



## 国連総会

一般文書  
2010年8月6日

原文: 英語

---

### 第65会期

議題項目 69 (b) \*

#### 人権の促進及び保護:

人権及び基本的自由の効果的な享受を改善するための代替的なアプローチを含む人権問題

## 達成可能な最高水準の身体的及び精神的健康を享受するすべての者の権利

### 国連事務総長による書簡

国連事務総長は、すべての者が到達可能な最高水準の身体的及び精神的健康を享受する権利に関する特別報告者であるアナンド・グローバー氏により提出された報告書を、国連人権理事会2007年12月14日決議6/29に従って、国連総会の構成員に送付の名誉を有する。

---

\* A/65/150.

## 達成可能な最高水準の身体的及び精神的健康を享受するすべての者の権利に関する特別報告者の報告書

### 概要

現在の国際的な薬物統制システムは、ほとんど法執行政策と刑事制裁によって、薬物のない世界を作ることに焦点を当てている。しかしながら、このアプローチが失敗していることを示す科学的根拠が増えつつあるが、これは主に薬物使用及び依存の現実を認めていないためである。薬物は個人の生活や社会に有害な影響を与えるかもしれないが、この過剰な懲罰的政権は、定められた公衆衛生の目標を達成しておらず、数え切れないほどの人権侵害を引き起こしている。

薬物使用者は、刑事罰の恐れがあるためにサービスへのアクセスが妨げられたり、医療へのアクセスが完全に拒否されたりすることがある。犯罪行為や過剰な法執行行為は、健康増進の取り組みを損ない、汚名（スティグマ）を着せ、薬物使用者だけでなく全住民がさらされる健康リスクを増大させる。一部の国では、薬物使用者を投獄したり、強制的な治療を課したり、あるいはその両方を行っている。また、現在の国際的な薬物統制体制は、必要不可欠な医薬品へのアクセスを不必要に制限しており、これは健康に対する権利の享受を侵害している。

麻薬に関する単一条約（1961年）の前文に述べられているように、国際的な薬物統制体制の第一の目標は「人類の健康と福祉」であるが、薬物の使用及び所持を規制する現在のアプローチはその目標に反している。薬物使用に伴う害を軽減するための介入（ハームリダクション・イニシアティブ）の広範な実施と、薬物統制を管理する特定の法律の非犯罪化は、薬物使用者と一般住民の健康と福祉を明らかに改善するであろう。さらに、薬物を使用する人々の権利が尊重され、保護され、満たされることを確保するために、国際連合の諸機関及び加盟国は、薬物統制に対する健康に対する権利のアプローチを採用し、システム全体の一貫性とコミュニケーションを奨励し、指標及びガイドラインの使用を組み入れ、特定の違法薬物に関する新たな法的枠組みの開発を検討すべきである。

## 目次

I.	はじめに .....	4
II.	健康に対する権利及び国際的な薬物統制 .....	5
III.	健康に対する権利の実現に及ぼす薬物統制の影響 .....	8
	A. サービス及び治療へのアクセスの抑止 .....	8
	B. 差別と汚名(スティグマ) .....	9
	C. 薬物使用時に増えるリスク .....	10
	D. 社会的弱者や社会から取り残されたコミュニティへの過度な影響 .....	10
IV.	薬物依存及び健康権侵害に対する強制的な取扱い .....	11
V.	規制薬物へのアクセス .....	13
VI.	薬物統制に対する人権に基づくアプローチ .....	16
	A. ハームリダクションと科学的根拠に基づく治療 .....	16
	B. 非犯罪化及び刑罰廃止 .....	20
	C. 人権指標及び指針の利用 .....	22
	D. 薬物統制のための代替的な規制の枠組み .....	23
VII.	勧告 .....	24

## I. はじめに

1. 国連人権理事会は、2007年12月14日決議6/29において、特別報告者に対し、国連総会に中間報告を提出するよう要請した。人権理事会は、2009年7月1日決議12/24において、特別報告者が、現在の権限の範囲内で、医薬品アクセスの人権的側面を統合することも奨励した。本報告書は、それらの要求に従って提出される。

2. 国連総会への最新報告 (A/64/272) 以来、特別報告者は、委任された権限をさらに発展させ、健康に対する権利の世界的な認識を高めるために、多くの活動を行ってきた。特別報告者は、2009年11月にオーストラリア、2010年5月にグアテマラへの国別ミッションを実施したほか、バリにおけるアジア太平洋地域での妊産婦の健康に関する国会議員協議を含む、健康に対する権利に関する数々の協議や会議に参加した。CARAM-Asia, Coordination of Action Research on AIDS&Mobilityによってクアラルンプールで組織された移民労働者と健康に関する市民社会協議会、ベルリンで開催された国際人口開発会議 (ICPD@15) のレビューを行うための「グローバル・パートナーズ・イン・アクションNGOフォーラム」、2010年7月にウィーンで開催された第18回国際エイズ会議。

3. 特別報告者は、ニューヨーク大学及びコロンビア大学においても基調講演を行った。ヨハネスブルグで開催された人権開発イニシアティブの関係者会合;ベトナムにおける保健及び開発の権利実現に関する国際会議;ブリュッセルの欧州議会で開かれた子宮頸癌サミット;プリンストン大学で開かれた司法と健康権会議;ニューヨークで開催された国際人権と健康の年次アワード・ディナーである。特別報告者は、フィンランド・トゥルクにあるオーボ・アカデミー大学人権研究所の経済的、社会的、文化的権利の正当性に関するコースでも講義を行った。

4. 特別報告者は、中央アメリカ各地の市民社会組織を集め、2009年3月にグアテマラで市民社会協議会を開催した。この協議は、2009年5月のグアテマラでの国別ミッション完了に不可欠な情報を得る絶好の機会を提供した。また、特別報告者は、セーブ・ザ・チルドレンの招待により、特に小児・妊産婦の健康に焦点を当てたアフガニスタンでの協議にも出席した。

5. 特別報告者の報告書は、薬物統制に関連する需要側の措置（主に薬物の使用及び所持に関する措置）並びにそれらが健康に対する権利の享有に及ぼす様々な影響を検討する。本報告書では、健康に関連した害をもたらす過度に懲罰的なアプローチを追求するのではなく、薬物統制の中で人権に焦点を当てることの必要性について論じている。

6. 特別報告者は、薬物の使用及び所持に関する指針及び指標を用いることにより、人権が国際的な薬物統制への対応に組み込まれること、及び代替的な薬物統制の枠組みの創設が考慮されるべきことを勧告する。さらに、加盟国は、薬物使用者、特に刑務所に入所していない人々に焦点を当て、薬物削減措置と薬物依存治療サービスを利用できることを確保すべきである。また、国内法を改正して、薬物の使用及び所持を非犯罪化又は処罰対象から除外し、管理された必須医薬品へのアクセスを拡大すべきである。

## II. 健康に対する権利及び国際的な薬物統制

7. 薬物を使用し、かつ、薬物に依存しているすべての人々の健康に対する権利の享受は、薬物使用の事実にかかわらず適用可能である。薬物使用と薬物依存を混同しないことが重要である。薬物依存は、薬物療法を必要とする可能性のある脳機能の変化を伴う慢性の再発性疾患<sup>1,2</sup>と考えられ、理想的には「生物心理社会的」アプローチを利用する<sup>3</sup>。対照的に、薬物使用は医学的状態ではなく、必ずしも依存を意味するものではない。実際、薬物を使用する人の大半は依存症にならず、治療も必要ない。

8. 健康に対する権利は、特に、身体上若しくは精神上の障害又は健康状態を理由として差別することなく質の高い保健施設、物品及びサービスへのアクセスを確保することを求める<sup>4</sup>。経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約第2条第2項及び第3条は、規約内のすべての権利の実現を達成する上での差別を禁止する。このように、個人が薬物を使用することは、その個人が認知された依存症候群を有しているか否か、あるいは適用される薬物統制制度が拘禁その他の制裁を許容しているか否かにかかわらず、その個人の権利を制限する理由とはならない<sup>5</sup>。薬物使用者と薬物依存者は、国際的な法的文書によって保証されているのと同じ自由と権利を有しており、どちらのグループも現在の国際的な薬物統制システムの下で権利の侵害を経験している。

9. 国連の国際的な薬物統制システムの中核的な法的枠組みを形成する3つの条約、(a) 1972年議定書によって改正された麻薬に関する単一条約(1961年)。この条約は、以前の国際協定を統合し、マリファナ、コカ、ケシなどの植物を国際的な統制下に置くものである。(b) 向精神薬に関する条約(1971年)であって、医薬品の製造に使用される合成物質及び前駆物質についても同様であったもの、(c) 麻薬及び向精神薬の不正取引の防止に関する国際連合条約(1988年)。この条約は、薬物取引の国際的な取締りの範囲及び程度を拡大し、薬物取引と組織犯罪との関係を強調した<sup>6</sup>。これらの条約は、現在、数百種類の違法物質を国際的な統制下に置き<sup>7</sup>、医療及び/又は科学上の目的のための製造、流通及び所持は認められているが、これらの物質の無許可の製造及び流通の事実上すべての側面を犯罪化している<sup>8</sup>。これらの条約は181以上の国によって批准されており、世界中の薬物政策の発展を導いてきた。

<sup>1</sup> See *Official Records of the Economic and Social Council, 2010, Supplement No. 8 (E/2010/28)*, p. 47.

<sup>2</sup> World Health Organization, *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence* (Geneva, 2004), pp. 13 and 22.

<sup>3</sup> United Nations Office on Drugs and Crime and WHO, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper* (Geneva, 2008), p. 1.

<sup>4</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14 (2000) (E/C.12/2000/4), paras. 18 and 19.

<sup>5</sup> Nevanathem Pillay, United Nations High Commissioner for Human Rights, "High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy" (10 March 2009). Available from [www2.ohchr.org](http://www2.ohchr.org).

<sup>6</sup> See E/CONF.82/15 and Corr.1 and 2, article 3, para. 5.

<sup>7</sup> International Narcotics Control Board, *List of Narcotic Drugs Under International Control* (48th ed., Vienna, 2008).

10. 多数の国連機関が、国際連合憲章第1条及び第55条に規定するように、3つの薬物統制条約を実施し、並びに人権を促進し及び保護することを要求される。国際的な薬物統制システムと国際的な人権システムの目標とアプローチが対立する場合、人権上の義務が優先されるべきであることは明らかである。国連総会は、一貫して、国際的な薬物統制は憲章に従って行われなければならない、「人権を十分に尊重して」と宣言する決議を採択してきた。(国連総会2007年8月2日決議62/176及び2009年3月6日決議63/197を参照)

11. 国際的な薬物統制システムの第一の目標は、規制物質の違法な使用及び供給を減少させ、並びに医療上及び科学上の目的のための規制物質へのアクセスを確保することを通じて<sup>9</sup>、人類の健康及び福祉を保護することである。それにもかかわらず、条約には人権についての明確な配慮が欠けており、実施機関の間での優先順位を欠いている。

12. 国際麻薬統制委員会(INCB)は、薬物に関する3つの条約の実施を監督する。同委員会は、違法薬物の生産と取引、ならびに科学的及び医学的目的のための規制物質へのアクセスを監視し、条約の要件を満たしていない政府を調査する権限を有する。国連麻薬委員会(CND)は、麻薬と向精神薬をさまざまな規制レベルに分類し、国連薬物犯罪事務所(UNODC)内の国連薬物統制計画の運営機関として機能している。国連薬物犯罪事務所(UNODC)は、「麻薬、犯罪、テロから世界を安全にすることにより、すべての人々の安全と正義の実現に貢献する」義務を負う<sup>10</sup>。

13. 過去には、薬物統制機関が建設的な人権関連の議論に関与することはまれであったが<sup>11</sup>、最近では、人権に基づくアプローチをその活動に組み込む方向への歓迎すべき変化があった。国連薬物犯罪事務所(UNODC)は、薬物統制と人権保護をより調和させる方法を検討しており<sup>12</sup>、国際麻薬統制委員会(INCB)の委員長が最近初めて市民団体の代表者と非公式に会談した<sup>13</sup>。国連麻薬委員会(CND)はまた、国際的な薬物統制条約の実施における人権の促進に関する決議を採択し、HIV/エイズ問題及び他の決議における医薬品アクセスの問題を検討してきた<sup>14</sup>。それにもかかわらず、人権を薬物統制の中心に据えるためには、はるかに多くのことがなされなければならないことは明らかである。

<sup>8</sup> See the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, 30 March 1961, United Nations, *Treaty Series*, vol. 520, article 36.

<sup>9</sup> Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, preamble and article 2.

<sup>10</sup> A/65/6 (Prog. 13), para. 13.4.

<sup>11</sup> The International Narcotics Control Board had explicitly stated that it would not discuss human rights or engage with civil society: Mr. Koli Kouame, Secretary of the International Narcotics Control Board, Press Conference, New York, 7 March 2007. Webcast available at <http://157.150.195.10/webcast/pc2007.htm> (Date of last access: 14 February 2008).

<sup>12</sup> See E/CN.7/2010/CRP.6.

<sup>13</sup> International Drug Policy Consortium, *The 2010 Commission on Narcotic Drugs — Report of proceedings* (London, 2010), p. 8.

<sup>14</sup> See resolution 49/4 (E/CN.7/2006/10), resolution 51/12 (E/CN.7/2008/15) and resolution 53/9 (E/CN.7/2010/18).

14. 残念なことに、世界の薬物統制に対する現在のアプローチでは、薬物は議論の余地のない「～と闘う義務」であり、国際社会はそれを有している<sup>15</sup>。「麻薬戦争」という概念は、極端な政策や慣行を正当化するために使われる<sup>16</sup>。薬物生産と武装集団の資金調達、例えばアフガニスタンのアヘン栽培者とタリバンの間で結ばれた結びつきは、薬物の供給と需要の削減に効果がないことが次第に明らかになってきているにもかかわらず、ゼロ・トレランス方式（非寛容方式）をさらに正当化してきた<sup>17</sup>。したがって、このアプローチは、第一に掲げた目的（薬物使用による健康被害の防止）を達成できていないだけでなく、真の薬物管理も達成できていない。

15. 麻薬戦争アプローチもまた、薬物の使用及び依存の現実を認識しておらず、そのために示された目的を達成することができていない。第一に、薬物使用の抑止が刑罰を科す第一の理由と考えられているにもかかわらず、人々は常に刑法にかかわらず薬物を使用し続けている<sup>18</sup>。第二に、薬物依存は、薬物使用とは異なり、刑事罰ではなく、科学的根拠に基づく適切な治療を必要とする病状である<sup>19</sup>。最後に、懲罰的な薬物統制システムは、科学的根拠に基づくアプローチを無視し、不適切な方法や見当違いの解決策に資源を振り向けることによって、薬物使用に関連する害を増大させる。

16. 薬物の使用は健康に有害な結果をもたらす可能性があるが、特別報告者は、現在の薬物統制アプローチが防止しようとする害よりも、害をもたらすことを懸念する。薬物使用、所持、取引を抑止するために計画された薬物使用の犯罪化<sup>20</sup>は失敗した<sup>18</sup>。その代わりに、それは薬物使用の危険な形態を永続させ、一方で薬物使用者を不釣り合いに処罰している。2010年のウィーン宣言では、違法薬物使用者の犯罪化がHIVの流行を煽っていると指摘されている<sup>21</sup>。ミレニアム開発目標6では、各国は2015年までにHIV/エイズのまん延を阻止し、食い止め始めることを約束することを求めているが（国連総会決議55/2参照）、犯罪化を続けることは、いくつかの多国間保健政策と真っ向から矛盾する<sup>22</sup>。

<sup>15</sup> Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, preamble.

<sup>16</sup> See P. Gallahue, “Targeted Killing of Drug Lords: Traffickers as Members of Armed Opposition Groups and/or Direct Participants in Hostilities”, *International Yearbook on Human Rights and Drug Policy*, vol. 1 (2010).

<sup>17</sup> Latin American Commission on Drugs and Democracy, *Drugs and Democracy: Toward a Paradigm Shift* (2009), p. 7.

<sup>18</sup> R. Bluthenthal and others, “Collateral damage in the war on drugs: HIV risk behaviours among injection drug users”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 10, No. 1 (1999), p. 26.

<sup>19</sup> UNODC and WHO, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper* (Geneva, 2008), p. 1.

<sup>20</sup> S. Friedman and others, “Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in United States metropolitan areas”, *AIDS*, vol. 20, No. 1 (2006), p. 93.

<sup>21</sup> *Vienna Declaration*, XVIII International AIDS Conference (AIDS 2010), p. 1.

<sup>22</sup> Michel Sidibé, Executive Director of the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), “Parliament: The Heart of Governance”, statement to the 122nd Inter-Parliamentary Union Assembly, Bangkok, 28 March 2010. Available from <http://unaids.org>.

### III. 健康に対する権利の実現に及ぼす薬物統制の影響

17. 健康は、他の人権の行使に不可欠な人権である。量刑を過度に厳しくしている国は、薬物使用者の他の権利も侵害している。現在、32の司法管轄区が薬物犯罪に対する死刑を存置しており、強制的なものもある<sup>23</sup>。市民的及び政治的権利に関する国際規約第6条は、「最も重大な犯罪」（国連総会決議2200 A (XXI)）についてのみ死刑を科すことを認めている。自由権規約委員会と超法規的、即決あるいは恣意的処刑に関する特別報告者は、薬物犯罪はこれらの基準を満たしておらず、薬物犯罪に対する死刑は国際人権法に違反していることを確認した<sup>24</sup>。

18. 薬物の使用及び所持の犯罪化は、健康に対する権利を含むいくつかの人権の侵害に関係している。健康に対する権利の他の侵害はそれほど直接的ではないが、例えば必須医薬品への不十分なアクセスなど、国際的な薬物統制システムの偏った焦点の副産物として生じる。特別報告者は、これらの違反行為の各々は、最終的には、健康に対する権利の享受及び薬物に関連する害の軽減を犠牲にして、犯罪化及び法執行の慣行に過度に焦点を当てることに帰着すると考える。

#### A. サービス及び治療へのアクセスの抑止

19. 「麻薬戦争」が熱心に追及している国や、薬事法が厳格に執行されている国では、薬物依存者は保健サービスへのアクセスを拒否されている可能性があり、また多くの場合、拒否されている。いくつかの国では、このアプローチは、薬物を社会的のけ者として使用する人々の地位を強化し、薬物使用を地下に追い込み、HIV/エイズへの対応を危うくし、薬物使用者が治療を受けることを妨げている<sup>25</sup>。また、安全でない注射によるHIV感染が発生している地域では、注射による薬物使用者（IDU）の血清陽性率は50%にも上る<sup>25</sup>。

20. 薬物使用者は、その薬物の使用に関する情報が当局と共有され、その結果、逮捕、投獄<sup>26</sup>又はその意に反した処遇が行われるおそれがあるため、医師の診察を受けることを避けることができる<sup>27</sup>。薬物を使用している人々が特定され、リストアップされ、その市民権が制限されている薬物登録制度を利用しても、患者の守秘義務違反が頻繁に報告されているため、治療を求める個人を思いとどまらせる可能性がある<sup>28</sup>。

<sup>23</sup> Human Rights Committee, General Comment No. 6/16 of 27 July 1982 (A/37/40, annex V). See International Harm Reduction Association, *The Death Penalty for Drug Offences: Global Overview 2010* (London, 2010), p. 11.

<sup>24</sup> See A/HRC/4/20, para. 53.

<sup>25</sup> United Nations Development Programme, *Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges* (Bangkok, 2004), p. 55.

<sup>26</sup> R. Jürgens and others, "People who use drugs, HIV, and human rights", *The Lancet* (2010), available from [doi:10.1016/S0140-6736\(10\)60830-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60830-6), pp. 3 and 4.

<sup>27</sup> A/64/272, p. 23.

<sup>28</sup> Open Society Institute, *The Effect of Drug User Registration Laws on People's Rights and Health: Key Findings from Russia, Georgia, and Ukraine* (New York, 2009), p. 16.



21. 一部の国は、HIV/エイズ及び人権に関する国際指針に反して、注射針・注射器その他の薬物道具の携帯所持を犯罪としている<sup>29</sup>。逮捕や刑事罰への恐怖は、注射針・注射器のプログラムへのアクセスや滅菌器具の携帯を妨げる可能性があり、滅菌されていない器具の使用や感染症の可能性を高める。このような機器を所持する人々（アウトリーチ活動の従事者を含む）を処罰する法律は、HIV対策の障壁として認識されている<sup>30</sup>。

## B. 差別と汚名(スティグマ)

22. 薬物使用者は医療現場で差別を受けることが多い。抗レトロウイルス療法 (ARV) は、薬物使用者には受けにくい傾向がある。東ヨーロッパでは、報告された HIV 症例の 70% は薬物を注射した人に発生しているが、このグループは、ARV 療法を受けている HIV 陽性者の全人口の 39% を占めている<sup>31</sup>。これは、これらのグループの治療へのアクセスを妨げる構造的不平等に起因する可能性がある。例えば、標的を絞った介入の欠如などである。しかしながら、医療提供者が薬物使用者への ARV 治療を拒否した事例も報告されており<sup>32</sup>、健康に対する権利のアプローチに直接違反している。

23. 個人はまた、過去又は現在の薬物使用の理由として、他の医療へのアクセスを拒否されることがある。ただし、当該治療の拒否を正当化する科学的根拠が存在しない場合に限る。例えば、グレートブリテン及び北アイルランド連合王国では、過去又は現在の薬物使用者が、C 型肝炎ウイルスの治療を遵守しないことを理由に、公的な指導に反して、治療を拒否された例が報告されている<sup>33</sup>。薬物使用者の治療遵守度は必ずしも低くはなく、個別に評価すべきである。

24. 懲罰的な執行又は治療制度を通じて創出又は強化された汚名 (スティグマ) もまた、健康上のリスクを増大させる可能性がある。当局による薬物注射をする人々に対する標的化された虐待と暴力は、使用者の身体的・精神的疾患のリスクを高める可能性がある<sup>34</sup>。監視から過剰な武力行使に至るまでのさまざまな警察活動が、社会的弱者や周縁化された人々を標的にしていることが指摘されており、こうした人々は最終的にこの社会的苦痛を内在化し、自らの従属関係に加担するようになる<sup>35</sup>。

<sup>29</sup> United Nations publication, Sales No. E.06.XIV.4, p. 30.

<sup>30</sup> UNODC, UNAIDS and WHO, “Policy brief: provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission”, *Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use* (Geneva, 2004), p. 2.

<sup>31</sup> WHO, UNAIDS and UNICEF, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector* (Geneva, 2008), p. 24.

<sup>32</sup> D. Barrett and others, “Recalibrating the Regime”, *The Beckley Foundation Drug Policy Programme*, Report Thirteen (2008), pp. 37 and 38.

<sup>33</sup> *Ibid.*, p. 40.

<sup>34</sup> H. Cooper and others, “Characterizing Perceived Police Violence: Implications for Public Health”, *American Journal of Public Health*, vol. 94, No. 7 (2004), p. 1116.

<sup>35</sup> T. Rhodes, “Risk environments and drug harms: A social science for harm reduction approach”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 20, No. 3 (2009), p. 196.

### C. 薬物使用時に増えるリスク

25. 薬物使用の犯罪化はまた、薬物摂取行動の変化や薬物組成を通じて、薬物使用者がさらされるリスクを増大させる。有害物質よりも良性物質による汚染の方が多いが<sup>36</sup>、規制が完全に欠如していることによる危害の可能性は依然として存在する。最近、スコットランドではヘロインに起因する炭疽菌が33人の薬物使用者の間で確認された<sup>37</sup>。

26. 薬物使用及び所持の犯罪化は、薬物使用者の疾病リスクの増大にもつながる。法的抑圧の割合が高いことは、注射による薬物使用者 (IDU) の有病率が高いことと関連している<sup>38</sup>。これは、注射器や注射用品の共有、迅速な注射、逮捕や処罰への恐怖から安全でない場所 (針刺しギャラリーなど) での薬物使用など、よりリスクの高い注射方法を個人が採用した結果である可能性が高い<sup>39</sup>。法執行機関による検出を避けるために薬物を急いで調製することは、薬物を注射する人に過剰摂取、血管事故、膿瘍などの感染症のリスクを増大させる。これらのリスクは、個人が恐怖から薬物の準備や注射の支援を利用しながらないことによって悪化する可能性がある<sup>40</sup>。

27. 警察による取締り及び薬物使用及び所持の犯罪化に関連するその他の介入もまた、薬物使用者を無害化プログラムが実施されている地域から退去させる結果となり、注射針・注射器のプログラム、オピオイド補充療法 (OST)、アウトリーチ労働者へのアクセスに参加する能力を低下させる<sup>41</sup>。過量投与の際の緊急時支援へのアクセスも妨げられており、通常の注射ネットワークや薬物供給者へのアクセスを遮断することにより、過量投与の発生率が上昇する可能性がある。移住によって最も影響を受ける人々は、しばしば最も周縁化されている。例えば、ホームレスは薬物を使うために屋内に移動する必要がない<sup>41</sup>。

### D. 社会的弱者や社会から取り残されたコミュニティへの過度な影響

28. 懲罰的な薬物政策はまた、既に脆弱な地域社会に不均衡な影響を与える。例えば、米国では、アフリカ系アメリカ人が白人アメリカ人よりも一貫して高い率で逮捕されていると報告されているが、犯罪率はこれらのグループ間で同等である<sup>42</sup>。さらに、逮捕の80%以上は、販売ではなく薬物所持によるものである<sup>43</sup>。

<sup>36</sup> C. Cole and others, "CUT: A Guide to Adulterants, Bulking Agents and Other Contaminants Found in Illicit Drugs", *Centre for Public Health, Liverpool John Moores University* (Liverpool, 2010), pp. 10 and 11.

<sup>37</sup> Health Protection Scotland, "Anthrax Confirmed in NHS Lothian Patient" (Glasgow, 12 April 2010). Available from [www.documents.hps.scot.nhs.uk/](http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/).

<sup>38</sup> S. Friedman and others, op. cit., p. 97.

<sup>39</sup> Ibid.; see also Bluthenthal and others, op. cit., p. 31.

<sup>40</sup> Canadian HIV/AIDS Legal Network, *Do Not Cross: Policing and HIV Risk Faced by People Who Use Drugs* (Toronto, 2007), p. 6.

<sup>41</sup> Ibid., pp. 7 and 8.

<sup>42</sup> Human Rights Watch, *Decades of Disparity: Drug Arrests and Race in the United States* (New York, 2009), pp. 1 and 5.

そのような軽微な犯罪の蓄積は、すでに弱い立場にある人々を投獄し、さらに周縁化することにつながり、彼らの健康に関連するリスクを増大させる。

29. 現在、世界中で900万人以上が刑務所に収容されている<sup>44</sup>。多くの刑務所では、HIV感染率が一般社会の数倍高いことが指摘されている。これは、投獄前の注射による薬物使用のほか、貧困や社会的疎外といった人々の中にある危険因子に起因している<sup>45</sup>。刑務所内の肝炎感染率も高く、C型肝炎の感染率はHIVの感染率を上回っている<sup>47</sup>。その危険性は、受刑者が釈放されると一般市民に伝えられる<sup>46</sup>。効果的な無害化プログラム及び薬物依存治療を実施しないことは、健康に対する権利の享受を侵害する。

#### IV. 薬物依存及び健康権侵害に対する強制的な取扱い

30. 最も甚だしい健康に対する権利の侵害のいくつかは、薬物依存に対する「治療」の文脈で起きている。薬物使用の犯罪化は、薬物使用者が非生産的な犯罪者又は道徳的退廃者であるという認識を助長し、その結果、懲罰的な治療アプローチが蔓延することを可能にする。科学的根拠に基づく医療管理の代わりに、政府と執行機関は薬物依存者を虐待や強制労働の対象となる施設に強制的に入れる。このアプローチは薬物使用者を差別し、彼らが医学的に適切な医療サービス及び治療を受ける権利を否定する。

31. この報告は、科学的根拠を無視して懲罰的介入を利用する強制的な治療計画に関するものである。このような状況では、医学的疾患として薬物依存症を管理する訓練を受けた医療専門家は、しばしばアクセスできない<sup>48</sup>。強制労働、独房監禁及び同意なしに行われる実験的治療は、国際人権法に違反し、代替療法、心理的介入及び完全なインフォームド・コンセントを得て行われるその他の形態の治療のような科学的根拠に基づく措置の違法な代替である。

32. 健康に対する権利の享有には、特に、科学的及び医学的に適当であり、かつ、良質の保健施設、物品及びサービスへのアクセス「拷問、合意に基づかない医療、実験を受けない権利などの干渉を受けない権利」を含む<sup>49</sup>。

<sup>43</sup> Ibid., p. 12.

<sup>44</sup> R. Walmsley, “World Prison Population List”, *International Centre for Prison Studies* (7th ed., London, 2007), p. 1.

<sup>45</sup> International Harm Reduction Association, *State of Global Harm Reduction* (London, 2010), p. 105.

<sup>46</sup> Ibid., p. 106.

<sup>47</sup> A/HRC/10/44, paras. 55-67.

<sup>48</sup> See WHO, *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia, and Viet Nam: An application of selected human rights principles* (Geneva, 2009). Available from [www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/4AF54559-9A3F-4168-A61F-3617412017AB/0/FINALforWeb\\_Mar17\\_Compulsory\\_Treatment.pdf](http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/4AF54559-9A3F-4168-A61F-3617412017AB/0/FINALforWeb_Mar17_Compulsory_Treatment.pdf) (Accessed 10 June 2010).

さらに、市民的及び政治的権利に関する国際規約第7条は、「何人も、医学的又は科学的実験に対する自己の自由な同意なしには、受けてはならない」と宣言している。国は、精神疾患の治療又は伝染病の予防及び管理のための可能な限り狭い状況を除き、強制的な医療を用いることを差し控えることを含め、健康に対する権利の享受を尊重し、保護し及び実現する義務を負う<sup>50</sup>。薬物依存の治療を行う際には、治療を拒否する権利を含め、インフォームド・コンセントの要件を遵守しなければならない<sup>51</sup>。

33. 強制的な取扱い、主として2つの点で健康に対する権利を侵害する。第一に、この「治療」は一般的に科学的根拠に基づく医療行為を無視しており、経済的、社会的及び文化的権利に関する委員会が詳述している健康に対する権利の質的要素を満たしていない<sup>52</sup>。第二に、治療は集団で行われることが多く、個別にインフォームド・コンセントを行う必要はない。

34. 薬物依存の適切な医学的管理には、治療が科学的根拠に基づいて行われることが必要である。多くの強制的治療施設における「治療」の一覧表には、強制労働、拘禁、軍隊式訓練、身体運動、実験的治療などの介入が含まれているが、その有効性は科学的根拠によって裏付けられていない。薬物使用者の約90-100%は、そのような施設で強制治療を受けた後、薬物使用に復帰した<sup>53</sup>。

35. このような懲戒処分は、科学的根拠に基づく方法の代わりとなることが多い。その結果、ヘロインや他のオピオイドに依存している多くの人々は、薬理的に支援された離脱やオピオイド補充療法(OST)を受ける代わりに、薬物治療を受けずに離脱することになり、メサドンやブプレノルフィンを違法と分類することは、薬物依存治療を受ける上でさらなる障壁となる<sup>56</sup>。OST及び他の害を減少させる介入を犠牲にして強制的な治療を課すことも、特にHIV/AIDS<sup>57</sup>をはじめとする感染症のリスクを増大させる<sup>57</sup>。

<sup>49</sup> General Comment No. 14 (2000) (E/C.12/2000/4), para. 12 (d).

<sup>50</sup> Ibid., para. 34.

<sup>51</sup> See A/64/272, paras. 28 and 88-91.

<sup>52</sup> General Comment No. 14 (2000) (E/C.12/2000/4), note 55.

<sup>53</sup> N. Crofts, "Treatment in Southeast Asia: The need for effective approaches", in *Open Society Institute Briefing on Drug Treatment, HIV, and the Challenge of Reform* (2006).

<sup>54</sup> V. Mendelevich, "Narcology: Drug treatment in Russia", in *Open Society Institute Briefing on Drug Treatment, HIV, and the Challenge of Reform* (2006).

<sup>55</sup> J. E. Cohen and J. J. Amon, "Health and Human Rights Concerns of Drug Users in Detention in Guangxi Province, China", *Public Library of Science (PLOS Med)*, 5(12): e234 (2008).

<sup>56</sup> Open Society Institute, *At What Cost?: HIV and Human Rights Consequences of the Global "War on Drugs"* (New York, 2009), p. 87.

<sup>57</sup> See Open Society Institute, "Detention as Treatment" (May 2010); R. Pearshouse, "Compulsory Drug Treatment in Thailand: Observations on the Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545 2002" (2009).

36. 薬物依存者と時折の薬物使用者との間に区別がないと報告されている国では、医学的に不必要な治療を受けることを強制されることもある<sup>58</sup>。このような個人の多くも実験的治療を受けることができる。患者が十分なインフォームド・コンセントを与えるために必要な情報を提供しないことは、健康に対する権利の享受を侵害する。

37. 特別報告者の前回の報告書で検討したように<sup>59</sup>、治療に対するインフォームド・コンセントは、健康に対する権利の基礎であり、その要件は、懲罰的治療の強制的な実施において極めてまれに満たされる。能力及び能力に関する決定及びインフォームド・コンセントを得る必要性は、ケースバイケースで行われなければならない。集団的な治療はこの要件を満たしていない。いくつかの国では、薬物を使用した人々が一斉に逮捕され、強制的な治療センターに入れられたと報告されている<sup>60</sup>。このアプローチは、たとえ実施されたとしても、不十分で大まかな健康診断に基づく個人の強制治療につながる。

38. 薬物使用者、又は薬物依存者は、治療に同意する能力を自動的に欠くことはない。薬物使用又は依存に基づいて無能力であると仮定すると、乱用の可能性が大きくなる。多くの場合、個人の無能力の決定は、薬物使用者の強制的な「治療」の口実にすぎない。薬剤を使用する人々が同意の下で治療に参加する権利を否定するのではなく、インフォームド・コンセントを得るための障害を克服するために適切な支援メカニズムが提供されるべきである。

## V. 規制薬物へのアクセス

39. 世界の何百万人もの人々が、疼痛、薬物依存及びその他の健康状態のために不可欠な医薬品を必要としているが、規制薬物の制限、適切に機能する供給及び配給システムを実施していないこと、及び医療体制の能力不足により、入手可能性が制限されている。必須医薬品の供給に関して、先進国と発展途上国の間に驚くべき能力格差が存在する。発展途上国には、世界の癌患者のほぼ半数と新規HIV感染者のほぼすべてがいるが、モルヒネのライセンス供給量の6%しか消費していない<sup>61</sup>。モルヒネを含む全ての合法的に管理されている医薬品の約89%が北米及び欧州で消費されている<sup>62</sup>。経済社会理事会は、決議2005/25において、オピオイド鎮痛薬<sup>63</sup>及び医療麻薬に対するアクセスの障壁を取り除く必要性を認識した。

<sup>58</sup> WHO, *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia, and Viet Nam: An application of selected human rights principles* (Geneva, 2009). Available from [www.wpro.who.int/](http://www.wpro.who.int/).

<sup>59</sup> See A/64/272.

<sup>60</sup> See D. Barrett and others, "Recalibrating the Regime", *The Beckley Foundation Drug Policy Programme*, Report Thirteen (2008).

<sup>61</sup> *Report of the International Narcotics Control Board for 2007* (United Nations publication, Sales No. E.08.XI.1), p. 19. Available from [www.incb.org/pdf/annual-report/2007/en/annual-report-2007.pdf](http://www.incb.org/pdf/annual-report/2007/en/annual-report-2007.pdf).

<sup>62</sup> WHO, *Access to Controlled Medications Programme, Biennial Report 2006-2007* (WHO/PSM/QSM/2008), p. 1.

<sup>63</sup> E/2005/INF/2/Add.1, p. 70.

国際麻薬統制委員会 (INCB) は、多くの国では規制されている必須医薬品の入手可能性が非常に限られていると一貫して結論づけている<sup>64</sup>。

40. これらの医薬品は、合法的な医療目的から不法な目的に転用されることを恐れて、しばしば過度に制限される<sup>64</sup>。薬物転用を防止することは重要であるが、このリスクは治療を受ける患者のニーズと釣り合わせておかなければならない。麻薬に関する単一条約は、「痛みと苦しみの緩和」に不可欠な麻薬の医療上の使用を認めている<sup>65</sup>。国連薬物犯罪事務所 (UNODC) 及び国際麻薬統制委員会 (INCB) は、薬物条約の義務が履行されることを確保するために国家に対する監督機能を有する。管理された必須医薬品への適切なアクセスに対する多くの障壁は規制的であるため、それらは迅速かつ安価に変更できる。しかし、多くの国では、十分な医薬品の供給を確保するために薬物統制システムを適応させることができていない。慢性疼痛及び薬物依存に対する現代の治療法が知られたり考案されたりする以前に、これらのシステムが制定されることが多かった<sup>66</sup>。経済的、社会的及び文化的権利に関する委員会が、必須医薬品へのアクセスは権利の最低限の中核的義務であると詳述しているように、それは健康に対する権利の継続的な侵害を構成し<sup>67</sup>、加盟国は、資源の制約にかかわらず、この効力停止不能の義務を直ちに遵守しなければならない<sup>68</sup>。

41. オピオイドの使用制限は、OST（以下のVI章の説明を参照）の利用可能性に明らかな影響を及ぼす。しかしながら、合法的に管理された医薬品へのアクセスが不可欠である他の3つの主要領域がある。(a) 生命を制限する疾患を有する人々に対する緩和ケアの一部としての中重度から重度の疼痛の管理、(b) 特定の緊急の産科的状況、(c) てんかんの管理。

42. WHOはこれらの鎮痛薬と他の鎮痛薬を必須医薬品として挙げている。進行がん患者の60-90%は、このような鎮痛法を必要とする中重度から重度の痛みを苦しんでおり、HIV感染者の約85%は治療を受けていない場合もある。HIV患者が薬物にも依存している場合は、OSTと緩和ケアの両方へのアクセスが拒否されることがある。慢性的な痛みを治療しないと、身体的な痛みだけでなく、慢性的な痛みを経験している人は、抑うつや不安に苦しむ可能性が4倍高くなる<sup>71</sup>。

<sup>64</sup> See *Report of the International Narcotics Control Board for 2008* (United Nations publication, Sales No. E.09.XI.1).

<sup>65</sup> Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, preamble.

<sup>66</sup> WHO, *Achieving Balance in National Opioids Control Policy: Guidelines for Assessment* (Geneva, 2000), p. 6.

<sup>67</sup> General Comment No. 14 (2000), E/C.12/2000/4, para. 43.

<sup>68</sup> Ibid. para 47.

<sup>69</sup> WHO, *WHO Definition of Palliative Care* (Geneva, 2010). Available from [www.who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/).

<sup>70</sup> WHO, *Pain Relief Ladder* (Geneva, 2010). Available from [www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/).

<sup>71</sup> O. Gureje and others, "Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care", *JAMA*, vol. 80 (1998), pp. 147-151.

緩和ケアが基本的に利用できない重度から中等度の疼痛に苦しんでいる患者は、治療を受けずに重度の疼痛のまま生活を続けるよりも死を望むと述べた<sup>72</sup>。

43. 緊急産科処置及びてんかんの管理も、投薬の使用を必要としているが、医薬品が不十分なままである。分娩後出血は毎年10万人以上の母体死亡をもたらす<sup>73</sup>。オキシシンとエルゴメトリンは、産科処置で使用される2つの規制薬物であるが、入手が困難であるにもかかわらず、重度の分娩後出血のリスクを半分以上減少させる<sup>73</sup>。同様に、開発途上国のてんかん患者の約75%、アフリカのてんかん患者の最大90%がフェノバルビタールなどの必須医薬品による治療を受けていないが、その理由の一つは、フェノバルビタールが規制薬物であるためである<sup>74</sup>。

44. 管理された医薬品の貯蔵、供給及び処方に関連した手続き上の要件を遵守することは、医療施設及び労働者にとって負担となり、これらの医薬品の供給の障壁となる。そのような手順は、例えば、医療施設内の管理された医薬品の制限的認可を含む。一部の国では、「レベル1」病院のみがオピオイドの処方を許可されていると報告されている<sup>75</sup>。規制により、医師が処方できる種類や量も制限されている。一部の国では、医療従事者が専門的なライセンスに加えて、モルヒネ処方の特別なライセンスを取得することを求めている<sup>76</sup>。OSTの薬物であるメサドン及びブプレノルフィンの場合、特に規制法が問題となり、国によってはこれらの薬物使用が禁止されている<sup>77</sup>。

45. 薬物使用を取り巻く多くの神話が存在する。依存症につながる、痛みを適切に治療しない、又は慢性的もしくは末期的な痛みは治療不可能である。医療従事者自身は緩和ケアにおいて過少な教育を受けており、依存につながることを恐れてオピオイド鎮痛薬を処方することに不快を感じていることが多い<sup>75</sup>が、多くの研究では、反対の結論である<sup>78</sup>。不適切な訓練が一般的である場合、医療従事者は処方業務の法的な意味、特に違法薬物を使用している患者との関係について確信が持てず、これらの医薬品と一緒に処方することを避けるので、必須医薬品の供給をさらに制限される。

46. 経済的な購入可能性は、入手可能という健康に対する権利の中心的な要素である。管理された医薬品を無料で利用できるようにする必要はない。手頃な価格で手に入ればよいが、たとえ低コストで製造できる医薬品であっても、医薬品製造業者は重大な規制コストを負担し、それが医薬品の市場価格に消費者へ転嫁されるため、必ずしも消費者にとって手が届くものではない。

<sup>72</sup> Human Rights Watch, *Unbearable Pain: India's Obligation to Ensure Palliative Care* (New York, 2009), pp. 18-20.

<sup>73</sup> WHO, Fact sheet No. 336, "Medicines: access to controlled medicines (narcotic and psychotropic substances)", June 2010, p. 2. Available from [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs336/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs336/en/index.html).

<sup>74</sup> *Ibid.*, p. 1.

<sup>75</sup> Human Rights Watch, *Please, do not make us suffer anymore...: Access to Pain Treatment as a Human Right* (New York, 2009), p. 25.

<sup>76</sup> *Ibid.*, p. 30.

<sup>77</sup> Open Society Institute, *At What Cost?: HIV and Human Rights Consequences of the Global War on Drugs* (New York, 2009), p. 84.

<sup>78</sup> WHO, *Achieving Balance in National Opioids Control Policy* (Geneva, 2000), pp. 8 and 9.

例えば、インドのジェネリック医薬品メーカー、シプラ社は10 mgのモルヒネ錠剤を製造し、卸売価格は1錠0.017米ドルであるが、低中所得国における1カ月分のモルヒネ供給コストの中央値は、先進国では53米ドルであるのに対し、112米ドルである<sup>79</sup>。さらに、安価で、同等に安全で、効果的なジェネリック医薬品よりも、非ジェネリック医薬品の使用が推奨されることが多い。ブランド医薬品は一般に高価であるため、人口の大部分、特に薬を使用する人やHIV感染者などの社会的弱者にとっては手が届かない。

## VI. 薬物統制に対する人権に基づくアプローチ

47. 現在の需給抑制のためのアプローチに起因する継続的な権利侵害を防止し、また、自らの健康関連の目的を満たす人間的なシステムの構築に向けて移行するために、薬物統制に対する人権に基づくアプローチを優先的に採用しなければならない。現在、国際的な薬物統制や人権に関わる関係者間の調整や議論が不足している。国際的な薬物統制の中に法執行アプローチが制度的に根付いており、薬物統制は国連の組織犯罪への取り組みを主導する国連薬物犯罪事務所（UNODC）に組み込まれている。法の執行と薬物統制との関係は、人権に基づくアプローチの採用と国連の人権機関との相互作用を部分的に妨げる。

48. 現行の国際的な薬物統制システムの非有効性を理解し、すべての政策決定段階において改革を実施しなければならない。各国政府は、ハームリダクション・プログラムとハームリダクション政策を実施し、薬物の使用及び所持を非犯罪化又は処罰対象から除外し、必須医薬品に関する規制を改革すべきである。国連の薬物統制機関は、薬物統制に人権に基づくアプローチを採用することによって、システム全体の一貫性を確保しなければならない。このアプローチでは、必然的に国際的な人権がその活動の中心であるとの認識を必要とする。また、国際システムにおけるこれらの変化は、国内改革の指針となり、正当化されるべきである。

### A. ハームリダクションと科学的根拠に基づく治療

49. ハームリダクション介入は、向精神薬の使用に伴う有害性を低減することを目的としており、必ずしも使用を抑制するものではない<sup>80</sup>。これらの介入には、特に注射針・注射器のプログラム、代替薬の処方、薬物消費室、経路変更介入（注射以外の薬物投与経路を促進する介入）、過量投与予防の実践、アウトリーチと教育プログラムが含まれる。

50. 注射針・注射器のプログラムは、注射薬物使用者に対する無菌注射設備の提供を含む。

<sup>79</sup> S. Burris and C. Davis, “A Blueprint for Reforming Access to Therapeutic Opioids: Entry Points for International Action to Remove the Policy Barriers to Care”, Centers for Law and the Public’s Health: A Collaborative at the Johns Hopkins and Georgetown Universities (2008), p. 18

<sup>80</sup> International Harm Reduction Association (IHRA), *What is harm reduction?* (London, 2010), p. 1.



世界保健機関は、このようなプログラムの利用を承認しており、「有力な科学的根拠」が存在することに言及している。これは、HIV感染を、大きな悪影響を及ぼすことなく、費用対効果の高い方法で大幅に減少させる<sup>81</sup>。注射針・注射器の使用プログラムは、ベクターの除去(汚染された針)がベクター媒介疾患の感染を減少させるという点で、標準的な公衆衛生原則と一致している<sup>82</sup>。

51. オピオイド補充療法 (OST) はエビデンスに基づく治療アプローチであり、メサドンやブプレノルフィンなどのオピオイド依存の代替薬の処方が含まれる。OSTは、注射による薬物使用と注射器具の共用率を低下させ、HIVや他の血液媒介ウイルスに感染するリスクを低下させる<sup>83</sup>。OSTが世界的に利用できるようになれば、新たなHIV感染者が10万人以上減少し、他の血液感染症の罹患率が有意に低下し、オピオイド使用による過剰摂取による死亡がほぼ90%減少する<sup>84</sup>。OSTが利用できない場合、薬物依存治療後には、薬物に対する個人の耐性が低下するため、しばしば過剰摂取の発生率が高くなる<sup>85</sup>。さらに、薬理学的支援がオピオイドからの離脱を管理し、薬物使用への再燃を予防するのに有効であることを示す研究が多数ある<sup>86,87</sup>

52. 教育計画のような介入は、薬物を使用する個人に対する害を最小限にするように計画される。他のプログラムに統合されていることが多いため、現在、その有効性に関する情報はほとんどないが、頻繁に利用されている<sup>88</sup>。あるメタアナリシスでは、教育プログラムは薬物使用者のリスク低減行動に変化をもたらすが、その結果はプログラムの設計によって異なると結論づけている<sup>89</sup>。アウトリーチプログラムは、地域社会で薬物を使用している人々と連絡を取り、情報提供、医療検査や医療サービスへの紹介、その他の活動に利用されている。アウトリーチサービスとの接触により、約27%のリスク行動の減少が観察された<sup>90</sup>。

53. 救急訓練やナロキソン(オピオイド過量投与の場合に中枢神経系の抑制を逆転させるために使用されるオピオイド受容体拮抗薬)投与などの介入は、

<sup>81</sup> WHO, *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users* (Geneva, 2004), p. 28.

<sup>82</sup> S. Burris and others, "Physician Prescribing of Sterile Injection Equipment to Prevent HIV Infection: Time for Action", *Annals of Internal Medicine*, vol. 133, No. 3 (2000), p. 219.

<sup>83</sup> L. Gowing and others, "Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Review)", *The Cochrane Library*, issue 4 (2008), pp. 27-29.

<sup>84</sup> WHO, Briefing Note 2007: *Access to Controlled Medications Programme* (Geneva, 2007), p. 1.

<sup>85</sup> Eurasian Harm Reduction Network, *The impact of drug policy on health and human rights in Eastern Europe: 10 years after the UN General Assembly Special Session on Drugs* (Vilnius, 2009), p. 18.

<sup>86</sup> See L. Gowing and others, "Alpha2-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal", *The Cochrane Library*, issue 3 (2009).

<sup>87</sup> L. Gowing and others, "Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Review)", *The Cochrane Library*, issue 4 (2008).

<sup>88</sup> N. Hunt, "A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use", p. 30. Available from [www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html](http://www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html).

<sup>89</sup> J. E. Cross and others, "The Effectiveness of Educational and Needle Exchange Programs: A Meta-analysis of HIV Prevention Strategies for Injecting Drug Users" *Quality & Quantity*, vol. 32, No. 2 (1998), p. 176.

<sup>90</sup> A. Ritter and J. Cameron, "A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs" *Drug and Alcohol Review*, vol. 25, No. 6 (2006), p. 615.

薬物の過剰摂取による害を最小限にするためにも用いられている。また、薬物消費室の利用も同様であり、支援された環境下で個人が薬物を使用できる。薬物消費室の潜在的な利点には、感染症の予防と静脈損傷の減少、ならびに治療及び他のサービスへの参入の奨励が含まれる。薬物消費室が過剰摂取率の低下と医療及び社会サービスへのアクセスの増加に寄与しているという科学的根拠がある<sup>91</sup>。

54. 経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約第12条(c)は、締約国に対し、疫病の予防、治療及び管理のための措置をとることを義務付けている。HIVは薬物を使用する人々のコミュニティ、特に刑務所で蔓延しているため、州はこの点に関して直接行動をとることが明確に求められている。規約第15条1項(b)はまた、すべての者が科学的進歩の利益を享受する権利を有すると述べている。有害物質削減計画や政策の有効性に関する重要な科学的根拠が存在するため、締約国はそのような介入を実施する義務があるが、世界的には十分に活用されていない。現在、93の国と地域が無害化アプローチを支持している<sup>92</sup>。2009年の時点で、注射針・注射器プログラムは82カ国で実施され、OSTは70カ国で実施され、どちらの介入も66カ国で利用可能であった<sup>93</sup>。しかし注射針・注射器プログラムは、注射薬が使用されている55カ国では実施されていないことが確認されている。そのような国は66カ国、特にアフリカや中東の29カ国では、HIV感染の問題もあり、OSTが利用できない状態が続いている<sup>94</sup>。

## 1. HIV/エイズ

56. 薬物に関する法律や政策は、薬物使用の動態、特にHIVを感染させる注射針の共有により、HIVのコントロールに影響を与える。世界の新規HIV感染者の約10人に1人が注射による薬物使用が原因であり、感染者の最大90%が東欧や中央アジアなどの注射による薬物使用者である<sup>95</sup>。有害な削減策が実施されない場合、注射による薬物使用者のHIV陽性率は、ウイルスが地域社会に侵入してから1、2年以内に40%以上に上昇する可能性がある<sup>96</sup>。

57. 注射針の共用によるウイルス感染のリスクは、ハームリダクションの原則によって対処することができる。注射針・注射器プログラムの実施は、HIV感染に薬物を注射する人々の素因となるリスク行動の減少と強く相関する<sup>97</sup>。

<sup>91</sup> N. Hunt, "A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use", pp. 31 and 32.

<sup>92</sup> IHRA, *The Global State of Harm Reduction 2010* (London, 2010), p. 8.

<sup>93</sup> B. Mathers and others, "HIV prevention, treatment and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and national coverage", *The Lancet*, vol. 375 (2010), pp. 1018 and 1019.

<sup>94</sup> *Ibid.*, pp. 1019-1021.

<sup>95</sup> WHO (Europe), *Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction* (Copenhagen, 2005), p. 3.

<sup>96</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>97</sup> A. Wodak and A. Cooney, "Do Needle Syringe Programs Reduce HIV Infection among Injecting Drug Users: A Comprehensive Review of the International Evidence", *Substance Use & Misuse* (2006), vol. 41, Nos. 6-7, p. 792.

そのようなプログラムに関連するその他の利益には、HIV治療プログラムへの参加の増加が含まれる<sup>98</sup>。しかし、注射針・注射器の使用、オピオイド補充療法（OST）、抗レトロウイルス療法（ART）などの医療サービスが現在普及しているにもかかわらず、注射剤を使用している大半の国でHIV感染を予防するには不十分である<sup>99</sup>。注射による薬物使用者がHIV予防サービスを誰もが利用できるようにするための資金は、現在、必要な額の約1/20に達している<sup>100</sup>。

58. 国連は、薬物使用者の間のHIV感染のリスクを最小限にするために、アウトリーチ活動、注射針・注射器プログラム及び科学的根拠に基づく薬物依存治療(OSTを含む)が実施されるべきであると宣言した<sup>101</sup>。経済的、社会的及び文化的権利に関する委員会は、ハームリダクションが違法薬物依存に対する国の対応の中心的な部分を形成することを認識し、締約国に勧告を行った。国連人権理事会は決議12/27において、「注射をする薬物使用者（IDU）のための包括的なサービスパッケージ（HIV関連の無害化プログラムを含む）」の必要性を認めた<sup>102</sup>。

## 2. 刑務所

59. いずれの国も、予防、治療及び緩和のための保健サービスへのすべての者（捕虜又は被収容者を含む。）の平等なアクセスを拒否することを控えることにより、健康に対する権利を尊重する義務を負う<sup>103</sup>。過去の懲罰制度が世界で最も急速に増加しているHIV感染率をもたらしたため、多くの国が治療施設内での除害プログラムの実施を開始した<sup>104</sup>。ところが、注射針・注射器プログラムは現在、10カ国の拘禁施設でしか利用できず、オピオイド補充療法（OST）は40カ国に満たない国のうち少なくとも1つの刑務所でしか利用できない<sup>105</sup>。

60. 経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約は、締約国に対し、権利が差別なく行使されることを保障することを含む多くの即時の義務を課している<sup>106</sup>。ハームリダクション・プログラムと科学的根拠に基づく処遇が、拘禁されている人々ではなく一般市民に提供されるならば、それは国際法に違反する。実際、投獄に伴う健康上のリスクのために、特別報告者は、公衆衛生上の目的を達成するために刑務所内でより大きな努力が必要になるかもしれないと考えている。HIVとハームリダクションの文脈では、同等性の原則は囚人の間での流行に対処するには不十分であるため、

<sup>98</sup> Ibid., p. 799.

<sup>99</sup> Mathers and others, “HIV prevention”, p. 1025.

<sup>100</sup> G. V. Stimson and others, “Three Cents a Day is Not Enough: Resourcing HIV-Related Harm Reduction on a Global Basis” (International Harm Reduction Association, 2010).

<sup>101</sup> Administrative Committee on Coordination (ACC) Subcommittee on Drug Control (2000). *Preventing the Transmission of HIV among Drug Abusers: A position paper of the United Nations System*. Annex to the report of eighth session of the ACC Subcommittee on Drug Control (28 and 29 September 2000), paras. 3-10.

<sup>102</sup> A/HRC/12/50, sect. I.

<sup>103</sup> CESCR, General Comment No. 14 (E/C.12/2000/4), para. 34.

<sup>104</sup> Open Society Institute, “At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global ‘War on Drugs’” 2009, p. 81

<sup>105</sup> IHRA, *Global State of Harm Reduction 2010* (London, 2010), p. 105.

<sup>106</sup> E/C.12/2000/4, para. 30.

コミュニティではまだ利用できない拘禁施設でも、このためにはハームリダクション・サービスを実施する必要がある<sup>107</sup>。

61. 2009年のマドリッド勧告は、ハームリダクション措置を含む健康保護措置が刑務所において効果的であるという「有力な科学的根拠」があると記している<sup>108</sup>。マドリッド勧告では、薬物使用者のための治療プログラムと、注射針・注射器の使用を含む害のない方法が、すべての刑務所で緊急に必要とされている<sup>109</sup>。薬物依存の治療は「犯罪を減らすのに非常に効果的である」とも指摘されている。刑務所内での治療とケア、あるいは刑務所に代わるものとして、再発率、HIV感染率、犯罪の再発率を低下させる<sup>110</sup>。このように、効果的な薬物依存治療は、個人のみならず社会全体を保護し、他の被収容者を危険にさらす再犯の負のサイクルと闘う。ハームリダクション・プログラムは費用対効果が高く、閉鎖された環境で比較的容易に実施できるため、緊急の課題として拘禁施設内で実施すべきである。

## B. 非犯罪化及び刑罰廃止

62. 特別報告者は、薬物の使用及び所持に対して刑事罰を科すことが継続することは、薬物の使用に伴う主要な危険の多くを永続させると考える。彼は、非犯罪化や刑罰の軽減を含む、より制限の少ない薬物統制のアプローチの検討を提唱している。薬物使用の非犯罪化は、単に薬物使用の合法化と同一視することはできない。非犯罪化された場合、薬物の使用及び所持は法的に禁止されたままであるが、そのような犯罪に対する刑事罰は全く適用されないか、又は軽微な刑罰しか与えられない。非犯罪化は、一般的に、問題となっている行為(代わりに行政処分を適用することができる)に対する刑事罰を完全に撤廃することを必要とするのに対し、非犯罪化は、当該行為が依然として刑事犯罪であるにもかかわらず、拘禁刑の撤廃を必要とする<sup>111</sup>。これとは対照的に、合法化には関連行為の禁止は含まれていない。

63. 国際的な薬物統制条約には、大きな変更がなくても、国内法の改正を可能にするような善意の解釈の余地が数多く含まれている<sup>112</sup>。例えば、第3条第1項。1988年の麻薬及び向精神薬の不正取引に関する国際連合条約の第2項は、個人消費のための所持を犯罪とする義務は、国の憲法上の原則及びその法制度の概念に従属すると規定している。

<sup>107</sup> See R. Lines, "From equivalence of standards to equivalence of objectives: the entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons", *International Journal of Prisoner Health*, vol. 2, No. 4 (2006), pp. 269-280.

<sup>108</sup> WHO (Europe), *The Madrid Recommendation: health protection in prisons as an essential part of public health* (Madrid, 2009), p. 3.

<sup>109</sup> *Ibid.*, p. 4.

<sup>110</sup> UNODC and WHO, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper* (Geneva, 2008), p. 14.

<sup>111</sup> G. Greenwald, *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies* (Cato Institute, Washington, D.C., 2009), p. 2.

<sup>112</sup> G. Harris, "Decriminalisation: pushing the limits of drug control", International Harm Reduction Association Conference, Liverpool, 27 April 2010.

例えば、アルゼンチンの最高裁判所は最近、個人使用目的のマリファナ所持に対する刑罰の適用は違憲であるとの判決を下した。その後、アルゼンチンは薬物の個人使用を非犯罪化するための法的措置を講じた。メキシコも最近、個人使用を目的とした少量の薬物の所持を非犯罪化し、両国は国際麻薬統制委員会 (INCB) から特にその改正法が「一般大衆への誤ったメッセージ」を送ることを理由に非難されている<sup>113</sup>。

64. さらに2001年には、ポルトガルは個人使用を目的としたすべての違法薬物の購入、所持、使用を犯罪とみなし、行政犯罪とみなした<sup>114</sup>。同法は、罰金又は料金を科すことを認めており、違反者が治療を受けた場合には制裁を停止する規定がある。アルゼンチンとメキシコに対する国際麻薬統制委員会の対応とは対照的に、この程度の非犯罪化は1988年条約と整合的であると考えられている<sup>115</sup>。非犯罪化は、一般に、ポルトガルにおいて薬物関連の問題を最小限にするための最善の選択肢であると認識されていた。それは主に、薬物使用が容認されていることを一般大衆に知らせることよりも、薬物使用の汚名 (スティグマ) を取り除き、より多くの薬物使用者を治療に参加させることによる<sup>116</sup>。

65. 他のいくつかの国は、様々な形態の薬物の使用及び所持に対する罰則を撤廃した。これは、そのような趣旨の法律を制定するか、あるいは事実上の罰則を廃止することによって行われており、それによって薬物法は厳密には施行されていない。スペインは薬物使用に対する刑事制裁を維持しているが、薬物使用だけを理由に投獄されることはない<sup>116</sup>。オランダ及びドイツにおいては、個人使用のために薬物を所持することは法律上違法であるが、これらの法律に違反しても処罰されない<sup>117</sup>。しかし、これは明らかに良くても不適切な解決策である。

66. 非犯罪化及び刑罰の軽減は、薬物使用に伴うリスクを減少させ、薬物治療への薬物使用者の参加を増加させる可能性を有する。ポルトガルでは、非犯罪化に伴い、人口統計上の主要カテゴリーで薬物使用が絶対的に減少し、薬物依存者における薬物関連死亡率と新規HIV症例数の両方が減少した<sup>118</sup>。補充療法を受けている人の数も、1999年から2003の間に6,040人から14,877人に増加した<sup>119</sup>。

67. 例えば、ポルトガルでは、薬物治療プログラムの大幅な拡大、薬物教育、人身売買業務の中断に対する警察の取り組みの再強化など、他の取り組みと並行して非犯罪化が行われたことに留意すべきである<sup>119</sup>。これは、法律の変更だけでは、薬物使用に伴う害を著しく最小化するには不十分であることを示している。非犯罪化が、例えば血液媒介ウイルスの拡散を阻止するために必要な規模で実施される治療、教育、その他の介入と並行して行われる場合、

<sup>113</sup> INCB, *Report of the International Narcotics Control Board for 2009* (E/INCB/2009/1), pp. 68 and 75.

<sup>114</sup> Article 2(1), Decree-Law No. 183/2001 of 21 June 2001, Portugal.

<sup>115</sup> INCB, *Report of the International Narcotics Control Board for 2004* (E/INCB/2004/1), p. 80.

<sup>116</sup> C. Hughes and A. Stevens, "What can we learn from the Portuguese decriminalisation of illicit drugs?" *British Journal of Criminology*, forthcoming.

<sup>117</sup> M. Jelsma, "Salir de la oscuridad", *Newsweek Argentina*, 19 August 2009.

<sup>118</sup> *Ibid.*, pp. 15-17.

<sup>119</sup> C. Hughes and A. Stevens, "The Effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal", *The Beckley Foundation Drug Policy Programme*, Briefing Paper 14 (2007), p. 2.

社会のすべての構成員の健康に対する権利は最も効果的に実現される。

68. ある種の薬物犯罪の処罰を解くことは、投獄率の低下をもたらし、その結果、投獄に伴う健康上のリスクを減少させる。過度の罰則は、刑務所の過密状態や劣悪な環境にもつながる可能性があり、それ自体が、一部の薬物使用法を緩和するきっかけとなっている<sup>120</sup>。ブラジルでは、個人使用目的の薬物所持に対する刑罰が科されず、代わりに教育プログラムが導入された<sup>121</sup>。

69. 法律の改正に加え、特に厳格な警察業務がもたらすリスクのために、法執行機関職員の再教育及び意識向上の重要性を過小評価することはできない。例えば、注射による薬物使用者のHIV陽性率は、警察が注射針の所有を禁止する法律を積極的に施行していた1980年代のエディンバラで、厳格な施行が行われていなかった近隣のグラスゴーに比べて有意に高かった<sup>122</sup>。薬物の使用及び所持を非犯罪化又は処罰対象から外すためのいかなる努力も、過剰な取り締まりによって強化された恐怖や汚名(スティグマ)が改善されることを確実にするために、適切な戦略と組み合わせなければならない。

### C. 人権指標及び指針の利用

70. 国際的な薬物統制条約の実施に関する国際的なガイドラインの策定は、薬物統制の努力と人権との間の関係を詳細に扱い、各国がその努力が健康に対する権利のアプローチと整合しているかどうかを決定することを可能にする。そのようなガイドラインは、薬物使用者やHIVと共に生きる人々など、薬物統制システムの結果として人権侵害のリスクが最も高い、周縁化された集団の脆弱性に焦点を当てるべきである。これらのガイドラインは、影響を受けるコミュニティとの包括的で参加型かつ透明性のある協議プロセスの中で策定されなければならない。国家レベルで政策とプログラムを指示するために使用される国際的なガイドラインは、HIVとテロ対策のためにすでに作成されている。このガイドラインは、人権基準がそれぞれの状況にどのように適用されるかを概説し、権利に基づくアプローチに従って問題に対応する際に国家がとるべき実際的な措置を列挙している。

71. 過去10年にわたり、この手順は、健康に対する人権に基づくアプローチの一環として、健康指標の使用についても調査してきた<sup>123</sup>。人権に基づくアプローチとは、「効果的で、透明性があり、アクセス可能な監視と説明責任のメカニズム」を必要とするものである<sup>123</sup>。人権に基づく指標は、貧困削減、開発、その他の重要な分野を含む多くの分野で使用されており、国家が様々な人権によって生み出されたすべての義務を果たすことを確保している。前特別報告者は、ストラクチャー(構造)指標、プロセス(過程)指標、アウトカム(成果)指標という3つのカテゴリーの指標を挙げた。構造指標は、一般的にイエス/ノーの回答として構成され、主要な構造又はメカニズムが適切に配置されているかどうかを問うものであるが、過程及び成果の指標は、通常はパーセンテージ又は数値で

<sup>120</sup> Ibid., p. 9.

<sup>121</sup> See Law No. 11,343/2006, article 28.

<sup>122</sup> R. MacCoun and P. Reuter, "Harm Reduction in Europe", *Drug war heresies: learning from other vices, times and places* (Cambridge, 2001), p. 266.

<sup>123</sup> See E/CN.4/2006/48, sect. II.

測定されるベンチマークを利用するため、より高度な研究及び分析が必要である<sup>124</sup>。過程指標は、健康に対する権利を実現するための国の努力を測定する一方、成果指標は、集団の健康に対するそのような介入の影響を測定する。これらの指標は、国がその漸進的な達成を測定し、欠陥が生じたときに経験的に実証することを可能にするために、国が保持される基準を作り出す。

72. 特別報告者は、関連する国際機関が次のような指標を作成することを提案する。

- (a) ストラクチャー(構造)指標
  - (i) オピオイド補充療法(OST)、注射針・注射器プログラムと他の害を減らす介入の利用可能性
  - (ii) 必須医薬品リストの国別採択
  - (iii) 必須医薬品の入手可能性
  - (iv) 薬物依存者が刑事司法制度に遭遇した場合の代替手段等の施行
- (b) プロセス(過程)指標
  - (i) ハームリダクション政策が実施されている拘禁施設の割合
  - (ii) 抗レトロウイルス療法(該当する場合)を受けている薬剤を使用している人の割合
  - (iii) 適切な治療を受けている薬物依存者の割合(UNODC/WHOが概説したように)
- (c) アウトカム(成果)指標
  - (i) HIVに感染した薬物使用者の割合
  - (ii) 収容されている場所でHIVに感染している人の割合

#### D. 薬物統制のための代替的な規制の枠組み

73. 特別報告者は、長期的には、現行の薬物統制システムに代わるものを検討する必要があると考える。そのような代替モデルの一つは、特定の規制薬物がタバコと同様の方法で規制されるたばこ規制枠組み条約である。枠組み条約の目的は、世界のたばこ使用量を継続的に減少させる枠組みを構築することにより、タバコの煙による社会的、環境上及び公衆衛生上の害を減少させることである。それは、薬物を使用し、依存している人々の権利を保護し、関連する害を最小限にする、嗜癖性物質に対処するための規制戦略の開発におけるパラダイムシフトを示す。タバコ以外の薬物に関する新たな規制の枠組みでは、その薬物の個人及び公衆への影響、

<sup>124</sup> A/58/427, para. 25.

各対照薬の公衆衛生及び人権への影響についての科学的根拠の評価を必要とし、その枠組みへの組み入れはケースバイケースで行われる。

74. たばこ規制枠組条約の非価格措置は、現行の執行力に基づく枠組みに代わる保護及び規制の最良の例を提供する。このような措置には、薬物含有量の規制、教育及び意識向上、並びに依存の軽減及び中止に関する措置が含まれる。これらの措置の実施は、特に、混ぜ物処理されていない薬物の供給を確保し、リスクを最小限に抑えるために個人及び地域社会の意識を高め、必要に応じて適切な治療を受ける機会を確保することにより、健康に対する権利を確保する。一般に、これらの措置のほとんどすべてについて、たばこ規制枠組条約の締約国の間で高いレベルで実施されており、現在規制されている薬物についても同様の可能性が示唆される。

75. 提案された枠組みはさらに、ボリビアのコカの葉やインドの様々な形の大麻など、公衆衛生への影響が非常に限られていることが示されている薬物の伝統的かつ文化的な使用を認めるものである。既存の政権は、生産を制限するために、栽培禁止という極めて有害方法で根絶したため、何百万もの人々の生活を奪い、伝統的な麻薬の使用を拒否してきた。このような制裁措置は、薬物使用を制限する上で、根拠がなく、役に立たない。

## VII. 勧告

76. 加盟国は、次のことを行うべきである。

- 薬物使用者、特に投獄されている人々に対して、あらゆるハームリダクションの方法(国連エイズ合同計画(UNAIDS)が箇条書きにした)と薬物依存治療サービス、特にオピオイド補充療法が利用可能であることを確保する。
- 薬物の所持及び使用を非犯罪化するか、又は刑罰を軽くする。
- 薬物使用者への必須保健サービスの提供を禁止する法律や政策を廃止又は大幅に改革し、人権上の義務を遵守するために規制薬物に関する法執行イニシアティブを見直す。
- 管理された必須医薬品へのアクセスを拡大するために、法律、規制、政策を改正する。

77. 国連の薬物統制機関は、次のことを行うべきである。

- 法律、政策及びプログラムにおける薬物統制への対応に人権を統合する。
- 薬物使用及び市場の影響並びに薬物統制の政策及び計画に関心を有する国連諸機関の間の一層のコミュニケーション及び対話を奨励すること。
- 国際的な人権関係者が国際的な薬物政策の策定に貢献できる独立した委員会のような恒久的な機構の創設を検討し、薬物使用者とその居住地域の健康と人権を保護することを主要な目的として、国内の実施状況を監視する。



- 人権に基づく薬物統制のアプローチをとることについて関係者に指示を与えるガイドラインを策定し、薬物統制と健康に対する権利に基づく指標を考案し、公表する。
- たばこ規制枠組み条約のようなモデルに基づいて、長期的な、代替的な薬物統制の枠組みの創設を検討する。

この報告書は、2010年の国連人権理事会及び第65会期国連総会に提出された“Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health”の仮訳版です。

和訳を日本臨床カンナビノイド学会有志 (<http://cannabis.kenkyuukai.jp/>) で行いました。持続可能な開発のための2030アジェンダ「目標3:すべての人に健康と福祉を、目標16:平和と公正をすべての人に」の基準となる基礎資料としてご利用いただければと思います。

免責事項：和訳はあくまでも便宜的なものとして利用し、適宜、英文の原文を参照していただくようお願いします。日本臨床カンナビノイド学会は、本翻訳物に記載されている情報より生じる損失または損害に対して、いかなる人物あるいは団体にも責任を負うものではありません。

原文は、こちらのページよりPDFファイルでダウンロードできます。

<https://undocs.org/A/65/255>