



General Assembly

Distr.: General
23 April 2026

Original: English
[ジョイセフ仮訳]

Human Rights Council

Sixty-second session

15 June–10 July 2026

Agenda item 3

**Promotion and protection of all human rights, civil,
political, economic, social and cultural rights,
including the right to development**

尊厳を実現する原動力としての健康

すべての人が達成可能な最高水準の身体的および精神的健康を享受する 権利に関する特別報告者の報告書

要約

本報告書において、「すべての人々が達成しうる最高水準の身体的および精神的健康を享受する権利」に関する特別報告者のトラレン・モフォケン氏は、生涯を通じて人間の尊厳を実現するための原動力としての健康の権利に焦点を当てている。

特別報告者は、尊厳と健康権の享受との間に存在する本質的な関係について考察している。彼女は、尊厳が、健康権の基礎となる原則として、またその実現のための実践的な条件として、どのように機能するかを分析している。

彼女は、スティグマ、差別、犯罪化、強制、暴力、意思決定からの排除といった尊厳の侵害が、健康状態の悪化の根本原因となっていることを検証している。彼女は、これらの要因が、体系的に周縁化されてきた個人、集団、コミュニティに不釣り合いな影響を及ぼしていることを強調している。

特別報告者は、尊厳を健康の権利という規範的枠組みの中に位置づけ、生命権、平等権および差別されない権利、プライバシー権、情報およびインフォームド・コンセントの権利を含む他の人権、ならびに健康の根底にある決定要因へのアクセスとの相互依存関係を明らかにしている。

彼女は、社会的、法的、商業的な健康の決定要因を含む健康の根本的決定要因が、人々が生まれ、暮らし、働き、老い、そして死ぬという条件を形作る上で果たす役割を強調している。これには、懲罰的な法的枠組みや規制のない商業慣行が、自律性、ケアへのアクセス、および健康の公平性に及ぼす有害な影響も含まれる。

特別報告者は、尊厳なくして健康は実現できず、また健康なくして尊厳は育たない、と主張している。彼女は、各国政府やその他の関係者に、構造的な障壁を取り除き、参加と説明責任を強化し、非国家主体の権限を規制し、最も取り残された人々を優先することで、健康に関する法制度、政策、実践の中心に尊厳を据えるよう呼びかけている。



I. はじめに

1. すべての人が達成しうる最高水準の身体的および精神的健康を享受する権利に関する特別報告者は、尊厳とはすべての人間に固有かつ平等に備わる価値であり、地位や業績に左右されるものではなく、苦しみ、他者の共感に依存し、自己の人格や人生計画を育むという共通の能力を含め、人間であるという事実根拠に根ざしていると強調する。¹ 同報告者は、人権制度がこの理解に根ざしていると主張する。1948年、各国は、すべての人間が自由であり、尊厳と権利において平等に生まれると合意し、個人、共同体、国家の関係における普遍的な基準を確立した。²

2. すべての人が、達成可能な最高水準の身体的および精神的健康を享受する権利は、この原則に由来する。任務保持者（特別報告者）は、この権利の実現を通じて健康権が尊厳を強化することを確認し、健康と尊厳は生涯を通じて相互に補強し合うものであると強調する。すなわち、尊厳ある扱いはウェルビーイングを支え、良好な身体的および精神的健康は、地域社会における自律性、参加、そして充実した生活を可能とする。

3. 尊厳とは、保健政策に付け加えられた単なる修辭的な要素ではなく、国家に対し、個人を主体性を持つ権利の保有者として扱い、資源を公平に配分し、構造的な障壁を取り除き、ケアのシステムが多様性を認識し、自己定義されたアイデンティティを尊重することを求める、規範的かつ実践的な基準である。

4. 特別報告者は、任期開始当初から尊厳を戦略的優先事項として位置づけ、これを健康の権利に浸透する中核的な原則として扱うことを目指してきた。³ 性と生殖に関する健康の権利（sexual and reproductive health rights）、ハームリダクション、人種差別、デジタル技術、食糧システム、メンタルヘルス、ならびに保健・介護従事者の権利に関する一連のテーマ別活動を通じて、特別報告者は、スティグマ、差別、犯罪化、同意のない治療、健康の根本的決定要因へのアクセス障壁、および暴力といった繰り返される尊厳の侵害を、回避可能な罹患、死亡、および苦痛の根本原因として特定してきた。⁴

5. 特別報告者は、脆弱性と依存性は人間の本質の一部であるとしつつも、法律や政策が権力の不均衡を集中させ、一部の周縁化された集団やコミュニティを屈辱や健康上の悪影響という高まったリスクにさらすことで、回避可能な、パターン化された脆弱性を生み出していることが多いと主張する。彼女は、犯罪化、差別、スティグマ化が、しばしば人々を社会の周縁へと追いやること、社会的排除を深刻化させること、そしてサービス、情報、参加、説明責任への平等なアクセスを阻害することを強調している。

6. 医療へのアクセスや健康の根本的な決定要因にとどまらず、尊厳と公平性を実現するためには、影響を受ける集団やコミュニティが、法律や政策の策定、実施、監督に有意義に関与することが必要である。彼女は、こうした参加が権利であると同時に、実体験に基づいた意思決定を確実にすることで政策の有効性を高める、尊厳を肯定する実践でもあると強調している。⁵

7. パンデミック、気候変動に関連する災害、紛争、長期化する人道危機など、最近の世界的な危機を背景に、任務保持者（特別報告者）は、権利に基づく保健アプローチが差し迫ったニーズに対応すると同時に、持続可能なコミュニティの構築を緊急の成果として、強靱で包摂的なシステムを構築しなければならないと考えている。尊厳の視点は、緊急対応が差別、強制、排除を固定化させないことを確保し、復興・再建への投資が長期的な公平性を強化するのに役立つ。特別報告者は、その分析において、在任期間を通じて一貫して適用してきたように、反人種差別および反植民地主義の枠組みを採用した交差性アプローチを適用している。

¹ See <https://delawarelaw.widener.edu/files/resources/dignityrightssynopsisjuly2017.pdf>.

² Universal Declaration of Human Rights, preamble and art. 1; and International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, art. 12.

³ See Human Rights Council resolution 60/10 and [A/HRC/47/28](#).

⁴ See [A/HRC/56/52](#).

⁵ See [A/79/177](#).

II. 方法論

8. 本報告書は、人権理事会決議第 60/10 号に基づき作成されたものであり、任務保持者による過去のテーマ別報告書、任務保持者が実施した活動、および様々な利害関係者へ送付された通信を基礎としている。また、特別報告者は、一般からの意見募集を通じて寄せられた提出資料も参考とした。⁶

9. 本報告書において、特別報告者は実質的平等のアプローチを採用し、健康格差が、人種差別、性差別、階級差別、障害者差別、外国人排斥、同性愛嫌悪、トランスフォビアといった、相互に交差する構造を通じて生み出されていることを認識した。彼女は、直接的および間接的な差別、ならびに構造的および事実上の差別、さらに相互に交差するスティグマの累積的影響について検討した。

10. 特別報告者は、健康の根底にある決定要因が、リスクへの曝露や医療への障壁をどのように形成しているか、また、尊厳を尊重するガバナンス、法律、政策、慣行が、健康権および関連する権利の享受をいかに強化し得るかを分析した。

11. 特別報告者は、尊厳に関連する健康への脅威が出生前から始まり、小児期、思春期、成人期、高齢期、さらには終末期に至るまで続く可能性があることを認識し、ライフコースの視点を取り入れた。また、スティグマ、差別、犯罪化が、医療を求める人々と医療・介護従事者の双方にどのような影響を与えるか、そしてそれらの力学がどのように相互に関連し、人々の尊厳に悪影響を及ぼしているかについても検討した。

III. 規範的枠組みと国家の義務

A. 規範的枠組み

12. 『経済的、社会的および文化的権利に関する国際規約』第 2 条第 2 項および第 12 条は、差別なく、達成可能な最高水準の身体的および精神的健康を享受する権利を認めている。経済的、社会的および文化的権利委員会は、健康の権利は、尊厳ある生活を送ることに資するものとして理解されなければならないことを強調している。⁷

13. 尊厳は、主要な人権条約および地域的な法文書⁸における基礎的な原則であり、健康の権利の内容を規定するとともに、自律性、平等、参加と整合的な形で、健康を尊重し、保護し、実現する国家の義務を枠づけるものである。⁹

14. 尊厳ある生活には、食糧、住居、安全な飲料水および衛生設備、労働、社会保障、教育、プライバシー、情報、生命、科学的進歩へのアクセス、平等、および差別されない権利を含む、相互に依存するその他の権利の実現が必要である。¹⁰ これらの相互に関連する権利の不履行は、しばしば健康への障壁として現れ、尊厳の侵害をさらに深刻化させる。

15. 健康に対する権利は、生命に対する権利に根ざしており、この権利は、尊厳をもって人生を送る権利として解釈されなければならない。生命を保護する国家の義務は、民間のアクターに起因するものを含め、合理的に予見可能な脅威にまで及び、スティグマ、暴力、有害な慣行に対する措置を必要とする。¹¹

⁶ See www.ohchr.org/en/calls-for-input/2026/call-input-health-enabler-dignity-hrc62-report.

⁷ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14 (2000) on the right to the highest attainable standard of health, paras. 1, 8–12, 18 and 33–37.

⁸ See [A/HRC/WG.11/42/1](#), para. 10.

⁹ Universal Declaration of Human Rights, preamble and art. 1; and International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, art. 12.

¹⁰ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14 (2000).

¹¹ Human Rights Committee, general comment No. 36 (2018) on the right to life, paras. 3, 18, 21 and 26.

健康に対する権利は、利用可能、アクセス可能、受容可能、かつ質の高い施設、物品、サービスを含む、適時かつ適切な医療へのアクセスを包含する包括的な権利である。また、安全で十分な食料、栄養、住居、安全な飲料水と衛生設備、健康に関する教育、そして信頼できる健康関連情報など、健康の根底にある決定要因も包含している。¹²

16. 尊厳とは、個人が単なる政策の対象としてではなく、権利の保有者であり、政策形成プロセスへの参加者として扱われることも必要とする。公共の事務や健康に関する意思決定に参加する権利は、保健システムの正当性と有効性を強化し、政策や慣行がスティグマを再生産したり、現実の生活状況を無視したりするリスクを軽減する。¹³ 経済的、社会的、文化的権利の漸進的実現と後退禁止の原則も、人々の健康と尊厳を確保する上で重要な要素であり、特に社会の周縁化された集団に属する人々にとっては重要である。¹⁴

B. 国家の義務

17. 国家には、人権を尊重し、保護し、実現する義務がある。健康の権利という文脈において、尊重する義務とは、国家が、予防可能な疾病や死亡の原因となるような法律、政策、慣行の採択を避けることなどを含め、健康の享受に対して直接的または間接的に干渉しないことを求めるものである。

18. 尊重する義務には、差別的な法律、政策、慣行を制定・施行しないこと、およびそれらが存在する場合はそれらを廃止することが含まれる。また、医療における強制的慣行を回避し、身体の自律性、インフォームド・コンセント、守秘義務、プライバシーが保護されることを確保することも含まれる。

19. 保護する義務は、第三者が健康権の享受に干渉することを防止するため、国家が立法的およびその他の措置を講じることを求めるものである。これには、その慣行が健康や尊厳を損なうおそれのある医療提供者、企業その他の民間機関を規制すること、および健康権が否定的に影響を受けた場合の説明責任を確保することが含まれる。

20. 実現の義務は、国家に対し、利用可能な資源の最大限を活用し、尊厳にかなった方法で健康権を実現するために、意図的かつ具体的かつ的を絞った措置を講じることを求める。これには、支援的な環境の整備、健康の根本的な決定要因への対処、サービスおよび信頼できる情報の提供、ならびに効果的な参加と説明責任の確保が含まれる。

21. 健康権のいくつかの側面は漸進的な実現の対象となるものの、特別報告者は、非差別（non-discrimination）、平等、および必須サービスへのアクセスと最低限の中核的保護の提供に関する義務は直ちに効力を有することを強調する。したがって、尊厳に基づくアプローチでは、法的枠組み、政策、または慣行が排除や危害をもたらしている場合、緊急の措置が求められる。¹⁵

IV. 相互に密接に関連する権利としての健康と尊厳

A. 健康の権利の側面

22. 健康の権利は、自律性、医療、予防という、相互に関連する3つの側面を包含している。尊厳ある健康を実現するためには、健康の根本的な決定要因に対する対策や、主体性、平等、非差別を保護する保障措置などを通じて、これら3つの側面を一体として推進することが必要である。

¹² Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14 (2000), paras. 1, 8–12, 18 and 33–37.

¹³ See [A/79/177](#).

¹⁴ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14 (2000), paras. 32 and 48.

¹⁵ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 20 (2009) on non-discrimination in economic, social and cultural rights, paras. 8–10 and 18–27.

23. 第一に、自律性の側面には、身体の自律性に対する干渉から個人を保護し、強制、スティグマ、差別を受けることなく、健康や身体に関する責任ある決定を下せるようにする自由や権利が含まれる。
24. 第二に、医療の側面では、誰一人取り残さないことを目標として、公平な条件の下で提供され、多様なニーズに対応し、利用可能で、アクセスしやすく、受け入れられ、質の高い施設、物品、サービスからなるシステムが必要とされる。
25. 第三に、予防の側面では、疾病の発症や進行を予防し、健康の社会的・法的・商業的決定要因に対処することを含め、すべての人々が健康的な生活を送れるような条件を整えるための措置が求められる。
26. 尊厳とは、暴力、強制、および品位を傷つける扱いを禁止するという最低基準であると同時に、実質的な平等、包摂、参加、および非差別に向けて保健システムを導く進歩的な指針でもある。
27. 尊厳を実践に移すため、各国は人権基準を法律、保健政策、規制に組み込み、予算編成や資源配分において最も取り残された人々を優先し、説明責任を確保するために、実体験を設計や監督に組み込む参加型メカニズムを構築すべきである。
28. 尊厳は、個人のプライバシー、身体の不可侵性、および自律性の領域を保障するものである。これには、健康に関する検査や治療の場面を含め、品位を傷つける扱い、過度な搜索や監視、および身体の自律性の侵害からの保護が求められる。¹⁶
29. 尊厳を通じて健康を捉えることは、人々を単なる患者としてではなく、自らの身体や健康に関する決定において尊重され、主体性を発揮する権利を有する権利主体として認識することを意味する。これには、理解しやすく信頼できる情報へのアクセス、決定のための十分な時間、および報復や報復の恐れなしに治療を拒否または中止する能力が含まれる。また、同意の枠組みが実践において実質的なものであることが求められる。これには、障害者や高齢者に対する合理的な配慮、理解可能でアクセスしやすい伝達手段、および法的能力と希望を尊重した意思決定支援の仕組みが含まれる。¹⁷
30. 性と生殖に関する健康の権利（sexual and reproductive health rights）において、尊厳とは、生殖や性生活に関する決定を尊重すること、およびスティグマや差別を生む身体的自律性に対する懲罰的な法的制限から保護されることを意味する。中絶を求める者、中絶を行う者、またはそれらを支援する者を罰する制限は、個人を安全でない行為に追い込み、中絶後のケアを求めることや提供することを妨げる恐れがある。¹⁸
31. 同性間の関係やジェンダーの多様性を犯罪とみなすことは、その本質的な価値を否定し、暴力にさらされるリスクを高め、予防・治療サービスへのアクセスを阻害することで、尊厳を損なうものである。尊厳に基づくアプローチには、懲罰的な法律の廃止や、差別的な警察活動や暴力を防止するための措置が必要である。¹⁹
32. デジタルイノベーションは、強固なプライバシー、守秘義務、および完全性の保護が伴えば、健康、公平性、包摂性を促進することができる。逆に、そうでない場合、過度なデータ利用や機密性の欠如は、個人の犯罪化やスティグマ化につながり、尊厳を保った医療へのアクセスを損なう恐れがある。²⁰
33. コミュニティが、食料システム、環境政策、医療技術の参加型ガバナンスなどを通じて、健康の根本的な決定要因に影響を及ぼせるようになると、自律性が強化される。したがって、尊厳に基づく参加は、個人の主体性と集団の福祉の両方を支えるものである。²¹

¹⁶ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14 (2000), para. 8; and A/64/272; see also A/64/272.

¹⁷ Committee on the Rights of Persons with Disabilities, general comment No. 1 (2014) on equal recognition before the law and general comment No. 5 (2017) on living independently and being included in the community.

¹⁸ See A/76/172.

¹⁹ Ibid.

²⁰ See A/HRC/53/65.

²¹ See A/79/177.

B. 自律性 (Autonomy)

34. 特別報告者は、身体の自律性とインフォームド・コンセントが、医療における尊厳の礎であることを改めて強調する。²² あらゆる医療行為に先立ち、アクセスしやすく信頼性の高い情報に基づいた、事前の、自由かつインフォームドな同意が必要であり、プライバシーと身体の完全性の尊重も同様に求められる。²³

35. 正確かつ適時で、アクセスしやすく、信頼性の高い健康情報へのアクセスは、健康権の実現および実質的な自律性を可能にする前提条件である。情報がなければ、個人は予防、治療、ケアについて十分な情報に基づいた決定を下すことも、健康関連の政策立案や意思決定に効果的に参加することもできない。²⁴

36. 医療現場における守秘義務は、信頼関係と医療へのアクセスを確保するために不可欠である。守秘義務の保護措置が不十分であると、個人はスティグマ、暴力、法的影響にさらされることになり、HIV感染者、移民、青少年、高齢者、セックスワーカー、薬物使用者などの周縁化された集団にとって、制度的な障壁が生じる。²⁵

37. 守秘義務の制限は、例外的な場合に限り、その適用範囲を厳格に限定し、恣意的な適用を防ぐための手続き上の保障措置を伴わなければならない。報告義務やデータ共有の慣行が医療受診を妨げる場合、それらは健康上の成果と尊厳の両方を損なうおそれがある。

38. プライバシー保護は、デジタルヘルスデータや情報共有に関連する新たな課題に対処しなければならない。同様に、侵襲的なデータ取扱い、尊厳を損ない、医療へのアクセスを阻害する恐れがある。特に、データが、健康に関する決定や個人のアイデンティティを犯罪視したり、スティグマを付与したりするために利用される可能性がある場合には、その懸念はさらに高まる。²⁶

39. 特別報告者は、尊厳に基づくデータガバナンスには、データの完全性、安全性、および機密性を確保するための強固な保護措置が必要であることを強調する。これには、周縁化された集団に不釣り合いな影響を及ぼす監視やプロファイリングに対する保護、および個人の健康情報の悪用に対する利用しやすい救済措置が含まれる。²⁷

C. 平等と被差別 (non-discrimination)

40. 平等と非差別 (non-discrimination) は、直ちに履行すべき義務である。²⁸ 人種、肌の色、性別、言語、宗教、政治的またはその他の意見、国籍または社会的出身、財産、出生、性的指向、ならびに市民的、政治的、社会的またはその他の地位を理由として、医療へのアクセスや健康の基礎となる決定要因、およびそれらを確保するための手段や権利へのアクセスにおいて差別を行うことは、健康に対する権利の平等な享受または行使を無効化または損なう結果をもたらす。²⁹

41. 直接差別には、人種、性別、障害、健康状態、経済的・社会的状況、性的指向、性自認などの禁止事由に基づき、個人を不利に扱う作為または不作為が含まれる。

42. 間接差別には、保護対象グループに不均衡かつ悪影響を及ぼす、一見中立的な法律、政策、慣行が含まれる。例えば、移民やホームレス、その他の人々をケアから排除することにつながる書類提出要件などが挙げられる。

²² See [A/64/272](#).

²³ International Covenant on Civil and Political Rights, art. 7; and Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14 (2000), para. 8.

²⁴ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14 (2000), para. 12 (b) (iv) and (c).

²⁵ Ibid.

²⁶ See [A/HRC/53/65](#).

²⁷ Ibid.

²⁸ International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, art. 2 (2).

²⁹ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14 (2000), para. 18.

43. 尊厳に基づくアプローチでは、国家に対し、最も取り残された人々を優先する積極的措置などを通じて、あらゆる形態の差別を特定し、排除することが求められる。これには、スティグマや疎外に関連する法的枠組みの改正や、文化的に安全なサービスの確保が含まれる。³⁰

44. 非差別を実現するためには、形式的な平等だけでなく、交差する抑圧の形態がもたらす実生活への影響にも注意を払う必要がある。個人が、例えば人種、性的指向、性自認、健康状態などを理由に、複数のスティグマを同時に経験している場合、ケアを受ける上での障壁はさらに複雑化し、個々の状況に合わせた参加型の対応が求められる。

D. 健康の根本的な決定要因

45. 特別報告者は、健康状態は、生物学的要因や個人の行動だけでなく、人々が生まれ、暮らし、働き、老い、そして死ぬという状況や環境によっても形作られることを強調する。したがって、尊厳を守るためには、医療へのアクセスだけにとどまらず、健康の根底にある決定要因にも注目することが求められる。³¹

46. 所得、住居、教育、雇用、食料安全保障、暴力への曝露といった健康の社会的決定要因は、歴史のかつ現在も続く差別、排除、スティグマによって形作られている。こうした状況が制度的な障壁に深く根ざしている場合、予防可能な健康格差を生み出し、人々が尊厳ある生活を送ることを妨げる。³²

47. スティグマは、社会的排除や差別的扱いを生み出すことで、健康の強力な根本的決定要因として作用する。任務保持者（特別報告者）は、人種差別やその他の交差する形態の差別を含む構造的決定要因が、診断の遅れ、不適切な治療体験、不十分な疼痛管理、サービスの利用回避につながり、ひいては転帰を悪化させる可能性があることを改めて強調する。³³

48. スティグマは、精神保健をも損なう。精神保健医療の現場における差別的な経験や社会におけるスティグマは、人々が助けを求めることを躊躇させ、強制的な施設入所への依存を高め、社会的距離や軽視を助長する。同様に、地域密着型のサービスや強制を防止するための保護措置は、尊厳に基づく精神保健政策の重要な構成要素である。

49. 健康の法的決定要因には、スティグマを定着させ、サービスへのアクセスを左右する法律、政策、慣行が含まれる。行動、アイデンティティ、または健康状態を犯罪とする過度に懲罰的な枠組みは、予防、診断、治療への障壁となり、暴力、嫌がらせ、恣意的な法執行にさらされるリスクを高める可能性がある。³⁴

50. 犯罪化は、医療提供者との接触が処罰、拘禁、逮捕、国外退去、あるいは子の親権喪失につながるのではないかと個人が恐れる場合、医療制度への信頼を損なう恐れがある。このような恐怖は、急性疾患の受診、慢性疾患の管理、および予防医療の受診に影響を及ぼす。

51. 一部の状況では、反移民政策、人種差別、あるいは人種のプロファイリングが、医療サービスへのアクセスを制限したり、医療・介護従事者に不当な報告義務を課したりすることがあり、影響を受ける個人が医療を求めることを思いとどまらせ、健康と安全のどちらかを選ばざるを得ない状況に追い込む。特別報告者は、法執行機関との情報共有を義務付ける措置が、守秘義務を損ない、患者と医療提供者の関係に不可欠な信頼を蝕む恐れがあると警告する。

52. 健康の商業的決定要因もまた、尊厳を脅かすものである。有害な製品や慣行が規制されていない、あるいは規制が不十分な場合、企業はタバコ、アルコール、不健康な食品を積極的に販売する一方で、保護的な政策に対してロビー活動を行うことがある。これにより、不平等が深刻化し、有意義な選択

³⁰ Ibid., paras. 8–10 and 18–27.

³¹ See www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health; and www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health.

³² Ibid.

³³ See A/76/172.

³⁴ See A/HRC/56/52.

の余地が制限され、貧困状態にある人々や若者を含む周縁化された集団に対して抑止効果が生じることになる。³⁵

53. 食品・飲料のマーケティング——特に誤解を招くものやデジタル技術を用いてターゲットを絞ったもの——は、福祉よりも利益を優先する搾取的な戦術を通じて、嗜好や接触機会を形作り、自律性を損なう恐れがある。特別報告者は、尊厳に基づくガバナンスには、利益相反に対処し、公衆衛生政策が企業の影響力ではなく、証拠に基づいて策定されることを確保することが不可欠であると強調する。

54. 尊厳に基づく対応には、有害な犯罪化の撤廃、企業主体の規制、社会的保護の強化、および影響を受けるコミュニティの意思決定への参加の確保などを通じて、特権と抑圧のパターンを生み出し、永続させている状況を転換することも必要である。

55. 緊急事態や資源不足の状況下では、差別的なトリアージ基準が、障害や年齢に関連した生活の質の判断や長期的な生存予測を通じて、一部の生命の価値を軽視する恐れがある。尊厳を保障するためには、臨床基準において差別的な前提を排除するとともに、施設、ケア、物資、サービスへの平等なアクセスが保障されるよう、適切な保護措置を講じることが必要である。

E. 尊厳を重んじた医療の提供とケア

56. 尊厳を保障するためには、利用可能で、アクセスしやすく、手頃な価格で、質が高く、文化的に受け入れられ、差別のない医療が必要である。また、多様性に配慮し、暴力、強制、およびスティグマを伴う扱いを防止する制度も求められる。

57. 実際には、医療の現場は非人間化や排除が行われる場となり得る。周縁化されたコミュニティは、医療制度の中で差別、スティグマ、人種差別を経験することがあり、その結果、医療を避けるようになり、健康状態が悪化し³⁶、医療・介護従事者との関係が陰悪になることがある。

58. 特別報告者は、自己定義されたジェンダー・アイデンティティを無視し、先住民の知識を軽視し、あるいは心理社会的障害に対して施設入所を頼りにする医療制度は、主体性や帰属意識を否定することで尊厳を損なう恐れがあると警告している。同様に、尊厳に基づくサービスには、異文化間および先住民の知恵の統合、敬意あるコミュニケーション、そして地域密着型ケアへの支援が不可欠である。

59. 犯罪化や懲罰的な政策は、個人をケアからさらに排除する可能性がある。セックスワーカーは、報復や刑事司法制度への送致を恐れて治療を避けることがある。薬物使用者も、処罰を恐れてケアを避けることがある。また、中絶を希望する人は、発覚を避けるために安全でない手段に訴え、合併症が生じた場合でもケアを受けるのが遅れてしまうことがある³⁷。

60. 尊厳に基づくケアには、産科的緊急事態や中絶後のケアへのアクセスを確保し、移民取締りが医療の受診を妨げることを防ぐためにも、強固な守秘義務と専門職の秘密保持が求められる。³⁸

61. 緩和ケアは、生涯にわたる「尊厳ある健康」の不可欠な要素である。医療制度における緩和ケアの強化は、回避可能な痛みや苦しみを軽減し、文化的に適切なサービスの提供や明確な情報の提供などを通じて、治療の受諾、拒否、または中止に関する情報に基づいた選択を支援する。³⁹

62. 任務保持者（特別報告者）は、保健・介護従事者の尊厳が「尊厳ある健康」に不可欠であることを強調する。安全な労働条件、暴力からの保護、十分な資源の確保、および意思決定への参加により、保健・介護従事者は権利に基づくケアを提供し、健康の権利の擁護者として行動することが可能となる。⁴⁰

³⁵ See A/78/175.

³⁶ See A/77/197.

³⁷ See A/HRC/56/52.

³⁸ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14 (2000), para. 12 (b) (iv) and (c).

³⁹ See www.who.int/health-topics/palliative-care; and World Health Assembly resolution WHA67.19.

⁴⁰ See <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ee65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content>.

63. 労働力に関する戦術には、人権、非差別、文化的配慮に関する研修を含めるべきであり、人種差別、性別による差別、不安定な雇用条件など、医療従事者に影響を及ぼす構造的な不平等に対処すべきである。
64. 尊厳に基づく質の高いケアには、敬意を払った産科ケア、産科暴力の防止、強制やネグレクトからの保護、そして生涯を通じてインフォームド・コンセントに基づく意思決定を可能にする政策が含まれる。
65. 任務保持者（特別報告者）は、緊急事態や資源不足の状況において差別的な対応を避けるため、保健システムが事前に準備を行うべきであると警告する。また、プロトコルやトリアージ指針は、すべての人の平等な価値を尊重し、障害や年齢といった保護対象となる特性への明示的または暗黙的な依存を回避するよう策定されるべきであると指摘する。
66. 特に先住民やマイノリティコミュニティにおいて、文化的に不適切な方法でサービスが提供される場合、尊厳に基づくアプローチには、状況に応じた適応、必要に応じた通訳の配置、そしてコミュニティの知識や選好の尊重が求められる。
67. 地域社会において医療サービスが提供され、不必要な施設入所が削減され、健康の決定要因に対処し、歴史的な疎外や排除を考慮した住宅、所得支援、法的支援などの社会的支援サービスが医療提供のアプローチに統合されることで、尊厳ある医療が強化される。

F. 危害の防止: 実現可能にする環境の整備

68. 予防的な保健政策は、有意義な選択を制限するのではなく、選択の幅を広げるものである場合に、尊厳に基づくものとなる。
69. 健康権には、自由と請求権の両方が含まれる。自由には、同意のない医療処置や実験を受けない権利を含め、自身の健康を管理する権利が含まれる。健康権に基づく請求権には、人々が達成可能な最高水準の健康を享受するための機会の平等を提供する、健康保護のシステム（すなわち、医療および健康の根底にある社会的決定要因）に対する権利が含まれる。
70. 尊厳は、適切な栄養価のある食料、教育、社会的保護へのアクセス、ならびに利用しやすく信頼できる情報へのアクセスを含む、健康の根底にある決定要因の公平な分配を要求する。危害の防止には、人々を病気にさせる状況に対処するとともに、健康を達成可能にする状況を促進することが必要である。
71. 気候危機は、人間の尊厳や安全にも悪影響を及ぼしている。その人間および環境への影響には、土地や住居の喪失、食糧生産の量と質の低下、食料不安や栄養失調、そして強制的な避難などが含まれる。
72. グローバル化や強力な企業の利益によって形作られる食糧システムは、より健康的な伝統的な食生活を押し出し、攻撃的かつ時に誤解を招くようなマーケティングを通じて、不健康な超加工食品への曝露を増大させる可能性がある。この点において、デジタルターゲティング（*ターゲティング広告など）は、すでに不利な立場にある人々のこうした食品への曝露をさらに強める可能性がある。⁴¹
73. 危害の予防にはさらに、構造的な人種差別や、大気・水質汚染、土地の収奪、危険な労働条件、栄養価の高い食品や安全な住居への不平等なアクセスなど、個人が危害にさらされる状況を形作るその他の形態の差別に取り組むことが求められる。
74. 彼女（特別報告者）は、懲罰的な枠組みが健康被害を増大させる場合、ハームリダクション（害の軽減）アプローチが不可欠であることを改めて強調する。針・注射器交換プログラム、オピオイドアゴニスト療法、薬物検査、過剰摂取防止、社会的支援などの措置は、予防可能な罹患率と死亡率を低減し、尊厳を守ることができる。⁴²

⁴¹ See A/HRC/26/31.

⁴² See A/HRC/56/52.

75. 特別報告者は、予防策の完全な実現には、所得支援、障害者手当、保育サービスの利用、有給休暇など、健康リスクを軽減し、尊厳ある生活を支えることができる社会保護制度の強化も不可欠であることを強調する。

76. 特別報告者は、モニタリングおよび評価の枠組みにおいて、予防政策がもたらす公平性への影響（人種、性別、障害の有無、年齢、社会経済的地位による影響の差異を含む）を追跡し、格差が解消されない場合には是正措置を講じるよう確保すべきであると強調する。

77. 特別報告者は、予防政策においては、大気汚染、水質、気候変動への耐性など、健康の環境的決定要因を統合し、それらが健康および尊厳ある生活を送る能力に与える影響を認識すべきであることを強調する。この点において、予防には、早期介入、ケアの継続性、信頼関係の構築の基盤として、一次医療および地域医療システムへの投資が必要である。

V. ガバナンス

78. 個別の法律や政策にとどまらず、ガバナンスの枠組みは、健康と尊厳に影響を及ぼす多部門にわたるシステムを規制している。尊厳は、国家、民間部門、市民社会、地域社会、および個人間の関係を管理する規則、プロセス、および制度を通じて、ガバナンスに組み込まなければならない。⁴³

A. 参加

79. 法律や政策によって最も大きな影響を受ける人々が、その策定、実施、評価に有意義に参加することは、実体験を尊重することで、その有効性を高め、尊厳を肯定することにつながる。したがって、参加は本質的な権利であると同時に、効果的な保健政策のための不可欠な要件でもある。

80. 犯罪化、差別、スティグマは、周縁化された集団を政策決定から排除し、非効果的かつ有害な政策を永続させることにつながる。特別報告者は、包括的な参加を確保し、実質的な平等を強化するためには、こうした障壁を取り除くことが必要であると指摘する。⁴⁴

81. 参加には、信頼できる情報や資料に、利用しやすい形式および適切な言語でアクセスできることが求められる。誤情報に基づく攻撃が横行する状況において、特別報告者は、自律性、参加、および信頼を確保するためには、信頼できる保健情報を提供することが不可欠であることを強調する。

82. 参加には安全も求められる。人種的プロファイリング、懲罰的な警察活動、差別、または暴力の影響を受けるコミュニティにとって、安全な参加を実現するには、法的保護、守秘義務、コミュニティ組織への資源提供、および報復のないことの保証が必要となる場合がある。

83. 任務保持者（特別報告者）は、参加は、重要な決定がなされた後の協議にとどまるのではなく、アジェンダ設定、草案作成、実施、評価を含む政策サイクル全体を通じて行われるべきであると指摘する。

84. 能力構築は、技術情報の提供、翻訳・通訳の確保、地域主導のデータ収集・モニタリングへの資源提供などを通じて、有意義な参加を支援することができる。

85. 任務担当者は、医療・介護従事者も政策立案に参加することの重要性を強調する。彼らの関与は、公平で実践的かつ持続可能な政策の策定を促進し、現場の経験に基づいた意思決定を通じて実施状況を改善することができるからである。⁴⁵

⁴³ See [A/79/177](#).

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ See <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ee65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content>.

86. 彼女は、国家が市民社会活動のための空間や結社の自由、表現の自由、集会の自由を保護することで、参加が強化されると指摘する。これらの自由こそが、健康と尊厳を求めるアドボカシーを可能にするものであると認識しているからである。
87. 人道支援の文脈においては、保健サービスの計画や資源配分において、避難民、移民、および影響を受けたコミュニティを参加させ、緊急対応が排除を固定化することのないよう確保しなければならない。
88. 有意義な参加を実現するためには、グローバルな保健ガバナンスにおける権力の不均衡に対処することも必要であり、これには、低・中所得国や影響を受けるコミュニティが、優先事項や資金調達に対して影響力を行使できるよう確保することが含まれる。
89. 特別報告者は、参加メカニズムが、具体的な政策変更につながるか、また周縁化された人々の声が真に反映されているかなど、その有効性と包摂性が評価されたものであることに依拠する必要があると強調する。
90. 参加は、デジタルヘルス技術のガバナンスにおいても不可欠であり、これには、設計、データガバナンス、説明責任メカニズムへのコミュニティからの意見反映などが含まれる。
91. 参加は、単発的な手続き上のステップではなく、公的生活における尊厳を重んじる継続的な実践として理解されるべきであり、関心を寄せるすべての権利保有者が関与すべきである。

B. 透明性と利益相反

92. 特別報告者は、ガバナンスにおける利益相反が、公共のニーズを私的利益に置き換え、信頼を損なうことで、人間の尊厳を損なうと警告する。健康権を尊重し保護するという国家の義務には、意思決定が私的利益に左右されるような提携を控えること、および第三者が人権の実現に干渉することを防止することが含まれる。⁴⁶
93. 透明性と情報へのアクセスは、市民の参加および利益相反への対処に不可欠である。これには、企業主体が、健康リスクや政策選択肢に関する公衆の理解を歪めるような、誤解を招く証拠や「ホワイトウォッシング（*不正の隠蔽）」行為に資金を提供する場合も含まれる。⁴⁷
94. 保健分野において、信頼を維持するためには透明性が不可欠であり、これには調達、希少な資源の配分、および臨床ガイドラインの根拠に関する透明性が含まれる。
95. 特別報告者は、疎外された集団が苦情処理メカニズムを利用できるようにすること、および救済措置に個人の救済と構造的改革の両方が含まれることを確保することの重要性に留意する。
96. 独立した国内人権機関、オンブズマン、および裁判所は、保健政策や実践の監視などを通じて、救済措置を提供し、体系的な説明責任を確保する上で役割を果たすことができる。

C. 説明責任

97. 説明責任には、権利侵害に対する効果的な救済措置および賠償、ならびに、必要に応じて監視、規制、制裁を通じて再発を防止するための措置が求められる。
98. 医療現場における説明責任には、虐待、差別、暴力（産科的暴力を含む）や施設内での虐待などを報告し、対処するための体制が含まれる。研修や啓発キャンペーンは、こうした侵害の予防および発見を支援することができる。

⁴⁶ See [A/79/177](#).

⁴⁷ Ibid.

99. 説明責任には、個人が処罰を恐れることなく医療にアクセスできるよう、守秘義務の保護も求められる。専門的秘保持と守秘義務を重視する基準は、救急医療へのアクセスを確保し、医療受診の躊躇を防ぐ上で極めて重要となり得る。⁴⁸

100. 特別報告者は、企業主体に対する説明責任には、規制の執行、誤解を招くマーケティングに対する罰則、および健康を損なう製品や慣行による危害を防止するための措置が含まれるべきであると指摘する。

101. デジタルヘルスにおいて、説明責任には、システムの監査可能性、影響評価、偏見や差別に対する保護措置、および個人がデータの悪用や自動化された意思決定に異議を申し立てるための明確な手続きが求められる。⁴⁹

102. 説明責任の枠組みには、影響を受けるコミュニティの監視への参加を含めるべきであり、それによって、モニタリングが実体験を反映し、是正措置が周縁化されたグループが被った被害に対応するよう確保しなければならない。

103. 緊急事態においては、説明責任が不可欠であり、例外的な措置が期限付きで、比例原則に則り、かつ非差別的であることを確保するとともに、影響を受けた個人が被害に対する救済措置を利用できるようにしなければならない。

104. 任務保持者（特別報告者）は、企業の慣行やグローバルなサプライチェーンを含む、国境を越えた健康の決定要因に対処し、国境を越えた説明責任を確保するための国際協力の重要性を強調する。

105. 説明責任の仕組みは、新技術や変化し続ける商業戦略から生じる新たなリスクを反映させることも含め、定期的に見直され、強化されるべきである。また、説明責任は学習と改善と連動させ、その知見を活用して政策の改革、サービスの強化、および将来的な権利侵害の防止につなげるべきである。

106. これらの措置を実施するにあたり、説明責任自体が懲罰的であったり、スティグマを伴うものであってはならず、予防、救済、および構造的変革に焦点を当て続けるべきである。

VI. 優れた実践例

107. 各国および関係者は、スティグマや排除の影響を受ける人々の健康と尊厳の向上を目的とした実践例を報告している。これらの事例は、権利に基づくアプローチの実践的価値と、地域社会のリーダーシップの重要性を示している。

108. オーストラリアでは、アボリジニおよびトレス海峡諸島民のニーズに対応する取り組みにおいて、医療制度内に存在する著しい健康格差や治療上の不平等が認識されている。⁵⁰ 当局は、国および地方自治体と連携し、精神保健に関連し、レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー、クィア、インターセックス、アセクシュアル、その他のジェンダーの多様性を持つ人々、あるいは HIV 感染者などが直面しているスティグマや差別の解消に取り組んでいる。⁵¹

109. ボリビア多民族国では、「精神保健に関する多民族計画（2026–2030 年）」において、精神障害や物質使用障害を持つ人々に対するスティグマ対策が盛り込まれており、国内法では、患者が社会的つながりや自律性を失わないよう、地域センターでのケアが義務付けられていることが強調されている。⁵²

110. キューバでは、2019–2023 年の「性感染症、HIV、肝炎に関する国家計画および関連措置」に、スティグマの軽減に焦点を当てた取り組みが盛り込まれており、これには一次医療レベルでの介入や主要対象集団への取り組みが含まれている。⁵³

⁴⁸ Inter-American Court of Human Rights, *Manuela et al. v. El Salvador*, Judgment, 2 November 2021, paras. 204–215.

⁴⁹ See [A/HRC/53/65](#).

⁵⁰ Submission from Australia.

⁵¹ Ibid.

⁵² Submission from the Plurinational State of Bolivia.

⁵³ Submission from 4Métrica and Civil Rights Defenders (Cuba).

111. ドミニカ共和国では、特に HIV に関連するスティグマ、差別、犯罪化を排除または軽減することを目的とした法律や国家計画が採択された。⁵⁴
112. メキシコでは、社会保険庁が、2025 年から 2030 年までの官製プログラムを通じて、とりわけ地域社会や相互文化的なアプローチなどを通じて、医療へのアクセス不足の解消を優先課題としている。⁵⁵
113. モロッコでは、国民保健制度に関する枠組み法第 06-22 号が、ケアの中心に尊重と人間の尊厳を据えている。同法は、人々の身体的及び精神的完全性（*integrity*）の保護、患者が自身の健康状態に関する情報にアクセスする権利の尊重、ならびに健康状態や障害に基づくあらゆる形態の差別やスティグマとの闘いなどを規定している。⁵⁶
114. ポルトガルでは、スティグマや影響を受ける人々の医療への障壁に対処するため、HIV/エイズに関する取り組みが採択されている。その一環として、差別や権利侵害に直面している HIV 感染者に対し、カウンセリングや法的支援を提供する「HIV・エイズ差別対策センター」が設立された。⁵⁷
115. スペインでは、国内法を通じて人間の尊厳が医療制度の中心に据えられており、これに加え、特定の集団に影響を及ぼすスティグマや不平等を解消することを目的とした政策が講じられている。ハームリダクション、メンタルヘルス、HIV 感染者などを対象とした、構造的な差別を軽減するための様々な計画が採択されている。⁵⁸
116. トルコでは、2025 年から 2030 年までの HIV/エイズ対策に関するロードマップにおいて、啓発活動を通じて、HIV 感染者に対する差別や守秘義務違反の防止を目標の一つとして掲げている。⁵⁹
117. 地域レベルでは、欧州人権裁判所が、人権および基本的自由の保護に関する条約（欧州人権条約）に違反する法律上の人工性別認定手続きに関して判決を下し、自由を剥奪された者を含むトランスジェンダー特有の医療ケアに関する判例を示した。さらに、インターセックス者の権利に取り組む欧州評議会の機関は、医療処置に関連して自律性が重要な側面であるというモデルを支持している。⁶⁰
118. コミュニティ主導のケアモデルは、関係性を重視し、文化に根ざしたアプローチを中心にサービスを再設計しようとしており、そこにはサービス利用者をケアの「主体」またはパートナーとして扱うアプローチも含まれ、父権主義的な力学を覆そうとしている。
119. スペインでは、障害者が法的能力を行使できるよう支援するための民法および訴訟法を改正する法律第 8/2021 号が、医療分野における父権主義的な慣行を削減し、障害者が自律性を発揮できるよう支援することを目的としている。⁶¹
120. 地域レベルでは、東ヨーロッパおよび中央アジアの 14 カ国において、周縁化された人々や要配慮者層がサービスを利用することを妨げる主要な構造的障壁であるスティグマや差別を監視し、これに対処するための地域社会主導の仕組みが確立されている。⁶²
121. 一部の国は、研修、専門的基準、および人種差別や差別的扱いに対処するための苦情処理メカニズムを通じて、医療サービスにおけるスティグマや差別を軽減するための戦略を報告した。

⁵⁴ Submission from the Dominican Republic.

⁵⁵ Submission from Mexico.

⁵⁶ Submission from Morocco.

⁵⁷ Submission from Portugal.

⁵⁸ Submission from Spain.

⁵⁹ Submission from Türkiye.

⁶⁰ Submission from the Council of Europe.

⁶¹ Submission from Spain.

⁶² Submission from the Alliance for Public Health (Ukraine).

122. オーストラリアでは、医療従事者規制庁および各国家委員会に対する政策指針は、人種差別や差別に対する医療従事者の対応を改善することを目的としている。医療従事者には、医療現場における人種差別と闘う文化の醸成を促進するための教育や研修を受けることが求められている。⁶³

123. ボリビア多民族国では、医療利用者オンブズマンが、言葉による虐待などの差別に関する苦情を独立して調査し、行政処分を科している。⁶⁴

124. チェコでは、匿名かつ無料の HIV 検査とカウンセリング、セクシュアルヘルスに関する教育介入活動、ならびに 26 歳未満およびハイリスクグループの人々に対する曝露前予防（PrEP）へのアクセスが、HIV 感染を減らすための予防策として活用されている。⁶⁵

125. ドミニカ共和国では、HIV/エイズ国家評議会が、人権監視機構と連携し、HIV/エイズ患者の権利侵害事例について監視を行い、被害者への支援を提供している。⁶⁶

126. エルサルバドルでは、医療従事者に対する研修は、人権、ケアの人間化、および脆弱な状況にある人々へのケアに重点が置かれている。さらに、保健省のサービスネットワーク内におけるケアの人間化に関するプロトコルの採択と実施に加え、尊厳ある処遇に焦点を当てた国家計画も策定されている。⁶⁷

127. ルクセンブルクでは、特にハームリダクションや性産業の非犯罪化に関連して、健康に関連する行動に対する非懲罰的アプローチやスティグマの軽減が図られており、スティグマに対処するための精神保健医療の改革や、HIV/エイズをめぐるスティグマと闘うためのキャンペーンが実施されている。2014 年の「患者の権利に関する法律」は、尊厳の確保、インフォームド・コンセント、平等なアクセスの保障、および紛争発生時の調停を目的としている。周縁化されたグループに影響を及ぼすスティグマや差別に対処するため、ルクセンブルクは、医療従事者に対する文化的対応力、偏見の排除、レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー、クィア、インターセックス、アセクシュアル、その他のジェンダーの多様性を持つ人々への敬意あるケア、およびトラウマに配慮した実践に関する研修をはじめ、説明責任と苦情処理の仕組み、地域社会の関与とピアの参加の確保、周縁化されたグループのためのサービスの適応などの措置を講じた。⁶⁸

128. メキシコでは、社会保険庁が実施する医療従事者向けの必須研修は、人権、ジェンダーの視点、異文化間理解、および尊厳ある処遇の確保に重点を置いている。苦情処理メカニズムに関しては、医療紛争解決国家委員会が苦情を受け付け、調停および紛争解決を促進している。⁶⁹

129. いくつかの国は、インフォームド・コンセントの保護、守秘義務の規制、地域密着型の精神保健医療および施設外ケアの支援を含む、医療における自律性を強化する法改正や政策について報告した。⁷⁰

130. ボリビア多民族国では、周縁化された集団が保健システムの監督に積極的に参加できるよう確保することを目的とした規制が設けられている。さらに、2026 年の保健財源の地方分権化に関する法律により、地域コミュニティが予防医療のための財源を管理することが可能となっている。さらに、保健・スポーツ省は、医療従事者に対し、患者が自身の言語と価値観の枠組みの中で治療内容を理解できるよう配慮することを求めている。また、「文化的に適切な出産」プログラムを通じて、三次医療機関

⁶³ Submission from Australia.

⁶⁴ Submission from the Plurinational State of Bolivia.

⁶⁵ Submission from Czechia.

⁶⁶ Submission from the Dominican Republic.

⁶⁷ Submission from El Salvador.

⁶⁸ Submission from Luxembourg.

⁶⁹ Submission from Mexico.

⁷⁰ See also Committee on the Rights of Persons with Disabilities, general comment No. 1 (2014) and general comment No. 5 (2017).

には、妊婦が分娩姿勢を選択し、伝統的な助産師の立ち会いを受けられる部屋が設けられている。⁷¹

131. ボスニア・ヘルツェゴビナでは、「差別禁止法」により、健康状態、障害、性別、その他の個人的特性に基づく差別が禁止されている。政府は、薬物使用者向けに設けられたハームリダクション・プログラム、患者の権利に関する研修の導入、および精神障害に対する偏見の解消を目的とした啓発キャンペーンについて、特別報告者に説明した。実体法レベルでは、患者の権利に関する法律や規則が、インフォームド・コンセントの権利、プライバシーおよび健康データの機密保持の権利、ならびに医療処置を拒否する権利を保障することを目的としており、サービス利用者と医療提供者間の権力の不均衡を是正することを目的として、子ども、障害者、および保健・社会福祉施設に入所している人々の保護に特に配慮が払われている。⁷²

132. エルサルバドルでは、秘密が守られ、スティグマのない敬意ある対応のもとで検査を受けられることを確保することを目的とした、HIVに関する国家戦略が策定されている。⁷³

133. ルクセンブルクでは、「患者の権利に関する法律」や公衆衛生戦略の実施を含む国家の法的枠組みを通じて、差別の是正、尊厳ある治療の確保、インフォームド・コンセント、医療記録へのアクセス、医療提供者の選択、および治療を拒否する権利の保障が図られている。⁷⁴

134. メキシコでは、2026年1月に「保健一般法」が改正され、デジタルヘルス、情報交換の規制、および個人データの保護が盛り込まれた。⁷⁵

135. モロッコでは、特に機密性、利用目的、およびセキュリティに関して、個人データの収集、管理、および保存が規制されている。この枠組みは、医療情報の濫用を防止し、スティグマ化のリスクを低減し、医療制度に対する患者の信頼を回復することを目的としている。⁷⁶

136. ノルウェーは2024年、薬物使用の予防、ハームリダクション、および治療に関する政策指針を発表した。この指針は、薬物利用障害を持つ人々の尊厳の権利を強調するとともに、向精神薬に関する国内政策戦略の包括的な指針としての役割を果たしている。成人の精神保健医療における強制の防止に関する国家専門ガイドラインは、自治体サービスと専門医療機関との連携強化による強制の削減、非自発的入院を回避するための早期介入の強化、患者の参画と教育を重視した治療アプローチの充実などに重点を置いている。⁷⁷

137. スペインでは、健康の社会的決定要因に配慮しつつ、利用しやすい地域密着型サービスや入院に代わる選択肢が推進されている。メンタルヘルスに関しては、国家行動計画において、入院に代わる取り組みや強制的な措置の削減、および脆弱な立場にある人々の精神的健康に焦点を当てた地域プログラムの策定などが推進されている。⁷⁸

138. 代表的な措置としては、情報、同意、プライバシー、医療記録へのアクセスといった権利を通じて尊厳を具現化する「患者憲章」や、周縁化された集団に対する差別のない医療へのアクセスを促進する手続きが挙げられる。

⁷¹ Submission from the Plurinational State of Bolivia.

⁷² Submission from Bosnia and Herzegovina.

⁷³ Submission from El Salvador.

⁷⁴ Submission from Luxembourg.

⁷⁵ Submission from Mexico.

⁷⁶ Submission from Morocco.

⁷⁷ Submission from Norway.

⁷⁸ Submission from Spain.

139. ルクセンブルクでは、国内法により、患者がどの医療従事者が自身の健康データのどの部分にアクセスできるかを管理できるようになっており、これにより信頼と個人の主体性が強化されている。⁷⁹
140. いくつかの国は、いわゆる「転換」療法といった有害な慣行を防止する取り組みに加え、ジェンダー・アファーマティブ・ケアへのアクセスを確保し、ジェンダーの多様性の病理化を解消するための措置を報告した。
141. オーストラリアでは、国立保健医療研究評議会（NHMRC）に対し、性同一性障害を有する 18 歳未満のトランスジェンダーおよびジェンダー・ダイバーシティを持つ人々に対するケアに関する新たな全国臨床実践ガイドラインの策定が委ねられた。⁸⁰
142. ボリビア多民族国では、ジェンダーの多様性を持つ人々に対する包括的ケアに関する国家プロトコルが策定された。これは病理化的なアプローチをとるのではなく、包括的な健康支援と、医学的監督下での無料のホルモン補充療法へのアクセスに重点を置いている。⁸¹
143. ルクセンブルクでは、ジェンダーの多様性を持つ人々の健康と尊厳を向上させることを目的として、法的、政策的、およびサービスレベルの措置が講じられている。⁸²
144. メキシコでは、レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー、クィア、インターセックス、アセクシュアル、およびその他のジェンダーの多様性を持つ人々が、差別なく医療サービスを受けられるよう定めた実施要領が策定されており、自己申告による性自認の尊重が促進されている。また、別の具体的な実施要領では、職員の研修、性自認を尊重した診療記録の更新、および包括的なセクシュアル、リプロダクティブおよびメンタルにかかるヘルスケアの推進が図られている。⁸³
145. ノルウェーでは、性別を変更したい 16 歳以上の者は、もはや医療処置を受ける必要がなく、誰もが自身の体験に基づいて性別を変更する権利を有している。⁸⁴
146. ポルトガルでは、性的指向および性自認に関連するスティグマ、差別、有害な慣行に対処するための立法措置が採択されており、特に、いわゆる「転換療法」を禁止し、個人の性的指向、性自認、または性表現を変更、制限、または抑圧することを意図した行為を犯罪とする法改正が行われた。この改正には、転換療法の無効性および有害な結果について、保護者、家族、地域社会を対象とした啓発キャンペーンなどの措置に関する規定が含まれている。⁸⁵
147. スペインでは、法律第 4/2023 号が、医療サービスへの差別のないアクセスを確保し、多様な性自認の病理化を解消することを目的としている。2025 年以降、トランスジェンダーやジェンダーの多様性を持つ人々に対するケアは、各施設、サービス、および紹介窓口において専門医の診察を必要とする処置の一覧に盛り込まれている。⁸⁶
148. その他の措置としては、HIV 感染者の健康保険適用範囲を拡大する戦略、医療従事者の意識改革を目的としたスティグマ軽減キャンペーン、および利用者中心のきめ細やかなサービスなどが挙げられる。
149. ドミニカ共和国では、機関横断的な社会保護戦略により、2025 年 12 月時点で 3 万 4,000 人の HIV 感染者が国民健康保険の助成制度の対象となった。⁸⁷
150. プライバシーを保護しつつアクセスを拡大するため、デジタル手法が活用されており、これには HIV 自己検査キットの秘密厳守による注文や、予防・治療サービスへの任意の連携などが含まれる。

⁷⁹ Submission from Luxembourg.

⁸⁰ Submission from Australia.

⁸¹ Submission from the Plurinational State of Bolivia.

⁸² Submission from Luxembourg.

⁸³ Submission from Mexico.

⁸⁴ Submission from Norway.

⁸⁵ Submission from Portugal.

⁸⁶ Submission from Spain.

⁸⁷ Submission from Dominican Republic.

151. 一部の国では、生殖保健サービスにおける良心的拒否を規制し、サービスへのアクセスが拒否されることを防ぐための政策に加え、サービス提供の責任を明確化する法改正が報告された。
152. スペインでは、良心的拒否の規制および拒否を行う医療従事者の登録制度の創設が、集団的な拒否によって中絶の権利が制限される事態を回避するための重要な手段となっている。⁸⁸
153. 特別報告者に報告された取り組みには、農村部や遠隔地のコミュニティに医療サービスを提供するための移動医療サービスや、デジタル医療サービスおよび情報システムを規制する法的枠組みも含まれていた。
154. ボスニア・ヘルツェゴビナでは、特に農村部や遠隔地における移動医療サービスや訪問（アウトリーチ）医療サービスの拡充、ならびに周縁化され脆弱な立場にあるグループと関わる医療従事者の研修などが、スティグマや差別に対処し、これを根絶することを目的としている。⁸⁹
155. エルサルバドルでは、一次医療のレベルにメンタルヘルス部門を組み込み、オンラインプラットフォームを通じた心理療法の遠隔診療を導入することで、地理的な障壁の軽減に寄与している。⁹⁰
156. これらの事例は、法的保護、地域社会のリーダーシップ、そして影響を受ける地域社会や権利主体へ権限を移譲するガバナンス改革を通じて、尊厳を実現できることを浮き彫りにしている。
157. 一部の国々は、疎外されたコミュニティに影響を及ぼす保健政策やプログラムの策定、実施、評価において、当該コミュニティを実質的に参画させ、協議を行うための措置について、特別報告者に報告した。
158. オーストラリアは、特別報告者に対し、「国家医療サービス安全・品質基準」の第3版が、アボリジニおよびトレス海峡諸島民、知的障害のある人々とその家族および介護者、文化的・人種的に周縁化されてきた人々、ならびに農村部や僻地に住む人々との協議を経て策定中であることを伝えた。その他の取り組みからは、女性団体、レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー、クィア、インターセックス、アセクシュアル、その他のジェンダーの多様性を代表する団体、障害者の権利擁護者、精神保健上の課題や自殺傾向の経験を持つ人々およびその家族など、他の利害関係者との協議を行うための努力がうかがえる。⁹¹
159. ボリビア多民族国は、保健社会評議会を通じて、セックスワーカー、移民、HIV感染者、先住民の代表者が、それぞれの地域における保健目標の達成状況を評価し、プログラムが彼らの具体的なニーズに合わせて調整されるよう確保していると述べた。⁹²
160. ドミニカ共和国およびエルサルバドルは、特別報告者に対し、周縁化されたコミュニティ、とりわけ HIV の影響を受ける人々が、国家計画や戦略の策定に組み込まれていることを伝えた。⁹³
161. メキシコは、差別防止国家評議会が、市民社会組織との対話や協議の場を通じてコミュニティの積極的な参加を促進し、苦情処理メカニズム、調査、診断、証言を通じて得られた情報に基づき提言を策定したと述べた。同評議会はまた、コミュニティの直接参加を促進する戦略も策定した。⁹⁴

⁸⁸ Submission from Spain.

⁸⁹ Submission from Bosnia and Herzegovina.

⁹⁰ Submission from El Salvador.

⁹¹ Submission from Australia.

⁹² Submission from the Plurinational State of Bolivia.

⁹³ Submissions from the Dominican Republic and El Salvador.

⁹⁴ Submission from Mexico.

162. 健康教育や情報への公平なアクセスが、不平等を是正し、保健システムを強化することを目的としている事例についても、特別報告者に共有された。

163. オーストラリアでは、ワクチンの開発、安全性、有効性に関する情報を提供し、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）ワクチン接種に関連する地域社会の懸念に対処するための取り組みが採択された。⁹⁵

164. ルクセンブルクでは、主に市民社会との協議を通じて、周縁化されたコミュニティが保健政策の策定、実施、評価に以前より積極的に参画するようになっている。⁹⁶ また、学校では、栄養、メンタルヘルス、性的・生殖に関する健康、薬物乱用防止について、年齢に応じた包括的な教育が行われている。⁹⁷

165. メキシコでは、平等と保健システムの強化に重点を置き、農村地域や都市部の周縁化された集団を含む、保健教育および情報へのアクセスを確保するための政策やプログラムの推進を通じて、格差の解消を目指している。⁹⁸

166. スペインは、国内のすべての自治州にある健康学校を統合した「市民のための健康学校ネットワーク」を通じて、患者のエンパワーメントが促進されていることを特別報告者に伝えた。性的健康および HIV に関しては、政府は、啓発キャンペーンや具体的な資料の提供により、脆弱な立場にある人々の健康に関する知識が向上したと述べた。⁹⁹

167. 利益相反に対処するための事例に関して、一部の国は特別報告者に講じた措置について報告した。

168. ボリビア多民族国は、2026 年に保健・スポーツ省が、医療上の決定が個人的な金銭的利益ではなく、もっぱら患者の福祉に基づいて行われることを確保する目的で、公的部門の医師が自らの管理下にある民間診療所に患者を誘導することを防止するための紹介追跡システムを導入したと、特別報告者に報告した。¹⁰⁰

169. エルサルバドルは、医薬品業界による処方への不当な影響を防止する公共調達法および政府倫理規則を適用し、臨床上の決定が商業的利益よりも、入手可能な最善の証拠と患者の尊厳の尊重のみに基づいて行われることを確保した。¹⁰¹

170. ルクセンブルクは特別報告者に対し、臨床上の決定に影響を与える金銭的インセンティブを軽減するため、政府が診療報酬基準を規制し、医師に対し患者の利益を優先することを義務付ける倫理規則や金銭的利益関係の申告義務を導入するとともに、国民保健サービス（NHS）に異常な処方パターンを監視させていると伝えた。¹⁰²

171. メキシコは、公衆の利益、公平性、および人間の尊厳に対する絶対的な尊重に基づいて医療関連の決定が行われることを確保することを目的とした、規制の枠組み、生命倫理委員会、資産および利害関係の開示義務、ならびに監視メカニズムの実施における進展について、特別報告者に報告した。¹⁰³

172. スペインは、地域密着型のケアモデルの推進、薬剤使用を削減するための戦略、およびソーシャル・プリスクライビング（社会的処方）を推進するとともに、過剰処方のインセンティブを削減し、非薬物療法や地域密着型の選択肢を強化していることを示した。¹⁰⁴

⁹⁵ Submission from Australia.

⁹⁶ Submission from Luxembourg.

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Submission from Mexico.

⁹⁹ Submission from Spain.

¹⁰⁰ Submission from the Plurinational State of Bolivia.

¹⁰¹ Submission from El Salvador.

¹⁰² Submission from Luxembourg.

¹⁰³ Submission from Mexico.

¹⁰⁴ Submission from Spain.

VII. 現在の課題

173. スティグマや差別に対処することを目的とした取り組みは存在するものの、知的・発達障害のある人々やダウン症候群のある人々は、適切かつ継続的で尊厳を重んじたケアを受ける上で、依然として制度的な障壁に直面していると報告されている。¹⁰⁵ HIV感染状況に基づく差別に対処し、医療情報の厳格な守秘義務体制を確保するための規範的枠組み、政策、その他の取り組みは整備されているものの、実際には、守秘義務の遵守やサービス提供者による不適切な行動が、依然として対処すべき課題であると報告されている。¹⁰⁶

174. いくつかの国では健康格差への対策が進められているものの、先住民族は、構造的または体系的な差別により、健康成果における格差が依然として続いていると報告されている。¹⁰⁷ いくつかの国では、周縁化された集団が協議プロセスや保健政策の策定に正式には組み込まれていないと報告されており、¹⁰⁸ また、自由を剥奪された人々は、国内の保健計画、モニタリング、あるいは政策策定に参加する機会が限られている。¹⁰⁹

175. ジェンダーの多様性を持つ人々が直面するスティグマや差別に対処するための取り組みが進められている一方で、一部の国では、インターセックスの人々や性徴に差異のある人々に対する不必要な手術や治療を禁止する、あるいは彼らの身体的自律権を保障する法律が欠如していると報告されており、これがスティグマを招くだけでなく、権利保有者の同意なしに不可逆的な医療的介入が行われることにつながる恐れがある。¹¹⁰

176. さらに、既存の法律や政策は、周縁化された人々に対する権利に基づく政策の導入や実施の障壁となり得る。効果的な説明責任の仕組みが欠如している状況下では、利益相反が、自由を奪われた人々の尊厳をさらに損なう主要な要因となり得る。¹¹¹

177. 医療のデジタル化は、デジタルヘルスに関する国内の法的枠組みが整備され、患者の健康データの保護が十分に尊重される限り、医療サービスへのアクセス格差、それに関連するアクセス費用、および患者が自身の医療記録、処方箋、医療情報にアクセスする能力といった課題に対処することで、健康成果を向上させる可能性を秘めている。¹¹²

VIII. 結論と提言

178. 尊厳なくして健康は実現できず、健康なくして尊厳は育たない。したがって、緊急の保健ニーズに対応しつつ、回復力があり持続可能なコミュニティを育むためには、尊厳を中心とした権利に基づくアプローチが必要である。

179. 説明責任とは、尊厳の侵害は決して容認されないという共同体の意思の表れである。したがって、効果的な説明責任は社会的信頼を強め、健康権の規範的な力を強化するものである。

180. 各国は、健康の社会的、法的、商業的決定要因に対処することを含め、尊厳、自律性、平等、参加、説明責任と統合的な方法で、健康権を尊重し、保護し、実現すべきである。

¹⁰⁵ Submission from Jerome Lejeune Foundation.

¹⁰⁶ Submission from Avocats sans frontières Canada and the Association des juristes sénégalaises.

¹⁰⁷ Submissions from the Assembly of Manitoba Chiefs and from Diamond Johnny.

¹⁰⁸ Submissions from the Association of People with Disability (Bangalore) and from the Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo and Associação dos Jovens Indígenas (Brazil) and from Amnesty International.

¹⁰⁹ Submission from Eurasian Movement for the Right to Health in Prisons.

¹¹⁰ Submissions from Beyond the Boundary – Knowing and Concerns Intersex, from Brújula Intersexual (Mexico and Latin America) and from the Center for Reproductive Rights, Women Enabled International, the International Planned Parenthood Federation and ILGA World.

¹¹¹ Submission from Physicians for Human Rights Israel.

¹¹² Submission from the Digital Health and Rights Project.

181. 特別報告者は、各国およびその他の関連する利害関係者に対し、以下のことを勧告する。

- (a) 機密性、プライバシー、およびインフォームド・コンセントを保証する法的枠組みを、スティグマや犯罪化のリスクが特に高いコミュニティに対する保護措置を盛り込んで採択し、利用しやすく信頼性の高い健康情報を確保すること；¹¹³
- (b) 健康に関連する行動、アイデンティティ、または状態を犯罪化し、ケアへの障壁となる懲罰的な枠組みを廃止し、危害を軽減し、サービスへのアクセスを保護するためのハームリダクション措置を採用すること；¹¹⁴
- (c) 有害なマーケティング慣行、誤情報、利益相反など、健康を損なう企業を含む非国家主体の行為を規制し、意思決定における透明性と説明責任を確保すること；¹¹⁵
- (d) 科学的根拠および企業に対する人権原則に則り、不健康な食品、タバコ、アルコールのマーケティングに対する制限または禁止、パッケージ前面への警告表示の導入、有害な製品への需要を抑制する財政措置、および公的機関における健康的な調達に関する規則の実施を検討すること；
- (e) 文化的に安全なケアや地域密着型サービスなどを通じて、歴史的に周縁化されてきた人々に対し、メンタルヘルスサービスを含む保健サービスが利用可能、アクセス可能、受容可能かつ高品質であることを確保すること；
- (f) 誤情報に対する防護策を講じたデジタルプラットフォームなどを通じて、ヘルスリテラシーおよび地域社会への啓発に投資し、情報がアクセスしやすく、文化的に適切であり、利益相反がないことを確保すること；¹¹⁶
- (g) 安全な労働条件の確保や政策決定への参加などを通じて、医療・介護従事者の尊厳と権利を保護するとともに、医学教育および研修において人権に重点を置くこと；¹¹⁷
- (h) 特定の意思決定によって健康や福祉に影響を受けるコミュニティ（歴史的に排除され、周縁化されてきたコミュニティを含む）に対し、意思決定の場における透明性と実質的な参加を保障する仕組みを確保すること；
- (i) 医療現場や私的権力の統治を含む領域において、国家および非国家主体による健康および尊厳に関する侵害を防止・軽減し、是正措置を講じるための説明責任の仕組みを構築・強化すること；
- (j) これらの勧告の実施において、最も取り残されている人々を優先し、人種、性別、障害、健康状態、経済的・社会的状況、性的指向、性自認を理由に、スティグマ、差別、または犯罪化を受けてきた人々を含め、複合的な形態の差別に対処する交差性（インターセクショナルリティ）に基づくアプローチを採用すること；
- (k) 保健サービス、物品、施設、および健康の根底にある決定要因が、差別なく、実質的な平等に基づいて利用可能となるよう確保すること；¹¹⁸
- (l) 医療・臨床現場における差別や無意識の偏見に対処するための研修、カリキュラムの更新、および専門的基準を支援し、苦情処理メカニズムが利用しやすく、かつ効果的な救済措置を講じることができるようにすること；
- (m) 適切な住居、食料、水へのアクセス、安全な労働条件、社会的保護、および教育を保障し、

¹¹³ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14 (2000), para. 12 (b) (iv) and (c).

¹¹⁴ See [A/HRC/56/52](#).

¹¹⁵ See [A/78/175](#).

¹¹⁶ See [A/79/177](#).

¹¹⁷ See <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ee65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content>.

¹¹⁸ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 20 (2009), paras. 8–10 and 18–27.

構造的な不利に最も影響を受けている人々が、文化的に安全で利用しやすい医療サービスを受けられるようにすることで、尊厳ある生活の条件を強化すること；¹¹⁹

(n) 緩和ケアおよび高齢期の尊厳の原則を保健システムおよび政策に組み入れ、医療従事者を養成し、痛みの緩和に必要な必須医薬品の提供などを通じて、自律性を確保し、回避可能な苦痛から解放するとともに、終末期ケアをめぐるスティグマを含むアクセス上の障壁に対処すること；¹²⁰

(o) 調達に関する政策などを含む保健財政およびガバナンスが、適切な管理と実質的な平等の原則を反映するよう確保すること。これには、対象を絞った啓発活動、行政上の障壁の撤廃、および低所得層にとっての経済的負担軽減の確保などが含まれる；

(p) 安全な中絶へのアクセスが制限されている場合、非犯罪化に向けた立法・法制度の改革を実現するための措置を講じ、情報へのアクセスや性・生殖に関する健康教育、手頃な価格の避妊手段、スティグマのないケア、および中絶後のケアや緊急ケアにおける厳格な守秘義務の保護を確保することなどを通じて、被害を速やかに軽減すること；¹²¹

(q) 懲罰的な法律が依然として存在する地域においては、差別的な警察活動を減らし、暴力を防止し、HIVの予防および治療を含む保健サービスへの差別のないアクセスを確保するための措置を講じること；¹²²

(r) スティグマや排除が精神的苦痛の一因となり、地域密着型のサービスが成果の向上に寄与し得ることを認識し、予防戦略にメンタルヘルスの促進を組み入れること；

(s) 予防政策が、強制、懲罰的な監視、または差別の手段とならないよう確保し、権利に対するいかなる制限も、厳格な必要性と比例性の要件を満たすようにすること；

(t) 倫理的かつ参加型で、権利に基づく研究およびデータ収集を支援するとともに、強力なプライバシー保護を確保し、スティグマを生むようなデータ取扱いを回避すること；

(u) 女性、青少年、高齢者、障害者、レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー、クィア、インターセックス、アセクシュアル、その他のジェンダーの多様性を持つ人々、薬物使用者、セックスワーカー、移民、人種のマイノリティコミュニティなどが、包括的に参加できるよう確保すること；

(v) 利害関係の開示、ロビー活動、回転ドア慣行（*天下りなどの官民の癒着のこと）および研究・アドボカシーへの資金提供に関する明確な規則を策定し、その遵守状況に対する独立した監視を確保すること；

(w) 希少疾患、婦人科分野の進歩、および顧みられない疾患に関する臨床研究への資金提供において、公平性を確保すること；

(x) アイデンティティ、尊厳、完全性、自律性、および福祉を尊重し、非差別、平等、プライバシー、および守秘義務を擁護すること；

(y) 懲罰的な枠組みを廃止し、国内政策を公衆衛生、人権、およびハームリダクション（害の軽減）の原則に沿ったものとする。健康権を実現するためには、非犯罪化が必要である；

(z) 周縁化された人々に対して、利用可能で、アクセスしやすく、受け入れられ、かつ質の高い保健サービスが提供されるよう確保する；

(aa) 保健ガバナンスにおいて、諮問機関、地域社会による監視体制、および適切な場合には参加型予算編成を含む正式な参加メカニズムを確立し、周縁化されたグループの代表性を確保する；

¹¹⁹ See [A/78/175](#).

¹²⁰ See www.who.int/health-topics/palliative-care; and World Health Assembly resolution WHA67.19.

¹²¹ See [A/76/172](#).

¹²² Ibid.

- (ab) 説明責任の仕組みに十分な資源が確保され、モニタリングに用いられるデータが不平等を明らかにできるよう適切に細分化されることを確保するとともに、強固なプライバシー保護を維持すること；
- (ac) すべての人の健康権の実現に向けて、人間の経験の多様性を考慮したアプローチを取り、公平性への共通の取り組みを必要とする歴史的および現在進行中の不正義を考慮に入れた、平等の達成を目指す解決策を採用すること；
- (ad) 信頼できる情報を保護し、誤情報と闘うこと；
- (ae) 利益相反を防止・管理すること；
- (af) 民間主体を規制し、有害なマーケティングを制限すること；
- (ag) 確固たる参加を確保すること；
- (ah) 効果的な説明責任と救済措置を確立すること。¹²³

¹²³ See [A/79/177](#).