

**第 2 3 9 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((公社)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239例目 に関する検証経緯	15

はじめに

本報告書は、平成25年10月に行われた第239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72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、公益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

1. 初期診断・治療に関する評価

(1) 病院前対応

60歳代、女性。高血圧症にて内服加療中であった。平成25年10月7日外出中、飲食店内で頭痛を認め、トイレで2回嘔吐した。店員により9:41、救急要請された。9:48救急隊現着時、意識レベルJCS200、自発呼吸はあり、左共同偏視を認めた。9:54に現発し、酸素投与をしながら救急搬送となった。搬送中、意識レベルはJCS3まで改善した。

(2) 来院時対応・初期治療

9:56、当該医療機関へ到着。病院到着時、意識レベルJCS1、GCS15 (E4V5M6)、血圧176/100mmHg、脈拍89/分、瞳孔径両側2mm、対光反射は両側認めていた。静脈路確保の上、10:00に頭部CTを実施したところ、Fisher分類 group4のくも膜下出血を認めた。また、右前頭葉底部の脳内血腫及び脳室穿破を伴っており、軽度脳室拡大を認めた。CT室にて嘔吐、JCS200へ意識レベルの低下を認めたものの、その後JCS2に改善した。CT所見等より、脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血と診断し、脳血管造影検査及び脳動脈瘤塞栓術を行う予定とした。

(3) 集中治療室入室後

11:04集中治療室に入室した。入室時、意識レベルJCS30、自発呼吸あり、瞳孔両側1.5mm、対光反射は認めていたが、入室後、11:15に意識レベルがJCS200に低下し、呼吸も微弱となったため、気管挿管し、鎮静下に人工呼吸管理を開始した。13:00に頭部CTを実施したところ、第3脳室、側脳室の血腫の増大を認め、脳動脈瘤の再破裂の所見を認めた。その後13:15に脳血管造影検査を行った。5mm大の破裂前交通動脈瘤を認め、動脈瘤の頸部には5mm大の広茎形状のブレブ形成を伴っていた。14:00より、前交通動脈瘤に対し、脳動脈瘤塞栓術を施行した。術後、鎮静下に、意識レベルJCS300、瞳孔両側1.5mm、対光反射は認めていた。16:00、脳動脈瘤塞栓術後に撮影した頭部CTでは、出血の増大はなく、脳室拡大の進行は認めなかった。以後、全身管理を行ったが、10月8日6:00に両側瞳孔5.0mmと散大を認め、鎮静薬の投与を中止するも、対光反射、自発呼吸の消失を確認した。また、収縮期血圧の低下を認めた。8:40の頭部CTでは、脳動脈瘤塞栓術後の出血はみられないものの、第4脳室の著明な拡大を認め、水頭症と診断した。9:10、水頭症に対し、腰椎ドレナージ術を施行するも、神経学的所見の改善は認められなかった。以後、循環・呼吸管理を中心とした全身管理を継続したが、意識レベル、自発呼吸、神経学的所見の改善は認めなかった。

(初期診断及び治療)

くも膜下出血の事例。来院時頭部 CT で Fisher 分類 group4 のくも膜下出血を認めていたが、集中治療室入室後、再破裂を来した。脳血管造影検査を行い、前交通動脈瘤を認め、経皮的脳動脈瘤塞栓術を施行した。術後 CT では、出血増大、脳室の拡大は認めなかったものの、翌日朝、両側瞳孔散大、対光反射、自発呼吸の消失を認めた。頭部 CT では、脳動脈瘤塞栓術後出血はみられないものの、第 4 脳室の著明な拡大を認め、水頭症と診断した。腰椎ドレナージ術を行ったが、以後、神経学的所見の改善は認められなかった。

(呼吸器系の管理)

来院時、自発呼吸はあり、酸素投与による呼吸管理を行っていたが、10月7日11:15、呼吸が微弱となり、鎮静下に人工呼吸管理を開始した。しかし、10月8日6:00に両側瞳孔の散大を認め、鎮静薬の投与を中止するも、自発呼吸の消失を確認した。以後、自発呼吸の回復は認めなかった。経過中、P/F比(酸素化指数)は約200~400前後で推移した。

(循環器系の管理)

来院時血圧176/100mmHgであり、降圧薬投与による血圧管理を行っていたが、10月8日6:00に状態の悪化を認めた際に、収縮期血圧80mmHg台へと低下を認めたため、中止とした。10月9日に血圧低下を認め、ドパミン持続投与を開始し、血圧管理が行われた。

(水電解質の管理)

中枢性尿崩症による尿量増加を認め、バソプレシン投与による管理を行った。

(評価)

施設から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る。

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

(1) 法的脳死判定開始直前の状態

くも膜下出血の事例。来院後再破裂を来したため、前交通動脈瘤に対し経皮的脳動脈瘤塞栓術を施行した。しかし、術翌日朝、両側瞳孔散大、対光反射、自発呼吸の消失を認めた。頭部 CT で第 4 脳室の著明な拡大を認め、水頭症と診断し、腰椎ドレナージ術を施行したが、以後、神経学的所見の改善は認められなかった。

脳死判定に影響しうる薬剤は、プロポフォール 1.5mg/kg/hr、フェンタニル 0.0002mg/kg/hr を投与しているが、通常の使用量であり、最終投与から脳死とされうる状態の診断までにそれぞれ約 53 時間経過していることから脳死判定に影響はなかったと考えられる。また、意識障害を来しうる代謝・内分泌障害は認めなかった。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 72 時間、深昏睡は約 53 時間継続していた。

(評価)

施設から提供された検証資料や CT 等の画像を踏まえて検討した結果、脳死判定の対象としての前提条件を満たしている。すなわち、

- ① 深昏睡及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、脳の一次性器質的病変である症例
- ③ 現在行いうるすべ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

以上から、脳死判定を行うことができると判断したことは妥当である。

(2) 脳死とされうる状態の診断

検査時刻：10月10日11:05～10月10日13:40

体温：35.6℃（直腸温）

血圧：（開始時）225/130mmHg （終了時）236/142mmHg

心拍数：（開始時）112回/分 （終了時）109回/分

検査中の昇圧薬の使用：ドパミン

自発運動：なし 除脳硬直・除皮質硬直：なし けいれん・ミオクローヌス：なし

JCS 300、GCS 3 自発呼吸：なし

瞳孔：固定 瞳孔径：右 7.0mm/左 7.0mm

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32分 標準感度10 μ V/mm 高感度2 μ V/mm）

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

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

双極導出（T3-Cz、T4-Cz、Fp1-C3、Fp2-C4、C3-O1、C4-O2）

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、静電・電磁誘導によるものを認めた。

聴性脳幹誘発反応：I～V波全て消失

(施設における診断)

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、聴性脳幹誘発反応はI～V波全て消失していた。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。

(3) 法的脳死判定

① 第1回法的脳死判定

検査時刻：10月10日19:50～10月10日21:40

体温：36.6℃（直腸温）

血圧：（開始時）161/100mmHg （終了時）210/115mmHg

心拍数：（開始時）124回/分 （終了時）114回/分

検査中の昇圧薬の使用：ドパミン、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・ミオクローヌス：なし

JCS：300、GCS：3

瞳孔：固定 瞳孔径：右 7.0mm/左 7.0mm

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40分 標準感度10μV/mm 高感度2μV/mm）

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

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

双極導出（T3-Cz、T4-Cz、Fp1-C3、Fp2-C4、C3-O1、C4-O2）

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、静電・電磁誘導によるものを認めた。

聴性脳幹誘発反応：I～V波全て消失

無呼吸テスト：自発呼吸の消失を確認

	開始前 (酸素化後)	2分後	5分後	人工呼吸再開後
PaCO ₂ (mmHg)	42.1	56.3	67.7	
PaO ₂ (mmHg)	443	432	406	
血圧(mmHg)	200/123	212/128	214/122	185/110
SpO ₂	100	100	100	100

② 第2回法的脳死判定

検査時刻：10月11日7:28～10月11日9:27

体温：36.2℃（直腸温）

血圧：（開始時）114/55mmHg （終了時）173/85mmHg

心拍数：（開始時）110回/分 （終了時）87回/分

検査中の昇圧薬の使用：ドパミン、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・ミオクローヌス：なし

JCS 300、GCS 3

瞳孔：固定 瞳孔径：右 7.0mm/左 7.0mm

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41分 標準感度10μV/mm 高感度2μV/mm）

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

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

双極導出（T3-Cz、T4-Cz、Fp1-C3、Fp2-C4、C3-O1、C4-O2）

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、静電・電磁誘導によるものを認めた。

聴性脳幹誘発反応：I～V波全て消失

無呼吸テスト：自発呼吸の消失を確認

	開始前 (酸素化後)	2分後	5分後	8分後	11分後
PaCO ₂ (mmHg)	36.8	43.2	47.3	50.7	53.9
PaO ₂ (mmHg)	417	408	396	394	375
血圧(mmHg)	160/88	173/93	180/93	180/93	181/94
SpO ₂	100	100	100	100	100
	14分後	17分後	20分後		人工呼吸 再開後
PaCO ₂ (mmHg)	58.1	59.5	61.9		
PaO ₂ (mmHg)	364	381	357		
血圧(mmHg)	181/94	171/89	173/85		171/80
SpO ₂	100	100	100		100

(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（10月10日21：40）

第2回法的脳死判定：法的脳死判定基準を満たすと判定（10月11日9：27）

(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。無呼吸テストについては、第1回、第2回の脳死判定において、ともに安全に行うことができたと考える。必要なPaCO₂レベルに達していることを確認しており、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判定医が行っている。法に基づく脳死判定の手順、方法、検査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. コーディネーターによる初動対応

平成25年10月8日、主治医から家族へ病状説明し、脳死に近い状態であることを説明した。

10月10日、家族から主治医へ臓器提供意思表示カードの提示があり、臓器提供の申し出があった。

10月10日13:40、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された。主治医から家族へ病状説明し、臓器提供についてコーディネーターの説明を聞くか確認したところ、家族は希望した。

10月10日13:45、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したため、病院からネットワークに連絡があった。ネットワークは日本臓器移植ネットワーク及び都道府県のコーディネーター（以下、コーディネーター）3名を派遣し、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。

【評価】

- コーディネーターは、病院からの要請を受けて病院に赴き、院内体制等の確認や一次評価等を適切に行った。

2. 家族への脳死判定等の説明及び承諾

10月10日15:00から約2時間30分、コーディネーターが家族（夫、長男、長女、次女ほか2名）に面談し、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につき文書を用いて説明した。

本人は、臓器提供意思表示カードに臓器提供の意思を表示していた。健康保険証や運転免許証の意思表示欄には記載がなかった。臓器提供意思登録システムに登録されていないこと及び口頭による拒否の意思がないことを確認した。

家族は、「もう助からないと聞いた時、本人が何か書いていたことを思い出し、家の中を探したところ臓器提供意思表示カードを見つけた。本人の意思を尊重し提供したいと思う。」と話した。

10月10日17:35、家族の総意であることを確認の上、患者の夫が家族を代表して脳死判定承諾書及び臓器摘出承諾書に署名捺印した。承諾臓器は、心臓、肺、肝臓、腎臓、脾臓、小腸、眼球であった。

【評価】

- コーディネーターは、臓器提供意思表示カードに本人の書面による臓器提供意思表示があることを確認し、臓器提供意思登録システムの登録、及び口頭による拒否の意思表示がないことについて適切に確認した。
- 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。

3. ドナーの医学的検査及びレシピエントの選択等

10月10日18:50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、10月11日3:12にレシピエント候補者の選定を開始した。

法的脳死判定が終了した後、10月11日11:20から心臓、肺、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4候補者が移植を受諾し、移植が実施された。第1、3候補者はドナーの医学的理由、第2候補者はドナーとレシピエントの体格差により移植を辞退した。

肺については、第34候補者が移植を受諾し、移植が実施された。第1、3、7~11、13~33候補者はドナーの医学的理由、第2候補者はドナーとレシピエントの体格差、第4~6、12候補者はレシピエントの医学的理由により移植を辞退した。

肝臓については、第2候補者が移植を受諾し、移植が実施された。第1候補者はレシピエントの医学的理由により移植を辞退した。

膵臓については、第1、2、4~12、14~17、19~57候補者はドナーの医学的理由、第3候補者はレシピエントの都合により移植を辞退し、移植を見送った。第13、18候補者は未更新であったため、意思確認の対象から除外した。

腎臓については、第2、7候補者が移植を受諾し、それぞれに移植が実施された。第1、3、6候補者はレシピエントの医学的理由、第4、5候補者はレシピエントの都合により移植を辞退した。

小腸については、第1候補者がドナーの医学的理由により移植を辞退し、移植を見送った。

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

【評価】

- ドナーの感染症検査、組織適合性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。

4. 臓器の搬送

10月11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。

5. 臓器摘出後の家族への支援

10月12日、コーディネーターは病院関係者等とともにご遺体を見送った。

10月15日、コーディネーターは家族を訪問し、移植手術が終了したことを報告した。家族は、移植手術が無事に終わったことを喜んでいた。

11月8日、コーディネーターは家族を訪問し、移植後の経過を報告した。家族は、「本当にすごいことをしたんだな。遠いところで誰かを助けたのですね。」と話した。

12月17日、コーディネーターは家族を訪問し、県臓器移植推進財団等の感謝状を手渡し、移植後の経過を報告した。家族は、「こんなにたくさんの人を助けられて嬉しい。皆さん順調でよかったです。」と話した。厚生労働大臣からの感謝状は後日郵送した。

12月26日、コーディネーターは家族を訪問し、肺移植レシピエントからのサンクスレターを手渡した。

平成26年2月10日、コーディネーターは家族を訪問し、移植後の経過を報告した。家族は、「悲しんでいる暇がないくらい忙しく働いています。」と話した。

5月16日、コーディネーターは家族を訪問し、移植後の経過報告を行った。家族は、「皆さんお元気そうでうれしいです。」と話した。

8月26日、コーディネーターは家族を訪問し、肺移植レシピエントからのサンクスレターを手渡した。家族は、「こうして誰かを助けているなんてたいしたものだ。」と話した。

11月20日、コーディネーターは家族を訪問し、移植後の経過を報告し、心臓移植レシピエントからのサンクスレターを手渡した。家族は、「1年でこんなに元気になるのですね。」と話した。今後の経過報告の希望を確認したところ、家族は、「今後は1年に1回の経過報告が欲しいです。」と話した。コーディネーターから家族へ、今後も希望があればいつでも連絡を取れる体制にあることを伝え、年1回、移植後の経過を報告することとした。

【評価】

- コーディネーターによるご遺体の見送り、厚生労働大臣感謝状等の授受、移植後経過の報告、サンクスレターの授受は家族の希望に沿って適切に行われた。
- コーディネーターの連絡先を伝えていつでも連絡が取れる体制を整えており、適切に対応している。

診断・治療概要（臓器提供施設提出資料要約）

10月7日	
9:41	救急要請。
9:48	救急隊現着。意識レベル JCS200、自発呼吸あり。左共同偏視認める。
9:48	救急隊現発。
9:56	当該医療機関到着。JCS1、GCS15、瞳孔径右 2mm/左 2mm、対光反射は両側認める。
10:00	頭部 CT 実施。くも膜下出血認める。
11:04	集中治療室入室。循環・呼吸管理を中心とした全身管理を継続。
10月10日	
11:05	脳死とされうる状態の診断開始。
13:40	脳死とされうる状態の診断終了。
19:50	第1回法的脳死判定開始。
21:40	第1回法的脳死判定終了。
10月11日	
7:28	第2回法的脳死判定開始。
9:27	第2回法的脳死判定終了。法的脳死と判定した。

第239例 臓器提供の経緯

	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
2013年	入院		10月 11日		11:20 心臓・肺・肝臓・膵臓・腎臓・小腸 意思確認開始 対策本部→移植施設
10月 10日	6:30 臓器提供について家族から申し出 家族が意思表示カードを提示				11:35 小腸の斡旋を断念 医学的理由
	13:40 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				17:09 膵臓の斡旋を断念 医学的理由
	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		12日	4:03 手術室入室 呼吸循環管理開始	
	13:22 Coが病院到着 病院体制の確認・医学的情報収集	13:45 中日本支部で 第一報を受信 Coを派遣		4:35 摘出手術開始	
	15:00 脳死後の臓器提供説明			5:45 大動脈遮断・灌流開始	
	17:35 承諾書への署名捺印 脳死判定承諾書・臓器摘出承諾書 17:35 説明終了			5:59 心臓摘出	
	19:50 第1回脳死判定 21:40 判定終了	17:58 臓器斡旋対策本部設置 承諾の連絡を受け対策本部を設置		6:12 肺摘出	
		18:50 心臓・肺・肝臓・小腸移植 適合者検索 対策本部にて検索		6:26 肝臓摘出	
				7:05 腎臓摘出	
				7:52 右眼球摘出	
				7:58 左眼球摘出	
				8:23 手術室退出	
11日		3:12 膵臓・腎臓移植 適合者検索 対策本部にて検索			13:13 臓器斡旋対策本部解散 臓器搬送の終了を確認
	7:28 第2回脳死判定 9:27 判定終了(死亡確認)				

臓器の搬送	心臓	左肺	肝臓	右腎臓
10月 12日	6:17 防災ヘリ 小松空港到着	6:25 タクシー 福井駅到着	8:25 タクシー 名古屋大学医学部附属病院	9:20 タクシー 金沢大学附属病院
	チャーター機 羽田空港到着	在来線 京都駅到着	10:43	
	消防ヘリ 7:44 東京大学医学部附属病院到着	新幹線 博多駅到着		
		タクシー 11:55 福岡大学病院到着		
	左腎臓			
10月 12日	7:25 タクシー 7:45 福井大学医学部附属病院			

脳死下での臓器提供事例に係る検証会議名簿

氏 名	所 属
川口 和子	東京たま心臓病の子供を守る会会長
隈本 邦彦	江戸川大学メディアコミュニケーション学部教授
坂部 武史	山口労災病院院長
島崎 修次	国土舘大学大学院救急システム研究科科长
田中 榮司	国立大学法人信州大学医学部教授
新美 育文	明治大学法学部教授
羽鳥 裕	(公社) 日本医師会常任理事
藤森 和美	武蔵野大学人間科学部教授
増茂 尚志	栃木県精神保健福祉センター所長
南 砂	読売新聞東京本社調査研究本部長
宮本 信也	筑波大学副学長
○柳澤 正義	国立成育医療研究センター名誉総長
山田 和雄	名古屋市総合リハビリテーションセンター長

(50音順/敬称略 ○:座長)

医学的検証作業グループ名簿

氏 名	所 属
梶田 泰一	名古屋大学医学部脳神経外科准教授
木内 博之	山梨大学大学院医学工学総合研究部脳神経外科学講座 教授
木下 順弘	熊本大学大学院侵襲制御医学教授
○島崎 修次	国土舘大学大学院救急システム研究科長
◎竹内 一夫	杏林大学名誉学長
永廣 信治	徳島大学脳神経外科教授

(50音順／敬称略 ◎：班長 ○：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239目に関する検証経緯

平成26年12月9日

医学的検証作業グループ（第70回）

平成27年2月2日

医学的検証作業グループ（第72回）

平成28年5月16日

第72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。