2026 Annual Report of Childbirth Accident Relief

生產事故救濟 報告



衛生福利部 編印 中華民國 115 年 12 月

2026 Annual Report of Childbirth Accident Relief

生產事故救濟報告



回目錄

部長序

醫療事故往往涉及眾多層面與複雜的制度、流程環境等系統性因素，過往醫療糾紛多訴諸於刑事訴訟，因此，我們希望將推動病人安全實務經驗，及不究責的核心理念落實到政策面時，面臨諸多艱難關卡。從生育事故試辦計畫到正式立法的重要時刻，我們知道這是一場重大觀念的改革，也是臺灣孕產兒安全往前邁進的起步。這些年透過事故救濟、關懷支援、自主通報及共同學習，逐步將每件事故，轉化為病人安全與醫療品質改善的契機，記取經驗並學習改善，期許不再發生遺憾。

回首條例施行期間，我們秉持著「即時救濟、溝通關懷、不責難文化與學習改善」之初衷與理念，讓事故家庭即時獲得必要支援，同時讓醫療人員在安心的執業環境中持續精進醫療專業，透過專業醫學會、醫療單位之努力，結合政府部門、民間團體的力量，我們正在營造互助信任、尊重同理的安心生產環境，為國家未來奠定重要的基礎。

站在第二個十年的起點，我們所期待的是生產事故救濟引領臺灣建立以病人安全為核心、以不責難文化為基礎的醫療環境。唯有讓醫療人員在相互信任、勇於通報、樂於分享與持續精進的文化中執業，才能真正將每一次事故化為學習的契機，累積經驗成為守護下一位孕產婦與新生兒的重要力量。我們深信，真正的醫療安全，不是要求醫療過程永遠不出錯，而是建立一個能夠誠實面對問題、共同改善與學習的環境，當醫療人員不再因擔心責難而選擇保守防禦，而能專注於病人為優先考量，勇於承擔高風險、高困難度的醫療照護，並將每次臨床經驗轉化為未來照護品質提升的養分，才能持續累積專業、厚植韌性，培育更多願意投入孕產兒照護的專業醫療人才。

生產事故救濟最深遠的意義，也是我們長期努力的目標——讓關懷取代對立，讓學習取代責難，讓安全成為文化，讓信任成為醫病之間最堅實的基礎。期盼大家持續攜手同行，打造一個讓孕產婦安心生育、醫療人員安心執業的永續醫療環境，讓每一個新生命，都能在充滿信任與希望中誕生，這不僅是生產事故救濟的願景，更是臺灣醫療持續向前的重要價值。

衛生福利部

部長 石崇良 謹識



回目錄

摘要

台灣推動《生產事故救濟條例》已邁入第十年，國家透過制度共同承擔婦女生產風險，提供事故家庭即時救濟與關懷支持之外，亦藉由案件審議、專業意見回饋及學習改善，持續提升醫療品質與母嬰安全。114 年台灣婦女總生育率降至 0.69，創歷年新低，同時面臨生育年齡升高、妊娠期併發症跨領域照護等挑戰，持續整合周產期照護資源、結合區域照護網絡與轉診機制、強化高風險孕產婦及新生兒照護，實為完善母嬰健康照護體系的重要方向。

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。前項公布之方式，應至少包含醫療機構層級別、區域別及性別之案件分析。」114 年度本部共計受理 263 件生產事故救濟申請案件，分別為孕產婦死亡 15 件、孕產婦重大傷害 43 件、胎兒死亡 135 件、新生兒死亡 46 件以及新生兒重大傷害 24 件；經生產事故救濟審議會審定核予救濟者共 235 件，通過率為 89.4%，救濟金額為新臺幣 1 億 6,940 萬元。

分析 114 年度資料，在孕產婦事故方面，產後大出血、心血管疾病及妊娠高血壓相關併發症仍為重要因子，其中子癲前症及其衍生之肺水腫、顱內出血等嚴重併發症值得高度關注。產科急重症的辨識能力、跨團隊合作機制、緊急輸血與轉診系統之完善，仍是降低孕產婦死亡與重大傷害的重要關鍵。在新生兒事故方面，缺氧缺血性腦病變仍為新生兒死亡與重大傷害之主要原因，胎兒窘迫、胎盤早期剝離、臍帶異常及周產期感染等因素持續影響新生兒預後與發展。未來本部將投入更多資源在強化高危險妊娠管理、胎心音監測判讀、緊急剖腹產決策及新生兒急救能力的教育訓練上，並透過周產期轉診與照護網絡及跨專業團隊合作，降低新生兒死亡與重大傷害之發生。胎兒死亡案件則以胎盤功能異常、胎盤早期剝離及臍帶相關因素為主要原因，未來仍應持續強化胎盤功能監測及胎兒生長評估，以降低胎兒死亡風險。

因應少子女化及高齡生育之衝擊與挑戰，本部持續精進生產事故救濟制度，完善周產期照護網絡，健全產前照護與高危險妊娠轉診機制，強化區域照護網絡，提升孕產兒醫療照護韌性。值得注意的是，事故家庭內成員在遭逢事件後，仍須面臨悲傷調適、家庭關係重建及再次生育等挑戰，實際接觸事故家庭後發現，經歷失去至親的失落與痛楚，需要整個社會長期陪伴及支持，未來，我們要思考如何接住每個事故家庭，讓生產事故救濟制度帶著關懷的意義存在。

Summary

Taiwan is marking the tenth year of implementation of the Childbirth Accident Emergency Relief Act, through which the government shares the inherent risks of childbirth. Beyond providing timely relief and compassionate support to affected families, the system promotes maternal and neonatal safety through case review, expert feedback, learning from adverse events and quality improvement. In 2025, Taiwan's total fertility rate fell to a record low of 0.69, while continues to face challenges associated with rising maternal age and the growing need for multidisciplinary care for perinatal complications. These demographic changes underscore the importance of strengthening perinatal care, regional care networks, and referral pathways for high-risk pregnancies.

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. The aforesaid publication of the results shall include analyses of cases in accordance with levels of medical care institution, region, and sex." In 2025, the Ministry of Health and Welfare received a total of 263 applications for childbirth accident relief, including 15 for maternal mortality, 43 for major maternal injuries,135 for fetal mortality, 46 for neonatal mortality, and 24 for major neonatal injuries. A total of 235 applications were approved by the Childbirth Accident Relief Review Committee, resulting in an approval rate of 89.4%, with a total relief fund of NTD 169.4 million granted.

Analysis of the 2025 data showed that postpartum hemorrhage, cardiovascular diseases, and complications associated with hypertensive disorders of pregnancy remained important factors in maternal accidents. In particular, preeclampsia and its severe complications, including pulmonary edema and intracranial hemorrhage, warrant close attention. Strengthening the capacity to recognize obstetric emergencies and critical conditions, enhancing interdisciplinary teamwork, and improving emergency blood transfusion and referral systems remain essential to reducing maternal mortality and major maternal injuries.

Among cases of neonatal death and major injury, hypoxic-ischemic encephalopathy remained a major cause, while fetal distress, placental abruption, umbilical cord abnormalities, and perinatal infections continued to affect neonatal outcomes and development. The Ministry will invest additional resources in education and training to

strengthen high-risk pregnancy management, fetal heart rate monitoring and interpretation, decision-making for emergency cesarean delivery, and neonatal resuscitation. Through perinatal referral and care networks and interdisciplinary collaboration, these efforts aim to reduce neonatal mortality and major neonatal injuries. Fetal mortality was primarily associated with placental dysfunction, placental abruption, and umbilical cord-related factors. Continued efforts to strengthen placental function monitoring and fetal growth assessment are therefore essential to reducing the risk of fetal mortality.

The consequences of childbirth-related adverse events, however, extend beyond clinical outcomes. Affected families may experience prolonged grief, changes in family relationships, and difficult decisions regarding future pregnancies. Direct engagement with these families has reinforced that financial relief alone cannot address the profound pain of losing a loved one. Recovery requires sustained understanding, compassionate support, and meaningful human connection.

Looking ahead, the Ministry will continue to strengthen the system while seeking to reach families whose needs may extend beyond formal relief. By enhancing antenatal care and referral pathways for high-risk pregnancies, strengthening regional care networks, and building greater resilience across maternal and neonatal healthcare services, Taiwan aims to build a safer and more resilient maternal and neonatal healthcare system while ensuring that families affected by childbirth-related adverse events receive the support and care they need throughout their journey toward recovery.

生產事故救濟｜報告

CONTENTS 目錄

部長序 02

摘要 | Summary 04

01 生產事故救濟申請案件分析 08

02 生產事故救濟審定案件分析 20

第一節　孕產婦死亡案件分析 21

第二節　孕產婦重大傷害案件分析 32

第三節　新生兒死亡案件分析 44

第四節　新生兒重大傷害案件分析 56

第五節　胎兒死亡案件分析 68

03 生產事故學習與改善 78

04 結語 84

附錄 86

一、生產事故救濟重要記事 87

二、114 年度生產事故救濟活動成果 90

三、114 年度審定不予救濟案件之診斷與結果 91

四、生產事故救濟業務調查結果摘要 94



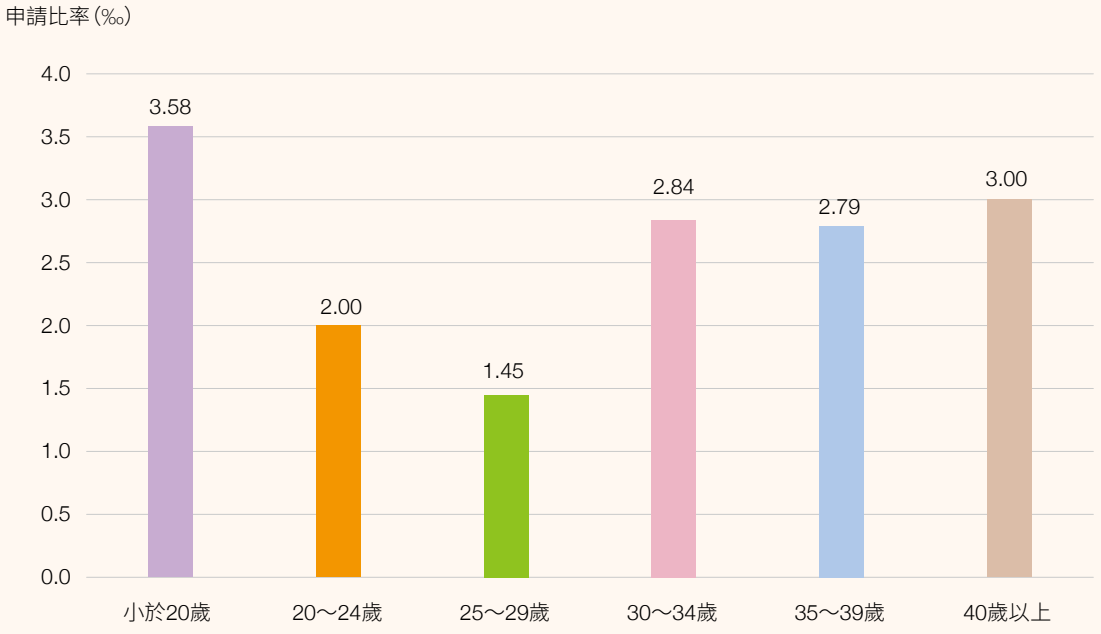
01 生產事故救濟申請案件分析

回目錄

《生產事故救濟條例》於105年6月30日開始施行至114年12月31日止，共計受理2,774件申請案件。其中，114年度共計受理263件申請案件，以下就114年度及條例施行至114年12月31日止之執行情形，進行分析如下：

一、孕產婦年齡

114年度受理之263件申請案中，小於20歲的有4件，占1.5%；20～24歲有15件，占5.7%；25～29歲有33件，占12.5%；30～34歲有110件，占41.9%；35～39歲有75件，占28.5%；40歲以上有26件，占9.9%。進一步分析，114年度各年齡族群申請案件數，對比114年內政部戶政司人口資料庫之出生人口數比率（註[1]），以小於20歲產婦發生生產事故之風險最高為3.58‰；40歲以上，為3.00‰居次，30～34歲為2.84‰；35～39歲為2.79‰；20～24歲為2.00‰；25～29歲為1.45‰，如圖1-1、表1-1。



註：申請比率：申請案件數/出生人口數(‰)

圖1-1 114年度申請比率概況按孕產婦年齡層分布

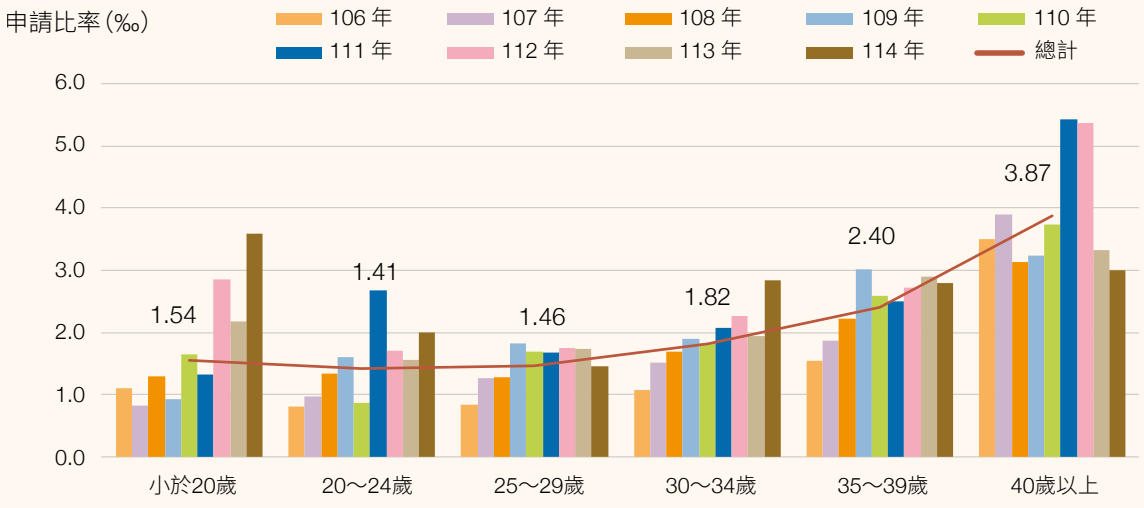
105年度因僅有半年數據未列入統計，以106年至114年底所受理之申請案，對比各年度內政部戶政司人口資料庫之出生人口數比率來看，整體以40歲以上居多；若以歷年累計來看，40歲以上為3.87‰；35～39歲為2.40‰；30～34歲為1.82‰；小於20歲為1.54‰；25～29歲為1.46‰；20～24歲為1.41‰，如圖1-2。

註1：申請比率：申請案件數/出生人口數（‰）

表 1-1　114 年度出生人口數與申請案件數孕產婦年齡層分布

114 年度	114 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	1,117	1.1%	4	1.5%	3.58‰
20～24 歲	7,506	7.1%	15	5.7%	2.00‰
25～29 歲	22,750	21.5%	33	12.5%	1.45‰
30～34 歲	38,729	36.6%	110	41.9%	2.84‰
35～39 歲	26,903	25.5%	75	28.5%	2.79‰
40 歲以上	8,671	8.2%	26	9.9%	3.00‰
總計	105,676	100.0%	263	100.0%	2.49‰

（出生人口數資料來源：內政部戶政司，統計區間：114/1/1～114/12/31）



註：申請比率：申請案件數/出生人口數（‰）

圖 1-2　106～114 年度申請比率概況按孕產婦年齡層分布

二、申請來源

依照申請案件來源分析，114 年度所受理263 件申請案中，為民眾自行提出申請有153 件，占58.2%；由機構接受委託代為提出申請有110 件，占41.8%。另統計105 年條例施行日起至114 年12 月31 日止所受理之2,774 件申請案中，由民眾自行提出申請有1,253 件，占45.2%；由機構接受委託代為提出申請有1,521 件，占54.8%。總體而言，114 年民眾自行申請比率有增加趨勢，如表1-2。

表1-2　105～114 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		總計
	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
114 年	153	58.2%	110	41.8%	263
總計	1,253	45.2%	1,521	54.8%	2,774

三、機構層級

按其發生生產事故所在機構分析，114 年度所受理 263 件申請案中，醫學中心有 91 件，占 34.6%；區域醫院有 73 件，占 27.8%；地區醫院有 64 件，占 24.3%；診所有 35 件，占 13.3%。進一步分析，114 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 3.82‰；區域醫院居次，為 2.74‰；地區醫院為 2.06‰，診所為 1.54‰，如表 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（‰）

而以105年條例施行日起至114年底所受理之2,774件申請案來看，醫學中心有797件，占28.8%；區域醫院有735件，占26.5%；地區醫院有669件，占24.1%；診所有570件，占20.5%；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2.98‰；區域醫院居次，為2.07‰；地區醫院及診所分別為1.57‰、1.45‰，此外，助產機構因生產數較其他層級機構少，故比率稍高，占2.87‰，如表1-4、圖1-4。

表1-3　105～114年度申請案件數之機構層級分布

年度 / 機構層級	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	總計	百分比
醫學中心	12	73	78	95	95	83	87	106	77	91	797	28.8%
區域醫院	14	45	71	62	94	103	103	87	83	73	735	26.5%
地區醫院	11	62	70	87	89	71	68	72	75	64	669	24.1%
診所	12	56	71	64	78	61	68	63	62	35	570	20.5%
助產機構	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3	0.1%
總計	49	237	290	310	356	318	326	328	297	263	2,774	100.0%

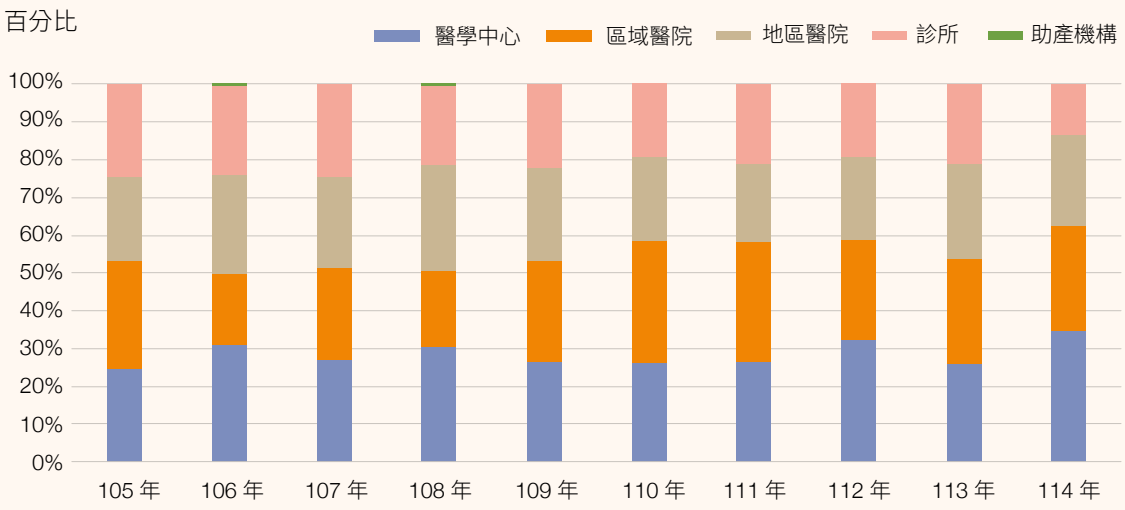
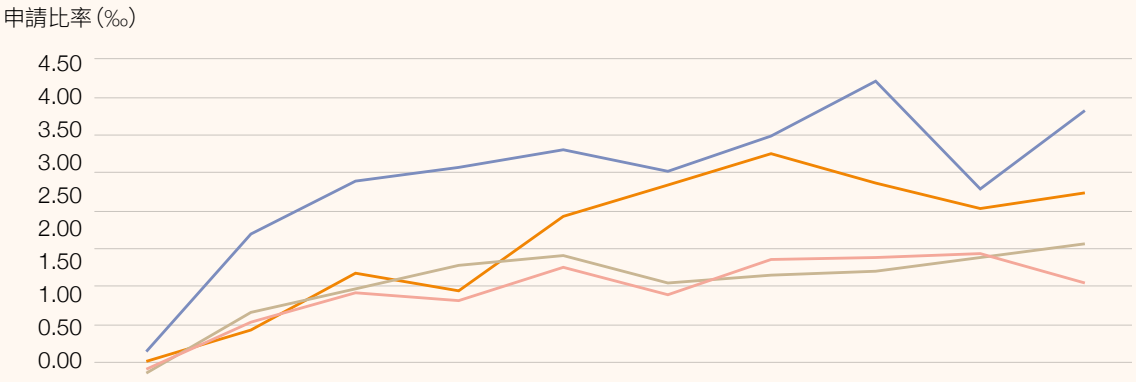


圖1-3　105～114年度申請案件之機構層級分布概況

表 1-4　114 年度及 105～114 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	114 年度（A）	114 年度（B）	當年度（B/A）	歷年累計 105～114 年度（C）	歷年累計 105～114 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
醫學中心	23,851（22.8%）	91（34.6%）	3.82‰	267,534（18.5%）	797（28.8%）	2.98‰
區域醫院	26,675（25.5%）	73（27.8%）	2.74‰	355,918（24.6%）	735（26.5%）	2.07‰
地區醫院	31,067（29.8%）	64（24.3%）	2.06‰	425,121（29.5%）	669（24.1%）	1.57‰
診所	22,800（21.8%）	35（13.3%）	1.54‰	394,429（27.3%）	570（20.5%）	1.45‰
助產機構	93（0.1%）	0（0.0%）	0.00‰	1,044（0.1%）	3（0.1%）	2.87‰
總計	**104,486**	**263**	**2.52‰**	**1,444,046**	**2,774**	**1.92‰**

（生產數資料來源：健保署，統計區間：105/6/30～114/12/31）



	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	114 年
醫學中心	0.64	2.19	2.90	3.07	3.31	3.03	3.48	4.21	2.79	3.82
區域醫院	0.52	0.94	1.69	1.45	2.43	2.84	3.26	2.87	2.54	2.74
地區醫院	0.37	1.17	1.46	1.79	1.91	1.56	1.66	1.70	1.89	2.06
診所	0.40	1.04	1.43	1.33	1.76	1.39	1.86	1.89	1.95	1.54

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 1-4　105～114 年度申請比率按機構層級分布

回目錄

四、區域分布

按健保分區（註[3]）分析114年度受理之263件申請案件，其中臺北區有73件，占27.8%；中區有60件，占22.8%；北區有55件，占20.9%；高屏區有45件，占17.1%；南區有26件，占9.9%；東區有4件，占1.5%。進一步分析，114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，以高屏區最高，為3.01‰；中區居次，為2.65‰；北區、臺北區、東區及南區分別為2.55‰、2.50‰、1.89‰、1.85‰，如表1-6。

以105年條例施行至114年底所受理之2,774件申請案來看，臺北區有786件，占28.4%；中區有594件，占21.4%；北區有533件，占19.2%；南區有409件，占14.7%；高屏區有393件，占14.2%；東區則有59件，占2.1%，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2.14‰；東區居次，為2.04‰；高屏區、中區、臺北區及北區分別為1.94‰、1.92‰、1.85‰、1.85‰，如表1-6、圖1-6。

表1-5　105～114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	114年	總計	百分比
臺北區	15	89	84	86	108	89	88	80	74	73	786	28.4%
北區	6	44	78	66	59	47	63	60	55	55	533	19.2%
中區	15	38	43	64	75	77	74	79	69	60	594	21.4%
南區	5	33	43	55	51	49	50	60	37	26	409	14.7%
高屏區	7	29	36	35	55	49	41	44	52	45	393	14.2%
東區	1	4	6	4	8	7	10	5	10	4	59	2.1%
總計	49	237	290	310	356	318	326	328	297	263	2,774	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。

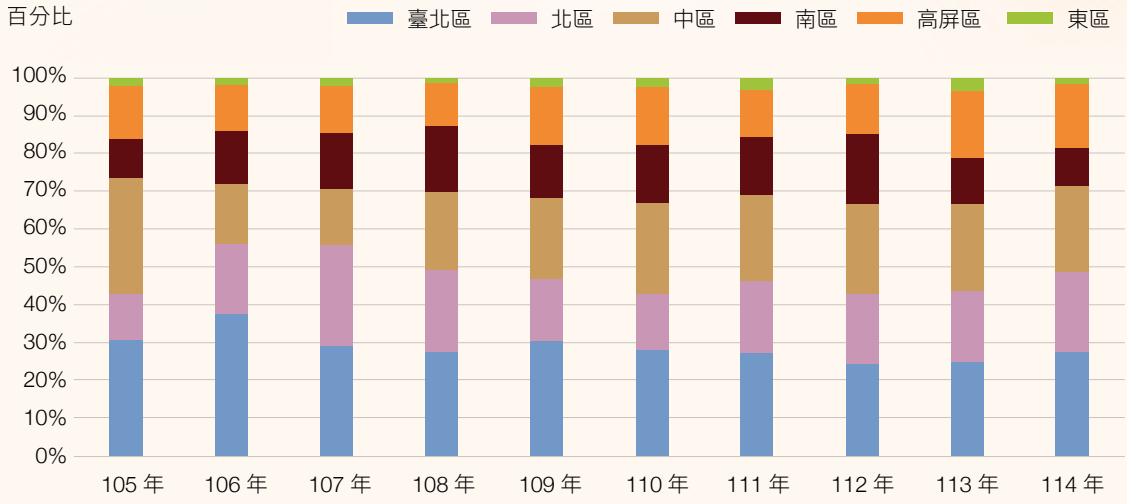
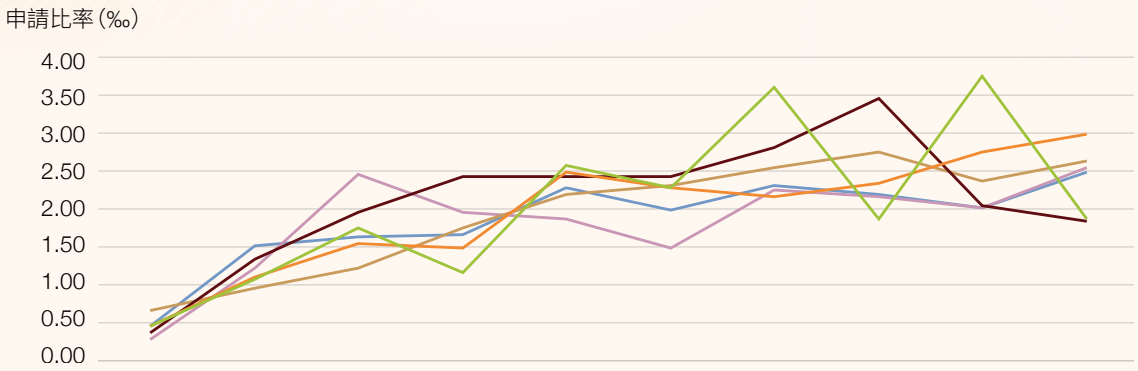


圖 1-5 105～114 年度申請案件之區域分布概況

表 1-6 114 年度及 105～114 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	114 年度（A）	114 年度（B）	當年度（B/A）	歷年累計 105～114 年度（C）	歷年累計 105～114 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	29,191（27.9%）	73（27.8%）	2.50‰	425,032（29.4%）	786（28.4%）	1.85‰
北區	21,544（20.6%）	55（20.9%）	2.55‰	287,975（20.0%）	533（19.2%）	1.85‰
中區	22,616（21.7%）	60（22.8%）	2.65‰	309,210（21.4%）	594（21.4%）	1.92‰
南區	14,062（13.5%）	26（9.9%）	1.85‰	190,724（13.2%）	409（14.7%）	2.14‰
高屏區	14,952（14.3%）	45（17.1%）	3.01‰	202,128（14.0%）	393（14.2%）	1.94‰
東區	2,121（2.0%）	4（1.5%）	1.89‰	28,977（2.0%）	59（2.1%）	2.04‰
總計	104,486	263	2.52‰	1,444,046	2,774	1.92‰

回目錄



	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	114 年
臺北區	0.46	1.53	1.64	1.67	2.30	2.00	2.31	2.20	2.03	2.50
北區	0.30	1.23	2.47	1.96	1.88	1.50	2.27	2.16	2.02	2.55
中區	0.66	0.96	1.23	1.77	2.21	2.33	2.57	2.77	2.39	2.65
南區	0.37	1.34	1.96	2.44	2.43	2.44	2.83	3.46	2.06	1.85
高屏區	0.48	1.11	1.55	1.49	2.49	2.30	2.17	2.36	2.77	3.01
東區	0.47	1.09	1.76	1.18	2.58	2.28	3.61	1.87	3.77	1.89

圖 1-6 105～114 年度申請比率按區域分布

五、新生兒及胎兒死亡性別比率

114 年度所受理之 263 件申請案中，新生兒及胎兒死亡共計 181 件，其中新生兒 46 件（男性 19 件，占 41.3%；女性 27 件，占 58.7%），胎兒 135 件（男性 79 件，占 58.5%；女性 56 件，占 41.5%），如表 1-7。

統計 105 年條例施行至 114 年底所受理之 2,774 件申請案，新生兒及胎兒死亡共計 1,779 件，其中新生兒 500 件（男性 266 件，占 53.2%；女性 234 件，占 46.8%），胎兒 1,279 件（男性 666 件，占 52.1%；女性 611 件，占 47.8%；其他 2 件，占 0.1%），如表 1-8。

表 1-7　114 年度申請案件新生兒及胎兒死亡性別比

性別	新生兒		胎兒		總計（百分比）
	案件數	百分比	案件數	百分比	
男	19	41.3%	79	58.5%	98（54.1%）
女	27	58.7%	56	41.5%	83（45.9%）
總計	46	100.0%	135	100.0%	181（100.0%）

表 1-8　105～114 年度申請案件新生兒及胎兒死亡性別比

性別	新生兒		胎兒		總計（百分比）
	案件數	百分比	案件數	百分比	
男	266	53.2%	666	52.1%	932（52.4%）
女	234	46.8%	611	47.8%	845（47.5%）
其他（註）	0	0.0%	2	0.1%	2（0.1%）
總計	500	100.0%	1,279	100.0%	1,779（100.0%）

註：產婦未及娩出之胎兒死亡案件，其胎兒性別以其他列計。

六、審定結果

114 年度所受理 263 件申請案件，有 235 件核予救濟，通過率 89.4%，審定救濟金額總數為新臺幣（以下同）1 億 6,940 萬元。其中，孕產婦部分為 54 件，共計 7,980 萬元（含死亡 15 件，6,000 萬元；重大傷害 39 件，1,980 萬元）；新生兒部分為 55 件，共計 5,180 萬元（含死亡 36 件，1,080 萬元；重大傷害 19 件，4,100 萬元）；胎兒死亡為 126 件，共計 3,780 萬元，如表 1-9。

自 105 年條例實施至 114 年底所受理 2,774 案中，有 2,543 件核予救濟，通過率 91.7%，審定救濟總金額為 16 億 2,420 萬元。孕產婦部分為 704 件，總金額為 7 億 7,970 萬元（含死亡 189 件，6 億 400 萬元；重大傷害 515 件，1 億 7,570 萬元）；新生兒部分為 631 件，總金額為 4 億 8,210 萬元（含死亡 427 件，1 億 2,810 萬元；重大傷害 204 件，3 億 5,400 萬元）；胎兒部分為 1,208 件，總金額為 3 億 6,240 萬元，如表 1-10。

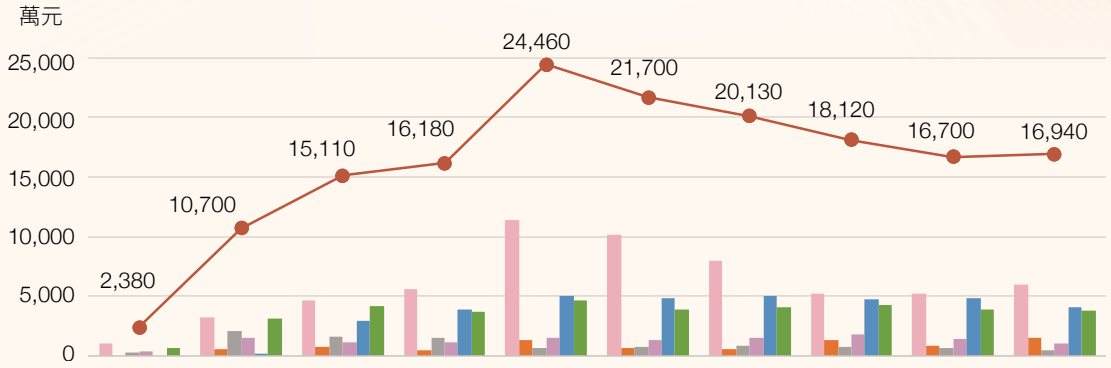
依照歷年審定結果來看，以孕產婦死亡之審定救濟金額為多，如圖 1-7。

表 1-9　114 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	15	7	32	36	19	126	235
最小金額	400	150	10	30	150	30	-
最大金額	400	300	80	30	300	30	-
總金額	6,000	1,500	480	1,080	4,100	3,780	16,940

表 1-10　105～114 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
114 年	15	7	32	36	19	126	235
小計	189	41	474	427	204	1,208	2,543
總金額	60,400	7,930	9,640	12,810	35,400	36,240	162,420



	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	114 年
產婦死亡	1,000	3,200	4,600	5,600	11,400	10,200	8,000	5,200	5,200	6,000
產婦重大	0	600	710	430	1,290	650	600	1,350	800	1,500
子宮切除	300	2,100	1,590	1,510	620	760	880	750	650	480
新生兒死亡	390	1,530	1,110	1,110	1,530	1,320	1,530	1,800	1,410	1,080
新生兒重大	0	180	2,900	3,840	5,000	4,840	5,010	4,730	4,800	4,100
胎兒死亡	690	3,090	4,200	3,690	4,620	3,930	4,110	4,290	3,840	3,780
總金額（萬元）	2,380	10,700	15,110	16,180	24,460	21,700	20,130	18,120	16,700	16,940
生產總數	105,586	188,231	166,474	170,654	158,364	153,203	134,069	130,980	131,999	104,486

圖 1-7 105～114 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 條規定：「生產事故之救濟以與生產有因果關係或無法排除有因果關係者為限。」統計自 105 年條例施行日起至 114 年底所受理申請案中，共有 231 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；114 年有 28 件不予救濟案件（詳見附錄三：114 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 73 件，占 31.6%；其次為「胎兒死亡」有 71 件，占 30.7%；「新生兒重大傷害」，為 63 件，占 27.3%；「產婦重大傷害」有 14 件，占 6.1%；「產婦死亡」有 10 件，占 4.3%。另分析不予救濟原因，則以「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」最多，為 83 件，占 35.9%。

回目錄



02 生產事故救濟審定案件分析

回目錄

《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114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，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114年度審定核予救濟之15件孕產婦死亡案件進行說明，並比較條例施行至114年底之各年度案件。

一、本年度案件統計與分析

114年度受理之申請案中，孕產婦死亡案件共計15件，15件全數核予救濟。茲就核予救濟之15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，以醫學中心最多，有5件，占33.3%；區域醫院及地區醫院分別有4件，各占26.7%；診所有2件，占13.3%，如圖2-1。

（二）區域分布

按健保分區分析，臺北區及北區有5件，各占33.3%；中區有4件，占26.7%；南區有1件，占6.7 %；高屏區及東區在本年度則無案例，如圖2-2。

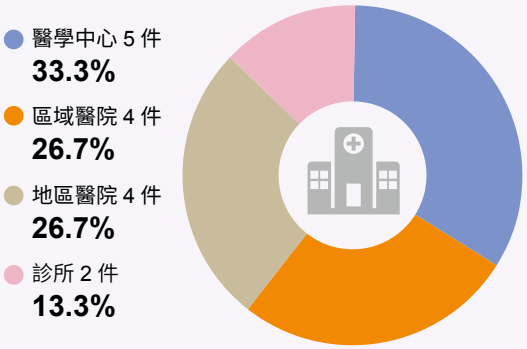


圖 2-1 114年度孕產婦死亡審定救濟案件機構層級分布

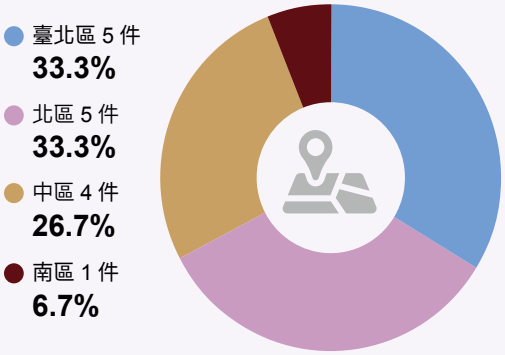


圖 2-2 114年度孕產婦死亡審定救濟案件區域分布

（三）妊娠週數

按妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件共有 5 件，占 33.3%；36 週以下（早產）生產案件共有 10 件，占 66.7%，如圖 2-3。

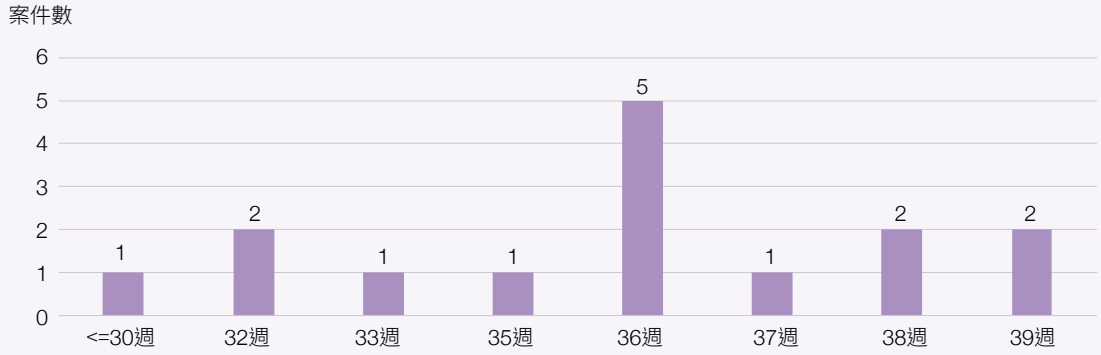


圖 2-3 114 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠週數分布

（四）妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第一胎最多，有 9 件，占 60.0%；其次為第二胎有 5 件，占 33.3%；第三胎有 1 件，占 6.7%，如圖 2-4。

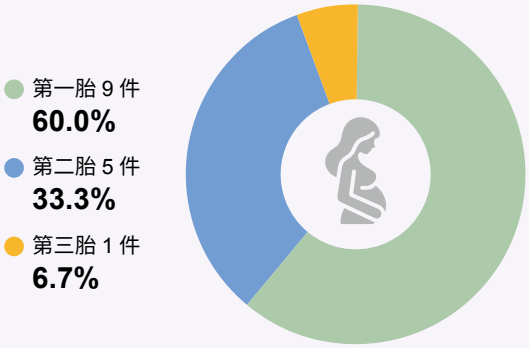


圖 2-4 114 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

（五）生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析，以 35～39 歲為多，有 6 件，占 40.0%；其次為 30～34 歲與 40 歲以上，分別有 3 件，各占 20.0%；25～29 歲有 2 件，占 13.3%；20～24 歲有 1 件，占 6.7%，如圖 2-5。

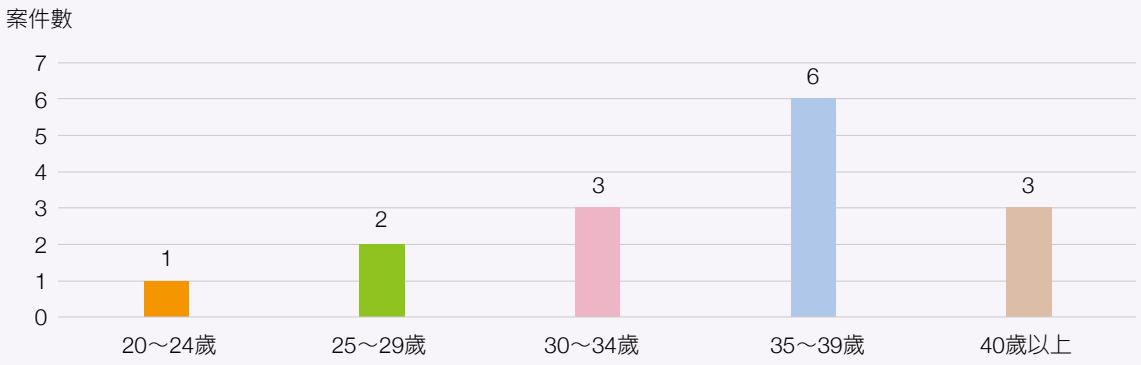


圖 2-5 114 年度孕產婦死亡審定救濟案件生產時年齡分布

（六）事故原因

就孕產婦死亡案件之事故原因分析，以心血管疾病為最大宗，有4件，占26.7%；其中2件為心肌病變、1件為心臟衰竭、1件為子癲前症；其次為產後大出血，有3件，占20.0 %，其中1件為子宮破裂、1件為生殖道撕裂傷、1件為胎盤早期剝離；再者為羊水栓塞、顱內出血、肺水腫各2件，各占13.3%，其中2件顱內出血之先行原因均為妊娠高血壓、2件肺水腫之先行原因均為嚴重子癲前症；感染及不明原因各有1件，各占6.7%，其中感染之先行原因為腸道穿孔，不明原因之先行原因為突發性心肺衰竭，如表2-1。

表2-1　114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）
心血管疾病	4	26.7%	心肌病變	2	13.3%
			心臟衰竭	1	6.7%
			子癲前症	1	6.7%
產後大出血	3	20.0%	子宮破裂	1	6.7%
			生殖道撕裂傷	1	6.7%
			胎盤早期剝離	1	6.7%
羊水栓塞	2	13.3%	疑似羊水栓塞	2	13.3%
顱內出血	2	13.3%	妊娠高血壓	2	13.3%
肺水腫	2	13.3%	嚴重子癲前症	2	13.3%
感染	1	6.7%	腸道穿孔	1	6.7%
不明原因	1	6.7%	突發性心肺衰竭	1	6.7%
總計	15	100.0%			

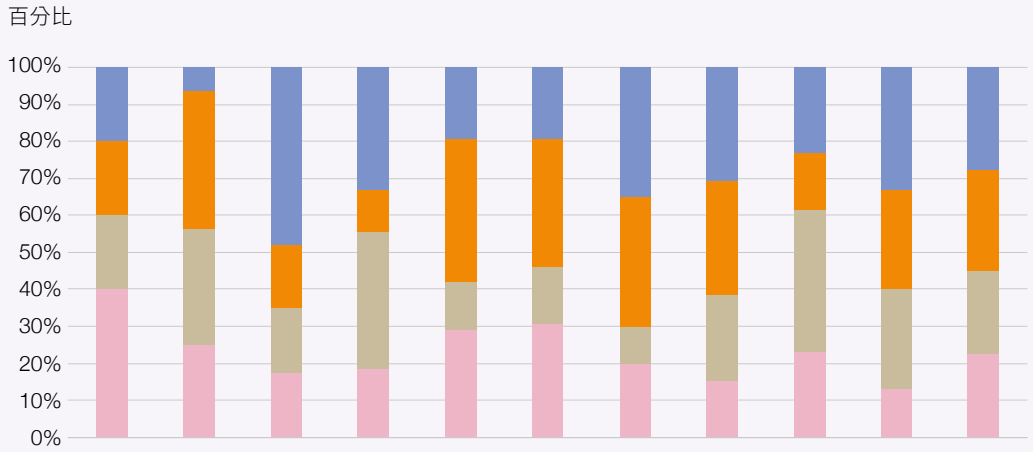
註1：以114年孕產婦死亡審定救濟案件數為母數計算。（N=15）
註2：「先行原因」為導致「可能直接原因」之多重因素，「案件次」之統計為複選。
註3：發生比率計算：事故原因案件次/審定案件數*100%

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至114年底所受理之申請案中，孕產婦死亡案件共計199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189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，以醫學中心以及區域醫院累計件數最多，各有52件，分別占27.5%；診所居次，有43件，占22.8 %；地區醫院最少，有42件，占22.2%。113年度共計13件，114年度共計15件，相較於113年度，114年度醫學中心及區域醫院件數皆增加，地區醫院與診所則些微下降，如圖2-6。



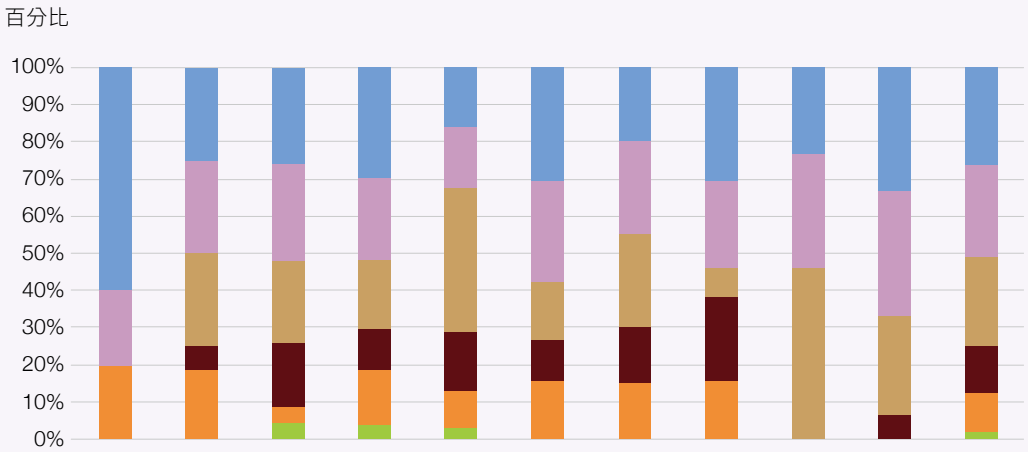
	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	總計
醫學中心	1	1	11	9	6	5	7	4	3	5	52
區域醫院	1	6	4	3	12	9	7	4	2	4	52
地區醫院	1	5	4	10	4	4	2	3	5	4	42
診所	2	4	4	5	9	8	4	2	3	2	43
總計	5	16	23	27	31	26	20	13	13	15	189

圖2-6 105～114年度孕產婦死亡審定救濟案件機構層級分布

回目錄

（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50件，占26.5%，而東區最少，僅有3件，占1.6 %。114年度案件數與113年度相比，114年度臺北區、北區、南區之案件數皆有增加，臺北區由113年3件增加為5件，北區由113年4件增加為5件，南區由113年0件增加為1件，中區之案件數呈現減少，由113年6件減少為4件，高屏區以及東區113年度及114年度案件數均為0件，如圖2-7。



	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	總計
臺北區	3	4	6	8	5	8	4	4	3	5	50
北區	1	4	6	6	5	7	5	3	4	5	46
中區	0	4	5	5	12	4	5	1	6	4	46
南區	0	1	4	3	5	3	3	3	0	1	23
高屏區	1	3	1	4	3	4	3	2	0	0	21
東區	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	3
總計	5	16	23	27	31	26	20	13	13	15	189

圖 2-7 105～114年度孕產婦死亡審定救濟案件區域分布



回目錄

（三）妊娠週數

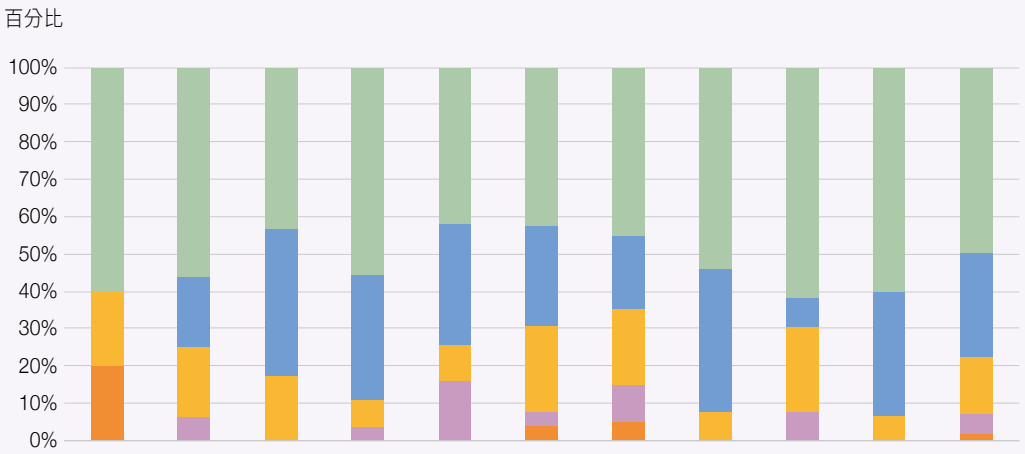
按年度及妊娠週數分析，37週以上之足月生產案件，有128件，占67.7%；36週以下（早產）生產案件，有61件，占32.3%。累積案件數最多者為38週，共49件；其次依序為39週、37週、40週，分別各有33件、24件、19件。114年度案件數與113年度相比，114年度中38週的案件數從113年度的1件增加為2件，39週案件數則從5件減少為2件，37週案件數同樣為1件，40週案件數則從2件減少為0件，36週以下（早產）的案件數從113年度的4件增加為10件，其中36週案件數從1件增加為5件，其他週數則差別不大，如表2-2。

表2-2　105～114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	114年	總計
<=30週	0	1	5	0	5	1	1	1	2	1	17
31週	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
32週	0	0	0	1	1	1	1	1	0	2	7
33週	2	0	0	2	1	0	1	0	0	1	7
34週	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	4
35週	0	0	4	1	1	0	3	1	1	1	12
36週	0	0	0	1	1	4	0	0	1	5	12
37週	1	1	4	5	2	3	5	1	1	1	24
38週	1	5	6	9	8	9	4	4	1	2	49
39週	0	5	1	2	7	3	4	4	5	2	33
40週	1	3	2	4	2	5	0	0	2	0	19
41週	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3
總計	5	16	23	27	31	26	20	13	13	15	189

（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94 件，占49.7 %。在高妊娠胎次（妊娠5 次以上）部分，於105 年、110 年及111 年度分別有一件第五胎以上的產婦，總計共3 件，占1.6%，第五胎以上的產婦112、113、114 年度案件數均為0 件，114 年度第四胎的案件數亦為0 件，如圖2-8。



	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	114 年	總計
第一胎	3	9	10	15	13	11	9	7	8	9	94
第二胎	0	3	9	9	10	7	4	5	1	5	53
第三胎	1	3	4	2	3	6	4	1	3	1	28
第四胎	0	1	0	1	5	1	2	0	1	0	11
第五胎以上	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3
總計	5	16	23	27	31	26	20	13	13	15	189

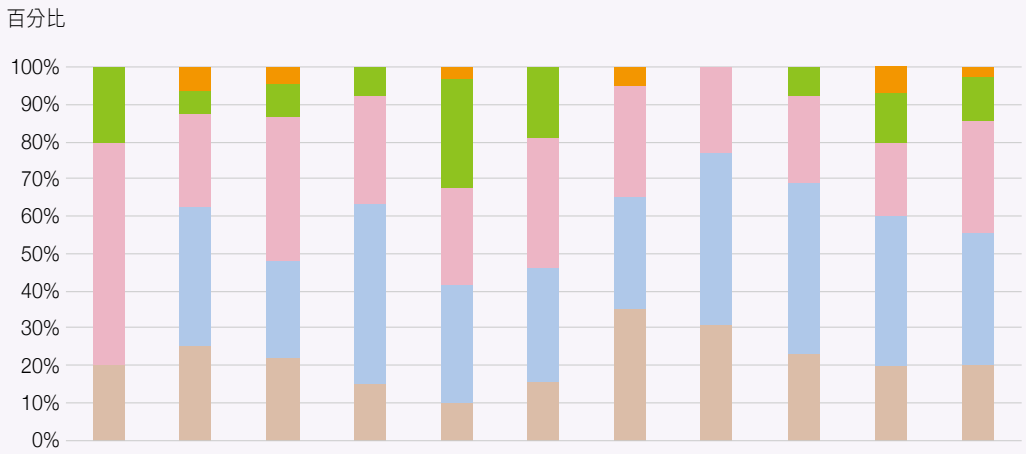
圖 2-8 105～114 年度孕產婦死亡審定救濟案件妊娠胎次分布



回目錄

（五）生產年齡

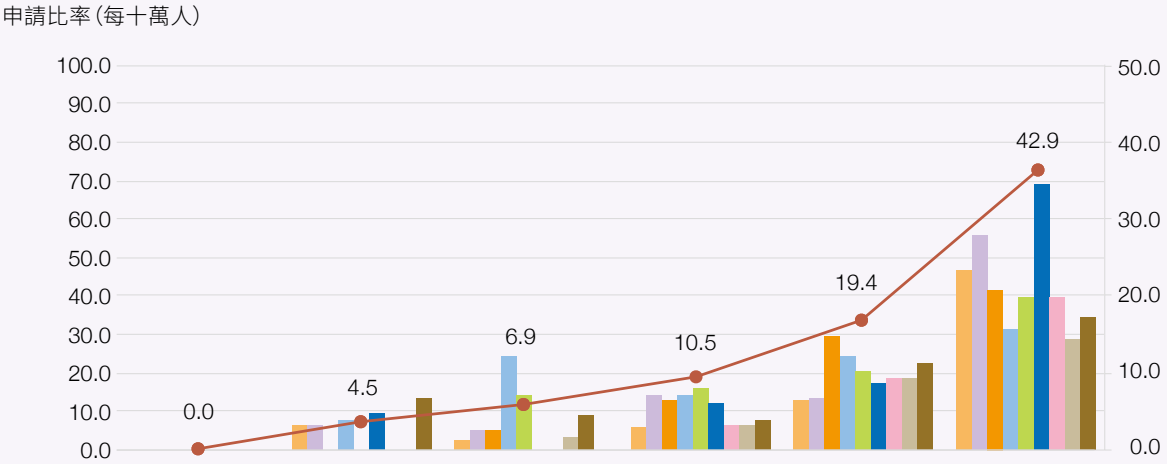
按年度及孕產婦生產時年齡分析，以35～39歲最多，共有67件，占35.4%；30～34歲次之，有56件，占29.6%。105年度、107年度及110年度最多分布在30～34歲；111年度分布在40歲以上最多；其餘年度皆35～39歲為最多，且自112年度起近三年30～34歲、35～39歲案件數呈現持平，40歲以上案件數113、114年度亦呈現持平，如圖2-9。



	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	總計
小於20歲	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20～24歲	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	5
25～29歲	1	1	2	2	9	5	0	0	1	2	23
30～34歲	3	4	9	8	8	9	6	3	3	3	56
35～39歲	0	6	6	13	10	8	6	6	6	6	67
40歲以上	1	4	5	4	3	4	7	4	3	3	38
總計	5	16	23	27	31	26	20	13	13	15	189

圖2-9 105～114年度孕產婦死亡審定救濟案件生產時年齡分布

105 年度因僅有半年數據未列入統計，進一步分析 106 至 114 年度孕產婦死亡審定救濟案件，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 42.9；35～39 歲為十萬分之 19.4；30～34 歲為十萬分之 10.5；25～29 歲為十萬分之 6.9；20～24 歲為十萬分之 4.5。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。



	小於 20 歲	20～24 歲	25～29 歲	30～34 歲	35～39 歲	40 歲以上
106 年	0.0	6.2	2.2	5.4	12.5	46.7
107 年	0.0	6.4	4.7	13.6	13.2	55.6
108 年	0.0	0.0	4.9	12.7	29.2	41.7
109 年	0.0	7.2	24.5	13.9	24.2	31.4
110 年	0.0	0.0	13.8	15.9	20.2	39.4
111 年	0.0	9.2	0.0	12.2	17.4	69.0
112 年	0.0	0.0	0.0	6.2	18.3	39.8
113 年	0.0	0.0	3.3	6.0	18.3	28.5
114 年	0.0	13.3	8.8	7.7	22.3	34.6
累計平均	**0.0**	**4.5**	**6.9**	**10.5**	**19.4**	**42.9**

圖 2-10 106～114 年度孕產婦死亡申請比率按生產時年齡層分布

（六）事故原因

分析孕產婦死亡之事故原因，105～114 年度前 5 項主要原因為產後大出血，共有 56 件，占 29.6%；其次為血管栓塞/肺栓塞 34 件，占 18.0%；羊水栓塞 34 件，占 18.0%；心血管疾病 23 件，占 12.2%；顱內出血 18 件，占 9.5%，如表 2-3。

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2-3　105～114 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4)	百分比
產後大出血	56	29.6%
血管栓塞/肺栓塞	34	18.0%
羊水栓塞	34	18.0%
心血管疾病	23	12.2%
顱內出血	18	9.5%

註4：以105～114 年度孕產婦死亡審定救濟案件數為母數計算。（N=189）

三、小結

《生產事故救濟條例》自105 年6 月30 日施行起，截至114 年12 月31 日止，共計189 件孕產婦死亡救濟案件，整體救濟案件數自110 年度起至112 年度呈現連續的下降後，113 年度呈現持平狀態，114 年度略微增加。114 年度之孕產婦死亡救濟案件按孕產婦生產時年齡分析，仍以35～39 歲最多；按妊娠週數分析，集中在36 週（含）以下生產案件，未來應積極檢視各年度案例並持續觀察未來趨勢變化。

分析孕產婦死亡之事故原因，105～114 年度前5 項主要原因依序為產後大出血、血管栓塞/肺栓塞、羊水栓塞、心血管疾病以及顱內出血，然而不同與過往，114 年度孕產婦死亡案件，以心血管疾病為最大宗，其中包含：心肌病變、心臟衰竭、子癲前症；其次為子宮破裂、產道裂傷、胎盤早期剝離所致之產後大出血；再者為羊水栓塞、顱內出血、肺水腫，其中2 件顱內出血之先行原因均為妊娠高血壓、2 件肺水腫之先行原因均為嚴重子癲前症；不明原因之先行原因為突發性心肺衰竭；未來仍應持續追蹤心血管疾病在孕產婦死亡救濟案件中的佔比。

綜觀114 年度產婦死亡原因，與妊娠高血壓、子癲前症導致後續嚴重併發症致死有關。子癲前症為產科高風險併發症，其引發之肺水腫是導致孕產婦死亡的主因之一，臨床醫療團隊應保持高度警覺謹慎處置。當子癲前症患者出現呼吸急促（呼吸次數>20 次/分鐘）、血氧飽和度下降（SpO2 <94%）或肺部囉音等疑似肺水腫症狀，肺水腫為「具嚴重特徵之子癲前症」，為生產的絕對適應症應立即啟動處置；一旦診斷為肺水腫，應給予利尿劑及穩定母體生命徵象，不論週數應於母體狀況穩定後儘速安排生產，以移除胎盤產生的致病因子。另外多數肺水腫發生於產後48 小時內，主要原因為產後組織間液回流至血管內，合併原有腎功

能受損與低蛋白血症，極易造成心臟負荷過重。因此，子癲前症患者產後應謹慎控制水份進出量，避免過度輸液，若發生使用高流量氧氣仍無法改善低血氧，或合併有意識模糊、呼吸肌肉疲勞之患者，應建立並維持呼吸道功能，以避免後續發生嚴重母體缺氧性腦病變或心臟驟停；醫療團隊在病況惡化初期宜盡早完成呼吸道建立，確保並維持氣體氧合效果，防止多重器官衰竭。

對於有心血管疾病或是心血管疾病高風險的婦女，在其孕前階段，應全面評估懷孕後對其母體與胎兒之風險，並做適當的藥物調整與遺傳諮詢；懷孕期間，建立多專業團隊合作照護模式（包括：心臟科醫師、婦產科醫師、麻醉科醫師、護理師、藥師、心理師、社工師等），擬定完善的產檢以及生產計畫，並於產後持續追蹤，以確保產後獲得持續狀況評估與必要治療，預防未來的心血管事件。

而在105～114年度孕產婦死亡之事故原因，產後大出血仍居首位，進一步分析原因包含：子宮破裂、生殖道撕裂傷與胎盤早期剝離。此類產後大出血屬緊急突發且失血快速之危險困境，臨床救治核心宜優先考慮「時效」。在成功止血前，須同步進行暫時性止血、快速輸液與緊急輸血以維持生命徵象；然而，醫療人員必須體認有效止血（Definitive Care）方為解決問題之根本，輸血在於爭取緩衝時效，後續應積極進行處置或轉診以避免導致更嚴重之傷害。血品之供輸管理上，為確保血品供應無虞，具血庫醫院應優化「大量輸血流程」（Massive Transfusion Protocol, MTP），確保即時供應紅血球與凝血因子之黃金比例；無血庫醫療機構建議與鄰近院所結盟建置緊急取血機制，使血品調度具備跨院韌性。有鑑於臨床救治瓶頸在於「獲取血品耗時」，醫療院所必須透過真實演練並量化取血時程，據此建立跨單位時效標準。若評估取血時間過長，應採取「以人就血」之預見性轉診，聯繫後送醫院時透過合作機制先啟動備血，確保患者抵達即可銜接輸血，爭取緊急救命時效。最終，醫療團隊應動態評估止血及緊急應變能力，若預期處置困難，應秉持止血優先原則果斷轉院，避免因等待血品或過度嘗試處置而錯失止血時機。唯有整合輸備血機制、時效演練與跨醫療院所聯盟決策，方能建構完備之產科救治體系。

台灣的孕產婦生育型態之趨勢為高齡化、少子女化，生產時發生孕產婦死亡的風險會隨著年齡增長而增加，突顯了高齡生育的風險，在孕期因此強化高齡孕產婦的產檢內容，高危險妊娠孕產婦跨專業團隊照護模式，以及優化產前諮詢以及產後持續性健康照護都是未來維護孕產兒安全的重要發展目標。《生產事故救濟條例》自105年6月30日施行起迄今已達10年，對於事故家庭的後續發展以及影響，也可列入未來之檢視及追蹤項目，達到全人照護（全人、全家、全隊、全程、全社區）的目標。

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

114 年度受理之孕產婦重大傷害（含子宮切除）申請案件共計43 件，其中9 件為中度以上身心障礙，2 件為其他產婦重大傷害，32 件為子宮切除。上述案件中有4 件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50 至60 件，114 年度申請件數略低於往年，且呈連續三年皆下降的趨勢，仍需持續觀察後續變化。依據孕產婦重大傷害之生產機構層級、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13 件為居多，占33.4%；區域醫院有11 件，占28.2%；地區醫院有8 件，占20.5%; 診所有7 件，占17.9%；如圖2-11。

（二）區域分布

根據健保分區分析，以臺北區最多有11 件，占28.2%；北區和中區皆有8 件，各占20.5%；高屏區有9 件，占23.1%；南區有3 件，占7.7%；東區本年度則沒有申請案件，如圖2-12。

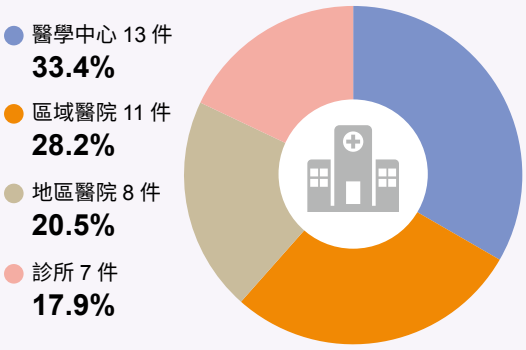


圖 2-11 114 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件機構層級分布

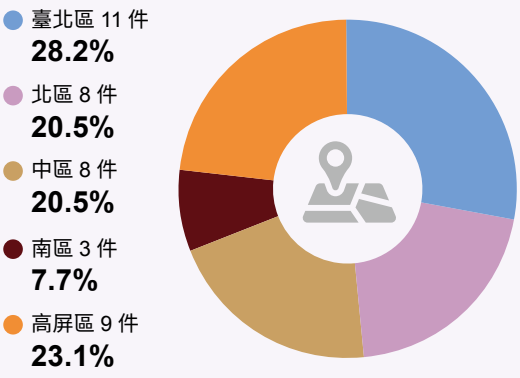


圖 2-12 114 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件區域分布

（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24件，占61.5%；未滿37週之早產生產案件共有15件，占38.5%，其週數分布如圖2-13。

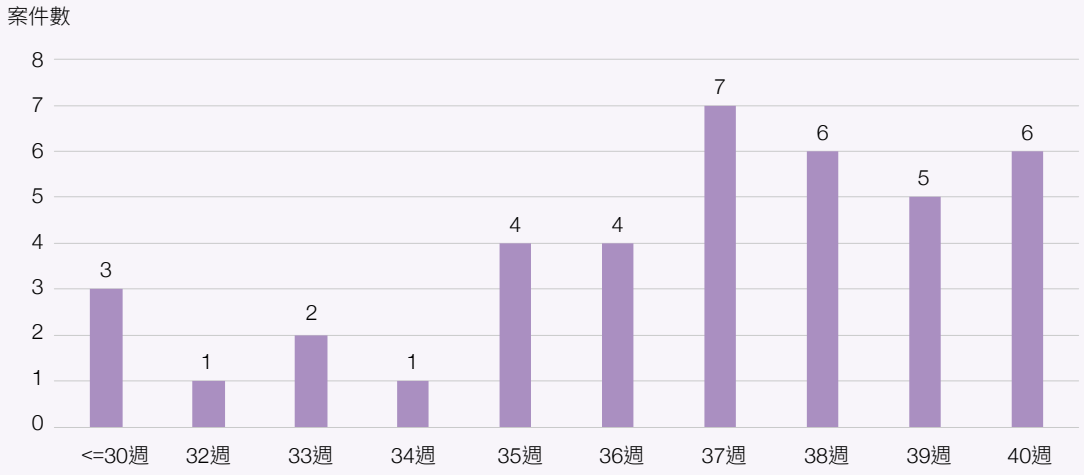


圖 2-13 114年度孕產婦重大傷害審定救濟案件妊娠週數分布

（四）妊娠胎次

按個案發生事故之妊娠胎次分析，以第二胎最多，有17件，占43.5%；第一胎有14件，占35.9%；第三胎有4件，占10.3%；第五胎以上有3件，占7.7%；第四胎1件，占2.6%，如圖2-14。

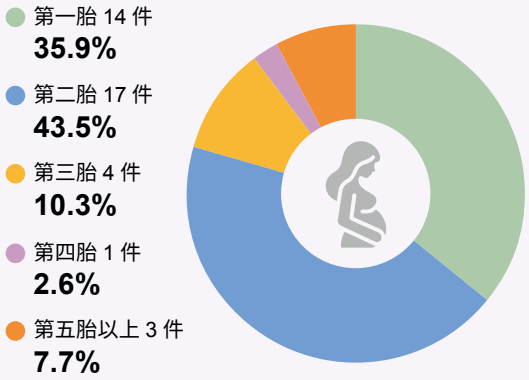


圖 2-14 114年度孕產婦重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布

（五）生產年齡

按產婦生產時年齡分析，主要發生在35～39歲，有16件，占41.0%；其次為30～34歲，有11件，占28.2%；40歲以上有8件，占20.5%；20～24歲有3件，占7.7%；25～29歲有1件，占2.6%，如圖2-15。

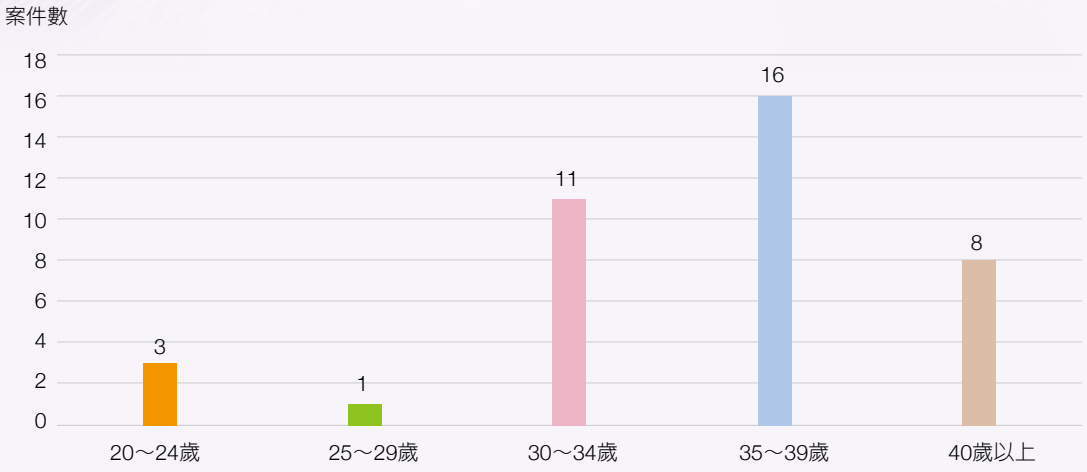


圖 2-15 114 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

（六）事故原因

就孕產婦重大傷害之事故原因分析，7 件中度以上身心障礙案件（分別為 2 件極重度障礙、3 件重度障礙及 2 件中度障礙），其事故原因以顱內出血最多，有 3 件占 42.8%；羊水栓塞次之，有 2 件占 28.6%；血管栓塞/肺栓塞及心血管疾病各有一件，占 14.3%；如表 2-4。

表 2-4　114 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）
顱內出血	3	42.8%	妊娠高血壓	2	28.5%
			子癲前症	1	14.3%
羊水栓塞	2	28.6%	疑似羊水栓塞	2	28.6%
血管栓塞/肺栓塞	1	14.3%	確診為血管栓塞/肺栓塞（經影像檢查診斷）	1	14.3%
心血管疾病	1	14.3%	主動脈剝離	1	14.3%
總計	7	100.0%			

註 1：以 114 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件數為母數計算。（N=7）
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32件產婦子宮切除案件之發生原因，雖然可能非單一先行原因所造成，但皆與產後大出血有關。統計來看，引起產後大出血原因依序為植入性胎盤、子宮收縮乏力、前置胎盤及子宮破裂等，如表2-5。

表2-5　114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4）	百分比	先行原因	案件次（註5）	發生比率（註6）
產後大出血（含預期性產後出血）	32	100.0%	植入性胎盤	16	50.0%
			子宮收縮乏力	12	37.5%
			前置胎盤	9	28.1%
			子宮破裂	4	12.5%
			生殖道撕裂傷	3	9.4%
			胎盤早期剝離	1	3.1%
			子宮感染	1	3.1%
總計	32	100.0%			

註4：以114年度孕產婦子宮切除審定救濟案件數為母數計算。（N=32）
註5：「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6：發生比率計算：事故原因案件次/審定案件數*100%



回目錄

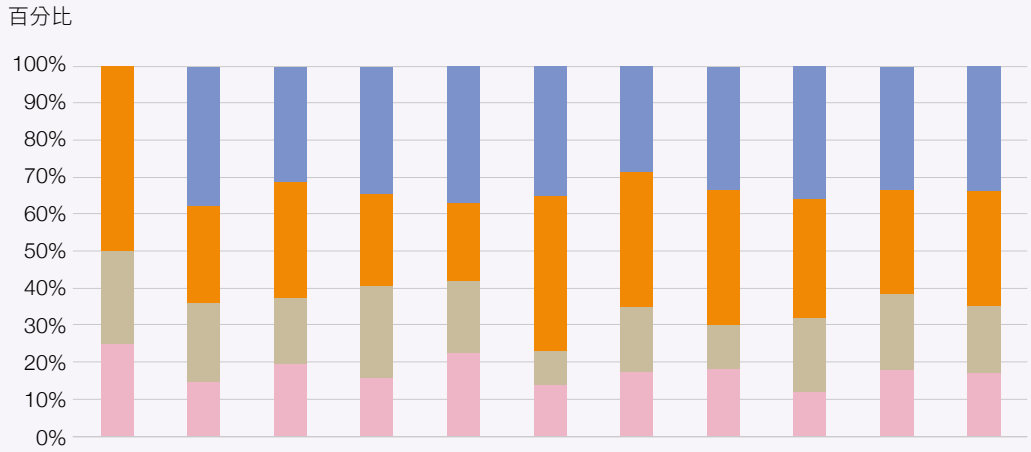
二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至114年底，累計受理孕產婦重大傷害申請案529件。其中，14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515件均核准救濟，其中41件為中度以上身心障礙，474件為子宮切除案件。整體而言，除105年因制度初期推動致申請件數較少外，其餘年度申請量大致維持每年約60件，案件類型以子宮切除為主；近兩年申請量則呈下降趨勢。

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173件及161件，各占33.5%及31.3%，而區域醫院的案件自113年起有減少的趨勢；地區醫院與診所案件較少，分別為93件和88件，各占18.1%及17.1%，如圖2-16。



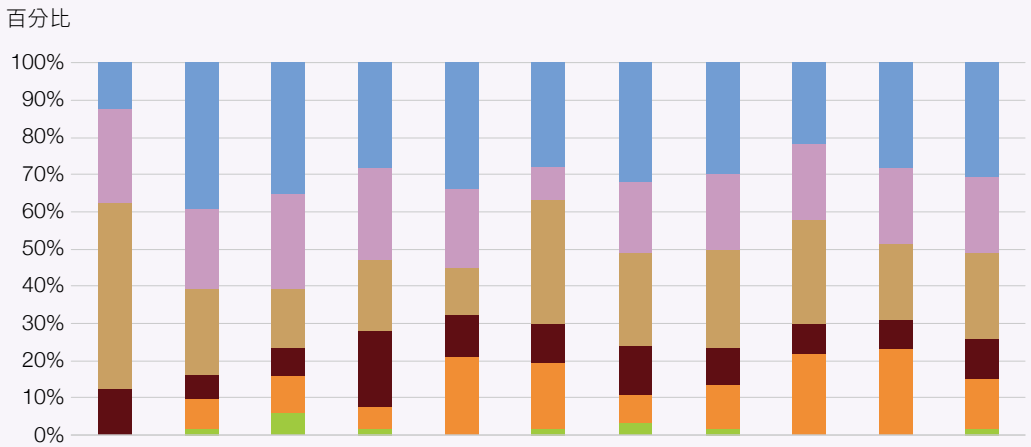
	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	總計
醫學中心	0	23	16	22	23	20	18	20	18	13	173
區域醫院	4	16	16	16	13	24	23	22	16	11	161
地區醫院	2	13	9	16	12	5	11	7	10	8	93
診所	2	9	10	10	14	8	11	11	6	7	88
總計	8	61	51	64	62	57	63	60	50	39	515

圖 2-16 105～114年度孕產婦重大傷害審定救濟案件機構層級分布

回目錄

（二）區域分布

歷年來案件數以臺北區最多，共計158件，占30.7%；中區累計119件，占23.1%，僅次於臺北區；而在近三年呈現臺北區與中區數量逐年減少趨勢。北區有104件，占20.2%；南區及高屏區分別有56件及69件，分別占10.9%及13.4%；東區案件數因生產量較少，僅有9件，占1.7%，如圖2-17。



	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	總計
臺北區	1	24	18	18	21	16	20	18	11	11	158
北區	2	13	13	16	13	5	12	12	10	8	104
中區	4	14	8	12	8	19	16	16	14	8	119
南區	1	4	4	13	7	6	8	6	4	3	56
高屏區	0	5	5	4	13	10	5	7	11	9	69
東區	0	1	3	1	0	1	2	1	0	0	9
總計	8	61	51	64	62	57	63	60	50	39	515

圖 2-17 105～114年度孕產婦重大傷害審定救濟案件區域分布

（三）妊娠週數

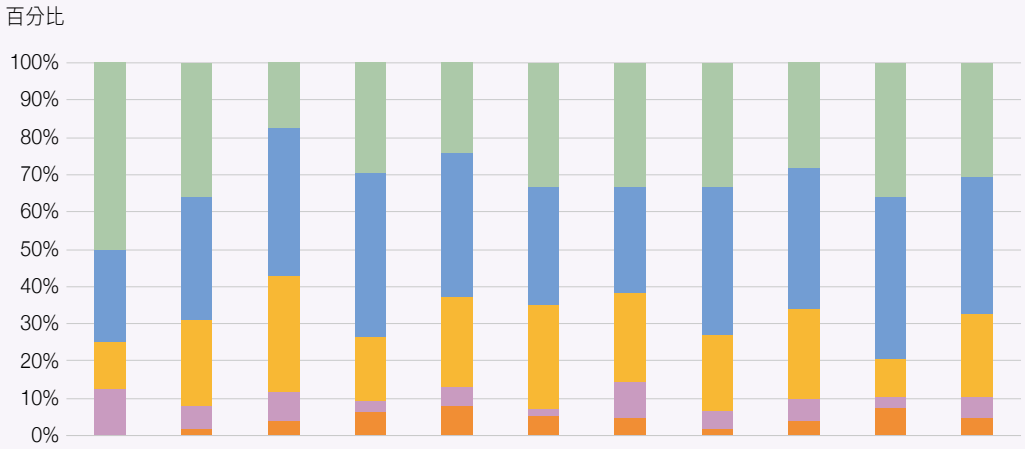
按年度及妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件共有 326 件，占 63.3%；未滿 37 週（早產）生產案件則有 189 件，占 36.7%。累積案件數以 38 週最多，其次為 39 週及 37 週。早產案件方面，主要集中於 34 週至未滿 37 週的晚期早產，且以 36 週的案件數量最多，如表 2-6。

表 2-6　105～114 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	114 年	總計
<=30 週	0	2	2	3	1	5	4	2	4	3	26
31 週	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	4
32 週	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	6
33 週	0	3	2	4	2	1	5	1	3	2	23
34 週	0	6	3	7	7	4	2	3	4	1	37
35 週	1	1	3	5	5	4	7	6	4	4	40
36 週	0	6	9	11	8	3	5	5	2	4	53
37 週	2	8	6	5	12	10	7	13	7	7	77
38 週	1	14	12	14	12	10	19	13	14	6	115
39 週	3	11	10	6	10	15	8	9	7	5	84
40 週	1	7	4	8	3	4	4	4	5	6	46
41 週	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	4
總計	8	61	51	64	62	57	63	60	50	39	515

（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190件與157件，分別占36.9%與30.5%；第三胎有116件，占22.5%；而第四胎以上的高妊娠胎次有52件，占10.1%，如圖2-18。



	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	總計
第一胎	4	22	9	19	15	19	21	20	14	14	157
第二胎	2	20	20	28	24	18	18	24	19	17	190
第三胎	1	14	16	11	15	16	15	12	12	4	116
第四胎	1	4	4	2	3	1	6	3	3	1	28
第五胎以上	0	1	2	4	5	3	3	1	2	3	24
總計	8	61	51	64	62	57	63	60	50	39	515

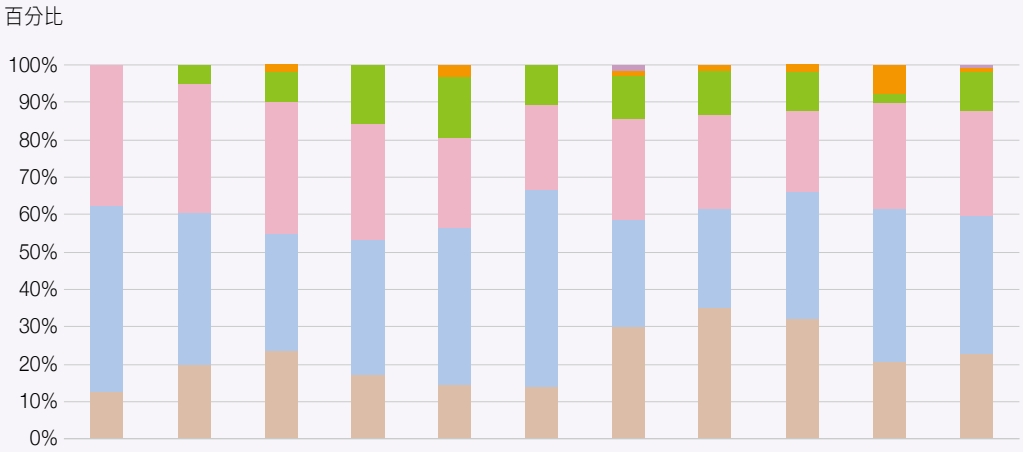
圖2-18 105～114年度孕產婦重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布



回目錄

（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191件，占37.1%；30～34歲產婦次之，有144件，占28.0%；40歲以上累計117件，占22.7%；25～29歲有53件，占10.3%；未滿25歲者僅有10件，占1.9%，如圖2-19。



	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	總計
小於20歲	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
20～24歲	0	0	1	0	2	0	1	1	1	3	9
25～29歲	0	3	4	10	10	6	7	7	5	1	53
30～34歲	3	21	18	20	15	13	17	15	11	11	144
35～39歲	4	25	16	23	26	30	18	16	17	16	191
40歲以上	1	12	12	11	9	8	19	21	16	8	117
總計	8	61	51	64	62	57	63	60	50	39	515

圖2-19 105～114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，105～114年度41件中度以上孕產婦身心障礙案件，以顱內出血最多，有11件，占26.8%；接續為血管栓塞/肺栓塞共9件，占22.0%；再來是產後大出血和羊水栓塞，各有6件，各占14.6%；最後則是肺水腫和心血管疾病，各有3件，各占7.3%，如表2-7。

表2-7　105～114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7）	百分比
顱內出血	11	26.8%
血管栓塞/肺栓塞	9	22.0%
產後大出血	6	14.6%
羊水栓塞	6	14.6%
肺水腫	3	7.3%
心血管疾病	3	7.3%

註7：以105～114年度孕產婦重大傷害審定救濟案件數為母數計算。（N=41）

針對105～114年度474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470件，占99.2%），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212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167案件次與124案件次，各占35.2%及26.2%；另外生殖道撕裂傷及子宮破裂也分別有49案件次與34案件次，各占10.3%及7.2%，如表2-9。

表2-8　105～114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8）	百分比
產後大出血	470	99.2%
其他	4	0.8%

註8：以105～114年度孕產婦子宮切除審定救濟案件數為母數計算。（N=474）

表2-9　105～114 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9）	發生比率（註10）
植入性胎盤	212	44.7%
子宮收縮乏力	167	35.2%
前置胎盤	124	26.2%
生殖道撕裂傷	49	10.3%
子宮破裂	34	7.2%

註9：「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10：發生比率計算：事故原因案件次/審定案件數*100%

三、小結

114 年度孕產婦重大傷害申請案件共計43 件，自112 年度60 件、113 年53 件，申請案件呈現逐年減少趨勢。此趨勢反映近年醫療品質持續提升、高風險個案管理強化及孕產婦健康意識提升等正向發展，然亦須留意全國出生人口數持續下降之背景因素，可能也是申請量減少的原因之一。未來應持續監測申請量變化，並結合全國生產統計資料進行交叉分析，以釐清案件減少之真實成因，作為醫療品質改善及風險管理策略之重要參考。

在子宮切除案件之分析中，「產後大出血」依然為導致產婦必須切除子宮的最主要原因。進一步分析顯示，歷年子宮切除案件約44.7% 與「植入性胎盤」有關。鑑於剖腹產史為植入性胎盤最主要的危險因子，臨床上應盡量避免非必要的剖腹產，以降低產婦未來妊娠面臨此類重大併發症的風險。

產後大出血雖多屬突發之危急狀況，但植入性胎盤多數可於產前發現，其防治關鍵在於「早期辨識」與「適時轉診」。由於血管栓塞術或動脈內氣球阻斷術等進階處置，均仰賴跨科別團隊與完整設備支援，多僅能於醫學中心方能完整執行，因此產前早期辨識更顯重要。臨床上應於例行產檢時就留意植入性胎盤之超音波徵象，對具剖腹產史、前置胎盤等高危險族群尤應提高警覺，並適時轉介至可提供後續完整處置之醫療機構，以提升母體安全並降低子宮切除風險。

後送醫療機構應針對轉入個案及早擬定治療與生產計畫，包括適當之分娩時機、手術策略、大量輸血準備及跨科團隊協作機制。對於產前高度懷疑植入性胎盤者，預先規劃並適時運用血管栓塞術或主動脈內氣球阻斷術等介入性治療，可降低產時出血量、提高子宮保留機會，進而減少重大不良事件之發生。

另一方面，在整體申請案件量減少之背景下，「子宮破裂」案件數卻未見隨之遞減，值得高度警惕。子宮破裂為產科重度併發症，而部分案件與產程中之介入措施密切相關。有鑑於此，除持續強化相關教育訓練外，醫療機構亦應落實標準化操作規範與風險監測機制，以提升母嬰安全。以下僅就宮底加壓、催生/引產藥物之使用及真空吸引輔助分娩等常見介入措施，分述其安全操作原則。

宮底加壓（fundal pressure）為輔助陰道分娩之常見手法，其使用應以「適時、適量、適法」為原則。原則上須於子宮頸全開、胎頭已下降至適當位置、確認無胎頭骨盆不對稱，且產婦已充分用力仍無法順利娩出時施行。操作時應限於宮縮期間，由受過訓練之醫事人員以漸進且適當之力道執行，並於施行前取得產婦知情同意及完整病歷紀錄。不當施行（如施力過重、時機不當或操作不符規範）可能增加子宮破裂、胎兒窘迫、肩難產及產道損傷等風險，故應嚴格掌握適應症及操作原則。

催生或引產藥物之使用也會直接影響子宮收縮強度，依據美國婦產科醫學會（ACOG）於2025年最新實證指引，引產前應綜合評估適應症、子宮頸成熟度、妊娠週數及母胎狀況，必要時先行子宮頸促熟處置。催產素（Oxytocin）應依標準化流程給藥，並依產程進展適時調整劑量，同時持續監測子宮收縮頻率、胎兒心跳變化及產婦臨床狀況，不當用藥可能增加子宮破裂、胎盤早期剝離等重大併發症風險，尤其對曾接受剖腹產、剖腹產後陰道生產（VBAC）或其他子宮手術之孕產婦，更應依循相關指引審慎評估並充分告知風險。

產程中如使用真空吸引器協助陰道分娩時，正確掌握適應症及操作時機對母嬰安全至關重要。其適應症包括第二產程延長、疑似胎兒窘迫，以及因母體疾病需縮短第二產程者。施行前應確認子宮頸已全開、胎膜已破、胎位及胎頭位置明確、胎頭高度符合操作條件，並評估胎兒大小及骨盆是否適合陰道分娩。操作前應取得產婦知情同意，由受過完整訓練之醫師施行，操作過程中應注意吸引杯放置位置及牽引方向，嚴格限制吸引持續時間，避免反覆滑脫或過度牽引；若胎頭未見適當下降，應及時改採其他分娩方式。至於胎位不明、胎頭尚未進入骨盆腔、胎兒凝血功能異常或罹患成骨不全症等情況，則不宜使用真空吸引器；妊娠未滿34週者亦應審慎評估其適用性。

綜上所述，無論宮底加壓、催生/引產藥物或真空吸引輔助分娩，均應嚴格掌握適應症及操作規範，並透過標準化訓練、團隊合作及持續監測機制，以降低產科重大不良事件發生風險，提升母嬰照護品質。

整體而言，114年生產事故案件量的下降，顯示產科醫療品質及高風險妊娠管理已有初步成效。然而，特定產科急重症（如子宮破裂與產後大出血）的威脅依然存在。從危險因子早期辨識、產程安全監測到緊急醫療介入，皆須醫療體系持續精進，以期建構更堅實的多層次安全網，落實保障母嬰生命安全之核心目標。

回目錄

第三節 新生兒死亡案件分析

一、本年度案件統計與分析

114 年度受理之申請案中，新生兒死亡共有46 件申請案，其中10 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36 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14 件最多，占38.9%；其次為醫學中心有9 件，占25.0%；地區醫院7 件，占19.4%，診所有6 件，占16.7%，如圖2-20。

（二）區域分布

按健保分區分析，以臺北區9 件最多，占25.0%；其次是中區8 件，占22.2%；高屏區7 件，占19.4%；北區及南區各5 件，各占13.9%；占比最低的為東區2 件，占5.6%，如圖2-21。

（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26 件，占72.2%；36 週以下（早產）生產案件共有10 件，占27.8%。案件數最多的為39 週，有10 件，占27.8%；其次為38 週，有7 件，占19.4%；再其次為37 週有6 件，占16.7%；其他週數占比如圖2-22。

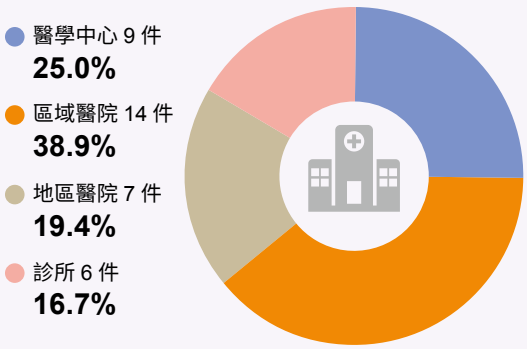


圖 2-20 114 年度新生兒死亡審定救濟案件機構層級分布

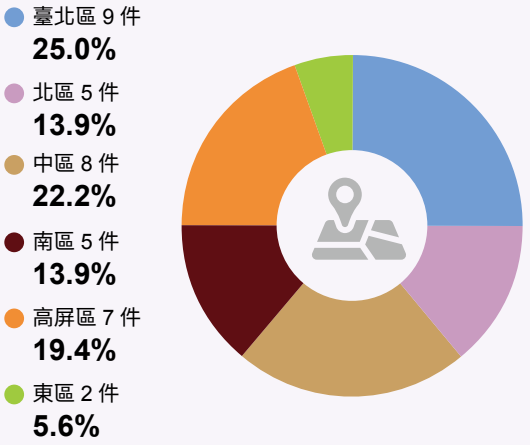


圖 2-21 114 年度新生兒死亡審定救濟案件區域分布



圖 2-22 114 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18件，占50.0%；其次為第二胎有12件，占33.3%；再者為第三胎有4件，占11.1%；第四胎有2件，占5.6%，如圖2-23。

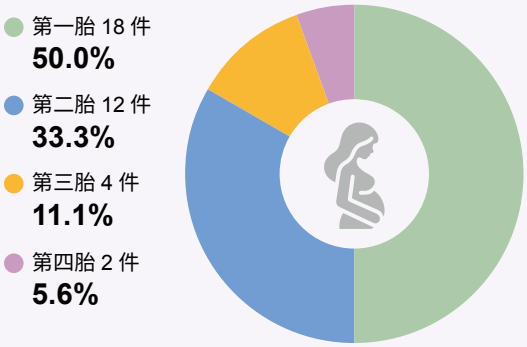


圖 2-23 114 年度新生兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

（五）生產年齡

按孕產婦生產年齡分析，以30～34歲居冠，共17件，占47.2%；35～39歲次之為8件，占22.2%；25～29歲有5件，占13.9%；20～24歲則有3件，占8.3%；40歲以上有2件，占5.6%；孕產婦年齡小於20歲的則有1件，占2.8%，如圖2-24。

回目錄

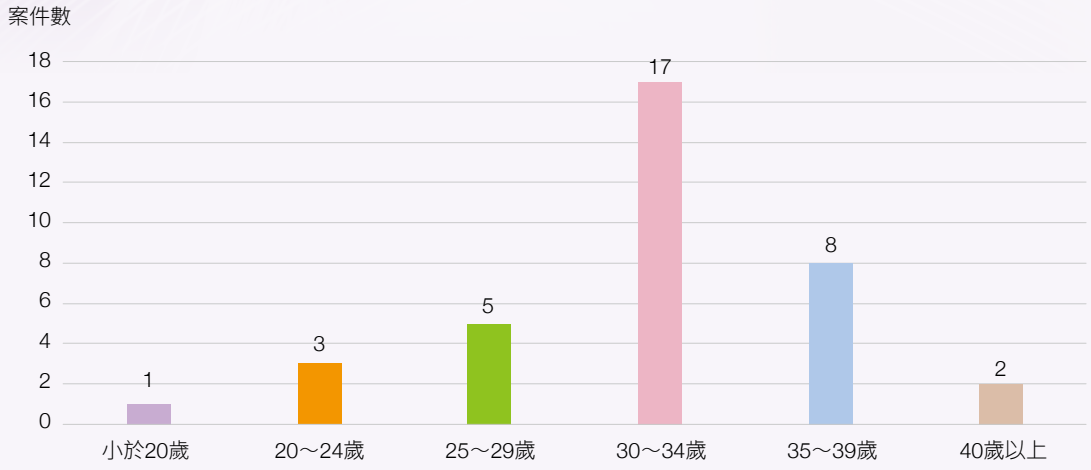


圖 2-24 114 年度新生兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布

（六）事故原因

就114 年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）有26 件，占72.2% 為最多；其次為胎便吸入症候群，有3 件，占8.2%；再者為呼吸窘迫症候群及周產期感染（包含病毒、細菌及其他）各有2 件，各占5.6%；周產期窒息、新生兒持續性肺動脈高壓、出血性休克各有1 例，各占2.8%。其中新生兒腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血）占比為72.2%，與113 年雷同（72.3%），降低新生兒缺氧缺血性腦病變的發生率，仍需強化熟習，從產前、產中與產後整體醫療照護品質著手，核心在於預防胎兒缺氧、及早辨識危險徵象並迅速介入處置，透過完善的醫療體系、標準化流程與專業團隊合作，可有效減少新生兒缺氧缺血性腦病變的發生並改善預後，如表2-10。

114 年新生兒死亡個案之相關周產期因素分析，以胎兒窘迫占最多共23 案件次，占63.9%；其次為胎盤早期剝離有8 案件次，占22.2%；產程異常/產程遲滯有5 案件次，占13.9%；子宮破裂有4 案件次，占11.1%；臍帶異常/意外有2 案件次，占5.6%；羊膜絨毛膜感染、周產期窒息、急產、胎盤功能不良、胎盤輸血症候群、肝臟撕裂傷、不明原因及查無周產期相關因素各有1 案件次，各占2.8%，如表2-11。

114 年死亡個案之周產期因素分布顯示，主要致死關鍵仍集中於急性缺氧相關事件，其中以胎兒窘迫為最主要因素（63.9%），反映產中監測與即時處置仍有強化空間。

表2-10　114 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）	26	72.2%
胎便吸入症候群	3	8.2%
呼吸窘迫症候群	2	5.6%
周產期感染（包含病毒、細菌及其他）	2	5.6%
周產期窒息	1	2.8%
新生兒持續性肺動脈高壓	1	2.8%
出血性休克	1	2.8%
總計	**36**	**100.0%**

註1：以114年度新生兒死亡審定救濟案件數為母數計算。（N=36）

表2-11　114 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2)	發生比率 (註3)
胎兒窘迫	23	63.9%
胎盤早期剝離	8	22.2%
產程異常/產程遲滯	5	13.9%
子宮破裂	4	11.1%
臍帶異常/意外	2	5.6%
羊膜絨毛膜感染	1	2.8%
周產期窒息	1	2.8%
急產	1	2.8%
胎盤功能不良	1	2.8%
胎盤輸血症候群	1	2.8%
肝臟撕裂傷	1	2.8%
不明原因	1	2.8%
無	1	2.8%

註2：「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%

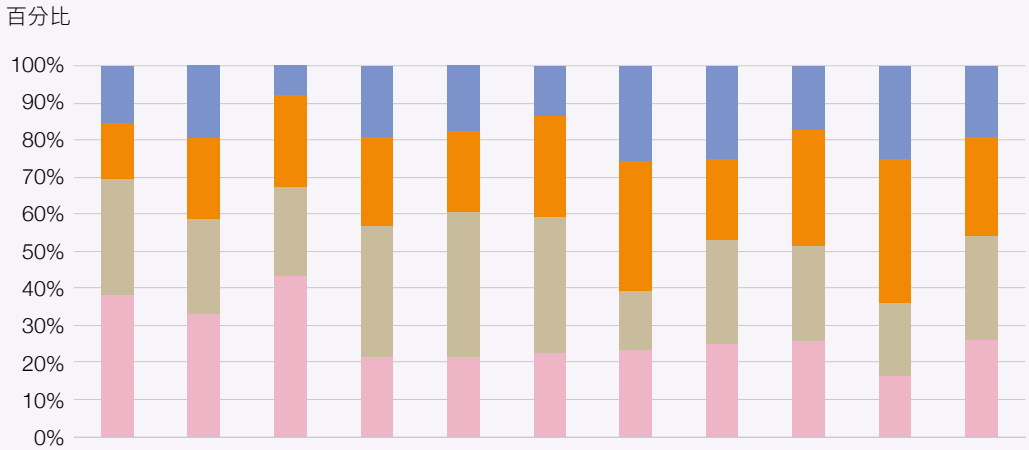
回目錄

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至114年底所受理之申請案中，新生兒死亡案件共計500件，其中73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427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；114年度36件。茲依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

（一）機構層級

按發生生產事故之年度及機構層級分析，歷年累積案件以地區醫院為最大宗，有119件，占27.9%；區域醫院居次，有114件，占26.7%；診所則112件，占26.2%；醫學中心有82件，占19.2%，如圖2-25。107年以前是以診所個案數為最多，近7年案件數各層級醫療院所案件數則各有消長，近兩年（113-114年）則以區域醫院占大宗。



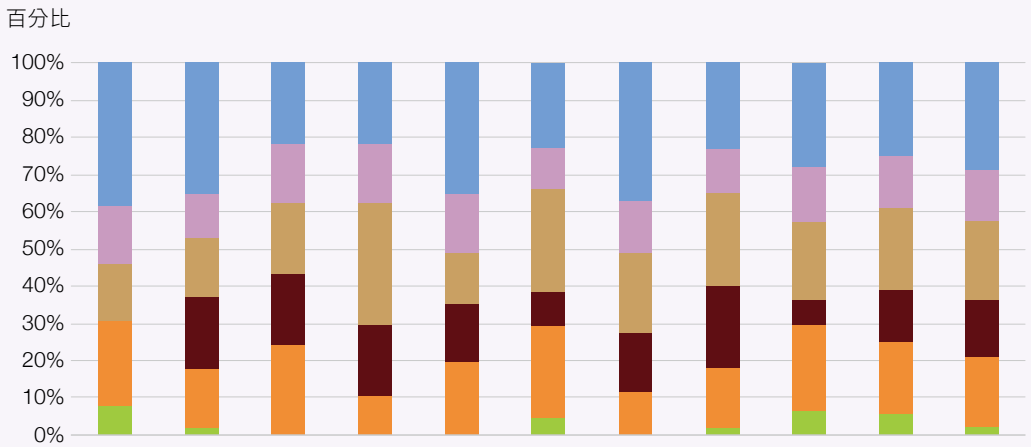
	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	總計
醫學中心	2	10	3	7	9	6	13	15	8	9	82
區域醫院	2	11	9	9	11	12	18	13	15	14	114
地區醫院	4	13	9	13	20	16	8	17	12	7	119
診所	5	17	16	8	11	10	12	15	12	6	112
總計	13	51	37	37	51	44	51	60	47	36	427

圖 2-25 105～114年度新生兒死亡審定救濟案件機構層級分布

回目錄

（二）區域分布

按健保分區分析，歷年累積案件以臺北區為最大宗，有122件，占28.6%；中區次之，有92件，占21.6%；而高屏區有79件，占18.5%；南區為65件，占15.2%；北區59件占13.8%，東區最少，有10件，占2.3%，如圖2-26。各區個案數隨年份累計，皆無特別之趨勢變化。



	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	總計
臺北區	5	18	8	8	18	10	19	14	13	9	122
北區	2	6	6	6	8	5	7	7	7	5	59
中區	2	8	7	12	7	12	11	15	10	8	92
南區	0	10	7	7	8	4	8	13	3	5	65
高屏區	3	8	9	4	10	11	6	10	11	7	79
東區	1	1	0	0	0	2	0	1	3	2	10
總計	13	51	37	37	51	44	51	60	47	36	427

圖 2-26 105～114年度新生兒死亡審定救濟案件區域分布



（三）妊娠週數

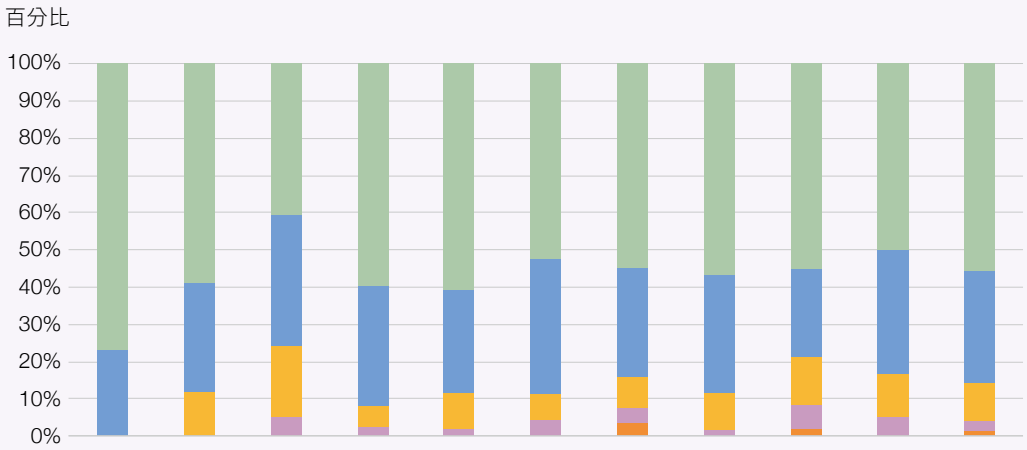
按妊娠週數分析，歷年累積案件數37週以上之足月生產案件有309件，占72.3%；36週以下（早產）生產案件有118件，占27.7%。妊娠週數案件最多為38週，有113件，占26.5%；其次是39週有80件，占18.7%。早產兒則以36週37件為最多，占8.7%，如表2-12。

表2-12　105～114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	114年	總計
33週	0	1	2	1	3	1	4	6	1	2	21
34週	0	2	1	4	5	1	3	7	2	4	29
35週	0	4	3	2	8	1	3	5	3	2	31
36週	1	5	1	5	5	6	5	2	5	2	37
37週	3	5	7	2	4	8	5	9	7	6	56
38週	3	12	9	12	13	15	17	12	13	7	113
39週	3	8	8	5	11	6	7	12	10	10	80
40週	2	12	4	6	2	6	6	6	6	2	52
41週	1	2	2	0	0	0	1	1	0	1	8
總計	13	51	37	37	51	44	51	60	47	36	427

（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，有237件，占55.5%；第二胎次之，有130件，占30.4%；第三胎則驟降為43件，占10.1%；第四胎有14件，占3.3%；第五胎以上有3件，占0.7%，如圖2-27。因近年台灣生育率低的關係，114年出生數來到歷年新低，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。



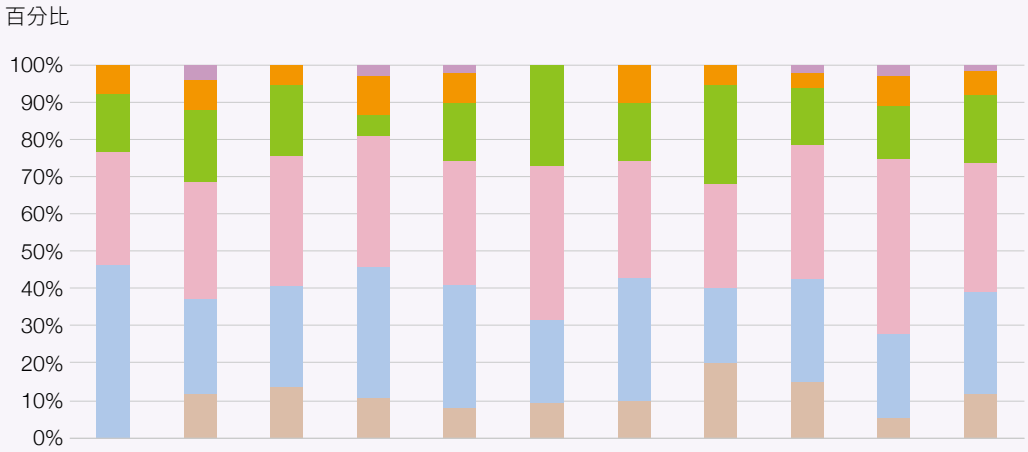
	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	總計
第一胎	10	30	15	22	31	23	28	34	26	18	237
第二胎	3	15	13	12	14	16	15	19	11	12	130
第三胎	0	6	7	2	5	3	4	6	6	4	43
第四胎	0	0	2	1	1	2	2	1	3	2	14
第五胎以上	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3
總計	13	51	37	37	51	44	51	60	47	36	427

圖 2-27 105～114年度新生兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

回目錄

（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148件，占34.6%；35～39歲次之，有119件，占27.9%；25～29歲有77件，占18.0%；小於25歲有34件，占8.0%；40歲以上有49件，占11.5%。比較106年至110年各年度以30～34歲最多，但111年35～39歲者案件數躍居第一，112～114年30～34歲又回到案件數最多的年齡區間，如圖2-28。



	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	總計
小於20歲	0	2	0	1	1	0	0	0	1	1	6
20～24歲	1	4	2	4	4	0	5	3	2	3	28
25～29歲	2	10	7	2	8	12	8	16	7	5	77
30～34歲	4	16	13	13	17	18	16	17	17	17	148
35～39歲	6	13	10	13	17	10	17	12	13	8	119
40歲以上	0	6	5	4	4	4	5	12	7	2	49
總計	13	51	37	37	51	44	51	60	47	36	427

圖2-28 105～114年度新生兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布



回目錄

（六）事故原因

分析105～114年427件新生兒死亡案件中死亡原因，前5項主要原因依序為，新生兒腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血）居首，有288件，占67.4%，第二名為胎便吸入症候群48件，占11.2%，兩者皆指向周產期缺氧為核心致死機轉。第三名為周產期感染，有24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21件，各占4.9%，如表2-13。

至於105～114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268案件次，占62.8%；其次是胎盤早期剝離95案件次，占22.2%；產程異常/產程遲滯有32案件次，占7.5%；臍帶異常/意外有31案件次，占7.3%。子宮破裂有23案件次，占5.4%，如表2-14。

表2-13　105～114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4）	百分比
新生兒腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血）	288	67.4%
胎便吸入症候群	48	11.2%
周產期感染	24	5.6%
新生兒持續性肺動脈高壓	21	4.9%
呼吸窘迫症候群	21	4.9%

註4：以105～114年度新生兒死亡審定救濟案件數為母數計算。（N=427）

表2-14　105～114年度審定救濟案件新生兒死亡之前5項相關周產期因素

相關周產期因素	案件次（註5）	發生比率（註6）
胎兒窘迫	268	62.8%
胎盤早期剝離	95	22.2%
產程異常/產程遲滯	32	7.5%
臍帶異常/意外	31	7.3%
子宮破裂	23	5.4%

註5：「案件次」之統計為複選。

註6：發生比率計算：事故原因案件次/審定案件數*100%

回目錄

三、小結

114 年全國新生兒出生人口數急速下滑，分析 114 年共救濟 36 件新生兒死亡案件，較 113 年減少 11 件，為近 5 年最低。以 30 至 34 歲產婦、妊娠週數分布在 37 至 39 週，區域分布以臺北區最多，機構層級以區域層級以上之醫療機構佔多數。從歷年數據可看到，發生在診所的案件數有持續減少現象，40 歲以上的產婦人數在 113-114 年有下降趨勢，可能與醫療端落實產前風險篩檢及分級轉診制度有關，後續仍需持續監控新生兒死亡案件趨勢變化，並透過周產期照護品質提升及風險管理機制，持續促進母嬰安全。

綜觀歷年新生兒死亡救濟案件，死因與周產期相關因素的分布，呈現出缺氧缺血性腦病變為死因首位，表示產前或產時的急性窒息，導致最嚴重的結果為中樞神經系統傷害，有效建立呼吸道並維持良好功能成為關鍵因素，因此，降低新生兒缺氧缺血性腦病變的發生率，是很重要的課題。若要提升周產期整體醫療照護品質，核心重點應從預防胎兒缺氧、及早辨識危險徵象並迅速介入處置著手。產前階段著重在風險預警與健康管理，強化高風險妊娠監測，針對高風險孕產婦落實規律產檢，早期發現及早介入控制，以維持胎盤功能與氧氣供應；透過衛教宣導，加強孕產婦對產兆、留意胎動變化以利及早就醫，避免吸菸、飲酒及不當用藥。產中階段對於胎心音監測為預防之關鍵，一旦發現異常應立即採取措施，以縮短胎兒缺氧時間並避免不可逆的腦部傷害；產後應強化新生兒即時評估及急救能力，確保呼吸與循環穩定，及早轉診至有能力照護之醫療單位。

胎便吸入症候群為第二位死因（占 11.2%），與第四位死因「新生兒持續性肺動脈高壓（PPHN）」占 4.9%，在病理學上具高度重疊，均為臨床上致死率極高之急症。因胎兒窘迫引發之胎便吸入症候群，造成化學性肺炎、破壞肺泡表面張力素及肺部阻塞；長期缺氧及酸中毒極易形成嚴重的持續性肺動脈高壓，此時應採取吸入性一氧化氮治療，或給予高頻呼吸器與葉克膜等支持療法，因此，宜及早轉診至有適當醫療設備及能力之醫療機構，接受照護與治療。

新生兒周產期感染位居新生兒死因之第三名，顯示新生兒早發型感染之預防策略，包含孕婦乙型鏈球菌（GBS）篩檢的落實與適時適當的抗生素使用仍有優化空間。針對周產期感染之預防策略，若孕產婦有發燒、提早破水或疑絨毛羊膜炎等感染徵象，應儘速檢測感染原，並就可能感染之孕產婦及早投予抗生素治療，新生兒出生後應密切監測敗血症、肺炎、呼吸窘迫等早發型感染表現，如出現呼吸呻吟、發燒、嗜睡、發紺、呼吸急促等症狀，應審慎

評估細菌感染之可能性，新生兒周產期感染最常見的病原菌包括乙型鏈球菌與大腸桿菌，應盡早診斷與治療，以避免發展為嚴重之敗血症或腦膜炎；此外，感染引發之全身性發炎反應可能會迅速進展為感染性休克與多器官功能障礙，對於免疫功能發展尚未完全的新生兒具有危險性，宜保持高度覺察能力審慎處理。

綜合分析周產期因素，62.8% 有胎兒窘迫之現象，22.2% 有胎盤早期剝離，顯示提升醫療團隊風險辨識、緊急應變能力之重要性，攸關新生兒能否於適當時機接受良好照護與治療。醫療團隊宜加強胎心音之監測與判讀，提升對胎兒窘迫、胎盤早期剝離或子宮破裂等突發徵象之辨識能力；在優化醫療決策與緊急應變能力方面，宜針對異常徵象設有處置照護流程與跨團隊合作機制，包含：施行緊急剖腹產之能力，用以爭取治療處置時間，防止因腦部缺氧導致不可逆之腦損傷。此外，有效的施行新生兒急救是降低新生兒死亡的關鍵，分娩過程中如遇突發事件，能否即時建立呼吸道、施行急救措施，決定了新生兒存活與預後發展，如能落實風險管控，及早決策並介入採取分娩處置，掌握急救及團隊合作之照護流程，方能避免嚴重之新生兒死亡事故。

建議一線醫療人員，舉凡參與生產之產科、兒科醫療人員均應接受新生兒高級救命術（NRP）訓練並取得認證，且須在臨床實務中不斷從操作中檢討學習、定時模擬演練，維持呼吸功能與循環穩定，對於缺氧時間過長之新生兒，應及早轉入新生兒加護病房（NICU），並於黃金時間內接受低溫療法，降低腦損傷程度。因此，同區域之醫療院所應建立周產期轉診網絡並維持良好運作，提供高風險之孕產婦於有能力照護之醫療院所適時分娩，並讓新生兒接受完善之醫療照護。

整體而言，透過周全的醫療網絡、標準化流程與跨專業團隊合作，能有效減少新生兒缺氧缺血性腦病變的發生並改善預後；周產期具有高風險因素之孕產婦，應落實風險管理，於產程中監測並適當採取積極預防策略；新生兒分娩後，給予適當支持與治療，減少因突發事件導致之死亡或嚴重傷害。此外，各級醫療單位參與生產過程之醫護人員，應熟悉新生兒急救之處置流程，提升風險辨識及緊急應變能力，透過案件討論及回饋機制，促進醫療體系自我檢視，轉化為臨床教育與品質改善依據，將可避免之新生兒死亡。

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

114 年度受理之申請案中，新生兒重大傷害共24 件，其中5 件與生產無因果關係，不予救濟；核予救濟之19 件中，中度身心障礙有4 件、重度身心障礙有10 件、極重度身心障礙有5 件。茲就核予救濟之19 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，地區醫院有6 件，占31.6%；醫學中心及區域醫院各5 件，各占26.3%；診所有3 件，占15.8%；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36.7%；中區有4 件，占21.1%；南區和高屏區各有3 件，各占15.8%；北區及東區各有1 件，各占5.3%，如圖2-30。

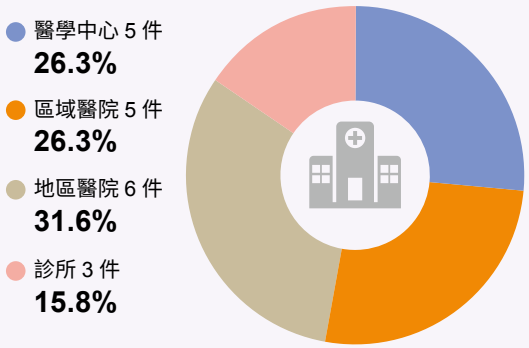


圖 2-29 114 年度新生兒重大傷害審定救濟案件機構層級分布

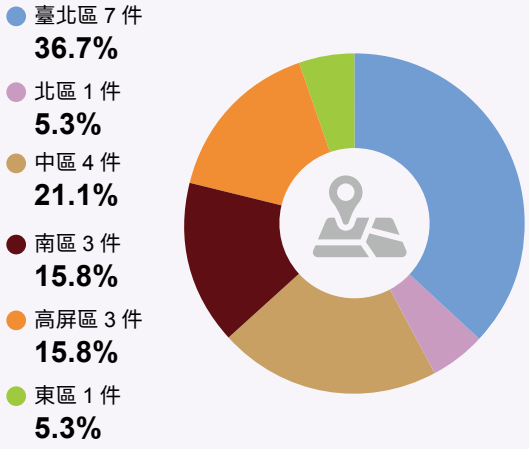


圖 2-30 114 年度新生兒重大傷害審定救濟案件區域分布

（三）妊娠週數

按妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件共有 16 件，占 84.2%；36 週以下（早產）生產案件共有 3 件，占 15.8%；案件數最多的為 38 週，有 8 件，占 42.0%；其次為 39 週及 37 週，各有 4 件，各占 21.1%；36 週有 2 件，占 10.5%；34 週 1 件，占 5.3%，如圖 2-31。

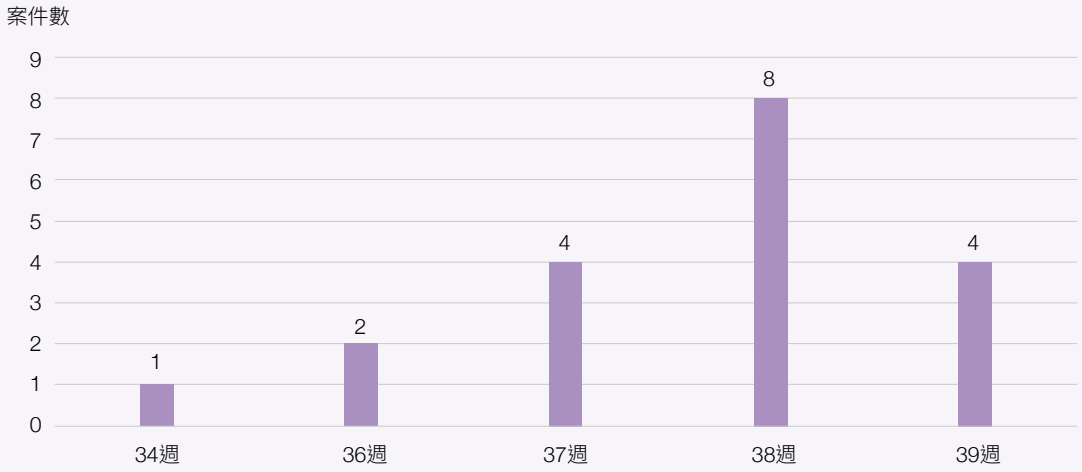


圖 2-31 114 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠週數分布

（四）妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第一胎最多，有 13 件，占 68.4%；其次為第二胎 5 件，占 26.3%；第四胎有 1 件，占 5.3%，如圖 2-32。

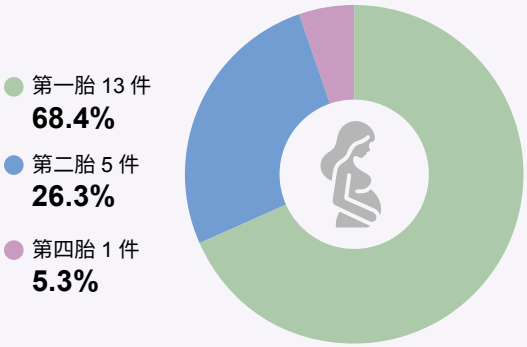


圖 2-32 114 年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布

（五）生產年齡

按孕產婦生產年齡分析，30～34 歲最多，有 11 件，占 57.8%；其次是 35～39 歲，有 4 件，占 21.1%；25～29 歲有 3 件，占 15.8%；20～24 歲有 1 件，占 5.3%，如圖 2-33。

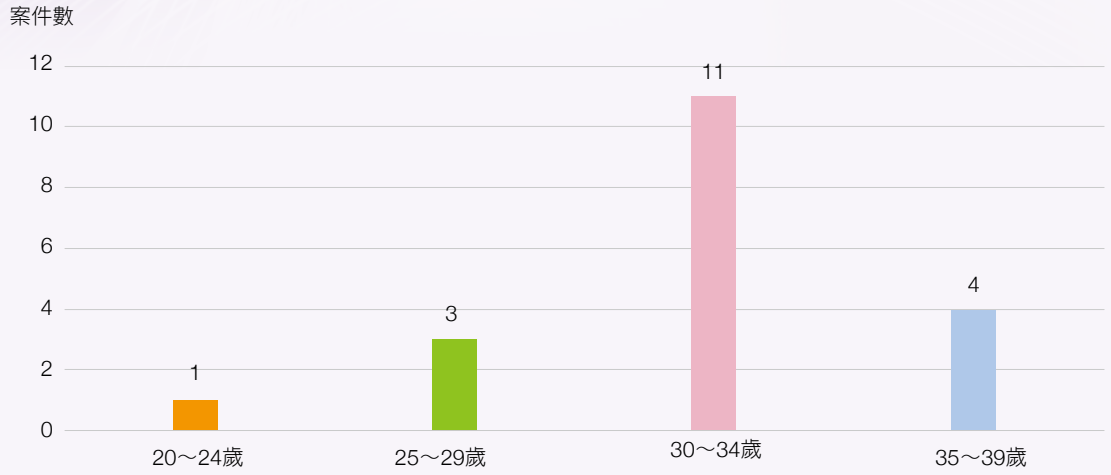


圖 2-33 114 年度新生兒重大傷害審定救濟案件生產時年齡分布

（六）事故原因

就114 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16 件，占84.2%；其次為臂神經叢損傷，有3件，占15.8%，如表2-15。

至於其相關周產期因素以胎兒窘迫占最多有10 案件次，占52.6%；胎盤早期剝離為6 件次，占31.6%；肩難產2 件次，占10.5%；子宮破裂、產程異常/產程遲滯、臍帶異常/意外、臍帶脫垂各1 件次，占5.3%；另有1 案件次無原因，占5.3%，如表2-16。

表2-15　114 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）	16	84.2%
臂神經叢損傷	3	15.8%
總計	19	100.0%

註1：以114 年度新生兒重大傷害審定救濟案件數為母數計算。（N=19）

表2-16　114 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

相關周產期因素	案件次 (註2)	發生比率 (註3)
胎兒窘迫	10	52.6%
胎盤早期剝離	6	31.6%
肩難產	2	10.5%
子宮破裂	1	5.3%
產程異常/產程遲滯	1	5.3%
臍帶異常/意外	1	5.3%
臍帶脫垂	1	5.3%
無	1	5.3%

註2:「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%

二、歷年統計

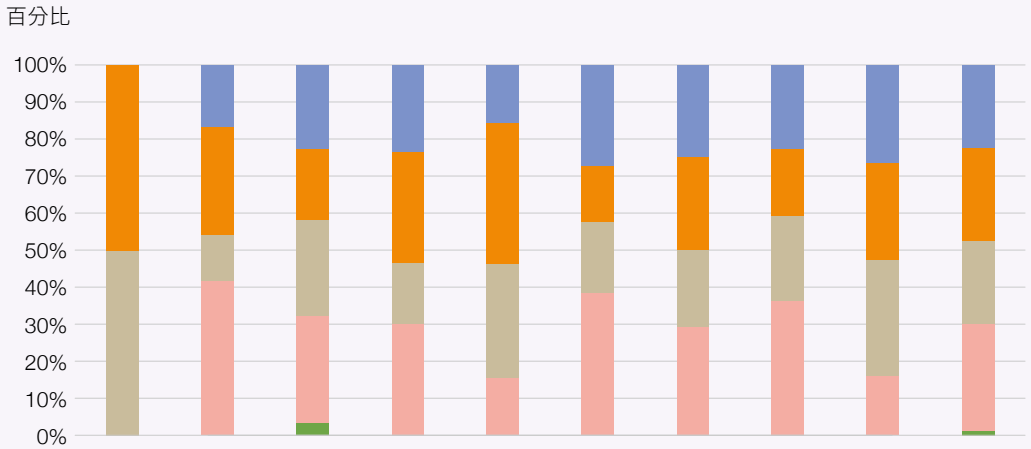
自《生產事故救濟條例》施行日起至114 年底所受理之申請案中，新生兒重大傷害案件共計267 件，其中63 件與生產無因果關係，不予救濟；核予救濟之204 案件中，中度身心障礙有70 件、重度身心障礙有94 件、極重度身心障礙有40 件。105 年沒有申請案，茲就106 年起依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：



回目錄

（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60件，占29.4%；區域醫院次之，有52件，占25.5%；地區醫院有46件，占22.5%及醫學中心有45件，占22.1%；僅有1件於108年發生在助產機構，占0.5%，如圖2-34。114年於診所生產之案件有下降趨勢。



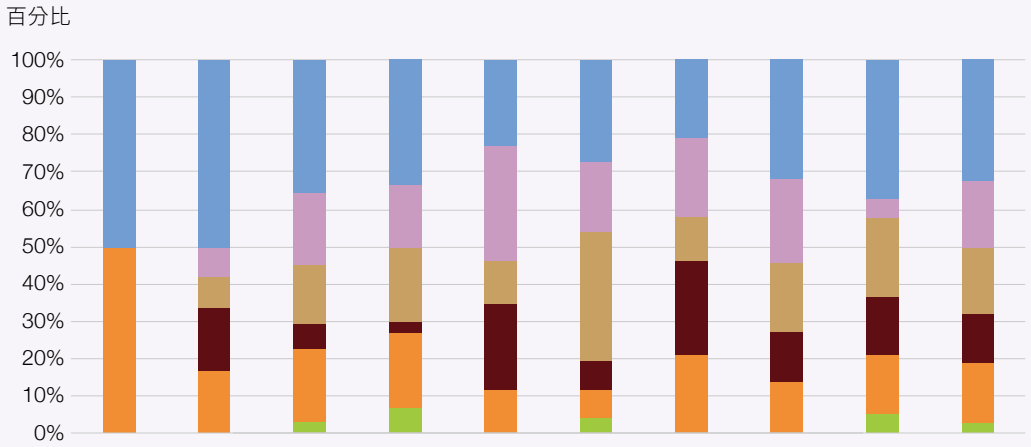
	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	總計
醫學中心	0	4	7	7	4	7	6	5	5	45
區域醫院	1	7	6	9	10	4	6	4	5	52
地區醫院	1	3	8	5	8	5	5	5	6	46
診所	0	10	9	9	4	10	7	8	3	60
助產機構	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
總計	2	24	31	30	26	26	24	22	19	204

圖 2-34 106～114年度新生兒重大傷害審定救濟案件機構層級分布

回目錄

（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66件，占32.4%；北區次之，有37件，占18.1%；中區有36件，占17.6%；高屏區有33件，占16.2%；南區有27件，占13.2%；東區僅有5件，占2.5%，如圖2-35。



	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	總計
臺北區	1	12	11	10	6	7	5	7	7	66
北區	0	2	6	5	8	5	5	5	1	37
中區	0	2	5	6	3	9	3	4	4	36
南區	0	4	2	1	6	2	6	3	3	27
高屏區	1	4	6	6	3	2	5	3	3	33
東區	0	0	1	2	0	1	0	0	1	5
總計	2	24	31	30	26	26	24	22	19	204

圖 2-35 106～114年度新生兒重大傷害審定救濟案件區域分布

（三）妊娠週數

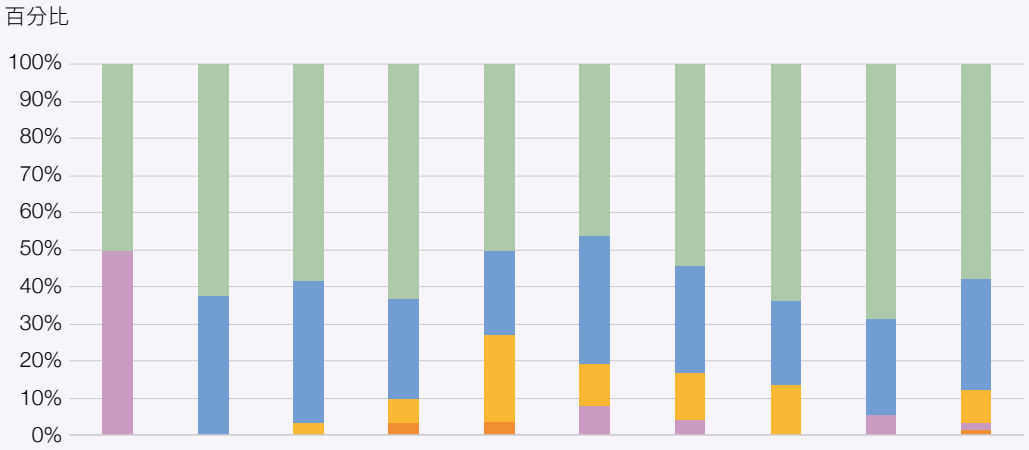
按妊娠週數分析，歷年累積案件數37週以上之足月生產有159件，占78.0%；36週以下（早產）生產案件，有45件，占22.0%。案件最多為妊娠38週，共60件，占29.4%；其次是39週有50件，占24.5%；再其次依序是37週和40週各有25件及22件，各占12.3%及10.8%，如表2-17。

表2-17　106～114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	114年	總計
33週	0	1	1	2	0	2	0	0	0	6
34週	0	2	1	2	1	1	0	3	1	11
35週	0	1	2	0	5	1	2	1	0	12
36週	0	2	1	2	5	2	1	1	2	16
37週	0	2	4	4	2	3	4	2	4	25
38週	1	6	6	7	7	10	7	8	8	60
39週	0	10	9	8	3	5	5	6	4	50
40週	1	0	6	4	3	2	5	1	0	22
41週	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
總計	2	24	31	30	26	26	24	22	19	204

（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118件，占57.8%；第二胎次之，共61件，占29.9%；第三胎有18件，占8.8%；第四胎有5件，占2.5%、第五胎以上有2件，占1.0%，如圖2-36。

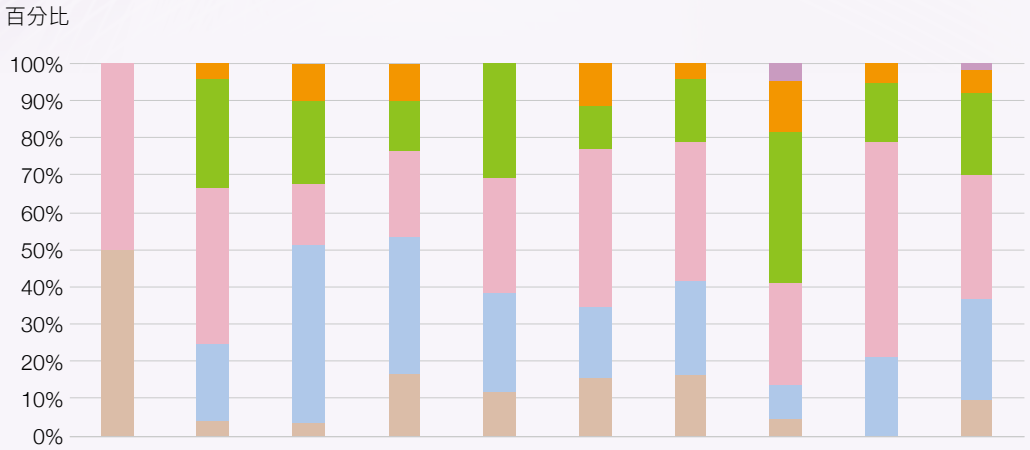


	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	總計
第一胎	1	15	18	19	13	12	13	14	13	118
第二胎	0	9	12	8	6	9	7	5	5	61
第三胎	0	0	1	2	6	3	3	3	0	18
第四胎	1	0	0	0	0	2	1	0	1	5
第五胎以上	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
總計	2	24	31	30	26	26	24	22	19	204

圖2-36 106～114年度新生兒重大傷害審定救濟案件妊娠胎次分布

（五）生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析，歷年累積案件產婦年齡以30～34歲居冠，有68件，占33.2%；35～39歲有55件，占27.0%居次；25～29歲有45件，占22.1%；40歲以上者有20件，占9.8%；20～24歲者有15件，占7.4%；113年首見一例小於20歲案件，占0.5%，如圖2-37。



	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	114 年	總計
小於 20 歲	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
20 ～ 24 歲	0	1	3	3	0	3	1	3	1	15
25 ～ 29 歲	0	7	7	4	8	3	4	9	3	45
30 ～ 34 歲	1	10	5	7	8	11	9	6	11	68
35 ～ 39 歲	0	5	15	11	7	5	6	2	4	55
40 歲以上	1	1	1	5	3	4	4	1	0	20
總計	2	24	31	30	26	26	24	22	19	204

圖 2-37 106～114 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106～114 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148 件，占72.5%；其次為臂神經叢受損有18 件，占8.8%；胎便吸入症候群有13 件，占6.4%；周產期感染有8 件，占3.9%；帽狀腱膜下出血，有7 件，占3.4%，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 124 案件次，占 60.8%；胎盤早期剝離為 31 案件次，占 15.2%；臍帶異常 / 意外為 20 案件次，占 9.8%；肩難產有 19 案件次，占 9.3%；產程異常 / 產程遲滯有 14 案件次，占 6.9%，如表 2-19。

表 2-18　106～114 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 4)	百分比
新生兒腦部異常（包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血）	148	72.5%
臂神經叢受損	18	8.8%
胎便吸入症候群	13	6.4%
周產期感染	8	3.9%
帽狀腱膜下出血	7	3.4%

註 4：以 106～114 年度新生兒重大傷害審定救濟案件數為母數計算。（N=204）

表 2-19　106～114 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 5)	發生比率 (註 6)
胎兒窘迫	124	60.8%
胎盤早期剝離	31	15.2%
臍帶異常 / 意外	20	9.8%
肩難產	19	9.3%
產程異常 / 產程遲滯	14	6.9%

註 5：「案件次」之統計為複選。

註 6：發生比率計算：事故原因案件次 / 審定案件數 *100%



回目錄

三、小結

114 年新生兒重大傷害案件共 19 件，較 113 年 22 件減少 3 件。近 6 成產婦年齡落在 30 至 34 歲、第一胎，妊娠週數為 37 至 39 週最多，生產機構約 1/3 於地區醫院生產，區域分布以臺北區較多。歷年新生兒重大傷害案件共 204 件，主要集中於 30 至 34 歲產婦、第一胎，妊娠週數為 38 至 39 週，歷年整體趨勢相近。

新生兒重大傷害案件中以缺氧缺血性腦病變（HIE）與腦部出血所致之腦部異常為主要原因，顯示於分娩過程中，胎兒若遇有急性缺氧或血流供應中斷，均會導致腦部嚴重傷害，對家庭與醫療體系帶來重大衝擊且承擔長期照護壓力。因此，具有高危險妊娠因素之孕產婦，跨專業醫療團隊宜於產前討論共同決定分娩計劃，針對可能面臨之狀況進行決策與模擬訓練，在黃金時間內及時提供新生兒完善之醫療處置，以減少因生產風險導致之嚴重傷害。

進一步彙整分析歷年之周產期相關因素發現，前三項原因分別為胎兒窘迫（60.8%）、胎盤早期剝離（15.2%）及臍帶異常/意外（9.8%），證實了產程中的急性缺氧窒息，是導致新生兒不可逆腦損傷之關鍵催化劑。其他因素為肩難產、產程異常/產程遲滯。待產期間，應謹慎密切監測母體狀況及觀察胎心音變化，如有合併高危險妊娠，應儘早啟動跨團隊準備及處置，確保新生兒出生後立即接受適當照護。生產風險多重夾擊，複合型個案具臨床高度挑戰性，114 年度周產期相關因素總計高達 23 件次，「多重生產風險、併發症」之案件在重度傷害中佔有極高比例，例如：胎盤早期剝離可能同時引發嚴重的胎兒窘迫；而產程異常、臍帶脫垂或子宮破裂等突發狀況，更是環環相扣。此現象提醒醫療團隊宜提高警覺，產程母嬰狀況瞬息萬變，單一風險可能迅速滾雪球般演變成多重風險，臨床上更需參考待產中的胎心音判讀，以及緊急剖腹產的快速反應能力。

宮內壓力、產道擠壓、困難分娩或肩難產都極有可能導致新生兒臂神經叢損傷，如發生產程遲滯、孕產婦體力耗盡，合併出現胎兒窘迫（急性缺氧）的跡象，醫療團隊宜及早評估改變生產方式，啟動跨團隊支援機制，讓新生兒科與麻醉科進入產房準備，以利立即給予醫療處置。生產前與待產期間，宜全面評估並嚴密監測產程進展，如產前預估胎兒體重偏大、胎位不正等因素，應盡早針對分娩方式進行溝通與討論；此外，待產過程中，第二產程若出現嚴重遲滯，宜充分說明生產風險並採取適當處置減少後續傷害；醫療團隊宜針對困難分娩之情境加以模擬訓練，避免增加生產風險及事故。

若待產或分娩時發生母體突發事件，兼顧母嬰安全之考量下，應及早完成分娩並採取適當的緊急措施，因此，落實新生兒科急救處置的教育訓練格外重要，唯有透過正確及時的施行新生兒急救處置，能有效減少因缺氧所致之嚴重後遺症。新生兒後續應入住加護病房，提供良好評估與治療，必要時進行低溫療法、給予一氧化氮等治療措施，改善新生兒之預後及發展；如有骨骼肌肉、神經系統等異常發展，宜儘早安排外科手術或復健等專業團隊進行評估與治療，同時教導主要照顧者照護技巧知能，討論訂定返家照護計畫，保障新生兒後續之照護品質，降低事故傷害導致之嚴重程度。

綜上所述，管控產前之高危險因素、孕產期健康管理、待產及生產時突發事件之應變能力、持續穩定的醫療專業照護等，均為影響新生兒預後之關鍵因子，同時考驗著不同醫療機構、不同專業的跨團隊合作能力，也因此，應落實高危險妊娠之辨識，讓孕產婦適時適地的安全生產，確保產婦和新生兒於第一時間接受適當處置與治療，後續於完整合宜的照護環境下成長；強化整合醫療機構間之轉診機制、醫療團隊間之銜接照護與主要照顧者之照顧技巧教導等，都是確保新生兒未來生命與生活品質的重要步驟。

本部持續強化新生兒照護及緊急處置，已給付「高風險妊娠生產新生兒緊急處置費」，鼓勵更多醫界新血投入新生兒醫療照護體系；同時，為優化新生兒照護網絡，補助新生兒重症轉診外接之相關費用，期待透過區域內之聯防整合，共同打造完善之新生兒照護成長環境，未來將透過多層面之政策執行，持續落實策略措施，降低新生兒因生產風險導致之嚴重傷害；對於新生兒之後續照顧，應延伸照顧資源至家庭與社會中，讓新生兒在國家的照顧與保障之下安心長大。



回目錄

第五節 胎兒死亡案件分析

一、本年度案件統計與分析

114 年度受理之申請案中，胎兒死亡案件共計 135 件，其中 9 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 126 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 49 件，占 38.9%；地區醫院有 34 件，占 27.0%；區域醫院有 30 件，占 23.8%；診所有 13 件，占 10.3%，如圖 2-38。

（二）區域分布

按健保分區分析，臺北區有 35 件，占 27.8%；北區有 30 件，占 23.8%；中區有 27 件，占 21.4%；高屏區有 20 件，占 15.9%；南區有 13 件，占 10.3%；東區有 1 件，占 0.8%，如圖 2-39。

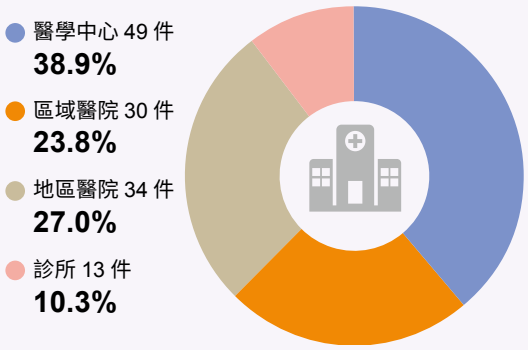


圖 2-38 114 年度胎兒死亡審定救濟案件機構層級分布

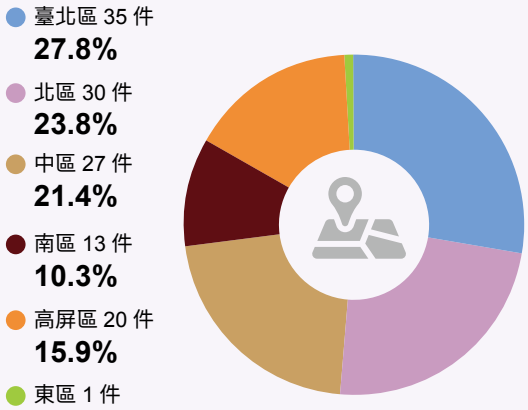


圖 2-39 114 年度胎兒死亡審定救濟案件區域分布

回目錄

（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47.6%；36 週以下（早產）生產案件共有66 件，占52.4%，如圖2-40。

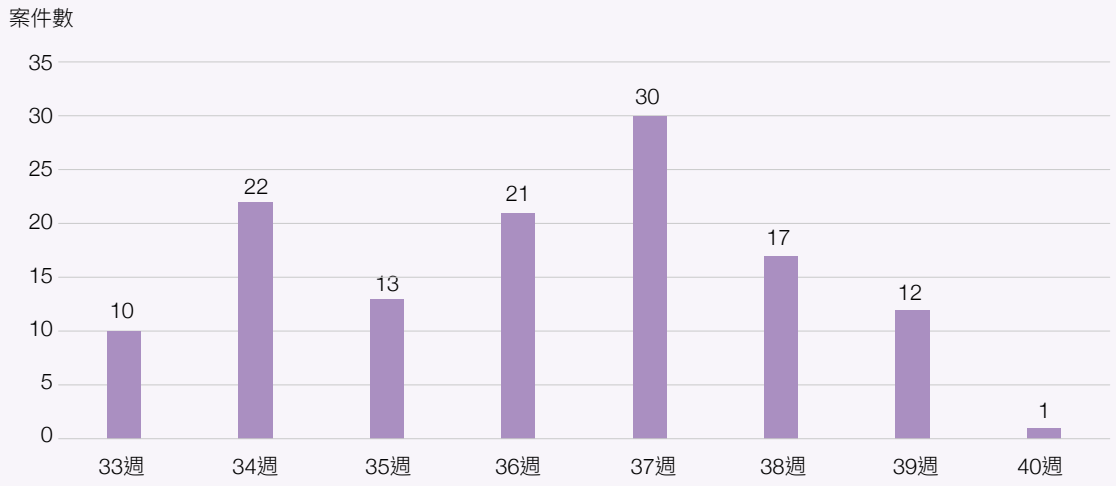


圖 2-40 114 年度胎兒死亡審定救濟案件妊娠週數分布

（四）妊娠胎次

按孕產婦妊娠胎次分析，第一胎最多，有73 件，占57.9%；其次為第二胎有32 件，占25.4%；再者為第三胎有13 件，占10.3%；第四胎有5 件，占4.0%；第五胎以上有3 件，占2.4%，如圖2-41。

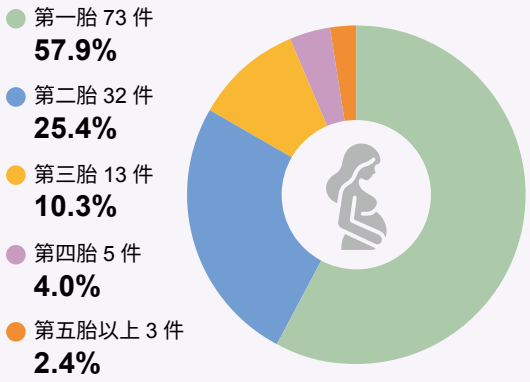


圖 2-41 114 年度胎兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布

（五）生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析，以30～34 歲居冠，有51 件，占40.4%；其次為35～39 歲有35 件，占27.8%；25～29 歲有19 件，占15.1%；大於40 歲有12 件，占9.5%；20～24 歲有7 件，占5.6%；小於20 歲有2 件，占1.6%，如圖2-42。

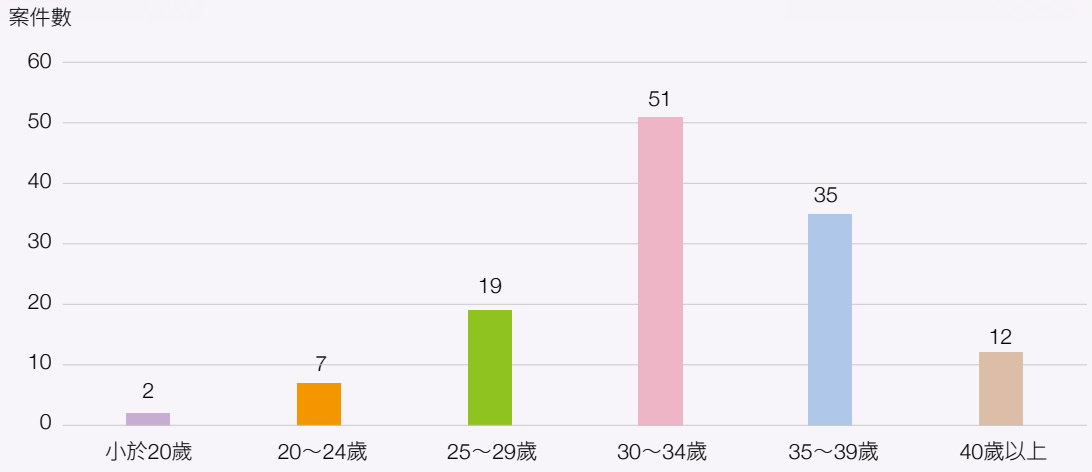


圖 2-42 114 年度胎兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布

（六）事故原因

就胎兒死亡事故之可能直接原因分析，以臍繞頸/臍帶異常/臍帶意外事故等，有38件為最多，占30.0%；不明原因死胎（子宮內胎兒死亡）有36件，占28.6%；其他依序為：胎盤功能異常（包括子宮內胎兒生長遲滯）有23件，占18.3%；胎盤早期剝離有19件，占15.1%；妊娠高血壓或糖尿病控制不佳有5件，占4.0%；先天性感染有4件，占3.2%；胎兒窘迫有1件，占0.8%，如表2-20。

表2-20 114 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
臍繞頸/臍帶異常/臍帶意外事故等	38	30.0%
不明原因死胎（子宮內胎兒死亡）	36	28.6%
胎盤功能異常（包括子宮內胎兒生長遲滯）	23	18.3%
胎盤早期剝離	19	15.1%
妊娠高血壓或糖尿病控制不佳	5	4.0%
先天性感染	4	3.2%
胎兒窘迫	1	0.8%
總計	**126**	**100.0%**

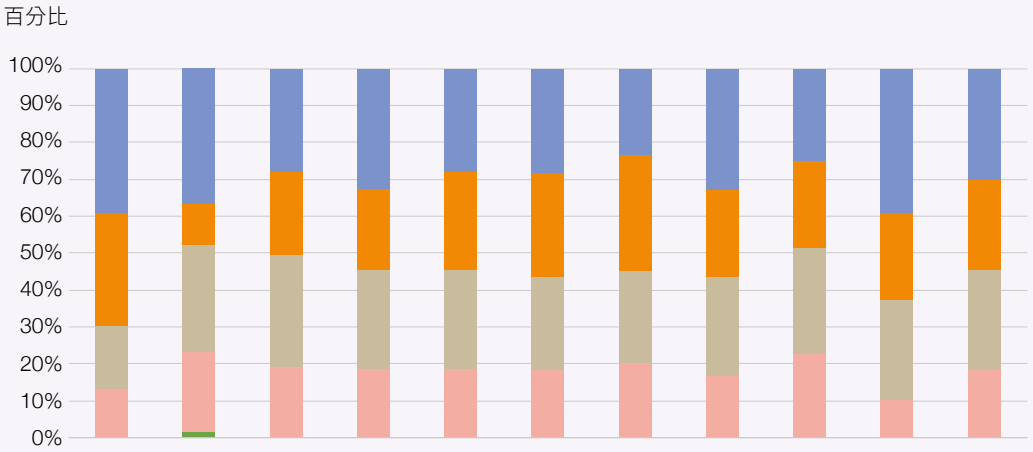
註1：以114年度胎兒死亡審定救濟案件數為母數計算。（N=126）

二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行日起至114年底所受理之申請案中，胎兒死亡案件共計1,279件，其中71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1,208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366件，占30.2%；地區醫院居次，有326件，占27.0%；區域醫院則有292件，占24.2%；診所有223件，占18.5%；助產機構有1件，占0.1%。114年度區域醫院與地區醫院件數較前一年相近，醫學中心則較113年有上升現象，診所案件數則下降，如圖2-43。

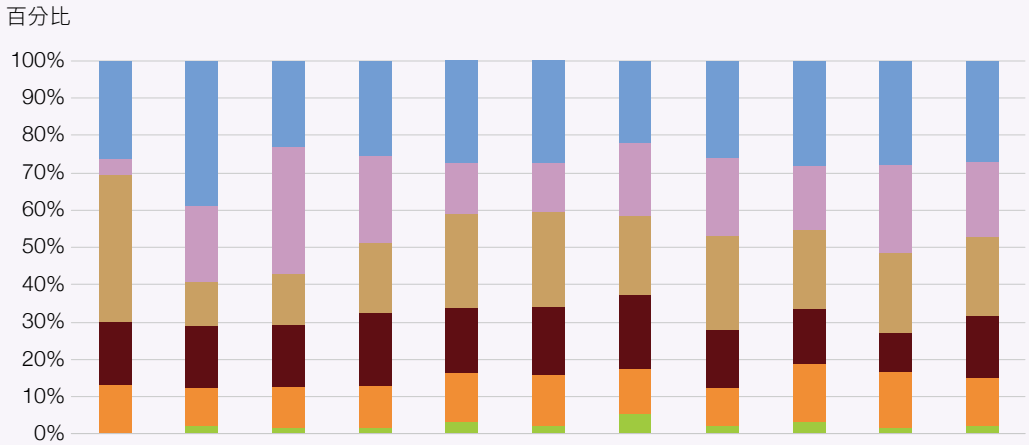


	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	總計
醫學中心	9	38	39	40	43	37	32	47	32	49	366
區域醫院	7	11	32	27	41	37	43	34	30	30	292
地區醫院	4	30	42	33	41	33	34	38	37	34	326
診所	3	23	27	23	29	24	28	24	29	13	223
助產機構	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
總計	23	103	140	123	154	131	137	143	128	126	1,208

圖2-43 105～114年度胎兒死亡審定救濟案件機構層級分布

（二）區域分布

按年度及健保分區分析，以臺北區為最大宗，有325件，占26.9%；中區有254件，占21.0%；北區有246件，占20.4%；南區有200件，占16.6%；高屏區有156件，占12.9%；東區27件最少，占2.2%，如圖2-44。114年度臺北區、中區與高屏區之案件數較前一年相近。北區則較前一年有上升情形，南區與東區之案件數較前一年下降。



	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	102年	113年	114年	總計
臺北區	6	40	32	31	42	36	30	37	36	35	325
北區	1	21	48	29	21	17	27	30	22	30	246
中區	9	12	19	23	39	33	29	36	27	27	254
南區	4	17	23	24	27	24	27	22	19	13	200
高屏區	3	11	17	15	20	18	17	15	20	20	156
東區	0	2	1	1	5	3	7	3	4	1	27
總計	23	103	140	123	154	131	137	143	128	126	1,208

圖 2-44 105～114年度胎兒死亡審定救濟案件區域分布



（三）妊娠週數

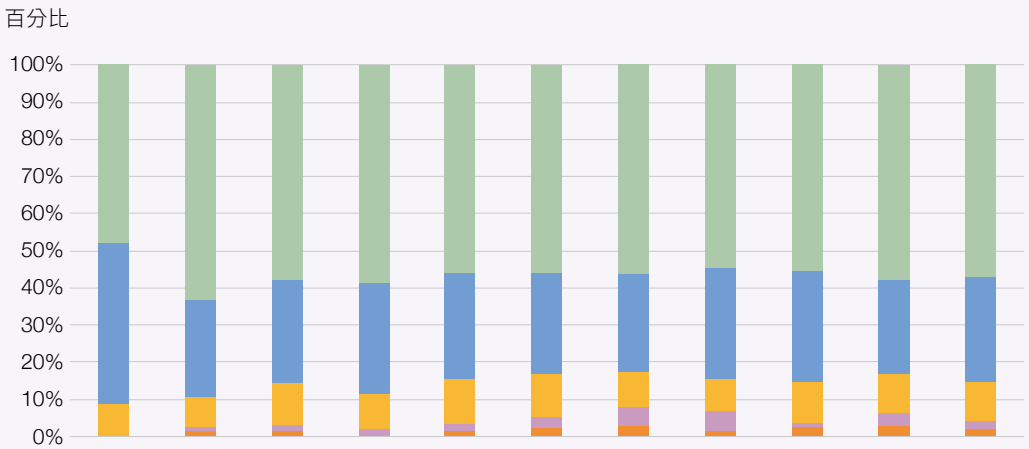
按年度及妊娠週數分析，37週以上之足月生產案件，有613件，占50.7%；36週以下（早產）生產案件，有595件，占49.3%。累積案件數最多者為37週，共209件，占17.3%；其次為36週有206件，占17.1%，如表2-21。

表2-21　105～114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	114年	總計
33週	0	7	13	9	14	11	4	17	10	10	95
34週	1	9	16	13	16	20	17	20	20	22	154
35週	3	15	14	12	23	16	12	17	15	13	140
36週	3	9	27	24	25	25	25	24	23	21	206
37週	2	22	13	16	27	20	36	22	21	30	209
38週	9	20	26	20	24	18	26	26	18	17	204
39週	4	9	22	19	21	16	10	15	16	12	144
40週	1	11	8	10	4	4	7	2	5	1	53
41週	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	3
總計	23	103	140	123	154	131	137	143	128	126	1,208

（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687件，占56.9%；第二胎次之，有342件，占28.3%。第三胎則有127件，占10.5%。第四胎以上共有52件，占4.3%，如圖2-45。



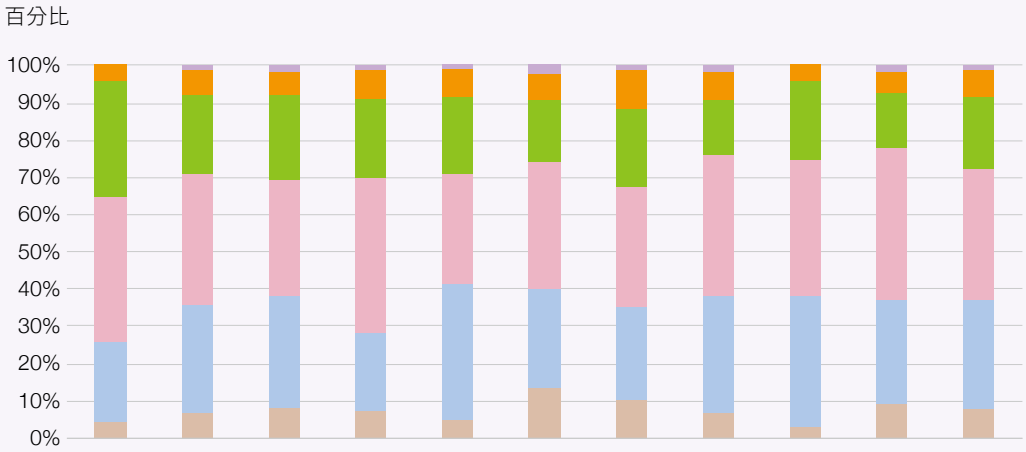
	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	總計
第一胎	11	65	81	72	86	73	77	78	71	73	687
第二胎	10	27	39	37	44	36	36	43	38	32	342
第三胎	2	9	17	12	19	15	13	12	15	13	127
第四胎	0	1	2	2	4	4	7	8	1	5	34
第五胎以上	0	1	1	0	1	3	4	2	3	3	18
總計	23	103	140	123	154	131	137	143	128	126	1,208

圖2-45 105～114年度胎兒死亡審定救濟案件妊娠胎次分布



（五）生產年齡

按年度及孕產婦生產時年齡分析，以30～34歲居冠，有425件，占35.2%；35～39歲次之，有354件，占29.3%。110至114各年度案件數皆多分布於30～34歲，109年度以35～39歲為最多，如圖2-46。



	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	總計
小於20歲	0	1	2	1	1	3	1	2	0	2	13
20～24歲	1	7	9	10	12	9	15	11	5	7	86
25～29歲	7	22	32	26	31	22	29	21	27	19	236
30～34歲	9	36	43	51	46	44	44	54	47	51	425
35～39歲	5	30	43	26	56	35	34	45	45	35	354
40歲以上	1	7	11	9	8	18	14	10	4	12	94
總計	23	103	140	123	154	131	137	143	128	126	1,208

圖2-46 105～114年度胎兒死亡審定救濟案件生產時年齡分布

（六）事故原因

分析胎兒死亡之事故原因，統計105～114年度前5項主要原因為不明原因死胎（子宮內胎兒死亡）占比最多（36.4%），其次為臍繞頸/臍帶異常/臍帶意外事故，占25.5%；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13.2%；胎兒窘迫，占3.1%，如表2-22。

表2-22　105～114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2）	百分比
不明原因死胎（子宮內胎兒死亡）	440	36.4%
臍繞頸/臍帶異常/臍帶意外事故等	308	25.5%
胎盤早期剝離	178	14.7%
胎盤功能異常（含子宮內胎兒生長遲滯）	160	13.2%
胎兒窘迫	37	3.1%

註2：以105～114年度胎兒死亡審定救濟案件數為母數計算。（N=1,208）

三、小結

114年胎兒死亡案件共126件，較113年減少2件；按生產機構層級分析，歷年案件數以醫學中心、區域醫院及地區醫院為主。孕產婦年齡方面，以30～34歲占多數；進一步就高齡產婦（35歲以上）分析，近3年占比呈下降趨勢。

就事故原因分析而言，105～114年度主要原因以不明原因死胎（子宮內胎兒死亡）、臍帶相關異常（如臍繞頸、臍帶打結）及胎盤相關疾病（包括胎盤功能異常與胎盤早期剝離）為主，整體結構與114年度相似。然而，進一步觀察可發現，114年度之事故原因中，胎盤及臍帶因素占比相對提升，而不明原因死胎比例呈現相對下降趨勢。此一變化可能代表臨床診斷能力及審查歸因機制逐步精進，使部分過去歸類為不明原因之案件得以被更精確分類。同時，也可能反映高危險妊娠族群增加，使胎盤相關病理機制在胎兒死亡中的角色更加凸顯。胎盤功能不全、胎兒生長遲滯及胎盤早期剝離等，皆與母體血管病變及慢性疾病密切相關，顯示胎盤疾病仍為當前最具預防與介入潛力的關鍵領域。

在醫療機構層級分布方面，114年度醫學中心案件數由113年度之32件（25.0%）增至49件（38.9%），占比明顯上升；診所則由29件（22.7%）減少至13件（10.3%），呈下降趨勢。

相較歷年平均醫學中心約占三成、診所近兩成之分布，顯示胎兒死亡案件逐漸由基層醫療機構轉移至高層級醫院。此一變化可從與多項因素相關，包括高風險妊娠個案增加，如高齡產婦、慢性疾病患者及多胎妊娠等，使得整體案件風險程度上升，需於醫學中心接受照護；同時，分級醫療與轉診制度逐步落實，基層醫療機構對高風險徵象之辨識能力提升，使疑似異常個案得以及早轉介；此外，孕婦及家庭對醫療安全之重視提高，傾向選擇設備完善之醫學中心生產。綜合而言，診所占比下降並不代表風險降低，而是顯示風險個案逐漸集中於高層級醫療機構，醫學中心所承擔之案件複雜度與嚴重度亦隨之提升。

在孕產婦年齡分布方面，除以往以30至34歲為主要族群外，114年度之20至24歲、40歲以上兩端年齡層之案件數與占比呈上升趨勢。年輕族群之增加，可能與產檢利用率較低、健康識能不足及社經條件差異有關，導致部分高風險徵象未能及早發現與處理；而高齡產婦比例上升，則為長期少子女化與晚婚晚育趨勢之延伸，其相關風險包括胎盤功能不全、妊娠高血壓、糖尿病及胎兒生長遲滯等，均與胎兒死亡具有高度相關性。值得注意的是，高齡族群增加亦與本年度胎盤相關事故占比提高形成相互呼應，顯示人口結構變遷對周產期風險分布具有實質影響。

綜合上述，114年度胎兒死亡案件呈現出三項趨勢，分別為事故原因由過去較多不明原因逐漸轉向可歸因之胎盤及臍帶因素，反映醫療體系在診斷與歸因上的進步；醫療照護結構呈現高層級集中化，高風險妊娠個案逐漸匯集於醫學中心，顯示分級醫療制度已發揮一定功能；孕產婦年齡結構20至24歲、40歲以上，兩端年齡層之案件數有上升趨勢。

基於上述觀察，未來在預防胎兒死亡之策略上，應著重以下幾項方向：強化胎盤相關疾病之早期辨識與監測，包括胎兒生長遲滯之篩檢、都卜勒血流評估及高風險妊娠之密集追蹤，以期及早介入並決定適當之分娩時機；持續優化分級醫療與轉診機制，建立明確且可操作之轉診指標，確保高風險個案能於適當時機轉至具備足夠醫療量能之機構；針對不同年齡族群設計差異化照護策略，對年輕族群加強產檢可近性與健康教育，對高齡族群則強化整合性高危險妊娠管理；並持續推動胎兒死亡案件之完整評估流程，必要時得進行胎盤病理檢查或母胎相關檢驗，以降低不明原因死胎比例，並累積更精確之流行病學資料。

總體而言，114年度胎兒死亡案件所呈現之變化，不僅反映臨床醫療能力與制度運作的進展，也揭示人口結構與醫療利用行為改變對周產期健康之影響。未來需透過跨層級醫療整合與精準風險管理，持續提升孕產婦與胎兒之安全照護品質。



03 生產事故學習與改善

回目錄

生產事故救濟應成為醫療品質改善的起點，由事故後救濟，延伸至事故預防、風險管理、醫療品質提升及事故關懷等多元面向。本部秉持「從事故中學習、在制度中改善」的核心理念，透過系統性回溯事故原因、建立根本原因分析機制、深化醫療機構風險管控、推動教育訓練及強化事故後關懷，將每一件事故所累積的經驗轉化為醫療體系共同學習的契機，讓生產事故救濟從「補償」走向「預防」，從「個案改善」走向「醫療體系學習與精進」，建構以病人安全為核心、以不責難文化為基礎的正向循環。

一、從事故回溯與經驗學習

為順應國際病人安全發展趨勢，透過系統性回溯分析生產事故案件，探討事故原因及潛在系統性因素，作為醫療品質改善的重要基礎。自 112 年修訂生產事故專案審查表後，重新建構事故原因分析架構，將事故原因依事故事件類別重新歸納，並區分「直接原因」及「先行原因」，建立不同事故類別及妊娠高風險因素之關聯性，以完整呈現事故歷程脈絡。114 年度回溯分析歷年審定案件，並分別召集婦產科領域及新生兒領域之專家諮詢會議，透過跨專業團隊共同檢視事故歷程、臨床決策及照護流程，歸納事故類型及根本原因，並提出五項重要改善方向，包括：產後大出血預防藥物之使用、強化產後大出血臨床教育訓練、提升子宮破裂早期辨識及緊急應變能力、審視安胎之必要性，以及提升新生兒急救處置能力，這些議題亦成為後續教育訓練及臨床品質精進的重要依據。

為使事故分析不僅止於個案討論，同時提升第一線醫療人員分析及改善問題的能力，本部推廣根本原因分析工具，邀集專家共同研議，以工作坊型態進行模擬情境，結合「產婦子癲前症之周產期照護」及「產後大出血之預防及處置」之事件設計編撰教材，搭配辦理2 場根本原因分析課程，透過學習教材引導醫療人員找出事故背後之環節、潛在系統因素及改善策略，有效運用根本原因分析工具。課程共計85 人參與，滿意度達98.7%，學員多表示課程有助於建立系統性分析能力，提升臨床風險辨識及改善思維，使事故經驗真正回饋臨床照護。（如圖3-1）



圖 3-1 根本原因分析推廣課程學員演練實況

回目錄

二、強化醫療機構風險管控

事故分析所累積的經驗，應落實於醫療照護才能真正降低事故重複發生的風險。因此，本部持續蒐集生產事故專業審查、醫療機構輔導追蹤及臨床實務等多面向意見，可改善預防之層面包含：高風險妊娠照護、跨團隊合作、轉診機制、標準流程及風險管理制度等系統性議題，建議建立以風險管控為核心的策略，協助醫療機構建立自主風險管理能力。

生產事故救濟案件進行專業審查時，從第三方角度檢視產前、產中及產後之醫療處置與照護歷程，並透過案件審查、專家意見及回饋機制，將所發現的風險與改善建議回饋至醫療機構。分析114年度彙整之回饋意見顯示，部分風險並非源自單一處置，而是涉及孕期風險辨識、胎兒狀況持續評估、轉診時機及高危險妊娠管理等多個環節，反映生產安全有賴醫療團隊在整個孕產歷程中持續監測與適時應變，尤其以產前階段居多，約佔55.5%。此外，隨著高危險妊娠孕婦日益增加，從個案回饋中發現，高危險妊娠的判斷、持續監測與適時轉診，已成為母嬰安全的重要課題。因此，除針對個別醫療機構提出改善建議外，更進一步將不同案件中反覆出現的風險議題加以彙整，透過跨機構、跨專業的交流與教育訓練，將個案經驗轉化為醫療體系共同學習的內容，分別於臺北、臺中及高雄辦理3場學術研討會，以實際生產事故救濟案件為基礎，針對臨床常見且具高度風險之議題進行案例分享與討論，主題涵蓋胎兒生長遲滯、子癲前症之辨識與處置、母體與胎兒狀況評估及轉診時機，以及困難分娩之生產方式與處置時機等；同時納入孕期藥物使用注意事項、催生藥物使用時機與方式，以及產後大出血緊急處置流程等重要議題。3場研討會共計478人參與，參與職類以醫師及護理人員約占8成，任職機構則以區域醫院為多。藉由將案件審查所獲得的回饋，進一步轉化為跨區域、跨專業的教育內容，使事故經驗不僅回饋單一醫療機構，更能擴散至整體醫療體系，促進臨床照護品質持續精進。（如圖3-2）



圖 3-2 114年度生產事故救濟研討會

為進一步透過風險概念推廣、醫療機構響應、實地輔導及案例學習等多元方式，協助各層級醫療機構建立自主風險管理能力，將事故經驗真正落實於日常照護，鼓勵機構善加運用「六大風險管控重點」及產後大出血、妊娠高血壓及子癲前症之組合式照護措施查檢表，融入臨床常規照護，114 年度辦理醫療機構響應活動，共有 42 家醫療機構參與，涵蓋醫學中心、區域醫院、地區醫院及診所等不同層級。經專家評選，共有 29 家醫療機構獲得「照護推行獎」、「照護優良獎」及「照護卓越獎」，並辦理 3 場機構經驗分享會，邀請獲獎團隊分享高風險孕產婦照護、新生兒急救、產後大出血處置及跨團隊合作等實務經驗，促進不同層級醫療機構交流學習，逐步建立共同學習、共同改善的文化，同時透過臨床照護指引、品質指標及標準作業流程，協助醫療團隊建立一致性的照護模式，提升臨床決策品質與病人安全。(如圖 3-3)



圖 3-3 風險概念推廣課程

推廣經驗之外，亦針對 10 家醫療機構進行實地輔導，透過案例討論、流程檢視及現場交流，協助醫療團隊盤點院內照護流程及風險管理機制，提出具體建議用以協助醫療機構將事故經驗真正落實於日常照護流程，包括：

1. 加強三班緊急事件的應變演練，並完善書面資料內容，以利新進人員熟悉臨床常規與工作準則。
2. 有關高風險產婦轉診照護流程與運作執行現況，建議加強「追蹤」機制的建置及執行。
3. 能辨識高風險妊娠產婦給予適當轉診，對新生兒若需轉診也有醫學中心支援，惟若能結合兒科醫師協助，將可提供更完整之新生兒照護。
4. 產前建議完整紀錄血壓、尿液、胎兒生長情況於病歷中。
5. 機構希望後送醫院收到轉診個案後可做即時回報，建議機構可與後送醫院進行定期交流，追蹤後續狀況。

回目錄

此外，114 年度輔導 3 家醫療機構完成「生產事故分析及改善報告」，運用根本原因分析工具重新檢視事件發展歷程，找出可能的失誤問題、潛在風險及系統性人為因素等，並回饋具體改善措施，包括：

1. 建議若出血超過 1,500ml 且有持續出血狀況或休克指數（註[5]）>0.9 時，應及早啟動產後大出血標準作業流程避免病情惡化。
2. 建議機構對於胎兒心音異常之處置，宜具備及早反應並做出適當處置之能力；對於胎心音判讀宜多作課程安排，以利及早判斷。
3. 建議機構於手術中子宮傷口縫合，宜正確止血。對於出血點縫合技能宜多加強。產中及產後之出血均可能造成母體之嚴重後果，宜應再加強。

為使改善成果持續擴散，進一步辦理 3 場風險概念推廣課程，內容包含高風險妊娠、新生兒安全照護、孕前準備、風險辨識及緊急應變等主題，共辦理 3 場課程，累計 1,409 人參與，課程滿意度達 98%，多數學員表示課程有助於提升臨床實務能力及風險管理觀念。另一方面，本部亦彙整 114 年度事故資料，分析事故趨勢及可預防因素，提出具體對策並編撰成為學習案例，共完成「適當操作真空吸引輔助陰道分娩」及「子宮破裂之辨識及緊急應變：具備及早辨識子宮破裂的能力，並有適當的處置流程，才能維護孕產婦及新生兒安全」二篇學習案例，透過公開平台提供醫療機構參考。

三、以關懷陪伴延伸制度價值，讓事故學習更完整

生產事故所帶來的影響，往往不僅止於醫療結果本身，更可能伴隨長期的悲傷、失落、心理壓力及家庭生活的改變。本部傾聽事故家庭的真實經驗，主動發現需要協助的家庭，進一步將這些聲音帶回醫療現場，讓事故後的關懷成為促進復原與改善的重要力量。

為深入理解事故家庭在事件發生後所經歷的傷痛與復原歷程，114 年度辦理事故家庭座談會，邀請 3 組事故家庭進行面對面交流。座談中提供安心述說與相互傾聽的空間，讓家庭分享心路歷程，及面對失落、悲傷、醫療溝通與生活重建過程中的真實感受。透過生命經驗的敘說，事故家庭得以將長期承載的情緒與記憶說出來，也在彼此相似而又不同的經歷中獲得理解與支持，期望透過敘事分享與同儕支持的方式，讓事故家庭在相互陪伴中獲得情感支持，逐步發揮團體療癒與復原的力量。這場面對面的交流，是一段重要的學習歷程，唯有真正傾聽事故家庭的聲音，才能理解一場事故如何長期影響一個家庭，也才能看見真實傷痛。這些來自家庭的生命經驗，提醒我們應重視事故發生後的溝通、陪伴與支持。

註 5：休克指數係指每分鐘心跳次數與收縮壓之比（SI = HR / Systolic BP）

儘管生產事故救濟制度已建立完整之申請流程，實務上仍有部分事故家庭因資訊、社會處境或其他因素，未能及時進入救濟體系獲得協助。為使關懷觸及有需要的家庭，本部持續主動發現並瞭解其需求，針對尚未提出救濟申請之事故案件，追蹤瞭解事故家庭所面臨的困難，依個案需求提供說明、申請救濟之必要協助，亦視實際需求結合地方政府、醫療機構及社會安全網絡資源，使需要協助的家庭能獲得適切支持，降低因資訊或社會因素而影響其權益的情形。

事故家庭的經驗，也成為醫療人員學習關懷的重要起點。面對事故後的醫病溝通，專業的醫療說明固然重要，若能讓事故家庭即時被理解、被傾聽，並感受到醫療團隊願意共同面對，可能因此減少許多後續的紛爭。因此，本部持續辦理生產事故溝通關懷工作坊，以真實案例、角色扮演及情境演練等方式，引導第一線醫療人員理解事故家庭的心理歷程，學習同理溝通、關懷技巧及換位思考。114 年度共辦理 2 場工作坊，計 111 位醫療人員參與，以區域醫院參與人數最多，並可觀察到醫師參與比例逐年提升。透過不同情境的實際演練，學員得以重新思考事故發生後的處理方式，並從事故家庭的角度理解醫療說明、情緒支持與陪伴的重要性。多數學員表示，課程有助於提升醫病溝通及同理能力，未來亦能將所學運用於實際臨床照護。（如圖 3-4）



圖 3-4 「生產事故溝通關懷與支援工作坊」課程辦理情形

從傾聽事故家庭的真實傷痛，主動追蹤未申請救濟的家庭，再將這些經驗帶回醫療現場，本部持續以關懷串聯事故家庭與醫療人員的學習。透過事故回溯、風險改善、經驗分享與關懷陪伴，讓每一件事故不僅被看見，更能成為促進改變的力量。未來，將持續深化關懷理念與技巧，在保障事故家庭的同時，也支持第一線醫療人員學習如何面對傷痛、理解彼此，在相互信任與支持中，共同走向復原與改善。



04 結語

回目錄

114 年度生產事故救濟案件呈現下降趨勢，與總生育率下降可能有關聯，因此，本部更重視、謹慎分析每個案件的發生原因，雖然生產事故無法完全避免，但透過案件分析、經驗回饋及持續品質改善，在未來，必須持續強化高危險妊娠管理、加強周產期照護網絡及新生兒急救量能。下一步，也須關注事故家庭的心理支持與長期需求，讓制度不僅提供事故後的救濟，更發揮預防風險、促進學習及支持家庭的功能。

提升品質與強化關懷是本條例很重要的兩大面向，114 年本部逐案回溯登錄所有審定案件之事故原因，嘗試完整呈現高風險妊娠因素及事故主因，並將臨床照護及國際作法結合，提出相關政策建議。也深化實地輔導醫療機構建立風險事件管控的量能，期精進周產期照護品質及風險預防機制。

在醫療人員及事故家庭關懷上，針對醫療人員辦理溝通關懷工作坊，提供生產事故案件實際演練，藉由講師引導討論及思考，跳脫原有框架提升換位思考及同理心，並首次接觸事故家庭，透過小型座談會，我們共感這一路上的艱辛與不捨，未來要思考的是，建立事故家庭關懷與支持機制，並評估追蹤事故對家庭長期影響及需求，提供更完善之心理支持、資源連結與再次生育諮詢服務，讓生產事故救濟制度從事故救濟延伸至家庭陪伴與復原支持，落實以家庭為中心之全人照護精神。



回目錄



05 附錄

回目錄

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」。
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。

回目錄

時間	重要記事內容
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 日 11 日	立法院三讀通過《生產事故救濟條例》。
104 年 12 月 30 日	總統令公布《生產事故救濟條例》制定通過。
105 年 6 月 30 日	《生產事故救濟條例》正式施行。
105 年 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。
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、台灣婦女健康暨泌尿基金會及馬偕紀念醫院，進行實務經驗交流。
107 年 10 月 17 日	台灣婦產科醫學會黃閔照秘書長於巴西世界婦產科醫學會年度學術研討會演講「臺灣不責難生產事故救濟制度」。
107 年 11 月 8 日	財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理「醫糾協處與補償機制研究」國際研討會。

時間	重要記事內容
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。
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。
113 年 1 月	建立「生產事故救濟案件專業審查意見回饋機制」，提升醫療照護品質。
114 年 5 月	衛生福利部國民健康署提供 2 次的產後健康照護服務。
114 年 11 月 2 日	財團法人台灣婦女健康暨泌尿基金會黃閔照執行長於韓國婦產科醫學會大會演講 -Maternal mortality in Taiwan

附錄二 114 年度生產事故救濟活動成果

時間	活動內容
114 年 4 月 23 日	生產事故事件通報作業說明會
114 年 5 月	辦理 2 場 114 年度生產事故溝通關懷與支援工作坊
114 年 7 月 12 日	事故家庭座談會
114 年 7 月 30 日	衛生局說明會 - 因應「醫療事故預防及爭議處理法」實施辦理生產事故救濟相關說明會
114 年 5 月～7 月	舉辦機構建立孕產兒風險管控機制響應活動
114 年 8 月～9 月	辦理 3 場 114 年度「生產事故救濟研討會」
114 年 10 月 31 日	風險概念推廣課程暨優良響應機構分享會（北區）
114 年 11 月 8 日	根本原因分析推廣課程 - 北部場
114 年 11 月 28 日	風險概念推廣課程暨優良響應機構分享會（中區）
114 年 11 月 21 日	根本原因分析推廣課程 - 南部場
114 年 12 月 5 日	風險概念推廣課程暨優良響應機構分享會（南區）
114 年 12 月	2025 生產事故救濟報告出版



回目錄

附錄三 114 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
產婦重度身心障礙	113 年 1 月	37 週又 4 天	頸椎後縱韌帶骨鈣化症	與生產無因果關係
產婦中度身心障礙	107 年 11 月	37 週又 5 天	腦損傷併雙側視丘缺血性改變	逾生產事故救濟條例第 14 條規定之 2 年
產婦重大（未達中度以上身心障礙級別）	113 年 10 月	38 週又 0 天	右下肢深部靜脈栓塞	未達救濟給付條件
	113 年 9 月	40 週又 3 天	雙側腎水腫	
新生兒死亡	114 年 8 月	33 週又 4 天	重型 α 地中海型貧血	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
	114 年 5 月	36 週又 1 天	先天性心臟病	
	114 年 2 月	36 週又 4 天	先天性心臟病	
	114 年 6 月	37 週又 4 天	先天性心臟病	
	114 年 3 月	38 週又 0 天	先天性心臟病	
	113 年 10 月	38 週又 4 天	先天性畸形致胎便性腹膜炎	
	112 年 11 月	40 週又 1 天	先天性心臟病	

回目錄

事故結果類型	生產年月	妊娠週數	主要診斷	不予救濟原因
	114 年 8 月	38 週又 1 天	猛爆性心肌炎併發心因性及敗血性休克	與生產無因果關係
	114 年 1 月	38 週又 2 天	嬰兒猝死症侯群	
	114 年 2 月	32 週又 0 天（矯正週數）	未滿 33 週之新生兒死亡	未滿 33 週，屬生產事故救濟條例第 11 條第 2 款之救濟排除條件
新生兒極重度身心障礙	111 年 1 月	39 週又 1 天	胎內感染及先天性異常	重大先天畸形或基因缺陷，屬生產事故救濟條例第 11 條第 2 款之救濟排除條件
	109 年 12 月	34 週又 1 天	疑似先天基因異常	逾生產事故救濟條例第 14 條規定之 2 年
	108 年 12 月	40 週又 0 天	疑似周產期窒息併缺血缺氧性腦病變	
新生兒重度身心障礙	112 年 9 月	38 週又 0 天	芳香族 L- 胺基酸類脫羧基酶（AADC）缺乏症	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 10 月	38 週又 6 天	Kasabach–Merritt 症候群（KMS）	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	114 年 1 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
	114 年 6 月	24 週又 6 天	未滿 33 週之胎兒死亡	
	112 年 4 月	25 週又 5 天	未滿 33 週之胎兒死亡	
	113 年 12 月	27 週又 6 天	未滿 33 週之胎兒死亡	
	112 年 4 月	30 週又 5 天	未滿 33 週之胎兒死亡	
	114 年 1 月	32 週又 6 天	未滿 33 週之胎兒死亡	
	113 年 8 月	36 週又 2 天	未滿 33 週之胎兒死亡	
	110 年 7 月	34 週又 0 天	不明原因	逾生產事故救濟條例第 14 條規定之 2 年
	111 年 4 月	32 週又 6 天	未滿 33 週之胎兒死亡	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

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，本部特製訂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114年度調查結果，採樣對象包含民眾版及機構版，民眾版為本部發送行政處分函（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114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。

114年度調查共寄出249份民眾版問卷、94份機構版問卷，共計寄出343份；統計至114年12月31日止，共計回收256份問卷，回收率74.6%。其中民眾版回收218份，回收率為87.6%；機構版回收38份，回收率為40.4%。

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. 49.6%為委由醫療機構協助申請生產事故救濟、48.6%為民眾自行申請生產事故救濟；83.0%表示醫療機構有告知/協助準備相關文件。
2. 有96.3%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。

（二）醫療機構之關懷服務

民眾版

1. 77.6%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81.2%）、協助申請生產事故救濟給付（占73.4%）、病情解釋（占60.6%）、轉介社福或專責聯絡人（占28.0%）、協助申請其他經濟補助（占23.9%）。

3. 82.1% 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. 83.4% 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. 79.3% 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. 97.4% 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 97.4%）、病情解釋（占 94.7%）、協助申請生產事故救濟給付（占 89.5%）、協助申請其他經濟協助（占 34.2%）、轉介社福或專責單位（占 31.6%）。
3. 100.0% 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

96.3% 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。

（四）生產事故救濟制度

民眾版

1. 93.1% 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。

機構版

1. 97.4% 的醫療機構對於「生產事故救濟制度」表示非常滿意或滿意。
2. 97.4% 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。

（五）生產事故關懷紀錄表

1. 94.7% 醫療機構知道「醫療事故預防及爭議處理法」對於「醫療機構提供說明、溝通、協助及關懷服務，應製作紀錄，並至少保存三年」之相關規定。
2. 94.7% 醫療機構知道衛生福利部有提供「生產事故關懷紀錄表」，其中 75% 之知悉機構已實際使用該紀錄表。
3. 91.7% 醫療機構對於「生產事故關懷紀錄表」執行關懷業務表示非常有幫助或有幫助。

2026 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、林芯伃、林瑞瑩、洪聖惠、康　琳、張瑞幸、張睿詒、郭恬妮、陳中明、陳宜雍、黃崇濱、黃淑英、黃閔照、葉長青、詹德富、穆淑琪

編輯小組　李幸齡、謝瑜珊、禹美君、藍斐雯、龔筱媛、簡琬儒、葉以翎、陳聖愛

執行編輯　劉玉菁、呂念慈、張舒婷、楊雅淳

出版機關　衛生福利部

地　　址　111558 臺北南港區忠孝東路 6 段 488 號

電　　話　(02)8590-6666

傳　　真　(02)8590-7088

出版年月　中華民國 115 年 12 月

創刊年月　中華民國 107 年 12 月

編輯製作　種子發多元化廣告有限公司

定　　價　新臺幣 250 元整

展 售 處　臺北 國家書局松江門市

地址 臺北市松江路 209 號 1 樓

電話 (02)2518-0207

臺中 五南文化廣場

地址 臺中市西區台灣大道二段 85 號

電話 (04)2226-0330

ISSN　2789-4088

GPN　2011000015

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









促進全民健康與福祉・成為民眾最信賴部會

《2026 生產事故濟報告》
電子書版

ISSN 2789-4088
9 772789 408001

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