

世界政府の感染症対策 ——人の移動をめぐる国境のジレンマ

小松 志朗

はじめに

本章の目的は、仮定の超国家権力（世界政府）の感染症対策を構想し、その予想される課題を明らかにすることである。感染症対策とひとくちにいても中身は色々あるが、ここでは特に人の移動の管理に注目したい。感染症が人間界で広がるのは、本来は動物（自然宿主）の体内にいるウイルスや細菌が何らかの理由・経路で人間の体内に入り込み、その人間が移動するからである。つまり感染症は人の移動を媒介にして流行する⁽¹⁾。従って、感染症対策において人の移動の管理は重要な要素となる。では、将来もし世界政府という形でグローバルな超国家権力が誕生したら、その管理はどのようになされるのか。既存の主権国家や国際社会が現実には直面しているものとは違う課題が、そこには生じるのか。

われわれがいま暮らしている現実の世界は、陸も海も国境という人為的な境界線によって各国の領域に分割されている（ただし、公海や南極大陸など、特定の国家に属さない領域も一部残っている）。言い換えれば、国境に囲まれた自分だけの空間をもつ主権国家が複数並存し、それらが寄り集まって一つの世界を作り上げている。いわゆる主権国家体制である。しかし同時に、日々多くの人間が国境を越えて移動しているのも事実である。国境を越える人の移動は古くからあったが、やはりそれが飛躍的に増えたのは20世紀後半だろう。その理由や契機は様々だが、代表的なものの一つに挙げられるのは飛行機の登場、あるいは航空網の発達である。平野が言うように、「ヒトの国際移動が急に容易になったのは、1970年にジャンボ・ジェット機が民間航路に就航するようになったからである。ジャンボ・ジェット機によってヒト（およびモノ）の大量輸送が可能になり、われわれはかつてと比較にならないほど安い運賃で国境を越えて往来できるようになった。国際観光客、そして外国人労働者にさえも見られるよう

(1) 感染症には、例えばデング熱やジカ熱など動物を媒介にして感染が広がるものもあるが、その場合にも人の移動が感染を広げる媒介（の一つ）になることは変わらない。本章では人の移動が主な媒介となるケースを念頭に話を進める。

に、簡単に国際的な往復旅行をすることができる⁽²⁾」。実際、今日の世界の全人口のうち移民の占める割合は約2～3%で安定しており、その絶対数はこの四半世紀で2倍に増えたといわれる⁽³⁾。

このように、今日ますます多くの人間が国境を越えて移動するようになっている。そのことは主権国家体制にとって、あるいは個々の国家にとって、政治的に重要な問題をはらんでいる。なぜなら、国家は自分の領域の平和と繁栄を確保するために、国境を越える人の移動を管理しなければならないからである。岩下は「ボーダースタディーズ（境界研究）」という新しい研究分野を概説する論文において、先行研究を参照しつつ国境問題の解決プロセスは「位置取り→確定→画定→管理」の4段階に分けて考えられると説明したうえで、こう述べる。「ここで重要なのは管理という課題設定であろう。それは、いったん国境線が引かれれば終わりではないということを示唆する。狭義の国境問題が解決した後こそ、むしろ隣国との真の付き合いが始まるのであり、その国境をどう維持し、物流と人の往来を管理するかが議論の対象となる⁽⁴⁾」。人の移動が増えればそれだけ管理の負担も増えるし、そこには（隣国のみならず）他国との関係もからんでくる。その意味で、グローバルな人の移動の増加は主権国家（体制）への挑戦ともいえよう。移民問題を研究するカースルズ（Stephen Castles）とミラー（Mark J. Miller）も、次のように述べている。「移民の時代の典型的な特徴は、国際移民による国家主権、とりわけ国境を越える人の移動を規制する国家の能力への挑戦である。非正規（非登録、あるいは不法とも呼ばれる）移民の規模は全世界でかつてないほど大きくなっている。逆説的に、国家による移民規制のための努力もこれまでにないほど多くなされるようになって⁽⁵⁾」いる。鈴木も次のように述べる。「一定の地理的範囲を暴力の独占によって実効支配し、その領域における安全保障を担うことが国家の役割であり、国境はその支配領域の境界を示すものであった。その役割はグローバル化した世界においても重要な意味を持っている。／しかし、グローバル化に伴う人の移動の活発化によって、軍事的な意味よりも、移民に対する国民国家としての秩序を維持するための仕組みとして、その重要性が増している⁽⁶⁾」。移動する人間とそれを管理しようとする国家の間で日々繰り広げられる攻防は、現代世界の重要な側面の一つなのである。この点で重要な例外は、域内での国境を越える人の移動の自由を認める欧州連合（EU）である。しかしそのEUにしても、域内と域外を分ける国境は厳然として存在し、その管理は重要な政治的課題であり続けている⁽⁷⁾。

一般論として「管理」といった場合、そこには人の移動を抑制・規制することだけでなく、

(2) 平野 2000, p. 25.

(3) カースルズ・ミラー 2011, p. 6.

(4) 岩下 2010, p. 2.

(5) カースルズ・ミラー 2011, p. 4.

(6) 鈴木 2010, p. 13.

(7) 鈴木 2010.

逆に促進・拡大することも、意識的に現状を維持することも含まれ得る。また、移動の量を直接増やしたり減らしたりするのではなく、監視することも「管理」の一つと考えられよう。国家はそれぞれの利害やその時々的情勢判断により、国境を越える人の移動を管理する。具体的にいえば、パスポートやビザを発給する、逆にその発給を制限する、入国審査を行う、移民を積極的に受け入れる／受け入れない、難民認定の基準を緩和／厳格化する、渡航制限を行うなど、様々なバリエーションがある。ただし、本章の議論においては抑制・規制の側面が話の中心になる。

もし世界政府が実現したら、いまある国境は消滅する。すなわち、200近くある主権国家はすべて単一の国家、世界国家としてまとまる。そうなった時、人の移動の管理はどのような形になるのか。感染症が一つの集落や村、町にとどまらず国家全体、さらには地球全体へと広がっていくのは、人が移動するからである。その意味で、感染症とは本質的に人の移動の問題である。その管理のあり方や課題は、主権国家体制の場合と世界国家の場合とでは何が異なるのか。

以上の問題意識のもと、本章では超国家権力という本書全体の共通テーマについて、感染症対策を題材として取り上げ、特に人の移動の管理に焦点を絞って考えてみたい。分析レベルはグローバル・レベルに設定し、現実の事例を手がかりに議論を進める。まずは関連する先行研究を整理してから、2009年の新型インフルエンザと2014年のエボラ出血熱の2事例を振り返り、そこには共通して「国境のジレンマ」と呼ぶべき問題があることを示す。次いで、現実の主権国家体制においてジレンマの解消は難しいことを論じる。そして最後に一つの思考実験として、仮に世界政府が現れたならそうした困難な状況を打開できるのかを検討する。

なお、本章は基本的に国際関係論の観点から議論を進める。筆者の専門分野だからというのが1つの理由だが、しかしそれとは別に一般的な理由、意義も3つある。第一に、すでにここまでの話から明かなように、感染症は国境を越える問題であるため、国際的な取り組み（国家間の協力や、国際機構の対応など）が必要とされる。従って、当然そこには国際関係論の中で取り上げるべき論点が多く含まれている。これと関連して第二に、いまや感染症も国家や国際社会にとって安全保障上の脅威としてみなされ得る。後に本論でも言及することだが、各国政府や国際機構、あるいは専門家が感染症をそのように認識する傾向は近年強まっている。押谷によれば、例えばアメリカは「1990年代後半から、新しい感染症は自国にとっても世界にとっても安全保障上の脅威〔である〕という意識を明確に示すように」なり、中国も2003年に重症急性呼吸器症候群（SARS）の流行を経験してから同じような認識をもつようになった⁽⁸⁾。第三に、今日の感染症の問題は、時代背景としてのグローバリゼーションを抜きにしては語れない。国境を越える人の移動それ自体は決して新しい事象ではないが、グローバリゼーションの

(8) 『朝日新聞』2015年2月6日, p. 17. この点については、以下も参照。押谷 2015, pp. 168-169. なお、押谷によれば、「日本では、生物兵器という観点からは感染症が安全保障の問題として扱われているが、新興感染症などの自然に発生する感染症は、安全保障上の課題としてはほとんど検討されてきていない」。同上, p. 179.

時代にその規模は著しく増大し、速度もかなり上がっている。その結果、感染症が広がりやすい環境が作られている。サックス (Jeffrey D. Sachs) が言うように、「感染症は、航空路、大都市、動物売買などを通じて急速に拡大しやすい。こうした感染症はグローバリゼーションの新たな象徴である⁽⁹⁾」。だとすれば、国際関係論の研究で感染症を取り上げることは、時代の要請であるともいえよう。

国際関係論において感染症は比較的に新しいトピックだが、超国家権力や世界政府の方は昔から繰り返し論じられてきた古典的なテーマである。例えば、モーゲンソー (Hans J. Morgenthau) やブル (Hedley Bull) という2人の著名な研究者が、それぞれ主著の中で一定のページ数を世界政府の考察に割いている⁽¹⁰⁾。その意味で、本章は、国際関係論のフィールドで新しいトピック (感染症) と古いテーマ (世界政府) をセットで考える試みである。感染症は人の移動とともに国境を越える。世界政府の出現により国境は消滅する。この現実と仮想を組み合わせた時、何が見えてくるのか。

1 感染症の現状と研究動向

(1) 感染症と国際社会

20世紀は「戦争と革命の世紀」だったといわれるが、見方によっては「感染症の世紀」でもあった。例えば、新型インフルエンザのパンデミック (世界的大流行) だけでも3回起きている。1回目はスペイン・インフルエンザ (1918年)、2回目はアジア・インフルエンザ (1957年)、3回目は香港インフルエンザ (1968年) である⁽¹¹⁾。このうちスペイン・インフルエンザは第一次世界大戦の最中に発生しており、その死者数は4～5千万人ともいわれ、戦死者の数を上回った。エイズは1970年代から世界的に流行し、2000年には感染症として初めて国際連合の安全保障理事会 (安保理) の議題に取り上げられた。エボラ出血熱も同じく1970年代からアフリカで断続的に流行を繰り返してきた。

残念ながら、感染症の問題は21世紀にも持ち越されている。唯一、天然痘は人類が撲滅に成功したものの⁽¹²⁾、いまなお多くの感染症が世界中の人々の生命・健康を脅かしている。SARSや中東呼吸器症候群 (MERS) といった、過去にはなかった新しい感染症、いわゆる新

(9) 『日本経済新聞』2014年9月1日、p. 4.

(10) モーゲンソー 1986, ch. 29; ブル 2000, pp. 302-304, 314-317. 他にも、最近ではブース (Ken Booth) が2014年に刊行した入門テキストの中で、今後の国際関係の展望を描く際に世界政府の可能性を論じている。Booth 2014, p. 132.

(11) これらはスペインかぜ、アジアかぜ、香港かぜと呼ばれることも多い。しかし医学的には風邪とインフルエンザは別物なので、本来は間違いである。

(12) 撲滅に成功した感染症としては他に牛疫もあるが、ここでは人間が感染するものに話を限定する。

興感染症も次々と発生している。しかも、グローバリゼーションの進展とともに新興感染症の発生・拡散のリスクは高まっている⁽¹³⁾。エボラウイルスの発見者であり、国際的な感染症対策に多大な貢献をしたことでも有名なピオット（Peter Piot）も次のように述べる。「世界の医学界が、少なくとも先進諸国では感染症を制圧できたと考えていた時期もあった。二千年紀の終わり近くに新たな病原体〔エボラウイルスとヒト免疫不全ウイルス（HIV）〕が出現し、流行が拡大するなどということを当時、誰が予言できただろうか。エボラとHIV感染はおそらく、次の世代にも存在し続けるだろう。……新たなウイルスが出てくる可能性もなくなったわけではなく、さらに多くの病原体が出現し、世界に広く影響が及ぶような事態も考えておく方がいいだろう⁽¹⁴⁾」。

このように世紀をまたいで今なお人類を苦しめる感染症に対しては、グローバル・レベルで国際的な対策が積み重ねられ、制度も整えられてきた。その中心に居るのは、国際機構の世界保健機関（WHO）である。WHOは2005年に、国際的な公衆衛生の問題に取り組む際の行動規則を定めた「国際保健規則（International Health Regulations）」を改定した。この2005年版の国際保健規則（以下、IHR 2005、あるいはIHR。発効したのは2007年）が、今日の国際的な感染症対策の柱となっている⁽¹⁵⁾。IHR 2005の目的は、「疾病の国際的な蔓延に対して予防・保護・制御・保健的対応を行うこと⁽¹⁶⁾」であり、そのためにWHOの役割や加盟国の義務、WHOと加盟国の協力方法、各種対策の手続きなどが規定されている。本章で取り上げる2009年の新型インフルエンザと2014年のエボラ出血熱の両事例に関しては、それぞれ国際社会の対応を事後的に検証する委員会やパネルが立ち上げられた（新型インフルエンザの方はthe Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in Relation to Pandemic (H1N1) 2009（以下、新型インフルエンザ検証委員会）、エボラ出血熱の方はthe Ebola Interim Assessment Panel（以下、エボラ検証パネル）である）。両者がそれぞれまとめた報告書では、IHR 2005（にもとづく実際の対応）が有効だったかどうか为主要な論点になっている⁽¹⁷⁾。加えて、WHOはIHR 2005とは別に、新型インフルエンザについて専用のガイドラインも策定し、

(13) 押谷 2015, pp. 156–158.

(14) ピオット 2015, p. xviii. 1970年代に大学で医学を学んでいた彼は、当時の状況を次のように振り返っている。「ヘント大学で七年間医学を学んだ後で、感染症を専門に研究したいと希望すると、教授たちはこぞって、そんな愚かなことはやめろと言った。……／社会医学の教授はしっかり聞けと言わんばかりに私の肩をつかんだ。『感染症に未来はないぞ』と彼はにべもなく言った。議論の余地はないという口調だった。『もう片付いているのだから』」。同上, pp. 6–7. このような時代状況については、以下も参照。Garrett 2015, p. 82.

(15) IHR 2005の概要や背景については、以下を参照。Report 2011, pp. 30–36; 植木 2015, pp. 20–21; 押谷 2015, pp. 169–170, pp. 173–174.

(16) IHR 2005, article 2.

(17) Report 2011; Report 2015.

何度か改定を重ねている⁽¹⁸⁾。また、WHOと同じ国際機構でいえば、近年、安保理も一定の役割を果たすようになってきた。これは興味深い時代の趨勢であり、本章の後半で改めて取り上げたい。

WHOと安保理の他にも、グローバル・レベルで感染症対策に取り組むアクターは多い⁽¹⁹⁾。2014年にエボラ出血熱が流行した際に、国境なき医師団や国際赤十字などのNGOが感染国の危険な現場で活躍していたことは記憶に新しい。他にも、マイクロソフトの創業者ビル・ゲイツ（Bill Gates）が社会貢献活動のために創設したビル＆メリンダ・ゲイツ財団は感染症対策に力を入れていて、実に資金の60%を、感染症を含むグローバル・ヘルスに充てている⁽²⁰⁾。2000年の九州沖縄サミットがきっかけとなり2002年に設立された世界エイズ・結核・マラリア対策基金（略称はグローバルファンド）も、感染症対策のための資金を途上国に支援している。

このように国際的な感染症対策が発展してきた背景には、「人間の安全保障」という概念や国連のミレニアム開発目標（MDGs）、持続可能な開発目標（SDGs）に象徴されるような、ここ数十年の世界の趨勢がある。すなわち、今日の国際社会では、国家よりも個々の人間の生命・健康に重点を置く意識が強まってきている。そう考えると、感染症対策は、国際社会の変化や発展の最先端にあるものとして見ることもできよう。

しかしながら、現実の感染症対策が万全というわけではない。後に見るように、新型インフルエンザでもエボラ出血熱でも、対策の実効性には限界があり、多くの課題が明らかになった。押谷もこう述べる。

感染症の問題、特に国境を越えて広がるリスクのある新興感染症の問題は、さまざまなグローバルな課題の中でも、各国がそれぞれの利害を超えて共通の課題として取り組むことが比較的容易な課題であると考えられる。しかし……いまだにWHOを中心に各国が共通の課題として取り組むシステムが十分に機能しているとはいいがたい状況にある。むしろ、WHOを中心とした新興感染症に対するグローバル・ガバナンス自体が弱体化しているという見方もある。少なくとも、2014年のエボラウイルス病に対しては、これまで築き上げてきたシステムが十分に機能しなかったことは事実である⁽²¹⁾。

21世紀のいまなお国際的な感染症対策の課題を洗い出し、その解決を目指す努力はまだ必

(18) ガイドラインの策定・改定の過程については、以下を参照。Report 2011, pp. 38-43; 石川他 2011, pp. 120-121.

(19) ここではごく一部の例を挙げるにとどめるが、他にも感染症対策に取り組むアクターは数多く存在する。これについては、以下を参照。Harman 2012, chs. 2, 3; Youde 2012 chs. 2-6. ただし、両文献とも研究の射程は感染症だけにとどまらずグローバル・ヘルス全般におよんでいる。

(20) 『朝日新聞』2015年12月17日, p. 16.

(21) 押谷 2015, pp. 176-177.

要なのである。

(2) 先行研究

国際関係論では近年、感染症の研究が活発になっている。大まかに整理すれば、重要な潮流は3つある。一つは、安全保障化（securitization）に着目した研究である⁽²²⁾。安全保障化とは、国際関係論の中で比較的に新しいアプローチあるいは理論のコンストラクティビズムが打ち出した概念である。簡単にいえば、それは特定のアクターや事象が国家にとって安全保障上の脅威として認識されていくプロセスを指す。これを感染症に当てはめれば、もともとは公衆衛生や医療の次元で捉えられていた事象が、安全保障上の脅威へと「格上げ」されたという説明になる。実際、後に見るように、2014年のエボラ出血熱の事例では、安保理がその流行を「国際の平和と安全に対する脅威」として認定したのである。なお、このタイプの研究は感染症の安全保障化には批判的なものが多い。

次に、WHOに焦点を当てた研究がある⁽²³⁾。国際的な感染症対策において、国際機構であるWHOは司令塔として、あるいは調整役として重要な役割を果たしている。とはいえ、その働きが必ずしも高い評価を受けてきたわけではない。すなわち、WHOは期待されている結果を出せていないとか、必要以上の過剰な行動をしているといった批判がある。後者の「過剰な」行動の問題は、しばしば前述の安全保障化と関わってくる。すなわち、WHOが中心となって進める感染症の安全保障化というプロセスが、結果として行き過ぎた対策につながるのではないと言われるのである⁽²⁴⁾。

さらに、感染症を含む広い分野・イシューをカバーする、グローバル・ヘルス（国際保健、世界保健と訳される）の研究がある⁽²⁵⁾。これは、グローバル・ガバナンスの一角を占める領域として、個々の人間の生命・健康を国際社会の中で守る方法について、包括的、多面的に考えるものである。国際関係論の学術誌である *Review of International Studies* も、2014年にグローバル・ヘルスの特集を組んでいる。日本でも、グローバル・ヘルスの歴史を国際連盟の時代まで

(22) Caballero-Anthony 2006; Caballero-Anthony 2008; Curley and Herington 2011; Davies 2008; Elbe 2010; Enemark 2009; Hanrieder and Kreuder-Sonnen 2014; Howell 2014; Kamradt-Scott and McInnes 2012; Kelle 2007; Watterson and Kamradt-Scott 2016.

(23) Doyle 2006; Enemark 2009; Garrett 2015; Hanrieder and Kreuder-Sonnen 2014; Kamradt-Scott 2011; McInnes 2015. 一部、上記の安全保障化の研究と重複している。

(24) Enemark 2009.

(25) Benatar, Gill and Bakker 2009; Brown 2012; Brown 2014; Garrett 2007; Harman 2012; Lee and Kamradt-Scott 2014; McCracken and Phillips 2012; McInnes et al. 2012; Youde 2012. 類似の概念に「グローバル・ヘルス・ガバナンス」や「グローバル・ヘルス・セキュリティ」もあるが、ここではそれぞれの違いや共通点を詳しく検討することはしない。

さかのぼった安田や山越の研究がある⁽²⁶⁾。この種の研究でも、最近はコンストラクティビズムに依拠したものが増えている⁽²⁷⁾。

以上のように、国際関係論における感染症の研究では、安全保障化、WHO、グローバル・ヘルスが重要な論点となっている。感染症は国際関係論の中で研究対象として取り上げる価値があり、実際それなりに研究が進んでいることが理解されよう。しかしながら、感染症対策の一環としての人の移動の管理については、まだ十分に検討がなされていない。冒頭で述べたように、地球上の陸と海が複数の国家に分割された主権国家体制においては、国境を越える人の移動の管理が重要な政治的課題になる。そして感染症はまさにその管理に対する挑戦である。従って、人の移動の管理に焦点を絞って考察する本章は、新しい重要な知見をこの研究分野にもたらすことが期待される。

2 国境のジレンマ

本節では、感染症対策における人の移動の管理について問題の所在を明らかにする。それは「国境のジレンマ」と呼ぶべき問題である。この点を、2009年の新型インフルエンザと2014年のエボラ出血熱の2事例を手がかりに考えていく。

(1) 新型インフルエンザの概要

21世紀最初の新型インフルエンザのパンデミックは、メキシコから始まった。2009年4月下旬に同国とアメリカで豚由来のウイルスによる新型インフルエンザの発生が確認され、すぐにWHOがIHR 2005にもとづき初めて「国際的に懸念される公衆衛生の緊急事態（PHEIC）⁽²⁸⁾」を宣言した。IHR 2005が2005年に策定（改定）され2007年に発効した後、「2009年のパンデミックはIHRの最初の重要なテストになったのである⁽²⁹⁾」。さらにWHOは新型インフルエンザのガイドラインにもとづいて4月27日に流行状況がフェーズ4にあることを宣言し、早くもその2日後にはフェーズ5への引き上げを決めた。5月初めの時点で感染者は世界で500人を超え、死亡者も10人を超えた。後から振り返ると、この時に早期の検知は失敗しており、すでに感染者は数万人にのぼっていたとみられる⁽³⁰⁾。流行は世界中に広がり、最初にメキシコとアメリ

(26) 安田 2014; 山越 2013. ただし、どちらもカタカナの「グローバル・ヘルス」ではなく「国際保健（事業）」や「国際保健衛生活動」という言葉を使っている。

(27) McInnes 2015, p. 1302, note 12.

(28) これはIHR 2005の中で、疾病の国際的な蔓延を通じて諸国家に対する公衆衛生上のリスクをもたらし、国際社会による協調的な対応を必要とする例外的事態であると定義されている。IHR 2005, article. 1.

(29) Report 2011, p. 10.

(30) 押谷 2009, p. 141.

カで発生が確認されてから約1ヶ月後の6月上旬にはWHOがフェーズ6（パンデミック）を宣言するに至った。その時点で世界の感染者は3万人に迫り、死亡者は140人を超えていた。最終的にWHOがパンデミックの終息を宣言したのは約1年後の2010年8月で、死亡者は2万人近くにのぼった⁽³¹⁾。

この新型インフルエンザが発生した当初は、社会に甚大な被害が出るかもしれないという不安が世界中に広まったが、終わってみれば全体として被害は当初の予想より軽く済んだ。その理由はいくつか考えられるが、特に重要なのは2つある。一つは、事前の準備がそれなりに整っていたことである。押谷が指摘するように、「今回のパンデミックは人類が初めて、さまざまな対策を駆使して臨むことができるパンデミックであると言える。……A（H5N1）〔鳥インフルエンザ〕の世界的な流行をきっかけとして各国でこの数年パンデミック対策は格段の進歩を遂げてきた。……もし10年前に今回のパンデミックが起きていたら、対策のオプションは極めて限られていた⁽³²⁾」。もう一つの主な理由は、そもそも今回の豚由来のウイルスの病原性が弱かったことである。上記の引用文からも分かるように、次に発生する新型インフルエンザとして一般に予想されていたのは、鳥由来のものだった⁽³³⁾。実際、鳥インフルエンザはすでに20年ほど前からアジアを中心に鳥の間で流行しており、いつ人間界で流行してもおかしくない状況にある（すでに例外的、散発的にヒトへの感染も起きているが、ヒト→ヒト感染が持続的に起きるようになってはじめて「新型インフルエンザ」となる）。鳥インフルエンザは病原性が強く致死率も高いため、もし人間界で流行したら多くの犠牲者が出るだろうと見込まれていた。2009年の時点で存在していたWHOや各国の新型インフルエンザ対策（ガイドラインや行動計画の類）も、基本的には鳥由来の新型インフルエンザを念頭に作られていた。新型インフルエンザ検証委員会も認めるように、「パンデミック・インフルエンザA（H1N1）2009の発生への対応は、十年におよぶパンデミック対策の計画づくりに依るものだったが、それは主に鳥インフルエンザA（H5N1）パンデミックを念頭に置いたものだった⁽³⁴⁾」。日本政府の『新型インフルエンザ対策行動計画（2009年版）』を見ても、最悪の場合約64万人が死亡するという甚大な被害が予想されている⁽³⁵⁾。ところが、2009年に実際に発生した新型インフルエンザは豚由来のウイルスによるもので、致死率はかなり低かったため、被害がそれほど深刻にならずに済んだ

(31) ただし、これは検査によって確認された数字であり、実際の死亡者はさらに多かったともいわれる。例えば、アメリカの疾病対策センター（CDC）などの研究チームは約28万人という数字をはき出している。『日本経済新聞 電子版』2012年6月26日。http://www.nikkei.com/article/DGXNASDG26020_W2A620C1CR8000/（最終アクセス2016年5月1日）なお、感染者数は流行時期の途中から検査をやめた国が多いため明確な数字はない。

(32) 押谷 2009, p. 142.

(33) この点については、以下を参照。同上, pp. 139–140.

(34) Report 2011, p. 10, para. 12.

(35) 新型インフルエンザ会議 2009, p. 3.

のである。

(2) エボラ出血熱の概要

2014年3月下旬に西アフリカのギニアで発生が確認されたエボラ出血熱は⁽³⁶⁾、隣国のリベリアとシエラレオネにもすぐに広がり、その流行は2016年1月（WHOによる終息宣言）まで続いた。さらに、少数とはいえアフリカ以外の国々にも感染は飛び火し、世界的な流行すなわちパンデミックの可能性すらささやかれた。実際、2014年の発生当初からしばらくの間、国際社会は有効な手立てを打てず、事態の悪化に歯止めをかけられなかった。4月上旬の時点で死亡者は100人を、6月中旬には300人を超えた。その後も流行拡大のペースは衰えず、7月下旬には650人を超えて8月上旬には1000人に達した⁽³⁷⁾。9月にはアメリカ疾病対策センター（CDC）が、最悪の場合、犠牲者は140万人に達するだろうという予想もしていたほどである。同月に開かれた国連安保理に出席したWHOのチャン事務局長（Margaret Chan）は、この事態を次のように表現した。「これは単なる〔感染症の〕大流行ではない。これは単なる公衆衛生上の危機ではない。これは社会的危機、人道的危機、経済的危機、そして流行地域をはるかに越えて広がる国家安全保障に対する脅威である⁽³⁸⁾」。

エボラ出血熱自体は目新しい感染症ではなく、1976年に初めて発生が確認されてから20年以上流行を繰り返していた⁽³⁹⁾。しかし今回の流行は、一時的とはいえ過去に例がないほど深刻な事態に陥った。安保理が2014年9月にエボラ出血熱に関する決議2177を採択したが、感染症に関する決議が採択されたのは歴史上3回目であり、異例のことである（1回目は2000年、2回目は2011年で、どちらもエイズに関する決議である⁽⁴⁰⁾）。また、エボラ出血熱が初めて同時に複数の国に広がった点も重要である。過去の流行事例はいずれも「発生—流行—終息」のプロセスが一国の中で完結していた。つまり、新たに発生したエボラ出血熱が発生国から国境を越えて他の国に広がることは従来なかったのである。しかし2014年には、ギニアで発生したエボラ出血熱が国境を越えて複数の国で流行した。加えて、エボラ出血熱が西アフリカで発生したのも実は今回が初めてである。過去の事例はすべてアフリカ大陸の中央か東部で発生したものだ。さらにいえば、上述のように感染症に関して安保理決議が採択されたのは3回目だが、決議の中で感染症の流行それ自体が「国際の平和と安全に対する脅威」とであると明確

(36) ただし、後の調査で、実はすでに2013年12月には発生していたことが判明している。この点は以下が詳しい。Garrett 2015, pp. 88–90.

(37) 事態が深刻になっていく過程は、以下が詳しい。Ibid., pp. 88–100.

(38) ‘WHO Director-General Addresses UN Security Council on Ebola,’ World Health Organization, September 18, 2014. <http://www.who.int/dg/speeches/2014/security-council-ebola/en/>（最終アクセス2016年3月4日）

(39) 初めての発生や過去の事例については、以下を参照。Garrett 2015, pp. 80–82.

(40) UN Doc., S/RES/1308, July 17, 2000; S/RES/1983, June 7, 2011.

かつ正式に認定されたのは今回が初めてである⁽⁴¹⁾。このような異例づくしの状況が物語るように、2014年のエボラ出血熱の流行は国際社会がかつて直面したことのない深刻な事態だった。

実際、当時は国際社会の「敗北宣言」ともいえる発言すら聞かれた。例えば2014年9月上旬には、国境なき医師団のリュー会長（Joanne Liu）が「国際社会は、感染の封じ込めに向けた闘いに負けている⁽⁴²⁾」と語り、同じ頃に国連の潘事務総長も「感染拡大が早すぎて、対応が追いついていない⁽⁴³⁾」と危機感を露わにしている。さらに同月の中旬にはアメリカのオバマ大統領（Barack Obama）が、エボラを「制御できなくなりつつある⁽⁴⁴⁾」と言っていた。下旬には、またもリューが「今、エボラが勝利しつつある⁽⁴⁵⁾」とまで述べた。

幸いなことに、その後の様々な対策が功を奏し、2016年1月にWHOが流行の終息を宣言した。日本でも感染国から帰国した人の感染疑い例が何度かあったが、すべて陰性だった。しかしながら、一時的にせよ国際社会が「敗北宣言」を出すところまで追いつめられた事実は見過ごせない。最終的に、感染者は2万7千人以上、死亡者は1万1千人以上にのぼった。ギャレット（Laurie Garrett）によれば、「もし支援がもっと早くに届いていれば、今回の流行はもっと早くに封じ込められたし、死亡者も少なく抑えられたことは間違いない⁽⁴⁶⁾」。押谷も「国際社会が、どうしてこういうことが起きてしまったかを真摯に反省する必要がある⁽⁴⁷⁾」と述べる。従来、エボラ出血熱はいつてみればアフリカの一部地域の「風土病」であり、新型インフルエンザのように広範囲に広がるタイプの感染症ではなかった。ところがいまや、エボラ出血熱も国境を越えて国際社会全体に対する脅威になり得ることが明らかになった。21世紀にまた一つ新しいグローバルな感染症が生まれたのである。

(3) 国境のジレンマ

次に、上述の2事例を手がかりに国境を越える人の移動の管理（あるいは国境管理）について論点を整理し、問題の所在を明らかにしたい。結論からいってしまえば、そこには「国境のジレンマ」と呼ぶべき問題が存在する。感染症は人の移動とともに国境を越えるのだから、単純に考えれば国境を閉ざすこと（渡航制限、国境封鎖、検疫など）が有効な措置になるように思われる。ところが現実はその単純ではない。国境を閉ざす／開くのか、あるいはその度合いをめぐって国際社会の中で諸アクターの利害・意見が対立するため、グローバル・レベルでの

(41) この点については、以下を参照。植木 2015, pp. 22-23.

(42) 『毎日新聞』2014年9月4日, p. 6.

(43) 同上, 2014年9月6日, 夕刊, p. 1.

(44) 同上, 2014年9月17日, 夕刊, p. 5.

(45) 同上, 2014年9月27日, p. 2.

(46) Garrett 2015, p. 86.

(47) 第2回日経アジア感染症会議での発言。『日本経済新聞』2015年1月31日, p. 31.

統一的な管理を行うことは難しいのが現実なのである。そして、この問題の中心にあるのは、国家と国際機構の考え方の違いである。

まずは国家の方から見てみよう。一般論として、ある感染症が発生国を飛び出して国際的に広がるような事態になった時、他の国家は国境を閉ざす方に傾きがちである。少なくとも、現状維持という選択肢はあり得るにしても、通常より積極的に開くことはない。あるいは厳密に言えば現状維持も現実的ではない。なぜなら、渡航制限などによって移動の量（国境を越えて移動する人の数）を減らすことはしなくても、例えば飛行機の乗客に健康調査票を配って記入させたり、空港でサーモグラフィにより体温を測ったりといった形で、移動の「監視」を強化することはどこの国も多かれ少なかれ行うからである。つまり、感染症が流行すれば国家は人の移動の管理を（抑制・規制の方向で）強化する。それは、各国の政府や政治指導者が何よりもまず自国民の生命・健康を最優先に考えるからである。加えて、その背景には世論の圧力もある。例えば新型インフルエンザの事例では、日本の厳しい水際対策（後述）について、当時の厚生労働省の担当者は世論やマスコミの反応を非常に気にしていた⁽⁴⁸⁾。エボラ出血熱の事例でも、西アフリカで流行が続いている最中にアメリカで行われた世論調査では、流行国からアメリカに渡航する人に対する入国制限を67%の人が支持していた⁽⁴⁹⁾。またギャレットによると、アメリカ国内で感染者が見つかった時には世論がヒステリックに反応して、「多くの有名なアメリカ人が、エボラ出血熱の感染3ヶ国からの渡航を禁止するよう求めた⁽⁵⁰⁾」。感染症が国境を越える人の移動とともに外からやって来る以上、国家にしてみれば何らかの形でその管理を多かれ少なかれ強化することはある意味自然の流れだといえよう。

とはいえ、「何らかの形で」、「多かれ少なかれ」という言葉が示唆するように、具体的な管理（強化）の方法や程度は国ごとに違う。2009年の新型インフルエンザに対して各国が実施した様々な措置について、新型インフルエンザ検証委員会は次のように総括している。

各国は、国境での公衆衛生上の措置に関して様々なアプローチをとった。それはポスターやリーフレットによる情報提供や、渡航者に症状の報告を求める受動的スクリーニング、インフルエンザの潜伏事例を発見するための体温スクリーニングなど多岐にわたった。国によっては、国境でスクリーニングをしても感染力が極めて強い株のインフルエンザの感染を遅らせることは難しく、疾病の制御の他の分野でもっと有効に使える資源を多く浪費することになってしまったと判断したところもあった。他には、特に島国〔傍点筆者〕が、国境でのスクリーニングは他の啓発活動や渡航後の措置と組み合わせれば、ウイルスの蔓延を遅らせることができると考えた国もあった⁽⁵¹⁾。

(48) 小松 2013, p. 78.

(49) 『毎日新聞』2014年10月17日、夕刊, p. 1.

(50) Garrett 2015, p. 101.

(51) Report 2011, p. 106, para. 203.

文中の「島国」には当然日本も含まれる。実のところ、新型インフルエンザの発生当初から日本が始めたいわゆる水際対策は世界的に見ても非常に厳しいもので、他にあまり例がなかったといわれる⁽⁵²⁾。しかし他方で、日本に限らず先進国は一般的に感染症に対して自国の安全保障に関心が偏りがちだと指摘もある⁽⁵³⁾。確かに、新型インフルエンザの時には、発生直後の2009年4月下旬にフランスがEU域内の航空会社のメキシコ発着便を止めるようEUに要求し、EUもこれを受けて検討を始めた（ただし、実現はしていない）。エボラ出血熱の時には、例えばアメリカは渡航制限こそ行わなかったものの、2014年10月から、エボラ出血熱が流行していた西アフリカの3ヶ国からの渡航を5つの空港に限定するようになった。オーストラリアも同月にビザの発給停止という形で入国制限を始め、後にカナダもこれに続いた。さらにいえば、こうした内向きの姿勢は何も先進国に限った話ではない。新型インフルエンザの時には、キューバ、アルゼンチン、エクアドル、ペルーがメキシコ発着の航空便の運航を2009年4月下旬から一時的に停止した。エボラ出血熱の事例でも、ギニアの隣国のセネガルが2014年3月下旬にギニアとの国境を封鎖したし、アフリカ大陸の西部に位置するケニアと南部に位置する南アフリカも8月に流行3ヶ国から来る人の入国を禁止した。同月には、コートジボワールも航空機が3ヶ国から自国に来るのを禁止し、カメルーンも隣国のナイジェリアで感染者が発生したのを受け、同国との国境を封鎖している。要するに、国家というものは先進国、途上国を問わず、程度の差こそあれ自国民の生命・健康を最優先に考えて国境を閉ざす方向に傾くものとまとめられよう。

しかしながら、経済の観点からこの問題を見ると話は複雑になる。グローバリゼーションの時代において、どの国の経済も他国とのつながりなしでは立ち行かない。そして、民主主義にせよ非民主主義にせよ、国家や政府の正統性はかなりの部分で経済のパフォーマンスにかかっている。国内の景気が悪化すれば政権交代や社会の不安定化の可能性が高くなるし、果ては体制そのものが揺らぐ危険すらある。ホリフィールド（James F. Hollifield）は、「諸国家は経済成長のために労働力を必要とし、従って開放性が必要となるが、しかし諸国家は社会契約を守り、主権と市民権の諸制度を守るために一定の閉鎖を維持する必要がある」と述べ、そのように経済的要請と政治的要請の矛盾に国家が悩まされる状況を「自由主義の逆説（リベラル・パラドックス）」と名付けている⁽⁵⁴⁾。つまり、国家は一方で経済的な豊かさのために国境を開く必要があるが、他方で政治的な安定のためには国境を閉ざす必要があるというわけである。従って、感染症が国境を越えて広がる事態になっても、政府の中で経済への悪影響を特に懸念する立場から国境を閉ざすことに否定的な意見も当然出てくる。企業が国境を閉ざすことに反対する場合もあるだろう。とりわけ観光業や、輸出入が事業の中核をなすような企業にとって、そ

(52) この点については、以下を参照。小松 2013, pp. 76-77.

(53) Davies 2008.

(54) ホリフィールド 2016, pp. 154-155.

れは死活的問題となる。グローバリゼーションの時代において国境を越える人の移動は経済の動脈であり、それを止めた時の影響は決して小さくない。実際、新型インフルエンザの時に発生国のメキシコと国境を接するアメリカは国境の封鎖はしなかったが、その主な理由の一つは経済である。すなわち「米国にとってメキシコはカナダ、中国に次ぐ貿易相手国だ。貿易総額は年間3680億ドルで、延長約3200キロの国境を行き来するトラックは年間490万台、コンテナは260万台、人は1日平均60万人以上に上る⁽⁵⁵⁾」という事情があったのである。エボラ出血熱の時には、発生国のギニアと国境を接するマリもやはり経済的な関係の一つの理由として、国境を越える人の移動を制限しなかった⁽⁵⁶⁾。しかし他方で、同じ経済の観点から逆に国境を閉ざすことにもそれなりの妥当性がある。なぜなら、感染症が国内に蔓延し、人々が通常の生活を送れなくなったら、経済活動の停滞は避けられないからである。

このように、国家レベルで考えた場合、経済の観点からすると国境を開く論理も閉ざす論理も妥当性がある。本章でこの点をこれ以上詳しく論じる余裕はないが、簡単にいえば、経済の観点から見て、国境を越える人の移動の管理を強化することの妥当性、合理性はケースバイケースで決まる。すなわち、経済に限っていえば、国家の判断として国境を閉ざすか否かは、その国家の経済構造や感染症の流行状況などを考慮して決まってくるということである。つまり、各国の文脈の中で諸アクターの利害・意見の対立があり、そして妥協点もある。これを先の自国民の生命・健康や安全保障の話と結びつければ、次のようにいえる。自国民の生命・健康や安全保障の観点からは、国家は内向きになり国境を閉ざす方向に傾く。その際、具体的にどの程度閉ざすのかを決めるうえで考慮する要素の一つに経済がある。そして多くの場合、国家は移動の管理を強化することが経済に及ぼす悪影響を懸念しつつも、全く強化しないわけにはいかないし、日本のように顕著な強化路線に走るところも少なくない。そう考えれば、やはり現実として一般的に国家は内向きになるといえよう。結局のところ、それは国家レベルで諸アクターの利害・意見が対立しても、権力をもつ政府が最終的には一定の方針を決められるからである。

これに対して国際機構のWHOと安保理は、基本的に感染症対策といえども国境を閉ざすことには否定的で、少なくとも渡航制限や国境封鎖に対しては明確な反対姿勢を貫いている。WHOについていえば、注目したいのは、IHR 2005の目的は「疾病の国際的な蔓延に対して予防・保護・制御・保健的対応を行うこと」と規定されているが、そこに2つの条件がついていることである。まず、対応する公衆衛生上のリスクに対してバランスのとれた方法をとらなければならない（過剰な対応をしてはならない）、そして「国際的な〔ヒトとモノの〕往来と貿易を不必要に妨げる」ことも避けなければならないと明記されている⁽⁵⁷⁾。本章の議論にとって重要

(55)『毎日新聞』2009年5月3日, p. 1.

(56) これは、当時マリで活動していた国連児童基金（ユニセフ）の日本人職員が見たものである。同上, 2014年12月4日, p. 8.

(57) IHR 2005, article 2.

なのは2点目である。IHR 2005はすでにその目的を示す段階で、移動の制限に対する慎重な姿勢を明確にしているのである。この原則的立場は、WHOの現実の対応にも反映されている。新型インフルエンザの時には、2009年4月下旬の段階で、つまりWHOが「国際的に懸念される公衆衛生の緊急事態」を宣言し、さらにフェーズ4も宣言した頃には、チャン事務局長がもはや流行を封じ込めるのは無理であるから症状・被害の緩和に重点を置くべきだと明言していたし、WHOが出す勧告でも渡航制限や国境封鎖は推奨しないことが明記されていた⁽⁵⁸⁾。その後もフェーズを5、6へと引き上げる際にチャンは同じことを明言している。エボラ出血熱の事例でもWHOの姿勢は一貫していた。この時には世界各地で航空会社が感染国やアフリカの一部の国の発着便の運航を停止するケースが相次いだ（後述）。そうした事態を受けて、WHOは2014年8月中旬に「われわれや他の医療従事者が現地入りできなければ救命は難しい⁽⁵⁹⁾」と述べるなど、国境を越える移動の手段が失われたことに懸念を表明した。

安保理もWHOと同じように国境を閉ざすことには否定的である。エボラ出血熱の流行時に採択した決議2177では、渡航制限（と貿易制限）が感染国の孤立につながり悪影響をもたらしている状況に懸念を示したうえで、次のように述べている。

〔安保理は〕当該地域の諸国を含む加盟国に対して、エボラ出血熱の流行を受けて課し、感染国のさらなる孤立を助長し、それらの国々の流行に対する取り組みを妨害している広範な渡航・入国制限を解除するよう求める。また、航空・海運会社に対しても、感染国やその地域全体との貿易・輸送ルートを維持するよう求める⁽⁶⁰⁾。

このようにWHOと安保理という2つの主要な国際機構は、どちらも国境を閉ざすことに否定的である。それはつまり、グローバルな観点からは感染症対策において国境を閉ざすのは望ましくないということである。なぜそうなのかといえ、少なくとも3つの理由がある。第一に、国境を閉ざすことは感染症対策としてそれほど有効ではない。例えば、国境を閉ざす具体的な措置として比較的に穏健なタイプである検疫にしても、押谷が述べるように、日本にはSARSが入ってこなかったことや新型インフルエンザの被害が大きくなかったことから、ある種の「安全神話」が生まれているように思われるが、「航空網の発達した現代では、多くの感染症は、潜伏期間の間に日本に入国する可能性があり、空港でのサーモスキャナーによる発熱のスクリーニングなどだけでは、感染症の流入を完全に防げないことは明らかである。／現在の日本と世界の間の人や物の移動を考えると、エボラウイルス病のようなより致死性の高い感染症の国内への流入が起きることも十分に考えられる⁽⁶¹⁾」。これは日本の文脈で論じられたものだが、

(58) Report 2011, p. 105, para. 195.

(59) 『日本経済新聞』2014年8月15日、夕刊、p. 3.

(60) UN Doc. S/RES/2177, September 18, 2014, para. 4.

(61) 押谷 2015, p. 178. この点については、以下も参照。小松 2013, pp. 76-79.

一般的にもいえることだろう。また、検疫よりも厳しい措置として渡航制限や国境封鎖を行う場合でも、それをかいくぐろうと不法入国をしたり、迂回ルートをたどったりする人間が増えてしまい、結果として監視の目が届かない移動が増えかねない⁽⁶²⁾。

第二に、感染国以外の国々が国境を越える人の移動を制限すると、感染国が世界の中で孤立してしまい、医療従事者やNGOなど支援活動を行う人間が感染の現場に行けなくなり、結果として事態が悪化して感染拡大のリスクが高まる。エボラ出血熱の事例では、世界中でいくつもの航空会社が感染国発着便の運航を停止したが、これに対して国境なき医師団のメンバーは次のように批判している。「航空会社は多くの便を停止したが、そのせいで援助活動が遅くなったり妨げられたりといった意図せぬ結果が生じており、逆説的にもこの感染症の流行が西アフリカの諸国の間で広がり、次いで他の地域へも広がるリスクは高まっている。われわれはエボラ〔の流行〕を源で止めなければならず、そのためにはそこに行かなければならない⁽⁶³⁾」。WHOのチャン事務局長も、感染国が孤立しているせいで支援スタッフの派遣が難しくなっている現状を指摘し、「孤立化は事態の解決法ではない」と述べている⁽⁶⁴⁾。後にエボラ検証パネルも、各国の過剰な渡航制限のせいで「その結果、感染国は政治的・経済的・社会的に深刻な影響を被ったばかりか、必要な人員・物資も届かなくなった⁽⁶⁵⁾」と指摘している。この問題で分かりやすいのは、感染国への渡航を禁ずるケースである。しかし実はそれだけでなく、逆に感染国からの渡航を禁ずることも、支援の停滞につながる。なぜなら、感染国を支援するために現場に行こうと考える人がいても、後で帰国が難しいとなれば、そもそも行くことをためらうからである。

第三に、渡航制限はグローバル経済に大きな悪影響を及ぼす。先述のように、グローバルゼーションの時代において国境を閉ざすことは、経済を停滞させる危険性がある。だからこそIHR 2005の目的を規定した条項には、貿易を不必要に妨げることは回避すべきであると書かれていたのである。

このように、国境を閉ざすか開くかをめぐっては、国家（非感染国）と国際機構の間で考え方の違いがある。基本的に国家の側には閉ざそうとする傾向があり、これに対して国際機構であるWHOと安保理はむしろ開くことを求める。そこには、感染国のニーズやNGOのアクセ

(62) ヨーロッパの移民をめぐる状況について、ホリフィールドはこう述べる。「欧州諸国の大半が全ての形式の合法移民を減速させるなり、あるいは停止させるなりしようと試みると時を同じくして、非合法移民の数は……着実に増えていった。西ヨーロッパへの合法的な移民の道を閉ざすことが非合法移民のうねりをもたらしたのである」。ホリフィールド 2016, p. 157. この問題は感染症の文脈でもいえることだろう。

(63) “British Airways accused of hampering Ebola aid effort in west Africa,” *The Guardian* (Web), October 7, 2014. <https://www.theguardian.com/world/2014/oct/07/british-airways-hampering-ebola-aid-effort-west-africa-agencies>（最終アクセス 2016 年 4 月 20 日）

(64) 『毎日新聞』 2014 年 9 月 4 日, p. 6.

(65) Report 2015, p. 11, para. 16.

スの問題もからんでくる。そのようにして、国境を越える人の移動についてグローバル・レベルでの統一的な管理ができない状況が生まれている。これが「国境のジレンマ」である。もちろん、各国の内部でも諸アクターの間で（例えば、企業と政府の間で）利害・意見は対立するが、最終的には政府が一つの国境管理の政策を決定し、実施することができる。しかし、そうした個々の国家の政策を束ねて統一的なものにする仕組みが、今の世界には存在しない。グローバル・レベルには、国境を越える人の移動をめぐる諸アクター（感染国、非感染国、国際機構、NGOなど）の利害・意見の対立を克服する仕組みがないのである。

実のところ、安保理自身がこのジレンマを体現している。安保理は15の理事国（常任理事国×5、非常任理事国×10）からなる政府間機構であり、そこで採択される決議は多数決であるとはいえ基本的に理事国の合意に基づく。しかしながら、確かにエボラ出血熱について採択された決議2177は渡航制限に対する反対の意思を表明するものだったが、そもそも個々の国家は基本的に国境を閉ざす傾向が強かったはずである。実際、常任理事国のイギリスとフランスも自国の航空会社が感染国発着便の運航を停止したのを支持あるいは黙認した（後述）。まさにここに国境のジレンマの現れを見ることができる。個々の国家は国境を閉ざすのに対して、諸国家から構成される安保理は国境を開くよう求める。言い換えれば、国家はグローバルな観点からすれば国境を閉ざすことの弊害を分かっているにしても、やはり自国のことを考えれば国境を閉ざしたくなる。国境を越える人の移動の管理のあり方については、国家レベルとグローバル・レベルの間で折り合いがつかないとも言えよう。

なお、本章で「グローバル・レベルでの統一的な管理」といった場合、それは「科学的に妥当なレベルの管理」であることも含意する。当然、具体的に何が科学的に妥当なのかが問われるが、それは公衆衛生や医学の知識にもとづくものであり筆者の専門外の話になるため、ここでは深く立ち入らない。本章では差し当たり、WHOの想定する管理のあり方が妥当なものであり、それは国家が一般に望むものよりも国境を開くことを求めるという大まかなイメージを前提に議論を進めたい。国際関係論の観点からすれば何より重要なのは、「科学的に妥当なレベルの管理」の具体的な中身よりも、それをめぐって国際社会の中で利害・意見が対立して合意が成立しない現実それ自体である。

国境のジレンマは、グローバル・レベルの非合理性につながる。具体例としては、感染国が孤立して感染の被害が深刻になり流行の範囲も広がることや、グローバル経済が停滞することなどが挙げられよう。つまり、個々の国家の合理的な判断（少なくとも主観的には）が必ずしもグローバル・レベルでの合理性（流行の速やかな終息、被害の抑制・軽減）につながるとは限らない。むしろそこにはグローバルな流行の拡大や被害の深刻化を招くリスクが潜んでいる。その意味で、究極的には「パンデミックにおいては人類が勝利者になるか、敗者になるかであって、国家や民族の問題ではない⁽⁶⁶⁾」。もちろんそうはいっても、ある国家が国境を閉ざして、

(66) 石川他 2011, p. 116.

自分だけは何とか「逃げ切る」ことは可能だろう。しかしながら、それはたまたま幸運だっただけかもしれないし、そのやり方が将来にわたっていつでも通用するとは限らない。また、たとえ特定の国家が無事だったとしても他の国家が甚大な被害を受ければ、グローバルな観点からは全く肯定できないし、そこに倫理の問題があるともいえる。以上のことから、国境のジレンマがもたらすグローバル・レベルの非合理性は決して無視できない問題である。従って、ジレンマの解消について考える必要がある。

3 国際機構による人の移動の管理

前節で明らかになったように、感染症対策においては、国境を越える人の移動の管理について、「国境のジレンマ」と呼ぶべき問題が存在する。これを解消するには、世界中の国境を統一的に管理する組織なり仕組みなりをグローバル・レベルで作る必要がある。もしそれを現実の国際社会で目指すなら、国際機構のWHOか安保理が中心的な役割を担うことになるだろう。しかしながら、現状ではどちらにもその仕事は難しいように思える。以下、それぞれについて詳しく検討してみよう。

(1) WHOの限界

WHOは、保健分野が専門の国際機構として1948年に創設された。194の加盟国の代表からなる総会、34名の専門家からなる執理事会、世界の各地域を担当する6つの地域事務所、そして事務局長率いる事務局がある。このうち、技術的な実務や機構の行政運営の中核を担い、かつ対外的にWHOを代表するのは事務局（長）であり、本章でWHOといった場合これを指すものとする。それは科学的知見にもとづいてグローバル・ヘルスのために行動する専門家集団である。その活動フィールドは多岐にわたるが、感染症対策は最も重要なものの一つである。今日、同対策の制度面の柱は先述のIHR 2005である。従って、本章の文脈において問うべきは、WHOがIHR 2005にもとづいてグローバル・レベルでの統一的な国境管理を行うことは可能かどうか、ということになる。

残念ながら、答えは否である。理論上は、WHOが統一的な国境管理を加盟国に強制することは、現行制度の下でも可能だといえるかもしれない。なぜなら、エボラ検証パネルが主張するように、原則論としてIHR 2005を受け入れた加盟国は「保健上の危機が国境を越えて広がった時には国家主権が制限されることを認めたのである⁽⁶⁷⁾」。ところが、現実には「エボラ危機において、〔WHOの〕事務局長も加盟国もこの規則〔IHR 2005〕を守れないところがあっ

(67) Report 2015, p. 10, para. 10.

た⁽⁶⁸⁾」。そして加盟国については具体的に、各国が独自の判断で実施した渡航制限を厳しく批判している⁽⁶⁹⁾。IHR 2005の第43条では、渡航制限は国際社会に対する責任を考慮して慎重に考えなければならないと規定されているにもかかわらず、今回は40を超える国々が国際的なヒト・モノの往来を大きく妨げる過剰な制限、すなわちIHR 2005の違反にあたる制限を実施したという。同様の問題は、新型インフルエンザ検証委員会も指摘している。「IHRの最も重大な構造上の欠陥は、実施可能な制裁がないことである。例えば、もしある国がWHOの勧告を上回る渡航・貿易の制限を行った理由を説明しなくても、法的な措置は何もとられないのである⁽⁷⁰⁾」。マッキーンズも、IHR 2005の主な問題点の一つとして、加盟国がその規則を破っても——その一例として、やはり渡航制限を挙げている——何ら制裁を受けないことを指摘している⁽⁷¹⁾。エボラ検証パネルは過剰な渡航制限を批判した後、IHR 2005に照らし合わせて「〔加盟国の〕不適切かつ不当な行動に対する制裁のオプション」を今後検討するべきだと提言している⁽⁷²⁾。さらには、そうした国家の行動が感染症対策の妨げになるような場合に、その問題を安保理の議題にする手続きを整備するべきだともいう。「こうした課題に取り組まなければ、〔WHOの〕事務局は今後も相変わらず、IHR 2005における加盟国の義務を履行させる力をほとんどもてないままだろう⁽⁷³⁾」。このような現状を制度の運用・実践の問題と解釈するか、それとも制度自体に内在する問題と解釈するかは意見の分かれるところだが、WHOの感染症対策に制度上の限界があることは間違いない。WHOがIHR 2005にもとづいて超国家権力として振る舞うことはできないのが、現実なのである。

さらにいえば、カムラト＝スコットは、そもそもIHR 2005は国家の力を強めてWHOの力を弱めるものだったと指摘する。IHR 2005において、WHOによるPHEIC宣言と情報発信には大きな制約がかけられており、また国家の主権や国境を強化するような規定も盛り込まれていて、全体としてWHOの従属性が強調される結果になったという⁽⁷⁴⁾。つまり、IHR 2005という規範は、一方では国際的な感染症対策の柱をなすものであるが、他方ではWHOに対する国家の優位性を固めなおすものでもあった。

ここで指摘されたWHOの従属性ないし国家の優位性は、実のところIHR 2005という個別の争点にとどまらず、WHOの国際機構としてのあり方そのものに関わってくる問題である。新型インフルエンザ検証委員会によれば、WHOは「グローバル・ヘルスの唱道者（moral

(68) Ibid.

(69) Ibid., pp. 11–12, paras. 16–19.

(70) Report 2011, p. 13, para. 24.

(71) McInnes 2015, pp. 1314–1315.

(72) Report 2015, p. 12, para. 19.

(73) Ibid.

(74) Kamradt-Scott 2011, pp. 804–806.

voice)」と「加盟国の使用人 (servant)」の2つの顔をもつという⁽⁷⁵⁾。唱道者とは、グローバル・ヘルスの専門的な権威として加盟国を主導もしくは支援することを意味する。これに対して使用人とは、WHOの行動が加盟国によって一定の制約を受けることを意味する。「グローバル・ヘルスのためにWHOが科学的・技術的に望むことは、常に加盟国の様々な意見、ニーズ、選好によって左右される⁽⁷⁶⁾」。使用人であるなら、当然加盟国に何かを強制することは不可能である。唱道者だとしても、できることはあくまで「唱道」に過ぎない。あるいは原語の表現でいえば、「moral = 道徳的な」力しかもたない。つまり、その高い専門性や優れた見識によって加盟国に進むべき道を指し示すことはできても、嫌がる相手を強制的に引っ張っていくことはできない。

WHOの従属性は資金面でも如実に表れている。WHOの予算（2年単位で編成）のうち、使途が自由な加盟国の分担金は25%未満にとどまり、残りは自発的な出資によるもので、その大半は加盟国などの出資者が使途を限定している⁽⁷⁷⁾。さらに、加盟国の分担金の額は何年も据え置かれていて、各国が自国の保健予算を着実に増やしているなかWHOの購買力は大幅に下がっている⁽⁷⁸⁾。2014-15年の予算の中身を見ると、感染症対策に充てられる資金は減らされており、特に緊急事態への対応のための予算は半分にカットされた。その代わりに増額されたのは脳卒中、糖尿病、精神疾患などの対策予算だが、これらは先進国にとって重要な病気である。その背景には、WHOに資金を拠出する国がその使い道を限定することが多くなり、結果、WHOが先進国の意向に縛られやすくなった状況があるとも言われる⁽⁷⁹⁾。ギャレットによれば、2013年のWHO総会において、加盟各国は予算不足を補うための歳入の拡大を拒否したうえ、WHOの政策上の優先順位を変えて、感染症対策に充てられる資源を大幅に減らしたという⁽⁸⁰⁾。エボラ出血熱の事例に関しては、アフリカを担当していたWHOのアフリカ地域事務所は対応のまずさを批判されたが、今回のような緊急事態の対応にあたるスタッフは2011～13年に予算が削減されたことで大幅に減っていて、2014年当時は10人にも満たなかったのである⁽⁸¹⁾。

以上見てきたように、なぜWHOによるグローバル・レベルでの統一的な国境管理が難しいのかといえ、それはIHR 2005に限界があるからであり、より根本的にはWHOが加盟国に従

(75) Report 2011, p. 11, para. 13.

(76) Ibid.

(77) Report 2015, p. 16, para. 35. ハーマン (Sophie Harman) も、WHOの活動は予算のうちの「流動的な75% (flexible 75 percent)」に左右されやすいと指摘している。Harman 2012, p. 39. この点については、以下も参照。Youde 2012, pp. 34-36.

(78) Report 2015, p. 16, para. 36.

(79) 『日本経済新聞』2014年9月2日, p. 14.

(80) Garrett 2015, pp. 93-94.

(81) Report 2015, p. 18, para. 45.

属しているからである。この問題は、広い視野から見れば、WHOに限らず国際機構全般に通ずるものだといえよう。主権国家体制（の原型）が誕生した時期を教科書的に1648年のウェストファリア条約だとするならば、国際機構が現れたのはそのずっと後である。一般的に、初めての国際機構が設立されたのは19世紀だとされる⁽⁸²⁾。すなわち、国際機構は何もないところから自然発生したわけではなく、まずは主権国家体制が誕生し、主権国家が何らかの理由でそれを必要と感じて初めて設立されたのである⁽⁸³⁾。当然、国家にとっての国際機構の必要度合いは様々であるし、時とともに変わり得る。2016年にイギリスが国民投票によってEUからの離脱を決めたのは、イギリスという国家にとってEUという国際機構がなくなった（と過半数の国民が判断した）からである。主権国家と国際機構の関係は国際関係論の重要な研究テーマであり、WHOの問題もそうした大きな枠組みの中で考えることができる。感染症対策においてWHOが抱える上述の制度上の限界は、主権国家体制における国際機構の存在意義や存立基盤に関わる大きな問題の一部なのである。これ以上この点を掘り下げることはしないが、本稿の文脈で重要なポイントは、感染症対策におけるWHOの制度上の限界が、根本的には主権国家体制そのものに由来することである。

（2）安保理の限界

国連安保理は感染症やグローバル・ヘルスを専門とする機関ではない。それは国際連合という普遍的な国際機構の一部をなす機関であり（本章では「機関」と「機構」の言葉の違いにこだわらず、以下では安保理についても「機構」を用いる）、本来の責任の範囲は国際安全保障、平たくいえば国家間の戦争と平和の問題である。国連憲章には、安保理が「国際の平和と安全の維持に関する主要な責任（第24条）」を負うと記されている。そもそも国際社会が国連を1945年に創設した最大の狙いは、集団安全保障体制を確立して第一次、第二次世界大戦のような戦争を繰り返さないことだった。この体制は、簡単にいえば、国際社会のルールとして武力行使を禁じ、それでもどこかの国家が別の国家に侵略した場合には、他の国々が一丸となって侵略国を排除することを定めたものである。国連はこの体制を具現する機構として作られ、安保理はその中核を担っている。安保理の具体的な役割は、現実には侵略が行われている事実を認定し、国際社会による武力行使を決定することである。

(82) この点については、以下を参照。Armstrong, Lloyd and Redmond 2004, pp. 1-6; 最上 2006, pp. 17-40。ただし、両文献で書かれているように、19世紀よりもはるか昔から国際機構（の萌芽）と呼び得るものが存在していたことも事実である。

(83) ただし、国際機構の思想的背景にまで視野を広げるなら、次のことがいえる。「国際機構の必要性が痛感されたのがもっぱら近代的国民国家の成立以後であるということでもない。近代的な国際機構現象が本格的に開始される以前から、いわば国際機構形成の思想ともいえるべき、種々の『平和案』が数世紀にわたって唱えられていた。……国際機構の起源はこれらの思想のうちにあったと言っても過言ではない」。同上, p. 21.

ところが、時代が進むにつれて安保理の責任や役割は拡大してきた。議題として取り上げるテーマの幅を国家間の戦争と平和の問題だけに限らず、一国の内戦や平和構築から非国家主体によるテロ、果ては環境問題に至るまで広げてきたのである。そして感染症も安保理によって取り上げられるようになった。いまや感染症も、侵略や戦争に匹敵する重大な問題になり得るという認識が国際的に共有されているわけである。

こうした時代の趨勢の背景には、感染症が世界中の人々の生命・健康を脅かしている現実があるのは確かだが、それだけではなく、ある面では感染症対策に関わるアクターが意図的、戦略的に安保理を「利用」してきた部分も見逃せない。前出のピオットは、国連合同エイズ計画（UNAIDS）の初代事務局長としてエイズ対策に奮闘していた時に、ある会合の中で次のように悟った。

UNAIDSは疫学の面でも、また問題解決の方法を作り出す意味でも、まともな仕事をしてきた。しかし、大きな決定が下される政治権力の世界には手が届いていないことが議論の末に明らかになった。国際政治で重要なことは二つだけだと私は学び始めていた。経済と安全保障だ。……財務大臣に影響を与える必要があった。……安全保障の機構を私たちの側につけることも必要だった。出席者のほとんどが国連というものに懐疑的だったが、全員が真剣にとらえていた機関が一つだけあった。安全保障理事会だ。それが鍵だった⁽⁸⁴⁾。

次の引用もピオットの回想である。2000年1月に安保理がエイズを議題として取り上げると、その効果は明白だったと振り返っている。

安保理の影響は大きかった。エイズが各国の保健基盤を破壊し、活動的で生産的な人びとのいのちを奪っていること、国家の政治的安定を崩壊させる社会経済的危機をもたらしていることが明らかにされた。それ以上に、この事態を認識すること自体が、私たちにとっては解決の糸口となった。その後何年も、何人もの大統領や首相が「安保理で議論されたのなら、それは間違いなく深刻な問題だ」と私に言った。正直おかしいとは思うが、そうした反応を本当によく耳にした⁽⁸⁵⁾。

エボラ出血熱の場合も事情は同じで、先述の決議2177が採択されると、「決議の直接の結果として加盟各国から資金、または人的、物的、技術的支援が増大した⁽⁸⁶⁾」。エボラ検証パネルも安保理の役割に注目しており、すでに見たとおり、感染症対策をめぐる生じる問題を安保

(84) ピオット 2015, p. 290.

(85) 同上, pp. 322–323.

(86) 滝澤 2014.

理の議題にする手順を確立すべきだとの提言をしている。

しかしながら、確かに安保理は国際的な感染症対策に一定の貢献をしたものの、国境を越える人の移動の管理に関しては目立った成果をあげてない。安保理は決議2177において、エボラ出血熱の流行を「国際の平和と安全に対する脅威」と認定し、一部の国々が当時行っていた過剰な渡航制限を止めるよう求めていた。しかし、後にエボラ検証パネルが指摘したように、そうした制限は続いていたようである。例えば、オーストラリアとカナダは決議採択の翌月にビザの発給制限を実施していた。もちろん、安保理の決議を受けて方針を改めた国家もあっただろうが、全体の趨勢は変わらなかったように思われる。その意味で、安保理の決議には実効性に限界があった。加えて、そもそもこの警告なり要求が各国の行動に対して後追いの形で出てきた点、受け身の形であった点にも注意が必要である。すなわち、安保理が自ら率先して世界を主導し、科学的に妥当なレベルの管理を一律に課したり、その基準を提示したわけではなかったのである。

理論上は、安保理が脅威認定にもとづき国境管理について一定の具体的な措置を加盟国に強制することは可能である。その意味では、現時点ではまだ無理にしても、将来的にはそれができるようになるといえるかもしれない。しかしながら、現実的に見てその可能性は低いように思われる。なぜなら、安保理の話ではおなじみの拒否権の問題が大きな壁として立ちはだかるからである。安保理を構成する15の理事国のうち常任理事国（米英仏中ロ）の5ヶ国は、安保理全体で行う多数決の結果にかかわらず決議の採択を拒否できる権利が認められている。つまり一つの常任理事国が反対すれば多数決の結果を無効にすることができる。従って、安保理が一致して行動するためには大国間のコンセンサスが必要となる。カギは大国政治、というわけである。安保理は確かに国際機構（あるいは国際機構の中の一機関）だが、それはWHO（の事務局）とは違い政府間機構であり、国家と国家の政治的利害が衝突する場である。安保理を単一の機構、単一のアクターとしてみれば、確かにすべての国連加盟国に強制力をおよぼせる超国家権力としての側面をもっている。しかし同時に、その内部や政策決定過程をみれば、まさに国家と国家が意見をぶつけ合い、駆け引きを繰り返す政治闘争の舞台なのである。従って、超国家権力としての力を発揮するには、その都度、大国間で意見をすり合わせてコンセンサスを成立させなければならない。安保理の超国家性は大国政治に依存するのである。

そうなると、問題は人の移動の管理についてそのコンセンサスが見込めるのかどうかということになるが、現状では難しいと言わざるを得ない。なぜなら、すでに述べたとおり、感染症対策においてグローバルな観点から求められる科学的に妥当なレベルの管理というのは、基本的に国家が望むよりも緩やかなものになる。すなわち、国家はある意味本能的に国境を閉じたいくなるのに対し、それを閉じさせないようにするのがグローバル・レベルでの管理の要諦になる。従って、統一的な国境管理、つまりグローバルなルールとして国境を開くこと、もしくは閉ざしすぎないことについて、大国間で一致して具体的な措置を考えることは現実的にハードルが高い。まとめるならば、安保理は拒否権を有する大国間の利害が衝突する政治的な場であ

ること、そして国家には国境を閉ざす傾向があること、これら2つの点があいまって制約要因となり、グローバル・レベルでの統一的な国境管理について決議を採択するのは難しいと考えられるのである。

やはりここでも根本的な問題は、WHOの場合と同じように国家と国際機構の関係にある。ただし、詳しく見れば違う部分もある。WHOの場合は、国家と国際機構がお互いに独立した別個の主体としてあり、後者が前者に従属しているという構図であった。これに対して安保理の場合、国際機構を構成する諸国家（特に常任理事国あるいは大国）の間で対立が生じる。要するに、対立の構図が「国家 vs. 国際機構」か「国家 vs. 国家」かの違いである。しかしここで強調したいのはそうした違いよりも、両者に共通する問題である。どちらの国際機構も国家の意思に左右・制約されるため、人の移動についてグローバル・レベルでの統一的な管理を決定・実施ができないのである。

(3) 主権国家と人の移動の管理

以上見てきたように、WHOや安保理といった既存の国際機構による統一的な国境管理の実現は、難しいのが現状である。どちらもそれぞれ制度上の限界を抱えており、その根底に共通してあるのは、主権国家と国際機構の関係についてまわる普遍的な問題である。もちろん、単純に国際機構が常に国家の言いなりになるわけでもない。WHOも安保理もやりようによっては現状を打破できる可能性はある。すでに述べたとおり、少なくとも理論上はその余地が残されている。

しかしながら、もしWHOや安保理（の一部の国家）が統一的な国境管理の実現に向けて具体的なアクションを起こそうとしても、やはり国家の抵抗により妨げられるのではないかな。なぜなら、国境を越える人の移動の管理は国家の主権の根幹に関わるからである。国家が国家たるゆえんは、人の移動を管理する権限を独占しているからだといっても過言ではない。ウェーバー（Max Weber）が「正統な暴力の独占」を国家のメルクマールとしたのは有名だが、それにならってトーピー（John C. Torpey）は「正統な移動手段の独占」も同様であると論じる⁽⁸⁷⁾。彼は、パスポートをはじめとする身分証明の書類に焦点を当てた著書において、次のように述べている。「私が主張したいのは、過去数世紀間に、国家が、競合する権利の主張者である教会や私的な経済単位から、『正統な移動手段の独占』を獲得するのに成功したということである。すなわち、国家としての発展は、国民と不法な侵入者になりうる者を効果的に峻別し、それぞれの移動を規制するのに依存してきたということだ⁽⁸⁸⁾」。近代以降に誕生・発展した主権国家の中核的な要素、例えば治安、税、軍隊などは、いずれも前提条件として、国内にどのような

(87) トーピー 2008.

(88) 同上, p. 2.

人間がいて、どこにいるのかを把握する必要がある。その意味で、確かに国家の存立基盤に人の移動の管理があるといえよう。実際、歴史的にみれば、「近代国家と、近代国家をその構成要素とする国際的な国家システムは、個人や私的な団体から合法的な『移動手段』を収奪してきた⁽⁸⁹⁾」のである。

これに関してEUのケースは示唆に富む。本章の前半で少し言及したように、域内での人の移動の自由を認めるEUは、国境管理に関して世界の中で重要な例外である。ところが、岡部によれば、実はそのEU加盟国ですら当初より「出入国管理をぎりぎりまで排他的主権の範疇にとどめておきたいと考えていた」のであり、その傾向は今日まで続いているという⁽⁹⁰⁾。岡部はまた、「冷戦後の世界のグローバル化や欧州統合の進展という動きにもかかわらず、加盟国が出入国管理をこのように国家主権の死活的な要素として捉えていることは、驚くべき事実である⁽⁹¹⁾」と述べるが、まさにその事実こそ、人の移動の管理が国家の主権の根幹に関わることの証左である。

このように、国境を越える人の移動の管理は、国家の主権もしくは主権国家体制の根幹に関わる重要な政治的課題である。それゆえ、管理の権限の保持は国家にとって譲れない一線となり、国際協調が極めて難しくなる。もしWHOと安保理がこれから権限の強化を通じて超国家性を追求しても、この壁に突き当たるだろう。

4 世界政府による人の移動の管理

前節で明らかになったように、人の移動のグローバル・レベルでの統一的な管理は、WHOにも安保理にも今のところ期待できない。両方ともそれぞれに制度上の限界を抱えており、根本には国家と国際機構の関係の問題がある。加えて、そもそも人の移動の管理は国家の主権の根幹に関わるため、統一的な管理は本質的に難しい。

では、どこに突破口を見いだせるのか。ここで、本書が全体として超国家権力をテーマとしている点を踏まえ、敢えて現実的な考察は抜きにして一気に仮想の世界へと思考を飛躍させたい。もし世界政府ができたなら、人の移動のグローバル・レベルでの統一的な管理が可能となるのではないか——。以下の考察は、実証的な分析にもとづいて現実的な処方箋を示すものではなく、あくまで仮想の世界を前提とした思考実験である。ただし、この思考実験は現実的ではないにしても、論理的ではある。なぜなら、すでに述べたとおり、WHOと安保理の国際機構としての限界は根本的には主権国家体制そのものに由来するのだから、同体制を解消して世界政府を設立することは、理論上は一つの処方箋になり得るからである。

(89) 同上, pp. 7-8.

(90) 岡部 2016, p. 17; p. 25, note 3.

(91) 同上, p. 22.

(1) 世界政府の出現と国境の消滅

もし世界政府が出現したら、国境は消滅する。なぜならその時、地球上のすべての人間と領域は単一の国家、すなわち世界国家にまとめられ、国家と国家を分ける境界線が存在する余地はなくなるからである。当然、国境のジレンマも消えてなくなる。国境が存在しない以上、それをめぐるジレンマも存在しない。国境のジレンマを解消するには、グローバル・レベルでの統一的な国境管理が必要となるが、世界政府ができてしまえばそもそも解決すべき問題はなくなってしまう。

しかし、だからといって一件落着とはいかない。注意すべきは、世界に一つだけの国家しか存在しない状態になっても、あらゆる類の境界線が消滅するわけではないことである。国境という特定の境界線がなくなっても、世界国家を複数の行政区画に分割する境界線は引かれるはずである。その一部は、過去に存在していた国境をそのまま引き継ぐものかもしれないし、部分的に修正したものかもしれない。現在の各国内部にある境界線、例えば日本なら県と県、アメリカなら州と州を分ける地方レベルの境界線も多くが残されるだろう。

そうなった時、「元」国境を含む諸々の境界線を越える人の移動の管理のあり方はどうなるのか。その答えは、仮想の世界国家、世界政府をどのようなものとしてイメージするかによる。それは論者の視点や問題意識によって様々な形をとり得るが、ここでは差し当たり現実の国家、特に先進国がそのまま地球大の規模に拡大したものを世界国家としてイメージする。そのうえでまず大前提として踏まえておくべきなのは、大規模な感染症の流行が起きる前の段階、つまり「平時」においては境界線を越える人の移動は特段の管理の対象にならないことである。今日、人が国内で——例えば日本なら山梨県から長野県へ、アメリカならニュージャージー州からニューヨーク州へ——自由に移動できるように、世界政府も平時には人の移動を管理しない。

そう考えると興味深いことに、世界国家では主権国家体制の時よりも、感染症の流行が始まった時、すなわち「有事」にいざ人の移動を厳しく管理しようと思っても難しくなる可能性がある。なぜなら、主権国家体制では国境を越える人の移動について平時からそれなりに厳しい管理が行われているので、有事にはそれを強化すれば事足りるのに対して、世界国家の場合は平時の管理が皆無か手薄なため、その分有事の対応に切り替えるには政治的なハードルが高くなるからである。つまり、平時と有事の間で移動の管理の落差が大きいせいで、対応の切り替えに必要なエネルギーや時間が多くなる。さらにいうと、現実の先進国を前提に考えるなら世界国家は自由民主主義国なので、国内の人の移動を厳しく管理することには人権の観点から慎重にならざるを得ないし、国民の側からも反発が出てくるだろう⁽⁹²⁾。

(92) 日本では2012年に制定された新型インフルエンザ等対策特別措置法に対して、日本弁護士連合会が法案の段階から反対意見を表明していた。反対する理由の一つは、同法により一定の条件の下で認められる外出の自粛要請や集会の制限が、過剰な人権制限になりかねないからである。日本弁護士連合会のホームページを参照。

<http://www.nichibenren.or.jp/activity/document/statement/year/2012/120322.html>（最終アクセス2016年6月12日）。

とはいえ、これも一つの仮定にもとづく推論に過ぎない。繰り返しになるが、結局のところこうした考察の方向性や妥当性は、論者が世界政府をどのようなものとしてイメージするかによる。当然、世界政府も平時から移動の管理をそれなりに厳しく行い、有事モードへの切り替えがスムーズにできるように態勢を整えておくものだと仮定することもできる。従って、ここで本質的な問題として検討すべきなのは、平時／有時の切り換えの問題というよりも、そもそも世界政府は科学的に妥当なレベルの管理を実効的に行えるのかどうかということである。要するに、問われるのは世界国家の統治能力である。

統治能力が本質的な問題であるなら、感染症対策における人の移動の管理について考えるうえで、国境や境界線の存在を相対化する必要がある。国境があろうとなかろうと、境界線があろうとなかろうと、グローバル・レベルにおける人の移動の管理の問題は存在する。本章の冒頭で述べたように、感染症が流行するのはウイルス自身があちこちに広がるからというより、ウイルスを保有する人間が移動するからである。そのため、人の移動を管理することが感染症対策のカギになる。この基本に立ち返れば、実は国境をはじめとする境界線の存在自体は本質的な問題ではない。

ここで改めて国境のジレンマが意味することを思い出したい。それは、諸アクターの利害・意見が対立するなかで、国家レベルでは一応の合理的判断により統一的な国境管理が決定・実施されるものの、グローバル・レベルでは統一的な管理ができないことであった。この場合、国家レベルでは、諸アクターの利害・意見の対立が政府の権力によりある程度は解消されている。そのうえで次にグローバル・レベルでの利害・意見の対立が、大きな問題として立ちあがってくる。つまり、主権国家体制では、人の移動をめぐる利害・意見の対立が、国境という特定の境界線上に集約されて顕在化する。そして、世界政府が出現して主権国家体制が消滅し、国境が消滅しても、人の移動をめぐる利害・意見の対立はなくなる。その集約と顕在化の場が他のところへ、例えば国境以外の様々な境界線へ移るだけの話である。あるいは、物理的な境界線とは関係なく、異なる民族の間で、異なる共同体の間で利害・意見が対立する事態になるかもしれない。このように考えれば、国境のジレンマという問題の本質は国境の存在にあるのではない。世界国家における人の移動の管理の問題も、本質は諸々の境界線の存在にあるのではない。境界線の有無や種類は重要ではない。重要なのは、人の移動をめぐる諸アクターの利害・意見が対立するという事実であり、それがたまたま国境などの境界線において集約されて顕在化するに過ぎない。世界政府の出現により、国境のジレンマと呼ぶべき問題はなくなるように見えるが、本質的には同じ問題が形を変えて残る。主権国家体制にとってそれは国境のジレンマという形をとるが、世界政府にとっては統治能力の問題になる。

以上の点を踏まえたうえで、最後に世界政府による人の移動の管理の可能性と限界について考えてみよう。その前に一つ確認しておきたいのは、必ずしも「世界政府の出現＝完全な統治能力＝あらゆる政治的課題の解決」とはならないことである。いま現実に存在する主権国家の政府がどこも統治に関して何らかの課題を抱えているように、世界政府も課題を抱える可能性

はある。人の移動についても完璧な管理が保証されるわけではない。その可能性を考慮して、また思考実験とはいえその枠内で可能なかぎり現実的な議論をするためにも、ここでは世界政府も現実の各国政府(とりわけ先進国)と同じレベルの統治能力しかもたないものと想定する。ただ、そうはいっても「同じレベル」がどの程度のものなのかを厳密に定義することは難しい。そこで便宜上、現実の事例において各国政府が直面した問題を取り上げ、それと同じ問題に世界政府も直面するものとする。従って、ここから話は再び現実の主権国家体制に戻る。第2、3節において国境のジレンマに注目して同体制について論じた時とは違い、今度は個別国家の統治能力に焦点を当てる。すなわち、以下の議論の焦点は国家と国家の関係でもなく、国家と国際機構の関係でもなく、各国が自国内あるいは管轄権の及ぶ範囲で人の移動を実効的に管理できているのかということである。統一的な管理を決定・実施できる政府や仕組みがあったとしても、そこに実効性が伴うかどうかは別問題である。

(2) 管理の実効性

現在の世界人口は約73億人であり、2050年には90億人を超えるともいわれる。世界政府はこの膨大な数の人の移動を管理することになる。しかも感染症が流行している時には、限られた時間と情報しかない状況下で決断を迫られる。果たして、それをどこまで世界政府に期待できるのか。

現実の主権国家の実績をいくつか見てみよう。まずは、新型インフルエンザの時の日本の対策である。日本是世界の中でもかなり厳格な移動の管理を行った国である。いわゆる水際対策であり、その代表例は新型インフルエンザの発生が確認された後すぐに始めた機内検疫である。これは、もののしい防護服を着た検疫官が飛行機に乗り込んで検疫を行ったもので、その過剰さがしばしば批判されてきた。この対策の是非、過剰さの評価はともかくとして、確実に言えるのは、現場で検疫を行う人間の負担が大きすぎて対応が追い付かなかったことである。言ってみれば、日本という国家のキャパシティを超えた対策だったのである。空港で通常時に検疫を行っている職員だけでは到底足りず、全国の病院や保健所、自衛隊から支援の人員が派遣された。例えば、成田空港の検疫所は、2009年4月下旬の時点で機内検疫の対象がメキシコ、アメリカ、カナダからの便で合計すると週250便以上もあり、これに対応するには検疫所の職員だけでは足りず、東京と横浜の検疫所、国立国際医療センター、陸上自衛隊、防衛医科大から人員の支援を受けた⁽⁹³⁾。5月に入ると、「国立医療機関や防衛省の応援も受け、成田空港は2日現在で検疫官を通常の87人から2倍以上の199人に増強、関西空港は46人を71人に、中部空港も20人を38人に増やしたが、それでも人手が足りない⁽⁹⁴⁾」という状況だった。同月2日には、

(93)『毎日新聞』2009年4月29日, p. 29.

(94) 同上, 2009年5月3日, p. 24.

タイ発の航空便の乗員・乗客160人が検疫を受けずに入国する事態も発生した。これは「検疫官が別の便の対応に追われ、検疫ブースから離れていたため⁽⁹⁵⁾」であり、管理の限界が露呈した局面だった。発生国からの便を対象にした機内検疫に限ってみても、5月上旬の段階で「限界に近い」との声が現場からあがっていた⁽⁹⁶⁾。

エボラ出血熱の事例では、アメリカの中央政府（連邦政府）と地方政府（州政府）の間の軋轢という形で、管理の限界が垣間見えた。同国では、2014年10月の時点でアフリカの感染国から渡航してきた人の感染が4件確認されていた。それでも連邦政府は、空港での検疫は強化したものの、感染国からの渡航を禁ずる措置はとらなかった。しかしながら、そうした国レベルの国境管理のあり方に対して、市民の間では不安と不満が強まっていた。すると一部の州が独自の判断で、州内の空港において感染国からの渡航者に対して独自の措置を講ずるようになった。まずはニューヨーク州とニュージャージー州が10月下旬から、感染国で患者と接した人は症状の有無にかかわらず全員を強制的に3週間隔離する措置を始めた。どちらも後に連邦政府からの要請を受けてこれをとりやめたが、イリノイ州やカリフォルニア州など複数の州が同じようなことを始めた。なぜ州政府がこうした動きに出たのかといえ、恐らく、中央の連邦政府より一般市民に近いところにいるために市民の不安や不満に対して敏感に反応せざるを得ないからであろう。あるいは各州で背景や理由は異なるかもしれない。いずれにせよ注目すべき点は、アメリカという国家の中で地方政府が一時的にせよ中央政府の方針に従わず、独自の国境管理を行った事実である。これもまた、国家による統一的な国境管理の実効性の限界を示唆する。

さらに、エボラ出血熱の事例では航空会社の動きも興味深い。当時、エボラ出血熱を恐れて運航を一部停止する航空会社が世界各地で相次いだのである。2014年7月下旬にナイジェリアのアリク航空が、同国に入国したリベリア人が死亡したのを受けて、リベリアとシエラレオネの発着便の運航を停止した。アフリカ以外の国の航空会社でも、8月にエミレーツ航空（アラブ首長国連邦）、ブリティッシュ・エアウェイズ（イギリス）、エール・フランス（フランス）が感染国発着便の運航を停止している。この時にブリティッシュ・エアウェイズは、「乗客と乗員・地上職員の安全が常に最優先である」と公に述べている⁽⁹⁷⁾。同時期に大韓航空（韓国）も、

(95) 同上。

(96) 同上、2009年5月9日、p. 25. やや細かい話になるが、ここには言葉の問題もある。海外から来る便には当然多くの外国人が乗っている。そこで機内検疫を行うとなれば、言葉の壁によりコミュニケーションが難しくなるため、現場の負担はさらに増えることになる。成田空港検疫所の所長は2009年5月の記者会見において、「アジア方面への乗り継ぎ客が多く、予想以上に言葉の通じない乗客が乗っていた」と語っている。同上、2009年5月12日、p. 26.

(97) “British Airways Suspends Flights to Ebola-Hit Areas,” *NBC News* (Web), August 5, 2014. <http://www.nbcnews.com/storyline/ebola-virus-outbreak/british-airways-suspends-flights-ebola-hit-areas-n173106>（最終アクセス2016年4月20日）

ケニアの首都ナイロビとソウルを結ぶ便の運航を中止した。当時、ケニアはまだ感染国ではなかったが、ナイロビの空港が「ハブ空港」であることなどから、WHOがそこにも感染が広がる可能性を指摘したことが背景にある⁽⁹⁸⁾。

これらの一連の運航停止において、当事国の政府がどのように関わっていたのか、ここで詳しく検討する余裕はないが、少なくともイギリスとフランスの政府は航空会社の決定を支持もしくは黙認していたようである。ブリティッシュ・エアウェイズの決定はイギリス外務省のホームページで公表されており⁽⁹⁹⁾、また同社が運航停止の期間を延長して解除の目途も立たない状況となった際には、同社とともに政府もマスコミや野党の批判的になっていた⁽¹⁰⁰⁾。エール・フランスの方は、「政府の要請を受けて」運航の停止を決めたと伝えられている⁽¹⁰¹⁾。ただし、その前からすでに同社の職員側から経営陣に対して運航停止を求める請願があったのも事実である。こうしたケースの詳細は今後の研究で明らかにしていきたいが、次のことはいえる。国家の政府による働きかけの有無とは別に、航空会社の主体的な判断として「乗客と乗員・地上職員の安全が常に最優先である」との理由で運航を停止することはできる。そして問題は、航空会社がそのようにして運航の停止を決めた時、果たして政府は運航の継続を強制できるのかということである。特に自由民主主義国の場合、人間の生命・健康を優先するという航空会社の論理を否定するのは難しい。このように考えると、浮かび上がってくるのは、国家による人の移動の管理にまつわる潜在的な問題である。航空会社の判断が先にあって、国家はそれを追認することはできても、覆すことは場合によっては難しいのではないか。つまり、たとえ国家が考えを改めてグローバル・レベルでの統一的な国境管理に従うようになったとしても、それを必ずしも自国の航空会社に強制できるとは限らないのである。

以上、日本の水際対策からアメリカの中央・地方対立、そして航空会社の運航停止まで様々なケースを振り返ってきたが、全体としてみれば、国家による人の移動の管理には実効性の面で限界がある現実が浮かび上がってくる。もちろん、これらはごく一部のケースに過ぎず、他を探せば国家が実効的な管理を貫徹できたケースも見つかるだろう。とはいえ、少なくとも日

(98)『毎日新聞』2014年8月16日, p. 2.

(99) “British Airways halts flights to Ebola-hit Sierra Leone and Liberia for the rest of the year amid concerns over worst outbreak ever,” *Mail Online*, August 27, 2014. http://www.dailymail.co.uk/travel/travel_news/article-2735875/British-Airways-halts-flights-two-Ebola-hit-nations-rest-year-amid-growing-concerns-worst-outbreak-ever.html (最終アクセス2016年2月15日)

(100) “Ebola outbreak: BA and Whitehall pushed to restart direct flights to virus-hit countries,” *Independent (Web)*, February 1, 2015. <http://www.independent.co.uk/travel/news-and-advice/ebola-outbreak-ba-and-whitehall-pushed-to-restart-direct-flights-to-virus-hit-countries-10016121.html> (最終アクセス2016年2月15日)

(101) “Air France suspends flights to Ebola-hit Sierra Leone at request of French government ... days after crew signed safety petition and refused to board flights,” *Mail Online*, August 27, 2014. http://www.dailymail.co.uk/travel/travel_news/article-2735698/Citing-Ebola-Air-France-suspends-flights.html (最終アクセス2016年2月15日)

本、アメリカ、イギリスといった代表的な先進国において管理体制に綻びや危うさが見えた事実は、やはりその限界を強く示唆する。

この見方を補強するものとして、最後に2つの研究を参照したい。どちらも感染症の研究ではないが、共通して強調するのは、今日、国家による人の移動の管理がますます難しくなっていることである。一つ目は、外交専門誌*Foreign Policy*の編集長を務めたナйм（Moisés Naim）の研究である。彼は政治や経済など様々な領域で既存の権力あるいは実力者が力を失っていると主張する著書の中で、そうした変化をもたらす根本原因の一つに「移動革命」なるものを挙げている。「現代の人間は、数が増えただけではなく、より満たされ、より健康な生活を送るようになった。それだけでなく、移動することもぐっと増えた。この変化は、人々の支配を困難にしているだけでなく、集団内や集団間の権力の配分も変えている。……現在世界には2億1400万人の移住者がいて、その数は過去20年間で37パーセント増加している。……人類は、世界史上、移動する者がかつてなく多い移動革命の只中にあると言ってよい⁽¹⁰²⁾」。こう述べたうえで、権力による支配に対して移動革命が及ぼす影響を次のように説明する。

移動革命には……直感的に把握できる絶大な影響力がある。権力を行使するということは、現実の領土や比喩的な領土をあまねく支配してまとめるだけでなく、その境界を監視することでもある。……権力には囚われの聴衆が必要なのである。ほかの出口がほとんどない、あるいはまったくない状況に置かれた人々……には、自分たちの目の前にある機関の条件に同意する以外、選択の余地がないからだ。しかし、境界を突破することが容易になり、統治または支配される人々が移動しやすくなれば、その領土に確立された組織にとって彼らを支配し続けることが困難になる。……旅行と輸送のたやすさ、そして情報、金、価値観をより早く、より安価で移動させる手段は、必然的に挑戦者たちの生活を楽なものに変え、支配者たちの日常を困難にするのである⁽¹⁰³⁾。

二つ目は、カースルズとミラーによる移民の研究である。彼らは、欧米諸国の政府が1970年代から進めてきた国境を越える人の移動の管理を厳格化する取り組み、すなわち「管理への探究（quest for control）」とも呼ばれる移民政策を検証し、それが十分な成果をあげているとはいえないと論じている⁽¹⁰⁴⁾。結論部分では次のように述べる。

現在の世界で展開してきた移民政策の全体的な評価は、良い評価と悪い評価が入り混じったものである。世界中の不法移民が高い水準で持続しているからといって、国家の国境管

(102) ナйм 2015, p. 103.

(103) 同上, p. 111.

(104) カースルズ・ミラー 2011, ch. 8.

理能力はもはや失われている、と安易に解釈すべきではない。……しかしながら、各国の政府は、国際移民政策の策定・実施の際に、常に強力な超国家的勢力や国内利害と対峙しているのである。アメリカだけでも、不法滞在外国人人口は、2007年までに推計1,200万人にまで拡大している。それにより過去30年間にみられた、国際移民を規制する民主国家の意思や能力についての国民の間の懐疑の念が、さらに強まっていることは否定できない⁽¹⁰⁵⁾。

この2つの研究に共通する主張と、先に見た主権国家の実績を踏まえると、やはり現実問題として、国家による人の移動の管理には実効性の面で限界があると考えるべきだろう。大きな権力をもち、政治・行政の仕組みが整っている先進国といえども人的・物的資源には限りがあるし、地方政府や企業を完全にコントロールできるわけでもない。そして「移動革命」や移民の増大といった時代背景が管理のハードルをますます高めている。

従って、世界政府といえどもグローバル・レベルでの人の移動の管理についてけっして樂觀はできない。確かに、世界政府は国境が消滅した世界において国境のジレンマに煩わされることもないが、人の移動をめぐる諸アクターの利害・意見の対立は残っている。そのため人の移動を管理する責務や負担からは逃れられず、一つの国家として統治能力が厳しく問われ続けるのである。

おわりに

国際的な感染症対策においては、国境を越える人の移動の管理がカギとなる。しかしながら、国境を閉ざしがちな国家と、国境を開くことを求める国際機構との間で合意が成立せず、グローバル・レベルでの統一的な管理は実現が難しいのが現実である。本章ではこの問題を「国境のジレンマ」と呼んだ。国境のジレンマを解消するにはWHOと安保理の役割が重要になりそうだが、どちらも国家の意思に左右・制約されるうえ、そもそも人の移動の管理が国家の主権の根幹に関わるがゆえに、問題解決のハードルは高い。そこで一つの思考実験として、世界政府が出現したら状況がどう変わるのかを検討した。世界政府の出現により国境は消滅するので、国境のジレンマも消滅する。しかしそもそも問題の本質は、国境をはじめとする境界線の存在にあるわけではなく、人の移動の管理をめぐる諸アクターの利害・意見が対立するところにある。従って、世界政府が出現してもグローバル・レベルでの人の移動の管理は重要な課題として残される。主権国家体制の時と違うのは、今度はそれが世界政府の統治能力の問題として現れる点である。すなわち、グローバル・レベルでの統一的な管理の実効性が問題となる。その観点から、改めて現実の国家の実績を振り返ると、人の移動の管理の実効性には様々な限界

(105) 同上, p. 265.

があることが明らかになった。それゆえ世界政府といえどもけっして楽観はできない。国家が人の移動を管理することには、常に一定の脆さや危うさが伴うのである。

以上が本章の議論の要約である。結局、仮想の世界政府について考えることは、現実の国家や国際社会について考えることでもあった。ある意味「回り道」をした格好だが、新たな視点から国際的な感染症対策を見つめなおすことができたといえる。その中で感染症の研究の論点もいくつか見えてきた。恐らくそれらの論点について議論を深めていくためには、国際関係論における感染症の研究を見るだけでは不十分で、公衆衛生や医学の知見もある程度取り入れなければならないだろうし、人の移動についての研究もさらに積極的に参照しなければならないだろう。国境を越える脅威としての感染症を研究するには、学問・研究分野の境界線を越える必要がある。

参考文献

- Armstrong, David, Lorna Lloyd and John Redmond 2004 *International Organization in World Politics*, 3rd ed., Palgrave Macmillan.
- Benatar, Solomon R., Stephen Gill and Isabella Bakker 2009, "Making Progress in Global Health: The Need for New Paradigms," *International Affairs*, Vol. 85, No. 2, pp. 347-371.
- Booth, Ken 2014 *International Relations: All That Matters*, Hodder & Stoughton.
- Brown, Garrett W. 2012 "Distributing Who Gets What and Why: Four Normative Approaches to Global Health," *Global Policy*, Vol. 3, No. 3, pp. 292-302.
- Brown, Garrett W. 2014 "Norm Diffusion and Health System Strengthening: The Persistent Relevance of National Leadership in Global Health Governance," *Review of International Studies*, Vol. 40, No. 5, pp. 877-896.
- Caballero-Anthony, Mely 2006 "Combating Infectious Diseases in East Asia: Securitization and Global Public Goods for Health and Human Security," *Journal of International Affairs*, Vol. 59, No. 2, pp. 105-127.
- Caballero-Anthony, Mely 2008 "Non-traditional Security and Infectious Diseases in ASEAN: Going beyond the Rhetoric of Securitization to Deeper Institutionalization," *Pacific Review*, Vol. 21, No. 4, pp. 507-525.
- Curley, Melissa G. and Jonathan Herington 2011 "The Securitisation of Avian Influenza: International Discourses and Domestic Politics in Asia," *Review of International Studies*, Vol. 37, No. 1, pp. 141-166.
- Davies, Sara E. 2008 "Securitizing Infectious Disease," *International Affairs*, Vol. 84, No. 2, pp. 295-313.
- Doyle, Joseph S. 2006 "An International Public Health Crisis: Can Global Institutions Respond Effectively to HIV/AIDS?" *Australian Journal of International Affairs*, Vol. 60, No. 3, pp. 400-411.
- Elbe, Stefan 2010 "Haggling over Viruses: The Downside Risks of Securitizing Infectious Disease," *Health Policy and Planning*, Vol. 25, No. 6, pp. 476-485.
- Enemark, Christian 2009 "Is Pandemic Flu a Security Threat?" *Survival*, Vol. 51, No. 1, pp. 191-214.
- Garrett, Laurie 2007 "The Challenge of Global Health," *Foreign Affairs*, Vol. 86, No. 1, pp. 14-38.
- Garrett, Laurie 2015, "Ebola's Lessons: How the WHO Mishandled the Crisis," *Foreign Affairs*, Vol. 94, No. 5, pp. 80-107.
- Hanrieder, Tine and Christian Kreuder-Sonnen 2014 "WHO Decides on the Exception? Securitization and Emergency Governance in Global Health," *Security Dialogue*, Vol. 45, No. 4, pp. 331-348.

- Harman, Sophie 2012 *Global Health Governance*, Routledge.
- Howell, Alison 2014 "The Global Politics of Medicine: Beyond Global Health, against Securitisation Theory," *Review of International Studies*, Vol. 40, No. 5, pp. 961-987.
- International Health Regulations (2005) *second Edition* 2005 (IHR 2005), World Health Organization.
- Kamradt-Scott, Adam 2011 "The Evolving WHO: Implications for Global Health Security," *Global Public Health*, Vol. 6, No. 8, pp. 801-813.
- Kamradt-Scott, Adam and Colin McInnes 2012 "The Securitisation of Pandemic Influenza: Framing, Security and Public Policy," *Global Public Health*, Vol. 7, No. S2, pp. S95-S110.
- Kelle, Alexander 2007 "Securitization of International Public Health: Implications for Global Health Governance and the Biological Weapons Prohibition Regime," *Global Governance*, Vol. 13, No. 2, pp. 217-235.
- Lee, Kelley and Adam Kamradt-Scott 2014 "The Multiple Meanings of Global Health Governance: A Call for Conceptual Clarity," *Globalization and Health*, Vol. 10, No. 28, 10 pages.
- McCracken, Kevin and David R. Phillips 2012 *Global Health: An Introduction to Current and Future Trends*, Routledge.
- McInnes, Colin 2015 "WHO's Next? Changing Authority in Global Health Governance after Ebola," *International Affairs*, Vol. 91, No. 6, pp. 1299-1316.
- McInnes, Colin et al. 2012 "Framing Global Health: The Governance Challenge," *Global Public Health*, Vol. 7, No. S2, pp. S83-S94.
- Report of the Ebola Interim Assessment Panel 2015 (Report 2015) *Emergencies Preparedness, Response*, World Health Organization.
- Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in Relation to Pandemic (H1N1) 2009 2011 (Report 2011) *Implementation of the International Health Regulations (2005)*, World Health Organization.
- Watterson, Christopher and Adam Kamradt-Scott 2016 "Fighting Flu: Securitization and the Military Role in Combating Influenza," *Armed Forces & Society*, Vol. 42, No. 1, pp. 145-168.
- Youde, Jeremy 2012 *Global Health Governance*, Polity Press.
- 石川晃司・石突美香・小松志朗・笹岡伸矢 2011 「パンデミックと政治」 島方洗一編『危機管理——新たな疾病との戦い』文真堂、113-138頁。
- 岩下明裕 2010 「ボーダースタディーズの胎動」『国際政治』第162号、1-8頁。
- 植木俊哉 2015 「国際組織による感染症対策に関する国際協力の新たな展開」『国際問題』第642号、17-27頁。
- 岡部みどり 2016 「すべてはシェンゲン圏からはじまった——EU出入国管理政策の変遷」岡部みどり編『人の国際移動とEU——地域統合は「国境」をどのように変えるのか?』法律文化社、15-26頁。
- 押谷仁 2009 「インフルエンザパンデミック (H1N1) 2009を考える」『ウイルス』第59巻、第2号、139-144頁。
- 押谷仁 2015 「感染症のグローバル・リスク」遠藤乾編『グローバル・コモンズ』岩波書店、155-184頁。
- カースルズ、ステイブ・マーク・J・ミラー 2011『国際移民の時代〔第4版〕』関根政美・関根薫監訳、名古屋大学出版会。
- 小松志朗 2013 「専門知と政策決定過程——2009年新型インフルエンザを事例に」『公益学研究』第13巻、第1号、73-82頁。
- 新型インフルエンザ及び鳥インフルエンザに関する関係省庁対策会議(新型インフルエンザ会議) 2009『新型インフルエンザ対策行動計画』。

- 鈴木一人 2010 『『ボーダーフル』な世界で生まれる『ボーダーレス』な現象——欧州統合における『実態としての国境』と『制度としての国境』』『国際政治』第162号、9-23頁。
- 滝澤美佐子 2014 「保健衛生の危機と安全保障」『RIPS' Eye』第188号、平和・安全保障研究所。http://www.rips.or.jp/cn3/cn31/cn31b/rp2014_14.html（最終アクセス2016年3月5日）
- トービー、ジョン・C 2008 『パスポートの発明——監視・シティズンシップ・国家』藤川隆男監訳、法政大学出版局。
- ナイム、モイセス 2015 『権力の終焉』加藤万里子訳、日経BP社。
- ピオット、ピーター 2015 『ノー・タイム・トゥ・ルーズ——エボラとエイズと国際政治』宮田一雄他訳、慶應義塾大学出版会。
- 平野健一郎 2000 『国際文化論』東京大学出版会。
- ブル、ヘドリー 2000 『国際社会論——アナキカル・ソサイエティ』臼杵英一訳、岩波書店。
- ホリフィールド、ジェームズ・F 2016 「人の移動、グローバリゼーション、国家」佐藤俊輔訳、岡部みどり編『人の国際移動とEU——地域統合は「国境」をどのように変えるのか?』法律文化社、147-165頁。
- 最上敏樹 2006 『国際機構論』第2版、東京大学出版会。
- モーゲンソー、ハンス・J 1986 『国際政治——権力と平和』第Ⅲ巻、現代平和研究会訳、福村出版。
- 安田佳代 2014 『国際政治のなかの国際保健事業——国際連盟保健機関から世界保健機関、ユニセフへ』ミネルヴァ書房。
- 山越裕太 2013 「国際連盟保健機関の創設——目的及び組織構造を中心として」『国際政治』第172号、15-27頁。

