

# 2018

# 生產報告

Annual Report of Childbirth Accident Relief



# 部長序

為了紓緩日漸增加的生產事故糾紛事件,讓國人在醫療風險中得到合理保障,同時維護醫病雙方權益,本部於民國 100 年向行政院提報「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」,透過該計畫鼓勵醫療機構(含醫院及產科診所)於發生生產事故時,能主動與產婦及其家屬進行關懷溝通,對於因生產而死亡或中度以上障礙之個案,則由政府提供最高 200 萬之救濟金。101 年開始試辦初期,雖有不少質疑聲音,但在積極溝通及推動下,產科的醫療糾紛訴訟案件大幅減少七成,且有超過九成五的參加機構認同此試辦計畫有助於改善婦產科執業環境,因此,在各界支持與努力下,《生產事故救濟條例》經立法院審議通過,於 104 年 12 月 30 日總統公布,並於 105 年 6 月 30 日正式施行,透過國家的救濟制度來改善醫病關係,進而能減少婦女生產風險,生產事故救濟制度的法制化自此邁入新的里程碑。

我們可以很驕傲地說,《生產事故救濟條例》是世界上第一部針對生產事故處理的專法。其立法初衷,不僅在鼓勵醫療機構主動妥善處理生產事故,改善醫病關係,避免衍生不必要的醫療爭議事件或訴訟,更希望藉此建立完善之通報與除錯機制,降低生產風險改善醫療執業環境,進一步提升病人安全與醫療品質。

該條例施行至 106 年底的一年半間,共計受理 286 件申請案, 其中九成八獲得救濟,針對申請案件進行的意見調查也顯示,不 論是民眾或是醫療機構對於此制度及辦理流程之滿意度均高達 9 成以上,在此,謹對於長期投入推動,進而促成此劃時代制度 的先進賢達,致上個人最高的敬意與謝意,也要感謝委託協 辦單位的用心與努力,讓我們共同期許、持續精進,使國人 擁有更安全、高品質的生產服務,並建構和諧、安心的醫 療環境。

衛生福利部部長陳 時 中 謹識



## 摘要

為提升女性生育健康,保障生產風險,並改善婦產科執業環境及人才招募之困境,衛生福利部(以下稱本部)與婦產科醫學會、台灣女人連線等社會團體共同合作,於民國 101 年推動開辦「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」(以下稱試辦計畫),後因試辦計畫成效良好,有效降低生產相關之醫療糾紛訴訟,並使婦產科住院醫師之招收率顯著回升,立法院遂於 104 年 12 月審議通過「生產事故救濟條例」立法,並於 105 年 6 月 30 日正式施行。

依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。本部統計自 105 年 6 月 30 日至 106 年 12 月 31 日,共計受理 286 件生產事故救濟申請案件,分別為孕產婦死亡 22 件、重大傷害 69 件(含身心障礙 4 件、子宮切除 65 件),胎兒死亡 126 件及新生兒死亡 67 件、重大傷害 2 件;經審定核予救濟者共 282 件,通過率為 98.6%,審定總救濟金額為新臺幣 1 億 3,080 萬元。

本報告為生產事故救濟之首次統計報告,除就生產事故救濟條例實施後之案件類型、區域分布、 醫療機構層級,及發生事故之產婦年齡、妊娠週數、胎次、可能原因進行統計分析,並將試辦計畫 (於101年1月1日至105年6月29日發生之生產事故)截至107年6月29日受理之494件申請案 進行統計分析,以完整呈現近年我國之生產事故樣貌,惟因兩者之辦理方式與救濟條件有所不同,辦 理之年度與案件數量有限,尚難分析其長期趨勢與國際比較推論,但期盼透過該制度之推行與資訊之 收集、分析,據以持續改善國內孕產婦照護環境,提升孕產婦生育健康。

# <mark>目錄</mark> Contents

部長	序・・・・・・・・・・・・・・	002
壹	前言・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	006
貢	生產事故救濟重要記事・・・・・・・・	008
參	生育事故救濟試辦計畫及執行成果・・・・・	012
	第一節、生育事故救濟試辦計畫・・・・・・・・・	013
	第二節、申請案件分析・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	014
	第三節、孕產婦案件分析・・・・・・・・・・・	019
	第四節、新生兒/胎兒案件分析・・・・・・・・	024
	第五節、生育事故救濟機構品質提升計畫・・・・・・	030
肆	生產事故救濟審議原則及作業程序・・・・・	032
	第一節、生產事故救濟申請給付對象・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	033
	第二節、生產事故救濟申請程序・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	033
	第三節、生產事故救濟之審議及給付・・・・・・・・	033
伍	生産事故救濟申請案件分析・・・・・・・	036

陸	生產事故救濟審定案件分析・・・・・・・	042
	第一節、孕產婦死亡案件分析・・・・・・・・・	043
	第二節、孕產婦重大傷害案件分析・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	047
	第三節、新生兒死亡及重大傷害案件分析・・・・・・	051
	第四節、胎兒死亡案件分析・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	056
柒	檢討與展望・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	060
捌	結語・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	066
玖	學習案例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	068
附(	錄	
生產	事故救濟條例 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	094
生產	事故救濟作業辦法 ・・・・・・・・・・・	099
生產哥	事故救濟審議會設置辦法 ・・・・・・・・	101
生產	事故通報及查察辦法 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	102
生產	事故救濟常見 Q&A ・・・・・・・・・・	103



壹 | 前言

醫療爭議長期以來均為社會關注之重要議題之一,不僅造成醫病關係的惡化,亦引發防禦性醫 療、急重症醫療人力流失等若干問題。民國83年馬偕醫院肩難產事件,引起國內醫界與法界對於醫 療事故是否應適用無過失賠償而激烈論辯,衛生主管機關(時為衛生署)為平息紛爭使責任關係明確 化,遂於93年修正醫療法第82條,明定:「醫療業務之施行,應善盡醫療上必要之注意。醫療機 構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人,以故意或過失為限,負損害賠償責任。」然醫療過程 所發生之不良結果,與其他意外傷害之本質有所不同,醫療行為在解除病人生命或身體危害目標下, 具備一定程度之必要性與強制性,也同時具有侵害性及不確定性,而其不良結果與醫療行為間之因果 關係,時常難以明確認定,以致故意或過失責任之界定亦有其難度。依本部醫事審議委員會所接受司 法或檢察機關委託的醫療爭議鑑定案件分析,鑑定結果僅不及二成為有疏失或可能有疏失,但醫病雙 方仍因此纏訟數年,甚至衍生不少非理性之抗爭,加重醫病關係之惡化,整體社會亦付出不少成本。 爰此,建立有別於傳統訴訟程序之醫療爭議處理模式,一方面能及時填補受害人所遭受之不良結果, 並兼顧社會互助與正義之原則,達到促進醫療照護體系健全發展,醫病關係和諧之多贏目標,至為重 要。

睽諸世界其他進步國家,則有部分國家藉由推行醫療救濟制度,以紓緩醫病衝突與訴訟,如:瑞 典的無過失醫療補償制度、日本的新生兒腦性麻痺救濟制度、美國(維吉尼亞州)的生產相關之腦傷 補償制度等。惟各國社會文化背景與司法訴訟制度不盡相同,是否可借鏡?及如何制定適合我國的醫 療補償或救濟制度,就成了重要之課題。因此,衛生署(現為衛生福利部)於民國 89 年起,即開始 關注此議題,並研議先透過生產事故救濟制度的實施,以緩和日漸緊張的醫病關係,再以其為基礎逐 步推廣至其他科別或領域。民國 100 年,與婦產科醫學會共同合作向行政院提出「鼓勵醫療機構辦理 生育事故爭議事件試辦計畫」,並自 101 年 10 月 1 日開始辦理。由於該試辦計畫成效良好,不僅有 效減少生產相關之醫療訴訟案件達7成,而婦產科住院醫師之招收情形亦明顯回升,因此,在醫界及 多位立法委員之支持下,立法院於 104 年 12 月 11 日三讀通過《生產事故救濟條例》,並明定於 105 年 6 月 30 日正式施行,首開臺灣醫療事故救濟制度之法律依據,亦為亞洲國家首部生產事故救濟之 專法。

《生產事故救濟條例》係由國家建立醫療救濟機制,立法承擔女性的生產風險,明確保障產婦、 胎兒及新生兒於生產過程中,一旦發生無法預期之事故時,包含無法及時到達醫療院所生產,都能獲 得及時之救濟,並透過關懷、通報等相關措施規定,促進產婦與醫事人員之和諧關係,減少醫療糾紛 與司法訴訟,並提升女性生產健康及安全。



生產事故 救濟 重要記事









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」。

100年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。

100年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」。

101年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「鼓勵 醫療機構試辦生育事故救濟計畫」。

101年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。

101年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。

101年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 12 日 11 日 ◆ 立法院三讀通過《生產事故救濟條例》。

104 年 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。

**105年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。

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 106年11月6~8日 ◆ 來臺參訪交流,其間拜會衛生福利部、台灣婦產科醫學會、台灣婦女健康 暨泌尿基金會,以及馬偕紀念醫院。









### 第 ● 節 生育事故救濟試辦計畫

為使孕產婦得到合理的生育風險保障,有效 化解因生育風險衍生之事故爭議,避免醫病關係 的緊張與對立,並改善婦產科醫師執業環境,本 部於民國 101 年 10 月起開辦「鼓勵醫療機構辦 理生育事故爭議事件試辦計畫」(以下稱試辦計 畫),以醫療發展基金為財源,將婦女生育可能 面臨的風險事故列為救濟範圍, 並作為我國建構 醫療風險救濟制度的先驅計畫。

### 一、計畫目標

### (一)維護醫病雙方權益,促進醫病關係和諧:

牛產過程所發生的不良結果與其他一般意外 傷害之本質有所不同, 生產過程本身即具相當風 險及不確定性,生育事故因果關係之認定,有其 困難,再者,生育事故之爭議如採取法律訴訟方 式,醫病雙方均須付出訴訟費用及相當之時間代 價,更遑論其間之身心煎熬,無疑是兩敗俱傷。 因此, 生產(助產)機構(以下簡稱機構)如對 生育事故導致爭議之案件,經由雙方充分溝通達 成和解,並同意由機構給予病人方金錢上之補償 或照護上之協處,在符合試辦計畫所定之要件 下,由政府對該機構予以獎勵,以促使機構與病 人或其家屬儘速協商解決爭議,並保障病人方獲 得合理之補償,有助於提升病人權益與紓緩醫病 關係,減少訴訟與社會成本。

### (二)迅速解決爭議,實現社會公義:

試辦計畫設置專業之審議會,負責受理機構

之生育事故於達成雙方協議後,申請獎勵案件之 審議,並依個案性質,作成獎勵金額之決定,促 使機構迅速對母嬰之醫療不良結果以協商方式妥 予處理。相較於以往之訴訟程序,更能迅速解決 爭議,保障當事人權益。

### (三)促進病人安全,提升醫療服務品質:

透過對於生育事故爭議之審理及醫療管理之 規範,可促使發生生育事故之機構重新檢討其內 部醫療品質及安全管理制度,適時導正缺失,以 預防不良結果事件的反覆發生。同時藉由對於參 與機構之評鑑或訪查,以及主動通報之要求,建 立監督之機制,督促機構不斷改進,達到提升整 體病人安全與醫療品質之目標。

### (四)改善婦產科執業環境,其執行結果可作為 辦理醫療事故救濟之參考:

我國尚缺乏針對醫療爭議或醫事事故之系統 性資料蒐集或實證研究,爰擬以生育過程所發生 之事故為試辦之範圍,以作為未來進行立法,擴 大辦理醫療事故救濟之先驅計畫,亦可回應婦權 團體與婦產科醫學會多次期待改善婦產科執業環 境之建言,並使孕產婦多一層保障。

### 二、計畫執行

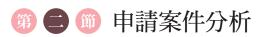
試辦計畫之獎勵條件為:機構於周產期之 醫療與助產過程中,已依專業基準施予必要之診 斷、治療或助產措施,仍發生孕產婦或胎兒、新 生兒死亡或符合相當於身心障礙者權益保障法所 定中度以上障礙之生育事故事件。該事件須經機 構與病人雙方於事故發生日起二年內達成協議, 並於協議成立日起 60 日內向本部提出補助申請。

### (一) 生育事故救濟條件之排除:

- 1. 流產致孕產婦與胎兒之不良結果。
- 2.36週前因早產、重大先天畸形或基因缺陷 所致胎兒死亡(含胎死腹中)或新生兒之不 良結果。
- 因懷孕或生育所致孕產婦心理或精神損害不良結果者。
- 4. 對於生育事故明顯可完全歸責於機構或病方者。
- 5. 懷孕期間有參與人體試驗情事者。
- (二)給付基準:符合條件之申請案,視個案事 實發生之情節給予審定金額,上限如下:
  - 1. 孕產婦死亡:新臺幣 200 萬元以內。
  - 2. 胎兒、新生兒死亡:新臺幣 30 萬元以內。
  - 3. 孕產婦或新生兒極重度障礙:每人新臺幣 150 萬元以內。
  - 4. 孕產婦或新生兒重度障礙:每人新臺幣 130 萬元以內。
  - 5. 孕產婦或新生兒中度障礙:每人新臺幣 110 萬元以內。

試辦計畫原規劃之執行期間為 101 年 10 月 1 日起至 103 年 12 月 31 日,有鑒於試辦成效確 有助於生育事故爭議之實質解決,本部於 103 年 9 月 20 日宣布延長試辦 2 年(至 105 年 12 月底),並以該試辦計畫之經驗為基礎,加速推動

「生產事故救濟條例」之立法,以落實對婦女生育安全之保障,並持續提升生育安全與品質。復因 104 年 12 月 30 日總統公布「生產事故救濟條例」,並明定於 105 年 6 月 30 日正式施行,為使試辦計畫與救濟條例無縫銜接,本部於 106 年 3 月 28 日公告試辦計畫之案件受理期限延長至107 年 6 月 29 日止。



自101年10月1日試辦計畫開辦以來,參與試辦的醫院、診所及助產所約300家,約占所有婦產科執業登記並提供接生服務醫療機構的九成,可受理之案件為發生於101年1月1日至105年6月29日期間之生育事故,統計截至107年6月29日試辦計畫結束止,共計受理494件申請案(不含12件退件或撤案)及21件覆議案,共召開41次審議會,完成494件申請案之審議,共有427件同意補助(通過率達86.4%),總金額約4億1,551萬元。

依申請案件之事故發生年度分布,以 104年最多,共 113件,其中 105年件數較少,僅 76件,如圖 3-1,因僅接受發生於該年 6月 29日前之生育事故申請,之後發生之事故屬生產事故救濟條例之救濟對象。以下分別就申請機構層級、區域分布及審定結果分析如下:

### 一、機構層級



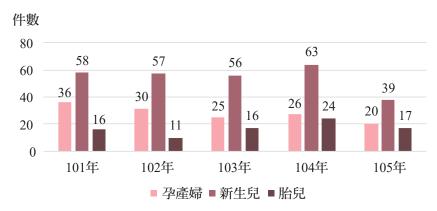


圖 3-1: 歷年申請案件分布(事故發生年) 註:105年僅接受於6月29日前發生之生育事故申請

依「生育事故救濟審議基準及作業程序」 第二點規定,生育事故救濟,應由醫院、診所, 向本部或本部委託之機關(構)、團體提出申 請。統計 101-103 年共計 309 家醫療機構參與 試辦計畫,104-107 年則有 294 家,受理之 494 件申請案中,由診所提出申請者有 157 件,占 31.8%,為最大宗;由地區醫院申請者有 104 件,占 21.0%;由區域醫院申請者有 147 件,占 29.8%;由醫學中心申請者有 86 件,占 17.4%。 各層級機構申請案件數,對比同期向中央健康保 險署(以下稱健保署)申報之生產數比例,以診 所及區域醫院最高,均為 0.58 %;醫學中心居 次,為 0.52 %;地區醫院申請案占生產數之比 例則為 0.43 %,如表 3-1 及圖 3-2、3-3。

### 二、區域分布

所有生育事故申請案按健保分區分析:臺 北區有 160 件申請案,占 32.4%;北區有 94 件 申請案,占 19.0%;中區有 96 件申請案,占 19.4%;南區有 65 件申請案,占 13.2%;高屏區 有 70 件申請案,占 14.2%;東區有 9 件申請案,

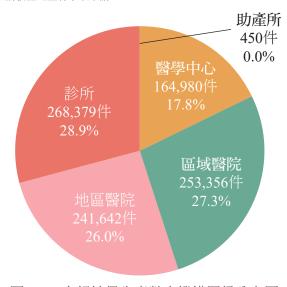


圖 3-2: 申報健保生產數之機構層級分布圖

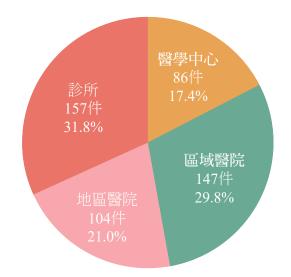


圖 3-3:申請案件之機構層級分布圖(N = 494)

表 3-1: 申請案件數與生產數之機構層級分布表

	申報健保生產數(A)		申請案件	-數(B)	申請比例(B/A)	
機構層級	生產數 (件)	百分比	案件數 (件)	百分比	申請案件數 / 申報健保生產數	
醫學中心	164,980	17.8%	86	17.4%	0.52‰	
區域醫院	253,356	27.3%	147	29.8%	0.58‰	
地區醫院	241,642	26.0%	104	21.0%	0.43‰	
診所	268,379	28.9%	157	31.8%	0.58‰	
助產所	450	0.0%	-	-	-	
合計	928,807	100.0%	494	100.0%	0.53‰	

- 註:1. 試辦計畫之申請須經機構與病方達成協議,機構同意給予病方合理或其他適合方式之協助,再由機構向本部提出補助申請;因為機構之加入及申請屬自願性質,無法代表或推估生育事故之發生件數。
  - 2. 依本部「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」申請作業須知規定,助產機構之生育事故案件由其醫療協助契約之醫療機構申請。

(生產數資料來源:健保署,統計區間  $101/1/1 \sim 105/6/29$ )

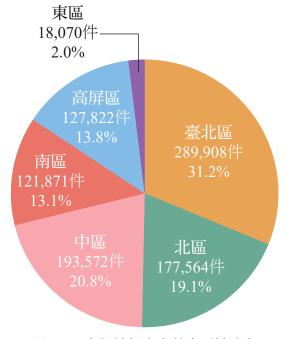


圖 3-4: 申報健保生產數之區域分布

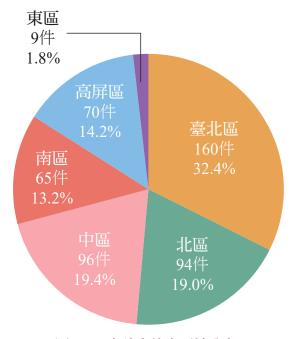


圖 3-5: 申請案件之區域分布



	1		,		
	申報健保生產數(A)		申請案件	數 (B)	申請比例(B/A)
健保所屬分區	生產數 (件)	百分比	案件數 (件)	百分比	申請案件數 / 申報健保生產數
臺北區	289,908	31.2%	160	32.4%	0.55‰
北區	177,564	19.1%	94	19.0%	0.53‰
中區	193,572	20.8%	96	19.4%	0.50‰
南區	121,871	13.1%	65	13.2%	0.53‰
高屏區	127,822	13.8%	70	14.2%	0.55‰
東區	18,070	2.0%	9	1.8%	0.50‰
合計	928,807	100.0%	494	100.0%	0.53‰

表 3-2:申請案件數與生產數之區域分布表

占 1.8%。各分區之生育事故申請案對比同期各區生產數,其比例約在 0.50% 至 0.55% 之間,如表 3-2 及圖 3-4、3-5。

### 三、新生兒及胎兒性別比例

申請案之事故人為新生兒與胎兒之案件共計 357 件,其中新生兒 273 件(男性 162 件, 占 59.3%、女性 111 件,占 40.7%),胎兒 84 件 (男、女性各 42 件,各占 50%),如表 3-3。

### 四、審定結果

已審定之 494 件申請案中,有 427 件核予補助,總金額新臺幣 4億 1,551 萬元。其中,孕產婦 123 件、共補助 2億 2,800 萬元(含死亡 99件、總金額 1億 9,630 萬元、平均金額 198.3 萬元;重大傷害 24 件、總金額 3,170 萬元、平均金額 132.1 萬元);新生兒 228 件、共補助 1億6,491 萬元(含死亡 123 件、總金額 3,621 萬元、平均金額 29.4 萬元;重大傷害 105 件、總金額 1億 2,870 萬元、平均金額 122.6 萬元);胎兒 76件、共補助 2,260 萬元,平均金額 29.7 萬元,如表 3-4 及圖 3-6。

註:1. 試辦計畫之申請須經機構與病方達成協議,機構同意給予病方合理或其他適合方式之協助,再由機構向本部提出補助申請;因為機構之加入及申請屬自願性質,無法代表或推估生育事故之發生件數。

<sup>2.</sup> 健保分區範圍為:[臺北區]臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣;[北區]桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣;[中區] 臺中市、彰化縣、南投縣;[南區]雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市;[高屏區]高雄市、屏東縣、澎湖縣;[東區]花蓮縣、臺東縣。

表 3-3:新生兒及胎兒申請案件性別分析

性別	新生	<b>上</b> 兒	胎兒		
生力	案件數	百分比	案件數	百分比	
男	162	59.3%	42	50.0%	
女	111	40.7%	42	50.0%	
	273	100.0%	84	100.0%	

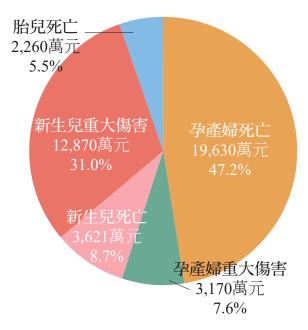


圖 3-6:申請案件補助金額分布

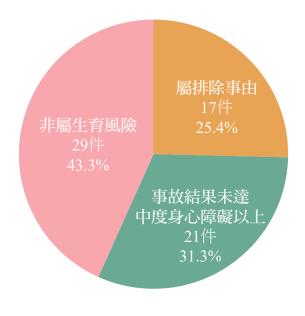


圖 3-7: 不予救濟原因分析

註:依「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」申請作業 須知之肆、一、(二)生育事故救濟條件之排除:生育事故 救濟條件排除下列情事:

- 1. 流產致孕產婦與胎兒之不良結果。
- 2.36週前因早產、重大先天畸形或基因缺陷所致胎兒死亡 (含胎死腹中)或新生兒之不良結果。
- 3. 因懷孕或生育所致孕產婦心理或精神損害不良結果者。
- 4. 對於生育事故明顯可完全歸責於機構或病方者。
- 5. 懷孕期間有參與人體試驗情事者。

2,260

41.551



事故人	孕產婦		孕產婦 新生兒		胎兒	
事故結果	死亡	重大傷害 (中度以上身心障礙)	死亡	重大傷害 (中度以上身心障礙)	死亡	合計
補助件數	99	24	123	105	76	427
平均金額	198.3	132.1	29.4	122.6	29.7	97.3
中位數金額	200	150	30	130	30	-
最小值金額	150	20	10.2	30	10	-
最大值金額	200	150	30	150	30	_

3,621

表 3-4:核予補助案件審定結果分析(金額:萬元)

### 五、不通過原因分析

總金額

經審定之494件申請案中,不通過者有67 件,原因以非屬生育風險案件最多,計有29 件,占43.3%;其次為事故結果未達中度身心障 礙以上,計有21件,占31.3%;屬排除事由者, 有 17 件, 占 25.4%, 如圖 3-7。

19,630







### 🖹 🛍 孕產婦案件分析

3,170

### 一、死亡案件分析

申請案為孕產婦死亡案件,共計99件,均 核予補助,其申請機構層級、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

12,870

孕產婦死亡之案件中,按其申請機構層級 分析: 診所有 40 件, 占 40.4%; 地區醫院有 16 件,占16.2%;區域醫院有26件,占26.2%;醫 學中心有 17件,占 17.2%,如圖 3-8。

### (二) 區域分布

孕產婦死亡之案件之區域分布,按健保分 區來看:臺北區有39件,占39.4%;北區有19 件,占19.2%;中區有17件,占17.2%;南區有 4件,占4.0%;高屏區有19件,占19.2%;東 區有1件,占1.0%,如圖3-9。

### (三)妊娠週數

孕產婦死亡之案件中,按其妊娠週數分析: 37 週以上之生產案件共有82件,占82.8%;36週 以下生產案件共有 17 件, 占 17.2%, 如圖 3-10。

### (四)妊娠胎次

孕產婦死亡之案件中,按其妊娠胎次分析:第 1胎次最多,有31件,占31.3%;其次為第2胎次 與第3胎次均為26件,各占26.3%,如圖3-11。

### (五) 生產年齡

孕產婦死亡之案件中,按其生產時年齡分析:以31-35歲最多,有43件,占43.4%;其次為36-40歲,28件,占28.3%;再者為41-45歲區間,有11件,占11.1%,如圖3-12。

### (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,有63件,占63.6%;其次為產 後大出血,有9件,占9.1%;再者為血管栓塞6 件,占6.1%,如表3-5。

表 3-5: 孕產婦死亡之事故原因分析

事故原因	案件數	百分比
羊水栓塞	63	63.6%
產後大出血	9	9.1%
血管栓塞	6	6.1%
HELLP 症候群	4	4.0%
子癲前症	3	3.0%
胎盤併發症	3	3.0%
其他	3	3.0%
心臟疾病	3	3.0%
子宮收縮不良	2	1.9%
顱內出血	1	1.1%
子宮破裂	1	1.1%
感染	1	1.1%
總計	99	100.0%

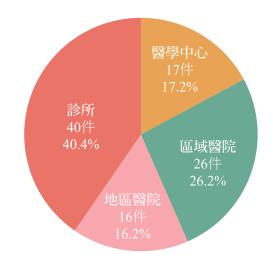


圖 3-8: 孕產婦死亡案件機構層級分布

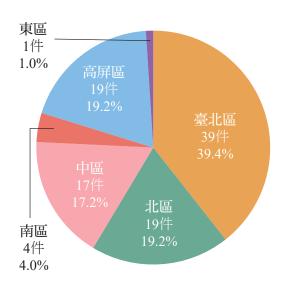


圖 3-9: 孕產婦死亡案件區域分布

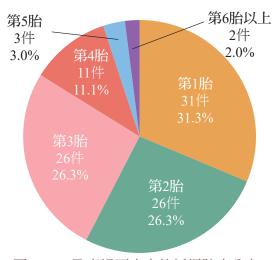


圖 3-11: 孕產婦死亡案件妊娠胎次分布

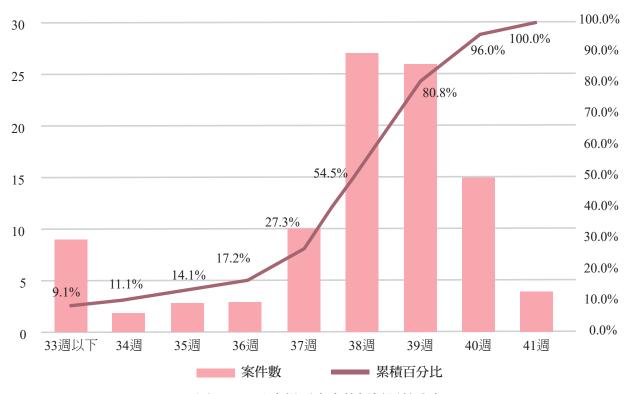


圖 3-10: 孕產婦死亡案件妊娠週數分布

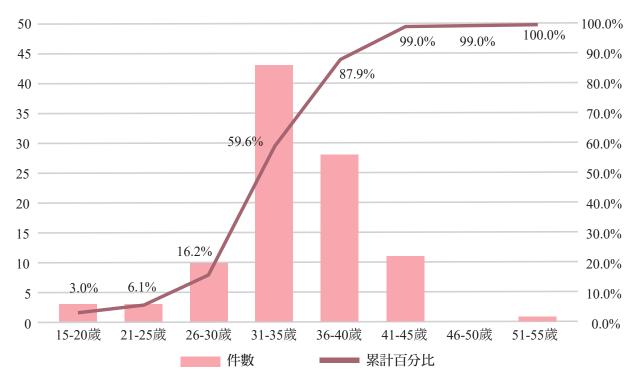


圖 3-12: 孕產婦死亡救濟案件生產時年齡分布

### 二、重大傷害案件分析

申請案屬孕產婦重大傷害者,共計通過補助 24件,其申請機構層級、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

孕產婦重大傷害之案件中,按機構層級分析:診所9件,占37.5%;地區醫院6件,占25.0%;區域醫院5件,占20.8%;醫學中心4件,占16.7%,如圖3-13。

### (二) 區域分布

孕產婦重大傷害之案件之區域分布,按健保 分區來看:臺北區5件,占20.8%;北區3件, 占12.5%;中區6件,占25.0%;南區6件,占 25.0%;高屏區3件,占12.5%;東區1件,占 4.2%,如圖3-14。

### (三)妊娠週數

孕產婦重大傷害之案件中,按其事故發生時之妊娠週數分析:37週以上之生產案件共有15件,占62.5%;36週以下生產案件共有9件,占37.5%,如圖3-15。

### (四)妊娠胎次

孕產婦重大傷害之案件中,按其妊娠胎次分析:第1胎者最多,有13件,占54.2%;其次為第2胎8件,占33.3%;再者為第3胎2件, 占8.3%,如圖3-16。

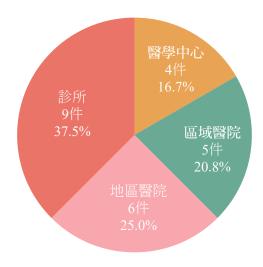


圖 3-13: 孕產婦重大傷害案件之機構層級分布

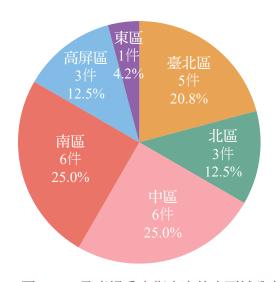


圖 3-14: 孕產婦重大傷害案件之區域分布

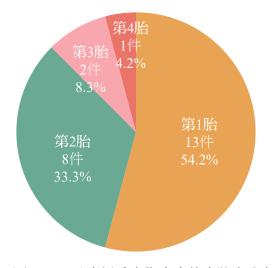


圖 3-16: 孕產婦重大傷害案件之胎次分布



### (五)生產年齡

孕產婦重大傷害之案件中,按其生產時年齡 分析:以31-35歲者最多,有15件,占62.5%; 其次為36-40歲5件,占20.8%;再者為26-30 歲區間,有3件,占12.5%,如圖3-17。

### (六)事故原因

就孕產婦重大傷害案件之事故原因分析: 顱內出血為最大宗,有7件,占29.0%;其次為 羊水栓塞、子癲前症及血管栓塞各3件,各占 12.5%,如表3-6。



圖 3-15: 孕產婦重大傷害案件之妊娠週數分布

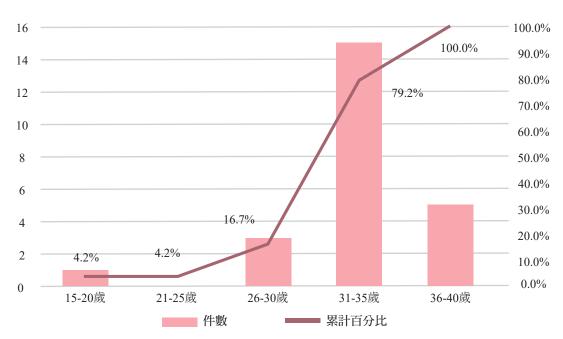


圖 3-17: 孕產婦重大傷害案件之年齡分布

表 3-6: 孕產婦重大傷害案件之事故原因分析

事故原因	案件數	百分比
顱內出血	7	29.0%
羊水栓塞	3	12.5%
子癲前症	3	12.5%
血管栓塞	3	12.5%
其他	3	12.5%
產後大出血	1	4.2%
HELLP 症候群	1	4.2%
胎盤併發症	1	4.2%
子宮收縮不良	1	4.2%
感染	1	4.2%
總計	24	100.0%



### 一、新生兒死亡及重大傷害案件分析

新生兒死亡及重大傷害案件,計有 228 件 獲得補助,其申請機構層級、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

新生兒死亡及重大傷害案件中,按其申請機 構層級分析:診所 58 件,占 25.5%;地區醫院 60 件,占 26.3%;區域醫院 71 件,占 31.1%; 醫學中心 39 件,占 17.1%,如圖 3-18。

### (二) 區域分布

新生兒死亡及重大傷害案件之區域分布,按 健保分區來看:臺北區 67 件,占 29.4%;北區 41 件,占 18.0%;中區 54 件,占 23.7%;南區 31 件,占 13.6%;高屏區 30 件,占 13.1%;東 區 5 件,占 2.2%,如圖 3-19。

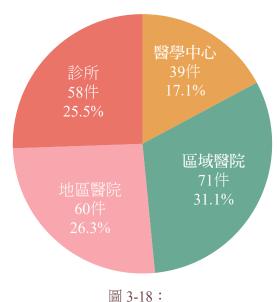
### (三) 妊娠週數

新生兒死亡及重大傷害案件中,按孕產婦生產時之妊娠週數分析:37週以上之生產案件共有197件,占86.4%;36週以下生產案件共有31件,占13.6%,如圖3-20。

### (四) 妊娠胎次

新生兒死亡及重大傷害案件中,按孕產婦妊娠胎次分析:第1胎者最多,有113件,占49.5%;其次為第2胎68件,占29.8%;再者為第3胎25件,占11.0%,如圖3-21。





新生兒死亡及重大傷害案件之機構層級分布 圖 3-19: 新生兒死亡及重大傷害案件之區域分布

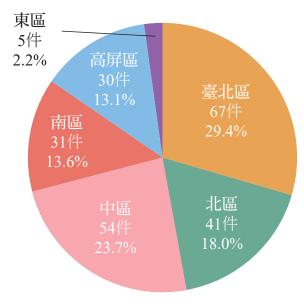
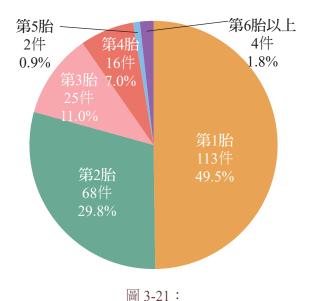




圖 3-20: 新生兒死亡及重大傷害案件之妊娠週數分布



新生兒死亡及重大傷害案件之胎次分布

### (五) 生產年齡

新生兒死亡及重大傷害案件中,接孕產婦生產時年齡進行分析:31-35歲者最多,有111件, 占48.6%;其次為26-30歲58件,占25.5%;再 者為36-40歲區間,有30件,占13.2%,如圖 3-22。

### (六) 事故原因

新生兒死亡及重大傷害案件之事故原因分析:死亡案件中,前三名主要原因依序為:胎兒窘迫 29 件,占 23.6%;胎盤併發症 25 件,占 20.3%及呼吸窘迫 15 件,占 12.2%。重大傷害案件中,前三名主要原因依序為:周產期窒息 30件,占 28.6%;肩難產及臂神經受損 18 件,占 17.1%;胎兒窘迫 15 件,占 14.3%,如表 3-7。

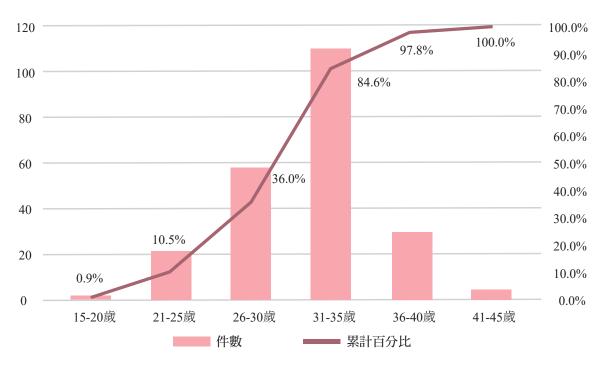


圖 3-22: 新生兒死亡及重大傷害案件之年齡分布



表 3-7: 新生兒死亡及重大傷害案件事故原因分析

車提西国	死亡	案件	重大傷害案件		總計	
事故原因	案件數	百分比	案件數	百分比	案件數	百分比
胎兒窘迫	29	23.6%	15	14.3%	44	19.3%
周產期窒息	10	8.1%	30	28.6%	40	17.5%
胎盤併發症	25	20.3%	9	8.6%	34	14.9%
肩難產、臂神經受損	2	1.6%	18	17.1%	20	8.8%
呼吸窘迫	15	12.2%	3	2.9%	18	7.9%
原因不明或無法判斷	7	5.7%	10	9.5%	17	7.5%
臍帶併發症	8	6.5%	8	7.6%	16	7.0%
胎便吸入	10	8.1%	2	1.9%	12	5.3%
	3	2.4%	8	7.6%	11	4.8%
其他	4	3.3%	2	1.9%	6	2.6%
子宮破裂	5	4.1%	0	0.0%	5	2.2%
顱內出血	5	4.1%	0	0.0%	5	2.2%
 總計	123	100.0%	105	100.0%	228	100.0%

### 二、胎兒死亡案件分析

胎兒死亡案件,共補助76件,其申請機構層級、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

胎兒死亡案件中,按其申請機構層級分析:診所24件,占31.6%;地區醫院10件,占13.2%;區域醫院23件,占30.2%;醫學中心19件,占25.0%,如圖3-23。

### (二)區域分布

胎兒死亡案件之區域分布,按健保分區分析: 臺北區 30 件,占 39.5%;北區 15 件,占 19.7%; 中區 6 件,占 7.9%;南區 16 件,占 21.1%;高屏區 8 件,占 10.5%;東區 1 件,占 1.3%,如圖 3-24。

### (三)妊娠週數

胎兒死亡案件中,按孕產婦生產時之妊娠 週數分析:37週以上之生產案件共有65件, 占85.5%;36週以下生產案件共有11件,占 14.5%,如圖3-25。

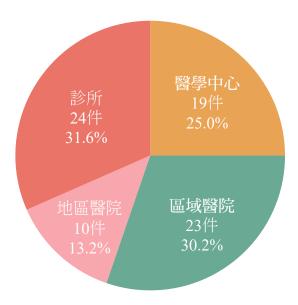


圖 3-23: 胎兒死亡案件之機構層級分布

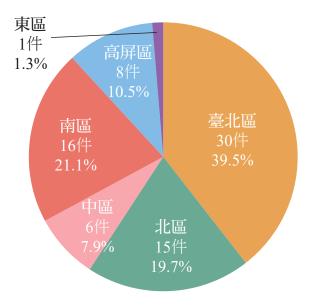


圖 3-24: 胎兒死亡案件之區域分布



圖 3-25: 胎兒死亡案件之妊娠週數分布



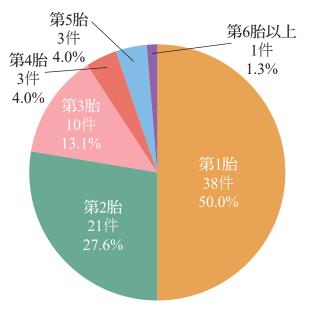


圖 3-26: 胎兒死亡案件之妊娠胎次分布

### (四)妊娠胎次

胎兒死亡案件中,按孕產婦妊娠胎次分析: 第1胎者最多,有38件,占50.0%;其次為第 2胎21件,占27.6%;再者為第3胎10件,占 13.1%,如圖3-26。

### (五)生產年齡

胎兒死亡案件中,按孕產婦生產時年齡分析:31-35歲最多,有26件,占34.2%;其次為26-30歲有22件,占29.0%;再者為36-40歲區間,有16件,占21.1%,如圖3-27。

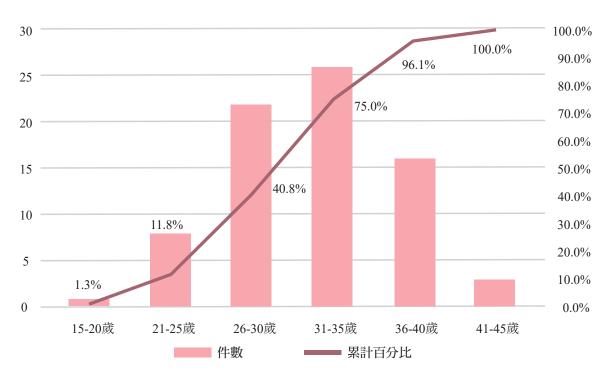


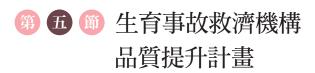
圖 3-27: 胎兒死亡案件之產婦生產年齡分布

### (六)事故原因

胎兒死亡案件之事故原因分析:前三大主要原因依序為:胎盤併發症 20 件,占 26.3%; 臍帶併發症 19 件,占 25.0%; 不明原因死胎 16 件,占 21.1%,如表 3-8。

表 3-8: 胎兒死亡案件之事故原因分析

事故原因	案件數	百分比
胎盤併發症	20	26.3%
臍帶併發症	19	25.0%
不明原因死胎	16	21.1%
胎兒窘迫	13	17.1%
胎便吸入	3	3.9%
羊水栓塞致死胎	2	2.7%
母體嚴重感染致死胎	1	1.3%
羊膜囊及胎膜感染	1	1.3%
HELLP 症候群致死胎	1	1.3%
總計	76	100.0%



### 一、執行情形

衛生署(現為衛生福利部)為維護醫病雙方權益並促進關係和諧、提升醫療服務品質與改善執業環境,自101年起推動「鼓勵醫療機構辦理

生育事故爭議事件試辦計畫」,該項政策推動之 同時,亦課予參與試辦計畫之機構應負之責任, 應盡一切可能降低生產過程的風險,確保產婦與 新生兒安全,故要求參加試辦計畫之機構應於加 入後一年內,通過計畫之審查及實地訪查,訪查 結果亦公布提供民眾作為就醫選擇。

### 二、重要成果

訪查基準包含「組織運作、專業能力與儀器設備管理」及「專業及安全的醫療行為」兩部分(基準分類如表 3-9),試辦計畫期間共計完成 423 家次的機構實地訪查及書面審查作業,且針對提出申請補助案件達 2 件以上之機構,於實地訪查時安排專家委員予以輔導,藉以協助機構自我檢視對於生產照護過程的完善程度。另,持續追蹤機構執行與改善成效,特於 105 年針對前次訪查成績未達 80 分的機構,安排追蹤輔導訪查,結果顯示 84% 機構成績皆較前次進步,其中又以「醫療處置前之準備工作」及「實施安全之醫療處置」進步最多。

### 三、品質提升

本試辦計畫透過實地訪查與機構執行報告, 分析生產照護上之常見問題,如:早產兒的急救 轉送、醫療糾紛與處理方式、胎兒監視器判讀與 處置、高危險妊娠網路建立與緊急處置、新生 兒復甦、根本原因分析(Root Cause Analysis, RCA)基本概念與風險管控等,並辦理 4 場次的 婦產醫學照護品質促進研討會,以提升所有參與 機構之相關醫療措施一致性,落實病人安全之目 標,並逐漸將焦點從緊急應變導向預防除錯。

### 表 3-9: 婦產科醫療(助產)機構訪查評核基準

### 爾 ● 鄭 組織運作、專業能力與儀器設備管理

### 第 🖨 🗊 專業及安全的醫療行為

- 2.1 ● 落實對接受治療者健康基本資料進行完善的評估
- 2.2 完成醫療處置前之準備工作
- **2.4 o** 安全的用藥
- 2.5 有效因應接受治療者突發狀況











### 生產事故救濟申請給付對象

依《生產事故救濟條例》第3條所定,生產事故係指產婦、胎兒及新生兒因生產所致之重大傷害或死亡結果。且生產事故救濟款項之請求權,不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。其救濟申請給付對象如下:

- 一、死亡給付:產婦或新生兒死亡時,為其法定 繼承人。胎兒死亡時,為其母。
- 二、重大傷害給付:受害人本人。







### 生產事故救濟申請程序

依《生產事故救濟條例》第14條所定,生產事故救濟款項請求權,自請求權人知有生產事故之時起,逾二年不行使而消滅;生產事故發生逾十年者亦同。本國國民欲申請生產事故救濟,以該生產事故發生在本國境內為限,外籍配偶亦適用之。

生產事故救濟給付請求權人申請生產事故救濟給付時,應填具申請書,並依生產事故救濟作業辦法第2條檢附下列文件、資料,向中央主管機關提出申請:

- 一、產婦懷孕期間之孕婦健康手冊(包括歷次產前檢查紀錄)。
- 二、產婦生產過程之醫療機構病歷摘要或助產機

構紀錄;涉及二以上醫療機構或助產機構 者,均應檢附。

- 三、產婦懷孕期間有慢性疾病或與生產事故相關 之其他疾病診察與治療者,其病歷摘要;涉 及二以上醫療機構者,均應檢附。
- 四、申請人與受害人之關係證明。
- 五、申請死亡給付者,死亡證明書或死產證明 書。
- 六、申請重大傷害給付者,身心障礙證明影本或 診斷書。
- 七、其他經中央主管機關指定之文件、資料。







### 生產事故救濟之審議及給付

中央主管機關為辦理生產事故救濟之審議,應設生產事故救濟審議會。該會由中央主管機關 遴聘醫學、法律專家、婦女團體代表及社會公正 人士、機關代表組成。其中,單一性別、法學、 婦女團體及社會公正人士代表,其人數不得少於 三分之一。案件審查時,如有下列情形之一者, 生產事故救濟審議委員應自行迴避:1. 當事人本 人或其配偶、直系血親、三親等以內之血親或姻 親、家屬。2. 為當事人代理人。3. 與當事人或代 理人服務於同一醫療機構或助產機構。 中央主管機關辦理生產事故救濟案件,應於 正式收受申請之日起三個月內作成審定;若有必 要時,延長審查以三個月為限。救濟給付後,如 有下列情形之一者,依《生產事故救濟條例》第 12條規定,中央主管機關應以書面通知受領人 返還救濟金:

- 一、有具體事實證明依本條例第 11 條規定不應救濟。
- 二、同一生產於救濟後,提起民事訴訟或刑事案 件之自訴或告訴。

生產事故救濟給付,分為死亡給付及重大傷害給付。重大傷害係指因生產所致身心障礙程度達中度以上、子宮切除致喪失生殖機能或其他經中央主管機關認定身體或健康有重大不治或難治之傷害者,重大傷害之障礙程度,則以直轄市、縣(市)政府依身心障礙者權益保障法規定核發之身心障礙證明認定。救濟給付之額度如下:

### 一、死亡給付:

- (一)產婦:最高新臺幣二百萬元。
- (二)胎兒或新生兒:最高新臺幣三十萬元。

### 二、重大傷害給付:

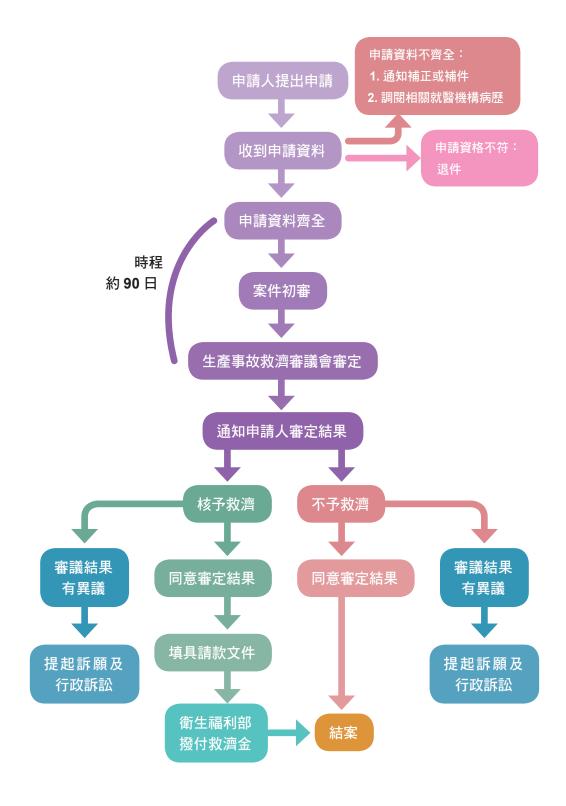
- (一) 極重度障礙:最高新臺幣一百五十萬元。
- (二) 重度障礙:最高新臺幣一百三十萬元。
- (三)中度障礙:最高新臺幣一百十萬元。
- (四)子宮切除致喪失生殖機能:衡酌有無子 女、喪失生殖能力對家庭影響程度,最高 新臺幣八十萬元。

(五)經中央主管機關認定為其他於身體或健康 有重大不治或難治之傷害:最高新臺幣 三十萬元。

生產事故救濟以與生產有因果關係或無法排除有因果關係者為限。但若有生產事故救濟條例 第11條所定之以下情事之一時,則不予救濟:

- 一、非醫療目的之中止妊娠,致孕產婦與胎兒之不良結果。
- 二、因重大先天畸形、基因缺陷或未滿 33 週早產 所致胎兒死亡(含胎死腹中)或新生兒之不 良結果。
- 三、因懷孕或生育所致孕產婦心理或精神損害之不良結果者。
- 四、同一生產事故已提起民事訴訟或刑事案件之 自訴或告訴。但下列情形,不在此限:
- (一)民事訴訟前於第一審辯論終結前,撤回起 訴。
- (二)告訴乃論案件於偵查終結前,撤回告訴或 於第一審辯論終結前撤回自訴。
- (三)非告訴乃論案件於偵查終結前,以書面陳 報不追究之意。
- 五、應依藥害、預防接種或依其他法律所定申請 救濟。
- 六、申請救濟之資料虛偽或不實。
- 七、本條例施行前已發生之生產事故。

### 生產事故救濟作業流程





# 案件分析

《生產事故救濟條例》自 105 年 6 月 30 日 起施行,統計截至 106 年 12 月 31 日止,共計 受理 286 件申請案,審定總救濟金額為新臺幣 1 億 3,080 萬元。以下就案件申請來源、機構層級 別、生產事故發生之區域、胎兒及新生兒性別分 布,及審定結果等,分析如下:

### 一、申請來源

總計 286 件申請案中,89 件(31.1%)為事故方自行提出申請,197 件(68.9%)為機構接受委託代為提出申請。(圖 5-1)

### 二、機構層級

按生產事故所在機構分析:診所71件 (24.8%),地區醫院72件(25.2%),區域醫院57件(19.9%),醫學中心(含準醫學中心) 85件(29.7%),另有1件為助產所協助於自宅 生產。(圖5-2)

對比同時期健保署之各層級機構申報生產數 分布如表 5-1、圖 5-2。

### 三、區域分布

按 健 保 分 區 分 析:臺 北 區 104 件 (36.4%)、北區 50 件 (17.5%)、中區 53 件 (18.5%)、南區 38 件 (13.3%)、高屏區 36 件 (12.6%)、東區 5 件 (1.7%)。

對比同時期健保署之各區域申報生產數分  $\pi$ ,其比例約在 0.9% 至 1.1% 之間,如表 5-2、 圖 5-3。

### 四、新生兒及胎兒性別比例

分別就案件之新生兒與胎兒性別分析:新生兒 69件(男女比為 2:1);胎兒 126件(男女比為 45:55)。(表 5-3)

### 五、審定結果

最終核予救濟件數為282件(通過率98.6%),審定救濟金額總數為新臺幣1億3,080萬元,產婦部分為90件,總金額為7,200萬元(含死亡21件,4,200萬元、重大傷害69件,3,000萬元);新生兒部分為66件,總金額2,100萬元(含死亡64件,1,920萬元、重大傷害2件,180萬元);胎兒部分為126件,總金額3,780萬元。(表5-4、圖5-4)。

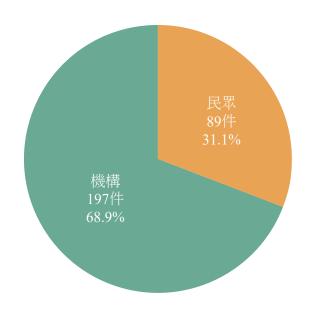


圖 5-1:申請案件來源

表 5-1:申請案件數與生產數之機構層級分布表

	申報健保生產數 (A)		申請案件數	数 (B)	申請比例 (B/A)
機構層級	生產數(件)	百分比	案件數(件)	百分比	申請案件數 / 申報健保生產數
醫學中心	51,951	17.7%	85	29.7%	1.6‰
區域醫院	74,818	25.4%	57	19.9%	0.8‰
地區醫院	82,823	28.2%	72	25.2%	0.9‰
基層診所	84,048	28.6%	71	24.8%	0.8‰
助產所	177	0.1%	1	0.4%	5.6‰
合計	293,817	100.0%	286	100.0%	0.97‰

(生產數資料來源:健保署,統計區間 105/6/30~106/12/31)

### 申報健保生產數

助產所 177件 0.1% 診所 84,048件 28.6% 區域醫院 74,818件 25.4% 82,823件 28.2%

### 生產事故救濟申請案件數

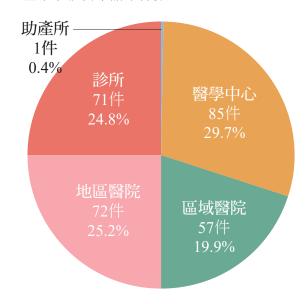
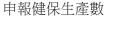


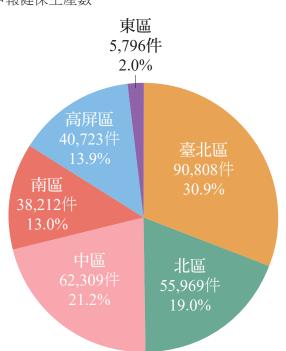
圖 5-2:

申報健保生產數與生產事故救濟申請案件數之機構層級分布圖

表 5-2: 申請案件數與生產數之區域分布表

	申報健保生產	至數 (A)	申請案件數 (B)		申請比例 (B/A)
健保所屬分區	生產數(件)	百分比	案件數(件)	百分比	申請案件數 / 申報健保生產數
臺北區	90,808	30.9%	104	36.4%	1.1‰
北區	55,969	19.0%	50	17.5%	0.9‰
中區	62,309	21.2%	53	18.5%	0.9‰
南區	38,212	13.0%	38	13.3%	1.0‰
高屏區	40,723	13.9%	36	12.6%	0.9‰
東區	5,796	2.0%	5	1.7%	0.9‰
合計	293,817	100.0%	286	100.0%	0.97‰





### 生產事故救濟申請案件數

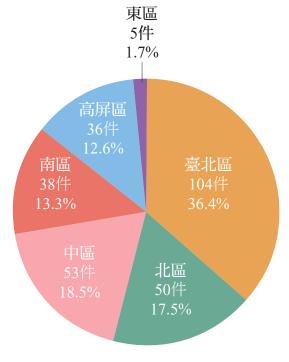


圖 5-3: 申報健保生產數與生產事故救濟申請案件數之區域分布圖

表 5-3: 新生兒及胎兒申請案件性別分析

性別	新生兒 案件數(百分比)	胎兒 案件數(百分比)
男	46 (66.7%)	57 (45.2%)
女	23 (33.3%)	69 (54.8%)
合計	69 (100.0%)	126 (100.0%)

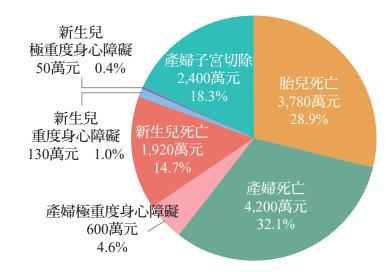


圖 5-4:申請案件審定救濟金額分布

表 5-4:核予救濟案件審定結果分析(金額:萬元)

事故人		產婦		新生兒		胎兒	
	重大傷害			重大傷害			合計
事故結果	死亡	中度以上	子宮	死亡	(中度以上	死亡	
		身心障礙	切除		身心障礙)		
救濟案件數	21	4	65	64	2	126	282
平均金額	200	150	36.9	30	90	30	46.3
中位數金額	200	150	30	30	90	30	-
最小值金額	200	150	30	30	50	30	-
最大值金額	200	150	80	30	130	30	-
總金額	4,200	600	2,400	1,920	180	3,780	13,080

## 六、不予救濟案件

依生產事故救濟條例第 11 條規定,「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」。申請案中,共有 4 件經審議認 定與生產無因果關係,決議不予救濟,個案診斷 與結果如表 5-5。

表 5-5: 不予救濟原因分析

	生產年月	妊娠週數	主要診斷	結果	不予救濟原因
案1	105年12月	38 週又 2 天	不明原因腦炎	產婦死亡	與生產無因果關係
案 2	106年1月	35 週	先天性腸阻塞 併敗血症	新生兒死亡	與生產無因果關係
案 3	106年4月	36 週又 1 天	先天性心臟病	新生兒死亡	與生產無因果關係
案 4	106年5月	41 週又 2 天	先天性心臟病	新生兒死亡	與生產無因果關係





《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 產事故發生起二年,本章節係以該條例施行日至 106 年 12 月 31 日止,所接獲符合申請條件之案 件審定結果分析,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,分節整理。







# 孕產婦死亡案件分析

根據世界衛生組織(以下簡稱 WHO)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」,換言之,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。WHO 的報告顯示,自 1990 至 2015 年 期間,全球孕產婦死亡率下降44%,至2015年 全球孕產婦死亡率為每十萬人有216名,期望 到 2030 年時,可降至 70 人以下(表 6-1),但 因各國醫療水平、對孕產婦死亡之定義、死亡登 錄或通報制度之完整性等,存在極大之差異。 至於孕產婦死亡原因,如依 WHO 之分類,可分 為直接性與間接性死因。依據 2003-2009 年之統 計分析結果,直接性死亡原因主要為:產後出 血(27.1%)、流產(7.9%)、栓塞(3.2%)、 妊娠高血壓相關疾病(14.0%)、感染與敗血症 (10.7%)等;間接性死亡原因則多為孕產婦本 身之內外科疾病,導致在懷孕期間產生嚴重併發 症,如心血管疾病等(約占27.5%)。

表 6-1:1990-2015 年間各國孕產婦死亡率比較

國家 年度	臺灣	英國	加拿大	美國	日本	韓國	新加坡	芬蘭
1990	12	10	7	12	14	21	12	6
1995	8	11	9	12	11	19	13	5
2000	8	12	9	12	10	16	18	5
2005	7	12	9	13	7	14	16	5
2010	4	10	8	14	6	15	11	3
2015	12	9	7	14	5	11	10	3

(資料來源:中華民國統計資訊網及 WHO Global Health Observatory (GHO)。孕產婦死亡率之計算單位為:人/10 萬名活產數)

### 死亡率(每十萬活產)

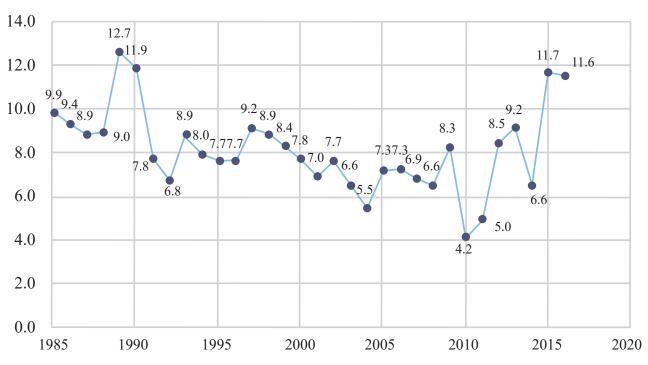


圖 6-1:1985-2016 年間臺灣孕產婦死亡率之變化

(資料來源:本部統計處)

註:1. 本表資料自1994年起含金門縣及連江縣。

- 2. 本表資料自 2008 年起死因分類為 ICD-10。
- 3.2015年起運用死亡證明書「懷孕情形」欄位勾稽歸類孕產婦死亡統計。

### 一、國內現況

臺灣孕產婦死亡率之最高點為 1989 年十萬 分之 12.7,之後呈現緩降現象,到 2010 年為十 萬分之 4.2(圖 6-1);但為提升登錄資料之正 確性,本部於 2015 年起修正死亡證明書,加註 「懷孕情形」欄位,並採 WHO 之定義,將懷孕 期間或懷孕中止 42 天內之死亡,納入孕產婦死 亡率之計算;雖然同年之孕產婦死亡率上升至 11.7,2016年則為11.6,但仍然明顯低於鄰近國家如中國、越南、菲律賓等,與新加坡及韓國相近,雖略高於日本,但因日本對孕產婦死亡之定義與國際標準有所不同,不易相比較。

此外,孕產婦死亡原因分析,依國內學者指 出,2004-2011年間臺灣最常見之直接性死亡原 因為:羊水栓塞(36%)、產後出血(43%)、 妊娠高血壓之併發症(12%)等;間接性死亡原 因則較多為心血管疾病併發症(20%)與腦中風(43%)。

### 二、案件統計與分析

統計期間共有22件孕產婦死亡申請案件, 其中1件因其死亡與生產無因果關係,不予救濟;茲就核予救濟之21件孕產婦死亡案件,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7件 (33.3%)、地區醫院5件(23.8%)、區域醫院 7件(33.3%)、醫學中心2件(9.6%)。(圖6-2)

### (二)區域分布

按健保分區分析,臺北區7件(33.3%)、 北區5件(23.8%)、中區4件(19.0%)、南區 1件(4.9%)、高屏區4件(19.0%),東區則 沒有案件。(圖6-3)

### (三) 妊娠调數

按妊娠週數分析,37 週以上之足月生產 18 件(85.7%)、早產 3 件,其中 33 週 2 件 (9.5%)、28 週 1 件(4.8%)。(圖 6-4)

### (四)妊娠胎次

按妊娠胎次分析,第一胎 12 件(57.1%)、 第二胎 3 件(14.3%)、第三胎 4 件(19.0%)、 第四胎及第六胎各 1 件(4.8%)。(圖 6-5)

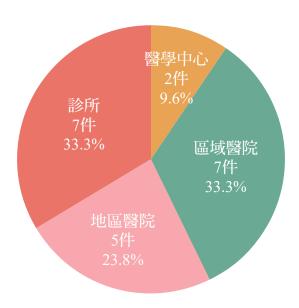


圖 6-2: 孕產婦死亡案件之機構層級分布

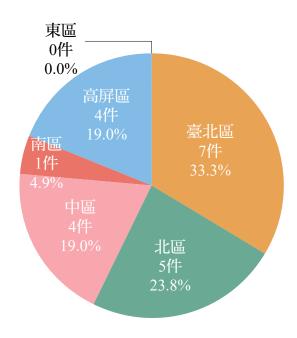


圖 6-3: 孕產婦死亡案件之區域分布

### (五)生產年齡

居冠 (38.2%), 其次為 31-35 歲 7件 (33.2%)、 小於 25 歲則有 1件 (4.8%)。(圖 6-6)

按孕產婦生產時年齡分析,以 36-40 歲 8 件 26-30 歲 3 件(14.3%)、40 歲以上 2 件(9.5%),

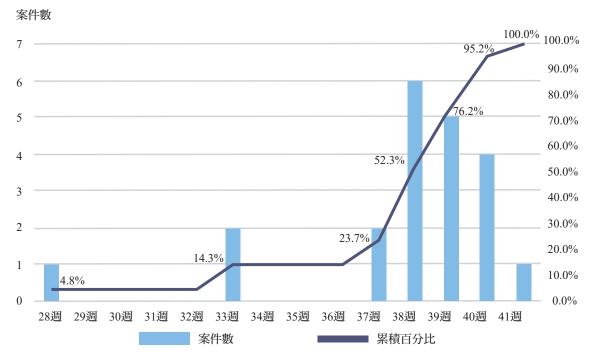


圖 6-4: 孕產婦死亡案件之妊娠週數分布

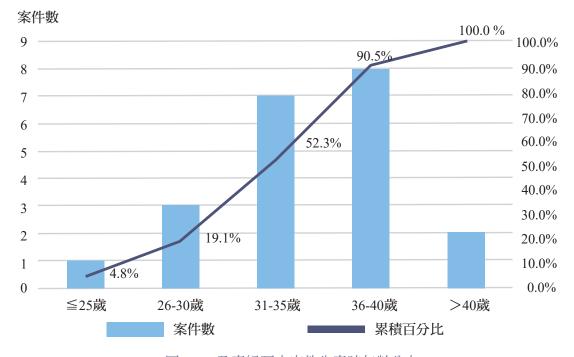


圖 6-6: 孕產婦死亡案件生產時年齡分布



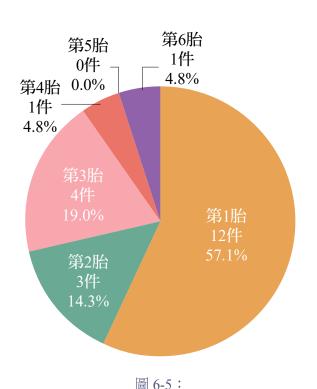
### (六) 生產方式

按生產方式分析,有7件採陰道分娩、4件為 計畫性剖腹產、10件為非計畫性的緊急剖腹產。

### (七) 事故原因

分析孕產婦死亡原因,屬直接性原因有18 件、間接性原因為3件,分列如下:疑似或確診 為羊水栓塞者9件、產前或產後大出血7件、肺 栓塞 4 件、另有 3 件分別為腦梗塞、史迪爾氏症 及急性心肌梗塞,其中有2件同時發生羊水栓塞 與產後大出血。

如觀察事故發生之時間點,發生於待產時有 2件、生產過程中為4件、生產後則有15件。



孕產婦死亡案件之妊娠胎次分布







# 孕產婦重大傷害案件分析

WHO(2011年)將婦女在懷孕、生產過程 中,或產後42天內,發生嚴重危及生命、幾乎死 亡的狀況,但最終存活者,定義為孕產婦危重病 (maternal near-miss)。前述危及生命的狀況可能 來自心血管、呼吸、腎臟、肝臟、神經、凝血及 子宮功能障礙或功能喪失等。由於孕產婦危重病 發生的數量遠比孕產婦死亡的數量多,因此,收 集並分析此類資料,不僅可提供嚴重產科併發症 發生之關鍵資訊,呈現醫療處置最終結果,更可 作為孕產婦相關的照護品質指標。

產後大出血一直是孕產婦死亡的主要原因 之一,當其他醫療處置無法有效止血時,可能會 採取緊急子宮切除術; 若要減少緊急實施子宮切 除術之機會,則需從產後大出血的發生原因著 手。產後大出血最常見的原因為子宮收縮不良, 約占八成以上,其他原因則有產傷及凝而功能障 礙等。產傷導致的出血可能來自子宮頸或陰道裂 傷、手術傷口或子宮破裂等。而凝血功能障礙 在產後大出血發生時,可能同時扮演「因」或 「果」的角色。

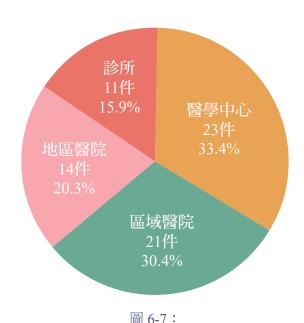
根據統計,緊急子宮切除術的發生率約千 分之 0.24-8.7, 且剖腹產比陰道生產更常發生。 緊急子宮切除術的原因,大部分為前置胎盤或植 入性胎盤,其次為子宮收縮不良及子宮破裂,危 險因子則包括高齡產婦(>35歲)、肥胖、多胎 次、前胎剖腹生產、瘢痕性子宮或嚴重出血等。

### 一、國內現況

根據 2002 年一項運用臺灣全民健康保險研究資料庫,就單胞胎懷孕所進行的回溯性研究顯示,國人生產方式:陰道生產率為 66.5%,剖腹生產率為 33.2%,剖腹生產後之陰道生產率為 0.3%。這份研究所採樣的 21 萬 4,237 位單胞胎懷孕中,有 287 位生產後接受子宮切除術(發生率為千分之 1.34)。依生產時年齡分析,以 20-24 歲族群比例最低,超過 30 歲則逐漸升高, ≥35 歲者最高。此外,在醫學中心、區域醫院及地區醫院所進行的子宮切除術案件,明顯較診所多,可能與高危險妊娠之轉診或後送相關。

### 二、案件統計與分析

統計期間共有 69 件孕產婦重大傷害申請案件,其中 4 件為「中度以上身心障礙」案件,另 65 件為「子宮切除」案件,且均核予救濟,茲分析如下:



孕產婦重大傷害案件之機構層級分布

### (一)機構層級

按發生生產事故之機構層級分析,診所 11 件 (15.9%)、地區醫院 14 件(20.3%)、區域醫院 21件(30.4%)、醫學中心23件(33.4%)。(圖6-7)

### (二)區域分布

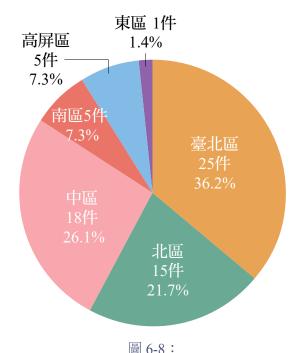
按健保分區分析,臺北區 25 件(36.2%)、 北區 15 件(21.7%)、中區 18 件(26.1%)、南 區 5 件(7.3%)、高屏區 5 件(7.3%),東區 1 件(1.4%)。(圖 6-8)

### (三)妊娠週數

按妊娠週數分析,37 週以上之足月生產49件(71.0%)、早產20件(29.0%)。(圖6-9)

### (四)妊娠胎次

按孕產婦妊娠胎次分析,第一胎26件(37.7%)、第二胎22件(31.9%)、第三胎15



画 6-8: 孕產婦重大傷害案件之區域分布

件(21.7%)、第四胎 5 件(7.2%)、第五胎 1 件(1.5%)。(圖 6-10)

### (五)生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析,以 36-40 歲31 件居冠(44.9%),其次為 31-35 歲 27 件(39.1%)、26-30 歲 4 件(5.8%)、40 歲以上6件(8.7%),小於25歲則有1件(1.5%)。(圖6-11)

### (六)生產方式

按生產方式分析,65 件施行子宮切除術之案件中,有21 件採陰道分娩(32.3%)、28 件為計畫性剖腹產(43.1%)、16 件為非計畫性的緊急剖腹產(24.6%);另有4 件為中度以上身心障礙案件,其中3 件為剖腹生產、1 件為陰道生產。

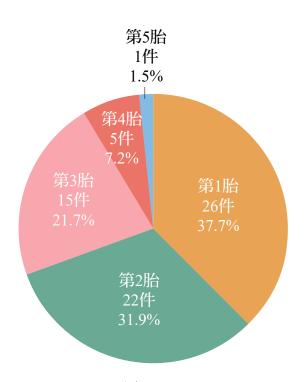


圖 6-10: 孕產婦重大傷害案件之胎次分布

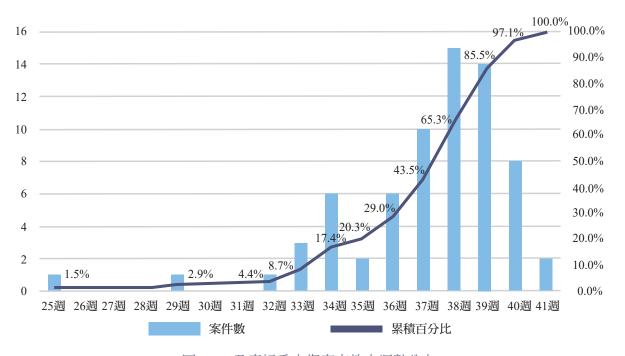


圖 6-9: 孕產婦重大傷害案件之週數分布

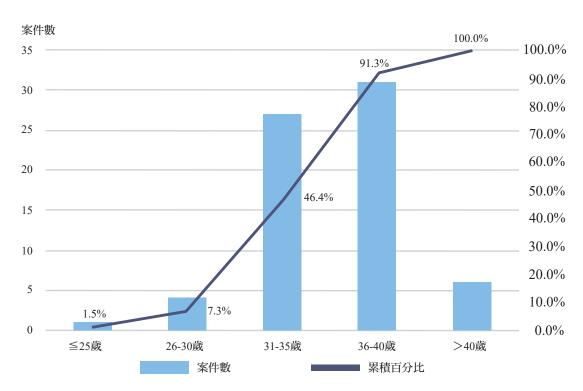


圖 6-11: 孕產婦重大傷害案件生產時年齡分布

### (七)事故原因

分析孕產婦重大傷害之原因,4件身心障 礙案件:2件為生產後次日發生疑似羊水栓塞症 狀,1件為生產後發生 HELLP 症候群、1件為剖 腹產後發生疑似麻醉止痛併發症。

分析 65 件子宮切除案件之發生原因(表6-2),雖每個案件可能有不只單一原因,但大部分案件有發生產後大出血(57件,87.7%),其出血原因包括:子宮收縮不良、瀰漫性血管內凝血功能障礙(DIC)等,進一步分析產後大出血致產婦子宮切除案件,其中同時合併有胎盤因素者共計 23 件,約占 40.4%(表 6-3)。另就子宮切除術類別分析,採全子宮切除術者有 26 件(40.0%),採次全子宮切除術者有 39 件(60.0%)。

表 6-2: 產婦子宮切除案件原因分析

臨床徴候	案件數(百分比)
產後大出血	57 (87.7%)
植入性胎盤	2 (3.1%)
前置胎盤合併植入性胎盤	4 (6.1%)
膀胱/輸卵管破裂	2 (3.1%)
合計	65 (100%)

表 6-3: 產後大出血致產婦子宮切除案件原因分析

臨床徴候	案件數(百分比)
未合併其他因素	27 (47.4%)
植入性胎盤	9 (15.8%)
前置胎盤	5 (8.8%)
前置胎盤合併植入性胎盤	3 (5.3%)
胎盤殘留	2 (3.5%)
胎盤早期剝離	3 (5.3%)
胎盤早期剝離	1 (1.7%)
合併子宮裂傷	1 (1.770)
子宮/卵巢裂傷	5 (8.8%)
子宮肌瘤併內出血	1 (1.7%)
子宮內感染	1 (1.7%)
合計	57 (100%)







# 新生兒死亡及 重大傷害案件分析

根據 WHO 資料,28 天以下的新生兒死亡率,全球呈現逐年下降的趨勢,2000 年約千分之30.7、2010 年為22.5,2016 年則為18.6。美國的統計資料也呈現相同趨勢,自1960 年代新生兒死亡率就快速下降,1970 年代降至千分之15 以下,到1990 年以後,穩定在千分之5 以下,2000 年為4.6、2010 年為4.1、2016 年為3.7。至於,新生兒死亡的主要原因包括:感染(36%)、早產(28%)及胎兒窒息(23%)。但新生兒死亡率及發生原因,依國家提供之照護系統有所差異,且變異甚大。醫療照護資源充足國家,則以早產、先天性異常相關,以及源自周產期相關的問題為主。

### 一、國內現況

有關我國新生兒出生人數,依本部出生通報統計顯示,105年總出生人數為21萬269人,其中1.16%為死產、98.84%為活產。依出生場所分析,依序為醫院150,408人(71.53%)、診所59,466人(28.28%)及助產所、自宅或其他地方生產者395人(0.19%)。新生兒出生體重統計:2,500-3,999公克者共185,949人(88.43%),≥4,000公克者有2,621人(1.25%)。依孕產婦懷孕週數分析,37-38週共93,981人(44.7%)、39-40週共90,160人(42.88%),未滿37週有22,562人(10.73%)。

依歷年活產新生兒出生體重分析,出生體重 <2,500 克者維持在總通報數之 7.3%-9.3% 之間, 有逐年微幅上升之趨勢;出生體重≥ 4,000 克者 維持在總通報數 1.2-2.4%,有逐年下降之趨勢。 分析歷年活產新生兒出生時之產婦懷孕週數:懷 孕週數 <37 週者,維持在總通報數 8.4-9.8%,歷 年無明顯之變化;至於懷孕週數≥ 42 週者,歷 年活產數維持在總通報數 0.4% 以下,並有逐年 下降之趨勢。

根據本部統計,新生兒死亡率:100年為千分之2.7、101年為2.3、102年為2.4、103年為2.2、104年為2.5,105年為2.4。根據臺灣學者統計分析2011-2013年資料,新生兒(小於28天)每千活產死亡數為2.4,與經濟合作暨發展組織(OECD)33個國家比較,排名為第16。

### 二、案件統計及分析

生產事故救濟對象為妊娠週數大於 33 週之 新生兒,統計期間共有 69 件新生兒死亡與重大 傷害的申請案件,其中 3 件因其死亡與生產無因 果關係,不予救濟。茲就核予救濟之 66 件新生 兒死亡與重大傷害案件,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 24件(36.4%)、地區醫院 19件(28.8%)、區域醫院 11件(16.7%)、醫學中心12件(18.1%)。(圖 6-12)

### (二) 區域分布

按健保分區分析,臺北區 24 件(36.4%)、 北區 8 件(12.1%)、中區 10 件(15.2%)、南 區 10 件(15.2%)、高屛區 12 件(18.1%),東 區 2 件(3.0%)。(圖 6-13)

### (三) 妊娠週數

按妊娠週數分析,37 週以上之足月生產53 件(80.3%)、早產13件(19.7%)。(圖6-14)

### (四) 妊娠胎次

按孕產婦妊娠胎次分析,第一胎者 41 件 (62.1%)、第二胎 18 件(27.3%)、第三胎 6 件(9.1%)、第四胎 1 件(1.5%)。(圖 6-15)

### (五) 生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析,以 31-35 歲 26 件居冠(39.4%),其次為 26-30 歲與 36-40 歲 各 14 件(21.2%)、40 歲以上 5 件(7.6%), 小於 25 歲者則有 7 件(10.6%)。(圖 6-16)

### (六)事故原因

分析新生兒死亡與重大傷害案件原因,部分 案件在產前已經呈現一些風險因子,例如子癲前 症(5件)、妊娠糖尿病(4件),其他如胎兒 生長遲緩或妊娠高血壓、早產、早期破水等。然 而導致新生兒死亡或重大傷害的原因通常不只單 一原因,經常是合併多重原因所導致(表6-4)。

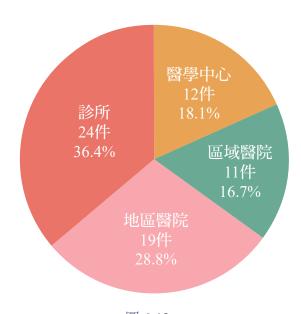


圖 6-12: 新生兒死亡及重大傷害案件之機構層級分布

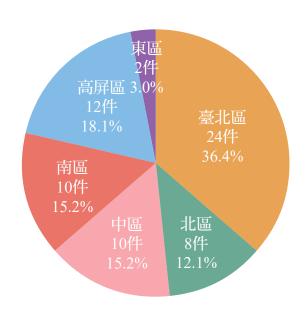


圖 6-13: 新生兒死亡及重大傷害案件之區域分布

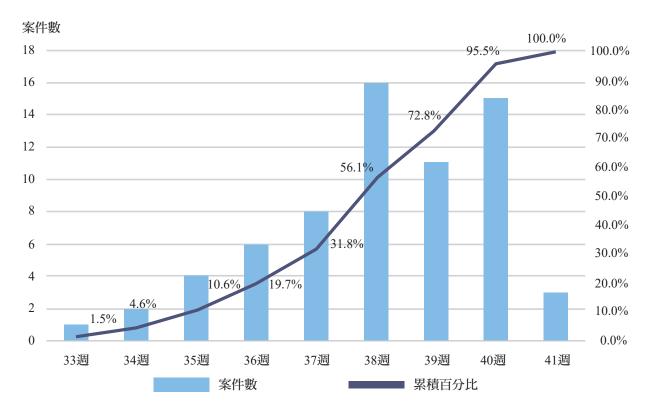


圖 6-14:新生兒死亡及重大傷害案件之妊娠週數分布

分析核予救濟之 66 件案件,主要原因依序為產前胎兒窘迫、胎盤早期剝離、胎便吸入症候群,但在胎兒窘迫的個案中,也發現許多案件合併產程異常或產程遲滯,部分合併有胎盤早期剝離,或者合併有臍帶繞頸、臍帶異常或是胎便吸入症候群等。

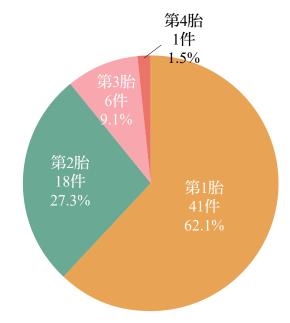


圖 6-15: 新生兒死亡及重大傷害案件之胎次分布

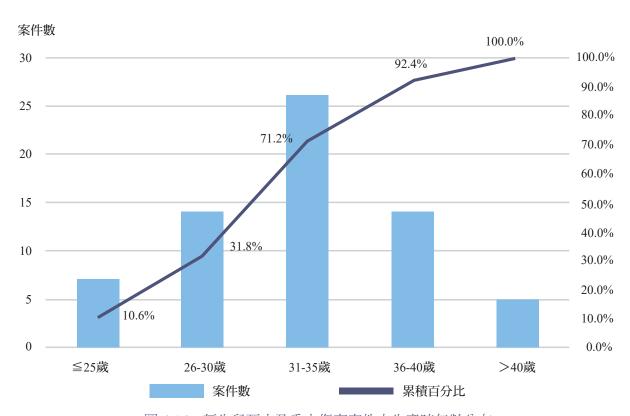


圖 6-16: 新生兒死亡及重大傷害案件之生產時年齡分布

表 6-4:新生兒死亡及重大傷害案件事故原因分析

事故原因	案件數(百分比)
胎兒窘迫	36 (54.5%)
胎盤早期剝離	14 (21.2%)
胎便吸入症候群、羊水胎便染色	14 (21.2%)
肺高壓、肺出血、呼吸窘迫	11 (16.7%)
臍繞頸、臍帶異常或臍帶意外事故	5 (7.6%)
腦部出血、顱內出血	5 (7.6%)
產程異常、產程遲滯	4 (6.1%)
<b>肩難產、臂神經叢損傷</b>	3 (4.5%)
	3 (4.5%)
胎盤功能不全	2 (3.0%)
新生兒貧血	1 (1.5%)
不明原因	1 (1.5%)

# 爾 🔟 🇯 胎兒死亡案件分析

WHO 於 2016 年發布「胎兒與新生兒死亡之統計與指引」,期許在 2030 年將胎兒死亡率降至千分之 12 以下(含未開發國家)。該報告定義胎兒死亡為:出生體重≥ 1,000 公克、妊娠週數在 28 週以上,或新生兒出生身長 35 公分以上。而美國疾病管制局於 2017 年 10 月將胎兒死亡之定義更新,將其分為早期(妊娠 20-27週)、晚期(妊娠 28 週 -36 週)、足月(妊娠37 週以上)胎兒死亡。

英國皇家醫學會於 2017 年發表最新研究, 回顧 2009 年到 2016 年發表,來自 50 個國家之 85 篇文獻,總共 48 萬 9,089 個胎兒死亡案例, 採用新的疾病分類系統,進行原因之重新歸類與 分析,其結果顯示,無論高、中、低收入國家, 胎兒死亡屬不明原因者仍占大宗。但在經濟水平 較低之國家,胎兒缺氧死亡與感染之比率則較其 他國家高出許多。而中、高收入國家除不明原因 外,胎盤因素亦為胎兒死亡之重要原因。

### 一、國內現況

導致子宮內胎兒死亡之原因眾多,屬母體本身的原因包括:妊娠糖尿病、妊娠高血壓、免疫疾病與過期妊娠等。胎兒原因則有:子宮內胎兒生長遲緩、羊水過多或過少、染色體異常、先天性畸形與胎兒免疫溶血疾病等。胎盤臍帶原因則

有臍帶脫出、臍帶扭結、臍帶栓塞、胎盤早期剝離、胎盤功能不足、前置胎盤、雙胞胎輸血症候群與胎兒母體輸血。生產之併發症如:子宮早期收縮、早期破水與感染或生產時胎兒窘迫與胎兒窒息,但不明原因仍占相當比例。

國立臺灣大學醫學院附設醫院曾針對 2001 年至 2004 年間國內胎兒死亡的原因進行統計分析,資料顯示在總計 93 萬 2,497 名的生產數中,有 8,841 名胎兒死亡,胎兒死亡率約為千分之 9。多 胞胎的胎兒死亡率約為一般妊娠的 3 至 6 倍,孕 產婦年齡小於 20 歲或是大於 40 歲亦增加約 2 至 3 倍的胎兒死亡率;母親罹患糖尿病、高血壓及其 他內科疾病等都會增加胎兒死亡的機率,另外 Rh 同族免疫、胎兒羊水過多或過少、以及子宮頸閉鎖不全等亦會增加胎兒死亡的機率。

另外,根據國內研究統計顯示,自 1999年 9月至 2011年12月,總計 12,290名生產中,有 121名胎兒死亡,胎兒死亡率為千分之 9.8。第二 孕期胎兒死亡原因以不明原因最多,占 29.85%, 其次為先天異常,占 19.4%,第三為臍帶異常, 占 16.42%;第三孕期胎兒死亡原因以臍帶意外最 多,占 33.33%,其次為母體本身內科疾病,占 24.07%,第三為不明原因,占 14.81%。統合所有 第二及第三孕期胎兒死亡的原因,最多仍為臍帶 異常或意外,約占23.97%,其次為不明原因,占23.14%,第三則為母親內科疾病占14.05%。

### 二、案件統計及分析

生產事故救濟對象為妊娠週數大於 33 週之新生兒(或胎兒),期間共有 126 件胎兒死亡案件,茲分析如下:

### (一) 機構層級

按發生生產事故之機構層級分析,診所 26 件 (20.6%)、地區醫院 34 件(27.0%)、區域醫院 18 件(14.3%)、醫學中心 47 件(37.3%)、助產 機構 1 件(0.8%)。(圖 6-17)

### (二) 區域分布

按健保分區分析,臺北區 46 件(36.5%)、 北區 22 件(17.5%)、中區 21 件(16.7%)、南 區 21 件(16.7%)、高屏區 14 件(11.1%),東 區 2 件(1.5%)。(圖 6-18)

### (三) 妊娠週數

按孕產婦妊娠週數分析,37 週以上之足月生 產79件(62.7%)、早產47件(37.3%)。(圖6-19)

### (四) 妊娠胎次

按孕產婦妊娠胎次分析,第一胎76件(60.3%)、第二胎37件(29.4%)、第三胎11

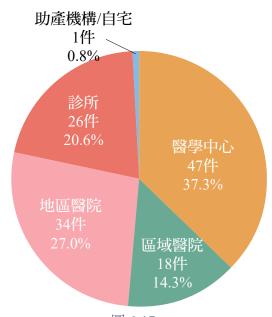
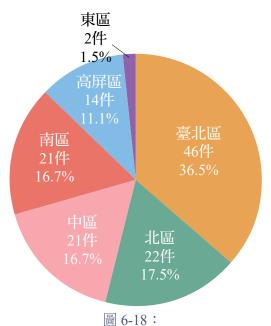


圖 6-17: 胎兒死亡案件之機構層級分布



胎兒死亡案件之區域分布

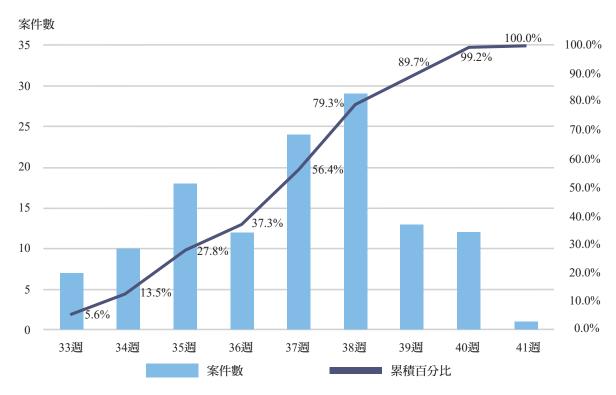


圖 6-19: 胎兒死亡案件之妊娠週數分布

件(8.7%)、第四胎 1 件(0.8%)、第六胎 1 件(0.8%)。(圖 6-20)

### (五) 生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析,以 31-35 歲 45 件 居冠(35.7%),其次為 26-30 歲 35 件(27.8%)、 36-40 歲 31 件(24.6%)、40 歲以上 5 件(4.0%), 小於 25 歲則有 10 件(7.9%)。(圖 6-21)

### (六)事故原因

分析胎兒死亡原因,大多合併多重因素(表6-5),但仍以不明原因死胎70件(55.6%)最多,其他原因包括:胎盤早期剝離22件(17.5%)、臍帶繞頸、臍帶異常或臍帶意外事故等21件(16.7%)、胎兒窘迫12件(9.5%)、胎盤功能不全11件(8.7%)。

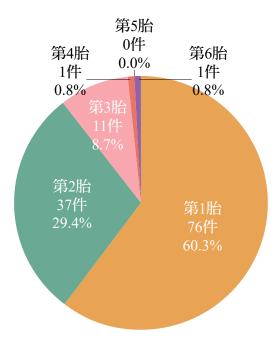


圖 6-20: 胎兒死亡案件之胎次分布

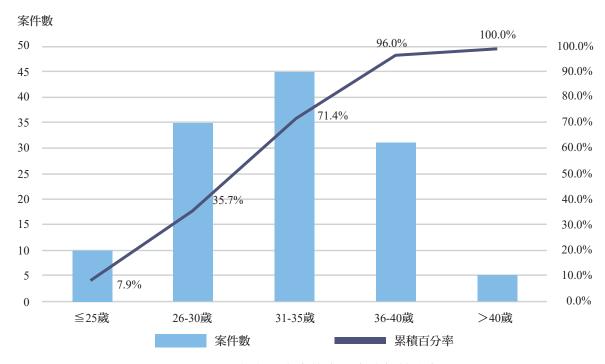


圖 6-21: 胎兒死亡案件之生產時年齡分布

表 6-5: 胎兒死亡案件事故原因分析

事故原因	案件數(百分比)
不明原因	70 (55.6%)
胎盤早期剝離	22 (17.5%)
臍繞頸、臍帶異常或臍帶意外事故	21 (16.7%)
胎兒窘迫	12 (9.5%)
胎盤功能不全	11 (8.7%)



兒童是國家未來的主人翁,更是國家發展與競爭力的基石,婦女從懷孕起到生產期間的健康狀態,是胎兒發育成長的重要關鍵,也影響到未來兒童的成長與健康。新生命的誕生為家庭帶來滿足與喜悅,然而生產本身亦潛藏許多無法預知的風險,甚而危及產婦及胎兒性命,或造成無可挽回的傷害。一旦形成醫療爭議事件,冗長的訴訟過程往往帶給醫病雙方痛苦與不便,但訴訟結果多數亦未能平撫雙方情緒,長期下來,降低醫師投入高風險科別之意願,甚至導致採取防禦性醫療行為以規避醫療糾紛風險,進而影響醫療品質,損及病人權益及醫病和諧關係。

生產事故救濟自試辦計畫以來,即以減 訟止紛、提升醫療品質為主要兩大目標:一方 面,輔導醫院成立關懷小組,於生產事故發生 後,能主動向產婦及家屬進行說明及關懷,並 提供必要的協助,包括協助家屬申請生產事故 救濟給付;另一方面,則要求通報重大生產事 故,檢討探究事故發生原因及可改善做法,提 供生產機構共同學習以提升生產品質,如涉及 系統性問題,則透過政策建立可預防事故發生 或降低傷害之機制。雖生產事故救濟條例甫於 105年6月30日正式施行,長期之影響仍有待 觀察,但仍就初步之成果進行檢視並提出未來 方向。

# 一、主動關懷促進醫病對話,明顯減少司 法訴訟

生產事故救濟制度之推動,不僅是對於

發生生產事故之家庭,由國家提供經濟上之支持,更重要的是於條例中明訂,醫院應設置生產事故關懷小組,於生產事故發生後兩個工作日內,應主動向產婦與家屬進行說明、溝通,提供協助及關懷服務。許多醫療爭議的發生,通常起因於醫病溝通的不良,而不可諱言,司法訴訟的風險則往往成為重大醫療事故溝通的主要障礙之一,因此,該條例亦明定於進行說明、溝通、提供協助或關懷過程中,醫事人員或其代理人所為遺憾、道歉或相類似之陳述,不得採為相關訴訟之證據或裁判基礎。其意義即在於鼓勵誠信溝通重建醫病信任關係,以減少後續不必要的爭議或訴訟。

生產事故救濟條例施行後,本部委辦機構 曾就至106年12月底止已完成救濟金撥付之案 件對象進行意見調查,66%民眾表示於事故發 生後5天內接受到機構提供關懷服務,有80% 民眾對機構所提供之關懷服務感到滿意或非常 滿意,並反映85%的機構會「協助申請生產事 故救濟給付」,95%之案件因此而未訴請地方 衛生局調處,此外,85%認為藉由醫療機構的 關懷服務機制,醫病關係獲得改善。

至於,該制度對於司法訴訟案件也有明顯的改善。統計自100年起至106年止,本部醫事審議委員會接受司法或檢察機關委託之司法訴訟鑑定案件,其中產科明顯減少約六成(表7-1,圖7-1),產科首次鑑定案件自100年35件降至106年15件,進一步分析106年15件生產訴訟案件,其中僅1件符合生產事故救濟

### 條例之救濟條件。

綜上,生產事故救濟制度之推動,確實有 助於減緩醫療爭議之訴訟,惟其背後之成功關 鍵則在於事故發生後之及時關懷與溝通。而依 據之前的調查,仍有三成多民眾未感受到事故 發生後,醫療機構的關懷服務,是下一階段要 持續努力改善之首要重點工作。

# 二、建立不責難之病人安全文化,提升整 體醫療品質

對於申請救濟之案件進行分析,提出可

表 7-1:醫糾鑑定婦產科案件數統計

年度	婦產科總案件數	婦產科初鑑定總案件數	婦科初鑑定案件數	產科初鑑定案件數
100	68	46	11	35
101	62	42	12	30
102	49	30	8	22
103	52	37	13	24
104	54	37	9	28
105	35	27	6	21
106	38	22	7	15

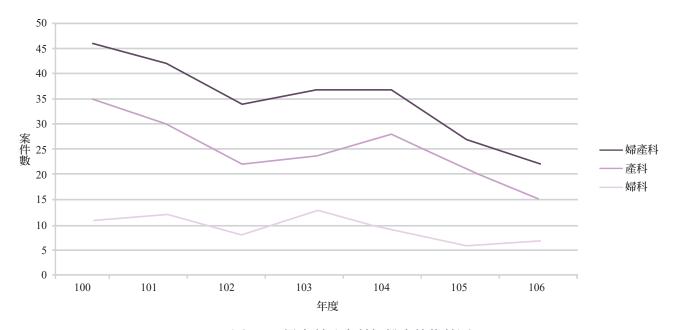


圖 7-1:婦產科及產科初鑑案件趨勢圖



行之改善方案以提升生產品質,是生產事故救濟條例的另一重要立法精神,該條例明定醫療機構應建立機構內風險事件管控與通報機制,並針對重大生產事故事件分析根本原因、提出改善方案;另一方面,為促使第一線人員與機構能勇於通報揭露,並以品質提升為目的進行檢討改善,甚至提供外部機構參考避免重蹈覆轍,因此,該條例亦明定對於重大生產事故事件根本原因分析之內容,不得作為司法案件之證據,以建立不責難之病人安全文化。

綜整本報告之資料,歸納提出以下策進建 議:

- (一)孕產婦死亡部分,其發生原因大多為羊水栓塞及產後大出血,此類案件雖然無法在生產前予以預防,但仍可透過持續加強臨床人員的急救訓練與緊急應變能力,同時,應針對高危險妊娠的孕婦進行風險管理,事先建立轉診機制,或緊急事件處理及後送流程,以增加救治成功機會。
- (二)產婦重大傷害部分,以產後大出血致子宮 切除為多數,其預防之道首重於產前檢查時,能 發現孕婦有產後大出血之危險因子,如前置胎盤 或高度懷疑胎盤植入時,除了要給予適當諮詢與 充分衛教外,更應確保在該等高風險產婦生產時 之人力、藥品、血品及設備齊全;若醫療院所評 估無法提供合宜照護時,則應於產前進行轉診。 至於,對於發生不可預期之產後大出血緊急狀 況,除了在危及性命之前提下,可及時進行子宮 切除術外,相關的急救處置,備(輸)血及轉診

後送流程亦缺一不可。

- (三)新生兒死亡部分,是重要的醫療指標。 分析此類案件可發現,部分產婦在產前即已確 診屬高危險妊娠,因此,加強宣導高危險妊娠 之衛教及產婦的產前轉診,仍是優先要務。此 外,加強胎兒窘迫的早期辨識與處置訓練、提 升新生兒急救技術的熟練度,在面對高危險生 產或不可預期之新生兒緊急狀況時,進行有效 之緊急處置,期將新生兒的傷害降到最低。
- (四)胎兒死亡部分,經過統計發現,如同國外的報告,超過五成的子宮內胎兒死亡原因不明。由於難以預先防範,因此教導孕婦如何監測胎動之變化,是產前檢查的衛教重點。當孕婦自行觀察發現胎動明顯減少時,應就醫做更進一步的檢查。醫療院所也應針對胎動感減少之孕婦,進行胎兒生長環境監測,如:採用超音波測量胎兒大小、羊水量,並透過胎兒監視器觀察胎動現象等,以確認是否有導致胎死腹中之危險因子,並進行適當之醫療處置。而醫療機構在進行引產後,應針對孕婦危險因子、胎兒、胎盤進行檢視,正確並完整紀錄胎死腹中原因,以作為未來發展降低此類事件策略之參考。

自該條例施行迄今,已完成生產事故之根本原因分析(RCA)並編製成學習案例共計 10案,公布於本部【台灣病人安全資訊網】及【生產事故救濟專區】提供所有機構參考,以達共同學習、提升醫療品質及建構安全醫療環境之目標。



行之改善方案以提升生產品質,是生產事故救濟條例的另一重要立法精神,該條例明定醫療機構應建立機構內風險事件管控與通報機制,並針對重大生產事故事件分析根本原因、提出改善方案;另一方面,為促使第一線人員與機構能勇於通報揭露,並以品質提升為目的進行檢討改善,甚至提供外部機構參考避免重蹈覆轍,因此,該條例亦明定對於重大生產事故事件根本原因分析之內容,不得作為司法案件之證據,以建立不責難之病人安全文化。

綜整本年報之資料,歸納提出以下策進建 議:

- (一)孕產婦死亡部分,其發生原因大多為羊水栓塞及產後大出血,此類案件雖然無法在生產前予以預防,但仍可透過持續加強臨床人員的急救訓練與緊急應變能力,同時,應針對高危險妊娠的孕婦進行風險管理,事先建立轉診機制,或緊急事件處理及後送流程,以增加救治成功機會。
- (二)產婦重大傷害部分,以產後大出血致子宮 切除為多數,其預防之道首重於產前檢查時,能 發現孕婦有產後大出血之危險因子,如前置胎盤 或高度懷疑胎盤植入時,除了要給予適當諮詢與 充分衛教外,更應確保在該等高風險產婦生產時 之人力、藥品、血品及設備齊全;若醫療院所評 估無法提供合宜照護時,則應於產前進行轉診。 至於,對於發生不可預期之產後大出血緊急狀 況,除了在危及性命之前提下,可及時進行子宮 切除術外,相關的急救處置,備(輸)血及轉診

後送流程亦缺一不可。

- (三)新生兒死亡部分,是重要的醫療指標。 分析此類案件可發現,部分產婦在產前即已確 診屬高危險妊娠,因此,加強宣導高危險妊娠 之衛教及產婦的產前轉診,仍是優先要務。此 外,加強胎兒窘迫的早期辨識與處置訓練、提 升新生兒急救技術的熟練度,在面對高危險生 產或不可預期之新生兒緊急狀況時,進行有效 之緊急處置,期將新生兒的傷害降到最低。
- (四)胎兒死亡部分,經過統計發現,如同國外的報告,超過五成的子宮內胎兒死亡原因不明。由於難以預先防範,因此教導孕婦如何監測胎動之變化,是產前檢查的衛教重點。當孕婦自行觀察發現胎動明顯減少時,應就醫做更進一步的檢查。醫療院所也應針對胎動感減少之孕婦,進行胎兒生長環境監測,如:採用超音波測量胎兒大小、羊水量,並透過胎兒監視器觀察胎動現象等,以確認是否有導致胎死腹中之危險因子,並進行適當之醫療處置。而醫療機構在進行引產後,應針對孕婦危險因子、胎兒、胎盤進行檢視,正確並完整紀錄胎死腹中原因,以作為未來發展降低此類事件策略之參考。

自該條例施行迄今,已完成生產事故之根本原因分析(RCA)並編製成學習案例共計 10案,公布於本部【台灣病人安全資訊網】及【生產事故救濟專區】提供所有機構參考,以達共同學習、提升醫療品質及建構安全醫療環境之目標。

另外,為建立診所因應產後大出血之備 (輸)血網絡,依醫事檢驗所設置標準第2條第 6款規定,醫事檢驗所提供之醫事檢驗項目包含 輸血檢驗及血庫作業,爰醫事檢驗所得依相關 規定成立血液供應中心,並與周邊醫院或診所 合作,提供血液及其檢驗作業,縮短血品運送 時間,使有用血需求的病患可及時進行輸血, 將有助於提升用血品質及病人權益。因此,目 前初步先由臺南市醫檢師公會提出「醫事檢驗 所設置血液供應中心試辦計畫」,並於實施1 年評估其效益後再逐步推廣至全國,以建立有 效安全之備(輸)血網絡。

### 三、改善執業環境,吸引年輕醫師回流

根據生育事故救濟承辦單位的調查,有83% 婦產科醫師認同試辦計畫可有效改善執業環境並 提供生育風險保障,亦有97%醫師認同試辦計 畫是解決醫療糾紛的最佳方案,並建議以此作為 其他科別醫療事故補償之參考。醫療爭議及司法 訴訟的下降,改善了婦產科的執業現狀,也讓婦 產科住院醫師的招生人數與招收率回升,由 99 年 46 人,招收率 60%,提升至 106 年 72 人、 100%(圖 7-2),顯見年輕醫師已逐漸回流婦產 科服務,有助於改善未來婦幼照護環境與品質。

# 四、借鏡生產事故救濟成功經驗,推動醫 療事故預防及爭議處理法制化

由於生產事故救濟制度的成功經驗,本部 也積極推動強化訴訟外之醫療爭議處理機制, 如強化事前溝通、事發主動關懷、訴訟前調處 等,並自 105 年起推動醫病決策共享(SDM) 機制、辦理關懷訓練講習、輔導醫院設立關懷小 組、提升衛生局醫療爭議調處品質與效能、試辦 醫法雙調處,並提供第三方專家意見等。同時, 為補足生產事故救濟條例所未規範之醫療糾紛調 解機制,並將生產事故之關懷溝通、通報改善等

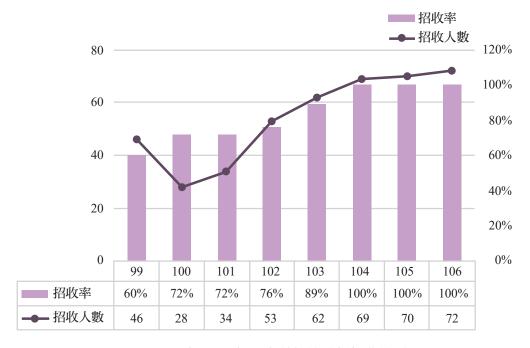


圖 7-2:99 年 -106 年婦產科住院醫師招收情形

成功經驗,推廣擴及至所有醫療事故,本部已提 出醫療事故預防及爭議處理法草案(下稱醫療事 故法),將醫療事故主動關懷、醫療爭議調解先 行、第三方爭點評析意見及不責難系統除錯機制 等法制化,日前該法案已於107年4月13日由 行政院函送立法院審議中,醫療事故法與生產事 故救濟條例有以下之差異,未來立法通過後將可 使生產事故之預防與處理更臻完備。

### (一)建立醫療爭議公正第三方專業評析:

為使醫療爭議雙方之爭點,得以盡速釐清 並提供公正客觀之專業評析意見,中央主管機 關委託或成立專責機構,接受當事人或調解會 申請,依據病歷等相關資料,提供專業評析意 見,以協助拉近雙方認知差距,消弭爭議盡速 促成和解。

# (二)醫療事故關懷機制,分級規劃有助於實際運作:

醫療事故法關懷對象擴及生產案件外之所 有類型之醫療事故,含括全國近 500 家醫院、 2 萬多家診所,與生產事故救濟條例僅涉及提 供生產服務之 163 家醫院、178 家診所差距極 大,因此,考慮各醫療院所之規模、人力基礎 不同,故草案明定 99 床以下醫院、診所或其他 醫療機構,可指定專業人員或委由專業機構、 團體協助提供說明、溝通、關懷服務,同樣保 障病人及醫事人員之權利。

(三)醫療爭議處理法制化,訴訟前先行調 解: 地方衛生局應成立醫療爭議調解會,不論 民、刑事醫療訴訟,均應先經調解會調解,調 解期間以三個月為限,必要時可延長三個月, 而調解結果需送法院核定,具司法效果,以減 少訟累與社會成本。至於,爭議調解程序及相 關作業規定,因屬行政規則之制訂並考量其執 行細節與時俱進、因地制宜之需要,於草案中 明定相關授權,由主管機關依行政程序法訂 之。

# (四)建立不責難病人安全文化,強化系統除 錯機制提升醫療品質:

醫療機構應建立病人安全管理制度,完備 不責難的病安通報與風險管控機制,對於發生 之重大醫療事故,應主動進行根本原因分析、 檢討改善, 並通報主管機關, 至於, 涉及跨機 構、部門或區域之嚴重醫療事故,則由中央主 管機關成立外部專案調查小組,介入調查並提 出報告,促成系統除錯、預防再發。此外,為 使醫病雙方得以開誠佈公面對醫療事故,真誠 和解並促使醫療體系進步,因此,醫療事故法 草案明定,於醫療事故發生後,所進行之關懷 溝通或醫療事故爭議調解過程中,當事人為緩 和醫病緊張關係所為之遺憾等陳述,皆不得採 為相關行政處分、訴訟之證據或裁判基礎,而 醫療機構內部病安事件通報之相關資料與重大 醫療事故根本原因分析,也是基於主動改善、 系統除錯及共同學習之目的,不得做為司法訴 訟之證據或裁判基礎,以利醫療體系提升安全 與品質,造福國人健康福祉。





生產事故救濟條例是臺灣首部醫療事故相關的救濟法案,也是世界首創涵蓋所有生產事故的不責難救濟條例。希望藉由國家提供的保障,讓所有婦女能安心生產,同時,透過生產事故救濟制度的實施,能使產科醫療爭議大幅下降,促進醫病和諧,並且累積更多本土數據,持續改善與提升生產品質。而借鏡生產救濟制度的成功經驗,進一步作為未來推動相關法案之參考,於兼顧醫師專業及病人權益之原則下,建立醫療事故之處理機制,引導醫病雙方以溝通取代訴訟解決爭議,更期待於法律的保障下,鼓勵採取開誠佈公的態度,對於醫療事故進行檢討,提升醫療安全與品質,並進一步達到預防醫療事故之目的,改善急重症醫療人力流失問題,使醫療照護體系得以永續發展。















# 學 图 案 例 1 新牛兒轉診

# 學習主題

- 1. 新生兒轉診的時機
- 2. 轉送前的穩定
- 3. 轉診流程與注意事項

### 個案描述

### **案例一**

26 歲孕產婦,於某診所規則產檢並無異樣, 妊娠38週又2天的清晨,開始有不規則產痛, 2:30 破水入院待產,因無明顯規則性子宮收縮, 故給予注射藥物催生,13:00 子宮口全開(第一 產程 10 小時 50 分),待產過程胎心跳正常,無 變異性異常。但因產婦閉氣持久性不足,15:35 使用真空吸引兩次。16:23 產下一新生兒,當時 新生兒無哭聲、全身癱軟,Apgar score  $1' \rightarrow 2'$ , 婦產科醫師趕緊先以面罩正壓換氣,嘗試插管失 敗,請護理人員尋求支援,找了合作的麻醉科醫 師,同時聯繫附近的醫學中心,醫學中心預估需 20 分鐘後才能抵達。心急如焚的家屬非常激動, 深恐有所延遲,執意自行呼叫119救護車。

### **案例**二

34 歲孕產婦,有妊娠高血壓,妊娠35 週

時,孕復出現下肢水腫,隔兩天出現輕微發 燒、腹部不適,入院待產,抽血檢驗白血球 為 16,900/uL, 醫師開始每六小時給予抗生素一 劑。8小時後破水,羊水中量,呈現胎便染色,2 小時後產下一男嬰,出生時呈現四肢軟弱無力、 無哭聲、心跳 100/min。立即呼叫兒科醫師給予 抽吸、插上氣管內管給予正壓呼吸, APGAR 計 分一分鐘與五分鐘均為6分。急救後心跳165次 /分鐘、呼吸50次/分鐘、血氧飽和度90%,因 無加護病房設備,商請醫學中心外接團隊前來接 送轉院治療。

### **案**例三

30 歲孕產婦,於某診所規則產檢並無異 樣。因前一胎剖腹產,且為了良辰吉時,選擇了 妊娠37週大時剖腹產。出生後APGAR計分一 分鐘與五分鐘均為9分,新生兒先於嬰兒室接受 一般性的出生後照顧。但洗完澡護理師觀察到新 生兒有微喘的現象,也給予氧氣罩治療並觀察。 然 4 小時候出現唇色發紺,胸凹明顯,趕緊聯繫 後送醫院,打了三家醫院才聯絡到外接團隊。 20 分後外接醫護人員發現新生兒血氧飽和度才 70%,給予正壓換氣未見改善,置放了氣管內管 給予正壓換氣,較穩定後出發至後送醫院繼續照 顧。

### 問題分析

### 描述

新生兒的轉送必須要達到穩定處理以利後續的照顧,避免器官二度傷害,並確保新生兒可以在最佳狀態下轉至後續的照顧中心。對於足月或晚期早產兒來說,大約4-10%會在出生後需要正壓換氣幫助,而約有1-3/1,000需胸部按壓和急救藥物幫忙,這些新生兒後續會需要進一步照護與觀察。何時要轉診、如何安排是周產期新生兒照護的重要課題。

### 分析

### 1. 產前孕婦轉診:

當預期是高危險性的懷孕及生產過程,其 周產期的問題會威脅到產婦或胎兒的健康與安全 時,產前孕婦轉診是保障母子健康的必要措施。 需進行產前孕婦轉診的狀況包括:早產、未達足 月之早期破水、嚴重的妊娠高血壓或產生其他高 血壓的合併症、產前出血、妊娠的合併症包括糖 尿病、腎臟病、肝炎、多胞胎、胎內生長遲滯、 胎兒畸形、產程進展不良、胎位不正及母體受傷 等。若於接近生產前轉診,必須考量是否能即時 的、安全的送達後送院所,避免於轉送途中生 產。

### 2. 新生兒轉診時機:

90%不具危險因子的新生兒出生後都是活力良好,只需給予新生兒常規照護。若有產前或產

中危險因子的新生兒,經過初步的處理(保溫、抽吸維持呼吸道暢通、刺激呼吸等)即恢復良好的呼吸,也只需仔細監測與提供新生兒常規照護即可,只是過程中要特別注意新生兒的呼吸、體溫及活力,因為仍有一部分新生兒在出生後幾小時呼吸狀況才惡化,如案例3所述。

新生兒若出生時有使用氧氣或正壓換氣,即需要更密切的監測,常常接下來需要更多的呼吸支持,如持續給氧、正壓換氣或使用呼吸器,這些新生兒常要住到新生兒加護病房。當然,出生時即經過進一步急救處置,例如放置氣管內管急救時,也必須轉入加護病房治療。這些寶寶的新生兒評分通常低於7分。其他考慮新生兒轉診的狀況,包括早產、有心肺不穩定、呼吸窘迫、發紺、活動力不佳或其他新生兒疾病等狀況。

### 3. 新生兒轉送流程:

當發生需要轉診的情境時,往往非常緊急,分秒必爭,事先安排好流程是提升品質的重要關鍵,包含後送單位、聯絡電話、病情資料文件的準備、穩定處置、家屬的溝通與說明、轉送動線安排等。當然,整個轉診聯絡過程也必須被記錄下來,因為新生兒轉送需要有具備處理能力的醫護人員,並配備輸送型保溫箱、急救設備、監視器、氧氣,甚至呼吸器設備等,故專門的新生兒外接團隊是轉送支援的最佳選擇,如此才能在最短時間內先提供新生兒必要的穩定處置,提升醫療品質。流程要能說明:

- (1) 後送單位:依照區域、醫療處理能力等,列出可前來外接的合作醫療單位之聯絡窗口,請勿僅列一、兩家醫院,且須確保電話正確。
- (2) 聯絡時須傳達的資訊:包括基本的週數、體 重資料,出生時狀況、已經給予的處置、目 前生命徵象、重要的產前與周產期危險因子 等。
- (3)轉送前的處置:若有預期可能會出現緊急 狀況,最好請兒科醫師或是具備新生兒急救 處理能力的醫護人員前來協助第一時間的醫 療處置,穩定處置包含保暖、維持呼吸道暢 通、提供正壓換氣、監測心跳與血氧飽和度 等。尤其是有效的正壓換氣,是新生兒急救 處理的最重要步驟,若無法成功置放氣管內 管時,持續以面罩提供正壓換氣常常就足以 維持新生兒的穩定了。
- (4)轉診文件:可以事先設計填寫的表單格式, 包含上述聯絡時所傳達的訊息,以及後續的 處置與變化、時間紀錄等相關資料、處理的 醫護人員姓名與聯絡方式等,可作為提供給 後送單位的資料紀錄單。必要時,也要先行 影印一些病歷資料或檢查報告,以提供後送 單位足夠的資訊。
- (5) 家屬的溝通與說明:當緊急事件發生,家屬 難免有強烈的擔憂與不安,如何清楚地讓家 屬得到及時的資訊、如何說明、由誰說明、 如何安排家屬在不影響急救下看看新生兒、

- 了解狀況等,若能事先安排好細節,也能藉 由好的溝通化解一些誤解。
- (6)轉送動線安排:包括外接團隊與輸送型保溫 箱由誰引導、電梯間或相關空間是否足夠等 均可事先規劃。
- (7)離開院所前的注意事項:外接團隊在離開前,可以簡單的向家屬摘要說明目前的狀況與後續的處置,並且回報轉送單位目前新生兒之狀況與病房須準備之儀器設備,以作好準備。

### 學習重點

- 若為高危險妊娠,孕婦產前轉診是較理想的狀況。
- 新生兒轉診的時機,包含出生時經過急救處置, 或是後續出現新生兒不穩定的狀況或疾病等。
- 3. 必須事先安排好新生兒轉診流程,包含後送單位、聯絡電話、病情資料文件的準備、穩定處置、家屬的溝通與說明、轉送動線安排等,以提升救治品質。



### 學習主題

- 1.2016年新版新生兒救命術(NRP)的流程
- 2. 面對各種不同情境執行新生兒救命術
- 3. 生產前應確實檢查新生兒急救相關設備, 確認大小及功能正常。

#### 個案描述

#### **案例一**

33 歲孕婦,產前檢查發現有前置胎盤,胎 兒部分無明顯異常。於妊娠 37 週又 1 天時,因 劇烈腹痛及大量出血而至急診。入院時胎兒監視 器顯示胎兒心跳緩慢(<60 次/分鐘)且變異性 極低,因胎兒窘迫合併前置胎盤,緊急進行剖 腹產手術。該名男嬰出生後全身發紺,無自主 呼吸、無哭聲及無心跳,經刺激後仍無反應, Apgar score 第一分鐘及第五分鐘皆為 0,於產房 進行新生兒救命術。

#### **案例**二

38 歲孕婦,妊娠 23 週又 1 天,產檢規則無 異常。此次因大量破水至醫院求診,超音波顯示 羊水幾乎全無,胎兒預估體重為 500 克。孕婦的 先生向醫師表示家中經濟負擔重,若小孩嚴重早 產,希望能順其自然不要實行新生兒救命術,在 醫師解釋的同時,此時產婦已於床上自然產下一 名體重 450 克之女嬰,膚色全身發紺,心跳微 弱,無自主呼吸,此時立刻聯絡小兒科醫師,進 行相關處理並向家屬解釋。

#### **案例**三

29 歲初產婦,規則產檢無異常,於妊娠 39 週又 3 天時因規則子宮收縮之產兆,入院待產。 入院後產程進展慢,儘管催生藥給予,24 小時後,子宮頸仍舊維持 5 公分,無明顯進展;此外,胎心音監視器顯示胎兒心跳早期減速,因產程遲滯合併胎兒窘迫,立即轉緊急剖腹產手術。 男嬰出生後,全身胎便濃染,心跳緩慢、活力差且膚色發紺,產房人員及兒科醫師立即給予新生兒救命術,約莫 10 分鐘後病嬰恢復活力,入新生兒加護病房繼續治療。

#### **案例四**

31 歲產婦,妊娠 37 週又 3 天,產檢中發現 胎兒有左側先天性橫膈疝氣,因破水且合併胎兒 異常,行剖腹產手術。病嬰出生後,呼吸費力且 不規則,心跳低於 100 次/分,兒科醫師因得知 產前檢查結果,立即給予插管正壓呼吸,待生命 徵象穩定後,送入新生兒加護病房進行後續手術 治療。

#### 案例 五

一名懷孕 25 週雙胞胎的孕婦因破水就診,

胎兒預估體重皆約 600 克,子宮收縮監測器顯示頻繁規則宮縮,內診發現子宮頸全開,因安胎安不住立即推入產房,並同時聯絡小兒科協助。兩名新生兒出生時心跳皆小於 100 下,預給予正壓換氣,但發現氧氣面罩過大,無法給予有效換氣,醫護人員至隔壁產房取得小面罩,更換面罩後給予正壓換氣,兩名新生兒的心跳立即上升至大於 100 下。但雙胞胎經初步處理後,皆因無自主呼吸須於產房插管。預插管時發現所準備的氣管內管及葉片只有一組,且喉頭鏡燈光過暗。醫護人員立即至隔壁產房取得另一組氣管內管、葉片及兩組喉頭鏡。兩名新生兒經插管後轉送至新生兒加護病房住院。

#### 問題分析

#### 描述

新生兒出生後的黃金五分鐘對未來的影響是很大的,因此新生兒救命術須盡早於產房執行。不同於成人,新生兒大多有健全的心臟,因此心因性須急救的可能性較小,新生兒需急救的原因大多為呼吸衰竭,因此不同於成人心臟救命術(ACLS),新生兒救命術(NRP)首重呼吸道,尤其是給予持續性的正壓換氣,其次才是壓胸與給藥。Airway (A)→Breathing (B)→Cardiac massage (C)→Drugs (D)為新生兒急救流程的原則。此外,若產前已知高危險生產或早產個案,應提早與新生兒科聯絡。

#### 分析

#### 1. 案例一:

- (1) 新生兒出生無心跳、無呼吸、無活力, Apgar score 第一分鐘為 0 轉第五分鐘仍 為 0,根據 2016 年版新生兒救命術之建議 流程,利用一分鐘評估哭聲、活力及肌張 力,但心跳仍低於 100 次 / 分者,給予正 壓呼吸。正壓呼吸給予後,心跳仍無,緊 接下一步驟執行插管。插管完成後,給予 100% 氧氣正壓呼吸,心跳仍低於 60 次 / 分,立即給予胸部按壓。胸部按壓後,因 心跳仍低於 60 次 / 分,此時給予急救藥物 Epinephrine。生命徵象恢復後,則進行急 救後照護。
- (2) 藥物給予可經由靜脈或經氣管內管給藥, 靜脈管路不易於產房立即建立,此時可 考慮臍靜脈。臍靜脈置入至反抽有回血 即可使用。經由臍靜脈給予1:10000的 Epinephrine,劑量為0.01-0.03 mg/kg。若 無靜脈管路,則可暫時由氣管內管給藥, 劑量為0.05-0.1 mg/kg。藥物可每三分鐘給 予一次,直至心跳恢復為高於60次/分。
- (3) 生命徵象恢復後,於加護病房進行急救後 照護。因本個案為缺氧性腦病變合併多重 器官衰竭,故進行低溫療法,將核心體溫 控制在33.5-34.5℃間維持72小時,72小時 後以0.5℃/小時回溫,以減少後續神經學

的傷害。

#### 2. 案例二:

該新生兒為極低體重早產兒,體重 480 克, 選擇正確的氣管內管尺寸相當重要,可以減少早 產兒插管受傷及產生併發症的機會,此案例需選 擇使用 2.5 號之氣管內管,深度為 5.5 公分(2016 年版 NRP 有週數體重和氣管內管深度的對照表)。

#### 3. 案例三:

此案例分析在於胎便吸入,過去的急救版本 需視新生兒活力好壞給予不同的處置。2016年 版將流程統一,無論是否吸入胎便,皆依照流程 圖處理,不須常規氣管內管之抽吸。

#### 4. 案例四:

此案例分析在於胎兒有先天結構異常,先 天性橫膈疝氣之病人,面罩式正壓呼吸為絕對禁 忌,須立即插管以進行後續手術治療。

#### 5 案例五:

新生兒尤其是早產兒,有極高比例出生後需要正壓換氣,甚至胸部按壓及急救藥物使用,因此於出生前確實確認所有急救設備非常重要。根據新生兒高級急救救命術,每一次的生產都應準備所有新生兒急救會用到的物品,若預期是高危險生產,這些配備需要能立即使用。本個案可改善的地方如下:

(1) 產前已知為雙胞胎,故急救設備需有兩 副。包括面罩、氣管內管、喉頭鏡及葉片 等,皆須兩套。

- (2) 面罩需罩到鼻子與嘴巴,下巴在面罩外 緣內。於出生前應參考預估週數及體重選 擇適合大小的面罩。若體重不明或難以決 定,應將不同大小的面罩至於旁邊。
- (3) 備物時需確認喉頭鏡燈光,確認是否需更 換電池。
- 6. 在所有剛出生的寶寶中,約有 10% 需要一些協助來建立呼吸,而有約 1% 的新生兒需要進一步的急救措施。因此,熟悉新生兒救命術(NRP)的流程及細節,包括正確地給予正壓呼吸、急救措施、急救藥物,以及了解在特殊情況和先天結構異常之新生兒處理流程,對提升新生兒存活率及改善預後至關重要。

#### 學習重點

- 1. 熟練 2016 年新版新生兒救命術的流程圖。
- 2. 熟悉正壓呼吸的給予方式並選擇適當的輔助氣道。
- 3. 熟悉急救藥物的劑量及給予途徑。
- 4. 對於先天結構異常之新生兒,了解各流程的相 關適應症及禁忌症。
- 5. 新生兒出生前應確實檢查急救設備準備完全, 參考預估週數及體重準備合適的面罩、氣管內 管及喉頭鏡葉片。
- 6. 若為多胞胎,應準備相對應的急救設備套數。











### 學 智 案 例 3 產後大出血

### 學習主題

- 1. 產後大出血常見原因
- 2. 產後大出血處理原則
- 3. 預後

#### 個案描述

#### **案例一**

41 歲女性,懷孕39 調產檢時發現血壓偏 高、蛋白尿及羊水減少而行剖腹產,娩出女嬰後 發現惡露量多,檢查發現子宮收縮不良且無內出 血現象,於是給予藥物治療及子宮按摩,但是子 宮收縮仍無改善,繼續給予藥物及輸血,並進行 血管栓塞手術及使用 novosteven (第七凝血因 子)。但病人的子宮收縮仍不好,血壓下降,於 是又做第二次血管栓塞並持續輸血,之後病人意 識昏迷、急救並切除子宮。經過半個月的救治, 產婦仍死亡。

#### **案例**二

33 歲女性,第二胎待產 15 小時後,經陰 道娩出一男嬰重 3,300 公克,會陰傷口呈 2 度裂 傷,產後發現子宮收縮不良,立即給予子宮收縮 藥,但陰道出血仍無改善。檢查傷口後給予輸注 代用血漿,2小時後轉診後送。此時意識已經昏 迷, 血壓量不到, 於是開始大量輸血、急救, 並 行全子宮切除手術。手術時發現左側闊韌帶血 腫,子宮頸及後穹窿裂傷,術後因病人生命徵象 不穩定,裝置葉克膜且持續輸血。但產婦仍於隔 日死亡。

#### **案例**三

45 歳產婦,於待產 3 天後剖腹產,生產後 發現陰道出血 1.000cc,於是立即執行雙側子宮 動脈栓塞,經過緊急處理:給升壓劑、輸血、插 管等,病人情況趨穩定但術後斷斷續續有發燒情 形,電腦斷層顯示腹壁有血腫,又因懷疑絨毛膜 羊膜炎,故行診斷性內膜刮搔手術,之後發燒情 形有改善。但因為剖腹產傷口有血腫,於傷口清 創之後出院。一個月後,產婦因陰道分泌物增多 且有味道就診,超音波顯示子宮腔內積膿,於是 被轉介至大醫院行次全子宮切除手術,病理報告 顯示子宮內膜壞死且合併急性及慢性發炎,術後 穩定出院。

#### **案例四**

40 歳產婦,第三胎娩出一男嬰後,發現 產後宮縮差且有持續出血,於是開始輸血並使 用BAKRI(產後填充止血球囊)。但出血情 形未改善且血壓下降於是轉診後送,當時血壓 55/35mmHg、心跳 102/min,血紅素為 6.2,經超 音波檢查發現子宮附屬器附近有一大血腫,因懷 疑子宮破裂故送開刀房手術,術中發現子宮破裂 合併子宮頸裂傷及陰道裂傷,於是行全子宮切除,術後情況穩定出院。

### 問題分析

- 1. 產後大出血是最主要的產科急症,也是導致產婦死亡的最主要因素。根據美國 2013 年的報告,與懷孕有關之死亡率約每 10 萬活產中有17.3 位死亡,其中產後大出血佔了 11.4%,產後大出血可說是執業產科醫師不可不提高警覺的產科急症。
- 2. 產後大出血的定義為自然產後 24 小時內出血量 超過 500cc,或剖腹產時出血量超過 1,000cc,
- 最常引起產後大出血的原因為:
  - (1) 子宮收縮不良
  - (2) 會陰部裂傷、子宮頸或陰道裂傷
  - (3) 胎盤植入、前置胎盤或子宮外翻
  - (4) 凝血功能障礙
- 產後大出血的危險因子為:
  - (1)子宮過度擴張,例如多胎、胎兒過大、 羊水過多等
  - (2) 多胎:生過四胎以上
  - (3) 有產後大出血之病史者
  - (4) 產程延長
  - (5) 使用產鉗
  - (6) 胎兒過大
  - (7) 前置胎盤或胎盤剝離
  - (8) 感染

- (9) 前胎剖腹
- (10) 母體有血液問題
- 3. 待產過程或生產時,醫師們對於有危險因子的 產婦如果能夠提高警覺,提早發現並處理產後 大出血,有助於降低產後大出血的併發症及死 亡率,包括:
  - (1) 緊急剖腹產
  - (2) 選擇性剖腹產
  - (3) 胎盤滯留
  - (4) 內外側會陰切開
  - (5) 產程延長: 待產超過 12 小時
  - (6) 胎兒預估超過 4 公斤
  - (7) 使用產鉗
  - (8) 待產時有發燒
- 4. 根據研究,主動處理第三產程包括同時使用子 宮收縮劑、盡早斷臍、溫和地將胎盤拉出,可 以減少將近 60% 產後大出血的機率。
- 5. 產後大出血有時是非常戲劇性的,有時是慢慢 出血或不知不覺中出血,但卻可能導致危急的 狀況或休克。其關鍵因素在於:第一、大部分 醫生都低估出血量達 50% 之多。第二、大部 分生產的產婦都是健康的,對於失血的代償性 很高,所以常常在失血量很大量時才會表現出 休克的症狀。這也是為什麼在產後大出血的產 婦,情況常常一下子變得很糟的原因。
- 6. 快速發現及診斷是成功解決產後大出血最重要 的因素,在嚴重併發症發生之前即開始,確定

及診斷發生產後大出血的原因,並及早急救, 可說是處理產後大出血的不二法門。

### 學習重點

- 1. 針對產後子宮收縮不良造成產後出血,即時 輸血並使用各類促進子宮收縮之藥物及增加凝 血功能之藥物,甚至血管栓塞術,卻仍然出血 之產婦,應該進行風險評估是否要儘早切除子 宮,以降低產婦之死亡率。
- 2. 因為產婦多半是健康女性,對失血的耐受性較高,因此對於產後大出血的產婦應加強其輸血時間的掌握,當出血量超過1,000cc時,就應該開始輸血,並且每5-10分鐘計算一次出血量。
- 3. 診所要建置能立即支援的緊急醫療團隊運作機制,以便必要時能及時進行支援,及啟動緊急轉送的機制。









## 子宮內胎兒死亡

- 1. 認識子宮內胎兒死亡之危險因子
- 2. 子宫内胎兒死亡之原因探究
- 3. 衛教病人注意胎動
- 4. 妊娠糖尿病與妊娠高血壓之診斷與治療之 重要性
- 5. 高危險妊娠轉診

#### 個案描述

42 歲女性, 第三胎, 妊娠 37 週, 身高 155 公分,體重85公斤。產檢期間,於妊娠26週被 診斷患有妊娠糖尿病,於妊娠32週發現血壓升 高,且超音波追蹤子宮內胎兒有生長遲緩之情 況。在此期間,孕婦僅被告知需控制飲食,並無 接受妊娠糖尿病之飲食衛教,既無每日量測血壓 之習慣,也未規則服用控制血壓及血糖之藥物。 妊娠 37 週之產檢,血壓 160/100 mmHg,飯後 2 小時血糖值 180 mg/dL, 胎兒預估體重僅 1,980 公克。某日自起床後都沒有感受到胎動,傍晚到 診所檢查,發現胎兒已無心跳,隨後轉診至醫院 進行引產。分娩時發現胎盤有大量血塊,懷疑有 胎盤早期剝離之現象,造成子宮內胎兒死亡。

### 問題分析

#### 描述

此孕婦之危險因子包含: 高齡產婦(42 歳)、體重過重、妊娠糖尿病與子癲前症合併血 糖血壓控制不良、子宮內胎兒生長遲緩與胎動 減少卻未立即就診。推斷最後因血壓高造成胎 盤早期剝離,導致子宮內胎兒死亡。能著手進行 改善之部分為,衛教此孕婦有多個危險因子,子 宮內胎兒死亡機率極高,應轉診高危險妊娠責任 醫院。若確診為妊娠糖尿病則應衛教病人飲食控 制方法及追蹤血糖,若有需要則應使用降血糖藥 物;確診為子癲前症之孕婦則應衛教病人每日規 則量測與紀錄血壓、視情況添加降高血壓藥物; 最後,應衛教病人胎動相關知識,叮囑多注意胎 動,若胎動減少應立即就診。

#### 分析

#### 1. 子宮內胎兒死亡之危險因子:

根據美國婦產科醫學會臨床治療指引,危 險因子包含:體重過重(BMI>30)、高齡(>35 歳)、抽菸、母體本身有內科疾病(糖尿病、腎 功能異常、甲狀腺疾病、全身性紅斑狼瘡)、高 血壓、妊娠高血壓、子癲前症、妊娠糖尿病、多 胞胎、胎兒異常(包含染色體或基因異常)、子 宮內胎兒生長遲緩、感染、胎盤與臍帶異常。

#### 2. 子宫内胎兒死亡之原因:

導致子宮內胎兒死亡之原因相當多,分類為

母體、胎兒本身、臍帶與胎盤、生產時之併發症 與環境問題;其發生原因細分如下:

- (1) 母體:糖尿病、妊娠糖尿病、高血壓、妊娠高血壓、子癲前症、子癲症、免疫疾病 與過期妊娠等等。
- (2) 胎兒:子宮內胎兒生長遲緩、羊水過多或 過少、染色體異常、先天性畸形與胎兒免 疫溶血疾病等等。
- (3)子宮環境:子宮早期收縮、早期破水與感染等。
- (4) 臍帶與胎盤: 臍帶脫出、臍帶扭結、臍帶 栓塞、胎盤早期剝離、胎盤功能不足、前 置胎盤、雙胞胎輸血症候群與胎兒母體輸 血症。
- (5) 生產過程的問題:胎兒窘迫與胎兒窒息。
- (6) 外在環境:環境毒物、藥物等等。
- (7) 不明原因:第二孕期發生子宮內胎兒死亡 通常原因不明,而第三孕期發生之原因多 為臍帶因素。整體而言約超過四成的子宮 內胎兒死亡原因不明。

#### 3. 如何發現子宮內胎兒死亡:

胎動是寶寶在子宮內的活動;妊娠8週左右 在超音波下即可觀察到此現象。初產婦約在妊娠 20週以上開始會感受到胎動,經產婦則是自18 週開始就可能會感受到胎動。

- (1) 孕婦平時發現異常之處理方式:孕婦自 行觀察發現胎動減少,可先推推肚子或是 吃東西讓血糖升高,再觀察胎動是否有增 加,若還是不太活動,應就醫做更進一步 的檢查。
- (2) 當孕婦主訴胎動減少,應該盡快評估孕婦 及胎兒狀態(最好在2小時以內)。產檢 醫師評估方法如下:
- 評估此胎孕程是否有會增加胎死腹中的 危險因子,例如胎兒生長遲滯、妊娠高血 壓、妊娠糖尿病等。
- 應該使用胎兒監視器來偵測有無胎動、 胎動時胎兒心跳變化情形以及子宮收縮狀態,來評估是否有胎兒窘迫之情形。若有 胎兒窘迫的情形發生,則建議儘快將胎兒 娩出。
- 使用超音波來評估胎兒大小、羊水量、血流狀況以及胎兒是否有活動。

#### 4. 子宮內胎兒死亡之預防:

(1) 高血壓、妊娠高血壓與子癲前症

由於血管收縮的影響,可能造成胎盤功能不 佳,胎兒在環境不好的子宮內,生長狀況不 佳,會出現窘迫徵兆;除此之外,高血壓也有 可能造成胎盤早期剝離,嚴重可能造成子宮內 胎兒死亡。

• 子癲前症高風險之預防:前胎有子癲前症

病史,或是於第一孕期唐氏症篩檢時發現 雙側子宮動脈血流阻力過高,可考慮服用 低劑量阿斯匹靈預防子癲前症之發生。

- 妊娠高血壓:衛教病人每日量測血壓並記錄、規則服藥控制血壓,並衛教病人注意胎動。
- 子癲前症:縮短產檢時間,每1-2週做一次 產檢。衛教孕婦若在家血壓過高、出現嚴 重症狀如全身水腫、噁心、嘔吐、頭痛、 視力模糊、頸部僵硬、小便量減少、體重 過度增加、上腹部疼痛等應提早就醫。若 胎兒出現生長遲滯,臍帶血流出現異常時 則應考慮提早生產。

#### (2) 糖尿病與妊娠糖尿病

原本就有糖尿病之孕婦,若懷孕初期血糖控制不良容易造成先天胎兒畸形。懷孕後期血糖控制不良,容易造成胎兒在子宮內發育遲緩,甚至引起胎兒子宮內窘迫,使窒息率增加,嚴重的還會發生缺血缺氧性腦病變。對孕婦本身而言,則容易增加孕期併發症,如感染、羊水過多和絨毛膜羊膜炎,嚴重可能造成子宮內胎兒死亡。

- 篩檢:診斷妊娠性糖尿病,應在24週至28 週時,接受口服葡萄糖水負荷試驗。
- 衛教:良好的血糖控制,將可避免與減輕上述合併症。應先從飲食控制下手,請營養師進行衛教指導,另外再搭配血糖量

- 測,建議孕婦需測量三餐之飯前與飯後2 小時血糖。
- 治療:若飲食控制、定時血糖量測仍無法 將血糖控制好,才會考慮藥物治療。

#### (3) 高危險妊娠轉診

高危險妊娠產婦的照顧應有周產期或資深婦產專科醫師負責。高危險妊娠孕婦係指孕婦被診斷為患有以下疾病者:高血壓、妊娠高血壓、子癲前症、子癲症;糖尿病及妊娠性糖尿病;妊娠合併心臟疾病、急性泌尿系統發炎、紅斑性狼瘡、自體免疫疾病或甲狀腺疾病;妊娠合併良性婦科腫瘤或外科疾病;妊娠合併前置胎盤及胎盤剝離;妊娠合併早產及早期破水與絨毛膜羊膜炎;胎兒異常或子宮內胎兒死亡等等。

#### 學習重點

- 對於有胎死腹中危險因子之產婦應及早給予妥善處置,減低子宮內胎兒死亡之機會及改善懷孕之預後。
- 當孕婦主訴胎動減少,應盡快評估孕婦是否有 增加胎死腹中的危險因子,並運用胎兒監視器 或超音波檢測胎兒狀態。











學習主題

- 1. 懷孕時併有妊娠糖尿病或糖尿病之患者,應 該密切追蹤血糖
- 2. 早產或早期破水個案使用類固醇注射與安胎 藥物之注意事項
- 3. 糖尿病丙酮酸血症發生之危險因子

### 個案描述

39 歲孕婦,懷孕 25 週又 3 天,為妊娠糖尿 病孕婦但並未積極治療。因為早期破水至急診求 診,之後安排入院接受進一步處置,經醫師解釋 胎兒風險與預後,孕婦同意接受類固醇注射以促 進胎兒肺部成熟,同時使用硫酸鎂泡於5%葡萄 糖輸液中以保護胎兒神經,以及使用安胎藥物 Ritodrin 泡於 5% 葡萄糖輸液中,用於安胎並給 予抗生素治療。

該名孕婦住院後第二天發生噁心、嘔吐與全 身無力現象,空腹血糖值為343mg/dL,動脈血 液 檢 驗 pH 值 為 7.062、HCO3- 為 3.6mmol/L、 pCO2 為 13mmHg、Base excess 為 -26.7mmol/L、 O2 為 89.9、Ketone 為 3.6mmol/L,診斷為糖尿 病丙酮酸血症,故轉入加護病房進一步治療,在 給予大量輸液與胰島素治療後狀況改善。兩天後 於加護病房娩出一子,週數為25週又6天,體 重 934 克, Aparg score 為 4 分轉 5 分, 轉新生兒 加護病房治療。

### 問題分析

#### 描述

早產或早期破水之個案給予安胎藥物延長懷 孕週數,給予類固醇促進胎兒肺部成熟,給予硫 酸鎂以保護胎兒神經保護,均為現行處理的標準 建議;然而,以上使用的藥物與泡製的溶液均可 能使血糖值升高。本個案為妊娠糖尿病且未積極 控制之個案,原本已有血糖過高的現象,但未給 予胰島素治療,在使用上述藥物後,更進一步惡 化成糖尿病丙酮酸血症,而需進入加護病房積極 治療。

#### 分析

1. 懷孕時併有妊娠糖尿病或糖尿病之患者,應該 密切追蹤血糖:

糖尿病丙酮酸血症是嚴重的併發症,發生率 約為百分之一,常發生在第一型糖尿病患者。然 而在懷孕期間,因為賀爾蒙變化,在第二型糖尿 病甚至妊娠糖尿病也都容易發生。未能及早發現 血糖升高或未適當控制血糖,均為重要原因。

#### 2. 糖尿病丙酮酸血症發生之危險因子:

糖尿病丙酮酸血症常與妊娠劇吐症、beta 腎

上腺素模擬藥物的使用、感染、類固醇促進胎兒肺部成熟等有關。

### 學習重點

- 懷孕時如有妊娠糖尿病或糖尿病之患者,易 發生糖尿病丙酮酸血症,應該要密切追蹤其血 糖。
- 2. 懷孕時如有妊娠糖尿病或糖尿病之患者,如血糖有升高情形,應該及早給予胰島素治療,並密切追蹤發生糖尿病丙酮酸血症的可能性。
- 3. 早產或早期破水個案的處置建議方式,均易造成血糖進一步升高,尤其是懷孕時有妊娠糖尿病或糖尿病之患者,更應該要密切追蹤其血糖,並積極給予胰島素治療。
- 4. 因為上述治療多為常規處置,應該設置標準作業程序書,如使用資訊系統之醫院,應於早產個案中設計糖尿病史之再次詢問選項,並提醒開立定期追蹤其血糖值之醫囑。









### 保障剖腹產脊髓麻醉安全性

### 學習主題

- 1. 產婦脊髓麻醉注意事項
- 2. 脊髓麻醉對產婦的影響
- 3. 全身麻醉藥物對脊髓麻醉產婦的影響
- 4. 如何有效降低產科麻醉意外

### 個案描述

30 歲產婦,身高 156 公分,體重 88 公斤, 此胎產前檢查正常,因前胎次為剖腹產,妊娠 38 週時至某婦產科地區醫院進行剖腹產。

剖腹產當天上午 08:00,血壓 135/90mmHg, 心跳 88 次/min, SaO2 98%。由於產婦過於肥 胖,靜脈血管難找,麻醉護理師花了30分鐘, 於 08:30 才為產婦右臂打上點滴,輸注林格氏乳 酸溶液,此時產科醫師為儘快完成麻醉,請麻醉 護理師立即協助產婦側躺,因產婦過於肥胖,背 部彎曲度不盡理想,麻醉護理師於08:50才成功 以26號脊椎穿刺針,自第三、四腰椎間注入麻 醉藥物。

產婦恢復平躺後,麻醉護理師發現點滴尚未 全開,復因產婦側躺又平躺,致靜脈導管未固定 妥當已經脫出靜脈,右臂點滴注射附近床單濕一 大片,輸液未進入體內;麻醉護理師雖立即同時 請手術室護理師一起重新尋找靜脈, 試圖建立輸 液管路,但產婦過胖,靜脈難尋,屢試屢敗。

10 分鐘後,09:00,產婦麻醉高度已上達乳 頭部位(第4胸椎),產婦表示噁心想吐,喘 不過氣,血壓下降至 100/75mmHg,心跳 78 次 / min, SaO2 95%,產科醫師遂在右側腰部下墊一 小枕頭,將產婦腹部向左推移,試圖維持血壓。

09:05, 麻醉高度已上達第三胸椎, 因無 靜脈管路可給予升血壓藥物,血壓持續下降至 82/68mmHg,心跳降至70次/min,SaO295%, 產婦表示呼吸困難,持續乾嘔,麻醉護理師給予 氧氣面罩。

09:10,血壓下降至 68/52mmHg,心跳降至 62 次/min, SaO2 92%, 此時麻醉護理師終於在 手肘部位成功打上點滴,給予升壓藥 Ephedrine 12mg,以加壓方式快速給予輸液,但產婦因瀕 臨休克越加躁動不安,頭部劇烈擺動,揮舞上 肢,無法配合,產科醫師決定剖腹將胎兒娩出, 囑麻醉護理師給予 propofol 及 atracurium,進行 插管全身麻醉,靜注麻醉藥物後,因產婦懷孕過 於肥胖,頸部渦短,產科醫師和麻醉護理師無法 成功插管,產科醫師遂要求麻醉護理師獨立以氧 氣面罩及擠壓甦醒球儘量輔助呼吸, 立即剖腹, 並呼叫特約麻醉醫師從外趕來協助。

麻醉醫師於 09:25 趕到,胎兒已娩出;麻醉 醫師雖為產婦插管成功,但產婦血壓無法測得,

心跳降至 55 次 /min,持續以加壓方式快速給予輸液,靜注 Ephedrine、Epinephrine、NaHCO3,轉入加護病房治療,產婦最終因缺氧性腦病變導致運動失調及記憶缺損等後遺症。

### 問題分析

#### 1. 脊髓麻醉前準備的問題:

脊髓麻醉會造成血壓迅速下降,產婦尤其嚴重,不可只留意麻醉成功與否,必須反覆確認管路輸液通暢程度。

- (1) 脊髓麻醉會造成交感神經阻斷,血管擴張,血壓下降,必須於麻醉前大量輸液約 1,000ml,並準備升壓藥物如 Ephedrine;但 無論輸液或給予藥物,唯賴以較粗靜脈導 管確實建立有效之靜脈管路。
- (2)本案例產婦過胖,靜脈難尋,好不容易建立靜脈管路後,完成半身麻醉,才發現注射部位之靜脈導管未固定妥當,加上產婦側躺又平躺,翻來覆去,導致靜脈導管脫出。
- (3)因一時之間難以替產婦建立起有效輸液 管路,以致輸液嚴重不足,未給予升壓藥 物,無法維持血壓。
- 2. 脊髓麻醉合併全身麻醉對生命徵象的影響問題:

脊髓麻醉如必須合併全身麻醉,麻醉藥物之 選擇、劑量之考慮必須非常謹慎,貿然為之對生 命徵象會有嚴重影響。

- (1) 產科醫師為防產婦因血壓持續下降,導致 胎盤灌流不足,造成胎兒窘迫,決定儘速 剖腹娩出胎兒,屬正確決定。
- (2) 但產婦呼吸困難,躁動無法配合,醫囑 給予靜脈鎮靜藥物 propofol 及肌肉鬆弛劑 atracurium,欲進行全身麻醉,須注意血壓 動力學的改變。

#### 3. 困難插管的評估問題:

產婦插管困難之可能性較一般人高,對缺氧忍受程度較低,即使進行半身麻醉,無法排除必要時轉為全身麻醉可能性,故每一位剖腹產婦均需做好困難插管評估,及備齊必要之困難插管工具與藥物。例如:產婦過胖,頸部過短,均屬困難插管體型。

# 4. 產科醫師對麻醉風險的認知及麻醉醫師角色問題:

脊髓麻醉風險並不比全身麻醉低,手術中產 婦清醒,須處理產婦不適及生命徵象變化,應由 麻醉醫師共同參與,保障產婦舒適及安全。

- (1) 產科醫師未能預見產婦可能面對之麻醉高 風險及影響。
- (2) 手術開始前,未請麻醉醫師共同參與、評

估及施行麻醉醫療行為,無法有效降低麻 醉風險,遇到麻醉意外難以避免產婦腦部 缺氧後遺症。

### 學習重點

- 1. 產婦進行脊髓麻醉,血壓下降幅度大且快速:
  - (1) 脊髓麻醉會造成血壓下降,麻醉高度愈往 上半身擴展,血壓下降程度愈嚴重。剖腹 產麻醉高度達 T4-6,麻醉效果最佳,然血 壓下降幅度必然頗大。
  - (2) 當麻醉高度高於第五胸椎(T5) 時,會影響心跳加速神經纖維(cardiac accelerator fiber),使心跳無法隨血壓下降加速跳動,無法增加心臟輸出進行代償以維持血壓。
  - (3) 產婦因為子宮重力影響,會壓迫下腔靜脈、骨盆腔靜脈、主動脈及其分支等,使血液回流心臟大幅降低,擴大血壓下降幅度。
  - (4) 基於以上原因,與一般病人相較,產婦進行脊髓麻醉,血壓下降更為快速,且幅度甚大,有80%的產婦收縮壓會低於100mmHg或降低幅度大於30mmHg,另有文獻顯示,血壓從124/72降至67/38mmHg只需5-10分鐘。
  - (5) 預防方法為麻醉前以較粗之靜脈導管於 15-30 分鐘給予 1,000ml 左右之輸液,配合

- 麻醉後將子宮左傾,減少下半身大血管壓 迫,同時增加血液回流,可大幅降低血壓 過低可能性。
- (6) 脊髓麻醉前,必須確認輸液管路通暢且固定妥當。先大量輸液,麻醉後視血壓降低幅度追加升壓藥物如 Ephedrine,否則萬一脊髓麻醉完成,才發現管路阻塞或脫落,無法順利輸液,產婦將於短時間內面臨休克風險。
- 在脊髓麻醉的病人,再施予全身麻醉,會造成血壓代償功能進一步失效,產婦尤然:
  - (1) 脊髓麻醉造成麻醉區域交感神經阻斷, 血管擴張,血壓下降,未阻斷之上半身血 管會進行代償性收縮,以減少血壓下降幅 度。如又同時進行全身麻醉,會使上半身 血管收縮功能也喪失,失去代償作用,血 壓必然進一步下降。
  - (2) 本案中使用常見的 propofol 做為全身麻醉劑,該藥物也會抑制交感神經及壓力感受性反射作用,使血壓迅速下降,使本案例產婦加重休克可能性。
- 3. 脊髓麻醉前也應事先評估產婦是否為困難插 管:
  - (1) 脊髓麻醉可能無法成功,也可能因麻醉高度不足,於手術中導致病人疼痛,必要時需改為全身麻醉。

- (2) 故產婦即使施行脊髓麻醉,亦需考慮可能 施行全身麻醉,於麻醉前先行評估困難插 管可能性,預先做好準備。
- (3)本案產婦身高不高,因懷孕導致過胖, 頸部相對較短,判斷應屬困難插管高危險 群,建議事先做好困難插管應對方案,方 能保障產婦安全。
- 4. 儘可能由麻醉醫師進行麻醉,方能有效降低產 婦麻醉意外:
  - (1) 產婦麻醉安全同時涉及產婦本身及胎兒, 脊髓麻醉風險瞬息萬變,遠高於一般病 人。
  - (2) 由麻醉醫師施行脊髓麻醉,並做好必須施 行全身麻醉及應付困難插管之萬全準備, 一旦產婦或胎兒有緊急狀況,必能大幅減 少緊急處置後併發症,保障產婦及胎兒安 全。









## 图 8 例 7 警示案例 — 孕婦因急性胎心音窘迫嘗試以真 空吸引協助陰道生產失敗,行緊急剖腹生產

嘗試真空吸引輔助陰道生產時,須符合適應 症且隨時監測胎心音,做好緊急剖腹產之準備

### 案例描述

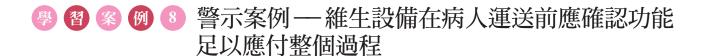
孕婦妊娠40週又5天,因陣痛入院待產, 隔日 6AM 因胎心音下降至 66-80 次 / 分,持續 約一分鐘半,立即將孕婦左側躺並給予氧氣及灌 注靜脈輸液後,胎心音回到正常範圍,內診檢查 子宮頸已全開,胎頭下降至+1位置,經醫師向 孕婦及其家屬說明及討論相關風險後,孕婦本身 仍希望嘗試陰道生產,因此於 6:11AM 送入產 房進行導尿並教導用力,但 6:45AM 胎心音又 再次下降至80-90次/分,此時胎頭已下降至+2 位置,故醫師使用真空吸引器輔助生產,但是胎 頭在產道自然擠壓下已鑄造成尖頭型,故真空吸 引的吸盤不斷脫落,雖然使用 12 次耗時約 15 分 鐘胎兒仍無法娩出,且胎心音呈現持續性窘迫之 現象,才改採緊急剖腹產。

### 建議作法

當孕婦在第二產程中,因體力耗盡無法有效 用力而造成產程延遲或疑似有急性胎兒窘迫之現 象時,產科醫師可以嘗試真空吸引,協助縮短第

二產程以期順利陰道生產。但真空吸引可能造成 胎兒頭皮血腫、顱內出血、視網膜出血、甚至胎 頭娩出後發生肩難產導致胎兒臂神經叢損傷等併 發症,產婦亦可能有較高機率的會陰部三到四度 裂傷、子宮頸裂傷、產道裂傷、子宮破裂、子宮 收縮不良等併發症發生,甚至導致產後出血性休 克之危險性。因此應充分與孕婦及其家屬溝通說 明真空吸引協助生產的目的及其可能的風險。使 用真空吸引輔助陰道生產建議如下:

- 1. 懷孕调數至少34 週以上,經胎兒體重及骨 盆評估,沒有胎頭骨盆不對稱之現象。
- 2. 子宮頸必須要全開,胎頭位置必須下降至 +2 以上,孕婦膀胱必須先排空。
- 3. 密集監控胎心音之變化,若發生持續性胎 心音減速之情形,應立即轉為剖腹生產。
- 4. 人員對於真空吸引器吸盤不斷分離脫落應 有所警覺,其有可能與放置位置或牽引技 術不正確有關,且會增加胎兒娩出後頭皮 血腫的風險。
- 5. 雖然真空吸引之次數多寡並沒有明確的臨 床數據限制,但臨床上多數產科醫師接受 使用時間以不超過10分鐘為原則,且應做 好隨時緊急剖腹產之準備。



#### 提醒

依賴維生設備的病人在運送前,應確認蓄 電及氧氣能正常運作到完成,更應妥為處理警示 音。

#### 案例描述

#### **案例一**

一位呼吸窘迫之早產兒,在轉院途中發生保溫箱蓄電耗盡,無法維持保溫的功能,運送人員於是改採暖暖包以維持體溫,在數個小時的運送途中,早產兒全身多處二度燒燙傷,其生命徵象也非常不穩定,雖然經過積極急救,後來還是因併發症死亡。

#### 案例二

一位原先使用正壓呼吸器的病人因為病情不穩,需要轉送到加護病房。轉送時,呼吸器的插頭一拔掉,電源警示的警告聲音就響起。進入電梯之後,呼吸器蓄電即將耗盡,運送人員於是改用鼻管給氧,送達加護病房時,已經心跳停止。

#### ■ 案例三

病人從加護病房要轉出到一般病房,運送過程中病人表示極度不舒服,發現是氧氣耗盡,在 電梯中無法即時取得新的氧氣鋼瓶供應,路程又 發生錯誤,延誤到達目的地,導致病人送達一般病房時心跳已經停止。

#### **案例四**

病人從手術房轉出到加護病房時,醫護團隊 交接過程中,因未仔細檢查及共同確認機器是否 正常運作。10分鐘後,病人出現發紺及心跳過 慢,開始進行急救。急救後,才發現呼吸器沒有 接上電源,根本沒有正常運作。

#### 建議作法

- 依賴維生設備的病人在運送前,要先確認 維生設備的蓄電功能及必要的供應(如氧 氣)是否充裕,足以應付轉送及過程中萬 一發生延誤之所需。
- 2. 出發前,應該先備妥相關急救設備(如甦醒球),並先備好應急方案,若設備無法 正確運作時,能夠立即採用替代措施取代 維生設備的功能。
- 3. 重症病人轉送交接時,雙方人員必須共同確認病人情況及各項維生設備的正常運作才能離開。當團隊成員不只一人時,更要注意相關權責的釐清,避免發生旁觀者效應(bystander effect),每個人都誤以為其他人有確認,其實沒有人真正確認。

- 4. 各種儀器設備的蓄電功能檢測、鋼瓶氧氣 存量檢查及維生設備異常時病人端的緊急 處理,必須是重症單位的醫護人員基本訓 練之一。每一項新的儀器設備購置啟用 時,各種基本檢測都必須教導給醫護人 員。
- 5. 氧氣鋼瓶空瓶應該明顯標示,以免緊急時 誤拿,延誤病人病情。轉送前,要先預估 路程可能需要的時間及需要的氧氣量,事 先測試鋼瓶的氧氣存量。如果沒有把握, 建議使用剛灌滿的氧氣鋼瓶。
- 6. 對於運送過程不可預期的事故(如電梯故障而導致病人受困),要有適當的應變計畫,並且於平時進行演習。
- 7. 新購置儀器設備時,設備維修部門應該加 以確認是否使用電池、電池的型號及使用 注意事項。儀器定期保養時,設備維修人 員必須注意電池的剩餘壽命及各項功能是 否正常,如果有安全顧慮,應依照儀器的 指引更換或維修。









警示案例 — 執行侵入性檢查 前應以客觀管制措施確認懷孕 狀況

對於經期紊亂的病人,執行侵入性檢查前 由臨床判斷或由超音波、尿液檢查等確認懷孕狀 況。

#### 案例描述

病人46歲,因月經長期不來至婦科求診, 經超音波檢查後診斷為多囊性卵巢,給予調經 (避孕)藥物治療半年後,追蹤仍有月經紊亂問 題,故主治醫師安排子宮鏡檢查。檢查當日,醫 師以口頭詢問病人是否有懷孕,病人主訴月經已 2個月沒來,但陰道有少量出血,疑似月經來潮 徵狀,故主治醫師未再驗孕即執行子宮鏡檢查, 發現疑似子宮內膜瘜肉且有廣泛新生血管現象, 故安排次日於手術室在麻醉下進行子宮鏡瘜肉切 除,並開立子宮頸擴張藥物(misoprostol)囑術 前服用。手術當日,病人於服藥後主訴劇烈腹 痛,緊急超音波檢查後發現病人腹中已有約20 週的成形胎兒,予以安胎處置。

### 建議作法

- 1. 侵入性檢查前應優先考量其他非侵入性檢 查之替代治療,如:保守性藥物治療或超 音波檢查等。
- 2. 懷孕為子宮鏡檢查之禁忌症,子宮鏡檢查 及手術時間建議安排在月經結束後兩週 內,在月經第二週期過後或未能排除有懷 孕可能性時,應於執行檢查前進一步驗 孕。
- 3. 子宮鏡檢查標準作業規範應將檢查前完成 月經週期史及懷孕評估納入確認步驟,並 有客觀驗孕管制措施(如:超音波檢查、 尿液檢驗等),同時善用資訊系統警示或 阳斷等機制覆核。
- 4. Misoprostol 是常見腸胃潰瘍用藥,服用 期間會引起子宮收縮,可能會導致胎兒娩 出,故除了藥袋警示說明以外,建議於處 方開立系統中出現懷孕用藥警示。
- 5. 加強團隊人員(如:主治醫師、護理師、 技術員等)對於經期紊亂病人確認懷孕方 式之正確觀念與技能。
- 6. 院內各資訊系統應符合以病人為中心原 則,完整呈現病人病歷內容,如:門診、 手術檢查紀錄、病理檢驗報告等內容。
- 7. 促進婦產科部次專科間的合作,臨床檢查 處置如發生困難時應有對應機制。



#### 提醒

當孕婦主訴胎動減少,應盡快評估孕婦是否 有增加胎死腹中的危險因子,並運用胎兒監視器 或超音波檢視胎兒狀態。

### 案例描述

病人 42 歲,身高 155 公分,體重 85 公斤,第三胎,妊娠 37 週。產檢期間於妊娠 26 週被診斷患有妊娠糖尿病,於妊娠 32 週發現血壓升高,且超音波追蹤子宮內胎兒有生長遲緩之情況。在此期間,病患僅被告知需控制飲食,並無接受妊娠糖尿病之飲食衛教;血壓亦無每日量測之習慣,也沒有規則服用藥物控制。最近一次妊娠 37 週之產檢,血壓 160/100 mmHg,飯後 2 小時血糖 180 mg/dL,胎兒預估體重僅 1,980 公克。今日起床後,整天都沒有感受到胎動;傍晚到診所檢查,發現胎兒已無心跳,隨後轉診醫院進行引產。分娩時發現胎盤有大量血塊,推斷是因高血壓而造成之胎盤早期剝離。

### 建議作法

- 1. 胎死腹中危險因子包含:體重過重 (BMI>30)、高齡(>35歲)、抽菸、母體本 身有內科疾病(糖尿病、腎功能異常、甲 狀腺疾病、全身性紅斑狼瘡)、高血壓、 妊娠高血壓、子癲前症、妊娠糖尿病、多 胞胎、胎兒異常(包含染色體或基因異 常)、子宮內胎兒生長遲緩、感染、胎盤 與臍帶異常。
- 2. 高危險妊娠係指孕婦被診斷為患有以下疾病者:高血壓、妊娠高血壓、子癲前症、子癲症;糖尿病及妊娠性糖尿病;妊娠合併心臟疾病、急性泌尿系統發炎、紅斑性狼瘡、自體免疫疾病或甲狀腺疾病;妊娠合併良性婦科腫瘤或外科疾病;妊娠合併前置胎盤及胎盤剝離;妊娠合併早產及早期破水與絨毛膜羊膜炎;胎兒異常或子宮內胎兒死亡等,建議應由周產期或資深婦產專科醫師負責照護。
- 3. 孕婦平時發現胎動異常減少時,可先推推 肚子或是吃東西讓血糖升高,再觀察胎動 是否有增加,若還是不太活動,應就醫做 更進一步的檢查。

- 4. 孕婦主訴胎動減少,應儘快於2小時內評估孕婦及胎兒狀態,評估方法如下:
- (1) 評估此胎孕程是否有會增加胎死腹中的危 險因子,例如胎兒生長遲滯、妊娠高血 壓、妊娠糖尿病等。
- (2)應使用胎兒監視器來偵測胎動情形、胎動 時胎兒心跳變化狀況以及子宮收縮狀態, 以評估是否有胎兒窘迫。若有胎兒窘迫的 情形發生,則建議儘快使胎兒娩出。
- (3) 使用超音波來評估胎兒大小、羊水量、血 流狀況以及胎兒是否有活動。
- 5. 給予患有妊娠糖尿病之孕婦飲食控制方法 及追蹤血糖衛教,建議需測量三餐之飯前 與飯後2小時血糖,並視情況使用抗血糖 藥物。
- 6. 孕婦前胎如有子癲前症病史,或是於第一 孕期唐氏症篩檢時發現雙側子宮動脈血流 阻力過高,可考慮服用低劑量阿斯匹靈預 防子癲前症之發生。
- 7. 子癲前症之孕婦應縮短產檢時間,每1-2週 做一次產檢,當胎兒出現生長遲滯或臍動 脈血流異常時,則應考慮提早生產。



### 生產事故救濟條例

中華民國 104 年 12 月 30 日公布

#### 第一章、總則

#### 第一條

為承擔女性的生產風險,國家建立救濟機制,確保產婦、胎兒及新生兒於生產過程中發生事故時能獲得及時救濟,減少醫療糾紛,促進產婦與醫事人員之伙伴關係,並提升女性生育健康及安全,特制定本條例。

#### 第二條

本條例所稱主管機關:在中央為衛生福利 部;在直轄市為直轄市政府;在縣(市)為縣 (市)政府。

#### 第三條

本條例用詞,定義如下:

- 一、生產事故:指產婦、胎兒及新生兒因生產 所致之重大傷害或死亡結果。
- 二、生產事故糾紛:指產婦或家屬認為生產事故應由醫事人員、醫療機構或助產機構負責所生爭議。
- 三、當事人:指與生產事故糾紛有關之醫事人 員、醫療機構、助產機構、產婦或其他依 法得提起訴訟之人。
- 四、系統性錯誤:指因醫療機構或助產機構之 組織、制度、決策或設備設施等機構性問 題,致醫療或助產行為發生之不良結果。

#### 第四條

醫院應設置生產事故關懷小組,於生產事 故發生時二個工作日內,負責向產婦、家屬或其 代理人說明、溝通,並提供協助及關懷服務。

診所及助產機構發生生產事故糾紛時,應 委由專業人員負責提供前項之關懷服務。

生產事故關懷小組之成員應包含法律、 醫學、心理、社會工作等相關專業人員。如產 婦、家屬或其代理人有聽覺、言語功能障礙或 其他障礙致 溝通困難時,應由受有相關訓練 之成員負責說明、溝通與關懷。

中央主管機關應編列預算,辦理強化關懷 人員說明、溝通及關懷之訓練講習,促進生產 事故糾紛之解決。

#### 第五條

生產事故糾紛發生,醫療機構或助產機構 應於產婦、家屬或其代理人要求時,於三個工 作日內提供個人病歷、各項檢查報告及健保醫 令清單等資料複製本;資料眾多者,至遲應於 七個工作日內提供。

前項資料複製所需費用,由請求人負擔。

#### 第六條

依本章規定進行說明、溝通、提供協助或 關懷服務過程中,醫事人員或其代理人所為遺 憾、道歉或相類似之陳述,不得採為相關訴訟 之證據或裁判基礎。

#### 第二章、生產事故救濟

#### 第七條

中央主管機關應設基金,辦理生產事故救

- 濟。基金之來源如下:
- 一、政府預算撥充。
- 二、菸品健康福利捐。
- 三、捐贈收入。
- 四、基金孳息收入。
- 万、其他收入。

#### 第八條

生產事故救濟給付種類及申請救濟給付對 象如下:

- 一、死亡給付:產婦或新生兒死亡時,為其法 定繼承人。胎兒死亡時,為其母。
- 二、重大傷害給付:受害人本人。

前項請求權人申請救濟給付之程序、救濟 條件、重大傷害之範圍、給付金額、方式、標 準、應檢附之資料及其他應遵行事項之辦法, 由中央主管機關定之。

#### 第九條

中央主管機關為辦理生產事故救濟之審

議,應設生產事故救濟審議會。

前項審議會由中央主管機關遴聘醫學、法 律專家、婦女團體代表及社會公正人士、機關 代表組成。下列各款情形之一,代表人數不得 少於三分之一:

- 一、單一性別。
- 二、法學、婦女團體及社會公正人士代表。

審議會組成人員之資格、任期、解任、審議程序與其他應遵行事項之辦法,由中央主管機關定之。

#### 第十條

中央主管機關辦理生產事故救濟案件, 應於收受申請之日起三個月內作成審定;必要 時,得延長三個月,並以一次為限。

#### 第十一條

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。但有下列各款情事 之一時,不予救濟:

- 一、非醫療目的之中止妊娠致孕產婦與胎兒之 不良結果。
- 二、因重大先天畸形、基因缺陷或未滿三十三 週早產所致胎兒死亡(含胎死腹中)或新 生兒之不良結果。
- 三、因懷孕或生育所致孕產婦心理或精神損害之不良結果者。

- 四、同一生產事故已提起民事訴訟或刑事案件 之自訴或告訴。但下列情形,不在此限:
  - (一)民事訴訟前於第一審辯論終結前撤回起訴。
  - (二)告訴乃論案件於偵查終結前撤回告 訴或於第一審辯論終結前撤回自 訴。
  - (三)非告訴乃論案件於偵查終結前以書 面陳報不追究之意。
- 五、應依藥害、預防接種或依其他法律所定申 請救濟。
- 六、申請救濟之資料虛偽或不實。
- 七、本條例施行前已發生之生產事故。

#### 第十二條

給付救濟後,有下列情形之一者,中央主 管機關應以書面作成處分,命受領人返還:

- 一、有具體事實證明依前條規定不應救濟。
- 二、同一生產於救濟後,提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。

#### 第十三條

給付救濟款項後,非告訴乃論且無前條第 二款情形之刑事案件,經法院判決認定應由醫 事人員負責者,中央主管機關對受領人支付之 救濟款項,就同一生產事故,視為醫療機構、 助產機構或醫事人員應負損害賠償金額之一部 或全部,不受前條規定之限制。

前項中央主管機關支付之救濟款項,於視 為損害賠償金額之範圍內,應向醫療機構、助 產機構或醫事人員請求返還。

中央主管機關向醫療機構或助產機構追償 時,如醫療事故發生原因指向系統性錯誤者, 醫療機構或助產機構於償還後,不得向醫事人 員求償。

#### 第十四條

生產事故救濟款項請求權,自請求權人知 有生產事故時起,因二年間不行使而消滅;生 產事故發生逾十年者,亦同。

#### 第十五條

生產事故救濟款項請求權,不得讓與、抵 銷、扣押或供擔保。

受領生產事故之救濟給付,免納所得稅及 遺產稅,亦不得為執行之標的。

#### 第十六條

中央主管機關為辦理生產事故救濟業務, 得限期醫療機構、助產機構及其他相關機關 (構)提供所需之病歷、診療紀錄、簿據或其他 相關資料,被要求者不得規避、妨礙或拒絕。

#### 第十七條

有下列情形之一者,生產事故救濟審議委

#### 員應自行迴避:

- 一、為當事人本人或其配偶、直系血親、三親等以內之血親或姻親、家屬。
- 二、為當事人代理人。
- 三、與當事人或代理人服務於同一醫療機構或 助產機構。

申請人知悉救濟審定結果有前項應自行迴 避而未予迴避之情事,得申請重新審議。但申 請人已依法提起或曾提起訴願、行政訴訟者, 不在此限。

#### 第十八條

對救濟給付審定不服者,得依法提起訴願 及行政訴訟。

#### 第十九條

中央主管機關為辦理生產事故救濟行政業務,應編列預算為之,並得委託財團法人、其 他機關(構)或團體辦理下列事項:

- 一、救濟申請之審定、給付等庶務工作。
- 二、救濟基金收取及管理之協助。
- 三、生產事故事件之統計與分析。
- 四、生產事故救濟事件資料庫之建立、分析及 運用。
- 五、其他與生產事故救濟業務有關事項。中央主管機關得隨時要求前項受託財團法人、其他機關(構)或團體提出業務及財務報

告,並得派員檢查其業務狀況及會計帳簿等資 料。

#### 第二十條

辦理生產事故救濟給付相關業務之人員, 因執行職務而知悉、持有他人之秘密,不得無 故洩漏,或為自己、他人利益而使用。

#### 第二十一條

中華民國國民申請生產事故救濟,以該生產事故在中華民國境內發生者為限。

前項申請,中華民國國民之外籍配偶,適 用之。

除前項所指之申請外,非中華民國國民申 請生產事故救濟,以依條約、協定、協議或其 國家、地區之法律、慣例,中華民國人民得在 該國或地區享受同等權利者為限。

### 第三章、生產事故事件通報、查察、分析 及公布

#### 第二十二條

為預防及降低生產事故風險之發生,醫療機構及助產機構應建立機構內風險事件管控與 通報機制,並針對重大生產事故事件分析根本 原因、提出改善方案,及配合中央主管機關要求進行通報及接受查察。

主管機關應於通報後一年內查察改善方案之執行。

前二項通報及查察辦法,由中央主管機關 定之。

重大生產事故事件分析根本原因內容,不得作為司法案件之證據。

#### 第二十三條

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。

前項公布之方式,應至少包含醫療機構層級別、區域別及性別之案件分析。

#### 第二十四條

中央主管機關對發生生產事故糾紛或生產 事故之醫療機構及助產機構,得視需要分析發 生原因,並命其檢討及提出改善方案。

前項分析,得委託具公信力之機構或團體 辦理,並應注意符合匿名、保密、共同學習之 原則,且不以處分或追究責任為目的。

#### 第四章、罰則

#### 第二十五條

醫療機構及助產機構違反第二十二條第一項規定,有下列情事之一者,各處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰:

- 一、未建立機構內風險事件管控與通報機制。
- 二、未針對重大生產事故事件分析根本原因、 提出改善方案。
- 三、未配合中央主管機關要求進行通報及接受 查察。

#### 第二十六條

醫療機構、助產機構或其他相關機關 (構)規避、妨礙或拒絕主管機關依第十六條 所為之要求者,由中央主管機關處新臺幣五萬 元以上二十五萬元以下罰鍰。

#### 第二十七條

醫院未依第四條設立生產事故關懷小組或 醫療機構及助產機構未依第五條第一項規定期 限提供資料者,由直轄市、縣(市)主管機關 處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰。

#### 第二十八條

辦理生產事故救濟給付相關業務之人員違 反第二十條規定者,由中央主管機關處新臺幣 一萬元以上五萬元以下罰鍰。

#### 第五章、附則

#### 第二十九條

本條例自公布後半年施行。

### 生產事故救濟作業辦法

中華民國 105 年 7 月 13 日發布

#### 第1條

本辦法依生產事故救濟條例(以下簡稱本 條例)第八條第二項規定訂定之。

#### 第2條

生產事故救濟給付請求權人申請生產事 故救濟給付時,應填具申請書,並檢附下列文 件、資料,向中央主管機關為之:

- 一、產婦懷孕期間之孕婦健康手冊(包括歷次 產前檢查紀錄)。
- 二、產婦生產過程之醫療機構病歷摘要或助產 機構紀錄;涉及二以上醫療機構或助產機 構者,均應檢附。
- 三、產婦懷孕期間有慢性疾病或與生產事故 相關之其他疾病診察與治療者,其病歷摘 要;涉及二以上醫療機構者,均應檢附。
- 四、申請人與受害人之關係證明。
- 五、申請死亡給付者,死亡證明書或死產證明 書。
- 六、申請重大傷害給付者,身心障礙證明影本或診斷書。
- 七、其他經中央主管機關指定之文件、資料。

#### 第3條

前條申請人檢附之文件、資料有缺漏或不 合程式者,中央主管機關應通知申請人自收受 通知之次日起三十日內補正。屆期不補正者, 不予受理。

前項補正,申請人有正當理由者,得於 三十日補正期間屆滿前,申請展延,並以一次 為限。

#### 第4條

請求權人依第二條規定申請生產事故救濟 給付時,得填具委託書,委託代理人或醫療機 構、助產機構代為申請。

#### 第5條

中央主管機關辦理生產事故救濟給付業務時,得為下列措施:

- 一、通知醫療機構或助產機構,並視需要請其 就生產事故提供說明。
- 二、依本條例第十六條規定,限期提供所需之 病歷、診療紀錄、簿據或其他相關資料。

#### 第6條

生產事故救濟給付,依本條例第八條規 定,分為死亡給付及重大傷害給付。

前項所稱重大傷害,指因生產所致下列情 形之一者:

- 一、身心障礙程度中度以上。
- 二、子宮切除致喪失生殖機能。
- 三、其他經中央主管機關認定身體或健康有重

大不治或難治之傷害。

#### (構)或團體為之。

#### 第7條

生產事故救濟給付之額度如下:

- 一、死亡給付:
  - (一)產婦:最高新臺幣二百萬元。
  - (二)胎兒或新生兒:最高新臺幣三十萬 元。

#### 二、重大傷害給付:

- (一)極重度障礙:最高新臺幣一百五十萬 元。
- (二)重度障礙:最高新臺幣一百三十萬 元。
- (三)中度障礙:最高新臺幣一百十萬元。
- (四)子宮切除致喪失生殖機能:衡酌其有無子女、喪失生殖能力對家庭影響程度,最高新臺幣八十萬元。
- (五)經中央主管機關認定為其他於身體或 健康有重大不治或難治之傷害:最 高新臺幣三十萬元。

前項第二款障礙程度,由直轄市、縣 (市)政府依身心障礙者權益保障法規定核發 之身心障礙證明認定之。

#### 第8條

中央主管機關依第二條、第三條及第五條應辦理之事項,得委託財團法人、其他機關

#### 第9條

本辦法自本條例施行之日施行。

### 生產事故救濟審議會設置辦法

中華民國 105 年 7 月 13 日發布

#### 第1條

本辦法依生產事故救濟條例(以下簡稱本 條例)第九條第三項規定訂定之。

#### 第2條

生產事故救濟審議會(以下簡稱本會)之 任務如下:

- 一、重大生產事故事件之審議。
- 二、生產事故救濟給付之審議。
- 三、中央主管機關交辦事項。
- 四、其他有關生產事故救濟事項之審議。

#### 第3條

本會置委員九人至十七人,其中一人為 召集人,由衛生福利部部長就醫學、法律專 家、婦女團體代表、社會公正人士及機關代表 聘(派)兼之;其中法律專家、婦女團體代表 及社會公正人士擔任之委員,不得少於三分之 一;任一性別委員,不得少於三分之一。

#### 第4條

本會委員任期三年,期滿得續聘之。但代 表機關出任者,應隨其本職進退。

本會委員因故出缺時,本部得予補聘,其任期至原委員任期屆滿之止。

#### 第5條

本會會議不定期於必要時召開,由召集人

為主席;召集人未能出席時,應指定委員一人 為主席。

本會會議應有二分之一以上委員之出席, 決議事項應有出席委員過半數之同意;可否同 數時,由主席裁決之。

本會委員應親自出席會議,不得委託他人代理。

#### 第6條

本會審議生產事故救濟事項時,得指定 委員先行審查;必要時,並得邀請有關機關 (構)、專業團體或專家學者列席諮詢。

#### 第7條

本會委員有本條例第十七條第一項規定應 自行迴避情形者,應自行聲明迴避;經發現有 應自行迴避而未迴避者,主席應請其迴避。

前項所定迴避於列席諮詢人員,準用之。

#### 第8條

本會審議生產事故救濟事項之委員、列席 諮詢人員及辦理生產事故救濟給付相關業務之 人員,因執行職務而知悉、持有他人之秘密, 依本條例第二十條規定,不得無故洩漏,或為 自己、他人利益而使用。

#### 第9條

本辦法自本條例施行之日施行。

### 生產事故通報及查察辦法

中華民國 105 年 7 月 13 日發布

#### 第1條

本辦法依生產事故救濟條例(以下簡稱本 條例)第二十二條第三項規定訂定之。

#### 第2條

本辦法所稱重大生產事故事件,指有下列 情形之一者:

- 一、剖腹產手術後,在產婦體內遺留異物。
- 二、以不相容之血型輸血。
- 三、錯誤藥物處方致產婦永久喪失肢體重要機 能或死亡。

四、其他經中央主管機關認定者。

#### 第3條

醫療機構或助產機構依本條例第二十二條 第一項規定建立機構內之風險事件管控機制, 應包括下列事項:

- 一、風險事件內容。
- 二、風險事件處理。
- 三、風險事件管理機制。

#### 第4條

醫療機構或助產機構應於生產事故事件發 生後之次月十日前,向中央主管機關通報;其 通報內容,應包括下列事項:

- 一、事件發生時間。
- 二、事件發生內容。
- 三、事件發生可能原因。
- 四、事件發生後之立即處理。

五、預防此類事件再發生之措施或方法。

六、其他經中央主管機關指定事項。

#### 第5條

中央主管機關接受通報後,應交由本條例 第九條所定生產事故救濟審議會(以下簡稱審 議會)審議。

生產事故事件經前項審議會審定屬重大生 產事故事件者,中央主管機關應通知醫療機構 或助產機構於六十日內完成根本原因分析並提 出改善方案,經審議會審核通過後,轉知直轄 市、縣(市)主管機關依本條例第二十二條第 二項規定查察。

前項分析及改善方案,中央主管機關於必 要時,得通知醫療機構或助產機構限期完成, 不受前項六十日之限制。

#### 第6條

直轄市、縣(市)主管機關每年應對轄區 內醫療機構或助產機構業務,定期實施督導考 核,其中應包括前條第二項之查察;必要時, 中央主管機關得至醫療機構或助產機構查察。

#### 第7條

本辦法所定各級主管機關應辦理之事項, 必要時,得委託政府機關(構)、法人、團體 或民間機構為之。

#### 第8條

各級主管機關及受委託政府機關(構)、 法人、團體或民間機構相關人員知悉第五條之 分析及改善方案內容,不得無故洩漏。

#### 第9條

本辦法自本條例施行之日施行。

# 生產事故救濟常見 Q&A

### 【機構版】

Q	A
一、醫療機構可否協助民眾申請生產事 故救濟給付? 二、申請表單不會填寫時可以請求協助 嗎?	醫療機構可以協助民眾申請生產事故救濟給付,但需檢附「衛生福利部生產事故救濟申請委託書」。 可電洽或親臨「財團法人台灣婦女健康暨泌尿基金會」,將 有專人協助;洽詢專線:02-21002092、地址:104台北市中 山區中山北路2段99號6樓。
三、發生生產事故後,醫療機構除了協助申請救濟外,還可以做什麼?	<ul> <li>(一)醫院:</li> <li>1.應設置生產事故關懷小組,其成員應包含法律、醫學、心理、社會工作等相關專業人員,於生產事故發生時2個工作日內,派員提供說明、溝通、協助及關懷服務。</li> <li>2.如產婦、家屬或其代理人有聽覺、言語功能障礙或其他障礙致溝通困難時,應請受有相關訓練之人員共同協助說明、溝通與關懷。</li> <li>(二)診所/助產所: 診所或助產機構依法未強制要求設立生產事故關懷小組,但若有發生生產事故糾紛時仍應委由專業人員提供說明、溝通、協助及關懷服務,亦可委託其他專業人士或團體辦理。</li> </ul>
四、關懷小組或提供關懷服務之專業人 員有無相關之限制?	<ol> <li>關懷小組成員或人數,可依醫院之規模自訂。</li> <li>關懷小組或提供關懷服務之專業人員,不限任職於該機構者;機構亦得與後送醫院或其他單位合作,或透過當地醫師公會等團體及衛生局輔導培養關懷人才等,充實可運用資源。</li> </ol>

五、醫療機構及助產機構如何建立機構 內生產風險事件之管控機制?	風險事件管控係指機構內針對高風險事件訂有處理程序,例如 新生兒急救、產後大出血、備血及輸血等狀況,訂立相關作業 程序,並事先擬定轉院後送計畫,以有效因應生產過程中之突 發狀況。
六、發生哪些事件需要進行通報?如何 通報?	<ol> <li>1. 依生產事故通報及查察辦法第四條規定,醫療機構或助產機構應於「生產事故」事件發生後之次月10日前完成事故通報。</li> <li>2. 又依生產事故救濟條例第三條第一款規定,「生產事故」係指「產婦、胎兒及新生兒因生產所致之重大傷害或死亡結果」。</li> <li>3. 因此,醫療機構或助產機構若發生產婦、胎兒及新生兒因生產所致之重大傷害或死亡結果」。</li> <li>4. 大傷害或死亡結果時,依規定須於事件發生後之次月10日前,向中央主管機關或受其委託之法人、團體或民間機構(現為醫策會)進行通報;若機構未依規定進行通報,依法可處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰。</li> </ol>
七、生產事故救濟給付分為死亡給付及 重大傷害給付,請問何謂「重大傷 害」?	依生產事故救濟作業辦法第六條第二項規定,「重大傷害」 係指因生產所致下列情形之一者: 1.身心障礙程度中度以上。 2.子宮切除致喪失生殖機能。 3.其他經中央主管機關認定身體或健康有重大不治或難治之 傷害。
八、不明原因造成之「胎死腹中」,是 否屬生產事故救濟條例所定之救濟 給付範圍?	<ol> <li>1. 依生產事故救濟條例第三條第一款規定,「生產事故」係指「產婦、胎兒及新生兒因生產所致之重大傷害或死亡結果」。</li> <li>2. 不明原因之胎死腹中案件,如無法排除與生產有因果關係者,應可屬上開生產事故救濟給付範圍,亦應依法辦理生產事故通報作業。</li> </ol>

依生產事故通報及審查辦法第二條所稱重大生產事故事件, 指有下列情形之一者: 九、依生產事故救濟條例規定,醫療機構 及助產機構針對重大生產事故應進行 1. 剖腹產手術後,在產婦體內遺留異物。 根本原因分析及改善,請問何謂重大 2. 以不相容之血型輸血。 生產事故事件? 3. 錯誤藥物處方致產婦永久喪失肢體重要機能或死亡。 4. 其他經中央主管機關認定者。 十、若生產事故發生之初尚無法判定其 如判定傷害結果有可能達到身心障礙程度中度以上,機構仍 傷害之結果是否達到身心障礙程 應通報,並請於事件發生過程及發生後立即處理措施註明 度中度以上時,機構是否需進行通 「尚未判定傷害程度」。 報? 為了解事故之醫療照護過程,轉出及轉入之A、B 醫院皆應 十一、新生兒於 A 醫院出生, 因呼吸窘 進行通報,轉出之A醫院請敘述事件發生時間、過程並追 泊問題轉診至 B 醫院接受處置照 蹤病人狀況;轉入之 B 醫院亦請敘述轉入時的時間、病人狀 護,但於轉院數日後死亡,此個 況、機構內處置過程及病人後續情形等資料,並於事件發生 案 B 醫院是否需進行通報? 過程及發生後立即處理措施欄位描述病人轉入交接資訊、後 續處置過程。 十二、新生兒於 A 醫院出生,轉至 B 醫 通報項目必須為產婦、胎兒及新生兒因生產所致之重大傷害 院接受處置,但B醫院醫師認為 或死亡結果,如醫療專業判定非生產所致事件,則無需進行 新生兒問題並非因生產所致,請 涌報。 問是否需要進行通報? 十三、若產婦為外籍人十,發生事故時 無論生產之產婦是否為中華民國國民,若機構發生「生產事 是否需進行涌報? 故」事件,皆須依法通報。

 生產事故救濟條例第八條之規定,生產事故救濟給付種類 及申請救濟給付對象分別為:

- (1) 死亡給付:產婦或新生兒死亡時,為其法定繼承 人。胎兒死亡時,為其母。
- (2) 重大傷害給付:受害人本人。
- 在衛生福利部國民健康署公布之死產證明書及出生證明書,填表說明所述:
  - (1) 死產:指胎齡滿 20 週以上或 500 公克以上之胎兒死亡(中、晚期胎兒死亡),即胎兒在與產婦分離後,不會呼吸或未顯示任何生命現象,如心跳、臍帶搏動或明顯之隨意肌活動者,皆視為死產。
  - (2)活產:從產婦完全產出或取出之胎兒,不論懷孕期之長短,在與產婦分離後,能呼吸或顯示任何生命現象,如心跳、臍帶搏動或明顯之隨意肌活動,不論臍帶是否已切斷或胎盤是否仍附著,凡如此出生之嬰兒,皆視為活產。
  - (3)罰則(依兒童及少年福利與權益保障法): 第14條:胎兒出生後七日內,接生人應將其出生之 相關資料通報衛生主管機關備查;其為死產者,亦 同。

第86條:接生人違反第十四條第一項規定者,由衛生主管機關處新臺幣六千元以上三萬元以下罰鍰。

- (4) 綜上,因新生兒或胎兒死亡於申請生產事故救濟死 亡給付時,其申請對象及需檢附之證明文件有所差 異,為免衍生相關行政作業問題,請生產機構依死 產、活產之認定規定開立相關證明書。
- 十五、胎兒如有重大先天畸形、基因缺陷 等問題,或因產婦有妊娠毒血症等 因素,經評估診斷而給予終止妊娠 處置時,是否需進行通報?

因醫療需求而進行的終止妊娠,如發生生產事故仍需進行通報。對於胎兒的事件發生可能原因屬於「醫療:診斷治療與 處置照護相關」

十四、如何判斷生產事故救濟死亡給付 對象為新生兒或胎兒?



## 【民眾版】

Q	A
一、什麼是「生產事故 救濟條例」?	生產事故救濟條例是國家為承擔女性的生產風險,特立法建立救濟機制,以確保產婦、胎兒及新生兒於生產過程中發生事故時能獲得及時救濟,並透過事故發生後之及時關懷、溝通說明與協助,促進產婦與醫事人員之夥伴關係,減少糾紛,並提升女性生育健康及安全。  (一)105年6月29日前已發生的生產事故,可向醫療機構表達意願並由其向「財團法人藥害救濟基金會」提出申請(申請截止
二、如何提出申請?	日:107年6月29日,洽詢專線:02-23587579)。 (二)105年6月30日後發生的生產事故,可由本人或委託代理人 向「財團法人台灣婦女健康暨泌尿基金會」提出申請(洽詢專 線:02-21002092)。
三、生產事故救濟之申 請可有限制?	<ul> <li>(一)中華民國國民(含其外籍配偶)申請生產事故救濟,以該生產事故在中華民國境內發生者為限。</li> <li>(二)依生產事故救濟條例第8條規定,生產事故之申請救濟給付對象:</li> <li>1.死亡給付:產婦或新生兒死亡,給付對象為其法定繼承人。胎兒死亡時,為其母。</li> <li>2.重大傷害給付:給付對象為本人。</li> </ul>
四、救濟給付額度為何?	夕產婦新生兒/胎兒死亡最高 200 萬元最高 30 萬元極重度最高 150 萬元重度障礙最高 130 萬元中度障礙最高 110 萬元子宮切除最高 80 萬元-其他經主管機關 認定之傷害最高 30 萬元

五、救濟給付之撥付對 象?	(一)產婦及新生兒死亡時為其法定繼承人(註1)。
	(二)胎兒死亡時為產婦本人(註2)。
	(三)產婦重大傷害給付:產婦本人(註2)。
	(四)新生兒重大傷害給付:新生兒之父母親;無父母,或父母均不
	能行使親權時則為監護人。
	註:
	1. 若同一順位之法定繼承人有 2 (含)人以上,申請人須提出其他法定
	繼承人簽章之委託書。
	2. 產婦如受監護宣告或輔助宣告,產婦之監護人或輔助人受監護宣告或
	輔助宣告應檢附受害人受監護或輔助宣告之法院證明文件。(依民法
	第 14、15、15-1、15-2 條規定)。
六、申請時需檢附哪些 文件及表單?	(一)生產過程之醫療機構病歷摘要或助產機構紀錄 (涉及2家以上
	之醫療機構或助產機構,均應檢附)。
	(二)至「生產事故救濟條例專區(www.safebirthtw.org.tw)」下載並
	填妥「衛生福利部生產事故救濟申請書」(一式二份)。
	(三)申請人與受害人之關係證明(如身分證正反面影本、戶籍謄本)。
	(四)申請產婦及新生兒死亡給付者,請檢附死亡證明書;胎兒死亡
	給付者,請檢附死產證明書;重大傷害給付者,請檢附身心障
	礙者證明影本。
	(五)繼承系統表及受領救濟給付之繼承人委託書【視需要檢附】:若
	同一順位之法定繼承人有2(含)人以上者,申請人須填寫繼承
	系統表及提出其他法定繼承人簽章之委託書。
	(六)衛生福利部生產事故救濟申請委託書【視需要檢附】:申請人如
	需委託代理人、醫療機構或助產機構代為申請生產事故救濟給

付時,應填附衛生福利部生產事故救濟申請委託書。

七、哪些生產事故不在 救濟給付範圍?	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。但有下列各款情事之一時,不予救濟:  (一)非醫療目的之中止妊娠致孕產婦與胎兒之不良結果。  (二)因重大先天畸形、基因缺陷或未滿 33 週早產所致胎兒死亡(含胎死腹中)或新生兒之不良結果。  (三)因懷孕或生育所致孕產婦心理或精神損害之不良結果者(例如產後憂鬱所導致的精神障礙)。  (四)同一生產事故已提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。但下列情形,不在此限:  1.民事訴訟前於第一審辯論終結前撤回起訴。  2.告訴乃論案件於偵查終結前撤回告訴或於第一審辯論終結前撤回自訴。  3.非告訴乃論案件於偵查終結前以書面陳報不追究之意。  (五)應依藥害、預防接種或依其他法律所定申請救濟。  (六)申請救濟之資料虛偽或不實。  (七)105年6月29日前已發生之生產事故。
八、申請後需要多久才 能拿到救濟給付?	通常於申請資料完備後三個月內可作成給付審定;必要時,得再延長三 個月。
九、在何種狀況下,政府 將追回救濟給付?	給付救濟後,如有具體事實證明有生產事故救濟條例第 11 條規定不予 救濟之情事,或申請人另提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴時,將 依法命受領人返還所領取之救濟金。
十、發生生產事故後, 相關救濟的「申請 期限」為何?	應自請求權人知有生產事故時起 2 年內提出申請,逾期不行使,則其請求權消滅;生產事故發生逾 10 年者,亦同。 (如:產婦於 105 年 6 月 30 日生產,須於知道有生產事故時起 2 年內, 意即 107 年 6 月 30 日前提出申請;另外,如果產婦於 115 年 6 月 30 日 後才知道相關傷害與 105 年 6 月 30 日之生產有關,因該生產事故發生 已超過 10 年,則無法提出申請。)



# 2018 生產事故救濟報告

發 行 人 陳時中

總 編 輯 石崇良

編輯委員 (按筆畫順序排列)

何弘能、何信頤、吳美環、李建南、郭富珍、陳中明、彭純芝、

黃旭明、黃淑英、黃閔照、廖熏香、蔡明松、羅良明

執行編輯廖崑富、劉玉菁、林淑芬、韓佳玲

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107年12月 創刊年月 中華民國107年12月

編輯製作集思創意顧問股份有限公司

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 臺中市中區中山路6號

電話 (04) 2226-0330

ISBN 978-986-05-8346-5

GPN 1010702784

本報告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







ISBN: 978-986-05-8346-5 GPN: 1010702784 定價:新臺幣250元整 衛生福利部 廣告