

# 高速対応と人権

人権の尊重がHIV対策を進める





# 目次

---

エグゼクティブサマリー	2
序文	4
人権原則をHIVサービス提供の高速対応に 生かす	8
HIVサービスのための主要人権原則	9
原則1: サービスの利便性、使いやすさ、受けやす さ、質の確保	12
原則2: 平等で差別がないこと	15
原則3: プライバシーと秘密保持	20
原則4: 個人の尊厳と自立の尊重	22
原則5: 意味のある形での参加と責任	26
HIV予防、検査、治療のサービスにおける 人権プログラムの拡大	30
結論	32
付録 HIV予防、検査、治療サービスのための 人権チェックリスト	34
チェックリスト1: HIV予防サービスと人権	35
チェックリスト2: HIV検査サービスと人権	41
チェックリスト3: HIV治療サービスと人権	47
参考文献	54

# エグゼクティブサマリー

---

持続可能な開発のための2030アジェンダのターゲットには、2030年までのエイズ流行終結が含まれている。これまでの成果からみて、科学的な知見、政治の意思、資金の確保、市民社会の活動を強化していけば実現は可能である。

この野心的な目的を実現するため、UNAIDSはすべての国に対し、HIV予防、HIV検査、HIV治療の3領域の規模拡大を果たすには今後数年間（2020年まで）が正念場であることを強調し、高速対応を呼びかけている。国連総会のエイズ終結に関する2016政治宣言で世界の共通目標となったアプローチであり、2030年までに公衆衛生上の脅威としてのエイズ流行を終結させるために、当面の5年間は使用可能なツールを最大限に活用し、成果達成のペースを速めるよう求めているのだ。

とはいえ、HIV対策の高速対応とエイズ流行終結は、人権を抜きにして実現することはできない。ジェンダーの不平等は、世界各地で女性、女児がHIV感染に対応しようとする努力を妨げ続けている。そして、多くの人がHIVから深刻な影響を受けているにもかかわらず、効果的なHIV感染の予防、検査、治療のサービスを受けることができずにいるのだ。対策から置き去りにされてきたこれらの人々には、10代を含む若者（とりわけ東部、南部アフリカにおける10代の少女と若い女性）、先住民、セックスワーカー、受刑者、移住者、ゲイ男性など男性とセックスをする男性、トランスジェンダーの人びと、注射薬物使用者らが含まれる。スティグマと差別、暴力その他の迫害、社会の否定的な態度、問題のある法律などが人権を妨げ、HIVと闘うこうした人たちの立場を一段と弱いものにし、予防、検査、治療、ケアのサービスへのアクセスを制限してきた。

人権尊重がHIV対策の不可欠な要素であることは、国連総会のHIVに関する決議で全加盟国が認めている。<sup>1</sup> しかし、政策決定者やプログラムの実施担当者、サービス提供者の中には、法律や政策や人権の課題について、あまりにも長い間、HIV予防、検査、治療のプログラムの実施とは関係ない（あるいは、せいぜい平行線上にある）と考える人もいた。HIVの高速対応には、この点を真っ先に変えていかなければならない。本文書は、HIV予防、検査、治療サービス提供の高速対応が人権を基盤にしなければならない理由、およびその方法に関する手引きである。人権の原則と人権アプローチは、それ自体が必要なだけでなく、HIVサービスへの障壁を取り除き、HIVターゲットを達成するうえでも極めて重要な意味を持っている。人権の原則とアプローチは、HIV予防、検査、治療プログラムが広く普及し、最大限の効果をあげるための大きな支えになる。また、潜在的な人権課題を把握し、HIV予防、検査、治療のターゲットを高速対応で達成しようとする際に生じるかもしれない虐待や強制力の乱用を防ぐことにもなる。

---

<sup>1</sup> See the 2001 Declaration of Commitment on HIV/AIDS, the 2006 United Nations Political Declaration on HIV/AIDS, the 2011 Political Declaration on HIV and AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV and AIDS, and the 2016 Political Declaration on HIV and AIDS.

とりわけ、HIV対策の規模を拡大する際に踏まえるべき法律に関する国際標準に基づいて主要な人権原則を示し、HIV予防、検査、治療サービスにどう適用するのかを簡潔に説明している。最も関連性の高い人権原則は以下の通りである：

- ・ サービスの利便性、使いやすさ、受けやすさ、質の確保
- ・ 平等で差別がないこと
- ・ プライバシーと秘密保持
- ・ 個人の尊厳と自立の尊重
- ・ 意味のある形での参加と責任

文書はまた、HIV予防、検査、治療サービスとともに実施すべき人権プログラムについても要約して説明している。巻末には添付資料として、各国政府、ドナー、プログラム実施担当者（直接のサービス提供者も含む）、市民社会グループ、その他の関係者が、HIV予防、検査、治療サービスを策定し、モニターし、評価する際に、その成果が人権原則とアプローチに沿ったものであり、だれも置き去りにしていないことを確認するために必要な3つのチェックリストも示されている。世界がHIV対策の高速対応に力を入れる中で、すべての関係者がいままさに、人権のガイダンスをHIV関連の予防、検査、治療プログラムに反映させていかなければならない。

# 序文

---

『われら国家元首、政府指導者、政府代表は、2016年6月8日から10日まで国連に集まり、現在および将来世代への遺産として2030年のエイズ流行終結を改めて確認する』

エイズ流行終結に関する2016国連政治宣言、パラグラフ1

## エイズ流行の終結は可能だ

持続可能な開発のための2030アジェンダ(1)の中で、世界各国は2030年のエイズ流行終結を約束した。

これまでの大きな成果を考えれば、科学的な知見と政治の意思、資金の確保、市民社会の活動により、その実現は可能である。2000年から2015年の間に年間新規HIV感染は世界全体で35%減っている(2)。また、エイズ関連の死亡は45%減少した。

その成果に最も大きく貢献したのは治療の普及である。2000年当時は低・中所得国で抗レトロウイルス治療を受けられるHIV陽性者は1%にも満たなかった(2)。だが、国際社会は2015年までに世界全体で1500万人に治療を提供するという目標を実現し、さらにいまはそれを超えている。治療を受けている人の大多数が低・中所得国のHIV陽性者なのだ(3)。国際保健史上、最も大きな成果の一つである。

## だが、人権を阻む障壁を破り、高速対応の実現に努力しなければ、エイズの流行は終わらない

10年間の大きな成果のあとで、エイズ対策は重要な転換点を迎えている。世界全体で見ると、2015年末時点で抗レトロウイルス治療を受けているHIV陽性者は成人で46%、子どもで49%にとどまっている(4)。しかも、2015年の1年間だけでも、110万人がエイズ関連の疾病で死亡し、210万人が新たにHIVに感染しているのだ(2)。

格差や盲点、そして効果的なHIV予防、治療、ケアプログラムをすべての人に提供できていないことが、流行への対応を不十分なままにしている。世界各地でHIVに大きな影響を受けている数多くの集団が、効果的で質の高い予防、検査、治療のサービスを利用できずにいる。10代を含む若者（とくに10代の少女、若い女性）、セックスワーカー、受刑者、移住者、ゲイ男性など男性とセックスをする男性、注射薬物使用者といった人たちが対策からは置き去りにされたままだ。<sup>2</sup>

スティグマや差別、暴力その他の迫害、社会の否定的な態度、問題の多い法律などが人権を妨げ、HIVに対して脆弱な人たちの立場を一段と弱めている。また、予防、検査、治療、ケアのサービスへのアクセスを制限する結果にもなっているのだ。UNAIDSは最近の報告書の中で、人権やジェンダーに関連して弱い立場に置かれたままの人がいたり、障壁があったりすることが、深刻なHIV予防ギャップをもたらし、世界各地で新規HIV感染を減らしきれていない理由の一つとなっていることを強調している(5)。

---

<sup>2</sup> The 2014 UNAIDS Gap report provides an overview of the issues and challenges faced by the populations left behind in the response. See UNAIDS, The gap report (Geneva: UNAIDS; 2014).

『エイズ対策の高速対応は、適切かつ良質で、エビデンスに基づくHIV情報、教育、サービスが、スティグマや差別を受けることなく、プライバシーや個人情報を守られ、インフォームドコンセントの権利を尊重されるかたちで受けられるようにすることによってのみ実現可能・・・』

## エイズ流行終結に関する2016国連政治宣言

公衆衛生上の脅威としてのエイズ流行を2030年までに終結させるには、こうした課題を克服しなければならないし、克服は可能でもある。UNAIDSはすべての国に対し、今後数年間（2020年まで）が、HIV予防、検査、治療の3領域の高速対応を進める重要な機会であることを強調し、力を入れて実現に取り組むよう呼びかけている。高速対応アプローチは、国連総会のエイズ終結に関する2016政治宣言で世界の共通目標となり、2030年までに誰も置き去りにすることのないかたちでターゲットが実現できるよう、いま使えるツールを最大限活用して達成のペースを速めることを求めている。<sup>3</sup> それは、スティグマ、差別、暴力その他の迫害、基本的人権の侵害を許し、体現もしている懲罰的な法律と政策などの人権上の障壁に対し、特別の注意を払わない限り、高速対応の目的は達成できないということでもある。

## HIV対策の高速対応の一環として、人権原則と人権アプローチを位置付ける

各国政府にとってエイズ終結は実現すべき義務である。新規HIV感染の予防に取り組むこと、およびHIV予防、検査、治療のアクセスがすべての人に確保できるような措置をとることは、各国政府が達成可能な範囲で最高水準の身体的、精神的健康を保障するという人権全般の遂行義務を果たすことにもなる。そうすれば、人びとは誇りを持って生きられるようにもなるのだ。同時に人権の擁護と尊重、とりわけHIV陽性者、および流行の影響を最も大きく受けている人びとの人権の擁護と尊重は、エイズ終結の成否にも関わっている。国連の全加盟国は、2001年のHIV/エイズに関するコミットメント宣言、2006年のHIV/エイズ政治宣言、2011年のHIVとエイズに関する政治宣言により、HIVに対応するには人権の実現が不可欠なことを認識してきた。HIVとエイズをなくすための努力を強化すること、そして2016年のHIVとエイズに関する政治宣言：2030年のエイズ流行終結に向けた闘いを加速するための高速対応（6-9）も、その認識に基づいている。

法律と政策、人権に関する課題は、あまりにも長い間、政策決定者やプログラム実施者、サービス提供者からさえも、HIV予防、検査、治療のプログラムの実施とは切り離されたもの（あるいはせいぜい平行線をたどるもの）と受け止められていた。HIV対策の規模拡大にはまず、この状況を変えなければならない。

人権原則と人権アプローチは、(a)個人レベル、(b)政策とプログラムレベル、(c)コミュニティレベルなど、さまざまなレベルで多様な方法を用いて予防、検査、治療のサービスが実現しやすい環境を生みだし、HIV対策を強化していくことになる。

<sup>3</sup> By 2030, 95% of all people with HIV should know of their status, 95% of all those who know their HIV-positive status should receive treatment, and 95% of people receiving treatment should achieve sufficient viral suppression to preserve their immune system and significantly reduce onward transmission. For more on this, please see the following: UNAIDS, 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic (Geneva: UNAIDS; 2014); UNAIDS, Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030 (Geneva: UNAIDS; 2014); and the 2016 Political Declaration on HIV and AIDS.



『エイズ流行終結には、市民、文化、経済、政治、社会、性と生殖など、広範な権利の増進をはかる必要がある。子どもや女性、若者、男性とセックスをする男性、注射薬物使用者、セックスワーカーとその客、トランスジェンダーの人たち、移住者を含むすべての人の権利を守らなければならない。権利の実現を通し、取り残されたすべての人びとが流行終結に必要な情報を獲得し、力をつけ、活動していけるようになること、それがエイズ終結を目指す旅路の最前線なのだ』

## UNAIDS 2016-2021 戦略から

個人レベルでは人権の尊重と擁護によって、HIV感染の高いリスクにさらされている人たち、およびHIV陽性者が、予防、検査、治療のサービスから利益を得られるようになる。また、保健システムに対する人びとの信頼が生まれる。この信頼こそが効果的な公衆衛生プログラムには不可欠なのだ。たとえば、HIV陽性者やキーポピュレーションに対する保健医療従事者のスティグマや差別的な態度をなくすための意識向上プログラム；検査や治療の際のインフォームドコンセントを尊重し、患者の秘密を守るといった保健医療機関における差別防止プログラムは、相互に関係し合い、すべての人が必要なHIVサービスを求め、アクセスを確保できるようにするための手段を保障することになる。

政策とプログラムのレベルで人権原則を適用するには、提供するHIVサービスが利用可能になり、アクセスも用意され、受け入れやすく、質が高いものになっていなければならない（保健への権利のこうした基本要素はあとで詳しく検討する）。人権原則はまた、社会から排除され、アクセスを阻む大きな壁に直面している人たちへの対応を助けることにもなる。これらの原則は、HIVサービスの計画段階から実施、評価に至るすべての段階において、影響を受けているコミュニティが参加できるようにすることを求めている。

ポピュレーションレベルでは、人権を擁護、促進することによってHIV予防、検査、治療、ケア、支援のサービスへのアクセスを改善し（したがって利用可能な）法的、社会的、経済的環境を生み出すことになる。特定の集団のHIV感染リスクを高めるような懲罰的法律やスティグマを強める政策を取り除き、暴力や差別から守ることができれば、そうした集団に属する人たちはHIVサービスをより安全かつ手軽に利用して自分自身と他の人の健康を守れるようになるのだ。人権教育を充実させ、法的にも、さらに広範な社会においても、人権を尊重する文化が広がれば、質の高いサービスを受ける権利を含め、コミュニティが自らの権利を守り、実行するための力をつけ、活動できるようにもなる。

人権原則とアプローチは、HIVサービスが急拡大するときにはとくに重要になる。必要な人にプログラムを届け、最大限の効果をあげ、健康の権利実現を助けることになるからだ。また、潜在的な人権とジェンダーの平等に関する課題を明らかにし、HIV予防、検査、治療サービスの高速対応を急ぐあまり、引き起こされるかもしれない誤りを防ぐことにもなる。

## このガイダンスについて

HIV予防、検査、治療サービスの高速対応は人権に基づいて進めることができるし、そうすべきでもある。本文書はその理由と方法を示すガイダンス（手引き）となっている。人権原則と人権アプローチは、そのこと自体が大切なだけでなく、HIVサービスを妨げる障壁に対応し、HIVターゲットを達成するためにも、とりわけ大きな意味がある。



本文書には、人権を尊重したHIV予防、検査、治療プログラムの重要性を示す具体例も含まれている。また、スティグマと差別をなくし、必要に応じて司法へのアクセスを確保できるようにするための人権プログラムも取り上げている。これらすべてが効果的HIV対策の実現を助けることになる。

特に重要なのは以下の3点である：

- ・ HIVサービスの拡大に際して知っておくべき主要な人権原則の解説、およびそれらの原則をHIV予防、検査、治療サービスにどのように生かしていくか。
- ・ HIV予防、検査、治療サービスに伴って実施すべき人権プログラムの短いプレゼンテーション。
- ・ 政府、ドナー（資金拠出国、資金拠出者）、プログラム実施者（直接のサービス提供者を含む）、市民社会グループ、その他の関係者が、HIV予防、検査、治療プログラムを企画、モニター、評価する際、その結果が人権原則と人権アプローチに基づき、誰も取り残さないものになるようにするための3つのチェックリスト（添付資料）。

# 人権原則をHIVサービスの高速対応に生かす

---

『大事なことは、正しい場所で、正しいことを、正しい対象の人のために、正しい方法で行うことだ』

UNAIDS、数字で見るエイズ 2015、ジュネーブ：UNAIDS、2015

公衆衛生上の脅威としてのエイズ流行を2030年までに終結に導くことは野心的な目標である。そのためには、2020年までにHIV予防、検査、治療の当面のターゲットを大急ぎで実現しなければならない。年間の新規HIV感染者を世界全体で50万人以下に抑え、エイズ関連の死亡を年間50万件以下に減らし、HIV関連のスティグマと偏見をなくすことがその当面の目標となる(10、11)。

これらのターゲットを達成するには、エイズの流行から最も大きな打撃を受けている国々や地域、集団に焦点を当てる必要がある(4、10、12、13)。つまり、HIV予防、検査、治療サービスの急速な拡大は公衆衛生上の観点からと同様、人権上も急務なのだ。ただし、エイズ終結に向けた高速対応を軌道に乗せることと同時に、HIVサービスの提供は、流行に深刻な影響を受けている人たちの人権を尊重し、まもり、実現できるかたちで進めていく必要もある。こうした集団はとりわけHIV感染の高いリスクにさらされ、また、さまざまなかたちでHIVケアを拒否されているのだ。具体的には以下のような人たちが含まれる；

- ・ 10代を含む若い人たち（とりわけ10代の少女と若い女性）
- ・ HIV陽性者
- ・ セックスワーカー
- ・ ゲイ男性および男性とセックスをする男性
- ・ トランスジェンダーの人たち
- ・ 注射薬物使用者
- ・ 受刑者その他の被拘禁者

こうした集団のうち、ゲイ男性および男性とセックスをする男性、セックスワーカーとその客、トランスジェンダーの人たち、注射薬物使用者、受刑者その他の被拘禁者は、キーポピュレーションと考えられている。これらの人びとは懲罰的な法律やスティグマの強い政策によって苦しめられていることがしばしばあり、HIV感染の最も高いリスクにさらされている(14)。UNAIDSが入手したデータを分析したところ、2014年には中央アジア、ヨーロッパ、北米、中東・北アフリカの新規HIV感染者の90%以上がキーポピュレーションの人たち、およびその性パートナーだった(13)。さらに、貧困率の高さや社会生活への参加制限、ジェンダーが原因の暴力迫害、人権を尊重し差別のない性と生殖に関する保健サービスへのアクセスの不均衡など、現在も広がっているジェンダーの不平等のために、女性と女兒におけるHIV対策も妨げられている。

『エイズ対策は、人権をしっかりと守るとい  
う基盤の上に進めなけ  
ればならない。差別が  
ゼロにならない状態を  
受け入れることはでき  
ない』

UNAIDS「高速対  
応：2030年のエイズ流  
行終結」ジュネーブ、  
UNAIDS、2014

人権の基準を幅広く検討し、この章ではHIV予防、検査、治療サービスの策定や提供の際に考慮すべき主要人権原則をまとめている。

## HIVサービスに関する主要人権原則

HIV予防、検査、治療のサービス拡大に最も関係がある人権原則は以下の5項目である：

- ・ サービスの利便性、使いやすさ、受けやすさ、質の確保
- ・ 平等で差別がないこと
- ・ プライバシーと秘密保持
- ・ 個人の尊厳と自立の尊重
- ・ 意味のある形での参加と責任

これらの主要原則は現在の人権に関する国際条約および地域条約に基づき、各国に義務づけられているものである。とりわけ、その中には国連システムの人権宣言、規約、条約<sup>4</sup>、およびさまざまな地域機構で採択された条約や宣言、規約<sup>5</sup>が含まれている。各国がどの程度、取り決めに縛られるのかは条約によりさまざまだが、すべての国連加盟国が少なくとも一つは、国連の主要人権条約を批准しており、加盟国の80%は4条約ないしはそれ以上の条約を批准している<sup>(15)</sup>。さらに、これらの条約に盛り込まれた権利の基盤となる原則は、各国の国内法の一部となっていることが多く、そうした国内法には、基本的権利を守る憲法から、さまざまなかたちで権利を保障する個別の法律や規則まで含まれている（プライバシー保護法、様々な状況下における差別禁止法、性的暴行その他の暴力禁止規制など）。

<sup>4</sup> The foundational instruments of the modern international human rights system are the Universal Declaration of Human Rights (1948), the International Covenant on Civil and Political Rights (1966), and the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966). The other core human rights treaties of the UN system are the International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1965), the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (1979), the Convention Against Torture and Other Forms of Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (1984), the Convention on the Rights of Child (1989), the International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of their Families (1990), the International Convention for the Protection of All Persons from Enforced Disappearance (2006), and the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006). For the complete list and full text of all core UN human rights treaties, see the webpage of the Office of the UN High Commissioner for Human Rights (OHCHR): <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CoreInstruments.aspx>. Other UN treaties also serve to protect human rights of various groups (such as refugees) or in specific contexts (e.g. education or work).

<sup>5</sup> Examples include the African Charter on Human and Peoples' Rights (1981), the European Convention on Human Rights (1950), the revised European Social Charter (1996), the American Convention on Human Rights (1969) and the San Salvador Protocol to that convention (1988), and the Arab Charter on Human Rights (2004). The extent to which these treaties embody the same level of human rights protection as articulated in UN treaties varies significantly. As at the UN level, other treaties have been adopted in some regional systems that address in greater detail the rights of specific populations (women, children, prisoners, refugees, etc.) or specific human rights concerns (such as torture or labour rights).

国際条約により、各国政府は拘束力のある義務を負うことになる<sup>6</sup>。法的な拘束力を持つ条約のほか、国連総会や人権理事会などで採択した拘束力のないさまざまな宣言や決議によっても各国は重要な人権原則を認めている。

人権に関する重要な手引きは以下の情報源からも得ることができる：

- ・ 各国が条約のもとでの人権履行義務を果たしているかどうかをモニターする国連機関（または地域機構）のさまざまな専門委員会、作業部会（いわゆる「条約部会」）。
- ・ 国際人権規範の内容に関する定義および検討を進めるための調査分析や各国調査を担当し、政府や専門家、市民社会組織、国連、国際機関などとの協議を行うさまざまな特別報告者および他の独立専門官（国連機関では「特別手続き」という）。
- ・ 政策やプログラム、サービスが人権基準に適合したものになることを助けるためにさまざまな技術的ガイダンスを作成する国連特別機関および加盟国創設プログラム。たとえば国連合同エイズ計画（UNAIDS）や国連人権高等弁務官事務所（OHCHR）はHIV/エイズと人権に関する国際ガイドラインを作成している。国際人権規範をHIV分野の実務に反映させるための手引きを各国に提供するものだ（16）。

---

### 人権基準、原則、手引きに関する情報源

- ・ 国連および他の地域機構の加盟国が批准している条約
  - ・ 国際慣習法
  - ・ 各国が採択した宣言、決議
  - ・ 人権専門家委員会のコメント、勧告、見解
  - ・ 加盟国から権限を与えられた人権報告者その他の独立専門官
  - ・ 国連特別機関および他の国際機関による技術手引き
  - ・ 各国の憲法および法律
- 

---

<sup>6</sup> Furthermore, some fundamental human rights norms enjoy universal protection under what is known as customary international law across all countries—that is, the general practice of states is that these rights are accepted as reflecting their legal obligations. These obligations apply regardless of whether states have codified them in international treaties or domestic law.

最後に、他の国際機関も人権基準をHIVサービスに取り入れ、責任をもって実行するための方策をとっている。たとえば、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）はすべての助成申請書に最低限確保すべき人権基準を明記している。グローバルファンドが資金的な支援を行うプログラムはすべて、他の条件とともに、（被拘留者を含む）すべての人に差別のないサービスへのアクセスを確保し、HIV・結核・マラリア関連の予防、検査、治療およびその他の保健サービスの実施にあたってはインフォームドコンセントと個人情報、プライバシーを尊重、順守することが条件となっている。

グローバルファンドは2017年、技術解説書『HIVと人権、ジェンダーの平等』を発行した。プログラムの助成申請者が、HIVサービスの提供にあたって人権、ジェンダー関連の障壁を取り除き、人権を基盤にしてジェンダーに配慮したアプローチを実施できるように支援するものだ<sup>(17)</sup>。

人権基準は本来、各国政府が国際的に合意し、何度も確認している法的規範に基づくものである。この点に対する理解は重要だが、サービス提供者がこうした文書とその法的根拠のすべてに精通しなければならないわけではない。実際にこのガイダンスも、最も重要な原則と考慮すべきことがらについて検討し、それをHIV予防、検査、治療のサービスの場でどう適用するかを示そうとするものだ。

人権原則は相互に関連し、補完しあうものだ。たとえば、個人の保健情報に関するプライバシーの保護は、サービスを利用しやすくする点で重要になる：それと同時に若者や女性、女兒、キーポピュレーションの人たちにとっては、すべての人が平等にアクセスを保障されることがとりわけ大きな意味を持っている。同じように、サービスを利用可能にするには、そのサービスを必要とする人が差別を受けることなく使えることが大切になる。HIVサービスを受けやすくするには、個人の自主性を尊重し、良質のサービスを提供することが不可欠な要素であり、サービス利用者のすべてが平等に尊重されなければならない。HIVサービスにおける主要原則のこうした重層性は、国際法でも認識されているように、人権は分割できるものではなく、互いに結びついていることを示している。つまり、一つの権利の保障は他の権利を守れるかどうかにかかっているし、一つの権利が改善されれば他の権利も守られるといったことがしばしばあるのだ。

5つの主要人権原則を効果的に導入、モニターし、HIV予防、検査、治療の高速対応を進めるために本章では以下の事項を扱う：

- ・ HIVサービスを計画、実施、評価する際のこれらの主要原則の内容および相互関係について紹介する。
- ・ それぞれの原則がHIV予防、検査、治療のサービスに何を求めているかを具体的に説明する。

こうした原則は、この手引きの巻末に添付資料として掲載したチェックリストにも反映されている。

## 原則1:サービスの利便性、使いやすさ、受けやすさ、質の確保

### どんな原則か？

可能な範囲で最も高い基準の健康を維持する権利を保障するため、政府は保健医療やそのサービス、情報に関し、高い利便性と使いやすさ、受けやすさ、サービスの質を確保しなければならない（AAAQ要件としても知られる）。<sup>7</sup>

- ・ 利便性は「公衆衛生の機能および保健医療の施設、製品、サービス、そしてプログラムと情報の量が十分に確保されていなければならない」という意味である(18)。
- ・ 使いやすさは「誰もが差別されることなく製品とサービスを使える」という意味であり、そこには身体的な条件や地理的な条件から見た使いやすさ、および経済的、資金的使いやすさ（つまり手頃な価格で利用できるかどうか）も含まれる(18)。
- ・ 受けやすさは、すべての「保健施設、製品、サービスが医療倫理を尊重し、文化的に適切なものでなければならない。すなわち個人、少数者、コミュニティによって異なるそれぞれの文化に敬意を払い、ジェンダーおよびライフサイクルによって求めるものが異なることに配慮し、同時に秘密を保持して、そこに関わる人びとの健康状態が改善するよう設計されている」ことを意味している(18)。
- ・ 質の確保とは「保健施設、製品、サービスが、文化的に受けやすいものであると同時に、科学的かつ医学的に適切で質の高いもの」であることが含まれている(18)。

HIV予防、検査、治療の高速対応においてはどのような意味を持つのか。

コンビネーション予防、HIV検査、治療のために以下の製品、サービス、情報は、WHOとUNAIDSの勧告に則して利便性を確保しなければならない。

- ・ コンドームおよび潤滑剤プログラム（男性用、女性用コンドームを含む）。
- ・ ハームリダクションサービス（注射器・注射針交換プログラム、オピオイド代替治療を含む）。
- ・ 質の高いHIV検査サービス。
- ・ 曝露後予防投与（PEP）、曝露前予防投与（PrEP）のための抗レトロウイルス薬。
- ・ HIV陽性者の治療のための抗レトロウイルス薬および日和見感染症の治療。
- ・ 自発的男性器包皮切除（VMMC）。
- ・ 性感染症（STI）サービスへのアクセス。
- ・ 包括的なセクシャリティ教育を含む社会的および行動学的プログラム（12. 19. 20）。

<sup>7</sup> The right to health encompasses certain core minimum obligations of governments, including (a) ensuring access to health facilities, goods and services on a nondiscriminatory basis, especially for vulnerable or marginalized groups; (b) the provision of essential drugs, as defined from time to time by World Health Organization (WHO) guidance (i.e. the WHO's Model List of Essential Medicines, updated periodically and available online at <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>); and (c) ensuring the equitable distribution of all health facilities, goods and services (18).



上記の製品、サービス、情報は、それを必要とするすべての人が、以下のようなかたちで利用できるようになっていなければならない。

- ・誰もが利用できるだけの量とカバー能力を確保する。
- ・都市部でも地方でも、使いやすく、（若者、女性と女兒、障害者、先住民、キーポピュレーションを含む）誰もが必要な時に行きやすい場所で提供する。
- ・利用者に固有のリスクに対応し、ニーズを満たせるような形式を工夫する。
- ・無料または手頃な価格で提供する。
- ・製造に伴う国際基準を満たし、安全性と品質と効果が保証されているものを使う。

さらに、各国政府はHIVサービスを拡大するため、以下の方法で利便性を高める必要がある。

- ・HIVサービスを各地域のニーズに応じて提供できるよう必要な数の保健医療施設、プログラム、そして適切な研修を受けた保健医療従事者を確保し、公平に分配できるようにする。
- ・HIVサービスを他の保健医療サービスと結びつけ、HIVプログラムの利便性を高める方法のひとつとして活用する。

各国政府はすべての人がHIVサービスを使いやすくするために、直接的、間接的にその妨げとなる法律上、政策上、執行上の障壁を取り除く必要がある。そうした障壁としては以下のものが含まれ得る：

- ・女性がHIVサービス（コンドーム、PEP、PrEP、検査、治療など）を受ける際に、配偶者またはパートナーの同意や告知を必要とするという条件を撤廃し、同意や告知を強制しない。同様に10代の少年少女がHIVサービスを求める際に、親または保護者の同意を義務づける条項や慣行もなくす。<sup>8</sup>
- ・障害者がHIVサービスを利用する際にアクセスを妨げる身体的またはその他の障壁を取り除く。
- ・刑務所における保健サービスは刑務所の管轄官庁ではなく、保健省が責任を持つよう検討する。そうすることで、受刑者に対するHIVサービスのアクセスを改善し、受刑者がコミュニティと同様のHIVサービスを受けられるようになる。

とりわけ若者、女性と女兒、障害者、先住民、キーポピュレーションといった人たちがHIVサービスを使いやすく、そして受けやすくするために、各国政府はアクセスを妨げる障壁（恐怖、スティグマ、差別、犯罪扱い、その他の虐待など）をなくしていく手立て

---

<sup>8</sup> A recent review found that one of the major barriers to the uptake of HIV testing and counselling services among adolescents in sub-Saharan Africa is the requirement of parental or guardian consent for minors (21). Removing such barriers and adopting legal and policy frameworks that support independent access to HIV testing services for adolescents under the age of 18 is a necessary and important step for increasing accessibility to a key population affected by the epidemic (22).



を講じなければならない。そのためにはたとえば以下のような方法がある；

- ・ HIV陽性者やキーポピュレーション（男性とセックスをする男性、セックスワーカー、薬物使用者など）に対するスティグマや差別、不当な犯罪視などをなくすための補足的なプログラム。HIV陽性と分かったときに受ける影響を心配する人たち、スティグマや犯罪者扱いの対象となる人たちが使いやすく、そして受けやすいHIVサービスにするにはこうしたプログラムが必要となる。
- ・ HIVの予防と検査の普及にはコミュニティが参加し、配慮の行き届いたものにする。とりわけ若者、女性と女兒、障害者、先住民、そしてキーポピュレーションのメンバー（男性とセックスをする男性、セックスワーカー、注射薬物使用者など）にはこの点が重要になる。
- ・ 女性と女兒の力を高め、経済力をつけるプログラム、およびジェンダーがもとになった暴力に対応するためのプログラム。

各国政府はHIV予防（コンドーム、消毒された注射器具、PEP、PrEP、VMMCキットなど）、検査ツール（検査キットなど）、治療（治療薬など）に関する経済的な面からの受けやすさ（つまり手頃な価格）も保障する必要がある。以下のような方法が考えられる：

- ・ （たとえば価格規制、法外な価格設定の防止などで）資金的に入手しやすくなるような法律、政策、計画を採用もしくは活用する。
- ・ 価格を引き下げられるよう製薬会社間の競争を促す知的財産権法や競争法を制定し、この目的のために融通性をもたせる。
- ・ HIV予防、検査サービス、およびCD4やウイルス量検査を受ける上で妨げとなりうる受益者負担金の減額もしくは撤廃に踏み切る。

HIV関連用品やサービス、情報の質を高めることは、使う人が利用しやすくするためにも、効果を高めるためにも不可欠である。そのためには次のようなことが必要になる：

- ・ エビデンスに基づくサービスを提供する。
- ・ 製品は製造基準を満たさなければならない。
- ・ 情報は正確でなければならない、同時に様々なレベルの人に広くに伝わるようにする。
- ・ サービスは人権基準を満たす方法で提供する。
- ・ 保健医療従事者は倫理面、及び差別のない態度と行為について訓練を受ける。
- ・ 保健医療施設で人権侵害が起きた場合に、それを正す修正メカニズムがある。

WHOがHIV検査サービスガイドラインやHIV治療ガイドラインで示した技術的手引きにしたがい、政府、保健医療機関、保健医療従事者は、HIVサービスを必要とする人なら誰でもそのサービスが利用できるようにしなければならない。検査サービスガイドラインには「5つのC（同意 consent、秘密保護 confidentiality、相談 counselling、正確な検査結果 correct test results、ケアへの紹介 connection to care）」が示されている。また、治療のガイドラインは、それぞれの対象集団にあわせた医療とケアの提供を推奨している(23)。サービスはとくに以下の点を守るべきである：

- ・強制的な方法でHIV検査プログラムを実施してはならない。さらに、人権を重視したHIV検査サービスにはインフォームドコンセントの確保が必須となる。検査を受ける人が、検査の前に適切な情報を得て、それを理解したうえで、検査に同意することが必要になる。
- ・検査結果は正確でなければならない。質の高い検査方法（たとえばWHOが承認した迅速検査）を採用し、WHOが推奨する検査戦略にしたがって実施すべきである。<sup>9</sup>
- ・プログラムは予防と治療への理解を促進する活動とあわせて実施し、HIV予防と治療の普及につなげていかななければならない。（HIVのように）長期の治療が必要なときには、とりわけそれが重要になる。

## 原則2: 平等および差別がないこと

### どんな原則か？

平等および差別がないことは、他のすべての人権の実現を下支えする重要な原則である。すでに述べたように、保健医療施設、保健医療製品、サービスを公平に分配し、差別のないアクセスを保障することは各国の最低限の義務となっている(18)。社会経済的な地位にかかわらず（つまりすべての人が手頃な価格で）差別なしにHIV予防、検査、治療のサービスを使えるようにし、（文化やそれぞれの集団のニーズを尊重して）受けやすいものにしなければならないというのも同じことだ。

平等に差別なくという原則は、数多くの国際人権文書やガイダンスにより、HIVからとりわけ大きな影響を受けているさまざまな集団（若者、女性・女兒、先住民、キーポピュレーションなど）についても繰り返し強調されてきた。健康の権利も含め、男女が平等にすべての人権を享受することは、国際法で繰り返し確認されてきた。<sup>10</sup> 同様に各国はさまざまな条約、決議、宣言によっても、保健医療製品やサービス、情報へのアクセスが人種による違い、先住民、子ども、若者、高齢者、移住者、受刑者など拘束を受けている人への差別的な扱いによって不平等になることのないよう、特に注意を払って取り組むことを約束してきた(25-40)。国連の経済的・社会的・文化的権利

<sup>9</sup> For more on the problem of misdiagnosis and guidance for ensuring the quality of testing services, including human rights concerns raised by misdiagnosis, see Annexes 8, 9 and 14 of WHO's Consolidated guidelines on HIV testing services (23).

<sup>10</sup> Examples include the following: Articles 2.2 and 3 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights; Articles 2.1 and 3 of the International Covenant on Civil and Political Rights; Articles 1, 3 and 12 of the Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women; paragraph 1 of the General Recommendation No. 5: Women and HIV/AIDS (1990); and paragraphs 29 and 36 of the General Recommendation No. 24: Women and Health (1999).

委員会の「差別なく」という原則は、公的な差別（法律や制度、政策上の差別）と実質的な差別（差別的な態度や条件を維持するために現場で採用される特別な方法など）の両方を対象としている（41）。差別は直接的なものも間接的なものも国際人権法のもとで禁じられている。<sup>11</sup>

*HIV予防、検査、治療の高速対応においてはどのような意味を持つのか。*

基本的な予防情報や製品などHIV感染を防ぐための一定レベルのサービスには、すべての人に平等なアクセスを確保しなければならない。また、感染の可能性がある機会にさらされた人は（性行為であれ、汚染された注射器具であれ、妊娠・出産であれ）、誰でも検査を受けることができるようにしなければならないし、HIV陽性と確認された人は誰でも（抗レトロウイルス治療を含め）必要な医療が受けられるようにしなければならない。平等に健康を享受する基本的権利およびそのアクセスは、すべての人に保障されなければならない。

---

<sup>11</sup> Direct discrimination occurs when an individual is treated less favourably than another person in a similar situation for a reason related to a prohibited ground; e.g. where employment is denied to a people living with HIV because of their HIV status. Indirect discrimination refers to laws, policies or practices which appear neutral at face value, but have a disproportionate impact on the exercise of human rights. For instance, requiring a birth registration certificate for school enrolment may discriminate against ethnic minorities or non-nationals who do not possess, or have been denied, such certificates. See Committee on Economic, Social, and Cultural Rights. General Comment 20: Non-discrimination in Economic, Social and Cultural Rights (Article 2, para 2). E/C.12/GC/20, 10 June 2009.

---

## タイの保健医療従事者を対象にしたHIV関連のスティグマと差別を減らす試み

タイはユニバーサル・ヘルスケア制度のもとで、無料のHIV検査と治療を提供しているが、2012年の診療登録データによると、HIV陽性者の半数は治療開始が遅く、CD4数が100以下になってからだった。保健当局はHIV関連のスティグマがサービス利用を妨げているとみて、2016年までにHIV関連のスティグマと差別を半減させる目標をたてた。

状況把握と対応のため保健省の支援で行われた関係者調査では、対象となった保健医療従事者の80%以上が少なくとも一度はHIV陽性者に対し否定的な対応をしていた。また、約20%は同僚がHIV陽性者にはサービスを提供したがいらないか、または標準以下のサービスしか提供していなかったのを目撃している。回答者の半数以上は、HIV陽性者に対しては手術用手袋を二重につけるといった不必要な防護手段をとっていた。また、HIV陽性者の回答では、ほぼ4分の1が、感染がばれてしまう、治療の質が低い、といった理由から地元の保健医療機関で治療を受けるのを避けていた。また、3分の1が同意していないのにHIVに感染していることをばらされてしまったと回答している。調査はキーポピュレーションへのスティグマに関するデータもとっている。

こうしたエビデンスが示されたことが、さまざまな行動を促すことになった。タイ公衆衛生省は、市民社会や国際パートナーと協力して、臨床以外も含めた様々な立場の保健医療従事者の意識を高める対策に取り組んだ。初期段階の成果からは、保健医療従事者の態度の改善により、HIV陽性者に提供されるケアの質が大きく向上するだけでなく、さらに広範な社会的利益をもたらすことも示唆されている。保健医療従事者は社会のロールモデル(お手本)とみなされているからだ。保健医療機関におけるスティグマや差別は、計画、管理段階で集められる情報によって日常的に測定し、その結果を評価できることも、パイロットプログラムは確認している(4)。

---

サービスの拡大が急務であっても、拡大の優先対象を決める際に特定の集団や地域を差別しても構わないということにはならない。どのサービスをどこで、どのように拡大するか判断は、どの集団が最も大きな影響を受け、サービスを必要としているかに関するエビデンスをもとに行う必要がある。それがエビデンスに基づくよりも、偏見や差別的な拒否の感情に左右されるようでは、エイズ流行終結に必要なユニバーサルアクセスの実現は困難になるばかりである。

平等であり、差別をしないという原則により、HIV予防、検査、治療サービスは以下のことを求められる：

- ・すべての人がHIV関連の製品やサービス、情報を得られるようにする。サービスについては、若者、女性と女兒、障害者、先住民、キーポピュレーションを含め、そのサービスを必要とするすべての人びとが等しく利用できるように計画し、提供しなければならない。サービスを必要とする人たちが差別のないかたちでアクセスできるようにすべきなのだ。そのためには政策の策定とその実施に際し、サービス提供における不当な差別の禁止をはっきりと示し、性別や人種、性的指向、性自認、性表現、HIV感染の有無、薬物使用、薬物依存、セックスワーク、障害などに基づく差別が起きたときには救済しなければならない。たとえば、妊娠を理由にして女性にインフォームドコンセントなしで検査を行うこと、薬物使用者に対し（治療をきちんと継続しないと、治療しても効果がないといった偏見に満ちた思い込みで）抗レトロウイルス治療を拒否することは差別的な行為である。同様にHIV陽性の患者を隔離したり、診療拒否したり、追加料金を課したりすることも差別的な行為となる(42)。

- ・ HIV予防のサービスやプログラムにおいて公平性を実現するためには、受刑者、身体その他に障害を持つ人、セックスワーカー、薬物使用者、ゲイ男性など男性とセックスをする男性、トランスジェンダーの人びと、移住者、難民、国内避難民、10代を含む若者、とりわけ10代の少女と若い女性など、HIVの影響を非常に強く受け、対策の中でしばしば置き去りにされてもいる集団へのサービスの提供および拡大をとくに強調する必要がある。

ーHIV予防プログラムは受刑者の間での流行に緊急に対応しなければならない。場所によっては、刑務所で服役中の人のHIV陽性率が、一般人口の50倍近いところもある(13)。

ー身体障害者および他の障害者は十分なサービスを受けていない集団の中でもとくに人数が多く、最もサービスが届いていない集団であり、サービスを利用可能にするための積極的な対応が求められる(13)。

ーセックスワーカー、薬物使用者、ゲイ男性など男性とセックスをする男性、トランスジェンダーの人びとを対象にしたHIV予防の情報や資材を作成したり、配布したりするには、対象となる人たちの性行動や性自認を事細かく取り上げなければならないという思い込みから、作成や配布を拒否するのは差別的な行為である。

ー同様に、先住民のコミュニティ対象のHIVサービスを含む保健サービス予算を他よりも低く抑えることは差別的な行為である。

ー移住者や難民を対象にしたHIV予算および保健予算は、他よりも低く抑えられていることがしばしばある。

ー東部や南部アフリカなどいくつかの地域で、思春期を含む若者、とりわけ思春期の少女と若い女性のHIV感染リスクは高まっている。

ーHIV関連の治療や他の保健サービス、ケアを提供する際には、サービス利用者への差別や人権侵害（暴力など）を防ぐか、少なくとも最小限に抑えるべきである(43)。たとえばプライバシーの権利の尊重と保護は、個人の尊厳をまもり、HIV感染や他の個人情報開示に関する自己決定の権利を保障するうえで重要であり、他の人権侵害を防ぐ助けにもなる。

- ・同様に、HIV陽性者や若者、女性と女兒、障害者、先住民、キーポピュレーションがすでに経験しているスティグマや差別、その他の人権侵害を強めてしまうHIV予防、検査、治療対策は避けなければならない。たとえば、セックスワーカーや薬物使用者、ゲイ男性を含む男性とセックスをする男性、トランスジェンダーの人たち、外国人と考えられる人など特定の集団を病気の媒介者として扱うようなHIV予防のメッセージは避けるべきである。だれかをスティグマの対象にすることは、治療の継続を妨げることになる。

キーポピュレーションのHIV陽性率が高く、エイズから受ける影響が大きい理由の一つは、社会的、経済的、法的に不平等な扱いを受けていることにある。このため、平等で差別のないサービスへのアクセスを確保するには、HIVサービス提供の環境から構造的な障壁を取り除かなければならない。たとえば、特定の集団に対するHIVサービスのアクセス確保や理解を妨げる差別的な法律や政策、慣行などは廃止しなければならない。このことは、権利を知ろうキャンペーン（Know Your Rightsキャンペーン）、法的支援、法改正に向けた働きかけ、戦略的な訴訟など、HIVサービスの普及を可能にするための様々な人権プログラムの重要性を示している。（詳細な人権プログラム拡大策については下記を参照）

保健分野における差別に対応する国際的、国内的な動きを活性化させるためにUNAIDSとWHOの世界保健人材アライアンスは2016年3月1日、保健医療機関の差別ゼロに向けたアジェンダを発表している。このアジェンダは、誰もが、どこでも差別なく保健医療を受けられ、提供もできる世界を実現するため、すべての関係者の一層の協力を促すものだ。とりわけ、政治のリーダーシップと責任ある対応、差別解消に有効な方法の充実強化、一層の説明責任などを重視している(42)。



## 原則3: プライバシーと秘密保持

どんな原則か？

プライバシーの権利—およびそれに対応するサービス提供者側の守秘義務—は、国際人権条約に基づくものであり(46、47)、同時に各国、国際機関の保健分野の専門家が採択した保健医療の義務に関するさまざまな宣言や決議にも示されている。<sup>12</sup> また、各国の国内法や規則でも表明され、保健医療その他のサービス提供者のための実務基準にも盛り込まれている。国連の専門機関などによる国際的なベストプラクティスのガイドでも、HIVサービス提供の際のプライバシーの尊重と守秘義務の重要性が強調されている(16、23)。プライバシーに対する一定の限界、および本人の同意なしでのHIV感染の開示は、限定された状況のもとで、やむを得ない理由があれば、ある程度、認められるかもしれないが、あくまでそれは、法的に認められている場合に限る。さらに法的に侵害が認められたり、要請されたりする場合も含め、いかなる場合においても、守秘義務の解除は、プライバシーの権利が最大限守られるよう、できるだけ限定した範囲にとどめなければならない。<sup>13</sup>

HIV予防、検査、治療の高速対応に対し、それはどんな意味を持つのか。

HIV予防、検査、治療に関し、プライバシーの権利は以下のことを求めている。

- ・ サービスを受ける人には、サービス提供者がHIV予防プログラムや検査サービスや治療（または関連するケア）によって、その人に関するどんな情報を得ているのかについて知る権利がある。提供者側はこの点に関するサービスの利用者の質問に答え、要望があれば記録をコピーして提供しなければならない。<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Some examples include the following: Article 9 of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (2005); the World Medical Association (WMA) Declaration of Geneva (first adopted in 1948, most recently amended in 2006); the WMA International Code of Medical Ethics (first adopted in 1949, most recently amended in 2006); the WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient (first adopted in 1981, most recently affirmed as amended in 2015); and the WMA Statement on HIV/AIDS and the Medical Profession (2006). All documents are available online via <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/index.html>. Other examples include Nurses and Human Rights: International Council of Nurses Position Statement (2001), International Code of Ethics for Midwives from the International Confederation of Midwives (2008, most recently reviewed and adopted again in 2014), and the Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice from World Psychiatric Association General Assembly (first adopted in 1996, most recently amended in 2002).

<sup>13</sup> Some human rights are absolute (e.g. the rights to life, freedom from medical experimentation without free consent, and freedom from torture or other cruel, inhuman or degrading treatment). These are nonderogable rights, meaning no government is ever permitted to breach or limit them under any circumstances. There are times, however, that limitations on some other rights may be justified, within certain narrow parameters, in order to achieve important, legitimate objectives. Key among these are the principles that any limitation on rights must use the least restrictive means required in order to achieve the purpose underlying the limitation, and that no limitation on a right can ever be arbitrary, unreasonable or imposed in a discriminatory manner. For more guidance, please see the following resources: United Nations, *Siracusa Principles of the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights* from the UN Economic and Social Council, E/CN.4/1985/4, 1985 (available from <http://hrlibrary.umn.edu/instree/siracusapprinciples.html>); and paragraphs 46–69 of *The Limburg Principles on the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, In: *Economic, social and cultural rights: handbook for national human rights institutions* (New York and Geneva: United Nations; 2005), pp. 125–35 (available from <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training12en.pdf>).

<sup>14</sup> To justify withholding such information, there must be some compelling justification related to the best interest of that particular service user or the necessity of protecting the legitimate rights of another person.



- ・すべてのHIVサービスはプライバシーの権利を尊重し、保護し、遂行しなければならない。それは、利用者のHIVサービスへのアクセス歴や感染の有無、治療に関する情報に関し、サービス提供者にはプライバシー保護に対応する守秘義務が課せられているということでもある。

ーサービス提供者は良好かつ専門的な保健医療提供基準にのっとり、サービス提供に必要なとなる以上の個人情報を尋ねるべきではない。

ーHIVサービスの普及をはかるには、利用者がHIV感染の有無を明らかにせず、サービスを求めていることも分からないように場所と仕組みを、最大限、工夫しなければならない。たとえば、HIVサービスを提供していることが分かるような目立つ看板を診療所が出せば、利用者のプライバシーは損なわれ、アクセスの妨げになる。

ー保健サービスを開始する際には、サービス提供時の秘密保持（たとえばHIV検査の運営）、および利用者とサービス提供者の間のコミュニケーション（たとえば検査前、検査後のカウンセリングや結果の告知、ウイルス量や薬剤耐性のモニタリング、治療の選択肢と副作用、投薬の組み合わせ、関連する健康問題などについて秘密を保持できる環境のもとで話し合う）を保障できるようにしなければならない。

ーHIVサービス提供の方針と実施要領は、プライバシー侵害のリスクを抑えるために、少なくとも秘密保持—そして実行可能な場合は完全な匿名性—を保障しなければならない。その対象には、個人の健康情報の収集と保管、および権限がないのに情報を開示したり情報を誤用したりすることの禁止も含まれている。たとえば、HIV感染の有無がわかるような患者ファイルを他の人に見えるように置いたり、保管したりしてはならない；患者ファイルの情報は紙であれ電子媒体であれ、患者情報の守秘義務に関する明確なルールに則って権限を与えられた保健医療担当者以外はアクセスできないようにする；情報はアクセス権限のない他者が見ることができないように物理的な手段をとる（たとえば権限のあるサービス提供者以外は入れない鍵のかかったオフィスと保管庫）、電子情報の場合もデジタル面の防護措置をとる（たとえばパスワードや暗号化）。<sup>15</sup> 個人の保健医療情報およびHIVに関するデータの収集、保管に使われる技術に関しては、コミュニティと協議し、そうしたデータ保護に関する懸念があれば、きちんとそれに対応しなければならない。

ーすべての人がプライバシーの権利を確保できるようにしなければならない。だが、実際にはそうになっていないことも認識しておく必要がある。とりわけ女性、10代後半を含む若者、障害者、受刑者、キーポピュレーションのメンバーらは、保健医療の様々な状況で、自らの健康に関する情報の保護が、不当に制限されがちである。

<sup>15</sup> See UNAIDS/WHO Working Group, Guiding principles on ethical issues in HIV surveillance (Geneva: WHO; 2013) (available from <http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/module2/en/>).

- ・ HIVサービスにおけるプライバシーの権利は、HIV感染の有無に関する秘密保持にとどまるものではない；サービス提供に際して得られた他の健康情報や個人情報も保護しなければならない。個人情報が開示されることで、その人がスティグマや差別、犯罪者扱い、暴力その他の迫害を受けるおそれもある。状況によっては、性的指向や特定の性的な行為、性自認とその表現、セックスワーク、薬物使用や依存（および薬物依存の治療）、民族、移住者としての立場、犯罪歴、社会経済的な地位なども個人情報保護の対象となる。

『医師はHIV検査の目的と検査を進める理由、そして検査結果陽性の意味を明確に説明しなければならない。検査の実施に先立ち、医師は陽性の結果が出た時を想定して、行動計画をきちんと用意しておかなければならない。患者からは事前にインフォームドコンセントを得ておく必要があり・・・検査を望むすべての人が事前のカウンセリングを受け、自発的に匿名で検査が受けられるようにしなければならない。また、検査後の適切な支援メカニズムも必要である』

世界医師会、HIV検査と医療専門職に関する2006声明

## 原則4:個人の尊厳と自立の尊重

どんな原則か？

個人の尊厳と自立の尊重はHIVサービス提供の基礎をなす中心的な原則である。世界がHIVの予防と治療のターゲットを達成するには、すべての人が自らの意思で協力することが必要になる。そのためには、保健サービスへの信頼を損ない、協力しづらく、したがって流行終結の妨げになる強制的な手法や不本意なプログラムは廃止しなければならない。女性、若者（なかでも少女）、障害者、先住民、キーポピュレーションにとっては、個人の尊厳と自立、自己決定の原則がとりわけ大きな意味を持っている。社会規範や経済的制約、そして時には法律までもが、この人たちの自立的な判断を妨げることがあり、保健医療に関する判断もそこには含まれるからだ。

保健医療の専門家団体は、HIVを含めた保健医療関連のサービスを提供する際のインフォームドコンセントの必要性を繰り返し確認している。<sup>16</sup> 保健医療分野で個人の自立を尊重しなければならないことは、保健医療の場で権利を侵害されやすいさまざまな集団について言及する際、ことあるごとに強調されてきた。たとえば、妊娠した女性はHIV検査の強化および母子感染予防のための治療の集中的プログラムの対象とされてきた。しかし、これまでの研究では、強制的、かつ不十分なカウンセリングを受けた女性は検査結果を知ろうとせず；その結果として母子感染を予防し自らの健康を守るために必要な治療を開始しなかったり、治療を続けずに止めてしまったりする傾向があることも示唆されている(50, 51)。したがって、検査を受ける女性が結果をきちんと受け止め、それに基づいて行動できるようにするためには、検査の普及をはかる中でインフォームドコンセントを尊重し、カウンセリングを提供することが大切になる。

<sup>16</sup> For an example, see World Medical Association, Statement on HIV/AIDS and the Medical Profession, October 2006 (available from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/a25/index.html>).

---

## 確実にHIV母子感染をなくすための 人権、コミュニティ参加、ジェンダー平等に関する10項

HIV母子感染をなくすことを目指す国は、以下の人権、コミュニティ参加、ジェンダー平等の原則を尊重し、実行しなければならない。

1. 母子感染を犯罪扱いしない
2. 検査と治療を強制、強要しない
3. インフォームドコンセントを得る
4. 中絶、避妊、断種を強制、強要しない
5. 秘密保持とプライバシーを守る
6. 平等に扱い、差別をしない
7. サービスの利便性、使いやすさ、受けやすさ、質を確保する
8. 説明責任、参加、コミュニティの関与を重視する
9. ジェンダーに基づく暴力をなくす
10. 司法、救済、補償へのアクセスを確保する

---

こうした人権課題に照らし、UNAIDSとWHOは、世界女性エイズ連合（ICW）、世界HIV陽性者ネットワーク（GNP+）と協力して、母子感染をなくすための人権、ジェンダー平等、コミュニティ参加について各国が守るべき10項目を策定した（囲み参照）。このプロセスは疾病の制御には人権の確保が前提となることを公衆衛生史上初めて明記したものである（52）。

HIV予防、検査、治療の高速対応においてはどのような意味を持つのか。

自立性尊重の原則を反映し、UNAIDSとWHOはHIV検査においてインフォームドコンセントが重要なことを確認している。個人やコミュニティの同意を得ずにHIV検査を行うと、保健医療従事者は検体としてしか自分を見ていないのではないかという不安が、検査を受ける個人にも、コミュニティにも生まれる。その結果、保健医療従事者に対する信頼が失われるようなことになれば、より広範な保健医療サービス全体に対しても冷酷な印象を持たれるようになる。さらに女性は本人の意思を無視した強制的なHIV検査手法からきわめて大きな影響を受けやすいという事実を考えれば、インフォームドコンセントを守るための規則を緩めることはジェンダーに基づく差別を助長することになる。

HIV検査に対し、受検者が個別のインフォームドコンセントを自らきちんと示せるようにするには、受検者が少なくとも重要な情報に関してはきちんと理解していることを検査の前に検査提供者が確認しなければならない。しかし、このことは保健医療提供者と患者の間では、会うたびに一律の煩わしい手続きを行う必要があるといった誤った解釈にはならない。それでは患者にとっても保健システムにとっても、貴重な時間と資金の浪費になってしまうからだ。検査提供者は個々の患者に対し、HIV検査を受けることの意味を理解するにはどの程度の情報が必要なのかを適宜、判断し、その判断に基づいて進めることができる。

HIVサービスを実施する際に、個人の尊厳と自立を尊重し、守り、実現するとは：

- ・ HIV検査は自発的な判断により、(a)そこで検査を行うことへのインフォームドコンセントを得たうえで、(b)HIV検査サービスのWHOガイドラインに沿って、実施しなければならない。同意は常に推定できるものではないので、サービス提供者は定期的にHIV検査を提供する場合でも、毎回必ず、事前にはっきりとしたかたちでインフォームドコンセントを得る（「オプト・イン」）必要がある。同様に、自己検査も自主的な判断に基づくものでなければならず、本人の同意なしに他の人が検査を利用することがあってはならない。
- ・ 大規模な検査キャンペーン（たとえば、世帯別または村ごとの Know Your Status 感染を知ろう運動）は、自主的な判断が十分に尊重されず、インフォームドコンセントを得ていない検査につながるリスクがある。また、守秘義務がきちんと守られていなかったり、検査の質が保証できなかったりする可能性もある。そうした計画には、常に注意喚起を行い、受検者の権利（インフォームドコンセントと守秘義務を含む）を尊重した質の高いHIV検査と相談が実施されるよう監視や説明責任を果たす具体的な手段を示さなければならない。

---

## HIV検査大規模キャンペーンにおける人権：レソトの Know Your Status 感染を知ろうキャンペーンの教訓から

ここ数年、とりわけサハラ以南のアフリカのHIV陽性率が高い国々では、コミュニティベースの大規模な検査普及運動を進める動きが強まっている。2020年までの高速対応目標、および公衆衛生上の脅威としてのエイズ流行の2030年終結に向けて、HIV予防、検査、治療サービスの規模拡大の迅速化が求められる中で、こうした方法への期待が高まることは十分に予測できる。

2005年にレソト（および他のサハラ以南のアフリカ諸国）で行われた Know Your Status 検査キャンペーンの経験は、こうした手法の企画および実施にあたって留意すべきことを示している。レソトのキャンペーン実施後にヒューマン・ライツ・ウォッチと南部アフリカ・エイズと権利連合（ARASA）が発表した報告書によると「こうしたプログラムに可能性はあるものの、意図的であるかどうかにかかわらず、基本的な人権を侵害する結果になったり、手を貸したりするかたちで進められれば、その成果は限られたものになるだろう」(54)。また、調査担当者は「キャンペーンの実施上の問題として、カウンセラーの研修や指導が十分になされていない；検査後の他のサービスにきちんとつなげられないことがある；人権の尊重や政府の説明責任を確実に保障するためのメカニズムが十分にできていない、といったことがあげられる。キャンペーンが最も集中的に展開された地域では、人権の擁護や検査と相談の連携体制が最も危うい状態だったように見える」と指摘している(53)。

HIV予防、検査、治療の高速対応を進めるにあたり、人権上のリスクに対応すること、検査結果がHIV陽性だった人を治療とケアにつなげることなどは、こうした経験から重要な教訓として学ばなければならない。ヒューマン・ライツ・ウォッチとARASAの報告書が強調しているように、こうしたキャンペーンは、注意深く企画を検討し、十分な資金を確保し、研修を充実させ、調整をしっかりと進め、適切な監督を行い、市民社会を巻き込む必要がある。市民社会は説明責任を求め、潜在的な人権侵害を把握するうえで極めて重要な役割を担うことができる。これらの要素に欠けると、プログラムは、レソトで経験したように、野心的な目標を達成できずに終わるか、もっと悪い場合には、提供しようとするサービスに大きなダメージを与える結果にもなる。

---



- ・ HIV治療にしても他のプログラム（性感染治療や薬物依存の治療など）にしても、インフォームドコンセントなしに受けることはできないし、強制的にHIV治療を続けることも許されない。予約がすっぽかされた場合を含め、サービス提供者が治療の継続をモニターし、ケアを維持できるよう患者のフォローアップを行う時であっても、治療を強制することは認められないし<sup>17</sup>、患者がそうした追跡作業に同意しない場合でも、それを理由にHIV治療から排除することは許されない。<sup>17</sup>
- ・ （HIVや薬物依存、その他の治療において）サービス提供者は、患者を拷問したり、他の残酷で非人間的な治療をしたり、治療の質を落としたりしてはならない。
- ・ いかなる法律も、HIVの感染を理由にしたものを含め、女性に対する強制的あるいは意に沿わない不妊治療を認めることはできないし、いかなるサービス提供者もそうした治療に関与してはならない(55)。

## 原則5:意味のある形での参加と責任

### どんな原則か？

保健政策の決定には意味のある参加が重要なことを、各国政府は何十年も前に認識している。アルマアタ宣言によると、人々には自らにかかわる保健医療の計画および、その実施に関し、個人として、および共同で、関与（参加）する権利と義務がある(56)。参加を認め、奨励することは、各国が健康の権利の実現に関する責任を果たす際に欠かすことのできない中心的な義務となっている(18)。HIVに関して言えば、対策の効果を高めるうえでHIV陽性者が中心的な役割を担っていることを強調し、HIV陽性者のより積極的な参加（GIPA）原則が重要なことは、2001年から16年までの間に、4回にわたって採択されたHIVに関する国連総会決議を含め、国連加盟国により繰り返し認められている。<sup>18</sup> 意味のある参加に関しては、HIVに大きな影響を受けている人たちにも同様の解釈と原則が適用されている；プログラムの効果を最大限に高めるには、想定される受益者が企画段階から加わらなければならない。<sup>19</sup> 同様にプログラムの企画、実行、モニ

<sup>17</sup> A good example of defaulter tracing that respects human rights and is free from coercion is the experience of Médecins Sans Frontières in its clinics in the informal settlement of Kibera in Nairobi, Kenya. Patients are routinely contacted by a social worker via telephone, in-person visit, or both very soon after they miss an appointment. Patients, however, are asked whether they want to participate or not; they are not excluded from treatment if they do not consent to tracing. Results over three years showed that very few patients refused to provide contact information, and the number of patients lost to follow-up declined by nearly half while still respecting patient rights (54).

<sup>18</sup> An example of the GIPA principle can be found in The Denver Principles (1983) (available from [http://data.unaids.org/pub/ExternalDocument/2007/gipa1983denverprinciples\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/ExternalDocument/2007/gipa1983denverprinciples_en.pdf))

<sup>19</sup> Examples include the following: Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance, Open Society Institute and International Network of People Who Use Drugs, Nothing about us without us—a manifesto by people who use illegal drugs (2008) (available from <http://www.aidslaw.ca/site/nothing-about-us-without-us-a-manifesto-by-people-who-use-illegal-drugs/?lang=en>); and Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance, Open Society Institute, Nothing about us without us—greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs: a public health, ethical, and human rights imperative, International Edition (Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance, Open Society Institute; 2008) (available from <http://www.aidslaw.ca/site/nothing-about-us-without-us-greater-meaningful-involvement-of-people-who-use-illegal-drugs-a-public-health-ethical-and-human-rights-imperative-international-edition/?lang=en>).

ター、評価に関しても、人権基準がどこまで満たされているか、説明責任が問われることになる。ここでもまた影響を受けている人たちの意味のある参加が不可欠である。

HIV予防、検査、治療の高速対応においてはどのような意味を持つのか。

意味のある参加は、HIVサービスのさまざまな面で重要である：

- ・ HIV予防、検査、治療プログラムは、セクシュアリティや薬物使用など文化的に配慮すべき課題に取り組む必要がある。プログラムの企画、実施段階でコミュニティが参加すれば、良かれと思って不適切な対応をしてしまうリスクを大きく減らし、同時に社会、文化、法律における潜在的な障壁を把握する機会を増やしてサービスへのアクセスを高めることになる。
- ・ HIVの影響を最も大きく受けている集団—若者、女性・女兒、障害者、先住民、HIVサービスが必要なキーポピュレーションなどを巻き込むことは、サービスを企画、提供するうえで不可欠である。また、サービスを便利で使いやすく、受けやすいものにし、質を高めるためにも欠かせない。それぞれのユーザーにとって使い勝手の良い予防ツールはどんなものかを判断するための情報を提供することにもなる（たとえば、注射の安全性を高めるにはどんなものが必要、あるいは好まれるか、思春期を含む若者がHIVサービスへの理解を深めるには、承諾年齢に関する情報や若者に配慮したアプローチに関し何が必要になるか）。これらの集団の参加はまた、潜在的な人権課題やその他の障壁を把握し、サービスの有効性を高めることを助ける。そうした障壁は、サービス自体（たとえばプライバシーを守るためのクリニックの物理的構造）にも、運営環境（たとえば特定のコミュニティに対する警察官の嫌がらせや暴力、プライバシー保護の法律の不備、承諾年齢に関連する障壁、犯罪化により拍車がかかるスティグマなど）にも存在する。
- ・ 同様に、HIVの治療目的を達成するうえでも参加は不可欠である。抗レトロウイルス治療は生涯にわたって続くので、HIV陽性者が自ら服用を継続していく必要がある。抗レトロウイルス治療で服薬継続を支えている他の保健サービスの提供（薬物使用者のオピオイド代替治療など）も、自発的に続けていくことが必要になる。コミュニティとサービス利用者の参加は、服薬継続のための課題を把握する助けにもなる。特定の治療薬の組み合わせによる副作用、保健サービスを受ける際の不必要で煩わしい手続きや差別、あるいはもっと広い範囲の環境的な障壁（たとえばスティグマや差別を避けるための健康状態に関するプライバシーを守りにくいこと）などだ。HIV治療プログラムの企画、実施の段階から影響を受けているコミュニティの参加を進めることが、こうしたプログラムの適正化を助け、HIVおよびHIV陽性者に対する社会の認識を変える助けにもなる。このことはこれまでの経験が示している（つまりHIV治療プログラムの設計だけでなく、実施にも積極的に加わることができるのだ）(57-60)。HIVサービス拡大に向けた動きに関していえば、コミュニティベースのサービス提供モデルがこれまで以上に重要になっている(61)。こうしたモデルに必要な費用を見積もり、資金を確保してHIV対策の規模拡大に向けた国家計画の中にも含める必要がある。



- ・コミュニティはまた、モニタリングと評価のための重要な役割を担い：HIVサービスが品質基準を満たすものかどうかのモニタリングと評価を行うことでより広範な保健サービスや予防情報、予防計画に対する信頼性を高めることにも貢献している。こうした信頼とコミュニティの継続した関与が予防と治療のターゲットを達成するためには必要である(61)。

説明責任は人権の実現に不可欠であり、世界が2030年に公衆衛生上の脅威としてのエイズ流行終結を目指すのなら、その前に実現すべきHIVの予防と治療のターゲットを達成するためにも欠かせない。その中には、ターゲット達成に必要な資金を動かすこと、人権を擁護、促進するための手段をとることについて、責任をもって説明することも含まれている。同様に、政府は権利の侵害や制限をすることなく尊重し、個人と集団を他者による人権侵害から守り、人権を享受できるよう積極的な対応をとるという自らの責務についても、責任をもって説明できるようにしなければならない。

説明責任をきちんと果たすには以下のことが必要になる：

- ・適切なデータ収集を通して、国が健康の権利の実現に継続的に取り組んでいるかどうか、モニタリングと評価を行う（キーポピュレーションがサービスへの平等なアクセスを確保できているかどうかも把握する）。
- ・国およびその他の機関（HIVサービスの提供者など）が人権尊重の義務を果たしているかどうかを把握する仕組みを機能させる。
- ・モニタリングと評価に参加し、説明責任を果たすメカニズムを活用できるようにすることで、個人やコミュニティの理解と能力の向上をはかる。

説明責任を果たす方法や仕組みは個々の状況により異なる。プログラムやサービスの実施段階で必要なこともあるし、国に説明責任を求める地域的あるいは国際的なメカニズムが必要なこともある。だが、そうしたメカニズムの利用が可能になるにはまず、権利を持つ人自身が自らの権利を知っていなければならない。個人が自分の権利を認識し、どうすればその権利を求められるのかを知る必要がある。したがって情報提供が、説明責任を求め、有効に機能させる要素の一つとなる。人権侵害に苦しむ個人には、迅速かつ効果的な救済策へのアクセスも必要になる。以下に示すような人権プログラムが重要な意味を持つのはそのためであり、HIV予防、検査、治療サービスの急速な拡大をはかる際に、人権原則を重要な要素として反映させなければならないのもそうした理由があるからだ。

---

**効果的なHIV対策を支えるために在庫切れをなくす：  
治療を機能させる説明責任メカニズム**

南アフリカの6つの市民社会組織は2013年、HIV治療の抗レトロウイルス薬と結核（TB）治療薬、子供向けワクチン、その他の必須医薬品を扱う公的機関をモニターするために Stop Stock Outs Project（SSP）という連合組織を作った。メンバーは Rural Health Advocacy Project（RHAP）、南部アフリカ地方医師会（RuDaSa）、南アフリカHIV臨床医協会、SECTION27、国境なき医師団（MSF）、Treatment Action Campaign（TAC）の6団体。過去4年にわたり、SSPは在庫切れを把握するために患者と保健医療従事者向けのホットラインを開設し、在庫切れ発生時には南アフリカ保健局に報告する体制を整えた。SSPはまた、国内で在庫切れや在庫不足により患者および保健医療従事者が直面する問題を解決するために、さまざまな関係者と協力体制をとっている。さらにサプライチェーンのすべての段階で供給力の強化につながるよう政策の変更を働きかけている。過去3年間にわたり、SSPは地方自治体や省および政府当局との間で、サプライチェーンの改善策などを通じ、在庫切れ解消に取り組んできた。在庫管理と在庫切れを把握し、HIV治療へのアクセス拡大を目指す同様の対策は、他の数カ国でも実施されており、HIVの流行に責任をもって取り組むことを助けている。こうしたプログラムを広げることは、HIV対策の高速対応を進めるうえで不可欠になっている（62）。

---

# HIV予防、検査、治療サービスに伴う人権プログラムの拡大

『30年に及ぶHIV流行を経て、私たちはいまなお、HIVに関わる大きなスティグマと差別を抱えています。法律および法の執行においても同様であり、そのことが人びとをHIVサービスから遠ざけているのです。こうした状況が世界中でHIV対策を妨げています。スティグマを減らすプログラムに投資し、HIVに影響を受けている人たちが司法制度を利用しやすくなれば、この状態を変えることはできません』

2011年8月、  
ミシェル・シディベ  
UNAIDS事務局長

HIV予防、検査、治療のプログラムの中で法と人権の課題に取り組むことは、公衆衛生上の脅威としてのエイズ流行終結を2030年までに実現するうえで不可欠なのに、現状は十分に対応できているとは言えない。目標の達成には、HIV対策の実施にあたり、政治的、法的、社会的な環境を変えていくためのしっかりとした意思と行動が伴わなければならない。HIV関連のスティグマや差別、疎外、社会的排除、暴力、ジェンダーの不平等などさまざまな課題、およびそれらがHIVの流行に与える影響に対応する必要がある。

HIVに影響を受けている人びとを守り、効果の高いHIV対策を支援するために、UNAIDSはすべての国に対し、スティグマと差別、およびその他の人権侵害を減らし、司法制度を利用しやすくするプログラムを対策の柱として含めることを推奨する。こうしたプログラムは基本的人権を確保するために必要なだけでなく、HIV予防、検査、治療プログラムを成功に導くためにも極めて重要な要素となる。

UNAIDSが概略を示しているように、すべてのHIV対策には、柱となる7つの人権プログラムが必要となる。

1. スティグマと差別低減プログラム。たとえば、職場や教育の場などで差別と取り組むメディアキャンペーンの活用、スティグマの測定、ピアの活動、HIV陽性者に対する支援とHIV陽性者による支援など。
2. HIV関連の法的サービス。法律に関する情報の提供、助言、代理手続き、紛争解決の代替手段またはコミュニティにおける紛争解決手段、戦略的な訴訟提起など。
3. HIVに関連した法律や規則、政策のモニタリングと改正。法律および法執行がHIV対策にもたらす影響の検証、法改正の要求やロビーイング、議員への働きかけ、差別を禁止する法や規則、ガイドラインの制定と施行の促進、HIV予防、治療、ケア、支援へのアクセス確保など。
4. 法リテラシー（自分の権利を知る）プログラム。理解促進キャンペーン、コミュニティ活動と教育、ピア・アウトリーチ、電話相談など。
5. 以下の課題に対する立法府および法執行機関の配慮。HIVおよびその感染経路（あるいは感染が起きない行為）、人権とHIV対策における警察活動のあり方、刑務所職員に対する研修など。また、国会議員、検察官、弁護士、長老や宗教指導者にはHIVと

人権に関する情報を提供し、配慮ある対応を促す。

6. HIVと人権、医療倫理に関する保健医療提供者向けの研修。保健医療提供者個人および保健医療施設の管理、監督部門担当者に対する保健医療の場での差別解消のための研修など。

7. HIV関連の女性に対する差別を減らす以下の方法。

- ・ ジェンダーの不平等と暴力に対する法的、政策的対応を強化するためのプログラム。
- ・ 女性を守り、HIVサービスの利用を妨げる障壁を取り除くためのドメスティック・バイオレンス法の改正および法執行の改革。
- ・ 女性が平等の権利を確保できるようにするための 財産権、相続権、管理権の改革。
- ・ HIV感染のリスクを高める有害なジェンダー規範および慣習を減らすためのプログラム。
- ・ 女性が教育および経済力強化の機会を得られるアクセスの拡大 (63、64)。

人権に取り組むことはHIV対策が効果をあげるうえで不可欠であり、各国も繰り返しそのことを認めているにも関わらず、市民社会が中心を担っているそうしたプログラムへの資金は不十分なままである。2030年のエイズ流行終結にはHIV対策の規模を急速に拡大する必要があることに世界の合意が成立してもなお、資金はさらなる減額の脅威にさらされている。2015年の調査では以下のような結論が出されているのだ。

『世界のHIV対策資金のうち毎年わずかな額しか人権プログラムには向けられていません… UNAIDSの推計では、HIV分野における人権関係の支出は年間1億3700万ドル程度です。2013年の低・中所得国におけるHIV対策支出総額191億ドルの中でもごくわずかな額にとどまっています。直接的な比較はできないにしても、こうしたデータはUNAIDSの世界エイズ対策プログラム報告（GARPR）ともほぼ一致しています。GARPRで低・中所得国がUNAIDSに提出した報告を集計すると、人権関連のプログラムに充てられた資金はエイズ支出全体の0.13%でした』（65）。

こうした状況に対応し、2017-22年戦略の戦略目標（3c）を進めていくために、グローバルファンドはUNAIDSが推奨する7つの主要な人権プログラムと提携し、助成申請書にも人権関連基準を導入した。さらにグローバルファンドはHIVサービスに対する人権面での障壁解消を目指す主要7プログラムの規模拡大に向け、20か国で触媒基金を設けている（66）。

# 結 論

---

HIV予防と治療が相互に関連し、補完しあうものであることはもはや、疑いをはさむ余地もない。UNAIDSの以下の指摘の通りである。

『治療は体内のウイルス量を抑え、他の人への感染を防ぐことで、HIVの予防ターゲットの達成を支えている。また、予防プログラムはさまざまなかたちで 90-90-90 [治療] ターゲットの達成を支えるものだ。予防のコミュニケーションによって検査を求める機運が高まり、同時にコミュニティベースの予防プログラムがあることで、HIV陽性者が早期に抗レトロウイルス治療を開始し、治療継続を支えるという治療への統合効果も生み出している』(67)。

人権の保護と促進がHIV予防、検査、治療には不可欠であることを認識し、統合した取り組みを続けていかなければならない。

健康への権利を実現するには、感染予防、診断、そして有効な治療に必要な製品やサービス、情報へのアクセスを確実に保証しなければならない。差別および予防、検査、治療のサービスを妨げる様々な社会的、法的障壁を解消することで、こうしたサービスが利用しやすくなり、効果も高まるのだ。このことは、HIV予防、検査、治療のサービス提供の際の人権の尊重と保護だけでなく、サービス運営を可能にするためのより広範な環境における人権障壁を取り除くことにもなる。こうした人権課題に対応できなければ、そして若者、女性と女兒、障害者、先住民、キーポピュレーションといった人びとを含むすべての人に十分な関心を払えなければ、エイズ流行終結に向けた努力が実を結ぶことはない。HIV高速対応も、エイズ流行終結も、人権に取り組むことなしには実現できないのだ。

このガイダンスは、HIV予防、検査、治療の規模拡大が人権を基盤にすべき理由とともに、その方法についても説明している。世界がHIV対策の高速対応を加速させる中で、対策の主要な関係者はすべて、この文書で示されたアプローチを活用する必要がある。

## エイズ終結:ともに果たすべき責任

最高水準の健康に恵まれる権利（および他の様々な権利）を認めただけで、経済的・社会的及び文化的権利に関する国際規約第2条は、各国がすべての人の権利を完全に実現することを助けるための国際援助と国際協力の法的義務を定めている(68)。子供の権利条約など、さらに最近の条約では、それがともに果たすべき責任であることをはっきりと述べている(30)。健康の権利の文脈の中で、この国際援助と国際協力の義務は、可能なら他の国に対しても必要不可欠な保健医療施設、製品、サービスへのアクセスを広げ、要請があれば資金負担が可能な範囲で必要な援助を行うことを各国に求めている(18)。



予防と治療の世界目標を実現するには、負担可能な範囲で相当額の資金投資を行わなければならない。このことに疑問の余地はない。<sup>20</sup> UNAIDSの報告では、ともに責任を果たそうという呼びかけに低・中所得国は応えている。これらの国々の国内エイズ対策予算は過去5年間で46%増加し、2015年には108億ドルに達しているのだ。それでも、投資ギャップはまだ、かなり大きい。国連総会で認められた高速対応目標の達成には2020年までに毎年70億ドルの追加資金が必要になる(69)。2020年までにこのレベルの投資(年間260億ドル)を確保し、さらに2030年まで、毎年必要となる投資を維持すること、そして、その資金を、ライフサイクルのそれぞれの段階で、サービスを最も必要としている人たちのために有効に活用することが、何百万という人の生命をさらに救い、何千万もの人の新たな感染を防ぐことになる。

責任をともに果たすことは、必ずしも平等の責任を負うということではない。国際人権法のもとでは、義務に関する明確な階層が示されている。そこでは、第一に権利の実現は各国の義務であることがはっきりと示されている：国の義務である。そして、それを補足する義務は国際社会にゆだねられている。各国がHIVに関連して果たすべき義務は、健康の権利の完全な実現に向けて、HIV関連の製品やサービスのための資源を最大限、確保すること、(必要なら)国際協力と国際援助を要請することである。それに対応して、国際社会は、HIV、保健、持続可能な開発に関して世界が合意したターゲットの実現に向け、エイズ対策を拡大強化するための国際援助と国際協力を行う義務を担っている。

HIV予防、検査、治療の普及拡大に向けた世界の動きはかつてないものだった。巨額の資金が導入され、公衆衛生担当者や医師、政治家、影響を受けているコミュニティ、軍、法律、市民社会の指導者、企業、労働界などがHIV感染の拡大を防ぎエイズ関連の死亡を減らすために協力して取り組む分野横断的アプローチがとられてきた(70)。とりわけ、途上国におけるサービスの規模拡大は、ともに責任を果たすという原則の成果であり、国際社会が、予防と治療に関する合意目標の達成を通じて、2030年までに公衆衛生上の脅威としてのエイズ流行終結を目指すのなら、引き続き中心原則でなければならない。

国内レベル、国際レベルの両方で十分な資金を確保することが、大きな課題である。ともに責任を果たすという人権の原則は保健のすべての面で(そして他の社会経済的な権利に関しても)重要だが、地球規模のエイズ対策は中でも、最も直接的かつ持続的な実践例の一つとして際立っている(71)。人権を尊重し、擁護し、満たしたエイズ対策を進めていかない限り、エイズ流行終結という世界の公衆衛生史上最も偉大な挑戦に向けて、国際社会がともに投資を続けていくことは不可能である。

エイズ流行終結に本気で取り組みましょう。

---

<sup>20</sup> For resource estimates, see UNAIDS, Fast-Track: update on investments needed in the AIDS response (Geneva: UNAIDS; 2016) (available from [http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/unaids\\_fast-track\\_update\\_investments\\_needed](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/unaids_fast-track_update_investments_needed)).

# Annex

---

## **Human rights checklists to Fast-Track HIV prevention, testing and treatment services**

The human rights checklists to Fast-Track HIV prevention, testing and treatment services provide core questions to support national governments, HIV implementers, civil society and donors in ensuring that plans, programmes and activities to accelerate the response to HIV appropriately address human rights issues and considerations. They can be used in various contexts, including in the development and review of national HIV strategic plans, Fast-Track plans and HIV funding proposals to mechanisms such as the Global Fund to Fight HIV, TB and Malaria.

HIV prevention, testing and treatment services are part of a continuum of services; they are mutually reinforcing and should be integrated. At a time when the prevention benefits of HIV treatment have been demonstrated, there are further reasons for integrating HIV services. For clarity and expediency, however, the human rights issues, principles and considerations that are applicable in efforts to Fast-Track the response are described under three programmatic areas: HIV prevention, HIV testing and HIV treatment. Three human rights checklists are therefore provided that address those areas. While this presentation involves some repetition, the format does ensure that each checklist can be used as a standalone document.

The checklists should be used together with the Global Fund's Technical brief on HIV, human rights and gender equality which provides practical advice on how to implement and scale up the UNAIDS seven key programmes to reduce discrimination and increase access to justice in the context of HIV (17). The checklists may further be complemented with questions and information contained in the National Commitments and Policy Instrument (NCPI).<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> The NCPI aims to measure progress in the development and implementation of policies, strategies and laws related to the HIV response, as well as promote consultation and dialogue on the HIV response between national stakeholders. It is a policy questionnaire consisting of two parts: Part A completed by national authorities and Part B completed by civil society and other non-governmental partners. The NCPI is submitted to UNAIDS by countries every two years as part of reporting on the global AIDS monitoring framework, and serves as a monitoring and accountability tool on the policy environment related to the HIV response. For further information on the global AIDS monitoring framework and the NCPI, see the 2017 Global AIDS Monitoring guidelines at [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring_en.pdf).



## Checklist 1: HIV prevention services and human rights

---

HIV prevention services involve the full package of biomedical, behavioural and structural programmes that together form combination prevention. These programmes include the following goods, services and information:

- Comprehensive condom and lubricant programming (including male and female condoms).
- Comprehensive harm reduction services (including needle–syringe programs, opioid substitution therapy, and so on).
- Social and behavioural programmes (including educational programmes).
- Post-exposure prophylaxis (PEP) and pre-exposure prophylaxis (PrEP).
- Access to sexually transmitted infection (STI) services, scheduled vaccines and other health care.
- Voluntary medical male circumcision (VMMC).
- Structural interventions, including removing laws, policies and practices that hinder access to prevention services, and supporting community empowerment. For women and girls, these structural interventions include programmes to enhance agency and address violence (e.g. cash transfers and keeping girls in schools) (12, 19, 20).

HIV testing services and the use of antiretroviral medicines as treatment by people diagnosed with HIV also are key elements of combination prevention. The application of human rights principles and standards to HIV testing services is dealt with in Checklist 2; their application to HIV treatment is covered in Checklist 3.

---

### Availability, accessibility and acceptability of HIV prevention services

- ☐ Does the government have a national plan or programme for scaling up HIV prevention services? Has the plan been fully budgeted, and have funding sources been identified (including international sources, if necessary)?
- ☐ Does the scale-up plan aim to ensure that appropriate HIV prevention services are available and adequately distributed across the country, based on available data about the geographic distribution of HIV prevalence and incidence, and the populations most affected by the epidemic?
- ☐ Does the plan appropriately tailor HIV prevention services with the most suitable package of programmes to address each population group, including women and girls, adolescents and young people, indigenous communities, people living with

disabilities, people who inject drugs, sex workers, men who have sex with men, transgender people and prisoners?

- What measures are in place or are being implemented to ensure availability, accessibility and acceptability of HIV prevention services for all population groups, including women and girls, adolescents and young people, indigenous communities, people living with disabilities, people who inject drugs, sex workers, men who have sex with men, transgender people and prisoners? Important questions to consider include the following:
  - What steps is the government taking to ensure the adequate distribution of a sufficient number of facilities, programmes, and adequately trained and paid health workers and other community workers in order to deliver HIV prevention services that are commensurate with the local need in settings throughout the country?
  - Are the commodities, services and information needed for HIV prevention available for free? If payment of a fee is required for any of these, what measures are in place to ensure that these do not constitute a barrier to people or households without adequate resources to pay such fees?
  - What measures are in place to prevent and effectively respond to stock-outs of HIV prevention commodities?
  - What measures are being taken to improve awareness, knowledge and understanding of HIV, how it can be prevented, the availability of HIV prevention services, and the rights that people have in seeking and receiving those services?
  - Do HIV prevention services include sexuality education available to adolescents and young people?
  - Are knowledge and skills about HIV and HIV prevention options made available to them in ways that are understandable?
  - Are adolescents and young people able to have access to such knowledge, and to the commodities and services they need to reduce their risk of infection?
  - Can adolescents access commodities and services without requiring parental or guardian consent and with full protection for their privacy?
  - Is there outreach—including focused outreach to all the populations in need, such as young people, women and girls, people living with disabilities, indigenous communities and key populations—that provides accessible information about available HIV prevention services and how to gain access to them?
  - Are efforts being made to remove physical and other access barriers to HIV prevention services for people living with disabilities? Do people in prison (or those otherwise detained by the state) have access to HIV prevention information, commodities and services that are equivalent to the access enjoyed by people outside prison?

- Are migrants to the country (or those already within it) able to access HIV prevention services on the same basis as nationals of the country?
- What restrictions, if any, apply and to which categories of migrants are they applied? Are those restrictions in line with human rights standards and public health recommendations?<sup>22</sup>
- Are people who are known or believed to use illegal drugs able to get access to HIV prevention services without discrimination?
- Are there measures in place to ensure that people who provide, carry or use condoms, sterile injection equipment and other HIV prevention commodities are not harassed or subject to criminal prosecution?
- Is the government taking steps to end punitive laws, policies and practices against key populations that hinder their access to HIV prevention services? This should include laws that criminalize gay men and other men who have sex with men, transgender people, and sex workers (including their clients, workplaces and third parties). It also would include laws that criminalize the possession of substances for personal use, or those that allow for the involuntary detention of sex workers or people who use drugs (in so-called “rehab” centres or drug detention centres).

### **Equality and non-discrimination in services**

- Are there adequate measures in law to prevent and redress discrimination on various grounds in the provision of HIV prevention goods, services and information?
- Do the measures against discrimination adequately protect young people, women and girls, people living with disabilities, indigenous populations and key populations? If not, what actions and steps is the government taking to ensure non-discrimination in the context of efforts to scale up HIV services?
- Does government policy, including any Fast-Track plan, integrate a commitment to ensure that people can seek and receive HIV prevention services without discrimination?
- Are there adequate measures to ensure that health personnel and others involved in delivering HIV prevention services (e.g. community and outreach workers) are adequately trained about HIV and human rights?
- Does the training address the requirement of non-discrimination and the rights of all people—including young people, women and girls, people living with disabilities, indigenous populations, prisoners, and key populations—to have access to HIV prevention services?
- Do institutions providing health services have a commitment to ensure that people can seek and receive HIV prevention services without discrimination?

---

<sup>22</sup> For more information, see UNAIDS, Report of the International Task Team on HIV-related travel restrictions: findings and recommendations (Geneva: UNAIDS; 2009) (available from [http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1715\\_report\\_inter\\_task\\_team\\_hiv\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1715_report_inter_task_team_hiv_en.pdf)).

- ☐ Is this commitment to non-discrimination reflected in their policies?
- ☐ Does the institution have a patient charter of rights (or similar document) that specifically prohibits discrimination?
- ☐ What measures exist to ensure that there is no discrimination in the delivery of HIV prevention services?

### **Ensuring the quality of HIV prevention services**

- ☐ What measures are in place to ensure the quality of HIV prevention commodities that are being provided (e.g. male and female condoms and lubricants, injection equipment, and medicines used for PrEP, PEP or the treatment of other STIs) or of medical devices that are being used (such as those for VMMC)?
- ☐ Do these measures include establishing regulatory standards and bodies to ensure quality assurance of HIV prevention commodities and devices?
- ☐ Are there mechanisms to report and address challenges related to HIV prevention commodities and services that are of poor quality?
- ☐ Is there adequate training for health workers and other personnel (e.g. community and outreach workers) to ensure that they deliver evidence-informed and rights-based HIV prevention services?
- ☐ Does the training for health-care providers and other personnel (e.g. community and outreach workers) cover respecting and protecting human rights in the delivery of HIV prevention services (e.g. non-discrimination and maintaining confidentiality)?
- ☐ What measures—including review mechanisms that involve the input of people living with HIV and of other key populations—are in place or being implemented to ensure that HIV prevention materials and initiatives are crafted so as to avoid unintentionally stigmatizing these populations and communities and fueling discrimination or other human rights violations against them?

### **Privacy and confidentiality**

- ☐ Does any law or policy (including any Fast-Track plan) protect the right to privacy by guaranteeing the confidentiality of personal health information (including HIV status)?
- ☐ Does the protection of confidentiality apply to all health workers and other personnel (e.g. community and outreach workers) who may obtain such information about a person in the course of delivering HIV prevention services?
- ☐ Does any law or policy provide for exceptions to the protection of the confidentiality of personal health information (including HIV status)? Are those exceptions in compliance with human rights standards?<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Any limits to the protection of the right to privacy must be set out clearly in the law, and they cannot be arbitrary, unreasonable or imposed in a discriminatory manner. Furthermore, even if disclosure of a person's HIV test result may be allowed, privacy must still be protected to the greatest extent possible. Only the least invasive means possible of achieving a legitimate purpose is allowed.

- ☐ Do institutions that provide HIV prevention services have their own policies in place that guarantee the confidentiality of personal health information?
  - ☐ Do such policies explicitly prohibit the disclosure of a person's health information without the consent of that person?
  - ☐ What measures are in place to ensure discipline should this confidentiality be breached?
- ☐ Does the delivery of HIV prevention programmes ensure respect for, and protection of, the right to privacy in practice? In particular
  - ☐ Does the physical layout of the setting—such as the physician's office, health clinic, pharmacy or infirmary—ensure information can be communicated privately?
  - ☐ Is personal health information (whether paper-based or electronic) stored in ways that protect privacy by ensuring (a) only authorized health personnel have access to it (e.g. via physically restricted access or adequate password protection), and (b) that it cannot be seen by others (e.g. on the exterior of patient files or on a screen)?
  - ☐ Are there measures in place to ensure that personnel do not access, remove, use or disclose the personal health information of patients receiving the service?
  - ☐ Are those measures in line with human rights standards and recommendations?
  - ☐ Do the measures cover efforts to prevent and redress HIV-related breaches of confidentiality?
- ☐ If an HIV prevention service (such as STI testing and treatment, prescription of opioid substitution therapy, or use of antiretroviral medicines for PrEP and PEP ) includes follow-up or tracing efforts outside of a health facility, what policies and procedures are in place to do the following:
  - ☐ Ensure that a person is aware of this and gives informed consent to such follow-up before proceeding with the service?
  - ☐ Protect the privacy of a patient by keeping their health information (including HIV status) confidential in the course of tracing efforts?

### **Respect for personal dignity and autonomy**

- ☐ Do women face requirements in law or practice that limit their independent access to HIV prevention services, including spousal or partner consent or a requirement to notify a spouse or other party? If so, what steps is the government taking to address any such barrier to services for women?
- ☐ Do adolescents and young people face requirements in law or practice that limit their independent access to HIV prevention services, including parental or guardian consent or a requirement to notify parents, guardians or other parties?

- ☐ At what age are adolescents and young people recognized as being able to make independent decisions about their own health? Are mature minors recognized in law or practice as being able to make their own decisions about the receipt of health-care services?

### **Meaningful participation and accountability**

- ☐ Are people living with HIV, young people, women and girls, people living with disabilities, indigenous populations and key populations involved in meaningful ways in any design, target setting, prioritization, delivery or monitoring of a national plan for scaling up HIV prevention policies and services? What forms does such participation take?
- ☐ Are people living with HIV, young people, women and girls, people living with disabilities, indigenous populations and key populations engaged in the delivery of HIV prevention services, including through community-led programmes and other community delivery systems or approaches that are adequately funded and resourced?
- ☐ Are people living with HIV, young people, women and girls, people living with disabilities, indigenous populations and key populations involved in mechanisms and efforts to monitor and evaluate the implementation of HIV prevention services and address challenges resulting from implementation?



## Checklist 2: HIV testing services and human rights

---

For purposes of this checklist, HIV testing services are anchored in the “5Cs” recommended by WHO and UNAIDS (consent, confidentiality, counselling, correct results and connection), and the term refers to the full range of services that should be provided together with HIV testing. Those services include the following:

- counselling (pre-test information and post-test counselling);
  - linking people to appropriate HIV prevention, treatment and care services, along with other clinical and support services; and
  - coordinating laboratory services to support quality assurance and the delivery of correct results (23).
- 

### Availability, accessibility and acceptability of HIV testing

- ☐ Does the government have a national plan or programme for scaling up HIV testing services? Has it been fully budgeted, and have funding sources been identified (including international sources, if necessary)?
- ☐ Does the scale-up plan ensure that HIV testing services are available and equitably distributed across the country, based on available data about the geographic distribution of HIV prevalence, incidence, and the populations most affected by the epidemic?
- ☐ Does the plan include the most appropriate HIV testing options and approaches to address the needs of specific populations, including women and girls, adolescents and young people, indigenous communities, people living with disabilities, people who inject drugs, sex workers, men who have sex with men, transgender people and prisoners?
- ☐ What measures are being taken by the government and other stakeholders to ensure the availability, accessibility and acceptability of HIV testing services for all population groups, including young people, women and girls, people living with disabilities, indigenous populations and key populations?
- ☐ What measures are in place or are being taken to ensure the availability, accessibility and acceptability of HIV testing services for all populations in need, including young people, women and girls, people living with disabilities, indigenous populations and key populations? Important questions to consider include the following:
  - What steps is the government taking to ensure the adequate distribution of a sufficient number of facilities, programmes, and adequately trained and paid health workers and other community workers in order to deliver HIV testing services that are commensurate with the local need in settings across the country?

- Is HIV testing available for free? If payment of a fee is required for HIV testing services, what measures are in place to ensure that it do not constitute a barrier to people or households without adequate resources to pay such fees?
- What measures are in place to prevent and effectively respond to stock-outs of HIV testing commodities?
- What measures are being taken to improve awareness, knowledge and understanding of HIV, HIV testing options, and the rights of people to seek and receive HIV testing services?
- Are HIV testing services available to adolescents and young people?
- Is information about testing options made available to them in ways that are understandable?
- Are mature minors able to get tested for HIV without parental or guardian consent or notification, and are adolescents and young people without parents or guardians able to get tested?
- Are women able to give independent consent and make other independent decisions regarding HIV testing without barriers (such as requiring spousal or partner consent or notifying a spouse, partner or other party)?
- Is there outreach—including focused outreach to all the populations in need, such as young people, women and girls, people living with disabilities, indigenous communities and key populations—that provides accessible information about HIV testing options and how to gain access to them?
- Are efforts being made to remove physical and other access barriers to HIV testing services for people living with disabilities?
- Do people in prison (or those otherwise detained by the state) have access to quality, voluntary and confidential HIV testing services?
- Are migrants to the country (or those already within it) able to access HIV testing services on the same basis as nationals of the country?
- What restrictions, if any, apply and to which categories of migrants are they applied? Are those restrictions in line with human rights standards and public health recommendations?<sup>24</sup>
- ☐ Is access to HIV testing appropriately integrated in antenatal care services and programmes for tuberculosis and sexually transmitted infection?
- ☐ Is the government taking steps to end punitive laws, policies and practices against key populations that hinder their access to HIV testing services? This should include laws

---

<sup>24</sup> Any limits to the protection of the right to privacy must be set out clearly in the law, and they cannot be arbitrary, unreasonable or imposed in a discriminatory manner. Furthermore, even if disclosure of a person's HIV test result may be allowed, privacy must still be protected to the greatest extent possible. Only the least invasive means possible of achieving a legitimate purpose is allowed.

that criminalize gay men and other men who have sex with men, transgender people, and sex workers (and their clients and workplaces). It also would include laws that criminalize the possession of substances for personal use, or those that allow for the involuntary detention of sex workers or people who use drugs (in so-called “rehab” centres or drug detention centres).

### **Equality and non-discrimination in HIV testing services**

- ☐ Are there adequate measures in law to prevent and redress discrimination on various grounds in the provision of health care (including HIV testing)?
- ☐ Do these measures against discrimination adequately protect young people, women and girls, people living with disabilities, indigenous people and key populations in the context of seeking and receiving HIV testing? If not, what actions and steps is the government taking to ensure non-discrimination in the context of efforts to scale up HIV services?
- ☐ Does government policy, including any Fast-Track plan, integrate a commitment to ensure that people can seek and receive HIV testing services without discrimination?
- ☐ What measures does the government take to ensure that health personnel are adequately trained about HIV and human rights, including the requirement of non-discrimination and the rights of all people to access HIV testing services (including young people, women and girls, people living with disabilities, indigenous people and key populations)?
- ☐ Are there adequate measures to ensure that health personnel and others involved in delivering HIV prevention services (e.g. community and outreach workers) are adequately trained about HIV and human rights, including in the context of HIV testing?
- ☐ Does the training for health personnel include the requirement of non-discrimination and the rights of all people—including young people, women and girls, people living with disabilities, indigenous people and key populations—to access HIV testing services?
  - ☐ Is this commitment to non-discrimination reflected in their policies?
  - ☐ Does the institution have a patient charter of rights or similar document that specifically prohibits discrimination?
  - ☐ What measures exist to ensure non-discrimination in the delivery of HIV testing services?

### **Ensuring quality of HIV testing services**

- ☐ What measures are in place to ensure that quality HIV testing services are provided?
  - ☐ Are health workers and other personnel adequately trained to deliver HIV testing services in accordance with quality standards (such as WHO guidelines)?

- ☐ Do these measures ensure that HIV testing policies, procedures and practices respect and protect human rights (e.g. do they ensure informed consent and protect confidentiality)?
- ☐ Are there mechanisms to report and address challenges related to HIV testing of poor quality?
- ☐ What measures are in place or being taken to ensure the quality of any medical devices (such as HIV test kits, reagents and laboratory equipment) that are being used in HIV testing services?
- ☐ What measures are in place or being taken to ensure the quality of laboratory services that perform HIV testing?
- ☐ What measures and procedures are in place to prevent and address cases of incorrect HIV diagnoses (whether false positive or false negative results)?

### **Privacy and confidentiality**

- ☐ Does any law or policy (including the Fast-Track plan) protect the right to privacy by generally guaranteeing the confidentiality of personal health information, including whether a person has been tested for HIV and their test result?
- ☐ Does the protection of confidentiality apply to all health workers and other parties (such as community and outreach workers) who may obtain information about a person while delivering HIV testing services?
- ☐ Does any law or policy provide for exceptions to the protection of the confidentiality of personal health information (including HIV status)? Are those exceptions in compliance with human rights standards?<sup>25</sup>
- ☐ Do institutions providing HIV testing services have their own policies in place that guarantee the confidentiality of personal health information?
  - ☐ Do such policies explicitly prohibit the disclosure of a person's health information without the consent of that person?
  - ☐ What measures are in place to ensure discipline should this confidentiality be breached?
- ☐ Does the delivery of HIV testing services ensure the respect and protection of the right to privacy in practice? In particular:
  - ☐ Does the physical layout of the setting—such as the physician's office, health clinic, pharmacy or infirmary—ensure information can be communicated privately?
  - ☐ Is personal health information (whether paper-based or electronic) stored in ways that protect privacy by ensuring (a) only authorized health personnel have access to

---

<sup>25</sup> Any limits to the protection of the right to privacy must be set out clearly in the law, and it cannot be arbitrary, unreasonable or imposed in a discriminatory manner. Furthermore, even if disclosure of a person's HIV test result may be allowed, privacy must still be protected to the greatest extent possible. Only the least invasive means possible of achieving a legitimate purpose is allowed.

it (e.g. via physically restricted access and adequate password protection), and (b) it cannot be seen by others (e.g. on the exterior of patient files or on a screen)?

- ☐ Are there measures in place to ensure personnel do not access, remove, use or disclose the personal health information of patients receiving services?
- ☐ Do the measures cover efforts to prevent and redress breaches of confidentiality?
- ☐ Do workers providing HIV testing services ensure they don't discuss individual patient information in front of or within hearing distance of others in the facility, or while outside the facility?
- ☐ If an HIV testing service includes follow-up or tracing efforts outside of a health facility, what policies and procedures are in place to do the following?
  - ☐ Ensure that a person is aware of this and gives informed consent to such follow-up before getting tested?
  - ☐ Protect the privacy of a patient by keeping their health information (including HIV status) confidential in the course of tracing efforts?

### **Respect for personal dignity and autonomy**

- ☐ What measures are in place to prohibit mandatory HIV testing and to ensure informed consent to HIV testing?
- ☐ Do women face requirements in law or practice that limit their independent access to HIV testing services, including spousal consent or a requirement to notify a spouse or other party? If so, what steps is the government taking to address any such barrier to services for women?
- ☐ Do adolescents and young people face requirements in law or practice that limit their independent access to HIV testing services, including parental or guardian consent or a requirement to notify parents, guardians or other parties?
- ☐ At what age are young people and adolescents able to make independent decisions about their own health, including getting tested for HIV?
- ☐ Are mature minors recognized in law or practice as being able to make their own decisions about HIV testing?
- ☐ Does the law provide that any medical programme, including HIV testing, may be done only with the specific, voluntary and informed consent of a person?
- ☐ Is the requirement for informed consent reflected in other government policy or the policies of institutions or organizations providing HIV testing?
- ☐ Are there regulatory standards for health workers and other testing providers that feature clear guidelines for respecting and protecting human rights, and that contain measures for discipline if those standards are not met (such as testing occurring without informed consent or confidentiality being breached)?

- ☐ What measures are being taken by government or service providers to ensure that health workers are aware of and respect patient autonomy when making informed decisions about whether or not to be tested for HIV?
- ☐ In cases where people may lack or have limited mental capacity for making informed decisions about HIV testing, does law or policy require the following? Are these steps being taken in practice?
  - ☐ Are people supported in making their informed wishes best known?
  - ☐ Is it ensured that any substitute decision-maker is acting in the best interests of those people in a way that is consistent with the person's informed wishes to the maximum extent possible?
- ☐ Are home testing and self-tests available options in the country? If yes, what measures have been taken to avoid the inappropriate use of home testing and self-testing (such as their use to test someone without their consent) and to ensure appropriate links to treatment, care and support services?

#### **Meaningful participation and accountability**

- ☐ Are people living with HIV, young people, women and girls, people living with disabilities, indigenous populations and key populations involved in meaningful ways in the design, delivery or monitoring of a national plan for scaling up HIV testing, HIV testing policies, and related services? What forms does such involvement take?
- ☐ Are people living with HIV, young people, women and girls, people living with disabilities, indigenous communities and key populations engaged in the delivery of HIV testing services, including through community-led programmes and other community delivery systems or approaches that are adequately funded and resourced?
- ☐ Are people living with HIV, young people, women and girls, people living with disabilities, indigenous communities and key populations involved in mechanisms and efforts to monitor and evaluate the implementation of HIV testing services and to address challenges resulting from implementation?



### Checklist 3: HIV treatment services and human rights

---

For purposes of this checklist, HIV treatment and treatment services mean the following (as appropriate in the context):

- Treatment information.
  - Antiretrovirals and other medicines.
  - Necessary medical devices.
  - Diagnostic tools needed for monitoring and guiding ongoing treatment.
  - Related health services, goods and information.
- 

#### Availability, accessibility and acceptability of HIV treatment

- ☐ Does the government have a national plan or programme for scaling up HIV treatment to reach the Fast-Track Targets? Has the plan been fully budgeted, and have funding sources been identified (including international sources, if necessary)?
- ☐ Do plans and measures to increase access to HIV treatment include efforts to take advantage of the flexibilities available under international intellectual property law in order to encourage competition and promote greater access to affordably priced medicines and other health technologies?
- ☐ Do plans and measures to increase access to HIV treatment include efforts to address anti-competitive practices and regulate the prices of medicines in order to prevent excessive pricing and improve affordability?
- ☐ Do government plans to accelerate access to HIV treatment include ensuring coverage of all HIV medicines listed for the treatment of adults and children on the most recent World Health Organization (WHO) Model List of Essential Medicines?<sup>26</sup> If not, what steps is the government taking to achieve such coverage for these medicines?
- ☐ Does the scale-up plan ensure that HIV treatment is available and equitably distributed across the country in accordance with available data about the geographic distribution of diagnosed HIV cases, AIDS-related illness and deaths, and populations most affected by the HIV epidemic? What measures are being taken by the government and other stakeholders to address inequitable geographic and population access (including for key populations)?

---

<sup>26</sup> The list can be found online at <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>.

- What measures are in place or are being taken to ensure availability, accessibility and acceptability of HIV prevention services for all population groups, including women and girls, adolescents and young people, indigenous communities, people living with disabilities, people who inject drugs, sex workers, men who have sex with men, transgender people and prisoners? Important questions to consider include the following:
  - What steps is the government taking to ensure the equitable distribution of a sufficient number of facilities, programmes, and adequately trained and paid health workers and community workers in order to deliver HIV treatment that is commensurate with the local need in settings throughout the country?
  - Is treatment available for free? If payment of any fee is required for HIV treatment or related services, what measures are in place to ensure that these do not constitute a barrier to people or households without resources to pay such fees?
  - What measures are in place to prevent and effectively respond to stock-outs of HIV treatment commodities?
  - What measures are being taken to improve awareness, knowledge and understanding of HIV treatment, treatment options, and the rights people have in seeking and receiving HIV treatment (i.e. treatment and human rights literacy)?
  - Are safe, effective, and practicable paediatric formulations available to treat infants, children, adolescents and young people living with HIV?
  - Is information about such treatment and how to administer it made available to them and their caregivers in ways that are understandable?
  - Are mature minors able to get access to HIV treatment without parental or guardian consent, and are adolescents and young people without parents or guardians able to get access to treatment?
  - Are women able to give independent consent to treatment and make other decisions on their health without barriers such as spousal and partner consent or a requirement to notify a spouse or other party?
  - Is there outreach—including focused outreach to all the populations in need, such as young people, women and girls, people living with disabilities, indigenous communities and key populations—that provides accessible information about available HIV treatment options and how to gain access to them?
  - Do people in prison or those otherwise detained by the state have access to HIV treatment that is at least equivalent to that available to people outside of prison?
  - Are migrants to country (or those already within it) able to access HIV treatment and related health services on the same basis as nationals of the country? What restrictions, if any, apply and to which categories of migrants are they applied?

Are those restrictions in line with human rights standards and public health recommendations?<sup>27</sup>

- ☐ Are people who use drugs able to access HIV treatment without discrimination (including prejudicial assumptions that their use of other drugs means they will not adhere to or benefit from HIV treatment)?
- ☐ For people who may be dependent on other drugs, is HIV treatment coordinated with available voluntary access to other health services that can promote and protect their health (i.e. drug dependence treatment)? Does this include support with adhering to HIV treatment?
- ☐ Is the government taking steps to end punitive laws, policies and practices against key populations that hinder their access to HIV treatment? This should include laws that criminalize gay men and other men who have sex with men, transgender people, or sex workers (and their clients and workplaces). It also would include laws that criminalize the possession of substances for personal use, or those that allow for the involuntary detention of sex workers or people who use drugs (in so-called “rehab” centres or drug detention centres).
- ☐ To what extent is HIV treatment and care incorporated into other health services to provide reproductive health, maternal health and child health? Does this include any of the following?
  - ☐ Access to HIV testing as part of prenatal care?
  - ☐ Access to antiretroviral medicines and other programmes to prevent or reduce the risk of mother-to-child transmission during pregnancy and labour?
  - ☐ Access to antiretroviral therapy immediately upon delivery for infants born to HIV-positive mothers, continuing unless (or until) it can be determined that a child is HIV-negative?
  - ☐ Ongoing access to antiretroviral medicines for HIV-positive mothers?
  - ☐ Access to information, tools and support services regarding the best available options for feeding infants and children, whether through breastfeeding or formula feeding, depending on the mother’s circumstances?
- ☐ What steps are needed to ensure or improve access to safe formula and potable water to support women with avoiding breastfeeding if they would prefer to do so, thereby eliminating any risk of HIV transmission?

### **Equality and non-discrimination in treatment services**

- ☐ Are there adequate measures in law to prevent and redress discrimination on various grounds in the provision of HIV treatment?

---

<sup>27</sup> For more information, see UNAIDS, Report of the International Task Team on HIV-related travel restrictions: findings and recommendations (Geneva: UNAIDS; 2009) (available from [http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1715\\_report\\_inter\\_task\\_team\\_hiv\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1715_report_inter_task_team_hiv_en.pdf)).

- ☐ Do these measures against discrimination adequately protect the ability of women and girls, adolescents and young people, indigenous people and other key populations to access HIV treatment? If not, what actions and steps is the government taking to ensure non-discrimination in the context of efforts to scale up HIV treatment services?
- ☐ Does government policy, including any Fast-Track plan, integrate a commitment to ensure that people can seek and receive HIV treatment without discrimination?
- ☐ Are there adequate measures to ensure that health personnel and others involved in delivering HIV treatment (e.g. community and outreach workers) are adequately trained about HIV and human rights?
- ☐ Does training about HIV and health rights cover the requirement of non-discrimination and the rights of all people to access HIV treatment, including young people, women and girls, people living with disabilities, indigenous people and key populations?
- ☐ Do institutions providing HIV treatment have a commitment to ensure that people can seek and receive HIV prevention services without discrimination?
  - ☐ Is this commitment to non-discrimination reflected in their policies?
  - ☐ Does the institution have a patient charter of rights or similar document that specifically prohibits discrimination?
  - ☐ What measures exist to ensure the respect of non-discrimination in delivering HIV treatment?

### **Ensuring quality of HIV treatment**

- ☐ What measures are in place or are being taken to ensure that any medicines and medical devices being used to deliver HIV treatment are safe, effective and quality-assured?
  - ☐ Do these measures include establishing regulatory standards and bodies to ensure quality assurance of HIV medicines and related devices?
  - ☐ Are there mechanisms to report and address challenges relating to medicines and related devices of poor quality?
- ☐ What measures are available and being taken to address substandard or falsified medicines, or the promotion of unscientific substances or methods as treatment for HIV infection?
- ☐ Are different antiretroviral therapy regimens available and accessible for use in order to address drug resistance? Does this include, at a minimum, those using medicines listed on the most recent WHO Model List of Essential Medicines?<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> The list can be found online at <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>.

- ☐ Is there adequate training for health-care providers and other personnel (e.g. community and outreach workers) on respecting and protecting human rights in the delivery of HIV treatment, such as the right to non-discrimination and confidentiality?

### **Privacy and confidentiality**

- ☐ Does any law or policy (including the Fast-Track plan) protect the right to privacy by generally guaranteeing the confidentiality of personal health information, including whether a person is receiving HIV treatment and the specific treatment they are receiving?
- ☐ Does the protection of confidentiality apply to all health workers and others who may obtain such information about a person in the course of delivering HIV treatment (e.g. outreach workers or persons administering coverage under any public or private health insurance plan)?
- ☐ Does any law or policy provide for exceptions to the protection of the confidentiality of personal health information, including HIV status? Are those exceptions in compliance with human rights standards?<sup>29</sup>
- ☐ Do institutions providing HIV treatment have their own policies in place guaranteeing the confidentiality of personal health information? Do such policies explicitly prohibit the disclosure of a person's health information to others without the consent of that person? What measures are in place to punish breach of confidentiality?
- ☐ Does the delivery of HIV treatment ensure the respect and protection of the right to privacy in practice? In particular:
  - ☐ Does the physical layout of the setting—such as a physician's office, health clinic, pharmacy or infirmary—ensure information can be communicated privately?
  - ☐ Is personal health information (whether paper-based or electronic) stored in ways that protect privacy by ensuring (a) only authorized health personnel have access to it (e.g. via physically restricted access and adequate password protection) and (b) it cannot be seen by others (e.g. on the exterior of patient files or on a screen)?
  - ☐ Are there measures in place to ensure that personnel do not access, remove, use or disclose the personal health information of patients receiving treatment?
  - ☐ Are those measures in line with human rights standards and recommendations?
  - ☐ Do workers providing treatment services ensure they do not discuss individual patient information in front of or within the hearing of other patients in the facility, or while outside of it?
- ☐ If an HIV treatment programme includes treatment follow-up efforts outside of a health facility, what policies and procedures are in place to do the following:

---

<sup>29</sup> Any limits to the protection of the right to privacy must be set out clearly in the law, and they cannot be arbitrary, unreasonable or imposed in a discriminatory manner. Furthermore, even if disclosure of a person's HIV test result may be allowed, privacy must still be protected to the greatest extent possible. Only the least invasive means possible of achieving a legitimate purpose is allowed.

- Ensure that a patient is aware of this and gives informed consent to such follow-up before starting treatment?
- Protect the privacy of a patient by keeping their health information confidential in the course of making those efforts?
- Ensure those protections of privacy are in line with human rights standards and recommendations?

### **Respect for personal dignity and autonomy**

- ☐ Do women face requirements in law or practice that limit their independent access to HIV treatment, including spousal or partner consent or a requirement to notify a spouse, partner or other party? If so, what steps is the government taking to address any barriers to services for women?
- ☐ Do adolescents and young people face requirements in law or in practice that limit their independent access to HIV treatment, including parental or guardian consent or a requirement to notify parents, guardians, or other parties?
- ☐ At what age are adolescents and young people free to make their own medical decisions, including those regarding HIV treatment? Are mature minors recognized in law or practice as able to make their own decisions about HIV treatment?
- ☐ Does the law provide that any medical programme, including prescribing or continuing HIV treatment, may only be done with the voluntary, informed consent of a person?
- ☐ Is this requirement for informed consent reflected in other government policy or the policies of institutions or organizations providing HIV treatment?
- ☐ What measures are being taken by government or service providers to ensure that health workers are aware of, and respect, patient autonomy in making their own informed decisions about whether or not to start or continue HIV treatment?
- ☐ In cases where people may lack or have limited mental capacity for making informed decisions about HIV testing, does law or policy require the following? Are these steps being taken in practice?
  - Are people supported in making their informed wishes best known?
  - Is it ensured that any substitute decision-maker is acting in the best interests of those people in a way that is consistent with the person's informed wishes to the maximum extent possible?



### **Meaningful participation and accountability**

- ☐ Are people living with HIV, young people, women and girls, people living with disabilities, indigenous communities and key populations involved in meaningful ways in the design, delivery or monitoring of a national HIV treatment plan and HIV treatment policies and services? What forms does such involvement take?
- ☐ Are people living with HIV and other members of key populations engaged in the delivery of HIV treatment, including through community-led programmes and other community delivery systems or approaches that are adequately funded and resourced?
- ☐ Are people living with HIV, young people, women and girls, people living with disabilities, indigenous communities and key populations involved in mechanisms and efforts to monitor and evaluate the implementation of HIV treatment and to address challenges resulting from implementation?

# References

---

1. United Nations General Assembly. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. A/RES/70/1. United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>, accessed 2 February 2017).
2. UNAIDS. AIDS by the numbers 2016. Geneva: UNAIDS; 2016.
3. UNAIDS. “15 by 15”—a global target achieved. Geneva: UNAIDS; 2015.
4. UNAIDS. On the Fast-Track to end AIDS by 2030: focus on location and population. Geneva: UNAIDS; 2015.
5. UNAIDS. The prevention gap report. Geneva: UNAIDS; 2016.
6. United Nations General Assembly. Declaration of Commitment: Global Crisis—Global Action. A/RES/s-26/2. United Nations; 2001.
7. United Nations General Assembly. Political Declaration on HIV/AIDS. A/RES/60/262. United Nations; 2006.
8. United Nations General Assembly. Political Declaration on HIV and AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV and AIDS. A/RES/65/277. United Nations; 2011.
9. United Nations General Assembly. Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight Against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030. A/70/L.52. United Nations; 2016 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_en.pdf), accessed 2 February 2017).
10. UNAIDS. Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030. Geneva: UNAIDS; 2014.
11. UNAIDS. Fast-Track commitments to end AIDS by 2030. Geneva: UNAIDS; 2016 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/fast-track-commitments\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/fast-track-commitments_en.pdf), accessed 2 February 2017).
12. UNAIDS. Fast-Tracking combination prevention: towards reducing new HIV infections to fewer than 500 000 by 2020. Geneva: UNAIDS; 2015 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20151019\\_JC2766\\_Fast-tracking\\_combination\\_prevention.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151019_JC2766_Fast-tracking_combination_prevention.pdf), accessed 2 February 2017).
13. UNAIDS. The gap report. Geneva: UNAIDS; 2014.
14. UNAIDS. UNAIDS terminology guidelines. Geneva: UNAIDS; 2015 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2015\\_terminology\\_guidelines\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf), accessed 2 February 2017).

15. What are human rights? In: Office of the High Commissioner for Human Rights [website]. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) (<http://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>, accessed 2 February 2017).
16. UNAIDS, OHCHR. International guidelines on HIV/AIDS and human rights. 2006 consolidated version. Geneva: UNAIDS, OHCHR; 2006 (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesen.pdf>, accessed 2 February 2007).
17. Human rights. In: The Global Fund [website]. Geneva: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria (Global Fund); 2017 (<http://www.theglobalfund.org/en/humanrights/>, accessed 2 February 2017). The Global Fund. Technical brief on HIV, human rights and gender equality. Geneva: The Global Fund; 2017.
18. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health. In: The International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights. A/RES/2200. 16 December 1966. United Nations; 1966.
19. UNAIDS. Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural, and structural strategies to reduce new HIV infections: a UNAIDS discussion paper. Geneva: UNAIDS; 2010 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2007\\_Combination\\_Prevention\\_paper\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf), accessed 2 February 2017).
20. UNAIDS. HIV prevention among adolescent girls and young women: putting HIV prevention among adolescent girls and young women on the Fast-Track and engaging men and boys. Geneva: UNAIDS; 2016 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_HIV\\_prevention\\_among\\_adolescent\\_girls\\_and\\_young\\_women.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_HIV_prevention_among_adolescent_girls_and_young_women.pdf), accessed 2 February 2017).
21. Fox K, Ferguson J, Ajose W, Singh J, Marum E, Baggaley R. Adolescent consent to HIV testing: a review of current policies and issues in sub-Saharan Africa. In: HIV and adolescents: guidance of HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. Annex 15. Geneva: World Health Organization (WHO); 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95147/1/WHO\\_HIV\\_2013.141\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95147/1/WHO_HIV_2013.141_eng.pdf?ua=1), accessed 2 February 2017).
22. Sam-Agudu NA, Folayan MO, Ezeanolue EE. Seeking wider access to HIV testing for adolescents in sub-Saharan Africa. *Pediatric Research*. 2016;79:838–845. doi:10.1038/pr.2016.28.
23. WHO. Consolidated guidelines on HIV testing services—5 Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection. Geneva: WHO; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>, accessed 2 February 2017). And also WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1&ua=1), accessed 2 February 2017).

24. Zhang NJ. Impact of health literacy on medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Pharmacotherapy*. 2014;48(6):741–751.
25. United Nations General Assembly. International Convention on the Elimination of all Forms of Racial Discrimination. 21 December 1965. United Nations; 1965, para 43.
26. Committee on the Elimination of Racial Discrimination. General Recommendation 20: The Guarantee of Human Rights Free from Racial Discrimination. A/51/18. United Nations; 1996, para 1.
27. Committee on the Elimination of Racial Discrimination. General Recommendation 30: On Discrimination Against Non-citizens. CERD/C/GC/30. United Nations; 2005, paras 29 and 36.
28. United Nations Committee on the Elimination of Racial Discrimination. General Recommendation 23: On the Rights of Indigenous People. A/52/18. United Nations; 1997, para 4(b).
29. United Nations General Assembly. United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples. A/61/295. United Nations; 2006, Articles 1, 2 and 24.
30. United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child. A/RES/44/25. United Nations; 1989, Articles 2 and 24.
31. Committee on the Rights of the Child. General Comment 3: On Children and HIV/AIDS. CRC/GC/2003/3. Committee on the Rights of the Child; 2003.
32. Committee on the Rights of the Child. General Comment 15: On the Right of the Child to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health. CRC/C/GC/15. Committee on the Rights of the Child; 2013, Article 24.
33. United Nations General Assembly. Towards a Comprehensive and Integral International Legal Instrument to Promote and Protect the Rights and Dignity of Older Persons. A/RES/67/139. United Nations; 2012.
34. General Assembly of the Organization of American States (OAS). Inter-American Convention on Protecting the Human Rights of Older Persons. OAS; 2015.
35. United Nations General Assembly. International Convention on the Protection of the Rights of all Migrant Workers and Members of their Families. A/RES/45/158. United Nations; 1990, Articles 43 and 45.
36. United Nations General Assembly. Convention Relating to the Status of Refugees. United Nations; 1951, Article 24(1)(b).
37. United Nations General Assembly. Declaration on the Human Rights of Individuals who are not Nationals of the Country in Which They Live. A/RES/40/144. United Nations; 1985, Article 8(1)(c).

38. World Health Assembly. Health of Migrants. WHA61/2008/REC/1. World Health Assembly; 2008, para 1.
39. United Nations General Assembly. Basic Principles for the Treatment of Prisoners. A/45/49. United Nations; 1990, Principles 5 and 9.
40. United Nations General Assembly. United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (The Nelson Mandela rules). A/RES/70/175. United Nations; 2015, Rules 2, 24, 25, 27, 28 and 32.
41. Committee on Economic, Social, and Cultural Rights. General Comment 20: Non-discrimination in Economic, Social and Cultural Rights (Article 2, para 2). E/C.12/GC/20, 10 June 2009.
42. Asia Catalyst. First do no harm: discrimination in health care settings against people living with HIV in Cambodia, China, Myanmar, and Viet Nam. New York: Asia Catalyst; 2016 ([http://asiacatalyst.org/wp-content/uploads/2014/09/First-Do-No-Harm\\_Feb26.pdf](http://asiacatalyst.org/wp-content/uploads/2014/09/First-Do-No-Harm_Feb26.pdf), accessed 2 February 2017). UNAIDS. Agenda for zero discrimination in health care. Geneva: UNAIDS; 2016 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/Agenda-zero-discrimination-healthcare\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Agenda-zero-discrimination-healthcare_en.pdf), accessed 27 March 2017). UNAIDS. Eliminating discrimination in health care: Stepping stone towards ending the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2016([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/eliminating-discrimination-in-health-care\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-in-health-care_en.pdf), accessed 27 March 2017).
43. Jürgens R. Increasing access to HIV testing and counseling while respecting human rights: background paper. New York: Open Society Institute; 2007 (<http://www.opensocietyfoundations.org/publications/increasing-access-hiv-testing-and-counseling-while-respecting-human-rights-background>, accessed 2 February 2017).
44. Sayles JN et al. The association of stigma with self-reported access to medical care and antiretroviral therapy adherence in persons living with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*. 2009;24(10):1101–1108.
45. Katz IT et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of International AIDS Society*. 2013;16(Suppl 2):18640. doi.org/10.7448/IAS.16.3.18640.
46. OHCHR. General Comment No. 20: Prohibition of Torture or Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. A/44/40. OHCHR; 1992.
47. United Nations General Assembly. International Covenant on Civil and Political Rights. 16 December 1966. United Nations; 1966.
48. Govindasamy D et al. Risk factors, barriers and facilitators for linkage to antiretroviral therapy care: a systematic review. *AIDS*. 2012;26(16):2059–2067.
49. Mburu G et al. Rights-based services for adolescents living with HIV: adolescent self-efficacy and implications for health systems in Zambia. *Reproductive Health Matters*. 2013;21(41):176–185.

50. Chandisarewa W et al. Routine offer of antenatal HIV testing ("opt-out" approach) to prevent mother-to-child transmission of HIV in urban Zimbabwe. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007;85(11):843-50.
51. Matovu JKB, Gray RH, Makumbi F, Wawer M, Serwadda D, Kigozi G et al. Voluntary HIV counseling and testing acceptance, sexual risk behavior and HIV incidence in Rakai, Uganda. *AIDS*. 2005;19(5):503–511.
52. UNAIDS. Elimination without violation: UNAIDS supports women living with HIV to put human rights, gender equality and meaningful engagement of communities at the centre of validating elimination of mother-to-child transmission of HIV. Geneva: UNAIDS; 2016 (<https://results.unaids.org/sites/default/files/documents/Validation%20Case%20Study.pdf>, accessed 2 February 2017).
53. Human Rights Watch, AIDS and Rights Alliance for Southern Africa. A testing challenge: the experience of Lesotho's universal HIV counseling and testing campaign. New York: Human Rights Watch; 2008 (<https://www.hrw.org/report/2008/11/18/testing-challenge/experience-lesothos-universal-hiv-counseling-and-testing>, accessed 2 February 2017).
54. Thomson KA et al. Implementation and outcomes of an active defaulter tracing system for HIV, prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT), and TB patients in Kibera, Nairobi, Kenya. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2011;105(6):320–326.
55. OHCHR, United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women), UNAIDS, United Nations Development Programme (UNDP), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations Children's Fund (UNICEF) and WHO. Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement. Geneva: WHO; 2014 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender\\_rights/eliminating-forced-sterilization/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/eliminating-forced-sterilization/en/), accessed 2 February 2017).
56. International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. 6–12 September 1978 ([http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf), accessed 2 February 2017).
57. Robins S. Foot soldiers of global health: teaching and preaching AIDS science and modern medicine on the frontline. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*. 2009;28(1):81–107.
58. Zachariah R. Community support is associated with better antiretroviral treatment outcomes in a resource-limited rural district in Malawi. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2007;101:79–84.
59. Champion EW. Treating millions for HIV—the adherence clubs of Khayelitsha. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(4):301–303.

60. Decroo T et al. Distribution of antiretroviral treatment through self-forming groups of patients in Tete Province, Mozambique. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2011;56(2):e39–e44.
61. UNAIDS, Stop AIDS Alliance. Communities deliver: the critical role of communities in reaching global targets to end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2015 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_JC2725\\_CommunitiesDeliver\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_JC2725_CommunitiesDeliver_en.pdf), accessed 2 February 2017).
62. Rural Health Advocacy Project (RHAP), Rural Doctors Association of Southern Africa (RuDaSa), South African HIV Clinician's Society (SAHIVSoc), SECTION27, Médecins sans Frontières, Treatment Action Campaign (TAC). Stop stock outs: 2015 stock outs national survey. Third annual report—South Africa. 2016.
63. UNAIDS. Guidance note: key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses. Geneva: UNAIDS; 2012 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/Key\\_Human\\_Rights\\_Programmes\\_en\\_May2012\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Key_Human_Rights_Programmes_en_May2012_0.pdf), accessed 2 February 2017).
64. UNAIDS. Guidance note: human rights and the law. Geneva: UNAIDS; 2014 ([http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/2014unaidsguidancenote\\_humanrightsandthelaw\\_en](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/2014unaidsguidancenote_humanrightsandthelaw_en), accessed 2 February 2017).
65. UNAIDS. Sustaining the human rights response to HIV: funding landscape and community voices. Geneva: UNAIDS; 2015 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2769\\_humanrights\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2769_humanrights_en.pdf), accessed 2 February 2017).
66. Jürgens R. If we want to end HIV, TB, and malaria, we need to do more to reduce human rights barriers. *Global Fund Observer*, 2016; 287: 7-10 (<http://www.aidspan.org/node/3750>, accessed 25 February 2017).
67. UNAIDS. Fast-Tracking combination prevention: towards reducing new HIV infections to fewer than 500 000 by 2020. Geneva: UNAIDS; 2015, p.7 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20151019\\_JC2766\\_Fast-tracking\\_combination\\_prevention.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151019_JC2766_Fast-tracking_combination_prevention.pdf), accessed 2 February 2017).
68. United Nations General Assembly. The International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights. A/RES/2200. 16 December 1966. United Nations; 1966.
69. UNAIDS. Get on the Fast-Track. The life-cycle approach to HIV: Finding solutions for everyone at every stage of life. Geneva: UNAIDS; 2016.
70. Piot P, Quinn TC. Response to the AIDS pandemic—a global health model. *New England Journal of Medicine*. 2013;368(23):2210–2218.
71. Ooms G et al. Applying the principles of AIDS “exceptionality” to global health: challenges for global health governance. *Global Health Governance*. 2010;4(1):1–9.



Copyright © 2017  
Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)  
All rights reserved.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of UNAIDS concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. UNAIDS does not warrant that the information published in this publication is complete and correct and shall not be liable for any damages incurred as a result of its use.

UNAIDS/JC2895E





**UNAIDS**  
**Joint United Nations**  
**Programme on HIV/AIDS**

20 Avenue Appia  
1211 Geneva 27  
Switzerland

+41 22 791 3666

[unaids.org](http://unaids.org)