

**第 1 1 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
平成 1 4 年 3 月 2 6 日**

目 次

ページ

はじめに	1
第1章 救命治療、法的脳死判定等の状況の検証結果	
1. 初期診断と治療に関する評価	2
2. 臨床的な脳死の診断及び法に基づく脳死判定に関する評価	3
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	7
(参考資料1)	
診断・治療概要（臓器提供施設提出資料）	10
(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）	11
(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	12
(参考資料4)	
医学的検証作業グループ名簿	13
(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11例目 に関する検証経緯	14

はじめに

本報告書は、平成13年1月上旬に行われた第11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」が、臓器提供施設の担当医から救命治療、脳死判定等の状況を聴取して評価を行い、報告書案を取りまとめている。第12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検証を行った。その際、当該施設から提出されたCT写真、脳波等の関係資料を参考に検証している。

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、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し、検証を行った。その際、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ながら検証を行っている。

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ている。

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) 脳神経系の管理

①経過

平成13年1月4日11:55頃、歩道で倒れ両上肢、顔面に痙攣が生じているところを発見され、救急車が要請された。救急隊が現場に到着(12:02)したときは、意識レベルJCS300であったが、自発呼吸はあり、瞳孔散大はなかった。その後、救急車内で下顎呼吸となり、救急外来到着時(12:18)、呼吸は不規則で、意識レベルはJCS300、縮瞳(左右:2 mm)、対光反射消失が認められた。直ちに気管内挿管、静脈路確保等の救急処置を行った。

発症後約48分に行ったCTの所見は、び慢性の著明なくも膜下出血に脳室内出血を伴い(Fisher分類のgrade IV)、急性水頭症も認められた。深昏睡、対光反射消失が持続し、呼吸は不規則で、来院時192/140 mmHgであった血圧も、CT施行後100mmHg以下となるなど、バイタルサインが不安定であった。発症3時間に水頭症の治療と脳圧コントロールを目的として脳室ドレナージを行い、頭蓋内圧測定用センサーを設置している。4日13:40、3次元CT脳血管撮影を行い、右椎骨動脈解離性動脈瘤を疑わせる所見が得られている。

5日(5:00)に再出血を生じ、瞳孔が散大して、21:00からは自発呼吸も消失した。1月7日14:30に行ったCT検査では、くも膜下出血、脳室内出血及び著明な脳腫脹が認められ、皮髄境界が不明瞭となっていた。7日14:30に行った脳血管撮影では、頭蓋内血管の造影は認められなかった(non filling)。

②診断の妥当性

本症例に於いて、来院早期にCT検査を行ったこと、及びCTによりくも膜下出血と診断し、患者の状態を考慮して、3次元CT脳血管撮影を施行して破裂脳動脈瘤の部位の推定を行ったことは妥当である。

③保存的治療を行ったことの評価

来院時呼吸、血圧等のバイタルサインが不安定で、意識レベルはJCS300、対光反射は消失している状態であったため、直達手術は行わず、脳圧コントロールのため脳室ドレナージ術を施行し、頭蓋内圧測定用センサーを設置して、保存的療法を行い、状態が改善すれば直達手術を行う方針を立てている。保存療法としては、脳圧下降剤(マンニトール)、抗痙攣剤(フェニトイン)、血圧下降剤(ニカルジピン)の投与と人工呼吸管理が行われた。以上の判断、処置は妥当である。

また、脳室ドレナージを行い、脳圧下降剤、抗痙攣剤、血圧下降剤を投与して、再出血の防止及び脳圧コントロールを行うとした保存的治療も適切に行われている。

(2) 呼吸器系の管理

救急車搬送中より下顎呼吸となり、車内にて気道確保・酸素投与が行われた。来院時血液ガス所見は、PaO₂:493mmHg、PaCO₂:49mmHg、pH:7.29で、直ちに気管内挿管が行われ、鎮静薬(ミダゾラム、プロポフォール)使用下に人工呼吸器(FiO₂:1.0)による調節呼吸が開始された。その後、PaCO₂は29~49mmHg、PaO₂は100mmHg以上と適正に保たれていた。また、肺炎等の呼吸器感染症予防のため、CEZ(セファゾリン)も行われており、呼吸器系の管理は妥当である。

(3) 循環器系の管理

来院時血圧192/140mmHgと高血圧状態であり、これに対しペルジピン持続静注

がなされた。集中治療室入室後も循環動態が不安定で、血圧低下に対しドパミンなどのカテコラミンが投与された。しかし、1月5日より中枢性尿崩症と考えられる尿量増加による脱水、血圧低下が著明となったため、脳圧下降剤（マンニトール）を中止し、循環血液量の補正、抗利尿ホルモン（ピトレスシン）投与、及びカテコラミンの増量がはかられ、循環動態は安定した。これらの対応はいずれも妥当と考えらる。

(4) 水電解質の管理

来院時、低 K 血症 $2.7\text{mEq} / \text{l}$ が認められたが、K 補充により血清 K 値は適正に維持されている。来院時の血清 K 値の低下は、重症救急患者にみられる特有なものとして推測される。

1月5日頃から重症脳障害に合併する中枢性尿崩症と思われる尿量増加 ($> 300\text{ml} / \text{h}$) を認めた。それに伴い、中心静脈圧は低値 (0mmHg) を示し、血圧低下、脱水に伴う高 Na 血症 (血清 Na 値: $164 \text{ mEq} / \text{l}$) を認めた。それに対しては、抗利尿ホルモン (ピトレスシン $0.2\sim 0.5 \text{ IU}$) の投与、輸液量増量、カテコラミン投与が行われ、血圧低下、脱水状態が改善されている。これらは極めて妥当な治療と思われる。

2. 臨床的脳死診断及び法的脳死判定に関する評価

(1) 脳死判定を行うための前提条件について

本症例は発症後約 23 分、平成 13 年 1 月 4 日 12:18 に当該病院に搬送された。到着時は JCS300 で縮瞳(左右:2 mm)が認められ、対光反射は消失し、呼吸が不規則であった。直ちに気管内挿管が行われ、人工呼吸器が装着された。発症後約 50 分で行われた CT では、慢性の著明なくも膜下出血と急性水頭症が認められた。バイタルサインが不安定で、深昏睡、対光反射消失が認められることから、脳圧コントロールを目的として脳室ドレナージが施行された。

その後、保存的治療による神経系の管理、血圧・血液酸素化の維持を始めとする循環・呼吸管理が行われたが、神経症状の改善は認められず、5日 5:00 に瞳孔が散大し、21:00 には自発呼吸が消失した。

本症例では、1月7日 11:08 に臨床的脳死と診断し、8時間 32分後に第一回脳死判定を行い(終了:1月7日 21:51)、6時間 19分おいて第二回脳死判定を行った(終了:1月8日 5:56)。

本症例は前章で詳述したことから脳死判定対象例としての前提条件を満たしている。
すなわち

1) 深昏睡で人工呼吸を行っている状態が継続している。

1月4日 12:00 頃に深昏睡となり、1月5日 21:00 に呼吸停止がおき、約 36 時間後に臨床的脳死の判断を開始している。

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、現在行いうる全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いと判断される。

(2) 臨床的脳死診断及び法的脳死判定

1) 臨床的脳死診断

〈検査所見及び診断内容〉

検査所見 (1月7日8:30から11:08まで)

体温: 36.4℃ 血圧: 132 / 81 mmHg 心拍数: 87 / 分

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 5.0mm 左 5.0mm

脳幹反射: 対光、角膜、毛様体脊髄、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 (感度 10 μ V / mm、感度 2 μ V / mm)

施設における診断内容

以上の結果から臨床診断に脳死と診断して差し支えない。

脳波について

平坦脳波に相当する。(感度 10 μ V / mm、感度 2 μ V / mm)

1月7日(9:40 ~ 10:39)に行われた脳波の電極配置は、国際 10-20 法の Fp1、Fp2、C3、C4、T3、T4、O1、O2、A1、A2 で、記録は単極導出(Fp1-A1、Fp2-A2、C3-A1、C4-A2、O1-A1、O2-A2、T3-A2、T4-A1、A1-Cz、Cz-A2)、双極導出(T3-Cz、T4-Cz、Fp1-C3、Fp2-C4、C3-O1、C4-O2、Fp1-O1、Fp2-O2、Fp1-T3、Fp2-T4、T3-O1、T4-O2、A1-A2)とで行われている。さらに、心電図と頭蓋外導出によるモニターも同時に行われている。刺激としては呼名・疼痛刺激が行われている。心電図と僅かな静電・電磁誘導が重畳しているが判別は容易である。30分以上の記録が行われているが脳由来の波形の出現はなく、平坦脳波と判定できる。

2) 法的脳死判定

〈検査所見及び判定内容〉

検査所見 (第1回) (1月7日19:40から21:51まで)
体温: 36.3℃ 血圧: 126 / 75 mmHg 心拍数: 88 / 分
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 6.0mm
脳幹反射: 対光、角膜、毛様体脊髄、眼球頭、前庭、咽頭、咳反射すべてなし
脳波: 平坦脳波(EGI)に該当する (感度 10 μ V / mm、感度 2 μ V / mm)
無呼吸テスト: 陽性

	(開始前)	(8分後)
PaCO ₂ (mmHg)	43	63
PaO ₂ (mmHg)	391	396
SpO ₂ (%)	100	100

聴性脳幹反応: I波を含むすべての波を識別できない

検査所見 (第2回) (1月8日4:10から5:56まで)
体温: 36.4℃ 血圧: 106 / 68 mmHg 心拍数: 89 / 分
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 6.0mm
脳幹反射: 対光、角膜、毛様体脊髄、眼球頭、前庭、咽頭、咳反射すべてなし
脳波: 平坦脳波(EGI)に該当する (感度 10 μ V / mm、感度 2 μ V / mm)
無呼吸テスト: 陽性

	(開始前)	(11分後)
PaCO ₂ (mmHg)	36	70
PaO ₂ (mmHg)	395	339
SpO ₂ (%)	100	100

聴性脳幹反応: I波を含むすべての波を識別できない

施設における判定内容

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
(1月7日21:51)
以上の結果より、第2回目の結果は脳死判定基準を満たすと判定
(1月8日5:56)

1) 電気生理学的検査について

①脳波について

第一回法的脳死判定

平坦脳波に相当する。(感度 10 μ V / mm、感度 2 μ V / mm)

7日 19:40 ~ 20:33 に記録されており、臨床的脳死判定時の脳波記録と同条件である。
心電図と僅かな静電・電磁誘導が重畳しているが判別は容易である。30分以上の記録が行われているが脳由来の波形の出現はなく、平坦脳波と判定できる。

第二回法的脳死判定

平坦脳波に相当する。(感度 $10 \mu V/mm$ 、感度 $2 \mu V/mm$)

8日午前4時10分～午前5時1分に記録されており、臨床的脳死判定時の脳波記録と同条件である。心電図と僅かな静電・電磁誘導が重畳しているが判別は容易である。30分以上の記録が行われているが脳由来の波形の出現はなく、平坦脳波と判定できる。

②聴性脳幹反応

臨床的脳死判定・法的脳死判定(1・2回目)のいずれにおいても、I波を含む全ての波を識別できない。

2) 無呼吸テストについて

2回とも必要とされる $PaCO_2$ レベルを得て、テストを終了している。テスト前及び $60mmHg$ 以上の $PaCO_2$ を得た時点での PaO_2 は十分に高く維持されており、テスト中 SpO_2 も 100% であり問題はない。

3) 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も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に脳死と判断したのは妥当である。

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

(注) 枠内は、ネットワークから聴取した事項及びネットワークから提出された資料等により、本検証会議として認識している事実経過の概要である。

1. 初動体制並びに家族への脳死判定等の説明及び承諾

平成13年1月4日11:55頃、路上で倒れているところを歩行者が発見し救急車を要請。救急隊が患者を搬送し、12:18に病院に到着。その後、同月7日11:08に主治医は患者を臨床的に脳死と診断。

同日12:00頃に主治医が家族に病状を説明したところ、家族から臓器提供意思表示カードの提示があった。家族からネットワークコーディネーターの説明を受けたいとの申出があったため、同日12:58に病院は関東甲信越ブロックセンターに連絡。同日15:00に、ネットワークのコーディネーター1名及び都道府県コーディネーター1名が病院に到着し、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等を行った。

同日16:57にネットワークのコーディネーター1名及び都道府県コーディネーター1名が家族等(姉、義理の叔父、叔父の長女、叔父の次女、従兄弟、会社の上司)と面談し、主治医、看護師同席の下、脳死判定・臓器提供の内容、手続等を文書を用いて説明。同日19:25に、コーディネーターが、家族構成等を十分に確認し、家族の総意であることを確認した上で、家族から承諾書を受理している。

【評価】

- コーディネーターは、病院から家族への臓器提供に関する説明依頼を受けた後、院内体制等の確認や一次評価等を迅速かつ適切に行っている。
- 家族への説明についても、コーディネーターは、脳死判定・臓器提供等の内容・手続を記載した文書を手渡してその内容を説明し、家族から承諾書を受理している等、コーディネーターの家族への脳死判定の説明等は適正に行われたものと評価できる。

2. ドナーの医学的検査及びレシピエントの選択等

1月7日22:54に、心臓、肺、肝臓、小腸のレシピエント候補者の選定を開始。小腸については、適合する移植希望者が存在しないため、移植が見送られることとなった。脾臓と腎臓についてはHLAの検査後、同月8日1:53よりレシピエント候補者の選定を開始している。

法的脳死判定が終了した後、同日6:40より心臓、肺、肝臓、脾臓、腎臓の各臓器別にレシピエント候補者の意思確認を開始。

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、第2候補者の移植実施施設側は、候補者の「今回は見合わせたい」との意思により、移植を辞退している。

肺については、ドナーのレントゲン等の検査データを基に、第1候補者の移植実施施設側が移植を辞退し、第2候補者の移植実施施設側が右片肺の移植を受諾。右片肺のレシピエントが決定された後、左片肺についての第1候補者の移植実施施設側がドナーのレントゲン等の検査データを基に移植を辞退している。

肝臓については、第1候補者及び第2候補者の移植実施施設側が移植を受諾している。

脾臓・左腎臓同時移植については、第1候補者の移植実施施設側がいったん移植を受諾したが、リンパ球直接交差試験の結果を理由に、移植実施施設側が移植を辞退し、第2候補者の移植実施施設側が移植を受諾している。右腎臓については、第1候補者及び第2候補者の移植実施施設側が移植を受諾している。

また、感染症やHLAの検査等については、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ている。

【評価】

- 今回の事例においては、適正にレシピエントの選択手続が行われたものと評価できる。
- また、ドナーの医学的検査等は適正に行われている。

3. 脳死判定終了後の家族への説明、摘出手術の支援等

1月8日5:56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。その後、ネットワークのコーディネーターより、情報公開の内容等について家族の確認を得ている。

また、同日、ネットワークのコーディネーターより、家族に対して、左肺についてはレシピエント候補者の主治医の判断により移植が見送られることとなったこと、また小腸については適合者不在のため移植が見送られることとなった旨を報告している。

【評価】

- 法的脳死判定終了後の家族への説明等に特に問題はなかった。

4. 臓器の搬送

1月8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

1月8日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、家族の希望により1月10日まで御遺体を病院に安置することとなった旨を確認している。

1月10日に、ネットワークのコーディネーター1名及び都道府県コーディネーター1名が、病院関係者とともにお見送りし、移植を受けられた方々の経過が順調であることを報告している。その際、家族からは「よかった。本当によかった。是非、顔を見て行って下さい。」との発言があった。

同月13日に、ネットワークのコーディネーターが、移植後の経過報告及び厚生労働大臣からの感謝状を家族に送付している。

同月17日に、1月8日に膵臓腎臓同時移植を実施した大阪大学より、移植された膵臓に血栓が詰まったため膵臓を摘出した旨の報告を受けたため、直ちにネットワークのコーディネーターが、家族に、膵臓腎臓同時移植を受けられた方の膵臓に血栓ができ、やむなく膵臓を摘出したこと及び移植された腎臓は問題なく機能しており、移植を受けられた方の状態も安定していることを報告している。その際、家族からは「少し残念ですが、患者さんが元気で何よりです。弟が生きているみたいでうれしい。皆様に頑張って下さいとお伝え下さい。」との発言があった。

5月1日に、ネットワークのコーディネーターがレシピエントの経過報告と併せ一般の方から寄せられたお見舞い金を郵送しており、同月13日に家族よりお礼の手紙をいただいている。

6月18日に、ネットワークのコーディネーターが、レシピエントからのサンクスレターを家族に郵送しており、同月27日に、家族からレシピエントへの返事をいただいたため、ネットワークのコーディネーターがレシピエントに郵送している。

【評価】

- コーディネーターにより、御遺体のお見送り、家族への報告等適切な対応が採られている。

臓器提供施設より報告された診断・治療概要

1月4日	
11:55頃	歩道で倒れ両上肢、顔面に痙攣が生じているところを発見された。
11:59	救急隊出動要請。
12:02	救急隊現場到着。
12:14	救急隊現場出発。 意識レベル JCS:300 自発呼吸 あり、瞳孔散大 なし
12:18	救急隊病院到着。 意識レベル JCS:300 縮瞳 (左右径 2mm)、対光反射 なし 血圧 192/140mmHg 呼吸不規則 気管内挿管し、人工呼吸器を装着 (FiO ₂ =1.0)。 静脈確保、輸液開始 (ラクテック)。 セルシン 10mg、ペルジピン 1mg 静注。
12:43頃	頭部 CT 施行。所見：くも膜下出血、脳室内出血及び水頭症。 バイタルサインが不安定であり、脳血管造影施行は困難と判断し、脳室ドレナージを行い、頭蓋内圧測定用センサーを設置。
13:40	3D-CTA 施行。右椎骨動脈解離性動脈瘤を疑わせる所見。
1月5日	
5:00頃	再出血。 瞳孔散大。
21:00	自発呼吸消失。
1月7日	
8:30	臨床的脳死判定開始。
11:08	臨床的脳死判定終了。臨床的脳死と診断。
12:00頃	主治医が家族に臨床的脳死であると説明したところ、家族より臓器提供意思表示カードが提出された。
12:58	関東甲信越ブロックセンターに連絡。
14:30	頭部 CT 施行。脳ヘルニアの所見。 脳血管撮影施行。non-filling が認められた。
19:40	第1回目の法に基づく脳死判定開始。
21:51	第1回目の法に基づく脳死判定終了。
1月8日	
4:10	第2回目の法に基づく脳死判定開始。
5:56	第2回目の法に基づく脳死判定終了。脳死と判定。

第11例目 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／ブロックセンターの動き
2001年 1月 4日	11:55 入院	
7日	臨床的脳死と診断	
	12:58 脳死後の臓器提供説明依頼 ご家族から意思表示カードの提示があり、Coの説明を聞くことを主治医に希望。Coへ連絡。	12:58 関東甲信越ブロックセンターで第一報受信 直ちにCoを派遣
	15:00 ネットワークCoが病院到着 病院体制の確認。医学的情報収集(第1次評価)	
	16:57 脳死後の臓器提供説明 Coよりご家族へ	
	18:49 家族と再度面談	
	19:25 承諾書への署名捺印 脳死判定承諾書・臓器摘出承諾書	19:30 臓器移植対策本部設置 承諾の連絡を受け対策本部設置
	19:40 第1回脳死判定 21:51 判定終了	
		22:54 心臓・肺・肝臓レシピエント検索 NW本部にて検索
8日	4:10 第2回脳死判定 5:56 判定終了	1:53 膵臓・腎臓レシピエント検索 NW本部にて検索
		6:40 心臓・肺・肝臓・膵臓・腎臓移植意思確認開始 対策本部→移植施設

	現地Coの動き	日本臓器移植ネットワーク本部／ブロックセンターの動き
	14:48 摘出手術開始	
	16:29 大動脈遮断・灌流開始	
	16:41 心臓摘出	
	16:52 右肺摘出	
	16:58 肝臓摘出	
	17:12 膵臓摘出	
	17:18 右腎摘出 左腎摘出 摘出後、閉胸・閉腹	
	17:58 手術室退室 ご遺体退室	
		22:20 臓器斡旋対策本部解散

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 川口 和子 嶋 多門 島崎 修次 竹内 一夫 アルフォンス・デー ケン 新美 育文 貫井 英明 平山 正実 藤森 和美 ○ 藤原 研司 柳田 邦男	東海大学法学部教授 全国心臓病の子供を守る会幹事 福島県医師会会長 杏林大学医学部救急医学教授 杏林大学名誉教授 上智大学文学部人間学教室教授 明治大学法学部教授 山梨医科大学脳神経外科学教授 東洋英和女学院大学人間科学部教授 聖マリアナ医学研究所カウンセリング部長 埼玉医科大学第3内科教授 作家・評論家

(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
大塚 敏文	日本医科大学理事長
桐野 高明	東京大学医学部長
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
武下 浩	宇部短期大学学長
貫井 英明	山梨医科大学脳神経外科学教授

(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11例目に関する検証経緯

- 平成14年2月21日 11例目の救命治療、法的脳死判定等についての医学的検証作業
- ・ 「医学的検証作業グループ」の決定に基づき、貫井委員、島崎委員及び鈴木一郎（日本赤十字社医療センター脳神経外科部長）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。
- 3月12日 医学的検証作業グループにおいて、実地検証結果を確認。
- 3月26日 第12回脳死下での臓器提供事例に係る検証会議
- ・ 11例目の救命治療、法的脳死判定等及び臓器あっせん業務を検証。