

第 1 3 3 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）・・・・	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133例目 に関する検証経緯・・・・・・・・	15

はじめに

本報告書は、平成23年5月に行われた第133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46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 病院前対応

40歳代、女性。平成23年4月25日16:28頃、道路歩行中に2.5tトラックと衝突し、意識がないと救急要請。16:32救急隊到着時、JCS 300、GCS 3。総頸動脈で脈拍を微弱に触知するものの、呼吸停止状態であった。16:37ドクターヘリ要請。ヘリポートへ向け搬送途中、16:40心肺停止状態（無脈性電気活動）となり、直ちに心肺蘇生が開始された。16:48ドクターヘリがヘリポートに到着。フライトドクターにより、その場で気管挿管、輸液路確保の上、アドレナリン投与等が行われ、16:55心拍が再開した。その後、輸液、ドパミン投与を行いながら、ヘリにて搬送した。

1-2 来院時対応・初期治療

同日17:11当該病院到着。病院到着時、意識レベルJCS 300、GCS 3。心拍数143回/分、血圧47/21mmHg。瞳孔径 右5mm/左5mmで、対光反射消失。昇圧薬の調節と輸液により、18:50、収縮期血圧は100mmHg程度まで改善した。

レントゲン及びCT撮影を施行。脳挫傷、急性硬膜下血腫、外傷性くも膜下出血、蘇生後脳症、右血気胸、第3～6肋骨骨折、肺挫傷と診断した。頭部外傷に対する手術適応はないと判断した。また、血胸に対しては、輸血とともに、胸腔ドレナージを施行した。

1-3 集中治療室入室後

19:20集中治療室入室。人工呼吸管理及びドパミン投与等による循環管理を開始した。

4月25日21:00に瞳孔が左右ともに7mmに散大、対光反射も消失した。

4月26日0:00頃から多尿傾向になったため、バソプレシンの投与を開始した。その後も、循環の管理を中心に保存的に治療を行ったが、神経学的症状の改善は認めなかった。

（初期診断及び治療）

交通事故による、胸部外傷を伴う多発外傷の事例である。脳挫傷、急性硬膜下血腫、外傷性くも膜下出血及び蘇生後脳症を伴っていた。また、右血気胸と第3～6肋骨骨折を認めた。事故後、すぐに救急要請され、ドクターヘリによる搬送となっている。来院時の頭部CTにおいて、外傷性くも膜下出血及び急性硬膜下血腫を認めた。また、脳底槽の消失を伴う両側大脳半球の腫脹を認めたが、頭蓋内に大きな占拠性病変はなく、手術適応はないと判断した。

ドパミンなどの昇圧薬を投与し、循環管理を中心とする保存的治療を行ったが、5月1日に再度撮影したCTにおいては、脳腫脹が著明で、脳溝及び脳室が消失しており、蘇生後脳症の所見がさらに増悪していた。入院時からの深昏睡は変わらず、瞳孔は散大固定し、対光反射も消失したままであった。

（呼吸器系の管理）

救急隊現着時から、自発呼吸は消失していた。フライトドクターにより現地で気管挿管されており、入院後は調節呼吸により管理された。当該医療機関到着後、画像診断にて右血気胸が認められたため、胸腔ドレナージを施行した。血胸からの出血は入院後減少し、循環動態も安定した。肺挫傷による急性呼吸不全も、人工呼吸管理により改善し、吸入酸素濃度も、入院時 1.0 であったものが、4 月 26 日には 0.6、4 月 27 日には 0.4 と徐々に減少させることができた。しかし、5 月 1 日には再び悪化し、0.8 まで吸入酸素濃度を上昇させて管理した。

（循環器系の管理）

入院後は、ドパミンによる血圧管理を行った。血胸からの出血は入院後減少し、循環動態も安定した。4 月 26 日 0:00 頃から、尿崩症を認めたため、バソプレシンの投与を開始した。ドパミンとバソプレシンの投与により血圧は維持され、ショックに陥ることはなかった。

（水電解質の管理）

来院時の電解質はほぼ概ね基準値内であった。4 月 26 日 0:00 頃から尿崩症を認めたため、バソプレシンの投与を行った。経過中、電解質が基準値を大きく外れることはなかった。

（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

交通事故に伴う、脳挫傷、急性硬膜下血腫、外傷性くも膜下出血及び蘇生後脳症の事例である。最終画像診断は、5 月 1 日に行われている頭部 CT であり、脳腫脹が著明で、脳溝及び脳室が消失していた。また、脳実質は全体的に低吸収像が著明になっていた。

神経学的所見については、来院時から自発呼吸が消失しており、深昏睡は継続したままであった。また、来院時から対光反射は消失したままであった。

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 70 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。

2-2 脳死とされうる状態の診断

検査時刻：4月28日15:21～18:05

体温：36.6℃（膀胱温）

血圧：（開始時）136／70mmHg （終了時）150／72mmHg

心拍数：（開始時）97回/分 （終了時）98回/分

検査中の使用昇圧薬：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：なし

JCS：300 GCS：3

瞳孔：固定 瞳孔径：右6.0mm/左6.0mm

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38分、標準感度10 μ V/mm、高感度2 μ 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, T3-A2, T4-A1, Cz-A1, Cz-A2, T3-Cz, T4-Cz）

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

（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波まで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。

2-3 法的脳死判定

① 第1回法的脳死判定

検査時刻：5月2日16:50～18:30

体温：36.2℃（直腸温）

血圧：（開始時）99／41mmHg （終了時）154／60mmHg

心拍数：（開始時）80回/分 （終了時）93回/分

検査中の使用昇圧薬：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：なし

JCS：300 GCS：3

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：いわゆる平坦脳波(EOI) (記録時間 52 分 標準感度 $10\mu\text{V}/\text{mm}$ 、高感度 $2\mu\text{V}/\text{mm}$)

電極配置：国際 10-20 法：Fp1、Fp2、C3、C4、T3、T4、O1、O2、A1、A2、Cz

単極導出 (Fp1-A1, Fp2-A2, C3-A1, C4-A2, O1-A1, O2-A2, T3-A2, T4-A1,
Cz-A1, Cz-A2, T3-Cz, T4-Cz)

双極導出 (Fp1-T3, T3-O1, Fp1-C3, C3-O1, Fp1-Cz, Cz-O1, Fp2-Cz, Cz-O2,
Fp2-C4, C4-O2, Fp2-T4, T4-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	2 分後		人工呼吸再開後
PaCO ₂ (mmHg)	44.7	63.2		
PaO ₂ (mmHg)	176	52.2		
血圧	136/62	154/60		
SpO ₂	99.8	84.3		

② 第 2 回法的脳死判定

検査時刻：5 月 3 日 00:30～01:45

体温：36.6℃ (直腸温)

血圧：(開始時) 103/46mmHg (終了時) 218/92mmHg

心拍数：(開始時) 82 回/分 (終了時) 145 回/分

検査中の使用昇圧薬：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：なし

JCS：300 GCS：3

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：いわゆる平坦脳波(EOI) (記録時間 51 分 標準感度 $10\mu\text{V}/\text{mm}$ 、高感度 $2\mu\text{V}/\text{mm}$)

電極配置：国際 10-20 法：Fp1、Fp2、C3、C4、T3、T4、O1、O2、A1、A2、Cz

単極導出 (Fp1-A1, Fp2-A2, C3-A1, C4-A2, O1-A1, O2-A2, T3-A2, T4-A1,
Cz-A1, Cz-A2, T3-Cz, T4-Cz)

双極導出 (Fp1-T3, T3-O1, Fp1-C3, C3-O1, Fp1-Cz, Cz-O1, Fp2-Cz, Cz-O2,
Fp2-C4, C4-O2, Fp2-T4, T4-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	2 分後	4 分後	人工呼吸再開後
PaCO ₂ (mmHg)	39.4	59.1	68.2	
PaO ₂ (mmHg)	222	49.1	38.8	
血圧	121/58	138/60	218/92	
SpO ₂	100.0	83.6	65.5	

(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 (5月2日 18:30)

第2回の結果は脳死判定基準を満たすと判定 (5月3日 01:45)

(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2回の法的脳死判定において、動脈血酸素分圧の低下を認めているが、最終判定前までの循環動態は安定して管理されていた。必要な PaCO₂ 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4月25日16:30頃、受傷し、救急車要請、ドクターヘリにて搬送。

同日17:11、病院到着。到着時、意識レベル ジャパン・コーマ・スケール 300。頭部CT上、急性硬膜下血腫、びまん性脳浮腫、低酸素脳症を認め、主治医より家族へ予後不良の説明がされた。

4月26日、深昏睡、瞳孔散大、脳幹反射消失。

4月28日18:05、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。主治医より夫に病状説明を行い、臓器提供の機会があることを告げた。

5月1日10:00、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10:30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3名が家族（夫、妹、他1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、「本人もまだ若いし、このまま亡くなるのも悔しい。誰かの中で生きていて欲しいと思う。」と臓器提供を希望した。

同日12:19、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

5月2日16:04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、同日21:28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、5月3日6:35より心臓、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5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都合により辞退した。第2～4候補者はドナーとレシピエントの体重差により断念した。

肺については、第 5 候補者の移植実施施設側が移植を受諾し、両肺移植が実施された。第 1～4 候補者は、ドナーの医学的理由により断念した。

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。

脾臓については、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。

腎臓については、第 3、6 候補者の移植実施施設側が移植を受諾し、それぞれに移植が実施された。第 1、2、4、5 候補者はレシピエントの医学的理由により断念した。

小腸については、ドナー及びレシピエントの医学的理由等により移植を見送った。

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。
- レシピエントの都合による辞退があったため、移植施設において登録者の状況の把握に努めるよう改善が必要である。

3. 脳死判定終了後の家族への説明、摘出手術の支援等

5 月 3 日 1:45 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

5 月 3 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。

5 月 5 日、コーディネーターから家族へ電話し、全臓器が無事に移植されたことを報告した。家族は、「移植が無事に終わってよかった。」と話した。

5 月 18 日、コーディネーターから家族へ電話し、レシピエントの経過を報告した。家族は、レシピエントの経過が良好であることを喜んだ。

6 月 29 日、コーディネーター 2 名で家族を訪問。厚生労働大臣感謝状等を手渡し、レシピエントの経過を報告した。さらに、肝臓移植レシピエント及び腎臓移植レシピエントからのサンクスレターを手渡した。家族は、「無事に経過していてよかったで

す。」と話した。

11 月、コーディネーターから家族へ、レシピエントの経過報告を郵送した。

平成 24 年 6 月、コーディネーターから家族へ、レシピエントの経過報告を郵送した。

8 月、肝臓移植レシピエントからのサンクスレターを郵送した。

9 月、心臓移植レシピエントからのサンクスレターを郵送した。

【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）

4月25日	
16:28	道路歩行中にトラックと衝突し、全身打撲
16:32	救急車現場到着時、深昏睡。JCS 300。瞳孔径 右 3mm/左 5mm。呼吸停止。
16:37	Dr ヘリ要請。
16:40	ランデヴーポイントとなるヘリポートへ患者搬送中、心肺停止（無脈性電気活動）となり、心肺蘇生開始。
16:48	Dr ヘリが現場到着。気管挿管、輸液路の確保、アドレナリン静注。
16:55	心拍再開。
17:04	Dr ヘリ現地発。ドパミンの投与開始。
17:11	当該医療機関到着。新昏睡は継続、血圧 47/21mmHg。レントゲン、CT にて、脳挫傷、急性硬膜下血腫、外傷性くも膜下出血、右血気胸、肋骨骨折、肺挫傷、蘇生後脳症が見られた。それぞれ手術適応はないと判断。右胸腔ドレナージを施行。
19:20	ICU 入室。
21:00	瞳孔散大
4月26日	
00:00	バソプレシンの投与開始。
4月27日	
09:00	JCS 300。瞳孔径 右 6.0mm/左 6.0mm。
4月28日	
09:00	JCS 300。瞳孔径 右 6.5mm/左 6.5mm。対光反射なし。
18:05	脳死とされうる状態と診断。
5月2日	
16:50	第1回法的脳死判定開始。
18:30	第1回法的脳死判定終了。
5月3日	
00:30	第2回法的脳死判定開始。
01:45	第2回法的脳死判定終了。法的脳死と判定した。

第133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		5月4日	3:34 手術室入室 呼吸・循環管理開始	
4月28日	18:05 脳死とされうる状態にあると判断 脳死とされうる状態の項目を満たす 18:05 臓器提供の選択肢を提示			4:02 摘出手術開始	
5月1日	10:00 臓器提供について家族から申し出 10:00 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	10:00 西日本支部で 第一報を受信		5:15 大動脈遮断・灌流開始	
5月2日	10:00 Coが病院到着 病院体制の確認・医学的情報収集 10:30 脳死後の臓器提供説明 11:25 説明終了 12:19 承諾書への署名捺印 脳死判定承諾書・臓器摘出承諾書 16:50 第1回脳死判定 18:30 判定終了	12:56 臓器幹旋対策本部設置 承諾の連絡を受け対策本部を設置 16:04 心臓・肺・肝臓・小腸移植 適合者検索 対策本部にて検索 21:28 脾臓・腎臓移植 適合者検索 対策本部にて検索		5:31 心臓摘出 5:36 肝臓摘出 5:47 脾臓摘出 5:47 腎臓摘出 5:50 肺摘出 7:05 手術室退出	
5月3日	0:30 第2回脳死判定 1:45 判定終了(死亡確認) 2:20 検視 2:48 検視	6:35 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 9:15 小腸の幹旋を断念 医学的理由			11:10 臓器幹旋対策本部解散 臓器搬送の終了を確認

臓器の搬送			
心臓	両肺	肝臓	脾臓
5月4日			
5:50 緊急車両 5:57 場外ヘリポート到着 6:01 日本赤十字社ヘリ 6:16 関西空港到着 6:31 チャーター機 7:26 羽田空港到着 7:27 東京消防庁ヘリ 7:35 東京大学医学部附属病院到着	6:05 タクシー 6:22 場外ヘリポート到着 6:26 防災ヘリ 7:06 岡南飛行場到着 7:09 緊急車両 7:19 岡山大学病院到着	6:46 緊急車両 6:52 場外ヘリポート到着 7:02 日本赤十字社ヘリ 7:47 伊丹空港到着 8:22 定期便 9:37 仙台空港到着 10:35 東北大学病院到着	6:39 タクシー 7:02 和歌山駅到着 7:27 在来線・特急 新大阪駅到着(日根野経由) 新幹線 9:51 名古屋駅到着 タクシー 10:25 藤田保健衛生大学病院到着
左腎臓	右腎臓		
5月4日			
6:54 タクシー 7:00 日本赤十字社和歌山医療センター到着	6:33 タクシー 和歌山駅到着 在来線 天王寺駅到着 タクシー 8:10 大阪市立大学医学部附属病院到着		

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 1 3 3 例目に関する検証経緯

平成 2 4 年 1 0 月 2 日

医学的検証作業グループ（第 4 5 回）

平成 2 4 年 1 1 月 2 6 日

第 4 6 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。