# 輸血拒否患者に対する診療指針

平成 18 年 8 月 1 日

春日部市立病院輸血管理委員会

## 一. エホバの証人の信者である患者(以下「エホバの患者」という。)への対応

1. エホバの患者が、輸血を拒否する信念は、人格権を構成する信教の自由に基づく権利であることを理解し、尊重する。
2. 治療行為については医師の説明義務があり、治療として輸血が必要な場合は十分に説明する。
3. 血液製剤の使用に際しては、エホバの患者の同意が書面で得られた範囲内で行う。
4. エホバの患者があくまで輸血(輸注)を拒否する場合は、エホバの患者と主治医との間で輸血しないで治療するとの合意を取り交わし、輸血謝絶兼免責証書(患者本人の場合は様式1、親権者の場合は様式2をいずれも2部)に署名捺印する。

   なお、同意を交わし署名捺印するのは、原則患者ご本人が15歳以上(婦人科患者では20歳以上)とし、それ以外では親権者からとする。

   ただし、15歳未満であるエホバの患者の場合、できるだけ親権者の希望に従って対応するが、生命を守るため輸血がやむを得ない場合は、医師の裁量を認める。

   エホバの患者の治療に直接責任を負う複数の医師は、インフォームド・コンセントを行い、輸血謝絶兼免責証書を作成する。そのときは、可能な限り複数科の医師が立ち会うことが望ましい。作成された輸血謝絶兼免責証書は、1部を診療録用として保管し、1部はエホバの患者あるいはその親権者が保管する。

5. エホバの患者に意識がないあるいは判断能力がないなどで、患者の意見を直接確認できない場合でも、本人がエホバの証人の信者であることを示す「医療上の指示」証書(以下「署名カード」という。)を携帯している場合には、署名カードの内容を尊重して前記4と同様に扱う。なお、この場合、担当医は確認者とともにエホバの証人であることの確認書(様式3)を作成し、署名捺印する。確認書は、署名カードの写しとともに診療録用として保管する。
6. 署名カードを携帯せず、エホバの患者本人の意思を確認する方法がない場合には、生命維持に必要な輸血治療を行う方針を採る。
7. エホバの患者として受け入れられる血液製剤と受け入れられない血液製剤

   (1)エホバの患者は，全血及び血液の主要成分(赤血球，白血球，血小板，血漿)を受け入れることができない。例えば，全血製剤，赤血球濃厚液，濃厚血小板製剤，新鮮凍結血漿がこれに当たる。

(2)エホバの患者各自によって判断が異なる血液製剤及び輸血療法

・アルブミン製剤　・免疫グロブリン製剤　・凝固因子製剤　・エリスロポエチン

・G-CSF(緩衝剤としてアルブミンを使用している。)

・術中希釈式自己血輸血療法　・術中回収式自己血輸血療法

・閉鎖系における血液の体外循環による治療(血液浄化，人工心肺)

エホバの患者から輸血謝絶兼免責証書を受け取り、医師がその書類に署名捺印した場合、これに違背することのないようにするのは、受け取った医師の倫理的責任であり、その書類の範囲内で治療すべきである。

## 二. エホバの患者以外の輸血を拒否する患者への対応

1. エホバの患者以外の患者で、輸血治療について適切で十分な説明を行っても輸血治療を拒否した場合は、医師は輸血を行わず、患者の同意が得られる範囲内で最善の医療を行わなければならない。
2. エホバの患者同様に患者と主治医との間で輸血しないで治療するとの合意を取り交わし、輸血謝絶兼免責証書(患者本人の場合は様式1、親権者の場合は様式2をいずれも2部)に署名捺印する。
3. 15歳未満である患者の場合、できるだけ親権者の希望に従って対応するが、生命を守るため輸血がやむを得ない場合は、医師の裁量を認める。

様式１【患者本人記入用】

（診療録用・患者様用）

# 輸血謝絶　兼　免責証書

私＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の治療を担当してくださる医師および関係者の方々へ

私は、私の治療に当たって、輸血（全血、赤血球、血小板、血漿）を受け入れることができませんので、ここにその旨お知らせします。

ただし、次に掲げるもののうち、〇で囲んだものは受け入れることができます。

**・アルブミン製剤　・免疫グロブリン製剤・凝固因子製剤　・エリスロポイエチン**
**・G-CSF（緩衝剤としてアルブミンを使用している。）**
**・術中希釈式自己血輸血療法・術中回収式自己血輸血療法**
**・閉鎖系における血液の体外循環による治療（血液浄化、人工心肺）**
**・その他（　　）**

私は、私の治療に当たって輸血が救命のために必要不可欠であると判断される場合であっても輸血を受け入れることができず、ここにお伝えする指示を固守します。

上記は、医師から輸血治療および無輸血治療それぞれの有効性や危険性について十分に説明を受けたうえで考慮した事柄であり、この指示は、私に意識がないあるいは判断能力を失った状態にあっても変わることはありません。

私は、輸血以外の十分な治療が施行されたにもかかわらず、私が輸血を拒んだことによって生じるかもしれない死亡その他のいかなる障害に対しても、医師、病院当局並びに病院職員の方々の責任を問うことはありません。この指示は、私の法定代理人、相続人（遺族）、遺言執行者に対しても拘束力を有します。

日付：平成　　年　　月　　日

氏名（患者本人）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、上記患者と話し合ったうえ、その意向を受け入れることにしました。いかなる場合にも、患者の謝絶する輸血を行わないこと及び患者の拒否する血液製剤を使用しないことに同意します。

春日部市立病院

医師名Ａ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　平成　　年　　月　　日

医師名Ｂ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　平成　　年　　月　　日

様式２【親権者記入用】

（診療録用・患者様用）

## 輸血謝絶の申出と確認

患者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の治療を担当してくださる医師および関係者の方々へ

私は、上記患者の親権者（父、母、その他＿＿＿＿＿）である＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ですが、当患者の治療に当たって、輸血（全血、赤血球、血小板、血漿）を受け入れることができませんので、ここにその旨お知らせします。

ただし、次に掲げるもののうち、〇で囲んだものは受け入れることができます。

**・アルブミン製剤 ・免疫グロブリン製剤・凝固因子製剤 ・エリスロポイエチン**

**・G-CSF（緩衝剤としてアルブミンを使用している。）**

**・術中希釈式自己血輸血療法・術中回収式自己血輸血療法**

**・閉鎖系における血液の体外循環による治療（血液浄化、人工心肺）**

**・その他（　　）**

私は、当患者の治療に当たって輸血が救命のために必要不可欠であると判断される場合であっても輸血を受け入れることができず、ここにお伝えする指示を固守します。

上記は、医師から輸血治療および無輸血治療それぞれの有効性や危険性について十分に説明を受けたうえで、慎重に考慮した事柄であります。

私は、当患者のために輸血以外の十分な治療が施行されたにもかかわらず、私が輸血を拒んだことによって当患者に生じるかもしれない死亡その他のいかなる障害に対しても、医師、病院当局並びに病院職員の方々の責任を問うことはありません。この指示は、私以外の当患者の親族に対しても拘束力を有します。

なお、私、上記患者の親権者は、下記担当医から「やむをえない場合は、輸血を行うことがある」旨の説明を受けたことを確認します。

日付：平成　　年　　月　　日

氏名（親権者）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（必要に応じて記入）

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　患者との関係：＿＿＿＿＿

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私、上記患者の担当医は、親権者と話し合ったうえ、親権者の申出に従って対応します。しかし、やむを得ない場合は、輸血を行うことがあります。

春日部市立病院

医師名Ａ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　平成　　年　　月　　日

医師名Ｂ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　平成　　年　　月　　日

様式３　　（診療録用）

# エホバの証人であることの確認書

私、担当医＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、患者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の治療を担当するに当たり、患者がエホバの証人の信者であることを示す「医療上の指示」証書（以下「署名カード」という。）を携帯していることから、患者本人の輸血を拒否する信念を尊重し、無輸血治療をすることとした。

患者の署名カードに記載されている内容が、次のとおりであることを確認した。

**【輸血（全血、赤血球、血小板、血漿）を受け入れることができない。ただし、次に掲げるものの内、〇で囲んだものは受け入れることができる。】**

**・アルブミン製剤　・免疫グロブリン製剤　・凝固因子製剤　・エリスロポイエチン**

**・G-CSF（緩衝剤としてアルブミンを使用している。）**

**・術中希釈式自己血輸血療法・術中回収式自己血輸血療法**

**・閉鎖系における血液の体外循環による治療（血液浄化、人工心肺）**

**・その他（　　）**

私、確認者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、患者がエホバの証人の信者であることを示す署名カードを携帯し、輸血（全血、赤血球、血小板、血漿）を拒否する意思があること並びに受け入れることができる治療内容を確認しました。

日　付：平成　　年　　月　　日

氏　名（確認者）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（署名又は印）

連絡先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿電話番号　　－　　－

私は、患者の信念を尊重し、その意向を受け入れることにしました。いかなる場合にも、患者の謝絶する輸血を行わないこと及び患者の拒否する血液製剤を使用しないことに同意します。

春日部市立病院

医師名Ａ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　平成　　年　　月　　日

医師名Ｂ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　平成　　年　　月　　日

＊患者がエホバの証人の信者であることを示す署名カードの写しを添付すること。