

## 《論 説》

# 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——

鈴木 淳 一

はじめに

- 1 IHRの改正と発効に至る経緯
  - 1-1 感染症の国際的対策の必要性
  - 1-2 IHRのWHO憲章上の根拠
  - 1-3 保健総会による改正作業の開始
  - 1-4 2003年のSARSの発生と拡大への対応
  - 1-5 政府間作業部会での作業
  - 1-6 新IHRの採択と発効
  - 1-7 2009年の新型インフルエンザA（H1N1）のパンデミック
- 2 新IHRの全体像とその射程
  - 2-1 新IHRの特徴
  - 2-2 規律対象①：公衆衛生上の危険（PHR）と医学・疫学上の概念
  - 2-3 規律対象②：国際交通と国際通行
  - 2-4 規律対象③：公衆衛生上の措置の概念
  - 2-5 新IHRの実施機関
  - 2-6 新IHRの目的と原則
- 3 国家に要求される中核的能力
  - 3-1 中核的能力についての概観
  - 3-2 IHR連絡窓口
  - 3-3 中核的能力の内容①：サーベイランス及び公衆衛生上の対策
  - 3-4 中核的能力の内容②：指定した入域地点
  - 3-5 コンテナ積み込み区域に関する努力義務
- 4 国家による通告とWHOを中心とした対応
  - 4-1 国家の通告等の義務と非公式情報の活用
  - 4-2 国家への検証手続

- 4-3 WHOからの情報提供
  - 4-4 診断用検体等の取扱い
  - 4-5 国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（PHEIC）の認定と暫定的勧告
  - 4-6 恒常的勧告と指針
  - 4-7 WHOによる国家との協働と支援
  - 4-8 国家間の協働・他の国際機関等との連携
  - 5 締約国による公衆衛生上の措置とその制限
    - 5-1 公衆衛生上の措置についての概観
    - 5-2 公衆衛生上の措置に関する原則
    - 5-3 到着・出発における一般的な要求事項と保健上の書類
    - 5-4 感染した対象や感染したおそれのある対象に対する措置
    - 5-5 締約国による衛生上の追加措置
    - 5-6 料金の徴収
  - 6 新IHRと人権保障
    - 6-1 公衆衛生上の措置と人権保障
    - 6-2 人権保障に関する諸原則
    - 6-3 旅行者の扱い
    - 6-4 個人データの扱い
  - 7 他の条約との関係と紛争解決手続
    - 7-1 他の条約との関係
    - 7-2 紛争解決手続
  - 8 新IHRの発効、報告及び改正
    - 8-1 発効手続
    - 8-2 実施義務
    - 8-3 報告と検討
    - 8-4 改正
  - 9 IHRに関する国際法上の課題
    - 9-1 中核的能力の獲得
    - 9-2 国内法との関係
    - 9-3 他の条約との関係
    - 9-4 IHRの不遵守への対応
- おわりに

はじめに<sup>1)</sup>

世界保健機関(World Health Organization)(以下「WHO」という。)<sup>2)</sup>の世界保健総会(World Health Assembly)(以下「保健総会」という。)は、2005年5月23日に国際保健規則(International Health Regulations)(以下「新IHR」という。)<sup>3)</sup>を採択した。同規則は2007年6月15日に発効した。本稿の目的は新

---

1) 著者は、WHOの新IHRを紹介する拙稿「《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)219-267頁を執筆した。本稿は、同研究ノートを基礎としつつ、改正過程の分析と同規則発効後の動向を踏まえ、関連する出典等に関する情報を加えて大幅に加筆・修正した。それゆえ本稿は定義規定を中心として、同研究ノートと一部重複している。

2) 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); PHILIPPE SANDS & PIERRE KLEIN, *BOWETT'S LAW OF INTERNATIONAL INSTITUTIONS* (6th ed., 2009), at 98-100; KELLEY LEE, *HISTORICAL DICTIONARY OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION* (1998); KELLEY LEE, *THE WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)* (2009); DAVID M. LEIVE, *1 INTERNATIONAL REGULATORY REGIMES* (1976), at 1-152; *WORLD HEALTH ORGANIZATION, BASIC DOCUMENTS* (46th ed., 2007) [hereinafter *BASIC DOCUMENTS*].

3) *World Health Organization, Resolution WHA 58.3 (May 23, 2005)* [hereinafter *WHA 58.3*], *reprinted in* *WORLD HEALTH ORGANIZATION, INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS* (2nd ed., 2005) [hereinafter *IHR 2005*]. 新IHRの日本語訳は、次のホームページで閲覧できる。「厚生労働省:日本とWHO」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/who.html> (last visited January 31, 2011). 本稿で用いている新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。

新IHRについては、以下の文献を参照。David P. Fidler, *From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations*, 4 *CHINESE JOURNAL OF INTERNATIONAL LAW* (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 [hereinafter Fidler & Gostin, *New IHR*]; DAVID P. FIDLER & LAWRENCE O. GOSTIN, *BIOSECURITY IN THE*

IHRの改正過程及び発効後の動向について国際法の観点から分析することである。

第二次世界大戦後に成立したWHOは、19世紀以来の国際衛生条約 (International Sanitary Convention) の流れを承継して<sup>4)</sup>、1951年に国際衛生規則

GLOBAL AGE (2008)[hereinafter FIDLER & GOSTIN, BIOSECURITY]; LAWRENCE O. GOSTIN, PUBLIC HEALTH LAW: POWER, DUTY, RESTRAINT (2nd ed., 2008), at 245-254 [hereinafter GOSTIN, PUBLIC HEALTH LAW]; 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](http://ghgj.org/Katz%20and%20Fischer_The%20Revised%20International%20Health%20Regulations.htm) (last visited January 31, 2011) [hereinafter Katz & Fischer]; PUBLIC HEALTH LAW AND ETHICS - A READER (Lawrence O. Gostin ed., Revised and updated 2nd ed., 2010), at 246-253 [hereinafter READER]; 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 [hereinafter Wilson et al., requirements & challenges]; WORLD HEALTH ORGANIZATION, WORLD HEALTH REPORT 2007: A SAFER FUTURE: GLOBAL PUBLIC HEALTH SECURITY IN THE 21 ST CENTURY (2007) [hereinafter SAFER FUTURE].

新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(以下「谷口・法的枠組み」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)。拙稿・前掲注(1)219-267頁。

4) 19世紀から開催されてきた国際衛生会議と国際衛生条約については、たとえば以下の文献を参照。DAVID P. FIDLER, INTERNATIONAL LAW AND INFECTIOUS DISEASES (1999), at 21-57 [hereinafter FIDLER, INTERNATIONAL LAW]; DAVID P. FIDLER, SARS, GOVERNANCE AND

(International Sanitary Regulations: ISR) を採択した<sup>5)</sup>。本規則は1969年に国際保健規則(International Health Regulations: IHR)へと名称変更された<sup>6)</sup>。1969年のIHRの規律対象である「検疫伝染病(quarantinable diseases)」は、当初6種類(すなわち、コレラ、ペスト、黄熱病、天然痘、チフス、回帰熱)であったが、1973年<sup>7)</sup>と1981年<sup>8)</sup>の改正を経て3種類(コレラ、ペスト、黄熱病)に減じられた(本稿では、1981年の改正の結果成立した国際保健規則を「旧IHR」<sup>9)</sup>という)。

---

THE GLOBALIZATION OF DISEASE (2004), at 21–32 [hereinafter FIDLER, SARS]; NORMAN HOWARD-JONES, THE SCIENTIFIC BACKGROUND OF THE INTERNATIONAL SANITARY CONFERENCE 1851–1938 (1975) (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))；INTERNATIONAL HEALTH ORGANISATIONS AND MOVEMENTS 1918–1939 (Paul Weindling ed., 1995).

また次の文献も参照。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(福島大学行政社会学会)11巻3号(1999年)194–233頁。永田尚見「国際的検疫制度の成立：第1, 2回国際衛生会議(上)(下)」国際協力論集(神戸大学大学院国際協力研究科)8巻3号(2001年)133–161頁、9巻1号(2001年)169–203頁。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)。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)180–200頁。

- 5) World Health Organization, Resolution WHA 4.75 (May 25, 1951) [hereinafter WHA 4.75], *reprinted* in WORLD HEALTH ORGANIZATION, INTERNATIONAL SANITARY REGULATIONS (1951).
- 6) World Health Organization, Resolution WHA 22.46 (July 25, 1969) [hereinafter WHA 22.46]. *See* WORLD HEALTH ORGANIZATION, THE THIRD TEN YEARS OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION: 1968–1978 (2008), at 176.
- 7) World Health Organization, Resolution WHA 26.55 (May 23, 1973) [hereinafter WHA 26.55].
- 8) World Health Organization, Resolution WHA 34.13 (May 20, 1981) [hereinafter WHA 34.13].
- 9) 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) [hereinafter IHR 1969 (1983)]. 本稿で用いた旧IHRの日本語訳は、

しかしながら、特にグローバル化した国際社会が直面している公衆衛生 (public health)<sup>10)</sup>上の危機に対応するためには<sup>11)</sup>、公衆衛生上の措置が世界的規模で普遍的かつ実効的に実施されることが不可欠である。重症急性呼吸器症候群 (SARS) や新型インフルエンザ等に対応するためには、国際保健の問題を個別の国家や国境管理の問題にとどめず、国際社会全体としてこれに対応するための制度を構築することが必要であることが強く意識されるようになった。

これらを背景として1995年に保健総会は、WHOの事務局長 (Director-General) (以下「事務局長」という。) に対してIHRの改正を要請した<sup>12)</sup>。この改正作業は必ずしも順調に進まなかったが、2003年のSARSの発生とその世界的な流行は、旧IHRの制度の限界を露呈する結果となった。この危機を経て本作業の必要性が広く認識され、保健総会は2005年5月23日に国際保健規則の改正案である新IHRを含む決議案を採択した<sup>13)</sup>。

この新IHRは、WHOにより、2006年から締約国の自主性に基づいて繰上実施がなされた後、2007年6月15日に発効した。

「国際保健規則」検疫所関係行政研究会監修『七訂 検疫関係法令通知集』(中央法規出版、2004年) 709-727頁によったが、一部改めた。

また新IHRが改正される以前のIHRに関しては、多くの文献が存在するが、たとえば次の文献を参照。P. J. DELON, THE INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS: A PRACTICAL GUIDE (1975); FIDLER, INTERNATIONAL LAW, *supra* note 4, at 58-71; FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 32-41; LEIVE, *supra* note 2.

10) 「public health」は、政府訳では「公衆保健」と訳出されているが、日本においては、これまで「公衆衛生」と訳出されてきているため、本稿においては原則として後者の訳語を用いる。

11) グローバリゼーションと健康 (公衆衛生を含む) の関係については、たとえば以下の文献を参照。OBJIOFOR AGINAM, GLOBAL HEALTH GOVERNANCE (2005); FIDLER, SARS, *supra* note 4; GLOBAL CHANGE AND HEALTH (Kelly Lee & Jeff Collin eds., 2005) [hereinafter GLOBAL CHANGE]; GOSTIN, PUBLIC HEALTH LAW, *supra* note 3, at 234-237; KELLEY LEE, GLOBALIZATION AND HEALTH (2003); MARK W. ZACHER & TANIA J. KEEFE, THE POLITICS OF GLOBAL HEALTH GOVERNANCE (2008) [hereinafter ZACHER & KEEFE].

12) World Health Organization, Resolution WHA 48.7 (May 12, 1995).

13) WHA 58.3, *supra* note 3.

本稿では、まず1においてIHRの改正過程を紹介し、2において新IHRによって拡大されたその規律対象について説明した上で、同規則の目的及び原則を概観する。3において本規則の画期的な特徴である締約国に要求される中核的能力について説明し、さらに4において国家による通告制度やWHOを中心とした対応について概観する。WHOを中心として定められた措置は各国によって実施されることとなるが、5では公衆衛生上の措置をとる締約国の権利・義務について説明する。また、これらの公衆衛生上の措置を実施するにあたっては、国際人権保障の要請に合致する必要があるため、6において本規則と人権保障の関係について説明する。7において他の条約との関係や紛争解決手続について検討し、8において本規則の実施にあたって問題となる発効手続、留保手続、改正手続等について検討し、最後に9においてIHRが国際法全般との関係で持つ含意について言及する<sup>14)</sup>。

## 1 IHRの改正と発効に至る経緯

### 1-1 感染症の国際的対策の必要性

感染症への対策は一般に、①感染症に罹患させないこと(ワクチンの接種を含む)、②罹患した患者の早期発見・早期治療、③疾病の悪化や合併症等の防止・機能維持・機能回復の三段階があるといわれる<sup>15)</sup>。これらの対策を実施するための国家による公衆衛生上の措置は、①同国の国内での対内的な公衆衛生上の措置と、②他国や国際公域との境界において行う対外的な公衆衛生上の措置とに二分できる<sup>16)</sup>。国際的な視点からすれば、特に後者のために、検疫や健

14) なお本稿は新IHRの改正過程とその機能の分析を主たる目的としているため、2009年の新型インフルエンザへの対応については必要最小限度の記述に止める。

15) 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)19頁。

16) 永田・国際的コントロール・前掲注(4)19-21頁。感染症対策について、国家がその国内の衛生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、

康証明書 (bill of health) 等の国境や水際での衛生上の措置の必要性が主張されてきた。同時に、そのような国境管理としての衛生上の措置が国際取引に悪影響を及ぼすことが懸念されてきた<sup>17)</sup>。このように従来の感染症対策は、国内での公衆衛生上の措置にしても、国境 (水際) での対策にしても、基本的に各国毎の対策を中心としたものであった。

これに対して今日のグローバリゼーションは世界規模での流通と人的交流を生み出したが、感染症との関係では、強い感染力を持つ感染症が一国の国土内にのみにとどまらず、世界規模で拡散する危険性は、非常に高くなってきている<sup>18)</sup>。特にエボラ熱 (Ebola haemorrhagic fever) 等のように従来知られていない新興感染症 (emerging infectious diseases) が発生する一方で、結核やマラリア等のように既知の感染症であるものが再度流行し脅威となる再興感染症 (re-emerging infectious diseases) も現れた<sup>19)</sup>。これまで国際保健機関はこれらの変化に対応する必要に迫られてきた。さらに、近年生物テロを含めたテロ対策として国際的に対応することが求められるようになっている<sup>20)</sup>。グロー

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, *supra* note 11, at 166 [hereinafter Fidler, *Health*]; FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 26-32, 47.

17) 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 FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 31; HOWARD-JONES, *supra* note 4, at 12-15 (Howard-Jones・前掲注(4) 10-17頁。)。以下の文献も参照。永田・国際的コントロール・前掲注(4) 197-199頁。脇村・前掲注(4) 190頁。

18) Gostin は、今日の感染症のグローバルな拡大について、①大衆化した集会・移民・旅行、②人間と動物間の交錯の拡大、③エコ・システムの劣化、④医療システム、これらの相互作用により人間が生み出した問題であるとする。GOSTIN, PUBLIC HEALTH LAW, *supra* note 3, at 234-237.

19) 感染症法研究会・前掲注(15) 3頁。近年の感染症の拡大については、次の文献を参照。INSTITUTE OF MEDICINE, EMERGING INFECTIONS: MICROBIAL THREATS TO HEALTH IN THE UNITED STATES (Joshua Lederberg, Robert E. Shope & Stanley C. Oaks, Jr. eds., 1992).

20) 感染症法研究会・前掲注(15) 11-12頁。



バル化した社会においては、単独国家による対策ではこれらの新しい脅威に対して実効的な対策をすることは困難となりつつあり、国際的な協力と調整が一層必要となっている<sup>21)</sup>。

さらに感染症に対する対策にあたっては、特に第二次世界大戦後の国際社会で人権という価値が重視されるようになってきたことを踏まえて、患者やその家族等への配慮が必要であり、体系的な人権への配慮が不可欠となっている<sup>22)</sup>。

## 1—2 IHR の WHO 憲章上の根拠

新 IHR は、「世界保健機関憲章」<sup>23)</sup> (以下「WHO 憲章」という。) 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<sup>24)</sup>。

すなわち、WHO 憲章は、WHO の任務の一つとして国際的保健事項 (international health matters) に関する条約・協定・規則を提案・勧告し、これらの規範が WHO に与えた義務を遂行することを定める (WHO 憲章2条 (k))。このため WHO 憲章は、保健総会が、疾病の国際的まん延 (international spread of disease) の防止を目的とする衛生上及び検疫上の要件 (sanitary and

21) たとえば海外で動物由来感染症が発生した場合、輸入禁止又は検疫措置だけでは不十分な理由として以下の点があげられる。①輸入する全動物への検疫の実施は不可能であること、②輸入国において問題が発生した後の段階でその感染経路を解明することは、通常困難であること、③輸入される動物の多くは航空機を利用しているため、輸送期間も数日間と短期間であること、④国際獣疫事務局の国際動物衛生規約 (Terrestrial Animal Health Code) は動物の輸出国に証明書の添付を義務付けているが、これが必ずしも担保されていないこと、である。感染症法研究会・前掲注 (15) 8—9頁。

22) 感染症法研究会・前掲注 (15) 13頁。感染症は、その疾病の性格から、社会的な不安感や恐怖心を発生させやすい。その結果、患者や関係者への差別・偏見を生じさせ、感染症対策を名目とした不合理な隔離等の人権侵害、風評被害による経済的損失、個人情報の流出等を生じさせてきた。

23) Constitution of the World Health Organization (1946).

24) IHR の国際法上の位置付けについては、次の文献を参照。FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 32–33.

quarantine requirements) 及び他の手続の事項に関する規則を採択する権限を有するとする (WHO 憲章21条 (a))<sup>25)</sup>。

さらに WHO 憲章21条に従って採択された規則は、「保健総会による採択についての妥当な通告がなされた後に、全加盟国に対して効力を生ずる。」

(WHO 憲章22条1文)。もっとも、通告中に述べた期間内に事務局長に対して拒絶又は留保を通告した加盟国に対しては、この限りでないとして、いわゆるコントラクティング・アウト (contracting out) を規定している (WHO 憲章22条2文)<sup>26)</sup>。

WHO の保健総会は、1951年に国際衛生規則を採択した<sup>27)</sup>。本規則は1969年に国際保健規則へと名称変更され<sup>28)</sup>、本規則の規律対象は、1973年<sup>29)</sup>と1981年<sup>30)</sup>の改正を経て3種類 (コレラ、ペスト、黄熱病) に減じられ旧 IHR となった<sup>31)</sup>。

### 1-3 保健総会による改正作業の開始

1990年代に再興感染症や新興感染症であるペルーのコレラ (1991年)、インドのペスト (1994年)、ザイールでのエボラ熱 (1995年)、ケニアの黄熱病

25) WHO 憲章はこの他に①WHO が条約又は協定を採択する権限 (WHO 憲章19条)、②勧告を行う権限 (同23条)、③加盟国から保健関係の国内法及び統計について報告を受ける権限 (同63条) をそれぞれ認めている。

26) コントラクティング・アウトとは、国際機関が技術規則等を採択するにあたり、「一定期間内に不承認・留保を通告した国には適用がない」とする方式である。山本章二『国際法〔新版〕』(有斐閣、1994年) 146頁。なお Fidler は、コントラクティング・アウトに加えて、オプト・アウト (opt out) という文言も使っている。Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 333; FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 33, 159-160. WHO 憲章起草時の本規定に関する議論については、LEIVE, *supra* note 2, at 24-27 を参照。

27) WHA 4.75, *supra* note 5.

28) WHA 22.46, *supra* note 6.

29) WHA 26.55, *supra* note 7.

30) WHA 34.13, *supra* note 8.

31) IHR 1969 (1983), *supra* note 9.

(1992—1993年)が発生した<sup>32)</sup>。さらにチェルノブイリ原子力発電所の事故(1986年)は、従来の感染症に限定されない様々な脅威を原因とする健康被害に対して国際社会が対応する必要性を強く世界に印象付けた。そのため保健総会は、1995年の48回会期において、事務局長に対してIHRの改正を要請した<sup>33)</sup>。

1995年12月11日から14日にWHOはジュネーブで非公式協議(informal consultation)を開催した<sup>34)</sup>。1996年と1997年に非公式の専門家作業部会が開催された<sup>35)</sup>。これらのとりまとめは「感染症の国際サーベイランスに関する委員会(Committee on International Surveillance of Communicable Diseases)」が行った<sup>36)</sup>。1998年2月にWHOは加盟国に対して暫定草案(IHR Provisional Draft)(以下「1998年草案」という。)を回覧した<sup>37)</sup>。しかし、本暫定原案の検討は遅れ、改定のスケジュールは繰り返し延期された<sup>38)</sup>。

2001年5月21日に、保健総会は、「グローバルな健康安全保障(Global health security: epidemic alert and response)」と題する決議を採択し<sup>39)</sup>、「国際的に懸念される保健上の緊急事態(health emergencies of international con-

32) World Health Organization, Document WHO/EMC/95.4 (1995), at 10–12; World Health Organization, Document A 52/9 (April 1, 1999), para.5 [hereinafter A 52/9].

33) WHA 48.7, *supra* note 12.

34) 本非公式協議の報告書は次の通り。World Health Organization, Document WHO/EMC/IHR/96.1 (1996) [hereinafter WHO/EMC/IHR/96.1]. See FIDLER, INTERNATIONAL LAW, *supra* note 4, at 71, n 101.

35) See World Health Organization, A/51/8 (March 10, 1998) [hereinafter A/51/8], at 2, para.6.

36) See *id.* at 1, para.4.

37) Provisional Draft of the International Health Regulations (January 1998). 1998年草案の要旨は次の文書を参照。A/51/8, *supra* note 35, at 3, paras.6–7; World Health Organization, *Revision of the International Health Regulations – Progress Report, January 1998*, 73 WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD (January 23, 1998), at 17–19.

38) Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 349. 松延・前掲注(3) 827頁。

39) World Health Organization, Resolution WHA 54.14 (May 21, 2001) [hereinafter WHA 54.14].

cern)」に対して WHO や加盟国が対応する必要を警鐘した。

2002年に、保健総会は、「健康に影響を及ぼす生物・化学薬剤又は放射性核物質の自然発生、偶発的放出又は意図的使用に対するグローバルな公衆衛生上の対策 (Global public health response to natural occurrence, accidental release or deliberate use of biological and chemical agents or radionuclear material that affect health)」と題する決議を採択し<sup>40)</sup>、自然に発生する疾病に加えて、バイオテロや事故に対応する観点からも、IHR を改正する必要があるとした<sup>41)</sup>。

#### 1-4 2003年の SARS の発生と拡大への対応

2002年から2003年の SARS の発生とその世界的拡大を契機として、本作業の重要性が再確認され改正作業は本格化することとなった<sup>42)</sup>。

2002年11月、世界公衆衛生情報ネットワーク (Global Public Health Intelligence Network: GPHIN) 上で中華人民共和国 (以下「中国」という。) の広州での呼吸器疾患の症例が示された<sup>43)</sup>。2003年2月になって、WHO は中国に対して疫学情報の提供を求め、WHO からの援助提供を申し入れた<sup>44)</sup>。2003年3月12日、WHO は SARS に関する最初の警告を発した<sup>45)</sup>。さらに3月15日に緊

40) World Health Organization, Resolution WHA 55.16 (May 18, 2002).

41) *Id.* para.2 (1).

42) 2002年から2003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 4, 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。

43) WHO-WPR, *supra* note 42, at 53 (WHO 西太平洋地域事務局・前掲注 (42) 49頁。)

44) *Id.* at 6, 74-75 (WHO 西太平洋地域事務局・前掲注 (42) 6、72-73頁。)

45) World Health Organization, WHO issues a global alert about cases of atypical pneumonia, Cases of severe respiratory illness may spread to hospital staff (March 12, 2003), *reprinted in* WHO-WPR, *supra* note 42, at 257-258 (WHO 西太平洋地域事務局・前掲注 (42) 255-256頁。)。See FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 77, 136; WHO-WPR, *su-*

急渡航勧告(emergency travel advisory)を発した<sup>46)</sup>。もっともこの段階でWHOにはこのようなことを行う明示的な権限付与はなされていなかった<sup>47)</sup>。この勧告の対象となった国では反発もあった<sup>48)</sup>。

2003年5月28日に保健総会は、いわゆるSARS決議を採択した<sup>49)</sup>。本決議の内容を含めてSARSでの経験はIHRの改正作業に反映されることとなった<sup>50)</sup>。

#### 1—5 政府間作業部会での作業

SARSの発生はIHRの改正作業を促進する結果となり、SARS決議案が採択されたのと同日の2003年5月28日に、保健総会は事務局長に対して国際保健規則改正に関する政府間作業部会(Intergovernmental Working Group on the Revision of the International Health Regulations)を設置するように要請した<sup>51)</sup>。

2004年1月に、WHOの執行理事会は、2004年11月に前記政府間作業部会を開催することを決定した<sup>52)</sup>。このため改正草案(以下、「一月草案」とい

*pra* note 42, at 13 (WHO 西太平洋地域事務局・前掲注(42)13頁。)

46) World Health Organization, World Health Organization issues emergency travel advisory, Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) Spreads Worldwide (March 15, 2003), *reprinted in* WHO-WPR, *supra* note 42, at 259-261 (WHO 西太平洋地域事務局・前掲注(42)257-259頁。)。See FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 78, 136; WHO-WPR, *supra* note 42, at 16 (WHO 西太平洋地域事務局・前掲注(42)15頁。)

47) NATIONAL ADVISORY COMMITTEE ON SARS AND PUBLIC HEALTH (HEALTH CANADA), LEARNING FROM SARS - RENEWAL OF PUBLIC HEALTH IN CANADA (2003), at 199, 202-204 [hereinafter HEALTH CANADA]. See FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 137.

48) たとえばカナダについて、HEALTH CANADA, *supra* note 47, at 37, 202. See FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 92; WHO-WPR, *supra* note 42, at 250-251 (WHO 西太平洋地域事務局・前掲注(42)248頁。)

49) World Health Organization, Resolution WHA 56.29 (May 28, 2003) [hereinafter WHA 56.29]. 本決議については以下の文献を参照。FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 103. 谷口・法的枠組み・前掲注(3)449頁。

50) WHA 56.29, *supra* note 49, para.2 (10).

51) World Health Organization, Resolution WHA 56.28 (May 28, 2003), para.2 (1).

52) See World Health Organization, Document EB 113/3 Rev.1 (January 15, 2004) [here-

う。<sup>53)</sup>が加盟国に送付され、政府間作業部会に先立ちWHO地域事務局会合(Regional Consultation Meetings)において検討されることとされた<sup>54)</sup>。

WHO地域事務局会合が、2004年4月から7月に開催され、一月草案に対する意見が提出された<sup>55)</sup>。また、加盟国からのコメントも39カ国から提出された<sup>56)</sup>。

これらの意見を反映し再修正された草案(以下「九月草案」という。)<sup>57)</sup>は、

inafter EB 113/3 Rev.1], para.6.

53) 一月草案の原典は次を参照。World Health Organization, Document IGWG/IHR/Working paper/12.2003 (January 12, 2004).

54) See EB 113/3 Rev.1, *supra* note 52, para.2.

55) 地域事務局会合の報告書は以下の通り。Pan American Health Organization, Report of the Consultation Meeting of the Revised International Health Regulations (IHR) for South American Countries, 5-7 April, 2004, Rio de Janeiro, Brazil; Pan American Health Organization, Report of the Consultation Meeting for the English Speaking Caribbean Countries for the Revision of the International Health Regulations (IHR), 19-20 April 2004, St. George's Grenada; Pan American Health Organization, Report of the Consultation Meeting on the Revision of the International Health Regulations (IHR) for Central America, Cuba, and the Dominican Republic, 27-29 April 2004, Santo Domingo, Dominican Republic; Pan American Health Organization, Report of the North American Consultation Meeting of the Revision of the International Health Regulations (IHR), June 2-3, 2004, Ottawa, Canada; World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, Report, Consultation on the Revision of the International Health Regulations (IHR) in the Western Pacific Region, 28-30 April 2004, Manila, Philippines; World Health Organization Regional Office for South-East Asia, Report of the First Regional Consultation of National IHR Focal Points on the Revision of International Health Regulations, 13-14 April 2004, New Delhi, India; World Health Organization Regional Office for South-East Asia, Report of the Second Regional Consultation on the Revised International Health Regulations, 29 June- 1 July 2004, New Delhi, India; World Health Organization Regional Office for Africa, Report, Regional Consultation on the Revised International Health Regulations, 1-3 June 2004, Harare, Zimbabwe; World Health Organization Regional Office for Europe, European Regional Consultation on Revision of the International Health Regulations, 9-11 June 2004, Copenhagen, Denmark.

地域事務局会合のまとめは次を参照。World Health Organization, Document A/IHR/IGWG/2 (September 14, 2004) [hereinafter A/IHR/IGWG/2].

56) A/IHR/IGWG/2, *supra* note 55, para.2.

57) 九月草案の原典は次を参照。World Health Organization, Document A/IHR/IGWG/3

2004年10月までに準備された。九月草案では、一月草案に対する各国の意見が反映されて、締約国の立場に配慮して一層柔軟な(flexible)ものとなった<sup>58)</sup>。

九月草案は、2004年11月1日から12日にジュネーブで開催され155カ国が参加した第1回政府間作業部会(IGWG)に提出された<sup>59)</sup>。第1回政府間作業部会の議論を反映して2004年12月に最終改正草案(Final regulatory draft)又は議長案(Chair's text)(以下「議長草案」という。)<sup>60)</sup>作成された。

2005年2月21日から26日に、第2回政府間作業部会がジュネーブで開催され153カ国が参加した<sup>61)</sup>。本会合はいったん停止され、保健総会の開催される直前の2005年5月12日から13日に再度開催され、この時に事務局が決議案の諸要素を含む文書を取りまとめた(以下「最終案」という。)<sup>62)</sup>。最終案の段階でもIHRの原則規定が追加されるなど多くの重要な変更がなされた。

---

(September 30, 2004). 九月草案についての解説は次を参照。World Health Organization, Document A/IHR/IGWG/4 (October 7, 2004)[hereinafter A/IHR/IGWG/4].

58) 具体的には、①締約国はWHOの勧告がなくとも、衛生上の追加措置をとれるとされたこと、②WHOの専門家チームの現地訪問の受け入れ義務が緩和されたこと、③締約国が中核的能力を獲得するための猶予期間が設けられ、WHOや締約国間の支援や協力が規定されたこと、④新IHRの規定に「適用される国際協定」概念を導入することで、新IHRと他の国際協定が適用される場合に、他の国際協定において許可されている措置を締約国がとれるようにしたこと、である。A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, paras. 2-16.

59) See World Health Organization, Document A 58/41 (April 14, 2005), para.2. 第1回政府間作業部会の関連文書は次のところで入手できる。http://www.who.int/gb/ghs/e-igwg.html (last visited January 31, 2011).

60) 議長草案の原典は次を参照。World Health Organization, Document A/IHR/IGWG/2/2 (January 24, 2005) [hereinafter A/IHR/IGWG/2/2].

61) See A 58/41, *supra* note 59, para.4. 第2回政府間作業部会の関連文書は次のところで入手できる。http://www.who.int/gb/ghs/e/e-igwg 2.html (last visited January 31, 2011)

62) 最終案の原典は次を参照。World Health Organization, Document A 58/4 (May 16, 2005).

### 1-6 新 IHR の採択と発効

保健総会は、2005年5月23日に、国際保健規則 (IHR) の修正案 (以下「採択文書」という。)<sup>63)</sup>及びインフルエンザの防疫強化<sup>64)</sup>の二つの決議を採択した。

新 IHR は、2006年から締約国の自主性に基づく繰上実施がなされた後<sup>65)</sup>、2007年6月15日に発効した<sup>66)</sup>。附録第九の「航空機総合申告書の保健欄」については、新 IHR の採択決議中で差し替えが既に予定されていたが<sup>67)</sup>、この差し替えられたものが2007年7月15日に発効した<sup>68)</sup>。2008年2月現在で、194カ国が新 IHR の締約国となっている<sup>69)</sup>。

### 1-7 2009年の新型インフルエンザ A (H1N1) のパンデミック

新 IHR 発効後、2009年に新型インフルエンザ A (H1N1) が発生しそれが世界的に拡大した<sup>70)</sup>。これへの対応は新 IHR が感染症の世界的な流行 (パン

---

63) WHA 58.3, *supra* note 3.

64) World Health Organization, Resolution WHA 58.5 (May 23, 2005).

65) World Health Organization, Resolution EB 117.R 7 (January 26, 2006); World Health Organization, Resolution WHA 59.2 (May 26, 2006) [hereinafter WHA 59.2].

66) World Health Organization, News Release WHO/31 (June 14, 2007).

67) WHA 58.3, *supra* note 3, para.6 (3).

68) See World Health Organization, Document A 61/7 (April 3, 2008) [hereinafter A 61/7], para.4 & Annex.

69) 新 IHR の締約国のリストは次のホームページで閲覧できる。http://www.who.int/ihr/legal\_issues/states\_parties/en/index.html (last visited January 31, 2011).

70) 2009年の新型インフルエンザ A (H1N1) のパンデミックと WHO 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 [hereinafter WER (May 15, 2009)]; WORLD HEALTH ORGANIZATION, ACTIVITY REPORT 2009, WHO/HSE/IHR/LYO/2010.2 (2010) [hereinafter ACTIVITY REPORT 2009]; World Health Organization, Document A 63/5 (April 15, 2010) [hereinafter A 63/5]; World Health Organization, Report of the First Meeting of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in Re-



デミック) に対して本格的に適用された初めての事例であるため<sup>71)</sup>、新 IHR を検討する前に、これへの対応について簡単に整理する。

WHO は、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年に既に制定していたが<sup>72)</sup>、2005年3月にこの指針を改定した<sup>73)</sup>。新 IHR を反映した改定が2009年に完成し公開された<sup>74)</sup>。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るためのパンデミック・フェーズが定められている<sup>75)</sup>。

新 IHR に基づき2009年3月にメキシコからインフルエンザ様疾患の通告がなされ<sup>76)</sup>、同年4月17日にアメリカから<sup>77)</sup>通告がなされた<sup>78)</sup>。WHO の事務局

lation to Pandemic (H1N1) 2009 (April 14, 2010), *reprinted in* World Health Organization, Document A 63/5 Add.1 (May 15, 2010), Annex [hereinafter A 63/5 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 A 64/10 (May 5, 2011), Annex [hereinafter A 64/10]. 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/insights/090427.cfm> (last visited January 31, 2011) [hereinafter Fidler, *Swine Flu*]; 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 3. 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(3) 5–7頁。

71) World Health Organization, Document, INFORMATION NOTE/2009/2 (May 20, 2009), para.15; A 63/5, *supra* note 70, para.2.

72) World Health Organization, Influenza pandemic plan, WHO/CDS/CSR/EDC/99.1. (1999).

73) World Health Organization, WHO Global Influenza Preparedness Plan, WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5 (2005).

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

75) *Id.* at 24–27.

76) World Health Organization, Influenza-like illness in the United States and Mexico (April 24, 2009). メキシコはパンアメリカン保健機構 (Pan American Health Organization: PAHO) に対して通告を行った。Centers for Disease Control and Prevention,

長は、新型インフルエンザA (H1N1) の感染拡大に対応するために、緊急委員会の検討を経て、2009年4月25日に史上初めて国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態 (PHEIC)<sup>79)</sup>を宣言した<sup>80)</sup>。さらにインフルエンザ様疾患及び重症の肺炎の異常な増加について、締約国にサーベイランスの強化を求める暫定的勧告<sup>81)</sup>を發した<sup>82)</sup>。4月27日にはパンデミック・フェーズがフェーズ3からフェーズ4に引き上げられた<sup>83)</sup>。4月29日にはフェーズ5に引き上げられた<sup>84)</sup>。さらに6月11日にはフェーズ6に引き上げられた<sup>85)</sup>。

新IHRに基づく暫定的勧告は、①国境封鎖をしないこと、②国際交通を制限しないこと及び③病気の場合は渡航を延期すること等を追加した<sup>86)</sup>。しかし

*Outbreak of Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Infection - Mexico, March-April 2009*, 58 MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT (MMWR) DISPATCH (April 30, 2009), at 1. これは、①アメリカ、カナダ、メキシコでは、IHRの枠組み以外に「北米の安全と繁栄のためのパートナーシップ (Security and Prosperity Partnership of North America: SPP)」によって「鳥インフルエンザ及びインフルエンザ・パンデミックに対する北米計画 (North American Plan for Avian and Pandemic Influenza: NAPAPI)」の枠組みが存在したこと、②IHR上の通告先であるWHO・IHR連絡窓口は、WHOの本部以外の地域事務局に設けることができたためであった (WHO・IHR連絡窓口については後述3-2-2を参照。)。See Katz, *supra* note 70, at 1166.

77) WER (May 15, 2009), *supra* note 70, at 173.

78) 新型インフルエンザA (H1N1) に関する通告の初期の状況については、次の文献を参照。Katz, *supra* note 70, at 1166-1177. 日本国は、2009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、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)。

79) PHEICについては、後述4-5を参照。

80) Statement by WHO Director-General, Dr Margaret Chan (April 25, 2009) [hereinafter DG Statement (April 25, 2009)].

81) 暫定的勧告については、後述4-5-3を参照。

82) DG Statement (April 25, 2009), *supra* note 80.

83) Statement by WHO Director-General, Dr Margaret Chan (April 27, 2009) [hereinafter DG Statement (April 27, 2009)].

84) Statement by WHO Director-General, Dr Margaret Chan (April 29, 2009).

85) Statement to the press by WHO Director-General Dr Margaret Chan (June 11, 2009).

86) DG Statement (April 27, 2009), *supra* note 83; World Health Organization, *New in-*

ながら、締約国の中には渡航制限や検疫、豚肉の輸入禁止などの措置をとる国もあった<sup>87)</sup>。

2010年8月10日に事務局長によって PHEIC の終了とポスト・パンデミック期への移行が宣言された<sup>88)</sup>。

## 2 新 IHR の全体像とその射程

### 2-1 新 IHR の特徴

#### 2-1-1 旧 IHR の基本的枠組みと問題点

旧 IHR の基本的枠組みは、①締約国は規律対象となる特定感染症 (コレラ、バスト、黄熱病) が領域で発生した場合、それを WHO に通告する義務を負うこと、②外国との交通や通商の窓口である港や空港などについて、締約国が一定の公衆衛生上の対策能力を獲得する義務を負うこと、③国際交通を妨げるような、旧 IHR で許容されていない「過度な措置」を禁止すること、であった<sup>89)</sup>。旧 IHR では分権的な国際社会の構造と各国の国内法秩序の実効性

---

*fluenza A (H1N1) virus: WHO guidance on public health measures, 11 June 2009, 84 (26) WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD (June 26, 2009), at 263.*

87) 新型インフルエンザ A (H1N1) に対応するために各国がとった措置については以下の文献を参照。World Health Organization, *Public health measures taken at international borders during early stages of pandemic influenza A (H1N1) 2009: preliminary results*, 85 (21) WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD (May 21, 2010), at 186-194. See Fidler, *Swine Flu*, *supra* note 70, nn 25, 26, 27; Katz & Fischer, *supra* note 3, at 6.

もちろん締約国による措置が、締約国による衛生上の追加措置として認められるためには新 IHR の基準を満たさなければならない。衛生上の追加措置については後述 5-5 を参照。

88) Director-General statement following the ninth meeting of the Emergency Committee (August 10, 2010) [hereinafter DG Statement (August 10, 2010)]. PHEIC の終結については、後述 4-5-4 を参照。

89) See Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 323; FIDLER, *SARS*, *supra* note 4, at 33-35; LEIVE, *supra* note 2, at xxxviii.

を前提として、国境管理の調整を国際的に行うことを企図されていた<sup>90)</sup>。

旧 IHR について問題点として指摘されてきたことは、①対象となる疾病の種類が限定されていること、②各国によるサーベイランス体制と WHO への通告制度が十分に機能していないこと、③疾病対策として各国が実際に採用した国境封鎖などの措置が国際交通を過度に妨げたことがあげられた<sup>91)</sup>。

### 2-1-2 新 IHR の特徴

本稿の分析対象である新 IHR は法的拘束力を有する文書である。その本文は66カ条から構成され、10の編 (part) に分けられ、さらに9つの附録 (annex) がついている。

新 IHR が有する特徴として以下の点を指摘できよう。①旧 IHR においては、特定の感染症のみに限定して規律対象とされたが、新 IHR では、広く「公衆衛生上の危険」(以下「PHR」という。)全般が規律対象とされたこと<sup>92)</sup>、②世界のすべての人々が保護されるという普遍的適用の原則や人権、公衆衛生上の措置を行う国家の主権的権利などの指導原理が定められたこと<sup>93)</sup>、③新 IHR を実効的に実施するのに必要とされる各国の国内機関の能力水準を定め、各国が一定期間内にその水準を満たすことを締約国に対して要求し、締約国が連絡窓口を設け WHO への通告義務を負うことなど、締約国の義務を明定したこと、④緊急の国際的対応が必要となる公衆衛生上の危機に対して、「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」(以下「PHEIC」という。)<sup>94)</sup>を国際的に決定し、必要な情報を公開し、勧告を発する手続が定められるなど、国際社会が WHO を中心として対応するための組織と手続が明確化されたこと、⑤WHO の勧告に基づいて公衆衛生上の措置を実施する締約国の手続が明

---

90) 伝統的な国際法秩序における感染症対策については次の文献を参照。Fidler, *Health, supra* note 16, at 168-169.

91) A 52/9, *supra* note 32, para.2. See FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 35-38.

92) PHR については、後述 2-2-1 を参照。

93) IHR の目的及び原則については、後述 2-6 を参照。

94) PHEIC については、後述 4-5-1 を参照。

確化されたこと、⑥新 IHR に基づく措置については、WHO の勧告によるものも各締約国が行う衛生上の追加措置でも、科学的諸原則<sup>95)</sup>をはじめとした一定の制限に服することが求められていること<sup>96)</sup>、などである<sup>97)</sup>。

## 2—2 規律対象①：公衆衛生上の危険 (PHR) と医学・疫学上の概念

### 2—2—1 規律対象としての PHR の概念

旧 IHR の「対象疾病 (diseases subject to the Regulations)」は検疫伝染病といわれ、コレラ、ペスト、黄熱病の三つのみであった<sup>98)</sup>。

95) 科学的諸原則については、後掲注 (250) を参照。また科学的証拠については、後掲注 (251) を参照。

96) 新 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 (12条4項 (d)) (後述4-5-2を参照)、②暫定的勧告及び恒常的勧告の基準 (17条 (c)) (後述4-5-3を参照)、③締約国による衛生上の追加措置の根拠 (43条2項 (a)) (後述5-5-3を参照) などがある。Gostin は、これらの場合に、締約国が科学上の不確実性に直面すれば問題となりえることを指摘する。GOSTIN, PUBLIC HEALTH LAW, *supra* note 3, at 247.

97) Fidler は新 IHR の変更点として、①新 IHR の対象が顕著に拡大したこと、②サーベイランスと衛生上の対策を実施するための最小限度の中核的能力の獲得を締約国に対して義務付けたこと、③政府以外のサーベイランス情報にアクセスし利用する権限を WHO に付与したこと、④PHEIC の宣言と勧告を行う権限を WHO に付与したこと、⑤締約国による IHR の実施にあたって人権の概念を導入したこと、を挙げる。Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 358. また谷口は新 IHR の特徴として、①報告対象の概念の拡大、②国を代表する確実な連絡体制、③各国が準備すべきコア・キャパシティ、④非公式情報の積極的活用、⑤科学的根拠に基づいた勧告、⑥他の国際機関との連携、調整を挙げる。谷口・法的枠組み・前掲注 (3) 449頁。さらに Gostin は、新 IHR によって実現される健康に関するグローバルなガバナンスの特徴について、①同ガバナンスが旅行や貿易に配慮しつつも、健康の保護及び促進に専心していること、②IHR の規律対象が広範であること、③WHO を中心とした包括的なデータ収集を可能としたこと、④国内で必要とされる公衆衛生上の基準を明らかにし、国際社会の支援を受けつつ締約国に準備させること、⑤人権保護を定め、そのための安全装置を設けたこと、⑥公開性、科学性、公平性に基づく強固な公衆衛生ガバナンスを実現していること、⑦IHR の改正を通じて、健康に関する将来のグローバルなガバナンスを国際社会が形成するための確かな一歩となること、とまとめている。GOSTIN, PUBLIC HEALTH LAW, *supra* note 3, at 253-254.

98) 旧 IHR・前掲注 (9) 1条 (「対象疾病」を参照。)、50-75条。旧 IHR では、マラ

これに対して新 IHR では、その対象について、特定の疾病に限定せず、あらゆる健康上の危険を対象とする、いわゆる「全危険アプローチ (all-risks approach)」が採用された<sup>99)</sup>。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 (1条1項) (傍点による強調は、本著者)。それゆえ、新 IHR の対象は、感染症をはじめとした公衆衛生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<sup>100)</sup>。さらに新 IHR では、狭義の「病気」に限定されない広範な事象を対象とするために、「公衆衛生上の危険 (public health risk: PHR)」の概念が導入された。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<sup>101)</sup>、特に①国際的に拡大するおそれのあるもの、又は、②重大かつ直接の危険 (serious and direct danger) をもたらすおそれのあるものとされた (1条1項)<sup>102)</sup>。

---

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・前掲注 (9) 83条)。See also DELON, *supra* note 9, at 25.

99) See Fidler & Gostin, *New IHR*, *supra* note 3, at 86-87. 新 IHR の規律対象を拡大することは、同規則の改正過程において一貫して支持されてきた。See Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 358.

100) See Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 361-365. IHR の対象にテロや事故を含む必要性については、前述 1-1 も参照。また後述 4-1-4 の「予期されない又は通常と異なる公衆衛生上の事象」を参照せよ。さらに新 IHR に対してアメリカが行った一番目の了解 (understanding) も参照せよ。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 3, at 60-61 [hereinafter US Note Verbale].

101) 事象については、後掲注 (108) を参照。

102) 一月草案の段階では PHR は「人の集団的健康に重大かつ直接の脅威となる事象」と定義されていた (一月草案・前掲注 (53) 1条1項)。これに対して九月草案では PHR に替わり「公衆衛生上の脅威 (public health threat)」が用いられ、これは「人の集団的健康に対する重大かつ直接の危険」と定義された (九月草案・前掲注 (57) 1条1項)。See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 5, Article 1. さらに議長草案で

## 2-2-2 前提となる医学・疫学上の概念

新 IHR は、医学・疫学上の諸概念を定めている。すなわち、「疾病」<sup>103)</sup>、「汚染 (contamination)」<sup>104)</sup>、「感染 (infection)」<sup>105)</sup>、「媒介体 (vector)」<sup>106)</sup>、「保有宿主 (reservoir)」<sup>107)</sup>、「事象 (event)」<sup>108)</sup>についての定義を定めている。また、これらの概念に関連した人や対象についても、「病人 (ill person)」<sup>109)</sup>、「感染した対象 (affected)」<sup>110)</sup>、「感染したおそれのある対象 (suspect)」<sup>111)</sup>、

は、この「公衆衛生上の危険」概念と「公衆衛生上の脅威」概念が併記された(議長草案・前掲注(60)1条1項)。See A/IHR/IGWG/2/2, *supra* note 60, at 5, n 1. 最終案の段階で、「公衆衛生上の危険」となった(最終案・前掲注(62)1条1項)。

103) 疾病については、前述 2-2-1 を参照。

104) 「汚染」とは、PHR を構成するおそれのある感染因子又は有毒物が、人体・動物の体表面・消費製品その他の無機物(輸送機関を含む)に、存在していることをいう(1条1項)。

105) 「感染」とは、PHR を構成するおそれのある感染因子が、人・動物の身体に入り、増大・増殖することをいう(1条1項)。

106) 「媒介体」とは、虫類その他の動物であって、PHR を構成するおそれのある感染因子を常態的に運ぶものをいう(1条1項)。

107) 「保有宿主」とは、動植物その他の実体であって、感染因子が常態的に寄生しており、その存在が PHR を構成するおそれのあるものをいう(1条1項)。

108) 「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(1条1項)。

109) 「病人」とは、PHR をもたらすおそれのある身体的不調をきたした者又は影響を受けた者をいう(1条1項)。

110) 「感染した対象」とは、①PHR を構成するような感染した若しくは汚染された人・手荷物・貨物・コンテナ・輸送機関・物品・郵送小包・人間の遺体、又は、②感染若しくは汚染の保因源をいう(1条1項)。これに対して旧 IHR の定義規定は「感染者 (infected person)」という自然人に限定されたものであった。旧 IHR の感染者の定義は次の通り。「対象疾病にかかっている者又は対象疾病を潜伏させていたことが後に明らかになる者をいう。」(旧 IHR・前掲注(9)1条)。

111) 「感染したおそれのある対象」とは、①PHR に晒されたことがある又は晒された可能性があるとして締約国がみなす、人・手荷物・貨物・コンテナ・輸送機関・物品又は郵送小包で、②疾病の拡大の源泉となる可能性のあるものをいう。(1条1項)。なお感染したおそれのある旅行者のうち公衆衛生上の監視の下に置かれた者への対応については、別途定められており(30条)、これについては後述 5-4-1 を参照。

「感染地域 (affected area)」<sup>112)</sup>などが定義されている。

### 2-3 規律対象②：国際交通と国際通行

新 IHR は、グローバル化の時代に対応するため、様々な交通を想定しており、これらの概念を区別して用いている。新 IHR は、様々な交通のうち「国際的」な交通についてのみ規律対象としている。本節では、まず IHR が前提とする様々な交通について諸概念を説明する。

新 IHR では国際交通と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<sup>113)</sup>、「国際取引 (international trade)」を含む (1条1項)<sup>114)</sup>。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係る部分の通行をいう。②旅行者 (traveller)<sup>115)</sup>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)<sup>116)</sup>を伴う通行をいう (1条1項)。

112) 「感染地域」は「本規則に基づき WHO により衛生上の措置を勧告された特定の地理的地域」(傍点による強調は本著者)とされ、感染地域であるか否かは、領域国ではなく WHO の勧告によるとされた (1条1項)。これに対して旧 IHR では「汚染地域 (infected area)」は「その国内の疾病を報告する保健主管庁が疫学的原則に基づいて限定する地域」をいうとされたため (傍点による強調は本著者)、汚染地域か否かの認定は領域国の権限とされた (旧 IHR・前掲注 (9) 1条)。

113) 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、衛生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 (33条)。国際交通の概念と定義は、九月草案段階で挿入された (九月草案・前掲注 (57) 1条1項)。

114) 国際取引が国際交通に含まれるとの規定は、最終案の段階で挿入された (最終案・前掲注 (62) 1条1項)。

115) 「旅行者」とは、国際通行を行う自然人をいう (1条1項)。

116) IHR の政府訳は「entry (into)」を「入域」又は「立入り」と訳出している。通



ここで「輸送機関 (conveyance)」とは、国際通行に使用される航空機 (aircraft)<sup>117)</sup>・船舶 (ship)<sup>118)</sup>・列車・路上車両 (road vehicle)<sup>119)</sup>その他の輸送手段をいう(1条1項)。また、これに関連して「旅行者」、「乗組員 (crew)」<sup>120)</sup>、「輸送機関の運行者 (conveyance operator)」<sup>121)</sup>、「永住 (permanent residence)」<sup>122)</sup>、「一時滞在 (temporary residence)」<sup>123)</sup>等の定義もなされた(1条1項)。

外国との出入国を行う港や空港は、公衆衛生上の措置を実施するにあたって重要となる。そこで新IHRはこれらを「入域地点 (point of entry)」<sup>124)</sup>として詳細に定めている。入域地点には、「空港 (airport)」<sup>125)</sup>、「港 (port)」<sup>126)</sup>、「陸上越境地点 (ground crossing)」<sup>127)</sup>がある<sup>128)</sup>。さらに締約国は、自国領域内の

常、本文言は「入国」と訳出されるが、国家に限定されない地域も対象とするために、本稿でも政府訳に従い原則として「入域」又は「立入り」と訳出する。なお中国語訳では「入境」とされている。

117) 「航空機」とは、国際通行を行う航空機をいう(1条1項)。

118) 「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(1条1項)。

119) 「路上車両」とは、列車以外の陸上輸送車両をいう(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モーター付輸送機関をいう(1条1項)。

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

121) 「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(1条1項)。

122) 「永住」の意味は、関係する締約国の国内法が定めるとされた(1条1項)。

123) 「一時滞在」の意味は、関係する締約国の国内法が定めるとされた(1条1項)。

124) 「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出入国のための通過点 (a passage for international entry or exit)、及び、②それらに対して出入国に関する業務を提供する機関並びに区域をいう(1条1項)。

125) 「空港」とは、国際航空の発着するすべての空港をいう(1条1項)。

126) 「港」とは、国際通行を行う船舶が出入港する内水内の港又は海港をいう(1条1項)。

127) 「陸上越境地点」とは、路上車両及び列車によって利用されるものを含む、締約

指定した入域地点における「権限のある当局 (competent authority)」<sup>129)</sup>を特定しなければならない (19条 (b))。また国際交通に関係する施設等として「コンテナ積み込み区域 (container loading area)」<sup>130)</sup>についても定めている (1条1項)。

#### 2-4 規律対象③：公衆衛生上の措置の概念

一般に国家は感染症に対応するため様々な措置をとる。それゆえ、新 IHR は締約国が具体的に採用することができる「公衆衛生上の措置 (public health measures)」についても詳細に定めている<sup>131)</sup>。

新 IHR は、「衛生上の措置 (health measure)」について、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 (1条1項)。もっともここにいる衛生上の措置は、法執行措置又は安全保障措置を含まない (1条1項)<sup>132)</sup>。これら衛生上の措置の実施・適用を所管する機関を「権限のある当局」という (1条1項)。また、新 IHR は、公衆衛生上の措置の中で、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<sup>133)</sup>。

国の陸上の入域地点をいう (1条1項)。本定義は、議長草案の段階で挿入された (議長草案・前掲注 (60) 1条1項)。See World Health Organization, Document A/ IHR/IGWG/2/INF.DOC./3 (January 27, 2005), para.5.

128) 入域地点は空港・港・陸上越境地点を意味する英語の言葉の頭文字から略称して PAG と呼ばれることがある。

129) 「権限のある当局」とは、新 IHR に基づく衛生上の措置の実施・適用を所管する機関をいう (1条1項)。

130) 「コンテナ積み込み区域」とは、国際交通に用いられるコンテナのために設けられた場所又は施設をいう (1条1項)。

131) 新 IHR では、「公衆衛生上の措置」の概念以外にも「衛生上の措置」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。

132) 衛生上の措置に関する定義規定から、法執行措置と安全保障措置を除外するという但書は、最終案の段階で挿入された (最終案・前掲注 (62) 1条1項)。

133) 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、39条5項、39条7項、附録第一A4 (c)、附録第一A5 (a)、附

新 IHR では、衛生上の措置のうち、検査 (inspection)<sup>134)</sup>、医学的検査 (medical examination)<sup>135)</sup>、隔離 (isolation)<sup>136)</sup>、検疫拘束 (quarantine)<sup>137)</sup>、公衆衛生上の監視 (public health observation)<sup>138)</sup>、除染 (decontamina-

録第一A 6、附録第三、附録第四セクション B 1、附録第五がある。

134) 「検査」とは、PHR が存在するか否かを確認するために、権限のある当局により又はその監督の下で行われる、地域・手荷物・コンテナ・輸送機関・施設・物品・郵送小包 (関連資料及び書類を含む) に対する検査 (examination) をいう (1 条 1 項)。

135) 「医学的検査」とは、対象者の健康状態と他者に対する潜在的な PHR を確認するために、授權された保健職員又は権限のある当局の直接の監督下にある者が行う予診行為 (preliminary assessment) をいう (1 条 1 項)。医学的検査は、保健上の書類の検査 (scrutiny) や (個々の状況において正当化される場合には) 身体への検査 (physical examination) を含むこともある (1 条 1 項)。

136) 「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 (1 条 1 項)。隔離と検疫拘束の区別については後掲注 (137) を参照。

137) 「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 (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。See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 6, Article 1. なお、日本国の検疫法 (昭和二十六年六月六日法律第二百一十号) 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。布藤豊路・米田謹次郎『海運実務指針』(海文堂、1957年) 122-123頁。

通常「quarantine」は「検疫」と訳出されることが多い。しかし「検疫」という文意は一般に「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<第八次改訂版>』(学陽書房、2001年) 207頁)、新 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。

138) 「公衆衛生上の監視」とは、①疾病伝播の危険を確認する目的で、②旅行者の健

tion)<sup>139)</sup>、消毒 (disinfection)<sup>140)</sup>、ねずみ族駆除 (deratting)<sup>141)</sup>、虫類駆除 (disinsection)<sup>142)</sup>等を規定している。

## 2-5 新 IHR の実施機関

### 2-5-1 実施機関についての概観

旧 IHR においては、IHR の実施のための委員会 (committee) への言及は存在するものの<sup>143)</sup>、具体的な委員会の名称を明記した規定は存在しない。旧 IHR の実際の運用にあたっては、事務局長、保健総会又は感染症国際サーベイランス委員会 (Committee on International Surveillance of Communicable Diseases: CISCD) (旧国際検疫委員会 (Committee on International Quarantine)) がこれにあっていた<sup>144)</sup>。

これに対して、新 IHR は、国内と WHO の IHR 連絡窓口に加えて、第 9 編において、本規則の実施機関である IHR 専門家名簿 (本節 2-5-2)、緊急委員会 (本節 2-5-3)、検討委員会 (本節 2-5-4) について規定している。なお、新 IHR では、これらの機関の他にも、事務局長に重要な役割と権限が与えられている (本節 2-5-5)。

康状態を長期的に監視すること (monitoring) をいう (1 条 1 項)。

139) 「除染」とは、人体・動物の体表面等 (輸送機関を含む) に存在する感染因子又は有毒物で PHR を構成するおそれのあるものを除去するための衛生上の措置を行う手続をいう (1 条 1 項)。

140) 「消毒」とは、人体・動物の体表面又は手荷物・貨物・コンテナ・輸送機関・物品・郵送小包に存在する感染因子を、科学的又は物理的な薬剤により、管理又は殺すための衛生上の措置を行う手続をいう (1 条 1 項)。

141) 「ねずみ族駆除」とは、人の疾病のげっ歯類の媒介動物で入域地点にある手荷物・貨物・コンテナ・輸送機関・施設・物品・郵送小包に存在するものを管理又は殺すための衛生上の措置を行う手続をいう (1 条 1 項)。

142) 「虫類駆除」とは、人の疾病の媒介虫類で、手荷物・貨物・コンテナ・輸送機関・物品・郵送小包に存在するものを、管理又は殺すための衛生上の措置を行う手続をいう (1 条 1 項)。

143) たとえば紛争解決について旧 IHR・前掲注 (9) 93 条。

144) LEIVE, *supra* note 2, at 8, 40-42, 44, 67-70.

### 2-5-2 IHR 専門家名簿

事務局長は、関連分野の専門家からなる「IHR 専門家名簿 (IHR Roster of Experts)」を作成する (47条)。事務局長は、本規則に別段規定しない限り、「専門家諮問部会及び専門家委員会のための WHO 規則」(WHO 諮問部会規則)<sup>145)</sup>に従って、IHR 専門家名簿の登録者を任命する。さらに締約国の要請による各国一名の登録者と、関連する政府間機関及び地域的な経済統合のための機関から提案された専門家もこれに加えられる。

新 IHR を採択した保健総会決議は、IHR 専門家名簿作成のための措置をとるように事務局長に求め<sup>146)</sup>、これを受けて事務局長は専門家を任命した<sup>147)</sup>。

### 2-5-3 緊急委員会

緊急委員会 (Emergency Committee) は、事務局長によって設置され (48条 1 項)、IHR 専門家名簿や WHO の他の専門家諮問部会より事務局長が選任した専門家によって構成される (48条 2 項)。事務局長が緊急委員会の委員を選任するにあたっては、①発生している特定の事象に最も関連する専門知識及び経験分野を考慮し、②衡平な地理的代表的原則を配慮する (48条 2 項)。さらに、委員には、事象が自国領域内で発生した締約国の指名する専門家を含むべきであるとされた (48条 2 項)<sup>148)</sup>。委員の任期は、特定の事象及びその帰結を考慮して、委員会の継続性を確保するという観点から、事務局長によって決定される (48条 2 項)。

緊急委員会は事務局長の要請に基づき、次のものに関する見解を提供する。すなわち、①事象が PHEIC を構成するか否か、②PHEIC の終結、③暫定的勧告の発出・修正・延長・解除の提案、である (48条 1 項)。

145) World Health Organization, Regulations for Expert Advisory Panels and Committees, *reprinted in* BASIC DOCUMENTS, *supra* note 2, at 105-113.

146) WHA 58.3, *supra* note 3, para.6 (10).

147) See A 61/7, *supra* note 68, para.15; World Health Organization, Document A 62/6 (April 9, 2009) [hereinafter A 62/6], para.16.

148) 本規定は最終案の段階で挿入された (最終案・前掲注 (62) 48条 2 項)。

緊急委員会の会合は、電話会議、テレビ会議又は電子通信を含む(49条1項)<sup>149)</sup>。

2010年10月現在で、緊急委員会は既に9回開催されている<sup>150)</sup>。

#### 2—5—4 検討委員会

検討委員会 (Review Committee)<sup>151)</sup>は、事務局長によって設置される(50条1項)。検討委員会は、専門家委員会 (expert committee) とみなされる(50条2項)。

事務局長は、IHR 専門家名簿に登録されている者及び WHO の他の諮問部会の構成員から、検討委員会の委員を選任する(50条3項)<sup>152)</sup>。事務局長が委員を選任するにあたって配慮すべき事柄は、①衡平な地理的代表的原則、②性別、③専門家の出身国についての先進国と開発途上国のバランス、④科学的見解・方法論・世界各地での実務経験の多様性、及び、⑤適切な学際的バランスであるとされた(50条6項)。

この他に事務局長は、①加盟国、②国際連合、③専門機関、④関連政府間機関又は⑤非政府機関 (NGO) の代表を委員会の会合に招請しなければならない(51条2項)。これらの代表は、①覚書の提出、②(議長の同意を条件として) 討議の主題についての意見表明ができる。しかし投票権は有しない(51条2項)。

事務局長は、委員の数を確定し会合の日程並びに議題を決定した上で、委員会を招集する(50条4項)。委員の任期は、会期の作業期間内である(50条5項)。検討委員会の決定は、出席し投票する委員の過半数によって行われる(51条1項)。

---

149) 本規定は、議長草案の段階で挿入された(議長草案・前掲注(60)49条1項)。

150) 緊急委員会の会合の様子は次のホームページで知ることができる。[http://www.who.int/ihr/ihr\\_ec/en/index.html](http://www.who.int/ihr/ihr_ec/en/index.html) (last visited January 31, 2011).

151) 政府訳は「再検討委員会」であるが、同委員会の任務は「再検討」に限定されないため本稿では「検討委員会」とした。

152) 2009年の検討委員会の構成員は、A 63/5 Add.1, *supra* note 70, at 7-8, Appendix を参照。

検討委員会の任務は、①IHRの改正について事務局長に技術的な勧告を行うこと<sup>153)</sup>、②恒常的勧告(その修正又は解除を含む)について事務局長に技術的な助言を提供すること<sup>154)</sup>、③本規則の機能(functioning)に関する諮問について事務局長に技術的な助言を提供すること<sup>155)</sup>である(50条1項)<sup>156)</sup>。

新IHRは検討委員会が会期毎に報告書を作成するとした(52条1項)。また、検討委員会の認定が全会一致でない場合、反対した委員は個別又は合同の報告書として同意見を表明することができる(52条2項)。検討委員会が作成した報告書は事務局長に対して提出され、事務局長は検討及び行動のため、その見解と助言を保健総会又は執行理事会に伝達する(52条3項)。委員会の見解及び助言は、WHOを拘束する(commit)ものではなく、事務局長への助言として作成される(52条1項)。

検討委員会の会合は、2011年5月現在で、既に4回開催されている<sup>157)</sup>。

## 2-5-5 事務局長

WHOの事務局長は、WHO憲章に基づき設置された機関である<sup>158)</sup>。WHO憲

153) 新IHRの改正にあたって、検討委員会は、技術的勧告を与えることができるとされた(50条1項(a))。IHRの改正については、後述8-4を参照。

154) 恒常的勧告については、後述4-6-1を参照。

155) IHRの機能に関する検討にあたって、検討委員会が助言をすると定められた(54条2項)。後述8-3-2を参照。

156) この他にも、新IHRは、締約国の留保に関する検討委員会の諮問について定めている(62条8項)。後述8-1-3を参照。

改正過程では検討委員会が本規則に関する紛争解決についての機能を果たすことが明記されていた(たとえば一月草案・前掲注(53)45条(e)及び47条。九月草案・前掲注(57)50条1項(e)、51条、53条及び57条)。さらにWHOと他の国際機関等との調整について、検討委員会が検討することも予定していた(九月草案・前掲注(57)12条4項)。しかし、議長草案の段階でこれらは削除された。

議長草案の段階では、検討委員会は保健総会との関係も明示されていたが(議長草案・前掲注(60)50条1項(a)及び(d))、最終案の段階で削除された。

157) 検討委員会の活動の様子は次のホームページで知ることができる。[http://www.who.int/ihr/review\\_committee/en/index.html](http://www.who.int/ihr/review_committee/en/index.html) (last visited January 31, 2011)。

158) 事務局長については、以下の文献を参照。BEIGBEDER, *supra* note 2, at 55-57;

章によれば、WHOの「首席の技術的及び事務的役員 (officer)」である (WHO 憲章31条)。

新 IHR は事務局長に関しても重要な役割を与えている<sup>159)</sup>。さらに、WHO が定める指針の中で事務局長が一定の役割を担うことがある。たとえば、新型インフルエンザに関するパンデミック・フェーズの決定は事務局長が行うとされている<sup>160)</sup>。

## 2-6 新 IHR の目的と原則

### 2-6-1 目的

旧 IHR において、その目的は、世界の交通に対する阻害を最小限 (minimum interference) としながらも、疾病の国際的伝播の防止に最大限の効果 (maximum security) をもたらすこととされた<sup>161)</sup>。今回の IHR の改正にあっても、当初は旧 IHR の目的を踏襲するものとされた<sup>162)</sup>。

実際に改正された新 IHR の目的及び範囲について、同規則は、疾病の国際的拡大 (international spread of disease) を防止・防護・管理し、そのための公衆衛生上の対策を提供するとされた (2条)。ただし、それは、①国際交通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。

本規定は、公衆衛生上の措置の必要性和、国際交通や貿易上の利益との間の

BURCI & VIGNES, *supra* note 2, at 50-51, paras.62-63; LEE, *supra* note 2, at 27-30.

159) たとえば緊急委員会の設置 (48条1項) (前述2-5-3を参照)、検討委員会の設置 (50条1項) (前述2-5-4を参照)、PHEICの存在の決定 (49条5項) (後述4-5-2を参照)、暫定的勧告 (15条1項) (後述4-5-3を参照)、PHEICの終結の決定 (12条5項) (後述4-5-4を参照)、締約国間の紛争解決 (56条2項) (後述7-2-2を参照) などである。

160) PANDEMIC INFLUENZA, *supra* note 74, at 26, para.3.2.2.

161) IHR 1969 (1983), *supra* note 9, at 5. See FIDLER, INTERNATIONAL LAW, *supra* note 4, at 63-65; FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 33; LEIVE, *supra* note 2, at 3.

162) WHO/EMC/IHR/96.1, *supra* note 34, at 14, para.5.2, 1. See Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 344; FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 61.



バランスを保つことを意図している<sup>163)</sup>。

## 2—6—2 原則

新 IHR の 3 条は、同規則の実施にあたっての原則として、①人権の尊重、②国際法による規律、③普遍的適用の原則、④国家の主権的権利を定める<sup>164)</sup>。これらの原則は、新 IHR 全体を貫く原則であり、新 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。

まず新 IHR は「本規則の実施は、人間の尊厳、人権及び基本的自由を完全に尊重して行わなければならない。」として人権尊重を掲げている(3条1項)<sup>165)</sup>。

次に、締約国は主権的権利を行使したり本規則を実施したりするにあたり、国連憲章及び国際法の諸原則に従わねばならず、さらに諸国は本規則の目的を尊重することが求められる(3条2項、4項)。特に締約国が衛生上の追加措置を個別に実施するにあたっては国際法上の義務に従うべきことを定めている他<sup>166)</sup>、新 IHR では国際協定に言及している箇所が多数存在する<sup>167)</sup>。

さらに新 IHR は、本規則の実施にあたっては、「疾病の国際的拡大から世界のすべての人々を保護するために普遍的に適用するという目標」に従わねばならないという普遍的適用の原則を定めている(3条3項)<sup>168)</sup>。これによって、同規則が特定の国家のためだけでなく、国際社会全体の利益のためになされ、普遍的適用がなされるべきことが明示されている。

最後に、公衆衛生上の対策を世界規模で実現するためには、締約国がその国

---

163) GOSTIN, PUBLIC HEALTH LAW, *supra* note 3, at 247.

164) 原則規定は、議長草案の段階で、人権尊重に関する原則並びに国連憲章及び WHO 憲章の尊重に関する原則について部分的に挿入された(議長草案・前掲注(60) 2条 bis)。さらに最終案の段階で、普遍的適用の原則と国家の主権的権利が定められた(最終案・前掲注(62) 3条3—4項)。

165) 新 IHR と人権の関係については、後述 6 を参照。

166) 後述 5—5—2 及び 5—5—3 を参照。

167) 後述 7—1 を参照。

168) 本規定は最終案の段階で挿入された(最終案・前掲注(62) 3条3項)。

内において実現を図ることが必要であり、新 IHR においてもこの重要性を確認する必要がある。そのため新 IHR は、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) を定める (3条4項)<sup>169)</sup>。本規則上の手続においても、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)<sup>170)</sup>、WHO の勧告によらない締約国による独自の衛生上の追加措置も一定の制限の下許容されている<sup>171)</sup>。ただし「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態 (PHEIC)」の場合等、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<sup>172)</sup>、領域国の主権的権利は一定の範囲で制限されている。

### 3 国家に要求される中核的能力

#### 3-1 中核的能力についての概観

新 IHR は、締約国が PHR に対応することを義務付けただけでなく、その実施に必要な一定の具体的能力 (中核的能力) を締約国が獲得するように義務付けている。すなわち、新 IHR は、①締約国と WHO との間の緊密な連絡を可能とするために連絡窓口を双方に設け (本章3-2)、②締約国に対して、自国領域内でのサーベイランス及び公衆衛生上の対策に関する中核的能力の獲得 (本章3-3) と、指定した入域地域での中核的能力の獲得 (本章3-4) とを義務付けている。

なお中核的能力については IHR に加えて、WHO によって指針等が作成されている<sup>173)</sup>。

169) 本規定は最終案の段階で挿入された (最終案・前掲注 (62) 3条4項)。

170) 後述4-7を参照。

171) 衛生上の追加措置については、後述5-5を参照。

172) 後述4-2、4-3、4-5-2を参照。

173) たとえば WORLD HEALTH ORGANIZATION, CHECKLIST AND INDICATORS FOR MONITORING

### 3-1-1 中核的能力に関する旧 IHR の問題点

締約国がその国内において公衆衛生上の措置を実施する国内機関について、旧 IHR は、①領域の全般にわたり衛生上の措置を履行する責任を有する「保健主管庁 (health administration)」と、②管区において直接に衛生上の措置を行う責任を有する「保健官署 (health authority)」を想定していた(旧 IHR 1 条)。これら国内実施を行う保健機関 (health organization) は、旧 IHR の第 3 編(旧 IHR14条乃至22条)に規定されたが、一定の能力が要求されたのは、主に港や空港などの出入国の管理を行う部局に対してであった<sup>174)</sup>。

また、旧 IHR 上国内の保健機関に一定の能力が要求される場合であっても、実際には、①疾病の発生を契機とした経済的損失を危惧して報告を怠った<sup>175)</sup>、②特に開発途上国がこの能力を保持するのは困難な場合があるため、旧 IHR は実効性に欠けることがあった<sup>176)</sup>。

### 3-1-2 中核的能力を獲得する締約国の義務

新 IHR は、事象を発見・評価・通告・報告する能力を、すべての締約国が構築・強化・維持するように義務付けている(5条1項)。さらに各締約国が、附録第一に規定する通り<sup>177)</sup>、PHR 及び PHEIC 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(13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<sup>178)</sup>、規定された期間内に構築

PROGRESS IN THE DEVELOPMENT OF IHR CORE CAPACITIES IN STATES PARTIES, WHO/HSE/IHR/2010.1(2010) [hereinafter WHO/HSE/IHR/2010.1]. WHO による指針の作成一般については、後述 4-6-2 を参照。

174) See FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 34.

175) 後述 4-1-1 を参照。

176) See FIDLER, INTERNATIONAL LAW, *supra* note 4, at 65-66; FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 35.

177) WHA 58.3, *supra* note 3, ANNEX 1, A. Core Capacity Requirements for Surveillance and Response.

178) WHA 58.3, *supra* note 3, ANNEX 1, B. Core Capacity Requirements for Designated Airports, Ports and Ground Crossings.

されるように確保しなければならない(19条(a))。これらの規定で締約国に求められている能力について、本稿では「中核的能力(core capacity)」と呼ぶ<sup>179)</sup>。

中核的能力の獲得義務について、新IHRは一定の猶予期間(grace period)を定めつつ<sup>180)</sup>、その実施報告を求めている<sup>181)</sup>。すなわち、①締約国は、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、それを踏まえた行動計画の策定・実施を、自国について新IHRが発効してから2年以内に(すなわち2009年6月15日までに)行い(附録第一A2)<sup>182)</sup>、②中核的能力の獲得は、自国について新IHRが発効してから5年以内に(すなわち2012年6月15日までに)<sup>183)</sup>実現するとしたが(5条1項、13条1項)、③必要な場合に2年の延長を認め(5条2項、13条2項)、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(5条2項、13条2項)<sup>184)</sup>。

このような中核的能力の要求は、特に開発途上国には多大な負担を負わせることが予想されるため、規則上は、WHO及び締約国間の支援や協働がなされ

179) 本稿では、原則として、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、新IHRでは、締約国の衛生上の能力を指し示す言葉として、「公衆衛生上の能力(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))。

中核的能力の概念は新IHRの改正過程において一貫して規定されてきた(一月草案・前掲注(53)附録第一。九月草案・前掲注(57)附録第一。議長草案・前掲注(60)附録第一。最終案・前掲注(62)附録第一)。

180) 猶予期間の規定は、一月草案の段階では存在しなかったが、加盟国の要請により、九月草案の段階で挿入された(たとえば九月草案・前掲注(57)4条1項、11条1項、附録第一A2)。See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 4, para.15.

181) IHRに関する実施報告については、後述8-3-1も参照。

182) See ACTIVITY REPORT 2009, *supra* note 70, at 6. 締約国による自国の中核的能力の評価については、2008年2月の段階で76カ国によって行われた。A 61/7, *supra* note 68, para.10.

183) 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。

184) 延長及び追加的延長に関する規定は、最終案の段階で挿入された(最終案・前掲注(62)5条2項、13条2項)。

ることで、開発途上国の負担を減ずることが意図されている(附録第一-A 3)<sup>185)</sup>。

### 3-2 IHR 連絡窓口

#### 3-2-1 国内 IHR 連絡窓口

新 IHR は、同規則の実施と国際協力の前提として、締約国に対して、国内 IHR 連絡窓口(National IHR Focal Point: NFP)を指定又は設置するように義務付けている(4条1項)。この国内 IHR 連絡窓口は、WHO と常に連絡がとれなければならない(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(4条4項)。

国内 IHR 連絡窓口の任務としては、①関係締約国のために<sup>186)</sup>、(特に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、次に述べる 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・公衆衛生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(4条2項)<sup>187)</sup>。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マニュアルが作成されている<sup>188)</sup>。

新 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

185) See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 4, para.15. 国家が中核的能力を獲得するための WHO による協働については、後述 4-7 を参照。

186) 旧 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(9)2条)。

187) 2009年の新型インフルエンザのパンデミックにあたり、日本の国内 IHR 連絡窓口が果たした役割については、厚生科学審議会健康危機管理部会・前掲注(78)を参照。

188) たとえば次の文献を参照。World Health Organization, National IHR Focal Point Guide, <http://www.who.int/csr/ihr/English2> (last visited January 31, 2011); 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].

を提供している<sup>189)</sup>。

### 3-2-2 WHO・IHR 連絡窓口

新 IHR は、WHO の側にも「WHO・IHR 連絡窓口」を設置することを規定している(4条3項)。WHO・IHR 連絡窓口は、WHO の本部又は地域拠点 (regional level)<sup>190)</sup>に指定することができる(4条3項)<sup>191)</sup>。WHO・IHR 連絡窓口は、WHO の本部と六つの地域事務局 (Regional Offices) に設けられた<sup>192)</sup>。

また WHO は国内 IHR 連絡窓口が利用できる事象情報サイト (Event Information site) を設けており、活用されている<sup>193)</sup>。

## 3-3 中核的能力の内容①：サーベイランス及び公衆衛生上の対策

### 3-3-1 サーベイランス及び公衆衛生上の対策の意義

新 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(附録第一A 1 (a))。ここでサーベイランス (surveillance) とは、①公衆衛生を目的とするデータの体系的継続的収集・照合 (collation)・分析を行い、②評価及び公衆衛生上の対策のために、公衆衛生上の情報を適宜伝達することをいう(1条1項)。また、締約国は、PHR 及び PHEIC に迅速かつ効果的に対応するために、公衆衛生上

189) 国内 IHR 連絡窓口の設置の例については次の文献を参照。WHO/HSE/IHR/2009.4, *supra* note 188, at 26-50. また A 61/7, *supra* note 68, para.12 によれば、188カ国が国内 IHR 連絡窓口を指定した。さらに WHO が2008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。A 62/6, *supra* note 147, para.3.

190) WHO 憲章の第11章は地域的取極 (Regional Arrangements) を定め、地域的機関 (Regional Organization) を設置するとしている (WHO 憲章44条 (b))。

191) 2009年の新型インフルエンザ A (H1N1) に関するメキシコによる通告は、地域的機関であるパンアメリカン保健機構 (Pan American Health Organization: PAHO) を通じてなされた。See Katz, *supra* note 70, at 1166.

192) World Health Organization, Document A 60/8 (March 22, 2007) [hereinafter A 60/8], para.2.

193) A 62/6, *supra* note 147, paras.11, 13; A 63/5, *supra* note 70, at 2, para.4.

の対策 (public health response)<sup>194)</sup>を実施する能力を構築・強化・維持しなければならない (13条1項、附録第一A 1 (a))。

旧 IHR は出入国の地点での締約国の能力に主眼を置いていたが、これは旧 IHR が、国境での対策及び国境管理によって、限られた特定の感染症のまん延を防止することを意図していたためである<sup>195)</sup>。これに対して新 IHR では、入域地点ばかりか領域全体が対象となり、要求されるサーベイランスと対応の能力は、行政の階層毎に定められている (附録第一A 4 乃至6)<sup>196)</sup>。すなわち、①地域社会レベル・一次的な公衆衛生上の対策レベル (本節3—3—2)、②中間的な公衆衛生上の対策レベル (本節3—3—3)、③国家レベル (本節3—3—4) のそれぞれのレベルにおいて、以下の通り、異なる能力が求められている。

### 3—3—2 地域社会レベル・一次的な公衆衛生上の対策レベル

まず、地域社会レベル・一次的な公衆衛生上の対策レベルで要求される能力としては、①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できること、②入手し得るあらゆる必須情報 (essential information)<sup>197)</sup>を上位のレベルに直ちに報告できること、③予備的な管理措置 (preliminary control measures) を直ちに実施できること、である (附録第一A 4)。

194) 新 IHR の規定中では、「公衆衛生上の対策」の概念は多用されているが (たとえば第2部の表題や13条の見出し等)、新 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 (13条1項)。これに対して「公衆衛生上の措置」の概念 (前述2—4を参照) が個別の措置を意味している。

195) See FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 34.

196) 社会全体 (whole-of-society) で感染症に対処する措置は、新型インフルエンザ対策で採用されている。PANDEMIC INFLUENZA, *supra* note 74, at 10–11, 20–23.

197) 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採用された衛生上の措置である (附録第一A 4)。

### 3—3—3 中間的な公衆衛生上の対策レベル

次に中間的な公衆衛生上の対策レベルで要求されることは、①下位のレベルから報告された事象の状況を確認でき、追加的な管理措置を支援又は実施できること、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)<sup>198)</sup>と判明した場合、必須情報を国家レベルに報告できること、である (附録第一A 5)。

### 3—3—4 国家レベル

評価及び通告について、国家レベルで要求されることは、①緊急な事象についての報告を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2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 (附録第一A 6)。

次に公衆衛生上の対策について、国家レベルで要求されることは、①疾病の国内的及び国際的拡大を防止するために要求される管理措置を迅速に認定できること、②専門スタッフによる支援・実験室における標本分析・後方支援を提供できること、③地域調査を補助するために必要な現地支援 (on-site assistance) を提供できること、④封じ込め策 (containment) 及び管理措置を迅速に承認・実施するために、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を提供できること、⑤他の関係省庁との連絡体制を提供できること、⑥WHOから受け取っ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を提供できること、⑦PHEICに対応する多数の専門・部門の専門家から編成されるチームを創設することを含め、国内で公衆衛生上の緊急対策計画 (public health emergency response plan) を構築・運用・

---

198) 緊急性の判断基準は、①公衆衛生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A 5)。



維持できること、⑧これらを24時間体制として提供できること、である(附録第一A6)。

### 3-4 中核的能力の内容②：指定した入域地点

旧 IHR は、締約国が港及び空港について一定の能力を獲得すべきことを定めていた(旧 IHR14条乃至22条)<sup>199)</sup>。

これに対して新 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)」を指定しなければならない(19条(a)、20条1項、21条1項)<sup>200)</sup>。

特に指定した空海港と陸上越境地点に求められる能力については、次のように、①常時求められる能力(本節3-4-1)と、②PHEICのおそれを含む緊急時に求められる能力(本節3-4-2)とに分けて規定されている(附録第一B)。

なお、入域地点のうち空海港については、IHRの20条1項及び3項の要件を満たしている衛生空港 (sanitary airport) 又は衛生港 (sanitary port) であることを WHO が証明することができる(20条4項)<sup>201)</sup>。さらに WHO はこの証明のための指針 (certification guidelines) を作成することができる(20条5項)<sup>202)</sup>。

199) See DELON, *supra* note 9, at 12-13; FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 34.

200) 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衛生上の危険を考慮しなければならない(21条1項)。さらに複数の国が国境を接している場合、関係諸国間で取極めをしたり、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(21条2項)。

201) 旧 IHR 中にも、空港については、同規則の要件を充足している旨の証明を WHO が行う旨の規定が存在した(旧 IHR・前掲注(9)21条)。See LEIVE, *supra* note 2, at 64-67.

202) 証明指針の他にも、入域地点に関する指針を WHO は作成している。たとえば WORLD HEALTH ORGANIZATION, GUIDE TO HYGIENE AND SANITATION IN AVIATION (3rd ed., 2009)。See LEIVE, *supra* note 2, at 125-127. WHO による指針の作成一般については、後述4-6-2を参照。

### 3-4-1 指定した空海港及び陸上越境地点において常時求められる能力

指定した空海港と陸上越境地点について常時求められる能力としては、①医療サービスや十分な要員・設備等を提供できること、②医療施設に病気の旅行者を輸送するための設備・人員を提供できること、③輸送機関の検査のために訓練された人員をあてられること、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できること、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できること、である（附録第一B1）。

### 3-4-2 PHEICのおそれがある場合に、指定した空海港及び陸上越境地点において求められる能力

次に、PHEICを構成するおそれのある事象対応の場合に求められる能力としては、①（たとえば、入域地点等や業務のために、調整官や連絡窓口を指定する等の）公衆衛生上の緊急偶発事態対策（public health emergency contingency plan）の構築・維持によって、公衆衛生上の緊急対策（public health emergency response）を提供できること、②隔離や治療等を行うため、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・治療できること、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）ための場所を提供できること、④可能であれば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できること、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できること、⑥旅行者に対して、出入国管理を実施できること、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とを提供できること、以上である（附録第一B2）。

### 3-5 コンテナ積み込み区域に関する努力義務

新 IHR は、入域地点に関して中核的能力を獲得すべき義務を締約国に課すことに加えて、国際交通に用いられるコンテナ積み込み区域についても一定の衛生状態を「実行可能な限り (as far as practicable)」確保する努力義務を課している (34条)。

## 4 国家による通告と WHO を中心とした対応

### 4-1 国家の通告等の義務と非公式情報の活用

新 IHR は、WHO に対して締約国が情報を通告することを義務付け (本節 4-1-2)、通告について協議できることを規定する (本節 4-1-3)。また締約国は、従来の狭義の疾病に限定されず、予期されない又は通常と異なる公衆衛生上の事象についても、WHO へ情報提供を行う義務を負う (本節 4-1-4)。さらに締約国は、たとえ自国領域内でないとしても、自ら得た情報を WHO に通知する義務を負う (本節 4-1-5)。WHO は、締約国からではない非公式情報についてもこれを利用することができる (本節 4-1-6)。

#### 4-1-1 国家による通告制度に関する旧 IHR の問題点

旧 IHR では、①対象疾病が汚染地域から非汚染地域への輸入例 (imported case)<sup>203</sup>又は移入例 (transferred case)<sup>204</sup>の場合 (旧 IHR 3条2項)、②対象疾病が輸入例でも移入例でもない初発例の場合 (旧 IHR 3条1項)、締約国は、情報を得てから24時間以内に、WHO に対して電報又はテレックスを以て通告 (notify) しなければならないとされた。また旧 IHR は、この締約国による通

203) 「輸入例」とは、国際通行により到着する感染者をいう (旧 IHR・前掲注 (9) 1条)。

204) 「移入例」とは、同一保健主管庁の管轄下にある他の地域で感染を受けてきた者をいう。(旧 IHR・前掲注 (9) 1条)。

告を補う情報の提供も義務付けていた(旧 IHR 5 条)。しかし、旧 IHR の下では、通告の対象となる疾病が限定されており、締約国は指定された疾病以外の疾病について報告する義務を負っていなかった<sup>205)</sup>。また、締約国の中には、経済的損失をおそれて、通告を行わない国家もあった<sup>206)</sup>。

#### 4-1-2 国家による通告制度(6条の通告義務)

旧 IHR のこれらの欠点を補うため、新 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。

まず各締約国は、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(event)<sup>207)</sup>を評価(assess)し、WHO への通告の対象となるか否かを決定する(6条1項)<sup>208)</sup>。通告の対象は、旧 IHR では検疫伝染病の「発症例(case)」とされたのに対して(case-based surveillance)、新 IHR の対象はより広範な「事象」一般であるため(event-based surveillance)、特定伝染病の発症例に限定されない。

WHO に通告されるべきか否かの決定は、新 IHR の附録第二に従ってなされる<sup>209)</sup>。本稿では附録第二によって示される具体的な評価基準を「通告決定基準」と呼ぶ。

205) それゆえ旧 IHR の通告制度は、「特定疾病に関する通告(disease-specific reporting)」であるとされる。

206) See DELON, *supra* note 9, at 24; FIDLER, INTERNATIONAL LAW, *supra* note 4, at 65-66; FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 35; Fidler & Gostin, *New IHR*, *supra* note 3, at 88; LEIVE, *supra* note 2, at 72, 74-75, 89-95.

207) 事象については、前掲注(108)を参照。

208) 締約国による通告の規定は改正過程の最初の段階から存在したが(たとえば一月草案・前掲注(53)5条1項、附録第一)九月草案の段階で締約国による事象の評価が一層明瞭な規定ぶりとなった(九月草案・前掲注(57)5条1項)。See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 6, Article 5.

209) WHA 58.3, *supra* note 3, ANNEX 2, Decision Instrument for the Assessment and Notification of events that may constitute a Public Health Emergency of International Concern.

通告決定基準には、①予測不可能性の基準(unexpectedness)<sup>210)</sup>、②深刻さの基準(seriousness)<sup>211)</sup>、③国際的拡大の可能性の基準(international spreading)<sup>212)</sup>、④国際交通の制限の危険性の基準(international trade/travel restrictions)<sup>213)</sup>があげられている<sup>214)</sup>。

附録第二では、締約国の国内で発見された事象について、この通告決定基準に照らして、WHOへの通告の必要性の有無を判断するとしている。具体的には、①天然痘、野生型のポリオ・ウイルスに起因する小児マヒ、新型インフルエンザ、SARSは、通告決定基準の要件を満たすか否かにかかわらずWHOに必ず通告しなければならない疾病と分類され<sup>215)</sup>、②コレラ、肺ペスト、黄熱病、ウイルス性出血熱(エボラ熱、ラッサ熱、マールブルグ熱)、西ナイル熱、その他国内的・地域的懸念となる疾病(デング熱、リフトバレー熱、髄膜炎菌性髄膜炎等)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衛生上の懸念(potential international public health concern)を生ずるすべての事象は、附録第二の手続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

210) 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かが問われる。

211) 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。

212) 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。

213) 国際交通の制限の危険性の基準では、国際旅行又は取引が規制される危険性が大きいかが問われる。

214) 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/20\\_kanri/pdf/Sep.19\\_3.pdf](http://idsc.nih.go.jp/training/20_kanri/pdf/Sep.19_3.pdf) (last visited January 31, 2011).

215) 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), [http://www.who.int/ihr/Case\\_Definitions.pdf](http://www.who.int/ihr/Case_Definitions.pdf) (last visited January 31, 2011).

告すべきものとされる<sup>216)</sup>。附録第二については WHO によって指針が制定されている<sup>217)</sup>。

締約国による評価の結果 WHO に報告されるべきとされた事象については、「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態 (PHEIC) を構成するおそれのある (may constitute) 事象」として、それらの事象に対して実施される衛生上の措置に関するすべての情報とともに、評価後24時間以内に、当該締約国の国内 IHR 連絡窓口を通じて、利用できる最も効率的な伝達手段により、WHO に通告 (notify) されなければならない (6条1項)<sup>218)</sup>。

締約国は、WHO への通告後、通告した事象に関する情報を、可能な限り、WHO に引き続き伝達する (6条2項)<sup>219)</sup>。さらに、締約国は、必要な場合には、直面した困難及び必要な支援を WHO に報告する (6条2項)<sup>220)</sup>。

締約国によるウイルス等の標本 (samples) の提供に関しては、改正過程の

216) 一月草案の段階で附録に明記されていたのは通告決定基準のみであり、疾病のリストは記載されていなかった (一月草案・前掲注 (53) 附録第二)。改正過程を通じて、疾病のリストを加えるべきか否か加盟国の意見が分かれたが (A/IHR/IGWG/2, *supra* note 55, para.7.)、九月草案より疾病のリストが明記された (九月草案・前掲注 (57) 附録第二)。

217) 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)。

218) WHO が国家通告を受けるにあたっては、WHO・IHR 連絡窓口が連絡先となる (4条2項 (a)、同条3項)。WHO への通告は、PHEIC の存在の可能性を示すだけで、PHEIC と認定されるかは、IHR に定められた手続によって判断される。後述4-5を参照。通告手続の実際の運用については、次の文献を参照。砂川富正・山本久美「世界各国の IHR2005 に対する対応の調査と本邦における対応」谷口・平成20年度報告書・前掲注 (3) 14-15頁。日本国も、2009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、翌日 WHO に通告した。厚生科学審議会健康危機管理部会・前掲注 (78)。

219) 関連情報は、症例定義、実験室での結果、危険の原因及び種類、症例及び死者の数、疾病の拡大に関する状況、並びに採用された衛生上の措置を含む (6条2項)。

220) 締約国による困難と支援に関する報告は、議長草案の段階で挿入された (議長草案・前掲注 (60) 5条2項)。

比較的最終段階まで、生物・化学・核放射性薬剤の国際的放出(international release)の場合については、他の衛生情報の提出義務とは区別して、標本の提供義務を明記していた<sup>221)</sup>。しかし、当該規定は最終案において削除され、新IHRは「予期されない又は通常と異なる公衆衛生上の事象」が発生した場合の情報提供義務を定めているものの(7条)、ウイルス等の標本の提供について明言していない。それゆえ、締約国がウイルス等の標本を提供しないことが、新IHRの精神に反するか否か議論がある<sup>222)</sup>。保健総会の決議では①情報と②関連する生物物質(relevant biological materials)とを区別して両方を提供するように規定している<sup>223)</sup>。

#### 4-1-3 通告に関連する協議(8条の協議)

新IHRは、前述4-1-2で述べた通告義務を負わない事象についても、締約国とWHOの間で協議(consultation)するための手続を規定している。すなわち、締約国は、附録第二に基づいて通告が要求されない事象(特に入手し得る情報が不十分であるため、通告義務を負わない事象)についても、国内IHR連絡窓口を通じてそれをWHOに通知し、協議できる(8条)。

#### 4-1-4 予期されない又は通常と異なる公衆衛生上の事象が発生した場合の情報提供義務(7条の情報提供義務)

新IHR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

221) 一月草案・前掲注(53)41条。九月草案・前掲注(57)45条。議長草案・前掲注(60)45条。

222) 後述4-4も参照。たとえば、US Statement on the World Health Assembly Resolution on Pandemic Influenza Preparedness: Sharing of Influenza Viruses and Access to Vaccines and Other Benefits (May 23, 2007)。ウイルス等の標本の提供義務に関する議論については次の文献を参照。David P. Fidler, *Influenza Virus Samples, International Law, and Global Health Diplomacy*, 14 EMERGING INFECTIOUS DISEASES 88 (2008), at 92 [hereinafter Fidler, *Influenza Virus Samples*]。

223) WHA 59.2, *supra* note 65, para.4 (4); World Health Organization, Resolution WHA 60.28 (May 23, 2007), preamble.

る公衆衛生上の事象 (unexpected or unusual public health event) が発生した場合の情報提供義務について定めている。すなわち、締約国は、その病原又は源泉にかかわらず、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衛生上の事象が自国内で発生した場合、関連情報を WHO に提供する (7条)<sup>224)</sup>。

本規定は、狭義の疾病に限定せず、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、締約国が WHO に対して通報し、情報提供する義務について規定している。

#### 4-1-5 自国の領域外での PHR の通知義務 (9条2項の通知義務)

さらに新 IHR は、締約国に対して、たとえ自国の領域外で確認された疾病であるとしても、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、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) することを義務付けている (9条2項)<sup>225)</sup>。ただし、本規定の文理解釈から、①報告は努力義務であり<sup>226)</sup>、②通知義務の対象は、感染又は汚染した場合に限定され、感染又は汚染のおそれのある対象は含まれないこと<sup>227)</sup>がわかる。

WHO は、そのようにして得た情報に基づいて、当該事象がその領域内で発生していると申し立てられた国に対する検証手続に付することができる (10条1

224) 本規定は、最終案の段階で挿入された (最終案・前掲注 (62) 7条)。

225) アメリカは、新 IHR に関する第二番目の了解において、IHR 9条が定める領域外の証拠に関して、アメリカ軍が同国の安全保障上の国益を追求して実効的に活動する能力を損なうこととなる「通告」は、本条の目的からして実行可能とみなされないとした。US Note Verbale, *supra* note 100.

226) 「実行可能な限り」という文言は、最終案の段階で挿入された (最終案・前掲注 (62) 9条2項)。

227) 感染又は汚染のおそれのある場合の通知の規定は一月草案の段階で存在したが (一月草案・前掲注 (53) 7条2項)、九月草案の段階で削除された (九月草案・前掲注 (57) 7条2項)。See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 6, Article 7.



項)<sup>228)</sup>。

#### 4-1-6 非公式情報の活用

旧 IHR では、WHO が用いることができる情報は、政府が提供したものに限定されてきた<sup>229)</sup>。もっとも WHO は2001年より国家以外からの情報を活用するようになってきており<sup>230)</sup>、特に2003年の SARS の流行とそれへの対応を経て、IHR の改正にあたって非公式情報を考慮するように保健総会は事務局長に対して求めた<sup>231)</sup>。それゆえ非公式情報の活用は、IHR の改正作業の初期から検討されていた<sup>232)</sup>。

新 IHR においては、WHO は、「通告又は協議以外の情報源からの報告 (reports from sources other than notifications or consultations)」についてもこれを検討・評価することができる(9条1項)。このような報告は、国家からの報告に限定されていないため、NGO、マス・メディア、インターネットや電子メール (ProMED<sup>233)</sup>を含む)等の国家以外からの非公式情報を含む<sup>234)</sup>。既

228) 検証手続については、後述4-2を参照。

229) See LEIVE, *supra* note 2, at xxxix, 81-85.

ただし、改正以前の IHR 下にあった1970年にギニアでコレラが流行したが、同国政府はこれを WHO に通告せず流行の存在を認めなかったため、WHO の事務局長はこの流行について WHO 憲章2条に基づいて公表した例がある。World Health Organization, *Cholera*, 45 WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD (September 4, 1970), at 377. See Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 345, n 119; FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 64-65; LEIVE, *supra* note 2, at 83-85, 93.

230) たとえば WHA 54.14, *supra* note 39, para.1(3). See FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 67, 116-118.

231) WHA 56.28, *supra* note 51, paragraph 4(1). See WHO-WPR, *supra* note 42, at 252-253 (WHO 西太平洋地域事務局・前掲注(42)250-251頁。); A/IHR/IGWG/2/2, *supra* note 60, at 8, n 2.

232) See WHO/EMC/IHR/96.1, *supra* note 34, at 15, para.5.2.9.

233) ProMED は Program for Monitoring Emerging Diseases の略称であり、電子メールを中心とした感染症の報告システムである。ProMED については、たとえば以下の文献を参照。FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 63; FIDLER & GOSTIN, BIOSECURITY, *supra* note 3, at 212-213; ZACHER & KEEFE, *supra* note 11, at 48-49

に WHO は「地球規模感染症に対する警戒と対応ネットワーク (Global Outbreak Alert and Response Network: GOARN)」を構築しており<sup>235)</sup>、様々な「非公式な情報源から得られた情報 (Unofficial Sources of Information)」をもとに、次に述べる検証手続を利用することが可能となる (10条1項)。

#### 4-2 国家への検証手続

WHO は、通告又は協議以外の情報源によって PHEIC を構成するおそれのある事象が、発生していると報告がなされた場合、これを検討・評価した上で、「領域内で事象が発生していると申し立てられた締約国 (State Party in whose territory the event is allegedly occurring)」(以下「被申立国」という。)に対して、照会し検証 (verification) することを求めることができる (9条、10条)<sup>236)</sup>。ここで検証とは、①締約国の領域 (領域が複数にわたる場合を含む) 内で発生した事象の状況を確認するために、②当該締約国が WHO に対して情報を提供することをいう (1条1項)<sup>237)</sup>。

WHO は、PHEIC を構成するおそれのある事象に関する報告に基づき行動を起こす前に、被申立国と協議し、第10条に規定する手続に従って当該締約国から検証を得るよう試みなければならない (9条1項)<sup>238)</sup>。また、WHO が検証

234) See Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 374-375; Fidler & Gostin, *New IHR*, *supra* note 3, at 90; FIDLER & GOSTIN, *BIOSECURITY*, *supra* note 3, at 155.

235) GOARN の働きについては、たとえば、以下の文献を参照。Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 347-349; FIDLER, *SARS*, *supra* note 4, at 66-67; Fidler & Gostin, *New IHR*, *supra* note 3, at 90; FIDLER & GOSTIN, *BIOSECURITY*, *supra* note 3, at 154.

236) 旧 IHR においても、WHO は「近接国又は国際保健に対し重大な脅威 (serious threat to neighbouring countries or to international health)」となっている対象疾病の発生を調査できるが、これには関係諸国の同意が必要とされた (旧 IHR・前掲注 (9) 11条3項)。

237) 検証制度は、新 IHR の改正以前から行われていた。See World Health Organization, Document A/IHR/IGWG/2/INF.DOC/1 (January 27, 2005), paras.4-9.

238) 本規定は議長草案の段階で挿入された (議長草案・前掲注 (60) 7条1項2文)。

のために被申立国に情報提供するにあたっては、原則としてその情報源は公開されるが、適正に正当化される場合のみ、秘密とされる(9条1項)<sup>239)</sup>。

検証を求められた被申立国は、24時間以内に最初の応答(initial reply)又は確認(acknowledgement)をしなければならない(10条2項(a))。

WHOは、PHEICを構成するおそれのある事象に関する情報を受理した場合、事象の評価のために関係締約国と「協働」<sup>240)</sup>することを申し出る(10条3項)<sup>241)</sup>。締約国が協働の申出を受け入れなかった場合であっても、PHRの重大さから正当化される場合、WHOは、①当該締約国にWHOによる協働の申出を受け入れるよう促しつつ、②利用可能な情報を他の締約国と共有することができるとする(10条4項)<sup>242)</sup>。

#### 4-3 WHOからの情報提供<sup>243)</sup>

新IHRは、WHOが第5条乃至第10条によって得た、各締約国がPHRに対処するために必要な公衆衛生上の情報について、すべての締約国及び適当な場合には関係する政府間機関に対して、可及的速やかにかつ最も効率的な手段により、機密扱いで送付するとしている(11条1項)。しかし、他方で、WHOは、特に国家による通告制度(6条)、通告に関する協議(8条)、自国領域外

239) 本規定は最終案の段階で挿入された(最終案・前掲注(62)9条1項)。

240) 協働については、後述4-7を参照。

241) 一月草案の段階では、PHEICのおそれの証拠があり、WHOが派遣するチームによる現地調査を実施する必要がある場合、WHOと協働することを被申立国の側に義務付けていた(一月草案・前掲注(53)8条3項(b)、10条3項)。しかし各国の反対により九月草案では、被申立国と協働するWHOの側の義務を強調した表現となった(九月草案・前掲注(57)8条3項、11条3項)。See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 4, para.14.

242) 締約国が協働の申出を受け入れなかった場合でも、WHOが他の締約国と情報共有できる旨の規定は、九月草案の段階で挿入された(九月草案・前掲注(57)8条3項)。

243) 改正以前のIHRの下でWHOが得た情報の利用については、Leive, *supra* note 2, at 76-81. なお、WHOからの情報提供のために「疫学週報」(Weekly epidemiological record: WER)が利用されている。

の証拠の通知(9条2項)に基づき得た情報を、IHRに規定する検証・評価・援助のためにのみ用いることとされる(11条2項)。

それゆえ、WHOが自ら得た情報について、他の締約国に利用させることができるのは、次に該当する場合に限られる。すなわち、①関係する締約国と特別の合意をする場合、②当該事象がPHEICを構成すると認定された場合、③感染又は汚染の国際的な拡大を裏付ける情報がWHOにより確認された場合、④汚染・病原体(disease agent)・媒介体・保有宿主の性質から、国際的拡大に対する管理措置が成功しないと思われることの証拠がある場合、⑤締約国が疾病の拡大防止措置を実施する実行上の能力を欠いていることの証拠がある場合、⑥感染又は汚染されたおそれのある旅行者・手荷物・貨物・コンテナ・輸送機関・物品・郵送小包の国際的移動の性質及び範囲から、国際的な管理措置の適用が直ちに必要とされる場合、である(11条2項)。さらに、WHOは、このように他国に情報を提供するにあたり、自らの意図(intent)について被申立国と協議することが義務付けられた(11条3項)。

以上の手続を経て他の締約国に対してWHOからの情報提供がなされている状況下で、①同事象に関する他の情報が既に公表されており、②権威ある独立の情報の頒布(dissemination)が必要とされている場合、WHOは前記の情報を公衆の利用に供することができる(11条4項)<sup>244)</sup>。

#### 4-4 診断用検体等の取扱い

新IHRは、締約国に対して、検証及び公衆衛生上の対策の目的のため、国内法に従いつつ関連する国際的指針を考慮しつつ、生物体(biological substances)、診断用検体(diagnostic specimens)、試薬(reagents)、その他診断用物質(diagnostic materials)の輸送・出入国・加工・処分を容易に行えるようにするように義務付けている(46条)。これは、PHEICの認定を含む国際的な判断と公衆衛生上の対策のため不可欠である診断用検体等へのアクセスを確保する義務を、締約国に対して課すものである。

---

244) 本規定は、九月草案の段階で挿入された(九月草案・前掲注(57)9条3項)。

ただし、規則上は「国内法に従い」とあるため、国内法による留保を認めている<sup>245)</sup>。それゆえ、この義務は履行されないことがあるといわれることがある<sup>246)</sup>。

さらにウイルス等の標本を IHR に基づき WHO や他国に提供する義務があるのか問題となることがある<sup>247)</sup>。

#### 4—5 国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態 (PHEIC) の認定と暫定的勧告

##### 4—5—1 PHEIC の意義

これまでみてきたように、新 IHR は、旧 IHR と比較して、広い概念である PHR を対象としている<sup>248)</sup>。新 IHR は、この PHR の概念に加えて、「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態 (public health emergency of international concern: PHEIC)」の概念を導入した。ここで 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 (1 条 1 項)<sup>249)</sup>。

245) 国内法の留保は、議長草案の段階で挿入された (議長草案・前掲注 (60) 44 条)。

246) たとえば 2007 年にインドネシアは、鳥インフルエンザ (H5N1) の標本 (samples) の提供を拒否した。Fidler, *Swine Flu*, *supra* note 70, n 20; Fidler, *Influenza Virus Samples*, *supra* note 222.

247) たとえば Fidler, *Influenza Virus Samples*, *supra* note 222, at 92. WHO への通告の際に標本を提出する義務があるか否かに関する新 IHR の改正過程での議論については前述 4—1—2 を参照。本問題については WHO において協定等の枠組形成が行われている。World Health Organization, Report by the Open-Ended Working Group of Member States on Pandemic Influenza Preparedness: sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits, Document A 64/8 (May 5, 2011).

248) 旧 IHR には「公衆衛生に対する重大な危険 (grave danger to public health)」の概念は存在したものの (たとえば旧 IHR・前掲注 (9) 28 条、36 条 3 項)、その場合に締約国がとれる具体的措置や国際社会全体としての対応に関する規定が不十分であった。

249) WHO が PHEIC を宣言できることは新 IHR の改正過程において一貫して規定され

## 4-5-2 PHEIC の認定手続

(A) 締約国による PHEIC の通告義務 各締約国は、自国領域内で発生した PHEIC を構成するおそれのある事象について評価し、その結果通告の必要があれば WHO に通告する義務を負う（6条1項）。

(B) 事務局長による PHEIC の予備的認定と発生国との協議 事務局長は、受理した情報に基づき PHEIC が発生していると考えた場合、この予備的認定（preliminary determination）について、自国の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（12条2項）。

(C) 緊急委員会への付託 この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（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（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（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（49条4項）。

(D) 事務局長による PHEIC の存在の決定 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（49条5項）。事務局長は、PHEIC の認定にあたって、以下のことを考慮しなければならない。すなわち、①締約国から提供された情報、②附録第二の決定手続、③緊急委員会の助言、④科学的諸原則（scientific principles）<sup>250</sup>・入手可能な科学的

---

てきた（一月草案・前掲注（53）9条。九月草案・前掲注（57）10条。議長草案・前掲注（60）10条。最終案・前掲注（62）12条）。PHEIC の定義は、九月草案の段階で挿入された（九月草案・前掲注（57）1条1項）。See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 5, Article 1.

250) 「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（1条1項）。本定義規定は、議長草案の段階で挿入された（議長草案・前掲注（60）1条1項）。「基本法則及び事実」に関する「受容されている」旨の制限は、最終案段階で挿入された（最

証拠 (scientific evidence)<sup>251)</sup>・その他関連情報、⑤人の健康に対する危険性、疾病の国際的拡大の危険性、及び国際交通を阻害する危険性の評価、である (12条 4 項)。ここで注目すべきは、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 の認定が可能である点である<sup>252)</sup>。

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<sup>253)</sup>。さらに、PHEIC の場合には、WHO と締約国との協働についても規定されている<sup>254)</sup>。

2009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<sup>255)</sup>。

#### 4-5-3 暫定的勧告とその手続

(A) 暫定的勧告の意義 新 IHR は、WHO が法的拘束力を有しない「暫定的勧告」と「恒常的勧告」を制定することができるとした (第三編)。PHEIC と関係するのは特に前者の暫定的勧告である。ここで「暫定的勧告 (temporary recommendation)」とは、①WHO が発出する非拘束的な助言であり、② PHEIC に対応して、疾病の国際的拡大を防止又は削減し、国際交通の阻害を最小限に抑えることを目的として、③期限を定めて特定の危険に適用されるも

終案・前掲注 (62) 1 条 1 項)。

251) 「科学的証拠」とは、確立しかつ受容されている (established and accepted) 科学的方法に基づき一定水準の証明を提供する情報をいう (1 条 1 項)。本定義規定は、議長草案の段階で挿入された (議長草案・前掲注 (60) 1 条 1 項)。「科学的方法」に関する「確立しかつ受容されている」旨の制限は、最終案の段階で挿入された (最終案・前掲注 (62) 1 条 1 項)。

252) See Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 378; Fidler & Gostin, *New IHR*, *supra* note 3, at 90-91. 改正以前の IHR においても、1970 年に領域国のギニアがコレラの発生を認めないにもかかわらず、WHO がこれを認めたことがあった。See LEIVE, *supra* note 2, at 93.

253) WHO を中心とした情報共有については、前述 4-3 を参照。

254) WHO による国家との協働については、後述 4-7 を参照。

255) DG Statement (April 25, 2009), *supra* note 80.

のをいう(1条1項)。

(B) 暫定的勧告の手續と内容 PHEICが認定された場合、事務局長は、暫定的勧告を行う(15条1項)<sup>256)</sup>。事務局長は、勧告の基準として、次のことを考慮する(17条)<sup>257)</sup>。すなわち、①直接関係する締約国の見解、②(場合に依りて)緊急委員会又は検討委員会の助言、③科学的諸原則・科学的証拠・情報、④適当な保健水準を満たすと思われる合理的に利用可能な代替措置と比較して、国際交通を制限することがなくかつ人に立ち入ることのない<sup>258)</sup>衛生上の措置、⑤関連する国際的規準(Standards)並びに文書<sup>259)</sup>、⑥関連する政府間機関や国際団体によってなされる活動、⑦事象に関連する適当かつ具体的なその他情報、である。ただし暫定的勧告の場合、これらの項目のうち⑤と⑥への考慮については緊急性に依りて制限される場合がある。

勧告の内容については、①人に対するものと<sup>260)</sup>、②手荷物・貨物・コンテナ・輸送機関・物品・郵送小包に関するもの(人の遺体を含む)<sup>261)</sup>とがある

256) 暫定的勧告については新IHRの改正過程において一貫して規定されてきた(一月草案・前掲注(53)11条。九月草案・前掲注(57)13条。議長草案・前掲注(60)13条。最終案・前掲注(62)15条)。

257) 勧告の基準は、九月草案の段階で挿入された(九月草案・前掲注(57)15条)。

See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 3-4, para.11. 本基準は、暫定的勧告だけではなく、恒常的勧告にも適用される(17条)。

258) 「立ち入った」については、後掲注(325)を参照。

259) 他の条約との関係については後述7-1を参照。

260) 人に関してWHOが締約国に対して制定する勧告としては、以下の助言を含むことができる(18条1項)。①特定の措置を勧告しないこと、②感染地域での旅行歴の再調査、③医学的検査等の証明書の再調査、④医学的検査の要求、⑤予防接種その他の予防法の証明書の再調査、⑥予防接種その他の予防法の要求、⑦感染したおそれのある対象者を監視の下に置くこと、⑧感染したおそれのある対象者に対する検疫拘束等、⑨(必要に応じて)感染した対象者の隔離等、⑩感染した対象者等の接触先の追跡、⑪感染したおそれのある対象者又は感染した対象者に対する入域の拒絶、⑫感染していない者に対する感染地域への入域の拒絶、⑬感染地域の人に対する出国時検査又は制限、である。

261) 手荷物・貨物・コンテナ・輸送機関・物品・郵送小包に関してWHOが締約国に対して制定する勧告は、次の助言を含めることができる(18条2項)。すなわち、①特定の措置を勧告しないこと、②積荷目録及び輸送経路の再調査、③検査の実施、④



(15条2項、18条)。これらは WHO が発する勧告の例示列举であり、必ずしもこれらに限定されるものではない。

事務局長は緊急委員会での検討を受けて2009年4月25日に暫定的勧告を発出し、すべての国家に対してインフルエンザ様疾患 (influenza-like illness) 及び重症の肺炎の異常な増加に関するサーベイランスを強化することを求める暫定的勧告を発した<sup>262)</sup>。さらに①国境封鎖をしないこと、②国際交通を制限しないこと及び③病気の場合は渡航を延期すること等の暫定的勧告を追加した<sup>263)</sup>。

(C) 暫定的勧告の実施 事務局長は、PHEIC の認定、暫定的勧告、関係締約国によってとられた措置等を、緊急委員会の見解とともに、締約国に伝達する (49条6項)<sup>264)</sup>。また事務局長は、暫定的勧告等を締約国等を通じて輸送機関の運行者にも告知した後、一般に公表する (49条6項)<sup>265)</sup>。

この暫定的勧告には法的な拘束力はなく、また勧告に従わない場合の罰則規定等もない<sup>266)</sup>。

(D) 暫定的勧告の解除及び満了 暫定的勧告は、何時でも解除できる (may

感染又は汚染を除去するためにとられた措置の証明書の再調査、⑤感染又は汚染を除去するための処置、⑥人の遺体の安全な取扱い及び輸送を確保するための特定の衛生上の措置、⑦隔離又は検疫拘束、⑧ (別に可能な処置又は処理が成功裡に行われない場合) 管理された状況下にある感染した又は汚染した又は感染したおそれのある対象の押収及び破壊、⑨出入国の拒絶、である。

262) DG Statement (April 25, 2009), *supra* note 80. See also World Health Organization, Third meeting of the IHR Emergency Committee (June 5, 2009).

263) DG Statement (April 27, 2009), *supra* note 83.

264) 締約国による公衆衛生上の措置の実施については、後述5を参照。

265) 事務局長による輸送機関の運行者への告知と、一般への公表は議長草案の段階で挿入された (議長草案・前掲注 (60) 49条7項)。

266) See Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 390. 一月草案の段階では、締約国は、WHO の勧告がなければ、一定の措置をとることが禁止される旨の規定が存在した (たとえば、一月草案・前掲注 (53) 19条、21条、23条、24条)。これらの規定は、九月草案の段階で、保健上の書類に関する規定 (九月草案・前掲注 (57) 31条。新 IHR 35条) を除いて、WHO の勧告への言及が削除された。See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 3, para.10.

be terminated) が、その解除にあたっては PHEIC を認定した際の手続と同一の手続に従わなければならない (15条3項)。

暫定的勧告は発出されてから3ヵ月で自動的に満了する (shall automatically expire)。ただし、暫定的勧告を修正又は延長することにより、さらに3ヵ月まで延長することができる<sup>267)</sup>。なお暫定的勧告は、PHEIC が認定されてから2回目の保健総会を超えて継続できない (15条3項)<sup>268)</sup>。

#### 4-5-4 PHEIC の終結

事務局長は、発生国と協議した後、PHEIC が終結したと考える場合、PHEIC を認定した際の手続と同一の手続に従って終結の決定をする (12条5項)。また、発生国は、事務局長に対し、PHEIC の終結及び暫定的勧告の解除を提案でき、その旨を緊急委員会に提出できる (49条7項)<sup>269)</sup>。

緊急委員会は、PHEIC の終結について、事務局長に見解を提供できる (48条1項 (b))。

事務局長は、PHEIC の終結及び暫定的勧告の延長・解除を、緊急委員会の見解とともに、各締約国に伝達する (49条6項)。

2009年の新型インフルエンザA (H1N1) のパンデミックにおいては、2010年8月10日に事務局長によって PHEIC の終了とポスト・パンデミック期への移行が宣言された<sup>270)</sup>。

PHEIC が終結したと認定された後であっても、事務局長は、適当な場合には、暫定的勧告を修正又は延長できる。PHEIC の再発を防止するため又は迅

267) 暫定的勧告の自動的満了及び修正・延長に関する規定は、九月草案の段階で挿入された (九月草案・前掲注 (57) 13条3項)。See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 7, Article 13.

268) 暫定的勧告の延長の限界は、議長草案の段階では PHEIC の認定から2年とされたが (議長草案・前掲注 (60) 13条3項)、最終案の段階で保健総会の会期との関係で規定された (最終案・前掲注 (62) 15条3項)。

269) 発生国による PHEIC の終結及び暫定的勧告の解除の提案は、議長草案の段階で挿入された (議長草案・前掲注 (60) 49条8項)。

270) See DG Statement (August 10, 2010), *supra* note 88.

速な発見を行うために必要であれば、別の暫定的勧告を行うこともできる(15条1項)。

#### 4-6 恒常的勧告と指針

##### 4-6-1 恒常的勧告

(A) 恒常的勧告の意義 WHOは、PHEICに関する暫定的勧告以外にも、日常的又は定期的に適用される衛生上の措置に関する「恒常的勧告(standing recommendation)」を行うことができる(16条)。ここで「恒常的勧告」とは、①WHOが特定の進行中のPHRについて発出する非拘束的な助言であり、②疾病の国際的拡大を防止・削減し、国際交通の阻害を最小限に抑えるために必要とされ、③日常的又は定期的に適用される適当な衛生上の措置に関するものをいう(1条1項)。

(B) 恒常的勧告の手續と内容 新IHRは、その53条において恒常的勧告に関する手續を定めている<sup>271)</sup>。すなわち、特定のPHRに関して事務局長が恒常的勧告が必要かつ適当と考える場合、検討委員会に対して見解を諮問する(53条)。恒常的勧告案・修正案・解除案を検討委員会に提出できるのは、①事務局長、又は、②事務局長を通じて締約国である(53条(a))。恒常的勧告に関する検討委員会の見解及び助言を含む報告書は、検討及び決定のため事務局長に提出される(53条(e))。事務局長は、検討委員会の見解と助言を保健総会に伝達する(53条(e))。事務局長は、すべての恒常的勧告及び勧告の修正又は解除を、検討委員会の見解とともに、各締約国に伝達する(53条(f))<sup>272)</sup>。恒常的勧告は、検討のため、事務局長により次の保健総会に提出される(53条(g))。

締約国は、疾病の国際的拡大を防止又は削減し国際交通に対する不要な阻害を回避するため、特定の進行中のPHRに対し恒常的措置を適用することがで

---

271) 恒常的勧告を検討するにあたり、事務局長が考慮する基準は、暫定的勧告のそれと同じものである(17条)。前述4-5-3を参照。

272) 締約国による公衆衛生上の措置の実施については、後述5を参照。

きる(16条)。また、WHOは、53条の手続によって恒常的勧告を修正又は解除することができる(16条)。

ただし恒常的勧告には法的拘束力はなく、また締約国が勧告に従わない場合の罰則規定等もない。

#### 4-6-2 WHOによる指針等の作成

新IHRではWHOが様々な「指針(guidelines)」等を作成することが予定されている<sup>273)</sup>。たとえば、締約国の公衆衛生上の対策の能力を構築するのを支援するための指針(13条1項)<sup>274)</sup>、海空港のための証明指針(20条5項)<sup>275)</sup>、入域地点における民間トラック・列車・バスへの衛生上の措置の適用及び陸上越境地点の通行のための指針(29条)などである<sup>276)</sup>。

このような指針の中には、新型インフルエンザのパンデミックへの対応のための指針も含まれる<sup>277)</sup>。

#### 4-7 WHOによる国家との協働と支援

新IHR中には、WHOと締約国との協働に関する規定や、WHOによる締約国への援助(assistance)又は支援(support)に関する規定が多く含まれる。もっとも、これらのWHOと締約国間の協働と支援の前提となるものは、締約国からの要請であり、WHOによる一方的な介入は制限されている<sup>278)</sup>。

273) 改正以前のIHRにおける指針等の活用についてはLEIVE, *supra* note 2, at 115-132を参照。

274) 前掲注(173)を参照。

275) 前掲注(202)を参照。

276) このほか、13条3項、6項にもWHOによる指針の策定に関する規定が存在する。

277) PANDEMIC INFLUENZA, *supra* note 74; WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO INTERIM PROTOCOL: RAPID OPERATIONS TO CONTAIN THE INITIAL EMERGENCE OF PANDEMIC INFLUENZA (October 2007) [hereinafter INTERIM PROTOCOL]. See A 60/8, *supra* note 192, para.12.

278) 一月草案の段階では、一定の条件下で締約国がWHOと協働する義務が定められ

新 IHR は、WHO が、締約国の要請に基づき、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<sup>279)</sup>。すなわち、①締約国の公衆衛生上の能力 (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)<sup>280)</sup>。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)。特に締約国が中核的能力を獲得するための協働については、WHO のリヨン事務所 (WHO Lyon Office for National Epidemic Preparedness and Response) が拠点となっている<sup>281)</sup>。また専門要員の研修 (Field Epidemiology Training Programme: FETP) の実施を含むトレーニング・プログラムも開催されている<sup>282)</sup>。

また、公衆衛生上の対策に関する WHO の援助についても規定されている<sup>283)</sup>。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<sup>284)</sup>。

ていた (たとえば一月草案・前掲注 (53) 8条3項、10条3項)。See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 4, para.14.

279) 締約国による要請という条件は、最終案の段階で挿入された (最終案・前掲注 (62) 44条2項)。

280) 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。

281) A 61/7, *supra* note 68, para.9 ; A 62/6, *supra* note 147, para.7

282) See ACTIVITY REPORT 2009, *supra* note 70, at 13-14.

283) 国際機関による衛生に関する国家に対する援助は WHO 憲章制定以前にも存在していたが、対象となる国家の同意を前提とした。See FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 30-31.

284) 2009年の新型インフルエンザにあたり、PAHO と WHO はメキシコに専門家を派遣した。Pan American Health Organization, EOC situation report #6, Swine Influenza in the Americas (Mexico, The United States, Canada) (April 29, 2009).

PHEICを構成するおそれがある事象についての検証をWHOが締約国に要請する場合<sup>285)</sup>、WHOは、関係締約国と協働することを申し出る(10条3項)。この協働には、国内当局による実地評価及び調整を支援するための国際援助の動員を含むことができる(10条3項)。また、締約国から要請があった場合、WHOは本申出の根拠となる情報を提供する(10条3項)。たとえ締約国がWHOからの協働の申出を受け入れない場合であっても、PHRの重大さから正当化される場合には、WHOは、当該締約国にWHOによる協働の申出を受け入れるように引き続き促す(10条4項)。

PHEICの認定がなされている場合、締約国は、さらに追加的援助を受けることができる。WHOは、関係締約国と協議した上で追加的援助を当該締約国に提供できる(13条4項)。この協働には、国内当局による実地評価及び調整を支援するための国際援助の動員を含むことができる(13条4項)。また、締約国から要請があった場合、WHOは本申出の根拠となる情報を提供する(13条4項)。

WHOは、PHEICの影響を受けるか、その脅威に晒される他の締約国から要請があった場合、それらの諸国にも適当な指針及び援助を提供する(13条6項)。

#### 4—8 国家間の協働・他の国際機関等との連携

##### 4—8—1 国家間の協働

新IHRは、次の分野での締約国間の協働義務を定める(44条1項)。すなわち、①事象の発見・評価・対策、②公衆衛生上の能力の構築・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<sup>286)</sup>。

もともと、締約国のこれらの義務は、「できる限り相互に協働することを約

285) 検証手続については前述4—2を参照。

286) 新IHRは、締約国が、特別の条約又は取極を締結できるとする(57条2項)。

束する」(傍点による強調は、本著者。)のであるから、努力義務であると考えられる(44条1項)<sup>287)</sup>。

また、締約国は、WHO から要請があった場合には、可能な範囲で、WHO が調整する対策活動を支援することが望ましいとする(13条5項)<sup>288)</sup>。

#### 4-8-2 他の国際機関等との連携・調整

新 IHR では、WHO が、WHO 以外の政府間機関 (intergovernmental organizations) や国際団体 (international bodies) (本稿ではこれらを総称して「国際機関等」という。)と協力するとされた(14条1項)<sup>289)</sup>。

今回の改正は IHR の適用範囲を大幅に拡大したため、人権や軍縮など、他の法領域の国際機関等の活動分野との重複も問題となり得る。それゆえ新 IHR の運用にあたっては、WHO は他の国際機関等と十分に連携し、活動の調整を行うことが必要とされる<sup>290)</sup>。IHR との関係では、たとえば国際連合 (United Nations : UN)、国際労働機関 (International Labour Organization : ILO)、食糧農業機関 (Food and Agriculture Organization : FAO)、国際原子力機関 (International Atomic Energy Agency : IAEA)、国際民間航空機関 (International Civil Aviation Organization : ICAO)、国際海事機関 (International Maritime Organization : IMO)、国際獣疫局 (Office International des Epizooties, World Or-

287) See Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 374; GOSTIN, *PUBLIC HEALTH LAW*, *supra* note 3, at 249. 締約国の義務の程度について、九月草案の段階では「利用可能な資源の範囲内で (within their available resources)」協働するとされていたが(九月草案・前掲注 (57) 41条1項柱書)、議長草案の段階で「できる限り (to the extent possible)」協働するとされた(議長草案・前掲注 (60) 41条1項柱書)。

288) See GOSTIN, *PUBLIC HEALTH LAW*, *supra* note 3, at 249.

289) WHO 憲章も WHO が国際連合や他の政府間機関と関係を持ち協力することを定めている (WHO 憲章2条 (b)、同条 (h)、同条 (i)、同条 (p)、69条、70条)。See BEIGBEDER, *supra* note 2, at 171-174; BURCI & VIGNES, *supra* note 2, at 73-74, paras.110-114.

290) 本問題は、新 IHR の改正過程において加盟国によって指摘されていた。See *A/ IHR/IGWG/2*, *supra* note 55, para.6; *A/IHR/IGWG/4*, *supra* note 57, at 7, Article 12. 具体的な協力については、たとえば *A 63/5*, *supra* note 70, at 3, para.7 を参照。

organisation for Animal Health : OIE)、コーデックス委員会(国際食品規格委員会)(Codex Alimentarius Commission : CAC)、世界貿易機関(World Trade Organization : WTO)<sup>291)</sup>等との関係が重要となる<sup>292)</sup>。特に、新 IHR では、対象を特定の感染症に限定せず、PHR をもたらす大規模なテロや事故も対象としているため、たとえば WHO による IAEA への通告も規定している(6条1項)<sup>293)</sup>。また、新 IHR では、事務局長は、これら国際機関等の代表を、投票権を有しない資格で検討委員会に招請するとした(51条2項)。当該代表は、①覚書を提出することと、②議長の同意を得て討議の主題について意見を表明することができる(51条2項)。

政府間機関以外でも非政府機関(NGO)との協力が今日では重要となっている<sup>294)</sup>。それゆえ新 IHR においては、事務局長は、WHO と公式の関係を持

291) 本稿において「WTO体制」とは「世界貿易機関を設立するマラケシュ協定(Marrakesh Agreement Establishing the World Trade Organization (1994))」(以下「マラケシュ協定」という。)によって設立された多角的貿易体制をいい、マラケシュ協定と附属書に含まれる諸協定を総称して「WTO協定」と呼ぶ。特に「関税及び貿易に関する一般協定(General Agreement on Tariffs and Trade(1947))」の大部分は、新しいWTO協定に参照により取り込まれたため、本稿では「1994年の関税及び貿易に関する一般協定(Multilateral Agreements on Trade in Goods (1994), Marrakesh Agreement Establishing the World Trade Organization, Annex 1 A (1994))」とは区別せずに「GATT」と呼ぶ。中川淳司ほか『国際経済法』(有斐閣、2003年)37-38、40-41頁。

292) WHA 58.3, *supra* note 3, para.4.

293) 本規定は、最終案の段階で挿入された(最終案・前掲注(62)6条1項)。

IAEAには以前から事故通報システム(Incident Reporting System : IRS)がある。これは原子力事故に関する情報交換を目的とした制度である。さらに、WHOは「原子力事故の早期通報に関する条約(Convention on Early Notification of a Nuclear Accident)」(1986年)及び「原子力事故又は放射線緊急事態の場合における援助に関する条約(Convention on Assistance in the Case of a Nuclear Accident or Radiological Emergency)」(1986年)について受諾宣言している。

294) 新 IHR 中には、NGO の定義は存在しない。WHO 憲章は WHO が NGO と公式な関係を持つことを認めている(WHO 憲章71条)。See BURCI & VIGNES, *supra* note 2, at 89, para.149; FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 51-53. WHO と NGO との関係には、公式なものと非公式なものがある。See BURCI & VIGNES, *supra* note 2, at 90, para.152;



つ NGO の代表を検討委員会に招請するとした(51条2項)。また事務局長は、WHO と公式に関係を持つ NGO に対して、検討委員会が指定した恒常的勧告案の主題に関する情報を提出するように要請することができるとした(53条(c))。

さらに、WHO 憲章は寄附(gifts)及び遺贈(bequests)を受諾及び管理する権限を保健総会(又はこれを代理する理事会)に与えており(WHO 憲章57条)、これに基づいて WHO は製薬会社などの民間企業との連携も現実に図られている<sup>295)</sup>。

#### 4-8-3 財政的資源

公衆衛生上の措置をとるためには、財政的資源(financial resources)が不可欠である<sup>296)</sup>。新 IHR では、財政的資源に関する規定は、協働義務との関係で定められているが(締約国間の財政的資源に関する協働は44条1項(c)、WHO による開発途上国への支援については44条2項(c))、これらは努力義務にとどまると考えられる<sup>297)</sup>。

---

BEIGBEDER, *supra* note 2, at 76-77. また WHO と NGO の関係を規律する文書として次のものがある。World Health Organization, Principles governing relations between the World Health Organization and Nongovernmental Organizations, Resolution WHA 40.25 (1987), *reprinted* in BASIC DOCUMENTS, *supra* note 2, at 81-86.

295) WHO と民間企業の関係一般については次の文献を参照。YVES BEIGBEDER, INTERNATIONAL PUBLIC HEALTH: PATIENTS' RIGHTS VS. THE PROTECTION OF PATENTS (2004); BURCI & VIGNES, *supra* note 2, at 94-98, paras.160-198. たとえば WHO は、新型インフルエンザの早期封じ込めを目的として、抗ウイルス薬であるタミフル(oseltamivir)の製造会社であるロッシュ社と連携している。INTERIM PROTOCOL, *supra* note 277, at 16; A 60/8, *supra* note 192, para.11.

296) See GOSTIN, PUBLIC HEALTH LAW, *supra* note 3, at 249.

297) 前述 4-8-1 も参照。感染症対策の分野では、各国の政府拠出や民間財団の寄付等、官民が共同で資金を拠出した世界基金(Global Fund)が存在する。See United Nations General Assembly, Document A/RES/63/33 (January 27, 2009). See FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 55-57.

## 5 締約国による公衆衛生上の措置とその制限

### 5-1 公衆衛生上の措置についての概観

#### 5-1-1 旧 IHR における公衆衛生上の措置に関する規定

旧 IHR の目的は、世界の交通に対する阻害を最小限 (minimum interference) としながらも、疾病の国際的伝播の防止に最大限の効果 (maximum security) をもたらすこととされた<sup>298)</sup>。また、各締約国がとれる具体的な衛生上の措置は旧 IHR の第4編で明記され、特に「本規則で許される衛生上の措置は、国際交通に適用し、国が対象疾病に対して自国の領域を護るために要求し得る最大限の措置である。」と定めていた (旧 IHR23条) (傍点による強調は、本著者)<sup>299)</sup>。

しかし、旧 IHR では自国の領域を護るために必要な措置であれば「最大限の措置」とされ、この判断も締約国に任されたため、必ずしも統一的に実施されたわけではなかった。この結果、旧 IHR で世界の交通に対する阻害を最小限とするとされたにもかかわらず、実際には個々の締約国が国際交通に対して制限的である過度な措置 (excessive measures) をとることとなった<sup>300)</sup>。

298) 旧 IHR の目的については前述 2-6-1 を参照。

299) 改正以前の IHR における衛生上の措置を規律する原則については、次の文献を参照。DELON, *supra* note 9, at 13.

300) See DELON, *supra* note 9, at 24; FIDLER, INTERNATIONAL LAW, *supra* note 4, at 67-68; FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 35-36; LEVE, *supra* note 2, at 6-7, 91-95; Barbara von Tigerstrom, *The Revised International Health Regulations and Restraint of National Health Measures*, 13 HEALTH LAW JOURNAL (2005), at 42-43.

たとえば1991年にペルーでコレラが発生し、旧 IHR に従ってペルーは WHO に対してこの旨の報告を行ったが、ペルーからの輸入を制限する措置をとる加盟国もあった。後日、これらの措置は WHO によって不適切な措置と評された。World Health Organization, Director-General Says Food Import Bans Are Inappropriate for Fighting Cholera, Press Release WHO/24 (February 16, 1998). See Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 353, n 162.

### 5-1-2 新 IHR における公衆衛生上の措置に関する規定

新 IHR は公衆衛生上の措置について詳細な規定を設けている。新 IHR は、第 5 編で締約国が実施する公衆衛生上の措置について、第 6 編で公衆衛生上の措置に関係する保健上の書類について、第 7 編で公衆衛生上の措置に必要なとされる料金の徴収について、第 8 編で公衆衛生上の措置に関する一般規定について定めている。

新 IHR の規定は締約国に対して公衆衛生上の措置をとる権利を与えるが、同時にかかる措置に対する法的制限となる。すなわち、新 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衛生上の措置について、その内容及び手続を具体的に定め(本章 5-3 及び 5-4)、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(本章 5-4-4)、③さらに、公衆衛生上の措置が禁止される場合を提示した上で(本章 5-5-1)、④締約国が一定の範囲内で衛生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(本章 5-5)<sup>301)</sup>。

本章ではこれら新 IHR が定めている締約国による公衆衛生上の措置のうち、①公衆衛生上の措置に関する原則(本章 5-2)、②到着・出発における一般的な要求事項と予防接種その他の予防法及び保健上の書類(本章 5-3)、③感染した対象や感染したおそれのある対象に対する公衆衛生上の措置

---

また1994年にインドでペストが発生したが<sup>301)</sup>(Centers for Disease Control and Prevention, *International notes update: human plague, India, 1994*, 43 MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT (MMWR) (October 21, 1994), at 761-762)、この際には各国が過度な措置をとり経済的損失が発生した。See SAFER FUTURE, *supra* note 3, at 2-3; von Tigerstrom, *supra* note 300, at 43.

301) Von Tigerstrom は、IHR の規定する公衆衛生上の措置について、①IHR 中に規定された措置、②WHO の勧告に従ってとられる措置、③締約国が個別に実施する公衆衛生上の追加措置、④他の条約に従った措置については合法であるとし、それ以外については⑤過度な措置で違法と分類する。Von Tigerstrom, *supra* note 300, at 73 (See also at 67).

(本章5—4)、④締約国による衛生上の追加措置(本章5—5)、⑤公衆衛生上の措置に必要な料金の徴収(本章5—6)について、それぞれ説明する。

## 5—2 公衆衛生上の措置に関する原則

疾病の国際的拡大に対する公衆衛生上の対策を提供するにあたっては、①国際交通及び取引に対する不要な阻害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した(2条)。特に、本規則に従ってとられる衛生上の措置は、①国際交通に関しては、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)措置であり(17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、最も立ち入らず非侵襲的な(not more invasive or intrusive)措置でなければならないとされた(23条2項、31条2項、43条1項)<sup>302)</sup>。

新IHRは、同規則に基づく衛生上の措置は、①直ちに開始し、②遅滞なく完了し、③透明性を有し<sup>303)</sup>かつ無差別に<sup>304)</sup>適用しなければならないとする(42条)。

なお無差別適用との関係で、新IHRでは、外交特権との関係が規定されていないことが注目される。旧IHRは外交官の地位を有する者について直接定めていなかったが、公衆衛生上の措置に関する規定(旧IHR24条)の脚注で外交官の地位を有する旅行者についても旧IHRが適用されるとしていた<sup>305)</sup>。そのため改正交渉の当初は、新IHRは外交官の地位を有する者にも適用されるとされていた<sup>306)</sup>。しかし交渉が進むにつれて外交特権との両立が目指さ

302) *See id.* at 73.

303) 透明性の要件については、SPS協定・後掲注(447)7条と比較せよ。*Id.* at 60.

304) 無差別の要件については、SPS協定・後掲注(447)2条3項及び5条5項と比較せよ。*Id.* at 60.

305) IHR 1969 (1983), *supra* note 9, at 18, Article 24, n.a.

306) たとえば一月草案・前掲注(53)38条。

れ<sup>307)</sup>、結局、最終案の段階で削除された。これらの規定は、「外交関係に関するウィーン条約」<sup>308)</sup>(以下「外交関係条約」という。)等が定める特権免除(特に外交関係条約29条及び31条)と抵触する可能性があった<sup>309)</sup>。

公衆衛生上の措置の実施義務を負う主体について42条は明示していない。暫定的勧告は国家に対する勧告であることが明記されているものの(18条)<sup>310)</sup>、これらの措置は、締約国によって実施されるだけでなく、関連する国際団体や輸送機関の運行者にも告知され周知される(たとえば24条、49条6項を参照)<sup>311)</sup>。

### 5—3 到着・出発における一般的な要求事項と保健上の書類

#### 5—3—1 到着・出発における一般的な要求事項

(A) 到着・出発における衛生上の措置 新IHRによれば、締約国は、同規則及び国際協定に従うことを条件として、到着又は出発時に、①旅行者に対しては、旅行者の目的地等の情報・到着までの旅程・最も立ち入らず非侵襲的な医学的検査を求めることができ、②手荷物・貨物・コンテナ・輸送機関・物品・郵送小包・人間の遺体に対しては検査を求めることができる(23条1項)。

新IHRは、締約国が旅行者に対して侵襲的な医学検査又は予防接種その他の予防法をその入域の条件として義務付けることは原則としてできないとしつ

307) たとえば九月草案・前掲注(57)43条、議長草案・前掲注(60)43条。See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 12, Article 43.

308) Vienna Convention on Diplomatic Relations (1961).

309) See World Health Organization, Document A/IHR/IGWG/INF.DOC/1 (September 30, 2004) [hereinafter A/IHR/IGWG/INF.DOC/1], paras.33–35.

310) IHRに基づく勧告が「締約国に対する」ものであるという文言は、議長草案の段階で挿入された(議長草案・前掲注(60)16条)。

311) 旧IHR下で発生した2003年のSARSの流行では、WHOは勧告を発出するにあたり国家を名宛人としたが、現実には個人に対しても効果を有したと考えられる。See FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 140.

アメリカは、新IHRに関する三番目の了解において、新IHRは司法上執行可能な私的権利(judicially enforceable private right)を創出しないとされた。US Note Verbale, *supra* note 100.

つも、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ことができる一定の条件を同時に定めている(31条1項)。すなわち、①PHRの存否の認定に必要な場合、②一時滞在又は永住を希望するすべての旅行者に対して入域の条件とする場合、③締約国による衛生上の追加措置(43条)として又は附録第六<sup>312)</sup>及び第七<sup>313)</sup>に従って、すべての旅行者に対して入域の条件とする場合(附録第六及び第七は、予防接種等の方法及びその証明書の様式を規定する。)、④締約国による到着及び出発時の衛生上の措置(23条)として実施される場合である。

(B) 締約国による旅行者の入域の拒否 以上の要求に旅行者が従わない場合、すなわち①締約国が旅行者に対して医学的検査や予防接種その他の予防法を受けるように要求したにもかかわらず、当該旅行者がかかる措置に同意しなかった場合、又は、②当該旅行者が情報若しくは書類の提出を拒んだ場合、締約国が当該旅行者の入域を拒否できる(31条2項)<sup>314)</sup>。たとえ入域を拒否できる場合であっても、締約国は、旅行者の扱い(32条)<sup>315)</sup>、衛生上の措置に関する一般原則(42条)及び個人データの扱い(45条)<sup>316)</sup>に関する規定を遵守しなければならない(31条2項)。

### 5-3-2 保健上の書類

これまで国家は、感染症の拡大を防止するための国境管理の一環として、予防接種済証明書や船舶衛生証明書(Ship Sanitation Certificate: SSC)等の提出を求めてきた<sup>317)</sup>。

312) WHA 58.3, *supra* note 3, ANNEX 6, Vaccination, Prophylaxis and Related Certificates.

313) WHA 58.3, *supra* note 3, ANNEX 7, Requirements concerning Vaccination or Prophylaxis for Specific Diseases.

314) 旅行者の入域の拒否に関する規定は九月草案の段階で挿入された(九月草案・前掲注(57)27条4項)。See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 9-10, Article 27.

315) 後述6-3を参照。

316) 後述6-4を参照。

317) 入国に際して特定の感染症の陰性証明書が必要とされることがある。たとえば、

新 IHR は、本規則に規定するか又は WHO の勧告に従った場合にのみ、保健上の書類 (health documents) を、国際交通に対して要求できるとする (35 条)。すなわち新 IHR は、保健上の書類について、船舶衛生管理免除証明書 (Ship Sanitation Control Exemption Certificate: SSCEC) (39 条及び附録第三<sup>318)</sup><sup>319)</sup>、船舶衛生管理証明書 (Ship Sanitation Control Certificate: SSCC) (39 条及び附録第三)<sup>320)</sup>、海運保健申告書 (Maritime Declaration of Health)

入国にあたりエイズ陰性証明書 (AIDS-free certificate) の提出を求める国があった。See FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 36; Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 339-340.

また旧 IHR が定める保健上の書類には「ねずみ族駆除施行証明書及びねずみ族駆除免除証明書 (Deratting Certificate-Deratting Exemption Certificate)」(旧 IHR・前掲注 (9) 附録 (Appendix) 第一)、予防接種済証明書 (旧 IHR・前掲注 (9) 附録第二)、「海運保健申告書 (Maritime Declaration of Health)」(旧 IHR・前掲注 (9) 附録第三)、「航空機用申告書の保健欄 (Health Part of The Aircraft General Declaration)」(旧 IHR・前掲注 (9) 附録第四)があり、それ以外の保健上の書類を国際交通に際し要求することはできないと定めていた (旧 IHR・前掲注 (9) 81 条)。See FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 36-37. 改正以前の IHR における保健上の書類の運用については、以下の文献を参照。DELON, *supra* note 9, at 19-20; LEIVE, *supra* note 2, at 101-114.

318) WHA 58.3, *supra* note 3, ANNEX 3, Model Ship Sanitation Control Exemption Certificate/Ship Sanitation Control Certificate.

319) 「船舶衛生管理免除証明書」は、検疫所等の権限のある当局が船舶の衛生検査を行った結果、ねずみ族等の媒介体・保有宿主の有無を含めて、当該船舶に感染・汚染がないことが確認できた場合に発給される (39 条 6 項)。船舶衛生管理免除証明書の有効期間は最大 6 カ月であるが、港で要求される検査又は管理措置が完了しない場合、1 カ月延長できる (39 条 1 項)。

旧 IHR では、「ねずみ族駆除施行証明書及びねずみ族駆除免除証明書」を用いることとされていたが、対象範囲が限定されていた (旧 IHR・前掲注 (9) 53 条及び附録第一)。谷口・平成 20 年度報告書・前掲注 (3) 53 頁。

320) 「船舶衛生管理証明書」は、検疫所等の権限のある当局が船舶の衛生検査を行った結果、ねずみ族等の生息が確認されたため、船舶が駆除等の管理措置を実施し満身に完了したことが確認できた場合に発給される (39 条 5 項)。船舶衛生管理証明書の有効期間は最大 6 カ月であるが、港で要求される検査又は管理措置が完了しない場合、1 カ月延長できる (39 条 1 項)。

(37条及び附録第八<sup>321)</sup>)又は航空機総合申告書の保健欄(Health Part of an Aircraft General Declaration)(38条及び附録第九<sup>322)</sup>)の提出を求める手続を定めている(附録第四A2)<sup>323)</sup>。

#### 5-4 感染した対象や感染したおそれのある対象に対する措置

新IHRは、感染した対象や感染したおそれのある対象に対する措置についても規定している。これらの措置の対象には、①自然人たる旅行者の場合、②手荷物・貨物・コンテナ・輸送機関・物品及び郵送小包などの場合とがある。

##### 5-4-1 感染したおそれのある対象又は感染した対象たる旅行者

(A) 感染したおそれのある対象又は感染した対象たる旅行者に対する衛生上の措置 旅行者が感染したおそれがあるか又は感染した場合で、PHRに関する証拠が得られるのであれば、締約国は、本規則に従った衛生上の追加措置<sup>324)</sup>を、事案毎に適用することができる(23条2項)。この追加措置が立ち入っており(intrusive)<sup>325)</sup>侵襲的な(invasive)<sup>326)</sup>医学的検査であるとしても、

321) WHA 58.3, *supra* note 3, ANNEX 8, Model of Maritime Declaration of Health.

322) WHA 58.3, *supra* note 3, ANNEX 9, Health Part of The Aircraft General Declaration. 附録第九は、ICAOが定めた総合申告書の一部である。See A/IHR/IGWG/2/2, *supra* note 60, at 23, n 1.

323) この他に健全証明書(Bill of health)の提出を求める場合もあった。そのため一月草案では、健全証明書を要求してはならない旨の規定があったが(一月草案・前掲注(53)30条)、各国からの批判を受けて削除された。See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 10, Former Article 30.

324) 衛生上の追加措置については、後述5-5を参照。

325) 「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(1条1項)。

「立ち入った」の概念は九月草案の段階で用いられていた(九月草案・前掲注(57)27条4項(a))。しかしその定義規定については議長草案の段階でも意見が分かれており確定していなかった(議長草案・前掲注(60)1条1項)。本定義は最終案の段階で確定した(最終案・前掲注(62)1条1項)。

326) 「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



それは疾病の国際的拡大の防止という公衆衛生上の目的達成に必要な最小限度であれば許容される(23条2項)。

締約国が、旅行者に対して、医学的検査・予防接種・予防法(prophylaxis)・衛生上の措置を施すためには、旅行者又はその親権者若しくは保護者に対する、事前の明示的な説明を行った上での同意(インフォームド・コンセント)が必要となる(23条3項)<sup>327)</sup>。

(B) 差し迫ったPHRの場合 さらに、差し迫ったPHR(imminent public health risk)の証拠が存在する場合、締約国は、国内法に従い、危険を管理するのに必要な範囲内で、以下のいずれかを受けるように、旅行者に対して強制(compel)又は助言する(advise)ことができる(31条2項)。すなわち、①疾病の国際的拡大の防止という公衆衛生上の目的を達成し得る、最も侵襲的ではなく最も立ち入らない医学的検査、②予防接種その他の予防法、又は、③疾病の拡大を防止・管理するための確立した衛生上の追加措置(隔離・検疫拘束・旅行者を公衆衛生上の監視の下に置くことを含む)、である。

(C) 公衆衛生上の監視の下に置かれた旅行者 もっとも到着時に公衆衛生上の監視の下に置かれた感染したおそれのある旅行者(suspect traveller who on arrival is placed under public health observation)は、以下の条件を満たす場合、国際的な旅行を継続することができる(30条)<sup>328)</sup>。すなわち、①その旅行

---

体への器具若しくは異物の挿入、又は、体腔検査である(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・唾液標本の体外的採取、体外的血圧測定、心電図検査である(1条1項)。

新IHRの制定過程において、「侵襲」の定義は、「医学的検査」の定義規定を明確化するために九月草案の段階で挿入された(九月草案・前掲注(57)1条1項)。See *A/ IHR/IGWG/4, supra note 57, at 5, Article 1*. また、侵襲とみなされない措置のリストは、議長草案で示された後(議長草案・前掲注(60)21条1項(a)(iii)の脚注1)、最終案の段階で定義規定に挿入された(最終案・前掲注(62)1条1項)。

327) 締約国による旅行者の扱いについては、後述6-3も参照。

328) 旧IHRでは、締約国は感染者又は感染したおそれのある者の出発を阻止する義務を負った(旧IHR・前掲注(9)30条(a))。See *DELON, supra note 9, at 13-14*.

の継続が差し迫った PHR をもたらさないこと、及び、②その旅行の継続が、新 IHR の43条に服するか<sup>329)</sup>、又は、国際協定によって許可されること、である。また、当該旅行者が旅行を継続する場合、締約国は、旅行者の到着予定を、目的地である入域地点の権限のある当局に対し知りえた範囲で通知せねばならず、また、旅行者も、到着した時に、関係当局に報告することが義務付けられた (30条)。

#### 5-4-2 感染地域から渡来した、証明書を保持する旅行者

感染地域から渡来した旅行者は、附録第六及び附録第七 (適用がある場合) に準拠して交付された予防接種その他の予防法の証明書を保有するのであれば<sup>330)</sup>、当該疾病を理由に入域を拒否されない (36条2項)。

しかし、その予防接種その他の予防法が効果的でないという検証可能な示唆や証拠を、権限のある当局が有する場合はこの限りでない (36条2項)<sup>331)</sup>。

#### 5-4-3 輸送中の輸送機関又は物品に対する措置

(A) 輸送中の輸送機関に対する衛生上の措置一般 輸送中の (in transit) 輸送機関 (船舶・航空機・民間トラック・列車・バス) 又は物品で、次のいずれかの条件を満たすものについては、締約国は衛生上の措置を原則としてとることができない (25条、26条、33条)<sup>332)</sup>。すなわち、①輸送中の船舶のうち、感染地域から来航しておらず、他国の領域内の港に行く途中に、当該締約国の領域内の海運上の運河又は水路 (maritime canal or waterway) を通過するもの、②輸送中の船舶のうち、港又は沿岸に寄港せずに、沿岸国が管轄権を有する水

329) 43条は、締約国による衛生上の追加措置について定めている。後述5-5を参照。

330) 保健上の書類については前述5-3を参照。

331) 本但書は、議長草案の段階で挿入された (議長草案・前掲注 (60) 32条2項)。

332) 締約国がとることを原則として禁止された措置については後述5-5-1を参照。ただし、①締約国による衛生上の追加措置の場合 (後述5-5) 又は②適用される国際協定によって許可される場合 (後述7-1-2) は許容される (25条、26条、33条)。

域を通過するもの、③輸送中の航空機のうち、締約国の管轄下にある空港にあるもの、④民間トラック・列車・バスのうち、感染地域から来たものではなく、搭乗・上陸・荷おろし・積み込みを行わずに、領域を通過するもの、⑤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、である。

(B) 輸送機関内で感染源及び汚染源が発見された場合 しかし輸送中の輸送機関に対する衛生上の措置の禁止の原則には例外があり、輸送機関内で感染源及び汚染源が発見された場合など、PHRを指し示す事実又は証拠に基づく臨床的徴候・症状・情報が輸送機関内で発見された場合、権限のある当局は当該輸送機関を感染した対象とみなし、以下の管理措置を行うことができる(27条1項)<sup>333)</sup>。すなわち、①適当な場合には、当該輸送機関に対して、消毒・除染・虫類駆除・ねずみ族駆除を施すこと、又は、権限のある当局自らの監督の下でかかる処置を実施させること(27条1項(a))<sup>334)</sup>、②PHRの十分な管理を確保するために採用された技術(technique)を、それぞれの場合において決定すること(27条1項(b))、である。後者の場合、WHOが同手続のための措置等を助言しているのであれば、権限のある当局が「安全かつ信頼できる」とする他の措置を決定しない限り、WHOの措置を用いることが望ましいとされた(27条1項(b))。

また、権限のある当局は、疾病の拡大を防止するのに必要であれば、衛生上の追加措置を実施できる(27条1項)<sup>335)</sup>。この追加措置には輸送機関の隔離を含むが、当該措置は同国の国内IHR連絡窓口に報告されることが望ましいとされた(27条1項)。

(C) 入域地点にある船舶又は航空機 入域地点にある船舶又は航空機について

333) 有効な船舶衛生管理免除証明書又は船舶衛生管理証明書が作成されていない場合も、27条1項の手続をとることができる(39条2項)。

334) さらに、入域地点において船舶又は航空機上に感染源や汚染源が発見された場合、締約国は、必要な消毒・除染・虫類駆除・ねずみ族駆除・その他当該感染・汚染の拡大を防止するのに必要な措置の実施を、自由交通許可付与の条件とすることができる(28条2項)。

335) 衛生上の追加措置については、後述5-5を参照。

ては、①原則として、公衆衛生上の理由を根拠として寄港が妨げられてはならないとされた。②ただし、入域地点に衛生上の措置に必要とされる整備がなされていないのであれば、締約国は当該船舶又は航空機に対して、措置可能な別の入域地点に自己の責任において進航するよう命ずることができる。③もっとも当該船舶又は航空機が運航上の問題を抱えており安全に航行できないのであれば、命ずることはできないとされた(28条1項)<sup>336)</sup>。

さらに、入域地点の権限のある当局が管理措置を実施できない場合、感染した輸送機関は次の条件が満たされれば出発することが許される(27条2項)。すなわち、①出発地の権限のある当局が、当該輸送機関の次の入域地点の権限のある当局に対して、発見した証拠及び要求される管理措置を通知することであり、②船舶の場合、同情報が船舶衛生管理証明書に記載されることである。(D) 入域地点にある民間トラック・列車・バス 入域地点にある民間トラック、列車及びバスに関しては、WHOは、参加諸国と協議して、衛生上の措置の適用及び陸上越境地点の通行のための指針を策定するとされた(29条)<sup>337)</sup>。

#### 5-4-4 感染した対象や感染したおそれのある対象に対する WHO の勧告に基づく措置

WHOが制定する暫定的勧告又は恒常的勧告の中に、感染したおそれのある対象又は感染した対象に対する措置を含めることができる(18条)<sup>338)</sup>。このWHOの勧告に基づく措置のうち、①人に関する措置は、公衆衛生上の監視の下に置くこと、検疫拘束その他の衛生上の措置を実施すること、隔離し処置を実施すること、対象者の接触先の追跡を実施すること、入域を制限・拒絶することを含む(18条1項)。また、②手荷物・貨物・コンテナ・輸送機関・物品及び郵送小包に関する措置としては、感染又は汚染を除去するための処置、隔離又は検疫拘束、(処置等に成功しない場合の)押収及び破壊、出入国の拒否

336) See GOSTIN, PUBLIC HEALTH LAW, *supra* note 3, at 248.

337) 本規定は最終案の段階で挿入された(最終案・前掲注(62)29条)。WHOによる指針の作成については、前述4-6-2を参照。

338) 勧告に基づく措置の具体的内容に関しては、前掲注(260)及び(261)を参照。

等を含む(18条2項)。

## 5-5 締約国による衛生上の追加措置

### 5-5-1 締約国による衛生上の措置に対する制限

締約国が個別にとる衛生上の措置については、一月草案の段階では、いくつかの措置についてWHOの勧告がなければ締約国がとることが許されなかった<sup>339)</sup>。しかし柔軟性を求める意見が出されたため、九月草案の段階で締約国による衛生上の追加措置が認められた<sup>340)</sup>。さらにWHOの勧告に基づく締約国による措置はIHRに合致するというみなし規定が議長草案段階までは存在していたが<sup>341)</sup>、最終案の段階では削除された。その結果、新IHRは、①締約国による公衆衛生上の措置を一般的に禁止又は制限しつつも、②締約国による衛生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。

新IHRでは、締約国による公衆衛生上の措置が原則として禁止又は制限されているものがある。たとえば、①輸送中の船舶・航空機(25条)<sup>342)</sup>、②輸送中の民間トラック・列車・バス(26条)<sup>343)</sup>、③船舶又は航空機による入域地点への寄航(28条1項)、④自由交通許可(*free pratique*)<sup>344)</sup>(28条2項)、⑤公衆衛生上の監視の下にある旅行者による国際的旅行の継続(30条)、⑥旅行者の入域条件としての予防接種等(31条1項)、及び、⑦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の留置(33条)である。これらが新IHRで定められた条件を満たすのであれば締約国による衛生上の措置が制限される。ただし措置の制限には例外が認められ、特に次節で説明する43条に定め

339) たとえば一月草案・前掲注(53)19条、21条、23条及び24条。

340) 九月草案・前掲注(57)39条。See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 3, para.10.

341) 九月草案・前掲注(57)39条3項。議長草案・前掲注(60)39条7項。

342) 前述5-4-3を参照。

343) 前述5-4-3を参照。

344) 「自由交通許可」とは、①船舶については、入港・乗船・上陸、貨物等の荷おろし・積込みの許可をいい、②航空機については、着陸後に搭乗・上陸、貨物等の荷おろし・積込みの許可をいい、さらに、③陸上輸送車両については、到着とともに乗車・上陸・貨物等の荷おろし・積込みを行うことの許可をいう(1条1項)。

られた締約国による公衆衛生上の追加措置が留保されている<sup>345)</sup>。

### 5-5-2 締約国による衛生上の追加措置(43条の追加措置)の概念

締約国は、特定の PHR 又は PHEIC に対応するためであれば、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<sup>346)</sup>と同程度かそれ以上の保健水準を達成する衛生上の措置を実施することができる(43条1項)。本稿ではこの措置を「締約国による衛生上の追加措置(additional health measures)」と呼ぶ<sup>347)</sup>。新 IHR は、①このような締約国による衛生上の追加措置が許容されるための要件(本節5-5-3)、②国際交通を大幅に阻害する衛生上の追加措置(本節5-5-4)及び③衛生上の追加措置の再検討等(本節5-5-5)について定めている<sup>348)</sup>。

なお締約国による衛生上の追加措置については IHR に加えて、WHO の制定する指針中で言及されることがある<sup>349)</sup>。

345) 締約国による公衆衛生上の追加措置の留保は、改正過程において加盟国が柔軟性を求めた結果導入された。See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 4, para.13.

346) WHO の勧告の具体的内容については、①人に関するものは、前掲注(260)を、②手荷物・貨物・コンテナ・輸送機関・物品及び郵送小包に関するものは、前掲注(261)を、それぞれ参照。また、暫定的勧告については前述4-5-3を、恒常的勧告については4-6-1を、それぞれ参照。

347) 一月草案の段階では、締約国が、WHO の勧告を超える過剰な措置(excessive measures)をとることは許されなかった(一月草案・前掲注(53)34条)。衛生上の追加措置は、九月草案の段階で認められた(九月草案・前掲注(57)39条)。See A/IHR/IGWG/2, *supra* note 55, para.8; A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 4, para.13.

348) 締約国による衛生上の追加措置に関する43条の規定は、メッカ巡礼者のような集会に参加する旅行者にも適用できる(may)と規定しているため(43条8項)、当該旅行者に対して衛生上の追加措置を締約国が実施する場合は、措置の実施国に対する43条の諸条件の適用を義務付けられないと解釈できる。Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 384-385. 旧 IHR ・前掲注(9)84条も参照。ただし、旧 IHR の制定以前からメッカ巡礼者による感染症の拡大が国際的な問題となっていた。See LEIVE, *supra* note 2, at 16.

349) たとえば World Health Organization, WHO Interim technical advice for case management of pandemic (H1N1) 2009 on ships (November 13, 2009), at 28, para.4.1.

### 5-5-3 締約国による衛生上の追加措置の要件

締約国が衛生上の追加措置を実施するためには、以下の要件を満たさなければならない(43条1項)。すなわち、①当該措置は、WHOの勧告と同程度かそれ以上の保健水準を達成するためのものであること、②当該措置は、国際法上の義務、新IHR、関連国内法に合致するものであること<sup>350)</sup>、③当該措置は、適当な保健水準を満たすと思われる合理的に利用可能な代替措置よりも国際交通を制限しないものであり<sup>351)</sup>、人に対して侵襲的又は立ち入ったものではないこと<sup>352)</sup>、である。

さらに締約国による衛生上の追加措置の実施決定にあたっては、次のものに依拠しなければならない(43条2項)。すなわち、①科学的諸原則<sup>353)</sup>、②人の健康に危険であるという入手可能な科学的証拠(又はその証拠が不十分な場合には、WHOその他の国際機関等からのものを含む入手可能な情報)<sup>354)</sup>、及び、③WHOの具体的指針又は助言、である。

### 5-5-4 国際交通を大幅に阻害する締約国による衛生上の追加措置

締約国の実施する衛生上の追加措置が、国際交通を大幅に阻害するもの(significantly interfere with international traffic)である場合<sup>355)</sup>、当該追加措置を実施する締約国は、①同措置の公衆衛生上の根拠及び関連する科学的情報をWHOに提供しなければならず(43条3項)、②当該措置がWHOの勧告に

---

350) 本要件から、他の条約に反する追加措置がとれないこととなる。

351) SPS協定・後掲注(447)5条6項と比較せよ。Von Tigerstrom, *supra* note 300, at 59.

352) 「侵襲」については前掲注(326)を参照。「立ち入った」については前掲注(325)を参照。

353) SPS協定・後掲注(447)2条2項、5条2項と比較せよ。Von Tigerstrom, *supra* note 300, at 60.

354) Von Tigerstromは、衛生上の追加措置の要件としての危険の判断がGATT20条(b)の危険の判断に類似していることを指摘している。Von Tigerstrom, *supra* note 300, at 59-60.

355) 「大幅な阻害」とは、一般に、国境を越える旅行者・手荷物・貨物・コンテナ・輸送機関・物品等の出入国の拒絶又はその24時間以上の遅延をいう(43条3項)。

基づくものでない限り、その実施の48時間以内に、措置の内容と公衆衛生上の根拠を WHO に提供しなければならない(43条5項)<sup>356)</sup>。これらの情報は事象運用サイトを通じて締約国間で共有される<sup>357)</sup>。

#### 5—5—5 締約国による衛生上の追加措置の再検討等

WHO は、これらの情報を評価した後、当該締約国に対して、当該措置の適用を再検討するように要請することができる(43条4項)。

衛生上の追加措置を実施した締約国は、3ヵ月以内に、WHO の助言及び衛生上の追加措置に関する要件を斟酌して、その措置を再検討せねばならない(43条6項)<sup>358)</sup>。

また、追加措置の影響を受けるすべての締約国は、紛争解決に関する自国の権利を損なうことなく、当該追加措置の実施国に協議を申し入れることができる(43条7項)<sup>359)</sup>。

#### 5—6 料金の徴収

新 IHR の第7編は、締約国による衛生上の措置に要した料金の徴収について定めている。旧 IHR は①被検者の健康状態を確認するための医学的検査等及び②到着時の予防接種等については料金を課してはならないとしたが、それ以外の措置については一定の条件下で料金を課すことを許容していた<sup>360)</sup>。締約国が徴収する料金の範囲をめぐっては、改正過程において、加盟国間で意見

356) 2009年の新型インフルエンザ(A/H1N1)への対策においては、若干の諸国が国際交通を阻害する衛生上の追加措置を採用した。See ACTIVITY REPORT 2009, *supra* note 70, at 44. ただし日本国においては、同条項中の重大な国際交通の阻害の該当例はないものと判断されたため、同条に基づく WHO への情報提供は行われなかった。

357) A 63/5, *supra* note 70, para.17.

358) 追加措置を実施した締約国による当該措置の再検討は、議長草案の段階で挿入された(議長草案・前掲注(60)39条5項)。

359) 追加措置の影響を受ける締約国による協議の要請は、議長草案の段階で挿入された(議長草案・前掲注(60)39条6項)。

360) 旧 IHR ・前掲注(9)82条1項、2項。



が分かれた<sup>361)</sup>。

新 IHR では、旅行者(一時滞在又は永住を希望する者を除く)については、以下の措置にかかる料金を課してはならないとする(40条1項)。すなわち、①新 IHR 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<sup>362)</sup>、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衛生上の措置、である<sup>363)</sup>。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(40条2項)<sup>364)</sup>。

旅行者・手荷物・貨物・コンテナ・輸送機関・物品・郵送小包への衛生上の措置に適用する料金は、①国毎の単一料金表によるものとし、②徴収できる費用は業務の実費を超えてはならず、③旅行者や所有者の国籍等による差別をしてはならないとされた(40条3項、41条1項)。旅行者は、これら料金の支払いまでの間、出国する権利を否定されない(40条6項)<sup>365)</sup>。

361) See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 10–11, Article 36.

362) 「事前に公表されていないか、公表後10日に満たない」という条件は、最終案の段階で挿入された(最終案・前掲注(62)40条1項(b))。

363) ただしこれらの措置に要した経費の弁済(reimbursement for expenses)については、①輸送機関の運行者又は所有者(ただし従業員に対する措置についてのみ)、②保険の業者に対して、締約国は請求することができる(40条5項)。

日本の旧検疫法・前掲注(137)32条2項は、船舶等の乗組員以外の者(旅行者)について停留に必要な実費を徴収することとしていた。しかし本規定は、IHRの規定と合致しないため、国内実施にあたり削除された。「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及び検疫法の一部を改正する法律」(平成20年法律第30号)。

364) 本規定は最終案の段階で挿入された(最終案・前掲注(62)40条2項)。

365) 本規定は最終案の段階で挿入された(最終案・前掲注(62)40条6項)。

## 6 新 IHR と人権保障

### 6-1 公衆衛生上の措置と人権保障

新 IHR は、公衆衛生上の様々な措置をとる権限を、締約国や WHO に与えている。他方で、これらの措置の実施によって、その措置の対象たる個人の意図に反した拘束やプライバシーの侵害などの人権侵害がなされるおそれがある<sup>366)</sup>。そこで、新 IHR では、同時に人権保障に関する規定をその中に置いている<sup>367)</sup>。これらの規定は、国際保健の分野においても、国際人権保障の要請に対応しようとするものである。

### 6-2 人権保障に関する諸原則

新 IHR は、その原則の中で、締約国や WHO が本規則を実施するにあたり、人間の尊厳・人権・基本的自由を完全に尊重して行わなければならないと定める(3条1項)<sup>368)</sup>。

366) たとえば2003年の SARS の流行にあたり、人権制限的な措置がとられた。See FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 152-153; WHO-WPR, *supra* note 42, at 246 (WHO 西太平洋地域事務局・前掲注(42) 244頁。)

公衆衛生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。FIDLER, INTERNATIONAL LAW, *supra* note 4, at 169-220; GOSTIN, PUBLIC HEALTH LAW, *supra* note 3, at 270-283; von Tigerstrom, *supra* note 300, at 62-65.

367) 新 IHR の規定中で人権に関するものとして、Fidler は以下をあげる。3条1項、23条2-5項、31条1-2項、32条、42条、43条2項、45条1-3項。Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 368; FIDLER & GOSTIN, BIOSECURITY, *supra* note 3, at 275-276.

なお「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 4, at 38.

368) IHR の原則については、前述 2-6-2 を参照。

衛生上の措置は、透明性を有しかつ無差別に適用しなければならない(42条)。また、締約国による公衆衛生上の措置は、その目的を達成し得るものの中で最も立ち入らず非侵襲的な医学的措置でなければならない(23条2項、31条2項、43条1項)<sup>369)</sup>。衛生上の措置を実施するにあたって、その目的を達成し得る最小限の措置でなければならないとするこの考え方は、締約国の行う措置ばかりか、WHOの勧告に対しても適用される(17条(d))。

### 6-3 旅行者の扱い

既に説明した通り、新IHRは、締約国が、旅行者に対して医学的検査・予防接種その他の予防法・衛生上の措置を施すにあたっての条件を定めている<sup>370)</sup>。

締約国は、旅行者に対して衛生上の措置を実施するにあたり、その尊厳・人権・基本的自由を尊重して扱い、当該措置に伴う不快感(discomfort)や苦痛(distress)を最小限としなければならない(32条)<sup>371)</sup>。すべての旅行者は、丁寧かつ尊重して扱われ(32条(a))、性別・社会文化的・人種的・宗教的関心に配慮されることを定めている(32条(b))。

締約国が、旅行者に対して、医学的検査や予防接種等を施すためには、事前の明示的な説明を行った上での同意(インフォームド・コンセント)が原則として必要となる(23条3項)<sup>372)</sup>。

締約国が旅行者に対して検疫拘束・隔離・医学的検査その他の公衆衛生上の措置を行うにあたって同国が提供又は準備しなければならないものは、①十分な食事及び水、②適当な宿泊施設及び衣類、③手荷物その他の所有物の保全、④適当な医療、⑤可能な場合には旅行者が理解可能な言語による連絡手段、⑥

369) 衛生上の措置に対する人権による制限については、前述5-2、5-4-1及び5-5-3も参照。

370) たとえば前述5-4-1を参照。

371) 本規定は九月草案の段階で挿入された(九月草案・前掲注(57)28条)。See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 10, Article 28.

372) 旅行者等による同意については、前述5-4-1を参照。

その他の援助である(32条(c))。

#### 6-4 個人データの扱い

新IHRでは、「個人データ(personal data)」<sup>373)</sup>の扱いについても定められた。すなわち、締約国は、①同国が入手した個人を特定できるか特定可能な保健情報(health information)を秘密に保持し、②国内法が要求する場合は、保健情報を匿名のものに加工しなければならない(45条1項)。PHRを評価し及び管理するために不可欠な場合には、締約国は当該データを開示及び加工することができるが、その場合も、国内法に従うことが要求され、かつ、一定の制限が定められている(45条2項)<sup>374)</sup>。

WHOは、個人からの要請がある場合、個人データを本人にできる限り提供する。その場合、①不当に遅滞してはならず、②そのための費用を請求してはならず、③データはわかり易い形式(intelligible form)で提供されなければならない、④もし必要があれば、当該個人データの訂正を認めなければならない(45条3項)。

### 7 他の条約との関係と紛争解決手続

新IHRは、旧IHRより広範な分野を規律しているため<sup>375)</sup>、その制定過程に

373) 「個人データ」とは、特定の又は特定可能な自然人に関するすべての情報をいう(1条1項)。

374) 新IHR45条2項は、個人データの開示及び加工にあたり、締約国とWHOに対して以下のことを要求している。すなわち、①個人データを公正かつ合法的に加工し、さらにPHRを評価し及び管理するという目的と両立しない仕方加工しないこと。②PHRを評価し及び管理するという目的に照らして十分かつ適切で、過度でないこと。③データは正確であり、必要に応じて最新に維持すること。不正確又は不完全なデータを消去・訂正するため、合理的な措置をとること。④必要な期間を超えて保持しないこと。

375) 新IHRの規律対象の拡大については前述2-2-1を参照。旧IHRは従来の国際衛生条約等との関係についても規定していた(旧IHR・前掲注(9)86条)。

においても、他の条約との抵触が懸念された<sup>376)</sup>。新 IHR は、特に国際交通や取引との関係について、疾病の国際的拡大の防止・防護・管理・公衆衛生上の対策の提供にあたっては、「国際交通及び取引に対する不要な阻害を回避」するとしているものの(2条)、締約国がとる公衆衛生上の措置によっては国際交通を制限し、経済的損失を発生させる可能性がある。また、締約国がとる措置は、人権条約上問題となるかもしれない。特に PHEIC の場合、締約国によって国境の閉鎖を含む非常に強い措置がとられる可能性があるが、それらの措置は、締約国が他の条約との関係で負っている義務に反する可能性がある。

そのような新 IHR と他の条約レジームとの抵触を回避するため、新 IHR は、他の条約との実体法上の抵触の調整に加え(本章7—1)、紛争解決手続(本章7—2)を定めている。

## 7—1 他の条約との関係

### 7—1—1 他の条約上の義務との両立性

新 IHR はその規定の中で他の条約との関係について一般的に定めている。すなわち、①本規則の実施にあたっては、国連憲章及び WHO 憲章に従うべきこと(3条2項)、②本規則を解釈するにあたっては、他の関連する国際協定と両立しうるように(*compatible*)解釈するべきこと(57条1項1文)<sup>377)</sup>、③新 IHR の規定は、他の国際協定に規定された締約国の権利及び義務に影響を

376) See Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 364; von Tigerstrom, *supra* note 300, at 55–56. たとえば IHR の改正過程において事務局が準備した文書においては、IHR と抵触の可能性がある法領域として、①国際取引法、②国際食品規格(*Code Alimentarius*)、③国際環境法、④産業・原子力・海洋の事故に関する国際法、⑤生物・化学・核兵器に関する国際法、⑥テロリズムと戦うための国際法、⑦国際輸送に関する国際法、⑧国際人権法、⑨外交免除に関する国際法が挙げられていた。See A/IHR/IGWG/INF.DOC/1, *supra* note 309.

377) 九月草案の段階では、IHR の規定が他の条約上の権利義務に影響を及ぼさない条件として、当該他の国際協定と IHR の目的との両立性が規定されていた(九月草案・前掲注(57)58条1項2文)。

及ぼすものではないこと(57条1項2文)<sup>378)</sup>、を定めている<sup>379)</sup>。新IHRにおいては同規則上の義務に加えて国際法上の他の義務に従うように言及している規定も存在する(たとえば23条3項・4項、43条1項、62条7項)。これらの規定は新IHR上の義務が他の条約を何ら変更するものではなく、むしろ整合的に運用されるべきことを規定している<sup>380)</sup>。

### 7-1-2 他の条約によるIHR上の義務の免除

そればかりか、新IHRの規定の中には、他の国際法上の義務があれば、新IHR上の義務を逸脱できると解釈できる規定も存在する。たとえば新IHRでは締約国による措置に関する個別の規定の中に「適用される国際協定(applicable international agreements)」について留保をしているものがある(たとえば23条1項、25条、26条、28条1項・2項、30条、33条、35条)。さらに締約国は新IHRの適用を促進するためであれば特別協定を締結できるとされ(57条2項)<sup>381)</sup>、地域的経済統合の加盟国であれば現在有効な規則を相互主義に基づき適用できるとされた(57条3項)。これらの規定は、新IHR上の禁止されている措置が、他の国際協定で許可されている場合、締約国が当該措置を実施することを許容するために定められた規定である<sup>382)</sup>。

378) 議長草案の段階では、新IHRの規定が他の国際協定上の権利義務に影響を及ぼさないための条件として、それらの間に直接の抵触(direct conflict)が存在しないことが明記されていた(議長草案・前掲注(60)58条1項2文)。

379) PHEICに対応するための暫定的勧告にあたり事務局長が考慮しなかなければならない項目は「関連する国際的基準並びに文書」と「他の関連する政府間機関並びに国際機関によってとられる活動」を含むが(前述4-5-3を参照)、これらの項目は緊急性(urgent circumstances)に応じて制限される場合があるとしている(17条)。

380) Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 364.

381) 改正以前のIHRにおける特別協定の扱いについては次の文献を参照。DELON, *supra* note 9, at 21; LEIVE, *supra* note 2, at 148-152.

382) See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 5, para.16.

## 7-2 紛争解決手続

### 7-2-1 紛争解決手続の概観

紛争解決について旧 IHR は、①締約国は「本規則又は本規則に対する補足的規則の解釈若しくは適用に関するいかなる疑義又は論駁」についてまずは事務局長に付託することができ、②それによって解決されない場合、事務局長は WHO の適当な委員会又は他の機関に付託しなければならない、③それでも解決にならない場合、関係国は最終的に国際司法裁判所に付託することを予定していた(旧 IHR93条)<sup>383)</sup>。しかしながら、実際には締約国間の紛争の多くは WHO によって解決されてきた<sup>384)</sup>。

これに対して新 IHR は強制性が相対的に弱い紛争解決手続を定めている(56条)。新 IHR は、紛争解決について、①締約国間の紛争(本節7-2-2)と、②締約国と WHO との紛争(本節7-2-3)に分けて規定している。

### 7-2-2 締約国間の紛争

まず、新 IHR の解釈又は適用に関して、二以上の締約国間で紛争が生じた場合、関係締約国は当該紛争を交渉その他の当事国が選択する平和的手段(周旋・仲介・調停を含む)により解決しなければならない(56条1項)<sup>385)</sup>。しかしこれらは拘束的な紛争解決手続ではない。

これによって紛争が解決されなかった場合、関係締約国は当該紛争を WHO の事務局長に合意により付託することができる(may agree to refer)(56条2項)<sup>386)</sup>。このような付託がなされた場合、事務局長は当該紛争を解決するためにあらゆる努力を行う(56条2項)。

---

383) DELON, *supra* note 9, at 22-23.

384) See LEIVE, *supra* note 2, at 54-64.

385) 本規定は議長草案の段階で挿入された(議長草案・前掲注(60)57条1項)。

386) 旧 IHR・前掲注(9)93条1項と比較せよ。「合意により」という文言は、最終案の段階で挿入された(最終案・前掲注(62)56条2項)。

さらに、締約国は、一定の条件の下で仲裁 (arbitration) を強制的なものとして受諾する旨を宣言することができる (56条3項)。仲裁は、仲裁請求がなされた時に有効な「二国間の紛争を仲裁するための常設仲裁裁判所選択規則」<sup>387)</sup>に従って行われる。締約国が仲裁を強制的なものとして受諾した場合、当該締約国は仲裁の裁定を拘束的かつ最終的なものとして受諾することを義務付けられる (56条3項)。当該付託について事務局長は保健総会に通知するとされた (56条3項)<sup>388)</sup>。

これらの紛争解決に関する諸規定にかかわらず、締約国が、他の紛争解決枠組みに訴える権利は害されない (56条4項)<sup>389)</sup>。

以上から、新 IHR の定める締約国間の紛争解決手続は、①締約国が同意しない限り仲裁は拘束力を有さず、②他の紛争解決手段の利用が留保されているため、弱い強制力しか持たないと言える。

### 7—2—3 WHO との紛争

新 IHR の解釈又は適用に関して生じた、WHO と締約国の間の紛争は、保健総会に付託される (56条5項)<sup>390)</sup>。

## 8 新 IHR の発効、報告及び改正

### 8—1 発効手続

新 IHR は、同規則の発効手続 (本節 8—1—1) とそれに関連する拒絶・留保等の手続 (本節 8—1—2 乃至 8—1—6) について定めている。

---

387) Permanent Court of Arbitration Optional Rules for Arbitrating Disputes between Two States (1992).

388) 本規定は最終案の段階で挿入された (最終案・前掲注 (62) 56条3項)。

389) 本規定は他の条約等との抵触を手続的に回避するために導入された (九月草案・前掲注 (57) 57条5項)。 See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 13, Article 57.

390) 本規定は、最終案の段階で挿入された (最終案・前掲注 (62) 56条5項)。



### 8-1-1 発効

新 IHR は、WHO によるその採択に関する事務局長による通告の日から24ヵ月後に発効する(59条2項)。実際には、2006年から締約国の自主性に基づく線上実施がなされた後、2007年6月15日に発効した<sup>391)</sup>。

新 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(adjust)ことを予定している(59条3項)<sup>392)</sup>。それができない国家は、①WHOによる本規則の採択後18ヵ月以内に、残りの調整に関する宣言を事務局長に提出し、②同国に対して本規則が発効した後12ヵ月以内にこれを達成することとした(59条3項)<sup>393)</sup>。

ただし新 IHR は、本発効手続の例外として、①拒絶(本節8-1-2)、②留保(本節8-1-3)、③WHOの新加盟国(本節8-1-5)、④WHOの非加盟国(本節8-1-6)の四つの場合を定めている(59条2項)

### 8-1-2 拒絶

WHO 憲章は、保健総会が採択した規則について、コントラクティング・アウトを認めている(WHO 憲章22条)<sup>394)</sup>。新 IHR においても、WHOの加盟国は、WHOによる採択に関する事務局長による通告の時から18ヵ月以内であれば、これを拒絶する(reject)ことができる(59条1項)<sup>395)</sup>。拒絶する場合、従前の規則の当事国は、従来の規則に継続して拘束される(61条)。

---

391) 前述1-6を参照。

392) 本規定は最終案の段階で挿入された(最終案・前掲注(62)59条3項)。新 IHR の国内実施については、後述8-2を参照。

393) 本規定は最終案の段階で挿入された(最終案・前掲注(62)59条3項)。

394) コントラクティング・アウトについては、前掲注(26)を参照。

395) WHO加盟国による新 IHR 拒絶の期限は2006年12月15日だったが、拒絶する加盟国は存在しなかった。WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 173, at 23, n 14.

### 8—1—3 留保

WHO 憲章は同憲章に従って制定される規則について加盟国の留保を許容する制度を設けている<sup>396)</sup>。WHO 憲章中の留保規定は、留保の手續やその効果について明確に定められていなかった<sup>397)</sup>。

これに対して旧 IHR が定める留保制度は、①締約国が同規則について留保した場合、当該留保が効力を有するためには保健総会が受諾することが必要とされ、②当該留保が本規則の「性格及び目的 (character and purpose)」を実質的に損なうか否かの判断 (留保の許容性の判断) は、保健総会が行うとしていた<sup>398)</sup>。

IHR の改正過程において、当初は旧 IHR の特殊な留保制度を反映した規定ぶりであった<sup>399)</sup>。しかし議長草案段階以降では、IHR の留保制度と、WHO 憲章に定められた留保手續又は「条約法に関するウィーン条約」<sup>400)</sup> (以下「条約法条約」という。) に定められた留保制度<sup>401)</sup>との整合性をいかにもたらしめべきか論じられるようになった<sup>402)</sup>。

新 IHR では、留保を行う国 (以下「留保国」という。) の意思と異議を申し立てる国の意思の両方を尊重しつつも、最終的には保健総会が留保の許容性を判断することとされた。すなわち、①新 IHR においては、WHO による採択に

396) WHO 憲章22条。本規定の制定の経緯については次の文献を参照。A/IHR/IGWG/2/INF.DOC/2 (January 27, 2005) [hereinafter A/IHR/IGWG/2/INF.DOC/2], paras.4-7.

397) A/IHR/IGWG/2/INF.DOC/2, *supra* note 396, paras.5-7.

398) 旧 IHR・前掲注 (9) 88条 1項。旧 IHR について締約国が実際に行った留保は次を参照。IHR 1969 (1983), *supra* note 9, at 18, at 53-54. 改正以前の IHR における留保の扱いについては、LEIVE, *supra* note 2, at 133-148を参照。

399) たとえば一月草案・前掲注 (53) 50条。九月草案・前掲注 (57) 62条。

400) Vienna Convention on the Law of Treaties (1969).

401) 条約法条約・前掲注 (400) 19-25条。See A/IHR/IGWG/2/INF.DOC/2, *supra* note 396, paras.13-17.

402) See A/IHR/IGWG/2/INF.DOC/2, *supra* note 396, para.1. たとえば議長草案の段階では、旧 IHR に類似した留保方式と、締約国に留保の権利を認める方式の二つの案が併記された (議長草案・前掲注 (60) 62条)。最終案で両案が統合された (最終案・前掲注 (62) 62条)。

関する事務局長による通告の時から18ヵ月以内であれば、WHO の加盟国は留保 (reservation) を付することができることとされた (59条1項、62条1項)<sup>403)</sup>。ただし、留保は、同規則の「趣旨及び目的 (object and purpose)」と両立しなければならない (62条1項)<sup>404)</sup>。留保国は、事務局長に対して留保の通告を行う (62条2項)。<sup>②</sup>事務局長は留保の通告を公表し、他の締約国に対して、当該留保に対する異議があれば6ヵ月以内に通告するように要請する (62条4項)<sup>405)</sup>。<sup>③</sup>留保に異議を唱える国が三分の一以下であれば、留保は受諾されたものとみなされる (62条5項)。<sup>④</sup>もし締約国の三分の一以上が異議を唱えれば、事務局長は留保国に対して留保の撤回の意思確認を打診する (62条6項)。<sup>⑤</sup>留保国が留保の撤回を3ヵ月以内に行わない場合、事務局長は、留保国からの要請があれば、検討委員会に諮問する (62条8項)<sup>406)</sup>。<sup>⑥</sup>事務局長は、留保 (及び検討委員会に諮問された場合は同委員会の見解) を、保健総会に提出する (62条9項)。<sup>⑦</sup>保健総会は、当該留保が新 IHR の趣旨及び目的と両立するかを多数決により決する (62条9項)。

#### 8-1-4 拒絶及び留保の撤回

新 IHR の61条に基づいて WHO 加盟国が行った拒絶は、事務局長への通告によって何時でも撤回できる (63条1項)。また、留保についても、関係締約国による事務局長への通告によって何時でも撤回することができる (63条2項)。

#### 8-1-5 WHO の新加盟国

事務局長の通告の日以降に WHO に加盟した国家は、加盟国となり事務局長

403) 締約国によって実際になされた留保及び宣言については、次の文献を参照。IHR 2005, *supra* note 3, at 60-68.

404) 「趣旨及び目的」の文言は最終案の段階で挿入された (最終案・前掲注 (62) 62条1項)。

405) 留保に対する異議に関する規定は、最終案の段階で挿入された (最終案・前掲注 (62) 62条4項)。

406) 検討委員会への諮問は最終案の段階で挿入された (最終案・前掲注 (62) 62条8項)。

によって通告された日から12ヵ月以内に、新 IHR について拒絶又は留保を伝えることができる (60条)<sup>407)</sup>。

### 8-1-6 WHO の非加盟国

WHO の非加盟国で、国際衛生協定又は規則の締約国、又は事務局長の通告を受けた国は、事務局長に新 IHR の受諾を通告することによって、同規則の締約国となるとされた (64条)。

### 8-2 実施義務

一般国際法上、国家は自らの義務を誠実に履行しなければならない<sup>408)</sup>。新 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 (59条3項)、そのため WHO によって国内実施に関する詳細なマニュアル等が用意されている<sup>409)</sup>。2010年末の段階で、多

407) 本条項に従って、2007年2月5日に事務局長はモンテネグロに通告し、2008年2月5日に同国について IHR は発効した。A61/7, *supra* note 68, para.14, n 1.

408) 条約法条約・前掲注 (400) 26条。新 IHR に関する各国の実施状況の概要については、以下の文献も参照。倉田・前掲注 (3)。谷口・平成19年度報告書・前掲注 (3)。谷口・平成20年度報告書・前掲注 (3)。谷口・平成21年度報告書・前掲注 (3)。谷口・総合報告書・前掲注 (3)。

409) IHR の実施に必要な措置に関するマニュアルについては、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]; WHO/HSE/IHR/2009.4, *supra* note 188. 新 IHR の発効との関係で必要となる国内法の調整については前述 8-1-1 を参照。

なお、WHO の国内実施のためのマニュアルでは、新 IHR 上の義務の法的性質について、便宜上規定中の助動詞 shall, should, may を用いて三種類に分類している。WHO/HSE/IHR/2009.3, *supra* note 409, at 14. しかし同マニュアルに明記されており、実施義務の法的性質は、これら助動詞のみで決定されるわけではない。Id. at 14, n 14.

くの締約国は国内実施措置を既にとっている<sup>410)</sup>。

### 8—3 報告と検討

#### 8—3—1 実施に関する報告

新 IHR は、締約国及び事務局長に対して、本規則の<sup>・</sup>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 (54条 1 項)。これに基づき保健総会は、保健総会の61回会期 (2008年) に最初の報告書を提出するとした<sup>411)</sup>。また保健総会は事務局長が締約国による IHR の実施について毎年報告するように要請した<sup>412)</sup>。このため事務局は締約国に対して調査を実施し<sup>413)</sup>、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<sup>414)</sup>。具体的には①グローバルな連携 (Partnership)、②中核的能力の強化、③国際的な公衆衛生上の緊急事態 (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<sup>415)</sup>。

#### 8—3—2 機能の検討

新 IHR は、保健総会が、本規則の<sup>・</sup>機能 (functioning) を定期的に検討する

410) 新 IHR の実施に必要な国内法上の措置の例は次の文献を参照。WHO/HSE/IHR/2009.3, *supra* note 409, at 121–178. See Wilson et al., *requirements & challenges, supra* note 3, at 45.

411) WHA 58.3, *supra* note 3, para.3.

412) 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。WHA 59.2, *supra* note 65, para.5 (9); World Health Organization, Resolution WHA 61.2 (May 23, 2008), para.2 (1).

413) A 63/5, *supra* note 70, para.6.

414) IHR の実施報告としては以下を参照。A 61/7, *supra* note 68; A 62/6, *supra* note 147; ACTIVITY REPORT 2009, *supra* note 70; A 63/5, *supra* note 70; A 63/5 Add.1, *supra* note 70; World Health Organization, Document A 64/9 (March 17, 2011). IHR の実施報告は締約国による新 IHR の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。A 60/8, *supra* note 192.

415) 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 409; SAFER FUTURE, *supra* note 3, at 58–65; ACTIVITY REPORT 2009, *supra* note 70, at 41; WHO/HSE/IHR/2010.1, *supra* note 173.

(review) とし (54条2項)、この検討にあたって保健総会は、事務局長を通じて、検討委員会の助言を得ることができるとした (54条2項)<sup>416)</sup>。最初の検討は、新 IHR の発効後5年以内に行うとされた (54条2項)<sup>417)</sup>。

締約国の通告決定基準を定めた附録第二については<sup>418)</sup>、WHO は、その機能の検討及び評価のための調査 (studies to review and evaluate the functioning of Annex 2) を定期的に行うとした (54条3項)。最初に附録第二の検討を開始するのは、新 IHR の発効後遅くとも1年以内とされた (54条3項)。検討の結果は、それが適当とされる場合、保健総会が審議する (for its consideration) とされた (54条3項)<sup>419)</sup>。

416) 検討委員会については前述2-5-4も参照。改正以前のIHRにおいて、IHRの機能検討は国際検疫委員会によって行われていた。Leive, *supra* note 2, at 69-70; WORLD HEALTH ORGANIZATION, THE FIRST TEN YEARS OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION (1958), at 264; WORLD HEALTH ORGANIZATION, THE SECOND TEN YEARS OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION: 1958-1967 (1968), at 98.

417) 54条2項に基づいて保健総会が行う本規則の機能の最初の検討は、保健総会の63回会期(2010年)とされた。WHA 61.2, *supra* note 412, para.2 (2). 2011年5月現在までの検討現状については以下の文献を参照。World Health Organization, Draft plan for the first review of the functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to pandemic (H1N1) 2009, Document EB 126/INF.DOC./3 (January 21, 2010); 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, 12-14 April 2010, Geneva, Switzerland (April 14, 2010); A 63/5 Add.1, *supra* note 70; World Health Organization, Report of the Second Meeting of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in Relation to Pandemic (H1N1) 2009, 30 June - 2 July 2010, Geneva, Switzerland (July 2, 2010); World Health Organization, Report of the Third Meeting of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in Relation to Pandemic (H1N1) 2009 (September 29, 2010); Report of the Fourth Meeting of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) and Pandemic Influenza A (H1N1) 2009 (March 28, 2011); A 64/10, *supra* note 70.

418) 附録第二については前述4-1-2を参照。

419) 保健総会によって事務局長は附録第二の機能の検討及び評価を行うように要請され、保健総会の62回会期(2009年)に報告を提出するとしたが(WHA 61.2, *supra* note 412, para.2 (3); A 62/6, *supra* note 147, para.1)、これを受けて附録第二に関する

#### 8—4 改正

IHRの改正案を保健総会に提出できるのは、締約国又はWHOの事務局長である(55条1項)<sup>420)</sup>。改正にあたっては、検討委員会が事務局長に対して技術的勧告を行うとされた(50条1項(a))。保健総会が採択した改正案は、WHO憲章22条及び新IHR59条乃至64条に定められている手続により、すべての締約国に対して発効する(55条3項)。

#### 9 IHRに関する国際法上の課題

これまで国際法は国家間の関係を規律する法であるといわれてきた。そこにおいては、旧IHRに代表されるように、分権的な国際社会の構造と各国の国内法秩序の実効性を前提として、国境管理の調整を国際的に行うことがなされてきた<sup>421)</sup>。

しかしながら今日の世界的な公衆衛生上の危機に対応するためには、単なる国境管理にとどまらず、国際社会全体のために国内法秩序を包含する制度を構築することが不可欠である。

新IHRは、伝統的な分権的国際法観を超越し、国際法と国内法の連続的なレジームを形成している。すなわち、新IHRは、①締約国が獲得するべき中核的能力を定め<sup>422)</sup>、②PHRやPHEICに対してWHOを中心とした情報収集と

---

機能の検討及び評価を行う技術協議(Technical Consultation)が2008年10月に開催された。本技術協議については次の報告書を参照。World Health Organization, WHO Technical Consultation on the Implementation and Evaluation of Annex 2 of the International Health Regulations (2005), 20 to 22 October 2008, Geneva, Switzerland, *Summary report*, WHO/HSE/IHR/2009.10 (2009) [hereinafter WHO/HSE/IHR/2009.10].

420) 改正過程において、IHRの附録の改正手続に、WHOの執行理事会が関与することも想定されていたが(たとえば一月草案・前掲注(53)46条2項)、加盟国の反対により削除された。See A/IHR/IGWG/4, *supra* note 57, at 13, Article 56.

421) 前述2—1—1を参照。

422) 前述3を参照。

世界規模での一元的で地域の自治体レベルにまで至る対策実施を想定している<sup>423)</sup>。他方で新 IHR は③締約国が独自に行う衛生上の追加措置を認めつつもこれを制限及び統制し<sup>424)</sup>、④他の条約レジームとの調整を試みている<sup>425)</sup>。

IHR が十分に機能するためには、特に①IHR 上義務付けられている WHO への通告等の義務を果たすための能力を締約国が獲得すること、②新 IHR 上の義務や WHO が発出した勧告等に、締約国が誠実に従うこと、③IHR 上許容されない公衆衛生上の追加措置を締約国がとらないことが必要となる。

本章では新 IHR の有する国際法上の課題や問題点のうち、①締約国による中核的能力の獲得（本章 9—1）、②国内法との関係（本章 9—2）、③他の条約との関係（本章 9—3）、④IHR の不遵守への対応（本章 9—4）について検討する。

### 9—1 中核的能力の獲得

新 IHR は締約国に対して最低限必要な中核的能力（コア・キャパシティ）の獲得を義務付け、これによって WHO への通告等を実施するとしている<sup>426)</sup>。

しかしながら、開発途上国の場合、通常のサーベイランスですら困難な状況が存在し、先進国と開発途上国の間にはサーベイランス能力に深刻な差異（surveillance gap）が存在する<sup>427)</sup>。現実には加盟諸国が旧 IHR の規定を遵守することにすら幾多の困難が存在したのであり、WHO を中心として締約国の中核的能力獲得のための様々なプログラムが実施されているものの<sup>428)</sup>、新 IHR の定める通告義務を履行する能力を全締約国（特に開発途上国）が獲得できるか否かが課題である<sup>429)</sup>。

---

423) 前述 4 を参照。

424) 前述 5 を参照。

425) 前述 7—1 を参照。

426) 前述 3 を参照。

427) See FIDLER & GOSTIN, *BIOSECURITY*, *supra* note 3, at 158, 183.

428) 前述 4—7 を参照。

429) See Fidler & Gostin, *New IHR*, *supra* note 3, at 88 ; GOSTIN, *PUBLIC HEALTH LAW*, *supra* note 3, at 249 ; Katz & Fischer, *supra* note 3, at 13–14 ; Wilson et al., *require-*



また WHO の勧告等に基づく具体的な公衆衛生上の措置の実施は、その多くの部分を締約国による措置に負っている<sup>430)</sup>。この国家による措置・実施の能力の獲得こそ、IHR の実効性を左右することとなるが、世界規模でこれを実現することが果たして可能であるのか今後の推移を見守る必要がある<sup>431)</sup>。

さらに開発途上国が本規則を実施するためには、予算措置が不可欠である。特に、開発途上国が自力でこれを十分に確保できるのか問題となる<sup>432)</sup>。自力で財源を確保できない場合、WHO や他の先進諸国からの支援が不可欠であるが、これの実現可能性も課題である<sup>433)</sup>。

## 9-2 国内法との関係

新 IHR は締約国に対して中核的能力を獲得することを義務付ける等、締約国の国内法の内容にまで踏み込んだ義務を課している<sup>434)</sup>。特に PHEIC の場合、WHO の勧告を普遍的に適用することを各国に対して求めている。新 IHR が十分に機能するためには、同規則が締約国の国内法において尊重され履行されることが不可欠である。そのため WHO は IHR の義務の分析とそれを実施するための詳細なマニュアル等を制定してきている<sup>435)</sup>。

しかしながら各国は独自の国内法秩序を有するため、IHR による普遍的な実

---

*ments & challenges, supra note 3, at 45-46.*

中核的能力の獲得が急務であることは、2009年の新型インフルエンザ A (H1N1) のパンデミックについての検討委員会での審議でも指摘された。A 63/5 Add.1, *supra* note 70, para.14.

430) 前記 5 を参照。

431) *See* FIDLER, SARS, *supra* note 4, at 171.

432) この点、締約国による衛生上の措置に必要な料金の徴収が、新 IHR の制定過程の最終段階で修正されたことも示唆的である。前記 5-6 を参照。財政上の制約によって、IHR の実施が妨げられる点については、2009年の新型インフルエンザ A (H1N1) のパンデミックに関する検討委員会の審議でも指摘された。A 63/5 Add.1, *supra* note 70, para.14.

433) *See* Fidler, *Global Health Security, supra* note 3, at 390-391.

434) 前記 8-2 を参照。

435) 前掲注 (409) を参照。

施が困難であると主張されることもある<sup>436)</sup>。

特にアメリカのような連邦制の場合、連邦政府と州政府の間で衛生上の措置に関する権限が分散している場合がある。このような場合、IHRの実施が困難であると主張されることがある<sup>437)</sup>。

さらに新IHRは自然に発生したPHRだけではなく、テロや事故等によるPHRについても扱っている<sup>438)</sup>。このような問題は、国家の安全保障問題と関係することがあり、情報共有が妨げられることがある。たとえばアメリカは、9条2項に基づく自国の領域外でのPHRの証拠の通知義務について<sup>439)</sup>、自国

436) たとえば日本の「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）」は、新IHRの通告制度等に採用されている event-based surveillance に十分対応していないとの指摘がある。谷口・総合報告書・前掲注（3）4頁。新IHRの通告制度等については前述4-1-2、4-1-4を参照。

437) 連邦制度と新IHRの関係については、たとえば次の文献を参照。Kumanan Wilson, Christopher McDougall, Ross Upshur, the Joint Centre for Bioethics SARS Global Health Ethics Research Group, *The New International Health Regulations and the Federalism Dilemma*, 3 PLoS MED (2006), at 30-34; Kumanan Wilson, Christopher McDougall, David P. Fidler & Harvey Lazar, *Strategies for implementing the new International Health Regulations in federal countries*, 86 BULLETIN OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008), at 215-220; Wilson et al., *requirements & challenges*, *supra* note 3, at 46-47.

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で、同国はIHR上の義務を負うとする旨の留保を付している。US Note Verbale, *supra* note 100. しかし、これに対するイランとEUの異議も参照。Note Verbale to WHO dated 20 April 2007 from the Permanent Mission of the Islamic Republic of Iran to the United Nations Office and other International Organizations in Geneva, *reprinted in* IHR 2005, *supra* note 3, at 61-62; Declaration of the Presidency of the Council of the European Union (EU) on the reservation of the Government of the United States of America concerning the International Health Regulations (July 13, 2007), *reprinted in* IHR 2005, *supra* note 3, at 65.

438) 前述2-2-1を参照。この点、日本の感染症法は感染症のみを対象としているためIHRの全規律対象をカバーしていないとの指摘がある。谷口・総合報告書・前掲注（3）4頁。また衛生上の措置の概念から法執行措置及び安全保障措置は除外されているため、IHRの規律対象とはならない。前述2-4を参照。

439) 自国領域外でのPHRの通知義務については前述4-1-5を参照。

の軍隊の行動に支障をきたす場合は報告義務を負わない旨の了解を付していることが注目される<sup>440)</sup>。

### 9—3 他の条約との関係

新 IHR の規律対象は従来よりも拡大されたため、締約国が新 IHR 上の義務を履行するにあたっては、国際法上の他の義務との抵触の調整が以前よりも一層必要となることが予想される。それゆえ新 IHR は他の国際協定との関係について定めている<sup>441)</sup>。特に PHEIC の場合、WHO の勧告に基づく衛生上の措置や、各国が独自に行った衛生上の追加措置と国際法上の他の権利義務との抵触をどう調整するのが問題となる。

既に述べたように IHR 上の権利義務と他の条約上の権利義務との関係では、IHR が後者に優越するわけでない<sup>442)</sup>。また IHR に基づく勧告には法的拘束力がないにもかかわらず<sup>443)</sup>、暫定的措置をとる場合には関連する国際的規準・文書や関連する政府間機関や国際団体によってなされる活動に配慮することが求められている<sup>444)</sup>。さらに紛争解決手続においても、IHR は他の条約の手続に優越しこれを排除するわけではない<sup>445)</sup>。それゆえ IHR と他の条約レジームによる規制が競合した場合、IHR のみを優越させるのではなく、両者の間で協力と調整がなされるべきことが規定されているといえる。特に他の条約中で安全保障や健康・生命に関する適用除外規定が存在するのであれば、IHR に配慮した他方条約の運用上の調整が可能な場合もあろう。

本問題は重要な問題であるが、紙幅の制限から、IHR と他の条約との関係が現実に問題となった場合についてのみ以下簡単に指摘するにとどめる。

---

440) 前掲注 (225) を参照。

441) 前述 7—1 を参照。

442) 前述 7—1 を参照。

443) 前述 4—5—3 及び 4—6—1 を参照。

444) 前述 4—5—3 (B) を参照。

445) 前述 7—2 を参照。

## 9—3—1 国際経済法・国際環境法との関係

公衆衛生に関係するレジームと国際経済法レジームとの競合・調整については、以前から議論があった<sup>446)</sup>。一般に国際経済法レジームでは、GATT20条(b)や「衛生植物検疫措置の適用に関する協定(以下「SPS協定」という。)<sup>447)</sup>などのように、公衆衛生を理由として貿易制限を実施するための権利義務と手続が定められている。ある国で発生した感染症に対してとられた輸入禁止措置が、果たしてGATT等の国際経済法レジームと整合的であるのか問題とされることもあった<sup>448)</sup>。それゆえ新IHRの改定過程から、IHRと国際経済法レジームとの抵触は問題とされてきた<sup>449)</sup>。

446) 公衆衛生に関係するレジームと国際経済法レジームとの抵触一般については、たとえば以下の文献を参照。FIDLER, *INTERNATIONAL LAW*, *supra* note 4, at 114-168; GOSTIN, *PUBLIC HEALTH LAW*, *supra* note 3, at 258-270; LEE, *supra* note 2, at 122-124.

447) Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures (1994), *Marakesh Agreement Establishing the World Trade Organization*, Annex 1 A, [hereinafter SPS]. 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・前掲注(291)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。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 AND POLICY* (2006), at 513-541; GOSTIN, *PUBLIC HEALTH LAW*, *supra* note 3, at 264-266.

448) *WORLD TRADE ORGANIZATION / WORLD HEALTH ORGANIZATION, WTO AGREEMENTS & PUBLIC HEALTH* (2002), at 59-61. 1991年にペルーで発生したコレラの際に、GATT違反の措置がとられたとペルーは主張したが、解決されなかった。See FIDLER, *INTERNATIONAL LAW*, *supra* note 4, at 130-133.

449) たとえば次の文書を参照。A 52/9, *supra* note 32, paras.10-13. See Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 352. また、2009年に発生した新型インフルエンザA(H1N1)に関して、豚肉等の輸入制限や禁止を行った国の中にはSPS協定に従って措置をとったと主張する国があった。たとえば、ヨルダン(*World Trade Organization, Document G/SPS/N/JOR/20 (May 25, 2009)*)、アルバニア(*World Trade Organization, Document G/SPS/N/ALB/116 (May 29, 2009)*)、中国(*World Trade Organization,*

また、新 IHR の対象となる疾病は、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又は医学的症狀とされたため(1条1項)<sup>450)</sup>、動物等の疾病については人間について影響が及ぶ限りにおいて対象となったにすぎない。しかしながら、新型インフルエンザなどの対策のためには、動物の疾病に関する政策や関連する国際機関との連携が必要となる<sup>451)</sup>。さらに、新 IHR の発効後、同規則と食品衛生との関係性が強いことが指摘されている<sup>452)</sup>。食品分野については、WHO の下で国際食品安全当局ネットワーク(International Food Safety Authorities Network: INFOSAN)による協力体制が成立しており、活用が望まれる<sup>453)</sup>。

さらに IHR が生物多様性条約をはじめとした国際環境法や知的財産権との関係で、問題となることもある<sup>454)</sup>。

### 9—3—2 国際人権法との関係

公衆衛生上の措置が人権の問題を提起する可能性を有することは以前から知られており、新 IHR においても人権が原則の一つとして規定されている<sup>455)</sup>。

たとえば2009年に発生した新型インフルエンザ A (H1N1) に関して、各国政府によって感染者等の検疫・隔離・停留がなされた。これに対して WHO は、旅行者の人権を保護すべき旨の注意喚起を行っている<sup>456)</sup>。

Document G/SPS/N/CHN/116 (June 5, 2009)、ウクライナ (World Trade Organization, Document G/SPS/N/UKR/2 (May 1, 2009)) など。

450) 前述 2—2—1 を参照。

451) 2009年の新型インフルエンザ A (H1N1) への対応では、WHO は FAO や OIE とともに豚肉の安全性についての共同声明を発出した。Joint FAO/WHO/OIE Statement (May 7, 2009)。

452) たとえば以下を参照。A 63/5, *supra* note 70, para.6. 砂川ほか・前掲注 (218) 15頁。

453) A 61/7, *supra* note 68, at paras.13, 19. 砂川ほか・前掲注 (218) 15頁。

454) See FIDLER, INTERNATIONAL LAW, *supra* note 4, at 245–278; Fidler, *Influenza Virus Samples*, *supra* note 222, at 90–91.

455) 新 IHR と人権に関しては前述 2—6—2 及び 6 を参照。

456) 2009年の新型インフルエンザの際に、WHO はホームページを通じて、旅行者の人権に配慮するよう注意を喚起した (2009年5月1日)。

#### 9-4 IHRの不遵守への対応

新IHRが機能するためには、各締約国が中核的能力を獲得できるか否かという問題とは別に、締約国がIHRやWHOの勧告を遵守し、WHOを中心とした協力体制が十分に機能することが不可欠である。

特に開発途上国にとってPHRやPHEICの早期の通告は、同国に必ずしも利益をもたらすものではなく、他国による国境閉鎖や通商制限によってむしろ損失を与えることがある<sup>457)</sup>。現実には、旧IHRでは、発生国が経済的損失をおそれてWHOへの通告を行わなかったこともあった<sup>458)</sup>。

新IHRでは、発生国による通告制度を補い、締約国によるIHRの遵守を促進するため、非公式情報の活用<sup>459)</sup>、領域外の証拠の通知義務<sup>460)</sup>、検証手続<sup>461)</sup>等を定めている。さらにPHEIC等の場合、発生国に意図に反するPHEICの認定や情報公開も認められている<sup>462)</sup>。WHOによる情報公開が可能であることは、締約国に対する圧力の一つともみなすことができる<sup>463)</sup>。しかしこの情報公開は甚大な経済的損害を発生させるおそれがあるため、IHRに従った通告を締約国が躊躇する可能性もある<sup>464)</sup>。

締約国が実施する公衆衛生上の追加措置についてもIHRが定める条件に違反すれば過度な措置として違法となる<sup>465)</sup>。すなわち新IHRは、一定の条件下で、締約国が衛生上の追加措置をとることを認めているが、このように締約国

---

457) See DELON, *supra* note 9, at 24; FIDLER, *INTERNATIONAL LAW*, *supra* note 4, at 66, 105; Wilson et al., *requirements & challenges*, *supra* note 3, at 46.

458) 旧IHRにおける通告義務の不履行については、前述4-1-1を参照。

459) 前述4-1-6を参照。

460) 前述4-1-5を参照。

461) 前述4-2を参照。

462) 前述4-3及び4-5-2を参照。

463) See FIDLER, *SARS*, *supra* note 4, at 144.

464) 新IHRにおいても同様の懸念が指摘されている。WHO/HSE/IHR/2009.10, *supra* note 419, at 6.

465) 前述5-5を参照。

が個別に行う追加措置が、新 IHR の定める基準やそれに基づく勧告と合致するのか WHO や他の締約国が検討するための手続を定めている<sup>466)</sup>。

IHR の不遵守への対応の問題点として指摘できることは、①締約国が作為又は不作為によって IHR を遵守しない場合に、当該国家の国際法上の責任を追及するための方法・手続が定められておらず、衛生上の追加措置によって生じた損害に関する補償についても定められていないこと<sup>467)</sup>、②締約国による IHR の不遵守にあたっては、WTO とは異なり、強制的な紛争解決機関が存在しないこと<sup>468)</sup>、である。

## おわりに

新 IHR は、グローバル化した国際社会が直面している PHR に対して、地球規模で実効的な公衆衛生上の対策を実現しようとする試みである。新 IHR によって、締約国は最低限の能力である中核的能力の獲得が義務付けられ、WHO を頂点として国内の自治体レベルにまで至る包括的で連続したレジームを構築することが意図されている。

2007年に新 IHR が発効して以来、締約国政府による中核的能力の獲得と WHO による国際協力体制の構築のための努力が続けられたが、2009年の新型インフルエンザ A (H1N1) は、この新 IHR の真価が試された最初の試練であった。この IHR の国内外での実施の分析と新型インフルエンザへの対応の検討を今後の研究課題としたい。

---

466) 改正以前の IHR においても、過度な措置に対する対応としては、WHO による情報公開が利用されてきた。LEIVE, *supra* note 2, at 85-88.

467) See Katz & Fischer, *supra* note 3, at 12-13; von Tigerstrom, *supra* note 300, at 71.

468) See Fidler & Gostin, *New IHR*, *supra* note 3, at 91. IHR の初期の改正過程においては、IHR の不遵守との問題で、仲裁委員会 (Committee of Arbitration) によって強制的な紛争解決を行うとの案もあった。See Fidler, *Global Health Security*, *supra* note 3, at 346-347.

**【謝辞】**

田島裕教授と星野昭吉教授の両先生は2010年度で獨協大学を退職なされました。両先生の多大な学恩に感謝しつつ、本稿を両先生に謹んで捧げます。

**【付記】**

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」（課題番号22530049）の成果の一部である。

**【追記】**

本稿脱稿後、CHANG-FA LO, A COMMENTARY ON THE INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS(2005)—A NEW CHARTER FOR GLOBAL HEALTH MATTERS—(2010) を入手した。同研究は、新 IHR に関する包括的なコンメンタリーであり、本規則を理解する上で参考となる。