

**第105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	
1. 初期診断・治療に関する評価	3
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	4
第2章 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	
あっせんの経過の概要とその評価	8
(参考資料1)	
診断・治療概要（臓器提供施設提出資料から要約）	11
(参考資料2)	
臓器提供の経緯（（社）日本臓器移植ネットワーク提出資料）	13
(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	14
(参考資料4)	
医学的検証作業グループ名簿	15
(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105例目 に関する検証経緯	16

はじめに

本報告書は、平成22年11月に行われた第105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44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. 診断・治療の評価

1-1 病院前対応

50歳代、男性。平成22年11月1日16:20頃、デスクワーク中にめまい、嘔吐にて、16:31救急要請。現場到着時、意識昏睡、JCS:300、心電図は不整脈を認めた。CPSS(Cincinnati Prehospital Stroke Scale、シンシナティ病院前脳卒中スケール)は、意識が悪く不明。速やかに救急搬送となる。搬送中は、酸素を投与、用手気道確保し、16:50現場発。

1-2 来院時対応・初期治療

17:03病院到着。血圧198/142mmHg。呼吸不全あり。意識昏睡。JCS:300、GCS:3。降圧、鎮痛、鎮静の薬物を使用した。気管挿管にて、呼吸不全に対する人工呼吸管理を行った。挿管チューブからピンク色の泡沫分泌物が多量に流出したため、肺水腫と判断し薬物治療。点滴、ステロイドなど薬物により止血、血圧管理、呼吸管理を行った。また、けいれんに対する静脈麻酔薬、抗けいれん薬にて治療した。

1-3 集中治療室入室後

瞳孔は散大、JCS:300。バイタルサインの安定を確認後、頭部CT、胸部CTを行った。脳幹出血、くも膜下出血と診断した。脳血管撮影にて脳動脈瘤は不明であったが、急性水頭症に対して脳室ドレナージ手術を施行し、ドレナージにより脳圧管理を行った。薬物により、脳圧管理、肺水腫、尿崩症、血圧管理をICUにて行った。11月9日、気管切開。多臓器不全への治療、輸血、栄養管理も継続する。血圧の低下には昇圧薬、尿崩症にはピトレスシンの投与を継続した。積極的な治療によっても、意識の改善はなく、瞳孔散大、脳幹反応の消失は変わらなかった。

(初期診断及び治療)

中脳の脳内出血を伴う、重症くも膜下血腫(Fisher分類 group4)。両側の側脳室に鑄形状の脳室内血腫を認め、急性水頭症を認めた。急性脳腫脹、脳全体に強い浮腫を呈する。

入院2時間後のCTで再出血は認めず、水頭症の進行を示した。緊急ドレナージ手術後のCT(20:30)では、ドレナージにより水頭症の軽度改善を示した。

(呼吸器系の管理)

救急搬送時に、意識昏睡、JCS:300、心電図は不整脈を認めた。CPSSは、意識が悪く不明。速やかに救急搬送となる。搬送中は、酸素を投与、用手気道確保。当該病院到着後、挿管にて呼吸不全に対する人工呼吸管理。挿管チューブからピンク色の泡沫分泌物が多量に流出したため、肺水腫と判断し薬物治療を行った。集中治療室入室後はSIMV

(同期式間欠的強制換気)モードにて呼吸管理されている。肺水腫、尿崩症、血圧管理をICUにて行う。11月9日、気管切開。連日SpO₂モニターで92~100%が維持された。

(循環器系の管理)

11月2日集中治療室入室後はニカルジピンにて降圧が行われている。脳室ドレナージ術を施行した。22:00頃から徐々に血圧が低下し、ドパミンの投与開始し、収縮期血圧は概ね90~140mmHgの範囲を維持するようにコントロールされた。11月2日、一日尿量は6600mlと多量であり、尿崩症と診断し、バソプレシンの投与を開始し、尿量はコントロールされた。

(水電解質の管理)

来院翌日(11月2日)から、尿崩症を認めていたが、バソプレシン投与を行うことで、尿量をコントロールし、血清Na値は正常範囲で推移している。16日になりわずかに低カリウム血症を呈したが、循環動態に影響は及ぼさなかった。

(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った。

2. 脳死とされうる状態の診断及び法的脳死判定に関して

2-1 法的脳死判定開始前の状態

脳幹出血、くも膜下出血と診断。脳血管撮影にて脳動脈瘤は不明であったが、急性水頭症に対して脳室ドレナージ手術を行う。ドレナージにより脳圧管理。薬物により脳圧管理、肺水腫、尿崩症、血圧管理が行われたが、改善せず。発症93時間後に撮影された頭部CTでは脳腫脹の進行が認められた。来院直後から瞳孔は散大し、対光反射も認められなかった。来院当日に鎮静目的でプロポフォールを使用したが、11月9日には中止し、197時間が経過している。

人工呼吸、深昏睡の継続時間はともに384時間である。

(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、検討した結果、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、一次性の脳の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。

以上のことから、脳死判定が行えると判断したことは妥当であった。

2-2 脳死とされうる状態の診断

検査終了時刻：11月17日18:00

体温：33.0℃（直腸温） JCS:300

血圧：（開始時）108/68mmHg （終了時）107/60mmHg

心拍数：（開始時）79回/分 （終了時）78回/分

検査中の昇圧薬の使用：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：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：平坦脳波（ECI）（記録時間 10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、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、
A1-A2、Fp1-O1、Fp2-O2）

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

アーチファクトは心電図と人工呼吸器によるものを認めた。

呼名、痛覚反応は認められなかった。

聴性脳幹反応：無反応

（施設における診断）

以上の結果から、脳死とされうる状態と診断して差し支えない。

（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が、記録時間は正味10分と短く、また、単極誘導（高感度）の脳波が測定されておらず、脳死判定時に定められた脳波の記録条件を完全には満たしていない。脳死判定時に定められた脳波の記録条件を満たすことが望ましかったが、臨床的には脳死と診断するのに支障はないと思われる。聴性脳幹反応も無反応であり、本事例を脳死とされうる状態であると診断したことは妥当である。

2-3 法的脳死判定

① 第1回目法的脳死判定

検査時刻：11月19日18:00~19:28

体温：35.6℃（直腸温） JCS:300

血圧：（開始時）155/75mmHg （終了時）121/68mmHg

心拍数：（開始時）63回/分 （終了時）60回/分

検査中の昇圧薬の使用：有・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：なし

瞳孔：固定 瞳孔径：右7.0mm 左7.0mm

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：平坦脳波（ECI）（記録時間45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、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、
 A1-A2、Fp1-O1、Fp2-O2)
 双極導出 (Fp1-C3、Fp2-C4、C3-O1、C4-O2、Fp1-T3、Fp2-T4、T3-O1、
 T4-O2、A1-C3、C3-C4、C4-A2、T3-T4)
 アーチファクトは、心電図と人工呼吸器によるものを認めた。
 呼名、痛覚反応は認められなかった。
 聴性脳幹反応：無反応

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	7分後	人工呼吸再開後
PaCO ₂ (mmHg)	37.9	54.3	56.0	61.6	
PaO ₂ (mmHg)	314.4	100.5	91.4	83.8	
血圧	137/60	130/61	128/61	128/61	121/68
SpO ₂	99.7	96.8	96.0	94.3	99.4

② 第2回目法的脳死判定

検査時刻：11月20日 03:30~5:53

体温：35.4℃ (直腸温) JCS:300

血圧：(開始時) 132/66mmHg (終了時) 108/46mmHg

心拍数：(開始時) 61回/分 (終了時) 60回/分

検査中の昇圧薬の使用：有・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：なし

瞳孔：固定 瞳孔径：右 6.5mm 左 6.5mm

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：平坦脳波 (ECI) (記録時間 44分 10μV/mm 2μV/mm)

電極配置：国際 10-20 法：Fp1、Fp2、C3、C4、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、
 A1-A2、Fp1-O1、Fp2-O2)

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

アーチファクトは心電図と人工呼吸器によるものを認めた。

呼名、痛覚反応は認められなかった。

聴性脳幹反応：無反応

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	__分後	人工呼吸再開後
PaCO ₂ (mmHg)	42.9	57.2	61.6		
PaO ₂ (mmHg)	209.9	99.1	93.9		
血圧	132/65	130/63	131/62		108/46
SpO ₂	99.4	96.6	95.7		99.6

(施設における診断)

以上の結果から

第1回法的脳死判定：法的脳死判定基準を満たすと判定（11月19日19：28）

第2回法的脳死判定：法的脳死判定基準を満たすと判定（11月20日5：53）

(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。また、聴性脳幹反応も消失している。必要な PaCO₂ レベルに達し、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専門医が行った。法に基づく脳死判定の手順、方法、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22年11月1日16:30頃、本人は気分不快にて安静にしていたが、次第に意識障害が現れ、救急車要請。

同日17:03、病院到着。到着時、意識レベル グラスゴー・コーマ・スケール3、対光反射なし。頭部CT上、くも膜下出血と診断、急性水頭症にて脳室ドレナージ術を施行。

11月8日、主治医より家族へ、病状と予後について説明した。

11月9日、家族より主治医へ、臓器提供の希望があると申し出があり、臓器提供に関する一般的な説明の希望があったため、コーディネーターより臓器提供に関する情報提供を行った。

11月17日18:00、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。

11月18日9:24、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されたため、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。

同日20:05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（妻、長男、次男、母親、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、「本人もきっと望んでいるだろうし、社会への貢献をさせてあげたいと思った。また、本人の一部がどこかで生きていてほしいと思った。」と臓器提供を希望した。

同日21:15、家族の総意であることを確認の上、患者の妻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き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

11月19日9:27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17:11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、11月20日7:00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4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、3候補者は、ドナーとレシピエントの体格差により辞退し、第2候補者はドナーの医学的理由により辞退した。

肺については、第12候補者の移植実施施設側が移植を受諾し、左肺移植が実施された。第1～6、8～11候補者はドナーの医学的理由により辞退、第7候補者は前日（11月19日）に待機 inactive 登録となったため、意思確認を行わなかった。右肺は医学的理由により、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、移植が実施された。

膵臓については、第1～4候補者がドナー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3、4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、2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

11月20日5:53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

11月20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

臓器摘出手術終了後、病院関係者等とともにご遺体をお見送りした。

11月22日、コーディネーターが家族に電話し、移植手術が無事に終わった旨の経過を報告した。

11月24日、家族からコーディネーターに電話があり、報道機関から取材の申し入れがあったことが伝えられた。その後、数社から申し入れがあったが、結果的に家族は取材に応じないこととなった。

12月2日、コーディネーターより家族へ電話し、移植後の経過を報告した。

12月26日、コーディネーター3名が家族を訪問。厚生労働大臣感謝状を持参し、移植手術の経過を報告した。

平成23年2月20日、『ドナーと家族に感謝する集い』に家族が参加した。家族は、「参加してよかった。」と話した。その際、コーディネーターより、腎臓移植のレシピエントからのサンクスレターを手渡した。その後、家族より腎臓移植のレシピエントへの返事の手紙が届き、レシピエントに渡した。以後、コーディネーターが仲介し、手紙のやり取りを10回以上行っている。

4月、コーディネーターより家族へ電話し、移植手術の経過を報告した。家族は、「思い出になりつつありますが、これからも本人のことを隠さずに話せる人として、コーディネーターの存在が大切なので、このご縁が続きますように。」と話した。

5月、コーディネーターより家族へ電話し、移植手術の経過を報告した。家族は、「過去の出来事として捉えた方が良いのかと思う気持ちと、記憶に残したいと思う気持ちとがあります。」と話した。

11月、コーディネーター2名が家族を訪問。移植後の経過を報告した。

平成24年2月、コーディネーターより家族へ心臓移植レシピエントからのサンクスレターを手渡した。その後、家族より心臓移植のレシピエントへの返事の手紙が届き、移植施設を通してレシピエントに渡した。

【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、適宜の移植後経過の報告、移植レシピエントからのサンクスレターの受け渡しなどを行っており、家族への報告等は適切に行われたと認められる。
- コーディネーターは、家族からの移植レシピエント宛の返事の手紙を預かってレシピエントに渡しており、適切に対応していると認められる。

診断・治療概要（臓器提供施設提出資料要約）

11月1日	<p>16:30 職場でデスクワーク中にめまいを発症。救急要請。</p> <p>16:35 救急隊が現場に到着。救急隊到着時、意識レベルはJCS300。心電図は不整脈を認めた。</p> <p>17:03 病院到着。泡沫状気管内分泌物多量にあり、挿管の上呼吸管理。血圧 198/142mmHg。JCS 300。瞳孔散大、対光反射消失。頭部 CT にて、脳幹出血と全脳底から脳表にびまん性のくも膜下出血を認めた。3D-CT にて動脈瘤は同定されず。</p> <p>18:00 救命センター入院。</p> <p>20:00 急性水頭症にて両側脳室ドレナージ施行。術後、JCS 300、GCS 3。瞳孔径右 4mm/左 2mm となる。</p>
11月2日	<p>04:00 けいれんの出現に対し、薬物にて治療。瞳孔変わらず、対光反射消失。尿法症に対しピトレスシン投与。自発呼吸の出現なし。</p> <p>09:00 頭部 CT にて再出血なし。ドレナージ周辺の脳室は存在するが、脳全体の浮腫は著しい。</p>
11月3日	<p>血圧の低下に対して、ドパミン投与を開始。JCS 300、GCS 3。瞳孔散大と対光反射消失は変わらず。</p>
11月4日	<p>JCS 300、GCS 3。瞳孔散大。高 Na 血症を認め、治療を行う。</p>
11月5日	<p>JCS 300、GCS 3。瞳孔散大。</p> <p>頭部 CT 施行。脳全体の浮腫著明。</p>
11月7日	<p>JCS 300、GCS 3。瞳孔散大。</p>
11月8日	<p>JCS 300、GCS 3。瞳孔散大。DIC の治療を開始する。</p>
11月9日	<p>JCS 300、GCS 3。瞳孔散大。</p> <p>13:00 気管切開施行。</p>
11月10日	<p>腎機能の悪化があり、治療を開始。JCS 300、GCS 3。瞳孔散大、対光反射消失、自発呼吸なし。脳幹反射なし。</p>
11月11日	<p>JCS 300、GCS 3。瞳孔散大。対光反射消失。自発呼吸なし。</p>
11月12日	<p>JCS 300、GCS 3。瞳孔散大、対光反射消失。自発呼吸なし。全身浮腫が強くなる。</p>

11月13日	JCS 300、GCS 3。瞳孔散大、対光反射消失。自発呼吸なし。
11月14日	JCS 300、GCS 3。瞳孔散大、対光反射消失。自発呼吸なし。
11月15日	JCS 300、GCS 3。瞳孔散大、対光反射消失。自発呼吸なし。
11月16日	JCS 300、GCS 3。瞳孔散大、対光反射消失。自発呼吸なし。
11月17日	17:00 脳死とされうる状態の診断を開始。 18:00 脳死とされうる状態と診断。
11月19日	18:00 第1回法的脳死判定開始。 19:28 第1回法的脳死判定終了。
11月20日	03:30 第2回法的脳死判定開始。 05:53 第2回法的脳死判定終了。法的脳死と判定した。

第105例 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
2010年	入院		21日	9:07 手術室入室 呼吸・循環管理開始	
11月17日	18:00 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 臓器提供について家族から申し出			9:43 摘出手術開始	
18日	9:24 脳死後の臓器提供説明依頼 Coの説明を聞くことを家族が希望 17:30 Coが病院到着 病院体制の確認・医学的情報収集 20:05 脳死後の臓器提供説明 20:50 説明終了 21:15 承諾書への署名捺印 脳死判定承諾書・臓器摘出承諾書	9:24 中日本支部で第一報を受信 Coを派遣 22:00 臓器幹線対策本部設置 承諾の連絡を受け対策本部を設置		10:44 大動脈遮断・灌流開始	
19日	18:00 第1回脳死判定 19:28 判定終了	9:27 心臓・肺・肝臓・小腸移植 適合者検索 対策本部にて検索 17:11 膵臓・腎臓移植 適合者検索 対策本部にて検索		10:55 心臓摘出 11:11 左肺摘出 11:22 肝臓摘出 11:34 腎臓摘出 13:04 手術室退室	
20日	3:30 第2回脳死判定 5:53 判定終了(死亡確認)	7:00 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 9:35 膵臓の幹線を断念 医学的理由 11:30 小腸の幹線を断念 医学的理由 13:37 右肺の幹線を断念 医学的理由			17:30 臓器幹線対策本部解散 臓器搬送の終了を確認

臓器の搬送	心臓	左肺	肝臓	右腎臓
11月21日	11:11 救急車 11:15 ヘリポート到着 11:20 防災ヘリ 11:36 富山空港到着 11:40 チャーター機 13:05 羽田空港到着 13:08 消防ヘリ 13:18 東京大学医学部附属病院到着	11:36 救急車 ヘリポート到着 12:01 防災ヘリ 12:33 小牧空港到着 14:00 定期便 15:15 福岡空港到着 15:26 福岡大学病院到着	12:00 タクシー 14:20 富山空港到着 15:27 定期便 16:27 羽田空港到着 タクシー 17:18 東京大学医学部附属病院到着	12:58 タクシー 岐阜大学医学部附属病院到着 左腎臓 12:59 タクシー 名古屋駅到着 新幹線 静岡駅到着 タクシー 16:55 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
宇都木 伸	東海大学法学部名誉教授
川口 和子	全国心臓病の子供を守る会
吉川 武彦	清泉女学院大学・清泉女学院短期大学学長
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	(社)日本医師会常任理事
竹内 一夫	杏林大学名誉学長
アルフォンス・デーケン	上智大学名誉教授
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人間科学科教授
○ 藤原 研司	独立行政法人労働者健康福祉機構横浜労災病院名誉院長
宮本 信也	筑波大学人間系長
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
柳田 邦男	作家・評論家
山田 和雄	名古屋市立大学脳神経外科教授

(50音順／敬称略 ○：座長)

医学的検証作業グループ名簿

氏 名	所 属
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	熊本大学大学院侵襲制御医学教授
○ 島崎 修次	国士舘大学大学院救急システム研究科長
◎ 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
野口 宏	愛知県救急医療情報センター統括センター長

(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105例目に関する検証経緯

平成24年7月23日

医学的検証作業グループ（第42回）

平成24年8月23日

第44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。