

**第185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	3
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	8
(参考資料1) 診断・治療概要（臓器提供施設提出資料要約）	11
(参考資料2) 第185例目 臓器提供の経緯	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185例目 に関する検証経緯	15

はじめに

本報告書は、平成24年8月に行われた第185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52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

40歳代、男性。平成24年8月3日6:27、原付バイク走行中に普通乗用車と衝突し、受傷した。6:35、救急隊現着時、意識レベルはJCS 300、血圧162/121mmHg、脈拍70回/分、呼吸数28回/分、SpO₂ 100% (O₂マスク10L投与下)。瞳孔径は両側5.0mmで、両側対光反射は消失していた。6:41現場出発し、搬送された。

1-2 来院時対応・初期治療

7:01、当該医療機関へ到着。到着時、意識レベルはJCS 200、GCS E1V1M4、血圧182/122mmHg、脈拍83回/分、呼吸数23回/分、SpO₂ 100% (O₂マスク10L投与下)。瞳孔径は右6.5mm/左5mmで、両側対光反射なし。時折、強直性痙攣を認めた。初療中に自発呼吸の減弱を認めたため、プロポフォール投与下に気管挿管施行し、7:28人工呼吸管理を開始した。7:40全身CT施行。胸腹部に明らかな異常所見は認めなかった。頭部CTにて、脳挫傷、外傷性くも膜下出血、外傷性硬膜下出血、気脳症、頭蓋底骨折、正中偏位を認め、手術適応なしと判断し、保存的加療となった。

1-3 集中治療室入室後

8月3日9:45集中治療室に入室。入室時、意識レベルGCS E1VTM1、瞳孔径は右6.5mm/左6.0mmで、両側対光反射なし。集中治療室入室時に強直性痙攣が生じたため、フェニトイン持続投与を開始した。また、入室後よりミダゾラム、フェンタニルにて鎮静を図り、脳浮腫に対しグリセリン、誤嚥性肺炎に対し抗菌薬投与を開始した。同日12:00より尿崩症を認め、12:15バソプレシンの投与を開始したが、17:00に著明な血圧低下を認め、血圧維持のためノルアドレナリンの投与を開始した。翌8月4日も意識レベル改善なく、12:00にミダゾラムを中止としたが、意識レベルに変化は認めなかった。血圧は安定し、19:30ノルアドレナリンを中止した。8月6日20:00に意識レベル確認のため、フェンタニルを中止したが、意識レベルはGCSE1VTM1と改善を認めず、自発呼吸も認めなかった。8月8日までに、フェニトイン持続投与、鎮静薬の中止をしたが、意識レベルの改善、自発呼吸は認められなかった。

(初期診断及び治療)

交通事故による脳挫傷、外傷性くも膜下出血、急性硬膜下血腫の事例。救急隊現着時より自発呼吸はあるものの、意識レベルはJCS300であった。その後当該医療機関に搬送時は、時折強直性痙攣を認めた。頭部CTにて、脳挫傷、外傷性くも膜下出血、急性硬膜下血腫、著明な正中偏位を認め、手術適応なしと判断された。痙攣に対し、抗痙攣薬の投与を開始し、脳浮腫に対し脳圧管理を行なったところ、痙攣は消失したものの、鎮静薬や抗痙攣薬の中止後も、意識レベルの改善は認められなかった。

（呼吸器系の管理）

救急隊現着時には、自発呼吸を認めていたが、来院時自発呼吸の減弱を認めため、人工呼吸管理を行った。以後、鎮静下に、CPAP、BIPAP モードで管理を行ったが、自発呼吸は認めず、8月6日に鎮静薬中止後も自発呼吸は認めなかった。8月3日より、誤嚥性肺炎に対し、抗菌薬投与を開始したが、8月7日の胸部レントゲン所見では肺炎像の悪化を認め、抗菌薬の変更を行った。同日、気管切開術を施行した。経過中、酸素化は経過中 SpO₂ 95%以上と概ね良好に維持されていた。

（循環器系の管理）

病院到着時には血圧 182/122mmHg、心拍数 83 回/分であったが、8月3日 12:00 より尿崩症に対しバソプレシン投与開始したところ、血圧低下を認めため、収縮期血圧を 100mmHg で維持することを目標にノルアドレナリンの投与を開始した。8月4日に血圧は安定し、ノルアドレナリンの投与を中止した。8月8日にバソプレシンは中止した。

（水電解質の管理）

来院時、Na141mEq/l、K3.0mEq/l と軽度の低カリウム血症を認めるのみで、概ね基準値内で管理された。経過中、8月3日 12:00 より尿崩症を認め、バソプレシンの持続投与を行った。

（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

2-1 法的脳死判定開始直前の状態

交通外傷による両側に渡る脳挫傷、外傷性くも膜下出血、急性硬膜下血腫から脳浮腫、脳圧亢進を来した事例である。脳圧管理、血圧管理等が施行されたが、意識状態は改善しなかった。

脳死判定に影響しうる薬剤として、ミダゾラム、フェンタニル、フェニトインが投与されているが、投与量は 6mg/h、25 μg/h、250mg/日と通常範囲内であり、それぞれ脳死とされうる状態診断開始の 134 時間前、86 時間前、45 時間前に投与中止されている。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 171 時間、深昏睡は約 86 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。

2-2 脳死とされうる状態の診断

検査時刻：8月10日10:00～12:20

体温：37.0℃（直腸温）

血圧：（開始時）98/52mmHg （終了時）106/68mmHg

心拍数：（開始時）76回/分 （終了時）82回/分

検査中の昇圧薬の使用：ドパミン塩酸塩、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

JCS 300、GCS 3

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：いわゆる平坦脳波（ECI）（記録時間 58分、7 μ V/mm、2 μ 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（Fp1-A1、Fp2-A2、C3-A1、C4-A2、O1-A1、O2-A2、T3-A2、T4-A1、
T3-Cz、T4-Cz）

双極導出（Fp1-C3、Fp2-C4、C3-O1、C4-O2、Fp1-T3、Fp2-T4、T3-O1、T4-O2、
Cz-O1、Cz-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によるものを認めた。

聴性脳幹誘発反応：I～V波すべて消失

（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。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：8月10日16:50～19:05

体温：37.4℃（膀胱温）

血圧：（開始時）95/43mmHg （終了時）207/108mmHg

心拍数：（開始時）82回/分 （終了時）105回/分

検査中の昇圧薬の使用：ドパミン塩酸塩

自発運動：なし 除脳硬直・除皮質硬直：なし けいれん：なし

JCS 300、GCS 3

瞳孔：固定 瞳孔径：右 6.0mm/左 5.5mm（固定）

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：50分 7 μ V/mm 2 μ 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（Fp1-A1、Fp2-A2、C3-A1、C4-A2、O1-A1、O2-A2、T3-A2、T4-A1、
T3-Cz、T4-Cz）

双極導出（Fp1-C3、Fp2-C4、C3-O1、C4-O2、Fp1-T3、Fp2-T4、T3-O1、T4-O2、
Cz-O1、Cz-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によるものを認めた。

聴性脳幹誘発反応：I～V波すべて消失

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	4分後	人工呼吸再開後
PaCO ₂ (mmHg)	39.3	55.5	63.0	
PaO ₂ (mmHg)	347.0	122.2	91.8	
血圧(mmHg)	179/102	225/121	232/115	207/108
SpO ₂ (%)	100	100	100	100

② 第2回法的脳死判定

検査時刻：8月11日1:08～3:52

体温：35.4℃（膀胱温）

血圧：（開始時）163/97mmHg （終了時）217/117mmHg

心拍数：（開始時）66回/分 （終了時）104回/分

検査中の昇圧薬の使用：ドパミン塩酸塩

自発運動：なし 除脳硬直・除皮質硬直：なし けいれん：なし

JCS 300、GCS 3

瞳孔：固定 瞳孔径：右 6.0mm/左 6.0mm（固定）

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：54分 7 μ V/mm 2 μ 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（Fp1-A1、Fp2-A2、C3-A1、C4-A2、O1-A1、O2-A2、T3-A2、T4-A1、
T3-Cz、T4-Cz）

双極導出（Fp1-C3、Fp2-C4、C3-O1、C4-O2、Fp1-T3、Fp2-T4、T3-O1、T4-O2、
Cz-O1、Cz-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によるものを認めた。

聴性脳幹誘発反応：I～V波すべて消失

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	4分後	人工呼吸器再開後
PaCO ₂ (mmHg)	40.6	57.1	64.8	
PaO ₂ (mmHg)	339.7	133.2	86.3	
血圧(mmHg)	150/89	214/119	226/121	217/117
SpO ₂ (%)	100	100	96	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（8月10日19:05）

第2回法的脳死判定：法的脳死判定基準を満たすと判定（8月11日03:52）

(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. 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24年8月3日6:20頃、受傷し、救急車要請。

同日7:01、病院到着。意識レベル ジャパン・コーマ・スケール 100点。頭部CT上、多発性脳出血、急性硬膜下血腫、頭蓋底骨折を認め、手術適応なしと判断された。

8月9日、主治医より家族へ病状説明し、回復の可能性が厳しい旨及び今後の予後について説明した中で、脳死とされうる状態となった場合には、臓器提供という方法もあることを伝えた。同日、家族より臓器提供に関する説明の希望があったため、コーディネーターより一般的な情報提供を行った。

8月10日12:20、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12:20、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、病院よりネットワーク西日本支部に連絡。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。

8月10日12:49より約1時間、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（父、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、「誰かのお役に立てるのであれば嬉しいので提供したい。」と話した。

同日14:26、家族の総意であることを確認の上、患者の父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10日16:44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20:31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11日10:07より心臓、肺、肝臓、小腸、膵臓、腎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 5 候補者の移植実施施設側が移植を受諾し、片肺移植が実施された。1、3、4 候補者はドナーの医学的理由、第 2 候補者は一時的に移植施設の体制が整わないため辞退し、移植を見送った。

肝臓は、第 2、3 候補者の移植実施施設側が移植を受諾し、肝臓を分割してそれぞれに移植が実施された。第 1 候補者は、生体移植が既に実施されていたことが判明した。

膵臓は、第 2 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、移植を見送った。

腎臓については、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。本来は、第 1 候補者はリンパ球交差試験が陽性であったため、意思確認を行う対象から除外すべきであった。

小腸については、第 1～3 候補者の移植実施施設側がドナーの医学的理由により辞退し、移植を見送った。

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は適正に行われたと評価できる。
- 心臓、肺、肝臓、膵臓、小腸移植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。
- 肺において、一時的に移植施設の体制が整わないため、辞退した施設があった。移植医療の緊急性に鑑みて本来は極力常時対応できる体制を整える前提ではあるものの、やむを得ない状況下では、当該候補者に他施設において移植を受ける希望があるか、または、予め移植希望登録者へ体制が整わない状況もありうる旨を説明し承諾を得るべきであり、各移植施設に周知徹底すべきである。
- 生体移植を実施していたことが判明した登録者があったため、ネットワークは移植施設に登録者の状況を把握するよう促すべきである。
- 腎臓移植レシピエントの選択手続きについては、腎臓移植希望者（レシピエント）選択基準の誤運用があり、適正に行われなかったと評価する。

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 11 日 3 : 52 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 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と評価できる。

5. 臓器摘出後の家族への支援

コーディネーターは病院関係者等とともにご遺体をお見送りした。コーディネーターから家族へ摘出の状況と移植の予定を伝えたところ、家族は、「よかったです。ありがとうございます。あとは皆さんの移植が無事に終わることだけを祈っています。」と話した。

8月13日、コーディネーターから家族に電話し、移植手術が終了したことを報告した。家族は、「無事に移植が終了してよかったです。」と話した。

10月、コーディネーターから家族に電話し、レシピエントの経過を報告した。家族は、「移植経過が良好でよかったです。」と話した。

平成25年3月、コーディネーターから家族に電話し、レシピエントの経過を報告し、厚生労働大臣からの感謝状、肺移植レシピエント及び膵腎同時移植レシピエントからのサンクスレターを預かっている旨を伝達した。家族は、「皆さん元気でよかったです。感謝状と手紙は郵送して下さい。」と話した。後日、郵送した。

10月、コーディネーターから家族に電話し、レシピエントの経過を報告し、肺移植レシピエント及び肝臓移植レシピエントからのサンクスレターを預かっている旨を伝達した。家族は、「よかったです。何よりです。サンクスレターは郵送して下さい。」と話した。

今後の経過報告等について希望を確認したところ、今後は不要とのことであったが、コーディネーターの連絡先を再度伝え、レシピエントの経過についていつでも連絡をとってよいことを伝えた。

【評価】

- コーディネーターによるご遺体のお見送り、適宜の移植後経過の報告を行っており、家族への報告等は適切に行われたと認められる。
- 家族は、今後の経過報告を希望しなかったが、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いることから、対応は適切であったと評価できる。

診断・治療概要（臓器提供施設提出資料要約）

8月3日 6:27 6:35	原付バイク走行中に普通乗用車との衝突により、受傷し、救急要請された。 救急隊現着。現着時、意識レベルはJCS 300、血圧 162/121mmHg、脈拍 70 回/分、呼吸数 28 回/分、SpO ₂ 100%（O ₂ マスク 10L 投与下）であった。瞳孔径は両側 5.0mm で、両側対光反射は消失していた。
8月3日 7:01 7:40	当該医療機関へ到着した。到着時、意識レベルは JCS 200、GCS E1V1M4、血圧 182/122mmHg、脈拍 83 回/分、呼吸数 23 回/分、SpO ₂ 100%（O ₂ マスク 10L 投与下）。瞳孔径は右 6.5mm/左 5mm で、両側対光反射は消失していた。 頭部 CT にて、脳挫傷、外傷性くも膜下出血、外傷性硬膜下出血、気脳症、頭蓋底骨折、正中偏位を認め、手術適応なしと判断し、保存的加療となった。
8月3日 9:45	集中治療室入室。
8月10日 10:00 12:20	脳死とされうる状態の診断開始。 脳死とされうる状態の診断終了。
8月10日 16:50 19:05	第1回法的脳死判定開始。 第1回法的脳死判定終了。
8月11日 1:08 3:52	第2回法的脳死判定開始。 第2回法的脳死判定終了。法的脳死と判定した。

第185例目 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
2012年	入院		8月 12日	4:07 手術室入室 呼吸・循環管理開始	
8月 9日	16:45 臓器提供の選択肢提示 Coの説明を聴くことを家族が希望	17:05 西日本支部で 連絡受信		4:50 摘出手術開始	
	17:30 臓器提供に関する一般的な説明			6:38 大動脈遮断・灌流開始	
	18:30 説明終了			6:45 心臓摘出	
8月 10日	12:20 脳死とされる状態にあると判断 脳死とされる状態の項目を満たす	12:20 西日本支部で 第一報を受信		6:59 肺摘出	
	12:20 Coが病院到着 病院体制の確認・医学的情報収集	Coを派遣		7:08 肝臓摘出	
	12:49 脳死後の臓器提供説明			7:08 膵臓摘出	
	13:26 説明終了			7:23 腎臓摘出	
	14:09 家族に再度説明			9:10 手術室退室	
	14:26 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	14:33 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			13:11 臓器斡旋対策本部解散 臓器搬送の終了を確認
	14:30 説明終了	16:44 心臓・肺・肝臓・小腸移植 適合者検索 対策本部にて検索			
	16:50 第1回脳死判定	20:31 膵臓・腎臓移植 適合者検索 対策本部にて検索			
	19:05 判定終了				
8月 11日	1:08 第2回脳死判定				
	3:52 判定終了(死亡確認)				
	4:57 検視	10:07 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			
	5:37 検視終了	11:35 小腸の斡旋中止 医学的理由			

臓器の搬送	心臓	肺(左)	肝臓(分割)	肝臓(分割)
8月 12日	7:10 緊急車両 7:32 大阪大学医学部附属病院到着	7:19 緊急車両 8:07 京都大学医学部附属病院到着	9:35 タクシー 10:15 伊丹空港到着	9:25 タクシー 新神戸駅到着
		膵臓・腎臓(右)、腎臓(左)	10:44 チャーター機 12:28 丘珠空港到着	新幹線 岡山駅到着
		8:31 緊急車両 9:06 神戸大学医学部附属病院到着	12:40 タクシー 13:05 北海道大学病院到着	タクシー 11:33 岡山大学病院到着

脳死下での臓器提供事例に係る検証会議名簿

氏 名	所 属
川口 和子	全国心臓病の子供を守る会
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	(公社)日本医師会常任理事
竹内 一夫	杏林大学名誉学長
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教授
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名誉所長
山田 和雄	名古屋市立大学病院院長
南 砂	読売新聞社 編集局総務
○ 門田 守人	がん研有明病院 病院長
桑原 寛	神奈川県精神保健福祉センター所長
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

(50音順／敬称略 ◎：座長 ○：座長代理)

医学的検証作業グループ名簿

氏 名	所 属
◎ 竹内 一夫 川原 信隆	杏林大学名誉学長 公立大学法人横浜市立大学大学院医学研究科脳神経外 科学教授
○ 坂部 武史 鈴木 一郎 横田 裕行	山口労災病院院長 日本赤十字社医療センター脳神経外科部長 日本医科大学大学院侵襲生体管理学教授

(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185例目に関する検証経緯

平成25年9月20日

医学的検証作業グループ（第56回）

平成25年10月30日

第52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