

第Ⅳ章

国際関係の動向

世界医師会（WMA）の活動

（１）WMA パリ理事会

WMA パリ理事会は、2022 年 4 月 7 日から 9 日を会期とし、COVID-19 の影響により、現地参加とオンライン参加によるハイブリッド会議として開催された。2019 年 10 月の WMA トビリシ総会以降、2 年半ぶりの対面形式を含む WMA 会合の開催となった。本会からは、WMA 理事である中川俊男会長、松原謙二副会長（WMA 理事会副議長）がオンラインで、橋本省常任理事が現地で出席した。全体では、40 加盟各医師会他から、現地 150 名、オンライン 70 名の約 220 名が参加した。

理事会では、ウクライナへの医療支援について、オトマー・クロイバー事務総長から本会からの即時の 1 億円と追加の 1 億円を含む各国医師会からの寄附に対し、感謝の意が示された。寄附金を原資とした「ウクライナ医療支援基金」の設立および「タスクフォース・ウクライナ」の活動に多くの支援が寄せられ、医薬品・医療物資がウクライナの医師に届けられたことが報告された。また、緊急案件として、「ロシアの侵攻に直面するウクライナの医療従事者と国民の支援に関する WMA 理事会決議」が採択された。

「ロシアの侵攻に直面するウクライナの医療従事者と国民の支援に関する WMA 理事会決議」

WMA の構成会員は、ウクライナ医師会と連帯し、ロシアのウクライナ侵攻を非難し、戦争行為の終結を求める。紛争の当事者が関連する人道法を尊重し、医療施設を軍事施設として使用したり、医療機関、労働者および車両を標的にしたり、負傷者や患者の医療へのアクセスを制限したりすることがないように要求する。さらに、紛争から逃れてくる人々を受け入れるすべての国に対し、すべての避難民に安全で適切な生活条件と、必要に応じて適切な医療を含む不可欠なサービスへのアクセスを確保するよう要請する。

（２）WMA 「医の国際倫理綱領」アジア地域会議

WMA 「医の国際倫理綱領（ICoME）」アジア地域会議が、2022 年 6 月 7 日から 8 日にかけて、バンコク（タイ）で開催され、橋本常任理事が出席した。全体の参加者は 15 か国（日本、バングラデシュ、フランス、ドイツ、インド、インドネシア、イスラエル、韓国、マレーシア、モロッコ、ミャンマー、ネパール、ナイジェリア、シンガポール、タイ）45 名であった。

アジア地域会議は、タイ医師会ウォンチャット・サブハチャトゥラス元会長（WMA 元会長）の進行で進められ、冒頭、WMA オトマー・クロイバー事務総長、タイ医師会スキミ・カンチャナピマイ会長が歓迎挨拶を行った。

議事では、改訂作業部会ラミン・パルサパルシ議長（ドイツ医師会）が「ICoME は WMA の政策文書の中でも、ジュネーブ宣言、ヘルシンキ宣言と共に医の倫理に関する重要な文書であり、各国で医療の状況や法律は異なるものの、普遍的な医師の倫理を包括するものとして議論をまとめていく

い」と改訂の意義を述べた。続いて、橋本常任理事が本会のコメントとして、全面的に支持し、課題である「良心的拒否」に関する議論を経た改訂版が10月のベルリン総会で採択されることを希望すると述べた。また、日医の「医の倫理綱領」と「医師の職業倫理指針」は、ICoME、アメリカ医師会“Code of Medical Ethics”、イギリス医師会“Medical Ethics Today”等を参照していること、2022年3月に日医「医の倫理綱領」が改訂されたことを紹介した。

その後、2日間にわたりタイ、インドネシア、インド、バングラデシュ、韓国、イスラエルの各国医師会によるプレゼンテーションをもとに議論が行われ、橋本常任理事が最初のパートの進行役を務めた。

(3) WMA「医の国際倫理綱領」改訂最終専門家会議

WMA「医の国際倫理綱領 (ICoME)」改訂作業部会および最終専門家会議が、2022年8月10日から12日にかけて、ワシントン D.C. (アメリカ) で開催され、今村英仁常任理事が出席した。参加者は13か国 (日本、アメリカ、バングラデシュ、デンマーク、ドイツ、ノルウェー、オランダ、スウェーデン、ブラジル、カナダ; オンライン参加: イギリス、クウェート、ナイジェリア) から約50名であった。

議事では、ラミン・パルサパルシ ICoME 作業部会議長が、改訂のプロセスと現在の草案について概要説明を行い、改訂の意義を述べた。続いて、アメリカ医師会倫理・司法協議会メンバーによるパネルディスカッション、アーバン・ヴィーディング テュービンゲン大学倫理・医学史研究所長／ICoME 作業部会倫理アドバイザー (ドイツ) による講演が行われた。

その後、良心的拒否に関する専門会議 (同年7月インドネシアで開催) の総括および改訂案の項目、「序文」「一般原則」「患者に対する義務」「他の医師および医療従事者に対する義務」「社会に対する義務」「医療専門家組織のメンバーとしての義務」について、ジェームズ・F・チルドレス バージニア大学倫理学・宗教学名誉教授、ダニエル・サルマシー ケネディ倫理学研究所、アレックス・ジョン・ロンドン カーネギーメロン大学倫理哲学クララ・L 教授および倫理政策センター所長等専門家による講演を受け、議論が行われた。

12日の作業部会では、最終専門家会議における検討結果を反映した修正内容に合意した。草案はパルサパルシ議長がまとめた上で WMA 事務局に提出し、コメントを求めるため各国医師会に回付され、10月のベルリン総会において採択に付される予定となった。

本会議への出席に合わせ、ニューヨークを訪問し、米国日本人医師会の柳澤ロバート貴裕会長 (マウントサイナイ・アイカーン医科大学教授)、本間俊一元会長 (コロンビア大学循環器内科教授)、加納麻紀副会長 (マウントサイナイ病院、東京海上記念診療所)、加納良雄事務局長と懇談を行った。懇談では、日米両国の COVID-19 状況下における対応や最新の医療現場の状況について意見交換を行うと共に、2018年から日医が寄付を通じて支援する「ニューヨーク野口英世記念奨学金」について近況報告を受けた。また、同医師会を母体として発足したニューヨーク野口英世記念会が管理するブロンクスウッドローン墓地にある野口英世博士の墓所の墓参を行った。

(4) WMA ベルリン総会

WMA ベルリン総会は、2022年10月5日から8日を会期とし、3年ぶりに対面形式で開催され、ドイツ医師会設立75周年記念式典が同時に挙行された。日医から、WMA 理事として横倉義武名誉会長 (松本吉郎会長代理)、角田徹副会長、今村常任理事、ジュニアドクターズネットワークから岡本真希医師が出席した。全体の参加者は57加盟各医師会および国際機関等から約340名であった。

理事会では、角田副会長が理事会副議長（～2023年4月）に指名され就任した。総会式典では、オサホン・エナブレレ ナイジェリア医師会元会長が第73代会長に就任した。次期会長には、クウェート医師会ルジェイン・アルゴドマニ国際担当役員が選出された。

議事では、約3年にわたる議論を経て、「WMA 医の国際倫理綱領（ICoME）改訂」が採択されたことが特筆される。同綱領は、世界中の医療専門職の倫理的原則の規範集として1949年に採択された文書で、今回の改訂では、患者、他の医師および医療従事者、医師自身、および社会全体に対する医師の専門職としての義務を定義し、さらに、患者の自律性、医師の健康、遠隔治療、環境の持続可能性に関するセクションが初めて含まれた。

学術集会は「グローバル化した世界における医の倫理」をテーマとし、「第一部：グローバリゼーションと医の倫理」、「第二部：医の倫理とプロフェッショナリズム」として開催された。今村常任理事は、第一部のパネルディスカッションにパネリストとして参加し、日常診療の観点から医の倫理の4原則（自律性の尊重、無危害、善行、公正）についてコメントを行った。

総会のオープンセッションでは、ウクライナ医師会および同国保健省からロシアの軍事侵攻による被害状況が報告されると共に、ウクライナ医療支援基金の設立および医療支援活動に対して、活動を主導したレオニード・エイデルマン教授（WMA 元会長、イスラエル医師会前会長）、ドイツ医師会、寄附金を通じて活動を支えた本会に対し、感謝状が贈られた。

また、「イランにおける人権デモに関する WMA 理事会決議」が採択され、そこでは、WMA は平和的デモの権利を含む人権を擁護し、医師の自律性、必要に基づいて全ての人に医療を提供するという倫理的義務の尊重をイラン政府に要請している。

その他、イスラエル医師会より昼食会に招待され、同医師会ハガイ会長、エイデルマン前会長と、COVID-19 対策、医療技術のイノベーション等をテーマに意見交換を行った。

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緊急決議

「イランにおける人権デモに関する WMA 理事会決議」

イラン政権に対する進行中の抗議行動で多くの人々が死亡し、拘束され、医療用車両がイラン当局によって抗議者を拘留するために悪用されている。WMA は、イラン当局に対し、平和的デモの権利を含む人権義務を完全に遵守すること、医師の自律性、特に医療上の必要性のみに基づいてあらゆる人にケアを提供するという倫理的義務を尊重すること、医療機器および施設は医療目的のみに使用することを要請する。

②医の倫理委員会関係

「WMA 医の国際倫理綱領改訂」

世界中の医療専門家のメンバーのための倫理的原則として、WMA は患者、他の医師および医療従事者、医師自身、および社会全体に対する医師の専門家としての義務を定義し、明らかにしている。医師は、適用される国の倫理、法律、規則の規範と基準、および関連する国際的な規範と基準を認識しなければならない、それらは本綱領の倫理的原則に対する医師の責任を軽減してはならない。

「生殖補助技術に関する WMA 声明修正」

生殖補助医療は倫理的および法的問題を引き起こす可能性があり、国により見解や規制が異なる。WMA は、技術的に可能なすべてが倫理的に受け入れられるとは限らないということに留意すべきとした上で、生殖補助技術の提供に携わる医師の対応について勧告している。

「終末期医療に関する WMA ベニス宣言修正」

終末期における倫理的に適切な医療では、患者の自律性および共同意思決定を日常的に促進し、患者、その家族または親密な関係者および代理人の価値観を尊重すべきである。WMA は、文化や宗教により信念が多様であることを踏まえ、疼痛と症状の管理、教育および研究について勧告している。

「医師の親族の治療に関する WMA 声明」

医師による親族の治療には、感情的な要因で決定に影響が及ぶ、治療が不十分または過剰になる危険性など、課題が生じる可能性がある。WMA は、医師は生命に関わる可能性のある状態の親族を治療する際に、かかりつけ医や主治医を務めることを避けるべきであるとし、親族を治療する場合に注意すべき点を勧告している。

「ソーシャルメディアの専門的かつ倫理的使用に関する WMA 声明修正」

ソーシャルメディアの利用は、世界中で日常的なものとなっているが、個人情報および誤情報や偽情報の問題など、注意が必要である。WMA は、それらに対処するため、加盟各国医師会に対し、ソーシャルメディアのガイドラインを策定するように要請している。

③社会医学委員会関係

「刑務所の環境と感染症の蔓延に関する WMA エジンバラ宣言修正」

自由を剥奪された者（「囚人」）は、刑務所外の人々と同じ水準の医療を受けるべきであり、医師との関係も他の患者の関係と同様倫理的原則に支配される。WMA は、すべての関係者に対し、自由を剥奪された者に対して到達できる最高水準の健康を保証するために必要な措置をとるよう勧告している。

「慢性非感染性疾患に関する世界的負担に関する WMA 声明修正」

慢性非感染性疾患（NCDs）は、先進国と途上国の双方において死亡と障害の主要原因であり、急速な増加に対する早急な世界的行動が必要である。第一の解決策は病気の予防であるとし、WMA は各国政府、加盟各国医師会、医学校、医師個人に求められる事項を勧告している。

「患者の安全に関する WMA 宣言修正」

WMA は、医療システムのプレッシャー、職場文化、医師の wellbeing および患者の安全に対する医療規制の重要性を認識し、構成会員に、医師に対する患者の安全に関する方策の促進や啓発、医療提供組織による学習、支援および改善の文化の醸成などに取り組むよう勧告している。

「医療分野における職場での暴力に関する WMA 声明修正」

すべての人は、安全な環境で働く権利を有する。WMA は、医療従事者や施設に対するあらゆる

る形態の暴力を非難し、構成会員、保健当局および関連する利害関係者に対し、協力的、協調的、効果的な戦略アプローチを通じて行動するように勧告している。

「ウクライナに対する人道的支援および医療支援に関する WMA 決議」

ウクライナで進行中の戦争により、何百万人もの難民がトラウマを抱え、前例のないメンタルヘルスの危機的状況に陥っている。WMA は、ウクライナ医療支援基金を通じて引き続きウクライナに医療物資を送り、人道的支援と医療を提供する組織に支援を提供するとした上で、メンタルヘルス対策の早期実施と心的外傷後ストレス障害への対処を提唱し、不利な立場にある人々に特別な注意を払う必要があると勧告している。

「デジタルヘルスに関する WMA 声明修正」

デジタルヘルスとは、「疾患および健康リスクを管理し健康を促進するために医療およびその他の保健専門職において情報通信技術を利用すること」を指す広義語である。医師のオートノミー、患者と医師の関係、インフォームドコンセント、ケアの質、臨床的アウトカム、医療の公平性、守秘義務とデータの安全性等を挙げ、デジタルヘルスの理解やスキルの訓練、実施する際の注意事項について勧告している。

「タバコ製品とタバコ由来製品による健康被害に関する WMA 声明修正」

喫煙や他の形態のタバコの使用は、体内のすべての臓器系に悪影響を及ぼし、癌などの疾患および他の多くの症状の主な原因である。WMA は、各国政府、加盟各国医師会および医師に対し、タバコおよびタバコ由来製品の使用削減と防止のための取り組みを行うように勧告している。

「武力衝突その他の暴動における医療関係者の保護と尊厳に関する WMA 宣言修正」

WMA は、医療施設に対する執拗な攻撃や悪用、また緊急事態における患者や医療従事者に対する脅迫、殺害、その他の暴力に大きな懸念を抱いている。医療従事者と医療施設は戦争の手段として利用されるべきではないとし、すべての関係者に対し、国際法を遵守し、医療従事者の安全、独立性を常に確保することなどを勧告している。

「労働・環境安全衛生に関する WMA 声明修正」

労働・環境安全衛生は、公衆衛生、特にプライマリ・ヘルスケアシステムに欠かせない要素である。WMA は、医師は保健および労働当局と協力して職場の健康と安全を促進すること、構成会員は政府と協力してサービスの範囲拡大に向けて活動し、奨励することなどを勧告している。

「医療における人種差別に関する WMA ベルリン宣言」

WMA は、あらゆる形態の人種差別を非難し、人種差別は公衆衛生上の脅威であることを宣言する。また、医療における公平性と多様性を推進し、包括的で公平な健康環境の実現に努めることを約束する。さらに、構成会員に対し、人種差別が阻害されたコミュニティの健康と wellbeing に及ぼす悪影響を認識して行動すること、地域、国および世界的規模で、健康およびその他社会的資源への公平なアクセスを促進することなどを勧告している。

「医療現場での高齢者に対する差別に関する WMA 宣言」

長寿化に伴って、治療、介護、緩和および安らぎを与える患者中心の医療に重点を置くべきである。WMA は、高齢者を含むすべての人の人権と健康を擁護し、尊厳が尊重されることを確実にすること、各国政府が高齢者のための適切で差別のない医療政策を策定すること、健康と年齢によるあらゆる形の差別の排除に取り組むことなどを勧告している。

「すべての人々への COVID-19 ワクチンの供給に関する WMA 決議」

COVID-19 パンデミックの終息には、ワクチンの世界的普及が重要である。WMA は、安全性と有効性が世界的に証明されている COVID-19 ワクチンへのアクセスへの公平性を促進するための障壁を取り除くことを勧告している。

2) 財務企画委員会関係

① WMA 施行細則改正

2020 年から 2025 年の WMA 戦略の 4 分野、「倫理、アドボカシーと代表性」「パートナーシップと協力」「コミュニケーションとアウトリーチ(対象者のいる場所に出向いて働きかけること)」「オペレーショナル・エクセレンス(業務遂行力が競争上の優位性を持つレベルにまで磨き上げられた状態)」のテーマに沿って活動を行っている。

② 会議開催日程

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)

2024 年：4 月ソウル理事会、10 月ヘルシンキ総会(フィンランド)

③ 新規加盟医師会

西インド諸島に位置するセントルシア医師会の加盟が承認され、加盟国医師会数は 116 となった。

別掲. WMA 採択文書一覧および採択文書全文(仮訳)

以下、WMA ベルリン総会採択文書の全文は本書 6 頁から 60 頁を参照

イランにおける人権デモに関する WMA 理事会決議

2022 年 10 月、ドイツ、ベルリンにおける第 222 回 WMA 理事会で採択

序文

WMA は、イランにおける抗議者に対する最近の暴力行為の報道を深く憂慮している。イラン政権に対する継続的な抗議活動により多くの人が死亡したと報告されており、さらに多くの人が拘束されたと言われている。さらに、医療用車両がイラン当局によって抗議者を拘束するために乱用されているとの報告もある。

WMA はイラン当局に次のことを要請する。

- ・ 平和的なデモの権利を含め、人権に関する義務を完全に遵守する。
- ・ 医師の自律性、特に医療上の必要性だけに基づいて誰にでも治療を提供する医師の倫理的義務を尊重する。
- ・ 医療機器や施設が医療目的のみに使用されるようにする。

WMA 医の国際倫理綱領

1949 年 10 月、英国、ロンドンにおける第 3 回 WMA 総会で採択

1968 年 8 月、オーストラリア、シドニーにおける第 22 回 WMA 総会で改訂

1983 年 10 月、イタリア、ベニスにおける第 35 回 WMA 総会で改訂

2006 年 10 月、南アフリカ、ピラネスバーグにおける第 57 回 WMA 総会で改訂

2022 年 10 月、ドイツ、ベルリンにおける第 73 回 WMA 総会で改訂

序文

世界医師会（WMA）は、世界中の医療専門家のための倫理原則の規範として、医の国際倫理綱領を策定した。本綱領は、WMA ジュネーブ宣言：医師の誓いおよび WMA の政策文書全般に準拠し、患者、他の医師および医療専門家、自分自身ならびに社会全体に対する医師の職業上の義務を定義し、明らかにしている。

医師は、適用される国内の倫理的、法的、規制的規範および基準、ならびに関連する国際的規範および基準を認識しなければならない。

このような規範や基準は、本綱領に定める倫理原則に対する医師の責任を軽減させるものであってはならない。

医の国際倫理綱領は全体として解釈されるべきであり、その構成段落のそれぞれは、他のすべての関連段落を考慮した上で適用されるべきである。WMA の使命に基づき、本綱領は医師を対象としている。WMA は、医療に携わる他の人々に対しても、これらの倫理原則を採用するよう奨励する。

一般原則

1. 医師の第一の義務は、good medical practice と専門性に則り、的確で時宜に適った、かつ思いやりのあるケアを提供することにより、個々の患者の健康と wellbeing を増進することである。

また、医師は、将来の世代を含め、医師が奉仕する人々と社会全体の健康と wellbeing に貢献する責任を有する。

医師は、人間の生命と尊厳、患者の自律性と諸権利を最大限に尊重した上でケアを提供しなければならない。

2. 医師は、年齢、疾患または障害、信条、民族的起源、ジェンダー、国籍、所属政治団体、人種、文化、性的指向、社会的地位またはその他のあらゆる要因に基づく偏見あるいは差別的行為に関

わることなく、公正かつ公平に医療を実践し、かつ患者の健康ニーズに基づいたケアを提供しなければならない。

3. 医師は、委託された共有資源の公正、公平かつ慎重な管理を踏まえて、患者に最適な利益をもたらす方法で医療資源を使用するよう努めなければならない。
4. 医師は、常に独立した専門的判断を下し、最高水準の専門的行動を維持しながら、良心、実直さ、誠実さ、説明責任を持って診療を行わなければならない。
5. 医師は、自分自身または所属機関に利益が生じる可能性によって個々の専門的な判断が左右されるようなことがあってはならない。医師は、実際のまたは潜在的な利益相反を認識し、それを回避しなければならない。そのような利益相反が避けられない場合は事前に申告し、適切に管理しなければならない。
6. 医師は、個々の医学的判断に責任を持たなければならない、医学的考察に反する指示に基づき、専門家としての健全な医学的判断を変えてはならない。
7. 医学的に適切な場合、医師は患者のケアに関与する、あるいはケアの選択肢を評価または推奨する資格を有する他の医師および医療専門家と協力しなければならない。このコミュニケーションは、患者の秘密保持を尊重し、必要な情報に限定されなければならない。
8. 専門的な証明書を提供する場合、医師は自ら確認したことのみ証明しなければならない。
9. 医師は、医師自身の安全と能力、および他の実行可能なケアの選択肢の有無を考慮しながら、医療上の緊急事態に支援を提供すべきである。
10. 医師は、拷問、その他の残虐、非人道的または品位を傷つける行為ならびに処罰に加担、または助長してはならない。
11. 医師は、専門的な知識と技能を維持、発展させるために、職業生活を通じて継続的な学習を行わなければならない。
12. 医師は、現在および将来の世代に対する環境上の健康リスクを最小限に抑える観点から、環境的に持続可能な方法で医療を実践するよう努めるべきである。

患者に対する義務

13. 医療を提供するにあたり、医師は患者の尊厳、自律性、および権利を尊重しなければならない。
医師は、患者が自身の価値観や意向に沿って自由にケアを受け入れる、または拒否する権利を尊重しなければならない。
14. 医師は、患者の健康と wellbeing を最優先することを約束し、患者の最善の利益のためにケアを

提供しなければならない。その際、医師は患者に対する危害を防止、または最小化するよう努め、患者に対して意図された利益と潜在的な危害との間の正のバランスを追求しなければならない。

15. 医師は、ケアの過程のあらゆる段階で患者の情報を得る権利を尊重しなければならない。医師は、提案されたケアについて、十分な情報を得た上での主体的な意思決定に必要な情報を、患者が受け取り、理解できるようにした上で、提供する全ての医療に先立ち、患者の自発的なインフォームド・コンセントを得なければならない。医師は、いつ、いかなる理由でも、患者が同意を保留、または撤回する決定を尊重しなければならない。
16. 患者の意思決定能力が実質的に制限されている、発達していない、障害がある、または変動している場合、医師は医療上の決定に可能な限り患者を参加させなければならない。さらに、医師は、患者の意向がわかっている場合、または合理的に推測できる場合には、患者の信頼できる代理人がいればその代理人と協力して、患者の意向に沿った意思決定を行わなければならない。患者の意向が特定できない場合、医師は患者の最善の利益のために意思決定を行わなければならない。すべての決定は、本綱領に定められた原則に則って行われなければならない。
17. 緊急事態において、患者が意思決定に参加できず、代理人も直ちに対応できない場合、医師は、患者の最善の利益のために事前のインフォームド・コンセントなしに、また、患者の意向が明らかでない場合にはそれを尊重した上で、介入を開始することができる。
18. 患者が意思決定能力を回復した場合、医師はさらなる介入についてインフォームド・コンセントを得なければならない。
19. 医師は、患者の意向と最善の利益に沿い、患者の秘密保持を十分に考慮した上で、可能であれば患者に近い他者に配慮してコミュニケーションをとるべきである。
20. 患者のケアのいずれかの側面が医師の能力を超えている場合、医師は、必要な能力を有する、他の適切な資格を持つ医師または医療専門家に相談するか、あるいは患者を紹介しなければならない。
21. 医師は正確かつ適時に医療文書を作成しなければならない。
22. 医師は、患者が死亡した後も、患者のプライバシーおよび秘密保持を尊重しなければならない。医師は、患者が自発的なインフォームド・コンセントを行った場合、または例外的に、他の全ての可能な解決策が尽くされた、重要かつ最優先の倫理的義務を守るために開示が必要なときは、患者が同意しないか同意できない場合でも、秘密情報を開示することができる。この開示は、必要最小限の情報、受領者、および期間に限定されなければならない。
23. 医師が患者のケアに関して、第三者に代わって行動、または第三者に報告する場合、医師は、最初の段階で適切に、また必要に応じて、あらゆる意思疎通の過程で、患者に通知しなければならない。医師は、それらの関与の性質と程度を患者に開示し、意思疎通について同意を得なければならない。

ならない。

24. 医師は、強引な、あるいは不適切な広告やマーケティングを控え、医師が広告やマーケティングで使用するすべての情報は事実に基づいており、誤解を招くものでないことを確認しなければならない。
25. 医師は、商業的、財政的、またはその他の利益相反が、医師の専門的判断に影響を与えることを認めてはならない。
26. 遠隔診療を行う場合、医師はこのコミュニケーションが医学的に正当であり、必要な医療が提供されることを確認しなければならない。また、医師は、遠隔診療の利点と限界を患者に伝え、患者の同意を得て、患者の秘密保持を確実に守らなければならない。医学的に適切であれば、医師は、直接的な対面診療を通じて患者にケアを提供することを目指さなければならない。
27. 医師は、職業上の適切な境界を維持しなければならない。医師は、患者と虐待的、搾取的またはその他の不適切な関係または行動をとってはならず、現在の患者と性的関係をもってはならない。
28. 最高水準のケアを提供するために、医師は自らの健康、wellbeing、および能力に留意しなければならない。これには、安全に診療を行うことができるよう、適切なケアを受けることも含まれる。
29. 本綱領は、医師の倫理的な義務を表している。しかし、いくつかの問題については、医師と患者が熟慮しながらも良心的な信念が相反するという、深刻な道徳的ジレンマが存在する。

医師には、患者のケアの中断を最小限に抑える倫理的義務がある。合法的な医療介入の提供に対する医師の良心的拒否は、個々の患者に危害や差別がなく、患者の健康が脅かされない場合に限り行使することができる。

医師は、この良心的拒否および、患者が他の資格を有する医師に相談する権利を有することを、直ちにかつ丁重に患者に告知し、患者が適時にそのような相談を開始できるよう十分な情報を提供しなければならない。

他の医師、医療従事者、学生およびその他に対する義務

30. 医師は、偏見、ハラスメント、差別的な行為を行うことなく、他の医師、医療専門家およびその他に丁重かつ協力的な態度で関わらなければならない。また、医師はチームで仕事をする際に、倫理原則が守られるようにしなければならない。
31. 医師は同僚の患者と医師の関係を尊重し、どちらかの当事者から要求された場合、または患者を危害から守るために必要な場合を除き、介入すべきではない。このことは、医師が患者の最善の利益になると考えられる代替の行動方針を推奨することを妨げるべきでない。

32. 医師は、医師または医師以外の医療専門家が最高水準のケアを提供すること、あるいは、本綱領の原則を守ることを妨げる条件または状況を、適切な当局に報告すべきである。これには、医師および医師以外の医療従事者に対するあらゆる形態の虐待や暴力、不適切な労働条件、または過度かつ持続的なレベルのストレスを生み出すその他の状況が含まれる。
33. 医師は、教師および学生に対して十分な敬意を払わなければならない。

社会に対する義務

34. 医師は、公平かつ公正な医療の提供を支持しなければならない。これには、健康とケアにおける不平等、その決定要因、ならびに患者および医療従事者双方の権利侵害に対処することが含まれる。
35. 医師は、健康、健康教育、およびヘルスリテラシーに関連する事項において重要な役割を担っている。この責任を果たすために、医師は、ソーシャルメディアを含む非専門的な公共の場で、新たな発見、技術、または治療法について慎重に議論しなければならない、自身の発言が科学的に正確で理解できるものであることを確認する必要がある。

医師は、自らの意見がエビデンスに基づく科学的情報に相反する場合は、その旨を示さなければならない。

36. 医師は、WMA ヘルシンキ宣言および WMA 台北宣言を踏まえて、健全な医科学研究を支援しなければならない。
37. 医師は、医療専門職に対する社会の信頼を弱めるような行動を避けるべきである。その信頼を維持するために、個々の医師は、自分自身と同僚の医師に最高水準の専門的行動をとり、本綱領の原則に反する行為を適切な当局に報告する用意をしておかなければならない。
38. 医師は、患者の利益および医療の進歩、公衆衛生および国際保健のために、医学的知識および専門知識を共有すべきである。

医療専門職の一員としての義務

39. 医師は、本綱領の倫理原則を遵守し、保護し、促進すべきである。医師は、本綱領に定められた義務のいずれかを損なう国内または国際的な倫理的、法的、組織的、または規制上の要件を防止することに協力すべきである。
40. 医師は、同僚医師が本綱領に定められた責任を守ることを支援し、不当な影響、虐待、搾取、暴力、抑圧から同僚を保護するための措置を講じるべきである。

生殖補助技術に関する WMA 声明

2006 年 10 月、南アフリカ、ピラネスバーグにおける第 57 回 WMA 総会で採択

2022 年 10 月、ドイツ、ベルリンにおける第 73 回 WMA 総会で修正

序文

生殖補助技術（ART）とは、主に医療の補助なしでは妊娠できない人々を支援するために考案された幅広い技術を指す。

ART は、配偶子または胚のいずれかを扱う不妊治療全般として定義される。

生殖補助医療は、深刻な倫理的および法的問題を引き起こす可能性がある。生殖補助医療に関する見解と信念は、国内外を問わず様々であり、国によって異なる規制が適用される。

この分野における議論の多くの中心は、胚の道徳的位置付けで、ART の道徳的、社会的、宗教的捉え方、ART から生まれた子供／子供たち、そして、ドナー、代理母、子供／子供たち、および未来の両親といった ART に関わるすべての参加者の権利は、ART の議論の中心となる問題のほんの一部に過ぎない。いくつかの問題については合意に達することができるが、根本的な意見の相違が残っており、解決はより困難である。

医療の介入なしに親になることはできないが、必ずしも病気とはみなされないという点で、生殖補助医療は病気の治療とは異なる。しかしながら、不妊症はまた、既往症に起因する可能性がある。

多くの法域では、同意を得るためのプロセスは、情報提供とカウンセリングの申し出のプロセスを踏まなければならない。また、生まれてくる子供の福祉という観点から、患者の正式な評価が含まれる場合もある。

新しい生殖補助技術の進歩に直面した医師は、技術的に可能なことのすべてが倫理的に受け入れられるわけではないことに留意すべきである。治療目的のない遺伝子操作は倫理的でなく、また明確かつ有益な診断や治療目的のない胚や胎児への操作も同様である。

勧告

1. 生殖補助技術の提供に携わる医師は常に、将来の子供／子供たち、ドナー、代理母、または両親を含む生殖計画に関与するすべての当事者に対する自らの倫理的責任を考慮すべきである。将来の子供、ドナー、代理母、または両親が深刻な危害にさらされるという説得力のある証拠がある場合は治療を提供すべきではない。
2. 他のあらゆる医療処置と同じく、医師は、関連する専門知識、技術、経験を有する分野に限定して医療行為を行い、患者の自律性と権利を尊重する倫理的責任を有する。
3. 実際には、このことは他の医療処置と同様に、インフォームド・コンセントが必要であることを意味する。そのような同意の有効性は、患者に提供された情報が適切かどうか、また、特定の方

法で決定するよう強制されることや、その他の圧力または影響からの自由を含め、患者に決定する自由があるかどうかによって左右される。

4. 同意プロセスには、参加者に、以下に関する理解可能で正確かつ十分な情報を提供することを含めるべきである。

- ・ 使用される生殖補助技術の目的、性質、手順および利点
- ・ 用いられる生殖補助技術のリスク、負担および限界
- ・ 治療の成功率と養子縁組などの可能な選択肢
- ・ 治療期間中、特に治療が失敗した場合の心理的サポートの利用可能性
- ・ データセキュリティ対策を含む、機密性、プライバシーおよび自律性を保護する措置

5. インフォームド・コンセントのプロセスでは、以下の事項を議論すべきである。

- ・ 詳細な医療リスク
- ・ ドナーの卵子、精子、配偶子および遺伝情報を含むがこれらに限定されない、ART に関与するすべての生物学的サンプルの研究目的での使用の可否
- ・ 複数回のドネーションおよび複数の診療所でのドネーションのリスク
- ・ 守秘義務とプライバシーの問題
- ・ 補償問題

6. 生殖補助技術を求めるドナー、代理母および結果として生じる子供／子供たちは、他のあらゆる医療行為と同じレベルの守秘義務とプライバシーの権利を有する。

7. 生殖補助技術には、ヒトの配偶子や胚の取り扱いと操作が含まれる。そのような物質の取り扱いに関する懸念のレベルは様々であるが、不適切、非倫理的または違法な使用を防ぐために、特定の保護措置の対象とされるべきであるという点で一般的な合意がある。

8. 医師は、「幹細胞研究に関する WMA 声明」「ヒトゲノム編集に関する WMA 声明」「WMA ヘルシンキ宣言」「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」の原則を守るべきである。

9. 医師は、適切な場合には、非差別的に ART を提供すべきである。医師は、配偶者の有無など非

臨床的な理由でサービスを差し控えるべきではない。

多胎妊娠

10. 複数の胚の移植は、複数の胚の着床の可能性を高める。これは、多胎妊娠における早産およびその他の合併症のリスクの増加によって相殺され、母親と子供／子供たち双方の健康を危険にさらす可能性がある。医師は、治療周期ごとに移植される胚の最大数について、専門家の指導に従うべきである。
11. 多胎妊娠が起きた場合、選択的中絶または減胎は、適用される法律および倫理規範に適合する場合、医学的根拠に基づき、関係者全員の同意を得て、妊娠が成熟に進む可能性を高めるためのみ考慮される。

ドネーション

12. ドネーションは、カウンセリングに従い、潜在的ドナーの強制または不当な影響を含め、乱用を避けるために慎重に管理されるべきである。ドナーが移植前に死亡したことが判明した場合、提供された試料をどうするかについて、明確な指示を提供すべきである。
13. WMA は、配偶子の提供は商品化されるべきでなく、人道的利益に資するものであるとの見解を有する。
14. ドネーションを奨励するために用いられる手法を適切に管理し、制限するためには、国内法と倫理ガイダンスに準拠した方法で行う必要がある。医師は、そのような倫理的ガイダンスが存在しない場合は、それを提唱し、貢献すべきである。
15. 遺伝子技術とレジストリの普及により、診療所やドナーが厳格な機密保持を試みているにもかかわらず、ドナーを特定することが可能になっている。ドネーションの結果として生まれた子供／子供たちは、将来的にドナーと接触する可能性がある。潜在的なドナーは、同意プロセスの一環として、この可能性を認識しておかなければならない。
16. ドネーションの後に子供が生まれた場合、国内法がドナーに関する情報を子供に与える権利があるか否かに関わらず、家族はこのことについて子供と率直に話すよう奨励され、支援されるべきである。これには、補助的な資料の作成が必要となる場合があるが、それは国の規範的な基準で作成されるべきである。

代理出産

17. 女性が医学的な理由から妊娠することができない場合、国内法または各国医師会、その他関連団体の倫理規定によって禁止されていない限り、子供が持てないことを克服するために代理懐胎を利用することができる。代理出産が合法的に行われる場合は、関係者全員の利益を守るために最新の注意が払われなければならない。
18. 両親となる候補者と代理母は、独立した適切な法律相談を受けるべきである。

19. 代理出産を目的とした医療ツーリズムは推奨されない。
20. 商業的代理出産は非難されるべきである。しかしながら、代理母に必要な費用を補償することを妨げてはならない。
21. 代理母の権利は守られなければならない、代理母が搾取されないように細心の注意を払わなければならない。代理母の権利には以下が含まれるが、これらに限定されるものではない。
 - ・ 自身の自律性の尊重
 - ・ 必要に応じた、医療保険への加入
 - ・ 医療処置と潜在的な副作用について知らされること
 - ・ 可能な場合には、副作用が発生した場合の医療チームの選択
 - ・ 妊娠中のどの時点でも、心理的支援を受けられること
 - ・ 医師の診察、実際の出産プロセス、受精および代理出産に関連する検査などの医療費を意図された親／両親に負担してもらうこと
 - ・ 妊娠中に働けない場合、収入の損失が補填されること
 - ・ 法的合意で取り決められた補償および／または払い戻しを受けること

着床前遺伝子診断（PGD）

22. 着床前遺伝子診断（PGD）および着床前遺伝子スクリーニング（PGS）は、特に重篤な疾患や非常に早期の死亡に関連する遺伝子異常や染色体異常の有無を調べるため、また、多発性自然流産を経験した女性において着床が成功する可能性が最も高い胚を同定するためなど、倫理的に許容されるその他の理由で、初期胚に対して実施されることがある。
23. 精子ドナーの感染症スクリーニングを奨励し、陽性反応をドナーに知らせるかどうかを決定することが推奨される。
24. デュシェンヌ型筋ジストロフィーなどの性染色体と結びついた深刻な病気を避ける場合を除き、医師は決して男女の産み分けに関わってはならない。

研究

25. 医師には、このような規制を遵守し、これらの問題についての一般の論議や理解を支援する倫理的義務がある。

26. ヒトの配偶子と胚に関する研究は、適用されるすべての国内法と倫理ガイドラインに従って、注意深く管理および監視されるべきである。
27. 胚を特別に研究目的または研究過程で作成してよいかどうかについては、見解や法律が異なる。医師は、WMA 台北宣言や WMA ヘルシンキ宣言、ならびに適用されるすべての現地の法律および倫理基準および専門基準の助言に従って行動すべきである。
28. 人権と生物医学に関する条約の原則に従うべきである。

終末期医療に関する WMA ベニス宣言

1983 年 10 月、イタリア、ベニスにおける第 35 回 WMA 総会で採択

2006 年 10 月、南アフリカ、ピラネスバーグにおける第 57 回 WMA 総会で修正

2022 年 10 月、ドイツ、ベルリンにおける第 73 回 WMA 総会で修正

序文

患者が重病で、健康の回復が不可能であるような場合、医師と患者は、医学的治療に関して一連の複雑な決定を下す事態に直面することが多い。

終末期は、人の一生の重要な一部分として認識され尊重されなければならない。

医学の進歩は、終末期医療に伴う多くの問題に対処する医師の能力を向上させてきた。病気を治すための研究の優先課題が損なわれるべきではないが、緩和治療の開発と終末期疾患や終末期におけるその他の状態の身体的、心理的、社会的、精神的または実存的な要素に対する評価や対応の改善により多くの注意が払われなければならない。

多くの国で世論の圧力が高まっているが、WMA 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 宣言に定められている通り、安楽死と医師の支援による自殺には断固として反対している。

終末期における倫理的に適切な医療では、患者の自律性および意思決定の共有を日常的に促進し、患者、その家族または親密な関係者および代理人の価値観を尊重するものでなければならない。WMA は、死と臨終に対する考え方や信念は、文化や宗教によって大きく異なり、緩和ケアの資源が不均等に配分されていることを認識している。終末期医療へのアプローチはこれらの要因により大きく影響されるため、終末期医療に関する詳細かつ普遍的なガイドラインの作成を試みることは現実的でも賢明でもない。したがって、WMA は以下のように明言している。

勧告

疼痛と症状の管理

1. 終末期における緩和ケアは優れた医療の一環である。緩和ケアの目的は、患者の尊厳を保ち、苦痛な症状から解放させることにある。ケアプランは、患者、その家族および親密な関係者の社会的、心理的および精神的ニーズに注意する重要性を認識しつつ、できる限り患者を快適な状態に維持

し、患者の痛みを制御することに重点を置くべきである。

2. 終末期における患者の疼痛の臨床管理は、苦痛を緩和するという点において最も重要である。「適切な疼痛治療へのアクセスに関する WMA 決議（2020 年）」は、医師と政府に対し、疼痛やその他の苦痛症状の治療を最適化するよう勧告している。医師および各国医師会は、終末期医療に携わるすべての医師が、最善の診療ガイドラインと最新の治療法、および利用可能な方法にアクセスできるよう、疼痛管理に関する情報の普及と共有を促進すべきである。各国医師会は、認められた最良の実践に従い、医師が終末期の患者に対して、臨床的に適切な症状管理を集中的に行うことを不当に妨げる法律や規制に反対すべきである。
3. 終末期の患者が強い痛みやその他の苦痛を伴う臨床症状を経験し、集中的な症状別緩和療法に反応しない場合、最後の手段として意識消失への鎮静を行うことが適切な場合がある。意識消失への鎮静は、決して意図的に患者を死に至らしめるために用いてはならず、人生の最終段階にある患者に限定しなければならない。患者または患者の代理人の同意を得るために、十分な努力が払われるべきである。
4. 緩和ケアは、集学的医療チームによって提供されることが多い。可能な場合には、医師はチームのリーダーとなり、診断と医学的治療計画に責任を持つべきである。慎重に保管された医療記録が最も重要である。症状緩和のための投薬を含むすべての症状管理介入の根拠は、鎮静の程度と期間、および将来の延命治療の継続、中止または保留に対する具体的な期待を含めて、医療記録に記録するべきである。
5. 医療チームは患者の連携医療を促進し、患者の死後には遺族支援を行うべきである。小児が患者である場合も、患者の扶養家族である場合も、小児と家族または親密な関係者のニーズには、特別な注意と能力が必要である。

教育および研究

6. 医療専門家の教育には、終末期医療を含めるべきである。緩和医療がない場合は、緩和医療を医学的専門領域のひとつとして確立することを検討すべきである。緩和医療が専門領域として認められていない国では、緩和医療の卒後研修は、提供される緩和ケアの質を向上させることができる。
7. 医師の教育は、生命を脅かす病気の患者に対する有意義な患者のアドバンス・ケア・プランニングの普及と質の向上、および、患者が意思疎通ができなくなくなった場合のケアに関する希望と目標を記した事前指示書を使用する権利を高めるのに必要なスキルの開発に役立つべきである。医師は、患者が自らの目標、価値観および治療嗜好を正式に文書化し、ケアや治療に関する自らの価値観について事前に話し合うことができる代理の医療意思決定者を任命することを奨励するための教育を受けるべきである。
8. 各国政府および研究機関は、終末期医療を改善するための治療法の開発にさらなる資源を投入することが奨励される。これには、終末期医療を改善するための一般的な医療、特定の治療法、心理的影響および組織に関する研究の支援が含まれるが、これらに限定されるものではない。

9. 治療法を採用する場合、医師は、患者にとって意図される利益と潜在的な害とのバランスを慎重に考慮しなければならない。各国医師会は、緩和治療ガイドラインの策定を支援すべきである。
10. また、医師は患者に対し、病気の自然な経過や死期が近づくにつれて予想されることについて、いつでも話し合う意思があることを伝えるとともに、緩和ケアや心理療法など、患者の苦痛を和らげる治療法や代替手段についても指導しなければならない。患者が死にたいという意思を示したり、自殺願望を示したりした場合、医師はこれらの考えの背後にある動機と理由を理解するために、患者と率直かつ内密に話し合う義務がある。
11. 医師は、症状を制御し、心理社会的および精神的ニーズに応えることで患者の QOL を最適に維持できるよう末期患者を支援し、患者が尊厳をもって安らかに死を迎えることができるようにすべきである。医師は、患者に対し、緩和ケアの可用性や恩恵その他の側面について伝えるべきである。患者の意向についての話し合いは早期に開始し、すべての患者に日常的に提供し、特に患者の臨床状態の変化に応じて患者の希望に変化がないかどうかを探るために定期的に見直すべきである。患者、その家族または親密な関係者、代理人および医療チームメンバーとの間での情報とコミュニケーションは、終末期における質の高いケアの基本的な柱のひとつである。
12. 医師は、患者の心理社会的および精神的ニーズ、特に患者の身体的症状と関連するニーズを特定し、理解し、対処するよう努めるべきである。医師は、患者、その家族および親密な関係者が、終末期に伴う不安、恐怖および悲しみに対処できるよう、心理的、社会的および精神的な資源を彼らが確実に利用できるように努めるべきである。
13. 医師は、事前指示書に記載のない意志決定を行ってもらえるように代理意思決定者／代理人を指定しておくよう、患者に勧めるべきである。特に医師は、生命維持のための介入や、付加的効果として死期を早める可能性がある緩和措置に対するアプローチについても、患者の希望を話し合うべきである。文書化された事前指示は、緊急時には利用できないこともあるため、医師は、医療上の代理意思決定者／代理人となる可能性が高い人と治療方針について話し合っておくことの重要性を患者に強調すべきである。可能な限り、そして患者が同意するならば、その際の会話に患者の代理意思決定者／代理人を参加させるべきである。
14. 患者が意思決定能力を有する場合、患者の生命が短くなる可能性があるとしても、いかなる治療や介入も拒否するという患者の自律的権利は尊重されなければならない。医師は、不必要な肉体的および精神的苦痛が意思決定の妨げにならないよう、終末期医療についての同意を得る前に、患者が痛みや不快感に対して十分な治療を受けていることを確認すべきである。未成年の患者の意思決定能力に関する法律は大きく異なるが、可能であれば、家族や子どもと話し合うことが推奨される。
15. 患者の死後、医師は、「死の判定と臓器の回復に関する WMA シドニー宣言」に定められた倫理ガイドラインに従って行動することを条件に、移植可能な状態に臓器を維持するために必要となる手段を適用することができる。さらに、移植は、「臓器および組織の提供に関する WMA 声明」の原則に従わなければならない。

医師の親族の治療に関する WMA 声明

2022 年 10 月、ドイツ、ベルリンにおける第 73 回 WMA 総会で採択

序文

医師と医療を求めるその親族との間での交流は複雑になり得る。しかも、この可能性は文化的側面によって大きく左右される。最初は、簡単な助言や軽度の病気の相談、医療や健康増進に関する一般的な質問から始まることもある。これがエスカレートして、医療や手術に至ることもある。医師は、その親族にとっては医療や精神的なサポートを求める最初の窓口となることが多い。緊急時には、医師が即座に治療を提供することができ、十分な情報提供とエビデンスに基づくセルフケアに貢献できる可能性がある。緊急時、一般的な健康情報の提供や軽度の健康問題以外では、医師は身近な人の治療を避けるべきである。

医師の仕事を規定する倫理原則は、親族の治療においても同様に重要かつ有効である。プライバシーの欠如、意図せぬ守秘義務違反、インフォームド・コンセントの不履行などにより、自律性の尊重が損なわれることがある。医師との関係によって、患者の自立した意思決定能力が損なわれる可能性がある。

親族の治療は、以下の状況で課題となる場合がある。

- ・感情的な要因によって客観性が損なわれ、決定的に影響を受ける場合、親族の治療が過小または過大になるリスク、あるいは医師の専門性や能力を超えた問題に遭遇するリスクが生じ、深刻な損害を引き起こす可能性がある。
- ・慎重に扱うべき病歴の検討、および／または適切な身体検査の実施に潜在的障害がある場合、誤った医学的診断と治療につながる可能性がある。
- ・医師が患者の臨床記録に関する要件を満たしていない場合、親族の患者がフォローアップ治療を必要とする際や責任問題が生じた際に困難にぶつかる可能性がある。
- ・否定的な医学的アウトカムによって、医師と親族の患者との関係が損なわれる可能性がある場合。
- ・治療が親族患者の最善の利益とならないか、あるいはその意思に反する場合。
- ・医師が、おそらく、意図せず無意識のうちに親族に不当な利益を提供するリスクがある場合。

勧告

1. 医師は、生命に関わる可能性のある状態の親族を治療する際に、日常的にプライマリケア医として行動したり、主治医を務めたりすることは避けるべきである。医師は、緊急時、軽度の健康問題、または他に資格のある医師がいない場合に、親族を治療することができる。
2. 親族の患者は、別の医師の治療についてセカンドオピニオンを求めることができる。セカンドオ

ピニオンが共有される場合は、本勧告事項と一致し、同僚に対する医師の義務を果たすものであるべきである。他の医師の治療や助言について判断するのではなく、最も適切で推奨される治療法についてのみ議論するよう注意すべきである。

3. 医師が親族を治療する場合、医師は次のことに注意すべきである。

- ・ 医の倫理、患者の自律性と同意を厳格に尊重し、未成年者には特に配慮すること。
- ・ 医師は患者の守秘義務を尊重する義務があり、他の医療従事者に照会する際に必要な臨床文書を除いて、他の家族を含め、合法的な根拠なしに他者と情報を共有すべきではない。
- ・ 親族が、他の医師の治療についてセカンドオピニオンを求める意思を示した場合、その意思は尊重されなければならない。
- ・ 治療への同意は、能力のある未成年者を含む患者によって与えられなければならない、その同意が有効とされるには、十分な情報提供がされていなければならない。
- ・ 関係性によっては、慎重に扱うべき病歴の聴取や身体検査の実施が、患者あるいは医師にとって感情的に困難または不快である可能性がある。そのような状況では、医師および患者は、他の医師に相談することを検討すべきである。
- ・ 明確かつ簡潔な患者記録は常に維持されなければならない。

4. 医師が上記推奨事項に対応できない場合、医師は親族の治療を避けるべきである。

5. 医師は特定の状況を除いて親族を治療しないことが推奨されているが、医師は親族から医学的助言や治療を求められることが多く、また医師の助けが有益で感謝されることが多いことは認識されている。

6. あらゆる状況において、医師は、WMA の「ジュネーブ宣言」「医の国際倫理綱領」および「患者の権利に関するリスボン宣言」に従い、最高の職業基準と倫理基準を維持しなければならない。

ソーシャルメディアの専門的かつ倫理的使用に関する WMA 声明

2011 年 10 月、ウルグアイ、モンテビデオにおける第 62 回 WMA 総会で採択

2022 年 10 月、ドイツ、ベルリンにおける第 73 回 WMA 総会で修正

定義

ソーシャルメディアとは、デジタルネットワーキングを目的とした双方向性のさまざまなプラットフォーム、ウェブサイトおよびアプリケーションの総称であり、個人や組織がユーザー生成コンテンツをデジタルで作成および共有することを可能にする。

本文書の目的は、以下の通りである。

- ・ 医師、医学生、患者によるソーシャルメディアの利用増加に関連した、専門的および倫理的な課題を検討する。それぞれの利益を守るための枠組みを構築する。
- ・ 高い専門性と倫理基準を維持することによって、信頼と評判を確保する。
- ・ ソーシャルメディアを活用した質の高い情報の提供を促進する。
- ・ ソーシャルメディア上の誤情報や偽情報に立ち向かう。

ソーシャルメディアの利用は、医師、医学生、患者を含む世界中の何十億もの人々にとって、生活の一部となっている。

wiki、ソーシャルネットワーキング・プラットフォーム、チャットアプリ、ブログなどの対話型、協働型のツールは、受動的だったインターネットユーザーを能動的な参加者に変貌させた。これらのツールは、医療や科学情報を含め、情報を収集、共有および発信する手段となり、友人、親族、専門家などと交流し、つながるための手段となっている。また、医療に関する助言を求めるためにも利用でき、患者はそれぞれの健康や医療の体験を共有している。さらに、研究、公衆衛生および教育にも利用できる。

健康的なライフスタイルを促進し、医学的知識を社会へ普及させ、患者の孤立感の解消など、ソーシャルメディアのポジティブな側面が認識されるべきである。

特別な注意が必要となる領域には、以下が含まれる。

- ・ オンラインソーシャルフォーラムに投稿された機密性の高いコンテンツ、写真、ビデオ、その他の個人的な素材は、多くの場合はパブリックドメインに入り、インターネット上に永久に残る可能性がある。個人は、オンラインに投稿した素材の最終的な配布をコントロールできないことがある。
- ・ 患者のポータル、ブログ、ツイートは、医師との一対一の診察の代わりにはならないが、特定の集団の間で、医療サービスへの関与を広げることもある。患者とのオンライン上の「友人関係」は、患者と医師の関係を変化させ、不必要で問題となる可能性のある医師と患者の自己開示に至るかもしれない。
- ・ 各当事者のプライバシーは、適切かつ保守的なプライバシー設定がない場合、またはその不適切な利用により侵害される可能性がある。プライバシー設定は絶対的なものではなく、ソーシャルメディアサイトは、ユーザーに通知することなく、初期のプライバシー設定を一方的に変更することがある。さらに、ソーシャルメディアサイトは、第三者に通信を提供することもある。
- ・ 誤情報や偽情報は、事実に基づく正確な情報よりもソーシャルメディアを通じてより急速に広まる

ことが多い。それは、個人の健康だけでなく公衆衛生にも害を及ぼし、真実と科学的根拠を促進しようとする専門家に対する疑念や不信感を助長する可能性がある。

- ・経歴情報に含めるべき適切な免責事項（例「意見は私個人のものです」「投稿は個人的な医療アドバイスではありません」等）。

ソーシャルメディアにおける医療知識、ベストプラクティスおよび治療オプションの普及は、医療専門家の間で新しく有効な情報へのアクセスを増やし、迅速化することができる。しかし、個人または企業は、自社の医療製品や治療法を販売または宣伝することを含め、誤解を招くような方法でこれらのチャンネルを利用する可能性がある。

勧告

WMA は各国医師会に対し、以下の目的に対処する会員向けソーシャルメディアガイドラインを策定するよう要請する。

1. 患者と医師の関係を、他のあらゆる状況と同様に、専門家としての倫理指針に従って、適切な境界を維持すること。
2. ソーシャルネットワーキングサイトのプライバシー規定とその限界について理解を深めることにより、想定される読者層と、コンテンツへのアクセスを事前に設定された個人またはグループに制限する技術的な実現可能性を考慮しながら、医師が特定可能な患者情報がいかなるソーシャルメディアにも投稿されないようにすること。
3. 同僚と相談する場合を含め、データの安全性を脅かす可能性のあるアプリケーションを使用する場合は注意すること。
4. 「医師によるマスメディア出演の促進に関する WMA ガイドライン」の原則を促進し、医師によるすべてのソーシャルメディア活動に適用すること。
5. 医師に、自身のインターネット上の個人的および専門的情報、さらに可能な範囲で他者が自分について投稿した内容が正確で適切であることを確認するために、自身のサイト上の情報を定期的に監視することを奨励すること。
6. 患者との対面診療中に、技術的な機器の使用によって自らの注意がそらされないようにすること。
7. 専門的な事項を議論する際には、事実に基づき、簡潔でわかりやすい情報を提供し、利益相反がある場合はそれを申告し、冷静な口調を保つこと。
8. ネットワークの不適切な使用、分別のない無神経な態度、医療問題に関する軽率な意見を避けること。

9. 医療専門家により投稿されたソーシャルメディアの内容は、医療専門家に対する社会的評価に寄与する可能性があり、WMA ジュネーブ宣言および医の国際倫理綱領の原則に従って行われるべきであるという事実、医師の注意を喚起すること。
10. 医学教育課程および生涯教育制度に、ソーシャルメディアの使用に関する教育を含めること。
11. メディアやソーシャルネットワークでは、診察と同じように科学的な厳密さとアプローチをもって行動し、患者や同僚に対して同じように敬意を示すこと。
12. ソーシャルメディアにおける不適切な行動が観察および報告された場合に、専門的な場面で説明責任を果たすためのメカニズムを構築する。
13. WMA ジュネーブ宣言、WMA 医の国際倫理綱領、およびのすべての人のための医療情報に関する WMA 声明の原則に従い、客観的およびエビデンスに基づくメッセージを使用することにより、集団間および個々の患者の間でヘルスリテラシーと知識を促進する。
14. 患者や地域社会にネガティブな健康上の結果をもたらす可能性のある、ソーシャルメディア上の誤情報、偽情報および、疑似科学や疑似療法の宣伝に対抗する。
15. ソーシャルメディア上で誤情報、偽情報または患者の信頼を損なう行為に関与した同僚医師に助言すること、および／または、同様の行為を意図的に行った場合、関係当局に報告すること。
16. ソーシャルメディア上で共有された情報が、個人または企業によって誤解を招くような形で利用される可能性について、医師や医学生の意識を高めること。

刑務所の環境と感染症の蔓延に関する WMA エジンバラ宣言

2000 年 10 月、スコットランド、エジンバラの第 52 回 WMA 総会で採択

2011 年 10 月、ウルグアイ、モンテビデオの第 62 回 WMA 総会で修正

2022 年 10 月、ドイツ、ベルリンの第 73 回 WMA 総会で修正

序文

患者の権利に関する WMA リスボン宣言は、「すべての人は差別なしに適切な医療を受ける権利を有する」と述べている。

世界保健機関憲章は、「到達し得る最高基準の健康を享受することは、人種、宗教、政治的信条又は経済的もしくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的権利の一つである。」と述べている。

自由を剥奪された者（「囚人」）は、刑務所外の人々と同じ水準の医療を受けるべきである。彼らには他のすべての人々と同じ権利がある。これには、人道的な治療と適切な医療を受ける権利が含まれる。囚人の治療基準は、多くの国連の宣言や指針により定められており、特に、被拘禁者処遇最低基準規

則 – 2015 年の改訂版はネルソン・マンデラ・ルールズとして知られ、それらは、女性に関する国連バンコク・ルールズによって補完されている。

「自由を剥奪された者」という用語は、その拘留の理由や法的立場にかかわらず、審理前拘留者から判決後の受刑者まですべての者を指す。

自由を剥奪された者の生存と健康に対する権利を保証することは国の責任である。これは、刑務所が伝染病の決定的要因にならないよう彼らのケアをすることを意味する。

医師と自由を剥奪された者との関係には、医師と他のいかなる患者との関係と同じ倫理的原則が適用される。しかしながら、刑務所という特殊な環境は、医師が当局から圧力を受ける可能性があり、また、その雇用主である刑務所に階層的に従属しているように見えることや、自由を剥奪された者に対する社会一般の態度から、患者と医師の関係内に緊張をもたらす可能性がある。

自由を剥奪されたすべての者を、人間としての固有の尊厳と価値を尊重して扱うという国の責任を超え、ネルソン・マンデラ・ルールズの適切な実施を保証することには、公衆衛生上の強い理由がある。多くの国々で囚人の結核やその他の伝染病の発生率が高いことから、新しい刑務所制度を設計する際や既存の刑罰および刑務所のシステムを改革する際に、公衆衛生を重大な要素として考慮する緊急の必要性を強調している。

収監される者は、社会的に最も弱い立場におかれていることが多い。彼らは、服役前に医療を受ける機会が限られており、他の多くの市民よりも健康状態が悪く、その結果、診断も発見も治療もされていない健康問題を抱えて刑務所に入るリスクが高い可能性がある。

密閉された、日当たりの悪い、暖房の効かない、その結果換気が悪く、湿度の高いことが多い空間での過密状態での長期監禁は、いずれも収監に伴う条件であるが、伝染病や不健康の蔓延を助長するものである。これらの要因が、劣悪な衛生状態、不十分な栄養状態、および適切な医療へのアクセスの制限と結びついた場合、刑務所は公衆衛生上の大きな課題となり得る。

自由を剥奪された者を重大な医療リスクにさらすような状況に置くことは、深刻な人道的課題を提起する。疾病の感染を低減する最も効果的かつ効率的な方法は、刑務所の環境を改善することである。

適切な刑務所環境を確保するために十分な資源を投入すること、刑務所における医療が刑務所人口の規模とニーズに対して適切であること、そして伝染病の感染を防止する持続可能な保健戦略を定め実施することは、国の責任である。刑務所における医療の組織には、拘禁中の患者にケアと治療を提供するという本質的な使命の一環として、伝染病を発見し治療することのできる適切な医療チームが必要である。

世界医師会が「結核に関する決議」で認めているように、刑務所における活動性結核の増加、耐性結核、特に「多剤耐性」「広範囲薬剤耐性」結核の発生は、世界の一部の地域では刑務所における有病率・発生率が非常に高くなっている。同様に、Covid-19 のパンデミックも深刻な影響を刑務所に与えて

おり、世界各地で集団発生が報告されている。C型肝炎やHIV感染症など、血液を介した感染拡大や体液の交換による感染リスクもある。また、過密な刑務所環境は性感染症の蔓延を促進し、静脈内麻薬の使用はHIVだけでなくB型肝炎やC型肝炎の蔓延にもつながる。

勧告

患者の権利に関するリスボン宣言を想起し、世界医師会は、すべての関係者に対し、特に自由を剥奪された者に到達できる最高水準の健康を保障するために必要な措置をとるよう求める。

政府、刑務所、および保健当局

1. 収監条件に関する国連の様々な宣言や指針、特に被拘禁者処遇に関するネルソン・マンデラ・ルールズに従い、自由を剥奪された者の権利を保護すること。
2. 自由を剥奪された者の数とニーズに比例して、医療従事者のための十分な資金拠出と当該要員の適切なレベルの人員配置を含め、刑務所における医療に必要な資源を配分すること。
3. 伝染病の感染を防ぐために、ワクチン接種、衛生、監視およびその他の手段を用いて、安全かつ健康的な刑務所環境を確保する堅固な健康戦略を明確にし、実施すること。
4. 自由を剥奪された者が感染症にかかっている場合、尊厳をもって扱われ、医療を受ける権利が尊重されること、特に、感染していることへの対応として、医療への十分なアクセスや適切な医療を受けることなく隔離されたり、独房に収容されたりすることのないよう保障すること。
5. 逮捕から判決を受けるまで、あるいは判決が下った後のいかなる段階においても、拘禁の条件が疾病の発症、悪化あるいは感染につながらないようにすること。
6. 非伝染性慢性疾患や非伝染性急性疾患および／または傷害の診断と治療が、医療従事者に過度の負担を掛けないう、また、非代償性の疾病や傷害を負った囚人による伝染病蔓延のリスクを高めないよう、合理的かつ適切に行われるようにすること。
7. 刑務所における医療に不可欠な継続的ケアの適切な計画と提供を確保するため、刑務所内外の医療サービスの連携は、ケアの継続と囚人患者の出所時の疫学的モニタリングも含めて促進すること。
8. 別の刑務所に入所または移送される場合、ケアの継続性を確保するため、入所後24時間以内に個人の健康状態が確認されるようにすること。
9. 特に、受刑者がアヘン代替治療を受けている場合、処方された治療を継続することで、施設内でのケアの中断を避けること。
10. 感染症あるいは感染のリスクが自由の剥奪の原因である場合、拘禁は容認できない。拘禁は、感染症の伝播を防ぐ有効な手段ではなく、さらに、恐怖のために診断を隠蔽する原因となり、より大きな拡散につながる。

11. 自由を奪われた者の健康を守るために、医の倫理原則を遵守しなければならない、刑務所で働く医師の自律性と責任を尊重すること。
12. 刑務所内の受刑者に対する医療の拒否を防ぐために、独立した透明性のある調査を実施すること。

WMA 構成会員と医療専門家

13. 各国政府や地方自治体、保健および刑務所当局に働きかけ、刑務所におけるメンタルヘルス問題を含む保健・医療を優先させ、安全かつ健康的な刑務所環境を確保するための戦略を採用すること。
14. 医療専門家の倫理的原則に従って、自由を剥奪された者の虐待につながる、医療提供におけるいかなる不足も報告し、文書化することを医師に奨励すること。
15. 刑務所における医療提供の欠陥を糾弾しようとした結果、困難に遭遇した医師を支援し、保護すること。
16. 自由を奪われた者の健康の観点から、刑務所の環境と刑務所システムの改善を支援すること。

刑務所内で働く医師

17. メンタルヘルス問題に対する医療を含め、自由を剥奪された者に提供される医療の欠陥や高い疫学的リスクを伴う状況を、その国の保健当局や専門機関に正式に報告すること。
18. 倫理的に適切な限り、特に感染症や伝染病の報告義務に関しては、国の公衆衛生指針に従うこと。

慢性非感染性疾患に関する世界的負担に関する WMA 声明

2011 年 10 月、ウルグアイ、モンテビデオにおける第 62 回 WMA 総会で採択

2022 年 10 月、ドイツ、ベルリンにおける第 73 回 WMA 総会で修正

序文

慢性非感染性疾患（NCDs）は、先進国、低中所得国を問わず、死亡や障害の主要原因になっている。主要な NCDs は、癌、心血管疾患、慢性呼吸器疾患および糖尿病（以下、NCD4）の 4 つであり、世界の死者数の 10 人に 7 人を占めている。NCDs による死亡の 80% は、低中所得国で発生している（WHO）。

NCD4 は、感染症や外傷といった既存の疾患や障害の原因に置き換わるものではなく、疾病負担を増加させるものである。すべての国が、感染症、外傷および慢性疾患という三重苦に直面しているが、それは低中所得国にとっては、はるかに困難な課題となっている。このような負担増は、平均寿命を延ばすだけでなく、適切な医療を提供する多くの国の能力を圧迫している。

慢性疾患は均等には分布しておらず、健康格差に大きな影響を与えている。たとえば、NCDs は社会

経済的に恵まれない人々の間でより頻繁に発生し、慢性疾患の転帰も劣る。逆に、平均寿命やその他の健康上のアウトカムは、低中所得国よりも先進国で著しく高く、社会経済的に高い層で顕著に高い。

さらに、この負担は経済成長を促進しようとする各国の努力をも損なっている。NCDs は開発の障壁である。低中所得国（LMICs）では、貧困が人々を生活習慣を介した NCDs の危険因子にさらし、その結果、NCDs が今度は貧困に陥る重大要因となっている。慢性疾患と貧困は悪循環に陥り、経済発展を妨げ、貧困を悪化させる。

将来、より多くの慢性疾患問題につながると思われる、現在の、そして予想される世界的傾向には、人口の高齢化、都市化や不十分な地域計画、座りっぱなしのライフスタイル、心理社会的ストレスの増加、気候変動、そして NCDs の治療のための医療技術費用の急速な増加などがある。慢性疾患の蔓延は、世界の社会・経済の発展、グローバル化および不健康な食品その他製品の大量販売と密接に繋がっている。

慢性疾患の蔓延とその対策に掛かる費用は今後も上昇することが予想される。個人および公的負担に加え、慢性疾患は、医療費および障害と死亡による生産性の損失が相互に影響するために、著しい経済的負担につながる。WHO は、慢性疾患の世界的な負担を今世紀の保健分野が直面する最も重要な課題のひとつと位置付けている。

慢性疾患の急増は、世界的な発展にとって大きな健康上の課題であり、それに対する早急な世界的行動が必要である。

慢性疾患の世界的な負担の 80% は、世界人口の大多数が住む低中所得国に影響を及ぼしている。この壊滅的な負担の影響は絶えず増大している。慢性疾患と貧困は悪循環に陥っており、経済発展を妨げ、貧困を悪化させている。

解決策

NCD4 は世界的に注目されている。これらの疾患の主な解決策は予防である。たばこの使用、貧しい食事、運動不足およびアルコールの乱用は、NCDs の最も一般的で修正可能な 4 つの危険因子である。最近では、メンタルヘルスの悪化が NCD の追加的な危険因子として含まれるようになった。人々が健康的なライフスタイルと行動を実現するための国家政策が、あらゆる可能な解決策の基盤となる。

プライマリケアへのアクセスの向上は、よく設計された安価な疾病管理、疾病予防および健康増進プログラムと組み合わせることで、医療を大幅に改善することができる。各国の保健省が先進国の機関と連携すれば、非常に貧しい環境にあっても多くの障壁を克服できる可能性がある。さらに、医療保険に加入することで、健康アウトカムが改善する。逆に、医療保険がないために、予防医療やプライマリケアの実践が妨げられ、悪い健康アウトカムにつながっている国もある。無保険の人は、病気やけがをしたときに援助を求めることを先送りにし、糖尿病や高血圧などの慢性疾患で入院する可能性が高くなっている。さらに、医療保険に加入していない子どもは、予防接種や定期的なプライマリケアを受ける可能性が低くなる。

医学教育システムは、より社会的説明責任を果たすべきである。世界保健機関（WHO）は、医学校の社会的責任を、その教育、研究および奉仕活動を、医学校が奉仕することを義務付けられている地域社会、地方または国において優先される健康問題に取り組む方向に向ける義務と定義している。優先される健康問題は、政府、医療機関、医療従事者、そして一般市民が共同で特定する。社会的説明責任と地域社会への関与を支援する認定基準や規範の採用が急務である。国民のニーズと国の資源に合致した医療を提供するために、医師やその他の医療従事者を教育することを第一に考慮しなければならない。プライマリケア医を中心に、医師、看護師および地域医療従事者がチームとなって、質、公平性、妥当性および有効性の原則に基づいた医療を提供する。

健康のための資金分配は、すべての国のニーズに基づくべきである。どの国も、単一の死因に取り組むことでNCD4の成果を上げることはできない。

プライマリケアチームの研修、慢性疾患の監視、公衆衛生促進キャンペーン、質の保証および、国や地域の医療基準の確立など、医療インフラの強化は、増加するNCD4患者のケアのために重要である。NCDsによる早期死亡のほとんどは予防可能である。しかし、ほとんどの低中所得国では、医療システムが不十分であったり、NCDsに適切に対処する準備が整っていなかったりする。

医療インフラの最も重要な構成要素のひとつは人的資源であり、プライマリケア医を中心とした、十分に訓練を受けた意欲的な医療従事者が成功に不可欠である。国際援助や開発プログラムは、単一の疾患や目標に対する「垂直的視点」から、より持続可能で効果的なプライマリケアの医療インフラ整備に移行する必要がある。

勧告

「高血圧と心血管疾患に関するWMA声明」と「健康の社会的決定要因に関するオスロ宣言」を想起し、WMAは以下のことを求める。

各国政府に求められる事項：

1. 健康のための社会経済的発展の重要性を認識し、所得、教育および職業における社会経済的地位の格差を是正する。
2. 世界の予防接種戦略を支援する。
3. 世界的なたばこアルコール規制戦略、およびその他の形態の依存症、特に薬物使用に対する規制戦略を支援する。
4. 健康的な生活を促進し、予防や健康的なライフスタイルを支援する包括的で協力的な政策と戦略を政府のすべての関連するレベルと部門で実施する。
5. 国家予算の一定の割合を、医療インフラの整備と健康的なライフスタイルの促進に確保し、発見、ケアおよび治療を含むNCDs4のより良い管理に投資する。

6. 公衆衛生を損なうのではなく、むしろ保護するものとなるような貿易／商業協定を提唱する。
7. 気候変動の健康への影響を緩和するための世界的および国家的な行動戦略を策定し、実行する。
8. 慢性疾患につながる労働衛生上の危険に関する研究を含め、NCDs の予防と治療のための研究を推進する。
9. NCDs 治療のための良質で効果的な医薬品へのアクセスを促進する。
10. NCDs のモニタリングおよび観察システムを開発する。
11. プライマリヘルスケア、人材およびインフラを強化する。

構成会員に求められる事項：

12. 最適な疾病予防行動に関する医師、一般市民および NGO の認識を高める。
13. 慢性疾患管理に対するチームベースの多職種アプローチを推進するためのスキルと能力を高める。
14. 政府全体の政策に NCD の予防管理戦略が組み込まれるよう提唱する。
15. より多くのプライマリケア医のために質の高い研修と専門職団体を促進し、その公平な配分を提唱する。
16. 社会的ニーズに対応した質の高い容易にアクセス可能な医療の生涯教育のための資源を提唱する。
17. エビデンスに基づいた NCDs の治療標準の確立を支援する。
18. 患者教育や自己管理を促進するための協力的な取り組みを含め、NCDs の治療の継続性を支援するための環境を促進する。
19. 強固な公衆衛生インフラを支援する。
20. 社会的決定要因への取り組みと対応は、予防と医療の一部であるという概念を認識し支持する。

医学校に求められる事項：

21. 現在の社会的ニーズに応える教育課程目標を策定する。
22. プライマリケア学部を創設する。
23. 学生がプライマリケア専門分野において、慢性疾患ケアのインフラとケアの継続性の基本要素に精通できるような、地域指向で地域に根ざしたプライマリケア研修の機会を提供する。

24. 基礎教育と生涯教育プログラムにおいて、学際的、専門職種間、部門間およびその他の共同研修の活用を推進する。
25. 教養課程に、栄養学とライフスタイルの促進に関するカウンセリングを含む、慢性疾患の予防に関する指導を取り入れる。

医師個人に求められる事項：

26. 健康的なライフスタイルや予防行動を促進する地域社会づくりに取り組む。
27. 禁煙、体重管理の方法、薬物乱用のカウンセリング、早期スクリーニング、自己管理の教育と支援、そして栄養カウンセリングおよび継続的なコーチングを患者に提供する。
28. 幻想的または十分に証明されていない治療法や処置および偽医療の危険性について患者に知らせる。
29. 慢性疾患管理に対するチームベースの多職種による価値に基づいたアプローチを推進する。
30. 慢性疾患患者のケアの継続性を確保する。
31. 個人の健康を維持することにより、健康的なライフスタイルを模範とする。
32. 健康の社会的決定要因の改善、医療における公平性および最善の予防方法のための地域における提唱者となる。
33. 保護者や地域社会全体と協力し、保護者が子供の健康維持について最善のアドバイスを受けられるようにする。

患者の安全に関する WMA 宣言

2002 年 10 月、アメリカ、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、プラハにおける第 191 回 WMA 理事会で再確認

2022 年 10 月、ドイツ、ベルリンにおける第 73 回 WMA 総会で修正

序文

医師は、患者に対して、安全で質の高い医療を提供するよう努めている。

医学および関連科学技術の進歩により、高度で複雑な医療システムの中で現代医療の提供方法は変わった。

臨床医学には常に固有のリスクが存在する。現代医学の発展はリスクを軽減すること多いが、新たな、またはより大きなリスク（避け得るものもあれば、固有のものもある）をもたらす可能性もある。

医師や医療機関は、これらのリスクを予見し、それらを可能な限り管理するよう努めるべきである。

多くの医療サービスは、政府や他の医療提供者による過小投資によりインフラが不十分であることが多く、能力を超えた需要に苦闘し続けている。医師がプレッシャーのかかるシステムで働くことで、患者の安全が脅かされている。

患者の安全は、医師が働く職場文化に影響される。多くの医療システムでは、エラーのより広い組織的原因（資源の制約、労働力不足、またはシステム上の欠陥等）を調査するのではなく、個人を対象とする非難の文化があることが多い。

多くの医師は、システムの要因により引き起こされた、または悪化された可能性のある医療エラーについて不当に非難されることを恐れ、率直に話すことや懸念を表明することができないと感じていることが多い。

学習的な職場文化は、患者の安全を保証し改善させる。公正で学習的な文化アプローチを組み込むことは、非難と恐怖の文化に対する解毒剤になる可能性がある。

公正で学習的な文化では、患者の安全に関わる事故が発生した場合、誰が個人的に責任を負うかを判断するのではなく、何が問題であったかにまず焦点が当てられる。

医療規制と訴訟への恐怖は、医師が医療エラーについて率直に話す能力を損なう可能性がある。医師が個人的な非難を恐れて声を上げることができないと感じているシステムは、エラーや不適切なケアのシステム的原因を特定し、患者の安全を向上させるための対策を妨げることになる。

恐怖と非難の文化を持つプレッシャーの下で働くことは、医師の wellbeing を損なう可能性がある。ストレスの多い職場環境では、医師のパフォーマンスが損なわれ、エラーや患者の転帰不良につながる恐れがある。

医師の wellbeing を改善すると、生産性、ケアの質、患者の安全および医療サービスの持続可能性が著しく向上する。

医療エラーを最小限に抑え、医師の wellbeing を改善し、患者の安全を確保するためには、職場内のポジティブな文化が不可欠である。

原則

1. 医師は、医療上の意思決定において、常に患者の安全が考量されるようにしなければならない。
2. 一個人ないしひとつの過程だけがエラーの原因であることはまれである。むしろ、別々の要素が結びつき、それらがいっしょになってハイリスクの状態を作り出すのである。それゆえ、ヘルスケアに関するエラーを極秘に報告するためには、個人や組織の過失にせず、システムの不具合の予防と是正に焦点を当てた、非懲罰的な文化が必要である。

3. 現代医療に内在するリスクの現実を踏まえると、医師には、患者を含むすべての関係者と協力して、患者の安全のために、プロアクティブ・システムズ・アプローチに取り組むことが求められる。
4. そのようなアプローチを構築するためには、医師は、幅広い先進的な科学的知識を継続的に吸収し、医療行為を改善する努力を継続的に行う必要がある。
5. 患者の安全に関わるすべての情報は、患者およびすべての関係者と共有されなければならない。同時に、患者の秘密は厳密に保持されなければならない。
6. 医療エラーまたは患者の安全に関わる事故が発生した場合、調査は常に、医師が活動するより広い環境を十分に検討し、エラーの一因となった可能性のあるシステム的な要因と圧力を特定することから始めるべきである。
7. 医療エラーの原因が全体または部分的にシステム的な要因により引き起こされたことが判明した場合、規制当局による判断は、医療提供組織にも責任を問うべきである。
8. 医療提供組織の規制当局は、有害事象が発生したときに、医師と患者が支援され学習する権利を与えられていると感じられる、前向きで公正かつ学習的な職場文化を促進し、確保しなければならない。
9. 規制当局には、資源やインフラの不足を含め、患者の安全に影響を与えるシステムのおよび状況的な制約を特定する責任がある。

勧告

システムのプレッシャー、職場文化、医師の wellbeing、および患者の安全に対する医療規制の重要性を認識し、WMA は構成会員に次の通り勧告する。

1. 自国のすべての医師に対して患者の安全に関する方策を促進する。
2. 個々の医師、その他医療専門職、患者およびその他の関連する個人や組織に対し、患者の安全を確保するために必要なシステムの構築に協力することを奨励する。
3. 生涯教育／専門能力開発によって、患者の安全を促進するための効果的なモデルを形成するよう啓発に努める。
4. 患者の安全を向上するために互いに協力し、エラーを含む有害事象、その解決策、そして「学んだ教訓」についての情報を交換するよう努める。
5. 医療エラーや患者の安全に関する事故調査では、常により広い文脈およびシステム的な要因またはプレッシャーを検討するよう要求する。

6. 医療提供組織が、患者の安全を促進する学習、支援および改善の文化を醸成するよう要求する。
7. 医師の職業規制が患者の安全を確実に奨励し、支援するよう取り組む。
8. 医療エラーの防止のために機能する規制を支持し、医療を提供する個人や組織の間で優れた実践と学習を促進する。
9. 患者の安全を支援するために必要な資源、インフラおよび労働力が医療環境に確保されるよう努める。

医療分野における職場での暴力に関する WMA 声明

2012 年 10 月、タイ、バンコクにおける第 63 回 WMA 総会で採択

2022 年 10 月、ドイツ、ベルリンにおける第 73 回 WMA 総会で修正

序文

医療分野における暴力は新世紀、特に COVID-19 パンデミックにおいて大幅に増加した。すべての人間は、暴力の脅威のない、安全な環境で働く権利を有する。職場における暴力には、精神的暴力、脅迫およびサイバー・ハラスメントなど身体的暴力と非身体的暴力の両方が含まれる。

サイバー・ハラスメントやソーシャルメディア・ハラスメントには、特に、適切な情報を提供して偽情報と闘うために公開討論に参加する医師に対するオンラインでの脅迫や威嚇が含まれる。これらの医師たちは、特にソーシャルメディア上の悪意あるメッセージ、殺害予告および脅迫的な自宅訪問等に直面することが多くなっている。

本声明では、職場における暴力に関して WHO の広範な定義を使用する。「職場に関連する環境において、他者または他の集団に対して、脅威的または実際に、意図的に権力を行使し、その結果、傷害、死亡、精神的危害、機能障害、生活困難をもたらすか、またはもたらす可能性が高いこと」。

被害者の健康に多くの影響を与えることに加え、医療従事者に対する暴力は、潜在的に破壊的な社会的影響を及ぼす。それは医療システム全体に影響を及ぼし、職場環境の質を低下させ、最終的には患者ケアの質に影響を与える。さらに、暴力は、特に貧困地域において、医療の利用可能性に影響を与える恐れがある。

職場における暴力が世界的な問題になっていることは論を待たないが、普遍的なレベルで暴力の概念を正確に理解するためには、各国の様々な文化的差異を考慮しなければならない。様々なレベルの暴力の定義や、どのような具体的な形態で職場における暴力は発生しやすいかという点で、大きな違いが存在する。そのため、場所によってはあるレベルの暴力に対する寛容さが生まれている可能性がある。しかしながら、物理的暴力よりも、脅迫やその他の形態の精神的暴力がより多く存在していることは広く認識されている。

医療現場における暴力の原因は極めて複雑である。いくつかの研究では、患者や親族による暴力行為の一般的な誘因として、治療を受けるまでの遅れ、提供された治療への不満および患者の病状や服用する薬、アルコールやその他薬物に起因する攻撃的な患者の行動であることが挙げられている。さらに、社会的、政治的、宗教的信念により特定分野の医療行為に反対するために、医療従事者を脅迫したり、暴力をふるったりする場合がある。傍観者からの暴力事件も報告されている。入社式や悪ふざけを含むいじめ、またはハラスメントなどの同僚からの暴力も、医療分野における職場暴力の重要なパターンのひとつである。

この問題にうまく対処するためには、様々な利害関係者（政府、医師会、病院、一般医療サービス、経営者、保険会社、指導者、指導教官、研究者、メディア、警察、法的機関など）の協力と、法律、セキュリティ、データ収集、研修／教育、環境要因、国民の意識、および金銭的インセンティブなどの分野を含む多角的なアプローチが必要である。医師の代表である医師会は、医療分野における暴力との闘いにおいて積極的な役割を果たすだけでなく、他の主要な利害関係者にも行動を促し、それにより医療従事者の労働環境の質と患者に対するケアの質をさらに守るよう努めるべきである。

勧告

WMA は、同僚からの暴力、患者や家族による攻撃的な行動、一般市民による悪意のある行為を含め、医療従事者や医療施設に対するあらゆる形態の暴力を最も強い言葉で非難し、構成会員、保健当局およびその他の関連する利害関係者に対し、協力的、協調的、効果的な戦略アプローチを通じて行動するよう呼びかける。

政策策定

1. 国は、患者、医師およびその他医療従事者の安全と安心を確保する義務がある。これには、適切な物理的環境を提供することも含まれる。
2. 政府は、医療分野における職場での暴力の防止と撤廃が、労働安全衛生、人権擁護、医療施設管理基準および男女平等に関する国、地域、地方の政策の不可欠な部分となるように、必要な枠組みを提供すべきである。

財政

3. 政府は、医療分野における暴力に効果的に対処するため、適切かつ持続可能な資金を配分すべきである。

医療施設における暴力的状況に関するプロトコル

4. 医療施設は、以下を含む適切なプロトコルの策定と実施を通じて、職場暴力の「常態化」を廃絶するゼロ・トレランス方針を採用すべきである。

- ・ 非身体的虐待を身体的虐待の危険因子として認識することを含む、職場の安全を維持するための所定の計画
- ・ 暴力が発生した場合の医療従事者のための指定行動計画

- ・ 社内のコミュニケーション戦略を強化し、セキュリティに関する決定に職員を関与させる。
 - ・ 暴力行為の報告、記録システムでは、法的機関および／または警察当局への通報を含む場合がある。
 - ・ 暴力を報告した従業員が報復を受けないようにするための手段
5. これらのプロトコルを実効あるものにするためには、医療施設の管理者と経営者はすべての職員にプロトコルを周知徹底させるために必要なコミュニケーションを取り、必要な措置を講じるべきである。管理者は、医療現場における暴力に対するゼロ・トレランス方針を言語化するよう促されるべきである。
 6. 急性、慢性、または疾病に起因する精神障害またはその他の基礎疾患を持つ患者は、医療従事者に対して暴力的な行動をとることがあり、これらの患者のケアをする人は十分に保護されなければならない。緊急の場合を除き、医師は治療を拒否する権利を有する場合があるが、そのような場合には、患者の健康と治療を保護するために、関連当局によって十分な代替措置が講じられることを保証しなければならない。

研修／教育

7. 十分な研修を受けて警戒を怠らない職員は、管理のサポートを受けて、暴力行為の重要な抑止力となり得る。構成会員は、学部および大学院の教育提供者と協力し、医療従事者が暴力事件を防ぐために、コミュニケーションスキルや共感能力、潜在的に暴力的な人物やリスクの高い状況の認識と対応といった分野の研修を確実に受けられるようにすべきである。
8. 生涯教育には、医の倫理原則と、尊敬と相互信頼に基づく患者と医師の関係の育成が含まれるべきである。これにより、患者ケアの質が向上するだけでなく、安心感を醸成し、結果として暴力のリスクを低減させる。

コミュニケーションと社会的認識

9. 医師会、保健当局およびその他の利害関係者は、医療分野における暴力に対する認識を高め、この分野における情報と専門知識のネットワークを構築するために協力すべきである。適切な場合、暴力行為について医療従事者と市民に知らせるべきである。
10. 放送局、新聞およびその他の報道機関は、情報が最高の報道基準で共有されるよう、情報源を徹底的に検証することが奨励される。ソーシャルメディア企業や関連する利害関係者は、ユーザーのためにサイバー暴力のない環境を作るための積極的な措置を講ずるべきである。これには、ユーザーデータを保護するためのポリシーの強化、そのような暴力の報告やフラグ立てを簡単かつアクセスしやすくすること、正当な理由がある場合には、適切な法的措置を講じるために法執行機関を関与させることなどが含まれる。

セキュリティ

11. すべての医療施設において適切なセキュリティ対策が講じられ、暴力行為は法執行当局により最優先で対処されるべきである。特に暴力がすでに発生している場所において、暴力のリスクが最も高い職務や場所を特定し、施設のセキュリティの弱点を明らかにするために、リスク評価を含む定期的な暴力リスク監査を実施すべきである。リスクの高い場所の例としては、一般診療所、精神科施設、および救急部門を含む病院の人の出入りが多い場所などが挙げられる。
12. 暴力のリスクは、リスクの高い区域や建物の入り口への警備員の配置、医療従事者が使用する防犯カメラや警報装置の設置、職員を識別するための識別可能なアイテムの使用、および、作業区域に十分な照明を使用することなどの様々な手段によって改善でき、警戒および安全を助長する環境作りに貢献するであろう。特定の区域、特にリスクの高いエリアに入る際に、患者や訪問者が武器を持っていないかどうかを検査するシステムの導入も検討すべきである。

被害者支援

13. 暴力の被害者には、十分な医学的、心理的および法的支援が提供されるべきである。このような支援は、すべての医療従事者が自由に利用できるようにすべきである。

調査

14. すべての暴力事件において、原因をより良く理解し、今後の暴力防止に役立てるよう、調査が行われるべきである。調査の結果、民法または刑法に基づく加害者の起訴へと繋がることもあり得る。その手続きは、法執行機関の関係当局者が主導すべきであり、被害者をさらなる身体的または精神的な危害にさらすべきではない。

データ収集

15. 医療従事者が脅迫や暴力行為を匿名で報復なしに報告できるよう、適切な報告システムが確立されるべきである。こうしたシステムでは、施設内で発生した暴力事件とその結果生じた傷害について、件数、種類および重大性の観点から評価すべきである。このシステムは、予防戦略の有効性の分析に活用されるべきである。集計されたデータおよび分析は、医療専門機関やその他関連する利害関係者が利用できるようにすべきである。

ウクライナに対する人道的支援および医療支援に関する WMA 決議

2022 年 10 月、ドイツ、ベルリンにおける第 73 回 WMA 総会で採択

序文

ウクライナで進行中の戦争により、トラウマを抱えた何百万人もの難民が生じ、前例のないメンタルヘルスの危機的状況に陥っている。難民を援助している援助員や一部の医師は、この戦争関連のトラウマを治療する準備が十分に整っていない可能性がある。

WMA は、ウクライナ医療支援基金を通じて、ウクライナ難民への物資的支援を成功させている。戦争の長期化と残虐性から、現在、この取り組みへのさらなる献身と、戦争関連のトラウマについて訓

練を受けたメンタルヘルス担当者を含む支援の拡大が求められている。

勧告

1. WMA は、ウクライナ医療支援基金およびその他の適切な手段、その構成会員、および医療界を通じて、資源の許す限り、引き続きウクライナに医療物資を送り、ウクライナ難民に人道的任務と医療を提供する組織に支援を提供すること。
2. WMA、その構成会員、および医療界は、ウクライナ難民を支援する際に、自殺予防の取り組みを含むメンタルヘルス対策の早期実施、戦争関連トラウマおよび心的外傷後ストレス障害への対処を提唱する。不利な立場にあるグループには特別な注意を払うべきである。
3. WMA、その構成会員、および医療界は、戦争生存者の戦争関連のトラウマの理解を深めるための教育的措置を提唱し、特に恵まれないグループに対して、雇用、住宅、食糧安定など、戦争の影響を受けた人々の幅広い保護要因を推進すること。

デジタルヘルスに関する WMA 声明

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

2022 年 10 月、ドイツ、ベルリンにおける第 73 回 WMA 総会で修正

序文

1. デジタルヘルスとは、「病気や健康リスクを管理し、健康を促進するために、医療やその他の医療専門職が情報通信技術を利用すること」を指す広義語である。デジタルヘルスには、eヘルス（eHealth）や高度なコンピュータ科学（「ビッグデータ」、バイオインフォマティクスおよび人工知能を含む）の利用などの発展分野を包含している。この用語には、テレヘルス（telehealth）、遠隔医療（telemedicine）、モバイルヘルス（mHealth）も含まれる。
2. 「デジタルヘルス」という用語は、「eヘルス」と互換的に使用される場合がある。これらの用語には、「テレヘルス」と「遠隔医療」も含まれる。「テレヘルス」と「遠隔医療」は、いずれも情報通信技術を活用して、遠隔地（長距離または短距離）で医療サービスや情報を提供するものである。これらは、救急医療現場においてリアルタイムで患者をモニタリングするなどの遠隔臨床サービスに使用される。また、医師や患者のスケジュールや嗜好、または身体障害といった患者の制約のためアクセスが限られている際の、患者－医師間の診察にも役立つ。あるいは、2人以上の医師の間での相談に使用されることもある。この2つの用語の違いは、「テレヘルス」は、遠隔での臨床および非臨床サービス（予防的健康支援、研究、研修、医療専門家向け生涯教育）をも指すという点である。
3. 技術の発展と益々進むモバイル機器の可用性と値頃感は、先進国と途上国の双方でデジタルヘルスサービスの数と種類の飛躍的増加につながっている。同時に、この比較的新しく、急速に発展している分野は、ほとんど規制されていないため、患者の安全や倫理的な影響を及ぼす可能性がある。

4. デジタルヘルスの原動力は、医療の質、患者の安全、および他の方法では受けられないサービスへのアクセスの公平性の向上であるべきである。
5. デジタルヘルスは、使用される媒体、アクセス可能性、および患者と医師の関係への影響、また伝統的な患者ケアの原則において、従来の医療とは異なる。
6. デジタルヘルスの開発と応用により、平時および緊急時の双方で医療と健康教育へのアクセスが拡大した。同時に、患者と医師の関係、説明責任、患者の安全、複数の利害関係者との交流、プライバシーとデータの機密性、公平なアクセス、およびその他の社会的並びに倫理的原則に対する影響も考慮されるべきである。ただし、デジタルヘルス、遠隔医療またはテレヘルスの範囲と適用は状況に依存する。保健人材、サービス分野の規模、医療施設のレベルなどの要因も考慮されるべきである。
7. 医療で使用するデジタルヘルスソリューションが患者や医療専門家のニーズを確実に満たすように、医師は、その開発と実施に関与すべきである。
8. WMA の使命に従い、本声明は主に医師と医療現場における医師の役割に向けられたものである。WMA は、他の医療従事者に対し、医療システムにおける各自の役割に応じて、同様の原則を策定し、遵守することを奨励している。

医師のオートノミー

9. 最適な医療を提供するために必要な患者と医師の関係における許容可能な境界線は、対面診療であろうとデジタル診療であろうと存在すべきである。デジタルヘルスのほぼ継続的な利用可能性により、理論上 24 時間年中無休の対応が可能であるため、医師のワークライフバランスを過度に妨げる可能性がある。医師はいつ対応可能かを患者に知らせ、対応できない時のサービスについて勧めるべきである。
10. 医師は、デジタルヘルスでの診察が適切かどうかの決定にあたり、プロフェッショナル・オートノミーを行使すべきである。このオートノミーでは、予定されている診察の種類、その媒体に対する医師の快適さ、そしてこの種類の医療に対する患者の快適さのレベルについての医師による評価を患者と共に考慮すべきである。

患者－医師関係

11. 対面診療は、診断を確立するために身体検査が必要な場合、または信頼できる医師と患者の関係を確立する一環として、医師または患者が直接合ってコミュニケーションを取りたいと希望する場合のゴールドスタンダードとすべきである。非言語的な合図を把握するためや、コミュニケーションの障壁がある場合やセンシティブな問題について話し合う可能性があるような状況においては、対面診療が望ましい場合もある。理想的には、患者と医師の関係は、デジタルヘルスの文脈において、これまでに確立された関係性および患者の病歴への十分な理解に基づいているべきである。

12. しかしながら、緊急事態や危機的状況、または遠隔医療以外の方法で医師にアクセスできない状況では、これまでに患者と医師の関係が確立されていなくても、遠隔医療によるケアの提供を優先すべきである。遠隔医療は、医師が安全かつ許容可能な期間内に、物理的に立ち会うことができない場合に採用することができる。安全かつ効果的であることが証明されている場合には、遠隔医療は、自己管理、慢性疾患、初期治療後のフォローアップを含め、患者を遠隔で管理するために利用することができる。
13. 遠隔医療サービスを提供する医師は、その技術に精通し、および／または、効果的なデジタル通信の十分なリソース、研修およびオリエンテーションを受けるべきである。さらに医師は、デジタルヘルスにおけるコミュニケーションの質が最大化されるよう努力すべきである。また、採用した技術を患者が快適に利用できるようにすることも重要である。いかなる重大な技術的欠陥も診療記録に記載し、必要に応じて報告すべきである。
14. 患者と医師の関係は、相互の信頼と尊敬に基づいている。したがって、遠隔医療を利用する場合、医師と患者は互いを確実に識別しなければならない。しかし、未成年者、虚弱者、高齢者、または緊急事態の場合には、第三者や家族などの「代理人」が関与すべき場合があることを認識しておかなければならない。
15. 医師は、遠隔診療中に、必要なフォローアップや継続的な健康管理について、誰が継続的に責任を持つかについて、患者に明確かつ率直な指示を与えるべきである。
16. 2人以上の専門家によるデジタル診察では、主治医が患者のケアと調整の責任を担う。主治医は、どのような環境や状況においても、プロトコル、カンファレンスおよびカルテの確認に責任を持ち続ける。診察にあたる医師は、患者はもちろん、他の医療専門家や技術者とも適時連絡がとれるようにするべきである。

インフォームド・コンセント

17. 適切なインフォームド・コンセントには、患者が、使用されているデジタルヘルスの種類に特化した情報を与えられ、その能力を持ったうえで同意を提供することが必要である。一般に、デジタルヘルス、特に遠隔医療の特徴に関するすべての必要な情報が、患者に十分に説明されなければならない。それらには、守秘義務違反、データの二次利用の可能性、バーチャル訪問中の連絡のプロトコル、処方方針および他の医療専門家とのケアの調整など、遠隔医療の仕組み、予約方法、プライバシーの懸念、技術的障害の可能性などが含まれるが、これらに限定されるものではない。このような情報は、患者が認識しているヘルスリテラシーのレベルや、使用されるデジタルヘルスの種類に特有のその他リソースの制限を考慮したうえで、患者の自発的な選択に対して強制または不当な影響を与えることなく、明確かつ理解しやすい形で提供されるべきである。

ケアの質

18. 医師は、デジタルヘルスを介して提供されるケアの基準が、特定の状況、場所およびタイミング、並びに対面診療の相対的な利用可能性を考慮して、患者に提供される他の種類のケアと少なくとも同等であることを確実にしなければならない。デジタル技術を介すると治療の基準を満たせな

い場合、医師は患者に通知し、医療提供の代替形態を提案すべきである。

19. 医師は、状況に合わせて変更を行う必要が生じる可能性を認識し、可能な場合はいつでも、デジタル設定でのケア提供の指針として、臨床診療ガイドラインなどのデジタルヘルスケア提供のための明確で透明なプロトコルを持っているべきである。デジタル設定のための臨床診療ガイドラインの変更は、適切な統治機関および／または規制機関もしくは協会によって承認されるべきである。デジタルヘルスソリューションに自動化された臨床診療サポートが装備されている場合、このサポートは厳密に専門的なものでなければならず、またいかなる意味においても経済的利益の影響を受けてはならない。
20. デジタルサービスを提供する医師は、インフォームド・コンセント（口頭、書面および記録）、プライバシーと守秘義務、文書化、患者記録の所有権、および適切なビデオ／電話行為に関連するすべての規制要件および関連するプロトコルや手順に従うべきである。
21. 遠隔医療によってケアを提供する医師は、提供された助言、助言の根源となった情報、および患者のインフォームド・コンセントについて、明確かつ詳細な記録を残すべきである。
22. 医師は、電気通信を通じて患者と接触したときに生じる可能性のある特定の課題や不確実性を認識し、尊重すべきである。医師は、患者の最善の利益となるか、またはコンプライアンスを向上させると思われる場合には、可能な限り患者と医師の直接的な接触を勧める用意がなければならない。
23. 緊急事態におけるデジタルヘルスの可能性と弱点を適切に見極めなければならない。緊急時に遠隔医療を利用する必要がある場合、助言や治療の提案は、患者の病状の重症度や患者の技術的およびヘルスリテラシーに影響されるであろう。患者の安全を確保するために、遠隔医療サービスを提供する機関は、緊急事態における紹介のプロトコルを確立すべきである。

臨床的アウトカム

24. デジタルヘルス・プログラムを提供する事業者は、可能な限り最善のアウトカムを達成するために、サービスの質を監視し、継続的に改善するよう努めるべきである。
25. デジタルヘルス・プログラムを提供する事業者は、有意義な医療アウトカム、安全性データおよび臨床の有効性を収集、評価、監視および報告する体系的なプロトコルを有するべきである。質の指標を特定し、活用すべきである。すべての医療介入と同様、デジタル技術はその有効性、効率性、安全性、実現可能性および費用対効果を検証されなければならない。その公平な使用を改善するために、質の保証と改善データは共有されるべきである。
26. デジタルヘルスの実施主体は、患者の安全の向上とこの分野の全体的な発展を促進するため、意図せざる結果を報告することが求められる。各国は、自国の法制度および規制において、これらの指導原則を実施することが奨励される。

医療の公平性

27. デジタルヘルスは、遠隔地に住む人々やサービスの行き届かない人々のアクセスを高めることができるものの、年齢、人種、社会経済的地位、文化的要因、あるいは識字能力の問題などによる既存の不公平を悪化させる可能性もある。医師は、一定のデジタル技術は患者にとって利用できなかったり、手が届かなかったりすることで、アクセスが妨げられ、健康アウトカムの格差がさらに拡大する可能性があることを認識しておかなければならない。
28. デジタル技術へのアクセスの不公平を避けるため、デジタル技術は慎重に導入され、監視されるべきである。社会福祉や医療サービスは、適切であれば、基本的福利厚生パッケージの一部として技術へのアクセスを促進すべきであるが、その際にはデータの安全性とプライバシーを保証するために必要なすべての予防措置をとるべきである。経済状況や技術的な専門知識の不足に基づいて、極めて重要な技術へのアクセスが拒否されるべきではない。

守秘義務とデータの安全性

29. データの機密性を確実にするために、公的に認められたデータ保護対策を使用しなければならない。デジタル診察中に得られたデータは、適切かつ最新のセキュリティおよびプライバシー措置を通じて、不正アクセスや識別可能な患者情報の漏洩がないように保護されなければならない。万が一データ漏洩が発生した場合は、法律に従って、直ちに患者に通知しなければならない。
30. デジタルヘルス技術では、一般的に、その主要目的を果たすため、医学、生理学、ライフスタイル、活動および環境に関するデータの測定または手動入力に伴う。また、生成された大量のデータは、医療や疾病予防の改善に向けた研究またはその他の目的に利用されることもある。しかしながら、個人の mHealth データの二次利用は、誤用や乱用につながる可能性がある。
31. 有効なインフォームド・コンセントと患者の権利を保障するために、デジタルヘルス利用者のデータ、特に個人の健康データの収集、保存、保護および処理を規制し、安全性を確保するための強固な方針と安全対策が講じられなければならない。
32. 患者は、自らのプライバシーの権利が侵害されたと考える場合、現地の規制に従い、対象事業者のプライバシー責任者またはデータ保護当局に苦情を申し立てることができる。

法的原則

33. デジタル技術の利用から生じる潜在的な責任に対処するため、明確な法的枠組みが設けられねばならない。医師は、診療免許を得ている国／法域においてのみ遠隔医療を実施すべきであり、医師が診療を行う国／法域および診療を行う国で規定されている法的枠組みや規制を遵守すべきである。医師は、自らの医療補償に遠隔医療とデジタルヘルスが含まれていることを確認すべきである。
34. 医師がデジタルヘルスサービスの提供に対して適切な報酬を受けられるよう、償還モデルは、各国医師会および医療提供者と協議の上で、設定されなければならない。

mHealth 技術に特有の原則

35. モバイルヘルス（mHealth）は、電子ヘルス（eHealth）の一形態であり、一定の定義ではない。
これは、携帯電話、患者監視装置、携帯情報端末（PDA）およびモバイル機器に接続して使用することを意図したその他の機器などのモバイル機器によってサポートされる医療および公衆衛生の実践として説明されてきた。これには、音声やショートメッセージ（SMS）、アプリケーション（アプリ）および全地球測位システム（GPS）の使用が含まれる。
36. ライフスタイル目的で使用される mHealth 技術と、医師の医学的専門知識を必要とし、医療機器の定義に当てはまる mHealth 技術は、明確に区別されなければならない。後者の用途では科学やエビデンスに基づかない治療が推奨される恐れがあるため、こうした用途は適切に規制されなければならない。利用者は医療情報提供源を確認できなければならない。提供される情報は、包括的で明確で信頼性が高く、専門的でなく、一般の人々が容易に理解できるものでなければならない。
37. mHealth 技術の相互運用性、信頼性、機能性および安全性を、例えば、基準や認証の仕組みの開発などを通じて、協調して改善しなければならない。
38. mHealth 技術の機能性、限界、データの完全性、安全性およびプライバシーを評価するために、適切な医療専門知識を有する管轄当局によって、包括的かつ独立した評価が定期的の実施されなければならない。この情報は公開されなければならない。
39. mHealth は、そのサービスが健全な医学的根拠に基づいている場合にのみ、医療の改善に積極的に貢献することができる。臨床的有用性のエビデンスが開発されるにつれて、知見は学術誌に発表され、再現可能であるべきである。

勧告

1. WMA は、従来の健康管理と医療提供の手法を補完するデジタルヘルスの価値を認識している。
デジタルヘルスの原動力は、ケアの質と、他の方法では利用できないサービスへの公平なアクセスの改善であるべきである。
2. WMA は、医の倫理原則は、ジュネーブ宣言：医師の誓約、および医の国際倫理綱領に概説されている通り、あらゆる形態のデジタルヘルスの実践において尊重されなければならないことを強調する。
3. WMA は、デジタルヘルス・リテラシーとスキルについての訓練を医学教育および継続的専門能力開発に含めるよう推奨する。
4. WMA は、患者および医師に対し、デジタルヘルスの利用を見極め、潜在的リスクと影響に留意するよう促す。
5. WMA は、安全性、有効性、費用対効果、実現可能性および患者のアウトカムを評価するため、

デジタルヘルスについてのさらなる研究を推奨する。

6. WMA は、デジタルヘルス技術の過剰または不適切な使用によるリスクと、患者への潜在的な心理的影響を監視し、そのような技術の利点がリスクを上回るよう確認することを推奨する。
7. WMA は、デジタルヘルスケアを利用する際には、患者の障害（視聴覚的または身体的）ならびに未成年患者に対して特別の注意を払うことを推奨する。
8. 適切な場合は、各国医師会は、デジタルヘルスについての倫理規範、診療ガイドライン、国内法および国際協定の策定と更新を奨励すべきである。
9. WMA は、他の規制機関、専門学会、組織、機関および民間企業に対して、デジタルヘルス技術の適切な利用を監視し、これらの知見を広く共有することを推奨する。

タバコ製品とタバコ由来製品による健康被害に関する WMA 声明

1988 年 9 月、オーストリア、ウィーンにおける第 40 回 WMA 総会で採択

1997 年 11 月、ドイツ、ハンブルクにおける第 49 回 WMA 総会で修正

2007 年 10 月、デンマーク、コペンハーゲンにおける第 58 回 WMA 総会で修正

2011 年 10 月、ウルグアイ、モンテビデオにおける第 62 回 WMA 総会で修正

2022 年 10 月、ドイツ、ベルリンにおける第 73 回 WMA 総会で修正

序文

世界の喫煙者 13 億人のうち 80%以上が低中所得国に住んでいる。喫煙やその他の形態のタバコの使用は、身体のあるゆる臓器系に悪影響を及ぼし、がん、心臓病、脳卒中、慢性閉塞性肺疾患、胎児の障害、およびその他多くの疾患の主な原因になっている。喫煙者は、COVID-19 によって重篤な疾患を発症し、死亡するリスクが最大 50% 高い。タバコおよびタバコ由来製品が原因で、世界中で毎年 800 万人が死亡している。効果的な介入が実施されない限り、タバコは 21 世紀に 10 億人を死亡させるであろう。

受動喫煙への曝露は、閉鎖された空間でタバコ製品の燃焼が生じる場所であればどこでも発生する。受動喫煙に安全な曝露レベルはなく、毎年数百万人が死亡している。それは特に子どもや妊娠中の患者に大きなダメージを与える。2007 年 5 月 29 日、WHO は、受動喫煙をなくし、禁煙を促すために、職場や閉鎖された公共の場での喫煙を世界的に禁止するよう呼びかけた。

「三次喫煙」と呼ばれる現象は、喫煙によって室内の表面にニコチンやその他の化学物質が残留することで生じ、これは、煙自体が消えた後も長く続くことがある。特に子供にとっては、これらの残留物から放出される煙を吸い込むだけでなく、床を這ったり壁や家具に触れたりして手に付いた残留物を摂取する可能性があり、潜在的な危険として認識されるようになってきている。

WHO の行動

世界保健機関（WHO）加盟国は、タバコの使用の影響を緩和するため、2003年にWHO タバコ規制枠組条約（WHO FCTC）を全会一致で採択した。2005年に発効し、現在、182カ国が締結して世界人口の90%以上をカバーしている。この画期的な条約のさらなる実施強化は、持続可能な開発目標（SDGs）の2030アジェンダに、目標3.aとして具体的に盛り込まれている。WMAは長年にわたりWHO FCTCを支持してきた（「WHO タバコ規制枠組条約の実施に関するWMA決議」参照）。WHOのFCTCに対する最初の議定書である「タバコ製品の不正取引を撤廃するための議定書」は、タバコ製品の国際的な不正取引の拡大対策として2012年に採択された。この議定書の目的は、WHO FCTC第15条に従い、タバコ製品のあらゆる形態の不正取引を撤廃することである。

新規および新興のニコチン製品

「電子タバコとその他の電子ニコチン送達システムに関するWMA声明」は、これらの製品に関連する未知のリスクについて概説している。若者による電子タバコの使用は劇的に増加しており、地域によってはタバコの喫煙よりも人気がある。ニコチンへの曝露は、それがどのように送達されるかに関わらず、脳の発達に影響を及ぼし、中毒につながる可能性がある。

タバコおよびニコチン摂取の新規および再発見された形態も出現している。例えば、

- ・溶解性タバコ。タバコやニコチンを含む甘い飴状のトローチを口に含み、溶けるまで嚙んだり、吸ったりする。
- ・スヌース。発がん性物質を含む湿った嗅ぎタバコを細かく粉碎したもので、通常は小さなパウチに詰められている。
- ・フーカー。タバコに蜂蜜、糖蜜または果物などのフレーバーを混ぜて燃やす水パイプで、その煙を長いホースから吸い込む。WHOの報告によると、1回のフーカーは100本のタバコを吸うことと同じだが、これは使用者の喫煙時間の長さによるところが大きいとされている。
- ・ビディ。ろ過されていないフレーバー付きのタバコで、通常のタバコの最大5倍のニコチンを送達する。またクローブタバコ（クレテックとも呼ばれる）も、通常のタバコよりも多くのニコチン、一酸化炭素およびタールを送達する。
- ・その他の加熱式タバコ製品は、通常、電子ヒーターを使用して、タバコの入った特別に設計されたスティック、プラグまたはカプセルを加熱する。熱によってニコチン（および他の化学物質）が放出され、肺に吸い込まれるが、タバコが燃焼するほど熱くなることはない。これらの装置は電子タバコとは異なる。
- ・ニコチンパウチ。さまざまなフレーバーのニコチンが入った、タバコを使わないパウチで、口の中に入れて使用する。

妊娠中の患者と子ども

妊娠中の喫煙またはニコチンの使用は、低出生体重児や早産、頭の成長制限、胎盤傷害、死産リスクの増加、流産リスクの増加など、さまざまな出生予後不良と関連している。妊娠中に副流煙を吸うと、低出生体重児が生まれるリスクも高まり、受動喫煙にさらされた乳児は、乳幼児突然死症候群のリスクが高まる。

肺機能の低下（咳、風邪、気管支炎および肺炎を含む）、持続性喘鳴、喘息、および斜視、屈折異常並びに網膜症等の視覚障害を含め、子どもの健康や発達への影響は、出生前の煙への曝露にも関連している。副流煙を多く吸う子どもは、耳の感染症、咳、風邪、気管支炎および肺炎が多くなる。喫煙する親のもとで育った子どもは、自身も喫煙するようになり、喫煙する大人と同様に長期的な健康への影響を受ける可能性がある。

健康の公平性

喫煙の予防と管理における健康の公平性は、人種、教育レベル、性自認、性的指向、職業、地理的位置または障害の状態に関係なく、すべての人々が健康的な生活を送る機会に焦点を当てている。タバコ規制プログラムは、エビデンスに基づく禁煙サービスを含め、タバコ使用や二次および三次喫煙への曝露の軽減に注力することと、タバコ関連の健康と経済的負担の大きい集団に対して、タバコ規制資源へのアクセスを改善することによって、健康の公平性に向けて取り組むことができる。

タバコ業界のマーケティング

タバコ業界は、広告、宣伝およびスポンサーシップに世界中で毎年数十億ドルを費やしている。タバコ業界の操作的で略奪的なマーケティング戦術は、その製品の消費を増やし、禁煙または死亡した喫煙者を次々と置き換えている。低中所得国に巨額の投資をすることで、タバコ産業はタバコやタバコ会社の社会的受容性を高めることを望んでいる。タバコ業界はまた、特別なパッケージやキャンディー味のタバコおよび電子タバコカートリッジの開発など、子どもを対象とした戦略を長い間採用しており、また、インターネット、テキストメッセージおよび若者向けのソーシャルネットワーキングサイトを利用して、スポンサー付きのイベントやプロモーションを宣伝してきた。

タバコ業界のマーケティング戦術に対抗するための最善の戦略は、WHO FCTC に規定されているように、タバコ広告、宣伝、スポンサーシップを包括的な禁止を採用し、施行することである。

タバコ産業は、内部調査を実施し、業界の共同出資プログラムを通じた外部調査への出資により、タバコの健康への影響に関する科学的真実の究明に取り組んでいると主張している。しかし、タバコ産業は、有害な喫煙の影響に関する情報を一貫して否定し、公表を差し控え、隠蔽してきた。

タバコ会社はまた、自社の評判に対する国民の態度を操作し、いわゆる「企業の社会的責任」に取り組んできたが、これは、自らを良き企業市民として見せかけながら自社製品を宣伝する活動である。

勧告

WMA は、各国政府に次のことを勧告する。

1. タバコおよびタバコ由来製品への課税強化は、世界保健機関（WHO）によると、タバコの使用を減らすための唯一かつ最も効果的なタバコ規制対策である。課税はまた、非常に費用対効果が高く安価な手段である。増収分は、予防プログラム、エビデンスに基づく禁煙プログラムやサービス、並びにその他の医療対策に使われるべきである。
2. WHO に対し、有効性が確立された禁煙補助薬を WHO 必須医薬品モデル・リストに追加するよう要請する。
3. WHO タバコ規制枠組条約を批准し、完全に実施する。
4. 海外を含め、タバコ広告、宣伝、および提携の全面禁止を含む、タバコおよびタバコ由来製品の製造、販売、流通および宣伝に関する包括的な規制を実施する。タバコ製品の簡素なパッケージ（「タバコ、電子タバコおよびその他タバコ製品の簡素なパッケージに関する WMA 決議」にある通り）およびタバコの健康被害に関する明瞭な警告文と絵による警告を含む包装を求める。
5. 公共交通機関、刑務所、空港および航空機内などを含むすべての閉ざされた公共の場での喫煙を禁止する。すべての医学部、生物医学研究機関、病院およびその他の医療施設に対し、敷地内での喫煙、および無煙タバコおよびその他タバコ由来製品の使用を禁止することを求める。
6. 子どもや青少年に対するタバコおよびその他タバコ製品の販売、流通、また入手機会の提供を禁止する。タバコ製品が描写されているか、あるいは類似している菓子類の製造、流通および販売を禁止する。
7. タバコおよびタバコ由来製品に対するすべての政府補助金を禁止し、タバコ農家の代替作物への転換を支援する。国際貿易協定からタバコ製品を除外し、タバコおよびタバコ由来製品の違法取引および密輸タバコ製品の販売を抑制または撤廃するよう努める。
8. タバコの使用による有病率、およびタバコやタバコ由来製品が人々の健康状態に及ぼす影響に関する研究を進める。

WMA は、各国医師会に次のことを勧告する。

9. タバコ業界からの資金提供や教材を拒否し、医学部、研究機関および個々の研究者にも同様の措置を取るよう促す。
10. 喫煙およびタバコ並びにタバコ由来製品の使用に反対する方針を採択し、その方針を公表する。タバコの使用と依存の治療に関する臨床実践ガイドラインを支持または促進する。
11. 世界医師会による同様の禁煙の決定に合わせ、各国医師会の敷地内および各国医師会のすべての会議、社交行事、学術会議および式典の場において、無煙タバコと電子タバコの使用を含む喫煙を禁止する。

12. タバコの使用（依存症を含む）および受動喫煙への曝露の健康被害について、専門家および一般市民を教育するためのプログラムを開発、支援し、それに参加する。
13. 医学生と医師が患者のタバコ依存症を特定し治療する準備をするための教育プログラムを導入または強化する。
14. タバコのマーケティングの焦点が先進国から低中所得国へ、成人から若者へと移ることを非難し、各国政府に同様のことを行うよう促す。
15. タバコやタバコ由来製品の製造またはその使用や販売を促進する企業への投資を停止する。タバコの生産または販売促進を支援する流動資産を売却する。

WMA は、医師に次のことを勧告する。

16. タバコやタバコ由来製品を使用しないことによって、またタバコの使用による健康への悪影響と禁煙の利点について一般市民を教育し、認識を高めるスポークスパーソンとして行動することにより、ポジティブなロールモデルとなる。
17. 患者との個別面談、カウンセリング、薬物療法、禁煙クラス、禁煙電話相談、禁煙ウェブ相談サービス、およびその他の適切な手段を通じて、エビデンスに基づくタバコ依存症の治療への広範なアクセスを支援する。
18. 大人のタバコ使用によるタバコおよび受動喫煙への曝露は子どもに害を及ぼすことを認識する。医師は次のことに特別な努力を払うべきである。

- ・子どもたちのためにタバコのない環境を促進する。
- ・喫煙する親と妊娠中の患者を対象に禁煙介入を行う。
- ・若者によるタバコおよびタバコ由来製品の使用防止と削減に貢献するプログラムを促進する。
- ・タバコおよびタバコ由来製品へのアクセスとマーケティングを規制する政策を支持し、小児のタバコ規制研究をより優先させる。

武力衝突その他の暴動における医療従事者の保護と尊厳に関する WMA 宣言

2011 年 10 月、ウルグアイ、モンテビデオにおける第 62 回 WMA 総会で採択

2022 年 10 月、ドイツ、ベルリンにおける第 73 回 WMA 総会で修正

序文

健康と医療支援に対する権利は、常に保証されるべき基本的人権である。医の倫理原則は、緊急時も

平時も同じである。医療従事者は十分に保護されなければならない。

「ジュネーブ条約」（1949 年）、「ジュネーブ条約追加議定書」（1977 年、2005 年）、および「法執行官による武力及び火器の使用についての国連基本原則」をはじめとする様々な国際協定は、医療従事者の保護だけでなく、医療支援への安全なアクセスを保証しなければならない。

国連安全保障理事会 2286（2016 年）は、医療従事者に対する攻撃および脅迫を非難し、責任者の不処罰をやめ、武力衝突のすべての当事者が国際法上の義務を完全に遵守することを要求している。

ここ数年、医療に対する暴力の急増を糾弾する国際的な基準や人道的・人権的利害関係者の結集が認められているにもかかわらず、WMA は、病院やその他の医療施設に対する執拗な攻撃や悪用、また緊急事態における患者や医療従事者に対する脅迫、殺害、その他の暴力に大きな懸念を抱いている。

WMA は、必要なケアを提供する医療システムの能力に重大な影響を及ぼし、不当な苦痛や死をもたらすような悲惨な人道上的影響をもたらす、医療従事者および医療施設に対するこの暴力の惨劇を最も強い言葉で非難する。医療従事者に対する暴力は、国際的な緊急事態であり、緊急の措置を要する。

「武力衝突に関する WMA 声明」を想起し、WMA は、武力衝突が常に最後の手段となるべきであり、武力衝突に加わる国家およびその他の当局は、その行動の結果に対する責任を引き受けなければならないことを再確認する。

医師およびその他の医療従事者の安全と個人的な安全は、紛争状況において、医療を提供し、人命を救うために不可欠である。医療従事者は常に中立の立場として尊重されなければならない、職務の遂行を決して妨げられてはならない。医療従事者と医療施設は、決して戦争の手段として利用されてはならない。

「武力紛争時およびその他暴力的状況における WMA 規定」を想起し、WMA は、医師およびその他の医療従事者の第一義的な義務は常に患者に対するものであること、暴力や武力衝突の状況においても平時と同様の倫理的責任を有し、健康を守り命を救うという責務があること、常に、専門職の倫理原則、関連する国際法および国内法、および良心に従って行動しなければならないことを再確認する。

勧告

WMA は、暴力が行使される状況にあるすべての関係者に対し、以下のように求める。

1. 人権法および国際人道法を始めとする国際法の下での義務、特に 1949 年のジュネーブ条約および 1977 年と 2005 年の追加議定書の下で適用される義務を完全に遵守する。
2. ジュネーブ条約およびその追加議定書に従い、武力衝突時やその他の暴力が行使される状況下をはじめ、いかなる時であっても、医療従事者の安全、独立および身の安全を常に確保する。
3. 紛争状況における医療の中立性を掲げる国際人道法および人権法の原則を尊重し推進する。

4. 医療施設、医療輸送手段およびそこで治療を受けている人々を保護し、医療従事者のために可能な限り最も安全な労働環境を提供し、脅威、妨害行為および攻撃から保護する。
5. 病院その他の医療施設は、決して軍事目的で悪用せず、医療専用とする。
6. 医療従事者が武力衝突における役割に関わらず、傷病者を治療し、処罰や脅迫を恐れることなく、自由に、独立して、専門職の原則に従って、医療義務を遂行できるようにする。
7. 負傷者やその他医療支援を必要とする者による適切な医療施設への安全なアクセスが不当に妨害されないようにする。
8. 医療従事者の安全のために必要な個人用保護具などの設備が、必要に応じて利用可能であり、適切な人員配置がなされていることを確認する。
9. 「武力衝突やその他の緊急時における医の倫理原則」および「武力紛争時およびその他暴力的状況における WMA 規定」などに定められている医療専門職の倫理規則を支持し、厳格に尊重し、医師にこれらの規則、特に、以下について違反または放棄することを要求または強制しないこと。
 - ・武力衝突時およびその他暴力的状況における医師やその他の医療専門家に与えられた特権や施設は、医療以外の目的で使われてはならない。
 - ・医師は常に医療上の守秘義務を適切に尊重しなければならない。
 - ・医師は、いかなる場合も、拷問あるいはその他の残虐な、非人間的なまたは品位を傷付ける扱いを受け入れてはならない。医師はそのような行為に立ち会ってはならず、加担してはならない。
 - ・医師は、女性、子ども、難民、障がい者および避難民など、弱い立場にある人々を認識し支援する義務がある。
 - ・医師および WMA の構成会員は、政府や非国家主体に対して、戦争行為がもたらす人への影響について警告すべきである。
 - ・紛争が差し迫っており、避けられないと思われる場合、医師は、当局が紛争直後における公衆衛生インフラの保護、および必要な修復のために計画を立てていることを確認すべきである。

WMA は、政府に以下のように要請する。

10. 医師、その他の医療従事者および医療施設に対する攻撃に関するデータを収集し広めるために、十分な資源を備えた、効率的で安全かつ公平な報告機構を確立する。
11. WHO が医療従事者や医療施設に対する攻撃を記録する上で指導的役割を果たすために、必要な

支援を提供する [1]。

12. 武力衝突やその他の暴力的状況における医療従事者の保護に関する国際協定の違反が報告された場合、違反の責任者を調査し裁判にかけ、制裁措置が決定された場合にそれを執行するメカニズムを育成する。
13. 看護師、医師、あるいはその他の医療従事者を攻撃する者は誰でも、そのような行動が厳しく罰せられることを知ることができるように、医療関係者やその他の医療従事者のためにより効率の良い法的保護を策定し、実施する。

WMA は、政府、会員組織および適切な国際組織に対し、以下のように要請する。

14. 医療従事者の保護に関する国際規範に対する認識を高め、医療に対する脅威に対処するための戦略を特定し、報告された違反を調査するメカニズムを強化するために、様々な関係者と協力する。
15. 紛争時に医療従事者を保護し、その中立性を維持することの基本的な重要性について、国および地方の両レベルで認識を高める。
16. 医療従事者の能力と安全を確保し、武力紛争やその他の暴力的状況に直面した際の心理的負担を最小限にするために、医療従事者のための卒前、卒後および生涯教育の発展を支援する。

[1] WMA は、状況によっては拷問やその他の暴力行為を記録し糾弾することが、医師やその近親者を大きな危険にさらす可能性があることを認識している。そのような行為は、個人的に過度な影響を及ぼすかもしれない。医師は、拷問や残虐な、非人間的なまたは品位を傷つける扱いや刑罰の徴候を評価、記録または報告する際に、個人を危険にさらすことを避けなければならない。

労働・環境安全衛生に関する WMA 声明

2016 年 10 月、台湾、台北における第 67 回 WMA 総会で採択

2022 年 10 月、ドイツ、ベルリンにおける第 73 回 WMA 総会で修正

序文

労働・環境安全衛生（Occupational and environmental health and safety : OEHS）は、公衆衛生、特にプライマリヘルスケア（PHC）システムにとって欠かせない要素である。それは、OEHS は多くの場合、個人、家族、地域社会と医療制度との最初の接点であり、医療を人々の生活と労働の場に限りなく近づけるからである。

労働者は世界人口の少なくとも半分を占め、多くの経済を支えているが、その多くは労働・環境衛生サービスへを十分に利用できず、安全な労働環境で働くことができていない。

国際労働機関（ILO）は、ディーセント・ワークを「生産的で、尊厳と平等性を保ち、安全な労働条

件のもとで公正な収入を得られる労働の機会」と定義している。世界人権宣言で、ディーセント・ワークの権利が認められているにもかかわらず、15秒に一人の割合で労働者が業務上の事故や疾病によって死亡し、その結果、世界のGDPは年間4%減少している。

それにもかかわらず、世界中で記録および報告されている労働災害や職業性疾病の割合は驚くほど少ない。記録されている職業性疾病は全体の1%未満であると推定されている。

さらに、多くの労働者が労働生活の要求を満たすためにより大きなプレッシャーに直面するようになり、その多くが仕事に関連したストレスを発症する危険にさらされている。このストレスは、仕事の要求が労働者の能力、資源またはニーズに合っていない、あるいはそれを上回っている場合、または、労働者もしくは集団が対処するための知識や能力が企業の組織文化の期待と一致しない場合に発生する可能性がある。高度のストレスは、燃え尽き症候群、うつ病、不安神経症、心血管疾患、さらには自殺などの健康障害を引き起こす可能性がある。

最近、さらにCOVID-19のパンデミックにより、世界ではデジタル情報通信技術を使用して、フルタイムまたはパートタイムで雇用主の敷地外で働く従業員の数が増加している。このような働き方には良い面もあるが、従業員、特に一人暮らしの個人を孤立させ、ストレスや不安のレベルを高める結果になりかねないというリスクもある。労働時間の延長や従業員の都合に加え、プライベートと仕事の境界が希薄になることで、ワークライフバランスに影響を及ぼす可能性がある。従業員の健康と安全を確保するために、健全なデジタル労働環境を整備する必要がある。

国連開発計画の持続可能な開発目標（SDGs）における目標3、5、8、および13では、あらゆる年齢層のすべての人々の健康増進、男女平等、ディーセント・ワーク、そして気候変動の影響の管理に向けた行動を呼びかけている。OEHSは、すべての労働者の身体的、精神的、社会的なwellbeingを維持し、その結果、貧困削減、持続可能な開発、毎年何百万人もの命を救うことにつながるよう、万全の体制を整えている。

医師は、労働災害や職業性疾病の予防、診断、監視、治療および報告において、重要な役割を担っている。さらに、医師は、年齢、性別、民族的起源、国籍、宗教、政治的所属、人種、性的指向、または障害の有無に関わらず、すべての人に平等で適正かつ包摂的な労働環境を推進すべきである。

多くの政府や使用者団体、労働者団体が、職業性疾病の予防をより重視するようになっているが、蔓延する職業性疾病の規模や深刻さに見合った優先順位が得られていない。

医師および医師会は、問題の特定、国内報告システムの開発、OEHSの分野における関連政策の策定に貢献することができる。

不十分で安全でない労働環境は、労働者の死亡原因である職業性疾病の発症や傷害の発生に大きく関わっている。

勧告

1. 医師は、健康の社会的決定要因に関する教育を受け、職場の意識を高める人材の育成において、中心的役割を担うべきである。
2. 労働・環境安全衛生（OEHS）の分野は、大学院および卒業後双方の医学教育において欠かせないものとして重視されるべきである。
3. 医師は、職場の健康と安全を促進するために、保健および労働当局と協力しなければならない。
4. すべての労働者は、潜伏期間が長い職業性疾病を考慮し、就業初日から、または就業最終日を過ぎてなお、リスクに基づく OEHS サービスを受けられるべきである。サービス内容は標準化されるべきであり、本質的に予防的／保護的な OEHS システムの計画と実施においては、医師の役割が認められなければならない。
5. WMA 構成会員は、職業性疾病と負傷の予防と減少、リプロダクティブ・ヘルス問題および環境保護のために、OEHS サービスの範囲を拡大するよう積極的に活動し奨励すべきである。また、職場での男女平等を促進し、OEHS 関連指標の記録および報告システムの改善を奨励すべきである。また、労働力の能力開発、教育訓練および共同研究にも重点を置くべきである。
6. WMA 構成会員は、政府と協力して、適切な場合には、自国における OEHS 予防と職業性疾病および事故の記録ならびに報告を促進する国内システムの策定・開発において積極的な役割を果たすべきである。
7. 労災患者を評価する医師は、労働・環境医学における経験を積んでいることが望ましい。診断と職業曝露および環境曝露との関係性が立証された場合、医師は適切な報告システムを通じて報告すべきである。
8. 職業性疾病および傷害は、多くの場合、保険や補償で対処される。こうしたメカニズムが整備されていない場合、WMA 構成会員は、保険または社会保障といった手段による労働者の保護を提唱すべきである。
9. 雇用主にサービスを提供する際、医師は、雇用主が国際労働機関（ILO）の労働基準で定める最低要件を満たすよう、特にそのような要件が国内法で定められていない場合は、提唱すべきである。
10. 雇用主は、安全な労働環境を提供し、不利な労働条件が個人や社会に与える影響を認識し、対処すべきである。
11. 雇用主は、従業員への必須ワクチンの普及と提供を検討すべきである。
12. WMA 構成会員は、OEHS に携わる医師の問題に対処する内部組織の設置を検討し、研究および関連科学研究に貢献するよう奨励すべきである。

13. 政府は、業務上の危険性を評価し、労働者の健康を守るための戦略を策定する国際的なシステムの構築に向けて協力すべきである。
14. 政府は、リプロダクティブ・ヘルスや在宅勤務の健康への影響をはじめとする労働者の権利と健康を保護する法的枠組みを確立すべきである。
15. 政府と各国医師会は、会員に対する労働衛生の訓練、情報および研究プログラムの開発を推進しなければならない。

医療における人種差別に関する WMA ベルリン宣言

2022 年 10 月、ドイツ、ベルリンにおける第 73 回 WMA 総会で採択

序文

人種差別は、先天的な身体的特徴に基づいて人間の優劣を付けるという誤った考えに根差している。この有害な社会構成概念は、生物学的な現実において何の根拠もない。しかし、人種差別的な政策や考え方は、歴史を通して用いられ、不平等な扱いを永続させ、正当化し、維持するために今もなお用いられている。

遺伝的な意味での人種は存在していないにもかかわらず、文化によっては、人種というカテゴリーが、文化的な表現やアイデンティティー、あるいは歴史的な経験の共有を反映する手段として用いられることがある。これは、「民族」あるいは「祖先」という概念の一つの側面でもある。

「人種」および「人種的」という言葉は、言語的および文化的に異なる文脈では異なる意味合いを持つことを認識した上で、これらの用語は、本文書全体を通して、生物学的な現実ではなく、社会的に構築されたカテゴリーを示す用語として使用される。

人種のカテゴリーを先天的な生物学的特徴や遺伝的特徴と混同することに科学的根拠はないが、人種差別が歴史的に疎外され、少数派として追いやられてきたコミュニティに対して与える有害な影響は十分に立証されている。「健康の社会的決定要因に関する WMA オスロ宣言」に記されているように、人種差別の経験はそのあらゆる形態（対人差別、制度的差別、体系的差別など）が健康の社会的決定要因であり、根強い健康格差の根源であるとして認識されている。これらの不平等は、国籍、年齢、ジェンダー、性的志向、宗教、社会経済的地位、障害といった他の要因によってさらに深刻化する可能性がある。人種差別を受けた人は、他の健康の社会的決定要因からも悪影響を受けることがよくある。

人種差別による暴力やあからさまな偏見、住宅や雇用差別、教育や医療の不公平、環境面での不当な行為、日常的なマイクロアグレッション（小さな攻撃）、賃金格差、人種差別を受けた人たちが経験する世代間トラウマの遺産などは、健康に影響を与える可能性のある多くの要因のごく一部であり、人種差別が公衆衛生に深刻な脅威を与える理由を示している。歴史的に疎外されてきたコミュニティが直面しているこれらやその他の構造的障壁によって、乳児と妊産婦の死亡率や特定の疾患、精神疾

患、健康アウトカムの悪化、平均余命の短縮などの不均衡が生じる恐れがある。

医療における人種差別

WMA ジュネーブ宣言、医師の誓いで、医師は、すべての患者の尊厳を尊重し、教師、同僚、学生を尊敬し、「(医師の) 職責と患者との間に、年齢、疾病もしくは障害、信条、民族的起源、ジェンダー、国籍、所属政治団体、人種、性的指向、社会的地位、あるいはその他いかなる要因でも、そのようなことに対する配慮が介在することを容認しない」ことを誓っている。

それにもかかわらず、あらゆる形態の人種差別は、世界中の医療現場にも存在し、患者とその健康に直接的な影響を与えている。世界的に見ても地域的に見ても、医療や医療資源へのアクセスにおける体系的な人種間格差は、健康アウトカムの格差につながる可能性がある。

対人関係レベルでは、医療従事者が抱く偏見や固定観念が、患者の診察に消極的になったり、社会から疎外された地域の患者の症状を軽視したりすることにつながり、その結果、コミュニケーションが最適化されず、治療が不十分になったり遅延が生じたりすることがある。人種差別は、患者と医師の関係を良好に保つために不可欠な信頼の基盤を妨げるか、損なう恐れがある。

社会から疎外されたコミュニティ出身の医師もまた、患者や他の医師、医療従事者からの人種差別に直面する。これは、職場でのいじめ、ハラスメント、職業的貶めといった形を取ることがある。このような苦痛を伴う経験は、医師の健康や wellbeing に影響を与えるだけでなく、結果的に医師のパフォーマンスにも影響を及ぼす可能性がある。また、これによって、社会から疎外された医師は、非難されたり不利益を被ったりすることを恐れるあまり、患者の安全に関する懸念を提起する自信を失ってしまうかもしれない。職業上の適切な待遇や昇進の機会において、人種間の格差が大きく拡大していること、医師のキャリアの軌跡に影響を及ぼす可能性がある。

さらに、体系的な人種差別は、歴史的に排除されてきた特定の集団が医療専門職に参入できないようにする障壁を生み出す恐れがあり、代表性が欠如することとなり、これによって患者の健康に悪影響が及ぶ可能性がある。このような障壁は、入試や雇用慣行における暗黙的および明示的な偏見、包摂的な職場環境の欠如、生涯にわたる教育資金の人種格差など、さまざまな要因によって生み出される。

患者の健康格差に対処するためには、国民を代表する医療従事者が不可欠である。

医学教育における人種差別

医学教育では、暗黙的および明示的な偏見が、入試プロセスだけでなく、カリキュラムや教員の能力開発、社会から疎外された学生の扱い方や評価にも影響を与えている。非包摂的で有害な学習環境は、疎外された学生を不安や抑うつリスクにさらす可能性がある。さらに、学習教材やカリキュラムは、経験、イメージ、疾患症状の多様性を反映していないことが多く、医療における人種差別の問題に正面から取り組むことができていない。

医学研究／医学ジャーナルにおける人種差別

構造的な人種差別は、医学研究への参加、すなわち医学研究における包摂性にも影響を与える。疎外

されたコミュニティにおいて非倫理的な実験やインフォームド・コンセントを得ていない研究が行われてきたという歴史的事例があるため、医療界に対する不信感が高まっている。その一方で、社会から疎外された集団が臨床試験から除外されると、特定の医薬品、治療法、健康状態がそれらの集団の個人にどのような影響を与え得るかに関するデータが得られないことになる。人種データの透明性が不足していると、人種格差が健康格差にどのようにつながるかについての理解が欠如する可能性がある。また、人工知能が医療における偏見を明らかにし、それを覆す可能性も脅かし得る。アルゴリズムの包摂性の程度は、それを構築する医療や技術の専門家の包摂性と同程度にしかなり得ない。

さらに、エビデンスに基づいた研究のゲートキーパーである医学雑誌は、一般的に、人種差別やそれが健康格差に与える影響の問題を扱うことや、雑誌の意思決定者や著者における代表者不足への対処を怠ってきた。

宣言

したがって、世界医師会は、以下のことを行う。

- ・あらゆる形態の人種差別を、それがいつどこで生じているのかに関わらず、明確に非難する。
- ・人種差別は公衆衛生上の脅威であることを宣言する。
- ・人種差別は構造的で、医療に深く根付いていることを認識する。
- ・人種差別は、生物学的な現実において一切根拠がなく、社会的な構成概念に基づいたものであり、人種差別的な前提を利用して優越性を主張するいかなる試みも、非倫理的で、不当かつ有害であることを主張する。
- ・人種差別の経験は健康の社会的決定要因であり、根強い健康格差の原因であることを認識する。
- ・医療における公平性と多様性を積極的に推進し、包摂的で公平な健康環境の実現に努めることを約束する。

勧告

WMA は、会員およびすべての医師に、以下のことを求める。

1. 自らの組織で上記の宣言を実施する。
2. 人種差別が社会から疎外された人々の健康と wellbeing に及ぼす有害な影響を認識し、それに基づいて行動する。
3. 地域、国および世界的規模で、健康やその他社会的資源への公平なアクセスを促進する。
4. 医療における人種差別的な方針や慣行を撤廃し、医療における公平性と社会正義を支持するよう

な反人種差別の方針や慣行を提唱するために、積極的に取り組むことを約束する。

5. 医療専門職やそれを支援する組織の多様性を促進するために、組織的、制度的改革を実施する。
6. 医学教育において、包摂性を促進し、人種差別が健康に及ぼす有害な影響についての認識を高めるような入試やカリキュラムの改革を支援し、可能であれば実施する。
7. 医学教育における公正かつ安全な学習環境を促進する。
8. 質の高い医学および公衆衛生教育への公平なアクセスを促進する。
9. 歴史的に疎外された地域社会からの入学希望者が、模範となるような医師の存在を確認し、包摂性とエンパワメントの感覚を育むために、疎外された地域社会からの医師の経験を中心に据える。
10. 特に歴史的に疎外されてきたコミュニティの医師を含め、すべての医師のために安全かつ協力的で尊敬に値する職場環境を確保する。
11. 医師や学生が、人種差別的な動機によるハラスメントや偏見の事例を安全に報告できるような手段を確立する。
12. 医療専門職における人種的ハラスメントや偏見の加害者に対する懲戒処分を制定し、そのようなハラスメントや差別を防ぎ、それに苦しむ人々を保護し、医療現場から排除するための対策を実施する。
13. 研究のギャップを特定し、人種差別が健康に与える影響に関するエビデンスに基づいた研究を促進するための措置を講じる。
14. 医学ジャーナルに、低代表で歴史的に疎外されてきたコミュニティ出身の医学研究者や保健専門家の声を増幅するよう奨励する。
15. 健康の公平性を推進する手段として、WMA ヘルシンキ宣言に則って倫理的に実施される臨床試験への代表性を促進するためにあらゆる努力をする。
16. 医療システムにおける人種差別の影響に関するさらなる研究を促進する。

医療現場での高齢者に対する差別に関する WMA 宣言

2022 年 10 月、ドイツ、ベルリンにおける第 73 回 WMA 総会で採択

序文

平均寿命の延伸による人口の高齢化は、高齢世代に医療を提供するために要する資源の増加量を考え

ると、多くの医療制度の主要な課題のひとつである。高齢化によりケアの需要が高まり、医療、医薬および病院サービスへの依存が増えることが多いため、この問題はこれらの医療制度に負担をかける。一方、高齢者は、援助、ケアおよび経済的支援の受け手として認識されているが、これは不正確である。というのは、高齢者は、その環境の wellbeing に大きく貢献しており、それには高い社会的価値があるからである。

長寿化に伴って、適切なケアの質の基準が必要であり、健康増進、危険因子の軽減、およびアクセスしやすく、手頃な価格で、持続可能な質の高い医療・社会サービスを提供する必要がある。

生物学的年齢は、医学的意思決定の関連要因となり得るが、決して差別の根拠として使用されるべきではない。したがって、年齢への言及は専門的に健全であり得る。

高齢患者における健康差別

高齢者は様々な差別を受けるが、その中でも主要な差別のひとつは健康に関連するものである。高齢者は、医療制度とその財政的な持続可能性に対する負担として認識されることがある。先進国における医療費増加の原因は、高齢者だけにあるわけではない。医療費に重要な役割を果たす要因は他にもあり、それらは生活水準の向上、医療サービスへのアクセス、ケアの質、および新しい技術の使用などである。

一定の費用と時間のかかる診断や治療法、あるいは、より高額な集中治療の特定の環境に対する配分は、高齢者層において一般的である。治験では、登録基準を満たしていても、特定の年齢の患者を除外することが多い。

年齢は、特定の介入を患者に勧める際の障壁となっている。理由は身体的なものであることが多いが、回復に時間がかかり入院期間が長引くなどの経済的動機が背景にあったり、資源が乏しく、高齢者は平均余命が短いという主張があったりする。

生理的および心理的観点から、高齢患者の健康の決定要因は、本質的に性別と関連しているとのコンセンサスが得られている。したがって、不平等を解消するためには、男女間の違いに対処する必要がある。

高齢者が経験する健康差別は、身体的、精神的および社会的な wellbeing に悪影響を及ぼし、生活の質の低下、自律性、自信、安全および活動的なライフスタイルの喪失の一因となり、さらに健康レベルを低下させるおそれがある。それゆえに、専門家、施設、医療システム、および当局の関与を要する複雑な問題である。このような差別に対処するためには、道徳的および法的原則に基づいた認識と調整が必要である。

全人的アプローチの必要性

急性疾患の成人患者を治療するために設計された病院が、慢性疾患の高齢患者を治療しないことがあるように、医療システムは必ずしも住民のニーズの変化に適応しているわけではない。

長寿化には、最高水準のケアの質が必要であり、健康を増進し、危険因子を軽減させ、アクセスしやすく、持続可能な質の高い医療・社会サービスが提供されるべきである。癒し、ケア、緩和、安らぎを与える患者中心の医療に重点が置かれるべきである。

医師の倫理的義務

WMA ジュネーブ宣言に従って、医師は、高齢者に対するいかなる形の差別も排除して、すべての患者の健康、wellbeing および生活の質を向上させるよう努力しなければならない。

勧告

WMA ジュネーブ宣言と患者の権利に関する WMA リスボン宣言、および高齢化に関する WMA 声明を想起し、WMA は以下のことを勧告する。

各国政府、医師会および医師に対して

1. 高齢者を含むすべての人々の人権と健康を擁護し、尊厳が尊重されるよう、優先的に行動する。

各国政府に対して

2. 利用可能な医療資源の効率的使用に基づいて、高齢者のための適切で差別のない医療政策を立案する。
3. 医療における高齢者への差別を根絶するための方策を確立する。
4. 高齢者に対する適切な医療を保証する十分な資源を提供する。

WMA、各国医師会および医療専門家全般に対して

5. 高齢者の健康問題へのアプローチ方法に関してプライマリケア医の研修を推進する。
6. 高齢者の包括的なケアを可能にするために、老年医学専門医の育成や卒後研修の補完、当該分野の医師数の増加、当該専門分野の医師数の増加、ならびに病院とコンサルタントにおける十分な数の老年科部門の設置を推進する。
7. 高齢者の差別に対する認識を高め、対策を講じる。
8. 高齢者の治療のための倫理的で信頼できる効果的かつ効率的な方法を推進する。
9. 年齢による差別を防ぐことを目指した倫理基準を設定する。
10. 高齢患者を医学研究に積極的に参加させる。

医師に対して

12. 年齢を理由に、患者の自律性を制限したり妨げたりしないこと。
13. すべての患者に対して、いかなる差別もなく、good medical practice に従い、科学的かつ人間的な質の高い医療を提供すること。
14. 診断および治療のプロトコルにおいて、年齢だけに基づく制限を適用しない。
15. 医療において高齢者に対する差別が認められた場合は報告をすること。

すべての人々への COVID-19 ワクチンの供給に関する WMA 決議

2022 年 10 月、ドイツ、ベルリンにおける第 73 回 WMA 総会で採択

序文

SARS-COV-2 パンデミックは、4 億人以上の感染者と 6 百万人近くの死者を出した。この疾患から確実に身を守るワクチンが製造されたことは非常に心強いことであり、ワクチン接種率の高い国々におけるパンデミックの経過に関するデータは有望である。世界人口の 62.3%が COVID-19 ワクチンを少なくとも 1 回接種している。低所得国の人々のうち、少なくとも 1 回接種を受けた人は 11.4%に過ぎない。ワクチンへのアクセスには依然として世界的に大きな格差が観察されており、集団免疫を達成できないと、突然変異によって、より感染力が強く、免疫を回避する新たな変異株がさらに広がることになる。COVID-19 パンデミックの終息には、ワクチンの世界的な普及が極めて重要である。ワクチン接種が 1 分でも遅れることは、世界的規模でこの疾患がさらに広がり、より多くの命が失われることを意味する。パンデミックに効果的に対処し制御するためには、特定の国の全ての国民にワクチンを接種するだけでは不十分であり、世界全体で十分なレベルのワクチン接種を行う必要がある。

勧告

WMA はすべての関係者に以下のことを要請する。

1. 安全性と有効性が世界的に証明されている COVID-19 ワクチンへのアクセスの公平性を促進するための障壁を取り除く。
2. 政府および適切な規制機関と協力し、診断薬、無償医薬品、治療薬、ワクチン、ワクチン製造用原材料、個人用保護具、および／または財政支援などの COVID-19 パンデミック関連資源を提供する際に、公平性を優先するよう奨励し、普遍的アクセスの可能性と無償配布を保証する。
3. 各地域の特性、課題および脆弱性を考慮したワクチン接種戦略を確立し、医療専門家を含め、最も脆弱な人々を優先する。
4. ワクチン接種の重要性を主張し、最大限のカバー率を達成し、必要とされる人々を守るために行動を起こす。

このような背景から、

5. ワクチンの安全性と必要性に関して、エビデンスに基づいたガイダンスを提供することにより、ワクチン忌避に立ち向かう。
 6. ワクチンの製造に必要な知識を WHO が創設した COVID-19 テクノロジー・アクセス・プールへ提供し、できるだけ多くのセンターでワクチンが製造されるようにし、その知識を共有する。
 7. 公平なアクセスを確保するためにワクチン製造センターの能力を向上させ、安全な流通経路を増やすために公的資金を割り当て、公平かつ効率的なワクチンの供給と流通を提供する。
 8. 国別の検討だけでなく、グローバルな分析を考慮した国別ワクチンプログラムを設計する。
 9. 特許問題に対する持続可能な解決策を促進する。これには、世界的な緊急事態におけるアクセスの公平性を促進するために、知的財産権の貿易関連の側面（TRIPS）および同様の協定に基づき、COVID-19 ワクチンの特許を一時的に解除すること、一方で特許権者の知的財産を求められた場合には公正に補償すること、製造拠点へのグローバルな投資、人材育成、品質管理、知識・技術・製造ノウハウの移転が考えられる。
 10. COVID-19 および将来のパンデミックとの闘いに必要な治療薬およびワクチンの製造と流通を拡大するための WHO の取り組みとイニシアチブを支援し、アクセスに制限のある低中所得国にワクチンを提供する。
- ・ ワクチンの製造に関連する技術移転
 - ・ ワクチンの製造をグローバルに拡大するために必要な財政的およびその他の支援
 - ・ 当該手段で製造された製品の安全性と有効性を確保するための措置
11. 各国政府と国連に対し、パンデミック対策のためのワクチン関連のあらゆるプロセス（研究開発、特許取得、製造、ライセンス供与、調達および申請）の共有化を支援および促進することにより、世界中でワクチンへの公平なアクセスを促進するために必要なすべての措置を講じるよう要請する。

(5) オサホン・エナブレレ WMA 会長来日

2022 年 11 月 12 日、「福岡県 “One Health” 国際フォーラム 2022」において、オサホン・エナブレレ WMA 会長が「One Health：世界医師会における展望」と題し、基調講演を行った。

11 月 14 日、松本会長、横倉名誉会長、角田副会長、今村常任理事がエナブレレ WMA 会長と共に加藤勝信厚生労働大臣を訪問した。エナブレレ WMA 会長は、低中所得国の厳しい医療環境を説明し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の推進に向けた課題を共有した。また、15 日には、同役員らがエナブレレ WMA 会長と意見交換を行った。

(6) イスラエル医師会による WMA ウクライナ医療支援活動の報告

イスラエル医師会前会長、WMA 元会長のレオニード・エイデルマン教授が来日し、2023 年 3 月 22 日の理事打合会冒頭、WMA によるウクライナ医療支援活動について報告を行った。同活動を支援するため、これまでに日本医師会から 2022 年 3 月 9 日に 1 億円、同年 4 月 1 日と 21 日には、全国の医師会、会員や一般の方から寄せられた支援金からそれぞれ 1 億円を WMA に送金した。同教授は、本会の支援金を原資として設立された「ウクライナ医療支援基金」の運営委員会委員長として、医療物資の調達およびリビウへの搬送に帯同するなど活動の全般に関わった。報告では、ウクライナ医師会による要請を受けた医薬品、医療物資のリストの紹介と調達、搬送における実際の活動、NGO との協力、今後の活動に言及した。そして、「日本医師会からの支援金がなければ、これだけの支援活動をすることはできなかった。何千人、何万人ものウクライナの人々の命が救われている」と感謝の意を示し、「今後も必要な資材を届けていきたい」とした。本会では、WMA オトマー・クロイバー事務総長による要請、およびエイデルマン教授からの報告を受け、2023 年 3 月 31 日、支援金から 2 億 1,300 万円を WMA に送金した。