

**第 1 3 8 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	5
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	9
(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）	12
(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138例目 に関する検証経緯	16

## はじめに

本報告書は、平成23年6月に行われた第138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47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・治療に関する評価

#### 1-1 病院前対応

60歳代、女性。平成23年5月18日11:00頃から頭痛があり、救急要請するも、一度様子を見ると一旦キャンセルした。しばらく様子を見ていたが、頭痛が治まらないため、同日17:43、自分で救急要請した。

17:49 救急隊現着時、意識レベルは JCS 1、GCS E1V5M6。血圧 200/100mmHg。瞳孔径は右 3.5mm/左 3.5mm で、両側対光反射あり。特段の処置なく搬送。

#### 1-2 来院時対応・初期治療

18:03 当該病院到着。病院到着時、意識レベル JCS 10、GCS E1V5M6。心拍 70 回/分、血圧 152/88mmHg、呼吸数 28 回/分。呼びかけに対してあまり反応がなく、発症時の状況や頭痛の症状を聴取することは困難であった。項部硬直陽性。四肢の運動は指示動作良好、左右差なし。ニカルジピン、ペンタゾシン、ジアゼパムを投与の上、頭部 CT を撮影。脳底部からシルビウス裂に広がる高吸収域を認め、びまん性のくも膜下出血と診断した。Fisher 分類 group III、WFNS 分類 Grade IV、Hunt and Kosnik 分類 Grade III と診断。3D-CTA では、右内頸動脈前壁と左右椎骨動脈合流部近傍に血管壁の不正があったが、明らかな動脈瘤はなかった。

#### 1-3 集中治療室入室後

5月18日20:00入院となった。20:30頃から脳血管撮影施行。3D-CTA 同様、明らかな囊状動脈瘤はなし。ペンタゾシン、ジアゼパム及びプロポフォールにて鎮静とすることとした。

5月19日、再度3D-CTAを施行したところ、右内頸動脈前壁の動脈瘤様の隆起が明瞭化してきたため、全身麻酔下に緊急で、Clipping on wrapping 術及び浅側頭動脈-中大脳動脈バイパス術を施行した。

術後5月21日の頭部CTにて、左前頭葉内側に脳梗塞を認めたためエダラボンの投与、及び脳血管攣縮に対して、3H療法 (Hypervolemia, Hypertension, Hemodilution) と、5月23日からはファスジル塩酸塩の投与を行った。

5月23日から術後鎮静を中止し、その後徐々に反応性は改善し、5月24日12:30抜管。意識レベルは、5月26日にはGCS E4V4M6まで改善、経口摂取も可能となった。

5月30日の頭部CTで、動脈瘤の更なる増大を認めたため、プロポフォールによる鎮静を開始し、6月3日にステントを用いたコイル塞栓術を予定した。

6月3日血管内治療のため、病室で深鎮静及び筋弛緩薬投与下に気管挿管を行った。特に困難なく挿管を行ったが、挿管後、血圧が200mmHg以上となった。ペンタゾシン及びペルジピンにてコントロールを試みたが、180mmHg台から下降せず。脳室ドレナージからの血性髄液排出と、脳圧の上昇(30cmH<sub>2</sub>O以上)を認めた。また、瞳孔も散大した。

マンニトール投与の上、すぐに頭部 CT を撮影したところ、くも膜下出血の再出血を認めた。

14:15 血管内造影を行い、動脈瘤の再破裂と同部位からの出血を認めた。コイルを 1 本留置するも、脳圧亢進のためそれ以上の処置は困難であった。術中から血圧の低下を認めたため、ドパミン及びドブタミン投与にて対応した。また、尿量の増加を認めたため、ピトレシンの投与を行った。

術後、意識レベルは JCS 300、GCS E1VTM1。両側瞳孔は散大し、対光反射は認めなかった。また自発呼吸も消失したままであった。6 月 4 日に撮影した頭部 CT では、6 月 3 日以上に厚いくも膜下出血を認め、全脳が低吸収像となっており、皮髄境界も不明瞭であった。

#### (初期診断及び治療)

動脈瘤の破裂及び再破裂によるくも膜下出血の事例である。来院時の頭部 CT では、脳底部からシルビウス裂に広がる高吸収域を認め、びまん性のくも膜下出血と診断した。来院時 3D-CTA では、明らかな動脈瘤はなかったが、来院翌日の 3D-CTA で、右内頸動脈前壁の動脈瘤様の隆起が明瞭化してきたため、全身麻酔下に緊急で、Clipping on wrapping 術及び浅側頭動脈—中大脳動脈バイパス術を施行した。

術後鎮静を中止し、一旦意識レベルは、GCS E4V4M6 まで改善、経口摂取も可能となった。

5 月 30 日の頭部 CT で、動脈瘤の更なる増大を認めたため、プロポフォールによる鎮静を開始し、6 月 3 日にステントを用いたコイル塞栓術を予定したが、深鎮静及び筋弛緩薬投与下に気管挿管を行った後、くも膜下出血の再出血を認めた。血管内造影を行い、動脈瘤の再破裂と同部位からの出血を認めたためコイルを 1 本留置するも、脳圧亢進のためそれ以上の処置は困難であった。

術後、意識レベルは JCS 300、GCS E1VTM1。両側瞳孔は散大し、対光反射は認めなかった。また自発呼吸も消失したままであった。6 月 4 日に撮影した頭部 CT では、6 月 3 日以上に厚いくも膜下出血を認め、全脳が低吸収像となっており、皮髄境界も不明瞭であった。

#### (呼吸器系の管理)

来院後、胸部呼吸音に異常なく、自発呼吸が保たれていた。来院翌日、手術室にて気管挿管を実施し、その後はプロポフォールで鎮静とした。5 月 23 日に鎮静を中止してからは、徐々に意識レベルが改善し、抜管した。

6 月 3 日にステントを用いたコイル塞栓術を行うため、気管挿管を行った後に再出血を来し、その後、自発呼吸は見られず、人工呼吸器にて管理を行った。経過中、酸素化は良好であった。

#### (循環器系の管理)

来院時からニカルジピンを用いて降圧を行うことで、収縮期血圧を概ね 120~150mmHg 程度に保った。

6月3日に術前処置目的に気管挿管を行った後に血圧が上昇したため、ニカルジピンを用いて降圧を行った。その後、術中から血圧の低下が著明となったため、ドパミン及びドブタミンにて管理を行った。また、尿量の増加に対しては、バソプレシンの投与が行われた。

(水電解質の管理)

電解質については、概ね基準値内で管理された。尿量の増加に対しては、バソプレシンの投与にて対処を行った。

(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

脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の事例。入院後、Clipping on wrapping 術及び浅側頭動脈-中大脳動脈バイパス術を施行するも、脳動脈瘤の増大を認め、血管内治療準備中に再破裂を来したと考えられる。再破裂以前は、意識あり、自発呼吸、自発運動を認め、経口摂取も可能な状態であったが、再破裂以後は、自発呼吸は消失し、対光反射も認めなかった。

脳死判定に影響しうる薬剤として、再破裂以降、ベクロニウム、ペンタゾシン及びプロポフォールを使用している。気管挿管を行う際に、各薬剤それぞれ5.5mg、15mg及び使用したのみであり、70~120mg/hrと通常の投与量であり、投与後36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、意識障害を起こしうる内分泌・代謝障害はなかった。

脳死とされうる状態の診断開始までに、人工呼吸管理、深昏睡とも約34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。

### 3-2 脳死とされうる状態の診断

検査時刻：6月4日21:00~6月5日00:35

体温：36.0℃（腋窩温）

血圧：(開始時) 101/84mmHg (終了時) 91/68mmHg  
心拍数：(開始時) 115 回/分  
検査中の使用昇圧薬：ドパミン、ドブタミン、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：なし  
JCS：300 GCS:3  
瞳孔：固定 瞳孔径：右 6.5mm/ 左 5.5mm  
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：いわゆる平坦脳波(EGI) (記録時間 40 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, 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、心電図及び筋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

(施設における診断内容)

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波すべて消失していた。体温は腋窩で測定されており、深部温を測定することが望ましかったが、脳死とされうる状態と診断したことは妥当である。

### 3-3 法的脳死判定

#### ① 第1回法的脳死判定

検査時刻：6月5日 13:44～18:50

体温：37.6 $^{\circ}$ C (直腸温)

血圧：(開始時) 125/69mmHg (終了時) 111/61mmHg

心拍数：(開始時) 115 回/分 (終了時) 104 回/分

検査中の使用昇圧薬：ドパミン、ドブタミン

自発運動：なし 除脳硬直・除皮質硬直：なし けいれん：なし

JCS：300 GCS: 3

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：いわゆる平坦脳波(EGI) (記録時間 63 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、T3、T4、O1、O2、A1、A2、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及び筋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	6分後	9分後	人工呼吸再開後
PaCO <sub>2</sub> (mmHg)	35.2	48.2	55.3	60.3	
PaO <sub>2</sub> (mmHg)	505	469	458	459	
血圧	174/93	190/97	154/78	137/71	115/62
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6日01:05～03:25

体温：35.7°C（直腸温）

血圧：（開始時）165/87mmHg （終了時）123/65mmHg

心拍数：（開始時）94回/分 （終了時）107回/分

検査中の使用昇圧薬：ドパミン、ドブタミン

自発運動：なし 除脳硬直・除皮質硬直：なし けいれん：なし

JCS：300 GCS：3

瞳孔：固定 瞳孔径：右6.0mm/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：いわゆる平坦脳波(EEG)（記録時間40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、T3、T4、O1、O2、A1、A2、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及び筋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	6分後	9分後	13分後	人工呼吸再開後
PaCO <sub>2</sub> (mmHg)	37.8	48.1	52.8	58.9	64.1	
PaO <sub>2</sub> (mmHg)	450	416	396	437	413	
血圧	186/96	191/96	180/89	166/81	150/74	123/65
SpO <sub>2</sub>	100	100	100	100	100	100

(施設における診断内容)

第1回の結果は脳死判定基準を満たすと判定 (6月5日 18:50)

第2回の結果は脳死判定基準を満たすと判定 (6月6日 03:25)

(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。無呼吸テストに関しては、第1回、第2回の法的脳死判定において、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5月18日昼頃、頭痛が出現し、さらに嘔吐が出現したため、救急車要請。

同日19:45、病院到着。頭部CT上、くも膜下出血と診断。

5月19日、血管吻合術施行。

6月3日、血圧上昇、脳室ドレーンから血性髄液を認めた。頭部CT上、脳動脈瘤の再破裂を認め、コイル留置術施行。術後の頭部CT上、脳圧亢進が著明で、脳血流途絶状態であった。主治医より家族へ病状説明し、救命困難であることを説明。

6月4日、家族より、臓器提供を希望する旨の申し出があった。

6月5日0:35、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0:57、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西日本支部に連絡。ネットワーク及び都道府県のコーディネーター3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9:23より約1時間半、ネットワーク及び都道府県のコーディネーター3名が家族（夫、長男、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、「自分は意思表示カードに提供の意思を表示しており、その際、本人と臓器提供について話した。本人はカードをもらってくると言っていたが、そのままになってしまっていた。少しでも助かる人がいるのであれば、提供したい。」と話した。

同日10:28、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

6月5日12:38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。膵臓と腎臓については、HLAの検査後、同日19:25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、6月6日3:50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3、6候補者の移植実施施設側が移植を受諾し、それぞれに片肺移植が実施された。第1、2候補者はドナーとレシピエントの体格差、第4候補者はレシピエントの医学的理由、第5候補者はレシピエントの医学的理由及び希望により辞退した。

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5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、3、4候補者はドナーの医学的理由により辞退した。第2候補者は、一時的に移植施設の体制が整わないため、辞退となった。

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、ドナーとレシピエントの体格差、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。
- 一時的に移植施設の体制が整わないとの理由で辞退となった候補者がいたが、ネットワークより当該施設に確認し、今後同様のことがないよう施設間の支援体制を整える旨の返答を得た。

### 3. 脳死判定終了後の家族への説明、摘出手術の支援等

6月6日3:25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

6月6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。家族は、「ありがとうございます。」とあいさつされた。

6月7日、コーディネーターから家族に電話し、心臓、それぞれの肺、腎臓が移植されたことを報告した。肝臓と膵腎同時移植は、まだ移植中であったため、改めて報告することを伝えた。

6月9日、コーディネーターから家族に電話し、肝臓と膵腎同時移植が終了したことを報告した。家族は、「それはよかった。」と話した。

8月9日、コーディネーターから家族に電話し、レシピエントの経過を報告した。家族は、「せっかく使っていただいたのなら上手くいってほしいと思っていたので良かったです。また訪問に来た時に聞かせてほしい。」と話した。

8月28日、コーディネーター3名で家族を訪問。厚生労働大臣感謝状を手渡し、レシピエントの経過を報告した。家族は、「元気になった人がいたならよかった。」と話した。

10月、コーディネーターから家族へ、肺移植レシピエントからのサンクスレター及び移植後の経過報告を郵送した。

平成24年3月、コーディネーターから家族に電話し、レシピエントの経過を報告した。家族は、「誰かのためになっていると思うと良かったです。」と話した。

7月、コーディネーター2名で家族を訪問。レシピエントの経過を報告した。家族は、「臓器提供をしたことに後悔はないし、よいことをしたと思っている。こうして自分の気持ちを話す人もいないので、3回忌にはまた訪ねてきてほしい。」と話した。

### 【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郵送などを行っており、家族への報告等は適切に行われたと認められる。

診断・治療概要（臓器提供施設提出資料要約）

5月18日	<p>17:43 頭痛を訴え救急要請。</p> <p>17:49 救急隊現着。意識レベルは JCS 1、GCS E1V5M6。血圧 200/100mmHg。瞳孔径は右 3.5mm/左 3.5mm で、両側対光反射あり。</p> <p>18:03 病院到着。意識レベル JCS 10、GCS E1V5M6。心拍 70 回/分、血圧 152/88mmHg、呼吸数 28 回/分。ニカルジピン、ペンタゾシン、ジアゼパムを投与。頭部 CT より、びまん性のくも膜下出血と診断。</p> <p>20:30 脳血管撮影施行。ペンタゾシン、ジアゼパム及びプロポフォールにて鎮静。</p>
5月19日	<p>3D-CTA を施行。右内頸動脈前壁の動脈瘤様の隆起が明瞭化してきたため、全身麻酔下に緊急手術。</p>
5月21日	<p>頭部 CT にて、左前頭葉内側に脳梗塞を認めたためエダラボンの投与。脳血管攣縮に対し 3H 療法。</p>
5月23日	<p>術後鎮静を中止。</p>
5月24日	<p>抜管。</p>
5月26日	<p>意識レベル GCS E4V4M6 まで改善。</p>
5月30日	<p>頭部 CT で、動脈瘤の更なる増大を認めたため、プロポフォールによる鎮静を開始。</p>
6月3日	<p>血管内治療のため、深鎮静及び筋弛緩薬投与下に気管挿管。血圧、脳圧上昇。マンニトール投与。CT 上にくも膜下出血の再出血を認める。</p> <p>14:15 血管内造影を行い、動脈瘤の再破裂と同部位からの出血を認める。血圧の低下を認め、ドパミン及びドブタミン投与。また、ピトレシン投与。術後 JCS 300、GCS E1VTM1。両側瞳孔散大、対光反射なし。自発呼吸も消失。</p>
6月5日	<p>00:35 脳死とされうる状態と診断。</p> <p>13:44 第 1 回法的脳死判定開始。</p> <p>18:50 第 1 回法的脳死判定終了。</p>
6月6日	<p>01:05 第 2 回法的脳死判定開始。</p> <p>03:25 第 2 回法的脳死判定終了。法的脳死と判定した。</p> <p>00:18</p>

### 第138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
2011年	入院		6月	14:23 手術室入室 呼吸・循環管理開始	
6月	4日 18:39 臓器提供について家族からの申し出			14:50 摘出手術開始	
6月	5日 0:35 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			15:51 大動脈遮断・灌流開始	
	0:57 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	0:57 西日本支部で第一報を受信		16:00 心臓摘出	
	8:00 Coが病院到着 病院体制の確認・医学的情報収集			16:19 肝臓摘出	
	9:23 脳死後の臓器提供説明			16:31 脾臓摘出	
	10:28 承諾書への署名捺印 脳死判定承諾書・臓器摘出承諾書			16:31 腎臓摘出	
	10:53 説明終了	12:30 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		16:32 肺摘出	
	13:44 第1回脳死判定	12:38 心臓・肺・肝臓・小腸移植 適合者検索 対策本部にて検索		18:15 手術室退出	
	18:50 判定終了	19:25 脾臓・腎臓移植 適合者検索 対策本部にて検索			
6月	6日 1:05 第2回脳死判定		6月		
	3:25 判定終了(死亡確認)	3:50 心臓・肺・肝臓・脾臓・腎臓・小腸 意思確認開始 対策本部→移植施設	7日		0:19 臓器斡旋対策本部解散 臓器搬送の終了を確認
		5:52 小腸の斡旋を断念 医学的理由			

臓器の搬送	心臓	左肺	右肺	肝臓
6月				
6日	16:18 防災ヘリ 16:38 大阪大学医学部附属病院到着	16:53 タクシー 南草津駅到着	17:05 タクシー 京都駅到着	16:52 緊急車両 17:52 伊丹空港到着
		17:24 在来線 17:42 京都駅到着	18:16 新幹線 18:51 名古屋駅到着	19:40 定期便 21:30 新千歳空港到着
		17:52 新幹線 18:56 岡山駅到着	タクシー 小牧空港到着	タクシー 22:42 北海道大学病院到着
		19:02 緊急車両 19:06 岡山大学病院到着	19:50 チャーター機 20:55 仙台空港到着	
			緊急車両 21:24 東北大学病院到着	

	脾臓・左腎臓	右腎臓
6月		
6日	17:18 タクシー 南草津駅到着	17:24 タクシー 19:20 大阪市立大学医学部附属病院到着
	在来線 京都駅到着	
	新幹線 名古屋駅到着	
	タクシー 19:38 藤田保健衛生大学病院到着	

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	筑波大学大学院人間総合科学研究科教授
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	名古屋市立大学病院院長

(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	国土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

(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138例目に関する検証経緯

平成24年10月30日

医学的検証作業グループ（第46回）

平成24年12月21日

第47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。