

第 442 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) 第442例目 臓器提供の経緯	13
(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	14
(参考資料3) 医学的検証作業グループ名簿	15
(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442例目に関する検証経緯	16

はじめに

本報告書は、令和3年2月に行われた第442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111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. 初期診断・治療に関する評価

(1) 病院前対応

50歳代女性。平成29年3月24日16時頃より、頭痛、嘔気等の症状有り、気分不良を訴えていた。19時前にトイレに行った際に、嘔吐し、転倒した。19時半頃、意識障害あり救急要請され、19:40に現着した。現着時、意識レベルは、JCS300であり、瞳孔径は右4mm/左4mmで、正中固定の状態であった。心拍数50回/分、血圧は239/127mmHgで、自発呼吸は認めていた。

(2) 来院時対応・初期治療

20:20、当該医療機関に到着した。呼吸は浅く、閉塞音を認めた。心拍数62回/分、血圧は243/127mmHgであった。瞳孔径は右4mm/左4mmであり、対光反射は両側消失していた。20:25、フェンタニル、プロポフォール、臭化ロクロニウムを投与した後に、気管挿管した。その後に、頭部CT（造影）を施行し、右被殻に70×40mmの血腫形成を伴う右中大脳動脈瘤破裂による血腫形成型くも膜下出血（Hunt&Kosnik分類Grade5、WFNS分類GradeV）と診断した。21:58、救急外来から直接手術室に入室し、開頭血腫除去および脳動脈瘤頸部クリッピング術、減圧開頭術を行った。

(3) 集中治療室入室後

3月25日、3:12、術後未覚醒のまま、頭部CTを撮影した後に、集中治療室に入室した。術直後の頭部CTでは、右前大脳動脈および中大脳動脈領域、左前大脳動脈領域は低吸収域となっていた。入室時、瞳孔径は右5mm/左5mmであり、対光反射は両側消失していた。集中治療室入室後は、術中からのノルアドレナリンを継続し、血圧の維持を図った。また頭蓋内圧降下剤を投与した。9:37、中枢性尿崩症に対してバソプレシンを開始した。その後、自発呼吸は消失し、対光反射、角膜反射、咳反射、眼球頭反射が消失した。

以降、循環・呼吸管理を中心とした全身管理を継続したが、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。

(初期診断及び治療)

脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血から、脳浮腫、脳ヘルニアとなり、脳死となった事例。開頭血腫除去および脳動脈瘤頸部クリッピング術、減圧開頭術を行った。以降、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)

当該医療機関搬送後に、人工呼吸管理を開始した。経過を通して、酸素化はたもたれてい

た。

（循環器系の管理）

当該医療機関搬送時、収縮期血圧は高値を示していた。術後は循環作動薬による循環の維持をはかった。

（水電解質の管理）

集中治療室入室後、中枢性尿崩症が出現し、バソプレシンの投与を開始した。以降、電解質は概ね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

脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血から、脳浮腫、脳ヘルニアとなり、脳死となった事例。開頭血腫除去および脳動脈瘤頸部クリッピング術、減圧開頭術を行った。以降、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として、プロポフォールが使用されているが、投与中止後、脳死とされうる状態の診断までに約 35 時間経過していることから、脳死判定には影響しないと考える。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 63 時間、深昏睡は約 70 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：3 月 27 日 11:32～3 月 27 日 18:15

体温：34.8℃（膀胱温）

血圧：（開始時）90/69 mmHg （終了時）104/72 mmHg

心拍数：（開始時）118 回／分 （終了時）83 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・ミオクローヌス：なし
JCS 300、GCS 3

瞳孔：固定 瞳孔径：右 5.5 mm／左 5.5 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 32 分 標準感度 $10\mu\text{V}/\text{mm}$ 高感度 $2\mu\text{V}/\text{mm}$ ）

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

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：I～V 波すべて消失

（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：3 月 28 日 6:14～3 月 28 日 8:10

体温：36.5℃（膀胱温）

血圧：（開始時）98/58 mmHg （終了時）92/48 mmHg

心拍数：（開始時）100 回／分 （終了時）86 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・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 $10\mu\text{V}/\text{mm}$ 、高感度 $2\mu\text{V}/\text{mm}$ ）

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

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：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)	44. 8	57. 0	60. 0	
PaO ₂ (mmHg)	497	523	335	
血圧 (mmHg)	150/86	110/59	86/45	92/48
SpO ₂ (%)	100	100	100	100

② 第 2 回法的脳死判定

検査時刻：3 月 28 日 18:50～3 月 28 日 20:40

体温：35. 8℃（膀胱温）

血圧：（開始時）136/83 mmHg （終了時）121/76 mmHg

心拍数：（開始時）69 回／分 （終了時）78 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 5. 5 mm／左 5. 5 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 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

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）

聴性脳幹誘発反応：I～V 波すべて消失

アーチファクトは心電図によるものを認めた。

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 開始後
PaCO ₂ (mmHg)	42. 7	56. 3	59. 9	68. 4	72. 1	
PaO ₂ (mmHg)	180	490	438	476	463	
血圧 (mmHg)	142/84	108/71	112/71	92/57	83/52	121/76
SpO ₂ (%)	100	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（3月28日8:10）

第2回法的脳死判定：法的脳死判定基準を満たすと判定（3月28日20:40）

（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、ともに安全に行う事が出来たと考える。必要な PaCO_2 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（平成29年）3月26日、主治医から夫、娘、妹へ病状を説明し、回復の可能性が厳しい旨及び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、大阪府臓器移植コーディネーター1名を派遣した。

3月27日11:40から約1時間、大阪府臓器移植コーディネーター1名が夫、長女、長男、次男、父親、妹と面談し、臓器提供に関する情報提供を行った。夫は、「自分の臓器提供については話したことがあったが、本人のことは話したことがない」と話した。妹は、時折涙を流しながらコーディネーターの話を聞いていた。自身が膵島移植を必要とする状況であり、「移植の必要性は理解している」と話した。

18:30、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。主治医から夫、長女、長男、次男、義父、義母へ病状を説明し、臓器提供についてコーディネーターからの説明を希望するか確認したところ、家族は希望した。

18:35、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大阪府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、日本救急医学会の指導医指定施設、救命救急センターとして認定された施設、日本脳神経外科学会の連携施設に該当し、前回（2016年（平成28年）11月）の脳死下臓器提供が実施された以降も体制に変更がないことを確認した。

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の診断項目・時間の確認、病状説明を行った際の家族の様子や心情について把握した。

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

3月27日18:53から約40分、コーディネーターが夫、長女、長男、次男、義父、義母と面談し、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。

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がないことを確認した。

夫は、「提供する気持ちは変わりません。眼球以外の臓器は承諾したい」と話した。長女は、「説明を聞き、手術の傷についても理解しました。身体の傷はお洒落な服を着せて隠そうと考えています」と話した。父親、妹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、臓器提供について反対していないことを確認した。また、母親は入院中のため、面談に同席することが難しい状況であった。

19:32、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。承諾臓器は、心臓、肺、肝臓、腎臓、脾臓、小腸であった。眼球は、夫と長男が、「あの世に行ってから困るから、眼球はやめてほしい」と話し、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、感染症検査（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。その他、必要な感染症検査（HBs 抗原、HCV 抗体、HIV 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、3月27日22:38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検査後、3月28日3:58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、3月28日23:10から心臓、肺、肝臓、脾臓、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、4、6～8、10～13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、3、9、14候補者の移植施設は、ドナーの医学的理由（たこつぼ型心筋症、心尖部の壁運動低下）により移植を辞退した。第5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15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候補者が移植を受諾し、両肺移植が行われた。

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。

脾臓については、第1候補者の移植施設は、レシピエントの医学的理由（移植後合併症の可能性）により移植を辞退した。第2候補者は、レシピエントの医学的理由（体調不良）により移植を辞退した。第3候補者が移植を受諾し、脾腎同時移植が行われた。

腎臓については、第1候補者が移植を受諾し、移植が行われた。

小腸については、第1、2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、長男、次男と適宜面会し、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。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、「移植に使われない臓器を体内に残してもらえるのなら安心です」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

3月28日にコーディネーターは臓器搬送の計画を立案し、東京消防庁、民間航空会社、当該空港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

3月30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。
3月31日	コーディネーターは夫へ電話し、移植手術が終了したことを報告した。夫は、「手術が終了して良かったです」と話した。今後の経過報告や厚生労働大臣感謝状の受け取りについては、郵送を希望した。
5月中旬	コーディネーターは夫に、移植後1ヶ月の経過報告、厚生労働大臣感謝状を郵送した。
7月中旬	コーディネーターは夫に、移植後3ヶ月の経過報告を郵送した。
9月下旬	コーディネーターは夫に電話し、肺移植レシピエントからのサンクスレターが届いていることを伝えた。サンクスレターの受け取りは郵送を希望したため、後日、郵送した。
10月下旬	『ドナーファミリーの集い』の案内を発送したところ、欠席の返事とともに今後の案内は不要との返信があった。
2018年 (平成30年)	
4月26日	コーディネーターは夫に電話し、移植後1年の経過報告を行った。心臓移植レシピエントが亡くなったことを伝えたところ、夫は「相手の方も弱っていたんですね。仕方ないですね」と話した。また、夫は、「移植を受けた方の経過は気になるので、結果に拘らずこれからも教えて下さい」と話した。
5月下旬	コーディネーターは夫に、肝臓移植レシピエントからのサンクスレターを郵送した。
8月下旬	コーディネーターは夫に、右腎臓移植レシピエントからのサンクスレターを郵送した。
2019年 (平成31年)	

4 月下旬	コーディネーターは夫に、移植後 2 年の経過報告を郵送した。
2020 年 (令和 2 年)	
5 月 2 日	コーディネーターは夫に、移植後 3 年の経過報告を郵送した。

【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442 例目 臓器提供の経緯

公益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		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		28日	18:50 第2回脳死判定 20:40 判定終了(死亡確認)	
3月26日	臓器提供に関する情報提供希望	20:14 事業推進本部で連絡受信 Coを派遣			23:10 心臓・肺・肝臓・膵臓・腎臓・小腸 意思確認開始 対応本部→移植施設 23:53 小腸の斡旋を断念 医学的理由
27日	10:52 Coが病院到着 病院体制の確認・医学的情報収集 11:40 臓器提供に関する情報提供 12:40 説明終了 18:30 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 18:33 臓器提供の選択肢提示 Coの説明を聞くことを家族が希望 18:53 脳死後の臓器提供説明 19:32 承諾書への署名捺印 脳死判定承諾書・臓器摘出承諾書 19:32 説明終了	18:35 事業推進本部で第一報受信 21:07 臓器斡旋対応本部設置 承諾の連絡を受け対応本部を設置 22:38 心臓・肺・肝臓・小腸移植 適合者検索 対応本部にて検索	30日	4:52 手術室入室 呼吸・循環管理開始 5:21 摘出手術開始 6:37 大動脈遮断・灌流開始 6:52 心臓摘出 7:10 肺摘出 7:12 肝臓摘出 7:30 膵臓摘出 7:30 腎臓摘出 8:40 手術室退室	13:43 臓器斡旋対応本部解散 臓器搬送の終了を確認
28日	6:14 第1回脳死判定 8:10 判定終了	3:58 膵臓・腎臓移植 適合者検索 対応本部にて検索			
臓器の搬送					
	心臓	肺	肝臓	膵臓・左腎臓	
3月30日	7:11 NW緊急車両 関西国際空港到着 チャーター機 羽田空港到着 東京消防庁ヘリコプター 9:02 東京大学医学部附属病院到着	7:36 タクシー 伊丹空港到着 定期便 福岡空港到着 移植病院救急車 11:42 福岡大学病院到着	8:33 タクシー 新大阪駅到着 新幹線 名古屋駅到着 タクシー 10:54 名古屋大学医学部附属病院到着	8:39 タクシー 新大阪駅到着 新幹線 名古屋駅到着 タクシー 11:25 藤田保健衛生大学病院到着	
	右腎臓				
3月30日	8:07 タクシー 9:15 大阪大学医学部附属病院到着				

脳死下での臓器提供事例に係る検証会議名簿

氏 名	所 属
○五十嵐 隆	国立成育医療研究センター 理事長
坂部 武史	山口労災病院 名誉院長
田中 榮司	信州大学医学部地域医療推進学教室 特任教授
忽滑谷 和孝	慈恵医大柏病院精神科診療部長 精神医学講座教授
山田 不二子	NPO法人チャイルドファーストジャパン 理事長
羽鳥 裕	(公社)日本医師会 常任理事
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
坂上 博	読売新聞東京本社調査研究本部 主任研究員
山田 和雄	名古屋市総合リハビリテーションセンター センター長
島崎 修次	国士舘大学防災・救急救助総合研究所 所長
藤森 和美	武蔵野大学人間科学部 教授
樋口 京子	東京たま心臓病の子どもを守る会 役員

(50音順／敬称略 ○：座長)

〈参考資料 3〉

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
○島崎 修次	国土舘大学防災・救急救助総合研究所 所長
村山 雄一	東京慈恵医科大学附属病院 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・教授
塩川 芳昭	杏林大学 脳神経外科 教授
三宅 康史	帝京大学医学部 救急医学講座 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 442 例目に関する検証経緯

令和 2 年 8 月 31 日

医学的検証作業グループ（第 118 回）

令和 3 年 2 月 3 日

第 111 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