
 総 説

臓器提供の本人意思の尊重と家族による代理意思決定の支援

新潟県立看護大学成人看護学

高橋絹代, 高柳智子, 石田和子

要旨: 日本の脳死下臓器提供数は 100 万人あたり 1% 未満で推移しており, 臓器提供に関する本人意思を尊重する働きかけや, 代理意思決定者の家族へ情報提供が不十分な状況にあると考えられる。臓器提供にかかわる本人意思を尊重するためには, 病院内に臓器提供の体制が整えられていく必要がある。また, 本人が臓器提供を希望していたとしても, 最終的には家族の決定にゆだねられるため, 代理意思決定者となる家族への情報提供が行われること, 悲嘆の状況に合わせた支援も重要となる。そのためには, 院内に臓器提供に関する仕組みがあり担当する医療者を支援する仕組みがあること, 医療従事者が悲嘆家族に情報を提供するためのコミュニケーション教育が重要となる。

キーワード 本人意思, 代理意思決定支援, 情報提供, コミュニケーション, 臓器提供の体制整備

緒 言

日本臓器移植ネットワーク (JOTNW) の臓器提供・移植データブック 2017¹⁾ によると臓器提供者の原疾患の 96% は, 脳血管障害, その他外因性疾患, 頭部外傷, 心血管疾患が占め, これら疾患の特性より臓器提供のほとんどは救急・集中治療領域で行われていることが推察される。救急・集中治療領域で臓器提供の候補となる患者は, 重篤で本人意思を伝えることができないため, 家族 (血縁以外の患者にとって重要な人を含む) が代理意思決定を行うこととなる。JOTNW により 1997 年 10 月 16 日 ~ 2019 年 12 月 31 日の間にあっせんされた臓器提供のうち家族の決定は 79% の割合であった²⁾。本人の意思表示率は 2017 年に実施された内閣府の世論調査³⁾ において 12.7% であった。2006 年に報告されている脳死者の発生などに関する研究では, 年間の脳死者数が 5,496 人と推定しているが⁴⁾, 本邦における最も多い脳死下臓器提供は 2019 年の 97 件であり⁵⁾, 日本の 100 万人あたりの臓器提供率は 1% 未満で推移している。この割合は OECD 諸国のなかで最も少ない⁶⁾。このデータより, 患者の意思の尊重や家族への意思確認が十分に行えていないことがうかがえる。

これらを踏まえて, 臓器提供の本人意思を尊重し, 家族の代理意思決定を支援するための考え方, 実践例について概説する。

臓器提供の本人意思の尊重

臓器提供の選択肢提示が行える院内の体制整備

患者が臓器提供を希望していた場合には, それは患者の権利の 1 つとして尊重すべき事柄である。このことが理解されていれば脳死下提供可能な病院として「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針 (ガイドライン) 第 4 臓器提供施設に関する事項に記載されている基準⁷⁾ に合致する病院は体制を整えていくことが責務と考える。しかし, 実際は, 提供体制が整っている施設は全体の 43.7% と, 臓器移植法が施行されてから 20 年も過ぎた時点で, いまだ半分以上の施設で臓器提供ができない⁸⁾。

体制整備が進まない理由はいくつか考えられる。ガイドラインの要件には合致しているが, 病院規模が小さく脳死下臓器提供時に必要な脳死判定医の不足など環境が整えられない病院や, そもそも脳死下臓器提供となる患者が入院してくるような病院でないなどがあげられる。反対に脳死下提供が行える環境がある病院であっても, ガイドラインに示す要件

連絡先
高橋絹代
〒 943-0147 新潟県上越市新南町 240

論文受付 2021 年 6 月 7 日
同 受理 2021 年 8 月 2 日

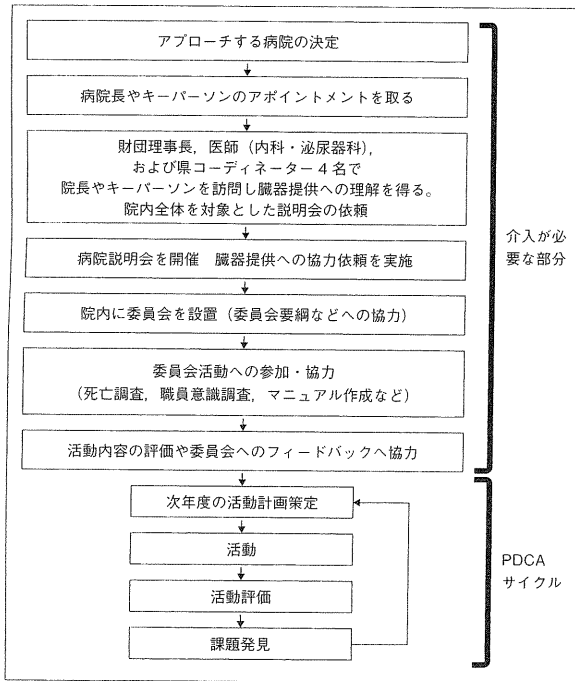


図1 DAPを用いて委員会活動が運用されるまでの流れ

に該当しないため体制整備を断念せざるをえない病院も存在する。さらに、体制を整えれば脳死下臓器提供ができるが、手順が複雑であるため体制整備に時間をかけられないと考える病院もある。こうしたさまざまな事情を有する病院の体制整備には臓器提供に熟知している者の支援が必要である。

富山県は2001年よりドナーアクションプログラム (Donor Action Program : DAP)⁹⁾に参加し、この手法を用いて体制整備率が100%になった。富山県で実施した具体例を図1に示す。DAPには病院に対して最初に介入する方法が示されており¹⁰⁾、それに従い県移植コーディネーターが所属する財団が中心となり病院に介入を開始した。まず対象を脳死下臓器提供の要件を満たす病院とし、病院長や臓器提供の体制整備に鍵となる関係者にアポイントメントをとり、財団理事長、内科医、泌尿器科医、県移植コーディネーターの4名が訪問し体制整備の必要性を説明、病院全体で実施する説明会の開催を依頼した。病院説明会での質疑応答を経て病院全体の合意として委員会が設置された。委員会活動ではDAPにある医療記録レビュー (Medical record review : MRR)、病院態度調査 (Hospital attitude survey : HAS)などのツールを用いて活動を活発化していった。MRRは、自施設に搬送され死亡の転帰をたどった患者のなかで、臓器提供の適応があった患者数が明らかになる。また、HASは病院職員の臓器提供に対する知識や意識を把握することにつながる。これらにより得られたデータは委員会

にフィードバックされ、次年度の活動へつながっていく。こうしてデミングのPDCAサイクルの流れで課題の改善と継続した活動へと発展していく。

富山県で当初よりDAPに参加した2つの病院の臓器・組織提供に関する意思確認率は、2007年に20～35%であったが2017年には90～100%までに上昇した¹¹⁾。救急部門の死亡者に対して、患者の意思確認が行えていたか、ドナーの適応判断は正しかったかなどの検討を毎月行っている。スタッフの移動などにより、意思確認率が低下した場合は対応が検討され、職員教育が継続されている。

臓器移植に関する法律が施行後24年が経ち、現在は多くの知見が蓄積されている^{12～14)}。2021年7月現在770件以上の脳死下臓器提供が行われており¹⁵⁾、図1に示した前半の外部からの介入の多くの部分は省略が可能な病院が多いと思われる。今後は、病院内部から委員会や移植支援室などを立ち上げ、仕組みを作るために外部の人的資源を活用するという方法によって体制整備が進むことが望まれる。病院内に臓器提供の体制が整うことにより職員教育が進み、臓器提供の選択肢提示は増加し、患者の臓器提供に関する意思の尊重につながっていくと考える。

家族による代理意思決定

1. 臓器提供における意思決定のしくみ

意思決定は「複数の選択肢のなかから、1つ(ないし複数)の選択肢を選ぶこと」とあり、「因果関係を判断し、将来を予測し、価値や好みに基づいて評価するという、高度な認知活動そのものなのである。」¹⁶⁾と記載されている。

医療の現場で患者の意思決定は、問題や課題となる医療状況の情報を得て、自分の利益や信念、価値観に合う最適を選ぶこととなる。しかし、救急・集中治療領域で治療を受ける患者の多くは、重篤な病状により患者自身が病状を聞き治療を選択することが難しい場合が多いため、患者に代わって家族ら代理意思決定者によってさまざまな事柄が進められていくことになる。

図2に問題や課題となる事柄と、患者本人の意向と意思決定、家族の意向と代理意思決定の関係について示す。医療現場での意思決定は本人の意向と家族の意向が異なる場合もある。例えば「家族は臓器提供をすることに躊躇を感じるが、本人が意思表示カードに臓器提供をしたいと記載しているので、提供に承諾する」などである。この場合、家族の意向は臓器提供に積極的ではないが、決定は意向と異な

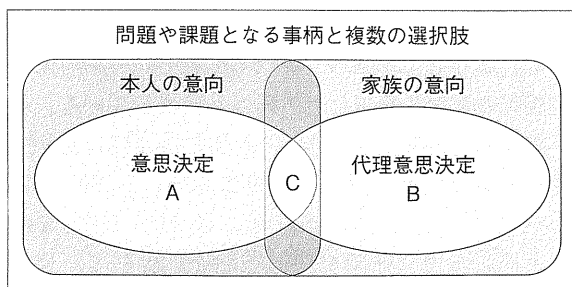


図2 本人の意思決定と家族の代理意思決定の関係

り提供を選択している。

意思決定においては、患者に意識があり意思決定能力のある成人 [A] の場合は、病状や付随する問題などに対し情報提供が行われ、本人の意向を確認しつつ意思決定を進めていくことができる。とくに入院を必要としない状況では、十分な時間をかけて、本人の納得に基づく意思決定が可能である。しかし、救急搬送されてくる患者は自分の医療に対する意向を伝えることは困難な場合が多く、意識がない場合などは代理意思決定者にゆだねることになる。あらかじめ患者と家族に話し合いが行われていた場合 [C] は、患者の意思や意向を尊重した家族の代理意思決定が可能となるが、起きている問題や課題に対して話し合ったことがない場合 [B] は家族の代理意思決定により進められていくことになる。

臓器提供の本人意思と家族の承諾については、臓器の移植に関する法律（臓器の摘出）第6条1項の二¹⁷⁾によって定められている。家族がいる場合は、「本人の臓器提供意思がある場合」、「本人の臓器提供意思は不明であるが拒否ではない場合」に、家族（法律では遺族と記載）の書面による承諾により臓器提供が可能となる。また、本人に臓器提供の意思があっても家族が承諾しなければ臓器提供とはならない。臓器提供では、家族の代理意思決定が必ず必要という仕組みとなっている。家族が居ない場合には「本人の提供意思」で摘出が可能である（[A]）。この場合は書面による意思表示が必要である。この「本人意思および家族の承諾と臓器提供の可否」の関係を表1に示す。本人意思と家族の承諾の関係のなかで臓器提供が可能となる場面は下線で示す3ヵ所のみである。

つまり、通常医療では本人意思が中心となるが、臓器提供においては家族の代理意思決定が中心となる。このように通常実施されている医療とは異なる設えになっている上に、臓器提供はいまだ日本では少なく、病院にとっても医療者にとってもまれな出来事である。したがって、こうした本人意思と家族の承諾の関係を分かりやすく示しておくことは、代

理意思決定を依頼する医療従事者の負担感軽減にもつながると考える。

2. 臓器提供に関する情報提供の課題と工夫

急激に発生した病気や事故などにより救急外来に搬送されて来た患者家族にとって、初療時は患者の状態や、提供されている医療、予後などについての情報が不足している。また、医療従事者にとっては患者の既往や医療に対する考え、社会での役割、家族関係などの情報が不足している。入院後のやり取りのなかで互いの不足する情報が補われ、相互に理解が進んでいく。

山勢¹⁸⁾の報告では、入院1日目の家族のニーズは情報が最も高いとされており、横堀ら¹⁹⁾は、患者家族は突然の医療者からの患者の死の予告を、現実とは思えないと感じつつも、必死に現実を見つめ正しい判断を求めて苦悩していたと述べている。家族は早期より情報を求めており、どのような事柄であっても、早い段階より、分かりやすく伝えることが求められている。したがって、患者に臓器提供の適応があればそのことも情報提供されなければならない。

家族には、「臓器提供が可能なる状況である」患者の身体的状況の情報、「臓器提供の意思を表示するツールとして運転免許証、健康保険証、マイナンバーカードの意思表示欄、意思表示カードなどの確認できるモノ」、「書面などで意思表示されていなくても、本人がこれまで家族に臓器提供に関する話をしている、拒否でなければ家族の承諾で臓器提供が行える」など臓器提供が可能となる社会的条件の情報の提供を行う。

家族に臓器提供の情報提供する際は、医療従事者がドナーの適応基準を理解し判断した上で行われる。医学的条件はJOTNWのホームページに「臓器提供者（ドナー）適応基準」、「ドナー適応判断の際の問診 国・地域」が掲載されている²⁰⁾。院内マニュアルに示されている病院もあるが、多忙な臨床の医療者に分かりやすいように各都道府県移植コーディネーターや院内移植コーディネーターらが、簡便な判断ツールを作成している地域もある。図3にひろしまドナーバンク、石川県臓器移植推進財団が作成した判断ツールを示す。また、JOTNWや都道府県移植コーディネーター、病院に設置されている移植支援室に適応判断を相談する場合もあり、都道府県や病院によって有するリソースは異なる。

名取ら²¹⁾の調査では、家族への情報提供ツール

表1 本人意思および家族の承諾と臓器提供の可否 (臓器の移植に関する法律 第6条より筆者が作成)

	家族承諾 あり	家族の承諾 なし	家族がいない
臓器提供の本人意思あり	提供可能	提供不可	提供可能
臓器提供の本人意思不明	提供可能	提供不可	提供不可
臓器提供しない意思あり	提供不可	提供不可	提供不可

として、全国47都道府県のうち42道府県では臓器提供の意思を聞く目的で行政が作成したパンフレットがあることが報告されている。これは、重症で救命困難な患者の家族に対して、主治医は救命困難なことを説明し、家族が積極的な治療を希望しない意向の際にこのパンフレットを渡す方法²²⁾で、医療者側の負担や、臓器提供の情報を受けた家族の負担を軽減しながら情報提供を行う方法である。このほか、クリニカルパスを用いてドナー適応判断を行って院内移植コーディネーターにつなぐ取り組み²³⁾や、オプション提示クリニカルパスを作成し、エントリー基準を満たした患者の家族に対して、患者の状態を確認し病態を共有し、これからできる医療の1つとして臓器・組織提供があることを情報提供する取り組み²⁴⁾も実施されている。

3. 家族の悲嘆と代理意思決定支援のためのコミュニケーション

救急・集中治療領域の家族は、悲嘆状況と代理意思決定者という2つの側面を有する。悲嘆反応は家族構成や関係性によっても多様であり、「泣く」、「叫ぶ」、「パニックを起こす」など家族の感情や行動の表出は、まだ家族とのかかわりが少ない医療者にとって負担となる。医療者はこうした悲嘆反応は当然あるものとして理解しなければ、医療者自身が辛いと感じ、家族に近づくことを躊躇し情報提供が不足する可能性がある。救急・集中治療領域の終末期については「救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド」²⁵⁾や「集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針」²⁶⁾がだされ対応が図られている。また、Bad newsの伝え方では、SHARE²⁷⁾やSPIKES^{28, 29)}の実践がある。また、2018年には厚生労働省より「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」がだされ³⁰⁾、アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning: ACP)が院内で研究、実践されてきており、コミュニケーションスキルを有する人材育成も行われている。

一方、救急・集中治療領域において医師による終末期ケアや意思決定支援についての困難³¹⁾や急性

期の終末期看護における家族支援の困難感³²⁾、看護師の代理意思決定支援者としての役割の認識不足³³⁾など現場での対応の難しさが報告されている。

臓器提供の代理意思決定は、摘出手術＝「痛々しい傷」、「死期を決めること」など³⁴⁾、家族の負担が大きく、臓器提供の選択肢提示のタイミングは死の告知と切り離し(Decoupling)が望ましいとされている^{35, 36)}。救命困難で死が間近であることを知った家族が衝撃で頭が真っ白な状況のなかで、臓器提供の選択肢を含めた今後の治療に関する代理意思決定を依頼されることは、大きな負担となる。臓器提供の選択肢の提示は看取りの後に「臓器摘出を行う」という、もうひとつの出来事を家族が引き受けることの提示となる。したがって、死が避けられないという告知と臓器提供の選択肢提示を含む今後の治療に関する情報提供は、時間が許せば少し時間をおいて行う。悲嘆状況のなかにあっても、状況を理解し判断できる状況にならないと代理意思決定は困難である。理解できないうちに下した判断は後悔につながりかねない。表2に臓器提供の選択肢提示時の留意点の例を示す。この例のポイントは、スタッフ間の情報の確認と本人意思を中心とした家族の意向の確認である。すでにマニュアルなどに「情報提供方法」や「選択肢提示方法」として記載されている病院もあると思われる。

臓器提供の決定は後からやってくる家族や親戚の意見によって変更される場合もある。また、入院後しばらくして患者の臓器提供意思が見つかり家族から臓器提供の申し出がされる場合もある。時間の経過とともに家族の状況や心情は変化する。家族が医療者に気持ちや考えを伝えやすい言葉かけや、環境を整えていくことも代理意思決定を行う家族への支援につながる。

昨今は家族の形態が変化してきており3世代家族は減少し単独世帯、核家族、非親族を含む世帯が増加している³⁷⁾。支え合う家族が少ない、またはいない場合も多くなってきており、今後ますますこうした脆弱な家族状況のなかでBad newsを伝えることが多くなると考えられる。家族は患者が発症してから搬入後も初めての場所、不安や恐怖、混乱や動

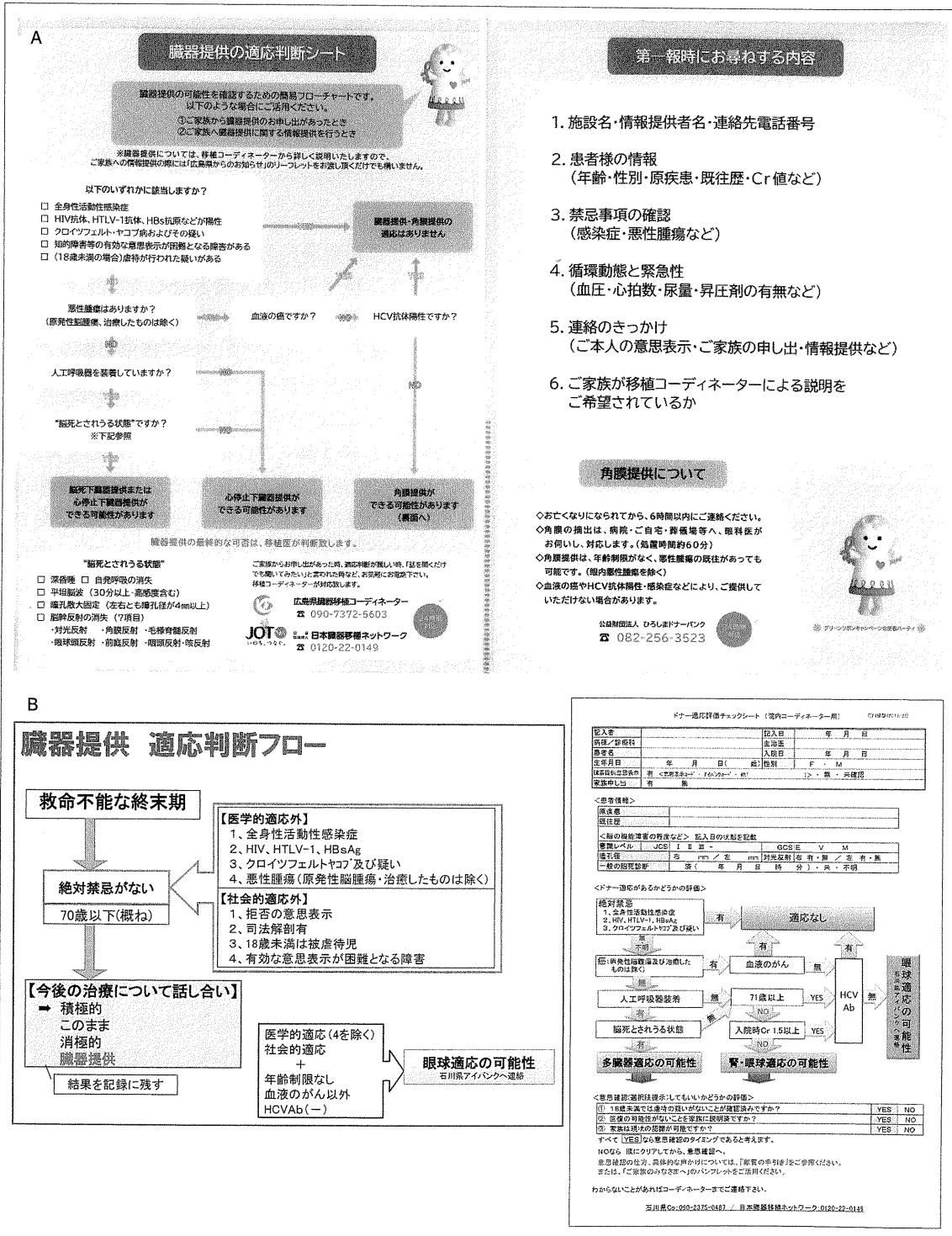


図3 ドナー適応判断のツール
A: ひろしまドナーバンク
B: 石川県臓器移植推進財団
※許可を得て掲載

揺、意味が分かりにくい医療用語という困難な状況のなかにいる。とくに、医療用語は一般の理解と医療者の理解の乖離があり、救急・集中治療の場で使用が多い「重篤」は50.3%、「予後」は52.6%の認知率であり、「ショック」という用語の認知率は94.4%であるが、血圧が下がり生命の危機があると

いう意味での理解率は43.4%という報告がある³⁸⁾。医療従事者は家族に情報提供や説明を行う場合には、場の設定を考えるとともに分かりやすい言葉であるかに十分に留意しながらコミュニケーションをとる必要がある。

表2 臓器提供の選択肢提示実施時の留意点 例

<p>＜医療者の事前の情報共有＞</p> <p>① どのような情報が、どのように伝えられているのか</p> <p>② 情報が提供されている家族の範囲</p> <p>③ 患者に提供されている治療の（家族らの）理解、期待</p> <p>④ 臓器・組織提供の可能性はあるか</p> <p>⑤ 問診票などであらかじめ知らされている、臓器提供の意思の確認</p> <p>＜急性期終末期の臓器提供に関する代理意思決定支援＞</p> <p>⑥ ⑤で情報がない場合、ドナー候補者の意思を示すもの（保険証、運転免許証、マイナンバーカード、意思表示カード）はないか確認を行う</p> <p>⑦ ドナー候補者への思いは、家族それぞれに違いがあることを念頭に、家族らとともに患者の最善は何かを考える</p> <p>⑧ 医療者の立場によって、家族らが医療者に見せる態度は異なる場合があることを理解し、「家族の本当の所」を引き出す（場合によっては個別に聞く）</p> <p>＜家族への情報提供後の共有＞</p> <p>⑨ 医療者それぞれの情報を共有し、アセスメントを繰り返す</p> <p>⑩ 時間の余裕がない場合もあるが、マネージメントを行う役割の医療者は意見交換の場の設定を心がけ、必要な情報が家族に届くように調整を行う</p>
--

結 論

臓器提供に関する患者本人の意思を尊重し、家族の代理意思決定を支援するためには、①臓器提供の意義を理解し病院としての体制整備、②委員会などを中心としてマニュアルの作成や職員教育など臨床現場が困らない支援活動、③情報提供や適切な支援を行うためのコミュニケーションスキルが重要である。

利益相反自己申告：申告すべきものなし

文 献

- 1) 日本臓器移植ネットワーク. 臓器提供・移植データブック 2017. https://www.jotnw.or.jp/files/page/datas/databook/doc/070809_donor.pdf
- 2) 日本臓器移植ネットワーク. 法改正後の臓器提供本人意思・代理意思決定者の状況. <https://www.jotnw.or.jp/data/brain-death-data.php>
- 3) 内閣府. 移植医療に関する世論調査(平成29年8月). <https://survey.gov-online.go.jp/h29/h29-ishoku/index.html>
- 4) 有賀徹. 脳死者の発生等に関する研究：平成18年度総括研究報告書. 平成18年度厚生労働科学研究費補助金（特別研究事業）. 2007.
- 5) 日本臓器移植ネットワーク. 脳死下臓器提供の推移と意思表示. <https://www.jotnw.or.jp/data/brain-death-data.php>
- 6) Global observatory on donation and transplantation. <http://www.transplant-observatory.org/data-chart-and-tables/chart/>
- 7) 日本臓器移植ネットワーク. 法令集&マニュアル「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）. <https://www.jotnw.or.jp/files/page/medical/manual/doc/guidelines.pdf>
- 8) 門田守人. 臓器移植改正法の施行後の状況と課題：医の倫理の基礎知識 2018 版. 日本医師会. <https://www.med.or.jp/dl-med/doctor/member/kiso/g13.pdf>
- 9) 長谷川友紀, 篠崎尚史, 大島伸一. ドナーアクションプログラム—良質で確実な臓器提供をめざした院内体制の構築—. 医のあゆみ 2011; 237: 381-8.
- 10) 長谷川友紀. ドナーアクションプログラム. 日臨 2005; 63: 1873-7.
- 11) Takahashi K, Wakasugi M, Okudera, H, et al. Importance of Continuing Education for Medical Staff to Improve the Confirmation Rate of Intent for Organ Donation. Transplant Proc 2019; 51: 3213-8.
- 12) 佐々木聡, 佐藤滋. 献腎移植数増加のための院内体制整備のあり方の検討. 日臨腎移植会誌 2018; 6: 225-7.
- 13) 高橋絹代, 高田正信, 飯田博行, 他. 富山県における病院啓発—脳死下臓器提供施設体制整備に向けた支援—. 日臨腎移植会誌 2013; 1: 263-6.
- 14) 高橋絹代, 小野元, 古川博之, 他. 臓器提供可能医療機関の院内コーディネーター状況調査報告. 移植 2020; 55: 119-24.
- 15) 日本臓器移植ネットワーク. 脳死臓器提供事例. https://www.jotnw.or.jp/data/offer_brain.php
- 16) 印南一路. すぐれた意思決定:判断と選択の心理学. 東京: 中央公論社, 1997: 29-32.
- 17) 臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）. <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=409AC1000000104>
- 18) 山勢博彰. 重症・救急患者家族のニードとコーピングに関する構造モデルの開発—ニードとコーピングの推移の特徴から—. 日看研会誌 2006; 29: 95-102.
- 19) 横堀潤子, 井上智子, 佐々木吉子. 救急医療での積

- 極的治療継続の断念に関する患者家族の体験と看護師・医師の認識. 日救急看会誌 2012; 14: 10-20.
- 20) 日本臓器移植ネットワーク. 臓器提供者(ドナー)適応基準. https://www.jotnw.or.jp/files/page/medical/manual/doc/donor_adjustment_standard.pdf
- 21) 名取良弘. 行政や社会と連携した選択肢提示に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金, 難治性疾患等克服研究事業(免疫アレルギー疾患等政策研究事業(移植医療基盤整備研究分野)) 平成28年度 総括・分担研究報告書. 2016.
- 22) 名取良弘. 脳神経外科医にとっての法的脳死判定と臓器提供. 脳神外ジャーナル 2018; 27: 375-9.
- 23) 五十嵐結架, 八十島未央, 川筋ノブ子, 他. オプション提示クリニカルパス導入に向けての取り組み. 日本臨床腎移植学会プログラム・抄録集 53回 2020; 292.
- 24) 東彦弘, 織田順, 行岡哲男, 他. 臓器・組織提供におけるオプション提示クリニカルパスの作成と導入. 日救急医会誌 2011; 22: 837-44.
- 25) 日本クリティカルケア看護学会終末期ケア委員会, 日本救急看護学会終末期ケア委員会. 救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド. 2019. https://www.jaccn.jp/guide/pdf/EOL_guide1.pdf
- 26) 日本集中治療医学会. 集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針. 2011. <https://www.jsicm.org/pdf/110606syumathu.pdf>
- 27) 今井洋介. コミュニケーション技術. 新潟がんセンター病医誌 2009; 48: 1-8.
- 28) Team SPIKES-BC. SPIKES-BC: 乳がん診療におけるコミュニケーションスキルを学ぶ. 東京: じほう, 2007: 9-21.
- 29) 稲葉一人, 板井孝彦郎, 濱口恵子. ナースの“困った!”にこたえるこちら臨床倫理相談室. 東京: 江南堂, 2017: 40-1.
- 30) 厚生労働省. 「人生会議」してみませんか. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html
- 31) 立野淳子, 山勢博彰, 田戸朝美, 他. わが国のICUにおける終末期ケアの現状と医療者の認識. 日クリティカルケア看会誌 2014; 10: 23-33.
- 32) 西開地由美, 吉本照子. 救急・集中治療領域における終末期患者の家族支援の充実に向けた看護管理者の働きかけ—看護師の困難感を有する状況に着目して—. 千葉看会誌 2019; 25: 107-16.
- 33) 石川幸司, 加瀬加寿美, 川端和美, 他. 集中治療領域における終末期ケアに関する看護師の役割認識と課題. 日集中医誌 2016; 23: 601-4.
- 34) 柳田多美. 死の告知について. トラウマ・ストレス 2006; 4: 155-163.
- 35) Blok GA, van Dalen J, Jager KJ, et al. The European donor hospital education programme (EDHEP): addressing the training needs of doctors and nurses who break bad news, care for the bereaved, and request donation. *Transpl Int* 1999; 12: 161-7.
- 36) Siebelink MJ, Albers MJ, Roodbol PF, et al. Key factors in paediatric organ and tissue donation: an Overview of literature in a chronological working model. *Transpl Int* 2012; 25: 265-71.
- 37) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の世帯数の将来推計(全国推計). <http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2018/t-page.asp>
- 38) 国立国語研究所「病院の言葉」委員会. 病院の言葉を分かりやすく—工夫の提案. 東京: 勁草書房, 2009: 18-163.

Respect for the patient's willingness to donate organs and support for family surrogate decision-making

Kinuyo Takahashi, Tomoko Takayanagi, Kazuko Ishida
Niigata College of Nursing

The proportion of Japan's organ donation per million people has remained at less than 1%. It is considered that there is an inadequate mechanism for working to respect the will of the individual regarding organ donation and providing information to the family of the surrogate decision maker. In order to respect the will of the donor, a system for organ donation must be established in hospitals. In addition, since the final decision on organ donation is left to the family, it is important that information is provided to the family who will be the surrogate decision-makers, and that support is provided according to the situation of the bereaved family. For that purpose, it is important that the hospital has an organ donation system and a system to support the medical staff in charge, and that the medical staff are educated in communication skills.

key words An individual's intent, Surrogate decision-making support, Information provision, Communication, consolidation of organ donation system