

分担研究報告書

感染症関連国際文書の交渉プロセス・法整備・法運用の考察と検証
研究分担者 鈴木 淳一（獨協大学法学部）

研究要旨

COVID-19 のパンデミックへの対応での課題としては、①COVID-19 の特徴からコアキャパシティを有しているとされる国であっても十分対応できなかったこと、②WHO による健康危機対応が不十分であり、各国は自国の利益を第一に一方的措置をとったこと、③COVAX などの枠組みがあったにもかかわらず、ワクチン等が世界で偏在しており、世界の人々に十分にいきわたらなかったことなどを指摘することができる。

本課題の克服を含めて国際保健規則(IHR)の改正とパンデミック条約の新規制定のための外交交渉が WHO を中心として行われている。2024 年 4 月末現在で、両文書は、従来からのコアキャパシティを強化しつつ、健康危機が発生した場合の早期対応手続の整備を構想している。また公平概念を両文書の共通の指導原則としつつ、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)、ワンヘルス・アプローチ、政府全体アプローチ・社会全体アプローチなどの新しい原則の導入を企図している。さらに、病原体アクセスと利益配分(PABS)、グローバル・サプライチェーン・ロジスティック・ネットワーク、資金調整メカニズムなど新しい制度の導入も提案している。

両文書は 2024 年 5 月に開催される WHO 総会に提出されることが予定されている。

A. 研究目的

本研究は、世界保健機関(WHO)を中心に検討が進んでいる国際保健規則(IHR)の強化とパンデミックに関する新しい国際文書に関して国際法学の見地から交渉のプロセス・法整備・法運用の考察と検証を行うことを目的とする。

B. 研究方法

公開資料に基づき分析をし、それをもとに考察を行った。

(倫理面への配慮)

実験は行っておらず、人権への配慮を要する研究手法をとっておらず、また、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」の範囲内ではないため、該当事項はない。

(1)はじめに

世界保健機関(WHO)は、2005 年に国際保健規則(IHR)(2005 年)を改正し¹、感染症によるパンデミックを含む国際的な健康危機対応の準備を進めてきた。2020 年に発生した COVID-19 の感染拡大に対して、世界保健機関(WHO)を含む世界は、IHR を含む枠組みを活用してこれに対応した。WHO は 2020 年 1 月 30 日に「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)」を宣言した²。2023 年 5 月 5 日に WHO は COVID-19 に関する緊急事態を解除した³。現在、COVID-19 への対応の反省を踏まえて、本報告の執筆段階で、IHR の改正とパンデミック条約の新規制定のための外交交渉をスイスのジュネーブにある WHO 本部が中心となっていて行っている。

本報告では、①今回の IHR 改正及びパンデミック条約制定の契機となった COVID-19 のパンデミックへの対応について概観し、②改正 IHR とパンデミック条約を通底する基本原則について検討し、③IHR の改正過程とパンデミック条約の改正過程の分析をしたうえで、④両文書の交渉の課題について分析をする。

なお本報告の執筆の時点で両文書の交渉は予断を許さないため、本報告では、現在交渉中の条文の詳細に立ち入ることはせず、現時点で入手可能な情報を下に、主に交渉の前提となる原則を含む大枠を中心に分析をしたい。

(2)COVID-19 のパンデミックの経験を通じた従来の健康危機対応への批判的検討

本章(2)では、①COVID-19 のパンデミック発生以前に世界が想定していた健康危機対策について

¹ Resolution WHA58.3 (23 May 2005), *reprinted in* World Health Organization, *International Health Regulations (2005)* (World Health Organization, 3rd ed., 2016).

² WHO Director-General's statement on IHR

Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV) (30 January 2020).

³ Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic (5 May 2023).

概観し、②COVID-19 への対応から得た教訓を説明したうえで、改正 IHR とパンデミック条約の必要性を説明し、さらに、③現在行われている IHR の改正とパンデミック条約制定のそれぞれの交渉の方向性について説明する。

(2)－1 COVID-19 のパンデミック以前に世界が前提とした健康危機対応

COVID-19 のパンデミック以前に世界が前提とした健康危機対応では、①平時と緊急時という二つの段階、②入域地点と国内の一般措置という地理的な区分、③開発途上国を含む普遍的な対策の実施が想定されていた。

(A) 現行 IHR の前提となる平時と緊急時の二段階の区分

現行 IHR を含めて、現在の健康リスク対応は、平時と緊急時の二つの段階の区別を前提としてきた。現行 IHR は、①平時における事前準備(preparedness)、②緊急時における対応(response) (通報とサーベイランス、さらに臨時的勧告を含む) に二分される。

(B) 健康危機対応措置における地域的な区分

19 世紀以降の諸国家がとった古典的感染症対策は、①他国や国際公域との境界において行う入域地点における保健上の措置と②同国の国内での対内的な保健上の措置(感染源対策とまん延防止の措置を含む)から構成された⁴。

現行 IHR においても、各国は保健上の措置について最低限備えておくべき能力が求められる (いわゆる「コアキャパシティ」)。同規則の附録第一は各国が備えるべきコアキャパシティを列記しているが、ここにおいても、上記の措置の地域的区分を前提としており、①サーベイランス及び対応のための措置に関する能力(附録第一 A)と、②入域地点の獲得(附録第一 B) に二分されている。

(C) 開発途上国を含む普遍的な対策の実

施

従来の健康危機対応は、少なくとも建前としては、IHR を含めて、開発途上国を含むすべての諸国が普遍的に対応をとることを想定してきた。国家間の資源・技術・能力の偏在や格差は存在するとしても、健康危機対応はすべての国家によって普遍的に実施されることを想定してきた⁵。

(D) COVID-19 のパンデミック以前のグローバルな健康危機対応の前提

以上から、従来の健康緊急時対応においては、①平時と緊急時の二分法と②入域地点と国内での措置による対応を前提としてきたといえる。具体的には、③平時において事前にコアキャパシティを獲得することを参加国に義務として課し、④非常事態が発生した場合、発生国が WHO に通報し情報共有する制度を設け、⑤緊急事態の判断については、PHEIC やパンデミックを WHO が集権的に判断し、⑥緊急事態への対応を WHO が暫定的勧告として発出することで、各国が勝手に一方的措置をとることを抑制し、⑦相対的に短期間での緊急事態の終息を想定していた。

(2)－2 COVID-19 のパンデミックの教訓と改正 IHR 及びパンデミック条約の必要性

(A) COVID-19 のパンデミックの教訓

COVID-19 のパンデミックは、IHR を含む従来の健康危機対応の課題を示した。COVID-19 のパンデミック発生時には、①平時から緊急時への移行判断が困難であったこと、②仮にコアキャパシティを持っていたとしても初期段階で COVID-19 に有効に対抗できなかったこと、③WHO の PHEIC の認定手続や暫定的勧告への不信感が存在したこと、④出入国制限や国境封鎖、社会全体でのロックダウンなど社会全体への措置が必要となったこと、⑤ワクチンや関連製品の供給が偏り、世界全体に公平にいきわたらず、ワクチン・ナショナリズムなどの自国中心主義がみられたこと、⑥回復までの長期間にわたる対応が必要となったことなど、従来の想定とは異なる状況に直面した。

COVID-19 の経験を契機として、WHO の強化を含め、世界の健康リスクへの備えと対応能力の構築・強化に関して多数の提案がなされた⁶。

⁴ 拙稿「COVID-19 と世界保健機関(WHO)・国際保健規則(IHR)」国際法研究 10 号 47-73 頁(2022 年)、50-53 頁。

⁵ 開発途上国を含む IHR の普遍的実施が可能であるかについては、2005 年の IHR の改正の段階でも疑問視する声があった。拙稿「世界保健機関(WHO)・国際保健規則(IHR2005)の発効と課題」獨協法学 84 号(2011 年) 横 159 (292)頁・横 262 (189)頁、横 254(197)頁。

⁶ たとえば A74/9 Add.1 (5 May 2021), Annex, Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 response (Final Draft, 30 April 2021); Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response (IPPPR), *COVID-19: Make it the Last Pandemic by The Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response* (2021).なお

COVID-19 のパンデミックの教訓は改正 IHR とパンデミック条約の必要性を痛感させるものとなった。以下、説明する。

(B) コアキャパシティがあっても対応できなかったことの改善

COVID-19 の経験を通じて顕著であったのは、コアキャパシティを十分に有しているとされていた先進国であっても、十分な対応ができなかったことである⁷。感染症の種類によっては潜伏期間があったり、また COVID-19 のように症状がなかったり軽微であるため、り患したことが識別できない場合、コアキャパシティが十分にあったとしても感染症の拡大は止められなくなる可能性がある。もしこのような感染症に対応可能な普遍的なシステムを確立できなければ、パンデミックは今後も繰り返されることが予想される。

また COVID-19 のパンデミックへの対応の反省として、大型クルーズ船への早期の対応を可能とする必要性が指摘された⁸。

それゆえ改正 IHR 及びパンデミック条約では、今回の COVID-19 のような新しいタイプの感染症等であっても対応できるコアキャパシティを構築することが求められる。

(C) PHEIC 等の認定手続と情報共有の改善

様々な事象に対応するためには PHEIC に限定されない手続の必要性も議論されている。たとえば IHR の緊急時の認定手続には PHEIC であるか否かの二者択一しかなく、たとえ PHEIC の基準を満たさなくても WHO が中間の評価を認定して注意喚起する必要性が指摘された⁹。それゆえ PHEIC 以外の多様な警報の必要性が指摘されている。

また感染症対応のためには、発生国からのすみやかな情報共有が不可欠である。COVID-19 のパンデミックへの対応にあたっては、特に初期段階での通報・情報共有について批判がなされた¹⁰。一方で、情報共有には、風評被害による「事実上の経済制裁」を受けるリスクがあるため、早期通報を促

すためのインセンティブが必要となる。またパンデミックのワクチンを製造するためには、パンデミック病原体の情報が不可欠である。他方でワクチンや医療資源や技術は、特定の先進国に偏っている(偏在する)ため、パンデミック対策に必要な病原体情報とワクチンに関する情報の共有が必要となる。

(D) 自国中心主義への対応と国際協力の確保による公平の実現

COVID-19 のパンデミックへの対応にあたり、各国は、特に初期段階で自国による一方的措置を採り¹¹、各国の判断で国境閉鎖やロックダウンを行った。この経験を経て、WHO や IHR 等の強制力の欠如が強く問題視されるようになった¹²。

COVID-19 への対応においては、診断薬・ワクチン・治療薬開発や各種資源の調達・配給の観点から ACT アクセラレータ (Access to COVID-19 Tools Accelerator: ACT-A) が構想された¹³。しかし一部の諸国によるワクチンの抱え込み等が見られ、世界に公平にいきわたったとはみなされなかった。ワクチン等が偏在しており、世界の人々に十分にいきわたらなかった。ワクチンなどの医療資源と技術の偏在から、開発途上国が疎外されてきたという意識も生じた。

COVID-19 のパンデミックの経験を通じて、特に強く意識されたのは、国際的・国内的な不公平 (inequity) の問題である。それゆえ次のパンデミックに備えるためには、各国が自国中心主義に走らずに、先進国と開発途上国が連帯して互恵的に協力することで、グローバルな公平を実現する体制を国際的に構築することが必要となる¹⁴。

(E) 公平やユニバーサル・ヘルス・カバレッジの普遍的な実現

COVID-19 での経験を通じて、健康リスクへの対応においては、初期対応としての隔離や国境封鎖だけではなく、特に診断薬・治療薬・ワクチン等の開発が重要となっている。またマスクや酸素ボンベなどのパンデミック関連製品や医療サービス

本脚注の文献リストは、拙稿「厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学研究特別事業）分担研究報告書 保健関連国際文書の交渉プロセス並びに法整備に関する研究」（2023 年）21-33 頁、22 頁、脚注 37 を転記したものである。

⁷ 拙稿・前掲注 4)、55 頁。

⁸ *Ibid.*、73 頁。

⁹ 拙稿「世界保健機関（WHO）・国際保健規則（IHR）の機能—新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の場合—」国際法外交雑誌 120 巻第 1 号・第 2 号合併号（2021 年）75-86 頁、82 頁。

¹⁰ 拙稿・前掲注 4)、56 頁。拙稿・前掲注 9)、80 頁。

¹¹ 拙稿・前掲注 9)、84-85 頁。

¹² Ilja Richard Pavone, *Global pandemics and International Law: An Analysis in the Age of COVID-19* (2023), pp. 80-83.

¹³ ACT アクセラレータの評価については、Open Consultants, *External Evaluation of the Access To COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A)* (10 October 2022) を参照。拙稿・前掲注 6)、22 頁。

¹⁴ Pavone, *supra* note 12, p. 175.

そのものの確保・提供が問題となった。

パンデミックの予防や対応のためには世界が協力することが不可欠であるが、世界の資源は偏在しており、世界は不平等であるにもかかわらず、各国は自国民の利益を優先する傾向がある。

次のパンデミックを阻止するためには、世界のすべての人々に医療サービスや必要な薬品へのアクセスを実現するという意味で、世界的な公平(equity)の実現が必要である¹⁵。必要な医療サービスや医薬品等が世界にいきわたるようにすることが改正 IHR やパンデミック条約の基本的方向性となる。

さらに、公平を実現するためには、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の実現が不可欠となる¹⁶。世界では医療サービスや必要な医薬品等へのアクセスが十分に確保されないことがあり、皆保険制度がすべての国にあるわけではない。皆保険制度を含む UHC は世界的な保健の実現には不可欠の前提であり、そのためには世界各国の協力が不可欠である。

(F)社会全体による包括的な対応の必要性

COVID-19 での地球規模のロックダウンの経験により、感染症対応に代表される健康対応のためには、単に衛生部門だけではなく、国家や国家社会全体として対応することが求められることが認識された。特に公平や UHC 概念など社会全体として健康を支えること（社会全体アプローチや政府全体アプローチ）が必要となってきた¹⁷。

また今日では、温暖化対応や薬剤耐性(AMR)対策のために人間界だけではなく生物界や地球規模全体での対応が求められるようになっている(ワンヘルス・アプローチの必要性)¹⁸。

(2)－3 COVID-19 のパンデミックへの教訓を踏まえた交渉の方向性

現在世界保健機関(WHO)で行われている IHR 改正及びパンデミック条約の制定をめぐる交渉は、COVID-19 での健康危機対応を反省した上で、次のパンデミックに備えるためのものである。COVID-19 のパンデミックで示されたグローバルな健康危機対応の課題としては、①パンデミックに世界全体で予防・備え・対応(prevention, preparedness and response)できるように、各国に

義務付けられたコアキャパシティの内容を再検討すること、②大型クルーズ船への早期の対応を可能とするように入域地点のコアキャパシティを再検討し強化すること、③緊急対応が必要とされる事象が発生した際の通報と情報共有が的確になされること、④事象が発生した時に WHO が公衆衛生上のリスクについて必要な情報を収集できること、⑤緊急事態を判断するための認定手続を「国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態(PHEIC)」以外にも整備し、緊急事態の宣言や暫定的措置等を適切なタイミングで且つ的確な内容で発出できるようにすること、⑥医療サービス、検査薬・治療薬・ワクチンなどの薬、パンデミック関連製品の不公平(inequity)を克服すること、⑦医薬品の製造に必要な病原体に関するアクセスが確保され、医薬品が製造・供給ができ、これらが公平に配分されること、⑧公平な配給を実現するパンデミック関連製品を含めたグローバル・サプライ・チェーンを構築すること、⑨すべての人に負担可能な費用で良質な医療を提供するユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)を世界規模で実現すること、⑩人獣感染症や AMR を含めてワンヘルスでとらえて、社会全体で対応すること、⑪事象発生時の緊急対応だけではなく、回復までの長期にわたり、社会全体に対して措置をとることを可能とする制度が必要であること、⑫参加国がパンデミック条約や IHR 上の義務を遵守するための履行確保の手続を同規則中に設けること、などを指摘できる¹⁹。

(2)－4 WHO での文書作成の経緯と交渉の方向性

2021 年 5 月の第 74 回 WHO 総会は、WHO 加盟国作業部会(Member States Working Group on Strengthening WHO Preparedness and Response to Health Emergencies: WGPR)を設置した²⁰。2021 年 11 月から 12 月に開催された第 2 回 WHO 特別総会において、「The World Together」と題する文書が採択され²¹、同文書においてパンデミックの予防、備え及び対応(PPR)に関する新たな法的文書(WHO convention, agreement or other international instrument on pandemic prevention, preparedness and response: WHO CA+)の制定に向けて交渉を行うこととされた。また 2022 年 1 月に IHR の改正・強化に関する検討を WHO 加盟国作業部会(WGPR)で進めることが

¹⁵ 公平概念については、後述(3)-1 を参照

¹⁶ UHC については、後述(3)-2 を参照。

¹⁷ 政府全体アプローチ及び社会全体アプローチについては、後述(3)-6 を参照。

¹⁸ ワンヘルス・アプローチについて、後述(3)-5 を参照。

¹⁹ 赤堀毅・江副聡「新型コロナ外交と『コロナ

後』の国際保健外交戦略」外交 83 号(2024 年 1 月)124-125 頁。ここでの記述は原則として拙稿「COVID-19 と世界保健機関(WHO)・国際保健規則(IHR)」『国際法研究』10 号(2022 年)47-73 頁、73 頁によったが、一部追記した。

²⁰ WHA74.7 (31 May 2021), para.1.

²¹ SSA2(5) (1 December 2021).

決定された²²。2022年5月の第75回WHO総会において、①IHRの改正作業はWGPRからIHR改正作業部会(Working Group on Amendments to the International Health Regulations (2005): WGIHR)が引き継ぐとされ²³、②IHRについて、改正の効力発生までの期間を24カ月から12カ月に短縮する第59条2項の改正を中心とし、関連する第59条、第55条、第61条、第62条及び第63条の改正を含めて採択された²⁴。本報告書作成時点で、IHRの改正とパンデミック条約の制定が並走している。両文書は2024年5月に開催される第77回WHO総会への提出を予定している。

改正IHRとパンデミック条約の制定が並走しているため、改正IHRとパンデミック条約のそれぞれの守備範囲が問題となる。もちろんIHRだけで、PABS、診断薬・治療薬・ワクチンの提供、パンデミック関連製品等への対応、資金援助を含めてすべてを調整することは困難であることが予想される。さらに、緊急事態の初期の対応だけではなく、回復までのあらゆる措置を含めることは難しい。それゆえ、改正IHRとパンデミック条約とでの役割分担が期待される。

この点、2024年2月23日にINB・WGIHR合同会合(Joint Plenary Meeting)が開催され²⁵、両文書に共通するテーマのうち、①公衆衛生警報・PHEIC・パンデミックの一連の流れ(Public health alert – public health emergency of international concern (PHEIC) – pandemic continuum)についてはWGIHRが検討することとし²⁶、②公衆衛生サーベイランスについてもWGIHRで検討され、INBではIHRに言及する形で行うとし²⁷、③ワンヘルス及び人・動物・環境のインターフェイスについてはINBが検討するとした²⁸。なお、①「全てが合意されるまでは何も合意されない」こと、②合同会合で話し合われた提案は、現在進行中の加盟国との交渉を妨げるものではないことが確認された²⁹。

両文書ともに平時とパンデミック時の区別を想定している³⁰。それゆえパンデミック条約中にPHEIC等の認定手続を置かないのであれば、改正IHR中にパンデミックを含むPHEICの手続を一

元化することが考えられる³¹。それゆえ、改正IHRとパンデミック条約の役割分担が想定され、後者は主に衡平の実現を目的としていると推察される。

両文書の当面の役割分担はなされたものの、最終的に両文書の関係がどのようになるかは未定である。両文書の枠組みが相互に補完しあい、一貫性を実現することが期待される³²。

(3)改正IHRとパンデミック条約に通底する基本原則

改正IHRとパンデミック条約は、いくつかの共通の原則を有する。本章(3)では、①公平(equity)、②ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)、③共通だが差異のある責任(CBDR)、④病原体アクセスと利益配分(PABS)、⑤ワンヘルス・アプローチ、⑥政府全体アプローチと社会全体アプローチといった諸原則をとりあげ、さらに、⑦関係するガバナンス機関の問題を説明する。

(3)－1 公平(equity)概念の導入

(A)国際保健分野における公平概念

国際保健分野においては公平(equity)の概念が多用されてきた³³。健康の不公平(inequity)とは、「権力や収入、財、サービスの不平等な分配などの社会的な要因によって生じる健康の格差」をいう³⁴。国際保健で用いられる公平概念は、国際法で用いられている公平(equity)とは異なり、国際保健分野に固有な意味で用いられている。

たとえばKoplanらは、グローバル・ヘルスの定義の中における公平の重要性を次のように示している。「グローバル・ヘルスとは、世界のすべての人々の健康を改善し、健康の公平を達成すること(achieving health equity)を最優先とする研究・調査・実践の分野である。」³⁵

Gostinは、「健康の公平それ自体が人間の価値である(Health equity is not only a human value in and of itself.)」とする³⁶。Gostinは、グローバル・ヘルスという結果は、公平という正義を伴って達成されるべきことを主張した³⁷。

²² EB150(3) (26 January 2022).

²³ WHA75(9) (27 May 2022).

²⁴ WHA75.12 (28 May 2022).

²⁵ 本会合の記録は次の通り。A/INB/8/6(11 March 2024).

²⁶ *Ibid.*, para.6 (a).

²⁷ *Ibid.*, para.6 (b)(i).

²⁸ *Ibid.*, para.6 (b)(ii).

²⁹ *Ibid.*, para.7.

³⁰ 前述(2)－1-(A)及び(2)－2-(C)を参照。

³¹ 後述(4)－4－(D)及び(5)－4-(A)を参照。

³² 拙稿・前掲注6)、32-33頁。

³³ Brigit Tebes, Global health law: defining the field, in *Research Handbook on Global Health Law* (Gian Luca Burci & Brigit Tebes eds., 2018), p.8, note 36.

³⁴ 西平等『グローバル・ヘルス法 理念と歴史』(名古屋大学出版会、2022年)317-318頁。

³⁵ Jeffrey P Koplan et al., Towards a common definition of global health, *Lancet*, Vol. 373 (June 6, 2009), pp.1993-1995.

³⁶ Gostin, *Global Health Security* (2021), p. 218.

³⁷ *Ibid.*, p. 222.

また WHO においても健康の社会的要因として公平の概念が注目されてきている³⁸。

(B) 衡平概念の整理

これまで保健の分野での公平(equity)の概念は、国際法上の衡平(equity)の概念とは異なり、国内での公平を意味していた。同一国家内にいる個人 A と個人 B を、たとえば医療アクセスを同等に認める点において、公平を確保するという原理である(図 1 を参照)。



図 1 国内保健分野における伝統的な公平概念

それゆえ健康分野での伝統的な公平の概念は、少なくともこれまでは、以下のものを含んでいないと考えられる。すなわち、①国家である甲が同国内にいる個人である C と D を公平に扱うことができるように、国家である甲に対して、他の国家である乙が支援すること（いわば「国家間の公平」）や、②異なる国に所在する個人の C 乃至 F が国境を越えて公平に扱われること（いわば「国境を超えた公平」）を意味するものではなかった(図 2 を参照)。



図 2 国際保健分野における公平概念の拡大の可能性

しかし次のパンデミックを予防するという目的

からすれば、①締約国の国内での公平を義務化することにより、同締約国の国内での公平を実現するために、当該国家に対して、他国や WHO が当該国家に支援を行うことで国家間の公平を実現したり、②異なる国に所在する個人 D 乃至 E が公平となるように、国境を越えた公平を実現したりする義務が締約国にあると主張される可能性がある。

(C) COVID-19 のパンデミックにおける不公平とその反省

COVID-19 のパンデミックでの対応では公平の概念が多用されて、対応への批判のために用いられた。たとえば COVID-19 における公平の問題について Gostin はグローバルな健康上の公平「(Global Health Equity)の必要性を訴える³⁹。Gostin は COVID-19 のパンデミックが深刻な健康上の不公平(deep health inequity)を明らかにしたとした⁴⁰。

WHO 憲章体制の強化案である「より安全な世界を共に築くための 10 の提案」(10 proposals to build a safer world together Strengthening the Global Architecture for Health Emergency Preparedness, Response and Resilience) (2022)(HEPR ペーパー)でも、公平や UHC などの概念が示されている⁴¹。

(D)改正 IHR とパンデミック条約交渉において公平概念が果たす役割

現在までの交渉段階において、公平概念が改正 IHR やパンデミック条約の指導原則として導入することが提案されている⁴²。公平を原則としては認めるとしても、公平が作用する具体的な内容と義務の性質が問題となる。一般論としては、IHR のコアキャパシティの措置の類型の中で、通報の部分とこれに関係するサーベイランスについて公平概念を適用しこれを実現することは重要である。しかし医療サービス・ワクチン等の薬・パンデミック関連商品へのアクセスまでを、国家間の公平や国境を越えた公平として認めるかが問題となる⁴³。

³⁸ たとえば、2008 年に WHO は『世代内部の格差を埋める—健康の社会的要因に対する行動を通じた健康の衡平』(Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinations of Health)という報告書を公表している。西・前掲注 34) 318 頁。

³⁹ Gostin, *supra* note 36, pp. 158-171.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 218.

⁴¹ World Health Organization, *10 proposals to build a safer world together Strengthening the Global Architecture for Health Emergency Preparedness, Response and Resilience* (2022), pp. iv, 2, 3.

⁴² 公平に関する具体的提案については、後述(4)-3-(B)-(ア)及び(5)-3-(A)を参照。

⁴³ IHR の再検討委員会は、改正 IHR 案について、①IHR の中で公平が重要な役割を果たすことを認めて、第 2 条の目的及び範囲の規定中に公平概念を導入することには賛成したものの、②改正案中の公平に関するすべての改正案を認めるべきか否かについては、委員の間で見解が分かれたとした。再検討委員会は、価値と原則としての公平概念が、医療対策・知識・技術移転へのアクセス(access to medical countermeasures, knowledge and technology transfer)に限定されないという見

(3)ー2 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)と資金調達

(A) ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの意義

国際保健分野では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の概念が用いられてきた。本概念は、①すべての人について、②適切な健康増進・予防・治療・機能回復に関するサービスや必須医薬品へのアクセスが、③支払い可能な費用で得られることを意味する⁴⁴。

(B) 国際規範に規定されたユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

UHC の概念は、2012 年 12 月 12 日の国連総会において国際社会の共通目標とされた⁴⁵。また UHC は 2015 年の「持続可能な開発目標(SDGs)」においても UHC の達成が規定されている(ターゲット 3.8)⁴⁶。さらに 2019 年 9 月 23 日には、国連「UHC に関するハイレベル会合」が開催され、初の「UHC 政治宣言(Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage)」が採択された⁴⁷。

(C) COVID-19 対応におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジの課題

COVID-19 への反省としても、パンデミック発生時には経済格差によって、享受可能な医療サービスの格差が発生することが指摘された⁴⁸。

たとえば「公平なアクセス及び協力に関する G7 外務・開発大臣声明 (2021 年 5 月 5 日、於ロンドン)」においては UHC が実現されていないことが問題とされ、特に開発途上国において UHC を実現するとのコミットメントが宣言された⁴⁹。

(D) 改正 IHR 及びパンデミック条約にユニバーサル・ヘルス・カバレッジを導入する意義

次のパンデミックの備えるためには、医療アクセスを地球規模で確保することが必要となる。このためには、①医療サービスへのアクセスばかりか、②財源上の裏付けも不可欠となる。UHC 実現のためには、各国毎の医療保険制度の充実が不

可欠であるが、単独では実現が困難な諸国に対して、国際社会全体としていかなる支援が可能であるのかが問題となる。

現在のパンデミック条約案においては UHC 概念の導入が提案されている⁵⁰。

(3)ー3 共通だが差異のある責任(CBDR)

(A) 共通だが差異のある責任を含む開発途上国の特別待遇の規定内容の分類

国際法学においては、共通だが差異のある責任(Common but Differentiated Responsibilities: CBDR)の概念が主張されることがある。CBDR の概念は用いられる文脈により、義務の内容、法的性質、義務や権利の名宛国などが多様である。

CBDR の概念の規定内容の多様性としては、①非拘束的規範(non-binding norm)としての CBDR、②原則としての CBDR、③先進国による開発途上国への配慮義務としての CBDR、④開発途上国の義務の猶予・免除・例外としての CBDR、⑤開発途上国を先進国が支援する義務と、開発途上国が支援を受ける権利としての CBDR、⑥開発途上国が共通に有する責任としての CBDR など多様であり、改正 IHR 又はパンデミック条約中の CBDR がいずれの意味となるかが注目される。

(B) 共通だが差異のある責任の理論的根拠

CBDR の概念の理論的根拠として、(1)実質的平等、(2)応能原則、(3)汚染者負担の原則、(4)過去の植民地支配に対する贖罪、(5)国際公共財の提供にあたっての負担の公平などが考えられる。

(C) 共通だが差異のある責任概念のパンデミック条約への導入の可否について

WHO 憲章は、①「すべての人民が可能な最高の健康水準に到達すること」を目的としているため(1条)、世界全体で普遍的な健康の水準の達成を志向している。WHO 憲章には ILO 憲章のような各国の事情を考慮した条約等の制定手続を有しない(第 19 条、第 21 条)。条約に反対する加盟国は拒否できるだけである(第 20 条、第 22 条)。②他方で、「ある国が健康の増進と保護を達成することは、

解を示した。A/WGIIHR/2/5(6 February 2023), Annex, pp. 16-18.

⁴⁴ Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage (23 September 2019), para.9, *reprinted in* UN Doc 74/2 (10 October 2019), *reprinted in* UN Doc A/RES/74/2 (18 October 2019).

⁴⁵ Global health and foreign policy, *reprinted in* UN Doc 67/81 (12 December 2012), *reprinted in* UN Doc A/RES/67/81(12 December 2012).

⁴⁶ Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, *reprinted in* UN Doc A/RES/70/1(21 October 2015).

⁴⁷ Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage, *supra* note 44.

⁴⁸ たとえば IPPPR, *supra* note 6, pp. 39-40.

⁴⁹ G7 Foreign and Development Ministers' Equitable Access and Collaboration Statement (5 May 2021).

⁵⁰ たとえば、後述(5)-3-(E)を参照。

すべての国に対して価値を有する。」(前文)とし、「健康の増進と疾病特に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。」(前文)として、「すべての人民の健康を増進し及び保護するため相互に及び他の諸国と協力する」(前文)としていることから、世界規模での健康の実現のために協力することも明記している。それゆえ WHO 憲章中に「共通だが差異のある責任」的な要素を見出すことは可能であろう。

パンデミック条約に CDBR の概念を導入する理由としては、実質的平等に基づく応能原則や国際公共財の提供における負担の公平の考慮が大きいと考えられる。汚染者負担の原則、植民地支配に関する歴史的責任については、はたしてパンデミック条約等についてこれらが妥当するか不明である。

次のパンデミックに備えるという観点からすれば、開発途上国についても義務の履行を促す必要がある。それゆえ CDBR の概念を開発途上国の義務のレベルを下げるための根拠として認めるのは好ましくない。しかし発展途上国に義務を課すことの対価・インセンティブとして、CDBR の概念を根拠とした開発途上国への支援は有用となる可能性がある。

もちろん発展途上国への支援は、CDBR の概念を導入しなくても可能である。一般に先進国は CDBR の概念を根拠に財政支援を認めることに慎重である。他方で、ウクライナ紛争を経て、グローバルサウスに向けて積極的に支援する機運もある。

しかし本報告書執筆時点の最新の改正 IHR 案も、最新パンデミック条約案のいずれも、CDBR の概念を原則としては導入していない⁵¹。

(3)ー4 病原体アクセスと利益配分(PABS)

病原体へのアクセスと利益配分(pathogen access and benefit-sharing: PABS)とは、①パンデミックの可能性のある病原体 (pathogens with pandemic potential)に関するゲノム配列データ (genomic sequence data)や生物学的材料 (biological material)などの情報をどのように配分すべきか、また②当該情報を提供する者が報酬を得られるのか、利用する者がどのように対価を支払うのか、という問題である。グローバルな健康危機への対応、特にワクチンや治療薬等の製造のためには、病原体に関する情報が不可欠となる。そ

れゆえパンデミック条約条約や IHR においては、病原体アクセスや共有の問題が従来から課題となってきた。

アクセスと利益配分(access and benefit-sharing: ABS)の仕組みは「生物の多様性に関する条約 (生物多様性条約)」⁵²第 15 条、「生物の多様性に関する条約の遺伝資源の取得の機会及びその利用から生ずる利益の公正かつ公平な配分に関する名古屋議定書(名古屋議定書)」⁵³、パンデミック・インフルエンザ事前対策枠組(PIPF)⁵⁴、「国家管轄権外区域の生物多様性の保全と持続可能な利用に関する国連海洋法条約の下での協定 (BBNJ 協定)」(令和 6 年 5 月末時点で未発効)⁵⁵などで実定法として存在する。

(3)ー5 ワンヘルス・アプローチ

人類全体としての保健問題を実現するためには、人間だけではなく、生物をも含めた人獣全体を一つの生態系としてとらえるワンヘルス・アプローチ(One Health approach)が求められる。ワンヘルス・アプローチは、「人間の健康と動物の健康、それを取り巻く環境を包括的に扱う概念」であり⁵⁶、環境破壊や人獣共通感染症によるグローバルな健康危機への対応のために重要である。

ワンヘルス・アプローチは、2004 年に WCS (Wildlife Conservation Society, 野生生物保護協会)によって「マンハッタン原則」として示された⁵⁷。

パンデミック条約案でもワンヘルス・アプローチの導入が提案されている⁵⁸。しかし IHR に関する事務局 IHR 案(A/WGIIHR/8)では本概念は見当たらない。

(3)ー6 政府全体アプローチと社会全体アプローチ

COVID-19 への対応では広範にロックダウンが行われ、経済活動にも大きな影響をあたえた。従来の入域地点や感染者が発見された地域での対応のみに限定された局所的・短期的アプローチでは対応が困難となった。それゆえ、パンデミックの問題に政府全体で対応するという政府全体アプローチ(whole-of-government approach)や社会全

⁵¹ 後述(4)-3-(B)-(エ)及び(5)-3-(I)を参照。

⁵² Convention on Biological Diversity (1992).

⁵³ Nagoya Protocol on Access to Genetic Resources and the Fair and Equitable Sharing of Benefits Arising from their Utilization to the Convention on Biological Diversity (2010).

⁵⁴ WHA64.5 (24 May 2011), Pandemic Influenza Preparedness Framework (2011).

⁵⁵ Agreement under the United Nations

Convention on the Law of the Sea on the Conservation and Sustainable Use of Marine Biological Diversity of Areas Beyond National Jurisdiction (2023).

⁵⁶ 日本国際保健医療学会編『実践グローバルヘルス(新訂版)』(杏林書院、2022 年) 36 頁。

⁵⁷ Manhattan Principles (2004).

⁵⁸ 後述(5)-3-(F)を参照。

体アプローチ(whole-of-society approach)が必要とされる。

パンデミック条約案でも政府全体アプローチと社会全体アプローチが提案されている⁵⁹。また、事務局 IHR 案(A/WGIHR/8)では、「パンデミック」や「パンデミック緊急事態」の定義の中に政府全体アプローチや社会全体アプローチに言及がある(1 条)。

(3)ー 7 ガバナンス機関

(A)国際文書におけるガバナンス機関の機能と権限

通常の国際レジームは、①全ての加盟国が参加する締約国会議(Conference of the Parties: COP)、②特定業務を集中的に行う理事会、③条約の運営を支える事務局から構成されるのが普通である。さらに、④専門家から構成される委員会(IHR であれば緊急委員会や再検討委員会)が加わることも多い。

国際文書のガバナンス機関は、①同文書が規定する国際レジームの運営や方針の決定(規範の実施)、②条約の履行確保(規範の履行確保・履行監視)、③従来の規範の解釈や新しいルール of 制定(規範の立法機能)、④紛争解決などを行う。ただし、たとえば COP などの単一の機関が、上記の複数の機能を持つことがある。また、それぞれの機能が相互に影響を与えることがある(たとえば、規範の実施のためには立法が必要となることがある。また、履行確保・履行監視と紛争解決は相互の機能を補完することがある。)

(B)現行の国際文書におけるガバナンス機関の類型

現行 IHR は、①規則の締約国会議(COP)を有せず、WHO 総会(WHA)がその機能を果たしていると考えられ⁶⁰、②WHO の事務局長も一定の役割を与えられ、③IHR に固有な機関としては専門家

から構成される緊急委員会や再検討委員会が存在する。

現行の健康危機対応のレジームでも、国際文書間で、ガバナンス機関の共有がみられる⁶¹。

COVID-19 での対応の反省から、国家の一方的な行為をいかに制限し、WHO を含む国際機関の実効性をいかに高めるかが課題となった。ガバナンス機関は、国家の一方的措置に対して歯止めをかける機能もある。

現在の改正 IHR 及びパンデミック条約においても、ガバナンス機関の共有が想定されている⁶²。

(4)IHR の改正過程の分析

本報告の執筆の時点で IHR の改正については、WGIHR において扱われている。

(4)ー 1 改正 IHR 交渉の概要

2022 年 1 月に IHR の改正・強化に関する検討を WHO 加盟国作業部会(WGPR)で進めることが決定された⁶³。

2022 年 5 月の第 75 回 WHO 総会において、第 55 条、61 条、62 条及び 63 条を改正する改正案を採択した。すなわち IHR 改正の効力発生までの期間については、現行 IHR で採択後 24 カ月であったところ、12 カ月に短縮するとした⁶⁴。本改定からのオプトアウトは、2023 年 11 月 31 日が期限であり、本改正 IHR は 2024 年 5 月に発効する予定である。

同 WHO 総会において、IHR の改正作業は WGPR から IHR 改正作業部会(WGIHR)が引き継ぐとされた⁶⁵。IHR の今期改正にあたって加盟国は、今回は「一部改正(targeted amendments)」であり、IHR の全面改正は行わないこととされた⁶⁶。

再検討委員会から改正に関する報告書が提出さ

⁵⁹ 後述(5)-3-(G)を参照。

⁶⁰ IHR54 条。Alexandra Phelan and Priya Pillai, Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, International Health Law in Perspective Background paper 16 (2021), p.27, note 58.

⁶¹ 拙稿・前掲注 6)、31 頁。

⁶² 後述(5)-2-(B)及び(6)-2 も参照。

⁶³ EB150(3) (26 January 2022). WGPR の開催状況は以下の通り。①A/WGPR/1(15-16 July 2021)、②A/WGPR/2(1-3 September 2021)、③A/WGPR/3 (4-6 October 2021)、④A/WGPR/4 (1-3 November 2021)、⑤A/WGPR/5 (15 November 2021)、⑥A/WGPR/6 (10-12 January 2022)、⑦A/WGPR/7 (21-23 February

2022)、⑧A/WGPR/8 (28-30 March 2022)、⑨A/WGPR/9 (4-6 May 2022)。

⁶⁴ WHA75.12 (28 May 2022)。

⁶⁵ WHA75(9) (27 May 2022). WGIHR の開催状況は以下の通り。①A/WGIHR/1(14-15 November 2022)、②A/WGIHR/2 (20-24 February 2023)、③A/WGIHR/3 (17-20 April 2023)、④A/WGIHR/4 (24-28 July 2023)、⑤A/WGIHR/5 (2-6 October 2023)、⑥A/WGIHR/6 (7-8 December 2023)、⑦A/WGIHR/7 (5-9 February 2024)、⑧A/WGIHR/8 (22-26 April 2024)。

⁶⁶ WHA75(9) (27 May 2022), para.2.

れ⁶⁷、加盟国から多くの改正案が提案された⁶⁸。2024年2月23日にはINB・WGIHR合同会合が開催され⁶⁹、重複する問題については合同で審議がされた。

改正IHRの交渉結果は、2024年5月の第77回WHO総会において報告される予定である。これまでの改正案としては、①Article-by-Article compilation of proposed amendments to the International Health Regulations (2005) submitted in accordance with decision WHA75(9) (2022), A/WGIHR/2/7(6 February 2023)(以下「逐条IHR案(A/ WGIHR/2/7)」)⁷⁰、②Proposed Bureau's text for Eighth WGIHR Meeting, 22-26 April 2024, A/WGIHR/8 (17 April 2024) (以下「事務局IHR案(A/WGIHR/8)」)がある。

(4)－2 改正IHR案が前提とする段階

現行IHRは、①サーベイランスを含む事前準備、②事象発生時の通報や情報共有、③PHEICの認定手続(トリガーメカニズム)、④暫定的勧告の履行確保、⑤各国の追加措置について主に規定している。

改正IHR案においては、COVID-19の反省を踏まえて、これらをどのように改正し強化するかが課題となる。

(4)－3 改正IHR案の目的と諸原則

(A)目的

現行IHRは、そ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(第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、②公衆保健上のリスク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する⁷¹。

事務局案(A/WGIHR/8)でも、本枠組みは基本的に踏襲されている(第2条)。

(B)原則

現行IHR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(第3条)⁷²。

逐条IHR案(A/ WGIHR/2/7)では、原則について、

①公平、②共通だが差異のある責任、③連帯、④予防措置、⑤平和目的などの改定が提案されている(第3条)。

事務局案(A/WGIHR/8)では、①公平と連帯、②人の尊厳の尊重、人権、基本的自由、③普遍的適用、④国家主権などへの言及がされている(第3条)。

(ア) 公平と連帯

逐条IHR案(A/ WGIHR/2/7)では、IHRの目的規定において指導概念として公平なアクセス(equitable access)の導入を企図している(第2条)。

IHRの原則としても公平概念の導入が検討されている(第3条)。個別規定において公平概念に言及した規定としては、第3条1項、第3条5項、第13条Aと第44A条などが特に問題となる。さらに公平なシェアリング(equitable sharing)も問題となる(たとえば第6条3項)⁷³。

事務局案(A/WGIHR/8)の原則規定はIHRの実施が国家間の公平と連帯を促進すべきことを規定する(第3条1項)。ただし改正IHRの全体を通じて「公平(equity)」という文言が用いられておらず、目的規定にも公平への言及は見当たらない(第2条)。他方で「迅速かつ公平で強化された国際的な協調行動(rapid, equitable and enhanced coordinated international action)」という概念(第1条1項)や「公平なアクセス(equitable access)」という概念(第13条7項、同条9項(b)及び(c)、第44条2項(e))が用いられている。

(イ) 国家主権の尊重

IHRの実施運用においては国家主権の尊重が情報共有や現地調査との抵触を生ずる可能性がある。

現行IHRは、自国の保健政策に基づき立法を行い且つそれを実施する主権的権利を定める(第3条4項)。

逐条IHR案(A/ WGIHR/2/7)は原則を定めるが、主権の尊重が削除された(第3条)。

これに対して事務局案(A/WGIHR/8)は主権的権利を規定する(第3条4項)。

(ウ) 人権の尊重

人権の尊重について現行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なわなければならない。」と定める(第3条1

⁶⁷ A/WGIHR/2/5(6 February 2023)。

⁶⁸ 加盟国から提出された改正案については、たとえば、Proposed amendments to the International Health Regulations (2005) submitted in accordance with decision WHA75(9) (2022), A/WGIHR/2/6 (6 February 2023)。

⁶⁹ 前掲注25)を参照。

⁷⁰ 逐条IHR案(A/ WGIHR/2/7)については、WHO加盟国が議論を行っている途中であるため、最終的に合意されたものではないことに注意が必要である。

⁷¹ 拙稿・前掲注5)、190頁。

⁷² Ibid.、191頁。

⁷³ 前掲注43)も参照。

項)。

逐条 IHR 案(A/ WGIHR/2/7) は、IHR の範囲と目的規定中に人権への言及があるものの(第 2 条)、原則規定からは当該箇所が削除されている(第 3 条 1 項)。

これに対して事務局案(A/WGIHR/8)第 3 条 1 項は、IHR の実施にあたって人の尊厳、人権、基本的自由が尊重されるべきことを規定した。

(エ) 共通だが差異のある責任

共通だが差異のある責任(CBDR)について⁷⁴、逐条 IHR 案(A/ WGIHR/2/7)では、たとえば第 3 条 1 項、第 3 条 2 項の 2、第 3 条 5 項で提案されている。

事務局案(A/WGIHR/8)では共通だが差異のある責任の概念は見当たらない。事務局案(A/WGIHR/8)でも本概念は規定されていない。

(4)－4 IHR の改正の論点

本報告の執筆の時点で IHR については改正交渉の途中であり、ここでは問題点の課題の指摘のみにとどめる。

(A) コアキャパシティの強化

COVID-19 の反省から、次のパンデミックを阻止するためには、附録第一に規定されたコアキャパシティの強化は必要である。IHR の改正案においても、附録第一を含むコアキャパシティの強化が予定されている。

それゆえ改正 IHR においては、①強化されたコアキャパシティの獲得義務と、②特に開発途上国がコア・キャパシティーを獲得することを支援する義務の程度と内容が問題となる⁷⁵。

(B) 事象の通報

事象に関する通報については、逐条 IHR 案(A/ WGIHR/2/7)のうち第 6 条、第 7 条等で提案されている。協議(第 8 条)やその他報告(第 9 条)についても規定がある。さらに第 10 条で WHO による検証のメカニズムの改善も提案されている。事務局案(A/WGIHR/8)も、通報(第 6 条、第 7 条)、協議(第 8 条)、その他報告(第 9 条)を規定している。

(C) WHO の暫定的勧告と参加国による

追加的措置の規制

現行 IHR では WHO の暫定的勧告は法的拘束力を有しない(第 1 条 1 項)。改正 IHR において、① WHO の勧告に法的拘束力を持たせるか否か、②参加国による一方的な追加的措置(第 43 条)をどこまで規制できるかが注目される。

逐条 IHR 案(A/ WGIHR/2/7)では暫定的勧告に拘束力を持たせる提案もなされているものの(第 1 条 1 項)、事務局案(A/WGIHR/8)では非拘束的のままとされている(第 1 条 1 項)。

追加的措置(第 43 条)については、逐条 IHR 案(A/ WGIHR/2/7)において制限が提案されたものの、事務局案(A/WGIHR/8)ではほぼ従来通りに維持されている。

(D)PHEIC 等に関する認定手続

現行 IHR は認定手続(トリガーメカニズム)として「公衆保健上の緊急事態(PHEIC)」の手続を定めている(第 12 条)。

逐条 IHR 案(A/ WGIHR/2/7)では、従来の PHEIC に加えて、①パンデミック、②地域的な緊急事態、③中間的な緊急事態、④公衆衛生に関する警報を提案するものもある⁷⁶。

事務局案(A/WGIHR/8)では、従来の PHEIC 中に「パンデミック緊急事態(pandemic emergency)」の概念が導入された(第 12 条 1 項、同条 4 項の 2、第 49 条 6 項)⁷⁷。

さらに仮にパンデミックや PHEIC に当たらない場合であっても、「早期行動警報(early action alert)」を事務局長が発することができるとを規定する(第 12 条 4 項の 3)。

(E) 開発途上国への支援義務

改正 IHR は先進国による開発途上国支援を義務化することが検討されてきた。

たとえば逐条 IHR 案(A/WGIHR/2/7)は、先進国による開発途上国支援を義務化する提案を含んでいる(たとえば第 13 条、第 44 条、新規附録第十)。

もっとも事務局案(A/WGIHR/8)では、開発途上国への支援を可能な範囲で行う努力義務としている(たとえば第 13 条、第 44 条)。

(F)輸送機関の対応

輸送機関の対応については、輸送機関の運行者

⁷⁴ CBDR については、前述(3)-3 を参照。

⁷⁵ 後述(4)-4-(E)を参照。

⁷⁶ たとえば、逐条 IHR 案(A/ WGIHR/2/7)の 12 条では「public health emergency of regional concern, or intermediate health alert」の導入が検討されている。

⁷⁷ パンデミックとは、感染性を有する国際的な公衆衛生上の緊急事態(PHEIC)であり、かつ、①

WHO の複数の地域にわたり、複数の締約国において拡散した拡散中であること、②当該締約国の保健システムの対応能力を超えていること、③当該締約国において社会的・経済的・政治的な混乱を引き起こしていること、④政府全体及び社会全体のアプローチを伴う、迅速かつ公平な強化された国際的な協調行動を必要とすることである。

の義務、影響を受けた輸送機関への措置、入港地点の船舶及び航空機に対する措置、輸送機関に関する技術的要件などが課題である。

輸送機関の対応について、逐条 IHR 案(A/WGHR/2/7)や事務局案(A/WGHR/8)では、①輸送機関の運行者(第 24 条)、②影響を被った輸送機関(第 27 条)、③入港地点の船舶及び航空機(第 28 条)、④輸送機関及び輸送機関の運行者に関する技術的要件(附録第四)等が提案されている。

(G)ガバナンス機関と履行確保

履行確保が問題となるのは、①コアキャパシティの獲得、②WHO の勧告の履行状況、③各国が行う追加的措置に関する履行確保が考えられる。

逐条 IHR 案(A/WGHR/2/7)は新しいガバナンス機関について言及している。たとえば①実施委員会(Implementation Committee)(第 53A 条)、②コンプライアンス委員会(Compliance Committee)(新規第 4 章、第 53 条の 2 乃至同条の 4)。③IHR の実施に関して監督し促進する WHO 総会の責任と権限(第 54 条の 2)などである⁷⁸。なおアメリカは Universal Health Periodic Review (UHPR)の導入を主張した(第 5 条)⁷⁹。

事務局案(A/WGHR/8)では、IHR 実施及びコンプライアンス委員会(IHR Implementation and Compliance Committee)の設置を予定している(第 54 条の 2)。

(4)ー5 IHR の発効と他の条約との関係

現行 IHR は、他の条約との抵触を、①目的・原則規定、②義務規定、③抵触規定等により調整してきた⁸⁰。

現在の改正 IHR 案でも従来の方針が踏襲されている。

(A) 国連憲章と WHO 憲章の優位性

現行 IHR は、国連憲章及び WHO 憲章の優位性を規定している(第 3 条 2 項)。

本方針は事務局案(A/WGHR/8)でも踏襲されている(第 3 条 2 項)。

(B) 改正 IHR 案における抵触規定変更提案の不在

現行 IHR は、他の条約との抵触について、抵触

規定を定めている(第 57 条 1 項)。すなわち、①IHR は他の関連する国際協定と両立するように(compatible)解釈し(第 57 条 1 項 1 文)、②IHR の規定が、他の国際協定に規定された参加国の権利及び義務に影響を及ぼすものではない(第 57 条 1 項 2 文)とする。それゆえ IHR は既存の条約の権利義務に影響を与えないと規定している⁸¹。

逐条 IHR 案(A/WGHR/2/7)や事務局案(A/WGHR/8)では抵触規定の変更に関する言及が存在しないため、IHR の WHO 憲章上の従来の立場を維持するものと考えられる⁸²。

(C) IHR とパンデミック条約の関係

パンデミック条約との関係では、パンデミックを含む PHEIC の宣言の認定手続(トリガーマカニズム)、PABS、サプライチェーン、ガバナンス機関等が IHR との関係で課題となる⁸³。

事務局案(A/WGHR/8)では、パンデミック条約への言及は見つけられない。この点、パンデミック条約中には IHR への言及がなされており、扱いが異なる⁸⁴。

(4)ー6 改正 IHR に関する今後の交渉の予定

本報告の執筆の時点で、改正 IHR 案は第 77 回 WHO 総会(2024 年 5 月開催予定)への提出が予定されている⁸⁵。

(5)パンデミック条約の制定過程の分析

(5)ー1 パンデミック条約交渉の概要

パンデミック条約では、パンデミックへの予防・備え・対応(PPR)のため、国際的な規範を強化し、国際社会における公平を実現することが重要とされる。

パンデミック条約を含む新たな国際文書については、2021 年 11 月の第 2 回 WHO 特別総会において、政府間交渉会議(INB)で検討されることが決定され⁸⁶、また 2022 年 8 月までに、この文書が憲章上いずれの条文に基づくものであるかを決定するとした⁸⁷。

2021 年 12 月の第 2 回 WHO 特別総会において、パンデミックの予防・備え・対応(PPR)に関する WHO の新たな法的文書(WHO convention,

⁷⁸ 拙稿・前掲注 6)、28 頁。

⁷⁹ “Submission of the United States of America Proposed Amendments to the International Health Regulations (2005) Rationale”, “Submission of the United States of America Proposed Amendments to the International Health Regulations (2005) Articles 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 18, 48, 49, 53, 59” reprinted in A/WGHR/2/6(6 February 2023).

⁸⁰ 拙稿・前掲注 6)、27 頁。

⁸¹ 前掲注 6)、27 頁。

⁸² *Ibid.*、27 頁。

⁸³ 後述(5)を参照。

⁸⁴ 後述(5)-2-(B)及び(5)-6-(B)を参照。

⁸⁵ WHA75(9) (27 May 2022), (2)(a).

⁸⁶ SSA2(5) (1 December 2021).

⁸⁷ *Ibid.*, para.1(3)

agreement or other international instrument on pandemic prevention, preparedness and response: WHO CA+) の制定のための政府間交渉会議 (INB) の設置を決定した⁸⁸。2022 年 9 月に法的拘束力を有する文書とすることと決定された⁸⁹。2024 年 5 月に開催される第 77 回 WHO 総会に成果文書を提出する予定である。

これまでのパンデミック条約案としては、① WHO CA+ (A/INB/5/6) (2 June 2023)、② Proposal for negotiating text of the WHO Pandemic Agreement (A/INB/7/3) (30 October 2023)(以下「交渉協定案 (A/INB/7/3)」)、③ Revised draft of the negotiating text of the WHO Pandemic Agreement (A/INB/9/3) (13 March 2024)(以下「修正協定案 (A/INB/9/3)」)、④ Proposal for the WHO Pandemic Agreement(A/INB/9/3 REV.1)(22 April 2024)(以下「最終協定案 (A/INB/9/3 Rev.1)」)などがある。

(5)－2 パンデミック条約の前提

(A) パンデミック条約が前提とする段階

パンデミック条約は、健康危機対応の一連の過程⁹⁰ (①事前準備と予防の段階、②実際にパンデミックが発生したか発生する可能性が高い緊急対応の段階、③回復の段階)のすべての段階に適用される。

交渉協定案(A/INB/7/3)では本条約は常に適用される(第2条2項)としながら、平時と「パンデミック期」を区別していた。

修正協定案 (A/INB/9/3) においても、平時と緊急時(パンデミック期)を区別している⁹¹。もっとも修正協定案 (A/INB/9/3) では「パンデミック」の定義と認定手続(トリガーメカニズム)が定められておらず、同概念については本協定に基づかない他の機関による手続を想定していると考えられる。なお PHEIC については WHO が宣言することが

想定されている(第1条(i))。

最終協定案(A/INB/9/3 Rev.1)も、パンデミック期(during pandemics)とパンデミックの間の期間(between pandemics)を区別し、本条約が両方の期間に適用されるとする(第2条2項)。ただ PHEIC という文言は、PABS との関係で一か所あるだけである(第12条4項(a))。それゆえ最終協定案(A/INB/9/3 Rev.1)もパンデミックの認定は本条約の外で行われることを想定していると考えられる⁹²。

(B) パンデミック条約が前提とする WHO や IHR との協力

最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)には PHEIC やパンデミックの認定のための独自の認定手続(トリガーメカニズム)が存在しないため、WHO 憲章と IHR という既存の規範との関係性や相互補完性が想定されていることが推察される。

修正条約案 (A/INB/9/3) 第 26 条は、他の条約との関係について定める。パンデミック条約の前提となる国際文書又は規範は、①既に制定され発効している現行の WHO 憲章及び IHR であるか、又は、②将来制定される可能性があるパンデミック条約又は議定書(法的拘束力を有しないガイドライン等を含む)と考えられる⁹³。

修正条約案 (A/INB/9/3) は、WHO 憲章や IHR などの他の文書との協力と役割分担を企図している。たとえば本条約案では PHEIC やパンデミックという概念を用いているが、同条約案では定義や認定は本条約に従ってなされるものではない。またパンデミック条約の実施にあたって、パンデミック条約の締約国だけではなく IHR の参加国を含む「協力している締約国(Cooperating

⁸⁸ 前掲注 22)を参照。 INB の開催状況は以下の通りである。①First INB meeting(24 February 2022)、②First INB meeting (resumed session)(14–15 March 2022)、③First INB meeting (resumed session)(6–8 June 2022, 15–17 June 2022)、④Second INB meeting(18–22 July 2022)、⑤Third INB meeting(5–7 December 2022)、⑥Fourth INB meeting(27 February – 3 March 2023)、⑦Fifth INB meeting(3–6 April 2023)、⑧Fifth INB meeting (resumed session)(12–16 June 2023)、⑨Sixth INB meeting(17–21 July 2023)、⑩Meeting of the INB drafting group(4–6 September 2023)、⑪Seventh INB meeting(6–10 November 2023)、⑫Seventh INB meeting (resumed)(4–6 December 2023)、⑬Eight INB meeting(19 February – 1 March 2024)。

⁸⁹ A/INB/2/5 (21 July 2022), para.4.

⁹⁰ 健康危機対応が前提とする諸段階については前述(2)-1-(A)を参照。

⁹¹ 修正条約案 (A/INB/9/3) での平時と緊急時の区別としては、①「during pandemics」、「in a pandemic emergency」「in the event of a pandemic emergency」といった文言が用いられている。②「pandemic」のほかに「public health emergency of international concern」概念が利用されている条項もある(第1条(i))。特に「pathogen with pandemic potential」の定義規定(第1条(i))では、「pandemic」ではなく、PHEIC と結びつけられている。③パンデミックと PHEIC の二つが併記されている条項(第1条(i)、第12条13項)がある

⁹² 後述(5)-4-(A)を参照。

⁹³ 拙稿・前掲注 6)、25 頁。

Parties)」⁹⁴を想定している（第19条1項）。またガバナンス機関についても、他の国際文書の存在を前提として、複数の機関の存在を想定しており（たとえば「新旧のメカニズム(new and existing mechanisms)」(第9条4項)、「関連する地域又は国際機関(relevant regional or international bodies)」(第19条1項)、「協力団体の統治機関(governing bodies of the Cooperating Parties)」(第20条2項)）、複数の文書に基づく複数の機関の協働を構想していると考えられる。また「資金調整メカニズム(Coordinating Financial Mechanism)」はパンデミック条約とIHRの両方の実施の支援を想定している（第20条3項）。

最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)もパンデミック条約の解釈・適用が国連憲章・世界保健憲章に従うものであり(第26条1項)、IHRと互換性があり相互に補強しあうように解釈されねばならないとした(第26条2項)。さらにWHOがパンデミックの予防・備え・対応を含む国際保健活動の指揮・調整機関(directing and coordinating authority)であることを認識する(前文第3パラグラフ)。また、パンデミック条約がIHRと両立することも求められる(たとえば第4条1項、同条2項、第19条3項)⁹⁵。さらに実施にあたっては新型インフルエンザ対策枠組(Pandemic Influenza Preparedness Framework, PIPF)との相互補完性(mutual complementarity)の確保が求められている（第12条2項(c)）。

(C) パンデミック条約が前提とする規範の多様性

パンデミック条約は、技術移転、PABS、グローバル・サプライチェーン・ネットワークなどの様々な制度の整備を想定する。このために様々な規範による国際協力の義務を締約国に課している。

さらにパンデミック条約は、既存のWHO憲章やIHRを補完するだけではなく(たとえば最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)第4条、第26条)、附録・議定書やガイドラインによる補完を想定している(たとえば、最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)第30条、第31条)。

(5)－3 パンデミック条約の目的と諸原則

交渉条約案(A/INB/7/3)、修正条約案(A/INB/9/3)及び最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)は、いずれもパンデミック条約の目的を衡平に則ってパンデミックの予防・備え・対応する(prevent, prepare for and respond)こととしている（第2条）。

パンデミック条約の原則について、交渉条約案(A/INB/7/3)は、本条約の目的を達成し、及びその規定を実施するため特に次に掲げる原則を指針とするとして、人権の尊重(Respect for human rights)、主権(Sovereignty)、衡平、責任(Responsibility)、能力に多様な段階があることの承認(Recognition of different levels of capacity)、連帯、透明性、説明責任、包括性、科学及び証拠、比例性、プライバシー・データ保護・守秘義務(Privacy, data protection and confidentiality)をあげる。

修正条約案(A/INB/9/3)は、パンデミック条約の原則として、人権、国家主権、衡平、共通だが差異のある責任(CBDR)、連帯・透明性・説明責任、科学及び証拠を用いている(第3条)。これらの原則に加えて、UHC(第1条(m))、ワンヘルス・アプローチ(第1条(e))、政府全体アプローチや社会全体アプローチ(第17条)が規定されている。

最終協定案(A/INB/9/3 Rev.1)も原則として、国家主権、人権、人道法の尊重、衡平、連帯、利用可能な最善の科学及び証拠を第3条に規定する。同条約案でも、第3条の原則に加えて、UHC(第1条(i))、ワンヘルス・アプローチ(第5条)、政府全体アプローチや社会全体アプローチ(第17条)も使われている。ただしこれらの概念については、一般的規定にとどまる。

(A) 衡平

パンデミック条約の様々な原則の中で、衡平の概念は最も重要な原則である。

2023年にWHO総会は、パンデミック条約の制定にあたり、衡平の必要性を優先する(prioritizing the need for equity)とした⁹⁶

それゆえこれまでのパンデミック条約案においても衡平について規定されてきた（たとえばA/INB/4/3(1 February 2023)第4条4項、A/INB/5/6(2 June 2023)第3条3項⁹⁷）

交渉条約案(A/INB/7/3)は、パンデミック条約の目的を定めるが、衡平への言及がある(第2条1項及び第3条3項)。

修正条約案(A/INB/9/3)は、パンデミック条約の目的をパンデミックの予防・備え・対応とし、COVID-19のパンデミック時に認識された国内と国際の不衡平(inequities)のギャップを埋めることを第一にしている(前文第4パラグラフ、第2条)。本条約の指導原則の中核として衡平を置いている(第2条)。さらにパンデミック条約の目標と結果としての衡平を明示する(第3条3項)。ワクチン等に関する公正且つ衡平なアクセス(fair and equitable

⁹⁴ Cooperating parties は、パンデミック条約の締約国だけではなくIHRの参加国を含む。

⁹⁵ 後述(5)-6-(B)を参照。

⁹⁶ SSA2(5) (1 December 2021)。

⁹⁷ 本条項においては、国家間の公平の概念が明瞭に示された。

access)に関する規定もある(第 10 条 1 項)。

最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)では、目的規定中に衡平への言及があり(第 2 条 1 項)、原則中にも衡平が位置づけられている(第 3 条 4 項、同条 5 項)。

(B) 国家主権の尊重

現在交渉の対象となっているパンデミック条約案では、国家主権の尊重が原則規定中に規定されている(たとえば交渉条約案(A/INB/7/3) 第 3 条 2 項、修正条約案(A/INB/9/3) 第 3 条 2 項、最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)第 3 条 1 項、前文第 1 パラグラフ、第 6 パラグラフ)。

(C) 人権の尊重

現在交渉の対象となっているパンデミック条約案では、人権の尊重が原則規定中に規定されている(たとえば交渉条約案(A/INB/7/3) 第 3 条 1 項、修正条約案(A/INB/9/3) 3 条 1 項、最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)第 3 条 2 項)。

(D) 連帯・透明性・説明責任

連帯(Solidarity)の原則は、従来のパンデミック条約案中に存在しており⁹⁸、現在交渉中の条約案中にも原則としてみられる。たとえば交渉条約案(A/INB/7/3) 第 3 条 6 項及び修正条約案(A/INB/9/3) 第 3 条 5 項は、同条約の原則として連帯・透明性・説明責任を定める。最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1) 第 3 条 5 項でも同条約の原則として、連帯・包含性・透明性・説明責任を定める。

(E) ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

パンデミック条約案では、UHC 概念⁹⁹の導入が提案されている。

たとえば、交渉条約案(A/INB/7/3) では、UHC が前文で言及され(前文第 9 パラグラフ)、UHC の定義がなされ(第 1 条(k))、パンデミックの予防・備え・予防・対応(PPR)との関係で締約国は UHC を漸次実現することを目指すとする(第 6 条 1 項)。

修正条約案(A/INB/9/3) でも、UHC が前文で言及され(前文第 8 パラグラフ)、UHC が定義され(第 1 条(m))、UHC の漸次実現が規定される(第 6 条 1 項)。

最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)でも、UHC が前文で言及され(前文第 12 パラグラフ)、UHC の定義が規定され(第 1 条(i))、UHC の漸次実現が規定される(第 6 条 1 項)。

(F) ワンヘルス・アプローチ

パンデミック条約案では、ワンヘルス・アプローチ¹⁰⁰の導入が提案されている。

たとえば、交渉条約案(A/INB/7/3) は、ワンヘルスの概念を定義し(第 1 条(d))、前文第 8 パラグラフ及び第 5 条は、ワンヘルス・アプローチに言及している。

修正条約案(A/INB/9/3) の原則規定(第 3 条)中にはワンヘルス・アプローチは存在しないものの、前文第 7 パラグラフ及び第 5 条 1 項で同アプローチに言及がある。さらにワンヘルスに向けた措置の促進及び実施に関する発展途上国への支援についても言及している(第 5 条 4 項)。

最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)でもワンヘルス・アプローチへの言及がある(第 5 条)。ただしワンヘルス・アプローチの詳細については、2026 年 5 月 31 日の運用開始に向けて、将来の交渉に委ねられた(第 5 条 4 項)。

(G) 政府全体アプローチと社会全体アプローチ

パンデミック条約案では、政府全体アプローチと社会全体アプローチが導入されている(たとえば最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)第 17 条)。

(H) 利用可能な最善の科学及び証拠

修正条約案(A/INB/9/3) は、同条約の原則として利用可能な最善の科学及び証拠を定める(第 3 条 6 項)。

最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)でも、同条約の原則として利用可能な最善の科学及び証拠を定める(第 3 条 6 項)。

(I) 共通だが差異のある責任

共通だが差異のある責任(CBDR)について¹⁰¹、修正条約案(A/INB/9/3) は、同条約の原則として定めていた(第 3 条 4 項)。しかし最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)では CBDR への言及は見当たらない。

(J) 知的財産権との関係

パンデミック条約案は、知的財産権の保護に一定の理解を示しつつも、知的財産の保護が、公衆保健の保護よりも優先されるべきではないことを示している。

たとえば修正条約案(A/INB/9/3) では知的財産権の保護の重要性を示しつつも、公衆衛生(public health)の保護のための措置をとることを

⁹⁸ たとえば A/INB/4/3(1 February 2023)第 4 条 5 項。

⁹⁹ UHC の概念については、前述(3)-2 を参照。

¹⁰⁰ ワンヘルス・アプローチについては、前述(3)-

5 を参照。

¹⁰¹ 共通だが差異のある責任(CBDR)については、前述(3)-3 を参照。

知的財産権の保護よりも優先することはするべきではないとし、また知的財産権の価格への影響に懸念を表明した（前文第9パラグラフ）。

最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)前文第14パラグラフでは、①新薬の開発にとって知的財産の保護が重要であることを認めつつも、②価格への影響への懸念を表明し、③TRIP協定によって締約国が公衆保健を保護するための措置をとることを阻止しないし阻止するべきでないとする。さらに知的財産権の問題は、PABS(第12条2項)で言及されている。今後の交渉でどのように扱われるか注目される。

(5)ー4 パンデミック条約の論点

(A) パンデミックの定義と認定手続のIHRへの依拠

パンデミックの定義については、交渉条約案(A/INB/7/3)では第1条(e)として存在した。しかし修正条約案(A/INB/9/3)や最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)では、パンデミックの定義は欠落している。さらに「パンデミック」の定義と認定手続(トリガメカニズム)が定められておらず、同概念については本条約に基づかずIHRによる手続を想定している¹⁰²。

(B) 締約国の義務

(ア)事実上の「枠組条約」としての性格の強化

交渉条約案(A/INB/7/3)において本文書は「枠組」という名称がなくなり「条約」とであるとされた。しかし修正条約案(A/INB/9/3)や最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)では、締約国の権利・義務の具体化があまりなされておらず、事実上の「枠組条約」としての性格が強くなっている。最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)では、将来の交渉を予定している規定も存在する(たとえばワンヘルスについて第5条4項、PABSについて第12条6項)。さらにCOPによる附録、議定書、ガイドライン等を利用した将来の規範化を期待している規定もある(たとえば最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)第4条4項)。

(イ)パンデミック条約の義務の多様性と

実施にあたっての裁量

締約国の義務については、パンデミック条約案では、たとえば、「約束する(commits)」など義務が明瞭ではない動詞が用いられている。また協力や将来に向けた弱い義務を示す動詞「協力する(shall cooperate; shall collaborate; shall promote)」 「引き受ける(shall undertake)」 「促進する(facilitate)」 「奨励する(are encouraged to)」 を用いている。また「漸次強化する(progressively strengthen)」 (最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)第4条1項)は未来に向けて徐々に強化するのであるから弱い義務である。これらの義務の記述から、パンデミック条約は、枠組条約のように一般的・抽象的な規定ぶりとなっている。

これに対して、「発展させる(shall develop)」 という動詞は、義務としては、強い意味と弱い意味の両義がある。ただし特に「shall develop, strengthen and maintain」の場合は、義務を表す可能性がある。

本条約の実施にあたっては、①国内法又は準拠法による留保や裁量¹⁰³、②国内能力又は国内状況による留保や裁量¹⁰⁴、③妥当性又は必要性による留保や裁量¹⁰⁵が認められる場合もある。

(ウ)開発途上国への支援義務

修正条約案(A/INB/9/3)では、条約の指導原則に衡平概念を多用した結果、開発途上国概念のみに紐づけられた支援義務が減少している。締約国の義務を規定するにあたり、「(開発途上国)に言及することなく」国内法や国内事情の考慮による留保や裁量を認めている。さらにCBDRを原則とし(第3条4項)、支援の必要性の根拠として開発途上国への言及はあるものの(たとえば前文第11パラグラフ、第13条1項、第19条1項)、実施の減免については(開発段階を含めて)一般的な国内法・国内事情・能力の考慮を認めている規定が多い。なお「開発途上国」に関する定義は欠落している。

これに対して最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)では「開発途上国」に言及している箇所がある(たとえば前文第6パラグラフ、第9条1項、同条2項(b)、第10条2項(a)、同条項(d)、第11条1項(a)、同条項(e)、第11条2項、同条5項、第12条4項(b)、第13条2項(c)、第19条1項、同条2項、第20条2項(b)、同条項(c)、同条項(d)、第

laws。

¹⁰⁴ たとえば、次の文言が使われている。taking into account national and regional circumstances。

¹⁰⁵ たとえば、以下の文言が使われている。in accordance with national context; as appropriate; as necessary; where appropriate。

¹⁰² 前述(4)-4-(D)を参照。

¹⁰³ たとえば、以下の文言が使われている。subject to applicable laws; subject to national and/or domestic law; in accordance with applicable laws; in accordance with national and/or domestic law; taking into account relevant national, domestic, and international

20 条 3 項、第 23 条 3 項)。

(C) 締約国会議(COP)

パンデミック条約案では、同条約が事実上の「枠組条約」として機能するために、同条約のガバナンス機関として締約国会議(COP)を重視しており、COP に広範な権限を認めている。

たとえば修正条約案 (A/INB/9/3) で COP に認められた権限としては、①ガイドラインや議定書の制定権限(第 4 条 6 項、第 21 条 2 項(g))、②履行確保と報告制度 (第 13 条 5 項、第 21 条 2 項(a)、第 21 条 2 項(d)、第 23 条)、③他の国際文書や機関との調整権限(21 条 2 項(f))、④資金のコントロール(第 20 条 7 項、第 20 条 8 項)などがある。

最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1) で COP に認められた権限としては、①協定の改正、ガイドラインや議定書の制定権限(第 4 条 4 項、第 13 条 2 項、第 29 条、第 31 条)、②履行確保と報告制度 (第 13 条 7 項、第 20 条 4 項、第 20 条 5 項、第 21 条 2 項、第 23 条)、③他の国際文書や機関との調整権限(第 13 条 2 項)、④資金のコントロール(第 20 条 3 項(d)、同条 4 項、同条 5 項)などがある。

本協定中の義務の内容が抽象的となったため、今後、COP が制定するガイドラインや議定書や標準が重要となることが予想される。

(D) 研究開発と技術移転

研究開発について、修正条約案 (A/INB/9/3) は、政府資金によるパンデミック関連製品の研究開発から得られた研究成果について、「透明かつ公開されたな共有(transparent and public sharing)」を各国が支援することを規定する(第 9 条 5 項)。

最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)も、研究成果への「適時かつ衡平なアクセス(timely and equitable access)」を促進する旨を規定する(第 9 条 4 項)。

また技術移転について、修正条約案 (A/INB/9/3) は技術移転を定め(第 11 条)、特に柔軟性についても言及している(第 11 条 4 項)。

最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)も技術移転について規定し(第 10 条)、パンデミック関連製品の製造に関する技術及びノウハウの移転について規定する(第 11 条)。特に柔軟性について言及する(第 11 条 4 項)。

(E) 病原体アクセスと利益配分

病原体アクセスと利益配分(Pathogen Access and Benefit-Sharing: PABS)¹⁰⁶については修正条約案 (A/INB/9/3) に規定されている(第 2 章第 12

条)。

最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)でも PABS について規定している(第 12 条)¹⁰⁷。また本規定の詳細については 2026 年 5 月 31 日の運用開始に向けて交渉が先送りされている(同条 6 項)。

(F) グローバル・サプライチェーン・ロジスティック・ネットワーク及び国内調達

健康危機対応においては、パンデミック関連製品の公平な配給が必要となる。本概念は健康危機対応の貿易等への影響の低減を第一の目的としてきた従来の IHR 等の基本方針を大きく変更するものである。

グローバルなサプライチェーンの管理についてはパンデミック条約案のうち、以下のものがある。

修正条約案 (A/INB/9/3) は「グローバル・サプライチェーン・ロジスティック・ネットワーク(Global Supply Chain and Logistics Network)」の構築について規定する(第 13 条)。また最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)も同ネットワークについて定める(第 13 条)。

さらに国内でのパンデミック関連製品の調達と流通について、修正条約案 (A/INB/9/3) において国内調達(National procurement)が新たに追加された(第 13 条の 2)。

最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)でも「国内調達と流通(National procurement and distribution)」について定める(第 13 条の 2)。

規制強化については、修正条約案 (A/INB/9/3) は各国の規制体制の強化について規定する(第 14 条)。最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)第 14 条も同趣旨である。

なお、修正条約案 (A/INB/9/3) の第 15 条は、責任と補償の管理について規定していたが、最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)では第 13 条及び第 13 条の 2 に統合された。

(G) 医療サービス

修正条約案 (A/INB/9/3) は「適切で、熟練し、訓練された保健医療・介護の労働力」を維持する各国の責任を規定する(第 7 条)。

最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)も医療サービスに関する規定が置いている(第 7 条)。

(H) 資金調達

パンデミック条約案は資金調達について規定する。

たとえば修正条約案 (A/INB/9/3) の資金調達については、①実施能力と支援 (第 19 条) と、②資金調達 (第 20 条) がある。

時の PABS の利用条件を定めている(第 12 条 3 項)。

¹⁰⁶ PABS については、前述(3)-4 を参照。

¹⁰⁷ 最終協定案(A/INB/9/3 Rev.1)はパンデミック

最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)は国際協力について規定する(第 19 条)。また第 20 条は持続可能な資金調達について規定し、資金調整メカニズムの設立を予定する(第 20 条 3 項)。

(I) 履行確保

パンデミック条約案は遵守確保について、遵守確保の手續への言及は少ない。

修正条約案 (A/INB/9/3) は①締約国による「準備状況のモニタリングと機能的レビュー」を扱っており、各国はパンデミックの事前準備・防止・対応(PPPR)について 5 年ごとに WHO に報告することになっている(第 8 条 2 項)。②締約国による COP への報告を規定している(第 23 条 1 項)。さらに③ COP は、パンデミック対策に関する各国の報告に基づき、3 年ごとにパンデミック条約の実施をレビューし、その効果的な実施を促進するために必要な決定を行う(第 21 条 2 項)。

最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)も①締約国による COP への定期報告制度を規定する(第 23 条 1 項)。②サプライチェーンについて、WHO は COP に定期的に報告する(第 13 条 7 項)。③資金について定期的に検討する(第 20 条 5 項)。④パンデミック条約の機能を 5 年毎に検討する(第 21 条 2 項)。

(J) パンデミック条約への不信感の払しょく

緊急時において正しい健康情報の提供が重要となる。それゆえ、パンデミック条約案においては WHO の事務局権限の限界に関する規定が提案されている。

たとえば修正条約案 (A/INB/9/3) 及び最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)では、①人権や国家主権の尊重をパンデミック条約の原則規定中に位置づけ(第 3 条 1 項、同条 2 項)、②WHO 事務局の権限の限定も明示された(第 24 条 3 項)。さらに、③緊急時のコミュニケーションに関する規定を設けている(第 18 条)。

(5)－5 パンデミック条約の留保規定と解釈宣言

(A) 留保規定

留保の扱いについては、パンデミック条約案によって扱いが異なる。

たとえば交渉協定案(A/INB/7/3) は、本条約が留保できないとした(第 26 条)。なお本条約と他の条約との関係について、本条約に基づいて一般的には他の条約上の義務を変更できないとした(第 25 条 2 項)。さらに本条約との両立性と COP への通報義務が規定されている(同条 3 項)。

これに対して修正条約案(A/INB/9/3)では留保は原則として認められるとした(第 27 条 1 項)。ただし、特定の条項については、留保の禁止規定を予定している(第 27 条 2 項)。すなわち①基本的に留

保を認めつつも、②一定の規定については留保を認めない規定ぶりとなっている。

最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)では、パンデミック条約の目的及び趣旨に合致する限り、留保が許容されるとした(第 27 条)。

(B) 解釈宣言

解釈宣言について、修正条約案(A/INB/9/3)では解釈宣言は許容されるとしたが、「協定の規定の効果を排除又は修正しない」という限界を設けた(第 28 条 1 項)。

最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)では特に国内法との調和させるために解釈宣言は許されるとした(第 28 条 1 項)。

(5)－6 パンデミック条約と他の条約の関係

一般に条約においては、締約国の義務を回避するための記述が条文中に入るのが普通である。本条約でも他の条約上の義務との調整のための記述がある。本条約案中に抵触規定を設け、IHR や名古屋議定書などへ言及することにより、他の条約との関係もパンデミック条約は規定している。

(A) 他の条約との一般的な抵触規定

修正条約案 (A/INB/9/3) は他の条約との関係について一般的に定めている(第 26 条)。特に本条約が、拘束力を有する他の国際文書上の権利義務に影響しないとする(第 26 条 3 項)。

最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)は、他の条約との関係について一般的な抵触規定を設けておらず、本条約の解釈及び適用が国連憲章と WHO 憲章によって指導されることのみを規定した(第 26 条 1 項)。

(B) パンデミック条約と IHR との両立性

パンデミック条約と IHR との関係については、修正条約案 (A/INB/9/3) の第 19 条及び第 20 条に言及がある。修正条約案 (A/INB/9/3) は、①一般的に IHR との両立性を規定することに加え(第 26 条 2 項)、②個別具体的な箇所では IHR に言及するため、パンデミック条約と IHR の共同と相互補完性を見出すことができる(第 4 条 3 項(a)、第 4 条 4 項(b)、第 19 条、第 20 条 1 項(a)、第 20 条 3 項、第 20 条 5 項、第 26 条 2 項)。

最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)ではパンデミック条約と IHR との関係について、両立し相互に補強する(compatible and mutually reinforcing)ように解釈するべきとされた(第 26 条 2 項)。他の規定で IHR に言及したものとしては、第 4 条 1 項、同条 2 項、第 5 条 4 項、第 19 条 3 項、第 20 条 1 項、第 20 条 3 項(b)などがある。

(C) 生物多様性条約と名古屋議定書上の ABS に関する国際協定としての位置づけ名古屋議定書との関係について、修正条約案(A/INB/9/3)は条文中で言及し(第12条12)、パンデミック条約の位置づけを、生物多様性条約と名古屋議定書(第4条2)に定められた専門的な国際文書(specialized international access and benefit-sharing instrument)とすることにより、名古屋議定書のABSに関する国際協定とすることで、名古屋議定書のABSの例外を企図していると考えられる(第12条12)。

最終条約案(A/INB/9/3 Rev.1)も同様である(第12条2(g))。

(5)ー7 今後の交渉の予定

本報告の執筆の時点で、第77回WHO総会(2024年5月開催予定)へのパンデミック条約の提出を予定している。

(6)IHR の改正とパンデミック条約の課題

本報告の執筆段階で行われているIHRの改正交渉とパンデミック条約の制定交渉は予断を許さない。これらの交渉については、特に以下の4点から懸念が表明されている。すなわち、①健康危機対応に関する複数の規範が並存することへの懸念、②履行確保・ガバナンス機関の分断への懸念、③ウクライナ戦争及びガザ紛争に代表される世界の分断が本交渉へ与える影響への懸念、④保健政策の実施における国家主権の重要性和国際協力の必要性のバランスである。

(6)ー1 複数の規範が並存することへの懸念

健康危機対応に関する現在の交渉は、改正IHRに関するものとパンデミック条約に関するものに二分されている。これらの相互の役割分担が必ずしも明瞭ではなく、一部はいまだ重複している。仮に両文書の交渉が成功したとしても、同文書の実施において両者の役割分担や相互関係の整理が求められる¹⁰⁸。

さらに関係する他の法領域としてPABSやサプライチェーンの分野などがあるが、改正IHRやパンデミック条約が、TRIPS協定、生物多様性条約、名古屋議定書などと整合的であるのか、抵触が発生する場合、どのように調整されるのか、今後の交渉が注目される¹⁰⁹。

さらにパンデミック条約等が事実上の「枠組条

約」となっており¹¹⁰、これらの調整は今後の交渉に委ねられることになる¹¹¹。

(6)ー2 履行確保・ガバナンス機関の分断への懸念

改正IHR案とパンデミック条約案ともにガバナンス機関及び履行監視メカニズムについて十分な検討がなされていない印象を受ける¹¹²。もし実施機関の統合がとれなければ将来的に規範がフラグメンテーション化することへの懸念がある。

さらに他の条約のガバナンス機関や紛争解決手続との関係も不明瞭である。

(6)ー3 世界の分断の交渉への影響

COVID-19のパンデミックは一定の落ち着きをもったものの、今後同様のパンデミックに備えるためにはIHRを改正しパンデミック条約を成立させる必要がある。

しかしながら、国際社会が改正IHRやパンデミック条約を成立させるにあたっては、以下の通り、いくつかのグループに分断していることが課題となる。

第一の立場は、IHRを改正し、パンデミック条約を制定することで、迅速な情報共有と、国際社会が一丸となって対応しようとするWHOやG7を中心とした先進諸国の立場がある¹¹³。

第二の立場は、同じ先進国といっても、国際社会のガバナンスについて懐疑し、自国主権を尊重する立場である¹¹⁴。米国のトランプ元大統領に代表される自国中心主義は国家主権を重視し、結果的に国際レジームの基盤を浸食する可能性がある。

第三の立場は、ワクチン等への公平なアクセスを求める開発途上国の立場である¹¹⁵。国際社会の現状について不満を持つ諸国のうち、主に従来他国の植民地であった諸国である。公平なアクセスを志向する国家群が存在する(Group of Equity)。この立場は、たとえばパンデミック条約などの交渉を通じて、植民地支配の問題の克服を求める立場である。病原体をめぐる争いは、一つはPABSにおいて、他方にはサプライチェーンの問題として表出している。さらに公平な資金分担の問題にもつながり、新しい資源ナショナリズムの様相を呈している。国際協力の促進は、資源ナショナリズムの新しい形ともいえる。

さらに、第四の立場として、同じく欧米中心の国際社会の現状に対して力による改革を求める中露の立場がある¹¹⁶。

¹⁰⁸ 前述(4)-5-(C)及び(5)-6-(B)を参照。

¹⁰⁹ 前述(5)-6-(C)を参照。

¹¹⁰ 前述(5)-4-(B)-(ア)を参照。

¹¹¹ 前述(5)-3-(F)及び(5)-4-(E)を参照

¹¹² 前述(4)-4-(G)及び(5)-4-(I)を参照。

¹¹³ Pavone, *supra* note12, p. 90.

¹¹⁴ *Ibid.*, p. 91.

¹¹⁵ *Ibid.*, p. 90.

¹¹⁶ *Ibid.*, p. 91.

ウクライナ戦争に加えて、ガザ地区とイスラエルをめぐる紛争は、世界の分断を一層助長させている。

以上のような国際社会の分断と国際レジームの弱体化は、結果としてワクチンや医療資源をめぐる弱肉強食の世界を招く可能性があるため、改正 IHR とパンデミック条約が必要であることを他の立場の諸国に訴えることが必要となる。

もし国際法を含む世界規模のガバナンスがなければ、各国は自らの統治に基づいて自国の利益だけを追求することとなり、各国の利害が対立するパンデミックのような極限状況では、国際社会や他国の利益を損なっても自己利益を追求することが行われる。パンデミック条約が必要である理由の一つには、パンデミックのような極限状態での世界規模の国家利益の調整が必要であることを指摘できる。

(6)－4 保健政策の実施における国家の重要性和国際協力の必要性のバランス

IHR の改正やパンデミック条約の制定にあたっては、WHO 等の強化が過度に行き過ぎることについて懸念する主張もある¹¹⁷。具体的には、①WHO の強化による国家主権の侵害のおそれや、②ワクチン接種の強制などを懸念する声もある。

国際社会には世界政府が存在していないため保健政策の実施にあたっては国家が担当する部分が多い¹¹⁸。仮に国際法で様々な措置を決定したとしても、実際には国家を通じて実施されることが必要となる。健康危機への対応において WHO は弱い権限を有するに過ぎず、国際連合の安全保障理事会とは異なり、強制力を有しない。たとえば、ロックダウン、大規模な隔離、ワクチン接種を個人に強制できるのは、WHO ではなく国家だけである¹¹⁹。それゆえ、国際社会には世界政府がないという欠陥を、国家が実効的に領域や国民を支配することによって補っているといえる。

COVID-19 のパンデミック対応においても国家の重要性は確認されている。たとえば WHO 総会の決議 73.1(WHA73.1)(19 May 2020)において、COVID-19 への対応を行うのは国家に第一義的責任があることが確認された。また国家による出入国制限による保健政策の実施は、出入国に関する権限であるため、国家主権の発現そのものである。さらに、現在検討されている改正 IHR 案やパンデミック条約案でも、国家主権の尊重は明記されている¹²⁰。

現在構想されている改正 IHR やパンデミック条約の内容は、他の国際法と同用に、国家の自主的な選択により、国内法を通じて実施することを想定している¹²¹。

もっともこれまでの感染症対応の歴史を振り返れば、感染症対応を含む保健政策の実施においては、現地当局による隠蔽が頻繁に行われてきた。さらに感染症への恐怖から、各国は自国民を守るという建前によって、国家が勝手に措置をとることがなされてきた¹²²。実際に COVID-19 への対応では、各国は初期の段階で WHO の勧告にもかかわらず追加的措置として国境を封鎖し、ワクチンについても自国中心主義に走った¹²³。

それゆえ、健康危機対応の目的のためには、各国の主権尊重と国際協力のバランスを平時にあらかじめ確保することが必要となる。改正 IHR 及びパンデミック条約はそのための規範であると考えられる。

(7)おわりに

世界は COVID-19 のパンデミックで受けた衝撃を少しずつでも回復しているように見える。

もし改正された IHR やパンデミック条約が成立しないまま、新たなパンデミックが発生する場合、世界規模の混乱が繰り返される可能性がある。次のパンデミックに備えるタイミングは、先のパンデミックが沈静化しつつある今が最適であろう。

現在行われている IHR の改正とパンデミック条約の作成に向けた交渉の行方を注視する必要がある。

G. 研究発表

●Junichi Suzuki, “Gurobaru Herusu Hou – Rinen to Rekishi [A History of Global Health Law: Ideas & History], by Taira Nishi. Nagoya: Nagoya-daigaku shuppankai, 2022, Pp. iv, 343”, Japanese Yearbook of International Law, Vol. 66 (2024), pp. 500-503.

H. 知的財産権の出願・登録状況 特になし。

1. 特許取得 該当なし

¹¹⁷ 前述(5)-4-(J)を参照

¹¹⁸ 拙稿「世界保健機関(WHO)・国際保健規則(IHR2005)の国内実施：日本国を例として」獨協法学 90 号(2013 年)横 31(380)-横 129(282)頁。

¹¹⁹ Pavone, *supra* note12, p. 27.

¹²⁰ 前述(4)-2-(B)-(イ)及び(5)-3-(B)を参照。

¹²¹ 前述(5)-4-(B)-(イ)を参照。

¹²² 拙稿・前掲注 5)、横 201(250)-横 201(249)頁。

¹²³ 前述(2)-2-(D)を参照。

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

