

**第 1 1 6 例目の脳死下での臓器提供事例に係る
検証結果に関する報告書**

脳死下での臓器提供事例に係る検証会議

目 次

ページ

はじめに	2
第1章 救命治療、法的脳死判定等の状況の検証結果	
1. 初期診断・治療に関する評価	3
2. 脳死とされうる状態の診断及び法的脳死判定に関する評価	4
第2章 ネットワークによる臓器あっせん業務の状況の検証結果	
あっせんの経過の概要とその評価	8
(参考資料1)	
診断・治療概要（臓器提供施設提出資料から要約）	11
(参考資料2)	
臓器提供の経緯（（社）日本臓器移植ネットワーク提出資料）	12
(参考資料3)	
脳死下での臓器提供事例に係る検証会議名簿	13
(参考資料4)	
医学的検証作業グループ名簿	14
(参考資料5)	
脳死下での臓器提供事例に係る検証会議における第116例目 に関する検証経緯	15

はじめに

本報告書は、平成22年12月に行われた第116例目の脳死下での臓器提供事例に係る検証結果を取りまとめたものである。

ドナーに対する救命治療、脳死判定等の状況については、まず臓器提供施設からフォーマットに基づく検証資料が提出され、この検証資料を基に、医療分野の専門家からなる「医学的検証作業グループ」において評価を行い、報告書案を取りまとめた。第43回脳死下での臓器提供事例に係る検証会議（以下「検証会議」という。）においては、臓器提供施設から提出された検証資料及び当該報告書案を基に、臓器提供施設から提出されたCT等の画像、脳波等の関係資料を参考として、検証を実施した。

また、社団法人日本臓器移植ネットワーク（以下「ネットワーク」という。）の臓器のあっせん業務の状況については、検証会議において、ネットワークから提出されたコーディネート記録、レシピエント選択に係る記録その他関係資料を用いつつ、ネットワークのコーディネーターから一連の経過を聴取するとともに、ネットワークの中央評価委員会における検証結果を踏まえて、検証を実施した。

本報告書においては、ドナーに対する救命治療、脳死判定等の状況の検証結果を第1章として、ネットワークによる臓器あっせん業務の状況の検証結果を第2章として取りまとめた。

第1章 救命治療、法的脳死判定等の状況の検証結果

1. 初期診断・治療に関する評価

1-1 病院前対応

50代男性。平成22年12月23日、1:50頃、自宅2階で物音がしたため家族が確認したところ、腹臥位で倒れているのを発見し、救急隊要請。02:24救急隊現着。その際の意識レベルはJCS 300。心肺停止状態。瞳孔径両側7mmで散大、対光反射なし。心静止であった。CPRとマスク換気を継続しながら搬送。搬送途中、末梢静脈ルート確保、アドレナリン1mgを投与。

1-2 来院時対応・初期治療

同日02:29、当該病院到着。病院到着時も心静止。気管挿管、アドレナリン2mg投与、アトロピン2mg投与を行う。気管支喘息の既往、理学所見及び挿管後も換気が困難であったことから、喘息発作の重積状態と診断した。02:39自己心拍再開。自発呼吸・咳嗽反射なく、深昏睡。その後も重積状態が続き、補助換気が困難であった。03:41頭部CTを施行。脳槽が縮小し、皮髄境界が不明瞭であった。

1-3 入院後治療

同日04:40、集中治療室入室。入院後より、気道抵抗は再び悪化し、アドレナリン0.3mg皮下注、 β 刺激薬吸入、ネオフィリン点滴、ステロイド静注を行った。低体温療法を行うも、循環不安定で短時間で中止した。このころより、自発呼吸が認められるようになったが、日中には再び自発呼吸・咳嗽反射消失した。19:36に、収縮期血圧が40mmHg代へ低下したため、ドパミンを用いた。

12月24日、尿量630mL/h、尿浸透圧146mOsmとなり、尿崩症と診断し、バソプレシンを開始し、ドパミンを増量した。喘息発作は続いていた。

12月25日、意識レベルは不変。瞳孔径両側8mmで固定。各種脳幹反射消失。自発呼吸なし。低張尿続き、喘息発作も頻発。13:00右下眼瞼の痙縮が一時みられた。16:30収縮期血圧が200mmHgを超えたため、ドパミンを中止し、バソプレシンを減量した。

12月26日、2:00頃、右半身に筋線維束攣縮あり、短時間で消失。5:40収縮期血圧200mmHg以上が続き、ニカルジピンを開始し、以後血圧に合わせて調節を行った。

12月27日13:00脳死とされうる状態の判定を開始した。

(初期診断及び治療)

自宅にて発症した、気管支喘息重積発作による心肺停止後の、蘇生後低酸素脳症の事例である。当該病院搬入時、心肺停止状態であった。頭部CTでは、脳槽が縮小し、皮髄境界が不明瞭であった。来院時から脳死とされうる状態の判断に至る間、深昏睡、両側瞳孔散大固定は、継続した。

蘇生後低酸素脳症に対する治療としての、過換気や軽度低体温療法等については、呼吸循環の安定化が得られないため、施行困難であった。

また、循環が安定せず、グリセリンなどの脳圧降下薬は使用困難であった。

（呼吸器系の管理）

救急隊接触時には、心肺停止状態であった。マスク換気を行いながら搬送し、当該医療機関に搬送後は、気管挿管を行い、SIMV（同期型間歇的強制換気）モードによる人工呼吸管理となった。入院同日に、一時的には自発呼吸が再開したものの、同日中に自発呼吸は消失し、その後再開しなかった。喘息に対する治療については、アドレナリン、吸入 β 刺激薬、ネオフィリン及びステロイド投与等を行ったが、喘息発作は継続した。

（循環器系の管理）

救急隊接触時には心静止状態であったが、治療により搬送後 10 分後に心拍再開した。心拍再開後は、血圧は 100/70mmHg であった。

12 月 23 日から 24 日は低血圧に対してドパミンが必要であったが、24 日のバソプレシン開始後は血圧が上昇し、ドパミンを終了した。26 日には、高血圧に対してニカルジピンを使用し、以後血圧に合わせて調整を行った。

（水電解質の管理）

12 月 24 日未明より低張多尿が出現し、循環が不安定となったため、尿崩症と診断しバソプレシン投与を開始した。バソプレシン開始後は、血圧が上昇した。電解質については、12 月 24 日の血中 Na が 157mEq/L、血中 Cl が 117mEq/L と高値であったが、バソプレシンの投与により、12 月 25 日にはほぼ基準値に改善した。

（評価）

施設より提供された検証資料や CT 等の画像を踏まえ、検証した結果、本事例については適切な診断がなされ、全身管理を中心とする治療も妥当であった。

2. 脳死とされうる状態の診断及び法的脳死判定に関する評価

2-1 法的脳死判定開始直前の状態

自宅にて発症した、気管支喘息重積発作による心肺停止後の、蘇生後低酸素脳症の事例である。入院中、画像診断は当該病院搬入時に撮影された 1 回のみ撮影されており、頭部 CT にて全般的に脳実質は低吸収となり、脳槽の縮小、脳溝の不明瞭化、皮髄境界の消失が見られた。来院時から、深昏睡、両側瞳孔散大固定は継続した。

脳死判定に影響しうる薬剤として、ミダゾラム、ジアゼパム、フェニトイン及び臭化ベクロニウムを使用していた。ミダゾラムについては、投与量は 10mg/hr と通常の一般的な投与量であり、かつ中止後 95 時間経過していること、ジアゼパムについては、投与量は 10mg を一度使用したのみであり、12 時間経過していること、フェニトインについては、投与量は 500mg を 1 日 2 回であり、中止後 95 時間経過していること、臭化ベクロニウムについては、投与量は 3mg/hr と通常の一般的な投与量であり、かつ中止後 95 時間経過していることから、脳死判定には影響しないものと考えられる。また、意

識障害を起こしうる代謝・内分泌障害はなかった。

脳死とされうる状態の診断開始までに、人工呼吸管理は約 107 時間、深昏睡も約 107 時間継続していた。

(評価)

施設より提供された検証資料や CT 等の画像を踏まえ、検討した結果、前提条件を満たしている。すなわち

- ① 深昏睡および無呼吸で人工呼吸を行っている状態が継続している症例
- ② 原因、臨床経過、症状、CT 所見から、二次性器質的脳障害である症例
- ③ 現在行いうる全ての適切な治療手段をもってしても、回復の可能性は全くなかったと判断できる症例

以上のことより、脳死判定が行えると判断したことは妥当であった。

2-2 脳死とされうる状態の診断

検査時刻：12月27日13:00~21:40

体温：35.0℃（膀胱温） JCS：300, GCS：3

血圧：（開始時）145/86mmHg （終了時）148/86mmHg、89/分

心拍数：（開始時）82/分 （終了時）89/分

検査中の昇圧薬の使用：アドレナリン、バソプレシン

自発運動：なし 除脳硬直・除皮質硬直：なし けいれん：なし

瞳孔：固定 瞳孔径：右 8.0mm 左 8.0mm

脳幹反射：対光・角膜・毛様脊髄・眼球頭・前庭・咽頭・咳反射すべてなし

脳波：いわゆる平坦脳波（ECI）（記録時間 25 分、 $10\mu\text{V}/\text{mm}$ 、 $2\mu\text{V}/\text{mm}$ ）

電極配置：国際 10-20 法：Fp1、Fp2、C3、C4、Cz、T3、T4、O1、O2、A1、A2

単極導出（Fp1-A1、Fp2-A2、C3-A1、C4-A2、O1-A1、O2-A2、C3-O1、C4-O2）

双極導出（Fp1-C3、Fp2-C4、T3-Cz、T4-Cz）

呼名刺激及び顔面痛み刺激に対する反応は認められなかった

アーチファクトは心電図と静電・電磁誘導を認めた

聴性脳幹誘発反応：I～V波全て消失

(施設における診断)

以上の結果から、脳死とされうる状態と診断される。

(評価)

深昏睡であり、瞳孔は固定、脳幹反射は消失しており、いわゆる平坦脳波であった。また、聴性脳幹誘発反応についても、I～V波全てが消失していた。以上から、脳死とされうる状態と診断したことは妥当である。

2-3 法的脳死判定

① 第1回法的脳死判定

検査時刻：12月28日09：32～13：26

体温：37.3℃（膀胱温） JCS：300、GCS：3

血圧：（開始時）166/95mmHg （終了時）203/110mmHg

心拍数：（開始時）101/分 （終了時）101/分

検査中の昇圧薬の使用：アドレナリン、バソプレシン

自発運動：なし 除脳硬直・除皮質硬直：なし けいれん：なし

瞳孔：固定 瞳孔径：右6.5mm 左6.5mm

脳幹反射：対光・角膜・毛様脊髄・眼球頭・前庭・咽頭・咳反射すべてなし

脳波：いわゆる平坦脳波（ECI）（記録時間：31分 10μV/mm 2μV/mm）

電極配置：国際10-20法：Fp1、Fp2、C3、C4、Cz、T3、T4、O1、O2、A1、A2

単極導出（Fp1-A1、Fp2-A2、C3-A1、C4-A2、O1-A1、O2-A2、C3-O1、C4-O2）

双極導出（Fp1-C3、Fp2-C4、T3-Cz、T4-Cz）

アーチファクトは心電図と静電・電磁誘導を認めた。

呼名刺激及び顔面痛み刺激に対する反応は認められなかった。

聴性脳幹誘発反応：I～V波全て消失

無呼吸テスト（判定結果：無呼吸）

	開始前	3分後	5分後	人工呼吸再開後
PaCO ₂ (mmHg)	44.8	62.9	65.5	
PaO ₂ (mmHg)	402	253	122	
血圧 (mmHg)	177/97	226/120	195/105	203/110
SpO ₂ (%)	100	100	100	94

② 第2回法的脳死判定

検査時刻：12月28日19：26～21：19

体温：37.3℃（膀胱温） JCS：300、GCS：3

血圧：（開始時）162/84mmHg （終了時）194/100mmHg

心拍数：（開始時）101/分 （終了時）100/分

検査中の昇圧薬の使用：アドレナリン、バソプレシン

自発運動：なし 除脳硬直・除皮質硬直：なし けいれん：なし

瞳孔：固定 瞳孔径：右6.0mm 左6.0mm

脳幹反射：対光・角膜・毛様脊髄・眼球頭・前庭・咽頭・咳反射すべてなし

脳波：いわゆる平坦脳波（ECI）（記録時間：30分 10μV/mm 2μV/mm）

電極配置：国際10-20法：Fp1、Fp2、C3、C4、Cz、T3、T4、O1、O2、A1、A2

単極導出（Fp1-A1、Fp2-A2、C3-A1、C4-A2、O1-A1、O2-A2、C3-O1、C4-O2）

双極導出（Fp1-C3、Fp2-C4、T3-Cz、T4-Cz）

アーチファクトは心電図と静電・電磁誘導を認めた。

呼名刺激及び顔面痛み刺激に対する反応は認められなかった。

聴性脳幹誘発反応：I～V波全て消失

無呼吸テスト（評価：無呼吸）

	開始前	3分後	5分後	人工呼吸再開後
PaCO ₂ (mmHg)	44.1	61.5	69.5	
PaO ₂ (mmHg)	317	342	291	
血圧 (mmHg)	183/95	207/110	213/108	215/107
SpO ₂ (%)	100	100	100	97

（施設における診断）

第1回法的脳死判定：法的脳死判定基準を満たすと判定（12月28日13：26）

第2回法的脳死判定：法的脳死判定基準を満たすと判定（12月28日21：19）

（評価）

深昏睡であり、瞳孔は散大し固定、脳幹反射は消失し、平坦脳波（ECI）であった。無呼吸テストに関しては1回目、2回目ともに安全に行えたと考える。必要なPaCO₂レベルに達し、無呼吸と判断できる。

（まとめ）

本事例の法的脳死判定は、脳死判定承諾書を得た上で、指針に定める資格を持った専門医が行った。法に基づく脳死判定の手順、方法、結果の解釈に問題はない。以上から本事例を法的に脳死と判定したことは妥当である。

第2章 ネットワーク中央評価委員会による臓器あっせん業務の状況の検証結果

1. 初動体制並びに家族への脳死判定等の説明および承諾

平成22年12月23日1:50頃、本人が意識消失しているところを家人が発見し、救急車要請。救急隊到着時、心静止。

同日2:29、病院到着。到着時、心拍再開、瞳孔散大、対光反射消失。頭部CT上、脳槽縮小、皮髄境界不明瞭であった。

同日14:58、主治医から家族へ病状説明を行った際、家族より臓器提供の申し出があった。

12月27日21:40、法的脳死判定から無呼吸テストを除くすべての項目を満たし、脳死とされうる状態と判断。

同日22:10、家族が脳死下臓器提供についてコーディネーターの説明を聞くことを希望されたため、病院よりネットワーク西日本支部に連絡。

12月28日、ネットワーク及び都道府県のコーディネーター2名により、院内体制等を確認するとともに、医学的情報を収集し一次評価（ドナーになることができるかどうかの観点からコーディネーターが行うドナーの入院後の検査結果等に基づく評価）等を行った。

同日6:45より約1時間15分、ネットワーク及び都道府県のコーディネーター2名が家族（妻、長男、長女、母親、他2名）に面談し、脳死判定および臓器提供の手順と内容、家族に求められる手続き等につき文書を用いて説明した。家族は、「何方かのお役に立てれば私達の救いにもなるし、支えにもなる。」「これまで考えたこともなかったが、時間が経つにつれ、人の役に立つことも良いことかな、と思うようになった。」「本人は人の役に立つようなことが好きな人なので、今、本人は話をすることができないが、もし元気なときに聴いたら、『良いことだ』と言うように思う。」と臓器提供を希望した。

同日7:45、家族の総意であることを確認の上、患者の妻が家族を代表して脳死判定承諾書および臓器摘出承諾書に署名捺印した。

【評価】

- コーディネーターは、家族への臓器提供に関する説明依頼を病院から受けた後、院内体制等の確認や一次評価等を適切に行ったと判断できる。
- 家族への説明等について、コーディネーターは、脳死判定及び臓器提供の手順と内容、家族に求められる手続き等を記載した文書を手渡して、その内容を十分に説明し、家族の総意での臓器提供の承諾であることを確認したと判断できる。

2. ドナーの医学的検査およびレシピエントの選択等

12月28日9:52に、心臓、肺、肝臓、小腸のレシピエント候補者の選定を開始した。膵臓と腎臓については、HLAの検査後、同日13:53にレシピエント候補者の選定を開始した。肺については、ドナーの医学的理由により移植を見合わせた。

法的脳死判定が終了した後、12月28日23:19より心臓、肝臓、膵臓、腎臓、小腸のレシピエント候補者の意思確認を開始した。

心臓については、第2候補者の移植実施施設側が移植を受諾し、移植が実施された。第1候補者はレシピエントの都合により辞退した。

肝臓については、第1候補者の移植実施施設側が移植を受諾し、移植が実施された。

膵臓については、第4候補者の移植実施施設側が移植を受諾し、膵腎同時移植が実施された。第1候補者はレシピエントの医学的理由により辞退し、第2候補者は一旦は移植を受諾したが、ドナーの医学的理由により辞退した。第3候補者は更新をしていなかったため、意思確認を見送った。

腎臓については、第2候補者の移植実施施設側が移植を受諾し、移植が実施された。第1候補者は更新をしていなかったため、意思確認を見送った。

小腸については、ドナーの医学的理由により移植が見送られた。

また、感染症検査等については、ネットワーク本部において適宜検査を検査施設に依頼し、特に問題はないことが確認された。

【評価】

- ドナーの提供臓器や全身状態の医学的検査等及びレシピエントの選択手続きは適正に行われたと評価できる。

3. 脳死判定終了後の家族への説明、摘出手術の支援等

12月28日21:19に脳死判定を終了し、主治医は脳死判定の結果を家族に説明した。その後、コーディネーターは、情報公開の内容等について説明し、家族の同意を得た。

【評価】

- 法的脳死判定終了後の家族への説明等は妥当であったと評価できる。

4. 臓器の搬送

12月29日にコーディネーターによる臓器搬送の準備が開始され、参考資料2のとおり搬送が行われた。

【評価】

- 臓器の搬送は適正に行われたと評価できる。

5. 臓器摘出後の家族への支援

臓器摘出手術終了後、コーディネーターは手術が終了し6人に移植される予定であることを家族に報告し、病院関係者等とともにご遺体をお見送りした。

3月6日、コーディネーター2名が家族を訪問。厚生労働大臣感謝状を持参し、移植手術の経過を報告した。家族は、「近所の方や子供の友人から『(臓器提供を行ったことについて)すごいことをしたね。勇気のいることだね。』と声をかけられ、本当に良

いことをしたと思っている。」と話した。

4月、コーディネーターより家族へ、肝臓移植のレシピエントからのサンクスレターを、手紙を添えて郵送した。

8月、コーディネーターより家族へ、膵腎同時移植のレシピエントからのサンクスレターを、手紙を添えて郵送した。

10月、家族は、大阪アイバンク主催の追悼法要に出席し、コーディネーターと近況について話した。

平成24年1月、コーディネーターより家族へ、レシピエントの移植後経過を手紙で報告した。

【評価】

- コーディネーターによるご遺体のお見送り、家族訪問、適宜の移植後経過の報告、移植レシピエントからのサンクスレターの受け渡しなどを行っており、家族への報告等は適切に行われたと認められる。

診断・治療概要（臓器提供施設提出資料要約）

12月23日	
01:50	自宅にて、腹臥位で倒れているのを家人に発見される。救急要請。
02:24	救急隊が現場に到着。意識レベル JCS300。心肺停止状態。瞳孔径両側 7mm で散大あり。対光反射なし。救急隊到着時は心静止。CPR とマスク換気を継続しながら搬送。搬送途中、末梢静脈ルート確保、アドレナリン 1mg を投与。
02:29	病院到着。病院到着時も心静止。気管挿管。アドレナリン 2mg、アトロピン 2mg 投与。気管支喘息重積と診断。
02:39	自己心拍再開。自発呼吸・咳嗽反射なく、深昏睡。
03:41	頭部CTを施行。全般的に脳実質は低吸収となり、脳槽の縮小、脳溝の不明瞭化、皮髄境界の消失が見られた。
04:40	集中治療室に入院。入院後より、気道抵抗は再び悪化し、アドレナリン 0.3mg 皮下注等を行った。低体温療法を行うも、循環不安定で短時間で中止。このころより、自発呼吸が認められるようになった。全身の筋痙縮が認められた。
日中	深昏睡、再び自発呼吸消失、咳嗽反射消失。
19:36	収縮期血圧 40mmHg 代へ低下、ドパミン 10 μ 開始し、血圧上昇。
12月24日	尿崩症と診断し、ピトレシン開始。
12月25日	
	意識レベル不変。瞳孔径両側 8mm で固定。各種脳幹反射消失。自発呼吸なし。
13:00	右下眼瞼の痙縮が一時みられた。
16:30	収縮期血圧が 200mmHg を超え、ドパミン中止、ピトレシン減量。
12月26日	
2:00頃	右半身に筋線維束攣縮あり。短時間で消失。
5:40	収縮期血圧 200mmHg 以上が続き、ニカルジピン開始。
12月27日	
13:00	脳死とされうる状態の判定を開始。
21:40	脳死とされうる状態と判断。
12月28日	
7:45	脳死判定及び臓器摘出について家族が承諾。
9:32	第1回法的脳死判定を開始。
13:26	第1回法的脳死判定を修了。
19:26	第2回法的脳死判定開始。
21:19	第2回法的脳死判定終了。法的脳死と判定した。

第116例 臓器提供の経緯

2010年		29日	
現地Coの動き	日本臓器移植ネットワーク本部／支部の動き	現地Coの動き	日本臓器移植ネットワーク本部／支部の動き
入院		14:02 手術室入室 呼吸・循環管理開始	
12月23日 14:58 臓器提供について家族からの申し出		14:33 摘出手術開始	
27日 21:40 脳死とされうる状態にあると判断 脳死とされうる状態の項目を満たす		15:33 大動脈遮断・灌流開始	
22:10 脳死後の臓器提供説明依頼 Coの説明を聞くことを家族が希望	22:10 西日本支部で第一報を受信 Coを派遣	15:43 心臓摘出	
28日 5:55 Coが病院到着 病院体制の確認・医学的情報収集		15:55 肝臓摘出	
6:45 脳死後の臓器提供説明		16:06 脾臓摘出	
7:45 承諾書への署名捺印 脳死判定承諾書・臓器摘出承諾書 説明終了	9:00 臓器幹線対策本部設置 承諾の連絡を受け対策本部を設置	16:10 腎臓摘出	
9:32 第1回脳死判定 13:26 判定終了	9:52 心臓・肺・肝臓・小腸移植 適合者検索 対策本部にて検索	17:32 眼球摘出	
13:26 判定終了	10:50 肺の幹線を断念 医学的理由	17:55 手術室退室	
19:26 第2回脳死判定 21:19 判定終了(死亡確認)	13:53 脾臓・腎臓移植 適合者検索 対策本部にて検索		22:22 臓器幹線対策本部解散 臓器搬送の終了を確認
29日	0:40 小腸の幹線を断念 医学的理由		

臓器の搬送	心臓	肝臓	脾臓・左腎臓	右腎臓
12月29日 15:58 市消防ヘリ 伊丹空港着	16:58 タクシー 神戸空港着	17:26 タクシー 新大阪駅着	17:04 タクシー 関西医科大学附属枚方病院	
16:22 チャーター機 羽田空港着	18:55 定期便 新千歳空港着	18:00 新幹線 東京駅着		
17:19 コーディネーター緊急車輛 17:44 東京大学医学部附属病院	20:45 タクシー 22:21 北海道大学病院着	20:33 東京駅着		
		21:32 コーディネーター車輛 千葉東病院		

脳死下での臓器提供事例に係る検証会議名簿

氏 名	所 属
宇都木 伸	東海大学法学部名誉教授
川口 和子	全国心臓病の子供を守る会
吉川 武彦	清泉女学院大学・清泉女学院短期大学学長
島崎 修次	国土舘大学大学院救急システム研究科研究科長
高杉 敬久	(社)日本医師会常任理事
竹内 一夫	杏林大学名誉学長
アルフォンス・デーケン	上智大学名誉教授
新美 育文	明治大学法学部教授
藤森 和美	武蔵野大学人間科学部人間科学科教授
○ 藤原 研司	独立行政法人労働者健康福祉機構横浜労災病院名誉院長
宮本 信也	筑波大学人間系長
柳澤 正義	社会福祉法人恩賜財団母子愛育会 日本子ども家庭総合 研究所名誉所長
柳田 邦男	作家・評論家
山田 和雄	名古屋市立大学脳神経外科教授

(50音順／敬称略 ○：座長)

医学的検証作業グループ名簿

	分野	A班	B班
班長		竹内 一夫 (杏林大学名誉学長)	
班員	初期治療	阿部 俊昭 (東京慈恵医大脳外科教授)	木内 博之 (山梨大学脳神経外科教授)
		川原 信隆 (横浜市立大学脳神経外科教授)	永廣 信治 (徳島大学脳神経外科教授)
	救命救急	○ 坂部 武史 (山口労災病院院長)	木下 順弘 (熊本大学救急医学)
		横田 裕行 (日本医科大学救急医学教授)	○ 島崎 修次 (杏林大学名誉教授)
	脳波	鈴木 一郎 (日本赤十字社医療センター 脳神経外科部長)	梶田 泰一 (名古屋大学脳神経外科准教授)

※ ○は班長代理

脳死下での臓器提供事例に係る検証会議
における第116例目に関する検証経緯

平成24年5月30日

医学的検証作業グループ（第40回）

平成24年7月30日

第43回脳死下での臓器提供事例に係る検証会議

救命治療、法的脳死判定等及び臓器あっせん業務を検証。