

**第74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. 臨床的脳死の診断及び法に基づく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74例目 に関する検証経緯	15

## はじめに

本報告書は、平成20年8月に行われた第74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37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。8月21日16:35 バイク運転中に単独で転倒し受傷した。16:42 救急隊到着時には、自発呼吸は見られたが、意識レベルはJCS 300, GCS 3であり、瞳孔は散大していた。救急車内にて用手的に気道確保し、(10 L/min) による酸素投与されながら、搬送された。後頭部からの出血に対して用手止血が行われた。

#### 1-2 来院時対応・初期治療

同日、17:13、当該病院救急外来に搬入。意識レベルはJCS 200、GCS 4であり、除脳肢位を認めた。瞳孔は右5mm、左2mm、対光反射は両側とも消失していた。血圧194/130mmHg、心拍143/分。呼吸が浅かったため、気管挿管を行い調節呼吸を開始した。頭部CT施行したところ、両側硬膜下血腫、脳内血腫、くも膜下出血及び右中大脳動脈瘤領域にクリッピングを認めた。脳槽の消失、脳室の縮小、正中偏位認め、一部皮髄境界不明瞭であった。3D-CTAにて右中大脳動脈 M1-2 に脳動脈瘤術後のクリップを認め、M2 方向に辺縁不整な造影剤のPoolingを認めた。動脈瘤の破裂後に事故を起こした可能性も考えられた。全身CTでは左鎖骨骨折認めた。瞳孔不同であり、脳ヘルニアの進行を認めたため、穿頭血腫ドレナージ術施行したところ硬膜切開時に高圧に血液の流出が見られた。また同時に右後頭部裂創に対して縫合術を行った。術後若干の瞳孔散大の改善を認めたが、間もなく両側瞳孔散大となった。

#### 1-3 入院後経過

同日18:35 集中治療室入室後、急速に血圧低下し、収縮期血圧60mmHgに低下したため、ノルアドレナリンにて血圧管理を行った。人工呼吸は同期式間欠的強制換気(SIMVモード)にて管理を行った。8月22日(発症2日目)7時には、JCS 300、瞳孔6/6mm、対光反射消失、自発呼吸はなく、咳反射消失した。同日、12時に頭部CT施行したところ、びまん性に脳腫脹を来しており、脳室、脳槽は消失していた。13:30に高感度脳波及び聴性脳幹反応(ABR)施行したところ、筋電図が混入するものの平坦脳波(いわゆるECI)、ABR無反応であった。21:49 眼球頭反射以外の脳幹反射消失を認めた。8月23日(発症3日目)頸部MRIにて頸髄損傷ないことを確認した上で、眼球頭反射消失を確認し、再度11:00より高感度脳波にて平坦脳波(ECI)を確認し、12:20に臨床的に脳死と診断した。同日、17:21 第1回法的脳死判定開始したところ、脳波検査時に筋電図と考えられるアーチファクトを認めたため、脳死判定を見送った。8月25日(発症5日目)11:45に第1回法的脳死判定、19:41に第2回法的脳死判定を終了した。

#### (初期診断及び治療)

来院時、画像診断により両側硬膜下血腫、脳内血腫、くも膜下出血と診断された。今回の頭蓋内出血の原因としては、動脈瘤新生の再破裂の可能性も考えられた。瞳孔

不同であり、脳ヘルニアの進行を認めたため、穿頭血腫ドレナージ術施行し、術後若干の瞳孔散大の改善を認めたが、間もなく両側瞳孔散大となった。その後、画像診断による血腫の状況から開頭手術に伴う大出血による術中死の危険性があり、また、手術による神経学的予後の改善の可能性が極めて低いことから保存的治療が選択されている。

### (呼吸器系の管理)

救急隊接触時には自発呼吸を認めており、救急車内にて用手的に気道確保し、(10 L/min) による酸素投与された。また、来院後、呼吸が浅かったため気管挿管を行い、調節呼吸を開始した。血液ガス分析 (FiO<sub>2</sub> 1.0) では、pH 7.297, PaO<sub>2</sub> 519mmHg, PaCO<sub>2</sub> 49.8mmHg, BE -3.3, SpO<sub>2</sub> 99.6%であった。8月21日 18:35、集中治療室入室後は同期式間欠的強制換気 (SIMV モード) にて呼吸管理行われている。

### (循環器系の管理)

来院時血圧 194/130mmHg と高血圧であったが、マンニトール投与し、穿頭ドレナージ術行ったところ血圧低下した。集中治療室入室後 21 時頃に血圧 220mmHg となったため、ジルチアゼム塩酸塩投与開始し、22 時過ぎに急激に血圧低下し、60mmHg 台に低下したためエチレフリン塩酸塩静注に反応なく、ノルアドレナリン静注し、血圧上昇見られた。しかし、血圧維持困難であり、ノルアドレナリン持続開始した。ノルアドレナリン投与開始後も血圧 40mmHg 台であり、この際、全身に発疹が拡大したため、アナフィラキシーショックを合併しているとの判断で、エピネフリン静注、コハク酸メチルプレドニゾロンナトリウム 125mg、強力ミノファージェン 1A 投与を行い、徐々に血圧上昇した (アナフィラキシーショックの原因薬剤は不明)。以後ノルアドレナリンの増減により収縮期血圧は概ね 100~170mmHg の間で管理されている。

### (水電解質の管理)

来院時血清 Na 143mEq/l, K 2.8mEq/l であったが、以後補液にて管理し、Na 136-160mEq/l、K 3.1~3.7mEq/l で調節されている。血清 Na については、8月23日より尿量増加、尿比重低下、高 Na 血症 (160mEq/l) 認めたため、バソプレシンの投与にて Na 値は正常化している。

### (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. 臨床的脳死の診断及び法に基づく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

最終画像診断は8月22日、発症より19時間経過した時に撮影されており、頭部CTが行われている。脳病変は、脳内血腫、くも膜下血腫により脳腫脹をきたし、脳ヘルニアに至ったと判断した。神経症状として、意識レベルは JCS 300、GCS 3、瞳孔は散大

し、対光反射も認められなかった。救急外来にて気管挿管時にミタゾラム、ロクロニウム臭化物、フェンタニル使用しているが、いずれも中止後 42 時間が経過しており、脳死判定には影響はないと判断した。

人工呼吸は 42 時間、深昏睡は 41 時間経過していた。

代謝・内分泌障害は認められなかった。

### (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、前提条件をも満たしている。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、一次性の脳の器質的病変である症例
- 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、脳死判定を行えると判断したことは妥当であったと言える。

## 2-2 臨床的脳死診断

検査時間：8月23日11:00～同日12:40

体温：35.3℃（膀胱温）

血圧：開始時 98/68mmHg 終了時 103/71mmHg

検査中の使用昇圧薬：ノルアドレナリン

JCS 300 GCS 3

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 5.0mm 左 5.0mm

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：平坦脳波（ECI）（記録時間 30分、感度：10 $\mu$ V/mm、2 $\mu$ V/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（C4-A2、Fp1-A1、Fp2-A2、C3-A1、O1-A1、O2-A2）

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

聴性脳幹反応：I波以外の波を識別することはできない。

### (施設における診断)

以上の結果から、臨床的に脳死と判定して差し支えない。

### (評価)

深昏睡であり、瞳孔は固定、脳幹反射の消失、平坦脳波であった。脳波は、C3付近で筋電図の混入見られるがこれらの判別は容易である。平坦脳波であることは問題なく、臨床的脳死と診断したのは妥当であったといえる。

## 2-3 法的脳死判定

### 2-3-1 第1回脳死判定

検査時間：8月25日9:15～同日11:45  
 体温：37.0℃（膀胱温）  
 血圧：開始時：107/64mmHg 終了時127/76mmHg  
 検査中の使用昇圧薬：ノルアドレナリン  
 JCS 300 GCS 3  
 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：平坦脳波（ECI）（記録時間 30分、感度：10 $\mu$ V/mm、2 $\mu$ V/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（C4-A2、Fp1-A1、Fp2-A2、C3-A1、O1-A1、O2-A2）  
           双極導出（Fp1-C3、C3-O1、C4-O2、Fp2-C4、T3-Cz、Cz-T4）  
 聴性脳幹反応：I波以外の波を識別することはできない。

無呼吸テスト（判定結果：無呼吸）

	開始前	2分後	4分後	6分後
PaCO <sub>2</sub>	37.7	53.4	61.4	68.0
PaO <sub>2</sub>	540	499	399	340
血圧	142/86	122/76	127/76	106/60

## 2-3-2 第2回脳死判定

検査時間：8月25日18:03～同日19:41  
 体温：35.8℃（膀胱温）  
 血圧：開始時 125/76mmHg 終了時103/60mmHg  
 検査中の使用昇圧薬：ノルアドレナリン  
 JCS 300 GCS 3  
 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：平坦脳波（ECI）（記録時間30分、感度：10 $\mu$ V/mm、2 $\mu$ V/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（C4-A2、Fp1-A1、Fp2-A2、C3-A1、O1-A1、O2-A2）  
           双極導出（Fp1-C3、C3-O1、C4-O2、Fp2-C4、T3-Cz、Cz-T4）  
 聴性脳幹反応：I波以外の波を識別することはできない。

無呼吸テスト（判定結果：無呼吸）

	開始前	2分後	4分後
PaCO <sub>2</sub>	42.4	57.4	66.9
PaO <sub>2</sub>	494	483	397

血圧	135/80	134/80	120/72
----	--------	--------	--------

(施設における診断)

第1回脳死判定：脳死判定基準を満たすと判定（8月25日 11:45）

第2回脳死判定：脳死判定基準を満たすと判定（8月25日 19:41）

(評価)

深昏睡であり、瞳孔は散大し、固定、脳幹反射は消失し、平坦脳波であり、聴性脳幹反応も消失している。また、無呼吸テストに関しても、必要とされる PaCO<sub>2</sub> レベルに達し、無呼吸と判断できる。

2-4 まとめ

本症例の脳死判定は、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。以上から本症例を法的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20年8月21日16:35頃、本人が発症しているところを発見され、救急車要請。同日17:13、病院到着。頭部CT上、両側硬膜下出血、脳内出血、くも膜下出血が認められた。手術適応はないと判断され、保存的治療となる。

8月22日、瞳孔散大、対光反射消失、血圧低下、脳波電氣的無活動を認める。

同日、主治医より家族へ病状説明をした際に、意思表示カード所持などの臓器提供の意思について確認したところ、家族よりカード所持の申し出があった。

同日、病院よりネットワーク東日本支部に連絡。臨床的脳死と診断されていないものの、家族が臓器提供に関する情報提供を希望しているとの連絡があった。

8月23日、コーディネーターより家族へ約1時間一般的な情報提供を行った。

同日12:20、臨床的脳死と診断。

同日13:15、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東日本支部に連絡。ネットワーク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14:15よりネットワークのコーディネーター及び都道府県コーディネーターの2名が家族（長女、長男、次男）に約45分間面談し、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、「これまでの本人の生き方や様子を見ているとカードを持っているのが当然のことと思えるため、本人の意思を尊重し生きていた証を残してあげたい」と臓器提供を希望した。

同日14:35、家族の総意であることを確認の上、患者の長男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

8月23日17:09に、心臓、肺、肝臓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18:48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、8月25日21:55より心臓、肺、肝臓、腎臓、膵臓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。  
肺については、第1、10候補者の移植実施施設側が移植を受諾し、それぞれ片肺の移植が実施された。第2候補者は心肺同時移植希望者のため、意思確認は行わなかった。第3～8候補者は両肺移植希望者のため、意思確認は行わなかった。第9候補者は、死亡していたことが判明した。

肝臓については、第3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候補者は意思確認開始前に死亡の連絡があった。第2候補者はレシピエントの都合により辞退した。

膵臓については、第1候補者の移植実施施設側が移植を受諾し、膵腎同時移植の予定で摘出を行ったものの、膵臓が医学的理由により移植が見送られ、腎臓のみの移植が実施された。

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候補者はリンパ球直接交差試験陽性のため、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

8月25日19:41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

8月25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た旨を家族に報告し、病院関係者等とともにご遺体をお見送りした。

8月29日、コーディネーターが家族に電話し、移植手術が無事に終了したことを報告した。家族は「移植を受けた方の様子を聞くと、本当に提供してよかったな、お役

に立ててよかったな、と思います。悲しいというよりも、提供できる、本人の意思を活かすことができるという思いでいっぱいでした」と話した。

10月30日、コーディネーターが家族宅を訪問。厚生労働大臣感謝状を手渡し、移植後経過を報告。腎臓移植レシピエントからのサンクスレターを手渡し。「このように目を見ると本当に提供したんだな、お役に立ててよかったな、と実感します」と話した。

平成21年9月、コーディネーターより家族へ肺移植レシピエントからのサンクスレターを郵送。

平成22年9月、コーディネーターより家族へ移植後経過を手紙にて報告。それ以降、肺及び腎臓移植レシピエントからのサンクスレターをその都度、郵送。

#### 【評価】

- コーディネーターによるご遺体のお見送り、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）**

<p>8月21日</p> <p>16:35</p> <p>16:42</p> <p>17:13</p> <p>17:32</p> <p>18:00</p> <p>18:35</p> <p>22:00</p>	<p>バイク運転中に単独で転倒し受傷。</p> <p>救急隊到着。到着時、自発呼吸は見られたが、意識レベルは JCS 300、GCS3 であり、瞳孔は散大していた。救急車内にて用手的に気道確保し、(10 L/min) による酸素投与されながら、搬送された。後頭部からの出血に対して用手止血が行われた。</p> <p>当該病院に搬入。意識レベルは JCS 200、GCS 4 であり、除脳肢位を認めた。瞳孔は右 5mm、左 2mm、対光反射は両側とも消失していた。血圧 194/130mmHg、心拍 143/分。呼吸が浅かったため、気管挿管行い調節呼吸を開始した。</p> <p>頭部 CT 施行。両側硬膜下血腫、脳内血腫、くも膜下出血及び右中大脳動脈瘤領域にクリッピングを認めた。脳槽の消失、脳室の縮小、正中偏位認め、一部皮髄境界不明瞭であった。</p> <p>3D-CTA を施行。右中大脳動脈 M1-2 に脳動脈瘤術後のクリップを認め、M2 方向に辺縁不整な造影剤の Pooling を認めた。</p> <p>全身 CT を施行。左鎖骨骨折認めた。</p> <p>瞳孔不同であり、脳ヘルニアの進行を認めたため、穿頭血腫ドレナージ術施行。同時に右後頭部裂創に対して縫合術を行った。</p> <p>集中治療室に入室。</p> <p>急速に血圧低下し、収縮期血圧 60mmHg に低下したため、ノルアドレナリンにて血圧管理行う。</p>
<p>8月22日</p> <p>7:00</p> <p>12:00</p> <p>13:30</p> <p>17:30</p>	<p>JCS300、瞳孔 6/6mm、対光反射消失、自発呼吸はなく、咳反射も消失した。</p> <p>頭部 CT 施行。びまん性に脳腫脹を来しており、脳室、脳槽は消失していた。</p> <p>高感度脳波及び聴性脳幹反応（ABR）施行。筋電図が混入するものの平坦脳波（いわゆる ECI）、ABR 無反応であった。</p> <p>主治医より家族に病状説明をしたところ、家族より臓器提供意思表示カードが提示される。</p>
<p>8月23日</p> <p>9:15</p> <p>12:40</p> <p>14:35</p>	<p>頸部 MRI 検査を施行。頸髄損傷はないと診断される。</p> <p>臨床的に脳死と診断した。</p> <p>ご家族が脳死判定・臓器提供を承諾。</p>
<p>8月25日</p> <p>9:15</p> <p>11:45</p> <p>18:03</p> <p>19:41</p> <p>22:00</p>	<p>第 1 回法的脳死判定を開始した。</p> <p>第 1 回法的脳死判定を終了した。</p> <p>第 2 回法的脳死判定を開始した。</p> <p>第 2 回法的脳死判定を終了した。法的に脳死と判定された。</p> <p>北海道警察による検視が行われる。</p>

## 第74例 臓器提供の経緯

社団法人日本臓器移植ネットワーク

	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
2008年	入院		25日	18:03 第2回脳死判定 19:41 判定終了(死亡確認)	
8月22日	17:30 意思表示カードの提示 家族より主治医へ 17:30 臓器提供に関する情報提供依頼 主治医よりNWへ 22:30 Coが病院到着 病院体制の確認・医学的情報収集	17:30 東日本支部で連絡受信 Coを派遣	27日	3:25 手術室入室 呼吸・循環管理開始 4:03 摘出手術開始 5:21 大動脈遮断・灌流開始 5:35 心臓摘出 5:45 肝臓摘出 5:55 肺摘出 6:03 脾臓摘出 6:06 腎臓摘出 7:47 手術室退室	21:55 心臓・肺・肝臓・脾臓・腎臓 意思確認開始 対策本部→移植施設
23日	8:30 Coが病院到着 病院体制の確認・医学的情報収集 10:55 臓器提供に関する一般的な説明 11:43 Coより家族へ 12:40 臨床的脳死と診断 臨床的脳死診断項目を満たす 13:15 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 14:15 脳死後の臓器提供説明 14:35 承諾書への署名捺印 15:00 脳死判定承諾書・臓器摘出承諾書 説明終了	13:15 東日本支部で 第一報を受信 Coを派遣 15:25 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 17:09 心臓・肺・肝臓移植適合者検索 対策本部にて検索 18:48 腎臓・脾臓移植適合者検索 対策本部にて検索		6:11 脾臓の斡旋を断念 医学的理由 13:28 臓器斡旋対策本部解散 臓器搬送の終了を確認	
25日	9:15 第1回脳死判定 11:45 判定終了				

臓器の搬送

	心臓	右肺	肝臓	右腎臓
8月27日	5:57 札幌市消防ヘリ 6:03 丘珠空港到着 6:05 チャーター機 7:40 仙台空港到着 7:40 宮城県防災ヘリ 7:50 東北大学病院到着	6:25 札幌市消防救急車 7:20 新千歳空港到着 8:03 定期便 9:12 仙台空港到着 9:18 NW緊急車両 9:51 東北大学病院到着	6:31 タクシー(ハトカー先導) 7:40 新千歳空港到着 8:30 定期便 10:11 羽田空港到着 10:25 NW緊急車両 10:49 東京駅到着 11:16 新幹線 12:49 長野駅到着 12:56 タクシー(ハトカー先導) 13:05 犀川河川敷到着 13:06 長野県警ヘリ 13:20 信州大学グラウンド到着 13:23 信州大学医学部附属病院到着	6:55 タクシー 7:00 北海道大学病院到着
		左肺		左腎臓
		6:24 札幌市消防ヘリ 6:27 丘珠空港到着 6:35 チャーター機 10:20 福岡空港到着 10:22 福岡大学緊急車両 10:36 福岡大学病院到着		市立札幌病院にて移植

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	武蔵野大学人間関係学部教授
○ 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	筑波大学大学院人間総合科学研究科教授
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所長
柳田 邦男	作家・評論家
山田 和夫	名古屋市立大学病院院長

(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
浅井 康文	札幌医科大学医学部救急集中治療医学講座教授
坂部 武史	山口労災病院院長
島崎 修次	国士舘大学大学院救急システム研究科研究科長
鈴木 一郎	日本赤十字社医療センター脳神経外科部長
○ 竹内 一夫	杏林大学名誉教授
永廣 信治	徳島大学脳神経外科教授

(50音順／敬称略 ○：班長)

脳死下での臓器提供事例に係る検証会議  
における第74例目に関する検証経緯

平成23年6月14日

飛驒 一利 北海道大学脳神経外科准教授

浅井 康文 札幌医科大学医学部救急集中治療医学講座教授

鎌田 恭輔 旭川医科大学脳神経外科教授

平成23年8月8日

医学的検証作業グループ（第35回）

平成23年9月30日

第37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。