

第 5 5 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. 臨床的脳死の診断及び法に基づく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）・・・・・	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51例目 に関する検証経緯・・・・・・・・	15

はじめに

本報告書は、平成21年3月に行われた第55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31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. 初期診断・治療に関する評価

1. 1 脳神経系の管理

1. 1. 1 経過

40 歳代の女性。平成 19 年 4 月 14 日 15:30 頃、自室内で意識を失っているところを母親に発見された。15:34 救急隊が現場到着した時は、自発呼吸停止及び心停止の状態であり、直ちに救急隊による心肺蘇生術が開始された。15:48 搬送中の救急車内で心拍が再開し、この時の脈拍は 90/分、血圧は橈骨動脈触知せず測定不能であったが、総頸動脈は触知できた。16:00 当該病院搬入時、意識レベルは JCS 300、GCS 3(E1V1M1)、脈拍は 153/分、血圧は触診にて 70mmHg、自発呼吸はなく、体温は 34℃、瞳孔は散大、対光反射は消失していた。直ちに気管内挿管され、人工呼吸管理が開始された。その後、ミダゾラム、臭化ベクロニウム投与下で、3 日間の予定で脳低温療法が開始された。急性循環不全に対してはドパミン、ドブタミン、ノルアドレナリンが投与された。その後、脳低温療法施行中も昇圧剤の調整により血圧は 110 mmHg 前後に保たれた。

4 月 17 日脳機能が全く見られないまま、脳低温療法を終了した。4 月 19 日 8:00 よりミダゾラム、臭化ベクロニウムの投与を中止した。血圧は安定していたが脳幹反射は全く認められなかった。

4 月 20 日頭部 CT 検査が施行された。脳は全体的に腫脹し、くも膜下腔が消失し、皮髄境界は不明瞭であった。さらに両側視床、両側基底核と両側前大脳動脈領域及び両側後大脳動脈領域に著明な低吸収域が認められた。これらの所見は低酸素脳症に合致する所見と考えられた。

1. 1. 2 診断及び治療の妥当性

自室内で意識を失っているところを母親に発見され、数分後に到着した救急隊により心肺蘇生術が行われた。発見約 30 分後に当該病院に到着し、気管内挿管による人工呼吸管理と昇圧剤による急性循環不全の治療が施行された。その後は脳低温療法が施行された。発見後きわめて迅速にかつ適切な処置が施行された。

また、脳低温療法後に施行した頭部 CT 検査において低酸素脳症と合致する所見が見られており、本症例の診断は適切である。

1. 2 呼吸器系の管理

平成 19 年 4 月 14 日 15:34、救急隊到着時の意識レベルは JCS 300、心肺停止状態であった。救急隊により、酸素投与下、バック・バルブ・マスクによる補助的換気と胸骨圧迫による心肺蘇生術が実施された。覚知から 21 分後の搬送途中に心拍が再開し、16:00 に当該病院の救急外来に搬入された。

救急外来搬入時、意識レベルは JCS 300 で、体動も自発呼吸も無く、直ちに気管内挿管され、人工呼吸管理 (FiO_2 0.4、SIMV) が開始された。動脈血ガス分析では BE が -9.0mEq/L と低値であったが、 PaO_2 は 198mmHg (SpO_2 は 100%)、 PaCO_2 は 24mmHg 、Oxygenation Index ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ P/F ratio) は 495 であり、搬送を含む初療時、適切な呼吸管理がなされたといえる。

その後の経過中、機械的人工呼吸管理が行われ、Oxygenation Index (P/F ratio) も良好に維持されると同時に PaCO_2 も $30\sim 35\text{mmHg}$ 前後に維持され、中等度の過換気療法が行われていた。入院後全経過中の呼吸器系の管理は適切に行われた。

1. 3 循環器系の管理

救急外来搬入時、心拍は 153/分の洞性頻脈であったが、収縮期血圧が 70mmHg であったのでノルアドレナリンとドパミン及びドブタミン持続静注が開始された。その後血圧が上昇し循環系が安定したため、4 月 17 日ノルアドレナリンを中止、4 月 18 日ドブタミンを中止した。また、中枢性尿崩症による尿量増加と血圧低下に対してはバソプレシンの投与により血圧等循環系も安定した。全経過を通して適切な循環管理が行われた。

1. 4 水電解質の管理

救急外来搬入時は、 Na 142mEq/L 、 K 3.2mEq/L で電解質レベルは正常であった。その後、約 1 週間目より中枢性尿崩症を合併し、 $4000\sim 5000\text{ml/日}$ の尿量増加と高 Na 血症や低 K 血症 (K $2.4\sim 4.8\text{mEq/L}$) をきたしたが、バソプレシン投与にて電解質は正常化し尿量は 2700ml/日 前後に維持された。

一過性の水電解質異常が意識障害の原因や増悪因子とはなっておらず、経過中の水・電解質管理は適正であった。

1. 5 まとめ

本症例は心肺停止の状態で発見され、心肺蘇生術を含むあらゆる保存的治療が施されたが、脳全体が低酸素により障害され、不可逆的な脳機能喪失状態に陥ったもので、保存的な療法の選択や、その後の治療経過は妥当であった。

2. 臨床的脳死の診断及び法的脳死判定に関する評価

2. 1 脳死判定を行うための前提条件について

本症例は、脳低酸素状態による心肺停止状態となり、心肺蘇生術により自己心拍が再開したが、深昏睡状態で脳幹反射は認められず、ICU 入室後も神経学的所見に改善はなかった。 34°C 前後の脳低温療法が 3 日間実施されたが、意識レベルは JCS 300、自発呼吸消失、瞳孔散大、対光反射消失の状態が続いた。

神経学的所見並びに全身状態に変化を認めず、入院 10 日後の 4 月 24 日 23:05 に臨床的脳死と診断された。この時点で、神経症状に影響を及ぼす可能性のある薬剤であるミダゾラム、臭化ベクロニウム の投与中止から 126 時間が経過しており、薬物の影響はな

いと考えられる。

本症例は、上述の経過概要からみて、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。
- 2) 原因、臨床経過、症状、CT 所見から器質的な脳障害が生じていることは確実である。
- 3) 診断、治療を含む全経過から、現在行い得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される。

2. 2 臨床的脳死診断

〈検査所見及び診断内容〉

検査所見 (4月24日14:10から同日23:05まで)
体温: 36.2℃(腋窩温) 血圧: 100/50mmHg(開始時) 118/56mmHg(終了時)
検査中の使用昇圧薬: ドパミン
JCS: 300
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: 固定し、瞳孔径: 右 6.0mm 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) に該当する (標準感度 10 μ V/mm、高感度 2 μ V/mm)
聴性脳幹反応: 両側とも I 波を含むすべての波を識別できない
施設における診断内容
以上の結果から、臨床的に脳死と診断して差し支えない

2. 2. 1 脳波

平坦脳波 (ECI) に相当する (標準感度 10 μ V/mm、高感度 2 μ V/mm 記録)。

平成 19 年 4 月 24 日 21:45 から 22:19 まで、30 分以上の記録が行われている。電極配置は、国際 10-20 法の Fp1、Fp2、C3、C4、Cz、T3、T4、O1、O2、A1、A2 であり、単極導出 (Fp1-A1、Fp2-A2、C3-A1、C4-A2、T3-A1、T4-A2、O1-A1、O2-A2) と双極誘導 (Fp1-C3、Fp2-C4、C3-O1、C4-O2、Fp1-T3、Fp2-T4、T3-O1、T4-O2) で記録されている。電極間距離は十分保たれている。記録感度は、標準 (10 μ V/mm) 及び高感度 (2 μ V/mm) 記録である。心電図と頭蓋外導出モニターの同時記録が行われている。刺激としては呼名・顔面疼痛刺激が行われている。心電図の混入と考えられるもの、人の動きに伴うものや顔面への刺激によるものと思われるアーチファクトが重畳しているが、脳由来の波形を認めず、平坦脳波に該当する。

2. 2. 2 聴性脳幹反応

両耳刺激、最大音圧刺激 (100dB)、電極配置 (Cz-A1、Cz-A2)、加算回数 2000 回×2 に

より記録され、I波を含む全ての波を識別できず、無反応と判定できる。

2. 3 法的脳死判定

〈検査所見及び判定内容〉

検査所見（第1回）（4月25日10:37から同日12:00まで）				
体温：36.8℃(腋窩温) 血压：110/78mmHg(開始時) 98/44mmHg(終了時)				
検査中の使用昇圧薬：ドパミン、ドブタミン、バソプレシン				
JCS：300				
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：固定し、瞳孔径：右 6.0mm 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）に該当する（標準感度 10 μ V/mm、高感度 2 μ V/mm）				
聴性脳幹反応：両側とも I 波を含むすべての波を識別できない				
無呼吸テスト：無呼吸				
	(開始前)	(3分後)	(分後)	(終了後)
PaCO ₂ (mmHg)	42	69		
PaO ₂ (mmHg)	390	382		
血压 (mmHg)	122/82	108/40		102/50
SpO ₂ (%)				99

検査所見（第2回）（4月25日18:17から同日19:40まで）				
体温：36.6℃(腋窩温) 血压：148/90mmHg(開始時) 98/40mmHg(終了時)				
検査中の使用昇圧薬：ドパミン、ドブタミン、バソプレシン				
JCS：300				
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：固定し瞳孔径 右 6.0mm 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）に該当する（標準感度 10 μ V/mm、高感度 2 μ V/mm）				
聴性脳幹反応：両側とも I 波を含むすべての波を識別できない				
無呼吸テスト：無呼吸				
	(開始前)	(2分後)	(4分後)	(終了後)
PaCO ₂ (mmHg)	41	56	66	
PaO ₂ (mmHg)	502	417	367	
血压 (mmHg)	148/90		100/40	100/56
SpO ₂ (%)	100	100	99	98

施設における診断内容

以上の結果より

- ・第1回目の結果は脳死判定基準を満たすと判定できた（4月25日 12:00）
- ・第2回目の結果は脳死判定基準を満たすと判定できた（4月25日 19:40）

2. 3. 1 脳波

平坦脳波 (ECI) に相当する (標準感度 $10\mu\text{V}/\text{mm}$ 、高感度 $2\mu\text{V}/\text{mm}$)。

第1回目は平成19年4月25日10:37から11:11まで、及び第2回目は平成19年4月25日18:17から18:50まで、いずれも30分以上の記録が行われている。電極配置は、いずれも国際10-20法のFp1、Fp2、C3、C4、Cz、T3、T4、O1、O2、A1、A2であり、単極誘導 (Fp1-A1、Fp2-A2、C3-A1、C4-A2、T3-A1、T4-A2、O1-A1、O2-A2) と双極誘導 (Fp1-C3、Fp2-C4、C3-O1、C4-O2、Fp1-T3、Fp2-T4、T3-O1、T4-O2) で記録されている。電極間距離は十分保たれている。第1回目、第2回目ともに記録感度は標準 ($10\mu\text{V}/\text{mm}$) と高感度 ($2\mu\text{V}/\text{mm}$)、刺激として呼名・疼痛刺激、心電図と頭蓋外導出による同時モニターが行われている。いずれにおいても心電図によるアーチファクトが重畳しているが、これらの判別は容易である。脳由来の波形を認めず、平坦脳波 (ECI) に該当する。

2. 3. 2 聴性脳幹反応

法的脳死判定 (第1回目・第2回目) のいずれにおいても、両耳刺激、最大音圧刺激 (100dB)、電極配置 (Cz-A1、Cz-A2)、加算回数 2000 回×2 により記録され、いずれの記録でも I 波を含む全ての波を識別できない。

2. 3. 3 無呼吸テストについて

2 回とも必要とされる PaCO_2 のレベルを得てテストを終了している。

なお、「法的脳死判定マニュアル」においては無呼吸テストの基本的条件として深部体温で 35°C 以上が望ましいとされている。本症例においては、第1回法的脳死判定及び第2回法的脳死判定のいずれにおいても腋窩で体温が測定されていたが、 36.8°C 、 36.6°C と 35°C 以上の体温であり、無呼吸テストを実施する望ましい体温に至っていたと判断できる。

2. 4 まとめ

本症例の脳死判定は、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ている。法に基づく脳死判定の手順、方法、結果の解釈に問題はなく、結果の記載も適切である。以上から本症例を法的脳死と判定したことは妥当である。

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

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19年4月14日15:30頃、本人（40代の女性）が発症しているところを母親が発見し、救急車を要請。15:34、救急隊到着時、PEA（無脈性電気活動）状態であり、15:48心拍再開。16:00、東京女子医科大学東医療センター到着、低体温療法施行。4月17日、主治医より家族に病状を説明したところ、家族より提供意思表示カードが提示された。4月24日23:05、臨床的に脳死と診断。

4月24日23:40、家族がコーディネーターの説明を聞くことを希望されたため、病院はネットワーク東日本支部に連絡した。同日23:50、ネットワークのコーディネーターが病院に到着し、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。4月25日1:05、ネットワークのコーディネーター2名が家族（患者の両親、兄、他）に約30分面談し、本人の意思表示について、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。意思表示の有効性について本人のかかりつけ医に確認が取れた後、4月25日9:33から約30分、再度面談した。家族は「本人が望んでいたのならそうさせてやりたい、本人の意思を尊重したい」と話し、臓器提供を承諾された。

4月25日9:43、患者の父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された。コーディネーターは承諾が家族の総意であることを確認し、両文書を受理した。

【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、さらに意思表示の有効性について本人のかかりつけ医に確認が取れた後、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

4月25日12:46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。小腸移植については、適合者が不在のため提供が見送られた。脾臓と腎臓についてはHLAの検査後、同日16:51より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、4月25日22:35より心臓、肺、肝臓、脾臓、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ドナーとの体格差を理由に辞退し

た。第2候補者、第3候補者の移植実施施設側が心臓の移植を受諾し、第2候補者に移植が実施された。

肺については、第1候補者及び第2候補者（ともに両肺移植希望者）は、移植を受諾したものの、ドナーの医学的理由により片肺のみが提供可能と判断され、移植が見送られた。第3候補者及び第4候補者は、ともに心肺同時移植希望者であるため、第1候補者であるときのみ優先される選択基準に則り、意思確認を行っていない。第5候補者（片肺第1候補者）の移植実施施設側が片肺の移植を受諾し、左肺の移植が実施された。

肝臓については、第1候補者は、死亡していたことを把握していたため、意思確認を行っていない。第2候補者は、自己都合のため辞退した。第3候補者、第4候補者及び第5候補者の移植実施施設側が肝臓の移植を受諾し、肝臓を分割して第3候補者及び第4候補者に移植が実施された。

脾臓については、第1候補者及び第2候補者の移植実施施設側がそれぞれ脾臓・腎臓の同時移植及び脾臓単独移植を受諾し、第1候補者に脾臓・左腎臓の同時移植が実施された。

右腎臓については、第1候補者は、生体腎移植済みのため辞退した。第2候補者は、移植候補者の医学的状態のため辞退した。第3候補者は、他の献腎提供者より移植を受けていたため辞退した。第4候補者は、自己都合のため辞退した。第5候補者は、移植候補者の医学的状態のため辞退した。第6候補者の移植実施施設側が腎臓の移植を受諾し、移植が実施された。

小腸については、適合者不在のため、移植が見送られた。

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

4月25日19:40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

4月25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、コーディネーターは手術が終了した旨を家族に報告し、病院関係者等とともにご遺体をお見送りした。

4月27日、コーディネーターが電話にて、移植手術が無事に終了したことを報告した。その家族は「すごい、他の家族もみんな喜ぶ」と感慨深げに話された。

5月27日、コーディネーターが家族に電話し経過報告を行った。家族は元気に忙しく日々を過ごしており、厚生労働大臣からの感謝状は郵送を希望され、郵送した。

8月20日、コーディネーターが家族に移植後の経過報告及び心臓、肺、肝臓、脾腎同時移植レシピエントからのそれぞれのサンクスレターを郵送した。

11月19日、コーディネーターが家族に手紙にて移植後の経過を報告した。

コーディネーターは、上記の連絡、報告以外に、その後もレシピエントの近況報告をするなど、適宜報告や対応を行っている。

【評価】

- コーディネーターによるご遺体のお見送り、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）

4月14日	15:30頃 自室内で意識を失っているところを母親が発見。 15:34 救急隊到着。自発呼吸停止及び心停止の状態であり、直ちに心肺蘇生術を開始。 15:48 搬送中の救急車内で心拍が再開。脈拍は90/分、血圧は橈骨動脈触知せず測定不能であったが、総頸動脈は触知できた。 16:00 病院に到着。意識レベルはJCS 300、GCS 3(E1V1M1)、脈拍は153/分、血圧は触診にて70mmHg、自発呼吸はなく、体温は34℃、瞳孔は散大し、対光反射は消失していた。直ちに気管内挿管され、人工呼吸管理を開始。 ミダゾラム、臭化ベクロニウム投与下で、3日間の予定で脳低温療法を開始。 ノルアドレナリンとドパミン及びドブタミン持続静注を開始。 脳低温療法施行中も昇圧剤の調整により血圧は110 mmHg前後に保たれた。
4月17日	脳機能が全く見られないまま、脳低温療法を修了した。 ノルアドレナリン投与を中止。 主治医より家族に病状を説明したところ、家族より臓器提供意思表示カードがある旨を伝えられる。
4月19日	ドブタミン投与を中止。 8:00 ミダゾラム、臭化ベクロニウム投与を中止。
4月20日	頭部 CT を施行。脳は全体的に腫脹し、くも膜下腔が消失し、皮髄境界は不明瞭であった。さらに、両側視床、両側基底核と両側前大脳動脈領域及び両側後大脳動脈領域に著明な低吸収域が認められた。低酸素脳症に合致する所見と考えられた。
4月24日	神経学的所見並びに全身状態に変化を認めず。 14:10 臨床的脳死診断を開始した。 23:05 臨床的脳死診断を修了した。臨床的脳死と診断した。
4月25日	10:37 第1回法的脳死判定を開始した。 12:00 第1回法的脳死判定を修了した。 18:17 第2回法的脳死判定を開始した。 19:40 第2回法的脳死判定を修了した。法的に脳死と判断された。

第55例 臓器提供の経緯

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／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
2007年 4月 14日	16:00 入院		25日		22:35 心臓・肺・肝臓・脾臓・腎臓 意思確認開始 対策本部→移植施設
17日	18:30 意思表示カードの提示 家族より主治医へ		26日		12:10 右肺の捻転を断念 医学的理由
24日	23:05 臨床的脳死と診断 臨床的脳死診断項目を満たす		14:10 手術室入室 呼吸・循環管理開始		
	23:40 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	23:40 東日本支部で 第一報を受信 Coを派遣	14:38 摘出手術開始		
	23:50 Coが病院到着 病院体制の確認・医学的情報収集		15:39 大動脈遮断		
25日	1:05 脳死後の臓器提供説明		15:40 灌流開始		
	1:30 説明終了(Coより家族へ)、Co病院辞去		15:52 心臓摘出		
	9:33 家族に再度面談		16:05 左肺摘出		
	9:43 承諾書への署名捺印 脳死判定承諾書・臓器摘出承諾書 説明終了(Coより家族へ)	11:00 臓器捻転対策本部設置 承諾の連絡を受け対策本部を設置	16:12 肝臓摘出		
	10:37 第1回脳死判定		16:30 脾臓摘出		
	12:00 判定終了	12:46 心臓・肺・肝臓・小腸移植 適合者検索 対策本部にて検索 小腸は適合者不在にて捻転を断念	16:30 腎臓摘出		
		16:51 脾臓・腎臓移植 適合者検索 対策本部にて検索	16:51 右眼球摘出		
	18:17 第2回脳死判定		17:01 左眼球摘出		
	19:40 判定終了(死亡確認)		19:00 手術室退室		
	20:42 検視				22:10 臓器捻転対策本部解散 臓器搬送の終了を確認
	21:20 終了				

臓器の搬送

	心臓	左肺	肝臓	脾臓・左腎臓
4月 26日	16:04 タクシー (バトカー先導) 16:40 羽田空港到着 16:49 チャーター機 17:55 伊丹空港到着 18:00 ネットワーク緊急車両 18:16 大阪大学医学部附属病院到着	16:17 東京都コординーター緊急車両 16:52 羽田空港到着 18:07 定期便 19:16 伊丹空港到着 19:23 タクシー 19:42 大阪大学医学部附属病院到着	18:35 東京都コординーター緊急車両 18:54 東京駅到着 19:03 新幹線 21:45 新大阪駅到着 21:50 タクシー 22:05 大阪大学医学部附属病院到着	17:11 タクシー 18:00 羽田空港到着 19:06 定期便 20:31 伊丹空港到着 20:45 タクシー 21:05 大阪大学医学部附属病院到着
			肝臓 18:11 タクシー 18:30 東京大学医学部附属病院到着	右腎臓 17:32 タクシー 18:45 国立成育医療センター到着

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	東海大学法科大学院教授
川口 和子	全国心臓病の子どもを守る会
吉川 武彦	中部学院大学大学院研究科長・教授
木下 勝之	(社)日本医師会常任理事
島崎 修次	杏林大学医学部教授
竹内 一夫	杏林大学名誉教授
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
貫井 英明	山梨大学学長
藤森 和美	武蔵野大学人間関係学部教授
○ 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院長
柳田 邦男	作家・評論家

(50音順／敬称略 ○：座長)

脳死下での臓器提供事例に係る検証会議参考人名簿

小中 節子	(社)日本臓器移植ネットワーク医療本部長
-------	----------------------

(敬称略)

医学的検証作業グループ名簿

氏 名	所 属
桐野 高明	国立国際医療センター総長
島崎 修次	杏林大学医学部救急医学教授
○ 竹内 一夫	杏林大学名誉教授
坂部 武史	山口大学医学部麻酔蘇生学講座教授
貫井 英明	山梨大学学長
前川 剛志	山口大学医学部救急医学教授

(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 5 5 例目に関する検証経緯

平成 2 0 年 6 月 4 日

救命治療、法的脳死判定等について実地検証

「医学的検証作業グループ」の決定に基づき、

島崎 修次 杏林大学医学部救急医学教授

阿部 俊昭 東京慈恵会医科大学脳神経外科教授

渡辺 英寿 自治医科大学脳神経外科教授

が「脳死臓器移植に関する検証資料フォーマット」に基づいて実地検証。

平成 2 1 年 1 月 2 6 日

医学的検証作業グループ（第 2 9 回）

平成 2 1 年 3 月 1 3 日

第 3 1 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。