チャプレンに求められる守秘義務に関する考察

山本 佳世子

（和文要旨）

医療・福祉の現場で活動する宗教者であるチャプレンが増えている。そこでは他職種との連携が非常に重要になってくる。宗教者であり、且つケアチームの一員であるチャプレンが担う倫理的責任として、守秘義務の問題を検討する。宗教者は刑法において、医師や弁護士と並んで守秘義務を課せられており、宗教者として聴いた言葉は誰にも漏らしてはならない。医療従事者もまた、守秘義務を負い、患者情報を外部には決して漏らしてはならないが、よりよい診療のために医療チーム内では共有することができる（拡大守秘義務）。それでは宗教者であり、かつチーム医療の一員であるチャプレンはどのような守秘義務を負うのだろうか。宗教者の守秘義務およびチーム医療における拡大守秘義務について考察し、チャプレンに求められる守秘義務と情報共有のあり方について示す。

(SUMMARY)

Today the number of chaplains working for hospitals and welfare centers in Japan is increasing. In these settings, it is important for chaplains to cooperate with other health care professionals. This article examines the issue of confidentiality with regard to chaplains, who effectively belong to two professions, as religious professionals and as members of health care teams. The duty of confidentiality of the religious professional is protected by criminal law, as it is for doctors and lawyers. However, health care professionals are allowed to share information with their health care colleagues in order to ensure an effective team approach to care. How, then, is confidentiality affected when chaplains work in a health care settings? This article examines the duty of confidentiality in terms of religious and health care professionals. Analyzing the results, the article proposes some principles regarding the confidentiality-related practices of chaplains working in health care settings in Japan.

１．はじめに

医療・福祉の現場で活動する宗教者が増えている。キリスト教系の病院で活動するチャプレン[(1)] の歴史は長い。彼らは院内でミサを司式し、聖書について語り、時に洗礼を授けるなど、主に患者の宗教的ケアを担ってきた。それが、今日ではスピリチュアルケアを専門とする宗教者として注目されるようになってきている。その背景には、WHO（世界保健機関）で 1999 年に「健康の定義」に “spiritual” の文言を入れるという決議案が出され、2002 年には緩和ケアの定義でスピリチュアルペインに言及すること等を通じて、緩和ケア領域におけるスピリチュアルケアの重要性が認識されるようになったことがある。現在では、宗教系の病院の緩和ケア病棟ではチャプレンが常勤ないし非常勤で勤務していることが多い。非宗教系の病院でも、スピリチュアルケア専門職として宗教者が雇用される例も出てきており[(2)]、ボランティアで活動を行っている宗教者も数多い。スピリチュアルケアが提唱されるようになった当初は、その対象として死が逼迫している終末期の患者が主に想定されたため、緩和ケア病棟を中心に広がったが、近年では急性期病棟にも広がりつつある[(3)]。高齢者や認知症者に対するスピリチュアルケアの重要性も提起され、高齢者福祉施設で活動するスピリチュアルケア専門の有償・無償の宗教者も増えてきている[(4)]。

以上のように宗教者による医療・福祉分野での活動が「スピリチュアルケア」という形で浸透して来る中で、医療チームの一員として活動する宗教者すなわちチャプレンが求められるようになってきている[(5)]。そこでは、チャプレンと他職種との連携が

---

(1) チャプレンとは、教会・寺院等に属さずに施設や組織で活動する、何らかの理由で教会に通うことのできない状況にある人たちのための宗教者である。本稿では、その中でも特に医療・福祉施設で活動するチャプレンを指すこととする。なお、仏教チャプレンのことをビハーラ僧と呼ぶこともあるが、本稿では宗教・宗派を問わず、医療・福祉施設で活動する宗教者を「チャプレン」とする。

(2) チャプレンを雇用している／していた非宗教系病院として、社会医療法人生長会府中病院（大阪南部にある急性期総合病院）、医療法人社団爽秋会岡部医院（仙台を中心に在宅ケアを行う）などがある。

(3) チャプレンを雇用している急性期病院として、社会医療法人生長会府中病院や社会福祉法人石井記念愛染園附属愛染橋病院がある。公立の急性期病院である市立堺病院では、スピリチュアルケア専門のボランティアが約 10 年に亘って活躍している。このいずれの病院も、緩和ケア病棟は有さない。

(4) NPO 法人ビハーラ 21 あかんのんや社会福祉法人慶徳会常清の里は有償のビハーラ僧が活動している。NPO 法人くろとり山荘のように、ボランティアでスピリチュアルケア専門の宗教者が関わっている福祉施設もある。

(5) スピリチュアルケアの専門職に求められる能力として、日本スピリチュアルケア学会は

非常に重要になり、そのためには各専門職間での情報共有が必須となる。しかし、宗教者は刑法で守秘義務を課せられた存在であり、宗教者として聴いた言葉は誰にも漏らしてはならない。一方で、医療従事者もまた守秘義務を負い、患者情報を外部には決して漏らしてはならないが、現在ではよりよい診療のために医療チーム内では共有することができるとされている[(6)]。雇用契約下にあるチャプレンは、雇用主への報告義務もある。それでは宗教者であり、かつチーム医療の一員であるチャプレンはどのような守秘義務を負うのだろうか。

日本スピリチュアルケア学会のスピリチュアルケア師に関する倫理規定方針では、得られたケア対象者の情報を守秘すべきか他職種と共有すべきかを「適切に判断する責任を有する」[(7)] とある。では、どのような条件において、どのような内容の情報共有は適切と認められるのであろうか。本稿では、宗教者の守秘義務およびチーム医療における拡大守秘義務についての考察を通じて、宗教者であり、かつケアチームの一員であるチャプレンが担う倫理的責任として、守秘義務の問題を検討する。

特に、欧米諸国に比して近代医療の中で「宗教」を排除する傾向の強かった日本において、医療にスピリチュアルな次元を取り入れるということは、大きな枠組みの変更を迫るものである（桐原 2009: 131-133）。チャプレン守秘義務の問題は、この試みの中で起こる大きな葛藤の一つであり、検討する意義は大きい。

２．宗教者の守秘義務

刑法 134 条「秘密を犯す罪」には、「宗教、祈祷若しくは祭祀の職にある者又はこれらの職にあった者」は、「正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたとき」には、「6 月以下の懲役又は 10 万円以下の罰金に処する」とある。医師や弁護士等と同じように、宗教者にも罰則付きの守秘義務が課せられているのである。これらの職にある者は、職務上、人の秘密を知ることが多く、

第一に「医療・福祉・教育・産業を始めとする諸分野で、他職種との連携（ケアチーム）の中で、責任をもってスピリチュアルケア領域の専門性を担う能力」を挙げている（「日本スピリチュアルケア学会資格認定方針」http://www.spiritual-care.jp/）。特に非宗教系病院においては、チャプレンを受け入れるにあたっては、チーム医療への貢献が必須である。スピリチュアルケアとチーム医療の関係については、伊藤（2009）、小西（2011）が詳しい。

(6) このような考え方は、拡大守秘義務、集団守秘義務、守秘義務圏などと呼ばれる。

(7) 日本スピリチュアルケア学会倫理委員会「日本スピリチュアルケア学会 スピリチュアルケア師倫理規程方針」http://hccweb5.bai.ne.jp/~hee76001/jssc20120529/CCP024.html

それがみだりに漏示されることになれば人は安心してこれらの職にある者を利用できなくなる。そのため、刑法によって秘密の遵守を担保することで、秘密を保護すると同時に、一般の人が安心してこれらの職にある者に秘密を開示できるようにすることで職業を保護する機能ともなっている（米澤 2000: 340）。

他方、宗教者の守秘義務については、法律とは別にそれぞれの宗教・宗派でも守秘義務が課せられていることがある。例えばカトリックの告解で話された内容は決して他に漏らしてはならない。カトリックの告解の内容を暴露することは神への冒涜であり、告解者本人も他者へ漏らしてはならないとされる（日本カトリック司教協議会 2002: 450）。祈禱の場合も宗教宗派ないし祈祷の種類によっては、祈祷者は祈祷内容を他者に話してはならず、内容が他に漏れると効力がなくなってしまうと考えることもある。宗教者は神仏などの聖なるものへの言葉を媒介することのできる存在であり、そうした聖なる存在への言葉は、この俗なる世界においては秘密にされるべき内容と考えられるのである。

告解を儀式とするのはカトリックだけであるが、カトリックの司祭であれ、プロテスタントの牧師であれ、ユダヤ教やイスラームであれ、仏教であれ、スピリチュアルな指導者である聖職者に打ち明けられた内容の秘匿を義務づけるという考え方は、世界中で認められている[(8)]。川上は宗教者の守秘義務について「宗教は、宗教者各位の内面から湧き上がる思いによって、その信徒・門徒の内面にまで入り込むほど、一人一人の魂に密着している。そうした密着が許されている故にこそ、宗教者は法的に守秘義務を課せられている」（川上 2014: 219）と述べている。宗教者は信徒・門徒との関わりにおいて、その人の存在をまさに支えている根源的な部分―その人と超越的存在との関係や、その人自身の内面深くにある究極的自己―であるその人の魂に触れることがあり、それはとても聖なる瞬間であると同時にとても個人的な瞬間である。このように主に対話を通じて相手の魂に触れ、寄り添うことを通じて新たな気づきを得ていくことが、まさにスピリチュアルケアである。病院を中心としたスピリチュアルケアの現場で語られる内容として、窪寺（2004: 43-44）は「人生の目的・目標の喪失」「苦難の意味」「死後のいのち」「罪責感、悔い」を挙げており、宗教的ないし実存的

(8) とはいえ、仏教の教義においては「守秘義務」という考え方はとられてこなかった。守秘義務や個人情報保護、人権といった考え方は欧米に源流があると考えられ、仏教において守秘義務という倫理がどのように位置付けられるかは、別に論考が必要であろう。

な話題は多い。聖なる存在への言葉を聞いてもらい、その関係や究極的自己について探求する際に、そこに居合わせ、その作業の手助けをするのが、チャプレンである。こうした語り―宗教や思想信条、その人の価値観にかかわること―は他者には秘密にしたい「機微（センシティブ）情報」であり、それ故に守秘義務が課せられる。

では、宗教者が負う守秘義務は絶対であろうか。刑法においては「正当な理由」がある場合には、守秘義務が解除される。「正当な理由」とは、第一に、法令上、秘密事項を告知する義務を負う場合が挙げられる。児童虐待における通報義務などがこれに当たる[(9)]。次に、第三者の利益を保護するための場合、そして第三に、本人の承諾がある場合も、法律上は守秘義務が解除される「正当な理由」となる。

それでも、カトリックの告解における秘密は、どんな理由があっても解除され得ない、絶対的なものであり、それに背くと厳罰を課される。窪寺は「宗教が人の救済に関わることで、最も人権に深く関わる場合には、秘密を守らなければならないこともある」と述べている（窪寺 2008: 116）。精神的指導者である宗教者に守秘義務が課せられることは、法律によっても保護されるように、世界的にも広く認められているわけだが、そこで考えられている守秘義務の意味―その職にある者を利用する者の秘密の保護と、その職業の保護―と、宗教上の守秘義務の意味―超越的な存在との関係において、それを漏らすことは許されない―には相違があるのである。

宗教者が負う守秘義務とは、法律上は「正当な理由」があれば、解除されるものであるが、相手の魂に触れ、超越的な次元を含むような対話は非常にセンシティブであり、個人的な瞬間であるが故に、原則としては絶対的な守秘義務を負うものと考えられる。

３．チーム医療における守秘義務

医師をはじめとした医療従事者も同様に守秘義務がある。紀元前 4 世紀頃に作られ、その後もずっと西洋の医師の職業倫理の核となったヒポクラテスの誓いでは「医に関する否とにかかわらず、他人の生活について秘密は守る」とされる。看護においても、

(9) なお、訴訟手続き上の証人として証言しなければならない場合もこれに当たるが、宗教者は刑事訴訟法によって刑事事件における証言拒否権（149 条）と押収拒否権（105 条）も認められている―心理カウンセラーには認められていない―。信徒・門徒が犯罪行為を犯した場合でも、守秘義務を理由に、裁判所に証人として呼び出されても証言を拒否することができるし、強制捜査においても記録等の押収を拒否することができる。

ナイチンゲールの誓詞に「わが任務にあたりて取り扱える人々の私事のすべて、わが知り得たる一家の内事のすべて、われは人に洩らさざるべし」とあり、その歴史は古い。そしてこれらの守秘義務は、医療の本質であり、医療を成り立たせるための大前提であると考えられる故、伝統的に守秘義務は絶対的な義務であると考えられてきた。「ヒポクラテスの誓い」と「ナイチンゲール誓詞」は共に神に対する誓いであり、それを破ることは神への冒涜でもある。しかし、現代の医療においては医療のチーム化や医療情報の扱いの多様化により、守秘義務は一定の条件の下に解除されることもある相対的なものであり、限界があると考えられるようになってきている[(10)]（稲葉 2013: 55-56）。

そこで、診療にかかわる内容は医師や看護師と患者の一対一の守秘義務として秘匿されるのではなく、ケアチームで共有され、チームの外には漏らしてはならないとする拡大守秘義務の考え方が採られるようになった。各専門職は、医師の指示のもと、それぞれの専門に従った診療に関わる行為を行い、その内容については医師に報告することとなる。医師の診療補助行為をする者（保健師、助産師、看護師）や、それ以外の診療補助職（臨床検査技師など）は、それぞれの法律において守秘義務が課せられる一方で、医師への報告義務も課せられている。臨床心理士等の法律の定めのない職種については、病院（医師）との雇用関係において、その指示のもとで業務を行い、行った業務についての報告義務を負う。医師の指示のもとで行われる業務については、報告義務が守秘義務に優先すると考えられ、何をどの程度まで報告するかは、雇用契約によって決まってくる―すなわち、病院との話し合いによって決まるものである（出口 2009: 110）。

その上で、実際のチーム医療においては、こうした縦型の組織体制に対して、円環型の形態による情報交換と情報共有と、そのためのネットワークの構築が期待される。

---

(10) このように考えられるようになったきかっけとして、タラソフ事件がある。タラソフ事件とは、1969 年に精神疾患を有していたボダーがタラソフという女性を殺害した事件である。ボダーは大学の心理相談を訪れ、ある女性が帰国したら殺害するつもりだと話していた。女性の名前は出さなかったが、それがタラソフであることは明らかであった。セラピストは学内の他のカウンセラーとも相談し、精神病院に入院させるべく、警察に身柄の拘束を要請した。しかしボダーがタラソフには近づかないと約束したため、その後釈放され、帰国したタラソフを殺害した。タラソフやその両親には誰も彼女の危機を警告しなかった。両親は大学当局を訴え、その判決で、専門家は守秘義務が免除されるだけでなく、狙われている人物に警告する義務があったとした。

そこでは医師を頂点としたヒエラルキーではなく、各職種が対等な関係にあるべきだとされている。そして情報共有を円滑に進めるために、電子カルテの導入もあいまって、カルテの統一化（一患者一カルテ）が進められるようになっている。すなわち、患者に関わる全ての職種が、それぞれに別々の記録をつけるのではなく、同じカルテに書き込んでいくというものである。さらに、カンファレンスや評価会議の開催等によっても多職種による情報共有がなされていく（細田 2012: 139-142）。なお、そのように情報共有が為されていることについて、患者が理解していることが原則である。誰が自身の診療に関わっており（チームのメンバーであり）、そこで得られた医療情報という自身の機微情報は誰によって、どのように共有され、管理されているのか。すなわち、誰がカルテに記入をすることができ、誰がカルテを見ることができるのか。カルテは患者の個人情報が記されたものであり、患者から開示を求められた場合は、原則として開示しなければならないものでもある。カルテ等を通じた多職種の情報共有には患者の合意が必須である。

４．チャプレンは医療チームで情報共有できるか

チャプレンがチーム医療の一員としてカルテを閲覧したり、その活動から得た患者情報をカルテに記載する等によって医療チーム内で情報共有したりすることの是非やその基準といった守秘義務と情報共有に関する倫理的問題について、日本ではこれまでまったく議論がなされていない。そのため、病院及びチャプレンが、参照にするものがまったくない中で、それぞれ個別に試行錯誤を重ねている。

多くの場合、チャプレンが医療チームから患者情報を得ていることや、チャプレンが患者から知り得た情報を医療者に伝えているとは、患者本人は思っていない（大河内 2014: 109-113）。しかし、チャプレンが厳密な守秘義務を主張していては、他職種との信頼関係の構築ができず、チャプレンの活動自体が危ぶまれてしまう[(11)]。チャプレンの多くがカルテに何かしらの記載をしていることは文献からも明らかであるが（柴田・深谷 2011: 98）、彼らが具体的にどのような手順で、何をどこまで記載しているかは明らかにされていない。患者から、他職種との情報共有についての明確な了解を得

(11) チャプレンは医師や看護師の紹介で患者を訪問することが多く（柴田・深谷 2011: 97）、そのためには、チャプレンの活動を医師や看護師に理解してもらう必要と、その活動がチーム医療に確かに貢献することが求められる。

られていないことが多いと思われる中で[12]、それでもカルテへの記載を求められ、実際によりよいケアを考えた際にはその必要性も理解しているがために、個々のチャプレンは自身のしていることが倫理的に許容されるのか、苦悩し、葛藤しながら、なんとか記載の仕方を工夫しているのが現状である。しかし、その実態についての報告は日本においては皆無である。

そこで、チャプレンが医療チームで情報共有することの倫理的問題について、アメリカの議論をみていきたい。というのも、日本のチャプレンの中にはアメリカのチャプレン養成プログラムを受講してきたものも多く、日本で行われているスピリチュアルケア専門職の養成プログラムも多くがアメリカのそれをモデルにしている[13]。チャプレンの倫理的問題についても、アメリカの議論を追うことは、日本の場合を考えるにあたって参考になると考えられる。

慎重派の代表として、Loewy と Loewy の主張がある。彼らは、以下の理由より、原則としてチャプレンは医療チームとの情報の共有に慎重な姿勢を示している。

① すべての患者にスピリチュアルなニーズはあるとしても、全ての患者がチャプレンによるケアを求めているとは限らない。チャプレンは、医療従事者でもなければ、医療チームの一員として当たり前に認められた存在でもないために、カルテを見る十分な資格を有さない。

② カルテに記載するとなると、単に「訪問をした」「対話をした」とだけ書くのではなく、対話の内容まで書くこととなる。しかし、チャプレンは宗教者として厳格な守秘義務を負っており、知り得た患者情報をカルテに記載することは適切ではない。

③ 患者はチャプレンを宗教者として認識しており、チャプレンがカルテを見たり、自身との会話の内容を他職種に共有したりするとは思っていない。

④ スピリチュアリティとは、患者のアイデンティティの非常に個人的でプライ

---

(12) 患者の了解を得ているかどうかということ自体、既存の文献には記されていない。筆者がチャプレンから個人的に聞いている限りでは、患者の明確な了解を得られないままにカルテへの記載をしている例は多い。

(13) 臨床牧会教育（Clinical Pastoral Education）と呼ばれ、臨床パストラル教育研究センターや、臨床スピリチュアルケア協会、上智大学グリーフケア研究所人材養成講座など、日本スピリチュアルケア学会の資格認定における認定プログラムの多くがアメリカの CPE をモデルにしている。

ベートな側面であり、このような繊細な内容については、特別な配慮が必要となる。

（Loewy & Loewy 2007）

以上より、患者の完全な同意がない限り、カルテへのアクセスは認められないとする。こうした考えは、チャプレンが得る情報と医療従事者が得る情報が根本的に異なるものだという認識に基づいている。すなわち、前者は思想信条といった価値観にかかわる機微情報であり、後者は診療に関わる医療情報という機微情報である。チーム医療で共有される情報は、それがどの職種によって得られた情報であれ、すべて診療に関わる医療情報であるべきだと Loewy と Loewy は考えるのである。

それに対し、推進派の McCurdy は次のように反論する。全人的医療が唱えられるようになっている現在において、身体的、心理社会的側面での治療／ケアと同様に、スピリチュアルな側面のケアを行うことも医療において必須なことであると考えられる。全人的ケアを行うためには、スピリチュアルケアを担うチャプレンも、患者の身体的ないし心理社会的側面を知っている必要があると同時に、身体的ないし心理社会的ケアを担う職種もスピリチュアルな側面について情報を共有されていることが大切である（McCurdy 2012: 22）。チャプレンは確かに宗教者と医療チームの一員という二つの役割を担い、それぞれの守秘義務のあり方に身を置くこととなる。Ruff は、宗教者として行った対話、特に宗教的な告白については、宗教者としての守秘義務を負うが、そうでない内容については、カルテ―カルテ自体が守秘義務を課された文書である―に記載することが認められると主張する。そして患者にその是非を尋ねることは必要であり、もし患者が懸念を示した場合には、口頭での情報共有を模索するとしている（Ruff 1996: 389-390）。また、スピリチュアルな状態が健康に与える影響が認識されている中で、APC（Association of Professional Chaplain）は、守秘義務について適切に配慮した上で、スピリチュアル／宗教的苦悩を含むスピリチュアルアセスメントをカルテに適切に記録することが求められるとする[(14)]。McCurdy は患者が自身のスピリチュアルな領域に関する守秘義務をどのように考えているか確認することが大切だと述べ、

[(14)] Association of Professional Chaplains. “Standards of Practice for Professional Chaplains in Acute Care” Standard 3. http://www.professionalchaplains.org/files/professional_standards/standards_of_practice/standards_practice_professional_chaplains_acute_care.pdf

以下の 6 点をチャプレンの行動規範として挙げる。

① 将来の患者の利害を含む様々な利害[15] を検討し、患者の利害を第一とすること

② 患者が語ったことについて記録する際には、潜在的な聖性を尊重すること

③ 無危害であること

④ チャプレンが記録を取ることを患者に説明し、その意味について患者と議論することにオープンであること

⑤ 「知る必要性」[16] を十分に考慮すること

⑥ 「自分がもしこの患者だったら、医療チームに何を開示し、何を開示したくないと思うか」を常に考えること

（McCurdy 2012: 26-27）

なお、Goldstein 他によると、現在、アメリカにおいては実際の病院チャプレンのほとんどが、カルテ（紙／電子の両方）を閲覧することができ、記入することもでき、実際にしている（Goldstein et al. 2011: 165）。推進派の考え方が定着していると考えられる。

５．チャプレンがチーム医療において果たす役割・期待される役割

チーム医療において、チャプレンに求められている役割とはどのようなものであろうか。以下の 3 つが挙げられる。

① スピリチュアルアセスメント

スピリチュアルな側面が、身体的、心理社会的な側面に与える影響は大きい。患者がどのような宗教的／スピリチュアルな価値観を有しているのか。また、患者が今、どのようなスピリチュアルな苦悩を抱えているのか。これらを対話を通じて明らかにし、それが診療にどのような影響を及ぼしているのかをチャプレンが評価することが求められる。それらを明確にすることは、他職種にとっても有用である。

---

(15) 検討すべきことして、患者、将来の患者、スピリチュアルケア、組織、スタッフ、チャプレンの利害を挙げている。「将来の患者」の利害が、情報共有においては大きな意味を持ってくると考えられる。

(16) チャプレンが、対象者の情報を他職種から得ることと、他職種がチャプレンから情報を得ることの両方を含む。チャプレンは、カルテを見ることと書き込むことについて、単に業務の一環としてするのではなく、「知る必要性」を常に自覚していることが大切である。

② 治療方針等の意思決定のサポート

アセスメントは、患者とチャプレンが対話を通じて、患者の価値観を明確化していくことにつながる。病状説明を受け、それを理解し受け入れていくことや、病状説明を受けて今後の治療方針等の意思決定が求められる場面において、人は自身の価値観やそれまでの生き様に照らして、そういった作業を進めていくこととなる。清水は、インフォームドコンセント（十分な説明を受けた上での同意）においては、患者は医療者から一般的な説明を受け、それに個人的な価値観や人間関係や状況に照らし合わせて意思決定をしていくと言う（清水 2009: 250）。チャプレンとの対話は、自身の価値観を見つめ直し、それを明確化することで、置かれている状況を理解し、意思決定や決断を支えることとなる。そして、その意思決定や決断の背景にある価値観を他職種に伝えることは、全人的なケアを行うためには必須なことであろう。

③ 人生における課題との向き合い

自身の価値観を明確化していく過程とは、すなわち人生における様々な課題に向き合っていくことでもある。「人生の目的・目標の喪失」「苦難の意味」「死後のいのち」「罪責感、悔い」といった課題を抱えている患者（窪寺 2004: 43-44）は、チャプレンとの対話を通じて、「慰め」「生きる意欲」「生きる意味・目的」「将来の希望」「罪責感・悔いなどからの解放」がもたらされる（窪寺 2004: 63）。それによって、その後の人生の向き合い方、診療への態度も変わってくるであろう。

以上の 3 点について、他職種と共有していくことは、診療に有用であるだけでなく、他職種がスピリチュアルケアの視点、すなわち患者の価値観を理解し、それを大切にし、配慮して関わることの必要性を学んでいく機会ともなるのではないだろうか。

６． 守秘義務と情報共有の狭間で

日本においても、特にがん医療において全人的ケアが目指されるようになり、チーム医療の一員としてのチャプレンの活動が求められている[17]。医療情報とは異なる患者の宗教性への配慮と、情報共有に関する患者の理解や意向に十分に配慮した上で、チームでの情報共有の仕方が模索される。それは個々のチャプレンや病院による試行

[17] WHO の緩和ケアの定義に「スピリチュアル」という語が含まれ、日本の緩和医療もこの定義に従い、スピリチュアルケアを含む全人的なケアが志向されている。なお、緩和ケアとは従来、終末期におけるケアと考えられていたが、今日では、がん治療の初期から導入される考え方となっている（日本医師会 2008: 8）。がんに関するチーム医療の書籍でもチャプレンがチームの一員として言及されている（小西 2011）。

錯誤に任せるべきものではなく、より明確な指針を必要とするものである。そこで、これまでの議論を踏まえ、チャプレンは知り得た情報の守秘義務を守りながら、何を、どこまで、どのように、ケアチームと情報共有していくことが可能か検討する。

まず、他職種から患者の情報を得ることである。スピリチュアルケアを行うにあたって、患者の身体的、心理社会的状況を知ることは大切であり、カルテに目を通す必要がある。ただし、カルテは患者の非常に繊細な情報が記載されたものであり、チャプレンがカルテを見ることについて、患者の同意を得ている必要がある。

次に、チャプレンが得た情報をチーム内で他職種と共有することについてはどうであろうか。以下の 4 点にまとめた。

① 他者に開示しなければならないこと

自傷・他傷の危険がある場合、法律の定めがある場合は、守秘義務が解除される。

② 他者に開示してはならないこと

宗教者として聴いた信仰に関わる悩み、宗教的な告白については、ケアチームに共有するべきではない。また、それ以外のことでも患者本人が、「誰にも言わないで」などとし、情報開示を認めなかったことは、原則、漏らしてはならない。どうしても共有の必要がある場合には、可能な限り対象者の了解を得る努力をし、了解を得られない場合は、必要最低限の人との口頭での情報共有が模索される。また、特に過去の犯罪歴に関わるようなことは、それが本人のスピリチュアルなニーズやペイン、人生の課題に関係していることも多く、チャプレンとの対話において語られることは大いにありうるが、それをチーム内で共有することは、診療におけるメリットよりも、デメリットの方が大きいと考えられ、非常に慎重であることが求められる。

③ チームで共有すると有用なこと

患者が現在どのようなスピリチュアルな苦悩やニーズを抱えているのか、それが態度や意思決定などにどのような影響を与えているのか。あるいは、どのような価値観が患者の態度や意思決定を支えているのか。そのような、態度や意思決定に影響を及ぼすような価値観をどうして形成するに至ったのか。以上のような内容は、他職種が患者を理解し、その在り様を受容し尊重するために、非常に有用な情報である。診療にかかわる情報として、他職種と共有すべきであろう。また、病院／施設やスタッフに対する要望や要求も共有する必要があるであろう。

ただし、これらの情報をチーム内で共有することを患者本人が理解している必要が

あり、本人の同意なしに開示することは望ましくない。開示せざるを得ない場合も[18]、できる限り、その条件や内容について、事前に話し合うよう努めなければならないし、事後にでも開示したことに理解と同意を得る努力をしなければならない。

④　病院／施設及び他職種の理解

以上について、雇用主である病院／施設および協同するチームのメンバーである他職種の理解を得なければならず、どのような内容をどのように共有するか、あるいはしないのか、しっかりと話し合っておくことが大切である。そうした話し合いは、チャプレンの役割や必要性についての理解を広げ、深めていくことにもつながる。

以上 4 点を実現するために問題となってくるのが、守秘義務と情報共有について患者の同意を得ることと、他職種への共有の仕方、すなわち記録の付け方である。というのも、患者の多くは、Loewy と Loewy（2007: 59）の述べる通り、確かに、チャプレンと語った内容が他職種に共有されるとは考えていないことが多いように思われるし、チャプレンがカルテを見ていることも想定していないこともあるように見受けられる。しかし、患者の同意なしに、情報共有されていることを知らせないで、情報共有していくことは、患者を欺く行為とすら言えるのではないだろうか。スピリチュアルケアにおいて、患者とチャプレンの間には、互いに対する信頼と尊敬、そして優しさや労り、思いやりが必須である（窪寺 2004: 89-90）。これがなければ、相手の魂にふれるような対話は成立し得ない。患者に対し、真に誠実であるためには、守秘義務と情報共有について、患者の理解を得る努力を惜しんではならない。そのためには、病院／施設としてすべきことと、チャプレン個人として努力すべきことがあるだろう。

まず、病院／施設としてすべきこととして、入院時等に、チーム医療について文書で説明することが挙げられる。医療チームを構成する職種―当然、チャプレンも含まれる―について説明し、それらの職種間で情報共有がされることを説明し、同意を得ることである。仮にチャプレンがボランティアであっても、チームの一員として役割を担っているのであれば、言及してあることが望ましい。

そしてチャプレン個人としても、訪問時に、患者のカルテを見ること、そして書き込むことについて、できる限り説明し、同意を得る努力をしなければならない。その

(18) チャプレンは病院等と雇用関係にあることから、雇用主への業務に関する報告義務があり、先に述べたように、報告義務は守秘義務を上回ると考えられている（出口 2009: 110）。

際には、何故そのことについて他職種に伝える必要があるとチャンプレンが考えているのか、その理由も合わせて説明することが大切である。確かに、そこでの説明の仕方次第では、そもそもチャプレンと対話をすること自体断られてしまう可能性があり、慎重かつ柔軟な方法が模索されなければならない。しかし McCurdy は、患者は「知る必要性」をきちんと説明すれば、理解を得ることができるのではないかと述べている（McCurdy 2012: 27）。また、記載することについてきちんと確認をすることは、それ以外については記載しないということを保証することに繋がり、むしろチャプレンの守秘義務への信頼を得ることにも繋がり得る。

その上で、実際の共有の仕方、すなわち情報の伝え方についても検討が必要である。他職種が必要としている情報を、診療に活かしてもらえるよう、効率よく伝えることが求められる。全てを伝えるわけではない以上、カルテへの記載とは別に、チャプレンのための記録を別に残すことも必要であろう。

７．おわりに―今後の課題―

本稿では、宗教者およびチーム医療における守秘義務と情報共有についての考察を通じて、宗教者であり、かつケアチームの一員であるチャプレンが担う倫理的責任としての守秘義務の問題を検討した。患者への説明の仕方や同意を得る方法、実際のカルテへの記入の仕方については、今後の課題である。これまでチャプレンの守秘義務と情報共有に関する共通の具体的な指針が存在しない中で、それぞれの現場でそれぞれのチャプレンが既に積み重ねてきた実践を調査によって明らかにすることは特に重要であろう。宗教宗派によっても異なる倫理規範を持つ中で、チャプレンの属する宗教宗派の違いが守秘義務と情報共有の問題に及ぼす影響の有無も、合わせて検討していく必要がある。そこから更に実際の現場に即した守秘義務と情報共有に関する指針を示していくことが待たれる。

参考文献

・ 伊藤高章（2009）「チーム医療におけるスピリチュアルケア」窪寺俊之『続・スピリチュアルケアを語る―医療・看護・介護・福祉への新しい視点』関西学院大学出版会、45-75 頁。
・ 稲葉一人（2013）「診療情報―法的観点から」板井孝壱郎、村岡潔『シリーズ生命倫理学　第 16 巻　医療情報』丸善出版、52-73 頁。

・ 大河内大博（2014）『今、この身で生きる』ワニブックス。
・ 川上直哉（2014）「3.11 以後の宗教の取組み」『現代宗教 2014』、201-226 頁。
・ 桐原健真（2009）「「病院」の思想――西洋社会事業観念の展開」陶徳民・姜克實他『東アジアにおける公益思想の変容　近世から近代へ』日本経済評論社、117-136 頁。
・ 窪寺俊之（2004）『スピリチュアルケア学序説』三輪書店。
・ 窪寺俊之（2008）『スピリチュアルケア学概説』三輪書店。
・ 小西達也（2011）「スピリチュアルケア」東札幌病院編集委員会『チームがん医療実践テキスト』先端医学社、339-355 頁。
・ 柴田実・深谷美枝（2011）『病院チャプレンによるスピリチュアルケア―宗教専門職の語りから学ぶ臨床実践』三輪書店。
・ 清水哲郎（2009）「人生の終りをどう生きるか」岡部健・竹之内裕文『どう生き　どう死ぬか―現場から考える死生学』弓箭書院、245-264 頁。
・ 出口治男（2009）『カウンセラーのための法律相談―心理援助をささえる実践的 Q&A』新曜社。
・ 日本医師会（2008）『がん緩和ケアガイドブック』青海社。
・ 日本カトリック司教協議会（2002）『カトリック教会のカテキズム』カトリック中央協議会。
・ 細田満知子（2012）『「チーム医療」とは何か―医療ケアに生かす社会学からのアプローチ』日本看護協会出版会。
・ 米澤敏雄（2000）「秘密を犯す罪」大塚仁『大コンメンタール刑法　第 7 巻　第二版』青林書院、322-356。
・ Goldstein, H. R., Marin, D. & Umpierre, M. (2011) Chaplains and Access to Medical Records, *Journal of Health Care Chaplaincy.* 17, 162-168.
・ Loewy, R. S. & Loewy, E. H. (2007) Healthcare and the Hospital Chaplain, *Medscape General Medicine.* 9(1), 53-64.
・ McCurdy, D. B. (2012) Chaplains, Confidentiality and the Chart, *Chaplaincy Today.* 28(2), 20-30.
・ Ruff, R. A. (1996) ‘Leaving Footprints’: The Practice and Benefits of Hospital Chaplains Documenting Pastoral Care Activities in Patients’ Medical Records, *Journal of Pastoral Care.* 50(4), 390.

キーワード

チャプレン、スピリチュアルケア、守秘義務、チーム医療

(Keywords)

chaplain, spiritual care, confidentiality, team approach