



2020 生產事故救濟

報告

Annual Report of
Childbirth Accident Relief

2020 生產事故救濟報告

Annual Report of
Childbirth Accident Relief



部長序 |



依內政部人口統計資料顯示，108 年國人的生育平均年齡為 32 歲，女性生育第一胎平均年齡為 31 歲，其中 35 歲以上者約占 31%。隨著準媽媽生育年齡升高，歡喜迎接新生命到來的同時，妊娠併發症的風險、先天異常發生率也隨之攀升。我們認知到生育不僅是為家庭注入新血，更是一個國家維持永續動能的基礎，因此《生產事故救濟條例》施行四年多以來，我們一方面透過全面且完善的救濟制度，積極承擔婦女生產風險，另一方面也建立通報與除錯機制，期許能降低婦嬰風險，進一步提升生育安全與醫療品質，建構友善的生育環境。

自條例施行至 108 年底，共計受理 886 件申請案件，審定救濟金額約新臺幣 4 億 4 仟萬元。高達九成的救濟通過率提供了民眾及時的經濟援助，也讓《生產事故救濟條例》成為醫界安心的基石。做為醫、病雙方的後盾，本部傾聽各界建議，考量到產婦死亡或新生兒重大傷害對家庭經濟之重大衝擊與身心障礙持續性之照護需求，於 108 年修正提高部分救濟類別給付額度上限，以減緩家庭照護負擔，並更貼近人民的需求。

未來我們仍將秉持立法初衷，持續滾動檢討改進，希望透過科學數據分析、落實院內關懷、完備預防及危機處理等各項機制之強化，達成打造社會互助與正義、醫療體系健全發展及醫病關係和諧之三贏目標。期許大家共同努力，為國家的未來，打造共好環境！

衛生福利部部长 陳時中 謹識

摘要 | Summary

《生產事故救濟條例》為世界上第一部生產事故救濟處理之專法，亦首開臺灣醫療事故救濟制度之法律依據，其重要性不言可喻。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。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。」

本年度報告除了就 108 年申請案件進行分析外，亦就生產事故救濟條例自 105 年 6 月底實施後之歷年累積案件類型、醫療機構層級、區域分布，以及發生事故之產婦妊娠週數、胎次、年齡、可能原因等進行統計分析，以完整呈現近年我國之生產事故樣態。

108 年度本部共計受理 310 件生產事故救濟申請案件，分別為孕產婦死亡 29 件、孕產婦重大傷害 69 件、胎兒死亡 128 件及新生兒死亡 45 件、新生兒重大傷害 39 件；經生產事故救濟審議會審定核予救濟者共 282 件，通過率為 91.0%，救濟金額為新臺幣 1 億 6,180 萬元。

透過歷年累積數據觀察可發現，在孕產婦死亡案件中，除強化醫療院所應變及轉送機制，亦應透過風險管控，減少不必要之周產期併發症；而孕產婦重大傷害案件，應著重於建立產前高風險因子辨識、產後積極處置，以提供更安全的生產環境；新生兒死亡及重大傷害案件中，產前胎兒窘迫的早期辨識及產後新生兒急救措施的強化，為重要課題；胎兒死亡案件則因多為子宮內不明原因死亡，應加強衛教胎動之重要性，針對高風險病人須監測胎兒生長環境、給予適當醫療處置及轉送等手段，降低類似事件發生。

藉由回顧分析各類別發生原因及風險因子評估，逐步建立一套完整方針，並規劃推動各類別事故型態之改善計畫，結合地方資源，加強公私協力合作，共同達到全面性照護品質的提升。未來亦將透過案件蒐集分析與國際趨勢比較，據以持續改善國內孕產婦照護環境。

The Childbirth Accident Emergency Relief Act is the world's first Act that pertains to the handling of childbirth accident reliefs. Its importance is explicit as the Act also provides the legal basis for medical relief mechanism in Taiwan for the very first time. In addition to the analysis of childbirth accident relief cases applied in 2019, this annual report statistically analyzed types of cases, levels of medical care institution, regional distribution, age of mothers at childbirth, gestational age, parity, and possible causes of childbirth accidents of those applications after the implementation of the Childbirth Accident Emergency Relief Act so as to get the whole picture of childbirth accidents occurred in Taiwan in recent years.

According to Article 23 of the Childbirth Accident Emergency Relief Act, “the competent authority shall perform statistical analyses and publish the results annually for the childbirth accident relief cases processed”. In 2019, the Ministry of Health and Welfare received a total of 310 childbirth accident relief applications, of which 60 percent were applied by medical care institutions as requested by the victims. With the medical care institutions being proactive in assisting in the application process, not only that patient burdens can be reduced, but also that tense doctor-patient relationship can be alleviated, reducing healthcare conflicts.

Exploring the types of cases receiving the relief funds, 29 cases were due to maternal mortality, 69 cases due to major maternal injuries, 128 cases due to fetal mortality, 45 cases due to neonatal mortality, and 39 cases due to major neonatal injuries. Further analyzing the cases according to the level of medical care institutions, cases applied by medical centers was the highest in number (95 out of 310, 30.6%) due to their responsibility of providing acute and critical care services as well as referral services, while midwifery clinics was the lowest in number with two cases. In regard to regional distribution by the NHIA demarcated regions, cases occurred in the Taipei region was the highest in number (86 out of 310, 27.7%), and the eastern region was the lowest in number with four cases. With respect to the age of mothers at childbirth, the age group of 30-34 years was the highest in the number of cases (106 out of 310, 34.2%).

A total of 282 applications were approved, with a passing rate of 91.0%, by the Childbirth Accident Relief Review Committee, and a total of NTD 161.8 million relief fund was granted. The funds granted due to maternal mortality had increased the most according to the types of cases reviewed over the years.

According to the causes of childbirth accidents in the past years, “uterine atony / postpartum hemorrhage / disseminated intravascular coagulation (DIC)” were the top causes of maternal mortality. In addition to enhancing hospital response and referral services, risk management also plays an important role in reducing unnecessary perinatal complications. In regard to major maternal injuries, the top cause was also “uterine atony / postpartum hemorrhage / DIC”. It is suggested that a mechanism of identifying risk factors before childbirth and treating actively after childbirth should be established so as to provide a safer environment for childbirth. With respect to neonatal mortality and major injuries, the top cause was “fetal distress (including perinatal asphyxia and antepartum fetal distress)”. Therefore, how to improve early detection of fetal distress before childbirth and emergency responses for newborns after childbirth have become an important issue. Analyzing fetal mortality, the top cause was “unknown causes of intrauterine fetal demise”. As a result, it is critical to promote health education on fetal movement, monitor fetal growth for high-risk patients, and provide appropriate medical treatments and referral services so as to reduce fetal mortality.

Reviewing causes of childbirth accidents under each category, developing a comprehensive set of policies and procedures, establishing improvement plans, and optimizing resource allocation can together achieve the goal of quality improvement to support comprehensive care. Through continued analyses of relevant cases and international comparisons, the environment of maternal care in Taiwan can be further improved.

目錄 | Contents

部長序	02
摘 要	04
● 壹 前言	07
● 貳 生產事故救濟申請案件分析	09
● 參 生產事故救濟審定案件分析	21
第一節 孕產婦死亡案件分析	22
第二節 孕產婦重大傷害案件分析	30
第三節 新生兒死亡分析	38
第四節 新生兒重大傷害分析	45
第五節 胎兒死亡案件分析	52
● 肆 警示訊息 / 學習案例摘要	60
● 伍 結語	62
附錄	
生產事故救濟重要記事	65
學習案例	68
不予救濟案件之個案診斷與結果	75
生產事故救濟業務調查結果摘要	77

壹

前言



為鼓勵國民安心生產，並承擔婦女生產風險，立法院於 104 年 12 月 11 日三讀通過《生產事故救濟條例》，於 105 年 6 月 30 日正式施行。這是我國首部相關醫療救濟法案，也是世界首創涵蓋所有生產事故的不責難救濟條例。

生產是最容易發生糾紛和訴訟的醫療行為，主要原因為國內目前生育率低，民眾對生產的預期性很高，若碰上不可避免的風險，在過去沒有賠償救濟制度下，病人只好尋求民刑事訴訟。如此一來，不僅醫病關係緊張，更導致醫界採取防禦性醫療，接生醫療人力流失等問題。再者，大多數的生產事故訴訟案件曠日廢時，極少數病人能因勝訴獲得補償下，醫療訴訟只是耗費社會成本，製造醫病彼此間對立。

為改善醫療執業環境，減少醫療爭議，本部於 100 年與台灣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。由於試辦計畫成效良好，有效減少產科相關之醫療訴訟案件達七成，年輕醫師申請訓練為婦產科專科的意願亦明顯提高，本部與立法院及相關團體進一步推動《生產事故救濟條例》立法。除改善產科執業環境，降低醫療糾紛外，同時亦須承擔女性的生產風險，建立及時救濟機制。為強化醫療互動，依《生產事故救濟條例》規定，醫療機構應設置生產事故關懷小組，負責向產婦、家屬說明溝通，並提供協助及關懷服務；亦可受委託代為申請救濟，減少行政作業流程對產婦或其家屬所帶來的繁雜不便，以求醫病關係之改善。

《生產事故救濟條例》施行四年多以來，幫助很多發生事故的家庭及時得到救濟。檢討這幾年救濟案件的給付情形，行政院性別平等會黃淑英委員等人，於 108 年 6 月第 20 次委員會議建議調整重大傷害及產婦死亡類別之給付上限；本部即考量產婦死亡及身心障礙之照護需求，對家庭造成的影響及加重其負擔程度，將產婦死亡及極重度、重度、中度身心障礙之救濟給付上限，分別調增為 400 萬元及 300 萬元、200 萬元、150 萬元，並於 108 年 10 月 4 日修正發布施行，另於生產事故救濟審議會中調整子宮切除致喪失生殖機能救濟給付之審議原則，冀求使國家資源運用效益極大化。

本年度報告就條例施行至 108 年 12 月 31 日之生產事故救濟申請案件資料進行統計分析，希望透過珍貴資訊之持續蒐集、分析，用於改善國內孕產婦照護環境，提升女性生產健康及安全。

貳

生產事故 救濟申請案件分析



自《生產事故救濟條例》於 105 年 6 月 30 日開始施行至 108 年 12 月 31 日止，共計受理 886 件申請案件。其中，108 年度共計受理 310 件申請案件，以下就本（108）年度及條例施行至 108 年 12 月 31 日止之執行情形，進行分析如下：

一、孕產婦年齡

108 年度受理之 310 件申請案中，30～34 歲有 106 件，占 34.2%；35～39 歲有 100 件，占 32.3%；25～29 歲有 51 件，占 16.5%；40～44 歲有 28 件，占 9.0%；20～24 歲有 20 件，占 6.4%；小於 20 歲及 45 歲以上分別

有 3 件及 2 件，各占 1.0% 及 0.6%。進一步分析，108 年度各年齡族群申請案件數，對比同期內政部戶政司人口資料庫之出生人口數比例（註¹），高齡產婦發生生產事故之風險較高，其中以 45 歲以上最高，為 4.38‰；40～44 歲居次，為 3.07‰；35～39 歲為 2.24‰；30～34 歲為 1.68‰；20～24 歲為 1.33‰；小於 20 歲及 25～29 歲分別為 1.29‰、1.26‰，如表 2-1、圖 2-1。

二、申請來源

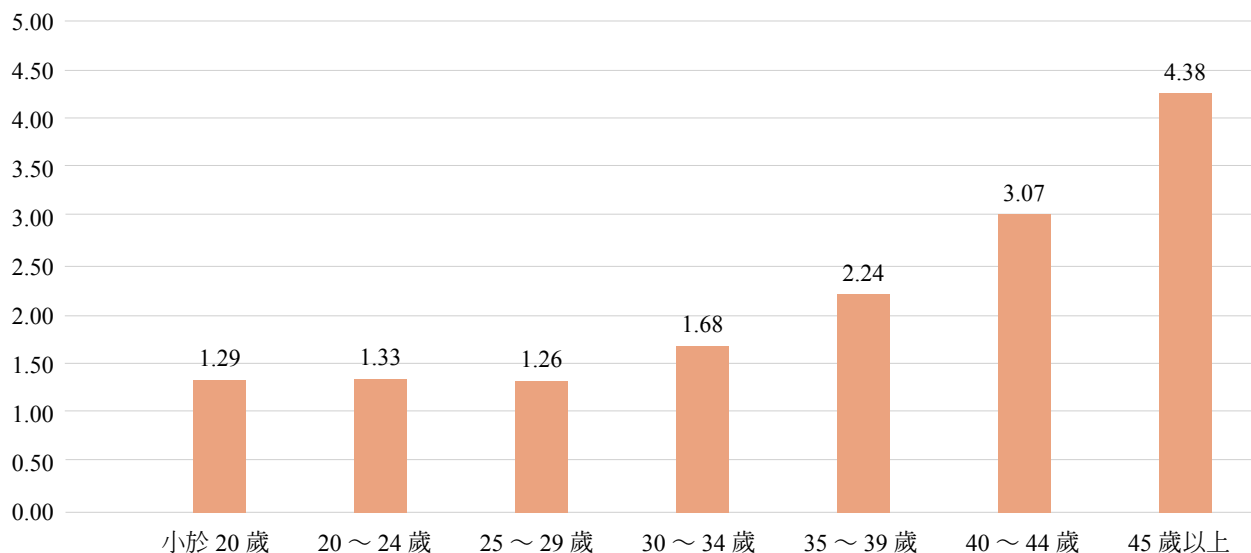
依照申請案件來源分析，108 年度所受理 310 件申請案中，為民眾自行提出申請有 129

表 2-1 108 年度出生人口數與申請案件數孕產婦年齡層分布表

108 年度	出生人口數（A）		申請案件數（B）		申請比例（B/A）
孕產婦 年齡層分布	出生數（件）	百分比	案件數（件）	百分比	申請案件數 / 出生人口數
小於 20 歲	2,331	1.3%	3	1.0%	1.29‰
20～24 歲	15,013	8.6%	20	6.4%	1.33‰
25～29 歲	40,596	23.2%	51	16.5%	1.26‰
30～34 歲	62,972	35.9%	106	34.2%	1.68‰
35～39 歲	44,574	25.5%	100	32.3%	2.24‰
40～44 歲	9,131	5.2%	28	9.0%	3.07‰
45 歲以上	457	0.3%	2	0.6%	4.38‰
合計	175,074	100.0%	310	100.0%	1.77‰

1 申請比例：同一時期之申請案件數 / 出生人口數（‰）

申請比例 (‰)



註：申請比例：同一時期之申請案件數 / 出生人口數 (‰)

(出生人口數資料來源：內政部戶政司，統計區間：108/1/1 ~ 108/12/31)

圖 2-1 108 年度申請比例按孕產婦年齡層分布

件，占 41.6%，較往年為高；由機構接受委託代為提出申請有 181 件，占 58.4%。另統計 105 年條例施行日起至 108 年 12 月 31 日止所受理之 886 件申請案中，由民眾自行提出申請

有 304 件，占 34.3%；由機構接受委託代為提出申請有 582 件，占 65.7%，如表 2-2。有超過 6 成之申請案件是委由機構代為申請，而民眾自行提出之案件有逐年升高之趨勢，如圖 2-2。

表 2-2 105 ~ 108 年度申請案件來源分布

年度	申請來源		機構代為申請		申請案件總數
	民眾自行申請		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
總計	304	34.3%	582	65.7%	886

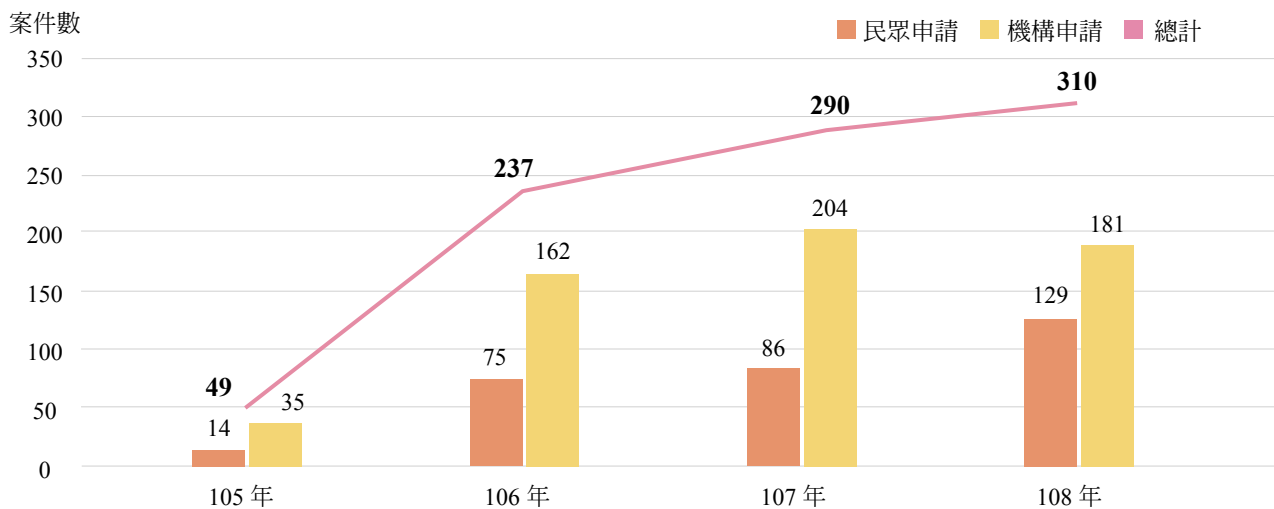


圖 2-2 105 ~ 108 年度申請案件來源分布概況 (N=886)

三、機構層級

按其發生生產事故所在機構分析，108 年度所受理 310 件申請案中，醫學中心有 95 件，占 30.7%；地區醫院有 87 件，占 28.1%；診所所有 64 件，占 20.6%；區域醫院有 62 件，占 20.0%；助產機構有 2 件，占 0.6%。進一步分析，

108 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）申報之生產數比例（註²），以醫學中心最高，為 3.07‰；地區醫院居次，為 1.79‰；區域醫院及診所分別為 1.45‰、1.33‰。此外，助產所因母數較其他層級機構少，故比例稍高，占 17.86‰，如表 2-3。

表 2-3 108 年度申報健保生產數與申請案件數機構層級分布表

108 年度	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	30,951	18.1%	95	30.7%	3.07‰
區域醫院	42,836	25.1%	62	20.0%	1.45‰
地區醫院	48,608	28.5%	87	28.1%	1.79‰
診所	48,147	28.2%	64	20.6%	1.33‰
助產所	112	0.1%	2	0.6%	17.86‰
合計	170,654	100.0%	310	100.0%	1.82‰

（生產數資料來源：健保署，統計區間：108/1/1 ~ 108/12/31）

2 申請比例：同一時期之申請案件數 / 申報健保生產數 (‰)

而以 105 年條例施行日起至 108 年底所受理之 886 件申請案來看，醫學中心有 258 件，占 29.1%；地區醫院有 230 件，占 26.0%；診所所有 203 件，占 22.9%；區域醫院有 192 件，

占 21.7%；助產機構有 3 件，占 0.3%，如圖 2-3、表 2-4。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例，以醫學中心最高，為 2.35%；地區醫院居次，為 1.28%；

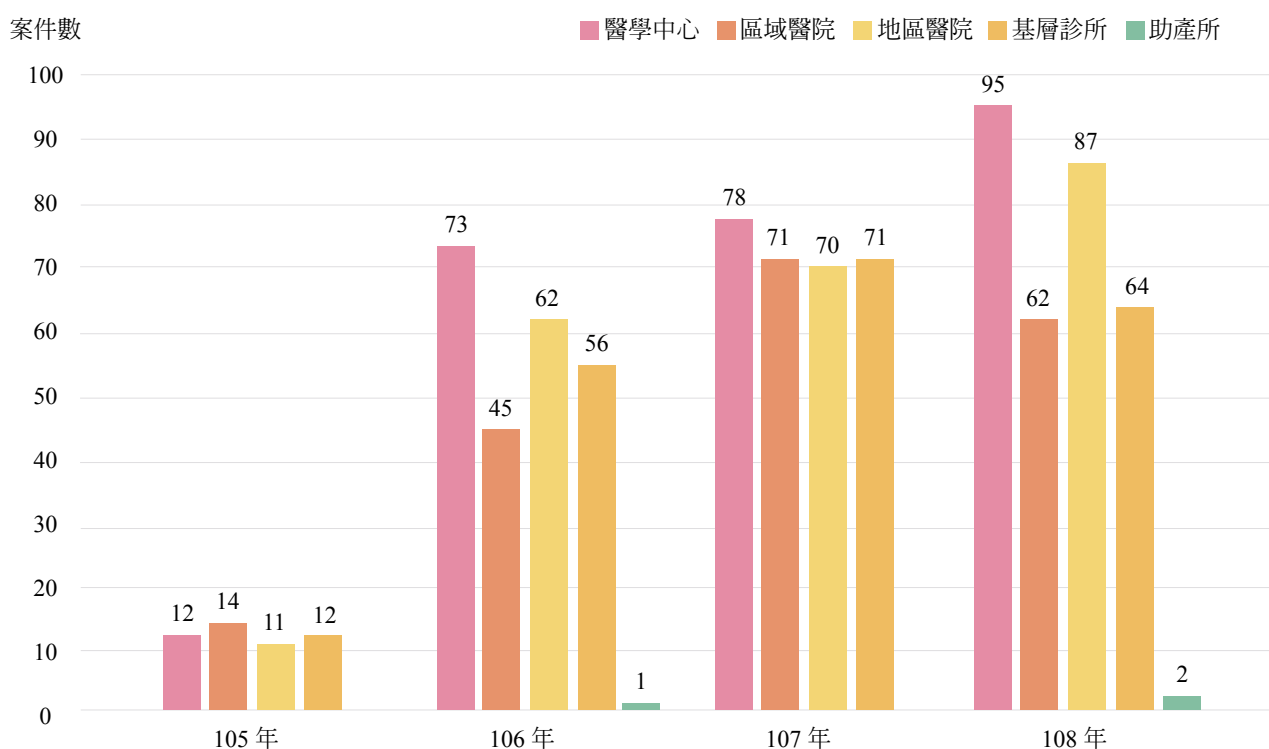


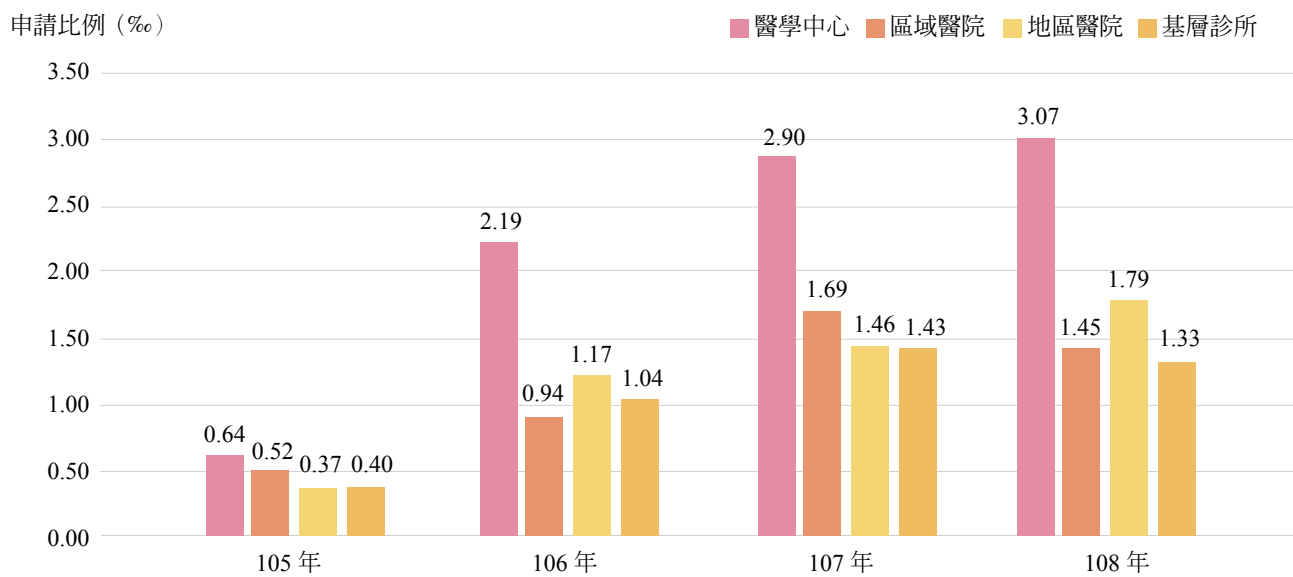
圖 2-3 105 ~ 108 年度申請案件機構層級分布概況

表 2-4 105 ~ 108 年度申請案件數機構層級分布

年度 \ 機構層級	醫學中心	區域醫院	地區醫院	診所	助產機構	總計
105 年	12	14	11	12	0	49
106 年	73	45	62	56	1	237
107 年	78	71	70	71	0	290
108 年	95	62	87	64	2	310
總計	258	192	230	203	3	886
百分比	29.1%	21.7%	26.0%	22.9%	0.3%	100.0%

區域醫院及診所分別為 1.20‰、1.12‰。此外，助產所因母數較其他層級機構少，故比例稍高，占 7.89‰，如圖 2-4、表 2-5。就結果來看，醫學中心申請比例較高，與其專注照護急重症

之病患，肩負轉診後送責任，提供區域內其他醫療機構相關協助，承擔重症病患延續性及完整性之照護有關。



註 1：申請比例：同一時期之申請案件數 / 申報健保生產數 (‰)

註 2：助產所因母數較其他層級機構少，致申請比例達 7.89‰，未列入呈現。

圖 2-4 105 ~ 108 年度申請比例按機構層級分布概況

表 2-5 105 ~ 108 年度申報健保生產數與申請案件數機構層級分布表

105 ~ 108 年度	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	109,793	17.4%	258	29.1%	2.35‰
區域醫院	159,755	25.3%	192	21.7%	1.20‰
地區醫院	179,269	28.4%	230	26.0%	1.28‰
診所	181,748	28.8%	203	22.9%	1.12‰
助產所	380	0.1%	3	0.3%	7.89‰
合計	630,945	100.0%	886	100.0%	1.40‰

(生產數資料來源：健保署，統計區間：105/6/30 ~ 108/12/31)

四、區域分布

按健保分區（註³）分析 108 年度受理之 310 件申請案件，其中臺北區有 86 件，占 27.7%；北區有 66 件，占 21.3%；中區有 64 件，占 20.7%；南區有 55 件，占 17.7%；高屏區有 35 件，占 11.3%；東區有 4 件，占 1.3%。進一步分析，108 年度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 2.44‰；北區居次，為 1.97‰；中區、臺北區、高屏區及東區分別為 1.77‰、1.67‰、1.49‰、1.18‰，如表 2-6。

以 105 年條例施行至 108 年底所受理之 886 件申請案來看，臺北區有 274 件，占

表 2-6 108 年度申報健保生產數與申請案件區域分布表

108 年度	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	51,549	30.2%	86	27.7%	1.67‰
北區	33,484	19.6%	66	21.3%	1.97‰
中區	36,227	21.2%	64	20.7%	1.77‰
南區	22,559	13.2%	55	17.7%	2.44‰
高屏區	23,449	13.8%	35	11.3%	1.49‰
東區	3,386	2.0%	4	1.3%	1.18‰
合計	170,654	100.0%	310	100.0%	1.82‰

（生產數資料來源：健保署，統計區間：108/1/1 ~ 108/12/31）

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。

30.9%；北區有 194 件，占 21.9%；中區有 160 件，占 18.1%；南區有 136 件，占 15.3%；高屏區有 107 件，占 12.1%；東區則有 15 件，占 1.7%，如圖 2-5、表 2-7。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 1.64‰；北區居次，為 1.60‰；臺北區、高屏區、中區及東區分別為 1.41‰、1.22‰、1.20‰、1.19‰，如圖 2-6、表 2-8。

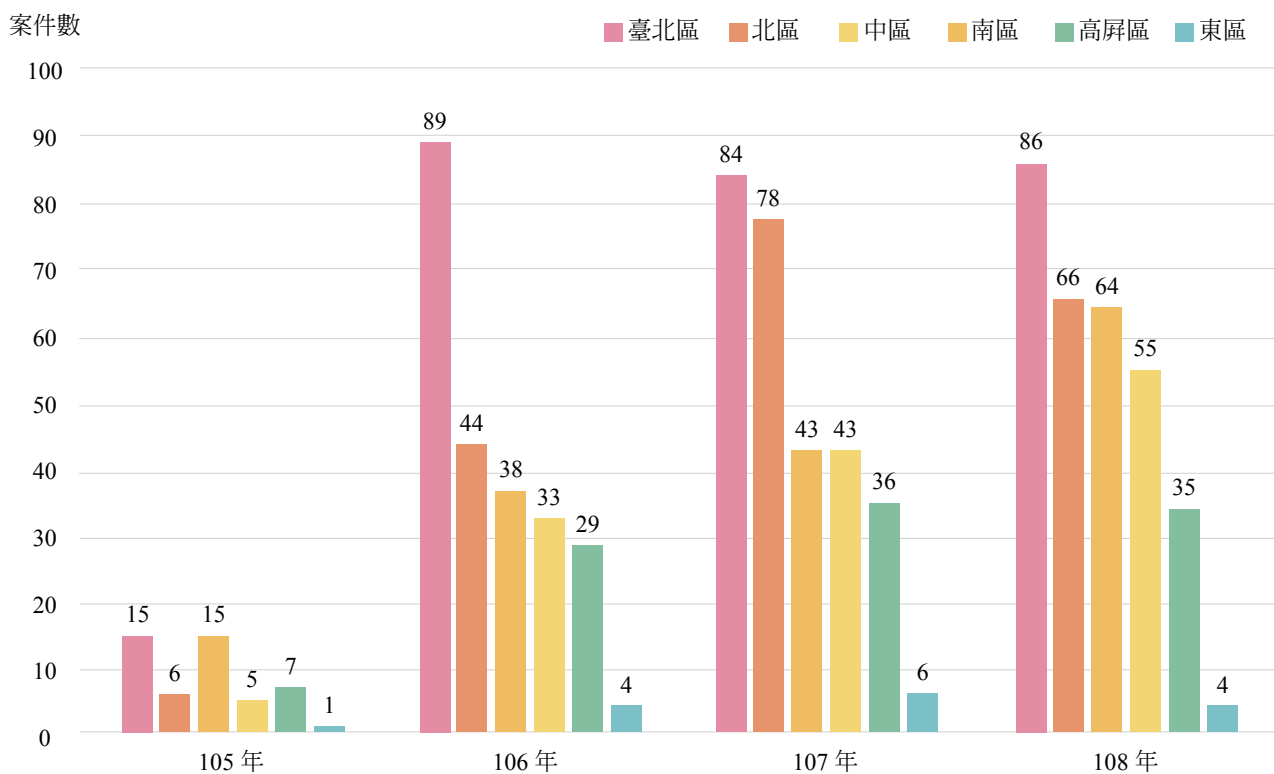
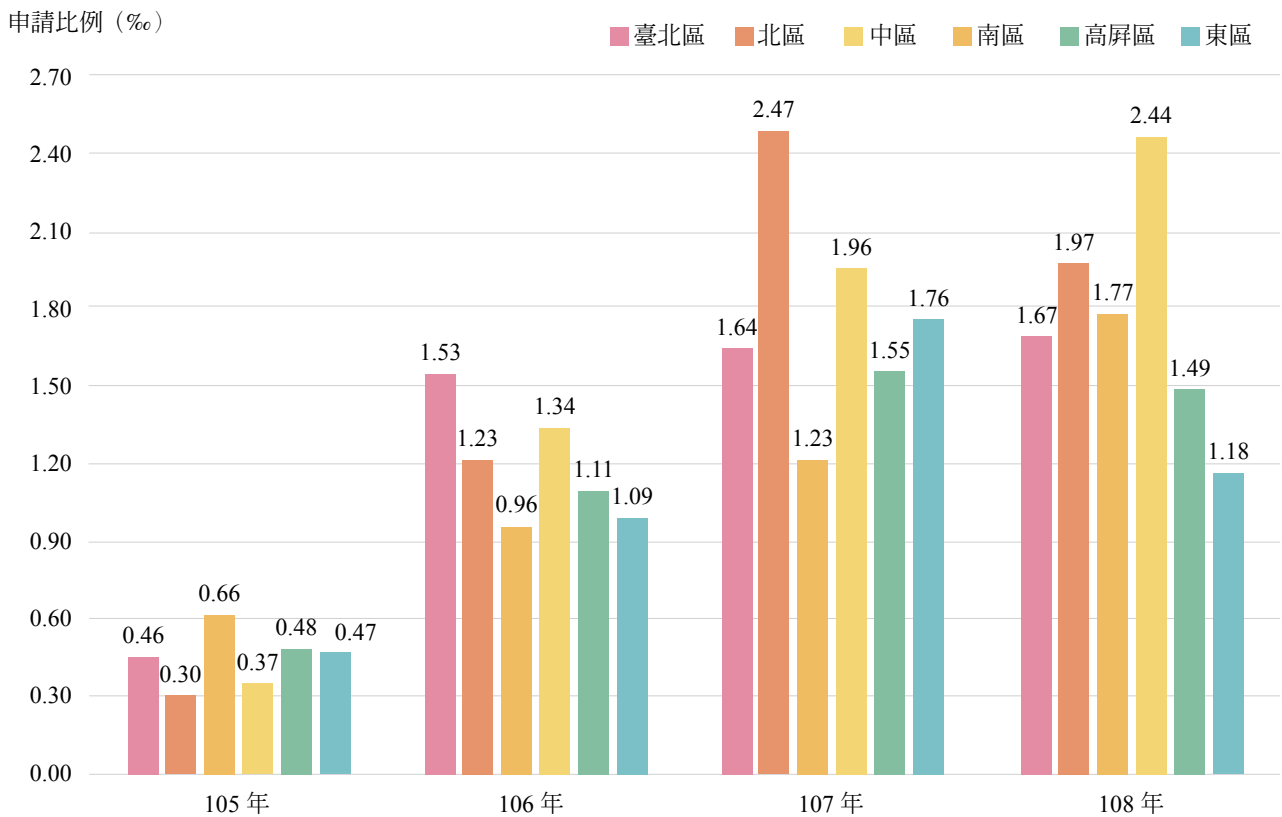


圖 2-5 105 ~ 108 年度申請案件區域分布概況

表 2-7 105 ~ 108 年度申請案件區域分布

年度 \ 健保分區	臺北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	總計
105 年	15	6	15	5	7	1	49
106 年	89	44	38	33	29	4	237
107 年	84	78	43	43	36	6	290
108 年	86	66	64	55	35	4	310
總計	274	194	160	136	107	15	886
百分比	30.9%	21.9%	18.1%	15.3%	12.1%	1.7%	100.0%



註：申請比例：同一時期之申請案件數 / 申報健保生產數 (‰)

圖 2-6 105 ~ 108 年度申請比例按區域分布概況

表 2-8 105 ~ 108 年度申請健保生產數與申請案件數區域分布表

105 ~ 08 年度	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	193,688	30.7%	274	30.9%	1.41‰
北區	121,031	19.2%	194	21.9%	1.60‰
中區	133,521	21.1%	160	18.1%	1.20‰
南區	82,688	13.1%	136	15.3%	1.64‰
高屏區	87,426	13.9%	107	12.1%	1.22‰
東區	12,591	2.0%	15	1.7%	1.19‰
合計	630,945	100.0%	886	100.0%	1.40‰

(生產數資料來源：健保署，統計區間：105/6/30 ~ 108/12/31)

五、新生兒及胎兒死亡性別比例

108 年度所受理之 310 件申請案中，新生兒及胎兒死亡共計 173 件，其中新生兒 45 件（男性 22 件，占 48.9%；女性 23 件，占 51.1%），胎兒 128 件（男性 49 件，占 38.3%；女性 77 件，占 60.2%；其他 2 件，占 1.5%），如表 2-9。

統計 105 年條例施行至 108 年底所受理之 886 件申請案，新生兒及胎兒死亡共計 552 件，其中新生兒 156 件（男性 89 件，占 57.1%；女性 67 件，占 42.9%），胎兒 396 件（男性 190 件，

占 48.0%；女性 204 件，占 51.5%；其他 2 件，占 0.5%），如表 2-10。

六、審定結果

108 年度所受理 310 件申請案件，有 282 件核予救濟，通過率 91.0%，審定救濟金額總數為新臺幣（以下同）1 億 6,180 萬元。其中，孕產婦部分為 91 件，共計 7,540 萬元（含死亡 27 件，5,600 萬元；重大傷害 64 件，1,940 萬元）；新生兒部分為 68 件，共計 4,950 萬元（含死亡 37 件，1,110 萬元；重大傷害 31 件，3,840 萬元）；胎兒死亡為 123 件，共計 3,690 萬元，

表 2-9 108 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
	案件數（百分比）	案件數（百分比）	
男	22（48.9%）	49（38.3%）	71（41.0%）
女	23（51.1%）	77（60.2%）	100（57.8%）
其他（註）	0	2（1.5%）	2（1.2%）
合計	45	128	173

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。

表 2-10 105～108 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
	案件數（百分比）	案件數（百分比）	
男	89（57.1%）	190（48.0%）	279（50.5%）
女	67（42.9%）	204（51.5%）	271（49.1%）
其他（註）	0	2（0.5%）	2（0.4%）
合計	156	396	552

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。

如表 2-11。上開案件，適用 108 年 10 月 4 日調整後之救濟給付額度者共 2 件，1 件為孕產婦死亡，審定救濟金額 400 萬元；另 1 件為新生兒重大傷害，審定救濟金額 200 萬元。

自 105 年條例實施至 108 年底所受理 886 案中，有 839 件核予救濟，通過率 94.7%，審定救濟金額總數為 4 億 4,370 萬元。

孕產婦部分為 255 件，總金額為 2 億 1,640 萬元（含死亡 71 件，1 億 4,400 萬元；重大傷害 184 件，7,240 萬元）；新生兒部分為 195 件，總金額為 1 億 1,060 萬元（含死亡 138 件，4,140 萬元；重大傷害 57 件，6,920 萬元）；胎兒死亡為 389 件，總金額為 1 億 1,670 萬元，如表 2-12。

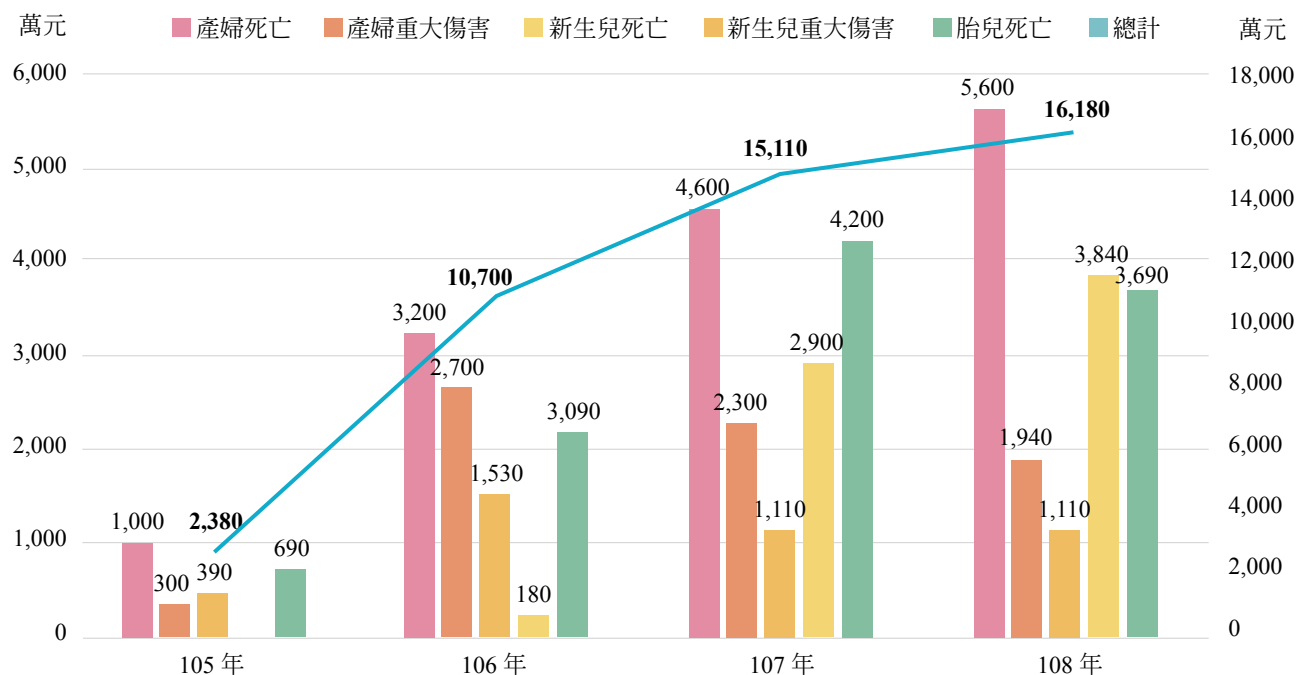
表 2-11 108 年度核予救濟案件審定結果分析（金額：萬元）

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	27	3	61	37	31	123	282
最小金額	200	130	10	-	50	-	-
最大金額	400 _(註)	150	80	-	200 _(註)	-	-
總金額	5,600	430	1,510	1,110	3,840	3,690	16,180

註：適用 108 年 10 月 4 日調整後之救濟給付額度者共 2 案，孕產婦死亡及新生兒重大傷害各 1 案。

表 2-12 105～108 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
小計	71	12	172	138	57	389	839
總金額	14,400	1,740	5,500	4,140	6,920	11,670	44,370



註：適用 108 年 10 月 4 日調整後之救濟給付額度者共 2 案，孕產婦死亡及新生兒重大傷害各 1 案。

圖 2-7 105 ~ 108 年度核予救濟案件審定救濟金額概況

依照歷年審定結果來看，審定救濟金額總數有逐年上升之趨勢。觀察各救濟類別，以孕產婦死亡之審定救濟金額上升幅度最大，與 108 年度產婦死亡申請案件數增加及救濟給付額度調整有關，如圖 2-7。

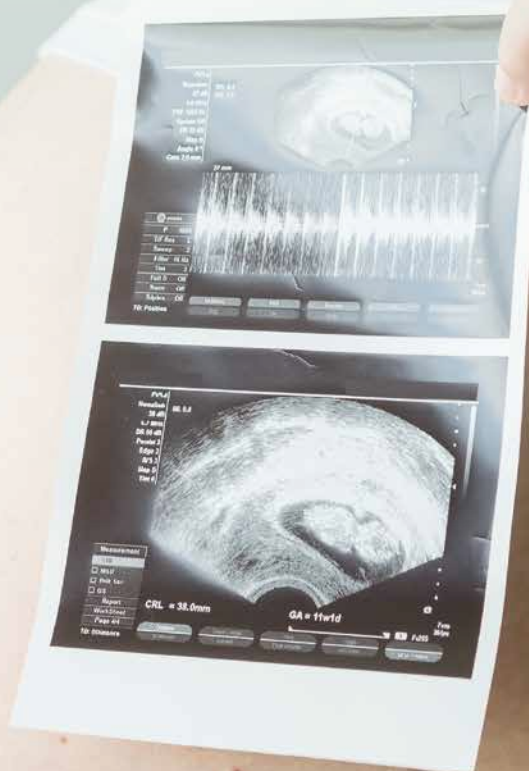
七、不予救濟案件

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。」108 年度所受理申請案中，共有 28 件經審議決議不予救濟，而統計自 105 年條例施行日起至 108 年底所受理申請案中，共有 47 件經審議決議不予救濟。以事故結果類型區分，則以「新生兒死亡」為

多數，共計 18 件，占 38.3%。另分析不予救濟原因，以「與生產無因果關係」最多，為 35 件，占 74.5%，其中多數為先天性畸形、基因缺陷，屬《生產事故救濟條例》第 11 條第 2 款之救濟排除情事（詳見附錄之個案診斷與審議結果）。此外，108 年度有一案產婦死亡，因申請人提出刑事訴訟且未撤回告訴，屬《生產事故救濟條例》第 11 條第 4 款之救濟排除事由。另有兩案胎兒死亡案件，為產婦未及娩出胎兒即死亡，依《生產事故救濟條例》第 8 條第 1 項第 1 款規定，胎兒死亡之請求權為專屬權，非法定繼承人之繼承標的，故以申請人未具請求權，其申請資格不符而不予救濟。



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 108 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 108 年度審定核予救濟之 27 件孕產婦死亡案件進行說明，並比較條例施行至 108 年底之各年度案件。

一、本年度案件統計與分析

108 年度受理之申請案中，孕產婦死亡案件共計 29 件，其中 2 件因係流產（註⁴）所致及屬救濟排除之條件，故不予救濟。茲就核予救濟之 27 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：

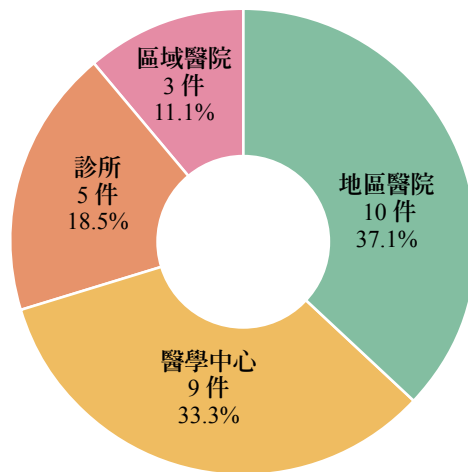


圖 3-1 108 年度孕產婦死亡審定救濟案件機構層級分布

（一）機構層級

按發生生產事故之機構層級分析，地區醫院有 10 件，占 37.1%；醫學中心有 9 件，占 33.3%；診所所有 5 件，占 18.5%；區域醫院有 3 件，占 11.1%，如圖 3-1。

（二）區域分布

按健保分區分析，臺北區有 8 件，占 29.6%；北區有 6 件，占 22.2%；中區有 5 件，占 18.6%；高屏區有 4 件，占 14.8%；南區有 3 件，占 11.1%；東區有 1 件，占 3.7%，如圖 3-2。

（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 22 件，占 81.5%；36 週以下（早產）生產案件共有 5 件，占 18.5%，如圖 3-3。

4 醫學上所稱「生產」指妊娠滿 20 週以上之分娩，未滿 20 週之妊娠中止則屬「流產」。

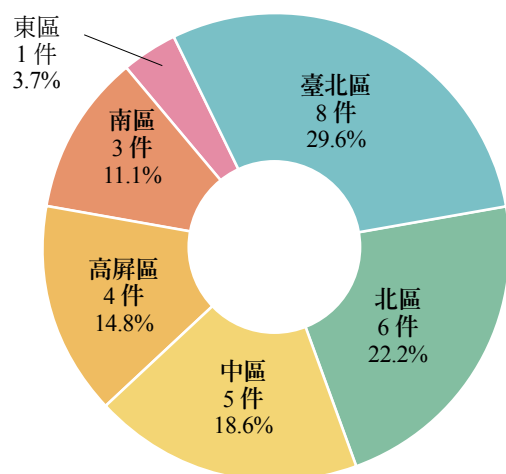


圖 3-2 108 年度孕產婦死亡審定救濟案件區域分布

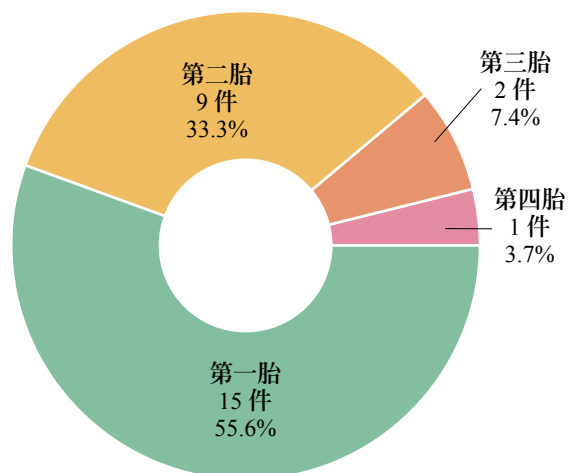


圖 3-4 108 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

（四）妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第一胎最多，有 15 件，占 55.6%；其次為第二胎有 9 件，占 33.3%；

再者為第三胎有 2 件，占 7.4%，第四胎有 1 件，占 3.7%，如圖 3-4。

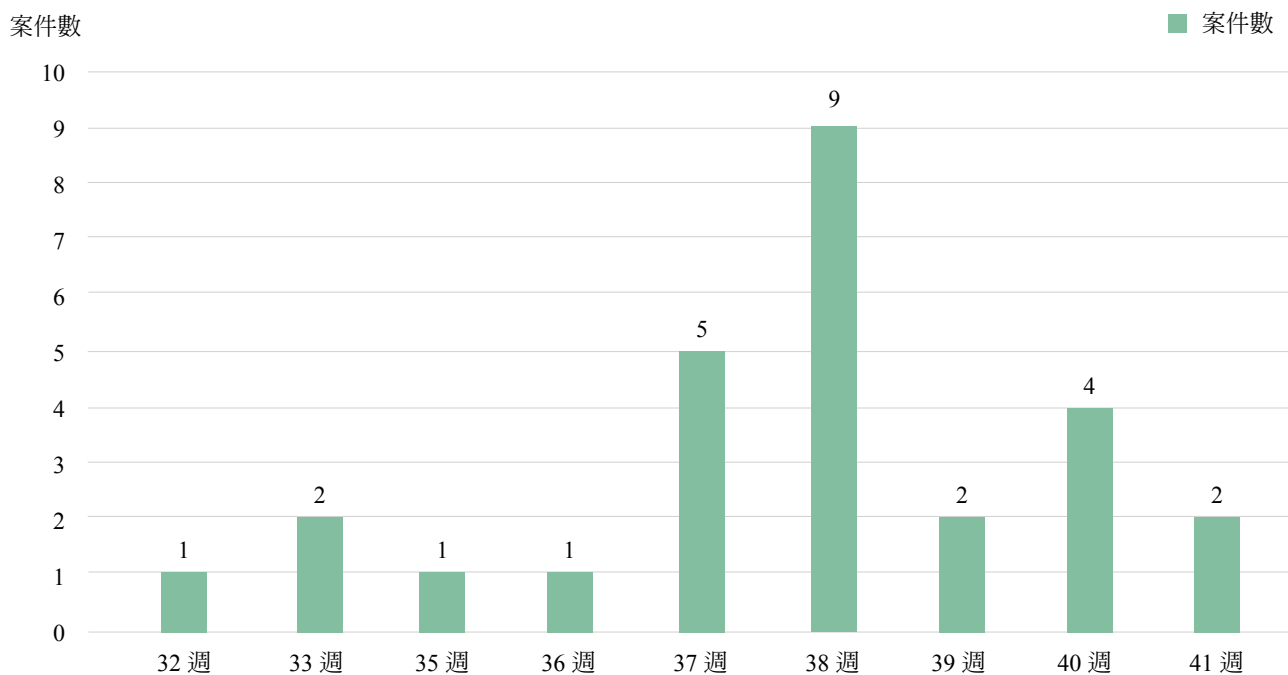


圖 3-3 108 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠週數分布

（五）生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析，以 36～40 歲居冠，有 11 件，占 40.8%；其次為 31～35 歲有 8 件，占 29.6%；26～30 歲有 4 件，占 14.8%；40 歲以上有 4 件，占 14.8%，如圖 3-5。

（六）事故原因

就孕產婦死亡案件之事故原因分析，多為多重原因導致死亡之結果。主要原因依序為子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症，共有 13 件次，占 48.1%；疑似或確診為羊水栓塞者有 8 件次，占 29.6%；妊娠高血壓及血管栓塞或肺栓塞各有 5 件次，各占 18.5%；產後相關感染及胎盤早期剝離各有 4 件次，各占 14.8%；敗血性休克有 3 件次，占 11.1%，如表 3-1。

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至 108 年底所受理之申請案中，孕產婦死亡案件共計

75 件，其中 4 件因與生產無因果關係及屬救濟排除之條件，不予救濟。茲就核予救濟之 71 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，以醫學中心為最大宗，有 22 件，占 31.0%；地區醫院居次，有 20 件，占 28.2%；再者是診所，有 15 件，占 21.1%；區域醫院最少，有 14 件，占 19.7%。105 年度總件數 5 件較少，除診所有 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

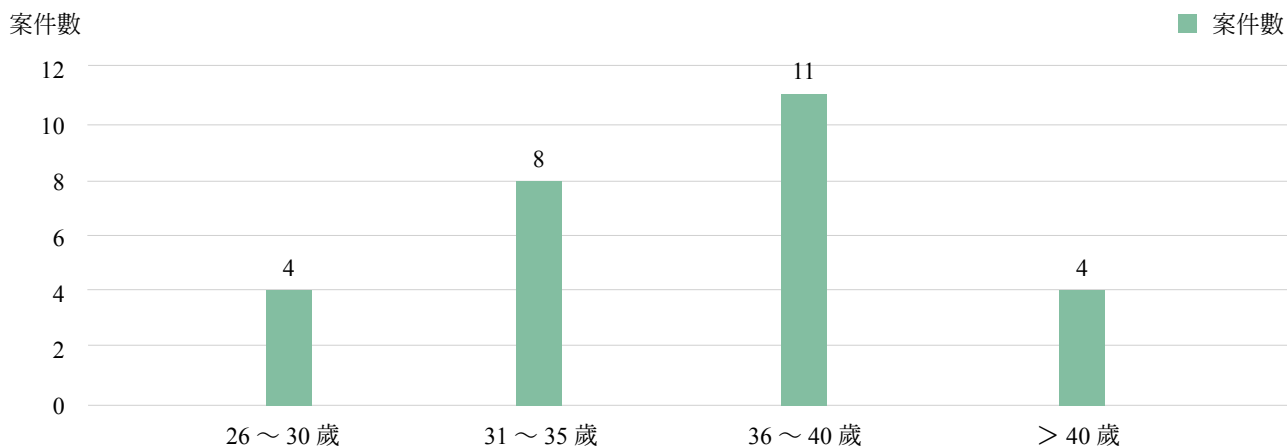


圖 3-5 108 年度孕產婦死亡審定救濟案件生產時年齡分布

表 3-1 108 年度孕產婦死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次	百分比 (註)
子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症	13	48.1%
疑似或確診為羊水栓塞	8	29.6%
妊娠高血壓	5	18.5%
血管栓塞或肺栓塞	5	18.5%
產後相關感染	4	14.8%
胎盤早期剝離	4	14.8%
敗血性休克	3	11.1%
不明原因心跳停止 / 突發性休克	1	3.7%
心血管疾病 / 心臟病變	1	3.7%
HELLP 症候群	1	3.7%
子宮破裂	1	3.7%
酮酸中毒	1	3.7%
自體免疫疾病	1	3.7%

* 註：以 108 年度孕產婦死亡審定救濟案件數為母數計算。(N = 27)

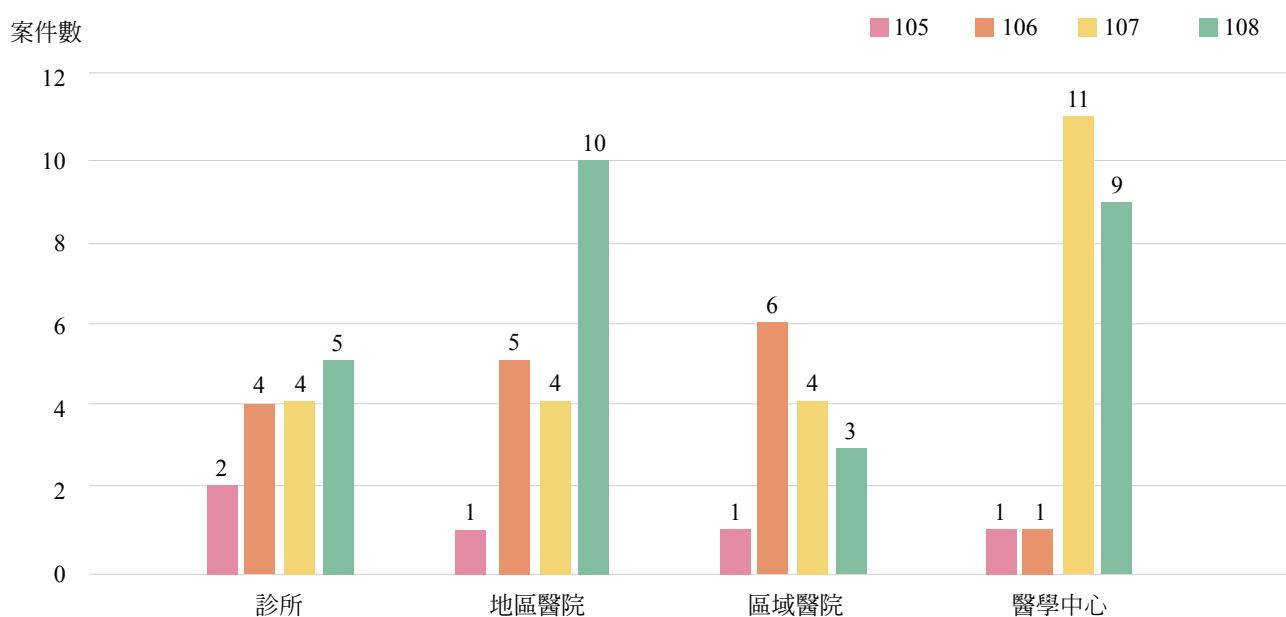


圖 3-6 105 ~ 108 年度孕產婦死亡審定救濟案件機構層級分布

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，再者依序是診所和區域醫院，各有 5 件和 3 件，如圖 3-6。分析自 107 年度開始，醫學中心案件量上升，可歸因於醫學中心負擔急重症病人之後送治療照護責任，針對較可能預防的血管栓塞或肺栓塞事件，進行醫療改善計畫。同時，在 108 年度，地區醫院的審定救濟案件跟往年比起來有顯著的成長，值得再注意追蹤。

（二）區域分布

按年度及健保分區分析，以臺北區為最大宗，有 21 件，占 29.6%，而東區最少，僅有 2 件，占 2.8%。105 年度之總件數少，5 件當中有 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。這三年半間，臺北區、北區及中區之案件數量皆逐漸上升，南區及高屏區則在 1 至 4 件之間浮動，如圖 3-7。

（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 53 件，占 74.7%；36 週以下（早產）生產案件，有 18 件，占 25.3%。累積案件數最多者，為 38 週，共 21 件，占 29.6%；其次為 37 週、40 週、39 週，分別各有 11 件、10 件、8 件，各占 15.5%、14.1%、11.3%。106 年度，38 週、39 週皆各有 5 件，另有 1 件發生在 41 週。而 107 年度有較多早產案件，其中有 5 件小於 30 週（20 週、21 週、27 週、28 週、29 週各有 1 件），108 年度，40 週、41 週各有 4 件、2 件，如圖 3-8。



圖 3-7 105 ~ 108 年度孕產婦死亡審定救濟案件區域分布

（四）妊娠胎次

按年度及妊娠胎次分析，以初產婦（第一胎）占多數，有 37 件，占 52.1%，且第一胎

之案件數量仍逐年上升。在高妊娠胎次部分，105 年度有一件為第六胎；106 年度及 108 年度都各有一件為第四胎，如圖 3-9。

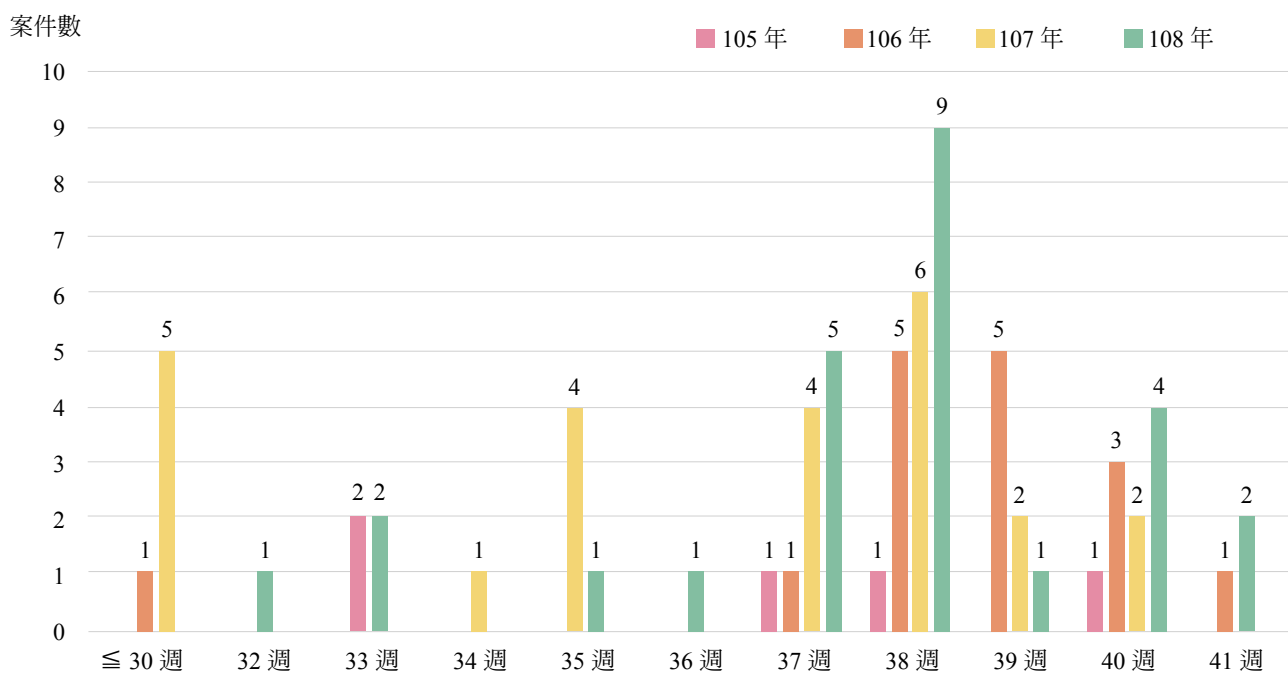


圖 3-8 105 ~ 108 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠週數分布

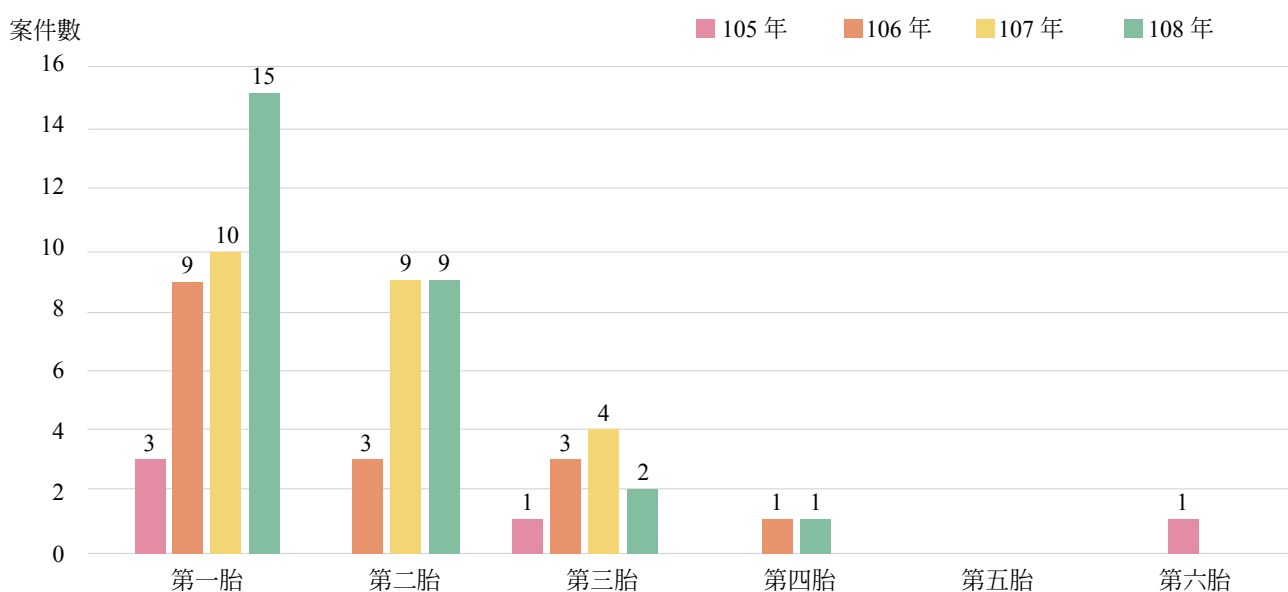


圖 3-9 105 ~ 108 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠次數分布

（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，共有 28 件，占 39.4%；31～35 歲次之，有 25 件，占 35.2%。105 年度及 107 年度多分布在 31～35 歲；106 年度和 108 年度則為 36～40 歲。除了 31～35 歲的年齡層之外，其他年齡層的案件數量呈現持平或增加，特別是 108 年度 40 歲以上者之救濟案件數較其他年度增加更顯著，如圖 3-10。

（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所造成，共有 27 件次，占 38.0%；其次為

疑似或確診為羊水栓塞者 21 件次，占 29.6%；妊娠高血壓、血管栓塞或肺栓塞各占 14 件次，各占 19.7%，如表 3-2。

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 108 年 12 月 31 日止，共計 71 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 年度則增為 27 件。產婦死亡案件近兩年有上升趨勢，事故原因以血管栓塞或肺栓塞增加幅度較為明顯，以 108 年度來看有 5 件次。孕產婦於孕程及生產過程中，形成血管栓塞之風險很高，未來應強化風險預防機制，於孕期中

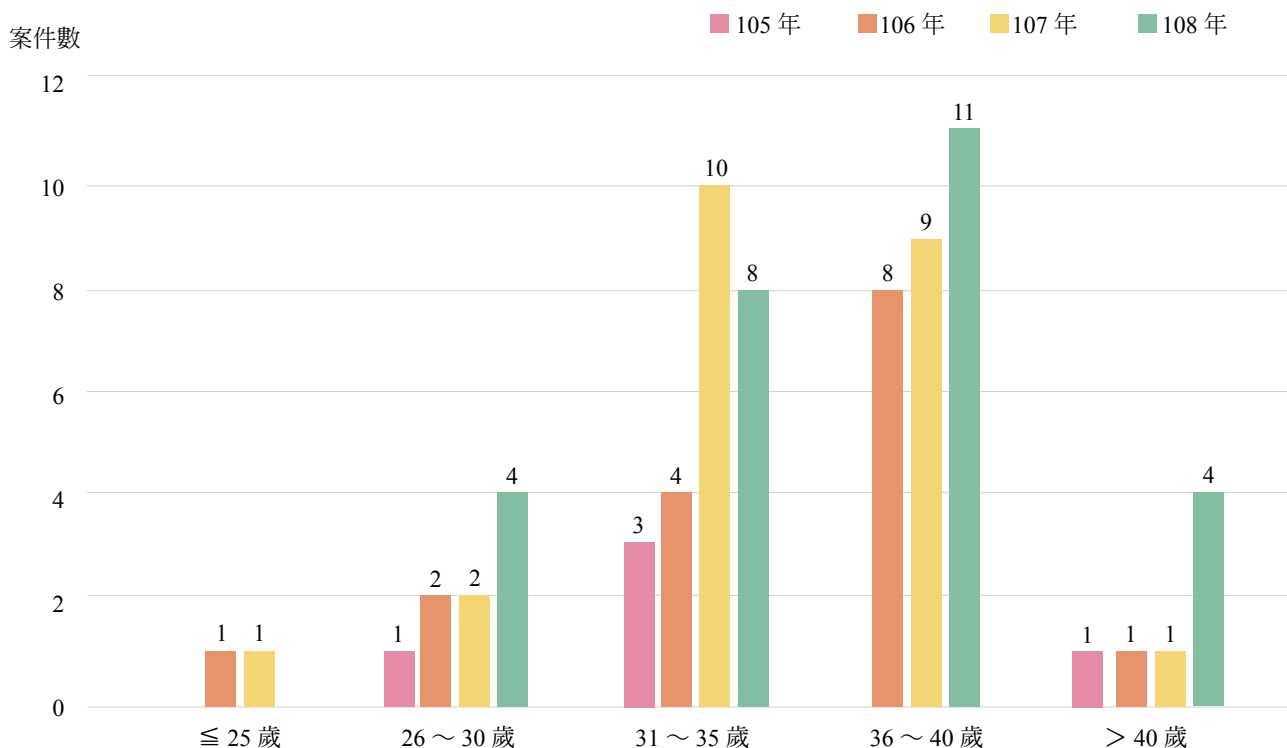


圖 3-10 105～108 年度孕產婦死亡審定救濟案件生產時年齡分布

表 3-2 105 ~ 108 年度孕產婦死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次	百分比 (註)
子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症	27	38.0%
疑似或確診羊水栓塞	21	29.6%
妊娠高血壓	14	19.7%
血管栓塞或肺栓塞	14	19.7%
不明原因心跳停止 / 突發性休克	10	14.1%
產後相關感染	7	9.9%
顱內出血	5	7.0%
心血管疾病 / 心臟病變	5	7.0%
HELLP 症候群	5	7.0%
胎盤早期剝離	4	5.6%
敗血性休克	3	4.2%
植入性胎盤	2	2.8%
子宮破裂	2	2.8%
酮酸中毒	1	1.4%
腹主動脈前壁破裂	1	1.4%
疾病相關	1	1.4%
前置胎盤	1	1.4%
肺水腫	1	1.4%

* 註：以 105 ~ 108 年度孕產婦死亡審定救濟案件數為母數計算。(N = 71)

篩選高風險族群，及早介入採取防範措施；於產後制定個別化照護，透過共同照護模式，期能降低併發症的發生。此外，為降低我國之孕產婦死亡率，提升國內周產期母嬰安全性，應辦理孕產婦死亡率改善計畫，就孕產婦死亡案

件進行病歷查閱，分析死亡原因及可改善項目，並經由文獻回顧，比較國內外孕產婦死亡原因，更新孕產婦死亡通報表單，舉辦醫事人員教育講座及提升孕產婦健康認知，提出改善方針並具體實現，冀能改善我國之孕產婦死亡率。

｜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

108 年度受理之申請案中，孕產婦重大傷害案件共計 69 件，其中 5 件因其重大傷害與生產無因果關係，不予救濟；核予救濟之 64 件重大傷害案件，其中 3 件為中度以上身心障礙案件（含中度以上身心障礙合併子宮切除案件 1 件），茲就其生產機構層級、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，醫學中心有 22 件，占 34.4%；區域醫院與地區醫院分別有 16 件，各占 25.0%；診所所有 10 件，占 15.6%，如圖 3-11。

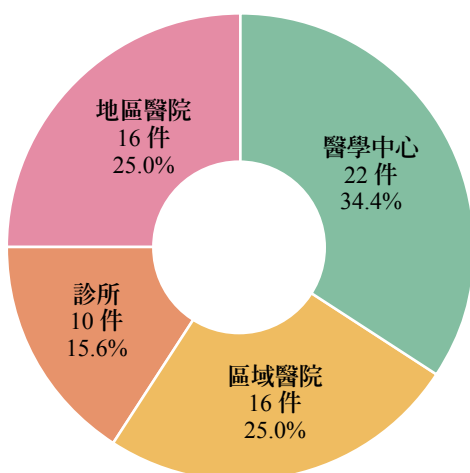


圖 3-11 108 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件機構層級分布

（二）區域分布

按健保分區分析，臺北區有 18 件，占 28.1%；北區有 16 件，占 25.0%；南區有 13 件，占 20.3%；中區有 12 件，占 18.8%；高屏區有 4 件，占 6.2%；東區有 1 件，占 1.6%，如圖 3-12。

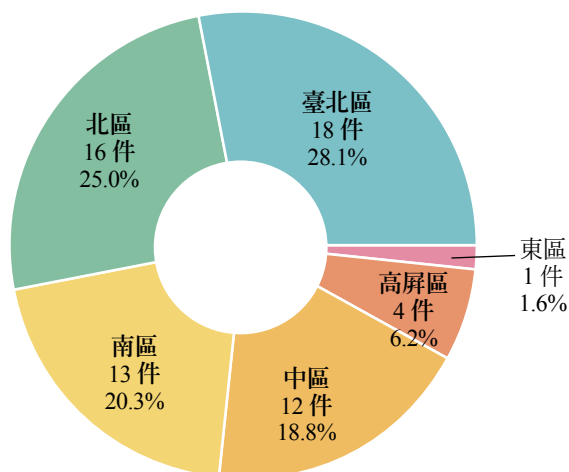


圖 3-12 108 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件區域分布

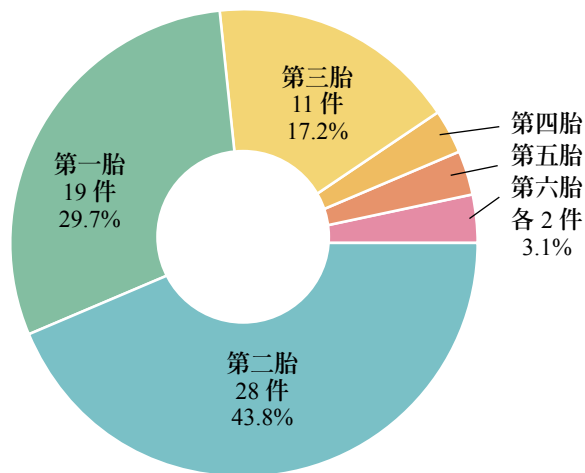


圖 3-14 108 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布

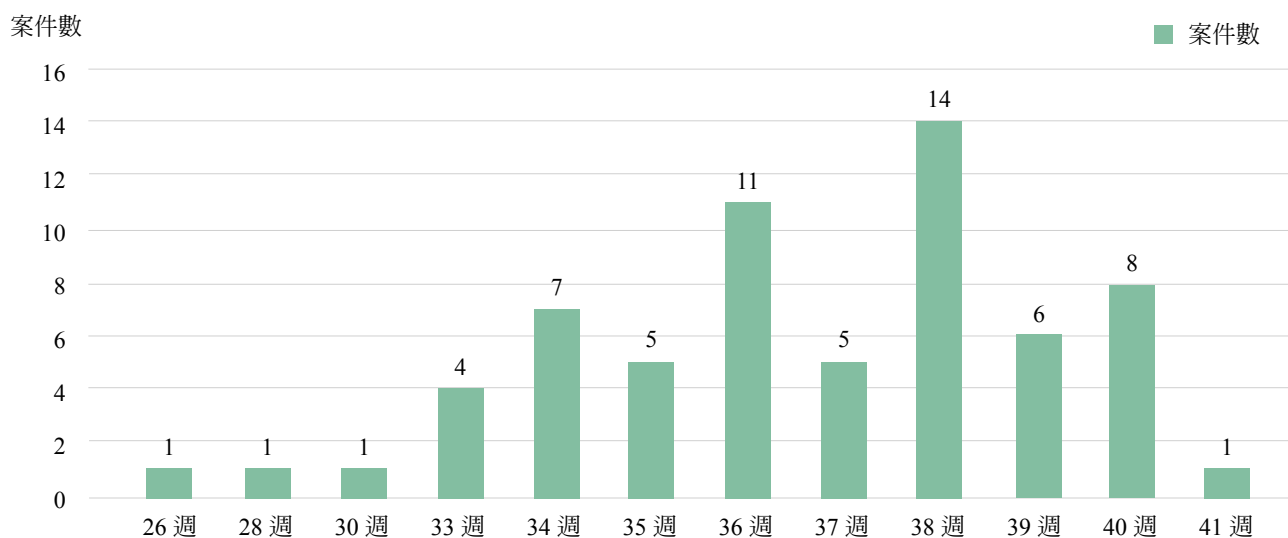


圖 3-13 108 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件妊娠週數分布

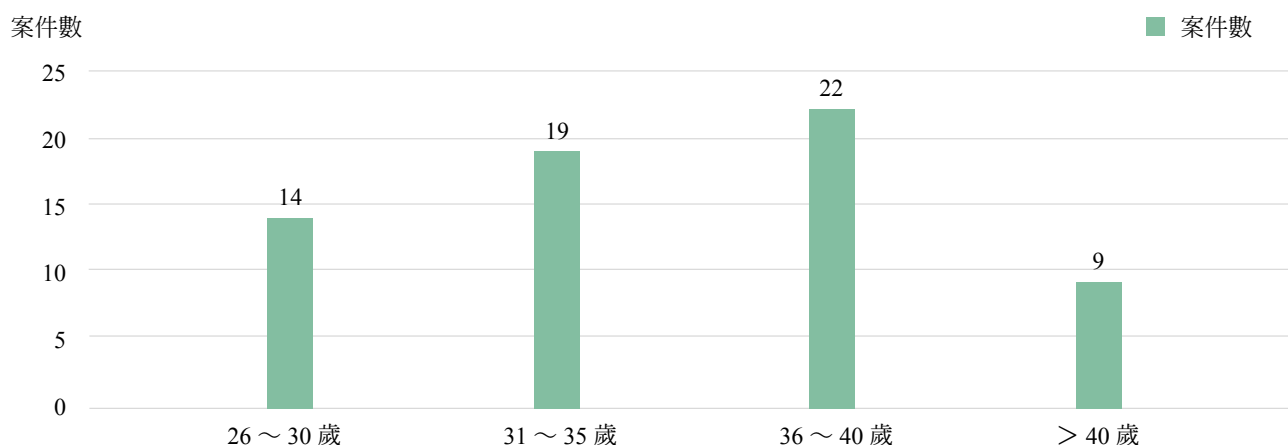


圖 3-15 108 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

（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 34 件，占 53.1%；36 週以下（早產）生產案件共有 30 件，占 46.9%，如圖 3-13。

（四）妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第二胎最多，有 28 件，占 43.8%；其次為第一胎有 19 件，占 29.7%；

再者為第三胎有 11 件，占 17.2%；第四胎、第五胎及第六胎皆為 2 件，各占 3.1%，如圖 3-14。

（五）生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析，以 35 ~ 40 歲居冠，有 22 件，占 34.4%；其次為 31 ~ 35 歲有 19 件，占 29.7%；26 ~ 30 歲有 14 件，占 21.9%；40 歲以上有 9 件，占 14.0%，如圖 3-15。

（六）事故原因

就孕產婦重大傷害之事故原因分析，3 件身心障礙案件（含中度以上身心障礙合併子宮切除案件 1 件）中，子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症及疑似或確診為羊水栓塞各有 2 件次，各占 66.7%，這些案件最終皆呈現缺血及缺氧性腦病變之結果，如表 3-3。

分析 61 件子宮切除案件之發生原因，雖然每一個案不只包含單一原因，但將近 5 成的案件都曾發生子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症，有 30 件次，占 49.2%；其次為植入性胎盤及前置胎盤，各占 42.6%、27.9%，如表 3-4。

表 3-3 108 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	百分比 (註)
子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症	2	66.7%
疑似或確診為羊水栓塞	2	66.7%
妊娠高血壓	1	33.3%
心血管疾病 / 心臟病變	1	33.3%

* 註：以 108 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件數為母數計算。(N = 3)

表 3-4 108 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	百分比 (註)
子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症	30	49.2%
植入性胎盤	26	42.6%
前置胎盤	17	27.9%
妊娠高血壓	4	6.6%
產後相關感染	3	4.9%
子宮破裂	2	3.3%
疑似或確診為羊水栓塞	2	3.3%
子宮肌瘤	2	3.3%

* 註：以 108 年度孕產婦子宮切除審定救濟案件數為母數計算。(N = 61)

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至 108 年底所受理之申請案中，孕產婦重大傷害案件共計 190 件，其中 6 件因其重大傷害與生產無因果關係，不予救濟，其餘核予救濟之 184 件重大傷害案件中，12 件為中度以上身心障礙案件（含 3 件中度以上身心障礙合併子宮切除者），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，以醫學中心為最大宗，有 61 件，占 33.2%；區域醫院居次，有 52 件，占 28.3%；地區醫院則有 40 件，占 21.7%；診所最少，有 31 件，占 16.8%。105 年度總件數較少，其中區域醫院有

4 件、診所及地區醫院各 2 件；106 年度共計 61 件，醫學中心 23 件、區域醫院 16 件、地區醫院 13 件、診所 9 件；107 年度共計 51 件，各機構層級分布相對而言較平均，醫學中心及區域醫院均為 16 件、診所 10 件、地區醫院 9 件；108 年度共計 64 件，醫學中心 22 件、區域醫院及地區醫院各為 16 件、診所 10 件，如圖 3-16。

（二）區域分布

按年度及健保分區分析，以臺北區為最大宗，共計 61 件，占 33.1%；東區最少，共計 5 件，占 2.7%。105 年度總件數較少，中區 4 件、北區 2 件、臺北區及南區各 1 件。106 至 108 年度區域分布皆以臺北區最多，其次為北區及中區；106 年度臺北區為增加幅度最多之區域，108 年度南區則有明顯增加的情形，如圖 3-17。



圖 3-16 105 ~ 108 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件機構層級分布

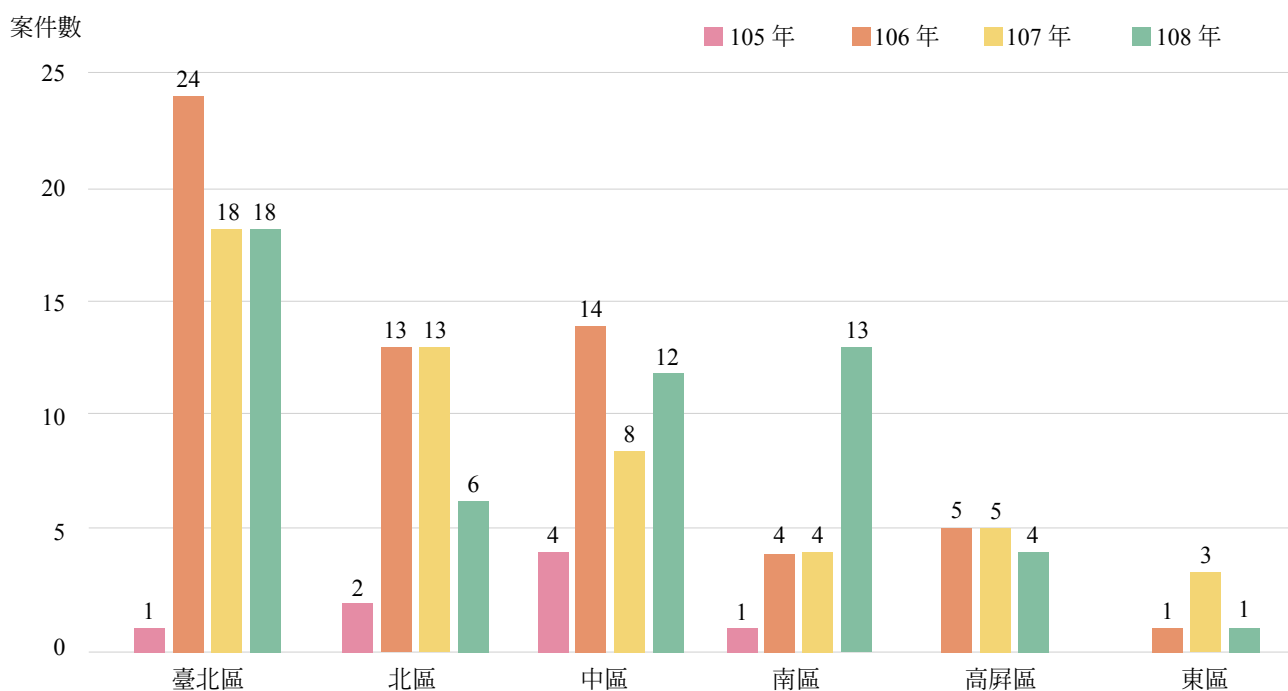


圖 3-17 105 ~ 108 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件區域分布

分析 108 年度南區之 13 件案件，有 9 件發生在區域醫院以上，其原因為胎盤前置併植入或為產後大出血而行子宮切除；3 件為產後大出血，由診所轉入醫院行子宮切除止血手術；1 件為則係因產後大出血而於診所行子宮切除手術。未來應再監測各區周產期子宮切除之發生率及原因，以避免不必要之子宮切除。

（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 115 件，占 62.5%；36 週以下（早產）生產案件，有 69 件，占 37.5%。累積案件數最多者為 38 週，共 41 件，占 22.3%；其次為 39 週有 30 件，占 16.3%。105 年度 8 件皆在 35 週以上，妊娠週數分布相對而言較平

均；分析自 106 年度以來，以 38 週案件數最多，其次為 39 週及 36 週。在早產案件方面，106 年度及 107 年度各為 19 件，108 年度增加至 30 件，其中以 36 週為最多，有 11 件，如圖 3-18。

（四）妊娠胎次

按年度及妊娠胎次分析，以第二胎為占多數，有 70 件，占 38.1%；其次為第一胎，有 54 件，占 29.3%。在高妊娠胎次方面，105 年度有 1 件為第四胎；106 年度有 4 件為第四胎、1 件為第五胎；107 年度有 4 件為第四胎、2 件為第六胎；108 年度第四胎、第五胎及第六胎各有 2 件；綜合來看，高妊娠胎次案件共計 18 件，占 9.8%，如圖 3-19。

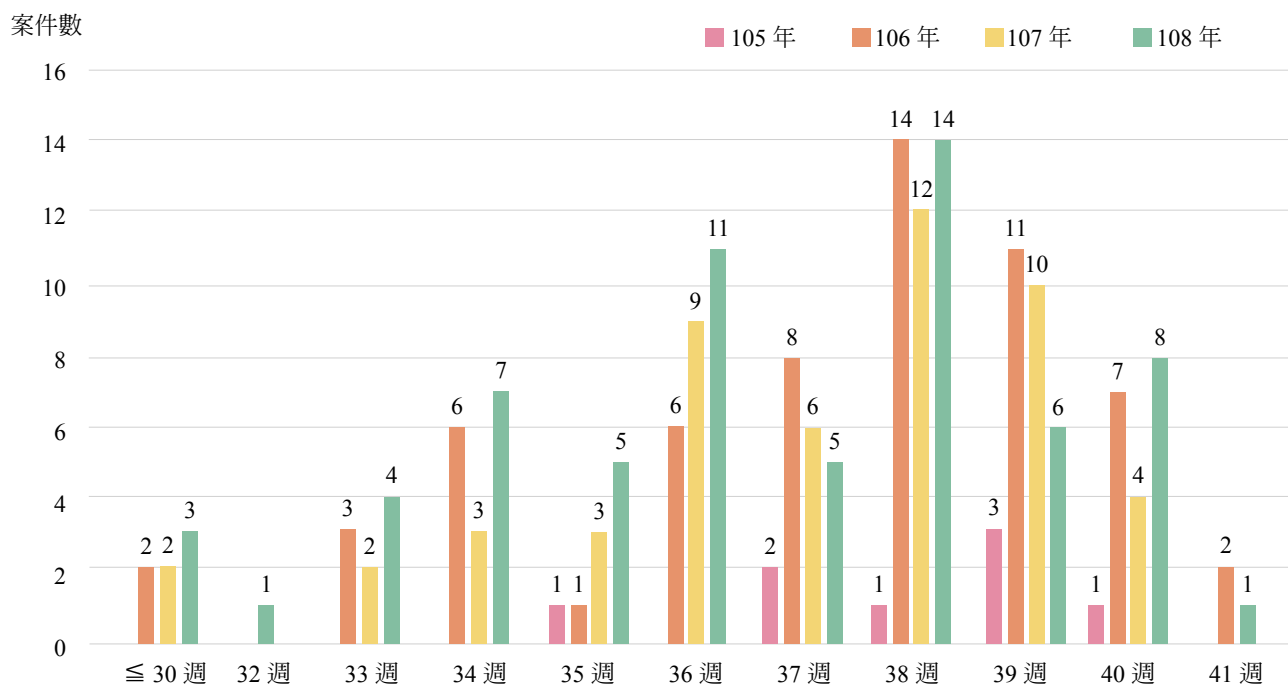


圖 3-18 105 ~ 108 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件妊娠週數分布

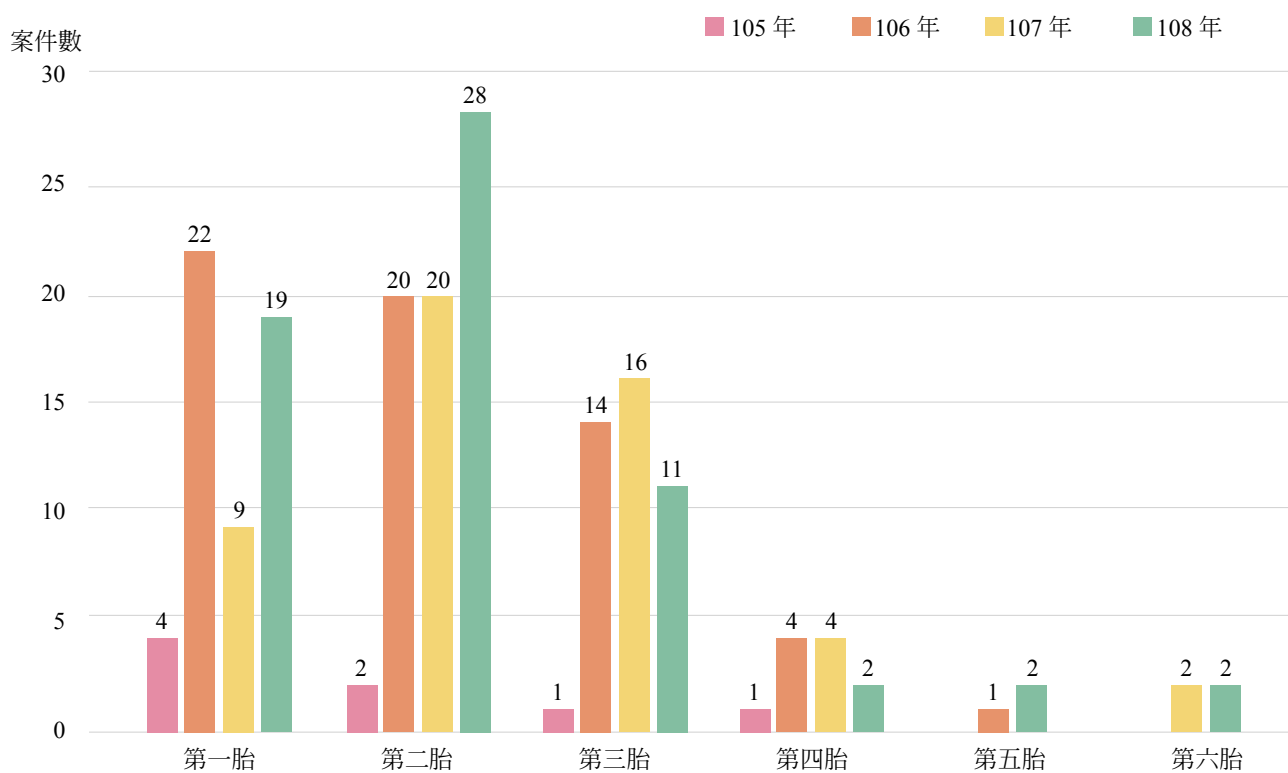


圖 3-19 105 ~ 108 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布

（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 73 件，占 39.6%；31～35 歲其次，有 69 件，占 37.5%；26～30 歲有 21 件，占 11.5%；40 歲以上有 18 件，占 9.8%；25 歲（含）以下者有 3 件，占 1.6%。105 年度總件數較少，生產年齡分布相對較平均；分析自 106 年度以來孕產婦生產時年齡分布，以 36～40 歲最多，共計 69 件；其次為 31～35 歲，共計 65 件；108 年度以 26～30 歲之案件數增加幅度最顯著，如圖 3-20。

（六）事故原因

就孕產婦重大傷害之事故原因分析，在 12 件中一度以上身心障礙案件內，超過 5 成的案件都曾發生子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症，有 7 件次，占 58.3%；妊娠高

血壓有 5 件次，占 41.7%；疑似或確診為羊水栓塞有 4 件次，占 33.3%；麻醉 / 麻醉藥物有 1 件次，占 8.3%，如表 3-5。

進一步分析 172 件子宮切除案件之發生原因，雖然每一個案不只包含單一原因，但有將近 7 成案件曾發生子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症，計 119 件次，占 69.2%；其次為植入性胎盤有 70 件次，占 40.7%；第三位為前置胎盤，有 45 件次，占 26.2%，如表 3-6。

三、小結

關於孕產婦重大傷害部分，建議孕產婦應注意孕期生活之自我健康管理，尤其高風險孕產婦應提早與接生醫師共同討論及規劃生產計畫，若醫療機構評估無法提供合宜照護時，應做好風險管控及儘早於產前轉診。各醫療機構也應評估

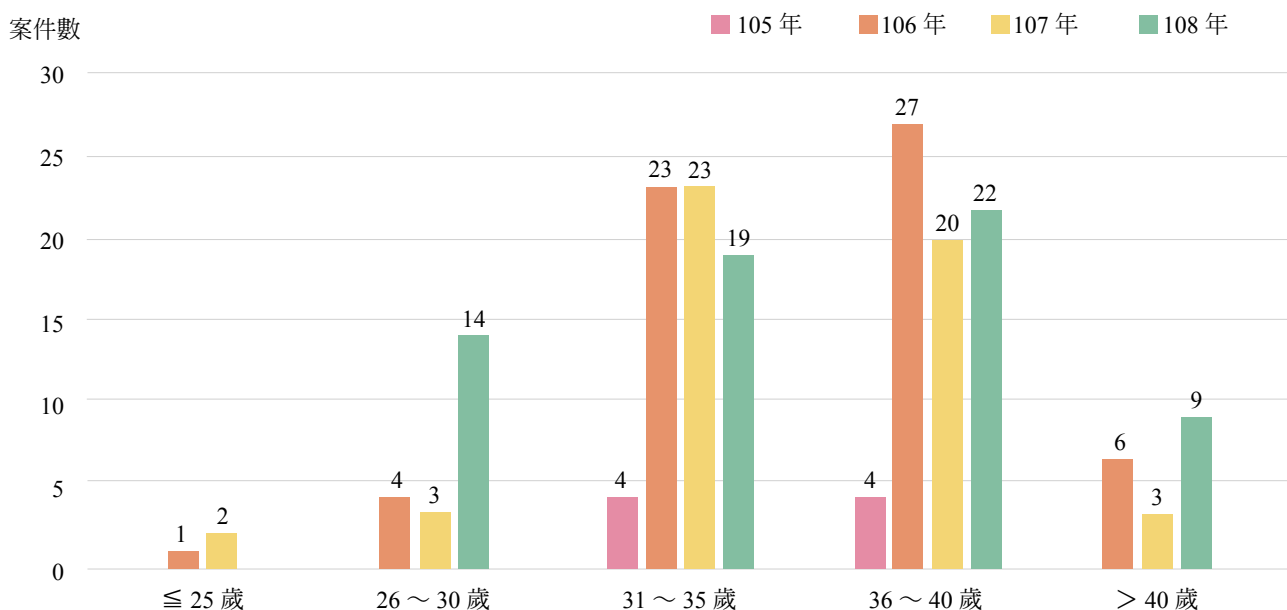


圖 3-20 105 ~ 108 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

表 3-5 105 ～ 108 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	百分比 (註)
子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症	7	58.3%
妊娠高血壓	5	41.7%
疑似或確診為羊水栓塞	4	33.3%
麻醉 / 麻醉藥物	1	8.3%

* 註：以 105 ～ 108 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件數為母數計算。(N = 12)

表 3-6 105 ～ 108 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	百分比 (註)
子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症	119	69.2%
植入性胎盤	70	40.7%
前置胎盤	45	26.2%
妊娠高血壓	9	5.2%
胎盤早期剝離	6	3.5%
子宮破裂	6	3.5%
產後相關感染	5	2.9%
疑似或確診為羊水栓塞	3	1.7%
子宮肌瘤	3	1.7%

* 註：以 105 ～ 108 年度孕產婦子宮切除審定救濟案件數為母數計算。(N = 172)

因應生產事故時之人力設置、藥品、血品及設備是否完備；此外，待產期間之產程監控、生產時之醫療處置及建立緊急情況之因應流程、後送機構之確認與後送管道通暢之整合，讓孕產婦在最短時間內獲得適切之處置及照護。

針對孕產婦子宮切除之案件，產後大出血仍為最主要之原因。子宮切除術是婦產科醫師為挽救病人脫離險境，不得不施行之救命手

術，故醫療院所應強化備血輸血後續流程及緊急應變能力。若產婦經評估為產後大出血之高風險者，生產後應密切觀察其出血狀況；而產前經診斷為前置胎盤或胎盤植入者，醫療機構應評估及考量相關經驗及能力，適時啟動轉診後送機制。婦產科醫師也應以保留子宮為主要考量，先行其他相關止血手術，或許可減少不必要之醫療處置。

第三節 新生兒死亡分析

一、本年度案件統計與分析

108 年度受理之申請案中，新生兒死亡共審定 45 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 37 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，以地區醫院 13 件最多，占 35.1%；其次為區域醫院 9 件，占 24.3%；診所則有 8 件，占 21.7%；醫學中心有 7 件，占 18.9%，如圖 3-21。

（二）區域分布

按健保分區分析，中區有 12 件，占 32.4%；臺北區有 8 件，占 21.7%；南區有 7 件，占 18.9%；北區有 6 件，占 16.2%；高屏區有 4 件，占 10.8%，如圖 3-22。

（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 25 件，占 67.6%；36 週以下（早產）生產案件共有 12 件，占 32.4%。案件數最多的為 38 週，有 12 件，占 32.4%；其次為 40 週，有 6 件，占 16.2%，如圖 3-23。

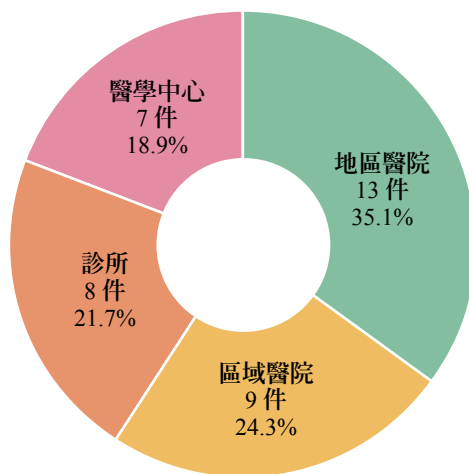


圖 3-21 108 年度新生兒死亡審定救濟案件機構層級分布

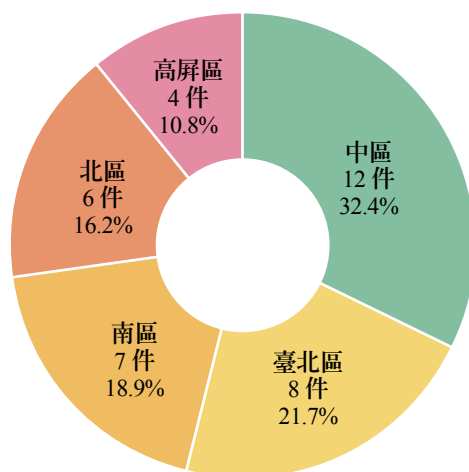


圖 3-22 108 年度新生兒死亡審定救濟案件區域分布

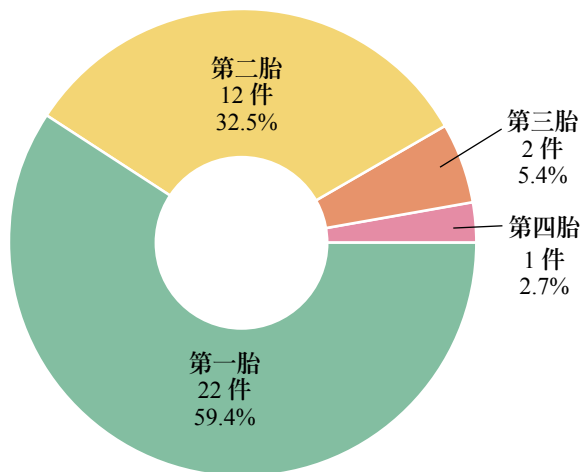


圖 3-24 108 年度新生兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

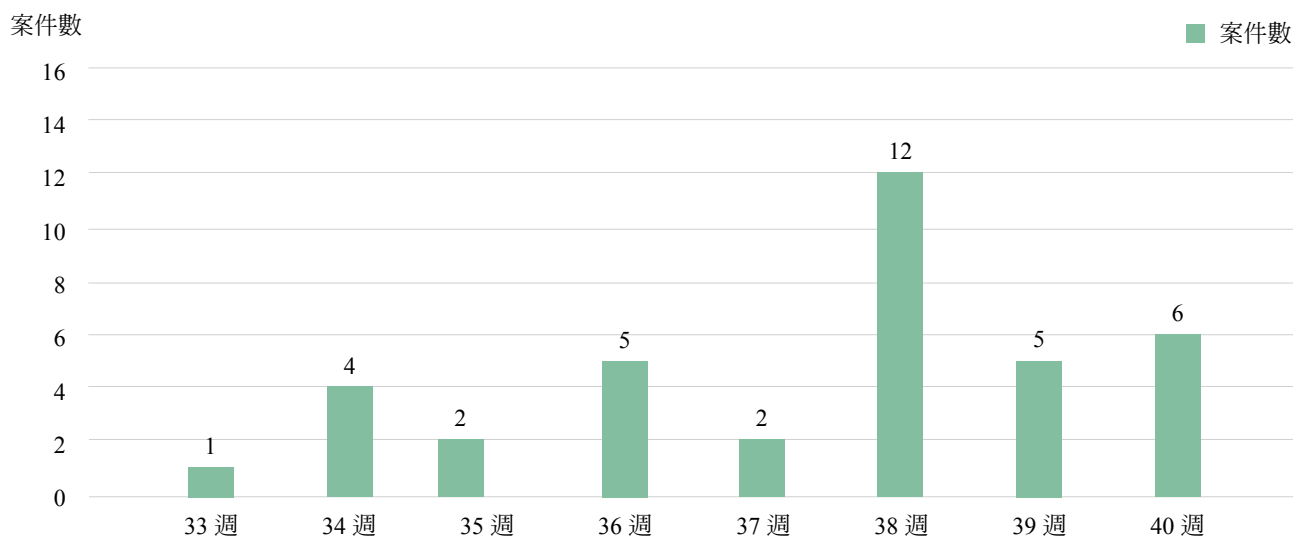


圖 3-23 108 年度新生兒死亡審定救濟案件妊娠週數分布

（四）妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第一胎最多，有 22 件，占 59.4%；其次為第二胎有 12 件，占 32.5%；再者為第三胎有 2 件，占 5.4%；第四胎有 1 件，占 2.7%，如圖 3-24。

（五）生產年齡

按孕產婦生產年齡分析，以 31～35 歲居冠，共 15 件，占 40.6%；36～40 歲次之，為 11 件，占 29.7%；25 歲（含）以下有 5 件，占 13.5%；26～30 歲及 40 歲以上各有 3 件，各占 8.1%，如圖 3-25。

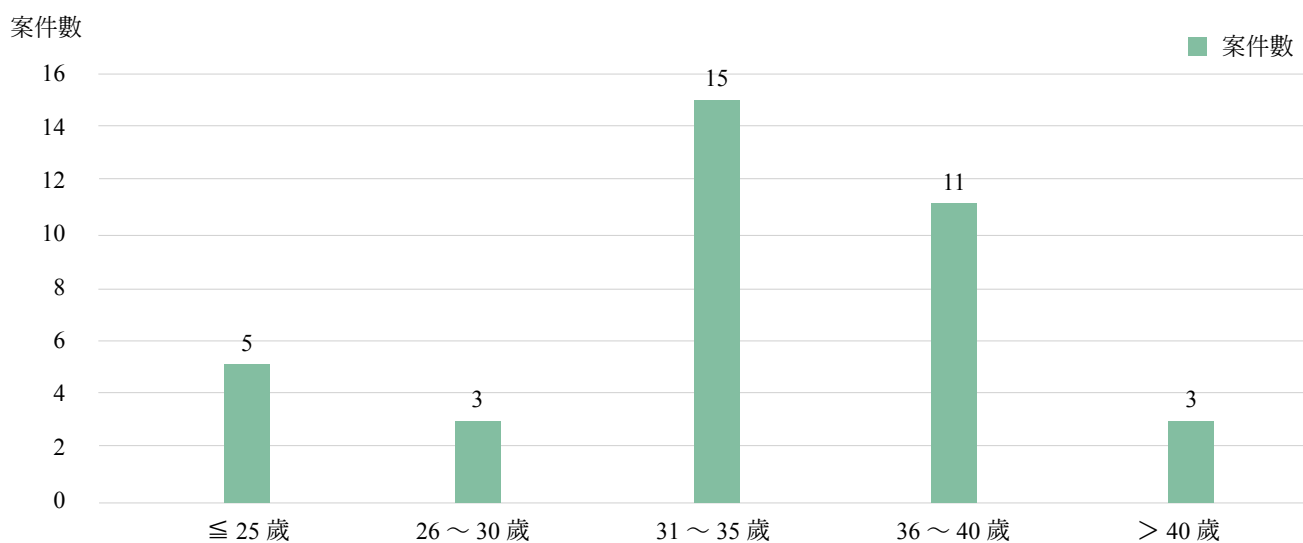


圖 3-25 108 年度新生兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布

（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（產前窒息、產程胎兒窘迫）有 21 件次，占 56.8%；胎盤早期剝離有 16 件次，占 43.2%；胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色有 8 件次，占 21.6%；肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫 7 件次，占 18.9%；高血壓 / 妊娠高血壓為 6 件次，占 16.2%，如表 3-7。

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至 108 年底所受理之申請案中，新生兒死亡案件共計 156 件，其中 18 件與生產無因果關係，不予救濟。核予救濟之 138 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。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，歷年累積案件以診所為最大宗，有 46 件，占 33.3%；地區醫院居次，有 39 件，占 28.3%；區域醫院則有 31 件，占 22.5%；醫學中心有 22 件，占 15.9%，如圖 3-26。

（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 39 件，占 28.2%；中區次之，共 29 件，占 21.1%；而高屏區與南區一樣為 24 件，各占 17.4%；北區 20 件占 14.5%，東區最少，僅 2 件，占 1.4%，如圖 3-27。

（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 106 件，占 76.8%；36 週以下（早產）生產案件有 32 件，占 23.2%。

表 3-7 108 年新生兒死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次	百分比 (註)
胎兒窘迫（產前窒息、產程胎兒窘迫）	21	56.8%
胎盤早期剝離	16	43.2%
胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色	8	21.6%
肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫	7	18.9%
高血壓 / 妊娠高血壓	6	16.2%
產程異常 / 產程延長	4	10.8%
糖尿病 / 妊娠糖尿病	3	8.1%

* 註：以 108 年度新生兒死亡審定救濟案件數為母數計算。（N = 37）

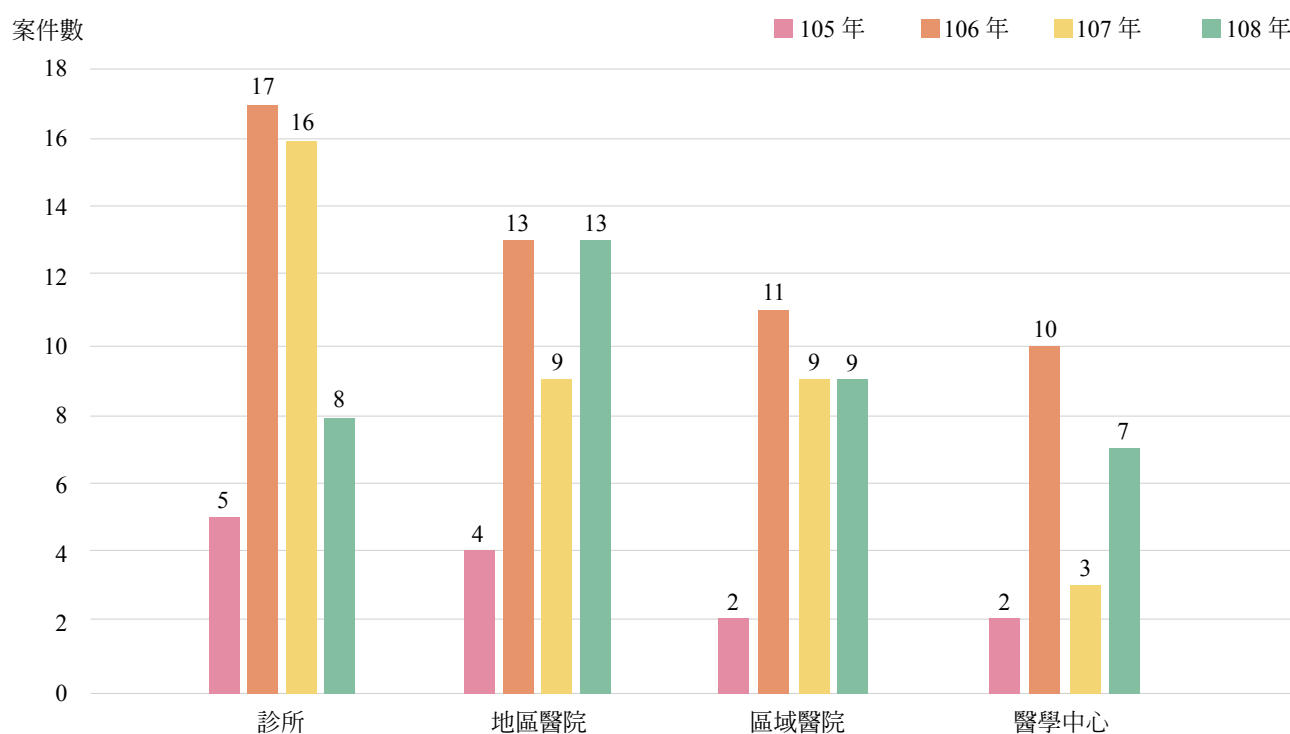


圖 3-26 105 ~ 108 年度新生兒死亡審定救濟案件機構層級分布

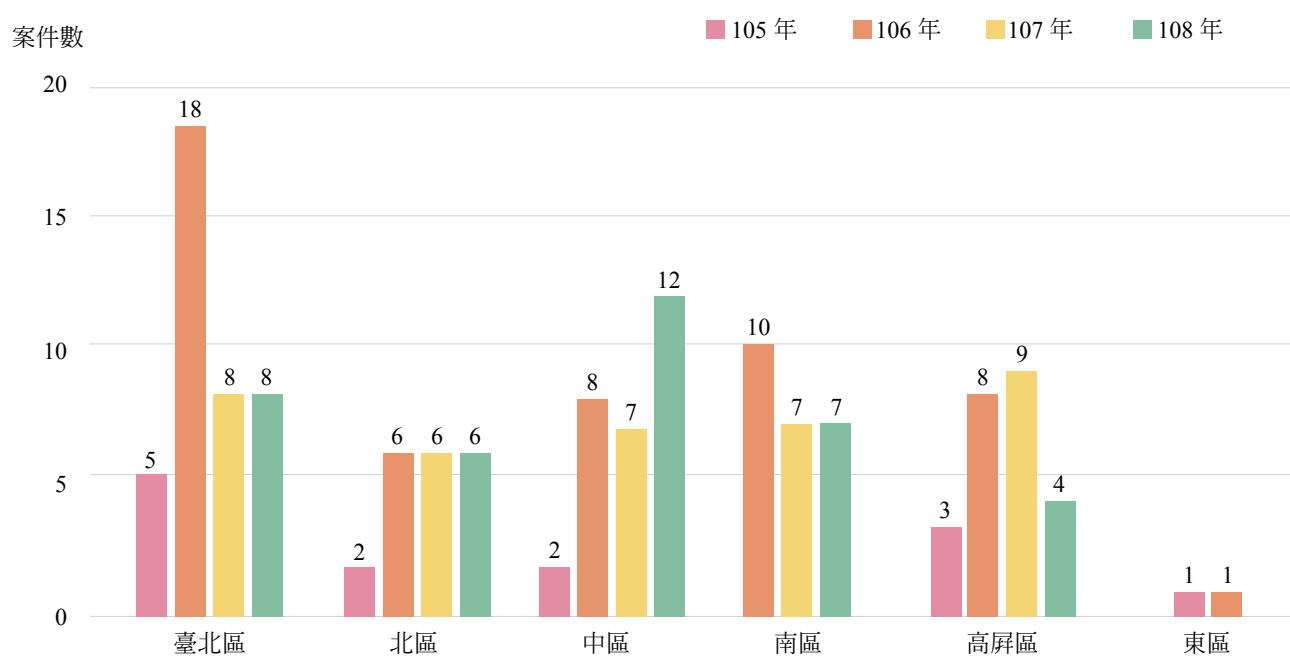


圖 3-27 105 ~ 108 年度新生兒死亡審定救濟案件區域分布

妊娠週數案件最多為 38 週，共 36 件，占 26.1%；其次是 39 週與 40 週各 24 件，各占 17.4%。比較 106～108 年度，案件數最多之妊娠週數均為 38 週，如圖 3-28。

（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 77 件，占 55.7%；第二胎次之，共 43 件，占 31.2%；第三胎共 15 件，占 10.9%；第四胎有 3 件，占 2.2%，如圖 3-29。

（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 歲居冠，有 54 件，占 39.1%；36～40 歲次之，有 31 件，占 22.5%；26～30 歲有 29 件，占 21.0%；25 歲（含）以下有 14 件，占 10.1%；40 歲以上者有 10 件，占 7.3%。比較 106～108 各年度均以 31～35 歲最多，如圖 3-30。

（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

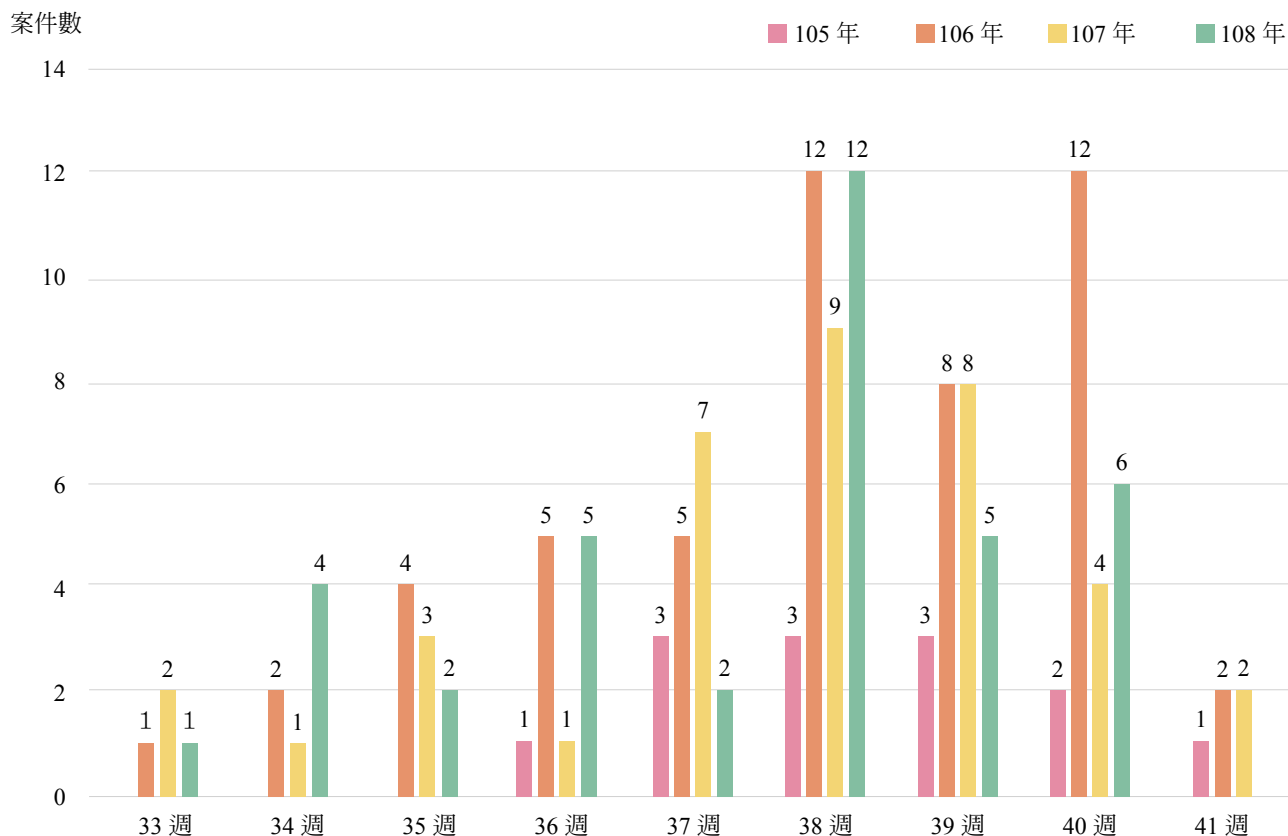


圖 3-28 105～108 年度新生兒死亡審定救濟案件妊娠週數分布

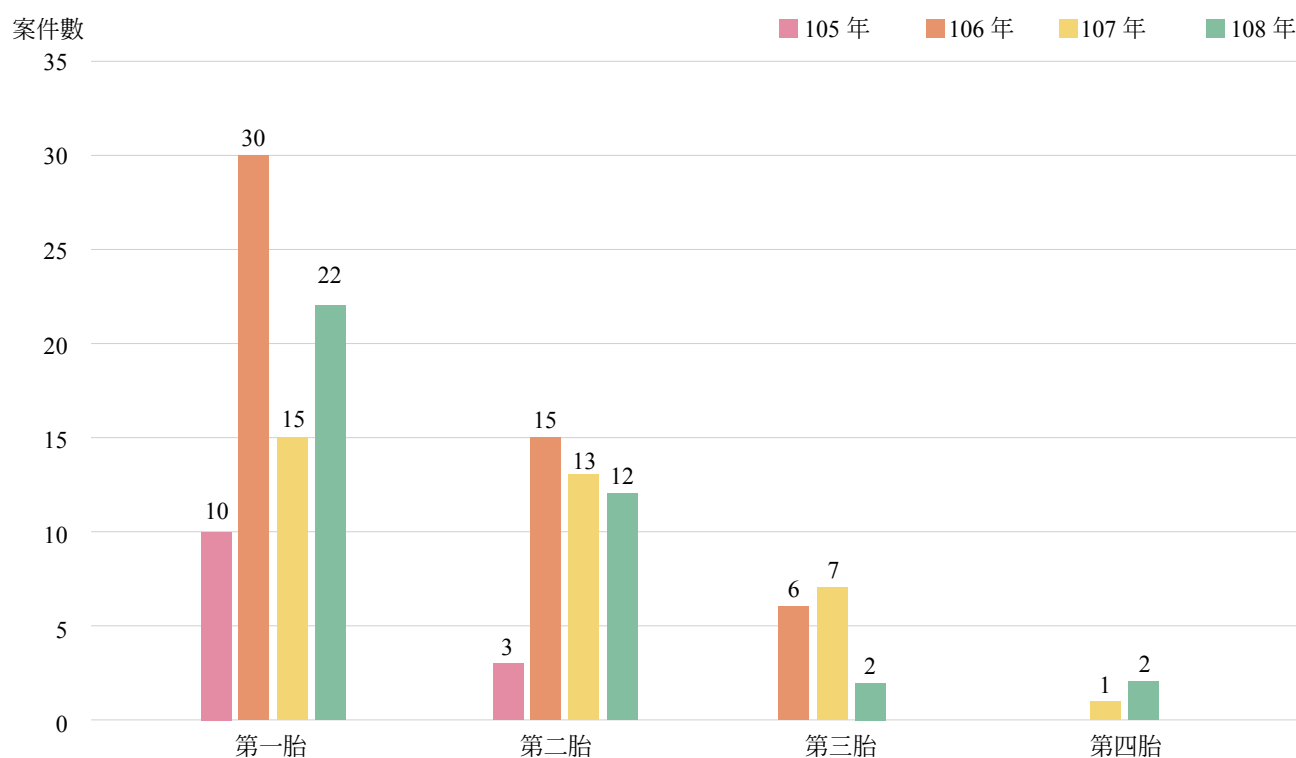


圖 3-29 105 ~ 108 年度新生兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

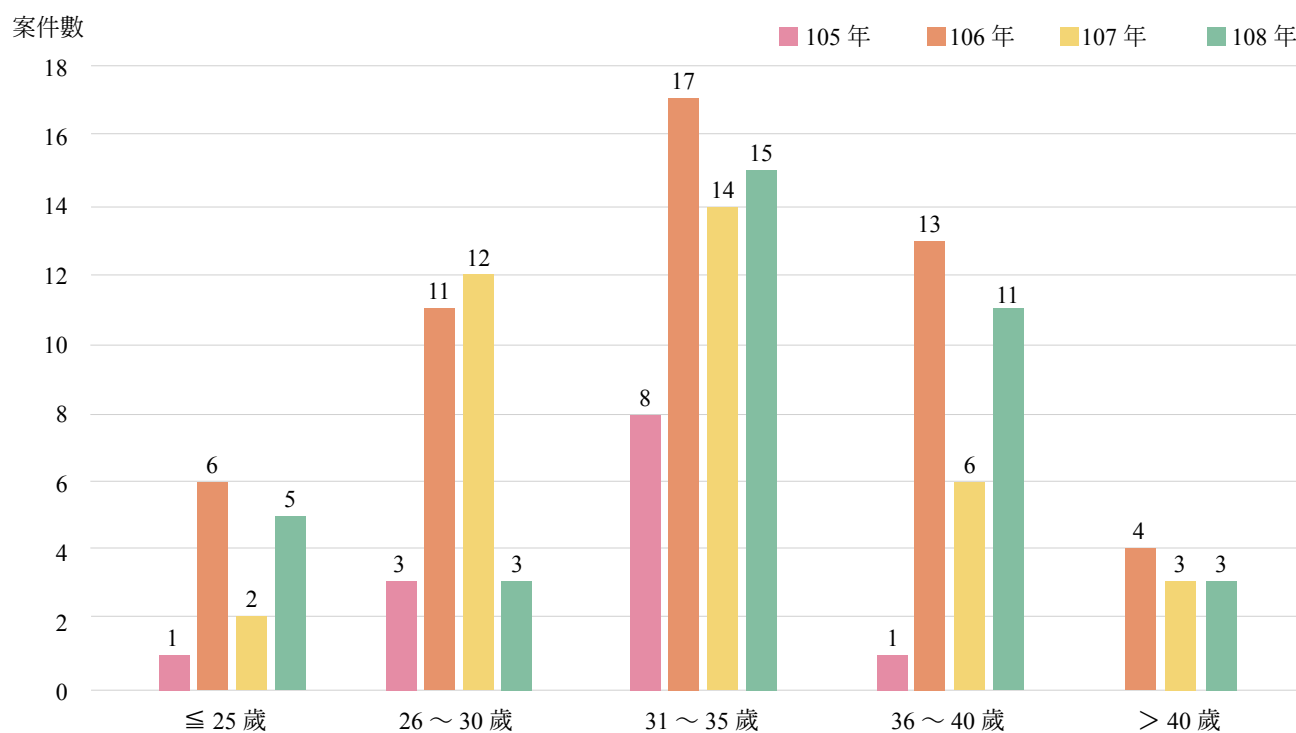


圖 3-30 105 ~ 108 年度新生兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布

表 3-8 105 ～ 108 年新生兒死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次	百分比 (註)
胎兒窘迫（產前窒息、產程胎兒窘迫）	87	63.0%
胎盤早期剝離	57	41.3%
胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色	30	21.7%
肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫	29	21.0%
高血壓 / 妊娠高血壓	17	12.3%
產程異常 / 產程延長	13	9.4%
感染 / 周產期感染	12	8.7%
腦部出血	9	6.5%
臍帶繞頸 / 臍帶異常	9	6.5%
肩難產 / 臂神經損傷	7	5.1%

* 註：以 105 ～ 108 年度新生兒死亡審定救濟案件數為母數計算。（N = 138）

窘迫）計 87 件次，占 63.0%；胎盤早期剝離 57 件次，占 41.3%；胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色為 30 件次，占 21.7%；肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫 29 件次，占 21.0%；高血壓 / 妊娠高血壓有 17 件次，占 12.3%。其餘原因依發生案件次為：產程異常 / 產程延長、感染 / 周產期感染、腦部出血、臍帶繞頸 / 臍帶異常、肩難產 / 臂神經損傷等，如表 3-8。

三、小結

新生兒死亡案件中，胎兒窘迫一直是最重要的原因，若無法及時應變處理，可能導致新生兒死亡。因此，周產期照護中最重要的兩項

課題，分別為產前辨識胎兒窘迫，及產後應對新生兒之急救能力。產前辨識胎兒窘迫方面，應完整監測胎心音之變化，積極採取介入措施，必要時考慮及早分娩，以避免遺憾；另一方面，新生兒於出生後，須立即給予適當的緊急處理措施。此外，亦可透過專業團體組織宣導醫療院所強化新生兒急救設備及急救訓練，透過跨科部的合作，加強人員因應突發狀況時之處理能力，以降低新生兒死亡之風險。

｜第四節｜新生兒重大傷害分析

一、本年度案件統計與分析

108 年度受理之申請案中，新生兒重大傷害共審定 39 件，其中 8 件與生產無因果關係，不予救濟；核予救濟之 31 件中，中度身心障礙有 11 件、重度身心障礙有 15 件、極重度身心障礙有 5 件。茲就核予救濟之 31 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 9 件，占 29.1%；地區醫院有 8 件，占 25.8%；醫學中心有 7 件，占 22.5%；區域醫院有 6 件，占 19.4%；助產機構 1 件，占 3.2%；如圖 3-31。

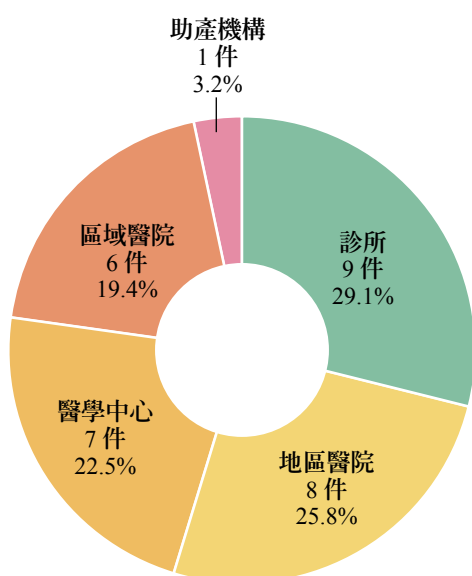


圖 3-31 108 年度新生兒重大傷害審定救濟案件機構層級分布

院有 6 件，占 19.4%；助產機構 1 件，占 3.2%；如圖 3-31。

（二）區域分布

按健保分區分析，臺北區最多，有 11 件，占 35.4%；北區及高屏區分別有 6 件，各占 19.4%；中區有 5 件，占 16.1%；南區有 2 件，占 6.5%；東區有 1 件，占 3.2%，如圖 3-32。

（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 26 件，占 83.9%；36 週以下（早產）生產案件共有 5 件，占 16.1%，案件數最多的為 39 週，有 9 件，占 29%；其次為 38 週，有 7 件，占 22.6%，如圖 3-33。

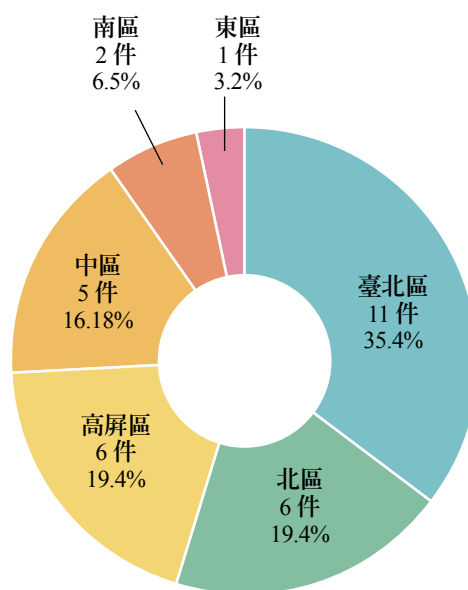


圖 3-32 108 年度新生兒重大傷害審定救濟案件區域分布

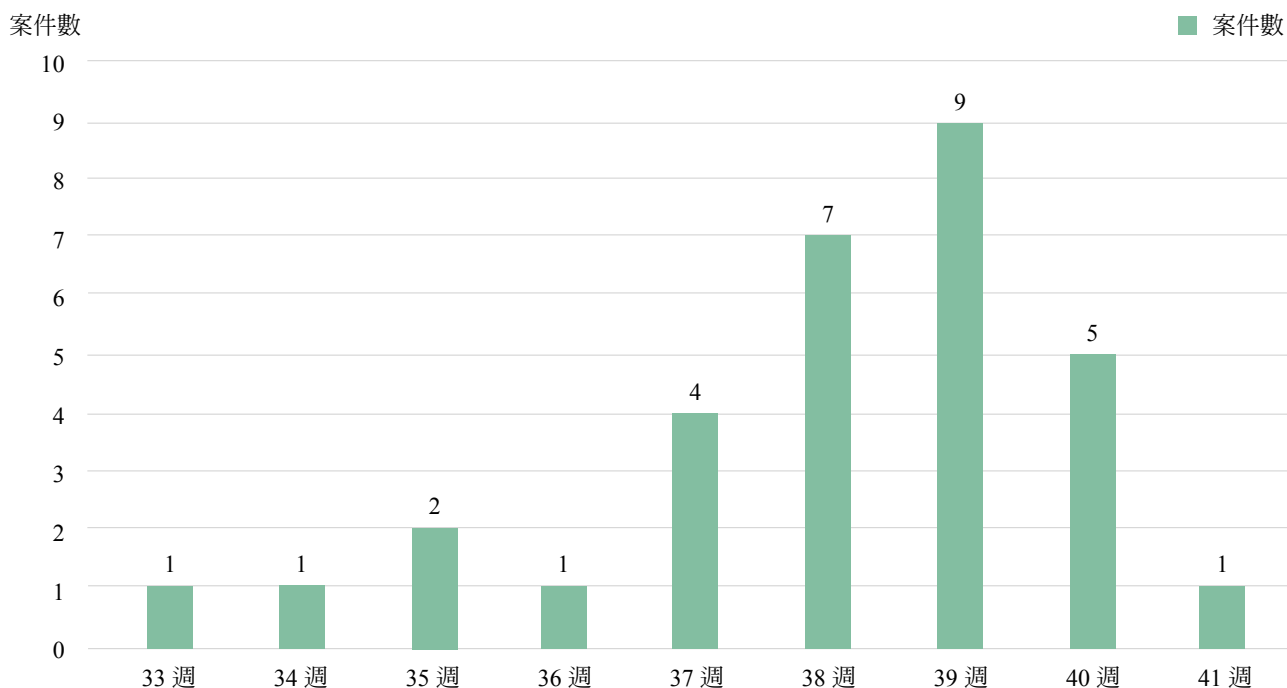


圖 3-33 108 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠週數分布

（四）妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第一胎最多，有 19 件，占 61.2%；其次為第二胎有 11 件，占 35.6%；再者為第三胎，有 1 件，占 3.2%，如圖 3-34。

（五）生產年齡

按孕產婦生產年齡分析，以 35～40 歲居冠，共 15 件，占 48.4%；其次為 31～35 歲有 7 件，占 22.7%；再者為 26～30 歲有 6 件，占 19.3%；25 歲（含）以下有 3 件，占 9.6%，如圖 3-35。

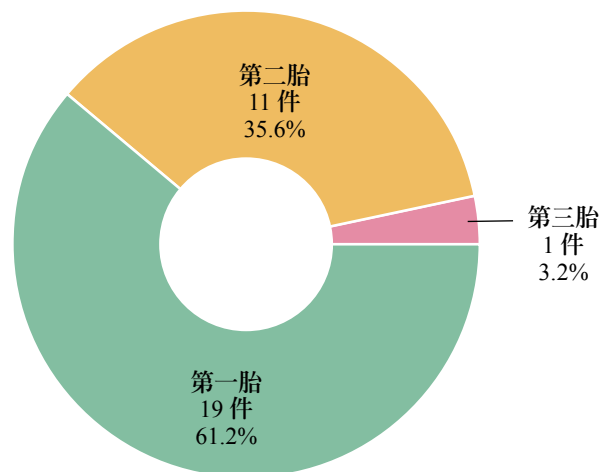


圖 3-34 108 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布

（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 17 件次，占 54.8%；其後為肺高壓 / 肺出血

/ 肺擴張不全 / 呼吸窘迫、胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色、腦部出血、高血壓 / 妊娠高血壓等原因，均為 6 件次，各占 19.4%，如表 3-9。

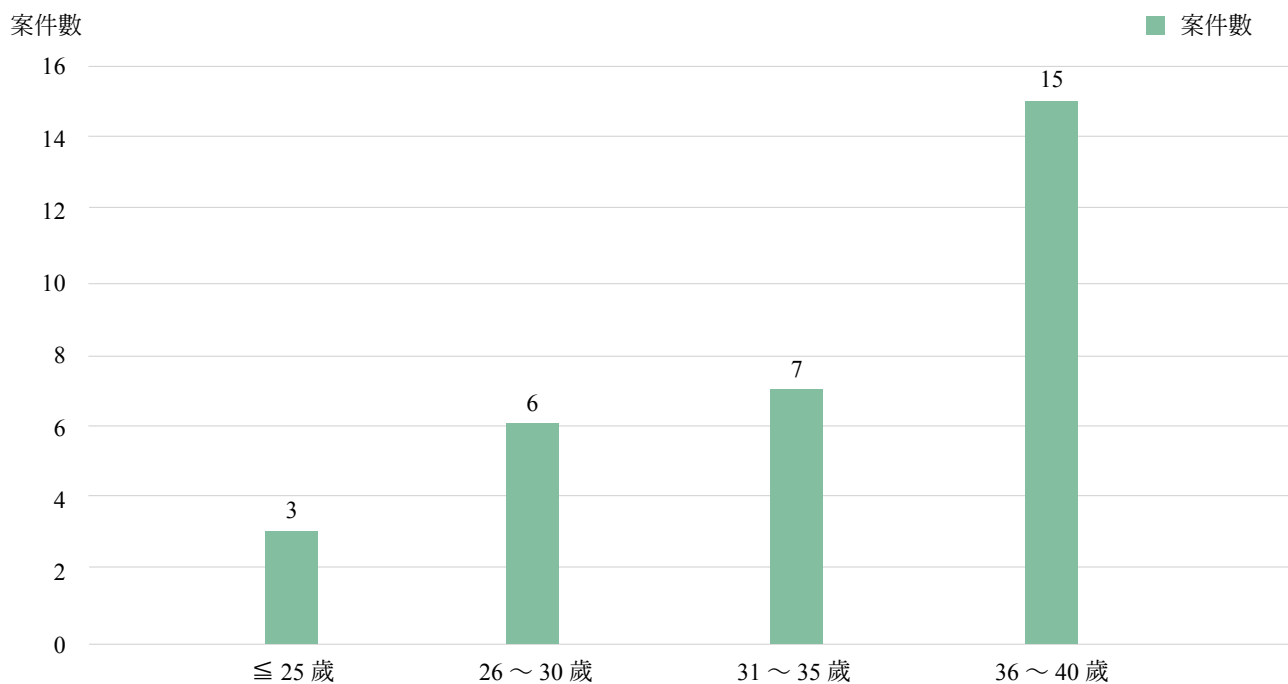


圖 3-35 108 年度新生兒重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

表 3-9 108 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	百分比 (註)
胎兒窘迫 (產前窒息、產程胎兒窘迫)	17	54.8%
肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫	6	19.4%
胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色	6	19.4%
腦部出血	6	19.4%
高血壓 / 妊娠高血壓	6	19.4%
臍帶繞頸 / 臍帶異常	3	9.7%
產程異常 / 產程延長	3	9.7%
胎盤早期剝離	2	6.5%
肩難產 / 臂神經損傷	2	6.5%
缺血缺氧腦病變	2	6.5%

* 註：以 108 年度新生重大傷害審定救濟案件數為母數計算。(N = 31)

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至 108 年底所受理之申請案中，新生兒重大傷害案件共計 69 件，其中 12 件與生產無因果關係，不予救濟；核予救濟之 57 件中，中度身心障礙有 21 件、重度身心障礙有 27 件、極重度身心障礙有 9 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，以診所為最大宗，有 19 件，占 33.3%；區域醫院次之，有 14 件，占 24.6%；地區醫院，有 12 件，占 21.1%；醫學中心，有 11 件，占 19.3%；發

生在助產機構有 1 件，占 1.7%，如圖 3-36。

（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 24 件，占 42.0%；高屏區次之，共 11 件，占 19.3%；而北區有 8 件，占 14.1%；中區有 7 件，占 12.3%；南區有 6 件，占 10.5%；東區最少，僅有 1 件，占 1.8%，如圖 3-37。

（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 46 件，占 80.7%；36 週以下（早產）生產案件，有 11 件，占 19.3%。妊娠週數案件最多為 39 週，共 19 件，占 33.3%；其次是 38 週 14 件，占 24.5%，如圖 3-38。

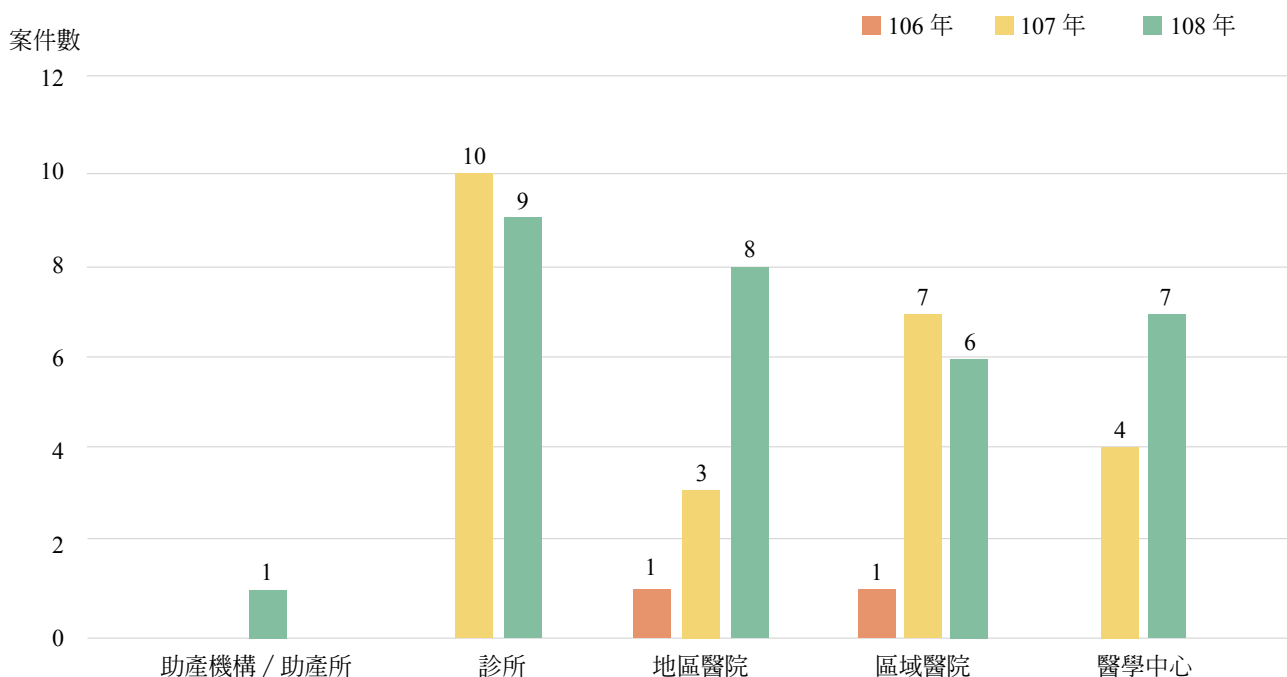


圖 3-36 105 ~ 108 年度新生兒重大傷害審定救濟案件機構層級分布

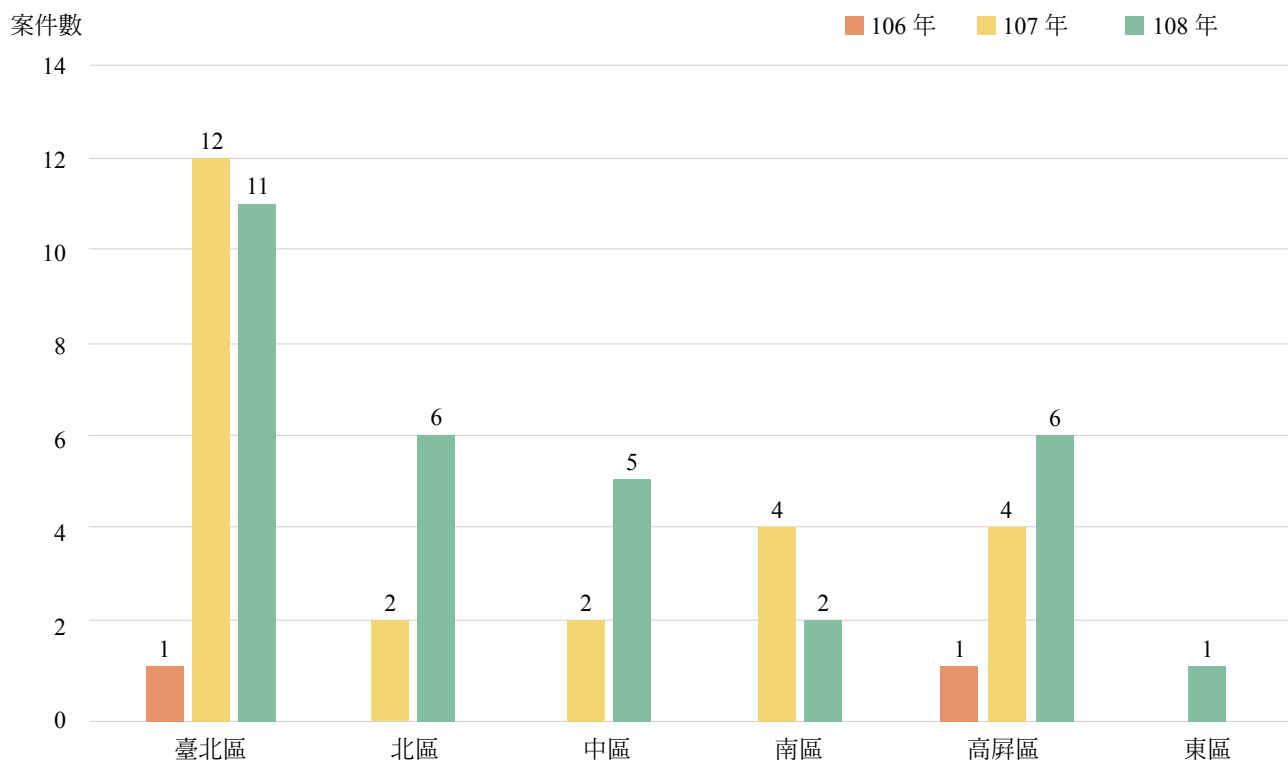


圖 3-37 105 ~ 108 年度新生兒重大傷害審定救濟案件區域分布

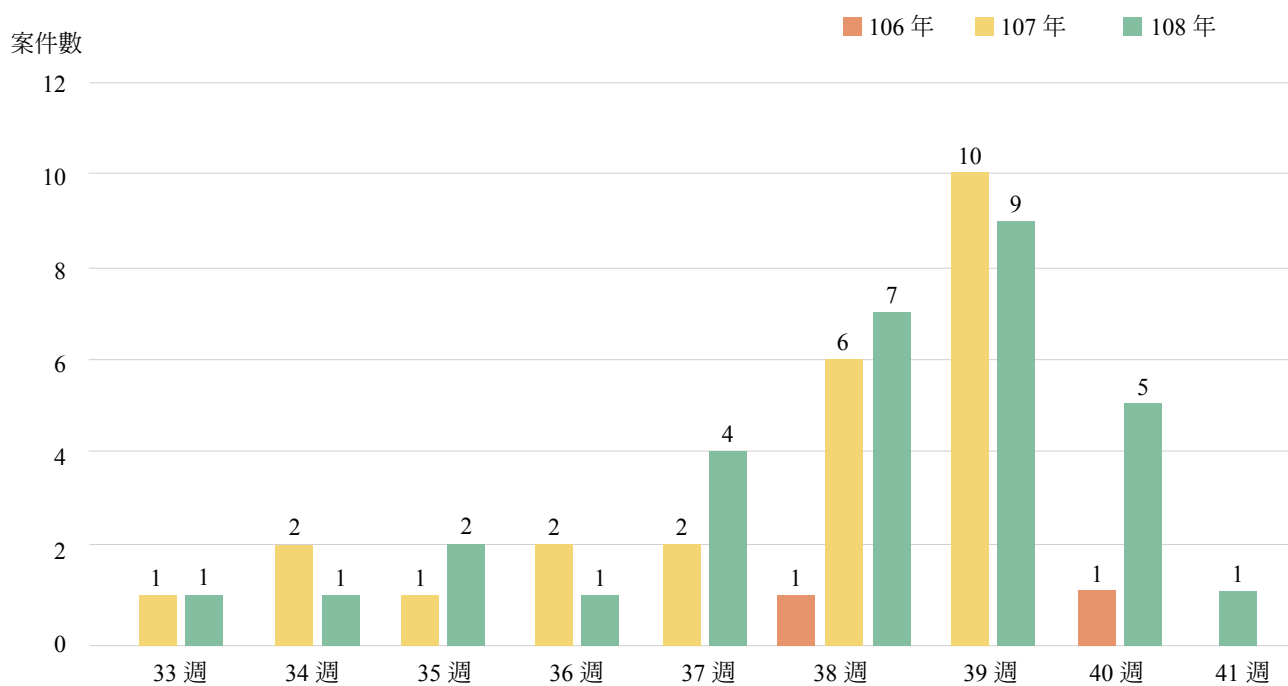


圖 3-38 105 ~ 108 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠週數分布

（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 35 件，占 61.3%；第二胎次之，共 20 件，占 35.1%；第三胎與第四胎各 1 件，各占 1.8%，如圖 3-39。

（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 35～40 歲居冠，有 20 件，占 35.2%；26～30 歲次之，有 17 件，占 29.8%；31～35 歲有 15 件，占 26.3%；25 歲

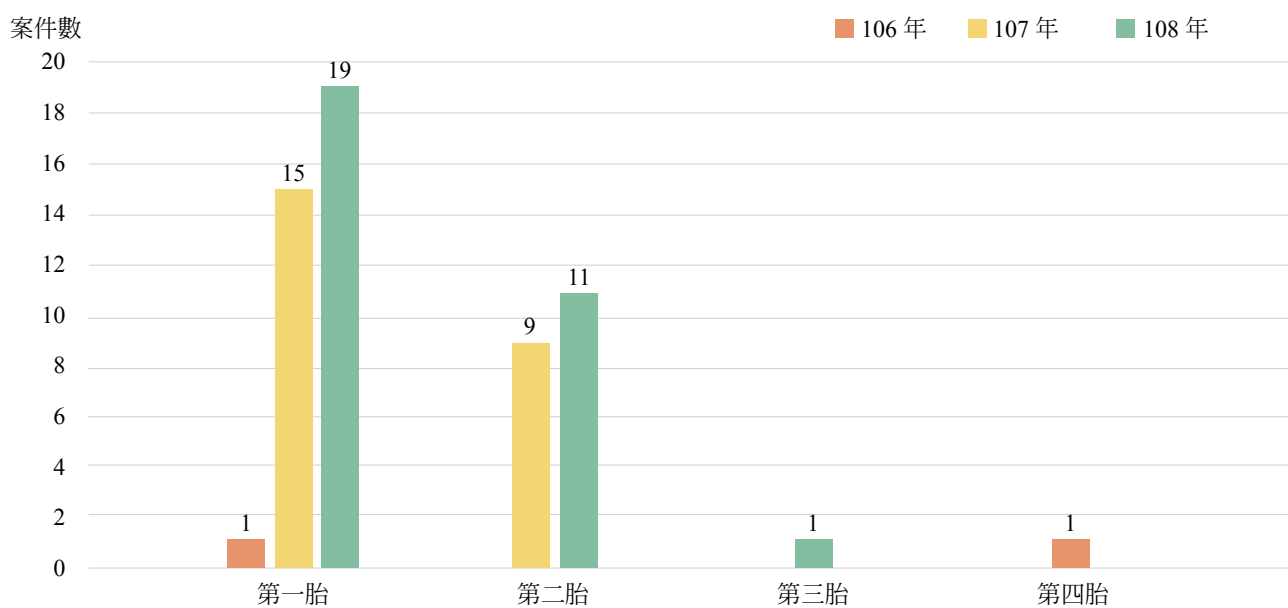


圖 3-39 105～108 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布

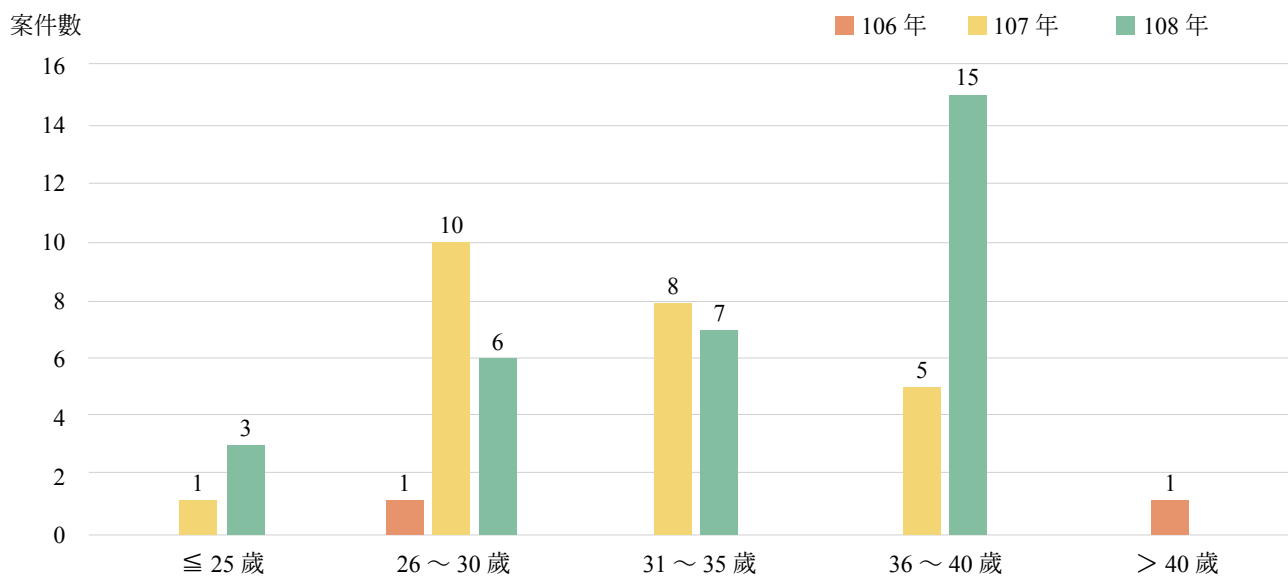


圖 3-40 105～108 年度新生兒重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

(含)以下有 4 件，占 7.0%；40 歲以上者有 1 件，占 1.7%，如圖 3-40。

(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 30 件次，占 52.6%；肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫有 16 件次，占 28.1%；胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色為 11 件次，占 19.3%；胎盤早期剝離與高血壓 / 妊娠高血壓為 9 件次，各占 15.8%。其餘原因依發生案件次為：腦部出血、臍帶繞頸 / 臍帶異常、產程異常 / 產程延長、肩難產 / 臂神經損傷、缺氧缺血性腦病變等，如表 3-10。

三、小結

歷年來新生兒重大傷害案件中，也多為胎兒窘迫導致窒息，接續引發缺氧事件，產生腦部損傷之病變。醫療院所除了具備新生兒之緊急設備之外，並應強化人員之緊急處理能力，建立完善的支援系統，必要時及早轉診後送。因此，落實高危險妊娠產婦之產前轉診，確實建立分級醫療制度，讓孕產婦於安全的環境下生產，確保新生兒於第一時間接受適當的治療，把握治療的黃金時期，才能改善新生兒之預後及發展，進而提升後續的生活照護品質。

表 3-10 105 ～ 108 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	百分比 (註)
胎兒窘迫（產前窒息、產程胎兒窘迫）	30	52.6%
肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫	16	28.1%
胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色	11	19.3%
胎盤早期剝離	9	15.8%
高血壓 / 妊娠高血壓	9	15.8%
腦部出血	8	14.0%
臍帶繞頸 / 臍帶異常	5	8.8%
產程異常 / 產程延長	4	7.0%
肩難產 / 臂神經損傷	3	5.3%
缺血缺氧腦病變	3	5.3%

* 註：以 105 ～ 108 年度新生重大傷害審定救濟案件數為母數計算。(N = 57)

第五節 胎兒死亡案件分析

一、本年度案件統計與分析

108 年度受理之申請案中，胎兒死亡案件共計 128 件，其中 5 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 123 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，醫學中心有 40 件，占 32.5%；地區醫院有 33 件，占 26.8%；區域醫院有 27 件，占 22.0%；診所 23 件，占 18.7%，如圖 3-41。

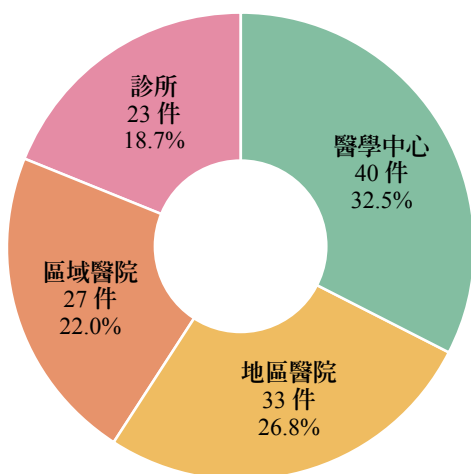


圖 3-41 108 年度胎兒死亡審定救濟案件機構層級分布

（二）區域分布

按健保分區分析，臺北區有 31 件，占 25.2%；北區有 29 件，占 23.6%；南區有 24 件，占 19.5%；中區有 23 件，占 18.7%；高屏區有 15 件，占 12.2%；東區有 1 件，占 0.8%，如圖 3-42。

（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 65 件，占 52.8%；36 週以下（早產）生產案件共有 58 件，占 47.2%，如圖 3-43。

（四）妊娠胎次

按孕產婦妊娠胎次分析，第一胎最多，有 72 件，占 58.5%；其次為第二胎有 37 件，占

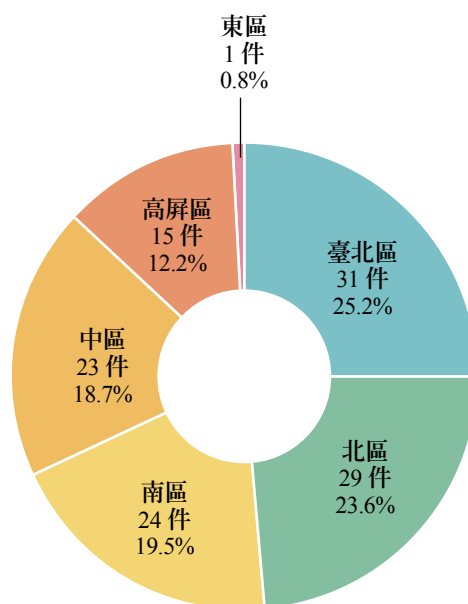


圖 3-42 108 年度胎兒死亡審定救濟案件區域分布

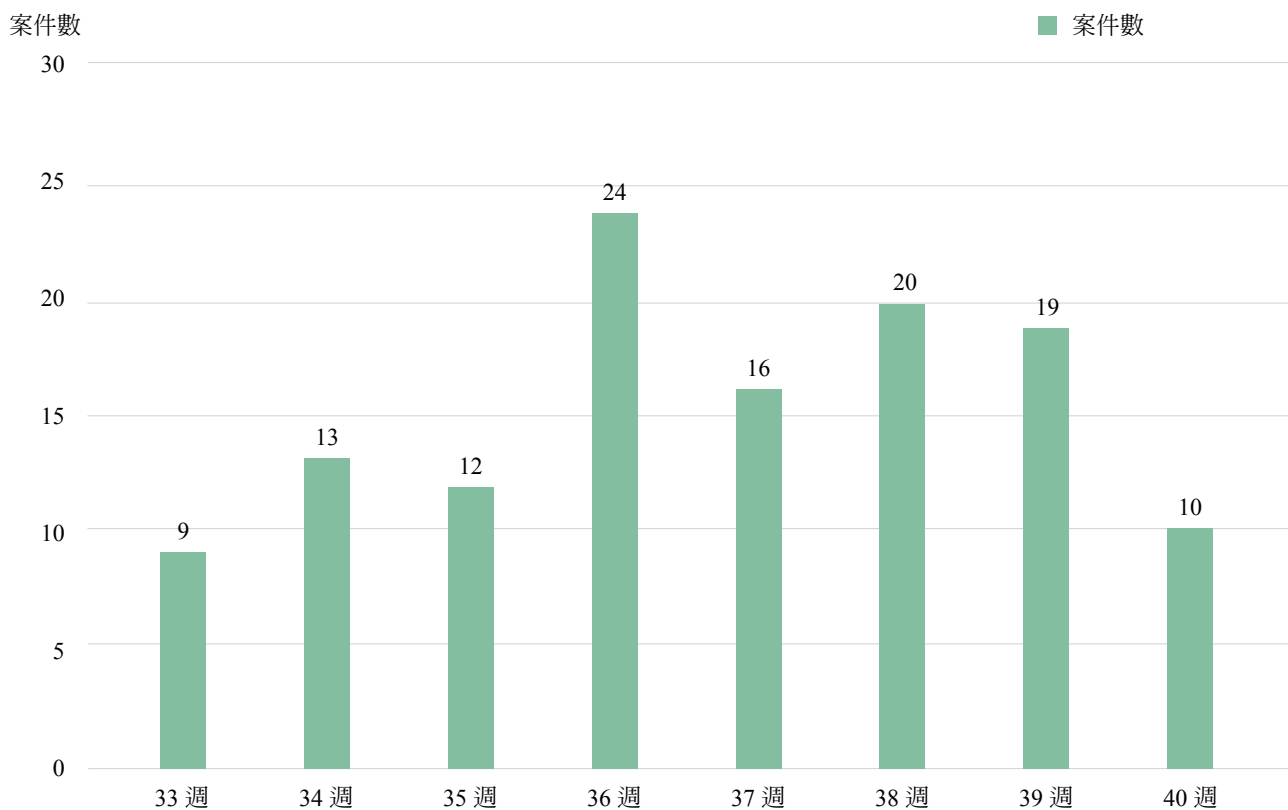


圖 3-43 108 年度胎兒死亡審定救濟案件妊娠週數分布

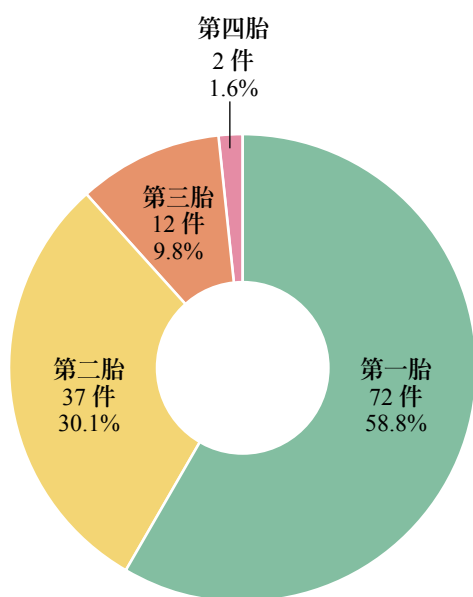


圖 3-44 108 年度胎兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

30.1%；再者為第三胎有 12 件，占 9.8%；第四胎有 2 件，占 1.6%，如圖 3-44。

（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 37.4%；其次為 26～30 歲有 34 件，占 27.6%；36～40 歲有 24 件，占 19.5%；25 歲（含）以下及 40 歲以上分別為 15 件、4 件，各占 12.2%、3.3%，如圖 3-45。

（六）事故原因

就胎兒死亡之事故原因分析，大多合併多重因素，但仍以不明原因死胎（子宮內胎兒死

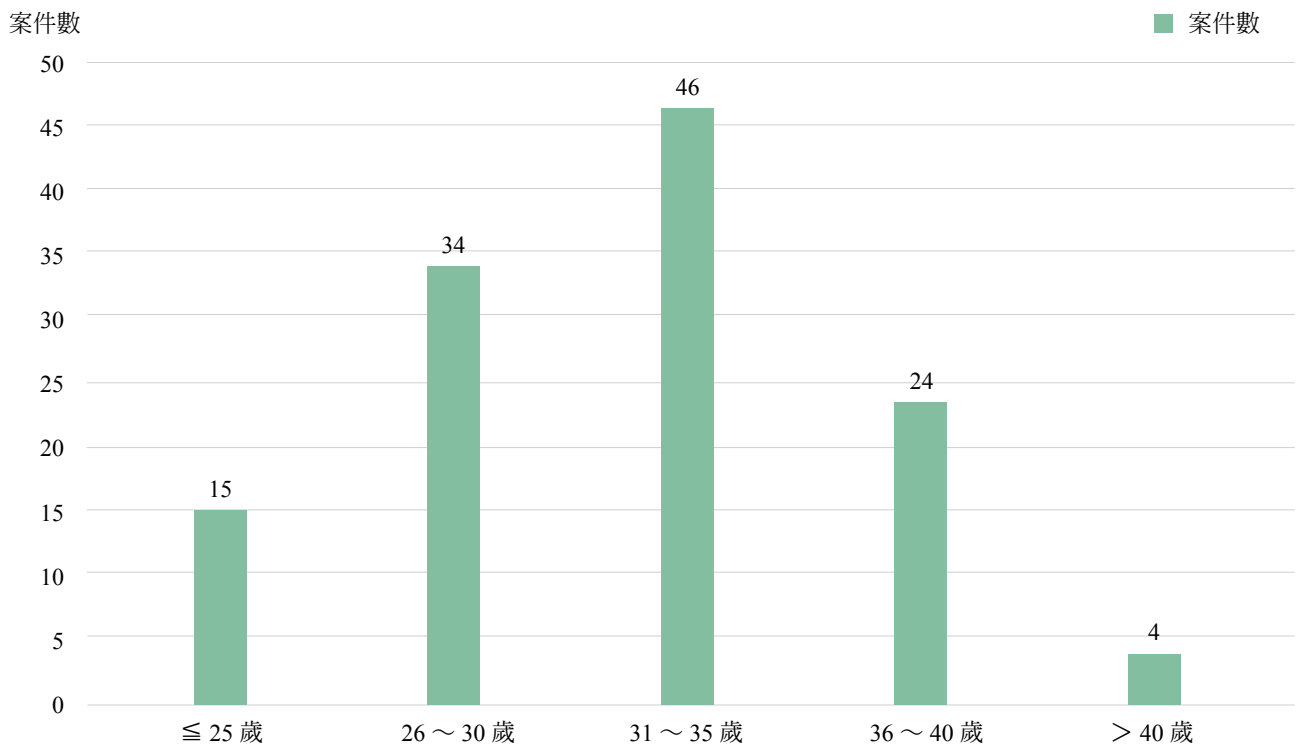


圖 3-45 108 年度胎兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布

亡) 為最多, 有 50 件次, 占 40.7%; 其他依序為: 臍帶繞頸 / 臍帶異常 / 臍帶意外事故等, 有 36 件次, 占 29.3%; 胎盤早期剝離有 28 件次, 占 22.8%; 高血壓 / 妊娠高血壓有 26 件次, 占 21.1%; 胎盤功能不全有 14 件次, 占 11.4%; 胎兒窘迫有 12 件次, 占 9.8%; 糖尿病 / 妊娠糖尿病有 8 件次, 占 6.5%, 如表 3-11。

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至 108 年底所受理之申請案中, 胎兒死亡案件共計 396 件, 其中 7 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 389

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 126 件, 占 32.4%; 地區醫院居次, 有 109 件, 占 28.0%; 區域醫院則有 77 件, 占 19.8%; 診所所有 76 件, 占 19.5%; 助產所有 1 件, 占 0.3%。105 ~ 107 年度各機構層級之案件數量逐年上升, 以地區醫院上升幅度最高。然 108 年度除醫學中心外, 其他層級機構均呈現減少之狀況, 如圖 3-46。

表 3-11 108 年度胎兒死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次	百分比 (註)
不明原因死胎 (子宮內胎兒死亡)	50	40.7%
臍帶繞頸 / 臍帶異常 / 臍帶意外事故等	36	29.3%
胎盤早期剝離	28	22.8%
高血壓 / 妊娠高血壓	26	21.1%
胎盤功能不全	14	11.4%
胎兒窘迫	12	9.8%
糖尿病 / 妊娠糖尿病	8	6.5%
胎兒生長遲滯	6	4.9%
前置胎盤	5	4.1%

* 註：以 108 年度胎兒死亡審定救濟案件數為母數計算。(N = 123)

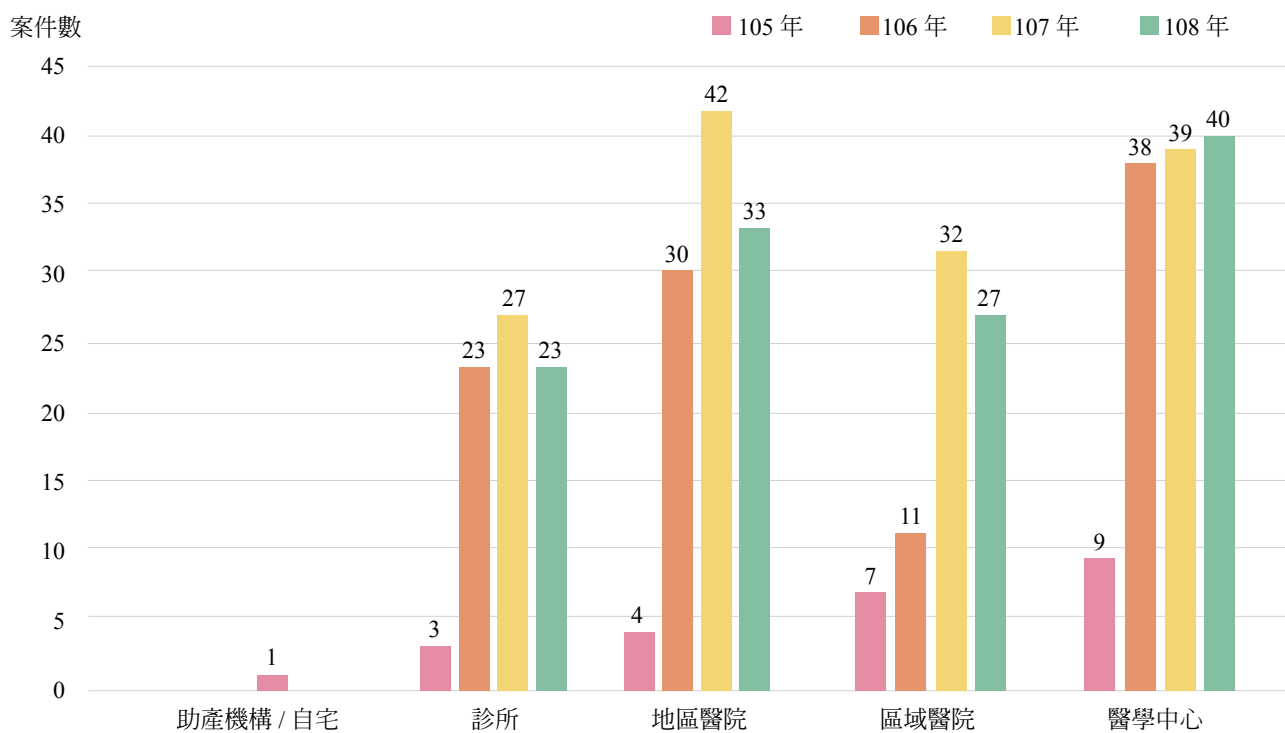


圖 3-46 105 ~ 108 年度胎兒死亡審定救濟案件機構層級分布

（二）區域分布

按年度及健保分區分析，以臺北區為最大宗，有 109 件，占 28.0%；東區 4 件最少，占 1.0%。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。107 年度北區之案件數量攀升為 48 件，為兩年半來最高，108 年度則有明顯減少。108 年度除了北區外，其他各區域之案件數量則呈現微幅增減，如圖 3-47。

（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 214 件，占 55.0%；36 週以下（早

產）生產案件，有 175 件，占 45.0%。累積案件數最多者為 38 週，共 75 件，占 19.3%；其次為 36 週有 63 件，占 16.2%。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，如圖 3-48。

（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 229 件，占 58.8%。而在高妊娠胎次部分，106 年度各有 1 件為第四胎、第六胎；107 年度則有 2 件為第四胎、1 件為第五胎；108 年度則有 2 件為第四胎，如圖 3-49。

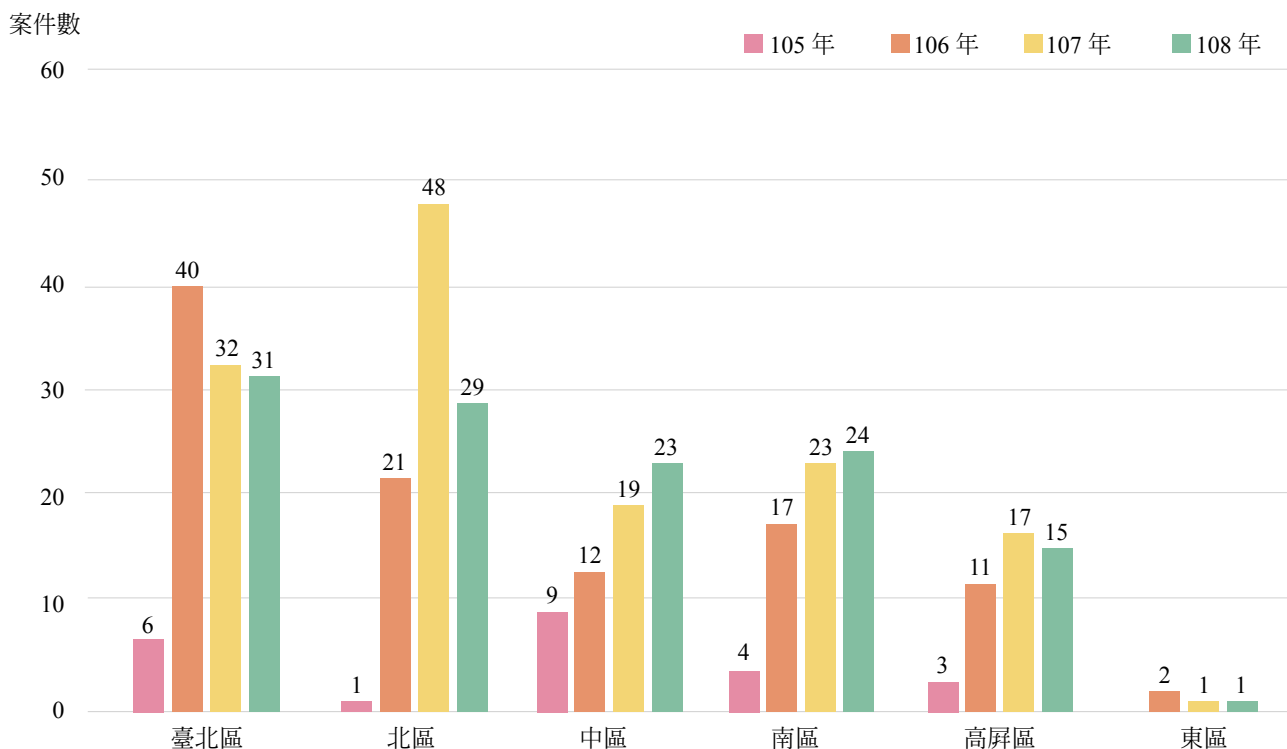


圖 3-47 105～108 年度胎兒死亡審定救濟案件區域分布

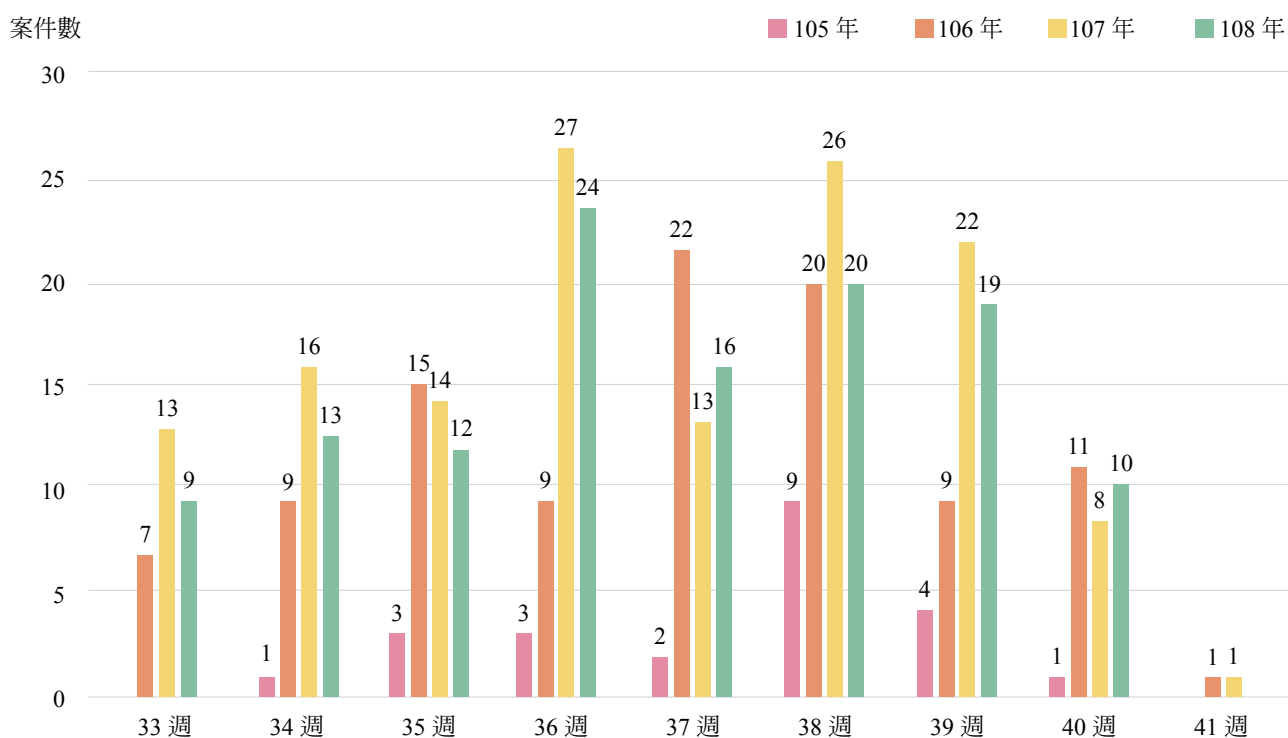


圖 3-48 105 ~ 108 年度胎兒死亡審定救濟案件妊娠週數分布

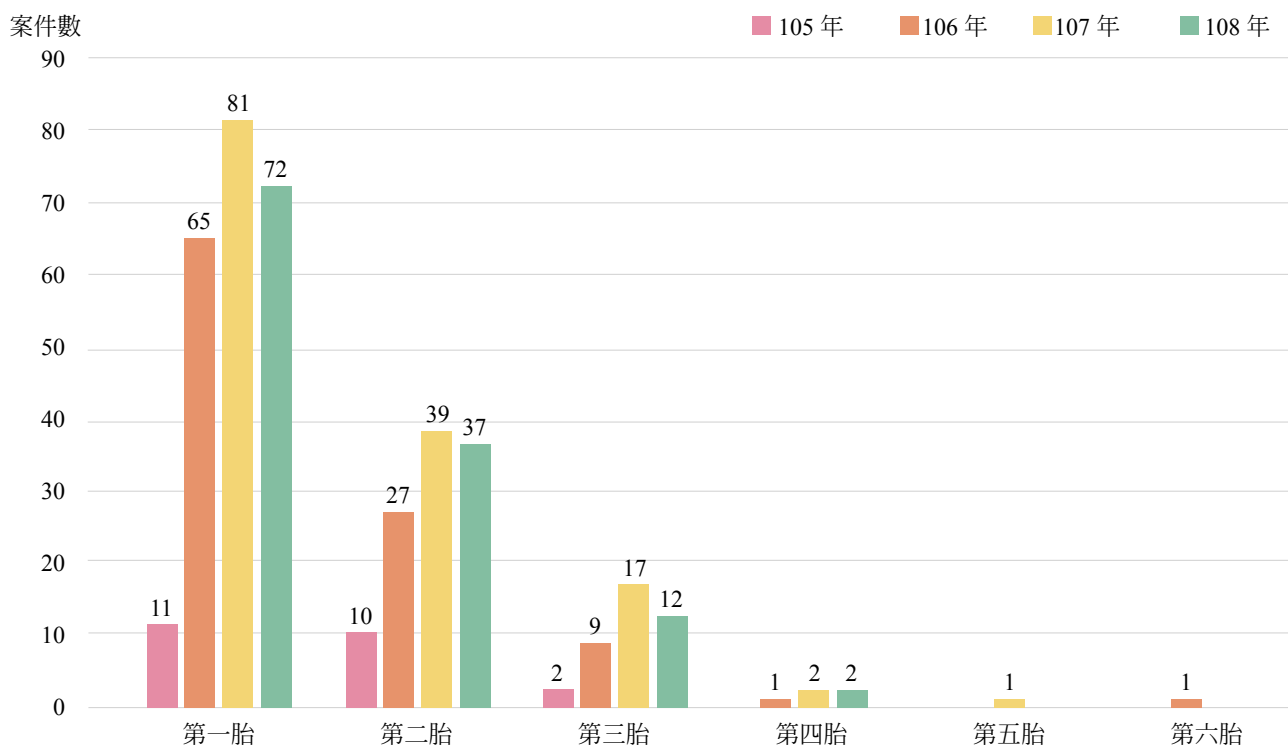


圖 3-49 105 ~ 108 年度胎兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

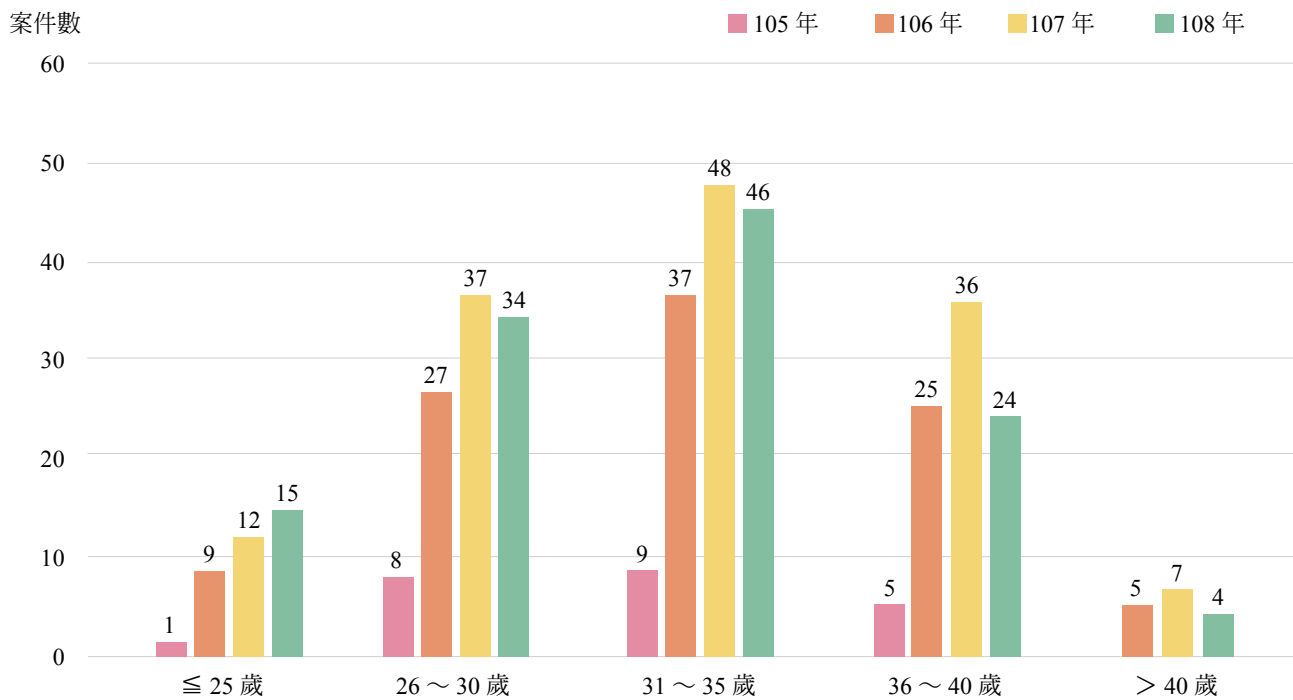


圖 3-50：105 ~ 108 年度胎兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布

表 3-12 105 ~ 108 年度胎兒死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次	百分比 (註)
不明原因死胎（子宮內胎兒死亡）	191	49.1%
胎盤早期剝離	103	26.5%
臍帶繞頸 / 臍帶異常 / 臍帶意外事故等	94	24.2%
高血壓 / 妊娠高血壓	69	17.7%
胎盤功能不全	35	9.0%
胎兒窘迫	30	7.7%
糖尿病 / 妊娠糖尿病	29	7.5%
前置胎盤	14	3.6%
感染	10	2.6%
胎兒生長遲滯	9	2.3%

* 註：以 105 ~ 108 年度孕產婦死亡審定救濟案件數為母數計算。（N = 389）

（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 140 件，占 36.0%。105 至 108 各年度皆多分布於 31～35 歲，如圖 3-50。

（六）事故原因

就胎兒死亡之事故原因分析，大多合併多重因素，但仍以不明原因死胎（子宮內胎兒死亡）為最多，有 191 件次，占 49.1%；其他原因包括：胎盤早期剝離有 103 件次，占 26.5%；臍帶繞頸 / 臍帶異常 / 臍帶意外事故等有 94 件，占 24.2%；高血壓 / 妊娠高血壓有 69 件次，占 17.7%；胎盤功能不全有 35 件次，占 9.0%；胎兒窘迫有 30 件次，占 7.7%；糖尿病 / 妊娠糖尿病有 29 件次，占 7.5%，如表 3-12。

三、小結

子宮內胎兒死亡原因不明所占比例雖已有減少趨勢，但仍占有將近五成左右，尚有持續努力之空間。建議可分為二階段處理，第一階段為妊娠期間，醫療院所進行產前檢查時，對子宮內環境不佳及高危險狀況者宜提升照護等級，如發現高風險狀況時，宜提早採取適當之醫療處置；第二階段為妊娠後期，可針對胎動感減少之孕婦，適時進行胎兒生長環境監測，協助排除可能導致胎死腹中之危險因子，除加強衛教持續鼓勵孕婦主動監測胎動變化外，當孕婦發現胎動型態改變時，應就醫做更進一步的檢查。此外，醫療機構在進行胎死腹中引產後，建議可將孕婦高危險妊娠因子歸納紀錄，必要時採取胎兒、胎盤等組織進行病理檢驗，正確及完整記錄胎死腹中之原因，以做為未來降低此類事件策略之參考。



肆

警示訊息 / 學習案例摘要



為預防並降低生產事故風險，《生產事故救濟條例》亦規範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，且應於生產事故發生後進行通報，藉由通報事故找出可供學習之處，編製相關案例供醫療機構及民眾參考。本年度即自生產事故通報案件中，就發生頻率較高之生產事故擇定「硬脊膜外止痛相關風險」、「產後肺栓塞之評估與預防」、「胎心音監測要點與常見失效因素」等主題，編製學習案例，並發布 3 篇警示訊息，提出相關建議供醫療機構自我檢視，從中學習防範改善之處。學習案例請詳見附錄，相關資訊亦同步公布於本部【台灣病人安全資訊網】及【生產事故救濟專區】。

茲由學習案例彙整摘錄值得提醒孕產婦及其家人之訊息如下，參考：

- 一、生產過程有使用無痛分娩或自控式止痛時，主動提醒醫療人員是否有藥物過敏史（例如：嗎啡）。
- 二、於使用止痛藥物（例如：嗎啡）期間，若發生低血壓、噁心嘔吐、搔癢、發燒、顫抖等症狀，請立即告知醫療人員。
- 三、孕婦曾有栓塞病史、肥胖（BMI>30）、此胎以剖腹方式生產等，為預防肺栓塞，應配合醫囑使用彈性襪，術後建議及早下床活動，避免長時間臥床。
- 四、懷孕期間，孕婦如感覺胎動停止或比平常活動量減少一半以上（註⁵），應盡快就醫；如執行相關檢測，可主動諮詢醫師判讀結果及是否需進一步處理。

5 資料來源：國民健康署孕婦衛教手冊（109 年 3 月出版）。

伍

結語



《生產事故救濟條例》之實施，是希望藉由國家提供保障，讓所有婦女能安心生產，同時促進醫病和諧、建立事故預防及除錯機制，以提升生產品質。本條例自 105 年 6 月 30 日施行以來，共計受理 886 件申請案，於 108 年度所受理之 310 件申請案中，有 282 件核予救濟，通過率 91.0%，平均審定時程為 66 日。

回顧 108 年度，全國總出生人口數為 175,074 人，創下自 100 年度以來之最低紀錄，婦女平均生育年齡為 32 歲，第一胎平均年齡為 31 歲；其中，以 30～34 歲族群最多，占 35.9%；其次為 35～39 歲，占 25.5%（註⁶）。對照 108 年度受理 310 件生產事故救濟案件來看，以 30～34 歲為最多，占 34.2%；其次為 35～39 歲，占 32.3%。然而，依申請比例（註⁷）結果分析，以 45 歲以上占最大宗，為 4.38‰，其次為 40～44 歲，為 3.07‰。由此可見，面臨高齡妊娠帶來的衝擊，需要積極營造安全的生產環境，方能改善及預防事故的發生。

108 年度受理申請案件中，有 41.6% 為民眾自行提出申請。分析自 105～107 年度申請案件來源，民眾申請比例都在三成左右，可見民眾自行提出申請有逐年提高之趨勢。為強化醫病關係，醫療機構可再積極主動協助代為申請，減少民眾自行申請之流程負擔，引導醫病雙方以溝通取代訴訟解決爭議，並緩和緊張的醫病關係。

分析歷年來，本部醫事審議委員會受理司法或檢察機關委託之司法訴訟鑑定案件，其中產科初次鑑定案件，100 年至 104 年每年平均有 27.8 件產科鑑定案件。然於《生產事故救濟條例》施行之後，自 106 年至 108 年的產科鑑定案件每年平均為 18.3 件，和施行前相比減少了三分之一。可見本條例確能及時對民眾提供救濟，實質有效降低產科鑑定案件的需求，並以醫病溝通代替訴訟爭議。

依照歷年審定結果來看，總審定救濟金額有逐年上升之趨勢；108 年度本部就生產事故救濟給付金額之合理性，提出全面檢討評估，考量身心障礙者持續性照護之需求，以及孕產婦死亡對家庭功能與經濟影響之重大衝擊，已修法提高孕產婦死亡及重大傷害之救濟給付，呼應國家鼓勵生育之政策及承擔婦女生產風險，同時兼顧社會互助與正義之原則。此外，透過建立不責難之文化制度，期許能逐步達到醫療體系健全發展，提升醫療安全照護品質，促進醫病關係和諧之多贏目標。

6 參考資料來源：內政部戶政司人口資料庫。

7 申請比例：同一時期之申請案件數 / 出生人口數（‰）。

附 錄



生產事故救濟重要記事

時間	重要記事內容
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「獎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。

時間	重要記事內容
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 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》。
104 年 12 月 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 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」。
105 年 8 月 26 日	衛生福利部「生產事故救濟專區」網頁正式啓用。
105 年 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。
105 年 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」。
105 年 10 月	分別辦理北、中、南區生產事故救濟說明會
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」。

時間	重要記事內容
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。
106 年 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」。
107 年 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。
107 年 12 月	《2018 生產事故救濟報告》出版。
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。
108 年 5 ～ 7 月	於北、中、南區辦理「生產事故救濟溝通關懷」講習。
108 年 10 月	「生產事故救濟記錄訪談影片」公益短片廣告託播。
108 年 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。
108 年 10 月 19 日	舉辦「生產事故與醫療關懷研討會」。
108 年 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)」。
108 年 11 月	《2019 生產事故救濟報告》出版。

學習案例

學習案例 1

警示訊息—硬脊膜外止痛相關風險

提醒

1. 利用硬脊膜外方式止痛時，除了常見的副作用（包括低血壓、噁心嘔吐、搔癢、發燒、顫抖等）外，還可能發生少見但嚴重的併發症，例如呼吸抑制、局部麻醉藥全身性中毒、藥物過敏性休克等。
2. 若有使用類鴉片止痛劑，須備有類鴉片止痛劑的拮抗劑（naloxone），以確保能及時處理呼吸抑制等嚴重副作用。

案例描述

產婦因胎位不正於診所接受剖腹產，完成手術後，分別於 13:00 及 16:00 透過硬脊膜外管路緩慢推注（slowly push）fentanyl 0.25 mL + Ropica 1.5 mL + N/S 4.5 mL 做術後止痛，晚上 20:00 同路徑給予 morphine 2.5 mg + N/S 10 mL，數分鐘後產婦失去意識，呼吸 10 次 / 分，血壓降至 60/40 mmHg，心跳 60 次 / 分，氧氣飽和度（SpO₂）降至 85%，隨即給予氧氣、升壓劑（epinephrine）等藥物，並進行插管處置，21:00 給予 naloxone，產婦開始有自主性呼吸。緊急送至 B 醫院加護病房接受後續治療。

建議作法

1. 類鴉片止痛劑（例如 Morphine）可能造成呼吸抑制，應備妥拮抗劑 Naloxone，以利緊急時抽取使用。
2. 於藥物使用前再進行抽藥與稀釋，泡製後之藥物應有藥名、劑量及稀釋濃度等標示。機構或單位內同一種藥物若有兩種以上不同劑量，需考量擺放的位置以避免誤取。

3. 盡可能使用輸液幫浦給藥，以確保給藥速率及劑量的精確。若使用病人自控式止痛（patient-controlled analgesia, PCA）輸液幫浦給藥，應設定「最大允許劑量」，以避免藥物過量。
4. 給藥前應詢問過敏史，過敏性休克可能在給藥後任何時間發生，嚴重的會致命，要有對發生過敏性休克的警覺，建議密切監測血壓、心跳、血氧之變化，並備妥相關急救藥物及設備。
5. 應建立作業規範並教育同仁：
 - (1) Morphine 過敏或藥物過量所呈現的症狀或徵象。
 - (2) Morphine 中毒時，Naloxone 給予方式、途徑及速率。
 - (3) 緊急狀況（或急救）之啟動機制。

參考資料

1. Grant, Gilbert J (2019). Adverse effects of neuraxial analgesia and anesthesia for obstetrics. In Marianna Crowley (Ed.), UpToDate. Retrieved Nov 20, 2019, from <https://www.uptodate.com/contents/adverse-effects-of-neuraxial-analgesia-and-anesthesia-for-obstetrics>
2. World Health Organization, UNICEF, United Nations Population Fund (2017). Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors - 2nd ed. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/managing-complications-pregnancy-childbirth/en/

學習案例 2

警示訊息—產後肺栓塞之評估與預防

提醒

急性肺栓塞為造成孕產婦死亡的主要原因之一，應及早辨識出高危險族群，給予預防措施。

案例描述

個案 1

產婦 36 歲 G2P0AA1，BMI 值為 35.5，於 34+6 週時因胎動減少至本院急診求診，因胎心音變異性較差併減速，故於當日行緊急剖腹產，手術順利，出血量約 400 毫升。剖腹產術後第 3 天，產婦下床如廁時，突然喪失意識、脈搏及呼吸，隨即開始急救，心律持續顯示為 PEA（pulseless electric activity），由心臟外科醫師放置 ECMO 裝置，電腦斷層顯示雙側肺動脈栓塞，緊急進行開胸手術，切除肺動脈血栓，於隔天下午移除 ECMO 裝置，開胸術後第 13 天由加護病房轉出至普通病房。因左側偏癱、辨距不能及發音困難，接受復健治療，於開胸術後第 60 天出院，並持續於復健科門診追蹤治療。

個案 2

31 歲產婦在婦產科診所規則進行產檢，無高血壓或糖尿病的問題。此胎為雙胞胎並胎位不正，入院行剖腹產，產後第三天，產婦始下床活動及移除尿管，當日下午下床後，產婦突然覺得呼吸喘，冒冷汗。經醫師評估後疑似肺栓塞或羊水栓塞轉送醫院急診求治。至急診時，病人因喘、低血氧，必須持續調升氧氣使用濃度，同時進行身體檢查、抽血，打上靜脈點滴，安排影像學檢查，及會診心臟內科。影像學上發現下肢靜脈血栓合併肺動脈栓塞的情形，過程中，產婦心跳停止，曾施行心肺復甦術（CPR），給予強心劑、血栓溶解劑及緊急插管使用呼吸器等處理，病人生命徵象恢復後，轉至加護病房進行後續照護。

常見危險因子

1. 因懷孕時期的生理變化，孕產婦的血栓栓塞風險為非懷孕婦女的 4～5 倍以上，其中 20% 為動脈性血栓栓塞，80% 為靜脈性血栓栓塞。產後又較產前之風險更高，其中又以產後第一週發生率為最高。靜脈血栓栓塞（Venous thromboembolism, 以下簡寫為 VTE）是造成產前及產後併發症甚至死亡的主要原因之一，美國統計資顯示約有 10% 的孕產婦死亡是肺栓塞所造成。
2. 孕期發生 VTE 最主要的危險因子有二，一為先前曾有過栓塞病史，二為易有血栓形成體質（thrombophilia）的孕產婦。其他危險因子包含：肥胖（孕前 BMI >25 或孕後 BMI >30）、高齡（>35 歲）、人工受孕、多胞胎、抽菸、長期臥床者以及剖腹產。剖腹產為 VTE 的一個獨立危險因子，約有千分之三的發生率，為經陰道生產者的數倍。

建議作法

1. 預防發生：
 - (1) 有主要危險因子者建議使用抗凝血劑及穿著彈性襪。
 - (2) 高風險病人，如：肥胖、抽煙、高齡懷孕、人工受孕、多胞胎懷孕及長時間不活動者，建議產後應立即穿著彈性襪。如為接受剖腹產者，手術前就可使用彈性襪，一般建議使用至產後一週或至少到術後下床活動後才移除。
 - (3) 一般風險者，產後應儘早下床（剖腹產者建議 24 小時內，自然產者 6-8 小時內）。
2. 儘早治療：

有下肢栓塞處疼痛、壓痛、紅腫，喘、胸痛，異常咳嗽、咳血，不明原因暈厥或意識喪失，低血氧者，臨床上懷疑有血栓之可能，應儘早處理。

參考資料

1. James, A., Birsner, M., Kaimal, A., & American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins - Obstetrics. (2018). ACOG Practice Bulletin No. 196: thromboembolism in pregnancy. *Obstet Gynecol*, 132(1), e1-17.
2. Berg, C. J., Callaghan, W. M., Henderson, Z., & Syverson, C. (2011). Pregnancy-Related Mortality in the United States, 1998 to 2005. *Obstetrics and gynecology*, 117(5), 1230. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31821769ed>

3. Konstantinides, S. V., Meyer, G., Becattini, C., Bueno, H., Geersing, G. J., Harjola, V. P., ... & Kucher, N. (2020). 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS) : The Task Force for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*, 41(4), 543-603.
4. Conti, E., Zezza, L., Ralli, E., Comito, C., Sada, L., Passerini, J., ... & Volpe, M. (2014). Pulmonary embolism in pregnancy. *Journal of thrombosis and thrombolysis*, 37(3), 251-270.
5. Malhotra, A., & Weinberger, S. E. (2019). Deep vein thrombosis in pregnancy: Epidemiology, pathogenesis, and diagnosis. *UpToDate* [Internet]. 2018 Nov, 01.
6. Macones, G. A., Caughey, A. B., Wood, S. L., Wrench, I. J., Huang, J., Norman, M., Pettersson, K., Fawcett, W. J., Shalabi, M. M., Metcalfe, A., Gramlich, L., Nelson, G., & Wilson, R. D. (2019). Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3). *American journal of obstetrics and gynecology*, 221(3), 247.e1–247.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.04.012>
7. 台灣婦產科醫學會 2020 July, 安產御守：ROPE（Reduce Obstetric Pulmonary Embolism）救命繩計畫

學習案例 3

警示訊息—胎心音監測要點與常見失效因素

提醒

當胎心音監測為異常時，應考慮進一步運用其他胎兒監測方式來確認其情況，並做出合宜處理。

案例描述

產婦平時於 A 醫院規則產檢無特別異常發現，本次為 G2P1（前胎為剖腹產），預產期在 4 月 1 日，因預行剖腹產，4/1 下午產婦至產科病房住院，小夜班新進護理人員依據常規裝置胎兒監視器做非壓力性試驗（NST）監測胎心音 20 分鐘，並通知值班的 R1 醫師來判讀，值班醫師發現胎心音變異性稍差，但並無胎心音減速現象，經詢問產婦最近胎動後，產婦表示白天忙沒注意晚上大約都有動幾次，因此值班 R1 下醫令撤除胎心音監測器，也未通知值班總醫師及主治醫師。住院隔日（4/2）該產婦剖腹產出一女嬰，Apgar Score（0,0），出生體重 3600 公克，經急救無效，宣告死亡，術中發現臍帶嚴重扭轉，推測為胎兒死因，產婦術後狀況穩定後出院。

建議作法

1. 懷孕 30 週以上孕婦進行非壓力性試驗（Nonstress Test, NST）時，若結果為不反應性（Non-Reactive），應考慮做進一步檢查如震動聽覺刺激試驗（Vibroacoustic Stimulation Test, VAST）、胎兒生理評估（Biophysical Profile, BPP）、胎兒都普勒血流超音波檢查（Fetal Doppler Flow Ultrasonography）、連續型胎心音宮縮檢查（Continuous Cardiotocography, CTG）等，來確認是否有需緊急處理的胎兒窘迫，或為安全時才撤除監測。
2. 以上檢查應經專業訓練合格且熟悉的醫療人員來確實執行及判讀，在病歷上記錄檢查結果，並了解其臨床意義與極限及合宜處理方式。
3. 常規性檢查應有人判讀，如果有異常值或不確定是否正常，應讓同仁知道什麼情況下應該求援、可以跟誰求援以及求援的管道（如連絡電話或總機群呼或總值）…等。

4. 當新進人員或支援人員值班時，同一班別人員組成應包含資深與資淺人員或單位內與支援人員的相互搭配。
5. 應尋找造成異常胎心音表現的危險因子、可能原因及有無改善方式。如胎動減少常是胎死腹中的先行危險因子。又如母體正躺低血壓症候群（Maternal Supine Hypotension Syndrome）可以點滴灌注、母體左側躺、給予母體氧氣等方式尋求改善。

參考資料

1. Practice bulletin no. 145: Antepartum Fetal Surveillance. (2014). The American College of Obstetricians and Gynecologists, 124(1), 182–192. doi: 10.1097/01.AOG.0000451759.90082.7b
2. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). (2019, Nov.). Intrapartum Fetal Surveillance Clinical Guideline, 4th edition. Retrieved from https://ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/IFS-Guideline-4thEdition-2019.pdf?ext=.pdf
3. Liston, R., Sawchuck, D., & Young, D. (2018). No. 197b-Fetal Health Surveillance: Intrapartum Consensus Guideline. Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC, 40(4), e298–e322. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.02.011>

不予救濟案件之個案診斷與結果

事故結果類型	受理年度	生產年月	妊娠週數	主要診斷	不予救濟原因
產婦死亡	106 年度	105 年 12 月	38 週又 2 天	不明原因腦炎	與生產無因果關係
	107 年度	107 年 1 月	33 週又 6 天	卵巢腺癌轉移、心內膜感染	
	107 年度	106 年 7 月	19 週又 3 天	妊娠 19 週（註 ⁸ ）併子宮腔內感染、敗血性休克	
	108 年度	108 年 4 月	38 週又 5 天	羊水栓塞、缺氧性腦病變、腦幹衰竭	因提出刑事訴訟，屬救濟排除條件
產婦重大傷害 （未達中度以上）	108 年度	108 年 1 月	38 週又 2 天	雙側肺栓塞	未達救濟給付條件
	108 年度	108 年 1 月	30 週又 3 天	敗血性休克	
產婦重大傷害子 宮切除	107 年度	107 年 8 月	16 週又 4 天	妊娠 16 週（註 ⁹ ） 合併植入性胎盤	與生產無因果關係
	107 年度	107 年 6 月	36 週又 2 天	絨毛膜癌 合併腦、肺轉移	
	107 年度	107 年 12 月	8 週	妊娠 8 週（註 ¹⁰ ） 局部葡萄胎合併大出血	
	108 年度	108 年 3 月	38 週又 5 天	卵巢癌	
新生兒死亡	106 年度	106 年 1 月	35 週	先天性腸阻塞併敗血症	與生產無因果關係
	106 年度	106 年 4 月	41 週又 2 天	先天性心臟病	
	106 年度	106 年 5 月	36 週又 1 天	先天性心臟病	
	107 年度	106 年 10 月	38 週又 4 天	先天性代謝異常	
	107 年度	106 年 11 月	35 週又 2 天	先天性心臟病	
	107 年度	106 年 11 月	37 週又 6 天	胃穿孔併敗血症	
	107 年度	107 年 1 月	35 週又 4 天	猝死症	
	107 年度	107 年 1 月	37 週	猝死症	
	107 年度	107 年 2 月	38 週又 5 天	新陳代謝異常	
	107 年度	107 年 8 月	38 週又 6 天	不明原因橫紋肌溶解症	
	107 年度	107 年 10 月	39 週	先天性心臟病	

8 同註 4。醫學上所稱「生產」指妊娠滿 20 週以上之分娩，未滿 20 週之妊娠中止則屬「流產」。

9 同註 4。

10 同註 4。

事故結果類型	受理年度	生產年月	妊娠週數	主要診斷	不予救濟原因
新生兒死亡	108 年度	107 年 3 月	40 週又 6 天	吸入性肺炎、呼吸衰竭	與生產無因果關係
	108 年度	107 年 4 月	39 週又 6 天	先天性代謝異常	
	108 年度	107 年 7 月	41 週	先天性畸形	
	108 年度	108 年 3 月	37 週又 6 天	先天性橫膈膜疝氣併肺部發育不全	
	108 年度	108 年 3 月	40 週又 6 天	先天性代謝異常	
	108 年度	108 年 3 月	37 週又 3 天	猝死症	
	108 年度	108 年 7 月	38 週又 5 天	先天性畸形	
新生兒極重度身心障礙	107 年度	105 年 7 月	33 週	氣管軟化症、疑喉頭軟化	與生產無因果關係
	107 年度	106 年 1 月	40 週又 1 天	先天性代謝異常	
新生兒重度身心障礙	107 年度	106 年 1 月	37 週又 4 天	代謝性疾病	與生產無因果關係
	107 年度	106 年 3 月	38 週又 4 天	疑似代謝性腦病變	
	108 年度	106 年 6 月	38 週又 3 天	先天性畸形	
	108 年度	107 年 7 月	40 週又 5 天	先天性罕見疾病	
	108 年度	107 年 11 月	36 週又 3 天	先天多重異常	
新生兒中度身心障礙	108 年度	106 年 1 月	40 週	先天基因異常	與生產無因果關係
	108 年度	106 年 11 月	39 週又 6 天	先天性基因缺陷	
	108 年度	107 年 12 月	35 週又 4 天	先天性基因缺陷	
新生兒重大傷害 (未達中度以上)	108 年度	106 年 5 月	38 週又 6 天	先天多重器官異常	未達救濟給付條件
	108 年度	107 年 1 月	40 週又 3 天	右臂神經叢損傷	
胎兒死亡	107 年度	107 年 2 月	32 週又 6 天	未滿 33 週之胎兒死亡	因未滿 33 週，屬救濟排除條件
	107 年度	107 年 5 月	32 週又 6 天	未滿 33 週之胎兒死亡	
	108 年度	108 年 1 月	30 週又 3 天	未滿 33 週之胎兒死亡	
	108 年度	108 年 1 月	32 週又 6 天	未滿 33 週之胎兒死亡	
	108 年度	108 年 2 月	32 週又 6 天	未滿 33 週之胎兒死亡	
	108 年度	106 年 11 月	39 週又 5 天	產婦未娩出胎兒即死亡	申請資格不符規定
	108 年度	108 年 3 月	37 週	產婦未娩出胎兒即死亡	

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，辦理本次問卷調查。

二、調查概述：

本次問卷採樣對象包含民眾版及機構版，以第 21 ～ 31 次審議會審定核予救濟案件共 271 案為對象，同一生產有兩位事故人之事件不重複調查。依案件申請來源分別寄出民眾版問卷 252 份（同一生產事件四位事故人有 8 案）及機構版問卷 175 份（同一生產事件四位事故人有 16 案），共計寄出 427 份，回收 220 份問卷，回收率 51.52%。其中民眾版回收 84 份，回收率 33.33%；機構版回收 136 份，回收率為 77.71%。

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. 由醫療機構協助申請生產事故救濟（占 67.86%）、醫療機構告知申請方法後自行申請（占 19.05%）、自行申請（占 13.09%）。
2. 有 96.43% 民眾對所提供之諮詢服務管道感到非常滿意或滿意。
3. 有 91.67% 民眾對於申請書填寫之格式及內容感到非常滿意或滿意。
4. 有 86.91% 民眾對於準備申請文件便利性感到非常滿意或滿意，有 2.38% 民眾感到不滿意。
5. 有 77.38% 民眾對於案件自申請至救濟金核撥之時效，感到非常滿意或滿意，有 5.95% 民眾感到不滿意。

機構版

1. 由醫療機構協助申請生產事故救濟（占 90.44%）、自行申請（占 9.56%）。
2. 有 96.32% 醫療機構對所提供之諮詢服務管道感到非常滿意或滿意。
3. 有 96.32% 醫療機構對於申請書填寫之格式及內容感到非常滿意或滿意。

4. 有 91.18%醫療機構對於協助準備申請文件便利性感到非常滿意或滿意，有 2.38%民眾感到不滿意。

(二) 醫療機構之關懷服務項目及滿意度

民衆版

1. 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 31.03%）、口頭關懷（占 24.71%）、病情解釋（占 14.94%）、照護上的關懷（占 12.64%）、轉介社福服務（占 5.17%）。
2. 有 67.85%民眾對機構所提供之關懷服務感到滿意或非常滿意。
3. 有 66.67%民眾認為醫病關係因此獲得改善，有 9.52%覺得無改善醫病關係。

機構版

1. 有 91.18%醫療機構主動提供生產事故救濟申請訊息，有 8.82%醫療機構無提供。
2. 醫療機構所提供關懷服務內容包含口頭關懷（占 87.50%）、協助申請生產事故救濟給付（占 69.85%）、病情解釋（占 66.91%）、協助申請其他經濟協助（占 21.32%）、轉介社福服務（占 13.24%）。
3. 有 82.35%醫療機構認為因提供之關懷服務及協助申請生產事故救濟，醫病關係獲得改善，有 9.56%覺得無改善。

(三) 整體滿意度

1. 有 86.91%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. 有 97.06%醫療機構對於「申請生產事故救濟之作業流程」感到非常滿意或滿意。
3. 有 86.76%醫療機構對於「生產事故救濟制度」感到非常滿意或滿意。

2020 生產事故救濟報告

Annual Report of Childbirth Accident Relief

發行人 陳時中
總編輯 劉越萍
編輯委員 (按筆畫順序排列)
何弘能、何信頤、吳美環、李建南、林姿吟、郭富珍、陳中明
張睿詒、彭純芝、黃淑英、黃閔照、詹德富、廖熏香、羅良明
執行編輯 廖崑富、劉玉菁、林淑芬、劉郁孚
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 110 年 4 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

ISBN 978-986-5469-15-3

GPN 1011000458

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



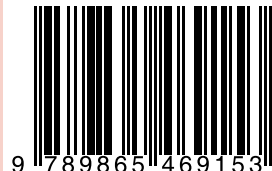
促進全民健康與福祉



成為民眾最信賴部會



ISBN: 978-986-5469-15-3



ISBN : 978-986-5469-15-3

GPN : 1011000458

定價：新臺幣250元整

衛生福利部 廣告