

---

# 国際組織による感染症対策に関する 国際協力の新たな展開

植木 俊哉

Ueki Toshiya

---

## はじめに

2014年の初頭、西アフリカのギニア、リベリア、シエラレオネ3カ国の国境が接するギニア領内の森林地帯で、エボラ出血熱の感染が始まった。エボラ出血熱は、これまでもアフリカ諸国で数十年前から短期的な流行を繰り返しては終息することを繰り返していたが、アフリカの一部地域での限られた感染症として国際社会の注目をさほど集めてこなかった<sup>(1)</sup>。しかし、2014年の年初に始まったエボラ出血熱の感染は、西アフリカの上記3カ国を中心に短期間のうちにアフリカ9カ国に急速に広がって、人類がこれまでに経験したことのない規模にまで拡大し、世界保健機関（WHO）によれば2015年4月までの感染者数の累計は上記3カ国だけで2万5000人を超え、感染による死亡者の総数は1万人を超える未曾有の事態となった<sup>(2)</sup>。

これに対して国際社会は、特に2014年の夏以降、感染者数および死亡者数の爆発的な増加を受けて、WHOを中心とした医療専門家などからなる緊急対応に加え、2014年9月には国際連合安全保障理事会が西アフリカ諸国におけるエボラ出血熱の大流行を「国際の平和及び安全に対する脅威」(a threat to international peace and security)と認定する決議を採択し、潘基文国連事務総長が「国連エボラ緊急対応ミッション」(UNMEER: United Nations Mission for Ebola Emergency Response)の現地への派遣を決定するなど、従来の鳥インフルエンザや重症急性呼吸器症候群(SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome)などの感染症対応とは異なる新たな次元の組織的な対応がとられた。エボラ出血熱への対応として上記の西アフリカ諸国に対してWHOがとった措置は、歴史上最大規模のものであり、2015年3月の時点で77の現地拠点(field sites)が設置され、約710名の専門家等がギニア、リベリア、シエラレオネの3カ国での医療支援活動等に従事している<sup>(3)</sup>。本稿では、このようなエボラ出血熱に対する国連とWHOを中心とする国際社会の新たな対応について、主として国際法の観点から検討することとしたい。

## 1 国際社会における伝染病・感染症対策の歴史的発展

### (1) 伝染病・感染症対策と国際協力の必要性

人類の長い歴史のなかで、われわれの先祖は多くの伝染病や疫病、感染症などと闘ってきた。ペストやコレラ、黄熱病などの世界的な伝染は、歴史的にしばしば最も大きな社会的脅威として認識されてきた。そして、このような伝染病や感染症の脅威は、国境という人為的に設けられた境界を越えて伝搬する性質をもつものであった。国境におけるこれらの病気の

蔓延の阻止は、「検疫」(quarantine)というかたちできわめて古くから試みられてきた。具体的には、ペストなどの伝染病の侵入を防ぐための「検疫」という仕組みは、1348年にヴェネチアで検疫法が定められたのを皮切りに、ヴェネチアからジェノヴァに至る中世の地中海北部沿岸の貿易都市を中心にこの制度が広がり<sup>(4)</sup>、14世紀から16世紀にかけて感染症の越境を防ぐための検査、隔離、移動制限、監視等の手続きとして確立した<sup>(5)</sup>。目に見えない感染媒体の領域内への侵入を国境という人為的境界線で阻止することには、このような制度のみでは一定の限界があった。したがって、伝染病や感染症の国際的規模での蔓延防止とその予防といった保健衛生分野における国際協力は、諸国に共通する一般利益の実現に資するものとして、比較的早い時期から現実化することとなった<sup>(6)</sup>。

## (2) 19世紀から20世紀初頭における国際協力

国際公益実現のために19世紀中葉に発足した歴史上最も初期の国際組織として、ヨーロッパの国際河川(ドナウ川、ライン川、エルベ川など)に関して設けられた国際河川委員会と並んで、伝染病の国際的な蔓延の防止のためにオスマン・トルコ領内の主要都市に設けられた国際衛生理事会(いわゆる保健委員会)が挙げられる。1839年にコンスタンチノーブル衛生最高理事会(Conseil supérieur de la santé de Constantinople)、1843年にアレキサンドリア衛生海事検疫理事会(Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire d'Alexandrie)、1840年にタンジール衛生理事会(Conseil sanitaire de Tanger)、1867年にテヘラン衛生理事会などが、それぞれ設立された<sup>(7)</sup>。これらの国際衛生理事会は、19世紀前半の地中海沿岸地域での伝染病、とりわけコレラの流行を受けて、その蔓延の防止と流行の予防という人道目的のため設立されたものであり、沿革的には今日のWHOの源流をなすものである。他方で、それはヨーロッパ列強によるオスマン・トルコ領への政治的・経済的な進出と密接な関係を有するものであったことには留意しておく必要がある<sup>(8)</sup>。

衛生問題に関する国際会議としては、1851年にヨーロッパの12カ国が参加してパリで第1回国際衛生会議が開催され、ペスト、黄熱病およびコレラに関する国際衛生条約が採択された。しかし、この条約は、その後必要な数の批准が得られず、結果的に未発効に終わった<sup>(9)</sup>。しかし、この1851年のパリで開催された国際衛生会議とそこで採択された国際衛生条約は、それまで国内管轄事項(domaine réservé)とされてきた伝染病・感染症対策や検疫に関する問題を国際協力の下で取り組むべき共通課題と位置づける出発点となった<sup>(10)</sup>。その後、19世紀の後半から20世紀の初頭にかけて、数回の国際衛生会議が開催され<sup>(11)</sup>、アメリカや他のラテンアメリカ諸国、アジア諸国なども次第にこれらの会議に参加するようになった。1902年には、米州諸国の衛生問題の調整を担う「汎米衛生事務局」(PASB: Pan American Sanitary Bureau)が創設され、アメリカの首都ワシントンにその常設の事務局が設けられた<sup>(12)</sup>。PASBの主たる任務は、米州諸国間の伝染病・感染症に関する情報の収集および伝達、ならびに加盟国の伝染病対策への援助の供与などであった<sup>(13)</sup>。このPASBは、その後1949年に「汎米保健機関」(PAHO: Pan American Health Organization)という地域的国際組織となると同時に、WHOの米州地域事務所となった<sup>(14)</sup>。

また、20世紀になると、国際衛生条約による伝染病・感染症への対応手段として、貿易を

阻害する要因ともなりうる「検疫」に代わって、「監視」(surveillance)の方法が重視されるようになった。具体的には、船舶や積み荷に対する「検疫」措置と並んで、旅行者個人に対する感染情報の伝達・共有や監視等がさまざまな国際衛生条約のなかに規定されるようになっていったのである<sup>(15)</sup>。

### (3) 国際連盟下での保健分野の国際協力

第1次世界大戦後、史上初めての普遍的国際組織として国際連盟が誕生したが、国際連盟規約では、国際連盟の人的、社会的、経済的任務を規定する規約23条のなかに「(へ) 疾病ノ予防及撲滅ノ為、国際利害関係事項ニ付措置ヲ執ルニカムヘシ」という規定が置かれた。また、連盟規約25条では、「全世界ニ互リ健康ノ増進、疾病ノ予防及苦痛ノ軽減」を目的として各国の赤十字機関の設立および協力が連盟国に対して求められた。この連盟規約23条の規定に基づいて、国際連盟では、1923年の連盟総会において国際連盟保健機関(HOLN: Health Organization of the League of Nations)が設置され、この保健機関の諮問機関として保健委員会(Health Committee)が設けられた。さらに、この保健委員会の実務を担当する組織が連盟事務局傘下にある保健部(Health Section)であった<sup>(16)</sup>。

国際連盟による保健分野での国際的活動は、チフス、天然痘などの伝染病の流行に関する情報の伝達、さらにマラリアや結核などに対する薬品等の研究などに及び、非常に大きな成果を収めた。HOLNによる代表的な成果として、ジフテリア、破傷風、結核などいくつかの重要なワクチンの国際標準化に成功したことが挙げられる<sup>(17)</sup>。保健委員会において日本代表が極東地域での伝染病等に関する情報収集の必要性を提起し、これを受けて1925年には東部事務所(極東支部)がシンガポールに設置され、1930年代には同事務所が東はパナマから西はスエズまでの広範な地域における伝染病に関する情報を収集してこれを公表した<sup>(18)</sup>。

このほかにも、ビタミンやインシュリンなどの化学的組成の基準統一化や血液型の基準統一など<sup>(19)</sup>、1920年代から1930年代にかけて国際連盟の保健機関と保健委員会の下で、今日まで影響を及ぼす大きな国際協力の成果が得られたことは、決して忘れ去られるべきではないであろう。HOLNは、国際連盟の数多くの補助機関のなかで、最も成功を収めた機関の1つと理解されている<sup>(20)</sup>。

### (4) WHOの設立とその活動

第2次世界大戦末期から、戦争の影響による保健衛生設備の破壊や食糧事情の悪化などによる飢餓や疫病の流行等に対応するための新たな国際組織の設立が構想された。1946年6月から7月にニューヨークで開催された国際保健会議で採択された世界保健機関憲章(WHO憲章)は、1948年4月に発効し、世界保健機関(WHO: World Health Organization)が発足することとなった。1948年9月には、WHOと国連の経済社会理事会との間での連携協定が締結され、WHOは国連憲章57条および63条の規定する国連の専門機関(specialized agency)としての地位を正式に得ることとなった。

WHOは、すべての加盟国からなる総会(世界保健総会: World Health Assembly)、34名の理事によって構成される執行理事会、それに事務局長(Director-General)を責任者とする事務組織である事務局により構成され、本部はスイスのジュネーヴに置かれている。これとは別に、

アフリカ、米州、東地中海、ヨーロッパ、東南アジアおよび西太平洋の6つの地域委員会 (Regional Committee) と地域事務局 (Regional Office) が置かれており、それぞれに地域代表 (Regional Director) が任命され、多くの活動が実際にはこれらに地域事務局を通じて実施されている<sup>(21)</sup>。

WHOの目的は、WHO憲章1条に明記されているとおり、「すべての人民が可能な最高の健康水準 (the highest possible level of health) に到達すること」にあるが、この目的を達成するためのWHOの任務は、WHO憲章2条に22項目にわたり列挙されている<sup>(22)</sup>。そのなかには、(d) 各国政府の要請または受諾があったときは、適当な技術的援助および緊急の際には必要な助力を与えること、(g) 伝染病、風土病および他の疾病の撲滅事業を奨励し、および促進すること、(s) 疾病、死因および公衆衛生業務に関する国際用語表を必要に応じて作成し、および改正すること、などが明記されている<sup>(23)</sup>。2014年以降の西アフリカ諸国におけるエボラ出血熱の大流行に対してWHOが実施した緊急対応措置の国際法上の根拠は、これらの条項にあると解することができよう。

これまでにWHOは、衛生や医学の分野で大きな実績を上げてきたが、そのなかでもマラリア、天然痘、コレラ、結核、ジフテリアといった伝染病の撲滅のための活動は大きな成果を収めており、例えば1980年5月にWHOが天然痘の完全撲滅宣言を行なったことは一般に知られるところである。

#### (5) 2005年改正国際保健規則 (IHR2005) —— WHOによる感染症対策の強化

その後、1997年に香港で発生し東アジア各国に感染が拡大した新型鳥インフルエンザ (H5N1) や、2002年から2003年に中国で発生したSARSの大流行などは、経済活動のグローバル化が進む現代の国際社会における感染症の世界的流行が人類にとっての新たな脅威となりうることを示すこととなった。このような新たな状況を踏まえ、WHOは2005年に「国際保健規則」(IHR: International Health Regulations) の大改正を行ない、この新たな国際保健規則 (IHR2005) は、2007年6月15日に発効することとなった<sup>(24)</sup>。

1951年にWHOは、WHO憲章23条の規定に基づいて、伝染病の国際的な感染を防止するための「国際衛生規則」(ISR: International Sanitary Regulations) を定めたが、これは伝染病のヨーロッパへの侵入を防ぐという伝統的な思想様式を反映したものであった<sup>(25)</sup>。1969年にISRはIHRに改称され、その内容も感染症や伝染病のコントロールのための国際協力の法的枠組みの構築へと大きく変化した。その後、1973年および1981年のIHRの改正により、IHRが規律対象とする疾患は黄熱病、コレラ、ペストの3つに限定された。しかし、1990年代以降のH5N1やSARSなどの新たな感染症の世界的流行、さらに2001年の同時多発テロ発生以降のテロ等に関する懸念の拡大といった新しい情勢を踏まえ、2005年に第58回世界保健総会においてIHR改正案が採択され、2007年6月にそれが発効して、WHOによる感染症対策の取り組みは新たな段階を迎えることとなったのである。

2005年採択の新たなIHR (IHR2005) では、①従来のIHRでは黄熱病、コレラ、ペストの3つに限られていた規則の対象を、「原因を問わず、国際的な公衆衛生上の脅威となりうるあらゆる事象」に拡大すること、②各加盟国の国内にIHR担当窓口 (National IHR Focal Point) を

設け、WHOとの恒常的な連絡態勢を確保すること、③WHOは、国際的な公衆衛生危機の発生に際して、被害国や他の加盟国が実施すべき保健措置に関する暫定的および恒常的な勧告を出すこと、④改正によりIHRの適用範囲が大幅に拡大されたことから、IHRの運用にあたってWHOは他の国際組織（国連、国際労働機関〔ILO〕、国連食糧農業機関〔FAO〕、国際原子力機関〔IAEA〕、国際海事機関〔IMO〕など）と十分に連携・調整を行なうこと、⑤感染者や感染が疑われる者の出入国制限、などが規定された<sup>(26)</sup>。

2009年には、新型インフルエンザ（H1N1）の発生に際して、この新たなIHR2005の規定に基づいてIHR緊急委員会（Emergency Committee）が設けられ、同委員会がWHOの事務局長に対して定期的に専門的助言を行ない、これらの助言に基づいてWHO事務局長が加盟国に対して暫定的勧告を行なう、という対応がとられた<sup>(27)</sup>。また、WHOと他の国際組織との連携・協力という点に関しては、2009年5月にWHO、FAO、国際獣疫事務局（OIE）および世界貿易機関（WTO）がH1N1と豚肉の安全性に関する共同声明（Joint Statement）を発出した<sup>(28)</sup>。

## 2 WHOによる2014年エボラ出血熱への初期対応

2014年初頭、西アフリカのギニアで始まったエボラ出血熱の感染者は、2014年春になるとギニア、リベリア、シエラレオネの3カ国を中心に急速に増加し始めた。同年7月に入るとさらに感染者が急増し、7月末までの感染者は1323名、死亡者は729名と過去最悪のレベルを超えるに至った。シエラレオネでは緊急事態宣言が発せられ、感染の拡大を防止するための移動制限などの措置がとられ、リベリアでもすべての学校が閉鎖された。7月31日、WHOのマーガレット・チャン事務局長は、ギニアなど3カ国と共同で1億ドルを拠出し、緊急対応に当たることを表明した<sup>(29)</sup>。翌8月1日、チャン事務局長はこれら3カ国の首脳とギニアで会談し、対策強化の必要性を再確認した。

WHOの発表によれば、8月4日には感染による死亡者が887名に達した（ギニア358名、シエラレオネ273名、リベリア255名、ナイジェリア1名）。WHOは、8月6日および7日に専門家による緊急委員会を開催し、8月8日にチャン事務局長が西アフリカ諸国でのエボラ出血熱の大流行を「国際的に懸念される公衆衛生の緊急事態」（Public Health Emergency of International Concern）であると宣言し、国境を越えた感染拡大を防止するための対策をとることを各加盟国に勧告した。

以上のようなWHOの対応は、先に述べた「IHR2005」の規定に従ってとられたものであり、基本的には適切なものであったと考えられる。他方で、WHOは、エボラ出血熱の感染がギニアからリベリアやシエラレオネに広がった2014年3月の時点で迅速に大規模な緊急対応を発動すべきであったのであり、WHOによる初期対応が遅れたことが今回のエボラ出血熱の前例のない爆発的な大流行を招いた、との見解も提起されている<sup>(30)</sup>。

## 3 国連（事務総長、安保理および総会）によるエボラ出血熱への対応

### (1) 国連事務総長の具体的対応

以上のように、西アフリカ諸国での前例をみないエボラ出血熱の大流行への対応として、

WHOは「IHR2005」の定める手順に従って2014年8月8日に「国際的に懸念される公衆衛生の緊急事態」を宣言した。しかし、WHOによるこれらの対応によっても大流行が終息する見通しが立たず、その後も関係地域におけるエボラ出血熱の感染者数と死亡者数が増え続けた。このため、WHOおよび関係国の努力のみでは今回の事態に必ずしも十分に対応できないのではないかという危機感が次第に国際社会で強まっていき、2014年8月以降、国連全体がこの問題に対して正面から取り組む態勢の構築が試みられるようになっていった。

2014年8月12日、潘基文国連事務総長は、公衆衛生の専門家であるイギリスの医師デビッド・ナバロ博士を「エボラ出血熱に関する国連システム上級調整官」(the United Nations System Senior Coordinator for Ebola Disease)に任命した。さらに9月8日に、潘事務総長はエボラ出血熱対応のため国連の緊急対応メカニズムの発動を指示し、アンソニー・バンベリー氏をエボラ出血熱対応の副調整官(Deputy Ebola Coordinator)および緊急危機対応責任者に任命した。

その後、潘事務総長は、チャンWHO事務局長やナバロ上級調整官との協議の結果を踏まえ、2014年9月17日付の国連の安保理議長および総会議長宛ての書簡のなかで、「国連エボラ緊急対応ミッション」(UNMEER)を設置する意向を表明した<sup>(31)</sup>。同書簡のなかで、国連の潘事務総長は、西アフリカ諸国でエボラ出血熱の感染者が約5000名、死亡者が2500名を超えている状況を踏まえ、エボラ出血熱の感染拡大は単なる公衆衛生の危機であるにとどまらず、政治的、社会的、経済的、人道的な危機であり、安全保障などを含む多元的な危機を構成するに至っていると述べた<sup>(32)</sup>。そのうえで事務総長は、UNMEERが従うべき次のような6つの原則と12の任務を同書簡において明示した。事務総長が示した6つの原則とは、①政府のリーダーシップの再強化、②現地に迅速な成果を届けること、③国連外のアクターとの緊密な協調および協働、④異なる国における個別のニーズに対する丁寧な対応、⑤WHOがすべての健康問題を指導すべきことの再確認、⑥緊急対応後の移行に関する基準の特定および態勢を強化するための行動の確保、の6項目である<sup>(33)</sup>。

## (2) 国連安保理の具体的対応

9月17日付の事務総長から安保理議長宛ての書簡を受け、国連安保理は翌9月18日に緊急会合を開催し、西アフリカでのエボラ出血熱の流行の前例のない広がり「国際の平和及び安全に対する脅威」を構成することを決定する(*determining*)安保理決議2177(2014)を採択した<sup>(34)</sup>。「国際の平和及び安全に対する脅威」とは、国連憲章39条が規定する3つの概念のなかの1つであることはここであらためて指摘するまでもない。特定地域における具体的な感染症患者の爆発的拡大といった保健分野での緊急事態についてこのような認定が行われたのは、国連70年の歴史のなかで初めてのことである。これに類似した例として、2000年7月に国連安保理は、エイズウイルス(HIV/AIDS)の感染防止に関する対応強化を支持する内容の決議1308(2000)を採択した<sup>(35)</sup>。しかし、この安保理決議1308(2000)では、決議前文の末尾において「国際の平和及び安全に関する安保理の主要な責任に留意し」との言及があるのみであり<sup>(36)</sup>、決議の本文中において「国際の平和及び安全に対する脅威」の存在を認定したものではなかった。

これに対して、今回のエボラ出血熱対応に関する採択された安保理決議2177(2014)では、

前文の第2パラグラフにおいて「国際の平和及び安全に対する安全保障理事会の主要な責任を想起し」(*Recalling its primary responsibility for international peace and security*)との(国連憲章24条への)言及があるにとどまらず、前文の第5パラグラフにおいて「アフリカにおけるエボラ出血熱感染の前例のない拡大が国際の平和及び安全に対する脅威を構成することを決定し」(*Determining that the unprecedented extent of the Ebola outbreak in Africa constitutes a threat to international peace and security*)と明記された<sup>(37)</sup>。このように安保理決議2177(2014)は、今回のエボラ出血熱感染の前例のない拡大が、国連憲章第7章が適用される事態である「国際の平和及び安全に対する脅威」を構成することを明確に認めたという点で、国連の歴史上画期的なものであると評価することができよう。

### (3) 国連総会の具体的対応

国連総会は、9月17日付の国連事務総長から総会議長宛ての書簡を受け、9月19日に「西アフリカにおける最近のエボラ出血熱拡大を封じ込め、これと闘うための措置」(*Measures to contain and combat the recent Ebola outbreak in West Africa*)と題する総会決議69/1を全会一致で採択した<sup>(38)</sup>。この総会決議69/1では、その前文のなかで、西アフリカ諸国におけるエボラ出血熱の感染が前例のない範囲に拡大していることに対する深刻な懸念の表明、今回の危機に晒されている人々への対応に関してもWHOが世界的規模での支援活動の中心的役割を演じることの承認、2014年9月15日の安保理決議2176(2014)および9月18日の安保理決議2177(2014)採択に留意すること、などが述べられ<sup>(39)</sup>、決議の本文では、(1)事務総長のUNMEER設置の意図を歓迎すること、(2)事務総長に対して、UNMEER設置の意図の迅速な実施のために必要とされる措置をとること、および国連総会第69会期での検討のためにこれに関する詳細な報告書の提出を求めること、(3)すべての国連加盟国、関連する国連機関および国連システムに対して、UNMEERに対する十分な支援を要請すること、の3項目が規定された<sup>(40)</sup>。

2014年秋の国連第69回総会は、9月16日に開会式が行なわれたが、その開会直後の9月19日の第3回会合においてこの総会決議69/1が通常の委員会審議の過程を省略して直接総会本会議の場で採択されたことは、総会の構成メンバーである国連加盟国すべてが本件への対応の重要性と緊急性を認識していたことを反映したものと評することができよう。日本政府の代表も、この第3回会合の討論のなかで、総会決議69/1およびUNMEERに対する強い支持を表明するとともに、エボラ出血熱の制圧に向けた日本政府の取り組み(現地への日本人医師の派遣、2万着の防護服の提供、日本の製薬企業2社による開発薬の提供など)を紹介している<sup>(41)</sup>。

この総会決議69/1の本文は、前述のように3つのパラグラフからなる簡潔なものであるが、その第1パラグラフでUNMEERを設置するという国連事務総長の意向を「歓迎する」ことが明記された。このような国連総会の決議を受けて、国連は実際にUNMEERの活動を開始することとなったのである。

## 4 国連・WHOによるその後の対応

その後、2014年9月25日には、ニューヨークの国連本部で潘基文事務総長主催の「国連エボラ出血熱対応ハイレベル会合」(*United Nations High-level Meeting on Response to the Ebola Virus*)

Disease Outbreak) が開催され、国連の潘事務総長、WHOのチャン事務局長、キム世界銀行(国際復興開発銀行) 総裁のほか、アメリカのオバマ大統領、日本の安倍晋三首相をはじめ、多くの感染者を抱えるアフリカ諸国の国家元首等が出席した<sup>(42)</sup>。この会合のなかで、潘事務総長は、UNMEERの本部をアフリカのガーナの首都アクラに設置し、国連としていっそう積極的にエボラ出血熱の感染拡大防止に取り組んでいくことを表明した。

2014年9月から10月にかけてピークを迎えた西アフリカにおけるエボラ出血熱感染者の拡大は、2014年11月以降には新たな感染者の増加のペースが落ち始めた。それでも累計の感染者総数は、2014年の年末から2015年の年初にかけても増加し続けた。このような情勢のなかで、WHOは、2015年1月25日にWHO執行理事会エボラ特別セッションが開催され、決議が採択された<sup>(43)</sup>。この特別セッションは、1月26日から2月3日まで開催されたWHO第136回執行理事会の前日に特別に開催されたもので、今回のエボラ出血熱の大流行に関する分析と対策、そして今後の教訓が議論された。

2015年に入ると、エボラ出血熱の感染者の増加は緩やかになり、2015年4月に入ると特にリベリアとシエラレオネでの新規感染者の数はきわめて少なくなった。2015年4月9日に、IHR2005に基づきエボラ出血熱流行に関する第5回緊急委員会が開催されたが、そこでもエボラ出血熱対策の成果が一定程度認められたものの、「国際的に懸念される公衆衛生の緊急事態」の宣言の解除は時期尚早であり、引き続き感染流行国に対する措置を継続すべきであるとの結論が出された<sup>(44)</sup>。

最後に、2015年4月15日付の最新のWHOの報告書によれば、今回のエボラ出血熱流行での感染者数は2万5826名、死亡者数は1万704名に達しているが、直近の1週間の間に新たに報告された感染者数は全体で37名にとどまり(ギニアで28名、シエラレオネで9名、リベリアでは新たな感染者の報告なし)<sup>(45)</sup>、これら西アフリカ3カ国におけるエボラ出血熱感染の拡大は終息に向かいつつあると言えよう。

## おわりに

以上述べた設立の経緯からも明らかとおり、今回、西アフリカ諸国におけるエボラ出血熱大流行に対して現地に派遣されたUNMEERは、国連事務局の責任者である事務総長が派遣を決定したものである。したがって、このような設立の法的根拠という観点からすれば、国連の安保理決議や総会決議に発足および派遣の法的根拠をもつ国連の平和維持活動(PKO: Peace-Keeping Operations)としての停戦監視、選挙支援、人道支援などの諸活動とは、その法的根拠を異にするものであると解されよう。しかし、エボラ出血熱感染者に対する医療支援活動やその感染拡大の防止のための活動は、その実態をみれば自然災害の被災者への人道的支援活動と類似の性質をもつものであるとも考えることができる。他方で、今回の事態について国連の安保理が「国際の平和及び安全に対する脅威」を構成するとの「決定」を行なったことは、国連憲章第7章に基づく活動の新たな展開を示すものとして、国際法上きわめて注目されるであろう。

最後に、今回のエボラ出血熱の大流行に対する日本の国際協力について付言しておきたい。



日本政府は、今回の非常事態に対して、2014年12月8日にUNMEERに対してエボラ防護服70万着を提供することを表明したほか、専門家の派遣などを継続して行っており、財政的支援に関しても相当程度の貢献を行ってきた<sup>(46)</sup>。しかし、わが国によるこれらの分野における人的貢献が必ずしも十分ではないことを指摘する声は少なくない。WHOによる初期対応の遅れの指摘などとともに、今回の貴重な教訓と反省を今後に生かしていく必要があるであろう。

- (1) エボラ出血熱は、1976年に当時のザイール（現在のコンゴ民主共和国）で初めて感染が確認され、それ以降アフリカ中西部の諸国で小規模の流行を繰り返してきた。エボラ出血熱は、感染者の致死率はきわめて高いものであるが、ペストやマラリアといった他の伝染病と比べると感染者数もこれまでは少なく、また感染者の所在地域もアフリカの一部に限定されていたため、一部の医療専門家を除けば、これまで国際的な注目を集めることは少なかった。エボラ出血熱に関する医学上の具体的な内容等に関しては、WHOのホームページで説明がなされているが、過去の流行における感染者の致死率は、25—90%（平均で50%）とされる。WHO, Ebola fact sheet (<http://apps.who.int/ebola/about-ebola/ebola-fact-sheet>).
- (2) WHOは、今回のエボラ出血熱の大流行が発生して以降、エボラ出血熱の感染状況に関する報告書（Ebola Situation Report）をWHOのホームページ上に毎週発表している。最新の報告書によれば、ギニア、リベリア、シエラレオネ3カ国での今回のエボラ出血熱流行に関する累計の感染者数は2万5791名（ギニア3548名、リベリア1万42名、シエラレオネ1万2201名）、このうち累計の死者数は1万689名（ギニア2346名、リベリア4486名、シエラレオネ3857名）とされている。WHO, Ebola Situation Report - 15 April 2015 (<http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-15-april-2015>).

2003年に中国を中心とする東アジアで大流行したSARSの場合、感染者総数は累計で約8000人、感染による死者数は800名弱であったことと比較すれば、今回のアフリカでのエボラ出血熱の流行がいかに深刻なものであるかが理解できよう。

- (3) 2014年3月からの累計では、WHOはギニア、リベリア、シエラレオネの3カ国に2013名の専門家を派遣しており、さらにナイジェリア、マリ、セネガルに108名を派遣している。WHOが現地に派遣した専門家の多くは、疫学・感染症の専門家（epidemiologist）であるが、それ以外にさまざまな分野の専門家が現地に派遣された。以下の資料を参照。WHO, “A year of the Ebola response ‘at a glance,’ Ebola response activities 2014–2015” (<http://www.who.int/csr/disease/ebola/who-activities-report/en/>).
- (4) Makane Moïse Mbengue, “Public Health, International Co-operation,” Rüdiger Wolfrum (ed.), *Max Planck Encyclopedia of Public International Law*, Vol. VIII, Oxford University Press, 2012, p. 566.
- (5) 大河内美香「国際関心事項及び国内管轄事項としての検疫の位置——国際機関と国家の権限の整序」、江藤淳一編『国際法学の諸相——到達点と展望（村瀬信也先生古稀記念）』、信山社、2015年、245、249–250ページ参照。
- (6) 植木俊哉「国際組織による国際公益実現の諸形態」、編集代表広部和也・田中忠『国際法と国内法——国際公益の展開（山本草二先生還暦記念）』、勁草書房、1991年、376–377ページ。
- (7) Yves Beigbeder, “World Health Organization (WHO),” Rüdiger Wolfrum (ed.), *Max Planck Encyclopedia of Public International Law*, Vol. X, Oxford University Press, 2012, p. 925.
- (8) 植木、前掲注6、378–379、388ページ。
- (9) これらの条約が必要な諸国の批准を得られなかった理由としては、検疫の必要性に関して諸国の合意が成立しなかったことが挙げられている。Beigbeder, *supra* note 7, p. 925.
- (10) Mbengue, *supra* note 4, p. 566.

- (11) 1856年にパリ、1866年にコンスタンチノーブル、1874年にウィーン、1881年にワシントン、1885年にローマ、1892年および1897年にヴェネチア、1893年にドレスデン、1894年および1903年にパリで、それぞれ国際衛生に関する国際会議が開催され、1892年のヴェネチアや1893年のドレスデン、1894年のパリでの国際会議などでは、国際衛生に関する条約が採択された。Mbengue, *supra* note 4, p. 566.
- (12) Beigbeder, *supra* note 7, p. 925, 大河内、前掲注5、250ページ。
- (13) Beigbeder, *supra* note 7, p. 925.
- (14) *Ibid.*, 大河内、前掲注5、250–251ページ。
- (15) 1903年に採択された国際衛生条約のなかに、コレラとペストに関してこのような監視措置に関する規定が初めて盛り込まれた。この国際衛生条約は、1912年および1926年に改正されたが、これらの改正により監視措置に関する規定はさらに強化された。Mbengue, *supra* note 4, p. 567.
- (16) 篠原初枝『国際連盟』、中公新書、2010年、126ページ。
- (17) Mbengue, *supra* note 4, p. 568.
- (18) 大河内、前掲注5、251ページ、篠原、前掲注16、128–129ページ。
- (19) 篠原、同上、128–129、238–239ページ。
- (20) Mbengue, *supra* note 4, p. 568.
- (21) 則武輝幸「世界保健機関」、国際法学会編『国際関係法辞典（第2版）』、三省堂、2005年、528ページ。
- (22) WHO憲章2条(a)–(v)参照。
- (23) それぞれWHO憲章2条(d)、(g)、(s)参照。
- (24) Mbengue, *supra* note 4, p. 571.
- (25) *Ibid.*
- (26) 厚生労働省大臣官房国際課「改正国際保健規則2005について」(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0605-3d.pdf>)。
- (27) Mbengue, *supra* note 4, p. 572.
- (28) *Ibid.*
- (29) WHO Director-General, West African Presidents to launch intensified Ebola outbreak response plan, WHO News release, 31 July 2014 (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/ebola-outbreak-response-plan/en/>)。
- (30) 感染症対応とウイルス学の専門家である押谷仁教授によれば、国境を越えて感染症が流行した場合、国際社会ではWHOのリーダーシップの下で協調して対応する体制ができあがっており、2014年3月の時点でWHOがそれを発動していれば、エボラ出血熱はインフルエンザなどに比べてコントロールしやすい感染症であるから大規模な爆発的流行になる前に抑えることができた可能性がある」と指摘する。そして、WHOの対応遅れの要因については検証が必要だが、リーマン・ショック以降の経済危機の影響によるWHOの予算やスタッフの削減もあり、WHOの対応能力低下には加盟国の責任もある旨を指摘している。押谷仁「〈インタビュー〉エボラ最前線の現実」『朝日新聞』2015年2月6日。
- (31) Identical letters dated 17 September 2014 from the Secretary-General addressed to the President of the General Assembly and the President of the Security Council, UN Doc. A/69/389-S/2014/679, pp. 2–3.
- (32) *Ibid.*, p. 1.
- (33) *Ibid.*, p. 3. なお、事務総長がこの書簡のなかで示したUNMEERの12の任務は、第1の任務として「エボラ出血熱に感染した人々の特定および追跡」と規定されていることから明らかなように、医学上の対応に関する任務である。UN Doc. A/69/389-S/2014/679, p. 4.
- (34) UN Doc. S/RES/2177 (2014). この決議は、2014年9月18日開催の安保理第7268会合において採択された。同決議の前文のなかでは、(i)安保理が3日前の9月15日に採択したリベリアの状況に関する

る決議2176 (2014)、(ii)8月1日にギニアで開催されたマノ川連合全権首脳会議 (Mano River Union Extraordinary Summit) においてコートジボワール、ギニア、リベリアおよびシエラレオネの首脳がエボラ出血熱への対応強化を表明したこと、(iii)8月29日にリベリア、シエラレオネおよびギニアの各大統領が国連事務総長に対してエボラ出血熱に対する包括的対応を要請する書簡 (UN Doc. S/2014/669) を送ったこと、などに言及されている。なお、2014年9月15日に採択された安保理決議2176 (2014) においても、前文の最終パラグラフで「国連憲章第7章の下で行動し」(Acting under Chapter VII of the Charter of the United Nations) との言及があるが、これは同決議の第1パラグラフに規定された国連リベリア・ミッション (UNMIL: United Nations Mission in Liberia) の任務を2014年12月31日まで延長する部分に係るものと解される。UN Doc. S/RES/2176 (2014), p. 2.

- (35) UN Doc. S/RES/1308 (2000). この決議は、2000年7月17日の安保理第4172会合にて採択された。
- (36) UN Doc. S/RES/1308 (2000), p. 2.
- (37) UN Doc. S/RES/2177 (2014), p. 1.
- (38) UN Doc. A/RES/69/1.
- (39) Ibid., p. 1.
- (40) Ibid., p. 2.
- (41) United Nations General Assembly, Sixty-ninth session, 3rd Plenary meeting, Friday, 19 September 2014, 3 p.m., New York, UN Doc. A/69/PV.3, pp. 16–17.
- (42) 日本外務省ホームページ (平成26年9月26日) 「国連エボラ出血熱流行対応ハイレベル会合 (概要)」 ([http://www.mofa.go.jp/mofaj/af/af1/page3\\_000930.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/af/af1/page3_000930.html)).
- (43) 国立国際医療研究センター国際医療協力局ホームページ 「WHO (世界保健機関) 執行理事会エボラ特別セッション決議 (仮訳)」 (<http://www.ncgm.go.jp/kyokuhp/library/who/index.html>).
- (44) 厚生労働省検疫所ホームページ 「西アフリカのエボラ流行に関する IHR 緊急委員会の第5回会合における声明 (2015年4月14日)」 (<http://www.forth.go.jp/topics/2015/04141324.html>).
- (45) WHO, Ebola Situation Report - 15 April 2015 (<http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-15-april-2015>).
- (46) 日本外務省ホームページ (平成27年4月17日) 「西アフリカにおけるエボラ出血熱の流行に対する日本の支援」。この資料によれば、今回の西アフリカでのエボラ出血熱の流行に対する日本政府による支援の総額は、約1億7300万ドルとされている (緊急無償資金援助、緊急援助物資供与、国際機関への拠出金、専門家派遣等を含む)。