

第 433 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	7
(参考資料1) 第433例目 臓器提供の経緯	12
(参考資料2) 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3) 医学的検証作業グループ名簿	14
(参考資料4) 脳死下での臓器提供事例に係る検証会議における 第433例目に関する検証経緯	15

はじめに

本報告書は、令和7年11月に行われた第433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144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、臓器あっせん機関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、臓器あっせん機関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、臓器移植コーディネーターから一連の経過を聴取するとともに、公益社団法人日本臓器移植ネットワークに設置されたあっせん事例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、臓器あっせん機関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. 診断・治療に関する評価

(1) 病院前対応

60歳代女性、既往に腰椎椎間板ヘルニアがある。2017年2月7日の夜間にソファで寝ており返答がないため家族が本人をつれて当該医療機関に自家用車で受診した。

(2) 来院時対応・初期治療

21時10分当該医療機関到着時、JCS300、瞳孔径 2.5 mm/2.5 mm、対光反射あり、血圧 203/111mmHg、心拍数 73/分、自発呼吸あり、体温 37.6℃であった。頭部 CT にて脳室内出血（側脳室～第4脳室）と急性水頭症が認められた。呼吸状態が安定しているため、翌朝に内視鏡下血腫除去術を行う方針で集中治療室入室となった。

(3) 集中治療室入室後

23時33分集中治療室入室時、GCS6（E1V1M4）、瞳孔 2.5mm/2.5mm、対光反射あり、血圧 160/106mmHg、心拍数 95/分、自発呼吸あり、体温 36.2℃であった。翌2月8日10時30分手術室入室、麻酔導入直前に呼吸停止、瞳孔散大、血圧の低下（収縮期血圧は 70mmHg は維持）であったが、正常洞調律でありそのまま手術施行した。手術は予定通り終了し、十分血腫を除去できたが、意識の回復は得られず、自発呼吸も消失したままで瞳孔散大固定であった。以後、循環・呼吸管理を中心とした全身管理が実施されたが神経学的所見の改善は見られなかった。

(初期診断及び治療)

脳出血から脳ヘルニア・脳死となった事例。開頭血腫除去術、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)

内視鏡下血腫除去術中に人工呼吸管理を開始した。経過の中で酸素化は維持されていた。

(循環器系の管理)

自己心拍再開後、血圧低値に対しバソプレシン、ドパミンを投与し循環動態を維持した。

(水電解質の管理)

中枢性尿崩症に対しバソプレシンで水分、電解質は安定していた。

(評価)

施設から提供された検証資料や CT 画像を踏まえて検証した結果、本症例は、深昏睡に加え水頭症を合併した脳出血の症例であり、緊急手術を実施することが望ましい状況であった。

と考えられる。しかし、当該施設の体制上、緊急手術の実施が医療安全上の観点から困難であったことに加え、転院搬送に伴うリスク等を勘案した結果、翌朝に準緊急手術として対応した判断には、理解を示せるものとする。また、全身管理を中心とした治療については妥当である。

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

脳出血から脳ヘルニア・脳死となった事例。開頭血腫除去術、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。脳死判定に影響しうる薬剤はセボフルラン、レミフェンタニル、ロクロニウムを使用しており、投与終了から脳死とされうる状態の診断開始までにそれぞれ 31 時間経過していた。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 30 時間、深昏睡は約 30 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：2月9日 19:00～2月9日 21:00

体温：36.8℃（直腸温）

（開始時）血圧：101/69 mmHg 心拍数：77 回／分

検査中の昇圧薬の使用：バソプレシン、ドパミン

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 7.0 mm／左 7.0 mm

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 20 分 標準感度 10 μ V/mm 高感度 2 μ V/mm）

電極配置：国際 10-20 法：Fp1, Fp2, C3, C4, O1, O2, A1, A2, T3, T4, Cz

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, Cz-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：施行せず

(施設による判断)

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：2月10日11:53～2月10日13:38

体温：36.2℃（膀胱温）

血圧：（開始時）146/78 mmHg （終了時）130/68 mmHg

心拍数：（開始時）86回／分 （終了時）83回／分

検査中の昇圧薬の使用：ドパミン、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 6.0 mm／左 6.0 mm

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35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, O1, O2, A1, A2, T3, T4, Cz

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, Cz-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：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	8分後	人工呼吸 再開後
PaCO ₂ (mmHg)	37.9	50.0	55.2	59.6	62.1	
PaO ₂ (mmHg)	355	327	210	144	128	
血圧(mmHg)	166/78	157/75	131/63	117/68	106/59	164/94
SpO ₂ (%)	98	98	97	96	96	98

② 第2回法的脳死判定

検査時刻：2月10日 20:01～2月10日 22:02

体温：36.4℃（膀胱温）

血圧：（開始時）193/105 mmHg （終了時）137/74 mmHg

心拍数：（開始時）78回／分 （終了時）78回／分

検査中の昇圧薬の使用：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・ミオクローヌス：なし

JCS 300、GCS 3

瞳孔：固定 瞳孔径：右 6.0 mm／左 6.0 mm

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 37 分 標準感度 10 μ V/mm 高感度 2 μ V/mm）

電極配置：国際 10-20 法：Fp1, Fp2, C3, C4, O1, O2, A1, A2, T3, T4, Cz

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, Cz-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：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 ₂ (mmHg)	39.7	50.0	56.5	62.7	
PaO ₂ (mmHg)	506	443	336	298	
血圧 (mmHg)	180/98	180/90	152/81	132/72	157/90
SpO ₂ (%)	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（2月10日 13:38）

第2回法的脳死判定：法的脳死判定基準を満たすと判定（2月10日 22:02）

（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。

無呼吸テストは安全に施行でき、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 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

2017 年（平成 29 年）2 月 9 日、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。また、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。

同日、病院からネットワークに連絡があり、ネットワークは、富山県臓器移植コーディネーター1 名を派遣した。富山県臓器移植コーディネーターは 17：25 から約 30 分、夫、次女、三女と面談し、臓器提供に関する情報提供を行った。夫は、「家族みんなで話しました。もう臓器提供することを決めています。静かに送ってあげたい」と話した。次女からは法的脳死判定の立ち合いについての質問があった。眼球提供の説明をした際に、三女は、「顔は傷つけない」と話した。

20：02、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。

2 月 10 日、主治医から夫と三女へ病状を説明し、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。

8：30、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（日本臓器移植ネットワーク所属のコーディネーター及び富山県臓器移植コーディネーターをいう。以下同じ）3 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、院内として脳死下臓器提供を行うことに合意があり、脳死判定を行う体制があること、また、日本脳神経外科学会の連携施設に該当していることを確認した。

また、主治医等との事前打ち合わせにて医学的情報を収集し、発症から現在までの経過、現在の全身状態や使用薬剤を把握し、感染症や既往歴の確認、精神疾患の有無とドナー適応基準に照らし合わせた禁忌事項の有無、検視の有無、脳死とされうる状態の診断項目・時間の確認を行った。

さらに、主治医は、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あるとは認められないと判断し、コーディネーターはそれを確認した。

【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。

2. 家族への法的脳死判定等の説明及び支援

2月10日8:36から約40分、コーディネーターが夫、三女と面談し、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。

夫は、「妻が運転免許証の更新に行ったときに、臓器提供意思表示欄を見て、『私は提供してもいいかな』と言っていた。本人は（運転免許証に）何も書いていないが、提供の意向はあったと思う」、三女は「家族はみんな、賛成しています」と話した。

コーディネーターは、本人の健康保険証、運転免許証、個人番号カード、臓器提供意思表示カードに臓器提供に関する意思表示がないことを確認した。また、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表示がないことを確認した。

9:00、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及び臓器摘出承諾書に署名捺印した。次女、母親と二人の弟は面談に同席することができなかったが、夫から臓器提供について話し、4人ともに臓器提供について賛成していると話した。

承諾臓器は、心臓、肺、肝臓、腎臓、膵臓、小腸であった。眼球は、顔は傷つけないとのことで承諾しなかった。

【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。

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、感染症検査（HBs 抗原、HCV 抗体、HIV 抗体、HTLV-1 抗体）、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。

レシピエント選択では選択基準に従い、2月10日13:25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、20:35 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、2月11日8:40から心臓、肺、肝臓、膵臓、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、20、53候補者の移植施設が、ドナーとレシピエントの体格差により移植を辞退した。第2～19、21～52、54～79、81～167候補者の移植施設は臓器搬送手段の確保が困難なため虚血時間の延長を考慮し、移植を辞退した。第80候補者は心肺同時移植希望者のため、意思確認の対象から除外した。第168候補者が移植を受諾し、移植が行われた。

肺については、第1～7、9～11、13～49候補者の移植施設は、ドナーの医学的理由（高齢、肺炎、喫煙歴）により移植を辞退した。第8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。第12候補者は心肺同時移植希望者のため、意思確認の対象から除外した。血液型が一致する全候補者が移植を辞退したため、あっせん中止となった。

肝臓については、第1候補者が移植を受諾し、移植が行われた。

膵臓については、第1、2、4～20候補者の移植施設は、ドナーの医学的理由（年齢インスリン使用歴、HbA1c高値）により移植を辞退した。第3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。第21候補者の移植施設は、レシピエントの医学的理由（癌の手術後）により移植を辞退した。第22候補者が移植を受諾し、膵腎同時移植が行われた。

腎臓については、第1候補者が、レシピエントの都合（親の介護）により移植を辞退した。第2候補者の移植施設は、レシピエントの医学的理由（癌の手術後）により移植を辞退した。第3候補者が移植を受諾し、移植が行われた。

小腸については、第1候補者の移植施設が、施設の都合（先進医療申請手続き中）により、レシピエント候補者に事情を説明の上、施設として移植を辞退した。第2、3候補者の移植施設が、ドナーの医学的理由（高齢）により移植を辞退した。全候補者が移植を辞退したため、あっせん中止となった。

【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。

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夫、長女、次女、三女、弟と適宜面会し、話を傾聴した。また、摘出手術までの時間経過を説明し、家族からの質問や

疑問がないかを確認した。

情報公開について、夫は、「人のために、役に立てればと思っているだけなのに。でも出さないといけないんですよね」と話した。コーディネーターは、家族の思いを傾聴しつつ、情報公開の必要性を伝えた。公表内容については、周りに知られたくないという家族の意向に配慮し、相談の上、決定した。

レシピエント候補者が決定したことを報告したところ、夫は、「ずっと天気予報を見えています。天気が良ければいいのですが」と話した。

【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、家族の話を傾聴しており、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。

5. 臓器搬送の調整

2月11日にコーディネーターは臓器搬送の計画を立案し、砺波市消防への調整を迅速に行った。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。

6. 臓器摘出後の家族への支援

2月12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。
2月13日	コーディネーターは夫に電話し、移植手術が終了したことを報告した。夫は「よかったです」と話した。
4月14日	コーディネーターは自宅を訪問し、厚生労働大臣感謝状をお渡しすると共に、移植後1ヶ月の経過を報告した。心臓移植レシピエントが亡くなられたことを伝えたところ、夫は「そうですか。一人でも移植で元気になってくれれば」と話した。コーディネーターは家族に今後の経過報告や連絡時期について確認したところ、家族は1年後の経過報告を希望した。
10月中旬	『ドナーファミリーの集い』の案内を郵送したが、返信はなかった。
2018年 (平成30年)2月 17日	コーディネーターは夫に電話し、レシピエントの移植後1年の経過を報告した。夫は「それはよかった」と話した。定期的な経過報告は最後になるが、今後も希望があればいつでも連絡を取れる体制にあることを伝えた。

9月下旬	『ドナーのご家族のための集い（2018年より名称変更）』の案内を郵送したが、返信はなかった。
2019年 （令和元年）10月中旬	『ドナーのご家族のための集い』の案内を郵送したが、返信はなかった。
2020年 （令和2年）2月上旬	右腎臓移植レシピエントからサンクスレターが届いたため、コーディネーターは夫に電話した。夫は郵送での受け取りを希望したため、後日、自宅へ郵送した。

【評価】

- コーディネーターによるご遺体の見送り、厚生労働大臣感謝状の受け渡し、移植後経過の報告、サンクスレターの受け渡しは家族の希望に沿って適切になされた。また、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。

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。

第 433 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		現地Coの動き	日本臓器移植ネットワーク本部
2017 年 (平成29 年)	入院		10日	20:01 第2回脳死判定	
2月9日	臓器提供に関する情報提供希望	15:51 事業推進本部で連絡受信 Coを派遣		22:02 判定終了(死亡確認)	20:35 腎臓・膵臓移植 適合者検索 対応本部にて検索
	17:25 臓器提供に関する情報提供 18:00 説明終了 20:02 脳死とされうる状態にあると診断 脳死とされうる状態の項目を満たす		11日		8:40 心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸 意思確認開始 対応本部→移植施設 9:34 小腸の移植を断念 医学的理由 12:51 肺の移植を断念 医学的理由
10日	7:38 Coが病院到着 病院体制の確認・医学的情報収集 8:20 臓器提供の選択肢提示 Coの話を聞くことを家族が希望 8:36 脳死後の臓器提供の説明 9:00 承諾書への署名捺印 脳死判定承諾書・臓器摘出承諾書 9:10 説明終了 11:53 第1回脳死判定 13:38 判定終了	8:30 事業推進本部で第一報を受信 9:59 臓器移植対応本部設置 承諾の連絡を受け対応本部を設営 13:25 心臓・肺・肝臓・小腸移植 適合者検索 対応本部にて検索	12日	4:30 手術室入室 呼吸・循環管理開始 4:55 摘出手術開始 6:16 大動脈遮断・灌流開始 6:24 心臓摘出 6:38 肝臓摘出 6:57 膵臓摘出 6:57 腎臓摘出 8:00 手術室退出 14:25 臓器移植対応本部解散 臓器搬送の完了を確認	
臓器の搬送					
	心臓	肝臓	肺臓・左腎臓	右腎臓	
2月12日	6:40 群馬県Co緊急車両 新高岡駅到着 新幹線 上野駅到着 9:50 NW緊急車両 東京大学医学部附属病院到着	7:43 福波市消防救急車 新高岡駅到着 新幹線 東京駅到着 タクシー 11:44 慶應義塾大学病院到着	7:56 タクシー 新高岡駅到着 新幹線 長野駅到着 特急 名古屋駅到着 タクシー 13:42 藤田保健衛生大学病院到着	7:56 タクシー 新高岡駅到着 新幹線 長野駅到着 特急 名古屋駅到着 タクシー 13:30 名古屋第二赤十字病院到着	

脳死下での臓器提供事例に係る検証会議名簿

氏 名	所 属
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
隅本 邦彦	名古屋大学客員教授
坂上 博	読売新聞東京本社調査研究本部 主任研究員
佐原 博之	(公社) 日本医師会 常任理事
○鈴木 一郎	医療法人社団EBIS 理事長
田中 榮司	長野保健医療大学 学長
樋口 京子	東京たま心臓病の子どもを守る会 役員
藤森 和美	武蔵野大学 名誉教授
山田 和雄	名古屋市総合リハビリテーションセンター 理事長、センター長
山田 不二子	認定NPO法人チャイルドファーストジャパン 理事長
横堀 将司	日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野 大学院教授

(50音順／敬称略 ○：座長)

医学的検証作業グループ B 班名簿

氏 名	所 属
川合 謙介	自治医科大学医学部脳神経外科 教授
横堀 將司	日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野 大学院教授
塩川 芳昭	杏林大学脳神経外科 教授
○ 島崎 修次	国土舘大学防災救急救助総合研究所 所長
三宅 康史	帝京大学医学部救急医学講座 教授
村山 雄一	東京慈恵会医科大学脳神経外科学講座 主任教授

(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 433 例目に関する検証経緯

令和 5 年 2 月 13 日

医学的検証作業グループ（第 156 回）

令和 7 年 11 月 26 日

第 144 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