

『自己決定権をめぐる』[I]・信仰 による輸血拒否と自己決定権（1）

中 村 敏 昭

I 自己決定権序説

1. 自己決定権とその今日的意義
2. 自己決定権の実定法上の根拠

II 信仰による輸血拒否と自己決定権

1. 輸血拒否と患者の死亡
 - (1) 美唄市での事例—事例 1
 - (2) 川崎市での事例—事例 2
 - (3) その他の事例—事例 3・事例 4
 - (4) 世論の反応
 - (5) 医療側の反応
2. エホバの証人（ものみの塔）についての若干の知識
3. エホバの証人と輸血拒否
 - (1) エホバの証人の輸血拒否の信仰上の理由
 - (2) エホバの証人の輸血拒否の医学上の理由
（以上本号）
4. 信仰の自由と輸血拒否
 - (1) 信仰の自由とその制約
 - (2) エホバの証人と輸血の拒否
 - (3) エホバの証人による輸血拒否をめぐる裁判例
 - (i) アメリカにおける裁判例
 - (ii) わが国における裁判例
5. 自己決定権と同意原則
6. 輸血拒否とその問題点
 - (1) 輸血なしの治療
 - (2) 輸血拒否を理由とする診療拒否
 - (3) 輸血の強行
 - (i) 本人の輸血拒否の意思が明確な場合→自己決定権の侵害（専断的医療行為）
 - (ii) 本人の輸血拒否の意思が不明確な場合→代諾権

I 自己決定権序説

1. 自己決定権とその今日的意義

一人前の判断能力をもつ人間であれば、他人に迷惑をかけたか危険を及ぼさない限り、どのような行為をするかは本人の自由な筈である。

しかし、他人に迷惑をかけたか危険を及ぼす行為は禁止されるし、そのことは法律以前の常識であり、各人は自分の行為の結果についてのみ責任を負うというのが近代法の原則である。

したがって、その行為の結果は自分にしか影響がなく、他人にまったく関係のないような事柄については自分自身に決定権があり、自分自身の責任においてなすことができるのである。

このような考え方はヨーロッパでは古くからあったものと思われる。たとえば、自己決定ということをもっとも重視したのはカントであり、カントにとっては自由の概念は自己決定あるいは自律と一致していた⁽¹⁾。

イギリスの思想家 J・S・ミルはその著作「自由論」のなかで、「文明社会の成員に対し、彼の意思に反して、正当に権力を行使しうる唯一の目的は、他人に対する危害の防止である。彼自身の幸福は、物質的なものであれ道徳的なものであれ、十分な正当化となるものではない。…自分自身にだけ関係する行為においては、彼の独立は、当然、絶対的である。彼自身に対しては、彼自身の身体と精神に対しては、個人は主権者である」⁽²⁾ と述べている。

いわば、“他人に迷惑や危険を及ぼさない行為、すなわち私的分野における行為は自分の責任でなすことができる” という考え方が自己決定権であるといつてよい。しかしこの考え方はあくまでも私的分野におけるものだから、“私的分野における自己決定権” といつてもよいことになる。

問題はこの私的分野の範囲に属するのはどのような事柄か、またどこまで自己決定が認められるか等であろう。また、自己決定が認められるためには、1人前の判断力、ミルのいうように「成熟した諸能力をもつ人間」であることが前提条件である。したがって、これらの前提条件を欠く人達、たとえば、低年齢のために十分に思慮や判断力を有さぬ人達や精神障害等によって同じような状態にある人達については、誰がかかわって意思決定をなしうるかが問題である。

安楽死、結婚する自由・結婚しない自由、離婚の自由、同性愛、子を生む権利・生まない自由などをはじめとして、職場における服装や長髪あるいはひげをのばす自由などにいたるまで、我々の日常生活のなかで、自己決定権にかかわる問題はきわめて多い。

私的分野に属する事柄といつても、人の生命・身体に関する事柄は、他人や社会へ及ぼす影響が大きく、しかも人の死は不可逆性があるので、とりわけ慎重に検討されるべきである。

とくに近時の自然科学の発達はめざましいので、人間の生命についてもある程度人為的にコントロールができるようになってきた。たとえば胎児についても、羊水検査やカメラによる子宮内撮

影、超音波による胎児診断等が可能になってきた。これらの検査等により、胎児に先天的な重大な異常があったときに、胎児条項を欠く現行優生保護法をどのように考えていくのか、胎児は母胎の一部なのかあるいは憲法13条の保護をうけられる国民なのか、産むか産まないかを産む性である女性が決定できるか等が問題となってくる。

私的分野における自己決定権は、我々の日常生活のあらゆる分野に及んでいるが、そのうちで医療行為における自己決定権につき、(1) 信仰による輸血拒否と患者の自己決定権、(2) 医師の説明義務と患者の同意（患者の自己決定権をめぐる）、(3) さらに(2)を発展させた問題としての癌やエイズの告知、(4) 脳死の判定や臓器移植も自己決定を中心に考えることができるであろうし、(5) 生む権利・生まない自由もすぐれて自己決定の問題としてとらえるであろう。

自己決定の問題は、かなり前から考えていたテーマであるが、いまだに結論といえるものも探りあててはいない。しかし、考えてきたプロセスを研究ノート風にまとめ、かつ、発表することによりなおこのテーマについての検討を進めながら大方の御批判を賜りたい。

2. 自己決定権の実定法上の根拠

自己決定権を、一人前の判断能力をもつ人間であれば、他人に迷惑をかけたり危険を及ぼさない行為については公権力の干渉をうけず自ら自由に決定しうる権利であると定義しうるとすれば、その実定法上の根拠をどこに求めるかが問題となる。

しかし、憲法その他の成文法に自己決定権を直接に保障する規定を見出すことは困難であるが、憲法14条以下の個別的な人権の列挙の中に含まれていないからといって、憲法がそれ以外の人権を保障していないというわけではない。たとえば、社会の発展とともに、プライバシーの権利や知る権利のように、次第に認められるようになった権利もあるし、環境権のように成熟過程にあるといってもよい権利もある。

日本国憲法は、アメリカ合衆国憲法のように「本憲法に特定の権利を列挙した事実をもって、人民の保有する他の諸権利を否認または軽視したものと解釈することはできない」（アメリカ合衆国憲法修正9条）というような規定はないが、なお憲法の規定した人権のみが保障される制限的列挙と解する必要はない。

最高裁判所も、海外渡航の自由についての事件における判決の中で、補足意見としてではあるが「憲法の人権と自由の保障リストは歴史的に認められた重要性のあるものを拾っただけで網羅的ではない。従ってそのほかに権利や自由が存在せず、保障されていないというわけではない。我々が日常生活において享有している権利や自由は無数にあるが、とくに名を附されていないだけである。外国旅行の自由も一般的な自由または幸福追求の権利の一部として、保障されている」⁽⁹⁾と判示して、消極的ながら憲法の保障する権利や自由は例示的な列挙と解している。

もし、自己決定権が憲法上認められるとすれば、どのような規定を根拠とすべきであろうかが問題となる。

この点につき最近の有力学説は自己決定権の実定法上の根拠を憲法13条に求める。

ただしこの立場では、自己決定権を「個人は、一定の重要な事柄について、公権力から干渉されることなく、自ら決定することができる権利」として狭義にとらえた上で、憲法13条の「生命、自由及び幸福追求に対する…権利」の一内容をなすとし、それらの事柄のうち重要な事柄のみが、具体的権利としてその対象となると解し、幸福追求権の具体的権利性を肯定する⁽⁴⁾。

それ自体として重要と目されない事柄であっても、その制限の仕方が恣意的であれば、「個人の尊重」原理や平等原則に違反する場合もありうる⁽⁵⁾。

そしてここでいう重要な事柄とは、人格的生存にとって不可欠なもので、憲法14条以下の個別的人権規定によりカバーされえないものであり、幸福追求権の内実をなすものとして保障されることになる⁽⁶⁾。

自己決定権につきこのような見解をとる立場では、何をもって私的事柄とみ、そのうち何をもって人格的生存に不可欠な重要事項とみるかが問題である。

何が私的事柄かの積極的な定義は困難だが、「他人に危害を与えない分野におけるもの」⁽⁷⁾というような消極的定義は可能である。

たとえば伝染病の場合には、他人への危害にかかわるから、もはや私事とはいえ、伝染病予防法7条に基づく強制収容は、憲法上の自己決定権による制約ではなくて、身体的自由に対する制約である⁽⁸⁾。

これに対して、憲法13条が包括的人権としての根拠となり、幸福追求権として一般的に広く人権を保障する規定となりうるが、裁判により実現できる具体的権利を直ちに保障しているとみることは疑いが少なくない、とする有力な反対説もある。反対説は、

第一に憲法13条の基本的性格は、人権についての一般原則としての個人の尊重を宣言し、これを国の責任として表明したもので、個人に具体的権利を与える法的性質をもつとは考えられない。

第二に幸福追求権という観念はあいまいであってその範囲が不明確で法的根拠となることが困難である。具体的権利となるためには、権利の主体とくにそれを裁判で主張できる当事者適格、権利の射程範囲、侵害に対する救済方法などが明らかにされねばならず、これらを13条のみからひき出すことはきわめて難しい。

第三に憲法13条には公共の福祉による制約が明定されている。この幸福追求権を具体的保障の規定と解すると、この制限も法的意味をもち政策的判断による制約も可能であるとされるおそれが多い。幸福追求権が自然権思想を基盤にもち、その具体化が現代社会における人間の基本的権利であるからには、このような政策的考慮に基づく制限を可能にするという考え方は適当でない。

第四に近代憲法は人権を国家権力による侵害から守ることに主眼をおき、重要な人権を個別的に列挙している。したがって、幸福追求権を包括的人権としてとらえて、列挙されていない権利の保障の根拠とする場合に、私人間に効力を及ぼすことが必要になる。しかし、間接適用説の立場をとる以上、新しい人権が具体化されるのは13条の規定から直ちに出てくるのではないことになる。

以上のように、幸福追求権は、一般的にはそれのみで具体的な人権を生み出すものではなく、民法709条など他の法令の規定による補充をうけてはじめて実現される人権となると解している⁽⁹⁾。

- (1) 原田鋼『カントの政治哲学』169頁以下。
- (2) ミル『自由論』早坂忠訳・中央公論社 224—225頁。
- (3) 最高裁昭和33.9.10大法廷判決・民集12巻13号1969頁。
- (4) 樋口・佐藤・浦部『注釈日本国憲法』上巻302—303頁（佐藤執筆）。
- (5) 同上 303頁。
- (6) 同上 304頁。
- (7) 山田「私事と自己決定」16回法学セミナー 309号61頁。
- (8) 同旨・竹中「人権としての自己決定権」ジュリスト 884号182頁注(10)。佐藤・同上 305頁。
- (9) 反対説・伊藤正己『憲法』225頁

Ⅱ 信仰による輸血拒否と自己決定権

1. 輸血拒否と患者の死亡

(1) 美唄市での事例—事例1

昭和49年7月6日、北海道の美唄市で67歳の男性が高校生Aの運転するオートバイに接触されて路上に投げだされ頭部を強打、意識不明の状態で見送られ救急車により美唄市立病院に搬入された。

外来時の所見は、意識不明で右側頭部に大きい皮下血腫と、右外耳孔からの少量の凝血が認められた。瞳孔は左右等大、正円でやや縮瞳気味であり、右方向に共同偏視を示し、対光反応は保たれていた。

右上肢は軽い回内位、両下肢は尖足位を示し、腱反射は右亢進、左やや減弱し、バビンスキー反射は右陽性であった。胸腹部に特記すべき所見なく、四肢にも骨折は認められなかった。血液検査成績は白血球増加以外に異常なく、頭部単純撮影では右側頭骨の中硬膜動脈溝とほぼ直交する約15cmの骨折を認めた。

症状と検査の結果から、広範囲かつ急激な右側頭部および脳挫傷の合併型と診断され、救急手術の準備とともに保存血3,000mlの手配がされた。

患者の搬入後約30分位で病院に集った患者の家族（妻、娘、娘婿など）は、医師から診断の結果の説明を受け手術の必要性を告げられたところ、妻と娘は輸血を拒否した。その理由は、信仰上の理由によるものであった。

医師団は再度にわたり、手術の内容と輸血の必要性を説得したが、ついに輸血についての承諾は

得られなかった。

結局、医師団は協議の結果、医師団としては、①法的に患者または家族の承諾を得られない医療行為はできないこと ②もし血腫が右側頭部に限局していれば、800 ml ぐらいの出血で手術できる可能性もある ③放置すれば確実に死亡する ④術中、手術状況を家族に見せて再度説得する などの点を考慮に入れて手術にふみ切った。

ただし、妻は患者のカルテに「宗教上の信念で輸血を拒否するが、その結果不幸な事態になっても一切異議は申し立てない」と書き署名した。

手術は開始され、術中にも再度の輸血の承諾を得るべく説得が続けられたが、患者側はついて承諾せず、出血量が約 3,000 ml 近くになって死亡した。

死亡診断書の死亡の原因欄には、直接原因一失血死（宗教上の信念による輸血拒否）、間接死因一(1)右脳挫傷、(2)右硬膜外血腫、(3)右側頭部骨折（(1)(2)(3)に対する救急手術）、死体の状況、入院後死に至るまでの経過および術中所見等が詳細に明記された⁽¹⁾。

この手術は、「医学的には輸血なしでは手術を成功させることが危ぶまれている」状態で行なわれたが、妻が本人に代わって輸血を拒否する権限があるのかが問題となる。

また、本人の父親は強く輸血を希望したが（加害者も輸血を希望）、何故父親より妻の意思が尊重されるかも問題となろう。

(2) 川崎市での事例—事例2

昭和60年6月6日16時半頃、川崎市高津区で同区で書店経営の鈴木誠さんの長男大君10歳（小学校5年生）が、自転車に乗って信号待ちしていたところ、ダンプカーの後輪にまき込まれて転倒し、両足を開放性骨折した。救急車で同市宮前区の聖マリアンヌ大学付属病院救急センターに搬入されたが、両足の骨が肉を破ってとびだしていた。しかし意識はしっかりしていて、住所・氏名を自分で名のったほどだった。

病院側はセンター長の指示により手術の態勢を整え、両親に手術についての承諾を求めた。

両親は手術については承諾したが、輸血については信仰上の理由からこれを拒否し、「今回私達の息子大（10歳）がたとえ、死に至ることがあっても輸血無しで万全の治療をして下さるよう切にお願いします。輸血を受けることは、聖書にのっとって受けることは出来ません」として昭和60年6月6日付で、父親が署名し両親の母印が押されている決意書を病院に提出した。

その間に病院には、14,5人の仲間の信者たちがつめかけていた。

医師団は父親に何十回も輸血を勧めた。しかし父親は仲間の信者たちと相談しながら輸血拒否の態度は変えなかった。

このため、午後9時過ぎ大君は出血性ショックのため死亡し、手術にはいたらなかった。病院の話では、両親が輸血拒否を続けたため、最後の手段として医師がまだ意識のあった大君に「大ちゃ

ん、生きたいだろう。輸血をしてもらおうようにお父さんに言いなさい」と呼びかけたところ、これに答えた大君は「死にたくない、生きたい」と父親に訴えた。父親は「聖書にある復活を信じているので輸血に応じられない」と拒否を続けた⁽²⁾。

また、父親は、「…大は輸血をしてくれといったのではなくて、『生きたい。死にたくない』といったまでだ」と強調し、さらに「妻が以前『交通事故にあっても輸血してやれない』と大にいったら、『それでもいい』といていた」とも付け加えたという⁽³⁾。

6月9日には、川崎市高津区のエホバの証人の王国会館で大君の葬儀が行なわれたが、父親は「大は6日に死んだが7日には、自分の信仰を表明する予定だった。私達は、復活によって大と再会することを信じている。自分の行動（輸血拒否の）は正しかった」と語ったと伝えられている⁽⁴⁾。なお葬儀は十字架も祭壇もなく、遺骨もおかしいもの会場で、聖書が読み上げられ讃美歌が唱和された。

その後の朝日新聞によれば、神奈川県警高津署は6月7日朝から死亡した小学生の遺体を司法解剖して死因の解明にのり出し、聖マリアンヌ大学にも捜査員を出し、輸血すれば助かったかどうかなど事情を聴いている。それによると、大君（10歳）が入院時に即座に輸血を受けていれば助かる可能性がかなりあったし、医師は両親を10数回にわたって説得、しまいには押し問答となり、かけつけた警察官も加わって話し合うなどしたが、両親はあくまでも輸血を拒否した。

聖マリアンヌ大学付属病院救急センターの副センター長の芦川医師によると、「止血バンドをし、傷口を縫うなど、初期治療だけはできた。だが手術の前に必要な消毒液でのブラッシングは、輸血が必要だったのでできなかった」と話している。

一方、父親の誠さんは、「医師から輸血をOKして欲しいと何十回も言われたが、考えは変らなかつた」と大君の死後も冷静な表情で話した。「生きたい」と大君が訴えながら死んだことについても「復活を信じている。悲しくないわけではない。私たちの行動が正しかったかどうかは、私と妻が死ぬときに分かるはずだ」との態度を変えていない⁽⁵⁾。

(3) その他の事例—事例3 その他

昭和51年11月17日夕方、鹿児島県指宿郡で61歳の婦人が道路を横断中、風雨で見通しが悪い中を運転していた普通ライトバンにはねられた。救急車で鹿児島市立病院脳外科に搬入されたが、胸部に大けがをしているほか、肋骨や鎖骨も折れるなどの重体で、出血多量だが意識は明瞭であった。

このため、脳外科部長が手術と輸血の準備を指示した。しかし患者本人が、「宗教上の理由から輸血はしないでほしい」と述べ、かけつけた夫と信者仲間の医師も、それぞれ「妻の意思を尊重してほしい」「宗教上、輸血はしないでほしい」と頼んだため、止むをえず代用血液とブドウ糖の点滴だけが続けたが、輸血しなければ手術もできず、患者は18日午前2時15分頃出血多量で死亡し

た⁽⁶⁾。

（事例4）

また昭和60年3月31日、富山県^{ネイ}婦負郡婦中町でめいの運転するライトバンの助手席に乗っていた56歳の婦人が、出会い頭に他の乗用車と衝突し、腰の骨を折って富山県立中央病院に運ばれた。診察の結果、内臓が破裂していることがわかり、医師は輸血を強く勧めたが患者はまだ意識があり、信仰上の理由から「輸血なしで治してほしい」と頼み、かけつけた家族らも「本人の意思を尊重して」と輸血を拒否した。

このため病院側は輸血ができず、そのため患者は約4時間後に死亡した。

なお、この事故で、八尾署は双方の運転者に運転ミスがあったとして、業務上過失致死容疑を適用した。富山地検は輸血できた場合、助かったかどうかを中心に捜査をしようとしたが、家族側が死後の解剖も拒否。診察した医師は「輸血をすれば助かったかもしれない」と話した。同地検は、事故と死亡の間に因果関係は認められるものの、死についてまで責任を問うのは難しいとの見解を示し、業務上過失傷害罪の適用に切り替えて略式起訴した。富山簡裁は近く判断を下す予定⁽⁷⁾。

上記の例はいずれも信仰上の理由による輸血拒否のために、患者が死亡した事例である。

しかし、従来から神戸大学医学部付属病院第外科のグループがFDAの基礎的研究を進めてきた。そして、副作用がないといういわゆる白い血液の動物実験がイヌや仔ウシを使って行われ、輸血に近い成果をあげている。第1外科では、これまでに例の患者にFDAを使用しているが、症例はいずれもエホバの証人の信者である。昭和56年2月3日には、同病院でエホバの証人の信者の女性が輸血を拒否したので、フッ化炭素化合物からなる人工血液（FDA）1,000 lを使って手術は無事終った⁽⁸⁾。FDAの臨床例はすでに200例をこえているともいわれるが、必しも確認されていない。

また、東北地方のある大学病院では、子宮外妊娠の女性信者が輸血を拒否するのを、信者でない夫の承諾で輸血した例も伝えられている。

昭和48年10月、兵庫県立こども病院では、生後間もない信者の赤ちゃんが腸閉鎖をおこしたが、信者である両親は子供への輸血を拒否した。病院側は両親の要求に応じ輸血の用意をしないまま手術をしたが幸いに成功し、子供は元気に育っているという。

（事例4）

32歳の女性患者、元来、健康でアレルギー性皮膚炎の既往がある以外に特記すべき既往なし。昭和52年5月頃より悪阻症状があり、不正性器出血があったため切迫流産として治療を受けていたが、妊娠週数に比して子宮が大きく胎状奇胎の疑いで奇胎内容除去術を受けた。その後も症状が改善せずかえって副作用が発現したため、鳥取大学産婦人科を紹介されて受診し単純子宮全摘および両側付属器摘除術が予定された。術前状態としては、血色素 11.5 g/dl, Hct 34.2%と軽度の貧血

を認める以外には特記すべき所見はなかったが、エホバの証人の信者で宗教上の理由から一切の血液成分の輸血を拒否し、産婦人科担当医の再々の説得にも耳をかさず、たとえ輸血をしなかったために命を失うことがあっても不服をいわないということであった。術前週間、鉄剤を投与し、麻酔医として再三説得を試みたが、患者がその意思を断固としてまげないこと確認したので、産婦人担当医と協議の結果、出血 300~400 ml ぐらいにとどめられるであろうこと、またその程度の出血であれば代用血漿剤、電解質輸液により手術に耐えうると判断し、患者本人から輸血拒否によって生ずる結果に対して病院側の責任を問わないという誓約書を取って手術に踏み切った。

麻酔はアレルギー性皮膚炎の既往があるため、前日、リドカイン、フヒハカインによる皮内反応を行って陰性であることを確認し、手術室入室 30 分前に前投薬として硫酸アトロピン 0.5 mg、ディアゼパム 10 mg、ペンタゾシン 15 mg を筋注、Th₁₂-L₁ 間よりの持続硬膜外麻酔および仙骨麻酔を行った。患者は入室時より興奮気味であったため硬膜外麻酔範囲の確認後、麻酔補助としてディアゼパム 10 mg、ペンタゾシン 30 mg を静注するとともに笑気 4 l/分に対し、酸素 2 l/分をマスクにて与えた。手術は単純子宮全摘術 および両側卵巣摘除術を 2 時間で行い、術中総出血量約 450 ml に対し糖加乳酸リンゲル液、乳酸リンゲル 1, 200 ml 液総量の点滴静注を行い、術中および術後回復室でも血圧、脈拍数とも安定しており、一般状態も良好で帰室している。手術直後血色素 9.2 g/dl, Hct 2.8% まで回復、術後 16 日にて全快退院した⁽⁹⁾。

(4) 世論の反応

川崎市の事件の翌日（昭和 60 年 6 月 7 日）の新聞は、「輸血拒否・事故の愛児失う一信仰上の理由から」（朝日新聞朝刊）、「信仰理由に両親が輸血拒否、事故の小学生死ぬ」（読売新聞朝刊）、「交通事故の少年死ぬ、両親が輸血治療拒否、『宗教上の理由』から」（毎日新聞朝刊）という形で報道している。

これらの記事に対する世論の反応は、その後の読者からの投書欄にあらわれ、朝日新聞は特集欄を組んだほか、「論だん」には 3 回続いて投稿がのった。

朝日新聞の投稿欄は 2 回にわたり「輸血拒否・児童の死」というテーマで構成され、「聖書の教えは傍観せず教え」、「患者の決定権優先に問題も」、「子は所有物は許せないこと」、「学校生活への制約も恐れる」、「盲信は疑惑の裏返し知性で神を愛せぬか」⁽¹⁰⁾、「自分の基準で他人は測れぬ」、「戒律の固守は医師にも迷惑」、「聖書の解釈に欠落した部分」⁽¹¹⁾ などの投書がのせられた。

これらの意見を大別すると、少年が輸血拒否により死亡したことは、

① 親の責任である。たとえわが子であっても親の所有物ではなく、信仰上の理由によっても輸血拒否はすべきでない。

② 医師の責任である。生命を救うことが医師の任務である以上、両親の拒否をおし切っても輸血し治療すべきだった。

③ 輸血拒否を教義とする信仰自体を問題とする。とくにキリスト教関係者から「エホバの証人」の聖書の解釈の誤りを指摘するものも多い。

①～③に共通するのは、ほとんどの論調が「何とか助けられなかったか」という考え方を前にして、「患者側の意思を無視してでも医師は救命に努力すべきではなかったか」という形で患者の自己決定権を疑問視する見解も少なくなかった。

これらの投書に共通する3点は一ごく一部を除けば、いずれもエホバの証人の信仰が異端であるとの立場にあるように思える。この点について、その後の朝日新聞の論だんはメノナイト教会の牧師の投稿が掲載されている。それによれば、「自分たちと信仰がちがうからといって、異端ときめつけるのは危険」であり、メノナイト自身も「幼児の洗礼に反対して、信仰を自覚的に告白できる年ごろになっての洗礼だけを本当の洗礼とし…聖書はすべての戦争を禁止していると信じ、兵士になることを拒否…そのため、16世紀のカトリック教会からも、プロテスト教会からも、異端として排撃され、迫害されました」、「世の中の人たちには特殊な信仰と思われても、その信仰は尊重して下さい。本人にとっては、いのちよりも大切なことがらがあるのです。いたずらに異端として排斥だけをしないでください」とした上で、教団に対して「たとえ自分の子どもでも、別人格として尊重していただきたいと望みます。自分の信仰の自由を求めるならば、他人の信仰の自由も認めてください。輸血禁止の信仰は尊重したいと思います。でも、生命を大切にするために、これにかかわる治療法を研究・開発してください。教団としては是認できる方法を見つけてください」⁽¹²⁾と望んでいる。もっとも、最後の治療法に関する部分は、医師に対する要望とも思われるが。

この投稿は、この論文のテーマである「自己決定権と信仰による輸血拒否」について、もっとも重要なポイントを明確に指摘しているようにも思われる。

すなわち、第一に信仰の自由が尊重されるべきこと、いたずらに自分の信じない宗教について異端視することは信教の自由という人権の本質から許されない。第二に、信仰による輸血拒否が尊重されるべきこと、このことは自己決定権の尊重にもつながることになる。第三に、子供といえどもその人格は尊重されるべきであり、そのことは信仰の自由の点からも、この場合の子供の人権は一身専属権的な性格があること、親権も子供の利益を前提として行使されるべきこと等である。以下これらの点について論じてみたい。

(5) 医療側の反応

鳥取大学産婦人科の事例（事例4）では、鳥取大学麻酔科のスタッフの「エホバの証者による輸血拒否の問題点」という論文中で、前述のような事実の概要についての報告につき、それに対する法律上の対処と医学上の対処につき次のように述べているので、その概略を紹介しておく。

法律上の対処について

① 診療上、患者と医師の関係はある程度の契約関係にあると考えて、患者の意思を無視した医

療行為を行うことはできない。しかし緊急時でない限り、指示に従わない患者の診療を拒否することはできる。

② 患者側が輸血を拒否する場合には、まず同意を得るべく最善の努力をする。

③ 患者が成人で緊急性のない場合 患者の意志に反しての輸血の強行は、憲法20条の信仰の自由という基本的人権をおかすことになり、刑法上暴行罪または傷害罪の構成要素に該当するとともに民法上の不法行為にも当たることになる。患者に知られないように輸血したとしても後に輸血による合併症が発現した場合には、その責任を問われる。

以上のことより、患者の診療より手を引くのも一法であるし、また、患者の要求を入れて、たとえ死ぬことがあっても輸血しないのも一法である。ただし、この場合には本人と家族より宗教上の理由で輸血しないことから死亡しても、いっさいの不服はいわないという患者ならびに保護義務者双方の署名捺印のある輸血拒否に関する誓約書を取り、所属長、院長が捺印するとともに一応、裁判所の了解を得ておくが良い（ただし、このような了解を裁判所が与えるか否かはわが国の法制上疑問であろう一筆者注）。勿論、この場合にも後述のような輸血以外の手段を十二分に講じて患者の生命の維持、改善に当るべきであり、これをしないで、漫然と患者を死に至らしめたとすれば、刑事上は業務上過失致死罪。殺人罪との関係が問題となるし、民事上は医師の職務上の職務上の義務怠慢として損害賠償の問題が発生する。また一旦は患者の輸血拒否の希望を応諾した場合でも、輸血が不可避だと判明し、かつ緊急の場合には躊躇なく、輸血を実施すべきであるとする意見もある。

④ 患者が未成年者で緊急性のない場合 親が輸血を拒否する場合である。この場合には小児が成人に達するまではその宗教上の是非を判断する能力がなく、親が子供に宗教を押しつける権利もないこと、また、親権喪失の規定の存在することにより、最終保護義務者は国であると考えられるから、裁判所に輸血を命ずる仮処分命令を求める。この場合、その両親が子供に対する義務に怠慢であるという証拠を提出して、一時的に法的親権者（通常は病院長）を指名してもらい、この親権者の許可を得て輸血を行なうことができる。

⑤ 特殊な状態で緊急のない場合 患者が妊婦あるいは幼小児の親の場合、胎児あるいは小児を守るという理由から米国では裁判所の介入によって輸血が許可されるという。本邦でも輸血許可の仮処分命令を裁判所に求めてみるべきであろう。患者が禁治産者や意思無能力者である場合で家族が輸血を拒否する場合である。この場合にも一般的には最終保護義務者は国であると考えられ、④の未成年の場合と同様の仮処分命令を求めるべきであるが、医学上の無意識者や脳に傷害を受けているような患者で、その近親者が患者の病前の意志として輸血を拒否する場合は複雑である。米国では原則として緊急時のみ裁判所が介入するので、その判例をそのまま本邦にあてはめることはできないが、上記のような場合米国では一般に輸血することが認められる。しかし、イリノ

イ州では輸血の責任を医師がとられた判例がある⁽¹³⁾。

⑥ 緊急時 この場合には医師は患者の生命を守るために必要とされる全ての処置を取ることが要求される。医師は同意を得るために努力する必要があるが、たとえ同意は得られなくても緊急避難の原理（刑法35、37条）によって初期治療を開始するべきであり、輸血をしたことで法律上の処罰を受けることはない。ただし、この場合、輸血が客観的に絶対的に不可欠なものであることが必要であるとされる。勿論、緊急時には輸血拒否を理由として医師が患者の治療を拒否することはできない、としている⁽¹⁴⁾。

（事例2）の川崎市の事件で治療にあたった聖マリアンヌ医科大学では、「患者や家族の同意が得られなくても、緊急時には輸血を行なう」との方針を同大学理事会で決定した。その内容は

- ① 家族が輸血を拒否した場合、あくまでも説得に努める
- ② それでも同意が得られない場合は、医師の責任で輸血する
- ③ 患者本人に意識があり、拒否した場合も、説得に努める
- ④ 同意が得られず、または意識がなくなった場合、やはり医師の責任で輸血を行なう
- ⑤ 具体的な内容は、今後発足させる倫理委員会でさらに検討する などである。

さらに、家族や本人の意向を無視した輸血をし、損害賠償の訴訟をおこされた場合、人命最優先の立場から、大学の責任で受けて立つとの姿勢も確認した。11日（昭和60年6月）の記者会見した同大の渡辺誠事務局長は「われわれは信仰の自由を妨げるつもりはなく、宗教と科学は別だと考えている。今後、国や日本医師会に対し、統一見解を出すよう求めていく」と語っている⁽¹⁵⁾。

この事件をきっかけとして、胸部外科からエホバの証人の患者に開心手術を施行する予定が提出されている東大医学部麻酔学教室の医師らが、胸部外科との討論、麻酔科内での討論、論文検討を通じて定めた対応策を発表している。

ただし、対象はすべて定時手術であって、患者は判断力・知力のある成人で、いずれも本人が明確に輸血拒否を申し出た場合であるとしている。

- ① 患者の希望通り、絶対に輸血をしない。
- ② 輸血しないことで起った合併症、結果に関しては意義を申し立てない旨を病歴に記載させ、患者本人および近親者（配偶者、親または成人に達している子供など）の署名を得る。
- ③ 手術および麻酔が必要であることを病歴に記載する。さらに、輸血が必要であることを患者に説明し、同意を得るべく努力したが不成功に終わったことを主治医または担当麻酔医が病歴に記載する。

④ 当科（麻酔科のこと一筆者注）および受持科の科長より病院長に対して、「エホバの証人」信者の患者の麻酔・手術があるので上の方針で臨みたい、由を口頭（電話）で申し入れて許可を得、同時に同じ内容を文書で病院長に送る。

いわば、上記の4原則は、信仰上の理由から輸血を拒否する患者に対して麻酔・手術を施行するための手続きの一試案として提出されたものであるが、あくまでも患者が知力のある成人で、しかも緊急を要しない手術の場合の行ない方であり、その基本は、

① 患者の意志の尊重 ② 患者の意志の記録 ③ 医師の努力と判断の記録 ④ 病院長の許可の4点で、基本条件として医師団の意志の統一が必要と考える⁽¹⁶⁾、としている。

- (1) 浅井「宗教的信仰に基づく輸血拒否について」日本医事新報 2659号91頁。
- (2) 朝日新聞昭和60年6月7日朝刊。
- (3) 朝日ジャーナル1985年6月28日号 22頁。
- (4) 週刊文春昭和60年6月20日号 30頁。
- (5) 朝日新聞昭和60年6月7日夕刊。
- (6) 朝日新聞昭和51年11月19日朝刊。
- (7) 朝日新聞昭和60年12月4日朝刊。
- (8) メディカル・トリビューン1981年4月16日号。
- (9) 齊藤・青野・佐藤（鳥取大学麻酔科）「エホバの証者による輸血拒否の問題点」日本医事新報 2932号30頁。
- (10) 朝日新聞昭和60年6月11日朝刊。
- (11) 朝日新聞昭和60年6月12日朝刊。
- (12) 朝日新聞昭和60年6月19日朝刊。
- (13) In re Estate of Bernice Brooks, 32 Ill. 2d 361, 205 N.E. 2d 435 (1965). なお、この判決については次稿でふれる。
- (14) 前注(19) 32頁。
- (15) 朝日新聞昭和60年6月12日朝刊。
- (16) 諏訪・花岡・山村「エホバの証人の輸血拒否への対応一試案」麻酔 X X IX 3 274頁。

2. エホバの証人（ものみの塔）についての若干の知識

エホバの証人は、アメリカのペンシルヴァニア州アレフェネーの聖書研究者チャールス・テーズ・ラッセル（1852～1916）が、1870年ごろ、聖書のなかにキリストの再臨を予言した言葉があるのに注目して、1875年「主再臨の目的とその状態」と題する小冊子を発刊し、1877年にはS・H・パーバとともに「三つの世界または救いの計画」を著わして、キリストの再臨は目に見えない間に1874年すではじまっており、40年後の1914年に最後の審判のときがくるであろうと主張し、1879年からは機関誌「シオンのものみの塔およびキリスト臨在の告知者」(Zion's Watch Tower and Herald of Christ's Presence)―現在の「ものみの塔」誌―を毎月2回ずつ刊行して、キリストの臨在を熱心に唱道した。ついでラッセルは、1881年「聖書研究」(全7巻)の著述に着手して聖書の語義解明の仕事も進めるとともに、1884年にワッチタワーを正式の名称とする協会―Watch Tower Bible and Tract Society (日本における現在の名称は「ものみの塔冊子協会」)―をピッツバーグ

を本部として設立し、ラッセルが協会の初代会長となった。

1909年、ラッセルはワッチタワー協会の本部をニューヨークのブルックリンに移し、1911年～12年には世界一週の伝道旅行を行ない、再臨を予告する教義の伝道・普及につとめた。ラッセルは聖書を唯一の真理の書とし、聖書を通常の教会の牧師や司祭の単なる小道具とすることから、神の啓示と人類を直接的に結ぶ位置にひき戻そうとした。

その教義の特徴は、キリスト教の三位一体の教えを否定し、エホバを最高、唯一の神とし、イエス・キリストの神性を否定した。

ラッセルによれば、カトリックやプロテスタントなどの教会組織もまた我欲と不正不義に墮した地上の悪の組織の一つである。そうした宗教制度の悪を排して、「主よ、あなたのみ言葉は天においてとこしえに堅く定まり、あなたのみことばはよろずよに及びます」（詩篇第119の89～90編）一節その神エホバが聖書に明示されたはずの至上目的をひたすら求めようというのがラッセルの志向したことであった。

神の至上目的は、ワッチタワーの教理では、キリストの再臨により悪の組織制度の支配する地上に「終りの時」を招来し、同時に「神の国」(God's Kingdom)の建設がなされることである。

ラッセルは、「待っていて1335日に至る者はさいわいです」（ダニエル書第12章12節）、あるいは「わたしは1日を1年として40日をあなたのため定める」（エゼキエル書第4章6節）といった聖書記載の象徴的な数値を手がかりに聖書年表を作成し、「終りの時」はすでに1799年に開始され、キリストの再臨も1874年にはじまっており、最後に、異邦人支配の悪しきこの世が終ってメシア・キリストが統治権を行使しはじめるのは1914年で、この年革命的な出来事が地上人類間における従来王国の秩序を粉砕して終りにいたらせるだろう、と主張した。

ワッチタワーの教義は、こうした形をとり、最初から教会ないし政治・経済社会批判の要素や姿勢を強くもっていたことになる。しかし、ラッセルのいう1914年の「終りの時」はついに来なかった。そのため、従来ワッチタワーから批判されていたカトリックやプロテスタントなどは、反撃に転じてラッセルを中傷・非難し、彼は失意のうちに1916年10月に死んだ。

2代目の会長には、ミズリー州判事もつとめたラザフォード（1869～1942）がなり、教義の敷衍をはかるとともに、現実主義的傾向を一層伸長させた。おりしも第1次世界大戦中のアメリカで、ワッチタワーの国家制度を悪とする教義の影響により、20数人のワッチタワーの若者たちが徴兵を拒否した。

ワッチタワーの若者の徴兵拒否は、聖書の真理に忠実であろうとし、福音書の「殺すなかれ」を実践した行為であった。

しかし、徴兵拒否者がその後も続出するに、及んで、彼等は軍に拘留され、ラザフォードらワッチタワーの関係者8名は、エホバの証人⁽¹⁾から徴兵拒否者をだしたため、スパイ容疑と国家に対す

る不服従と不忠節をすすめた罪に問われ、20年の重刑に処せられた。この判決以後、エホバの証人たちは多くの迫害をうけるようになり、遂にはワッチタワー本部の閉鎖にまでいたるようになる。

その後、大戦の終了や70万人の署名による連邦最高裁に対する請願もあり、連邦最高裁もラザフォードらエホバの証人の釈放を命令し、やがて前の判決を却下し、翌年には全員に無罪の判決をいわたした⁽²⁾。

この判決は、合衆国憲法における信教の自由の重さを内外に示すとともに、エホバの証人の宗教的立場が認められたことを示すものであった。

ラザフォードは改めて1914年を「終りの時」のはじまりとし、現世を構成していた地上人類間におけるすべての秩序、組織制度は終結期に入り、天上においてはすでにキリストの臨在期間がはじまったと規定した。

1919年以後、「神の立琴」「神の救い」「創造」などの著者や機関誌を発刊して教義の普及につとめた⁽³⁾。

エホバの証人はキリスト教諸派からは、統一教会(原理研究会、国際勝共連合)、モルモン教とともにキリスト教の三大異端とよばれている。

日本には約10万人、全世界では約284万人の信者がいる。エホバの証人の日本における本山ともいえるのは、「ものみの搭冊子協会日本支部」で、神奈川県海老名市に約7万平方メートルの広い土地に大小のビルが並んでいる。エホバの証人の教義はキリスト教の聖書にもとづくが、しかしイエス・キリストを神と認めない。

また「あなたは自分のために、刻んだ像を造ってはならない。上は天にあるもの、下は地にあるもの、また地の下の水のなかにあるものの、どんな形をも造ってはならない。それにひれ伏してはならない。それに仕えてはならない」(出エジプト記第20章4～5節)や「彼はもろもろの国のあいたにさばきを行い、多くの民のために仲裁に立たれる。こうして彼らはそのつぎを打ちかえて、すきとし、そのやりを打ちかえて、かまとし、国は国にむかって、つぎをあげず、彼らはもはや戦いのことを学ばない」(イザヤ書第2章4節)にあたるとして、あらゆる偶像崇拜を拒否し、高校などにおいては、信者の生徒は格闘技を拒否する。千葉県検見川高校では、信者生徒が60年5月2日必修課目である剣道の時間に竹刀をもつことを拒否したため、教師に顔をなぐられた上、足払いをかけられるという体罰事件を生じている。千葉県教育委員会の話では、県内146高校のうち女子高13校を除いてすべて柔剣道は必修で、県内で過去10年間に約80人の信者の高校生が格闘技をめぐるもめている。昨年も千葉西高で柔道の実技を拒否した男子の信者生徒が、学校側の説得により通信制高校に転校した。こうした問題は千葉県だけでなく、北は北海道から中部、関西まで同じ問題がおきていて、とくに兵庫県の公立高校の姿勢は固いといわれている⁽⁴⁾。

兵庫県立兵庫工業高校では、エホバの証人の信者の3年生人が「信仰に反する」と体育の格技授

業を拒否したた、卒業が認められず退学したことが明らかになった。3人は（男子2人は柔道か剣道、女子は剣道が必修）闘争を目的とした格技は信仰に反すると授業を拒否。学校側は、「できるだけ譲歩して代替授業をすすめてみたが、すべて拒否されたとし、3人は留年を言い渡されたため自主的に退学し、その後は布教活動を続けている⁽⁶⁾、という。

さらに信者生徒は、校歌、「君が代」斉唱、学校委員や生徒会の役員に選ばれることも拒否する。そして、「現実政治には中立、つまり不参加がエホバの教えだから」と説く。他教派・他宗派はもちろん、これらに関連するもの、ないし偶像崇拜に関連するものは排除するのがエホバの証人の教義だから、神社や仏閣への参詣、正月・ひな祭り・たんごの節句・七夕祭り・誕生日のお祝い・クリスマスなどは一切してはならず、葬式に参列はするが焼香はしない。

「この世は悪魔の支配下にある。この世を支持することは、神の王国を支持しないことになる」と説くエホバの証人は、この基本的理念に反するようなこの世の出来事には批判的で、選挙には投票しない、政党・労組には参加しない。国旗掲揚・国家斉唱は拒否する、自衛官・警官は辞職しないかぎり信仰とは両立しない、等の立場をとっている⁽⁶⁾。

- (1) エホバの証人またはエホバの証者 (Witness of Jehovah) という名称は、洗礼をうけたものは聖書に示されたエホバの目的を証する人間という意味で、この宗派に牧師はいない。エホバの証人を正式な名称としたのは1931年であるが、この時期から使われたように見える。
- (2) これ以後、エホバの証人の関係者は数多くの訴訟に関与せざるをえない、連邦最高裁判所の扱うところとなった。R. T. Miller & R. B. Flowers, *Toward Benevolent & Neutrality: Church, State, and the Supreme Court* (Baylor University Press, Waco, TX, 1977), 60~65.
- (3) ここまでの「エホバの証人（ものみの塔）についての若干の知識」についての記述は、現在のところ日本で入手できるエホバの証人についての著作のなかではもっとも正確であると思われる稲垣真美著『兵役を拒否した日本人』・岩波新書であるので、その10頁から17頁を、その他の文献を参照しながら原文に近い形で引用させて頂いた。
- (4) 朝日ジャーナル1985年6月28日号 24頁。
- (5) 朝日新聞昭和62年5月28日朝刊。
- (6) 前注(4)24頁。

3. エホバの証人と輸血拒否

またエホバの証人は、旧約聖書の記述の独特の解釈によって輸血をも拒否する。

エホバの証人の輸血拒否の理由は、基本的には信仰上の理由であるが、医学的にも輸血が必しも万全でない点を指摘している。

エホバの証人は「エホバの証人と血の問題」という小冊子を発行しているが、以下その小冊子の記述を中心に、彼等の輸血拒否の理由を信仰上の理由と医学上の理由の二点からふれてみたい。

(1) エホバの証人の輸血拒否の信仰上の理由

エホバの証人が、その教義にもとづいて輸血を拒否したのは、その運動の組織化された当初からではないようである。

エホバの証人は、第2次世界大戦の野戦病院で輸血に反対したが、それは輸血自体が聖書の教えに反するというよりも、戦争の手段となり血をまき散らす兵士の介護を拒否するという、反戦の信念によるものであったという⁽¹⁾。

1945年7月10日発行の、エホバの証人の機関誌「Watchtower」が、輸血拒否を表明した最初であり⁽²⁾、その後の同誌で輸血が道徳的に悪であり医療上も危険だとして輸血拒否を信者に呼びかけたという⁽³⁾。

エホバの証人の、輸血拒否それ自体の根拠となったのは、「おおよそ、ほかの神を選ぶ者は悲しみを増す。わたしは彼らのささげる血の灌祭は注がず」（詩篇第16篇4節）であるという⁽⁴⁾。

その後、創生記第9章3～4節の「すべて生きて動くものはあなたがたの食物となるであろう。さきに青草をあなたがたに与えたようにわたしはこれらのものを皆あなたがたに与える。しかし肉を、その命である血のままで、食べてはならない」、レビ記第17章14節の「すべて肉の命は、その血と一つだからである。それでわたしはイスラエルの人々に言った。あなたがたは、どんな肉の血も食べてはならない。すべて肉の命はその血だからである。すべて血を食べる者は断たれるであろう」などをその根拠に加えていたが、さらにその後「すなわち、聖霊とわたしたちとは、次の必要事項のほかは、どんな負担をも、あなたがたに負わせないことに決めた。それは、偶像に供えたものと、血と、絞め殺したものと、不品行とを、避けるということである。これらのものから遠ざかっておれば、それでよろしい」（使徒行伝第15章28～29節）をも根拠に追加するようになった。

そしてこの事は、キリスト教徒がモーゼの律法の下にいないが、なお「血を避けるように」という教義を守るべきこと⁽⁵⁾、すなわち、エホバの証人は、旧約聖書のユダヤ教徒に与えられた教義だけでなく、キリスト教の教義をもかたく守っているのだということを意味している⁽⁶⁾。

エホバの証人は、血は生命のために肝要であり、血液が生命の維持のために重要な機能を果していること、輸血が現代の医療において大きな地位を占めていること、多くの人々が輸血を治療法とみなしていること等を認めている。彼等が煙草ものまず、惑溺性の麻薬を用いず、墮胎などを求めないのもエホバの証人が生命を大切にし、それを極めて尊重すべきものとしているのが理由としている⁽⁷⁾。

そして、聖書には血について述べている箇所が400以上あり、いくつかの章句は血を用いて生命を支える問題につき特に上記の点をあげているのである。

エホバの証人は、「肉を、その命である血のままで、食べてはならない」（創生記第9章4節）と「どんな肉の血を食べてはならない。すべての肉の命はその血だからである」（レビ記第17章14節）を直接の根拠として、この教義をさらに人間の血液に対しても適用させ、血液を体内に入れることは、経口的であれ、経皮的、経血管的であれ、同様に神に対する冒瀆である、として輸血を拒否するのである。

この輸血の拒否は、全血ばかりでなく、血液成分である プラズマ や アルブミン 製剤 を も 否定し⁽⁸⁾、また自家輸血の使用も制限する。彼等の見解によれば、一度体外に出血した血液は、自分の血であっても再輸血が許されない⁽⁹⁾ので、開心術の際も、一度採血管あるいは挿入管を患者から取りはずした場合は、人工心肺内に残っている血液を集めて輸血する、ということもできない⁽¹⁰⁾。しかし、生理食塩水やブドウ糖液などの輸液剤の使用は認める⁽¹¹⁾。

キリスト教の他の教派の人達は、聖書が禁じているのは血を食物として食べることであり、これは、聖書時代には知られていなかった医学的処置として輸血を受けることとは根本的に異なる⁽¹²⁾、という理由で反対している。

これに対してエホバの証人は、聖書の時代、この神の律法が血を食物として消費することに特に当てはめられたことは確かであり、血を静脈を通して投与することはその当時行なわれていなかったが、聖書が血を用いる現代の医学技法について直接論じていなくても、事実上それを見越し、原則においてそれを包含する定めを設けていたし、「偶像に供えたものと、血と、絞め殺したものと、不品行とを避けるということである。これらのものから遠ざかっておれば、それでよろしい。」（使徒行伝第15章29節）という教えは、血を口に取り入れることと血管内に取り入れることとに区別を許すようなことは何も述べられていない⁽¹³⁾、と反論する。

（2）エホバの証人の輸血拒否の医学上の理由

エホバの証人の輸血拒否の理由は、以上述べてきたように、根本的には信仰上の理由によることは疑いない。

しかしキリスト教精神療法の信者であるクリスチャン・サイエンティストや土曜日を安息日とする浸礼教会の一派であるセブンスデイ・エバンジェリスト達はあらゆる医療処置を拒否し、ローマカトリック教会は墮胎を禁止する。エホバの証人は一切の医療に反対する熱狂者ではない⁽¹⁴⁾。しかるにエホバの証人の輸血についてのみ大きく社会的問題として取りあげられるのは何故であろうか。

「エホバの証人を扱う場合、外科医師団はしばしば感情的になり、混乱し、非合理的になる。それはエホバの証人の拠って立つところが科学よりむしろ宗教だからである」とのある麻酔医の指摘があり⁽¹⁵⁾、彼等は宗教的不寛容の犠牲者であるという。その背景には、「輸血は人命を救う」という信念を大多数の医師が抱いていること、とくに赤十字社などがその点につき大きな影響力を及ぼしているようである。

この点につき、エホバの証人は、輸血が医学的にも必しも万全でないとして、以下のような点を指摘している。

「輸血は、相当の危険を伴う処置、死の危険性をさえはらむ処置とみなされねばならない」⁽¹⁶⁾、
「生化学的製剤の中で、血液ほど、医療における致命的過誤の可能性を秘めているものはない。血

液銀行に並ぶ血液の一びん一びんがニトログリセリンのびんともなり得ることを痛ましい思いで知った医師は決して1人ではない⁽¹⁷⁾、などと輸血には危険性が伴うことを指摘し、エホバの証人が輸血を忌避する基本的な理由は信仰上のものであるが、医学的にも全く道理に外れたものでないと説いている⁽¹⁸⁾。

そして、危険の存在することを単に強調するだけでなく、具体的にその危険についてふれ、エホバの証人の取る立場が信仰上の理由によるものであっても、医学的に見ても利点のあるものであることを論証しようとする。直接の反応としての発熱反応は、大抵はうまく対処することができるが、「激しい発熱性の副作用も起き、ある種の重症患者の場合には相当の圧迫となって生命を脅かす」こともありうる⁽¹⁹⁾。

血液型の不適合があると溶血性の副作用がおき、腎臓の機能不全やショック、さらに死に至る場合もあり、とくに麻酔下の患者にとって溶血性の反応は特に危険である⁽²⁰⁾。

また起き得る副作用には、疾病の伝染があげられる。最近とくに注目をあびているエイズの感染はもとよりのこと、血清肝炎は輸血に伴う特に危険な併発症とされる。アメリカの場合、輸血後の肝炎になる人は毎年3万人ぐらいで、そのうち1,500人～3,000人が死ぬとしばしばいわれてきた⁽²¹⁾。そして、輸血から肝炎にかかることを「許された危険」と見る立場があり、「治療できる肝炎にかかっても、輸血しないで患者を死なせるよりはよい」と考える医師もいるかもしれない。

しかし、そのような考え方は、輸血に対する患者の良心上の忌避を「自殺的」または取り上げるに値しないものとして退ける十分な理由にはならない、とする⁽²²⁾。

そして、輸血から血清肝炎にかかった人たちのがその結果として死にいたる⁽²³⁾、と説く。

したがって、血清肝炎だけが輸血後におきる病気の危険であるとしても、それは、人が輸血を受けることをためらう医学上の十分な理由になり、しかも肝炎はその危険の1例に過ぎない⁽²⁴⁾。

「血は危険な薬剤とみなすべきであり、モルヒネと同じほどの慎重さで用いるべきである⁽²⁵⁾」とし、それ以外にも、梅毒感染の危険、サイトメガロウイルス感染やマラリアを広める危険、さらにまた、熱帯地域に輸血により伝わるシャガス病、アフリカ嗜眠病、フランベシア、糸状虫病などの危険にもふれた上で、輸血に伴う危険の将来の見通しについても、「伝染する疾病の細目は変わり、また必ずや増えるであろう。腫瘍と関係のあるウイルスが人間の血液の中にさらに検査されてゆくにつれかなりの不安が生ずることであろう⁽²⁶⁾」としている。そしてその上で、エホバの証人が輸血を受けない根本的な理由は聖書にあり、その忌避は基本的に信仰上のものであり、医学上のものではない。しかし、輸血に大きな危険を伴うということは、エホバの証人の取る立場が、医学的に見ても決して道理に外れたものでないことを裏書きしている⁽²⁷⁾、と結んでいる。

ついで、輸血に代わる治療処置の採用を主張する。すなわち、緊急でない手術の場合、医師は事前または事後に、アミノ酸類、または注射や経口投与できる鉄剤投与によって、患者の血の増強を

行ないうる。超低体温法が手術時の失血量を最小限にするのに役立つこと、最も効果があったのは、どんな小さなものでも切れた血管を一つ一つ手まめにふさいでいくことであり⁽²⁸⁾、「輸血の許されない状況下で手術をするとなるといきおい技術は向上するはずである。出血している血管を1つ1つ押さえてゆく点で多少とも積極的になるのである」⁽²⁹⁾と述べている。

そして、エホバの証人は信仰上の理由で輸血を拒否するが、無血性の血漿増量剤の使用については異議はないとした上で、無輸血の手術について話をすすめ、エホバの証人の患者の心臓手術を例にあげている。すなわち、テキサス心臓病院のデントン・クーリー(M. D.)をチーム・リーダーとする外科チームは、エホバの証人の手術を決定し、必要な人工心肺装置を血液で始動させたり、手術中や手術後に輸血ができないため、血漿増量剤を採用した。クーリーによれば、「我々はエホバの証人たちにおける良好な結果に大いに感銘し、その手法を我々が手がける心臓患者すべてに用いるようになった。これまでのところ驚くほどの良い成果を収めており、我々の心臓移植手術にもこれを採用した。…我々はどのような状況下でも輸血を行なわないとの協約をエホバの証人と結んでいる。したがって、患者たちはそのことに伴う危険を忍ぶことになる。我々は彼らのために血を用意しておくことさえしないからである」⁽³⁰⁾

この無輸血手術については、アメリカでエホバの証人の患者を7,000例以上行なったというニューヨーク医科大学臨床外科教授の広瀬輝夫の記述を紹介する。広瀬教授によれば、「過去20年間にエホバの証人の手術を7,000例以上行なってきた。しかし、大手術だけとっても死亡率は0.5%以下と、一般の人たちの手術による死亡率よりもむしろ低率である。輸血しなかったのが原因で死亡したのは2例だけで、その1例は心臓手術の終了後に、もう1例は大動脈瘤の術前破裂だった。他の死亡例はガン末期患者と心臓病末期患者だったが、手術中に死亡したケースは1例もない。……この20年間に私が行ったエホバの証人の開心術は、最年少は6歳の男子の心室中隔欠損症閉鎖術(20年前)から最年長は74歳男子の大動脈弁置換手術と冠動脈バイパス手術の同時施行例(60年9月)まで入れて全部で348例にのぼるが、死亡率は初期の高かったころを含めても6%以下である。僧帽弁・大動脈片の同時置換手術も4例あったが全部生存。中でも1例は心内膜炎併発例で、血色素9mg/dlの貧血状態で緊急手術を行った。この患者は今も存命中…。

一番難しかったのは、9歳児の心室中隔欠損症の再手術だった。1歳時に行われた肺動脈の絞扼術の部分が完全に骨化していて、その切開に骨折刀を使ったほどだった。これらを含めて幼児の心臓手術は全部で45例であるが、1例の死亡例も、輸血例もない」という⁽³¹⁾。そしてなお、手術は止血第一主義で臨み、「これには電気メスを使用するか、レーザーメスを使うと、出血量は半減できる。さらに、いかに小さな血管でも先に結紮してから切り離す、心膜の切開も電気メスを使用する、ヘパリン投与を皮膚切開と同時にを行い、少量の血液でも人工心肺に還す、縫合は綿密に行い、必要なら二重縫合を行う、術後、何度も出血があるかないかを点検して、小さな出血も電気メスで

凝固するか、細い縫合糸も縫う、全部の残余血液も、動脈挿管を通じて注意深く患者に返還することである」等と述べている。

また、「特殊な症例としては、特異性血小板減少症で脾摘出が必要なケースがあったが、血小板数を術前に副腎皮質ホルモンで25,000位（正常の10分の1）にできれば、術中の出血の心配はなく、5例手術してすべて全治している。そのほか、黒人の信者の中には鎌球赤血球貧血の患者が多いが、その合併症として胆石、とくに胆管結石がある。このケースは小児に特に多く、黄疸と貧血があるため出血しやすいが、これも3例手術し治っている」ともいう。

「開心術で出血のため死亡した私の1症例の患者の場合は、凝固因子欠損を術前に見逃したもので、血色素量が1.8 gmまで低下し脳軟化症となり、3週間後に血色素量が8 gmに戻ったものの意識は回復せず、1年後に死亡した。

一般に血色素量は、3 gmまで下がっても患者は意識を失わないが、2 mgになると昏睡状態になる。一番重要なのは、絶対に血圧を収縮期80 mmHg以下に下降させないこと。このため、失血量の3倍くらいの輸液が必要であり、術後に血色素量が3 gmになった症例では、出血は2,500 ccだったのに12,000 ccを輸液して生存できた。

このケースは、ヘスパンが入手できず、リンゲル液を輸液したのみだった。リンゲル液は多量に与えないと組織内に浸入してしまうため、この場合、全身浮腫を起こしても仕方がなかった。しかし、その浮腫も3日くらいで回復した。出血性胃潰瘍や潰瘍性大腸炎など数例では、術前から血色素が3 gmくらいしかなかったが、いずれも胃切除、大腸全摘出を行っても回復している」

「貧血の患者は当然、他の血液成分、血小板凝固因子、白血球も減少しているので、術中は出血しやすいが、丁寧に止血すれば大手術でも200 cc以下の出血に抑えることが可能である。

子宮出血や腎臓、消化器管からの出血の患者の多くは、他の病院で既に1週間前後、姑息的内科治療を受けてから紹介されてくるので、大部分の患者の血色素量は、最低手術可能といわれる9 gm以下、平均すると6 gmくらいだが、不思議なことに1例も術後に失血死した症例はない。これから考えると、現在標準とされている輸血量は、必要以上と思われる」⁽³²⁾

また、東大医学部麻酔学教室の報告では、1975年3月以来、8例のエホバの証人の患者の麻酔を経験したが、いずれを無輸血手術に成功している。

症例は、13才から41才までの女性8名であり、1975年3月（39才の女性）僧帽弁狭窄症のため開心式僧帽弁交連切開術を行ない約1か月後軽快退院、1975年9月（41才の女性）僧帽弁狭窄症および左房内血栓症の疑いのため、開心式僧帽弁交通切開術を行ない約1か月後軽快退院、1976年11月（13才の女性）心室中隔欠損症および右心室二腔症のため欠損口閉鎖術および異常筋束切除術を行ない約1か月後軽快退院、1977年9月（37才の女性）僧帽弁狭窄症および左房内血栓症の疑いのため開心式僧帽弁交連切開術を行ない約3週間後軽快退院、1978年7月（42才の女性）耳下腺腫瘍摘

出術を行ない1週間後退院, 1978年7月(37才の女性)心内膜欠損症のため1次口閉鎖術を行ない約1か月後に軽快退院, 1978年(43才の女性)僧帽弁狭窄症兼閉鎖不全症および三尖弁閉鎖不全症のため二弁置換術を行ない二弁置換後心不全で人工心肺からの離脱不能にて死亡, 1978年9月(35才の女性)僧帽弁狭窄症のため開心式僧帽弁交連切開術を行ない約1か月後軽快退院した。

ただし, 1例だけが上記のような理由で死亡しているが, 無輸血手術に際しては, 術中および術後の出血量を最小にするように細心の注意を払わなければならないが, それとともに十分な輸液管理が必要である⁽³³⁾, としている。

- (1) 滝沢「エホバの証人輸血拒否事件」判例評論332号18頁。
- (2) 同上 18頁。
- (3) 同上 18頁。
- (4) 同上 18頁。
- (5) 『エホバの証人と血の問題』10頁その他。この小冊子は63頁からなるもので, エホバの証人の立場から, エホバの証人が輸血を受けないのはなぜか。医薬としての血。輸血を拒むことは一種の自殺行為か。医師の役割。子供が関係している場合。輸血を拒むのは医学的に見て道理に外れたことですか。輸血はどれだけ危険か。輸血に代わる治療処置。無血の大手術。あなたはどうかされますか。引用資料。以上の11項目に分けてその教義と立場を説明したものである。
- (6) 前注(1)18頁。
- (7) 前注(5)3頁。
- (8) 花岡・諏訪・山村(東京大学医学部麻酔学教室)「Jehovah's witnessの麻酔とその対策」麻酔 X X VIII. 11. 1196頁。
- (9) 広瀬輝夫『アメリカが大変だ』105頁。
- (10) 前注(9)105頁。
- (11) 前注(8)1196頁。
- (12) 前注(5)18頁。
- (13) 前注(5)19頁。
- (14) 前注(5)27頁。
- (15) M. J. Penton, op. cit., p. 239。
- (16) Clinical Hematology, by Professor Maxwell M. Wintrobe, p. 474。
- (17) Medical Economics, December 11, 1967, p. 96。
- (18) 前注(5)43頁。
- (19) Hematology, by Professor James W. Linman, P. 991。
- (20) Journal of Forensic Sciences, January 1969, p. 87。
- (21) Annals of the New York Academy of Sciences, January 20, 1975, p. 191。
- (22) 前注(5)45頁。
- (23) 前注(5)46頁。
- (24) 前注(5)46頁。
- (25) University of San Francisco Law Analysis (1976), pp. 27, 28。
- (26) Surgery, February 1974, p. 275。
- (27) 前注(5)48頁。
- (28) 前注(5)49頁。

- (29) American Journal of Obstetrics and Gynecology, June 1, 1968, p. 395。
- (30) The San Diego Union, Sunday, December 27, 1970, p. A—10。
- (31) 前注(9)109頁。
- (32) 前注(9)112頁。
- (33) 前注(8)1196頁。