

表 11. 2010-2013 年の劇症型 GAS 感染症が原因の死亡例¹⁾

Table: 劇症型A群溶連菌感染症による妊産婦死亡例 (2010-2013)														
症例	年齢	妊娠歴	発症月	初発			始発症状から劇症化までの時間	劇症化			児の転機	溶連菌検出部位	解剖	劇症化から死亡までの時間
				妊娠週数	症状	初回治療		妊娠週数	症状	治療				
1	30歳代	1G1P(1CS)	3月	34週	腹痛、上気道炎症状、下痢(自宅)	ABPC/MCIPC, CLDM, 抗DIC	劇症化で発症	34週	腹痛、上気道炎症状、下痢(自宅)	ABPC/MCIPC, CLDM, 抗DIC, CPR	IUFD (劇症化時) > 自然娩出	培養(膣、母体血、臍帯血)	母(肺炎, 多臓器不全, 肺血症), 児(多臓器不全, 肺血症, 脳出血)	31日
2	30歳代	1G1P(1CS)	5月	18週	発熱、咽頭痛(自宅)	CTRX, CFPN	3日	18週	腹痛、血尿(自宅)	ABPC, 抗DIC, CPR	IUFD (劇症化で受診時)	培養(母体血、喀痰)	母(多臓器不全, 肺血症), 児(特記すべき所見なし)	18日
3	30歳代	2G2P	2月	35週	発熱(自宅)	アセトアミノフェン	2日	36週	発熱、ショック症状(病院)	ABPC/MCIPC, ステロイド, CPR	IUFD (初発症状後劇症化前)	トキシソで検出, 培養陰性	司法解剖	7時間
4	40歳代	3G1P1SA1KA	4月	10週	発熱(自宅)	NSAIDs	10時間	10週(IUFD)	発熱、腹痛、ショック症状(自宅)	CPR	IUFD (初発症状の3日前) > D&C (劇症化後)	培養(母体血、子宮)	母(子宮動脈、卵巣動脈から菌塊)	8時間
5	20代	0G	11月	分娩後1日(39週)	心窩部痛(病院)	経過観察	1日	分娩後2日(39週)	心窩部痛、ショック症状(病院)	腹膜炎の診断で開腹, PIPC, CLDM, IPM/CS, グロブリン	生存	培養(膣、母体血、腹水)	施行せず	3日
6	30歳代	3G3P	5月	15週	咳嗽(自宅)	鎮咳薬	4日	15週	腹痛、性器出血、ショック症状、意識消失(自宅)	EM, SBT/ABPC, CLDM, VCM, 抗DIC, グロブリン	IUFD (劇症化時) > 自然流産	培養(鼻腔, 胎盤, 膣), 遺伝子検査(emm type: emm1)	施行せず	10時間
7	30歳代	1G1P(1CS)	8月	37週	発熱(自宅)、GAS簡易検査陰性	入院, 帝王切開, CMZ	2日	帝切後2日(37週)	発熱、腹痛、呼吸苦、ショック症状、DIC (at hospital)	ABPC, MEPM, CLDM, 抗DIC, 透析	生存	培養(母体血)	母(多臓器不全、DIC、咽頭壊死、子宮筋壊死)	31時間
CPR: cardiopulmonary resuscitation														

参考文献

- 1) Hasegawa, J. ; Sekizawa, A. ; Yoshimatsu, J. ; Murakoshi, T. ; Osato, K. ; Ikeda, T. ; Ishiwata, I. ; Cases of death due to serious group A streptococcal toxic shock syndrome in pregnant females in Japan. Archives of Gynecology and Obstetrics, in press
- 2) 小林康祐. 1. Septic shock, TSS, TSLS, 劇症型溶血性レンサ球菌感染症. 日本産科婦人科学会誌. 2010;62:N247-51.
- 3) Stevens D.L. Invasive group A streptococcus infections. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America. 1992;14:2-11.
- 4) Deutscher, M. ; Lewis, M. ; Zell, E.R. ; Taylor TH, Jr., Van Beneden, C. ; Schrag, S. ; et al. Incidence and severity of invasive Streptococcus pneumoniae, group A Streptococcus, and group B Streptococcus infections among pregnant and postpartum women. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America. 2011;53:114-23.
- 5) Udagawa, H. ; Oshio, Y. ; Shimizu, Y. Serious group A streptococcal infection around delivery. Obstetrics and gynecology. 1999;94:153-7.

(4) 周産期医療に麻酔科医が積極的に関われるような環境を整備する。

総論：

帝王切開術や無痛分娩などの麻酔管理を安全に行うためには特別な知識や経験が必要とされ、諸外国では産科麻酔は麻酔科のなかでも重要な subspecialty として位置づけられている。しかし、我が国では現在でも帝王切開術の麻酔管理の半数近くを産科医が担当しており、また無痛分娩の普及率も非常に低い。諸外国のように産科麻酔に習熟した麻酔科医が、24 時間態勢で帝王切開の麻酔や無痛分娩に対応できるようになれば、緊急帝王切開や産褥出血などの際にも時機を逸せず適切に対応することが可能となるであろう。将来的には帝王切開術や無痛分娩などの麻酔管理は産科麻酔に習熟した麻酔科医が担当できるような体制を構築することが望まれるが、それまでの対策として帝王切開術においては術中に呼吸状態や循環動態などの管理に専従する医療スタッフを配置すること、無痛分娩においては十分な産科麻酔の研修を受けた医師が担当することを提言する。

症例 4

30 歳代、3 経妊 0 経産

妊娠 38 週、オキシトシンで分娩誘発。子宮口全開大後に分娩停止となり、当直の産婦人科医の到着を待って午後 6 時に緊急帝王切開が開始された。主治医である産婦人科医が脊髄くも膜下麻酔を施行し麻酔域を確認した後、術中の患者の全身管理は外回りの看護師が兼任した。手術開始直前に血圧が 76/40mmHg (脈拍数 92 回/分)まで低下して患者が吐き気を訴えたが、看護師にエフェドリン 5mg の静脈内投与を指示して手術を開始した。児は無事に娩出したが、胎盤が遺残し剥離面からの出血が持続した。アトニン 5 単位の急速投与を指示し、さらに点滴内にアトニン 10 単位混注を指示した。児娩出後 10 分経過した時点で出血量は 2,000ml を超え、血圧 68/32mmHg (脈拍数 108 回/分)となったため産科危機的出血の状態であると判断し母体搬送を決断した。同時に輸血 (RCC4 単位、FFP4 単位) を依頼した。子宮をガーゼタンポナーデのうえ閉創し、当直の産婦人科医が双手圧迫を継続した。母体搬送のための救急車が到着したが、輸血が届いていなかったため輸血の到着を待ってから出発した。救急車内で心停止し、搬送先の救命センターで蘇生を行ったが、到着 1 時間後に死亡が確認された。

評価

- ・ 導入直後の低血圧は、麻酔導入後の仰臥位低血圧症候群であると思われるが、術前の脱水症状を示唆していたかもしれない。この時点で十分な輸液を行っておくべきであった。
- ・ 児娩出後の低血圧は胎盤剥離面からの出血によるものと思われるが、アトニンの過剰投与による低血圧にも注意が必要である。アトニン無効例にはメチルエルゴメトリンなどの投与も考慮する。
- ・ 産科危機的出血の判断と母体搬送の決断は適切に行われていたが、輸血の到着を待たずに搬送すべきであった。
- ・ 直接の死亡原因は、予期せぬ癒着胎盤が原因の遺残胎盤による出血であり、手術開始前に母体を高次施設へ搬送して手術を行うことの判断は困難であったと思われる。さらに夕方の緊急帝王切開であり麻酔科医を確保することも困難であったと思われる。しかし、手術中の麻酔管理に専従する医療スタッフを確保して手術を行っていたら、迅速な対応が可能であったかもしれない。

ポイント1. 帝王切開術においては術中に呼吸状態や循環動態などの管理に専従する医療スタッフを配置すること

- 我が国では小規模な分娩施設が多く、常勤の麻酔科医のいない施設では産婦人科医が麻酔管理と手術の両方を担当せざるを得ないのが現状である¹⁾。
- 2008年に、全国の産科医療補償制度登録2,758施設を対象に行ったアンケート調査では、予定帝王切開術を主に麻酔科医が担当している施設の割合は、病院では55%、診療所では13%であった(図27、28)。また緊急帝王切開術を主に麻酔科医が担当している施設の割合は、病院では45%、診療所では8%であった(図29、30)。
- 同じ調査で麻酔科医が担当する帝王切開症例の割合を推測したところ、病院では59.1%であったが、診療所では14.5%で、日本全体では麻酔科医が麻酔を担当する帝王切開の割合は42.1%であった(図31)。
- 帝王切開では術前にリスクが認識されていない予定帝王切開でも産褥出血となることがあり、緊急帝王切開ではさらにリスクが高くなる。このような場合に麻酔科医がいないと適切な対応をすることが困難なので、帝王切開術は可能な限り麻酔科医を確保して行うように努める。

- 麻酔科の常勤医がいる施設であっても帝王切開の麻酔は産科管理としている場合があるが、このような状況を改善する努力が必要である。

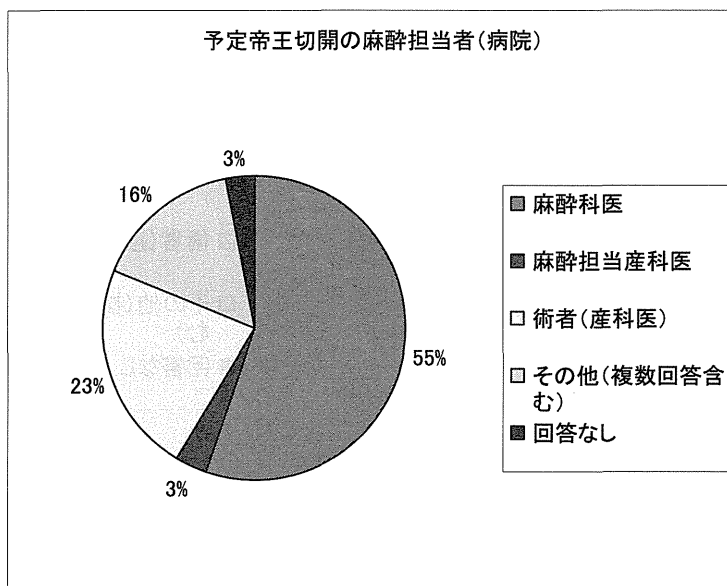


図 27：予定帝王切開の麻酔は誰が担当するか？（病院）

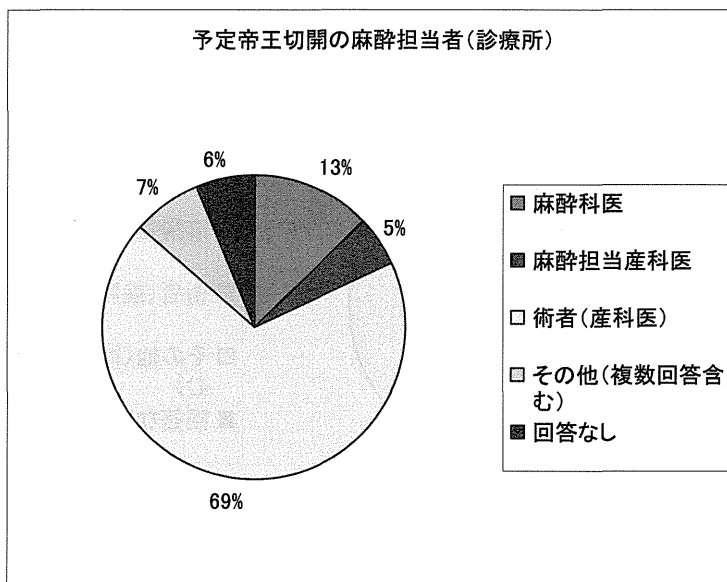


図 28：予定帝王切開の麻酔は誰が担当するか？（診療所）

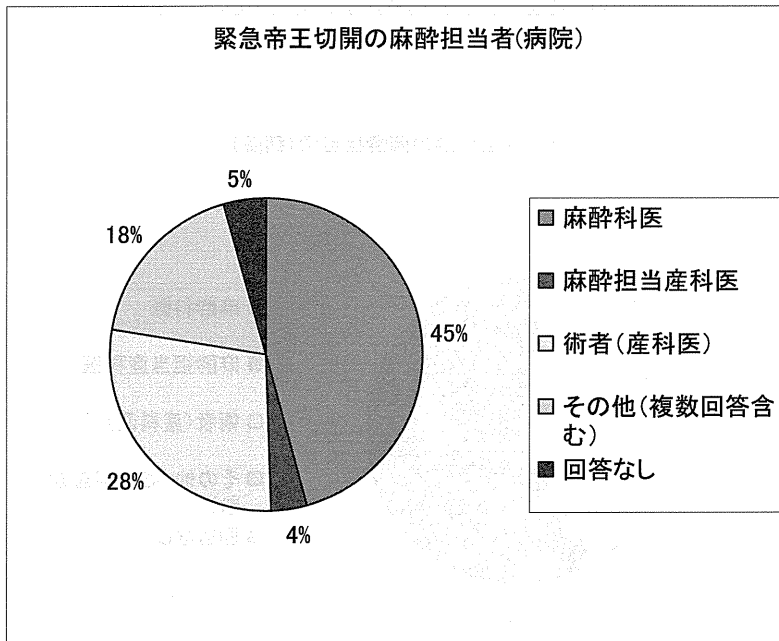


図 29 : 緊急帝王切開の麻酔は誰が担当するか？ (病院)

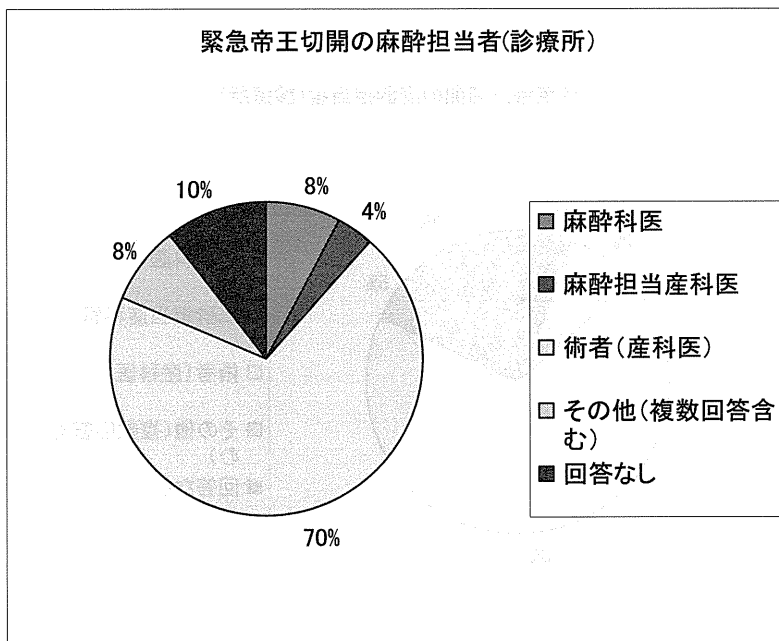


図 30 : 緊急帝王切開の麻酔は誰が担当するか？ (診療所)

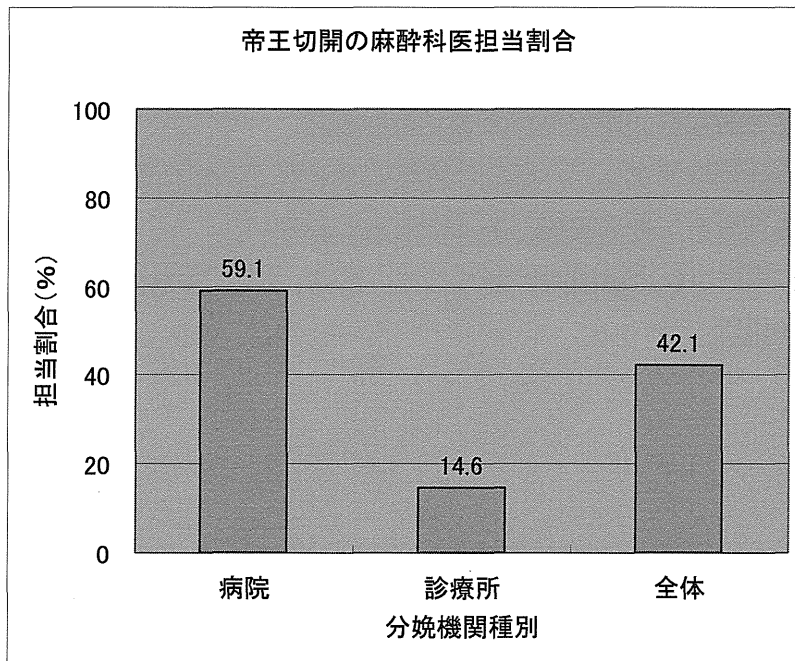


図 31 : 麻酔科医が担当する帝王切開の割合

図 27～31 は厚生労働科学研究費補助金（こども家庭総合研究事業）分担研究報告書「全国の分娩取り扱い施設における麻酔科診療実態調査」¹⁾ より

症例 5

40 歳代。1 経妊 1 経産。

妊娠 39 週で、計画分娩での無痛分娩が予定された。午前 7 時に硬膜外カテーテルを挿入し、オキシトシンによる誘発分娩を開始した。児は無事に娩出されたが、胎盤が娩出せずに遺残胎盤が疑われた。児娩出から 30 分後の出血量は 1,100ml で血圧は 84/40mmHg (脈拍数 108 回/分)であった。分娩室で用手剥離を試みたが、患者が痛みを訴え不成功であった。その時点で出血量は 1,500ml を超えており、血圧は 78/30mmHg (脈拍数 120 回/分)となり、麻酔科管理による手術室での用手剥離を申し込んだが、対応できる麻酔科医がおらず、入室まで 1 時間程度かかるとの返事であった。手術を待っている間に、心停止となりやむなく手術室に搬送し、子宮摘出術を行ったが蘇生不可能であった。

評価

- ・ 分娩 30 分後の時点ですでにショック状態であり、輸液負荷と並行して輸血の準備など、迅速な対応が必要であったと思われる。
- ・ 硬膜外カテーテルが入っているなら循環動態を安定させたうえで、用手剥離のための鎮痛を提供することも可能であったかもしれない。
- ・ 麻酔科医が無痛分娩に積極的に関与していれば、緊急時の対応もより迅速にできたかもしれない。

ポイント 2. 無痛分娩の麻酔は産科麻酔の十分な研修を受けた医師が担当する。

- 諸外国では一般的に行われている無痛分娩であるが、我が国では十分に普及していない¹⁾。
- 2008年に、全国の産科医療補償制度登録2,758施設を対象に行ったアンケート調査では、硬膜外麻酔による無痛分娩の割合は全分娩に対して、病院で1.8%、診療所で3.3%であり、日本全体では2.6%と推測された。(図32)
- またこれらの無痛分娩の多くは産科医が担当しているのが実情で、麻酔科医が担当すべきであるとの意見は、病院においても診療所においても30%以下にとどまった(図33、34)。
- 無痛分娩が普及している諸外国では、産科麻酔に理解のある麻酔科医が産科病棟に常駐することにより、無痛分娩を受けている妊婦だけでなく無痛分娩を受けていない妊婦の分娩の安全性の向上にも貢献している⁴⁾。我が国でも無痛分娩を希望する妊婦が増えつつあるが、無痛分娩を行うことが妊婦の快適性(Amenity)だけでなく安全性(Safety)の向上にもつながることを認識すべきである^{5,6)}。

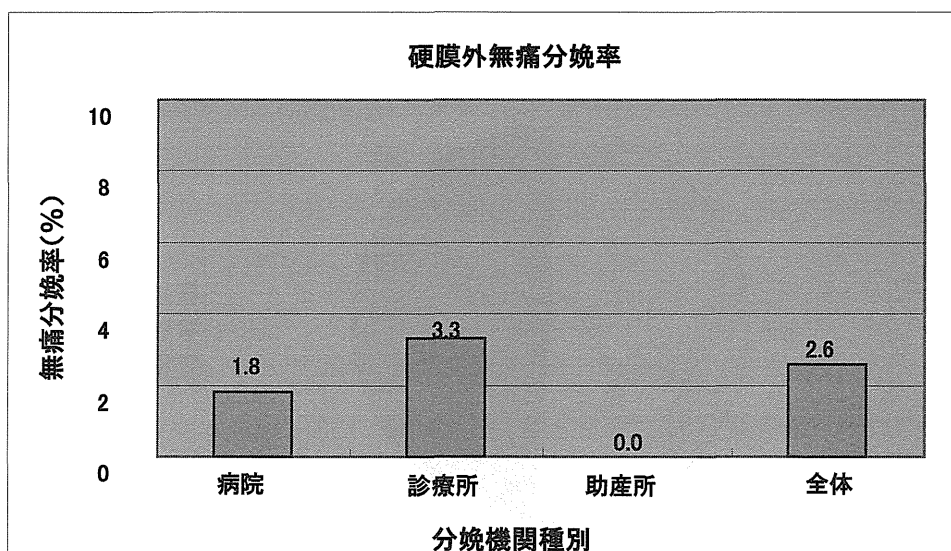


図 32 : 全分娩に対する硬膜外無痛分娩の割合

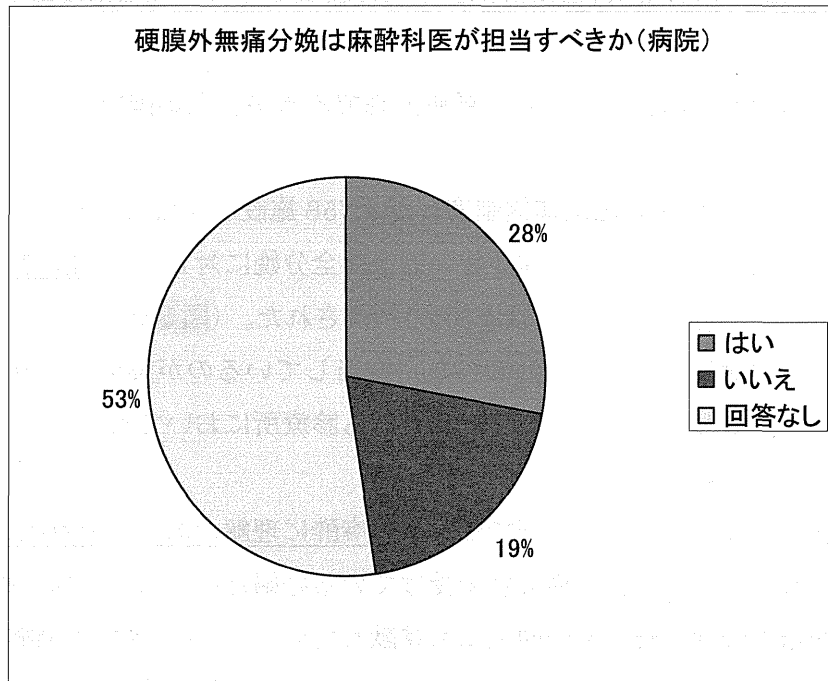


図 33：硬膜外無痛分娩は麻酔科医が実施すべきか？（病院）

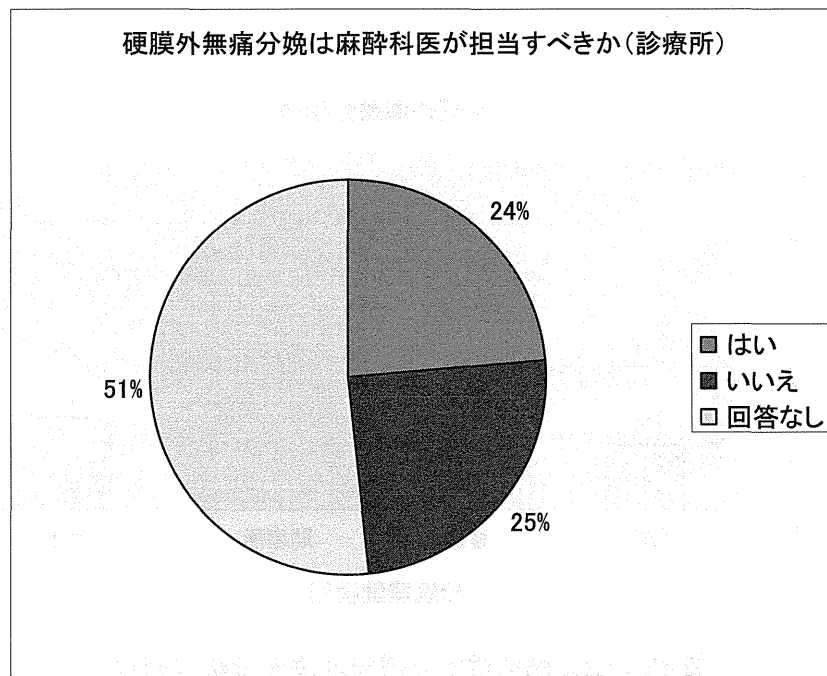


図 34：硬膜外無痛分娩は麻酔科医が実施すべきか？（診療所）

図 32～34 は厚生労働科学研究費補助金(こども家庭総合研究事業)分担研究報告書「全国の分娩取り扱い施設における麻酔科診療実態調査」¹⁾より

参考文献

- 1) 照井克生, 上山博史, 大西佳彦, 他:「全国の分娩取り扱い施設における麻酔科診療実態調査」厚生労働科学研究費補助金(こども家庭総合研究) 分担研究報告書
- 2) 照井克生. 超緊急帝王 切開 麻酔科医の立場から-産科麻酔医不足への対応 をどうするか? 周産期医学 vol. 39, no. 9, 2009, p. 1182-1186
- 3) 照井克生. 日米の産科 麻酔の現状比較. 麻酔 vol. 58, no. 11, 2009, p. 1473-1475
- 4) Driessen, M. ; Bouvier-Colle M. H. ; Dupont, C. ; Khoshnood, B. ; Rudigoz, R.C. ; Deneux-Tharoux, C. Pithagore6 Group. Postpartum hemorrhage resulting from uterine atony after vaginal delivery: factors associated with severity. *Obstetrics & Gynecology*. 2011 Jan; 117(1): 21-31.
- 5) 角倉弘行. 無痛分娩のメリットとデメリット. 週刊日本医事新報. 2013, no. 4636, p. 50-51.
- 6) 角倉弘行. 無痛分娩を普及させることにより分娩の安全性が向上する. 日本臨床麻酔学会誌. 2012, vol. 32, no. 7, p. 866-870.

(5) 産科危機的出血が起こった場合には、摘出子宮および胎盤の検索を必ず行う

症例 6

20代 経産婦。

妊婦健診では異常なし。妊娠 38 週 4 日に経膈分娩。分娩後弛緩出血を呈し、子宮収縮剤の投与や輸血を行ったにもかかわらず出血が 5,000ml にも及んだため、緊急に子宮摘出術を行った。子宮は肉眼像では柔らかく浮腫状であった (図 35)。組織像でも間質の浮腫が目立ち(図 36)、血管内には羊水のムチン成分であるアルシアン・ブルー陽性物質(図 37)や胎児成分のサイトケラチン (cytokeratin : AE1/AE3)陽性物質(図 38)を認めた。以上より子宮型羊水塞栓症と診断した。

評価

摘出子宮を詳細に検索することにより子宮型羊水塞栓症の診断に至った。疾患概念の理解と詳細の検索がなければ、弛緩出血と診断された可能性がある。

解説

病理検索を行うことで、診断の確定と、行われた医療の妥当性の評価につながる。医師は、行った行為と臨床経過を遅滞なく、患者本人やご家族に説明する必要があるが、病理検査結果を待って、初めて説明できる事項も多い。わが国で、現在最も重要な妊産婦死亡原因である産科危機的出血は、産道裂傷、羊水塞栓症、常位胎盤早期剥離などが含まれる。特に、症例のように、分娩後から①子宮収縮剤抵抗性の子宮弛緩、②非凝固性出血が早期から出現する DIC 先行型後産期出血の 2 つを主な徴候とする疾患は、「子宮型羊水塞栓症」と呼ばれるものである。

止血目的で摘出された子宮を検索することにより裂傷の有無や羊水流入部が証明できる。また、「子宮型羊水塞栓症」の組織診断として①子宮浮腫(通常の産褥子宮は 400g 程度であるが、600 g 以上は子宮浮腫が疑われ、800g 以上は重篤な子宮浮腫(子宮弛緩症)と判断される、②子宮筋層の静脈内に、羊水のムチン成分であるアルシアン・ブルー陽性物質(図 37)や胎児成分のサイトケラチン(cytokeratin:AE1/AE3)陽性物質、亜鉛コプロポルフィリン-1を証明すること、③アナフィラトクトイド反応の証明(C3a,C5a 陽性細胞)の 3 点が重要である。

また、胎盤早期剥離は分娩後の胎盤の病理学的検索により明らかにされる場合もある。胎盤早期剥離は分娩後の胎盤の病理学的検索により明らかにされる。大事なものは肉眼所見で胎盤後血腫(容易には剥離できない凝血塊)を同定すること、組織所見で基底脱落

膜に出血を証明することである。

検索方法について

- ・子宮は、前壁を Y 字に切開を入れて内部を肉眼的に確認し、その後できる限り速やかに充分量の 10%ホルマリン（体積の 10 倍以上）に浸けて固定する。
- ・胎盤は、胎児面の血液を強くぬぐわないように心がけて速やかに子宮と同様にホルマリンに浸けて固定する。

どちらも血液が豊富であるために固定不良となることが多い。可能であれば、1-2 時間固定した後に、新しい 10%ホルマリンに交換して固定を進めることを推奨する。そして 2 日以内に病理診断に提出する。

固定後

- ・子宮は、裂傷の有無、癒着胎盤の有無を確認した上で、できれば水平断（CT 断）で割を加えて検索する。血塊が付着している出血点と思われる部分は出血点を含むように割を加えて検索する。標本作製は、子宮頸部 1 カ所、体部については漿膜面から内膜面までを連続した切片として胎盤附着部から 4 カ所、胎盤が付着していない部分から 4 カ所、切り出すことを推奨する。
- ・胎盤は、臍帯を胎児側と母体側から 2 カ所、卵膜を 1 カ所、胎盤を血腫が付着している部分を含めて 4 カ所以上の合計 7 カ所以上を標本作製することを推奨する。

産科危機的出血の原因の確定のためには、子宮および胎盤の双方を十分に検索することが必要である。特に胎児因子、胎盤因子の検索のためにも胎盤の検索は重要である。分娩後や術後やむなく二次施設への母体搬送となった場合には、必ず病理診断の報告を二次施設へも連絡し、情報の共有をはかるべきである。

参考文献

- 1) 妊産婦死亡剖検マニュアル 妊産婦死亡に対する剖検マニュアル委員会 平成 22 年 8 月
- 2) Guidelines for handling of common and important surgical specimens uterus-hysterectomy (general instructions) p2632-33. Juan Rosai and Ackerman's Surgical pathology, 10th ed Elsevier, New York, USA.



図 35. 摘出した子宮 浮腫状で柔らかい

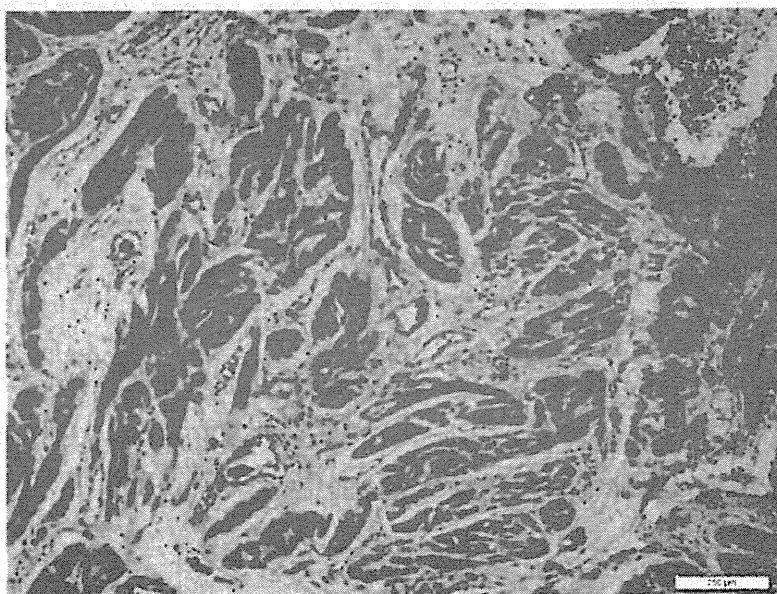


図 36. 組織像 間質の浮腫が目立つ

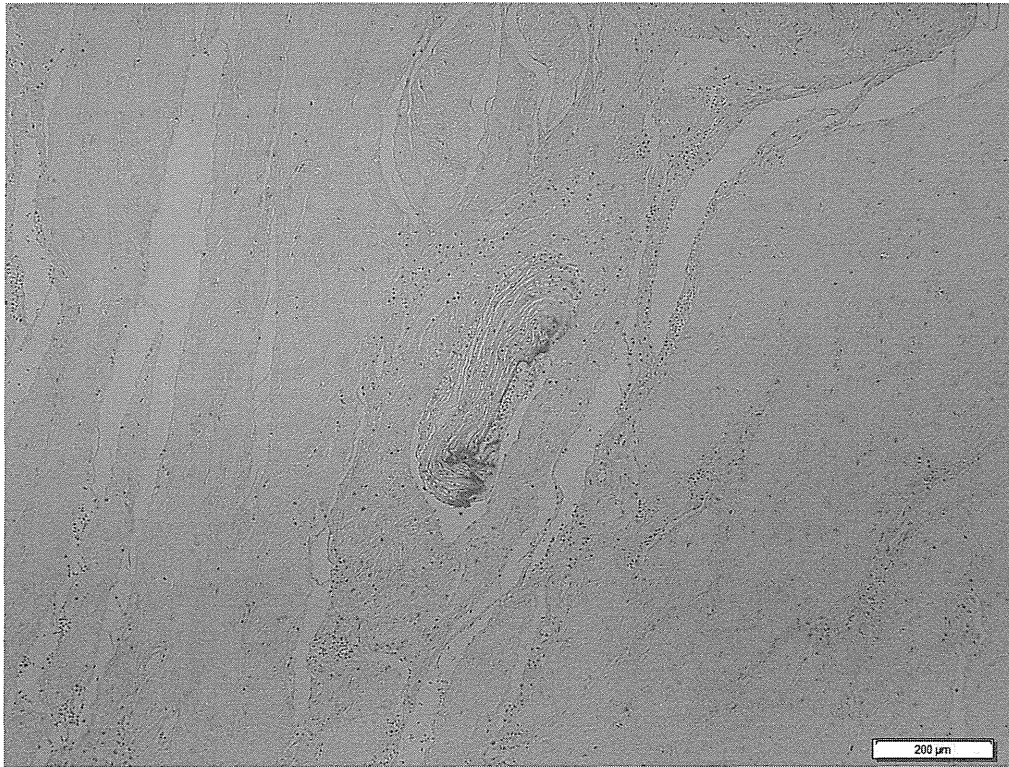


図 37. 特殊染色 血管内にアルシアン・ブルー陽性物質を認める



図 38. 免疫組織染色 血管内に CK 陽性物質を認める

(資料 2) 母体安全への提言 2014

母体安全への提言 2014

Vol.5

平成 27 年 8 月

妊産婦死亡症例検討評価委員会
日本産婦人科医会

平成 26 年度 厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「周産期医療と他領域との効果的な協働体制に関する研究」

平成 27 年度 循環器病研究開発費

目次

1. はじめに	3
2. 「母体安全への提言」が発刊される過程と妊産婦死亡検討評価委員	4
3. 2010-2014年の妊産婦死亡で事例検討の終了した213例の解析結果	
A. 報告に関するまとめ	7
B. 発症に関する検討	14
C. 搬送に関する検討	16
D. 再発防止に関する検討	17
E. まとめ	17
4. 2014年度の提言	18
提言1：帝王切開術後の静脈血栓塞栓症予防のため術後1日目には離床を促す	20
提言2：HELLP症候群の管理では母体の重篤な合併症を念頭におき、積極的 管理（硫酸マグネシウム投与、降圧療法、ステロイド投与）を行う・・・	23
提言3：癒着胎盤のマネージメントに習熟する	
～産婦人科医への提言～	30
・癒着胎盤の管理を事前確認しておく	
～麻酔科医への提言～	36
・帝王切開歴のある前置胎盤症例では、癒着胎盤の可能性がないかを 確認する	
・癒着胎盤が疑われる症例では、多量出血に十分備えた麻酔管理を行う	
提言4：～救急医との連携～	
母体救命症例への適切な対応のために、救急医との連携について平時 よりシミュレーションを行う	39
提言5：てんかん合併妊娠は、突然死があるので、入院中はモニターの装着を 考慮する	42
提言6：長引く咳嗽では結核を疑って精査する	45
提言7：精神疾患合併妊娠では十分な情報収集を行い、妊娠中だけでなく産褥期 にも精神科と連携をとり診療をおこなう	48
提言8：妊産婦死亡が起こった場合には、産婦人科医会への届け出とともに病理解 剖を施行する	53

1. はじめに

妊産婦死亡例は、20年前に比べて半減していますが、近年は、年間に40例前後に減少しているものの、更なる減少傾向はみられなくなっています。臨床の現場では、医師をはじめとする医療関係者が、安全に対して精一杯の努力をしており、これ以上妊産婦死亡例を減少させるには、現状の医療システムを大きく変える必要があると思います。例えば、一次施設から高次施設への母体搬送のみでなく、場合によっては「高次施設の医師が、血液をもって一次施設へ集まる」ことが有効な場合もあるでしょう。その点、救急医は、ドクターカーやメディカルコントロールという専門用語にあるように、我々産婦人科医には馴染みの少ない、有効な搬送システムや救急対処法を持っています。この、救急医のノウハウを学び、救急医と日頃から十分に連携をとっておくことが必要ではないでしょうか。現在、日本臨床救急学会、日本麻酔学会などと共同で、「母体救命システム普及協議会」を立ち上げ、分娩に立ち会う医師が基本的な母体蘇生の手技に習熟できるような教育システムを作るべく努力しております。

20年前には、死因の40%であった産科出血による死亡は、まだ第一位の死亡原因というものの23%前後まで減少してきました。5年以内には、脳出血による死亡が、わが国の第一死因となることが予想されます。脳出血死の約半数は、妊娠高血圧症候群/HELLP症候群であり、その他の原因による脳出血に比較して、出血の予防が可能ではないかと思われれます。その意味で、HELLP症候群に対する「マグネシウム、降圧療法、ステロイド投与」を、提言として挙げました。さらに、帝切後の静脈血栓症予防、てんかん合併妊娠、結核合併妊娠を取り上げました。

最近ショッキングなデータが出つつあります。大阪におけるデータから、20～40代女性の自殺のうち、妊娠中および分娩後1年以内に起こった妊娠関連の自殺が約4%であるというものです。これを日本全国に換算すると、約80例の妊娠関連自殺が起こっていることとなります。現在、我々が把握している妊産婦死亡数の約2倍の妊産婦が自殺死亡しているわけです。妊産婦メンタルヘルスへの取り組みを強化する必要が喫緊の課題です。妊娠関連自殺について実態調査を続けていくとともに、この問題は、乳幼児虐待にも強く関連すると思われ「精神疾患を合併する妊娠」を取り上げました。妊産婦メンタルヘルスは、今後ますます重要になっていくものと考えます。

また、2015年10月から、医療事故調査制度が開始されます。施設長が、診療上、「予見できなかった死亡」に関して、医療事故調査支援センターに届けるとともに、院内・院外で医療事故調査委員会を開き、死因の推定、医療との関連、今後の対応策などを纏めることが義務付けられます。これは、我々が行ってきた妊産婦死亡症例検討調査委員会の手法とほぼ同じものです。妊産婦死亡は、「予見できなかった死亡」の代表的なものであると考えられ、本妊産婦死亡症例検討評価委員会のデータベースが役立つものと考えます。

2015年8月

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤推進研究事業）

主任研究者 池田 智明

2. 「母体安全への提言」が発刊される過程と妊産婦死亡検討評価委員

全国で起こった妊産婦死亡は、日本産婦人科医会へ届けられ、患者名、施設名を匿名化された上で、死亡時の状況などの情報が、厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤推進研究事業（池田班：周産期医療と他領域との効果的な協働体制に関する研究）で行う妊産婦死亡検討評価委員会に提供され、それに基づき症例検討を行い、死亡原因、死亡に至った過程、行われた医療との関わり、および再発予防策などを評価している。

具体的には、毎月、国立循環器病研究センターで開催される「妊産婦死亡検討評価小委員会」において、産婦人科医 19 名、麻酔科医 5 名、病理医 2 名、法医 3 名、さらに数名の他科医によって報告書案が作成された後、年に 4 回開催される「妊産婦死亡検討評価委員会」を経て、最終的な症例検討評価報告書が作成され、日本産婦人科医会に提出されている。本委員会のメンバーは産婦人科医 33 名、麻酔科医 1 名、循環器内科医 1 名、弁護士（外科医でもある）1 名、計 36 名で構成されている（以下の名簿参照）。

妊産婦死亡検討評価委員

（五十音順）

池田 智明	三重大学医学部産科婦人科学教室	教授
池ノ上 克	宮崎市郡医師会病院	特別参与
石川 浩史	神奈川県立こども医療センター産婦人科	部長
石渡 勇	石渡産婦人科病院	院長
海野 信也	北里大学病院	病院長
大里 和広	三重大学医学部産科婦人科学教室	助教
鍵谷 昭文	つがる西北五広域連合つがる総合病院	副院長
桂木 真司	榊原記念病院産婦人科	部長
金山 尚裕	浜松医科大学産婦人科学教室	教授
川端 正清	日本産婦人科医会	監事
菊池 昭彦	岩手医科大学医学部産婦人科学講座	教授
北井 啓勝	稲城市立病院	顧問
久保 隆彦	医療法人社団シロタクリニック シロタ産婦人科	名誉院長
小林 隆夫	浜松医療センター	院長
齋藤 滋	富山大学大学院医学薬学研究部産科婦人科学教室	教授
佐藤 昌司	大分県立病院総合周産期母子医療センター	所長
椎名 由美	聖路加国際病院心血管センター循環器内科	医員
関沢 明彦	昭和大学医学部産婦人科学講座	教授
高橋 恒男	横浜市立大学	名誉教授