

# 感染症をめぐる国際法 : 1951年国際衛生規則

ARAKAKI, Osamu / 新垣, 修

---

(出版者 / Publisher)

法学志林協会

(雑誌名 / Journal or Publication Title)

Review of law and political sciences / 法学志林

(巻 / Volume)

118

(号 / Number)

3

(開始ページ / Start Page)

146(33)

(終了ページ / End Page)

123(56)

(発行年 / Year)

2020-11-30

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00025494>

# 感染症をめぐる国際法

——1951 年国際衛生規則——

新 垣 修

## はじめに

19 世紀に生まれた複数の国際衛生条約は 20 世紀に入って統合され、その後に改定が繰り返された。1900～1930 年代の国際衛生条約は、基本的に、「脅威に晒される欧州」を「脅威をもたらす外部」から守るという「欧州防衛」の目的で策定されたが、国際体制の変容や感染症に関する科学的知見の集積に応じてそれは変化していった。<sup>(1)</sup> 1940 年代の戦時下で結ばれた国際衛生条約は、「感染症に対する勝利が戦争での勝利」と捉えた連合国側の考えを反映したものだった。ただしその内容は、感染症にまつわる国際法の歴史の中断ではなく、戦前に形成された要素を戦後に架橋する連続性の中の一過程であった。<sup>(2)</sup>

本稿で扱う主題は、戦前・戦中の国際衛生条約を継承して形成された 1951 年国際衛生規則<sup>(3)</sup>である。本稿では、世界保健機関（WHO: World Health Organization）の準立法的機能により制定された国際衛生規則の目的・対象、通告・情報共有、措置、組織・制度を可視化するとともに、本規則の性質について、その前身である国際衛生条約を念頭に置きながら検討する。ただし、本稿

(1) 当時の国際衛生条約については次を参照。新垣修「感染症をめぐる国際法：1900-1930 年代の国際衛生条約」、『法学志林』第 118 巻第 1 号，2020 年，23-49 頁。

(2) 当時の国際衛生条約については次を参照。新垣修「感染症をめぐる国際法：1940 年代の国際衛生条約」、『法学志林』第 118 巻第 2 号，2020 年，1-17 頁。

(3) International Sanitary Regulations (World Health Organization Regulations No. 2), United Nations Treaty Series Registration Number 2303.

における関心の射程は本規則の形成と体系，規定内容であり，実施の側面を含まない。

## 1 世界保健機関の準立法的機能

### (1) 世界保健機関憲章

周知の通り国連憲章は1945年4月～6月に開かれた「国際機構に関する連合国会議」(サンフランシスコ会議)において調印されたが，この文書には「保健的国際問題」の解決促進が経済社会的国際協力のひとつに定められてい<sup>(4)</sup>る。またこの会議では「国際保健会議」の開催が提唱され，これがWHO設立への第一歩となった。翌年，国連経済社会理事会は公衆衛生分野における国際行動の範囲や体制を検討し，単一の機関設立を目指した国際会議開催の要請を決議した。この国際会議の準備は，ベルギー出身の議長はか，各国の保健・公衆衛生の専門家16名で構成される技術準備委員会に任せられた。委員たちは1946年3月・4月にパリに集い，新たな国際保健機関の基幹となる憲章について話し合った。フランス，英国，米国，ユーゴスラヴィアの各代表が憲章に関する原案を提出していたが，委員会はこれを基にして，新機関の組織構成や権限，行政，予算といった事柄を中心に憲章の起草にあたった。4つ原案はともに組織構成に焦点を当て，国際連盟保健機関(LNHO: League of Nations Health Organization)の目的よりも広いそれを提案していた。その中で，自国の公衆衛生事業を模範にした米国のパラン(Thomas Parran)の案が最も広範かつ完成度が高いと考えられ，これが憲章の最終案の下地となった。

以上の準備を経て，1946年6月・7月，国連主催の「国際保健会議」がニューヨークで開催された。前出のパランが議長を務めたこの会議では世界保健機関憲章(WHO憲章)が主題として話し合われ，国連加盟国でなくとも本憲章

(4) 国連憲章第55条(b)。

を受諾し世界保健総会の過半数の投票によって承認されれば WHO の加盟国となることが決まった。そして 7 月 22 日、61 カ国が WHO 憲章に調印した。<sup>(5)</sup>しかし、国連加盟国 26 カ国が当事国となることが条件であったため、WHO 憲章はその時には発効しなかった。これを満たした 1948 年 4 月 7 日、WHO は国連の専門機関として正式に誕生した。なお、それまで活動していた関連機関、即ち、LNHO、公衆衛生国際事務局 (OIHP: Office International d'Hygiene Publique)、連合国救済復興機関 (UNRRA: United Nations Relief and Rehabilitation Administration) は解消に向かった。WHO 憲章発効までの間、国際衛生条約の運用や保健事業の維持といった任務は WHO 暫定委員会に引き継がれた。<sup>(6)</sup>

さて、WHO 憲章は、前文と「第 1 章：目的」<sup>(7)</sup>、「第 2 章：任務」<sup>(8)</sup>、「第 3 章：加盟国及び準加盟国の地位」<sup>(9)</sup>、「第 4 章：組織」<sup>(10)</sup>、「第 5 章：世界保健総会」<sup>(11)</sup>、「第 6 章：執行理事会」<sup>(12)</sup>、「第 7 章：事務局」<sup>(13)</sup>、「第 8 章：委員会」<sup>(14)</sup>、「第 9 章：会議」<sup>(15)</sup>、「第 10 章：本部」<sup>(16)</sup>、「第 11 章：地域的取極」<sup>(17)</sup>、「第 12 条：予算及び経費」<sup>(18)</sup>、「第

(5) WHO 憲章第 80 条。

(6) WHO 設立の概要は次を参照。Marcos Cueto, Theodore M. Brown and Elizabeth Fee, *The World Health Organization: A History* (Cambridge University Press, 2019), pp. 43-45. Kelley Lee and Jennifer Fang, *Historical Dictionary of the World Health Organization* (Scarecrow Press, 2012), pp. 4-5. Javed Siddiqi, *World Health and World Politics: The World Health Organization and the UN System* (University of South Carolina Press, 1995), pp. 56-59. Lawrence O. Gostin, *Global Health Law* (Harvard University Press, 2014), pp. 91-92.

(7) WHO 憲章第 1 条。

(8) 同第 2 条。

(9) 同第 3 条～第 8 条。

(10) 同第 9 条。

(11) 同第 10 条～第 23 条。

(12) 同第 24 条～第 29 条。

(13) 同第 30 条～第 37 条。

(14) 同第 38 条～第 40 条。

(15) 同第 41 条～第 42 条。

(16) 同第 43 条。

13章：表決<sup>(19)</sup>，「第14章：各国が提出する報告<sup>(20)</sup>」，「第15章：法律行為能力・特権・免除<sup>(21)</sup>」，「第16章：他の機関との関係<sup>(22)</sup>」，「第17章：改正<sup>(23)</sup>」，「第18章：解釈<sup>(24)</sup>」，「第19章：効力の発生<sup>(25)</sup>」で構成される。

WHOは健康分野全般を扱う国連の専門機関である。その任務の範囲はかつての国際保健関係機関からの遺産だけではない。WHO憲章で示された目的は「すべての人民が可能な最高の健康水準に到達すること<sup>(27)</sup>」であり、感染症の対応に限定されない。ただし、憲章前文には「……伝染病の抑制が諸国間において不均等に発達することは、共通の危険である」と記され、国際保健協力の起源ともいふべき感染症に関心が向けられている。また、目的を達成するためのWHOの任務に、「感染症、風土病及び他の疾病の撲滅事業を奨励し、及び促進すること<sup>(28)</sup>」が挙げられている。

この目的を達成する手段の一つとして、WHO憲章には、行為規範の設定に積極的に関与するという意味での準立法的機能が備わっている<sup>(29)</sup>。具体的には、WHOは条約・協定と規則を作成し、それを採択する権限を持つ。WHO憲章を根拠にして国際的な権利・義務の設定を図る方法は、以下の2種である。

(17) 同第44条～第54条。

(18) 同第55条～第58条。

(19) 同第59条～第60条。

(20) 同第61条～第65条。

(21) 同第66条～第68条。

(22) 同第69条～第72条。

(23) 同第73条。

(24) 同第74条～第77条。

(25) 同第78条～第82条。

(26) 同前文。国連憲章第57条。

(27) WHO憲章第1条。

(28) 同第2条(g)。

(29) World Health Organization (WHO), *The First Ten Years of the World Health Organization* (WHO, 1958), p. 47.

## (2) 条約・協定の採択

WHO の最高意思決定組織であり、全ての WHO 加盟国が代表を派遣できる世界保健総会<sup>(30)</sup>は、WHO が扱える事項に関して法的拘束力を持つ条約・協定を採択することができる。採択には保健総会の 3 分の 2 の賛成を必要とし、各加盟国がその憲法上の手続に従って条約・協定を受諾するとき、その加盟国に対して効力を生ずる<sup>(31)</sup>。

国際機関を交渉のフォーラムにして条約を採択し、各国の意思によってその条約に加盟するという方法は、多国間条約形成の一般的形態の一つである。ただ WHO 憲章で特徴的なのは、各加盟国が、条約・協定の採択日から 18 カ月以内に受諾に関する手続をとることを事前に約束している点である。各加盟国がとった批准等を含む憲法上の手続は、WHO 事務局長に通告される。他方、この期限内に条約・協定を受諾しない加盟国は、その理由を述べた文書を提出しなければならない<sup>(32)</sup>。ある加盟国代表が世界保健総会の席で条約・協定採択にたとえ反対票を投じていたとしても、その国家がこの説明責任から免れるわけにはいかないだろう<sup>(33)</sup>。したがって、どの加盟国も条約・協定への加入について真剣に検討せざるを得ない。また 18 カ月以内という時限を定めることで、条約・協定を迅速に実施へ移すことも意図されている。

## (3) 規則の採択

本稿の主題と関係する権限は、もう一つの方である。世界保健総会は規則を採択する権限を有しており<sup>(34)</sup>、このことは、ゴスティン（Lawrence Gostin）に

(30) 世界保健総会の主な任務は、WHO の政策を決定し、加盟国に勧告を行なうとともに、執理事務会と事務局長に必要な指示を行うことなどである。定期総会は年に 1 回開催され（WHO 憲章第 13 条）、加盟国代表によって構成される（同第 10 条）。

(31) WHO 憲章第 19 条、第 60 条。

(32) 同第 20 条。

(33) Lawrence O. Gostin, Devi Sridhar and Daniel Hougendobler, “The Normative Authority of the World Health Organization,” *Public Health*, XXX (2015), p. 3.

よれば「国際法上ユニーク」だ<sup>(35)</sup>という。WHO憲章には「規則」の定義や条約・協定との違いについての説明がない。また後述するように、署名や批准を要しないことから、効力のない文書と誤解されることも少なくない。しかし規則は、その起草過程での議論が示すように、またWHO憲章が明示する<sup>(36)</sup>ように、「全加盟国に対して効力を生ずる」ものである。規則の採択は世界保健総会での過半数の賛成でなされるので、条約・協定の場合より容易である。なにより特徴的なのは、加盟国が自ら積極的行為をとらない限り、規則の効力が及ぶ点である。つまり、一定の期間内にWHO事務局長に拒絶や留保を通告することで、その加盟国に限り、全般的・部分的に規則の効力から逃れることが<sup>(37)</sup>できる。規則に拘束される意思を明示するのではなく、拘束を受けないことを一定期間内に通告することで適用が免除される、いわゆる「コントラクティング・アウト」(contracting out)方式である。これにより、公式の条約のような署名や批准といった手続なしに国際文書を採択し、事情の変更に応じて柔軟かつ迅速にこれを修正することが可能となる。<sup>(38)</sup>

だが当時においても、コントラクティング・アウト方式は新奇なものではなかった。この原型は1933年航空国際衛生条約で導入済みであったし、1944年<sup>(39)</sup>国際民間航空条約のように感染症関連以外の国際法でも類似した方法が取られていた。<sup>(40)</sup>コントラクティング・アウト方式のWHO憲章への導入を最初に提案したのは憲章作成で中心的役割を果たしていた米国だったが、これは米国上

(34) WHO憲章第21条。

(35) Gostin, *op.cit.*, p. 179.

(36) WHO憲章第22条。

(37) 同条。

(38) WHO, *op. cit.*, p. 259.

(39) 締約国より条約の修正の提案が出された場合、OIHPは、その提案が適当かを検討した上、条約を修正するための議定書を用意する。議定書は、全ての締約国に提出される。締約国は明示によって修正を受諾する。あるいは12カ月以内に反対の意思表示がない場合には、受諾とみなされる。議定書は、3分の2の締約国数の明示・黙示の受諾をもって発効する。1933年航空国際衛生条約第61条。

(40) 1944年国際民間航空条約第90条。

院外交委員会の意向を汲んだものだった。疾患の国際的拡散を制御するためには新たな科学技術と知識を迅速に適用する必要があると考えた委員会は、議会による批准ではなく、執行部主導による国際合意という簡易な方法を望んでいた。米国の立場からすると、この提案は憲法上の手続的障害を回避し、国際合意を迅速・容易に実行するためのものだった。

しかし、この米国の希望は他国にすんなりとは受け入れられなかった。まず、フランスがこれに対抗する案を出した。フランス案では、過半数の賛成を基礎とした採択による法的拘束力のない勧告と、伝統的な条約採択方式が示された。だが WHO 憲章の起草に関わる技術準備委員会が米国案に近い立場を取り、1946 年にニューヨークで開催された国際保健会議では、法的拘束力を持つ規則とコントラクティング・アウト方式が提案された。ただそこでも議論が再燃し、この方式とは異なる案が出された。例えば、ベルギー代表は、コントラクティング・アウト方式による規則の採択ではなく、かつての国際衛生条約のような標準的条約締結方式への修正を求めた。またソ連は、3 分の 2 以上の多数の賛成によって採択され、全加盟国を拘束する規則（ただし、コントラクティング・アウト方式とはとらない）という修正案を出した。しかし結局、これら修正案は退けられ、米国案に沿った案で確定した。<sup>(41)</sup>

このように、規則採択の権限を WHO 憲章で定めることに合意はあっても、拘束を拒否するための宣言を加盟国に課す方法への反発は小さくなかった。そこには、国家主権侵害の余地を残すことへの根強い警戒心があった。最終的に、その制定においてコントラクティング・アウト方式の適用がある規則の課題を予め列挙しておくことで妥協が図られた。つまり、規則を制定できる事柄は、<sup>(42)</sup>「国際的に使用される診断方法に関する基準」や「国際貿易において取り扱わ

(41) 起草過程におけるコントラクティング・アウト方式をめぐる議論は次を参照。Walter R. Sharp, "The New World Health Organization," *American Journal of International Law*, 41:3 (1947), p. 526. Helen Hart Jones "Amending the Chicago Convention and Its Technical Standards: Can Consent of All Member States Be Eliminated," *Journal of Air Law and Commerce*, 16:2 (1949), p. 202. David M. Leive, *International Regulatory Regimes: Case Studies in Health, Meteorology, and Food: Vol. 1* (Lexington Books, 1976), pp. 25-26.

れる生物学的製剤、薬学的製剤及び類似の製品の安全、純度及び効力に関する<sup>(43)</sup>基準」等に限定される。これらは、19世紀後半から伝統的に関心を持たれてきた課題や、国際基準化・国際表示といった技術色・手続色が濃厚な課題である。そしてこの中に、「疾病の国際的蔓延を防ぐことを目的とする衛生上・検疫上の要件と他の手続」<sup>(44)</sup>が置かれることとなった。

## 2 1951年国際衛生規則採択の経緯

第二次世界大戦が終わると、孤立主義はもはや安全保障の観点からも支持を得られず、経済における国家間の相互依存と緊密化が急速に進むとともに、貿易の量と規模が拡大した。特に主要な資本主義諸国にとっては、原材料の入手・備蓄と生産品を輸出する市場の確保・拡張は、国際経済の原理が要請するところであった。この環境下、交通手段の発達と相まって、移動する物資・人の数は増加しその速度は上昇した。

国際的な物・人の移動が急増すると、それに歩調を合わせるかのように各国の衛生状態も改善した。国際海港や国際空港の衛生改善は先進国一般に見られたが、資本主義諸国の植民地でもそれは同様であった。また、ねずみが床を這い回り、乗客を齧詰め状態にするような船の情景は世界から徐々に消えつつあった。各国は、衛生当局の権能を強化しながら、自国が感染の震源地・経由地となるリスクを排除しようとした。国際的な疫学研究の深化やWHOを中心とした国際情報システムの確立、医薬品・ワクチンの開発の<sup>(45)</sup>効果も相まって、1950年代に入ると感染症対応の質は世界的に向上した。これを突き動かしていたのは、貿易と人の国際移動から得られる各国の利益の保護・拡大という動

(42) WHO憲章第21条(c)。

(43) 同条(d)。

(44) 同条(a)。

(45) Oleg P. Schepin and Waldemar V. Yermakov, *International Quarantine* (International Universities Press, Inc., 1991), pp. 242-251.

機であった。

戦前・戦中に形成された国際衛生条約は、日進月歩の科学・医学の知見や各国の保健技術の発展、国際移動の急激な増加・加速に追いつくことができず<sup>(46)</sup>、時代遅れの産物となっていた。その結果、国際衛生条約は、戦後に登場・復興した諸国を新たに組み入れた経済のグローバル化にとって足かせであった。また、国際通商の一部となったバイオ医薬品や薬剤に新たに国際規制をかけることができれば、公衆衛生を保護するのみならず、高品質の製品の輸出を促すのではないかと<sup>(47)</sup>の期待も生まれた。

そこで WHO は、憲章上の目的・手続に従い、国際衛生条約を改定することにした。ただし、アドホックな国際会議を開催して国際衛生条約を国家主導でアップデートするかつてのやり方によるものではない。各国は、会議の度に代表を送り込んで交渉・議論し、新たな条約を採択する方法を非効率で負担と感じていた。せっかく採択に至っても、その条約が新たな科学の展開に照らしてどれほど合理的であり続けるかも疑問視された。また当時、感染症に関する 13 の条約・協定が併存していたが、その内容は互いに矛盾したものだ<sup>(48)</sup>。さらに国際衛生条約が改定される度に締約国が異なったため、条約上の義務関係が複雑になり混乱を招いていた。以上に加え、各国の批准手続がハードルとなり、多くの国家を条約の枠組みに引き込むことが難しかった。このような観点から、新条約の締結ではなく、WHO 憲章第 21 条に基づく規則—国際衛生規則—の制定によって国際規範を統一・最新化する方法がとられることとなった。

そこで、WHO 憲章が採択された 1946 年国際保健会議では早速、WHO 暫

(46) David P. Fidler, *International Law and Infectious Diseases* (Oxford University Press, 1999), pp. 58–59.

(47) Sev S. Fluss, “The Development of National Health Legislation in Europe: The Contribution of International Organizations,” *European Journal of Health Law*, 2 (1995), p. 198. 二三八

(48) *Ibid.*, p. 211. Charles E. Allen, “World Health and World Politics,” *International Organization*, 4:1 (1950), p. 31. Fidler, *op. cit.*, pp. 55–59.

定委員会が組織され、この委員会が OIHP の役割を引き継ぎ、既存の国際衛生条約を改定・統合するための準備に着手した。国際衛生条約に代わる新たな規則群を作成する可能性を探り、1946 年から 1948 年の間、予備調査が行われ<sup>(49)</sup>た。この段階で、かつての国際衛生条約のように海・陸と空という領域で分けたものではなく、これら全般を扱う単一の国際文書の作成という構想が固まった。

1948 年の第 1 回世界保健総会の議論では、従来の感染症にまつわる国際法の変更に伴う問題点があぶりだされ、それに対応するために「国際疫学及び検疫に関する専門家委員会」が設置された。そして、国際衛生条約の内容を刷新して 1 つの規則群にまとめる作業は、この専門家委員会に委任されたのだった。1948 年 4 月の第 1 回専門家委員会では新たな規則形成の足場となる「一般原則」が採択され、1949 年 6・7 月に開催された第 2 回世界保健総会で承認された。これを受け、専門家委員会は、10 月に国際衛生規則の第一次草案、12 月に第二次草案を用意した。そして、1950 年に作成された第三次草案が全ての加盟国に送付された。各国政府のみならず国際民間航空機関 (ICAO: International Civil Aviation Organization) や米州保健機構 (PASB: Pan American Sanitary Bureau) といった関連機関、さらには WHO 内部組織の意見を受けた草案は、専門家委員会の法務小委員会にかけられ修正された。そして加盟国政府がこれに再び意見を付した。その後、草案は、1950 年の第 3 回世界保健総会で組織された「国際衛生規則に関する特別委員会」で検討された。最終案が作成されたのは 1951 年 4・5 月、第 4 回世界保健総会開催目前であった。この過程を経て、1951 年 5 月、世界保健総会は WHO 規則第 2 号として<sup>(50)</sup>国際衛生規則を採択し、これが 1952 年 10 月に発効した。当初の準備期間から数えると、採択まで約 5 年を要したこととなる。

(49) その際、WHO と OIHP が共同で開催した一連の専門家会議が必要な技術的助言を行なった。

(50) WHA 4.75. 国際衛生規則の起草過程全般については次を参照。WHO, *op.cit.*, p. 260. Schepin and Yermakov, *op.cit.*, pp. 250-256. ちなみに 1948 年採択された WHO 規則第 1 号は後の国際疾病分類 (ICD) となる。

### 3 1951 年国際衛生規則の内容

#### (1) 目的・対象

このように採択された国際衛生規則は、第 1 編「定義」<sup>(51)</sup>、第 2 編「通告及び疫学情報」<sup>(52)</sup>、第 3 編「衛生組織」<sup>(53)</sup>、第 4 編「衛生措置及び手続」<sup>(54)</sup>、第 5 編「検疫疾病に関する特別規定」<sup>(55)</sup>、第 6 編「衛生書面」<sup>(56)</sup>、第 7 編「衛生料金」<sup>(57)</sup>、第 8 編「諸規定」<sup>(58)</sup>、第 9 編「最終規定」<sup>(59)</sup>、第 10 編「移行規定」<sup>(60)</sup>の全 10 編・全 115 条から成る。さらに、6 つの付録と 2 つの附属書（A・B）もある。

国際衛生規則は、感染症に関する既存の 12 の条約・協定を改定・統合し、これに代わる単一の国際文書として作成された。本規則は、感染症による将来

---

(51) 国際衛生規則第 1 条。

(52) 同第 2 条～第 13 条。

(53) 同第 14 条～第 22 条。

(54) 同第 23 条～第 48 条。

(55) 同第 49 条～第 94 条。

(56) 同第 95 条～第 100 条。

(57) 同第 101 条。

(58) 同第 102 条～第 104 条。

(59) 同第 105 条～第 113 条。

(60) 同第 114 条、第 115 条。

(61) 第 1 付録「ねずみ駆除証明書」、第 2 付録「コレラワクチン接種国際証明書」、第 3 付録「黄熱ワクチン接種国際証明書」、第 4 付録「天然痘ワクチン接種国際証明書」、第 5 付録「海洋健康宣言書」、第 6 付録「航空機の保健に関する一般的宣言」。

(62) 既存の条約・協定とは以下である。1903 年国際衛生条約、1905 年米州衛生条約、1912 年国際衛生条約、1926 年国際衛生条約、1933 年航空国際衛生条約、1934 年健康証明書免除国際協定、1934 年健康証明书上査証免除国際協定、1926 年国際衛生条約を修正するための 1938 年条約、1926 年国際衛生条約を修正するための 1944 年条約、1933 年航空国際衛生条約を修正するための 1944 年条約、1926 年国際衛生条約を修正するための 1944 年条約を延長するための 1946 年議定書、1933 年航空国際衛生条約を修正するための 1944 年条約を延長するための 1946 年議定書。なお、1924 年米州衛生規定については例外にあたる特定の条文を除いて効力は維持される。以上、国際衛生規則第 105 条。

の危険やアウトブレイクの拡張に歯止めをかけるための装置である。なにより、交通に対する阻害を最小限に抑えつつ、国際的感染拡大に対する最大限の安全を効果的に確保すべきとのニーズに応えるために作成されたものである<sup>(63)</sup>。本規則において、「最小限の制約による最大限の保護」が目的であるとは直接的には記されていない。ただし、国際衛生条約の歴史の中でそれが一般原則の一つとして既に成熟していたこと、また、1969年国際保健規則でそれが目的であると公言されることを考え合わせると、国際衛生規則においても実質的な目的として意識されていたと言っていだろう<sup>(64)</sup><sup>(65)</sup>。

そして、国際衛生規則が対象とする感染症（検疫疾患）は、ペスト、コレラ、黄熱、天然痘、チフス、回帰熱の6種である<sup>(67)</sup>。また本規則は、船舶・航空機・列車・車両といった全ての国際交通手段を網羅し、加盟国で維持されるべき措置の基準・条件・方法・内容を示している。

## (2) 通告・情報共有

通告・情報共有が国際衛生規則において中核的要素となることは、本規則の起草の早期、即ち、1948年4月の第1回「国際疫学及び検疫に関する専門家委員会会議」で既に示唆されていた。そこで採択された一般原則では、「正確かつ迅速な通告が疾病の国際的拡散に効果的に対抗するための基礎」とされ<sup>(68)</sup>、これが新たに作成される規則の指針の一つに位置付けられた。よって、国内で感染症が発生した場合、その国家はWHOにいち早くこのことを通告しなければならない。通告を受けたWHOは各国にこれを知らせることで適切な措

(63) 国際衛生規則前段。

(64) The International Health Regulations (1969), United Nations Treaty Series Registration Number 10921.

(65) 1969年国際保健規則前段。

(66) 「最小限の制約による最大限の保護」を国際衛生規則における目的と自明に捉えているものは次。Gostin, *op.cit.*, p. 180.

(67) 国際衛生規則第1条、第5編。

(68) Leive, *op.cit.*, p. 29.

置の実施を促す。各国は適切な措置を講じて WHO に通告し、WHO はそれを全ての諸国と共有する。感染の事態が収まれば、それを WHO に知らせ、WHO を通じてその情報を得た諸国は措置を停止する。以上によって感染症の国際的拡散を防ぐ、というのが通告・情報共有に関する大まかな流れである。以下では、国家と WHO 各々の役割からさらに説明を加えたい。

まず、感染発生時の国家の通告の義務についてである。保健行政当局は、国内のある地域が感染地域となったことを知らされてから 24 時間以内に WHO にその旨を通告しなければならない。また、疾病の存在を実験的方法 (laboratory methods) によって可能な限り早急に確認し、その結果を直ちに WHO に伝達しなければならない<sup>(69)</sup>。最初の通告以降も、補完的情報を提供するなど WHO への連絡を継続しなければならない。連絡は可能な限り頻繁に行われ、その内容は可能な限り仔細でなければならない。症例の件数と死者数についての連絡は少なくとも週に一度は行われるべきである。加えて、感染症拡大防止のために執られた措置等にも言及しなければならない<sup>(70)</sup>。感染が終息した時には、感染地域の領域の保健行政当局はそのことを WHO に伝える。ただし、当該地域が感染症から免れたとみなされるには、いくつかの条件がある。まず、疾病の再発や他地域への拡散がないよう、あらゆる予防措置が執られ維持されている必要がある。その上で、各検疫疾患の潜伏期間等を考慮した期間の経過といった複数の条件が付されている<sup>(71)</sup>。

各国の保健行政当局は、国際通行のためのワクチンの要請の変更や、感染地域からの到着者に適用する措置（及びその停止）について、WHO に通告しなければならない<sup>(72)</sup>。また、ねずみ族駆除証明書等を発給できる港の一覧を WHO に提出し、変更が生じた場合はその旨を通告しなければならない<sup>(73)</sup>。この他、検

---

(69) 国際衛生規則第 3 条。

(70) 同第 4 条、第 5 条。

(71) 同第 6 条。

(72) 同第 8 条。

(73) 同第 21 条。

疫疾患の症例数や死者数等については毎週、WHOに報告しなければならない。<sup>(74)</sup>  
 さらに各国は、検疫疾患の発生や国際衛生規則の下でとった行為について、  
 WHOに毎年、情報提供しなければならない。<sup>(75)</sup>

一方、WHOの役割だが、まず国際衛生規則は、各国領域内の保健行政当局と直接に連絡する権利がWHOにあることを認める。その上で、WHOと保健行政当局とのやり取りは、WHOと国家とのやり取りとみなされる。<sup>(76)</sup>そして本規則は、情報共有に関する義務をWHOに課す。WHOは、各国の保健行政当局から得られた疫学やその他全ての情報を、可能な限り早急に、状況に則した適切な手段で、全ての保健行政当局に送らなければならない。<sup>(77)</sup>なお情報共有の一環として、WHOは、検疫疾患に関する通告や関連の国内立法の情報を含む「疫学週報」(WER: Weekly Epidemiological Record)を発行する。また、各国が年度毎に提供する情報やその他の情報を基に、国際衛生規則の作用と国際交通への影響について年次報告を用意しなければならない。<sup>(78)</sup>

### (3) 措 置

国際衛生規則の一つの特徴として、国内衛生関係機関の充実・強化を求めている。本規則は、内的能力を高めておくべき場所や方法、基準について具体的に明示している。求められる事柄の度合いや範囲に着目すると、措置を次の3つに分類できる。まず、領域内の全ての港や空港において実施が必ず要求される措置である。全ての港・空港では、飲料水が供給されていなければならない。また、全ての空港には排泄物や汚水等を除去するための効果的な仕組みが備わっていないなければならない。<sup>(79)</sup>第2は、各保健行政当局が実現可能な限り対応すべ

(74) 同第9条。

(75) 同第13条第1項。なお、WHO憲章第62条(勧告・条約・協定・規則に関する行動の年次報告)も参照。

(76) 国際衛生規則第2条。

(77) 同第11条、第21条第3項。

(78) 同第13条第2項。

(79) 同第14条第2項・第3項。

き措置である。例えば、本規則の要請を実行に移すための医療サービスや従事者、機材等を、可能な限り多くの港で整えておかなければならない。<sup>(80)</sup>第3は、特定の港・空港で対応すべき措置である。各保健行政当局は、十分な数の空港で、ねずみ族駆除に関する証明書を発給するための検査を行うに十分な人材や機材を確保しなければならない。<sup>(81)</sup>また保健行政当局は、組織化された医療サービスや、感染者の移送・隔離・ケアに対応できる施設を有する衛生空港を指定しなければならない。<sup>(82)</sup>さらに、黄熱の地帯に位置する全ての港と空港では、ネッタイシマカを含む蚊がいないようにしなければならない。<sup>(83)</sup>

このように、国際衛生規則は内的能力向上の方針を強く打ち出しているが、国際衛生条約で構築されてきた国境（主に港と空港）や運送手段に関する措置を放棄してはいない。むしろ、依然としてこれに相当数の条文を割いている。<sup>(84)</sup>措置を包括的に定めた第4編は、出発における衛生措置、到着における衛生措置<sup>(85)</sup>、商品・荷物等の国際輸送に関する措置<sup>(86)</sup>を含む。さらに、第5編では検疫疾病に関する特別規定を設け、6種の感染症への対応のあり方を個別に記している。船舶のねずみ族駆除<sup>(87)</sup>、コレラに感染した船舶・航空機が到着した場合の乗員乗客のサーベイランスや隔離<sup>(88)</sup>、黄熱に関連した隔離<sup>(89)</sup>がその例である。また、この時代になるとワクチンの有効性が一層強く認識され、入国に際しての予防接種の基準や条件が感染症ごとに記されている。

国際衛生規則を通底する原則「最小限の制約による最大限の保護」は、措置のあり方を統制する。本規則で定められた措置が国際交通に対して適用され得

(80) 同第15条。

(81) 同第17条。

(82) 同第19条。

(83) 同第20条。

(84) 同第30条。

(85) 同第35条～第45条。

(86) 同第46条～第48条。

(87) 同第52条。

(88) 同第63条。

(89) 同第74条。

る上限であり、各国はそれを越える措置を講ずることはできない<sup>(90)</sup>。また上限の範囲は、禁止規定を置くことでより明確になっている。例えば、サーベイランスの対象となっているものには移動の自由が許されており、彼らを隔離することは認められない<sup>(91)</sup>。出発と到着の間に立ち寄る港・空港に適用される衛生措置<sup>(92)</sup>では、一定の状況下での適用を禁止している。一例だが、領水を航行中の船舶<sup>(93)</sup>に対し、措置を課すことは基本的にできない。

なお、「最小限の制約による最大限の保護」の原則の他、国際衛生条約には見られなかった新たな要素が国際衛生規則に加わった。本規則上の措置は、<sup>(94)</sup>「直ちに開始し、遅滞なく完了し、無差別に適用しなければならない」というものである。

#### (4) 組織・機能

国際衛生規則自体が WHO 憲章の準立法的機能に基づいて創出されたことは既に述べた。そこで、ここでは、本規則の変更、条文適用の排除・変更に関する判断・決定、紛争解決、条文の解釈、履行の監視に関する WHO の機能について述べる。

まず、国際衛生規則の変更に関する機能である。国際衛生規則の規範的志向として、安定性よりも、変化に対応するための柔軟性が重視されている。未来の感染症の国際的拡散の危険に適切に対処するためには、医学の進展や国際的状況の変化に本規則のコンテンツを適宜合わせ、最新化する必要がある<sup>(95)</sup>。そこで、規則の改定を進めるための手続が用意されている。それを行うのが、WHO 内部組織の「国際検疫委員会」である。同委員会は毎年、本規則の内容を見直し、検疫疾患以外の疾病についても必要に応じて追加規定を準備する予

(90) 同第 23 条。

(91) 同第 27 条。

(92) 同第 31 条～第 34 条。

(93) 同第 32 条。

(94) 同第 24 条。

(95) WHO, *op.cit.*, pp. 264.

定<sup>(96)</sup>になっている。

第2に、条文適用の排除・変更を判断・決定する機能である。既述したように WHO 憲章第22条は規則の拒絶・留保について言及しているが、国際衛生規則はこれを具現化するための手続を定<sup>(97)</sup>めている。本規則における留保の利点は一般の条約と類似し、特定の条文の拘束から逃れることを許容することで、できるだけ多数の国家に規則全般を受諾させるという普遍性の確保にある。しかしながら、原則を完全否定するような留保がまかり通れば、本規則の全体的・実質的価値を損なう結果を招きかねない。実際、留保によって本規則の本質が骨抜きになるおそれが起草過程で指摘<sup>(98)</sup>されていた。また、旅行者の出入国や移動手段に影響を与えるような留保が無軌道に増加すれば、相互主義<sup>(99)</sup>に基づく各国の関係を規則の条文だけで律することは不可能となる。そこで本規則では、国家が求める留保の妥当性を判断する権限を WHO に与えることで、留保がもたらす不利益を回避しようとする。即ち、世界保健総会は全ての留保を検討し、それが「本規則の特性と目的から実質的に逸脱する」と判断する場合<sup>(100)</sup>には、これを拒否することができる。

世界保健総会に受諾されるまで留保は有効とならず、その間、国際衛生規則は留保を提出した国家に対し効力を持たない。また世界保健総会が留保に反対する場合、留保を取り下げるまではその国家に対し本規則は効力を発しない。

(96) WHA 6.20.

(97) 国際衛生規則第107条。

(98) George A. Jr. Codding, "Contributions of the World Health Organization and the International Civil Aviation Organization to the Development of International Law," *American Society of International Law Proceedings*, 59 (1965), 148.

(99) Fuss, *op.cit.*, 212.

(100) 国際衛生規則第107条。ちなみに、国際司法裁判所は本規則採択と同年、「ジェノサイド条約に対する留保事件」の勧告的意見で「両立性の基準」を説示している。Advisory Opinion Concerning Reservations to the Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide, International Court of Justice (ICJ), 28 May 1951. またこの基準を定めた条約法に関するウィーン条約 (Vienna Convention on the Law of Treaties, United Nations Treaty Series Registration: 27 January 1980, No. 18232) が採択・署名されたのは1969年のことである。

世界保健総会が反対したにもかかわらず留保を取り下げない場合には、本規則はその国家に対し効力を持たない。ただし、本規則の効力が及ばない期間であっても、当該国家が国際衛生条約や関連の協定の締約国である場合にはそれに拘束される。なお、国際衛生規則の一部の拒絶は留保とみなされる。規則発効から1952年までの間、22カ国より計73件の留保が提出された。第5回世界保健総会でこれらが検討され、そのうち38件が拒否された。その後、関係国は、拒否された留保のほとんどを撤回している。<sup>(101)</sup>

第3に、紛争解決の機能である。国際衛生規則は、本規則の解釈・適用等に関する問題・紛争を解決するための独自の手段を置く。これは3段階から成り、第1段階と第2段階がWHOの機能である。まず、WHO事務局長による解決である。紛争が起こった場合、関係国はこれを事務局長に付託し、事務局長が解決を試みる。事務局長自身の関与で解決しない場合、第2段階として、事務局長の主導あるいは関係国の要請に基づき、紛争をWHO内部の妥当な委員会や組織に付託する。<sup>(102)</sup> それでも解決されない場合は最終段階に進むこともできるが、これはWHOを超えた組織での対応である。つまり、関係国は、国際司法裁判所に紛争を付託できる。<sup>(103)</sup>

第4に国際衛生規則の解釈についてだが、WHOが妥当と考える解釈や基準に諸国を権威的に従わせる権限はWHOにはない。ただし、国家間で対立がある場合、既述の紛争解決機能が活用されるなら、WHO事務局長やWHO内部の妥当な委員会がその文脈で解釈に関する見解を示す機会は、理屈の上では可能である。また、国際検疫委員会には国際衛生規則を見直して修正を勧告する責任が与えられており、<sup>(104)</sup> この責任の範囲内でWHOが妥当と考える解釈を提示することも可能であろう。

第5に、履行の監視の機能である。国際衛生規則を受諾する国家は、これに

(101) WHO, *op.cit.*, pp. 260-261.

(102) 国際衛生規則第112条。

(103) この責任を負う内部組織に「国際検疫委員会」が指定された。WHA 6.20.

(104) WHA 6.20.

関連する行動を WHO 事務局長に毎年報告しなければならない。<sup>(105)</sup> また、その国において公布された保健関係の重要な法律や規則についても、これをすみやかに WHO に通告しなければならぬ。<sup>(106)</sup> これらを通じ、事務局長は、国際衛生規則の履行を監視することができる。<sup>(107)</sup> しかしながら、このような監視によって違反や抵触が仮に発見されたとしても、それを是正するための有効な装置を WHO 憲章と本規則は備えていない。

### 3 1951 年国際衛生規則の性質

#### (1) 目的・範囲

採択の背景からも窺えるように、国際衛生規則は新たなスキームを生み出したのではなく、国際衛生条約で形成された原則や枠組みを継承している。ただし当然、その内容まで国際衛生条約と同一というわけではなく、性質は変化している。そこで、目的・対象、通告・情報共有、措置、組織・制度の項目に分け、それぞれの特性を国際衛生条約と比較しながら説明したい。

まず、目的・対象である。国際衛生条約は、本稿の冒頭で記したように「欧州防衛」の目的とともに始まった。<sup>(108)</sup> しかし、国際衛生規則は、国連システム下で、米国を中心とした非欧州諸国もその形成に関与し、特定地域に限定しない「最小限の制約による最大限の保護」の性格を押し出している。その結果、「欧州防衛」の目的は形式・実態両面で大きく後退した。本規則の起草過程でもその構図は論議の軸ではなかった。また、巡礼について相当な分量を当てていた国際衛生条約とは異なり、国際衛生規則の本体からそれがほぼ消えている。た

(105) WHO 憲章第 62 条。

(106) 同第 63 条。

(107) Gostin, *op.cit.*, p. 110.

(108) ただし、1903 年国際衛生条約から 1933 年国際衛生条約に至るまでに、欧州防衛の目的の濃度は薄まっていった。また、第二次世界大戦下で締結された 1944 年国際衛生条約では、連合国の保護という目的が濃厚であった。新垣、前掲（2）、8-9 頁。

だし、巡礼が欧州を含む各地にもたらした19世紀の感染症禍の記憶は失せず、同様の危険に対する警戒心は維持されている。<sup>(109)</sup> 巡礼に関する内容は本文から外されても、「附属書A：巡礼の季節にヒジャーズを往来する巡礼者の交通の衛生統制<sup>(110)</sup>」と「附属書B：巡礼船及び巡礼者を運ぶ航空機における衛生状態の基準<sup>(111)</sup>」に引き継がれている。また、国際衛生規則の用語の定義の一覧には「巡礼」と「巡礼船」、「聖地巡礼」、「聖地巡礼の季節」が含まれ、附属書だけでなく本規則も聖地巡礼に適用されることがあえて記されている。<sup>(112)</sup> しかしながら、1956年の第9回世界保健総会場で、サウジアラビア政府がジッダ等での対策によって衛生上の安全が確保されたことが検疫専門家によって報告された。<sup>(113)</sup> そうすると、巡礼に照準を定めた規制は撤廃された。<sup>(114)</sup>

次に、国際衛生規則上の感染症の射程についてである。20世紀の国際衛生条約が対象とした感染症（条約感染症）の種類は、徐々に増えていった。1903年国際衛生条約（1903年条約）ではペストとコレラのみであったが、1912年国際衛生条約（1912年条約）では黄熱、1926年国際衛生条約（1926年条約）ではチフスと天然痘が条約感染症に加わった。国際衛生規則はこれら条約感染症を全て引き継ぎ、それに回帰熱を加えた6種の感染症を対象とする。ただし、それ以外の感染症は本規則の規制をほぼ受けないので、<sup>(115)</sup> 検疫疾患以外の感染症のアウトブレイクは本規則の射程にはない。

このことは、自らを法的に縛る範囲をできるだけ狭めておきたいという諸国

(109) WHO, *op.cit.*, pp. 261-262.

(110) 第1編「全巡礼者に適用される措置」、第2編「巡礼船」（第1章：スエズ運河を航行する巡礼船、第2章：ヒジャーズに向かう巡礼船、第3章：ヒジャーズより帰還する巡礼船）、第3編「航空運輸」、第4編「地上運輸」、第5編「通告」の全5編・全15条から成る。

(111) 第1編「巡礼船」と第2編「航空機」の2編・全26条から成る。

(112) 第1条

(113) 第102条

(114) WHO, *op.cit.*, pp. 261-262.

(115) ただし、国際衛生規則では、公衆衛生に対する重大な危機を構成する緊急事態において、検疫疾患以外の疫病に感染した船舶・航空機の荷の積み下ろしや燃料・水補給を拒むことができることが例外的に示唆されている（第28条）。

の意思の現れでもある。しかし同時に、将来の新興感染症等の世界的拡散を阻止する装置としては、致命的欠陥を許すものであった。この点、1944年国際衛生条約（1944年条約）が見せた姿勢とは対照的である。本条約は、条約感染症以外の感染性疾患に起因する事態についても通告義務を課すことで感染拡大を回避しようとしていた。国際衛生規則の対象の制約はすぐに問題視され、実践を通じた拡張も試されたものの、抜本の変更は長く行われなかった。そして、2005年国際保健規則策定・採択時には、まさにこの限定性の撤廃が中心的議題の一つとなった。

## （2） 通告・情報共有

感染症発生や関連状況の通告、実施された措置やそのフォローアップ情報の国際機関への提供は、1926年条約で確立したものである。国際機関の集約的情報管理システムの下での収集・管理・発信も、既に1920年代～1930年代の国際衛生条約でみられた。<sup>(116)</sup>しかし、法的観点から注目すべき変化もある。例えば、この文脈での国際機関の権利である。国際機関が（外交窓口ではない）保健担当局と直接連絡を取り合うことは、OIHP時代にも実践的に行われていた。しかし、「直に連絡する権利」が条約上明示されることはなかった。

もう一点注目したいのは、「最小限の制約による最大限の保護」と通告・情報共有との繋がりである。そこには、前者を達成する上で後者が不可欠であるとの認識<sup>(117)</sup>があり、次のような期待があった。たとえ世界のどこかで検疫疾患が発生したとしても、時宜を得た正確な感染情報を入手できれば、各国政府が根拠のない噂や思い込みでパニックに陥ることはない。したがって、国際経済活動を不必要に害する過剰な行動に出ることもない。また、感染の危険が収まったとき、情報が適切に提供されれば、国際経済に抑制をかけていた各国の措置は直ちに撤回されるだろう。このような期待は、国際協力を前提とした理性を

(116) 第二次世界大戦前の国際衛生条約における通告・情報共有については、新垣、前掲（1）、38頁、41頁、44-45頁。

(117) Leive, *op.cit.*, p. 29.

期待したものだった。

### (3) 措 置

かつての国際衛生条約は、感染症に対する措置の内容と基準を設定し、これに基づく行動を各国に求めていた。1903年条約では、感染症の国家への侵入口となる水際（港等の国境）での検疫を含む措置の基準等が示された。1912年条約では、検疫といった従来の措置の他、感染症発生地にある出発港での予防措置が追記された。1926年条約では伝統的措置から一層距離をとり、予防措置がより強調されるようになった。1944年条約では予防接種の効果が重視され、その国際証明書発行といった書面の導入も図られた。

国際衛生規則もこの流れを汲んでいるが、それまでも長く議論されていた国内衛生関係機関の充実・強化の必要性を、一層はっきりと打ち出している。<sup>(118)</sup>本規則の起草過程において、医療専門家らは、感染症の国境管理にはほとんど効果がなく、国内の公衆衛生システムの改善こそ、より有効な戦略であると主張していた。<sup>(119)</sup>また、国境で執られる措置よりも内的能力を強化すべきであるとの方向性は、1948年専門家委員会会議で確認された「一般原則」でも示された。このようなことから、国内衛生関係機関を含む各国の国内保健資源を拡充させ、内的抵抗力を高めることが感染症への国際的対応の鍵との意識が規範上ははっきりと現れるようになった。

また、国際衛生規則には、国境での措置の効果と医療資源の充実を含む内的能力の向上との結びつきを意識せざるを得ない規定がある。例えば、各国の保健当局は国際通行の出発前のものに対し健康診断を行い、感染者のみならずその疑いがあるものの出国を禁ずることができる。<sup>(120)</sup>このプロセスで、感染の可能

(118) Fluss, *op.cit.*, p. 211.

(119) Simon Carvalho and Mark Zacher, "The International Health Regulations in Historical Perspective," A. Price-Smith (ed), *Plagues and Politics: Infectious Disease and International Policy* (Palgrave Macmillan, 2001), p. 244.

(120) 国際衛生規則第30条。

性を確実に発見できるかは、その国家・保健行政の能力や技術の高さに左右される。そして、感染の可能性を確実に見出す内的能力が高まれば、国境での措置の有効性も高まり、感染の国際的拡大を未然に食い止めることができる<sup>(121)</sup>。

#### (4) 組織・機能

1903 年条約で設立が提唱され、1907 年公衆衛生国際事務局のバリにおける設立に関する国際協定で具現化した保健分野初の常設国際機関・OIHP は、国際衛生条約の監督に複数のレベルで関与した。ところが第二次世界大戦中に機能不全に陥ったので、1926 年国際衛生条約を修正するための 1944 年条約により、その任務は一時的に UNRRA に移った。さらに 1944 年国際衛生条約を延長するための 1946 年議定書では、新たな「国際保健機関」が設立されればその機関に UNRRA の任務や機能が移譲されることとなった。その機関にあたる WHO が OIHP と UNRRA の後継となり、国際衛生規則の管轄に広範に関与することとなった。

国際機関が国際規範の創出に積極的に関与するという意味での準立法的機能は、感染症にまつわる国際法の歴史の中に既に登場していた。国際衛生条約の改定案を作成する権限は OIHP に与えられていたし、また UNRRA が第二次世界大戦時にそれを引き継いだように、国際機関がこの分野の条約作成に関与することはあった<sup>(122)</sup>。だが、規範形成への国際機関の関わりは、形式的には改定案の準備等に限られていた。そこで、専門的な知見・技術を有し、感染症の国際的予防のあり方を鳥瞰できる WHO に、効率的で統一的な国際規範の形成の主導を委ねる道が模索されたという背景もあった。

国際衛生規則の制定、条文の変更、条文適用の排除・変更に関する判断・決定、紛争解決、条文の解釈、履行の監視に関する WHO の機能の権限を含む法的根拠は、WHO 憲章と国際衛生規則自体にある。このような機能の枠組み

(121) Fidler, *op.cit.*, pp.62-63.

(122) 新垣, 前掲 (2), 7 頁。

は基本的に OIHP と UNRRA から引き継いだものだが、既述した通り、国際衛生条約との大きな違いは、国際衛生規則が通例の条約締結手続では制定されていない点である。もう一点、特徴的なのは、条文適用の排除・変更の判断・決定である。国際衛生規則の留保手続は、国家が求める留保が本規則の目的や性格から逸れないよう制御し、特定の条文をめぐる、特定の国家と国際衛生規則の関係を明らかにする効果を持つ。また、WHO のフラス (Sev Fluss) によると、この留保手続は、留保を求める国家と WHO が協議を行う実践的形態を生み出しているという。<sup>(123)</sup> もっとも、そのような対話の空間を事実上生み出したにせよ、留保を取り下げないという選択肢が国家に残っていることは言を待たない。

## 結 語

感染症制御に関する後の知識・技術の進展に伴い、また感染症の国際的状況に対する認識の変化に呼応し、その後、国際衛生規則は幾度か変更・改定された。1955 年には黄熱病多発地域の定義が削除され、また本稿でも触れたように 1956 年には巡礼に関する規制が撤廃された。1969 年には規則の名称が国際保健規則に変わり、チフスと回帰熱を対象から外すなどの改定もなされた。1981 年には天然痘の削除が決まったが、これは、国際協力の下で実施された天然痘撲滅プログラムの成功を受けてのことだった。そして 2003 年の重症急性呼吸器症候群 (SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome) の発生が契機となり、2005 年には大きく刷新された国際保健規則が採択されて 2007 年に発効した。人類未遭遇の感染症がもたらす新たな事態に適切に対処することが企図であったが、その有効性は、以降の危機で試されることとなった。

(123) Fluss, *op.cit.*, p. 212.