宗教上の理由から輸血を拒否する事例における患者意思の問題

中 島 弘^{*1} 飯 原 弘 二^{*2} 宮 本 享^{*2}

Issues of Patient Autonomy in Cases of Transfusion Refusal due to Religious Belief

by

Hiromu Nakajima, M.D.^{*1}, Koji Iihara, M.D.^{*2}, and Susumu Miyamoto, M.D.^{*2}

from

^{*1}Department of Clinical Laboratory, Osaka Medical Center for Cancer and Cardiovascular Diseases,
Osaka Prefectural Hospital Organization^{*2}Department of Neurosurgery, National Cardiovascular Center

Refusal of blood transfusion due to religious belief such as with Jehovah's Witnesses, has brought about many clinical conflicts. To guarantee one's right of autonomy is important and so, in ordinary cases where patients themselves demand transfusionless treatment, physicians understand without much confusion and therefore, whether the doctors accept this request or not, can discuss the matter to the point. However, it may be difficult to resolve if the patient, who is not a believer, is unconscious and the patient's relatives request transfusionless treatment according to their own belief. We here show our own recently experienced case of a deep-coma due to acute cerebellar hemorrhage in a 67-year-old man, and consider the matters around his transfusion refusal and patient autonomy. We also discuss the recently released Japanese guideline for dealing with transfusion refusal cases due to religious reasons.

(Received September, 2008; accepted October 24, 2008)

Key words : transfusion refusal, autonomy, Jehovah's Witnesses, informed consent, surrogate consent
Jpn J Neurosurg (Tokyo) 18 : 28-34, 2009

はじめに

最近では副作用への懸念から輸血を忌避する患者が増加しているが、中には宗教的な信条から輸血を断乎拒否する例もみられる。前者の場合は、どんな副作用を忌避するかによっては、医師からの説明次第で考え方が変化する可能性がある。しかし後者の場合は、自己の信条・信念が信仰という精神性と密着しているため、敬虔な信者であるほど輸血を拒否する意思は固い。ここでは、意識状態が不良の患者に対し、代理意思決定を行う立場の人が宗教的理由から患者の輸血を断乎拒否した場合に、ど

のような問題が起こり、どのような解決手段がありうるかについて、事例を挙げて紹介し、信条による輸血拒否という問題を考察する。

症例提示

患 者：67 歳，男性

現病歴および入院経過：小脳出血により入院。本人と家族は異なるが、妻のみがエホバの証人信者。本件は 2008 年 2 月、「宗教的輸血ガイドライン」⁸⁾が発表される以前の事例である。前医での本人自筆による輸血拒否を表明

^{*1}大阪府立成人病センター臨床検査科／〒537-8511 大阪市東成区中道 1-3-3〔連絡先：中島 弘〕

Address reprint requests to: Hiromu Nakajima, M.D., Department of Clinical Laboratory, Osaka Medical Center for Cancer and Cardiovascular Disease, Osaka Prefectural Hospital Organization, 1-3-3 Nakamichi, Higashinari-ku, Osaka-shi, Osaka 537-8511, Japan

^{*2}国立循環器病センター脳神経外科

した手術同意書があった。前医の手術（早期胃癌）以後に更新された免責証明書はなく、本人は昏睡状態で、判断力の回復は手術なしには見込めない状態であった。国立循環器病センターでは無輸血手術が困難と判断した場合に輸血を行うので、絶対的無輸血を希望される場合は転院を勧めることを原則としている。本例では当初後者が希望されたため、他の受け入れ施設を探す努力も行われたが、緊急事態で受け入れ施設はみつからず、主治医チームから緊急手術の必要性、輸血の可能性について改めて家族に説明がなされた。本例では結局、信者でない子息が患者の妻を説得して、輸血に同意するよう家族内で調整が図られたため、無事手術が施行され、救命された。なお、結果的には無輸血で終了している。

症例のまとめ

本例では、患者自身が信者ではなかったが、輸血拒否の事前指示を表明している。救命目的の緊急手術の対象となっていたという点で、本人に意識障害のある状態で、前医での手術における事前指示をどの程度尊重すべきなのかという課題が残された。本人が信者でない場合、配偶者が信条に基づいて夫の輸血拒否を主張しても、それは夫の意思を十分に代弁しているとはかぎらず、もし他の家族との意見が一致しなければ、それを患者の代諾とすることに疑問が生じる。もし親族や家庭内で意見の相違が明らかとなっている場合、先に家族内の調整を可能なかぎり詳細に行う必要がある。本人に意識障害がある場合、前医での手術における事前指示があるとはいえ、その内容は前回の手術でのインフォームド・コンセントに際して記載されたものである。患者が置かれている状況は今回と異なるため、その有効性は実際に現在の本人の意思を正確に反映したものかどうか、家族らの関係者たちとよく話し合って確認していくべきであろう。以下に宗教的輸血拒否全体の問題点と考察を文献的な検討も交えて行う。

考 察

① 輸血の医学的リスクと輸血拒否の司法判断

旧来は、輸血における既知・未知のリスク評価が臨床側に不十分で、他に代替療法が存在する内科的貧血の治療や衰弱時の栄養補給の目的で輸血が利用された時期もある。輸血以外の方法では患者の病状を改善する方法がないことの詳細な検討がなされないままに、簡便で確実な効果が得られる方法として輸血を実施するという当時の医療環境は、のちの薬害エイズやC型肝炎などの諸問

題の原因の一部を形作ったといっても過言ではない。他者の血液または血液成分を体内に投与する治療行為である輸血は、広い意味での移植医療に相当するのであり、ただでさえきわめて慎重なインフォームド・コンセントの実施が必要である。輸血の risk/benefit が患者のために十分に説明され、患者側もそれらを十分に理解したうえで治療を受けることができるよう慎重に配慮されなければならない。実際のところ、患者が輸血のリスクを主観的に重く感じて拒否する場合、その輸血が生命維持に必須なのであれば、そのことを医師が誠心誠意説明を行い、納得を得る努力を行うことによって、多くの例では輸血の同意を得ることが可能であろう。しかし、拒否理由が信仰に基づくものである場合は、単なる risk/benefit で解決しない信仰上のタブーという問題に直面し、敬虔な信者にとってこれを冒すことは、自らの生命危機を辞せずしても避けたい、と絶対的無輸血を主張する。このような場合に輸血実施のインフォームド・コンセントがいかに実施されるべきか、大変問題であり、また困難な場面が多く存在する。

宗教上の理由から輸血を拒否する「エホバの証人」の信者である患者において、手術前には医師が無輸血で手術する努力を払うという説明を行い、無輸血での実施に期待を持った患者が手術に同意をしたが、実際には出血時の救命のために手術中に患者の意思に従わず医師が輸血を実施した事例がいくつか存在する。意思に反した輸血を受けた患者側が精神的被害を訴えて起こした訴訟（民事）の一つは3審まで争われ、平成12（2000）年2月29日、最高裁判決が出された⁹⁾。平成10年（オ）第1081号-第1084号損害賠償請求事件において、「…患者が宗教上の信念からいかなる場合にも輸血を受けることは拒否するとの固い意思を有し、輸血を伴わないで…手術を受けることができるものと期待して入院したことを知っており、右手術の際に輸血を必要とする事態が生ずる可能性があることを認識したにもかかわらず、ほかに救命手段がない事態に至った場合には輸血するとの方針を採っていることを説明しないで右手術を施行し、患者に輸血をした…患者が右手術を受けるか否かについて意思決定をする権利を奪われた…」と判決し、判決理由の中では、「…患者が、輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない。…説明を怠ったことにより、…輸血を伴う可能性のあった本件手術を受けるか否かについて意思決定をする権利を奪ったものといわざるを得ず、この点におい

て同人の人格権を侵害した…」と説明し、裁判官全員一致の結論であるとしている⁹⁾。

② 輸血拒否最高裁判決の意味

この判決は、患者が信仰心から輸血を固辞し、自由意思と信念によって無輸血の選択肢を主張したことに對して、これを患者の権利として法廷が認めた点で注目されたが、実際にはさらに重要かつ広い意義を含んでいる。当時の日本におけるバイオエシックスの権威者が法廷に召還されて患者の自己決定権の意義を解説し、司法解釈に重要な示唆を与えたことは有名である⁴⁾。理由は何であつたとしても、患者が信念を持って固く信じ、命に換えても実行したいと思う無輸血の求めは、それが知的精神的判断のうでなされるならば、換言すればインフォームド・コンセントに同意する能力がある状態で自己決定しているのであれば、それを自己の意思に従って完遂する権利は、憲法が保証する基本的人権に含まれる人格権にのっとっている。わが国の最高裁判所が、患者を医療の主体者として、自らになされる医療の内容に対して自己決定権の存在を認め、医師の説明義務の範囲と患者の同意の重さを明言した歴史的な判決であつた。この判決で重要なことは、米国で確立している「インフォームド・コンセントの法理」と同じものがわが国でも初めて示された点である。インフォームド・コンセントの内容に医師が責任を持つことは、患者の人権を守ることと同質であるという法理概念が、これ以後わが国で有効となったのである。

ここで重要なことは、本裁判をもって「エホバの証人」が主張する絶対的無輸血手術が無条件に法的に支持されたわけではないこと、信者が医師に提示する免責証明書(「医療上の指示」証書あるいは「医療に関する事前の指示」と呼ばれる輸血拒否を述べたアドバンス・ディレクティブに法的根拠が与えられたわけではないこと、などは正確に理解すべきである。ちなみに米国などでは、アドバンス・ディレクティブそのものが法制化されているため、信者が示す無輸血手術の医師免責証明書はそのまま、または病院が事前に用意している書式に転記してもらつて、法的な有効性を持たせることができる¹⁾。ただ、このような環境の諸外国にあつてもなお、輸血による救命確率が高いケースでは、絶対的無輸血を危険で無謀な選択とする医師側と自己決定権を主張する患者側との間で議論が続いており、無輸血を守つて不幸にして患者が死亡しても本人の意思を守つたのだからやむをえないと考えることは決してコンセンサスとはなっていない。

③ エホバの証人における輸血拒否内容の幅

エホバの証人の信者の場合、輸血以外に患者の治療に有効な方法は積極的に受け入れる姿勢を示しており、それらは信者の教義への良心の範囲で判断して受け入れ可能としている。しかるに、輸血を拒否する患者の中には、自分がなぜそれを拒否しなければならないかを十分に理解しないまま、輸血拒否という言葉だけを鵜呑みにし、あるいは周囲の信者からの圧力を受けて、輸血拒否を主張することがある。あるいはまれに、医師が医療上のリスクとして無輸血による手術の結果、死亡を含む不幸な結末の可能性が増大することを説明すると、自ら信仰を一時的または恒久的に捨て、輸血を受け入れる患者も存在する。

患者が拒否している「輸血」の意味には幅があり、「エホバの証人」信者が医師に提示する「医療上の指示」で拒否しているものは、血液、および血液の主たる成分である。昨今のバイオテクノロジーの進歩により、本来は血液や血球に由来する各種物質の中には、薬剤として血液以外のものを原材料として生産されるものも出てきた。このことは、部分的にせよ血液の成分に相当するものが容認されることを示し、何が何でも血液に由来するものを排除すると主張しつづける意味がないことになる。そこで教団側は、拒否すべき血液の本質として、赤血球・白血球・血小板・血漿の4つを血液の主要成分とし、これらを断固拒否することを明示し、次にこれら主要成分から分画されて得られる薬効や治療効果を有する成分については、信者個人が自分の信仰上の良心に従つて判断し、受け入れてもよいと解釈するようになった。その例としては、血漿蛋白質(アルブミン、グロブリン)、凝固因子、幹細胞、希釈式自己血輸血、回収式自己輸血、骨髓移植、体外循環(人工心肺、人工腎臓、血漿交換)、受け入れられる成分を取るために献血された血液の使用などが挙げられる⁶⁾。「血を避けなさい」という宗教的な教義を大きく曲げずに信者の健康上の安全を最大限配慮するという教団の努力が認められるが、全信者においてこの知識が共有されるには時間がかかるだろう。実際のところ、教団本部と各国の支部の間や個々の信者の間で、必ずしも理解が統一されていない場合がある。われわれが経験した他の症例でも、輸血という言葉でしか内容を理解せず、代替的な療法に関しては輸血と同一視して一切拒否するというものであつた。信者がこのような判断を行う際にサポートする教団の医療機関連絡委員の側にも、知識や理解レベルの差が存在していることは否めない。その結果、医療者側との間で輸血拒否に関する協議になった段階では、血液の何を拒否するの

かが不透明なままになりがちで、結果的に受けてもよかつたはずの代替医療を、無知がゆえに固辞して放棄せざるをえなかつた信者が相応の不利益を被ることがあり、これは大きな問題である。実際のところ、無条件絶対的無輸血を信条とするためにあえて命を落とす例が世界で年 900 名と試算する報告もあり、決してこの数値を無視することはできないであろう²⁾⁵⁾。わが国の司法側は、インフォームド・コンセントの法理を整備してこのような信者の自己決定権の行使に対する環境整備を行った。ならば教団側にはどの信者にも教義の上でのタブーと信者の良心に基づく選択の許容幅を具体的に提示・教育し、全信者に医療の機会均等を保証していただくことを切に願うものである。そして、患者の事前の指示であるアドバンス・ディレクティブに従って医療を行った場合に、偶発的で不幸な経過から、患者に死亡を含む不利益が発生しても医師が刑事訴追されない司法的担保も求められる。少なくともアドバンス・ディレクティブを制度化することは必要ではないだろうか。

④ 実際の輸血拒否患者への対応

他によい代替療法が存在しないケースでは、医師にとって、輸血が必要となった場合はイコール患者の死を意味する状態をあらかじめ許容できないと考えることはごく自然である。そのため、このように感じる医師は絶対的な無輸血での手術そのものを実施するかどうか検討しなくてはなくなる。インフォームド・コンセントの中に、無輸血での実施という選択肢を医療側が提示できないならば、医師は手術の同意の前提としてこのことを説明すべきである。患者側は、「たとえ輸血が必要となっても、取り決めを守って医師が輸血をせず、それが原因で自分が死亡したとしても医師を訴えない」との免責を主張すると思われるが、医師側は「もし輸血が必要な状態になれば輸血をするのが当院（または医師としての自分）の方針であり、絶対的無輸血を前提とする選択肢を提示できない。もしそれを求める場合には転院をお願いするしか方法がない」と説明せざるをえないだろう。このような説明に対して、患者の納得が得られない場合は、インフォームド・コンセント不成立のため医療行為が最初から実施できないことになる。このような考え方を前面に出して患者と対峙することには異論もあると思われるが、少なくとも同意の得られない医療を提供することは医師法にすら触れる基本的な問題である。医師が自分の能力・病院のシステムや力量の中で実施可能な医療の幅、言い換えればインフォームド・コンセントで選択肢として示すことができる幅を逸脱した医療は、実施

できない医療サービスとして除外せざるをえない。このようなプロセスを踏んで絶対的無輸血が前提の手術を実施しない場合は診療拒否に当たらない。ただし、それに代わって転院の便を図るための協力を惜しまないことが病院としての道義的対応といえるだろう。逆に、最高裁判決があるから患者の権利だと考えて、安易に絶対的無輸血を受け入れてしまうと、その結果、患者が失血死亡した場合、患者側は訴えないとしても、第三者からは手術による失血に医学的妥当性があるかどうか問われ、時に業務上過失による異状死として医師が刑事訴追される可能性が残る。無輸血で死亡しても医師の責を問わないという患者との事前の取り交わしとはまったく別の部分で医師の責任が問われることは避けられない。ただ、このようなことから医師が過度に protective な姿勢で輸血拒否を行う患者の受け入れを強く拒むことは、信者の医療からの締め出し³⁾として教団などからの反発を免れない点は難しい問題である。しかしながら、信者の輸血拒否の考え方の中にある自己決定権の意図が理解され、医師側にもそれを是と了解できる判例が生まれたことは大きな前進である。このことを基にして、実際の医療経験の中で輸血の必要性の見直しとその代替療法、成分分画の利用による実質的輸血効果の達成などの工夫を医師と信者間で積み重ねていくことは必要であろう。

⑤ 宗教的輸血拒否に関するガイドライン

2008 年 2 月、合同委員会報告として日本輸血・細胞治療学会ほか 4 学会が中心となって、「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」⁸⁾が提示された。これによると、宗教的理由による輸血拒否に対して、ガイドラインでは、最高裁判決の趣旨を重んじて、成人患者本人の自己決定権を優先する考えを示す一方、患者の代諾者が信仰を理由に患者の輸血療法を固辞する例では、患者が成人で判断能力を欠く場合、患者が 15 歳以上 18 歳未満の場合、患者が 15 歳未満の場合に分けて考察している。患者が 15 歳以上の場合、患者の意思を尊重したうえで代諾者の意見を取り入れるが、15 歳未満の例で、親権者の同意がまったく得られず、むしろ治療行為が阻害され、患児の生命危機を生じる状況においては、児童相談所に虐待通告し、児童相談所で一時保護のうえ、児童相談所から親権喪失を申し立て、併せて親権者の職務停止の処分を受け、親権代行者の同意によって輸血を実施することを推奨している。海外でも若年者や小児の場合にただやみくもに親権者の主張だけを受け入れるのではなく、もっと患者本人の意思をよく反映し、そして standard care という考え方は守っていくべきであると考えられている。

Fig. 1 Author's minor modification to the guideline figure for the expert committee report for transfusion refusal due to religious reasons⁹⁾

Author's suggestions have been added to the difficult responses of the patients who refuse transfusion due to their religious beliefs. The cases are those wherein the physician does not guarantee the patient absolute transfusionless treatment, transfer to another hospital is not available, and the patient's condition is very serious. Additions to the original figures are dotted-boxes, dotted-arrows and bold-italic captions. For the explanation of ①~③, see the text.

る¹⁰⁾¹¹⁾。ちなみに、日本のガイドラインは教団側から強い反発を受けており、親権の一時停止という強制執行を伴う法的措置までをガイドラインで明示してよいのかどうかは争点となっている。ただ、ガイドラインは、あくまでも多くの専門的経験を積んだ医師が、日本の医療環境の実情を踏まえたうえで考える医療水準を示しており、これを患者・家族に理解してもらうためのツールでもある。もしガイドラインに不足する問題があるならば、運用の結果、患者側の反応を抽出し、ガイドラインの問題点を集積し、改訂により改善していくことが必要である。日本にいて治療を受けるならどこでもほぼ同質の医療が提供されるべきであるという standard care の考え方を示しているのがガイドラインであるということを患者に提示しながら、医療者側はさらに患者の安全と健康を祈る心からの誠意を伝える努力をすべきであろう。医師らのそのような真摯な姿勢が伝われば、少なくとも「輸血をする、しない」だけの議論に終始することなく、患者にとってのベスト、あるいは次善な策と一緒に考えて

いこうという対話のきっかけとなり、時には問題解決への活路もあるのではないだろうか。ガイドラインというものには法的裏付けがないため、その内容に患者側や社会の問題意識とずれがある場合、ガイドラインどおりにしているから大丈夫だと医師が割り切った態度をとっていると、不幸にも患者に不利益が発生し、訴訟につながった場合は、決してガイドラインが病院や医師を法的に守ってくれるものではない。

⑥ ガイドラインで判断できない困難例での考察

先に述べたように、宗教的理由による輸血拒否に関する最高裁判決は、無輸血で手術を実施するというインフォームド・コンセントを医師側が一方的に破棄して患者に無断で輸血を行った問題が自己決定権の侵害として問われたのであり、無輸血を主張する患者のためには医師はその希望どおりに無輸血手術を実施しなくてはならないと定めたのではない。輸血拒否例で医療側が絶対的無輸血を行わない場合は転院しか選択肢がないが、転院

先がない場合はどうすべきであろうか。

Fig. 1 は宗教的輸血拒否に関するガイドラインの解説図に著者が加筆したものである。本人が未成年、親権者が輸血拒否の①の場合、ガイドラインでは「できるだけ無輸血」または「親権喪失の裁判所への訴え」とある。しかし、相対的な無輸血を前提としたインフォームド・コンセントは無輸血を主張する信者にはまず成立しないため、「できるだけ無輸血」の選択肢は無効であろう。親権停止の行為も、現状では制度として必ずしも正当化されたものではなく、後の争点となりうる。結局多くの医療機関では②の転院を勧めるという結論に達するのではないだろうか。

転院の選択肢しかないが、転院先がみつからず、患者が生命の危機に瀕する場合、③の個別判断が必要となる。「血漿蛋白質、凝固因子、希釈式自己血輸血、回収式自己輸血、体外循環」など、信者が受容する輸血の代替法で、医学的に患者に有効と考えられる方法はすべて実施することを前提に、それらで救命しえない場合の最終手段として輸血を受け入れるかどうかをもう一度確認する。患者側がどうしても輸血を受容しない場合、医師側は特例で絶対的無輸血での手術を考慮せざるをえないのではないだろうか。死亡という最悪のリスクの説明を加えたインフォームド・コンセントを改めて実施し、医療行為に過誤がないことを確認するため、独立した医療チームが手術も含めたすべてを記録に残す。患者が不幸な転帰をとった場合は、病院が自発的に異状死を届け出る。その上で医療過誤がなくても刑事訴訟の対象となるのかどうかを問うしか方法がないであろう。患者の自己決定権を守るため、無輸血を選択したにもかかわらず、医師が正当化されるかどうかはケースバイケースの難しい問題となろう。

医師には患者の自己決定権を守らねばならない責務と生命救済の責務、これらを本来バランスし、患者と医師の人権をともに守る役割を果たしうるアドバンス・ディレクティブの法制化がいまだなされていない矛盾がここに存在する。

おわりに

冒頭に提示した症例は緊急性のある医療の場面であり、もし、過去の手術同意書や家族の意見などの情報が一切なかった場合は、患者の意思確認ができないという理由から、救命を目的とした医療行為を医療者側の判断で実施しても法的に問題はない。逆にいうと、緊急でないかぎり、説明時にその病院が無輸血手術を行うかどうか

かを患者に明言し、転院ということも選択肢に加えて、代替医療での可能性を患者と議論し、また輸血の risk/benefit が患者側に正しく理解されたうえでの輸血拒否であることを確認していくべきである。もし、患者の要求どおり無輸血での治療を行う場合には、「結果的に無輸血」ではなく、「たとえ必要になっても輸血はしない（絶対的）無輸血」であることを医療者側が理解し、そのようにインフォームド・コンセントを行ったうえで無輸血を厳守しなければならない。このように患者の自己決定権の尊重は医師の責務であり、医療者側の考える患者のメリットと患者側が考える自分の求めとメリットには必ずしも一致をみないこともありうる。わが国では恐らくこれまで医師側は絶対的無輸血を「無謀な選択」として頭から否定し、信者である患者側は、信条からの求めである無輸血治療を権利として、それを守ることを人権として、一方的に要求してきた。しかし、自己決定権という考え方を医師も患者も十分に理解し、日常の医療で生かすという環境になかったわが国の医療の実態の中で、患者の側にも医師の側にも「医師に任せておけばよい」というパターンリズムを許容する国民性を脈々と維持してきたことが医療に投影されていることも認めざるをえない⁷⁾。日本では信教の自由が守られているとはいえ、宗教的理由で輸血を拒否するという教えの中に、現在の日本の医療や司法環境と相容れない部分が存在するのも事実であり、問題を発生していることは否めない。また医療側にも、患者一人ひとりの考え方の個別性の理解と、輸血に依らない各種の代替治療の研究や導入の努力がまだまだ不十分といわざるをえず、それらを積極的に検討している米国の実態と比べる必要もある。いずれにしても、医師と患者の信頼関係の上に相互理解をもって協議し、それでも信仰を捨てるくらいなら、生命危機に瀕しようとも自分は無輸血での治療を望むと患者が固く心に決める場合はやむをえない面がある。そのときも医師は許される範囲の処置行為の中で最善を尽くすことは間違いないが、その転帰が期待外となった場面でも、刑事訴追の可能性をなくすことが必要である。そのためには、日本でもアドバンス・ディレクティブを法制化し、患者の意思の尊重とともに医師の立場、ひいては医師側の人権の保全が同時進行で担保される制度を整備していかなければならない。

本論文は2008年5月9～11日、横浜市で開催された第28回日本脳神経外科コンgres総会（宮本 享会長）・プレナリーセッション「救急医療における生命倫理～尊厳死・輸血拒否～」での講演を基に作成された。また論文作成にあたり、平成20年度厚生労働省循環器病研究委託費 指定研究課題（20指-2）の助成を得た。

文 献

- 1) Gohel MS, Bulbulia RA, Slim FJ, Poskitt KR, Whyman MR: How to approach major surgery where patients refuse blood transfusion (including Jehovah's Witnesses). *Ann R Coll Surg Engl* **87**: 3-14, 2005.
- 2) 長谷川潔, 原田理人, 北西正光: 無輸血を希望するエホバ証人の 2 治療経験. 中部整災誌 **47**: 779-780, 2004.
- 3) 早崎史朗, 三浦 実, 有賀友則: エホバの証人への無輸血治療—倫理的・医学的・法的考察. 日臨麻会誌 **28**: 480-489, 2008.
- 4) 星野一正: 最高裁, 患者の自己決定権を尊重. 時の法令 **1614**: 66-75, 2000.
- 5) Kitchens CS: Are transfusions overrated? Surgical outcome of Jehovah's Witnesses. *Am J Med* **94**: 117-119, 1993.
- 6) Muramoto O: Bioethical aspects of the recent changes in the policy of refusal of blood by Jehovah's Witnesses. *BMJ* **322**: 37-39, 2001.
- 7) Nakajima H: The globalization of bioethics —A review of current conditions in Japan for the health care system in the 21st century—. *Japan Med Assoc J* **47**: 84-93, 2004.
- 8) 大戸 斉, 米村雄士, 武田純三, 稲田英一, 花田良二, 早川 智, 宮野 武, 甲斐克則, 岩志和一郎, 武藤香織, 浅井文和: 宗教的輸血拒否に関する合同委員会報告: 宗教的輸血拒否に関するガイドライン(解説). 日本輸血細胞治療学会誌 **54**: 345-351, 2008.
- 9) 損害賠償請求事件(最高裁判所平成一〇(1998)年(オ)第一〇八一号, 第一〇八二号平成一二(2000)年二月二九日第三小法廷判決, 棄却): 最高裁判所第三小法廷判決 2000 年 2 月 29 日最高裁判所民事判例集 54 卷 2 号 582 頁.
- 10) Wooley S: Children of Jehovah's Witnesses and adolescent Jehovah's Witnesses: What are the rights? *Arch Dis Child* **90**: 715-719, 2005.
- 11) Wooley S: Jehovah's Witnesses in the emergency department: What are their rights? *Emerg Med J* **22**: 869-871, 2005.

要 旨

宗教上の理由から輸血を拒否する事例における患者意思の問題

中島 弘 飯原 弘二 宮本 享

宗教上の理由から輸血を拒否する事例では, さまざまな臨床的問題を提起する. 通常は患者自身の意思表示として理解され, 自己決定権に基づいた患者意思の尊重が必要であることは理解されやすいが, もし信者ではない患者本人には意識がないために自己決定不能な状態で, 親族などの代諾者が自分の信仰に基づいて輸血拒否を訴える場合, 難しい問題となる. 症例は 67 歳の男性で小脳出血による深昏睡, 配偶者が信仰を理由に輸血を拒否した例を提示し, 本人の意思確認の重要性を考察する. また宗教的輸血拒否に関するガイドラインについても考察する.

脳外誌 18: 28-34, 2009