

世界医師会（WMA）の活動

令和元年度の活動で特記すべきことは、10月25日のWMA総会式典において、横倉会長が3年間のWMA会長職の任期を終えたことである。横倉会長は、WMA元会長としてWMA総会への永久参加資格が付与されると共に、WMA元会長、元議長ネットワークのメンバーとなった。

（1）WMA サンティアゴ理事会

WMA サンティアゴ理事会が、チリのサンティアゴにおいて、平成31年4月25日から27日にかけて開催され、35医師会および核戦争防止国際医師会議（IPPNW）等約160名が参加した。本会からは、横倉義武会長（WMA前会長）、WMA理事である松原謙二副会長、道永麻里常任理事（WMA理事会副議長）、星北斗参与の他、畔柳達雄参与（WMA医の倫理委員会、社会医学委員会アドバイザー）、澤倫太郎日医総研研究部長、日本医師会ジュニアドクターズネットワークが参加した。

理事会に先立ち、WMA作業部会が開催され、道永常任理事が出席した。理事会では、冒頭、2019年4月から2年間の任期とする役員改選が行われ、道永常任理事が女性として日本医師会初でアジア初のWMA役員となる理事会副議長に推挙され就任した。理事会議長にドイツ医師会フランク・ウルリッヒ・モントゴメリー会長、財務担当役員にインド医師会ラヴィンドラ・シタラム・ワンケッダカー前会長が選出された。チリ医師会主催の夕食会では、チリのエミリオ・サンテリス保健大臣が出席し、挨拶を行った。

理事会における主な議事内容は以下の通りである。

1）理事会決議された文書

WMAはワクチンに関する理事会緊急決議を採択し、理事会期間中にワクチン忌避に関するプレスリリースを発表した。世界の多くの地域ではしかの流行の報告が増えている。予防接種についての誤解と予防接種率の低下は、各国の保健当局にとって大きな課題となっており、ワクチン忌避は、世界の健康に対する脅威としてWHOから警告されている。決議では、2012年に採択された「予防接種の優先化に関するWMA声明」を再確認し、ワクチン投与の危険性についての根拠のない不正確な主張を非難している。WMAは、予防接種は伝染病に対する効果的で安全な予防対策であり、ワクチンの開発と投与は感染症を根絶し、世界の健康に影響を与える最も重要な介入であるとしている。そして、加盟医師会に対して予防接種スケジュールへの意識を高め、個々の医師に対してワクチンに躊躇する親の懸念に対処することに注意を払うことを呼びかけている。

2）特別会議

- ・ Physician 2030：5月13日－14日：テルアビブ／イスラエル
- ・ WHO総会開催期におけるWMA関連サイドイベント：5月20日－28日：ジュネーブ／スイス

・ Health Professional Meeting (H20) 2019：6月13日－14日：東京

(2) Health Professional Meeting (H20) 2019

Health Professional Meeting (H20) 2019が、令和元年6月13日、14日の両日、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）への道」をテーマとして、日本医師会（日医）と世界医師会（WMA）の共催により、東京で開催された。平成30年4月、横倉義武日医会長がWMA会長として、テドロス世界保健機関（WHO）事務局長との間で、「UHCの推進」と「緊急災害対策の強化」に関する覚書を締結した。本会議は、その覚書の実践の場として位置づけられ、特に、UHCの推進における医師と医師会の役割に焦点が当てられた。会議には、日本を含め38カ国約220名の参加があった。

1) 開会式典

開会式典は、秋篠宮皇嗣妃殿下のご臨席を仰ぎ、挙行された。主催者挨拶として、横倉日医会長（WMA 前会長）は、国境を越えた医師の結束がますます重要になっており、新たな元号「令和」が示す“Beautiful Harmony”の下にUHCの推進がいっそう進むことに期待を寄せた。また、レオニード・エイデルマン WMA 会長（イスラエル医師会前会長）は、2030年までに持続可能な開発目標（SDGs）を達成するためにも、UHCの推進は国際社会における最重要課題であり、本会議において実行可能な解決策の議論を重ね、各国関係者の協力・連携の強化を図ることでさらにUHCの推進を図っていききたいと述べた。

引き続き、秋篠宮皇嗣妃殿下より「おことば」を賜った。結核罹患率や乳幼児死亡率の改善のために結核予防法が制定され、母子手帳が広く使われるようになった。1961年に国民皆保険が達成されたことで、国民の生活は大きく改善されたと評価された。さらに、人口の高齢化に対応するため、日医を含む健康関連の専門家が人々の健康に向けて活動していることにも触れ、「皆様のご尽力が実りあるものとなり、全ての人々が健康で幸せな暮らしを享受できる世界となりますことを心から願います」と述べられた。

また、安倍晋三内閣総理大臣からは、「UHCの推進は不可欠な要素であり、G20大阪サミットの議長国を務める本年、この会議が開催されることをうれしく思っている。今後も、世界のUHCの達成に貢献されることを期待する」旨のビデオメッセージが寄せられた。

2) 基調講演

ミゲル・ジョルジュ WMA 次期会長（ブラジル医師会理事）の座長のもと、基調講演2題が行われた。

サー・マイケル・マーモット WMA 元会長（ユニバーシティ・カレッジ・ロンドン疫学教授）は、「健康の格差と健康の社会的決定要因」と題し、人々の健康が経済格差や貧困等の社会環境に大きく影響されているとし、より良い健康を国民に提供するためにも、医師・医療関係者が行動を起こすことが重要であると指摘した。各国における医療の不平等といえる健康格差は、社会的危機でもある。その解決には、UHCの推進に加えて、①小児期での最善な環境、②生涯教育、③雇用の確保、④生活水準を保つための最低賃金、⑤疾病予防について対策を講じる必要がある。誰もが尊厳のある人生を送れるように、全ての国の政府に行動を起こすよう呼びかけた。

山本尚子 WHO 事務局長補は、「UHCの実現のために～何が必要か～」と題し、2030年までのUHCの実現のためには、①政治的なリーダーシップ、②ヘルス分野への資金投入、③人材育成、④プライマリ・ヘルス・ケア、⑤地域づくりが必要になると指摘した。また、医師会に対する期待とし

ては、①保健医療分野を超え、人間の健康を重視した取り組みを訴え、支援すること、②エビデンスをつくり、それに基づく政策立案、実現に尽力すること、③保健医療現場でのチームリーダーとして、人材育成、キャリアパス構築の役割を担うこと、④保健医療ケアの質の向上、患者中心のケアの推進、⑤さらなる研究、教育、実践が必要な分野への貢献、⑥新興感染症や災害への対応、⑦人々が健康に関する基本的な知識を持ち、健康に暮らせる地域づくりに取り組む環境を作るための協力、を示した。

3) セッション1「UHCを達成する方法についての見解」

WHOによると、世界の人口の推定半数が必須の保健サービスを未だに十分受けられず、約1億人が保健医療の支払いのために極度の貧困に陥っている。本セッションでは、エナブレレ WMA 理事(元ナイジェリア医師会長)の座長の下、UHCの達成について、演者5名、コメンテーター3名により、患者、国際的保健機関、医師会の立場から発表が行われた。

患者団体の見解として、患者には、入手可能な価格での質の高い医薬品への公平で普遍的なアクセスが必要不可欠である。患者の安全を最優先とする UHC の実現を目指して、WMA および加盟医師会と協力する用意があるとした。

医療従事者の役割は、UHCにとって非常に重要である。医療従事者を増やし変革することは、「健康上のアウトカムの改善」、「グローバルヘルスの安全向上」、「雇用機会創出による経済成長」という3つの効果をもたらす投資である。医療従事者の教育と雇用への十分な公的投資の確保が必要である。また、医師会には、国の保健計画や戦略の策定と実施を支援し、持続可能な保健システムの構築を促進することが期待される。

医師会の見解として、「適切で十分に訓練された人材」、「予防と健康促進への注力」、「持続可能な医療費調達メカニズム」、「公的資金による戦略的な医療への支出」が、UHC 達成に不可欠であると指摘した。インドにおける UHC への取り組みとして、医療ガバナンスへの情報提供、特に脆弱な人々への医療提供の支援が紹介された。その上で、医療提供においては、高度に熟練した医療従事者の配置が重要であるとした。

4) セッション2「健康の安全保障と UHC」

災害と感染症の流行は、UHC 達成に向けた取り組みを続ける上での脅威である。UHC の実現は、そうした脅威を克服するための強固な土台となり得る。本セッションでは、神馬征峰東京大学大学院教授の座長の下、「健康上の脅威の制御が UHC 達成の寄与因子となり得ること」、そして「UHC はいかにしてそうした健康上の破壊的脅威を乗り越える鍵となれるのか」について、演者4名による議論が行われた。

災害、感染症の流行等の健康上の脅威に対処するには「信頼」が重要であり、それにより個人、地域社会、国に強靱な社会システムを構築することができる。「信頼」は、UHC 達成に向けた健康上の破壊的な脅威の克服に大きく寄与するものである。

危機に瀕した保健医療システムを支援するため、国際社会は取り組みを強化していく必要がある。保健医療へのアクセスが保護されなければ、UHC は達成できない。紛争と暴力を加える全ての当事者に、全ての被害者に対する中立で公平な治療を認めるように促す必要がある。また、UHC の達成という国際保健の議論において、医師はその議論が患者中心のものであるようにする必要がある。UHC 促進のために重要なことは、医療の保護であり、医療従事者は、患者に医療を提供したことで刑事訴追されてはならない。

タイでは、2001～2002年に全国で UHC を実現することに成功した。これが可能となったのは、

医療制度の回復力に起因しており、それがさらに制度の回復力を促進した。様々なグループや施設が医療部門の内外で行動的に相互連携をとることにより、効果的な UHC 政策の維持と医療制度の回復力を支えているとした。

5) セッション3「UHC とプライマリ・ヘルスケア（PHC）の政治的側面—医療専門職の役割」

UHC とプライマリ・ヘルスケア（PHC）は単なる技術的課題ではない。UHC・PHC の進展は、国や医療制度に特有の政治プロセスによって決まり、医療政策においては、医療専門職が重要な役割を果たす。本セッションでは、中谷比呂樹 WHO 執行理事による座長の下、政府、国際医学界、医師会等の立場として、演者6名とコメンテーター1名による発表をもとに、議論を行った。

レバノンでの事例では、医療専門職の積極的な関与により、PHC ネットワークの人間中心の医療への転換に貢献することが示された。世界の保健システムは、高齢化、慢性疾患、医療技術の爆発的進歩、グローバル化に翻弄されている。誰もが取り残されないように再構築する必要がある。

アメリカでは、医療費負担適正化法（通称：オバマケア）が医療制度改革において議論されている。新政権はオバマケア廃止に積極的であり、廃止により患者保護の低下が懸念される。医師会では、患者とその家族の利益のために、多方面と連携して取り組みを行っている。PHC は誰が提供すべきかという世界的議論に対し、医師会のさらなる関与が必要であると表明した。

UHC に必須である PHC を強化するためには、「持続可能な保健システム財政の実現」、「効率的な PHC への投資」、「PHC へのパフォーマンス評価とデータ収集」、「国際保健機関間のパートナーシップ強化」が重要である。社会的共通資本の概念からは、ヘルスケアシステムを社会的共通資本の最も重要な要素とすることが、豊かな社会構築への礎となると指摘した。

6) セッション4「UHC に対する責任の共有と個人の義務」

本セッションでは、葛西健 WHO 西太平洋地域事務局長の進行により、まず、横倉会長より、日本における国民皆保険達成までの歩みについて講演が行われた。日本では、1961 年、全ての国民が公的医療保険に加入するという UHC としての国民皆保険が達成された。その達成までには、医師の診療行為や医療費等をめぐり、医師、医師会は政府と議論を重ねた。高齢社会を迎え、UHC としての国民皆保険を堅持していくためにも、日医は「国民の安全な医療に資する政策かどうか」、「公的医療保険による国民皆保険を堅持できる政策か」を判断基準として、政府に意見を述べている。それにより、医療現場からも過不足ない医療提供ができる適切な医療のあるべき姿を提言していくことが重要である。

その後、横倉日医会長、モントゴメリー WMA 理事会議長（ドイツ医師会前会長）、鈴木康裕厚生労働省医務技監、戸田隆夫 JICA 上級審議役、平林国彦ユニセフ東アジア・太平洋地域事務局地域保健事業アドバイザー、ナムギャル WHO 南東アジア地域事務局事業統括部長、ガクルー WHO アフリカ地域事務局セーシェル事務所代表、ユエ WHO 西太平洋地域事務局ヘルスシステム部 UHC および SDGs ガバナンスコーディネーターが参加し、政府、医師会、WHO、国際機関によるパネルディスカッションにおいて、「UHC 達成のためのイニシアチブとアプローチ」、「UHC 達成のための課題と機会」、「UHC 推進のためのソリューションとアクションの提案」について議論が行われた。その中で、UHC の達成に向けた課題として、医療関係者の人材不足の問題、エボラ出血熱等地域特有の問題、各国の保険制度が異なる点、患者との関係等が挙げられた。特に人材不足については、プライマリ・ケアを担う人材が世界的に不足していることや、待遇・教育面において条件の良い都市部への人材の集中、発展途上国から先進国に留学した医学生が母国に戻らない等、絶対数だけではなく、偏在の間

題も大きいとの認識が示された。また、患者との関係性については、提供する側と受ける側の信頼関係の構築の重要性が強調された。UHC の達成を目指し、様々な問題を解決するために、各国で取り組みを継続することに加え、医師の団結を呼びかけた。

7) 「UHC に関する東京宣言」を採択

本会議において、(1) UHC とプライマリ・ケアの理解と関与の強化、(2) UHC の達成に向けた長期国家政策の策定、(3) 医師および医師会の役割の明確化、政府と社会のあらゆる側面に向けた提言の策定－を主な内容とした「UHC に関する東京宣言」が採択された。

同宣言では、世界中の医師と医師会に対し、UHC の擁護と実現のために重要な役割を果たすよう求めている。さらに、G20 サミットに対し、ヘルスケアシステムに未だ十分な投資ができない国においてこそ、持続可能な投資への道を鼓舞するという期待を表明している。

(3) UHC に関する国連総会ハイレベル会合

令和元年 9 月 23 日、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）に関する国連総会ハイレベル会合」に、横倉会長が WMA 前会長として WMA を代表して参加した。国連の「誰ひとり取り残さない」を理念とする 2030 年を目標年とした「持続可能な開発目標（SDGs）」において、UHC の達成が目標のひとつとして掲げられているが、国連総会のハイレベル会合において UHC がテーマとなるのは今回が初めてであり、その重要性が改めて認識された会合であった。

開会式では、ムハンマド・バンデ国連総会議長、アントニオ・グテーレス国連事務総長、テドロス・アダノム WHO 事務局長、デイビッド・マルパス世界銀行総裁などから挨拶が行われた。その後の全体会合で、各国首脳、保健大臣等から自国における UHC 推進の課題と取り組み状況が報告された。パネル 1 では、6 月に WHO の UHC 親善大使に任命された武見敬三参議院議員がグローバルムーブメントとなっている UHC の推進に向け、各国は独自のロードマップを作成して取り組んでいくべきであるとのスピーチを行った。クロージングに際して登壇した安倍晋三総理は、日本は本年 G20 大阪サミットおよびアフリカ開発会議 TICAD 7 を開催し、各国首脳と UHC を議論した結論として、各国政府の責任の下での様々な援助国・機関の支援を活用した一貫した政策の推進、栄養・水・衛生等の分野横断的取り組み、UHC に必要な財政の強化などを強調した。総会では、プライマリ・ケアに特に重点をおきながら、UHC に焦点を当て、財政の持続可能性を確保し公的支出を適切に増やすよう奨励する内容の「政治宣言」が承認された。

同日夕方、ニューヨーク市内の Nippon Club において、日経新聞社、日本政府、JICA、WMA、国連開発計画、国際製薬工業連盟、ストップ結核パートナーシップ等の共催により、「UHC と感染症」をテーマに国連総会のサイドイベントが行われた。横倉会長は、「UHC の実現における医師と医師会の役割」と題した基調講演で、WMA 会長としての UHC 推進における活動 Health Professional Meeting (H20) 2019 の概要を報告した。医療施設、医療システム、UHC の達成とその維持において、医師と患者、国民の間における信頼が重要であることを強調した。その他、本年第 3 回野口英世アフリカ大賞を受賞したウガンダのフランシス・オマスワ医師、国際製薬工業連盟トーマス・クエニ事務局長、JICA 戸田隆夫上級審議役が講演した。

(4) G20 岡山保健大臣会合

令和元年 10 月 19 日、G20 岡山保健大臣会合に、横倉義武会長が WMA 前会長として招待され、出席した。本会合には、G20 の国・地域（アルゼンチン、オーストラリア、ブラジル、カナダ、中国、

EU、フランス、ドイツ、インド、インドネシア、イタリア、日本、韓国、メキシコ、ロシア、サウジアラビア、南アフリカ共和国、トルコ、英国、米国）に加え、招待国（チリ、エジプト、オランダ、セネガル、シンガポール、スペイン、タイ、ベトナム）、WHO（世界保健機関）、OECD（経済協力開発機構）、世界銀行、GAVI ワクチンアライアンス、UNICEF（国連児童基金）、グローバルファンド（世界エイズ・結核・マラリア対策基金）などの国際機関が参加した。「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成」、「高齢化への対応」、「薬剤耐性（AMR）を含む健康危機への対応」をテーマに、議論が行われた。

横倉会長は、WMA を代表して、Health Professional Meeting（H20）2019 の開催とその成果である「東京宣言」について報告した。会合では、UHC の達成へのコミットメントを表明した「岡山宣言」が採択された。

（5）WMA トビリシ総会

令和元年10月23日から26日にかけて、WMA トビリシ総会が、ジョージアのトビリシにおいて開催され、40 医師会および欧州常設委員会等約 220 名が参加した。日本からは、横倉義武会長（WMA 前会長）、WMA 理事として松原謙二副会長、道永麻里常任理事（WMA 理事会副議長）、星北斗参与の他、澤倫太郎会長特別補佐・日医総研研究部長（WMA 医の倫理委員会アドバイザー）、都道府県医師会、日本医師会ジュニアドクターズネットワークより総勢 18 名が参加した。

10月25日、総会式典においてレオニード・エイデルマン第69代WMA会長が退任し、ミゲル・ジョルジュブラジル医師会理事が第70代WMA会長に就任した。横倉会長は、WMA 元会長としてWMA 総会への永久参加資格が付与されると共にWMA 元会長、元議長ネットワークのメンバーとなった。また、星参与に代わりWMA 理事に就いた。式典では、ジョージア医師会ギア・ロブジャニゼ会長、ジョージア議会イリア・ナカシゼ副議長による歓迎の挨拶が行われた。

10月26日、総会においてWMA 次期会長（2020－2021年）にアメリカ医師会デビット・バーブ元会長が選出された。横倉会長はWMA のUHCに関する活動報告を行った。報告では、3年間のWMA 会長職における活動に対する各国医師会の支援に謝辞を述べ、WMA 会長として昨年4月にWHO テドロス事務局長との間に締結したUHCの推進と緊急災害対応の強化をテーマとした覚書の締結、覚書の実践の場としてのHealth Professional Meeting（H20）2019の開催およびその成果物としての「UHCと医療専門職に関する東京宣言」の採択について概説した。また、「UHCに関する国連総会ハイレベル会合」へのWMA を代表した出席、同総会のサイドイベントにおける講演、「G20岡山保健大臣会合」におけるWMA 前会長として講演を行ったことを報告した。

議事では「安楽死と医師の支援を受けてなされる自殺に関するWMA 宣言」が採択され、これまでの「安楽死に関するWMA 宣言」、「医師の支援を受けてなされる自殺に関するWMA 声明」はアーカイブされた。その他、総会開催期間中、アジア大洋州医師会連合（CMAAO）加盟医師会参加者との意見交換を実施した。

総会における主な議事内容は以下の通りである。

1）採択文書（全文は「別掲」を参照）

①医の倫理関係

「性別選択的中絶および女児堕胎に関するWMA 声明」修正

WMA は、ある国々において女児胎児や性別選択的中絶が行われていることを懸念している。

WMA は各国医師会に対し、性別選択的中絶を非難し、自国政府に対してその旨を勧告するこ

とを求めている。

「WMA レイキャビク宣言：医療における遺伝学の利用に関する倫理的考察」修正

遺伝学は、疾病の原因、発生、分類および治療の理解の深まりに貢献している。遺伝学の利用は、個人レベルでも社会レベルでも大きな価値を生み出そうとしている。しかし、個人に関する遺伝情報の利用は、機密性、プライバシー、心理的苦痛、スティグマ化、差別という問題も提起している。本宣言は、倫理的課題を尊重した遺伝医学利用のための勧告を提供している。

「安楽死と医師の支援を受けてなされる自殺に関する WMA 宣言」

医師は、安楽死や医師の支援を受けてなされる自殺への関与や、この目的のための医師の紹介を強制されるべきではない。またこれとは別に、治療を拒否する患者の基本的権利を尊重する医師が、不必要な医療を控える、または中止する場合には、患者の希望を尊重することが死という結果を招く場合であっても、非倫理的な行為にはならない。

「独居拘禁に関する WMA 声明」修正

独居拘禁は、重篤な心理学的、精神医学的、そして時には生理学的影響を及ぼすことが実証されている。拷問あるいは虐待の形を取る可能性がある独居拘禁の有害な影響を考え、囚人の人権と尊厳を守ることを目的として、WMA と各国医師会は、ネルソン・マンデラ・ルールズ（2015 年国連総会で採択）およびその他の関連する国際的基準および勧告の実行を呼びかける。

②社会医学関係

「医師主導の職業規範に関する WMA マドリッド宣言」修正

WMA は、「プロフェッショナル・オートノミーと臨床上の独立性に関する WMA ソウル宣言」を再確認する。医師は、すべての患者に対して可能な限り最高水準のケアを最大限保護する職業規範制度の開発または維持を目指す。医師主導のモデルは、個々の医師が何人からも干渉を受けずに自らの判断で診療する権利を強化し保証するのに最適な環境を提供することができる。WMA は、構成会員とすべての医師に対し、効果的な制度の設置を確保するため規制当局と協力し、適切な活動を行うよう要請する。

「女性と子どものヘルスケアへのアクセスに関する WMA 声明」修正

女性と子どもは医療へのアクセスを制限されるなど、ジェンダーによる不平等により健康リスクにつながる可能性がある。WMA は、女性や子供の基本的人権の侵害を非難し、医療を受ける権利があることを主張することを勧告し、医療への平等なアクセスの重要性を強調している。

「薬剤耐性（AMR）に関する WMA 声明」修正

AMR は、世界の公衆衛生にとって国境や社会経済的区分を超えて増大している脅威であり、それへの対処は国際保健上の優先課題である。一次予防として劣悪な生活環境や衛生などの社会的決定要因に対処することの重要性、WHO グローバルアクションプランを支援する団体との連携を勧告する。WMA は各国医師会に対して、データ共有による国際協力、抗菌薬への平等なアクセスおよび適切な使用などを提唱すべきとし、自国政府への呼びかけを求めている。

「食事からのナトリウム摂取量の削減に関する WMA 声明」修正

ナトリウムの過剰摂取は、高血圧の発症または悪化をもたらすリスク要因である。WHO が摂取量のガイドラインを定めているが、世界人口の大多数は過剰に摂取している。WMA は各国医師会に対し、ナトリウムの摂取は国民の健康に関わる問題であり、予防を優先するよう各国政府に要請すること、消費者の教育などを行うようにすべきとしている。

「医療における拡張知能に関する WMA 声明」

医療 AI システムは、医師が提供する医療を増強するものであり、代替するものではない。また、透明性と再現性が不可欠であり、医療提供者と患者の双方から信頼されるものである必要がある。WMA は、医療 AI の使用は、医の倫理と患者データの機密性と差別禁止の原則に即していれば、その使用を通して患者の転帰と医師の職務上の満足度が向上する潜在性があることを認識し、医療 AI についての理解を深められるように教育の機会の見直しを奨励する。また、各国医師会に対し、現場の医師の見地を医療 AI の発展・デザイン・検証・実施に盛り込む機会を見つけること、システムの開発と実施の際には、医師－患者関係の優位性を提唱することなどを要請する。

「保護者が同伴していない未成年の亡命希望者の医学的年齢評価に関する WMA 声明」

保護者のいない未成年に分類される難民は、家族から離されたか、家族なしで出生国から逃げてきた 18 歳未満の者であり、増加している。WMA は、保護者のいない未成年が保護を受けることを確実にするために、亡命希望者の年齢を評価する必要があることを認識しており、実施する際に注意すべき点を強調している。

「遊離糖類の消費および加糖飲料に関する WMA 声明」

過剰な遊離糖質の摂取は、食生活の栄養の質を脅かすものである。WMA は、各国政府に対し、砂糖の課税を通じて遊離糖類と加糖飲料の価格の手頃さを軽減させるように求め、健康増進と健康予防に使用されるべきである。糖類が含まれている場合は、ラベルに表示するよう義務化する、子供を対象とした宣伝の規制を要請する、などとしている。

「すべての人のための医療情報に関する WMA 声明」

最新かつエビデンスに基づく医療情報へのアクセスは、大衆、患者、医療従事者にとって、健康のあらゆる側面で重要である。医療情報へのアクセスの欠如は、罹患率と死亡率の大きな原因となっている。WMA は、時宜を得たエビデンスに基づく医療情報へのアクセス改善に向けた取り組みを促進する、良い実践と倫理の基準を情報提供者が満たすべきものとして推進し、医師とその他医療専門家と患者代表らが参加して生まれる信頼性のある質の高い情報を保証するなどの活動を支持して行っていくとしている。

「暴力と健康に関する WMA 声明」修正

暴力は公衆衛生上の重大な課題であり、多面的かつ実際に予防可能である。医師が暴力被害者のケアと支援において大きな役割を果たすべきことを確認し、WMA は政治指導者や政策立案者に暴力に対するゼロトレランス（不寛容）を達成するための取り組みを要望し、医療機関における暴力防止と被害者支援を統合した連携活動を奨励するよう勧告する。世界的な問題に対し行動をとることを約束する。

「ニカラグアにおける中絶禁止法に関する WMA 決議」修正

ニカラグアは 2006 年、胚または胎児の死亡や損傷につながる妊婦の医療処置等を含め、いかなる状況下でも中絶を法的に罰する刑法を採択した。これは、ニカラグアの女性の健康に悪影響をもたらし、妊婦およびその胚や胎児の本来避けられるはずの死を招く懸念がある。妊婦の生命を救うためであっても医師が中絶を実施すれば投獄される可能性がある。WMA は各国医師会に対し、「医療行為の刑事的取締りに関する決議」（2013 年 10 月）で示されている「刑事罰を科すことで適切な医療行為を規定しようという政府の動きを含む、医療行為および医療に関する意思決定への政府介入に反対する」という勧告を再度表明する。

「気候非常事態に関する WMA 決議」

医療従事者は、世界中の市民の健康を保護することを提唱する上で重要な役割を担っており、

気候変動に対してさらなる行動を要請する責任がある。2019年9月には、国連気候行動サミットが開催され、世界中で気候変動に対する行動を加速しなければならないというコンセンサスが生まれている。WMAは、各国医師会と国際的なヘルスコミュニティに対し、気候の緊急事態を宣言し、気候変動に関する行動に参加することを呼びかける。

「オピオイド使用に関する WHO ガイドラインの廃止に関する WMA 決議」

WMAは、WHO ガイダンス「規制物質に関する国家政策におけるバランスの確保：規制医薬品の入手可能性とアクセス可能性に関するガイダンス」（2011年）および「WHO ガイドライン：病態に起因した小児の持続性の痛みの薬による治療」（2012年）が廃止されたことに懸念を表明する。医療界への相談なしに廃止されたことにより、関連する国内法のない国において多くの医師から支えと規制を奪い、最終的には患者が適切な薬を入手できなくなる。WMAは、エビデンスに基づいた治療ガイドライン開発の原則の遵守を要求する。オピオイドガイドラインの廃止を支持するエビデンスを公表し、科学的精査のために利用可能にしなければならない。オープンで透明なプロセスによる議論を推奨する。

2) 財務企画関係

①今後の会議開催日程

- 2020年：4月ポルト理事会（ポルトガル）、10月コルドバ総会（スペイン）
- 2021年：4月ソウル理事会（韓国）、10月ロンドン総会（イギリス）
- 2022年：4月パリ理事会（フランス）、10月ベルリン総会（ドイツ）
- 2023年：4月ナイロビ理事会（ケニア）、10月キガリ総会（ルワンダ）

② WMA 特別会合

- ・医の倫理綱領に関する地域会議
 - 東地中海地域：2020年2月6日－7日：クウェート
 - ラテンアメリカ地域：2020年3月5日－6日：サンパウロ／ブラジル
- ・予防接種に関するグローバルフォーラム：2020年5月4日－5日：バチカン市国
- ・UNESCO バイオエシックスに関する会議：
 - 2020年5月11日－14日：ポルト／ポルトガル
- ・バイオエシックスに関する国際会議：
 - 2020年6月18日－21日：フィラデルフィア／アメリカ

③加盟医師会

セーシェル医師会の加盟が承認され、加盟医師会数は113となった。

3) 学術集会（緩和ケア）

「緩和ケアの国際基準の実施に向けて」と題して学術集会が開催された。冒頭、ザザ・バクア ジョージア労働保健社会省、占領地からの国内避難民省副大臣による歓迎挨拶があった。その後、緩和ケアの実施のあり方、子どものための緩和ケア、緩和ケアの正しい計画と実施のための教育プログラム、緩和ケアにおける心理的問題、などに関する講演が行われた。

別掲. WMA 採択文書一覧および採択文書全文（仮訳）掲載

性別選択的中絶および女児堕胎に関する WMA 声明

2002 年 10 月、米国、ワシントンにおける第 53 回 WMA 総会で採択

2012 年 4 月、チェコ共和国、プラハにおける第 191 回 WMA 理事会で再確認

2019 年 10 月、ジョージア、トビリシにおける第 70 回 WMA 総会で修正

世界医師会（WMA）は、ある特定の国々で女児堕胎や性別選択的中絶が一般的に行われていることに重大な懸念を有する。

WMA は、女児堕胎および性別選択的中絶をまったく容認できない性差別の形態として非難する。

WMA は、性別選好を理由とした性別選択的中絶、つまり単に親の好みを理由とし、胎児や女性の健康に影響がない場合の性別選択的中絶は差別的であると考える。

WMA は、各国医師会に対して以下のことを要請する。

- ・性別選好による女児堕胎の実施および性別選択的中絶の利用を非難すること。
- ・自国政府に対してその旨を勧告すること。

WMA レイキャビク宣言

医療における遺伝学の利用に関する倫理的考察

2005 年 10 月、チリ、サンティアゴにおける第 56 回 WMA 総会で採択

2009 年 10 月、インド、ニューデリーにおける第 60 回 WMA 総会で修正

2019 年 10 月、ジョージア、トビリシにおける第 70 回 WMA 総会で修正

序 文

遺伝学は、疾病の原因、発生、分類および治療の理解の深化に貢献している。遺伝学の利用は増加しており、その動きは単一遺伝子性疾患の同定や癌治療における利用から、多因子性疾患の危険性予測や個人の遺伝子操作へと向かっている。このように、遺伝学の利用は、個人レベルでも社会レベルでも大きな価値を生み出し、さらにその価値を増大させようとしている。しかしながら、個人に関する遺伝情報の利用はまた、機密性、プライバシー、心理的苦痛、スティグマ化、そして差別という問題も提起している。

本宣言は、そうした利用が伴う倫理的課題を尊重した遺伝医学利用のための勧告を提供するものである。主な対象は医療提供における遺伝学利用である。個々の患者のケアを超えた遺伝データの収集、保存、および使用については、「ヘルスデータベースおよびバイオバンクに関する倫理的考察に関する WMA 台北宣言」で提示されている原則を遵守すべきである。同定可能な人間由来の試料およびデータに関する研究を含む、人間を対象とする医学研究における遺伝学の利用は、「人間を対象とす

る医学研究の倫理的原則に関する WMA ヘルシンキ宣言」で提示された原則を遵守すべきである。

本宣言は全体を通して解釈されるべきであり、また各項目は関連する他のすべての項目を考慮した上で適用されるべきである。本宣言は、遺伝学分野の発展に従って更新されるべきである。

遺伝情報には倫理的に重要な特徴がある。個別的には、これらの特徴は他の種類の医療情報にも見受けられる。しかしながら、これらの特徴の組み合わせで遺伝情報は特に機密性の高いものになっている。この機密性に、多くの様々な利害関係者からの遺伝情報に対する強い関心が相まって、医の倫理の基本原則、とりわけ遺伝情報の生成、保存、使用、あるいは共有に関連する患者の自主性、患者への守秘義務、患者のプライバシーと利益に対する権利を尊重することが一層重要となっている。

倫理的に重要な特徴の中でも特に中心的なものは、以下のとおりである。

- ・ 遺伝情報は、個人を特定できるものである。
- ・ 遺伝子解析から個人に関する広範かつ詳細な情報を生成することができる。
- ・ 遺伝子解析により追加的所見が生まれる可能性がある。
- ・ 遺伝子解析によって生成された情報の完全な意義はまだ不明である。
- ・ 個人についての遺伝情報を完全に匿名化することはできず、また匿名化された遺伝情報は再識別化される場合がある。
- ・ 遺伝的データには、検査を受けた個人に関する情報だけでなく、検査を受けた人の血縁者に関する情報も含まれている。
- ・ 一人の個人の遺伝子検査により、医師が血縁者（家族）の医療情報へのアクセスまたは遺伝子検査を求める可能性がある。

倫理原則

利 益

医療提供のために行われる遺伝子検査は、検査を受ける患者の利益を主たる目的として行われるべきである。

関連性

遺伝子検査の範囲は、検査目的の関連性を超えて広範にすべきではない。

インフォームド・コンセント

1. 遺伝子検査は、本人またはその法定後見人のインフォームド・コンセントがある場合にのみ行われるべきである。疾病の素因についての遺伝子検査を子どもに行うのは、明確な臨床的兆候があり、検査結果を認識しておくことがその子どもの最善の利益となる場合のみとすべきである。
2. 同意を得るプロセスには、以下について、患者への理解可能で正確かつ適切な情報提供を含める必要がある。
 - ・ 検査の目的、性質と利益
 - ・ 検査のリスク、負担と限界
 - ・ 検査によって生成される情報の性質と重要性

- ・ 追加的所見と将来的発見を含めた結果報告の手順
- ・ 可能な治療法を含む、結果への対応に関する選択肢
- ・ 検査結果、データおよび生体サンプルが、どのように、どこで、どれほどの期間保管され、現時点および将来的な結果に誰がアクセスできるのか
- ・ 検査によって生成された情報の二次的利用の可能性
- ・ データセキュリティ対策をはじめとする、機密性、プライバシーと自律性を保護するための方策
- ・ 血縁者に影響する結果を管理するための手順
- ・ 該当する場合は、商業的利用と利益の共有、知的所有権の問題、ならびにデータまたは試料の第三者への伝達

追加的所見（二次的および偶発的所見）

1. 遺伝子検査では、二次的または偶発的所見とも呼ばれる追加的所見が生まれる可能性がある。そのような所見を扱うための手順は検査前に決定すべきであり、またこれらの手順に関する情報は、コンセンストを得る手順の一環として患者に伝えられるべきである。
2. 追加的所見の管理にあたっての原則では、次の点を考慮しなければならない。
 - ・ 追加的所見の管理に関する患者の意向
 - ・ 患者の健康とその他利益にとっての追加的所見の重要性
 - ・ 患者の血縁者の健康とその他利益にとっての所見の重要性
 - ・ 追加的所見の科学的妥当性
 - ・ 追加的所見と患者の健康関連リスクとの間の相関性に関するエビデンスの強さ
 - ・ 追加的所見について医学的またはその他の方法で対応可能な度合

遺伝カウンセリング

1. 遺伝子検査または遺伝学に基づく治療が提示または実施される際には、結果の解釈のため、適切な遺伝カウンセリングが常に提供されるべきである。カウンセリングにより、患者が十分な情報を得た上で自分の価値観と関心に従って決定を下すことができるようにすべきである。カウンセリングは、カウンセラーの個人的な価値観に偏ってはならない。検査を受けないという個人の権利は守られるべきであり、また、検査を受けた場合でも本人に検査結果に基づいて行動する義務を課すべきではない。
2. 医学生および医師は、遺伝カウンセリング、特に発症前の疾病診断に関連するカウンセリングについて、教育と訓練を受けるべきである。

守秘義務

すべての医療記録と同様に、遺伝子検査または遺伝子治療による情報は厳重に機密扱いとされるべきであり、検査を受けた本人の同意なしには第三者に個人の識別が可能なたちで明らかにされてはならない。特定の状況下において結果が公表される可能性のある第三者については、次項で特定する。

第三者への通知

近親者など第三者に影響を及ぼす可能性がある検査結果が出た場合には、検査を受けた本人に対し、検査結果についてそうした第三者と話し合うよう勧めるべきである。結果を開示しないことで（第三者に）深刻な被害が想定され、開示以外には被害が避けられず、かつ開示しない場合の被害が開示に

よってもたらされられると思われる被害よりも明らかに大きい場合には、医師は必要な情報を患者の同意なしにそうした第三者に提供してもよいが、通常は患者とまず話し合うべきである。倫理委員会にアクセスできる医師の場合には、第三者に情報を開示する前にそのような委員会に相談することが望ましい。

データ保護

遺伝子データの収集、保管と利用には最高水準のデータ保護が必要である。

差別

個人または集団は、人権、雇用および保険の分野を含め、いかなる方法においても、遺伝的構成に基づいて差別されてはならない。この保護は、遺伝子検査または遺伝子治療を受けた本人はもちろん、遺伝子情報が推測可能となる個人についても適用されるべきである。社会的弱者である個人や集団の保護には、特に注意を払うべきである。

検査費用

医療の一環として遺伝子解析を含めるという決定は、患者および医療制度にとって多大な費用負担となる可能性がある。したがって、そのような決定は常に、解析費用が患者にとっての利益により正当化されるという予想に基づき下されるべきである。

信頼性と限界

1. 疾患関連遺伝子の同定により、利用可能な遺伝子検査、解析および治療の数は増加している。これらの検査の数、種類および複雑さが増すにつれ、それらの信頼性、正確性および質を確保し、またその限界について患者に伝えるために、細心の注意を払わなければならない。
2. ある個人に対する遺伝子検査の利益は、関連する背景をもつ母集団についての情報の可用性に左右される可能性がある。医療専門職は、臨床的な遺伝子検査サービスを提供する際に、使用されるデータベースに保存されている遺伝的背景データと健康情報の範囲と限界について認識しておくべきである。

個人への直接検査

遺伝子検査が医療目的で個人に直接提供される場合には、認定検査機関によって提供される検査と同じ技術的、職業的、法的小および倫理的基準を満たすものでなければならず、また本声明で提示された勧告に従うものでなければならない。特に、個人向け検査の提供事業者は、サービスの信頼性と限界に関して理解可能で正確かつ妥当な情報を提供しなければならない。

研究データの臨床利用

遺伝子検査を含む研究プロジェクトが参加者を特定できる場合は、参加者の健康に対する深刻な脅威を示唆する所見の可能性について参加者に知らせなければならない。そのような所見がある場合、参加者に遺伝子カウンセリングと適切な医学的介入について紹介すべきである。

遺伝子治療と遺伝子編集

遺伝子治療と遺伝子編集は、疾患関連遺伝子の操作に使用される技術の組み合わせを意味する。これ

らの技術の利用にあたっては、次のガイドラインを遵守すべきである。

- ・ 遺伝子治療と体細胞ゲノム編集の利用は、医の倫理と専門職としての責任の基準に従うべきである。
- ・ 患者の自律性を尊重し、インフォームド・コンセントを常に取得すべきである。このインフォームド・コンセントの手順には、遺伝子治療と遺伝子編集のリスクについての開示が含まれるべきであり、それには患者が複数回の遺伝子治療を受けなければならない可能性があること、免疫反応のリスク、ウイルスベクターの使用から生じる潜在的問題、ゲノムへのオフターゲット効果などが含まれる。
- ・ 遺伝子治療と遺伝子編集に着手するのは、関連するリスクと利益そして治療について認知されている有効性の評価を、他の治療法でのリスク、副作用および有効性と比較して、慎重に分析した後のみとすべきである。
- ・ 生殖細胞のゲノム編集には科学的に未解決のリスクがあり、臨床応用すべきではない。これは、ゲノム編集のテストやその他類似の研究を妨げるものではない。

クローニング

クローニングには、治療的クローニング、すなわち移植のために罹患組織または臓器の健康な複製を作製するための個人の幹細胞のクローニングと、生殖クローニング、すなわち、ある人間の遺伝的複製を作製するための既存の人間のクローニングの両方が含まれる。WMA は、人間のクローニングに反対である。

安楽死と医師の支援を受けてなされる自殺に関する WMA 宣言

2019 年 10 月、ジョージア、トビリシにおける第 70 回 WMA 総会で採択

WMA は、医の倫理の原則に対する強い関与、そして、人間の生命を維持することを最大限尊重しなければならないことを繰り返し述べている。したがって、WMA は安楽死と医師の支援を受けてなされる自殺に強く反対する。

本宣言の目的において、安楽死は、患者自身の要請に基づき、意思決定能力を持つ患者に致死薬物を意図的に処方、または患者の死を招く介入を実施する医師の行為と定義される。

医師の支援を受けてなされる自殺は、意思決定能力を持つ患者の自発的な要請に基づき、医師が患者の死を招く意図を持って、薬物を処方または提供することによって、意図的に患者の人生を終わらせるようなケースを意味する。

医師は、安楽死または支援を受けてなされる自殺に関わることを強制されるべきではなく、またそのような目的のために医師の紹介を行うことを強制されるべきではない。

またこれとは別に、治療を拒否する患者の基本的権利を尊重する医師が、望まれていない医療を控える、または中止する場合には、患者の希望を尊重することが死という結果を招く場合であっても、非倫理的な行為にはならない。

独居拘禁に関する WMA 声明

2014 年 10 月、ダーバン、南アフリカにおける第 65 回 WMA 総会で採択

2019 年 10 月、ジョージア、トビリシにおける第 70 回 WMA 総会で修正

前 文

多くの国で、相当数の囚人が独房に監禁されている。独居拘禁は、収容環境で用いられる監禁の一形態として、個人が 1 日 22 時間を超えて一般の収容者集団から分離され、別の監房または部屋に一人で居させられることである。管轄区域によって、そのプロセスを指す様々な用語（隔絶、分離、隔離、接触禁止など）が用いられ、条件および環境は、場所ごとに異なっている場合がある。どのように定義または実施されていようとも、独居拘禁は、完全な社会的隔離、有意な接触の欠如、および活動と環境刺激の減少を特徴とする。国によっては、囚人が独房に収容される期間と頻度に関して厳密な規定が定められているが、多くの国ではこれに関する明確な規則がない。

独居拘禁は、暴力的または破壊的行動への即時的対応として、個人を隔離する必要がある場合や、本人または他者を保護するために個人を隔離する必要がある場合の他の短期の介入とは区別される。これらの介入は、独房ではない監禁環境で実施されるべきである。

独居拘禁を用いる理由は、管轄区域によって異なり、刑事司法プロセスの様々な段階で用いられることがある。秩序や保安維持のための懲戒の手段として、捜査や尋問を目的とした行政措置として、（本人もしくは他者への）将来的な危害に対する予防措置として用いられることがあり、もしくは他者との接触を制限する抑圧的体制の結果であることもある。独居拘禁は、何時間も、何日も、あるいは何年にもわたって科されることがある。

独居拘禁の医学的影響

隔離に対する反応は人によって異なる。かなりの数の囚人に対して、独居拘禁は重篤な心理学的、精神医学的、そして時には生理学的影響を及ぼすことが実証されている。これらは、不眠、錯乱、幻覚、精神病、既存の健康問題の悪化などである。独居拘禁は、自殺行為の高い発生率とも関連している。たった数日でも負の健康効果は生じ得るし、場合によっては隔離が終わっても持続することがある。

ある集団は、独居拘禁による健康への悪影響を特に受けやすい。精神病性障害、大うつ病、外傷後ストレス障害の患者、あるいは重度の人格障害者にとって隔離は耐えられず、かなりの健康被害を受けられることがある。独居拘禁は、後の刑務所環境において、または地域社会に復帰したときに、彼・彼女らおよび関連する健康問題を首尾よく治療することを難しくする。身体障害または他の医学的条件を有する囚人ではしばしば状態が悪化するが、それは隔離の物理的条件の結果としてだけでなく、彼・彼女らの障害または状態に関連する特定の健康上の要件が満たされないことが多いからでもある。

社会的、心理学的、および神経学的に発達する重要な段階にある児童および青年にとって、独居拘禁は長期の精神的および身体的被害を生じる深刻なリスクがある。児童および青年に対する独居拘禁の害についての国際的合意が高まっており、その結果、一部の管轄区域ではこの慣行が完全に廃止されている。

独居拘禁に関する国際的規範

囚人の健康に及ぼす独居拘禁の有害な影響に関する証拠資料は増加しており、それにより独居拘禁の使用と有害効果の軽減を図る一連の国際的規範と勧告の作成に至った。

「国連被拘禁者処遇最低基準規則（SMR）」は、1957年に初めて採択され、2015年に「ネルソン・マンデラ・ルールズ」として修正され、国連総会にて満場一致で採択された。SMRは囚人の取り扱いのための重要な国際的枠組みを構成する。

「女性被拘禁者の処遇及び女性犯罪者の非拘禁措置に関する国連規則（バンコク・ルールズ）」、「自由を奪われた少年の保護のための国際連合規則」および「拷問その他の残虐、非人道的あるいは品位を傷つける取り扱いまたは刑罰に関する特別報告者」の観察など、他の国際的基準および勧告もネルソン・マンデラ・ルールズを支援し完全なものにしている。

独居拘禁の誤用は、無期限または長期の独居拘禁（独居拘禁の期間が15日間を超えるものを言う）を含むことがあるが、個人または集団への刑罰、囚人の食事もしくは飲料水の削減、または暗い監房や常時点灯された監房に入れることも含み得る。これらの方法による独居拘禁の誤用は、拷問あるいは虐待の一形態となることがあり、それ自体が国際人権法および医の倫理に従って禁止されなければならない。

WMAとその会員は、あらゆる拷問その他の残虐、非人道的あるいは品位を傷つける取り扱いまたは刑罰を非難する長年の確固とした姿勢を改めて表明し、医師が拷問その他の残虐、非人道的あるいは品位を傷つける取り扱いまたは刑罰に決して関与せず、容認しないという基本原則を再確認する。

勧告

1. 時として拷問あるいは虐待の一形態ともなり得る独居拘禁の有害な影響を考え、囚人の人権と尊厳を守ることを目的として、WMAとその会員は、ネルソン・マンデラ・ルールズおよびその他の関連する国際的基準および勧告の実行を呼びかける。
2. WMAとその会員は、特に以下の原則の尊重を重視する。
 - ・ 独居拘禁は、身体的健康および精神的健康に及ぼし得る重大な影響（自殺または自傷のリスクの増大を含む）を考慮し、例外的な事案において、最後の手段として、かつ独立した審査を条件とし、可能な限り最短の期間のみ科すべきである。独居拘禁を科す当局は、その使用に関する明確な規則と規定に従って行動しなければならない。
 - ・ 独居拘禁に関するすべての決定は、透明性を保ち、法によって規制されなければならない。独居拘禁の使用は、法により時間を制限すべきである。被拘禁者は隔離の期間を知らされるべきであり、その期間の長さは、措置が実施される前に決定されるべきである。独居拘禁を科される囚人は、上訴する権利を持つべきである。
 - ・ 独居拘禁は、連続15日間の期間を超えるべきではない。滞在期間のルールを回避するために、囚人をすぐに独居拘禁に戻すことを意図して、ごく限られた期間だけ独居拘禁から解放することも、禁止されなければならない。

独居拘禁の使用の禁止

1. 無期限あるいは長期の独居拘禁は、拷問その他の残虐、非人道的あるいは品位を傷つける取り扱いまたは刑罰に当たるものとして禁止すべきである¹。
2. 独居拘禁は、児童および青年（国内法の定義）、妊婦、産後6か月以内の女性、乳幼児を持つ女性ならびに授乳婦に対して、さらに隔離はしばしば既存の精神的健康状態の重大な悪化を招くことから、精神衛生の問題を持つ囚人に対しても、禁止されるべきである。
3. 独居拘禁の使用は、身体障害または他の医学的状態を持つ囚人において、そのような措置によって状態が悪化する可能性がある場合には、禁止すべきである。
4. 児童および青年を、彼・彼女らの安全または他者の安全を確保するために隔離しなければならない場合は、人との定期的な接触と目的のある活動を確保するなど、彼・彼女らのニーズに合う適切な資源を備えた、独房でない拘禁環境において実施すべきである。

独居拘禁の条件

1. 孤立して監禁された囚人の人間としての尊厳は、常に尊重されなければならない。
2. 隔離された囚人は、毎日の戸外運動を含めて、妥当な量の、人との有意義な定期的接触、活動、および環境刺激を認められるべきである。すべての囚人がそうであるように、彼・彼女らは極端な身体的および精神的負担となる状態にさらされてはならない。
3. 独居房に拘禁されていた囚人は、刑務所から出所する前に、医学検診を含む調整期間を持つべきである。これは彼・彼女らの収監期間を延長するものであってはならない。

医師の役割

1. 医師の役割は、囚人の身体的および精神的健康を保護し、擁護し、改善することであり、刑罰を加えることではない。したがって、医師は、囚人が独居拘禁に耐えられるほど「健康」であると断言することや、何らかの形でその施行に関与することを含めて、囚人を独居拘禁するという決定過程のいかなる部分にも決して関与すべきでない。これは、医師が健康状態を判断して必要なケアと治療を提供するため、独居拘禁中の囚人を定期的に訪問することや、健康状態の悪化を認めた時に懸念を提起することを妨げない。
2. 医療の提供は、医学的必要性がある場合、あるいは囚人の要請によって行われる。医師は、自分の意思で独居拘禁中の囚人に毎日アクセスすることを保証されるべきである。医師が必要と判断した場合には、より頻繁なアクセスが許可されるべきである。
3. 刑務所で働く医師は、刑務所管理者側からの完全な臨床的独立性を持って診療を行うことができなければならない。その独立性を維持するため、刑務所で働く医師は、刑務所または刑事司法制度とは別の機関によって雇用され、管理されるべきである。
4. 医師は、医学的に必要な薬物または治療のみを提供するべきであり、より長期にわたる独居拘禁を可能にする目的で、薬物を処方したり治療を提供してはならない。
5. ヘルスケアは、常に囚人のプライバシーと尊厳を尊重する環境で提供されるべきである。刑務所の環境で働く医師は、他のあらゆる環境と同じように、医の倫理の規範および原則に従う。
6. 医師は、個々の囚人の健康と well-being に独居拘禁の影響が生じている懸念があれば、独居拘禁の決定を審査する責任者に報告するべきである。必要であれば、その囚人を独居拘禁から除外するという、明確な勧告を行うべきであり、この勧告は、刑務所当局者によって尊重され、実行されるべきである。

7. 医師は、独居拘禁における条件を検討する義務を負い、そしてそれが容認できない、または非人道的あるいは品位を傷つける取り扱いに相当するものであると確信した場合には、当局に懸念を提起する義務を有する。それぞれの制度の中で、医師がそのような懸念を報告できるようにする明確な仕組みが設けられるべきである。

文献

1. Rule 43 SMR

医師主導の職業規範に関する WMA マドリード宣言

2009 年、インド、ニューデリーにおける第 60 回 WMA 総会で採択

2019 年、ジョージア、トビリシにおける第 70 回 WMA 総会で修正

世界医師会（WMA）は、医師のプロフェッショナル・オートノミーと臨床上の独立性に関する「WMA ソウル宣言」を再確認する。

医療専門職は、会員の品行と職務上の活動を規制する上で中心的役割を果たし、会員の職務上の実践が市民の利益を最優先したものであることを保証しなければならない。

医療専門職の職業規範は、国民が医療専門家に対して期待できるケアと行動の基準への信用を保証し維持する上で不可欠な役割を果たしている。その職業規範には、非常に強力な独立性のある専門的関与が必要となる。

医師は、すべての患者に対して可能な限り最高水準のケアを最大限保護する職業規範制度の開発または維持を目指す。医師主導のモデルは、個々の医師が何人からも干渉を受けずに自らの判断で診療する権利を強化し保証する環境を提供することができる。したがって、WMA は、各国医師会とすべての医師に対し、効果的な制度の設置を確保するため規制当局と協力し、適切な活動を行うよう要請する。これらの活動は、以下の原則の下で周知されるべきである。

1. 医師は高度なプロフェッショナル・オートノミーと臨床上の独立性を認められており、それによって、外部からの不当ないし不適切な干渉を受けることなく、自らの知識と経験、臨床エビデンス、および患者にとっての最善の利益を含めた患者の包括的理解に基づいて忠告を行うことができる。これは、ソウル宣言でより詳細に解説されている。
2. 医師の職業規範は、均衡が取れ、促進的で、負担が少ないものでなければならず、またどの医師にも等しく適用され、患者を守り患者に利益をもたらすモデルに基づき、かつ倫理規範に基づいていなければならない。あらゆる種類の医療計画や提供は、すべての医師を統治する倫理モデルと現在のエビデンスに基づく医学知識に基づいている。これは医師のプロフェッソナリズムの中核要素であり、患者を保護するものである。医師は、関連する現場の状況を念頭におき、そのような規範的基準に照らして、同僚の行動を判断するのに最も相応しい立場にある。
3. 医療専門職は、規範に強く関与すること、つまり自主的規制に対して継続的責任を負う。最終的な管理や意思決定の権限には医師が含まれていなければならない、医師に特有の医学的訓練・知識・

経験・専門性に基づいていなければならない。医師主導の職業規範が設けられている国では、医師は、それが国民の信用を保持していることを確保しなければならない。混在型の職業規範制度を有する国では、医師は、それが医師と国民の信用を保持していることを確保するよう努めなければならない。

4. 各国の医師は、均衡が取れ、公正で厳格かつ透明性のある医師主導の職業規範制度を確立させ、それを維持し、かつ積極的に関与することを検討するよう強く求められる。そうした制度は、医療上の判断を自由に行う医師の権利と、それを賢明かつ節度を持って行使する義務とのバランスを保つよう意図されている。
5. 各国医師会（NMAs）は、十分な情報提供と効果的な規範の概念を会員および国民の間で促進・支援すべく、最善を尽くさなければならない。NMAs は、その代表的役割と規制的作用との間におけるいかなる潜在的利益相反も回避されるよう、そのふたつのプロセスを分離し、国民に職業規範の独立性と公平性を保証できるような、透明性があり公平な職業規範制度に厳重な注意を払わなければならない。
6. いかなる医師主導の職業規範制度も、以下の事項を強化し保証しなければならない。
 - ・ 患者への質の高い安全かつ要求にかなった医療の提供
 - ・ その医療を提供する医師の能力
 - ・ すべての医師の倫理面も含めた職業上の品行
 - ・ 社会と患者の権利の保護
 - ・ 患者とその家族と国民の信頼と信用の促進
 - ・ 職業規範制度の質の保証
 - ・ 患者と社会による信頼の維持
 - ・ 潜在的な利益相反に対する解決策の開発
 - ・ 幅広い職務責任へのコミットメント
7. 患者への良質で継続的な医療提供を保証するためには、医師は、その臨床知識・技術・能力を更新し維持するため、内省的実践も含めた継続的専門能力開発プロセスに積極的に参加すべきである。雇用者と管理職には、医師がこの要件を満たすことを可能にする責任がある。
8. 医師の職業上の品行は、各国で医師を統括する倫理規定の範囲内にあるものでなければならない。NMAs は、患者の利益のため医師同士の職業・倫理上の品行を促進しなければならず、倫理違反は速やかに認めて関連規制当局に報告し対処しなければならない。医師は、能力に問題がある同僚が患者や同僚をリスクにさらすことなく、医師の健康プログラムまたは適切な訓練からの適切な支援を受けて現場に復帰できるよう、適時に介入する義務がある。
9. 規制当局は、司法あるいは準司法的手続きが完了した時、かつ医師に不利な判断がなされた場合には、調査結果を公表し、改善措置の詳細も盛り込むべきである。あらゆる事例から学んだ教訓は、可能な限り、内容を抽出して医学教育課程で利用されるべきである。
10. 職業規範プロセスでは、そのような教訓を組み入れることが、できる限り滞りなく行われるようにすべきである。
11. NMAs は、医師主導の職業規範に対する潜在的な脅威を含め、新しい課題や進展中の課題に対処するため、相互に助け合うことが強く求められる。患者の利益のためには、NMAs 間で情報と経験を継続的に交換することが不可欠である。
12. 国が確立している司法や規制プロセスが何であれ、ある医師の職業上の品行や業績を判断するには、訓練、知識と経験によって関連する医療問題の複雑さを理解している同僚医師による評価が

組み込まなければならない。

13. 医師主導の職業規範の効果的かつ責任ある制度は、医師にとって私利的または内部保護的であってはならない。NMAs は、医師主導の職業規範とは、そのシステムが存在する国では、国民の健康に関連した権利を含め、国民の安全と支持と信用はもちろん、医師という職業の名誉を維持するものでなければならないことを会員が理解するよう支援すべきである。

女性と子どものヘルスケアへのアクセスに関する WMA 声明

1997 年 11 月、ドイツ、ハンブルグにおける第 49 回 WMA 総会で採択

2008 年 10 月、韓国、ソウルにおける第 59 回 WMA 総会で修正

2019 年 10 月、ジョージア、トビリシにおける第 70 回 WMA 総会で修正

序 文

何世紀もの間、世界中の女性と女兒は男女間の不平等と力の不均衡に苦しめられてきた。歴史的に根付いたジェンダーに基づく偏見により、女性と女兒は、とりわけ雇用、教育、医療へのアクセスにおいて制限されてきた。女性と女兒にとって、ジェンダーによる不平等は、健康リスク、準最適な健康行動、そして劣悪な健康転帰につながる可能性がある。¹

さらに、一部の国では、宗教的および／または文化的信念、あるいは性別と宗教／民族性が交差する理由に基づく差別が原因で、女性の医師や看護師が自らの職の実践を妨げられたり、障害に直面したりしてきた。医療専門職のなかで男女が平等に代表されず多様性が欠如すると、女性患者とその子どもたちが医療に公平にアクセスできなくなる可能性がある。

ジェンダーは健康の社会的決定要因であり、健康問題は男女において異なって発現する可能性がある。生物学的側面と社会文化的側面の両方を含む男女間の健康と医療の違いに対処する必要がある。

女兒と女性に対する差別は、彼女たちの健康でありたいとする期待を損なう。たとえば、女兒の教育は成人時の健康および well-being に良い影響をもたらす。教育はまた、その子の子どもたちの乳幼児期の生存率を高め、家族全体の well-being にも貢献する。逆に、社会的、宗教的および文化的慣習による二次的差別、これは女性の意思決定や、雇用や医療の機会へアクセスする自由を減少させ、健康でありたいとする期待にマイナスの影響を及ぼす。

WMA には、女性や子どもの健康に焦点を当てた方針文書がいくつかある。それらには以下のものが含まれる。「女性の医療に対する権利とその HIV 母子感染防止との関わりに関する WMA 決議」、「女性と女兒に対する暴力に関する WMA 決議」、および、「子どもの健康に関する WMA オタワ宣言」。本声明では、医療への平等なアクセスの重要性、そして女性と子どもに対する差別の影響について強調する。

勧 告

したがって、WMA は各国医師会に対し以下のとおり勧告する。

- ・ 女性と子どもの基本的人権の侵害を、社会的、政治的、宗教的、経済的および文化的慣習から生

じる侵害なども含めて、断固として非難すること。

- ・ すべての女性と子どもに、十分かつ相応の医療を受ける権利があることを、特に宗教的、社会的、文化的制約または差別によって、そうした医療へのアクセスが阻害されている地域において主張すること。
- ・ 女性の医療へのアクセスが法外に高額な費用によって妨げられないよう、医療保険の保険料と補償の範囲の同等性を提唱すること。
- ・ 受胎前ケア、産前ケア、産後ケア、および予防接種と適切な成長のための栄養摂取や子どものための医療の展開をはじめとする産後ケアの提供を促進すること。
- ・ 性と生殖に関する健康への女性の普遍的アクセスを確保すること。
- ・ 女性と子どもの健康を人権として促進すること。
- ・ 女性の教育、雇用および経済的機会のために、また医療と保健サービスに関する情報に女性がアクセスできるように提唱すること。
- ・ 性別に関わらず、機会の平等と待遇の平等という人権の実現に向けて努力すること。

文献：

1. Men et al, "Gender as a social determinant of health: Gender analysis of the health sector in Cambodia in Cambodia". World Conference on Social Determinants of Health. World Health Organization. October 2011.

薬剤耐性（AMR）に関する WMA 声明

1996 年 10 月、南アフリカ、サマセットウェストにおける第 48 回 WMA 総会で採択

2008 年 10 月、韓国、ソウルにおける第 59 回 WMA 総会で修正

2019 年 10 月、ジョージア、トビリシにおける第 70 回 WMA 総会で修正

序 文

薬剤耐性（AMR）は、国境や社会経済的区分を超えて、世界の公衆衛生にとってますます大きな脅威となっている。AMR は人間や動物の健康と環境衛生に影響を及ぼす。これは、経済、健康、人間にとって大きな影響を持つ危機的規模の多面的問題である。

薬剤耐性の脅威に対処することは根本的な国際保健上の優先事項であり、すべての国の責任である。

抗菌薬は現代医学の重要な構成要素であり、手術や化学療法などの複雑な処置をより低いリスクで確実に実施できるようにする。

AMR は、細菌、寄生虫、ウイルスおよび真菌を原因とする感染症のより多くの範囲で効果的予防と治療を脅かしている。

AMR は、抗菌薬（抗生物質、抗真菌薬、抗ウイルス薬、抗マラリア薬、駆虫薬など）の作用に抵抗する能力を微生物が発達させる時に出現する。

複数クラスの抗生物質に対する耐性を持つ細菌によって生じた感染症の報告が増加している。

AMR は自然な進化現象であるが、医療ならびに獣医学診療や農業における抗菌薬の過剰使用と誤用により悪化し、さらに成長促進剤として動物に与えられたり疾病予防のために健康な動物に用いられたりすると悪化し得る。

AMR の出現と拡散は、有効な薬へのアクセスの欠如、一部の国における「市販」抗生物質へのアクセス、基準に満たない偽造製品の入手可能性、食品製造における抗生物質の誤用、世界的な旅行の増加、医療ツーリズムと貿易、そして感染対策措置の適用不良によってさらに増大している。

AMR のもう一つの主要原因は抗生物質の環境への放出である。これは、劣悪な製造方法、未使用の医薬品の不正な廃棄、人と動物の排泄物、人と動物の死体の不適切な廃棄の結果として発生し得る。

多くの国々、特に低中所得国においては、有効な抗菌薬はもちろん、ワクチンや診断法をはじめとする補完技術へのアクセスが未だに重大な課題であり、AMR を助長している。

耐性から派生する問題は、単に人の健康への影響だけでなく、潜在的に重い経済的コストとなって現れる。世界保健機関（WHO）は、世界の多くの地域で耐性が警戒すべきレベルに達しており、耐性がこのまま増加すれば、2050 年までに年間死亡者数は 1,000 万人に達し、世界の国内総生産（GDP）は 2～3.5% 低下すると警告している。

この速度で耐性が世界的に高まれば、国連の持続可能な開発目標（SDGs）を達成する上での重大な脅威となり、健康格差軽減の取り組みも損なわれる。調和と協調のとれた世界的規模での多部門横断的な活動がなければ、世界は一般的な感染症や軽微な外傷が再び死をもたらすポスト抗生物質時代に向かって進んでいくことになる。

AMR は、国連総会、G7 や G20 の議題を始めとする最高政治レベルで大いに注目を集めている。

不必要あるいは不適切な抗菌薬の使用を最小限に抑え、既存の耐性の伝播を予防し管理するためには、効果的な One Health アプローチが必要である。One Health アプローチでは、人の医学と獣医学の実践と農業における横断的な行動が必要であることが認識されている。

勧告 世界

1. 地域および医療関連の感染の一次予防は、抗生物質の需要の減少に必要である。劣悪な生活環境や衛生といった感染症の社会的決定要因に対処することは、健康格差の軽減と AMR への取り組みという副次的利益をもたらすであろう。
2. 各国は、薬剤耐性と闘うために利用可能な様々な資源を有しており、ナショナルアクションプランの枠組みを提供している AMR に関する WHO グローバルアクションプランを支援する WHO、国連食糧農業機関（FAO）および国際獣疫事務局（OIE）と連携しなければならない。
3. 世界医師会（WMA）と各国医師会は以下のことを提唱すべきである。
 - ・ 人の健康、獣医学、農業、水産業、および食品製造の全域にわたる薬剤耐性感染症のサーベイランスにおける投資、および世界的対応を改善するためのデータ共有手続きに関する国際協力。

- ・ WHO とその他国連機関は、薬剤耐性の進行における国家間の移動と通商協定の役割を検討し、それらの協定の中で食糧供給における薬剤耐性病原体のグローバル化に対する保護策として機能する措置を促進するべきである。
 - ・ WHO は、質の高い医薬品への入手可能な価格でのアクセスの確保に役立つよう、知的所有権の貿易関連の側面に関する協定（TRIPS 協定）の柔軟性の利用を引き続き奨励し、TRIPS 協定の柔軟性の利用を制限し、協定の効果を限定的にする「TRIPS プラス」条項の通商協定への導入に反対するべきである。
 - ・ 医薬製品の真正性を確保するための記録・追跡システムといった検証技術の広範な適用。
 - ・ 既存および新規の品質保証された抗菌薬への平等なアクセスと適正使用。これには、WHO 必須医薬品プログラムにある“Access”、“Watch”および“Reserve”の各種リストを効果的に適用する必要がある。WHO のグローバルアクションプランとナショナルアクションプランが効果を発揮するには、医療施設、医療専門家、獣医師、知識、教育そして情報へのアクセスが不可欠である。
 - ・ 感染症の負担を軽減する予防接種の利用拡大により抗生物質の必要性を減少することで、耐性の発現を制限する。
 - ・ 国際保健機関と各国政府は、適切な抗生物質の使用促進に向けて活動と協調の規模を拡大すべきであり、また耐性の拡大を抑えるには、人と動物の健康および環境衛生が密接に関連していることを認識している One Health アプローチを使用して AMR 軽減に共に取り組むべきである。
4. WMA と各国医師会は、自国政府に対して以下のことを働きかけるべきである。
- ・ 革新的な抗菌薬、診断ツールとワクチン（革新的な抗微生物ワクチン）の開発、およびそのような治療ツールの適切かつ安全な使用に関するより多くの基礎ならびに応用研究に資金提供を行う。
 - ・ 革新的な抗菌薬、ワクチンおよび診断法の開発ならびに人の健康、獣医学および農業分野における革新的な感染対策と予防法の開発に向けて、財政的資源と技術的資源の公平性を確保する。
 - ・ ニーズ主導型で、2016 年 9 月に採択された AMR に関する国連宣言に概説されている価格の入手可能性、有効性、効能と公平さなどをはじめとする原則に導かれた、新たな抗菌薬やワクチン、迅速診断法についての研究開発（R & D）の取り組みを支援する。
 - ・ 土壌、水および大気の全域にわたって、薬剤耐性遺伝子の拡散をもたらし環境汚染を抑制する規制措置を開始する。
 - ・ 各国で十分な数の臨床感染症専門医を教育する。これは、薬剤耐性と院内感染に取り組むための基本的要件である。

国 家

1. 各国医師会（NMAs）は自国政府に対して以下のことを要請すべきである。
- ・ 抗菌薬は医療専門家および／または獣医師が提供する処方によってのみ入手できることとし、調合や販売は専門職が行うことを義務化する。
 - ・ 抗生物質の過剰使用と誤用の有害影響について国民の意識を高めるために国をあげたキャンペーンを開始すること。これを支援するため、国民の意識向上に向けた国内目標を導入すべきである。
 - ・ 専門家団体、市民社会、および医療提供体制が抗生物質の適正使用を確保するため、実績のある行動変容戦略の導入および採用を支援すること。
 - ・ 意思決定を支援し、抗生物質の不適切な処方を防ぐために、病院や診療所における適切かつ目的にかなったポイントオブケア診断（臨床現場即時検査）へのアクセスを確保すること。
 - ・ 医療と農業分野の両方で、抗生物質の使用、処方、価格、耐性パターンおよび売買に関するデー

タの収集を義務化すること。この情報は一般に公開されるべきである。

- ・ 抗菌薬スチュワードシップ（適正使用支援）、および抗菌薬の適正使用と感染対策に関する研修についての効果的なプログラムを促進する。
 - ・ 抗菌薬提供用および薬剤耐性用の国家監視システムの開発を積極的に追求する。WHO のグローバル監視ネットワークにこのシステムからのデータをリンクさせるか、またはデータを提供すべきである。
 - ・ 食料生産動物における抗菌薬使用のモニタリングは、説明責任を確保するため十分に細分化されなければならない。
2. 各国医師会は以下のことを行うべきである。
- ・ 医学部と生涯教育プログラムにおいて、外来診療での抗菌薬の使用を含め、抗菌薬の適正使用と適切な感染対策の実践に関して医師に対する教育が改められるよう、さらに医師がそれを患者に伝えられるよう奨励する。
 - ・ 抗菌薬適正使用支援、抗菌薬の合理的使用、および手指衛生を含む感染対策をはじめとする AMR の各分野において、会員の教育を支援する。
 - ・ 耐性パターン、臨床ガイドライン、および医師に推奨する治療選択肢に関係する地域情報の公表と情報交換を提唱する。
 - ・ 獣医学当局と連携して、自国政府に対し、特に食料生産動物における予防や成長促進を目的とした抗菌薬の日常的使用を制限し、人の医療に極めて重要とされる抗菌薬の使用を制限するなど、農業における抗菌薬使用を抑制するための規制を導入するよう奨励する。
 - ・ 獣医師が抗生物質の処方と販売の両方の役割を果たすなど、獣医師における利益相反を防ぐ規制を支持する。
 - ・ 医薬品の抗生物質の適正使用と廃棄についての教育と促進のため、ソーシャルメディアの使用を検討する。
 - ・ 保護者に対して、国が推奨する子どものための予防接種スケジュールに従うよう奨励する。なかでもインフルエンザと肺炎球菌感染症に対するワクチンについては、成人も容易に利用できるべきである。

地 域

1. 医療専門家と医療制度は抗菌薬の維持に極めて重要な役割を担っている。
2. 医師は以下のことをすべきである。
 - ・ 利益相反なく、質が高く信頼のできるエビデンスに基づいた情報に対するアクセスを有し、抗生物質の使用を最適化するために、自らの病院、診療所および地域社会における抗菌薬適正使用支援プログラムに積極的に参加するとともに、それを指導する。
 - ・ 抗菌薬療法、そのリスクと利益、処方されたレジメンのアドヒアランスの重要性、感染予防の実践、そして AMR 問題について、患者の意識を高める。
 - ・ 衛生対策（特に手指衛生）およびその他の感染防止の実践を推進し、アドヒアランスを確保する。

食事からのナトリウム摂取量の削減に関する WMA 声明

2008 年 10 月、韓国、ソウルにおける第 59 回 WMA 総会で修正

2019 年 10 月、ジョージア、トビリシにおける第 70 回 WMA 総会で修正

序 文

食卓塩は、ナトリウム（Na⁺）40%と塩化物（Cl⁻）60%の塩化ナトリウムからなるイオン化合物である。ナトリウムの過剰摂取は、心血管疾患の主なリスク要因のひとつである高血圧の発症または悪化をもたらすリスク要因であるという、確かなエビデンスがある。高血圧はまた、心血管疾患はもちろん死亡率の全原因につながる独自のリスク要因である可能性がある。食事中的ナトリウムが血圧に与える影響は、年齢や民族といった様々な人口統計学的要因に影響される。

また、塩分摂取は胃がんのリスク要因でもある [1]。

世界保健機関（WHO）は、成人（16歳以上）における1日当たりの平均ナトリウム摂取量を2000mg（食塩5g）未満とすべきと勧告している。子ども（2～15歳）については、成人と比較した子どものエネルギー必要量に基づいて、大人のナトリウム摂取限度量である2g（=2000mg）/日を下方調整すべきである [2]。

世界人口の大多数はナトリウムを過剰に摂取しており、その量は3.95（3.89～4.01）g/日で、食卓塩に換算すると10.06（9.88～10.21）g/日になる。これらの摂取量は、推奨量をはるかに上回る [3]。

ナトリウムの主な摂取源は食事で、その90%は調理中や食事中に足される食塩、あるいは、缶詰スープや調味料、市販の食事、重曹、（ハムやベーコン、ソーセージといった）加工肉、チーズ、スナック、インスタント麺などといった加工食品に含まれる食塩である。高所得国においては、食品加工中に足されるナトリウムは総塩分摂取量の75～80%にまでのぼる [5]。

「非感染性疾病（NCDs）の予防と管理に関するグローバルアクションプラン2013～2020年」は9つのグローバル目標で構成されており、そこにはナトリウムの平均人口摂取量の30%の相対的削減が含まれている。WHOは、加盟国の減塩戦略の策定、実施およびモニタリングを支援するSHAKE技術パッケージを作成した。

WHOは、減塩は世界規模での勧告ではあるものの、ヨウ素添加塩は、添加により食事でヨウ素を摂取できるようにする主な手段であるため、ヨウ素欠乏症（IDD）が再発する懸念があることを認識している。そのため、WHOは、減塩とヨウ素強化を両立させる重要性を認識し、ふたつのプログラムを調整する取り組みを要請している [6]。

人口全体として、血圧がわずかに低下するだけで多大な利益が得られる可能性がある。食事中的ナトリウム摂取量の削減に向けた人口全体での取り組みは、全体の高血圧率とそれに起因する心血管疾患が減少する費用対効果の高い方法である。ナトリウム摂取量を基準量で維持すれば、世界で毎年推定250万人の早期死亡を回避できるというエビデンスがある [7]。

勧 告

WMAと各国医師会は次のようにすべきである。

1. 各国政府に対し、食塩摂取は国民の健康にかかわる深刻な問題であり、高いナトリウム摂取量とそれに伴う心血管疾患の高い負担に対処するため、公平で費用対効果が高い人口全体での救命ア

アプローチとして予防を優先するよう要請する。

2. 国内および国際的な保健機関と協力して、過剰なナトリウム摂取が高血圧や心血管疾患に及ぼす影響、ナトリウム摂取量の長期的削減によるメリット、および食事における塩分／ナトリウムの摂取源とその削減法について、幼少期から消費者を教育する。
3. 各国政府および関係者に対し、「非感染性疾患（NCDs）の予防と管理に関するグローバルアクションプラン 2013～2020年」で定められた目標を達成するために協力するよう要請する。
4. 食事によるナトリウム摂取の削減における食品加工と外食産業の重要な役割を認識し、食品加工、食品の塩分含有量、および明確な表示に関する義務的な目標を伴う規制への取り組みを支援する。食品改革の取り組みは、最も一般的に摂取される食品を対象としなければならない。

WMA と各国医師会は、次のようにすべきである。

1. 自国政府に対し、加工食品中のナトリウム含有量を規制する法律の厳格な施行を奨励する。
2. 人口全体のナトリウムの過剰摂取削減に向けた取り組みにおいて、食事における過剰なナトリウムの影響に関する医師の意識向上の積極的促進をはじめとし、関係者に向けた多角的アプローチを取り入れる。
3. ナトリウム削減プログラムと塩のヨウ素添加プログラムは両立可能である必要があることを認識し、食事中的ヨウ素摂取量を損なったり、特に低所得層におけるヨウ素欠乏症を増加または悪化させたりすることのないナトリウム削減戦略を支援する。
4. ヨウ素添加塩の摂取制限の結果としての低ヨウ素量の潜在的影響について、市民の意識啓発に貢献する。
5. 医師会会員に対し、ナトリウム削減戦略に関する学術研究に貢献するよう奨励する。
6. 食品表示、メディアキャンペーン、および個人に焦点を当てた介入よりも人口全体での塩分消費の大幅削減を達成するための義務改正といった人口全体の政策の開始を奨励する。

個々の医師は次のようにすべきである。

1. 患者に対し、自宅での調理に用いる食塩の量を減らす、塩の代替物を使用する、高いナトリウム摂取につながる地元の慣習や信念で何らかの関連性があるものに対処するなど、食事におけるナトリウムの主な摂取源とナトリウム摂取量を削減する方法について助言する。

文献：

1. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2007
2. WHO. Guideline: Sodium intake for adults and children. Geneva, World Health Organization (WHO), 2012.
3. Mozaffarian, Dariush, Fahimi, Saman, Singh, Gitanjali M., Micha, Renata, Khatibzadeh, Shahab, Engell, Rebecca E., Lim, Stephen, Danaei, Goodarzi, Ezzati, Majid and Powles, John (2014) Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. New England Journal of Medicine, 371 7: 624-634. doi:10.1056/NEJMoa1304127
4. F.J. He, N.R.C. Campbell, G.A. MacGregor. Reducing salt intake to prevent hypertension and cardiovascular disease. Rev. Panam. Salud Publica, 32 (4) (2012), pp. 293-300

5. World Health Organization Regional Office for Europe Mapping salt reduction initiatives in the WHO European Region (Web. 10 May 2014.) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/186462/Mapping-salt-reduction-initiatives-in-the-WHO-European-Region.pdf (2013)
6. WHO. Salt reduction and iodine fortification strategies in public health. 2014. http://www.who.int/nutrition/publications/publichealth_saltreduc_iodine_fortification/en/
7. McLaren L, Sumar N, Barberio AM, Trieu K, Lorenzetti DL, Tarasuk V, Webster J, Campbell NRC. Population-level interventions in government jurisdictions for dietary sodium reduction. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9. Art. No.: CD010166. DOI: 10.1002/14651858.CD010166.pub2.

医療における拡張知能に関する WMA 声明

2019 年 10 月、ジョージア、トビリシにおける第 70 回 WMA 総会で採択

序 文

人工知能（Artificial Intelligence、AI）とは、知的な行為を模倣する機械の能力であり、ある実体をその環境内での先見性をもって適切に機能させることができる資質である。AI という用語は、様々な方法、技術およびシステムを網羅している。AI システムの一般例としては、自然言語処理（NLP）、コンピュータビジョン、機械学習などが含まれるが、これらに限定されない。医療における AI ソリューションでは、他の分野と同様、これらのシステムと方法の組合せが含まれる可能性がある。

（注：本声明の付録として用語集あり。）

それらのシステムは、人間の意思決定と共存するよう意図されているため、医療におけるより適切な用語は、その意図をより正確に反映した代替的な概念である「拡張知能（augmented intelligence）」である¹。それゆえ、本声明の残りの部分において、AI は拡張知能を意味する。

機械学習を活用する AI システムでは、学習用にプログラムされたアルゴリズム（「学習者アルゴリズム（learner algorithm）」）が「トレーニングデータ」と呼ばれるデータから学ぶようにできている。学習者アルゴリズムは、トレーニングデータに基づいて機械学習モデルを自動的に調整していく。「継続的学習システム（continuous learning system）」は、新しいデータが提示されると人の監視無しにモデルを更新するが、「ロックされた学習者（locked learners）」は新しいデータで自動的にモデルを更新することはない。医療では、学習者アルゴリズムが最終的にはロックされるのか、あるいは学習者アルゴリズムが臨床現場に展開された後も学習を継続するのかわかることが、システムの質、安全性および偏りを評価するために重要になる。トレーニングデータのソースが追跡可能であることは、人に医療 AI システムを応用する際の関連リスクを理解するのに不可欠である。人は、トレーニングデータのセットとは著しく異なる個人的特徴を有するからである。

医療 AI は一般に、方法、ツールおよびソリューションについて説明するが、その応用は、医療現場や患者のケアに焦点を当てている。臨床応用に加えて、事業運営、研究、医療管理、集団健康学など、医療における AI の応用は他にも数多くある。

AIと機械学習の概念は医療組織にとって急速に魅力あるものとなっているが、使用される用語が明確に定義されていないことがしばしばである。多くの人々は、AIを技術的万能薬と見なしている。しかしながら、AIが約束するものを実現するには問題があるかもしれない。安全性と臨床の有効性を担保するための規制当局の監視の進展、幅広く受け入れられる基準の欠如、法的責任の問題、データ使用を管理する明白な法規制の必要性、そして用語や定義の理解が共通化されていないことなどが妨げとなる可能性がある。

医療AIシステムの最も有望な用途のいくつかには、予測分析、プレシジョン・メディシン、疾病の画像診断、臨床判断支援などがある。これらの分野における開発はすでに進行中であり、AIへの投資は過去数年間にわたって成長してきている²。現在、医療AIシステムは、パターン認識・NLP・ディープラーニングの領域でその価値を証明し始めている。機械学習システムは、データエラーを永続化せずに識別するように設計されている。しかしながら、医療AIシステムは、患者—医師関係の必要性を置き換えるものではない。こうしたシステムは、医師が提供する医療を増強するものであって、それに替わるものではない。

医療AIシステムは、透明性と再現性があり、医療提供者と患者の双方から信頼されるものでなければならない。システムはユーザーのニーズに焦点を当てなければならない。エンドユーザーと同様のニーズと実践パターンを反映している参加者がユーザビリティをテストすべきであり、人々と効果的に作動するシステムでなければならない。既存の現場パターンに統合可能かあるいはそれを改善でき、かつ患者ケアを向上できるAIシステムであれば、医師がより受け入れやすいであろう。

機 会

医療AIは、医師と患者に変革をもたらすようなツールを提供でき、医療をより安全でより効率的なものとする可能性を秘めている。病院やオフィスのプロセスの自動化により、医師の生産性が向上するであろう。正しいタイミングで正確かつ有用なデータを生成するためのデータマイニングの活用により、電子カルテと関連患者情報へのアクセスが改善する可能性がある。また、データマイニングの結果から、リソースの割り当てと利用決定の情報として役立つ傾向についてのエビデンスが提供される可能性もある。ある患者に関するすべての既知データの分析から、診断についての新しい洞察や治療における最善の方法が生じる可能性がある。患者の経験、患者の安全、治療アドヒアランスが改善される潜在性もある。

医療AIの医学教育への応用には、医師の生涯教育、訓練シミュレーション、学習支援、医学生や研修医のための指導などがあり、能力評価のための客観的評価ツールが提供される可能性もある。こうした応用は医学教育経験のカスタマイズ化と独自の個人学習や集団学習の促進に役立つであろう。

医療におけるAIの進化の形成には、医師以外にも数多くの関係者と政策立案者が関与している。その中には、医師会や企業、政府、テクノロジー業界の人々などが含まれる。医師には、現在AIを巡って行われている議論や論争に建設的に情報を提供して影響を及ぼすという前例のない機会がある。医師の見解を確実に聞いてもらい、この急速に発展していく技術に組み込ませるよう、医師はこれらの対話に積極的に関わるべきである。

課 題

医療 AI システムの開発者や規制当局は適切な開示を確保し、それらのシステムの適切な使用の恩恵、限界、および範囲に注意しなければならない。同様に、医師は、臨床的勧告を利用するために、AIの方法とシステムを理解する必要があるであろう。この分野が首尾よく進化するには医師の関与が極めて重要であるため、医療 AI システムの機会と限界についての指導は、医学生と現場の医師の両方に行われなければならない。AI システムは、医療専門職の職業上の価値観と倫理を常に遵守しなければならない。

患者データの機密保護、管理、および所有権は、患者—医師関係の中核的原則である。機械学習アルゴリズムにわずか3つのデータを提供すれば大量で複雑なデータセットの中から個人を特定できるようであれば、データの匿名化は患者情報を十分に保護しておらず、患者データのプライバシーを危険にさらす可能性がある。患者が自らの個人情報の機密性に対して現在持つ期待に対処しなければならない。また、同意とデータの管理を統括する新しいモデルを開発しなければならない。これらのリスクを軽減するための実行可能な技術的ソリューションが探求されており、医療 AI システムが広く採用されるには不可欠となるであろう。

データの構造と整合性は、医療 AI システムの設計にあたって対処する必要のある主な課題である。機械学習システムの訓練に用いられるデータセットは人間が創り出したものであり、偏りやエラーが含まれる可能性がある。このため、これらのデータセットは生来のエラーや偏りを正規化するであろう。少数派の集団に関するデータは少ないため、少数派には不利益が生じるかもしれない。もうひとつ設計上で考慮すべき点は、モデルの正確さをどう評価するかであり、それには訓練用データセットの非常に慎重な分析と、アルゴリズム評価用データセットとの関係が関与してくる。

法的責任は、採用にあたっての目下重大な課題となっている。既存や新規の監視モデルが医療 AI システムを開発するにつれて、そうしたシステムの開発者がリスクに関して最も多くの知識を持つのが通常であり、リスク軽減に最適な立場に配置されるであろう。結果として、医療 AI システムの開発者とそうしたシステムの使用を命じる者は、誤動作あるいはアウトプットの不正確さがもたらす有害事象に対して説明責任と法的責任を負わなければならない。医師はしばしば電子カルテのユーザビリティに不満を感じている。チームベースでのケアやその他作業フローのパターンをサポートするように設計されたシステムが期待を裏切ることも多い。医療 AI システムの設計と開発における人的要因に加えて、適切なシステム展開についてかなり考慮しなければならない。データソースに多様性があるため、システムによってはどの環境でも展開可能なわけではない。

医療の基準、知的財産権、認定手順または政府の規制、倫理的および法的な考慮事項など、医療 AI のガバナンスと監視を進展させるための作業がすでに進行中である。

勧 告

1. 世界医師会（WMA）は、
 - ・ 医療 AI の使用は、医の倫理、患者データの機密性、および差別禁止の原則に即していれば、その使用を通して患者の転帰と医師の職務上の満足度が向上する潜在性があることを認識している。
 - ・ 医療 AI の優先順位設定プロセスを支援する。

- ・ 患者、医師、医学生、医療管理職、およびその他医療専門職が医療 AI のプラス面とマイナス面両方を含め、多くの側面について理解を深められるよう、医学教育課程と教育の機会の見直しを奨励する。
- 2. WMA は、各国医師会に対し、以下のことを要請する。
 - ・ 現場の医師の見解を医療 AI の開発、設計、検証および実施に組み込む機会を見出す。
 - ・ 医療 AI の開発と管理への医師の直接的関与、および安全、効果的、公正、倫理的でアクセス可能な AI 製品とサービスのための政府および専門家による適切な監視を提唱する。
 - ・ すべての医療 AI システムが透明性と再現性を持ち、医療提供者と患者の双方から信頼されるものとなるよう提唱する。
 - ・ 医療 AI システムの開発と実施の際には、患者 - 医師関係の優位性を提唱する。

付 録

医療拡張知能に用いられる用語集

アルゴリズム 数学的問題の解決あるいはコンピュータプロセスの完了のためにコンピュータが従う詳細かつ順序がある命令のセット。

人工知能 人間の行動と区別がつかない知的行動を示すタスクを実行するシステムを作るのに使用される多数の計算方法で構成される。

拡張知能（AI） 人工知能の補助的な役割に焦点を当てた人工知能の概念化で、その設計は人間の知能に替わるのではなく増強することを重視している。

コンピュータビジョン コンピュータをどのように作ればデジタル画像やビデオから高度な理解を得て人間の視覚システムに可能なタスクを自動化できるかを扱う学際的な科学分野。

データマイニング コンピュータサイエンスと統計学の学際的な下位区分で、その全体的目標は、データセットから（知的な方法で）情報を抽出し、その情報をさらなる使用のために分かりやすい構造に変換すること。

機械学習（ML） コンピュータシステムが、最小限の人間とのやり取りと明示的な指示無しでデータから学習してパターンを識別することで、効果的に特定のタスクを実行するために使用するアルゴリズムと統計モデルの科学研究。

自然言語処理（NLP） コンピュータサイエンス、情報工学および人工知能の下位区分で、コンピュータと人間（自然）言語との相互作用、特に大量の自然言語データの処理と分析をさせるようコンピュータにプログラムする方法に関する研究。

訓練データ アルゴリズムの訓練に使用されるもので、一般的にはデータセット全体のうちの一定の割合とテスト用セットから成る。原則として、訓練データが優れているほどアルゴリズムのパフォーマンスは向上する。アルゴリズムが訓練セットで訓練されると、通常はテストセットで評価される。アルゴリズムの信頼性と正確性を高めるため、訓練セットはラベル付けかエンリッチ化（意味を付加）がされるべきである。

[1] 本声明の適用上、「医療 AI（health care AI）」という用語は、臨床医の仕事に代わるものではなく、それを増強するシステムを指して使用される。

[2] CB Insights. The Race for AI: Google, Baidu, Intel, Apple in a Rush to Grab Artificial Intelligence Startups. <https://www.cbinsights.com/research/top-acquirers-ai-startups-ma-timeline/>.

保護者が同伴していない未成年の亡命希望者の医学的年齢評価に関する WMA 声明

2019 年 10 月、ジョージア、トビリシにおける第 70 回 WMA 総会で採択

序 文

戦争、暴力あるいは迫害によって住む場所を追われた避難民は、国際社会全体に広く影響を及ぼす。難民、すなわち、これらの理由により出生国から逃げることを余儀なくされた人々は、一般に亡命を求める国の法令に従って法的身分を決めるための厳正な手続きを受けなければならない。

保護者が同伴していない未成年に分類される難民が増加しているが、その定義は、家族から分離されたか、家族なしで出生国から逃げてきた 18 歳未満の者である。彼・彼女ら独自の脆弱性に鑑み、保護者が同伴していない未成年の難民は特別な保護を受ける資格があり、それは国連の子どもの権利条約でも概説されている。条約には、避難のすべての段階において子どもの最善の利益を第一に考えなければならないと述べられている。

亡命を求める際に成人と保護者が同伴していない未成年者では手続きと保護に違いがあるため、受け入れ国は、刑事手続きとは関係なく申請者の年齢確認に関心を持つ。しかし、一部の亡命希望者は、年齢を確認する記録を入手できないか、出生登録制度が一元化されていない国の出身である。亡命希望者が子どもか成人かについて疑いがある場合、例えば、書類の信憑性に疑問がある場合や、申請者の容貌が申告された年齢と実際の年齢の相違を示唆する場合などでは、申請者の年齢評価のため、管轄当局は医学的もしくは非医学的方法またはその両方に頼る場合がある。

医療専門家が行う医学的年齢評価は、顎、手または手首の X 線写真、鎖骨の CT スキャン、膝の MRI スキャン、あるいは申請者の思春期の段階を判定するための二次性徴の検査という形を取ることがある。しかし、これらや他の形式の検査には、被験者の健康を危うくし、すでに心的外傷を負っていると思われる若者のプライバシーと尊厳を侵害する潜在性があるため、倫理的な懸念が提起されている¹。さらに、現在行われている医学的年齢評価法の精度と信頼性については矛盾するエビデンスがあり、著しい誤差を生じる可能性もある²。例えば、栄養不良により生じ得る骨格成熟の遅延、これは亡命希望者の年齢を誤分類するリスクに転化しかねない要素のひとつでしかないが、いくつかの研究では考慮されていないようである³。さらに比較評価の妨げとなっているのは、世界の一部地域からは標準的な画像が不足していることと、年齢評価における参照データの多くがヨーロッパと北米をベースに集められているため、示されるデータに限界があることである⁴。年齢の不正確な評価は、子どもの権利を侵害するおそれを含め、行政、倫理、心理、その他広範にわたり重大な結果をもたらす可能性がある。

以下の勧告は、刑事司法制度の範疇外の事例に明確かつ排他的に適用される。

勧 告

1. 世界医師会（WMA）は、保護者が同伴していない未成年者が国際法および国内法の下で与えられる保護を確実に受けられるようにするため、時として亡命希望者の年齢を評価する必要があることを認識している。
2. WMA は、医学的年齢評価が実施されるのは例外的事例のみとし、すべての非医学的方法を実行

した後にのみ実施されるよう勧告する。WMA は、例えば子どもに心的外傷の原因となった出来事について質問するといった非医学的方法であっても、悪影響を及ぼす可能性があり、細心の注意をもって実施されなければならないことを認識している。各事例は、状況全体と入手可能な証拠の優越に基づいて慎重に評価されなければならない。

3. WMA は、医学的年齢評価が避けられない場合には、若年の亡命希望者の健康と安全と尊厳が最優先事項であると主張する。理学的検査は、適切な小児科検査経験を有する資格ある医師によって、最高の医学的・倫理的基準に従い、比例原則を遵守し、事前のインフォームド・コンセントの基準に沿って、文化的・宗教的感受性と潜在的な言語障壁を考慮して実施されなければならない。亡命希望者には、検査は年齢評価手順の一環として行われるのであり、医療提供のためではないことを必ず知らせなければならない。
4. WMA は、例えば医学的適応のない放射線検査といった、申請者の健康リスクを伴う可能性のある医学的方法、あるいは、例えば性器検査といった、すでに潜在的に心的外傷を負っている亡命希望者の尊厳やプライバシーを侵害する医学的方法は一切避けなければならないことを強調する。
5. WMA は、医学的年齢評価検査の結果を示す医療証明書には、使用された方法の精度と信頼性および関連する誤差範囲に関する情報が含まれるべきであることを強調する。
6. WMA は、各国医師会に対し、亡命希望者の医学的年齢評価の科学的根拠ならびに倫理および法または規制上の原則について、特定の手続きが及ぼし得る健康リスクや精神的影響を含めて概説した国際的に容認される学際的ガイドラインを作成するか、その作成を促進するよう要請する。
7. WMA は、亡命希望者の年齢に関する疑いが疑問の余地なく解消または確認されない場合、残る一切の不確定性については亡命希望者に有利に解釈されるべきであることを強調する。

文献

¹ Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (2016): Stellungnahme “Medizinische Altersschätzung bei unbegleiteten jungen Flüchtlingen. Deutsches Ärzteblatt 2016; A1-A6. / German Medical Association's Central Ethics Committee: Statement on Medical Age Assessment of Unaccompanied Minor Refugees.

² Separated Children in Europe Programme (2012): Position Paper on Age Assessment in the Context of Separated Children in Europe. Online http://www.separated-children-europe-programme.org/separated_children/good_practice/index.html. Last accessed 03.07.2018.

³ Sauer PJJ, Nicholson A, Neubauer D, On behalf of the Advocacy and Ethics Group of the European Academy of Paediatrics (2016): Age determination in asylum seekers: physicians should not be implicated. European Journal of Pediatrics 175, (3): 299-303.

⁴ Aynsley-Green et al. (2012): Medical, statistical, ethical and human rights considerations in the assessment of age in children and young people subject to immigration control. British Medical Bulletin 2012; 102: 39.

遊離糖類の消費および加糖飲料に関する WMA 声明

2019 年 10 月、ジョージア、トビリシにおける第 70 回 WMA 総会で採択

序 文

非感染性疾患（non-communicable diseases、NCDs）は世界全域で主な死亡原因となっている。毎年4千万人がNCDsで死亡している。NCDsの最も一般的な原因はバランスの悪い食生活と運動不足である。遊離糖類は、肥満と質の悪い食生活との関連性を理由に、その高い摂取量がNCDsと関連づけられている。

世界保健機関（WHO）によると、遊離糖類とは、製造業者、調理師、または消費者が食品および飲料に添加した糖類のことであり、過剰なエネルギー摂取をもたらし、それと並行して体重変化につながる可能性がある。

WHOは、遊離糖類を「食品製造中および準備中に添加されるすべての糖、ならびに蜂蜜、シロップ、果汁および濃縮果汁に天然に存在する糖類」と定義している。

砂糖は広く入手可能なものとなり、その世界消費量は過去10年で約1.3億トンから1.78億トンに増えている。

遊離糖類の過剰摂取、特に加糖飲料は、特定の栄養素を加えることなく全体のエネルギー密度に寄与することで、食事の栄養面の質を脅かす。これは、不健康な体重増加をもたらし、歯科疾患、肥満およびNCDsのリスクを高める可能性がある。加糖飲料の定義は、遊離糖類（単糖類および二糖類を含む）を含む一切の飲料とされており、清涼飲料、果物／野菜ジュースや飲料、液体や粉末の濃縮物、フレーバー・ウォーター、エネルギー飲料やスポーツ飲料、インスタント紅茶、インスタントコーヒー、風味付きの乳飲料などが含まれる。

WHOは、糖分摂取を総エネルギー摂取量の5%（1日あたり小さじ6杯程度）に減らし、かつ総エネルギー摂取量の10%を超えぬよう推奨している。

米国で出版されたメタ解析によれば、加糖飲料の価格弾力性はマイナス1.21である。これは加糖飲料の価格が10%上昇するごとに、消費が12.1%減少することを意味する。価格弾力性の成功例はメキシコで見られ、砂糖税を導入した後に加糖飲料の消費が減少した。

世界各地のデータと経験から、砂糖税は、肥満とそれに関連する慢性疾患に対処するための包括的な介入の一環として最善であることが実証されている。そうした介入には、食品広告の規制、食品表示、教育キャンペーン、および健康食品への補助金などが含まれる。

勧 告

1. 世界医師会（WMA）と各国医師会は、次のようにすべきである。
 - ・ 各国政府に対し、砂糖税を通じて遊離糖類と加糖飲料の価格の手頃さを軽減させるよう求める。集められた税収は、国民の肥満とNCDsの軽減を目的とする健康増進と健康予防プログラムのために使用されるべきである。
 - ・ 食品製造業者に対し、糖分が含まれる場合にはそれをラベルに明示するよう奨励し、また政府に対し、そうしたラベル表示を義務化するよう要請する。

- ・ 政府に対し、特に子どもを対象とした砂糖を含む食品や飲料の広告を厳しく規制するよう要請する。
 - ・ 各国政府に対し、教育・医療施設では加糖飲料や高度に濃縮された遊離糖類を含む製品の入手性を制限し、より健康的な代用品に替えるよう要請する。
2. 各国医師会とその医師会員は、自国の関係者と協力して次のことに取り組むべきである。
- ・ 遊離糖類の摂取を総エネルギー摂取量の5%未満に制限した健康的で持続可能な食品を支持する。
 - ・ 非加糖食品から健康的な食事を準備する方向で栄養教育とスキルプログラムを奨励する。
 - ・ 糖類摂取削減のため、健康的な食生活に焦点を当てたキャンペーンを創出および／または支援する。
 - ・ 遊離糖類の摂取削減に向けた分野横断的、多職種および包括的アプローチを提唱する。

すべての人のための医療情報に関する WMA 声明

2019 年 10 月、ジョージア、トビリシにおける第 70 回 WMA 総会で採択

序 文

WHO 憲章は、「健康を完全に達成するためには、医学、心理学や関連する学問の恩恵をすべての人々に広げることが不可欠である」と述べている。関連性と信頼性があり、偏りがなく、最新かつエビデンスに基づく医療情報へのアクセスは、市民、患者および医療従事者にとって、保健教育、情報提供に基づいた選択、専門能力の育成、医療サービスの安全性と有効性、および公衆衛生政策をはじめとする健康のあらゆる側面において極めて重要である。

医療情報へのアクセスの欠如は、特に低中所得国、そしてすべての国の社会的弱者にとって、罹患率と死亡率の大きな原因となっている。

医療情報が役に立つのは、情報に関連性があり、適切で、時宜を得ており、最新で、理解可能で、正確な場合のみである。扱う問題は幅広く、疾病、治療、サービス、および健康の促進と維持も含まれる。

ヘルスリテラシーは、医療サービスがどのように機能し、それらをどのように利用するのかを理解する上で鍵となる要素である。医療専門家が、ヘルスリテラシーが低い患者や、例えば障害が理由で医療情報を理解するのが難しい患者と意思疎通をするには、適切な訓練と支援へのアクセスが必要である。

世界では、基本的な救命措置を受けられないために何千人もの子どもや大人が不必要に死亡している。一部の措置は地域で利用可能かもしれないが、躊躇、遅れ、誤診、および不適切な治療などのために単に提供されていないことがある。基本的な救命措置が提供されないことにより多くの影響を受けるのは、社会経済的に不利な立場にある人々である。

例えば急性下痢症の子どもの場合、親たちの間には水分摂取を控えさせるべきだという誤解が、また医療従事者の間には経口水分摂取よりも抗生物質を与えるべきだという誤解が広まっており、世界中

で毎日数千人の不必要な死を招いている。

各国政府には、市民、患者および医療従事者に、自らの健康と自らが責任を負う者たちの健康を守るために必要な医療情報へのアクセスを確保する道徳的責任がある。この責任には、そうした情報を効果的に識別し利用するために、その形態と内容において適切な教育を提供することが含まれる。

市民、患者および医療従事者には、自らの健康、医療上の選択肢および受ける医療について理解を深め、情報提供に基づき意識的に決定を行えるよう、生涯を通じた学習プロセスの一環として、エビデンスに基づき関連性のある医療情報への容易で信頼できるアクセスが必要である。こうした人々には、適切な言語で、理解可能なフォーマットと技術レベルで、適切であるという案内の付いた関連サービスと一緒に提供される情報が必要である。それには、対象となる集団の特性、習慣および信条を考慮すべきであり、またフィードバックのプロセスを確立すべきである。市民、患者および家族には、自分たちの具体的状況に適した情報が必要であり、それは時とともに変わるかもしれない。彼・彼女らは、いつどのように重要な医療上の決定を下すかについての指導が必要であり、決定が最善になされるのは、通常、目下の課題について検討し、理解し、話し合う時間のある時である。

市民、患者および医療提供者の情報ニーズを満たすことは、質の高いユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）と国連の持続可能な開発目標（SDGs）の実現における前提条件である。UHCに関する国連のSDGターゲット3.8は、特に、「すべての人々に対する質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンへのアクセス」を提供することを目指している。これを達成するには、市民と患者、ならびに医療従事者のエンパワーメントが必要であり、適切なサービスへのアクセス、利用および提供に関する権利と責務、そして疾病の予防、診断と管理に関する権利と責務を認識し、それらを担うために必要となる医療情報を得ることが必要である。

エビデンスに基づき関連性のある医療情報の開発と可用性は、世界の医療情報システムの統合性にかかっている。このシステムは特に、研究者、出版社、系統的査読者、エンドユーザー向けコンテンツの製作者（学術出版社、保健教育、ジャーナリスト等を含む）、情報専門家、政策立案者、最前線にいる医療専門職、患者代表などで構成される。

勸告

この認識のもと、WMAと各国医師会は医師会員を代表し、次の活動を支持し専心する。

1. 医療専門家、患者および市民のため、適切な意思決定、ライフスタイル変化、医療を求める行動および医療の質の向上に役立つよう、時宜を得た最新のエビデンスに基づく医療情報へのアクセス改善に向けた取り組みを促進し、それによって彼・彼女らの健康に対する権利を擁護する。
2. 優れた実践と倫理の基準を情報提供者が満たすべきものとして推進し、医師、その他医療専門家および患者代表者らが参加して生ずる信頼性のある質の高い情報を保証する。
3. 市民、患者および医療専門家のためのエビデンスに基づく情報の作成と普及をいかに改善するかを含む医療情報の可用性の実現要因と障害の把握、並びにヘルスリテラシーとそうした情報を見つけて解釈する能力を高める方策を把握するための研究を支援する。
4. 医薬品に関する偏りのない情報を含め、疾病の診断と治療に関するエビデンスに基づく情報に保

健専門職が確実にアクセスできるようにする。低中所得国のプライマリケア従事者には特に注意を払うべきである。

5. 検証された科学的、臨床的エビデンスを通して、さらにメディアに対して責任をもって健康問題を報道するよう求めることで、健康にまつわる俗説や誤情報に対処する。これには、文化的または社会学的な違いから生じている健康に関連した信念についての研究が含まれる。これにより、様々な人口集団を適宜対象として、健康増進活動の効果を高め、医療情報を普及させることができるであろう。
6. 各国政府に対し、エビデンスに基づく医療情報の可用性と利用の向上に向けた方策を講じる道徳的義務があることを認識するよう要請する。これには、以下の内容が含まれる。
 - ・ 科学的に検証された情報と知識を選択、編集、統合および伝達するためのリソース。これは、様々な受信者に合わせて調整すべきである。
 - ・ 保健センターの医療従事者と患者のための医療情報の可用性を高める措置
 - ・ 現代の通信技術とソーシャルメディアの活用
 - ・ 信頼性の高い医療情報の可用性と利用を高めるための取り組みを支援する政策
7. 各国政府に対し、WHO 総合事業計画 2019～23 に基づき、人々の「健康」に影響を及ぼす事項については、当局の戦略的情報へのアクセスを確保するという WHO の機能のために必要となる政治的、財政的支援を提供するよう要請する。

暴力と健康に関する WMA 声明

2003 年 9 月、フィンランド、ヘルシンキにおける第 54 回 WMA 総会で採択

2008 年 10 月、韓国、ソウルにおける第 59 回 WMA 総会で修正

2019 年 10 月、ジョージア、トビリシにおける第 70 回 WMA 総会で修正

序 文

暴力は人類の歴史のかなりの部分を占める。その影響力の度合いは、世界中のさまざまな集団や国により異なる。

暴力とは、「自分自身や他人、または集団や共同体を脅かす、あるいは、実際に与えられる、意図的な物理的力や強制力の行使で、結果として、傷害、死亡、心理的外傷、発育阻害、または搾取をもたらす、あるいはもたらす可能性が高いもの」と定義されている。

暴力は多面的で、これを引き起こす要因は複数あり、身体的、性的、心理的暴力、または剥奪やネグレクトといった行為を通して行われることがある。

世界医師会（WMA）は、さまざまな形の暴力を糾弾する方針を策定してきた。女性と女兒に対する暴力に関する声明、家庭内暴力に関する声明、児童虐待とネグレクトに関する声明、高齢者虐待に関する声明、思春期の自殺に関する声明、患者とその近親者による医療分野での暴力に関する声明、暴力的状況に置かれた医療従事者の保護に関する声明、アルコールに関する WMA 宣言、武力紛争に関する WMA 声明などである。

暴力には、その国の健康状態、社会経済的状态、政策、法的状況、政治的状況が表われる。暴力は、あらゆる社会階級で発生し、リーダーシップの欠如や不十分なガバナンス、並びに、失業、貧困、健康とジェンダーの不平等、教育機会にアクセスできないことといった社会的決定要因とも強く関連している。

暴力の規模や負担には地域のおよび全国的な格差があるうえ、データは過小報告されているが、暴力が致死のおよび非致死の結果をもたらすことは明白である。これには、個人、家族およびコミュニティの生活の破壊、ならびに国家の社会的、経済的および政治的発展の妨害が含まれる。

暴力は、刑事司法、法執行機関および社会福祉制度によって医療や行政関連の支出を増加させるため、経済に影響を与える。また、人的資本が失われ、労働力の生産性が低下するため、国の生産性にも悪影響を及ぼす。

健康への影響

暴力が健康に与える影響はさまざまであり、一生涯続く可能性もある。健康への影響には、身体障害、うつ病、心的外傷後ストレス障害やその他の心の健康の問題、望まない妊娠、流産および性感染症などがある。薬物使用などの行動的リスク要因は暴力行為の原因となる可能性があり、がん、心血管疾患および脳血管疾患のリスク要因でもある。

暴力による直接の被害者は、身体的、性的および心理的虐待など心的外傷となる経験をする 경우가多く、恥ずかしさ、文化的タブー、社会的スティグマや報復への恐れ、および司法制度による不当な執行遅延などが理由で、自らの経験を適切な当局に開示または報告することを望まないか、またはできない場合がある。

医療機関などの施設では、暴力は事実上、対人暴力である場合が多く、医療従事者による患者への暴力、患者とその介護者による医療従事者への暴力、または医療従事者間でのいじめ、脅迫およびハラスメントといった形で行われることがある。

また、医療従事者および医療機関が暴力的攻撃の対象となることがますます増えている。医療機関、医療従事者、病人および負傷者に対するこうした暴力や標的を定めた攻撃は、医の倫理、国際人道法および人権法に文字通り違反している。

それぞれの管轄区域で暴力防止プログラムを制定する必要があることを多くの国が次第に受け入れつつあるものの、暴力の防止と管理という分野は依然として多くの課題に直面している。データの報告が不十分またはデータが報告されていない、暴力防止プログラムや暴力被害者のための支援サービスへの投資が不十分、アルコールへのアクセス制限措置を含め、暴力に対する既存の法律を施行できていないといった課題がある。

暴力が多面的で事実上予防可能な重大な公衆衛生上の課題であり続けていることを認識し、ロールモデルとして、また暴力被害者のケアとサポートにおいて、医師の役割が極めて重要であることを確認し、WMA は、この世界的な暴挙に対して行動を起こすことを約束する。

勸告

WMA は各国医師会に対して、以下の行動を奨励する。

1. 暴力防止のためにより多くのリソースを投資することの利点に関する適切かつ十分な知識と科学的証拠を用いて、政府のあらゆるレベルの政治家および公職者に情報提供し、助言する。
2. 法規範、透明性および説明責任に基づいて、優れたガバナンスを提唱し、支持する。
3. 暴力がもたらす負担と結果、および暴力を防止する必要性について国民に伝え、意識を高めるために、効果的なメディアキャンペーンを実施および支援する。
4. 平時にも紛争時にも医療従事者と医療機関を保護することを義務付ける国際法、規範、および倫理規定に関する国民の意識を高める。
5. 学部生および大学院生向けの医療研修を含む大学のカリキュラムと医師生涯教育プログラム（CME）に、暴力とその防止に関する課程を設けるよう提唱し、これを推進する。
6. 暴力防止、暴力被害者のケア、緊急時の準備と対応、そして対人暴力および性的暴力の兆候の早期発見に関する医師向け能力開発および CME プログラムの編成を検討する。

WMA は各国政府に対し、以下の行動を要請する。

1. 防止プログラム、暴力防止と被害者支援のためのクリニックの設置、家庭内暴力のための安全なシェルターの設置、公共の安全、セキュリティ、および保健および教育機関の強化に対する公共投資および民間投資の増加を通して、暴力に対するゼロトレランスの達成に向けて取り組む。
2. 医療機関における暴力防止と被害者支援を統合し、暴力防止に関する協調的行動を奨励する。
3. 暴力が行われるような状況を作り出す可能性のある不平等や不公平を是正することにより、社会的公正と平等を促進する。
4. 社会経済、教育および保健に関するインフラや機会を構築、改善することによって、また、性別、信条、民族的出自、国籍、政党、人種、性的指向、社会的地位、疾患または障害を理由とした、敵意ある抑圧的な文化的態度および慣行ならびにあらゆる形態の不平等や差別を排除することによって、健康の社会的決定要因に対する取り組みに重点を置く。
5. 暴力の防止、暴力被害者の保護と支援、および違反者の処罰に関する方針や法律の制定および施行を確実に行う。
6. 公共の安全とセキュリティに携わる機関を強化する。
7. アルコール飲料へのアクセスを規制する方針を策定し、法律を施行する。
8. 医療を提供する個人および事業体を保護する効果的な法的枠組みを構築および実施する。このような枠組みは、医師や他の医療従事者の保護、および医療従事者や患者の医療機関への自由かつ安全なアクセスを保証すべきである。
9. 暴力の防止、被害者の保護と支援、および加害者の処罰に関する方針、法律、および戦略の策定と実施を支援するために、反応戦略の有効性を含め、さまざまな形態の暴力の性質や特徴に関する包括的な調査研究を支援する。
10. 暴力の防止と管理に関する戦略を策定、実施および促進する上で、世界、国家、州および地方レベルで、伝統的、宗教的、および政治的指導者の関与を含め、関連機関および組織間のマルチステークホルダーの関与と連携を開始、促進する。
11. 保健、教育、労働および防衛省を含むすべての政府省庁において、暴力防止に重点を置いた地方、州および国家レベルでの強固な多部門連携を展開する。
12. 平時にも紛争時にも、医師やその他の医療従事者、患者、医療機関、および中断のない医療サー

ビス提供の安全とセキュリティを保証する安全な病院イニシアチブを策定する。

13. このイニシアチブには、次の要素を含めるべきである。

- ・ 暴力リスクの定期的監査
- ・ 効率的かつ効果的な暴力の監視と報告の仕組み
- ・ 報告されたすべての暴力事件に関する透明性のあるタイムリーな調査
- ・ 暴力事件について報告する患者や医療従事者を保護するためのシステム
- ・ 職場で暴力にさらされている医師その他医療従事者に対する法的支援
- ・ 必要と考えられる場合には、医療機関におけるセキュリティ・ポストの設置
- ・ 負傷した医療従事者その他医療従事者のための経済的補償
- ・ 負傷した医療従事者その他医療従事者のための有給休暇

ニカラグアにおける中絶禁止法に関する WMA 決議

2009 年、インド、ニューデリーにおける第 60 回 WMA 総会で採択

2019 年、ジョージア、トビリシにおける第 70 回 WMA 総会で修正

ニカラグアは 2006 年、胚または胎児の死亡や損傷につながる妊婦のいかなる医療処置を含め、あらゆる状況においても中絶を法的に罰する刑法を採択した。

国連人口基金（UNFPA）によれば、国のセクシャル／リプロダクティブ・ヘルス指標の改善にもかかわらず、ニカラグアにおける 10 代妊娠率および妊産婦死亡率は依然として南北アメリカ地域で最高水準にあり、特に低所得の農村人口集団において著しい。

それゆえ、上記法律は、

- ・ ニカラグアの女性の健康に悪影響をもたらし、妊婦およびその胚や胎児の回避可能な死を招いている。
- ・ ニカラグア保健省（MINSA）による高度緊急医療のみを対象とした産科プロトコル 2006 を遵守しない場合、たとえ妊婦の生命を救うためであっても、医師が中絶を実施すれば投獄される可能性がある。
- ・ 患者に対する医師の機密保持義務に反して、医師に中絶が疑われる女性および女児を警察に通報する義務を負わせ、医師に法と医の倫理の葛藤を引き起こしている。

「治療的妊娠中絶に関する WMA 声明」（2018 年 10 月）は次のように述べている。「中絶に関する国の法律、規範、基準および診療は、女性の健康、尊厳および人権、自発的なインフォームド・コンセント、意思決定における自主性、機密保持並びにプライバシーを促し保護すべきである。各国医師会は、国の医療政策でこれらの原則を支持するよう提唱すべきである。」

WMA は「医療行為の刑事的取締りに関する決議」（2013 年 10 月）において、その加盟医師会に対し、「刑事罰を科すことで適切な医療行為を規定しようという政府の動きを含む、医療行為および医療に関する意思決定への政府介入に反対する」よう勧告していることを再度表明する。

ゆえに、WMA と各国医師会は、ニカラグア政府に対し、中絶を罰する刑法を廃止し、代わりに、リプロダクティブ・ヘルスへの適正なアクセスを含め、女性の人権、尊厳および健康を促進し保護するとともに、医師が医の倫理に従ってその任務を遂行することができる法制を策定するよう要請する。

気候非常事態に関する WMA 決議

2019 年 10 月、ジョージア、トビリシにおける第 70 回 WMA 総会で採択

医療専門職は、世界中の市民の健康保護の提唱において重要な役割を持ち、それゆえ、気候変動に関してより大きな行動を要求する責任がある。

2019 年 9 月に開催された国連気候行動サミットは、多くの国が 2050 年までに正味ゼロエミッションにすることを誓い、その他は 2020 年までに自国の行動計画を強化する予定であり、気候変動対策を促進しなければならないという認識が高まっていることをさらに示した。

世界的に、医療専門職の間で、気候変動に関する行動を促進しなければならないという合意が形成されつつある。

WMA と各国医師会および国際医療界は、

- ・ 気候非常事態を宣言し、国際医療界に対して行動に参加するよう要請する。
- ・ 気候変動に関連して世界中の市民の健康保護を提唱する。
- ・ 生命を脅かす気候変動の健康影響を最小限にするために、2030 年までにカーボンニュートラルを達成するよう迅速に取り組むことを政府に要請する。
- ・ 世界の医療セクターのエコロジカル・フットプリントを認識し、医療の持続可能性を確実にするために廃棄物削減と汚染防止を目指して行動しなければならない。

オピオイド使用に関する WHO ガイドラインの廃止に関する WMA 決議

2019 年 10 月、ジョージア、トビリシにおける第 70 回 WMA 総会で採択

世界医師会（WMA）は、2011 年の WHO ガイダンス「規制物質に関する国家政策におけるバランスの確保：規制医薬品の入手可能性とアクセス可能性に関するガイダンス」ならびに 2012 年の「WHO ガイドライン：病態に起因した小児の持続性の痛みの薬による治療」の突然の廃止に懸念を表明する。

これらの廃止は、医学界への相談なしに昨年の夏に行われたが、関連する国内法令を持たない国々において多くの医師から支援と規制を奪うことになり、医師によるそのような薬物の医学的に正当な使用が危うくなる。最終的には、苦しむ患者が適切な投薬を受けることができなくなる。

WMA は、この廃止は根拠となるエビデンスなしに、差し替えや代替案もなく一方的に決められたと認識している。さらに、これらの廃止されたガイドラインは WHO のオンライン出版物ポータルサイ

トから完全に削除されたため、医師が規制薬物の使用の正当性を遡及的に確認することができなくなり、医師は刑事訴追を受ける可能性にさらされる。

さらなる情報がないかぎり、WMA は、新規あるいは修正されたガイドラインに差し替えられるまで、上述のガイドラインを復活させることが必要であると考ええる。

WMA は、エビデンスに基づく治療ガイドライン開発の原則の遵守を要求する。これは、予防原則の適用に加えて、そのようなガイダンスの定義、修正および廃止にも適用すべきである。オピオイドガイドラインの廃止を支持するエビデンスを公表し、その科学的精査のために利用可能にしなければならない。

WMA は、新しい専門家チームを招集する取り組みを歓迎し、利益相反のある専門家の資格喪失を確実にするための信頼性の高いメカニズムを含む、開かれた透明なプロセスを強く推奨する。

（6）その他

2017 年 12 月 12 日、国連総会は 12 月 12 日を「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）国際デー」とすることを宣言した。2019 年の「国際 UHC デー」のテーマは、“KEEP THE PROMISE”（有言実行）で、「全ての人は経済的困難に直面することなく必要な質の高い医療サービスを楽しむ」という“Health for all”の有言実行を世界のリーダーに伝えていこうという内容であった。横倉会長は WMA-JDN の依頼を受け、「国際 UHC デー」に関するビデオメッセージを発信した。また、WMA の準会員を対象とした“Webinar on UHC”で、横倉会長は WMA 会長としての UHC 推進活動を紹介した。

YouTube WMA サイト

UHC day : https://www.youtube.com/watch?v=3NR_uSVOs9g&t=32s

Webinar on UHC : <https://www.youtube.com/watch?v=HEjN5b000cU>

また、道永常任理事が WMA 理事会副議長として、World Medical Journal (WMJ) からインタビューを受けた。母子保健施策、健康寿命の延伸への取り組み、災害医療支援活動、Health Professional Meeting (H20) 2019 の開催、JMA Journal の発行等の日本医師会の取り組みについて回答した。インタビューの内容は、Health Professional Meeting (H20) 2019 の会議報告と共に、2020 年 1 月発行の WMJ vol.66 に掲載されている。