



2025 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114年12月



2025 生產事故 救濟報告

Annual Report of
Childbirth Accident Relief

部長序 Preface

生育是家庭孕育未來的起點，也是國家人口穩定與發展的根基。《生產事故救濟條例》從試辦計畫到正式制度落地，國家深刻體認孕產過程的風險與挑戰，理解事故家庭面臨的傷痛，因此，如何在醫療實務與制度設計之間找到平衡，使風險控管與真誠關懷並行，是我們在制度建構與執行過程中始終努力追求的目標與方向。

回顧推動歷程，從試辦計畫到條例施行，我有幸參與並經歷政策制定的關鍵過程。當中需要跨部門協調、結合不同專業領域的力量，才能兼顧補償救濟、醫療品質提升與事故家庭的關懷與支援。生產事故救濟不僅是補償機制，藉由審議與回饋檢討，不斷修正與優化流程，讓臨床醫療機構獲得具體建議，將事故經驗轉化為提升照護品質的契機。

本部自110年起，擴大孕婦產檢補助，納入妊娠糖尿病與貧血篩檢，期盼孕產婦能藉由定期檢查及早掌握風險，並接受持續照護以預防併發症。近三年產檢利用率維持在95%以上，顯示政策已被多數家庭信任，成為守護孕產安全的重要基石。自113年度起，我們更將制度推進至「事故前預防」，針對救濟申請案件提出專業審查意見，協助醫療院所優化流程與團隊訓練。我們欣見113年度孕產婦死亡率創下近六年新低，這是國家、醫界與社會攜手努力的成果。然而，我們也面臨新挑戰，高齡孕婦比例不斷上升，少子化危機加劇，對醫療系統與家庭支持提出更嚴峻的考驗。這提醒我們，不能只聚焦於孕產期風險管控，應該從周產期照護品質提升、事故家庭支持及社會信任建構的角度，積極打造更安全、更有溫度的生產環境。

落實《生產事故救濟條例》的精神，不僅是對母親與新生兒的保障，更是對每一個家庭與社會的承諾。感謝每一位在試辦計畫、制度推動與施行過程中付出的專家、同仁與夥伴，因為有大家的專業與奉獻，我們才能將制度一步步落實，並持續守護母嬰安全。未來，我們將持續攜手，讓台灣孕產照護環境在信任、專業與關懷中，不斷向前。

衛生福利部

部長

石崇良

謹識



衛生福利部

Ministry of Health and Welfare



摘要

面對我國少子化與高齡交錯的生育環境，本部自 105 年施行《生產事故救濟條例》迄今，持續強化周產期照護安全，透過加強產檢次數、醫事機構臨床教育訓練及民眾衛教等多面向政策，整合周產期、兒科及重症醫療資源，提升醫療品質照護能力，並於事故發生後及時提供救濟且關懷事故家庭。

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。113 年度本部共計受理 297 件生產事故救濟申請案件，分別為孕產婦死亡 14 件、孕產婦重大傷害 53 件、胎兒死亡 143 件及新生兒死亡 55 件、新生兒重大傷害 32 件；經生產事故救濟審議會審定核予救濟者共 260 件，通過率為 87.5%，救濟金額為新臺幣 1 億 6,700 萬元。

分析 113 年資料，產婦死亡及中度以上身心障礙案件以羊水栓塞為主因，建議醫療機構強化高風險評估、急救應變能力，並跨醫療團隊的溝通與合作，提升治療成效並改善預後。因產後大出血導致之子宮切除案件中，原因包括植入性胎盤、子宮收縮乏力、前置胎盤及生殖道撕裂傷，建議若能及早介入以子宮內水球填塞或血管栓塞術等保守性止血措施，將有機會保留子宮。新生兒死亡及重大傷害皆以新生兒腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血）為最多，以胎兒窘迫及胎盤早期剝離所導致的新生兒腦部異常及相關的胎便吸入症候群等合併症為主，建議產前、產中的密切監測、急救處理至關重要，才能避免腦部損傷與死亡。胎兒死亡的可能原因多元，在預防方面除了規則產檢、規律生活作息與定期注意胎動外，對於周產期高危險因子（例如妊娠高血壓）應積極追蹤與處置。

未來將透過結合各制度、精進臨床訓練、跨院合作、轉診平台建置與持續推動民眾衛教等多方策略，以建構更為韌性與公平的周產期照護體系，降低不良妊娠結果，守護母嬰安全。

Summary

The Ministry of Health and Welfare has continuously strengthened the safety of perinatal care since the implementation of the Childbirth Accident Emergency Relief Act in 2016, in response to Taiwan's declining birthrate and aging population. Through comprehensive measures such as increasing the frequency of prenatal checkups, enhancing clinical training for medical institutions, and advancing public health education, the Ministry has integrated perinatal, pediatric, and critical care resources to improve both the quality and capacity of medical care. In addition, timely relief and support have been provided to families affected by childbirth accidents.

According to Article 23 of the Act, "the competent authority shall perform statistical analyses and publish annual reports on processed childbirth accident relief cases." In 2024, the Ministry of Health and Welfare received a total of 297 applications for childbirth accident relief, including 14 for maternal mortality, 53 for major maternal injuries; 143 for fetal mortality, 55 for neonatal mortality and 32 for major neonatal injuries. A total of 260 applications were approved, resulting in a passing rate of 87.5% approved by the Childbirth Accident Relief Review Committee, with a total relief fund of NTD 167 million granted.

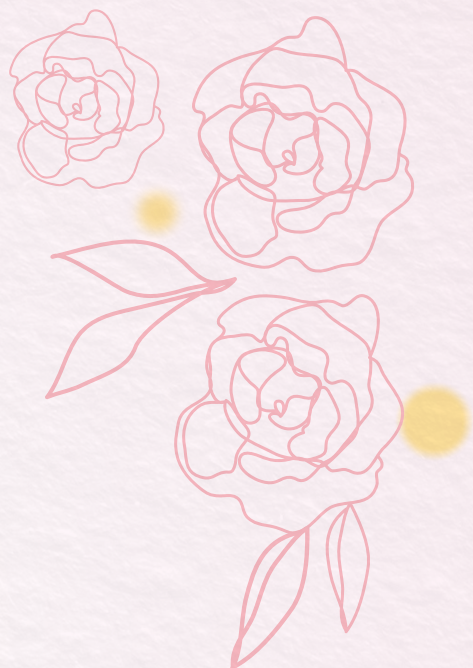
Analysis of the 2024 data showed that amniotic fluid embolism was the leading cause of maternal deaths and severe to profound disability. It is recommended that medical institutions enhance their capacity in high-risk assessment, emergency response, and interdisciplinary communication to improve treatment outcomes and prognosis. Nearly all cases of hysterectomy were triggered by postpartum hemorrhage, which was mainly caused by placenta accreta, uterine atony, placenta previa, and vaginal lacerations. Early conservative interventions such as intrauterine balloon tamponade or uterine artery embolization may offer uterus-preserving alternatives.

Most neonatal deaths and major injuries were attributed to brain abnormalities with hypoxic-ischemic encephalopathy and intracranial hemorrhage. These were often associated with fetal distress and placental abruption, leading to complications such as meconium aspiration syndrome. Therefore, close fetal monitoring and prompt intervention during the prenatal and intrapartum periods are essential to prevent neonatal brain injury and death.

Fetal deaths had diverse potential causes. Preventive efforts should focus not only on regular prenatal examinations, healthy lifestyle habits, and fetal movement monitoring, but also on actively managing high-risk perinatal factors such as pregnancy-induced hypertension.

Looking ahead, the Ministry will continue to enhance the resilience and equity of Taiwan's perinatal care system through integrated mechanisms, improved clinical training, inter-hospital collaboration, referral mechanisms, and ongoing public health education. These initiatives aim to reduce adverse perinatal outcomes and protect the health and safety of mothers and newborns.

目錄 CONTENTS



02 部長序

04 摘要 | Summary

01 Chapter

08 生產事故救濟申請案件分析

02 Chapter

20 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
- 32 第二節 孕產婦重大傷害案件分析
- 42 第三節 新生兒死亡案件分析
- 54 第四節 新生兒重大傷害案件分析
- 64 第五節 胎兒死亡案件分析

03 Chapter

74 生產事故學習與改善

04 Chapter

79 結語

05 Chapter

81 附錄

- 82 一、生產事故救濟重要記事
- 86 二、113 年度生產事故救濟活動成果
- 87 三、113 年度審定不予救濟案件之診斷與結果
- 90 四、生產事故救濟業務調查結果摘要

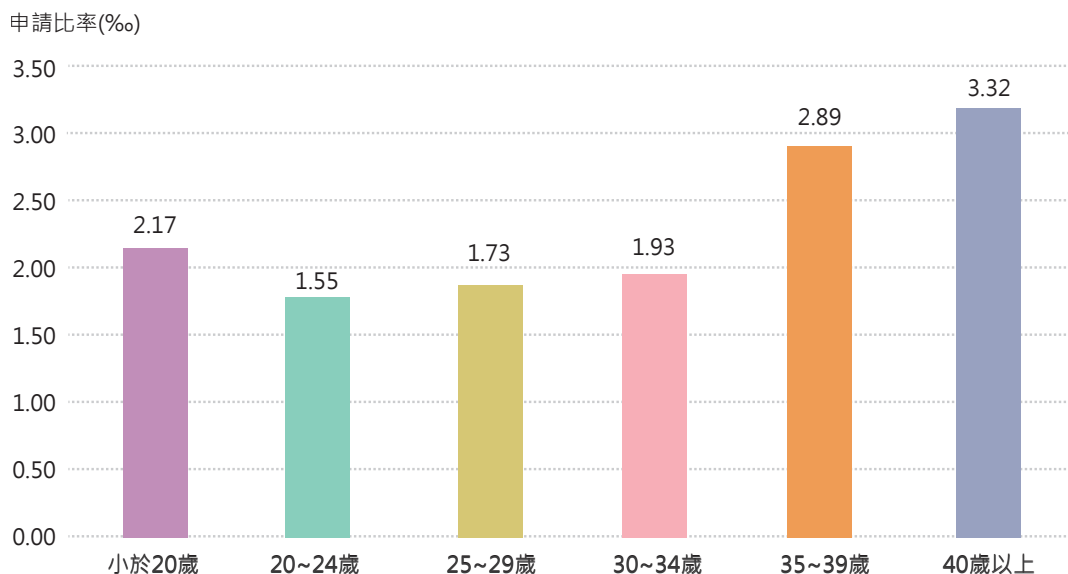


01

生產事故

救濟申請案件分析





註：申請比率：申請案件數/出生人口數（‰）

圖 1-1：113 年度申請比率概況按孕產婦年齡層分布

《生產事故救濟條例》於 105 年 6 月 30 日開始施行至 113 年 12 月 31 日止，共計受理 2,511 件申請案件。其中，113 年度共計受理 297 件申請案件，以下就本（113）年度及條例施行至 113 年 12 月 31 日止之執行情形，進行分析如下：

一、孕產婦年齡

113 年度受理之 297 件申請案中，小於 20 歲的有 3 件，占 1.0%；20~24 歲有 15 件，占 5.1%；25~29 歲有 53 件，占 17.8%；30~34 歲有 96 件，占 32.3%；35~39 歲有 95 件，占 32.0%；40 歲以上有 35 件，占 11.8%。進一步分析，113 年度各年齡族群申請案件數，對比 113 年內政部戶政司人口資料庫之出生人

口數比率（註¹），以 40 歲以上產婦發生生產事故之風險最高，為 3.32 ‰；35~39 歲居次，為 2.89‰；小於 20 歲為 2.17‰；30~34 歲為 1.93‰；25~29 歲為 1.73‰；20~24 歲為 1.55‰，如圖 1-1、表 1-1。

105 年度因僅有半年數據未列入統計，以 106 年至 113 年底所受理之申請案，對比各年度內政部戶政司人口資料庫之出生人口數比率來看，整體以 40 歲以上居多，111~112 年案件數有顯著增加之趨勢；若以歷年累計來看，40 歲以上為 3.97‰；35~39 歲為 2.37‰；30~34 歲為 1.73‰；25~29 歲為 1.46‰；小於 20 歲為 1.40‰；20~24 歲為 1.37‰，如圖 1-2。

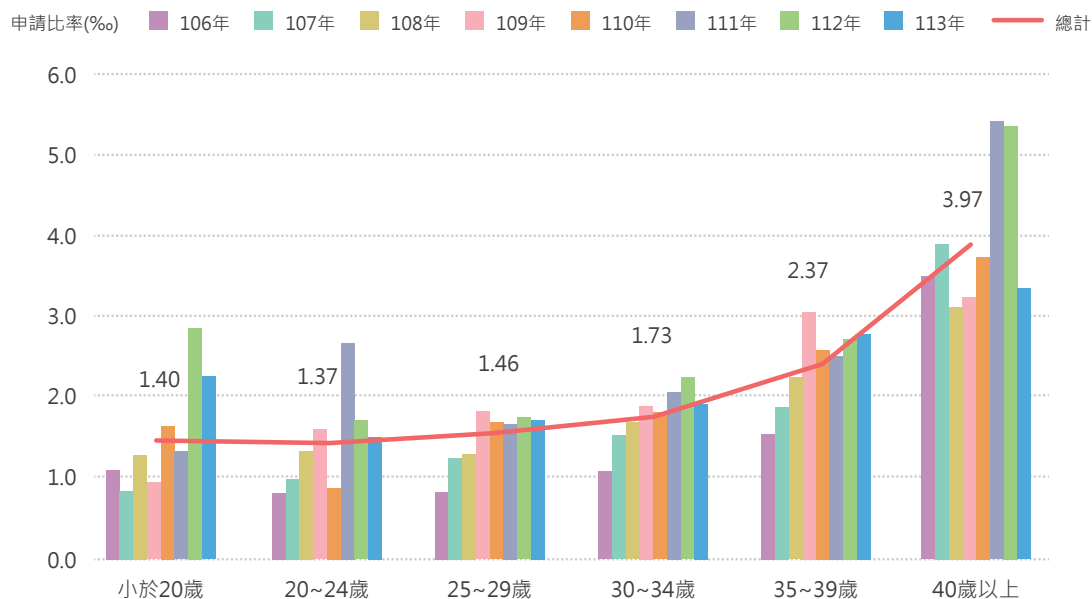
註 1：申請比率：申請案件數/出生人口數（‰）

2025 生產事故救濟報告

表 1-1：113 年度出生人口數與申請案件數孕產婦年齡層分布

113 年度	113 年出生人口數(A)		申請案件數(B)		申請比率(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 (千分比)
小於 20 歲	1,381	1.0%	3	1.0%	2.17‰
20 ~ 24 歲	9,677	7.2%	15	5.1%	1.55‰
25 ~ 29 歲	30,636	22.7%	53	17.8%	1.73‰
30 ~ 34 歲	49,695	36.9%	96	32.3%	1.93‰
35 ~ 39 歲	32,845	24.4%	95	32.0%	2.89‰
40 歲以上	10,535	7.8%	35	11.8%	3.32‰
合計	134,769	100.0%	297	100.0%	2.20‰

(出生人口數資料來源：內政部戶政司，統計區間：113/1/1 ~ 113/12/31)



註：申請比率：申請案件數/出生人口數 (‰)

圖 1-2：106 ~ 113 年度申請比率概況按孕產婦年齡層分布

表 1-2：105 ~ 113 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		總數
	案件數	百分比	案件數	百分比	
105 年	16	32.7%	33	67.3%	49
106 年	75	31.6%	162	68.4%	237
107 年	85	29.3%	205	70.7%	290
108 年	129	41.6%	181	58.4%	310
109 年	179	50.3%	177	49.7%	356
110 年	148	46.5%	170	53.5%	318
111 年	167	51.2%	159	48.8%	326
112 年	145	44.2%	183	55.8%	328
113 年	156	52.5%	141	47.5%	297
總計	1,100	43.8%	1,411	56.2%	2,511

二、申請來源

依照申請案件來源分析，113 年度所受理 297 件申請案中，為民眾自行提出申請有 156 件，占 52.5%；由機構接受委託代為提出申請有 141 件，占 47.5%。另統計 105 年條例施行日起至 113 年 12 月 31 日止所受理之 2,511 件申請案中，由民眾自行提出申請有 1,100 件，占 43.8%；由機構接受委託代為提出申請有 1,411 件，占 56.2%。總體而言機構代為申請與民眾自行申請案件數各占一半，如表 1-2。

三、機構層級

按其發生生產事故所在機構分析，113 年度所受理 297 件申請案中，醫學中心有 77 件，占 25.9%；區域醫院有 83 件，占 27.9%；地區醫院有 75 件，占 25.3%；診所所有 62 件，占 20.9%。進一步分析，113 年度

各層級機構申請案件數，對比中央健康保險署（以下稱健保署）申報之生產數比率（註²），以醫學中心最高，為 2.79‰；區域醫院居次，為 2.54‰；診所為 1.95‰，地區醫院為 1.89‰，如表 1-4。

而以 105 年條例施行日起至 113 年底所受理之 2,511 件申請案來看，醫學中心有 706 件，占 28.1%；區域醫院有 662 件，占 26.4%；地區醫院有 605 件，占 24.1%；診所所有 535 件，占 21.3%；助產機構有 3 件，占 0.1%，如表 1-3、圖 1-3。進一步分析，各層級申請案件數，對比同期向健保署申報之生產數比率，以醫學中心最高，為 2.90‰；區域醫院居次，為 2.01‰；地區醫院及診所分別為 1.54‰、1.44‰，此外，助產機構因生產數較其他層級機構少，故比率稍高，占 3.15‰，如表 1-4、圖 1-4。

註 2：申請比率：同一時期之申請案件數/申報健保生產數（‰）

2025生產事故救濟報告

表 1-3：105～113 年度申請案件數之機構層級分布

機構層級 \ 年度	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	總計	百分比
醫學中心	12	73	78	95	95	83	87	106	77	706	28.1%
區域醫院	14	45	71	62	94	103	103	87	83	662	26.4%
地區醫院	11	62	70	87	89	71	68	72	75	605	24.1%
診所	12	56	71	64	78	61	68	63	62	535	21.3%
助產機構	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3	0.1%
總計	49	237	290	310	356	318	326	328	297	2,511	100.0%

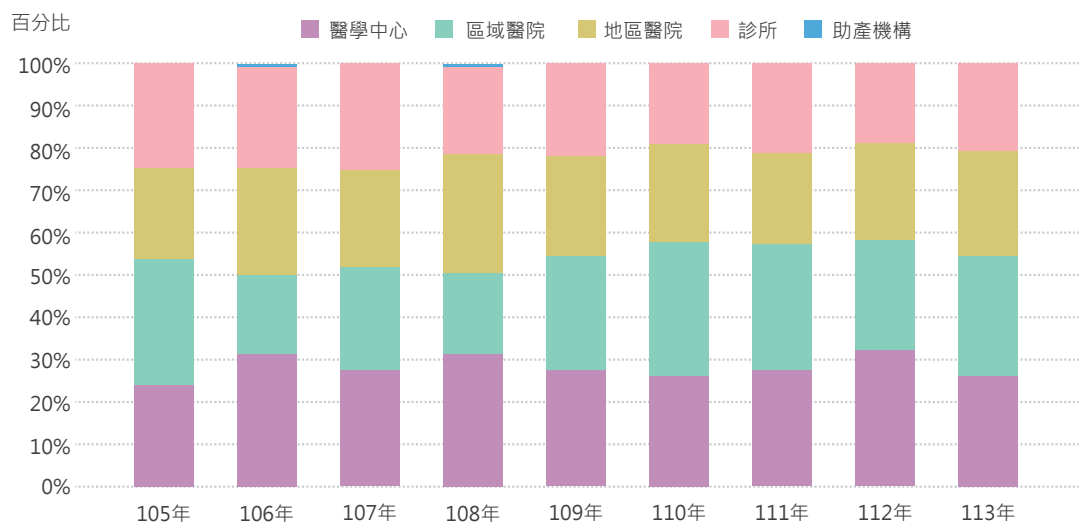


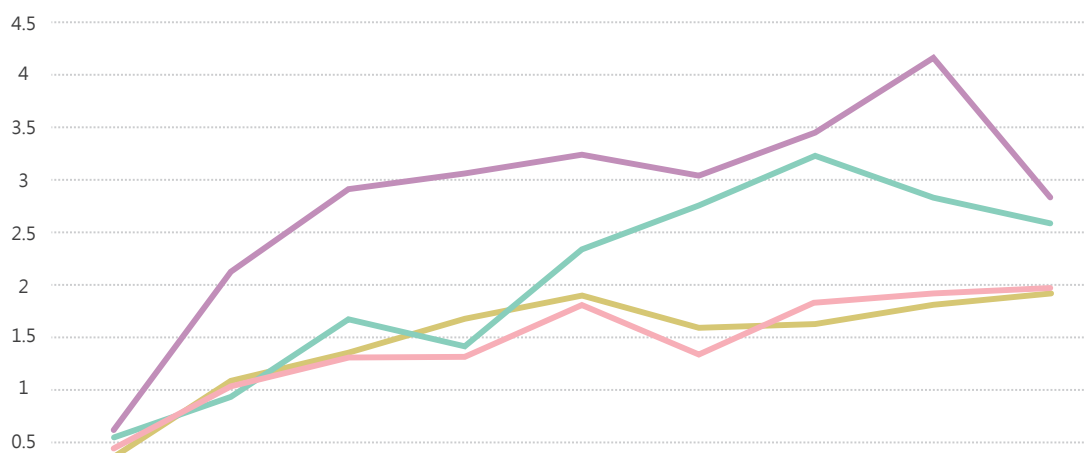
圖 1-3：105～113 年度申請案件之機構層級分布概況

表 1- 4 : 113 年度及 105 ~ 113 年度申報健保生產數與申請案件數之機構層級分布

案件數 機構層級	113年度(A) 申報健保 生產數	113年度(B) 救濟申請 案件數	當年度 (B/A) 申請比率	歷年累計 105~113 年度(C) 申報健保 生產數	歷年累計 105 ~113 年度(D) 救濟申請 案件數	歷年累計 (D/C) 申請比率
醫學中心	27,641 (20.9%)	77 (25.9%)	2.79‰	243,683 (18.2%)	706 (28.1%)	2.90‰
區域醫院	32,692 (24.8%)	83 (27.9%)	2.54‰	329,243 (24.6%)	662 (26.4%)	2.01‰
地區醫院	39,712 (30.1%)	75 (25.3%)	1.89‰	394,054 (29.4%)	605 (24.1%)	1.54‰
診所	31,849 (24.1%)	62 (20.9%)	1.95‰	371,629 (27.7%)	535 (21.3%)	1.44‰
助產機構	105 (0.1%)	0 (0.0%)	0‰	951 (0.1%)	3 (0.1%)	3.15‰
合計	131,999	297	2.25‰	1,339,560	2,511	1.87‰

(生產數資料來源：健保署，統計區間：105/6/30 ~ 113/12/31)

申請比率 (‰)



	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年
醫學中心	0.64	2.19	2.90	3.07	3.31	3.03	3.48	4.21	2.79
區域醫院	0.52	0.94	1.69	1.45	2.43	2.84	3.26	2.87	2.54
地區醫院	0.37	1.17	1.46	1.79	1.91	1.56	1.66	1.70	1.89
診所	0.40	1.04	1.43	1.33	1.76	1.39	1.86	1.89	1.95

註1：申請比率：同一時期之申請案件數/申報健保生產數(‰)

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

圖 1-4 : 105 ~ 113 年度申請比率按機構層級分布

四、區域分布

按健保分區（註³）分析 113 年度受理之 297 件申請案件，其中臺北區有 74 件，占 24.9%；中區有 69 件，占 23.2%；北區有 55 件，占 18.5%；高屏區有 52 件，占 17.5%；南區有 37 件，占 12.5%；東區有 10 件，占 3.4%。進一步分析，113 年度各健保分區之生產事故申請案，對比同期各區生產數申請比率，以東區最高，為 3.77‰；高屏區居次，為 2.77‰；中區、南區、臺北區及北區分別為 2.39‰、2.06‰、2.03‰、2.02‰，如表 1-6。

以 105 年條例施行至 113 年底所受理之 2,511 件申請案來看，臺北區有 713 件，占 28.4%；中區有 534 件，占 21.3%；北區有 478 件，占 19.0%；南區有 383 件，占 15.3%；高屏區有 348 件，占 13.9%；東區則有 55 件，占 2.2%，如表 1-5、圖 1-5。進一步分析，各健保分區之生產事故申請案，對比同期各區生產數，以南區最高，為 2.17‰；東區居次，為 2.05‰；中區、高屏區、臺北區及北區分別為 1.86‰、1.86‰、1.80‰、1.79‰，如表 1-6、圖 1-6。

表 1-5：105 ~ 113 年度申請案件之區域分布

年度 健保分區	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	總計	百分比
臺北區	15	89	84	86	108	89	88	80	74	713	28.4%
北區	6	44	78	66	59	47	63	60	55	478	19.0%
中區	15	38	43	64	75	77	74	79	69	534	21.3%
南區	5	33	43	55	51	49	50	60	37	383	15.3%
高屏區	7	29	36	35	55	49	41	44	52	348	13.9%
東區	1	4	6	4	8	7	10	5	10	55	2.2%
總計	49	237	290	310	356	318	326	328	297	2,511	100.0%

註 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。

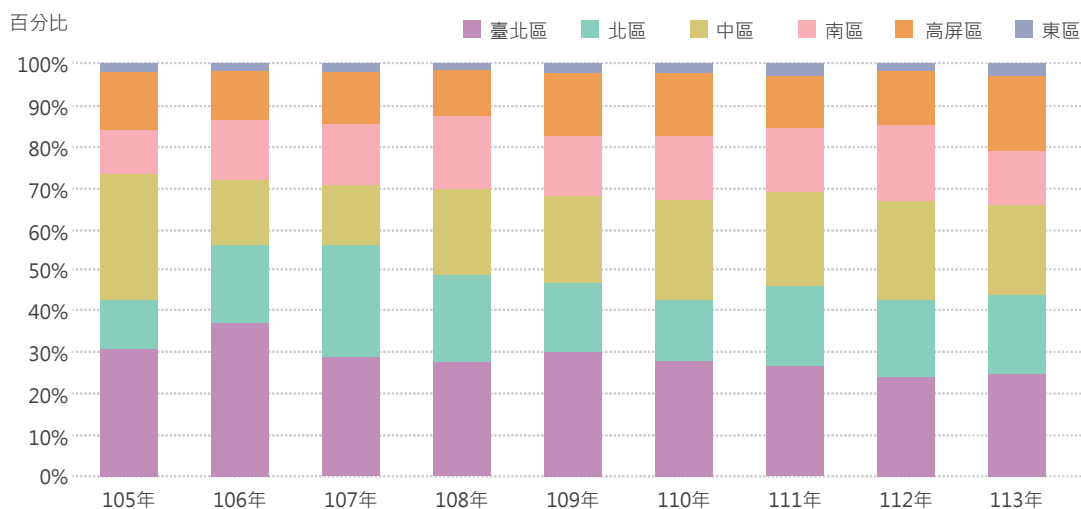


圖 1-5：105～113 年度申請案件之區域分布概況

表 1-6：113 年度及 105～113 年度申報健保生產數與申請案件數之區域分布

案件數 健保分區	113年度(A)	113年度(B)	當年度 (B/A)	歷年累計 105~113 年度(C)	歷年累計 105~113 年度(D)	歷年累計 (D/C)
	申報健保 生產數	救濟申請 案件數	申請比率	申報健保 生產數	救濟申請 案件數	申請比率
臺北區	36,445 (27.6%)	74 (24.9%)	2.03‰	395,841 (29.6%)	713 (28.4%)	1.80‰
北區	27,295 (20.7%)	55 (18.5%)	2.02‰	266,431 (19.9%)	478 (19.0%)	1.79‰
中區	28,872 (21.9%)	69 (23.2%)	2.39‰	286,594 (21.4%)	534 (21.3%)	1.86‰
南區	17,991 (13.6%)	37 (12.5%)	2.06‰	176,662 (13.2%)	383 (15.3%)	2.17‰
高屏區	18,742 (14.2%)	52 (17.5%)	2.77‰	187,176 (14.0%)	348 (13.9%)	1.86‰
東區	2,654 (2.0%)	10 (3.4%)	3.77‰	26,856 (2.0%)	55 (2.2%)	2.05‰
合計	131,999	297	2.25‰	1,339,560	2,511	1.87‰

申請比率 (%)

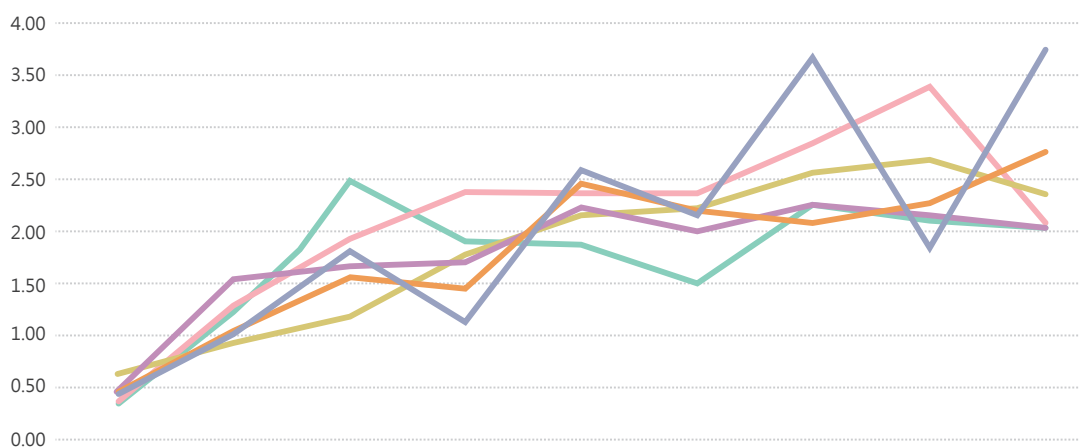


圖 1-6：105 ~ 113 年度申請比率按區域分布

五、新生兒及胎兒死亡性別比率

113 年度所受理之 297 件申請案中，新生兒及胎兒死亡共計 198 件，其中新生兒 55 件（男性 26 件，占 47.3%；女性 29 件，占 52.7%），胎兒 143 件（男性 74 件，占 51.7%；女性 69 件，占 48.3%），如表 1-7。

統計 105 年條例施行至113年底所受理

之 2,511 件申請案，新生兒及胎兒死亡共計 1,598 件，其中新生兒 454 件（男性 247 件，占 54.4%；女性 207 件，占 45.6%），胎兒 1,144 件（男性 587 件，占 51.3%；女性 555 件，占 48.5%；其他 2 件，占 0.2%），如表 1-8。

表 1-7：113 年度申請案件新生兒及胎兒死亡性別比

性別	新生兒		胎兒		合計 (百分比)
	案件數	百分比	案件數	百分比	
男	26	47.3%	74	51.7%	100 (50.5%)
女	29	52.7%	69	48.3%	98 (49.5%)
合計	55	100.0%	143	100.0%	198 (100.0%)

表 1-8：105 ~ 113 年度申請案件新生兒及胎兒死亡性別比

性別	新生兒		胎兒		合計 (百分比)
	案件數	百分比	案件數	百分比	
男	247	54.4%	587	51.3%	834 (52.2%)
女	207	45.6%	555	48.5%	762 (47.7%)
其他 _(註)	0	0.0%	2	0.2%	2 (0.1%)
合計	454	100.0%	1,144	100.0%	1,598 (100.0%)

註：產婦未及時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

113 年度所受理 297 件申請案件，有 260 件核予救濟，通過率 87.5%，審定救濟金額總數為新臺幣（以下同）1 億 6,700 萬元。其中，孕產婦部分為 63 件，共計 6,650 萬元（含死亡 13 件，5,200 萬元；重大傷害 50 件，1,450 萬元）；新生兒部分為 69 件，共計 6,210 萬元（含死亡 47 件，1,410 萬元；重大傷害 22 件，4,800 萬元）；胎兒死亡為 128 件，共計 3,840 萬元，如表 1-9。

自 105 年條例實施至 113 年底所受理 2,511

案中，有 2,308 件核予救濟，通過率 91.9%，審定救濟總金額為 14 億 5,480 萬元。孕產婦部分為 650 件，總金額為 6 億 9,990 萬元（含死亡 174 件，5 億 4,400 萬元；重大傷害 476 件，1 億 5,590 萬元）；新生兒部分為 576 件，總金額為 4 億 3,030 萬元（含死亡 391 件，1 億 1,730 萬元；重大傷害 185 件，3 億 1,300 萬元）；胎兒死亡為 1,082 件，總金額為 3 億 2,460 萬元，如表 1-10。

依照歷年審定結果來看，仍以孕產婦死亡之審定救濟金額為多，如圖 1-7。

2025生產事故救濟報告

表 1-9：113 年度核予救濟案件審定結果分析（金額：萬元）

表 1-9：113 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	13	3	47	47	22	128	260
最小金額	400	200	10	30	150	30	-
最大金額	400	300	80	30	300	30	-
總金額	5,200	800	650	1,410	4,800	3,840	16,700

表 1-10：105 ~ 113 年度核予救濟案件審定結果分析（金額：萬元）

表 1-10：105 ～ 113 年度核予救濟案件審定結果分析（金額：萬元）							
事故人 事故結果	孕產婦			新生兒		胎兒	案件數 總計
	死亡	重大傷害		死亡	重大傷害 (中度以上 身心障礙)	死亡	
		中度以上 身心障礙	子宮切除				
105 年	5	0	8	13	0	23	49
106 年	16	4	57	51	2	103	233
107 年	23	5	46	37	24	140	275
108 年	27	3	61	37	31	123	282
109 年	31	7	55	51	30	154	328
110 年	26	4	53	44	26	131	284
111 年	20	3	60	51	26	137	297
112 年	13	5	55	60	24	143	300
113 年	13	3	47	47	22	128	260
小計	174	34	442	391	185	1,082	2,308
總金額	54,400	6,430	9,160	11,730	31,300	32,460	145,480

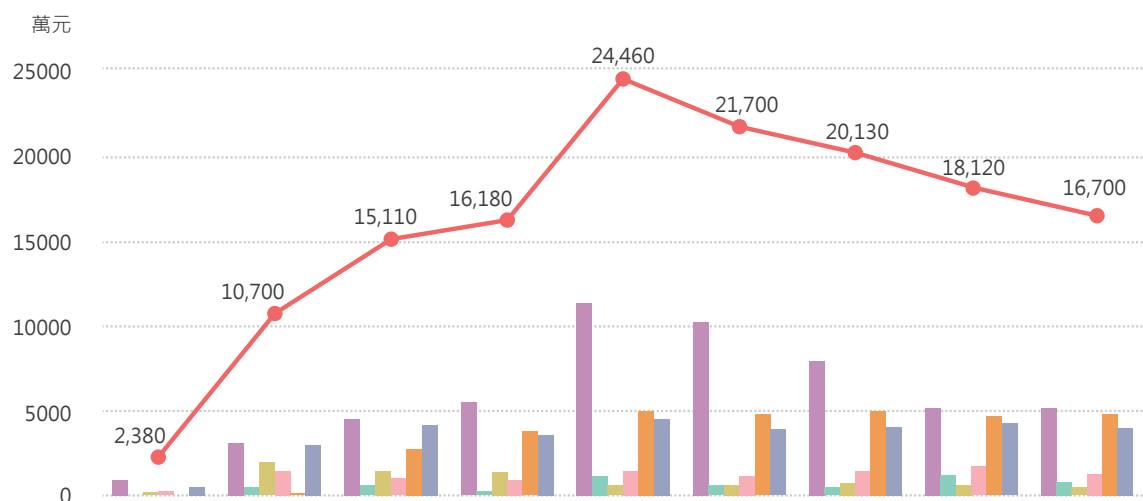


圖 1-7：105 ~ 113 年度核予救濟案件審定救濟金額概況

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。」統計自 105 年條例施行日起至113年底所受理申請案中，共有 203 件經審議決議不予救濟；其中，106 年有 4 件，107 年有 15 件，108 年、109 年分別有 28 件，110 年有 34 件不予救濟案件，111 年有 29 件不予救濟案件，112 年有 28 件不予救濟案件；113 年有 37 件不予救濟案件（詳

見附錄三：113 年度審定不予救濟案件之診斷與結果）。若以事故結果類型區分，則以「新生兒死亡」最多，為 63 件，占 31.0%；其次為「胎兒死亡」有 62 件，占 30.5%；「新生兒重大傷害」，為 58 件，占 28.6%；「產婦重大傷害」有 10 件，占 4.9%；「產婦死亡」有 10 件，占 4.9%。另分析不予救濟原因，則以「與生產無因果關係」最多，為 101 件，占 49.8%，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。

02

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 113 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 113 年度審定核予救濟之 13 件孕產婦死亡案件進行說明，並比較條例施行至 113 年底之各年度案件。

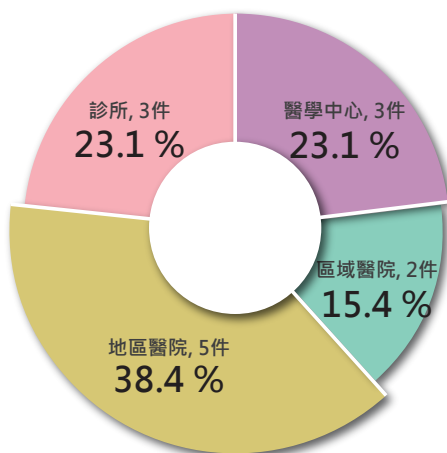


圖 2-1：113 年度孕產婦死亡審定救濟案件機構層級分布

一、本年度案件統計與分析

113 年度受理之申請案中，孕產婦死亡案件共計 14 件，其中 13 件核予救濟。茲就核予救濟之 13 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，以地區醫院最多，有 5 件，占 38.4%；醫學中心及診所分別有 3 件，各占 23.1%；區域醫院有 2 件，占 15.4%，如圖 2-1。

（二）區域分布

按健保分區分析，中區有 6 件，占 46.1%；北區有 4 件，占 30.8%；臺北區有 3 件，占 23.1%；南區、高屏區及東區在本年度則無案例，如圖 2-2。

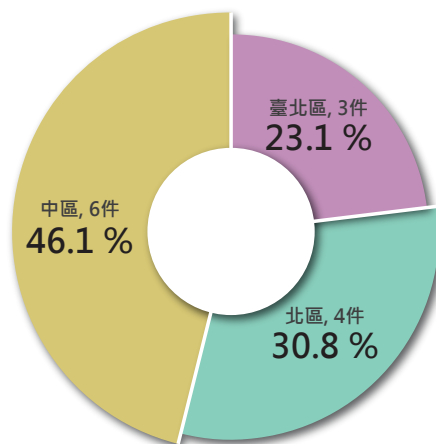


圖 2-2：113 年度孕產婦死亡審定救濟案件區域分布

2025 生產事故救濟報告

(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 9 件，占 69.2%；36 週以下（早產）生產案件共有 4 件，占 30.8%，如圖 2-3。

(四) 妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第一胎最多，有 8 件，占 61.5%；其次為第三胎有 3 件，占 23.1%；第二胎與第四胎皆有 1 件，各占 7.7%，如圖 2-4。

(五) 生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析，以 35~39 歲為多，有 6 件，占 46.1%；其次為 30~34 歲與 40 歲以上，分別有 3 件，各占 23.1%；25~29 歲有 1 件，占 7.7%，如圖 2-5。

(六) 事故原因

就孕產婦死亡案件之事故原因分析，以

羊水栓塞為最大宗，有 5 件，占 38.4%；其中 3 件為疑似羊水栓塞、2 件為確診為羊水栓塞（經病理解剖或其他證據顯示），其次為產後大出血與血管栓塞/肺栓塞，各有 3 件，各占 23.1%；顱內出血有 2 件，占 15.4%，如表 2-1。

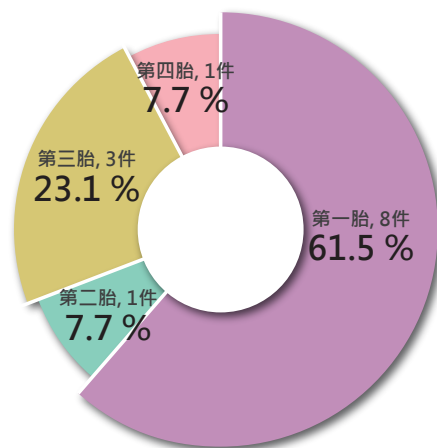


圖 2-4：113 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

案件數

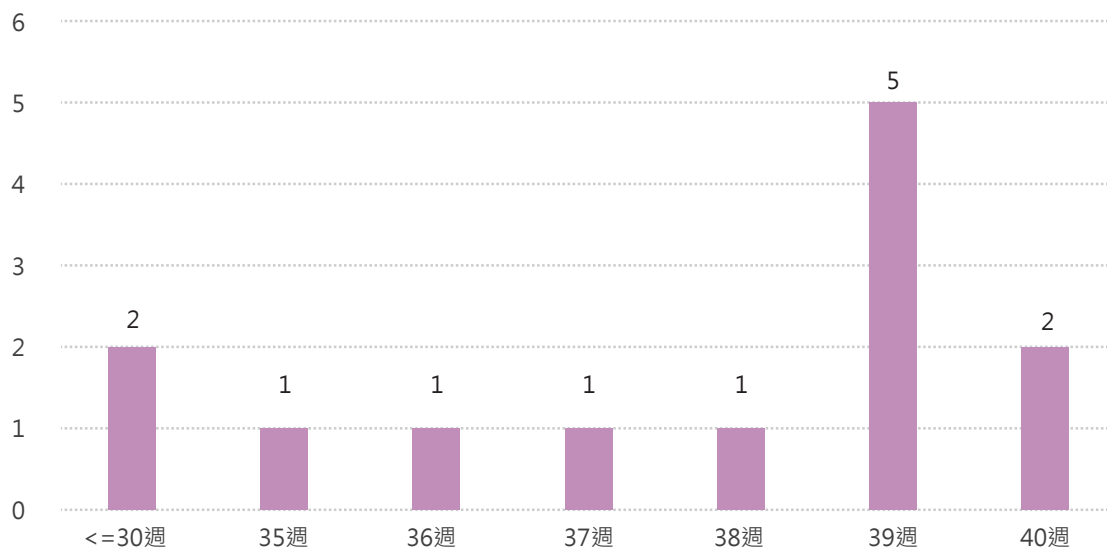


圖 2-3：113 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠週數分布

案件數

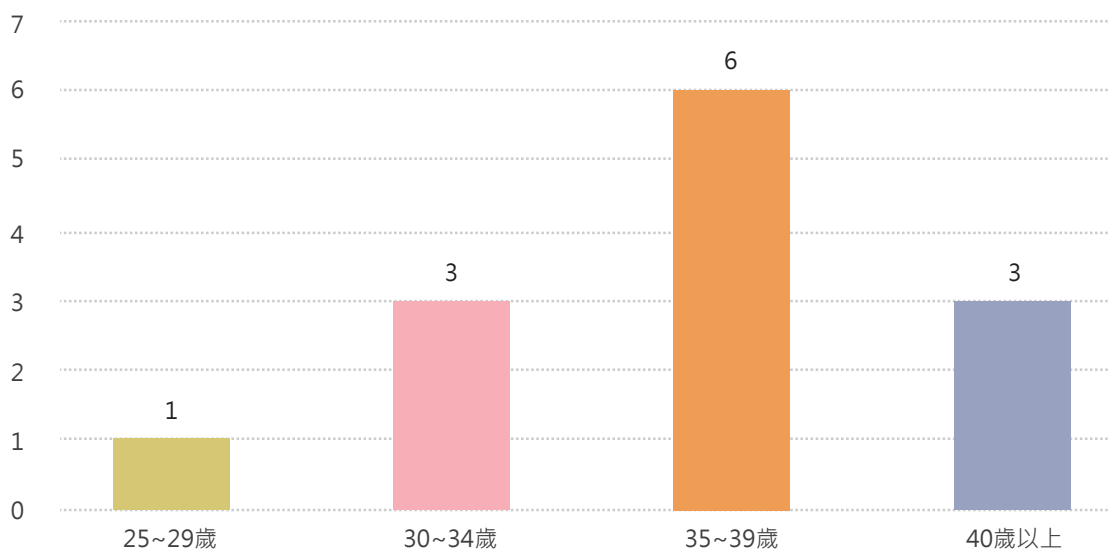


圖 2-5：113 年度孕產婦死亡審定救濟案件生產時年齡分布

表 2-1：113 年度審定救濟案件孕產婦死亡原因分析

可能直接原因	案件數 (註 1)	百分比	先行原因	案件次 (註 2)	發生比率 (註 3)
羊水栓塞	5	38.4%	疑似羊水栓塞	3	23.1%
			確診為羊水栓塞 (經病理解剖或其他證據顯示)	2	15.4%
產後大出血	3	23.1%	子宮頸撕裂傷	2	15.4%
			子宮破裂	1	7.7%
血管栓塞/肺栓塞	3	23.1%	確診為血管栓塞/肺栓塞 (經影像檢查診斷)	3	23.1%
顱內出血	2	15.4%	嚴重血小板低下症	1	7.7%
			不明原因	1	7.7%
總計	13	100.0%			

註 1：以 113 年孕產婦死亡審定救濟案件數為母數計算。(N=13)

註 2：「先行原因」為導致「可能直接原因」之多重因素，「案件次」之統計為複選。

註 3：發生比率計算：事故原因案件次/審定案件數*100%

2025 生產事故救濟報告

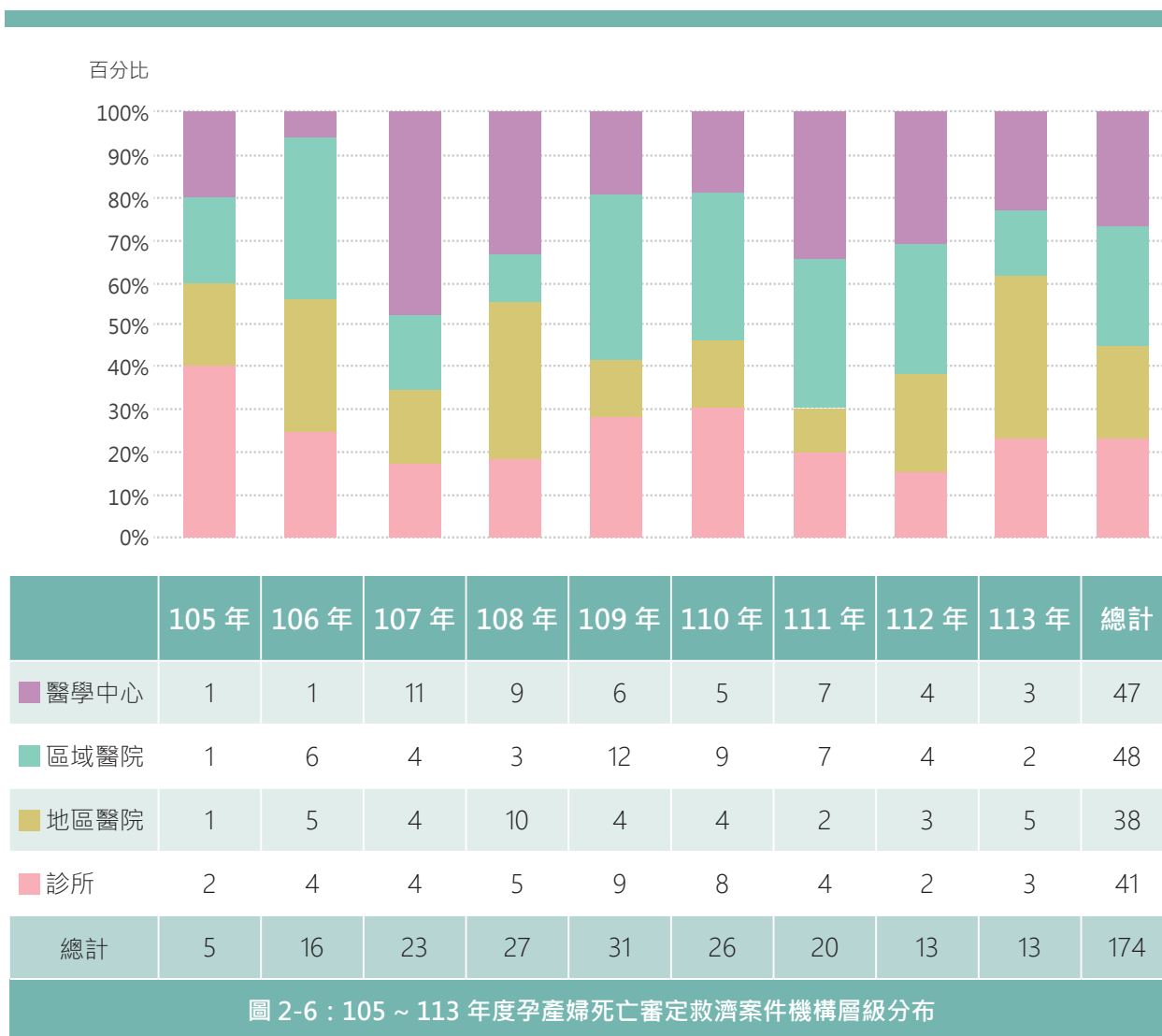
二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至 113 年底所受理之申請案中，孕產婦死亡案件共計 184 件，其中 10 件因與生產無因果關係屬救濟排除之條件，不予救濟。茲就核予救濟之 174 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

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，區域醫院累計件數最多，有 48 件，占 27.6%；醫學中心居次，有 47 件，占 27.0%；診所 41 件，占 23.6%；地區醫院最少，有 38 件，占 21.8%。112 年度共計 13 件；113 年度同樣為 13 件，相較於 112 年度，113 年度醫學中心及區域醫院件數皆下降，然地區醫院與診所則增加，其中地區醫院從 111 年度起連續 3 年增加，如圖 2-6。



(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 45 件，占 25.9%，而東區最少，僅有 3 件，占 1.7%。113 年度案件數與 112 年度

相比，113 年度中區之案件數增加最多，由 112 年 1 件增加為 6 件，北區也增加 1 件，其他區域皆呈現下降，如圖 2-7。

百分比

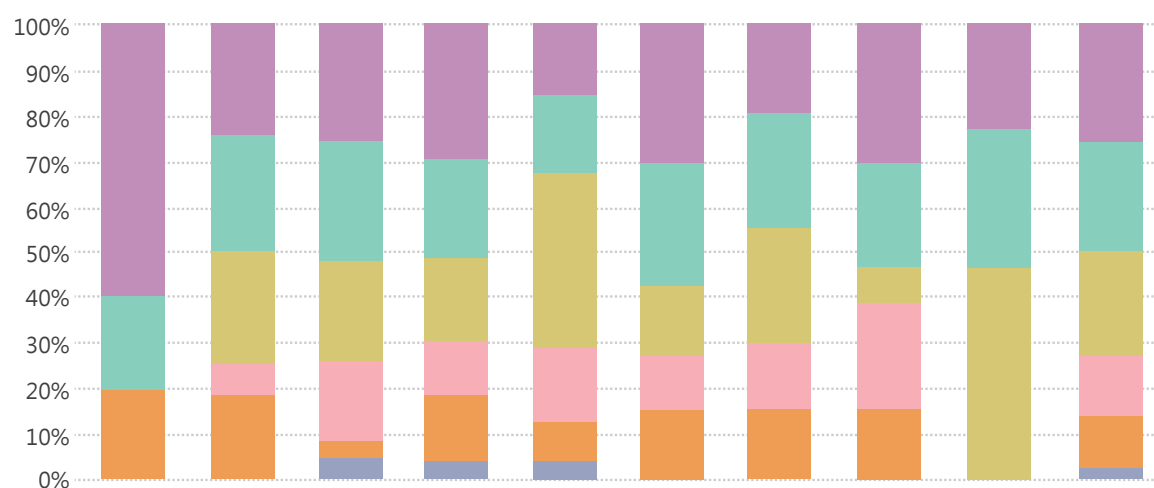


圖 2-7：105 ~ 113 年度孕產婦死亡審定救濟案件區域分布

(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 123 件，占 70.7%；36 週以下（早產）生產案件，有 51 件，占 29.3%。累積案件數最多者為 38 週，共 47 件；其次

依序為 39 週、37 週、40 週，分別各有 31 件、23 件、19 件。113 年度中 38 週的案件數從 112 年度的 4 件降為 1 件，40 週案件數則增加 2 件，其他週數則差別不大，如表 2-2。

表 2-2：105 ~ 113 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠週數分布

年度 妊娠週數	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	總計
<=30 週	0	1	5	0	5	1	1	1	2	16
31 週	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
32 週	0	0	0	1	1	1	1	1	0	5
33 週	2	0	0	2	1	0	1	0	0	6
34 週	0	0	1	0	1	0	1	1	0	4
35 週	0	0	4	1	1	0	3	1	1	11
36 週	0	0	0	1	1	4	0	0	1	7
37 週	1	1	4	5	2	3	5	1	1	23
38 週	1	5	6	9	8	9	4	4	1	47
39 週	0	5	1	2	7	3	4	4	5	31
40 週	1	3	2	4	2	5	0	0	2	19
41 週	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3
總計	5	16	23	27	31	26	20	13	13	174

(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 85 件，占 48.9%。在高妊

娠胎次部分，於 105 年、110 及 111 年度分別有一件第五胎以上的產婦，總計共 3 件，占 1.7%，113 年度無特殊差別，如圖 2-8。

百分比

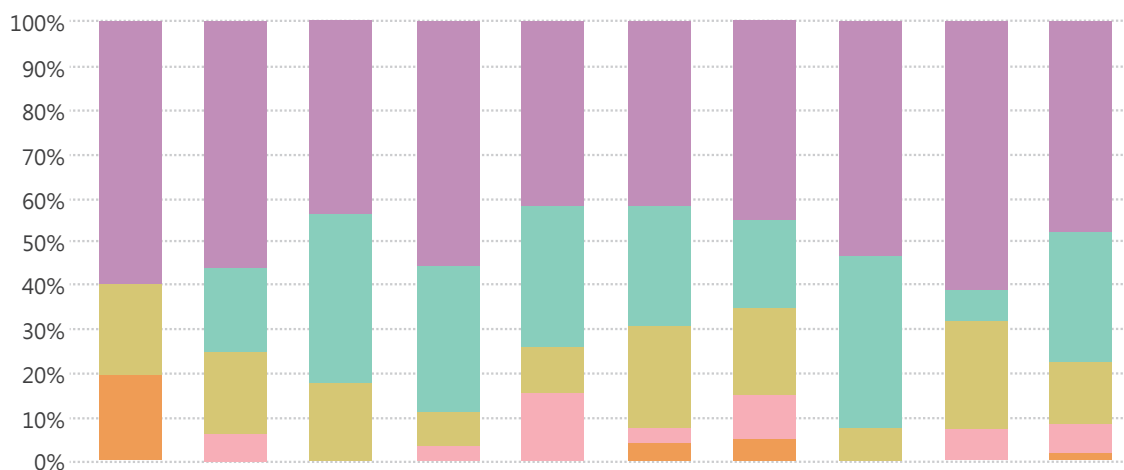
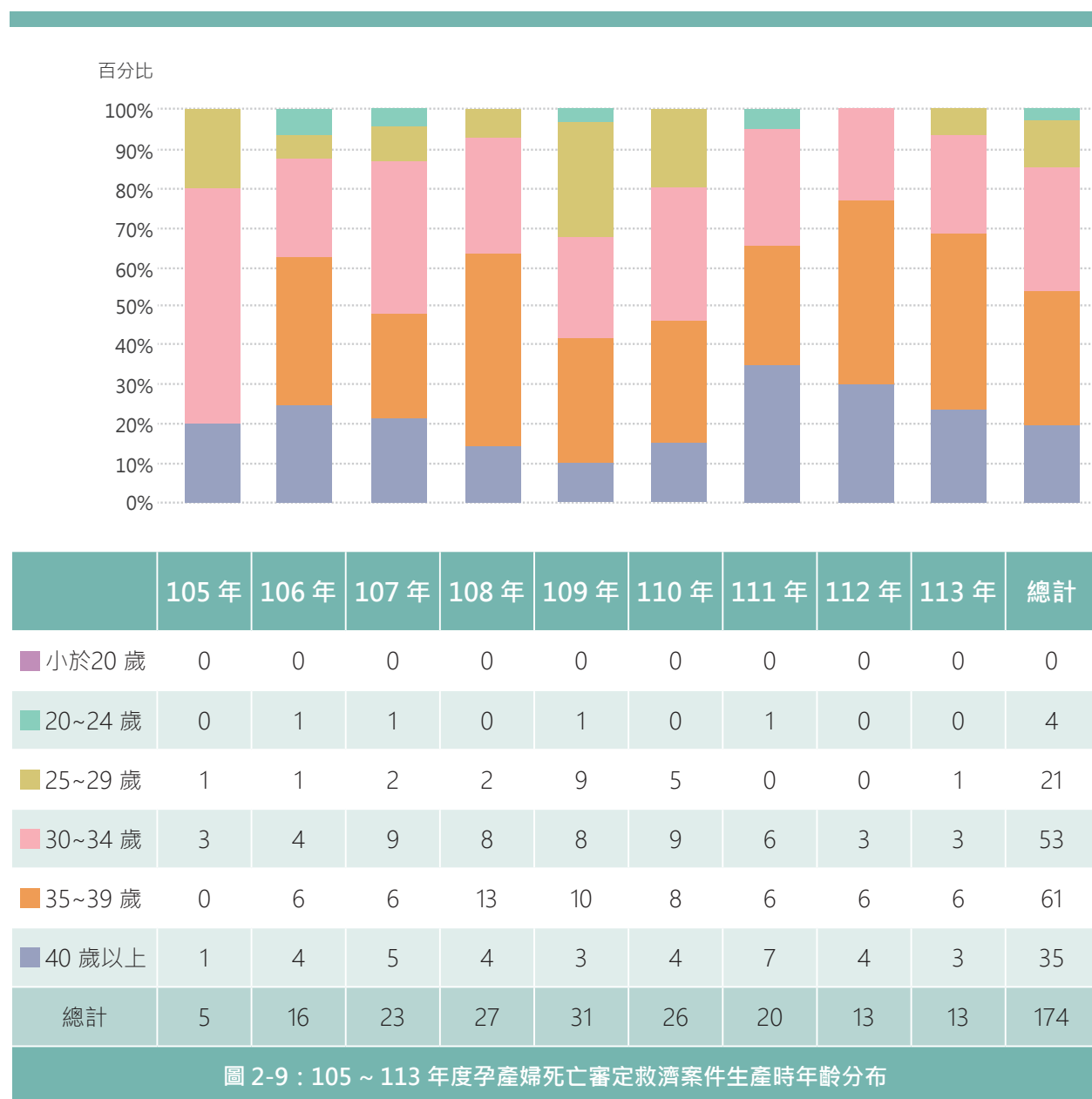


圖 2-8：105 ~ 113 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

(五) 生產年齡

按年度及孕產婦生產時年齡分析，以 35~39 歲最多，共有 61 件，占 35.1%；30~34 歲次之，有 53 件，占 30.5%。105 年度、107 年度及 110 年度多分布在 30~34 歲；

111 年度分布在 40 歲以上居多；其餘年度皆 35~39 歲為最多，且近三年 30~34 歲案件數有呈現下降，但 35~39 歲則呈現持平，113 年度並無特殊變化，如圖 2-9。



105 年度因僅有半年數據未列入統計，以 106 至 113 年度孕產婦死亡審定救濟案件作進一步分析，歷年度及孕產婦生產時年齡，對比同時期內政部戶政司人口資料庫之出生人口數比率（註⁴），其中以 40 歲以上為最高，為十萬分之 43.8；35~39 歲為十萬分之 19.1；

30~34 歲為十萬分之 10.8；25~29 歲為十萬分之 6.8；20~24 歲為十萬分之 3.9。若以歷年的申請比率分析，各年度皆以 40 歲以上之申請比率最高；40 歲以上的孕產婦，生產時發生孕產婦死亡之風險相較 40 歲以下的孕產婦高約 4.5 倍，如圖 2-10。

申請比率(每十萬人)

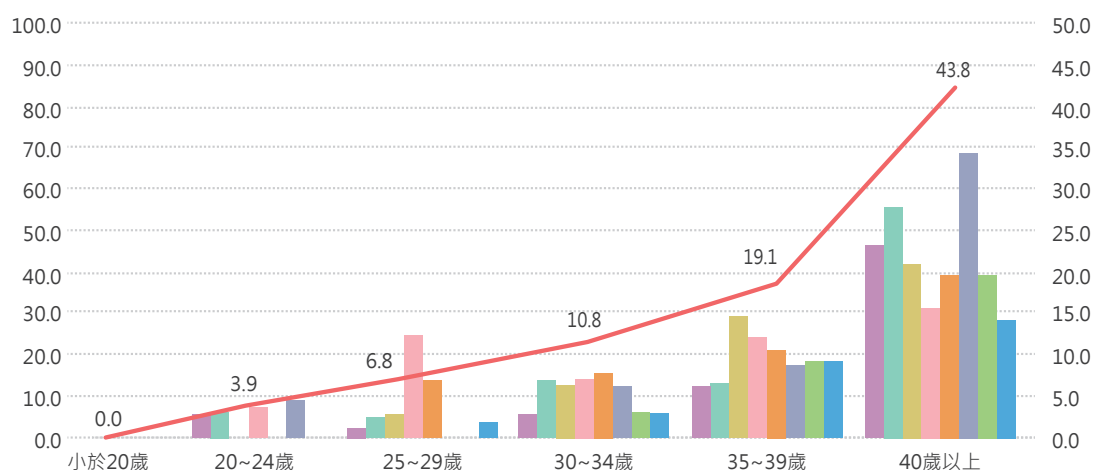


圖 2-10：106 ~ 113 年度孕產婦死亡申請比率按生產時年齡層分布

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

表 2-3：105 ~ 113 年度審定救濟案件孕產婦死亡前 5 項主要原因

事故原因	案件數 ^(註 1)	百分比
產後大出血	53	30.5%
血管栓塞/肺栓塞	34	19.5%
羊水栓塞	32	18.4%
心血管疾病	19	10.9%
顱內出血	16	9.2%

註 1：以 105 ~113 年度孕產婦死亡審定救濟案件數為母數計算。(N = 174)

(六) 事故原因

分析孕產婦死亡之事故原因，105~113 年度前 5 項主要原因為產後大出血，共有 53 件，占 30.5%；其次為血管栓塞/肺栓塞 34 件，占 19.5%；羊水栓塞 32 件，占 18.4%；心血管疾病 19 件，占 10.9%；顱內出血 16 件，占 9.2%，如表 2-3。

三、小結

我國《生產事故救濟條例》自 105 年 6 月 30 日施行起，截至 113 年 12 月 31 日止，共計 174 件孕產婦死亡救濟案件，分別為 105 年下半年度 5 件，106 年度 16 件，107 年度 23 件，108 年度 27 件，109 年度 31 件，110 年度 26 件，111 年度 20 件，112 年度 13 件，113 年度 13 件。整體救濟案例數連續三個年度的下降後，113 年度則呈現穩定持平狀態。

台灣的孕產婦生育型態進入高齡化、少子化趨勢，生產時發生孕產婦死亡的風險會隨著年齡增長而增加，尤其是 40 歲以上的孕產婦

較 40 歲以下的孕產婦明顯提高，突顯了高齡生育的風險，值得注意，特別是針對心血管疾病（包括高血壓、子癲前症、糖尿病以及血管或肺栓塞的預防措施）。強化高齡產婦的產檢及處置模式將是檢視的重點，包括 40 歲以上產檢內容、加強子癲前症及血栓預防性投藥評估與急性肺栓塞的處理能力。

羊水栓塞是罕見但極其嚴重的產科急症，具有高死亡率與併發症風險，通常發生於生產前或產程中，尤其是合併有催生、破水、劇烈疼痛、宮縮過強、胎兒窘迫或腹部推擠的情況下。其中胎兒窘迫、母體躁動與急性呼吸困難為重要的前驅症狀，尤其是具高風險因子，包括高齡（≥35 歲）、多胎妊娠、胎盤剝離、子癲前症、妊娠糖尿病、羊水過多、人工破水、子宮頸撕裂或子宮手術史者。發生羊水栓塞時處置需快速，醫療機構宜訂定作業標準包括胎兒娩出時機、突發心臟驟停之處理、產後大出血與瀰漫性血管內凝血及右心衰竭與肺高壓之處理以及體外膜氧合（ECMO，葉克膜）適時

使用，並進行模擬演練。透過強化高風險評估，提高診斷敏感度、熟練急救應變能力、迅速反應與促進跨醫療團隊的溝通與合作，以提升整體治療成效並改善預後。

子宮破裂或產道裂傷之產後大出血之高風險徵兆，例如曾有剖腹生產或子宮手術病史者（包括：海扶手術及熱消融手術）、困難生產或產程延長者或使用 cytotec 催生者等應特別注意。倘若出現胎心音異常時，需考慮子宮破裂的可能性，產房應備有超音波設備以供隨時檢查。裂傷後持續性出血會引起低血壓與低血流灌注，續發子宮收縮不良，因此，盡快止血為首要措施。醫療院所應具備緊急處理能力，例如：適時與正確的輸血、熟練與使用止血球止血，強化醫院之緊急處置能力與演練，連結基層院所與後送醫院的網絡合作，讓產婦能得到良好照護。生產過程中若有使用 cytotec 催生者，務必依照台灣婦產科醫學會所提供的規範指引建議使用以確保安全。

肺栓塞常見的危險因子除了懷孕本身以外，還包括肥胖、臥床、高齡、人工生殖等。肺栓塞以胸悶、喘以及不明原因意識喪失來表現，由於發生突然且死亡率高，台灣婦產科醫學會已制定避免產後靜脈栓塞及肺栓塞的安產御守，提供預防策略以減少風險發生，盡早下床及穿著彈性襪是避免產後肺部栓塞最好的預防措施。

運用妊娠高血壓及子癲前症組合式照護模式，在孕程早期針對有高風險因子之孕婦，考慮給予低劑量阿斯匹靈預防。在孕期期間對於高血壓及子癲前症之嚴重徵象應予以適當之監測。當不良徵兆出現時宜採取密集的產前檢查與追蹤，進一步積極住院觀察。如果持續出現嚴重子癲前症徵兆時，適時給予藥物使用，並且審慎評估提早生產的必要性。如遇未能定期產檢或是對於疾病嚴重度認知不足之孕婦可適時的給予衛教指導，讓病患更清楚了解疾病的嚴重性，加強疾病風險意識與管理。



第二節、孕產婦重大傷害案件分析

一、本年度案件統計與分析

本年度受理之孕產婦重大傷害（含子宮切除）申請案件共計 53 件，其中 3 件為中度以上身心障礙，3 件為其他產婦重大傷害，47 件為子宮切除。上述案件中有 3 件其他重大傷害案件因未符合生產事故救濟給付要件而不予救濟，其餘案件均核予救濟。自救濟制度施行以來，子宮切除申請案件每年約為 60 件，本年度申請件數略低於往年，仍需持續觀察後續變化。依據孕產婦重大傷害之申請機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

（一）機構層級

按發生生產事故之機構層級分析，醫學中心居多有 18 件，占 36.0%；區域醫院有 16 件，占 32.0%；地區醫院有 10 件，占 20.0%；診所所有 6 件，占 12.0%；如圖 2-11。

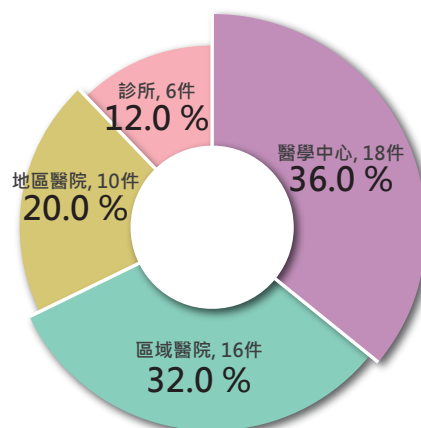


圖 2-11：113 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件機構層級分布

（二）區域分布

根據健保分區分析，以中區最多有 14 件，占 28.0%；臺北區和北區分別有 11 件與 10 件，各占 22.0%及 20.0%；高屏區有 11 件，占 22.0%；南區有 4 件，占 8.0%；東區本年度則沒有申請案件，如圖 2-12。

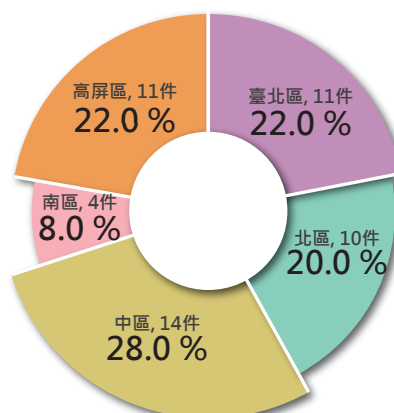


圖 2-12：113 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件區域分布

（三）妊娠週數

依據事故發生時的妊娠週數分析，大部分發生在 37 週以上之足月生產，共有 33 件，占 66.0%；未滿 37 週之早產生產案件共有 17 件，占 34.0%，其週數分布如圖 2-13。

（四）妊娠胎次

按個案發生事故之妊娠胎次分析，以第二胎最多，有 19 件，占 38.0%；第一胎有 14 件，占 28.0%；第三胎有 12 件，占 24.0%；第四胎有 3 件，占 6.0%；第五胎以上有 2 件，占 4.0%。

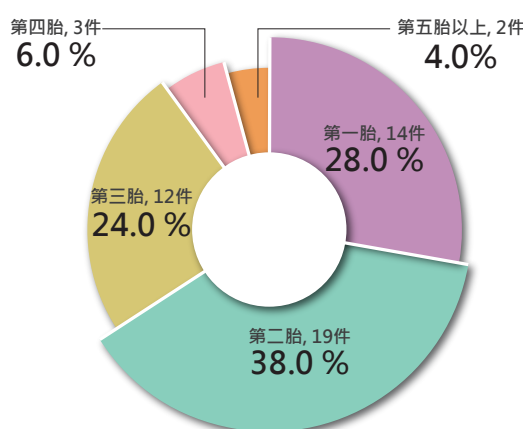


圖 2-14：113 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布

件，占 28.0%；第三胎有 12 件，占 24.0%；第四胎有 3 件，占 6.0%，第五胎以上有 2 件，占 4.0%，如圖 2-14。

（五）生產年齡

按產婦生產時年齡分析，主要發生在 35~39 歲，有 17 件，占 34.0%；其次為 40 歲以上，有 16 件，占 32.0%；30~34 歲有 11 件，占 22.0%；25~29 歲有 5 件，占 10.0%；

未滿 25 歲有 1 件，占 2.0%，如圖 2-15。

（六）事故原因

就孕產婦重大傷害之事故原因分析，3 件中以上身心障礙案件（分別為 2 件極重度障礙及 1 件重度障礙），其事故原因：羊水栓塞、血管栓塞/肺栓塞、及顱內出血各有一件（分別占 33.3%），這些案件最終皆造成產婦缺血缺氧性腦病變，如表 2-4。

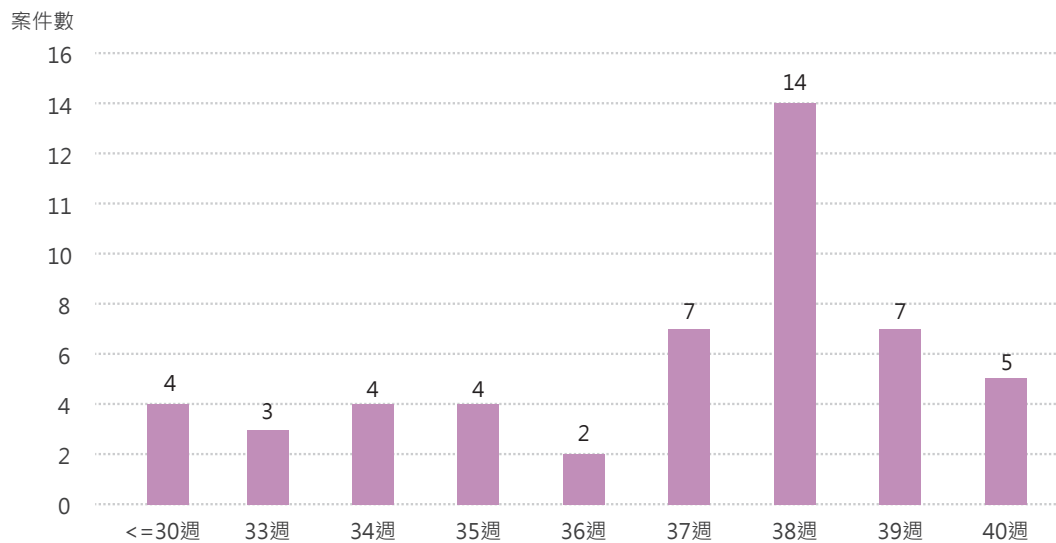


圖 2-13：113 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件妊娠週數分布

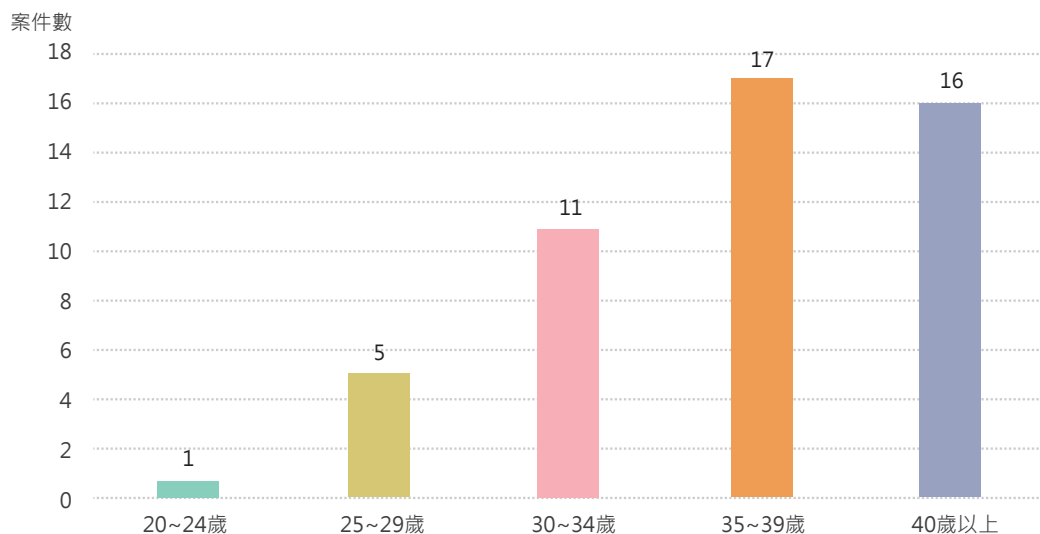


圖 2-15：113 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

2025生產事故救濟報告

表 2-4：113 年度審定救濟案件孕產婦重大傷害原因分析

可能直接原因	案件數 (註 1)	百分比	先行原因	案件次 (註 2)	發生比率 (註 3)
羊水栓塞	1	33.3%	疑似羊水栓塞	1	33.3%
血管栓塞/肺栓塞	1	33.3%	確診為血管栓塞/肺栓塞 (經影像檢查診斷)	1	33.3%
顱內出血	1	33.3%	妊娠高血壓	1	33.3%
總計	3	100.0%		3	

註 1：以 113 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件數為母數計算。(N=3)

註 2：「先行原因」為導致「可能直接原因」之多重因素，「案件次」之統計為複選。

註 3：發生比率計算：事故原因案件次/審定案件數*100%

表 2-5：113 年度審定救濟案件孕產婦子宮切除原因分析

可能直接原因	案件數 (註 1)	百分比	先行原因	案件次 (註 2)	發生比率 (註 3)
產後大出血 (含預期性產後出血)	46	97.9%	植入性胎盤	19	40.4%
			子宮收縮乏力	15	31.9%
			前置胎盤	6	12.8%
			生殖道撕裂傷	6	12.8%
			子宮破裂	2	4.3%
			胎盤早期剝離	2	4.3%
			胎盤殘留	4	8.5%
			子宮感染	1	2.1%
			右側子宮動脈破裂	1	2.1%
			妊娠滋養細胞疾病	1	2.1%
			疑似羊水栓塞	1	2.1%
其他非妊娠因素	1	2.1%	HELLP症候群	1	2.1%
總計	47	100.0%		59	

註 1：以 113 年度孕產婦子宮切除審定救濟案件數為母數計算。(N=47)

註 2：「先行原因」為導致「可能直接原因」之多重因素，「案件次」之統計為複選。

註 3：發生比率計算：事故原因案件次/審定案件數*100%

分析 47 件產婦子宮切除案件之發生原因，雖然可能非單一因素造成，但有絕大部分（97.9%）都與產後大出血有關，而引起產後大出血原因依序為植入性胎盤、子宮收縮乏力、前置胎盤及生殖道撕裂傷等，如表 2-5。

二、歷年統計

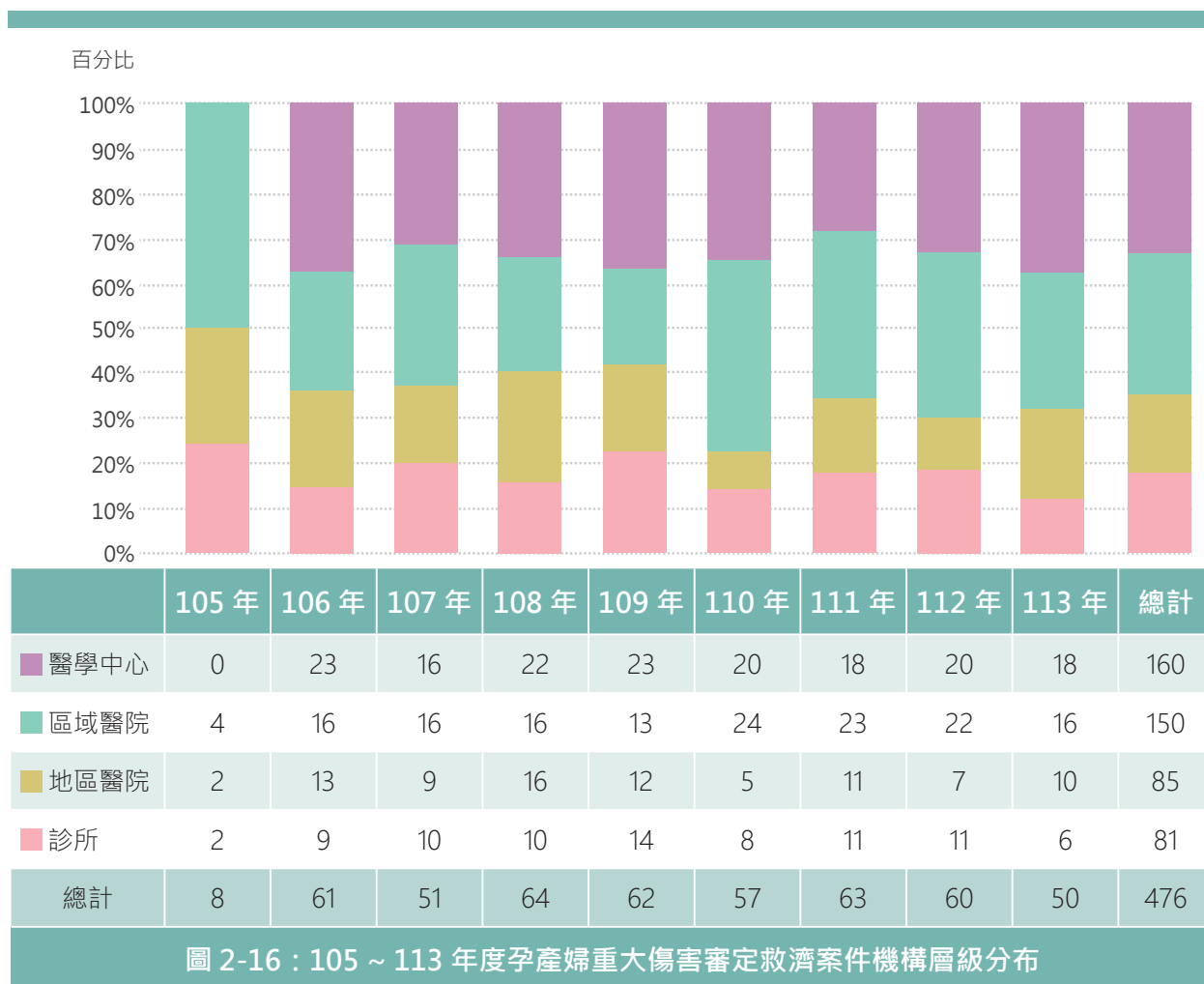
自《生產事故救濟條例》施行日起至民國 113 年底，累計受理孕產婦重大傷害申請案 486 件。其中，10 件經審議確認其重大傷害與生產無直接因果關係，未核予救濟；其餘 476 件均核准救濟，其中 34 件為中度以上身心障礙，442 件為子宮切除案件。整體而言，除 105 年因制度初期推動，申請件數較少外，其

餘各年申請量大致維持每年約 60 件，且多以子宮切除案件為主。

產婦重大傷害案件茲依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

（一）機構層級

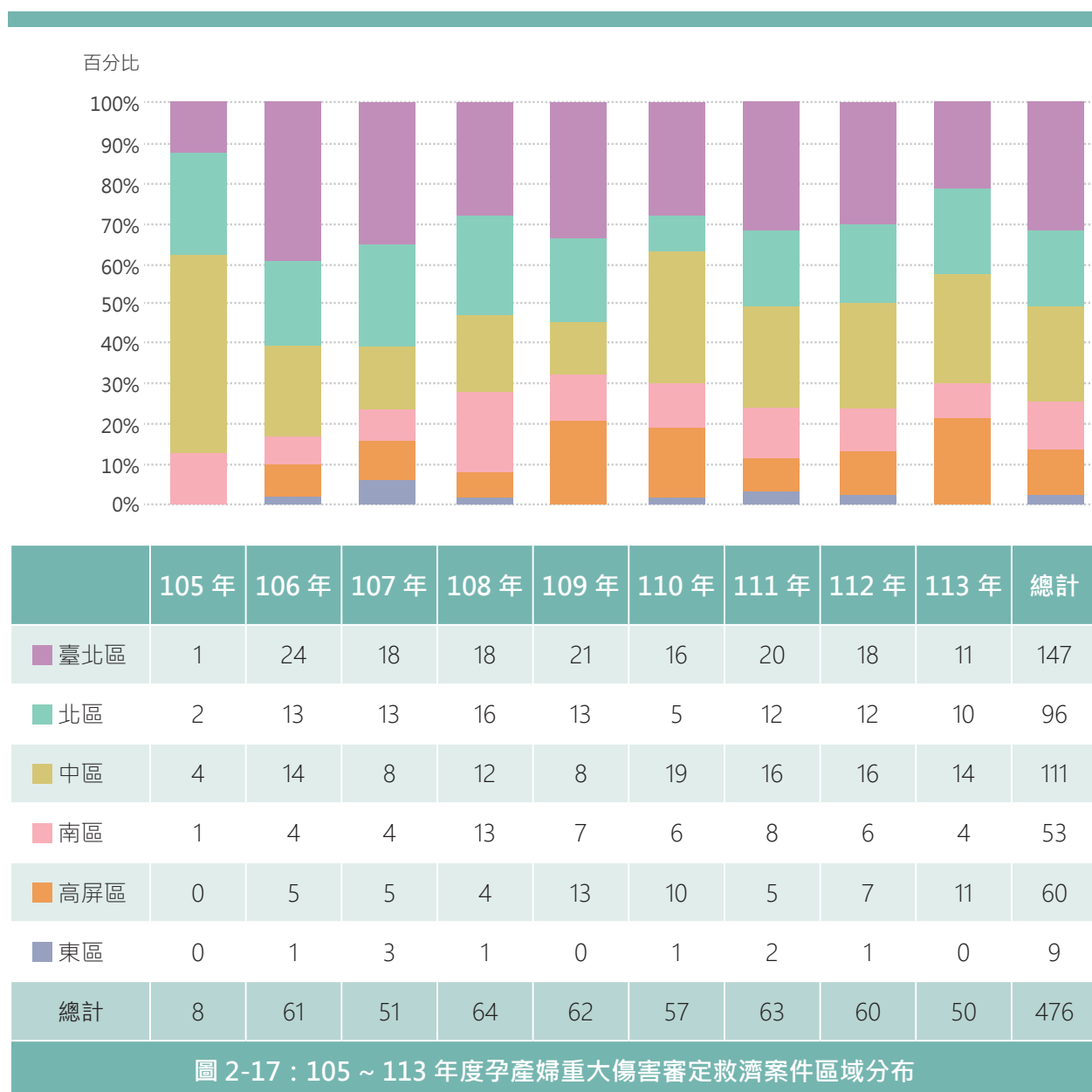
按發生生產事故之年度及機構層級分析，出現在醫學中心最多，其次為區域醫院，分別有 160 件及 150 件，各占 33.6%及 31.5%，而區域醫院的案件自 110 年起有增加趨勢；地區醫院與診所較少，分別為 85 件和 81 件，各占 17.9%及 17.0%，如圖 2-16。



(二) 區域分布

根據年度及健保分區分析，案件數量與各分區總生產數呈現相關性，歷年來案件數以臺北區最多，共計 147 件，占 30.9%；中區自 110 年起案件數明顯增加，累計 111 件，

占 23.3%，僅次於臺北區；北區有 96 件，占 20.2%；南區及高屏區分別有 53 件及 60 件，分別占 11.1%及 12.6%；東區案件數因生產量較少，僅有 9 件，占 1.9%，如圖 2-17。



(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共有 302 件，占 63.4%；未滿 37 週（早產）生產案件則有 174 件，占 36.6%。累積案件數以 38 週最多，其次為 39 週及 37

週。早產案件方面，主要集中於 34 週至未滿 37 週的晚期早產，且以 36 週的案件數量最多，如表 2-6。

表 2-6：105 ~ 113 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件妊娠週數分布

年度 妊娠週數	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	總計
<=30 週	0	2	2	3	1	5	4	2	4	23
31 週	0	0	0	0	1	0	1	2	0	4
32 週	0	1	0	0	1	1	1	1	0	5
33 週	0	3	2	4	2	1	5	1	3	21
34 週	0	6	3	7	7	4	2	3	4	36
35 週	1	1	3	5	5	4	7	6	4	36
36 週	0	6	9	11	8	3	5	5	2	49
37 週	2	8	6	5	12	10	7	13	7	70
38 週	1	14	12	14	12	10	19	13	14	109
39 週	3	11	10	6	10	15	8	9	7	79
40 週	1	7	4	8	3	4	4	4	5	40
41 週	0	2	0	1	0	0	0	1	0	4
總計	8	61	51	64	62	57	63	60	50	476

(四) 妊娠胎次

按年度及妊娠胎次分析，案件多發生在第二胎與第一胎，分別有 173 與 143 件，分別占 36.4%與 30.0%；第三胎有 112 件，占 23.5%；而第四胎以上的高妊娠胎次有 48 件，占 10.1%，如圖 2-18。

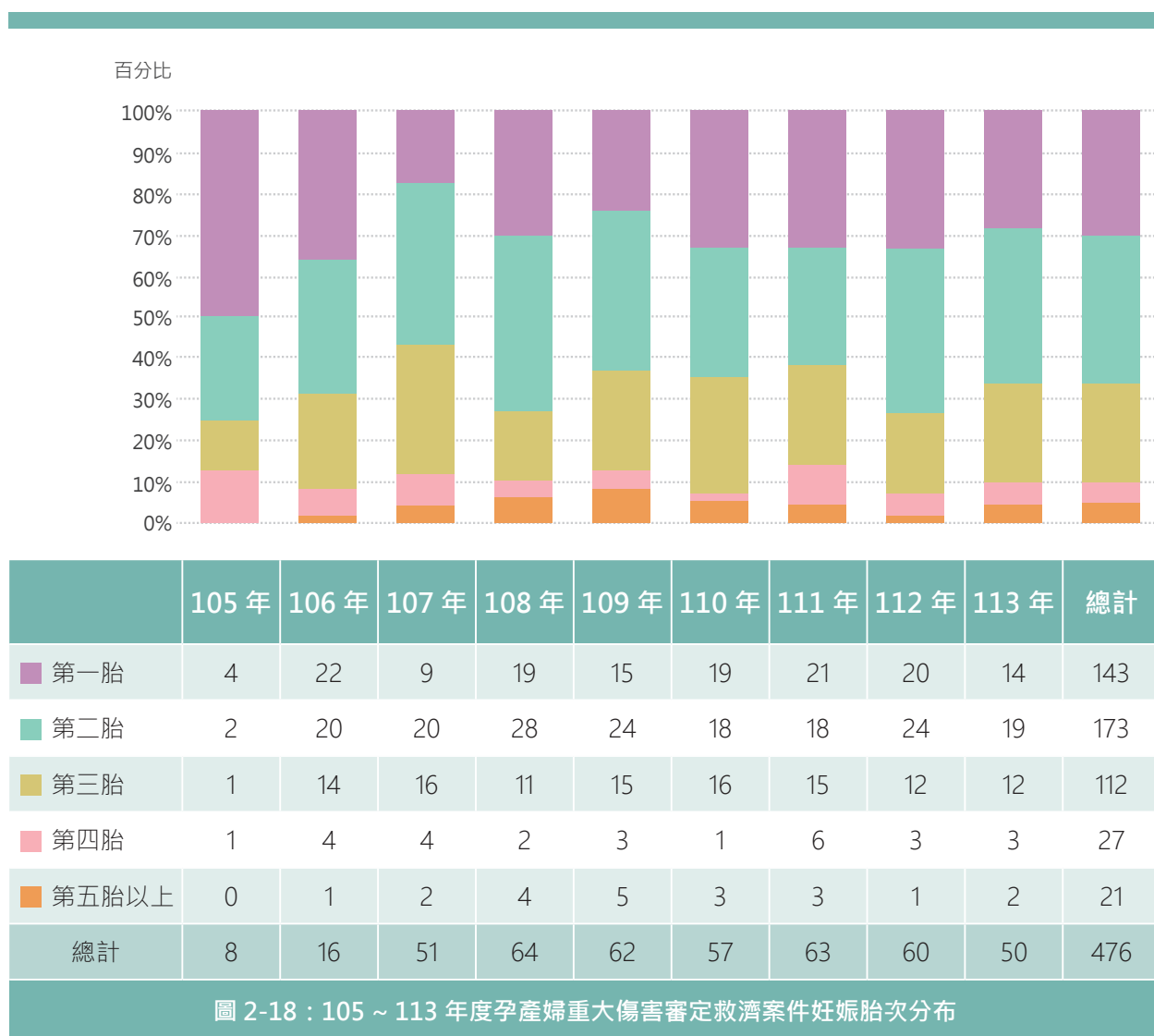
(五) 生產年齡

按年度及孕產婦生產時年齡分析，以 35~39 歲者為最多，共有 175 件，占 36.8%；30~34 歲產婦次之，有 133 件，占 27.9%；

40 歲以上產婦自 111 年起呈現明顯增加趨勢，累計 109 件，占 22.9%；未滿 25 歲者僅有 7 件，占 1.5%，如圖 2-19。

(六) 事故原因

就孕產婦重大傷害之事故原因分析，105~113 年度 34 件中度以上孕產婦身心障礙案件，以顱內出血和血管栓塞/肺栓塞最多，分別有 8 件，各占 23.5%；接續為產後大出血，有 6 件，占 17.6%；羊水栓塞則有 4 件，占 11.8%，如表 2-7。



百分比

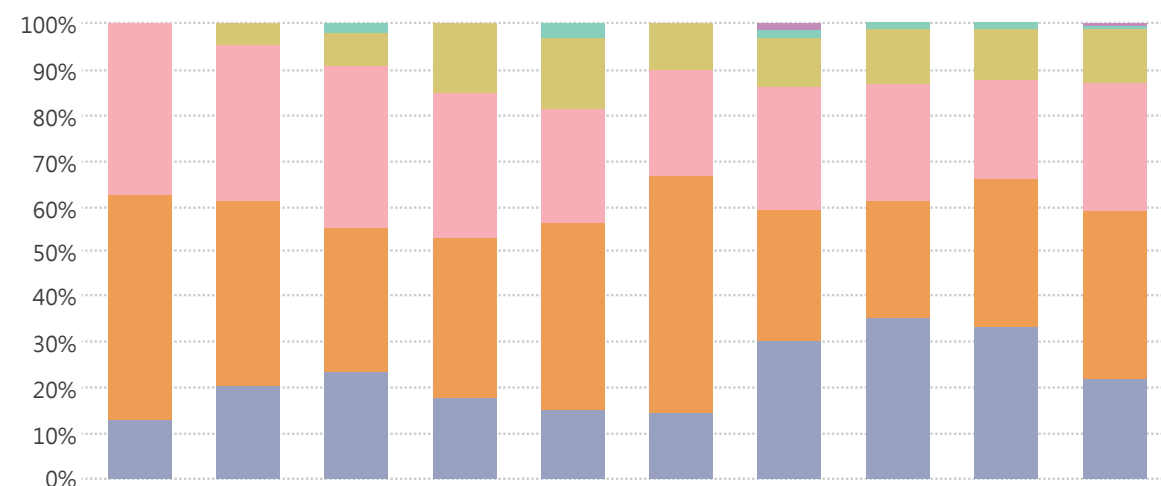


圖 2-19 : 105 ~ 113 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

表 2-7 : 105 ~ 113 年度審定救濟案件孕產婦重大傷害前 5 項主要原因

事故原因	案件數 (註 1)	百分比
顱內出血	8	23.5%
血管栓塞/肺栓塞	8	23.5%
產後大出血	6	17.6%
羊水栓塞	4	11.8%
肺水腫	3	8.8%

註 1 : 以 105~113 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件數為母數計算。(N = 34)

2025生產事故救濟報告

針對 105~113 年度針對 442 件子宮切除案件發生原因加以分析，絕大部份都是因為產後大出血（共 438 件，占 99.1%），如表 2-8。而引起產後大出血的前 5 項先行原因最多是植入性胎盤，有 196 案件次，占 44.7%；

其次分別為子宮收縮乏力與前置胎盤，分別有 155 與 115 案件次，各占 35.4%及 26.3%；另外生殖道撕裂傷及子宮破裂也分別有 46 與 30 案件次，各占 10.5%及 6.8%，如表 2-9。

表 2-8：105 ~ 113 年度審定救濟案件子宮切除主要原因分析

事故原因	案件數 (註 1)	百分比
產後大出血	438	99.1%
其他	4	0.9%

註 1：以 105~113 年度孕產婦子宮切除審定救濟案件數為母數計算。(N=442)

表 2-9：105 ~ 113 年度子宮切除審定救濟案件先行原因分析

事故原因	案件次 (註 1)	發生比率 (註 2)
植入性胎盤	196	44.7%
子宮收縮乏力	155	35.4%
前置胎盤	115	26.3%
生殖道撕裂傷	46	10.5%
子宮破裂	30	6.8%

註 1：「先行原因」為導致「可能直接原因」之多重因素，「案件次」之統計為複選。

註 2：發生比率計算：事故原因案件次/審定案件數*100%

三、小結

自《生產事故救濟條例》施行以來，截至 113 年底，從醫療機構層級分析可見，生產事故案件多集中於醫學中心與區域醫院，尤其在 110 至 111 年間，區域醫院案件數有增加趨勢，推測與處理較多高風險與複雜個案有關。未來應持續追蹤趨勢變化，並針對基層診所之高風險個案識別與轉診機制進行完善，同時強化區域醫院高危險妊娠照護及急救能力，以確保孕產婦於第一時間獲得適當醫療照護，提升整體母嬰安全。

從個案年齡分布來看，半數以上發生於 36 歲以上產婦，且在 111 年度，40 歲以上孕產婦的重大傷害案件明顯增加。雖然晚婚晚育已成為現代社會常態，但高齡孕產婦於孕期及生產過程中，面臨較高併發症風險。建議孕產婦應重視自我健康管理，如控制體重、規律產檢，並針對高血壓、糖尿病、自體免疫疾病或子癲前症等高風險族群，加強疾病評估與自我監測，以降低孕期併發症發生率。

子宮切除案件分析顯示，幾乎皆由產後大出血引發，主要原因包括植入性胎盤、子宮收縮乏力、前置胎盤及生殖道撕裂傷。儘管產後大出血多屬突發狀況，而子宮切除亦為搶救生命的重要手段，然而在病情穩定時，若能及早介入以子宮內水球填塞、血管結紮或血管栓塞術等保守性止血措施，將有機會保留子宮，減少手術侵入性，並維護孕產婦未來生育權。

另從歷年孕產婦中度以上身心障礙案件分析可見，妊娠高血壓與產後大出血所引發的急性併發症，仍為導致缺氧性腦病變的主要原因，進一步突顯孕期健康管理與早期風險辨識之重要性。值得注意的是，近年因高血壓導致之中度以上身心障礙個案有下降趨勢，推測與孕產婦健康意識提升及高風險族群監測強化有關。此外，植入性胎盤為產後大出血的主要原因之一，對於具有高風險因子（如多次剖腹生產史）之孕產婦，建議於產前進行詳盡評估，並儘早安排於具備處置能力之醫療院所生產，以降低相關不良事件發生。同時，血管栓塞與肺栓塞之發生率近年有上升趨勢，尤以剖腹產孕婦為顯著。針對具血栓高風險因子之剖腹產產婦，應依照臨床指引施行預防性抗凝治療、使用醫療級彈性襪，並鼓勵產後儘早下床活動，以降低栓塞事件之風險。

從醫療機構應對策略來看，醫療院所應持續強化緊急處置與急救演練，包括完善緊急輸血準備、強化人員即時應變能力，並依個案風險程度建立高危個案追蹤與後送流程。透過跨科別整合與高風險個案管理，提升孕產婦危機應對品質，減少重大傷害事件。

整體而言，從個人健康管理到醫療體系防護，皆須共同建構多層次安全網。藉由健康促進、危險因子早期辨識與即時醫療介入，可有效提升母嬰安全，降低生產事故遺憾，並朝向更完善的孕產照護體系發展。

第三節、新生兒死亡案件分析

一、本年度案件統計與分析

113 年度受理之申請案中，新生兒死亡共有 55 件申請案，其中 8 件因新生兒死亡與生產無因果關係，不予救濟。茲就核予救濟之 47 件新生兒死亡案件，依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

(一) 機構層級

按發生生產事故之機構層級分析，以區域醫院 15 件最多，占 32.0%；其次為地區醫院及診所各有 12 件，分別占 25.5%；醫學中心則有 8 件，占 17.0%，如圖 2-20。

(二) 區域分布

按健保分區分析，以臺北區 13 件最多，占 27.6%；其次是高屏區 11 件，占 23.4%；中區 10 件，占 21.3%；北區 7 件，占 14.9%；占比最低的為南區和東區各有 3 件，各占 6.4%，如圖 2-21。

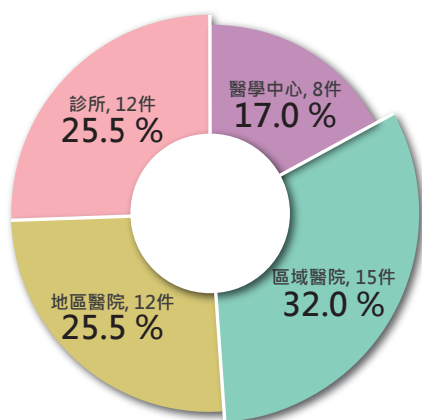


圖 2-20：113 年度新生兒死亡審定救濟案件機構層級分布

(三) 妊娠週數

按妊娠週數分析，主要為 37 週以上之足月生產案件共有 36 件，占 76.6%；36 週以下（早產）生產案件共有 11 件，占 23.4%。案件數最多的為 38 週及 39 週，各有 13 件及 10 件，各占 27.7%及 21.3%；其次為 37 週，有 7 件，占 14.9%；再其次為 40 週有 6 件，占 12.8%；其他週數占比如圖 2-22。

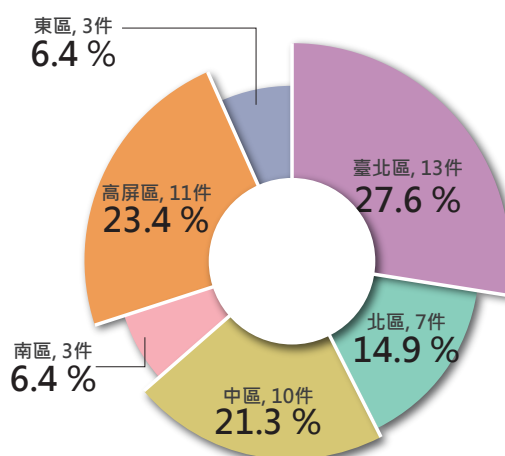


圖 2-21：113 年度新生兒死亡審定救濟案件區域分布

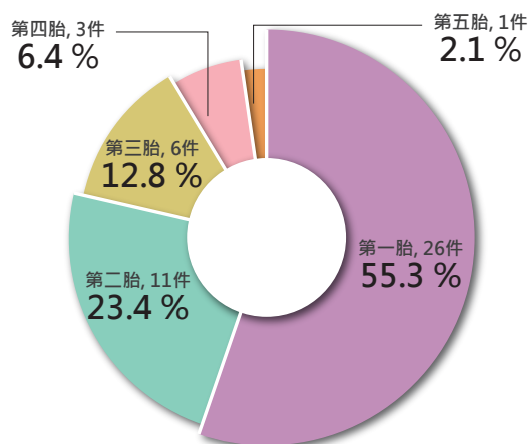


圖 2-23：113 年度新生兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

（四）妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第一胎最多，有 26 件，占 55.3%；其次為第二胎有 11 件，占 23.4%；再者為第三胎有 6 件，占 12.8%；第四胎有 3 件，占 6.4%；第五胎以上則有 1 件，占 2.1%，如圖 2-23。

（五）生產年齡

按孕產婦生產年齡分析，以 30~34 歲居冠，共 17 件，占 36.1%；35~39 歲次之為 13 件，占 27.7%；25~29 歲、40 歲以上，分別有 7 件，各占 14.9%；20~24 歲則有 2 件，占 4.3%；孕產婦年齡小於 20 歲的則有 1 件，占 2.1%，如圖 2-24。

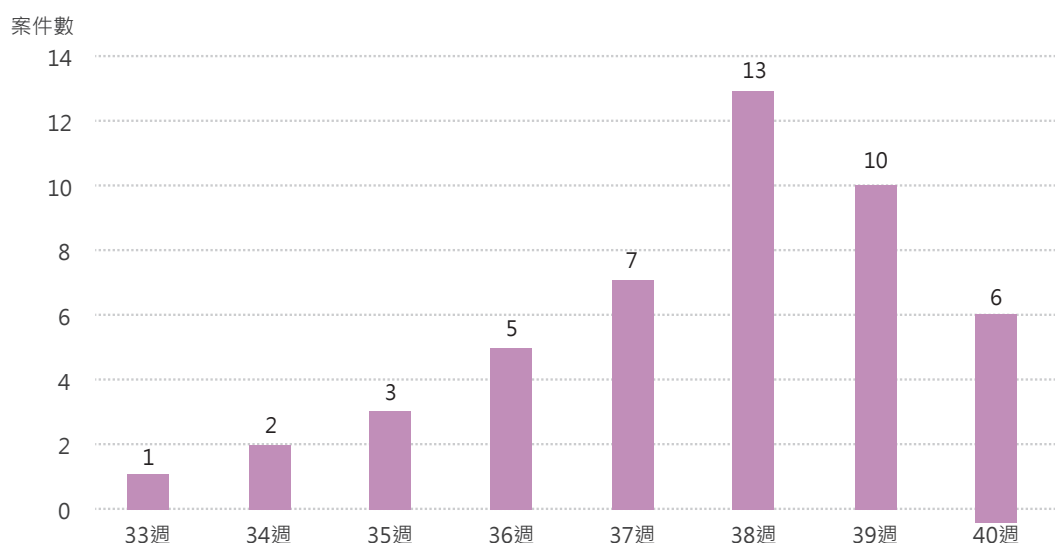


圖 2-22：113 年度新生兒死亡審定救濟案件妊娠週數分布

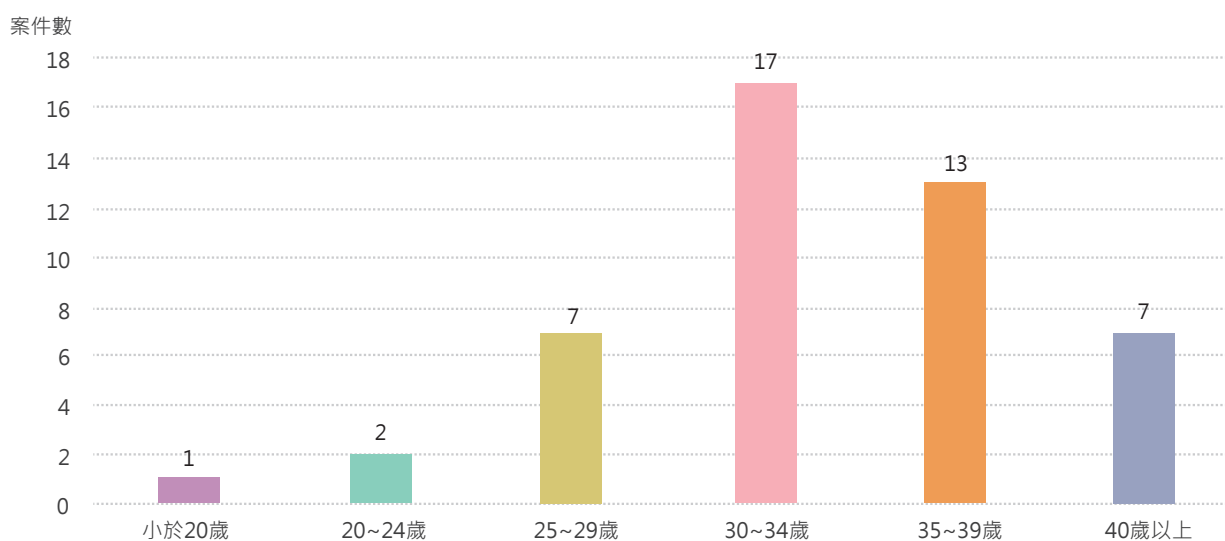


圖 2-24：113 年度新生兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布

(六) 事故原因

就 113 年個案新生兒死亡案件原因分析，以新生兒腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血）34 例占 72.3% 最多；其次是胎便吸入症候群 6 例占 12.8%；其後是新生兒持續性肺動脈高壓 3 例，占 6.4%。其他原因包括呼吸窘迫症候群、帽狀腱膜下出血、氣胸/腹腔積氣、不明原因心肺衰竭各 1 例，各占 2.1%。其中新生兒腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血）占比高於以往，這情形提醒醫療人員，產前產中的密切監測、產中處置與產後急救處理至關重要，才能避免腦部損傷與死亡。如表 2-10。

113 年死亡個案之相關周產期因素分析，以胎兒窘迫占最多共 20 案件次（42.6%）；

其次是胎盤早期剝離 10 案件次（21.3%）；產程異常/產程遲滯 5 案件次（10.6%）；子宮破裂、羊水過多/過少、臍帶異常/意外、臀位產、真空吸引協助分娩等五個原因各有 2 案件次，各占 4.3%；母體羊水栓塞、胎兒娩出困難、胎盤功能不良、嚴重貧血、唇顎裂導致插管困難、母親及胎兒貧血各 1 案件次，各占 2.1%。另有 9 案件次查無周產期相關因素占 19.1%。如表 2-11。

分析新生兒死亡原因和相關周產期因素，113 年審定核予救濟的新生兒死亡案件；主要還是以胎兒窘迫及胎盤早期剝離所導致的新生兒腦部異常及相關的胎便吸入症候群等合併症為主。另外生產中的其他異常狀況也是與新生兒死亡相關的重要周產期因素，顯示生產過程的不確定性與適當緊急處置的重要性。

表 2-10：113 年度審定救濟案件新生兒死亡原因分析

可能直接原因	案件數 ^(註 1)	百分比
新生兒腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血）	34	72.3%
胎便吸入症候群	6	12.8%
新生兒持續性肺動脈高壓	3	6.4%
呼吸窘迫症候群	1	2.1%
帽狀腱膜下出血	1	2.1%
氣胸 / 腹腔積氣	1	2.1%
不明原因心肺衰竭	1	2.1%
總計	47	100.0%

註 1：以 113 年度新生兒死亡審定救濟案件數為母數計算。（N=47）

表 2-11：113 年度審定救濟案件新生兒死亡之相關周產期因素

相關周產期因素	案件次 (註1)	百分比 (註2)
胎兒窘迫	20	42.6%
胎盤早期剝離	10	21.3%
產程異常/產程遲滯	5	10.6%
子宮破裂	2	4.3%
羊水過多/過少	2	4.3%
臍帶異常/意外	2	4.3%
臀位產	2	4.3%
真空吸引協助分娩	2	4.3%
母體羊水栓塞	1	2.1%
胎兒娩出困難	1	2.1%
胎盤功能不良	1	2.1%
嚴重貧血	1	2.1%
唇顎裂導致插管困難	1	2.1%
母親及胎兒貧血	1	2.1%
無	9	19.1%

註 1：「案件次」之統計為複選。

註 2：發生比率計算：事故原因案件次/審定案件數*100%

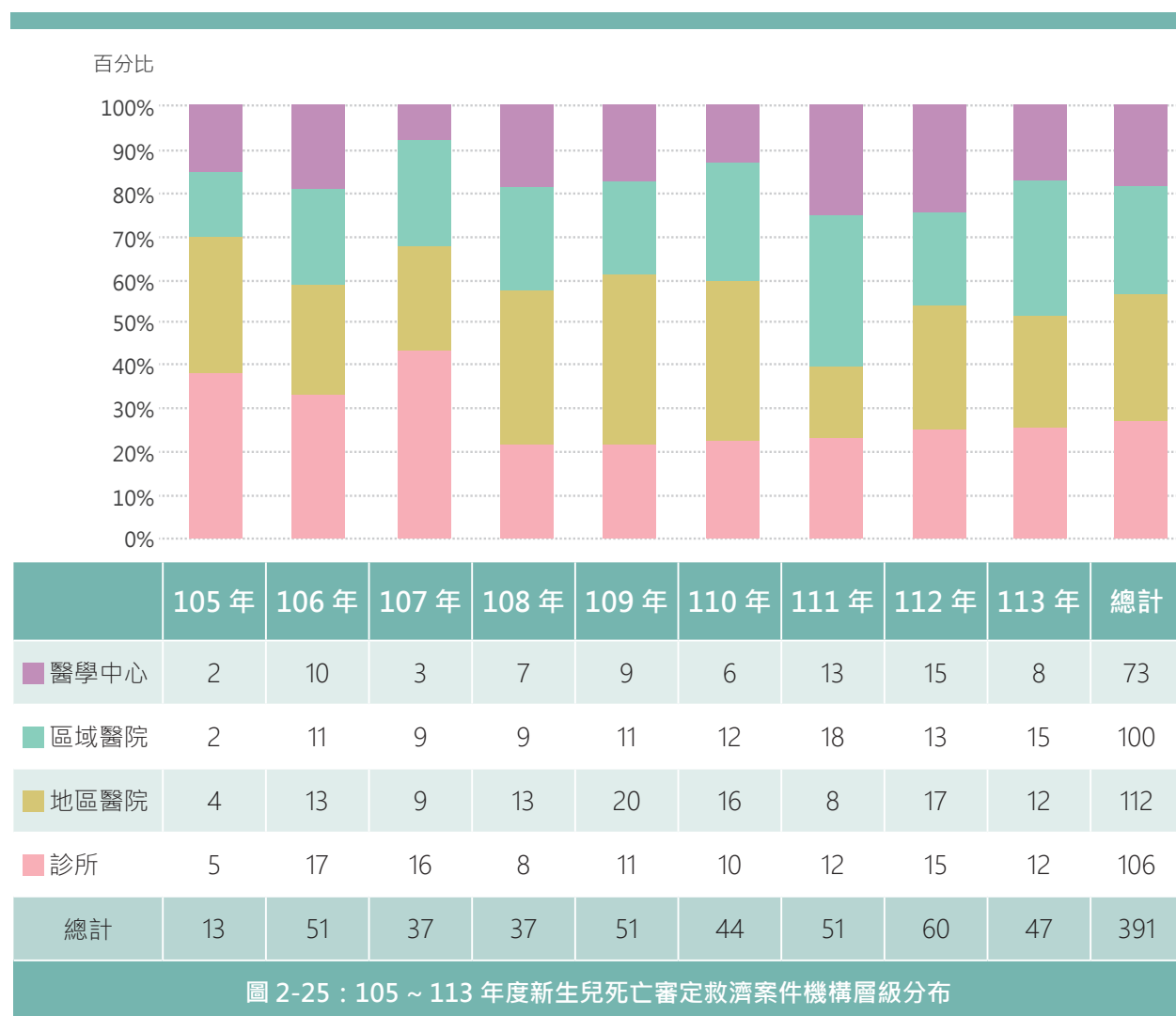
二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至 113 年底所受理之申請案中，新生兒死亡案件共計 454 件，其中 63 件與生產無因果關係或非屬救濟範圍，不予救濟。核予救濟之 391 件中，105 年度案件數較少，共 13 件；106 年度有 51 件；107 年度及 108 年度均為 37 件；109 年度有 51 件、110 年度有 44 件；111 年度有 51 件；112 年度有 60 件；113 年度 47 件。111~112 年度全國活產新生兒人數較往年低，但生產事故救濟之新生兒死亡案件數並未減少，尤其 112

年人數為歷年最高。113 年度生產事故救濟之新生兒死亡案件數 47 件，全國活產新生兒人數僅略低於 112 年度，顯示 113 年度新生兒死亡案件數相對於 112 年度有減少的狀況。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 112 件，占 28.6%；診所居次，有 106 件，占 27.1%；區域醫院則 100 件，占 25.6%；醫學



中心有 73 件，占 18.7%，如圖 2-25。107 年以前是以診所個案數為最多，近 6 年案件數各層級醫療院所案件數則各有消長。

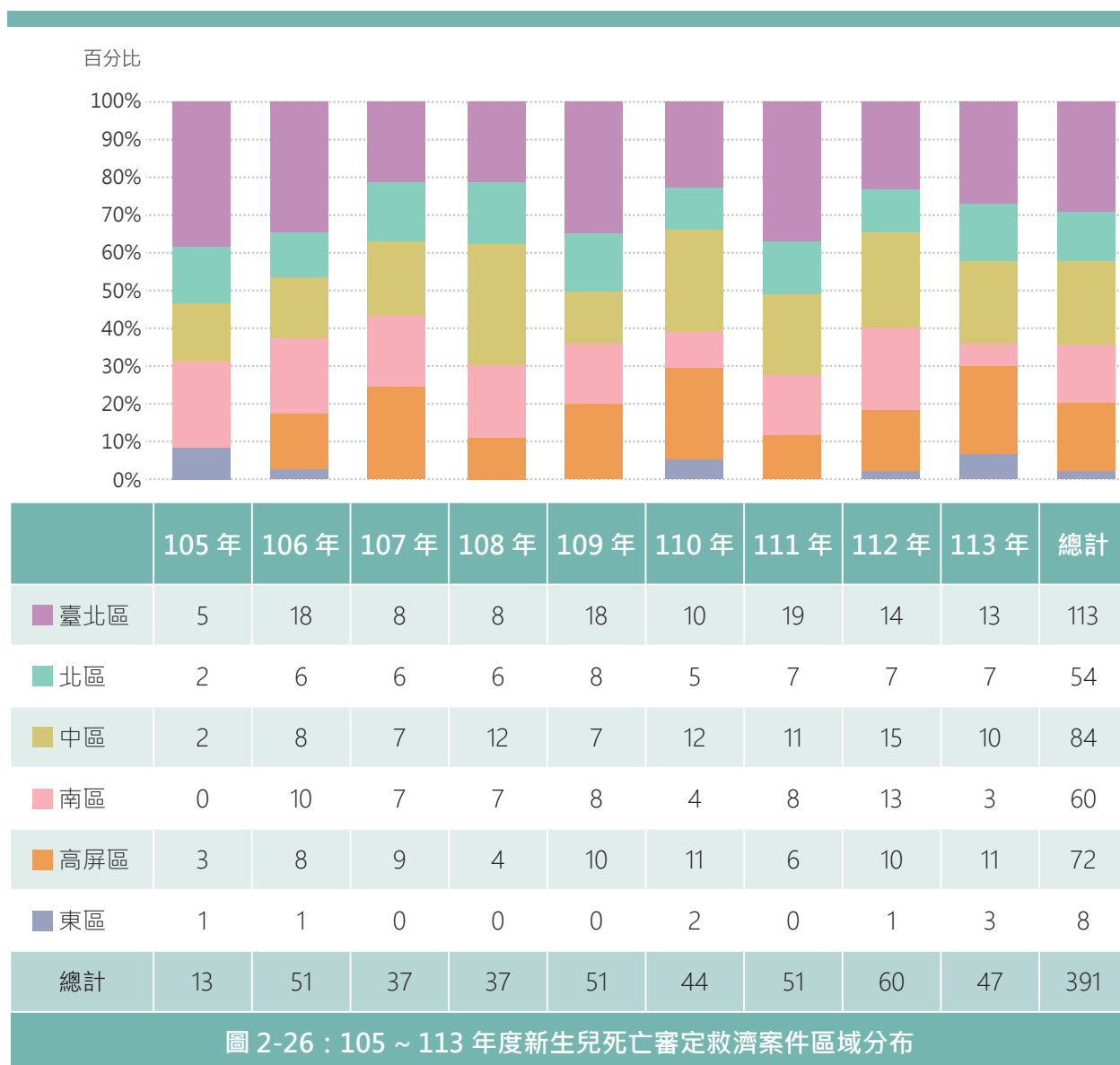
（二）區域分布

按健保分區分析，歷年累積案件以臺北區為最大宗，共 113 件，占 28.9%；中區次之，共 84 件，占 21.5%；而高屏區有 72 件，占 18.4%；南區為 60 件，占 15.3%；北區 54 件，占 13.8%，東區最少，8 件，占 2.0%，如圖

2-26。各區個案數隨年份不同，皆無特別之趨勢變化。

（三）妊娠週數

按妊娠週數分析，歷年累積案件數 37 週以上之足月生產案件有 283 件，占 72.4%；36 週以下（早產）生產案件有 108 件，占 27.6%。妊娠週數案件最多為 38 週，共 106 件，占 27.1%；其次是 39 週有 70 件，占 17.9%。早產兒則以 36 週 35 例最多，占 9.0%，如表 2-12。



2025 生產事故救濟報告

表 2-12：105 ~ 113 年度新生兒死亡審定救濟案件妊娠週數分布

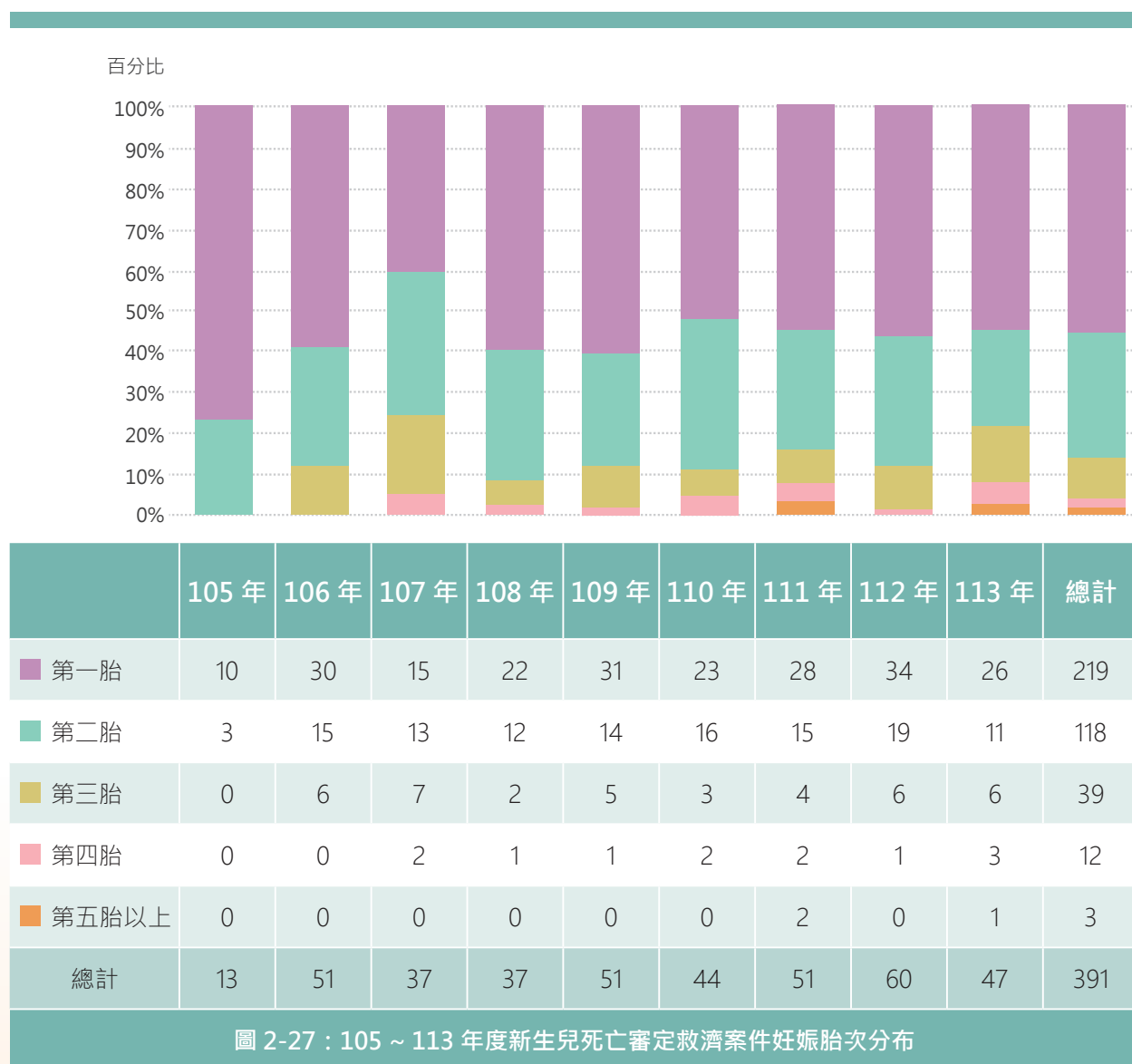
年度 妊娠週數	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	總計
33 週	0	1	2	1	3	1	4	6	1	19
34 週	0	2	1	4	5	1	3	7	2	25
35 週	0	4	3	2	8	1	3	5	3	29
36 週	1	5	1	5	5	6	5	2	5	35
37 週	3	5	7	2	4	8	5	9	7	50
38 週	3	12	9	12	13	15	17	12	13	106
39 週	3	8	8	5	11	6	7	12	10	70
40 週	2	12	4	6	2	6	6	6	6	50
41 週	1	2	2	0	0	0	1	1	0	7
總計	13	51	37	37	51	44	51	60	47	391

(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 219 件，占 56.0%；第二胎次之，共 118 件，占 30.1%；第三胎則驟降共 39 件，占 10.0%；第四胎有 12 件，占 3.1%；第五胎以上有 3 件，占 0.8%，如圖 2-27。因近年台灣生育率低的關係，婦女多生產一至二胎，故新生兒死亡案件妊娠胎次第一胎歷年皆占第一，其次為第二胎。

(五) 生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析歷年累積案件，產婦年齡以 30~34 歲居多，有 131 件，占 33.5%；35~39 歲次之，有 111 件，占 28.4%；25~29 歲有 72 件，占 18.4%；小於 25 歲有 30 件，占 7.7%；40 歲以上有 47 件，占 12.0%。比較 106 年至 110 年各年度以 30~34 歲最多，但 111 年 35~39 歲者案件數躍居第一，112~113 年 30~34 歲又回到案件數最多的年齡區間。如圖 2-28。



2025 生產事故救濟報告

百分比

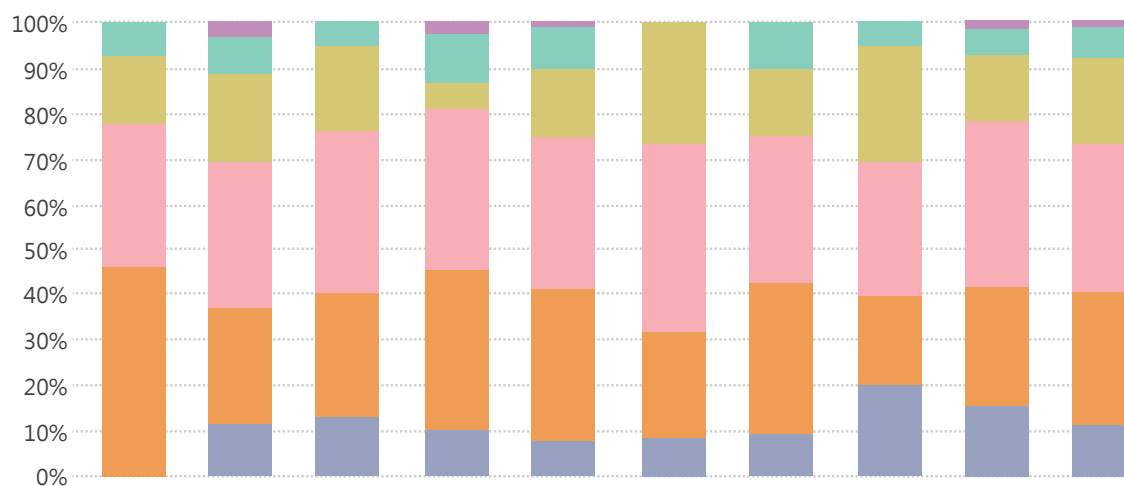


圖 2-28 : 105 ~ 113 年度新生兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布

(六) 事故原因

分析 105~113 年新生兒死亡原因，這 9 年期間審定核予救濟的新生兒死亡案件總計有 391 件，前 5 項主要原因依序，第一為新生兒腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血）253 件占 64.7%，第二名為胎便吸入症候群 45 件占 11.5%，兩者皆與周產期窒息相關。第三名為周產期感染，22 件占 5.6%。接續為新生兒持續性肺動脈高壓、呼吸窘迫症候群，

各有 20 及 19 件，各占 5.1%及 4.9%，如表 2-13。

至於 105~113 年死亡個案之相關周產期因素分析，前 5 項原因中以胎兒窘迫占最多共 245 案件次（62.7%）；其次是胎盤早期剝離 87 案件次（22.3%）；臍帶異常/意外有 29 案件次，占 7.4%；產程異常/產程遲滯 27 案件次，占 6.9%。子宮破裂有 19 案件次，占 4.9%，如表 2-14。

表 2-13：105 ~ 113 年審定救濟案件新生兒死亡前 5 項原因

事故原因	案件數 ^(註1)	百分比
新生兒腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血）	253	64.7%
胎便吸入症候群	45	11.5%
周產期感染	22	5.6%
新生兒持續性肺動脈高壓	20	5.1%
呼吸窘迫症候群	19	4.9%

註 1：以 105~113 年度胎兒死亡審定救濟案件數為母數計算。（N = 391）

表 2-14：105 ~ 113 年度審定救濟案件新生兒死亡之前 5 項相關周產期因素

事故原因	案件次 ^(註1)	發生比率 ^(註2)
胎兒窘迫	245	62.7%
胎盤早期剝離	87	22.3%
臍帶異常 / 意外	29	7.4%
產程異常 / 產程遲滯	27	6.9%
子宮破裂	19	4.9%

註 1：「案件次」之統計為複選。

註 2：發生比率計算：事故原因案件次/審定案件數*100%

三、小結

近年來全國新生兒人數有下降的趨勢，113 年新生兒人數與 112 年相比減少 0.5%，113 年生產事故救濟之新生兒死亡案件數較 112 年減少了 21.7%，此現象是否反映周產期與新生兒照護的改善值得密切注意追蹤。近年案件數在各層級醫療院所發生個案數差別不大，顯見各層級生產醫療院所皆應強化周產期照護與新生兒急救處置之人力設備與能力。這幾年來台灣高齡產婦約占有生產婦女的三成，但近年新生兒死亡案件中，35 歲以上孕產婦占比超過四成，所以高危險妊娠中的高齡產婦生產，醫療機構應給予多加的關注與適當即時的處理。

關於新生兒的死亡原因與其相關的周產期因素，105～113 的資料分析顯示，新生兒死亡原因以新生兒腦部異常占最多；其次是胎便吸入症候群。而相關周產期因素則以胎兒窘迫占最多；其次是胎盤早期剝離，其他較常見的周產期因素大多是生產中的緊急狀況。顯見胎兒窘迫和胎盤早期剝離以及其他產中異常狀況對胎兒產生的不良影響，引起後續的新生兒腦部異常和胎便吸入症候群等，是導致生產事故中新生兒死亡的主要情境。要避免這些遺憾發生，待產期間密切的監測，及時發現產婦和胎兒的異常徵象時，給予適當即時處置，對於挽救新生兒性命是很重要的起點。在國際經驗中，新生兒急救訓練已被證實為有效降低新

生兒死亡率的關鍵措施。對於遭遇分娩期相關事件的新生兒而言，於產房內能否立即進行有效的復甦處置，是影響其存活與神經發展的關鍵。所以推廣並落實新生兒高級救命術至關重要。健保也自 112 年 9 月起給付高風險新生兒緊急處置費用。參與生產的醫療人員，不管是小兒科或婦產科醫療人員都應接受新生兒高級救命術的訓練，取得認證，並在行醫的過程中不斷從操作中檢討學習與定時演練，才能在突發新生兒不良狀況時給最正確且即時的救治。

高危險妊娠及生產中無法完全避免的危險因子，可能會直接或間接導致新生兒死亡。所以孕期中如有高風險之孕產婦應考量適時適地分娩之可能性，醫療機構也必須衡量是否具備高危險新生兒及早產兒的照護能力，必要時儘早轉診。本部自 110 年開始推動「優化兒童醫療照護計畫」，第一期計畫執行至 113 年，續辦理第二期延續性計畫（114～117 年），計畫中包含整合區域內周產期及兒童緊急醫療相關照護資源，以區域生活圈設立重點醫院，並依據醫院緊急醫療能力分級，另針對周產期高風險孕產婦（兒）族群，建立關懷追蹤服務制度。希望此計畫的推動能帶來周產期醫療網絡的系統性建置，並能藉此強化高危險孕產婦照護及母體轉診，提升生產與新生兒急救處置的醫療品質並確保轉送過程中的母嬰照護品質，以降低新生兒死亡之風險。但實務上仍面臨不

少挑戰，例如高危險妊娠婦女仍會在資源有限的地區醫院與診所生產，可能導因於醫療人員與病人本身的因素或是轉診系統仍需更加完善所致。未來仍需精進轉診平台以整合各層級醫療資源便利轉診，並須促進跨院合作意願、改善轉診效率以及實務操作流程。另外透過轉診支付制度，鼓勵醫療機構落實轉診，並降低基層醫療院所轉診壓力。最後，推動全國性的新生兒照護資料庫整合與品質監測，能為未來政

策與臨床實務提供依據。

綜合而言，透過新生兒急救訓練的推廣和品質提升與推動周產期及新生兒照護區域化體系的雙軌策略，有助於提升我國新生兒急救應變能力與高危險孕產婦照護的可近性與品質。期盼持續透過政府跨部門協作、公私協力與制度改善，完善周產期與新生兒照護體系，進而提升整體周產期健康照護品質與降低新生兒死亡率，達成更具韌性與公平的醫療目標。



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

113 年度受理之申請案中，新生兒重大傷害共 32 件，其中 10 件與生產無因果關係，不予救濟；核予救濟之 22 件中，中度身心障礙有 6 件、重度身心障礙有 9 件、極重度身心障礙有 7 件。茲就核予救濟之 22 件新生兒重大傷害案件，依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

(一) 機構層級

按發生生產事故之機構層級分析，診所所有 8 件，占 36.4%；醫學中心和地區醫院各 5 件，各占 22.7%；區域醫院有 4 件，占 18.2%；如圖 2-29。

(二) 區域分布

按健保分區分析，臺北區最多有 7 件，占 31.9%；北區有 5 件，占 22.7%；中區有 4 件，占 18.2%；南區和高屏區各有 3 件，各占 13.6%，如圖 2-30。

(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 17 件，占 77.3%；36 週以下（早產）生產案件共有 5 件，占 22.7%；案件數最多的為 38 週，有 8 件，占 36.4%；其次為 39 週有 6 件，占 27.3%；34 週有 3 件，占 13.6%；35 週、36 週、37 週、40 週，則各有 1 至 2 件，占比較低，如圖 2-31。

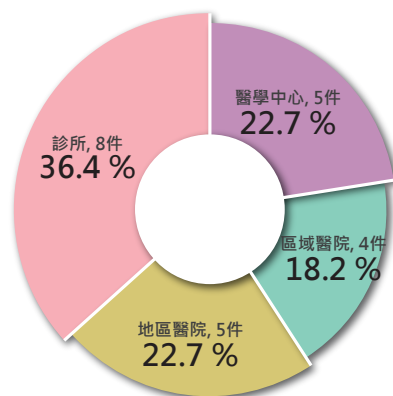


圖 2-29：113 年度新生兒重大傷害審定救濟案件機構層級分布

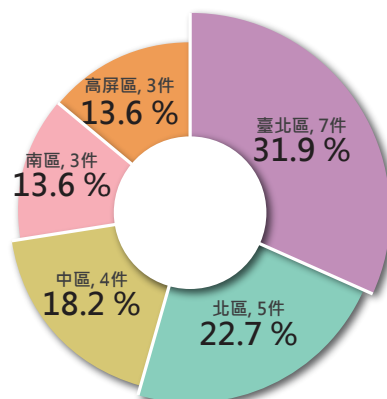


圖 2-30：113 年度新生兒重大傷害審定救濟案件區域分布

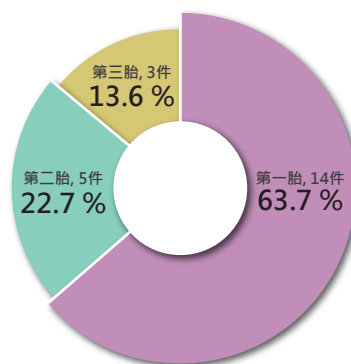


圖 2-32：113 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布

(四) 妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第一胎最多，有 14 件，占 63.7%；其次為第二胎 5 件，占 22.7%；第三胎有 3 件，占 13.6%，如圖 2-32。

(五) 生產年齡

按孕產婦生產年齡分析，25~29 歲最多，有 9 件，占 40.9%；其次是 30~34 歲，有 6 件，占 27.3%；20~24 歲有 3 件，占 13.6%；其他年齡層則僅有 1 至 2 件，占比較低，如圖 2-33。

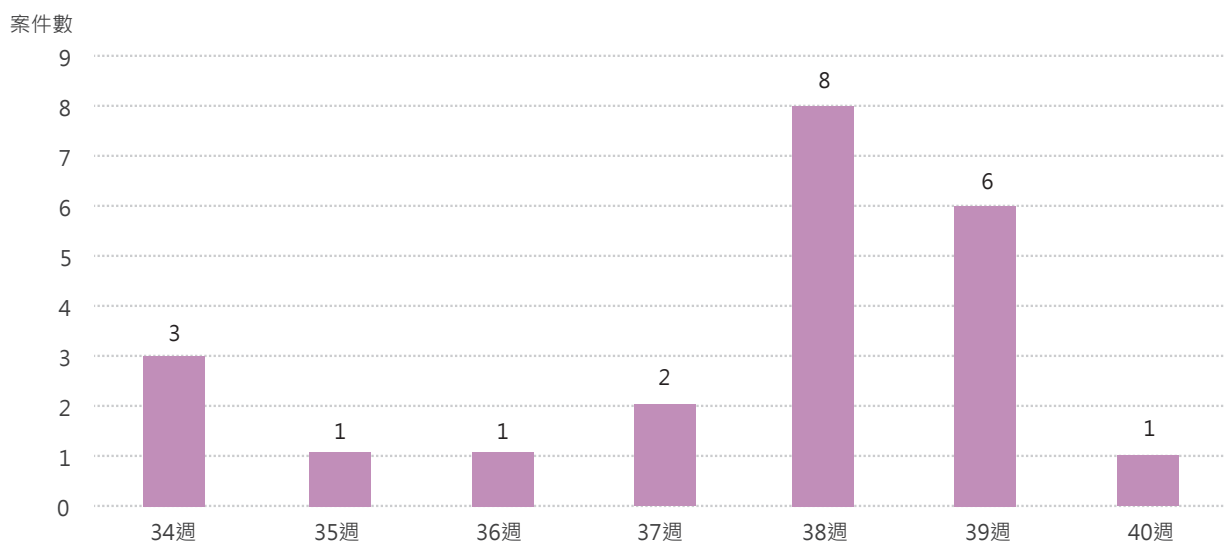


圖 2-31：113 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠週數分布

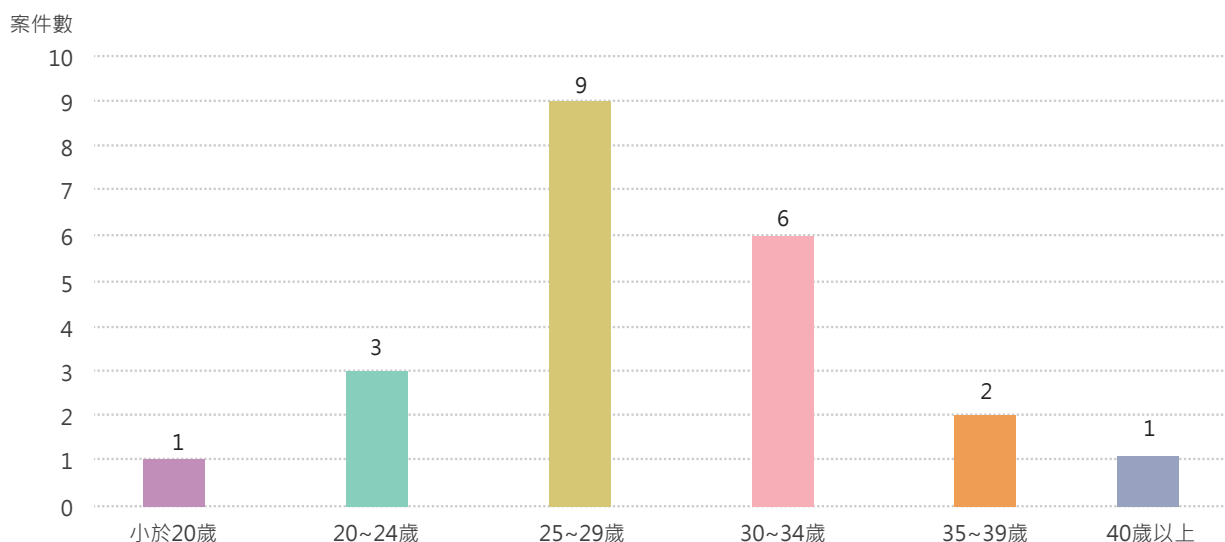


圖 2-33：113 年度新生兒重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

表2-15：113 年度審定核予救濟案件新生兒重大傷害原因分析

可能直接原因	案件數 (註1)	百分比
新生兒腦部異常 (包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血)	20	90.9%
周產期感染 (包含病毒、細菌及其他)	2	9.1%
總計	22	100.0%

註1：以113年度新生兒重大傷害審定救濟案件數為母數計算。(N = 22)

表2-16：113 年度審定核予救濟案件新生兒重大傷害之相關周產期因素

事故原因	案件次 (註1)	發生比率 (註2)
胎兒窘迫	11	50.0%
胎盤早期剝離	4	18.2%
母體死亡	2	9.1%
多胞胎	2	9.1%
臍帶異常/意外	1	4.5%
子宮破裂	1	4.5%
產程異常/產程遲滯	1	4.5%
胎便吸入	1	4.5%
橫位	1	4.5%
肩難產	1	4.5%
不明原因	1	4.5%
無	4	18.2%

註1：「案件次」之統計為複選。

註2：發生比率計算：事故原因案件次/審定案件數*100%

(六) 事故原因

112 年起使用新版審查表，將造成新生兒重大傷害的原因和周產期相關因素分開勾選呈現。就 113 年新生兒重大傷害原因分析，新生兒腦部異常 (包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血) 為最主要原因，有 20 件，占 90.9%；其次為周產期感染 (包含病毒、細菌及其他)，有 2 件，占 9.1%，如表 2-15。

至於其相關周產期因素以胎兒窘迫占最多有 11 案件次，占 50.0%；胎盤早期剝離為 4 案件次，占 18.2%；母體死亡與多胞胎各有 2 案件次，各占 9.1%；臍帶異常/意外、子宮破裂、產程異常/產程遲滯、胎便吸入、橫位、肩難產各有 1 案件次，各占 4.5%；另共計有5案件次原因不明或無原因，占 22.7%，如表 2-16。

整合而言，113 年造成新生兒重大傷害最常見的直接原因是腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血），而引起此類腦部異常的相關周產期因素最重要的是胎兒窘迫及胎盤早期剝離。不同於去年的是，周產期感染導致兩例新生兒重大傷害，去年則無此項直接原因。

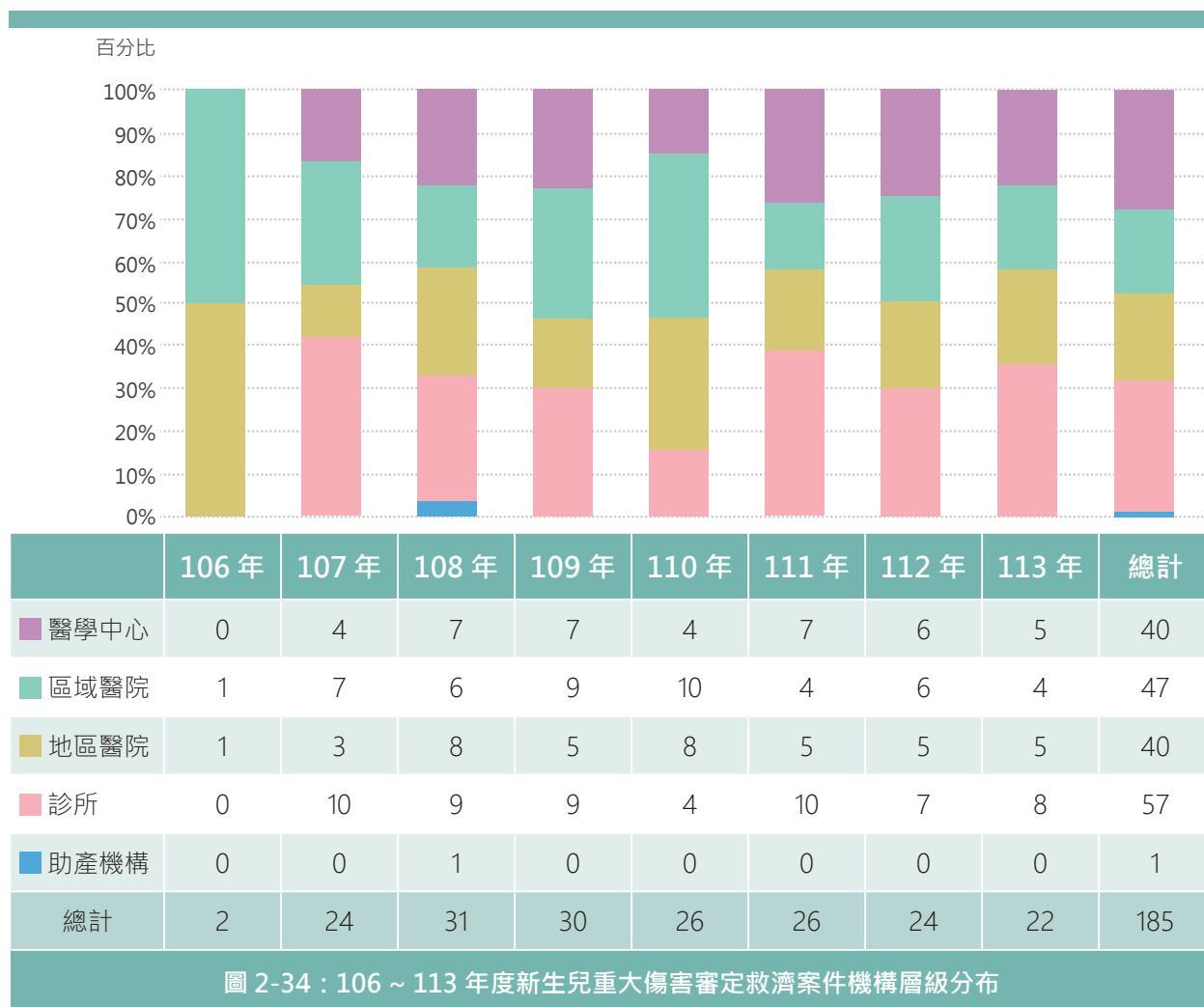
二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至113 年底所受理之申請案中，新生兒重大傷害案件共計 243 件，其中 58 件與生產無因果關係，不予救濟；核予救濟之 185 件中，中度身心障礙有 66 件、重度身心障礙有 84 件、極重度身

心障礙有 35 件。113 年案件總數為 107 年以來最低。105 年沒有申請案，茲就 106 年起依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

（一）機構層級

按發生生產事故之年度及機構層級分析，以診所為最大宗，有 57 件，占 30.9%；區域醫院次之，有 47 件，占 25.4%；醫學中心及地區醫院各有 40 件，各占 21.6%；發生在助產機構僅有 1 件，發生在 108 年，占 0.5%，如圖 2-34。歷年新生兒重大傷害案件之機構層級分布，並無明顯年度趨勢變化。



百分比

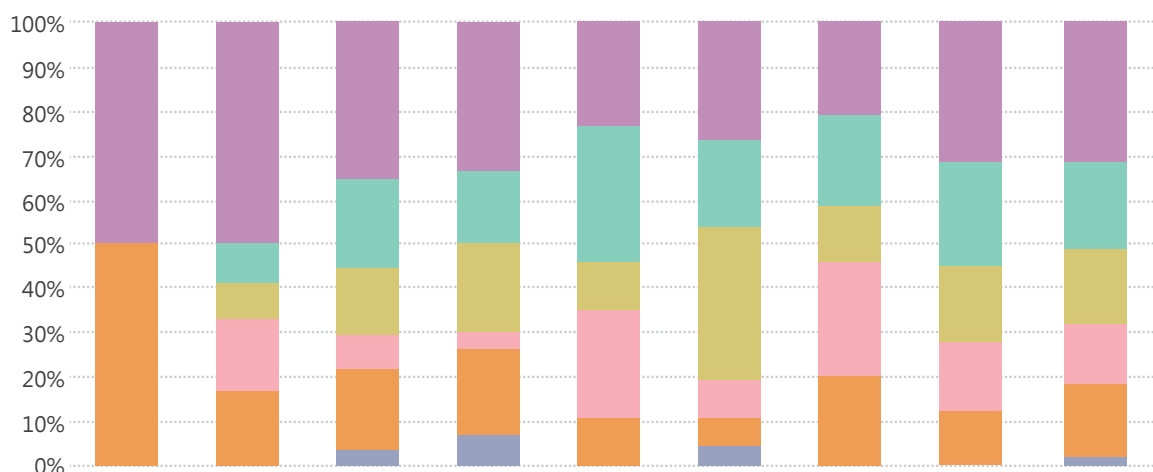


圖 2-35：106 ~ 113 年度新生兒重大傷害審定救濟案件區域分布

(二) 區域分布

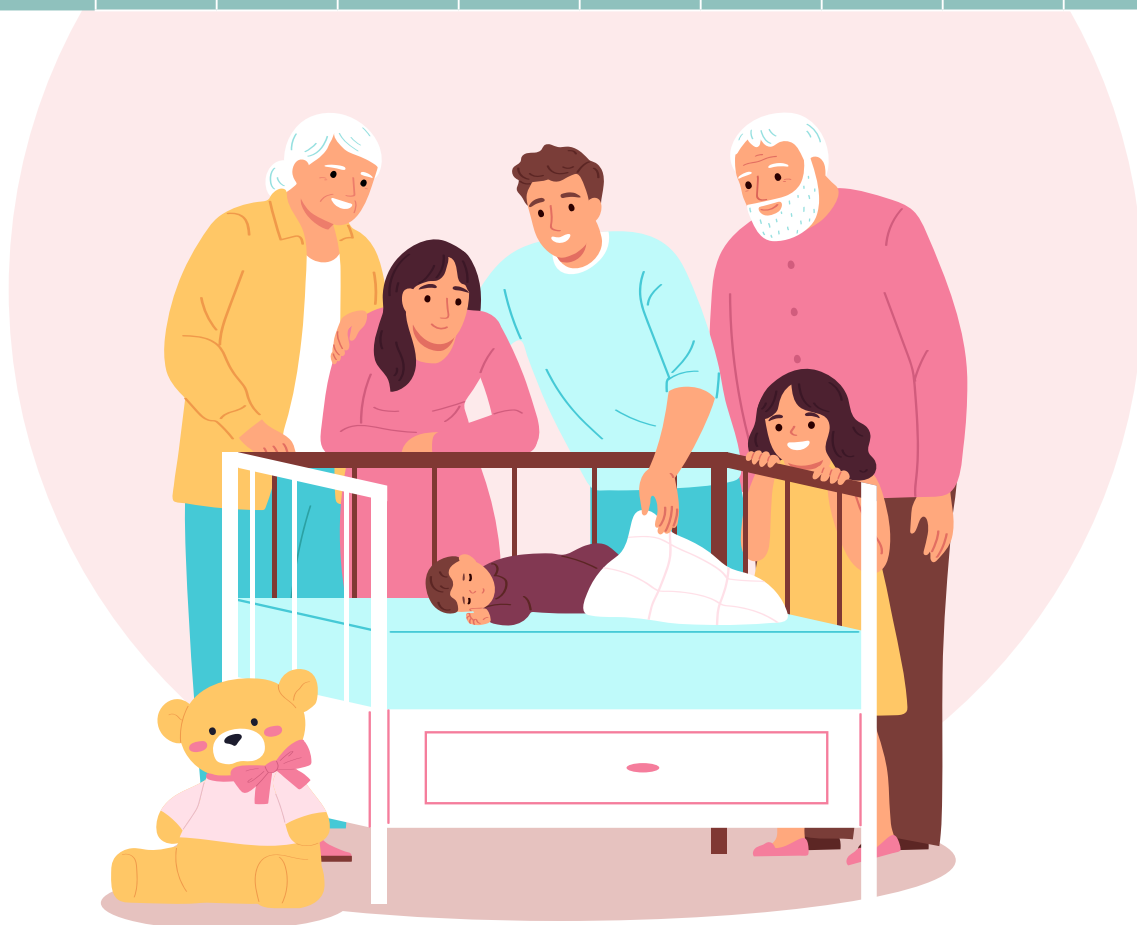
按健保分區分析，歷年累積案件以臺北區最多，有 59 件，占 31.8%；北區次之，共 36 件，占 19.5%；中區有 32 件，占 17.3%；高屏區有 30 件，占 16.2%；南區有 24 件，占 13.0%；東區僅有 4 件，占 2.2%，且近兩年東區無新生兒重大傷害案件通報，如圖 2-35。綜觀近年各區個案數無隨年分之明顯變化。

(三) 妊娠週數

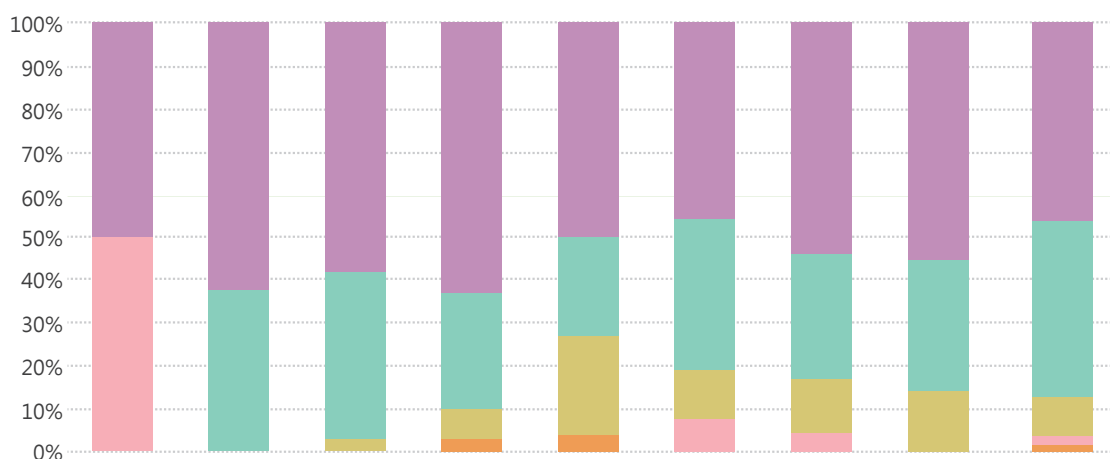
按妊娠週數分析，歷年累積案件數 37 週以上之足月生產有 143 件，占 77.3%；36 週以下（早產）生產案件，有 42 件，占 22.7%。案件最多為妊娠 38 週，共 52 件，占 28.1%；其次是 39 週有 46 件，占 24.9%；再其次依序是 40 週和 37 週各有 22 件及 21 件，各占 11.9%及 11.4%。近四年 38 週超越 39 週成為案件數最多的妊娠週數，如表 2-17。

表 2-17：106～113 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠週數分布

年度 妊娠週數	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	總計
33 週	0	1	1	2	0	2	0	0	6
34 週	0	2	1	2	1	1	0	3	10
35 週	0	1	2	0	5	1	2	1	12
36 週	0	2	1	2	5	2	1	1	14
37 週	0	2	4	4	2	3	4	2	21
38 週	1	6	6	7	7	10	7	8	52
39 週	0	10	9	8	3	5	5	6	46
40 週	1	0	6	4	3	2	5	1	22
41 週	0	0	1	1	0	0	0	0	2
總計	2	24	31	30	26	26	24	22	185



百分比



	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	總計
第一胎	1	15	18	19	13	12	13	14	105
第二胎	0	9	12	8	6	9	7	5	56
第三胎	0	0	1	2	6	3	3	3	18
第四胎	1	0	0	0	0	2	1	0	4
第五胎以上	0	0	0	1	1	0	0	0	2
總計	2	24	31	30	26	26	24	22	185

圖 2-36：106 ~ 113 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布

(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 105 件，占 56.7%；第二胎次之，共 56 件，占 30.3%；第三胎有 18 件，占 9.7%；第四胎有 4 件，占 2.2%、第五胎以上有 2 件，占 1.1%，近三年無第五胎個案通報。如圖 2-36。106~113 年之妊娠胎次分布無明顯趨勢變化。

(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 30~34 歲居冠，有 57 件，占 30.8%；35~39 歲有 51 件，占 27.6%居次；25~29 歲有 42 件，占 22.7%；40 歲以上者有 20 件，占 10.8%；20~24 歲者有 14 件，占 7.6%；113 年首見一例小於 20 歲案件，占 0.5%。113 年 25~29 歲案件數首次獨占第一位，其餘孕產婦年齡分布無明顯趨勢變化，如圖 2-37。

百分比

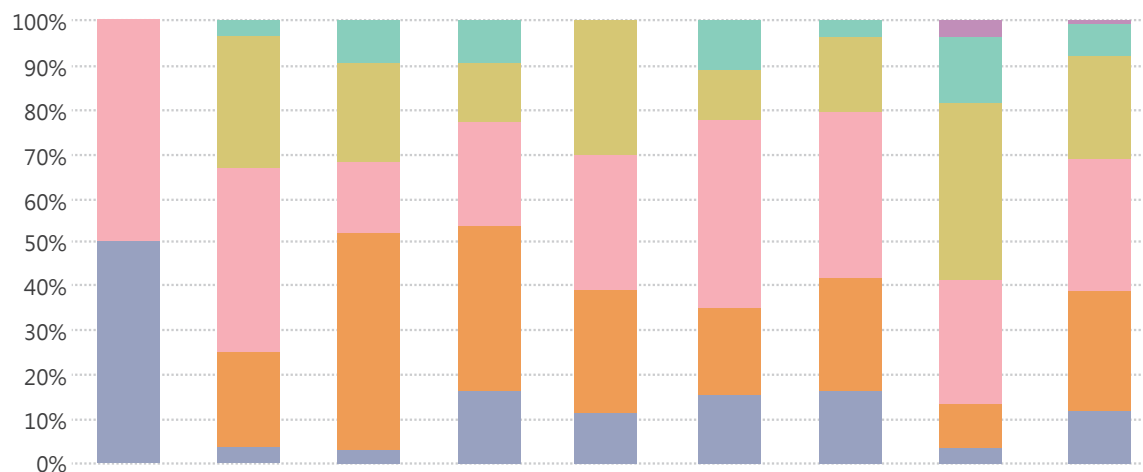


圖 2-37：106 ~ 113 年度新生兒重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

(六) 事故原因

就 106~113 年新生兒重大傷害前 5 項原因，以新生兒腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血）為最主要原因，有 132 件，占 71.4%；其次為臂神經叢受損有 15 件，占 8.1%；胎便吸入症候群有 13 件，占 7.0%；周產期感染，有 8 件，占 4.3%；帽狀腱膜下出血，有 7 件，占 3.8%，如表 2-18。

至於其前 5 項相關周產期因素，以胎兒窘迫占最多有 114 案件次，占 61.6%；胎盤早期剝離為 25 案件次，占 13.5%；臍帶異常/意外

為 19 案件次，占 10.3%；肩難產有 17 案件次，占 9.2%；產程異常/產程遲滯有 13 案件次，占 7.0%，如表 2-19。

上述資料顯示在 106~113 年，如同新生兒死亡，胎兒窘迫和胎盤早期剝離居新生兒重大傷害事故之周產期因素第一位與第二位。而腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血）和臂神經叢受損之案件則居新生兒重大傷害之第一位與第二位。顯見胎兒窘迫及生產當中的緊急狀況，尤其是胎盤早期剝離，引發後續的腦部異常是造成新生兒重大傷害的最重要

表 2-18：106 ~ 113 年審定救濟案件新生兒重大傷害前 5 項原因

事故原因	案件數 (註 1)	百分比
新生兒腦部異常 (包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血)	132	71.4%
臂神經叢受損	15	8.1%
胎便吸入症候群	13	7.0%
周產期感染	8	4.3%
帽狀腱膜下出血	7	3.8%

註 1：以 106~113 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件數為母數計算。(N=185)

表 2-19：106 ~ 113 年度新生兒重大傷害審定救濟案件之相關周產期因素

相關周產期因素	案件次 (註 1)	發生比率 (註 2)
胎兒窘迫	114	61.6%
胎盤早期剝離	25	13.5%
臍帶異常 / 意外	19	10.3%
肩難產	17	9.2%
產程異常 / 產程遲滯	13	7.0%

註 1：「案件次」之統計為複選。

註 2：發生比率計算：事故原因案件次/審定案件數*100%。

因素；產程中之異狀，尤其是肩難產，所造成的臂神經叢受損，也是新生兒重大傷害的重要問題。因此產程中及時適切的產科處置與新生兒急救當可減少新生兒重大傷害的發生與降低嚴重程度。

三、小結

新生重大傷害案件數近三年有下降的趨勢，113 年計 22 例，為歷年最低。活產新生兒數下降可能是原因之一，周產期與新生兒照護的改善也可能有所貢獻。個案以足月生產，第一胎或第二胎者占多數。而在醫療機構層級方面，在 106～113 年度總合及 113 年度皆以診所為最多，所以強化基層醫療院所產科緊急處置與新生兒急救能力至關重要。

整合而言，造成新生兒重大傷害最常見的直接原因是腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血），占 75.1%，而引起此種腦部異常的相關周產期因素最重要的是胎兒窘迫及胎盤早期剝離，其他常見因素則為臍帶異常 / 意外、肩難產、產程異常、子宮破裂等產中因素。113 年有兩例因感染導致新生兒重大傷害的個案，較往年為多，所以預防、偵測、與診治新生兒感染對預防新生兒重大傷害也很重要。

為及早偵測出產中風險，能於產前產中做適當的預防措施與處置，所有孕婦，在產前檢查時都能定期接受母體及胎兒的完整評估，使用超音波等檢查，加強監測胎兒狀況及子宮內生長環境，必要時轉介至有能力處理高危險妊娠併發症之醫療院所接受專業處置。每位產婦待產過程，均需要密切監測母體狀況及觀察胎心音變化，若

有胎兒窘迫、母體感染、出血、臍帶異常、肩難產等情況，應立即採取緊急產科處置及準備新生兒急救。這些有賴於產科醫師的專業與對周產期醫療分級處置的認知與執行。

造成新生兒重大傷害最常見的直接原因是腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血），而引起此種腦部異常的相關周產期因素最重要的是胎兒窘迫。平時確實的急救演練才能在必要時刻正確及時的施行新生兒急救處置，如此一來可以有效減少因窒息所致後遺症的發生。參與生產的醫療人員，不管是小兒科或婦產科醫療人員都應接受新生兒高級救命術的訓練，取得認證。針對有周產期窒息風險的新生兒，應入住新生兒加護病房，以提供良好的評估及支持療法，必要時在新生兒加護病房進行低溫療法等治療措施，期能改善新生兒之預後及發展。

因此，教育民眾安全孕產的知識，讓懷孕婦女及家人了解需儘速就醫的異常孕期徵兆；醫療院所應於產前落實高危險妊娠之辨識，如懷孕合併早產現象、嚴重高血壓、慢性糖尿病等，並考量胎兒的狀況，如胎兒生長遲緩或有先天性異常等，如有上述高危險因素的孕產婦，應於產前轉診至有能力照護之醫療院所生產，讓孕產婦於安全的環境下生產，確保產婦和新生兒於第一時間接受適當的治療。關於生產中的緊急狀況，除有賴於產科醫師的完善專科訓練外，持續的繼續教育與生產事故案例的討論與檢討也應定期推行。周產期醫療人員新生兒急救的訓練與認證也是需廣為施行。期盼透過上述的措施，保障母嬰安全。

第五節、胎兒死亡案件分析

一、本年度案件統計與分析

113 年度受理之申請案中，胎兒死亡案件共計 143 件，其中 15 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 128 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 32 件，占 25.0%；地區醫院有 37 件，占 28.9%；區域醫院有 30 件，占 23.4%；診所所有 29 件，占 22.7%，如圖 2-38。

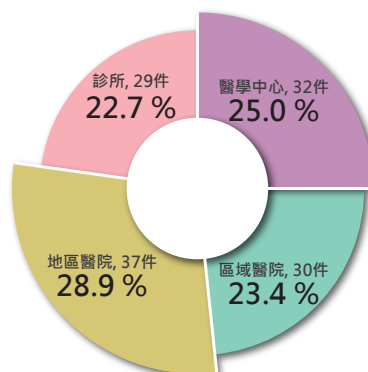


圖 2-38：113 年度胎兒死亡審定救濟案件機構層級分布

(二) 區域分布

按健保分區分析，臺北區有 36 件，占 28.2%；中區有 27 件，占 21.1%；北區有 22 件，占 17.2%；南區有 19 件，占 14.8%；高屏區有 20 件，占 15.6%；東區有 4 件，占 3.1%，如圖 2-39。

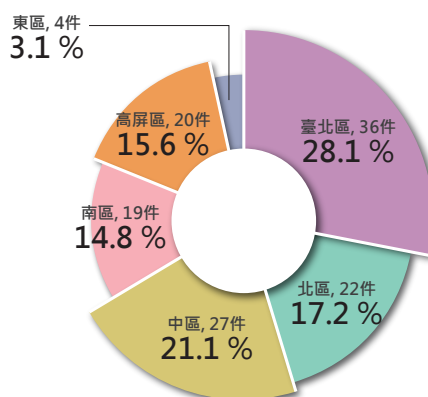


圖 2-39：113 年度胎兒死亡審定救濟案件區域分布

(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 60 件，占 46.9%；36 週以下（早產）生產案件共有 68 件，占 53.1%，如圖 2-40。

(四) 妊娠胎次

按孕產婦妊娠胎次分析，第一胎最多，有 71 件，占 55.5%；其次為第二胎有 38 件，占 29.7%；再者為第三胎有 15 件，占 11.7%；第四胎有 1 件，占 0.8%；第五胎以上有 3 件，占 2.3%，如圖 2-41。

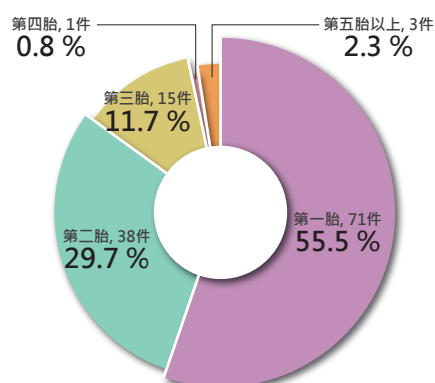


圖 2-41：113 年度胎兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

(五) 生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析，以 30~34 歲居冠，有 47 件，占 36.7%；其次為 35~39 歲有 45 件，占 35.2%；25~29 歲有 27 件，占 21.1%；20~24 歲及大於 40 歲分別為 5 件、4 件，各占 3.9%、3.1%，如圖 2-42。

歲有 45 件，占 35.2%；25~29 歲有 27 件，占 21.1%；20~24 歲及大於 40 歲分別為 5 件、4 件，各占 3.9%、3.1%，如圖 2-42。

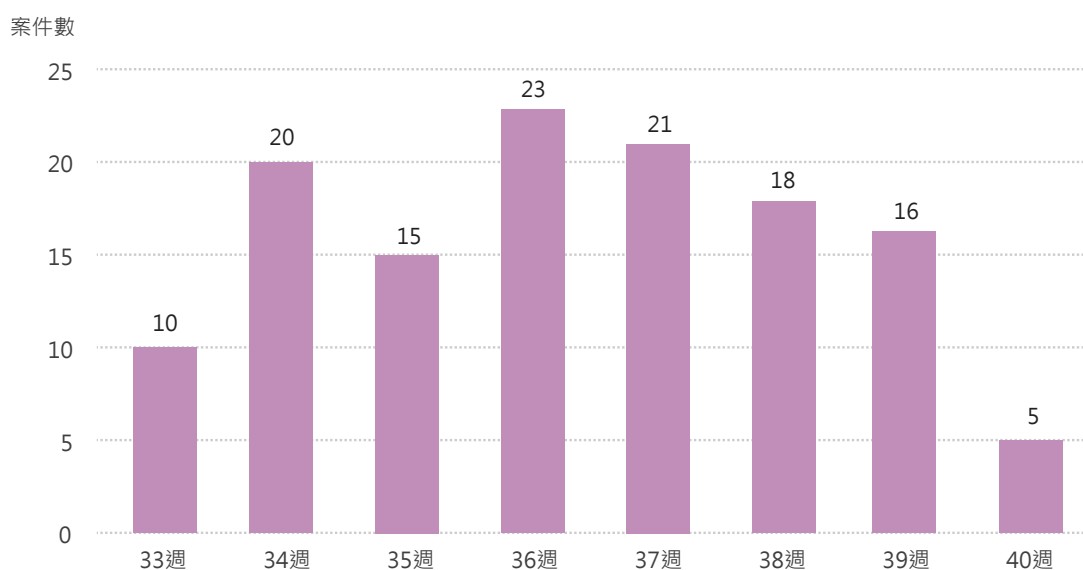


圖 2-40：113 年度胎兒死亡審定救濟案件妊娠週數分布

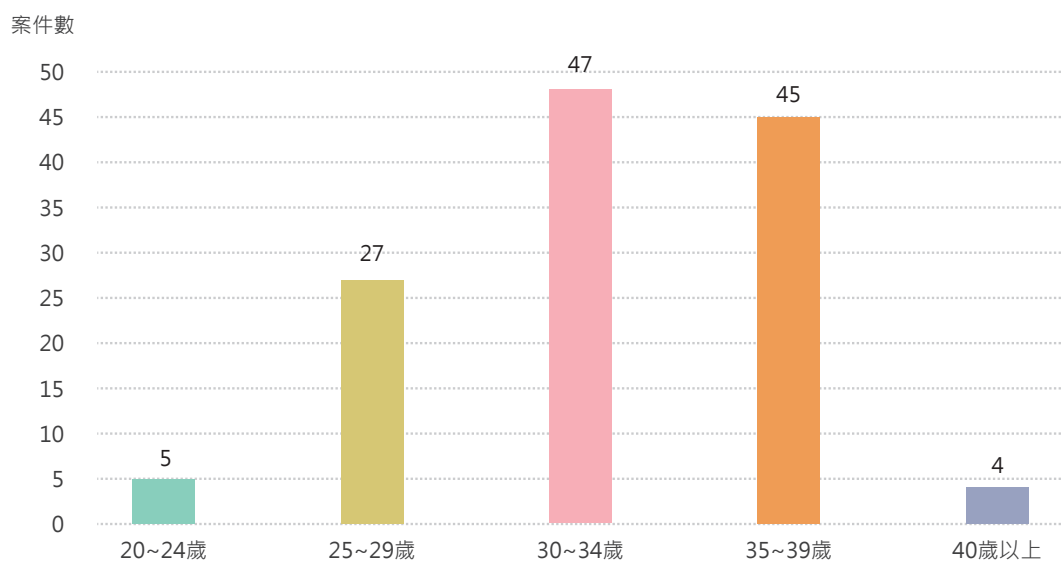


圖 2-42：113 年度胎兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布

(六) 事故原因

就胎兒死亡事故之可能直接原因分析，以不明原因死胎（子宮內胎兒死亡）為最多，有 38 件，占 29.7%；其他依序為：臍繞頸/臍帶異常/臍帶意外事故等，有 33 件，占 25.8%；胎盤功能異常（包括子宮內胎兒生長遲滯）有

26 件，占 20.3%；胎盤早期剝離有 20 件，占 15.6%；胎兒窘迫有 3 件，占 2.3%；妊娠高血壓或糖尿病控制不佳有 3 件，占 2.3%；子宮破裂有 2 件，占 1.6%；先天性感染、雙胞胎輸血症候、產婦 HELLP 症候群各有 1 件，占 0.8%，如表 2-20。

表 2-20：113 年度審定救濟案件胎兒死亡可能直接原因分析

事故原因	案件數 (註 1)	百分比
不明原因死胎（子宮內胎兒死亡）	38	29.7%
臍繞頸/臍帶異常/臍帶意外事故等	33	25.8%
胎盤功能異常（包括子宮內胎兒生長遲滯）	26	20.3%
胎盤早期剝離	20	15.6%
胎兒窘迫	3	2.3%
妊娠高血壓或糖尿病控制不佳	3	2.3%
子宮破裂	2	1.6%
先天性感染	1	0.8%
雙胞胎輸血症候群	1	0.8%
產婦 HELLP 症候群	1	0.8%
總計	128	100.0%

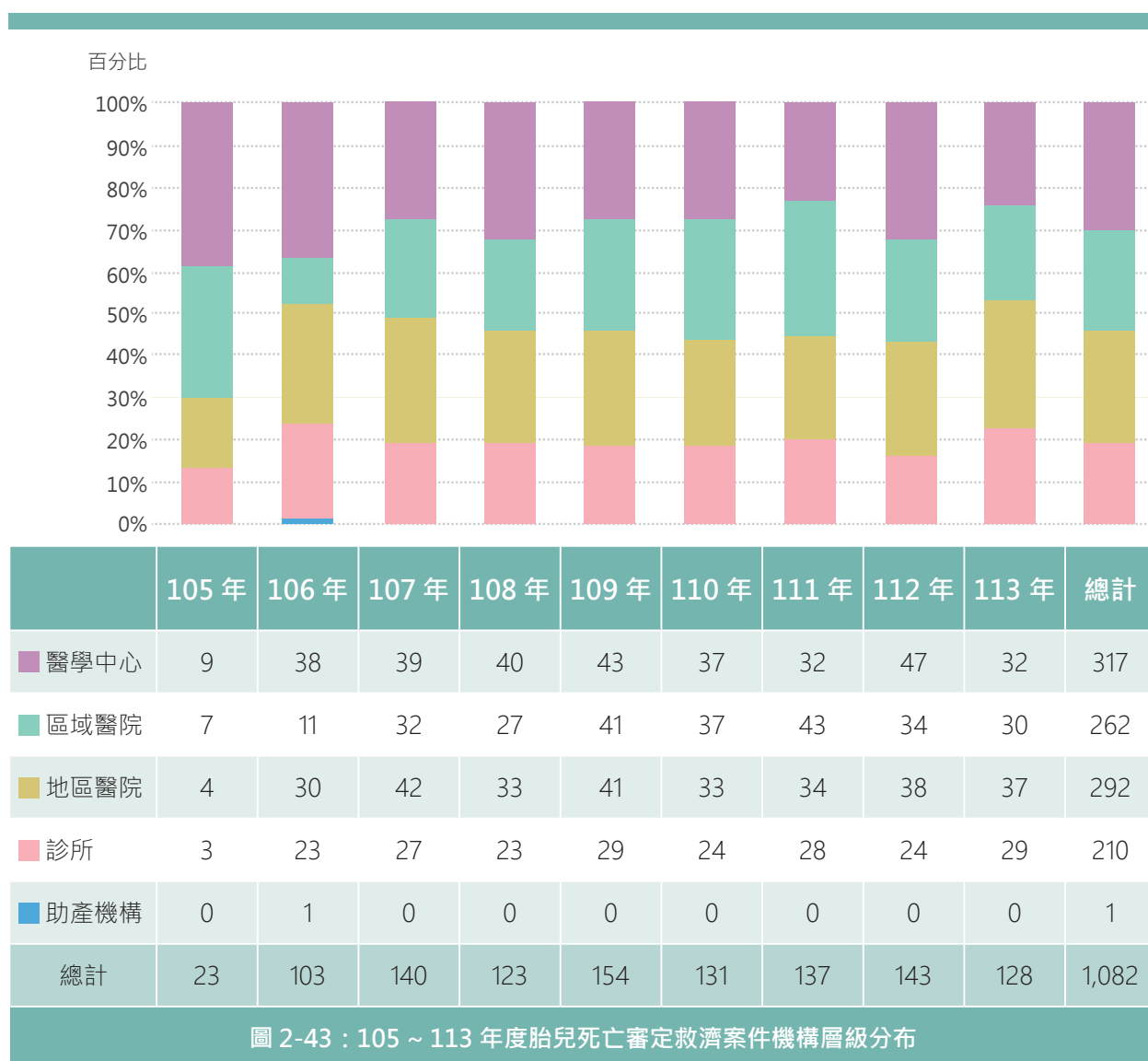
註 1：以 113 年度胎兒死亡審定救濟案件數為母數計算。（N = 128）

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至 113 年底所受理之申請案中，胎兒死亡案件共計 1,144 件，其中 62 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 1,082 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

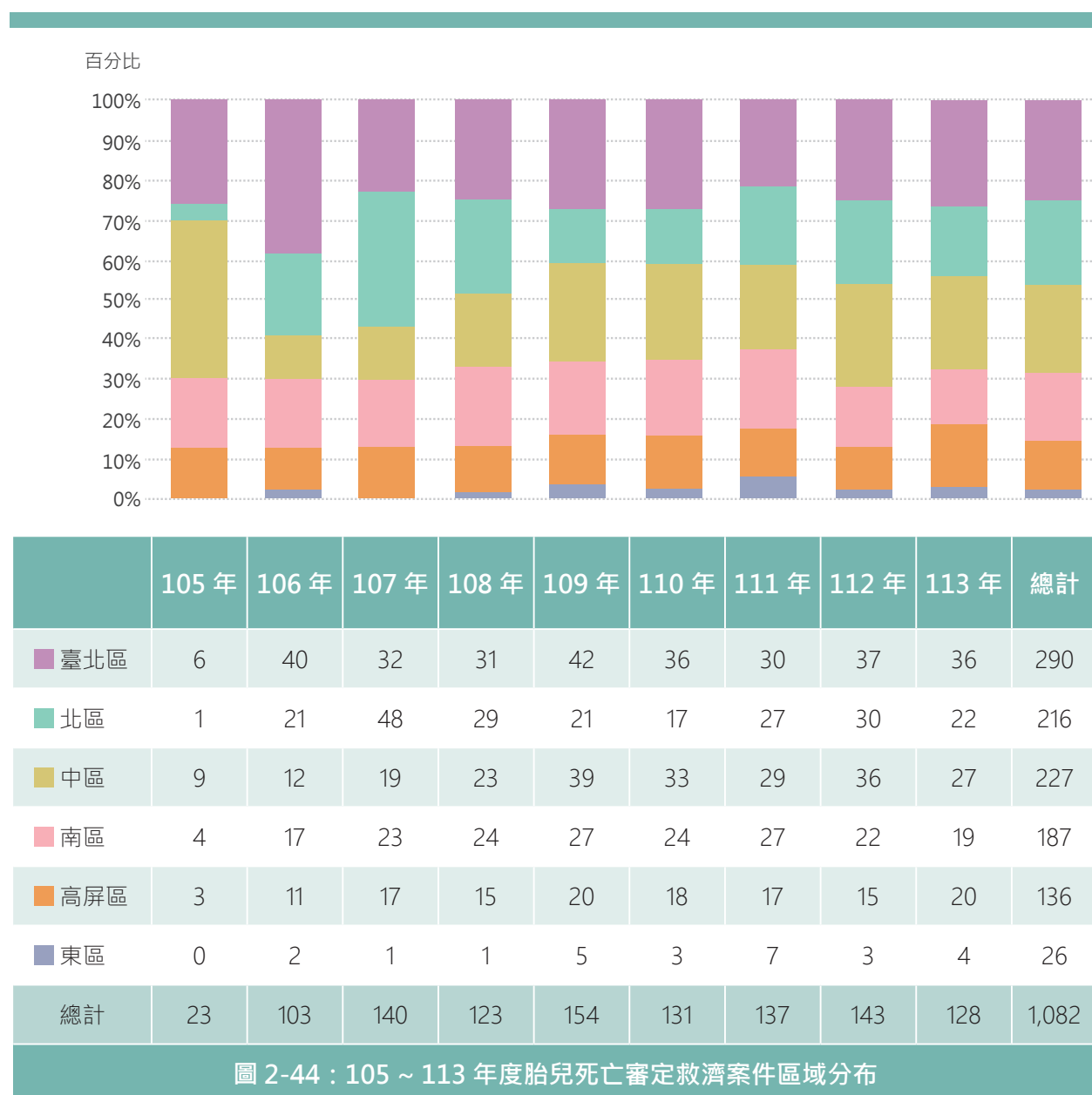
按發生生產事故之年度及機構層級分析，以醫學中心為最大宗，有 317 件，占 29.3%；地區醫院居次，有 292 件，占 27.0%；區域醫院則有 262 件，占 24.2%；診所所有 210 件，占 19.4%；助產機構有 1 件，占 0.1%。112 年度醫學中心與地區醫院之案件數與占比數皆較前一年度增加，區域醫院與診所則較前一年度減少。113 年度醫學中心之案件數與占比數較前一年下降，診所之案件數與占比數較前一年增加。如圖 2-43。



(二) 區域分布

按年度及健保分區分析，以臺北區為最大宗，有 290 件，占 26.7%；中區有 227 件，占 21.0%；北區有 216 件，占 20.0%；南區有 187 件，占 17.3%；高屏區有 136 件，占 12.6%；東區 26 件最少，占 2.4%。112 年度

臺北區、北區與中區之案件數與占比數較前一年度增加，南區、高屏區及東區則較為減少。113 年度臺北區與東區之案件數和前一年相去不大，高屏區之案件數與占比數較前一年度增加，北區、中區和南區之案件數與占比數較前一年度減少，如圖 2-44。



(三) 妊娠週數

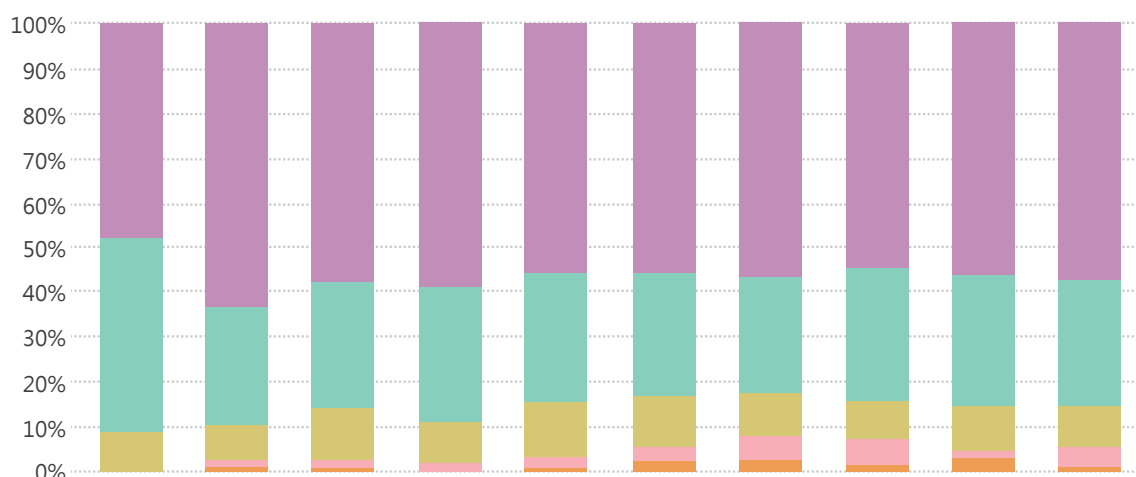
按年度及妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件，有 553 件，占 51.1%；36 週以下（早產）生產案件，有 529 件，占 48.9%。累積案件數最多者為 38 週，共 187 件，占 17.3%；其次為 36 週有 185 件，占 17.1%。就

過去五年分析，110 和 113 年度以 36 週案件數量最高，109 和 111 年度以 37 週案件數量最高，112 年度則以 38 週案件數量最高。對於未滿 35 週的案件數和占比率，113 年度較前一年度減少。對於 39 週以上的案件數和占比率，113 年度較前兩年度增加，如表 2-21。

表 2-21：105 ~ 113 年度胎兒死亡審定救濟案件妊娠週數分布

年度 妊娠週數	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	總計
33 週	0	7	13	9	14	11	4	17	10	85
34 週	1	9	16	13	16	20	17	20	20	132
35 週	3	15	14	12	23	16	12	17	15	127
36 週	3	9	27	24	25	25	25	24	23	185
37 週	2	22	13	16	27	20	36	22	21	179
38 週	9	20	26	20	24	18	26	26	18	187
39 週	4	9	22	19	21	16	10	15	16	132
40 週	1	11	8	10	4	4	7	2	5	52
41 週	0	1	1	0	0	1	0	0	0	3
總計	23	103	140	123	154	131	137	143	128	1,082

百分比



	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	總計
第一胎	11	65	81	72	86	73	77	78	71	614
第二胎	10	27	39	37	44	36	36	43	38	310
第三胎	2	9	17	12	19	15	13	12	15	114
第四胎	0	1	2	2	4	4	7	8	1	29
第五胎以上	0	1	1	0	1	3	4	2	3	15
總計	23	103	140	123	154	131	137	143	128	1,082

圖 2-45：105 ~ 113 年度胎兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

(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 614 件，占 56.7%；第二胎次之，有 310 件，占 28.7%。第三胎則有 114 件，占 10.5%。第四胎以上共有 44 件，占 4.1%。如圖 2-45。

(五) 生產年齡

按年度及孕產婦生產時年齡分析，以 30~34 歲居冠，有 374 件，占 34.6%；

35~39 歲次之，有 319 件，占 29.5%。110 至 113 各年度案件數皆多分布於 30~34 歲，109 年度以 35~39 歲為最多。就高齡產婦（35 歲以上）分析，109 至 113 年度之案件數和占比率分別為 64 件（41.6%）、53 件（40.5%）、48 件（35.0%）、55 件（38.5%）和 49 件（38.3%）。113 年度 25~29 歲之案件數和占比率皆較前一年增加；35~39 歲之案件數與前一年相同，但占比率增加；40 歲以上之案件數和占比率皆較前一年減少。如圖 2-46。

百分比

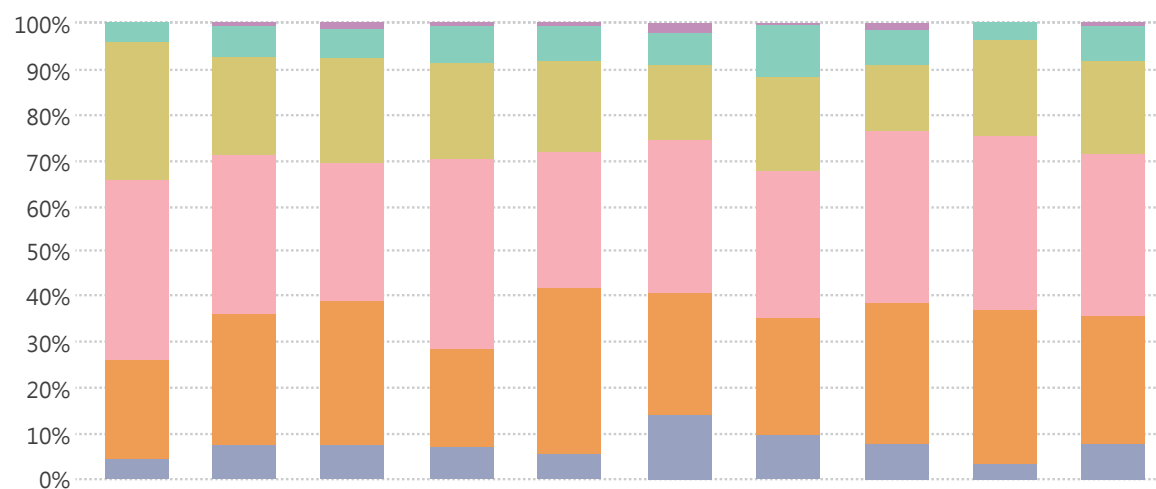


圖 2-46：105 ~ 113 年度胎兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布

表 2-22：105～113 年度審定救濟案件胎兒死亡前 5 項原因

事故原因	案件數 ^(註 1)	百分比
不明原因死胎 (子宮內胎兒死亡)	404	37.3%
臍繞頸/臍帶異常/臍帶意外事故等	270	25.0%
胎盤早期剝離	159	14.7%
胎盤功能異常 (含子宮內胎兒生長遲滯)	137	12.7%
胎兒窘迫	36	3.3%

註 1：以 105~113 年度胎兒死亡審定救濟案件數為母數計算。(N=1,082)

(六) 事故原因

有關胎兒死亡事故之原因分析，經台灣婦女健康暨泌尿基金會回溯病歷及整合新舊審查表，並進行同步歸因，統計 105~113 年度胎兒死亡原因分析，排名前 5 項原因如表 2-22。其中不明原因死胎 (子宮內胎兒死亡) 占比最多 (37.3%)，臍繞頸/臍帶異常/臍帶意外事故等次之 (25.0%)。胎盤因素相關事故中，胎盤早期剝離占 14.7%，胎盤功能異常 (含子宮內胎兒生長遲滯) 占 12.7%。

三、小結

胎兒死亡案件數在 113 年度為 128 件，較前一年減少 15 件。其中減少案件數和占比率最多的可能直接原因是不明原因死胎，由 47 件 (32.9%) 減少至 38 件 (29.7%)。然而胎盤剝離之案件數與占比率，在 113 年度皆較前一年增加。依懷孕週數分析，妊娠 39 週以上胎兒死亡的案件數和占比率在 113 年度較前兩年度增加。依生產年齡分析，25~29 歲之案

件數和占比率皆較前一年增加。由此可見，懷孕後期隨著週數的進展，積極評估與掌握母體和胎兒的狀況，及決定適當的生產時機是重要的。同時，我們在專注高齡懷孕之餘，適齡懷孕亦有一定風險。

胎兒死亡的可能原因多元，在預防方面，除了規則產檢、規律生活作息與定期注意胎動外，對於周產期高危險因子 (例如妊娠高血壓) 應積極追蹤與處置。經 112 年度生產事故事件通報及品質輔導計畫專案小組研議，制定妊娠高血壓及子癲前症 (Gestational Hypertension and Preeclampsia) 組合式照護查檢清單，提供各層級醫療機構 (包含診所、地區醫院、區域醫院、醫學中心) 參考使用，以更完整高危險妊娠照護。對於胎盤剝離，應注意辨識相關危險因子，包括妊娠高血壓疾病、胎兒生長遲滯、子宮外傷、吸菸或藥物濫用等。若有異常徵兆如產前出血、異常腹痛、胎動減少等，應盡速就醫。醫療院所面對胎盤剝離，應設立相關的診斷與緊急處置流程，以

期發揮最大醫療量能，拯救母胎生命。

當胎兒死亡發生後，醫療團隊可依下列三個面向進行後續處置：

- (一) 安全生產，完整產後照護：向產婦說明後續生產計畫與流程，依照指引給予引產藥物或執行剖腹產手術。在產後，除了注意產後排出物與陰道出血量外，並指導產婦如何處理漲奶。
- (二) 探尋可能事故原因：對母體、胎兒與胎盤的狀況進行檢視和記錄，例如臍帶是否有過度纏繞或打結、必要時抽血檢查母體免疫功能、胎盤進行病理

化驗等，以期在未來懷孕時就可避免因素進行預防。

- (三) 身心靈支持，協助產婦及其家人度過哀傷：胎兒娩出後，除了說明與協助安排後續身後事外，可依產婦與家人的意願與需求安排適當儀式，向胎兒表達愛與祝福，圓滿告別。持續隨時提供關懷，協助產婦理解並處理可能的情緒（哀傷、憂鬱、愧疚感等）。完整的周產期安寧照護可協助產婦與其家人們度過胎兒死亡的歷程，做好準備重新出發，正向迎接下一次懷孕。



03

生產事故學習與改善



本部為持續深化推廣醫療機構建立風險管控概念，落實高風險孕產婦衛教與追蹤機制，本年度分區辦理3場風險概念推廣課程，亦開放同步視訊以提高醫療人員參與可近性。課程內容著重高危險妊娠、胎兒及新生兒安全案例分享，說明組合式照護各階段查檢項目與建議，運用於事前準備、風險辨識、緊急應變執行方法，及判斷必要時轉診之重要性。課程參與共計 420 人次，整體滿意度平均為 98.8%。彙整參與人員對課程的回饋，包括課程對臨床實務工作很有幫助、希望多舉辦相關線上課程等。

承上，本部為瞭解及輔導醫療機構建立機構內風險事件管控，亦進行 10 家機構實地輔導，透過輔導委員與機構醫療人員以案例討論方式了解實務運作情形，並回饋具體照護措施。彙整實地輔導建議如下：

1. 建議機構加強對婦產科六大風險之早期辨識，可藉由參與教育訓練課程獲得醫學新知，或醫護團隊之檢討會議以提升相關能力。
2. 建議加強應用休克指數 (Shock Index, SI) 於判斷產後大出血之輸血、轉診之依據。
3. 針對胎盤早期剝離之事後檢討，建議可定期與新生兒科討論個案，及追蹤相關個案的預後，必要時修訂標準作業流程。
4. 建議機構可參照產後大出血與妊娠高血壓及子癲前症之組合式照護查檢清單內容，融入臨床常規照護，以擬訂適合機構之照護清單或標準作業流程。
5. 建議機構應建立檢討改善機制，例如：定期的病例討論會或與轉診機構舉行個案討論等，以持續改善醫療作業流程。

本年度參考機構通報事件資料，分析發生件數趨勢變化、嚴重度與可能因素，提出具體可行預防對策研擬成學習案例，並透過平台公開學習資訊提供醫療機構參考，以期有效降低醫療風險。共編制四篇學習案例涵蓋多元臨床面向，詳細資料請參閱「台灣病人安全資訊網」。

- 學習案例一、「人工破水導致臍帶脫垂之處置與照護措施」：

事件為產婦於催生過程使用催生藥物，為加速產程進展進行高位人工破水，發生臍帶脫垂外露在子宮頸外導致胎兒窘迫情況。學習重點：當醫療人員執行有風險之處置前，應充分對個案進行風險告知取得同意，並評估人力與資源是否能因應緊急突發狀況。

- 學習案例二、「催生藥物的安全使用」：

事件為產婦住院催生經陰道給予 Cytotec 1/4 顆，經 2 小時舌下再給予 Cytotec 1/4 顆，發生子宮多處撕裂傷及產後大出血。學習重點：不當使用催生藥物可能導致嚴重併發症，應依照台灣婦產科醫學會公告指引建議劑量與方式使用。

- 學習案例三、「子癲前症高風險族群之辨識與預防處置策略」：

事件為子癲前症高風險族群的孕產婦，未聽從醫師建議轉診到大醫院，急性發作嚴重型高血壓併發強直陣攣。學習重點：醫療機構應關懷追蹤

2025生產事故救濟報告

孕產婦對衛教的了解與遵從性，考慮自身照護量能及時轉診後送醫院。

- 學習案例四、「剖腹產手術同意書簽署流程之優化建議」：

事件為孕婦子癲前症合併有胎兒窘迫，醫師建議剖腹產並通知先生前來簽署同意書流程問題，以致孕婦延遲送至手術室發生新生兒死亡事件。學習重點：手術醫師及麻醉醫師應充分了解手術同意書簽署的規範及流程，並取得病家同意，遇緊急狀況醫療機構應能正確反應避免延誤治療。

本部為協助醫療人員瞭解及運用根本原因分析工具，邀集專家委員共同研議，以工作坊型態進行模擬臨床情境，結合「高位破水引起臍帶脫垂」及「產婦子癲前症之周產期照護」事件，進行設計編撰教材。搭配辦理2場根本原因分析課程，透過學習教材引導參與人員運用根本原因分析工具於生產事故事件，以瞭解如何進行資料蒐集、深入探討事件失誤問題點、找出不安全行為之潛在系統性因素、發展改善建議，思考如何避免相同事件再次發生。課程整體滿意度 100%，參加機構類型以區域醫院最多占 48.6%、其次為醫學中心占 35.1%；參加人員職類以護理及助產最多占 71.7%、其次為醫師占 13.5%（如圖 3-1）。

同時為協助機構改善照護流程，並檢視生產事故事件風險點，本年度輔導3家機構進行「生產事故分析及改善報告」。輔導機構以根本原因分析工具，深入分析事件過程可能的失誤問題、潛在風險及系統性人為因素等，進而檢視機構作業流程並研擬照護措施。彙整機構



圖3-1：根本原因分析推廣課程學員演練實況

輔導建議如下：

1. 建議將產後大出血危險因子評估，列入機構人員教育訓練項目。
2. 建議加入對子宮可能產生強直性收縮或破裂之高風險族群，如何及早評估及介入處置。
3. 建議機構應強化急診醫療人員辨識「重度子癲前症」的高危險群，應立刻照會婦產科並於急救時考慮娩出胎兒。
4. 當發生胎兒窘迫（如：重複性胎心音延長性減速及不定性減速，變異性變差等），值班護理人員應及時通知主治醫師。

依據本報告資料顯示，第一線處理醫療爭議人員與民眾對於關懷服務的時機與內容存在

著認知落差，同時考量《醫療事故預防與爭議處理法》於 113 年正式施行，本部擬定生產事故關懷紀錄表供臨床醫療院所於執行關懷時據以參考；分享生產事故執行關懷之施行經驗，探討事故關懷之落實與困難，提供醫療院所未來在面對醫療爭議時能引以為借鏡。

此外，為能讓臨床醫療機構共同學習，本部遴選生產事故救濟案件中實際案例，經由去識別化、著重於事故原因分析、臨床醫療建議及處置、政策推展與執行等層面，探討及分享生產事故中之重要議題及預防措施。其中包含：產後大出血導致死亡的案例，應及早辨識

及處理子宮破裂；及時適當使用動脈血管栓塞手術，或許能避免孕產婦重大的傷亡事故；新生兒部分宜注意胎兒窘迫及周產期窒息導致腦部損傷；胎兒死亡宜著重於妊娠併發症之早期介入。本部分別於台北、台中及高雄辦理學術研討會，透過實務經驗進行案例分享，增進醫療人員專業知能，藉由除錯機制與事故原因的分析及探討，分享找出可以預防的措施，希冀落實於周產期醫療照護中，提升整體照護品質。實際參加人數共為 460 人，參與職類 8 成為「醫師及護理師」；參加人員任職之醫療機構層級部分，以區域醫院居多（如圖 3-2）。



圖3-2：113 年度生產事故救濟研討會

2025生產事故救濟報告

本部亦持續關注醫療爭議之預防，醫病關懷支援並促進醫病關係和諧。為讓臨床醫療人員熟悉關懷技巧並運用於實務，持續辦理生產事故溝通關懷與支援工作坊。113 年度首次邀請接受培訓並完成所有階段訓練課程之人員，以自身實際處理生產事故之經驗，分享其中之心路歷程，及如何面對化解家屬的爭議與衝突。本場課程分享引起許多共鳴，也透過實際處理的經驗交流，引起參與人員的熱烈討論。初階課程的安排仍以學習換位思考與同理心，體驗事故爭議中不同角色之想法與立場為主；進階課程則為執行關懷步驟與關懷協調會議的實際運作流程，透過助理講師先行說明及引導，讓案例演練時更融入情境，並導入醫病雙方及醫療人員之間之衝突演練，強調衝突調解之步驟並引導同儕支援的想法；培訓課程是整天課程，內容包含說明關懷與協調的實際技巧與理論概念，如：衝突管理、傾聽層次與技

巧、覺察力訓練及敘事關懷。完成培訓課程之學員皆表示，對於溝通、關懷、轉換力等技巧演練收穫良多，未來將應用於自己工作領域，傳授相關經驗及技巧（如圖 3-3）

為協助醫療機構持續強化生產風險管控，本部自 113 年度起將生產事故救濟案件之專業審查意見，透過機制流程回饋至醫療機構，提供醫療院所進行人員教育訓練之參考，落實生產風險管控並提升孕產婦照護品質。

專業審查回饋意見內容多屬專業知能建議，由生產事故救濟審議會進行專業審查，針對案件給予回饋意見，醫療單位與臨床醫師考量臨床實務的運作執行與流程，進行改善措施及人員教育訓練，透過良性的轉知及建議作法，協助機構在臨床業務上提升醫療照護品質，期盼未來建立不責難文化，藉由除錯機制、共同學習進而達到預防事故發生之目的。



圖3-3：「生產事故溝通關懷與支援工作坊」課程辦理情形

04 結語



113 年度生產事故救濟的執行成果，已逐步從及時救濟的補償轉化為推動臨床品質提升與醫療安全文化深化的重要方向，透過專業審查意見的回饋機制，期待每一件事故案件轉化為促進臨床反思與持續進化的重要契機。

我國孕產婦生育型態已明顯朝向高齡化與少子化發展，40 歲以上孕產婦的死亡風險是 40 歲以下孕產婦的 4.5 倍，應重視高齡妊娠風險，強化個別化照護策略與早期辨識機制，包含：增加強化 40 歲以上孕產婦之產檢內容、子癲前症與血栓性疾病的預防及預防性藥物使用之評估，提升急性肺栓塞等急重症處理能力，以做為醫療體系下一階段檢視與精進之重點。

113 年度生產事故救濟案件顯示，新生兒死亡仍占有一定比例，因此，提升孕產兒安全的努力不能止步於孕產階段的風險管理，更應將照護層面涵蓋至周產期與新生兒急救重症資源及系統的整合。隨著孕產年齡逐年上升，未來更需要建構橫跨婦產科、新生兒科與社區照護的整合性模式，擴大照護可近性與公平性、平衡醫療照護資源；此外，持續提升新生兒急救能力，並促進高危險孕產婦能轉介至具備完整處置能力的醫療機構，雙軌併行的週全制度，才能真正提升整體妊娠品質與保障新生兒的健康。

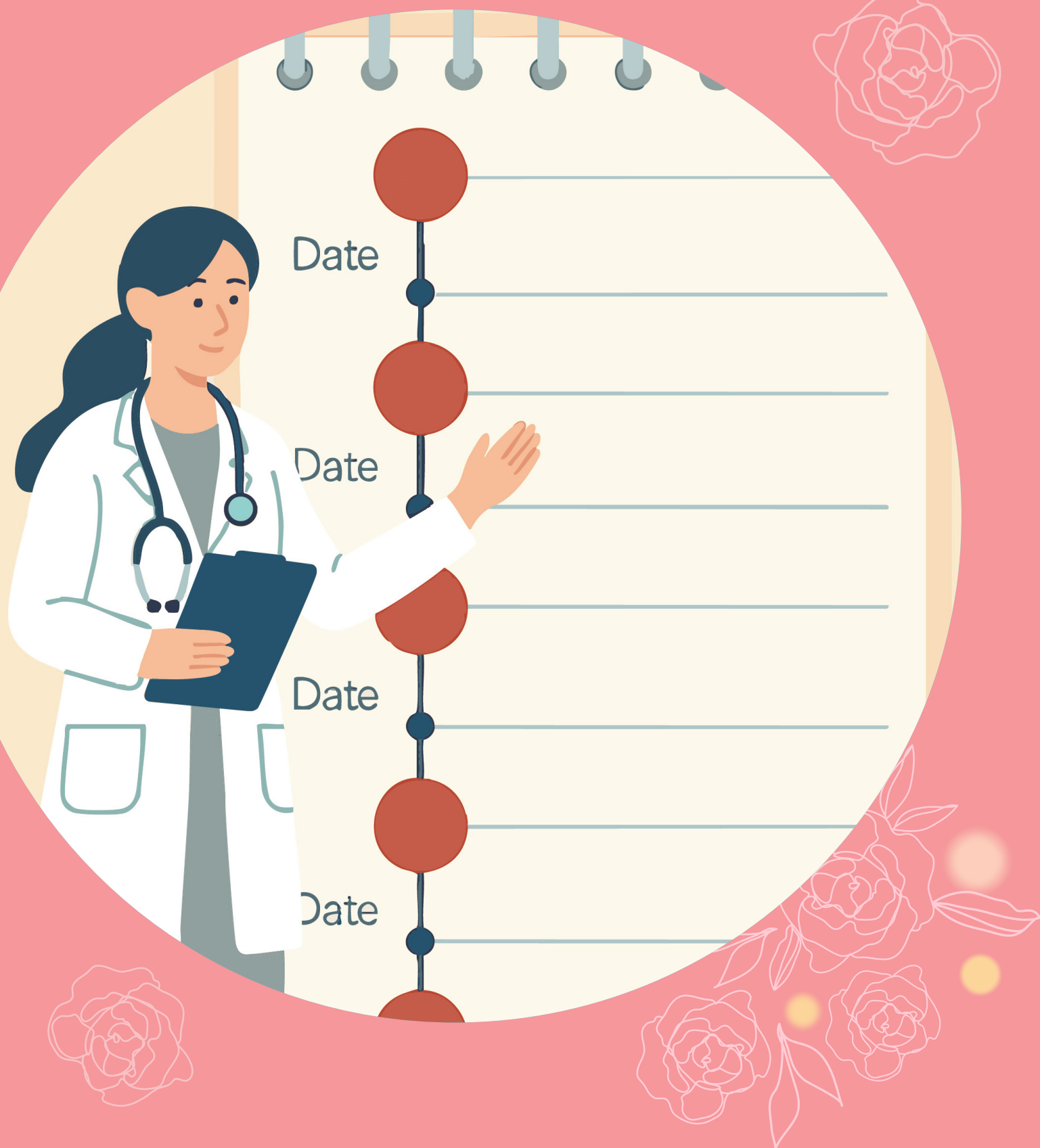
然而，事故的經驗亦提醒，即便是適齡懷孕，仍需密切監控高危險妊娠因素。周產期併發症如妊娠高血壓、胎動減少等，若未能即時察覺與處置，仍可能造成遺憾，應強化定期規則產檢、胎動觀察及規律作息的重要性，並推動整合孕婦衛教資源，協助孕產婦自我辨識風險徵兆。

本部透過專業審查意見的回饋機制，落實醫療機構的風險辨識，改善臨床實務之執行與流程，精進醫療照護品質；此外，持續規劃專業醫療人員各類培訓活動，包含：臨床醫療機構實地輔導、學習案例彙編與根本原因分析課程，藉由系統性學習提升專業知能以進行機構內風險管控。此外，針對各事故類型辦理學術研討會，透過實際案例分享協助醫療機構落實持續品質改進，為提升醫療人員在醫病關係與爭議處理中的溝通應對能力，推動角色扮演式工作坊，協助第一線人員學習衝突預防與關懷技巧，回應事故家庭的情緒與信任需求。

展望未來，本部將持續精進孕產婦健康政策，強化區域急重症照護網絡、優化高風險妊娠轉診體系，落實審查意見的回饋與應用，使每一件遺憾事件成為臨床醫療照護改善的契機。此外，持續推動不責難文化，鼓勵醫療機構確實通報，分享經驗共同學習、提升醫療照護品質，打造孕產婦安心生育、醫療人員安心執業的友善環境。



05 附錄



附錄一、生產事故救濟重要記事

時間	重要記事內容
93 年 5 月 28 日	台灣女人連線黃淑英理事長向台灣婦產科醫學會提出「生育風險基金」之概念，建議由國家設立基金保障婦女生產風險，並於第7屆婦女健康行動會議發起行動宣言-「營造夥伴關係的生產環境」，籲請政府研議設立基金保障婦女生產風險。
95 年	行政院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	行政院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	行政院衛生署與台灣婦產科醫學會共同規劃推動生育事故補償試辦計畫。
100 年 5 月	立法委員黃淑英辦公室提出「生育風險補償條例草案」。
100 年 7 月 4 日	行政院衛生署擬具「鼓勵醫療機構試辦生育事故救濟計畫」草案並召開討論會。
100 年 9 月 15 日	配合生育事故救濟試辦計畫，行政院衛生署提出婦產科診所醫療品質提升計畫。
101 年	立法委員吳宜臻提出「生育風險補償條例草案」。
101 年 7 月	台灣婦產科醫學會理事長謝卿宏、行政院衛生署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」。

時間	重要記事內容
101 年 7 月 5 日	行政院核定「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」為期2年，對象為執業登記設有婦產科，並提供接生服務之醫院、診所及助產所。
101 年 8 月 28 日	行政院衛生署成立「生育事故救濟審議委員會」並召開第一次會議，建立審查共識。
101 年 10 月 1 日	「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」開始受理申請，申請資格回溯自 101 年 1 月 1 日起發生之生育事故。
103 年 9 月 20 日	公告生育事故試辦計畫延長辦理 2 年，並將範圍由婦產科擴及手術及麻醉事故。
103 年 ~ 104 年	台灣女人連線及台灣婦產科醫學會共同遊說立法委員林淑芬、田秋堇、黃昭順、蘇清泉等人，提出「《生產事故救濟條例》草案」。
104 年 11 月 18 日	立法院衛環委員會安排審查並通過《生產事故救濟條例》。
104 年 12 月 11 日	立法院三讀通過《生產事故救濟條例》。
104 年 12 月 30 日	總統令公布《生產事故救濟條例》制定通過。
105 年 6 月 30 日	《生產事故救濟條例》正式施行。
105 年 7 月 13 日	衛生福利部訂定發布「生產事故救濟作業辦法」、「生產事故救濟審議會設置辦法」、「生產事故通報及查察辦法」。
105 年 8 月 26 日	衛生福利部「生產事故救濟專區」網頁正式啟用。
105 年 9 月 20 日	「生產事故救濟審議會」召開第一次會議，建立審查共識。

2025 生產事故救濟報告

時間	重要記事內容
105 年 9 月 22 日	台灣婦產科醫學會黃閔照秘書長於韓國婦產科醫學會年會演講「臺灣不責難生產事故救濟制度」。
105 年 10 月	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。
106 年 11 月 6 ~ 8 日	韓國醫療糾紛調停仲裁院為瞭解臺灣生產事故救濟制度及運作經驗，組團來臺參訪衛生福利部、台灣婦產科醫學會、財團法人台灣婦女健康暨泌尿基金會及台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院，進行實務經驗交流。
107 年 10 月 17 日	台灣婦產科醫學會黃閔照秘書長於巴西世界婦產科醫學會年度學術研討會演講「臺灣不責難生產事故救濟制度」。
107 年 11 月 8 日	財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理「醫糾協處與補償機制研究」國際研討會。
108 年 3 月	台灣女人連線以「生育權應包含生產事故救濟之規劃」(Reproductive Right Should Include Childbirth Accident Relief Measures) 為題，於紐約舉辦平行會議，黃淑英理事長分享台灣婦女團體倡議、推動生產事故救濟機制，並促成法案成立之相關經驗與社會運動策略。
108 年 10 月	「生產事故救濟記錄訪談影片」公益短片廣告託播。
108 年 10 月 4 日	衛生福利部公告修正《生產事故救濟條例作業辦法》第7條、第9條條文，調高產婦死亡及重大傷害（極重度、重度、中度障礙）之生產事故救濟給付額度上限。

時間	重要記事內容
108 年 11 月 11 ~ 13 日	台灣婦產科醫學會黃閔照秘書長於菲律賓「亞太婦產科醫學會年會暨聯合學術研討會」演講分享「生產事故救濟制度-台灣經驗 (No Fault Compensation The Taiwan Experience) 」。
109 年 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。
109 年 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。
109 年 9 月	台灣婦產科醫學會黃閔照理事長受韓國婦產科醫學會邀請，線上以「4-year results of Childbirth Accident Emergency Relief Act in Taiwan」為演講主題。
110 年 4 月 26 日	行政院性別平等委員會第 23 次會議決議通過，新增產前檢查次數與項目，以建構友善生養的環境。
111 年 1 月	生產事故通報系統啟用，通報作業由紙本通報全面改為線上通報。



附錄二、113年度生產事故救濟活動成果

時間	重要記事內容
113 年 4 月	辦理 2 場 113 年度生產事故溝通關懷與支援工作坊
113 年 6 月 21 日	溝通關懷種子師資培育課程
113 年 8 月	辦理 3 場 113 年度「生產事故救濟研討會」
113 年 10 月 26 日	根本原因分析推廣課程-系列一
113 年 10 月 29 日	第一場-婦產科風險概念推廣課程
113 年 11 月 5 日	第二場-婦產科風險概念推廣課程
113 年 11 月 22 日	第三場-婦產科風險概念推廣課程
113 年 11 月 23 日	根本原因分析推廣課程-系列二
113 年 12 月	2024 生產事故救濟報告出版



附錄三、113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
產婦死亡	112 年 10 月	39 週	腦部神經膠質瘤致腦水腫及腦循環衰竭	與生產無因果關係
產婦重大 (未達中度以上身心障礙級別)	113 年 8 月	38 週又 2 天	肺栓塞	未達救濟給付條件
	113 年 9 月	39 週又 5 天	子宮破裂、產後大出血	
	113 年 10 月	33 週	疑似肺栓塞	
新生兒死亡	106 年 4 月	38 週又 2 天	染色體異常	逾請求權行使時效，且為重大先天畸形或基因缺陷，屬救濟排除條件
	112 年 11 月	34 週又 4 天	重大先天畸形	重大先天畸形或基因缺陷，屬生產事故救濟條例第11條第2款之救濟排除條件
	112 年 12 月	33 週又 5 天	全身性先天性魚鱗癬症	
	113 年 2 月	37 週又 5 天	複雜性先天性心臟病	
	111 年 12 月	36 週又 3 天	自發性胃穿孔	與生產無因果關係
	112 年 9 月	34 週又 2 天	交通意外導致多重器官挫傷出血	
	113 年 5 月	39 週	新型冠狀病毒感染、遲發性新生兒敗血症	
	113 年 6 月	38 週又 1 天	先天性左側橫膈疝氣併左肺發育不全及肺高壓	

2025生產事故救濟報告

事故結果類型	生產年月	妊娠週數	主要診斷	不予救濟原因
新生兒極重度身心障礙	108 年 10 月	39 週又 4 天	腦部髓鞘化不足及小腦萎縮	與生產無因果關係
	110 年 3 月	34 週又 6 天	先天性基因變異所致	重大先天畸形或基因缺陷，屬生產事故救濟條例第11條第 2 款之救濟排除條件
新生兒重度身心障礙	109 年 10 月	37 週	先天性多發性關節攣縮症	與生產無因果關係
	111 年 8 月	37 週又 2 天	側腦室枕角擴大畸形	
	111 年 3 月	37 週又 3 天	臍腸系膜導管殘留導致腸道阻塞併缺血性壞死及穿孔	
	111 年 5 月	38 週	先天性基因變異	重大先天畸形或基因缺陷，屬生產事故救濟條例第11條第2款之救濟排除條件
	111年 10 月	38 週又 4 天		
	112年 5 月	31 週	未滿33週之新生兒重大傷害	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
新生兒中度身心障礙	109 年 9 月	38 週又 5 天	缺血缺氧性腦病變	逾請求權行使時效，屬救濟排除條件
	111 年 6 月	38 週	持續性幼兒型胰島素過度分泌低血糖症	與生產無因果關係

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	106 年 2 月	32 週又 1 天	不明原因	逾請求權行使時效且未滿 33 週之胎兒死亡，屬救濟排除條件
	111 年 6 月	36 週又 2 天	不明原因	逾請求權行使時效，屬救濟排除條件
	112 年 12 月	20 週又 2 天	未滿 33 週之胎兒死亡	未滿33週，屬生產事故救濟條例第11條第2款之救濟排除條件
	113 年 2 月	29 週又 3 天		
	113 年 3 月	29 週又 5 天		
	113 年 4 月	33 週		
	113 年 5 月	18 週又 4 天		
	113 年 7 月	33 週		
	113 年 9 月	28 週		
	113 年 9 月	28 週又 1 天		
	113 年 10 月	32 週又 2 天		
	113 年 5 月	34 週又 2 天	嚴重車禍導致胎兒死亡	與生產無因果關係
	113 年 5 月	37 週又 3 天	非法藥物濫用合併胎兒死亡	與生產無因果關係
	112 年 11 月	40 週又 6 天	產婦娩出胎兒後死亡	非有請求權之人所提出之申請
	112 年 8 月	39 週又 4 天		

附錄四、生產事故救濟業務調查結果摘要

一、調查目的

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

二、調查概述

以下呈現 113 年度調查結果，採樣對象包含民眾版及機構版，民眾版為主管機關發送行政處分函（審定通知）時，以公文附件方式，檢附滿意度調查之 QR code 及紙本，請民眾上網填寫問卷或隨領據寄回；機構版問卷以 113 年度有申請案件之生產機構為調查對象，使用線上或紙本方式回覆。

113 年度調查共寄出 245 份民眾版問卷、277 份機構版問卷，共計寄出 522 份；統計至 113 年 12 月 31 日止，共計回收 392 份問卷，回收率 75.1%。其中民眾版回收 227 份，回收率為 92.7%；機構版回收 165 份，回收率為 59.6%。

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. 56.0% 為委由醫療機構協助申請生產事故救濟、41.0% 為民眾自行申請生產事故救濟；在民眾自行申請的案件中，有 67.7% 為醫療機構告知/協助準備相關文件。

2. 有 91.2% 民眾對所提供之諮詢服務管道（電話、網站）感到非常滿意或滿意。

機構版

1. 有 95.2% 有專責單位協助事故人/家屬提出申請生產事故救濟業務。
2. 有 98.8% 醫療機構對所提供之諮詢服務管道（電話、網站）感到非常滿意或滿意。

（二）醫療機構之關懷服務

民眾版

1. 74.0% 的民眾認為在事故發生 5 日內醫療機構有主動提供關懷服務。
2. 民眾覺得醫療機構主動提供關懷服務內容包含口頭關懷（占 72.2%）、協助申請生產事故救濟給付（占 71.8%）、病情解釋（占 55.5%）、協助申請其他經濟補助（占 20.3%）、轉介社福或專責聯絡人（占 18.1%）。
3. 71.8% 民眾對於醫療機構所提供之關懷服務感到滿意或非常滿意。
4. 73.1% 民眾對於醫療機構提供之關懷服務，可促進與醫療機構間之溝通與信任關係表示非常認同或認同。
5. 71.8% 民眾認為醫療機構提供之關懷服務，對於改善醫病關係非常有幫助或有幫助。

機構版

1. 99.4% 的醫療機構認為在事故發生 5 日內有主動提供關懷服務。
2. 醫療機構所提供關懷服務內容包含口頭關懷 (占 97.0%)、協助申請生產事故救濟給付 (占 93.9%)、病情解釋 (占 86.7%)、協助申請其他經濟協助 (占 37.6%)、轉介社福或專責單位 (占 34.6%)。
3. 95.8% 醫療機構認為提供關懷服務或協助民眾提出申請生產事故救濟，對促進醫病關係和諧非常有幫助或有幫助。

(三) 申請流程滿意度

1. 90.3% 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. 98.2% 醫療機構表示對申請生產事故救濟之作業流程感到滿意或非常滿意。

(四) 生產事故救濟年報

1. 88.5% 醫療機構知道衛福部每年有出刊「生產事故救濟報告」。
2. 知道生產事故救濟報告之醫療機構，有 94.5% 看過報告中「警示訊息/學習案例」內容。
3. 86.1% 醫療機構表示生產事故救濟報告內容是有幫助的。

(五) 生產事故救濟制度

1. 89.0% 民眾認為當發生生產事故時，政府提供之生產救濟制度非常有幫助或有幫助。
2. 98.2% 的醫療機構對於「生產事故救濟制度」表示非常滿意或滿意。
3. 92.7% 醫療機構認為「生產事故救濟制度」對降低生產事故相關醫療爭議非常有幫助或有幫助。



2025 生產事故救濟報告 Annual Report of Childbirth Accident Relief

發行人 石崇良
總編輯 劉越萍
編輯委員 (按筆畫順序排列)
何弘能、林芯仔、林瑞瑩、洪聖惠、張瑞幸、張睿詒、許德耀、
陳中明、陳宜雍、黃淑英、黃閔照、葉長青、詹德富、羅良明
編輯小組 李幸齡、謝瑜珊、禹美君、藍斐雯、龔筱媛、簡琬儒、謝佳妤、
陳聖愛
執行編輯 劉玉菁、郭威中、呂念慈、張舒婷、楊雅淳

出版機關 衛生福利部
地 址 11558 臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號
電 話 (02) 8590-6666
傳 真 (02) 8590-7088
出版年月 中華民國 114 年 12 月
創刊年月 中華民國 107 年 12 月
編輯製作 暉昕創意設計有限公司
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 臺中市西區臺灣大道二段 85 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



2025《生產事故救濟報告》
電子書

ISSN 2789-4088



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