

**第 77 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. 臨床的脳死診断及び法的脳死判定に関する評価	5
第2章 ネットワーク中央評価会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	9
(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）	12
(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）	13
(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	14
(参考資料4)	
医学的検証作業グループ名簿	15
(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77例目 に関する検証経緯	16

はじめに

本報告書は、平成22年10月に行われた第77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38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 脳神経系の管理

1. 1. 1 経過

40 代の女性。高血圧と肝臓血管腫の既往があり、5 年前には出血型もやもや病に対して両側の頭蓋外-頭蓋内血行再建術 (STA-MCA 吻合術)、3 年前には胆嚢摘出術を受けていた。

10 月 15 日 15:30 頃、娘が帰宅すると鍵のかかった室内からうめき声が聞こえたため、父親を呼びに行った。夫が中に入ると倒れて左半身麻痺を認めたため、15:57 救急要請した。16:03 に救急隊が到着した時の意識は JCS 100、GCS 8 (E1V1M6) で両側の瞳孔は散大し対光反射はなかったが、自発呼吸は認められた。同日 16:21 に当該病院に搬入された際、意識は JCS 200、GCS 7 (E1V1M5)、血圧は 154/-mmHg、脈拍は 72/分、呼吸は 21 回/分、瞳孔径は右 5.0mm/左 5.0mm で、両側共に対光反射は消失していた。痛み刺激に対して右上肢は疼痛部に持って来ようとするも、左上下肢は伸展を呈した。自発呼吸は認められた。救急外来にてニカルジピンの持続静注が開始され、以後は収縮期血圧 130mmHg 前後に維持された。頭部 CT を施行したところ右視床から中脳にかけて 5×4×5cm の血腫が認められ、脳室穿破を伴い、10mm の正中偏位、脳腫脹が見られた。血腫が中脳に達しており外科治療によっても意識の改善は望めないことが医師から説明され、家族の同意のもと SCU (脳卒中ケアユニット) で降圧薬、止血薬、脳浮腫改善薬による保存的治療が開始された。

10 月 16 日 (発症翌日) に施行された CT では、血腫の増大は認めなかったが正中偏位は 12mm と増悪していた。家族との相談・同意のもとに、保存的治療を行い急変時には DNR の方針となったが、この際に夫から本人が臓器提供意思表示カードを持っていたとの情報提供があった。10 月 19 日 (発症 5 日目)、脳死下臓器提供 (眼球以外) の記載のあるカードが見つかり、家族も臓器提供に同意した。

10 月 20 日 (発症 6 日目) 03:54 には深昏睡 (JCS 300、GCS 3) となり自発呼吸が停止した。当初、DNR の方針であったが、家族の同意のもとに、気管挿管の上、人工呼吸器が装着され、ICU に入室した。同日 9 時に脳波測定を行ったところ波形が認められたが、この際に前庭反射以外の 6 項目の脳幹反射を確認した (同日 12 時) ところ、いずれも消失していた。翌 10 月 21 日 (発症 7 日目)、07:30 より再度脳波測定を行ったところ平坦脳波が確認され、さらに前庭反射も陰性で、10:46 に臨床的脳死と診断された。

1. 1. 2 診断及び治療の妥当性

10 月 15 日、来院時すでに重度の意識障害を認め、両側の瞳孔は散大し対光反射も消失していた。頭部 CT にて右視床から中脳に進展する脳出血を認め、脳出血の原因

はもやもや病あるいは高血圧と考えられた。自発呼吸は認められたものの、意識障害の原因は中脳に及んだ血腫のためであると考えられ、降圧薬、脳浮腫改善薬による保存的治療が選択された。

10月16日の頭部CTでは血腫の増大は認めなかったが、正中偏位は増悪していた。視床の血腫は手術にて除去することも可能であるが、意識障害は血腫が中脳に及んだことによるものであり、血腫除去によっても意識障害が改善するとは期待できない。本症例のように血腫が広範囲にわたり、重度の意識障害をともなう症例では、手術の対象にはならない。従って、保存的治療を維持する他には医学的な選択肢は無かったと言える。

なお、合併した肺炎に対しては10月20日より抗生剤が投与された。

以上から、本症例における診断・治療は妥当である。

1. 2 呼吸器系の管理

平成20年10月15日16:03に救急隊が到着した時の意識はJCS 100、GCS 8(E1V1M6)で両側の瞳孔は散大し対光反射はなかったが、自発呼吸を認め、自発呼吸下に救急搬送された。16:21当該病院搬入時、救急外来での意識はJCS 200、GCS 7(E1V1M5)、血圧は154/-mmHg、脈拍は72/分、呼吸は21回/分でSpO₂は95%であった。SCU入室後呼吸状態は安定していたが、10月20日03:54には深昏睡(JCS 300、GCS 3)となり自発呼吸が停止したため、気管挿管が行われ、ICUに入室し人工呼吸器による呼吸管理(SIMV 従圧+PSV, FiO₂ 0.5)が行われた。以後、SpO₂モニターで95~100%が維持され、適正な人工呼吸管理がなされた。

以上より、呼吸器系の管理は適切であったと判断できる。

1. 3 循環器系の管理

搬入時、血圧は154/-mmHgであり、救急外来にてニカルジピンの持続静注が開始され、以後は収縮期血圧130mmHg前後に維持された。10月20日03:54に自発呼吸が停止した際にはすぐに補助呼吸が行われ心停止には至っていない。ICUに入室後、血圧は低下傾向であったため輸液負荷が行われ、120mmHg前後に維持された。同日16:00ころより尿量が増加したため、19:05よりバソプレシンの持続投与が開始された。10月21日輸液負荷にても血圧が低下傾向を示すため、10:50より塩酸ドパミン、18:35よりノルアドレナリンが開始され、収縮期血圧は80mmHg以上に維持された。

以上より輸液負荷、昇圧剤を投与のもとで適切な循環維持が行われていたと判断できる。

1. 4 水電解質の管理

10月15日の来院直後の救急外来での血液検査所見では、Naは139mEq/l、K 3.3 mEq/lであった。その後Na値は最高値155 mEq/l、最低値135 mEq/l、K値は最高値4.4 mEq/l、最低値3.3 mEq/lに推移した。Na値の高値は重症脳障害の病態にみられるもので、輸液とピトレシンの投与により適正な水・電解質管理が行われたと判断できる。

1. 5 まとめ

本症例は視床から中脳に及ぶ広範な脳出血により急速に脳死の状態に陥ったものである。発症時より両側の瞳孔は散大して対光反射はなく、発症6日目には深昏睡となって自発呼吸が停止し、脳死に近い状態となった。臨床的脳死診断は発症7日目、法的脳死判定は同日から翌日にかけておこなわれた。本症例に対しては、適切な診断法、治療法が選択されており、治療経過は妥当である。

2. 臨床的脳死診断及び法的脳死判定に関する評価

2. 1 脳死判定を行うための前提条件について

本症例では、重症の視床・中脳出血により発症後早期より高度の意識障害を呈し、発症後5日で自発呼吸が停止した。診断は確実になされ、臨床経過、症状、CT所見から脳の一次性、器質的病変であることは確実である。また現在行い得る全ての適切な治療をもってしても回復の可能性が全くなかったと判断される。以上より、本症例は脳死判定を行うための前提条件を満たしている

10月15日以後、意識水準はJCS200で経過し、10月20日の時点で深昏睡状態(JCS 300、GCS 3)、自発呼吸は停止し、以後人工呼吸が行われた。瞳孔径は右6.0mm、左6.0mm、対光反射も両側消失し、10月21日10:46に臨床的脳死と診断された。

なお、経過中脳死判定に影響し得る薬剤は全く投与されていない。

本症例は、上述の経過概要からみて、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。平成20年10月15日に発症した脳出血で昏睡となり、頭部CT画像診断にて視床・中脳出血の診断を得ている。10月20日03:54に自発呼吸停止して深昏睡に至り気管挿管と人工呼吸管理が開始され、深昏睡となってから約27時間後に臨床的脳死診断を行っている。
- 2) 原因、臨床経過、症状、CT所見から器質的な一次性の脳障害が生じていることは確実である。
- 3) 診断、治療を含む全経過から、現在行い得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される。

2. 2 臨床的脳死診断

〈検査所見及び診断内容〉

検査所見 (10月20日12:00から10月21日10:46まで) 体温: 36.6°C (直腸温) 血圧: 92/55mmHg (開始時), 90/46mmHg (終了時) 検査中の使用昇圧薬: なし JCS: 300 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: 固定し、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: 平坦脳波 (ECI) に該当する (標準感度 10 μ V/mm、高感度 2 μ V/mm) 聴性脳幹反応: 施行せず
施設における診断内容 以上の結果から、臨床的脳死と診断して差し支えない

2. 2. 1 脳波

平坦脳波 (ECI) に該当する (標準感度 10 μ V/mm、高感度 2 μ V/mm 記録)。

10月21日7:30から同日8:50までの記録が行われ、正味記録時間は40分である。電極配置は、国際10-20法のFp1、Fp2、C3、C4、Cz、T3、T4、O1、O2、A1、A2であり、単極導出 (Fp1-A1、Fp2-A2、C3-A1、C4-A2、O1-A1、O2-A2) と双極導出 (T3-Cz、T4-Cz、Fp1-C3、Fp2-C4、C3-O1、C4-O2) で記録されている。記録感度は標準 (10 μ V/mm) と高感度 (2 μ V/mm)、刺激としては呼名・疼痛刺激、心電図と頭部外モニターの同時モニターが行われている。脳由来の波形を認めず、平坦脳波 (ECI) に該当する。

2. 3 法的脳死判定

〈検査所見及び判定内容〉

検査所見 (第1回) (10月21日16:47から20:15まで) 体温: 36.7°C (直腸温) 血圧: 124/72mmHg (開始時), 91/54mmHg (終了時) 検査中の使用昇圧薬: 有・ノルアドレナリン、塩酸ドパミン、バソプレシン JCS: 300 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: 固定し、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) に該当する (標準感度 10 μ V/mm、高感度 2 μ V/mm) 聴性脳幹反応: 両側とも I 波を含むすべての波を識別できない 無呼吸テスト: 無呼吸					
	(開始前)	(2分後)	(4分後)	(6分後)	(終了後)
PaCO ₂ (mmHg)	44	55	63	69	
PaO ₂ (mmHg)	343	338	303	287	

血圧 (mmHg)	121/72	113/65	93/54	94/56	111/75
SpO ₂ (%)	100	100	100	100	100

検査所見 (第2回) (10月22日03:41から06:42まで)

体温: 36.5°C(直腸温) 血圧: 123/78mmHg(開始時), 164/94mmHg(終了時)

検査中の使用昇圧薬: 有・ノルアドレナリン、塩酸ドパミン、バソプレシン

JCS: 300

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: 固定し、瞳孔径 右5.5mm 左5.5mm

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)に該当する(標準感度 10 μ V/mm、高感度 2 μ V/mm)

聴性脳幹反応: 両側とも I 波を含むすべての波を識別できない

無呼吸テスト: 無呼吸

	(開始前)	(2分後)	(4分後)	(6分後)	(終了後)
PaCO ₂ (mmHg)	42	55	61	69	
PaO ₂ (mmHg)	448	460	386	359	
血圧 (mmHg)	149/90	146/86	128/78	116/72	164/94
SpO ₂ (%)	100	100	100	100	100

施設における診断内容

以上の結果から

第1回の結果は脳死判定基準を満たすと判定 (10月21日 20:15)

第2回の結果は脳死判定基準を満たすと判定 (10月22日 06:42)

2. 3. 1 脳波

平坦脳波 (ECI) に該当する (標準感度 10 μ V/mm、高感度 2 μ V/mm 記録)。

第1回目は10月21日16:00から同17:40まで、及び第2回目は10月22日3:00から同4:34まで、いずれも30分以上の記録が行われている。電極配置は、国際10-20法のFp1、Fp2、C3、C4、Cz、T3、T4、O1、O2、A1、A2であり、単極導出 (Fp1-A1、Fp2-A2、C3-A1、C4-A2、O1-A1、O2-A2) と双極導出 (T3-Cz、T4-Cz、Fp1-C3、Fp2-C4、C3-O1、C4-O2) で記録されている。記録感度は標準 (10 μ V/mm) と高感度 (2 μ V/mm)、刺激としては呼名・疼痛刺激、心電図と頭部外モニターの同時モニターが行われている。人工呼吸器によるアーティファクトがわずかに重畳しているが、これらの判別は容易である。脳由来の波形を認めず、平坦脳波 (ECI) に該当する。

2. 3. 2 聴性脳幹反応

第1回目、第2回目ともに最大音圧刺激 105dB、両耳同時刺激で施行されている。電極配置Cz-A1、Cz-A2であり、加算回数2000回で記録を2回行っている。2回ともに脳幹は無反応と判定できる。

2. 3. 3. 無呼吸テストについて

2回とも必要とされるPaCO₂レベルを得てテストを終了している。

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10月15日15:30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16:21、病院到着。到着時、瞳孔散大、対光反射消失。頭部CT上、脳出血を認め、手術適応なしと判断し、保存的治療となった。

10月16日、意識レベル低下し、頭部CT上、血腫増大を認める。主治医より家族へ救命困難である旨説明したところ、家族より意思表示カードを所持している旨の申し出があったものの、迷いがあった。

10月19日、家族より意思表示カードの提示あり。

10月20日、呼吸状態悪化し、人工呼吸管理。

10月21日、臨床的脳死と診断。

同日10:47、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中日本支部に連絡。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11:55よりネットワークのコーディネーター2名が家族（夫、長男）に約1時間15分面談し、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、「助からないのであれば、本人の意思を活かしたい」と臓器提供を希望した。

同日12:47、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

10月21日14:41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。脾臓と腎臓については、HLAの検査後、同日20:20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22日8:04より心臓、肺、肝臓、腎臓、脾臓、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 15 候補者の移植実施施設側が移植を受諾し、左肺移植が実施された。第 1 候補者の移植実施施設側が移植を一旦受諾したものの、ドナーの医学的理由により辞退した。第 2～5、7、12 候補者はレシピエントの医学的理由、第 6、8～11、13、14 候補者はドナーの医学的理由により辞退した。右肺は、ドナーの医学的理由により、移植は見送られた。

肝臓については、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医学的理由により辞退した。

膵臓については、第 3 候補者の移植実施施設側が移植を受諾し、膵腎同時移植の移植が実施された。第 1、2 候補者の移植実施施設側が移植を一旦受諾したものの、レシピエントの都合により辞退した。

腎臓については、第 4 候補者の移植実施施設側が移植を受諾し、移植が実施された。第 1、3 候補者はレシピエントの医学的理由により辞退した。第 2 候補者は未更新であったため、意思確認は行わなかった。

なお、膵臓第 1 候補者は膵臓単独移植希望であり、受諾した時点で腎臓移植は第 4、5 候補者がそれぞれの移植実施施設で準備を進めていたが、膵臓第 1 候補者が摘出直前に辞退したため、膵臓第 3 候補者が膵腎同時移植を受けることとなり、腎臓第 5 候補者が受けられなくなった。

小腸については、第 1 候補者の移植実施施設側が移植を一旦受諾したものの、レシピエントの医学的理由により辞退した。

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。
- なお、上記のような事実関係の中で腎臓移植の第 5 候補者が受けられないこととなったため、このような運用に関して今後議論を深めるべきとの意見があった。

3. 脳死判定終了後の家族への説明、摘出手術の支援等

10 月 22 日 6:42 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

10 月 22 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。

10月24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「新聞記事を見た。レシピエントには元気になってほしい、それで十分」と話した。

10月31日、コーディネーターより家族へ手紙にて移植後の経過を報告した。

12月、コーディネーターが家族を訪問。厚生労働大臣感謝状を持参し、移植後経過を報告。家族は「今後も提供が増えていけばいいと思う。レシピエントの経過良好は嬉しい、それが一番」と話した。

平成21年2月、コーディネーターが家族を訪問。移植後の経過を報告し、肺移植レシピエントの両親からのサンクスレターを持参した。レシピエント全員の退院を大変喜ばれた。

平成21年10月、平成22年10月に、コーディネーターより家族へ手紙にて移植後の経過を報告した。

【評価】

- コーディネーターによるご遺体のお見送り、2回の家族訪問、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）

10月15日 15:30 16:21	左半身麻痺の状態を家族が発見し、救急隊要請。 当該病院到着。頭部CTにて、右視床から中脳にかけて脳出血を認めた。 SCUに入室し、保存的治療を開始。
10月16日	経過観察の頭部CTでは正中偏位は進行していた。
10月19日	ご家族が臓器提供意思表示カードを提示
10月20日 3:54	自発呼吸消失、気管挿管を行い、人工呼吸管理となった。
10月21日 10:46 12:47 16:47 20:15	臨床的に脳死と診断。 ご家族が脳死下臓器提供について承諾。承諾書作成。 第1回法的脳死判定を開始した。 第1回法的脳死判定を終了した。
10月22日 3:41 6:42	第2回法的脳死判定を開始した。 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。

第77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	
2006年							
入院						8:04 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19日	11:00 意思表示カードの提示 家族より主治医へ					20:35 小腸摘出中止 レシピエント辞退	
21日	10:46 臨床的脳死と診断 臨床的脳死診断項目を満たす			23日			
	10:47 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	10:47 中日本支部で 第一報を受信 Coを派遣		3:25 手術室入室 呼吸・循環管理開始			
	11:05 Coが病院到着 病院体制の確認・医学的情報収集			3:55 摘出手術開始			
	11:55 脳死後の臓器提供説明			5:16 大動脈遮断・灌流開始			
	12:47 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			5:28 心臓摘出			
	13:10 説明終了			5:35 肝臓摘出			
	16:47 第1回脳死判定	13:15 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		5:42 膵臓摘出			
	20:15 判定終了	14:41 心臓・肺・肝臓・小腸移植 適合者検索 対策本部にて検索		5:44 腎臓摘出			
		20:02 膵臓・腎臓移植 適合者検索 対策本部にて検索		5:48 肺摘出			
22日	3:41 第2回脳死判定			6:45 手術室退室			
	6:42 判定終了(死亡確認)						10:10 臓器斡旋対策本部解散 臓器搬送の終了を確認
臓器の搬送							
心臓		肺(左)		肝臓		膵・左腎臓	
10月23日	5:46 名古屋消防救急車 6:13 小牧空港到着	6:16 NW緊急車両 6:58 中部空港到着		6:12 タクシー 6:34 名古屋大学医学部附属病院到着	6:34 タクシー 名古屋駅到着		
	6:25 チャーター機 7:12 羽田空港到着	7:48 定期便 8:57 仙台空港到着			7:17 新幹線 9:00 東京駅到着		
	7:22 東京消防庁ヘリ 7:33 東京大学医学部附属病院到着	タクシー 9:40 東北大学病院到着			タクシー 10:00 東京女子医科大学病院到着		
						右腎臓	
						6:16 タクシー 6:32 名古屋記念病院到着	

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 和雄	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
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	杏林大学名誉学長
永廣 信治	徳島大学脳神経外科教授
山田 和雄	名古屋市立大学病院病院長

(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77例目に関する検証経緯

平成22年12月9日

救命治療、法的脳死判定等について実地検証

「医学的検証作業グループ」の決定に基づき、

山田和雄 名古屋市立大学大学病院 病院長

岩間亨 岐阜大学医学部附属病院 病院長

梶田泰一 名古屋大学大学院医学研究科脳神経外科 准教授

が「脳死臓器移植に関する検証資料フォーマット」に基づいて実地検証。

平成23年6月3日

医学的検証作業グループ（第33回）

平成23年10月24日

第38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。