

《研究ノート》

2014年の西アフリカにおける エボラ出血熱の流行への国際社会の対応 ——国際法の視点から——

鈴木 淳 一

- 1 はじめに
- 2 2014年の西アフリカでのエボラ出血熱の流行の特徴と本稿の構成
 - 2-1 国内問題としての伝統的な感染症対策の問題点
 - 2-2 国際保健規則の改正と国家主権の制限
 - 2-3 2014年のエボラ出血熱の流行の特徴
 - 2-4 本稿の構成
- 3 発生国での対応
 - 3-1 発生国での中核的能力の獲得状況
 - 3-2 発生国からの通告
 - 3-3 発生国での管理措置
 - 3-4 発生国での役割分担と調整機能
 - 3-5 発生国での対応のまとめ
- 4 発生国以外の諸国（非発生国）での対応
 - 4-1 IHRにおける非発生国の協力義務
 - 4-2 IHRにおける非発生国での対応（公衆保健上の追加措置）
 - 4-3 国際交通を不要に阻害する措置
 - 4-4 非発生国での対応のまとめ
- 5 WHOの対応
 - 5-1 WHOによる発生国への支援
 - 5-2 国際的に懸念される公衆保健上の緊急事態（PHEIC）と臨時勧告
 - 5-3 WHOの財政的基盤

- 5-4 WHOと国際連合等の関係
- 5-5 WHOの対応のまとめ
- 6 国際連合を含む国際社会全体としての対応
 - 6-1 国際連合による対応の開始
 - 6-2 安全保障理事会での対応と決議2177
 - 6-3 国連エボラ緊急対応ミッション (UNMEER)
 - 6-4 国連を中心とした国際社会の対応のまとめ
- 7 エボラ出血熱の流行への対応の検討
 - 7-1 発生国の課題
 - 7-2 非発生国の課題
 - 7-3 WHOの課題
 - 7-4 国連を含む国際社会の課題
- 8 おわりに

1 はじめに

2014年に、西アフリカのギニア (Guinea)、リベリア (Liberia)、シエラレオネ (Sierra Leone) の三国¹⁾を中心としてエボラ出血熱 (Ebola Virus Disease: EVD) が流行した²⁾。本流行は、世界保健機関 (World Health Organization:

1) リベリアについては、2015年5月9日に終息宣言がされた。しかし6月29日に新たな感染者の発生が確認され、9月3日に終息宣言が再度なされた。シエラレオネについては、2015年11月7日に終息宣言がなされた。

2) 2015年10月4日までの統計で、全世界の感染者は、28,457人が感染し、11,312人の死亡が確認されている。この他にナイジェリア、セネガル、スペイン、マリ、イギリス、イタリア及びアメリカ合衆国においてもエボラ出血熱の感染が確認されているが、本稿では特に被害が集中した3か国を中心に検討する。

本流行に関する文献としてはたとえば以下を参照。Frederick M. Burkle, *Global Health Security Demands a Strong International Health Regulations Treaty and Leadership From a Highly Resourced World Health Organization*, 9 (5) DISASTER MEDICINE AND PUBLIC HEALTH PREPAREDNESS 568-580 (2015); Jared P. Cole *et al.*,

WHO) の緊急対応フレームワークでは、最も高い「レベル3」とされた³⁾。

本稿の目的は、このエボラ出血熱の流行を事例としてとりあげて、WHOが2005年に改正した国際保健規則 (International Health Regulations: IHR)⁴⁾を含む国際社会の対応の有効性及び課題について検討することである⁵⁾。ここでIHRとは、2005年にWHOが世界保健機関憲章 (WHO憲章) 21条に基づき改正した条約であり、感染症を含む公衆保健上の危険 (Public Health Risk: PHR)

Ebola: Selected Legal Issues, CONGRESSIONAL RESEARCH SERVICE REPORT (2014); SARA E. DAVIES, ADAM KAMRADT-SCOTT & SIMON RUSHTON, DISEASE DIPLOMACY: INTERNATIONAL NORMS AND GLOBAL HEALTH SECURITY (2015) [*hereinafter* DAVIES *et al.*]; Lawrence O. Gostin *et al.*, *The Ebola Epidemic: A Public Health Emergency of International Concern*, 312 JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION 1095-1096 (17 September 2014); James G. Hodge, *Legal Myths of Ebola Preparedness and Response*, 29 NOTRE DAME JOURNAL OF LAW, ETHICS & PUBLIC POLICY 355 (2015); ALEXANDRA MURRAY *et al.*, REPORT OF THE REAL TIME EVALUATION OF EBOLA CONTROL PROGRAMS IN GUINEA, SIERRA LEONE AND LIBERIA (25 January 2015); Tiaji Salaam-Blyther, *U.S. and International Health Responses to the Ebola Outbreak in West Africa*, CONGRESSIONAL RESEARCH SERVICE REPORT (29 October 2014). また次の文献も参照。植木俊哉「国際組織による感染症対策に関する国際協力の新たな展開」国際問題642号 (2015年) 17-27頁。

- 3) WHO Document, A68/25 (8 May 2015), Annex, Ebola Interim Assessment Panel, Report by the Secretariat [*hereinafter* First Report], at 3, para. 6; WHO Document, WHO Secretariat Response to the Report of the Ebola Interim Assessment Panel (19 August 2015), at 2, para. 9; WHO Document, Report of the Ebola Interim Assessment Panel (2015) [*hereinafter* Panel Report], at 9, para. 5.
- 4) IHRについてはたとえば以下の文献を参照。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——」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。)。拙稿「世界保健機関 (WHO)・国際保健規則 (IHR) の国内実施——日本国を例として——」獨協法学90号 (2013年) 282-380頁 (横31-129頁) (以下「拙稿・国内実施」とし、横書きの頁数を用いて言及する。))。
- 5) 本稿では、エボラ出血熱の治療薬やワクチンの問題は検討しない。

に対応するための拘束力を有する多数国間の制度であるため、今回のエボラ出血熱への対応において中心的役割を果たした規範である。今回のエボラ出血熱の流行は、2005年に改正されたIHRにとって、2009年の新型インフルエンザ(A/H1N1)の流行、2014年のポリオの流行に続く試練となった。

2 2014年の西アフリカでのエボラ出血熱の流行の特徴と本稿の構成

2-1 国内問題としての伝統的な感染症対策の問題点

国際的な感染症対策では、一般に、①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「発生病国」)⁶⁾と②それ以外の国(以下「非発生病国」)を区別するのが普通である⁷⁾。本稿では、ギニア、リベリア、シエラレオネを中心とした諸国を発生病国とする。

国家が感染症に対応するための措置は、「公衆保健上の措置(public health measures)」と呼ばれる。公衆保健上の措置は、①国家の内部で国内を対象として行われる対内的措置と、②国境地域(入域地点)での国境管理に代表される対外的措置に分類されてきた⁸⁾。公衆保健上の措置のうち、現実に存在する脅威に対応して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)と呼ばれた⁹⁾。伝統的な国際法に

6) これに対してIHRでは感染地域(affected area)という概念がある。「感染地域」はIHRに基づきWHOにより保健上の措置を勧告された特定の地理的地域とされた(1条1項)。拙稿・発効と課題・前掲注4)182頁、脚注112。また今回のエボラ出血熱への対応では「汚染国(affected country)」という用語も用いられた。

7) たとえば今回のエボラ出血熱の流行に対するWHOの発する臨時勧告では、対象国が、①エボラ出血熱が流行している国々、②疑い例の患者・確定患者がいる国々や伝播国と国境を接した国々、③他の国々に分類されることがあった。WHO, Statement on the Meeting of the International Health Regulations Emergency Committee Regarding the 2014 Ebola Outbreak in West Africa (8 August 2014) [hereinafter Statement on the 1st Meeting].

8) 拙稿・発効と課題・前掲注4)165頁。

9) 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)、

において、感染症対応は、治安維持と同じく国内問題とされてきた。

他方で、感染症が現時点で発生していない発生国以外の非発生国において、どのような措置がとれるのかも問題となってきた。これらは、古くは検疫の問題として、19世紀以来の国際衛生会議において検討されてきたが、今日でも、たとえば「衛生植物検疫措置の適用に関する協定（SPS協定）」などで調整が図られている。

古典的な感染症対策では、①疾病が発生していない非発生国は、感染症への恐怖から国境の封鎖等を含む「過度の措置（excessive measures）」（しかも時として科学的根拠に欠ける措置）をとる傾向にあること¹⁰⁾、②疾病の発生国は、風評被害等の経済的損失を恐れて感染症の発生を隠ぺいする傾向があること¹¹⁾、から古典的な感染症対策そのものが感染症の発生を隠蔽し、むしろ拡大させる可能性を有していたといえる。それゆえこのような伝統的な感染症対策の限界の克服が問題となった。2005年に改正されたIHRは、それ以前の古典的な感染症対策の問題点を克服しようとするものであった。

2-2 国際保健規則の改正と国家主権の制限

古典的感染症対策の問題が典型的に示されたのが2003年の重症急性呼吸器症候群（Severe acute respiratory syndrome: SARS）の世界的流行であった。この世界規模の感染症の拡大は、IHRの改正の必要性を各国に強く印象づけた。この反省の下、WHOは2005年にIHRを改正した¹²⁾。

もちろん改正されたIHRにおいても感染症対策を含めてPHRに対処する主要な責任は国家にある。IHRは、①原則の一つとして、自国の保健政策に基づき立法し実施するという国家の主権的権利（sovereign right）を定め（3条4項）、

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、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。

10) 拙稿・発効と課題・前掲注4) 177-178頁、224頁。

11) 拙稿・発効と課題・前掲注4) 201-202頁。

12) IHRの改正過程については、拙稿・発効と課題・前掲注4) を参照。

②IHR上の手続においても、WHOが対応するための前提として関係諸国の要請や同意を必要とするものがあり（たとえば、WHOとの協働など）、③WHOの勧告によらないで、締約国が独自の判断で措置をとる「公衆保健上の追加措置」も一定の制限の下に許容している（4条）¹³⁾。

しかし他方で、国家の主権はIHRによって制限され相対化された。すなわち、①国家はIHR上の義務として平時から中核的能力（core capacity）を獲得しなければならないが、自国のPHRについてWHOに報告することが義務づけられた¹⁴⁾。②WHOは噂話などの国家以外の情報を根拠として、国家に対して検証を求めることができる¹⁵⁾。「国際的に懸念される公衆保健上の緊急事態（PHEIC）」の場合等¹⁶⁾、自国で発生した疾病に関する情報の公開について、領域国がWHOとの協働をたとえ拒否したとしても、WHOは関係国と協議した上で、一定の範囲で情報公開できることなど、領域国の自国の情報をコントロールする権利は一定の範囲で制限されている¹⁷⁾。③非発生国に対しては、感染症に対して各国が独自にとる追加措置の要件を定め（43条）、国際交通（international traffic）¹⁸⁾に対して不要に制限的な措置を規制するための枠組みが制定された（43条4-7項）¹⁹⁾。

このようにIHRは国家主権を前提としながらも、特に発生国の情報を公開す

13) 公衆保健上の追加措置については、後述4-2を参照。

14) 拙稿・発効と課題・前掲注4）201-208頁。

15) 拙稿・発効と課題・前掲注4）208-209頁。

16) PHEICについては、後述5-2を参照。

17) Panel Report, *supra* note 3, at 10, para. 10. 拙稿・発効と課題・前掲注4）192頁。

もっともIHRの改正過程では、領域国の同意がなくともWHOが専門家チームを現地訪問できる旨の規定があったが、最終的には削除された。現行のIHRでは国家の同意がなければ、WHOは専門家チームを現地に派遣できない。拙稿・発効と課題・前掲注4）173頁、脚注58、209頁、脚注241。

18) IHRは「国際交通」について、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うとし、「国際取引（international trade）」を含むとする（1条1項）。

19) 拙稿・発効と課題・前掲注4）236-238頁。

るなどして国家裁量を制限することでPHRへの国際社会全体の対処の確保を企図している。ただし、もし国家がWHOの勧告等に従わないとしても、それを強制する法的権限をWHOは有しない²⁰⁾。

2-3 2014年のエボラ出血熱の流行の特徴

2014年のエボラ出血熱の流行については、一般に、以下の特徴を指摘できる²¹⁾。①エボラ出血熱の流行としては、感染した人数からも影響を受けた地域からも過去最大規模であったこと²²⁾、②今回のエボラ出血熱が流行した発生国は、社会的・経済的に安定しているとはいえ、発生国の保健システムも脆弱(fragile)であり、人的・財政的・物質的な資源に顕著な弱点があった。このため、疾病の流行への管理対応(Ebola outbreak control response)に必要な能力に欠けたこと²³⁾、③西アフリカの当該地域でのエボラ出血熱の流行は初めてであり、エボラ出血熱の流行に対応する経験が不足していたこと²⁴⁾、④死者の埋葬の方法を含めて疾病についての誤った認識(疾病の伝達方法を含む)が広範に存在し、住民の恐怖・噂・不信を増長させ、このことがいくつかのコミュニティでは主要な障害となり続けたこと²⁵⁾、⑤国内外での人口の移動が顕著であり(high mobility)、感染者が国境を越えて移動する事例であったこと²⁶⁾、⑥ギニアのコナクリ(Conakry)、リベリアのモンロビア(Monrovia)、シエラレオネのフリータウン(Freetown)の三首都を含む都市部において感

20) Hodge, *supra* note 2, at 359.

21) Statement on the 1st Meeting, *supra* note 7.

22) INTERNATIONAL FEDERATION OF RED CROSS AND RED CRESCENT SOCIETIES, REGIONAL OPERATIONS FRAMEWORK, WEST AFRICA EBOLA VIRUS DISEASE RESPONSE (27 October 2014) [*hereinafter* IFRC], at 4.

23) Statement on the 1st Meeting, *supra* note 7; UN Ebola Crisis Centre: External Situation Report (25 September 2014), at para. 5.

24) Statement on the 1st Meeting, *supra* note 7. See Gostin *et al.*, *supra* note 2, at 1095; IFRC, *supra* note 22, at 4.

25) Statement on the 1st Meeting, *supra* note 7. See IFRC, *supra* note 22, at 4.

26) Statement on the 1st Meeting, *supra* note 7. See IFRC, *supra* note 22, at 4.

染が発生したこと²⁷⁾、⑦医療従事者の間で多くの感染が確認され、多くの施設で感染管理の観点から不十分な現実が存在したこと²⁸⁾、⑧風評被害による噂とパニックが広まったことで、国境の封鎖・航空機の乗り入れの停止・西アフリカの人々への偏見や差別が発生し、生存に必要な物資や機材を含めて国民生活や経済への深刻な影響が生じたこと²⁹⁾、⑨これまでエボラ出血熱の発生がアフリカの貧しい諸国に歴史的・地理的に限定されていたため、同疾病の治療方法やワクチンの研究及び開発のインセンティブが事実上存在していなかったこと³⁰⁾、⑩重篤で、継続し、脅威となる公衆保健上の緊急状態に対して、世界は十分な準備がなされておらず、グローバルなリスクとなったこと³¹⁾、である。

2-4 本稿の構成

本稿では、今回のエボラ出血熱への対応について、①発生国(後述3を参照)、②発生国以外の非発生国(後述4を参照)、③WHO(後述5を参照)、④国連を含む国際社会の対応(後述6を参照)に分けて、それぞれの対応とその課題(後述7を参照)を検討する。

3 発生国での対応

IHRは、すべての締約国が、①PHRに対応するために中核的能力をあらかじめ獲得し(本章3-1)、②「国際的に懸念される公衆保健上の緊急事態(PHEIC)」の恐れがある場合は³²⁾、速やかにWHOに通告し(本章3-2)、③

27) Statement on the 1st Meeting, *supra* note 7; See Gostin *et al.*, *supra* note 2, at 1095; IFRC, *supra* note 22, at 4.

28) Statement on the 1st Meeting, *supra* note 7; First Report, *supra* note 3, para. 4.

29) UN Ebola Crisis Centre: External Situation Report (25 September 2014), at para. 5; IFRC, *supra* note 22, at 4.後述4-2及び4-3も参照。

30) UN Ebola Crisis Centre: External Situation Report (25 September 2014), at para. 5.

31) *Id.*

32) PHEICについては、後述5-2を参照。

管理措置を行うこと(本章3-3)を想定している。

3-1 発生国での中核的能力の獲得状況

IHRは、公衆保健上の危機に対して、各国があらかじめ準備をして対応能力(中核的能力という)を獲得すべきことを定めている(IHR5条1項、13条1項、19条(a)、附録第一)³³⁾。IHRは獲得すべき能力としてサーベイランスや事前の行動計画の策定等を締約国に求めている。

しかしながら、今回エボラ出血熱が流行した諸国は、中核的能力の獲得や、事前対策計画の策定等の感染症対策が十分にできていた地域ではなかった³⁴⁾。IHRは、すべての加盟国に対して中核的能力の獲得状況について報告することも義務付けているが、感染の中心となった三国の2013年の報告はなされていなかった³⁵⁾。2014年のエボラ出血熱について、WHOの緊急委員会は、本流行の特徴について、感染国の保健システムが脆弱(fragile)であり、人的・財政的・物質的なリソースに顕著な弱点があるため、エボラ出血熱の流行への管理対応に必要な能力に欠ける結果となったことを指摘する³⁶⁾。エボラ暫定評価パネル³⁷⁾も、発生国が中核的能力に欠けていたことを指摘する³⁸⁾。

33) 拙稿・発効と課題・前掲注4) 192-201頁。拙稿・国内実施・前掲注4) 57-71頁。

34) UN Ebola Crisis Centre: External Situation Report (25 September 2014), at para. 5; WHO, HIGH LEVEL MEETING ON BUILDING RESILIENT SYSTEMS FOR HEALTH IN EBOLA-AFFECTED COUNTRIES: REPORT (10-11 December 2014) [*hereinafter* HIGH LEVEL MEETING], at 3; First Report, *supra* note 3, at 3, para. 7. See DAVIES *et al.*, *supra* note 2, at 129; Salaam-Blyther, *supra* note 2, at 4-5.

35) WHO Document, A67/35 Add.1 (9 May 2014), Annex.

36) Statement on the 1st Meeting, *supra* note 7.

37) エボラ暫定評価パネルについては、後述7を参照。

38) Panel Report, *supra* note 3, at 5. たとえば安保理決議2177の前文では、エボラ出血熱の流行が、これに対応する関係政府の能力を超えることが認識された。UN Document, S/RES/2177 (18 September 2014) [*hereinafter* S/RES/2177].

3-2 発生国からの通告

IHRに基づき、加盟国は、自国内で発生しPHEICの恐れがある事象をWHOに通告する義務を負う（6条）³⁹⁾。

2014年3月、ギニア保健省は、WHOに対してエボラ出血熱の発生を報告した⁴⁰⁾。続いてリベリア、シエラレオネ、ナイジェリアより通告がなされた⁴¹⁾。西アフリカにおけるこれらの状況は、WHO加盟国に対してIHR国内窓口を通じて情報提供がなされた⁴²⁾。

ただし、今回のエボラ出血熱の流行でも、これまでと同様に⁴³⁾、現地当局による事例の否定や流行の規模についての否定がなされた場合があった⁴⁴⁾。

3-3 発生国での管理措置

IHRは国家レベルのみならず、自治体レベルや入域地点においても、獲得すべき中核的能力を定め、それを確保するよう義務づけている（附録第一A）⁴⁵⁾。

今回のエボラ出血熱の流行でも実際に現場で重要な役割を果たしたのは、発生国の政府であり、特に自治体や住民であった⁴⁶⁾。

39) 拙稿・発効と課題・前掲注4) 202-205頁。

40) 当該地域のエボラ出血熱の発生について、WHOの報告書では、2013年から既に発生していたとする。See Panel Report, *supra* note 3, at 9, para. 2. See IFRC, *supra* note 22, at 2, 3.

41) Gostin *et al.*, *supra* note 2, at 1095.

42) 「〈特集〉西アフリカにおけるエボラ出血熱 2015年5月現在」『病原微生物検出情報』36巻6号（2015年）14頁。

43) 前述2-1を参照。

44) Panel Report, *supra* note 3, at 13. See Médecins Sans Frontières, PUSHED TO THE LIMITE AND BEYOND (2015), at 8.

45) 拙稿・発効と課題・前掲注4) 196-201頁。拙稿・国内実施・前掲注4) 73-80頁。

46) たとえば2014年8月8日に、WHOの緊急委員会は、臨時勧告を発出し、国家元首（The Head of State）に対して、国家緊急事態（national emergency）を宣言することを求めたうえで、迅速な統制を確保するためにコミュニティーが非常に重要で

これらの発生国は対策のための計画を策定した⁴⁷⁾。しかしながら、特にポスト・コンフリクト状況の地域では、住民に現地当局への不信があった⁴⁸⁾。さらに国や地域によっては、現地住民によって診療所の破壊や治療の拒否がなされた⁴⁹⁾。

本件の場合に発生国においてなされた代表的な管理措置には、①現場での医療体制の確保(本節3-3-1)、②症例の発見・隔離・治療・接触者の追跡調査(本節3-3-2)、③移動や集会の制限(本節3-3-3)、④安全な埋葬(本節3-3-4)、⑤感染症予防のための啓発活動(本節3-3-5)、⑥出国検査(本節3-3-6)などがあった⁵⁰⁾。

3-3-1 現場での医療体制の確保

エボラ出血熱への現地での対策としては、現場において、エボラ出血熱治療

あることを自ら国民に呼びかけることを求めた。Statement on the 1st Meeting, *supra* note 7. また国連の安全保障理事会も、発生国がエボラ出血熱の解決・鎮圧のための努力をすることを求めた。S/RES/2177, *supra* note 38, paras. 1-2.

47) たとえば2014年7月にWHOはガーナの首都アクラ(Accra)においてエボラ対策の会合を開催した。7月31日に対応計画(Ebola Virus Disease Outbreak Response Plan in West Africa)が発出された。本計画にはWHOや感染した諸国の対応計画がAnnexとして添付されている。WHO, Ebola Virus Disease Outbreak Response Plan in West Africa (31 July 2014).

48) たとえば、UN Document, S/2014/644 (2 September 2014) [*hereinafter* S/2014/644]; UN Ebola Crisis Centre: External Situation Report (24 September 2014), para. 4; First Report, *supra* note 3, at 3, para. 8; Panel Report, *supra* note 3, at 20, para. 55. See Salaam-Blyther, *supra* note 2, at 5.

49) Gostin *et al.*, *supra* note 2, at 1096.ただし治療の拒否や逃走はエボラ出血熱が発生した場合、他の諸国でも発生した。BARRY S. HEWLETT & BONNIE L. HEWLETT, EBOLA, CULTURE, AND POLITICS: THE ANTHROPOLOGY OF AN EMERGING DISEASE (2008) [*hereinafter* HEWLETT & HEWLETT], at 56-57, 118-119.

50) IFRC, *supra* note 22, at 9-13; Médecins Sans Frontières, *supra* note 44, at 7. 国家がこの他にとることが可能な公衆保健上の措置の例としては、拙稿・発効と課題・

センター (Ebola Treatment Center; ETC) を開設し、検査室での検査、接触者の追跡調査、社会動員、安全な葬儀、エボラ以外の医療などの能力を高めることが必要となる⁵¹⁾。

エボラ出血熱が流行した地域では、十分な医療設備や隔離施設の絶対数が不足していた。また不十分な施設や衛生状態の悪化によって、病院において逆に感染を拡大する可能性があった⁵²⁾。それゆえ現場での医療体制の量と質の確立 (Health Care Setting) が課題となった。

他方で医療従事者の感染と不足も深刻となった⁵³⁾。現場での活動に従事する者のためのトレーニングが不可欠であった⁵⁴⁾。個人防護具 (personal protective equipment: PPE) の確保も重要であった。また、医療従事者の賃金を含む労働環境の悪化も問題となった⁵⁵⁾。

さらに疑い症例の判断のためには検査室診断を行うことが必要となるため、検体等の検証を行う研究所も不可欠である。また採取した検体を、海外の研究機関に搬送する手段も必要であった。

前掲注4) 214-215頁、脚注260及び261を参照。

51) See Gostin *et al.*, *supra* note 2, at 1095-1096. WHOは、トリアージの施設を含めて、現場におけるエボラ出血熱の対応のためのマニュアルを作成している。WHO, MANUAL FOR THE CARE AND MANAGEMENT OF PATIENTS IN EBOLA CARE UNITS/COMMUNITY CARE CENTRES, WHO/EVD/Manual/ECU/15.1 (January 2015).

現地での課題については、たとえば次の文献を参照。MURRAY *et al.*, *supra* note 2.

52) Gostin *et al.*, *supra* note 2, at 1096; Médecins Sans Frontières, *supra* note 44, at 7.

53) Statement on the 1st Meeting, *supra* note 7; IFRC, *supra* note 22, at 4; Médecins Sans Frontières, *supra* note 44, at 7.

54) 現場での対処についてのトレーニングは、国境なき医師団が重要な役割を果たした。

55) Gostin *et al.*, *supra* note 2, at 1095-1096; MURRAY *et al.*, *supra* note 2.たとえば UNMEER(後述6-3) の設置を説いた国連事務総長の書簡でも、医療従事者の賃金のインセンティブ (Cash incentives for health workers) が言及されている。UN Document, A/69/389-S/2014/679 (18 September 2014) [*hereinafter* A/69/389-S/2014/679].

3-3-2 症例の発見・隔離・治療・接触者の追跡調査

他の感染症対策と同様に今回のエボラ出血熱への対応では、症例の発見・隔離（検疫拘束）・治療（case finding, isolation and treatment）が非常に重要である⁵⁶。また、接触者の追跡調査（contact tracing）も重要である⁵⁷。さらに疑い症例の搬送も必要となる。

3-3-3 移動や集会の制限

社会的な集会等の制限（social distancing）とは、感染症が発生した場合に、学校の閉鎖や集会の禁止などの社会的な接触の機会を減らすことで拡大を防止する方法のことである。今回のエボラ出血熱の流行でも会合等の制限が行われた⁵⁸。

今回のエボラ出血熱の感染拡大では、主要三国の国境が交錯している地域で国境を越えて感染が拡大し、人口の移動が感染を拡大するとして問題となった。そのため、2014年8月8日の臨時勧告は、エボラ出血熱の疑い例・可能性例又は確認例である遺体（human remains of deceased suspect, probable or confirmed）の国境を越える移動について、国際的なバイオセーフティの諸規定（international biosafety provisions）に従って許可される場合を除き、禁止される⁵⁹とした。

現地では、特定地域を封鎖し、あらゆる人やモノの移動を制限すること（restriction of movement）もなされた。たとえば感染した人々が自分のコミュニティーの外へと疾患を持ち出す可能性を減らすために、各政府は、著しく感染の影響を受けた都市を含む、伝染状況が重度の地域に隔離地帯（quarantine zones）を設けた⁶⁰。またリベリアの首都モンロビアのウエストポイント（West

56) See Gostin *et al.*, *supra* note 2, at 1095.

57) 接触者の追跡調査については、WHOアフリカ地域事務局でマニュアルが作成されている。WHO REGIONAL OFFICE FOR AFRICA, CONTACT TRACING DURING AN OUTBREAK OF EBOLA VIRUS DISEASE (September 2014).

58) Gostin *et al.*, *supra* note 2, at 1095-1096.

59) Statement on the 1st Meeting, *supra* note 7.

60) たとえばギニアのゲケドゥ（Gueckedou; Guéckédou）、シエラレオネのケネマ

Point) 地区及び首都の東部郊外のドロ・タウン (Dolo Town) 等で隔離地区が設けられ、当該地域との出入りが禁止された(事実上の防疫線 (cordon sanitaire; sanitary barrier))⁶¹⁾。

以上の措置によって、これらの地域に居住している人が国内の他の地域に移動することを阻止し、人によるエボラ出血熱の伝染拡大を阻止することが可能となった。しかし、一方で、移動の障壁により、人々の食糧や他の必需品へのアクセスが限定される結果となった。エボラ出血熱の一層の伝染を防ぐことは非常に重要であるが、隔離地帯の内部の人々が、食物、水、十分な衛生施設、その他の基本的物資にアクセスできる必要があった。

3-3-4 安全な埋葬

本流行に対処するためには、安全な埋葬 (safe burial) が重要であった⁶²⁾。西アフリカに限らず、アフリカでの伝統的な葬儀・埋葬の習慣 (funeral and burial customs)、特に葬儀で死者に触れる習慣は、多くの人々がエボラ・ウィルスに曝露される機会となるため、感染拡大の原因となったといわれる⁶³⁾。このため2014年8月8日の臨時勧告も「諸国は、葬式及び埋葬について、十分に訓練された要員によって、家族の出席のもと文化的実行 (cultural practices) を伴って、エボラの関連リスクを減ずるために、国内の健康規制に合致して、実施されることを確保するべきである」とした⁶⁴⁾。

安全な埋葬を実現するため、死亡者の家族や関係者に対して十分な説明を行い、葬式と埋葬の実施方法を安全なものに変更し、担当者が個人防護具を装着

(Kenema) やカイラフン (Kailahun)、リベリアのフォヤ (Foya) など。

61) S/2014/644, *supra* note 48. See Gostin *et al.*, *supra* note 2, at 1095.

62) 安全な埋葬については、WHOでマニュアルが作成されている。WHO, How TO CONDUCT SAFE AND DIGNIFIED BURIAL OF A PATIENT WHO HAS DIED FROM SUSPECTED OR CONFIRMED EBOLA VIRUS DISEASE, WHO/EVD/GUIDANCE/Burials/14.2 (October 2014).

63) HEWLETT & HEWLETT *supra* note 49, at 54-56, 78-79, 116.

64) Statement on the 1st Meeting, *supra* note 7.

して定められた土地に埋葬を行った⁶⁵⁾。

3-3-5 感染予防の啓発活動

感染予防の啓発活動のために現地住民の動員 (community engagement & social mobilization) が重要となった。さらに現地の伝統的な呪術師とも協力することが必要になった。

3-3-6 出国検査と出国制限

国際法上、外国人の出国は、重要な権利である (市民的及び政治的権利に関する国際規約12条2項)。しかし感染症の種類によっては、拡散を防止するために出国制限が必要となる場合もある。それゆえIHRは出国検査 (exit screening) や出国制限について規定している⁶⁶⁾。今回の対策でも、これらを課すことが重要となった⁶⁷⁾。今回の流行では、実際に国際空港の旅客によるナイジェリアへの感染拡大があったため⁶⁸⁾、発生国では出国検査が実施された。

出国検査について、たとえば2014年8月8日の臨時勧告⁶⁹⁾は、諸国が、国際空港、港及び主要な陸上越境地点において、エボラ出血熱の感染の恐れがある (potential Ebola infection) 原因不明の発熱性の病気 (unexplained febrile illness) について、全員を対象とした出国検査を実施するべきであるとした。さらにエボラ接触者又はエボラ患者 (Ebola contacts or cases) の国際旅行は、その旅行が適切な医療救助 (medical evacuation) の一部でない限り、なされるべきではないとした。

65) 「〈特集〉西アフリカにおけるエボラ出血熱 2015年5月現在」『病原微生物検出情報』36巻6号 (2015年) 7-8頁。

66) 拙稿・発効と課題・前掲注4) 227-228頁。

67) 具体的な出国管理についてはWHOでマニュアルが作成されている。WHO, INTERIM GUIDANCE FOR EBOLA VIRUS DISEASE: EXIT SCREENING AT AIRPORTS, PORTS AND LAND CROSSINGS, WHO/EVD/Guidance/POE/14.2 (6 November 2014).

68) Gostin *et al.*, *supra* note 2, at 1096.

69) Statement on the 1st Meeting, *supra* note 7.

同臨時勧告は、出国検査について、具体的には、少なくとも以下のものから構成されるとした⁷⁰⁾。すなわち、①質問 (questionnaire)、②体温の測定 (temperature measurement)、そして③ (もし発熱があれば) その発熱がエボラ出血熱によって生じたリスクの評価である⁷¹⁾。

3-4 発生国での役割分担と調整機能

これらの管理措置を実施する第一義的責任は発生国にある。しかし、今回のエボラ出血熱の流行では、これらを包括的に実施することが困難であったため、①発生国の現地当局や住民、②WHO等の国際機関 (後述する国連エボラ緊急対応ミッション (UNMEER) を含む)、③アメリカ・フランス・イギリスを含む非発生国が派遣したチーム、④国境なき医師団 (Médecins Sans Frontières)⁷²⁾ や国内外の赤十字⁷³⁾ を含むNGO等によって、国際協力がなされた⁷⁴⁾。

現地ではこれらの機関の調整が必要であり、そのための機能をWHOが果たすことが期待された⁷⁵⁾。しかし、少なくとも初期段階ではこの調整機能をWHOが十分果たしていたとはいえない⁷⁶⁾。また必要な情報共有も十分にはな

70) *Id.*

71) 2014年10月23日の臨時勧告も同趣旨である。WHO, Statement on the 3rd Meeting of the IHR Emergency Committee regarding the 2014 Ebola outbreak in West Africa (23 October 2014) [*hereinafter* Statement on the 3rd Meeting]. もっとも2014年8月14日、WHOは航空機を利用した旅行によるエボラ出血熱の感染リスクについて低いとした。

72) 国境なき医師団の活動については、たとえば次を参照。Médecins Sans Frontières, *supra* note 44.

73) 赤十字の活動については、たとえば次を参照。IFRC, *supra* note 22.

74) たとえば WHO Document, Ebola Response Roadmap (28 August 2014) [*hereinafter* Roadmap]; IFRC, *supra* note 22, at 5-6; UN Document, A/69/1014 (1 September 2015) [*hereinafter* A/69/1014].

75) 後述5-1を参照。

76) Panel Report, *supra* note 3, at 19, para. 52. See Médecins Sans Frontières, *supra* note 44, at 8-9.

されなかったとの批判もある⁷⁷⁾。

2014年7月になって調整のためにWHO準地域エボラ運用調整センター(WHO Sub-regional Ebola Operations Coordination Centre)(SEOCC)がギニアのコナクリに設置された⁷⁸⁾。UNMEERがアクラに設置されると、調整機能はUNMEERに統合された⁷⁹⁾。

さらに本件では、医療チームが襲撃されるなど単なる医療支援を超えて安全の確保や治安の維持等が必要になった⁸⁰⁾。また発生国は、隔離政策の実施や患者等を発見するために軍隊等も動員した⁸¹⁾。イギリス・米国・ドイツ・フランスは、発生国である三国に軍隊を派遣した⁸²⁾。もっとも特にポスト・コンフリクト地域での軍隊の利用には慎重さが必要となった⁸³⁾。

さらにこれらの地域では現代医療に対する不信感が存在する地域があった⁸⁴⁾。また文化に考慮した対応も必要となった⁸⁵⁾。2014年8月8日の緊急委員会の臨時勧告は、地域的・宗教的・伝統的なリーダーや祈祷師を通じて、コミュ

77) Médecins Sans Frontières, *supra* note 44, at 8-9.

78) WHO Strategic Action Plan for Ebola Outbreak Response, Annex 1 (31 July 2014).

79) UNMEER(後述6-3)の設置を説いた事務総長書簡においても、UNMEERが国連の枠外との調整を行うとされている。A/69/389-S/2014/679, *supra* note 55; Panel Report, *supra* note 3, at 25, para. 81. See IFRC, *supra* note 22, at 6.

80) IFRC, *supra* note 22, at 5.

81) UN Document, S/PV.7260 (9 September 2014) [*hereinafter* S/PV.7260]; Panel Report, *supra* note 3, at 19, para. 53. See Gostin *et al.*, *supra* note 2, at 1095.

82) IFRC, *supra* note 22, at 6.たとえばベリアアでは復興や輸送のため米軍が用いられ、シエラレオネでは英国の軍隊が派遣された。Panel Report, *supra* note 3, at 19, para. 53.

83) Panel Report, *supra* note 3, at 19, para. 53.

84) HIGH LEVEL MEETING, *supra* note 34, at 4.近代医療への不信は珍しいことではない。HEWLETT & HEWLETT *supra* note 49, at 57.

85) たとえば野生動物を食べる習慣(bush meat; game animal)が、エボラ出血熱の拡散を進めているとの指摘もあった。HEWLETT & HEWLETT, *supra* note 49, at 81-82, 120.

ニティーが大規模且つ持続して完全に関与することの確保を諸国に求めた⁸⁶⁾。

3-5 発生国での対応のまとめ

IHRによる対応においては、締約国が中核的能力を獲得していることを前提としてきた。しかし特に開発途上国における中核的能力の脆弱性の問題は、以前から指摘されてきている⁸⁷⁾。

今回は発生国がIHR上要求されている中核的能力に欠ける脆弱な地域で発生した。他方で、西アフリカでのエボラ出血熱の流行は初めてであった⁸⁸⁾。今回のエボラ出血熱の流行地域は、公衆保健政策上の実効性に欠けるという意味で、公衆保健上の対応が困難な国家の事例といえよう。

このように発生国の能力では不足する分野について、他国や国際社会が補う必要があった⁸⁹⁾。しかし外国のNGOを含め現地の医療関係者がエボラ出血熱に感染していく中で、人員の不足や設備の不足は深刻化していった。

4 発生国以外の諸国（非発生国）での対応

前章で検討したように発生国が公衆保健政策上の実効性に欠けるのであれば、他国や国際社会がこれを補う必要がある。IHRの改正の目的の一つは、感染症への恐怖（風評を含む）から非発生国が過度の措置をとることを阻止することにあつた⁹⁰⁾。PHEICが発生した場合、他の締約国は基本的にIHRで定められた公衆保健上の措置に限定して対処することができる。このような場合に、IHRは、国際交通への不要な介入を避けることを明記している（2条）。さらに各国が行う追加措置については、WHOの勧告等を通じて一定の制限が課さ

86) Statement on the 1st Meeting, *supra* note 7.

87) 拙稿・発効と課題・前掲注4) 254-255頁。

88) See *supra* note 24.

89) IFRC, *supra* note 22, at 2. 後述5及び6を参照。

90) 前述2-2を参照。

れている⁹¹⁾。

本章では、今回のエボラ出血熱の流行に対する非発生国の措置について検討する。

4-1 IHRにおける非発生国の協力義務

IHRは国家間での協力について努力義務を定めている(44条1項)⁹²⁾。また安保理の決議2177の中で、安保理は、各国に対して、専門家、物資、医療設備の派遣を要請した⁹³⁾。特にアメリカのアメリカ疾病予防管理センター(Centers for Disease Control and Prevention: CDC)は様々な協力を行った。他方で、現地で必要とされた支援が感染リスクを理由に拒否されることもあった⁹⁴⁾。

4-2 IHRにおける非発生国での対応(公衆保健上の追加措置)

感染症対策において国家の優先順位は、第一義的には自国民の安全の確保である。しかし、今日では、国家が相互に結びつきがあるばかりか、国際社会の共通利益の毀損が各国家に直接的に影響を与えるため、特に世界規模の感染症対策を実効的に実現するためには、各国家が国際社会全体に対して責任を負う体制を確立させなければならない⁹⁵⁾。

IHRは各国が公衆保健上の追加措置をとることを一定の条件の下に認めている(43条)⁹⁶⁾。他方で国際交通を大幅に阻害する追加的措置についてはWHOに情報を提供しなければならず、措置の中でも国際交通を不要に阻害するものに

91) 拙稿・発効と課題・前掲注4) 235-238頁。

92) 拙稿・発効と課題・前掲注4) 220-221頁。

93) S/RES/2177, *supra* note 38, paras. 7-8.

94) たとえばヘリコプターによる検体の移送が断られたこともあったという。

Médecins Sans Frontières, *supra* note 44, at 14.

95) First Report, *supra* note 3, at 8, para. 31.この点後述する「共有された主権」概念(後述7-1)や「世界市民」概念(後述7-2)が示唆的である。

96) 拙稿・発効と課題・前掲注4) 236-238頁。

については禁止されるものと考えられる⁹⁷⁾。

以下、非発生国でとられた措置について示す。

4-2-1 国際協力と感染した地域での医療業務に従事した者への措置等

今回の流行では、発生国において多くの医療従事者がエボラ出血熱に感染した⁹⁸⁾。発生国から適切な医療のための撤退 (medical evacuation) も行われた⁹⁹⁾。

なお、エボラ対策に従事した医療関係者が帰国した後に、母国で隔離がなされることもあった¹⁰⁰⁾。

4-2-2 出入国検査・渡航制限・退避勧告・国境封鎖等

IHRは入国検査について、それに従わなければ入国を拒否できると規定する(31条2項)¹⁰¹⁾。今回の対応でもいくつかの国は発生国からの入国を特定の入城地点に制限した¹⁰²⁾。これは十分に管理措置を実施できる入城地点に限定することで水際対策を実効的に行うためである。

今回のエボラ対策では、他の感染症と同じく空港での入国検査 (airport

97) 拙稿・発効と課題・前掲注4) 226-227頁、236-238頁。

98) 前述3-3-1を参照。

99) たとえば、2014年8月8日の臨時勧告でも適切な医療のための撤退が言及されている。Statement on the 1st Meeting, *supra* note 7.

100) たとえば、シエラレオネでエボラ出血熱の治療に携わった看護師が、米国に帰国した際に、当局から隔離措置として自宅待機を命じられた。Kaci Hickox, *Caught Between Civil Liberties and Public Safety Fears: Personal Reflections from a Healthcare Provider Treating Ebola*, 11 JOURNAL OF HEALTH & BIOMEDICAL LAW (2015) 9-23.

101) 拙稿・発効と課題・前掲注4) 228頁。

102) たとえば米国は、ギニア、リベリア、シエラレオネからの入国を、主要5空港(ハーツフィールド・ジャクソン・アトランタ空港、シカゴ・オヘア国際空港、ニューヨーク・JFK国際空港、ニューアーク・リバティ国際空港、ワシントン・ダレス国際空港)に限定した。

entry screening) が行われた¹⁰³⁾。多くの国家の国内法では、公衆保健に重大な影響を与える感染症の感染者を入国させることができない¹⁰⁴⁾。しかし、感染症には一般に潜伏期間があるため、その効果は完全なものではない¹⁰⁵⁾。

他方で、発生国への渡航制限や自国民への退避勧告もなされた¹⁰⁶⁾。これらの措置についてWHOは批判的である。その理由について、2014年10月24日の臨時勧告¹⁰⁷⁾では、一般的な渡航禁止 (general travel ban) は、経済的困窮を引き起こす可能性があるため、結果的に感染国 (affected countries) からの統制されない入国者 (uncontrolled migration) を増加させ、エボラ出血熱が国際的に拡大する危険性を高めることが懸念されるとした。それゆえ流行地域と往来する貨物や商品の取り扱いを含めて、空路及び海路交通を通常通り維持することが重要であるとした。また安保理の決議2177の中でも、各航空、船舶会社に対して、流行地域の孤立回避のため、運航を中止しないことも求めた¹⁰⁸⁾。

さらに今回のエボラ出血熱対策では、発生国からの入国禁止や国境閉鎖が非発生国によってなされた¹⁰⁹⁾。

このような渡航制限や貿易制限はWHO加盟国の四分の一によってなされ¹¹⁰⁾、40か国以上の国が臨時勧告によって許容されないにもかかわらず旅行・輸送・貿易に影響を与える追加的措置を実施した¹¹¹⁾。さらに、これらの諸国

103) Hodge, *supra* note 2, at 369.

104) Cole *et al.*, *supra* note 2, at 5.

105) Statement on the 3rd Meeting, *supra* note 71.

106) Panel Report, *supra* note 3, at 5, at 12, para. 17.

107) Statement on the 3rd Meeting, *supra* note 71.

108) S/RES/2177, *supra* note 38, para. 4.

109) Hodge, *supra* note 2, at 359-361.

110) First Report, *supra* note 3, at 8, para. 31; Panel Report, *supra* note 3, at 5, at 11-12, paras. 16-17.

111) WHO, Statement on the 4th Meeting of the IHR Emergency Committee regarding the 2014 Ebola outbreak in West Africa (21 January 2015) [*hereinafter* Statement on the 4th Meeting].

のうち相当数がIHRに従ったWHOへの報告をしなかった¹¹²⁾。国際交通を不要に阻害し、臨時勧告によって要請されない追加措置は¹¹³⁾、IHRによって許容されない措置とみなされる¹¹⁴⁾。

4-3 国際交通を不要に阻害する措置

IHRは、「……国際交通及び取引に対する不要な阻害を回避し、……公衆の保健上の危険に応じた制限的な仕方」で疾病の国際的拡大を防止・防護・管理し、及び公衆保健対策を提供するとする（2条¹¹⁵⁾。

WHOによるPHEICの宣言は、結果的に多くの国が追加的措置をとることに導いた¹¹⁶⁾。この結果、国際的な旅行や貿易に影響し、発生国は経済的な問題ばかりか、必要な要員や資材の受け入れに困難を生じさせた¹¹⁷⁾。これらの措置について、発生国である三国の大統領は国連事務総長に宛てた書簡の中で「実質的な経済制裁と貿易禁止 (virtual economic sanctions and trade embargoes)」に直面していると表現した¹¹⁸⁾。

112) Panel Report, *supra* note 3, at 12, para. 17.

113) たとえば、2014年8月8日の臨時勧告は、「流行地域に対する渡航や貿易の全面的禁止は行うべきではない」としている。Statement on the 1st Meeting, *supra* note 7. 同年9月22日に第2回緊急委員会が開催され、再度、フライトや交通についての制限を解除するように求めた。WHO, Statement on the 2nd Meeting of the IHR Emergency Committee regarding the 2014 Ebola outbreak in West Africa (22 September 2014). さらに同年10月23日の臨時勧告では、すべての国家に対して、海外渡航や国際貿易の禁止措置をとらない旨の勧告をした。Statement on the 3rd Meeting, *supra* note 71.

114) 拙稿・発効と課題・前掲注4) 224-238頁。

115) たとえば第4回緊急委員会会議での臨時勧告を参照。Statement on the 4th Meeting, *supra* note 111.

116) First Report, *supra* note 3, at 4, para. 10, at 8, para. 31.

117) First Report, *supra* note 3, at 4, paras. 10, at 8, para. 31; Panel Report, *supra* note 3, at 5, at 11, para. 16.

118) UN Document, S/2014/669 (15 September 2014), Annex [*hereinafter*

WHOの緊急委員会は臨時勧告においてこれらの国際交通に不要な介入を与えるような不適切な追加的措置を撤廃するように繰り返し求めた¹¹⁹⁾。

安保理決議2177¹²⁰⁾でも、「汚染諸国 (affected countries) に対して課された貿易及び渡航制限の結果としての汚染諸国の隔離の有害な効果について懸念を表明する」とし、この点について注意喚起がなされた¹²¹⁾。感染者のいる国の孤立を防ぐため、入国制限の撤廃や航空、海運の交通経路を維持するよう周辺国を含む加盟国に要請した¹²²⁾。さらにIHRに従ったWHOの臨時勧告を実施するように加盟国に求めている¹²³⁾。

2005年のIHRの改正にあたり特に重視されたのは、国際交通の維持であった¹²⁴⁾。しかし、前述した通り、今回WHOの枠外で40か国以上が国際交通に影響する追加的措置を行ったことに加え、ほとんどの諸国がIHRに従った報告をしなかった。この結果、発生国である三国を中心に絶大な経済的不利益が生じたといわれる¹²⁵⁾。

4-4 非発生国での対応のまとめ

IHR上、非発生国は、発生国やWHOに協力する義務と、国際交通を不要に阻害する措置をとらない義務を負っている。しかし、発生国への協力義務は努力義務であり、後者の義務は違反の場合に強制する制度が存在しない。その結

S/2014/669].

119) 前掲注113) に提示した勧告に加えて、以下を参照。Statement on the 4th Meeting, *supra* note 111; WHO, Statement on the 5th Meeting of the IHR Emergency Committee regarding the Ebola outbreak in West Africa (10 April 2015).

120) S/RES/2177, *supra* note 38.

121) *Id.*, para. 3.

122) *Id.*, para. 4.

123) *Id.*, para. 9.

124) 前述2-2を参照。

125) HIGH LEVEL MEETING, *supra* note 34, at 5-6.

果、今回のエボラ出血熱の流行では、これらの義務の履行が完全には実現されなかった。

5 WHOの対応

WHOは、同憲章上、感染症に対応する責任と権限を有する。WHO憲章は、WHOの目的について、すべての人民が可能な最高の健康水準に到達することを定めている（1条）。さらにWHOの任務の中には、①保健事業の強化について各国政府の要請に応じた援助を行うこと、②各国政府の要請又は受諾に基づき、適当な技術的援助及び緊急の際には必要な助力を与えること、③伝染病、風土病及び他の疾病の撲滅事業を奨励し及び促進すること、を含む（2条）。

伝統的な感染症対策を克服するために、IHRにおいて、WHOは、①締約国に関する情報をコントロールする形で締約国への影響力を行使し、②PHEICの認定権限を持ち、③国際社会や締約国（自治体を含む）がとるべき措置を勧告できるとする。

5-1 WHOによる発生国への支援

IHRの改正過程において、領域国が十分な中核的能力を有しない場合も危惧された。それゆえIHRには国際社会や他国が協力することが努力義務として明記されている。IHRは、WHOが、締約国の要請に基づき¹²⁶⁾、次の事項においてできる限り締約国と「協働（collaborate）」するとする¹²⁷⁾。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（44条2項）¹²⁸⁾。こ

126) 締約国による要請という条件は、IHR改正過程の最終案の段階で挿入された（前掲注17）を参照）。

127) 拙稿・発効と課題・前掲注4）219頁。

128) IHR 5条3項は、WHOが締約国による中核的能力の構築を援助するとする。

これらの協働の実現は、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(44条3項)¹²⁹⁾。

IHRは公衆保健上の対策に関するWHOの援助についても規定している¹³⁰⁾。PHR及びその他の事象に対する対策に関して、WHOは、締約国からの要請に基づき、技術的な指針・援助の提供や、管理措置の実効性評価を通じて協働する(13条3項)。これは、現地支援のために国際専門家チームを動員すること(mobilization of international teams of experts for on-site assistance)を含む¹³¹⁾。

WHOは今回の流行にあたり、発生国への支援を行った。もっともWHOの果たすべき機能は「技術的で規範的」なものであり、今回のエボラ対策で必要とされたような、現地国家の機能を補完するための多人数で、長期にわたり、多国間にわたる問題を扱うことは想定していなかった¹³²⁾。特にエボラ出血熱の初期の報告がなされた2014年3月の段階でWHOは大規模な緊急対応を発動せず、結果的に今回のエボラ出血熱の拡大を阻止できなかったと批判された¹³³⁾。さらに①WHOの予算は硬直的であり、また②人員の現地での活動増加に柔軟に対応することは困難であった¹³⁴⁾。

5-2 国際的に懸念される公衆保健上の緊急事態(PHEIC)と臨時勧告

IHRは、国際的に懸念される公衆保健上の緊急事態(PHEIC)の手続を定める(12条、48条、49条)¹³⁵⁾。

129) 拙稿・発効と課題・前掲注4) 219頁。

130) 拙稿・発効と課題・前掲注4) 219頁。

131) 拙稿・発効と課題・前掲注4) 219頁。

132) Panel Report, *supra* note 3, at 15, para. 26; Médecins Sans Frontières, *supra* note 44, at 8.

133) First Report, *supra* note 3, at 3, para. 8; Panel Report, *supra* note 3, at 6-8, at 20, para. 55; Médecins Sans Frontières, *supra* note 44, at 8-9. 植木・前掲注2) 21頁。

134) 後述5-3を参照。

135) 拙稿・発効と課題・前掲注4) 211-213頁。

2014年3月31日に国境なき医師団は、エボラ出血熱の流行が先例がない旨の宣言を發していた¹³⁶⁾。2014年4月にWHOは「前例のない流行 (unprecedented outbreak)」に注意を喚起していた。しかし国際社会が全体としてこれに対応することにはつながらず、後述するWHOによるPHEICの宣言も8月までなされなかった¹³⁷⁾。

2014年8月6日、WHO事務局長は、西アフリカで流行しているエボラ出血熱に関してIHRに基づき第一回緊急委員会を開催した¹³⁸⁾。

緊急委員会の検討を受けて、8月8日、WHOの事務局長はIHRに基づき、西アフリカでのエボラ出血熱の流行 (Ebola outbreak in West Africa) を「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)」であると宣言した¹³⁹⁾。PHEICの認定にあたり¹⁴⁰⁾、①通常と異なる事象であること、②国際的に拡大した場合、深刻な帰結をもたらす可能性があること、③感染拡大を阻止するために調整された国際的対応が必要とされることが指摘された¹⁴¹⁾。

IHRによればPHEICが認定された場合、WHOの事務局長は、法的拘束力を有しない臨時勧告 (temporary recommendation) を行う (15条1項)。臨時勧告は2014年8月8日に發出された¹⁴²⁾。さらに8月28日、WHOはエボラ出血熱

136) Médecins Sans Frontières, *supra* note 44, at 6.

137) First Report, *supra* note 3, at 4, para. 10, at 5, para. 14; Panel Report, *supra* note 3, at 10, para. 8, at 12, paras. 20-22.

138) 2015年10月5日までに西アフリカでのエボラ出血熱の流行に関して緊急委員会は7回開催され、その都度声明が發表されている (2014年8月8日、9月22日、10月23日、2015年1月21日、4月10日、7月7日、10月5日)。

139) Statement on the 1st Meeting, *supra* note 7. WHOがPHEICを宣言するのは、2009年のH1N1、2014年のポリオに続いて3回目である。

140) IHRにおいてPHEICの認定基準は、①事象の深刻さの基準、②予測不可能性の基準、③国際的拡大の危険性の基準、④国際旅行又は取引が規制される危険性の基準、である。

141) Statement on the 1st Meeting, *supra* note 7.

142) *Id.*

への対応策をまとめた行程表(ロードマップ)を発表した¹⁴³⁾。

5-3 WHOの財政的基盤

WHOの財政的基盤は、①加盟国に義務として割り当てられる分担金(Assessed contributions)によって支弁される通常予算(Regular Budget)¹⁴⁴⁾と②各国・他の国際機関・企業・個人等が自主的に提供する任意拠出金(Voluntary contributions)¹⁴⁵⁾によって運営される予算外拠出(External-Budgetary Contributions)から構成される。またIHRは財政協力について定めている(44条1項(c)、44条2項(c))¹⁴⁶⁾。

今回のエボラ出血熱の流行への支援では、多額の資金が必要とされた。しかし、WHOの予算は、任意拠出金等その用途が限定されたものが多くを占めるばかりか、予算不拡大方針(zero nominal growth policy)のため、緊急対応に応ずることは困難であった¹⁴⁷⁾。それゆえWHO単独では、必要な資金を集めることはできなかった。

5-4 WHOと国際連合等の関係

国連憲章57条及びWHO憲章69条に基づき、WHOは専門機関として、国際連合と関係を有する¹⁴⁸⁾。またWHO憲章は、WHOが他の政府間機関と効果的関

143) Roadmap, *supra* note 74.

144) 通常予算について、WHO憲章によれば、①事務局長が予算案を作成して理事会に提出し、②理事会はこの予算案を審議して必要と認める勧告とともに保健総会に提出する(55条)。③保健総会は予算案を承認し、④加盟国に経費が割当られる(56条)。

145) 予算外拠出について、WHO憲章によれば、憲章は寄付と寄贈(gifts and bequests)として扱っており、これを保健総会又はこれを代理する理事会が受理及び管理する(57条)。また緊急事態及び不測の偶発事項に応ずるために特別資金(Executive Board Special Fund)が設置され、執行理事会の裁量によって使用される(58条)。

146) 拙稿・発効と課題・前掲注4)223頁。

147) First Report, *supra* note 3, at 8, para. 34; Panel Report, *supra* note 3, at 6, at 16, paras. 35-36. See Salaam-Blyther, *supra* note 2, at 20-21.

148) Agreement between the United Nations and the World Health Organization

係を設立し密接に協力すると規定する(70条)。IHRもWHOと他の国際機関の連携について調整を定めている(14条1項)¹⁴⁹⁾。またWHO憲章はWHOと民間の国際団体(NGO)との協力関係についても定めている(71条)。

しかしながら、今回の対策にあたり、WHOと国連や他のNGOとの協力関係は少なくとも初期の段階では実現しておらず十分な連携がなされなかった¹⁵⁰⁾。

5-5 WHOの対応のまとめ

今回のエボラ出血熱の対策では、WHO自身の対策準備と対応能力が問われた。WHOは一定の成果を出しつつも、少なくとも初期の段階では十分な対応を行うことができなかった。IHRはWHOや締約国に対して協力義務を負わせているが、WHOだけでは十分な協力を得ることはできなかった。またWHOの予算や人員の不足によっても迅速な活動は妨げられた。

さらにWHOはPHEICを宣言することによって国際社会の注意喚起をする権限を有する。しかしWHOが実際にPHEICを宣言したのは、2014年8月8日であり、この時点で流行の深刻な影響は広範囲に及んでいた。エボラ暫定評価パネルの報告書は、PHEICの宣言が遅れた理由について、①発生国における公衆保健の脆弱な状況、②流行の発生や範囲の否定・経済への悪影響への懸念・事態の政治的利用といった発生国の政治状況、③WHOの政治状況やジレンマ、④技術的・規範的であるWHOの組織文化、⑤これまでのエボラ出血熱の流行を小規模で封じ込めてきたという過信・PHEIC以外の警告手段の不在・リスクへの過小な理解等の国際社会の事情を指摘している¹⁵¹⁾。十分な中核的能力を有しない複数の発生国を、WHOだけで補完することは、予算的・人的資源の観点から不可能であった。

2014年7月になって、西アフリカでエボラ出血熱に感染した医師らが自国に

(1948), *reprinted in* WORLD HEALTH ORGANIZATION, BASIC DOCUMENTS (48th ed., 2014), at 44-52.

149) 拙稿・発効と課題・前掲注4) 221-223頁。

150) Panel Report, *supra* note 3, at 7, at 23, para. 73.

151) First Report, *supra* note 3, at 4, para. 12; Panel Report, *supra* note 3, at 13.

帰国し、帰国後の感染が確認されるようになると、米国やヨーロッパにおいて本問題への関心が高まった。そのため本問題は、国際社会全体、特に国際連合を巻き込んだ活動へと移行していった。もっともWHOは医療関係の専門機関であるため、エボラ出血熱への対策において国連が中心となった後でも、WHOは継続して機能を果たすことが期待され、その任務を果たした¹⁵²⁾。

6 国際連合を含む国際社会全体としての対応

6-1 国際連合による対応の開始

WHOによってもエボラ出血熱が終息できないことを、国際社会は看過できなかった。WHOが2014年8月8日にPHEICを宣言した後も¹⁵³⁾、発生国におけるエボラ出血熱流行の終息の目途はたたなかった。国際社会においてWHOと現地当局だけでは問題に対処できないのではないかとの懸念が広まった¹⁵⁴⁾。

2014年8月になって、国連自体が前面に立って本問題に対処するようになった¹⁵⁵⁾。2014年8月12日、国連事務総長は、デビッド・ナバロ(David Nabarro)を、「エボラ出血熱に関する国連システム調整官(Senior United Nations System Coordinator for Ebola Virus Disease)」として任命した¹⁵⁶⁾。

2014年8月29日付で、発生国である三国の大統領から国連事務総長宛に書簡が送付された¹⁵⁷⁾。

9月5日に、国連事務総長は、西アフリカのエボラ出血熱の感染拡大阻止で、

152) たとえばUNMEER(後述6-3)の設置を説いた事務総長の書簡では、WHOがあらゆる健康問題を指導するべきことを明記している。A/69/389-S/2014/679, *supra* note 55. また国連総会決議69/1においても、WHOがエボラ対策の支援について「中心的役割(central role)」を果たしていることを明記している。UN Document, A/RES/69/1 (23 September 2014) [*hereinafter* A/RES/69/1].

153) 前述5-2を参照。

154) First Report, *supra* note 3, at 5, para. 14; Panel Report, *supra* note 3, at 24, para. 76.

155) First Report, *supra* note 3, at 5, paras. 14-15.

156) S/2014/644, *supra* note 48.

157) S/2014/669, *supra* note 118, *See also* A/69/389-S/2014/679, *supra* note 55.

国連内外の組織の連携を強化するため、国連の危機対策メカニズムを稼働し、9月8日に、エボラ出血熱対応の副調整官及び緊急危機対応責任者（Deputy Ebola Coordinator & Emergency Crisis Manager）として、アンソニー・バンベリー（Anthony Banbury）を任命した¹⁵⁸⁾。

6-2 安全保障理事会での対応と決議2177

2014年9月9日、国連安全保障理事会（UN Security Council）は国連リベリア・ミッション（UNMIL）との関係で、西アフリカで拡大を続けるエボラ出血熱の封じ込めに向けた会合を開催した¹⁵⁹⁾。

9月18日、安保理は緊急会合を開催し、西アフリカでのエボラ出血熱の流行について、決議2177を全会一致で採択した¹⁶⁰⁾。安保理が保健関連で緊急会合を開催し、決議を採択したのは初めてであった¹⁶¹⁾。本決議は米国が提案し、130か国以上が共同提案し¹⁶²⁾、45か国が発言した¹⁶³⁾。

決議では、前文において今回の流行が関係政府の能力を超えるであろうことを指摘した。さらに「アフリカにおけるエボラ出血熱の流行の前例のない広がり（unprecedented extent of the Ebola outbreak in Africa）」が「国際の平和及び安全に対する脅威」とであると認定した。

本決議の前文の中では、これまでの安保理決議の歴史の中で、IHRやPHEICへの言及が初めてなされている¹⁶⁴⁾。

158) A/69/389-S/2014/679, *supra* note 55.

159) S/PV.7260, *supra* note 81.

160) S/RES/2177, *supra* note 38.

161) 安保理が感染症の問題を扱った事例としては、2000年の国連安全保障理事会決議1325（2000年10月31日）で、軍人や国連平和維持部隊におけるHIVの啓蒙訓練に関する決議が採択された。最近も安全保障理事会決議1983（2011年6月7日）において、HIV/AIDSに関する決議が出されている。

162) UN Document, S/2014/673（18 September 2014）.

163) 議事録は50頁にもなった。UN Document, S/PV.7268（18 September 2014）.

164) 決議2177の前文において「2005年国際保健規則を想起し」とされた。

6-3 国連エボラ緊急対応ミッション (UNMEER)

WHOの対応の限界は、国際社会の司令塔としてばかりか、現場での対応でも同様であった。そのため2014年9月18日、国連事務総長は、国連総会と安保理に送付した書簡において、国連エボラ緊急対応ミッション (United Nations Mission for Ebola Emergency Response: UNMEER) の設置を発表した¹⁶⁵⁾。国連事務総長の書簡において、エボラ出血熱の感染拡大は単なる公衆保健上の危機 (public health crisis) であるだけでなく、政治・社会・経済・事業・人道・安全保障など多様な側面を有するとした¹⁶⁶⁾。なおエボラ出血熱が流行する以前から、リベリアやシエラレオネでは平和維持活動を含む国連のミッションが行われていた¹⁶⁷⁾。

9月19日、国連総会は国連事務総長によるUNMEERの提案を歓迎した¹⁶⁸⁾。これを受けて事務総長はUNMEERを設置した¹⁶⁹⁾。本部はガーナのアクラに置かれた¹⁷⁰⁾。UNMEERの組織としては、本部があるアクラと発生国毎の組織に大きく分かれる構造となっている。現地への支援を行うWHOもUNMEERの組織の中に位置づけられた。

9月17日付の国連事務総長の書簡は、UNMEERの原則及び任務を示した¹⁷¹⁾。UNMEERの原則とは、①発生国政府のリーダーシップの再強化、②流

もっとも必ずしもIHRについて十分な認識が安保理参加者にあったとは言えない。

議事録中でIHRという文言は使われておらず、たとえばロシア代表は「international health protocols」という文言を使っている。Id., at 13.

165) A/69/389-S/2014/679, *supra* note 55.

166) Id.

167) たとえばリベリアのUNMILについてUN Document, S/2014/598 (15 August 2014); UN Document, S/PV.7310 (12 November 2014).

168) A/RES/69/1, *supra* note 152, para. 1.

169) UN Document, A/69/404 (24 September 2014) [*hereinafter* A/69/404].

170) Id., para. 13.

171) A/69/389-S/2014/679, *supra* note 55.

行している現地において迅速に結果をだすこと、③国連以外のアクターとの緊密な調整及び協力、④様々に異なる諸国でのそれぞれの個別ニーズに即した柔軟な対応、⑤WHOが健康問題のすべてにおいて指導すべきことの再確認、⑥緊急対応後への移行についての基準の明確化及びUNMEERの行動が現地体制を強化することの確保である¹⁷²⁾。

UNMEERの具体的な任務は、①ケース・マネジメント (Case management)、②症例の発見・検査・接触者の追跡 (Case finding, lab and contact tracing)、③安全な埋葬 (Safe and dignified burials)、④コミュニティーへの関与と社会的動員 (Community engagement and social mobilization) であった¹⁷³⁾。

UNMEERに関する予算措置が事務総長によって国連総会に求められた¹⁷⁴⁾。さらにUNMEERに限らず現地での他の国際機関やNGO活動に利用するため、UNMEERを含む国連信託基金 (Multi-Partner Trust Fund) が設置された¹⁷⁵⁾。

2015年7月31日、UNMEERは活動を終了した¹⁷⁶⁾。この結果、8月1日に、エボラ出血熱への緊急対応に関する国連システムの監督は、UNMEERから、WHOの事務局長の直接的な指揮の下にあるWHOへと移った¹⁷⁷⁾。

UNMEERの設置の根拠は、事務総長による派遣の決定であるため、安保理決議や総会決議を根拠とする国連の平和維持活動や政治的ミッションとは法的根拠が異なる¹⁷⁸⁾。

172) *Id.* See also A/69/404, *supra* note 169, para. 6.

173) A/69/404, *supra* note 169, para. 7.

174) *Id.*, para. 23.

175) A/69/404, *supra* note 169, para. 21.同基金については次の文献を参照。OFFICE OF THE UN SECRETARY-GENERAL'S SPECIAL ENVOY ON EBOLA AND MULTI-PARTNER TRUST FUND OFFICE, UNDP, UN EBOLA RESPONSE MULTI-PARTNER TRUST FUND, FOR THE PERIOD OCTOBER 2014 TO JANUARY 2015 (2015).

176) Statement by SG Ban Ki-moon on the transition of UNMEER (31 July 2015).

177) A/69/1014, *supra* note 74, at 2, para. 6.

178) *World Health Organization and United Nations Documents on the Ebola Outbreak in West Africa*, 54 INTERNATIONAL LEGAL MATERIALS 532 (2015), at 533.植

6-4 国連を中心とした国際社会の対応のまとめ

国連は、WHOの機能の限界を補完して、積極的に対応したように見える。国連がWHOから任務を引き受けて「国際の平和及び安全に対する脅威」であると認定することによって国際社会の注意を喚起し、不足していた人員と資金を得ることが可能となった。今回の国連の対応は、ある専門機関の機能の限界を他の機関が補完したという意味でも重要なものであった¹⁷⁹⁾。

安保理によって感染症という自然現象に決議が出されたことの意味は大きい。そもそも感染症対策は古典的な国内問題であり、せいぜい国境管理の問題であると考えられてきた。IHRの改正作業において、発生国の同意が存在しない場合も国際社会が介入できることを求めるものがあった¹⁸⁰⁾。今回は発生国からの事前の協力要請がなされたが¹⁸¹⁾、安保理決議は、国際社会による一方的な介入の可能性を示唆するものである。国連において、自然災害について強制的な決議を発出することへの躊躇がこれまで存在したことに鑑みれば、本決議に代表される今回の対応は新しい可能性を示すものであると理解できよう。

7 エボラ出血熱の流行への対応の検討

今回のエボラ出血熱の流行に対する対応は、従来から危惧されており、IHRの改正の契機となった感染症のグローバルな脅威が現実化したものであった。同時に、従来から指摘されてきたIHRを含む国際保健体制の弱点が露呈したものとなった。そのためWHOを含む世界は直面した問題について改善策を今後提示する必要がある。

2015年1月25日にWHOの執理事務会において、エボラ出血熱対応のための

木・前掲注2) 24頁。

179) もっとも発生国でのUNMEERの活動には課題もある。Panel Report, *supra* note 3, at 24, para. 78.

180) 前掲注17) を参照。

181) S/2014/669, *supra* note 118.

特別会期が開催された¹⁸²⁾。これを受けて、エボラ暫定評価パネル (Ebola Interim Assessment Panel) によって2015年5月8日にWHOの対応に関する第一報告書が提出され¹⁸³⁾、7月に報告がなされた¹⁸⁴⁾。これらの報告書の中で、今回のエボラ対応について批判的に検討がなされた。

またこれとは別に2015年1月25日のWHOの執理事務会決議¹⁸⁵⁾及び同年5月26日のWHOの保健総会決議によって¹⁸⁶⁾、西アフリカでのエボラ出血熱の対応でのIHRの役割に関する再検討委員会 (IHR Review Committee for Ebola) をIHRに基づき設置するようにWHOの事務局長に対して要請された¹⁸⁷⁾。8月25日に第一回の報告がなされた¹⁸⁸⁾。

本章ではこれらの報告書を参照しつつエボラ出血熱の流行に対する国際社会の対応を検討する。今回のエボラ出血熱の対応では、①発生国 (本章7-1)、②非発生国 (本章7-2)、③WHO (本章7-3)、④国連を含む国際社会全体 (本章7-4) のそれぞれに問題と課題があった。

7-1 発生国の課題

2005年のIHRの改正にあたって、世界中のすべての国家が中核的能力を獲得できるのか疑問が提起されたことがある¹⁸⁹⁾。今回エボラ出血熱が発症した地

182) WHO Document, EBSS3R1 (25 January 2015) [*hereinafter* EBSS3R1].

183) First Report, *supra* note 3.

184) Panel Report, *supra* note 3.

185) EBSS3R1, *supra* note 182, para. 53.

186) WHO Document, WHA68 (10) (26 May 2015) [*hereinafter* WHA68 (10)], in WHO Document, A68/DIV./3 (5 June 2015).

187) これまでもH1N1のパンデミックの後に検討委員会の報告書が作成された。WHO Document, A64/10 (5 May 2011), Annex.

188) WHO Document, Report of the First Meeting of the Review Committee on the Role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola Outbreak and Response (25 August 2015).

189) 拙稿・発効と課題・前掲注4) 254-255頁。2014年11月現在、64か国が中核的能力を獲得し、81か国が延長手続を行い、48か国からは報告がなされていない。Panel

域は、まさにこの中核的能力が確保されていない地域であった¹⁹⁰⁾。

発生国での中核的能力の欠如は、これらの諸国においてIHRに基づき締約国に義務付けられている現状報告や実施義務が実行されていない状況に鑑みればこれらの諸国が抱える構造的問題の一つである。それゆえ今回のエボラ出血熱の対策においても当該疾病以外の衛生サービスが提供された。これから再発を防止するためには、中長期的視点からの当該地域の衛生状態の改善が望まれる。締約国の中には中核的能力を獲得する十分な資源を有するにもかかわらず、これを実現していない諸国もある¹⁹¹⁾。さらにIHRはPHEICのおそれがある場合、締約国による通告を義務付けている。しかし締約国が通告した場合の風評被害等を考えると、発生国が事象をWHOに通告するインセンティブは極めて少ない。それゆえ、発生国の報告を助長するインセンティブを検討する必要性があるとの指摘もある¹⁹²⁾。

以上からエボラ暫定評価パネルの報告書は、自国の国民の健康を守ることが国家の主権の働きであることを前提としつつも、エボラ出血熱のようなPHRに対しては国際社会全体で対応しなければ有効な対策ができないため、「共有された主権 (shared sovereignty)」の概念を提唱する¹⁹³⁾。

7-2 非発生国の課題

感染症に対して人々は恐怖を感じる。これは特にエボラ出血熱のようにワクチンが存在しておらず予防法や治療法が確立していない場合は顕著となる。その結果、多くの非発生国は自国国民への配慮から、発生国への協力を躊躇して、国境封鎖など過度な措置をとった¹⁹⁴⁾。

これに対してエボラ暫定評価パネルの報告書は、国家は自国の安全を守るだ

Report, *supra* note 3, at 10, para. 11.

190) 前述3-1を参照。

191) Panel Report, *supra* note 3, at 10-11, para. 11.

192) たとえばPanel Report, *supra* note 3, at 6; at 11-12, paras. 16-19.

193) *Id.*, at 10, para. 10.

194) 前述4-2を参照。

けではなく、世界の利益に考慮して、「世界市民 (global citizen)」として行動することも重要であるとする¹⁹⁵⁾。さらに非発生源による国際交通を不要に阻外する措置について世界貿易機関 (WTO) の紛争解決手続や国連の安保理に付託する可能性を示唆している¹⁹⁶⁾。

7-3 WHOの課題

今回のエボラ出血熱の流行への対応では、WHOの対応能力の欠如のため、①発生源の現場での活動においても、また②国際社会の感染症対策の司令塔としても、十分に機能できなかった¹⁹⁷⁾。エボラ暫定評価パネルの報告書は、感染拡大の初期の段階で、人道問題調整事務所 (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs: OCHA) 及び 機関間常設委員会 (Inter-Agency Standing Committee: IASC) の支援を求めるべきだったとする¹⁹⁸⁾。

これらへの対策として、エボラ暫定評価パネルの報告書は、①WHOに代わる新しい国際機関の創設、②国連の利用、③WHOの強化の三つの可能性をあげ、この第三番目の選択肢をとるべきだとしている¹⁹⁹⁾。さらに、①WHOに緊急対応準備のためのセンター (WHO Centre for Emergency Preparedness and Response) の設置²⁰⁰⁾、②緊急展開要員 (Global Health Emergency Workforce) の確保²⁰¹⁾、③緊急対応用の基金 (Contingency fund) の創設などが期待される²⁰²⁾。

195) First Report, *supra* note 3, at 8, para. 31; Panel Report, *supra* note 3, at 12, para. 19.

196) Panel Report, *supra* note 3, at 12, para. 19.

197) 前述5-5を参照。

198) First Report, *supra* note 3, at 5, para. 14; Panel Report, *supra* note 3, at 24, para. 74.

199) Panel Report, *supra* note 3, at 15-16, paras. 26-30. See Burkle, *supra* note 2.

200) Panel Report, *supra* note 3, at 7, at 16, para. 31, at 22.

201) WHA68 (10), *supra* note 186; First Report, *supra* note 3, at 9, para. 36; Panel Report, *supra* note 3, at 17-18, paras. 41-44.

202) WHA68 (10), *supra* note 186; First Report, *supra* note 3, at 6, para. 22, at 8-9, paras. 34-35; Panel Report, *supra* note 3, at 7, at 16-17, paras. 35-37.

また後者のWHO自身の緊急対応能力も問われた。たとえば、PHEICのレベルに達していなくても国際社会に警告を発する必要性も指摘されている²⁰³⁾。

7-4 国連を含む国際社会の課題

今回のエボラ出血熱への対応では、領域国の限界を本来補完する立場にあった国際機関（WHO）について、国連を含む国際社会全体で補完することが求められた²⁰⁴⁾。

今回のエボラ出血熱への対処を現地において対策を行う発生国、国連やWHOを含む国際機関、NGO間の連携が十分にとれずに感染が拡大したとの指摘がなされている²⁰⁵⁾。これら団体間の協力メカニズムの確立が急務である²⁰⁶⁾。また国際社会全体が対応するためには、国連が中心となって調整をする仕組みが求められている。今回はUNMEERの機構の中にWHOも位置づけられることとなった²⁰⁷⁾。これはWHOの機能を国連が中心となって補完することが直接の契機であったが、これに限らずWHOと国連の役割分担をどうするのが今後の課題となろう。

8 おわりに

今回のエボラ出血熱の危機は、WHOの機能の組織的な失敗を示したばかりか、IHRの欠点も示した²⁰⁸⁾。医療が脆弱な地域において大規模且つ重度な感染症の流行に対処するためには、国家・WHO・国連・NGO等を含む機能的連携

203) First Report, *supra* note 3, at 8, para. 33; Panel Report, *supra* note 3, at 13, para. 23.

204) 前述 6-4 を参照。

205) 前述 3-4 を参照。

206) Panel Report, *supra* note 3, at 23-25, paras. 67-81.

207) 前述 6-3 を参照。

208) Panel Report, *supra* note 3, at 5.

とこれらを実現するための政治的及び財政的コミットメントが不可欠である。その前提としてIHRを含む公衆保健上の危機への対策のための国際法を、国際組織法や国家責任などの国際法体系の中で位置づけることを今後の研究課題としたい。