

**第236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((公社)日本臓器移植ネットワーク提出資料)	12
(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	13
(参考資料4)	
医学的検証作業グループ名簿	14
(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236例目 に関する検証経緯	15

## はじめに

本報告書は、平成25年9月に行われた第236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71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

### 1. 初期診断・治療に関する評価

#### (1) 病院前対応

30歳代、女性。平成25年9月5日22:00頃、公園のベンチの上で寝ているのを、警備員が呼びかけたところ、応答がなかったため、22:37救急要請された。その1時間前には、いびきをかいているのを当該警備員が目撃していた。22:50救急隊現着時、意識レベルJCS300、GCS3、心肺停止状態であり、胸骨圧迫とバッグバルブマスク換気による蘇生行為を行いながら救急搬送となった。

#### (2) 来院時対応・初期治療

23:09、当該医療機関へ到着。病院到着時、意識レベルJCS300、心肺停止状態。瞳孔径両側7.0mm、対光反射は消失していた。直ちに気管挿管を行い、人工呼吸管理を開始した。心肺蘇生術を継続し、アドレナリン3mg投与を行ったところ、23:27心拍が再開した。血圧56/22mmHgと低値であったため、ドパミン、アドレナリンの持続投与を開始した。また、心肺停止の原因が急性薬物中毒の可能性も否定できず、活性炭、クエン酸マグネシウムの投与を行った。来院時の薬物中毒検出用キットでは、ベンゾジアゼピン系薬物が陽性の結果であった。9月6日0:00に頭部CTを実施したところ、皮髄境界は不明瞭で、脳実質が浮腫状になっており、低酸素脳症の所見であった。胸部CTでは、両側肺上葉優位に小葉中心性斑状影を認めており、誤嚥によるものと思われた。身体所見上、外傷等はなく、心肺停止の原因については、大量服薬により意識障害を来し、誤嚥または窒息を生じたことによるものと考えられた。

#### (3) 集中治療室入室後

9月6日1:17集中治療室に入室した。入室時、意識レベルJCS300、血圧67/47mmHg、脈拍75/分、瞳孔径両側7.0mm、対光反射は消失していた。人工呼吸管理及び昇圧薬投与による血圧管理を継続し、誤嚥性肺炎に対し、抗菌薬投与を開始した。以後、循環・呼吸管理を中心とした全身管理を継続したが、9月13日の頭部CTでは、広範な脳浮腫の進行を認めた。以後、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)

意識障害を発症したことにより誤嚥または窒息を来し、心停止に至った事例。蘇生後低酸素脳症となった。意識障害の原因は、来院時の薬物中毒検出用キットにて、ベンゾジアゼピン系薬物が陽性の結果であり、大量服薬によるものと考えられた。来院時頭部CTにて皮髄境界不明瞭、脳実質は浮腫状になっており、低酸素脳症の所見を認めた。以後循環・呼吸管理を実施するも、意識レベル、自発呼吸、神経学的所見の改善は得られなかった。

#### (呼吸器系の管理)

救急隊現着時より心肺停止状態であり、補助換気を開始し、来院後人工呼吸管理を開始した。来院時の胸部 CT にて誤嚥性肺炎の所見を認めており、抗菌薬の投与を開始した。一時、PaO<sub>2</sub>（動脈血酸素飽和度）値 87mmHg と低値を認めたものの、人工呼吸管理により、経過中、SpO<sub>2</sub>（経皮的酸素飽和度）は 94～100%前後で推移し、酸素化に問題は認めなかった。人工呼吸管理開始後、呼吸は完全に人工呼吸器と同調しており、自発呼吸は認めなかった。

#### (循環器系の管理)

救急隊現着時より心肺停止状態であり、心肺蘇生術を開始し、来院後、アドレナリン投与により心拍再開した。蘇生後、血圧 56/22mmHg と低値であったため、ドパミン、アドレナリンの持続投与を開始したが、来院当日は血圧維持が困難であり、昇圧薬の増量し、血圧維持を行った。その後、血圧は安定し、昇圧薬の増量なく経過した。

#### (水電解質の管理)

電解質は、当初低K血症を認めていたことより、補正を行っていたが、高K血症に転じたため、補液にて対応した。入院後、無尿状態が続いたため、大量補液を行い尿量を確保したが、血液検査上、腎機能の低下を認めた。9月13日より中枢性尿崩症に対し、バソプレシン投与による尿量管理を行った。

#### (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

### (1) 法的脳死判定開始直前の状態

意識障害を発症したことにより、誤嚥もしくは窒息を来し、心停止に至った事例。蘇生したものの低酸素脳症となった。意識障害の原因は、大量服薬によるものと考えられた。来院時頭部 CT にて皮髄境界不明瞭、脳実質は浮腫状となっており、以後循環・呼吸管理を実施するも、脳腫脹は進行し、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。

来院時、薬物中毒検出用キットでは、ベンゾジアゼピン系薬物が陽性であったが、9月13日15時に陰性を確認している。来院後、脳死判定に影響しうる薬剤は、使用していない。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179時間、深昏睡は約181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、脳の二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：9月13日12:00～9月13日18:08

体温：36.5℃（膀胱温）

血圧：（開始時）103/56mmHg （終了時）111/58mmHg

心拍数：（開始時）78回/分 （終了時）73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・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 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：いわゆる平坦脳波（ECI）（記録時間37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、T3、T4、O1、O2、A1、A2

単極導出（Fp1-A1、Fp2-A2、C3-A1、C3-A2、O1-A1、O2-A2）

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

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)

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。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：9月14日12:00～9月14日14:32

体温：37.8℃（膀胱温と推測されるが、カルテに明確な記載なし）

血圧：（開始時）105/50mmHg （終了時）119/64mmHg

心拍数：（開始時）74回/分 （終了時）119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 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：いわゆる平坦脳波(ECI) (記録時間 43 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

単極導出 (Fp1-A1, Fp2-A2, C3-A1, C3-A2, O1-A1, O2-A2)

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

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、筋電図及び静電・電磁誘導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)	3 分後			人工呼吸再開後
PaCO <sub>2</sub> (mmHg)	42.7	63.6			
PaO <sub>2</sub> (mmHg)	353.0	158.0			
血圧 (mmHg)	110/65				119/64
SaO <sub>2</sub>	99.7	99.0			

## ② 第 2 回法的脳死判定

検査時刻：9 月 14 日 20 : 40 ~ 9 月 14 日 22 : 40

体温：37.2 $^{\circ}$ C (膀胱温と推測されるが、カルテに明確な記載なし)

血圧：(開始時) 119/67mmHg (終了時) 126/65mmHg

心拍数：(開始時) 73 回/分 (終了時) 77 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 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：いわゆる平坦脳波(ECI) (記録時間 43 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

単極導出 (Fp1-A1, Fp2-A2, C3-A1, C3-A2, O1-A1, O2-A2)

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

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、筋電図及び静電・電磁誘導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)	3分後	4分後	5分後	人工呼吸再開後
PaCO <sub>2</sub> (mmHg)	37.7	54.4	58.2	62.1	
PaO <sub>2</sub> (mmHg)	370.0	273.0	256	258	
血圧(mmHg)	123/69	164/90			126/65
SaO <sub>2</sub>	99.9	99.7	99.4	99.6	

(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（9月14日14：32）

第2回法的脳死判定：法的脳死判定基準を満たすと判定（9月14日22：40）

(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。なお、体温については、正確に測定部位を記録しておくべきであった。

(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. コーディネーターによる初動対応

平成25年9月6日、主治医から家族へ病状説明し、意識回復の見込みがないことを説明した。

9月12日、家族から主治医へ健康保険証意思表示欄の提示があった。

9月13日18:08、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された。主治医から家族へ病状説明し、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。

9月13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った。ネットワークは日本臓器移植ネットワークコーディネーター（以下、コーディネーター）3名を派遣し、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。

#### 【評価】

- コーディネーターは、病院からの要請を受けて病院に赴き、院内体制等の確認や一次評価等を適切に行った。

#### 2. 家族への脳死判定等の説明及び承諾

9月13日20:17から約30分、9月14日10:24から約30分、コーディネーターが家族（母親、父親）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等につき文書を用いて説明した。

本人は、健康保険証の裏面に臓器提供の意思を表示していた。意思表示カードは所持しておらず、運転免許証は取得していなかった。臓器提供意思登録システムに登録され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。

家族は、「本人は日ごろから『人の役に立つことをしたい。』と話しており、本人が希望しているならその意思を叶えてあげたい。誰かの体の中で生きてほしい。」と話した。

9月14日10:48、家族の総意であることを確認の上、患者の母親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、健康保険証に本人の書面による臓器提供意思表示があることを確認し、臓器提供意思登録システムの登録、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。
- 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。

### 3. ドナーの医学的検査及びレシピエントの選択等

9月14日12:40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の検査後、17:24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、9月15日0:50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4候補者が移植を受諾し、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3候補者は天候による搬送時間の延長を考慮し辞退した。

肺については、第19候補者が移植を受諾したものの、臓器摘出術中にドナーの医学的理由により移植を見送った。第2、6、8~11、13、16~17候補者がドナーの医学的理由、第3~5、14候補者はレシピエントの医学的理由、第18候補者は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1、7、12、15候補者はリンパ球直接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1候補者が移植を受諾し、移植が実施された。

脾臓については、第1~3、5~28、30~39候補者がドナーの医学的理由、第4、29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、移植を見送った。

腎臓については、第1~8、10~19、21~24、26~29候補者がドナーの医学的理由により移植を辞退し、移植を見送った。第9、20、25候補者は未更新であったため、意思確認の対象から除外した。

小腸については、第1、2候補者がドナーの医学的理由により移植を辞退し、移植を見送った。

また、感染症検査、組織適合性検査等については、ネットワーク本部において適宜検査施設に依頼し、特に問題はないことが確認された。

## 【評価】

- ドナーの感染症検査、組織適合性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。

#### 4. 臓器の搬送

9月15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。

#### 5. 臓器摘出後の家族への支援

9月15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。

9月16日、コーディネーターは家族に電話し、移植手術が終了したことを報告した。家族は、「娘の意思を叶えてあげることができてよかったです。」と話した。

9月25日、コーディネーターは家族に電話し、移植後の経過を報告した。家族は「移植を受けられた方が無事に経過されていてよかったです。」と話した。

10月15日、コーディネーターは家族に電話し、移植後の経過を報告した。家族は「娘がどこかで生きていると思うと励みになります。」と話した。

11月1日、コーディネーターは厚生労働大臣感謝状を郵送した。

平成26年1月8日、コーディネーターは家族に連絡し、移植後の経過を報告した。家族は「移植を受けた方が2人とも退院し、お正月を自宅で過ごすことができよかったですね。」と話した。

3月25日、コーディネーターは家族に電話し、移植後の経過を報告した。家族は、「まだ寂しさは消えませんが、移植を受けられた方が元気になったことが心の支えになっています。」と話した。

9月12日、コーディネーターは家族に手紙で移植後の経過を報告した。

10月2日、コーディネーターは家族に電話し、今後の経過報告の希望を確認した。家族は、「経過報告を読み、家族で涙しました。娘が最期に人の役に立ったことを改めて感じました。今後も年に1回程度でいいので経過を知りたいです。」と話した。コーディネーターから家族へ、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、年1回、移植後の経過を報告することとした。

11月、コーディネーターは家族に電話し、肝臓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、後日郵送した。

##### 【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授受、移植後経過の報告、サンクスレターの授受は家族の希望に沿って適切に行われた。
- コーディネーターの連絡先を伝えていつでも連絡が取れる体制を整えており、適切に対応している。

**診断・治療概要（臓器提供施設提出資料要約）**

9月5日	
22:00頃	公園で発見される。
22:37	救急要請。
22:50	救急隊現着。意識レベル300、心肺停止状態。救急搬送。
23:09	当該医療機関到着。心肺停止状態。瞳孔径右6mm/左6mm、対光反射は消失。人工呼吸管理開始。
23:27	心拍再開。
9月6日	
1:17頃	集中治療室入室。循環・呼吸管理を中心とした全身管理を継続。
9月13日	
12:00	脳死とされうる状態の診断開始。
18:08	脳死とされうる状態の診断終了
9月14日	
12:00	第1回法的脳死判定開始。
14:32	第1回法的脳死判定終了。
20:40	第2回法的脳死判定開始。
22:40	第2回法的脳死判定終了。法的脳死と判定した。

## 第236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
2013年	入院		9月		
9月			14日	22:42 検視 22:55 検視終了	
12日	18:12 臓器提供について家族から申し出 家族が健康保険証を提示		15日		0:50 心臓・肺・肝臓・膵臓・腎臓・小腸 意思確認開始 対策本部一移植施設
13日	18:08 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  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  19:25 Coが病院到着 病院体制の確認・医学的情報収集  20:17 脳死後の臓器提供説明 20:51 説明終了	18:30 西日本支部で 第一報を受信 Coを派遣		2:40 小腸の斡旋を断念 医学的理由  6:23 腎臓の斡旋を断念 医学的理由  6:43 膵臓の斡旋を断念 医学的理由	
14日	10:24 再度、脳死後の臓器提供説明  10:48 承諾書への署名捺印 脳死判定承諾書・臓器摘出承諾書 10:57 説明終了  12:00 第1回脳死判定 14:32 判定終了  20:40 第2回脳死判定 22:40 判定終了(死亡確認)	11:48 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  12:40 心臓・肺・肝臓・小腸移植 適合者検索 対策本部にて検索  17:24 膵臓・腎臓移植 適合者検索 対策本部にて検索	13:52 手術室入室 呼吸循環管理開始  14:17 摘出手術開始  15:32 大動脈遮断・灌流開始  15:40 心臓摘出  16:00 肺摘出  16:17 肝臓摘出  16:59 右眼球摘出 17:05 左眼球摘出  17:32 手術室退出	16:13 肺の斡旋を断念 医学的理由  20:55 臓器斡旋対策本部解散 臓器搬送の終了を確認	

臓器の搬送		心臓	肝臓
9月			
15日		15:52 緊急車両 16:18 国立循環器病研究センター到着	17:12 タクシー 新大阪駅到着  新幹線 東京駅到着  タクシー 20:50 順天堂大学医学部附属順天堂医院到着

脳死下での臓器提供事例に係る検証会議名簿

氏 名	所 属
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	国土舘大学大学院救急システム研究科科長
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	筑波大学特別支援教育研究センター長
○柳澤 正義	国立成育医療研究センター名誉総長
山田 和雄	名古屋市病院局局長

(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
川原 信隆	公立大学法人横浜市立大学大学院医学研究科脳神経外 科学教授
○坂部 武史	山口労災病院院長
周郷 延雄	東邦大学医療センター大森病院教授
鈴木 一郎	日本赤十字社医療センター脳神経外科部長
横田 裕行	日本医科大学大学院侵襲生体管理学教授
◎竹内 一夫	杏林大学名誉学長

(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236例目に関する検証経緯

平成26年11月7日

医学的検証作業グループ（第69回）

平成28年3月30日

第71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。