

プライバシーと守秘義務

ジョージ・J・アナス

出典：

Annas, G.J., (1992) Privacy and Confidentiality. In Annas, G.J., *The Rights of Patients* 2nd ed., Humana Press, pp.175-195.

キーワード：

守秘義務(confidentiality)、証言上の特権(testimonial privilege)、プライバシー(privacy)、守秘的情報を開示する義務・権限(obligation and authorization to disclose confidential information)

社会が巨大な情報システムへの依存をますます深めるにつれ、2つの相反する流れが生まれてきた。1つめの流れは、州や連邦の Freedom of Information act や Sunshine act に見られるように、政府機関が保持しているすべての情報に一般の人々がアクセスできるようにしようというものである。その前提には、政府の活動をできる限り細部まで一般に知らせることによって、国民の意思に対して政府の負う責任が増し、公務上の過ち（例えば人質と引き換えに武器を供与すること）を防ぐことができる、という考えがある。2つめの流れは、一般への情報公開から個人の情報を守るように州や連邦で法律（例えば federal Privacy Act や Sunshine act）が作られていることに見られる。細部の議論はいまだに多くの分野で続いているが、次のような合意は得られている。すなわち、信用情報、保険、教育、課税、犯罪、医療といったあらゆる形の個人情報について、人はその情報を検討し訂正する権利を持つ・持つべきだし、大抵の状況では、自分の知らないうちに明白な同意もなく情報が洩れることを防ぐ権利を持つ・持つべきだ。

医療記録は公的な吟味にさらされることが最も遅れたが、それはおそらく、医療には「秘密を守る」という伝統があったからだろう。だが今や単独で業務を行う医師など絶滅寸前であり、医療における記録管理は他の巨大記録管理システムに似てきている。従って、それら他のシステムに適用されるルールは、医療記録にも適用されるようになるだろう。医療記録の守秘義務の概念は、活発に議論されているわりには裁判で争われた事例が少なく、上級審まで持ちこまれた訴訟はほんの数しかない。この分野における法律はまだ生まれたばかりで、多くの場合、公共の政策に関する議論やアナロジーに訴えなければならない。

この章では前章で始めた医療記録に関する議論を引継ぎ、プライバシーと守秘義務の法的概念や、それらの原則の例外、また守秘的医療情報を患者以外の人間に開示するかどうか決定する際に考慮されるべき点に焦点を当てる。

「守秘義務」「特権」「プライバシー」という言葉は何を意味しているか

患者以外の人間による医療記録へのアクセスを扱った法律は、ほとんどすべて、「守秘義務」「特権」「プライバシー」という見だしでくることができ。一般的な用法では、あることを内密に（守秘的に）話すとは、相手はその情報を他の誰かに繰り返し話したりはしない、ということの意味する。守秘義務 (confidentiality) とは、何らかの「秘密」を話した相手（例えば医師）

がそれを第 3 者（例えば雇用者）に話さないことを前提としている。代理人と依頼人、司祭と悔悛者、医師と患者といった関係が守秘的關係である。医師・患者の文脈では、医師が患者から手に入れた情報を患者のケアや治療（*treatment*）に直接関わらない人間に開示することはない、という明示的もしくは非明示的な合意が守秘義務であると理解されている。

情報を与えられた人物が与えた人物の同意なしにその情報を裁判の過程で開示することが法律で禁じられているとき、その情報のやりとりは特権化されているという。特権（*privilege*）は、「証言上の特権（*testimonial privilege*）」と呼ばれることもあるが、証言についての法的なルールであって、司法の文脈でのみ適用される。この特権は専門家にはなく顧客に属すものの、患者の代理として特権を主張する義務が病院や医師に生じることもある。代理人と依頼人の特権とは違い、医師・患者間の特権は普通法で認められているわけではなく、特権が存在するのは州の法令が定めている場合に限られる（大抵の州にはそうした法令がある）。

プライバシーという語が一般的に用いられるときの意味には少なくとも 2 つある。1 つめは、プライバシーに対する憲法上の権利をいう。この権利は、修正 14 条で保護される自由権（*liberty interests*）の中に見出され、避妊と中絶に関する個人の決定に州が干渉することを制限した合衆国最高裁判所の見解の基盤となっている。この権利はとりわけ、自分の個性を左右するような重要かつ私的な決定を政府の干渉なしに行う能力と関連がある。

より伝統的な意味では、プライバシーの権利は「放っておかれる権利、詮索・覗き見されない権利」や「人が彼または彼の性格に関する情報を他人のアクセスから守る権利」と定義されてきた¹。

守秘義務を守ることは健康ケアを提供する人の法的あるいは倫理的責務であるか

法的にも倫理的にも責務である。歴史的には、この原則は医師だけに適用できる倫理的義務であった。現在では、医師の法的義務でもあり（判例法やいくつかの州が制定した法令のなかではっきりとそう述べられている）、さらに健康ケア業務を行うその他の人の法的義務にもなりつつある。

ヒポクラテスの誓いは守秘の義務を次の言葉で定めている：「人の生活について私が見聞きしたものは、病人の看護の際に見聞きしたものだだろうと患者と接していないときに見聞きしたものだだろうと、言いふらすべきでないものは職業上の秘密とみなし、それらについて私は沈黙を守る」。

この誓いは、アメリカ医学会倫理綱領 4 節で以下のように再解釈されている：「医師は患者の権利や同僚その他健康に携わる専門家の権利に敬意を払い、法の制限の範囲内で患者の秘密を守る」。

同様に、アメリカ看護婦協会（*American Nurses' Association*）綱領は「看護婦は、守秘的性質を持つ情報を慎重に守ることによって、顧客のプライバシー権を守る」ことを規定している。さらに詳しく説明しているところでは：

¹ Ervin, *Civilized Man's Most Valued Right*, 2 Prism 15 (June 1974); cf. A. Westin & M. Baer, *Data Banks in A Free Society* (New York: Quadrangle, 1973), at 17-20; A. Miller, *The Assault on Privacy* (New York: New American Library, 1972), at 148-220. また、一般的には ABA Forum Committee on Health Law, *A Practical Guide to Access, Disclosure and Legal Requirement Relating to Hospital, Patient, Medical Staff and Employee Records* (Chicago: American Bar Association, 1987)を見よ。

秘密裏に得られた知識が、患者のケアを計画・実行する人達にとって関連・重要性を持つとき、その知識を共有するかどうか専門的判断を行う。患者の治療と福祉に関係する情報だけが、患者のケアに直接関わる者だけに開示される。…看護婦・患者関係は信頼の上に築かれる。守秘的に得られた情報を軽率な形で開示してしまったなら、この関係は破壊され、患者の福祉と信用とは危険にさらされることになりうる。

これらのルールすべての理由は、健康ケアを提供する者は患者を助けるためにしばしば患者の生活の最も個人的でひょっとすると最も恥ずかしい詳細を知らなければならない、ということである。患者は、彼らのケアに携わらない人々にばれないという確信がなければ、そんな詳細を開示したりはしないだろう。ある法廷では患者のジレンマを次のように述べた：

素人は恢復する道に詳しくないため、彼の生活・習慣上の事情をふるいにかけてどの情報が彼の健康に関係があるかを決めることができない。結果として彼は、医者にかかる際、恥ずかしいものだろうが不名誉なものだろうが、自他の罪を暴くものだろうが、あらゆる情報を開示せねばならない。完全な開示を促すため、医療の専門家は秘密を守る約束をする。この約束が導く誠実さは、健康の効果的探求のために必要であって、患者が彼らの問題を医者と話し合うときに口をつぐんだり、隠し事をしたり、ためらったりすることはありえない²。

自分に関する医療情報は秘密・「守秘的」にされるだろうと病院の患者が考えるのは現実的であるか

現実的でない。病院における古い「ルール」は「患者の医療記録には患者以外の誰もがアクセスできる」というもので、(患者を含め)誰もがアクセスできるというのが今のルールだ。アクセスを制限するための努力だっけ行われているとはいえ、それが現実である。医者兼 *New York Times* の医療ライターであるローレンス・アルトマンが書いているように、「徐々に明らかになりつつあるが、自分達の体や私生活に関する詳細な秘密が医者やその同僚によって守られるだろうなどとはもはや患者だっけ考えていない」³。アルトマンが取り上げている大きな大学付属病院(至極ありふれたものだ)では、「病院のスタッフは、患者の情報について公共の場で話してはいけません」という看板をエレベータの中に貼り出す必要性を認めている。

病院における情報交換は、チームを組んで医療ケアにあたろうという手法の産物であるし、教育的・財政的な目的や医療の質を監視しようという目的のために医療記録を使用することの産物でもある。マーク・シーグラー医師は、私の医療記録には何人の人がアクセスできるのかと一般外科病棟の患者に訊ねられ、その答を知ろうと考えた⁴。それは簡単なことではなかったが、病院の中で少なくとも 75 人の人々にはアクセスの正当な必要がある、と彼は結論した。この 75 名の内訳は、彼の主治医 6 名、house officers 12 名、nursing personnel 20 名(3 交代制で、respiratory therapists 6 名、栄養士 3 名、clinical pharmacologists 2 名、unit secretaries 4 名、学生 15 名、hospital

² *Hammonds v. Aetna Cas. & Sur. Co.*, 243 F. Supp. 793, 801 (ND Ohio 1965).

³ Altman, "Physician-Patient Confidentiality Slips Away," *New York Times*, Sept. 27, 1983, at C1.

⁴ Siegler, *Confidentiality in Medicine—A Decrepit Concept*, 307 *New Eng. J. Med.* 1519 (1982).

financial officers 4名、chart reviewers 4名（utilization review、quality assurance review、tissue review、保険監査役）であった。情報へのアクセスは「知る必要」に基づいたものに制限されるべきだ。しかしそれに基づいていても、多くの人間がこのカテゴリーにあてはまり、従って患者の記録に自由にアクセスできる、というのが現実である。「医療上の守秘義務」という言葉で医師が何を考えているのかを患者に教えるべきなのは明らかである。シーグラーの結論によれば、医療綱領で述べられているような守秘義務は「古いぼれた概念」であって、我々はそのような「神話」を存続させるためにこれ以上エネルギーを費やすべきではないのである。

こういう現実があるからこそ、精神に関する診断やエイズ・HIV ウィルス感染の診断など、自分に関する非常に繊細な情報が病院のカルテに記載されることを多くの患者が恐れるのだ。彼らは、この情報が病院中に急速に広がり、なかにはその影響で彼らを治療する仕方を悪くする病院スタッフもいるかもしれないということをわかっている。情報は病院から「洩れ」、彼らの住環境、雇用、保険の状況に影響するかもしれない。あまりに多くの人間がきまりきったアクセスを繰り返すことから、自分達のケアや将来に直接影響するかもしれない誤りを正すことができるよう、患者は自分達の記録にアクセスできるべきだ、という命令が導き出される⁵。

守秘義務に関するどのような事件が裁判になるか

守秘義務違反に関する訴訟で控訴審まで持ちこまれたものは非常にわずかし報告されていない。このことは、守秘義務の侵犯が起こったとしても患者がそれを知ることはほとんどないこと、患者はそうした侵犯を告発することが適切でない（費用がかかり、被害がどの程度あるのか不確実であり、守秘的情報がさらに公になってしまうため）と考えていること、あるいはこうした訴訟はほとんどすべて控訴審に持ちこまれる前に決着してしまうことを意味している。

控訴された訴訟は、大抵の場合、次のような状況で医師が守秘義務を破ったと訴えている。すなわち、配偶者への開示（婚姻に関係してくる病気や、離婚・別居手当・保護処分などに関連のある条件に関して）、保険会社への開示、あるいは雇用者への開示である⁶。

⁵ 患者によるアクセスを支持する別の理由が前章「医療記録」で論じられている。

⁶ 例えば、*Curry v. Corn*, 277 N. Y. S. 2d 470 (1966)では、患者の夫が離婚を考えているときに医師が彼に情報を開示した。*Schaffer v. Spicer*, 215 N. W. 2d 134 (S. D. 1974)では、妻のかかっている精神科医が夫の弁護士に情報を開示し、子供の保護に関する訴訟で彼を援護することになった。*Hague v. Williams*, 37 NJ 328, 181 A. 2d 345 (1962)は保険に関する訴訟の代表例で、ある子供を診ていた小児科医が、その子の先天性心臓疾患について、子供の両親には教えていなかったのに生命保険会社には教えた、というものだ。また、*Hammonds v. Aetna*（注2で既述）も保険の訴訟の代表で、患者が自分を医療過誤で訴えようとしているという保険会社の嘘に騙された医師がその会社に情報を漏らしてしまった、というものである。雇用者への報告を扱った事例には、*Beatty v. Baston*, 13 Ohio L. Abs. 481 (Ohio App. 1932); *Clark v. Geraci*, 208 N. Y. S. 2d 564 (Sup. Ct. 1960); *Horne v. Patton*, 291 Ala. 701, 287 So. 2d 824 (1973); *Alberts v. Devine*, 395 Mass. 59, 479 N. E. 2d 113 (1985), cert. denied, 447 U. S. 1013 (1985)などがある。*Beatty v. Baston*では、医師が、労働者災害補償の訴訟（a workman's compensation action）の最中に、患者が性病に罹っていることをその雇用者に教えた。*Clark v. Geraci*では、合衆国空軍で勤務する非戦闘員が医師に対し、情報の不完全な開示を雇用者に行って彼の欠勤を説明するよう頼んだところ、医師は彼がアルコール中毒であることまで含めた完全な情報開示を行った。*Horne v. Patton*では、長年の神経の状態を開示したことが扱われた。*Alberts v. Devine*では、牧師の高位者に対して精神病の情報が開示された結果、牧師が再任命されなかったことが扱われた。Note, *Breach of*

証言上の特権はどのような役割を果たすか

証言しなくてもよいという特権の基礎にある信念は、ある種の関係は個人や社会に対して非常に大きな潜在的利益を持つので、その関係でやりとりされる情報の法廷での開示を禁止することによってそうした関係を促進するべきだ、というものである。特権はそれゆえ、専門家のサービスを必要としている人に対して専門家の雇用を促し、その関係における情報のやりとりの絶対的自由を促進するものと考えられている。これと逆の原理は、法廷は真理を発見するための場であり、信頼できる真理の情報源はすべて法廷の手の届くところにおかれるべきだ、というものである。判例法（common law）では、法廷の真理に対する関心が決まって勝利を収め、医者は患者が彼らに何を話したかについて証言させられてきた。

特権の主要な理由は、医者が患者を正しく診断し上手く治療するための可能な限り最善の位置に立てるよう、自分の状態に関わるすべての事実・症状を医者に対して自由に包み隠さず話すことを患者に促すことにある、ということに認める法廷は今や大勢を占めているし、大抵の州は特権を法令で採用している。一方、特権の規則には非常に多くの例外があり、法廷が真理を掴めないうために司法の目的が達成されないということは稀である⁷。

「プライバシーの権利」はどこから来るか

アラン・ウェスティンは、その著書『プライバシーと自由』で、プライバシーを「個人・集団・施設が、彼らに関する情報はいつどのようにどの程度他人に伝えられるべきかを、彼ら自身で決定させると要求すること」と定義している⁸。彼はさらに、このように定義されたプライバシーの概念は動物の縄張りの行動に起源を持ち、その重要性は文明の歴史の至るところにある程度まで見出すことができる、と論じている。憲法の立案者達は、その時代での重要性に応じ、それぞれの形でのプライバシーの保護を憲法に盛り込んだ。その後電話・ラジオ・テレビやコンピュータ・システムが発明されると、個人の情報上のプライバシーを守ろうと、より洗練された法的政

Confidence: An Emerging Tort, Colum. L. Rev. 1426 (1982)や *Winslade, Confidentiality of Medical Records*, 3 J. Legal Medicine 497 (1982)を見よ。

⁷ 最も重要な例外は：

1. 医師-患者関係が成り立っていないときに医師に伝えられた情報
2. 診断・治療の目的で医師に伝えられたのではない、もしくは診断・治療の目的に必要な情報（例えば、銃創を誰が何故負わせたのか）
3. 拘留手続き（commitment proceedings）、遺言書、保険証書（insurance policies）を扱う訴訟において
4. 患者が自分の身体的・精神的状態を問題にしている訴訟において（例えば、人的な被害の損害賠償を求める訴訟（a personal injury suit for damages）、心神喪失による弁護（an insanity defense）を行うとき、医師や病院を相手取って医療過誤を訴える訴訟）
5. 州の法令によって要求される報告（例えば、銃創、劇薬の中毒、児童虐待、自動車・電車事故、州によっては性病）
6. 医師に職業上関係のない人か、患者の知人の立会いのもとで医師に伝えられた情報。

また、一般的には Benesch & Homisak, "The Physician- Patient Relationship: Privileges and Confidentiality" in Zaremski & Goldstein, eds., *Medical Hospital Malpractice Liability* (New York: Callaghan & Co., 1987)を見よ。

⁸ A. Westin, *Privacy and Freedom* (New York: Atheneum, 1967), at 7.

策が生み出された。プライバシーの侵害という見出しには多くの様々な行為が含まれるが、医療記録に関わる侵害の大部分は、この分野では一般に、「普通の世間体 (decencies) を侵害するような個人的事情の公開 (publication) [1 人あるいはそれ以上の権限のない人達に対する開示]」と記述される。

医療記録の権限のない開示は、それを名指しで禁じた州の法令がなくとも、権利の侵害として訴えることができる、と法廷は結論することができる。アラバマ州裁判所は、医者が医療情報を患者の雇用者に開示したことを扱う裁判で次のように述べた。「患者の健康についての個人的な詳細を権限もなく開示することは、一般民衆が関心を持つことが正当でないような類の個人的な事情を、例えば普通の感受性を持った人に憤慨・心的苦痛・恥・屈辱を感じさせるような形で、不当に公開することに該当するかもしれない。」⁹

人々に関するある種の情報（例えば HIV についての状態）は、個人に対して深刻な結果をもたらしうるので、その人の許可なしに繰り返すべきではない、という方針がこの権利の基礎となっている。

法律に関するある注釈者の言葉では、「プライバシー権が効果的であるための基礎となる属性は、個人が彼に関わる・彼を記述する情報の流れを管理する能力である。」¹⁰ 医師-患者の文脈でプライバシー権の侵害を訴えた裁判の大部分は、個人的な医療情報を新聞や雑誌で公開した行為を扱っており、訴訟の相手はしばしば医師よりむしろ出版社である¹¹。

健康ケア提供者が患者に関する守秘的医療情報を報告せねばならないのはどんな状況においてか

守秘義務とプライバシーの政策は、外見上は非常に強力な法的道具立てのように見える。その政策が日常の医療業務に及ぼす効果は、しかし、病院の現実と、権限のない開示という訴えに対して医師その他の健康ケア提供者が挙げることのできる例外と防衛策との両方によって弱められている。さらに、患者や健康ケア提供者が望んでいないにもかかわらず、健康ケア専門家が守秘的情報を開示しなくてはならない場合すらある（以下の 4 つの状況で述べられている）。

1. 公開報告法令 (Public-Reporting Statutes)

ほとんどすべての州では、ある種の条件や病気をリストアップし、その条件・病気を公共の機関に報告するよう医師に要求する法令がある。そうした条件・病気は、生命に関する統計資料 (vital statistics) ・接触伝染性の危険な病気・子供の放置や虐待・犯罪で負わされた怪我の 4 つの大きなカテゴリーに分類される。これらの法令が定めている公共政策は、健康ケア専門家が患者の守

⁹ *Horne v. Patton*, 注 6 で既述, 287 So. 2d at 830.

¹⁰ Miller, *Personal Privacy in the Computer Age*, 67 Mich. L. Rev. 1091, 1107 (1968).

¹¹ 例えば 1939 年には、*Time* 紙は「医療」欄に患者の写真付きで挿話を公表した。患者は若い女性で、おそらく脾臓の状態から引き起こされると思われる、抑制のきかない暴食の治療を受けていた (*Barber v. Time, Inc.*, 348 Mo. 1199, 159 S. W. 2d 291 [1942])。しかし、*Horne v. Patton* (注 6 で既述) のような他の事例は、公表がなくともプライバシー侵害行為は成立しうることを示している。例えば、権限のない人を分娩室に入れるように (*Demay v. Roberts*, 46 Mich. 160, 9 W. 146 [1881])。権限のない人に守秘的医療記録を見るのを許すことも、プライバシーの侵害になるかもしれない。

秘情報 (patient confidences) を守る義務に優先し、

- a. 出生証明書と死亡証明書を提出しなくてはならない。出生証明書については、両親の情報も一般に要求される。死亡が突然のものまたは不慮の原因によるものである場合、あるいは殺人の疑いがある場合、医療検査官 (medical examiner) ・検死官は通常、地区の弁護士 (district attorney) と共に検死解剖を行って完全な報告書を提出することを法律によって要求される。
- b. (接触) 伝染性 (infectious, contagious, or communicable) の病気は通常報告しなければならない。例えばカリフォルニア州法では、コレラ・ペスト (plague) ・黄熱病・マラリア・ハンセン病・ジフテリア・猩紅熱・天然痘・発疹チフス・腸チフス・パラチフス・炭疽 (anthrax) ・鼻疽・流行性脳脊髄髄膜炎 (epidemic cerebrospinal meningitis) ・結核・肺炎・赤痢・丹毒・鉤虫・トラコーマ・デング熱・破傷風・はしか・風疹・水疱瘡・百日咳・おたふくかぜ・ペラグラ (pellagra) ・脚気・ロッキー山紅斑熱・梅毒・淋病・狂犬病・脊髄性灰白質炎 (poliomyelitis) をリストアップしている¹²。エイズはすべての州で報告することができるが、HIV についての状態はそうではない。これらの病気の多くはその一部しか医師によって報告されていない、と公衆衛生に携わる役人の大部分は認めている。
- c. 子供の虐待の事例は報告しなければならない。こうした報告は、大都市の病院の救急処置室で最もよく見うけられる。報告を怠った場合には、健康専門家が刑事罰の対象になることもある (大抵の法令は、看護師・ソーシャルワーカー・教師などにも報告を要求している)¹³。
- d. ある種の怪我、例えば「弾丸による傷・発砲による傷・火薬による火傷など、銃・火器の発砲によって引き起こされた怪我や、死に至る可能性が高いまたは死につながりかねない、かつ実際にあるいは明らかにナイフ・アイスピックその他鋭い道具によって引き起こされた傷のすべての事例」は報告しなくてはならない¹⁴。

¹² Cal. Health & Safety Code sec. 2554 (Supp. 1970).

¹³ *Landeros v. Flood*, 17 Cal. 3d 399, 131 Cal. Rptr. 69, 551 P. 2d 389 (1976) (児童虐待の初期の徴候を医師が報告しなかった場合、医師はその子供に対し、その後の児童虐待による傷害の責任を負うことになりうる)。

¹⁴ N. Y. Penal Code sec. 265. 25 (Supp. 1969). 一般的には *Rose, Pathology Reports and Autopsy Protocols: Confidentiality, Privilege and Accessibility*, 57 Am. J. Crim. Proc. 144 (1972) と *Denver Pub. Co. v. Dreyfus*, 184 Colo. 288, 520 P. 2d 104 (1974) (検死解剖の報告書は公開報告書法 (Open Reports Act) に従って一般の人々に公開されている) を見よ。一般の人々への危険が存在するときには守秘的医療情報を渡す権限を与えるための法令は必要ない。こういう例外を明確にした判例の主なもの、ネブラスカ州最高裁判所が 1920 年に出した *Simonnen v. Swenson*, 104 Neb. 994, 177 N. W. 831 の判決である。この事例では、ある小さな町を訪れていた男性が、宿泊先のホテルの医師に診察してもらったのだが、梅毒と診断された。医師は患者に「町から出る」よう助言し、さもないとホテルの所有者 (owner) に知らせると言った。患者が町にとどまっていると、医師は女主人 (landlady) に報告し、女主人は彼の部屋を消毒し、彼の所持品を廊下に放り出した。法廷は判決で、接触伝染性の病気に関して、感染から身を守るための予防措置を他人がとるために必要な情報に限って開示する権利が医師にはあると述べ、この状況では医師の行為は正当化されるとした。

2. 裁判の過程

人が彼・彼女自身の身体的状態を訴訟（例えば個人的な傷害の訴え）の中で争点にしたとき、大抵の法廷ではその人の医師を、公判の前あるいは途中で宣誓させたうえで尋問することが許可される¹⁵。特権の法令がある州でさえ、医療情報が法廷で用いられることを許容する例外はたくさんある¹⁶。

3. 費用と質の管理に関する法令

州や連邦には、ピアレビュー、効率審査（*utilization review*）、提供者による補償金詐欺（*provider-reimbursement fraud*）に対処するための研究や、免許・認可のための調査などといった目的のために特定の監視機関（*monitoring agencies*）が患者の記録にアクセスすることを認めた様々な法令が存在する。中でも最も行き渡っているのは、専門審査機関（*Professional Review Organizations, PROs*）に関する連邦の法令・規定である。規定では、この計画のもとで集められた情報を個人の医療関係者（*practitioner*）・患者が同定できるような仕方で公表しないように要求している。

4. 患者が既知の人に害を及ぼす

1970年代半ばまで、患者が他人に怪我をさせたことで医師が責任を問われるのは、医師が直接その患者の治療を怠った場合に限られた。例えば、怠慢によって結核の診断を怠り、それによって家族を危険にさらした場合や、天然痘には接触伝染性がないと患者の隣人に誤って教えた場合、医師はその責任を問われた¹⁷。さらに、家族の腸チフスや猩紅熱は間接感染しないと他の家族に誤って教えた場合にもその責任を問われた¹⁸。

カリフォルニア州最高裁判所はさらに進んで、「医師や心理療法士は、彼の専門的技術と知識を発揮する際、彼の患者の医療的または心理的状态によって引き起こされる危険を回避するためには警告が欠かせないと彼が決定したならば、あるいはそう決定すべきであるならば、その警告を与える法的義務を負う」（強調はアナスによる）¹⁹との判決を出した。この裁判は前のガールフレンドを殺すおそれのあった患者を扱ったものである。療法士はこの患者がそうだと考え（*The therapist believed him*）、彼を監禁する手立ての最初の数ステップをとり、それから、上司の命令でと言われているが、訴えを取り下げた。患者はやはりその女性を殺し、彼女の家族はこの療法士を訴えた。カリフォルニア州最高裁判所は、上に引用したような書きぶりで、殺人を防ぐために犠牲者に警告しもせず、この患者を精神科の治療施設に監禁するなどの他の手立てをとりもしなかったことについて、この療法士は責任を負うと考えられる、と述べた。この裁判は結局示

¹⁵ E.g., *Dennie v. University of Pittsburgh School of Medicine*, 638 F. Supp. 1005 (W. D. Pa. 1986); and *Commonwealth v. Petrino*, 480 A. 2d 1160 (Pa. 1984), *cert. denied*. 471 U. S. 1069 (1985).

¹⁶ 注7を見よ。また、例えば *Turkington, Legal Protection for the Confidentiality of Health Care Information in Pennsylvania*, 32 Vill. L. Rev. 259, 307-72 (1987)を見よ。

¹⁷ *Hoffmann v. Blackmon*, 241 So. 2d 752 (Fla. App. 1970); また、*Wojcik v. Aliminum Co. of Africa*, 183 N. Y. S. 351, 357 (1959)や *Jones v. Stanko*, 118 Ohio St. 147, 160 N. E. 456 (1928)を見よ。

¹⁸ *Davis v. Rodman*, 147 Ark. 385, 227 S. W. 612 (1921) (腸チフス); *Skillings v. Allen*, 143 Minn. 323, 173 N. W. 663 (1919) (猩紅熱)。

¹⁹ *Tarasoff v. Regents of U. of California*, 131 Cal. Rptr. 14, 551 P. 2d 334 (1976)。

談で解決した。

この判決に対して、精神医学の専門家達は猛烈に反論した。精神科医達は、彼らが患者を治療する能力がこの決定によって縮小されてしまうだろう（当局に通報されることを恐れた患者達は精神科に来なくなるだろうから）と予測した。また、この決定によって、危険になりうる患者については外来で治療を続けてみるよりも精神科の施設に収容してしまうことを精神科医に奨めることになる、と考えるものもいた²⁰。健康ケア提供者が患者の状態を他人に報告する命令を我々社会が広げれば広げるほど、提供者は警官に近付いていくのである。しかしながら、健康ケア提供者はその患者だけでなく社会に対しても責務を負っているというカリフォルニア州最高裁判所の決定は、生死に関わる状況においては正しく、他の裁判所もこれに続いた²¹。守秘の信頼（**confidence**）に背くことによって他人の生命を守ることができ、その目的を達成するためのまっとうな（**reasonable**）選択肢が他にない場合には、裁判所（そして社会一般）が情報の開示を命じることにはほとんど困難はないとするのが適切であろう。

情報の開示を禁じる法令が存在しなかったならば、自分の患者によって罪もない人が犠牲となることを防ごうというこの関心は、HIVに感染していると診断された患者（**patients infected with HIV upon diagnosis**）の性的パートナーとわかっている人に医師が接触することを、感染の情報を開示することに患者がきちんと同意しないか、患者が性的パートナーには（性交渉が既にないか「安全な性交渉」を行っているために）リスクがないと医師に納得させられない限り、要求したであろう²²。

健康ケア提供者が患者に関する守秘情報を随意に開示できるのはどんなときか

「随意に」開示する状況は極端に広い。裁判所は、職務に忠実に行為している健康ケア専門家に、以下のような4つの状況で示されているような大きな裁量を認めることが多い：

1. 暗黙の同意（Implied Consent）

これはおそらく医療記録システムからの漏洩の主な原因であろう。健康ケア施設にいる患者は、自分のケアに直接関わる人達が医療記録を見ることに暗黙のうちに同意しているのである。先に指摘したように、これには3交代制の看護婦、病棟秘書（**ward secretary**）、医学生・インターンやレジデント全員、その病院勤務の医師（**attending physicians**）にコンサルタントが含まれるだ

²⁰ Stone, *The Tarasoff Decisions: Suing Psychotherapists to Safeguard Society*, 90 Harv. L. Rev. 358 (1976); また、Note, *Where the Public Peril Begins: A Survey of Psychotherapists to Determine the Effects of Tarasoff*, 31 Stan. L. Rev. 165 (1978)を見よ。

²¹ 例えば、*McIntosh v. Milano*, 168 NJ Super. 466, 403 A. 2d 500 (1979); *Bradley Center v. Wessner*, 287 S. E. 2d 716 (Ga. Ct. App. 1982); *Williams v. US*, 450 F. Supp. 1040 (D. S. D. 1978); *Bardoni v. Kim*, 390 N. W. 2d 218 (Mich. 1986); *Davis v. Lhim*, 355 N. W. 2d 481 (Mich. 1983); *Lipan v. Sears & Roebuck*, 497 F. Supp. 185 (Neb. 1980); *duty to warn not found: Furi v. Spring Grove State Hospital*, 454 A. 2d 414 (Md. 1983); *Cooke v. Berlin*, 735 P. 2d 830 (Ariz. 1987); *Hinkelman v. Borgess Medical Medical Center*, 403 N. W. 2d 547 (Mich. 1987)を見よ。一般的にはNote, *Psychiatrist's Liability to Third Parties for Harmful Acts Committed by Dangerous Patients*, 64 N. C. L. Rev. 1534 (1986)を見よ。

²² Barron, "A Debate Over Disclosure to Partner of AIDS Patients," *New York Times*, May 8, 1988, at E8 や Wilkes & Shuehman, "Holy Secrets," *New York Times Magazine*, Oct. 1988, at 57 を見よ。

ろうし、また、社会・心理学・医学・精神医療の研究者も含まれるかもしれない²³。こうしたことはすべて、患者が気付くこともないまま進められることもあり、習慣的なものになっている。

2. 一般的譲渡に関する書類 (General Release Forms) (同意)

健康ケア施設に入ると、患者は様々な書類に署名することを求められるが、そのなかには、施設が患者に関わる医療情報を、その情報を持つべきだと施設が考える人や指定された機関や組織に渡してもよいということを本質的には述べた認可書があることが多い。これには、保険会社や福祉に関わる省庁 (welfare department) (もしもそうした組織・機関から医療費の全額または一部が払われているなら) やその他、質やコストを監視する機関や人が含まれることが多いだろう。

一般的譲渡に関する書類の大部分は不当に幅が広く、患者が合理的に理解したうえで (reasonably and knowingly) 署名することが不可能なほど曖昧であると批判できるし、この批判は正当化できる。医師と病院に彼らが必要と考える任意の手続きをとる権限を与える、手術上の合意を幅広く行う曖昧な書類 (vague blanket surgical consent forms) は妥当でないとする判決も、この線での推論を支持している。他にも、患者には取引する能力がないのだから書類への署名は不本意なもので効力はない (例えば、病人が入院や保険保護 (insurance coverage) を必要としていて、要求された書類に署名することを拒んで入院・保護を逃してしまう余裕などない、ということもあるだろう)、とする議論もある²⁴。

3. 患者の私的利益

裁判所は、医師が職務に忠実に考えて患者の最大の利益につながると判断した情報の開示に関して、寛容な自由を認めている。この規則は、例えば、患者の同意なしに患者の配偶者や近い親族に情報を開示する多くの事例を正当化するのに用いられる。患者個人の福祉だけが関わってくる時には、いつどのような場合に守秘的情報が渡されるべきかを決定する排他的な権利を患者だけが持つべきである。しかしながら、裁判所はおそらく、他にまともな (reasonable) 選択肢がなく、患者の健康が開示を必要とするのだ、と医者や病院が合理的に (reasonable) 論じる限りは、彼らに大きな裁量を与え続けるだろう。

この例外の法的説明がほとんどなされていないとしても、患者の心臓の状態や死が差し迫っていることを配偶者に伝えたり、患者が意識喪失 (blackouts) に陥りやすいことを屋根ふき職人の雇用者に伝えたりといった状況は、おそらく適切であろう。

個人的な医療情報を渡す権限を与えるためにはどのような形態がとられるべきか

合衆国プライバシー委員会 (the US Privacy Commission) によると、人が求職や生命・健康保険、信用貸し・財政援助 (credit or financial assistance)、また政府からのサービスに応募するとき、しばしばある種の医療情報を渡すよう求められることが判明した。これは多くの場合には必要なことであるが、委員会によると、一般的には、「要求されたいかなる情報もすべて提供する」ことを署名者に要求するといった条項を含む、際限のない幅広い認可書 (authorizations)

²³ 注 4 で既述の Siegler を見よ。

²⁴ VI 章の「幅広い同意書類」の議論 (93 ページ) を見よ。

に署名を求められる²⁵。

アメリカ精神医学会 (American Psychiatric Association) は、幅広い同意書類は通常のインフォームドコンセントによる保護を患者に与えないので受け入れられない、という立場をとっている²⁶。合衆国プライバシー委員会はこれに同意し、以下のような勧告を行った：

医療ケア提供者が患者について集めた・保持している情報を開示する以前に彼に認可書を要求する場合、提供者は必ず、以下の条件を満たす認可書だけを妥当として受け入れるべきである：

- (a) 書面に書かれている。
- (b) 日付が明記され、患者による署名、あるいは彼の代理としての権限を実際に与えられている人による署名がある。
- (c) この医療ケア提供者が、自分に関する情報を開示する権限を与えると患者が指名した者か、一般的に指定した者に含まれる、という事実が明らかにされている。
- (d) 患者が開示の権限を与える情報の性質が特定されている。
- (e) 患者が権限を与える情報の開示はどの団体や人物に対する開示なのかが特定されている。
- (f) 開示の時点から将来にわたって、(e)で指名された者がどのような目的でならば情報を用いてよいか特定されている。
- (g) 期限がいつまでかが特定されている。この期限は 1 年を超えない合理的 (reasonable) な時間であるべきである。

患者や元患者は、これらの基準に沿わない譲渡書類には署名すべきでない。同様に、健康ケア提供者は、この程度の詳しさを欠いている要求書の受け取りを、書類に署名すると何に合意したことになるのかを患者はおそらく理解していないだろうという理由で、拒否すべきである。同意の質に疑いがあり、それゆえ譲渡書類の正当性にも疑いがある場合は患者に直接接触する、という義務を健康ケア提供者は負うべきである。

健康ケアの専門家は同業者と患者について話し合う権利をどのような状況で持つか

患者のケアに直接携わる健康ケアの専門家達は、守秘義務に違反することなしに、その患者の事例について自分達の間で話し合ってもよい (し、話し合うべきだ!)。しかしながら、患者のケアに直接携わらない他の専門家とは、同意もなしに患者について話し合ってはならない。ただ

²⁵ Privacy Protection Study Commission, *Personal Privacy in an Information Society* (Washington, DC: Government Printing Office, 1977), at 341. 例えば、大抵の生命保険会社は保険の申し込み者全員に対して、医療記録を医療情報局 (the Medical Information Bureau) に渡すよう要求している。医療情報局とは、合衆国・カナダの約 700 の生命保険会社によって運営されている情報交換機関である。医療情報局はこの情報がメンバーでない会社などに漏れることを防ぐ守秘義務を守ろうと手段を採っているが、所持している個人医療情報を当人に対して渡すことを拒否するという時代遅れの政策をいまだにとっており、その代わりに、その当人に対し、「この医学的成果の性質と重要性を適切に解釈することができるように」その情報を受け取る医師を指定することを要求している。Entmacher, *Medical Information Bureau*, 233 JAMA 1370, 1372 (1975)を見よ (個人のファイルに入った情報は医療情報局 (私書箱 105, Essex Station, Boston, Mass. 02112) に手紙で請求すれば得ることができる)。

²⁶ 同上、American Psychiatric Association, *Confidentiality and Third Parties* (Washington, DC: APA, 1975), at 13 を引用。

し、患者の素性が伏せられる場合はそうではなく、患者が誰か特定できない限り、仮定の上の事例（本当の事例に基づいていても、名前など素性の手がかりは一切含まれていない）について公然と話し合うことができる。

これに関連した問題は、患者の病状が大学付属病院の大巡回（grand rounds）で提示されたときに起こる。患者はこの提示によって助けてもらえるし、そのことは患者の直接のケアの一部となりうる。しかしながら、患者が誰か簡単に特定でき、患者が合理的に反論するかもしれない場合には、礼儀として、大巡回でのこのような「公開」に先だって患者の同意を乞うべきである。患者の素性を伏せるための合理的な手段がとられている場合には、同意を乞う必要はない。

健康ケアの専門家は患者の病状について患者の同意の表明もなく患者の家族と話し合う権利を持つか

「申し分ない」「安定している」といった一般的な言葉に限る。患者に対応能力がある（competent）場合、患者の同意の表明なしには、配偶者や親族に対して診断や経過の見通しに関わるいかなる情報も開示するべきでない。だが、対応能力のない患者に代わって家族が意志決定を行う場合は、家族は患者の代わりにインフォームドコンセントを与えるのに必要なすべての情報に対する権利を持つ。

プライバシー委員会は医療記録に関してどのような勧告を行ったか

プライバシー保護研究委員会（the Privacy Protection Study Commission）は、プライバシー権と記録保持業務の研究のために 1974 年に議会によって設立された委員会で、最終報告書を 1977 年に刊行した。この報告書は記録のプライバシーというテーマに関して今なお最も完全に権威あるものである。委員会の研究によれば、医療記録にはかつてよりも多くの情報が含まれ、かつてよりも多くの利用者の手に入るようになってきている。また、健康ケア提供者によるこうした記録の管理は非常に弱まってきている。その管理を再強化するのは不可能である。患者が自発的に情報開示に同意するのは一般的に実体がない。患者が自分の記録にアクセスすることは稀である。記録の質を改善し、その内容に対する患者の意識を高め、その開示を管理するためにとりうる手段は存在する。委員会の主な勧告には次のようなものがある：

1. 各州は医療記録にアクセスし訂正する個人の権利を定め、医療記録に関する守秘義務を期待する強制力を持った法令を制定すること。
2. 連邦・州の刑法を修正し、故意に医療ケア提供者を騙し偽って医療記録情報を要求する、または手に入れることがいかなる人によろうとも刑事犯罪であるようにすること。
3. 医療ケア提供者によって保持されている医療記録の当事者である人物、あるいはその人物によって指定された他の責任ある人物は、見たりコピーしたりする機会を含めてその医療記録へのアクセスを許され、記録を訂正・修正する機会を与えられること。
4. 自分が保持している情報が、「知る必要」に基づき、権限のある受取人だけが手に入れられる状態に置かれていることを保証するための積極的な手段をとる、ということを各医療ケア提供者に要求すること。
5. 医療ケア提供者が行う医療記録情報のいかなる開示も、開示を行う目的の達成に必要な情報だけに限られること。

6. 自分が保持している医療記録の対象となっている人物が認可を表明していない場合、その記録に含まれる情報が開示されるかもしれないならば、開示することをその人物に通知する、ということ各医療ケア提供者に要求すること。²⁷

健康ケアの専門家は患者の写真を撮ってもよいか

よい、ただし、その患者の同意がある場合に限る。患者の写真に関する事件の多くは、その写真の新聞・雑誌での公表を扱ったものであるが、医師が巻き込まれる事件もある。ドキュメンタリー映画やテレビ番組でも、病院や医療施設で撮影されたフィルムが使われている。例えば、1960年代後半には、映画製作者兼弁護士フレデリック・ワイズマンがマサチューセッツ州立ブリッジウォーター精神医療所内で 80000 フィートの長さのフィルムを撮影し、それをドキュメンタリー映画『Titicut Follies』にまとめた。マサチューセッツ州最高司法裁判所 (the Supreme Judicial Court of Massachusetts) は、この映画を州内で一般の人々に見せることを禁止した：

一般の人々が単なる好奇心でブリッジウォーターにアクセスし、この映画に登場するような種類の多くの行動を直接に見てもよいなどと理事 (Commissioner) や監督官 (Superintendent) が許容するということは、保護措置運営のための合理的な (reasonable) 基準のもとではほぼ不可能である。我々は、入院患者の裸や彼らがさらず精神病の痛々しい側面を写した映画が一般の人々 (正当・重要な関心を持つ集団のメンバーとは逆に) の目に触れるのを許容することも、等しく保護措置上の義務と矛盾すると考える。²⁸

裁判所は、この判決の別の場所で、このプライバシーの侵害を「集成的で俗悪 (indecent) な侵入 (intrusion)」「荒々しく (massive) 慎みのない (unrestrained)」かつ「恥ずかしい (embarrassing)」という言葉で描写している。患者のプライバシー権は、彼らの医療ケアについての情報を得たいといふいかなる私的関心にも優先し、通常はそうしたいいかなる公的関心にも優先する。このことはつまり、患者を写したいいかなるフィルムも、医療記録のための写真ですらも、患者本人が先に同意していない限り撮影されるべきではない、ということの意味する。

この論点は、1976年のメイン州における判例の中でずばりと述べられている²⁹。この訴訟は喉頭癌で死に瀕した患者を扱っていた。喉頭の切除に続いて喉の根本的な解剖が行われた。外科医は、公表のためではなく医療記録に残すためだけに、病状の進行を写真に収めた。患者が死亡する前日、医師は彼の部屋に入り、色のコントラストをつけるために青いタオル地を彼の頭の下に敷き、最後の写真 (final photographs) を数枚撮影した。患者が握り締めたこぶしを振り上げ、カメラの視界から逃れようと頭を動かした証拠が残されている。彼の妻も、「ヘンリーは写真に撮られるのを嫌がっていると思います」と医師に伝えた。予審法廷では医師に有利な表決 (a directed verdict in favor of the physician) を支持する申し立てが認められたが、メイン州最高裁判所はこれを破棄し、医師の行為は患者のプライバシー権の侵害にあたるとした：

同意の表明はなく…この証拠に描かれているような仕方での患者を扱うことは、この場合、もしそれが法制度上 (in legal effect) 原告の「ほうっておかれる権利 (right to be let alone)」

²⁷ 注 25 で既述の *Personal Privacy*, at 293-314.

²⁸ *Commonwealth v. Wiseman*, 356 Mass. 251, 259, 249 N. E. 2d 610, 616 (1969).

²⁹ *Berthiaume v. Pratt*, 365 A. 2d 792 (Me. 1976).

を侵害する企ての一部であったとしたら、暴行・侵襲 (assault and battery) を構成したであろう。

我々は、たとえ B【患者】の同意がなくとも、あるいは彼の反対を押し切ってであっても、この患者の最期の数時間の様子をフィルムに収めて写真記録を完成させることは医師の権利である、と法的に宣言することを要求されている。そうすることを我々は望んでいない。

人の顔の特徴や彼の容貌に特有の形は、正常であろうと歪んでいようと、個人に属するものであり、彼の許可なく複製されてはならない。³⁰

「プライバシー権」に含まれる権利の例は他にどんなものがあるか

この章で言及し論じられた事例から明らかになったプライバシー権に基づき、患者は病院で以下の権利を持つ：

1. 任意のあるいはすべての訪問者との面会を拒絶する
2. 病院と職務上の関係のない任意の者との面会を拒絶する
3. 病院と職務上関係しているが自分のケア・治療に直接関わらない人との面会を拒絶する
4. ソーシャルワーカーや牧師その他、自分のケアに直接関わらない人との面会を拒絶し、彼らが自分の記録を見ることを禁止する
5. 自分の治療の妨げとならない範囲内で、自分の寝具を着用する
6. 宗教上の装飾品 (religious medals) を着用する
7. 異性の医療専門家によって身体を検査される間、同性の人に同席してもらう
8. ある医療上の目的で脱衣を求められても、その目的の達成に必要な時間を超えれば服を着る
9. 病院の中で自分の病状についておおっぴらに話し合ったりされない
10. 自分の治療に直接携わる者か治療を監督する者だけが自分の医療記録を読むようにする
11. 同室の患者が自分をほうっておいて (let alone) くれなかったり、喫煙などの行為によって不当に (unreasonably) 平穩を乱したりする場合、別の部屋に移ることを主張する。

(岸田功平)

³⁰ 同上 796-97 ページ。Knight v. Penobscot Bay Medical Center, A. 2d 915 (Me. 1980)も見よ。(この病院ではスタッフの看護婦の夫が出産の様子を見たが、陪審の評決はこの病院に有利なもので、容認された。陪審は、この侵入が意図的で「まっとうな (reasonable) 人物に対して高度に不快感を与えるであろう」ものだった場合に限り原告に有利な評決を出すよう、【裁判官から】指示を受けていた。)