当院における宗教上の理由による 輸血拒否患者に対する手術対応と輸血方針

市川順子* 笠原 彩* 西山圭子*
小高光晴* 小森万希子*

〔要旨〕 過去3年間の血液製剤使用拒否患者を対象とした手術について準備書面、手術・麻酔状況などを調査した。緊急手術の1名を除き、8名全員から術前に本人による輸血拒否と免責に関する証明書が提出された。術前の予測出血量は少量から500mLであり、7名がアルブミン製剤投与、2名が回収式自己血輸血施行を承認していた。術中の出血量は少量から350mLであり、血液製剤を投与された者はおらず、予測出血量が少ないため術中に出血対策を施行された者もいなかった。相対的無輸血という対応指針のもと、予測出血量が少ない症例に限り絶対的無輸血治療方針で対応していた。回収式自己血輸血や血液製剤使用など同意範囲の拡大に努める必要がある。

キーワード：血液製剤使用拒否患者、絶対的無輸血、相対的無輸血、患者の自己決定権、医師の診療義務

I 背景

血液製剤使用拒否患者の麻酔において医師の診療義務と患者の自己決定権のどちらを優先させるかが争点になる。過去に輸血をしなかったために死亡し訴訟になった症例はないが、反対に救命のために患者の意思に反して輸血をした症例は提訴されている¹⁾。こうした訴訟における裁判所の判断は、無輸血の合意は公序良俗に反しておらず、宗教上の信念に基づいて輸血拒否するという意思は人格権として尊重されなければならない²⁾。しかし、無輸血の合意は無条件に有効ではなく、輸血を拒否するという患者の意思決定権が医師の有する救命義務、裁量権に常に優先するわけではない。その合意が他人の権利を侵害しないこと、判断能力がある患者が熟考し

た上で判断したことなどの条件を満たす場合に有効とされている。当院では、輸血を必要とするような出血が高い手術を行う場合には、状況によって輸血を行うという相対的無輸血の立場をとる。患者の信教を尊重し、医療を遂行するためには、輸血方法や輸血回避手段について本人・家族の意思を確認した上で、院内における医療連携システムが的確に機能する必要がある。そこで、当院の輸血拒否患者に対する対応指針のもと、医療連携システムがどのように機能しているのかにつき自施設のシステムを調査・検証した。

II 対象と方法

本研究は東京女子医科大学の倫理委員会の承認（承認番号3770）および患者の同意のもと、当院で

*東京女子医科大学東医療センター
麻酔科

受付日 2018. 12. 15.
受理日(採択日) 2019. 4. 4.

著者連絡先 市川順子
〒116-8567 東京都荒川区西尾久2-1-10
東京女子医科大学東医療センター麻酔科

表1 患者背景

性別	年齢	身長	体重	合併症	定例 緊急	術式	麻酔法	容認された 血液製剤	容認された 自己血輸血法	予測 出血量 (mL)	術中 出血量 (mL)	術前 Hb	術後 Hb
F	71	152	66	なし	定例	人工股関節 置換術	脊髄くも 膜下麻酔	血漿分画製剤	なし	300～500	少量	13.2	12.8
F	71	152	66	なし	定例	人工膝関節 置換術	脊髄くも 膜下麻酔 ＋神経ブ ロック	血漿分画製剤	なし		10	13.3	12.6
F	27	154	46	なし	定例	両側口蓋扁桃 摘出術	全身麻酔	血漿分画製剤	なし	200	少量	12.2	11.9
F	62	149	40	うつ病	定例	乳房切除 ＋センチネル リンパ節生検	全身麻酔		なし	少量	20	12.4	12.7
M	72	156	48	高血圧	定例	頭蓋内腫瘍摘 出術	全身麻酔	血漿分画製剤	術中希釈式 術中回収式 術後回収式	200	回収血 350	12.1	11.4
F	66	151	56	高血圧, 緑内障, 甲状腺機能亢進症	定例	乳房部分切除 ＋センチネル リンパ節生検	全身麻酔	血漿分画製剤	術中希釈式 術中回収式 術後回収式	少量	13	13.1	13.1
F	62	156	72	なし	定例	神経減圧術	全身麻酔	血漿分画製剤	なし	20	10	14	13.6
F	62	157	78	嚥下	定例	人工膝関節 置換術	脊髄くも 膜下麻酔	記載漏れ	記載漏れ	少量	20	14.4	13
F	68	160	56	なし	定例	乳房切除 ＋センチネル リンパ節生検	全身麻酔	血漿分画製剤	なし	10～20	少量	13.5	測定 なし
M	86	160	45	高血圧	緊急	上行大動脈人 工血管置換術	全身麻酔	すべて	すべて		440	5.2	8.2

の2015年から2017年の過去3年間の血液製剤使用拒否患者を対象とした手術・麻酔において免責証書をはじめとして説明書、手術可否申請書、書面審議のお願いなどの書面の準備状況、術式、麻酔法、予測出血量、術中出血量などを含めた実際の手術・麻酔状況、性別、年齢、身長、体重、合併症、術前後のヘモグロビン濃度などの患者背景を後方視的に調査した。免責証書などの書面は業務管理課で一括に管理されており、それを参考にしながら血液製剤使用拒否各患者の当院での治療方針を検証し、その後、カルテを遡って患者背景、術式、予測出血量、容認された自己血輸血法、手術、麻酔状況について分析した。

Ⅲ 結 果

2015年5月から3年間で9名の「エホバの証人」の信者(1名が2回の手術歴)が宗教学的理由から血液製剤使用を拒否するという意思のもと、全身麻酔下で手術を受けた。すべてが18歳以上であり、定例手術が9件、緊急手術は1件であった(表1)。緊急手術は、大動脈解離で上行大動脈人工血管置換術を施行した症例で、術前の意識は清明であり、宗教学的理由から血液製剤使用を拒否していたが、外科医や息子の説得により使用を承諾した。術前に息子の代筆による同意書を作成し、手術中に濃厚赤血球製剤20単位、新鮮凍結血漿12単位、濃厚血小板製

剤20単位を投与した。患者は86歳、男性で独居しており、3人家族(妻死去、息子2人のうち1人は知的障害者)の中で患者のみが「エホバの証人」の信者であった。術後はせん妄が続き、手術したことも記憶になく、術後31日目にリハビリ施設に転院した。

輸血を受け入れた1名を除き、全員から術前に本人による輸血拒否と免責に関する証明書が提出されたが、その内容は輸血謝絶兼免責証書と同様であった。以下に、免責証書が提出された8名について記す。輸血拒否と免責に関する証明書には拒否する輸血として、全血、赤血球、白血球、血小板、血漿、自己血(術前貯血式、術中希釈式、術中回収式、術後回収式)、血漿分画製剤(アルブミン、免疫グロブリン、凝固因子製剤、その他)のうち○で囲むことになっているが、1名で記載もれがあった。術前の予測出血量は少量から500mLであり、7名がアルブミン製剤投与、2名が回収式自己血輸血の施行を容認していた。定例手術における輸血拒否患者に関して、術前に外科との合同の症例検討を行ったが、輸血の必要性について外科と麻酔科で意見が乖離することはなく、全例、予測出血量が少ないゆえに出血対策の必要はないとする結論に至った。術式は乳癌手術が多く、術中の出血量は少量から350mLであった。頭蓋内腫瘍摘出術を施行した1例で術中回収式自己血輸血システムを用いたが、返血はしなかった。アルブミン製剤、血液製剤の投与や低血圧麻酔、段階的手術、希釈式自己血輸血などの出血対策を施行された者はいなかった。

IV 考 察

輸血拒否患者に対する医療従事者の対応として絶対的無輸血と相対的無輸血の方針がある³⁾。絶対的無輸血とは信者の宗教的信条を救命よりも最優先し、輸血謝絶兼免責証書に同意して、輸血が必要な場合にも赤血球、白血球、血小板、血漿の4主要成分は輸血せず、信者が受け入れるアルブミン製剤、

免疫グロブリン、凝固因子などの血漿分画製剤などを投与して治療を行う。相対的無輸血とは、信者の宗教的信条を尊重するが、救命を最優先にして必要に応じて成分輸血等の治療を行い、免責証書への同意は求めない。

本調査の結果、当施設は相対的無輸血の立場をとるが、輸血の可能性が低い術式のみを定例手術として輸血拒否と免責に関する証明書を作成の上、絶対的無輸血の方針で対応していた(図1)。周術期の特別な出血対策を施行された者はおらず、これは予測出血量が少なかったことに起因していた。予測出血量が、当院で手術を施行するか否かの方針決定の一つとして機能していたと思われる。

絶対的無輸血で対応した場合の問題は、手術中に予期せぬ急速な大量出血により循環不全に陥り、輸液のみでは対処不可能となることである。輸血ができなかったゆえに術中死になった場合、携わった医療関係者が救命義務を果たせなかったことに対して挫折感を抱くなど心的トラウマにも陥りかねない。宗教上の理由による輸血拒否に関する訴訟は数件あるが、輸血を拒否しているのに輸血した場合について、刑事訴訟はなく、すべて民事訴訟で患者の期待権侵害や治療機会の喪失などの理由による患者自身の告訴として損害賠償や慰謝料を請求された⁴⁾。絶対的無輸血に同意して患者が大量出血の循環不全で死亡した場合に民事でも刑事においても訴追された事例はない。民事上は、無輸血の合意に従って無輸血治療を行った結果、患者が死亡した場合に、医師は合意を主張・立証すれば免責される。

しかしながら、術中の麻酔科医の心理的負担を少しでも軽減するために、非成分輸血への適応拡大、術中の希釈式や自己血輸血施行を可能にするべく術前に患者を説得することが肝要である。「エホバの証人」信者は全血や血液の主要成分である赤血球、白血球、血小板、血漿は受け入れることができないが、アルブミン、免疫グロブリン、凝固因子などは信者である患者の判断に委ねられている。また、自

図1 当院における宗教上の理由による輸血拒否患者に対する対応

輸血の可能性が低い術式のみを定例手術として輸血拒否と免責に関する証明書を作成の上、絶対的無輸血の方針で対応していた。

己血輸血法でも貯蔵を伴う貯血式や身体と切り離れた希釈式、回収式は受け入れられないが、身体から切り離さない希釈式や回収式は患者自身で自己決定してよい⁵⁾。患者が持参する輸血謝絶兼免責証書上の同意に拘束されることなく、自院で用意する免責証書を作成し、回収式自己血輸血やフィブリノゲン製剤使用などの同意取得範囲を拡大しておくのがよい。

当院では、万が一の出血に備え、血漿分画製剤な

どの非主要成分や自己血輸血法の使用の可否に関して、術前に患者の意思を確認し、家族間の意思の統一を図り、記載もれない新たな免責証書を作成するように心がけていた。事務上の手続きとして、当院での手術が予定され次第、主治医が院内のイントラネット上の共通のフォーマットである「輸血拒否患者報告書」を病院長に提出する。その後、手術可否につき申請部署の部長、麻酔科部長、医療安全担当副病院長、病院長による審議、もしくは書面上の

審議がある。手術が許可された場合に「輸血・血液由来医薬品に関する説明書」に基づき、本人、家族に説明し、合意した内容をカルテに記載する。輸血をしない治療に関しては、「輸血拒否と免責に関する証明書」に患者の署名を残し、原本を業務管理課で保管する。その後、輸血拒否患者に関する情報が遅くとも術前1週間前に麻酔科に連絡があり、外科との合同の会議において術式、予測出血量、術中の出血軽減対策などの症例検討を行う。今回の調査では予測出血量そのものが少なかったため、外科と麻酔科で予測出血量につき乖離はなく、輸血謝絶兼免責証書と輸血拒否と免責に関する証明書の内容は一致していたが、予測出血量や輸血必要性に関する意見に乖離があった場合には、主治医、担当診療部長、麻酔科部長、医療安全担当副病院長、病院長による再審議を行い、非成分輸血や自己血輸血など投与の適応範囲を広げ、新たな免責証書を作成する。

本調査の限界として、予測出血量が多いが、絶対的無輸血手術を希望して転院した実際の症例数はわからなかった。手術可否の審議において否決された症例は過去になく、外科医が当院の対応指針を踏まえ、報告書を提出する以前に転院勧告をしていることが推測された。転院勧告症例を把握するためには、今後は報告書を当院で手術するか否かにかかわら

ず、輸血拒否患者の手術が計画された時点で全例提出すべきである。

結 語

当院の過去3年間の輸血拒否患者に対する麻酔は、緊急症例の1例を除き、すべてが18歳以上の定例手術で、輸血が予想される症例は事前に外科医により転院を勧告されていた可能性があり、その結果、当院では輸血の可能性が低い症例を絶対的無輸血で管理していた。術中の麻酔科医の心理的負担の軽減のために、非主要成分の投与、自己血輸血の使用など出血への対応手段を拡大する同意を得るために、術前に患者・家族を説得することが肝要である。

参考文献

- 1) 最高裁判所, 平成12年2月29日判決. 民集54巻2号582頁
- 2) 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
- 3) 瀬尾憲正: 「絶対的無輸血」から「相対的無輸血」へ. 日本臨床麻酔学会誌 28: 498-512, 2008
- 4) 須藤憲一, 柳田修, 大西宏明ほか: 宗教的輸血拒否患者への対応について. 杏林医学会雑誌 39: 3-10, 2008
- 5) Muramoto O: Bioethical aspects of recent changes in the policy of refusal of blood by Jehovah's witnesses. BMJ 322: 37-39, 2001

Surgical Indication and Blood Transfusion Policy for Patients Who Refuse Blood Transfusions for Religious Reasons during 3 Years in a Single Tertiary Center

Junko ICHIKAWA, Aya KASAHARA, Keiko NISHIYAMA,
Mitsuharu KODAKA, Makiko KOMORI

Department of Anesthesiology, Tokyo Women's Medical University Medical Center East

We performed a retrospective study of patients who refused blood transfusions for religious reasons during 3 years. Except for one emergency case, all eight patients who underwent planned surgery signed a transfusion refusal and exemption from responsibility certificate. Estimated blood loss ranged from a small amount to 500 mL. Patients accepted transfusion of derivatives of primary blood components, such as a plasma substitute (eight patients), albumin solution (seven patients), and intraoperative blood salvage (two patients). Blood loss during surgery ranged from a small amount to 350 mL. No patients received blood products. Because of the small amount of estimated blood loss, we did not perform any specific perioperative strategies to avoid blood loss. Patients who completely refuse any blood transfusion in life-threatening situations might be transferred to another facility. In such situations, physicians follow the guidelines that medical providers should respect the patient's autonomy for transfusion-free treatment. In case of rapid, massive blood loss, proper counseling and dialogue are required to convince patients to accept a blood transfusion.

Key Words : Religious reason, Complete bloodless surgery, Life-saving blood transfusion, Patient's autonomy, Physician's discretion

The Journal of Japan Society for Clinical Anesthesia Vol.39 No.4, 2019