2021

生產事故救濟

報告



Annual Report of Childbirth Accident Relief

衛生福利部 編印　中華民國110年12月

2021
生產事故救濟報告

Annual Report of
Childbirth Accident Relief



部長序 | Preface





生育下一代是爲國家守護永續未來。然而，依內政部統計資料顯示，109 年度的出生人口降至 16 萬 5,249 人，相較於 108 年度減少約 7.04%。台灣社會正面臨人口負成長的危機，因此，鼓勵適齡婦女生育，營造安全生產環境，提升婦嬰健康照護品質，讓婦女安心生產正是當前國家之重要政策。

《生產事故救濟條例》由國家建立救濟制度，協助承擔婦女生產風險；更藉由生產事件通報與除錯機制的運作，以降低事故風險。本條例自 105 年 6 月 30 日施行至 109 年 12 月 31 日止，共計受理 1,242 件申請案，審定救濟金額約新臺幣 6 億 8 仟萬元。及時的經濟援助不僅緩解事故家庭的照護負擔，尚可透過溝通關懷的配套措施，達到增進醫病彼此信任與安心。今年，本部爲改善婦女生產環境，提升孕產婦健康照護，向行政院爭取預算並獲同意，提高產檢次數及內容，並擴大補助不孕症人工生殖；同時，經由歷年生產事件之累積與分析，提出建構「產科安全風險管控」之六大風險管控架構，期許透過導入風險管控的概念，提升產婦及新生兒之醫療照護品質。

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，希望藉由生產事故的原因分析，改善並預防相關危險因子，強化流程及機制的管理以降低事故發生；期許大家共同努力，打造醫師放心執業、婦女安心生產的醫療環境！

衛生福利部
部長 陳時中 謹識

摘要 | Summary

《生產事故救濟條例》爲一部爲承擔生產風險，減少醫療糾紛，提升婦女生產健康與安全而特別制定之專法，是臺灣醫療事故救濟制度之法源，也是世界上首部生產事故救濟處理之專法。依《生產事故救濟條例》第 23 條規定，主管機關對經辦之生產事故救濟事件，應進行統計分析，每年公布結果。

本年度報告除了就 109 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。

109 年度本部共計受理 356 件生產事故救濟申請案件，分別爲孕產婦死亡 32 件、孕產婦重大傷害 63 件、胎兒死亡 158 件及新生兒死亡 57 件、新生兒重大傷害 46 件；經生產事故救濟審議會審定核予救濟者共 328 件，通過率爲 92.1%，救濟金額爲新臺幣 2 億 4,440 萬元。

從歷年來的事件累積可發現，孕產婦死亡之預防與改善，應針對特殊高危險妊娠孕產婦，制訂個別化之照護模式，強化醫療院所應變及轉送機制；而孕產婦重大傷害部分，應著重於產前高風險妊娠因子之辨識能力、提升跨科別聯繫及緊急應變處理能力、規劃完善的轉診機制及流程，以提供更安全的生產環境；在新生兒死亡及重大傷害中，仍以產前胎兒窘迫的早期判斷與強化新生兒急救措施爲重要課題，此外也需注意周產期的妊娠併發症，以避免緊急生產事故的發生；胎兒死亡部分，子宮內不明原因死亡雖已逐漸降低，仍須持續加強衛教胎動之重要性，針對高風險孕產婦，須監測胎兒生長環境，提升孕產婦內外科疾病的控制及治療，以降低類似事件再度發生。

今年，也藉由生產事件的事故原因分析及風險因子評估，建構出「產科安全風險管控」的六大風險內容，依據風險管控之概念，找出可避免及預防之相關因素，規劃推動高風險因子之改善方案與措施，透過產官學及跨部會的合作，著手提升孕產婦全面性的醫療照護品質。未來亦持續分析並比較國際趨勢，藉以推動周產期照護及改善婦嬰安全健康照護品質。

The Childbirth Accident Emergency Relief Act is an Act stipulated to reduce childbirth complications and medical disputes and to improve health and safety of women at childbirth. The Act is not only the legal basis for medical relief mechanism in Taiwan but also the world's first Act that pertains to the handling of childbirth accident reliefs. 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 childbirth accident relief cases applied in 2020, 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 of the applications since the implementation of the Childbirth Accident Emergency Relief Act in June 2016 so as to get the whole picture of childbirth accidents occurred in Taiwan in recent years.

In 2020, the Ministry of Health and Welfare received a total of 356 childbirth accident relief applications, of which 32 for maternal mortality and 63 for major maternal injuries; 158 for fetal mortality, 57 for neonatal mortality and 46 for major neonatal injuries. A total of 328 applications were approved, with a passing rate of 92.1%, by the Childbirth Accident Relief Review Committee, and a total of NTD 244.4 million relief fund was granted.

Reviewing childbirth accidents occurred over the past years, it is suggested that to prevent and reduce maternal mortality, an individualized care model should be developed for high-risk pregnancy, and hospital response and referral services should also be enhanced. In regard to major maternal injuries, it is critical to identify risk factors for high-risk pregnancy before childbirth, improve cross-departmental communication and emergency response capacity, and implement effective referral mechanisms and procedures so as to provide a safer environment for childbirth. With respect to neonatal mortality and major injuries, how to improve early detection of fetal distress before childbirth and emergency responses for newborns have become an important issue. Moreover, pregnancy complications during perinatal period should be noted to prevent childbirth accidents. Analyzing fetal mortality, unknown causes of death in the uterus have been reduced; however, it is vital to promote health education on fetal movement, monitor fetal growth for high-risk pregnancy, and improve control measures and treatments of medical and surgical disorders in pregnancy so as to reduce fetal mortality.

This year, by analyzing the causes and assessing the risk factors for childbirth accidents, the Ministry has developed six bundles of risk management in obstetric safety. Based on the risk management framework, avoidable and preventable factors can be identified, and improvement plans and measures for those high-risk factors can be established. Moreover, interministerial cooperation and industry, academia and government collaborations play big roles in achieving the goal of quality improvement to support comprehensive pregnancy care. Looking to the future, through continued analyses and international comparisons, we believe that perinatal care as well as safety and quality in maternal and neonatal care can be further improved.

目錄 | Contents

部長序 02

摘要 | Summary 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 生產事故學習與改善 60

伍 結語 65

附　錄

一、生產事故救濟重要記事 68

二、109 年度不予救濟案件之個案診斷與結果 71

三、生產六大風險管控重點 73

四、生產事故救濟業務調查結果摘要 75



壹

前言

《生產事故救濟條例》於 105 年 6 月 30 日施行，在不責難的救濟精神下，鼓勵婦女安心生產，承擔生產風險、保障安全的生產環境。

生產本身潛藏諸多無法預知之風險，伴隨而來的事故與傷害往往讓民眾措手不及，失去家人的悲傷無法得到緩解與補償，最終就是走向醫療訴訟之管道。爲減少醫療爭議並創造更安全友善的生產環境，本部與立法院及相關團體推動《生產事故救濟條例》立法，改善產科執業環境，降低醫療糾紛；亦須承擔婦女的生產風險，保障安全的生產環境，並建立完善及時的救濟機制。此外，爲強化醫病信任關係，醫療機構依規定應設置生產事故關懷小組，向產婦及其家屬進行溝通，適時提供協助及關懷服務；亦可受委託代爲申請救濟，以求改善醫病關係促進雙方信任及和諧。

《生產事故救濟條例》施行已邁入第五年，幫助很多事故家庭得到及時救濟。爲檢討事故原因，本部透過歷年生產事故事件累積之數據與經驗，歸納彙整了「產科安全風險管控」之六大風險內容，並針對這些高危險妊娠風險，分別在「事前準備」、「辨識與預防」、「緊急應變」及「檢討與學習」等方面進行風險管控之規劃；此外，本部更結合學會及相關團體力量，運用專業知識與經驗，著手推動提升孕產婦健康照護之相關措施，期許透過積極的介入，能有效降低事故的發生，使孕產婦擁有高品質及安全的生產環境。

本年度報告就條例施行至 109 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及統整，進而提升國內孕產婦健康照護環境。

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 109 年 12 月 31 日止，共計受理 1,242 件申請案件。其中，109 年度共計受理 356 件申請案件，以下就本（109）年度及條例施行至 109 年 12 月 31 日止之執行情形，進行分析如下：

一、孕產婦年齡

109 年度受理之 356 件申請案中，35 ～ 39 歲有 125 件，占 35.1%；30 ～ 34 歲有 109 件，占 30.6%；25 ～ 29 歲有 67 件，占 18.8%；40 ～ 44 歲有 28 件，占 7.9%；20 ～ 24 歲有 22 件，占 6.2%；45 歲以上及小於 20 歲分別有 3 件及 2 件，各占 0.8% 及 0.6%。進一步分析，109 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，爲 5.78‰；40 ～ 44 歲居次，爲 3.09‰；35 ～ 39 歲爲 3.02‰；30 ～ 34 歲爲 1.89‰；25 ～ 29 歲爲 1.82‰；20 ～ 24 歲及小於 20 歲分別爲 1.59‰、0.93‰，如表 2-1、圖 2-1。

二、申請來源

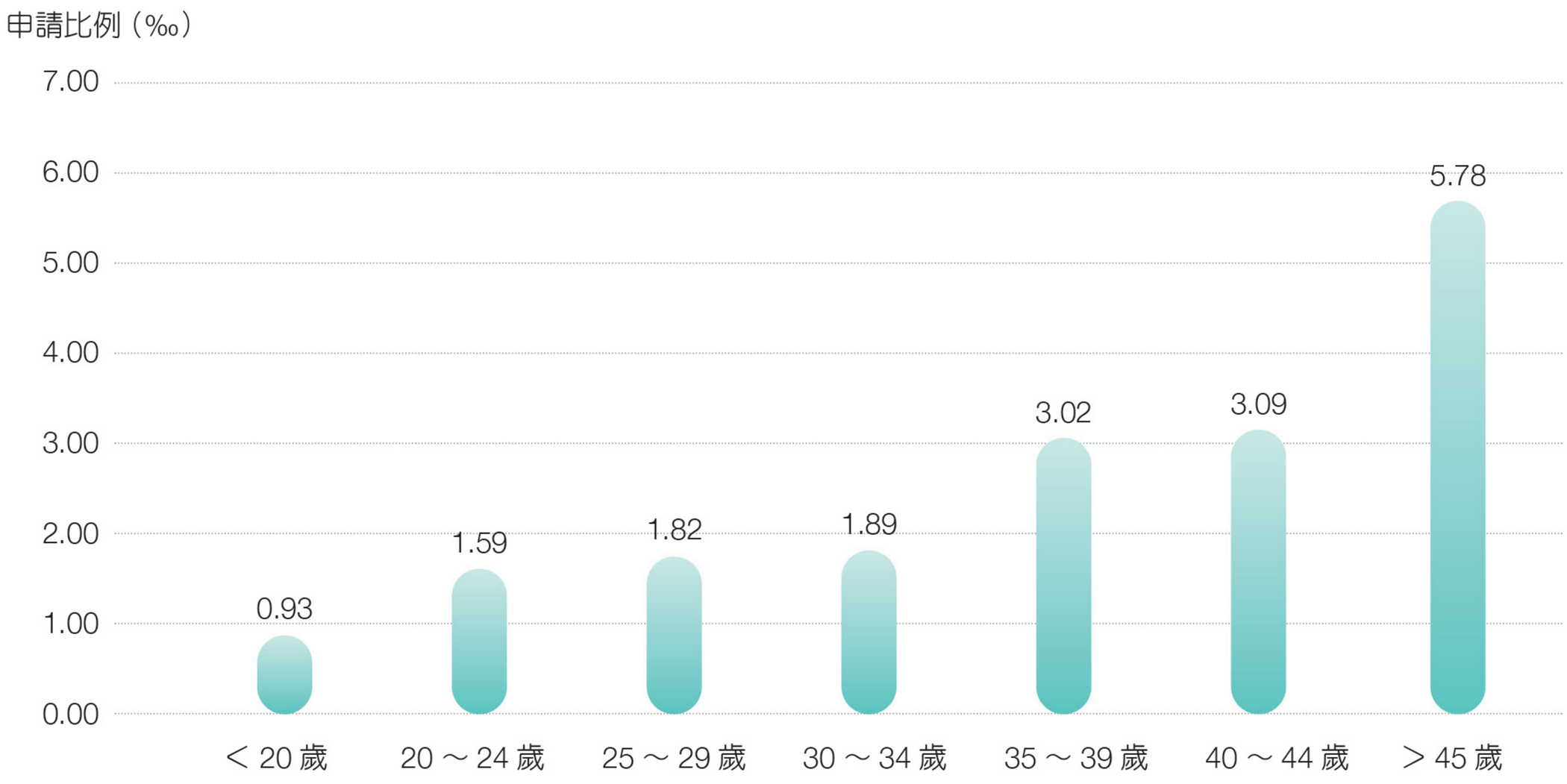
依照申請案件來源分析，109 年度所受理 356 件申請案中，爲民眾自行提出申請有 179

表 2-1　109 年度出生人口數與申請案件數孕產婦年齡層分布

109 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	2,154	1.3%	2	0.6%	0.93‰
20 ～ 24 歲	13,810	8.6%	22	6.2%	1.59‰
25 ～ 29 歲	36,780	22.8%	67	18.8%	1.82‰
30 ～ 34 歲	57,570	35.7%	109	30.6%	1.89‰
35 ～ 39 歲	41,406	25.7%	125	35.1%	3.02‰
40 ～ 44 歲	9,049	5.6%	28	7.9%	3.09‰
45 歲以上	519	0.3%	3	0.8%	5.78‰
合計	161,288	100.0%	356	100.0%	2.21‰

（出生人口數資料來源：內政部戶政司，統計區間：109/1/1 ～ 109/12/31）

1　申請比例：申請案件數 / 出生人口數（‰）



註：申請比例：申請案件數 / 出生人口數（‰）

圖 2-1　109 年度申請比例概況按孕產婦年齡層分布

件，占 50.3%，較往年高；由機構接受委託代爲提出申請有 177 件，占 49.7%。另統計 105 年條例施行日起至 109 年 12 月 31 日止所受理之 1,242 件申請案中，由民眾自行提出申請有 484 件，占 39.0%；由機構接受委託代爲提出申請有 758 件，占 61.0%，如表 2-2。有超過 6 成之申請案件是委由機構代爲申請，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 ～ 109 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
總計	484	39.0%	758	61.0%	1,242

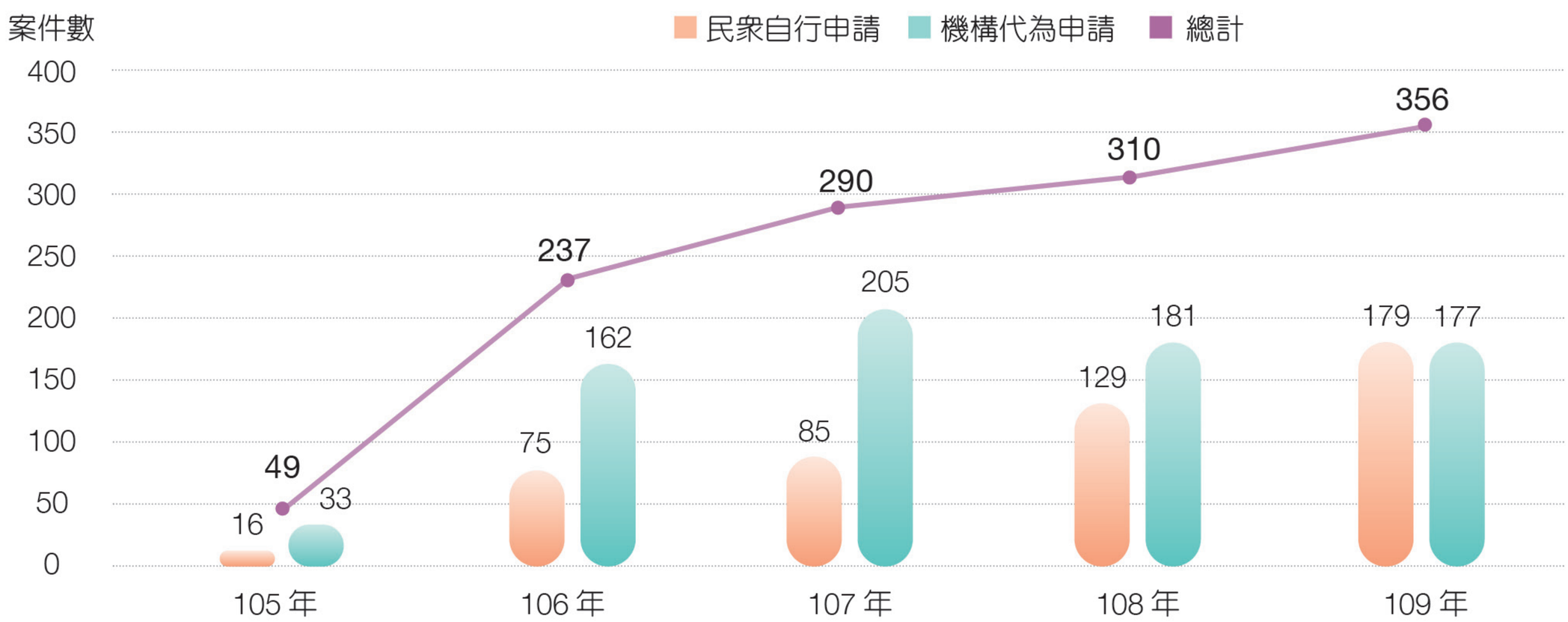


圖 2-2　105 ～ 109 年度申請案件來源分布概況

三、機構層級

按其發生生產事故所在機構分析，109 年度所受理 356 件申請案中，醫學中心有 95 件，占 26.7%；區域醫院有 94 件，占 26.4%；地區醫院有 89 件，占 25.0%；診所有 78 件，占 21.9%。

進一步分析，109 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 3.31‰；區域醫院居次，為 2.43‰；地區醫院及診所分別為 1.91‰、1.76‰，如表 2-3。

表 2-3　109 年度申報健保生產數與申請案件數之機構層級分布

109 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	28,743	18.2%	95	26.7%	3.31‰
區域醫院	38,676	24.4%	94	26.4%	2.43‰
地區醫院	46,477	29.3%	89	25.0%	1.91‰
診所	44,325	28.0%	78	21.9%	1.76‰
助產機構	116	0.1%	0	0	0
合計	158,364	100.0%	356	100.0%	2.25‰

（生產數資料來源：健保署，統計區間：109/1/1 ～ 109/12/31）

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 109 年底所受理之 1,242 件申請案來看，醫學中心有 353 件，占 28.4%；地區醫院有 319 件，占 25.7%；區域醫院有 286 件，占 23.0%；診所有 281 件，占 22.6%；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，爲 2.55‰；區域醫院居次，爲 1.44‰；

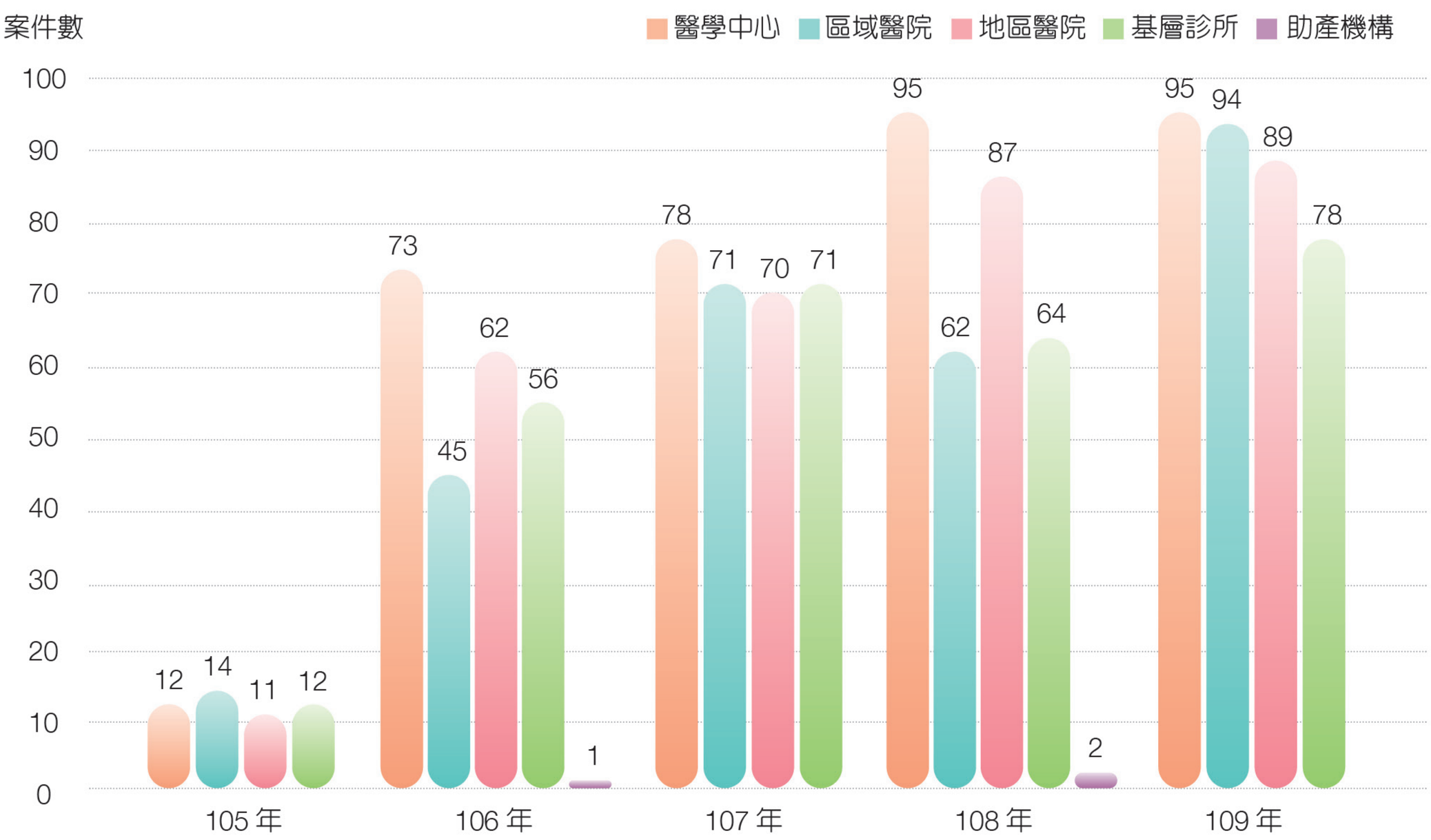
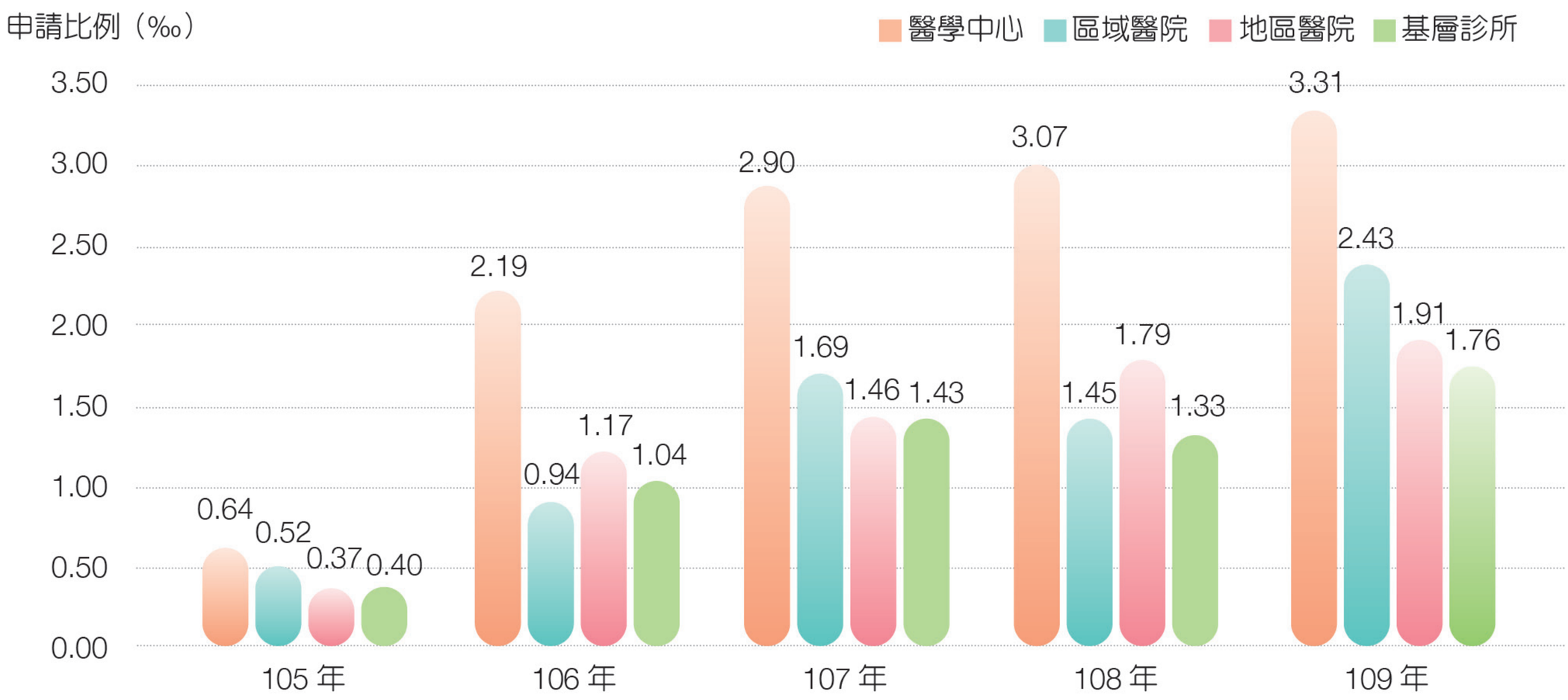


圖 2-3　105 ～ 109 年度申請案件之機構層級分布概況

表 2-4　105 ～ 109 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
總計	353	286	319	281	3	1,242
百分比	28.4%	23.0%	25.7%	22.6%	0.3%	100.0%

地區醫院及診所分別爲 1.41‰、1.24‰，此外，助產機構因母數較其他層級機構少，故比例稍高，占 6.05‰，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，計算結果不代表實際狀況，故不列入呈現。

圖 2-4　105 ～ 109 年度申請比例按機構層級分布

表 2-5　105 ～ 109 年度申報健保生產數與申請案件數之機構層級分布

105 ～ 109 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	138,536	17.5%	353	28.4%	2.55‰
區域醫院	198,431	25.1%	286	23.0%	1.44‰
地區醫院	225,746	28.6%	319	25.7%	1.41‰
診所	226,100	28.7%	281	22.6%	1.24‰
助產機構	496	0.1%	3	0.3%	6.05‰
合計	789,309	100.0%	1,242	100.0%	1.57‰

（生產數資料來源：健保署，統計區間：105/6/30 ～ 109/12/31）

四、區域分布

按健保分區（註[3]）分析109年度受理之356件申請案件，其中臺北區有108件，占30.3%；中區有75件，占21.1%；北區有59件，占16.6%；高屏區有55件，占15.4%；南區有51件，占14.3%；東區有8件，占2.3%。進一步分析，109年度各健保分區之生產事故申請案，對比同期各區生產數，以東區最高，爲2.58‰；高屏區居次，爲2.49‰；南區、臺北區、中區及北區分別爲2.43‰、2.30‰、2.21‰、1.88‰，如表2-6。



以105年條例施行至109年底所受理之1,242件申請案來看，臺北區有382件，占

表2-6　109年度申報健保生產數與申請案件之區域分布

109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	46,960	29.7%	108	30.3%	2.30‰
北區	31,398	19.8%	59	16.6%	1.88‰
中區	33,862	21.4%	75	21.1%	2.21‰
南區	20,947	13.2%	51	14.3%	2.43‰
高屏區	22,099	14.0%	55	15.4%	2.49‰
東區	3,098	1.9%	8	2.3%	2.58‰
合計	158,364	100.0%	356	100.0%	2.25‰

（生產數資料來源：健保署，統計區間：109/1/1 ～ 109/12/31）

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。

30.8%；北區有 253 件，占 20.4%；中區有 235 件，占 18.9%；南區有 187 件，占 15.1%；高屏區有 162 件，占 13.0%；東區則有 23 件，占 1.8%，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，爲 1.80‰；北區居次，爲 1.66‰；臺北區、高屏區、東區及中區分別爲 1.59‰、1.48‰、1.47‰、1.40‰，如圖 2-6、表 2-8。

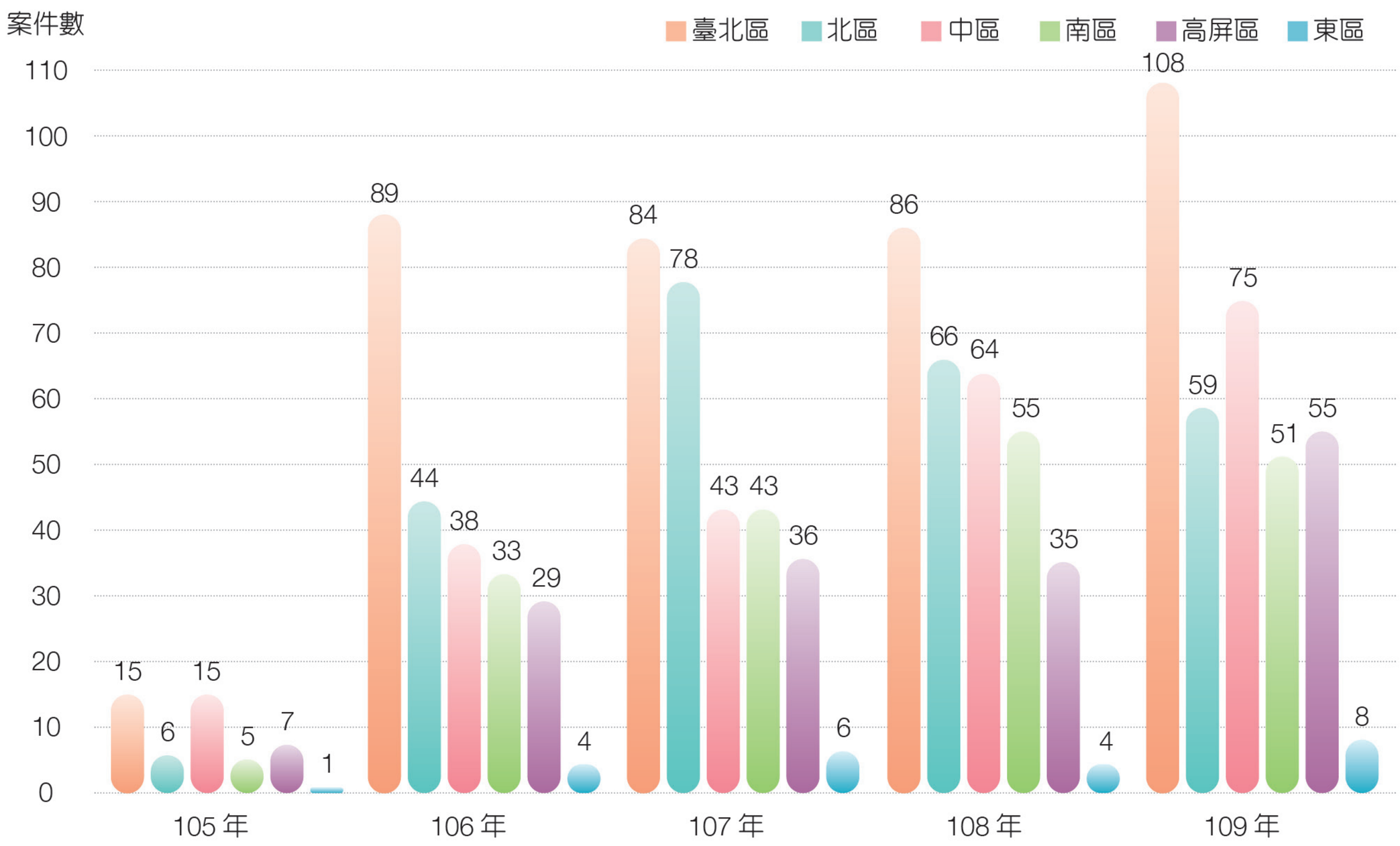


圖 2-5　105 ～ 109 年度申請案件之區域分布概況

表 2-7　105 ～ 109 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
總計	382	253	235	187	162	23	1,242
百分比	30.8%	20.4%	18.9%	15.1%	13.0%	1.8%	100.0%

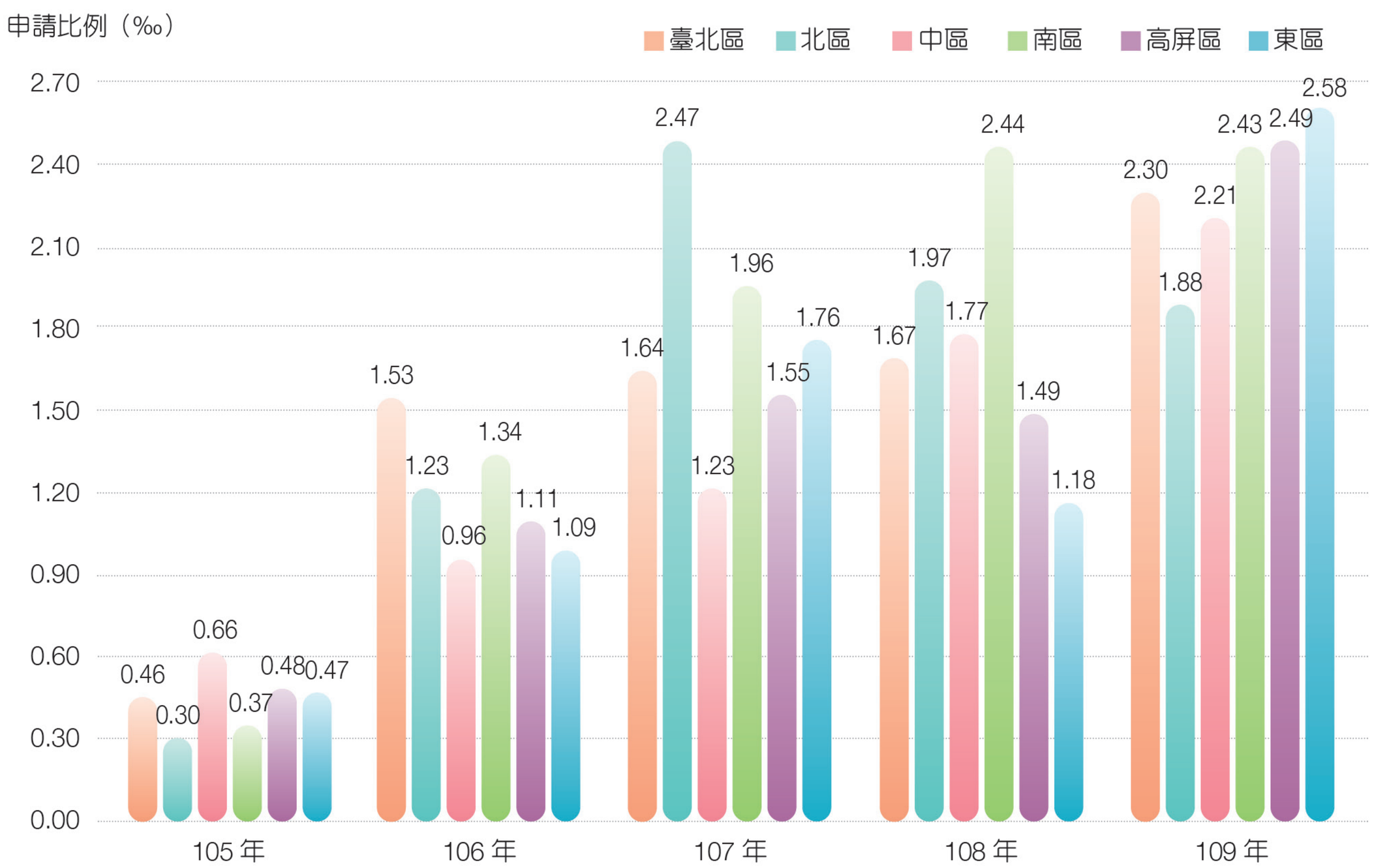


圖 2-6　105 ～ 109 年度申請比例按區域分布概況

表 2-8　105 ～ 109 年度申請健保生產數與申請案件數之區域分布

105 ～ 109 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	240,648	30.5%	382	30.8%	1.59‰
北區	152,429	19.3%	253	20.4%	1.66‰
中區	167,383	21.2%	235	18.9%	1.40‰
南區	103,635	13.1%	187	15.1%	1.80‰
高屏區	109,525	13.9%	162	13.0%	1.48‰
東區	15,689	2.0%	23	1.8%	1.47‰
合計	789,309	100.0%	1,242	100.0%	1.57 ‰

（生產數資料來源：健保署，統計區間：105/6/30 ～ 109/12/31）

五、新生兒及胎兒死亡性別比例

109 年度所受理之 356 件申請案中，新生兒及胎兒死亡共計 215 件，其中新生兒 57 件（男性 32 件，占 56.1%；女性 25 件，占 43.9%），胎兒 158 件（男性 70 件，占 44.3%；女性 88 件，占 55.7%），如表 2-9。

統計 105 年條例施行至 109 年底所受理之 1,242 件申請案，新生兒及胎兒死亡共計 767 件，其中新生兒 213 件（男性 121 件，占 56.8%；女性 92 件，占 43.2%），胎兒 554 件（男性 260 件，占 46.9%；女性 292 件，占 52.7%；其他 2 件，占 0.4%），如表 2-10。

六、審定結果

109 年度所受理 356 件申請案件，有 328 件核予救濟，通過率 92.1%，審定救濟金額總數爲新臺幣（以下同）2 億 4,440 萬元。其中，孕產婦部分爲 93 件，共計 1 億 3,310 萬元（含死亡 31 件，1 億 1,400 萬元；重大傷害 62 件，1,910 萬元）；新生兒部分爲 81 件，共計 6,510 萬元（含死亡 51 件，1,530 萬元；重大傷害 30 件，4,980 萬元）；胎兒死亡爲 154 件，共計 4,620 萬元，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 47 件，審定救濟金額爲 1 億 4,750 萬元。其中，26 件

表 2-9　109 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%）	70（44.3%）	102（47.4%）
女	25（43.9%）	88（55.7%）	113（52.6%）
合計	57	158	215

表 2-10　105 ～ 109 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	121（56.8%）	260（46.9%）	381（49.7%）
女	92（43.2%）	292（52.7%）	384（50.1%）
其他（註）	0	2（0.4%）	2（0.2%）
合計	213	554	767

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。

爲孕產婦死亡，審定救濟金額 1 億 400 萬元；2 件爲產婦極重度身心障礙，審定救濟金額 600 萬元；2 件爲產婦中度身心障礙，審定救濟金額 300 萬元；4 件爲新生兒極重度身心障礙，審定救濟金額 1,200 萬元；6 件爲新生兒重度身心障礙，審定救濟金額 1,200 萬元；7 件爲新生兒中度身心障礙，審定救濟金額 1,050 萬元。

自 105 年條例實施至 109 年底所受理 1,242 案中，有 1,167 件核予救濟，通過率 93.9%，審定救濟總金額爲 6 億 8,810 萬元。孕產婦部份爲 348 件，總金額爲 3 億 4,950 萬元（含死亡 102 件，2 億 5,800 萬元；重大傷害 246 件，9,150 萬元）；新生兒部分爲 276 件，總金額爲 1 億 7,570 萬元（含死亡 189 件，5,670 萬元；重大傷害 87 件，1 億 1,900 萬元）；胎兒部分爲 543 件，總金額爲 1 億 6,290 萬元，如表 2-12。

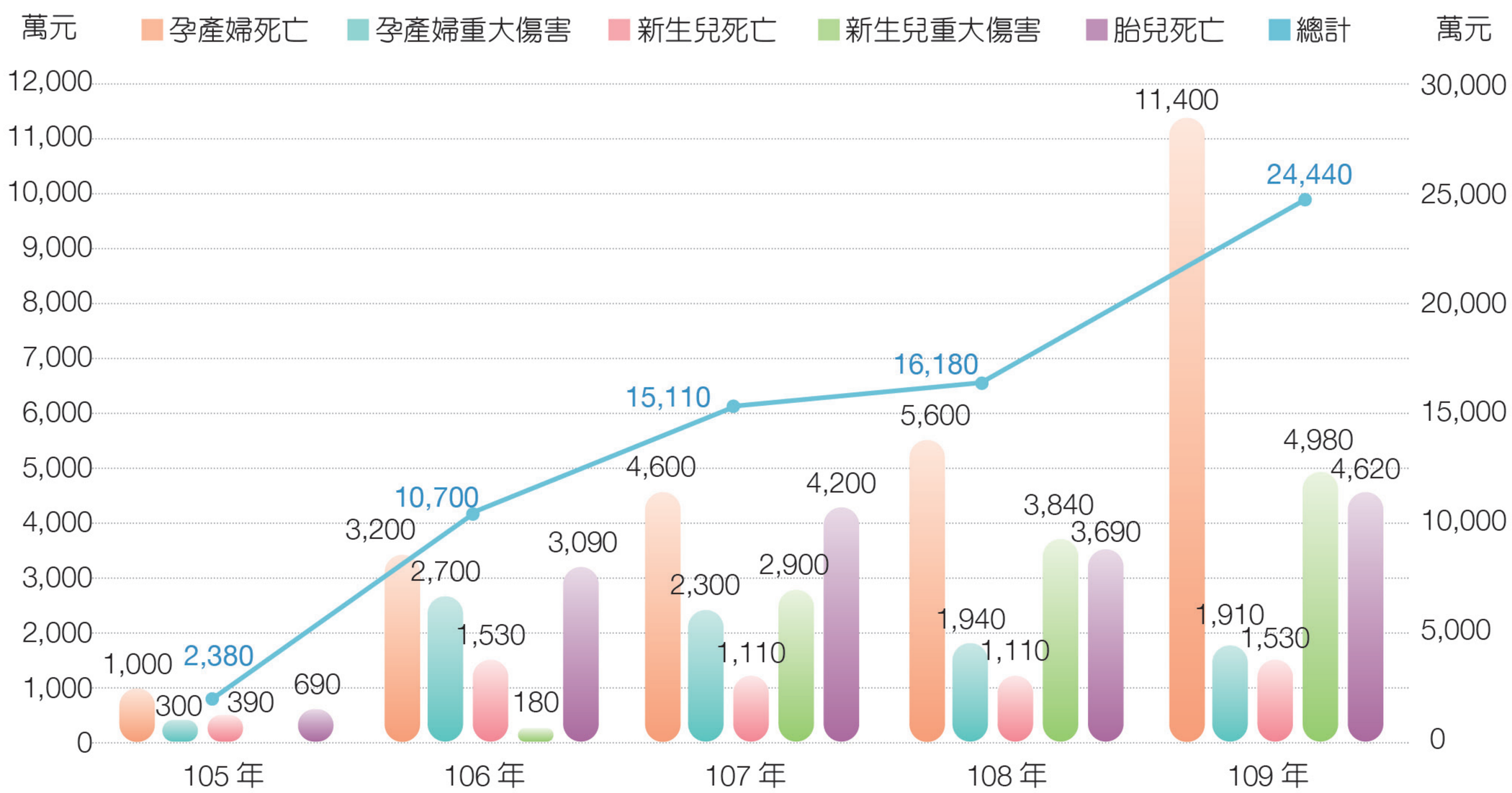
表 2-11　109 年度核予救濟案件審定結果分析　（金額：萬元）

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	31	7	55	51	30	154	328
最小金額	200	110	10	-	50	-	-
最大金額	400（註）	300（註）	20	-	300（註）	-	-
總金額	11,400	1,290	620	1,530	4,980	4,620	24,440

註：適用 108 年 10 月 4 日調整後之救濟給付額度者共 47 案，孕產婦死亡 26 案，孕產婦重大傷害 4 案，新生兒重大傷害 17 案。

表 2-12　105 ～ 109 年度核予救濟案件審定結果分析　（金額：萬元）

事故人 / 事故結果	孕產婦			新生兒		胎兒	案件數總計
	死亡	重大傷害		死亡	重大傷害（中度以上身心障礙）	死亡	
		中度以上身心障礙	子宮切除				
105 年	5	0	8	13	0	23	49
106 年	16	4	57	51	2	103	233
107 年	23	5	46	37	24	140	275
108 年	27	3	61	37	31	123	282
109 年	31	7	55	51	30	154	328
小計	102	19	227	189	87	543	1,167
總金額	25,800	3,030	6,120	5,670	11,900	16,290	68,810



註：109 年度適用 108 年 10 月 4 日調整後之救濟給付額度者共 47 案，孕產婦死亡 26 案；孕產婦重大傷害 4 案；新生兒重大傷害 17 案。

圖 2-7　105 ～ 109 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 109 年度適用調高後救濟給付之孕產婦死亡申請案件數增加有關，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爲限。」109 年度所受理申請案中，共有 28 件經審議決議不予救濟（詳見附錄二：109 年度不予救濟案件之個案診斷與結果）；而統計自 105 年條例施行日起至 109 年底所受理申請案中，共有 75 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」最多，共計 28 件，占 37.3%；其次爲「新生兒死亡」有 24 件，占 32.0%；「胎兒死亡」有 11 件，占 14.7%；「產婦重大傷害」有 7 件，占 9.3%；而「產婦死亡」則有 5 件，占 6.7%。另分析不予救濟原因，則以「與生產無因果關係」最多，爲 64 件，占 85.3%，其中多數爲先天性畸形、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。此外，109 年度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《生產事故濟救條例》第 14 條所規定之請求權時效而不予救濟。

参

生産事故救済
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爲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 109 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爲「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 109 年度審定核予救濟之 31 件孕產婦死亡案件進行說明，並比較條例施行至 109 年底之各年度案件。

一、本年度案件統計與分析

109 年度受理之申請案中，孕產婦死亡案件共計 32 件，其中 1 件係因案產婦死亡係急性骨髓性白血病引起併發症所致，與生產無因果關係，故不予救濟。茲就核予救濟之 31 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 12 件，占 38.7%；診所有 9 件，占 29.0%；醫學中心有 6 件，占 19.4%；地區醫院有 4 件，占 12.9%，如圖 3-1。

（二）區域分布

按健保分區分析，中區有 12 件，占 38.7%；臺北區、北區及南區皆爲 5 件，各占 16.1%；高屏區有 3 件，占 9.8%；東區有 1 件，占 3.2%，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 19 件，占 61.3%；36 週以下（早產）生產案件共有 12 件，占 38.7%，如圖 3-3。

（四）妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第一胎最多，有 13 件，占 42.0%；其次爲第二胎有 10 件，占 32.2%；再者爲第四胎有 5 件，占 16.1%；第三胎有 3 件，占 9.7%，如圖 3-4。

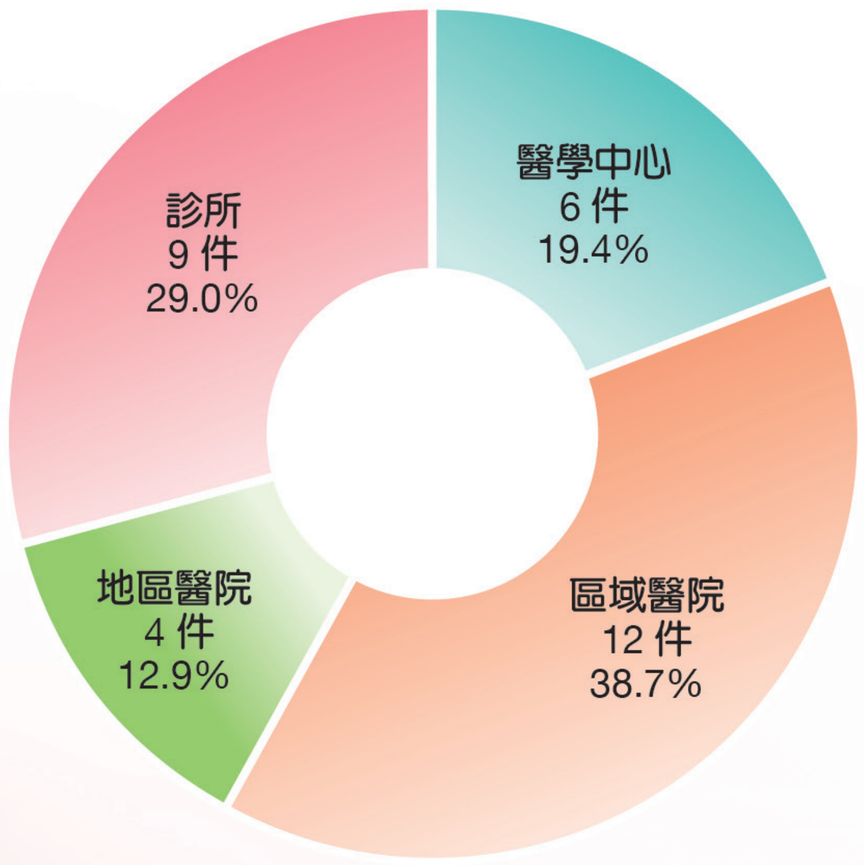


圖 3-1　109 年度孕產婦死亡審定救濟案件機構層級分布

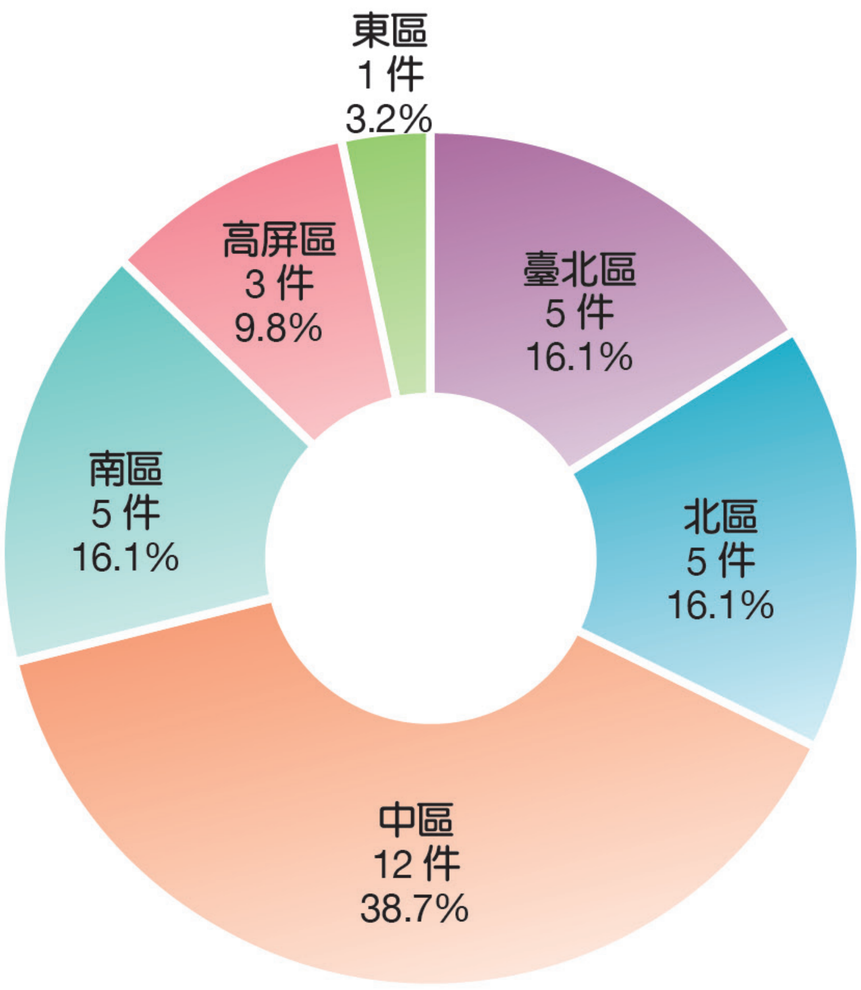


圖 3-2　109 年度孕產婦死亡審定救濟案件區域分布

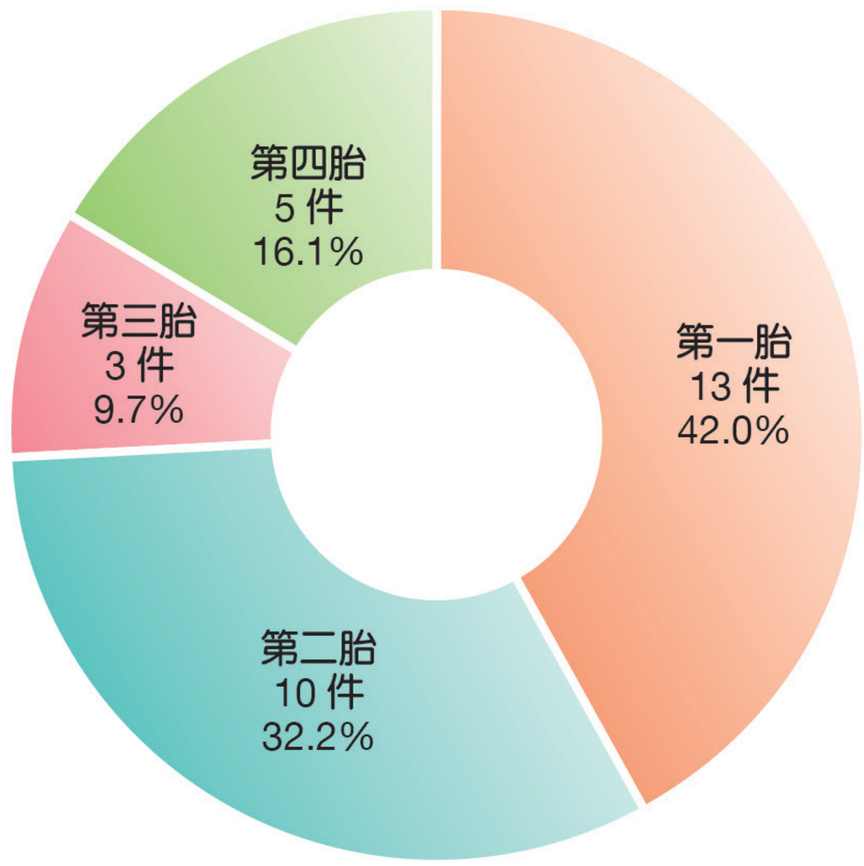


圖 3-4　109 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

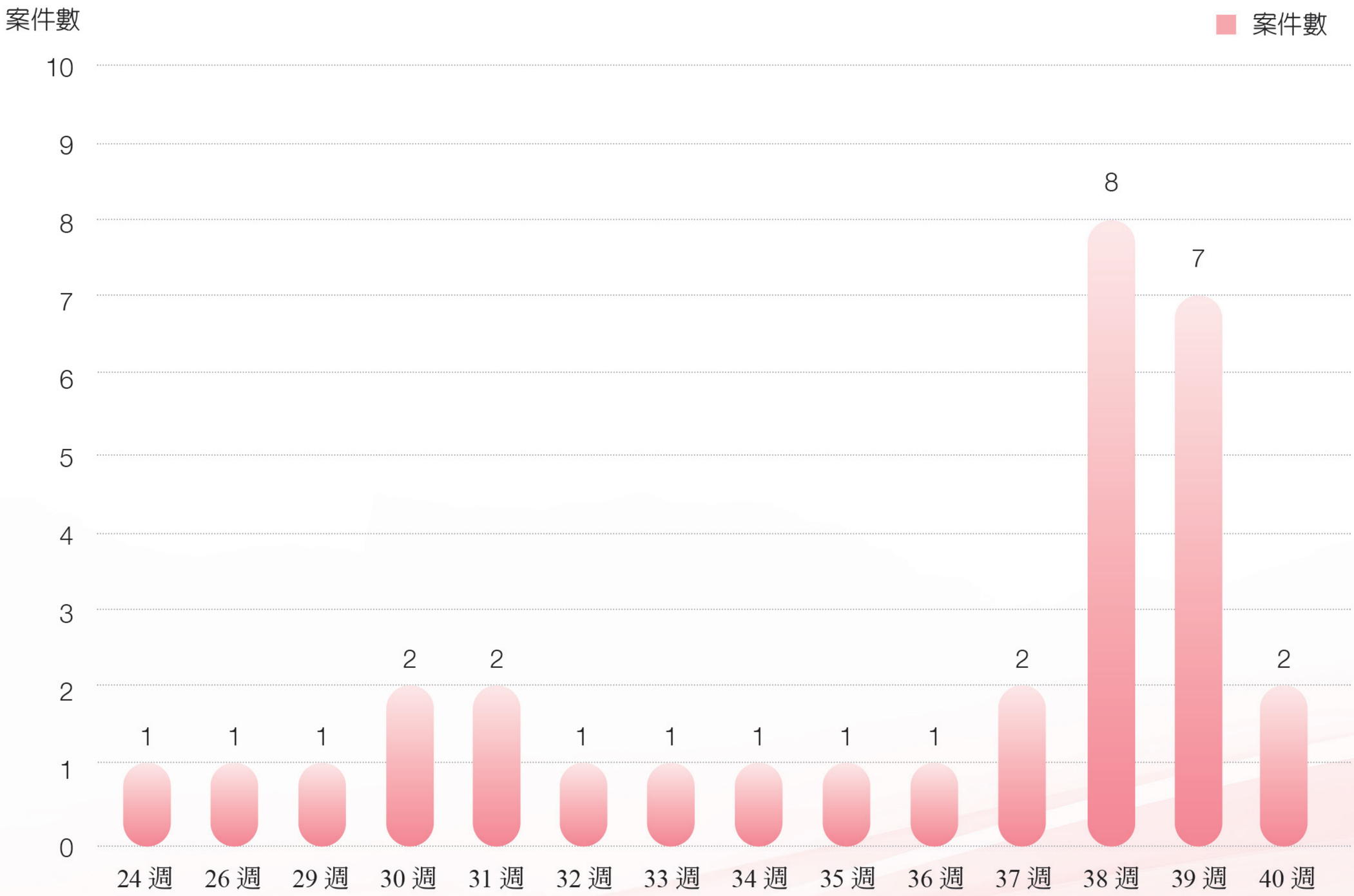


圖 3-3　109 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠週數分布

（五）生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析，以 31 ～ 35 歲居冠，有 10 件，占 32.2%；其次爲 26 ～ 30 歲有 9 件，占 29.0%；36 ～ 40 歲有 8 件，占 25.8%；大於 40 歲及小於 25 歲（含）各有 2 件，分別占 6.5%，如圖 3-5。

（六）事故原因

就孕產婦死亡案件之事故原因分析：羊水栓塞及妊娠高血壓各爲最大宗，各占 8 件次，各占 25.8%；其次爲子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症（DIC），共有 7 件次，占 22.6%；再者爲血管栓塞 / 肺栓塞爲 5 件次，占 16.1%；顱內出血爲 4 件次，占 12.9%，如表 3-1。

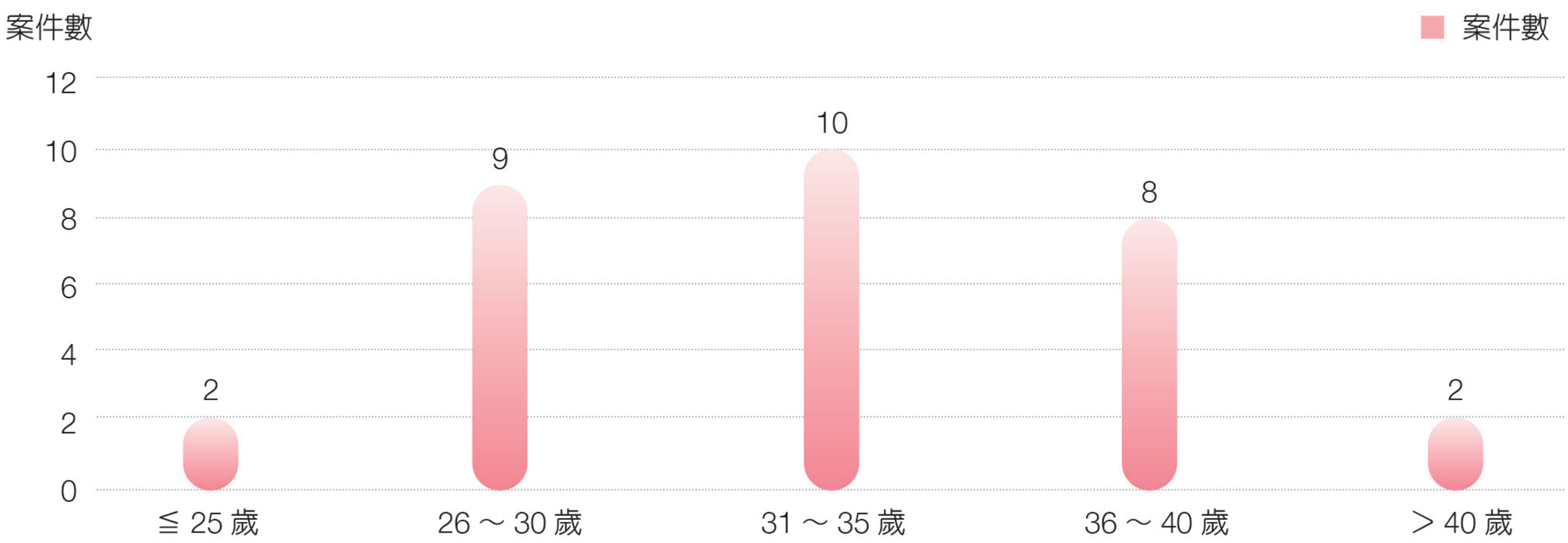


圖 3-5　109 年度孕產婦死亡審定救濟案件生產時年齡分布

表 3-1　109 年度孕產婦死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 (註 1)	百分比 (註 2)
羊水栓塞	8	25.8%
妊娠高血壓	8	25.8%
子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症（DIC）	7	22.6%
血管栓塞、肺栓塞	5	16.1%
顱內出血	4	12.9%
心血管疾病 / 心臟病變	3	9.7%
不明原因心跳停止 / 突發性休克	2	6.5%
HELLP 症候群	2	6.5%

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 109 年度孕產婦死亡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 109 年底所受理之申請案中，孕產婦死亡案件共計 107 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 102 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，目前分爲醫學中心、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，以醫學中心爲最大宗，有 28 件，占 27.5%；區域醫院居次，有 26 件，占 25.5%；再者是地區醫院和診所，各有 24 件，各占 23.5%。105 年度總件數 5 件較少，除診所有 2 件之外，其餘各層級醫院皆爲 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 例增爲 12 例，如圖 3-6。分析 109 年度區域醫院案件量顯著上升，可歸因於高端醫療儀器普及化及有效推廣急重症病人治療，提升各層級醫院處置急重症患者之能力。同時，在 109 年度，診所的審定救濟案件跟往年比起來有明顯成長，值得再注意追蹤。

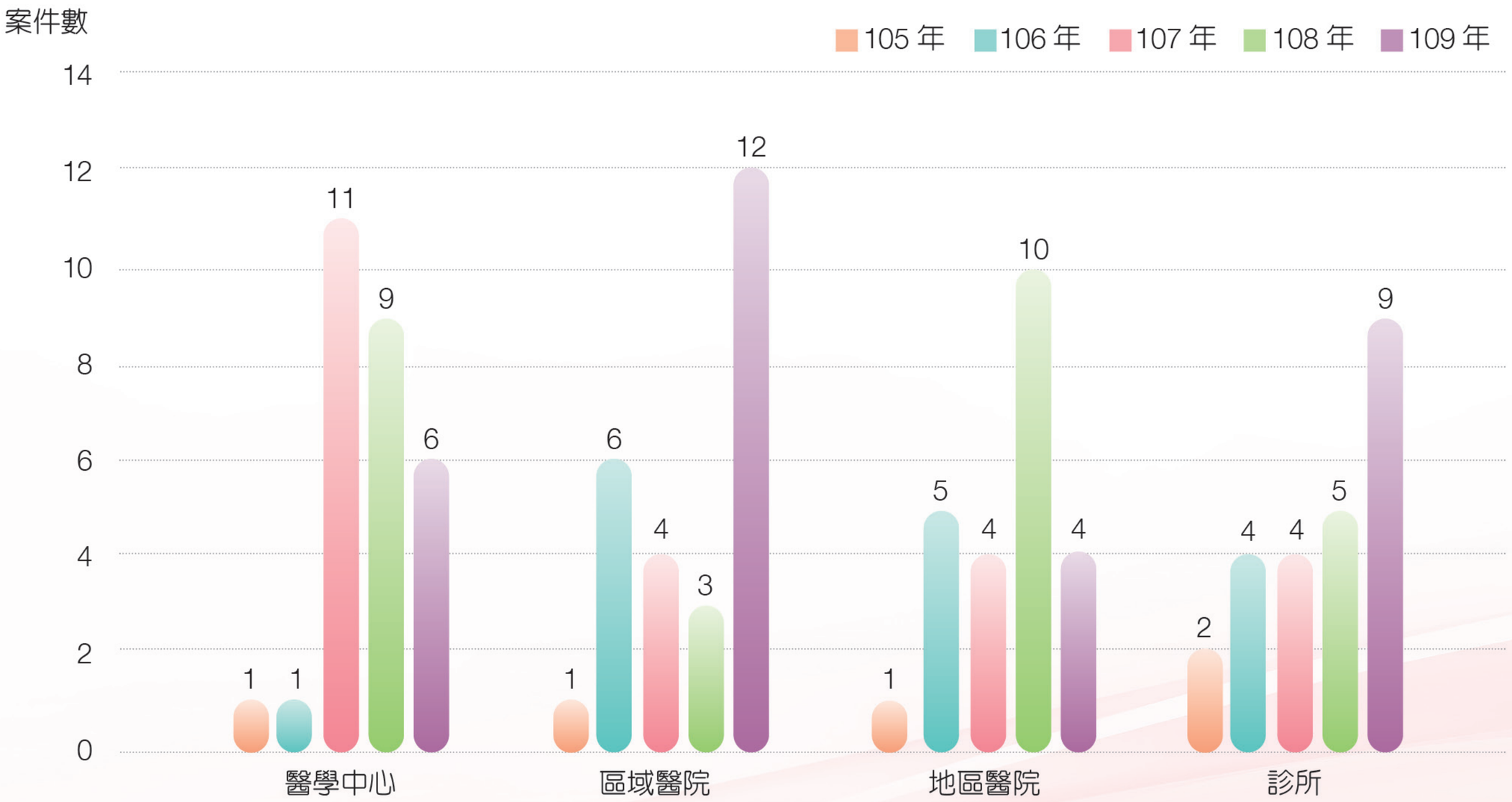


圖 3-6　105 ～ 109 年度孕產婦死亡審定救濟案件機構層級分布

（二）區域分布

按年度及健保分區分析，以臺北區和中區爲最大宗，各有 26 件，占 25.5%，而東區最少，僅有 3 件，占 2.9%。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、北區及中區皆爲 4 件。在 109 年度，中區之案件數量顯著上升，值得再觀察。 南區、東區及高屏區則在 1 至 5 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 72 件，占 70.6%；36 週以下（早產）生產案件，有 30 件，占 29.4%。累積案件數最多者，爲 38 週，共 29 件，占 28.4%；其次爲 39 週、37 週、40 週，分別各有 15 件、13 件、12 件， 各 占 14.7%、12.7%、11.8%。而 109 年度有較多早產案件，其中有 7 件小於 31 週，如圖 3-8。

（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 50 件，占 49.0%。在高妊娠胎次部分，105 年度有一件爲第六胎；109 年度共有五位第四胎的產婦，如圖 3-9。



圖 3-7　105 ～ 109 年度孕產婦死亡審定救濟案件區域分布

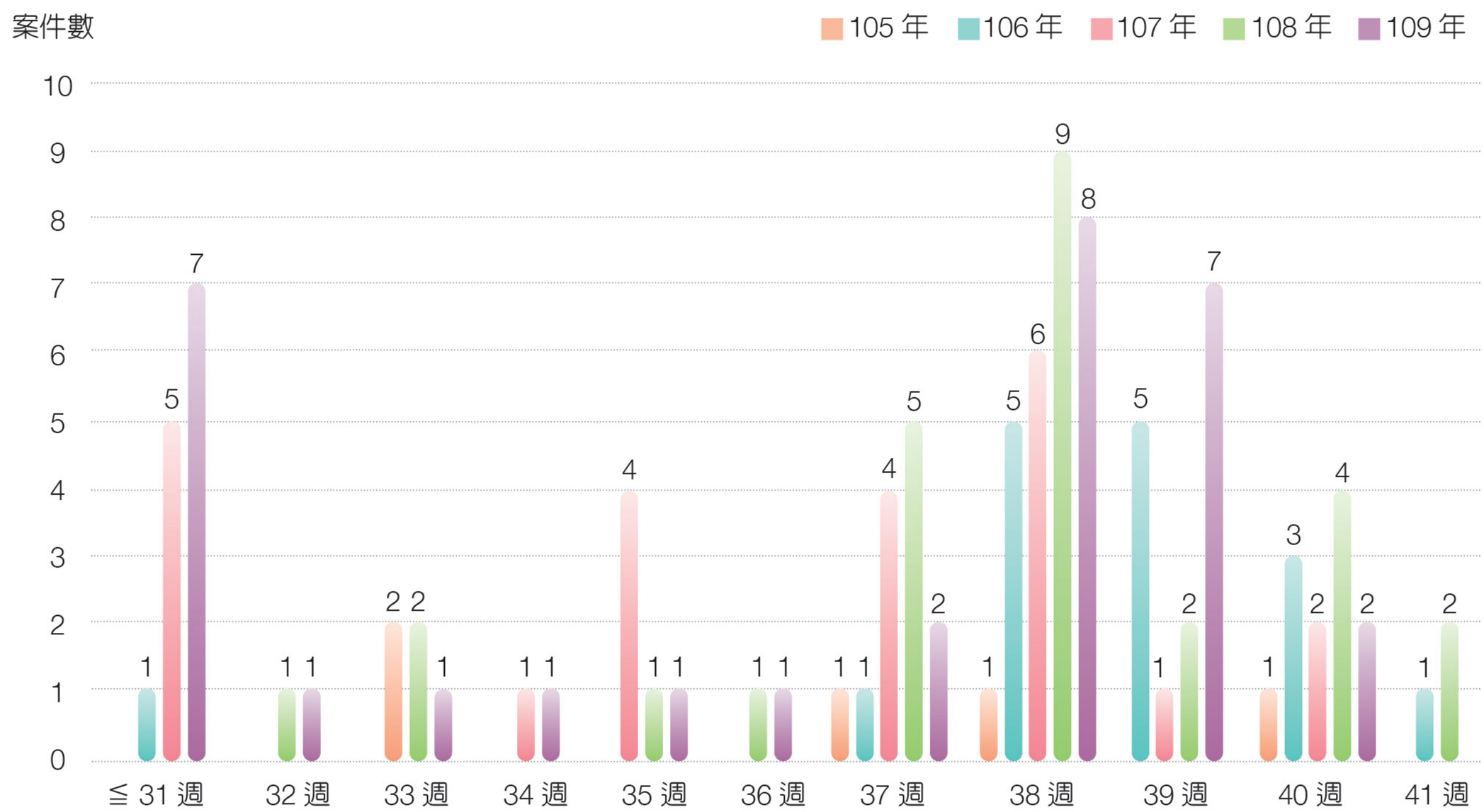


圖 3-8　105 ～ 109 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠週數分布

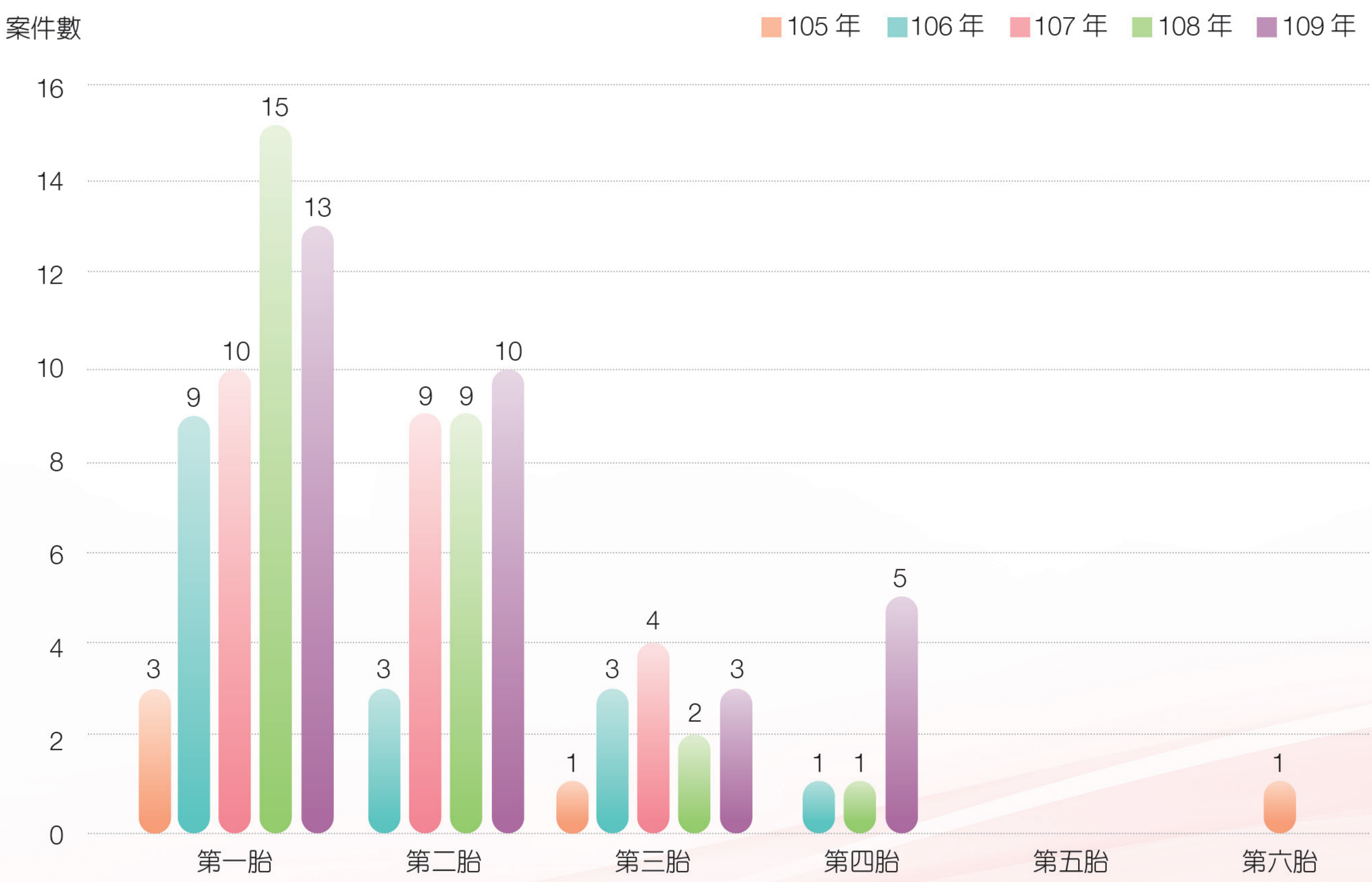


圖 3-9　105 ～ 109 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

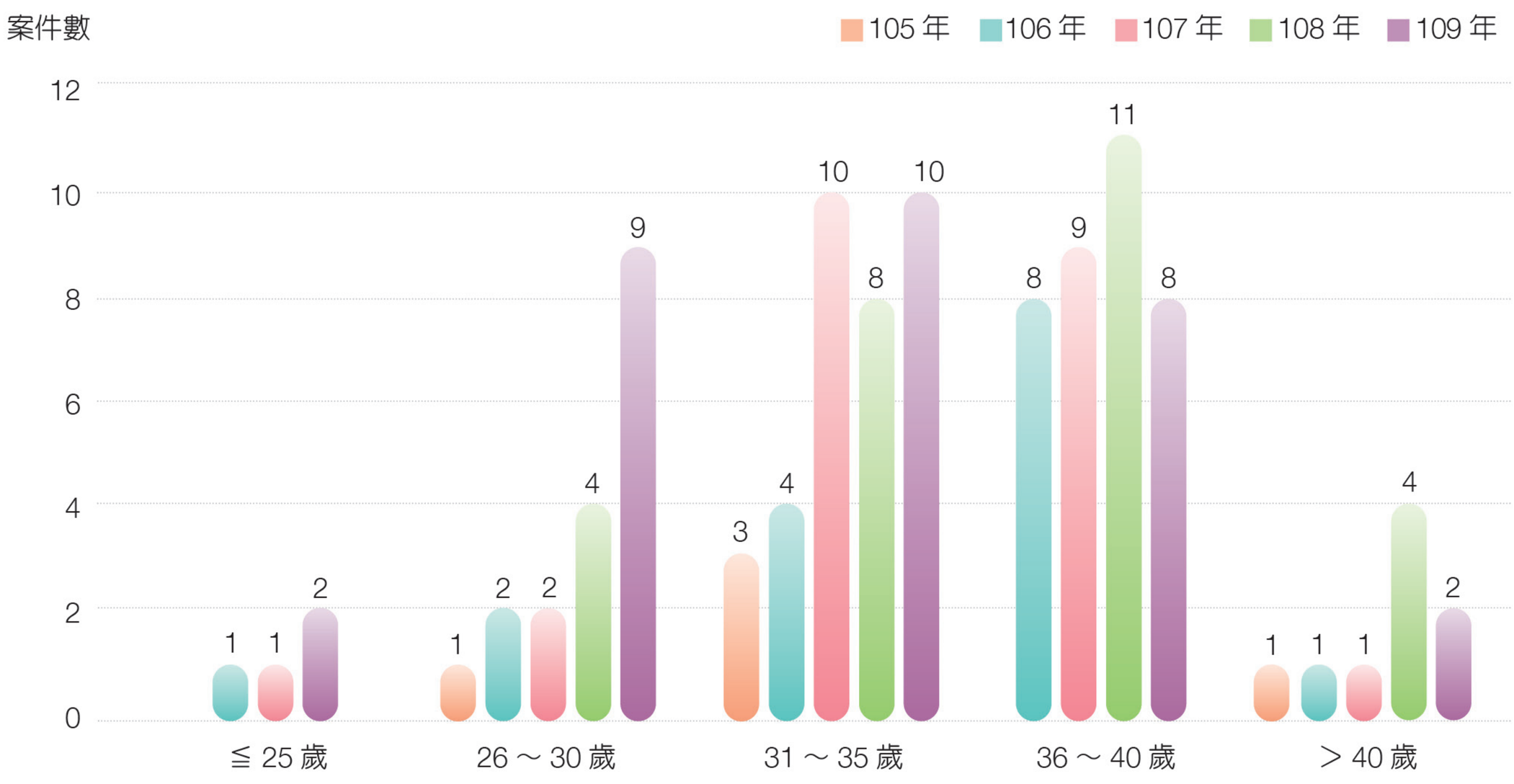


圖 3-10　105 ～ 109 年度孕產婦死亡審定救濟案件生產時年齡分布

表 3-2　105 ～ 109 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）	34	33.3%
羊水栓塞	29	28.4%
妊娠高血壓	22	21.6%
血管栓塞 / 肺栓塞	19	18.6%
不明原因心跳停止 / 突發性休克	12	11.8%
顱內出血	9	8.8%
心血管疾病 / 心臟病變	8	7.8%
感染（如產後傷口感染、子宮感染）	7	6.9%
HELLP 症候群	5	4.9%
胎盤早期剝離	4	3.9%
敗血性休克	3	2.9%
植入性胎盤	2	2.0%
子宮破裂	2	2.0%

註 1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。
註 2：以 105 ～ 109 年度孕產婦死亡審定救濟案件數為母數計算。（N = 102）

（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 36 件，占 35.3%；31 ～ 35 歲次之，有 35 件，占 34.3%。105 年度及 107 年度多分布在 31 ～ 35 歲；106 年度和 108 年度則爲 36 ～ 40 歲。特別是 109 年度 26 ～ 30 歲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，主要原因爲子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症（DIC）所造成，共有 34 件次，占 33.3%；其次爲羊水栓塞者 29 件次，占 28.4%；妊娠高血壓者 22 件次，占 21.6%、血管栓塞 / 肺栓塞各占 19 件次，各占 18.6%，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 109 年 12 月 31 日止，共計 102 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 年度則爲 31 件。然而就事故原因分析來看，其中血管栓塞 / 肺栓塞或高血壓爲重要死因。孕產婦於孕程及生產過程中，形成血管栓塞之風險很高，因此鼓勵孕產婦在產後應儘早下床活動，高風險孕產婦應穿著彈性襪。此外，現行臨床醫療已有預防靜脈栓塞的藥物治療可供選擇使用，未來應考量加強投藥率，於孕期中篩選高風險族群，及早介入使用藥物預防並轉介至適當的醫療院所接受治療。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，落實孕產婦死亡案件的病歷回溯及查閱，分析死亡原因及可改善項目；並經由文獻佐證，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

本年度受理之申請案中，孕產婦重大傷害案件共計 63 件，其中 1 件因其重大傷害與生產無因果關係，不予救濟；核予救濟的 62 件重大傷害案件中，55 件爲子宮切除，另外 7 件爲中度以上身心障礙案件。其申請機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

（一）機構層級

按孕產婦重大案件申請構層級分析，醫學中心有 23 件，占 37.0%；診所有 14 件，占 22.6%；區域醫院與地區醫院分別有 13 件和 12 件，各占 21.0% 及 19.4%，如圖 3-11。

（二）區域分布

根據健保分區分析，臺北區有 21 件，占 33.9%；北區有 13 件，占 21.0%；高屏區有 13 件，占 21.0%；中區有 8 件，占 12.9%；南區有 7 件，占 11.2%；東區本年度則無案件申請，如圖 3-12。

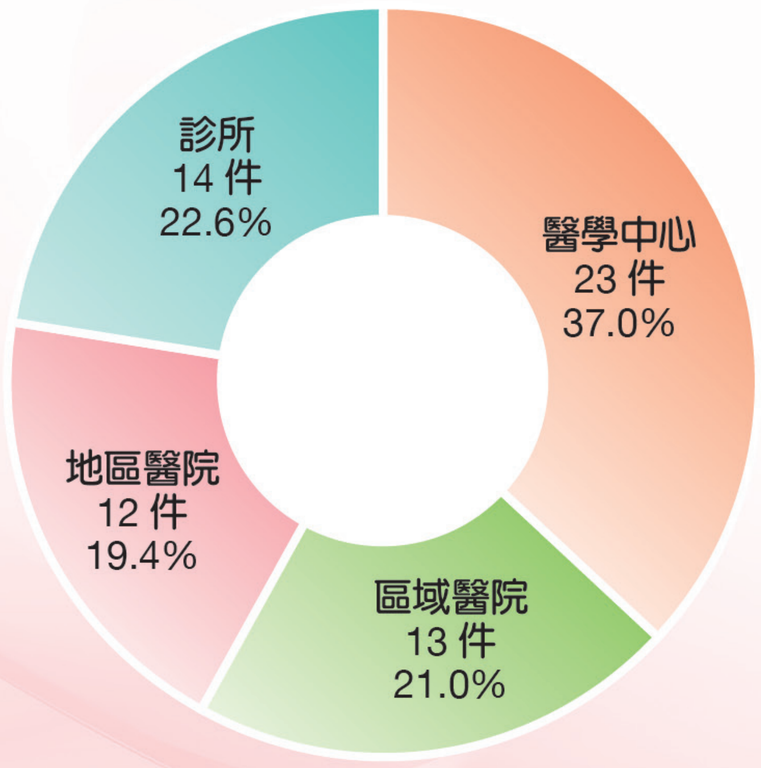


圖 3-11　109 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件機構層級分布

（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 37 件，占 59.7%；36 週以下（早產）

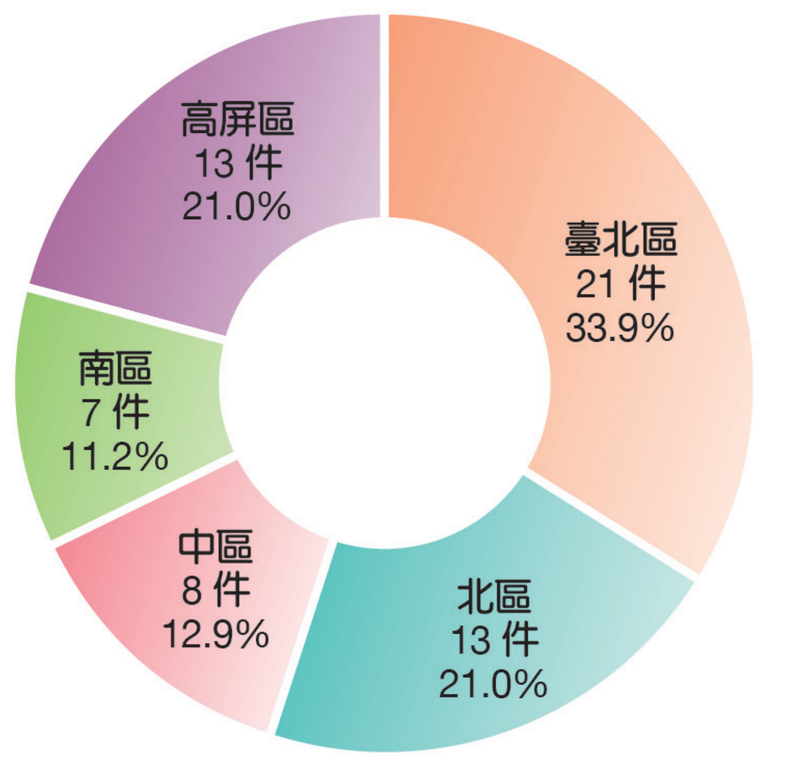


圖 3-12　109 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件區域分布

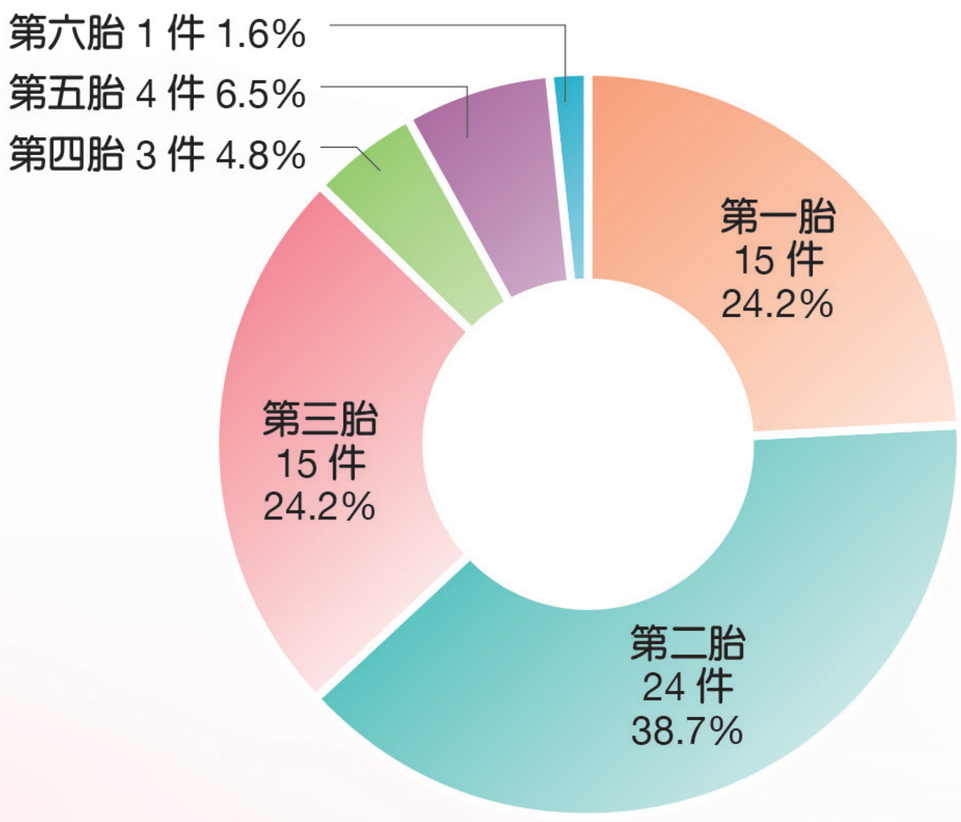


圖 3-14　109 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布

生產案件共有 25 件，占 40.3%，其週數分布如圖 3-13。

（四）妊娠胎次

按妊娠胎次分析，以第二胎最多，有 24 件，占 38.7%；其次爲第一胎與第三胎，各有 15 件，分別占 24.2%；再者爲第五胎有 4 件，占 6.5%；第四胎有 3 件，占 4.8%；第六胎有 1 件，占 1.6%，如圖 3-14。

（五）生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析，以 36 ～ 40 歲居冠，有 26 件，占 41.9%；其次爲 31 ～ 35 歲有 14 件，占 22.6%；26 ～ 30 歲有 13 件，占 21.0%； 大於 40 歲有 6 件，占 9.7%；小於 25 歲有 3 件，占 4.8%，如圖 3-15。

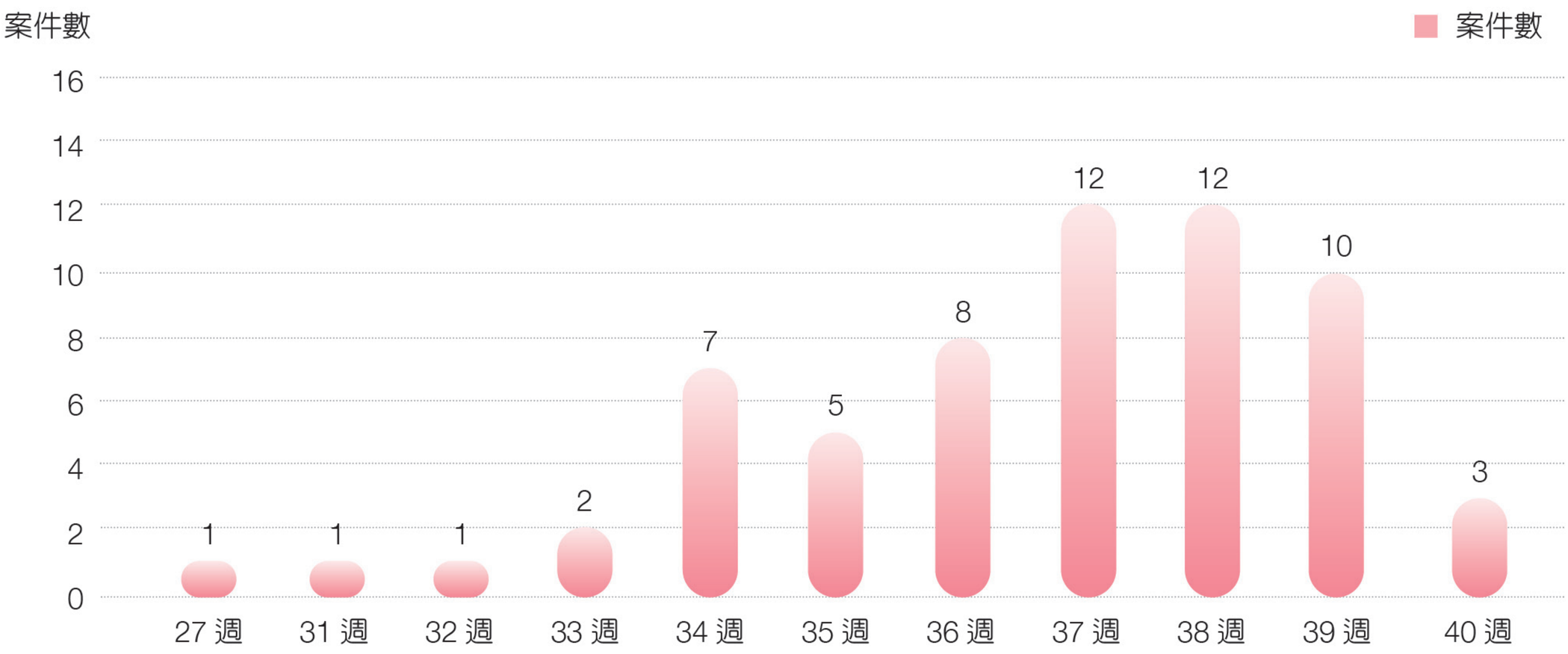


圖 3-13　109 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件妊娠週數分布

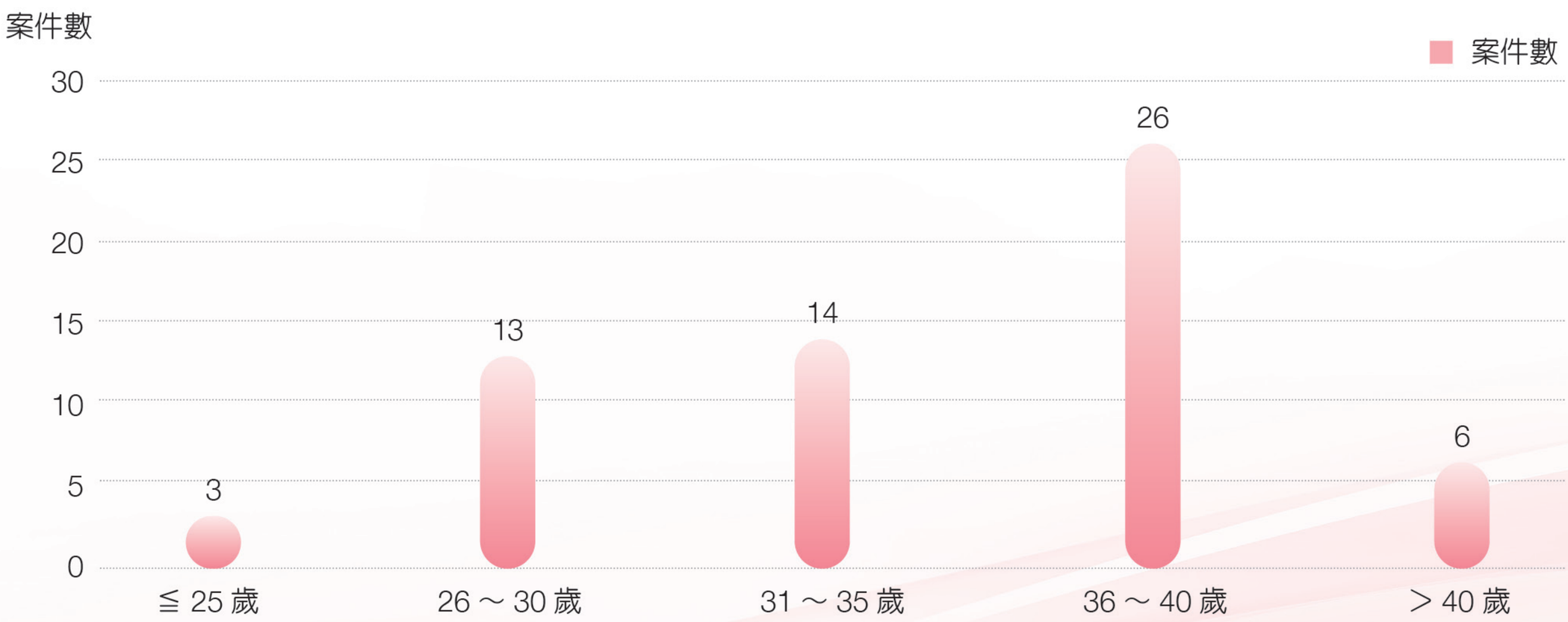


圖 3-15　109 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

（六）事故原因

就孕產婦重大傷害之事故原因分析，7件身心障礙案件中，妊娠高血壓占3件次，占42.9%；血管栓塞/肺栓塞占2件次，占28.6%，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55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，但大部分案件都曾發生產後大出血，有37件次，占67.3%，如表3-4。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3-3　109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	3	42.9%
血管栓塞/肺栓塞	2	28.6%
子宮收縮不良/產後大出血/瀰漫性血管內凝血症（DIC）	1	14.3%
顱內出血	1	14.3%
心血管疾病/心臟病變	1	14.3%
疾病相關	1	14.3%
動靜脈畸形破裂	1	14.3%

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109年度孕產婦重大傷害審定救濟案件數為母數計算。（N=7）

表3-4　109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）	37	67.3%
植入性胎盤	29	52.7%
前置胎盤	13	23.6%
子宮破裂	3	5.5%
妊娠高血壓	2	3.6%
感染（如產後傷口感染、子宮感染）	2	3.6%

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109年度孕產婦子宮切除審定救濟案件數為母數計算。（N=55）

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至 109 年底所受理之申請案中，孕產婦重大傷害案件共計 253 件，其中 7 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 246 件重大傷害案件中，19 件爲中度以上身心障礙案件，茲依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

（一）機構層級

按發生生產事故之年度及機構層級分析，以醫學中心爲主，有 84 件，占 34.2%；區域醫院居次，有 65 件，占 26.4%；地區醫院則有 52 件，占 21.1%；診所最少，有 45 件，占 18.3%。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爲 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爲 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爲 12 件及 13 件、診所 14 件，如圖 3-16。

（二）區域分布

按年度及健保分區分析，以臺北區爲最大宗，共計 82 件，占 33.3%；東區最少，共計 5 件，占 2.0%。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 109 年度區域分布皆以臺北區最多，其次爲北

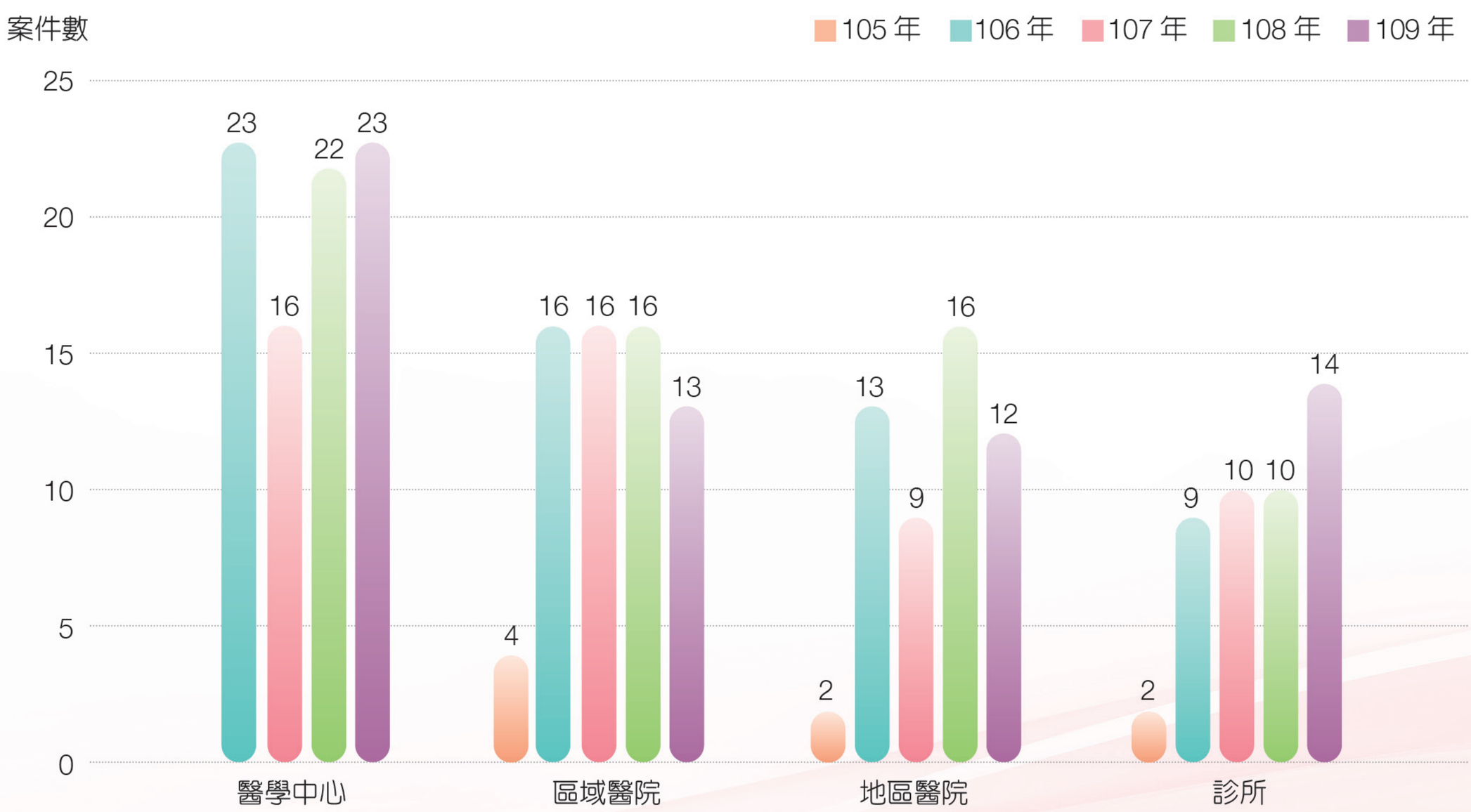


圖 3-16　105 ～ 109 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件機構層級分布

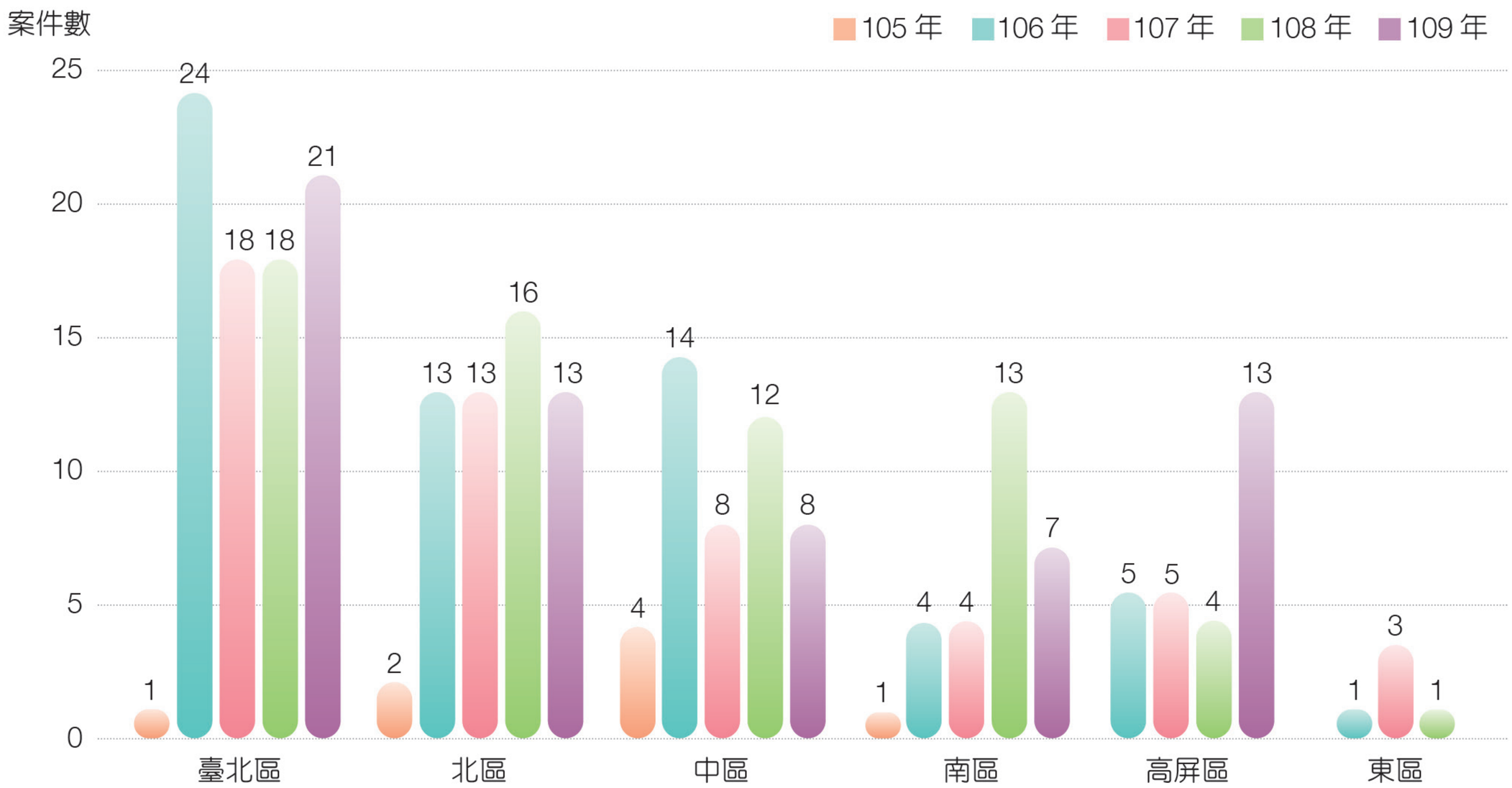


圖 3-17　105 ～ 109 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件機構區域分布

區及中區，東區案件最少，爲 5 件；109 年度高屏區則有明顯增加的情形，如圖 3-17。

（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 152 件，占 61.8%；36 週以下（早產）生產案件，有 94 件，占 38.2%。累積案件數最多者爲 38 週，共 53 件，占 21.6%；其次爲 39 週有 40 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，其次爲 39 週、36 週及 37 週。在早產案件方面，106 年度及 107 年度各爲 19 件，108 年度和 109 年度則分別增加至 30 件及 25 件，其中以 36 週爲最多，如圖 3-18。

（四）妊娠胎次

按年度及妊娠胎次分析，以第二胎爲占多數，有 94 件，占 38.2%；其次爲第一胎，有 69 件，占 28.1%。在高妊娠胎次方面，105 年度有 1 件爲第四胎；106 年度有 4 件爲第四胎、1 件爲第五胎；107 年度有 4 件爲第四胎、2 件爲第六胎；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；綜合來看，高妊娠胎次案件共計 26 件，占 10.5%，如圖 3-19。

（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 99 件，占 40.3%；31 ～ 35 歲其次，有 83 件，占 33.7%；26 ～ 30 歲有 34 件，占 13.8%；大於 40 歲有 24 件，占 9.8%；小於 25 歲（含）者有 6 件，占 2.4%。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

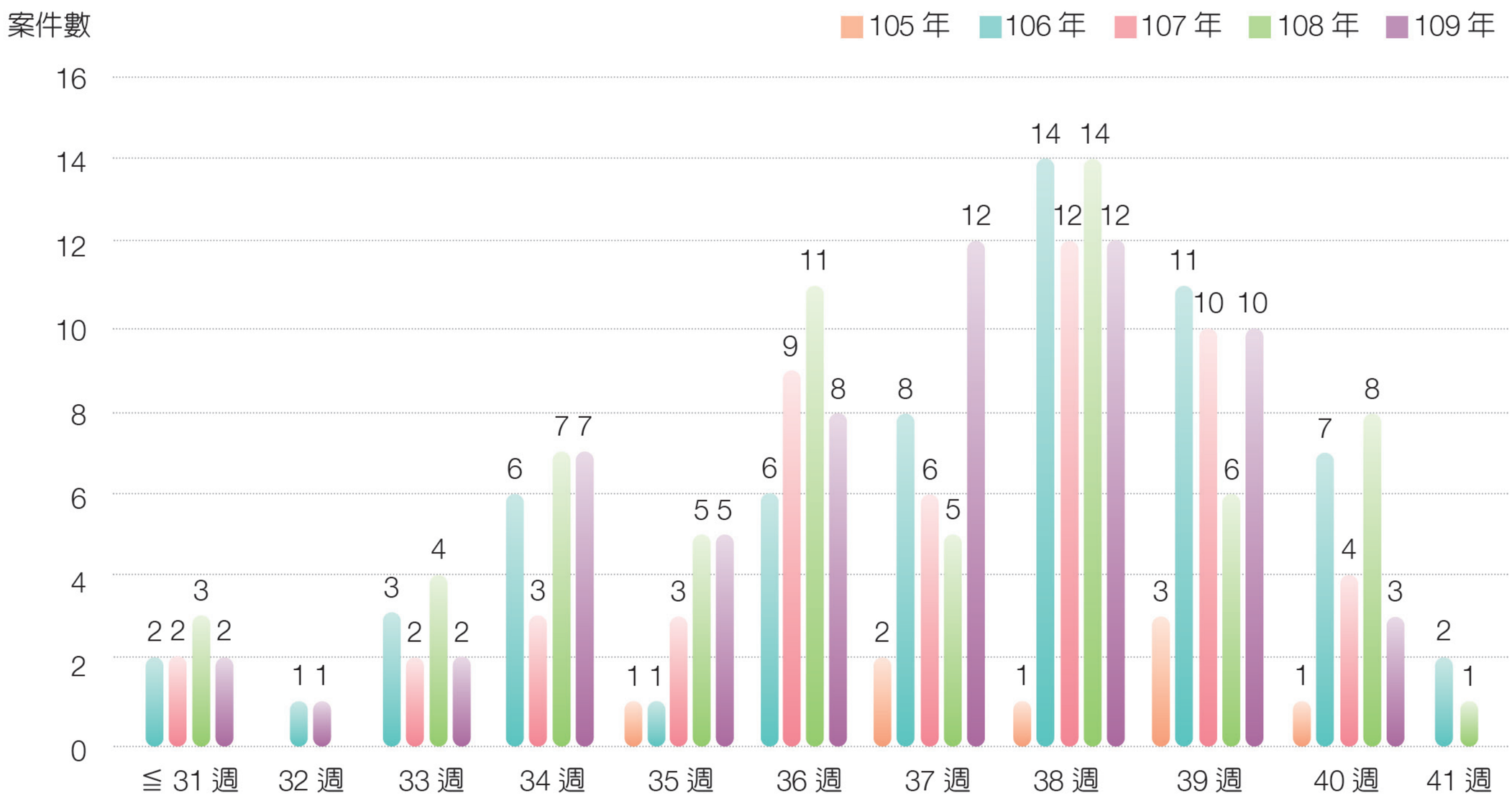


圖 3-18　105 ～ 109 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件妊娠週數分布

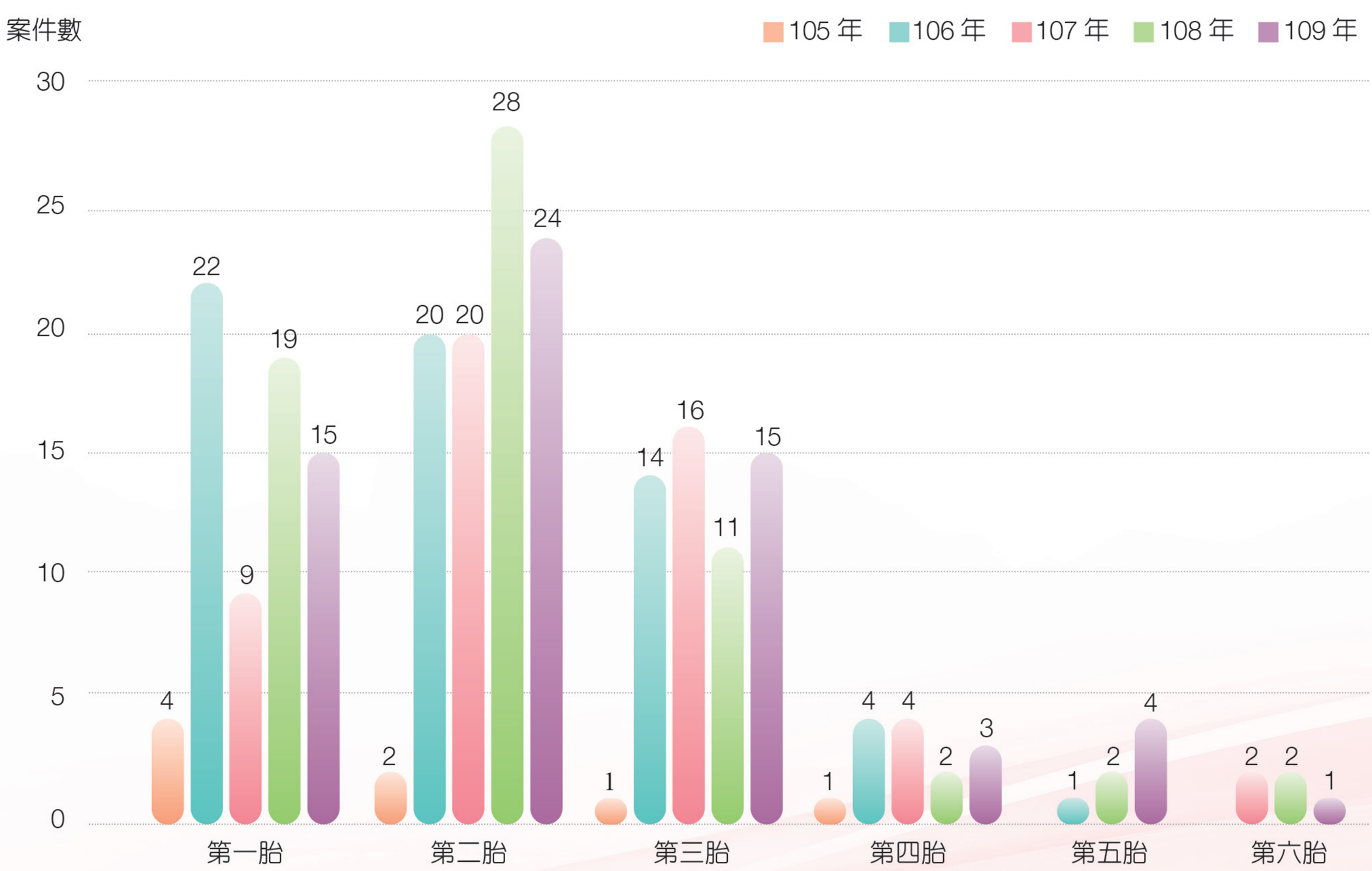


圖 3-19　105 ～ 109 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布

以 36 ～ 40 歲最多，共計 95 件；其次爲 31 ～ 35 歲，共計 79 件；26 ～ 30 歲之案件自 108 年度大幅增加後持平，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 19 件中度以上身心障礙案件內，將近一半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（DIC），有 8 件次，占 42.1%；另外妊娠高血壓也有 8 件次，占 42.1%；羊水栓塞有 4 件次，占 21.1%；血管栓塞或肺栓塞有 3 件次，占 15.8%，如表 3-5。

進一步分析 227 件子宮切除案件之發生

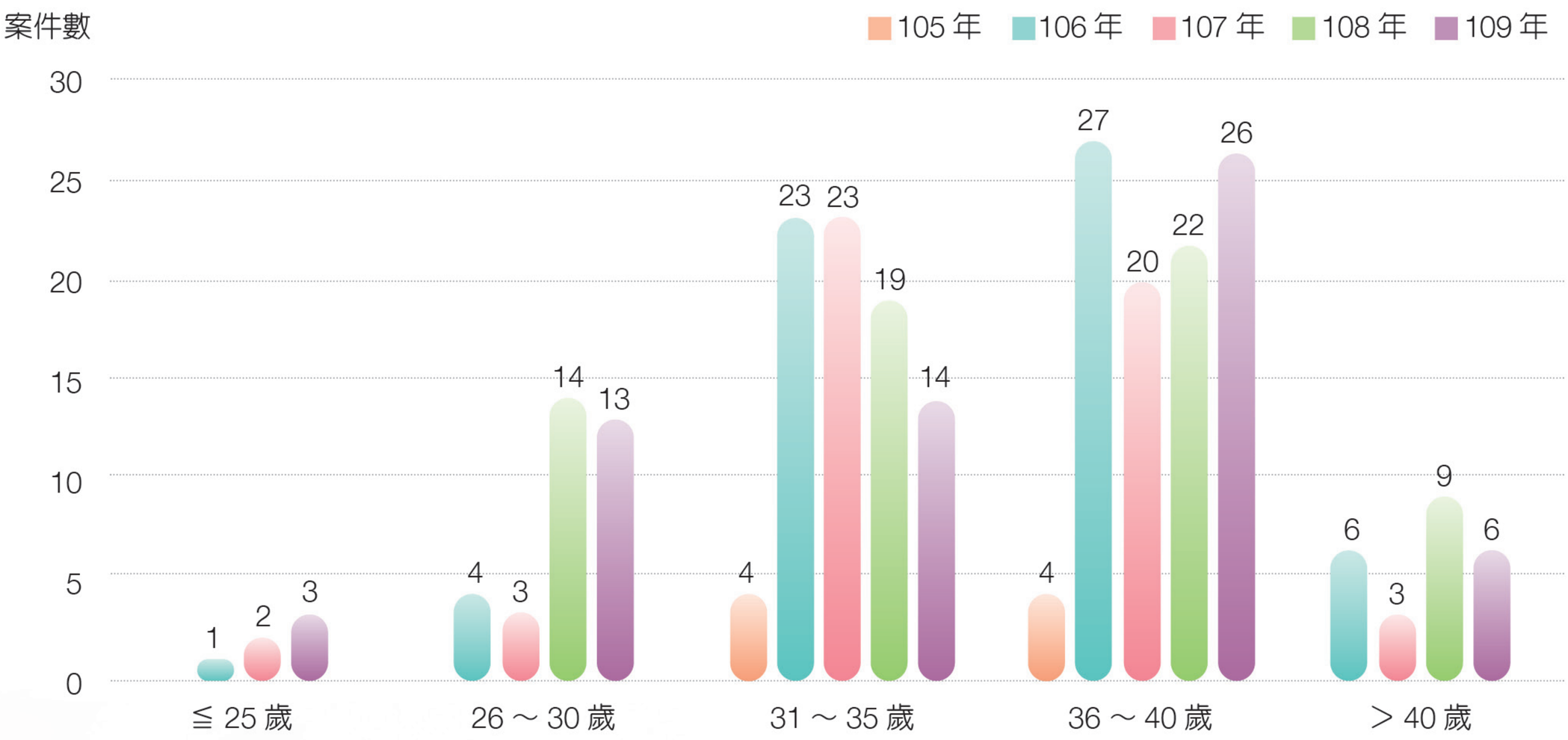


圖 3-20　105 ～ 109 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

表 3-5　105 ～ 109 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)
子宮收縮不良 / 產後大出血 / 瀰漫性血管內凝血症（DIC）	8	42.1%
妊娠高血壓	8	42.1%
羊水栓塞	4	21.1%
血管栓塞 / 肺栓塞	3	15.8%
顱內出血	2	10.5%
心血管疾病 / 心臟病變	2	10.5%
麻醉 / 麻醉藥物	1	5.3%

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 ～ 109 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件數為母數計算。（N=19）

表 3-6　105 ～ 109 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）	156	68.7%
植入性胎盤	99	43.6%
前置胎盤	58	25.6%
妊娠高血壓	11	4.8%
子宮破裂	9	4.0%
感染（如產後傷口感染、子宮感染）	7	3.1%
胎盤早期剝離	6	2.6%
子宮肌瘤	4	1.8%
羊水栓塞	3	1.3%
手術	3	1.3%
前胎次剖腹生產	3	1.3%
子宮過度收縮	2	0.9%
胎盤殘留	2	0.9%
血管栓塞 / 肺栓塞	2	0.9%
妊娠糖尿病	2	0.9%

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 105 ～ 109 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件數為母數計算。（N=227）

原因，雖然每一個案都有不只一種原因，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（DIC），計 156 件次，占 68.7%；其次爲植入性胎盤有 99 件次，占 43.6%；第三位爲前置胎盤，有 58 件次，占 25.6%，如表 3-6。

三、小結

綜觀歷年孕產婦重大傷害多出現在妊娠高血壓及產後大出血，建議孕產婦在孕期應注重自我健康管理、維持良好生活習慣及規則接受產前檢查；針對有內科疾病的孕產婦，應著重疾病的完整評估與積極治療，降低併發症的發生。醫療院所也需做好風險管控，評估本身人力、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，讓孕產婦及時接受適切的照護。另外，後送責任醫療院所應強化備輸血流程、跨科別聯繫及緊急應變能力，在最短時間提供產後大出血患者合理處置，減少因持續出血所造成的傷害。

第三節 新生兒死亡分析

一、本年度案件統計與分析

109 年度受理之申請案中，新生兒死亡共審定 57 件申請案，其中 6 件因新生兒死亡與生產無因果關係，不予救濟。茲就核予救濟之 51 件新生兒死亡案件，依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

（一）機構層級

按發生生產事故之機構層級分析，以地區醫院 20 件最多，占 39.2%；其次爲區域醫院及診所各有 11 件，分別占 21.6%；醫學中心則有 9 件，占 17.6%，如圖 3-21。

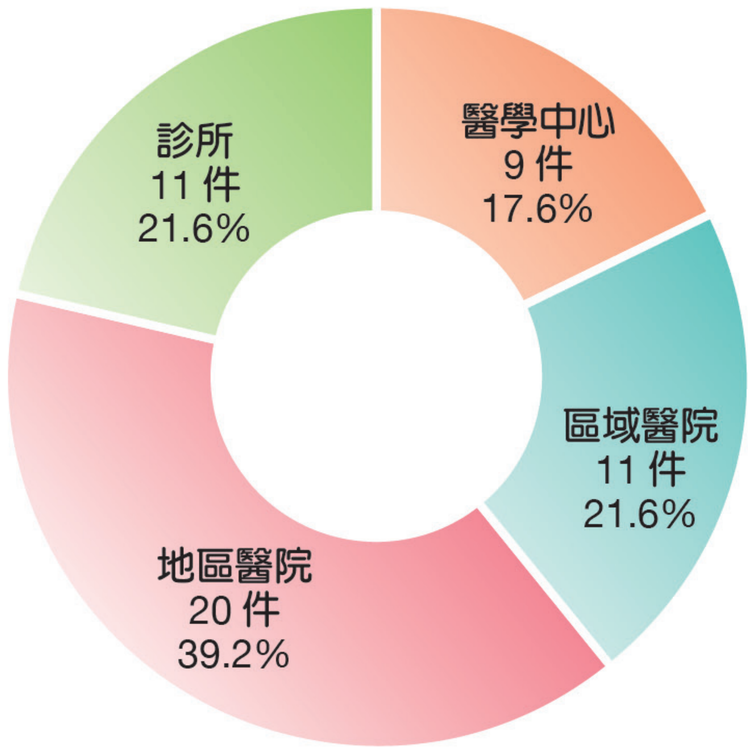


圖 3-21　109 年度新生兒死亡審定救濟案件機構層級分布

（二）區域分布

按健保分區分析，以臺北區有 18 件最多，占 35.3%；高屏區有 10 件，占 19.6%；南區及北區各有 8 件，分別占 15.7%；中區則有 7 件，占 13.7%，如圖 3-22。

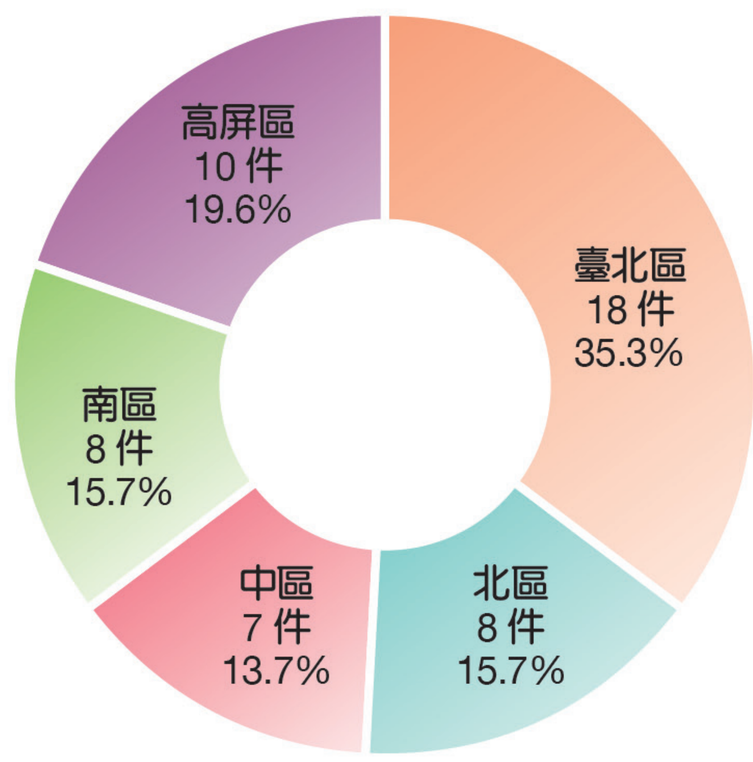


圖 3-22　109 年度新生兒死亡審定救濟案件區域分布

（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 30 件，占 58.8%；36 週以下（早產）生產案件共有 21 件，占 41.2%。案件數最多的爲 38 週，有 13 件，占 25.5%；其次爲 39 週，有 11 件，占 21.6%，如圖 3-23。

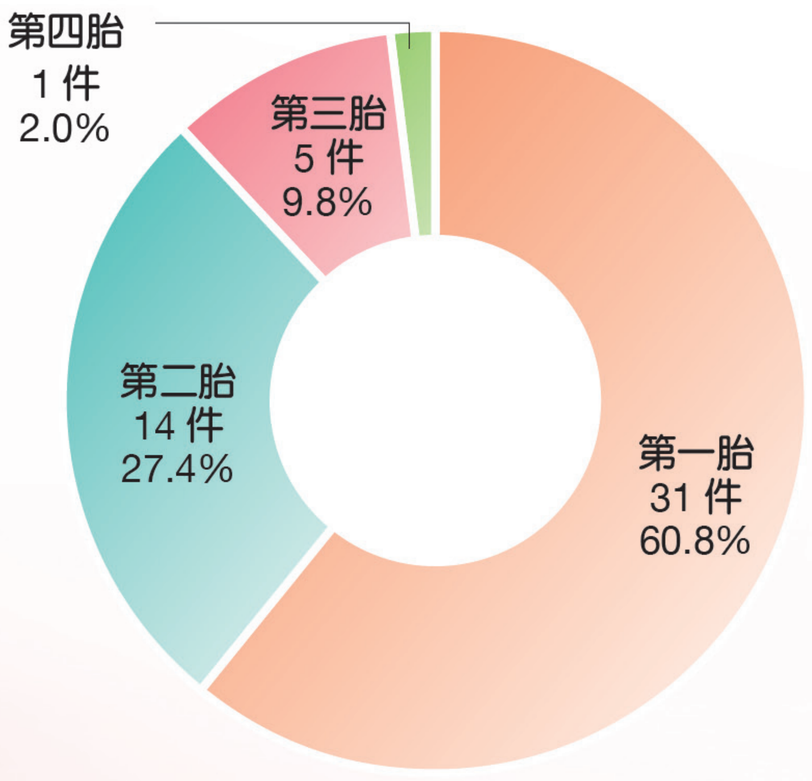


圖 3-24　109 年度新生兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

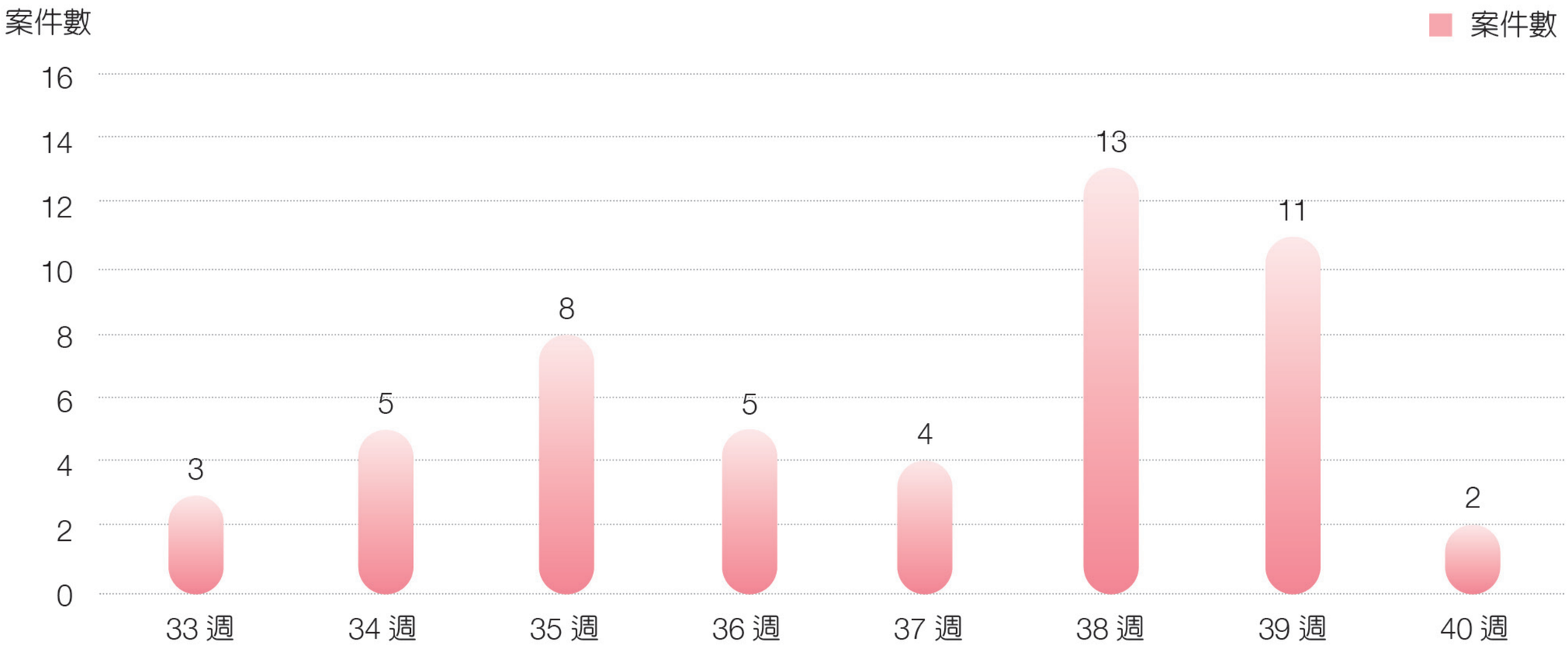


圖 3-23　109 年度新生兒死亡審定救濟案件妊娠週數分布

（四）妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第一胎最多，有 31 件，占 60.8%；其次爲第二胎有 14 件，占 27.4%；再者爲第三胎有 5 件，占 9.8%；第四胎有 1 件，占 2.0%，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 17 件，占 33.3%；36 ～ 40 歲次之，爲 16 件，占 31.4%；26 ～ 30 歲有 11 件，占 21.6%；小於 25 歲（含）有 5 件，占 9.8%；大於 40 歲則有 2 件，占 3.9%，如圖 3-25。

（六）事故原因

就新生兒死亡原因分析，前五大原因依序爲胎兒窘迫有 29 件次，占 56.9%；肺高壓 /

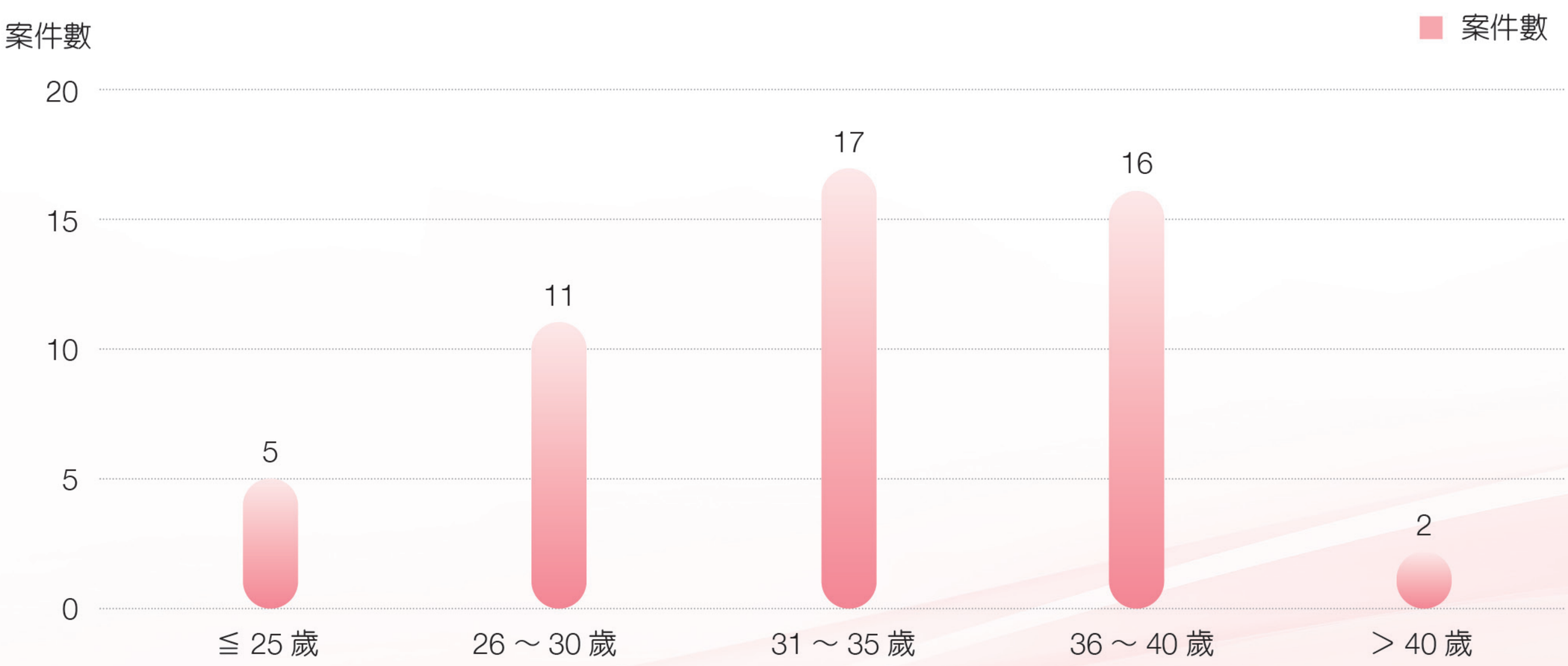


圖 3-25　109 年度新生兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布

肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫有 7 件次，占 13.7%；腦部出血、糖尿病 / 妊娠糖尿病、早期破水 / 早產分別有 5 件次，各占 9.8%；高血壓 / 妊娠高血壓、子宮破裂各 4 件次，各占 7.8%；臍繞頸 / 臍帶異常爲 3 件次，占 5.9%；胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色則有 2 件次，占 3.9%，如表 3-7。

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至 109 年底所受理之申請案中，新生兒死亡案件共計 213 件，其中 24 件與生產無因果關係，不予救濟。核予救濟之 189 件中，105 年度案件數較少，共 13 件；106 年度有 51 件；107 年度及 108 年度均爲 37 件；109 年度則有 51 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爲最大宗，有 59 件，占 31.2%；診所居次，有 57 件，占 30.2%；區域醫院則有 42 件，占 22.2%；醫學中心有 31 件，占 16.4%，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爲最大宗，有 57 件，占 30.2%；中區次之，共 36 件，占 19.0%；而高屏區有 34 件，占 18.0%；南區爲 32 件，占 16.9%；北區 28 件占 14.8%，東區最少，僅 2 件，占 1.1%，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

表 3-7　109 年新生兒死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 (註 1)	百分比 (註 2)
胎兒窘迫（產前窒息、產程胎兒窘迫）	29	56.9%
肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫	7	13.7%
腦部出血	5	9.8%
糖尿病 / 妊娠糖尿病	5	9.8%
早期破水 / 早產	5	9.8%
高血壓 / 妊娠高血壓	4	7.8%
子宮破裂	4	7.8%
臍繞頸 / 臍帶異常	3	5.9%
胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色	2	3.9%

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 109 年度新生兒死亡審定救濟案件數為母數計算。（N = 51）

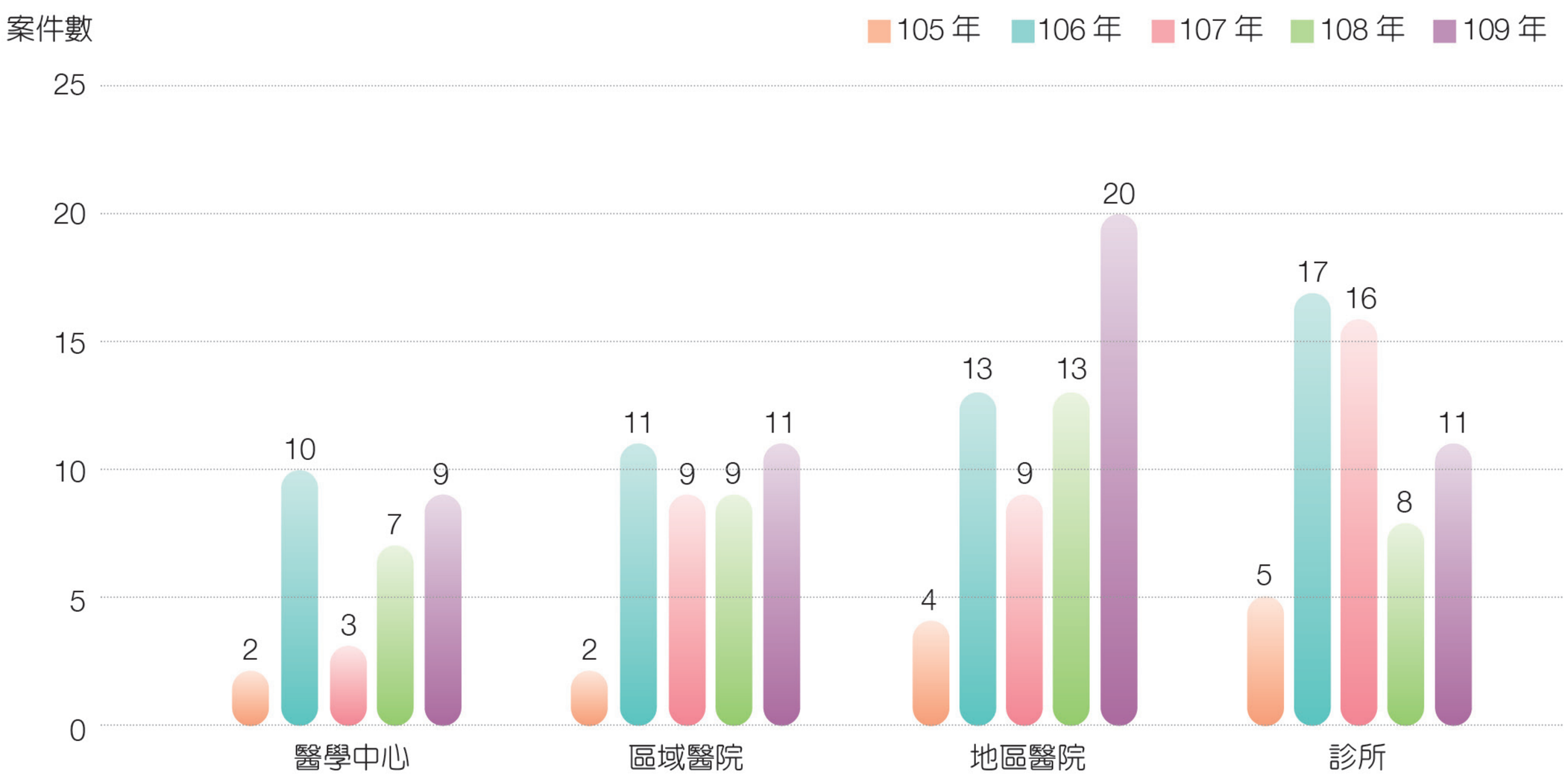


圖 3-26　105 ～ 109 年度新生兒死亡審定救濟案件機構層級分布

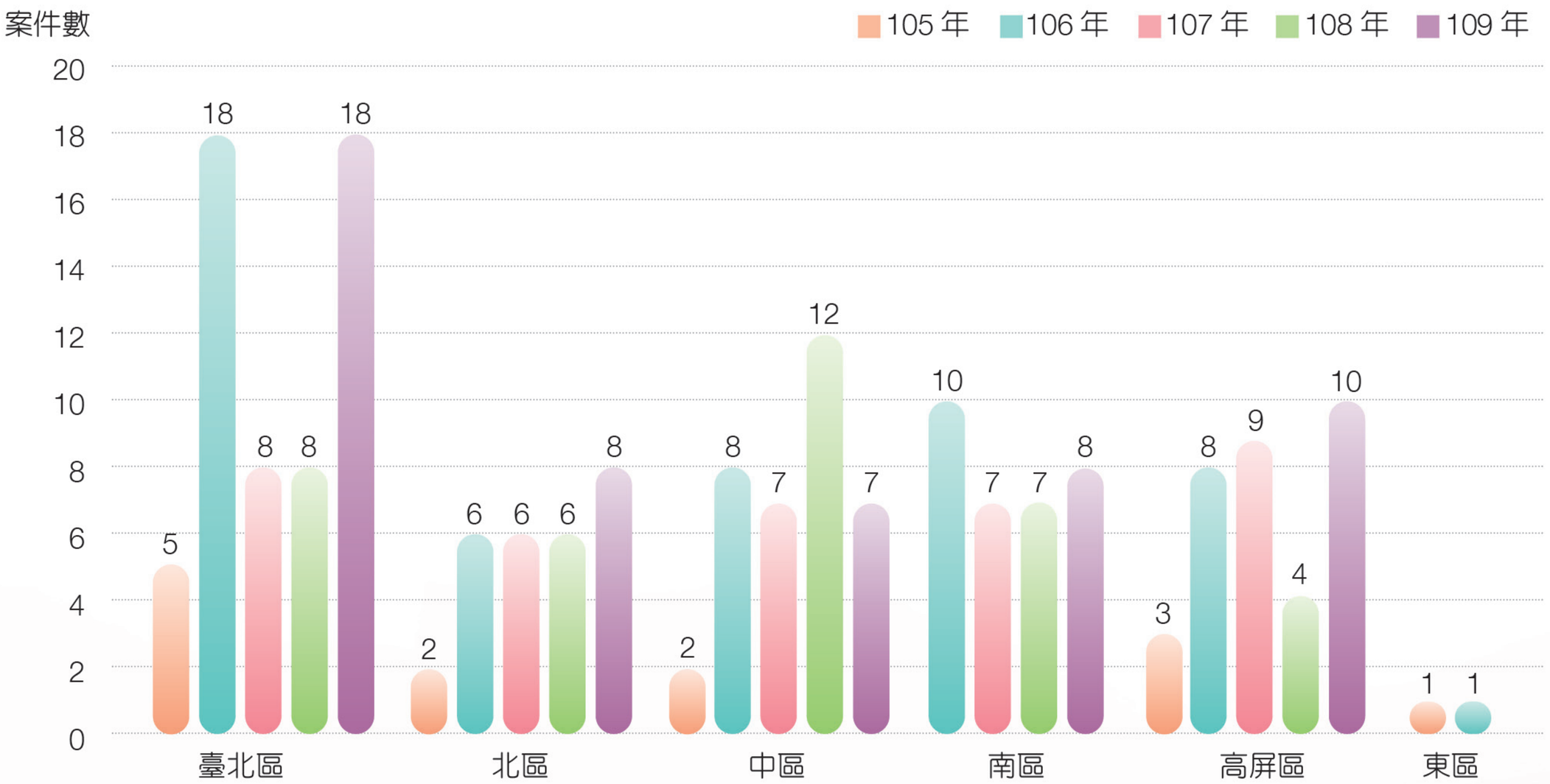


圖 3-27　105 ～ 109 年度新生兒死亡審定救濟案件區域分布

以上之足月生產案件有 136 件，占 71.9%；36 週以下（早產）生產案件有 53 件，占 28.1%。妊娠週數案件最多爲 38 週，共 49 件，占 25.9%；其次是 39 週有 35 件，占 18.5%。比較 106 ～ 109 年度，案件數最多之妊娠週數均爲 38 週，如圖 3-28。

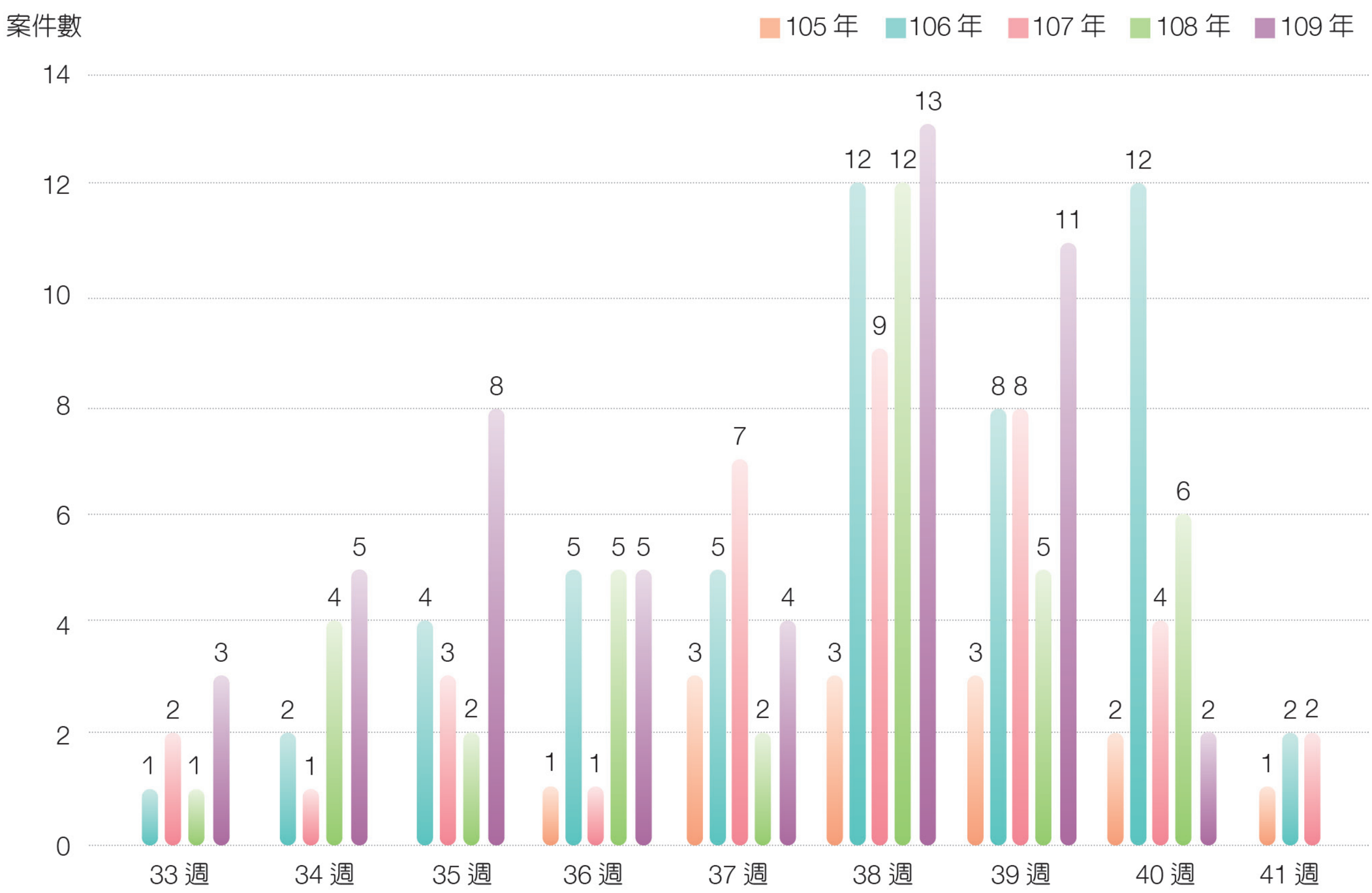


圖 3-28　105 ～ 109 年度新生兒死亡審定救濟案件妊娠週數分布

（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 108 件，占 57.1%；第二胎次之，共 57 件，占 30.2%；第三胎共 20 件，占 10.6%；第四胎有 4 件，占 2.1%，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 71 件，占 37.5%；36 ～ 40 歲次之，有 47 件，占 24.9%；26 ～ 30 歲有 40 件，占 21.2%；小於 25 歲（含）有 19 件，占 10.1%；大於 40 歲者有 12 件，占 6.3%。比較 106 ～ 109 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，其主要原因依序爲：胎兒窘迫（產前窒息、產程胎兒窘迫）計 116 件次，占 61.4%；胎盤早期剝離 58 件次，占 30.7%；肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫爲 36 件次，占 19.0%；胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色 32 件次，占 16.9%；高血壓 / 妊娠高血壓有 21 件次，占 11.1%。其餘原因依發生案件次爲：腦部出血、產程異常 / 產程延長、感染 / 周產期感染、臍帶異常 / 臍帶繞頸、子宮破裂、糖尿病 / 妊娠糖尿病、早期破水 / 早產、肩難產 / 臂神經損傷等，如表 3-8。

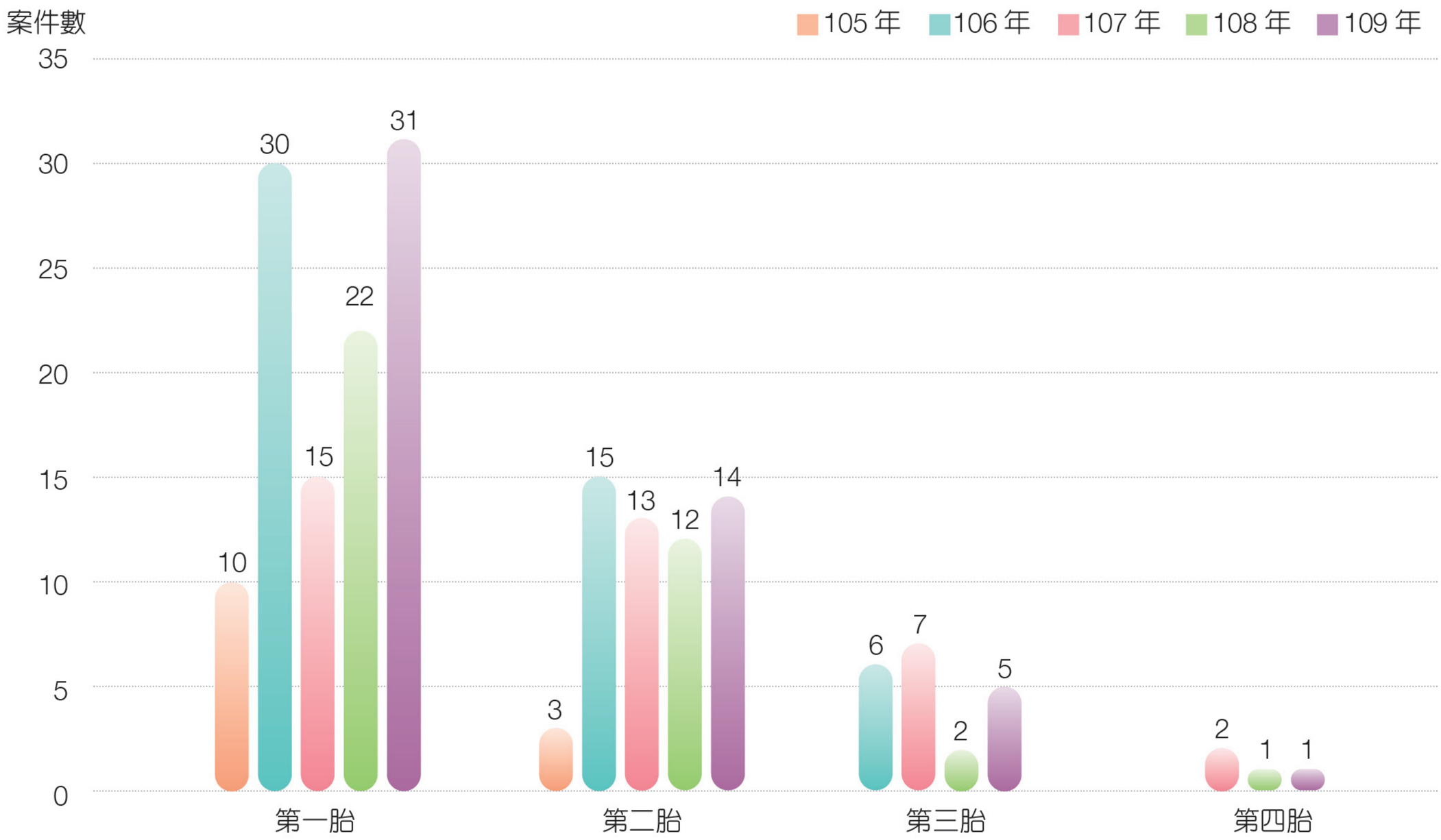


圖 3-29　105 ～ 109 年度新生兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

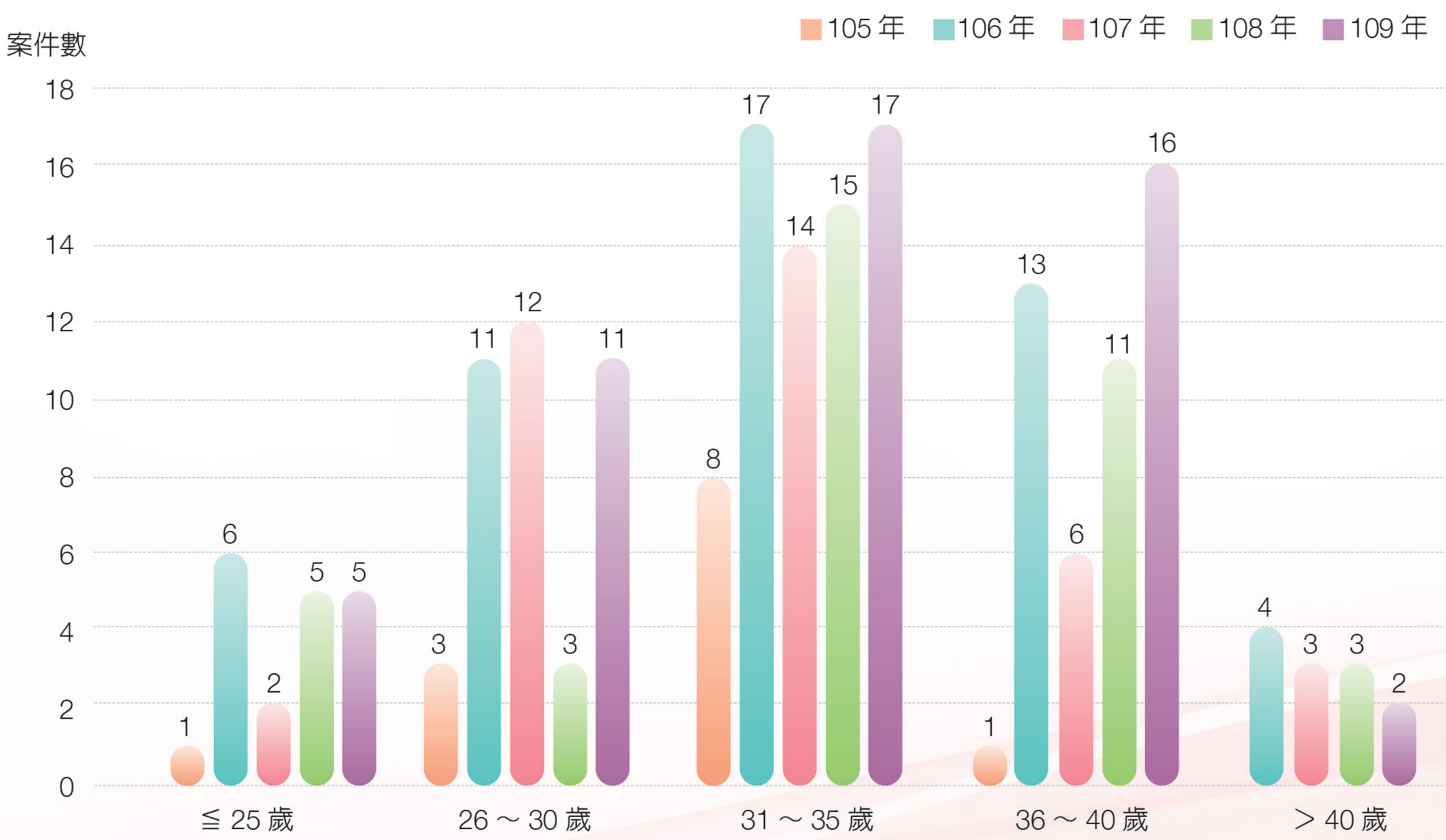


圖 3-30　105 ～ 109 年度新生兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布

表 3-8　105 ～ 109 年新生兒死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件次 (註 1)	百分比 (註 2)
胎兒窘迫（產前窒息、產程胎兒窘迫）	116	61.4%
胎盤早期剝離	58	30.7%
肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫	36	19.0%
胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色	32	16.9%
高血壓 / 妊娠高血壓	21	11.1%
腦部出血	14	7.4%
產程異常 / 產程延長	13	6.9%
感染 / 周產期感染	13	6.9%
臍帶繞頸 / 臍帶異常	12	6.3%
子宮破裂	10	5.3%
糖尿病 / 妊娠糖尿病	9	4.8%
早期破水 / 早產	8	4.2%
肩難產 / 臂神經損傷	7	3.7%

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 ～ 109 年度新生兒死亡審定救濟案件數為母數計算。（N = 189）

三、小結

新生兒死亡案件中，胎兒窘迫仍然是最主要的原因。除了持續強化產前辨識胎兒窘迫，及提升對新生兒之急救能力之外，需要針對可預防之事故原因加以預防。在「胎盤早期剝離」方面，產前應避免腹部劇烈碰撞，注意孕期之血壓控制及監測胎盤功能，教導孕產婦如有劇烈腹痛、陰道出血等症狀應及早就醫或生產，以避免遺憾；在「子宮破裂」之相關因素，產前應評估高危險因子，如有植入性胎盤或子宮曾接受多次手術者，應提早轉診至合適醫療機構，並規畫適當的生產時機；另催產藥物之選擇及使用應遵守用藥指引規範，減少藥物引起之併發症，高風險之孕產婦應考量適時適地分娩之可能性；而「糖尿病 / 妊娠糖尿病」的管控，應積極介入孕產婦之血糖控制及管理，適時給予藥物治療。在分娩後，須立即給予新生兒適當的緊急處理措施，於黃金時間內轉至合適的醫院接受治療。此外，亦須加強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 新生兒重大傷害分析

一、本年度案件統計與分析

109 年度受理之申請案中，新生兒重大傷害共審定 46 件，其中 16 件與生產無因果關係，不予救濟；核予救濟之 30 件中，中度身心障礙有 13 件、重度身心障礙有 11 件、極重度身心障礙有 6 件。茲就核予救濟之 30 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，診所及區域醫院分別有 9 件，各占 30.0%；醫學中心有 7 件，占 23.3%；地區醫院有 5 件，占 16.7%；如圖 3-31。

（二）區域分布

按健保分區分析，臺北區最多，有 10 件，占 33.3%；中區有 6 件，占 20.0%；北區 5 件，占 16.7%；高屏區有 4 件，占 13.3%；南區有 3 件，占 10.0%；東區則有 2 件，占 6.7%，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 24 件，占 80.0%；36 週以下（早產）生產案件共有 6 件，占 20.0%；案件數最多的爲 39 週，有 8 件，占 26.7%；其次爲 38 週，有 7 件，占 23.3%，如圖 3-33。

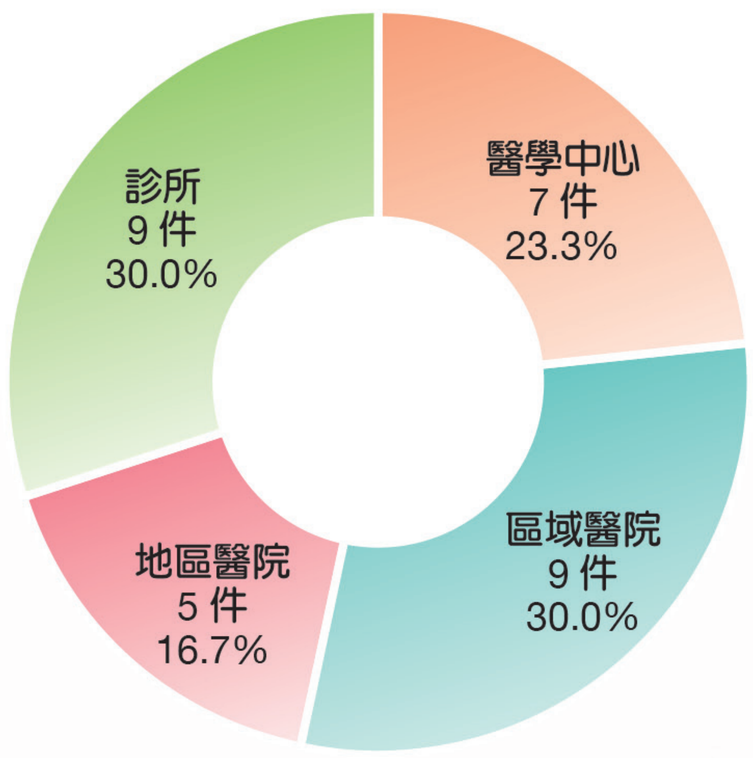


圖 3-31　109 年度新生兒重大傷害審定救濟案件機構層級分布

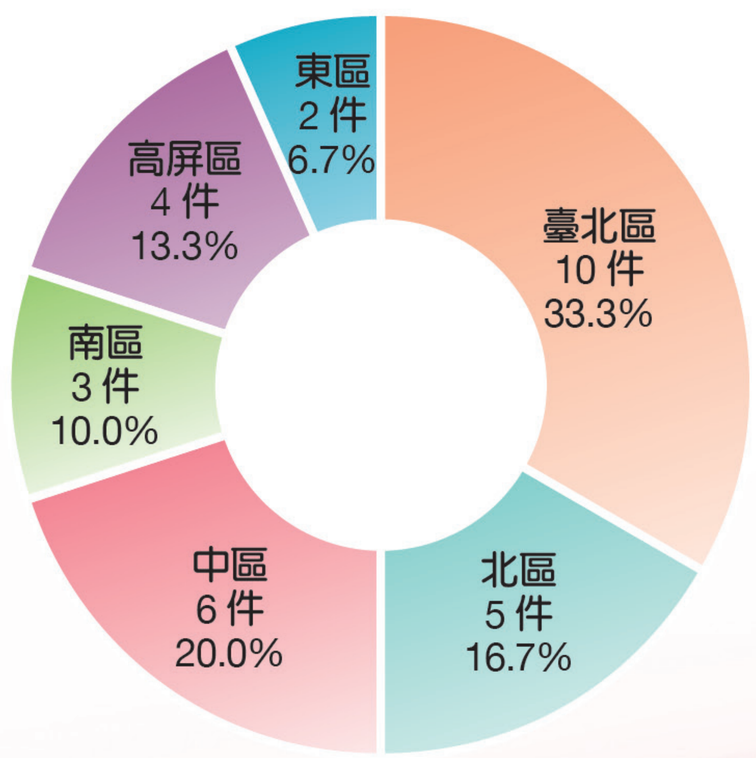


圖 3-32　109 年度新生兒重大傷害審定救濟案件區域分布

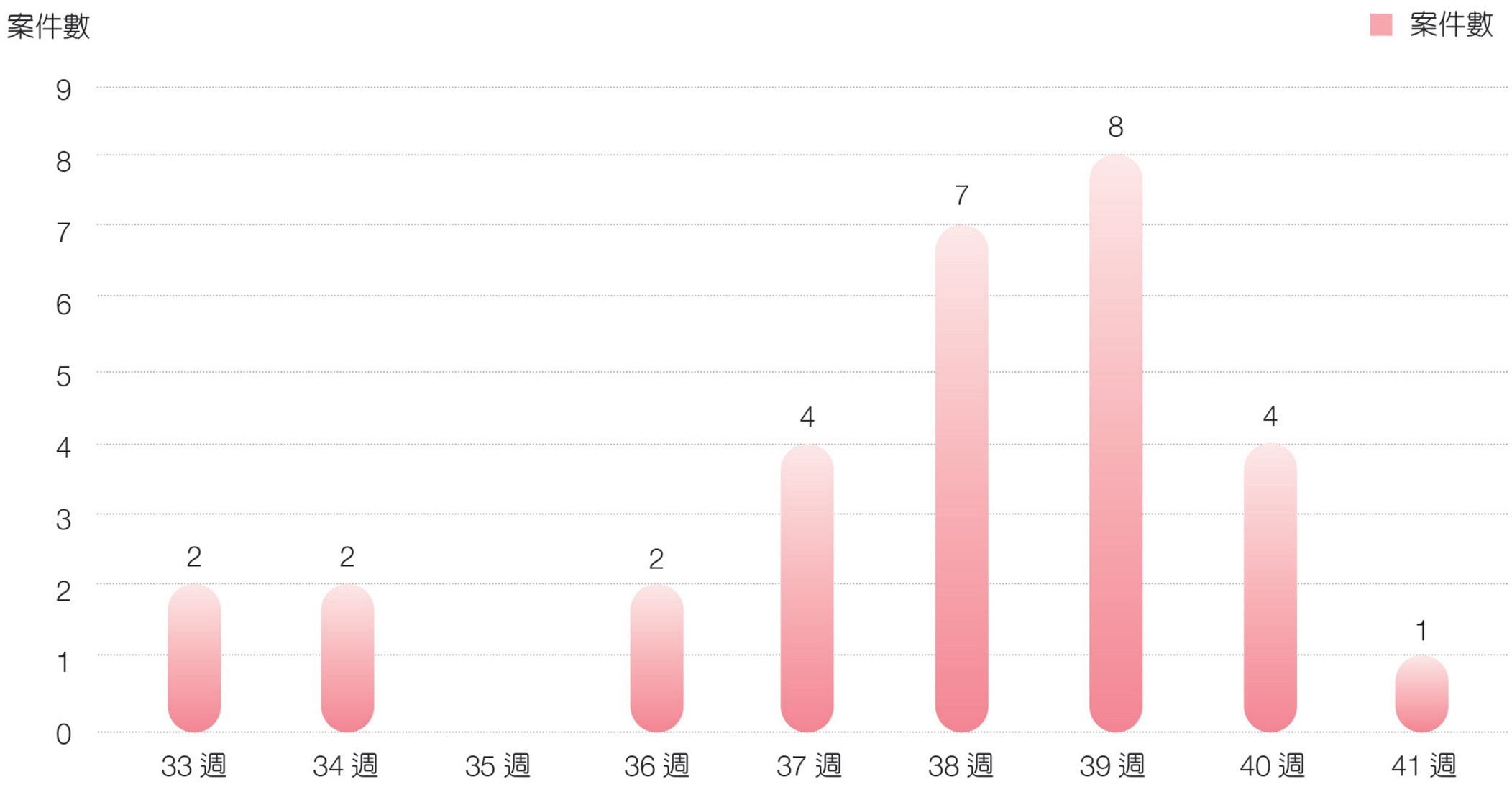


圖 3-33　109 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠週數分布

（四）妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第一胎最多，有 19 件，占 63.3%；其次爲第二胎有 8 件，占 26.7%；再者爲第三胎，有 2 件，占 6.7%，第五胎次有 1 件，占 3.3%；如圖 3-34。

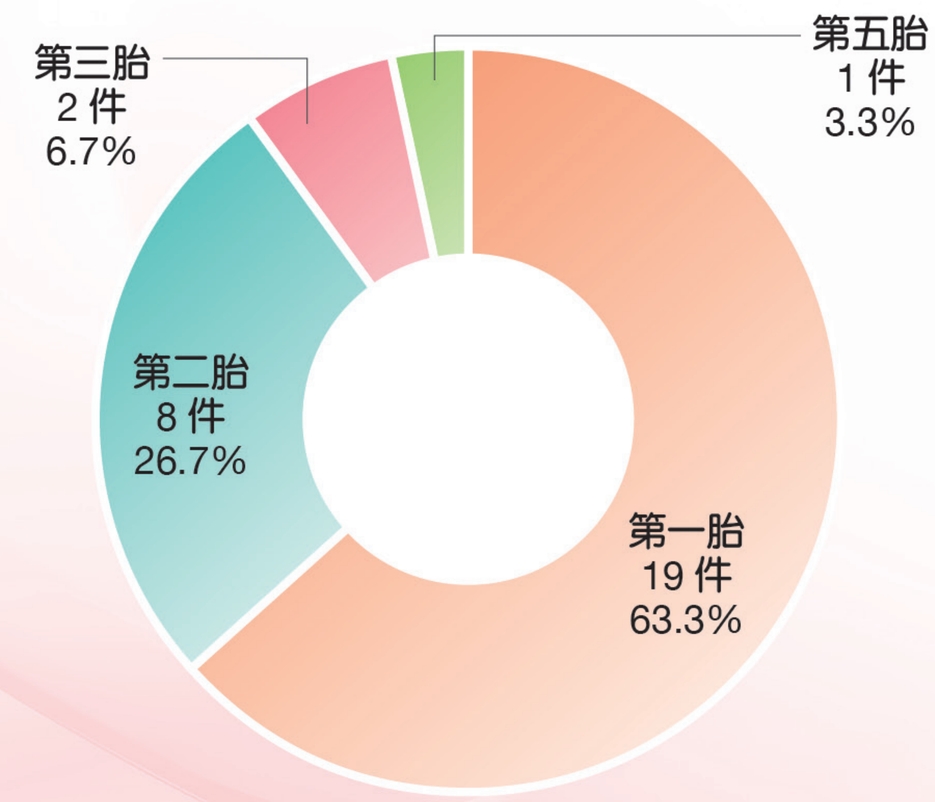


圖 3-34　109 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布

（五）生產年齡

按孕產婦生產年齡分析，以 36 ～ 40 歲居冠，共 12 件，占 40.0%；其次爲 31 ～ 35 歲有 9 件，占 30.0%；再者爲 26 ～ 30 歲有 5 件，占 16.7%；小於 25 歲（含）有 3 件，占 10.0%，大於 40 歲有 1 件，占 3.3%；如圖 3-35。

（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）爲最主要原因，有 20 件次，占 66.7%；其後爲胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色有 8 件，占 26.7%；肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫有 6 件，占 20%；肩難產 / 臂神經損傷有 5 件，占 16.7%；腦部出血有 4 件，占 13.3%；其他原因如表 3-9。

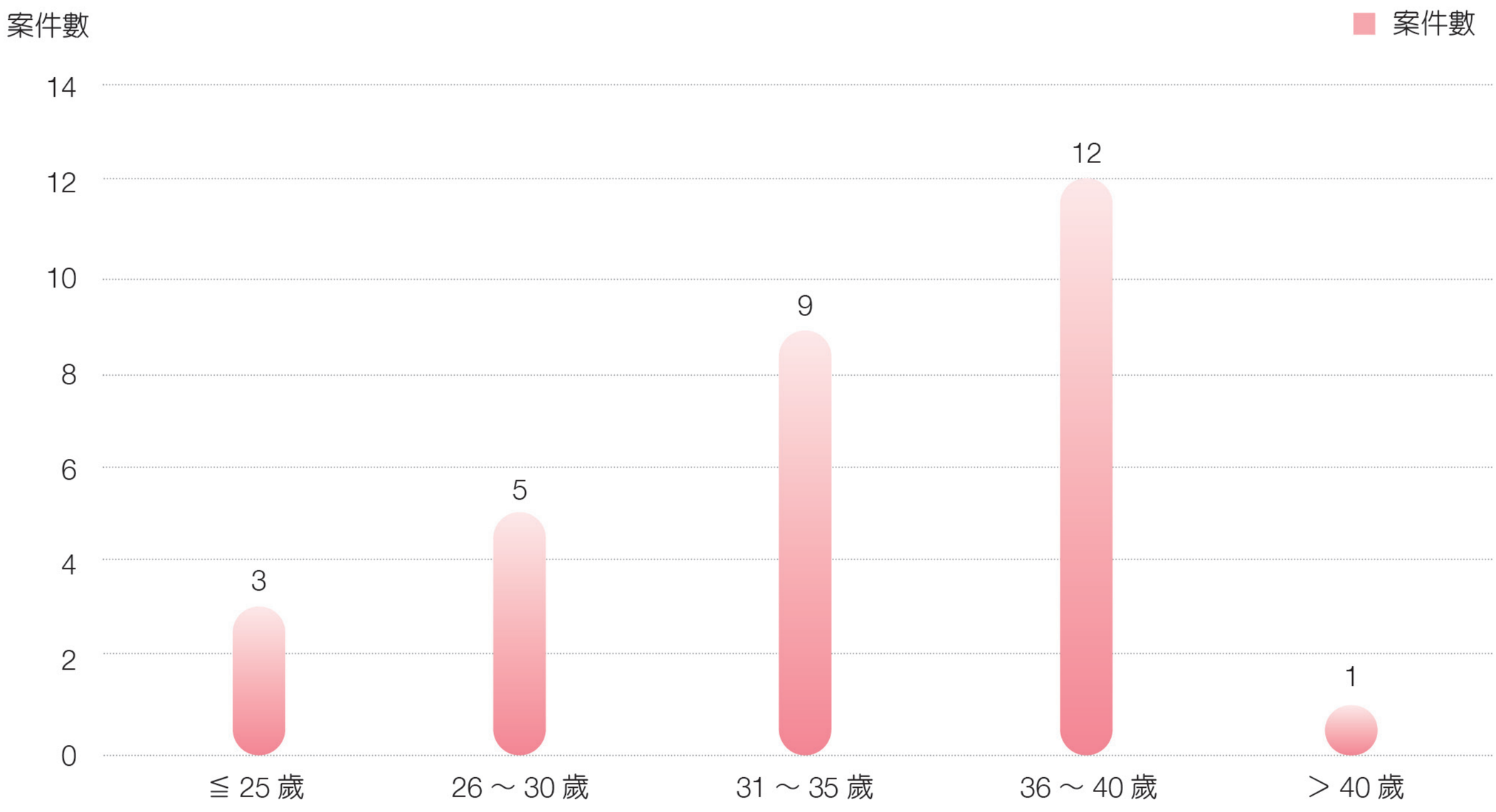


圖 3-35　109 年度新生兒重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

表 3-9　109 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）	20	66.7%
胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色	8	26.7%
肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫	6	20.0%
肩難產 / 臂神經損傷	5	16.7%
腦部出血	4	13.3%
臍帶繞頸 / 臍帶異常	3	10.0%
胎盤早期剝離	2	6.7%
感染	2	6.7%
高血壓 / 妊娠高血壓	2	6.7%

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 109 年度新生重大傷害審定救濟案件數為母數計算。（N = 30）

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至 109 年底所受理之申請案中，新生兒重大傷害案件共計 115 件，其中 28 件與生產無因果關係，不予救濟；核予救濟之 87 件中，中度身心障礙有 34 件、重度身心障礙有 38 件、極重度身心障礙有 15 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，以診所爲最大宗，有 28 件，占 32.2%；區域醫院次之，有 23 件，占 26.4%；醫學中心，有 18 件，占 20.7%；地區醫院，有 17 件，占 19.6%；發生在助產機構有 1 件，占 1.1%，與 105-108 年之趨勢相同，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爲最大宗，有 34 件，占 39.1%；高屏區次之，共 15 件，占 17.2%；而北區與中區相同各有 13 件，各占 15%；南區有 9 件，占 10.3%；東區最少，僅有 3 件，占 3.4%，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 70 件，占 80.5%；36 週以下（早產）生產案件，有 17 件，占 19.5%。妊娠週數案件最多爲 39 週，共 27 件，占 31.0%；其次是 38 週 21 件，占 24.1%，如圖 3-38。

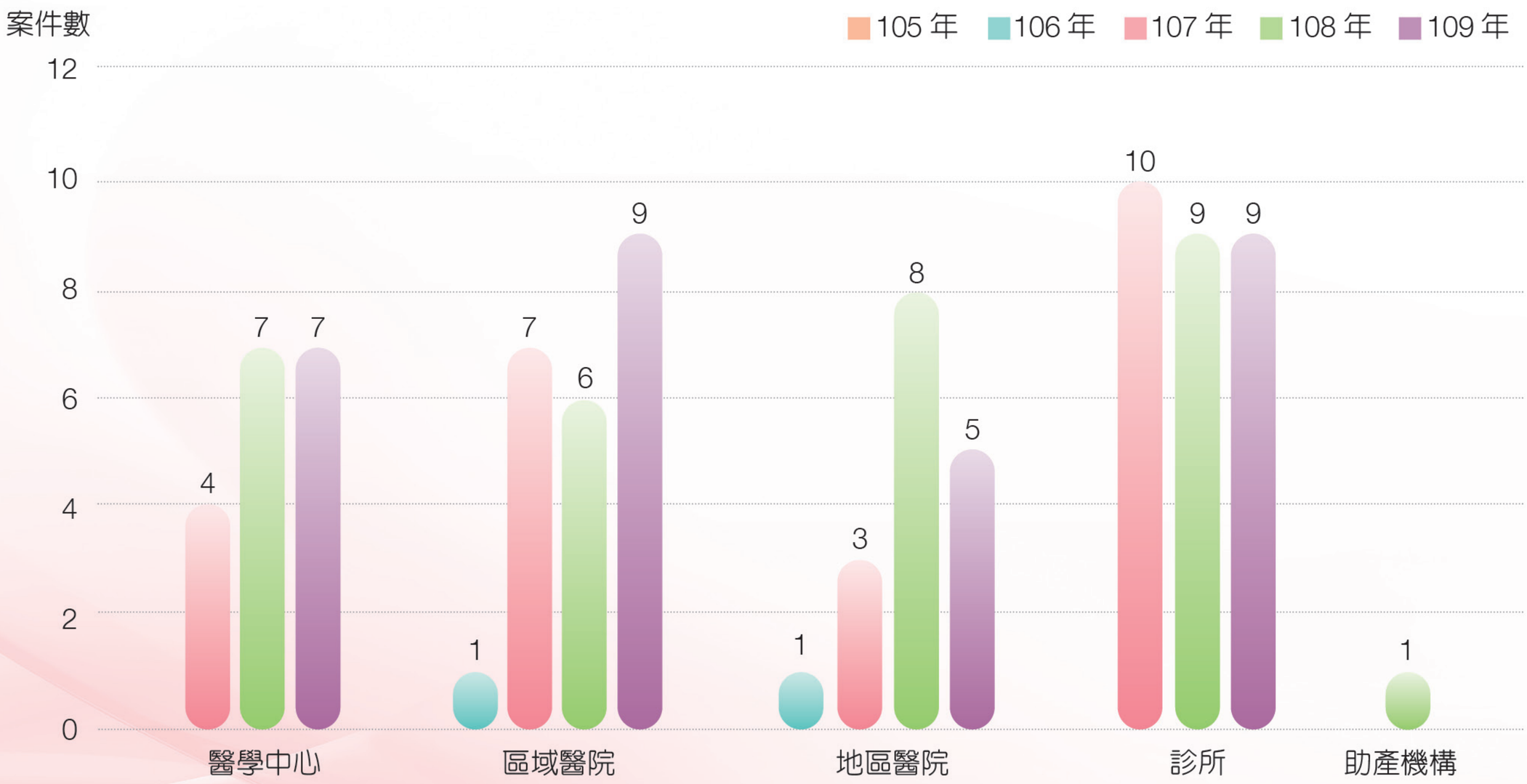


圖 3-36　105 ～ 109 年度新生兒重大傷害審定救濟案件機構層級分布



圖 3-37　105 ～ 109 年度新生兒重大傷害審定救濟案件區域分布

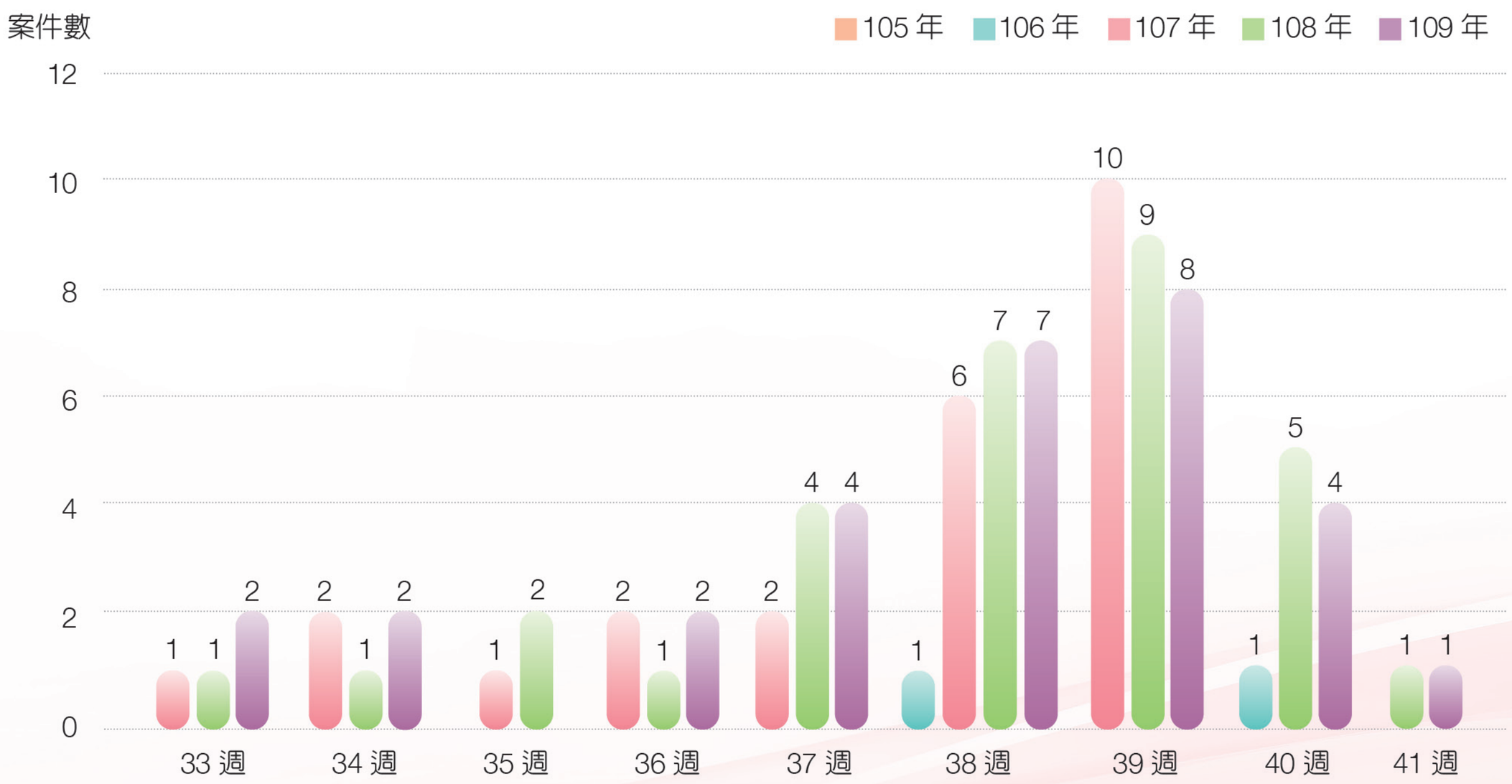


圖 3-38　105 ～ 109 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠週數分布

（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 54 件，占 62.2%；第二胎次之，共 28 件，占 32.2%；第三胎有 3 件，占 3.4%；第四胎與第五胎次各有 1 件，各占 1.1%，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 36 ～ 40 歲居冠，有 32 件，占 36.8%；31 ～ 35 歲有 24 件，占 27.6%；26 ～

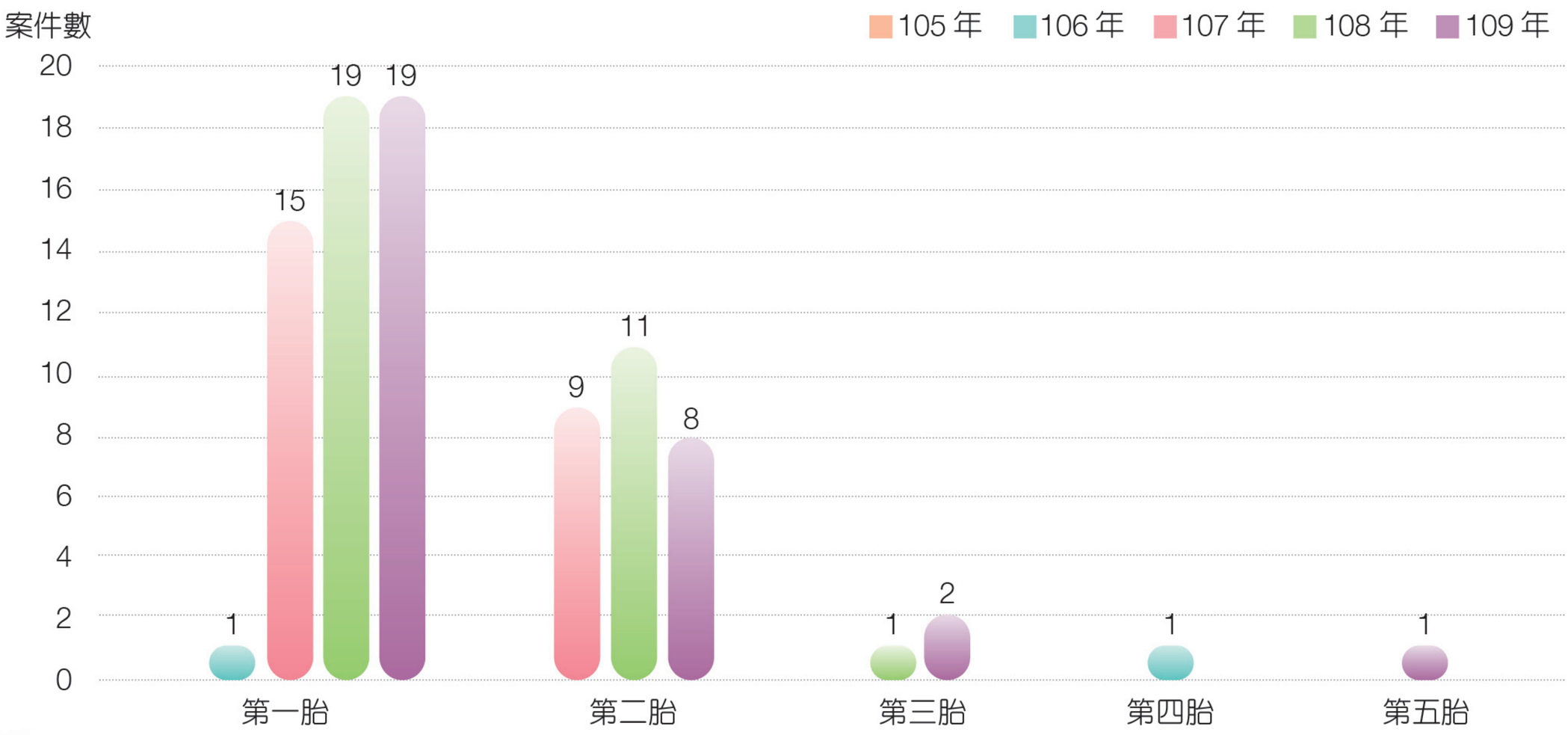


圖 3-39　105 ～ 109 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布

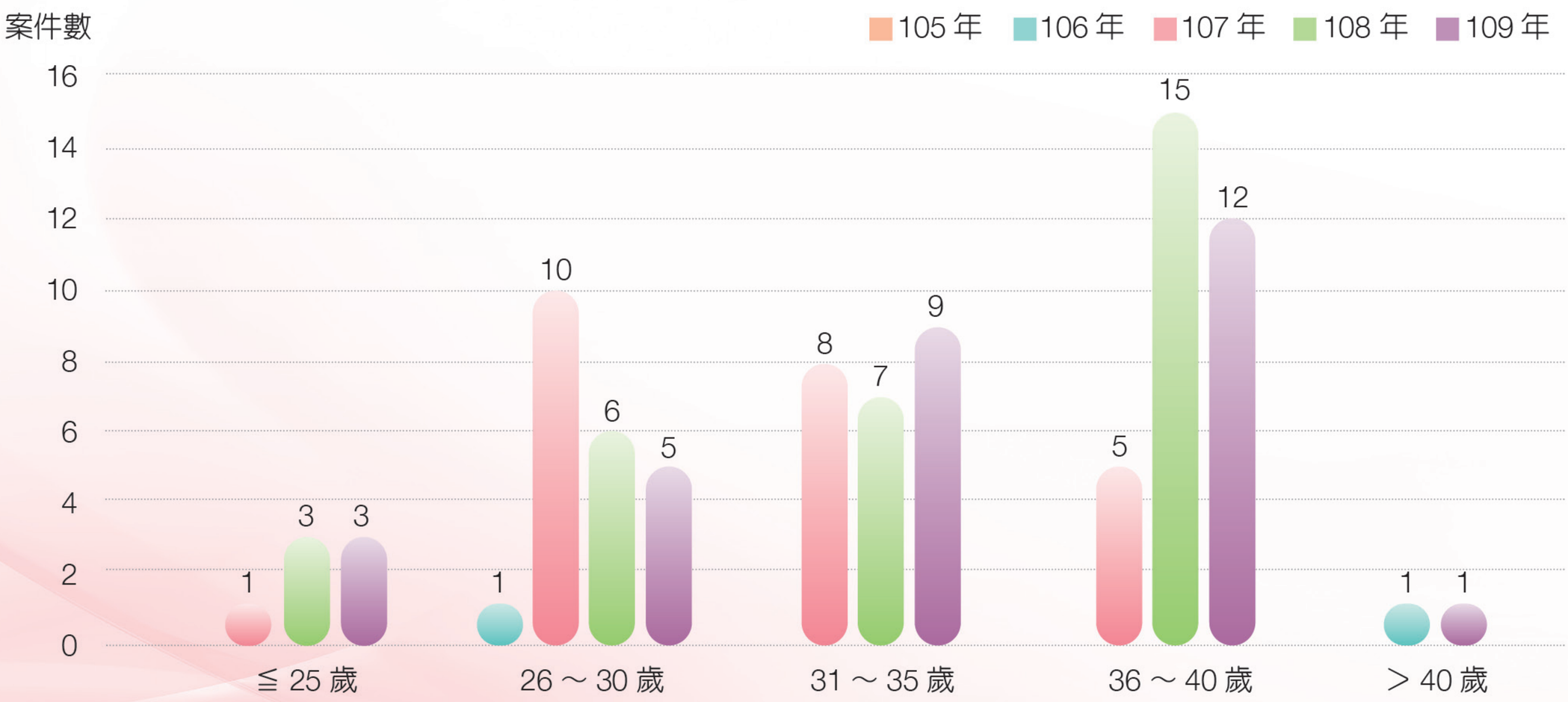


圖 3-40　105 ～ 109 年度新生兒重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

30 歲有 22 件，占 25.3%；小於 25 歲（含）有 7 件，占 8.0%；大於 40 歲者有 2 件，占 2.3%，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爲：胎兒窘迫（產前窒息、產程胎兒窘迫）有 50 件，占 57.5%；肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫有 22 件，占 25.3%；胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色爲 19 件，占 21.8%；腦部出血爲 12 件次，占 13.8%；高血壓 / 妊娠高血壓與胎盤早期剝離各爲 11 件次，各占 12.6%。其餘原因依發生案件如表 3-10。

三、小結

歷年來新生兒重大傷害案件中，仍以胎兒窘迫導致窒息，接續引發缺氧事件，產生腦部損傷之病變爲最主要的事故原因。醫療院所除了具備新生兒之緊急設備之外，針對新生兒呼吸道之建立機制及心肺循環改善問題，強化人員之緊急處理能力，建立完善的跨科別支援系統，提供必要的緊急照護模式。此外，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，透過周產期的完整照護，才能改善新生兒之預後及發展，進而保障後續的生活照護品質。

表 3-10　105 ～ 109 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）	50	57.5%
肺高壓 / 肺出血 / 肺擴張不全 / 呼吸窘迫	22	25.3%
胎便吸入症候群 / 羊水胎便染色	19	21.8%
腦部出血	12	13.8%
胎盤早期剝離	11	12.6%
高血壓 / 妊娠高血壓	11	12.6%
臍帶繞頸 / 臍帶異常	8	9.2%
肩難產 / 臂神經損傷	8	9.2%
產程異常 / 產程延長	4	4.6%
缺血缺氧腦病變	4	4.6%
感染	3	3.4%

註 1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。
註 2：以 105 ～ 109 年度新生重大傷害審定救濟案件數為母數計算。（N = 87）

第五節 胎兒死亡案件分析

一、本年度案件統計與分析

109 年度受理之申請案中，胎兒死亡案件共計 158 件，其中 4 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 154 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 43 件，占 27.8%；區域醫院有 41 件，占 26.7%；地區醫院有 41 件，占 26.7%；診所有 29 件，占 18.8%，如圖 3-41。

（二）區域分布

按健保分區分析，臺北區有 42 件，占 27.3%；中區有 39 件，占 25.3%；南區有 27 件，占 17.5%；北區有 21 件，占 13.6%；高屏區有 20 件，占 13.0%；東區有 5 件，占 3.3%，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 76 件，占 49.4%；36 週以下（早產）生產案件共有 78 件，占 50.6%，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 86 件，占 55.9%；其次爲第二胎有 44 件，占

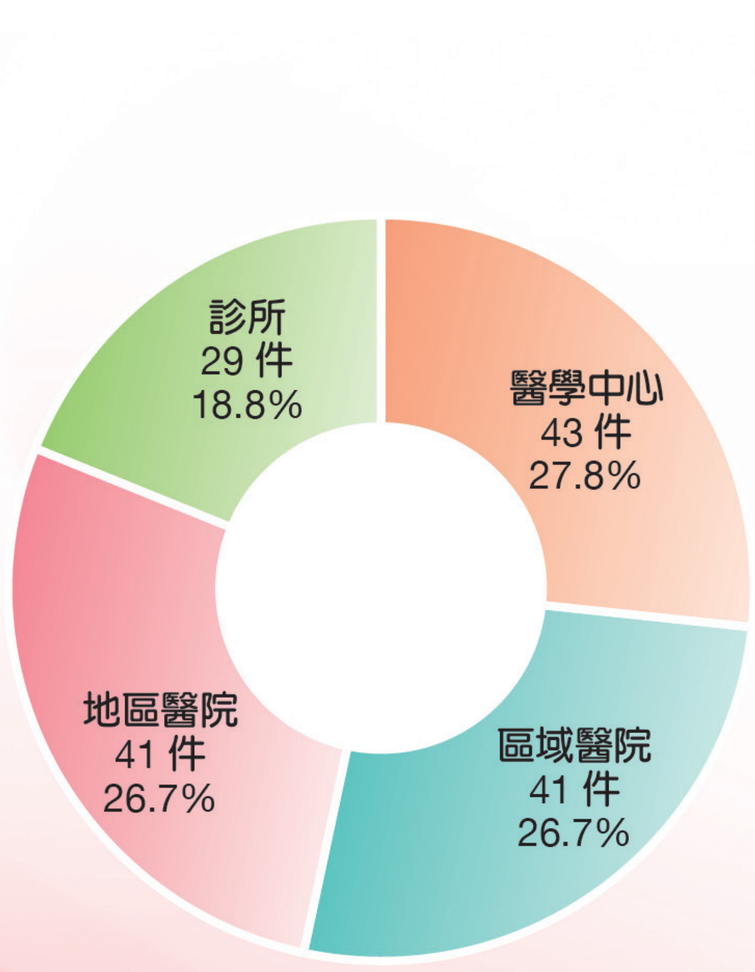


圖 3-41　109 年度胎兒死亡審定救濟案件機構層級分布

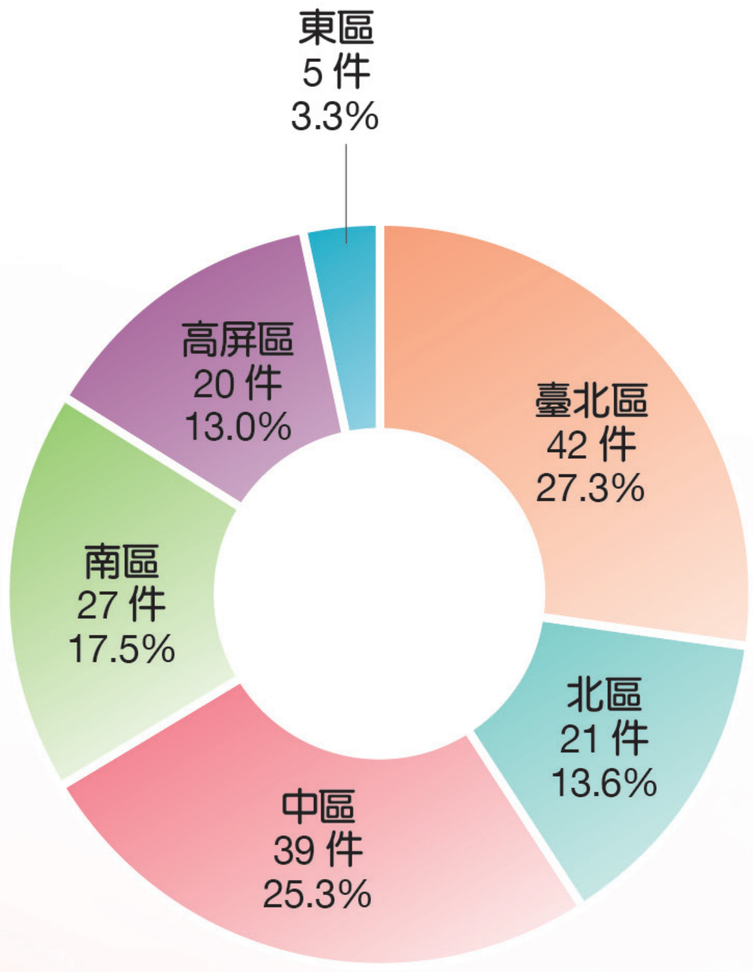


圖 3-42　109 年度胎兒死亡審定救濟案件區域分布

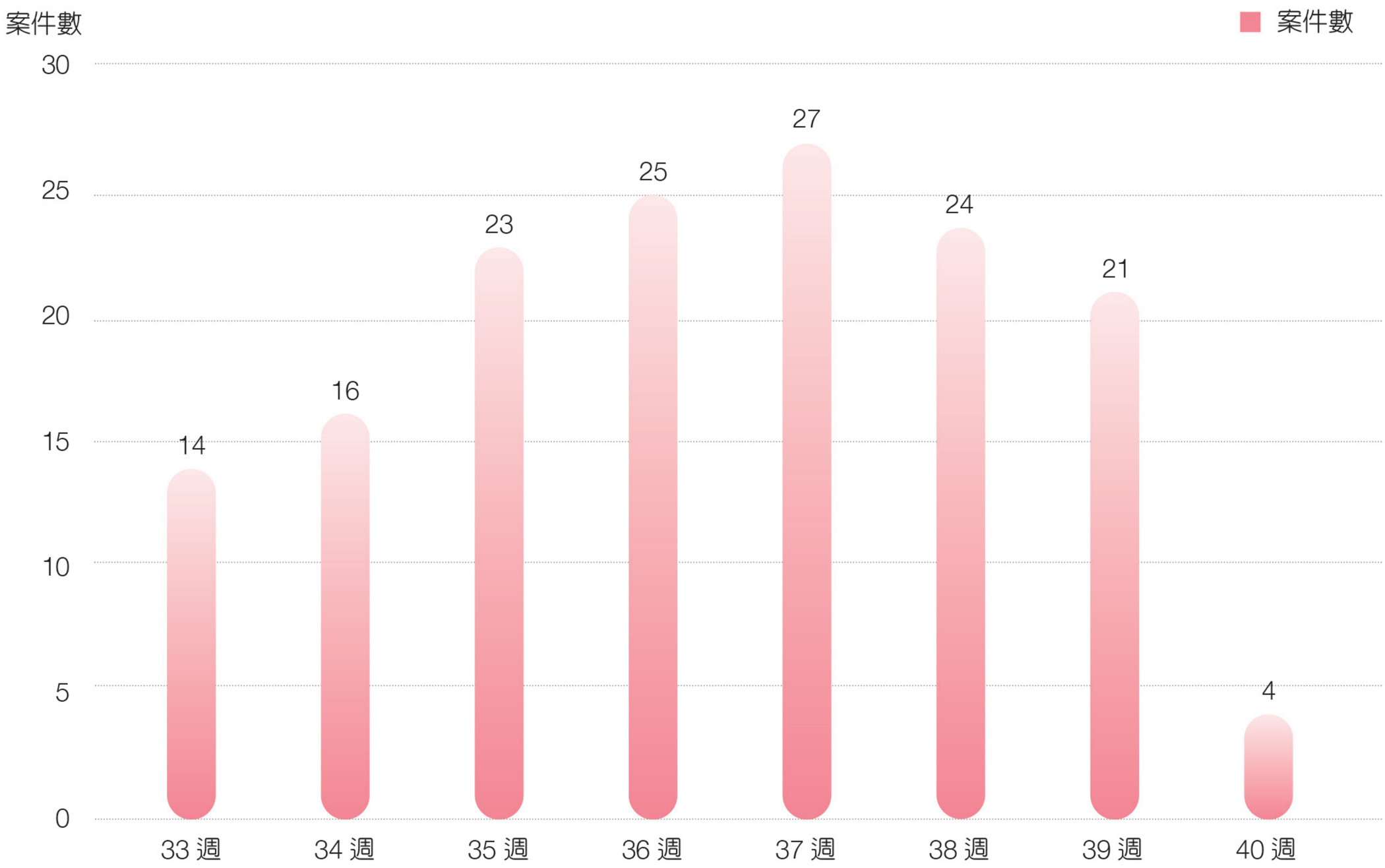


圖 3-43　109 年度胎兒死亡審定救濟案件妊娠週數分布

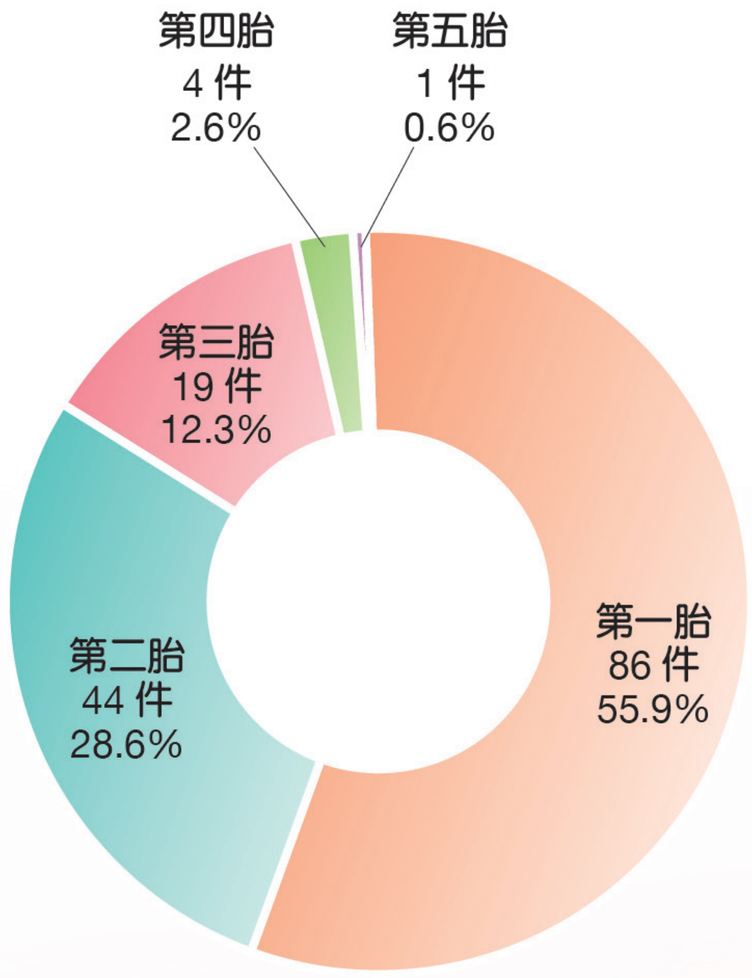


圖 3-44　109 年度胎兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

28.6%；再者爲第三胎有 19 件，占 12.3%；第四胎以上有 5 件，占 3.2%，如圖 3-44。

（五）生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析，以 36 ～ 40 歲居冠，有 48 件，占 31.2%；其次爲 31 ～ 35 歲有 45 件，占 29.2%；26 ～ 30 歲有 38 件，占 24.7%；小於 25 歲（含）及大於 40 歲分別爲 19 件、4 件，各占 12.3%、2.6%，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，但以臍繞頸 / 臍帶異常 / 臍帶意外事

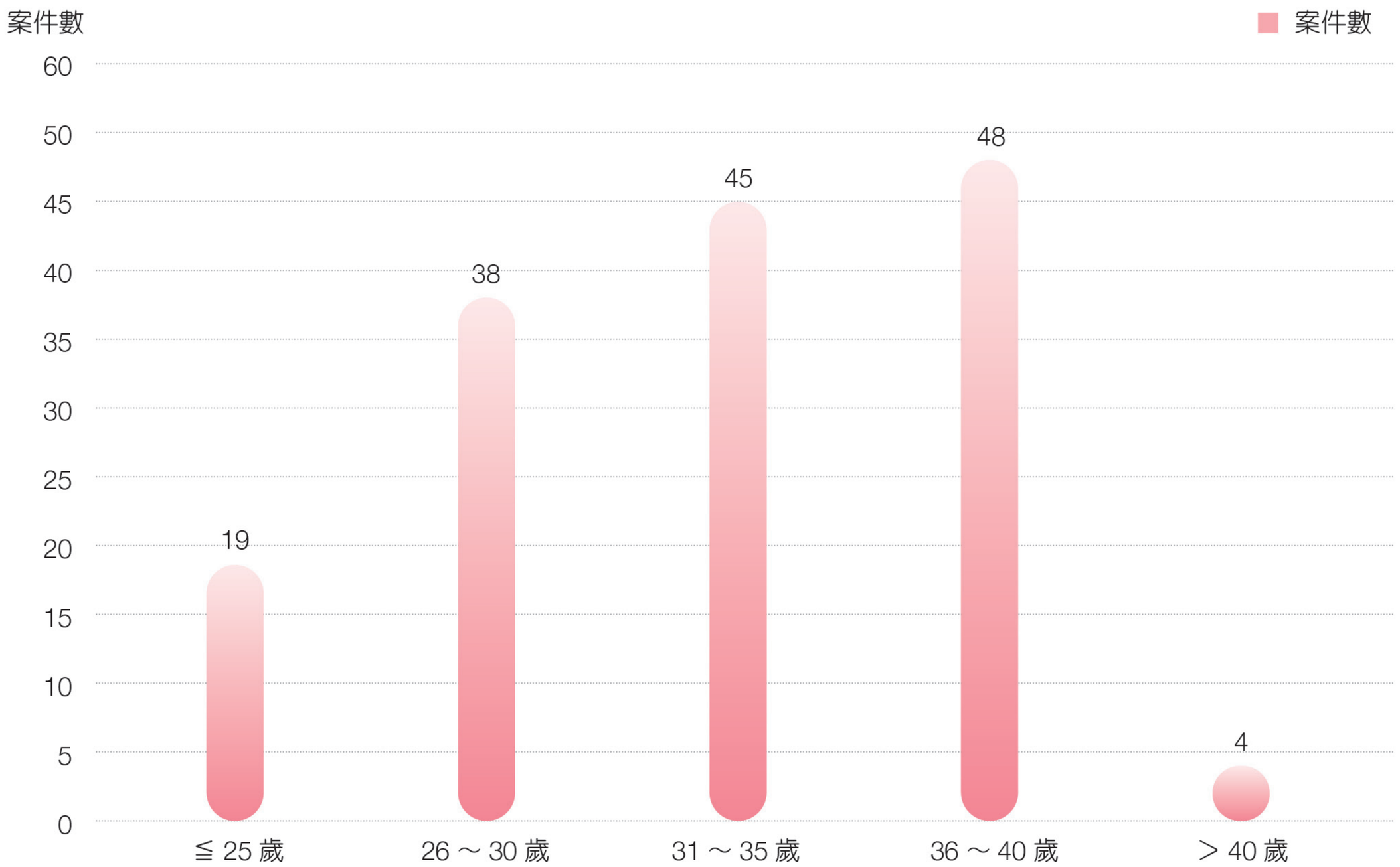


圖 3-45　109 年度胎兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布

故等爲最多，有 45 件次，占 29.2%；其他依序爲：不明原因死胎（子宮內胎兒死亡），有 42 件次，占 27.3%；胎盤早期剝離有 32 件次，占 20.8%；胎盤功能不全有 28 件次，占 18.2%；高血壓 / 妊娠高血壓有 26 件次，占 16.9%；糖尿病 / 妊娠糖尿病有 15 件次，占 9.7%；胎兒窘迫有 10 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 109 年底所受理之申請案中，胎兒死亡案件共計 554 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 543 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，以醫學中心爲最大宗，有 169 件，占 31.1%； 地區醫院居次，有 150 件，占 27.6%；區域醫院則有 118 件，占 21.7%；診所有 105 件，占 19.4%；助產機構有 1 件，占 0.2%。109 年度各機構層級之案件數呈現上升狀況，105 ～ 109 年度各層級機構分布則呈現相似狀況，如圖 3-46。

表 3-11　109 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）
臍繞頸 / 臍帶異常 / 臍帶意外事故	45	29.2%
不明原因死胎（子宮內胎兒死亡）	42	27.3%
胎盤早期剝離	32	20.8%
胎盤功能不全	28	18.2%
高血壓 / 妊娠高血壓	26	16.9%
糖尿病 / 妊娠糖尿病	15	9.7%
胎兒窘迫	10	6.5%
感染	6	3.9%
子宮破裂	6	3.9%
羊水過少	2	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 109 年度胎兒死亡審定救濟案件數為母數計算。（N=154）

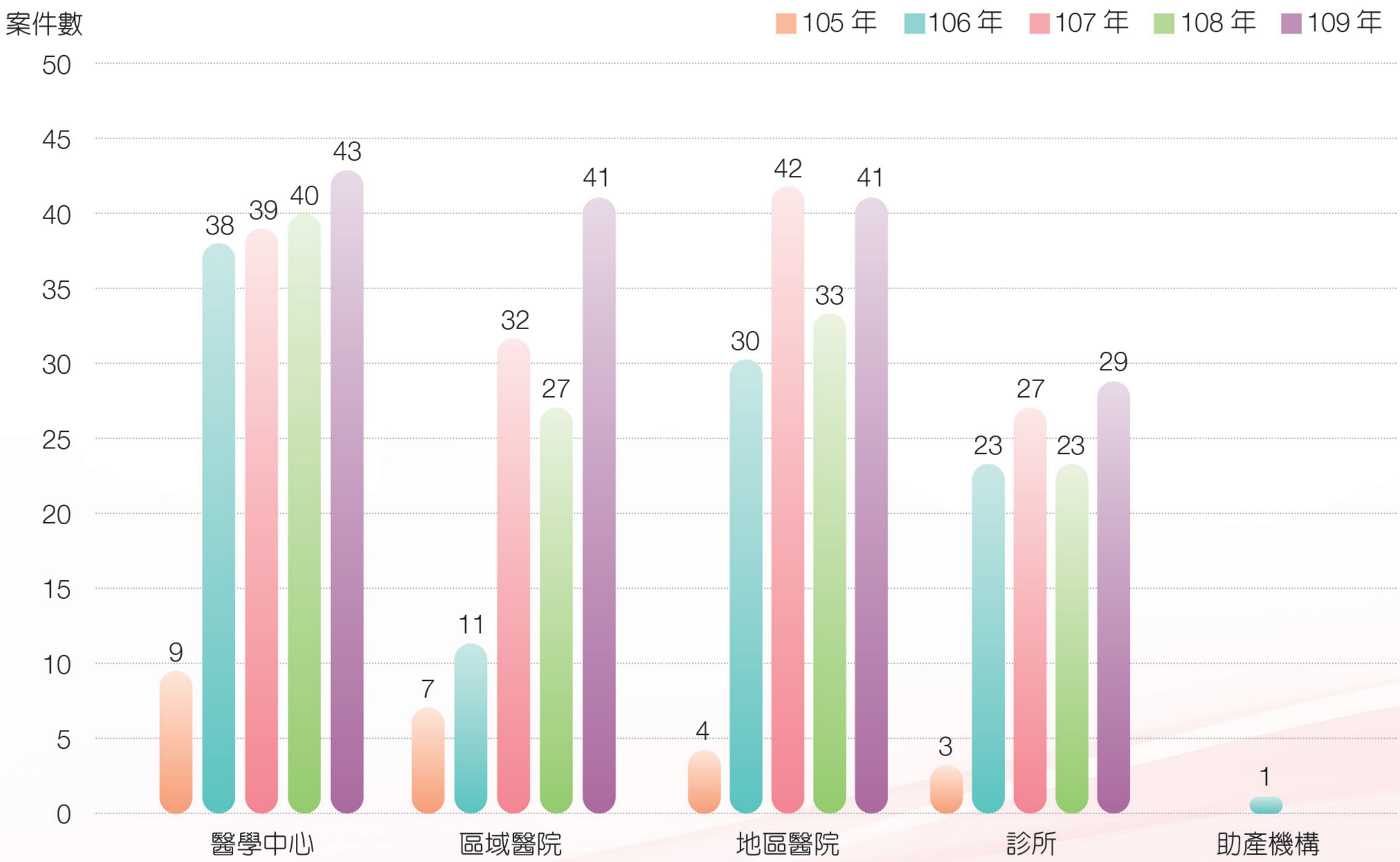


圖 3-46　105 ～ 109 年度胎兒死亡審定救濟案件機構層級分布

（二）區域分布

按年度及健保分區分析，以臺北區爲最大宗，有 151 件，占 27.8%；東區 9 件最少，占 1.7%。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爲 48 件，爲兩年半來最高，108 年度則有明顯減少。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，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 290 件，占 53.4%；36 週以下（早產）生產案件，有 253 件，占 46.6%。累積案件數最多者爲 38 週，共 99 件，占 18.3%；其次爲 36 週有 88 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；109 年度則以 37 週案件數量最高，有 27 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 315 件，占 58.0%。而在高妊娠胎次部分，106 年度各有 1 件爲第四胎、第六胎；107 年度有 2 件爲第四胎、1 件爲第五胎；108 年度有 2 件爲第四胎；109 年度則有 4 件爲第四胎、1 件爲第五胎，如圖 3-49。

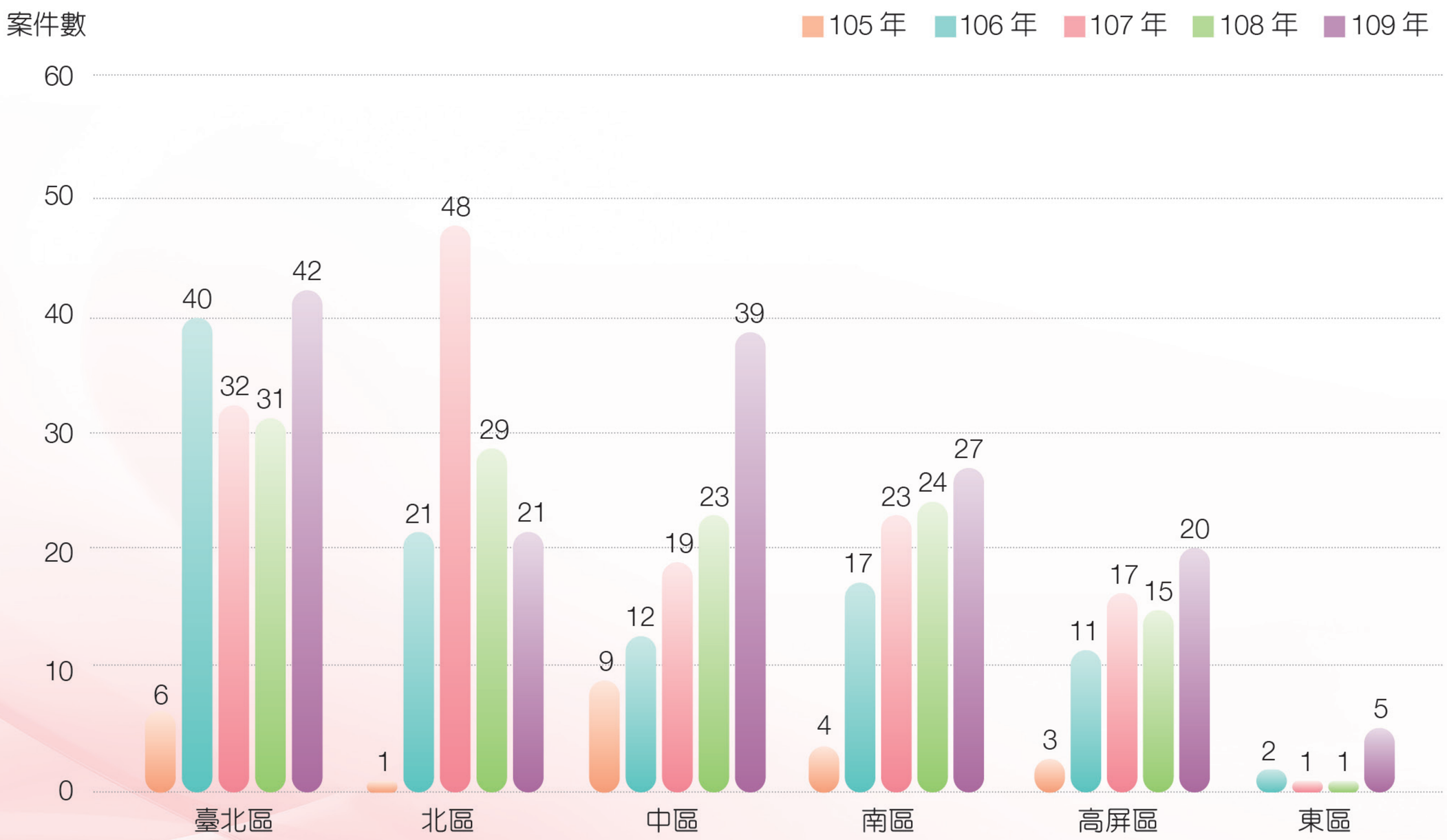


圖 3-47　105 ～ 109 年度胎兒死亡審定救濟案件區域分布



圖 3-48　105 ～ 109 年度胎兒死亡審定救濟案件妊娠週數分布

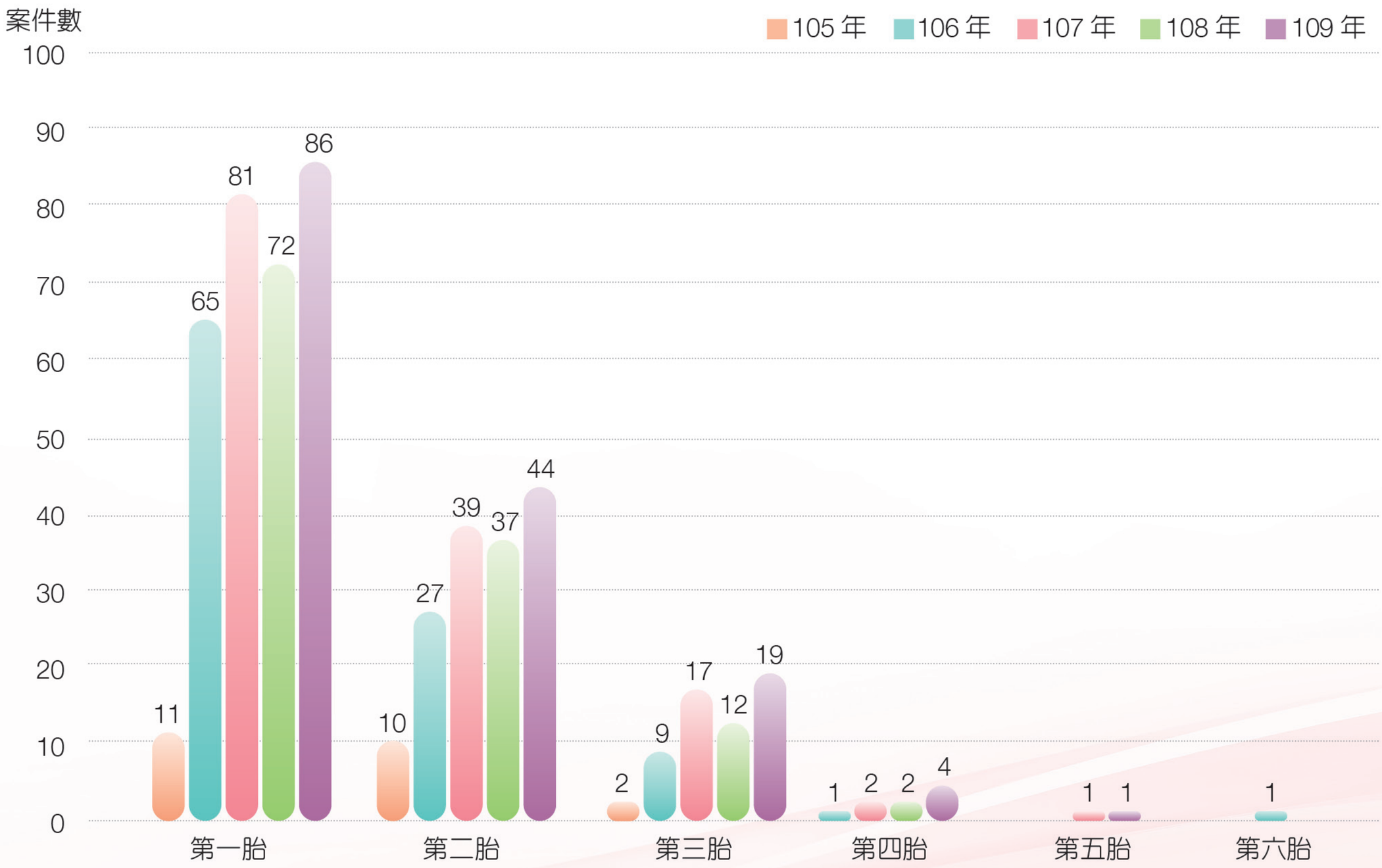


圖 3-49　105 ～ 109 年度胎兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

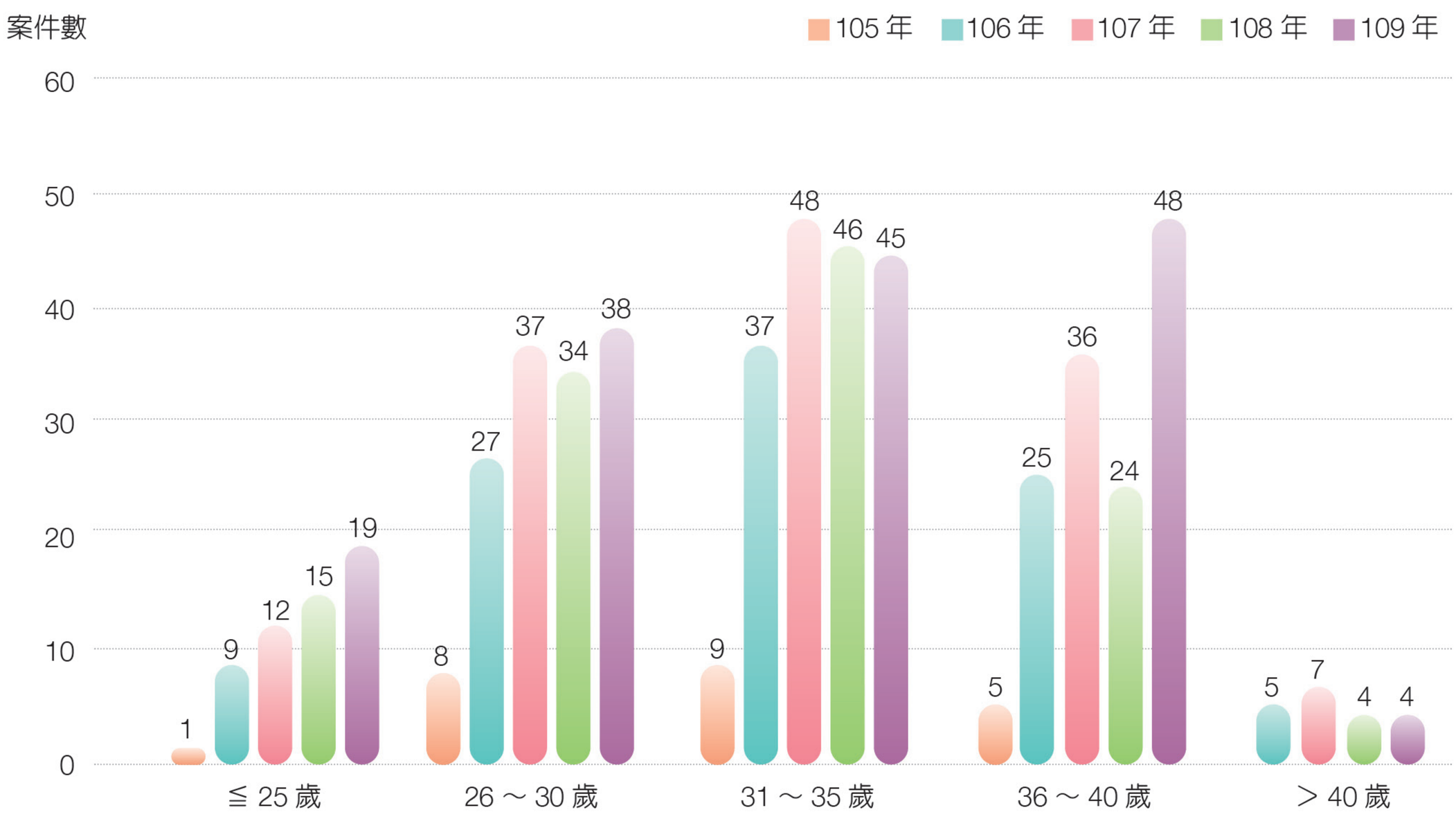


圖 3-50　105 ～ 109 年度胎兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布

表 3-12　105 ～ 109 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）	233	42.9%
臍繞頸 / 臍帶異常 / 臍帶意外事故	139	25.6%
胎盤早期剝離	135	24.9%
高血壓 / 妊娠高血壓	95	17.5%
胎盤功能不全	63	11.6%
糖尿病 / 妊娠糖尿病	44	8.1%
胎兒窘迫	40	7.4%
感染	16	2.9%
前置胎盤	15	2.8%
子宮破裂	12	2.2%
胎兒生長遲滯	9	1.7%

註 1：生產事故案件大多為多重原因導致之結果，「案件次」之統計為複選。
註 2：以 105 ～ 09 年度孕產婦死亡審定救濟案件數為母數計算。（N = 543）

（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 185 件，占 34.1%。105 至 108 各年度皆多分布於 31 ～ 35 歲，109 年度則爲 36 ～ 40 歲最多，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）爲最多，有 233 件次，占 42.9%；其他原因包括：臍繞頸 / 臍帶異常 / 臍帶意外事故等有 139 件，占 25.6%；胎盤早期剝離有 135 件次，占 24.9%；高血壓 / 妊娠高血壓有 95 件次，占 17.5%；胎盤功能不全有 63 件次，占 11.6%；糖尿病 / 妊娠糖尿病有 44 件次，占 8.1%；胎兒窘迫有 40 件次，占 7.4%，如表 3-12。

三、小結

胎兒死亡案件之不明原因死胎的比例逐漸下降，臍帶繞頸 / 臍帶異常 / 臍帶意外事故成爲 109 年最常見之原因，約有三成。以歷年案件之妊娠週數分析，妊娠 37 週以上（足月生產）占 53.4%；33 ～ 36 週（早產）占 46.6%。針對接近足月週數個案，建議採取積極措施爲胎兒爭取機會，應教導孕婦每日進行自我胎動觀察，如遇異常狀況則盡速就醫。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。此外，進一步分析孕婦生產年齡，109 年度落在 36 ～ 40 歲的個案數已超越 31 ～ 35 歲之個案數，應加強高齡孕產婦之內外科合併症評估與處置，以減少因合併症而發生胎兒死亡的機率。



肆

生產事故學習與改善

依歷年報告結果發現，孕產婦死亡之主要原因依序爲疑似或確診爲羊水栓塞、產前或產後大出血、肺部栓塞或血管栓塞。本部針對上開主要原因，找出避免之可能相關因素，並與台灣婦產科醫學會合作推動相關預防措施。

在可避免之相關因素方面，針對孕產婦肺部靜脈栓塞之預防，台灣婦產科醫學會於今年 7 月推出並發放避免產後靜脈栓塞及肺栓塞（Reduce Obstetric Pulmonary Embolism，ROPE）之「安產御守小卡」，內容包含了風險等級及建議處置、警示作用之危險症狀描述，著重於提醒高風險產婦產後應穿著彈性襪，剖腹產者 24 小時內應下床等相關建議措施；推出至今已有超過 108 家醫療機構索取。此外，針對高危險妊娠產婦，公告「孕產婦周產期轉診計畫書」，提供完整的轉診內容以利孕產婦延續性照護。

在孕產期安胎或催產藥物之安全使用規範上，邀集台灣婦產科醫學會及相關領域學者專家共同研議，針對 Misoprostol（Cytotec®）研擬產科使用指引及知情同意書；此外，在藥物安全使用方面，發展「安胎藥物 Yutopar 注意事項」，內容包括使用時應監測孕產婦心電圖、安全使用劑量範圍及相關禁忌症等，上述之孕產婦藥物使用相關指引及注意事項皆已於台灣婦產科醫學會網站上公告，週知並提供臨



圖 4-1　台灣婦產科醫學會推出「安產御守小卡」

床醫療人員使用，並安排繼續教育訓練課程，以減少發生藥物使用之併發症，提供孕產婦更安全之生產照護環境。

就產科安全風險管控部分，本部透過自105年條例施行後累積近5年之生產事故事件通報資料，發展出結構性且全面性的風險預防措施。爲協助國內機構建立風險管控措施，於今年度委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，收集美國、英國等國外文獻、參考國內生產事故通報及救濟資料庫，邀集國內專家學者組成專案小組，共同研擬國內的生產高風險項目，經多次專家會議討論後，參考產婦及新生兒死亡/重大傷害及胎兒死亡的主要原因列出生產六大相關高風險項目，分別爲：一、妊娠高血壓、子癲前症。二、植入性胎盤、前置胎盤。三、胎盤早期剝離。

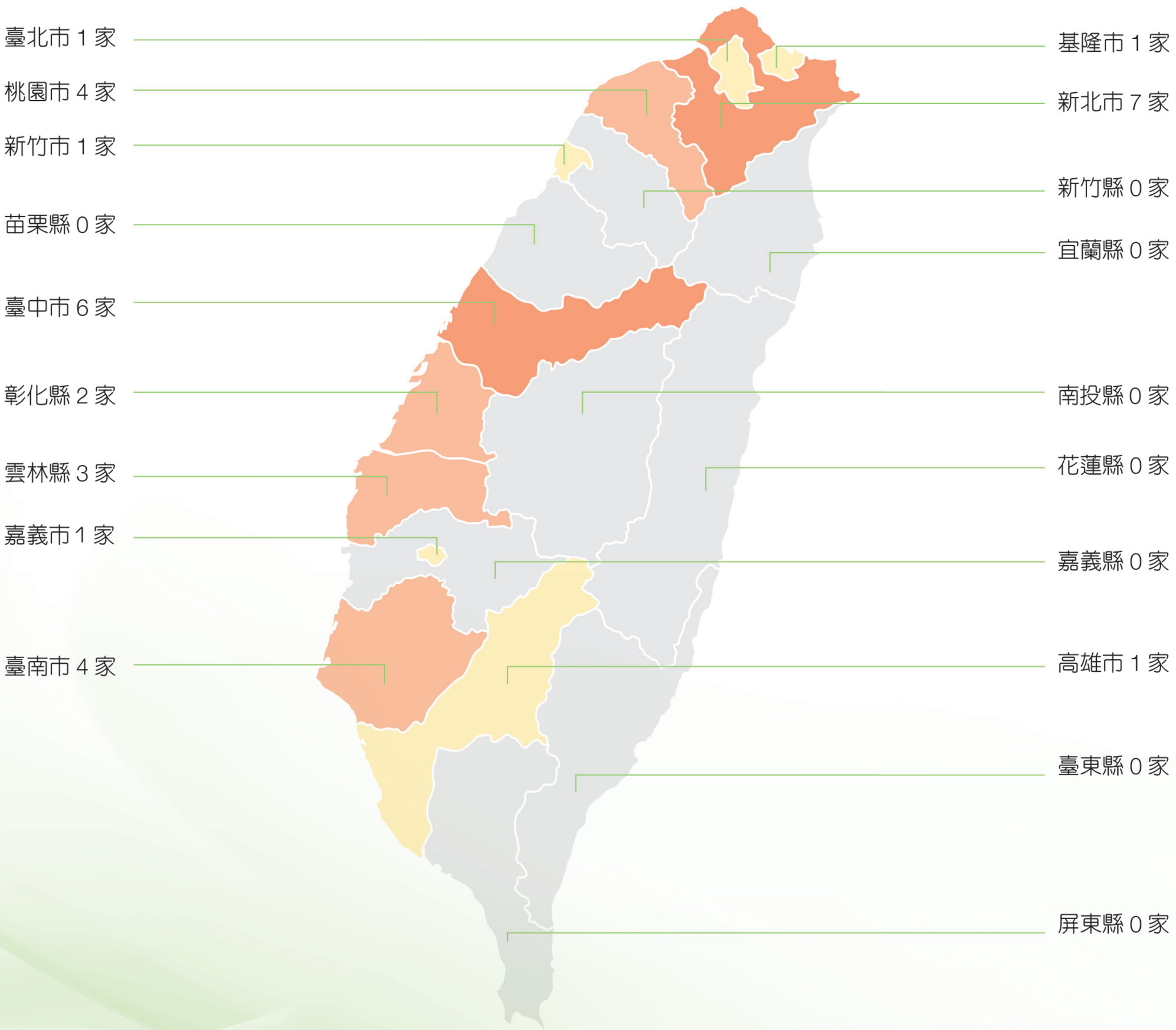


圖 4-2　實地輔導診所地理位置分布圖

四、羊水栓塞、靜脈栓塞。五、胎兒窘迫。六、產後大出血。

依據上述六大風險，參考美國 Alliance for Innovation on Maternal Health（AIM）發表的孕產婦安全組合式照護（maternal safety bundles）中四大領域（domains）：及時準備（Readiness）、辨識及預防（Recognition and Prevention）、緊急應變（Response）及檢討與學習（Reporting/Systems Learning），發展出國內婦產科之六大風險管控重點（如附錄三）。

今年度因考量疫情因素，採用視訊方式辦理教育訓練課程，針對全國醫療機構宣達風險管控重點；除此之外，也邀請婦產科診所參加實地輔導，透過「六大風險管控重點簡介」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。

本次進行之實地輔導共計有 31 家診所，遍布國內 11 個縣市，參與實地輔導的診所縣市分布情形請見圖 4-2。診所出席人員以護理人員最多（223 人，66.4%）、其次為醫師（58 人，17.3%），診所參加人員組成請見圖 4-3。

實地輔導過程中，診所皆肯定實地輔導進行方式，並能就「六大風險管控重點」與輔導專家進行溝通、討論；過程中也發現，有部分地區的醫療機構自組合作聯盟，以強化孕產婦及新生兒間的轉診，有效提升機構間的溝通及加速轉診作業進行；也有部分地區的檢驗中心有設立血庫，能同時提供該區域內診所領血及血品交叉試驗服務。

另一方面，診所提出的困難點有：緊急情況需進行備血、輸血時，有部份縣市夜間或假日無法提供領血服務、或是在夜間或假日沒有機構可協助進行血品的交叉試驗檢測；希望能強化新生兒急救教育訓練或急救演練、提高診所內受訓人數及教育訓練時數等。

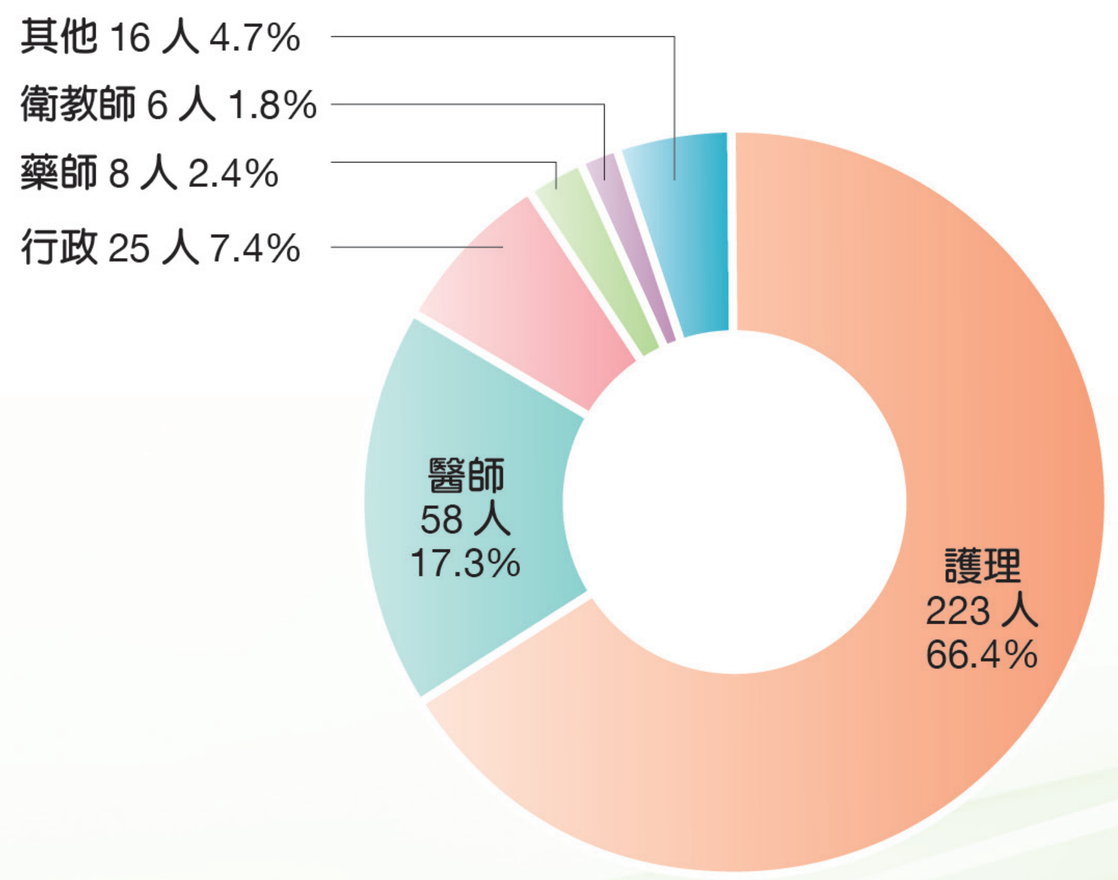


圖 4-3　診所實地輔導出席人員組成



綜上，就子宮切除案件之申請比例（註[4]）分析，106 年爲 2.93‰、107 年爲 2.60‰、108 年爲 3.66‰、109 年則爲 3.47‰。歷年來，子宮切除案件未有顯著成長，惟觀察時程僅有 4 年，未能有明顯之趨勢走向，提供相關政策參考，未來可持續觀察其趨勢變化。

此外，爲減少孕產婦及新生兒可預防的死亡，落實分級醫療，使各級醫療院所可以分工合作資源共享，以完善周產期照護，本部著手規畫並推動「周產期照護網絡計畫」，預計於 110 年度開始施行。計畫內容包括：提供 24 小時高危險妊娠孕產婦、新生兒加護照護的相關醫療照護服務，並設立外接團隊機制；此外，協助醫療院所使用電子平台完成轉診流程；網絡內建置血庫調度中心，規劃血液調度機制提供緊急供血服務；追蹤統計孕產婦及新生兒之轉診原因及後續動向。針對上述計畫內容，編列經費補助參加執行計畫之醫療院所，鼓勵相關人員共同建構合作網絡，提升孕產婦及新生兒之照護品質。此外，研擬制定完善之產前檢查，增加孕產婦產檢項目及次數，透過更完整的醫療照護及指導，積極介入及早控制危險因子，以降低事故發生。在醫療人員教育訓練部分，將加強訓練人員早期辨識高風險妊娠之臨床表徵，強化緊急應變處理能力；同時，持續辦理風險管控及標竿學習教育訓練，提高醫療機構對風險管控的認知並協助建立內部管控機制。期望藉由相關措施推動，持續改善國內孕產婦及新生兒健康照護環境及提升照護品質。

4　申請比例：子宮切除案件數 / 出生人口數（‰，每萬分）

伍

結　語

《生產事故救濟條例》自 105 年 6 月 30 日施行以來，共計受理 1,242 件申請案，109 年度所受理之 356 件申請案中，有 328 件核予救濟，通過率 92.1%，平均審定時程爲 55 日，這一年以來，我們努力提升效率、縮短審定時程，期盼更多的家庭能快速並及時獲得救濟。

回顧自 105 年度以來，全國總出生人口數逐年下降，109 年度的粗出生率（註 [5]）來到 7.01‰；婦女平均生育年齡爲 32.2 歲，第一胎平均年齡則上升至 31.1 歲（註 [6]）；然而，依申請比例（註 [7]）結果分析，以 45 歲以上占最大宗，爲 6.33‰，其次爲 40 ～ 44 歲，爲 2.98‰。由此可見，高齡妊娠仍有較高的風險，應積極避免妊娠併發症帶來的衝擊與傷害，方能改善及預防事故的發生。

在審定救濟案件方面，109 年度受理審定救濟案件中，救濟總金額有大幅上升之趨勢，與 108 年度調高孕產婦死亡及重大傷害救濟給付額度有關；在適用調整後之救濟給付案件中，以孕產婦死亡爲最多，審定金額爲 1 億 4,000 萬元；新生兒重大傷害爲其次，審定金額爲 3,450 萬元，孕產婦重大傷害之審定金額爲 1,200 萬元。期望藉由救濟給付額度之調整，共同承擔事故家庭持續性之照護需求，以降低經濟負擔，未來也將持續評估其合理性，以符合社會互助正義之原則與期待。

本部亦參考歷年事故原因分析，與台灣婦產科醫學會共同合作並提出相關政策，以提升孕產婦健康照護環境，降低孕產婦死亡之發生。針對肺部栓塞及血管栓塞之因素，推出「安產御守小卡」，提醒高危險妊娠孕產婦之建議預防措施；在安胎及催產藥物，建立藥物安全使用指引，以減少發生藥物使用之併發症。此外，就產科安全風險管控部分，發展出生產六大風險管控內容，辦理風險管控之教育訓練，並邀請醫療院所參加實地輔導，透過以上活動，實際了解醫療院所執行狀況與困境，並適時修正研擬相關政策及措施。

未來，本部將積極推動「周產期照護網絡計畫」，建立完整之轉診制度，達到完善的周產期照護，並增加產前檢查次數及內容，全面納入妊娠糖尿病及貧血之篩檢，希冀藉由上開相關措施推動，持續改善國內孕產婦健康照護環境，降低生產事故之發生。

5　粗出生率定義：當年每千位年中人口之出生人數。

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

附錄一 生產事故救濟重要記事

93 年

5 月 28 日

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

95 年

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

98 年

4 月～ 6 月

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

99 年

衛生署與台灣婦產科醫學會共同規劃推動生育事故補償試辦計畫。

100 年

5 月

立法委員黃淑英辦公室提出「生育風險補償條例草案」。

7 月 4 日

衛生署擬具「鼓勵醫療機構試辦生育事故救濟計畫」草案並召開討論會。

9 月 15 日

配合生育事故救濟試辦計畫，衛生署提出婦產科診所醫療品質提升計畫。

101 年

立法委員吳宜臻提出「生育風險補償條例草案」。

7 月

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

7 月 5 日

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

8 月 28 日

衛生署成立「生育事故救濟審議委員會」並召開第一次會議，建立審查共識。

10 月 1 日

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

103 年

9 月 20 日

公告生育事故試辦計畫延長辦理 2 年，並將範圍由婦產科擴及手術及麻醉事故。

103 年～ 104 年

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

104 年

11 月 18 日

立法院衛環委員會安排審查並通過《生產事故救濟條例》。

12 日 11 日

立法院三讀通過《生產事故救濟條例》。

12 月 30 日

總統令公布《生產事故救濟條例》制定通過。

105 年

6 月 30 日

《生產事故救濟條例》正式施行。

7 月 13 日

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

8 月 26 日

衛生福利部「生產事故救濟專區」網頁正式啓用。

9 月 20 日

「生產事故救濟審議會」召開第一次會議，建立審查共識。

9 月 22 日

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

10 月

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」。

106 年

9 月 26 日

衛生福利部「生產事故救濟專區」線上表單填寫功能上線。

11 月 6 ～ 8 日

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

107 年

10 月 17 日

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

11 月 8 日

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理「醫糾協處與補償機制研究」國際研討會。

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。

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。

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。

109 年

1 ～ 2 月

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

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

衛生福利部公告修正生產事故救濟相關表單。

9 月

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

附錄二　109 年度不予救濟案件之個案診斷與結果

事故結果類型	收受年度	生產年月	妊娠週數	主要診斷	不予救濟原因
產婦死亡	109 年度	108 年 11 月	25 週	急性骨髓性白血病引起血小板過低而造成腦部出血	與生產無因果關係
產婦重大傷害子宮切除	109 年度	108 年 11 月	10 週又 3 天	妊娠 10 週（註 8）泌尿道感染併敗血症	與生產無因果關係
新生兒死亡	109 年度	108 年 12 月	37 週又 3 天	腸病毒感染	與生產無因果關係
	109 年度	109 年 1 月	33 週又 6 天	先天性代謝異常	
	109 年度	109 年 1 月	35 週	肺部腫瘤造成肺部擴張不全	
	109 年度	109 年 2 月	35 週又 3 天	先天性畸形	
	109 年度	109 年 3 月	34 週又 4 天	先天性畸形	
	109 年度	109 年 4 月	35 週又 6 天	先天性神經肌肉疾病	
新生兒極重度身心障礙	109 年度	107 年 1 月	38 週又 6 天	先天性畸形	與生產無因果關係
	109 年度	107 年 1 月	38 週	先天基因缺陷	
	108 年度	108 年 3 月	36 週又 3 天	先天性畸形	
	108 年度	108 年 3 月	37 週又 6 天	先天基因缺陷	
	109 年度	108 年 7 月	34 週又 2 天	先天性畸形	
	109 年度	108 年 10 月	38 週又 6 天	先天性畸形	
	109 年度	108 年 4 月	36 週又 1 天	先天性畸形	

8　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」。

事故結果類型	收受年度	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	109 年度	107 年 12 月	39 週又 2 天	先天性畸形	與生產無因果關係
	109 年度	107 年 7 月	35 週又 5 天	先天性畸形	
	109 年度	107 年 10 月	40 週又 1 天	先天性畸形	
	109 年度	108 年 4 月	38 週又 1 天	先天性畸形	
	109 年度	108 年 3 月	38 週又 3 天	新生兒猝死症	
	109 年度	109 年 1 月	39 週又 1 天	先天性基因缺陷	
	109 年度	104 年 4 月	35 週	屬條例施行前發生之生產事故	屬救濟排除條件
新生兒中度身心障礙	109 年度	106 年 11 月	38 週又 5 天	先天性畸形	與生產無因果關係
	109 年度	107 年 8 月	37 週又 4 天	先天性代謝異常及肌肉病變	
胎兒死亡	109 年度	109 年 3 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
	109 年度	109 年 5 月	32 週又 5 天	未滿 33 週之胎兒死亡	
	109 年度	106 年 2 月	38 週又 2 天	逾請求權行使時效	屬救濟排除條件
	109 年度	109 年 3 月	34 週又 6 天	先天性巨細胞病毒感染	與生產無因果關係

附錄三 生產六大風險管控重點（診所版彙整）

※ 六大風險為：①妊娠高血壓 / 子癲前症、②植入性胎盤 / 前置胎盤、③胎盤早期剝離、④羊水栓塞 / 靜脈栓塞、⑤胎兒窘迫、⑥產後大出血。

「事前準備」

- 有辨識能力的人員：緊急高危險妊娠產婦、胎兒窘迫
- 有判讀能力的人員及設備：胎兒監視、超音波、處理產後大出血處置的設備
- 藥物：常備降血壓及抗痙攣藥物、止血藥物
- 流程：緊急備輸血流程、緊急生產流程及緊急轉院流程
- 常規定期演練立即啓動緊急應變的處置能力

「辨識與預防」

- 辨識高危險妊娠產婦及胎兒的能力：羊水栓塞、子癲前症、高風險族群、胎兒窘迫、胎盤早期剝離、植入性胎盤及前置胎盤
- 對產婦進行衛教及術後返診時機
- 及早確立胎盤位置：多胞胎、前胎剖腹產及前胎前置胎盤史者
- 評估產後出血的危險因子並及早辨識產後出血的臨床症狀
- 第三產程之積極處置（AMTSL），避免產後出血
- 及早轉診至有能力處理之後送醫院：植入性胎盤或前置胎盤，孕婦出現高血壓合併不良徵兆或檢驗室檢查結果異常、懷疑靜脈栓塞

「緊急應變」

- 血壓控制，預防子癲症的發生
- 評估儘早生產時機
- 胎兒窘迫之處理流程
- 緊急剖腹產時，有可執行手術醫師及能立即聯絡開刀房及麻醉科
- 生產過程及產後大出血的處置：藥物、大量輸液、初步止血及輸血，立即進行止血處置並有能力緊急切除子宮，以防止病人休克
- 能對產婦及新生兒執行心肺復甦術並給予氧氣
- 產婦及新生兒緊急後送至有能力處理之醫院：產後大出血、羊水栓塞、靜脈栓塞等
- 轉院前應盡量穩定其狀況，並做適當聯絡、交班、安排及紀錄

「檢討與學習」

- 參加病例討論會或定期案例討論
- 必要時修訂流程
- 提升辨認能力及處置流程：胎兒窘迫、胎盤早期剝離、高風險產婦、緊急處置
- 儘可能及早母體轉診 (主題一～五適用)
- 定期檢視後送機制的通暢性
- 舉辦繼續教育訓練課程
- 辦理產婦衛教與返診時機

生產六大風險管控重點（醫院版彙整）

※ 六大風險為：①妊娠高血壓 / 子癲前症、②植入性胎盤 / 前置胎盤、③胎盤早期剝離、④羊水栓塞 / 靜脈栓塞、⑤胎兒窘迫、⑥產後大出血。

「事前準備」	「辨識與預防」
● 有辨識及處理能力的人員、設備與流程 ● 有緊急生產、緊急備血、輸血流程 ● 有進階影像學診斷能力與設備 ● 有降血壓藥物、抗痙攣藥物、抗凝血劑（需附使用方法及劑量指引） ● 能進行胎兒監視及正確判別生產時機 ● 定期對所有流程施行在職教育、模擬及檢討匯報 ● 有常規定期案例模擬演練的機制及立即啓動緊急應變的能力、設備 ● 機構評估無法處置產婦及新生兒時，應有緊急轉院機制 ● 訂有進一步會診、諮詢及轉診的計畫，有跨團隊醫師與婦產科醫師共同照護或重症照護機制	● 辨識嚴重徵象與併發症，出現不良徵兆或檢驗室檢查結果異常時，醫護人員應即時回應及啓動標準的處理程序 ● 有辨識及評估高危險妊娠產婦及胎兒的能力，應對高危險產婦進行衛教及告知返診時機及早確立胎盤位置 ● 第三產程之積極處置（AMTSL），避免產後出血 ● 產婦如果發生突發性的心肺功能衰竭，應優先考量是否為羊水栓塞
「緊急應變」	**「檢討與學習」**
● 血壓控制，預防子癲症的發生 ● 評估儘早生產時機 ● 胎兒窘迫之處理流程 ● 緊急剖腹產時的聯繫 ● 生產過程及產後大出血的處置 ● 能對產婦及新生兒執行高級心肺復甦術並給予氧氣 ● 新生兒緊急處置照會系統，有合適的新生兒緊急照顧人員及設備 ● 有加護病房並可跨團隊照護 ● 轉院前應盡量穩定其狀況，並做適當聯絡、交班、安排及紀錄	● 病例討論及處置流程修訂的機制 ● 定期監測結果及醫療指標 ● 針對診所轉診個案有回饋機制 ● 舉辦繼續教育訓練課程使醫護人員及早辨識及熟悉緊急處置 ● 有辨識的能力 ● 追蹤相關案例的預後 ● 高風險病人之衛教與返診時機

附錄四 生產事故救濟業務調查結果摘要

一、調查目的

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

二、調查概述

本次問卷採樣對象包含民眾版及機構版，以第 32 ～ 45 次審議會審定核予救濟案件共 390 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 378 份（同一生產事件有 10 案、退件 1 案）及機構版問卷 197 份（同一生產事件有 5 案），共計寄出 575 份；共計回收 281 份問卷，回收率 48.87%。其中，民眾版回收 125 份，回收率 33.07%；機構版回收 156 份，回收率為 79.19%。

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 43.89%）、醫療機構告知申請方法後自行申請（占 30.91%）、自行申請（占 23.47%）、未填答（占 1.73%）。
2. 有 97.16%民眾對所提供之諮詢服務管道感到非常滿意或滿意。
3. 有 95.90%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 88.47%民眾對於準備申請文件便利性感到非常滿意或滿意。
5. 有 86.74%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. 由醫療機構「主動提供申請生產事故救濟」及「主動提供生產事故救濟申請資訊」者，占 100%。
2. 有 98.13%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 84.69%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 90.39%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 74.93%民眾認為醫療機構有提供關懷服務，22.22% 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 63.49%）、口頭關懷（占 62.38%）、病情解釋（占 33.97%）、照護上的關懷（占 32.86%）、轉介社福服務（占 14.6%）。
3. 有 58.82%民眾對機構所提供之關懷服務感到滿意或非常滿意。
4. 有 55.56%民眾認為醫病關係因此獲得改善。

機構版

1. 有 97.57%醫療機構主動提供關懷服務。
2. 醫療機構所提供關懷服務內容包含口頭關懷（占 97.20%）、協助申請生產事故救濟給付（占 96.01%）、病情解釋（占 80.75%）、協助申請其他經濟協助（占 18.27%）、轉介社福服務（占 12.93%）。
3. 有 93.76%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 92.57%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 96.27%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 95.22%醫療機構對於「生產事故救濟制度」感到非常滿意或滿意。

2021 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、吳美環、李建南、林姿吟、陳中明、陳宜雍、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　劉玉菁、彭美珍、張舒婷、郭一德

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　　眞　(02) 8590-7088

出版年月　中華民國 110 年 12 月

創刊年月　中華民國 107 年 12 月

編輯製作　沈氏印刷股份有限公司

定　　價　新臺幣 250 元整

展 售 處　臺北　國家書店松江門市

地址　臺北市松江路 209 號 1 樓

電話　(02) 2518-0207

臺中　五南文化廣場

地址　臺中市中區中山路 6 號

電話　(04) 2226-0330

ISSN　2789-4088

GPN　2011000015

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



促進全民健康與福祉　成為民眾最信賴部會

ISSN 2789-4088

ISSN：2789-4088
GPN：2011000015
定價：新臺幣250元整
衛生福利部　廣告