

宗教的輸血拒否に関する湘南慶育病院ガイドライン

人間の尊厳は平等です

人間はそれぞれ生まれながらにして独自の個性、感性、能力を持っており、個人としてかけがえのない存在です。

そのかけがえのない存在そのものが“尊厳”なのです。

私たちは、子供でも、高齢者でも認知症やどのような障害があろうとなかろうとターミナルであろうと、その人がその人らしくいられるように心がけています。

患者さん一人ひとりの“尊厳は平等”であり、私たちが最も大切にしていることです。

目次

はじめに	3
I. 基本原則	4
II. 用語	5
III. 対応方針	6
IV. 輸血拒否に関する対応基準	7
1. 患者本人に医療に対する自己判断能力ありの場合	7
2. 患者本人に医療に対する自己判断能力なしの場合	7
V. このガイドラインに定める手順で解決困難な事態が生じた場合	7
VI. 附則	8
1. 輸血を行う際の説明事項	8
2. 忌避する治療法確認事項	8
3. 参考様式	8
(様式1) 輸血拒否と免責に関する証明書	9
(様式2) 輸血に関する説明書	10
(様式3) 輸血に関する同意書	11
4. 参考資料	12

はじめに

本ガイドラインは、湘南慶育病院における「エホバの証人」信者が宗教的理由により輸血を拒否する場合の治療に関し、最善の対応を図ることを目的とする。

本ガイドライン策定に当たり、以下の倫理的観点、法的観点および医療的観点からみた対応を基本とした

1. 倫理的観点

最善の医療を提供する為に、患者さん一人一人と向き合う中で判断する

2. 法的観点

患者さんの意思、状況や背景を十分考慮し、法的にも間違いのない対応をする

3. 医療的観点

可能な限り輸血を避け、治療を行う努力をする。ただし、明らかに生命維持に輸血が必要な場合は、インフォームドコンセントを行い、医療機関としての責任を全うするよう努力する

本ガイドライン中、患者さんの年齢は18歳以上とする

I. 基本原則

1. 本ガイドラインは、「エホバの証人」など輸血を拒否する宗教的確信を有する患者さんに適用する。
2. 患者さんからの宗教的理由による輸血拒否がある場合は、医療者として許される範囲において患者さんの自己決定権を尊重することを原則とする。
輸血の可能性のある場合には、事前に生命に危険が生じ、救命の為に輸血が必要となった場合には輸血を行う旨患者さん自身及びご家族らに説明をすると共に「輸血同意書」の提出を求める。

Ⅱ. 用語

用語	定義
絶対的無輸血	患者さんの意思を尊重し、いかなる事態においても輸血をしないという考え方
相対的無輸血	患者さんの意思を尊重して可能な限り無輸血に努力するが、「輸血以外に救命手段がない」事態に至ったときには輸血をするという考え方
患者さんの意思	輸血に関する患者さんの意思は、患者さん本人の告知または教団発行の「医療に関する継続的委任状」、自筆の「事前指示文書」もしくは「免責証明書」、または患者さんが自己の意思を事前に明示しているその他の文書（以降、「事前指示文書」という）を患者が保持しているか、または提出するか否かによって確認する。
自己判断能力	・18歳以上で意識清明であれば「自己判断能力あり」とみなす。 ・18歳以上で意識がない場合でも「事前指示文書」の携行があれば「自己判断能力あり」とみなす。

Ⅲ. 対応方針

1. 「エホバの証人の信者」であるか否かを確認する。信者であれば通常、事前指示文書等を携行しているため、それを確認する。
2. 輸血のみが患者さんの生命維持または重篤な後遺症を回避するための治療法であるか否かの判断を行う。
3. 信者であることが確認できた場合、以下の事項を事前指示文書等から確認する。
 - 1) 患者さん本人の年齢
 - 2) 患者さん本人の婚姻の有無
 - 3) 家族の連絡先
 - 4) 「輸血拒否」の意思
 - 5) 忌避する輸血治療法
4. 患者さんの自己決定能力の有無に疑義がある場合には、医師1名以上を含む免許(医師、看護師)保有者3名により判断する。
5. 患者さんおよびご家族に対し、輸血の必要性または可能性について十分に説明を行う。
6. 上記確認に基づく、治療方針の決定とその対応
 - 1) 絶対的無輸血の場合は、該当者から「免責証明書」の提出を求める
 - 2) 相対的無輸血の場合(輸血治療を含む)、該当者から「輸血同意書」の提出を求める
7. 「輸血同意書」および「免責証明書」に関しては、守秘義務を遵守する
8. 輸血同意書が得られない場合には、医療機関の判断にて輸血する。
9. 上記の確認事項を記録に残す。

IV. 輸血拒否に関する対応基準

1. 患者さん本人に医療に対する自己判断能力ありの場合
(自己判断能力なしと判断されても事前指示文書から本人の輸血に関する意思が明白な場合を含む)
 - 1) 患者さん本人が輸血拒否
 - ご家族の意思にかかわらず、絶対的無輸血を行う。
 - この場合、患者本人からの免責証明書の提出が必須である。
 - 2) 患者さん本人が輸血許容
 - ご家族の意思にかかわらず、相対的無輸血を行う
 - この場合、患者本人からの輸血同意書の提出が必須である。
2. 患者さん本人に医療に対する自己判断能力なしの場合
 - 1) ご家族が輸血拒否
 - 相対的無輸血を行う。
 - この場合、ご家族に十分説明し輸血同意を得るよう努力する。
 - ご家族からの同意が得られなかった場合、医療機関の判断により輸血同意書なしで輸血することができる。
 - 2) ご家族が輸血許容
 - 相対的無輸血を行う。
 - 輸血許容するご家族から輸血同意書の提出が必須である。
 - 3) ご家族と連絡が取れない場合
 - 相対的無輸血を行う。
 - 医療機関の判断により輸血同意書なしで輸血することができる。

V. このガイドラインに定める手順で解決困難な事態が生じた場合

1. 医師 1 名以上を含む免許(医師、看護師)保有者 3 名で相談し、輸血の有無を含む治療方針を決定し、速やかに病院長に報告する。病院長はこの方針の可否について倫理委員会に意見を求めたのち、この治療方針の可否を判断して、主治医または担当医師に通知する。
2. 上記 1 にかかわらず、緊急の判断が必要な場合は、医師 1 名以上を含む免許(医師、看護師)保有者 3 名で相談し、方針を決定し、速やかに病院長に報告し、病院長は倫理委員会に報告する

VI. 附則

1. 輸血を行う際の説明事項

- 1) 輸血の必要性
- 2) 使用する血液製剤の種類と使用量
- 3) 輸血に伴うリスク
- 4) 副作用・感染症救済制度と給付の条件
- 5) 自己血輸血の選択肢
- 6) 感染症検査と検体保管
- 7) 投与記録の保管と遡及調査時の使用
- 8) その他、輸血の注意点

2. 忌避する治療法確認項目

- 1) 全血、赤血球濃厚液、血小板濃厚液、新鮮凍結血漿およびその洗浄製剤、HLA 適合製剤、放射線照射製剤
- 2) 自己血（術前貯血製剤）
- 3) 術中希釈式自己血
- 4) 術中回収式自己血
- 5) アルブミン製剤
- 6) 免疫グロブリン製剤（抗破傷風グロブリン、抗 D グロブリン、抗 HBs グロブリンを含む）
- 7) 献血由来凝固因子製剤（フィブリノゲンを含む）
- 8) ハプトグロビン
- 9) C1 インアクチベーター
- 10) アンチトロンビン
- 11) アルブミンを緩衝剤として使用する G-CSF、EPO
- 12) 硬膜外自家血注入法（ブラッドパッチ）
- 13) 標識した自己血
- 14) 自己血のフィブリン糊・血小板ゲル
- 15) 自家血漿点眼剤
- 16) その他

3. 参考様式

- 様式 1 輸血拒否と免責に関する証明書
- 様式 2 輸血に関する説明書
- 様式 3 輸血に関する同意書

(様式 1)

輸血拒否と免責に関する証明書

(処置、手術など)について

説明日 年 月 日
説明者 _____ 科
主治医(署名) _____
主治医(署名) _____

医療法人社団健育会 湘南慶育病院院長殿

私は、私の健康と適切な治療のため、以下の種類の血液製剤を以下のように輸血する可能性や必要性があることについて説明を受けました。

(血液製剤の種類、投薬量等具体的に記入)

しかしながら、私は、信仰上の理由に基づき、私の生命や健康にどのような危険性や不利益が生じても、輸血を使用しないよう依頼いたします。

私は、輸血を拒んだことによって生じるいかなる事態に対しても、担当医を含む関係医療従事者及び病院に対して、一切責任を問いません。

なお、私が拒む輸血には(○で囲む)、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_____)があります。

輸液や血漿増量剤による処置は差し支えありません。

署名日 年 月 日
患者氏名(署名) _____
代理人氏名(署名) _____
患者との続柄 _____

※原本はカルテ保存。一部コピーして一部患者さんまたはご家族に渡す

(様式 2)

輸血に関する説明書

患者氏名：_____様の治療に伴う輸血の実施について次のとおりご説明申し上げます

1. 輸血を必要とする理由

--

2. 輸血を行わない場合の危険性

--

3. 輸血に伴う副作用

--

4. 輸血を行わない場合の治療法の有無（治療法がある場合はその方法）

☐有 ☐無

--

5. 4 の治療法の利点と欠点

--

6. 事後同意

生命の危険を回避するために輸血を行うことがあります。この場合には、事後に説明し、同意を得る場合があります。 ☐説明済み

7. 同意撤回の自由

いつでも自由に輸血同意を撤回することができます。撤回後も最善の治療を行います。 ☐説明済み

年 月 日

医師_____印

医師_____印

医師_____印

※原本はカルテ保存。一部コピーして一部患者さんまたはご家族に渡す

(様式 3)

輸血に関する同意書

医療法人社団健育会 湘南慶育病院院長殿

☐ 私は、輸血の必要性、副作用の可能性、自己血輸血の可能性について説明を受け、十分理解いたしました。治療に必要と考えますので、輸血することに同意いたします。

☐ 緊急時の輸血に関して、説明を受け、理解しましたので、そのことに同意いたします。

☐ いつでも自由に輸血同意を撤回することができる説明を受け、理解しました。また撤回後も最善の治療を行っていただく説明を受け、理解しました

患者氏名(署名) _____

代理人氏名(署名) _____

患者との続柄 _____

※原本はカルテ保存。一部コピーして一部患者さんまたはご家族に渡す

4. 参考資料

- 1) 宗教的輸血拒否に関するガイドライン
2008 年 2 月 28 日宗教的輸血拒否に関する合同委員会報告
- 2) エホバの証人記者クラブ
- 3) 日本医師会 B-6 エホバの証人と輸血

本改訂は 2026 年 9 月 1 日から施行するものとする