

**第159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159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159例目 に関する検証経緯	17

## はじめに

本報告書は、平成23年12月に行われた第159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56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

20 歳代、女性。平成 23 年 11 月 30 日 18:00 頃、道路横断中に乗用車にはねられ、頭部を強打し、救急要請あり。18:04、救急隊現着時、意識レベルは JCS 300、GCS 3、自発呼吸あり。瞳孔径右 4mm/左 3mm、対光反射あり。全脊柱固定と酸素投与を行い、救急搬送された。搬送中 18:29 にドクターカーと合流。ドクターカーの医師により気管挿管を行い、搬送となった。

#### 1-2 来院時対応・初期治療

18:47、当該医療機関へ到着。意識レベルは JCS 300、GCS 3、自発呼吸なし。血圧 175/105mmHg、心拍数 105 回/分。瞳孔径右 5.0mm/左 5.0mm で、対光反射なし。

19:05、頭部 CT にて、左急性硬膜下血腫、びまん性脳腫脹及び脳ヘルニアを認め、臨床的にびまん性軸索損傷も疑われた。また、胸部 CT にて、軽度の左外傷性血胸を認めた。既に脳幹反射は消失しており、手術適応はないと判断し、脳圧降下薬及び止血薬による保存的治療を行うこととした。

#### 1-3 集中治療室入室後

19:50、集中治療室入室。血圧低下を認めたため、ドパミン投与を行い、12 月 1 日からノルアドレナリン及びバソプレシンを併用し、管理が行われた。また、誤嚥性肺炎の合併に対して、12 月 2 日から抗菌薬（ABPC/SBT（アンピシリン・スルバクタム）、MEPM（メロペネム））投与にて対応が行われた。脳圧降下薬として、マンニトール、グリセリンが投与されたが、意識状態の改善は認めなかった。

#### （初期診断及び治療）

交通外傷による頭部外傷で、救急搬送された事例。来院時の頭部 CT で左急性硬膜下血腫、びまん性脳腫脹、脳ヘルニアを認めた。既に脳幹反射が消失しており、保存的治療を行うこととし、脳圧降下のためにマンニトール及びグリセリン投与され、全身管理が行われたが、意識状態の改善は認めなかった。

#### （呼吸器系の管理）

救急隊接触時には自発呼吸を認めた。ドクターカー合流後、薬剤投与下で気管挿管が施行され、来院時には自発呼吸は消失していた。来院時の胸部 CT で軽度の左外傷性血胸を認めたが、酸素化は良好に保たれた。

12 月 1 日から誤嚥によると考えられる肺炎を合併し、抗菌薬 ABPC/SBT（アンピシリン・スルバクタム）投与を開始し、その後 MEPM（メロペネム）に変更された。12 月 2 日の胸部 CT では、右下肺野に肺炎と思われる浸潤影を認めた。12 月 3 日以降は SpO<sub>2</sub>（動脈血酸素飽和度） 90%台前半で推移することが多くなった。

(循環器系の管理)

ICU入室後から血圧低下を認め、ドパミン投与が開始された。12月1日からはノルアドレナリンも追加され、血圧のコントロールが行われた。

(水電解質の管理)

来院時、Na139mEq/l、K 3.5mEq/lであった。12月3日には最高で164mEq/lのNa血症を認めたが、その後は150mEq/l台にコントロールされた。12月1日から尿崩症を認め、バソプレシンの投与で対応された。

(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

交通外傷による頭部外傷により、左急性硬膜下血腫、びまん性脳腫脹、脳ヘルニアを来した事例である。脳圧降下薬投与と血圧管理が施行されたが、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、プロポフォールとフェンタニルがドクターカーでの気管挿管時にそれぞれ100mg、100 $\mu$ g単回投与されている。いずれも通常の使用量であり、脳死とされうる状態の診断前いずれも48時間前に投与が中止されていることから、脳死判定には影響しないものと考えられる。また、意識障害を来しうる代謝・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49時間、深昏睡は49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：12月2日17:55～20:40

体温：37.1 $^{\circ}$ C（直腸温）

血圧：（開始時）95/38mmHg （終了時）87/33mmHg

心拍数：（開始時）145回/分 （終了時）142回/分

検査中の昇圧薬の使用：ドパミン、ノルアドレナリン、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

JCS 300、GCS 3

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 53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、T3-A1、T4-A2、  
A1-A2、Fp1-O1、Fp2-O1、Fp2-O2）

双極導出（Fp1-C3、Fp1-C4、C3-O1、C4-O1、Fp1-T3、Fp2-T4、T3-1、T4-O2、  
A1-C3、C3-C4、C4-A2、T3-T4）

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。また、聴性脳幹誘発反応は、I～V波まですべて消失していた。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。

## 2-3 法的脳死判定

### ① 第1回法的脳死判定

検査時刻：12月3日17:05～20:24

体温：37.6℃（直腸温）

血圧：（開始時）118/51mmHg （終了時）90/46mmHg

心拍数：（開始時）156回/分 （終了時）88回/分

検査中の昇圧薬の使用：ドパミン、ドブタミン、ノルアドレナリン、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

JCS 300、GCS 3

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53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、T3-A1、T4-A2、  
A1-A2、Fp1-O1、Fp2-O1、Fp2-O2）

双極導出（Fp1-C3、Fp1-C4、C3-O1、C4-O1、Fp1-T3、Fp2-T4、T3-1、T4-O2、  
A1-C3、C3-C4、C4-A2、T3-T4）

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	3分後	5分後
PaCO <sub>2</sub> (mmHg)	35.7	53.0	60.2
PaO <sub>2</sub> (mmHg)	119.4	38.8	25.7
血圧(mmHg)	135/75		90/46
SpO <sub>2</sub> (%)	98.5	67.9	38.8

## ② 第2回法的脳死判定

検査時刻：12月4日2：32～5：50

体温：37.5℃（直腸温）

血圧：（開始時）102/64mmHg （終了時）117/68mmHg

心拍数：（開始時）136回/分 （終了時）116回/分

検査中の昇圧薬の使用：ドパミン、ドブタミン、ノルアドレナリン

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 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：57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、T3-A1、T4-A2、  
A1-A2、Fp1-O1、Fp2-O1、Fp2-O2）

双極導出（Fp1-C3、Fp1-C4、C3-O1、C4-O1、Fp1-T3、Fp2-T4、T3-1、T4-O2、  
A1-C3、C3-C4、C4-A2、T3-T4）

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	3分後	5分後	9分後
PaCO <sub>2</sub> (mmHg)	30.5	46.0	51.8	60.2
PaO <sub>2</sub> (mmHg)	179.5	46.3	42.1	33.4
血圧(mmHg)	119/77			117/68
SpO <sub>2</sub> (%)	99.9	79.0	71.6	52.9

(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3日20：24）

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4日5：50）

(評価)

深昏睡であり、瞳孔は散大し固定、脳幹反射は全て消失し、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回の法的脳死判定において、テスト中にPaO<sub>2</sub>の低下が認められた。本事例では、テストの中止も検討した上で、第1回法的脳死判定後、気管支鏡検査及び処置の実施によりPaO<sub>2</sub>の状態改善に努めてから第2回目の無呼吸テストを実施しているが、低酸素状態でテストを継続することは好ましくなく、テストの中止・再判定の検討も含め慎重な対応が必要である。検査中に急激な血圧の変化や不整脈は認めなかった。最終的に、PaCO<sub>2</sub>は必要な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、検査結果に基づいて本事例を法的に脳死と判定した事は妥当である。ただし、無呼吸テストに関しては、低酸素状態に対して、テストの一旦中止及び再判定の検討を含めたいっそう慎重な判断、対応が望ましい。

## 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23年11月30日18:00頃、受傷し、救急車要請。

同日18:47、病院到着。意識レベル ジャパン・コーマ・スケール300。頭部CT上、脳幹損傷、急性硬膜下血腫、脳ヘルニアを認め、手術適応なしと判断。

同日、主治医より家族へ予後が厳しい旨病状説明した。

12月1日、家族より主治医へ、臓器提供の申し出があった。家族はコーディネーターからの情報提供を希望したため、同日、コーディネーターから家族へ情報提供を行った。

12月2日、再度、コーディネーターから家族へ情報提供を行った。

同日20:40、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21:00、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中日本支部に連絡。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。

12月3日13:08より約1時間40分、ネットワーク及び都道府県のコーディネーターが家族（両親、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、「臓器提供は社会に出ていない本人の最後の社会貢献だと思う。」「意思を叶えてあげたい。」と話した。

同日14:37、家族の総意であることを確認の上、患者の母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

12月3日16:19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、12月4日1:03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、12月4日7:10より心臓、肺、肝臓、小腸、脾臓、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1～17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。

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たものの、臓器摘出術中にドナーの医学的理由により移植を見送った。

膵臓については、第2候補者の移植実施施設側が移植を受諾し、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候補者はレシピエントの医学的理由により辞退した。

小腸については、第1候補者は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4日5:50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4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。心臓が病院から出発するのを見送ることができ、家族は、「ありがとうございました。」と話した。

12月5日、コーディネーターは通夜に参列した。

12月9日、コーディネーターが家族を訪問し、移植手術が無事に終了したことを報告した。家族は、「心臓の搬送を見て感動した。そのことを思い出して自分を力づけている。本人はすごいことをした。本人に感謝している。」と話した。

平成24年1月、コーディネーターが家族を訪問し、レシピエントの経過を報告した。

2月、コーディネーターが家族を訪問し、家族の希望について伺った。同月、コー

ディネーターから家族に連絡し、心臓移植レシピエントの経過を報告した。さらにコーディネーターから家族へ手紙にてレシピエントの経過を報告した。

6月、コーディネーターが家族を訪問し、レシピエントの経過を報告した。

11月、コーディネーターが家族を訪問した。同月、再度コーディネーターが家族を訪問し、レシピエントの経過を報告した。

平成25年2月、コーディネーターが家族を訪問した。家族は、「本人の部屋からドナーカードも見つかりファイルした。」と話した。

3月、コーディネーターが家族を訪問し、腎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、「一年経ってようやく落ち着いてきた。主治医やコーディネーターが支えてくれたから臓器提供ができた。本当に感謝している。一般市民ができる最高の人助けだと思う。」と話した。

平成26年1月、コーディネーターから家族に連絡し、膵腎同時移植レシピエントからのサンクスレターの受け取りについて確認し、後日郵送した。

#### 【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、移植後経過の報告、サンクスレターの授受を家族の希望に沿って行っており、家族への報告等は適切に行われたと認められる。

#### 6. その他

- 臓器提供後、提供施設にて保管すべき「脳死判定承諾書（提供施設）」を紛失していることが判明した。
- 提供施設は、紛失の事実を家族に説明しお詫びした。また、提供施設は、保管のため、家族より「脳死判定承諾書（承諾者用控え）」の写しをいただいた。
- 提供施設にて再発防止策を検討し、下記の通り臓器提供マニュアルに反映させた。
  - ① 書類の管理者を明確にする。
  - ② 書類入手後、病院のカルテシステムに速やかにスキャンし保管する。

診断・治療概要（臓器提供施設提出資料要約）

11月30日 18:00頃 18:04 18:29	道路横断中に乗用車にはねられ、頭部を強打し、救急要請された。 救急隊到着。到着時意識レベルは、JCS300、GCS3であった。 ドクターカーと合流、気管挿管の後、搬送された。
11月30日 18:47 19:05 19:50	当該医療機関へ到着。JCS 100、GCS 3。自発呼吸なし。対光反射なし。 東武CTにて、左急性硬膜下血腫、びまん性脳腫脹及び脳ヘルニアを認め、びまん性軸索損傷も疑われた。脳幹反射が消失しており、手術適応は無いと判断された。 集中治療室に入室した。脳圧降下剤の投与の他、全身管理、感染症に対する治療等が施行された。
12月2日 17:55 20:40	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。
12月3日 17:05 20:24	第1回法的脳死判定開始。 第1回法的脳死判定終了
12月4日 2:32 5:50	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159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
2011年	入院		12月4日	6:10 検視 6:27 検視終了	
12月1日	0:21 臓器提供について家族から申し出 10:55 臓器提供に関する情報提供希望 Coの説明を聴くことを家族が希望 14:30 臓器提供に関する一般的な説明 15:40 説明終了	10:55 中日本支部で連絡受信 Coを派遣			7:10 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 8:19 小腸の斡旋を断念 医学的理由 9:54 肺の斡旋を断念 医学的理由
2日	16:00頃 臓器提供に関する情報提供希望 Coの説明を聴くことを家族が希望 16:52 再度、一般的な説明 17:00 説明終了 過ぎ 20:40 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 21:00 脳死後の臓器提供説明依頼 Coの説明を聴くことを家族が希望	16:00頃 中日本支部で連絡受信 Coを派遣 21:00 中日本支部で 第一報を受信 Coを派遣	5日	4:50 手術室入室 呼吸・循環管理開始 5:22 摘出手術開始 6:25 大動脈遮断・灌流開始 6:33 心臓摘出 7:06 膵臓摘出 7:13 腎臓摘出 8:19 手術室退室	6:54 肝臓の斡旋を断念 医学的理由 11:55 臓器斡旋対策本部解散 臓器搬送の終了を確認
3日	10:00 Coが病院到着 病院体制の確認・医学的情報収集 13:08 脳死後の臓器提供説明 14:37 承諾書への署名捺印 脳死判定承諾書・臓器摘出承諾書 14:48 説明終了 17:05 第1回脳死判定 20:24 判定終了	15:10 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 16:19 心臓・肺・肝臓・小腸移植 適合者検索 対策本部にて検索			
4日	2:32 第2回脳死判定 5:50 判定終了(死亡確認)	1:03 膵臓・腎臓移植 適合者検索 対策本部にて検索			

臓器の搬送	心臓	膵臓・左腎臓	右腎臓
12月5日	6:55 消防へJ 8:05 大阪大学医学部附属病院到着	7:55 タクシー 浜松駅到着 新幹線 東京駅到着 タクシー 11:35 東京女子医科大学病院到着	8:01 タクシー 浜松駅到着 新幹線 静岡駅到着 タクシー 9:50 静岡県立総合病院到着

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
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
桑原 寛	神奈川県精神保健福祉センター所長
島崎 修次	国土舘大学大学院救急システム研究科科长
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
南 砂	読売新聞社 編集局総務
宮本 信也	筑波大学人間系長、教授
○ 門田 守人	がん研有明病院 病院長
◎ 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
山田 和雄	名古屋市病院局 局長

(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（第49回）

氏 名	所 属
阿部 俊昭	東京慈恵会医科大学脳神経外科教授
川原 信隆	公立大学法人横浜市立大学大学院医学研究科脳神経外
○ 坂部 武史	科学教授
○ 鈴木 一郎	山口労災病院院長
◎ 竹内 一夫	日本赤十字社医療センター脳神経外科部長
◎ 横田 裕行	杏林大学名誉学長
	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）

医学的検証作業グループ名簿（第54回）

氏 名	所 属
阿部 俊昭	東京慈恵会医科大学脳神経外科教授
梶田 泰一	名古屋大学医学部脳神経外科准教授
川原 信隆	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
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
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
横田 裕行	日本医科大学大学院侵襲生体管理学教授

（50音順／敬称略 ○：座長）

医学的検証作業グループ名簿（第56回）

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159例目に関する検証経緯

平成24年12月14日

医学的検証作業グループ（第49回）

平成25年4月19日

医学的検証作業グループ（第54回）

平成25年9月20日

医学的検証作業グループ（第56回）

平成26年6月2日

第56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