

総 説

輸血拒否患者への対応

松本 尚浩* 重松 昭生#

*新小倉病院麻酔科

#産業医科大学麻酔科学教室

MANAGEMENT OF TRANSFUSION REFUSAL

Takahiro Matsumoto* and Akio Shigematsu#

*Department of Anesthesia, Shin-Kokura Hospital.

#Department of Anesthesiology, University of Occupational & Environmental Health.

Key words : transfusion refusal, informed consent

I. はじめに

輸血拒否について、以下のように分類する。

1) 輸血拒否の主な理由

- a) 宗教的理由
- b) 輸血による感染性物体の伝播を拒否したいから
- c) 他の輸血合併症を避けるため

2) 輸血拒否が誰によるものか

- a) 判断能力, 当事者能力のある成人患者本人によって明示された場合.
- b) 判断能力が適正でないと思われる患者 (未成年者, 意識障害者, 精神障害者, 薬物による判断力低下が疑われる患者など) 本人による場合.
- c) 本人, 当事者以外の申し立てによる場合.

輸血拒否はエホバの証人が宗教的理由でこれを主張し, 一部は訴訟問題となり脚光を浴びた. 従って, 輸血拒否対策と言えば訴訟や裁判を含む法的対策が連想されやすい. また, 平成9年4月から輸血施行に先立ち“説明と同意”を行い, その過程を記録に残すことが義務づけられるようになった. このように, 輸血拒否に関わる問題としては, 輸血の必要性, 輸血の代替治療などの医学的事項の重要性もさることながら, 自己決定権, 説明義務, インフォームド コンセントなどの医師が一般的に縁の遠い法的な側面についての理解も肝要

である. 血液製剤の安全性は向上したとされているが, 血液を介した感染症や他の合併症への危惧を理由とする輸血拒否も可能性がある.

実際の臨床では, 例えば手術における輸血拒否に対して, 手術をしても輸血の可能性が極めて低い場合には, これに合意して医療行為を行う外科医や麻酔科医は多いと思われる. しかし, 致命的失血や貧血の場合の輸血拒否への対応方法を前もって準備しておくことは重要である. 以下に, 輸血拒否への対応について, 社会, 学会, 病院, 主治医の順にまとめてみた. ただし, 輸血拒否の意思の明示は, 判断能力のある成人患者によってなされた場合に限定する. それ以外の患者と輸血拒否については後述する.

II. 社会の対応

合衆国を始め, 諸外国では輸血拒否にまつわる裁判所判断が数々の症例で行われ, 医療従事者が患者の輸血拒否を受け入れることは世界的に認知されている. 一方, 日本では, 最近宗教的理由で輸血拒否をしていた患者が, 手術に際して輸血をした医師らを訴えた裁判が行われている. 平成9年3月の東京地裁判決は“輸血しない特約は公序良俗に反する”と原告の主張を退けた¹⁾が, 平成10年2月9日の東京高裁判決は, 逆に原告の主張を一部認めた²⁾. この判決で東京高裁は, 輸血しない合意はなかったが, 輸血の必要が生じた際に説明

すべきであり、被告はこれを怠ったとして説明義務違反の判断を下した。また、被告が、“説明すれば手術を拒否されると考え、説明しなかった”ことを“自己決定権の侵害”とした。東京地裁判決の示した、“公序良俗に反する”については、1) 輸血しないことを条件に手術を受けても他人の権利は害さない、2) 輸血しないことを条件にした手術で死亡した例があるが、刑事訴追を受けていない、3) 輸血なしで手術を行うことを認める医療機関が出てきている、などの点を挙げ、これを否定した。

1)については、本当に他人の権利を害さないであろうか。具体的には、輸血すれば普通病棟での一般的な処置で十分な患者に、輸血できないことで患者の呼吸、循環や血液凝固などに関して濃厚な医療、高価な薬剤が必要となることは、医療資源やその医療機関の診療能力に余分な負担をかける。この負担が、ひいては同時に治療を要する他の患者の権利に影響することもある。2)については、刑事訴追を受ける可能性は非常に低いとするのが一般的見解のようであるが、今後訴追を一切受けない保証はない。3)は、輸血拒否の患者診療はそのような機関への転医が一般的であるとする社会的合意を目指しているのだろうか。現在のこの件は係争中であり、その行方は注目すべきである。

輸血拒否をめぐる問題で、日本社会でより広範に議論を進めるべき点として、自己決定権、及び説明義務の2点がある。ドイツでは医療における自己決定権に関して、医学や法学などからなる学際的論議が繰り返された歴史がある³⁾。一方日本では、ある医療行為について患者に説明して選択肢を示しても、“先生にお任せします”との答えが多い。西欧文化の基本的価値である自律は今や世界に普遍的ではあるが、日本の医療現場では、これが十分に発揮されていない場面もあり、医師にも患者にも医療におけるパターナリズムからの脱却の必要性がある。この点を踏まえて、法学関係者には日本人の医療における自己決定権について、医療従事者や患者の啓蒙・教育をする責務があるといえよう。説明義務に関しては、後述する。

また、合衆国では裁判所が輸血拒否患者への輸血命令を出す場合もあり、そのような命令は急患

にも応じられるよう体制は整備されている。具体的には、病院では宗教的理由から輸血を拒否していた患者が、同時に裁判所に輸血命令を出すよう嘆願した例すらある⁴⁾。また、輸血拒否の患者に依存する家族があれば、患者が死亡した場合に生じる“公共の孤児”を避けるためにこの患者に対して裁判所が輸血命令を出すことも出来る⁴⁾。日本においても、このような点に関する、法的体制の早期整備を願うところである。

III. 医学会などの対応

日本医学会、日本輸血学会などは、輸血拒否における医師の教育や指導、法的体制整備への働きかけなどの点で果たすべき役割が大きい。

輸血に際しての“説明と同意”が必要とされてから、様々な様式の文書が準備され、一部は公開もされている⁵⁾。ただ書類だけが散乱するのでは、この目的を達したとは決して言えないのであって、医療における新たな医師患者関係の確立を目指した模索が行われるべきである。どのような時期に、どのような内容を、どのような形で説明することが標準的であるかを示すことが学会に求められる。また、輸血に際して初めて義務づけられた説明と同意が、正しく実施されるよう、医師の教育をしていく必要もある。これからの医療訴訟では、説明義務違反を問う損害賠償請求が増加すると思われるので、上述の標準化や教育は、このような損害賠償請求への対応にもなる。

日本医師会の生命倫理懇談会は1990年、輸血をしないことを条件にした手術を行うこともやむを得ないとする見解を示した⁶⁾。しかし、無輸血手術を掲げる病院がある一方で、輸血を拒否した手術の選択自体に疑問を持つ医師も多いと思われる。本来手術とは患者と医師の合意の下に生じる外傷である。身体に傷がつけば、必ず何らかの量と質の体液が損失され、これを補う必要性が起こりうる。輸血の合併症を避けるために輸血使用量を減らす手術の工夫は好ましいことであり、多くの外科医がそのような手術を目指している。麻酔科医には、輸液過剰の危険を背負っても輸血使用を減らす努力をするものもある。だが、手術医療から万が一の輸血の可能性を切り離すことはできな

い、こうした実状を踏まえれば、自己決定権の名のもとに輸血を拒否した手術を強要するかのような見解は、言葉の遊びに属することではないだろうか。医療の現実と法学の理念との間の溝について、医学及び法学の主導的レベルによる討論が期待される。

前述した裁判所の輸血命令のような機構が成立するまでは、学会がこれに肩代わりする形をとり、臨床医が安心して医療を行える環境を整備することも必要ではないだろうか。

IV. 病院の対応

これ以下の部分が、日常の臨床に大切な部分である。輸血拒否の意思を明示した患者に対しては、主治医のみの判断でこれにあたるのではなく、病院長あるいはそのレベルで対応するべきである。輸血拒否の問題は、最終的に法的判断が必要となることもあり、これに主治医個人で応じることは、精神的にも経済的にも負担が大きすぎる。輸血拒否の意思を患者が示した時点で、主治医は院内のしかるべき窓口で報告し、このような患者への対応を委ねるような体制を各病院で結成する必要がある。その窓口は、急患手術患者にも対応できる体制であることが望ましい。輸血の大半は周術期に行われる⁷⁾。そのため、輸血拒否の問題は手術に関わる外科系各診療科、麻酔科、集中治療部などのチーム医療で解決すべき問題でもある。

“説明と同意”の過程についても、院内で検討すべきであろう。吉岡らは輸血説明と同意の問題点を整理して、

1. 説明時期が不適切な場合がある。
2. 説明に要する時間が全般に短いと考えられる。
3. 上記1および2より、患者が選択・決定するための十分な時間の配慮が足りない。
4. 医師自身の輸血に対する知識や認識を向上させる必要がある。
5. 説明すべき内容が漏れなくなされたかをチェックできるような工夫が求められる。
6. インフォームドコンセントの理念を学生、研修医の時期に教育する必要がある。
7. 患者自身もパターンリズムからの脱却が必

要である。

としている⁸⁾。病院の中で行われる説明を改善し、説明義務違反を問われない対策が必要である。ある規模以上の病院であれば、輸血が予定される患者に説明をする部門を病院内に設けることも対策の一つと思われる。これによって、説明の時期、内容などは適正化されることになる。

V. 主治医の対応

輸血における“説明と同意”義務化の理由の一部には、血液製剤使用による薬害エイズ感染が問題になったことへの反省か、製造物責任法施行後の、血液製剤使用時の指示警告義務を医師に負わせる目的があるかもしれない。理由は何であれ、日本の医療行為で初めて“説明と同意”が義務づけられたのが輸血ということになった。そこで、我々は輸血拒否を考えるために、説明と同意について学ぶ必要がある。

インフォームドコンセントの流れは1)説明、2)理解、及び3)同意か拒否の選択である。インフォームドコンセント判例での不満の基本は患者への不十分な説明であるとされている⁹⁾。標準化された説明内容が学会や法学的分野からが示されない限りは、主治医自身が、患者の理解を確認しながらの説明を模索する必要がある。理解に関しては、患者の判断能力についての検討が必要となる。

インフォームドコンセントの基本価値には自律の価値と健康の価値があるとされている¹⁰⁾。自己決定権とは、自由な自律的意志に基づいた決定をする権利である。自分の生き方は自分で決めるということが自律の基本であるが、これを主張する場合の大切な条件として、他人の自律を尊重することがあげられよう。また、この自己決定には、他からの圧迫や脅迫が無いことも重要である。輸血拒否の意思を患者が明示した場合には、その決定が真に自律的であるかどうかの検討が重要となる。

健康の価値は、健康な市民は社会に有益であるとした信念に由来し、かつては国家も強制的にこの価値を推し進め、強制入院、予防接種の義務化、感染症患者隔離などを行ってきたが、この在り方

にも変化が生じている。我々医師は、人間にとって基本的価値として、健康の価値を推進する立場にある。患者の選択した健康の価値と我々の追求する健康との間に差違を生じている場合が問題である。患者の求める健康は、ときに死を超えた心の健康(エホバの証人の場合、霊的生命の保全)に及ぶこともある。もちろん、日本のほとんどの医師が、患者の自己決定権を尊重することに疑いはないであろう。しかし、その決定の結果として死がありうる場合に、患者の自己決定権を受け入れるには非常に大きな苦悩が生じる。医師の多くは、命を救うことが人間の普遍的欲求と認識して医療に取り組んでいるからである。このような場合に、採りうる態度の一つは、救命第一に輸血を行うことであり、別の態度には、これをパターンリズムで乗り越えるのではなく、健康の価値推進に限界を認め、患者の自己決定権を受け入れることがある。前述のように、最終決定は、病院長あるいはそのレベルで行われるほうがよい。

輸血に対する、生理学的、病態的理解を深めることも必要である。失血のどの段階で輸血を行うか、数々の論文・報告があるが、実際の医療現場で普遍的に適応できる基準はない。循環血液量が維持されていれば、貧血自体は心血管系機能、創傷治癒、感染、術後出血などに悪影響を及ぼさない⁷⁾。さらに、周術期ヘマトクリット値30%未満、あるいは失血量が予測循環血液量の15%以上という適応で輸血をすると、全輸血症例の26%が不必要に行われていたとする報告もある¹¹⁾。これらを踏まえた上で、輸血を適正化する努力が必要である。

VI. 判断能力、当事者能力に問題のある患者による輸血拒否

最も判断に困るのは、救命処置として輸血が必要な患者での輸血拒否への対応であろう。取るべき態度としては、1)輸血拒否遵守の上で救命処置を進める、2)輸血をして事後報告及び説明をして同意を得る、3)輸血拒否を遵守する施設への転医を薦める、などがありうる。この点について、臨床医あるいは医療機関は対策基準を策定しておく必要がある。日本輸血学会インフォームド・コン

セント小委員会による“輸血におけるインフォームド・コンセントに関する報告書”¹²⁾では12歳未満の患者では、救命を優先するとし、12歳以上18歳未満では、“線引きが困難”であり今後の課題としている。実際には、患者本人の判断能力を考慮して、個々の場合に応じた判断がなされるべきであろう。一般20歳をもって成人としている日本では、20歳未満患者の救命処置は優先されるべきとしてもよいのではないだろうか。

本人の意思は確認できないが、それを表現する書類を示された場合、その有効性に関して慎重に検討して対応する必要がある。社会的動向を考慮した判断が大切であり、現時点では、前述3)の転医を薦めるのが実際的かもしれない。ここでもやはり、学際的、社会的討論が望まれる。

VII. おわりに

インターネットのあるメーリングリストに、実際どれほどの患者が輸血拒否で死亡しているか尋ねてみると、30年間の院内症例でそのような死亡は1例のみであるとする回答があった[personal communication, Charlie Watson, department of anesthesia at the Bridgeport Hospital in Bridgeport, CT.]. またその一方で、宗教的理由で輸血拒否した8名の患者では平均ヘマトクリット値9%であったが、その死亡率は87%であったとする報告もある¹³⁾。

この文章が読まれる頃には、“もう、エホバの証人のことは解決した”と思われる方が多いかもしれない。1998年4月にヨーロッパ人権擁護委員会でブルガリア政府との間に取り交わされた調停により、ヨーロッパのエホバの証人は輸血を「自由選択」でき、それに対して協会は「統制や処罰は行わない」と約束したとされている¹⁴⁾。つまり、世界各国のエホバの証人のうち、ある国の信者は輸血を受けても、ものみの塔協会から排斥されることはないのに、別の国の信者は輸血拒否を守って死んで行くという状態が生じている。ブルックリンにある、ものみの塔本部ではこの事態に対策を準備しているという¹⁴⁾。従って、教義の変更により、輸血拒否症例が減少する日が来る可能性もある。

社会の対応を待っているのは明日からの臨床には間に合わない。輸血拒否への対応を考えることは、医療従事者が、インフォームド コンセントを正しく理解して実践し、患者と医師のよりよい関係を確立するきっかけとなると思われる。

謝辞：稿を終えるにあたり、ご指導を頂きました滝澤信彦教授（北九州大学法学部）に心からお礼申し上げます。

文 献

- 1) 平成五年(ワ)第一〇六二四号損害賠償請求事件, 東京地裁平成九年三月十二日判決
- 2) 平成五年(ワ)第一〇六二四号損害賠償請求事件, 東京高裁平成十年二月九日判決
- 3) 町野 朔：患者の自己決定権と法, 東京大学出版会, 東京, 1986, 35—84.
- 4) 杉山弘行訳：インフォームドコンセント, 文光堂, 東京, 1994, 215.
- 5) 塩原信太郎, URL : <http://web.kanazawa-u.ac.jp/~med2/42/cons.html>
- 6) 日本医師会生命倫理懇談会：「説明と同意」についての報告. 日本医師会雑誌, 103 : 515—535, 1990.
- 7) Consensus Conference : Perioperative Red Blood Cell Transfusion. JAMA, 260 (18) : 2700—2703, 1988.
- 8) 吉岡尚文・わが国の輸血説明・同意書の問題点と普及に向けての提言 アンケート調査資料から, URL : <http://web.kanazawa-u.ac.jp/~med2/42/info/yoshioka/yoshioka.html>
- 9) 杉山弘行訳：インフォームド コンセント, 文光堂, 東京, 1994, 132.
- 10) 杉山弘行訳：インフォームド コンセント, 文光堂, 東京, 1994, 21—38.
- 11) Stehling L and Esposito B : An analysis of the appropriateness of intraoperative transfusion. Anesth Analg, 68 : S 278, 1989.
- 12) 日本輸血学会インフォームド・コンセント小委員会：輸血におけるインフォームド・コンセントに関する報告書. 日本輸血学会雑誌, 44 (3) : 444—457, 1998.
- 13) Gould SA, Rosen AL, Seghal LR, et al. : Fluosol-DA as a red cell substitute in acute anemia. N Eng J Med, 314 : 1653—1656, 1986.
- 14) 輸血自由化問題で, ヨーロッパのエホバの証人の内部に混乱状態, URL : <http://www.jwic.com/n073098.htm>