

平成17年3月14日

第27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の公表について

脳死下での臓器提供事例については、臓器移植が一般の医療として国民の間に定着するまでの暫定的措置として、厚生労働大臣より有識者に参集を求めて、脳死下での臓器提供に係る検証作業を行っているところです。今般、第27例目（平成15年10月）に係る検証結果の公表について、ご遺族の了解がいただけましたので、公表いたします。

第27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	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	6
(参考資料1)	
診断・治療概要(臓器提供施設提出資料)	9
(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)	10
(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	11
(参考資料4)	
医学的検証作業グループ名簿	12
(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27例目 に関する検証経緯	13

はじめに

本報告書は、平成15年10月中旬に行われた第27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ている。第20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、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イト記録、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

1.1 脳神経系の管理について

1.1.1 経過

本症例は4年来、慢性腎不全により定期的に血液透析を受けていた。平成 15 年 10 月 16 日 18:00 ごろ自宅にて右半身の脱力と会話障害を自覚し、かかりつけ医を受診した。脳出血の疑いで同医より救急車にて 19:25 に提供病院へ搬入された。到着時の意識レベルは清明 (JCS: 0)、瞳孔 3.0mm (右=左)、右片麻痺と構音障害が認められ、血圧は 247/118mmHg であった。19:40 に頭部 CT を撮影し、1.5x1.8x3.0cm の左視床出血を診断された。血腫サイズより手術の適応はなく、血圧管理の目的で、アダラート(舌下)、ヘルベッサ(点滴)を投与された。経過観察中 20:00 頃より意識障害 (JCS: 10) が出現し、21:00 には更に意識障害が進行した (JCS: 200)。21:20 再度頭部 CT を撮影したところ、血腫は 8x5x6cm 大に増大していた。直ちに手術の準備を開始したが、22:30 には両側瞳孔散大し、呼吸障害もみられるようになり、気管挿管が行われた。マニトールとラシックスを急速投与したが反応なく、手術適応外と判断された。10 月 17 日 3:30 には深昏睡 (JCS: 300) となり呼吸停止となったため、人工呼吸器を装着した。

1.1.2 診断の妥当性

本症例では、高血圧、慢性腎不全の既往及び CT 所見からも、高血圧性の脳出血と診断したことは妥当である。

1.1.3 保存的治療を行ったことの評価

意識レベルの悪化により、2 回目の CT を撮影し、その血腫サイズが増大していたため、手術の準備に入ったものの、その後短時間に両側瞳孔散大、呼吸障害が出現し、マニトールにも反応がないため手術を断念したことは妥当である。

1.2 呼吸器系の管理

来院時の呼吸状態は SpO₂95 %と特に問題なかったが、意識レベルの悪化とともに呼吸障害も出現したため 22:40 気管挿管が行われ、その後 17 日 3:30 より人工呼吸器が装着された。吸入酸素濃度 (FIO₂) 0.6 で、呼吸数 12、一回換気量 500ml、呼気終末陽圧 3cmH₂O の条件で、酸素化は良好とはいえないものの SpO₂ 96 ~ 99 %の範囲で管理され、血中酸素分圧は保たれていたと考えられる。その後も入院中を通じ呼吸管理は妥当なものと思われる。

1.3 循環系の管理

来院時は 200mmHg 以上の血圧だったため、降圧剤 (Ca 拮抗薬) が使用された。深昏睡、呼吸停止が認められた頃から血圧が低下し、ドパミンが使用された。慢性腎不全に対し血液透析を行う必要があり、その前後には血圧変動がみられた。初診時の異常な高血圧は脳出血により、また脳ヘルニア後の血圧変動には透析の影響もあり、血圧の安定化を図ることは困難であったが、血圧制御には十分な注意が払われており、循環管理については適切な対応がなされたと判断できる。

1.4 水電解質の管理

本症例では、慢性腎不全のため定期的に血液透析が行われていた。10 月 16 日は透析日であり、透析終了後自宅にて休息中に発症した。入院後ほぼ無尿状態が続いたため、18 日 0:30 から 3:30 まで血液透析が実施され 3000ml の除水が行われた。切迫脳ヘルニアの時期に利尿剤が投与され、わずかながらも自尿が認められた。その後必要に応じて血液透析が実施され、血液電解質の Na 値は 138 ~ 140mEq/l、K 値は 4.6 ~ 4.8mEq/l を推移した。以上

から水電解質の管理は妥当であったと判断できる。

1.5 まとめ

本症例は、血液透析施行中の慢性腎不全患者に発症した高血圧性脳出血であったと推定できる。提供病院到着後に急速な血腫の増大をきたし、意識障害、中枢神経障害、呼吸障害が進行したため手術適応外と判断し、保存的治療を選択したことは妥当である。その後も血圧変動に留意しつつ水電解質管理のために血液透析を実施するなど治療経過は適切であった。

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

2.1 脳死判定を行うための前提条件について

本症例は 10 月 16 日 19:25 提供病院に搬送され、CT 所見で視床の小出血を認めたため、降圧剤 (Ca 拮抗薬) による血圧管理が行われた。20:00 頃より意識障害が出現し、21:20 には CT で血腫の増大を認めたため手術を行うこととした。しかし 21:50 には瞳孔不同が出現し、22:30 には両側瞳孔散大、対光反射消失が認められ、呼吸障害も出現したため手術の適応なしと判断された。

10 月 17 日 0:00 頃に家族に病状を説明し、その後家族より臓器提供意思表示カードが提示された。3:30 頃自発呼吸が停止して臨床的に脳死が疑われ、17:20 に臨床的脳死と診断された。約 11 時間後の 10 月 18 日 4:17 に第 1 回法的脳死判定開始 (終了 6:06)、約 9 時間後の 14:46 に第 2 回法的脳死判定を開始した (終了 16:28)。

本症例は、上述の経過概要にあるように、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) 10 月 17 日 3:30 から深昏睡、呼吸停止状態であり、同様の状態が 14 時間続いた後に臨床的脳死と診断された。
- 2) 臨床経過及び CT 所見より、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すべての適切な治療を行っ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 (10 月 17 日 16:30 から 17:20 まで)

体温 36.7℃ 血圧 90/54mmHg

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 5.5mm 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: 平坦脳波 (ECI) に該当する (標準感度 2 μ V/mm 記録、高感度 10 μ V/mm 記録)。

聴性脳幹反応: なし

施設における診断内容

以上の結果より、臨床的脳死と診断した。

2.2.1. 脳波

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

平成 15 年 10 月 17 日 (16:30 - 17:00) に行われた脳波の電極配置は、国際 10-20 法の Fp1, Fp2, C3, C4, Cz, 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-A1, T4-A2, A1-Cz, Cz-A2)、双極導出 (Fp1-C3, Fp2-C4, C3-O1, C4-O2, Fp1-T3, Fp2-T4, T3-O1, T4-O2, T3-Cz, Cz-T4, Fp1-O1, Fp2-

02) とで行われている。さらに心電図と頭部外(前腕内側部)導出による同時モニターも行われている。刺激としては呼名刺激と顔面痛み刺激が行われている。心電図が重畳し、T3に僅かな筋電図が混入しているが、判別は容易である。30分間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。

2.2.2. 聴性脳幹反応

I波を含むすべての波を識別できない。

2.3 法に基づく脳死判定

(検査所見及び判定内容)

検査所見 (第1回) (10月18日4:17~6:06) 体温36.2℃ 血圧250/128mmHg 心拍数102/分 JCS300 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6.5mm 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：平坦脳波 (ECI) に該当する (標準感度 2 μ V/mm記録、高感度10 μ V/mm記録) 無呼吸テスト：陽性			
	開始前	3分後	5分後
PaCO ₂ (mmHg)	42	64	73
PaO ₂ (mmHg)	142	85	82
SpO ₂ (%)	99		94
血圧 (mmHg)	236/143		249/130
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) (10月18日14:46~16:28) 体温38.1℃ 血圧195/107mmHg 心拍数125/分 JCS300 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：平坦脳波 (ECI) に該当する (標準感度 2 μ V/mm記録、高感度10 μ V/mm記録) 無呼吸テスト：陽性			
	開始前	3分後	5分後
PaCO ₂ (mmHg)	39	55	61
PaO ₂ (mmHg)	69	56	56
SpO ₂ (%)	95	85	82
血圧 (mmHg)	180/97	168/86	165/84
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			
			(10月18日 6:06)
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			
			(10月18日 16:28)

2.3.1. 脳波

第1回法的脳死判定

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

平成15年10月18日 (5:05-5:35) に記録されており、記録条件は臨床的脳死判定時と同条件である。刺激としては呼名刺激と顔面痛み刺激が行われている。心電図が重畳し、左側頭部と頭蓋外導出に僅かな筋電図が混入しているが、判別は容易である。30分間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2回法的脳死判定

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

平成15年10月18日 (15:05-15:35) に記録されており、記録条件は臨床的脳死判定時と同条件である。刺激としては呼名刺激と顔面痛み刺激が行われている。心電図が重畳し、左側頭部と頭蓋外導出に僅かな筋電図が混入しているが、判別は容易である。30分間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。

2.3.2. 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波を含むすべての波を識別できない。

2.3.3. 無呼吸テスト

本症例では PaO_2 が一時的に低いレベルになり、特に第2回法的脳死判定時には SpO_2 も低下した。テスト前の SpO_2 は95~99%で循環は比較的安定していたが、テスト開始前の PaO_2 は第1回法的脳死判定時が142mmHg、第2回法的脳死判定時が69mmHgであった。なお1回目、2回目とも PaO_2 が低下傾向にある理由は、誤嚥性肺炎に合併した無気肺によるものと考えられる。本症例では、テスト中は麻酔科専門医により慎重な観察がなされ、テスト中に何らかの有害な現象が生じた場合はいつでも中止することとしてテストが行われたが、血圧低下や不整脈は認められなかった。テストは2回とも5分以内に終了している。

低 PaO_2 の症例に関しては今後も専門医における慎重な観察と対応を行う必要がある。

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。以上から本例を法的に脳死と判断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

(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15年10月16日午前中に透析治療を行う。18:00頃、自宅でテレビを見ていたところ右半身の脱力あり、呂律障害をきたしたため、透析医院を受診。脳血管障害疑いにて主治医付き添いのもと、救急車で臓器提供施設に搬送される。

同日19:25病院到着。脳出血を認めるも意識は清明で、血圧210/108、心拍数83。その後、意識障害、呼吸障害が急速に進行し、手術適応外と判断され、主治医より家族へ病状説明を行った。

10月17日1:10、家族より意思表示カードの提示あり。

同日17:20、病院は臨床的に脳死と診断。家族がコーディネーターの話聞く意思があることを確認し、同日17:33、病院は西日本支部に連絡。

同日18:08、ネットワークのコーディネーター1名と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ている。

同日20:00に、ネットワークのコーディネーター1名と都道府県コーディネーター1名が家族(患者の妻、長女、次女、実父)に面談し、看護師同席の下、脳死判定、臓器提供の内容、手続き等につき文書を用いて説明。その際、家族構成等を十分に確認している。

同日21:15に患者の妻が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。家族の総意であることを確認し、コーディネーターがこれらを受理している。

【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、手続き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

10月17日22:21より、心臓、肺、肝臓のレシピエント候補者の選定を開始。膵臓についてはHLAの検査後、同日22:34よりレシピエント候補者の選定を開始している。また、法的脳死判定が終了した後、10月18日16:50より各臓器別にレシピエント候補者の意思確認が開始された。

心臓については、第1候補者、第2候補者、第3候補者、第4候補者、第5候補者、第6候補者の移植実施施設側がドナーの心機能低下を理由に心臓の移植を辞退し、医学的理由により心臓の移植が見送られることになった。

肺については、第1候補者、第2候補者、第3候補者、第4候補者の移植実施施設側がドナーの肺機能不良を理由に両肺の移植を辞退し、医学的理由により肺の移植が

見送られることになった。

肝臓については、第1候補者は、候補者が肺炎に罹患しており移植実施施設側が肝臓の移植を辞退。第2候補者は、候補者の状態が安定しているとの理由にて移植実施施設側が肝臓の移植を辞退。第3候補者、第4候補者、第5候補者は、ドナーに80%の嚢胞肝を認めたため移植実施施設側が肝臓の移植を辞退し、医学的理由により肝臓の移植が見送られることになった。

膵臓については、第1候補者の移植実施施設側が膵臓の移植を受諾。第2候補者は、ドナーの医学的理由により移植実施施設側が膵臓の移植を辞退。第3候補者は、候補者が風邪の症状あり移植実施施設側が膵臓の移植を辞退。第4候補者の移植実施施設側が膵臓の移植を受諾し、順位通り第1候補者に膵臓の移植が実施されている。

また、感染症検査や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きが行われたものと評価できる。
- 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

10月18日16:28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、心臓、肺、肝臓移植については医学的理由にて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

10月18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

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、摘出チームや病院関係者等とともにご遺体をお見送りしている。

10月19日、家族よりネットワークのコーディネーターへ電話。マスコミが自宅を訪

れたり、葬儀場に問い合わせをしているとのこと。コーディネーターより当該マスコミに対し、家族への配慮を依頼した。また、コーディネーターが通夜に参列した。

10月20日、ネットワークのコーディネーター1名と都道府県コーディネーター1名が葬儀に参列。

11月24日、ネットワークのコーディネーター1名と都道府県コーディネーター1名がご自宅を訪問。厚生労働大臣の感謝状を手渡し移植後の経過報告を行う。

前記した連絡、報告以外にレシピエントの退院状況や近況報告等、ネットワークのコーディネーターが適宜対応と報告等を行っている。

【評価】

- コーディネーターにより、ご遺体のお見送り、家族への報告やサンクスレターの送付等適切な対応がとられている。

診断・治療概要

(臓器提供施設提出資料)

10月16日 18:00頃	自宅にて右半身の脱力と会話障害を自覚し、かかりつけ医を受診。
19:25	脳出血の疑いで救急車にて病院到着。到着時の意識レベルは清明(JCS:0)、瞳孔3.0mm(右=左)、右片麻痺と構音障害が認められ、血圧は247/118mmHg。
19:40	頭部CTを撮影し、1.5x1.8x3.0cmの左視床出血を診断。
	血腫サイズより手術の適応はなく、血圧管理の目的で、アダラート(舌下)、ヘルベッサ(点滴)を投与。
20:00頃	意識障害(JCS:10)が出現。
21:00	更に意識障害が進行(JCS:200)。
21:20	再度頭部CTを撮影したところ、血腫は8x5x6cm大に増大。手術準備開始。
22:30	両側瞳孔散大し、呼吸障害出現。
	マニトールとラシックスを急速投与したが反応なく、手術適応外と判断
10月17日 1:10	家族より臓器提供意思表示カードの提示あり。
3:30	深昏睡(JCS:300)
17:20	臨床的に脳死と診断。
17:33	家族がネットワークコーディネーターの説明を聞くことを希望したため、日本臓器移植ネットワーク西日本支部に連絡。
18:08	ネットワークコーディネーターと都道府県コーディネーターが病院に到着。
20:00	ネットワークコーディネーターと都道府県コーディネーターが家族に面談。看護師同席。
21:15	家族が脳死判定及び臓器提供について承諾。
10月18日 4:17 ~6:06	第1回法的脳死判定。
14:46 ~16:28	第2回法的脳死判定。死亡診断。
10月19日 0:37	手術室入室。
3:53	手術室退室。

第27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
2003年 10月 16日	19:25 入院		18日		17:50 肺の斡旋を断念 医学的理由
17日	1:10 意思表示カード所持の申出 家族より主治医へ				18:13 肝臓の斡旋を断念 医学的理由
	17:20 臨床的脳死と診断 臨床的脳死診断項目を満たす				18:17 心臓の斡旋を断念 医学的理由
	17:33 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	17:33 西日本支部で 第一報を受信 Coを派遣	19日	0:37 手術室入室 呼吸・循環管理開始	
	18:08 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			0:49 摘出手術開始	
	20:00 脳死後の臓器提供説明 Coよりご家族へ			1:04 大動脈遮断・灌流開始	
	21:15 承諾書への署名捺印 脳死判定承諾書・臓器摘出承諾書			1:22 臓器摘出	
		21:40 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		2:20 左眼球摘出	
		22:21 心臓・肺・肝臓移植適合者検索 対策本部にて検索		2:48 右眼球摘出	
		22:34 膵臓移植適合者検索 対策本部にて検索		3:53 手術室退室	
18日	4:17 第1回脳死判定 6:06 判定終了				10:25 臓器斡旋対策本部解散 臓器搬送の終了を確認
	14:46 第2回脳死判定 16:28 判定終了(死亡確認)				
		16:50 心臓・肺・肝臓・膵臓 意思確認開始 対策本部→移植施設			

臓器の搬送

10月 19日		膵臓
7:05	タクシー	
7:50	鹿児島空港到着	
8:42	定期便	
9:52	伊丹空港到着	
10:02	ネットワーク緊急車両	
10:15	大阪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	東海大学法学部教授
川口 和子	全国心臓病の子供を守る会幹事
吉川 武彦	国立精神・神経センター精神保健研究所名誉所長
橋本 信也	(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	山梨大学大学院医学工学総合研究部研究部長
平山 正実	東洋英和女学院大学人間科学部教授
藤森 和美	聖マリアンナ医学研究所副所長
○ 藤原 研司	埼玉医科大学教授
柳田 邦男	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
桐野 高明 島崎 修次 ○ 竹内 一夫 武下 浩 貫井 英明	東京大学副学長・脳神経外科教授 杏林大学医学部教授 杏林大学名誉教授 宇部フロンティア大学長 山梨大学大学院医学工学総合研究部研究部長

(50音順／敬称略 ○：班長)

医学的検証作業グループ参考人名簿

木下 順弘	熊本大学医学部教授
-------	-----------

(敬称略)

脳死下での臓器提供事例に係る検証会議 における第27例目に関する検証経緯

平成16年 5月25日 医学的検証作業グループ

- ・ 第27例目の救命治療、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、木下順弘 熊本大学医学部救急医学教授、重森 稔 久留米大学医学部脳神経外科教授及び森岡隆人 九州大学大学院医学研究院脳神経外科講師が、「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。

7月29日 医学的検証作業グループ（第17回）

9月 2日 第20回脳死下での臓器提供事例に係る
検証会議

- ・ 27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。