

## 臓器提供意思表示カードの様式の見直しについて

### 1 前提条件

臓器提供意思表示カード（以下「カード」という。）は、以下のような臓器提供に関する意思表示を行うことができる様式でなければならない。

#### (1) 脳死下で臓器を提供する意思表示について

- ① 脳死判定に従う意思を示すことができること
- ② 脳死下で臓器を提供する意思を示すことができること
- ③ 臓器ごとの臓器提供の意思（又は提供したくない臓器に関する意思）を示すことができること

#### (2) 心臓死下で臓器を提供する意思表示について

- ① 心臓死下で臓器を提供する意思を示すことができること
- ② 臓器ごとの臓器提供の意思（又は提供したくない臓器に関する意思）を示すことができること

#### (3) 臓器を提供しない意思表示について

- ① 臓器を提供しないという意思を示すことができること

#### (4) 本人の真正な意思であることが確認できること

### 2 論点

カードのスペースが限られており、字が小さく見にくいという意見や、意思表示が行いにくいという意見が多くあることから、現在のカードの様式について、以下のような点を検討する必要があるのではないか。

(1) 提供する臓器の種類に関する意思表示について

- ・ 提供することができる臓器の範囲（心臓、肺、肝臓、腎臓、脾臓、小腸、眼球）を示し、提供したくない臓器を明らかにする方式（ネガティブリスト方式）にすることができないか。
- ・ 提供する臓器の種類を脳死後と心停止後で分けて表示させる必要はないのではないかとの意見もあるが、ネガティブリスト方式にするとしても、提供することができる臓器が脳死と心臓停止で異なることから、脳死下で提供できる臓器と心臓停止下で提供できる臓器をそれぞれ明示しておく必要があるのではないか。

(2) 臓器の種類欄の「その他」の項目について

- ・ ネガティブリスト方式を採用する場合であっても、臓器移植法で移植のために摘出することができることとしている臓器以外の臓器等についても、臓器の提供に関する意思表示を行うことができること、また、提供拒否の意思表示も行うことができることから、有用ではないか。

(3) 署名年月日について

- ・ カードが複数見つかった場合や、意思決定を行った時の判断能力を確認することができるから、有用ではないか。

(4) 家族の署名について

- ・ 臓器提供の要件としては、臓器移植法では本人の臓器提供の意思表示のみ必要としており、家族の意思表示は必要な要件ではないが、カードの存在及び本人の生前中に臓器提供に関する意思を家族に知ってもらえることから有用ではないか。（現行の臓器提供意思表示シールでは。家族の署名の記載欄はない。）

## (5) その他

### ① カードの表面の活用について

まずは裏面において必要な要件を満たすカードの様式を検討し、裏面のみの記載では見にくくなるなど、必要が生じたときには、表面の活用について検討してはどうか。

### ② 記載内容の簡略化

例えば、イメージ案1の場合、上段の2行（「はい」か「いいえ」を○で囲んだ上で提供したくない臓器があれば×をつけて下さい）と、「（×をつけた臓器は提供しません）」という記述に内容が重複しているので、どちらかにするなど、記載内容の簡略化を検討してはどうか。

### ③ その他

新カードの決定に当たっては、いくつか案を作成した上で、どの様式が最も利用しやすいかという点について検証を行うなど慎重に検討した上で決定するべきではないか。

臓器提供意思表示カードの様式見直し(案)のイメージ

1 臓器提供に関する意思について「はい」、「いいえ」で選択

「はい」か「いいえ」を○で囲んだ上で  
提供したくない臓器があれば×をつけて下さい

1. あなたは、脳死の判定に従い、脳死後、移植のために、下記の臓器を提供しますか (×をつけた臓器は提供しません) はい いいえ  
心臓 肺 肝臓 腎臓 膵臓 小腸 眼球 その他 ( )
2. あなたは、心臓が停止した死後、移植のために、下記の臓器を提供しますか (×をつけた臓器は提供しません) はい いいえ  
腎臓 膵臓 眼球 その他 ( )

本人署名(自筆) \_\_\_\_\_ 署名年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
家族署名(自筆) \_\_\_\_\_

2 臓器提供に関する意思をチェック欄で選択

該当する項目に印レをつけた上で、  
提供したくない臓器があれば×をつけてください

- 私は、脳死判定に従い、脳死後、下記の臓器を提供します  
(×をつけた臓器は提供しません)  
心臓 肺 肝臓 腎臓 膵臓 小腸 眼球 その他 ( )
- 私は、心臓が停止した死後、下記の臓器を提供します  
(×をつけた臓器は提供しません)  
腎臓 膵臓 眼球 その他 ( )
- 私は、臓器を提供しません

本人署名(自筆) \_\_\_\_\_ 署名年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
家族署名(自筆) \_\_\_\_\_

3 臓器提供に関する意思を該当する番号を囲むことで選択(現行の臓器提供意思表示カードの様式を踏襲)

該当する1. 2. 3の番号を○で囲んだ上で  
提供したくない臓器があれば、×をつけて下さい

1. 私は、脳死の判定に従い、脳死後、移植のために、下記の臓器を提供します (×をつけた臓器は提供しません)  
心臓 肺 肝臓 腎臓 膵臓 小腸 眼球 その他 ( )
2. 私は、心臓が停止した死後、移植のために、下記の臓器を提供します (×をつけた臓器は提供しません)  
腎臓 膵臓 眼球 その他 ( )
3. 私は、臓器を提供しません。

本人署名(自筆) \_\_\_\_\_ 署名年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
家族署名(自筆) \_\_\_\_\_

4-1 記入方法の説明のうち重複する部分(「×をつけた臓器を提供しません」を省略)

「はい」か「いいえ」を○で囲んだ上で  
提供したくない臓器があれば×をつけて下さい

1. あなたは、脳死の判定に従い、脳死後、移植のために、下記の臓器を提供しますか                    はい    いいえ  
    心臓 肺 肝臓 腎臓 膵臓 小腸 眼球 その他(    )
2. あなたは、心臓が停止した死後、移植のために、下記の臓器を提供しますか                    はい    いいえ  
    腎臓 膵臓 眼球 その他(    )

本人署名(自筆) \_\_\_\_\_ 署名年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
家族署名(自筆) \_\_\_\_\_

4-2 チェック欄についての説明を省略

- 私は、脳死判定に従い、脳死後、下記の臓器を提供します  
ただし、×をつけた臓器は提供しません  
    心臓 肺 肝臓 腎臓 膵臓 小腸 眼球 その他(    )
- 私は、心臓が停止した死後、下記の臓器を提供します  
ただし、×をつけた臓器は提供しません  
    腎臓 膵臓 眼球 その他(    )
- 私は、臓器を提供しません

本人署名(自筆) \_\_\_\_\_ 署名年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
家族署名(自筆) \_\_\_\_\_

*Print or type name of Donor*

In the hope that I may help others, I hereby make this anatomical gift, if medically acceptable, to take effect upon my death. The words and marks below indicate my desires.

I give: (a)        any needed organs or parts  
(b)        only the following organs or parts

**Specify the organ(s) or part(s)**  
for the purposes of transplantation therapy,  
medical research or education;  
(c)        my body for anatomical study if needed.  
Limitations or special wishes, if any:

**FAMILY INFORMATION CARD**

*Print or type name of donor*

This is to inform you that I want to be an organ donor if the occasion arises. Please see that my wishes to become an organ and/or tissue donor are carried out by informing attending medical personnel.

*Signature of Donor* *Date*

**PLEASE DETACH AND GIVE THIS CARD TO THE PERSON WHO WOULD BE NOTIFIED IN THE EVENT OF A MEDICAL EMERGENCY.**

(表)

**Signed by the donor and the following witnesses in the presence of each other:**

*Signature of Donor* *Date of Birth of donor*

*Date Signed* *City and State*

*Witness* *Witness*

*This is a legal document under the Uniform Anatomical Gift Act or similar laws. For further information consult your physician or:*

**LifeLink**



Florida 1-800-262-5775  
Georgia 1-800-544-6667  
Puerto Rico 1-800-558-0977  
Organ Donor Information

✂ Cut Here

**FAMILY INFORMATION CARD**  
**I will comply with the wishes of**

*Name of Donor*  
**to be an organ and/or tissue donor.**

*Signature of Donor Next-of-Kin* *Date*

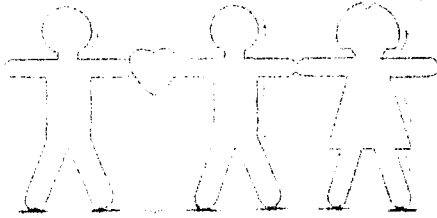
**LifeLink**



Florida 1-800-262-5775  
Georgia 1-800-544-6667  
Puerto Rico 1-800-558-0977  
Organ Donor Information

(表)

VS



## Sign the donor card below in your family's presence

- Explain that the more donors there are, the more lives can be saved. People of all ages, races and economic backgrounds are waiting for organ and tissue transplants. The number of Americans specifically awaiting life-saving organs is rapidly approaching 40,000, while hundreds of thousands more could benefit from tissue transplants. Tragically, thousands of these people die each year for lack of donors.
- Have your family be a witness to your decision. If you have already signed a donor card or indicated your decision on your driver's license, show it to them. If not, have them sign your donor card — found at the end of this brochure — as your witness.

---

*"I was so sick for such a long time. My only hope was getting a kidney transplant. Today, I sing with a barbershop group, go dancing with my wife, cook great dinners, and spend time with my grandchildren. I am living again thanks to a donor's kidney."*

*Joe Blandino  
Kidney recipient  
Eatontown, NJ*

---

By completing the donor card below in the presence of your family and having them sign as witnesses, you'll know they pledge their support to see that your wishes are carried out. The donor card is your commitment to share life and will serve as a reminder to your family and medical staff. Remember to carry it in your wallet or purse at all times. An extra card is enclosed to help encourage others to share life.

For additional copies of this brochure:  
**1-800-355-SHARE**

### MY COMMITMENT TO SHARE LIFE UNIFORM DONOR CARD

I, \_\_\_\_\_, have spoken to my family about organ and tissue donation. The following people have witnessed my commitment to be a donor.

I wish to donate the following:

any needed organs  
and tissue

only the following  
organs and tissue:

Donor Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Witness \_\_\_\_\_  
Witness \_\_\_\_\_

### MY COMMITMENT TO SHARE LIFE UNIFORM DONOR CARD

I, \_\_\_\_\_, have spoken to my family about organ and tissue donation. The following people have witnessed my commitment to be a donor.

I wish to donate the following:

any needed organs  
and tissue

only the following  
organs and tissue:

Donor Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Witness \_\_\_\_\_  
Witness \_\_\_\_\_

US

**NOTICE**

If you are at least 18, you may designate on your driver license or I.D. card a donation of any needed organs, tissues or pacemaker for medical transplantation. Under the Uniform Anatomical Gift Act (Sec. 7150, Health & Safety Code) donation takes effect upon your death.  
**NEXT OF KIN (OPTIONAL)**

NAME \_\_\_\_\_  
ADDRESS \_\_\_\_\_  
TELEPHONE NO. \_\_\_\_\_

DETACH HERE

Additional information regarding the Donor program may be obtained by writing or calling The Gift of Life:

- National Kidney Foundation of Southern California
- 5777 West Century Blvd., Suite 395  
Los Angeles, CA 90045-7404  
17800 747-5527  
Southern California
  - 2320 Fifth Avenue, Suite 206  
San Diego, CA 92101-1633  
(619) 235-8280  
Northern California
  - 17050 Bushard Street, Suite 202  
Fountain Valley, CA 92708  
(714) 962-7675
  - 553 Pilgrim Drive, Suite C  
Foster City, CA 94404  
(415) 349-5111



A Public Service Agency

Pursuant to the Uniform Anatomical Gift Act, I hereby elect upon my death the following option(s):

- A  To donate any organ or parts
- B  To donate a pacemaker (date implanted \_\_\_\_\_)
- C  To donate parts or organs listed \_\_\_\_\_
- D  To not donate any organs, parts or pacemaker.

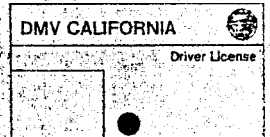
SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_  
DL 290 (REV 5/92)

DETACH HERE

**IMPORTANT INSTRUCTION**

To make a donation, fill out this card and put the "DONOR" dot on the front of your license or I.D. card as shown below. The card should be carried with your license or I.D. card. If you change your mind complete a new card and remove the dot. Whole Body donations require separate arrangement.

To refuse to donate, fill out this card and carry it with your license or I.D. card. Do not use the dot.



DONOR

DONOR DOT

US



## 「全米統一死体提供法」(1987)

### 第2条 個人による死体提供の作成、修正、撤回、作成の拒否

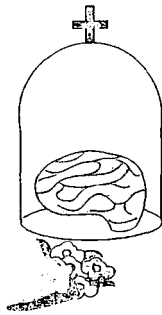
- (a) 18歳以上の個人は、(i)第6条(a)項に述べられたあらゆる目的のために死体(全部又は部分)提供をする、(ii)死体提供の目的を限定する、(iii)死体提供をすることを拒否する、ことができる。
- (b) 死体提供は提供者の署名ある提供書面によってのみなすことができる。提供者が署名できない場合には、提供書面は他の個人及び2名の証人が提供者の指示に従ってその面前及び互いの面前で署名し、かつそのように署名された旨を表示しなければならない。
- (c) 提供書面が提供者の自動車運転免許証に添付又は記載されている場合、提供書面は(b)項に適合しなければならない。免許証の取消、停止、失効、無効は死体提供を無効にするものではない。
- (d) 提供書面は、然るべき処置を行う特定の医師又は外科医師を指名することができる。指名のない場合、又は被指名者が間に合わない場合、被提供者又は死体提供を受領する権限を有する他の者は、然るべき処置を行わせるために、任意の医師、外科医、技師、眼球摘出技師を使用しまた権限を与えることができる。
- (e) 遺言書による死体提供は、遺言書の検認の有無を問わず、遺言者の死亡によって発効する。死後遺言書が遺言の目的について無効とされた場合にも、死体提供の効力は影響を受けない。
- (f) 提供者は、次の方法によってのみ、遺言書によってなされたものでない死体提供を修正又は撤回することができる。
  - (1) 署名ある陳述書；
  - (2) 2名の個人の面前でなされる口頭の陳述；
  - (3) 末期の病気又は傷害の間に医師又は外科医師に対してなされるあらゆる形態の陳述；
  - (4) 提供書面が交付された特定の被提供者に対する署名ある陳述書の交付。
- (g) 遺言書によってなされた死体提供の提供者は、遺言書の修正若しくは撤回について定められた方法によって又は(f)項に定められた方法によって提供を修正又は変更することができる。
- (h) 死亡前に提供者によって撤回されなかった死体提供は撤回することはできず、また提供者の死後に何らかの者の同意又は賛同を必要とするものではない。
- (i) 個人は、(i)提供書面と同じ方法で署名された書面、(ii)提供者の自動車運転免許証に添付された又は記載された陳述書、(iii)その個人が死体提供をなすことを拒否していることを示すために用いられる他のあらゆる書面、によって個人の死体又は部分について死体提供をなすことを拒否することができる。末期の病気又は傷害の間においては、拒否は口頭の陳述又は他の形態の連絡でよい。
- (j) 提供者による反対の表示がない場合には、ある部分の死体提供は、他の部分を提供することの拒否でなく、第3条による死体提供又は第4条による他の部分の摘出若しくは供出に対する制約でもない。
- (k) 提供者による反対の表示がない場合には、死体提供の撤回又は修正は他の死体提供がなされることに対する拒否とはならない。提供者が撤回をもって死体提供がなされることを拒否する意図である場合には、提供者は(i)項に従って拒否をしなければならない。

## 腦幹死亡

腦幹是負責指揮身體各器官工作的中樞，當腦幹的功能完全停頓和不能再復元時，便是腦幹死亡，亦即正式死亡。

腦幹死亡測試：

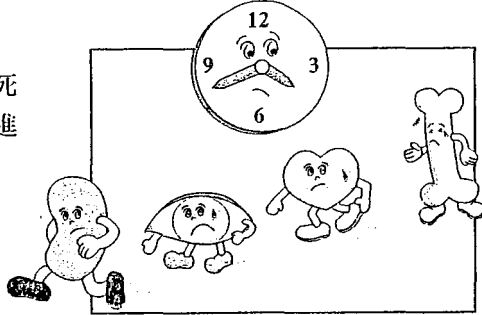
\* 須由兩位資深而又與器官移植手術無關的醫生進行兩次測試



政府印務局印  
可再用紙張取自可再生紙下

## 爭取時間

器官／組織移植手術必須在腦幹死亡後或心臟停止後二十四小時內進行，否則器官／組織便會壞死。



## 尊重遺體

捐贈手術會照一般手術的程序在手術室內進行，完成後會把傷口縫好，而且會慎重處理及尊重遺體，不會使捐贈者外觀受損。

## 器官捐贈證

填妥下面的「器官捐贈證」，沿線剪下後隨身攜帶，並告訴家人已作捐贈的決定。

### 器官捐贈證 ORGAN DONATION CARD

捐贈者姓名 DONOR'S NAME \_\_\_\_\_ 身份證號碼 ID NO. \_\_\_\_\_  
 地址 ADDRESS \_\_\_\_\_  
 親屬 NEXT OF KIN \_\_\_\_\_ 關係 RELATION \_\_\_\_\_ 出生日期 DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_ 電話 TEL. \_\_\_\_\_

本人願意在逝世後捐贈  
 I wish to donate upon my death  
 所有適用器官 ALL USABLE ORGANS   
 下列器官 THE FOLLOWING ORGANS  (請註明 Please specify)  
 所捐出之器官是作為人體器官移植之用，並非作研究用途。  
 The donated organs will be used for human organ transplantation, and not for research purposes.  
 請我的家人尊重我的決定。  
 I ask my family to respect my decision.

### 「器官捐贈證」

可於下列地點索取：

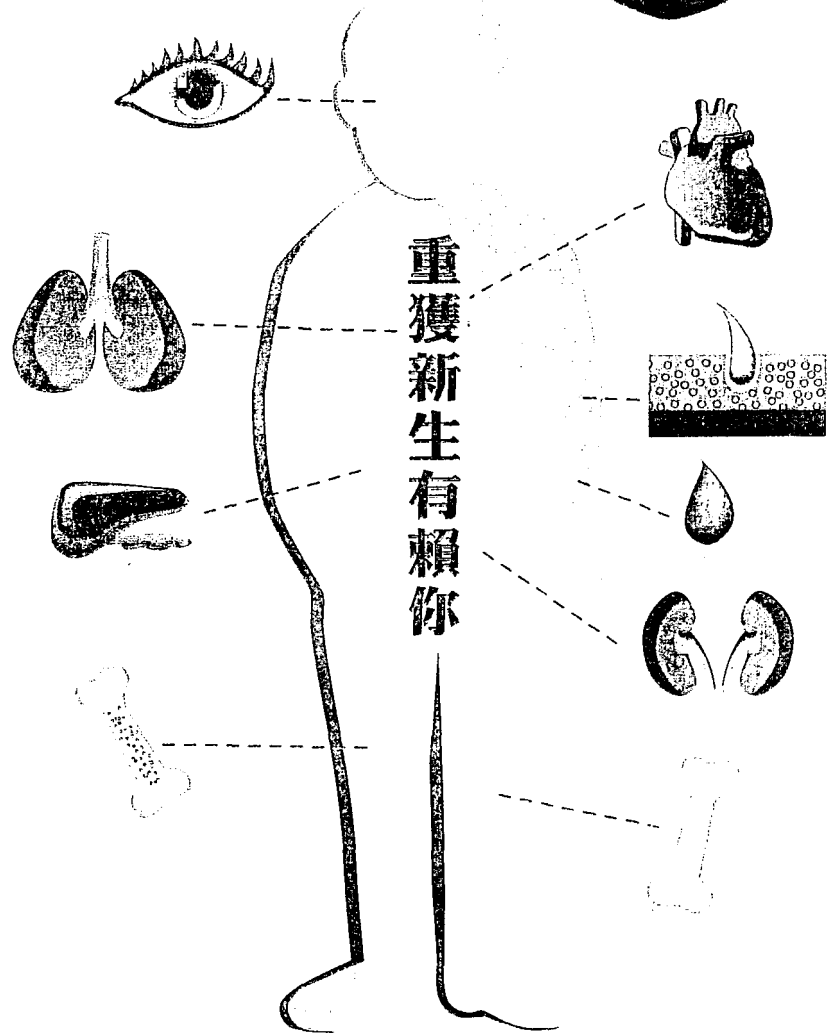
- 衛生署轄下的中央健康教育組、器官捐贈流動資料中心、各普通科診所、母嬰健康院及學生健康服務中心
- 康樂及文化事務署轄下的室內運動場、泳池、圖書館、文娛中心、文化中心、博物館及大會堂
- 環境保護署轄下的環境資源中心（灣仔）
- 水務署轄下各客戶諮詢中心
- 庫務署轄下各收支辦事處及各分署
- 各區民政事務處
- 香港紅十字會輸血服務中心轄下各捐血站
- 醫院管理局轄下各醫療機構

如欲知道更多健康知識，

請致電：2833 0111

本組廿四小時健康教育熱線。（費用全免）

# 捐贈器官愛與傳



重獲新生有賴你

香港



衛生署中央健康教育組編  
 Central Health Education Unit



Kryssa endast för ett alternativ.

Jag donerar mina organ och vävnader efter min död

för transplantation och annat medicinskt ändamål.  
 enbart för transplantation.  
 Donationen gäller med undantag för följande organ/vävnader:  
 \_\_\_\_\_

Jag donerar *inte* mina organ eller vävnader.

Datum \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_  
 Namn \_\_\_\_\_  
 Underskrift \_\_\_\_\_

Kortet utformat av Socialstyrelsen februari 1996

スワース

J'autorise tout prélèvement d'organes sur mon corps, en cas de décès, si cette opération permet une transplantation sur un être humain.

Nom

Prénom

J'autorise le prélèvement d'organes sur mon corps, en cas de décès, sauf les organes suivants :

Date de naissance

Date

Signature

Je n'autorise pas le prélèvement d'organes sur mon corps, en cas de décès.

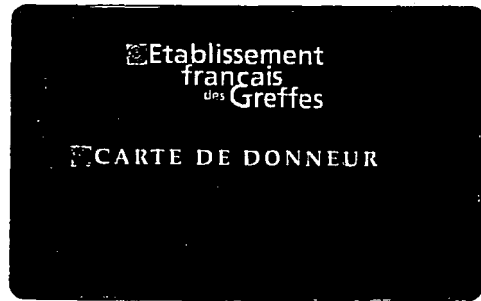
SWISS  
TRANS  
PLANT

**SWISSTRANSPLANT**  
 24, rue Micheli-du-Crest - CH - 1211 Genève 14  
 Tel. 0900 570 234 (Fr. 0.36/Min.)  
[www.swisstransplant.org](http://www.swisstransplant.org)

スワース

・ドナーカード (表) [ミシン目から切り取って使用するようになっている]

① Si vous êtes POUR LE DON EN VUE DE GREFFE, parlez-en à votre famille. Vous pouvez aussi porter cette carte de donneur sur vous, avec vos papiers d'identité.



(détacher ici)

13

①もしあなたが移植のための臓器提供をしたいとお考えなら、このことをあなたのご家族にお話し下さい。このドナーカードをあなたの身分証とともに携帯していただくこともできます。

②フランス移植機関 ③ドナーカード

・ドナーカード (裏)

① Je décide de faire don, après ma mort, d'éléments de mon corps (organes, tissus) en vue d'une greffe. Je témoigne de cette décision en portant cette carte.

② Nom .....

③ Prenom ..... ④ Date .....

⑤ Signature

①私は、私の死後、私の身体の要素（臓器および組織）を、移植のために提供することを決断いたしました。私は、このカードを携帯し、この決断が真正であることを保障します。

②姓 ③名 ④年月日 ⑤署名

77=2