

《論 説》

世界保健機関（WHO）・ 国際保健規則（IHR 2005）の国内実施 ——日本国を例として——

鈴 木 淳 一

はじめに

- 1 IHRの実施に関する基本的枠組み
 - 1-1 対内的措置と入域地点での措置の組み合わせによる公衆保健上の措置
 - 1-2 常時求められる措置と緊急時対応の組み合わせによる公衆保健上の措置
 - 1-3 IHRの規律対象となる事象と類型
 - 1-4 IHRを統制する諸原則
- 2 IHRの国内実施
 - 2-1 IHRの国内実施の義務
 - 2-2 IHRの実施の観点からみた国際的平面と国内的平面の関係
 - 2-3 IHRの国内実施としての中核的能力の獲得
 - 2-4 IHRの国内実施機関
 - 2-5 IHRの国内実施に関する国際協力
 - 2-6 IHRの実施に関する報告
- 3 日本国におけるIHRの国内実施
 - 3-1 日本国における公衆衛生（公衆保健）に関する法制度の概要
 - 3-2 感染症法を通じたIHRの国内実施
 - 3-3 検疫法を通じたIHRの国内実施
 - 3-4 新型インフルエンザ等対策特別措置法を通じたIHRの国内実施
 - 3-5 日本国における規律対象の類型（感染症等の類型）
 - 3-6 日本国の公衆保健上の措置を統制する諸原則
- 4 日本国におけるIHRの国内実施機関と各種制度
 - 4-1 対内的な実施機関
 - 4-2 入域地点の実施機関
 - 4-3 指定医療機関及び指定（地方）公共機関等による実施
 - 4-4 IHRの国内実施に関する国際協力と報告
- 5 日本国におけるIHRの国内実施の特徴と課題
 - 5-1 日本国におけるIHRの国内実施の特徴
 - 5-2 日本国におけるIHRの国内実施の課題

おわりに

はじめに

本稿の主題は、世界保健機関 (World Health Organization) (以下「WHO」という。)¹⁾の世界保健総会 (World Health Assembly: WHA) (以下「保健総会」という。)が、2005年 (平成17年) 5月23日に採択し、2007年 (平成19年) 6月15日に発効した国際保健規則 (International Health Regulations) (以下「IHR」という。)²⁾の国内実施について分析することである。同規則の締約国は、自国

1) WHOについては、以下の文献を参照。YVES BEIGBEDER, THE WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998); GIAN LUCA BURCI & CLAUDE-HENRI VIGNES, WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004); KELLEY LEE, THE WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2009); KELLEY LEE & JENNIFER FANG, HISTORICAL DICTIONARY OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION (2nd ed., 2013); DAVID M. LEIVE, 1 INTERNATIONAL REGULATORY REGIMES (1976), at 1-152; PHILIPPE SANDS & PIERRE KLEIN, BOWETT'S LAW OF INTERNATIONAL INSTITUTIONS (6th ed., 2009), at 98-100; WORLD HEALTH ORGANIZATION, THE FIRST TEN YEARS OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION (1958); WORLD HEALTH ORGANIZATION, THE SECOND TEN YEARS OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION: 1958-1967 (1968); WORLD HEALTH ORGANIZATION, THE THIRD TEN YEARS OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION: 1968-1977 (2008) [hereinafter WHO, THIRD]; WORLD HEALTH ORGANIZATION, BASIC DOCUMENTS (47th ed., 2009); WORLD HEALTH ORGANIZATION, THE FOURTH TEN YEARS OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION: 1978-1987 (2011) [hereinafter WHO, FOURTH].

2) World Health Organization, Resolution WHA58.3 (May 23, 2005) [hereinafter WHA58.3], *reprinted in* WORLD HEALTH ORGANIZATION, INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS (2nd ed., 2005) [hereinafter IHR 2005]. IHRの日本語訳は、次の厚生労働省のホームページで閲覧できる。「国際保健規則日本語 (仮訳)」http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaijyomu/kokusaijyomu_j.html (last visited January 31, 2013). 本稿で用いているIHRの翻訳は、同ホームページの日本語訳 (以下「政府訳」という。)によっているが、一部変更したところがある。特に定義規定については、煩雑さを避けるため、政府訳を引用符なしで用いている箇所がある。

2005年 (平成17年) に改定されたIHRについては、たとえば以下の文献を参照。

David P. Fidler, *From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations*, CHINESE JOURNAL OF INTERNATIONAL LAW, Vol. 4, No. 2 (2005), at 325-392 [hereinafter Fidler, *Global Health Security*]; David P. Fidler & Lawrence O. Gostin, *The New International Health Regulations: An Historic Development for International Law and Public Health*, 34 JOURNAL OF LAW, MEDICINE & ETHICS (2006), at 85-94; DAVID P. FIDLER & LAWRENCE O. GOSTIN, BIOSECURITY IN THE GLOBAL AGE (2008); LAWRENCE O. GOSTIN, PUBLIC HEALTH LAW: POWER, DUTY, RESTRAINT (2nd ed., 2008), at 245-254 [hereinafter GOSTIN, PUBLIC HEALTH LAW]; PUBLIC HEALTH LAW AND ETHICS — A READER (Lawrence O. Gostin ed., Revised and updated 2nd ed., 2010), at 246-253; Rebecca Katz & Julie Fischer, *The Revised International Health Regulations: A Framework for Global Pandemic Response*, GLOBAL HEALTH GOVERNANCE, Vol. 3, Issue 2 (2010), available at http://ghgj.org/Katz%20and%20Fischer_The%20Revised%20International%20Health%20Regulations.htm (last visited January 31, 2013) [hereinafter Katz & Fischer]; Rebecca Katz & Anna Muldoon, *Negotiating the Revised International Health Regulations (IHR)*, in NEGOTIATING AND NAVIGATING GLOBAL HEALTH, CASE STUDIES IN GLOBAL HEALTH DIPLOMACY (Ellen Roskam & Ilona Kickbusch eds., 2012), at 77-99; CHANG-FA LO, A COMMENTARY ON THE INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS (2005) — A New Charter for Global Health Matters — (2010) [hereinafter Lo]; Barbara von Tigerstrom, *The Revised International Health Regulations and Restraint of National Health Measures*, 13 HEALTH LAW JOURNAL (2005), at 35-76; Kumanan Wilson, Barbara von Tigerstrom & Christopher McDougall, *Protecting global health security through the International Health Regulations: requirements and challenges*, 179 CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL (2008), at 44-48; WORLD HEALTH ORGANIZATION, WORLD HEALTH REPORT 2007: A SAFER FUTURE: GLOBAL PUBLIC HEALTH SECURITY IN THE 21ST CENTURY (2007) [hereinafter SAFER FUTURE].

IHRに関する日本語文献としては、たとえば以下を参照。倉田毅『新たな検疫のあり方に関する研究 平成19年度 総括研究報告書』(2008年)。中島一敏『《次のパンデミックに向けて》世界のパンデミック対策』内科98巻5号(2006年)854-858頁。松延洋平「国際貿易の自由化と感染症の危機管理—新しい国際保健規則IHRの意義を求めて」公衆衛生71巻10号(2007年)824-830頁。谷口清州『改正国際保健規則への対応体制構築に関する研究 平成19年度 総括・分担研究報告書』(2008年)(以下「谷

についてIHRが発効してから2年以内に(すなわち2009年(平成21年)6月15日までに)、自国の既存の国内制度及び資源の能力についての評価と、それを踏まえた実施のための行動計画の策定・実施を行わねばならず、さらにIHRが発効してから5年以内に(すなわち2012年(平成24年)6月15日までに)、中核的能力の獲得を実現せねばならないとされた³⁾。しかし2009年(平成21年)に新型インフルエンザ(A/H1N1)が発生し世界的に拡大した⁴⁾。

口・平成19年度報告書」という。谷口清州『改正国際保健規則への対応体制構築に関する研究 平成20年度 総括・分担研究報告書』(2009年)(以下「谷口・平成20年度報告書」という。)。谷口清州「国際的な感染症対策の法的枠組み—国際保健規則の改正と施行—」獣医畜産新報62巻6号(2009年)448-452頁。谷口清州『改正国際保健規則への対応体制構築に関する研究 平成21年度 総括・分担研究報告書』(2010年)(以下「谷口・平成21年度報告書」という。)。谷口清州『改正国際保健規則への対応体制構築に関する研究 平成19年度～21年度 総合研究報告書』(2010年)(以下「谷口・総合報告書」という。)。谷口清州「国際保健規則(IHR 2005)の現状と課題」公衆衛生76巻8号(2012年)596-600頁(以下「谷口・国際保健規則」という。)。拙稿「《研究ノート》世界保健機関(WHO)・新国際保健規則(IHR)の概要」獨協法学78号(2009年)302-350頁(横219-267頁)(以下「拙稿・概要」という。)。拙稿「世界保健機関(WHO)・国際保健規則(IHR 2005)の発効と課題—国際法の視点から—」獨協法学84号(2011年)189-292頁(横159-262頁)(以下「拙稿・発効と課題」とし、横書きの頁数を用いて言及する。))。

3) 中核的能力の獲得については、後述2-3を参照。

4) 2009年(平成21年)の新型インフルエンザ(A/H1N1)のパンデミックに関するWHOと日本国を含む各国による対応については、以下の文献を参照。World Health Organization, *New influenza A (H1N1) virus infections: global surveillance summary, May 2009*, 84 (20) WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD (May 15, 2009), at 173-179; WORLD HEALTH ORGANIZATION, ACTIVITY REPORT 2009, WHO/HSE/IHR/LYO/2010.2 (2010) [hereinafter ACTIVITY REPORT 2009]; World Health Organization, Document A63/5 (April 15, 2010) [hereinafter A63/5]; World Health Organization, Report of the First Meeting of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in Relation to Pandemic (H1N1) 2009 (April 14, 2010), *reprinted in* World Health Organization, Document A63/5 Add.1

IHRの制定過程の分析を含む同規則の概要について著者は既に別稿を発表しており⁵⁾、本稿では、これら进行分析枠組みとして利用しつつ、特に国内実施の問題を中心に検討する。

本稿の前半では、国内実施に関するIHRの規定を検討する。すなわち、1ではIHRの実施に関する基本的枠組みを説明し、2ではIHRの国内実施について説明する。本稿の後半では、IHRの国内実施について日本国をとりあげて検討する⁶⁾。すなわち、3と4ではIHRの国内実施について説明した上で、5でそ

(May 15, 2010), Annex [hereinafter A63/5 Add.1]; World Health Organization, Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009, *reprinted in* World Health Organization, Document A64/10 (May 5, 2011), Annex [hereinafter A64/10].

また、以下の文献も参照。David P. Fidler, *ASIL Insights, The Swine Flu Outbreak and International Law* (April 27, 2009), available at <http://www.asil.org/insights090427.cfm> (last visited January 31, 2013); Rebecca Katz, *Use of Revised International Health Regulations during Influenza A (H1N1) Epidemic, 2009*, 15 EMERGING INFECTIOUS DISEASES (2009), at 1165-1170; Katz & Fischer, *supra* note 2.

以下の日本語文献も参照。砂川富正「パンデミックインフルエンザ発生の状況における国際保健規則の役割についての情報収集」谷口・平成21年度報告書・前掲注2) 5-7頁。厚生統計協会編集『特別編集号・厚生指標 増刊・第56巻第16号 通巻第887号 感染症患者報告数の年次推移』(厚生統計協会、2009年) 3-6頁。宮村達男監修・和田耕治『新型インフルエンザ(A/H1N1)わが国における対応と今後の課題』(中央法規、2011年)(以下『対応と今後の課題』という)。

- 5) 拙稿・概要・前掲注2)。拙稿・発効と課題・前掲注2)。なお本稿はこれらの研究を分析枠組みとして利用しているため、定義・制度・引用文献に関する記述を中心として一部重複している箇所がある。
- 6) 日本国の公衆保健政策全般については、たとえば以下の文献を参照。荒賀直子・後閑容子編『公衆衛生看護学 第3版』(インターメディカル、2011年)(以下『公衆衛生看護学』という)。感染症法研究会編集『詳解 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 三訂版』(中央法規、2008年)。検疫所関係行政研究会監修『七訂 検疫関係法令通知集』(中央法規、2004年)(以下『検疫関係法令通知集』という)。日本公衆衛生協会『衛生行政大要 改訂第22版』(2009年)(以下『衛

の特徴と課題を示す。

1 IHRの実施に関する基本的枠組み

本章では、IHRの国内実施に必要な範囲で同規則の内容とその実施に関する概要を示す。すなわち、①対内的措置と入域地点での措置の組み合わせによる公衆保健上の措置（本章1-1）、②常時求められる措置と緊急時対応の組み合わせによる公衆保健上の措置（本章1-2）、③IHRの規律対象となる事象と類型（本章1-3）、④IHRを統制する諸原則（本章1-4）、である。これらの基本的枠組みは、IHRの国内実施にあたり前提とされる。

1-1 対内的措置と入域地点での措置の組み合わせによる公衆保健上の措置

世界的規模での感染症の脅威に対応するためには国際的平面及び国内的平面での様々な措置が必要となる⁷⁾。このためIHRは締約国が具体的に採用することができる「公衆保健上の措置（public health measures）」についても詳細に定めている⁸⁾。

ここで「保健上の措置（health measure）」とは、疾病又は汚染の拡大を防止するために適用される手続とする（IHR 1条1項⁹⁾）。また、IHRは、公衆保健上の措置の中で、現実に存在する感染源及び汚染源等の拡大を防止するためにとられる措置については、特に「管理措置（control measures）」という概念を用いている¹⁰⁾。

生行政大要』という。厚生労働統計協会『国民衛生の動向・厚生指標』増刊・第59巻9号 通巻928号（2012年）（以下『国民衛生の動向』という。）。

7) たとえば拙稿・発効と課題・前掲注2）184-186頁、para. 2-4を参照。

8) IHRでは、「公衆保健上の措置」の概念以外にも「保健上の措置（health measure）」の概念が用いられているが、両者は同義語であると考えられる。

9) IHRという保健上の措置は、法執行措置又は安全保障措置を含まない（1条1項）。

10) 管理措置の概念が用いられている条文としては、たとえば10条3項、11条2項(c)(i)、11条2項(d)、13条3項、13条4項、22条1項(d)、27条2項、39条1項、39条4項、

感染症対策として国家が伝統的にとってきた措置は、①同国の国内での対内的な公衆保健上の措置と¹¹⁾、②他国や国際公域との境界において行う国境管理としての入域地点における公衆保健上の措置とに二分できる¹²⁾。

感染症対策を目的とした国境管理の観点からすれば、入域地点（point of entry: POE）¹³⁾での入域地点における措置は極めて重要である¹⁴⁾。入域地点とは、①旅行者・手荷物・貨物・コンテナ・輸送機関・物品・郵送小包の国境を越えた入出国のための通過点（a passage for international entry or exit）、及び、②それらに対して入出国に関する業務を提供する機関並びに区域をいう（同1

39条5項、39条7項、附録第一A4(c)、附録第一A5(a)、附録第一A6、附録第三、附録第四セクションB1、附録第五がある。

- 11) 対内的措置は、①「国内対策」（たとえば感染症法研究会・前掲注6）85頁）や②「国内防疫行政」（たとえば「検疫法の公布について」（昭和26年12月27日厚生省発衛第217号）。同通知は『検疫関係法令通知集』・前掲注6）116-117頁に掲載されている）と呼ばれることもある。
- 12) 永田尚見『流行病の国際的コントロール—国際衛生会議の研究』（国際書院、2010年）（以下「永田・国際的コントロール」という。）19-21頁。拙稿・発効と課題・前掲注2）165-166頁、para. 1-1。

感染症対策について、国家がその国内の保健上の措置と国境管理措置を各国毎に実施するとする考え方を、Fidlerはウェストファリア・モデルと呼び、①主権の原則、②不干渉の原則、③同意に基づく国際法が前提となっているとする。David P Fidler, *Health, globalization and governance: an introduction to public health's 'new world order'* in GLOBAL CHANGE AND HEALTH (Kelley Lee & Jeff Collin eds., 2005), at 166; DAVID P. FIDLER, SARS, GOVERNANCE AND THE GLOBALIZATION OF DISEASE (2004), at 26-32, 47 [hereinafter FIDLER, SARS].

- 13) IHR以外で入域地点に類似した概念が用いられた事例としては、「化学兵器の開発、生産、貯蔵及び使用の禁止並びに廃棄に関する条約」（平成9年条約第3号）の「実施及び検証に関する附属書（「検証附属書」）」において「Point of Entry」（日本での訳語は「入国地点」）が用いられている。
- 14) WHO/HSE/IHR/2010.7, *infra* note 84, at 14, para. 2. 2. 3. 拙稿・発効と課題・前掲注2）199-200頁、para. 3-4。IHRにおける入域地点の役割については、後述2-3-2(I)及び2-4-3を参照。

条1項)。

これまで入域地点においては特に検疫 (quarantine)¹⁵⁾、健康証明書 (bill of health)¹⁶⁾、ねずみ族の駆除証明書 (Deratting Certificates: DC)¹⁷⁾ 等の公衆保健上の措置の必要性が主張されてきたのであり、同時に通商の妨げにならないように制度のハーモナイズが求められてきた。2005年 (平成17年) に改定される以前の旧IHR¹⁸⁾ も各国の入域地点での措置の調整を主たる任務としていた。

従来の感染症対策は、対内的な公衆保健上の措置にしても、入域地点での対策にしても、基本的に国毎の対策を中心としたものであった。このような伝統的な規制方法からすれば、本分野における国際法の役割は、各国の国内での実効的統制の確保と国境管理の調整となる¹⁹⁾。

15) 検疫の具体的手順として日本国の検疫法は次のように定める。すなわち①検疫を受けようとする船舶や航空機の長 (船長や機長) は、事前に乗組員や乗客の健康状態を知らせる (検疫法6条)。②検疫区域に入った後、検疫のため待機していることを示す黄色の国際信号旗であるQ旗を掲げる (同8及び9条)。③検疫は、原則として日の出から日没間のみ実施される (同10条)。④検疫の際に申告書、乗務員名簿、乗客名簿、積荷目録、航海日誌等を提示する (同11条)。布藤豊路・米田謹次郎『海運実務指針』(海文堂、1957年) 121頁。日本国の検疫法については、後述3-3及び4-2も参照。

16) 日本国においても、「船員法」(昭和22年法律第100号)により、船舶所有者は、国土交通大臣の指定する医師が船内労働に適することを証明した健康証明書を持たない者を船舶に乗り組ませてはならないとしている (船員法83条)。

17) 後述2-4-4を参照。

18) 本稿では1981年 (昭和56年) の改正の結果成立した国際保健規則を「旧IHR」という。World Health Organization, International Health Regulations (1969), adopted by the Twenty-second World Health Assembly in 1969 and amended by the Twenty-sixth World Health Assembly in 1973 and the Thirty-fourth World Health Assembly in 1981, *reprinted in* WORLD HEALTH ORGANIZATION, INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS (3rd annotated ed., 1983). 本稿で用いた旧IHRの日本語訳は、「国際保健規則」『検疫関係法令通知集』・前掲注6) 709-727頁によったが、一部改めた。

19) たとえば、19世紀の国際衛生会議では、検疫の必要性が主張されるとともに、貿易への影響を懸念して検疫制度に対する批判もなされた。See DAVID P. FIDLER,

現在のIHRが定める公衆保健上の措置の関連規定も、入域地点や入域地点における措置について多くの分量を割いており、具体的には①第4編で入域地点そのもの、②第5編で締約国が実施する公衆保健上の措置（特にその第2章で輸送機関及び輸送機関の運行者に関する措置、第3章で旅行者に関する措置をそれぞれ定めている）、③第6編で公衆保健上の措置に関係する保健上の書類、④第7編で公衆保健上の措置に必要なとされる料金の徴収について、それぞれ規定している²⁰⁾。

もっともグローバル化した国際社会が直面している公衆保健上の様々な危険に対応するためには、従来の入域地点における措置だけでは不十分であり、感染症の発生の早期発見・通告と感染拡大の早期封じ込めを含む対内的な措置を、世界的規模で実効的に実施することが必要であると考えられるようになった²¹⁾。そのためIHRでは、①開発途上国を含むすべての締約国が、公衆保健上の危険（PHR）²²⁾に対処するために必要な最低限の対内的・入域地点における公衆保健上の能力を獲得すること（国内的平面での実施）と²³⁾、②特に国際的

INTERNATIONAL LAW AND INFECTIOUS DISEASES (1999), at 35-42 [hereinafter FIDLER, INTERNATIONAL LAW]; FIDLER, SARS, *supra* note 12, at 31; NORMAN HOWARD-JONES, THE SCIENTIFIC BACKGROUND OF THE INTERNATIONAL SANITARY CONFERENCE 1851-1938 (1975) at 12-15 (邦訳はNorman Howard-Jones著、室橋豊穂訳『予防医学のあけぼの』(日本公衆衛生協会、1984年) 10-17頁。)。以下の文献も参照。鈴木めぐみ「19世紀から20世紀初頭に至る国際衛生協力の展開」行政社会論集11巻3号(1999年) 194-233頁。永田・国際的コントロール・前掲注12) 197-199頁。脇村孝平「国際保健の誕生——一九世紀におけるコレラ・パンデミックと検疫問題」遠藤乾編『グローバル・ガバナンスの最前線——現在と過去のあいだ』(東信堂、2008年) 190頁。

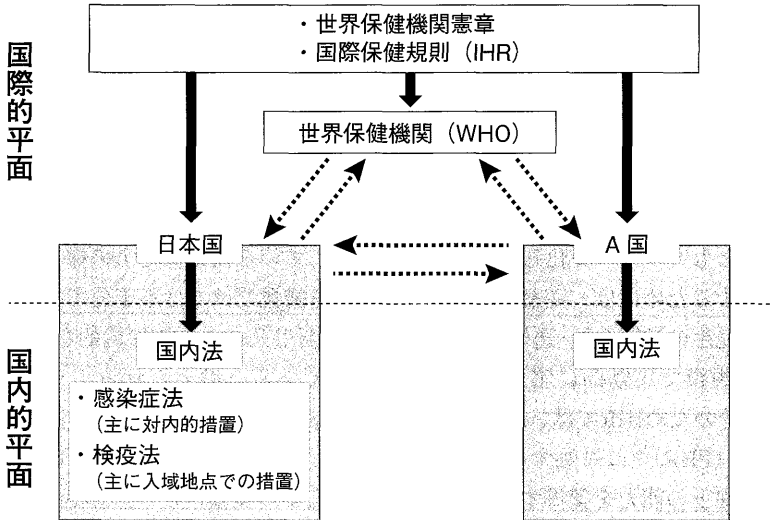
20) 拙稿・発効と課題・前掲注2) 225-235頁、paras. 5-1乃至5-4を参照。入域地点については、後述2-4-3及び2-4-4を参照。

21) INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS (2005): A GUIDE FOR PUBLIC HEALTH EMERGENCY CONTINGENCY PLANNING AT DESIGNATED POINTS OF ENTRY (2012) [hereinafter GUIDE FOR PHECP], at 6.

22) PHRについては後述1-3を参照。

23) ただしIHRの求める対内的措置に関する中核的能力は、①サーベイランスを中心と

図1 国際的平面と国内的平面におけるIHRの実施



な対応が必要となる事象については、WHOを中心として国際的に対応するメカニズムを実現することで、国家による恣意的な措置をコントロールすること（国際的平面での実施）を企図している²⁴⁾。IHRは、これら国内的平面での実施と国際的平面での実施が連動することを前提としている²⁵⁾（図1を参照）。

した評価と通告の能力と、②早期封じ込めのための公衆保健上の対策に主眼をおいたものである（たとえばIHR附録第一A6）。それは国内での医療水準全体の向上を目的としたものではない。IHRが締約国に課す中核的能力については後述2-3を参照。

24) 国際コントロールについては、たとえば以下の文献を参照。酒井啓亘・寺谷広司・西村弓・濱本正太郎『国際法』（有斐閣、2011年）334-340頁。森田章夫『国際コントロールの理論と実行』（東京大学出版会、2000年）。国際的平面での実施に関しては拙稿・発効と課題・前掲注2）186-190頁、para. 2-5に記述があり、本問題について著者は別稿を準備中である。

25) 具体的には、①国家による通告等の義務、②WHOを中心としたPHEICの認定と暫定的勧告、③国家による公衆保健上の追加措置とそれへのWHOを中心とした国際コ

1-2 常時求められる措置と緊急時対応の組み合わせによる公衆保健上の措置

このような国際的平面と国内的平面の連動が顕著に表れるのは実際にグローバルな健康危機が発生する場合である。そのため、IHRは、国内実施にあたって①そのような危険（risk）が現実の危機（danger）となる前の平素から常時求められる能力と②公衆保健上の危機が現実が発生する可能性が高い場合に特に求められる能力とを区別している²⁶⁾。

締約国は、通常時から基本的な公衆保健上の対策²⁷⁾やサーベイランス能力²⁸⁾の実現、緊急時対応のための計画の策定等の事前の対策準備²⁹⁾が求められる（IHR附録第一A4、5、6、B1）。

これに対して緊急時には国際社会や国家が一丸となってこれに対応することが必要である。そのためIHRが導入した概念が、「国際的に懸念される公衆保健上の緊急事態（public health emergency of international concern: PHEIC）」である³⁰⁾。IHRに定めるPHEICとは、①異常な事象（extraordinary event）のうち、②疾病の国際的拡大により他国にPHRをもたらすと認められ、かつ、③国際的対策の調整が潜在的に必要なものをいう（同1条1項）。

IHRは、このPHEICの認定手続を定めている。すなわち、①締約国によるPHEICのおそれのある事象のWHOへの通告義務³¹⁾、②WHOの事務局長による

ントロール等がある。

26) たとえばIHR附録第一B。このような区別については、たとえば次の文献を参照。

GUIDE FOR PHEICP, *supra* note 21. IHRにおいて締約国に求められる能力については、後述2-3を参照。

27) 公衆保健上の対策については、後述2-3-2(D)を参照。

28) サーベイランスについては、後述2-3-2(C)を参照。

29) 対策準備については、後述2-3-2(E)を参照。また後述の2-4-2の「公衆保健上の緊急事態への対策計画」及び後述2-4-3の「公衆保健上の緊急事態への危機管理計画」も参照。

30) PHEICについては、拙稿・発効と課題・前掲注2) 211-213頁、paras. 4-5-1乃至4-5-2を参照。

31) IHRは、締約国による新しい通告（notification）制度について定めている（IHR 6

PHEICの予備的認定と発生国との協議³²⁾、③緊急委員会への付託³³⁾、④事務局長によるPHEICの存在の決定³⁴⁾、⑤(必要があれば)WHOによる暫定的勧告が

条1項)。WHOに通告されるべきか否かの決定は、IHRの附録第二に従ってなされる。拙稿・発効と課題・前掲注2) 202-205頁、para. 4-1-2。附録第二に定められた通告の決定基準については、後述1-3を参照。

なおIHRでは、PHEICを構成するおそれのある「予期されない又は通常と異なる公衆保健上の事象 (unexpected or unusual public health event)」が自国内で発生した場合、締約国は、その病原又は源泉にかかわらず、関連情報をWHOに提供する義務を負う(同7条)。本規定は、狭義の疾病に限定されず、たとえば原子力発電所の事故やバイオテロなどの場合にも対象となる。拙稿・発効と課題・前掲注2) 205-206頁、para. 4-1-4。

さらにIHRは、感染又は汚染された人・媒介体・物品の輸出入によって判明した国際的拡大をもたらすおそれのあるPHRに関して、たとえそれが自国の領域外で確認された疾病であるとしても、その証拠を受領してから24時間以内にWHOに実行可能な限り (as far as practicable) 通知 (inform) することを締約国に義務付けている(同9条2項)。拙稿・発効と課題・前掲注2) 206-207頁、para. 4-1-5。

- 32) 事務局長は、①受理した情報に基づきPHEICが発生していると考えた場合、予備的認定 (preliminary determination) を行い、②領域内で事象が発生している締約国 (State Party within whose territory an event is occurring or arises) (以下「発生国」という。)と協議する (IHR 12条2項)。
- 33) PHEICに関する事務局長と発生国との協議の結果、①事務局長と発生国がかかる予備的認定について見解の一致をみた場合 (IHR 12条2項)、又は、②協議の開始後48時間以内に、事務局長と当該発生国との間で意見の一致に至らなかった場合 (同12条3項)、緊急委員会にPHEICの存否や暫定的勧告に関する意見を求める。
- 事務局長は、議題及び関連情報 (締約国から提供された情報と暫定的勧告案を含む) を緊急委員会に提供する (同49条2項)。事務局長は、緊急委員会で見解を述べさせるため、発生国を会合に招請する (同49条4項)。
- 34) 緊急委員会の見解は事務局長に提出され、事務局長がPHEICについて「最終的な決定」を行う (IHR 49条5項)。領域国がPHEICの存在をたとえ認めなくとも、事務局長によるPHEICの認定は可能である。

本決定は、発生国を含めて、IHRのすべての締約国を拘束する。また、PHEICの認定の後、WHOを通じて情報が他の締約国と共有される。さらに、PHEICの場合には、

発出され、これを各国が実施することの手続が定められている³⁵⁾。

本手続によれば、PHEICのおそれがある場合、IHRの国際的平面と国内的平面が有機的に連動することが期待されている。すなわち、①締約国から通告や情報提供がWHOに対してなされ、②WHOからの勧告が締約国によって実施される。また③各国が個別に行った公衆保健上の追加措置について³⁶⁾、WHOの審査に服することとなる。

このような緊急時の一連の対応においても締約国は一定の機能を果たすことが期待されている。すなわち①国家によるサーベイランス能力の獲得、②PHEICのおそれがある場合のWHOへの通告の手続、また、③PHR及びPHEICに迅速かつ効果的に対応するために、公衆保健上の対策を実施する能力を構築・強化・維持することが重要となる（同13条1項、附録第一A1(a)）。

WHOは、締約国が緊急時に有効に対応できるようにIHR以外にも種々の指針を制定している。たとえば新型インフルエンザのパンデミックに対応するための指針を1999年（平成11年）に既に制定していたが³⁷⁾、2005年（平成17年）3月の改定を経て³⁸⁾、2009年（平成21年）にはIHRを反映した指針の改定がなされた³⁹⁾。この指針中で、インフルエンザの感染の拡大に応じた対応を実現す

WHOと締約国との協働についても規定されている。

35) 暫定的勧告については、後掲注103)を参照。2009年（平成21年）4月25日の第1回緊急委員会の助言に基づいて、事務局長は、PHEICの認定を初めて行った。DG Statement (April 25, 2009). 拙稿・発効と課題・前掲注2) 213頁。2009年（平成21年）の新型インフルエンザ（A/H1N1）における日本国の対応については、『対応と今後の課題』・前掲注4)を参照。

36) 保健上の追加措置については、後掲注104)を参照。

37) World Health Organization, Influenza pandemic plan, The Role of WHO and Guidelines for National and Regional Planning, WHO/CDS/CSR/EDC/99.1. (1999).

38) World Health Organization, WHO Global Influenza Preparedness Plan, The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics, WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5 (2005) [hereinafter Preparedness Plan].

39) WORLD HEALTH ORGANIZATION, PANDEMIC INFLUENZA PREPAREDNESS AND RESPONSE (April 2009) [hereinafter PANDEMIC INFLUENZA].

るためのパンデミック・フェーズが定められている⁴⁰⁾。

1-3 IHRの規律対象となる事象と類型

IHRは、狭義の「病気」に限定されない広範な事象(event)⁴¹⁾を対象とし、「公衆保健上の危険(public health risk: PHR)」に世界的規模で対応するための制度を企図している。ここでPHRとは「人の集団的健康に否定的な影響を及ぼすおそれのある事象(likelihood of an event)」であり、特に①国際的に拡大するおそれのあるもの、又は、②重大かつ直接の危機(serious and direct danger)をもたらすおそれのあるものとされた(IHR 1条1項)。IHRの対象は、感染症をはじめとした公衆保健分野に限定されるのではなく、原子力発電所の事故やテロなど、より広範なものを対象としている⁴²⁾。また本規則の対象となる「疾病(disease)」は、「その病原(origin)又は源泉(source)にかかわらず、人に対して重大な害を生じさせる又は生じさせるおそれのある病気(illness)又は医学的症状(medical condition)をいう」とされた(同1条1項)⁴³⁾。

IHRはこのようにその対象を一般化し拡大した。この対象の拡大は、IHRによって導入された通告制度にも見て取ることができる⁴⁴⁾。IHRは、締約国が自国領域内で発生し、国内サーベイランス制度によって発見された事象を評価

40) *Id.* at 24-27.

41) 「事象」とは、疾病の顕在化又は疾病が生ずる潜在的可能性の発生をいう(IHR 1条1項)。本概念は、IHRの中心的な概念の一つである。

42) このような危険に対しては、WHOが作成したマニュアルでは(public)health hazardという概念も使われている。WHO/HSE/IHR/2010.7, *infra* note 84, at 24; WHO/HSE/IHR/2011.6, *infra* note 84, at 7.

43) *Lo, supra* note 2, at 42-43. なお旧IHRが2005年(平成17年)に改定されるまでは、その「対象疾病(diseases subject to the Regulations)」は検疫伝染病とされ、コレラ、ペスト、黄熱病の三つのみであった。旧IHR・前掲注18)1条(「対象疾病」を参照。)、50条乃至75条を参照。旧IHRでは、マラリア又はその他の蚊による疾病等への対策についても言及している(たとえば、旧IHR 83条)。

44) IHRに定められた締約国による通告・情報提供・通知の制度については、前掲注31)を参照。

(assess) し、WHOへ通告する国家通告制度を定めている(同6条1項)。WHOに通告されるべきか否かの決定は、IHRの附録第二に従ってなされる⁴⁵⁾。附録第二では、締約国の国内で発見された事象について、特定の感染症に限らず通告決定基準(すなわち、①深刻さの基準(seriousness)、②予測不可能性の基準(unexpectedness)、③国際的拡大の可能性の基準(international spreading)、④国際取引又は旅行⁴⁶⁾の制限の危険性の基準(international trade/travel restrictions))に照らして、WHOへの通告の必要性の有無を判断する⁴⁷⁾。

45) WHA58.3, *supra* note 2, ANNEX 2, Decision Instrument for the Assessment and Notification of events that may constitute a Public Health Emergency of International Concern.

46) IHRでは国際取引を含む国際交通と国際的な旅行を含む国際通行を区別している。「国際交通(international traffic)」とは、人・手荷物・貨物・コンテナ・輸送機関・物品又は郵送小包が、国境を越えて移動をすること全般をいい、「国際取引(international trade)」を含む(IHR1条1項)。ただし、「生きている動物以外の物品で積換えすることなく通過するもの」については、他の協定がない限り、保健上の措置の対象とならず、公衆保健上の目的で留置されない(同33条)。

これに対して「国際通行(international voyage)」とは、①輸送機関については、(a)複数国の入域地点間の通行、又は(b)同一国の領域(領域が複数にわたる場合を含む)内の入域地点間の通行であって、輸送機関がその通行の途中で他国の領域に接触する場合には、その他国の領域との接触に関係する部分の通行をいう。②旅行者(traveller)については、その者が通行を開始する国以外の国の領域への立入り(entry into)を伴う通行をいう(同1条1項)。

47) 深刻さの基準では、問題となる事象が公衆衛生に深刻な影響を及ぼすかが問われる。予測不可能性の基準では、問題となる事象が通常と異なる又は予期しないものが問われる。国際的拡大の可能性の基準では、国際的拡大の危険性が大きいかが問われる。国際取引又は旅行の制限の危険性の基準では、国際取引又は旅行が規制される危険性が大きいかが問われる。なお、通告決定基準の日本語名称は、国立感染症研究所「改訂国際保健規則(IHR 2005)導入の国内外の進捗状況」(2008年)を参考としたが、一部改めた。本資料は次のホームページから入手できる。http://idsc.nih.go.jp/training/20kanri/pdf/Sep.19_3.pdf(last visited January 31, 2013).

IHRは規律対象を一般化し拡大すると同時に、伝統的な疾病類型に基づく規律対象の分類も存続させた⁴⁸⁾。すなわち、附録第二の通告決定基準は、このような感染症類型や事象の種類に依存しない一般的な規定を有する一方で、通告対象となる特定の疾病を列挙したリストも同時に用いている。すなわち①天然痘(痘そう)(Smallpox)⁴⁹⁾、野生型のポリオ・ウイルスに起因する小児マヒ(Poliomyelitis due to wild-type poliovirus)⁵⁰⁾、新型インフルエンザ(Human influenza caused by a new subtype)、重症急性呼吸器症候群(Severe acute respiratory syndrome: SARS)⁵¹⁾は、通告決定基準の要件の検討をすることなくWHOに必ず通告すべき疾病と分類され⁵²⁾、②コレラ(Cholera)⁵³⁾、肺ペスト(plague)、黄熱病(Yellow fever)、エボラ熱(Ebola)・ラッサ熱(Lassa)・マールブルグ熱(Marburg)等のウイルス性出血熱(Viral haemorrhagic

48) 拙稿・発効と課題・前掲注2) 202-205頁、para. 4-1-2。

49) 天然痘については、たとえば次の文献を参照。Jonathan B. Tucker, *Destruction of the Smallpox Virus Stocks: Negotiating for Consensus in the World Health Organization*, in *NEGOTIATING AND NAVIGATING GLOBAL HEALTH, CASE STUDIES IN GLOBAL HEALTH DIPLOMACY* (Ellen Rosskam & Ilona Kickbusch eds., 2012), at 221-247; WHO, *THIRD*, *supra* note 1, at 177-181; WHO, *FOURTH*, *supra* note 1, at 271-272.

50) ポリオ・ウイルスの感染によって、急性灰白髄炎が発症する。

51) 2002年(平成14年)から2003年(平成15年)のSARSの発生と拡大については、たとえば以下の文献を参照。FIDLER, SARS, *supra* note 12, at 71-105; WORLD HEALTH ORGANIZATION WESTERN PACIFIC REGION, SARS: HOW A GLOBAL EPIDEMIC WAS STOPPED (2006) [hereinafter WHO-WPR] (邦訳は、WHO西太平洋地域事務局、押谷仁監修、遠藤昌一・笠松美恵訳『SARS いかに世界的流行を止められたか』(財団法人結核予防会、2007年)。)。田中政宏・岡部信彦「SARSの発生から終息まで：2003年の世界流行の軌跡とその影響」*化学療法の領域*22巻12月号(2006年)19-25頁。

52) IHRに基づき必ず通告しなければならない疾病については、次のホームページに症例定義(case definitions)が公開されている。World Health Organization, Case definitions for the four diseases requiring notification in all circumstances under the International Health Regulations (2005), available at http://www.who.int/ihr/Case_Definitions.pdf (last visited January 31, 2013).

53) コレラについては以下の文献を参照。WHO, *THIRD*, *supra* note 1, at 192-194.

fevers)、西ナイル熱 (West Nile fever)、その他国内的・地域的懸念となる疾病 (デング熱 (dengue fever)、リフトバレー熱 (Rift Valley fever)、髄膜炎菌性髄膜炎 (meningococcal disease) 等) は、常に通告決定基準を適用し、基準のうち二つ以上に該当するのであればWHOに通告すべき疾病となる。③それ以外の疾病 (未知のものを含む) で、潜在的に国際的な公衆保健上の懸念 (potential international public health concern) を生ずるすべての事象は、附録第二の手續を利用して判断され、通告決定基準のうち二つ以上に該当するものであれば、WHOに通告するべきものとされる。附録第二についてはWHOによって指針が制定されている⁵⁴⁾。

1-4 IHRを統制する諸原則

IHR及びそれに基づく措置は、①旧IHRが特定の感染症のみを対象とするものであったのに対して、国際社会全体のPHRへの一般的対応を希求するものとしてその対象を拡大させ、②国際交通や取引、国家の国内問題や個人に対して直接重大な影響を与えるものとなった。それゆえこれらを統制する諸原則は、IHRとそれに基づく措置を含めて、様々な措置を調整するための重要な諸原則となる⁵⁵⁾。

IHRによる公衆保健上の措置を統制する例としては、たとえばIHRの目的規定において、①国際交通⁵⁶⁾及び取引に対する不要な阻害 (unnecessary interference) を回避する方法でなされなければならない、②PHRの程度に応じてかつそれに対処することだけに限定される方法でなされなければならないという方法に関する制限が付加されている (IHR 2条)。本規定は、公衆保健上の措置の必要性と、国際交通や貿易上の利益との間のバランスを保つことを意図している⁵⁷⁾。

54) たとえばWHO/HSE/IHR/2010.4, *infra* note 83を参照。

55) 拙稿・発効と課題・前掲注2) 226-227頁、para. 5-2。

56) 国際交通の定義は前掲注46)を参照。

57) GOSTIN, PUBLIC HEALTH LAW, *supra* note 2, at 247. 拙稿・発効と課題・前掲注2) 190-191頁、para. 2-6-1。

さらにIHRの3条は、同規則の実施にあたっての諸原則を定める。すなわち、①人権の尊重⁵⁸⁾、②国際法による規律⁵⁹⁾、③普遍的適用の原則⁶⁰⁾、④国家の自

58) IHRの人権関連規定としては、3条、30条、31条、32条がある。WHO/CDS/EPR/IHR/2007.1, *infra* note 83, at 9.

公衆保健上の措置と人権の問題について、たとえば次の文献を参照。DAVID P. FIDLER, *INTERNATIONAL LAW*, *supra* note 19, at 169-220; GOSTIN, *PUBLIC HEALTH LAW*, *supra* note 2, at 270-283; Lo, *supra* note 2, at 63-76; von Tigerstrom, *supra* note 2, at 62-65.

「健康に対する権利 (right to health)」も人権の一つであると考えられる。WHO憲章の前文では、「到達しうる最高基準の健康を享有することは、人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的権利の一つである。」と定めている。See FIDLER, *SARS*, *supra* note 12, at 38. 権利としての健康については、たとえば以下の文献を参照。INTERNATIONAL HEALTH LAW SOLIDARITY AND JUSTICE IN HEALTH CARE (A.P. den Exter ed., 2008); THÉODORE H MACDONALD, *HEALTH, HUMAN RIGHTS AND THE UNITED NATIONS* (2008); JOHN TOBIN, *THE RIGHT TO HEALTH IN INTERNATIONAL LAW* (2012).

59) IHRと関係する条約の例としては「衛生植物検疫措置の適用に関する協定 (SPS協定)」(Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures, Marrakesh Agreement Establishing the World Trade Organization, Annex 1A, [hereinafter SPS])がある。SPS協定については、たとえば以下の文献を参照。MITSUO MATSUSHITA, THOMAS J. SCHOENBAUM & PETROS C. MAVROIDIS, *THE WORLD TRADE ORGANIZATION* 502-545 (2nd ed., 2005). 田村次郎『WTOガイドブック〔第2版〕』(弘文堂、2006年)195-201頁。中川淳司ほか『国際経済法』(有斐閣、2003年)166-168、174-178頁。山下一仁編著『食の安全と貿易—WTO・SPS協定の法と経済分析』(日本評論社、2008年)。

IHRとSPS協定の関係については、たとえば以下の文献を参照。GOSTIN, *PUBLIC HEALTH LAW*, *supra* note 2, at 264-266; Craig Murray, *Implementing the New International Health Regulations: The Role of the WTO's Sanitary and Phytosanitary Agreement*, 40 *GEORGETOWN JOURNAL OF INTERNATIONAL LAW* (2009), at 625-653; Niu, Huei-chih, *A Comparative Perspective on the International Health Regulations and the World Trade Organization's Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures*, 1 *ASIAN JOURNAL OF WTO & INTERNATIONAL HEALTH LAW*

権的権利⁶¹⁾を定める。これらの原則は、IHR全体を貫く諸原則であり、IHRの実現・実施にあたりWHOや締約国等を指導・統制するための諸原則である⁶²⁾。

IHRに従ってとられる公衆保健上の措置は、IHR全体を規律する目的や原則に服する⁶³⁾。特に、本規則に従ってとられる保健上の措置は、①国際交通に関しては⁶⁴⁾、適当な保健水準を満たすと考えられる合理的に利用可能な代替措置と比較しても、制限的でない（not be more restrictive）措置でなければならず（IHR17条(d)、43条1項）、②自然人との関係では、疾病の国際的拡大の防止という目的を達成し得る措置の中で、最も立ち入らず⁶⁵⁾非侵襲的な⁶⁶⁾（not more invasive or intrusive）措置でなければならないとされた（同23条2項、31条2項、43条1項）。

さらにIHRは、同規則に基づく保健上の措置は、①直ちに開始し遅滞なく完了し（promptness）、②透明性を有し（transparency）⁶⁷⁾かつ③無差別に（non-

AND POLICY (2006), at 513-541.

60) IHRの普遍的適用の原則については、Lo, *supra* note 2, at 76-85を参照。

61) IHRにおける国家の主権的権利の原則については、*id.* at 45-62を参照。

62) 拙稿・発効と課題・前掲注2) 191-192頁、para. 2-6-2。

63) *Id.* 226-227頁、para. 5-2。

64) 国際交通の定義は前掲注46)を参照。

65) 「立ち入った」とは、①密接（close）又は個人的な（intimate）接触又は質問を通じて、②不快感を惹き起こしうることをいう（IHR 1条1項）。拙稿・発効と課題・前掲注2) 230頁、脚注325。

66) 「侵襲」とは、以下のいずれかをいう。すなわち、皮膚の穿刺若しくは切開、身体への器具若しくは異物の挿入、又は、体腔検査である（IHR 1条1項）。ただし、以下のものは、侵襲とはみなされない。すなわち、耳・鼻・口の医学的検査、耳腔体温計・口腔体温計・皮膚体温計を利用した体温検査、熱探知計（thermal imaging）、医学的検診（medical inspection）、聴診、体外触診、検影法（retinoscopy）、尿・便・唾液標本の体的採取、体的血圧測定、心電図検査である（同1条1項）。拙稿・発効と課題・前掲注2) 230-231頁、脚注326。

67) 透明性の要件については、SPS協定・前掲注59) 7条と比較せよ。

discriminatory)⁶⁸⁾適用しなければならないとする(同42条)⁶⁹⁾。

IHRは、同規則に基づく措置について、それがWHOの勧告によるものであっても、各締約国が行う公衆保健上の追加措置であっても、科学的諸原則に服すべきことを定める⁷⁰⁾。ここで「科学的諸原則」とは、①自然に関する基本法則及び事実で、②受容されており(accepted)、③科学的方法を通じて認知されているものをいう(同1条1項)。

2 IHRの国内実施

本章では、IHRの国内実施義務の具体的内容や実施機関について、IHRや同規則に関してWHOが定めた各種指針(ガイドライン)を参照しながら検討する。まずIHRの国内実施全般について概説する(本章2-1及び2-2)。次にIHRの国内実施の顕著な特徴である中核的能力の獲得(本章2-3)と国内実施機関(本章2-4)について検討する。さらに、IHRの国内実施の有する国際的側面について、国内実施に関する国際協力(本章2-5)と実施に関する報告(本章2-6)を説明する。

2-1 IHRの国内実施の義務

IHRは世界規模でのPHRへの対応を企図しているため、WHOや締約国など様々な主体の権利義務を定めている。これらのIHRの規定の中で、締約国に関

68) ここでいう無差別とは、同等の条件下にある者の間での無差別をいい、合理的区別は本規定によっても許容される。無差別の要件については、SPS協定・前掲注59)2条3項及び5条5項と比較せよ。

69) 拙稿・発効と課題・前掲注2)226頁。

70) IHRにおいて科学的諸原則が用いられている例としては、①PHEIC認定の要件(IHR12条4項(d))、②暫定的勧告及び恒常的勧告の基準(同17条(c))、③締約国による衛生上の追加措置の根拠(同43条2項(a))などがある。

連する規定としては⁷¹⁾、①IHRの目的や原則などの一般規定⁷²⁾、②国内IHR連絡窓口及び権限当局を含む管轄機関⁷³⁾、③WHOへの事象の通告及び報告⁷⁴⁾、④公衆保健上の対策⁷⁵⁾、⑤PHEIC、暫定的勧告及びこれらに関連する締約国の能力⁷⁶⁾、⑥入域地点⁷⁷⁾、⑦国際的な物品、コンテナ、コンテナ積み込み区域⁷⁸⁾、⑧輸送機関及び輸送機関の運行者⁷⁹⁾、⑨国境を越える旅行者（保健上の措置の適用及び旅行者の保護（人権を含む）⁸⁰⁾、⑩国家の中核的能力の獲得義務⁸¹⁾がある。

一般国際法上、国家は国際法によって課された自らの義務を誠実に履行しなければならない⁸²⁾。IHRは、それが発効するまでに、国家が自国の国内法を同規則に完全に合致するよう調整することを義務付けている（IHR 59条3項）。これらの国内での実施措置の中には、①締約国がIHR上の義務を履行するために必要となるものと、②締約国のIHR上の権利を国内実施するために必要となるものが存在する。IHRは国内での対策として要求される水準について定め、これを獲得するように締約国に課している点で、他の国際法とは大きく異なる。

71) WHO/HSE/IHR/2009.3, *infra* note 83, at 20; WHO/HSE/GCR/2012.1, *infra* note 84, at 12, Appendix 1.

72) 2条、3条、42条、44条1項。

73) 特に4条、22条及び附録第七2(f)。

74) 5条1-2項、6条1-2項、7条、8条、9条2項、10条1-2項、46条及び附録第一。

75) 13条1項、13条5項、46条及び附録第一。後掲注76)に示された条文及び附録も参照。

76) 前掲注74)及び75)に列記された条文及び附録の他に、10条3項、12条、13条4項、15条、17条、18条、43条、48条及び49条。

77) 附録第一B、19条乃至23条。

78) 23条1項(b)、33条乃至35条、41条。

79) 23条1項(b)、24条乃至28条、35条、37条乃至39条、41条、43条及び附録第三乃至第五、附録第八及び附録第九。

80) 3条1項、23条、30条乃至32条、35条、36条、40条、43条、45条、附録第六及び附録第七。

81) 5条1項、13条1項、19条(a)、20条1項、21条及び附録第一。

82) 「条約法に関するウィーン条約」(昭和56年条約第16号)26条。なおIHRの実施は、国内機関と並行して、国際的平面でも行われる。これについては別稿を準備中である。

そのためWHOによって①国内実施のための指針（ガイドライン）⁸³⁾や②履行確保の評価やモニタリングに関する詳細な指針（ガイドライン）等が用意されている⁸⁴⁾。

83) IHRの実施に関する指針（ガイドライン）については、たとえば次の文献を参照。World Health Organization, Areas of work for implementation, WHO/CDS/EPR/IHR/2007.1 (June 2007) [hereinafter WHO/CDS/EPR/IHR/2007.1]; World Health Organization, A brief introduction to Implementation in national legislation, WHO/HSE/IHR/2009.2 (January 2009); World Health Organization, Toolkit for implementation in national legislation: Questions and answers, legislative reference and assessment tool and examples of national legislation, WHO/HSE/IHR/2009.3 (January 2009) [hereinafter WHO/HSE/IHR/2009.3]; World Health Organization, Toolkit for implementation in national legislation, The National IHR Focal Point, WHO/HSE/IHR/2009.4 (January 2009) [hereinafter WHO/HSE/IHR/2009.4]; World Health Organization, WHO Guidance for the Use of Annex 2 of the International Health Regulations (2005): Decision instrument for the assessment and notification of events that may constitute a public health emergency of international concern, WHO/HSE/IHR/2010.4 (2010) [hereinafter WHO/HSE/IHR/2010.4]; WORLD HEALTH ORGANIZATION, HANDBOOK FOR INSPECTION OF SHIPS AND ISSUANCE OF SHIP SANITATION CERTIFICATES, WHO/HSE/IHR/LYO/2011.3 (2011) [hereinafter WHO/HSE/IHR/LYO/2011.3]; World Health Organization, Information to States Parties regarding determination of fulfilment of IHR Core Capacity requirements for 2012 and potential extensions, WHO/HSE/GCR/2011.3 (January 2012); GUIDE FOR PHECP, *supra* note 21.

84) IHRの評価やモニタリングに関する指針（ガイドライン）については、たとえば次の文献を参照。World Health Organization, Assessment tool for core capacity requirements at designated airports, ports and ground crossings, WHO/HSE/IHR/LYO/2009.9 (October 2009) [hereinafter WHO/HSE/IHR/LYO/2009.9]; World Health Organization, IHR Monitoring Framework: Checklist and Indicators for Monitoring Progress in The Development of the IHR Core Capacities in States Parties, WHO/HSE/IHR/2010.1 (2010) [hereinafter WHO/HSE/IHR/2010.1]; World Health Organization, IHR Core Capacity Monitoring Framework: Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties, WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1 (2011) [hereinafter WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1]; World Health Organization, Protocol for Assessing National

IHR上義務的な規定であるとしても、それを国内的平面で実施する方法については、締約国に一定の裁量があると考えられる⁸⁵⁾。国内実施の方法については、前述の指針(ガイドライン)も、各国の公衆衛生状況や国内法状況によって様々な方法が考えられるとしている⁸⁶⁾。いずれにせよIHRを国内実施するために、国内法の調整や改正が必要となることがある⁸⁷⁾。

IHRの制定以前から、各国は独自の公衆保健上の措置をとり、それぞれの国内法を整備してきている⁸⁸⁾。それゆえ、IHRの指針(ガイドライン)は、国内実施に必要な国内法上の措置について、以下の五種類に分類している⁸⁹⁾。すなわち、①IHRの特定の規定について、既存の国内法によって、完全かつ実効的な実施が行われている場合(新しい措置が不要となる場合)、②IHRの特定の

Surveillance and Response Capacities for the International Health Regulations (2005) in Accordance with Annex 1 of the IHR, A Guide for Assessment Teams, WHO/HSE/IHR/2010.7 (December 2010) [hereinafter WHO/HSE/IHR/2010.7]; World Health Organization, IHR Core Capacity Monitoring Framework: Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in State Parties, WHO/HSE/IHR/2011.6 (February 2011) [hereinafter WHO/HSE/IHR/2011.6]; World Health Organization, Information to States Parties regarding determination of fulfilment of IHR Core Capacity requirements for 2012 and potential extensions, WHO/HSE/GCR/2012.1 (January 2012) [hereinafter WHO/HSE/GCR/2012.1]; World Health Organization, Summary of 2011 States Parties Report on IHR Core Capacity Implementation, WHO/HSE/GCR/2012.10 (2012) [hereinafter WHO/HSE/GCR/2012.10].

85) WHO/HSE/IHR/2009.3, *supra* note 83, at 11; WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 9. 後述 2-3-2(A)も参照。国際法の国内実施に関しては、たとえば次の文献を参照。NATIONAL TREATY LAW AND PRACTICE (Duncan B. Hollis, Merritt R. Blackeslee & L. Benjamin Ederington eds., 2005).

86) WHO/HSE/IHR/2009.3, *supra* note 83, at 11-13.

87) *Id.* at 9-10. 各締約国内でのIHRの実施の例としては *id.* at 120-178を参照。

88) 各国の健康に関するシステムについては、次の文献を参照。WORLD HEALTH ORGANIZATION, THE WORLD HEALTH REPORT 2000: HEALTH SYSTEMS: IMPROVING PERFORMANCE (2000) [hereinafter HEALTH SYSTEMS].

89) WHO/HSE/IHR/2009.3, *supra* note 83, at 22-24.

規定について、既存の国内法によって実施が部分的に行われている場合、③国内法の新規立法又は改正が予定され又は検討されているが (contemplated or pending)、未だ施行されていない場合、④国内法の新規立法又は改正が予定されているが、完全かつ実効的な実施のために直ちに対処する必要がある場合、⑤新規立法又は改正が予定されているものの長期的計画が必要となる場合、である。

また国内実施に必要な国内平面での「法律、規則及びその他文書 (legislation, regulations and other instruments)」⁹⁰⁾には、①法的拘束力を有するもの、②法的拘束力を有しないもの、③そのいずれでもない他の種類の文書がある⁹¹⁾。

IHRは締約国の全域で実施されねばならない⁹²⁾。もっともIHRによって規律されている問題は国によってはその国内法によって国家レベルではなく地域レベル (又は州レベル) の専権事項となっている場合があり、IHRを国内実施するにあたっては対処が求められることがある。特に連邦制をとる国家の場合、国家のIHR上の義務を回避するための根拠として主張される場合があり、問題となることがある⁹³⁾。

IHRが締約国に課した義務の中で、IHRの国内実施の観点から特に重要なも

90) WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 9, note 2.

91) WHO/HSE/IHR/2009.3, *supra* note 83, at 4, 13; WHO/HSE/IHR/2009.4, *supra* note 83, at 2-3; WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 6; WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra* note 84, at 8; WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 9, 23; WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 8.

各国におけるIHRの国内実施のための立法の例としては、次の文献を参照。WHO/HSE/IHR/2009.3, *supra* note 83, at 121-175. 谷口・平成19年度報告書・前掲注2)。谷口・平成20年度報告書・前掲注2)。谷口・総合報告書・前掲注2)。

92) WHO/HSE/GCR/2012.1, *supra* note 84, at 5.

93) たとえば、アメリカは、同国の連邦制の基本原則に合致する範囲内でのみ、IHR上の義務を負うとする旨の留保を付している。Note Verbale to WHO dated 13 December 2006 from the Permanent Mission of the United States of America to the United Nations Office and other International Organizations in Geneva, *reprinted in* IHR 2005, *supra* note 2, at 60-61.

のとして、以下の六点があげられる⁹⁴⁾。すなわち、①国内IHR連絡窓口の指定及び運用⁹⁵⁾、②事象の検出・報告・検証及び管理並びに国内及び国際の関連した連絡⁹⁶⁾、③WHOとの協働⁹⁷⁾、④IHRに関する書式の統一、⑤入域地点（港、空港及び陸上越境地点）の指定と中核的能力の構築⁹⁸⁾、⑥船舶衛生証明書等を発行する港（証明書交付港）の指定及びWHOへのリストの提出⁹⁹⁾である。

2-2 IHRの実施の観点からみた国際的平面と国内的平面の関係

締約国はIHRが2005年（平成17年）に改定される以前から、公衆保健上の措置を国内法又は国際法（旧IHRを含む）に基づき個別にとってきている¹⁰⁰⁾。それゆえ、締約国がその国内的平面において行う公衆保健上の措置については、①国際法や国内法に基づいて従来から行われてきた措置¹⁰¹⁾と、②IHRによって新規に導入されたり標準化（ハーモナイズ）されたりした措置とがある¹⁰²⁾。特に入域地域での検疫、書類、料金についてはIHRを通じて標準化が企図されたといえる。いずれの措置もIHRが発効したのちは、国際的な正当性の主張のためには、当該措置がIHRと整合的でなければならない。

94) WHO/HSE/IHR/2009.3, *supra* note 83, at 18.

95) 後述 2-3-2(B)及び 2-4-1 を参照。

96) 後述 2-3-2(C)を参照。

97) 後述 2-5 を参照。

98) 後述 2-3-2(1)及び 2-4-3 を参照。

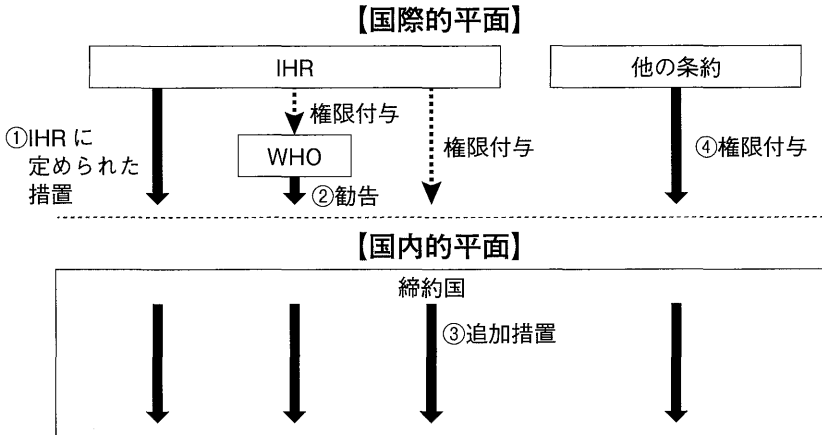
99) 後述 2-4-4 を参照。

100) 前述 1-1 を参照。欧米諸国における公衆保健（公衆衛生）行政の概要については、たとえば次の文献を参照。『衛生行政大要』・前掲注 6）1-2 頁。

101) IHRの附録第一は、締約国が中核的能力を獲得するにあたって「既存の国内制度と資源を活用」するべきことを定める。ただし既存の国内法を利用できる場合であっても、締約国の国内法を変更する必要があることがある。たとえば、書類や料金などが、従来の国内手続とは異なる場合である。

102) WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 14. 各国の国内法上の措置については、WHOはデータベースを作成している。WHO/HSE/IHR/2009.3, *supra* note 83, at 121, note 30.

図2 公衆保健上の措置の多様性



Von Tigerstromは、IHRの規定する公衆保健上の措置について、①IHR中に規定された措置（たとえば入域地点での検疫措置や書類の統一など）、②WHOの勧告に従ってとられる措置¹⁰³⁾、③締約国が個別に実施する公衆保健上の追加措置¹⁰⁴⁾、④他の条約に従った措置については合法であるとし¹⁰⁵⁾、それ以外

103) IHRによれば、WHOの勧告に従ってとられる措置としては、暫定的勧告（IHR 15条）や恒常的勧告（同16条）がある。ただしこれらの勧告自体には法的拘束力がない。拙稿・発効と課題・前掲注2）213-216、217-218頁。

104) 締約国による保健上の追加措置（additional health measures）とは、締約国が、特定のPHR又はPHEICに対応するために、自国の関連国内法及び国際法上の義務に従って、WHOの勧告と同程度かそれ以上の保健水準を達成する保健上の措置を実施することをいう（IHR 43条1項）。締約国による保健上の追加措置については、IHRは、①締約国による保健上の追加措置が許容されるための要件（同条1項、2項）、②国際交通を大幅に阻害する保健上の追加措置の手續（同条3項、5項）及び③保健上の追加措置の再検討（同条4項）と見直し（同条6項）等について定めている。拙稿・発効と課題・前掲注2）235-238頁、para. 5-5。

105) 他の条約に基づく措置については、たとえば前掲注59)を参照。

については⑤過度な措置で違法と分類する¹⁰⁶⁾(図2を参照)。それゆえ①についてはあらかじめIHRで具体的な措置の内容が規定されているが、それ以外についてはIHR中には具体的には規定されておらず、手続が規定されることとなる(ただし④についてはIHR中では規定されない)。

これらの具体的な措置に関するIHRの規定は、締約国に対して公衆保健上の措置をとる権利を与えるが、同時に係る措置に対する手続を定め、さらに、その要件を定めることで法的制限ともなる¹⁰⁷⁾。すなわち、IHRは、①出入国の際の措置や感染者等に対する特定の公衆保健上の措置について、その内容及び手続を具体的に示し、②このような具体的な規定がIHR中にたとえ存在しないとしても、WHOによる勧告等による措置と手続を認め、③さらに、公衆保健上の措置が禁止される場合を提示した上で、④締約国が一定の範囲内で保健上の追加措置をとることを許容し、そのための要件と手続を明確にしている¹⁰⁸⁾。

IHRは①具体的な措置に関する原則を提示すると同時に、②同原則の例外の条件を提示することで締約国の裁量をコントロールしようとする意図がみられる(その結果、IHRの規定振りは、原則禁止であるにもかかわらず、例外が多数提示されたりすることとなり、比較的複雑な構造となっている)¹⁰⁹⁾。

2-3 IHRの国内実施としての中核的能力の獲得

2-3-1 中核的能力の獲得義務①：総論

締約国が負う国内実施義務の中でも特に特徴的であるのが、IHRの附録第一に規定された、いわゆる「中核的能力 (core capacity)」¹¹⁰⁾と呼ばれる能力の

106) Von Tigerstrom, *supra* note 2, at 73 (See also at 67).

107) 拙稿・発効と課題・前掲注2) 225-226頁、para. 5-1-2。

108) それゆえIHRは、①締約国による公衆保健上の措置を一般的に禁止又は制限しつつも、②締約国による保健上の追加措置を認め、③この条件を厳格化するという方法をとったといえよう。

109) 国際コントロールについては、前掲注24)を参照。

110) 本稿では、原則として、IHR附録第一で求められる締約国の能力に限定して「中核的能力」という文言を用いる(狭義の中核的能力)。これに対して、政府訳は「主な

獲得義務である¹¹¹⁾。すなわち、締約国は、附録第一に規定する通り¹¹²⁾、PHRに対応する能力を構築・強化・維持しなければならないとする(IHR13条1項)。また指定した入域地点に関して、締約国は、附録第一に記載された能力が¹¹³⁾、規定された期間内に構築されるように確保しなければならない(同19条(a))。締約国は附録第一に定められた義務について、そのすべてを実施することを求められているが、その実現の優先順位や実現手段は締約国の個々の判断に任されている¹¹⁴⁾。WHOは締約国による中核的能力の獲得及びその評価について、国内実施に関する指針に加えて、中核的能力の獲得に特化した指針(ガイドライン)を作成している¹¹⁵⁾。

締約国による中核的能力の獲得については、既存の国内法を利用した中核的能力を評価し(assessment)これを活用しつつ、新規に必要な能力獲得を行うことが企図されている¹¹⁶⁾。それゆえIHRは一定の猶予期間(grace period)を定めつつ、その実施報告を求めている¹¹⁷⁾。すなわち、①締約国は、

能力要求事項」となっている。IHRでは、締約国の衛生上の能力を指し示す言葉として、「公衆の保健上の能力(public health capacity)」という文言も用いられている(たとえば、44条1項(b)、44条2項(a))。

111) 中核的能力の具体的内容については、後述2-3-2を参照。

112) WHA58.3, *supra* note 2, ANNEX 1.

113) WHA58.3, *supra* note 2, ANNEX 1, B. Core Capacity Requirements for Designated Airports, Ports and Ground Crossings.

114) WHO/HSE/GCR/2012.1, *supra* note 84, at 6.

115) たとえば WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84; WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra* note 84; WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84; WHO/HSE/GCR/2012.1 *supra* note 84.

116) 既に獲得された中核的能力の評価の例としては、たとえば次の文献を参照。Implementation of International Health Regulations (2005), Report of the First Regional Workshop Male, Republic of Maldives, 23-25 April 2007, SEA-CD-170 (2008), at 7.

117) WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 5-6; WHO/HSE/GCR/2012.1, *supra* note 84, at 5-6. 拙稿・発効と課題・前掲注2) 194頁も参照。

自国についてIHRが発効してから2年以内に（すなわち2009年（平成21年）6月15日までに）、自国の既存の国内制度及び資源の能力についての評価と、それを踏まえた実施のための行動計画（plans of action）の策定・実施を行わねばならず（同附録第一A2）¹¹⁸⁾、②IHRが発効してから5年以内に（すなわち2012年（平成24年）6月15日までに）、中核的能力の獲得を¹¹⁹⁾ 実現せねばならず（同5条1項、13条1項）¹²⁰⁾、③必要な場合に2年の延長を認め（同5条2項、13条2項）¹²¹⁾、④さらに例外的な場合に2年の追加的延長が認められる可能性も残した（同5条2項、13条2項）。2012年（平成24年）9月現在、34カ国が中核的能力を獲得しており、102カ国が行動計画を有した上で延長を申請しており、15カ国が当該計画を有しないまま延長を申請している¹²²⁾。

118) See ACTIVITY REPORT 2009, *supra* note 4, at 6; WHO/HSE/GCR/2012.1, *supra* note 84, at 6, 8. 締約国による自国の中核的能力の評価については、2008年（平成20年）2月の段階で76カ国によって行われた。World Health Organization, Document A61/7 (April 3, 2008) [hereinafter A61/7], para. 10.

IHR以外で国内実施計画の策定を定めた条約としては、「残留性有機汚染物質に関するストックホルム条約（Stockholm Convention on Persistent Organic Pollutants）」（POPs条約）（平成16年条約第3号）7条において、同条約上の義務を履行するための計画を作成し、その実施に努めることが定められている。同条約については、我が国でも「残留性有機汚染物質に関するストックホルム条約に基づく国内実施計画」が、「残留性有機汚染物質に関するストックホルム条約関係省庁連絡会議」において作成され、2005年（平成17年）6月24日に「地球環境保全に関する関係閣僚会議」で了承された。

119) いずれも「可及的速やかに、ただし自国に対して本規則が発効してから5年以内に（as soon as possible but no later than five years from the entry into force of these Regulations for that State Party）」という文言が用いられている。

120) IHRの締約国が中核的能力を獲得することによってIHRを国内実施することは、IHRの「完全実施」と呼ばれる。

121) WHOは締約国による延長の手續について指針（ガイドライン）を作成している。WHO/HSE/GCR/2012.1, *supra* note 84, at 7-11, at 32-34, Appendixes 8-10.

122) IHR News, No.19, September 28, 1012. See also A65/17, *infra* note 252, at 6-7, para. 20.

IHRが定めるこれらの中核的能力は、主に開発途上国を想定し、それらが獲得すべき能力を定めたものである。それゆえその内容は、①サーベイランスを中心とした事象の評価・通告、②感染症の早期封じ込めを主眼とした公衆保健上の対策、③入域地点での能力に特に力点が置かれている¹²³⁾。これらが日本国のような実効的な医療・保健制度を有する先進国に対してどのように適用されるべきかは別途検討が必要となる。

2-3-2 中核的能力の獲得義務②：各論

IHRの実施や評価のための指針（ガイドライン）、WHOの事務局長や事務局が作成したIHRの報告書及びIHRによって設置された検討委員会¹²⁴⁾は、IHRの中で締約国に対して求められる中核的能力を分類して、保健総会（WHA）への報告義務のある20の指標（WHA指標）¹²⁵⁾を含む28の指標からなるIHRモニタリング・フレームワーク（IHR Monitoring Framework）として示している¹²⁶⁾。これらは以下の中核的能力に分類されている。すなわち、①国内法整備・政策策定・財政上の措置¹²⁷⁾、②国内における関連機関の連絡調整と国内IHR連

123) たとえば中核的能力を列記したIHR附録第一を参照。

124) 検討委員会については、拙稿・発効と課題・前掲注2) 188-189頁。

125) WHA指標については以下の文献を参照。ACTIVITY REPORT 2009, *supra* note 4, at 41; WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 22; WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra* note 84, at 28; WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 28, 62-63.

126) IHRモニタリング・フレームワークについては以下の文献を参照。WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 14-16, 61-63; WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra* note 84, at 17-19, 62-63; WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 9-14, para. 2.2; WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 62-63; WHO/HSE/GCR/2012.10, *supra* note 84, at 3-4. See also A65/17, *infra* note 252, at 2, para. 5.

中核的能力のモニタリング・フレームワークの構築は、次の三種類のモデルが前提となっている。すなわち①Capability Maturation Index (CMI) Model、②Potter Model、③Ripple Modelである。WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 12, 54-56; WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra* note 84, at 14, 53-55.

127) 後述2-3-2(A)を参照。

絡窓口¹²⁸⁾、③サーベイランス¹²⁹⁾、④公衆保健上の対策¹³⁰⁾、⑤対策準備¹³¹⁾、⑥リスク・コミュニケーション¹³²⁾、⑦人的資源¹³³⁾、⑧研究所¹³⁴⁾の中核的能力である¹³⁵⁾。このほかに、⑨入域地点も報告対象となる¹³⁶⁾。これらそれぞれについて四つの潜在的危険（potential hazard）¹³⁷⁾に対応できることが求められる。すなわち①人畜共通の事象¹³⁸⁾、②食品の安全に関する事象¹³⁹⁾、③化学的事象¹⁴⁰⁾、④放射線緊急事態¹⁴¹⁾である¹⁴²⁾。

中核的能力に関する指標のリストは、PHRに対して締約国が対処するために必要となる具体的方策と手順（段階）のリストを示しているともいえよう。

これら実施のための指標は、IHRに基づく義務の達成を締約国自らが行うことを支援するために作成されたとされる¹⁴³⁾。すべての指標について、締約国

128) 後述2-3-2(B)を参照。

129) 後述2-3-2(C)を参照。

130) 後述2-3-2(D)を参照。

131) 後述2-3-2(E)を参照。

132) 後述2-3-2(F)を参照。

133) 後述2-3-2(G)を参照。

134) 後述2-3-2(H)を参照。

135) WHO/HSE/GCR/2012.1, *supra* note 84, at 7, 15-16, 31; WHO/HSE/GCR/2012.10, *supra* note 84, at 4.

136) 後述2-3-2(I)を参照。

137) IHR中ではhazardという名詞は使われておらず、hazardousという文言のみ存在する。なおWHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 7ではhealth hazardについて「人の集団的健康に否定的な影響を及ぼすおそれのある要因又は暴露（a factor or exposure）」としている。

138) 後述2-3-3(A)を参照。

139) 後述2-3-3(B)を参照。

140) 後述2-3-3(C)を参照。

141) 後述2-3-3(D)を参照。

142) WHO/HSE/GCR/2012.1, *supra* note 84, at 31; WHO/HSE/GCR/2012.10, *supra* note 84, at 4, 43-49. IHRについては人権の視点からレビューされていないことが問題として指摘されることがある。A64/10, *supra* note 4, at 81-82, paras. 91-93.

143) WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 11; WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra*

は報告することを奨励されている¹⁴⁴⁾。ただし締約国にこれらすべての項目を完全に実施することが求められているわけではない¹⁴⁵⁾。

(A) 国内法整備・政策策定・財政上の措置

IHRの実施は国際法上の義務だが、個々の締約国がIHRを実施する方法については、同国の国内法・政府システム・社会政治的文脈及び政策に照らして締約国が決定してよい¹⁴⁶⁾。これらに関する中核的義務の獲得については、IHRモニタリング・フレームワークに関する指針等において説明がされている¹⁴⁷⁾。本中核的能力の内容としては、①国内法整備及び政策策定、②財政上の措置がある¹⁴⁸⁾。

(B) 国内における関連機関の連絡調整と国内IHR連絡窓口

IHRは様々なレベルの国内機関の参加を予定しており¹⁴⁹⁾、それらの連絡調整がIHRの実効的な実施のためには不可欠となる。特に国内IHR連絡窓口(National IHR Focal Point: NFP)¹⁵⁰⁾に関する締約国による実施としてIHRに明文で規定されているものとしては、①PHEICのおそれの場合の通告(IHR 6条)、②予期されない又は通常と異なる公衆保健上の事象が発生した場合の情

note 84, at 13-14.

144) WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 12. なお、WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 10では、WHA指標は必須事項であり、その他は任意のものであるとされたが、後に改められた。See WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra* note 84, at 12.

145) WHO/HSE/GCR/2012.1, *supra* note 84, at 8.

146) WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 9; WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 29-30, note 7.

147) WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 14; WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra* note 84, at 17-18; WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 9; WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 17-18, 29-30; A64/10, *supra* note 4, at 160, para. 2; WHO/HSE/GCR/2012.10, *supra* note 84, at 12-14.

148) WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 29.

149) 後述 2-4 を参照。

150) 国内IHR連絡窓口については、後述 2-4-1 も参照。

報の共有（同7条）、③通告に関連する協議（同8条）、④他の報告（同9条）、⑤WHOから国家への検証（同10条）、⑥WHOによる情報の提供（同11条）、⑦PHEICの存在の決定（同12条）がある¹⁵¹⁾。

これらの中核的義務の獲得については、IHRモニタリング・フレームワークに関する指針等において説明がなされている¹⁵²⁾。本中核的能力の内容としては、IHRに関する連絡調整及び実施の奨励（advocacy）がある¹⁵³⁾。

(C) サーベイランス

サーベイランス（surveillance）とは、①公衆保健を目的とするデータの体系的で継続的な収集・照合（collation）・分析を行うことと、②評価及び公衆保健上の対策のために、公衆保健上の情報を適宜伝達することをいう（IHR 1条1項）。ここでサーベイランスは広義の意味で用いるものであり、事象の評価や報告の能力が含まれている¹⁵⁴⁾。締約国は、IHRに従い事象を発見・評価・通告・報告する能力を構築・強化・維持しなければならない（同5条1項）。IHRは、中核的能力の一つとして、締約国が、自国のサーベイランス活動を行う能力を獲得するよう義務付けている（同附録第一A1(a)）。

サーベイランスに関する中核的義務の獲得については、IHRの実施に関する指針やIHRモニタリング・フレームワークに関する指針等において説明がなされている¹⁵⁵⁾。中核的能力としてのサーベイランスの構成要素としては、①確

151) WHO/HSE/IHR/2009.4, *supra* note 83, at 16-18.

152) WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 14; WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra* note 84, at 18; WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 9-10; WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 18, 31-32; A64/10, *supra* note 4, at 160, para. 3; WHO/HSE/GCR/2012.10, *supra* note 84, at 14-17.

153) WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 31.

154) WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 10; A64/10, *supra* note 4, at 160.

155) WHO/HSE/IHR/2009.3, *supra* note 83, at 34-40; WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 14-15; WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra* note 84, at 18; WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 10; WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 18, 33-34; A64/10, *supra* note 4, at 160, para. 4; WHO/HSE/GCR/2012.10, *supra* note 84, at 18-22.

定患者の届出等に基づく「指標サーベイランス (indicator-based surveillance)」¹⁵⁶⁾と、②公衆保健上の潜在的な危険の事象¹⁵⁷⁾全般についての「事象のサーベイランス (event-based surveillance: EBS)」¹⁵⁸⁾とがある¹⁵⁹⁾。一定の能力を備えたサーベイランスのための部署 (designated disease surveillance and response unit) を指定することが必要とされる¹⁶⁰⁾。

(D) 公衆保健上の対策

具体的なPHRが存在する場合、締約国が公衆保健上の対策 (Public health response) をとるための中核的能力について、IHRは一連の規定を有する (IHR13条1項、13条5項、46条、附録第一)¹⁶¹⁾。締約国は、附録第一に規定

156) 指標サーベイランスとは、症例サーベイランスや定点サーベイランスなど、特定指標に関する定期的報告に基づいて行われるサーベイランスをいう。指標サーベイランスは、医療機関 (health care facility) によって定期的になされるのが通例である。WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 6; WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra* note 84, at 8; WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 10. IHRとの関係では、「全数サーベイランス (case-based surveillance)」として言及されることも多い。たとえば、『対応と今後の課題』・前掲注4) 243頁。

157) 事象については前掲注41) を参照。

158) 事象のサーベイランスとは、公衆保健に対して潜在的に危険である事象に関する情報の組織的且つ迅速な収集をいう。この情報は、公式又は非公式な経路を通じた噂話やアド・ホックな報告を含む。WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 5; WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra* note 84, at 6; WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 10. 事象のサーベイランスについては、次の文献も参照。World Health Organization, Western Pacific Region, A guide to establishing event-based surveillance (2008).

159) WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 33.

160) WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 10.

161) IHRの規定中では、「公衆保健上の対策」の概念は多用されているが (たとえばIHR第2編の表題や13条の見出し等)、IHRの定義規定を定めている1条には、定義規定が存在しない。一般には、本概念は、締約国やWHOがPHRやPHEICに対して対応することである (同13条1項)。

する通り、PHR及びPHEICに迅速かつ効果的に対応する能力を構築し、強化しかつ維持しなければならない（同13条1項）。

これらの中核的義務の獲得としての公衆保健上の対策については、IHRモニタリング・フレームワークに関する指針等において説明がなされている¹⁶²⁾。中核的能力としての公衆保健上の対策の構成要素としては、①緊急対策能力、②ケース・マネージメント、③感染管理、④消毒（disinfection）、除染（decontamination）、ベクター管理である¹⁶³⁾。公衆保健上の対策の中には、緊急対策チーム（Rapid Response Team：RRT）による対応を含む¹⁶⁴⁾。

(E) 対策準備

IHRは公衆保健上の緊急事態に対して対処するため、それが実際に発生する以前からあらかじめ対策準備（Preparedness）のための対策計画（response plan）を用意する義務を締約国に課している（IHR附録第一A6公衆保健対策（g））。

中核的義務の内容としての対策準備については、IHRモニタリング・フレームワークに関する指針等において説明がなされている¹⁶⁵⁾。本中核的能力の構成要素としては、①公衆保健上の緊急事態に対する準備と対策（Public health emergency preparedness and response）、②IHRの対策準備を目的としたリス

162) WHO/HSE/IHR/2009.3, *supra* note 83, at 41-44; WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 15; WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra* note 84, at 18; WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 6, 10-11; WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 18, 35-37; A64/10, *supra* note 4, at 161, para. 5; WHO/HSE/GCR/2012.10, *supra* note 84, at 22-26.

163) WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 35-36.

164) WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 10-11; A64/10, *supra* note 4, at 161, para. 5.

165) WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 15; WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra* note 84, at 18; WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 11-12; WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 18, 38; A64/10, *supra* note 4, at 161, para. 6; WHO/HSE/GCR/2012.10, *supra* note 84, at 26-29.

ク・マネージメント及び資源マネージメント (Risk and resource management for IHR preparedness) である¹⁶⁶⁾。

締約国は、鳥インフルエンザ (H5N1) を含む新型インフルエンザ等の特定の感染症について対策準備を特に行ってきた¹⁶⁷⁾。

(F) リスク・コミュニケーション

公衆保健上の緊急事態におけるリスク・コミュニケーション (Risk communication for public health emergencies) は、公衆保健上の重大な事象 (serious public health event) に関する対策準備・対策・回復の各段階を通じて、情報に基づく政策決定、積極的な行動変更及び信頼の維持を奨励するために必要とされる様々なコミュニケーション能力を含むとされる¹⁶⁸⁾。

リスク・コミュニケーションに関する中核的義務の獲得については、IHRモニタリング・フレームワークに関する指針等において説明がされている¹⁶⁹⁾。リスク・コミュニケーションに関する中核的能力の構成要素としては、広報 (public communication) に関する政策と手続がある¹⁷⁰⁾。

166) WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 38.

167) 各国の鳥インフルエンザ対策については、比沢奈美「各国の鳥インフルエンザ対策—東アジア地域を中心として—」調査と情報521号 (2006年) 1-10頁。特に日本国における鳥インフルエンザ対策については、後掲注300) を参照。なお日本国では対策準備のための計画を一般に「行動計画」と呼ぶことが多いが、IHRでは「行動計画 (plan of action)」はIHRの国内実施のための計画を意味することがある。

168) WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 24; WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 10. *See also* World Health Organization, *Outbreak Communication Planning Guide* (2008).

169) WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 15; WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra* note 84, at 18-19; WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 12; WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 18-19, 39; A64/10, *supra* note 4, at 161, paras 7-9; WHO/HSE/GCR/2012.10, *supra* note 84, at 30-32.

170) WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 39.

(G) 人的資源

IHRは人的資源（Human resources）について締約国に義務を課しており、これには様々な専門家の充実やトレーニング・プログラムの提供・実施がある¹⁷¹⁾。

人的資源に関する中核的義務の獲得については、IHRモニタリング・フレームワークに関する指針等において説明がなされている¹⁷²⁾。人的資源に関する中核的能力の構成要素としては、IHRを実施することが可能となる人的資源に関する能力（Human resource capacity）を締約国が獲得するべきことが示されている¹⁷³⁾。

(H) 研究所

IHRは研究所（Laboratory）について締約国に義務を課している。すなわち締約国は中核的能力の一つとして、①専門スタッフによる支援、②（国内又は機関間の共同作業を通じた）実験室における標本分析、③（設備・供給・輸送などの）後方支援を提供できる能力を有さねばならない（IHR附録第一A6公衆保健対策(b)）。ここでいう研究所は、締約国が自国内に有する研究所ばかりか、同国が協定によって利用可能である外国の研究所も含む¹⁷⁴⁾。WHOによって必要とされる研究所の技術水準に関する指針（ガイドライン）も作成されている¹⁷⁵⁾。

研究所に関する中核的義務の獲得については、IHRモニタリング・フレーム

171) WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 12-13.

172) WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 15-16; WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra* note 84, at 19; WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 12-13; WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 19, 40; A64/10, *supra* note 4, at 161, para. 10; WHO/HSE/GCR/2012.10, *supra* note 84, at 33-35.

173) WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 40.

174) *Id.* at 43, note 2.

175) World Health Organization, Laboratory Assessment Tool, WHO/HSE/GCR/LYO/2012.2 (2012).

ワークに関する指針等において説明がなされている¹⁷⁶⁾。研究所に関する中核的能力の構成要素としては、①研究所業務についての政策と調整 (policy and coordination)、②疾病の診断及び確定を行う研究所の能力 (Laboratory diagnostic and confirmation capacity)、③標本 (Specimen) の収集及び輸送 (collection and transport)、④研究所のバイオセーフティとバイオセキュリティ¹⁷⁷⁾、⑤研究所でのサーベイランス (Laboratory based surveillance) がある¹⁷⁸⁾。

(I) 入域地点

IHRによれば、締約国は、附録第一に記載された能力を有する「指定した入域地点 (designated point of entry)」を定めることが義務付けられている (IHR19条(a)、20条1項、21条1項)¹⁷⁹⁾。

入域地点における中核的義務の獲得については、IHRモニタリング・フレームワークに関する指針等において説明がなされ、いくつかの指針 (ガイドライン) が作成されている¹⁸⁰⁾。

176) WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 16; WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra* note 84, at 19; WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 13; WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 19, 41-43; A64/10, *supra* note 4, at 161-162, para. 11; WHO/HSE/GCR/2012.10, *supra* note 84, at 35-38.

177) WHOはIHR以外にも研究所のバイオセーフティやバイオセキュリティに関するガイドラインを作成している。たとえば以下の文献を参照。WORLD HEALTH ORGANIZATION, LABORATORY BIOSAFETY MANUAL, WHO/CDS/CSR/LYO/2004.11 (3rd ed., 2004) (邦訳は世界保健機関 (WHO) /北村敬・小松俊彦監訳『実験室バイオセーフティ指針—第3版』(2004年)); World Health Organization, Biorisk management Laboratory biosecurity guidance, WHO/CDS/EPR/2006.6 (2006) (邦訳はWHO、国立感染症研究所翻訳・監修「バイオリスクマネジメント 実験施設バイオセキュリティガイダンス2006」)。

178) WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 41-43.

179) 入域地点に関連して、前述1-1、後述2-4-3及び2-4-4を参照。

180) WHO/HSE/IHR/2009.3, *supra* note 83, at 53-62; WHO/HSE/IHR/LYO/2009.9,

2-3-3 事象への対応

IHRモニタリング・フレームワークに関する指針等は締約国が獲得すべき中核的能力の中に①人畜共通の事象¹⁸¹⁾、②食品の安全に関する事象¹⁸²⁾、③化学的事象¹⁸³⁾、④放射性緊急事態¹⁸⁴⁾について対応する能力を含めている。

(A) 人畜共通の事象

一般に人畜共通の事象（zoonotic event）とは、感染源である動物（animal source）に人間が暴露されることによる、疾病の顕在化又は疾病を潜在させる事態の発生をいう¹⁸⁵⁾。

人畜共通の事象に関する中核的義務の獲得については、IHRモニタリング・フレームワークに関する指針等において説明がされている¹⁸⁶⁾。それによれば、人畜共通感染症（zoonoses）及び潜在的な人畜共通感染症（potential zoonoses）について、これらを発見・対策するための枠組みを、締約国が確立せねばならないとする¹⁸⁷⁾。

supra note 84; WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 14; WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra* note 84, at 17; WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 14; WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 17, 44-46; WHO/HSE/GCR/2012.10, *supra* note 84, at 39-42. また入域地点での措置については以下の文献も参照。World Health Organization, Guide to Hygiene and Sanitation in Aviation (3rd ed., 2009); WHO/HSE/IHR/LYO/2011.3, *supra* note 83; WORLD HEALTH ORGANIZATION, GUIDE TO SHIP SANITATION (3rd ed., 2011) [hereinafter SHIP SANITATION]; GUIDE FOR PHECP, *supra* note 21.

181) 本節(A)を参照。

182) 本節(B)を参照。

183) 本節(C)を参照。

184) 本節(D)を参照。

185) WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 9.

186) WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 13; WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 47.

187) WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 28, 63.

(B) 食品の安全に関する事象

一般に食品の安全に関する事象 (food safety event) とは、食品の利用又は暴露による、疾病の顕在化又は疾病を潜在させる事態の発生をいう¹⁸⁸⁾。

本事象に関する中核的義務の獲得については、IHRモニタリング・フレームワークに関する指針等において説明がされている¹⁸⁹⁾。それによれば、食品媒介疾病 (foodborne disease) 及び食品汚染 (food contamination) を発見・対策するための枠組みを、締約国が確立せねばならないとしている¹⁹⁰⁾。

(C) 化学的事象

一般に化学的事象 (chemical event) とは、化学的因子 (chemical agent) の暴露又は汚染による、疾病の顕在化又は疾病を潜在させる事態の発生をいう¹⁹¹⁾。

本事象に関する中核的義務の獲得については、IHRモニタリング・フレームワークに関する指針等において説明がされている¹⁹²⁾。それによれば、化学的緊急事態 (chemical emergencies) について、発見・警告・対策するための枠組みを、締約国が確立せねばならないとする¹⁹³⁾。

(D) 放射線緊急事態

一般に放射線事象及び核事象 (radiological and nuclear events) とは、放射線核源泉 (radio-nuclear source) の暴露又は汚染による、疾病の顕在化又は

188) WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 5.

189) WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 13-14; WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 48-49.

190) WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 28, 63.

191) WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 4.

192) WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 14; WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 50.

193) WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 28, 63.

疾病を潜在させる事態の発生をいう¹⁹⁴⁾。

本事象に関する中核的義務の獲得については、IHRモニタリング・フレームワークに関する指針等において説明がされている¹⁹⁵⁾。それによれば、放射線及び核の緊急事態（radiological and nuclear emergencies）に対して発見・対策するための枠組みを、締約国が確立せねばならないとする¹⁹⁶⁾。

2-4 IHRの国内実施機関

IHRは世界的に実施することが必要であるから、それは国際的平面と国内的平面の両方で実施される¹⁹⁷⁾。本稿では、その目的からIHRの国内実施機関を中心にとりあげる。

IHRは、各締約国が個々の自国管轄権内において、本規則に基づく保健上の措置の実施を所管する機関（authorities）及び国内IHR連絡窓口を指定又は設置しなければならないとする（IHR 4条1項）。このようにIHRは、IHRの国内実施について責任を負う「管轄機関（responsible authorities）」を指定する旨定めている¹⁹⁸⁾。なおIHRは入域地点について権限当局（competent authorities）という概念を用いている。本概念と管轄機関概念の区別は必ずしも明瞭ではないが、管轄機関の概念がIHRの実施の責任の観点を注視した概念であるのに対して、権限当局の概念は特に検疫業務等の権限を有することを注視した概念であろう。

本章ではIHRに定める実施機関のうち①対外的な窓口となる機関（国内IHR連絡窓口）（本節2-4-1）、②国家レベル・中間レベル・地域レベルの国内実施機関（本節2-4-2）、③入域地点にある権限当局（本節2-4-3）、④船舶衛生管理証明書等交付港（本節2-4-4）、⑤輸送機関の運行者（本節2-4-5）

194) WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 7.

195) WHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 14; WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 51-52.

196) WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 28, 63.

197) IHRの国際的平面と国内的平面での実施については、前述1-1を参照。

198) *See also* WHO/HSE/IHR/2009.3, *supra* note 83, at 28.

について概観する。

2-4-1 国内IHR連絡窓口

IHRは、締約国に対して、国内IHR連絡窓口 (National IHR Focal Point: NFP)¹⁹⁹⁾を指定又は設置するように義務付けている (IHR 4条1項)²⁰⁰⁾。国内IHR連絡窓口は、WHOと常に連絡がとれなければならない (同4条2項)、締約国は、この連絡窓口をWHOに通知し、本情報は継続的に更新され、毎年確認される (同4条4項)²⁰¹⁾。IHR発効後、多数の国が国内IHR連絡窓口を設置し、それに関する情報を提供している²⁰²⁾。

国内IHR連絡窓口については、WHOによって国内実施のための指針 (ガイドライン) が作成されている²⁰³⁾。

国内IHR連絡窓口の任務としては、①関係締約国のために²⁰⁴⁾、(特に同6条乃至12条に基づく) 本規則の実施に関する緊急連絡 (urgent communications) を、WHO・IHR連絡窓口に対して送付すること、②締約国の関係行政部局 (サーベイランス及び報告・入域地点・公衆保健業務等に責任を負うものを含む) に情報を伝達し、それらからの情報を整理すること、とされた (同4条2

199) 国内IHR連絡窓口については、前述2-3-2(B)も参照。IHR上の国内IHR連絡窓口については、次の文献を参照。Lo, *supra* note 2, at 105-113.

200) WHO/HSE/IHR/2009.4, *supra* note 83, at 7.

201) WHOが2008年 (平成20年) 2月に実施した調査によれば、144カ国の回答のうち97%が国内IHR連絡窓口の情報を提供した (A62/6, *infra* note 244, para. 3)。

202) 国内IHR連絡窓口の設置の具体例については次の文献を参照。WHO/HSE/IHR/2009.4, *supra* note 83, at 26-50。2008年 (平成20年) 2月の段階で、188カ国が国内IHR連絡窓口を指定した (A61/7, *supra* note 118, para. 12)。さらに同年10月には、193カ国が国内IHR連絡窓口を指定している (WHO/HSE/IHR/2009.4, *supra* note 83, at 7)。

203) たとえば次の文献を参照。WHO/HSE/IHR/2009.4, *supra* note 83.

204) IHRにおいては、WHOと締約国の保健主管庁との間でなされる通告又は情報の送受は、WHOと当該締約国との間でなされるものとみなすという規定が存在した。旧IHR・前掲注18) 2条。

項)²⁰⁵⁾。

国内IHR連絡窓口のこれら以外の役割としては、①WHOと協働して危険評価に従事すること、②政府の関連部局への情報の伝達、③入域地点にある関連当局との連絡、④国内の公衆保健上の事象及び危険に関する分析の調整、⑤国内の緊急対策体制との緊密な調整、⑥WHOへの通告及びその後の進展に関して、上級の保健関連その他の政府担当者に助言をすること、⑦国際的な疾病の拡大を防止するためのWHOの勧告の実施に関して、上級の保健関連その他の政府担当者に助言をすること、⑧既存のサーベイランス及び対策の能力の評価を確保すること、⑨支援のためにWHOと協力すること、⑩IHRが要求する能力の評価・計画・構築の進捗状況を報告すること、⑪広報メッセージの提供について調整すること、⑫国家間又は地域間の調整及び情報の交換がある²⁰⁶⁾。

2-4-2 国家レベル・中間レベル・地域レベルの国内実施機関

IHRの実施にあたっては、特に対内的措置について保健所等の国内実施機関や研究機関が重要である²⁰⁷⁾。IHRの附録第一は、①国家レベル、②中間的なレベル、③地域レベルに分け、それぞれについて必要な能力を定めている²⁰⁸⁾。IHRを各国で国内実施するにあたって、当該国家の国内法で異なるレベル毎に異なる責任と能力が規定されることがある²⁰⁹⁾。

国家レベルで評価及び通告について要求されることは、①緊急な事象につい

205) WHO/HSE/IHR/2009.4, *supra* note 83, at 7.

206) *Id.* at 18-19.

207) 国内実施機関は「国内保健機関」と呼ばれることもある。たとえば倉田・前掲注2) 4頁。

208) WHO/HSE/GCR/2012.1, *supra* note 84, at 13-14. 拙稿・発効と課題・前掲注2) 196-199頁, para. 3-3. IHRの附録第一Aは、地域社会レベル、中間的レベル、国家レベルの順番で規定しているが、本稿のようにこの逆の順番で書かれた指針も存在する。たとえばWHO/HSE/IHR/2010.7, *supra* note 84, at 6-7.

209) たとえばスウェーデンでのIHRの実施についてWHO/HSE/IHR/2009.3, *supra* note 83, at 156.

での報告を48時間以内に評価できること、②当該事象がWHOに通告すべきであると評価された場合にIHRの6条1項及び附録第二に従って直ちに通告でき、又は7条及び9条2項に従って通知できること、である（IHR附録第一A6評価と通告）。

次に公衆保健上の対策について、国家レベルで要求される能力としては、①疾病の国内的及び国際的拡大を防止するために必要とされる管理措置を迅速に決定する能力、②専門スタッフによる支援、実験室における標本分析及び後方支援を提供する能力、③地域調査の補助のために現地支援（on-site assistance）を提供する能力、④封じ込め策（containment）及び管理措置の迅速な承認・実施のために、上級の保健関連その他の担当者と直接的な業務上の連携（direct operational link）を提供する能力、⑤他の関係省庁との連絡体制（direct liaison）を提供する能力、⑥自国領域又は他の締約国の領域で発生した事象についてWHOから受領した情報と勧告を周知させるために、利用し得る最も効率的な通信手段を通じて病院・診療所・空港・港・陸上越境地点・実験室その他の主要な実施拠点との連携（link）を提供する能力、⑦PHEICのおそれのある事象に対応するための多数の専門・部門の専門家から編成されるチームの創設を含め、公衆保健上の緊急事態への対策計画（public health emergency response plan）を構築・運用・維持する能力、⑧これらを24時間体制として提供_{する}能力、である（同附録第一A6公衆保健対策）。

次に中間的なレベルで要求される能力は、①下位のレベルから報告された事象の状況を確認し、追加的な管理措置を支援又は実施する能力、②報告された事象を直ちに評価し、その結果緊急である（urgent）²¹⁰と判明した場合、必須情報を国家レベルに報告_{する}能力、である（同附録第一A5）。

地域社会レベル又は公衆保健上の一次的な対策レベルで要求される能力とし

210) 緊急性の判断基準は、①公衆保健に深刻な影響を及ぼすこと（serious public health impact）、又は、②拡大する可能性が高く、通常と異なる若しくは予期しえない性質を有すること（unusual or unexpected nature with high potential for spread）とされた（附録第一A5）。

では、①締約国領域内のあらゆる地域において、予想水準を超える疾病又は死亡を伴う事象を発見する能力、②入手し得るあらゆる必須情報（essential information）²¹¹⁾を上位のレベルの機関に直ちに報告する能力、③予備的な管理措置（preliminary control measures）を直ちに実施する能力、である（同附録第一A4）。

2-4-3 入域地点における権限当局

IHRでは、締約国は、入域地点の中から、附録第一に記載された能力を有する「指定した入域地点（designated point of entry）」を定めなければならないとしている（IHR19条(a)、20条1項、21条1項）²¹²⁾。入域地点については、IHR第4編に規定がある。これに加えて、WHOによって入域地点に関する指針（ガイドライン）が作成されている²¹³⁾。各国は通常国内法によって入域地点を指定する²¹⁴⁾。

211) 必須情報は以下のものを含む。すなわち、①臨床記述、②実験室の結果、③危険の源泉と種類、④人の症例・死者の数、⑤疾病の拡大に関する状況、⑥採用された保健上の措置である（IHR附録第一A4）。

212) 締約国が陸上越境地点を指定するにあたっては、①国際交通の量及び頻度、②当該地点に到着するまでの、通過・出発する地域に存在する公衆の保健上の危険を考慮しなければならない（IHR 21条1項）。さらに複数の国が国境を接している場合、関係諸国間で取極をしたり、共同で越境地点を指定したりすることを検討することが望ましいとされた（同21条2項）。

なおWHOが作成した指針（ガイドライン）には、IHRの解釈として、締約国は入域地点として空港及び海港をそれぞれ少なくとも一つ設けねばならないとされる。

WHO/HSE/GCR/2012.1, *supra* note 84, at 19.

213) WHO/HSE/IHR/LYO/2009.9, *supra* note 84; WHO/HSE/GCR/2012.1, *supra* note 84, at 17, Appendix 4; at 18-21, Appendix 5; GUIDE FOR PHECP, *supra* note 21.

実務上の指針（ガイドライン）としては以下も参照。SHIP SANITATION, *supra* note 180. See A65/17, *infra* note 252, at 4, para. 10.

214) 日本国については、後述4-2を参照。また、たとえばスウェーデンについて WHO/HSE/IHR/2009.3, *supra* note 83, at 160.

入域地点における権限当局 (competent authorities) の義務についてもIHRに定められている (同22条1項)²¹⁵⁾。すなわち権限当局は、一連の監督義務等を負うとされる²¹⁶⁾。

指定した入域地点に関して、締約国は、附録第一に記載された能力が²¹⁷⁾、

215) 入域地点にある権限当局の役割については以下の文献を参照。WHO/HSE/IHR/LYO/2011.3, *supra* note 83, at 22–23; Lo, *supra* note 2, at 159–161.

216) 入域地点にある権限当局は以下の義務を負うとされた (IHR 22条1項)。

- (a) 感染地域から入出する手荷物・貨物・コンテナ・輸送機関・物品・郵送小包及び人間の遺体が、媒介体並びに保有宿主を含む感染源又は汚染源に侵されない状態を維持するよう、それらを責任をもって監視すること。
- (b) 入域地点において旅行者が使用する施設が衛生的であり、且つ、媒介体並びに保有宿主を含む感染源又は汚染源に侵されないことを維持するよう、実行しうる限り確保すること。
- (c) 本規則の下で適当な限り、手荷物・貨物・コンテナ・輸送機関・物品・郵送小包及び人間の遺体からの一切のねずみ族駆除・消毒・虫類駆除若しくは除染処置又は人的な衛生措置を責任をもって監督すること。
- (d) 輸送機関の運行者に対し、できる限り事前に輸送機関に管理措置を適用する旨を伝達し、且つ、それを実施する方法に関する入手しうる限りの情報を書面により提供すること。
- (e) すべての汚染水若しくは食物、人若しくは動物の排泄物、廃水その他一切の汚染物質の輸送機関からの除去及び安全廃棄を責任をもって監督すること。
- (f) 港・河川・運河・海峡・湖その他の国際水路の水を汚染しうる污水・廃物・バラスト水その他潜在的に疾病を惹き起こす可能性のある物質の船舶からの廃棄を監視し且つ管理するために、IHRに合致する実行可能なあらゆる措置を講ずること。
- (g) 必要な検査及び医学的検査の実施を含め、入域地点における旅行者・手荷物・貨物・コンテナ・輸送機関・物品・郵送小包及び人間の遺体に関する業務提供者の業務を責任をもって監督すること。
- (h) 予期されない公衆の保健上の事象に対処するため、効果的な危機管理計画を有すること。
- (i) IHRに従ってとられた関連の公衆保健上の措置について、国内IHR連絡窓口と連絡すること。

217) WHA58.3, *supra* note 2, ANNEX 1, B. Core Capacity Requirements for

規定された期間内に構築されるように確保しなければならない（同19条(a)）。特に指定した空海港と陸上越境地点（入域地点）に求められる中核的能力については、次のように、①常時求められる能力と（同附録第一B1）、②国際的に懸念される公衆保健上の緊急事態（PHEIC）のおそれを含む緊急時に求められる能力（同附録第一B2）とに分けて規定されている²¹⁸⁾。入域地点に関する中核的能力は、他の中核的能力の獲得と同様に時間的制限に服し、期限内に実施できなければ延長手続に服する²¹⁹⁾。

指定した入域地点について常時求められる中核的能力については、IHRの附録第一B1に規定がある。すなわち、①病気の旅行者に対して迅速な評価・治療ができる場所に診療施設を設置することを含めて医療サービスを提供し、十分な要員・設備等を提供する能力、②医療施設に病気の旅行者を輸送するための設備・人員を提供する能力、③輸送機関の検査のために訓練された人員をあてる能力、④入域地点の施設（飲用水の供給、食事施設、トイレ、ごみ処理業務等）を旅行者が利用できるように安全な環境を確保する能力、⑤入域地点やその近辺において、媒介体及び保有宿主を管理するために、プログラム及び訓練された人員を提供する能力、である（同附録第一B1）。

PHEICを構成するおそれのある事象対応の場合に入域地点に求められる能力については、IHRの附録第一B2に規定がある。すなわち①「公衆保健上の緊急事態への危機管理計画（public health emergency contingency plan: PHECP）」²²⁰⁾の構築・維持によって、公衆保健上の緊急対策（public health emergency response）を提供する能力²²¹⁾、②隔離（isolation）²²²⁾や治療等を行

Designated Airports, Ports and Ground Crossings.

218) 通常の場合と緊急事態の区別については前述1-2を参照。

219) WHO/HSE/GCE/2012.1, *supra* note 84, at 19-20. 中核的能力の獲得の期限については、前述2-3-1を参照。

220) 政府訳では「公衆保健上の緊急偶発事態対策」とされている。

221) 公衆保健上の緊急事態への危機管理計画（PHECP）については次の文献を参照。

GUIDE FOR PHECP, *supra* note 21.

222) 「隔離」とは、①感染・汚染の拡大防止を目的とする方法であって、②病人・感染

うため、現地の医療及び獣医療施設と取極を締結し、感染した旅行者又は動物を評価・治療する能力、③感染したおそれのある人又は感染した人について、他の旅行者と分離して、面談調査をする（interview）ための場所を提供する能力、④望ましくは入域地点から離れた施設において、感染したおそれのある旅行者を評価し、必要であれば検疫拘束（quarantine）²²³⁾する能力、⑤特別に指定した場所で、手荷物・貨物・コンテナ・輸送機関・物品又は郵送小包に対して、虫類駆除・ねずみ族駆除・消毒・除染等の勧告された措置を実施する能力、⑥旅行者に対して、出入国管理を実施する能力、⑦感染又は汚染のおそれのある旅行者を移送する際に、特別に指定された設備と、適切な個人防護具を装備し訓練を受けた人員等を提供する能力、以上である。

した人又は汚染された手荷物・コンテナ・輸送機関・物品・郵送小包を、③他から分離することとされた（IHR 1条1項）。隔離と検疫拘束の区別については後掲注223)を参照。なお日本法における「隔離」概念については、後掲注395)を参照。

223)「検疫拘束」とは、①感染・汚染が拡がる可能性を防止するための方法として、②発病していないが感染したおそれのある対象者又は感染したおそれのある対象手荷物・コンテナ・輸送機関・物品を、③他から分離するか又は活動を制限することをいう（IHR 1条1項）。本定義規定から、検疫拘束の対象は感染したおそれのある対象に限定され、感染又は汚染されたものについては対象としない。なお、日本国の検疫法14条でも、「感染症の病原体に感染したおそれのある者」に対する措置を「停留」と呼び、感染症の患者に対する「隔離」と区別している。後掲注396)を参照。

通常「quarantine」は「検疫」と訳出されることが多い。しかし「検疫」という文言は一般に「感染症が新たに侵入し、又はまん延するのを防ぐため、船車その他により、外から一定地域内に入ってくる、あるいは内から外に出て行く人、動植物又は船車、貨物その他の物について、感染症の病原体の保有又は付着の有無を検査し、なお、検査の結果必要があれば、隔離、消毒その他の強制措置をとること」を意味するため（「検疫」吉国一郎ほか編『法令用語辞典〈第九次改訂版〉』（学陽書房、2009年）211頁）、IHR中の意味よりも広義で用いられている。それゆえ本稿では、「quarantine」の訳出にあたって、広義の検疫と区別するため、政府訳と同じく「検疫拘束」という訳語を用いる。

2-4-4 船舶衛生管理証明書等交付港

IHRは、船舶を「国際通行を行う海上航行又は内水航行の船舶」と定義している（IHR 1条1項²²⁴⁾。輸送機関である船舶の運行者は、有効な「船舶衛生管理免除証明書（Ship Sanitation Control Exemption Certificate: SSCEC）」又は「船舶衛生管理証明書（Ship Sanitation Control Certificate: SSCC）」を権限当局に提出しなければならない（IHR附録第四セクションA2）（以下、SSCECとSSCCとを総称して「船舶衛生管理証明書等」という。）。これに対して締約国は船舶衛生管理証明書等が交付されるよう確保しなければならない（同20条2項、39条、附録第三²²⁵⁾。旧IHRにおいても「ねずみ族駆除施行証明書（Deratting Certificate）」及び「ねずみ族駆除免除証明書（Deratting Exemption Certificate）」が求められてきた²²⁶⁾。これらの証明書に代替するのが船舶衛生管理証明書等である²²⁷⁾。

締約国は船舶衛生管理証明書等を交付できる港（authorized port）のリストをWHOに提供しなければならないとされた（同20条3項²²⁸⁾。以下本稿ではこの証明書を交付できる港を便宜的に「船舶衛生管理証明書等交付港」又は「証明書交付港」と呼ぶ²²⁹⁾。

224) 国際通行を行う輸送機関とは、①複数国の入域地点間の通行、又は②同一国の領域（領域が複数にわたる場合を含む）内の入域地点間の通行であって、輸送機関がその通行の途中で他国の領域に接触する場合には、その他国の領域との接触に関係する部分の通行をいうとされた（IHR 1条1項）。国際通行については前掲注46）を参照。

225) WHO/HSE/IHR/LYO/2011.3, *supra* note 83, at 20.

226) 旧IHR・前掲注18）附録（Appendix）第一。ただしこれらは2007年（平成19年）12月15日に効力を失った。

227) WHO/HSE/IHR/LYO/2011.3, *supra* note 83, at 15.

228) 証明書交付港のリストは次のホームページで閲覧できる。http://www.who.int/ihr/ports_airports/portslanding/en/index.html (last visited January 31, 2013).

2009年（平成21年）3月1日現在で、69カ国の1640を超える港が証明書交付港として登録されている。A62/6, *supra* note 244, at 3, para. 10.

229) 証明書交付港については、次の文献を参照。WHO/HSE/IHR/LYO/2011.3, *supra*

証明書交付港の指定は通常国内法を通じて行われる²³⁰⁾。①国内のどの地域に証明書交付港を設けるかは、各国の裁量とされ、②証明書交付港について時間的な制限はなく、締約国は任意の時に証明書交付港の指定・解除を行うことができ（ただし国内IHR連絡窓口を通じてWHOへのリストの提出は必要である。）、③証明書交付港の指定の最少要求数も存在しない²³¹⁾。証明書交付港と入域地点は、別のものであるが、一致してもよい²³²⁾。

証明書交付港については指針（ガイドライン）が作成されている。すなわち、2007年（平成19年）8月、WHOより「船舶衛生検査及び証明書交付のための暫定的技術的助言」が示された²³³⁾。さらに2011年（平成23年）5月にWHOより『船舶の検査と船舶衛生証明書交付のための手引き』（Handbook for Inspection of Ships and Issuance of Ship Sanitation Certificates）が示された²³⁴⁾。

2-4-5 輸送機関の運行者による実施

ここで「輸送機関（conveyance）」とは、国際通行に使用される航空機（aircraft）²³⁵⁾・船舶（ship）²³⁶⁾・列車・路上車両（road vehicle）²³⁷⁾その他の輸

note 83.

230) 日本国については、後述4-2-2を参照。たとえばスウェーデンについてはWHO/HSE/IHR/2009.3, *supra* note 83, at 160を参照。

231) WHO/HSE/GCR/2012.1, *supra* note 84, at 18.

232) 証明書交付港と指定した入域地点との差異については、*Id.* at 20-21.

233) World Health Organization, Interim technical advice for inspection and issuance of ship certificates (August 2007).

234) WHO/HSE/IHR/LYO/2011.3, *supra* note 83; WHO/HSE/GCR/2012.1, Appendix 5, *supra* note 84, at 18-21.

235) 「航空機」とは、国際通行を行う航空機をいう（IHR 1条1項）。

236) 「船舶」とは、国際通行を行う海上航行又は内水航行の船舶をいう（IHR 1条1項）。

237) 「路上車両」とは、列車以外の陸上輸送車両をいう（IHR 1条1項）。また、「陸上輸送車両（ground transport vehicle）」とは、列車・バス・トラック・自動車を含む、国際通行を行う陸路輸送用のエンジン付輸送機関をいう（IHR 1条1項）。

送手段をいう（IHR 1 条 1 項）。また、これに関連して「旅行者」、「乗組員（crew）」²³⁸⁾、「輸送機関の運行者（conveyance operator）」²³⁹⁾等の定義もなされた（同 1 条 1 項）。

IHRの実施にあたっては、国家機関以外にも、これら輸送機関の運行者等によってIHRの実施がなされることが規定されることがある。

たとえば、IHRは、輸送機関の運行者が次のことを確実にを行うように、本規則に合致する実行可能なあらゆる措置を締約国が講じなければならないとする（同24条1項）。すなわち、①WHOの勧告に基づき自国が採択した措置を履行すること、②輸送機関上で適用される措置を旅行者に周知すること、③輸送機関が媒介体並びに保有宿主を含む感染源又は汚染源に侵されないよう維持すること、である²⁴⁰⁾。

船長又は機長（その代理人を含む）が感染性疾病の徴候を示す病状又はPHRが船舶又は航空機上で発生したことを知り得た場合には、すみやかにその一切の病状又はPHRの証拠を、行先地の港又は空港に到着する前に可能な限り早急に、港又は空港の管制に連絡しなければならない（同28条4項）²⁴¹⁾。

さらに附録第四は、輸送機関及びその運行者に対する技術的要求事項を定めている²⁴²⁾。

2-5 IHRの国内実施に関する国際協力

多くの締約国がIHRを国内実施し、それによって要求される中核的能力を獲得するためには、技術的・資金的・人的側面からの国際協力や協働

238) 「乗組員」とは、輸送機関に搭乗する乗客（passengers）でない者をいう（IHR 1 条 1 項）。

239) 「輸送機関の運行者」とは、輸送機関を管理する自然人若しくは法人又はその代理人をいう（IHR 1 条 1 項）。

240) WHO/HSE/IHR/LYO/2011.3, *supra* note 83, at 23.

241) *Id.*

242) *Id.*

(collaboration) が重要である²⁴³⁾。IHRは、これらの協力の実現が、二国間関係、地域的ネットワーク、WHOの地域事務所、政府間機関及び国際団体等様々な経路を通じてなされるとする (IHR44条3項)。

まずWHOによる協力について、IHRは、WHOが締約国による中核的能力の構築を援助するとしている (同5条3項)。さらに、IHRは、締約国の要請を前提として、できる限り締約国と協働 (collaborate) すると規定する。すなわち、①締約国の公衆保健上の能力 (public health capacity) の評価、②締約国に対する技術協力及び後方支援の提供・促進、③開発途上諸国による中核的能力の構築・強化・維持の支援を目的とした財政的資源の動員、である (同44条2項)。これらの規定は、IHRの締約国による国内実施や中核的能力の獲得に関係している。さらに締約国による中核的能力の獲得に関する協働のためにWHOのリヨン事務所 (WHO Lyon Office for National Epidemic Preparedness and Response) が活動しており²⁴⁴⁾、実務家・専門家への様々なトレーニング・プログラムも開催されている²⁴⁵⁾。

次に締約国間の協力についてIHRは、次の分野での締約国間の協働義務を定める (同44条1項)。すなわち、①事象の発見・評価・対策、②公衆保健上の能力の構築・強化・維持における技術協力及び後方支援の提供・促進、③財政的資源の動員、④本規則の実施のための法案等の定立について、締約国が協働することを約束するとしている²⁴⁶⁾。これらも締約国によるIHRの国内実施や中

243) A64/10, *supra* note 4, at 13, para. 26; WHO/HSE/IHR/2009.3, *supra* note 83, at 16; WHO/HSE/GCR/2012.10, *supra* note 84, at 50-52.

IHRを離れて、健康に関する財政上の国際協力については、次の文献を参照。

PARTNERSHIPS AND FOUNDATIONS IN GLOBAL HEALTH GOVERNANCE (Simon Rushton & Owain David Williams eds., 2011).

244) A61/7, *supra* note 118, para. 9; World Health Organization, Document A62/6 (April 9, 2009) [hereinafter A62/6], para. 7.

245) See ACTIVITY REPORT 2009, *supra* note 4.

246) IHRは、締約国が、特別な条約又は取極を締結できるとする (IHR57条2項)。もともと、締約国間の協働について「できる限り相互に協働することを約束する」(傍点

核的能力の獲得に関係している。

個々の締約国によってIHRの国内実施に関する国際協力が言明されることもある²⁴⁷⁾。また地球規模のサーベイランスについては、米国疾病管理予防センター（Centers for Disease Control and Prevention: CDC）による貢献が顕著である²⁴⁸⁾。

2-6 IHRの実施に関する報告

IHRは、締約国及び事務局長に対して、本規則の[●]実施（implementation）について保健総会に報告するように義務付けている（IHR54条1項）²⁴⁹⁾（ただし本報告は国内実施に限定されない）。また保健総会は事務局長に対して締約国によるIHRの実施についての年次報告を要請している²⁵⁰⁾。このため事務局は締約

による強調は、本著者。）のであるから、努力義務であると考えられる（同44条1項）。
See GOSTIN, PUBLIC HEALTH LAW, *supra* note 2, at 249.

247) たとえば米国では同国の軍隊下の組織であるGlobal Emerging Infections Surveillance and Response System (GEIS) が各国でのIHRの実施に協力している。GEISについてはPERSPECTIVES ON THE DEPARTMENT OF DEFENSE GLOBAL EMERGING INFECTIONS—SURVEILLANCE AND RESPONSE SYSTEM— (Philip S. Brachman, Heather C. O'Maonaigh & Richard N. Miller eds., 2001)。また米国は生物兵器禁止条約の締約国会合（Review Conference）において、IHRの中核的能力の獲得に向けて米国政府がWHOに協力することを明言している。Hillary Rodham Clinton, Secretary of State, Remarks at the 7th Biological and Toxin Weapons Convention Review Conference (December 7, 2011). See also Katz, Fernandez & McNabb, *Disease surveillance, capacity building and implementation of the International Health Regulations (IHR [2005])*, BMC Public Health 2010, 10 (Suppl 1): S1.

248) 古関比斗志「危機管理 Crisis management・Risk managementと検疫所における健康危機管理について（PART II）」感染制御7巻6号（2011年）555頁。

249) WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 11; WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra* note 84, at 13; WHO/HSE/IHR/2011.6, *supra* note 84, at 12. 拙稿・発効と課題・前掲注2) 251頁、para. 8-3-1。

250) IHRの実施に関する報告を求める決議については、たとえば次を参照。World

国に対して調査を実施しており²⁵¹⁾、それに基づいて事務局長はIHRの実施について報告を行ってきている²⁵²⁾。

これらの実施状況や報告では一定の指標と枠組みが用いられている。まず締約国の国内での実施状況に関する報告では、保健総会への報告に用いる20のWHA指標(WHA indicators)を含む28の指標(indicators)が用いられている(IHRモニタリング・フレームワーク)²⁵³⁾。さらに事務局長による実施報告では①グローバルな連携(Partnership)、②中核的能力の強化、③国際的な公衆保健上の緊急事態(International Public Health Emergencies)の予防と対策、④法的問題及び監視、⑤地域的活動等についてである²⁵⁴⁾。

3 日本国におけるIHRの国内実施

これまで説明したようにIHRは締約国に対して同規則を実施する義務を課しており²⁵⁵⁾、日本国も同義務を負っている。すなわち日本国は1951年(昭和26年)

Health Organization, Resolution WHA59.2 (May 26, 2006), para. 5 (9); World Health Organization, Resolution WHA61.2 (May 23, 2008), para. 2 (1).

251) State Party reports to the Sixty-first World Health Assembly (explanatory letter), Ref: C.L.9.2008 (February 29, 2008). See A63/5, *supra* note 4, para. 6.

252) IHRの実施報告の例としては以下を参照。A61/7, *supra* note 118; A62/6, *supra* note 244; ACTIVITY REPORT 2009, *supra* note 4; A63/5, *supra* note 4; A63/5 Add.1, *supra* note 4; A64/9 (March 17, 2011); A65/17 (March 22, 2012). IHRの実施報告は、改定されたIHRの締約国による自主的な適用を受けて、同規則が発効する前からなされていた。World Health Organization, Document A60/8 (March 22, 2007).

253) WHA指標を含むIHRモニタリング・フレームワークについては前述2-3-2を参照。なお、WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84, at 61-62では30項目あったが、後に28項目となった。See WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra* note 84, at 62-63.

254) WHOはIHRの各国での実施の検討項目について文書をまとめている。See WHO/CDS/EPR/IHR/2007.1, *supra* note 83; SAFER FUTURE, *supra* note 2, at 58-65; WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 84; WHO/HSE/IHR/2010.1.Rev.1, *supra* note 84.

255) IHRの国内実施の義務については、前述2-1を参照。

5月にWHOに加盟し²⁵⁶⁾、1951年（昭和26年）6月に公布された検疫法（昭和26年法律第201号）によってIHRの前身である国際衛生条約との調整がなされた²⁵⁷⁾。日本国はIHRについてWHO憲章22条に基づいて2006年（平成18年）12月15日までにWHO事務局長に対して拒絶又は留保を行わなかったため、2007年（平成19年）6月15日より同規則によって拘束されることとなった²⁵⁸⁾。IHRに基づく中核的能力の完全実施の義務の期限は²⁵⁹⁾、日本国については2012年（平成24年）6月15日であった。

3-1 日本国における公衆衛生（公衆保健）に関する法制度の概要

既に述べてきたように、感染症対策として国家が伝統的にとってきた措置は、①同国の国内での対内的な公衆保健上の措置と、②他国や国際公域との境界において行う入域地点における公衆保健上の措置とに二分できる²⁶⁰⁾。日本国においても、①前者について主に「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（以下「感染症法」という。）²⁶¹⁾が、②後者については主に「検疫法」²⁶²⁾が対応している。これらに加えて、③新型インフルエンザ等については「新型インフルエンザ等対策特別措置法」²⁶³⁾が制定されている。

256) 「世界保健機関憲章」（昭和26年条約第1号）。

257) たとえば「検疫法の公布について」（昭和26年12月27日厚生省発衛216号）では「検疫業務は、国際衛生条約の規定に基く国際間の協定的業務であるから、法の範囲内で常に諸外国の検疫制度との均衡を図り、もって国際間の信用を保持するよう努力すること。」と規定する（第一 一般的事項1）。本通知は『検疫関係法令通知集』・前掲注6）114-116頁に掲載されている。

258) 外務省「改正国際保健規則の国内の実施のあり方について」（平成19年6月14日）。本文書は、「行政機関の保有する情報の公開に関する法律」（平成11年法律第42号）に基づく開示の申し出によって外務省から提示された。

259) IHRの完全実施については、前掲注120) を参照。

260) 前述1-1を参照。

261) 感染症法については、後述3-2及び3-5(A)を参照。

262) 検疫法については、後述3-3及び3-5(B)を参照。

263) 新型インフルエンザ等対策特別措置法については、後述3-4及び3-5(C)を参照。

またIHRは、①常時求められる措置と、②緊急時対応の場合とを区別している²⁶⁴⁾。日本法においても平時体制と緊急時対応とを区別してきている²⁶⁵⁾。

これらの法を通じて日本国は、IHRの要求する水準の中核的能力を実現してきている²⁶⁶⁾。

3-2 感染症法を通じたIHRの国内実施

IHRは、従来の国境管理に代表される入域地点での措置に加えて、国内での対内的措置を重視している²⁶⁷⁾。日本国において対内的な感染症対策の中心にあるのは感染症法である。

日本国の近代以降の感染症対策の歴史は、1880年(明治13年)の「伝染病予防規則」の制定と1897年(明治30年)の「伝染病予防法」(明治30年法律第36号)とに遡ることができる。1998年(平成10年)には、従来の感染症対策である「伝染病予防法」、「性病予防法」(昭和23年法律第167号)、「後天性免疫不全症候群の予防に関する法律(エイズ予防法)」(平成元年法律第2号)の3つの法律を統合した「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(感染症法)」(平成10年法律第114号)が制定され、1999年(平成11年)から施行された²⁶⁸⁾。さらに2007年(平成19年)には「結核予防法」(昭和26年法律第96号)も感染症法に統合・廃止され、現在に至っている。

感染症法の目的規定には「……感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関し必要な措置を定めることにより、感染症の発生を予防し、及びそのまん

264) 前述1-2を参照。

265) たとえば「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」(後掲注274)、「感染症健康危機管理実施要領」(後掲注359)、「新型インフルエンザ等対策特別措置法」(後述3-4を参照)等を参照。

266) 中核的能力の獲得については、前述2-3-1及び2-3-2を参照。

267) 前述1-1を参照。

268) 感染症法の制定経緯については、以下の文献を参照。『公衆衛生看護学』・前掲注6) 363頁。感染症法研究会・前掲注6) 3-7頁。『衛生行政大要』・前掲注6) 62頁。『国民衛生の動向』・前掲注6) 138頁。

延の防止を図り、もって公衆衛生の向上及び増進を図ることを目的とする」（傍点による強調は本著者）とある（感染症法1条）。

本法に従って、①感染症発生動向調査²⁶⁹⁾や積極的疫学調査（感染症法15条）²⁷⁰⁾を含む感染症に関する情報の収集（サーベイランス）（同第3章）²⁷¹⁾や、②健康診断（同17条、45条）、就業制限（同18条）、入院（同19条、20条、46条）、移送（同21条、47条）、消毒（同第5章、50条）などの措置（公衆保健上の対策）²⁷²⁾がとられている。さらに、③対策準備については²⁷³⁾、感染症が発生した後に防疫措置を講じる従来の「事後対応型行政」から「事前対応型行政」へと変化しており²⁷⁴⁾、そのため国が「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」を定め（同9条1項）、都道府県も予防計画を定めるとしている（同10条）。

日本国ではIHRの国内実施のみを目的とした感染症法の改定は行われていない。しかし2001年（平成13年）のアメリカ同時多発テロと同時期に発生した炭疽菌（anthrax）テロへの対策や²⁷⁵⁾、2003年（平成15年）のSARS対策²⁷⁶⁾、新

269) 感染症発生動向調査については、以下の文献を参照。『公衆衛生看護学』・前掲注6）364-366頁。『衛生行政大要』・前掲注6）67-68頁。『国民衛生の動向』・前掲注6）140-141頁。

270) 積極的疫学調査については、以下の文献を参照。感染症法研究会・前掲注6）81-84頁。

271) 感染症法を中心とした日本国でのサーベイランスについては、以下の文献を参照。阿彦忠之・稲垣智一・尾崎米厚・中瀬克己・前田秀雄『アウトブレイクの危機管理（第2版）』（医学書院、2012年）198-202頁。『国民衛生の動向』・前掲注6）141頁。

IHRの中核的能力としてのサーベイランスについては、前述2-3-2(C)を参照。

272) IHRの中核的能力としての公衆保健上の対策については、前述2-3-2(D)を参照。

273) IHRの中核的能力としての対策準備については、前述2-3-2(E)を参照。

274) たとえば「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」（平成11年4月1日厚生省告示第115号）第一感染症の予防の推進の基本的な方向 一事前対応型行政の構築。『国民衛生の動向』・前掲注6）139頁。

275) 2001年（平成13年）9月のアメリカ同時多発テロの後、炭疽菌によるテロが行われた。

276) SARSについては、前掲注51)を参照。

型インフルエンザ対策²⁷⁷⁾等の新しい社会的要請を受けて、同法の改定が従来から行われてきている²⁷⁸⁾。感染症法を改正するにあたっては、同時期に行われていたIHRの「改正の方向性を視野にいれ」、必要に応じて追加的措置を図るなど弾力的な対応をとることも考えられてきた²⁷⁹⁾。さらに感染症法に基づいて制定された指針の中ではIHRに対応すべきことが規定されることもある²⁸⁰⁾。

3-3 検疫法を通じたIHRの国内実施

IHRは入域制度と検疫を含む国境管理について一定の手続を定めてきており、国際社会において各国の入域地点での措置をハーモナイズさせることを企図している²⁸¹⁾。日本国でこの役割を主に果たしているのは検疫法（昭和26年法律第201号）である。

日本国における検疫は、①人の検疫については検疫所（厚生労働省管轄）が行い²⁸²⁾、②動物検疫については動物検疫所（農林水産省管轄）によって行われ、③植物検疫については植物防疫所（農林水産省管轄）によって行われている。それゆえ入域地点での人に関する感染症対策を主に担っているのは、検疫所で

277) 新型インフルエンザについては、後掲注300)を参照。

278) これまでの感染症法の変遷については、以下の文献を参照。感染症法研究会・前掲注6) 3-18、723-742頁。『衛生行政大要』・前掲注6) 72頁。『国民衛生の動向』・前掲注6) 129-130頁。

279) 「新しい時代の感染症対策についての報告書」（平成9年12月8日、公衆衛生審議会伝染病予防部会、基本問題検討小委員会）。感染症法研究会・前掲注6) 702頁。

280) たとえば感染症法9条1項に基づいて制定された「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」（前掲注274)）の中で、IHRに対応すべきことが規定されている（第十二その他感染症の予防の推進に関する重要事項 五国際保健規則への対応）。また新型インフルエンザに関する行動計画の中でもIHRに言及されている。後述3-4を参照。

281) 前述1-1、2-4-3、2-4-4を参照。前掲注257)も参照。

282) 検疫法は、緊急避難船舶等については、検疫所長に代わって、保健所長が一定の措置を行うことができるとする（検疫法23条4項）。

あるといえる²⁸³⁾。

日本国の検疫の歴史は、1879年（明治12年）の「海港虎列刺病伝染予防規則」（太政官布告第28号）に始まった。1885年（明治18年）に開港場²⁸⁴⁾（函館、新潟、横浜、神戸、下関及び長崎）に常設消毒所が内務省の直轄として設けられた。1896年（明治29年）に内務省所轄の消毒所は、検疫所に改称された。1899年（明治32年）に「海港検疫法」（明治32年法律第19号）が制定され、これによって開港場に海港検疫所が設けられた。航空機に対する検疫は、1921年（大正10年）の航空法（大正10年法律第54号）41条により検疫が実施されるようになり、1927年（昭和2年）には「航空検疫規則」（昭和2年内務省令第37号）が公布された。

現行の制度は、①1951年（昭和26年）に制定されその後改正を経てきた検疫法・検疫法施行令（昭和26年政令第377号）・検疫法施行規則（昭和26年12月29日号外厚生省令第53号）と②本稿で述べてきたIHRに基づき行われている。検疫法とIHRの関係について、日本国の訓令の「検疫執行規程」（昭和28年厚訓第7号）は、衛生措置の実施にあたり、IHRに準拠する旨を規定している（検疫執行規程7条²⁸⁵⁾）。それゆえ日本国の検疫法体系を通じて、IHRは日本国の国内的平面において直接的に適用されている²⁸⁶⁾。

検疫法の目的としては、①国内に常在しない感染症の病原体が船舶又は航空機を介して国内に侵入することを防止することと、②船舶又は航空機に関して

283) 『国民衛生の動向』・前掲注6) 148-149頁。ただし、感染症の病原体を媒介するおそれのある動物の輸入と検疫については、感染症法に規定がある（感染症法54条乃至56条の2）。感染症法研究会・前掲注6) 244-251頁。また狂犬病予防法（昭和25年法律第247号）によって、イヌ、ネコ、アライグマについては輸入検疫の対象となっている。『国民衛生の動向』・前掲注6) 140頁。

284) 「開港場」とは不平等条約によって開港した港をいう。「条約港」ともいう。

285) 検疫執行規程7条は次の通り。「……検疫所長は、検疫又はその他の衛生措置を行う場合には、世界保健機関憲章（昭和26年条約第1号）に基づく国際保健規則に定める当該相当規定に準拠して行うものとする。」同規程は、『検疫関係法令通知集』・前掲注6) 94-95頁に掲載されている。

286) IHRの国内実施について検疫制度の観点からなされた研究として、倉田・前掲注2) がある。

その他の感染症の予防に必要な措置を講ずることをあげている（検疫法1条）。

日本国の検疫法では、検疫の対象となるのは、①外国を発航し又は外国に寄港して来航した船舶又は航空機、②外国を発航し又は外国に寄港した他の船舶又は航空機から、航行中に、人を乗り移らせ又は物を運び込んだ船舶又は航空機である（同4条）²⁸⁷⁾。外国から来航した船舶・航空機は、検疫済証（free pratique）又は仮検疫済証（provisional quarantine certificate又はprovisional pratique）²⁸⁸⁾を受けない限り、①船舶については、国内の港に入れてはならず、②航空機については検疫飛行場以外の国内の場所（港の水面を含む。）に着陸・着水させてはならず、③当該船舶から上陸したり、物を陸揚げしてはならず、④検疫所長が指定する場所から離れたり、物を運び出してはならない（同4条、5条）。これら検疫済証等の様式は、検疫法施行規則に規定されている²⁸⁹⁾。

さらに、本法に従って、診察・検査（同13条）、汚染又はそのおそれのある船舶等（以下「汚染船舶等」という。）についての措置（同14条）、隔離（同15条）、停留（同16条）などの公衆保健上の措置がなされている²⁹⁰⁾。

287) IHRの規律対象となる国際通行と比較せよ（国際通行は、前掲注46)を参照。）。

288) 検疫所長は、検疫済証を交付することができない場合においても、当該船舶等を介して検疫感染症の病原体が国内に侵入するおそれがほとんどないと認めたときは、当該船舶等の長に対して、一定の期間を定めて、仮検疫済証を交付することができる（検疫法18条）。

仮検疫済証は、①所定の期間の経過により、検疫済証と同じ効力を有するようになる。②ただし、期間経過前に検疫感染症の患者等が発生した場合には失効する（同19条）。

日本国の検疫法では「一港検疫主義」を定め、外国から来航した船舶・航空機は、日本国に到着した最初の港又は空港で検疫手続を行えば、それ以降は、国内の他の港又は空港では、検疫手続を繰り返さないことを原則とする。しかし一港検疫主義を全面的に制度化すると、検疫感染症の潜伏期にある者を認定することは、技術上困難となる。それゆえ、仮検疫済証の制度を採用することで、現行の一港検疫主義の難点を補っているといえる。感染症法研究会・前掲注6) 86-89頁。

289) 検疫法施行規則において、たとえば検疫済証の様式は様式第三に、仮検疫済証の様式は様式第四にそれぞれ示されている。

290) 検疫所による公衆保健上の措置については、後述4-2-1を参照。

IHRの国内実施にあたっては、日本国の検疫法及び関連法令に対して改正がなされた。たとえば、検疫法では、実費の徴収の規定があり（検疫法32条）²⁹¹⁾、これを受けて検疫法施行令が本規定について詳細を定めている（検疫法施行令5条）。日本国の旧検疫法は、船舶等の乗組員以外の者（旅行者）について停留²⁹²⁾に必要な実費を徴収することとしていた（旧検疫法32条2項）。この点IHRは第7編で料金について課することができる場合を規定し²⁹³⁾、隔離又は検疫拘束にあたっての料金徴収を禁止しているため、旅行者の停留に関する費用徴収について定めた検疫法の当該規定は、IHRの規定と合致しないこととなる。それゆえ2008年（平成20年）に、旧検疫法にあった停留の費用の旅行者からの徴収は削除された（検疫法32条）²⁹⁴⁾。

また検疫法は船舶の衛生検査について、証明書の交付を認める旨の規定を置いている（検疫法26条1項）。しかし従来検疫所では、1ヶ月間の証明書の延長処理は実施していなかった。2012年（平成24年）に船舶衛生管理証明書等について²⁹⁵⁾、証明書の様式を変更するための検疫法施行規則が改正され²⁹⁶⁾、

291) 拙稿・発効と課題・前掲注2) 238-239頁、para. 5-6。

292) 停留については、後掲注396)を参照。

293) IHRでは、旅行者（一時滞在又は永住を希望する者を除く）について措置にかかる料金を課してはならないものとして、①IHRに従って、旅行者の健康状態を確認するための医学的検査又は補助的検査、②予防接種その他の予防法で、旅行者が到着した際になされるもののうち、あらかじめ公表されていないか又は実施10日前以降に公表される措置、③旅行者の隔離又は検疫拘束に必要なもの、④旅行者に発給される証明書、⑤旅行者の手荷物に対する保健上の措置、を定める（IHR 40条1項）。これ以外の費用については、締約国は旅行者から料金を徴収することができる（同40条2項）。

294) 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律及び検疫法の一部を改正する法律」（平成20年法律第30号）。本改正については、小葉松章子「新型インフルエンザ発生に備えた国内法整備～感染症法及び検疫法の一部改正案～」立法と調査279号（2008年）14-23頁を参照。

295) 船舶衛生管理証明書等については、前述2-4-4を参照。

296) 「検疫法施行規則の一部を改正する省令」（平成24年厚生労働省令第89号）によって、

証明書が交付できるようになったほか、延長処理も認めた²⁹⁷⁾。

3-4 新型インフルエンザ等対策特別措置法を通じたIHRの国内実施

2005年(平成17年)のIHRの改定作業においては、2003年(平成15年)のSARSや新型インフルエンザ(鳥インフルエンザを含む)への対応が念頭に置かれていた²⁹⁸⁾。特に新型インフルエンザについては、WHOはこれまでも特別な対応を定めている²⁹⁹⁾。

日本国内においても、新型インフルエンザ対策については、そのための行動計画等が制定され、他の感染症とは別に実施されてきた³⁰⁰⁾。2009年(平成21年)

(i)検査が港において実施できず、かつ、(ii)感染又は汚染の証拠が無い場合、1箇月に限り延長することができるように、検疫法26条及び26条の2の規定に基づく証明書の様式改正を行った。

297) この他にIHR改正により、船舶の全部に対する衛生検査が、媒介動物中心のものから総合的な衛生管理に関するものに変更され、検査項目が増えたため、「検疫法施行令の一部を改正する政令」(平成24年政令第153号)によって、検査費を引き上げ、船舶の一部に対する検査の手数料を新たに設けた。

298) 拙稿・発効と課題・前掲注2) 168-177頁。

299) 前述1-2を参照。

300) 日本国における新型インフルエンザ対策(鳥インフルエンザ対策を含む)の変遷については、以下の文献を参照。『対応と今後の課題』・前掲注4) 2-48頁。『国民衛生の動向』・前掲注6) 131-133頁。感染症法研究会・前掲注6) 6-18、723-742頁。

これまで日本国政府によってなされた新型インフルエンザに対する対応の例としては以下のものがある。①1997年(平成9年)に厚生省(当時)は、「新型インフルエンザ対策に関する検討会」を発足した。②2003年(平成15年)に厚生労働省内に「新型インフルエンザ対策に関する検討小委員会」が設けられた。③2004年(平成16年)に省庁間の調整を行なうため「鳥インフルエンザに関する関係省庁対策会議」が関係省庁申合せにより設置された。④2005年(平成17年)4月に厚生労働省は「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」(前掲注274)と「インフルエンザに関する特定感染症予防指針」を改正した。⑤2005年(平成17年)11月に「新型インフルエンザ対策行動計画」(以下「平成17年行動計画」と呼ぶ)が厚生労働省

に発生した新型インフルエンザ（A/H1N1）の経験³⁰¹や2011年（平成23年）に東日本の広範囲に甚大な損害を発生させた東日本大震災の教訓を反映させて、2011年（平成23年）9月20日に新型インフルエンザ対策閣僚会議において、従来の「新型インフルエンザ対策行動計画」（以下「平成23年行動計画」という。）

を中心として策定された。これによって前述③の関係省庁対策会議は、鳥インフルエンザばかりではなく、新型インフルエンザ全般について検討する場として拡充された。さらに2005年（平成17年）12月には行動計画が政府全体の計画と位置付けられた。⑥2006年（平成18年）6月、「鳥インフルエンザ（H5N1）」は、政令改正によって感染症法の指定感染症として指定された（指定感染症については、後掲注328）を参照）（2007年（平成19年）6月に本指定は1年間延長された）。さらに検疫法における指定検疫感染症とした（指定検疫感染症については、後掲注332）を参照）。⑦2007年（平成19年）10月に「新型インフルエンザ対策に関する政府の対応について」が閣議決定された（平成19年10月26日閣議決定）。⑧2008年（平成20年）4月に感染症法が改正され（前掲注294）を参照）、(i)新たな感染症の類型として「新型インフルエンザ等感染症」が設けられ、新型インフルエンザ及び再典型インフルエンザが規定され（後掲注327）を参照）、(ii)鳥インフルエンザ（H5N1）が指定感染症から二類感染症へと変更された。検疫法の改正によって「新型インフルエンザ等感染症」が検疫感染症となった（後掲注331）を参照。）。⑨2009年（平成21年）2月に、「新型インフルエンザ及び鳥インフルエンザに関する関係省庁会議」において前述の「新型インフルエンザ行動計画」が改定され（以下「平成21年行動計画」という。）、「新型インフルエンザ対策ガイドライン」も策定された。⑩2009年（平成21年）4月28日、厚生労働大臣は感染症法に規定する新型インフルエンザ等感染症が発生したことを宣言した。さらに新型インフルエンザ対策本部が設置され、「基本的対処方針」が決定された。⑪2011年（平成23年）9月に新型インフルエンザ対策閣僚会議において「新型インフルエンザ対策行動計画」が改定された（以下「平成23年行動計画」という。）。⑫2012年（平成24年）5月11日に「新型インフルエンザ等対策特別措置法」が公布された。

301) 日本国では、2009年（平成21年）の新型インフルエンザ（A/H1N1）の発生にあたって平成21年行動計画・前掲注300）及び「新型インフルエンザ対策ガイドライン」に従って、総理を本部長とする政府対策本部を立上げて、「基本的対処方針」を定め対応した。『対応と今後の課題』・前掲注4）22-26頁。

が改定された³⁰²⁾。さらにこれら行動計画やガイドラインの実効性をさらに高めることを目的として、2012年(平成24年)5月11日に「新型インフルエンザ等対策特別措置法」(平成24年法律第31号)が公布された。

新型インフルエンザ等対策特別措置法は、新型インフルエンザのみならず、新感染症についても対象としており、IHRが想定している未知の感染症についても対応している³⁰³⁾。

新型インフルエンザ等対策特別措置法の目的は、①新型インフルエンザ等に対する対策の強化を図り、②これによって新型インフルエンザ等の発生時において国民の生命及び健康を保護し、③国民生活及び国民経済に及ぼす影響が最小となるようにすることである(新型インフルエンザ等対策特別措置法1条)³⁰⁴⁾。

本法では、①通常時から行動計画等の作成を含む体制整備等を行い(同第2章)、②新型インフルエンザ等が発生した場合(同第3章)、(i)国家レベルでは、内閣に「新型インフルエンザ等対策本部(政府対策本部)」を設置し、当該事態に対処するための「基本的対処方針」の策定を含む措置の手續を定め、(ii)都道府県レベルでも対策本部を設け、③さらに全国的な流行などが特に懸念される場合には、区域と期間を定めて「新型インフルエンザ等緊急事態宣言」を発する手續を定めている(同第4章)³⁰⁵⁾。④新型インフルエンザ等緊急事態宣言が発せられた場合については、市町村にも対策本部を設置することが規定される(同34条)、まん延の防止に関する措置(同第4章第2節)、医療等の提供体制

302) 平成23年行動計画・前掲注300)を参照。

303) 後述3-5(C)を参照。

304) IHRの2条と比較せよ。前述1-4を参照。

305) 新型インフルエンザ等緊急事態宣言の要件は、①国民の生命及び健康に著しく重大な被害を与えるおそれがあるものとして政令で定める要件に該当する新型インフルエンザ等が国内で発生し、②その全国的かつ急速なまん延により国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼし、又はそのおそれがあるものとして政令で定める要件に該当する事態が発生したことである(新型インフルエンザ等対策特別措置法32条1項)。

の確保に関する措置（同第4章第3節）、国民生活及び国民経済の安定に関する措置（同第4章第4節）も規定されている。本手続は、IHRが想定している通常時からの準備と緊急時の対応という手続に相当するといえる³⁰⁶⁾。

また、国及び地方公共団体の責務、指定（地方）公共機関の責務、事業者及び国民の責務を定めており（同3条及び4条）、これもIHRの想定した実施機関に対応していると考えられる³⁰⁷⁾。

これまでの日本国における新型インフルエンザ対策は、WHOの手続との整合性の確保がなされるように制定されている³⁰⁸⁾。新型インフルエンザ等対策特別措置法においても、同法はIHRを国内実施するために制定されたのではないが、その制定に至る過程において、IHRが参照され、それを意識して反映する形で形成されてきたと考えられる³⁰⁹⁾。また新型インフルエンザ等対策特別措置法においては、WHOとの協力が明記されており（同3条3項³¹⁰⁾、その運用にあたっては、IHRに基づく通告や³¹¹⁾、WHOとの連携が意図されている³¹²⁾。

306) 前述1-2を参照。

307) 前述2-4を参照。

308) たとえば、2005年（平成17年）に策定された平成17年行動計画・前掲注300）は、2005年（平成17年）にWHOが制定したPreparedness Plan, *supra* note 38に準じたものであった。平成21年行動計画・前掲注300）2頁。平成23年行動計画・前掲注300）2頁。また平成23年行動計画は、WHOの勧告等を国内的平面上で実施することも想定している。平成23年行動計画・前掲注300）44-45頁。

309) 新型インフルエンザ等対策特別措置法制定の契機となった一連の行動計画は、IHRやWHOの政策を反映するように制定されてきた。前掲注308）、後掲注311）及び406）を参照。また新型インフルエンザ対策に関する会議の議事録の中でIHRに言及されている箇所がある。「新型インフルエンザ対策ガイドラインの見直しに係る意見書」（2012年（平成24年）1月31日）7頁。「新型インフルエンザ対策のために学識経験者意見を聴く場（第1回）概要」（2012年2月6日）。

310) IHRの実施にあたっての国際協力の義務については前述2-5を参照。

311) たとえば新型インフルエンザに関する行動計画でも、厚生労働省がIHRに従ってWHOに通報する旨を定めることがある（平成23年行動計画・前掲注300）51、68頁）。

312) 日本国全体での発生段階の移行を政府対策本部が決定するにあたり、WHOのフェー

3-5 日本国における規律対象の類型（感染症等の類型）

IHRは、旧IHRとは異なり、特定の疾病について定めているのではなく、一般的なPHRを対象とし（全危険アプローチ）、措置についても一般的に原則や例外を定めている³¹³⁾。特にWHOへの通告については、IHRの附録第二に定められた通告決定基準によるとされた³¹⁴⁾。

これに対して日本国の感染症法や検疫法は、IHRとは感染症等の類型の規定の仕方が異なっている。すなわち、日本法では原則として①特定感染症の類型リストを提示し、②それぞれの感染症に対してとることのできる手続や管理措置を感染症毎に規定している。それゆえ、これらの感染症の分類と認定は、国や自治体が採用する感染症に対する措置の内容と手続を感染症等の類型毎に定めているため、感染症の類型の認定が措置や手続を開始するためのトリガー・メカニズム（引き金）として機能している点で重要である³¹⁵⁾。その結果、日本国の場合、感染症等の類型毎に中核的能力の獲得、すなわち①サーベイラン

ズは「参考」とされる。平成23年行動計画・前掲注300) 24頁。たとえば、平成23年行動計画では、WHOがフェーズ4の宣言を行った場合、政府対策本部を設置し、水際対策等の初動の基本的対処方針について協議・決定するとされている。Id. 39頁。ただしWHOがフェーズ4の宣言を行っていない場合であっても、①海外において新型インフルエンザが発生した疑いが強く、②政府としての対策を総合的かつ強力に推進する必要がある場合、必要に応じ、「新型インフルエンザ対策関係会議」を開催し、水際対策等の初動の基本的対処方針について協議・決定するとあり、必ずしもWHOのフェーズ4の宣言を前提としない措置も想定されている。Id. 40頁。WHOのパンデミック・フェーズに関しては次の文献を参照。PANDEMIC INFLUENZA, *supra* note 39, at 24-27.

313) 前述1-3を参照。

314) IHRの附録第二に規定された通告決定基準については、前述1-3を参照。

315) この点から集団感染が発生した場合に、時・場所・患者の特徴等を記した症例定義が重要となる。たとえば、2009年（平成21年）の新型インフルエンザ（A/H1N1）への対応においては症例定義の要件を満たさない疑似感染者が報告された。『対応と今後の課題』・前掲注4）238頁、256頁。

ス³¹⁶、②公衆保健上の対策（たとえば入院、隔離、停留など）³¹⁷、③対策準備（たとえば事前の対策のための行動計画の策定など）³¹⁸等がなされることとなる。

さらに日本法の方式では、既存の類型に分類されない感染症についても、緊急に対応する必要がある場合も規定しており、この場合、日本国の法制度は、①人類にとって既知の感染症については政令等でその都度指定する「指定感染症」を設けており³¹⁹、②人類にとって未知の感染症については「新感染症」という類型をそれぞれ設けて³²⁰、臨機に対応することを想定している。

(A) 感染症法における類型

日本国の国内法上規律対象となる疾病の類型について、感染症法は、感染力・罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性に基づいて感染症を分類している³²¹。すなわち、①極めて高い危険性を有する一類感染症（感染症法6条2項）³²²、②高い危険性を有する二類感染症（同6条3項）³²³、③危険性は高くないが、特定の職業就業で集団発生の可能性がある三類感染症（同

316) IHRの中核的能力としてのサーベイランスについては、前述2-3-2(C)を参照。日本国でなされているサーベイランスについては、前掲注271)に示された文献を参照。

317) IHRの中核的能力としての公衆保健上の対策については、前述2-3-2(D)を参照。

318) IHRの中核的能力としての対策準備については、前述2-3-2(E)を参照。

319) 指定感染症については、後掲注328)及び334)を参照。

320) 新感染症については、後掲注329)及び335)を参照。

321) 感染症法研究会・前掲注6)50頁。

322) 一類感染症は感染症法で規定されている。本稿執筆時においては、①エボラ出血熱、②クリミア・コンゴ出血熱(Crimean-Congo hemorrhagic fever)、③南米出血熱(South American hemorrhagic fever)(南米出血熱とは、アルゼンチン出血熱、ブラジル出血熱、ベネズエラ出血熱、ポリビア出血熱の総称をいう)、④痘そう(天然痘)、⑤ペスト、⑥マールブルグ病及び⑦ラッサ熱である。

323) 二類感染症は感染症法で規定されており、本稿執筆時においては、①急性灰白髄炎、②結核、③ジフテリア、④重症急性呼吸器症候群(病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る)、⑤鳥インフルエンザ(H5N1)(病原体がイン

6条4項)³²⁴⁾、④危険性は高くないが、発生・拡大を防止すべき感染症で、人から人への感染はないものの、動物・飲食物などを介して感染し、診断後直ちに全数提出が求められる四類感染症(同6条5項)³²⁵⁾、⑤危険性は高くないが、発生拡大を防止するべき五類感染症(同6条6項)³²⁶⁾、⑥全国的かつ急速なまん延により国民の生命・健康に重大な影響を与えるおそれがある新型インフルエンザ等感染症(同6条7項)³²⁷⁾、⑦既知の感染症について、政令で一年に限

フルエンザウイルスA属インフルエンザAウイルスであって、その血清亜型がH5N1であるものに限る。)である。

324) 三類感染症は感染症法で規定されており、本稿執筆時においては、①コレラ、②細菌性赤痢、③腸管出血性大腸菌感染症、④腸チフス、⑤パラチフスである。

325) 四類感染症は感染症法で規定されている。

326) 五類感染症は感染症法で規定されている。

327) 感染症法6条7項にいう「新型インフルエンザ等感染症」とは、①新型インフルエンザ(H5、H7)(新たに人から人へ伝染する能力を有することとなったウイルスを病原体とするインフルエンザであって、一般に国民が当該感染症に対する免疫を獲得していないもの)又は②再興型インフルエンザ(H1、H2、H3)(かつて世界規模で流行したインフルエンザであってその後流行することなく長期間が経過しているものとして厚生労働大臣が定めるものが再興したものであって、一般に現在の国民の大部分が当該感染症に対する免疫を獲得していないもの)をいう。

感染症法の中には、「インフルエンザ」として、①二類感染症の鳥インフルエンザ(H5N1)(感染症法6条3項5号)、②四類感染症の鳥インフルエンザ(H5N1を除く)(感染症法6条5項7号)、③五類感染症のインフルエンザ(感染症法6条6項1号)、④新型インフルエンザ等感染症(感染症法6条7項)がある。なお、「新型インフルエンザ(A/H1N1)」は、2010年3月31日に感染症法にいう「新型インフルエンザ等感染症」ではなくなり、「インフルエンザ(A/H1N1)2009」となった。『国民衛生の動向』・前掲注6)133頁。

もっとも新型インフルエンザ等対策特別措置法にいう「新型インフルエンザ等」は、①感染症法6条7項にいう新型インフルエンザ等感染症だけでなく、②感染症法6条9項にいう新感染症のうち、全国的かつ急速なまん延のおそれのあるものを含む。新型インフルエンザ等対策特別措置法にいう新型インフルエンザ等については、後述3-5(C)を参照。

定して指定し、一類から三類に準ずる（政令）指定感染症（同6条8項）³²⁸⁾、
 ⑧未知の感染症で極めて高い危険性を有する新感染症（同6条9項）³²⁹⁾という
 類型を設けている。

(B) 検疫法における類型

検疫法における分類については、「検疫感染症」として以下の三類型を定め
 る（検疫法2条）。すなわち、①感染症法6条2項に規定する一類感染症³³⁰⁾、
 ②感染症法6条7項に規定する新型インフルエンザ等感染症³³¹⁾、③検疫法2

328) 指定感染症とは、①既に知られている感染性の疾病（一類感染症、二類感染症、
 三類感染症及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）であって、②感染症法の第3
 章から第7章までの規定の全部又は一部を準用しなければ、国民の生命及び健康に
 重大な影響を与えるおそれがあるものとして、③1年以内の定める期間に限り政令
 で定められるものをいう。感染症法研究会・前掲注6）52、718頁。

これまでSARSが指定感染症とされたことがある。「重症急性呼吸器症候群を感染
 症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第六条第六項の指定感染症と
 して定める等の政令」（平成15年政令第304号）。「重症急性呼吸器症候群を感染
 症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第6条第6項の指定感染症と
 して定める等の政令及び関係省令の施行について」（平成15年7月14日健発0714006号）。

もっとも指定感染症の指定にあたっては、審議会に諮ることが必要とされるため、
 指定にはある程度の時間を要するとの指摘もある。感染症法研究会・前掲注6）16-17頁。

329) 新感染症の要件は、①人類にとって未知の疾病であり、②人から人に伝染すると
 認められる疾病であり、③罹患した場合の症状が重篤であることである。感染症法
 研究会・前掲注6）53、183、717頁。

新感染症については、①当初は都道府県知事が、厚生労働大臣の技術的指導・助
 言を得て、個別に応急対応し（感染症法46条乃至52条）、②政令で症状等の要件指定
 をした後に一類感染症と同様の扱いをするとされた（同53条）。

感染症法に定める新感染症のうち、「全国かつ急速なまん延のおそれのあるもの」
 については、「新型インフルエンザ等対策特別措置法」の規律対象となる（新型イン
 フルエンザ等対策特別措置法2条1号）。後述3-5(C)を参照。

330) 一類感染症については、前掲注322)を参照。

331) 新型インフルエンザ等感染症については前掲注327)を参照。

条3号に基づき政令で指定する指定検疫感染症³³²⁾(具体的な感染症名は検疫法施行令1条であらかじめ定められる³³³⁾)である。

これらの検疫感染症の他に検疫法が対応している感染症には以下のものがある。すなわち、④検疫法34条に基づく政令指定感染症³³⁴⁾、⑤検疫法34条の2に定める新感染症³³⁵⁾、⑥二類から四類感染症で、検疫感染症でないもの³³⁶⁾、である。

(C) 新型インフルエンザ等対策特別措置法における類型

日本国内において、IHRの対象疾病のうち新型インフルエンザ(鳥インフルエンザ)対策については別途実施されてきており、感染症の類型としても特別

332) 指定検疫感染症とは、①国内に常在しない感染症で、②その病原体が国内に侵入することを防止するためその病原体の有無に関する検査が必要なものとして、③政令で定めるものをいう。後掲注(334)の政令指定感染症とは区別する必要がある。

333) 本稿執筆時においては、チクングニア熱、デング熱、鳥インフルエンザ(病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザAウイルスであつてその血清型がH5N1であるものに限る。別表第二において「鳥インフルエンザ(H5N1)」という。)及びマラリアとする。

334) 検疫法34条に基づく政令指定感染症とは、①現在定められている検疫感染症以外の感染症について検疫を行う必要が生じた場合、②政令で感染症の種類を指定し、③検疫法の2条の2、第2章、第4章の規定を準用して検疫を実施できる旨を規定している。新感染症の概念は、検疫感染症以外の感染症について、検疫法の改正がなされなくとも、対処できるように設けられた。なお政令指定感染症は、前掲注332)の指定検疫感染症とは異なる。

これまでSARSが政令指定感染症として指定された例がある。「重症急性呼吸器症候群を検疫法第34条の感染症の種類として指定する等の政令」(平成15年政令第305号)。

「重症急性呼吸器症候群を検疫法第34条の感染症の種類として指定する等の政令及び関係省令の施行について」(平成15年7月14日健発第0714007号 食安発第0714001号)。

335) これまで知られていない(感染症法53条の指定をうけていない)新規の新感染症について、検疫法34条の2は措置を定める。

336) これらの感染症については、感染症法に基づく二類から四類及び指定感染症に対する診療・消毒等の予防に必要な応急措置を行うとする(検疫法24条)。

な経緯を持つ³³⁷⁾。またIHRは未知の感染症を含む広範なPHRに対応すべきことを企図している³³⁸⁾。

新型インフルエンザ等対策特別措置法では、同法の対象を、「新型インフルエンザ等」とし、これは①感染症法6条7項に規定する新型インフルエンザ等感染症と³³⁹⁾、②感染症法6条9項に規定する新感染症のうち「全国かつ急速なまん延のおそれのあるもの」³⁴⁰⁾とする（新型インフルエンザ等対策特別措置法2条1項）。

(D) 感染症法における病原体管理のための類型

感染症法は病原体等の研究施設等における管理体制についても規定しており、その第11章で、生物テロや事故等による感染症が発生・まん延し、国民の生命・健康に影響を及ぼす危険性を踏まえて、病原体について区分を行っている³⁴¹⁾。すなわち、一種病原体（所持を原則禁止）³⁴²⁾、二種病原体（所持について許可制）³⁴³⁾、三種病原体（所持を届出制）³⁴⁴⁾及び四種病原体（施設等の基準のみ適用）³⁴⁵⁾に区分している。

337) 前掲注300)を参照。

338) 前述1-3を参照。

339) 新型インフルエンザ等感染症については前掲注327)を参照。

340) 新感染症については、前掲注329)を参照。

341) これらの規定は、平成18年の感染症法の改正時に導入された。感染症法研究会・前掲注6) 730-738頁。前掲注278)も参照。これとは別に病原体等の実験室での基準としては、バイオセーフティレベル（BSL）がある。Id. 56-57頁。

342) 一種病原体等は、所持等は原則禁止とされ、国又は政令で定める法人で、厚生労働大臣が指定したのに限って所持し得るとされた（感染症法56条の3）。

343) 二種病原体等は、生物テロに利用される危険性があるため、一定の安全性などを満たすことを要件に、厚生労働大臣の許可を受けたものに限る、所持などを認める許可制度となっている（感染症法56条の6）。

344) 三種病原体等は、事後規制によって適正な管理体制を図るように、事後届け出を義務付けている（感染症法56条の16）。

345) 四種病原体等については、施設基準などに従って所持することを認めた（感染症

3-6 日本国の公衆保健上の措置を統制する諸原則

IHRは、公衆保健上の措置をとるにあたり、様々な統制のための諸原則を規定している³⁴⁶⁾。

日本国の国内法制も、その中に統制のための諸原則を持つ。たとえば感染症法は、そのような統制のための諸原則の一つとして人権保障を規定する（たとえば感染症法前文³⁴⁷⁾、2条³⁴⁸⁾、3条1項³⁴⁹⁾）。また新型インフルエンザ等対策特別措置法も人権の尊重を定める（新型インフルエンザ等対策特別措置法5条）。同法の成立にあたって国会において附帯決議がなされているが、その中でも人権について言及されている³⁵⁰⁾。

法56条の25)。

346) 前述1-4を参照。

347) 日本国における感染症と人権の問題について、感染症法の前文では「……我が国においては、過去にハンセン病、後天性免疫不全症候群等の感染症の患者等に対するいわれのない差別や偏見が存在したという事実を重く受け止め、これを教訓として今後に生かすことが必要である。このような感染症をめぐる状況の変化や感染症の患者等が置かれてきた状況を踏まえ、感染症の患者等の人権を尊重しつつ、これらの者に対する良質かつ適切な医療の提供を確保し、感染症に迅速かつ適確に対応することが求められている。」とする。前文は衆議院における修正によって加えられた。感染症法研究会・前掲注6) 32頁。

348) 感染症法の基本理念を定めた2条は「感染症の発生の予防及びそのまん延の防止を目的として国及び地方公共団体が講ずる施策は、……感染症の患者等が置かれている状況を深く認識し、これらの者の人権を尊重しつつ、総合的かつ計画的に推進されることを基本理念とする。」とする。

349) 感染症法は、国及び地方公共団体が、感染症の患者等の人権を尊重しなければならないとする（感染症法3条1項）。

350) この点については、新型インフルエンザ等対策特別措置法案に対する附帯決議（平成24年4月24日参議院内閣委員会）17項は「新型インフルエンザ等対策に係る不服申立て又は訴訟その他国民の権利利益の救済に関する制度については、本法施行後三年を目途として検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずること」とする。

感染症法は、①同法の17条乃至21条に規定された健康診断、就業制限及び入院に関する措置、②27条乃至33条に規定された消毒その他の措置、③45条乃至47条に規定された新感染症に対する措置について、それぞれ「感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するために必要な最小限度のものでなければならない」とし、いわゆる警察比例の原則を定める（感染症法22条の2、34条、48条の2）³⁵¹⁾。また検疫法も汚染船舶等に対する措置が「合理的に必要と判断される限度において」とることができるとする（検疫法14条）。さらに新型インフルエンザ等対策特別措置法は、権利に制限が加えられるときであっても、当該制限は必要最小限のものとすることを定める（新型インフルエンザ等対策特別措置法5条）³⁵²⁾。

さらにIHRは、同規則に基づく保健上の措置は、直ちに開始し遅滞なく完了するとしている（IHR 42条）³⁵³⁾。この点、日本国の検疫法では検疫について「……すみやかに、検疫を開始しなければならない。」とされている（検疫法10条）。

IHRは、公衆保健上の措置が科学的原則に基づくべきことを定める³⁵⁴⁾。「厚生労働省健康危機管理基本指針」は、健康危機管理業務従事者の心得として「科学的客観的な評価に努める」べきことを定める（厚生労働省健康危機管理基本

351) 感染症法研究会・前掲注6) 114-115、141、193-194頁。警察比例の原則とは、警察権発動の条件及び程度について定めた原則であり、①発動される警察権行使の程度は、その対象となる社会公共への障害の大きさに比例せねばならず、②その発動対象は、社会通念上、認容することのできない障害にだけ限定され、③その障害を除去するために必要な最小限度を超えて行使することが許されないという原則である。竹内昭夫ほか編集代表『新法律学辞典 第三版』（有斐閣、1989年）329-330頁。

352) この点、「新型インフルエンザ等対策特別措置法案に対する附帯決議」（平成24年3月28日衆議院内閣委員会）3項においては、「本法の規定に基づく私権の制限に係る措置の運用に当たっては、その制限を必要最小限のものとするよう、十分に留意すること。」とする。

353) 前述1-4を参照。

354) 前述1-4を参照。

指針 第一章第二節(1))³⁵⁵⁾。

4 日本国におけるIHRの国内実施機関と各種制度

本章では、日本国におけるIHRの国内実施機関について検討するため、①対内的な実施機関（本章4-1）、②入域地点の実施機関（本章4-2）、③指定医療機関及び指定（地方）公共機関（本章4-3）、④IHRの国内実施に関する国際協力と報告（本章4-4）をとりあげる。

4-1 対内的な実施機関

4-1-1 日本国における国内IHR連絡窓口の設置

IHRは締約国が国内IHR連絡窓口を設けることを義務付けている³⁵⁶⁾。日本国の場合、厚生労働省の厚生科学課である³⁵⁷⁾。もっとも1997年（平成9年）に制定された「厚生省健康危機管理基本指針」（平成9年1月9日厚生省発厚第1号）（後の「厚生労働省健康危機管理基本指針」³⁵⁸⁾）の個別指針である「感染

355) 厚生労働省健康危機管理基本指針については、後掲注358)を参照。

356) 前述2-4-1を参照。

357) 厚生労働省大臣官房国際課「改正国際保健規則（IHR 2005）について」。本文書は次の厚生労働省のホームページで閲覧できる。<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0605-3d.pdf> (last visited January 31, 2013). 日本国の国内IHR連絡窓口の活動の例としては、2009年（平成21年）の新型インフルエンザ（A/H1N1）のパンデミックにあたり、同年5月8日に成田空港に到着した航空機に搭乗していた乗客に関する新型インフルエンザ（A/H1N1）の確定症例について、同窓口は、翌日WHOに通告した。厚生科学審議会健康危機管理部会「第4回厚生科学審議会健康危機管理部会 資料2-2. IHR NFPの平成21年度の活動内容について」（2010年2月5日）。

358) 厚生労働省健康危機管理基本指針は『検疫関係法令通知集』・前掲6）425-428頁に掲載されている。厚生労働省健康危機管理基本指針については、以下の文献を参照。千村浩「厚生労働省における健康危機管理体制」保健医療科学52巻2号（2003年）102-105頁。『衛生行政大要』・前掲注6）27頁。『国民衛生の動向』・前掲注6）

症健康危機管理実施要領³⁵⁹⁾に基づき、厚生労働省の大臣官房国際課がWHOへの通報を行っている（感染症健康危機管理実施要領3(1)③³⁶⁰⁾。WHOから国内IHR連絡窓口に対して情報の提供があった場合、前述の厚生労働省健康危機管理基本指針に基づき、関係国内機関に情報提供がなされる³⁶¹⁾。

4-1-2 日本国における国家レベル・中間レベル・地域レベルの国内実施機関

IHRは、国内IHR連絡窓口や入域地点のほかにも、対内的実施機関として国家レベル・中間レベル・地域レベルでの役割分担を想定しそれぞれに異なる役割と責任を定めている³⁶²⁾。

感染症に限らず日本国における一般衛生行政の体系としては、IHRに想定されているような国内実施機関に関するレベルが区別されており、基本的には①国（厚生労働省）、②都道府県（保健所を含む衛生主管部局）、③保健所一市町村（衛生主管係）という体系が確立されている。たとえば感染症法は、①国の責務（感染症法3条）、②地方自治体の責務（同3条）、③国民の責務（同4条）、④医師等の責務（同5条）、⑤獣医師等の責務（同5条の2）をそれぞれ定めている³⁶³⁾。また新型インフルエンザ等対策特別措置法は、①国の責務（新型インフルエンザ等対策特別措置法3条）、②地方公共団体の責務（同3条）、③

29-30頁。

359) 「感染症健康危機管理実施要領」『健康危機管理実施要領について』（平成9年4月1日衛検第145号）別添1。本要領は『検疫関係法令通知集』・前掲6）429-435頁に掲載されている。

360) 新型インフルエンザに関する行動計画も、厚生労働省がWHOに通報する旨を定める（たとえば平成23年行動計画・前掲300）51、68頁）。

361) 厚生労働省「改正国際保健規則（IHR 2005）に基づく情報収集及び情報伝達」。本文書は次の厚生労働省のホームページで閲覧できる。<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0605-3e.pdf> (last visited January 31, 2013).

362) 前述2-4-2を参照。

363) 「新しい時代の感染症対策についての報告書」（平成9年12月8日、公衆衛生審議会伝染病予防部会、基本問題検討小委員会）感染症法研究会・前掲注6）695-698頁。

指定(地方)公共機関の責務(同3条)、④事業者及び国民の責務(同4条)を定めている。

4-1-3 国家レベルの実施機関

本稿では、日本国における国家レベルの実施機関として、①厚生労働省と②内閣官房についてとりあげる。またIHRの対象となる事象は、感染症に限定されないが³⁶⁴⁾、本稿では主に感染症についての対応を扱う。

(A) 厚生労働省による対応

明治以来、日本国の衛生行政は内務省によって行われてきたが、1938年(昭和13年)に厚生省が設置された³⁶⁵⁾。日本国の厚生労働省は、「国家行政組織法」(昭和23年法律第120号)の規定に基づいて設置され(国家行政組織法3条2項)、「厚生労働省設置法」(平成11年法律第97号)において任務・権限・内部部局の業務などが定められている(厚生労働省設置法3条で厚生労働省の任務、4条で所掌事務をそれぞれ定める)。同設置法に定められていない部局内の課の構成は、「厚生労働省組織令」(平成12年政令第252号)で規定されている。

厚生労働省の危機管理について、1997年(平成9年)1月に、厚生省(当時)は、「厚生省健康危機管理基本指針」を策定し、2001年(平成13年)には厚生労働省健康局によって「厚生労働省健康危機管理基本指針」とされた³⁶⁶⁾。本指針に基づいて部局横断的な「健康危機管理調整会議」が設置された(厚生労働省健康危機管理基本指針第3章)。本会議は、高病原性鳥インフルエンザ、SARS、新型インフルエンザ(A/H1N1)などの新興・再興感染症などの感染症危機ばかりか、東海村ウラン加工施設での原子力災害などの多様な種類の健康危機に対処してきている³⁶⁷⁾。また、1998年(平成10年)4月には、大臣官

364) IHRの対象となる感染症以外のPHRの例としては、原子力発電所等の事故や生物・化学兵器を利用したテロ等がある。

365) 『公衆衛生看護学』・前掲注6) 28頁。新村拓『日本医療史』(吉川弘文館、2006年) 266頁。

366) 厚生労働省健康危機管理基本指針については前掲注358)を参照。

367) 『国民衛生の動向』・前掲注6) 30頁。

房厚生科学課に「健康危機管理対策室」が設置され、厚生労働省の危機管理は、同対策室においてなされており、「健康危機管理官」が中心となる（「厚生労働省組織規則」（平成13年厚生労働省令第1号）6条3項³⁶⁸⁾）。

なお、緊急事態にあたっては、厚生労働省の担当部署は、次に述べる内閣官房の危機管理センターと初動連絡体制を構築する³⁶⁹⁾。また厚生労働省の対応のうち、新型インフルエンザについては特別な組織的対応がなされてきた³⁷⁰⁾。

(B) 内閣官房による対応

厚生労働省とは別に、内閣官房の対応の一環としてIHRの規律対象が問題となることがある。

「内閣法」（昭和22年法律第5号）に関する1998年（平成10年）になされた同法の一部改正により、内閣官房に「内閣危機管理監」が設置された（内閣法15条1項）。内閣危機管理監の所掌事務は、国の防衛に関するものを除く危機管理であり、国民の生命・身体・財産に重大な被害が生じ又は生じるおそれがある「緊急の事態」への対処・防止である（同15条2項）。さらに内閣法は、内閣危機管理監の下、「内閣官房副長官補」が、内政・外交・安全保障・危機管理を担当するとする（同16条）。

今日では、新型インフルエンザ等対策特別措置法が制定されている³⁷¹⁾。新型インフルエンザ等の発生時には、「新型インフルエンザ等対策本部」が内閣に臨時に設置される（新型インフルエンザ等対策特別措置法15条1項）。同法の所管は内閣官房であるが、内閣官房は省庁をとりまとめ、政府全体の対策に

368) 古閑・前掲注248) 556-557頁。

369) 塚原太郎「厚生労働省の健康危機管理対策」（国立感染症研究所・平成23年度 感染症危機管理研修会（平成23年10月12日、13日）。本資料は次のところで閲覧できる。
<http://idsc.nih.go.jp/training/23kanri/23pdf/Oct12-01.pdf> (last visited January 31, 2013).

370) 前掲注300)を参照。

371) 新型インフルエンザに関しては、厚生労働省による対応とは別に、省庁間の調整が別途行われてきた。前掲注300)を参照。

係る都道府県との窓口ともなる。

また同法は国の責務を規定している。すなわち国の責務とは、①新型インフルエンザ等(新型インフルエンザ及び新感染症。以下同じ)が発生したときに、国全体として万全の態勢を整備すること(具体的には、(i)国が自ら対策を実施し、(ii)地方公共団体及び指定公共機関が実施する対策を国が支援すること)(同3条1項)、②新型インフルエンザ等及びワクチンその他の医薬品の調査・研究を推進するよう努めること(同3条2項)、③WHO等の国際機関及びアジア諸国等との国際的な連携を確保するとともに、調査及び研究に係る国際協力を推進するよう努めること(同3条3項)、である。

4-1-4 自治体レベル(中間レベル及び地域レベル)の実施機関

IHRの自治体レベルでの実施については、都道府県や市町村の自治体の衛生行政部門、保健所、保健センター、地方衛生研究所等が関係する³⁷²⁾。

(A) 都道府県レベルの衛生行政部門

都道府県レベルの衛生行政については、都道府県の行政機構において公衆保健に関与する部門が設置されている³⁷³⁾。これらは保健福祉部や健康福祉部などの名称が用いられることが多い³⁷⁴⁾。

(B) 保健所

「保健所」は都道府県や政令市等地方自治体に属し、自治体対応の中核を担

372) 『公衆衛生看護学』・前掲注6) 46-47頁。地方衛生研究所については、後述4-1-5(B)を参照。

373) 都道府県レベルの衛生部局については、地方自治法の改正を通じて、人口規模に応じて部局の設置が例示されてきた。たとえば「地方自治法の一部を改正する法律」(昭和27年法律第306号)及び「地方自治法の一部を改正する法律」(昭和31年法律第147号)を参照。『衛生行政大要』・前掲注6) 9頁も参照。

374) 『公衆衛生看護学』・前掲注6) 46頁。

う³⁷⁵⁾。保健所の法的根拠は「地域保健法」(昭和22年法律第101号)であるが、本法は1994年(平成6年)に従来の「保健所法」(昭和12年法律第42号)を改正したものである。

地域保健法によれば、都道府県、指定都市³⁷⁶⁾、中核市その他の政令で定める市³⁷⁷⁾、又は特別区は、保健所を設置できるとされた(地域保健法5条1項)。地域保健法は、保健所の基本業務(地域保健法6条)及び任意業務(同7条)を規定しており、このほか感染症法、各種政令等に基づき、保健所による措置が定められている。

(C) 市町村保健センター

1978年(昭和53年度)から厚生省(当時)は、市町村レベルで「市町村保健センター」の整備・設置を進めてきた³⁷⁸⁾。その法的地位は、1994年(平成6年)に制定された地域保健法中に「市町村保健センター」の設置が明記されたことで明瞭となった(地域保健法第4章18条乃至20条)。

(D) 自治体レベルの危機管理

自治体レベルにおける危機管理については、地域保健法4条1項に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」(平成6年12月1日厚生省告示第374号)の2000年(平成12年)3月の改正にあたり³⁷⁹⁾、地域における健康危機管理の基本的な方針が示された。本指針において自治体が健康危機管理を適切に実施するための具体的な対応についての手引書の整備が定められ、2001年(平成13年)に「地域における健康危機管理について—地域健康危機管理ガイドラ

375) 古閑・前掲注248) 555頁。

376) 指定都市は、地方自治法252条の19、第1項に規定されている。

377) 政令で定める市については、「地域保健法施行令」(昭和23年政令第77号)によって規定されている(地域保健法施行令1条)。

378) 『公衆衛生看護学』・前掲注6) 47頁。『衛生行政大要』・前掲注6) 16頁。

379) 「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」(平成12年12月1日厚生省告示第143号)。

インー」(平成13年3月30日健総発第17号 厚生労働省健康局総務課長通知)が作成されている³⁸⁰⁾。

さらに具体的な対応については、IHR上、締約国に対して、緊急時対応のための対策計画の作成等の対策準備が求められる³⁸¹⁾。地方自治体レベルにおいても、前述の国家レベルの感染症健康危機管理実施要領³⁸²⁾に相当するものとして、感染症法に規定する予防計画、既存の指針、要綱等によってなされるとされ(感染症法10条1項)、自治体毎に策定される。

また新型インフルエンザ等対策特別措置法においては、①新型インフルエンザ等の発生時に国に政府対策本部を設置することに加え(新型インフルエンザ等対策特別措置法15条)、都道府県に対策本部を設置し(同22条)、さらに②新型インフルエンザ等緊急事態には市町村の対策本部を設置するとされた(同34条)。

4-1-5 研究所

IHRは、研究所の有すべき能力について定めている³⁸³⁾。日本国においても国立感染症研究所のほか、地方衛生研究所が設置されている。

(A) 国立感染症研究所

日本国における研究所としては、厚生労働省の施設等機関である「国立感染症研究所(National Institute of Infectious Diseases: NIID)」があげられる(厚生労働省組織令135条)³⁸⁴⁾。

同研究所は、1947年(昭和22年)に厚生省の附属試験研究機関として設立さ

380) 「地域健康危機管理ガイドライン」については、以下の文献を参照。『衛生行政大要』・前掲注6) 8頁。『国民衛生の動向』・前掲注6) 22頁、30頁。

381) 前述2-3-2(E)を参照。

382) 感染症健康危機管理実施要領については、前掲注359)を参照。

383) 前述2-3-2(H)を参照。

384) 国立感染症研究所については、次のホームページを参照。<http://www.nih.go.jp/niid/ja/aboutniid.html> (last visited January 31, 2013).

れた「国立予防衛生研究所」を前身とする³⁸⁵⁾。本研究所は1997年（平成9年）4月に従来の名称を変更し「国立感染症研究所」となった。同研究所には、日本国における感染症の発生を一カ所で把握することで迅速な対策を可能とするため、「感染症情報センター」が置かれている（厚生労働省組織規則577条）。

同研究所における業務の目的は、感染症を制圧し、国民の保健医療の向上を図る予防医学の立場から、広く感染症に関する研究を先導的・独創的かつ総合的に行い、国の保健医療行政の科学的根拠を明らかにし、また、これを支援することにある。国立感染症研究所の機能は、①研究業務、②感染症のレファレンス業務、③感染症のサーベイランス業務、④国家検定・検査業務、⑤国際協力関係業務、⑥研修業務等の業務に分類される（厚生労働省組織令140条）。

(B) 地方衛生研究所

地域レベルの研究所は、地方衛生研究所と呼ばれる³⁸⁶⁾。1997年（平成9年）の「地方衛生研究所設置要綱」（平成9年3月14日厚生省発健政第26号）によれば、地方衛生研究所の業務は、①調査研究、②試験検査、③研修指導、④収集・解析・提供とされる。

385) 『衛生行政大要』・前掲注6) 29頁。

386) 地方衛生研究所については、地域保健法4条1項の規定に基づいた1994年（平成6年）12月の「地域保健対策に関する基本的な指針」（平成6年厚生省告示第374号）（前述4-1-4を参照）の中で、①地域衛生研究所が地域における科学的かつ技術的に中核となる機関として位置づけられ、②その専門性を活用した地域保健に関する総合的な調査及び研究を行うとともに、③当該地域の地域保健関係者に対する研修を実施することが示された。1997年（平成9年）には、本基本指針の趣旨を踏まえて、「地方衛生研究所設置要綱」が改正された（「地方衛生研究所の機能強化について」（平成9年3月14日厚生省発健政第26号））。地方衛生研究所については以下の文献を参照。『衛生行政大要』・前掲注6) 14-16頁。『国民衛生の動向』・前掲注6) 29頁。

4-2 入域地点の実施機関

IHRは締約国が「指定された入域地点」を指定することを定める³⁸⁷⁾。日本国の場合、入域地点における措置は、検疫法³⁸⁸⁾によって規律されるが、同法によって「検疫港」又は「検疫飛行場」が政令によって定められることとされ(検疫法3条)、具体的には検疫法施行令によって示されている(検疫法施行令1条の2、別表第一)。ただし新型インフルエンザ等対策特別措置法では、外国で新型インフルエンザ等が発生した場合、厚生労働大臣が検疫を適切に行うため必要があると認めれば、検疫実施のための海空港を集約して、検疫を行う港及び飛行場(特定検疫港等)を定めることができるとされた(新型インフルエンザ等対策特別措置法29条)。

4-2-1 検疫所による措置

IHRは入域地点での公衆保健上の措置や管理措置について定めている³⁸⁹⁾。現在、厚生労働省の施設等機関として検疫所が設置されており(厚生労働省組織規則76条及び別表第一)、検疫所の所掌事務の一部を分掌するものとして支所及び出張所が置かれている(同118条、119条、別表第二)。

検疫所では、検疫法及びIHRに基づいて、①人の検疫、②貨物の検疫、③港湾衛生業務、④海外感染症情報の収集と提供、⑤申請業務³⁹⁰⁾の業務が行われる。なお検疫所ではこれらの業務のほか、食品衛生法(昭和22年法律第233号)に基づく⑥輸入食品監視業務も行っている。

IHRは、締約国が汚染船舶等を発見した際に、自ら評価したのち、WHOに通告する義務がある場合を定める(IHR6条1項)³⁹¹⁾。日本国の検疫法もこれ

387) 前述2-3-2(I)、2-4-3及び2-4-4を参照。

388) 検疫法については、前述3-3を参照。

389) 前述1-1、2-3-2(I)、2-4-3及び2-4-4を参照。

390) 検疫法の26条及び26条の2に基づく申請業務としては、予防接種や船舶の衛生検査がある。

391) 前述1-3を参照。

に対応している³⁹²⁾。

IHRは、入境地点における公衆保健上の措置について定めている³⁹³⁾。日本国の検疫法も第2章で検疫の手續について定めている（検疫法4条乃至23条の2）。すなわち①感染症患者の有無を質問（同12条）診察及び検査（同13条）し、②検疫感染症患者等を発見した場合には、汚染船舶等の措置（同14条、15条）³⁹⁴⁾、隔離（同14条、15条）³⁹⁵⁾、停留（同16条）³⁹⁶⁾、消毒などの措置（同14条）をとることができる旨を定めている。さらに特定検疫港への集約も回航措置に

392) 「国際伝染病報告」(昭和42年6月3日付衛発第444号、公衆衛生局長通知)に従い、所要の報告を行うとされる。また「感染症等発見報告書の提出についての様式改正について」(平成11年3月15日付衛検第4号、管理室長通知及び平成12年8月29日付衛検第187号)に従い、月報の提出に加えて、患者発見時には感染症等発見報告をすることとなっている。

393) 前述1-1及び2-4-3を参照。日本国の検疫法における検疫の具体的手順の例については、前掲注15)を参照。

394) 検疫法では、汚染船舶等に対して、隔離、停留、消毒、廃棄、死体の火葬、汚染場所の使用制限、移動の禁止、ベクターの駆除、予防接種、回航命令等の措置が規定されている。

395) 隔離は、①一種感染症の患者に対しては、特定又は第一種感染症指定医療機関で行われる。②新型インフルエンザ等感染症は、特定、第一種又は第二種感染症指定医療機関で行われる。ただし、緊急又はやむをえない場合は、検疫所長が適当と認める医療機関でも可能である。IHRにおける「隔離」概念と比較せよ。前掲注222)を参照。

396) 停留は、一種感染症及び新型インフルエンザ等感染症の病原体に感染したおそれがあると認められる場合に、特定感染症指定医療機関又は第一種感染症指定医療機関で期間を定めて行われる（検疫法16条）。停留の期間は検疫法及び検疫法施行令で規定されており、ペストは144時間、エボラ出血熱とラッサ熱は504時間、クリミア・コンゴ出血熱は206時間、痘そうは408時間、南米出血熱は384時間、マールブルグ病及び新型インフルエンザ等感染症は240時間等である（検疫法16条3項。検疫法施行令1条の3）。この間に発症すれば隔離措置がとられ、発症しなければ解除される。

なお新型インフルエンザ等対策特別措置法29条も参照。またIHRにおける「検疫拘束」概念と比較せよ。前掲注223)を参照。

よって可能となる(同14条2項)³⁹⁷⁾。

IHRは中核的能力の一つとして、入域地点において、感染症を媒介するベクターの侵入や国内での定着を防止するため、船舶や航空機について調査を行い、港や空港の一定区域の衛生状態を調査し、必要に応じて、防疫措置を実施することを求めている(IHR附録第一B1(e))。検疫法によれば、これら港湾衛生も検疫所の業務内容となる(検疫法27条)。

4-2-2 船舶衛生管理証明書等交付港

IHRは締約国に対して①船舶衛生管理証明書等の「発行の確保」を義務付けており(IHR20条2項)、同時に②船舶衛生管理証明書等の発行業務を行う権限を有する港のリストのWHOへの提出を義務付けている(同20条3項)³⁹⁸⁾。

日本国では、IHRの完全実施にあたって、船舶衛生管理証明書等の交付の手続が定められた³⁹⁹⁾。本証明書の交付は、検疫法上は検疫所が行う申請業務である(検疫法26条1項)。検疫法では、船舶衛生管理証明書等の交付は事業に支障のない限り応ずる(同26条及び26条の2)とあることから日本国の全港とはせずに、現状を踏襲し、備考欄に特記することとした。この結果、①検疫所本所及び支所が管轄する検疫港については、SSCC、SSCEC及び延長を交付することとし、②出張所(無人出張を含む)が管轄する検疫港及び検疫港以外の港についてはSSCEC及び延長を交付するとされた⁴⁰⁰⁾。

4-3 指定医療機関及び指定(地方)公共機関等による実施

IHRはその実施にあたり、国や地方自治体といった公的部門だけではなく、

397) 回航措置とは、汚染船舶等が発見されたにもかかわらず、当該検疫所で、検疫法14条1項に定める措置を採ることが不可能な場合、設備を有する他の検疫港へ当該船舶等に移して措置を受けさせることをいう(検疫法14条2項)。

398) 前述2-4-4を参照。

399) 「検疫法施行令の一部を改正する政令」(平成24年政令第153号)。

400) 前掲注296)を参照。証明書交付港としてWHOに提出しているリストは前掲注228)を参照。

病院や輸送機関などの民間部門の役割も定めている⁴⁰¹⁾。そのような民間部門の例として、本節では、①感染症法や検疫法に定められた感染症指定医療機関（本節4-3-1）、②事業者及び国民の責務（本節4-3-2）、③新型インフルエンザ等対策特別措置法に定められた指定（地方）公共機関の責務（本節4-3-3）をとりあげる。

4-3-1 感染症指定医療機関

IHRに基づく管理措置にあたって医療機関は重要な役割を果たす⁴⁰²⁾。感染症法及び検疫法では、①特定感染症指定医療機関、②第一種感染症指定医療機関、③第二種感染症指定医療機関、④結核指定医療機関など、医療機関が指定されている（感染症法38条。検疫法15条、16条）。

4-3-2 事業者及び国民の責務

IHRは輸送機関の運行者によるIHRの実施を定める⁴⁰³⁾。これに対して新型インフルエンザ等対策特別措置法によれば、事業者及び国民は、新型インフルエンザ等の予防と対策協力を努めなければならない（新型インフルエンザ等対策特別措置法4条1項）。①事業者は、新型インフルエンザ等のまん延により生ずる影響を考慮して、自らの事業の実施に関して、適切な措置を講ずるよう努めなければならない（同4条2項）。②特定接種の対象となる登録事業者は、新型インフルエンザ等が発生した場合であっても、医療の提供と国民生活・国民経済の安定に寄与する業務を継続的に実施するよう努めなければならない（同4条3項）。

4-3-3 指定（地方）公共機関

IHRに規定された医療機関、輸送機関の運行者について、日本国では公共的

401) たとえば前述2-4-5を参照。

402) たとえば、IHR附録第一A6公衆保健対策(f)。ただし、前掲注23)も参照。

403) 前述2-4-5を参照。

機関や公益事業として分類され、特別な義務が課されることがある。たとえば新型インフルエンザ等対策特別措置法は、指定公共機関や指定地方公共機関について規定している。すなわち、「指定公共機関」とは、①(i)日本銀行、日本赤十字社、日本放送協会その他の公共的機関、及び、(ii)医療・医薬品・医療機器の製造・販売、電気等の供給、運搬その他の公益的の事業を含む法人で、②政令で定めるものをいう（新型インフルエンザ等対策特別措置法2条6号）。また「指定地方公共機関」とは、①(i)都道府県の区域において医療・医薬品・医療機器の製造・販売、電気等の供給、運搬その他の公益的の事業を営む法人、(ii)地方道路会社等の公共的施設を管理する法人及び地方独立行政法人のうち、②指定公共機関以外のもので、当該法人の意見を聴いて都道府県知事が指定するものをいう（同2条7号）。

これら指定（地方）公共機関は、新型インフルエンザ等が発生した場合、その業務について対策を実施する責務を有する（同3条5項、6項）。

4-4 IHRの国内実施に関する国際協力と報告

IHRは、国内実施に関する国際協力とWHOへの報告を定めた⁴⁰⁴⁾。この点、日本国の感染症法では、国の責務として感染症の情報収集や研究の推進について、国際的な連携の規定を明記している（感染症法3条3項）。また、「感染症健康危機管理実施要領」はWHOを含む海外への協力要請について規定する（感染症健康危機管理実施要領3(2)(6)⁴⁰⁵⁾。さらに新型インフルエンザ等対策特別措置法は、WHO等との国際的連携を規定する（新型インフルエンザ等対策特別措置法3条3項⁴⁰⁶⁾）。

404) 前述2-5及び2-6を参照。

405) 前述4-1-1を参照。

406) 平成23年行動計画・前掲注300) 29頁、40頁、51頁、58頁、64頁、67頁も参照。

5 日本国におけるIHRの国内実施の特徴と課題

IHRは、国際社会によるPHRへの新しい対応であった⁴⁰⁷⁾。そのため、IHRは、締約国に対して、中核的能力の獲得を含めてその国内実施を義務付け⁴⁰⁸⁾、国際社会と国内社会とが連動して対応することが企図されてきた⁴⁰⁹⁾。

本章では①日本国におけるIHRの国内実施の特徴について述べたのち（本章5-1）、②日本国におけるIHR国内実施の課題について簡単に示したい（本章5-2）。

5-1 日本国におけるIHRの国内実施の特徴

IHRの実施にあたって一般に懸念されてきたことは、①特に開発途上国を中心に中核的能力を獲得できない国が多数存在するのではないかということであり、また②国家による恣意的な措置の実施がコントロール可能かという問題であった⁴¹⁰⁾。

これに対して、日本国の場合、開発途上国とは異なる視点からIHRの実施を検討する必要がある。本節では、日本国のIHRの国内実施の特徴を、①IHRの改定に先行した実効的で高度な対内的措置（本節5-1-1）と、②特徴的な入域制度とIHRの積極的实施（本節5-1-2）に分けて説明する。

5-1-1 IHRの改定に先行した実効的で高度な対内的措置

IHRでは、対内的措置を実効的に行うという点で、締約国による中核的能力の獲得が求められている⁴¹¹⁾。本分野において日本国は世界の中で最高水準の

407) PHRについては、前述1-3を参照。

408) 前述2-1及び2-3を参照。

409) 前述1-1及び2-2を参照。

410) 拙稿・発効と課題・前掲注2) 254-255、260-261頁。

411) 前述2-3を参照。

衛生状況を有しているといわれる⁴¹²⁾。これは関係する諸法が実効的であり、さらに実効的な実施機関の存在とともに日本全体を覆う緻密な「医療の網の目」と「法の網の目」を形成しているためである⁴¹³⁾。またその時々⁴¹⁴⁾の社会的要請に応じて、感染症法等を比較的頻繁に改正してきている⁴¹⁴⁾。その結果、高度な公衆保健サービスの提供により日本全土にわたる良好な衛生状態が実現しており、その意味で国内の保護水準の方が、一般的な国際保護水準よりも高度なものとなっている。

それゆえIHRの国内実施のために日本国内で明示的にとられた措置は多くないことが注目される。IHRが想定した中核的能力の獲得も、日本国の場合、IHRの改定作業が完成する2005年(平成17年)を待たずに国内法の改正を通じてその多くを先取りして獲得しており、実際にIHRを受けた国内法の改定は多くない⁴¹⁵⁾。

もっともIHRの改定に先立つ感染症法の改定やIHR発効後の新型インフルエンザ等対策特別措置法の制定など、IHRには直接言及していないものの、その内容を体現した国内立法が時宜を得てなされていることに注目する必要がある⁴¹⁶⁾。

以上からIHRによって締約国に義務付けられている中核的能力のうち対内的措置については、少なくとも本稿で検討した範囲については、日本国はその多くを実現してきていると言ってよからう⁴¹⁷⁾。

412) たとえばWHO, HEALTH SYSTEMS, *supra* note 88では、日本国の医療制度はシステム評価で世界一位となった。

413) 法の整備状況に加えて、①国民皆保険制度や多数の医療機関など、国民が医療制度を利用しやすい環境が整備されていること、②国民の中で衛生観念が発達していることなどから、感染症等流行の比較的初期段階での把握がしやすいといえる。

414) 前述3-2を参照。

415) 特に感染症法について前述3-2を参照。

416) 前述3-2及び3-4を参照。

417) なお、IHR改定の過程からしても、中核的能力の獲得は、PHEIC等に有効に対応するための必要条件であって、十分な事前対応を実現するためには、国内医療体制全般の一層の充実が望まれることは言うまでもない。

5-1-2 特徴的な入域制度とIHRの積極的実施

IHRは、検疫制度を含む入域制度に関する締約国のハーモナイゼーションを企図している⁴¹⁸⁾。日本国においてIHRは、検疫法体系と一体として運用されており、IHRの実施にあたっては、検疫法体系の改定を含む国内実施のための措置がとられてきた⁴¹⁹⁾。

これに対して、日本国の入域地点は以下の特徴を有する。すなわち、①日本国は長い海岸線を有するため、他国と比較して顕著に多い数の入域地点を有すること⁴²⁰⁾、②日本国の多くの入域地点において包括的で実効的な検疫制度が実現されていること（日本全国について普遍的な制度を実現していること）、③IHRの国内実施の一つである証明書交付港の指定も、他国と比較してもその数が顕著に多いこと⁴²¹⁾、さらに④入域した後に検疫の効果を遡及的に消滅させる仮検疫済証の制度⁴²²⁾など、我が国に固有な制度も存在すること、である。

これら日本に固有な制度や考え方は、その運用の仕方によっては他国との摩擦が生ずる可能性がある。たとえば2009年（平成21年）の新型インフルエンザ（A/H1N1）のパンデミックの際には、入域地点での検疫は効果がない旨のWHOの勧告がなされたにもかかわらず、日本国は水際での検疫を継続した⁴²³⁾。

さらに他国の中にはこういった実効的な船舶衛生管理証明書等の制度を有し

418) 前述1-1、2-4-3及び2-4-4を参照。

419) 前述3-3を参照。

420) 日本国における入域地点の指定については、前述4-2を参照。

421) 前述4-2-2を参照。

422) 仮検疫済証の制度については前掲注288)を参照。

423) たとえば、2009年（平成21年）の新型インフルエンザ（A/H1N1）の発生にあたり日本国が入域地点でとった措置への課題については、『対応と今後の課題』・前掲注4）82-112頁を参照。日本国が入域地点においてとった措置は、IHR上は締約国による公衆保健上の追加措置であると考えられるが（公衆保健上の追加措置については、前掲注104）を参照。）、国際交通を大幅に阻害するものと判断されなかったため、IHR 43条3項に基づくWHOへの情報提供はなされなかったと考えられる。

ていない国も存在しているため、本来外国が負うべき負担を日本国が代わりに負っているという側面も存在する⁴²⁴⁾。

このように多くの入域地点に対する対応は、通常時であっても人的資源等の観点から運営上の難しさを抱えている。これらの制度を非常時において維持するためには、人的・予算的手当てが不可欠となろう⁴²⁵⁾。

5-2 日本国におけるIHRの国内実施の課題

5-2-1 IHRの法的不明瞭さと希薄な国際法意識

IHRは、国際法上拘束力を有する規範であるが⁴²⁶⁾、日本国の国内法上又は実務上、検疫法実務を除けば、それが遵守されるべき規範であるとの認識は必ずしも共有されていない。この理由として考えられることは、①IHRは国際法上の効力を有するにもかかわらず、「条約」ではなく「規則」という名称を与えられたため、一見すると拘束力を有しないソフト・ローのようにみえること、②IHRが国際法上の拘束力を有するとしても、その国内的平面での実施にあたり、締約国毎に多様な事情が存在することから、締約国にはその法的形式や効力順位を含めて大幅な裁量が認められていること⁴²⁷⁾、③IHRが世界規模でのPHR対策を実現するために主に開発途上国を念頭に置いて中核的能力の獲得を中心とした実施措置を想定しているのに対して、日本国内には従来から感染症法や検疫法など高度で豊かな公衆保健・医療に関する国内法制度が存在しているため、国際的枠組みであるIHRに依拠する必要がないという意識があること、④国際的平面での実施措置として緊急委員会によって発せられる暫定的勸

424) 倉田・前掲注2) 15-16頁。

425) 新型インフルエンザ等対策特別措置法では、外国で新型インフルエンザ等が発生した場合、入域地点を集約できる旨規定している(新型インフルエンザ等対策特別措置法29条)。前掲4-2を参照。

426) IHRは、WHO憲章の21条に基づき保健総会により制定され、同憲章22条により加盟国を拘束する。拙稿・発効と課題・前掲注2) 167頁。また日本国の外務省もIHRの国際法上の拘束力を認めている。前掲注258)を参照。

427) 前掲注85)及び86)を参照。

告は法的拘束力を有しないこと⁴²⁸⁾、などから、国際法規範としては必ずしも高い位置づけを与えられていない可能性がある。

現実にIHRの日本国内での実施にあたっては、その国内実施のための措置は、検疫法の改正による入域地点での措置としてはなされているもの⁴²⁹⁾、感染症法を中心とした対内的措置では明示的にはなされていない。しかし、①感染症法の改正や新型インフルエンザ等対策特別措置法のように、実際にはIHRの国内実施に相当する立法措置が、IHRに言及されない形で国内でとられていること⁴³⁰⁾、②IHRの実施のための法改正を行わなくても、既存の国内法や様々な要領中で国際協力が規定されており⁴³¹⁾、これの運用によってIHRの趣旨を実現することができること、さらに、③そもそもIHRはPHEICのおそれがある場合に、締約国にその事実を隠ぺいさせず国際社会として早期に対策をとることを主眼の一つとしていたため⁴³²⁾、対内的措置に関する中核的能力の獲得についても、サーベイランスとWHOへの通告の確保に主たる関心があったこと⁴³³⁾、以上の理由からIHRの国内実施のための措置は、事実上、日本国内で既に多くが実現されているといえよう。

PHRへの実際の対処にあたっては、一部の例外を除き原則として、国際法であるIHRではなく、国内法が参照される⁴³⁴⁾。新型インフルエンザのように、

428) 前掲注103)を参照。

429) 前述3-3を参照。検疫法は、国境管理のための伝統的な方法であり、国際的なハーマナイゼーションが一層求められる。

430) 前述3-2、3-4及び5-1-1を参照。

431) 前述4-4を参照。

432) 拙稿・発効と課題・前掲注2) 177-179頁、201-209頁。

433) 前掲注23) 及び前述2-3-1を参照。

434) この点、国際人権法の国内実施も同様の問題を有するといえる。「日本の採用する一般的受容方式は、条約が発効することにより直ちに国内的効力を有することから人権擁護に資するようにも見えるが、国際人権条約を新たに結んでも国内法を制定する必要がないために、かえって日本国の人権基準の方が国際人権基準よりも高いという確証のない前提に依拠することを許し、逆説的である。」酒井ほか・前掲注24) 589頁。

行動計画が制定されている場合であっても、WHOのパンデミック・フェーズや勧告に対応して国内措置をとる場合もあれば、日本独自の判断で措置をとる場合もある⁴³⁵⁾。多様な感染症に対応するにあたっては、各国の独自の判断に基づく柔軟な対応が必要となる場合もあるため、IHRも一方的な公衆保健上の追加措置の手續を一定の条件下で認めている⁴³⁶⁾。したがってIHRの実施にあたっては、国際的平面の実施機関であるWHOの判断と、国内的平面の実施機関である日本国の管轄機関の判断とが相違する可能性もある。この場合、①日本国内では国内法に従った措置がとられることとなり、②国際的平面ではIHRの手續に基づく調整が、WHOとの間や他の締約国との間でなされることとなろう。

また自治体レベルにおいては、たとえWHOそのものの存在はよく知られているとしても、IHRの内容が多くの自治体で周知されているとは限らない。国際社会との連携のためには、(従来から行っているように)厚生労働省を中心とした自治体への情報提供が重要となろう。

さらに感染症以外のPHRについて、特に国内法で規律されていない新しい事象に対してIHRの枠組みが日本国内で十分に実施されるか否かは今後の運用を注視する必要がある⁴³⁷⁾。なお、2011年(平成23年)に生じた福島第一原子力発電所の事故にあたり、日本国のIHR担当者は、茨城県と福島県の食品生産物から放射線が検出されたことを、IHRに従ってWHOに対し通知し、事象情報サイト(Event Information Site)を通じて情報を提供した⁴³⁸⁾。このようなWHOを通じた日本国の情報提供は有用だと考えられる。

日本国の国内法が自律的で包括的で実効的であるがゆえに、逆に国際法規範が不必要に感じられることは、IHRに限らず、国際人権法分野でもしばしば指摘されることがある⁴³⁹⁾。しかしPHRに対して世界規模で対処するためには、

435) たとえば前掲注312)を参照。

436) 前述2-2を参照。公衆保健上の追加措置については、前掲注104)を参照。

437) 後述5-2-3を参照。

438) WHO SITREP NO 11, March 20, 2011; A64/A/PSR/2 (May 17, 2011), at 3.

439) 前掲注434)を参照。

IHRの国際的平面での実施と国内的平面での実施とが有機的に連動することが必要である。この点、国際人権をはじめ他の国際法領域では、各国内の各種条約の実施に関して、国家報告や紛争解決手続等の国際的平面における中立の委員会等による審査制度等が存在する。IHRの国内的平面の実施にあたっては、他国との利益調整ばかりか、他国に対する説明責任を果たし、国内外の制度の透明性を確保する意味で、国際的平面での手続の有効活用が期待される⁴⁴⁰⁾。もっとも現行のIHRでは、国際的平面での手続に服するのは、①PHEICの認定手続の場合（IHR 12条）⁴⁴¹⁾、②公衆保健上の追加的措置の場合（同43条）⁴⁴²⁾、③IHRの実施に関する報告の場合（同54条1項）⁴⁴³⁾、④紛争解決の場合（同56条）⁴⁴⁴⁾等に限定され、現時点ではいずれの制度も運用状況が確立しているとは言い難く、今後の運用を注視する必要がある。

5-2-2 日本国の公衆衛生に関する法制度の分散的性質

IHRは、国家が全体としてPHRに対応することを想定している⁴⁴⁵⁾。

これに対して、日本国には公衆衛生の分野で豊富な国内規範が存在するものの、個々の法領域がそれぞれ個別に発達してきた歴史を有する。それゆえ平時の健康危機管理としては様々な法（例：検疫法、感染症法、薬事法、食品衛生法）が存在するとしても、その上位規範として、それらを統合する健康危機管理に関する基本法と統一的組織が存在していない。それゆえ、従来の枠組みに該当しない事象については、法の網の目から抜け落ちる可能性がある。

日本国における健康危機管理のためには、すべての健康危機に対処できる法

440) ただし、プライバシーの保護や生物兵器によるテロへの脆弱さを明らかにしてしまふ可能性もあるため、慎重な対応が必要となる。また中核的能力に関する締約国毎の報告も公開されていない。WHO/HSE/GCR/2012.10, *supra* note 84, at 6.

441) PHEICの認定手続については、前述1-2を参照。

442) 公衆保健上の追加措置については、前述2-2及び前掲注104)を参照。

443) 前述2-6を参照。

444) 拙稿・発効と課題・前掲注2) 245-246頁。

445) 前述1-1及び2-1を参照。

的枠組みの樹立が急務であるとの指摘がなされてきたが⁴⁴⁶⁾、2012年(平成24年)には新型インフルエンザ等対策特別措置法が制定され、この中で一部の新感染症に対応することが規定された⁴⁴⁷⁾。本法によって、新型インフルエンザや新感染症に限定されるものではあるが、諸法横断的な運用が期待されており、本法の運用状況については今後継続して注視しなければならない。

5-2-3 既存の感染症類型を前提とした手続の問題点

日本法においては、感染症を分類・類型化し、その類型毎に対応したサーベイランスや手続・措置を定めている⁴⁴⁸⁾。そればかりか、感染症の類型が公衆保健上の措置や手続を開始するにあたってのトリガー・メカニズムの役割を果たしてもいる⁴⁴⁹⁾。

それゆえ①既知の感染症であり、②感染症法や検疫法等に規定されたものに対しては、手続も明瞭であると考えられる(以下「手続が確立された感染症」という)。

もっともこの手続が確立された感染症に含まれていないそれ以外の感染症に対しては(以下「手続が未確立の感染症」という)、十分な対応が可能であるか検討する必要がある。

手続が未確立の感染症のうち、既知の感染症については、感染症法では指定感染症の類型がある⁴⁵⁰⁾。また検疫法では指定検疫感染症としてあらかじめ政令で定めることにしている(検疫法2条3号)⁴⁵¹⁾。さらにこれら検疫感染症以外であっても、政令で政令指定感染症を定めて検疫法上の措置を準用することを定めている(同34条)⁴⁵²⁾。もっともこの政令指定手続については、迅速な対

446) たとえば倉田・前掲注2) 60頁。

447) 前述3-4を参照。

448) 前述3-5を参照。

449) それゆえ症例定義が重要となる。前掲注315)を参照。

450) 指定感染症については、前掲注328)を参照。

451) 指定検疫感染症については、前掲注332)を参照。

452) 検疫法上の措置が準用される政令指定感染症については、前掲注334)を参照。

応を行うことが困難であるおそれもあるとの指摘がある⁴⁵³⁾。

これに対して手続が未確立の感染症のうち、従来知られていない未知の新感染症への対応は⁴⁵⁴⁾、国内で発生する可能性は高くはないかもしれないが、いったんこれが発生した場合、対応できるかどうか検討が必要であろう。新感染症については、その一部が新型インフルエンザ等対策特別措置法の対象となるが、手続が未確立の対象であり、マニュアルが存在しないため、実際に発生した場合、サーベイランスや検疫等の公衆保健上の対策が十分にとれるのか、課題となろう。この点、IHRの附録第二の国家通告制度が日本国でどのように運用されるのか注目される⁴⁵⁵⁾。

さらに日本国の感染症法は、確定患者についての指標サーベイランス⁴⁵⁶⁾については感染症法でも対応可能とされるが、IHRの通告制度等に採用されている事象のサーベイランス⁴⁵⁷⁾に十分に対応できるのか注視する必要がある⁴⁵⁸⁾。

また本稿では十分に検討できなかったが、IHRは感染症以外のPHRも対象としている⁴⁵⁹⁾。IHRの規律対象全体への対応をどのように実現するのか今後の課題となろう⁴⁶⁰⁾。

453) 倉田・前掲注2) 5-6頁。

454) 新感染症については、前掲注329)を参照。

455) 国家通告制度については、前掲注31)を参照。

456) 指標サーベイランスについては、前掲注156)を参照。

457) 事象のサーベイランスについては、前掲注158)を参照。

458) 谷口・平成19年度報告書・前掲注2) 20-21頁。谷口・総合報告書・前掲注2) 4頁。

谷口・国際保健規則・前掲注2) 599頁。

459) 前述1-3を参照。

460) 谷口・総合報告書・前掲注2) 3-4頁。たとえば日本法上求められている健康危機情報の報告対象は、PHR全体を包括的に対象としているのではなく、関係する諸法毎に個別に規定される。すなわち感染症（感染症法）、食中毒（食品衛生法）、医薬品の副作用（薬事法）、放射性同位元素の盗取、所在不明その他の事故（放射線障害防止法）、災害の発生（災害対策基本法）等である。これらの個別の報告対象に該当しない場合、厚生労働省からの通知による依頼に基づく、自発的な届出に頼っているとの指摘がある（谷口・平成19年度報告書・前掲注2) 4頁）。また現行法上、サー

5-2-4 日本国の国内実施機関の分権的性質

前述の公衆衛生に関する法制度の分散的性質（前述5-2-2を参照）の当然の結果として、日本国におけるIHRの実施機関も国内法上の地位は分権的なものとなる。

感染症の場合、IHR国内連絡窓口、保健所、検疫所をはじめ、厚生労働省を中心とした対応が予定されている⁴⁶¹⁾。それゆえ特に国内IHR連絡窓口である厚生労働省の厚生科学課と大臣官房国際課との役割分担と円滑な連携が重要である⁴⁶²⁾。

日本国の国家・県・市町村における役割分担の評価については、IHRに規定された役割分担に照らして⁴⁶³⁾、今後の運用を検討しながら慎重に行うことが必要となる。特に新感染症のように手続が未確立の感染症については、IHRが想定している事象のサーベイランス⁴⁶⁴⁾をどのように実施し、情報を全国レベルで共有できるのが課題となろう。

IHRはPHRへの対応として、対内的措置と入域地点での措置を組み合わせることを企図している⁴⁶⁵⁾。これらの措置を日本国内で行うためには、国内実施機関の代表である保健所と検疫所との連携が重要であるが、感染症法及び検疫法に規定があるものの⁴⁶⁶⁾、事案毎の対応となっており、引き続き課題となる

サーベイランスが確立されているものは医療施設からの届出が主であり、環境汚染や食品汚染については、実際の被害が発生するまでは行政当局では把握できない可能性も指摘されている（谷口・平成19年度報告書・前掲注2）4頁）。

461) 前述4を参照。

462) 前述4-1-1を参照。

463) 前述1-1及び2-4-2を参照。

464) 事象のサーベイランスについては、前掲注158)を参照。

465) 前述1-1を参照。

466) 検疫法及び感染症法は、検疫感染症に感染したおそれのある者に対する入国後の健康状態の確認を検疫所が行い、健康状態に異常を認められた者については検疫所長が都道府県知事等に通知する旨を規定することで、入域地点での措置と対内的措置の連携強化を企図している（検疫法18条3項、4項。感染症法15条の2、15条の3）。「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律及び検疫法の一部を改正す

であろう⁴⁶⁷⁾。

またIHRの国内実施機関として研究所と、他の国内実施機関との連携が重要である⁴⁶⁸⁾。この点に関して、日本国の場合は、厚生労働省や自治体と研究所との協力関係の構築・深化も必要である⁴⁶⁹⁾。

特に危機状況において多様なPHRに対し単独の省庁のみで対応することは困難である。この点、新型インフルエンザ等対策特別措置法において、内閣官房を中心とした各省庁の連携と運用が規定されている⁴⁷⁰⁾。内閣官房と厚生労働省を中心とした多数の省庁間での役割分担と協力関係の構築が期待される。

おわりに

IHRは国家レベルばかりか自治体レベルにおいてまで一定の能力水準の獲得を締約国に要求し、国内の法と制度に深く入り込んだ世界規模での実施を企図している。国際法の世界では、このような規範は比較的珍しいといえる。国際法であるIHRは、各国の国内法制の実効性によって担保されることにより（日本国においては感染症法や検疫法等の力を得て）世界的に実施することが可能となる。それゆえ、IHRの規定内容は、これまで示した通り、これら国内法と内容が重複しており、これによって世界規模のPHRへの対応が可能となっている。今後IHRが国内的平面でも着実に機能することが期待される。

他方で、IHRの国内的平面での完全実施のためには、対象となる感染症の性質や各国の公衆衛生状態・経済状態・社会状況なども考慮して柔軟に対応せねばならない。このためには国際的な協力が必要となる場合も生ずるであろう。

る法律」（平成15年法律第145号）。

467) 倉田・前掲注2) 12頁、37頁。『対応と今後の課題』・前掲注4) 112頁。

468) 前述2-3-2(H)を参照。

469) 森兼啓太「世界各国のIHR 2005に対する対応に関する研究」谷口・総合報告書・前掲注2) 15-16頁。

470) 前述4-1-3(B)を参照。

国際協力は締約国の中核的能力の獲得のために必要であるばかりが⁴⁷¹⁾、そもそもIHRが国内的平面での実施と国際的平面での実施の協力を前提としているため必要とされる⁴⁷²⁾。この点、2009年(平成21年)の新型インフルエンザ(A/H1N1)のパンデミックと2011年(平成23年)に発生した東日本大震災は、2005年(平成17年)に改定された新しいIHRにとっての試練となったが、同時にIHRに代表される国際協力の必要性を再認識する契機ともなった。今後、これらの事例におけるIHRの果たした役割の検討を通じてIHRの国際実施について検討したい。

(2013年(平成25年)1月31日脱稿)

【謝辞】

本稿執筆にあたり、ジュネーブのWHO本部の図書館のMobio Admond氏、WHO神戸センター協力委員会の河原秀和氏(兵庫県健康福祉部健康局医務課計画係長)を中心とした皆様に特にお世話になった。また個々のお名前に言及することは避けるが、厚生労働省、国立感染研究所、検疫所、外務省、内閣官房等の皆様から、様々な機会を通じて貴重なご意見や情報を得ることができた。この場をかりてお礼を申し上げたい。

【付記】

本稿は、①厚生労働省船舶衛生検査技術等研修会(2012年(平成24年)3月2日)及び②厚生労働省全国検疫所検疫課長等会議(同年6月1日)で実施した講義案を基礎とし、大幅な加筆・修正を行ったものである。

本稿は、文部科学省・科学研究費補助金・基盤研究(C)の助成による研究「グローバルな『公衆衛生上の危険』への国際社会の対応—国際保健規則を手掛かりとして」(平成22年度)(課題番号22530049)の成果の一部である。

471) 前述2-5を参照。

472) 前述1-1を参照。

【追記】

2013年（平成25年）4月13日に「新型インフルエンザ等対策特別措置法」が施行され、同法6条に基づく「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」の作成も予定されている。

【訂正】

獨協法学第84号に掲載した拙稿「世界保健機関（WHO）・国際保健規則（IHR2005）の発効と課題——国際法の視点から——」について、次の誤りがありました。お詫びして訂正いたします。

253頁（横198頁）

（誤）「……IHRの6条2項及び附録第二に従って……」

（正）「……IHRの6条1項及び附録第二に従って……」

223頁（横228頁）

（誤）「……旅行者に対して予防接種その他の予防法の証明書を締約国が要求する……」

（正）「……旅行者に対してそれらを締約国が要求する……」