

**第276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 ネットワークあっせん事例評価委員会による 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）	13
(参考資料2) 第276例目 臓器提供の経緯	14
(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	15
(参考資料4) 医学的検証作業グループ名簿	16
(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276例目 に関する検証経緯	17

## はじめに

本報告書は、平成26年6月に行われた第276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79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の検証結果

### 1. 初期診断・治療に関する評価

#### (1) 病院前対応

70歳代、女性。平成26年6月16日0:45頃、家人を呼ぶ声が風呂場より聞こえたため駆けつけたところ、家人が廊下に腹臥位の状態で倒れている妻を発見し、0:51救急隊要請した。1:01救急隊が現着時、JCS100、血圧180/94mmHg、脈拍88回/分、瞳孔径は両側4.0mm、自発呼吸あり、酸素投与をしながら搬送となった。

#### (2) 来院時対応・初期治療

6月16日1:24当該医療機関へ到着。病院到着時、意識レベルはJCS30、GCSE2V1M4、血圧197/103mmHgであった。瞳孔径は両側3.5mm、対光反射は両側あり、自発呼吸もあった。臭化ロクロニウム30mgを投与後、直ちに気管挿管を行い、頭部CTを実施した。頭部造影CTでは、Fisher分類group3のくも膜下出血、脳室穿破、右椎骨動脈-後下小脳動脈分枝部の動脈瘤破裂と診断した。重症くも膜下出血、急性水頭症に対して、救命のため脳動脈瘤コイル塞栓術、右脳室ドレナージ術を施行した。術中所見として、右椎骨動脈-後下小脳動脈に2mm大の小さな破裂瘤を認めた。瘤が小さく、可能な限りコイル塞栓を行ったが、瘤内に血流が残存した。

#### (3) 集中治療室入室後

6月16日3:10に集中治療室に入室し、プロポフォール、フェンタニルを投与下に血圧管理を行い、集中治療を行ったが、21時20分に両側瞳孔散大を認め、頭部CTを実施した。CT所見では、動脈瘤の再破裂を示唆するくも膜下出血の増悪及び脳浮腫の悪化、水頭症の拡大を認めた。23:00より再度血管造影を行ったところ、non-filling状態で脳内への造影剤の流入は認めなかった。その後はそのまま人工呼吸管理としたが、血圧低下に伴い鎮静薬を終了し、昇圧薬を開始した後も呼吸は人工呼吸器に完全に同調していた。6月17日には、尿崩症も出現し、バソプレシンを開始した。以後、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)

右椎骨動脈-後下小脳動脈分枝部動脈瘤破裂による重症くも膜下出血の事例。コイル塞栓術、脳室ドレナージ術が施行され、循環・呼吸管理を中心とした全身管理が施行されたが、神経学的所見の改善は得られなかった。

#### (呼吸器系の管理)

来院時、意識レベルはJCS100、自発呼吸も認めていた。来院後に、人工呼吸管理を開始した。手術後より、鎮静薬を開始したが、徐々に神経学的所見の増悪を認め、鎮静薬の終了後も呼吸は人工呼吸器に同調しており、その後自発呼吸の出現は認めなかった。

経過中、経皮的動脈血酸素飽和度（SpO<sub>2</sub>）は 100%前後を維持しており、酸素化に問題は認めなかった。

（循環器系の管理）

手術後より降圧薬投与による血圧管理を開始した。しかし、6月17日からは血圧低下傾向にあり、鎮静薬を終了、その後はドパミン、アドレナリンの投与を開始した。以後、循環動態は安定し、100～130mmHgで推移した。

（水電解質の管理）

電解質は、治療初期は正常範囲内で推移していたが、6月17日より尿崩症に伴う高Na血症傾向を認め、バソプレシン投与にて、概ね電解質は正常範囲内で推移した。

（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

右椎骨動脈から後下小脳動脈瘤破裂による重症くも膜下出血の事例である。循環・呼吸管理とともに、コイル塞栓術、脳室ドレナージ術が施行され、脳圧降下療法が行われたが、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。

脳死判定に影響しうる薬剤は、プロポフォール、フェンタニル、ブプレノルフィン塩酸塩、臭化ベクロニウム、臭化ロクロニウムを使用しているが、1783mg、0.187mg、0.44mg、1mg、30mgと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66時間、約66時間、約77時間、約73時間、約86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86時間、深昏睡は約66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：6月19日15:45～6月19日18:03

体温：36.3℃（膀胱温）

血圧：（開始時）147/66mmHg （終了時）171/80mmHg

心拍数：（開始時）92回／分 （終了時）121回／分

検査中の昇圧薬の使用：ドパミン、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・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 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(EGI)（記録時間34分 標準感度10 $\mu$ V/mm 高感度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（Fp1-A1、Fp2-A2、C3-A1、C4-A2、O1-A1、O2-A2）

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

呼名およ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：施行せず

(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。

(3) 法的脳死判定

① 第1回法的脳死判定

検査時刻：6月20日18:00～6月20日19:41

体温：37.3℃（膀胱温）

血圧：（開始時）109/72mmHg （終了時）94/40mmHg

心拍数：（開始時）115回／分 （終了時）128回／分

検査中の昇圧薬の使用：ドパミン、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・ミオクローヌス：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(EGI)（記録時間51分 標準感度10 $\mu$ V/mm 高感度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 (Fp1-A1, Fp2-A2, C3-A1, C4-A2, O1-A1, O2-A2)  
 双極導出 (Fp1-C3, Fp2-C4, C3-O1, C4-O2, T3-Cz, T4-Cz)  
 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：施行せず

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	5分後	人工呼吸再開後
PaCO <sub>2</sub> (mmHg)	40.6	53.9	62.0	65.5	
PaO <sub>2</sub> (mmHg)	538	517	502	410	
血圧(mmHg)	98/49	184/86	213/90	204/84	158/59
SpO <sub>2</sub>	100	100	100	100	100

## ② 第2回法的脳死判定

検査時刻：6月21日7:10～6月21日8:53

体温：37.3℃（膀胱温）

血圧：（開始時）159/94mmHg （終了時）112/56mmHg

心拍数：（開始時）128回／分 （終了時）75回／分

検査中の昇圧薬の使用：ドパミン、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・ミオクローヌス：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 52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、Cz、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 (Fp1-C3, Fp2-C4, C3-O1, C4-O2, T3-Cz, T4-Cz)

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：施行せず

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	6分後	人工呼吸再開後
PaCO <sub>2</sub> (mmHg)	37.9	52.0	58.6	63.3	
PaO <sub>2</sub> (mmHg)	527	496	474	452	
血圧(mmHg)	90/53	105/60	115/62	122/63	112/56
SpO <sub>2</sub>	100	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 (6月20日 19:41)

第2回法的脳死判定：法的脳死判定基準を満たすと判定 (6月21日 8:53)

(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 PaCO<sub>2</sub> 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 ネットワークあっせん事例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体制

平成26年6月17日夕方、主治医から家族へ病状を説明し、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。

6月18日13:30、家族よりコーディネーターから臓器提供の説明を聞きたいとの希望があった。

6月18日18:12から約35分間、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）2名が夫、長女、妹と面談し、臓器提供に関する一般的な情報提供を行った。夫、長女は、「本人は元気な時に、何かあったら臓器提供してほしいと言っており、本人の意思を尊重したい。」と話した。

6月19日18:03、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診断された。主治医から長男、長女へ病状を説明し、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。

6月19日18:30、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り、ネットワークはコーディネーター2名を派遣した。

コーディネーターは脳死下臓器提供のための施設要件として必要な体制の確保、臓器摘出を行うことに関しての合意、施設内倫理委員会等の委員会での承認、適正な脳死判定を行う体制、救急医療等の関連分野において高度の医療を行う5類型施設であることを確認した。

また主治医等と事前打ち合わせにて医学的情報を収集し、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第一次評価（治療経過や病状を把握し、感染症や既往歴の把握とドナー適応基準に照らし合わせた禁忌事項の有無、脳死とされうる状態と診断された根拠の確認）を行った。

さらに、主治医等により、臓器提供に関する有効な意思表示が困難となる障害を有する者でないことを確認した。また、コーディネーターは親族の範囲や家族の病状理解の程度を把握し、並びに家族が臓器提供の説明を希望した動機等を把握した。

#### 【評価】

- コーディネーターは要請を受けて病院に赴き、初期情報への対応、家族への説明を開始するまでの手続き、臓器提供施設としての院内体制整備の確認、ドナーの第一次評価を行った。

上記を検証した結果、本症例においてコーディネーターは適切な初動の対応を行った。

## 2. 家族への法的脳死判定等の説明及び支援

6月19日19:30から約1時間、コーディネーターが長男、長女に面談し、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（情報公開等）につき文書を用いて口頭で説明した。また家族への説明の際、承諾の任意性の担保に配慮した。

本人は、臓器提供意思表示カードを所持しておらず、健康保険証には意思表示を記載していなかった。また、運転免許証は取得していないことを確認した。臓器提供意思登録システムに登録していないこと、及び口頭による拒否の意思がないことを確認した。

長男、長女とも、「本人の意思を尊重したい。」と話した。夫は都合により説明には同席できなかったが、臓器提供に同意していることを確認した。

6月19日20:35、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、膵臓、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等の書面及び臓器提供意思登録システムへの登録がないこと、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。また、脳死判定及び臓器提供の手順・内容と、家族に求められる手続き（情報公開等）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承諾であることを確認した。
- コーディネーターは、臓器提供施設内の医療者と連携し、医療者から得た家族の心情等に関する情報を踏まえ、家族の希望に応じて臓器提供に関する情報を提供し、家族の立場に立った精神的支援を適切に行うことができた。

上記を検証した結果、コーディネーターは法的脳死判定前の家族への説明及び支援を適切に行った。

## 3. ドナーの医学的検査及びレシピエントの選択、移植実施施設への連絡等

ドナーの提供希望臓器の医学的状態の把握のため、経時的な血液検査（生化学、凝固線溶系検査、末梢血液検査）や培養検査（血液、痰、尿培養検査）が実施された。また、第二次評価として、メディカルコンサルタントにより心臓超音波検査、腹部超音波検査、気管支鏡検査が実施された。医学的検査の結果を踏まえ、臓器提供施設、コーディネーター、メディカルコンサルタントで情報共有し、ドナーの全身状態の安定化と合併症の予防に努めた。

また、組織適合性検査（HLA 検査）及びリンパ球交差試験は、ネットワーク本部から移植検査施設に依頼し、問題ないことが確認された。その他、必要な感染症検査（HBs 抗原、HCV 抗体、HIV 抗体、HTLV-1 抗体）については臓器提供施設から結果を入手し

た。

レシピエント選択では選択基準に従い、6月19日22:20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検査後、6月20日3:38にレシピエント候補者の選定を開始した。膵臓については、メディカルコンサルタントに相談したところ、ドナーの医学的理由（高齢）により移植の適応なしと判断された。

法的脳死判定が終了した後、6月21日11:12から心臓、肺、肝臓、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1～146候補者がドナーの医学的理由（年齢）により移植を辞退し、移植を見送った。

肺については、第6候補者が移植を受諾し、両肺移植が行われた。第2～5候補者はドナーの医学的理由（高齢）により、移植を辞退した。第1候補者はリンパ球交差試験が陽性であったため、意思確認の対象から除外した。

肝臓については、第3候補者が移植を受諾し、移植が行われた。第1候補者はドナーの医学的理由（高齢）により、第2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。

腎臓については、第2、7候補者が移植を受諾し、移植が行われた。第1、4、5候補者はレシピエントの医学的理由（フローサイトメトリー法クロスマッチ陽性）により、第3候補者はレシピエント理由（仕事の都合）、第6候補者はレシピエントの医学的理由（癌の術後）により、移植を辞退した。

小腸については、第1～4候補者がドナーの医学的理由（年齢）により移植を辞退し、移植を見送った。

#### 【評価】

- コーディネーターは、メディカルコンサルタントによる第二次評価やドナーの医学的状态を的確に把握しドナー適応基準に合致していることを確認した。また、臓器提供施設の主治医、メディカルコンサルタント、コーディネーターの連携も適切であった。
- レシピエント選択では、ドナーの感染症検査・組織適合性検査等を行い、その検査等の結果がレシピエント選択基準に合致していることを確認し、移植実施施設への連絡及び臓器あっせんを適切に行うことができた。

上記を検証した結果、ドナーの医学的検査及びレシピエントの選択と移植実施施設への連絡を適切に行った。

#### 4. 法的脳死判定から臓器摘出までの家族への説明と支援

法的脳死判定終了後、主治医から当該判定の結果について家族へ説明がなされた。

法的脳死判定から臓器摘出までの間、コーディネーターは長女と適宜面会し、長女の話の傾聴した。また、摘出手術までの時間的経過を説明し、家族からの質問や疑問がないかを確認した。また、レシピエント候補者が決定したことを報告したところ、夫、長男、長女は、「良かったです」と安心された。

#### 【評価】

- 臓器摘出までの間、家族の心情に配慮しながら適宜面会し、質問や疑問がないか確認を行うとともに、家族の話の傾聴しており、コーディネーターによる家族の精神的支援は適切になされた。

上記を検証した結果、法的脳死判定から臓器摘出までの家族への説明と支援を適切に行った。

### 5. 臓器搬送の調整

6月21日にコーディネーターは臓器搬送の計画を立案し、立案どおり、円滑な臓器搬送がなされた。

#### 【評価】

- 臓器搬送は、ネットワーク本部の指揮ならびに調整のもと、円滑に行われた。

上記を検証した結果、臓器搬送の調整を適切に行った。

### 6. 臓器摘出後の家族への支援

6月22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。

移植後経過の報告や厚生労働大臣感謝状、サンクスレターの受け取りは希望されなかったが、今後、希望があればいつでも連絡を取れる体制にあることを併せて伝えた。

平成27年5月19日、ドナーファミリー専用ダイヤル案内用リーフレットを郵送した。

2014年8月、2015年8月、2016年8月、腎臓移植を受けられた方よりサンクスレターをお預かりしたが、現在、家族はサンクスレターの受け取りを希望していないため、受け取りを希望された際にお渡しできるよう、日本臓器移植ネットワークにてサンクスレターを保管した。

#### 【評価】

- 家族は、移植後経過の報告、及び厚生労働大臣感謝状やサンクスレターの受け取りは希望されなかったが、家族にはコーディネーターの連絡先を伝えており、い

つでも連絡が取れる体制を整えて適切に対応している。

上記を検証した結果、臓器摘出後の家族への支援は家族の希望に沿って適切に行った。

## 7. まとめ

- 承諾手続きは、脳死判定承諾書、臓器摘出承諾書を得て、適正になされた。
- レシピエントの選択は、レシピエント選択基準に従って、その手順、方法、結果の解釈に問題なく、適正になされた。
- 家族への説明及び支援は、家族の状況や心情に応じて適正になされた。
- 臓器提供施設や移植実施施設との情報交換を緊密にし、適宜、相談・協議して円滑な臓器あっせんがなされた。

上記の結果を検証し、本事例のあっせん手続き、臓器配分は適切であったと評価する。

**診断・治療概要（臓器提供施設提出資料要約）**

6月16日 0:51 1:01	廊下に倒れているところを発見され、救急要請された。 救急隊が現着時、JCS100、血圧 180/94mmHg、脈拍 88 回/分、瞳孔径は両側 4.0mm、自発呼吸あり、酸素投与をしながら搬送となった。
6月16日 1:24	当該医療機関へ到着した。 病院到着時、意識レベルは JCS 30、GCSE2V1M4、血圧 197/103mmHg であった。瞳孔径は両側 3.5mm、対光反射は両側あり、自発呼吸を認めた。 頭部造影 CT では、Fisher 分類 group3 のくも膜下出血、脳室穿破、右椎骨動脈-後下小脳動脈分枝部の動脈瘤破裂と診断した。重症くも膜下出血、急性水頭症に対して、脳動脈瘤コイル塞栓術、右脳室ドレナージ術を施行した。
6月16日 3:10 21:20 23:00	集中治療室に入室した。 両側の瞳孔散大を認めた。 頭部 CT を実施すると、動脈瘤の再破裂を示唆するくも膜下出血の増悪及び脳浮腫の悪化、水頭症の拡大を認めた。 再度血管造影を行ったところ、non-filling 状態で脳内への造影剤の流入は認めなかった。
6月17日	尿崩症が出現し、バソプレシンを開始した。
6月19日 15:45 18:03	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。
6月20日 18:00 19:41	第1回法的脳死判定開始。 第1回法的脳死判定終了。
6月21日 7:10 8:53	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276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	
2014年	入院			6月21日			
6月18日	臓器提供に関する情報提供希望 10:12 臓器提供に関する一般的な説明 18:47 説明終了		西日本支部で連絡受信 Coを派遣			11:12 心臓・肺・肝臓・腎臓・小腸 意思確認開始 対象本部一移植施設	
19日	18:03 脳死とされる状態にあると診断 脳死とされる状態の項目を満たす 17:30 Coが病院到着 病院体制の確認・医学的情報収集 18:30 脳死後の臓器提供説明依頼 Coの説明を聞くことを希望が希望 19:30 脳死後の臓器提供説明 20:35 承諾書への署名捺印 脳死判定承諾書・臓器抽出承諾書 20:35 説明終了		18:30 西日本支部で 第一般情報受信 Coを派遣 20:50 臓器提供対象本部設置 承諾の連絡を受け対象本部を設置 22:20 心臓・肺・肝臓・小腸移植 適合者検索 対象本部にて検索	6月22日	3:25 手術室入室 呼吸・循環管理開始 3:53 臓器抽出開始 4:56 大動脈遮断・灌流開始 5:25 肺抽出 5:49 肝臓抽出 5:55 腎臓抽出 8:37 右眼球抽出 8:47 左眼球抽出 9:25 手術室退出	15:00 心臓の移植を断念 医学的理由	
20日	18:00 第1回脳死判定 19:41 判定終了	3:38 肺臓・腎臓移植 適合者検索 対象本部にて検索 17:35 肺臓の移植を断念 医学的理由					
21日	7:10 第2回脳死判定 8:53 判定終了(死亡確認)						13:45 臓器提供対象本部解散 臓器搬送の終了を確認
臓器の搬送				臓器の搬送			
6月22日	5:58 院内	6:22 タクシー 伊丹空港到着 定期便 羽田空港到着 定期便 新千歳空港到着 タクシー 12:35 北海道大学病院到着		6:52 タクシー 7:35 大阪市立大学医学部附属病院到着		7:05 タクシー 7:30 大阪市立総合医療センター	

脳死下での臓器提供事例に係る検証会議名簿

氏 名	所 属 ・ 役 職
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	国士舘大学防災・救急救助総合研究所所長
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

◎ 座長



### 医学的検証作業グループ名簿

氏 名	所 属 ・ 役 職
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	独立行政法人国立病院機構大阪医療センター集中治療部 部長
櫻井 淳	日本大学病院救急科・救命救急センター長
◎ 島崎 修次	国士舘大学大学院救急システム研究科長
永廣 信治	徳島大学脳神経外科教授

◎: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276例目に関する検証経緯

平成28年3月14日

医学的検証作業グループ（第78回）

平成29年3月27日

第79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