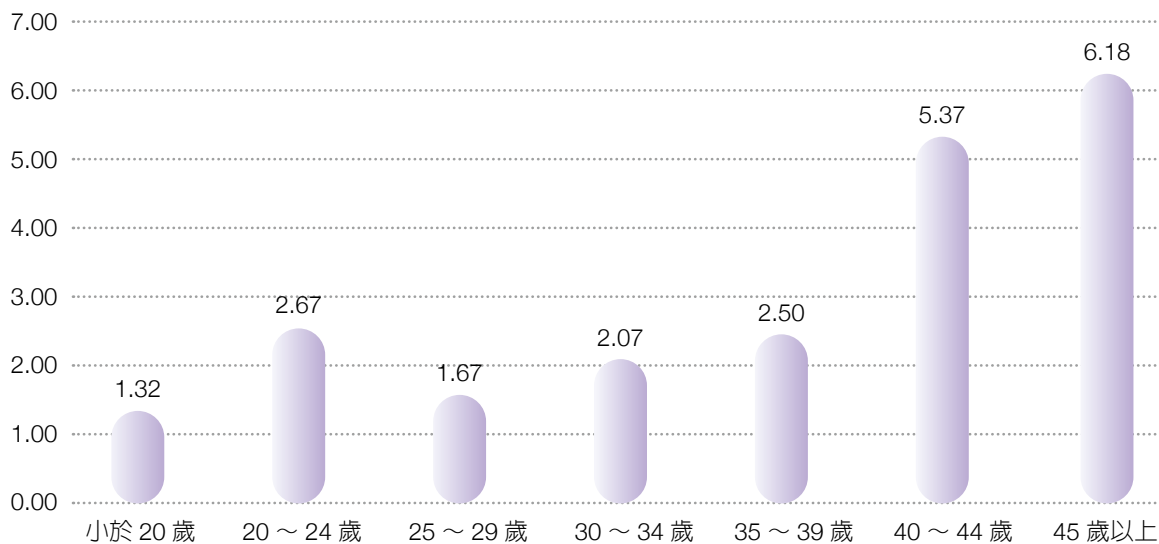
一、孕產婦年齡

111 年度受理之 326 件申請案中，小於 20 歲的有 2 件，占 0.6%；20～24 歲有 29 件，占 8.9%；25～29 歲有 52 件，占 16.0%；30～34 歲有 102 件，占 31.3%；35～39 歲有 86 件，占 26.4%；40～44 歲有 51 件，占 15.6%；45 歲以上則有 4 件，占 1.2%。進一步分析，111 年度各年齡族群申請案件數，對比 111 年內政部戶政司人口資料庫之出生人口數比率（註¹），40 歲以上產婦發生生產事故之

風險較高，其中以 45 歲以上最高，為 6.18‰；40～44 歲居次，為 5.37‰；20～24 歲為 2.67‰；35～39 歲為 2.50‰；30～34 歲為 2.07‰；25～29 歲及小於 20 歲分別為 1.67‰、1.32‰，如圖 1-1、表 1-1。

105 年度因僅有半年數據未列入統計，以 106 年至 111 年底所受理之申請案，對比各年度內政部戶政司人口資料庫之出生人口數比率來看，106 年度以 45 歲以上申請比率最高，107 年度則以 40～44 歲居多，108～111 年度均以 45 歲以上為多；若以整體來看，仍以 45 歲以上最高，為 6.35‰；40～44 歲居次，為 3.76‰；35～39 歲為 2.31‰；30～34 歲為 1.69‰；25～29 歲為 1.43‰；20～24 歲及小於 20 歲分別為 1.33‰、1.16‰，如圖 1-2。

申請比例（‰）



註：申請比例：申請案件數 / 出生人口數（‰）

圖 1-1：111 年度申請比率概況按孕產婦年齡層分布

1 申請比例：申請案件數 / 出生人口數（‰）

表 1-1：111 年度出生人口數與申請案件數孕產婦年齡層分布

111 年度 孕產婦 年齡分布	出生人口數 (A)		申請案件數 (B)		申請比例 (B/A)
	出生數	百分比	案件數	百分比	申請案件數 / 出生人口數 (千分比)
小於 20 歲	1,516	1.1%	2	0.6%	1.32‰
20 ~ 24 歲	10,872	7.9%	29	8.9%	2.67‰
25 ~ 29 歲	31,144	22.7%	52	16.0%	1.67‰
30 ~ 34 歲	49,298	35.9%	102	31.3%	2.07‰
35 ~ 39 歲	34,443	25.1%	86	26.4%	2.50‰
40 ~ 44 歲	9,493	6.9%	51	15.6%	5.37‰
45 歲以上	647	0.5%	4	1.2%	6.18‰
合計	137,413	100.0%	326	100.0%	2.37‰

(出生人口數資料來源：內政部戶政司，統計區間：111/1/1 ~ 111/12/31)

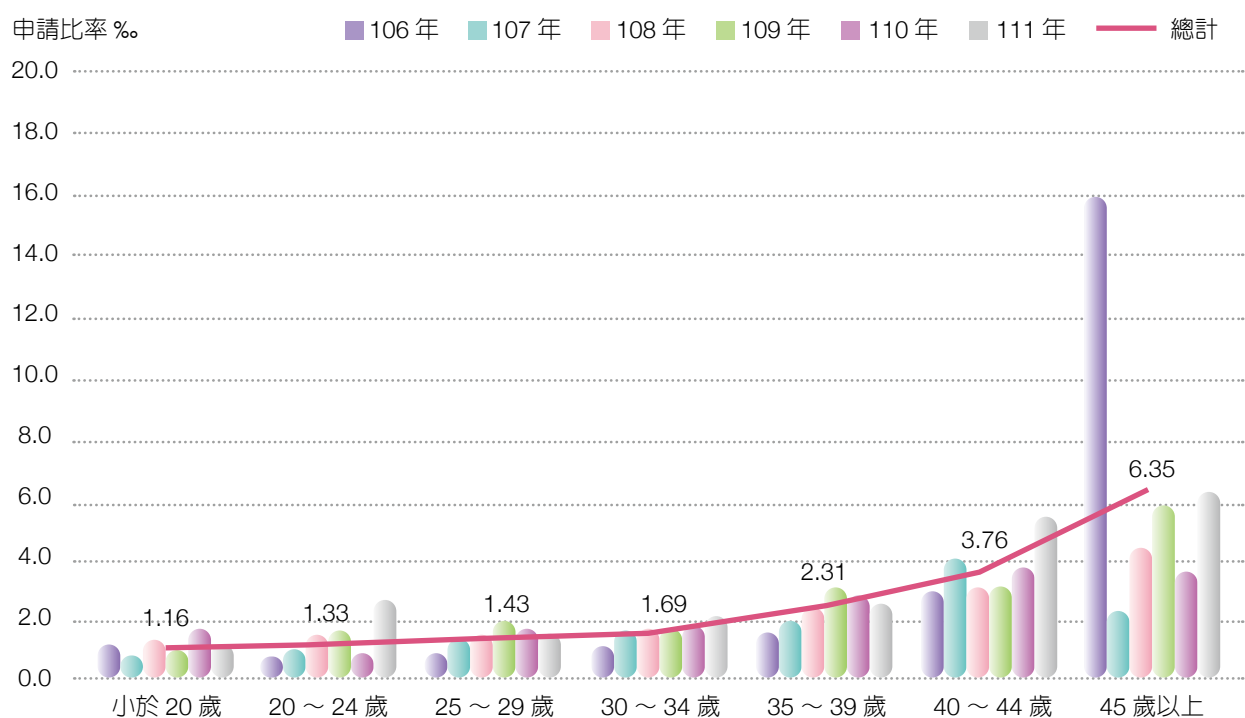


圖 1-2：106 ~ 111 年度申請比率概況按孕產婦年齡層分布

二、申請來源

依照申請案件來源分析，111 年度所受理 326 件申請案中，為民眾自行提出申請有 167 件，占 51.2%；由機構接受委託代為提出申請有 159 件，占 48.8%。另統計 105 年條例

施行日起至 111 年 12 月 31 日止所受理之 1,886 件申請案中，由民眾自行提出申請有 799 件，占 42.4%；由機構接受委託代為提出申請有 1,087 件，占 57.6%。總體而言機構代為申請案件數仍較民眾自行申請數高，如表 1-2。

表 1-2：105 ~ 111 年度申請案件來源分布

年度	申請來源	民眾自行申請		機構代為申請		總數
		案件數	百分比	案件數	百分比	
105 年		16	32.7%	33	67.3%	49
106 年		75	31.6%	162	68.4%	237
107 年		85	29.3%	205	70.7%	290
108 年		129	41.6%	181	58.4%	310
109 年		179	50.3%	177	49.7%	356
110 年		148	46.5%	170	53.5%	318
111 年		167	51.2%	159	48.8%	326
總計		799	42.4%	1,087	57.6%	1,886

表 1-3：105 ~ 111 年度申請案件數之機構層級分布

機構層級	年度	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	總計	百分比
	醫學中心		12	73	78	95	95	83	87	523
區域醫院		14	45	71	62	94	103	103	492	26.1%
地區醫院		11	62	70	87	89	71	68	458	24.3%
診所		12	56	71	64	78	61	68	410	21.7%
助產機構		0	1	0	2	0	0	0	3	0.2%
總計		49	237	290	310	356	318	326	1,886	100.0%

三、機構層級

按其發生生產事故所在機構分析，111 年度所受理 326 件申請案中，區域醫院有 103 件，占 31.6%；醫學中心有 87 件，占 26.7%；地區醫院及診所各有 68 件，各占 20.9%。進一步分析，111 年度各層級機構申請案件數，對比同期中央健康保險署（以下稱健保署）申報之生產數比率（註²），以醫學中心最高，為 3.48%；區域醫院居次，為 3.26%；診所及地區醫院分別為 1.86%、1.66%，如表 1-4。

而以 105 年條例施行日起至 111 年底所受理之 1,886 件申請案來看，醫學中心有 523 件，占 27.7%；區域醫院有 492 件，占 26.1%；地區醫院有 458 件，占 24.3%；診所所有 410 件，占 21.7%；助產機構有 3 件，占 0.2%，如表 1-3、圖 1-3。進一步分析，各層級申請案件數，對比同期向健保署申報之生產數比率，以醫學中心最高，為 2.74%；區域醫院居次，為 1.85%；地區醫院及診所分別為 1.47%、1.34%，此外，助產機構因母數較其他層級機構少，故比率稍高，占 4.09%，如表 1-4、圖 1-4。

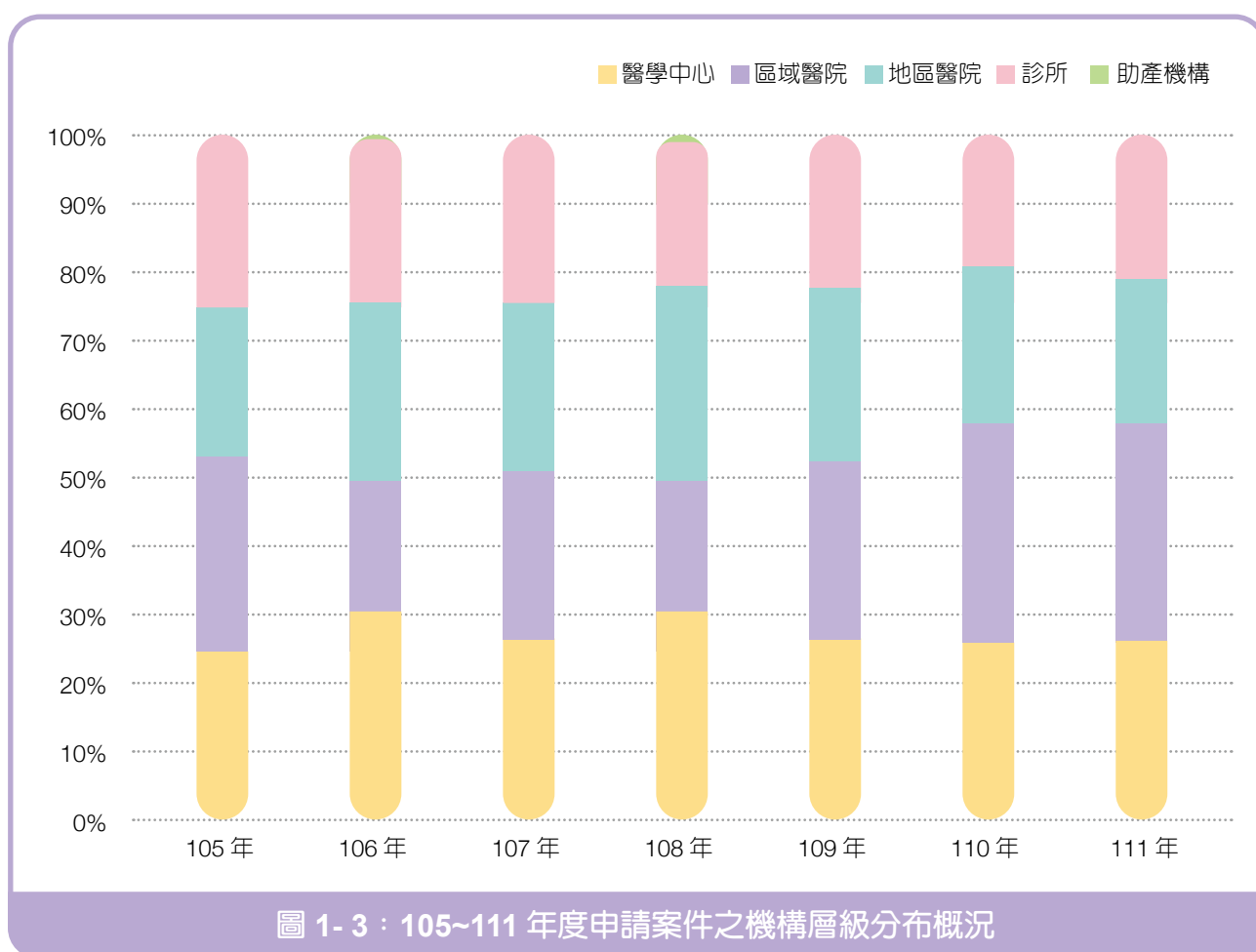


圖 1-3：105~111 年度申請案件之機構層級分布概況

2 申請比率：同一時期之申請案件數 / 申報健保生產數 (%)

申請比率 (‰)

4.00

3.50

3.00

2.50

2.00

1.50

1.00

0.50

0.00

	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年
醫學中心	0.64	2.19	2.90	3.07	3.31	3.03	3.48
區域醫院	0.52	0.94	1.69	1.45	2.43	2.84	3.26
地區醫院	0.37	1.17	1.46	1.79	1.91	1.56	1.66
診所	0.40	1.04	1.43	1.33	1.76	1.39	1.86

註 1：申請比率：同一時期之申請案件數 / 申報健保生產數 (‰)。

註 2：助產機構因母數較其他層級機構少，計算結果不代表實際狀況，故不列入呈現。

圖 1-4：105 ~ 111 年度申請比率按機構層級分布

表 1-4：111 年度及 105 ~ 111 年度申報健保生產數與申請案件數之機構層級分布

案件數 機構層級	111 年度 (A)	111 年度 (B)	當年度 (B/A)	歷年累計 105 ~ 111 年度 (C)	歷年累計 105 ~ 111 年度 (D)	歷年累計 (D/C)
	申報健保 生產數	救濟申請 案件數	申請比率	申報健保 生產數	救濟申請 案件數	申請比率
醫學中心	24,990 (18.6%)	87 (26.7%)	3.48‰	190,916 (17.7%)	523 (27.7%)	2.74‰
區域醫院	31,579 (23.6%)	103 (31.6%)	3.26‰	266,269 (24.7%)	492 (26.1%)	1.85‰
地區醫院	40,855 (30.5%)	68 (20.9%)	1.66‰	312,110 (29.0%)	458 (24.3%)	1.47‰
診所	36,528 (27.2%)	68 (20.9%)	1.86‰	306,553 (28.5%)	410 (21.7%)	1.34‰
助產機構	117 (0.1%)	0 (0.0%)	0‰	733 (0.1%)	3 (0.2%)	4.09‰
合計	134,069	326	2.43‰	1,076,581	1,886	1.75‰
	(100.0%)	(100.0%)		(100.0%)	(100.0%)	

(生產數資料來源：健保署，統計區間：105/6/30 ~ 111/12/31)

四、區域分布

按健保分區（註³）分析 111 年度受理之 326 件申請案件，其中臺北區有 88 件，占 27.0%；中區有 74 件，占 22.7%；北區有 63 件，占 19.3%；南區有 50 件，占 15.3%；高屏區有 41 件，占 12.6%；東區有 10 件，占 3.1%。進一步分析，111 年度各健保分區之生產事故申請案，對比同期各區生產數申請比率，以東區最高，為 3.61‰；南區居次，為 2.83‰；中區、臺北區、北區及高屏區分別為 2.57‰、2.31‰、

2.27‰、2.17‰，如表 1-6。

以 105 年條例施行至 111 年底所受理之 1,886 件申請案來看，臺北區有 559 件，占 29.6%；中區有 386 件，占 20.5%；北區有 363 件，占 19.2%；南區有 286 件，占 15.2%；高屏區有 252 件，占 13.4%；東區則有 40 件，占 2.1%，如表 1-5、圖 1-5。進一步分析，各健保分區之生產事故申請案，對比同期各區生產數，以南區最高，為 2.02‰；東區居次，為 1.85‰；臺北區、北區、中區及高屏區分別為 1.72‰、1.71‰、1.68‰、1.68‰，如表 1-6、圖 1-6。

3 健保分區範圍涵蓋如下：(1) 臺北區：臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣。(2) 北區：桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣。(3) 中區：臺中市、彰化縣、南投縣。(4) 南區：雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市。(5) 高屏區：高雄市、屏東縣、澎湖縣。(6) 東區：花蓮縣、臺東縣。

表 1-5：105 ~ 111 年度申請案件之區域分布

年度 健保分區	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	總計	百分比
臺北區	15	89	84	86	108	89	88	559	29.6%
北區	6	44	78	66	59	47	63	363	19.2%
中區	15	38	43	64	75	77	74	386	20.5%
南區	5	33	43	55	51	49	50	286	15.2%
高屏區	7	29	36	35	55	49	41	252	13.4%
東區	1	4	6	4	8	7	10	40	2.1%
總計	49	237	290	310	356	318	326	1,886	100.0%

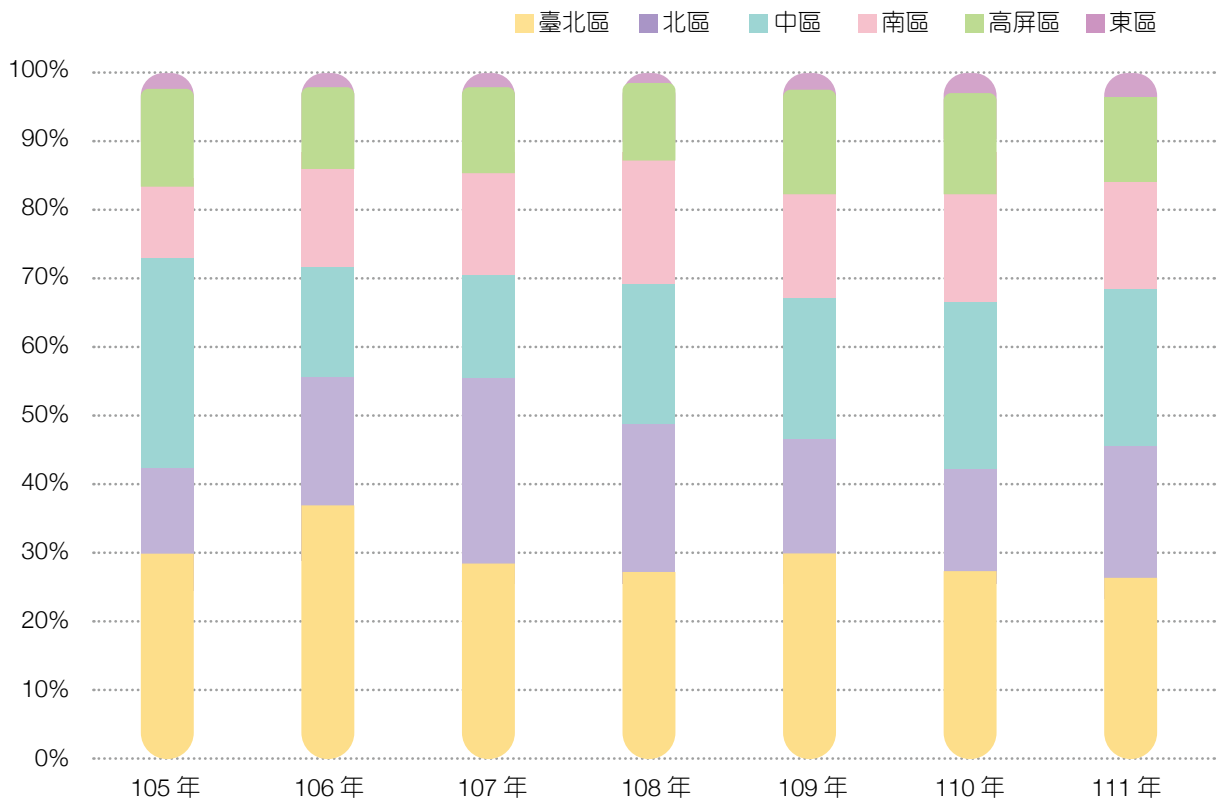


圖 1-5：105 ~ 111 年度申請案件之區域分布概況

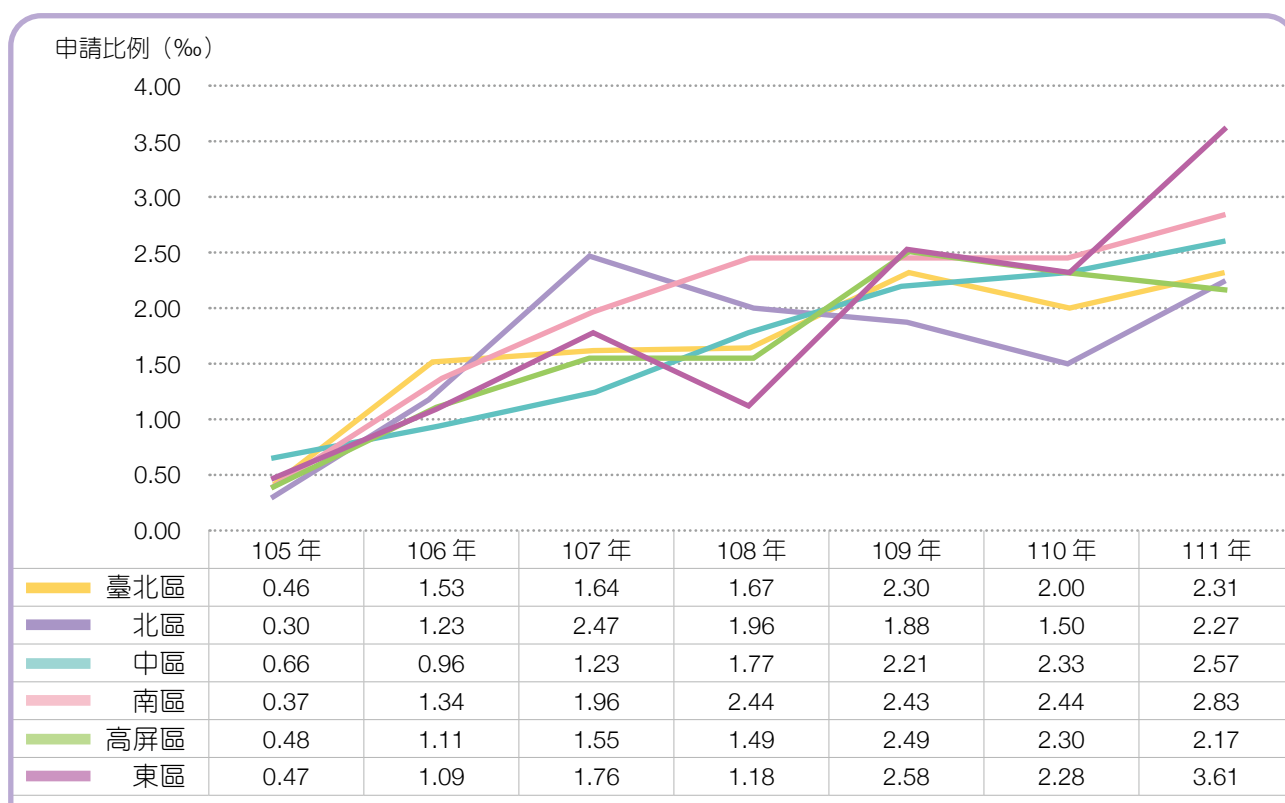


圖 1-6：105 ~ 111 年度申請比率按區域分布

表 1-6：111 年度及 105 ~ 111 年度申報健保生產數與申請案件之區域分布表

案件數 健保分區	111 年度 (A)	111 年度 (B)	當年度 (B/A)	歷年累計 105 ~ 111 年度 (C)	歷年累計 105 ~ 111 年度 (D)	歷年累計 (D/C)
	申報健保生產數	救濟申請案件數	申請比率	申報健保生產數	救濟申請案件數	申請比率
臺北區	38,118 (28.4%)	88 (27.0%)	2.31‰	323,167 (30.0%)	559 (29.6%)	1.72‰
北區	27,783 (20.7%)	63 (19.3%)	2.27‰	211,477 (19.6%)	363 (19.2%)	1.71‰
中區	28,829 (21.5%)	74 (22.7%)	2.57‰	229,242 (21.3%)	386 (20.5%)	1.68‰
南區	17,645 (13.2%)	50 (15.3%)	2.83‰	141,368 (13.1%)	286 (15.2%)	2.02‰
高屏區	18,923 (14.1%)	41 (12.6%)	2.17‰	149,791 (13.9%)	252 (13.4%)	1.68‰
東區	2,771 (2.1%)	10 (3.1%)	3.61‰	21,536 (2.0%)	40 (2.1%)	1.85‰
合計	134,069 (100.0%)	326 (100.0%)	2.43‰	1,076,581 (100.0%)	1,886 (100.0%)	1.75‰

五、新生兒及胎兒死亡性別比例

111 年度所受理之 326 件申請案中，新生兒及胎兒死亡共計 208 件，其中新生兒 59 件（男性 36 件，占 61.0%；女性 23 件，占 39.0%），胎兒 149 件（男性 85 件，占 57.0%；女性 64 件，占 43.0%），如表 1-7。

統計 105 年條例施行至 111 年底所受理之 1,886 件申請案，新生兒及胎兒死亡共計 1,174 件，其中新生兒 329 件（男性 189 件，占 57.4%；女性 140 件，占 42.6%），胎兒 845 件（男性 426 件，占 50.4%；女性 417 件，占 49.3%；其他 2 件，占 0.2%），如表 1-8。

表 1-7：111 年度申請案件新生兒及胎兒死亡性別比

性別	新生兒		胎兒		合計 (百分比)
	案件數	百分比	案件數	百分比	
男	36	61.0%	85	57.0%	121 (58.2%)
女	23	39.0%	64	43.0%	87 (41.8%)
合計	59	100.0%	149	100.0%	208 (100.0%)

表 1-8：105 ~ 111 年度申請案件新生兒及胎兒死亡性別比

性別	新生兒		胎兒		合計 (百分比)
	案件數	百分比	案件數	百分比	
男	189	57.4%	426	50.4%	615 (52.4%)
女	140	42.6%	417	49.3%	557 (47.4%)
其他 ^(註)	0	0.0%	2	0.2%	2 (0.2%)
合計	329	100.0%	845	100.0%	1,174 (100.0%)

註：產婦未及娩出胎兒即死亡之胎兒死亡案件，其胎兒性別以其他列計。

六、審定結果

111 年度所受理 326 件申請案件，有 297 件核予救濟，通過率 91.1%，審定救濟金額總數為新臺幣（以下同）2 億 130 萬元。其中，孕產婦部分為 83 件，共計 9,480 萬元（含死亡 20 件，8,000 萬元；重大傷害 63 件，1,480 萬元）；新生兒部分為 77 件，共計 6,540 萬元（含死亡 51 件，1,530 萬元；重大傷害 26 件，5,010 萬元）；胎兒死亡為 137 件，共計 4,110 萬元，如表 1-9。上開案件，適用 108 年 10 月 4 日調整後之救濟給付額度者共 47 件，審定救濟金額為 1 億 3,350 萬元。其中，20 件為孕產婦死亡，審定救濟金額 8,000 萬元；1 件為產婦極重度身心障礙，審定救濟金額 300 萬元；1 件為產婦中度身心障礙，審定救濟金額 150 萬元；

4 件為新生兒極重度身心障礙，審定救濟金額 1,200 萬元；11 件為新生兒重度身心障礙，審定救濟金額 2,200 萬元；10 件為新生兒中度身心障礙，審定救濟金額 1,500 萬元。

自 105 年條例實施至 111 年底所受理 1,886 案中，有 1,748 件核予救濟，通過率 92.7%，審定救濟總金額為 11 億 660 萬元。孕產婦部分為 514 件，總金額為 5 億 6,040 萬元（含死亡 148 件，4 億 4,000 萬元；重大傷害 366 件，1 億 2,040 萬元）；新生兒部分為 423 件，總金額為 3 億 290 萬元（含死亡 284 件，8,520 萬元；重大傷害 139 件，2 億 1,770 萬元）；胎兒部分為 811 件，總金額為 2 億 4,330 萬元，如表 1-10。

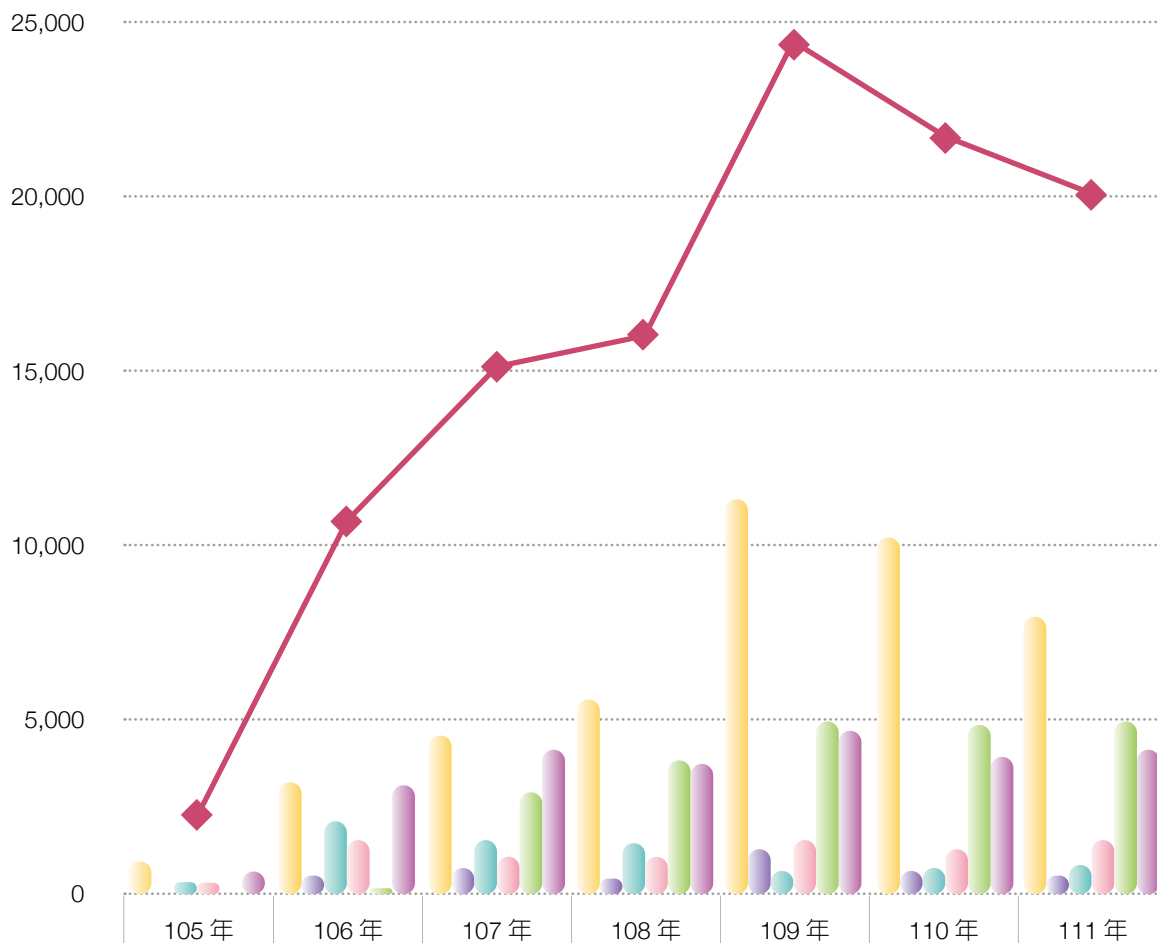
依照歷年審定結果來看，仍以孕產婦死亡之審定救濟金額為多，如圖 1-7。

表 1-9：111 年度核予救濟案件審定結果分析（金額：萬元）

事故人 事故結果	孕產婦			新生兒		胎兒	總計
	死亡	重大傷害		死亡	重大傷害 (中度以上 身心障礙)	死亡	
		中度以上 身心障礙	子宮切除				
救濟案件數	20	3	60	51	26	137	297
最小金額	400	150	10	30	110	30	-
最大金額	400	300	80	30	300	30	-
總金額	8,000	600	880	1,530	5,010	4,110	20,130

註：適用 108 年 10 月 4 日調整後之救濟給付額度者共 47 案，含孕產婦死亡 20 案，孕產婦重大傷害 2 案，新生兒重大傷害 25 案。

萬元



	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年
產婦死亡	1,000	3,200	4,600	5,600	11,400	10,200	8,000
產婦重大	0	600	710	430	1,290	650	600
子宮切除	300	2,100	1,590	1,510	620	760	880
新生兒死亡	390	1,530	1,110	1,110	1,530	1,320	1,530
新生兒重大	0	180	2,900	3,840	5,000	4,840	5,010
胎兒死王	690	3,090	4,200	3,690	4,620	3,930	4,110
總金額 (萬元)	2,380	10,700	15,110	16,180	24,460	21,700	20,130

註：自 108 年 10 月 4 日起調整孕產婦死亡及重大傷害之救濟給付額度。

圖 1-7：105 ~ 111 年度核予救濟案件審定救濟金額概況

表 1-10：105～111 年度核予救濟案件審定結果分析 (金額：萬元)

事故人 事故結果	孕產婦			新生兒		胎兒	案件數 總計
	死亡	重大傷害		死亡	重大傷害 (中度以上 身心障礙)	死亡	
		中度以上 身心障礙	子宮切除				
105 年	5	0	8	13	0	23	49
106 年	16	4	57	51	2	103	233
107 年	23	5	46	37	24	140	275
108 年	27	3	61	37	31	123	282
109 年	31	7	55	51	30	154	328
110 年	26	4	53	44	26	131	284
111 年	20	3	60	51	26	137	297
小計	148	26	340	284	139	811	1,748
總金額	44,000	4,280	7,760	8,520	21,770	24,330	110,660

七、不予救濟案件

依《生產事故救濟條例》第 11 條本文：「生產事故之救濟以與生產有因果關係或無法排除有因果關係者為限。」統計自 105 年條例施行日起至 111 年底所受理申請案中，共有 138 件經審議決議不予救濟；其中，106 年有 4 件，107 年有 15 件，108 年、109 年分別有 28 件，110 年有 34 件不予救濟案件，111 年有 29 件不予救濟案件。若以事故結果類型區分，則以「新生兒死亡」、「新生兒重大傷害」為多數，各為 45 件，各占 32.6%；「胎兒死亡」有 34 件，

占 24.6%；「產婦死亡」有 7 件，占 5.1%；「產婦重大傷害」有 7 件，占 5.1%。另分析不予救濟原因，則以「與生產無因果關係」最多，為 84 件，占 60.9%，其中多數為先天性畸形，屬《生產事故救濟條例》第 11 條第 2 款之救濟排除情事。

貳

生產事故 救濟審定案件分析



《生產事故救濟條例》自 105 年 6 月 30 日施行，該條例明定其申請期限為自請求權人知有生產事故時起兩年，本章節係以自該條例施行日至 111 年 12 月 31 日止，所受理符合申請條件者之最終審定結果分析，分別依生產事故救濟所涵蓋範圍之各類型案件，如孕產婦死亡及重大傷害、新生兒死亡及重大傷害、胎兒死亡等，分節敘述整理。

第一節 | 孕產婦死亡案件分析

根據世界衛生組織（以下簡稱 WHO）針對孕產婦死亡率的定義為「一年內每十萬名活產中，在懷孕期間或懷孕中止 42 天內之婦女死亡數」，只要孕產婦死亡與懷孕相關或因懷孕加重，或與懷孕相關之處置導致者，皆屬孕產婦死亡，但排除意外、車禍、自殺或他殺等外力事件所致。以下就 111 年度審定核予救濟之 20 件孕產婦死亡案件進行說明，並比較條例施行至 111 年底之各年度案件。

一、本年度案件統計與分析

111 年度受理之申請案中，孕產婦死亡案件共計 22 件，共 20 件核予救濟。茲就核予救濟之 20 件孕產婦死亡案件，其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

（一）機構層級

按發生生產事故之機構層級分析，醫學中心及區域醫院分別有 7 件，各占 35%；診所所有 4 件，占 20%；地區醫院有 2 件，占 10%，如圖 2-1。

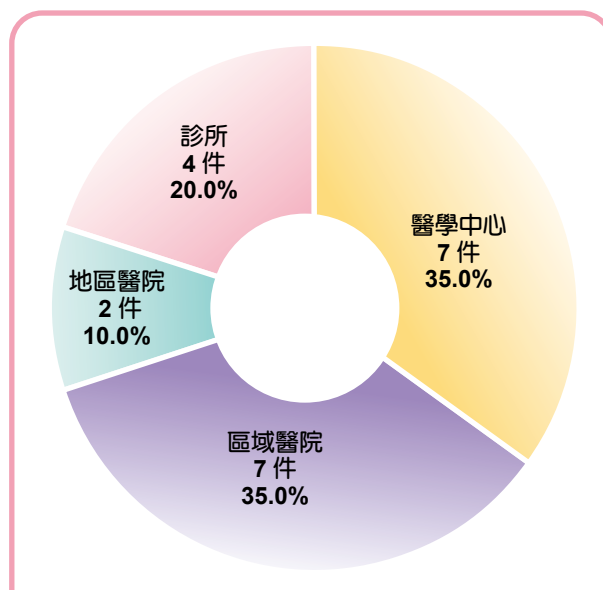


圖 2-1：111 年度孕產婦死亡審定救濟案件機構層級分布

（二）區域分布

按健保分區分析，北區及中區有 5 件，各占 25%；臺北區有 4 件，占 20%；南區及高屏區皆有 3 件，各占 15%；東區在本年度沒有案例，如圖 2-2。

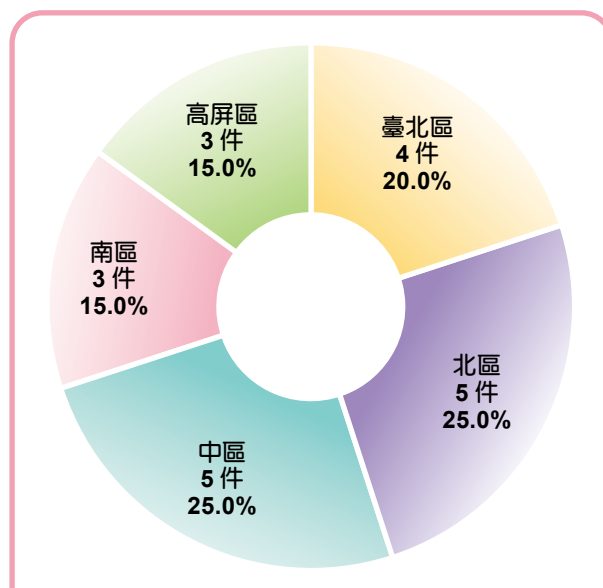


圖 2-2：111 年度孕產婦死亡審定救濟案件區域分布

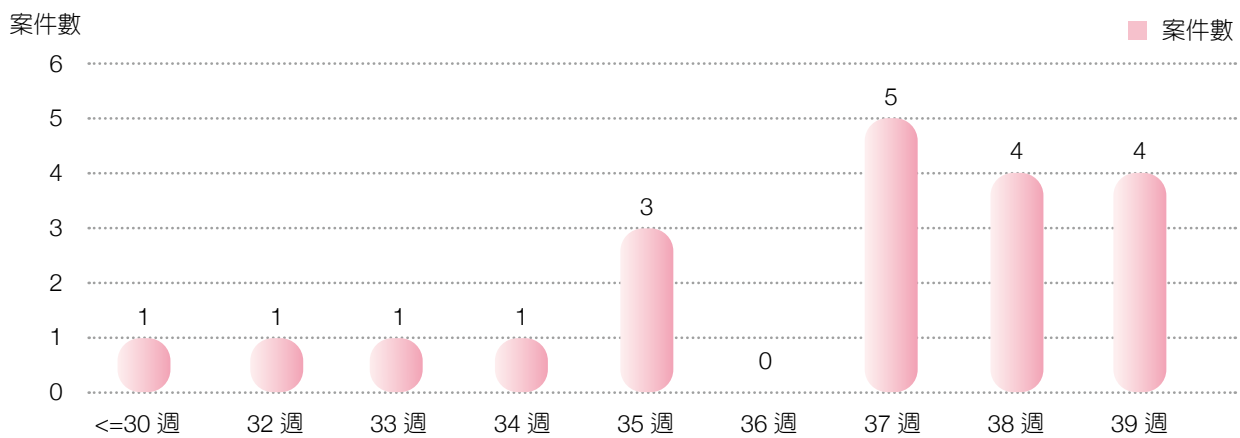


圖 2-3：111 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠週數分布

(三) 妊娠週數

按妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件共有 13 件，占 65%；36 週以下（早產）生產案件共有 7 件，占 35%，如圖 2-3。

(四) 妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第一胎最多，有 9 件，占 45%；其次為第二胎和第三胎各有 4 件，各占 20%；再者為第四胎有 2 件，占 10%；第五胎有 1 件，占 5%，如圖 2-4。

(五) 生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析，以 36～40 歲為多，有 8 件，占 40.0%；其次為 31～35 歲有 6 件，占 30.0%；大於 40 歲有 5 件，占 25.0%；小於 25 歲（含）有 1 件，占 5.0%；26～30 歲在今年度沒有案件，如圖 2-5。

(六) 事故原因

就孕產婦死亡案件之事故原因分析：羊水栓塞為最大宗，占 6 件次，占 30%；其次為子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症（DIC）占 5 件次，占 25%；再者為妊娠高

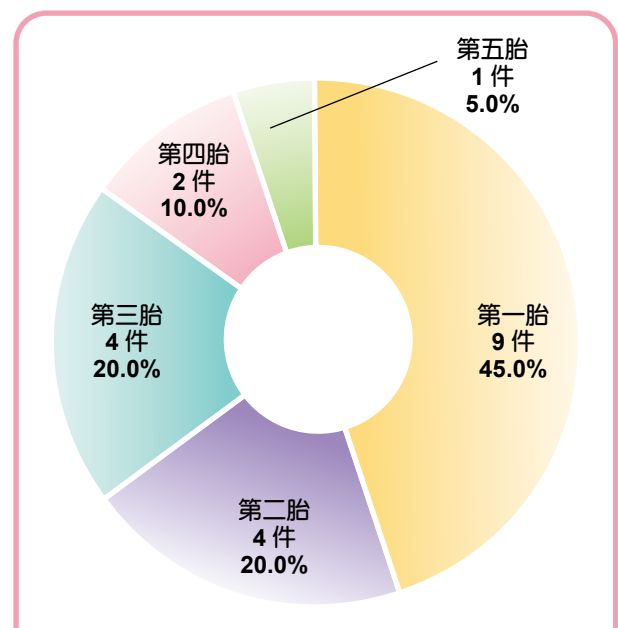


圖 2-4：111 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

血壓、血管栓塞 / 肺栓塞、顱內出血及心血管疾病 / 心臟病變各占 2 件次，占 10%；其餘原因包含感染（如產後傷口感染、子宮感染）、甲狀腺風暴、急性脂肪肝、前置胎盤、植入性胎盤及不明原因心跳停止 / 突發性休克皆各有 1 件次，占 5%，如表 2-1。

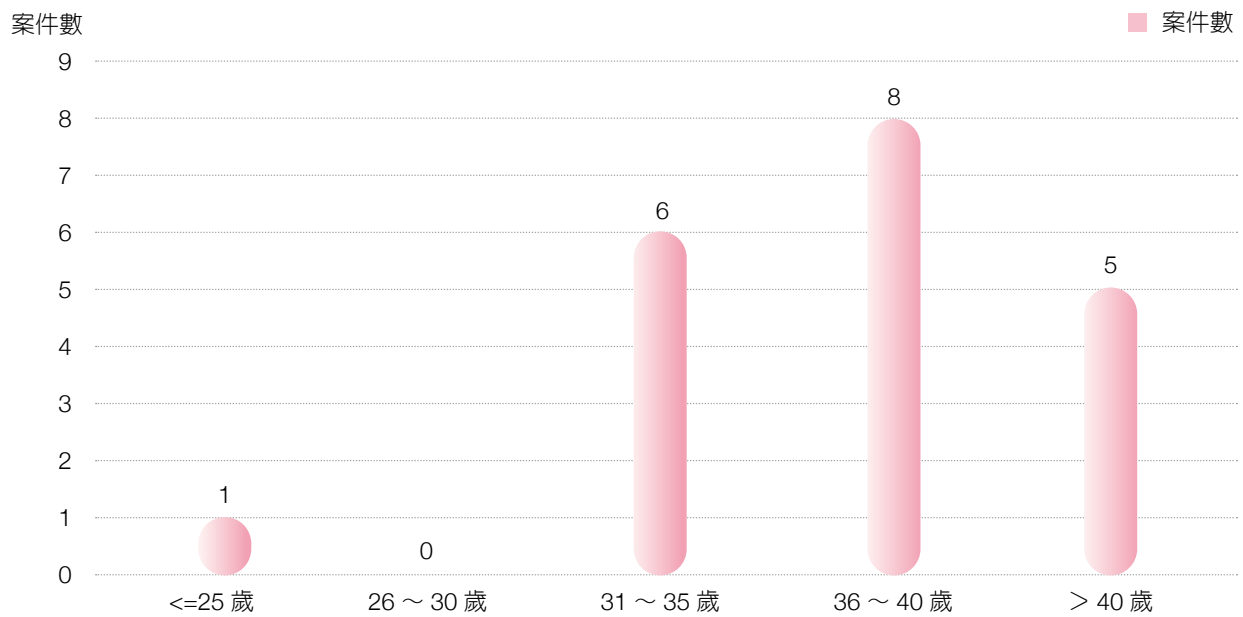


圖 2-5：111 年度孕產婦死亡審定救濟案件生產時年齡分布

表 2-1：111 年度孕產婦死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 (註 1)	百分比 (註 2)
羊水栓塞	6	30.0%
子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症 (DIC)	5	25.0%
妊娠高血壓	2	10.0%
血管栓塞 / 肺栓塞	2	10.0%
顱內出血	2	10.0%
心血管疾病 / 心臟病變	2	10.0%
感染 (如產後傷口感染、子宮感染)	1	5.0%
甲狀腺風暴	1	5.0%
急性脂肪肝	1	5.0%
前置胎盤	1	5.0%
植入性胎盤	1	5.0%
不明原因心跳停止 / 突發性休克	1	5.0%

註 1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註 2：以 111 年度孕產婦死亡審定救濟案件數為母數計算。(N = 20)

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至 111 年底所受理之申請案中，孕產婦死亡案件共計 155 件，其中 7 件因與生產無因果關係屬救濟排除之條件，不予救濟。茲就核予救濟之 148 件孕產婦死亡案件，依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

(一) 機構層級

我國醫療機構的層級，目前分為醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所，各層級醫療機構肩負不同的照護任務與角色。孕產婦死亡案件中，按其發生生產事故之年度及機構層級分析，以區域醫院為最大宗，有 42 件，占 28.4%；醫學中心居次，有 40 件，占 27%；

診所所有 36 件，各占 24.3%；以地區醫院最少，有 30 件，占 20.3%。105 年度總件數 5 件較少，除診所 2 件之外，其餘各層級醫院皆為 1 件；106 年度共計 16 件，區域醫院、地區醫院、診所分別有 6 件、5 件及 4 件，醫學中心則只有 1 件；107 年度共計 23 件，區域醫院、地區醫院、診所各有 4 件，醫學中心增加幅度最多，共有 11 件；108 年度共計 27 件，地區醫院占最大宗有 10 件，其次是醫學中心有 9 件；109 年度共計 31 件，其中區域醫院案例明顯增加，從 108 年度的 3 件增為 12 件；110 年度共計 26 件，各個醫療院所都與先前數據相比有些微的下降；111 年度共計 20 件，各個醫療院所都與先前數據相比都有持續的下降，唯獨醫學中心有上升的趨勢，從 110 年度的 5 件增為 7 件，如圖 2-6。

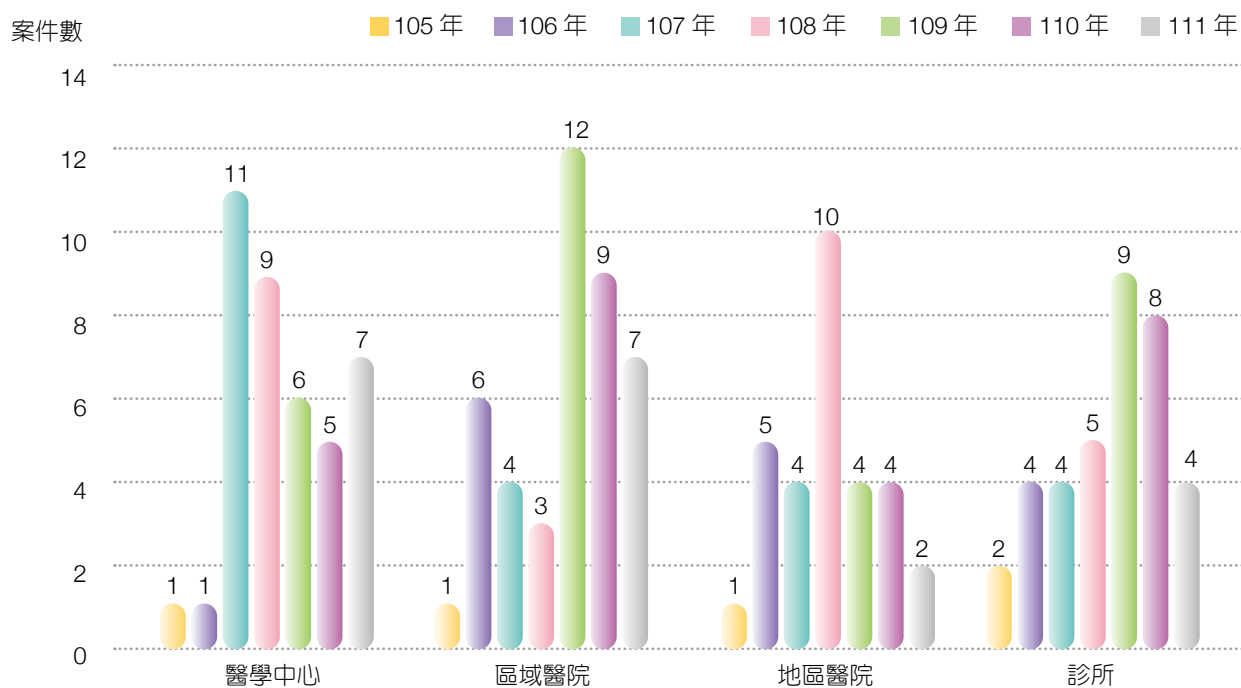


圖 2-6：105 ~ 111 年度孕產婦死亡審定救濟案件機構層級分布

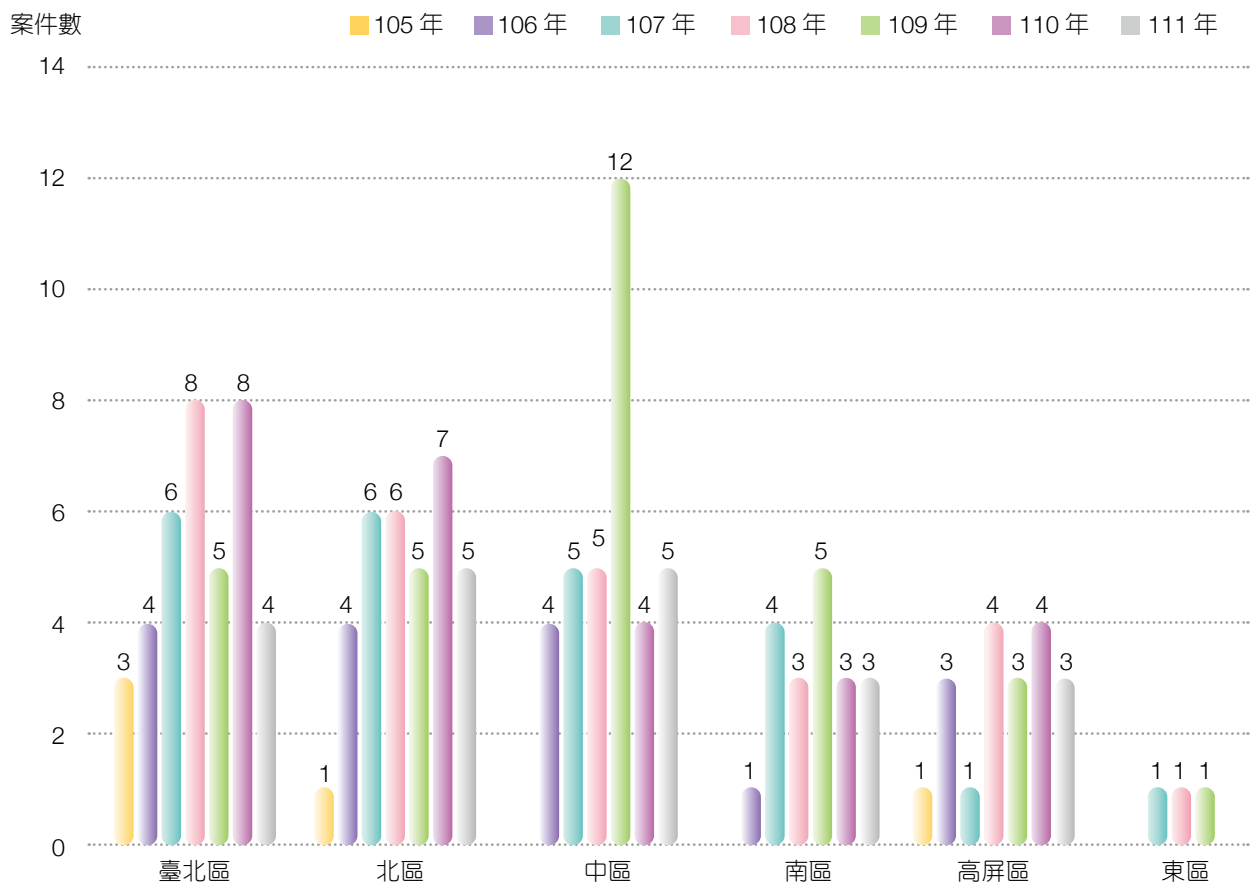


圖 2-7：105 ~ 111 年度孕產婦死亡審定救濟案件區域分布

(二) 區域分布

按年度及健保分區分析，以臺北區為最大宗，共有 38 件，占 25.7%，而東區最少，僅有 3 件，占 2.0%。105 年從 10 月開始受理救濟案件申請，當年度只有 5 件，其中有 3 件在臺北區，北區及高屏區各占 1 件；106 年度之案件區域分布相對而言較平均，臺北區、北區及中區皆為 4 件。在 109 年度，中區之案件數量顯著上升。110 年度以臺北區和北區數量最多。111 年度臺北區的案件數有顯著下降，從 110 年的 8 件下降為 4 件，如圖 2-7。

(三) 妊娠週數

按年度及妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件，有 105 件，占 70.9%；36 週以下（早產）生產案件，有 43 件，占 29.1%。累積案件數最多者，為 38 週，共 42 件；其次為 39 週、37 週、40 週，分別各有 22 件、21 件、17 件。111 年度中 38 週的案件數有顯著下降，從 110 年度的 9 件降為 4 件，如圖 2-8。

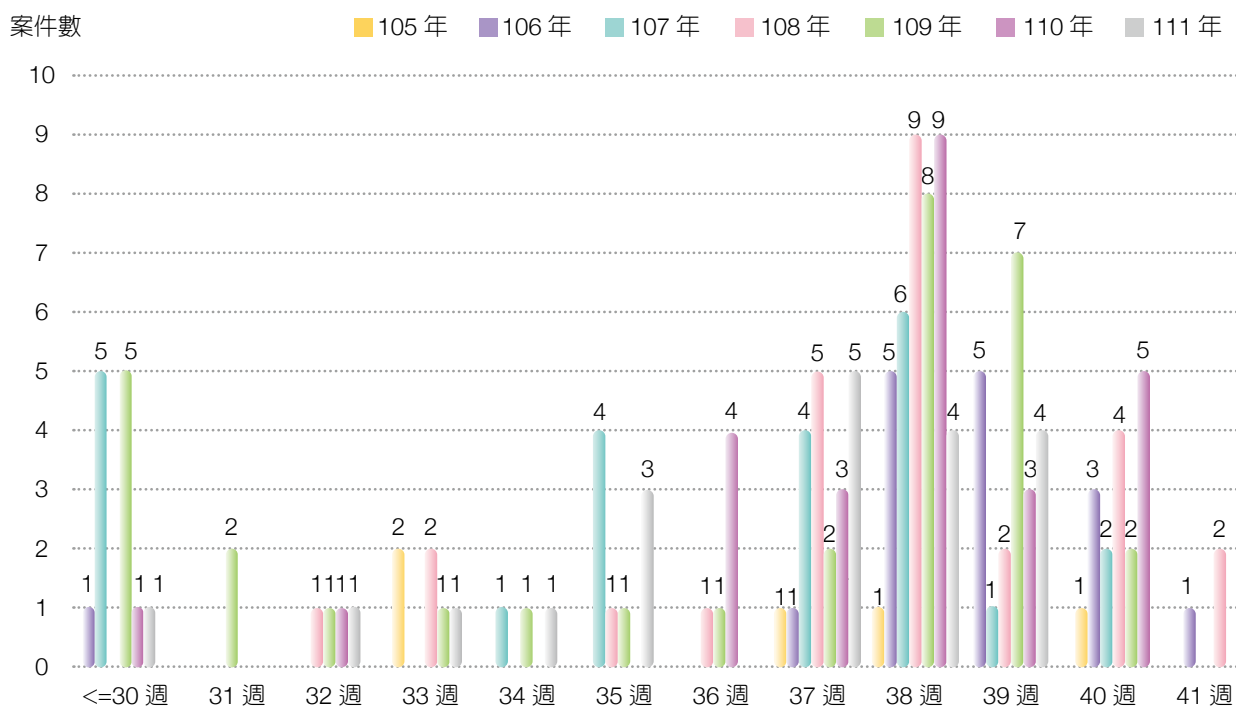


圖 2-8：105 ~ 111 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠週數分布

(四) 妊娠胎次

按年度及妊娠胎次分析，以初產婦（第一胎）占大多數，有 70 件，占 47.3%。在高妊娠胎次部分，105 年度有一件為第六胎的產婦，而 110 和 111 年度各有一件第五胎的產婦，如圖 2-9。

(五) 生產年齡

按年度及孕產婦生產時年齡分析，以 36 ~ 40 歲為多，共有 53 件，占 35.8%；31 ~ 35 歲次之，有 49 件，占 33.1%。105 年度及 107 年度多分布在 31 ~ 35 歲；106 年度、108 年度和 110 年度則為 36 ~ 40 歲。109 年度中 26 ~ 30 歲者之救濟案件增加數較其他年齡區段更多。111 年度比較特別是相對其他年度而

言，大於 40 歲者之救濟案件增加數顯著增加，如圖 2-10。

105 年度因僅有半年數據未列入統計，以 106 至 111 年度孕產婦死亡審定救濟案件作進一步分析，歷年度及孕產婦生產時年齡，對比同時期內政部戶政司人口資料庫之出生人口數比率（註⁴），其中以 40 ~ 44 歲為最高，為十萬分之 50.0；35 ~ 39 歲居次，為十萬分之 19.3；30 ~ 34 歲為十萬分之 12.0；25 ~ 29 歲為十萬分之 8.2；20 ~ 24 歲為十萬分之 4.8。若以歷年的申請比率分析，各年度皆以 40 ~ 44 歲之申請比率最高；40 歲以上的孕產婦，生產時發生孕產婦死亡之風險較其他年齡的孕產婦高 4.7 倍，如圖 2-11。

4 申請比率：孕產婦死亡審定救濟案件數 / 內政部戶政司出生人口數（每十萬人）

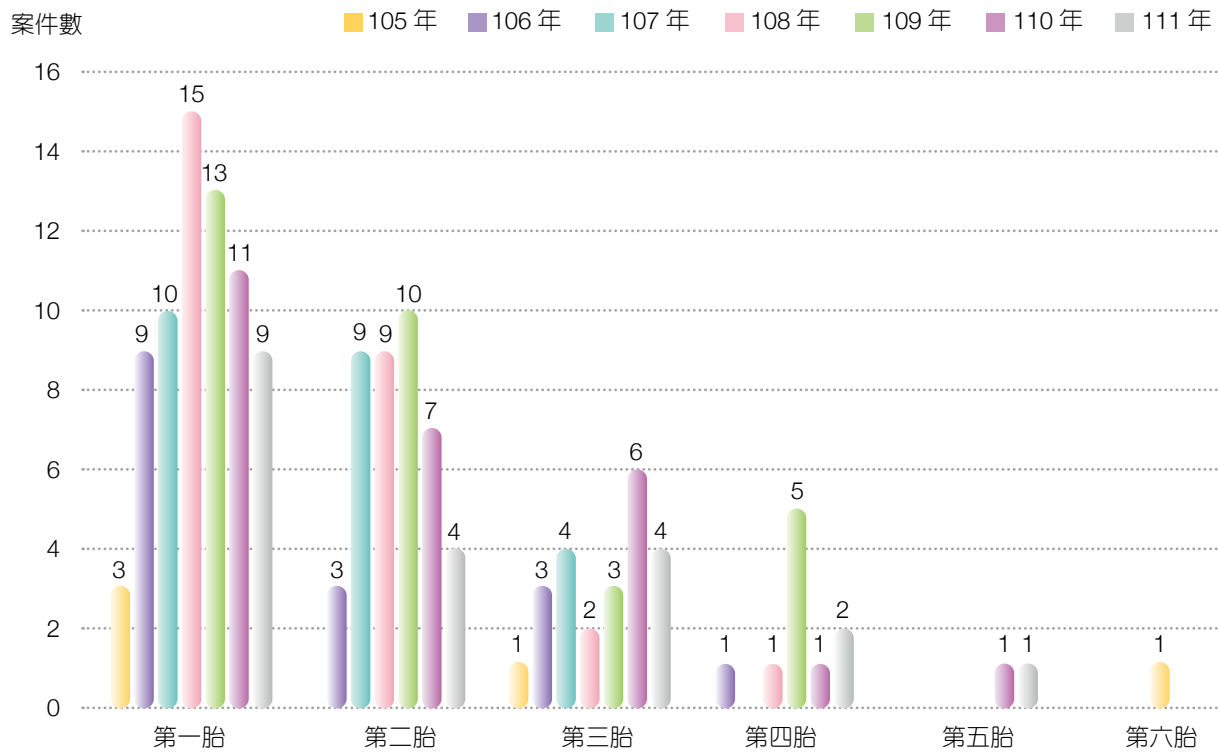


圖 2-9：105 ~ 111 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

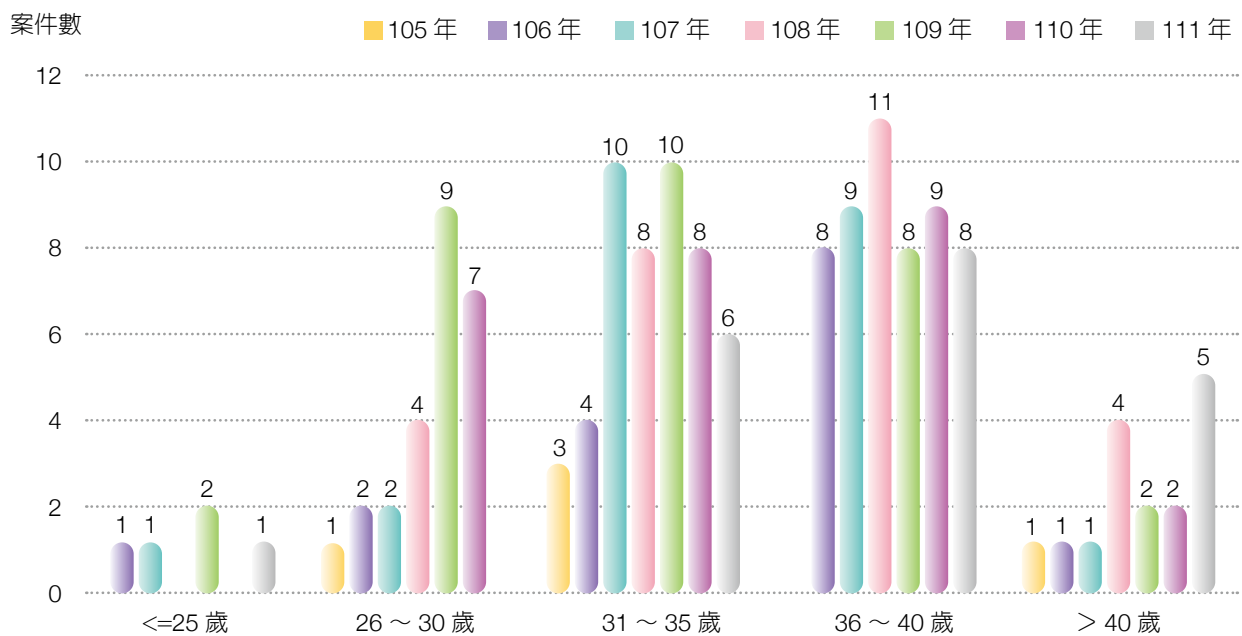
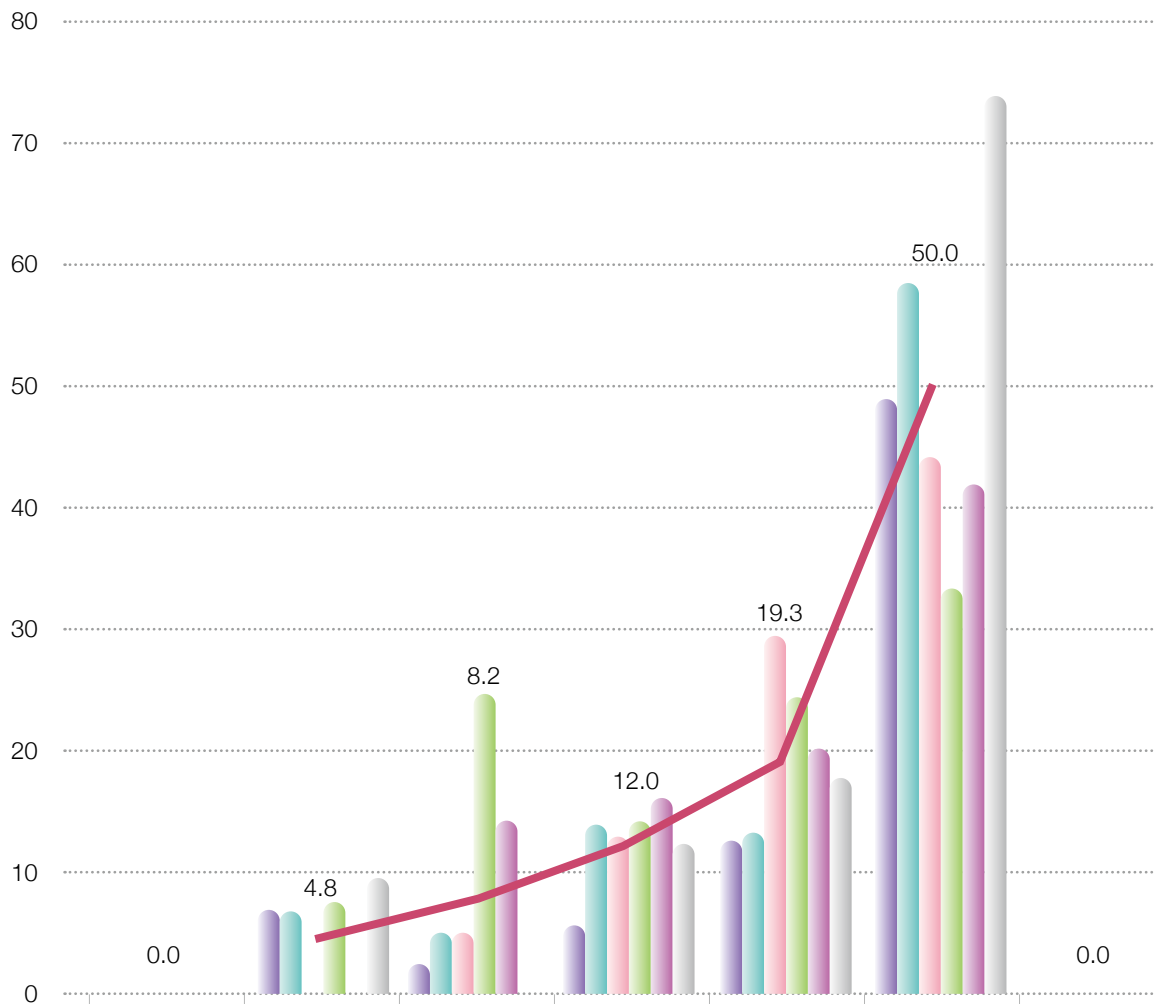


圖 2-10：105 ~ 111 年度孕產婦死亡審定救濟案件生產時年齡分布

申請比率 (‰)



	小於20歲	20~24歲	25~29歲	30~34歲	35~39歲	40~44歲	45歲以上
106年	0.0	6.2	2.2	5.4	12.5	48.9	0.0
107年	0.0	6.4	4.7	13.6	13.2	58.4	0.0
108年	0.0	0.0	4.9	12.7	29.2	43.8	0.0
109年	0.0	7.2	24.5	13.9	24.2	33.2	0.0
110年	0.0	0.0	13.8	15.9	20.2	41.7	0.0
111年	0.0	9.2	0.0	12.2	17.4	73.7	0.0
歷年平均	0.0	4.8	8.2	12.0	19.3	50.0	0.0

圖 2-11：106 ~ 111 年度孕產婦死亡申請比率按生產時年齡層分布

（六）事故原因

分析孕產婦死亡之事故原因，主要原因為子宮收縮不良/產後大出血/瀰漫性血管內凝血症（DIC）所造成，共有 44 件次，占 29.7%；

其次為羊水栓塞者 39 件次，占 26.4%；血管栓塞/肺栓塞占 27 件次，占 18.2%；妊娠高血壓者 26 件次，占 17.6%，如表 2-2。

表 2-2：105 ~ 111 年度孕產婦死亡審定救濟案件主要原因分析

事故原因	案件次 (註 1)	百分比 (註 2)
子宮收縮不良/產後大出血/瀰漫性血管內凝血症 (DIC)	44	29.7%
羊水栓塞	39	26.4%
血管栓塞/肺栓塞	27	18.2%
妊娠高血壓	26	17.6%
不明原因心跳停止/突發性休克	16	10.8%
心血管疾病/心臟病變	15	10.1%
顱內出血	14	9.5%
感染 (如產後傷口感染、子宮感染)	8	5.4%
HELLP 症候群 ^{註 3}	7	4.7%
胎盤早期剝離	5	3.4%
植入性胎盤	4	2.7%
敗血性休克	3	2.0%
子宮破裂	3	2.0%
前置胎盤	3	2.0%
疾病相關 ^{註 4}	2	1.4%

註 1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註 2：以 105 ~ 111 年度孕產婦死亡審定救濟案件數為母數計算。(N = 148)

註 3：HELLP 症候群是溶血、肝臟酵素升高、血小板低下之綜合症候群，為子癲前症的嚴重併發症。

註 4：此 2 案分別為血癌及再生不良性貧血。

三、小結

我國自《生產事故救濟條例》於 105 年 6 月 30 日施行起，截至 111 年 12 月 31 日止，共計 148 件孕產婦死亡救濟案件，其中 105 年下半年度 5 件，106 年度 16 件，107 年度 23 件，108 年度 27 件，109 年度 31 件，110 年度 26 件，111 年度則為 20 件。整體救濟案例數已有連續兩個年度的下降，希望未來可以持續降低。從機構層級分布概況來看，區域醫院、地區醫院及診所的案件數都逐年下降，但醫學中心在 111 年度則有上升的趨勢。醫學中心是首次呈現案件數有上升趨勢，建議持續觀察未來趨勢變化，仍應積極檢視 111 年度案例並給予適當介入措施之建議以及設立治療團隊標準化準則。在周產期照護的區域網絡中，建議強化各層級醫療團隊辨識高風險因素、危急狀況應變之能力，實際落實高風險妊娠孕產婦轉診計畫以及團隊治療。就歷年事故原因分析來看，以子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症（DIC）及羊水栓塞為主。目前有凝血藥物、長效型子宮收縮藥、大量血液快速輸注器和放射科的動脈栓塞術等醫療措施，可以有效幫助降低因子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症（DIC）而造成的死亡及併發症。此外，考量肺栓塞於產後臥床大於 24 小時後的風險較高，故推動強化產後立即性介入之預防措施，包含術後儘早下床活動並穿著彈性襪等，以減少早發性肺栓塞的發生。建議除了於孕期中篩選高風險族群，及早介入治療之外，宜加強產後衛教，並持續注意是否有呼吸喘、胸痛、異常咳嗽、咳血、下肢血栓處分散性腫脹疼痛、壓痛紅腫等症狀。

在高風險孕婦應於產前、產中、產後制定個別化照護，透過跨團隊照護模式，期能降低妊娠併發症的發生。此外，定期舉辦醫事人員教育訓練及提升孕產婦健康認知，冀能改善我國之孕產婦死亡率。

根據美國疾病控制與預防中心（Centers for Disease Control and Prevention, CDC）建議，台灣於 111 年度經衛生福利部疾病管制署（Taiwan Centers for Disease Control）、台灣婦產科醫學會和各醫療院所的協助，廣泛推行孕婦施打 COVID-19 疫苗，並在疫苗極度缺乏時將孕婦列入優先施打的第六順位。台灣目前仍然推薦婦女在任何孕期都可以施打 COVID-19 疫苗。建議優先考慮 mRNA 疫苗，因其增加血栓機率更小，且有較多之臨床驗證顯示疫苗的安全性。

同時在 111 年度中也透過專家諮詢小組及婦產科醫學會的建議通過並明訂於其治療指引中，將孕產婦列為抗病毒藥物可公費優先開立的族群，並獲得各個醫療院所的協助，而得以大力推廣確診孕產婦積極接受評估以及接受抗病毒藥物治療，建立確診孕產婦就醫的綠色通道，免去其無法及時獲得診療而導致傷亡的困境。並在各醫院專責病房內，進駐婦產科專業照護團隊及投入人力、物力，使孕產婦普遍獲得良好照顧。期間透過網頁、線上會議及時討論交流各院的案例，來確保及精進所有團隊具有最新的照護資訊。因此，雖然美國在疫情下增加約 33.3% 孕產婦死亡率且 111 年度增加的幅度比 110 年度還要更高；但是在台灣 111 年度生產事故救濟通報中，並沒有看到因為 COVID-19 而顯著增加母嬰死亡率或併發重症機率。

第二節 | 孕產婦重大傷害案件分析

一、本年度案件統計與分析

本年度受理之孕產婦重大傷害（含子宮切除）申請案共計 63 件，其中 3 件為中度以上身心障礙，另外 60 件為子宮切除，經審議後均核予救濟。依據孕產婦重大傷害之申請機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

（一）機構層級

按發生生產事故之機構層級分析，醫學中心有 18 件，占 28.6%；區域醫院有 23 件，占 36.5%；地區醫院與診所都各有 11 件，分別占 17.5%，如圖 2-12。

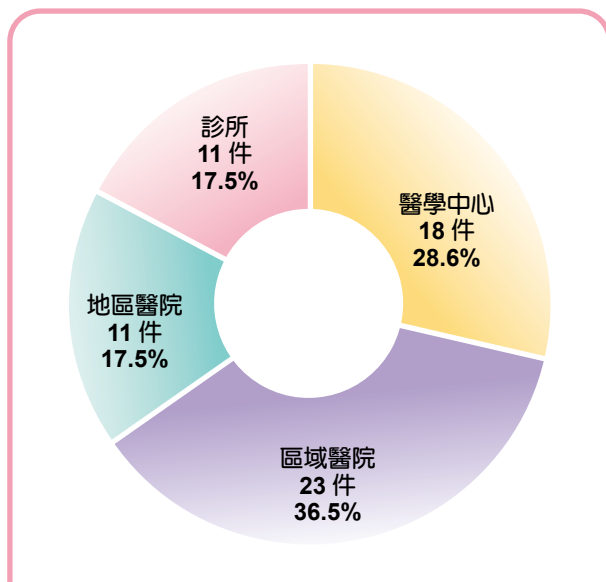


圖 2-12：111 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件機構層級分布

（二）區域分布

根據健保分區分析，臺北區有 20 件，占 31.7%；北區有 12 件，占 19.0%；中區有 16 件，占 25.4%；南區有 8 件，占 12.7%；高屏區有 5 件，占 7.9%；東區有 2 件，占 3.2%，如圖 2-13。

（三）妊娠週數

依據事故發生時的妊娠週數分析，多數發生在 37 週以上之足月生產，共有 38 件，占 60.3%；妊娠 34 週至 36 週的早產生產案件共有 14 件，占 22.2%；而未滿 34 週之早產共有 11 件，占 17.5%，其週數分布如圖 2-14。

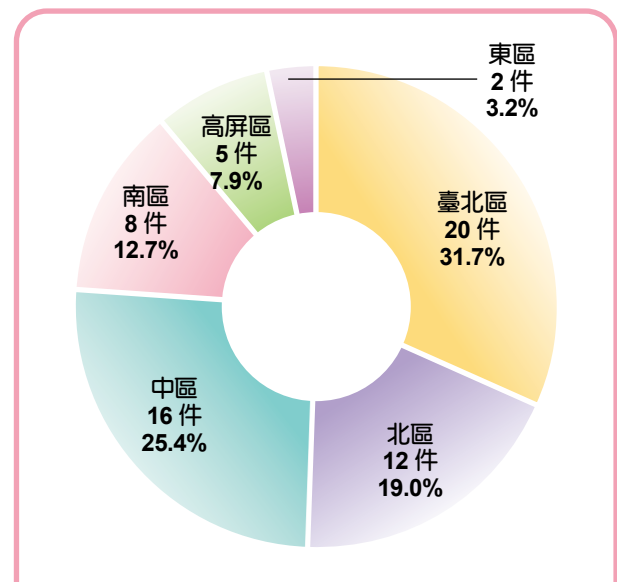


圖 2-13：111 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件區域分布

(四) 妊娠胎次

按妊娠胎次分析，初產婦最多，有 21 件，占 33.3%；其次分別為第二胎與第三胎，各有 18 件與 15 件，分別占 28.6% 和 23.8%；第四胎以上共有 9 件，占 14.3%，如圖 2-15。

(五) 生產年齡

按產婦生產時年齡分析，主要發生在 36～40 歲以及 31～35 歲，分別有 22 件與 20 件，各占 34.9% 與 31.7%；超過 40 歲有 10 件，占 15.9%；26～30 歲有 9 件，占 14.3%；25 歲以下有 2 件，占 3.2%，如圖 2-16。

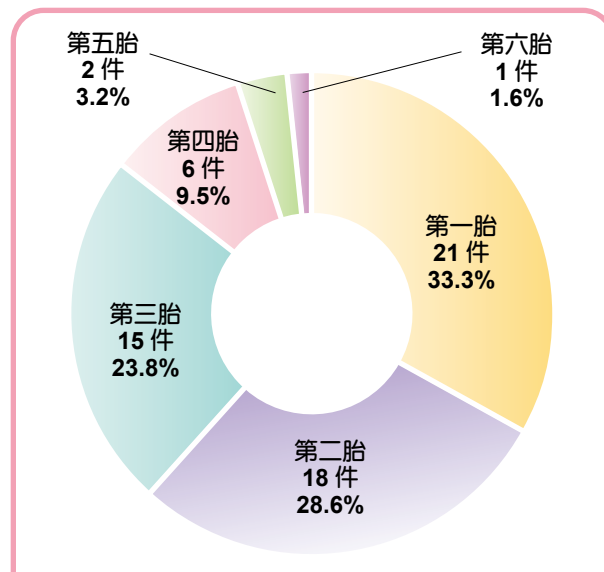


圖 2-15：111 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布

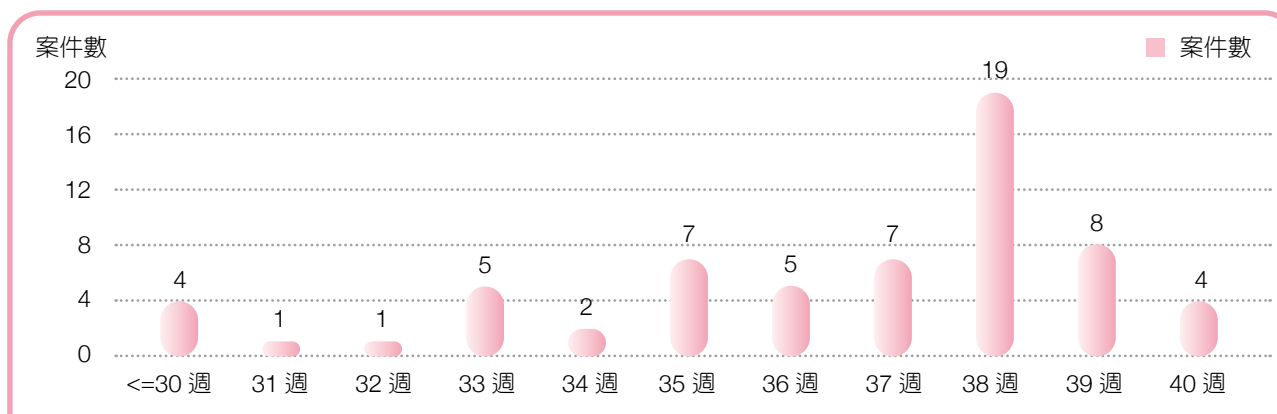


圖 2-14：111 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件妊娠週數分布

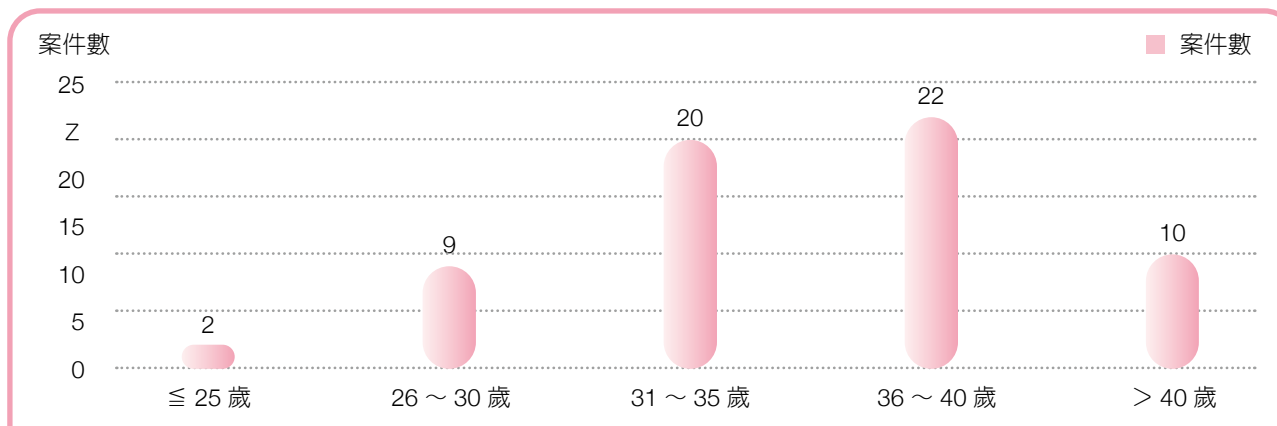


圖 2-16：111 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

（六）事故原因

就孕產婦重大傷害之事故原因分析，3 件中重度以上身心障礙案件事故原因分別為血管栓塞、顱內出血以及心血管疾病，各占 33.3%，這些案件最終皆造成產婦缺血缺氧性腦病變，如表 2-3。

分析 60 件產婦子宮切除案件之發生原因，雖然可能非單一因素造成，但大部分（86.7%）都與子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症（DIC）有關，如表 2-4。造成產後大出血原因包括：子宮收縮不良、植入性胎盤和前置胎盤等。

表 2-3：111 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 (註1)	百分比 (註2)
血管栓塞、肺栓塞	1	33.3%
顱內出血	1	33.3%
心血管疾病、心臟病變	1	33.3%

註 1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註 2：以 111 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件數為母數計算。（N=3）

表 2-4：111 年度孕產婦子宮切除審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 (註1)	百分比 (註2)
子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症（DIC）	52	86.7%
植入性胎盤	19	31.7%
前置胎盤	10	16.7%
胎盤早期剝離	4	6.7%
子宮頸撕裂傷	4	6.7%
胎盤殘留	2	3.3%
子宮破裂	1	1.7%
子宮復舊不全	1	1.7%
妊娠高血壓	1	1.7%
感染（如產後傷口感染、子宮感染）	1	1.7%

註 1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註 2：以 111 年度孕產婦子宮切除審定救濟案件數為母數計算。（N=60）

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至 111 年底所受理之孕產婦重大傷害（含子宮切除）申請案，總共有 373 件，其中 7 件因其重大傷害發生與生產無因果關係，經審議後不予救濟。而核予救濟之 366 件孕產婦重大傷害案件中，中度以上身心障礙案件有 26 件，其餘 340 件為子宮切除。除 105 年因剛開始施行，申請件數較少外，之後每年申請件數都約莫在 60 件左右，其中大部分為子宮切除。產婦重大傷害案件茲依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

（一）機構層級

按發生生產事故之年度及機構層級分析，出現在醫學中心與區域醫院最多，分別有 122

件及 112 件，各占 33.3% 及 30.6%，而區域醫院的案件在近兩年（110 年與 111 年）有明顯增加趨勢；地區醫院與診所較少，各有 68 件與 64 件，分別占 18.6% 與 17.5%，如圖 2-17。

（二）區域分布

按年度及健保分區分析，案件數量與分區總生產數相關，案件數以臺北區最多，共計 118 件，占 32.2%；東區最少，共計 8 件，占 2.2%。106 至 111 年度區域分布，中區近兩年（110 年與 111 年）有明顯增加趨勢，案件數已超越北區，僅次於臺北區，而南區、高屏區與東區案件較少，如圖 2-18。

（三）妊娠週數

按年度及妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件，有 229 件，占 62.6%，其餘為

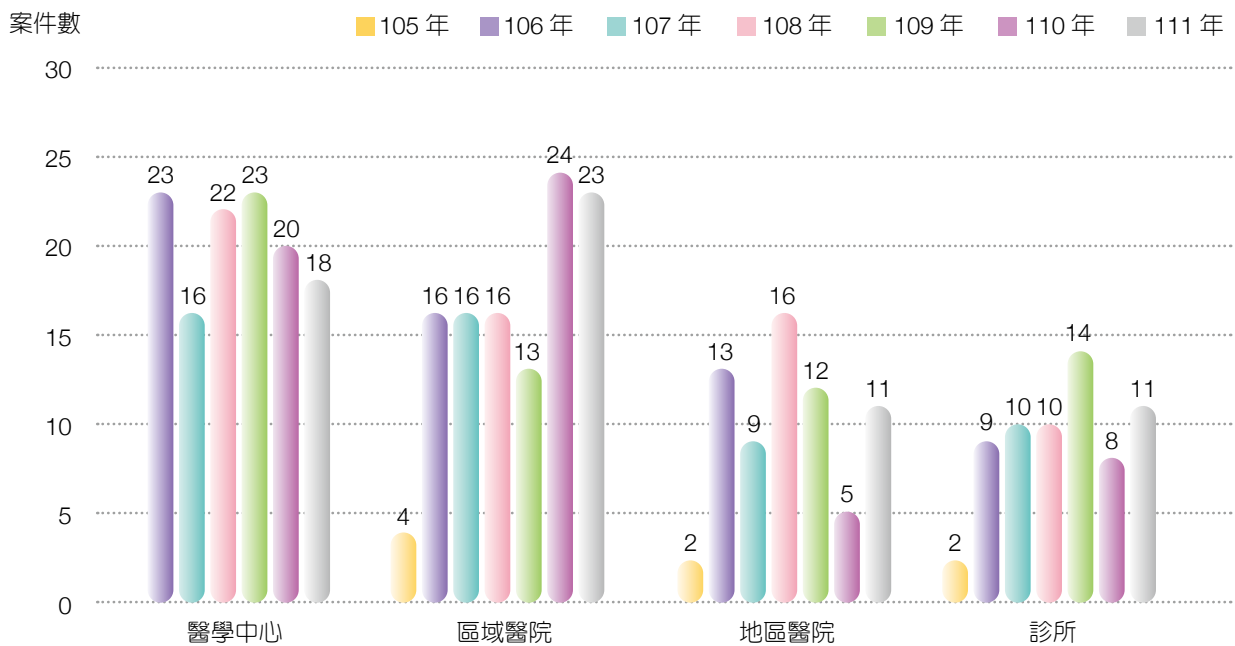


圖 2-17：105 ~ 111 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件機構層級分布

未滿 37 週（早產）生產案件，有 137 件，占 37.4%。分析自 106 年度以來，累積數目以 38 週案件數最多，其次分別為 39 週及 37 週。

在早產案件方面，主要出現在 34 週至未滿 37 週的分佈居多，累積數目以 36 週最多，如圖 2-19。

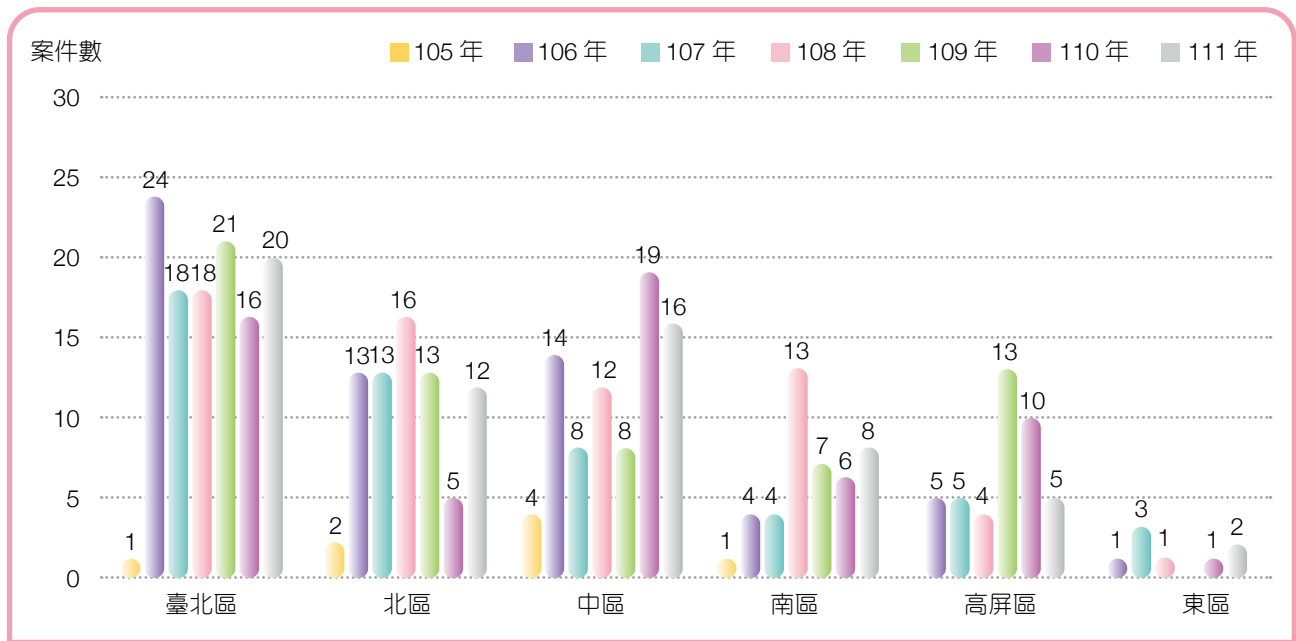


圖 2-18：105 ~ 111 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件區域分布

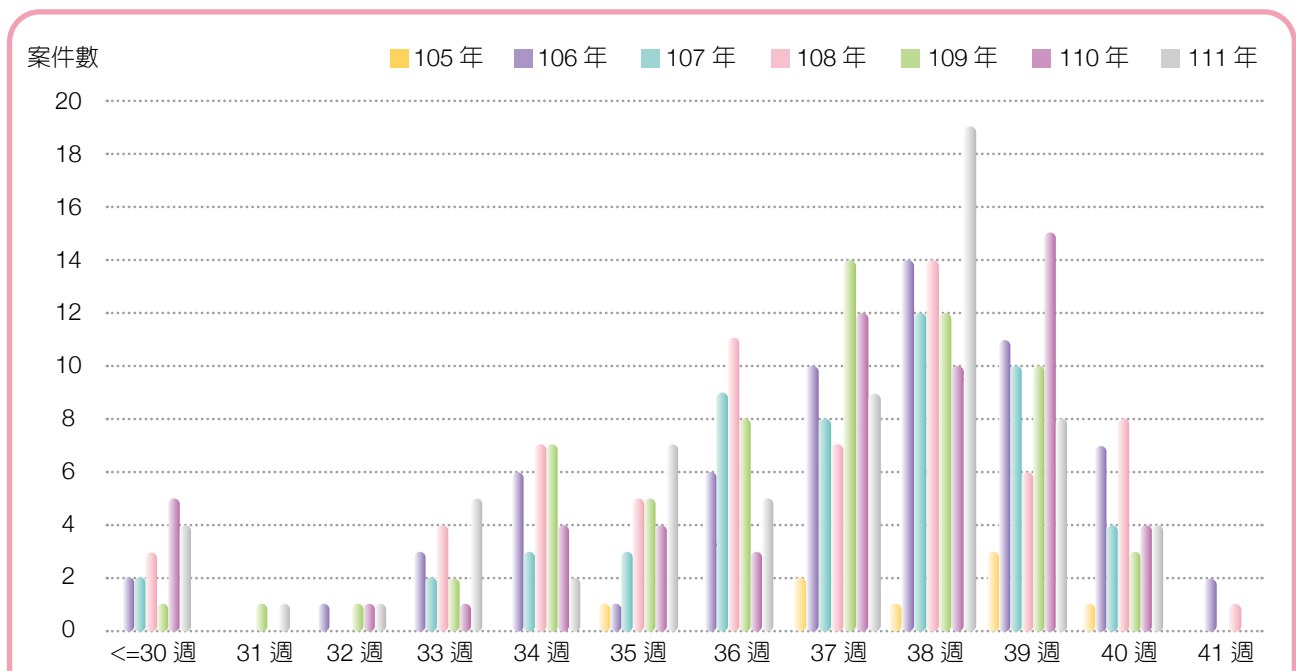


圖 2-19：105 ~ 111 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件妊娠週數分布

(四) 妊娠胎次

按年度及妊娠胎次分析，以第二胎與第一胎占多數，分別有 130 件與 109 件，共占 65.3%；接下來為第三胎，共有 88 件，占 24.0%；在第四胎以上的高妊娠胎次方面，共有 39 件，占 10.7%，其中第四胎在 111 年有 6 件，較以往明顯增加，如圖 2-20。

(五) 生產年齡

按年度及孕產婦生產時年齡分析，以 36～40 歲居冠，有 150 件，占 41.0%；其次為 31～35 歲產婦，有 118 件，占 32.2%；

大於 40 歲有 39 件，占 10.7%；25 歲以下者有 9 件，占 2.5%。分析自 106 年度以來孕產婦生產時年齡分布，仍以 36～40 歲與 31～35 歲佔多數；超過 40 歲之案件，在 111 年有明顯增加，如圖 2-21。

(六) 事故原因

就 26 件中度以上孕產婦身心障礙案件分析其發生原因，將近半數的案件都患有妊娠高血壓，共有 12 件次，占 46.2%；其次為子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症 (DIC)，有 10 件次，占 38.5%；血管栓塞或肺栓塞有 6 件次，占 23.1%；羊水栓塞

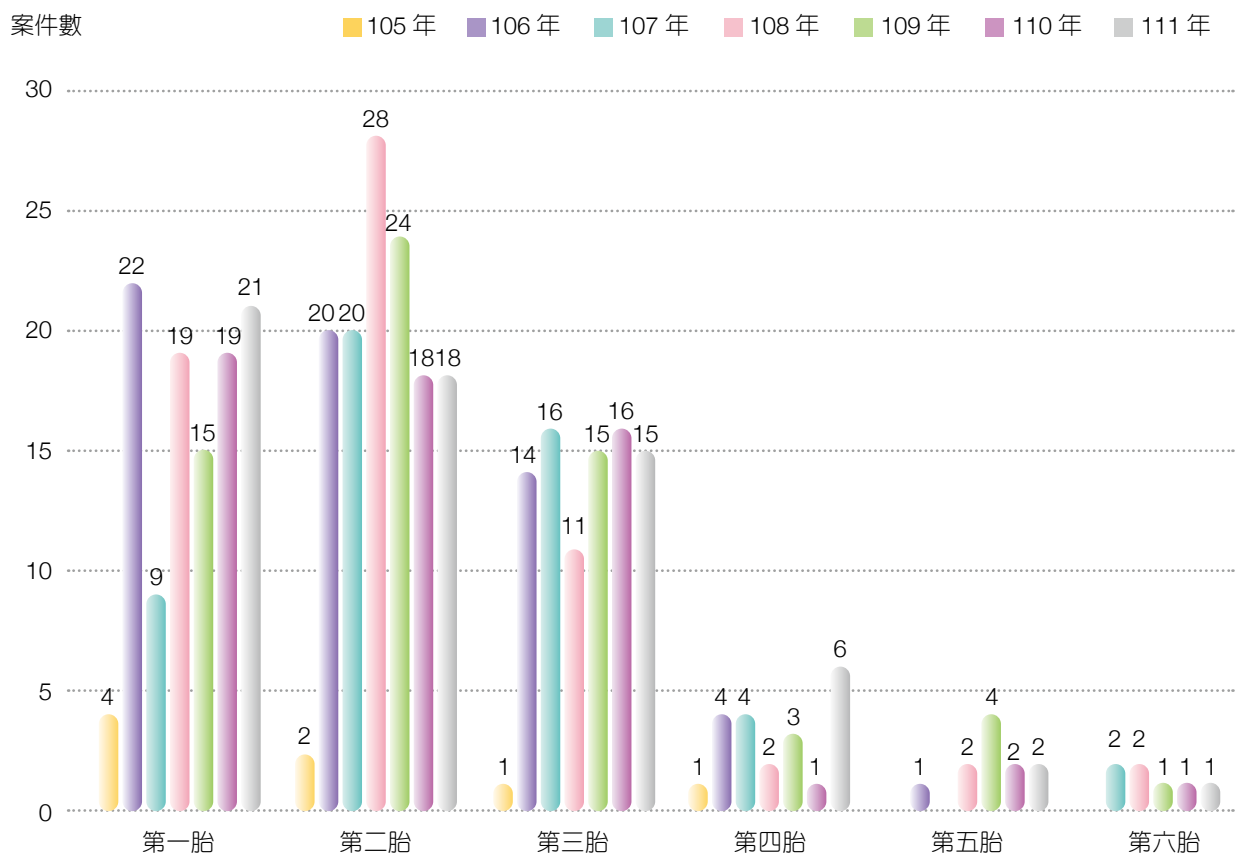


圖 2-20：105～111 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布

有 4 件次，占 15.4%，如表 2-5。

針對 340 件子宮切除案件發生原因加以分析，儘管每個案件發生可能非單一原因造成，但大部分都曾出現子宮收縮不良 / 產後

大出血 / 瀰漫性血管內凝血症（DIC），共計 236 件次，占 69.4%；植入性胎盤和前置胎盤則各有 144 件次和 79 件次，分別占 42.4% 與 23.2%，如表 2-6。

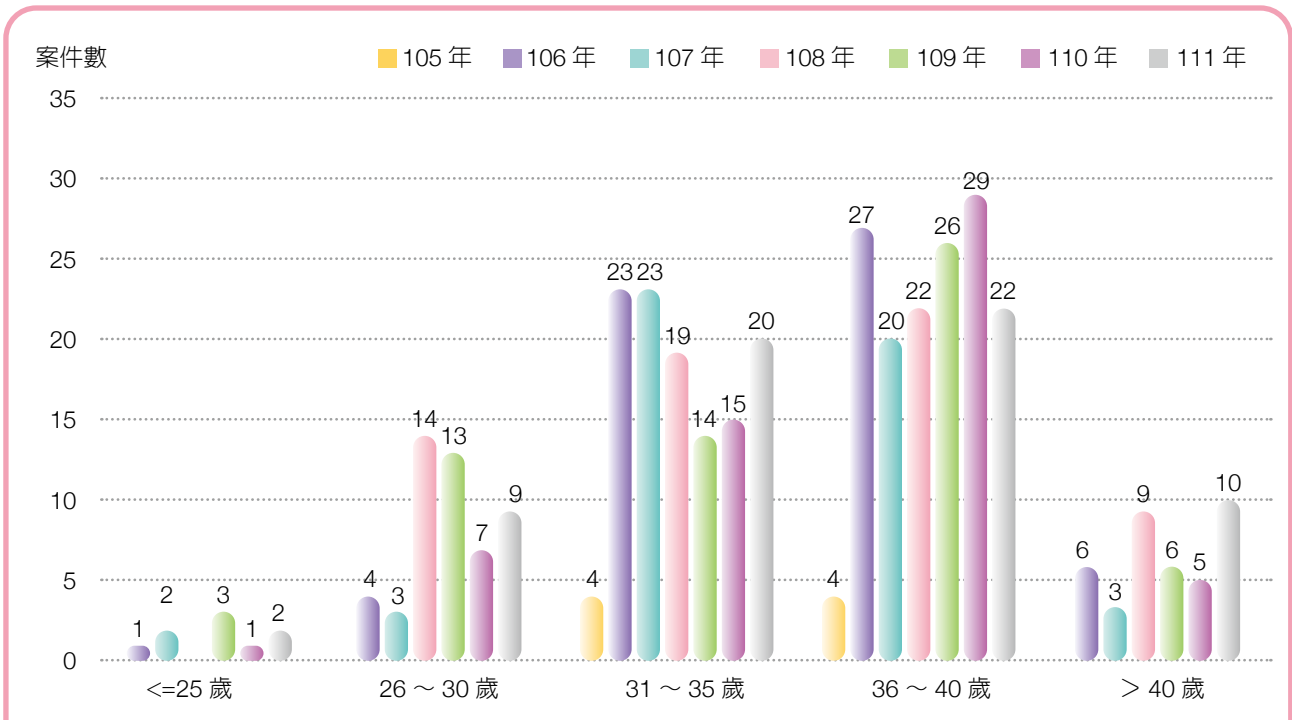


圖 2-21：105 ~ 111 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

表 2-5：105 ~ 111 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 (註 1)	百分比 (註 2)
妊娠高血壓	12	46.2%
子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症 (DIC)	10	38.5%
血管栓塞 / 肺栓塞	6	23.1%
羊水栓塞	4	15.4%
顱內出血	3	11.5%
心血管疾病 / 心臟病變	3	11.5%

註 1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註 2：以 105 ~ 111 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件數為母數計算。(N=26)

表 2-6：105 ~ 111 年度孕產婦子宮切除審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 ^(註1)	百分比 ^(註2)
子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症 (DIC)	236	69.4%
植入性胎盤	144	42.4%
前置胎盤	79	23.2%
妊娠高血壓	14	4.1%
子宮破裂	11	3.2%
胎盤早期剝離	10	2.9%
感染 (如產後傷口感染、子宮感染)	8	2.4%
羊水栓塞	5	1.5%
子宮頸撕裂傷	5	1.5%
子宮肌瘤	4	1.2%
胎盤殘留	4	1.2%

註 1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註 2：以 105 ~ 111 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件數為母數計算。(N=340)

三、小結

自生產事故救濟條例施行起，截至 111 年 12 月 31 日止，共有 26 件中度以上孕產婦身心障礙案件和 340 件子宮切除案件。由機構層級來看，主要出現在醫學中心與區域醫院，尤其是區域醫院在 110 年度與 111 年度有增加的趨勢，這應該與醫學中心和區域醫院處理較多複雜個案有關，可以觀察未來趨勢變化以評估轉診制度是否落實，當基層診所無法提供合宜照護時，尤其是產前可以診斷的胎盤前置及部分的胎盤植入，應儘早轉診後送至有能力處理的醫療院所，讓孕產婦及時接受適切的照護。而就個案發生年齡分析，半數以上出現在 36 歲以上的產婦，特別是 40 歲以上產婦發生重大傷害案件在 111 年度有明顯上升現象。晚婚晚育是現今社會不可避免的過程，然而超過 35

歲以上的產婦在孕期及生產都有較高風險，建議孕產婦本身需注重自我健康管理、體重控制以及規則接受產前檢查。尤其是原本就患有內科疾病（如慢性高血壓、糖尿病、自體免疫疾病等）或是子癲前症高風險的孕產婦應更積極配合檢查與治療，自我監測血壓及血糖，以降低孕產期合併症風險。此外，就事故發生原因來看，子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症 (DIC) 仍佔多數，雖然產後大出血大多無法預期，而切除子宮為搶救生命的最後手段，但在生命徵象相對穩定時，可考慮利用放置子宮內水球、血管結紮或放射科血管栓塞等方式來幫助止血及保留子宮。最後，醫療院所應制定完善的緊急處置流程並定期進行演練，以確保醫護人員能夠快速而有效地應對，改善我國孕產婦重大傷害案件發生率。

第三節 | 新生兒死亡案件分析

一、本年度案件統計與分析

111 年度受理之申請案中，新生兒死亡共有 59 件申請案，其中 8 件因新生兒死亡與生產無因果關係，不予救濟。茲就核予救濟之 51 件新生兒死亡案件，依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

(一) 機構層級

按發生生產事故之機構層級分析，以區域醫院 18 件最多，占 35.3%；其次為醫學中心及診所各有 13 件、12 件，分別占 25.5%、23.5%；地區醫院則有 8 件，占 15.7%，如圖 2-22。

(二) 區域分布

按健保分區分析，以臺北區 19 件最多，占 37.3%；中區有 11 件，占 21.6%；南區有 8 件，占 15.7%；北區及高屏區分別各 7 件、6 件，各別占 13.7%、11.8%，如圖 2-23。

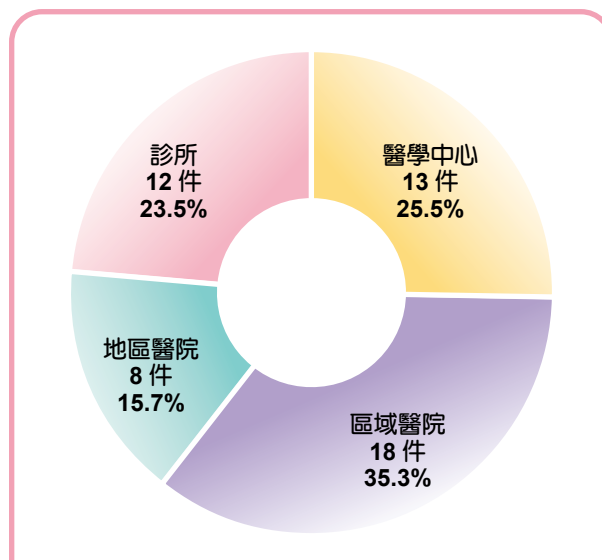


圖 2-22：111 年度新生兒死亡審定救濟案件機構層級分布

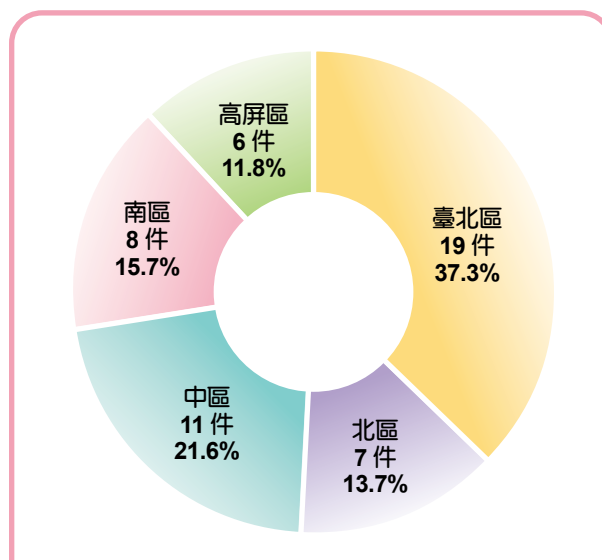


圖 2-23：111 年度新生兒死亡審定救濟案件區域分布



(三) 妊娠週數

按妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件共有 36 件，占 70.6%；36 週以下（早產）生產案件共有 15 件，占 29.4%。案件數最多的為 38 週，有 17 件，占 33.3%；其次為 39 週，有 7 件，占 13.7%，如圖 2-24。

(四) 妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第一胎最多，有 28 件，占 54.9%；其次為第二胎有 15 件，占 29.4%；再者為第三胎有 4 件，占 7.8%；第四胎與第五胎皆有 2 件，各占 3.9%，如圖 2-25。

(五) 孕婦生產年齡

按孕產婦生產年齡分析，以 36～40 歲居冠，共 17 件，占 33.3%；31～35 歲次之為 16 件，占 31.4%；26～30 歲，有 9 件，占 17.6%；大於 40 歲有 2 件，占 3.9%；小於 25 歲（含）則有 7 件，占 13.7%，如圖 2-26。

(六) 事故原因

就新生兒死亡原因分析，前五大原因依序為胎兒窘迫有 25 件次，占 49.0%；腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血）有 19 件次，

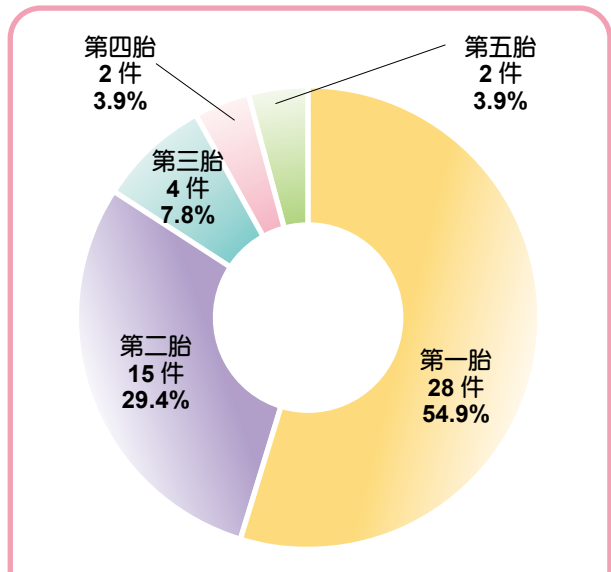


圖 2-25：111 年度新生兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

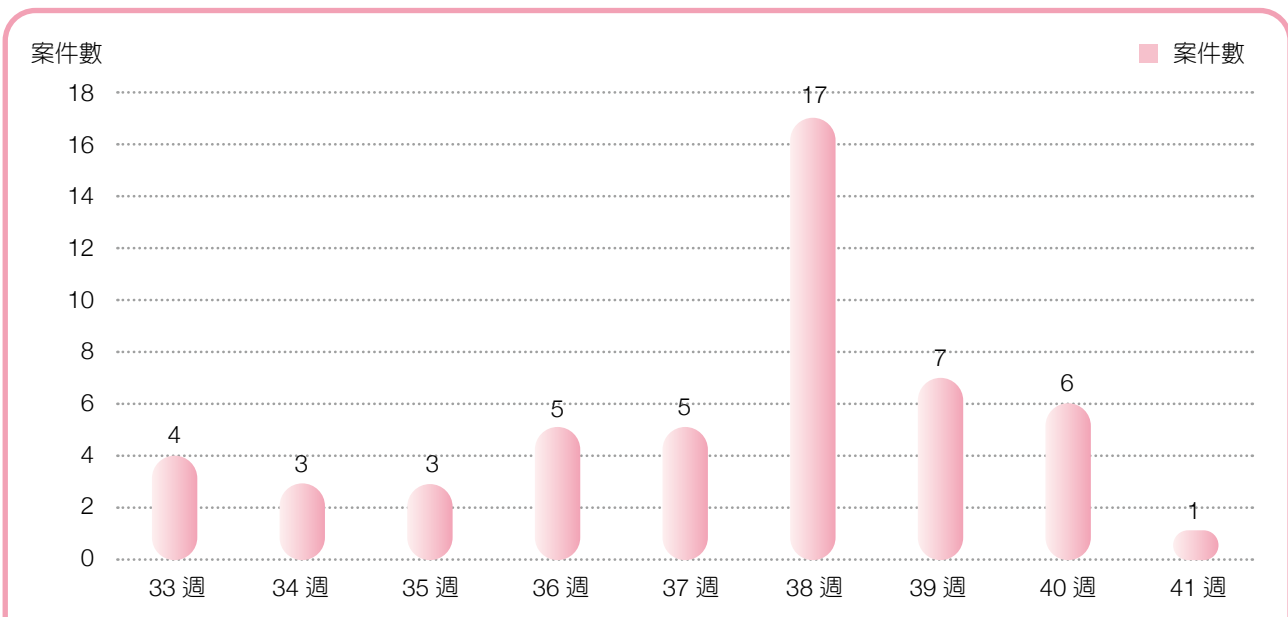


圖 2-24：111 年度新生兒死亡審定救濟案件妊娠週數分布

占 37.3%；肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫有 11 件次，占 21.6%；胎盤早期剝離有 10 件次，占 19.6%；胎便吸入症候群 / 羊

水胎便染色和感染皆有 5 件次，各占 9.8%；臍繞頸 / 臍帶異常為 3 件次，占 5.9%；其餘項目如表 2-7。

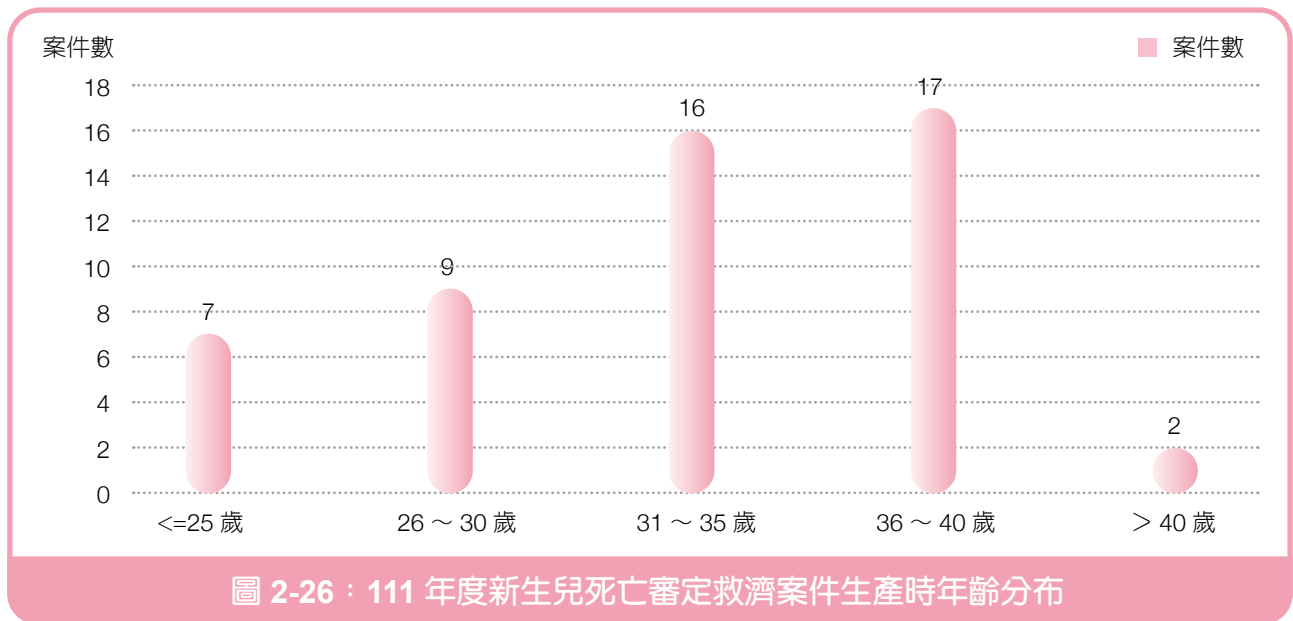


圖 2-26：111 年度新生兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布

表 2-7：111 年度新生兒死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 (註 1)	百分比 (註 2)
胎兒窘迫 (產前窒息、產程胎兒窘迫)	25	49.0%
腦部異常 (包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血)	19	37.3%
肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫	11	21.6%
胎盤早期剝離	10	19.6%
胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色	5	9.8%
感染	5	9.8%
臍繞頸 / 臍帶異常	3	5.9%
肩難產、臂神經損傷	1	2.0%
胎盤輸血症候群	1	2.0%
母親使用憂鬱症藥物	1	2.0%

註 1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註 2：以 111 年度新生兒死亡審定救濟案件數為母數計算。(N = 51)

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至 111 年底所受理之申請案中，新生兒死亡案件共計 329 件，其中 45 件與生產無因果關係或非屬救濟範圍，不予救濟。核予救濟之 284 件中，105 年度案件數較少，共 13 件；106 年度有 51 件；107 年度及 108 年度均為 37 件；109 年度有 51 件、110 年度有 44 件；111 年度有 51 件。111 年度全國活產新生兒人數創歷年新低，但生產事故救濟之新生兒死亡案件數並未減少。茲依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

（一）機構層級

按發生生產事故之年度及機構層級分析，歷年累積案件以地區醫院為最大宗，有 83 件，占 29.2%；診所居次，有 79 件，占 27.8%；區域醫院則 72 件，占 25.4%；醫學中心有 50 件，占 17.6%，如圖 2-27。107 年以前是以診所個

案數為最多，近四年案件數最多的則為地區醫院或區域醫院。

（二）區域分布

按健保分區分析，歷年累積案件以臺北區為最大宗，有 86 件，占 30.3%；中區次之，共 59 件，占 20.8%；而高屏區有 51 件，占 18.0%；南區為 44 件，占 15.5%；北區 40 件占 14.1%，東區最少，僅 4 件，占 1.4%，如圖 2-28。各區個案數隨年份不同，皆無特別之趨勢變化。

（三）妊娠週數

按妊娠週數分析，歷年累積案件數 37 週以上之足月生產案件有 207 件，占 72.9%；36 週以下（早產）生產案件有 77 件，占 27.1%。妊娠週數案件最多為 38 週，共 81 件，占 28.5%；其次是 39 週有 48 件，占 16.9%。比較 106 ~ 111 年度，案件數最多之妊娠週數均為 38 週，如圖 2-29。

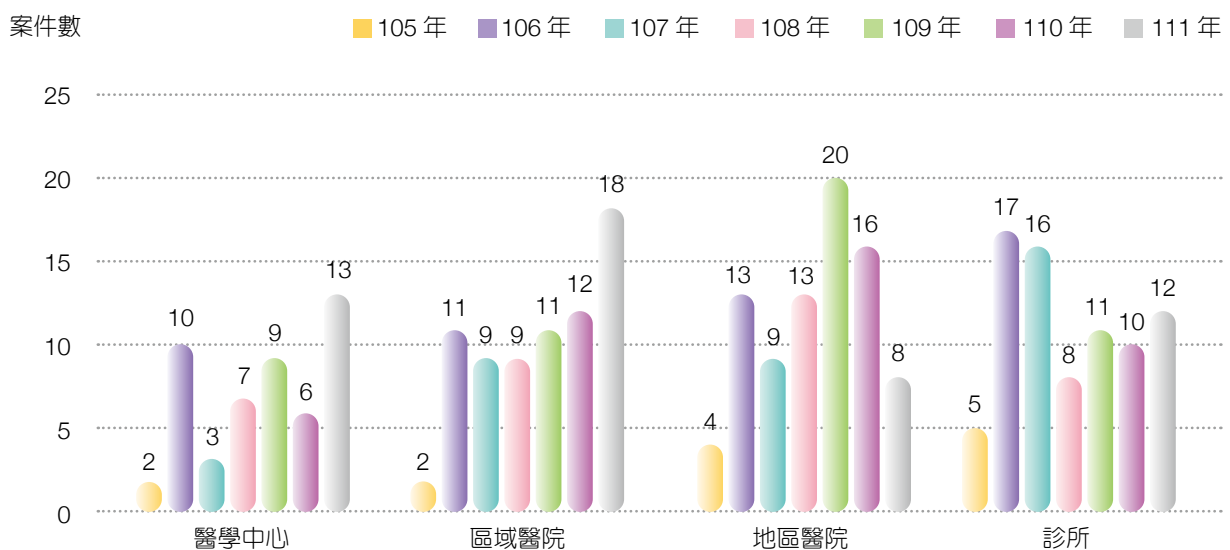


圖 2-27：105 ~ 111 年度新生兒死亡審定救濟案件機構層級分布

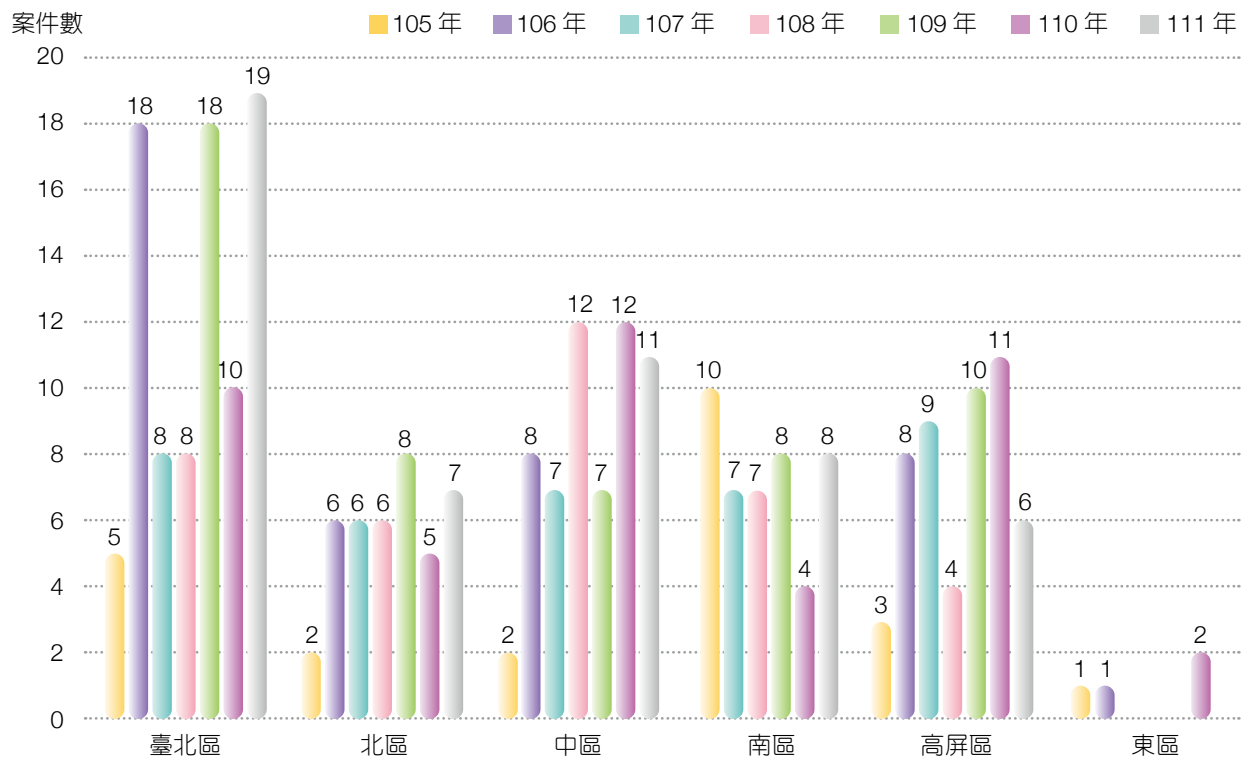


圖 2-28：105 ~ 111 年度新生兒死亡審定救濟案件區域分布

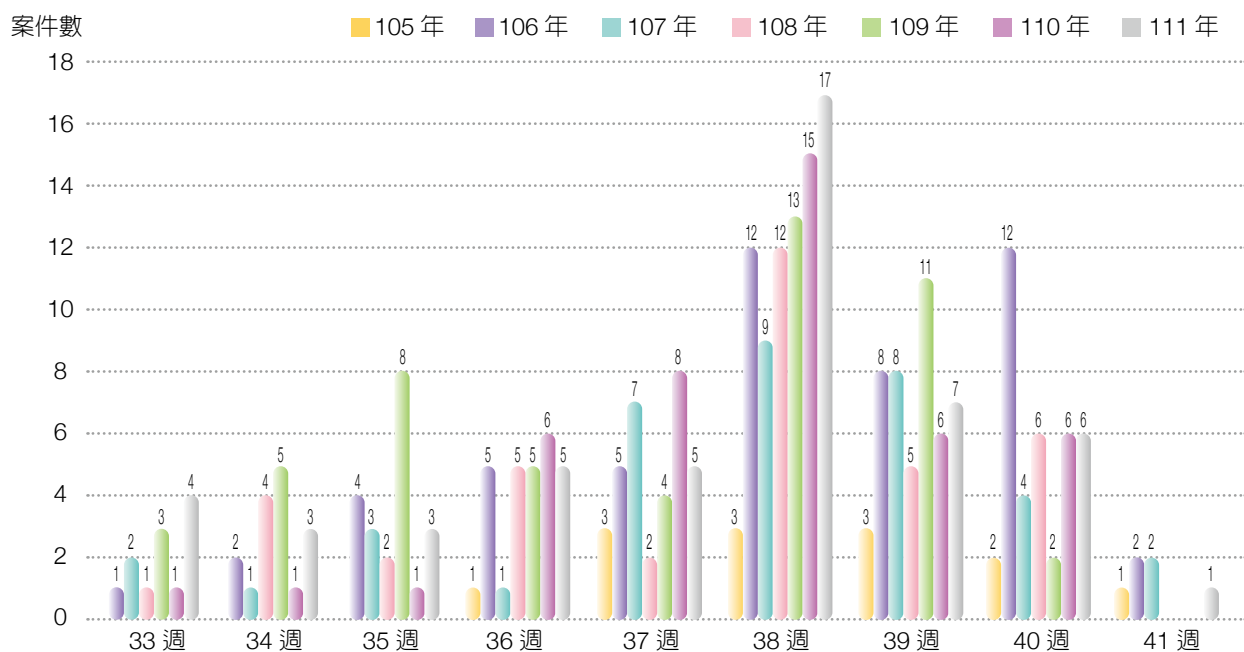


圖 2-29：105 ~ 111 年度新生兒死亡審定救濟案件妊娠週數分布

(四) 妊娠胎次

按妊娠胎次分析，歷年累積案件中以初產婦（第一胎）占多數，共 159 件，占 56.0%；第二胎次之，共 88 件，占 31.0%；第三胎共 27 件，占 9.5%；第四胎有 8 件，占 2.8%；第五胎有 2 件，占 0.7%，如圖 2-30。因近年台灣生育率低的關係，婦女多生產一至二胎，

故新生兒死亡案件妊娠胎次第一胎歷年皆占第一，其次為第二胎。

(五) 生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析歷年累積案件，產婦年齡以 31～35 歲居多，有 105 件，占 37.0%；36～40 歲次之，有 72 件，占 25.4%；26～30 歲有 62 件，占 21.8%；小

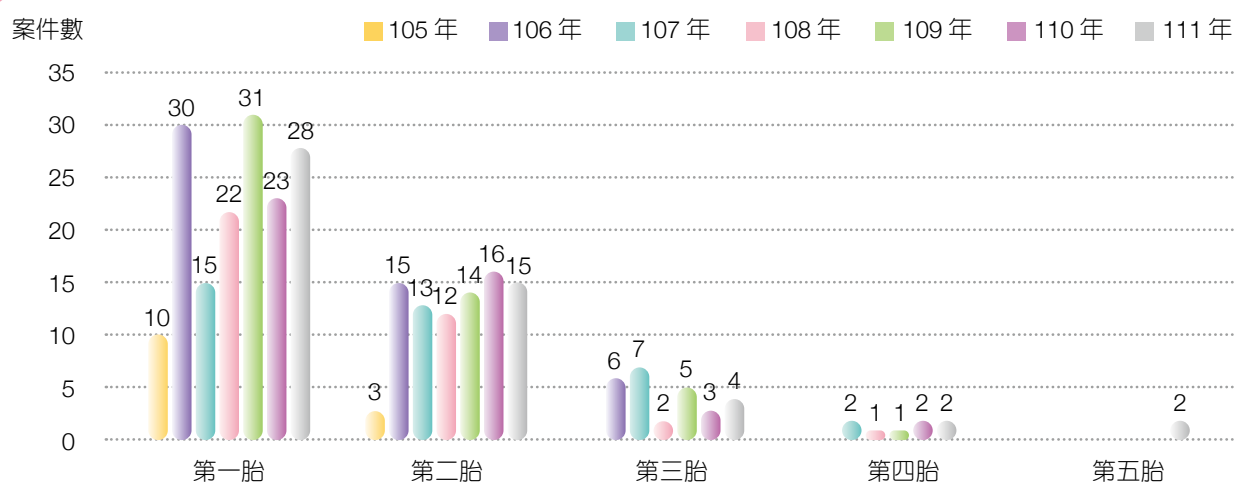


圖 2-30：105～111 年度新生兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

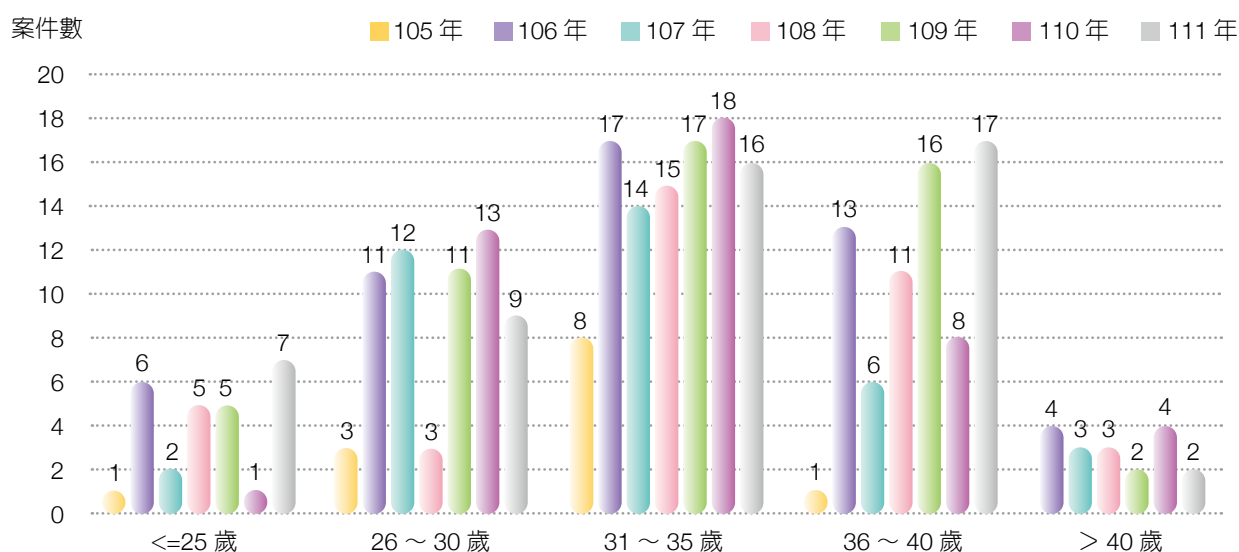


圖 2-31：105～111 年度新生兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布

於 25 歲（含）有 27 件，占 9.5%；大於 40 歲者有 18 件，占 6.3%。比較 106 年至 110 年各年度均以 31～35 歲最多，但 111 年 36～40 歲者案件數躍居第一，此年齡層產婦新生兒死亡審定救濟案件數似有增加之趨勢，如圖 2-31。

(六) 事故原因

分析歷年累積之新生兒死亡案件，其主要原因依序為：胎兒窘迫（產前窒息、產程胎兒窘迫）計 172 件次，占 60.6%；胎盤早期剝離 76 件次，占 26.8%；肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫為 47 件次，占

16.5%；胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色 43 件次，占 15.1%；腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血）38 件次，占 13.4%；高血壓 / 妊娠高血壓以及感染 / 周產期感染皆有 21 件次，各占 7.4%。其餘原因依發生案件次為：臍帶異常 / 臍帶繞頸、產程異常 / 產程延長、子宮破裂、糖尿病 / 妊娠糖尿病、早期破水 / 早產、肩難產 / 臂神經損傷、前置胎盤等，如表 2-8。歷年來胎兒窘迫一直居新生兒死亡原因之第一位，腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血）之案件則在 111 年度顯著增加，後續可再密切觀察。

表 2-8：105～111 年新生兒死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 ^(註 1)	百分比 ^(註 2)
胎兒窘迫（產前窒息、產程胎兒窘迫）	172	60.6%
胎盤早期剝離	76	26.8%
肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫	47	16.5%
胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色	43	15.1%
腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血）	38	13.4%
高血壓 / 妊娠高血壓	21	7.4%
感染 / 周產期感染	21	7.4%
臍帶繞頸 / 臍帶異常	19	6.7%
產程異常 / 產程延長	14	4.9%
子宮破裂	10	3.5%
糖尿病 / 妊娠糖尿病	9	3.2%
早期破水 / 早產	8	2.8%
肩難產 / 臂神經損傷	8	2.8%
前置胎盤	7	2.5%

註 1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註 2：以 105~111 年度新生兒死亡審定救濟案件數為母數計算。（N = 284）

三、小結

近年來全國新生兒人數有下降的趨勢，但生產事故救濟之新生兒死亡案件數並未減少，顯見孕產婦與新生兒的健康安全仍是台灣整體需努力的重點。新生兒死亡案件中，胎兒窘迫仍然是最主要的原因，然而腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血）之案件則在 111 年度顯著增加，新生兒持續性肺高壓及腦部異常的發生也與胎兒窘迫息息相關。正確及時的新生兒急救處置可以挽救新生兒的生命，也能有效減少因窒息所致後遺症的發生。也因此，推廣並落實新生兒高級救命術至關重要。從機構層級分析來看，105～107 年以診所個案數為最多，近四年案件數最多的則為地區醫院或區域醫院。顯見各層級生產醫療院所皆應強化周產期照護與新生兒急救處置之人力設備與能力。

在審定核予救濟的案件分析發現，產婦多為妊娠 38～39 週、第一或第二胎產婦，

這也是台灣生產婦女最常見狀態。但其中高危險妊娠及生產中無法完全避免的危險因子，可能會直接或間接導致新生兒死亡。所以孕期中如有高風險之孕產婦應考量適時適地分娩之可能性，醫療機構也必須衡量是否具備早產兒的照護能力儘早轉診；此外，建議加強產前辨識胎兒窘迫徵候，必要時及早轉診至適當的醫療機構生產同時準備提早生產的可能性。

110 年起國家推動「優化兒童醫療照護計畫」，以改善周產期與兒童急重症醫療照護，降低兒童死亡率及增進兒童健康福祉，重要策略之一是藉由建置「周產期照護網絡」，完備周產期醫療照護系統，以生活圈區域整合方式設置周產期照護中心，期能藉此強化高危險孕產婦照護及母體轉診，提升生產與新生兒急救處置的醫療品質並確保轉送過程中的母嬰照護品質，以降低新生兒死亡之風險。



第四節 | 新生兒重大傷害案件分析

一、本年度案件統計與分析

111 年度受理之申請案中，新生兒重大傷害共 33 件，其中 7 件與生產無因果關係，不予救濟；核予救濟之 26 件中，中度身心障礙有 12 件、重度身心障礙有 10 件、極重度身心障礙有 4 件。茲就核予救濟之 26 件新生兒重大傷害案件，依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

(一) 機構層級

按發生生產事故之機構層級分析，診所所有 10 件，占 38.5%；醫學中心有 7 件，占 26.9%；地區醫院有 5 件，占 19.2%；區域醫院有 4 件，占 15.4%；如圖 2-32。

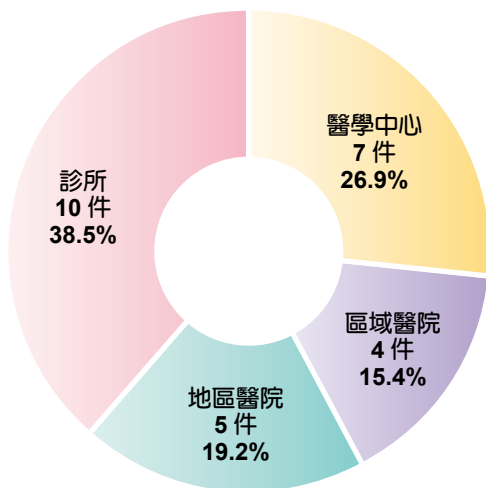


圖 2-32：111 年度新生兒重大傷害審定救濟案件機構層級分布

(二) 區域分布

按健保分區分析，中區最多有 9 件，占 34.6%；臺北區有 7 件，占 26.9%；北區有 5 件，占 19.2%；南區及高屏區各有 2 件，各占 7.7%；東區有 1 件，占 3.8%，如圖 2-33。

(三) 妊娠週數

按妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件共有 20 件，占 76.9%；36 週以下（早產）生產案件共有 6 件，占 23.1%；案件數最多的為 38 週，有 10 件，占 38.5%；其次為 39 週，有 5 件，占 19.2%；33 週、36 週、40 週，各有 2 件，各占 7.7%；34 週及 35 週，各有 1 件，各占 3.8%，如圖 2-34。

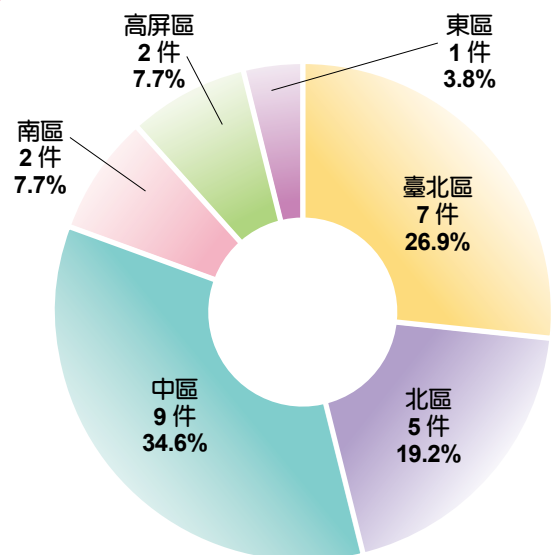


圖 2-33：111 年度新生兒重大傷害審定救濟案件區域分布

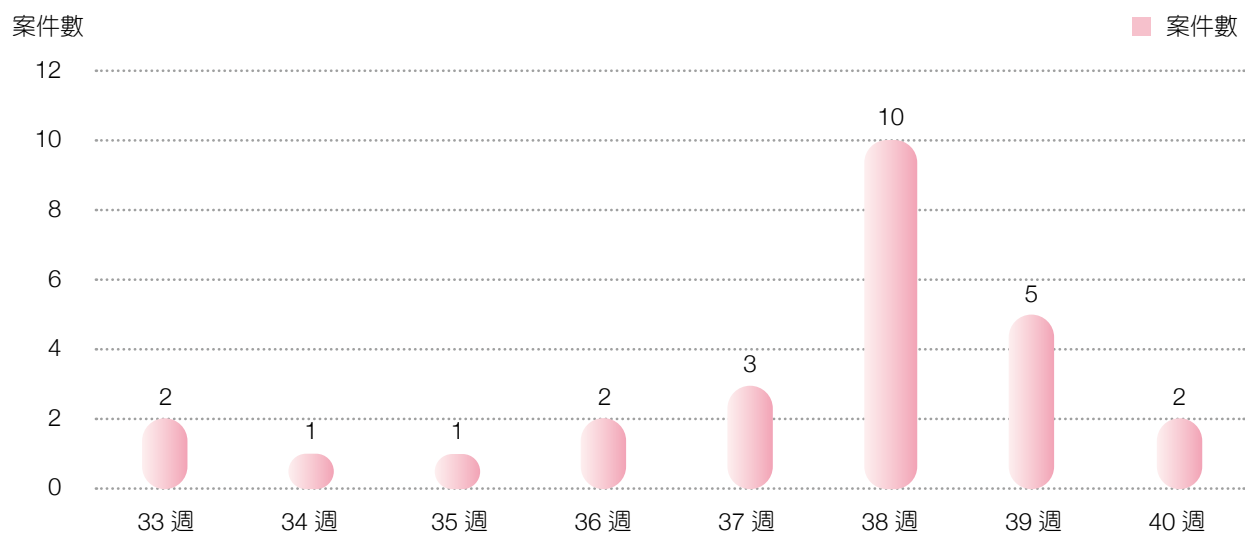


圖 2-34：111 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠週數分布

(四) 妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第一胎最多，有 12 件，占 46.2%；其次為第二胎有 9 件，占 34.6%；第三胎有 3 件，占 11.5%；再者為第四胎，有 2 件，占 7.7%，如圖 2-35。

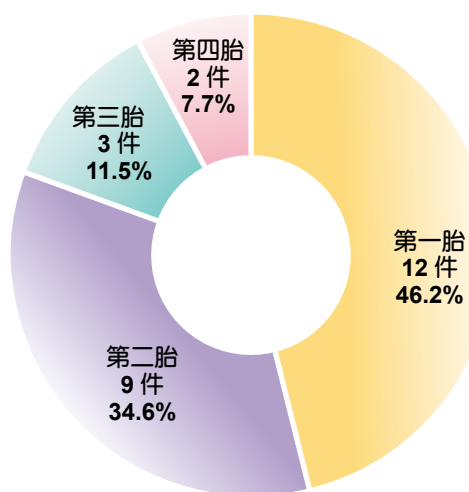


圖 2-35：111 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布

(五) 生產年齡

按孕產婦生產年齡分析，31～35 歲最多，有 10 件，占 38.5%；其次是 36～40 歲，有 8 件，占 30.8%；26～30 歲有 5 件，占 19.2%；小於 25 歲（含）有 3 件，占 11.5%，如圖 2-36。

(六) 事故原因

就新生兒重大傷害原因分析，胎兒窘迫（產前窒息、產程胎兒窘迫）為最主要原因，有 13 件次，占 50.0%；其次為腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血），有 12 件次，占 46.2%；胎盤早期剝離為 3 件次，占 11.5%；胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色、肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫、臍帶繞頸 / 臍帶異常、肩難產 / 臂神經損傷各有 2 件，各占 7.7%；其他原因如表 2-9。

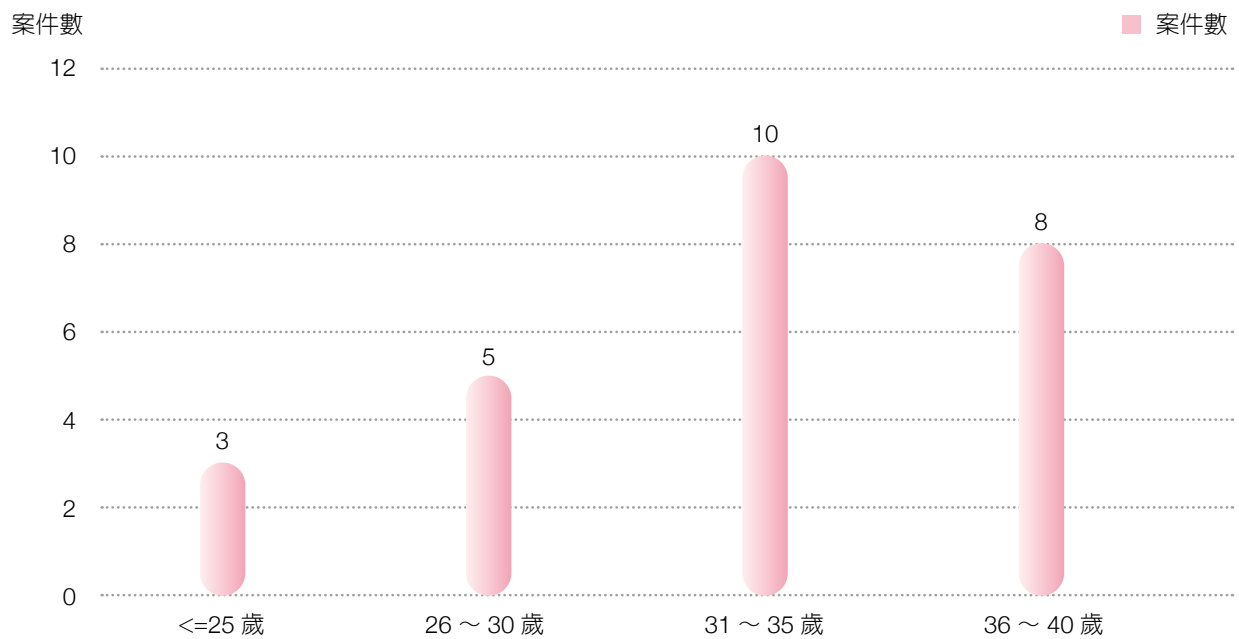


圖 2-36：111 年度新生兒重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

表 2-9：111 年度新生兒重大傷害審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 (註 1)	百分比 (註 2)
胎兒窘迫 (產前窒息、產程胎兒窘迫)	13	50%
腦部異常 (包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血)	12	46.2%
胎盤早期剝離	3	11.5%
胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色	2	7.7%
肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫	2	7.7%
臍帶繞頸 / 臍帶異常	2	7.7%
肩難產 / 臂神經損傷	2	7.7%
產程異常、產程延長	1	3.8%
不明原因發展遲緩	1	3.8%
羊膜帶症候群	1	3.8%

註 1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註 2：以 111 年度新生兒重大傷害審定救濟案件數為母數計算。(N = 26)

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至 111 年底所受理之申請案中，新生兒重大傷害案件共計 184 件，其中 45 件與生產無因果關係，不予救濟；核予救濟之 139 件中，中度身心障礙有 56 件、重度身心障礙有 59 件、極重度身心障礙有 24 件。105 年沒有申請案，茲就 106 年起依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

(一) 機構層級

按發生生產事故之年度及機構層級分析，以診所為最大宗，有 42 件，占 30.2%；區域醫院次之，有 37 件，占 26.6%；地區醫院有 30 件，占 21.6%；醫學中心有 29 件，占 20.9%；發生在助產機構有 1 件，占 0.7%，如圖 2-37。歷年新生兒重大傷害案件之機構層級分布，並無明顯年度趨勢變化。

(二) 區域分布

按健保分區分析，歷年累積案件以臺北區為最大宗，有 47 件，占 33.8%，但近兩年臺北區個案數減少，不再獨占排行首位；北區次之，共 26 件，占 18.7%；中區有 25 件，占 18.0%；高屏區有 22 件，占 15.8%；南區有 15 件，占 10.8%；東區最少，僅有 4 件，占 2.9%，如圖 2-38。

(三) 妊娠週數

按妊娠週數分析，歷年累積案件數 37 週以上之足月生產有 105 件，占 75.5%；36 週以下（早產）生產案件，有 34 件，占 24.5%。妊娠週數案件最多為 38 週，共 37 件，占 26.6%；其次是 39 週有 35 件，占 25.2%。近兩年 38 週超越 39 週成為案件數最多的妊娠週數，如圖 2-39。

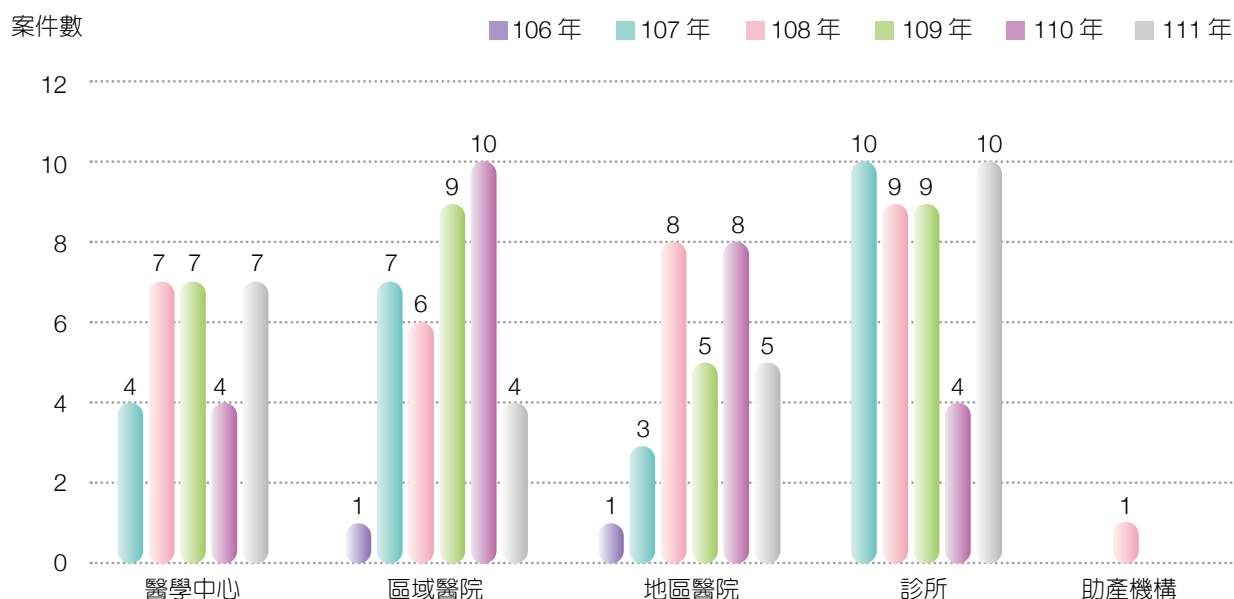


圖 2-37：106 ~ 111 年度新生兒重大傷害審定救濟案件機構層級分布

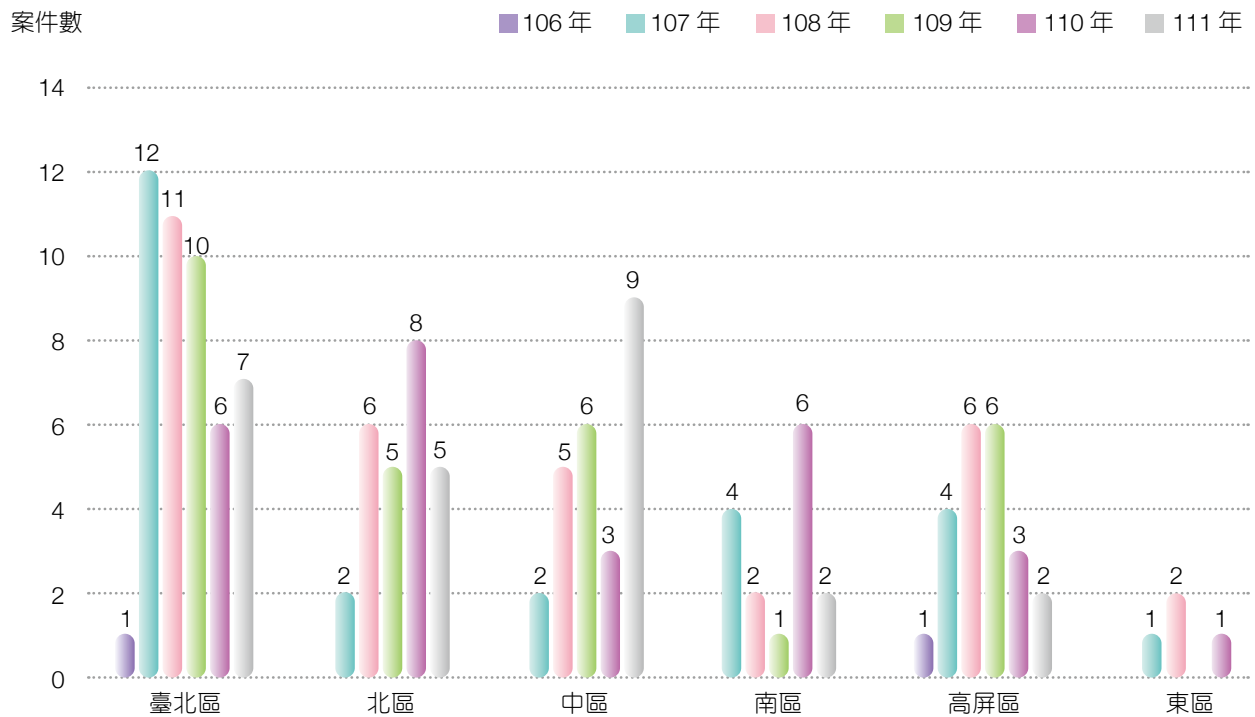


圖 2-38：106 ~ 111 年度新生兒重大傷害審定救濟案件區域分布

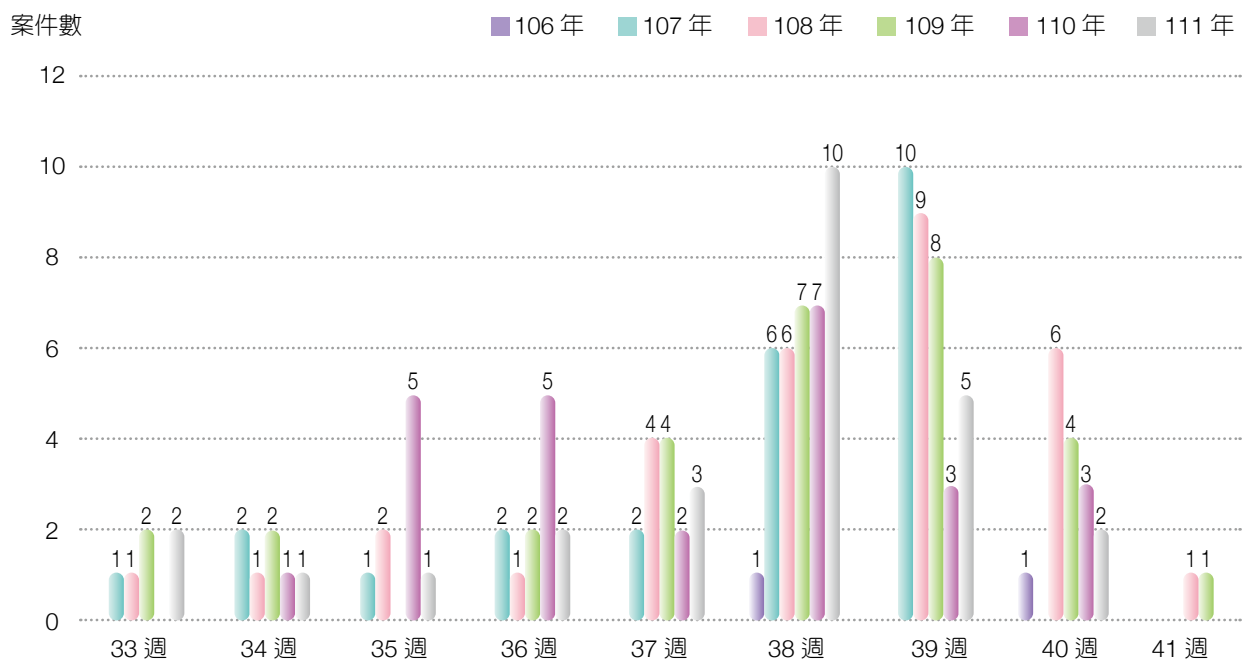


圖 2-39：106 ~ 111 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠週數分布

(四) 妊娠胎次

按妊娠胎次分析，歷年累積案件中以初產婦（第一胎）占多數，共 78 件，占 56.1%；第二胎次之，共 44 件，占 31.7%；

第三胎有 12 件，占 8.6%；第四胎有 3 件，占 2.2%、第五胎及第七胎次各有 1 件，各占 0.7%。如圖 2-40。106 ~ 111 年之妊娠胎次分布無明顯趨勢變化。

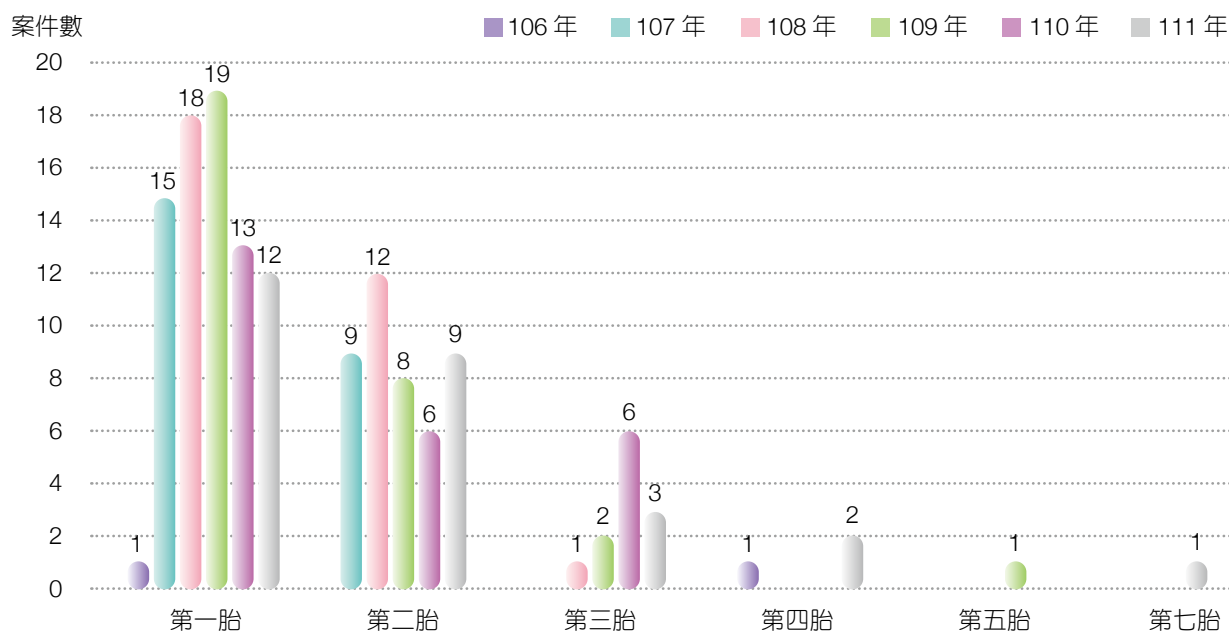


圖 2-40：106 ~ 111 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布

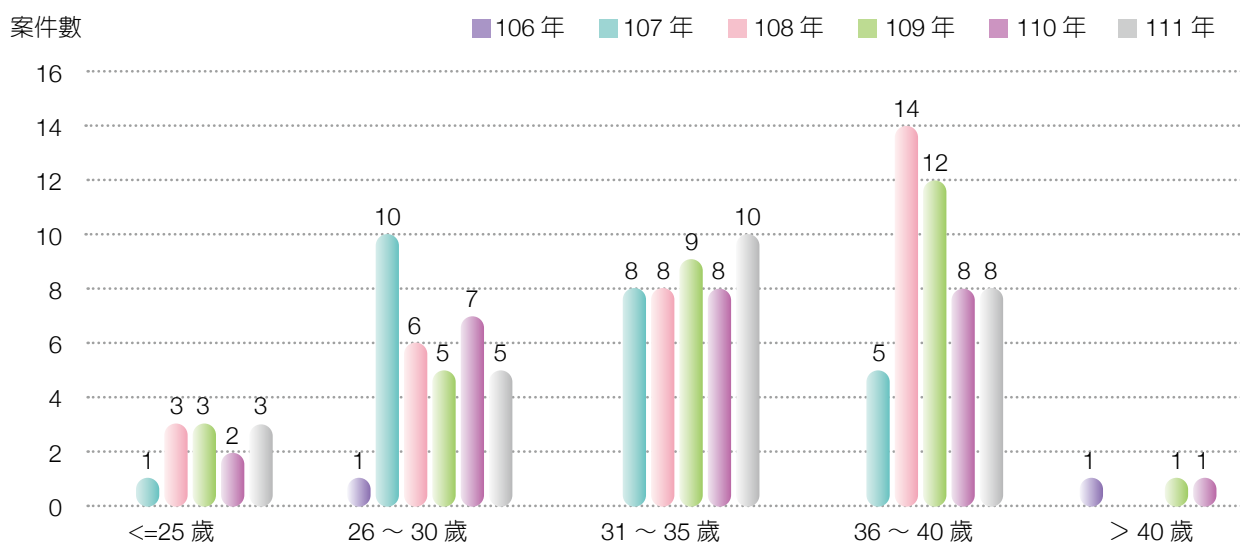


圖 2-41：106 ~ 111 年度新生兒重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

（五）生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析，歷年累積案件產婦年齡以 36～40 歲居冠，有 47 件，占 33.8%；31～35 歲有 43 件，占 30.9%；26～30 歲有 34 件，占 24.5%；小於 25 歲（含）有 12 件，占 8.6%；大於 40 歲者有 3 件，占 2.2%，如圖 2-41。106～111 年審定救濟案件生產時年齡分布無明顯趨勢變化。

（六）事故原因

新生兒重大傷害之原因分析，歷年累積發生案件之主要原因依序為：胎兒窘迫（產前窒息、產程胎兒窘迫）有 74 件，占 53.2%；腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、

腦部出血）有 32 件次，占 23.0%；胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色為 27 件，占 19.4%；肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫有 24 件，占 17.3%；胎盤早期剝離為 17 件次，占 12.2%；臍帶繞頸 / 臍帶異常為 14 件次，占 10.1%；肩難產 / 臂神經損傷為 13 件次，占 9.4%；高血壓 / 妊娠高血壓為 11 件次，占 7.9%。其餘原因依發生案件如表 2-10。歷年來胎兒窘迫一直居新生兒重大傷害事故原因之第一位，腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血）之案件則在 111 年有顯著增加，其原因值得探究，有可能是傷害原因的變遷，也有可能是事故原因歸因的改變。

表 2-10：106～111 年新生兒重大傷害審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 (註 1)	百分比 (註 2)
胎兒窘迫（產前窒息、產程胎兒窘迫）	74	53.2%
腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血）	32	23.0%
胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色	27	19.4%
肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫	24	17.3%
胎盤早期剝離	17	12.2%
臍帶繞頸 / 臍帶異常	14	10.1%
肩難產 / 臂神經損傷	13	9.4%
高血壓 / 妊娠高血壓	11	7.9%
產程異常 / 產程延長	7	5.0%
感染	4	2.9%
不明原因發展遲緩	1	0.7%
羊膜帶症候群	1	0.7%

註 1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註 2：以 106～111 年度新生重大傷害審定救濟案件數為母數計算。（N = 139）

三、小結

106 ~ 111 年新生重大傷害案件數無明顯年度變化，其中以足月生產，第一胎或第二胎者占多數。而在醫療機構層級方面，在 106 ~ 111 年度總合及 111 年度皆以診所為最多。因胎兒窘迫發生窒息引發接續的缺氧事件，導致新生兒腦部損傷及心肺異常，是新生兒重大傷害最主要的原因。

雖然台灣醫療進步，但完善的周產期醫療網絡尚在逐步建立中。針對高風險孕婦，在產前檢查時可定期接受母體及胎兒生長評估，使用超音波檢查，加強監測胎兒狀況及子宮內生長環境，必要時轉介至有能力處理高危險妊娠併發症之醫療院所接受專業處置。每位產婦待產過程，尤其高風險產婦，均需要密切監測母體狀況及觀察胎心音變化，若有母體感染、出血、臍帶異常、肩難產或胎兒窘迫等情況，應立即採取緊急產科處置及準備新生兒急救。平時的急救演練能在必要時刻正確及時的施行新生兒急救處置，如此一來可以有效減少因窒息所致後遺症的發生。所以推廣落實確實的新生兒急救至關重要。針對有周產期窒息風險的新

生兒，應入住新生兒加護病房，以提供良好的評估及支持療法，必要時在新生兒加護病房進行低溫療法等治療措施，期能改善新生兒之預後及發展。

因此，教育民眾安全孕產的知識，讓懷孕婦女及家人了解需儘速就醫的異常孕期徵兆；醫療院所應於產前落實高危險妊娠之辨識，如懷孕合併早產現象、嚴重高血壓、慢性糖尿病等，並考量胎兒的狀況，如胎兒生長遲緩或有先天性異常等，如有上述高危險因素的孕產婦，應於產前轉診至有能力照護之醫療院所生產，讓孕產婦於安全的環境下生產，確保產婦和新生兒於第一時間接受適當的治療；周產期醫療人員新生兒急救的訓練與認證也是需廣為施行。將來整合各醫療院所建立運作順暢之周產期照護網絡與機制，才能保障母嬰安全，減少新生兒重大傷害所導致的遺憾，與家庭、醫療、社會的負擔。



第五節 | 胎兒死亡案件分析

一、本年度案件統計與分析

111 年度受理之申請案中，胎兒死亡案件共計 149 件，其中 12 件因其死亡不屬救濟範圍或不符合申請資格，不予救濟。茲就核予救濟之 137 件胎兒死亡案件，依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

(一) 機構層級

按發生生產事故之機構層級分析，區域醫院有 43 件，占 31.4%；地區醫院有 34 件，占 24.8%；醫學中心有 32 件，占 23.4%；診所所有 28 件，占 20.4%，如圖 2-42。

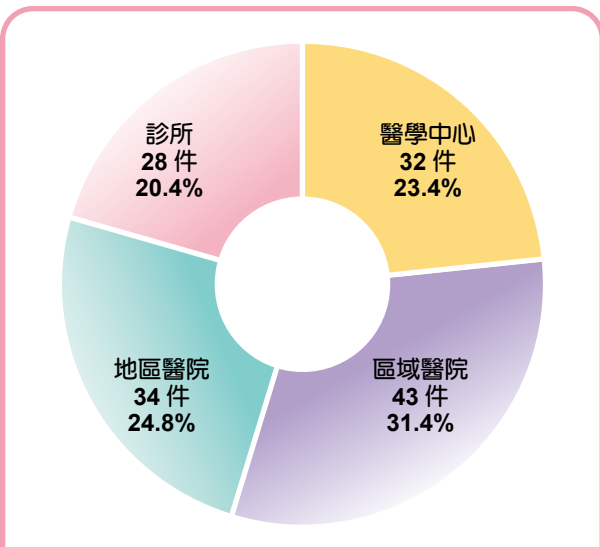


圖 2-42：111 年度胎兒死亡審定救濟案件機構層級分布

(二) 區域分布

按健保分區分析，臺北區有 30 件，占 21.9%；中區有 29 件，占 21.2%；北區與南區皆有 27 件，各占 19.7%；高屏區有 17 件，占 12.4%；東區有 7 件，占 5.1%，如圖 2-43。

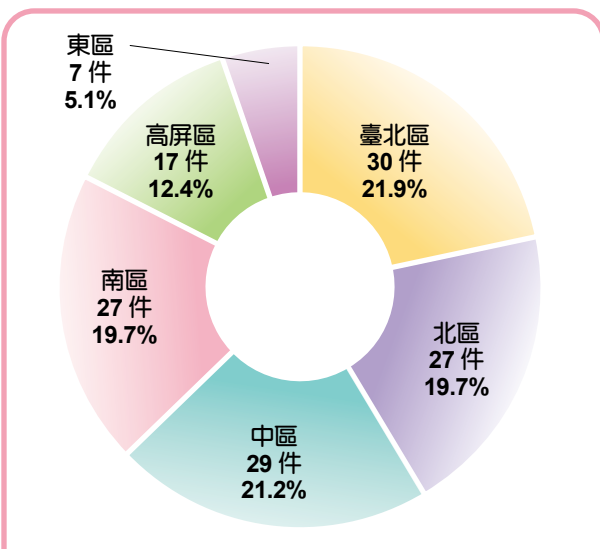


圖 2-43：111 年度胎兒死亡審定救濟案件區域分布

(三) 妊娠週數

按妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件共有 79 件，占 57.7%；36 週以下（早產）生產案件共有 58 件，占 42.3%，如圖 2-44。

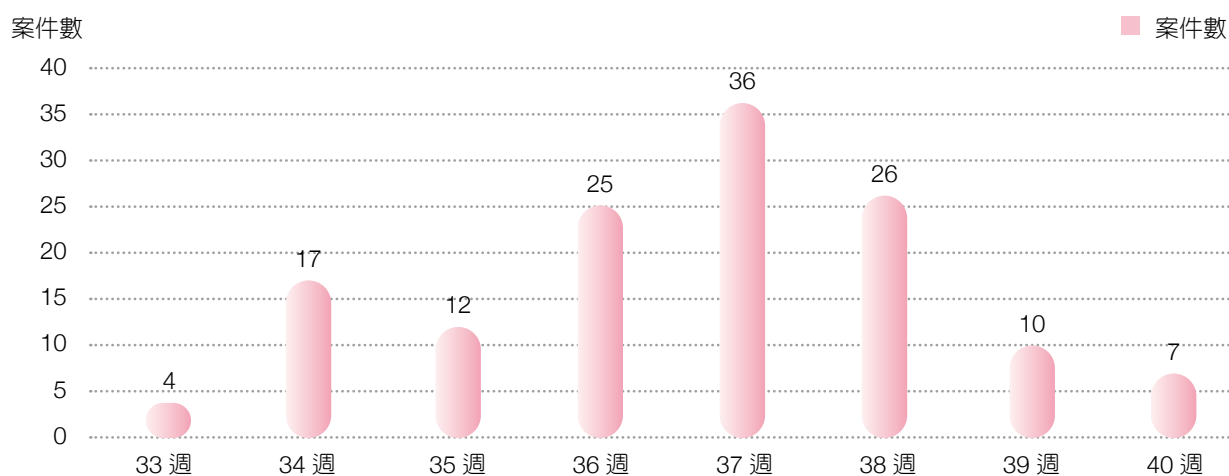


圖 2-44：111 年度胎兒死亡審定救濟案件妊娠週數分布

(四) 妊娠胎次

按孕產婦妊娠胎次分析，第一胎最多，有 77 件，占 56.2%；其次為第二胎有 36 件，占 26.3%；再者為第三胎有 13 件，占 9.5%；第四胎有 7 件，占 5.1%；第五胎以上有 4 件，占 2.9%，如圖 2-45。

(五) 生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析，以 31～35 歲居冠，有 46 件，占 33.6%；其次為 36～40 歲有 34 件，占 24.8%；26～30 歲有 33 件，占 24.1%；小於 25 歲（含）及大於 40 歲分別為 19 件、5 件，各占 13.9%、3.6%，如圖 2-46。

(六) 事故原因

就胎兒死亡之事故原因分析，多合併多重因素，但以不明原因死胎（子宮內胎兒死亡）為最多，有 48 件次，占 35.0%；其他依序為：臍繞頸 / 臍帶異常 / 臍帶意外事故等，有 39 件次，占 28.5%；胎盤功能不全有 23 件次，占 16.8%；胎盤早期剝離有 10 件次，占 7.3%；糖

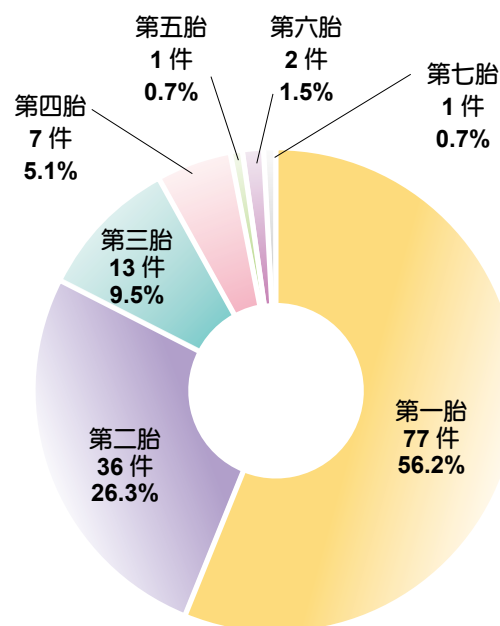


圖 2-45：111 年度胎兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

尿病 / 妊娠糖尿病有 9 件次，占 6.6%；高血壓 / 妊娠高血壓有 6 件次，占 4.4%；胎兒窘迫有 5 件次，占 3.6%，如表 2-11。

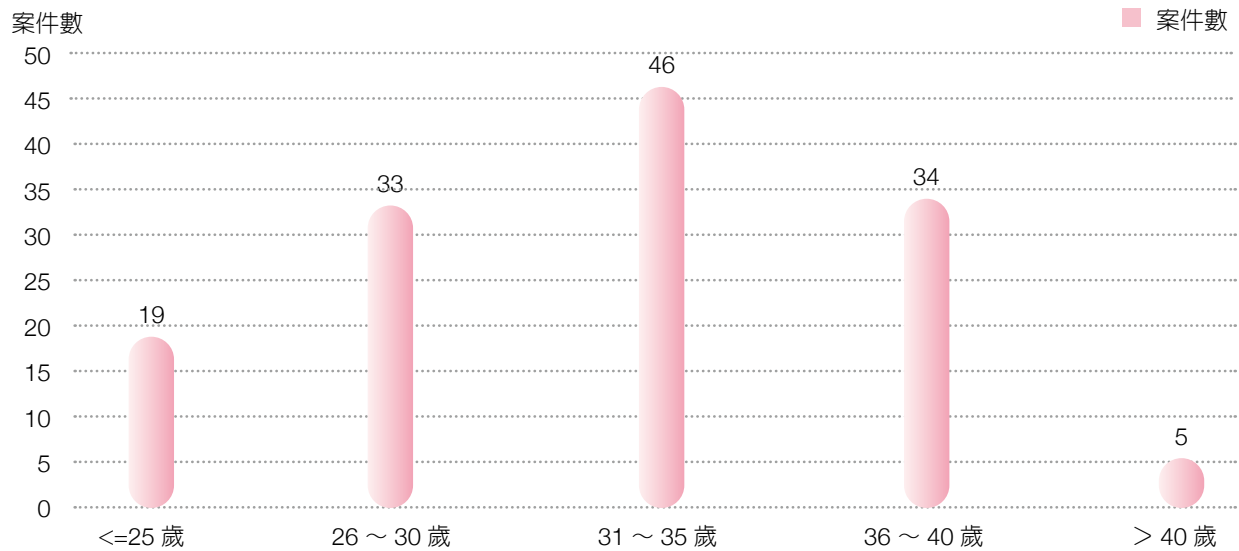


圖 2-46：111 年度胎兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布

表 2-11：111 年度胎兒死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 (註 1)	百分比 (註 2)
不明原因死胎 (子宮內胎兒死亡)	48	35.0%
臍繞頸 / 臍帶異常 / 臍帶意外事故等	39	28.5%
胎盤功能不全	23	16.8%
胎盤早期剝離	10	7.3%
糖尿病 / 妊娠糖尿病	9	6.6%
高血壓 / 妊娠高血壓	6	4.4%
胎兒窘迫	5	3.6%
產婦貧血	2	1.5%
子宮破裂	1	0.7%
HELLP 症候群	1	0.7%
胎兒子宮內生長遲滯	1	0.7%
雙胞胎輸血症候群	1	0.7%
前置胎盤	1	0.7%

註 1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註 2：以 111 年度胎兒死亡審定救濟案件數為母數計算。(N=137)

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至 111 年底所受理之申請案中，胎兒死亡案件共計 845 件，其中 34 件因其死亡不屬救濟範圍或不符申請資格，不予救濟。茲就核予救濟之 811 件胎兒死亡案件，依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

(一) 機構層級

按發生生產事故之年度及機構層級分析，以醫學中心為最大宗，有 238 件，占 29.3%；地區醫院居次，有 217 件，占 26.8%；區域醫院則有 198 件，占 24.4%；診所所有 157 件，占 19.4%；助產機構有 1 件，占 0.1%。110 年度各機構層級之案件數均呈現較前一年度有減少狀況，111 年度之案件數除醫學中心較

前一年度減少外，其他機構層級皆呈現增加，如圖 2-47。

(二) 區域分布

按年度及健保分區分析，以臺北區為最大宗，有 217 件，占 26.8%；東區 19 件最少，占 2.3%。105 年度之 23 件中，有 9 件在中區，6 件在臺北區，北區、南區及高屏區約 1~4 件。106 年度則以臺北區件數較高，有 40 件；北區居次，有 21 件。109 年度北區持續減少，其他各區域之案件數量則呈現微幅增加，110 年度各區域案件數皆較 109 年度減少的狀況，111 年度臺北區、中區與高屏區較前一年度減少，北區、南區及東區則較為增加。如圖 2-48。

(三) 妊娠週數

按年度及妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件，有 428 件，占 52.8%；36 週以下（早

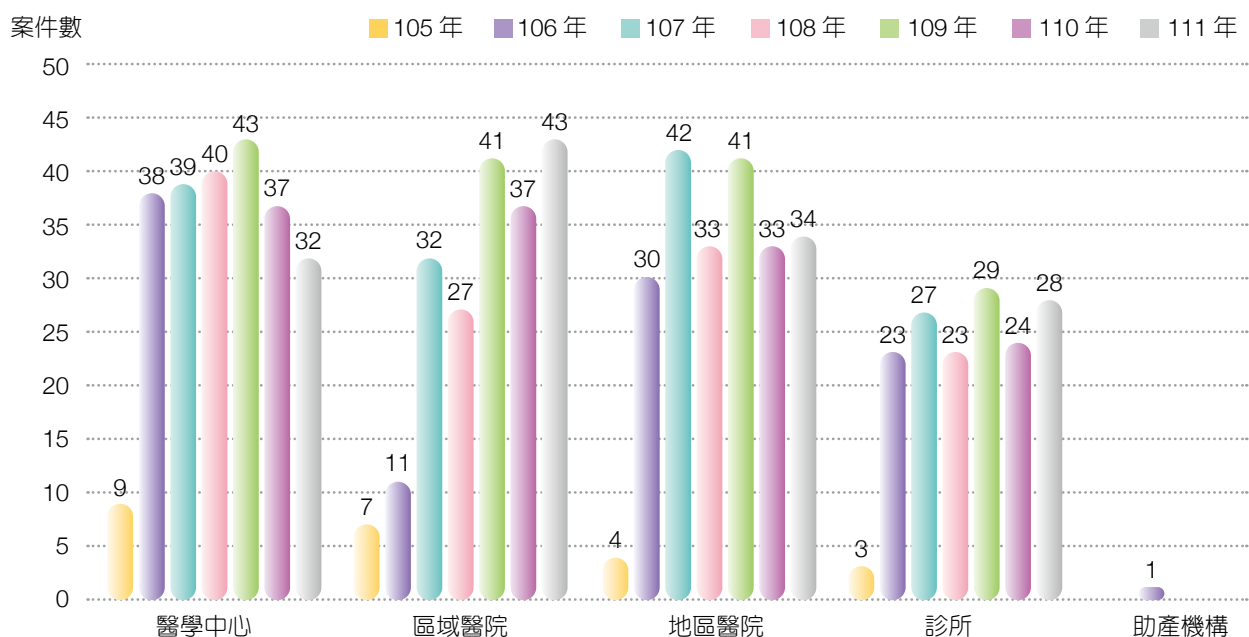
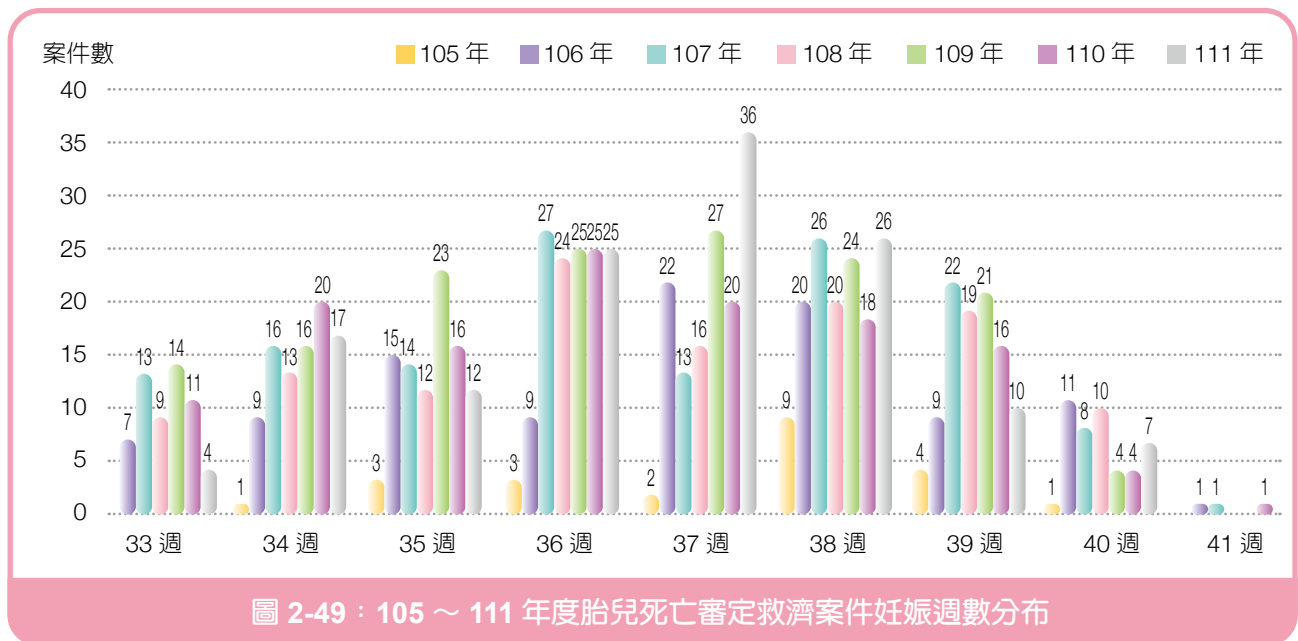
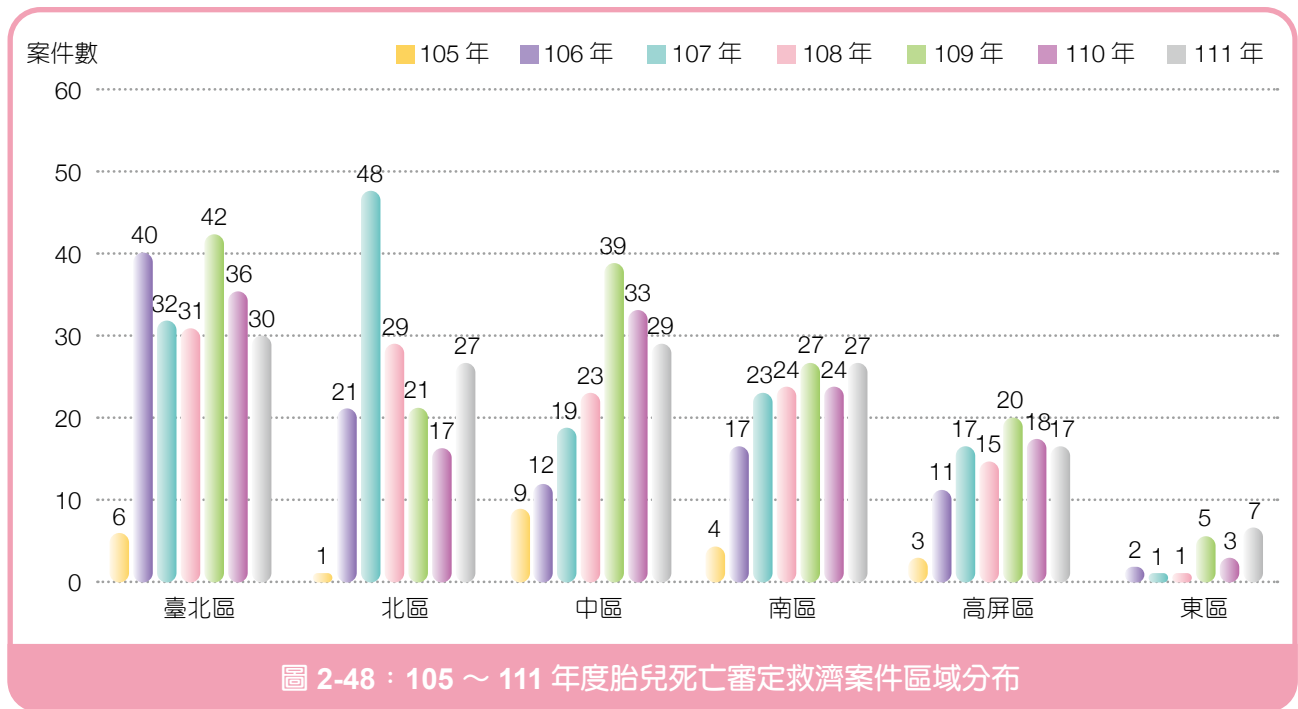


圖 2-47：105 ~ 111 年度胎兒死亡審定救濟案件機構層級分布

產) 生產案件, 有 383 件, 占 47.2%。累積案件數最多者為 38 週, 共 143 件, 占 17.6%; 其次為 36 週有 138 件, 占 17.0%。105 年度以 38 週案件數量最高, 有 9 件; 106 年度以 37 週案件數量最高, 有 22 件; 107、108 年度以 36 週

案件數量最高, 分別占 27 件、24 件; 109 年度以 37 週案件數量最高, 有 27 件; 110 年度則以 36 週案件數量最高, 有 25 件, 37 週至 39 週案件數量均較前一年呈現減少狀況; 111 年度則以 37 週案件數量最高, 有 36 件, 如圖 2-49。



(四) 妊娠胎次

按年度及妊娠胎次分析，以初產婦（第一胎）占多數，有 465 件，占 57.3%。而在高妊娠胎次部分，106 年度第四胎、第六胎各有 1 件；107 年度有 2 件為第四胎、1 件為第五胎；108 年度有 2 件為第四胎；109 年度有 4 件為第四胎、1 件為第五胎；110 年度則有 4 件為第四胎、2 件為第五胎、1 件第六胎；111 年

度則有 7 件為第四胎、1 件為第五胎、2 件第六胎、1 件為第七胎，如圖 2-50。

(五) 生產年齡

按年度及孕產婦生產時年齡分析，以 31 ~ 35 歲居冠，有 268 件，占 33.0%。105 至 108 各年度皆多分布於 31 ~ 35 歲，109 與 110 年度均為 36 ~ 40 歲最多，另外 110 年度 40 歲以

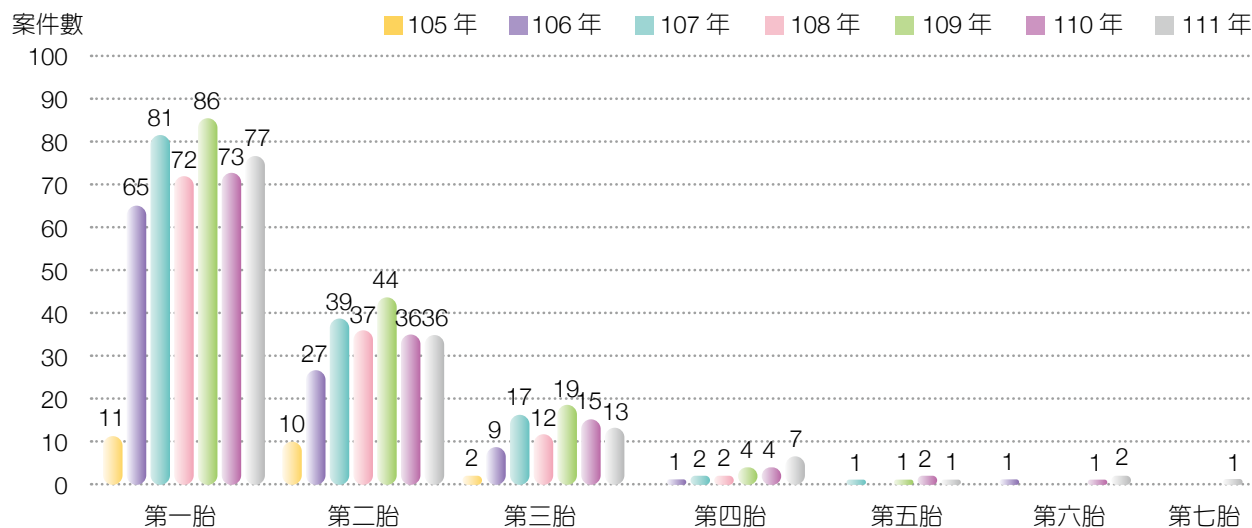


圖 2-50：105 ~ 111 年度胎兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

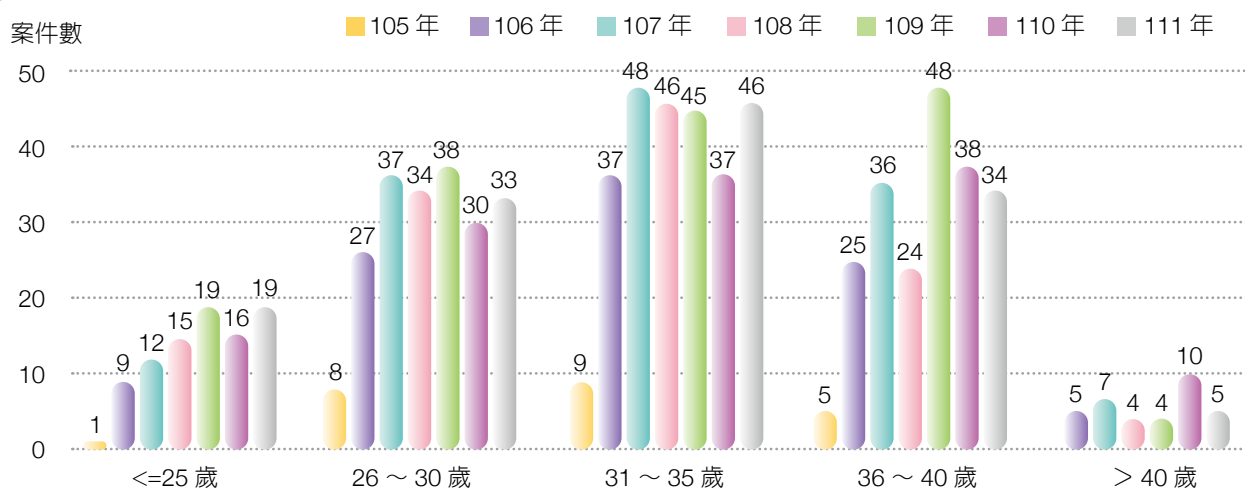


圖 2-51：105 ~ 111 年度胎兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布

上者似有增加，111 年度則回到 31～35 歲最多，如圖 2-51。

（六）事故原因

就胎兒死亡之事故原因分析，多合併多重因素，但仍以不明原因死胎（子宮內胎兒死亡）為最多，有 322 件次，占 39.7%；其他原因包括：臍繞頸 / 臍帶異常 / 臍帶意外事故等有 222 件，占 27.4%；胎盤早期剝離有 168 件次，占 20.7%；高血壓 / 妊娠高血壓有 110 件次，占 13.6%；胎盤功能不全有 98 件次，占 12.1%；糖尿病 / 妊娠糖尿病有 59 件次，占 7.3%；胎兒窘迫有 50 件次，占 6.2%，如表 2-12。

三、小結

111 年度胎兒死亡最常見的是不明原因死胎，占 35%；110 年度則為臍帶繞頸 / 臍帶異

常 / 臍帶意外事故，約有三成，此兩項原因一直高居年度第一或第二名。不明原因之死胎通常由孕婦發現無胎動後至醫院才確診，常與妊娠糖尿病、妊娠高血壓、胎兒生長遲滯有關，鼓勵孕婦宜有規律生活及飲食習慣，切勿長時間未進食或減重，每日進行自我胎動觀察，如遇異常狀況則儘速就醫。對於有妊娠糖尿病、妊娠高血壓、胎兒生長遲滯及高危險妊娠之孕婦，應注重血糖及血壓的自我監測及管理，如有必要宜採取住院接受適當的醫療處置，以期達到良好控制，同時考慮及早生產的可能性。此外，建議醫療院所於胎死腹中引產後，應檢視胎兒外觀、臍帶及胎盤是否有異常之處，必要時宜進行病理學分析，並完整詳實記載於病歷，以利找尋可避免之相關因素，強化周產期風險管控，預防此類事故再度發生。

表 2-12：105～111 年度胎兒死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 (註 1)	百分比 (註 2)
不明原因死胎（子宮內胎兒死亡）	322	39.7%
臍繞頸 / 臍帶異常 / 臍帶意外事故	222	27.4%
胎盤早期剝離	168	20.7%
高血壓 / 妊娠高血壓	110	13.6%
胎盤功能不全	98	12.1%
糖尿病 / 妊娠糖尿病	59	7.3%
胎兒窘迫	50	6.2%
感染	21	2.6%
前置胎盤	16	2.0%
子宮破裂	13	1.6%
胎兒生長遲滯	10	1.2%

註 1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註 2：以 105～111 年度胎兒死亡審定救濟案件數為母數計算。（N = 811）

參

生產事故 學習與改善



病人安全年度目標納入維護孕產兒安全

世界衛生組織於 2021 年世界病安日訂定主題為「孕產兒安全 (Safe maternal and newborn care)」，期望透過提高對孕產婦、新生兒安全重要性的認識，提升孕產兒安全。此外，於同年訂定 5 項目標，包含減少分娩時對婦女和新生兒不必要和有害的做法、加強衛生工作者的能力和對安全孕產婦和新生兒護理的支持、促進對安全分娩的尊重護理、提高分娩期間藥物和輸血的安全使用、報告和分析分娩安全事故，並期望至 2030 年能有效降低孕產婦死亡率及預防新生兒死亡。我國呼應國際趨勢，特於 111-112 年病人安全年度目標醫院版及診所版新增「維護孕產兒安全」目標項目（請見圖 3-1、3-2），依據醫療量能提出診所版及醫院

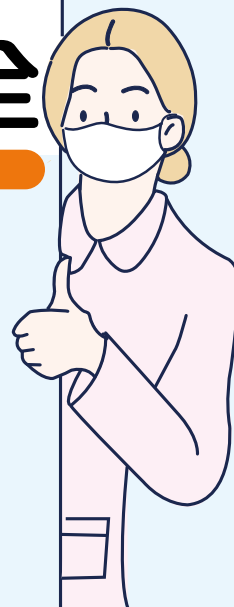
版的執行策略，包含落實產科風險管控、維護孕產婦及新生兒安全、預防產科相關病人安全事件（請見表 3-1）。在孕產期安胎或催產藥物之安全使用規範上，邀集台灣婦產科醫學會及相關領域學者專家共同研議，針對 Misoprostol (Cytotec®) 研擬產科使用指引及知情同意書；此外，在藥物安全使用方面，發展「安胎藥物 Yutopar 注意事項」，內容包括使用時應監測孕產婦心電圖、安全使用劑量範圍及相關禁忌症等，上述之孕產婦藥物使用相關指引及注意事項皆已於台灣婦產科醫學會網站上公告，週知並提供臨床醫療人員使用，並安排繼續教育訓練課程，以減少發生藥物使用之併發症，提供孕產婦更安全之生產照護環境。

表 3-1：111-112 年度醫療品質及病人安全工作目標執行策略

執行策略	診所版 一般原則及參考做法	醫院版 一般原則及參考做法
落實產科風險管控	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫護人員具高危險妊娠知識及緊急處理機制。 2. 具有緊急生產、輸備血及轉診流程。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 能辨識高危險妊娠並有風險評估及處理能力。 2. 醫院應建立孕產兒監測儀器及藥物管理機制。
維護孕產婦及新生兒安全	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫護人員應對高危險孕產婦進行衛教及告知返診時機。 2. 衛教孕婦需依懷孕週期做產前檢查、正確用藥及避免接觸致畸胎之物質 (如：抽菸、毒品、酗酒等)。 3. 為避免血栓形成，鼓勵產婦盡早下床活動。 4. 醫護人員能辨識異常生命徵象 (含新生兒)、產後出血及併發症，並有適當處置流程，必要時進行轉診。 5. 與後送醫院建立良好緊急轉診管道及病例回饋。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 及早辨識與預防生產前後併發症。 2. 建立民衆孕產過程正確保健觀念。
預防產科相關病人安全事件	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫護人員及相關員工需了解生產事故通報的時機和目的。 2. 依規定進行生產事故通報及啟動關懷機制。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院應對全院員工加強生產事故通報宣導。 2. 醫院應定期檢討孕產兒風險管控。

醫療品質及病人安全

Taiwan Patient Safety Goals for Clinics



| 工作目標 |

1 有效溝通

- 1.落實轉診病人之訊息雙向傳遞
- 2.提供病人及家屬衛教及醫療諮詢
- 3.預防醫療場所暴力

2 用藥安全

- 1.預防病人重複用藥
- 2.落實藥品優良調劑及交付安全
- 3.加強使用高警訊藥品病人的照護安全

3 手術安全

- 1.落實手術安全流程
- 2.提升麻醉照護品質

4 預防跌倒

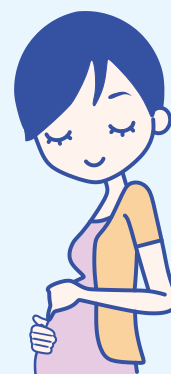
- 1.加強宣導預防跌倒之措施
- 2.改善醫療照護環境，以降低跌倒風險及傷害程度

5 感染管制

- 1.落實手部衛生
- 2.落實呼吸道衛生及咳嗽禮節
- 3.安全注射與血液採檢

6 維護孕產兒安全

- 1.落實產科風險管控
- 2.維護孕產婦及新生兒安全
- 3.預防產科相關病人安全事件



衛生福利部委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理



廣告

圖 3-1：111-112 年度醫療品質及病人安全工作目標海報（診所版）

111-112年度 | 醫院版 |



醫療品質及病人安全

工作
目標

Taiwan Patient Safety Goals for Hospitals

1 促進醫療人員間團隊合作及有效溝通

1. 建立機構內團隊領導與溝通機制，落實醫療人員訊息有效傳遞並促進團隊合作
2. 落實病人於不同單位間共同照護或是轉換照護責任時訊息溝通之安全作業
3. 加強於困難溝通情境之病人辨識及交班正確性

2 營造病人安全文化、建立醫療機構韌性及落實病人安全事件管理

1. 營造機構病人安全文化與環境，並鼓勵員工主動提出對病人安全的顧慮及建議
2. 提升醫療機構韌性，保護醫療場所人員免遭受暴力侵害
3. 鼓勵病人安全事件通報，運用人因工程之概念，強化病人安全事件改善成效

3 提升手術安全

1. 落實手術辨識流程及安全查核作業
2. 落實手術輸、備血安全查核作業
3. 落實手術麻醉整合照護，強化團隊合作
4. 預防手術過程中不預期的傷害

4 預防病人跌倒及降低傷害程度

1. 團隊合作提供安全的照護與環境，以降低跌倒傷害程度
2. 評估及降低病人跌倒風險
3. 跌倒後檢視及調整照護計畫
4. 落實病人出院時跌倒風險評估，並提供預防跌倒及預防或改善衰弱之指導

5 提升用藥安全

1. 推行病人用藥整合
2. 加強使用高警訊藥品病人之照護安全
3. 加強需控制流速或共用管路之輸液使用安全

6 落實感染管制

1. 落實人員之健康管理
2. 加強抗生素使用管理機制
3. 推行組合式照護的措施，降低醫療照護相關感染
4. 定期環境清潔及監測清潔品質
5. 建立醫材器械消毒或滅菌管理機制

7 提升管路安全

1. 落實侵入性管路之正確置放
2. 提升管路照護安全及預防相關傷害

8 改善醫病溝通並鼓勵病人及家屬參與病人安全工作

1. 鼓勵民眾關心病人安全，並提供民眾多元參與管道
2. 運用多元或數位模式，改善醫病溝通，並推行醫病共享決策
3. 提升住院中及出院後主要照顧者照護知能

9 維護孕產兒安全

1. 落實產科風險管控
2. 維護孕產婦及新生兒安全
3. 預防產科相關病人安全事件



衛生福利部 委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理



廣告

圖 3-2：111-112 年度醫療品質及病人安全工作目標海報（醫院版）

孕產兒安全照護品質及產科風險管控

本年度透過辦理醫療機構實地輔導、風險管控推廣課程，藉以強化機構建立內部生產事故風險管控及落實通報機制。

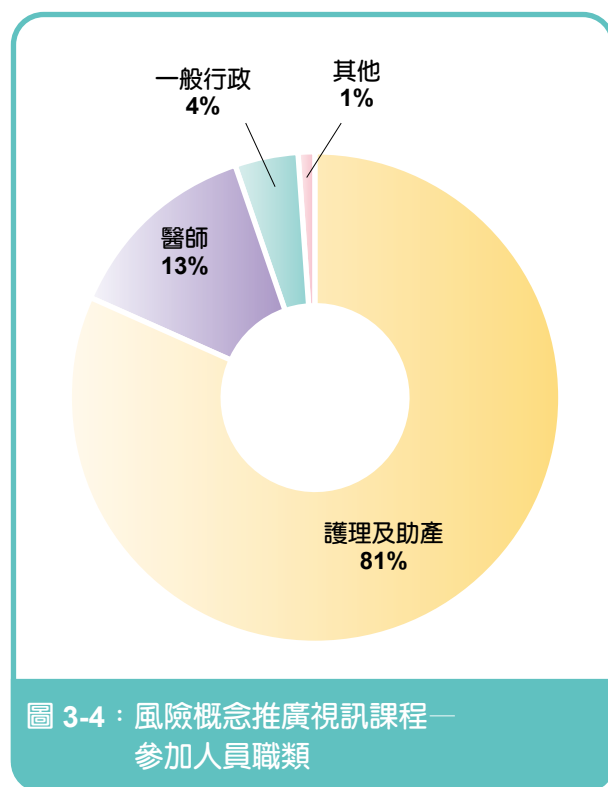
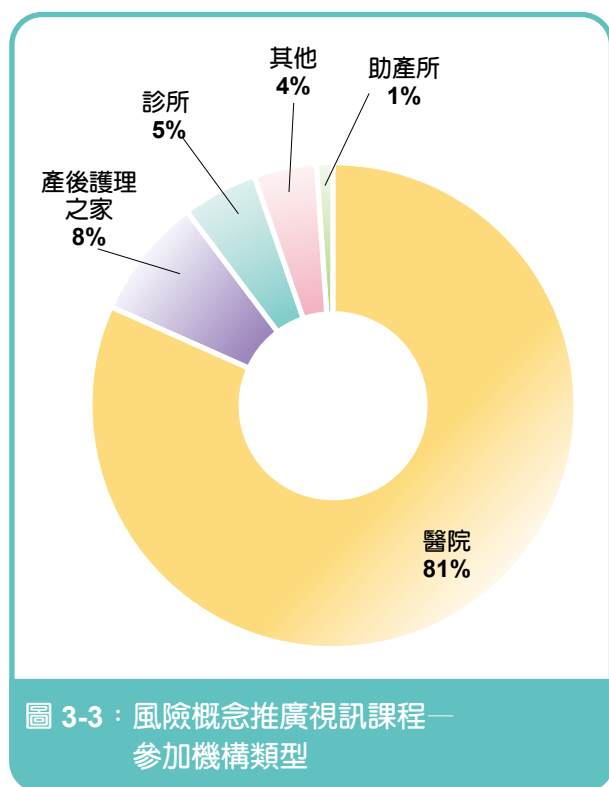
醫療機構實地輔導

以協助機構改善風險管控及提升病歷紀錄完整性為輔導目的，辦理中小型醫療機構實地輔導，輔導過程係由實地輔導委員依據機構通報案例進行個案討論，輔導重點由婦產科六大風險管控項目（妊娠高血壓 / 子癲前症、植入性胎盤 / 前置胎盤、胎盤早期剝離、羊水栓塞 / 靜脈栓塞、胎兒窘迫、產後大出血）及管控架構（事前準備、辨識與預防、緊急應變、檢討與學習）、病人安全年度目標「維

護孕產兒安全」，以諮詢討論方式了解機構於醫療照護上的弱點、檢視機構在病歷紀錄不足處予以回饋。

風險管控推廣課程

以協助醫療人員建立風險管控概念為目的，辦理兩場「風險概念推廣視訊課程」，課程學習重點包含如何於機構內部建立有效的風險管控機制、以及如何辨識高危險妊娠風險的產婦適時安排產前轉診。課程整體滿意度達99%，參加機構類型（請見圖 3-3）以醫院最多占81%、其次為產後護理之家占8%；參加人員職類（請見圖 3-4）以護理及助產最多占81%、其次為醫師占13%。



生產事件事件調查、分析及改善

本年度透過辦理根本原因分析工作坊、製作根本原因分析學習案例、輔導機構進行產婦死亡事件事件根本原因分析，藉以協助醫療機構及醫療人員落實病人安全事件管理。

根本原因分析教材及工作坊

以協助醫療人員能夠瞭解及運用根本原因分析工具為目的，製作「產後大出血產婦傷害事件之學習案例」並搭配辦理一場「根本原因分析工作坊」，教案內容結合通報案件實例進行設計，情境重點聚焦於基層醫療機構對於產後大出血風險辨識與處置，編製完成之學習案例另拍攝教學影片（請見圖 3-5）；根本原因分析工作坊課程學習重點係以幫助醫療人員釐清醫療系統的失效問題，以防止同樣的問題再次發生，課程內容包含根本原因分析基本概念、運用產後大出血學習案例，實際演練事件調查、問題釐清、尋找近端及根本原因、融入人因概念擬定改善策略，同時邀請生產事件事件通報及品質輔導計畫之專家委員進行事件調查實務分享（活動剪影請見圖 3-6）。本次課程整體滿意度達 100%，參加機構類型（請見圖 3-7）以地區醫院最多占 36%、其次為區域醫院占 25%；參加人員職類（請見圖 3-8）以護理及助產最多占 80%、其次為醫師占 12%。



圖 3-5：產後大出血學習案例教學影片



圖 3-6：根本原因分析推廣課程



圖 3-6：根本原因分析推廣課程

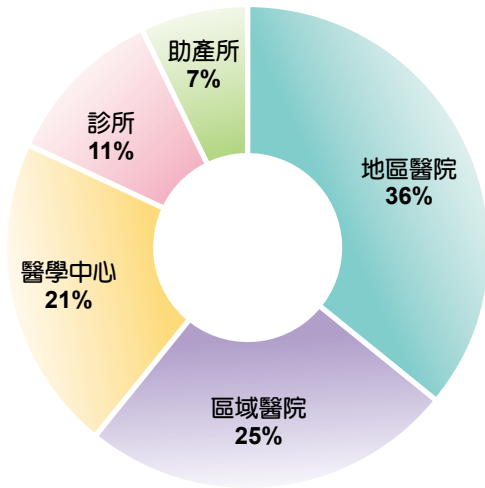


圖 3-7：根本原因分析工作坊—參加機構類型

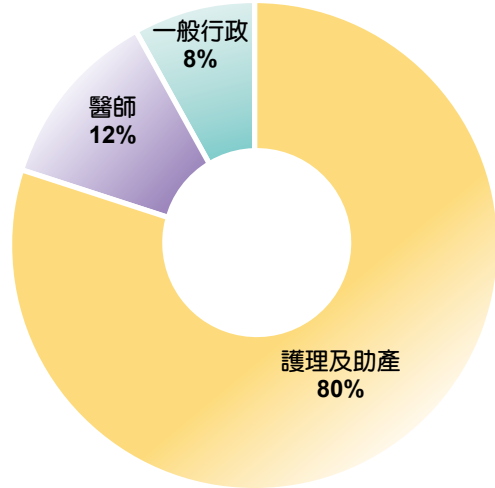


圖 3-8：根本原因分析工作坊—參加人員職類

輔導機構進行事故事件根本原因分析

以協助醫療機構針對生產事故異常事件進行分析及改善為目的，輔導三家機構進行「產婦死亡事故事件根本原因分析」，輔導過程透過選定因產後大出血致產婦死亡之事故，安排輔導委員進行輔導，由受輔導機構依據指定格式撰寫產婦死亡事故分析及改善報告，藉由事故內容說明及相關資料檢視，如病歷資料、事件調查訪談紀錄，以了解及釐清事故全貌，並於輔導後回饋機構改善建議以預防相同事故再度發生。針對機構常見問題輔導建議如下：

1. 機構宜建立處置時機與標準，提供照護團隊一致執行標準。
2. 強化團隊成員對於狀況警覺與溝通，並鼓勵醫療人員勇敢的說出與病人安全有關的顧慮及建議。

3. 出院衛教建議將康復期間注意事項以及異常徵兆列入提醒，且對於產中出血或有風險之產婦，給予個別性衛教內容或加強出院後追蹤。
4. 強化團隊對於根本原因分析之概念，並提升分析深度與廣度。



肆

結語



111 年度歷經了新冠肺炎疫情最嚴峻的時刻，國家為確保孕產婦的安全並保障就醫權利，優先建立孕產婦的就醫綠色通道，並設定為公費疫苗注射及抗病毒藥物使用之優先族群，鼓勵孕產婦積極注射疫苗，如有確診應及早接受治療，免去因疫情導致傷亡的困境。從生產事故救濟案件中，未發生因新冠肺炎疫情導致母嬰死亡率或併發重症機率增加之趨勢。

從生產事故救濟歷年報告分析發現，孕產婦年齡以 40 歲以上族群之申請比率居多，生產時發生孕產婦死亡之風險相對於其他年齡的孕產婦高 4.7 倍，在不能避免晚婚晚育的現況下，如何預防事故、減少危險風險因素是必須要重視的重要議題。40 歲以上孕產婦宜注重自我健康管理、體重以及規則接受產前檢查；原本有內科疾病者（如慢性高血壓、糖尿病、自體免疫疾病等）或有妊娠併發症之孕產婦應積極配合檢查與治療，自我監測血壓及血糖，以期達到良好控制降低因併發症導致之遺憾。

而在新生兒部分，若能正確及時的接受適當的急救處置，可以有機會挽救新生兒的生命。醫療人員必須擁有緊急辨識的評估能力，於有限的時間內立即判斷、給予有效的醫療處置，並適時轉診至有能力之醫療院所，讓新生命得以延續，並提供良好的照護品質及環境，使其順利成長。因此，落實正確施行新生兒急救處置，強化新生兒緊急醫療照護能力，是重要且需要努力的方向。

本部亦持續打造孕產兒安全環境，將孕產兒安全列為年度安全目標之一，在落實風險管控方面，人員要能及早評估高危險妊娠之風險及處理能力，並訂立轉診計畫；在維護孕產兒安全部分，須能辨識及預防生產前後之併發症，建立正確的孕產保健觀念；在預防安全事件部分，醫療機構必須針對孕產兒風險管控進行定期檢視及調整，期望透過各界共同努力，打造安全的周產期照護環境，維護孕產兒的良好未來。



附錄



93年

5月28日 台灣女人連線黃淑英理事長向台灣婦產科醫學會提出「生育風險基金」之概念，建議由國家設立基金保障婦女生產風險，並於第7屆婦女健康行動會議發起行動宣言-「營造夥伴關係的生產環境」，籲請政府研議設立基金保障婦女生產風險。

95年

衛生署侯勝茂署長表示支持婦女健康行動會議所提出之「產科生產非關對錯（no fault）補償計畫」，同時考慮未來可擴及麻醉、心臟外科等科別。

98年

4月~6月 衛生署規劃無過失補償制度，對於醫療過程（生育、手術、麻醉）發生重大傷害或死亡者，予以補償或救濟。透過專家小組會議，及邀集各級衛生主管機關、醫界與學界代表進行討論，完成擬具共七章三十四條之「醫療傷害救濟法（草案）」。

99年

衛生署與台灣婦產科醫學會共同規劃推動生育事故補償試辦計畫。

100年

5月 立法委員黃淑英辦公室提出「生育風險補償條例草案」。

7月4日 衛生署擬具「鼓勵醫療機構試辦生育事故救濟計畫」草案並召開討論會。

9月15日 配合生育事故救濟試辦計畫，衛生署提出婦產科診所醫療品質提升計畫。

101年

立法委員吳宜臻提出「生育風險補償條例草案」。

7月 台灣婦產科醫學會理事長謝卿宏、醫事處石崇良處長及法務部朱兆民檢察長等人，先後拜會法務部陳明堂次長及羅瑩雪政務委員，爭取支持「獎勵醫療機構試辦生育事故救濟計畫」。

7月5日 行政院核定「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」為期2年，對象為執業登記設有婦產科，並提供接生服務之醫院、診所及助產所。

8月28日 衛生署成立「生育事故救濟審議委員會」並召開第一次會議，建立審查共識。

10月1日 「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」開始受理申請，申請資格回溯自101年1月1日起發生之生育事故。

103年

9月20日 公告生育事故試辦計畫延長辦理2年，並將範圍由婦產科擴及手術及麻醉事故。

103年~104年 台灣女人連線及台灣婦產科醫學會共同遊說立法委員林淑芬、田秋堇、黃昭順、蘇清泉等人，提出「《生產事故救濟條例》草案」。

104年

11月18日 立法院衛環委員會安排審查並通過《生產事故救濟條例》。

12月11日 立法院三讀通過《生產事故救濟條例》。

12月30日 總統令公布《生產事故救濟條例》制定通過。

105年

6月30日 《生產事故救濟條例》正式施行。

7月13日 衛生福利部訂定發布「生產事故救濟作業辦法」、「生產事故救濟審議會設置辦法」、「生產事故通報及查察辦法」。

8月26日 衛生福利部「生產事故救濟專區」網頁正式啓用。

9月20日 「生產事故救濟審議會」召開第一次會議，建立審查共識。

9月22日 台灣婦產科醫學會黃閔照秘書長於韓國婦產科醫學會年會演講「臺灣不責難生產事故救濟制度」。

10月 衛生福利部編印「生產事故關懷手冊」，台灣婦產科醫學會同時出版「生產事故救濟專刊」。

106年

9月26日 衛生福利部「生產事故救濟專區」線上表單填寫功能上線。

11月6~8日 韓國醫療糾紛調停仲裁院為瞭解臺灣生產事故救濟制度及運作經驗，組團來臺參訪衛生福利部、台灣婦產科醫學會、台灣婦女健康暨泌尿基金會及馬偕紀念醫院，進行實務經驗交流。

107年

10月17日 台灣婦產科醫學會黃閔照秘書長於巴西世界婦產科醫學會年度學術研討會演講「臺灣不責難生產事故救濟制度」。

11月8日 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理「醫糾協處與補償機制研究」國際研討會。

108年

3月 台灣女人連線以「生育權應包含生產事故救濟之規劃」(Reproductive Right Should Include Childbirth Accident Relief Measures) 為題，於紐約舉辦平行會議，黃淑英理事長分享台灣婦女團體倡議、推動生產事故救濟機制，並促成法案成立之相關經驗與社會運動策略。

10月 「生產事故救濟記錄訪談影片」公益短片廣告託播。

10月4日 衛生福利部公告修正《生產事故救濟條例作業辦法》第7條、第9條條文，調高產婦死亡及重大傷害(極重度、重度、中度障礙)之生產事故救濟給付額度上限。

11月11~13日 台灣婦產科醫學會黃閔照秘書長於菲律賓「亞太婦產科醫學會年會暨聯合學術研討會」演講分享「生產事故救濟制度 - 台灣經驗 (No Fault Compensation The Taiwan Experience)」。

109年

1~2月 因應《生產事故救濟條例作業辦法》修正，完成答客問 Q & A，並更新於生產事故救濟專網。

9月2日 衛生福利部公告修正生產事故救濟相關表單。

9月 台灣婦產科醫學會黃閔照理事長受韓國婦產科醫學會邀請，線上以「4-year results of Childbirth Accident Emergency Relief Act in Taiwan」為演講主題。

110年

4月26日 行政院性別平等委員會第23次會議決議通過，新增產前檢查次數與項目，以建構友善生養的環境。

111年

1月 生產事故通報系統啟用，通報作業由紙本通報全面改為線上通報。

附錄二 111 年度生產事故救濟活動成果

時間	活動內容
111 年 2 月	公告生產事故救濟申請表單動畫
111 年 6 月 21 日	生產事故事件通報作業說明會
111 年 7、8 月	辦理 2 場 111 年度生產事故溝通關懷與支援工作坊。
111 年 9 月 25 日	辦理 111 年度「生產事故救濟研討會」。
111 年 11 月	台灣婦產科醫學會黃建霖秘書長受邀至中華民國醫師公會全國聯合會，醫療安全暨品質研討系列中分享「病人安全年度目標及生產六大風險管控重點」。
111 年 11 月 24 日 111 年 12 月 6 日	婦產科風險概念推廣課程
111 年 12 月	2022 生產事故救濟報告出版
111 年 12 月 24 日	根本原因分析推廣課程



附錄三

111 年度審定不予救濟案件之診斷與結果

事故結果類	生產年月	妊娠週數	主要診斷	不予救濟原因
產婦死亡	110 年 10 月	31 週	Methamphetamine 中毒及冠心病	與生產無因果關係
	111 年 5 月	31 週	嚴重新型冠狀病毒感染 併急性肺動脈栓塞	
新生兒死亡	111 年 8 月	32 週又 3 天	未滿 33 週之新生兒 死亡	未滿 33 週，屬生產事故救濟 條例第 11 條第 2 款之救濟排 除條件
	111 年 5 月	38 週又 4 天	重大先天畸形	重大先天畸形或基因缺陷，屬 生產事故救濟條例第 11 條第 2 款之救濟排除條件
	111 年 1 月	37 週又 4 天		
	110 年 10 月	36 週又 3 天	先天性多重異常	與生產無因果關係
	110 年 1 月	38 週又 5 天	嚴重新型冠狀病毒感染	
	111 年 4 月	35 週又 6 天	突發新生兒危及生命 事件	
	110 年 11 月	37 週又 6 天		
111 年 5 月	38 週又 6 天			
新生兒極重 度身心障礙	110 年 2 月	40 週又 4 天	先天性異常	重大先天畸形或基因缺陷，屬 生產事故救濟條例第 11 條第 2 款之救濟排除條件
新生兒重 度身心障 礙	109 年 7 月	37 週又 1 天	基因突變引發先天性 病變	重大先天畸形或基因缺陷，屬 生產事故救濟條例第 11 條第 2 款之救濟排除條件
	109 年 4 月	37 週又 6 天	先天性異常	
新生兒中 度身心障 礙	109 年 6 月	32 週	未滿 33 週新生兒之不 良結果	未滿 33 週，屬生產事故救濟 條例第 11 條第 2 款之救濟排 除條件
	109 年 8 月	36 週又 6 天	重大先天畸形	重大先天畸形或基因缺陷，屬 生產事故救濟條例第 11 條第 2 款之救濟排除條件

事故結果類	生產年月	妊娠週數	主要診斷	不予救濟原因
新生兒重大傷害	108年12月	40週又4天	先天性心臟病	重大先天畸形或基因缺陷，屬生產事故救濟條例第11條第2款之救濟排除條件
	110年7月	32週	未滿33週新生兒之不良結果	未滿33週，屬生產事故救濟條例第11條第2款之救濟排除條件
胎兒死亡	110年8月	32週又2天	未滿33週之胎兒死亡	未滿33週，屬生產事故救濟條例第11條第2款之救濟排除條件
	110年4月	31週又6天		
	110年9月	24週又4天		
	111年1月	22週又5天		
	111年4月	32週又1天		
	111年6月	32週又1天		
	111年6月	32週又4天		
	111年8月	32週又6天		
	111年6月	35週	先天性異常終止妊娠	與生產無因果關係
	110年9月	38週又2天	重大先天畸形	重大先天畸形或基因缺陷，屬生產事故救濟條例第11條第2款之救濟排除條件
	111年2月	36週	產婦發生嚴重車禍導致胎兒死亡	與生產無因果關係
111年4月	33週			

附錄四 生產事故救濟業務調查結果摘要

一、調查目的

為使醫療（助產）機構所提供之關懷內容及救濟整體作業流程更臻完善，本部特製定問卷並委託財團法人台灣婦女健康暨泌尿基金會，辦理生產事故救濟業務調查。

二、調查概述

以下呈現 111 年度調查結果，採樣對象包含民眾版及機構版，民眾版為主管機關發送行政處分函（審定通知）時，以公文附件方式，檢附滿意度調查之 QR code 及紙本，請民眾上網填寫問卷或隨領據寄回；機構版問卷為 111 年 2 月初寄送，以 110 年度有申請案件之生產機構為調查對象，使用線上或紙本方式回覆。

111 年度調查共寄出 278 份民眾版問卷、124 份機構版問卷，共計寄出 402 份；統計至 111 年 12 月 31 日止，共計回收 348 份問卷，回收率 86.6%。其中民眾版回收 278 份，回收率為 100%；機構版回收 70 份，回收率為 56.5%。

三、各項調查結果摘要

（一）申請生產事故救濟之相關流程之滿意度

民眾版

1. 52.5% 為委由醫療機構協助申請生產事故救濟、47.5% 為民眾自行申請生產事故救濟；在民眾自行申請的案件中，有 77% 為醫療機構告知 / 協助準備相關文件。
2. 有 93.9% 民眾對所提供之諮詢服務管道（電話、網站）感到非常滿意或滿意。

機構版

1. 有 95.7% 有專責單位協助事故人 / 家屬提出申請生產事故救濟業務。
2. 有 95.7% 醫療機構對所提供之諮詢服務管道（電話、網站）感到非常滿意或滿意。

（二）醫療機構之關懷服務

民眾版

1. 70.1% 的民眾認為在事故發生 5 日內醫療機構有主動提供關懷服務。
2. 民眾覺得醫療機構主動提供關懷服務內容包含協助申請生產事故救濟給付（占 69.1%）、口頭關懷（占 69.1%）、病情解釋（占 50.7%）、協助申請其他經濟協助（占 24.5%）、轉介社福或專責聯絡人（占 23.4%）。

3. 71.6% 民眾對於醫療機構所提供之關懷服務感到滿意或非常滿意。
4. 70.9% 民眾對於醫療機構提供之關懷服務，可促進與醫療機構間之溝通與信任關係表示非常認同或認同。
5. 69.4% 民眾認為醫療機構提供之關懷服務，對於改善醫病關係非常有幫助或有幫助。

機構版

1. 97.1% 的醫療機構認為在事故發生 5 日內有主動提供關懷服務。
2. 醫療機構所提供關懷服務內容包含口頭關懷（占 98.6%）、協助申請生產事故救濟給付（占 95.7%）、病情解釋（占 91.4%）、轉介社福或專責單位（占 47.1%）、協助申請其他經濟協助（占 44.3%）。
3. 95.7% 醫療機構認為提供關懷服務或協助民眾提出申請生產事故救濟，對促進醫病關係和諧非常有幫助或有幫助。

（三）申請流程滿意度

1. 93.9% 民眾對於「申請生產事故救濟之作業流程」感到非常滿意或滿意。
2. 94.2% 醫療機構表示對申請生產事故救濟之作業流程感到滿意或非常滿意。

（四）生產事故救濟年報

1. 77.1% 醫療機構知道衛福部每年有出刊「生產事故救濟報告」。
2. 知道生產事故救濟報告之醫療機構，有 70% 看過報告中「警示訊息 / 學習案例」內容 (22.9% 未填此題)。
3. 77.1% 醫療機構表示生產事故救濟報告內容是有幫助的 (22.9% 未填此題)。

（五）生產事故救濟制度

1. 89.6% 民眾認為當發生生產事故時，政府提供之生產救濟制度非常有幫助或有幫助。
2. 78.6% 的醫療機構對於「生產事故救濟制度」表示非常滿意或滿意。
3. 92.9% 醫療機構認為「生產事故救濟制度」對降低生產事故相關醫療爭議非常有幫助或有幫助。

2023 生產事故救濟報告

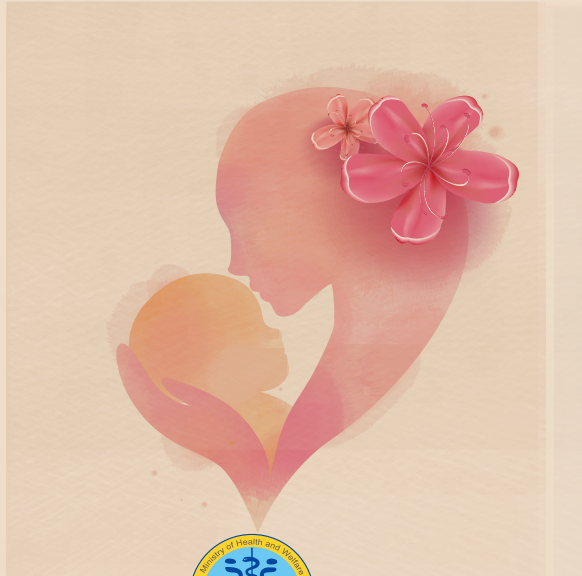
Annual Report of Childbirth Accident Relief

發行人 薛瑞元
總編輯 劉越萍
編輯委員 (按筆畫順序排列)
何弘能、吳美環、李建南、林姿吟、林瑞瑩、洪聖惠、陳宜雍、
張睿詒、張瑞幸、黃淑英、黃閔照、詹德富、蔡素玲、羅良明
編輯小組 李幸齡、謝瑜珊、禹美君、藍斐雯、楊錦華、陳聖愛、李依芳
執行編輯 劉玉菁、彭美珍、郭威中、張舒婷、呂素蘭

出版機關 衛生福利部
地 址 11558 臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號
電 話 (02) 8590-6666
傳 真 (02) 8590-7088
出版年月 中華民國 112 年 12 月
創刊年月 中華民國 107 年 12 月
編輯製作 沈氏印刷股份有限公司
定 價 新臺幣 250 元整
展 售 處 臺北 國家書店松江門市
地址 臺北市松江路 209 號 1 樓
電話 (02) 2518-0207
臺中 五南文化廣場
地址 臺中市區中山路 6 號
電話 (04) 2226-0330

ISSN 2789-4088
GPN 2011000015

本年報同時登載於衛生福利部網站，網址：<https://www.mohw.gov.tw>



促進全民健康與福祉

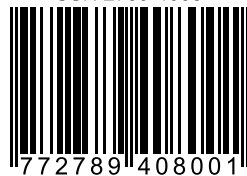


成為民眾最信賴部會



2023《生產事故救濟報告》
電子書

ISSN 2789-4088



9 772789 408001

ISSN : 2789-4088

GPN : 2011000015

定價：新臺幣250元整

衛生福利部 廣告