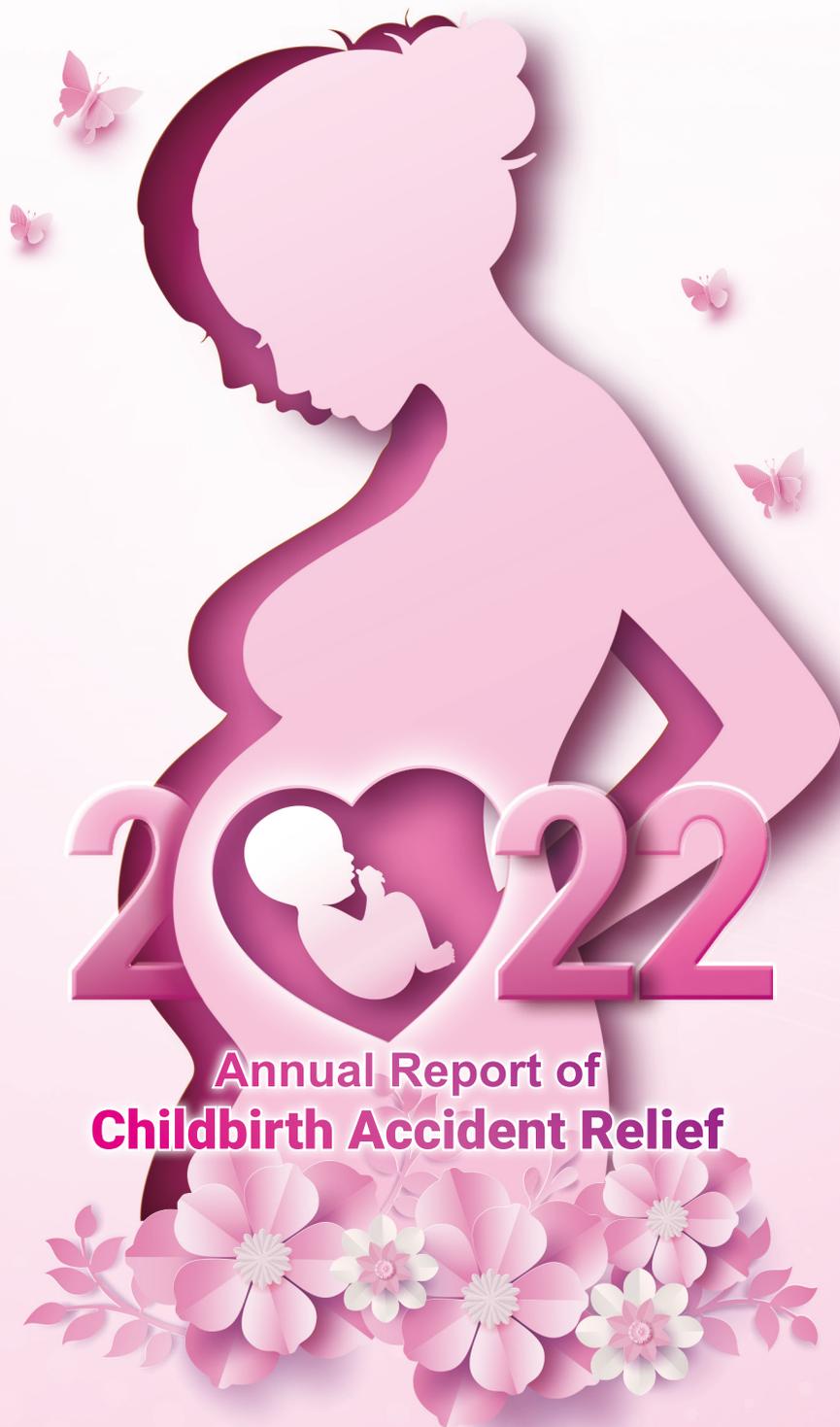


生產事故救濟

報告



Annual Report of
Childbirth Accident Relief



部長序



提供婦女安全生產環境是國家重要責任，為此政府每年挹注許多人力、資源以提升周產期照護品質、預防生產事故發生。為維護母體及胎兒健康、預防妊娠合併症，本部自 110 年 7 月 1 日正式推動增加補助產檢次數，同時納入妊娠糖尿病及貧血篩檢，以期及時掌握母體健康及胎兒發育，降低妊娠與生產風險併發症，同時減輕育齡家庭經濟負擔。

然而，生產過程存在不可預期性的風險，國家為共同承擔婦女生產的風險，首創施行「生產事故救濟條例」，自 105 年中實施至今，共受理 1,560 件申請案件，審定救濟金額約新臺幣 9 億 530 萬元，核予救濟率達 9 成。及時的經濟援助可大幅緩解事故家庭的照護負擔，同時本部也積極輔導加強醫療機構應變與危急處理能力，增加母嬰救治成功機會，並透過溝通關懷的機制，減少醫療糾紛，增進醫病彼此信任與安心，營造雙贏的局面。

本部響應世界衛生組織（WHO）病人安全之年度目標，加強宣導孕產兒安全之觀念，此外，透過歷年生產事件之分析發現，孕產婦伴隨高危險妊娠合併症容易導致不幸事故，除了藉由生產事件通報與除錯機制的運作，加強醫療機構風險管控概念及擬定對應措施之外，自 110 年開始施行「周產期照護網絡計畫」及「優化兒童醫療照護計畫」，規劃推動建構區域整合，提升周產期照護網絡，希望在本部持續努力下，提升婦嬰健康照護品質。





最後，特別感謝台灣婦產科醫學會、財團法人台灣婦女健康暨泌尿基金會、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會及諸多專家的協助，共同完成本年報的出版，未來我們將持續不斷努力加強宣導孕產兒安全觀念，並提醒孕產婦及其家人確實定期產檢、落實孕產兒健康管理，冀望能與醫界、民眾共同營造安全友善的生育環境！讓我們共同守護國家未來。

衛生福利部

部長 **薛瑞元** 謹識

摘要 Summary

婦女懷孕生產的過程潛藏諸多無法預知之風險，安全孕育健康的下一代，是每個新生命誕生之家庭的共同目標。國家為承擔生產風險、降低醫療糾紛，保障婦女安全及安心生產的環境，歷經各界的支持與努力，推動《生產事故救濟條例》立法，並於 105 年 6 月 30 日正式施行，是台灣醫療事故救濟制度之法源，也是世界首部生產事故救濟處理之專法。

《生產事故救濟條例》建構完善的救濟制度，達到及時救濟減輕事故家庭之經濟負擔，同時規劃事故通報及除錯機制，分析檢討事故原因分析並進行教育訓練；更透過關懷小組之設置，強化醫病信任關係，提升婦女生產健康與安全品質，促進醫病和諧。

本年報係依據《生產事故救濟條例》第 23 條規定，主管機關對經辦之生產事故救濟事件，應進行統計分析，每年公布結果。分別就 110 年申請救濟案件進行分析，同步分析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。110 年度本部共計受理 318 件生產事故救濟申請案件，分別為孕產婦死亡 26 件、孕產婦重大傷害 57 件、胎兒死亡 142 件及新生兒死亡 57 件、新生兒重大傷害 36 件；經生產事故救濟審議會審定核予救濟者共 284 件，通過率為 89.3%，救濟金額為新臺幣 2 億 1,700 萬元。

綜整歷年事故原因分析，在醫療機構部分，宜加強產前高風險妊娠因子之辨識能力及機構風險管控能力，如：監控人力、設備、藥物及血品狀況，確認緊急事故發生時之因應流程、跨科別與後送醫療機構的聯繫，若無法提供合宜照護時，應儘早轉診後送，讓孕產婦接受適切的照護。後送責任醫療院所則可強化備輸血流程、跨科別聯繫及緊急應變能力，及時地提供產後大出血患者合理處置，減少因大量出血引起的併發症，以提供更安全的生產環境。此外，臨床人員對於產前胎兒窘迫的早期判斷與強化新生兒急救措施也是重要的課題。在孕產婦方面，應鼓勵接受規則之產檢，持續加強衛教監測胎動之重要性；針對高風險及超高齡妊娠之孕產婦，須特別注意監測胎兒生長環境、積極處置內外科疾病及妊娠併發症，以避免胎兒死亡等緊急生產事故的發生。

為此，本部積極向行政院爭取預算並獲得同意，自 110 年 7 月 1 日起擴大增加孕婦之產檢次數及項目，透過早期篩檢，發現潛在高危險因子，由臨床醫師制定個別化照護，另為減輕孕產婦之經濟負擔，台灣婦產科醫學會向中央健保署爭取將「妊娠糖尿病試紙」納入健保給付，並自 110 年 12 月 1 日起生效，以期藉由政府的支持與專業學術單位的合作之下，提高孕婦自我監測及孕期間血糖之良好管理，降低遺憾發生。

本部亦透過歷年生產事故事件通報之分析，建構產科六大風險管控內容，依其內容落實機構實地輔導，針對高危險妊娠之評估與處置、及機構因應緊急狀況之能力與設備問題，協助機構建立及改善相關流程。未來將持續進行機構實地輔導，強化機構風險管控能力，調整納入孕產婦安全目標並實際執行，期能逐步建構完整周全的周產期照護與孕產兒安全環境。

Pregnancy and childbirth are accompanied by various unpredictable risks. Ensuring fetal health and a safe delivery are common goals of all families expecting newborns. To alleviate pregnancy risks, reduce medical disputes, ensure maternal safety, and provide a safe childbirth environment, Taiwan enacted the Childbirth Accident Emergency Relief Act on June 30, 2016, through the efforts of various parties to provide a legal basis for implementing medical relief arrangements. The Act is also the world's first specialized act that governs regulations on the implementation of medical relief for childbirth accidents.

The Childbirth Accident Emergency Relief Act involves a comprehensive relief system for alleviating the economic burden of affected families in a timely manner. It also establishes an accident reporting and debugging mechanism for root cause analysis of accidents and providing education training. In addition, the Act governs the arrangement of care groups that improve physician–patient relationships and the health and safety of expectant mothers.

According to Article 23 of the Act, “the competent authority shall perform statistical analyses and publish the results annually for the childbirth accident relief cases processed”. In addition to the analysis of relief cases applied in 2021, this annual report statistically analyzed types of cases, levels of medical care institution, regional distribution, age of mothers at childbirth, gestational age, birth parity, and possible causes of childbirth accidents applied since the implementation of the Act in June 2016 to get the whole picture of childbirth accidents occurred in Taiwan in recent years. In 2021, the Ministry of Health and Welfare received a total of 318 childbirth accident relief applications, of which 26 for maternal mortality and 57 for major maternal injuries; 142 for fetal mortality, 57 for neonatal mortality and 36 for major neonatal injuries. A total of 284 applications were approved, with a passing rate of 89.3%, by the Childbirth Accident Relief Review Committee, and a total of NTD 217 million relief fund was granted.

Reviewing the causes of childbirth accidents occurred over the past years, it is critical for medical institutions to identify risk factors for high-risk pregnancy prenatally and to strengthen risk control capability, such as monitoring manpower, equipment, and the supply of drug and blood transfusion products. Emergency response and cross-departmental communication referral should also be ensured. Once appropriate care could not be provided, the referral process should be initiated immediately for the pregnant woman. The referral units should improve their preparation for blood transfusion, cross-departmental communication, and emergency response capacity to provide appropriate treatment in time for women with postpartum hemorrhage to reduce complications and provide a safer environment for delivery. Moreover, early prenatal detection of fetal distress and emergency responses for newborns resuscitation has become a critical issue for clinical staff. For pregnant women, regular prenatal care should be encouraged, and education on monitoring fetal movement should be promoted. For high-risk and advanced maternal age pregnancy, fetal growth should be particularly monitored. The medical disorders and pregnancy complications in these women should be actively treated to prevent childbirth accidents such as fetal mortality.

To this end, the Ministry has sought for budget from the Executive Yuan, ROC (Taiwan) and been approved to expand the prenatal care contents for pregnant women since July 1, 2021. Through early screening, clinicians could develop individualized care to detect potential risk factors. Moreover, to reduce the financial burden of pregnant women, the Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology (TAOG) had requested the National Health Insurance Administration (NHI) to provide coverage to test strips for women with gestational diabetes, which took into effect on December 1, 2021. With the support of the government and the cooperation of the professional academic society to improve self-monitoring and blood sugar control for pregnancy women, the childbirth accidents could be reduced.

Based on the analysis of childbirth accidents reported over the past years, the Ministry had developed six bundles of risk management in obstetrics, which provides on-site visit to assist medical institutions in establishing and improving the assessment and treatment for high-risk pregnancy as well as the emergency response capacity and equipment. Looking to the future, the Ministry will continue to provide on-site visit and strengthen risk control capability of medical institutions. By adjusting and incorporating maternal safety goals into practice, a more comprehensive perinatal care as well as a safer environment for childbirth can be gradually established.



生產事故救濟 | 報告

CONTENTS 目錄

部長序 02

摘要 | Summary 04

壹 生產事故救濟申請案件分析 07

貳 生產事故救濟審定案件分析 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 31

第三節 新生兒死亡案件分析 40

第四節 新生兒重大傷害案件分析 48

第五節 胎兒死亡案件分析 55

參 生產事故學習與改善 63

肆 結語 68

附錄 70

一、生產事故救濟重要記事 71

二、110 年度審定不予救濟案件之診斷與結果 75

三、生產事故救濟業務調查結果摘要 78



壹

生產事故 救濟申請案件分析

《生產事故救濟條例》於 105 年 6 月 30 日開始施行至 110 年 12 月 31 日止，共計受理 1,560 件申請案件。其中，110 年度共計受理 318 件申請案件，以下就本（110）年度及條例施行至 110 年 12 月 31 日止之執行情形，進行分析如下：

一、孕產婦年齡

110 年度受理之 318 件申請案中，30～34 歲、35～39 歲分別有 103 件、102 件，占 32.4%、32.1%；其次為 25～29 歲有 61 件，占 19.2%；40～44 歲有 36 件，占 11.3%；20～24 歲有 11 件，占 3.5%；小於 20 歲及 45 歲以上分別有 3 件及 2 件，各占 0.9% 及 0.6%。進一步分析，110 年度各年齡族群申請案件數，對比 110 年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 40～44 歲最高，為 3.75‰；45 歲以上居次，為 3.55‰；35～39 歲為 2.58‰；30～34 歲為 1.82‰；25～29 歲為 1.69‰；小於 20 歲及 20～24 歲分別為 1.64‰、0.86‰，如表 1-1、圖 1-1。

❖ 表 1-1 110 年度出生人口數與申請案件數孕產婦年齡層分布

110 年度	出生人口數 (A)		申請案件數 (B)		申請比例 (B/A)
孕產婦年齡分布	出生數	百分比	案件數	百分比	申請案件數 / 出生人口數
小於 20 歲	1,827	1.2%	3	0.9%	1.64‰
20～24 歲	12,728	8.1%	11	3.5%	0.86‰
25～29 歲	36,178	23.0%	61	19.2%	1.69‰
30～34 歲	56,613	36.1%	103	32.4%	1.82‰
35～39 歲	39,508	25.2%	102	32.1%	2.58‰
40～44 歲	9,602	6.1%	36	11.3%	3.75‰
45 歲以上	563	0.4%	2	0.6%	3.55‰
合計	157,019	100.0%	318	100.0%	2.03‰

（出生人口數資料來源：內政部戶政司，統計區間：110/1/1～110/12/31）

¹ 申請比例：申請案件數 / 出生人口數（‰）



圖 1-1 110 年度申請比例概況按孕產婦年齡層分布



二、申請來源

依照申請案件來源分析，110 年度所受理 318 件申請案中，為民眾自行提出申請有 148 件，占 46.5%；由機構接受委託代為提出申請有 170 件，占 53.5%。另統計 105 年條例施行日起至 110 年 12 月 31 日止所受理之 1,560 件申請案中，由民眾自行提出申請有 632 件，占 40.5%；由機構接受委託代為提出申請有 928 件，占 59.5%，如表 1-2。總體而言機構代為申請案件數仍較民眾自行申請數高，如圖 1-2。

表 1-2 105～110 年度申請案件來源分布

申請來源 年度	民眾自行申請		機構代為申請		申請案件 總數
	案件數	百分比	案件數	百分比	
105 年	16	32.7%	33	67.3%	49
106 年	75	31.6%	162	68.4%	237
107 年	85	29.3%	205	70.7%	290
108 年	129	41.6%	181	58.4%	310
109 年	179	50.3%	177	49.7%	356
110 年	148	46.5%	170	53.5%	318
總計	632	40.5%	928	59.5%	1,560

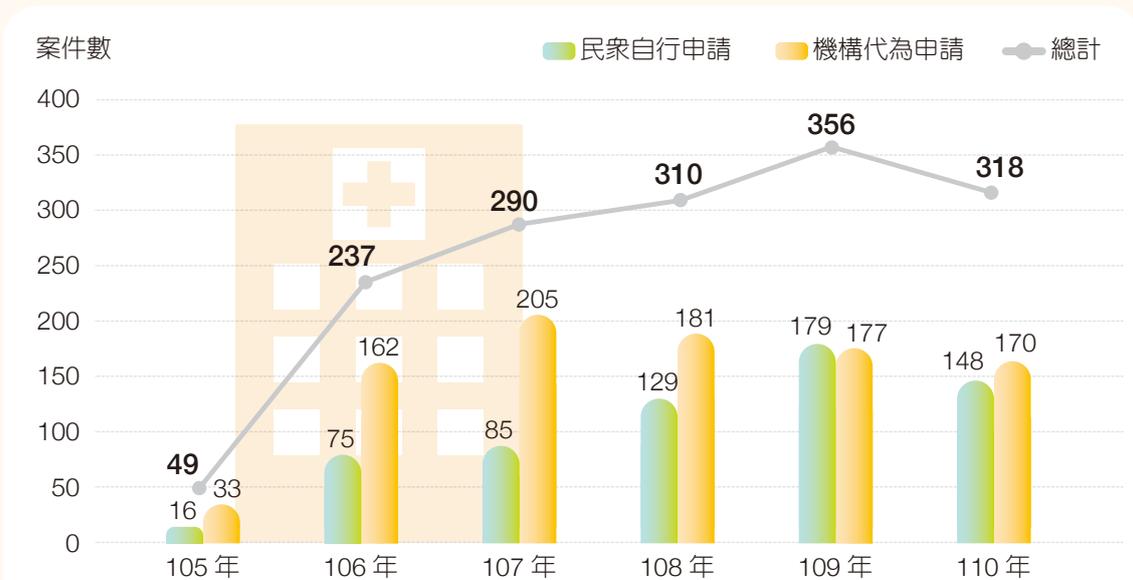


圖 1-2 105～110 年度申請案件來源分布概況

三、機構層級

按其發生生產事故所在機構分析，110 年度所受理 318 件申請案中，區域醫院有 103 件，占 32.4%；醫學中心有 83 件，占 26.1%；地區醫院有 71 件，占 22.3%；診所有 61 件，占 19.2%。進一步分析，110 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 3.03%；區域醫院居次，為 2.84%；地區醫院及診所分別為 1.56%、1.39%，如表 1-3。

❖ 表 1-3 110 年度申報健保生產數與申請案件數之機構層級分布

110 年度 機構層級	申報健保生產數 (A)		申請案件數 (B)		申請比例 (B/A)
	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	27,390	17.9%	83	26.1%	3.03‰
區域醫院	36,259	23.6%	103	32.4%	2.84‰
地區醫院	45,509	29.7%	71	22.3%	1.56‰
診所	43,925	28.7%	61	19.2%	1.39‰
助產機構	120	0.1%	0	0	0
合計	153,203	100.0%	318	100.0%	2.08‰

(生產數資料來源：健保署，統計區間：110/1/1~110/12/31)

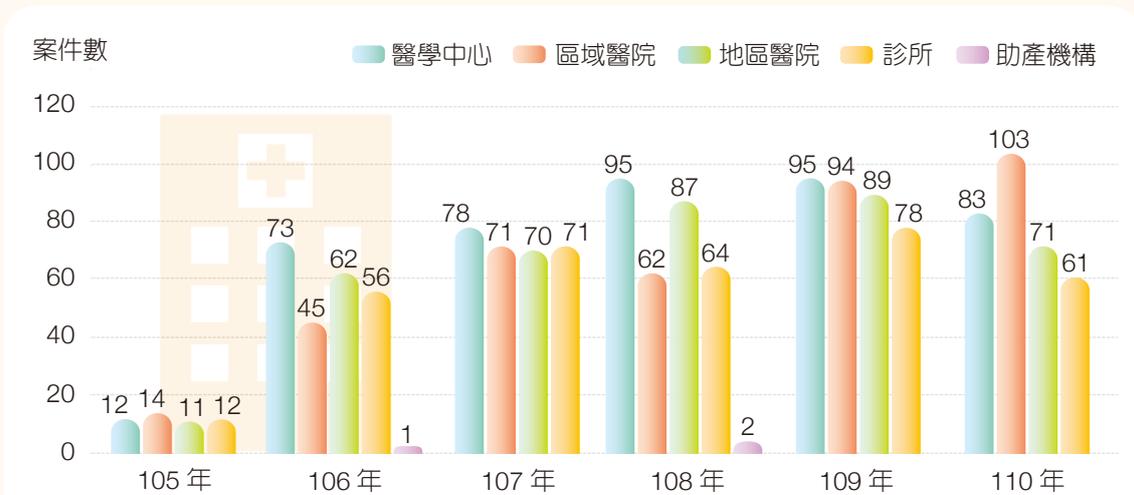
² 申請比例：同一時期之申請案件數/申報健保生產數(‰)



而以 105 年條例施行日起至 110 年底所受理之 1,560 件申請案來看，醫學中心有 436 件，占 27.9%；地區醫院有 390 件，占 25.0%；區域醫院有 389 件，占 25.0%；診所所有 342 件，占 21.9%；助產機構有 3 件，占 0.2%，如圖 1-3、表 1-4。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 2.63%；區域醫院居次，為 1.66%；地區醫院及診所分別為 1.44%、1.27%，此外，助產機構因母數較其他層級機構少，故比例稍高，占 4.87%，如圖 1-4、表 1-5。

❖ 表 1-4 105～110 年度申請案件數之機構層級分布

機構層級 年度	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
109 年	95	94	89	78	0	356
110 年	83	103	71	61	0	318
總計	436	389	390	342	3	1,560
百分比	27.9%	25.0%	25.0%	21.9%	0.2%	100.0%



❖ 圖 1-3 105～110 年度申請案件之機構層級分布概況

表 1-5 105~110 年度申報健保生產數與申請案件數之機構層級分布表

105~110 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	165,926	17.6%	436	27.9%	2.63 ‰
區域醫院	234,690	24.9%	389	25.0%	1.66 ‰
地區醫院	271,255	28.8%	390	25.0%	1.44 ‰
診所	270,025	28.6%	342	21.9%	1.27 ‰
助產機構	616	0.1%	3	0.2%	4.87 ‰
合計	942,512	100.0%	1,560	100.0%	1.66 ‰

(生產數資料來源：健保署，統計區間：105/6/30~110/12/31)

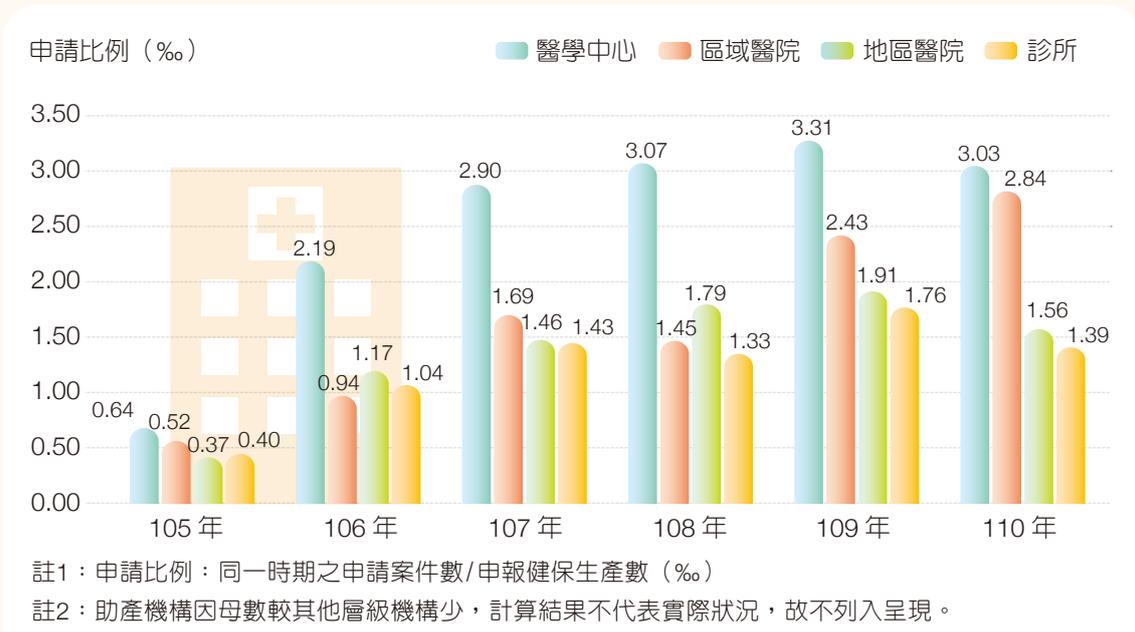


圖 1-4 105 ~ 110 年度申請比例按機構層級分布

四、區域分布

按健保分區（註³）分析110年度受理之318件申請案件，其中臺北區有89件，占28.0%；中區有77件，占24.2%；南區及高屏區各有49件，占15.4%；北區有47件，占14.8%；東區有7件，占2.2%。進一步分析，110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‰；中區居次，為2.33‰；高屏區、東區、臺北區及北區分別為2.30‰、2.28‰、2.00‰、1.50‰，如表1-6。

❖ 表1-6 110年度申報健保生產數與申請案件之區域分布表

110年度 健保所屬分區	申報健保生產數 (A)		申請案件數 (B)		申請比例 (B/A)
	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	44,401	29.0%	89	28.0%	2.00 ‰
北區	31,265	20.4%	47	14.8%	1.50 ‰
中區	33,030	21.6%	77	24.2%	2.33 ‰
南區	20,088	13.1%	49	15.4%	2.44 ‰
高屏區	21,343	13.9%	49	15.4%	2.30 ‰
東區	3,076	2.0%	7	2.2%	2.28 ‰
合計	153,203	100.0%	318	100.0%	2.08 ‰

（生產數資料來源：健保署，統計區間：110/1/1～110/12/31）

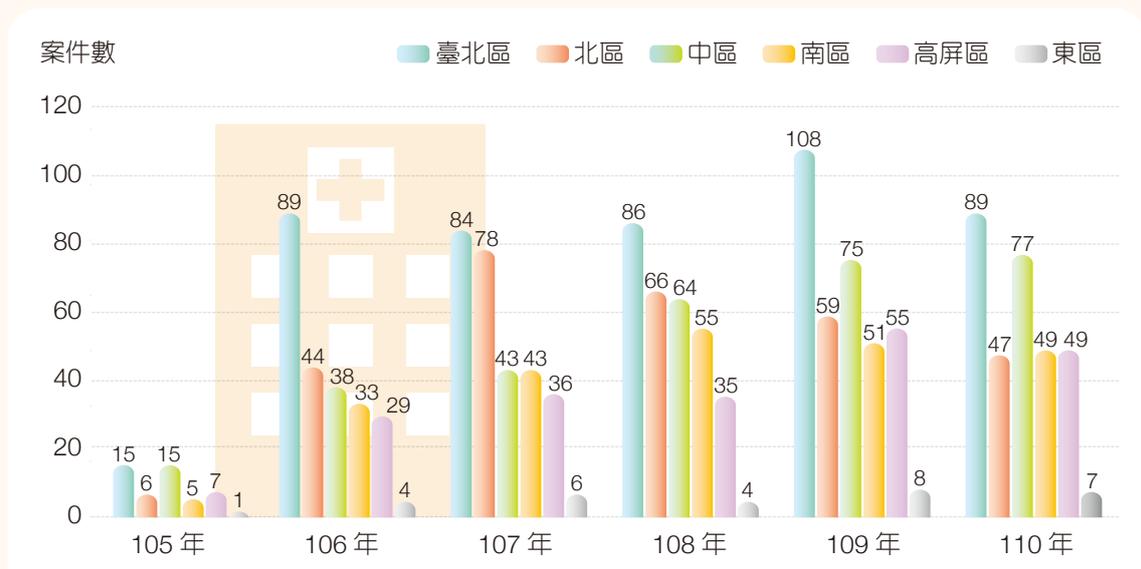
³ 健保分區範圍涵蓋如下：(1)臺北區：臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣。(2)北區：桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣。(3)中區：臺中市、彰化縣、南投縣。(4)南區：雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市。(5)高屏區：高雄市、屏東縣、澎湖縣。(6)東區：花蓮縣、臺東縣。



以105年條例施行至110年底所受理之1,560件申請案來看，臺北區有471件，占30.2%；中區有312件，占20.0%；北區有300件，占19.2%；南區有236件，占15.2%；高屏區有211件，占13.5%；東區則有30件，占1.9%，如圖1-5、表1-7。

❖ 表 1-7 105～110 年度申請案件之區域分布

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
109 年	108	59	75	51	55	8	356
110 年	89	47	77	49	49	7	318
總計	471	300	312	236	211	30	1,560
百分比	30.2%	19.2%	20.0%	15.2%	13.5%	1.9%	100.0%



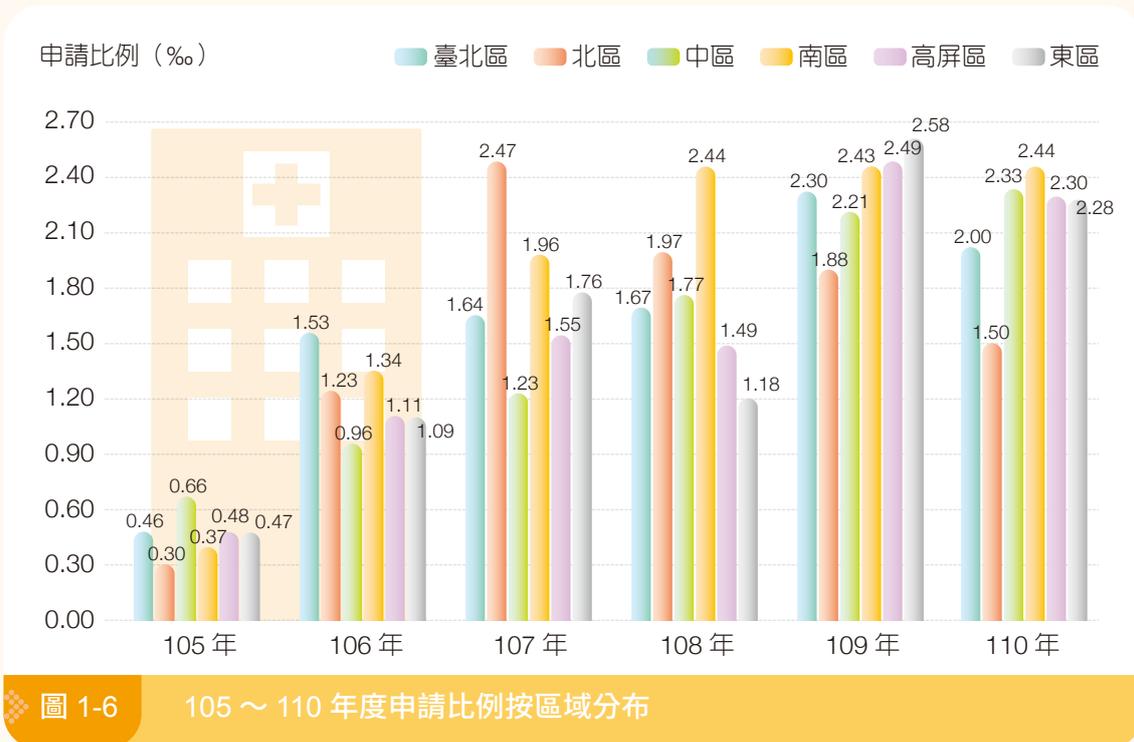
❖ 圖 1-5 105～110 年度申請案件之區域分布概況

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 1.91%；臺北區居次，為 1.65%；北區、高屏區、東區及中區分別為 1.63%、1.61%、1.60%、1.56%，如圖 1-6、表 1-8。

❖ 表 1-8 105~110 年度申請健保生產數與申請案件數之區域分布表

105~110 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	285,049	30.2%	471	30.2%	1.65 ‰
北區	183,694	19.5%	300	19.2%	1.63 ‰
中區	200,413	21.3%	312	20.0%	1.56 ‰
南區	123,723	13.1%	236	15.2%	1.91 ‰
高屏區	130,868	13.9%	211	13.5%	1.61 ‰
東區	18,765	2.0%	30	1.9%	1.60 ‰
合計	942,512	100.0%	1,560	100.0%	1.66 ‰

(生產數資料來源：健保署，統計區間：105/6/30~110/12/31)



五、新生兒及胎兒死亡性別比例

110年度所受理之318件申請案中，新生兒及胎兒死亡共計199件，其中新生兒57件（男性32件，占56.1%；女性25件，占43.9%），胎兒142件（男性80件，占56.3%；女性62件，占43.7%），如表1-9。

統計105年條例施行至110年底所受理之1,560件申請案，新生兒及胎兒死亡共計966件，其中新生兒270件（男性153件，占56.7%；女性117件，占43.3%），胎兒696件（男性341件，占49.0%；女性353件，占50.7%；其他2件，占0.3%），如表1-10。

❖ 表 1-9 110 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	32 (56.1%)	80 (56.3%)	112 (56.3%)
女	25 (43.9%)	62 (43.7%)	87 (43.7%)
合計	57	142	199

❖ 表 1-10 105～110 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	153 (56.7%)	341 (49.0%)	494 (51.1%)
女	117 (43.3%)	353 (50.7%)	470 (48.7%)
其他(註)	0	2 (0.3%)	2 (0.2%)
合計	270	696	966

註：產婦未及娩出胎兒即死亡之胎兒死亡案件，其胎兒性別以其他列計。

六、審定結果

110 年度所受理 318 件申請案件，有 284 件核予救濟，通過率 89.3%，審定救濟金額總數為新臺幣（以下同）2 億 1,700 萬元。其中，孕產婦部分為 83 件，共計 1 億 1,610 萬元（含死亡 26 件，1 億 200 萬元；重大傷害 57 件，1,410 萬元）；新生兒部分為 70 件，共計 6,160 萬元（含死亡 44 件，1,320 萬元；重大傷害 26 件，4,840 萬元）；胎兒死亡為 131 件，共計 3,930 萬元，如表 1-11。上開案件，適用 108 年 10 月 4 日調整後之救濟給付額度者共 49 件，審定救濟金額為 1 億 4,750 萬元。其中，25 件為孕產婦死亡，審定救濟金額 1 億元；1 件為產婦重度身心障礙，審定救濟金額 200 萬元；1 件為產婦中度身心障礙，審定救濟金額 150 萬元；5 件為新生兒極重度身心障礙，審定救濟金額 1,500 萬元；7 件為新生兒重度身心障礙，審定救濟金額 1,400 萬元；10 件為新生兒中度身心障礙，審定救濟金額 1,500 萬元。

自 105 年條例實施至 110 年底所受理 1,560 案中，有 1,451 件核予救濟，通過率 93.0%，審定救濟總金額為 9 億 530 萬元。孕產婦部分為 431 件，總金額為 4 億 6,560 萬元（含死亡 128 件，3 億 6,000 萬元；重大傷害 303 件，1 億 560 萬元）；新生兒部分為 346 件，總金額為 2 億 3,750 萬元（含死亡 233 件，6,990 萬元；重大傷害 113 件，1 億 6,760 萬元）；胎兒部分為 674 件，總金額為 2 億 220 萬元，如表 1-12。

依照歷年審定結果來看，仍以孕產婦死亡之審定救濟金額為多，如圖 1-7。

❖ 表 1-11 110 年度核予救濟案件審定結果分析

（金額：萬元）

事故 結果 / 事故人	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	26	4	53	44	26	131	284
最小金額	200	150	10	-	50	-	-
最大金額	400 _(註)	300 _(註)	80	-	300 _(註)	-	-
總金額	10,200	650	760	1,320	4,840	3,930	21,700

註：適用 108 年 10 月 4 日調整後之救濟給付額度者共 49 案，孕產婦死亡 25 案，孕產婦重大傷害 2 案，新生兒重大傷害 22 案。

表 1-12 105~110 年度核予救濟案件審定結果分析

(金額：萬元)

事故結果	事故人	孕產婦		新生兒		胎兒	案件數總計	
		死亡	重大傷害		死亡	重大傷害 (中度以上身心障礙)		死亡
			中度以上身心障礙	子宮切除				
105 年		5	0	8	13	0	23	49
106 年		16	4	57	51	2	103	233
107 年		23	5	46	37	24	140	275
108 年		27	3	61	37	31	123	282
109 年		31	7	55	51	30	154	328
110 年		26	4	53	44	26	131	284
小計		128	23	280	233	113	674	1,451
總金額		36,000	3,680	6,880	6,990	16,760	20,220	90,530

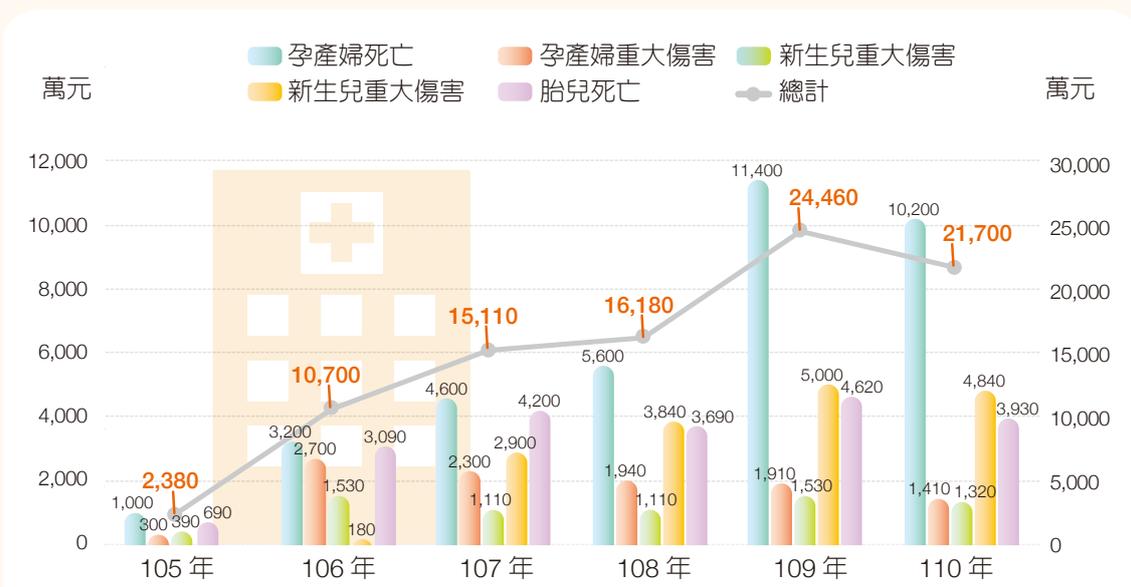


圖 1-7 105~110 年度核予救濟案件審定救濟金額概況

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。」110年度所受理申請案中，共有34件經審議決議不予救濟，而統計自105年條例施行日起至110年底所受理申請案中，共有109件經審議決議不予救濟；其中，106年有4件，107年有15件，108年、109年分別有28件，110年有34件不予救濟案件。若以事故結果類型區分，則以「新生兒重大傷害」為多數，共計38件，占34.6%；其次為「新生兒死亡」有37件，占34.1%；「胎兒死亡」有22件，占20.4%；「產婦重大傷害」有7件，占6.4%；而「產婦死亡」有5件，占4.5%。另分析不予救濟原因，則以「與生產無因果關係」最多，為75件，占68.8%，其中多數為先天性畸形，屬《生產事故救濟條例》第11條第2款之救濟排除情事。此外，109年、110年分別有一案新生兒重度身心障礙，因屬條例施行前之事故，屬《生產事故救濟條例》第11條第7款之救濟排除事由。另有一案胎兒死亡案件，因已逾《生產事故救濟條例》第14條所規定之請求權時效而不予救濟。

貳

生產事故 救濟審定案件分析



《生產事故救濟條例》自 105 年 6 月 30 日施行，該條例明定其申請期限為自請求權人知有生產事故時起兩年，本章節係以自該條例施行日至 110 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 110 年度審定核予救濟之 26 件孕產婦死亡案件進行說明，並比較條例施行至 110 年底之各年度案件。

一、本年度案件統計與分析

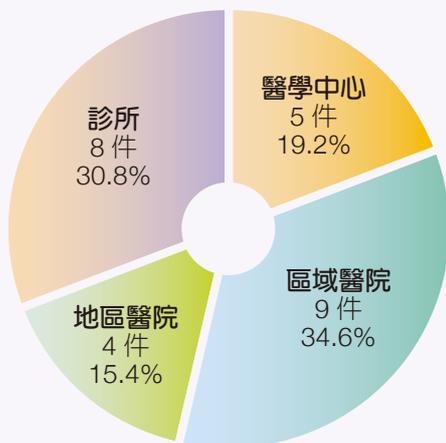
110 年度受理之申請案中，孕產婦死亡案件共計 26 件，皆核予救濟。茲就核予救濟之 26 件孕產婦死亡案件，其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

（一）機構層級

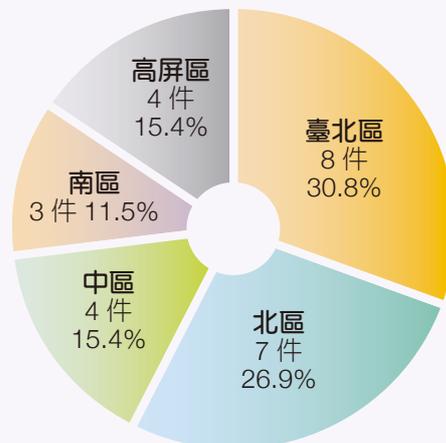
按發生生產事故之機構層級分析，區域醫院有 9 件，占 34.6%；診所有 8 件，占 30.8%；醫學中心有 5 件，占 19.2%；地區醫院有 4 件，占 15.4%，如圖 2-1。

（二）區域分布

按健保分區分析，臺北區有 8 件，占 30.8%；北區有 7 件，占 26.9%；中區及高屏區皆為 4 件、各占 15.4%；南區有 3 件，占 11.5%；東區在本年度沒有案例，如圖 2-2。



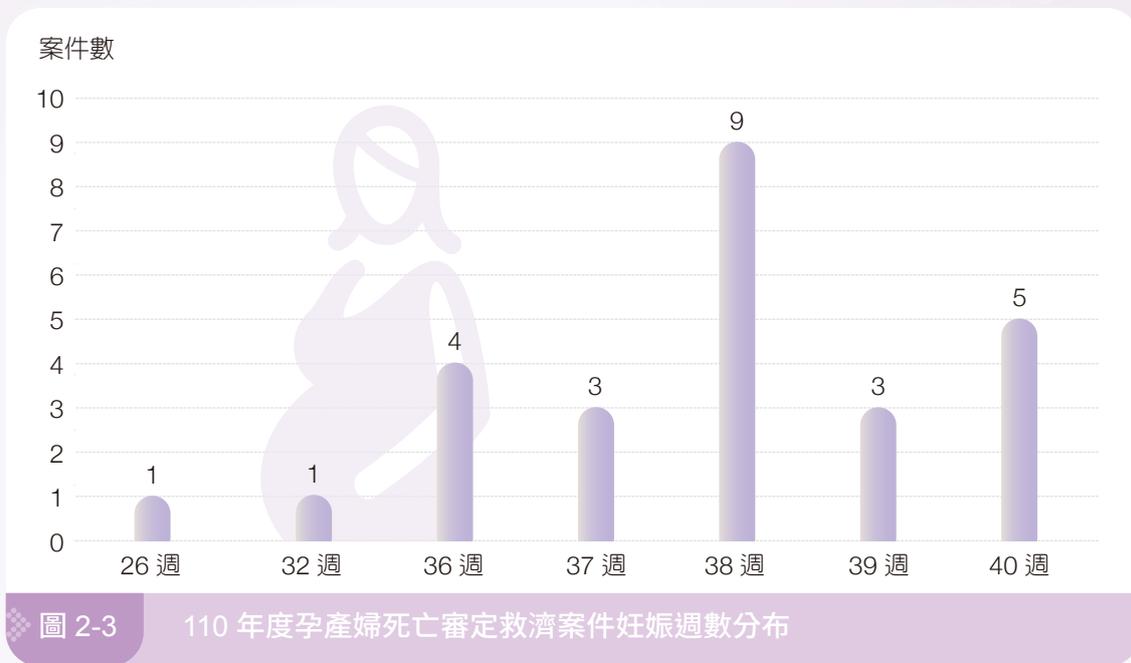
❖ 圖 2-1 110 年度孕產婦死亡審定救濟案件機構層級分布



❖ 圖 2-2 110 年度孕產婦死亡審定救濟案件區域分布

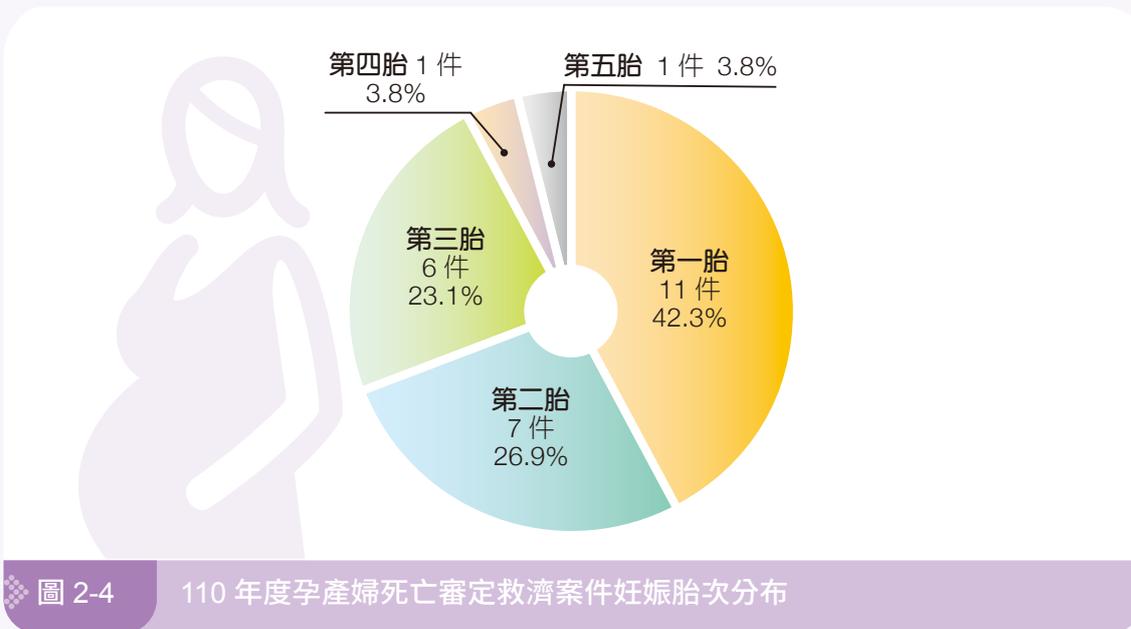
(三) 妊娠週數

按妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件共有 20 件，占 76.9%；36 週以下（早產）生產案件共有 6 件，占 23.1%，如圖 2-3。



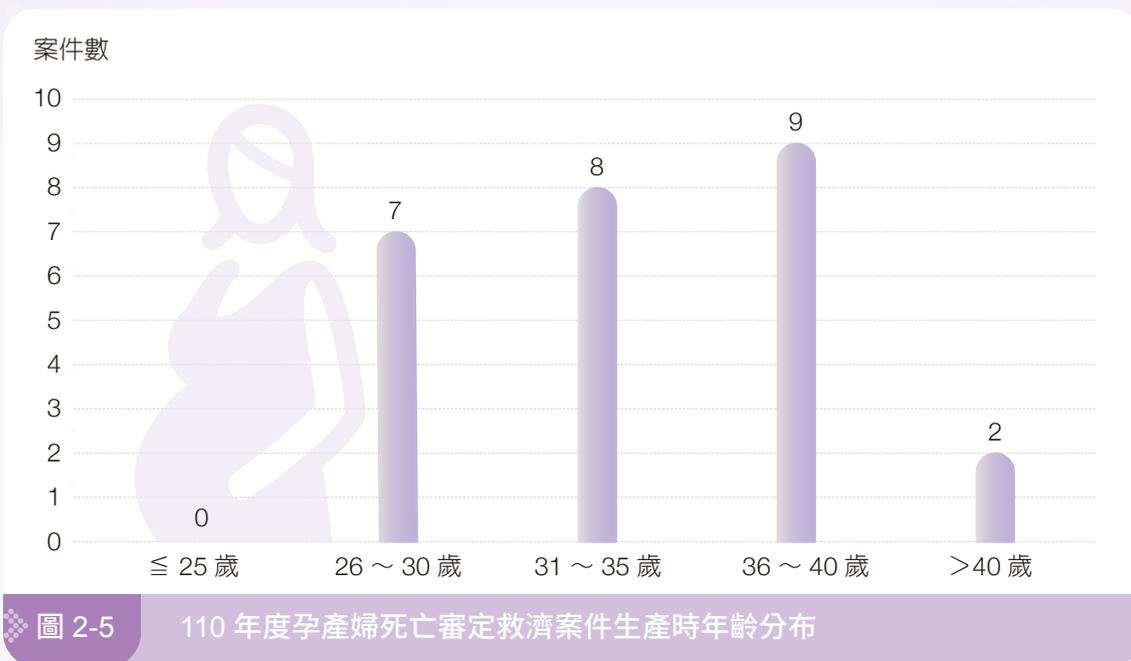
(四) 妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第一胎最多，有 11 件，占 42.3%；其次為第二胎有 7 件，占 26.9%；再者為第三胎有 6 件，占 23.1%；第四胎及第五胎各有 1 件，占 3.8%，如圖 2-4。



（五）生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析，以36～40歲為多，有9件，占34.6%；其次為31～35歲有8件，占30.8%；26～30歲有7件，占26.9%；大於40歲有2件，占7.7%；小於25歲（含）在今年度沒有案件，如圖2-5。



（六）事故原因

就孕產婦死亡案件之事故原因分析：血管栓塞 / 肺栓塞為最大宗，共6件次，占23.1%；其次為子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症（DIC）及心血管疾病 / 心臟病變，各有5件次，占19.2%；再者為羊水栓塞為4件次，占15.4%；不明心跳停止 / 突發性休克和顱內出血各為3件次，各占11.5%；妊娠高血壓為2件次，占7.7%；疾病相關（再生不良性貧血）案例有1件次，占3.8%，如表2-1。

表 2-1 110 年度孕產婦死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 ^(註1)	百分比 ^(註2)
血管栓塞、肺栓塞	6	23.1%
子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症 (DIC)	5	19.2%
心血管疾病 / 心臟病變	5	19.2%
羊水栓塞	4	15.4%
不明原因心跳停止 / 突發性休克	3	11.5%
顱內出血	3	11.5%
妊娠高血壓	2	7.7%
疾病相關 (再生不良性貧血)	1	3.8%

註 1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註 2：以 110 年度孕產婦死亡審定救濟案件數為母數計算。(N = 26)

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至 110 年底所受理之申請案中，孕產婦死亡案件共計 133 件，其中 5 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 128 件孕產婦死亡案件，依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

(一) 機構層級

我國醫療機構的層級，目前分為醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所，各層級醫療機構肩負不同的照護任務與角色。孕產婦死亡案件中，按其發生生產事故之年度及機構層級分析，以區域醫院為最大宗，有 35 件，占 27.3%；醫學中心居次，有 33 件，占 25.8%；診所所有 32 件，各占 25.0%；以地區醫院最少，有 28 件，占 21.9%。105 年度總件數 5 件較少，除診所所有 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，醫學中心增加幅度最多，共有 11 件；108 年度共計 27 件，地區醫院占最大宗有 10 件，其次是醫學中心有 9 件；109 年度共計 31 件，其中區域醫院案例明顯增

加，從108年度的3例增為12例；110年度共計26例，各個醫療院所都與先前數據相比有些微的下降，如圖2-6。



圖 2-6 105 ~ 110 年度孕產婦死亡審定救濟案件機構層級分布

(二) 區域分布

按年度及健保分區分析，以臺北區為最大宗，共有34件，占26.6%，而東區最少，僅有3件，占2.3%。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。在109年度，中區之案件數量顯著上升。110年度以臺北區和北區數量最多，而中區的數量回到過往的平均值。南區、東區及高屏區在5例以內，如圖2-7。

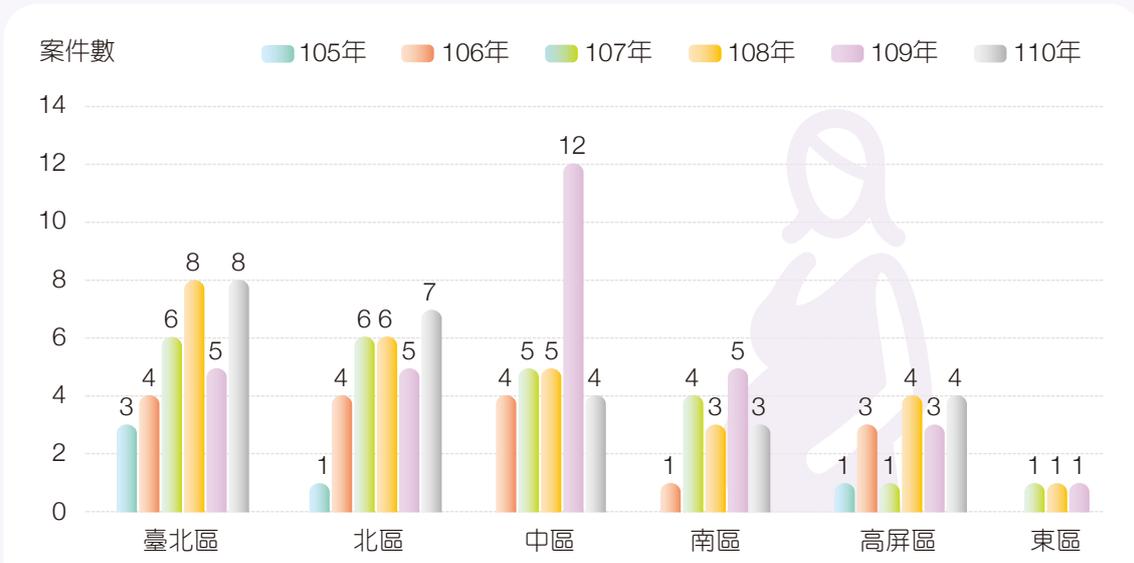


圖 2-7 105 ~ 110 年度孕產婦死亡審定救濟案件區域分布

(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92件，占71.9%；36週以下（早產）生產案件，有36件，占28.1%。累積案件數最多者，為38週，共38件，占29.7%；其次為39週、40週、37週，分別各有18件、17件、16件，各占14.1%、13.3%、12.5%，如圖2-8。

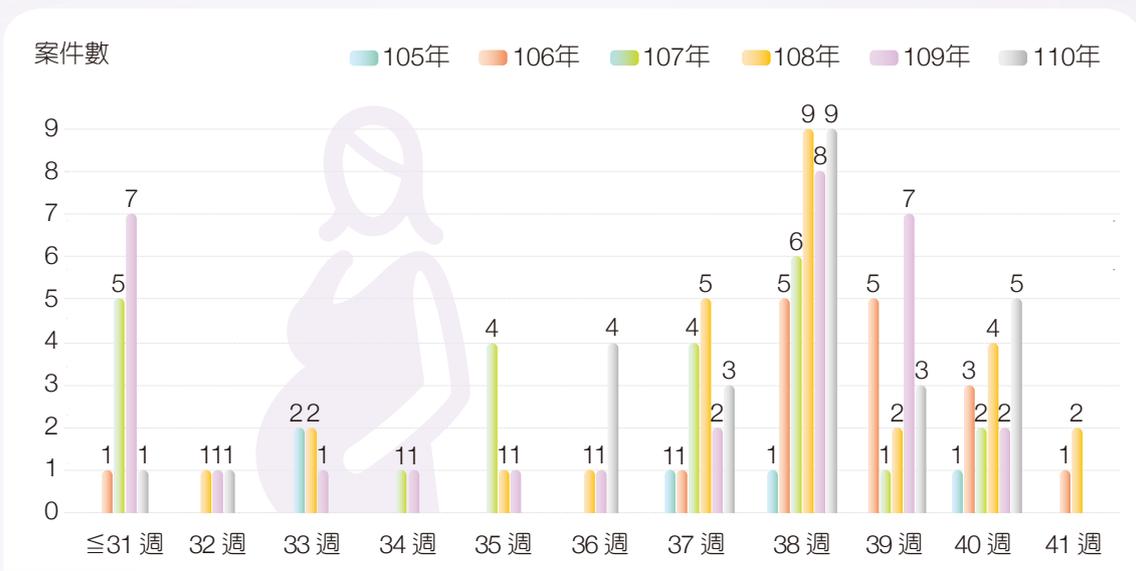


圖 2-8 105 ~ 110 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠週數分布

(四) 妊娠胎次

按年度及妊娠胎次分析，以初產婦（第一胎）占大多數，有61件，占47.7%。在高妊娠胎次部分，105年度有一件為第六胎的產婦，而110年度有一件為第五胎的產婦，如圖2-9。

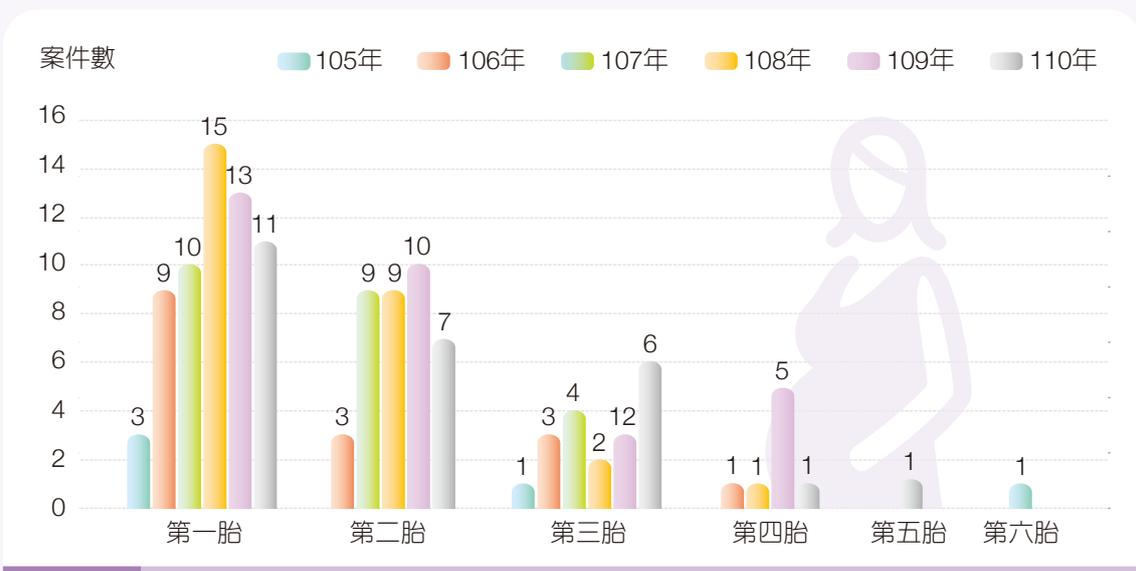


圖 2-9 105 ~ 110 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

（五）生產年齡

按年度及孕產婦生產時年齡分析，以36~40歲為多，共有45件，占35.2%；31~35歲次之，有43件，占33.6%。105年度及107年度多分布在31~35歲；106年度、108年度和110年度則為36~40歲。而109年度比較特別是相對其他年度而言26~30歲者之救濟案件增加數較其他年齡區段更多，如圖2-10。

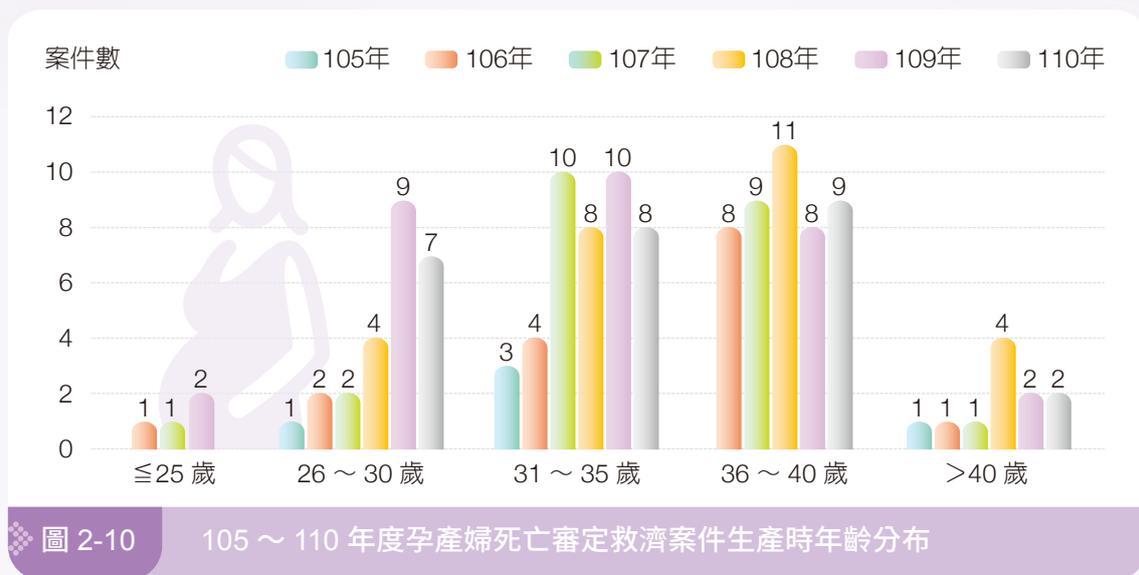


圖 2-10 105 ~ 110 年度孕產婦死亡審定救濟案件生產時年齡分布

（六）事故原因

分析孕產婦死亡之事故原因，主要原因為子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症（DIC）所造成，共有39件次，占31.0%；其次為羊水栓塞者33件次，占26.2%；血管栓塞 / 肺栓塞占25件次，占19.8%；妊娠高血壓者24件次，占19.0%，如表2-2。

❖ 表 2-2 105~110 年度年度孕產婦死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 ^(註1)	百分比 ^(註2)
子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症 (DIC)	39	31.0%
羊水栓塞	33	26.2%
血管栓塞 / 肺栓塞	25	19.8%
妊娠高血壓	24	19.0%
不明原因心跳停止 / 突發性休克	15	11.9%
心血管疾病 / 心臟病變	13	10.3%
顱內出血	12	9.5%
感染 (如產後傷口感染、子宮感染)	7	5.6%
HELLP 症候群 ^(註3)	7	5.6%
胎盤早期剝離	5	4.0%
敗血性休克	3	2.4%
植入性胎盤	3	2.4%
子宮破裂	3	2.4%
前置胎盤	2	1.6%
疾病相關	2 ^(註4)	1.6%

註1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註2：以 105~110 年度孕產婦死亡審定救濟案件數為母數計算。(N = 128)

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

註4：此 2 案分別為血癌及再生不良性貧血。

三、小結

我國自《生產事故救濟條例》於 105 年 6 月 30 日施行起，截至 110 年 12 月 31 日止，共計 128 件孕產婦死亡救濟案件，其中 105 年下半年度 5 件，106 年度 16 件，107 年度 23 件，108 年度 27 件，109 年度則為 31 件，110 年度則為 26 件。從機構層級分布概況來看，區域醫院及診所分別於 109 年度及 110 年度的案件增加的趨勢，而醫學中心則呈現逐年下降。歷年數據雖呈現區域醫院及地區醫院的案件數有上升趨勢，建議再觀察未來趨勢變化，倘仍持續上升，應給予適當介入措施之建議，如：強化區域及地區醫院在產後併發症的處理能力、急救訓練及高危險妊娠轉診，並具備緊急應變能力。進一步分析區域醫院的案件中，後轉至醫學中心的案件約占 17.1%。在周產期照護的區域網絡中，建議強化醫療團隊辨識高風險因素、危急狀況應變之能力，實際落實高風險妊娠孕產婦轉診計畫。就歷年事故原因分析來看，以子宮收縮不良、產後大出血、瀰漫性血管內凝血症（DIC）、羊水栓塞為主。目前有凝血藥物、長效型子宮收縮藥、大量血液快速輸注器和放射科的動脈栓塞術等，可以幫助減少因子宮收縮不良、產後大出血、瀰漫性血管內凝血症（DIC）而造成的死亡及併發症。此外，考量肺栓塞於產後下床時發生的風險較高，故推動強化產後立即性介入之預防措施，包含術後儘早下床活動並穿著彈性襪等，以減少早發性肺栓塞的發生；惟進一步分析 110 年度肺栓塞的產婦死亡案件，有 3 案於生產一週後發生，顯見存有晚發性肺栓塞的可能風險，建議除了於孕期中篩選高風險族群，及早介入治療之外，宜加強產後衛教，術後儘早下床活動並穿著彈性襪，並持續注意是否有呼吸喘、胸痛、異常咳嗽、咳血等症狀。在高風險孕婦應於產前、產中、產後制定個別化照護，透過跨團隊照護模式，期能降低妊娠併發症的發生。此外，定期舉辦醫事人員教育訓練及提升孕產婦健康認知，冀能改善我國之孕產婦死亡率。

第二節 孕產婦重大傷害案件分析

一、本年度案件統計與分析

本年度受理之申請案中，孕產婦重大傷害案件共計 57 件，經審議後均核予救濟。其中 4 件為中度以上身心障礙案件，其餘 53 件為子宮切除。依據重大傷害申請機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

(一) 機構層級

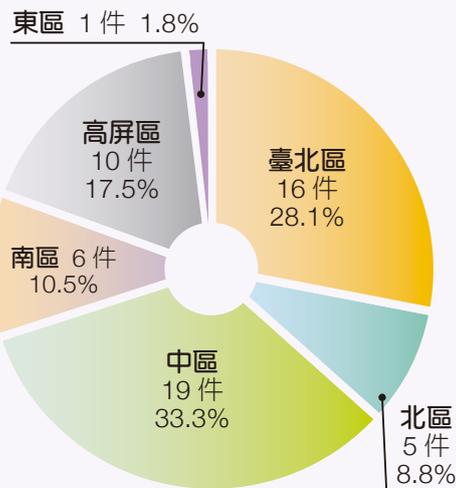
按孕產婦重大案件申請機構層級分析，醫學中心有 20 件，占 35.1%；區域醫院有 24 件，占 42.1%；地區醫院與診所分別有 5 件和 8 件，各占 8.8% 及 14.0%，如圖 2-11。

(二) 區域分布

根據健保分區分析，臺北區有 16 件，占 28.1%；北區有 5 件，占 8.8%；中區有 19 件，占 33.3%；南區有 6 件，占 10.5%；高屏區有 10 件，占 17.5%；東區有 1 件，占 1.8%，如圖 2-12。



❖ 圖 2-11 110 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件機構層級分布



❖ 圖 2-12 110 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件區域分布

(三) 妊娠週數

按妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件共有 39 件，占 68.4%；未滿 37 週（早產）生產案件共有 18 件，占 31.6%，其週數分布如圖 2-13。

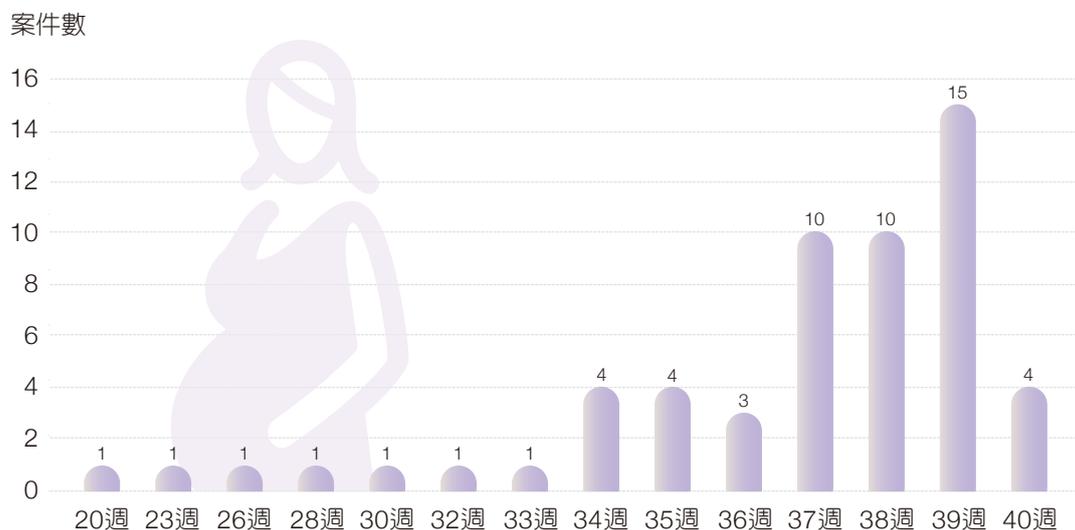


圖 2-13 110 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件妊娠週數分布

(四) 妊娠胎次

按妊娠胎次分析，以初產婦最多，有 19 件，占 33.3%；其次為第二胎與第三胎，分別有 18 件與 16 件，各占 31.6% 和 28.1%；第四胎以上共有 4 件，占 7.0%，如圖 2-14。

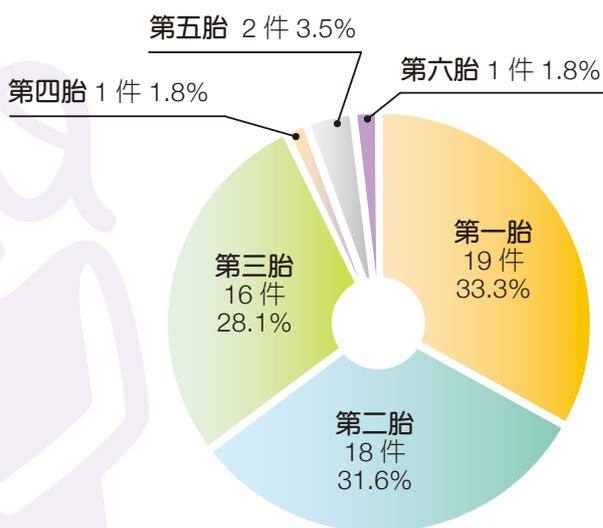


圖 2-14 110 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布

（五）生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析，以36~40歲居冠，有29件，占50.8%；其次為31~35歲有15件，占26.3%；26~30歲有7件，占12.3%；超過40歲有5件，占8.8%；25歲以下有1件，占1.8%，如圖2-15。

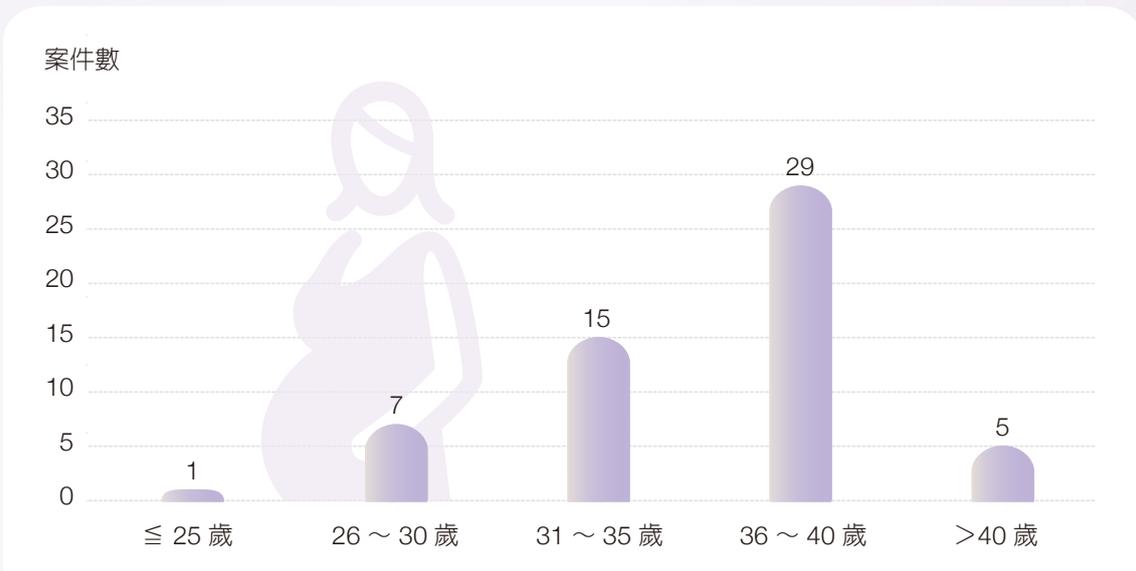


圖 2-15 110 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

（六）事故原因

就孕產婦重大傷害之事故原因分析，4 件身心障礙案件中，一半為妊娠高血壓引起；產後大出血與栓塞相關疾病則各有 1 件次，分別占 25.0%，這些案件最終皆造成缺血缺氧性腦病變，如表 2-3。

表 2-3 110 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 <small>(註1)</small>	百分比 <small>(註2)</small>
妊娠高血壓	2	50.0%
子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症 (DIC)	1	25.0%
血管栓塞 / 肺栓塞	1	25.0%
腦梗塞	1	25.0%

註1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註2：以 110 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件數為母數計算。(N=4)

分析 53 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，但半數以上案件都與產後大出血 / 血管內瀰漫凝血功能障礙有關，有 28 件次，占 52.8%，如表 2-4。造成出血原因包括：子宮收縮不良、植入性胎盤、前置胎盤和子宮破裂等。

❖ 表 2-4 110 年度孕產婦子宮切除審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 ^(註1)	百分比 ^(註2)
子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症 (DIC)	28	52.8%
植入性胎盤	26	49.1%
前置胎盤	11	20.8%
羊水栓塞	2	3.8%
妊娠高血壓	2	3.8%
子宮破裂	1	1.9%

註1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註2：以 110 年度孕產婦子宮切除審定救濟案件數為母數計算。(N=53)

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至 110 年底所受理之申請案中，孕產婦重大傷害案件（含子宮切除）總計 310 件，其中 7 件因其重大傷害發生與生產無因果關係，不予救濟，核予救濟之 303 件重大傷害案件中，23 件為中度以上身心障礙案件，其餘 280 件為子宮切除。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，主要出現在醫學中心，有 104 件，占 34.3%；區域醫院居次，有 89 件，占 29.4%；地區醫院則有 57 件，占 18.8%；診所最少，有 53 件，占 17.5%。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；109 年度共計 62 件，醫學中心 23 件、區域醫院及地區醫院各為 13 件及 12 件、診所 14 件；110 年度共計 57 件，醫學中心 20 件、區域醫院及地區醫院各為 24 件及 5 件、診所 8 件，如圖 2-16。

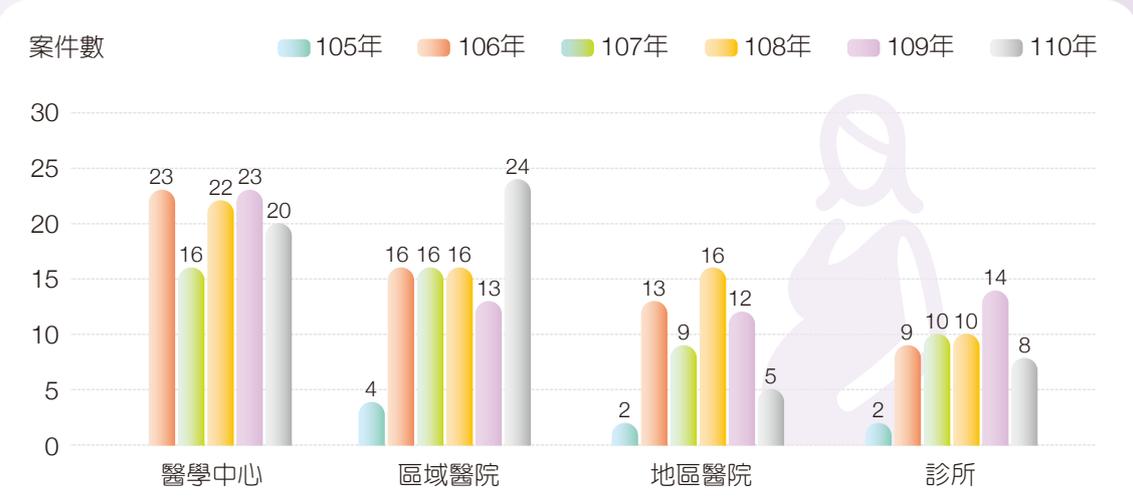


圖 2-16 105 ~ 110 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件機構層級分布

(二) 區域分布

按年度及健保分區分析，總數以臺北區最多，共計 98 件，占 32.3%；東區最少，共計 6 件，占 2.0%。106 至 110 年度區域分布相差不大，除 110 年度中區有明顯增加外，其餘皆為臺北區佔大宗，其次為北區及中區，再來為南區與高屏區，東區案件最少，如圖 2-17。

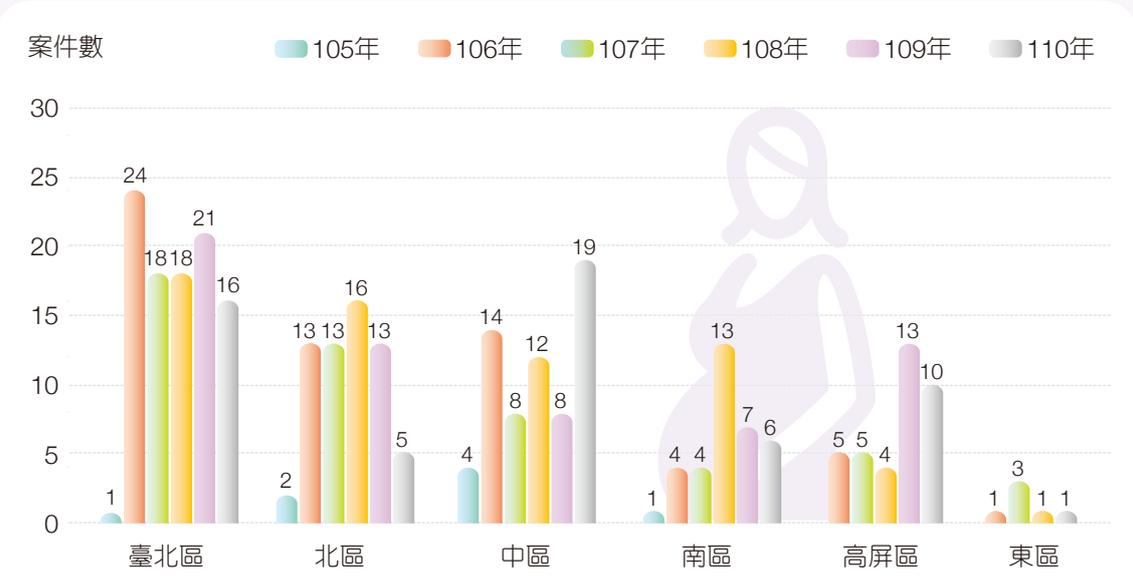
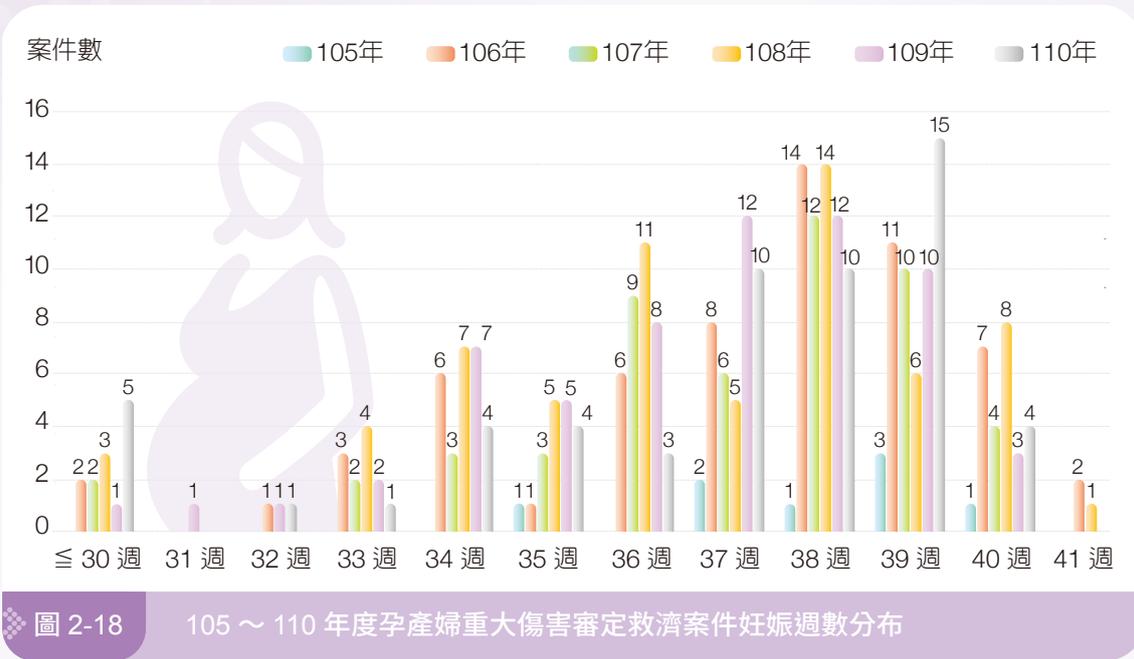


圖 2-17 105 ~ 110 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件機構區域分布

(三) 妊娠週數

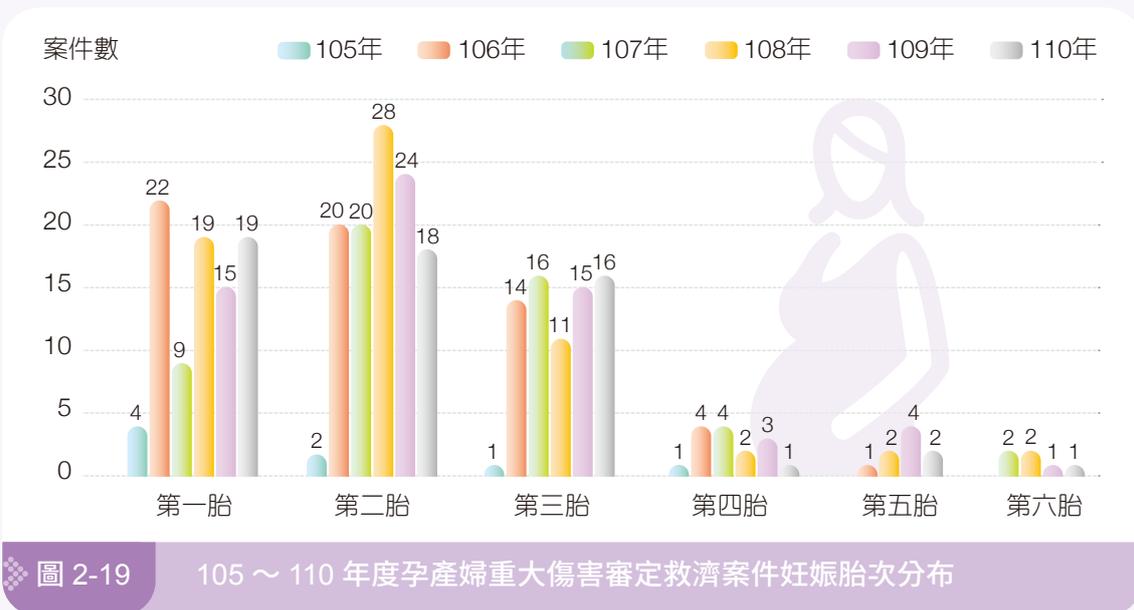
按年度及妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件，有 191 件，占 63.0%；未滿 37 週（早產）生產案件，有 112 件，占 37.0%。累積案件數最多者為 38 週，共 63 件，占 20.8%；其次為 39 週有 55 件，占 18.2%。分析自 106 年度以來，以 38 週案件數最多，其次為 39 週及

37 週。在早產案件方面，106 年度及 107 年度各為 19 件，108 年度和 109 年度則分別增加至 30 件及 25 件，110 年度減少至 18 件，其中以 36 週為最多，如圖 2-18。



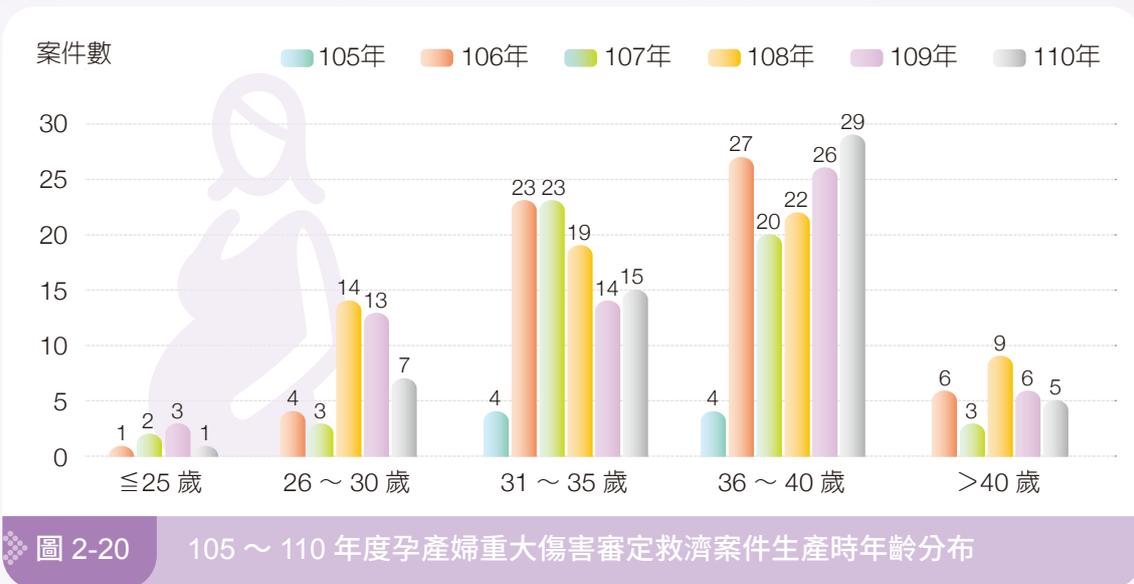
(四) 妊娠胎次

按年度及妊娠胎次分析，以第二胎為占多數，有 112 件，占 37.0%；其次為第一胎，有 88 件，占 29.0%。在第四胎以上的高妊娠胎次方面，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；109 年度第四胎、第五胎及第六胎分別有 3、4 及 1 件；110 年度第四胎、第五胎及第六胎分別有 1、2 及 1 件；綜合來看，高妊娠胎次案件共計 30 件，占 9.9%，如圖 2-19。



(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128件，占42.2%；31~35歲居次，有98件，占32.3%；26~30歲有41件，占13.5%；大於40歲有29件，占9.6%；25歲以下者有7件，占2.3%。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，仍以36~40歲最多，其次為31~35歲；超過40歲之高齡案件則大致持平，如圖2-20。



(六) 事故原因

就孕產婦重大傷害之事故原因分析，在23件中中度以上身心障礙案件內，將近一半的案件都有妊娠高血壓，有10件次，占43.5%；另外曾發生子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症（DIC），也有9件次，占39.1%；其他如羊水栓塞有4件次，占17.4%；血管栓塞或肺栓塞有4件次，占17.4%，如表2-5。

表 2-5 105 ~ 110 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 (註1)	百分比 (註2)
妊娠高血壓	10	43.5%
子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症 (DIC)	9	39.1%
羊水栓塞	4	17.4%
血管栓塞 / 肺栓塞	4	17.4%
顱內出血	2	8.7%
心血管疾病 / 心臟病變	2	8.7%

註1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註2：以105~110年度孕產婦重大傷害審定救濟案件數為母數計算。(N = 23)

對於 280 件子宮切除案件發生原因加以分析，儘管各個案件都可能合併多個原因，可以發現半數以上案件都曾出現子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症 (DIC)，計 184 件次，占 65.7%；其次為植入性胎盤以及前置胎盤，各有 125 和 69 件次，分別占 44.6% 與 24.6%，如表 2-6。

❖ 表 2-6 105~110 年度孕產婦子宮切除審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 ^(註1)	百分比 ^(註2)
子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症 (DIC)	184	65.7%
植入性胎盤	125	44.6%
前置胎盤	69	24.6%
妊娠高血壓	13	4.6%
子宮破裂	10	3.6%
感染 (如產後傷口感染、子宮感染)	7	2.5%
胎盤早期剝離	6	2.1%
羊水栓塞	5	1.8%
子宮肌瘤	4	1.4%
手術	3	1.1%
前胎次剖腹生產	3	1.1%
子宮過度收縮	2	0.7%
胎盤殘留	2	0.7%
血管栓塞 / 肺栓塞	2	0.7%
妊娠糖尿病	2	0.7%

註 1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註 2：以 105~110 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件數為母數計算。(N=280)

三、小結

綜觀歷年孕產婦重大傷害以及子宮切除多發生在子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症、異常胎盤 (如植入性胎盤和前置胎盤) 及妊娠高血壓。雖然子宮收縮不良引起之產後大出血大多為不可預防，仍可針對風險較高的產婦 (如長期安胎、催生時間較長、多胞胎和羊水過多)，於產後積極娩出胎盤及加強監測子宮收縮，並儘早給予子宮按摩及藥物。有關胎盤異常，產前檢查時需注意胎盤位置，若懷疑有前置胎盤或植入性胎盤，應安排超音波或磁振造影確認風險狀況，提早轉診至有能力處理之醫療院所生產。目前對於妊娠高血壓

及子癲前症，建議可根據孕婦是否有危險因子（如曾有過子癲前症、多胞胎、慢性高血壓、糖尿病、自體免疫疾病等）或第一孕期子癲前症篩檢為高風險之孕婦，視情況於第二孕期初期開始使用預防性藥物，以降低妊娠高血壓相關合併症風險。

孕產婦本身需注重自我健康管理、控制體重以及規則接受產前檢查。若有頭痛、視力模糊、腹痛、陰道出血或胎動減少等症狀，須儘早就醫。特別是原本就患有內科疾病（如慢性高血壓、糖尿病、自體免疫疾病等）或是子癲前症高風險的孕產婦更應積極配合檢查與治療，以降低孕產期合併症風險。醫療端也可就預防和處理兩方面著手：預防方面可以利用危險因子和臨床檢查儘早篩檢出高危險族群；處理方面則可以加強醫療院所自身風險管控，評估人力、設備、藥物及血品狀況，確認緊急事故發生時之因應流程與後送醫療機構的聯繫，若無法提供合宜照護時，應儘早轉診後送，讓孕產婦接受適切的照護。後送責任醫療院所則可強化備輸流程、跨科別聯繫及緊急應變能力，及時地提供產後大出血患者合理處置，減少因大量出血引起的併發症。



第三節 新生兒死亡案件分析

一、本年度案件統計與分析

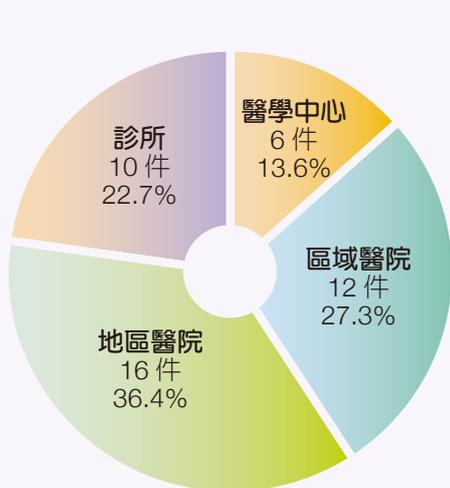
110 年度受理之申請案中，新生兒死亡共審定 57 件申請案，其中 13 件因新生兒死亡與生產無因果關係，不予救濟。茲就核予救濟之 44 件新生兒死亡案件，依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

(一) 機構層級

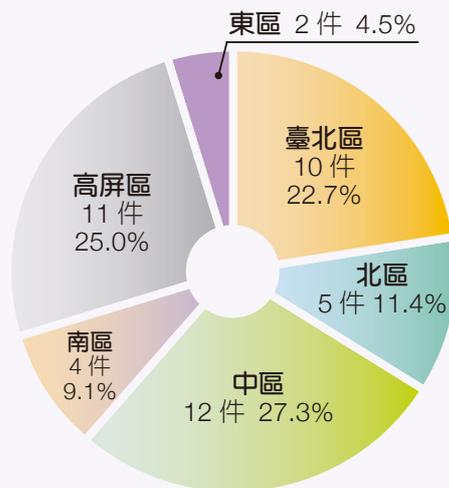
按發生生產事故之機構層級分析，以地區醫院 16 件最多，占 36.4%；其次為區域醫院及診所各有 12 件、10 件，分別占 27.3%、22.7%；醫學中心則有 6 件，占 13.6%，如圖 2-21。

(二) 區域分布

按健保分區分析，以中區 12 件最多，占 27.3%；高屏區有 11 件，占 25.0%；臺北區有 10 件，占 22.7%；北區及南區分別各 5 件、4 件，各別占 11.4%、9.1%；東區則有 2 件，占 4.5%，如圖 2-22。



❖ 圖 2-21 110 年度新生兒死亡審定救濟案件機構層級分布



❖ 圖 2-22 110 年度新生兒死亡審定救濟案件區域分布



(三) 妊娠週數

按妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件共有 35 件，占 79.5%；36 週以下（早產）生產案件共有 9 件，占 20.5%。案件數最多的為 38 週，有 15 件，占 34.1%；其次為 37 週，有 8 件，占 18.2%，如圖 2-23。

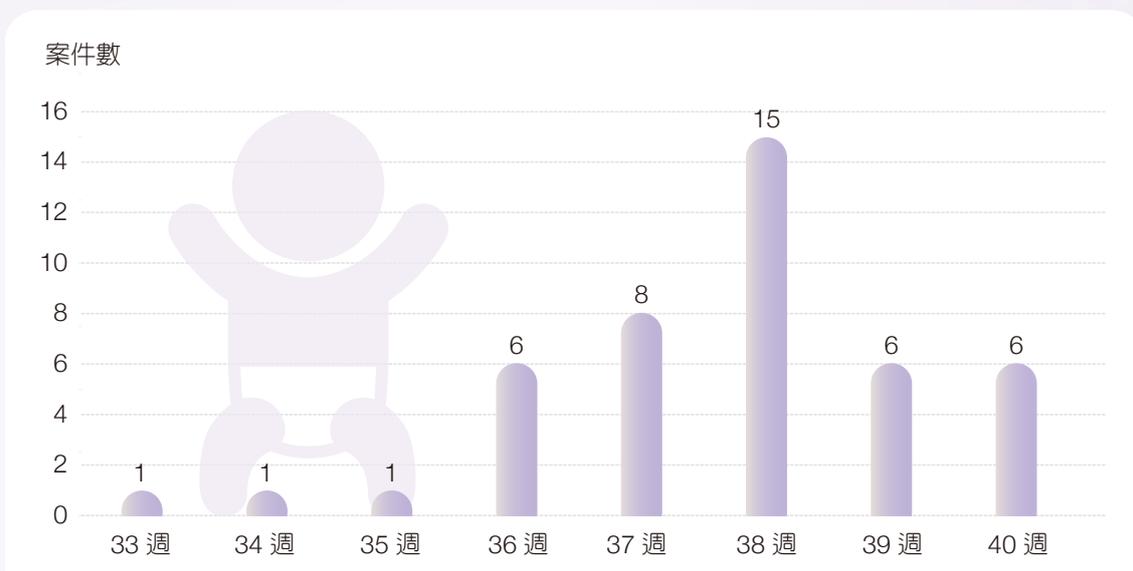


圖 2-23 110 年度新生兒死亡審定救濟案件妊娠週數分布

(四) 妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第一胎最多，有 23 件，占 52.3%；其次為第二胎有 16 件，占 36.4%；再者為第三胎有 3 件，占 6.8%；第四胎有 2 件，占 4.5%，如圖 2-24。

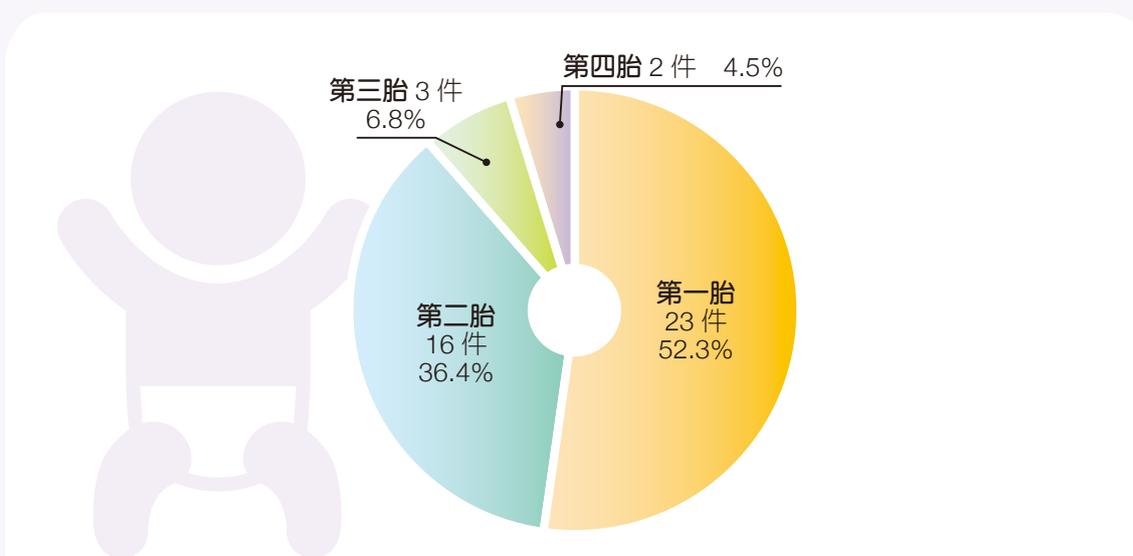
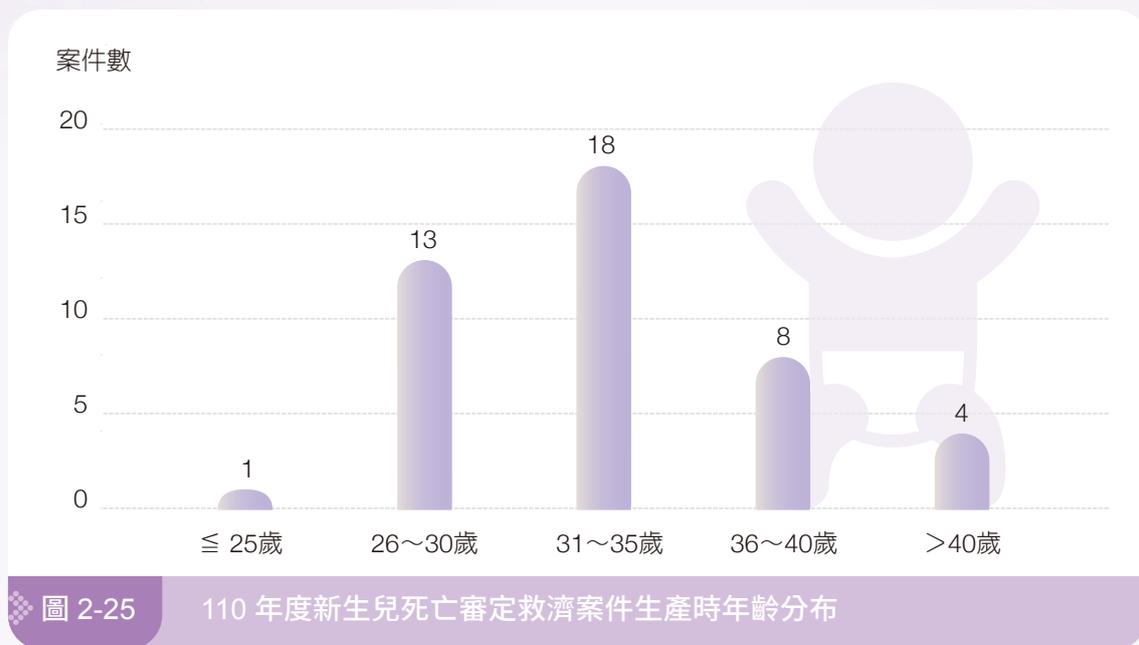


圖 2-24 110 年度新生兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

(五) 生產年齡

按孕產婦生產年齡分析，以31～35歲居冠，共18件，占40.9%；26～30歲次之為13件，占29.5%；36～40歲，有8件，占18.2%；大於40歲有4件，占9.1%；小於25歲（含）則有1件，占2.3%，如圖2-25。



(六) 事故原因

就新生兒死亡原因分析，前五大原因依序為胎兒窘迫有31件次，占70.5%；胎盤早期剝離有8件次，占18.2%；胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色有6件次，占13.6%；臍繞頸 / 臍帶異常為4件次，占9.1%；感染有3件次，占6.8%；腦部出血、前置胎盤分別有2件次，各占4.5%，如表2-7。

表 2-7 110 年度新生兒死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 (註1)	百分比 (註2)
胎兒窘迫(產前窒息、產程胎兒窘迫)	31	70.5%
胎盤早期剝離	8	18.2%
胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色	6	13.6%
臍繞頸 / 臍帶異常	4	9.1%
感染	3	6.8%
前置胎盤	2	4.5%
腦部出血	2	4.5%

註1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註2：以110年度新生兒死亡審定救濟案件數為母數計算。(N = 44)

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至110年底所受理之申請案中，新生兒死亡案件共計270件，其中37件與生產無因果關係，不予救濟。核予救濟之233件中，105年度案件數較少，共13件；106年度有51件；107年度及108年度均為37件；109年度有51件、110年度有44件。茲依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

(一) 機構層級

按發生生產事故之年度及機構層級分析，歷年累積案件以地區醫院為最大宗，有75件，占32.2%；診所居次，有67件，占28.8%；區域醫院則有54件，占23.2%；醫學中心有37件，占15.9%，如圖2-26。

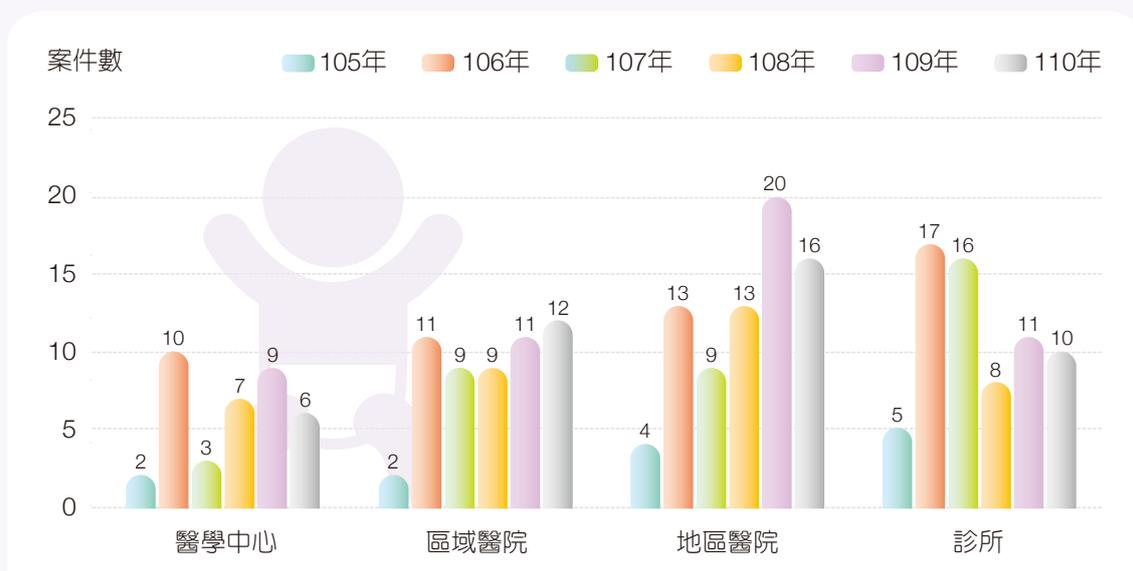


圖 2-26 105 ~ 110 年度新生兒死亡審定救濟案件機構層級分布

(二) 區域分布

按健保分區分析，歷年累積案件以臺北區為最大宗，有67件，占28.8%；中區次之，共48件，占20.6%；而高屏區有45件，占19.3%；南區為36件，占15.5%；北區33件占14.2%，東區最少，僅4件，占1.7%，如圖2-27。

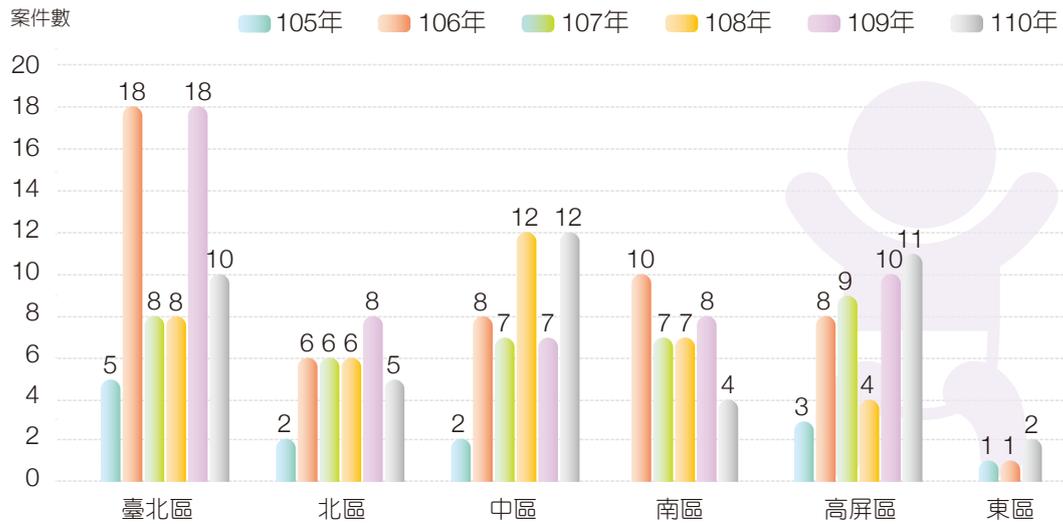


圖 2-27 105 ~ 110 年度新生兒死亡審定救濟案件區域分布

(三) 妊娠週數

按妊娠週數分析，歷年累積案件數37週以上之足月生產案件有171件，占73.4%；36週以下（早產）生產案件有62件，占26.6%。妊娠週數案件最多為38週，共64件，占27.5%；其次是39週有41件，占17.6%。比較106~110年度，案件數最多之妊娠週數均為38週，如圖2-28。

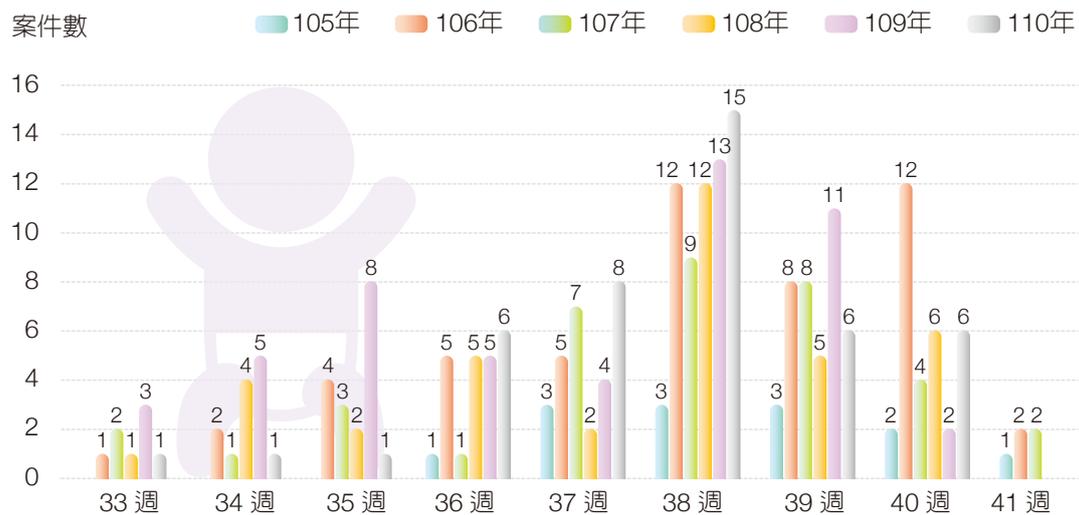
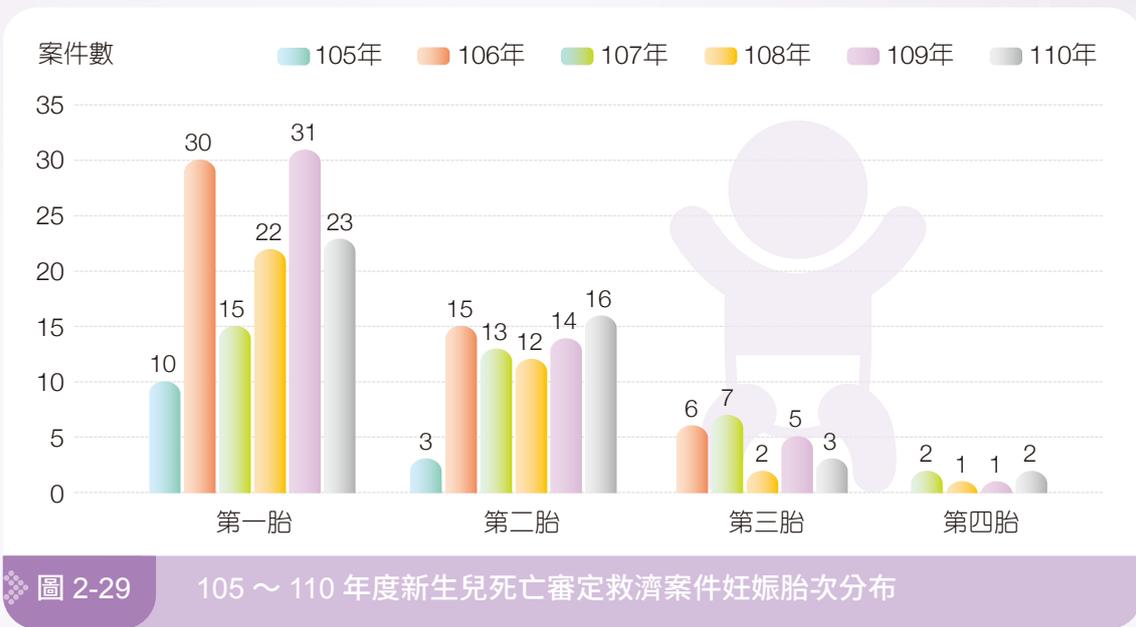


圖 2-28 105 ~ 110 年度新生兒死亡審定救濟案件妊娠週數分布

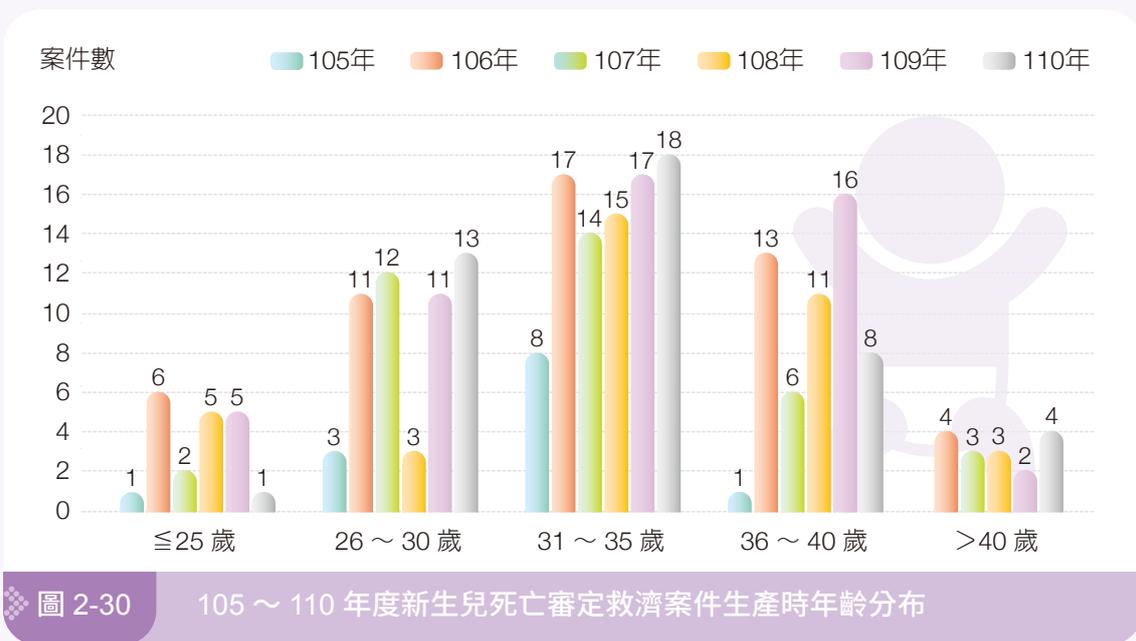
(四) 妊娠胎次

按妊娠胎次分析，歷年累積案件中以初產婦（第一胎）占多數，共 131 件，占 56.2；第二胎次之，共 73 件，占 31.3%；第三胎共 23 件，占 9.9%；第四胎有 6 件，占 2.6%，如圖 2-29。



(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 89 件，占 38.2%；36~40 歲次之，有 55 件，占 23.6%；26~30 歲有 53 件，占 22.7%；小於 25 歲（含）有 20 件，占 8.6%；大於 40 歲者有 16 件，占 6.9%。比較 106~110 各年度均以 31~35 歲最多，如圖 2-30。



(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、產程胎兒窘迫）計 147 件次，占 63.1%；胎盤早期剝離 66 件次，占 28.3%；胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色 38 件次，占 16.3%；肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫為 36 件次，占 15.5%；高血壓 / 妊娠高血壓有 21 件次，占 9.0%。其餘原因依發生案件次為：腦部出血、感染 / 周產期感染、臍帶異常 / 臍帶繞頸、產程異常 / 產程延長、子宮破裂、糖尿病 / 妊娠糖尿病、早期破水 / 早產、肩難產 / 臂神經損傷、前置胎盤等，如表 2-8。

❖ 表 2-8 105~110 年度新生兒死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 (註1)	百分比 (註2)
胎兒窘迫（產前窒息、產程胎兒窘迫）	147	63.1%
胎盤早期剝離	66	28.3%
胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色	38	16.3%
肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫	36	15.5%
高血壓 / 妊娠高血壓	21	9.0%
腦部出血	16	6.9%
感染 / 周產期感染	16	6.9%
臍帶繞頸 / 臍帶異常	16	6.9%
產程異常 / 產程延長	14	6.0%
子宮破裂	10	4.3%
糖尿病 / 妊娠糖尿病	9	3.9%
早期破水 / 早產	8	3.4%
前置胎盤	7	3.0%
肩難產 / 臂神經損傷	7	3.0%

註 1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註 2：以 105~110 年度新生兒死亡審定救濟案件數為母數計算。(N = 233)

三、小結

新生兒死亡案件中，胎兒窘迫仍然是最主要的原因。然而，從機構層級分析來看，有將近61%的新生兒死亡案件發生在地區醫院及診所。孕期中如有高風險之孕產婦應考量適時適地分娩之可能性；此外，建議加強產前辨識胎兒窘迫徵候，必要時及早轉診至適當的醫療機構生產；此外，基層醫療人員對新生兒的急救能力也是必備的課題，如此才能在分娩後，立即給予新生兒適當的緊急處理措施，把握治療的黃金時間。110年起國家推動「優化兒童醫療照護計畫」，以改善周產期與兒童急重症醫療照護，降低兒童死亡率及增進兒童健康福祉，重要策略之一是藉由建置「周產期照護網絡」，完備周產期醫療照護系統，以生活圈區域整合方式設置周產期照護中心，111年補助10家醫院設置周產期母嬰醫療中心並建立新生兒外接團隊，以母嬰照護為核心，強化高危險妊娠及新生兒之照護，並建立分級分區的兒童緊急醫療網絡，提供24小時兒科緊急醫療及重症加護照護。透過建構完善的風險評估與處置內容，提升懷孕及生產過程中的母嬰照護品質，打造周全的周產期網絡照護流程及體制，改善醫療院所緊急應變處理能力、跨科部之聯繫與組織運作，以降低新生兒死亡之風險。

第四節 新生兒重大傷害案件分析

一、本年度案件統計與分析

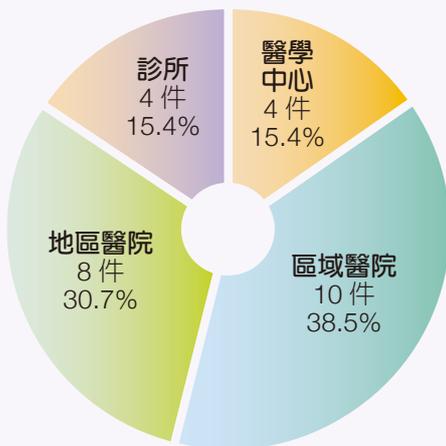
110 年度受理之申請案中，新生兒重大傷害共審定 36 件，其中 10 件與生產無因果關係，不予救濟；核予救濟之 26 件中，中度身心障礙有 10 件、重度身心障礙有 11 件、極重度身心障礙有 5 件。茲就核予救濟之 26 件新生兒重大傷害案件，依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

(一) 機構層級

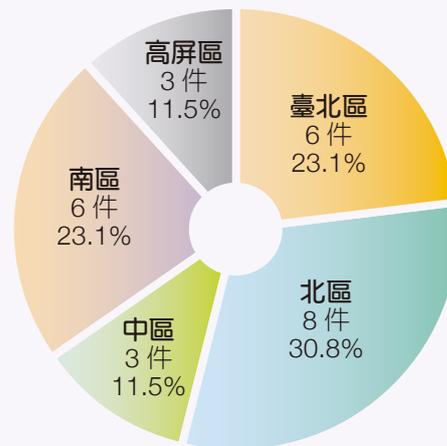
按發生生產事故之機構層級分析，區域醫院有 10 件，占 38.5%；地區醫院有 8 件，占 30.7%；醫學中心及診所各有 4 件，占 15.4%；如圖 2-31。

(二) 區域分布

按健保分區分析，北區最多有 8 件，占 30.8%；臺北區及南區各有 6 件，占 23.1%；中區及高屏區各 3 件，占 11.5%，如圖 2-32。



❖ 圖 2-31 110 年度新生兒重大傷害審定救濟案件機構層級分布



❖ 圖 2-32 110 年度新生兒重大傷害審定救濟案件區域分布

(三) 妊娠週數

按妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件共有 15 件，占 57.7%；36 週以下（早產）生產案件共有 11 件，占 42.3%；案件數最多的為 38 週，有 7 件，占 27.0%；其次為 35 週、36 週，各有 5 件，占 19.2%，如圖 2-33。

(四) 妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第一胎最多，有 13 件，占 50.0%；其次為第二胎及第三胎各有 6 件，占 23.1%；再者為第七胎，有 1 件，占 3.8%，如圖 2-34。

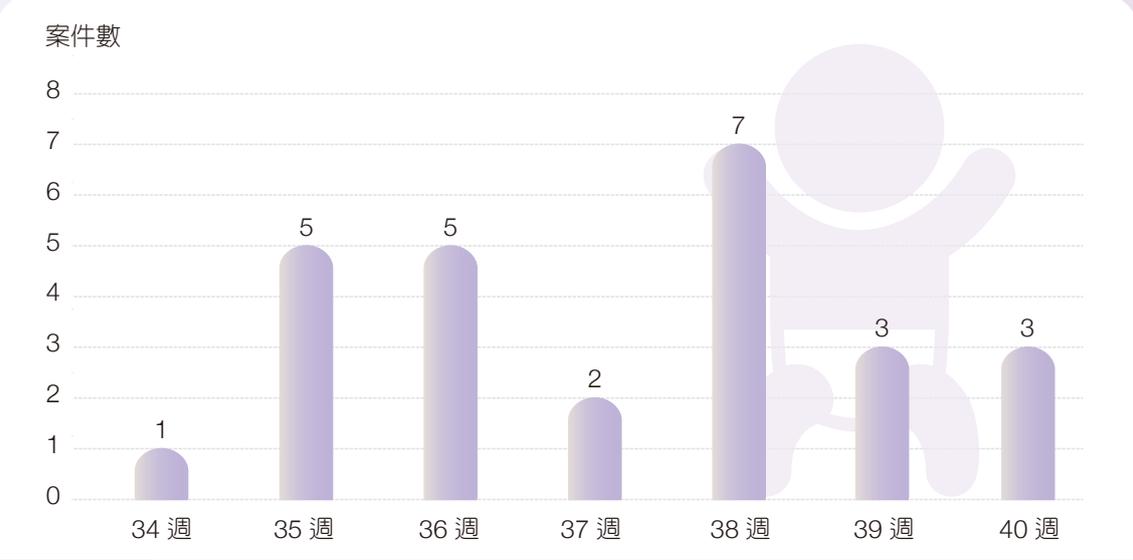


圖 2-33 110 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠週數分布

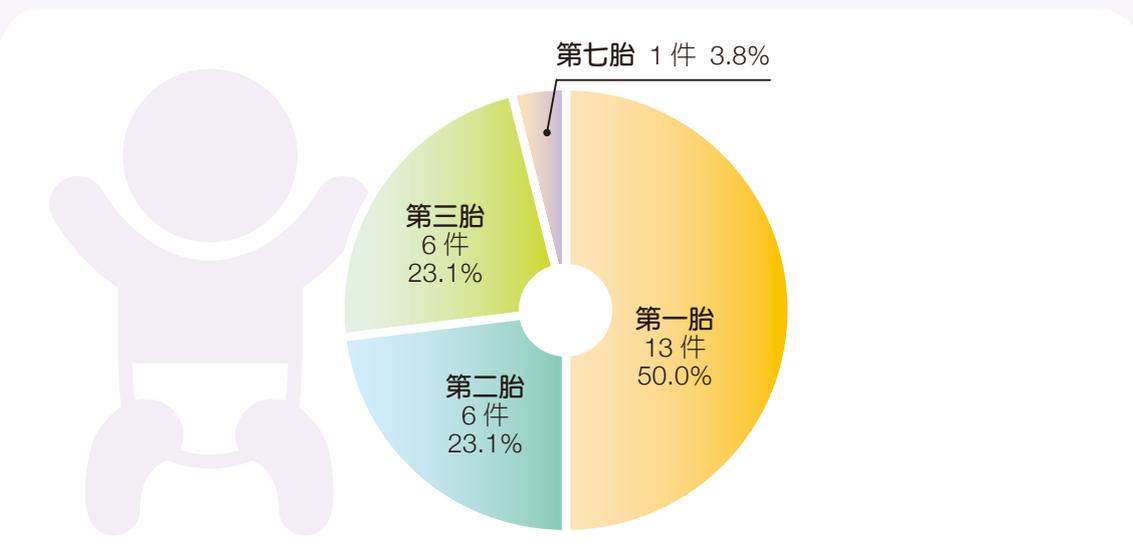


圖 2-34 110 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布



（五）生產年齡

按孕產婦生產年齡分析，31～35歲及36～40歲，各有8件，分別占30.8%；其次為26～30歲有7件，占26.9%；小於25歲（含）有2件，占7.7%，大於40歲有1件，占3.8%；如圖2-35。

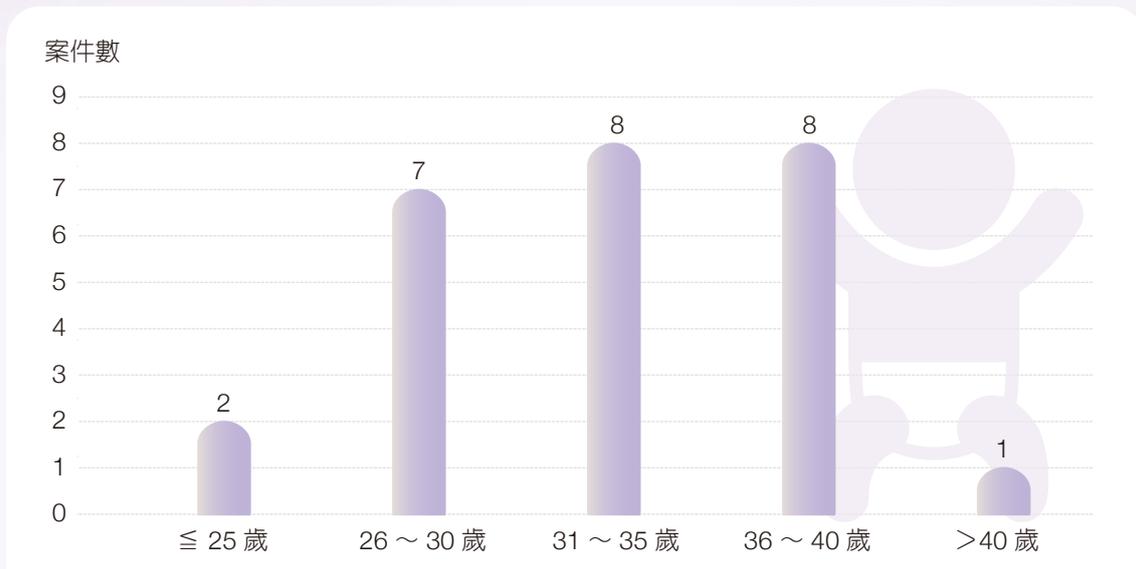


圖 2-35 110 年度新生兒重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

（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11件次，占42.3%；其後為胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色有6件，占23.1%；腦部出血及臍帶繞頸 / 臍帶異常各有4件，各占15.4%；胎盤早期剝離及肩難產 / 臂神經損傷各有3件，各占11.5%；產程異常、產程延長有2件，占7.7%；其他原因如表2-9。

表 2-9 110 年度新生兒重大傷害審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 (註1)	百分比 (註2)
胎兒窘迫 (產前窒息、產程胎兒窘迫)	11	42.3%
胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色	6	23.1%
腦部出血	4	15.4%
臍帶繞頸 / 臍帶異常	4	15.4%
胎盤早期剝離	3	11.5%
肩難產 / 臂神經損傷	3	11.5%
產程異常、產程延長	2	7.7%
感染	1	3.8%

註1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註2：以 110 年度新生兒重大傷害審定救濟案件數為母數計算。(N = 26)

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至 110 年底所受理之申請案中，新生兒重大傷害案件共計 151 件，其中 38 件與生產無因果關係，不予救濟；核予救濟之 113 件中，中度身心障礙有 44 件、重度身心障礙有 49 件、極重度身心障礙有 20 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，以區域醫院為最大宗，有 33 件，占 29.2%；診所次之，有 32 件，占 28.3%；醫學中心，有 22 件，占 19.5%；地區醫院，有 25 件，占 22.1%；發生在助產機構有 1 件，占 0.9%，如圖 2-36。

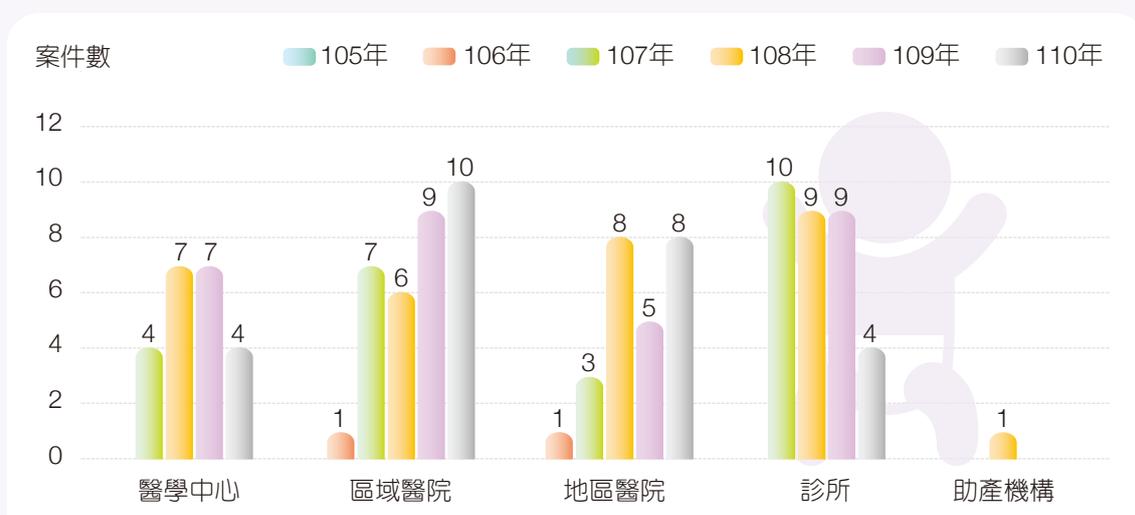
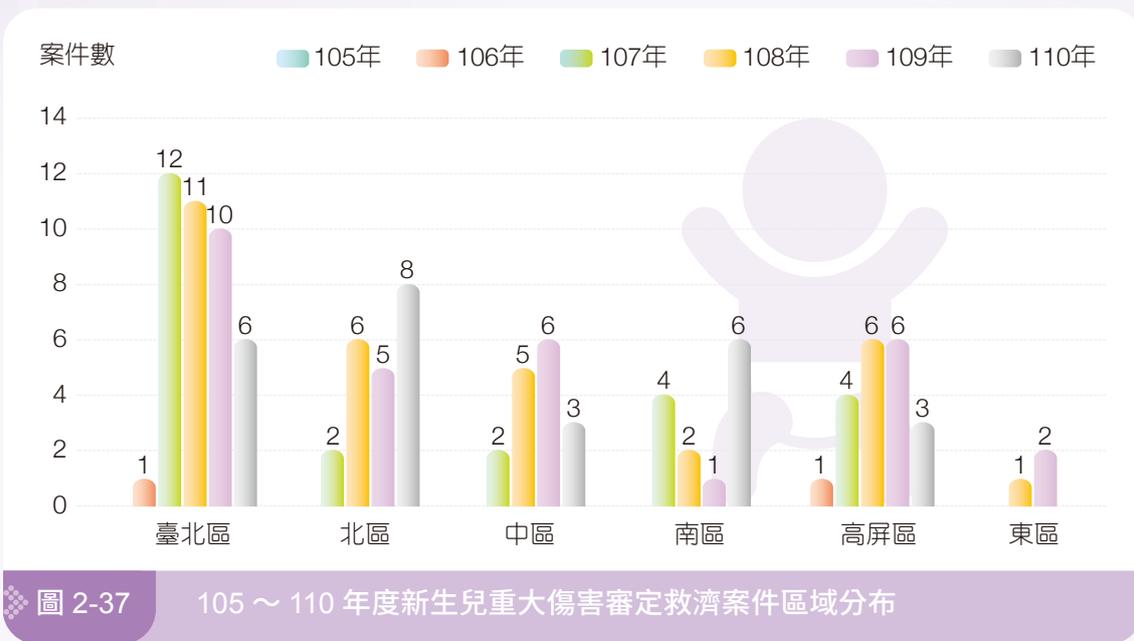


圖 2-36 105 ~ 110 年度新生兒重大傷害審定救濟案件機構層級分布

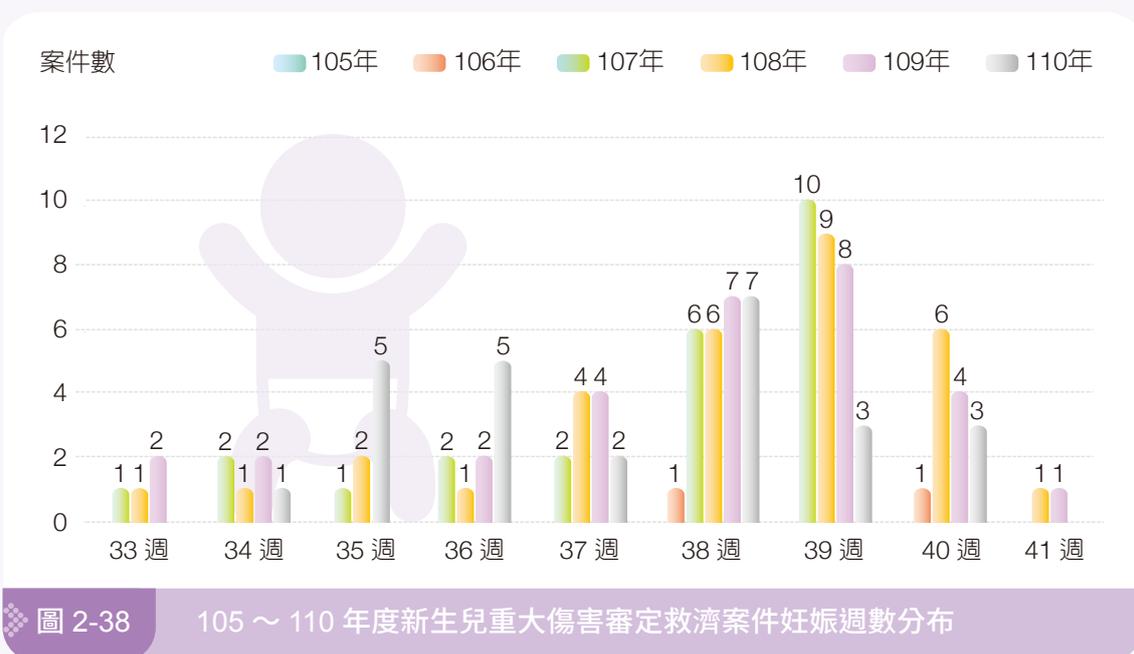
(二) 區域分布

按健保分區分析，歷年累積案件以臺北區為最大宗，有 40 件，占 35.4%；北區次之，共 21 件，占 18.6%；高屏區有 20 件，占 17.7%；中區有 16 件，各占 14.2%；南區有 13 件，占 11.5%；東區最少，僅有 3 件，占 2.7%，如圖 2-37。



(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 85 件，占 75.2%；36 週以下（早產）生產案件，有 28 件，占 24.8%。妊娠週數案件最多為 39 週，共 30 件，占 26.5%；其次是 38 週有 27 件，占 23.9%，如圖 2-38。



(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66件，占58.4%；第二胎次之，共35件，占31.0%；第三胎有9件，占8.0%；第四胎、第五胎及第七胎次各有1件，各占0.9%，如圖2-39。

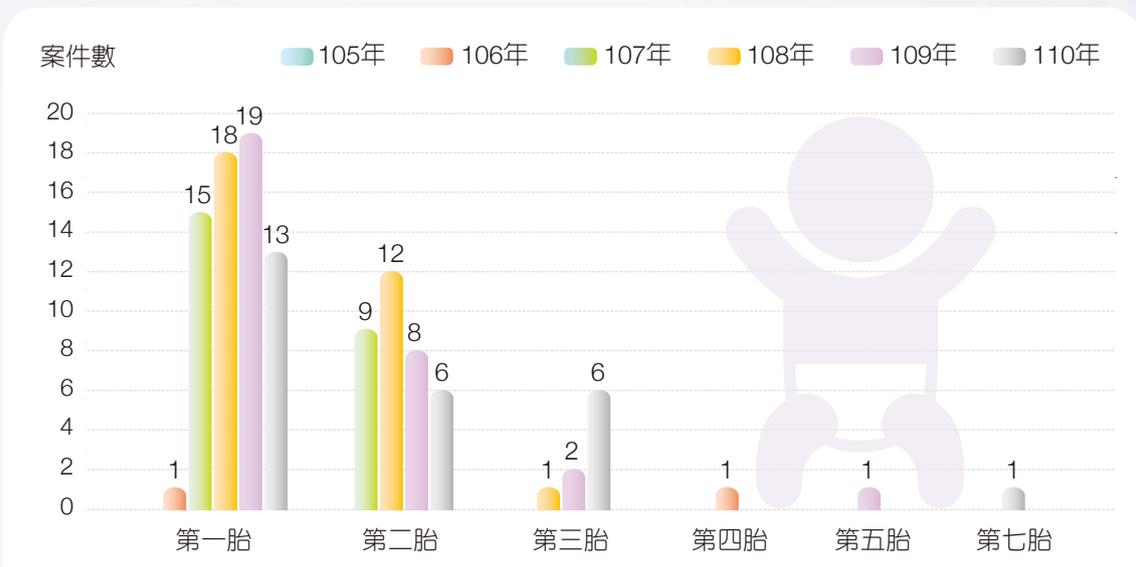


圖 2-39 105 ~ 110 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布

(五) 生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析，歷年累積案件產婦年齡以36~40歲居冠，有39件，占34.5%；31~35歲有33件，占29.2%；26~30歲有29件，占25.7%；小於25歲（含）有9件，占8.0%；大於40歲者有3件，占2.7%，如圖2-40。

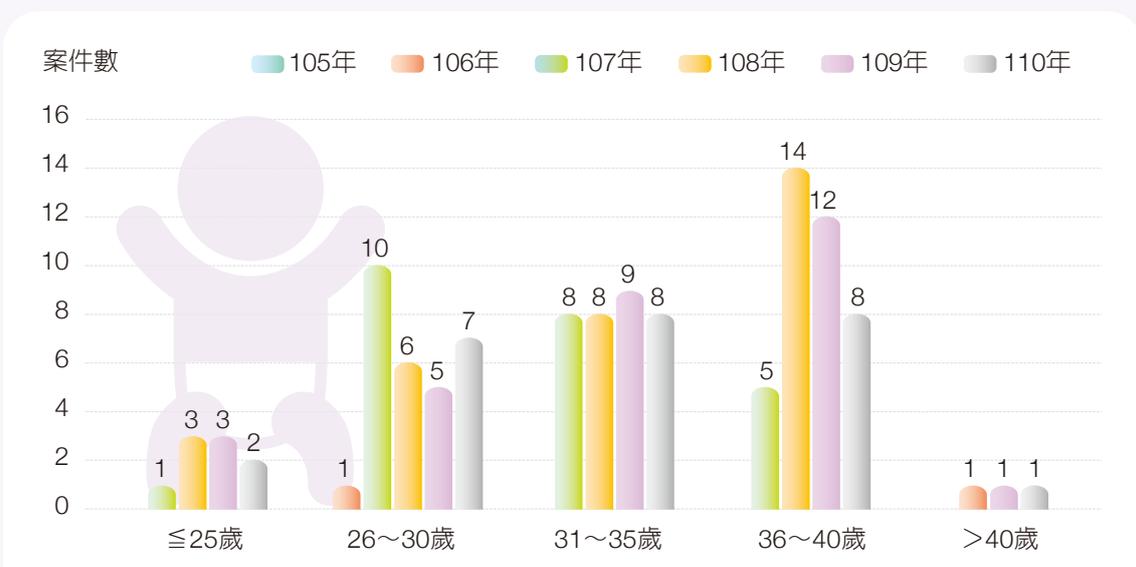


圖 2-40 105 ~ 110 年度新生兒重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

（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61件，占54.0%；胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色為25件，占22.1%；肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫有22件，占19.5%；腦部出血為16件次，占14.2%；胎盤早期剝離為14件次，占12.4%；臍帶繞頸 / 臍帶異常為12件次，占10.6%；高血壓 / 妊娠高血壓與肩難產 / 臂神經損傷各為11件次，各占9.7%。其餘原因依發生案件如表2-10。

❖ 表2-10 105～110年新生兒重大傷害審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 ^(註1)	百分比 ^(註2)
胎兒窘迫（產前窒息、產程胎兒窘迫）	61	54.0%
胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色	25	22.1%
肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫	22	19.5%
腦部出血	16	14.2%
胎盤早期剝離	14	12.4%
臍帶繞頸 / 臍帶異常	12	10.6%
高血壓 / 妊娠高血壓	11	9.7%
肩難產 / 臂神經損傷	11	9.7%
產程異常 / 產程延長	6	5.3%
缺血缺氧腦病變	4	3.5%
感染	4	3.5%

註1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註2：以105～110年度新生兒重大傷害審定救濟案件數為母數計算。（N = 113）

三、小結

因胎兒窘迫發生窒息引發接續的缺氧事件，導致新生兒腦部損傷，仍為新生兒重大傷害最主要的原因。針對高風險孕婦，在產前可定期利用胎兒生理評估和都卜勒超音波檢查，評估胎兒狀況及子宮內環境，必要時提早生產。待產過程中也需密切觀察胎心音變化，若有胎兒窘迫情況應立即處置。分娩後，儘早有效建立新生兒呼吸道、改善心肺循環功能，進而提供低溫療法等治療措施，或許能改善新生兒之預後及發展。也因此，醫療院所於產前應落實高危險妊娠產婦之轉診，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；另外，提早規劃啟動完善的跨科別及跨院區支援系統，讓周產期的照護網絡機制運作得宜，才能保障母嬰安全的環境與照護品質。

第五節 胎兒死亡案件分析

一、本年度案件統計與分析

110 年度受理之申請案中，胎兒死亡案件共計 142 件，其中 11 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 131 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，醫學中心與區域醫院皆有 37 件，各占 28.2%；地區醫院有 33 件，占 25.2%；診所 24 件，占 18.3%，如圖 2-41。

(二) 區域分布

按健保分區分析，臺北區有 36 件，占 27.5%；中區有 33 件，占 25.2%；南區有 24 件，占 18.3%；北區有 17 件，占 13.0%；高屏區有 18 件，占 13.7%；東區有 3 件，占 2.3%，如圖 2-42。

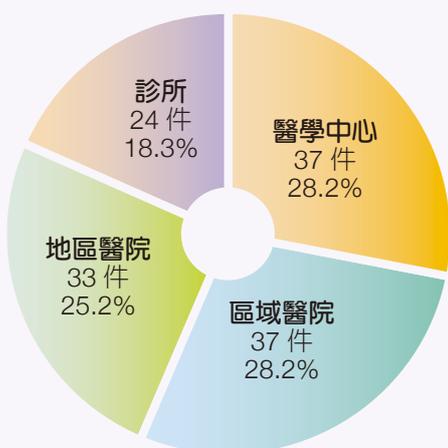


圖 2-41 110 年度胎兒死亡審定救濟案件機構層級分布

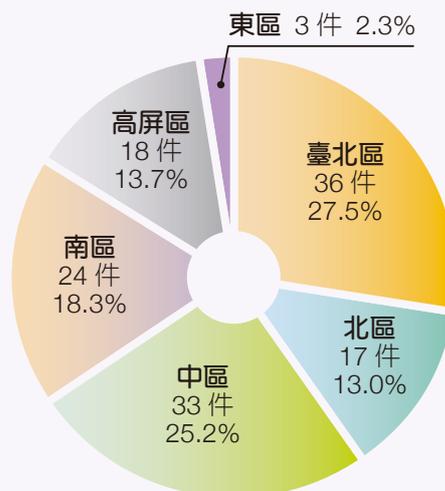


圖 2-42 110 年度胎兒死亡審定救濟案件區域分布

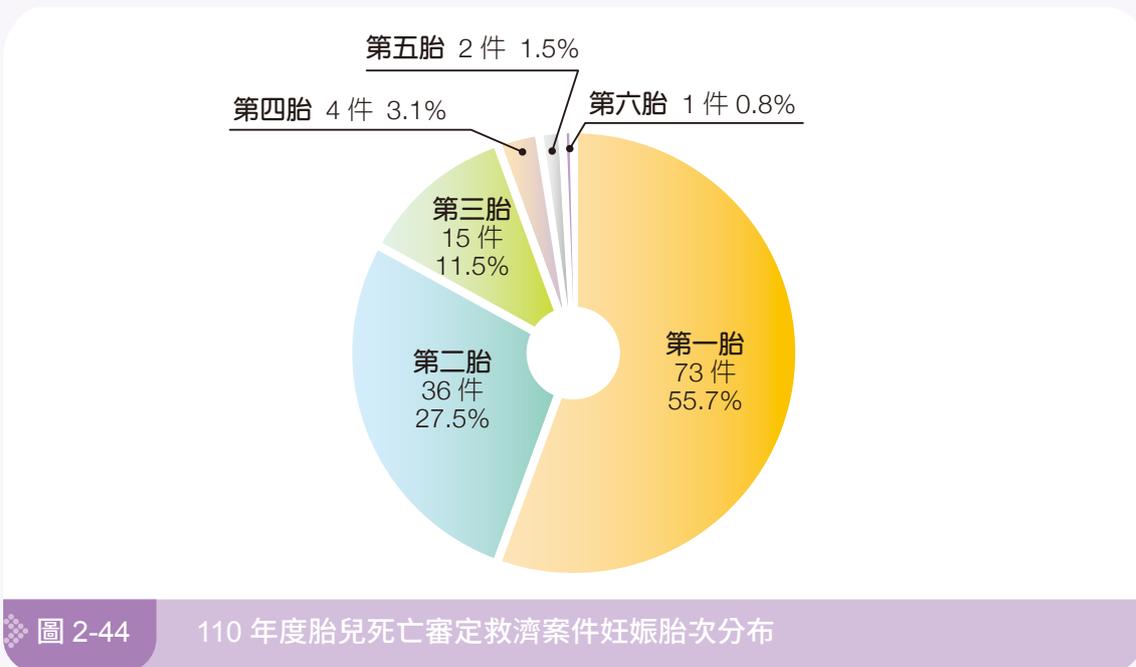
(三) 妊娠週數

按妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件共有 59 件，占 45.0%；36 週以下（早產）生產案件共有 72 件，占 55.0%，如圖 2-43。



(四) 妊娠胎次

按孕產婦妊娠胎次分析，第一胎最多，有 73 件，占 55.7%；其次為第二胎有 36 件，占 27.5%；再者為第三胎有 15 件，占 11.5%；第四胎以上有 7 件，占 5.3%，如圖 2-44。



(五) 生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析，以36~40歲居冠，有38件，占29.0%；其次為31~35歲有37件，占28.2%；26~30歲有30件，占22.9%；小於25歲(含)及大於40歲分別為16件、10件，各占12.2%、7.6%，如圖2-45。

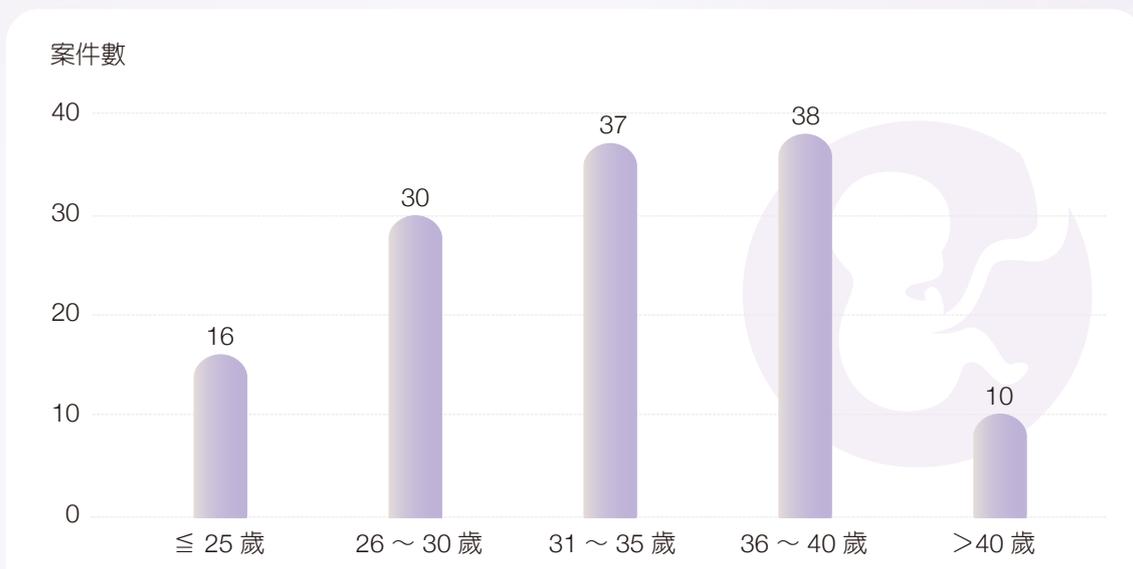


圖 2-45 110 年度胎兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布



（六）事故原因

就胎兒死亡之事故原因分析，多合併多重因素，但以臍繞頸 / 臍帶異常 / 臍帶意外事故等為最多，有 44 件次，占 33.6%；其他依序為：不明原因死胎（子宮內胎兒死亡），有 41 件次，占 31.3%；胎盤早期剝離有 23 件次，占 17.6%；胎盤功能不全有 12 件次，占 9.2%；高血壓 / 妊娠高血壓有 9 件次，占 6.9%；糖尿病 / 妊娠糖尿病有 6 件次，占 4.6%；胎兒窘迫與感染皆有 5 件次，各占 3.8%，如表 2-11。

❖ 表 2-11 110 年度胎兒死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 (註1)	百分比 (註2)
臍繞頸 / 臍帶異常 / 臍帶意外事故	44	33.6%
不明原因死胎（子宮內胎兒死亡）	41	31.3%
胎盤早期剝離	23	17.6%
胎盤功能不全	12	9.2%
高血壓 / 妊娠高血壓	9	6.9%
糖尿病 / 妊娠糖尿病	6	4.6%
胎兒窘迫	5	3.8%
感染	5	3.8%
併發症（周產期疾病）	4	3.1%
子癲前症	2	1.5%

註 1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註 2：以 110 年度胎兒死亡審定救濟案件數為母數計算。（N=131）

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至 110 年底所受理之申請案中，胎兒死亡案件共計 696 件，其中 22 件因其死亡不屬救濟範圍或不符合申請資格，不予救濟。茲就核予救濟之 674 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 206 件，占 30.6%；地區醫院居次，有 183 件，占 27.2%；區域醫院則有 155 件，占 23.0%；診所有 129 件，占 19.1%；助產機構有 1 件，占 0.1%。110 年度各機構層級之案件數均呈現較前一年度有減少狀況，如圖 2-46。

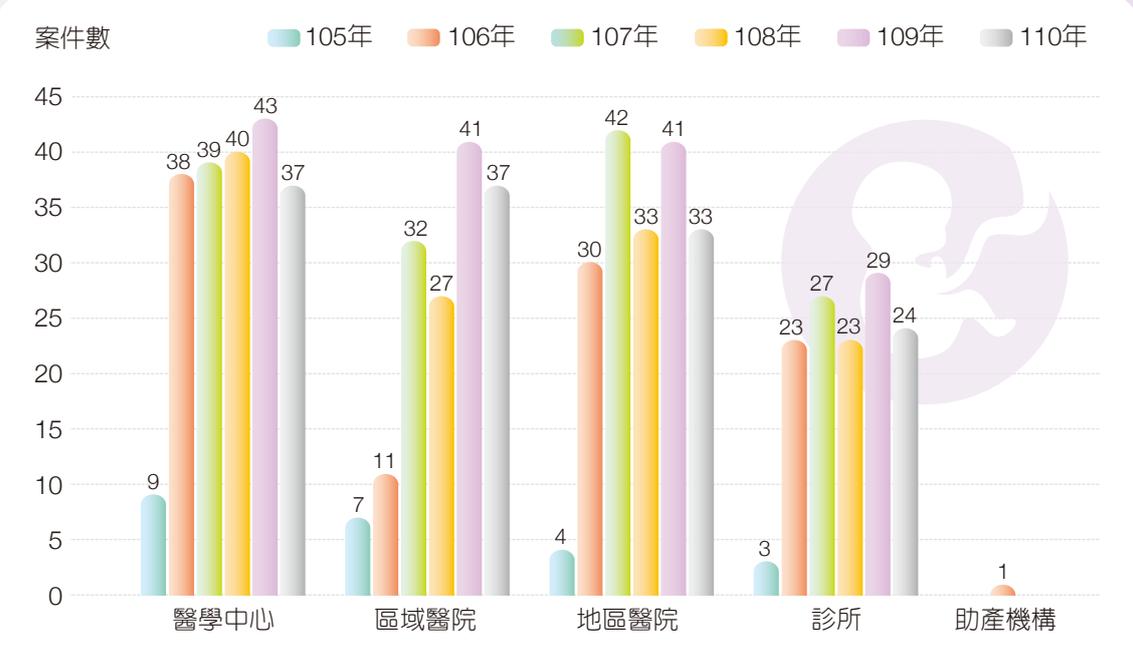


圖 2-46 105 ~ 110 年度胎兒死亡審定救濟案件機構層級分布

(二) 區域分布

按年度及健保分區分析，以臺北區為最大宗，有 187 件，占 27.7%；東區 12 件最少，占 1.8%。105 年度之 23 件中，有 9 件在中區，6 件在臺北區，北區、南區及高屏區約 1~4 件。106 年度則以臺北區件數較高，有 40 件；北區居次，有 21 件。109 年度北區持續減少，其他各區域之案件數量則呈現微幅增加，110 年度各區域案件數皆較 109 年度減少的狀況。如圖 2-47。

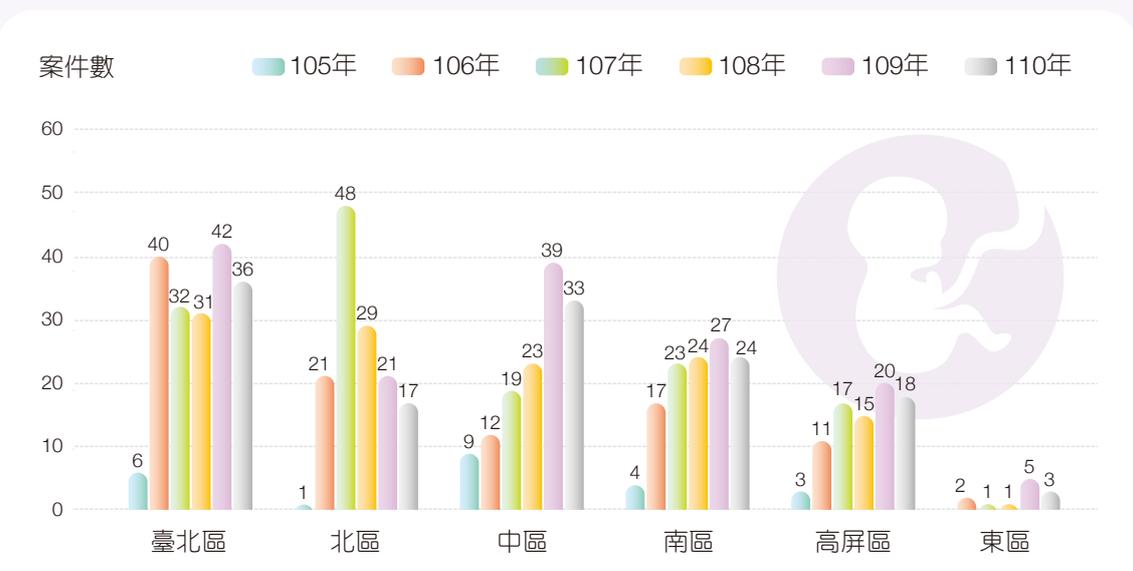


圖 2-47 105 ~ 110 年度胎兒死亡審定救濟案件區域分布

(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349件，占51.8%；36週以下（早產）生產案件，有325件，占48.2%。累積案件數最多者為38週，共117件，占17.4%；其次為36週有113件，占16.8%。105年度以38週案件數量最高，有9件；106年度以37週案件數量最高，有22件；107、108年度以36週案件數量最高，分別占27件、24件；109年度以37週案件數量最高，有27件；110年度則以36週案件數量最高，有25件，37週至39週案件數量均較前一年呈現減少狀況，如圖2-48。

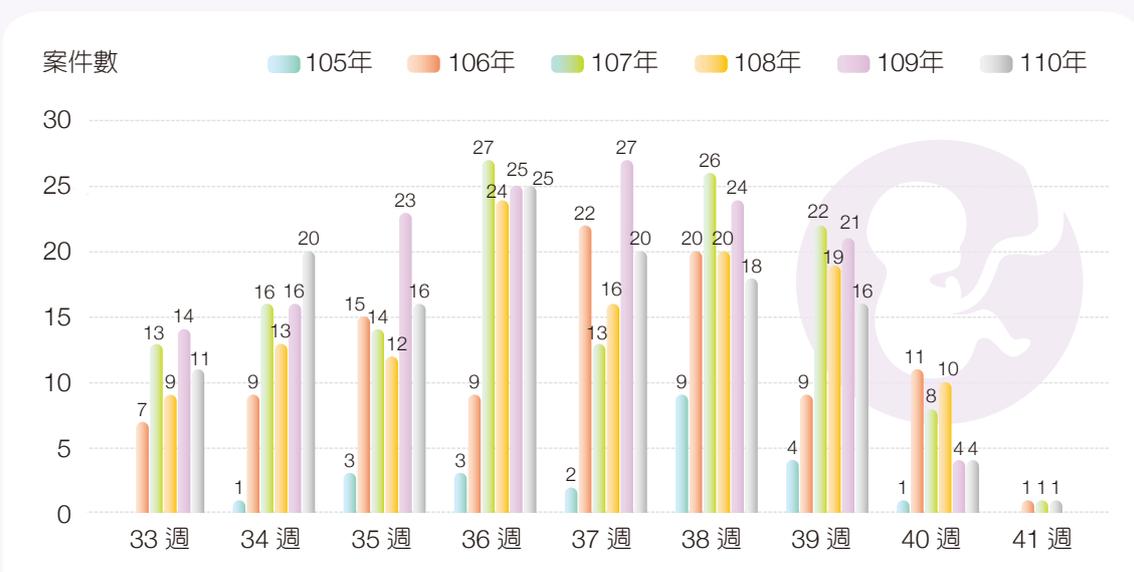


圖 2-48 105 ~ 110 年度胎兒死亡審定救濟案件妊娠週數分布

(四) 妊娠胎次

按年度及妊娠胎次分析，以初產婦（第一胎）占多數，有388件，占57.6%。而在高妊娠胎次部分，106年度第四胎、第六胎各有1件；107年度有2件為第四胎、1件為第五胎；108年度有2件為第四胎；109年度有4件為第四胎、1件為第五胎；110年度則有4件為第四胎、2件為第五胎、1件第六胎，如圖2-49。

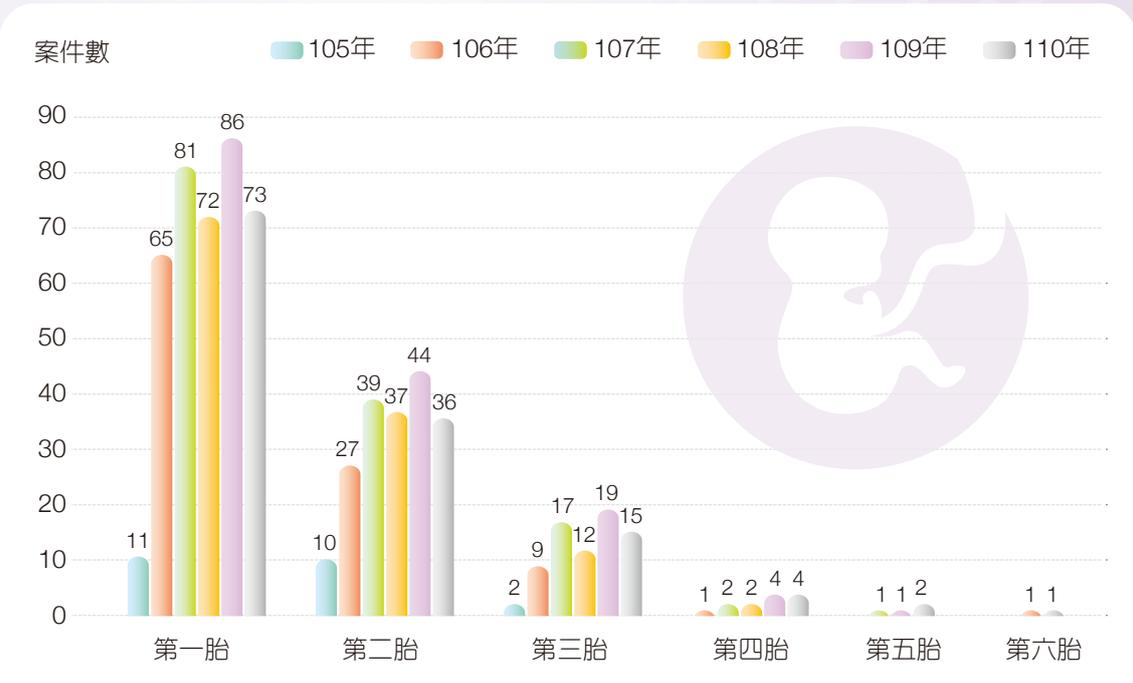


圖 2-49 105 ~ 110 年度胎兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

(五) 生產年齡

按年度及孕產婦生產時年齡分析，以31~35歲居冠，有222件，占32.9%。105至108各年度皆多分布於31~35歲，109與110年度均為36~40歲最多，另外110年度40歲以上者似有增加，如圖2-50。

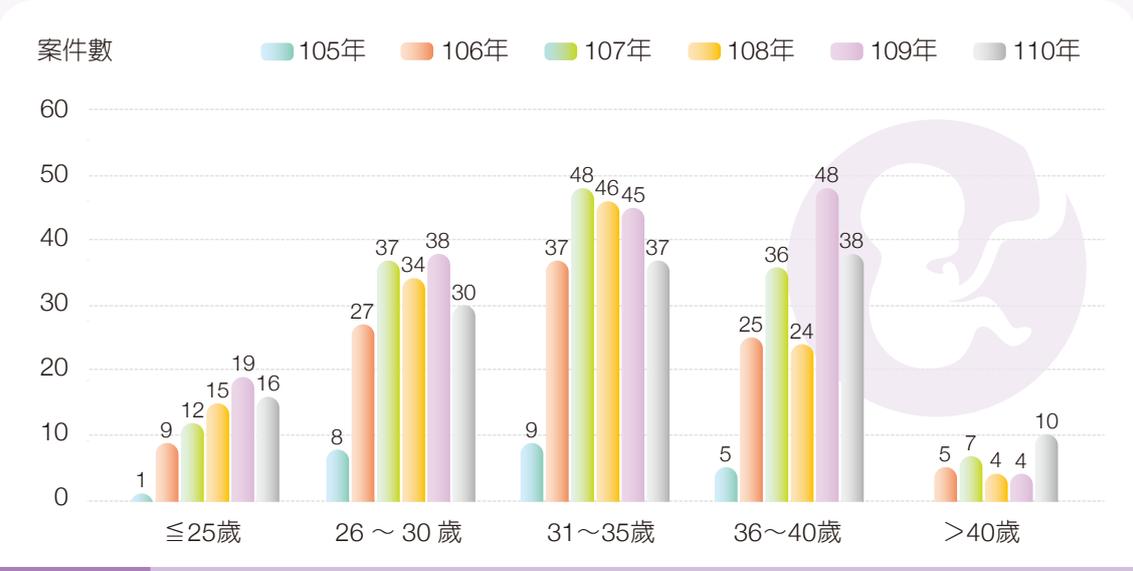


圖 2-50 105 ~ 110 年度胎兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布

（六）事故原因

就胎兒死亡之事故原因分析，多合併多重因素，但仍以不明原因死胎（子宮內胎兒死亡）為最多，有 274 件次，占 40.7%；其他原因包括：臍繞頸 / 臍帶異常 / 臍帶意外事故等有 183 件，占 27.2%；胎盤早期剝離有 158 件次，占 23.4%；高血壓 / 妊娠高血壓有 104 件次，占 15.4%；胎盤功能不全有 75 件次，占 11.1%；糖尿病 / 妊娠糖尿病有 50 件次，占 7.4%；胎兒窘迫有 45 件次，占 6.7%，如表 2-12。

❖ 表 2-12 105～110 年度胎兒死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 ^(註1)	百分比 ^(註2)
不明原因死胎（子宮內胎兒死亡）	274	40.7%
臍繞頸 / 臍帶異常 / 臍帶意外事故	183	27.2%
胎盤早期剝離	158	23.4%
高血壓 / 妊娠高血壓	104	15.4%
胎盤功能不全	75	11.1%
糖尿病 / 妊娠糖尿病	50	7.4%
胎兒窘迫	45	6.7%
感染	21	3.1%
前置胎盤	15	2.2%
子宮破裂	12	1.8%
胎兒生長遲滯	9	1.3%

註 1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。

註 2：以 105～110 年度孕產婦死亡審定救濟案件數為母數計算。（N = 674）

三、小結

臍帶繞頸 / 臍帶異常 / 臍帶意外事故為 110 年胎兒死亡最常見之原因，約有三成。以 109 年以前歷年案件之妊娠週數分析，妊娠 37 週以上（足月生產）占 53.4%；36 週以下（早產）占 46.6%。接近足月週數個案，建議採取積極措施，教導孕婦每日進行自我胎動觀察，如遇異常狀況則儘速就醫。醫療機構於胎心音監測後，針對胎心音異常呈現者或胎盤功能不全者，可以考慮提早採取適當的醫療處置或及早生產。有關妊娠 37 週以上（足月生產）發生胎兒死亡案件自 109 年度 53.4% 降至 110 年度 45.0%，上述的介入措施也許可以減少胎死腹中的機會，但尚須再觀察未來趨勢。進一步分析孕婦生產年齡，109 年度起 36～40 歲的個案數已超越 31～35 歲之個案數，110 年度仍有相同趨勢，此外 110 年度年齡大於 40 歲以上之個案數似有增加，對於此趨勢值得進一步注意後續發展。針對年齡大於 40 歲以上之孕產婦，其妊娠數量增加的情況之下，容易併發內外科合併症，故評估與處置應趁早積極介入，以減少因合併症而發生胎兒死亡的機率。



生產事故 學習與改善

依歷年申請救濟之案件資料分析事故原因發現，新生兒及胎兒死亡的事故中，孕產婦罹患妊娠糖尿病占比約10%。有鑑於妊娠糖尿病之孕產婦，可能伴隨或導致其他妊娠合併症，若能及早介入，積極控制相關風險因子，及時治療以達到降低事故發生之目的。因此，為周全孕產期照護，本部積極向行政院爭取預算並獲行政院通過「少子女化對策-建構安心懷孕友善生養環境」，擴大孕婦之產檢次數及項目，並自110年7月1日正式上路。除了新增4次產檢次數以外，於妊娠第24至28週新增「妊娠糖尿病篩檢」及「貧血篩檢」，透過早期篩檢，發現潛在高危險因子，配合臨床醫師制定個別化照護，積極接受孕期血糖管理，以避免發生遺憾。此外，為減輕孕產婦之經濟負擔，台灣婦產科醫學會向中央健保署爭取將「妊娠糖尿病試紙」納入健保給付，妊娠28週起每日給付5片試紙，直到生產為止，110年12月1日起生效；透過政府的支持與專業學術單位的合作之下，提高孕婦自我監測及孕期間血糖之良好管理，進而達到安心生產，三方多贏的局面（如圖3-1）。



❖ 圖3-1 國民健康署、中央健保署及婦產科醫學會共同舉辦「糖媽媽大作戰」記者會宣導精準控糖

在生產事故原因分析部分，為讓原因分析能更精確，與國際接軌，同時回饋應用於預防事故發生，台灣婦產科醫學會於109年度進行「回溯性生產事故救濟孕產婦死亡個案研究」，將台灣孕產婦死亡原因進行全面性之病歷回溯，參考國外文獻，調整孕產婦死亡相關事故原因之分析；110年度，本部邀集婦產科及新生兒科專家共同研擬修訂「生產事故事件原因審查表」。規劃以《事故類別》分類方式作分析歸納、新增「周產期高危險因素」欄位，藉此完整收集事故過程相關數據，以利後續分析與解讀。另考量維護孕產兒安全並預防事故再發生，故參考《台灣病人安全通報單》之內容，研議將「可能相關因素」及「預防此類事件再發生之措施或改善方法」分別修訂含二個階層之選項欄位；審查表內容預計於111年度完成修訂，期望藉由此次的修訂過程，使未來生產事故的資料分析更完善，作為未來孕產兒安全之政策參考。

在醫療品質上為使基層醫療人員對異常事件根本原因分析具有基礎概念，透過辦理根本原因分析工作坊，藉以協助醫療院所運用根本原因分析工具進行生產事故重大事件調查與分析，進而提出有效改善措施以預防相同事故再度發生，本年度課程因考量疫情不確定性，為避免群聚感染，採視訊形式辦理，並以小班制工作坊型態進行，課程內容包含：1. 說明生產事故定義、通報方式及流程、通報現況分析資料、婦產科六大風險發展沿革及管控重點；2. 根本原因分析（RCA）基本概念；3. 以藥物使用相關生產事故通報事件設計教學案例，製作教學影片，以線上分組討論方式引導學員了解如何運用根本原因分析工具進行事件調查、問題釐清、尋找根本原因進而提出改善策略。本年度共辦理二場次工作坊，課程整體滿意度平均達98%，參與人數共65人，參與情形依機構層級（如圖3-2）地區醫院57%、診所佔43%；依職類（如圖3-3）護理55%、行政40%及醫師5%。

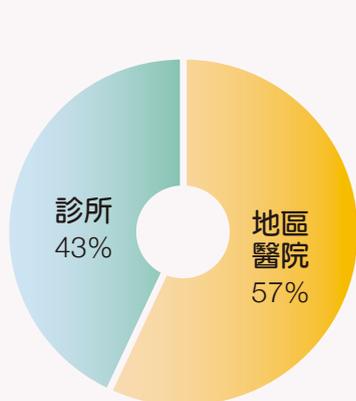


圖 3-2 根本原因分析工作坊參與機構層級

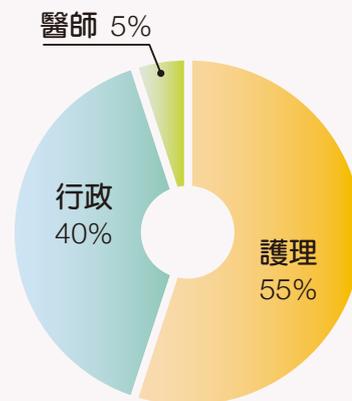


圖 3-3 根本原因分析工作坊參與人員職類

在產科安全風險管控方面，考量基層醫療機構資源較少，為協助機構建立內部生產事故風險管控與通報機制，本年度針對小型醫院及診所辦理風險概念推廣課程。

風險概念標竿課程，授課方式亦採視訊辦理，課程內容包含：簡介生產事故事件通報流程及說明常見的通報疑義、由通報事件所進行的品質改善介入措施及學習案例、以診所版六大風險管控重點為基礎，搭配臨床案例說明風險管控的重要性、Misoprostol (Cytotec) 產科使用指引、剖腹產手術後在產婦體內遺留異物根本原因分析及改善方案，並邀請曾經接受過實地輔導的婦產科診所進行標竿演講，分享機構內運用婦產科六大風險的實務作為、協助整合診所轄區內的119轉送資源。本次課程整體滿意度達100%，出席人員以護理及助產人員最多（102人，72%）、其次為醫師（27人，18%），診所風險概念標竿課程參與人員職類組成請見圖3-4。

同時根據過去生產事故通報案件分析，辦理二場診所實地輔導以協助診所改善風險管控及通報缺失為輔導目的，由實地輔導的委員依據診所過去通報案例，提供實地輔導討論之議題及重點，現場由婦產科專家以通報案例與負責醫師進行對談與諮詢，並在過程中以六大風

險「事前準備、辨識與預防、緊急應變、檢討與學習」為架構作為輔助，讓醫療人員了解及時偵測風險及事前防範的重要性，並藉由「諮詢與討論」了解基層診所執行困境再針對其弱點予以回饋，以協助機構建立或改善風險管控機制及通報缺失。

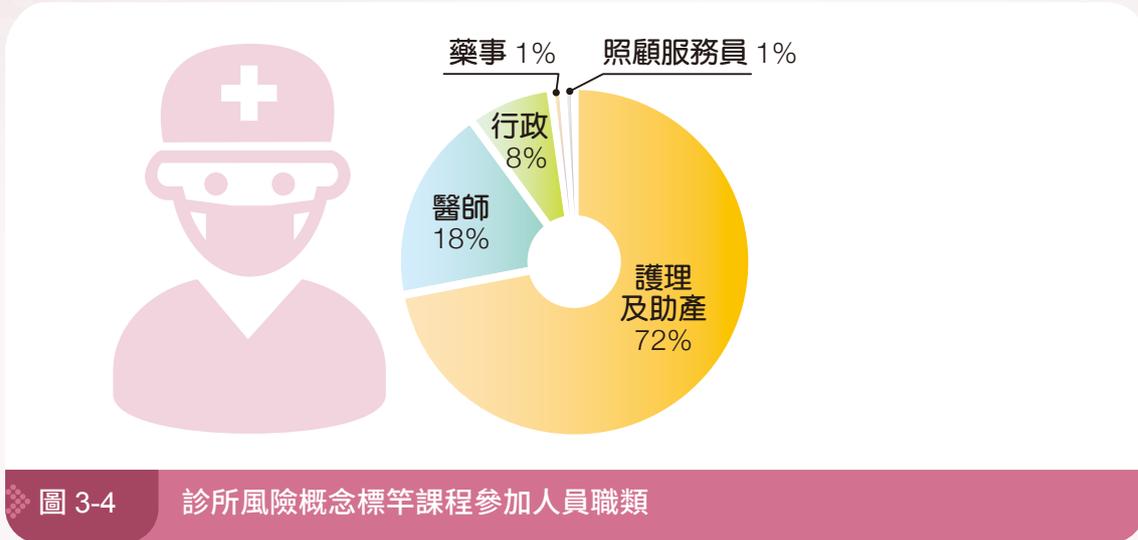


圖 3-4 診所風險概念標竿課程參加人員職類

受輔導機構皆對此進行方式表達正面態度，並能就「六大風險管控重點」與輔導專家進行溝通、討論；婦產科專家委員亦提出多項意見做為未來辦理實地輔導或提升診所品質之建議，包含：強化機構對臨床處理指引之熟悉；針對生產事故通報之案例，加強病歷書寫之適當性及完整性；針對有生產高風險之產婦，機構宜提前準備轉診、給予適當之處理；同時建議後送醫院有回饋機制等。此外受輔導機構提出之執行困難點及建議包含：緊急情況需進行輸備血、轉送時，由於周邊資源有限及交通問題，因而產生血庫血品調度、救護車支援等困難，建議能有相關後送支援合作機制；救護車來接轉院的新生兒時，有時車上無配備保溫箱，建議救護車轉送個案，宜按其設備及人員適當性、就近性進行綜合考量。

本部為健全孕產兒照護，於本年度推動周產期照護網絡計畫，全國共計 8 家醫療院所加入計畫，其內容包含高危險妊娠前轉診合作及補助協議、新生兒外接及加護照護服務、建置網絡內血庫調度中心、定期進行個案討論並提出改善措施；同時為擴大產檢及生產安全，計畫中有 3 家辦理開放醫院模式，讓產婦可以在基層診所進行規律產檢，但可至醫院進行生產，使診所與執行醫院的服務與設施結合，產婦獲得連續完善的共同照護。

今年度關於提升孕產婦照護的推動與施行措施；在孕產婦產檢內容方面，提早第一次產檢的週數至 8 週，讓孕產婦及早接受專業的醫療照護；新增「妊娠糖尿病篩檢」及「貧血篩檢」，降低相關併發症的發生，如發現異常可於適當時機採取介入措施；增加超音波檢查次數，協助確認胎兒子宮內生長情形，透過全面性篩檢及血糖控制落實孕期自我健康管理，避免發生遺憾；為使民眾熟知孕期到生產期間的風險徵兆與注意事項，設計民眾版婦產科六大風險宣導素材（如圖 3-5），提供孕產婦相關衛教資訊。

在醫療機構及預防事故部分，持續辦理根本原因分析工作坊，引導醫療人員運用根本原因分析概念，釐清問題進而找到改善方案；同時進行風險概念標竿課程，讓機構間相互分享實務運作之概況，仿效良好風險管控模式共同成長。未來將輔導醫療機構，強化機構核心人員參與相關課程之意願，促進機構落實風險管控的理念。在機構實地輔導部分，持續了解醫療機構實際運作之困境與狀況，對於特殊或偏遠區域，透過周產期照護網絡計畫，強化周邊醫療資源之整合，輔導加強緊急應變能力，透過專家委員之溝通與回饋，彙整建議以提供相關政策修正之參考。

掌握風險 安心生產 - 民眾版 -



婦產科六大風險：妊娠高血壓/子癲前症、植入性胎盤/前置胎盤、胎盤早期剝離、羊水栓塞/靜脈栓塞、胎兒窘迫、產後大出血

為了媽媽和寶寶的安全，在懷孕到生產期間圈一圈您知道哪些注意事項和危險徵兆呢？

 <p>按時產檢</p>	 <p>血壓與體重控制</p>	 <p>懷孕期間 菸、酒、檳榔毒品</p>
 <p>孕前及孕期 所服用的藥物 需由醫師指示調整</p>	 <p>孕期檢查報告異常 應持續追蹤或治療</p>	 <p>陰道出血、胎動異常、 持續或劇烈頭痛/腹痛、 視力模糊，應立即就醫</p>
 <p>待產時 可能因緊急情況 需改變生產方式</p>	 <p>自然產後6~8小時 剖腹產後24小時 應下床走動</p>	<p>風險辨識警覺高 助你平安好孕來</p>



衛生福利部 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

廣告

❖ 圖 3-5 生產風險注意事項



肆

結語



《生產事故救濟條例》為台灣首創，國家承擔婦女生產風險之重要法規，自105年6月30日施行以來，共計受理1,560件申請案，110年度所受理之318件申請案中，有284件核予救濟，通過率89.3%，救濟金額為新臺幣2億1,700萬元，達共同承擔事故家庭持續性之照護需求，以降低經濟負擔。今年度，本部持續關注並推動孕產兒安全相關政策，包含110年7月1日正式施行增加補助產檢次數，同時納入妊娠糖尿病及貧血篩檢，並同步施行「周產期照護網絡計畫」及「優化兒童醫療照護計畫」，透過統籌整合區域資源，強化高危險妊娠轉診及處置能力，落實分級分層醫療網絡，以提升周產期照護品質。

從歷年報告分析發現，孕產婦若合併有妊娠高血壓及妊娠糖尿病，可能有較高的風險發生事故，孕產婦應注重孕期間自我健康管理、落實規律的產前檢查；針對超高齡孕產婦妊娠者，應積極評估內外科合併症，及早介入治療以避免事故發生。此外，打造以母嬰照護為核心之網絡，強化高危險妊娠及嬰幼兒緊急照護之能力，整合醫療資源分工共享，以提高新生兒照護量能，完善周產期照護。

為此，在教育訓練部分，本部持續辦理根本原因分析工作坊，協助引導醫療人員運用根本原因分析概念，釐清問題進而找到改善方案，以達到除錯目的；同時推動風險概念標竿課程，分享運用六大風險管控的實務運作；針對小型醫院及診所部分，辦理風險概念推廣課程及實地輔導，使其了解風險偵測及事前防範之重要性。

今年是疫情嚴峻的一年，在高度緊張及緊繃的醫療量能下，本部堅持為孕產兒安全努力，同時透過溝通關懷的立場，給予每個事故家庭最好的照顧；期許在積極預防事故的當下，同時減少醫療爭議帶來的衝擊與紛爭，彼此建立良善信任的關係，共同建構安全的環境，努力為下一代打造共好的未來！



附錄



附錄一 生產事故救濟重要記事

► 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。

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。

立法委員吳宜臻提出「生育風險補償條例草案」

► 7月

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

► 7月5日

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

► 8月28日

衛生署成立「生育事故救濟審議委員會」並召開第一次會議，建立審查共識。

93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。

95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）」。

98年

99年

100年

► 5月

立法委員黃淑英辦公室提出「生育風險補償條例草案」。

► 7月4日

衛生署擬具「鼓勵醫療機構試辦生育事故救濟計畫」草案並召開討論會。

► 9月15日

配合生育事故救濟試辦計畫，衛生署提出婦產科診所醫療品質提升計畫。

101年

► 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。

▶ 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。

▶ 103~104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」。

▶ 6月30日

《生產事故救濟條例》正式施行。

▶ 7月13日

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

▶ 8月26日

衛生福利部「生產事故救濟專區」網頁正式啟用。

▶ 9月20日

「生產事故救濟審議會」召開第一次會議，建立審查共識。

▶ 9月22日

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

103年

104年

105年

106年

▶ 11月18日

立法院衛環委員會安排審查並通過《生產事故救濟條例》。

▶ 12月11日

立法院三讀通過《生產事故救濟條例》。

▶ 12月30日

總統令公布《生產事故救濟條例》制定通過。

▶ 10月

分別辦理北、中、南區生產事故救濟說明會。
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」。

▶ 9月26日

衛生福利部「生產事故救濟專區」線上表單填寫功能上線。

▶ 11月6~8日

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

107年

▶ 10月17日

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

▶ 11月8日

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理「醫糾協處與補償機制研究」國際研討會。

▶ 12月

《2018 生產事故救濟報告》出版。

▶ 10月19日

舉辦「生產事故與醫療關懷研討會」。

▶ 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)」。

▶ 11月

《2019 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。

▶ 5~7月

於北、中、南區辦理「生產事故救濟溝通關懷」講習。

▶ 10月

「生產事故救濟記錄訪談影片」公益短片廣告託播。

▶ 10月4日

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

▶ 1月~2月

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

▶ 6~7月

分別辦理北、中、南、台南及東區共計五場「生產事故救濟法案說明暨教育訓練課程」。

▶ 9月2日

衛生福利部公告，適用修正後之生產事故救濟相關表單。

▶ 9月

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

▶ 1月

生產事故通報系統啟用，通報作業由紙本通報全面改為線上通報。

109年

110年

111年

▶ 4月26日

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

▶ 8月

辦理一場110年度婦產科診所風險概念標竿課程。

▶ 9月

台灣婦產科醫學會黃閔照理事長受邀於ASQUA年會演講分享「從台灣生產事故救濟制度學習」。

台灣婦產科醫學會黃閔照理事長受邀至中華民國醫師公會全國聯合會，醫療安全暨品質研討系列中分享「由生產事故救濟與通報談高風險妊娠」。

▶ 10月

辦理五場110年度生產事故溝通關懷與支援工作坊、兩場110年度生產事故根本原因分析工作坊。

▶ 12月

《2021 生產事故救濟報告》出版。



附錄二 110 年度審定不予救濟案件之診斷與結果

事故結果類型	生產年月	妊娠週數	主要診斷	不予救濟原因
新生兒死亡	110 年 9 月	32 週	未滿 33 週之 新生兒死亡	未滿 33 週，屬 生產事故救濟條 例第 11 條第 2 款 之救濟排除條件
	110 年 8 月	28 週又 6 天	未滿 33 週之 新生兒死亡	
	110 年 8 月	32 週又 3 天	未滿 33 週之 新生兒死亡	
	110 年 8 月	26 週又 1 天	未滿 33 週之 新生兒死亡	
	110 年 9 月	38 週又 6 天	新生兒猝死	與生產 無因果關係
	110 年 2 月	37 週又 3 天	新生兒猝死	
	108 年 5 月	39 週又 2 天	新生兒猝死	
	110 年 7 月	36 週又 6 天	新生兒猝死	
	110 年 3 月	37 週又 2 天	新生兒猝死	
	110 年 9 月	38 週又 2 天	先天性畸形	重大先天畸形或 基因缺陷，屬生 產事故救濟條例 第 11 條第 2 款 之救濟排除條件
	110 年 4 月	39 週	先天性畸形	
	110 年 2 月	35 週又 6 天	自發性腸破裂	
	110 年 1 月	38 週又 2 天	先天性異常	
新生兒極重度 身心障礙	107 年 11 月	38 週又 3 天	先天性疾病 併發腦部病變	重大先天畸形或 基因缺陷，屬生 產事故救濟條例 第 11 條第 2 款 之救濟排除條件

事故結果類型	生產年月	妊娠週數	主要診斷	不予救濟原因
新生兒重度身心障礙	108年12月	32週又3天	未滿33週之新生兒不良結果	未滿33週，屬生產事故救濟條例第11條第2款之救濟排除條件
	107年4月	27週又5天	未滿33週之新生兒不良結果	
	107年4月	27週又5天	未滿33週之新生兒不良結果	
	109年8月	37週	先天性異常	重大先天畸形或基因缺陷，屬生產事故救濟條例第11條第2款之救濟排除條件
	108年12月	37週又2天	先天性異常	
	107年9月	39週又3天	先天性異常	
		105年5月	40週又6天	缺氧缺血性腦病變
新生兒中度身心障礙	109年4月	37週又6天	突發新生兒危及生命事件	與生產無因果關係
	108年2月	37週又3天	突發新生兒危及生命事件	
胎兒死亡	110年9月	32週又3天	未滿33週之胎兒死亡	未滿33週，屬生產事故救濟條例第11條第2款之救濟排除條件
	110年9月	30週又4天	未滿33週之胎兒死亡	
	110年9月	33週又4天	未滿33週之胎兒死亡	
	110年9月	30週又6天	未滿33週之胎兒死亡	
	110年6月	30週又4天	未滿33週之胎兒死亡	
	110年4月	32週又5天	未滿33週之胎兒死亡	
	109年12月	33週	未滿33週之胎兒死亡	

事故結果類型	生產年月	妊娠週數	主要診斷	不予救濟原因
胎兒死亡	109年11月	32週又6天	未滿33週之胎兒死亡	未滿33週，屬生產事故救濟條例第11條第2款之救濟排除條件
	110年2月	36週又4天	先天性心臟病	重大先天畸形或基因缺陷，屬生產事故救濟條例第11條第2款之救濟排除條件
	110年8月	33週又5天	先天性心臟病	重大先天畸形或基因缺陷，屬生產事故救濟條例第11條第2款之救濟排除條件
	110年4月	34週又4天	先天性異常終止妊娠	與生產無因果關係

附錄三 生產事故救濟業務調查結果摘要

一、調查目的

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

二、調查概述

本次問卷採樣對象包含民眾版及機構版，以第46~55次審議會審定核予救濟案件共293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291份及機構版問卷152份，共計寄出443份；共計回收215份問卷，回收率48.5%。其中，民眾版回收92份，回收率31.6%；機構版回收123份，回收率為80.9%。

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60.9%）、醫療機構告知申請方法後自行申請（占20.7%）、自行申請（占17.4%）、未填答（1.1%）。
2. 有90.2%民眾對所提供之諮詢服務管道感到非常滿意或滿意。
3. 有91.3%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92.4%民眾對於準備申請文件便利性感到非常滿意或滿意。
5. 有87.0%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。

機構版

1. 有96.7%醫療機構「主動協助申請生產事故救濟」、97.6%醫療機構「主動提供生產事故救濟申請資訊」。
2. 有99.2%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94.3%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92.7%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。

(二) 醫療機構之關懷服務項目及滿意度

民眾版

1. 有 72.8% 民眾認為醫療機構有提供關懷服務，20.7% 民眾認為沒有接受到關懷服務。
2. 民眾覺得醫療機構主動提供關懷服務內容包含協助申請生產事故救濟給付（占 68.5%）、口頭關懷（占 42.4%）、病情解釋（占 32.6%）、照護上的關懷（占 25.0%）、轉介社福服務（占 9.8%）、未填答（26.1%）。
3. 有 68.4% 民眾對機構所提供之關懷服務感到滿意或非常滿意。
4. 有 62.0% 民眾認為醫病關係因此獲得改善。

機構版

1. 醫療機構所提供關懷服務內容包含口頭關懷（占 90.2%）、協助申請生產事故救濟給付（占 93.5%）、病情解釋（占 78.9%）、協助申請其他經濟協助（占 13.0%）、轉介社福服務（占 10.6%）。
2. 有 88.6% 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，醫病關係因此獲得改善。

(三) 整體滿意度

1. 有 91.3% 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 98.4% 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 92.7% 醫療機構對於「生產事故救濟制度」感到非常滿意或滿意。



2022 生產事故救濟報告

Annual Report of Childbirth Accident Relief

- 發行人 薛瑞元
- 總編輯 劉越萍
- 編輯委員 (按筆畫順序排列)
何弘能、吳美環、李建南、林姿吟、洪聖惠、張睿詒、陳中明
陳宜雍、彭純芝、黃淑英、黃閔照、詹德富、羅良明
- 執行編輯 劉玉菁、彭美珍、張舒婷、鄭惠維、呂素蘭
- 出版機關 衛生福利部
- 地址 111558 臺北南港區忠孝東路 6 段 488 號
- 電話 (02) 8590-6666
- 傳真 (02) 8590-7088
- 出版年月 中華民國 111 年 12 月
- 創刊年月 中華民國 107 年 12 月
- 編輯製作 種子發多元化廣告有限公司
- 定價 新臺幣 250 元整
- 展售處 臺北 國家書局松江門市
地址 臺北市松江路 209 號 1 樓
電話 (02) 2518-0207
- 臺中 五南文化廣場
地址 臺中市區中山路 6 號
電話 (04) 2226-0330

ISSN 2789-4088

GPN 2011000015

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

