

RIICC Newsletter



Osaka Jogakuin (Wilmina) University
Research Institute of International Collaboration and Coexistence

大阪女学院大学 国際共生研究所 <http://www.wilmina.ac.jp/ojc/edu/RIICC>
540-0004 大阪市中央区玉造2-26-54 e-mail: riicc@wilmina.ac.jp

October 29, 2012

・巻頭エッセー「保健・衛生分野を巡る国際協力の歴史と現状」…………… 1	Project 2 研究会
・研究所プロジェクト活動・最近の研究活動紹介	“Curriculum Design: Where Theory Meets Reality” …………… 2-3
Project 1 国際共生研究所 2012 年度 公開研究会	・連載シリーズ6「核兵器廃絶への3つのアプローチ」…………… 4
『人権と国際共生のありかた』…………… 2-3	・書籍紹介 <i>Teaching the pronunciation of English as a lingua franca</i> …………… 4

保健・衛生分野を巡る国際協力の歴史と現状

西井 正弘

国際保健・衛生分野の関心事である感染症の流入を防ぐ手段としての「検疫」(quarantine)は、今日重要な防疫措置と理解されている。沿岸国近海を外国船が航行する際の取締について、国際法は次のように規定する。沿岸国は、自国領海(領海の基線から12カイリ以内)における外国船の通航に関して、国際法の規則に従った衛生上の法令を制定することができ、その違反を防止するため必要な措置をとることができる(国連海洋法条約21条・25条)。また沿岸国は、自国の領海に接続する水域(領海基線から24カイリ以内)で、同法令の違反の防止のため必要な規制を行うことができる(同33条)。沿岸国をとる防疫措置に、外国船舶は、国際協力として当然従わなければならないと考えられている。

しかし、他の国家が検疫措置への協力を抵抗なく受け入れてきたわけではない。歴史を振り返ると、ペストの流入防止に、アドリア海に面した小国が30日間の「検疫」措置を実施したのがその最初(1377年)とされる。14世紀には、フランスがペスト患者の発生した船を港外に40日間停泊させ、乗組員や貨物の上陸を阻止した事例もある。19世紀になると、コレラの進入防止のための検疫措置が各国でとられるが、それらの措置に対して、貿易や旅行の制限であるとして非協力的な国家も多かった。1851年コレラ規制のためのパリ国際会議(12カ国)は、統一的な仕方で行うことには合意したが、採択された条約は未発効のままに終わった。1892年の国際衛生会議(International Sanitary Convention, ISC)で、感染症の規制を定めた条約が採択され発効した。しかし、国際衛生条約(ISC)は、「商業取引や旅行者の交通を無益に妨げることなく」コレラ流行中の間のみ、公衆衛生を保護するため共通の措置を設ける(前文)と述べており、国際貿易や旅行への妨害を最小限にしつつ、感染症の拡散から諸国を守ることを意図したものであった。国際衛生条約の下で各国のとる措置は、国際法が許容する範囲内の厳格な規則に限られ、諸国は国内に病気を持ち込むことを望まないが、それ以上に国境を越える物資の移動の停止を好まなかったのである。

20世紀に入ると、1902年に米州で設置された国際衛生事務局(ISB)や、1907年に欧州で設置された国際公衆衛生事務局(OIHP)が登場する。前者は、米州の港や領域の衛生状態について報告を受理する権限が与えられたが、事務局固有の職員も施設もなく予算も限られており、米国公衆衛生局にその活動を委ねていた。

後者も、検疫による欧州諸国の保護に任務が限定されていた。保健問題に大きな転機をもたらしたのは、第1次大戦後の国際連盟期においてである。1921年に連盟は、国際連盟保健機関(HOLN)を創設したが、活動費用がかさむことを国家代表は怖れていた。そのためHOLNは、ロックフェラー財団から多額の支援を受けていた。保健分野については、技術分野の協力や広範な種類の病気に関心が向けられ、そこに真の国際協力の利益が存在することは認められたが、諸国間の主たる関心は一致していなかったのである。

1946年に創設された世界保健機関(WHO)は、発足当初においては保健分野に取り組む国際協力の最先端であると高く評価されたものの、1990年代半ばまではその活動は、伝染病の撲滅以外消極的であった。その理由としては、1つは予算の問題があり、2つには加盟国の意向や事務局長のリーダーシップの問題があった。予算は、諸国の分担金による通常予算基金(RBFs)と各国の自発的拠金に基づく予算外基金(EBFs)から成り立つが、後者の割合が次第に増加し、2008-09年予算では、前者は23%弱、後者は77%に達する。自発的拠金を行う国家はその用途を特定しており、WHOの長期的な計画策定は次第に困難になっていった。

加盟国や事務局長の意向もWHOの活動に影響を与えた。1970年代半ば以降、多数の新興諸国は、人道主義を掲げ、プライマリ・ヘルス・ケアの実現をめざし、関連する諸問題に幅広く取り組むと共に、政治的発言も相次ぎ、WHOの政治化が批判された。1980年代半ば以降、WHOは世界銀行との協調(collaboration)の下、新自由主義思想の影響を受け、ヘルス・ケアへの各国政府の関与をできる限り減らすような政策をとっていた。ほとんどの諸国は、保健は各国の責任であると考えており、国際社会には限定的な役割を与えるだけであった。この点については、今日でも本質的な変化はないと思われる。

20世紀末から、WHOは国際保健分野での自己の役割を強く主張するようになる。その成果が、ブルントラント事務局長の下で推進された2003年のたばこ規制枠組条約(FCTC)採択である。その成功要因は、多国籍たばこ会社(TTCs)の強い影響力に対抗して、多数のたばこNGOsに准公式的地位を与え、条約の起草に大きな役割を与えたことである。多くのアクターの参加が認められるようになった現在、保健分野が「国際協力」ないしは「国際共生」のモデルとして発展することが期待される。