

「エイズと開発」に対するカナダの取り組み

1995年3月

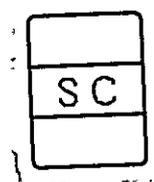
JICA LIBRARY



J1138048(2)

国際協力事業団

カナダ事務所



「エイズと開発」に対するカナダの取り組み

1995年3月

国際協力事業団

カナダ事務所



1138048 [2]

要 約

第1章 エイズ協力の理念と政策

CIDAは、HIV/エイズ問題を開発問題に対する深刻な脅威として比較的早期に認識した先進国援助機関の1つであり、1987年、WHOのGlobal Program on AIDS (GPA)への拠出金を通じて最初のエイズ協力を行っている。WHOが、基本的にHIV/エイズ問題を新たな医療・保健の問題として捉え、各加盟国のエイズ対策に対して予防、医療管理、ケアという観点から援助を実施してきたのに対して、CIDAは、このWHOの考え方に基礎をおきながらも、HIV/エイズ問題を新たな医療・保健問題として狭義に捉えるのではなく、同時に開発、ジェンダー、人権、またコミュニティ開発、組織作りの問題として広義に捉え、援助協力を行ってきた。

また、CIDAは、1990年11月に、1) 国際機関ならびにその他のグローバルイニシアティブとの連携協力、ならびに2) プライマリヘルスケアを考慮に入れたエイズ協力を柱とするエイズ政策を策定し、エイズ協力実施における基本方針を示している。同政策は上記2つの基本方針のほかに、エイズ協力における重要なアプローチとして、1) エイズ協力における教育、情報、またコミュニティを基礎とした取り組みの重要性を鑑み、効果的なエイズ協力を実施するためにNGO・大学等非営利機関との連携協力の必要性、2) エイズ問題を援助の直接の対象としないが、エイズ協力において関連性の高いプライマリヘルスケア、貧困、WIDまたは教育といったセクターへの協力の必要性、また、3) CIDAの援助プログラム全般において、エイズ問題を考慮に入れたプログラム形成を促進すること等を明記している。

第2章 援助戦略

CIDAは、国際機関によるエイズ協力との連携を図りながらも、CIDAの経験・技術力、また予算状況と照らしあわせながら、かつエイズ問題における途上国のニーズに応える効果が即座に期待できるアプローチとして、(1) 健全な性生活の促進、(2) エイズ問題に取り組むためのキャパシティビルディング、(3) HIV/エイズに関連する医療問題(疾病)への取り組み、の3分野を援助の優先分野として設定している。CIDAは、これらの分野において、医療施設・器具の供与を通じてHIV/エイズの研究、治療に寄与するといった医学・臨床的なアプローチというよりも、包括的なまた途上国の人々の日常生活において即座に効果が期待できる実践的かつ予防を

中心とするアプローチ（preventative approach）を重視している。また、CIDAは、既述の3つの優先分野への協力に加え、CIDAのエイズ政策においても言及されているように、エイズ問題への取り組みに特に大きな影響を持つプライマリヘルスケア、貧困、WIDまた教育等のセクターへの協力を同時に実施する必要性を上げている。

CIDAのエイズ協力に対する援助総額を地域別にみると、アフリカ地域におけるエイズ関連プログラムへの援助総額が、CIDA全体のエイズ協力援助額の実に79%をしめる。この主な理由としては、アフリカ地域はHIV/エイズが最初に確認された地域であるばかりでなく、他の地域と比較してもHIV/エイズ問題の深刻化が顕著であり、援助を最も必要とする地域であることがあげられる。CIDAは、南部アフリカ地域、フランス語圏アフリカ地域、ならびに中央・東アフリカ地域において3つの大型プログラムを実施しており、これらプログラムは、今後さらに5年間継続される予定になっている。

アフリカ地域以外の地域に対するCIDAのエイズ協力は、現時点では非常に限られたものとなっている。CIDA内では、最近、特にバングラデシュやミャンマーといったアジア地域のLDCにおけるエイズ問題深刻化への認識の高まり、またハイティへのエイズ協力の再開を予測する声があがるなどの動きが見られるが、現時点では今後の動向は明らかでない。

第3章 実施体制

CIDAのHIV/エイズ関連分野への援助実績は、1980年代中頃から現在まで、総額約1億カナダドル（以下ドルはカナダドルを示す）にのぼる。この援助額は、二国間援助へ5030万ドル（エイズ協力総額全体の約51%）、国際機関への拠出金を中心とする多国籍援助へ4160万ドル（41%）、またNGOを通じた協力を主体とするCIDAのパートナーシッププログラムへ640万ドル（6%）に分けられる。また年度別に見た援助額では、CIDAは1990年前半を通じて、年間平均1300万ドルのエイズ援助を実施している。国際機関によるエイズ協力に対する援助に関しては、CIDAは、現在までにWHO（Global Program on AIDS）に対して総額4000万ドル以上の拠出金の実績があり、同機関への拠出金総額（累計）では世界で第4番目の支援国となっている。エイズ協力に対する援助額を国際比較した場合、カナダの貢献は、総額を見る限りにおいてはそれほど目立つものではないものの、一人あたりの援助額では他のドナー国と肩を

ならべている。

C I D Aは、従来、各セクターの専門家によって構成されるプロフェッショナル・サービス局 (Professional Services Branch:PBS) を設置し、エイズ協力を担当する医療・保健専門家を同部局に配置することによって、各地域局 (Regional Branch) のエイズプログラムのプロジェクトマネージャー (PM) がこれら専門家と連絡・連携を図りながら、エイズ協力を実施するという体制をとってきた。しかしながら、1991年の組織改革により、C I D Aはこのプロフェッショナル・サービス局を廃止し、各専門家を政策局ならびに各地域局内に分散・配置して、協力を実施するという実施体制に改定している。この医療・保健専門家間の調整ならびに統括は、政策局に配属されている同分野のシニア政策アドバイザー (Senior Policy Advisor on Health) によって行われており、同シニア政策アドバイザーが実質、C I D Aのエイズ協力の窓口としての役割を果たしている。これら専門家のC I D A内における協力体制として、C I D Aは、組織内に「医療/保健・人口・栄養ネットワーク (Health, Population and Nutrition (HPN)Network)」とよばれる連絡協議会を組織し、C I D A内のこれらセクターの専門家の連携・調整を行っている。

NGO等の活動が主体となるパートナーシップ局を通じて実施されたエイズ協力の援助額は、C I D A全体のエイズ援助総額においてみると僅か6%と決して多くはないが、エイズ分野におけるカナダNGO等非営利援助機関の積極的な活動は、多くの点で注目されるべきものがある。NGO等はC I D Aの立案したプログラムの実施代行機関としての役割を果たす一方、独自に援助プログラムを立案し、C I D Aから一部補助金のサポートを受けながら実施し、またその運営管理等は基本的に一任されるといった独立性/独自性を持った援助活動を行っている。こうしたNGO等の中には、カナダの国内外において、エイズ問題に対する理解を深め、またその問題に対して適切に対応していくための研修方法等の開発にも力を注いでいるものもある。また、NGOはカナダ国民一般に対してもエイズ問題に対する啓蒙活動を行うとともに、一般の声を政府のエイズ政策を含めた援助政策に反映するために大きな役割を果たしている。また、エイズ協力に携わっているNGOのアンブレラ組織であるI C A D (Interagency Coalition on AIDS and Development: ICAD) は1994年12月に開催されたパリのエイズサミットにおいて、カナダ政府代表団の公式メンバーとして参加しており、このI C A Dの参加は、同分野への協力に比較的豊富な経験を持つNGOの活動

が、政府内で評価されたものであるといえる。

CIDAはエイズ協力において、国際機関ならびにその他ドナー国との連携を図り、一貫性・整合性のとれた援助アプローチをとることの必要性を強く認識している。CIDAは、比較的早期からWHOのエイズ協力を援助した先進国援助機関の1つであるばかりでなく、その後もWHOに対して大きな貢献を続けている。カナダは、エイズサミットにおいて首相をカナダ代表団の団長として派遣し、エイズ問題に対するカナダの関心の高さを示すとともに、今後はさらにCIDAを中心として新GPAプログラムの開発・強化のためにドナー間においてリーダーシップをとっていく考えである。

第4章 人材確保・養成

「エイズと開発」の分野におけるCIDAの専門家は、1) 医療・保健専門家 (Health Specialist) と2) 派遣専門家 (Technical Advisor) の大きく2つのタイプに分けられる。医療・保健専門家とは、CIDAの本部の様々な部局に配属され、政策形成やプログラム実施^ににおいて専門知識並びにアドバイス等の提供を行う専門家であり、派遣専門家とは、CIDA以外の機関に所属を持ちながら、CIDAのプログラムを実施するためにフィールドに専門家として派遣されるものである (JICAの派遣専門家に相当)。

CIDAは、エイズを含む医療・保健分野への協力に対して専門知識、助言等の提供を行うことを目的として、1) CIDAの内部データバンク、2) 一般競争入札システム (Open Bidding System:OBIS)、ならびに3) 交換職員プログラム (Interchange Canada Program) という3つのルートを通じて医療・保健専門家の確保・募集を実施しているが、現在カナダの連邦政府機関では、雇用凍結が行われており、上記3つのどのルートを通じた専門家の雇用においても、CIDAでの専門家採用は一時雇用の形式をとらざる得ない状況にある。現在、CIDAのエイズを含む医療・保健の専門家のポストには、交換職員プログラムを通じて、大学の医学部ならびにNGOからのスタッフがアサインされている。

CIDAにおける各セクターの専門家ならびに派遣専門家は、既に専門家として必要な訓練を受けていることが前提であり、CIDAはエイズを含む専門家を養成するための研修等は実施して

いない。しかしながら、CIDAは、援助実施において重要な役割を果たす派遣専門家の活動効果を最大限に活かすという観点から、派遣専門家が派遣国において効率的に活動を実施できるように様々な研修プログラムを設置している。CIDAの異文化研修センター（Centre for Intercultural Training:CIT）は、1）セクターを問わず全ての派遣専門家のHIV/AIDSに関する理解を高めること、また2）派遣専門家がHIV/AIDSに感染しているカウンタートラスト等と仕事をじてい

くうえでの留意点について研修を行うことを目的として、既存の研修プログラムにおいてHIV/AIDS問題をとりあつかった研修を実施中または開発中である。現時点では、CIDAの派遣前研修において、（1）医療・保健（Health）、（2）派遣国ならびに地域（Introduction to the Country and Region）、（3）異文化交流のための戦略（Cross-cultural Communication）、（4）技術協力の効果向上（Professional and Capacity Development）の4つの主要テーマのもとにHIV/AIDS研修が実施されている。また、同センターは、現在、HIV/AIDSに関する研修を派遣国内研修においても実施するため、その研修モデルを開発中である。

第5章 IDRC（International Development Research Centre）におけるエイズ協力

CIDAが、殆ど全ての援助プログラムの政策形成ならびに実施等ODAのあらゆる部分に携わっているのに対して、IDRC（International Development Research Centre）は途上国の研究開発プロジェクト（または研究関連プロジェクト）に対して主に資金援助を行うことによって、途上国の研究者並びに研究機関の能力向上また組織作り等キャパシティビルディングに焦点を絞った援助活動を実施している。エイズ協力においては、1986年に最初のエイズ関連の研究プロジェクトを援助して以来、37件に上るプロジェクトを援助しており（このうち、約3分の2にあたる24件のプロジェクトはサブ・サハラアフリカ地域を対象）、エイズ協力の研究開発の分野において大きな役割を果たしている。従来、IDRCはHIV/AIDSの問題を医学・臨床、生物学といった科学的見地から捉え、生物医学もしくは性行動分野等の研究プロジェクトを中心にエイズ協力を行ってきたが、近年、このアプローチの見直しを行い、従来の医学・臨床的な分野から、エイズの予防、看護、その他対処方法等といった分野へ研究援助活動の焦点を移している。

IDRCのプロジェクト実施におけるアプローチは、経済、社会また環境といった開発問題に対する途上国の自助努力を、主に資金協力を通じて支援するというものである。したがって、IDRCのプロジェクトは、途上国の研究者ならびに研究機関によって形成されたものであり、IDRC

がプロジェクト認可した後は、基本的にフィールドでのプロジェクトの実施、管理、報告は当該途上国の研究機関に一任される。このプロジェクトの実施において、IDRCは、途上国機関のキャパシティビルディングに配慮した、比較的簡素かつ柔軟性のあるプロジェクト運営・管理方法を採用している。

エイズ問題は、IDRC内において比較的援助の重点分野として認識されているものの、IDRCの同分野への援助額は、近年のカナダODA縮小の煽りを受けて、1986年以来年々減少傾向にあり、IDRCでは、徐々に国際機関並びに他のドナーに資金協力を求めて合同資金協力の形でプロジェクトを実施するケースが増えるものとみられている。

第7章 結び／今後の課題

CIDAは、現在、エイズ協力のための新政策を策定／更新中であり、本年5月を目処に完成が予定されている。本新政策の策定は、従来の政策の改訂というよりも、従来の基本方針を踏襲しながらその内容の強化・充実を図ることを目的に実施されており、現時点では、新政策は（1）開発に対するエイズの脅威、（2）エイズと女性、（3）HIV／エイズ感染者もしくは家族への低価格の看護等（affordable care）という3つの新しいテーマが取り入れられることが提案されている。

カナダODA援助予算は、過去5年間に於いて著しく減少しており、CIDAのプログラム形成ほか、人的資源さらにはプログラム／プロジェクトの管理方法にまで大きな影響を与えている。CIDAは、この厳しい財政状況にも拘らずエイズ協力の現状維持を図っているものの、現時点ではCIDAが、中南米やアジア地域へのエイズ協力を大幅に拡大する見通しは非常に薄い。また現在、CIDAでエイズ問題を担当している医療・保健専門家の総数はCIDA全体において僅か5名にすぎず、今後、CIDAがエイズ協力をさらに充実させていくためには、今後、これら専門家の人員不足が深刻なボトルネックになるものと見られる。また、CIDAは引き続き予算縮小とそれに伴うプログラム運営の見直しによって、エイズプログラムを含む援助プロジェクトの管理方法の合理化を余儀なくされており、CIDAでは、近年、従来個々のプロジェクトとして別々のプロジェクトマネージャー（PM）に管理されていたプロジェクトが、1つの大きなプログラムの下に取りまとめられるというプロジェクトの統合化（プログラム化）の傾向がみられる。こうした方法は、CIDAにとっては、PMの数を削減できるという点でプロジェクト管理予算縮小の利点があるも

の、一方でこの方法は同時にプログラムを実施する実施代行機関の数を削減することとなり、カナダのNGO等非営利団体のODAへの参画を著しく制限する結果を生んでいる。

国際機関との関係において、CIDAは、WHOのエイズ協力を比較的早期に援助した先進国援助機関の1つであるばかりでなく、今後も引続き（1）HIV／エイズ協力に取り組んでいる国際機関に対する財政的支援ならびに（2）それら国際機関ならびにその他ドナー間の連携促進、という2つの観点からエイズ問題に取り組むグローバルイニシアティブにおいて協力を行っていく考えと見られる。

目 次

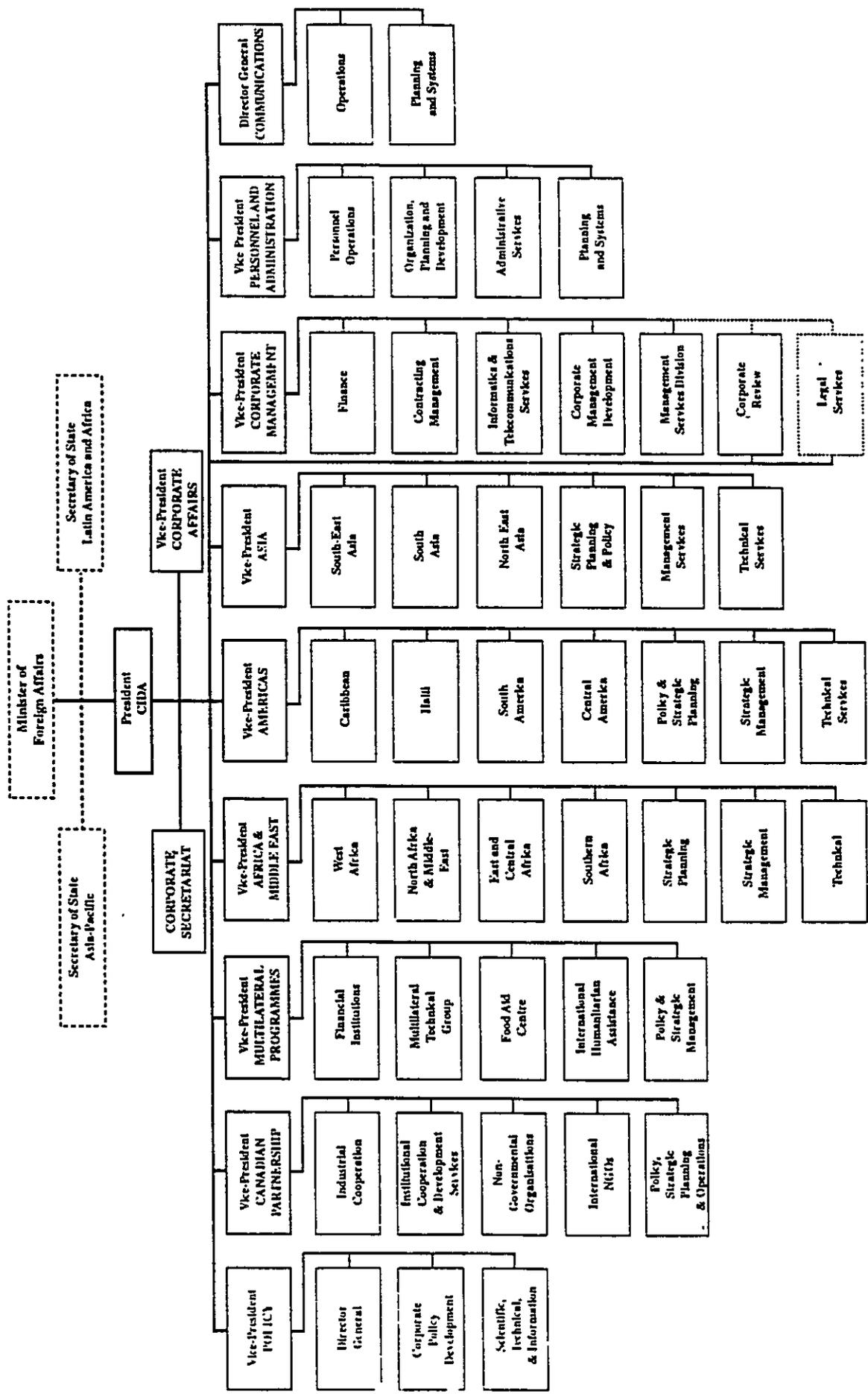
要約
目次
図表リスト
C I D A組織図
I D R C組織図

はじめに	1
I. エイズ協力の理念と政策	4
I-1. H I V / エイズ問題に対する基本的考え方	
I-2. エイズ政策ならびに援助アプローチ	
II. 援助戦略	8
II-1. 優先分野	
II-2. 優先地域、国	
III. 実施体制	1 3
III-1. エイズ分野における援助実績	
III-2. 機構	
III-3. N G O、国際機関との関係	
IV. 人材確保・養成	3 0
IV-1. 人材確保	
IV-2. 人材養成	
V. I D R C (International Development Research Centre) におけるエイズ協力	3 6
V-1. プロジェクト形成ならびに実施におけるアプローチ	
V-2. 援助戦略	
V-3. 実施体制	
V-4. 人材養成	
VI. エイズ協力プログラム / プロジェクト事例	4 4
VII. 結び / 今後の課題	5 4
参考資料 (Reference)	
付録 (Appendices)	

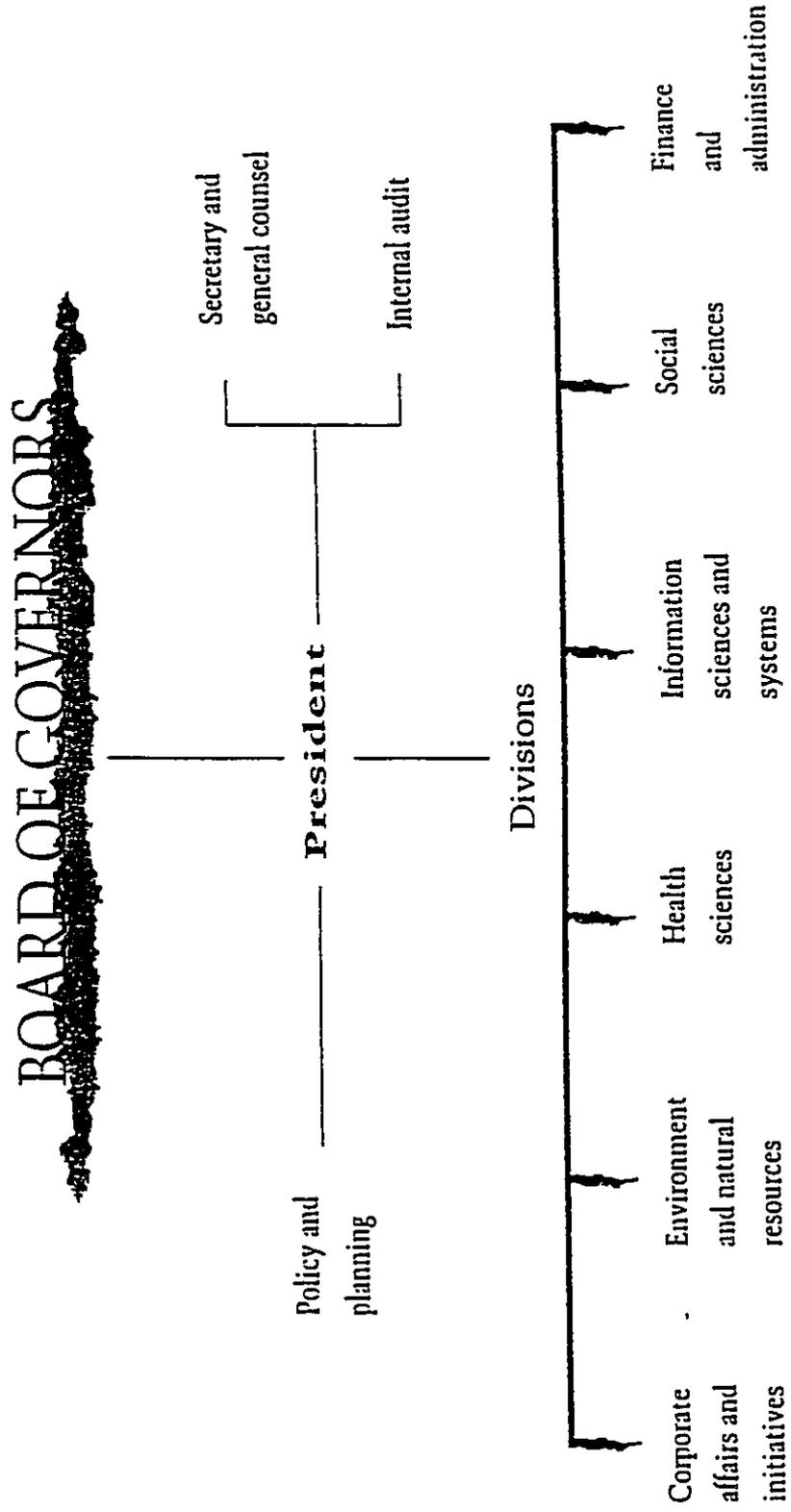
図表リスト

図III-1	援助チャンネル別エイズ援助実績	1 4
図III-2	年度別エイズ協力実績	1 4
図III-3	地域別にみた援助額の割合	1 5
図III-4	カナダのエイズ協力における実施体制（全体図）	2 1
表III-1	WHOに対する拠出額実績（年度別）	1 6
表IV-1	C I D Aの異文化センターによる研修プログラム	3 3
表V-1	I D R Cにおけるエイズ関連問題に関する研究開発プロジェクト	3 8

カナダ国際開発庁 (CIDA) 組織図



I D R C (International Development Research Centre) 組織図



はじめに

1993年のWHOの統計によると、HIV感染者数は全世界において1000万人にのぼり、この総数は2000年までの7年間に3000から4000万人に達するといわれている。特に、HIV/エイズ問題が途上国に与える影響は著しく、現時点でHIV/エイズ感染者総数の65%がサブ・サハラアフリカ地域に集中しているばかりでなく、2000年にはその90%が途上国において蔓延するといわれている（うちアジア地域での感染者総数が50%を占める）。HIV/エイズの問題は、エイズが経済社会的に大きな役割を果たす年齢層を直撃すること等から、途上国の生活向上に直接的に打撃を与え、途上国の開発・発展において深刻な脅威となっている。

カナダはこうした深刻な事態を認識するとともに、1987年、WHOのエイズ協力に対する拠出金支出を通じて、エイズ問題への最初の協力を行っている。CIDA（カナダ国際開発庁）はその3年後、エイズ協力のための政策を策定し、エイズ協力のプログラム形成ならびに実施にガイドラインを提示するとともに、本格的なエイズ協力を開始している。CIDAは、エイズ問題を医療・保健の枠を越えて、自助自立（empowerment）、ジェンダー、人権、コミュニティ開発等の問題でもあると広く認識するとともに、同問題を援助重点課題の1つとして位置付け援助協力を実施している。

調査の背景

エイズ問題が途上国の開発にあたる深刻な影響に対する国際認識が高まる中で、日本国政府は、1994年2月に「人口とエイズ問題等地球規模の問題への取り組み（Global Issues Initiative on Population and AIDS）」として、同分野に1994年から2000年の7年間にわたり30億USDに上る援助協力を行うことを表明するとともに、同分野に対する援助協力の強化・充実を図ってきた。また日本は、1994年8月には第10回国際エイズ会議の開催国として、同問題への地球規模の取り組みに対して貢献している。このような背景から、本調査は、国際協力事業団カナダ事務所がJICAのエイズ協力の一層の強化・充実に資するため、同問題に対するカナダの取り組みについて調査を行ったものである。

調査の目的

本調査は、エイズ問題に対するカナダの取り組みに関する研究調査を行い、その全体像を明らかにすることによって、(1)「エイズと開発」の分野におけるJICA事業の効率性・効果性向上に資すること、また(2)今後のJICAとCIDAの連携協力の基礎固めとして更にCIDAに対するJICAの理解を深めることを目的とする。本調査は、特にCIDAのエイズ協力への政策ならびにNGOの役割を含めた実施体制に焦点をおいているが、一部において、カナダのエイズ協力における研究開発の分野において、補完的かつ重要な役割を果たしているIDRC（国際開発研究センター）の活動についてもふれる。エイズ問題が深刻な開発問題となる中で、こうしたカナダのエイズ政策、援助実施体制等を学ぶことは、同分野に対するJICAの取り組みに非常に参考になるものと思われる。

調査方法

本調査は、主にCIDA、IDRC、及びその他カナダ民間援助非営利団体の関係者とのインタビュー、ならびにこれら関係機関及びWHOからの出版物を基に分析・考察を行った。また、これらの情報を補完するため、CIDAならびにIDRCのオンラインデータベースを活用した。

謝辞

本報告書の取り纏めにあたり、国際協力事業団カナダ事務所は多くのカナダ援助関係者から多大な協力を得た。特に、CIDAのイヴ・ブルジャヴェン博士、シルヴィア・バロウ女史、サラダ・レクラーク女史、ペギー・ソープ女史、ダニエル・テストレン女史、ロス・ノベル氏、ケイト・プレストン女史、デイビッド・マティ氏、セシル・ナドー女史、ドン・アクル氏、IDRCのバーサ・モ博士、ICAD（Interagency Coalition on AIDS and Development: ICAD）のアーニャ・コスティギャン女史、ブルース・ウォーリング氏、グレン・バッグ氏、Oxfam Canadaのジム・マッキニン氏には、多忙の中インタビューに応じていただいたほか、本報告書の草稿（英文）に貴重なコメントを頂いた。また現在、CIDAで勤務中のJICAの橋口道代職員からも貴重なコメントを頂き、この場をかりてこれら関係者の方々に心から御礼を申し上げたい。

報告書の構成

本報告書は、(I) C I D Aのエイズ協力の理念と政策、(II) 援助戦略、(III) 実施体制、(IV) 人材確保・養成、(V) I D R Cの取り組み、(VI) プロジェクト事例、(VII) 今後の課題の7章によって構成されている。

第1章では、「エイズと開発」に関するC I D Aの基本的考え方ならびにそのエイズ協力のための政策について考察する。第2章では、C I D Aがこの同問題への基本的考え方／政策に基づき、いかにプログラム形成ならびに優先分野の設定を行っているか、またエイズ協力の優先地域・国について検証する。第3章では、1) C I D Aのチャンネル別、地域別にみたエイズ協力への援助額、2) エイズ協力のためのC I D A内部での組織体制、3) C I D Aとカナダ国内の援助関係機関(特にNGO)ならびに国際機関との協力関係の3つのセクションにわたって、C I D Aのエイズ協力の実施体制の考察を行う。第4章では、C I D Aにおける専門家をタイプ別に紹介し、各々の専門家確保のためのリクルートシステムについて述べるとともに、C I D Aの援助プログラムを効果的・効率的に実施するために設置されたエイズ研修ならびにその研修実施体制を取り上げる。第5章では、C I D Aとの直接的協力関係は現在のところ限られているものの、エイズ協力において研究・開発の部門において大きな役割を果たしているI D R Cの取り組みならびに実施体制の検証を行う。第6章では、カナダの主要なエイズ協力のプログラム／プロジェクト事例をC I D Aの二国間プログラムから2件、I D R Cから1件、またNGO主導のプログラムの事例としてOxfam Canadaのプログラムから1件とりあげる。第7章においては、本報告書のまとめを行うとともに、カナダのエイズ協力の今後の課題の提示を行う。

I. エイズ協力の理念と政策

CIDAは、HIV/AIDS問題を開発問題に対する深刻な脅威として比較的早期に認識した先進国援助機関の1つである。CIDAは、1987年、WHOのGlobal Program on AIDS(GPA)への拠出金を通じて最初のエイズ協力を行うとともに、1990年には、1) 国際機関ならびにその他のグローバルイニシアティブとの連携協力、ならびに2) プライマリヘルスケアを考慮に入れたエイズ協力等をエイズ協力の基本方針とするエイズ政策を取り纏めている。

I-1. HIV/AIDS問題に対する基本的考え方（定義）

HIV/AIDS問題に対する最初の国際的取り組みは、1985年のWHOによる「エイズ問題に対する基本理念ならびに対策についての国際戦略」の草稿の作成である。この国際戦略は、1987年の国連総会において正式に決議され、WHOは後にGPAとなるエイズ問題特別対策委員会を設置した。それ以後WHOは、HIV/AIDS問題を基本的に新たな医療・保健の問題として捉え、各加盟国のエイズ対策に対して、予防、医療管理、ケアという観点から援助を実施してきた⁴¹。

CIDAのエイズ問題に対する基本的考え方は、このWHOの考え方に基礎をおきながらも、HIV/AIDS問題を新たな医療・保健問題として狭義に捉えるのではなく、同時に開発、ジェンダー、人権、またコミュニティ開発、組織作りの問題として広義に捉えている。CIDAは、HIV/AIDS問題とこれらの問題との繋がりについて以下のように言及している。

(1) 開発問題としてのHIV/AIDS問題

HIV/AIDS問題は、その他の疾病と異なり途上国において主に20-50才という経済的社会的に比較的重要かつ生産的な年齢層を直撃するものであり、途上国の開発に深刻な影響をもたらしている。

(2) ジェンダーの問題としてのHIV/AIDS問題

HIV/AIDS問題に対して女性は、男性より遥かに弱い立場にある。途上国においては、女性がエイズに感染したパートナーとの性交渉を拒否したり、コンドームの使用を主張するこ

⁴¹ WHOは、基本的に全ての国に対してエイズ対策策定のための支援を実施しており、当該国における様々なエイズ問題への取り組みの調整、ならびに技術面での指導等を行っている。

とは難しいことが多い。サブ・サハラアフリカ地域では、殆どの女性が複数の相手と性交渉の関係を持っていない事実にもかかわらず女性の感染者数が男性の感染者数を上回っているという結果を生じている。また、この事実は、HIVに感染した母親に産まれた子供の25-40%がHIVを保持しているという状況をもたらしている。

(3) 人権の問題としてのHIV/エイズ問題

HIV/エイズの感染は、医療、教育、財産、職業といった点において経済社会的に弱い立場にいる人々の間で増加している。感染率は、経済社会的格差の大きい途上国ほど高い。つまり、HIV/エイズ協力には、こうした経済社会的弱者に対する援助、また感染者に対する偏見をなくしていくための協力等が実施されねばならない。

(4) コミュニティ開発、組織作りの問題としてのHIV/エイズ問題

HIV/エイズ問題に対する最も効果的なアプローチは、コミュニティ（地域社会）による取り組みである。このタイプの協力は、海外から高価な医療事業計画や大規模な予防キャンペーンを実施するよりも効果的である可能性が高い。コミュニティ開発等に携わっている援助機関等は、このコミュニティのイニシアティブを考慮に入れた協力を行う必要がある。効果的にHIV/エイズ問題に対処していくためには、各地域社会における啓蒙活動ならびにそれら地域社会にニーズに応じていくための政府ならびにNGOの組織作りが重要な鍵となる。

I-2. エイズ政策ならびに援助アプローチ

CIDAは、上記のHIV/エイズ問題の定義のもとに、1990年11月、エイズ政策の策定を行い、CIDAのエイズ協力における基本方針を提示している。本政策は、国内また国際レベルにおけるエイズ協力の一貫性・整合性を図る目的から、1) カナダODA政策⁴²、2) CIDAの医療・保健セクター全体に対する協力方針、また3) エイズ協力におけるWHO（特にGPA）の基本方針、の3つの枠組みのもとに形成されている。

CIDAのエイズ政策は、(1) 国際機関ならびにその他のドナー国のグローバルイニシアティブ

⁴² Appendix 1を参照。

ブとの連携協力、(2) プライマリヘルスケア(基礎的保健分野)を考慮に入れたエイズ協力の2つをエイズ協力における基本方針として制定している。

(1) 国際機関ならびにその他のグローバルイニシアティブとの連携協力

CIDAは、途上国のエイズの問題の解決のためには、援助供与国間の連携協力が必要不可欠であるとの認識に立っており、WHOのエイズ協力との連携を図りながら、CIDAの二国間また多国間エイズプログラムを実施している。具体的には、二国間のエイズプログラムの実施において、CIDAは、援助受入国または地域がWHOの指導で実施しているエイズ政策/対策を補完する形でエイズ協力プログラムを形成/実施しており、また多国間プログラムにおいては、CIDAは、そのエイズ問題に対するグローバルイニシアティブの一環として、WHOのGPAへ積極的な支援を行っている。CIDAはこのGPAへの支援を通じて、エイズに関するデータ収集、連絡協議また国際会議の開催、また各WHO加盟国の同問題に対する取り組みの調整等の地球規模の取り組みを支援している。

(2) プライマリヘルスケアを考慮に入れたエイズ協力

CIDAは、エイズ問題のみに焦点をあてた援助協力は、未だ発展段階にある途上国のプライマリヘルスケアサービスの向上にマイナス効果を及ぼす可能性があることを懸念し、CIDAのエイズ協力はこのプライマリヘルスケアの向上/強化に資するものでなければならぬと定めている。このため、CIDAは、エイズ問題が、医療・保健セクターを越える開発問題であるとの認識に立ちながらも、援助の実施レベルでは、エイズ問題をプライマリヘルスケア型に対する協力の枠組みのもとに実施している。

また、CIDAのエイズ政策は上記2つの基本方針のほかに、エイズ協力における重要なアプローチとして、1) CIDAは、エイズ協力における教育、情報、またコミュニティを基礎とした取り組みの重要性を鑑み、効果的なエイズ協力を実施するためにNGO・大学等非営利機関との連携協力の必要性、2) エイズ問題を援助の直接の対象としないが、エイズ協力において関連性の高い

⁴³ 基本的な生活分野(BHN)は、カナダODA政策において、カナダの援助最重点項目の1つとして位置付けられており、プライマリヘルスケアは同分野を構成する重要な項目の1つとなっている。(Appendix 1を参照。)

プライマリヘルスケア、貧困、WIDまたは教育といったセクターへの協力の必要性、また、3) CIDAの援助プログラム全般において、エイズ問題を考慮に入れたプログラム形成を促進すること等を言及している。

具体的なエイズ協力実施の戦略として、CIDAは、現時点におけるCIDA全体の援助戦略ならびにその専門性・経験、予算状況を鑑みながら、効果的・効率的エイズ協力を実施するために、1) 健全な性生活促進のための協力 (Support for Sexual Health)、2) エイズ問題に取り組むための運営管理面でのキャパシティビルディング (Capacity Building for AIDS Control and Prevention Management)、3) HIV/エイズに関連する医療・保健サービスの向上に対する協力 (Support for the Development of Related Health Care Services) の3分野を優先分野として定めている。これらCIDAのエイズ協力実施の援助戦略については、次章で詳しく述べる。

また、CIDAは、エイズ協力の柔軟性を保つために、毎年政策ならびにプログラム形成の見直しを実施することを取り決めており、CIDAは現在、従来のエイズ政策を更新させる形で、新エイズ政策を策定中である。同新政策は、1995年の5月を目処に完成が予定されている。

II. 援助戦略

II-1. 優先分野

WHOは、多くの途上国においてエイズ問題への対応の遅れが、エイズ問題を深刻化させた大きな要因の1つであるとの認識から、GPAを通じて1) エイズ蔓延を防ぐために必要とされる政策形成、情報ならびに医療・保健サービスの提供、2) エイズ感染者への看護に関する対応、3) その他エイズ問題から派生する問題（エイズ孤児、またエイズによって生計を担うものを失った家族の貧困問題等）への対応等を目的として、この問題に取り組む政府、ヘルスワーカー、NGOまた一般企業、また個人に対して、調整ならびに技術協力を実施してきた。

CIDAは、こうした動きの中で、WHOのイニシアティブとの連携を図りながらも、CIDAの経験・技術力、また予算状況と照らしあわせながら、かつエイズ問題における途上国のニーズに応える効果が即座に期待できるアプローチとして、(1) 健全な性生活の促進、(2) エイズ問題に取り組むためのキャパシティビルディング、(3) HIV/エイズに関連する医療問題（疾病）への取り組みの3分野を援助の優先分野として設定している。これら分野において、CIDAは、HIV/エイズの問題を医療・保健セクターを越える問題として広く経済社会問題として捉えていることから、医療施設・器具の供与を通じてHIV/エイズの研究、治療に寄与するといった医学・臨床的なアプローチを重視するのではなく、包括的なまた途上国の人々の日常生活において即座に効果が期待できる実践的かつ予防を中心とするアプローチ（preventative approach）を重視している。¹²⁴

またCIDAは、エイズの問題がジェンダー、人権、コミュニティ開発に深い係わりがあるとの認識から、エイズ協力においては、これら問題に配慮したプログラム形成が重要との認識に立っている。CIDAの優先分野の詳細は以下のとおりである。

(1) 健全な性生活促進のための協力（Promoting Sexual Health）

カナダの医療・保健分野に対する協力は国際的に高い評価を受けているが、エイズ協力において

¹²⁴ カナダでは、HIV/エイズ関連の医学・臨床的研究等は、主にInternational Development Research Centre:IDRC、Canadian Foundation for AIDS Research、Canadian Association for HIV Research、ならびにHealth Canada（日本の厚生省に相当）によって実施されている。

は、CIDAはエイズが主に性行為によって感染する病気であることから、主に1) 性教育、また2) 政策形成、社会環境作り、また公共事業への協力の2つのサブ・セクターにおいて、健全な性生活促進のための協力を実施している。性教育においては、HIVの感染者／非感染者を問わず、性生活における選択肢ならびに必要な知識の提供を行うだけでなく、健全な性行為を行うために必要な決断ができるように人々の自立自助（empowerment）を促すことを目的としている。また、本分野に対する協力においては、CIDA全体のODA戦略、ならびにCIDAのエイズ問題に対する広い認識（定義）にしたがって、貧困層、女性、また子供のニーズ等が配慮される。特に子供に配慮することは、出生前エイズ感染の急増に対する対策ともなっている。

(2) エイズ問題に取り組むための運営管理面でのキャパシティビルディング（Capacity Building for AIDS Control and Prevention Management）

エイズ問題は、途上国の医療・保健とその他社会セクターに対する深刻な脅威となっており、CIDAは、途上国がエイズ問題に取り組むにあたって不足しがちな資金を効果的かつ効率的に運用できるように、途上国政府ならびにコミュニティをベースにした組織／団体の組織／能力作り（キャパシティビルディング）への協力を行っている。CIDAは、同問題に取り組む途上国の民間セクター（NGO、教会、学校、一般企業等を含む）の役割を重要視しており、それら途上国の組織が、エイズ予防、カウンセリング、またその他支援サービス等が出来るようにその組織力ならびに能力を向上させるための協力を行っている。したがって、この分野への協力は、多くの途上国が、エイズに関する知識を持ちながらも経験ならびに資金不足のために、問題解決のために行動に移すことができない状態を是正しようとするものである。CIDAのこの分野への協力によって、既に、効果的かつ採算性の高い独創的な方法でエイズ蔓延に取り組むいくつかの民間グループも出てきているといわれている。

(3) HIV／エイズに関連する医療・保健分野へのサービス向上に対する協力（Support for the Development of Related Health Care Services）

エイズ問題への取り組みの一環として、CIDAは、HIV／エイズに関連の深い医療分野

(1)STDの撲滅対策と予防、(2)結核の撲滅対策、また(3)血液製剤の供給対策⁴⁵へ援助を実施している。途上国では、エイズ蔓延により医療セクターが壊滅的な影響を受けており、同分野への協力は、これらの疾病に対して援助を行うことによって間接的にエイズ問題に取り組もうとするものである。また、このエイズとその他の関連医療分野とを連動させる協力スキームは、援助予算の節約という点から経済的メリットも高い。

CIDAは、そのエイズ政策においても言及されているように、以上の3つの優先分野への協力に加え、エイズ問題への取り組みに特に大きな影響を持つプライマリヘルスケア、貧困、WIDまた教育等のセクターへの協力を同時に実施する必要性を上げている。この背景には、エイズ問題は複数の要素に起因しているため、効果的なエイズ協力は、複数のサブ・セクターに横断的にまたがりながら、同時に、また統合的に実施される必要があるとの考え方がありと思われる。

II-2. 優先地域ならびに国

CIDAのエイズ協力に対する援助総額を地域別にみると、アフリカ地域におけるエイズ関連プログラムへの援助総額が、CIDA全体のエイズ協力援助額の実に79%⁴⁶しめる。しかしながら、CIDAは、通常、CIDAの各局別に援助予算の決定・配分しており、セクター別では行われていないため、CIDAが組織として、特にエイズ協力だからアフリカ地域を優先するといった認識に基づいて援助額配分を行っているわけではなく、エイズ分野への予算配分は、途上国・地域の現

⁴⁵ a) 性行為によって感染する病気 (STD): 性病は多くの途上国において蔓延しているものであり、HIV感染を促進する要因となっている。このため、性病を防止することは、エイズ蔓延を防ぐために大きな貢献となる。

b) 結核: 結核は治療、また予防可能な病気であるものの、途上国のHIV感染者の最も一般的な死因となっている(開発途上国の60%の結核患者がHIVに感染している)。既存の結核対策を支援することは、HIV感染者の寿命を延ばし、生産に従事することができるようにするだけでなく、HIV感染人口の範囲をはるかに超えるものになると予想される結核の第二次世界的流行を防ぐことになると思われる。

c) HIV感染血液の輸血: HIVに感染した血液の輸血は、途上国におけるエイズ蔓延の原因のほんの一部にすぎないものの、明らかにエイズ蔓延の一要因である。途上国においては、現在のところ、輸血用血液の血液検査は充分に行われておらず、途上国の医療関連施設に対して早急に輸血用血液の血液検査技術を移転する必要がある。

⁴⁶ この金額は、地域として分類不可能な国際機関に対する拠出金額を含まない。

状、課題、また援助受入国または地域の財政的・人的資源の有無等を鑑みながら、CIDAの各地域局によって決定されている。アフリカ地域へCIDAのエイズ協力が集中している主な理由としては、アフリカ地域はHIV/エイズが最初に確認された地域であるばかりでなく、他の地域と比較してもHIV/エイズ問題の深刻化が顕著であり、援助を最も必要とする地域であることがあげられる。

アフリカ地域以外の地域に関して、CIDA内では、最近特にバングラデシュやミャンマーといったアジア地域のLDCにおけるエイズ問題深刻化への認識の高まり、またハイティへのエイズ協力の再開を予測する声があがるなどの動きが見られるものの、CIDAは当面これら地域に対して、アフリカ地域に対する協力をコストにするほどの大幅なエイズ協力の拡大・強化を実施する考えはない。その理由としては、1) アフリカ地域のエイズ問題は、他の地域と比較にならないほど深刻であること、2) アフリカ地域との比較において、アジア、中南米地域は、一般的に開発が進んでいるおり、またそのための財政的・人的資源もあること、さらに3) CIDA自体にエイズ協力を地域的に大幅に拡大する財政的余裕がないこと等をあげている。

エイズ協力の分野において、特にCIDAが重要視しているプログラムの対象地域ならびに国は以下のとおりである。

(1) 南部アフリカ地域

「南部アフリカエイズ研修プログラム (Southern Africa AIDS Training Program -SAT-) と呼ばれるプログラムは、アンゴラ、ボツワナ、レソソ、マラウイ、モザンビーク、ナミビア、スワジランド、タンザニア、ザンビア、ジンバブエの南部アフリカ10か国を対象国として、エイズ問題に取り組んでいるそれら10か国にある80以上の地域社会団体、NGO等に対してキャパシティビルディングに焦点をおいた援助協力を実施している。プログラム実施期間は、1990-95年の5年間で、予算は1320万カナダドル（以下ドルはカナダドルを示す）である。（詳細はVI章を参照。）

(2) フランス語圏アフリカ地域

CIDAは、ベニン、ブルキナファソ、カメルーン、中央アフリカ共和国、ギニア、アイボリコ

スト、マリ、ニジュール、セネガルの9か国において、女性と子供に焦点をおきながら、HIV/AIDSに関する疫学、教育、情報活動、コミュニケーション等に関する研修プログラムを実施している。プログラム実施期間は、1990-95年の5年間で、予算は2200万ドルである。（詳細はVI章を参照。）

（3）中央・東アフリカ地域

CIDAは、ケニアを対象国として、性病対策の分野で、またタンザニアにおいては、エイズ分野における情報と教育、コミュニケーションの分野で計約700万ドルのプロジェクトを実施している。（いずれも5年計画）

また、カナダは、1994年パリで開催されたエイズサミットにおいて、上記3地域を対象としたプログラムを5年更新することを表明している。

III. 実施体制

III-1. エイズ関連分野における援助実績

CIDAは、エイズ分野に対して比較的早期に援助実績を上げた先進国援助機関の1つである。エイズ協力に対する援助額を国際比較した場合、カナダの貢献は、総額を見る限りにおいてはそれほど目立つものではないものの、一人あたりの援助額では他のドナー国と肩をならべている。本セクションでは、CIDA全体ならびに援助チャンネル別（多国間援助、二国間援助、パートナーシッププログラム）にエイズ分野援助予算の動向を考察し、援助額に見たCIDAのエイズ協力の動向について述べる。⁴⁷

III-1-1. エイズ関連援助額全体の動向

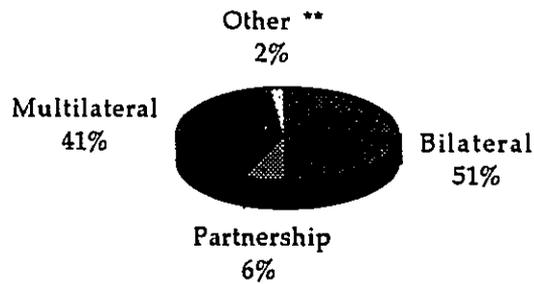
CIDAのHIV/エイズ関連分野への援助実績は、1980年代中頃から現在まで、総額約1億カナダドルにのぼる。この援助額は、二国間援助へ5030万ドル（エイズ関連援助総額全体の約51%）、国際機関への拠出金を中心とする多国籍援助へ4140万ドル（41%）、またNGO等を通じた協力を主体とするCIDAのパートナーシッププログラムへ640万ドル（6%）に分けられる（図III-1 参照）。図III-1に見られるように、残りの2%は、カナダファンド⁴⁸（80万ドル）と特別イニシアティブ⁴⁹及びその他における実績である。

⁴⁷ 地域別ならびにチャンネル別にみたCIDAの援助実績の詳細は、Appendix2を参照。

⁴⁸ カナダ基金は1973年に創立された。これは、開発途上国の地域プロジェクトなど小規模な援助要請に対して、適切にしかも迅速に対処する目的で設けられた。各プロジェクトは5万ドル以下のもので地域のNGOや地域団体によって実施されている。この基金の運営は、カナダ大使館や高等弁務官によって行われている。

⁴⁹ この援助は、カナダをベースとする援助団体を対象として、それら団体が実施する市民教育または短期間にわたるその他の特別な援助活動に対して与えられている。この一例として、CIDAは、ラテンアメリカとカリブ諸国でエイズ活動を行っている地域のNGO代表にカナダNGO基金を提供し、それら代表がメキシコにおけるエイズ関連の会議に出席することを可能にした等の経験がある。

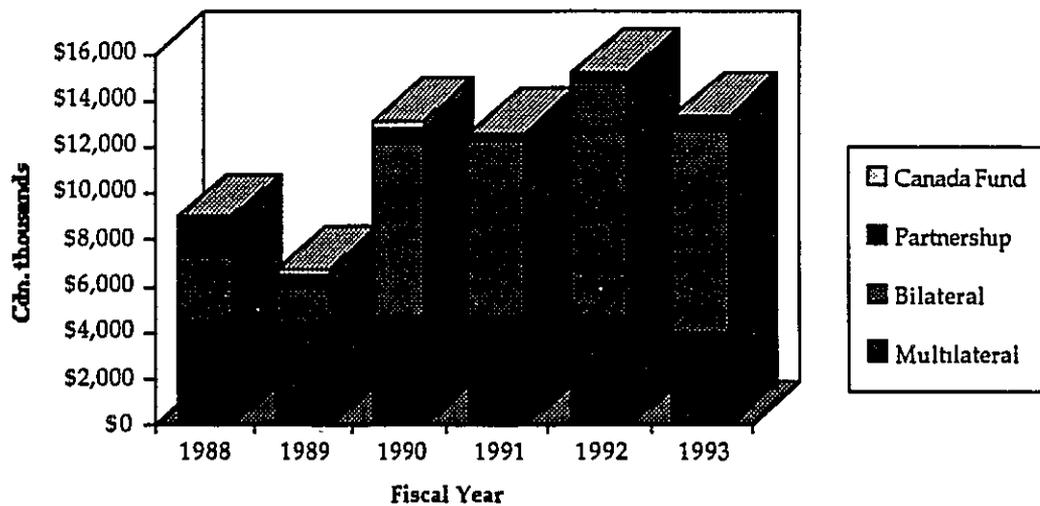
図III-1 援助チャンネル別エイズ援助実績



出所：CIDAデータベース

また、1990年にアフリカに対する大規模な二国間プログラム（II章-2を参照）を開始して以来、CIDAは、年間平均1300万ドルのエイズ援助を実施しており、援助額は、1992年には1520万ドルに達している。

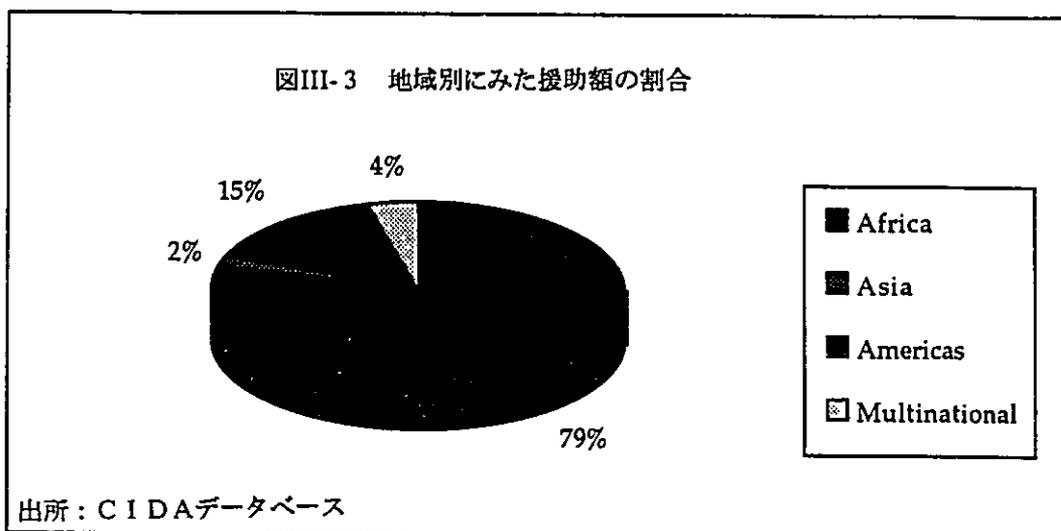
図III-2 年度別エイズ協力実績



出所：CIDAデータベース

CIDAはセクター別に予算化を行っておらず、通常、CIDAの予算はCIDA内の各局別に

決定／配分されている。したがって、HIV／エイズ分野を含むセクター別の予算配分は、各局（厳密には、各局内を構成する課の長（Director General））によって決定されている。²¹⁰ しかしながら、CIDA全体のエイズ協力援助額（国際機関への通常拠出金を除く）の地域別割合は、アフリカ地域が総額の約79%とほぼ独占しており、中南米地域は15%、また、アジアはわずか2%以下にすぎない。残りの4%は、国際機関への拠出金に配分されている。



III-1-2. 多国間援助（国際機関への拠出金）

CIDAの国際機関への拠出金の中で、途上国へのエイズ協力を直接支援していることが確認できるものはWHO（GPA）への拠出金に限定されるが、CIDAは1987年に同プログラムへ最初の拠出金を提供をして以来、現在までに総額4000万ドル以上の拠出金実績をあげており、国際機関への拠出金総額（累計）では世界で第4番目の支援国となっている（表III-1）。年度別に見た拠出金額推移では、1992年のWHOへの拠出金が480万ドルを記録したものの、1993年と1994年には各年400万ドルと削減しており、現時点ではCIDAの拠出金額は世界で第6位となっている。

²¹⁰ NGO等非営利機関が主体となって援助活動を実施しているCIDAのパートナーシップ局では、エイズ分野の予算レベルは、それらNGOからエイズ協力プロジェクト実施のための資金援助要請が多く出されるや否やによって決定されている。

表III-1 WHOに対する拠出額実績（年度別）

<u>Year</u>	<u>Value*</u>
1988	\$4,500
1989	\$4,400
1990	\$4,700
1991	\$4,750
1992	\$4,800
1993	\$4,000
1994	\$4,000
Total**	\$41,365
*(\$ Cdn. thousands)	
** Total includes data for pre-1988	

出所：C I D Aデータベース

III-1-3. 二国間援助

既に述べたように、エイズ協力に対するC I D A二国間援助総額の約87%(約4360万ドル)はアフリカ地域におけるものである。この援助額の大部分は、1990-95年間の5年間に、南部アフリカ地域、フランス語圏アフリカ地域、東アフリカ地域の3地域における大型エイズプログラムに配分されたものである。またC I D Aは、中南米地域において、カリブ海地域を対象とした大型プログラムを1件と、またハイティを対象とした小規模プロジェクトを3件実施しており、これらのプログラム/プロジェクトに対する援助総額は、C I D A全体のエイズ協力援助額の約12%にあたる。アジア地域におけるC I D Aのエイズプログラムは、タイを対象にしたものが1件行われているのみであり、その援助額は二国間援助総額の1%(50万ドル)である。年間別にみた援助額の推移では、C I D Aの二国間援助は、1990年の740万ドルから870万ドルに増額が行われている。

III-1-4. パートナーシッププログラム

C I D Aは、パートナーシップ局を通じて、NGO、大学、専門機関といった非営利機関が実施するエイズ関連プロジェクトに一部資金援助を行っている（パートナーシッププログラムと呼ばれ

ている)。パートナーシップ局におけるエイズ分野への援助額は、NGOから出される資金援助要請によって決定されること、また通常大型プログラムを含まないこと等から、CIDA全体のエイズ援助総額においてみると僅か6%となっているが、CIDAは、効果的にエイズ問題に対応するためには、エイズ関連教育、情報提供、またコミュニティをベースとした援助活動といった分野におけるNGO等非営利機関の活動の重要性について十分に認識している。

また、パートナーシップ局を通じて提供されるエイズ援助額の地域別割合は、特定の地域に集中することなく、アフリカ地域に170万ドル(26%)、中南米地域に230万ドル(36%)、国際イニシャティブに230万ドル(36%)と比較的バランスがとれている。しかしながら、アジア地域はここにおいても142千ドル(2%)と援助額は少ない。

III-1-5. 今後の予算動向

CIDAのエイズ関連プログラムへの援助額は、1994-95年度の援助実績において、約1060万ドルまで減少されると見込まれている。現時点では、まだ1994年のデータが揃っていないが、1990年から実施されてきた3件の大型援助プログラム(5年間)が後半に入り、年度別予算が減額していること等から、特に1993年には870万ドルであった二国間プログラムを通じた援助額がかなり減少するものと見られている。しかしながら、カナダ政府は1994年パリで行われたエイズサミットにおいて、CIDAのこれら3件の援助プログラムを5年間更新することを表明しており、この結果、1996年-2000年の間に、南部アフリカ地域プログラムに対して、約1800万ドル、フランス語圏アフリカ地域のプログラムに2500万ドル、また、中央・東アフリカ地域プログラムに700万ドルの予算があらたに配分されることになっている。

III-2. 機構(CIDA内での実施体制)

CIDAは、従来、各セクターの専門家によって構成されるプロフェッショナル・サービス局(Professional Services Branch:PBS)を設置し、エイズ協力を担当する医療・保健専門家を同部局に配置することによって、各地域局のエイズプログラムのプロジェクトマネジャー(PM)がこれら専門家と連絡・連携を図りながら、エイズ協力を実施するという体制をとってきた。しかしながら、

1991年の組織改革により、CIDAはこのプロフェッショナル・サービス局を廃止し、各専門家を政策局（Policy Branch）ならびに各地域局（Regional Branch）²¹¹内に分散・配置して協力を実施するという実施体制に改正した。この医療・保健専門家間の調整ならびに統括は、政策局に配属されている同分野のシニア政策アドバイザー（Senior Policy Advisor on Health）によって行われており、同政策アドバイザーが実質、CIDAのエイズ協力の窓口としての役割を果たしている。本セクションでは、旧体制ならびに組織改革の背景、また新体制について述べるとともに、CIDAのエイズ協力における医療・保健専門家の役割について考察する。

III-2-1. 従来 of 組織機構

既述のとおり、1991年以前まで、CIDAのエイズ協力は、各地域局と連携を取りながら、プロフェッショナル・サービス局を拠点として実施されていた。この体制においては、プロフェッショナル・サービス局内に、アサインメント管理グループ（Work Assignment Group: WAG）が設置され、医療・保健専門家を含む各セクターの専門家は、このアサインメント管理グループを通じてアサインされたプログラムならびに地域局のPMに、それぞれの専門知識ならびに助言を提供することによって、各援助プログラムに参画してきた。アサインメント管理グループは、専門家の地域的専門性を比較的考慮した配置を行っていたが、しばしば人事上の都合から必ずしも専門家が専門とする地域に配属されなかったり、またPMの要請どおりの専門家が配置されなかったりというケースもあったらしい。また、別のケースでは、専門家がアドバイザー的役割を越えてプロジェクトの運営管理に期待された以上に関与したことによるPMとの摩擦、また技術的専門性をより追及する専門家と開発目的全般への貢献をより追及するPMとの間で多少摩擦が起こったともいわれている。しかしながら、一方で、このような問題にも拘らず、PM/専門家は一般的にプロフェッショナル・サービス局を拠点とする機構を支持していたといわれている。

III-2-2. 現在の組織機構

CIDAは、1991年の組織改革を契機に、医療・保健セクターを含む各セクターの専門家の地域局内への分散・配置を行った。また、この機構改革によって、各セクターのシニア専門家は政

²¹¹ CIDAにおける地域局とは、アフリカ・中東局（Africa and Middle East Branch）、アジア局（Asia Branch）、アメリカ局（America Branch）の3局を示す。

策局に集められ、各セクターのシニア政策アドバイザーとして地域局に配属された専門家の統括、調整を担当するとともに、CIDAのセクター政策ならびに戦略形成に中心的役割を果たすことになった。

HIV/エイズを含める医療・保健セクターにおいて、CIDAでは、政策局にシニア政策アドバイザーを1名、またパートナーシップ局とアジア局に1名ずつ、またアフリカ・中東局に2名(そのうちの1名は英語圏アフリカ、もう1名はフランス語圏アフリカを担当)の専門家を配置している。現時点では、アメリカ局には同分野の専門家は配置されていないが、早期に専門家確保が行われる予定である。

CIDAでは、この機構改革を通じて、特に専門家と各PMとの連携協力の円滑化、さらにはプログラム実施における効率性の向上、また、この専門家の地域局への分散・配置によって各地域局内においてエイズ関連協力の強化・拡大が促進されることが期待された。これはCIDAがHIV/エイズ問題を単に医療・保健の問題として取り組むのではなく、ジェンダー、貧困またコミュニティ開発といった他のセクターと連携しながら取り組む必要があるというCIDAのエイズ協力に対する基本方針を、機構レベルにおいて強化しようとするものとみられる。

しかしながら、CIDAの厳しい予算状況は、各地域局に配属される専門家の数を著しく制約しており、専門家の分散・配置による機構改革が、期待通りの効果を上げていないという現状を生んでいる。また、専門家によっては、CIDAのエイズ政策とプログラムへのアドバイザーとしての役割を越えて、プロジェクトの運営・管理まで任されているといったケースも起こっており、専門家に大きな負担がかかっていることが伺える。このような状況から、医療・保健専門家の一部においては、従来のプロフェッショナル・サービス局を中心とするシステム方が、現在のエイズ協力の機構体制に比べ効率的であったのではないかという声もあがっている。

III-2-3. CIDA内の協力体制

CIDAは、組織内に「医療/保健・人口・栄養ネットワーク(Health, Population and Nutrition (HPN)Network)」とよばれる連絡協議会を組織し、CIDA内のこれらセクターの専門家の連携・調整を行っている。エイズ協力に関しては、本連絡協議会は、政策局の医療・保健セクターのシニ

ア政策アドバイザーを中心に、年に約10回の割合で開催されており、同協議会は専門家たちの情報交換の機会を提供し、CIDA内におけるエイズ協力の一貫性ならびに整合性を図る役割を果たしている。

この連絡協議会は、医療・保健、人口、栄養のセクター専門家のほか、WIDの専門家、また情報・伝達局（Communication Branch）からの代表の参加を含め、計14名によって構成されている。

また、この連絡協議会以外にも、医療・保健セクターのシニア政策アドバイザーが、CIDA内の電子メールを通じて各地域局の専門家達と定期的に連絡を取り合っているほか、専門家の間では通常のインフォーマルな情報交換を通じて、かなり頻繁に連絡協議が行われており、医療・保健セクターの専門家間の協力体制がかなり確立されていることを示唆している。

III-2-4. 医療・保健専門家の役割

医療・保健シニア政策アドバイザー（Senior Policy Advisor on Health）は、連絡協議会を組織し、各地域局の専門家の統括ならびに調整の責任者であるとともに、HIV/エイズ協力を含む医療・保健セクター全般の政策形成ならびに援助プログラム実施において中心的役割を果たしている。具体的な担当業務としては、シニア政策アドバイザーは、同セクターに対する年間1億1000万ドルに上る援助活動¹²のクオリティ・コントロールに関して、政策局の副総裁（Vice President）に直接責任をおっているばかりでなく、医療・保健の専門家として、またその国際協力における豊富な経験に基づいて、CIDAのマネジメント（上層部）に対して政策・プログラム形成ならびに援助戦略について助言を行っている。また、同アドバイザーは医療・保健、人口、栄養に携わる人材の確保ならびに配置についての指導も行っているほか、CIDA全体の援助政策とプログラム戦略、また途上国のニーズや優先サブ・セクターの変遷等を考慮に入れながら、医療・保健セクター協力に係わるCIDAの年間計画の作成も担当している。（シニア政策アドバイザーの職務に関する詳細は、Appendix 3を参照のこと）

各地域局に配属されている医療・保健専門家は、直接担当している援助プログラムやそのPMに

¹² CIDAでは、セクター別の予算決定/配分は行われておらず、この金額はCIDAの各局において決定・配分された医療・保健セクターに対する年間援助額を総計したものである。

対して、H I V / エイズ、また医療・保健に関する専門知識、助言等の提供を行っている。しかしながら、専門家のプログラムへの参画の度合は、P M の判断によって決められるため、ケースによってまちまちである。

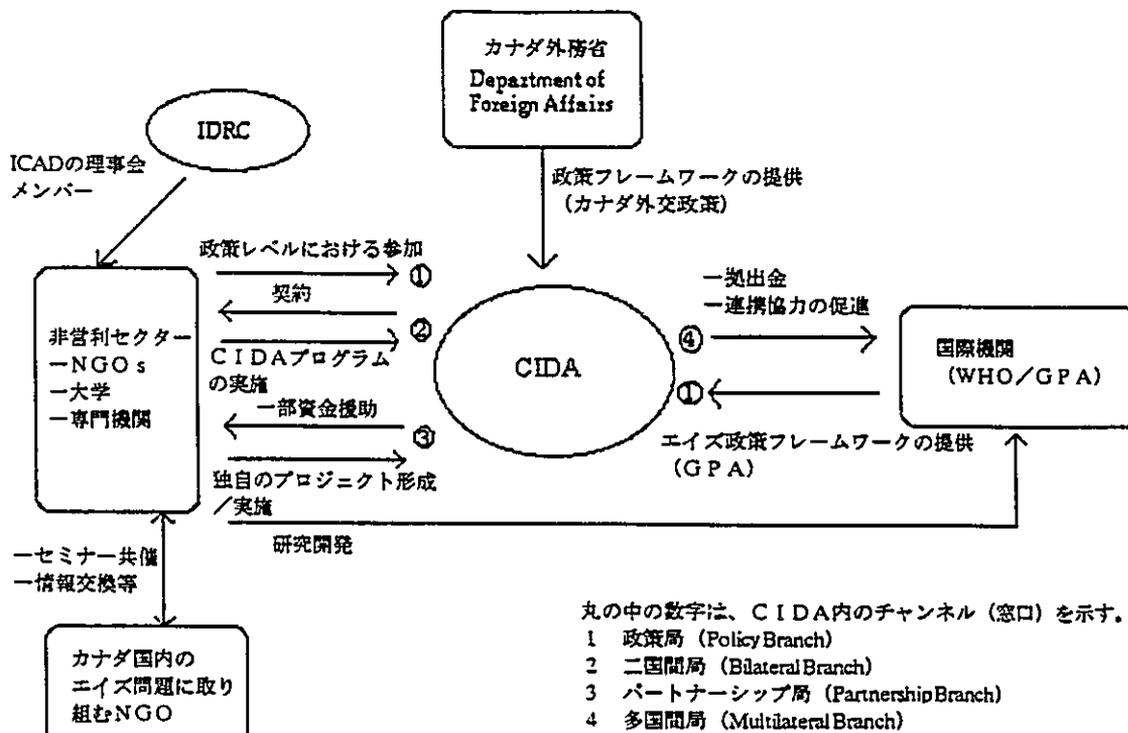
また、専門家は通常のH I V / エイズに関する専門知識に加え、特に担当途上国 / 地域におけるH I V / エイズに関する知識が求められている。

III-3. NGO、国際機関との関係

C I D A は、効果的・効率的なエイズ協力を行うため、カナダ国内の非営利団体（NGO、大学、専門機関等を含む）ならびに国際機関（世界保健機構、その他国連機関）との協力体制の構築に努力してきた。C I D A は、こうした協力体制を通じて、国内レベルと国際レベルで行われているエイズ協力の連携を図りながら、一貫性・整合性をもったエイズ協力の実施を試みている。

図III-4は、カナダにおけるエイズ協力の主要関係機関ならびにその協力体制の全体像を示す。

図III-4 カナダのエイズ協力における実施体制（全体図）



出所：J I C A カナダ事務所

上記図III-4に示されているように、CIDAは、政策形成段階においては、カナダ外務省の策定するカナダ外交政策、またWHO(GPA)の指針と整合性・一貫性を図ることが求められるものの、エイズ政策策定全般、予算配分、プログラム形成、運営管理、調整、ならびに評価を担当しており、カナダのエイズ協力において中心的役割を果たしているといえる。しかしながら、プログラムの実施（プロジェクトの形成を含む場合もある）は、高い専門性が求められることから大学、専門機関、NGOといった非営利団体との委託契約を通じて行っている。委託契約を受けたこれら団体／組織は、CIDA援助プログラムの「実施代行機関（Executing Agencies: E.A.s）」と呼ばれる。

エイズ協力における代表的実施代行機関には、Laval大学、McGill大学、Canadian Public Health Association(CPHA)等がある。

またカナダでは、一般的に援助におけるNGO等非営利機関の果たす役割が高く認識されているが、カナダのエイズ協力においてもNGO等の積極的な活動は注目されるべきものがある。後に詳しく述べるように、NGOはCIDAのエイズ政策の形成／更新への参画、独自のプログラム形成・実施、ならびにエイズ協力のための研究開発等に携わっており、CIDAはエイズ協力の中心的存在ではあるもののその実施体制は比較的国民参加型であるといえよう。また、それらNGOは情報交換・合同セミナー共催等を通じてカナダ国内のエイズ問題に取り組んでいるNGO、さらには途上国のNGOとも連携し、国内・国際レベルで整合性のある援助活動を行っている。

IDRC（International Development Research Centre: 国際開発研究センター）は、資金／技術協力を通じて、途上国の研究者ならびに研究機関の組織・能力開発に資するために1970年に設立された政府系研究機関（法人：Crown Corporation）である。エイズ協力の分野では、1986年に最初のエイズプロジェクトを援助したのを皮切りに、これまでサブ・サハラアフリカ地域を中心に、合計37件のプロジェクトに対して協力を実施している。CIDAとの協力関係は、IDRCが研究開発に焦点を絞った援助活動を行っていることから、現時点では、必要に応じてインフォーマルな連絡・協議を実施するに留まっている。カナダのエイズ協力におけるIDRCの活動ならびに役割については、別にV章にて取り上げることとする。

CIDAは、カナダのエイズ協力と国際機関による同分野への協力の連携を図る重要性を認識し

ており、CIDA全体のエイズ援助総額の41%にあたる4150万ドルをWHOに拠出し、その活動を支援している他、同分野に対する国際機関またその他ドナー国のイニシアティブを取り纏めるコーディネーター的役割を果たすなどのリーダーシップをとっている。

CIDAは、これらNGO、IDRCならびに国際機関といった様々な機関によるエイズ協力を、主に政策局（Policy Branch）、各地域局（Regional Branch）、パートナーシップ局（Partnership Branch）、多国間協力局（Multilateral Branch）のチャンネルを通じて調整を図っている。

III-3-1. NGOとの関係

NGOは、カナダODAに関わる非営利機関／団体の1つとして、カナダODAの様々な分野／レベルにおいて重要な役割を果たしている。既に述べたように、NGOは、二国間援助においては、基本的にCIDAの立案したプログラムの実施代行機関としての役割を果たす一方、パートナーシッププログラム（国際機関に対する援助、また食糧援助を除く）においては、NGOは独自に援助プログラムを立案し、CIDAから一部補助金のサポートを受けながら実施し、またその運営管理等は基本的に一任されるといった独立性／独自性を持った援助活動を行っている。このほかCIDAは、これまで非公式／公式の形でNGOを政策形成においても参画させ、NGOの意見を政策形成に反映するよう試みてきた経緯もある。また、CIDAは、1988年以降毎年異なるテーマのもとにカナダの約150のNGOの代表を一同に介して、CIDAと意見交換・調整等を行うCIDA／NGO年次協議を開催しており、CIDAとNGOが比較的同等なパートナーとしての関係を構築してきた様子が伺える。

NGO等の活動が主体となるパートナーシップ局を通じて計上されたエイズ協力援助額は、CIDA全体のエイズ協力援助額の6%と決して多くはないが、NGOのエイズ協力における積極的な活動は、多くの点で注目されるべきものがある。NGOは、HIV／エイズの問題が、まず同性愛者の間で認識され、次に地域社会（草の根レベル）で取り組まれた経緯から、その問題が社会にあまり注目されていない比較的早期からエイズ問題に取り組んできた経験を持っている。こうしたNGOの中には、CIDAのエイズプログラムの実施代行機関としての役割を果たしたり、独自のP

プログラムを形成／実施しているばかりでなく、カナダの国内外において、エイズ問題に対する理解を深め、またその問題に対して的確に対応していくための研修方法等の開発にも力を注いでいるものもある。また、NGOはカナダ国民一般に対してエイズ問題に対する啓蒙活動を行うとともに、一般の声を、エイズ政策を含めた政府の援助政策に反映するために大きな役割を果たしている。

(1) 政策立案におけるNGOの役割

エイズ政策立案段階におけるNGO参画の代表的な例は、現在CIDAの政策局を中心に作成／更新中であるCIDAの新エイズ政策形成へのICAD (Interagency Coalition on AIDS and Development) の参加である。ICADはカナダにおいてエイズと開発に取り組んでいる（もしくは関心がある）NGOのアンブレラ組織（ネットワーク／共同体ともよばれる）として1990年に設立されたもので、1) カナダNGOのHIV／エイズに取り組むための組織・技術的能力を高めること、2) エイズ問題を考慮したNGO活動の促進、3) 同問題に取り組んでいるカナダと途上国のNGOとのネットワークの育成、4) カナダ国民一般に対して、途上国におけるエイズの影響、並びにその問題に取り組んでいるカナダNGOに関する情報の提供等の活動を行っている。またICADの運営は、Oxfam Canada、CPHA、IDRCといったエイズ協力におけるカナダの主要援助機関からの代表によって構成される理事会によって決定されている。

また、ICADは1994年12月に開催されたパリのエイズサミットにおいて、カナダ政府代表団の公式メンバーとして参加している。このICADの参加は、カナダNGOの代表として、また同分野における専門家としての同NGOの活動が、政府内で評価されたものであるといえる。

この他、ICADは、1994年に行われたカナダ外交政策の見直し⁴¹³において、HIV／エイズ分野に対する援助協力の強化／促進を求めて、同外交政策見直しのために設立された国会の特別委員会に提言を提出し、政府政策形成にNGOの見解を反映するよう試みるなど、活発な活動が目された。

⁴¹³ カナダ政府は、1994年4月、上院議員1名、下院議員1名の2名を議長とする合計22人の国会議員から構成される特別委員会を設置し、以後7カ月にわたって、ODAを含むカナダ外交政策全般の見直しを実施した。同委員会は、この7カ月においてオタワまたカナダの各地で100を越えるフォーラムを開催し、560以上の提言等を受けたものを取り纏め、同年11月末に「カナダ外交政策全般の見直しに関する答申」としてカナダ政府（内閣）に提出した。カナダ政府は、この答申を受けて内閣案とすりあわせ、1995年2月にカナダ新外交政策「Canada in the World」を発表している。

エイズと開発に取り組んでいるカナダNGOのアンブレラ組織であるICADのこのような活発な活動は、CIDAが同分野におけるNGOの経験と専門性を高く評価していることを示唆するものといえる。しかしながら、その反面、CIDAとNGOの連絡・協議は、ICADの新エイズ政策形成過程への参画を除いては、往々にしてNGO側からの呼びかけによる不定期的なインフォーマルな意見交換の形をとることが多く、定期的な連絡・協議が行われるような協力体制はまだ確立されていない。

(2) プログラム/プロジェクト実施におけるNGOの役割

CIDAの二国間プログラムは、1) CIDAの各地域局によって形成されるものと2) NGOが形成/立案したものがCIDAに提案され、CIDAのプログラム/プロジェクトとして認可されるものの2つのタイプがある。⁴¹⁴ CIDAは、いずれのケースにおいても実施段階においては、当該地域局をつうじて、NGO等非営利機関に援助プログラムの実施を委託している（委託を受けた機関は、CIDAの実施代行機関（Executing Agency:E.A.）とよばれる）。実施代行機関としてNGO等を活用する背景には、エイズ協力に必要とされる専門性ならびに同分野における比較的豊富な経験を鑑みると、NGO等による実施が、より効率的・効果的であるというCIDAの認識がある。また、実施段階におけるCIDAの介入をできるだけ減らすことによって、実施機関が専門家としての裁量をもって実施ができる環境を創出することができると考えられている。

CIDAは、「エイズと開発」に対するNGO等の取り組みに対して、パートナーシップ局において実施されているパートナーシッププログラムを通じて資金援助を行っている。同プログラムにおいてCIDAは、NGOの作成した援助プログラムプロポーザルの提出を受けて、そのプログラムに対して、マッチング方式によってNGO一部資金を援助する。⁴¹⁵ このプログラムの特徴は、プログラム形成/実施においてNGOが、非常に大きな独自性・独立性を保持しているということである。このプログラムを通じて行われるNGOの活動は、CIDAは資金援助決定を判断する段

⁴¹⁴ CIDAのサブ・サハラアフリカ地域を対象にした3つのエイズ協力大型プログラムはいずれも、CIDAがNGO等非営利機関から提案を受け、CIDA二国間プログラムとして認可したものである。

⁴¹⁵ 通常、NGOは当該プログラム/プロジェクトの最低25-30%を資金またはサービスの形で負担しなければならない。

階において、プロジェクトプロポーザルの査定に携わるものの、NGOはその他のプロジェクト形成、実施、運営管理ならびに評価まで基本的に一任されている。

なお、NGOのプロポーザルの査定には、1) 計画の内容、2) プロジェクトがCIDA全体の開発戦略に一致しているか否や、さらに3) 3年毎に行われる各NGOの組織評価 (Institutional Assessment) の結果が基準となる。

(3) 研究開発におけるNGOの参画

ICADのように、一部のNGOは、エイズ協力に係わる研修プログラムの開発に携わる等、研究開発のレベルにおいても積極的な活動を行っている。例えば、ICADは、他のNGOに対してHIV/エイズ問題への理解を深めてもらうことを目的とした技術研修 (skill-building workshop) 実施のための手法を開発している。この手法を用いて、ICADはこれまでに1) コミュニティによるHIV/エイズ問題に対する取り組みの強化、2) エイズに感染した子供、3) エイズと女性の3テーマにおいてワークショップを開催している。またICADは、UNDPの協力を得て、エイズと人権に関するワークショップを1995年に開催予定であるばかりでなく、同年に開催が予定されている北京での「開発と女性」に関する国際会議において、エイズと女性に関するワークショップを開催する予定である。

また、このほかICADは、現在WHOが作成中である「エイズと女性に対する援助プログラムのガイドラインの策定 (a program manual on Women and AIDS)」において、諮問委員会 (Advisory Committee) のメンバーとして参画することになっている。同諮問委員会は、そのガイドライン策定に必要な基礎資料の取り纏めを総括する役割を果たす。このようなICADの活動は、カナダのNGOが、エイズ協力に対するグローバルイニシアティブにおいても、直接的な貢献を行っていることを示している。

Oxfam-Canadaは、エイズ協力 (特にエイズ教育) における独創的かつ効果的な援助実施の手法の開発・活用への協力という実績から、研究開発に携わっているNGOのもう1つの例としてあげられる。Oxfam-Canadaは、1988年以来南部アフリカ地域においてエイズに関する啓蒙活動やその予防のために活発な活動を行っているカナダNGOの1つであり、これまでに、オーディオ・

ビジュアル装置、芝居、人形劇等様々な手法を用いながらエイズ教育に取り組んできた途上国のNGOに対して、そのユニークな手法を支持し、援助活動を実施している。特に、人形劇を使ったエイズ教育は非常に注目される手法で、ジンバブエのNGOによって開発され、同NGOがOxfam-Canadaの協力を受けながら、ジンバブエのエイズ教育に活用した。Oxfam-Canadaは、その後、このジンバブエのNGOをカナダに招き、カナダの各地域においてカナダ人を対象に、この人形劇を用いたエイズ教育をするといったプログラムを実施しており、エイズ協力における南北を通じたNGOのネットワーク構築に大きく貢献している。

III-3-2. 国際機関との関係

CIDAはエイズ協力において、国際機関ならびにその他ドナー国との連携を図り、一貫性・整合性のとれた援助アプローチをとることの必要性を強く認識しており、(1) HIV/エイズ協力に取り組んでいる国際機関に対する財政的支援ならびに(2) それら国際機関ならびにその他ドナー国の連携促進、という2つの観点からエイズ問題に取り組むグローバルイニシアティブにおいて重要な役割を果たしている。

(1) 拠出金を通じた財政支援

国際機関に対するCIDAの拠出金のうち、HIV/エイズ協力への支出が明らかに確認できるのは、WHOのGPA(Global Program on AIDS)への拠出金に限られる。CIDAの拠出金額は、1987年以来総額4000万ドル以上に上り、これは拠出金総額(累計)の国際比較では第4位にあたる。このほかに、CIDAは、通常の拠出金を通じて、その他の国連関係機関によるエイズ協力にも財政支援を行っているが、国際機関に対する拠出金の使途を把握するのは容易ではなく、HIV/エイズ協力への予算配分は不明である。(注:CIDAのUNDP、UNICEF、UNFPAに対する通常拠出金額はAppendix 4に示す。)

国際機関(世銀、IMFを除く)への拠出金額は、CIDAの多国間援助局(Multilateral Branch)によって決定されており、対象となる国際機関の活動とCIDAの援助戦略との一貫性・整合性の度合いが、拠出金額決定の基準となっている。

また、CIDAはCore Donor Group(中心ドナー国)のメンバーとして、国際機関による援助活

動の評価に積極的に参加している。この1つの例として、CIDAは、1993年、フィンランド、ドイツの開発援助機関とともにUNFPAのプロジェクト形成ならびに運営管理、またその他活動について合同評価を実施している。

このような活動は、国際機関による援助の効率性を高めるために貢献するばかりでなく、国際機関の活動に対して、カナダの経験や見解を反映するという観点において大きな意義を持っている。

(2) 国際機関ならびにドナー国間の連携促進

カナダは、HIV/エイズ問題に取り組んでいるWHOのGPAを再編成するため、その活動フレームワークの作成に中心的役割を果たしている。カナダはHIV/エイズに関連した国際機関ならびにドナー国の活動の連携・協調を呼びかける決議草案を作成し、1994年7月に行われた国連ECOSOCに提出し、この新GPAの設立に大きく貢献している。この新プログラムは、WHO、UNDP、UNICEF、UNFPA、UNESCO、世銀の6つの国連組織によって構成され、1996年の1月から現在のGPAに代わることになっている。新プログラムは、国連内での協調、政府/NGO間の協力をさらに促進すると同時に、援助の重複を避けるための連携と協調を目的としている。またこのプログラムは、途上国がHIV/エイズ問題に対応していくための国家計画の策定、調整、実施また運営管理を実施するための能力向上等に支援していくという重要な機能を持っている。また、現在のところ、WHOは、GPAを通じて殆ど全ての国・地域のエイズ対策等に様々な指導を行ってきたが、新GPAの形成により、このような国連の役割は、今後"調整"の部分のみに縮小され、WHOは途上国が自らそれぞれのエイズ対策を立案していくように促進する。

1994年の12月に開催されたパリのエイズサミットにおいて、カナダは首相を団長とする政府代表団を派遣し、カナダのHIV/エイズ問題に対する関心の深さを表明している。HIV/エイズ問題に関する国際会議としては最も意義深い会議となったこの会議には、カナダとフランス他から首相クラスの出席があったほか、その他40か国の代表、多数のNGOの代表、WHO、また、HIV/AIDSの感染者自身の出席も見られた。参加42カ国は、そのサミット宣言において、HIV/AIDSの蔓延に対処していくためのGPAの開発へさらに支援と連携協力を行っていくことを唄った7つの決議案に調印した。¹¹⁶ このように、本サミットは、国連の呼びかけのもとに、

¹¹⁶ 本エイズサミットの決議案の詳細は、Appendix 5を参照。

グローバルイニシアティブを具体的な活動に繋げた最初のきっかけとして、重要かつ有意義な会議となった。

このようにCIDAは、WHOのエイズ協力を比較的早期から援助した先進国援助機関の1つであるばかりでなく、その後もWHOへの大きな貢献を続けており、今後さらに新GPAプログラムの開発・強化のためにドナー間においてリーダーシップをとっていく考えである。

IV. 人材確保・養成

IV-1. 人材確保

「エイズと開発」の分野におけるCIDAの専門家は、1)医療・保健専門家(Health Specialist)⁴¹⁷と2)派遣専門家(Technical Advisor)の大きく2つのタイプに分けられる。医療・保健専門家とは、CIDAの本部の様々な部局に配属され、政策形成やプログラム実施において専門知識並びにアドバイス等の提供を行う専門家である(詳しくはIII章-2を参照されたい)。これに対して、派遣専門家は、CIDA以外の機関に所属を持ちながら、CIDAのプログラムを実施するためにフィールドに専門家として派遣されるものである(いわゆるJICAの派遣専門家)。

IV-1-1. 医療・保健専門家の確保・募集

CIDAは、エイズを含む医療・保健分野への協力に対して専門知識、助言等の提供を行うことを目的として、1)CIDAの内部データバンク、2)一般競争入札システム(Open Bidding System:OBIS)、ならびに3)交換職員プログラム(Interchange Canada Program)という3つのルートを通じて、医療・保健専門家の確保・募集を実施している。

しかしながら、現在カナダの連邦政府機関では、雇用凍結が行われており、上記3つのどのルートを通じた専門家の雇用においても、CIDAでの専門家採用は一時雇用の形式をとらざる得ない状況にある。実際、現在CIDAの本部に配置されている医療・保健専門家のうち、終身雇用は半数以下であり、その他の専門家は、契約または交換職員プログラムのもとに中・長期ベースの一時採用となっている。

(1) CIDAの内部データバンク

CIDAの内部データバンクとは、様々なセクターにおけるカナダ人専門家のリストを集めたCIDAの内部情報である。このデータバンクは、CIDAが従来適用していたプログラム実施のための実施代行機関(もしくはフリーのコンサルタント)契約の登録制度における登録者リストを基礎にして作成された情報で、現在はCIDAのコーポレートマネジメント局(Corporate

⁴¹⁷ 医療・保健分野のシニア政策アドバイザー(Senior Policy Advisor on Health)を含む。(詳細はIII章-2を参照。)

Management Branch:CMB) によって管理されている。このCIDAのコンサルタント契約のための登録制度は、1994年にCIDAが、実施代行機関ならびにコンサルタント選出に一般競争入札システム(OBIS)を導入したのを契機に廃止されている。このような背景から、CIDAの内部データバンクを使った専門家の募集・確保は、専門家の契約金額が10万ドルを越えない場合にのみ制限されている。

(2) 一般競争入札システム (Open Bidding System:OBIS)

OBISと呼ばれるこのシステムは、カナダの一般企業、組織またフリーのコンサルタントに対して、連邦政府が必要とするサービスに対して入札の機会を広げることを目的として設立されたカナダ連邦政府のための一般競争入札システムである(オンライン使用)。CIDAは、1994年9月から、実施代行機関と専門家の選出において正式に同システムの適用を開始し、幅広い人材の確保のために活用している。なお、CIDAでは、契約金額が10万ドルを越える物・契約サービスの調達に、このシステムの活用が義務づけられている。

このシステムを通じて行われる専門家の選出等物・サービスの調達先の選定は、2段階に分けて行われる。CIDAはまず公募に対して関心のある組織ならびに個人から、当該分野における経験と資格に関して情報提供を受け、予備選考を行い、5つの組織/会社(またコンサルタントの場合は5名)に調達先の候補を絞る(pre-qualification)。CIDAは、第2段階としてこれら候補者に対して本格的なプロポーザルの提出を求め、CIDA内に設置される選考委員会がそのプロポーザルの評価/最終決定を行う。

(3) 交換職員プログラム (Interchange Canada Program:ICP)

同プログラムは、1971年にカナダ公共事業委員会によって設立された交換職員制度である。このプログラムは、CIDAを含む連邦政府機関とその他の経済・社会セクターに従事する機関間の相互理解を深めることを目的としているが、同時に両セクターの間で、人事交流を通じて特殊な知識や専門技術等を要するポストを補強したり、また技術移転等を行うことを可能にしている。CIDAはこのプログラムを通じて、大学等その他の機関から有能な専門家を得ることが可能となり、現在、CIDAのエイズを含む医療・保健の専門家のポストには、大学の医学部ならびにNGOからのスタッフが配属されている。(このICPについての一般手続きや期間、その他条件について

はAppendix 6を参照。)

IV-1-2. 派遣専門家の確保・募集

派遣専門家の確保・募集については、CIDA自身は直接携わっておらず、通常CIDAプログラムの実施代行機関が、担当業務の一環として実施している。専門家確保のための一般的な方法は、実施代行機関がこれまでカナダ国内ならびに途上国で構築してきた組織的／個人的ネットワークを通じた募集である。実施代行機関は、通常、同様の方法で、CIDAプログラムに携わる現地専門家の確保も行っている。現在CIDAが実施中である南部アフリカ地域のSATプログラム（VI章を参照）においては、参加している現地専門家の殆どが、このプログラムの実施代行機関であるCPHAと以前から関係のある大学や研究機関等から雇用されている。

つまり、派遣専門家の確保におけるCIDAの役割は、CIDAの立案したプログラムを実施するにあたって、適切な専門家の確保ができる実施代行機関を選出することである。CIDAは、そのために既述のOBISもしくはCIDA内部のデータバンクといった実施代行機関選出のためのシステムを保持／活用する。CIDAは、契約金額によっては、OBISの活用を義務づけられているものの、実際の実施代行機関選出にあたっては、それら実施代行機関の業績や経験ならびにCIDA内の評価／評判が大きく左右されているといわれている。HIV／エイズ分野に携わっている主な実施代行機関として、CPHA、ラバル大学、マギル大学等が上げられる。

IV-2. 人材養成 (Human Resource Development:HRD)

CIDAにおける各セクターの専門家ならびに派遣専門家は、既に専門家として必要な訓練を受けていることが前提であり、CIDAはエイズを含む専門家を養成するための研修等は実施していない。しかしながら、CIDAは、援助実施において重要な役割を果たす派遣専門家の活動効果を最大限に活かすという観点から、派遣専門家が派遣国において効率的に活動を実施できるように様々な研修プログラムを設置している。HIV／エイズ分野に関しては、CIDAは、同問題が援助プログラム実施に与える影響を鑑み、近年、CIDAの既存の研修援助プログラムにおいて、同

問題を取り上げたセッション等を実施している。

IV-2-1. 派遣専門家に対するCIDAの研修プログラム

CIDAの研修プログラムの主要目的は、CIDAの援助プログラム実施の効率性・効果性を高めるために、仕事上また個人レベルの生活において、派遣専門家の異文化への認識を深めることである。CIDAは、プログラム/プロジェクトの各段階において様々な研修（またはセッション、ブリーフィングとよばれる）を実施しており、これらの研修を行うことによって専門家の技術協力の効率性を向上させ、しいてはプログラム全体の専門・技術部門を強化しようとするものである。このCIDAの研修は、CIDAプログラムに従事する派遣専門家のみならず、その他の援助関係者（派遣予定者）にも公開されている。

研修事業の実施体制として、CIDAは「異文化研修センター（Centre for Intercultural Training:CIT）」²¹⁸を設置しており、同センターは、派遣専門家を対象とした上記研修を実施するとともに、研修開発も行っている。同センターの研修プログラムは、（1）派遣前研修（Pre-departure training session）、（2）派遣国内におけるオリエンテーション（In-country Orientation Program:ICOP）、また、（3）帰国報告プログラム（De-briefing）の大きく3段階に分けて実施されている。各段階における研修プログラムの主要課題等は表IV-1に示すとおりである。

表IV-1 CIDAの異文化センターによる研修プログラム

a. 派遣前研修 (Pre-departure training session)	参加者は、異文化の中において効果的に業務を実施するための戦略等、その他必要な情報の提供をうけるとともに、CIDAならびに実施代行機関のプロジェクト担当者と情報・意見交換を行う。
b. 派遣国内におけるオリエンテーション (In-Country Orientation Program:ICOP)	本オリエンテーションプログラムは、派遣前研修に引き続くもので任地において派遣専門家（ならびにカウンターパート）の専門性を最大限に活かすことを目的とした様々な研修ならびにサービスの提供を行っている。同プログラムは、1) 到着時セッション、2) 語学研修、3) その他支援、4) 帰国前研修等を含んでいる。
c. 帰国報告 (De-Briefing)	この帰国報告会における派遣専門家の報告をもって、募集に始まる派遣専門家に関わる一連の人的資源開発のための活動のサイクルが終了する。この帰国報告は、派遣専門家が、アサインされたプロジェクトならびに派遣国等に関する情報を異文化センターにフィードバックする手段となっている。

出所：Corporate Management Branch, CIDA. "Management of Overseas Personnel: Manual for the Executing Agency", September 1993. pp.24-28.

²¹⁸ 従来の「CIDAブリーフィングセンター」から改称。

IV-2-2. HIV/エイズに関する研修プログラム

CIDAの異文化研修センターは、セクターに拘らず全ての派遣専門家のHIV/エイズに関する理解を高めること、またこれら派遣専門家がHIV/エイズに感染しているカウンターパート等と仕事をしていくうえでの留意点について研修を行うことを目的として、各段階の研修プログラムにおいてHIV/エイズ問題をとりあつかった研修を実施中、もしくは開発中である。同センターは、昨年6月より、まず派遣前研修において、HIV/エイズ問題を取り扱うための研修プログラムを開発し、研修を開始している。また、後に詳しく述べるが、現在は、派遣国内オリエンテーションプログラムにおいても同問題に関する研修を実施するため、その研修モデルを開発中である。こうしたエイズ問題にかかわる研修実施や開発は、CIDA内のエイズ問題に対する関心の高まりに応えた同センターの積極的な取り組みと認識できる。

なお、CIDAの派遣専門家を含むカナダ人派遣予定援助関係者は、同センターと同様のコースが他の機関において受講可能な場合は、特に同センターでの研修受講を義務づけられていない。しかしながら、現時点ではCIDAの異文化センター以外の機関によって、HIV/エイズ問題を取りあつかった研修が行われている可能性はほとんどないといわれている。

派遣前研修において、エイズ問題は、(1) 医療・保健 (Health)、(2) 派遣国ならびに地域 (Introduction to the Country and Region)、(3) 異文化交流のための戦略 (Cross-cultural Communication)、(4) 技術協力の効果向上 (Professional and Capacity Development) の4つの主要テーマのもとに研修が行われている。医療・保健のテーマにおいては、まずエイズ問題が医療・保健問題として紹介され、派遣専門家の同問題に対する理解を深めることを目的とした研修が実施されている。同研修においては、専門家のエイズ問題への理解度を図るため、自己分析型/クイズ形式の診断テスト等が用いられている。派遣国ならびに地域に関するセッションでは、派遣国でのエイズ問題の現状、また派遣専門家が担当するプログラムが如何にエイズ問題の影響を受けるか等、その係わりについて研修が行われる。異文化交流のための戦略のセッションでは、エイズ感染者の雇用また感染者と如何にコミュニケーションを持ち、仕事をともに行っていくか等の課題が取りあげられる。こうした実践的な研修は、専門家がエイズに起因したカウンターパートやその家族の

疾病や死亡に直面したときに適切な対応ができるよう準備・指導するものである。技術協力の効果向上のテーマにおいては、特定の社会層（女性、子供、専門家集団、貧困層）におけるエイズ問題の影響についての研修が行われ、専門家のエイズ問題への理解の浸透、ならびにそれら影響、問題等に対応するための能力の向上が試みられている。

IV-2-3. HIV/エイズ研修の開発

上記研修プログラムの実施のほか、CIDAの異文化センターは、研修教材及び研修プログラムの開発を担当している。既に述べたとおり、CIDAは派遣前研修のみならず、派遣国内におけるオリエンテーションプログラムにおいてもエイズ問題を取り上げた研修を実施するため、その研修モデルを開発中であり、1995年3月にザンビアにおいて、開発中のモデルを用いて最初の研修が試験的に実施されている。同研修が実施されるのは、厳密には派遣国内におけるオリエンテーションプログラムの一部を構成する「到着時セッション（On-arrival session）」と呼ばれるセッションで、特にエイズ問題が複数のセクターに与える影響について研修が行われる予定である。異文化センターは、ザンビアでの試験研修の結果を受けて、CIDA外部のカナダ人エイズ専門家の協力を得ながら、今後、他の国・地域にも適用可能な研修モデルの開発を実施する予定である。

IV-2-4. 研修プログラムの見直しならびに評価

このほか、CIDAの異文化センターは、派遣専門家が従事している援助プログラムの中間ならびに終了時において行われる研修を通じて、現在実施されている各研修プログラムの見直しならびに評価を行っている。この研修においては、特に研修課題が設定されているわけではなく、援助プログラムに従事している派遣専門家がアンケートを通じて、研修またはカウンセリングがさらに必要な分野について、また研修全体について評価を行い、本部の異文化センターにフィードバックを行っている。また、同センターは、派遣専門家の帰国後、プログラム終了時報告会を開催し、派遣専門家が研修プログラムの評価を含め派遣国内での経験について報告できる機会を提供している。異文化センターは、これら派遣国からのアンケート報告、または帰国報告会での報告等に基づいて、既存プログラムの見直し/改善を行っている。

V. IDRC (International Development Research Centre) におけるエイズ協力

IDRCは、1970年に政府系機関（クラウン・エージェント）の1つとして設立された研究機関である。カナダのエイズ協力においては、1986年に最初のエイズ関連の研究プロジェクトを援助して以来、37に上るプロジェクトを援助しており、エイズ協力の研究開発の分野において大きな役割を果たしている。CIDAが、殆ど全ての援助プログラムの政策形成ならびに実施等ODAのあらゆる部分に携わっているのに対して、IDRCは途上国の研究開発プロジェクト（または研究関連プロジェクト）に対して主に資金援助を行い、途上国の研究者並びに研究機関の能力向上また組織作り等キャパシティビルディングに焦点を絞った援助活動を実施している。

V-1. プロジェクト形成ならびに実施におけるアプローチ

V-1-1. プロジェクト形成におけるアプローチ

従来、IDRCはHIV/エイズの問題を医学・生物学といった科学的見地から捉え、生物医学もしくは性行動分野等の研究プロジェクトを中心に資金/技術協力を行ってきた。しかしながら、IDRCは近年、この医学・臨床的アプローチの見直しを行い、異なる社会レベル（個人、地域社会、社会全体等）におけるエイズ問題の影響についての検証を研究に取り入れ、エイズ問題を医療・保健問題を越えて捉えようとするアプローチへ切り替えている。このエイズ問題への認識の見直しに伴い、IDRCは従来の医学・臨床的な分野から、エイズの予防、看護、その他対処方法等といった分野へ研究援助活動の焦点を移している。

現時点では、IDRCは特にエイズ協力の政策を制定していないが、上記の新しいエイズ協力のフレームワークのもとに、援助プロジェクト形成が進められている。その具体的なプロジェクト事例としては、1) HIV/エイズの蔓延を防ぐための対策及びエイズ感染者に必要な精神的サポートとピアカウンセリング等の検討、また2) エイズに関する研修、教育、看護療法の考察を通じてエイズ患者に対する適切な看護方法についての研究等が行われている（自宅看護と病院看護の両ケース）。その他のプロジェクトには、エイズ予防・看護の面を従来の医学的もしくは性行動研究と統合させた研究等がある。IDRCは、このような医学・臨床学的領域をこえたエイズ協力を効果的に実施

するため、医療・保健科学課（Health Science Division）以外のセクションのエイズ協力への参画を促進している。

V-1-2. プロジェクト実施におけるアプローチ

IDRCのプロジェクト実施におけるアプローチは、経済、社会また環境といった開発問題に対する途上国の自助努力を、主に資金協力を通じて支援するというものである。したがって、IDRCのプロジェクトは、途上国の研究者ならびに研究機関によって形成されたものであり、IDRCは、資金援助を決定するためにそれらプロジェクトのプロポーザルの評価/選考を行うものの、資金援助決定後は、プロジェクトの実施・運営は基本的に当該途上国研究機関に一任している。このようなIDRCの事業の性格から、IDRCはこれまで数々の研究プロジェクトに資金援助を行うことによって、またIDRCの在外事務所³¹⁹を活用してフィールドと身近なコンタクトをとることによって、途上国の研究者ならびに研究機関との関係を構築してきた。

またIDRCは、途上国の研究者/機関が、IDRCのプロジェクト終了後も研究開発活動を引続き実施できるようにすること、つまり持続性のある援助協力の実施をIDRCの援助目標の1つとしており、途上国のキャパシティビルディングに配慮した実施アプローチをとっている。このため、IDRCは、全ての研究プロポーザルは個人ベースでなく、途上国の研究機関を通して提出されることを義務づけているとともに、プロジェクト認可後の資金援助も当該研究機関を通じて支給している。この実施アプローチをとることによって、当該研究機関は、プロジェクト資金管理、実施、報告等を一任されることになり、プロジェクト運営管理能力向上の機会となっている。

また、IDRCは独創的な研究開発活動の成功には、プロジェクト実施における柔軟性が肝要との認識に立ち、比較的簡素かつ柔軟性のあるプロジェクト運営・管理を実施している。IDRCのプロジェクト運営・管理は、年に1回の現地視察、しかも視察は主に現地担当者（研究者）とのインタビューという比較的簡素な形式をとることが殆どである。また、IDRCは、プロジェクトの終了時には「プロジェクト終了報告書」の提出を通じて、研究結果/成果を含むプロジェクト全般の報告を受け、プロジェクトの評価を行っている。しかしながら、IDRCは、成功/不成功を問

³¹⁹ IDRCは在外に7つの事務所を設置している。

わずいかなる研究からも学べることがあるとの考え方から、研究成果自体をプロジェクト全体の評価の重要項目として捉えていない。

IDRCは、このように途上国による研究開発活動の促進ならびに持続性向上のために様々なアプローチをとっているが、一方で現実問題として資金援助不足による研究活動の停止/衰退の可能性について充分認識しており、このため、途上国による資金確保という点においても協力を行っている。IDRCは、IDRCの援助活動が国際的に高い評価を受けていることから、その評価/評判等を利用して、国際機関や他のドナーに対してIDRCプロジェクトへの資金援助を働きかけているほか、途上国の研究者や研究機関とこれらドナーとの資金協力交渉において、途上国側に助言/援護を行う等の協力を行っている。

V-2. 援助戦略

V-2-1. 優先分野

IDRCにおいて現在実施中の主なプロジェクトとしては、1) 個人、家族、地域社会レベルまたは医療システム全体におけるエイズ問題への適切な対処方法、2) Dipstickを使った低価格の血液検査方法の実施に係わる研究、また、3) エイズ問題に取り組むグループ、団体等のネットワークの形成等があげられ、昨年11月時点で実施中であったIDRCプロジェクトの主な分野は、以下の表V-1の通りである。

表V-1 IDRCにおけるエイズ関連問題に関する研究開発プロジェクト (1994年11月現在)

	分野	プロジェクト数	援助額	エイズ援助総額における割合
1	社会・文化/性行動 (Socio-cultural/Behavioural)	10	1,016	17.90%
2	エイズ管理/予防 (Control/Prevention)	9	997	17.60%
3	エイズ関連疫学 (Epidemiology)	7	2,304	40.70%
4	エイズ診断 (Diagnosis)	3	397	7.00%
5	1-4の分野を複合的に 組み合わせたもの (Multiple)	7	906	16.00%
6	その他	1	50	0.80%

出所：IDRC

今後は、既述のとおり、IDRCのエイズプロジェクト／プログラムの優先分野は、さらに医学・臨床、生物学分野を離れ、予防、看護、その他対処方法といった分野へ重点が移される予定であり、最終的には、IDRCのエイズ協力プロジェクトの90%が同新分野を対象とする可能性が高いといわれている。

V-2-2. 優先地域及び国

IDRCが1986年に最初のプロジェクトを援助して以来、IDRCがエイズ分野において援助を行ったプロジェクト数は37件に上るが、このうち約3分の2にあたる24件のプロジェクトが、エイズ問題が最も深刻であるサブ・サハラアフリカ地域において実施されている。しかしながら、IDRCはサブ・サハラアフリカ地域に加え、中南米やアジア地域においても、エイズ問題に係わる援助活動を実施しており、現時点において進行中の22のプロジェクトのうち、5件が中南米地域で、2件がアジア地域で実施されている。

また、IDRCはアフリカ地域におけるエイズ問題の深刻化に留意しながらも、最近ではアジアで急激に蔓延している同問題について懸念を表明しており、特にエイズ予防対策に取り組もうとするASEANの動き、さらにはタイの取り組みについて大きな関心をもって見守っている。このような認識に伴い、現在、IDRCでは、エイズ協力をさらにアジア地域で拡大する必要性について検討されている。

V-3. 実施体制

V-3-1. エイズ関連予算額

1986年以来、IDRCがエイズ分野において実施したプロジェクトの援助総額は、570万ドルである。このうち、現在進行中の22件のプロジェクトの予算総額は340万ドルである。これら予算額は、エイズ問題がIDRC内において比較的援助の重点分野として認識されていることを示しているが、IDRCの同分野への援助額は、近年のカナダODA縮小の煽りを受けて、19

86年以来年々減少傾向にある。

IDRCでは、既述のとおり比較的多くのプロジェクト/プログラムが実施されているが、各々のプロジェクト予算（実施中プロジェクトのみ）は、6,400ドルから、最高でも964,790ドルと比較的小規模である。この理由として、IDRCは研究ならびに研究関連のプロジェクトのみを資金援助の対象としていること、機材や建築物等への資金援助は行っていないこと等が上げられる。しかしながら、IDRCの資金援助の候補にあがっているプロジェクト/プログラムが、IDRCの資金援助能力を上回る場合は、IDRCはIDRC以外の国際機関並びに他のドナーに資金協力を求めてプロジェクトを実施する場合もあり、現在進行中のエイズプロジェクトのうち、7件のプロジェクトにおいてIDRCとその他機関による合同資金協力が行われている。

V-3-2. 機構

IDRCは、1993年迄、IDRC内のエイズ協力を携わる関係者、ならびにCIDAや医療保健省（Health Canada:日本の厚生省に相当）からの代表の参加を得て「エイズ委員会」を構成・設置し、同委員会が、IDRCのエイズ協力において中心的役割を果たしてきた。しかしながら、1993年に行われたカナダODA予算の大幅削減により、IDRCは同委員会の解散を余疑なくされ、現在は、委員会のメンバーの連絡協議は、セミナーやイベントの開催時等と限られたものになっている。

こうした背景から、現在IDRCでは、IDRC内部の医療・保健科学課（Health Science Division）がエイズならびに性病関連の問題におけるIDRCの中心/窓口となっている。エイズ問題が医療保健分野を超える問題であるとの認識から、IDRC全体においてエイズ問題に従事している担当者数を把握することは困難であるが、医療保健科学課内においては、エイズプロジェクト担当のプロジェクトマネージャーほか約12名が同問題に携わっている。IDRCのプロジェクトマネージャーは、プロポーザルの評価、選考ならびにプロジェクト認可の取り付け等に直接携わっており、プロジェクト形成/実施に大きな権限を持っている。プロジェクトの実施に関しては、途上国の研究機関に基本的に一任されるものの、同プロジェクトマネージャーは、プロジェクト全体の責任を追っていると同時に、プロジェクト実施上の問題等への対応も担当している。

また、医療保健科学課は、エイズ問題に対して、さらに包括的／多面的な協力を実施するため、社会科学課ならびに自然科学課等その他セクションの参画を促している。

V-3-3. その他関連機関との関係

(1) 途上国における関係機関との関係

IDRC事業の性格上、途上国の研究者ならびに研究機関との関係は、IDRCがその援助目的を果たすために、最も重要視されており、IDRCはこれまで、研究と開発を通じて経済社会開発に貢献するという共通の目的をもつ途上国の研究者達との関係構築に努めてきた。既述のように、IDRCの途上国主導によるプログラム形成／実施は、IDRCが途上国のパートナーを同等のパートナーとして尊重していることを示しているといえよう。

現在、エイズ関連分野では、17の途上国研究機関によって、IDRC助成によるプロジェクトが実施されている。このうち、アフリカにおける2つの主要なエイズ関連研究機関は、NARESA(Network of AIDS Researchers of Eastern and Southern Africa)ならびにWCAAARN(West and Central African AIDS Research Network)である。その他主要な研究機関として、University of Nairobi (ケニア)、Obafemi Awolwo University (ナイジェリア)、Institute de Sexualida Humana (ドミニカ共和国)、ならびに Population and Community Development Association:PDA (タイ)が上げられる。

(2) カナダの援助関係機関との関係

既述のように、現時点において、IDRCとCIDAとの連携協力は、セミナーやイベント開催時またはその他の不定期なインフォーマルな連絡協議という限られたものになっている。現在、IDRCとCIDAは、いずれもケニアにおける1つの大型エイズプログラムに参画しているものの、IDRCは、その事業の性格上、研究開発分野という限られた分野にのみ参画しており、両機関の協力形態は非常に限られたものとなっている。CIDAは、こうした状況を憂慮して、IDRCとの関係の再構築を検討中といわれている。

またカナダのNGOとの関係に関して、IDRCは、一般的に、途上国の研究者や研究機関に直接援助協力を行う援助形態をとっているため、カナダのNGOとの間に公式の窓口／チャンネルを設

置していない。しかしながら、エイズ協力においては、IDRCはICAD (Interagency Coalition on AIDS and Development) の理事会メンバーの一員としてカナダNGOのエイズ協力に参画しており、こうした機会を通じて、IDRCはカナダNGOのエイズ問題への取り組みを把握し、同時に研究開発という観点から、カナダNGOに対してIDRCの経験ならびに専門的な助言の提供を行うなど、カナダNGOとの情報交換、連携協力を図っている。

(3) 国際機関その他援助供与国との関係

IDRCは途上国、カナダのみならず、国際援助機関においても研究者のネットワークを保持している。現時点においては、IDRCのエイズ問題を総括している医療保健科学課のシニア研究員が、ユニセフ等国際機関内の研究員と、それぞれが作成もしくは検討中であるエイズプログラム/プロジェクトについてコメントしあうなどの情報交換を行い、その協力関係の構築を図っている。

またIDRCにとって、こうした国際機関/その他援助供与機関との関係は、特に資金協力先の確保という点において非常に重要なものとなる。その背景には、IDRCが、途上国の研究者、研究機関との密接な関係を通じて、持続的開発に貢献できる可能性の高い独創的な研究テーマ等を知る機会があるものの、研究の規模によっては、IDRCの独自の資金規模では賅えないものがあるためである。IDRCは、これらポテンシャルの高い研究アイデアやテーマ等を広く他の援助供与機関に紹介し、資金協力先を確保するために、国際会議ならびにワークショップ等の開催を行っている。こうした結果、IDRC助成エイズプロジェクトのうち約半数のプロジェクトが2年度目以降には、IDRC以外からの資金源を確保している。

V-4. 人材養成

HIV/エイズ問題を担当するIDRCの研究員(通常PMでもある)は、基本的に既に同分野における専門家であることが前提であり、IDRCは、研究員に対して特に研修プログラムを設置していない。しかしながら、IDRCは、HIV/エイズ問題に係わる疫学に関してのみ専門知識を深めるために、同分野に携わる研究員に対して大学等外部機関でそれらの研修を受講することを認めている。この研修は「イン・サービストレーニング(In-service training)」とよばれ、研究員は、これまでモントリオールのマギル大学、またボストンのタフツ大学等で疫学に係わるコースを

2－6週間にわたって受講した実績がある。また、IDRCの研究員は、特に研修が義務づけられているわけではないが、エイ・関連のワークショップ、会議等に積極的に参加すること、また自主研究を続けることによってその専門性を維持することが求められている。このほか、IDRCでは、「イン・ハウストレーニング（In-house training）」とよばれるIDRC内の各課が不定期に開催するワークショップ等があり、研究員に自主研修の機会を提供している。

途上国の研究員に対しては、IDRCは通常のプロジェクトを対象とした資金協力とは別に奨学金の提供を通じて、さらに専門性を身につける研修の機関を提供している。これら奨学金は、通常、修士また博士課程レベルの研修を対象としている。

VI. エイズ協力プログラム／プロジェクト事例

VI-1. C I D Aプログラム事例

(1) 南部アフリカ地域エイズ研修プログラム (Southern Africa AIDS Training Program: SAT)

- 1) プロジェクト予算： \$13,200,000
- 2) プロジェクト協力期間： 5年間 (1990-1995)
- 3) 対象地域・国： SADC諸国 (アンゴラ、ボツワナ、レソト、マラウイ、モザンビーク、ナミビア、スワジランド、タンザニア、ザンビア、ジンバブエ)
- 4) 実施代行機関： カナダ公衆衛生協会 (The Canadian Public Health Association: CPHA)

5) プログラムの背景：

エイズ問題はSADC諸国の間で、主に異性間の性行為を通じて急速に蔓延しており、その蔓延の状況は性病の蔓延の仕方と非常に類似している。SADC諸国は、急激なHIV／エイズの増加が同諸国の開発に与える影響を憂慮して、WHOの協力を得ながら、NACPs (National AIDS Control Programs) を設置した。本SATプログラムは、このNACPの協力を得てエイズ問題に取り組んでいるローカルコミュニティ (地域社会) の活動を支援するものである。

6) プログラムの最終目標：

地域間の連携・協力の促進を通じて、エイズ問題に取り組むSADC諸国／地域の地域社会 (コミュニティ) または地域組織 (local organization) の組織力・技術能力の向上を図る。

7) プログラムの目的：

プライマリヘルスケアならびに社会開発の枠組みにおいて、HIV／エイズならびにその他性病に取り組むNGO及びその他機関の運営管理ならびにマネジメント能力の強化を行う。

8) プログラムの概要：

ジンバブエの首都ハラレを拠点として、SATプログラムはSADC諸国地域内のコミュニテ

ィをベースにした約100件の小規模プロジェクトに対して資金協力を中心とした援助活動を行っている。これらプロジェクトは、年間約38000ドル規模のプロジェクトであり、約80のローカル組織/団体によって運営されている。各プロジェクトは、最長2年間であり、1) エイズ教育と研修、2) 地域社会(コミュニティ)のエイズ問題への啓蒙活動、3) 性病関連の医療サービス他の充実、4) 地域社会を中心とする看護ならびにカウンセリング、5) 個人的人間関係を通じて普及するタイプのエイズ教育、6) エイズ問題に取り組む個人・機関間のネットワーク形成、7) リプロダクティブヘルス、8) エイズ問題に関するワークショップならびに会議の開催、9) エイズと女性、10) 商業関係労働組合内におけるエイズ問題への啓蒙活動、11) 人事交流等の多岐にわたる分野において実施されている。

SATプログラムは、上記のとおり、資金協力を中心とするものの、これら途上国における各NGO、実施団体のプロジェクト運営管理能力を高めるために、1) プロジェクト形成の補助、2) 運営管理の補助、3) モニタリングの補助、4) 情報ならびに経験の交換、また5) 先進国を含めたその他関係援助機関/グループとのネットワークの形成のための援助等の技術協力も行われている。

SATプログラムは、SADCの地域機関であるNACPの協力を得て発掘された小規模プロジェクトを支援するといったアプローチを取ることによって、地域レベルでエイズ問題に取り組んでいるNACPとコミュニティレベルでの取り組みの連携協力に貢献している。例えば、SATプログラムは各対象国において、当該対象国内の全ての当該小規模プロジェクトのプロポーザル作成の指導、評価、修正等を担当する顧問委員会(Advisory Panels)を設置しているが、NACPは同委員会に代表を送り、これらの顧問委員会の活動に参画している。また、エイズ問題を取り扱う公式な地域機関であるNACPとのこの定期的なコンタクトを通じて、SATプログラムは対象国内のエイズ対策の政策形成ならびに優先付けを行っている。さらには、同プログラムは、対象国内のNGOやその他機関のエイズ関連活動実施のための能力向上に寄与していることから、対象国政府のエイズ対策に係わる負担を軽減し、エイズ問題に対して持続的に取り組んでいけるように支援している。

またSATプログラムでは、個々のプロジェクトに対する援助を中心としながらも、これら対象プロジェクトを実施する機関同士の横の繋がりを重視し、これら受入機関間での技術移転を目的とした「壁のない学校 (School Without Walls (SWW))」とよばれるプログラムも同時に実施している。この受入機関間の技術移転においては、エイズ協力において比較的豊富な経験と能力を保持している組織が、エイズ協力において比較的組織力/専門技術に弱い組織に対して、その専門知識技術等を技術移転することによって、それらの経験不足の組織を強化していこうというものである。このSWWプロジェクトは、機関間の人事交流に加えて、エイズ問題への取り組みに関するワークショップならびにブリーフィングを行うことによって、プロジェクトの充実が図られている。

またプログラム実施上の留意点として、SATプログラムは、コミュニティによるエイズ問題への取り組みの成功の鍵は女性の参画にあるとの認識から、女性が同問題へとりくむにあたって障害となる性的、社会的、経済的な問題を把握し、女性の問題に留意したプログラム形成、実施を行っている。SATプログラムを通じて援助を受けている約100件のプロジェクトの中で、15件のプロジェクトは女性の問題を中心に取りくんでいる女性関連組織のネットワーク形成に資するものであり、その他多くのプロジェクトが、女性に焦点をあてた協力の実施、もしくは女性のスタッフまたはボランティアを組織内の重要なポストにつける等の配慮を行っている。

9) プログラムの見直しならびに評価:

1993年中旬、SATプログラムの見直し/評価が行われ、プログラムが当初の目標、目的にそって進捗しているかどうかの確認が行われている。見直しの結果、1) 同プログラムは、まだ発展段階にあるものの、コミュニティをベースにしたエイズ協力を有言実行した、また、2) 南部アフリカ地域のエイズ問題への取り組みにおいて重要な役割を果たしている等の評価から、その進捗状況は順調であるとの報告が出されている。

10) 今後の方向:

本プログラムのフェーズII (約18百万ドル) が5年計画で実施される予定である。このフェーズIIにおいては、対象国に南アフリカ共和国が加えられる予定である。

(2) フランス語圏アフリカ地域エイズプログラム (Francophone Africa AIDS Program)

- 1) プロジェクト予算： \$22,000,000
- 2) プロジェクト協力期間： 5年間 (1990-1995)
- 3) 対象地域・国： フランス語圏アフリカ地域 (ベニン、ブルキナファソ、カメルーン、ギニア、アイボリコスト、マリ、ニジェール、セネガル)
- 4) 実施代行機関： ラバル大学医療開発国際協力センター (The Centre for International Cooperation in Health and Development at Laval University: CCISD)

5) プログラムの背景：

本プログラムは、エイズ問題が深刻な健康問題となっているフランス語圏アフリカ地域を対象としている。サブ・サハラアフリカ地域においては、HIV/エイズは主に異性間の性行為を通じて蔓延しており、性行為を行う年齢層すべてに影響をもたらしているほか、母子感染によって胎児に転移するため、特に女性にとって深刻な問題として受けとめられている。多くの場合、HIV/エイズに感染した子供は、出生直後に死亡している。CIDAはこうした状況を鑑み、フランス語圏アフリカ地域で、医療・保健分野の援助を既に10年以上手掛けているラバル大学に委託し、同地域のエイズ問題に取り組むべき協力を開始した。

6) プログラムの最終目標：

フランス語圏アフリカ地域におけるエイズ問題の緩和を図り、また、この問題が当該地域の経済社会に与えるマイナス効果を最小限に押えることを目標とする。

7) プログラムの目的：

エイズに関連する情報ならびに予防対策・活動の開発ならびに強化を目的とする。

8) プログラムの概要：

本プログラムは、カナダのNGOならびにアフリカのNGO/その他機関の協力関係を通じて実施されている。同プログラムは、特に女性と青年層 (youth) のニーズに焦点をあてながら、

(1) 疫学関連試験・輸血センター (Epidemiological laboratory and blood transfusion centre) の

設置、(2) エイズ問題に関する啓蒙活動(エイズの脅威ならびに予防方法についての情報提供を含む)、(3) エイズに関する情報提供に従事する者のキャパシティの向上、(4) 国レベルにおけるエイズ対策の運営管理の改善、(5) 社会人類学的観点からHIV/エイズの原因を探るための諸研究、の5つの分野において協力を行っている。

フランス語圏アフリカ地域エイズプログラムの中において、最も評価の高いプロジェクトは「疫学的調査支援プロジェクト(Epidemiological Surveillance Support project: PASE)である。同プロジェクトでは、同地域内の4対象国(ブルキナファソ、アイボリコスト、マリならびにニジェール)に疫学関連試験センターを設立し、同分野に関する研修が実施されている。このプロジェクトでは、途上国のNGO他組織のプロジェクトリーダーが同センターにおいて、疫学の基礎、データ収集/分析、またその他必要なコンピュータソフトウェアの習得等の数々のセミナーに参加し、同研修で習得したこれら技術を出身地(地域)に戻り、関係者に研修を行うというものである。この技術移転の状況は(つまりプロジェクトの評価は)、同プロジェクトのコーディネーター(全てアフリカ人)による定期的な現地視察によってモニタリングされている。このプロジェクトの成果は、WHOならびに世銀からも高く評価されており、このプロジェクトの実施代行機関であるCCISDは、本プログラムの対象国以外の9カ国をさらに加えて、同プログラムを拡大し、同地域の医療保健に係る情報システムの確立のための協力の実施を要請されている。

9) プログラムの見直しならびに評価:

本プログラムの見直しは、1995年1月に実施されているが、その見直し/評価の結果は未だ公開されていない。

10) 今後の方向:

今後5年間にわたり、本プログラムのフェーズII(約25百万ドル)が実施される予定である。しかしながら、このフェーズIIにおいては、対象地域がフランス語圏アフリカ地域から、西アフリカ地域の8カ国に変更されることになっている。

VI-2. I D R Cプロジェクト事例

H I V / エイズ診断 フェーズI, II, III (AIDS Diagnosis Phases I,II, III)

- 1) プロジェクト予算: \$397,042
- 2) プロジェクト協力期間: 3年間 (1987-88、1988-89、1991-92)
- 3) 対象地域・国: 全世界 (ケーススタディはケニアならびにタイにて実施)
- 4) 実施代行機関: The Program for Appropriate Technology in Health (PATH)
- 5) その他資金提供先: The Rockefeller Foundation (\$241,800)
- 6) プロジェクトの背景:

初期段階において正確にH I V / エイズの診断を行うことは、地域を問わず全世界の医療関係者の大きな課題である。この問題は、特に診断に必要とされる血液貯蔵のための資機材、高度な臨床機材、また専門性の高い経験豊富な人材等が不足している途上国において最も顕著である。このような背景から、P A T Hの研究者は、このプロジェクト開始前に実施していたフィージビリティスタディの結果をもとに、H I Vのウィルスから抗体を検出するためのテクノロジーのさらに開発することによって、低価格でしかも信頼性のあるディップスティック診断テスト (Dipstick test) の開発/生産を試みることになった。ディップスティックエイズ診断テストとは、プラスチックの短い棒 (スティック) を使って、それを採決した血液に浸し、さらに試薬 (reagent solution) に浸すことによって診断を行うものである。

- 7) プログラムの最終目標:

H I Vの蔓延を削減すること、また本ディップスティックエイズ診断テストを通じて、今後のエイズ関連の研究開発に貢献することである。

- 8) プログラムの目的:

本プロジェクトのフェーズIにおいては、途上国に適性の高い比較的簡素かつ経済的なエイズ診断の方法の開発が行われた。フェーズI Iでは、フェーズIで開発された診断方法の改善並びにフィールドでの実験、その効果の評価等が行われ、またケニア、タイにおいて、この診断方法、必要器材等の技術移転が開始された。フェーズIIIでは、個々の血液検査のための器具一式の生

産、またH I V-1ならびにH I V-2を同時に診断することを目的とした診断方法の研究、またフィルターにしみこませた血痕（finger prick specimens of dried blood spots collected on filter paper）から診断を行う方法の開発等が試みられた。この新しいテクノロジーは、途上国において輸血の対象となりがちな母親や子供に対して大きな恩恵をもたらすものと期待されており、またこの診断方法が低価格で実施可能であることから、エイズの蔓延状況をさらに正確に把握するための本格的な調査の実施が可能になると考えられている。

9) プログラムの概要：

既述のとおり、本プロジェクトのフェーズIにおいては、IDRCは特に途上国において利用されることを主眼において、手間のかからない低価格のエイズ診断方法の開発のための実験／調査を実施している。この診断方法を用いた最初のH I V診断テストは、1ユニットUS1.36ドルの価格で、約30分を所要して実施されたと報告されている。フェーズIIでは、さらにこのディップスティックの価格を削減するための支援に焦点があてられ、診断テストの価格は1ユニットUS0.25ドル以下まで削減され、診断所要時間も20分以内に短縮されている。このディップスティック診断テストが比較的容易であること、また特別な器材を必要としないこと等から、途上国の各医療機関の関係者（技術者を含む）は、比較的容易にこの診断テスト方法を習得できるものと見られている。試験所での実験、またタイならびにケニアでのフィールド実験等を通じて、この診断テストの正確性ならびに途上国における使用の適性が証明されている。本フェーズIIIでは、これら方法の製品化ならびに技術移転に焦点があてられるとともに、ディップスティック診断テストが、同時にH I V-1とH I V-2を診断できるようにさらに開発され、コートジボアールにてフィールド実験が行われている。また本診断テストは、ハイティにて収集された血痕の診断にも用いられている。このコートジボアールとハイティの2つの実験結果は、1992年のアフリカにおけるエイズ会議にて発表されている。また、PATHによって技術移転を受けた企業によって生産されるディップスティック診断器材一式の質を管理するためのシステムも確立され、このほか、タイならびにアルゼンティンの代表がH I Vディップスティックの生産ならびにその管理方法などについて研修を受けている。

10) 今後の方向：

ディップスティック診断テストが開発／改良が終了した後、本プロジェクトはIDRCの援助活動範囲を大きく越えて拡大している。フェーズIII終了後、このディップスティックテクノロジーはアルゼンティン、カメルーン、インド、インドネシアそしてタイの5カ国に技術移転されており、この5カ国のいずれの国においても、当該国向けならびに輸出向けに、このディップスティック診断用器材生産のための工場が設立されている。また、WHOは最近、これら途上国で生産されたディップスティック器材の質を評価する報告を発表している。IDRCは、資金援助の面では係わらなかったものの、これら技術移転の過程全般を通じて支援的立場をとってきている。

このほかIDRCは、ザンビアのPATHが実施を予定しているプライマリヘルスケアにおけるディップスティック診断の導入に対して、新たに資金援助を行う予定である。

VI-3. Oxfam Canada (NGO) プロジェクト事例

エイズと女性支援ネットワーク

- 1) プロジェクト予算： \$55,000 (下記現地実施機関に均等に二分)
- 2) プロジェクト協力期間： 1年間 (1994-95)
- 3) 対象地域・国： ジンバブエ
- 4) 現地実施機関： Women and AIDS Support Network (WASN) / Matebeleland AIDS Council

5) プロジェクトの背景：

南部アフリカ地域におけるエイズ問題は、特に女性にとって深刻な健康問題となっている。調査によると、ジンバブエでは15-19才の女性のHIV感染率は同年代の男性の5倍といわれている。また地球規模で見ると新しくHIVに感染する人々の約70%が15-25才の女性であるともいわれている。この女性の高いHIV感染率は、一部においては社会的要因にも起因している。例えば、若い女性、特に処女はHIV保持者でない確立が高いことから、年上の男性から性交渉の相手として求められやすいほか、一般的男女関係においても女性の権限は比較的弱く、相手にコンドームの装着等を主張できない状況等が多々見られる。

6) プログラムの最終目標：

ジンバブエの都市部ならびに農村部においてHIV/エイズを削減すること、また既に感染している人々の心労を緩和することである。

7) プログラムの目的：

本プログラムは、上記現地実施機関によって実施されている都市部/農村部に住む女性を対象とした研修事業を支援するものである。上記現地実施機関は、現在、セミナーの開催、またエイズ教育のみならず、HIV感染者に対する看護の手法についての研修を実施するなど活動範囲を拡大している。

8) プログラムの概要：

同プロジェクトの現地実施機関であるWASNとMatebeleland AIDS Councilは、いずれも女性

に対して性に関する研修を行っている。この研修では、何がエイズに起因するのか、いかにエイズが蔓延するのか、女性が自らの体を守るためにはどうしたらよいのか等の情報提供が行われている。この研修においては、1) 英語ならびに現地語両方による出版物、ビデオ等を用いながら Popular Education とよばれるコミュニティベースのエイズ教育、2) エイズ問題に取り組んでいる女性グループのミーティングの支援、3) エイズ患者を家族の下で看護するための手法 (palliative care) の研修等に焦点があてられている。このプロジェクトは、ジンバブエの人々自身によって形成され、ジンバブエで実施されていることから、カナダ対途上国といった対極的な政治・文化的な摩擦や問題とは無縁である。今後、これらNGOが引続き上記の活動を行っていくためには、外部からの資金援助がさらに必要であると見られている。

9) プログラムの見直しならびに評価：

本プロジェクトに関する評価/見直し等は、現時点では実施されていないが、本年3月、OxfamCanadaの同プロジェクト担当者がWASNを現地視察する予定になっている。

10) 今後の方向：

本プロジェクトが、OxfamCanadaの開発目標に合致すること（女性の社会的自立自助 (empowerment) を支援すること、ならびに全ての人の健康促進を支援すること）、また現在プロジェクトを運営している現地NGOが近い将来、独立採算で本プロジェクトを継続運営できる見通しが薄いこと等から、OxfamCanadaは本プロジェクトの第2フェーズを引続き援助していく考えである。しかしながら、この援助実施にはOxfamCanada自体の財政/資金繰りに大きく左右されるものと見られる。

VII. 結び（今後の課題）

CIDAは、エイズ問題を開発に対する深刻な脅威として比較的早期に認識するとともに、これまで同分野に対して総額1億ドルに上る援助協力を実施してきた。CIDAは、今後もこれらの実績ならびに経験を踏まえて、同分野に対する援助協力の充実・強化を図っていく考えであるが、カナダ（CIDA）の今後のエイズ協力の見通しは、主に（1）現在策定中であるエイズ協力のための新援助政策、（2）カナダODA全体の予算動向、ならびに（3）NGOをさらに活用するための資金援助の充実、に大きく左右されるものと見られ、これらが今後のエイズ協力の方向を決める重要な鍵となっている。

（1）エイズ協力のための新援助政策

CIDAは、現在、エイズ協力のための新政策を策定／更新中であり、本年5月を目処に完成が予定されている。本新政策の策定は、従来の政策の改訂というよりも、従来の基本方針を踏襲しながらその内容の強化・充実を図ることを目的に実施されており、現時点では、新政策は（1）開発に対するエイズの脅威、（2）エイズと女性、（3）HIV／エイズ感染者もしくは家族への低価格の看護等（affordable care）という3つの新しいテーマが取り入れられることが提案されている。また新政策では、引続きWHOのGPAならびに新GPAの取り組みとの一環性・整合性が図られる予定であるとともに、CIDAがいかに効果的にエイズ問題をその他関連するセクターへの協力に連携させていくかについてガイドラインが示される予定である。また援助プログラムの実施において、エイズ分野は、基本的な生活分野（BHN）における優先サブ・セクターの1つとして位置付けられる見通しである。⁴²⁰ CIDAは、本新政策において、CIDAのすべての援助プログラム形成において、エイズ問題を含む医療保健セクターに与える影響が考慮されるよう提案する予定である。

（2）カナダODA全体の予算

カナダODA援助予算は、過去5年間において1988年度予算の30億ドル（GNP比0.49%）から1995年度予算22.2億ドル（GNP比0.36%）へ大きく減少しており、この大規

⁴²⁰ 基本的な生活分野（BHN）は、カナダODA政策において、カナダの援助最重点項目の1つとして位置付けられている。（Appendix 1を参照。）

模な縮小はCIDAのプログラム形成に大きな影響を与えているほか、人的資源さらにはプログラム/プロジェクトの管理方法にまで影響を与えている。しかしながら、援助予算に見たエイズ協力の動向は1990年度以降比較的同レベルを保っており、1995年度において予算の縮小が見込まれているものの、カナダが1994年12月のパリのエイズサミットにおいて、現在進行中のCIDAの二国間大型援助プログラムの延長を確約したことによって、来年度以降は従来の予算レベルに戻るものと見られている（詳細はIII章-1を参照）。またCIDAは、1995年に制定されたODA政策により、プライマリヘルスケアやエイズ協力を含む基礎生活分野（BHN）に対して援助総額の25%以上を配分することを表明していることから、予算上に見る限りではエイズ協力は引き続きCIDAの援助重点分野として位置付けられていくと見られる。

しかしながら、厳しい予算状況にも拘らずエイズ協力の現状維持を試みるCIDAの努力は評価されるべきものの、現時点ではCIDAが、中南米やアジア地域へのエイズ協力をアフリカ地域に対する協力をコストにしてまで拡大する見通しは非常に薄い。CIDAが、アフリカ地域でのエイズの猛威ならびに深刻な影響（特に社会の弱者に対する）を熟知していながら、カナダODA全般の財政事情により、これら中南米、アジア地域での急激なエイズ蔓延に対処できない状況にあるとするならばこれは非常に遺憾であるといえよう。

また、CIDAの厳しい予算状況は、エイズ協力を実施する上でCIDA内の人的資源においても大きな影響を与えている。現在、CIDAでエイズ問題を担当している医療・保健専門家の総数はCIDA全体において僅か5名にすぎず、アメリカ局には現在のところ1名も配属されていない。また、これら専門家は政策形成ならびにプログラムへの助言、専門知識の提供等といった本来の役割を越えて、実質上プログラムの運営の部分まで担当しているケースさえでてきている。CIDAがエイズ協力をさらに充実させていくためには、今後、これら専門家の人員不足が深刻なボトルネックになるものと見られる。

（3）NGOをさらに活用するための資金援助システムの必要性

CIDAは引き続き予算縮小とそれに伴うプログラム運営の見直しによって、エイズプログラムを含む援助プロジェクトの管理方法の合理化を余儀なくされている。つまり、予算縮小によってプ

プロジェクトマネージャー（PM）のアサインメントの負担が増し、CIDAは何らかの形でプロジェクト管理方法の合理化を行う必要がでてきたのである。このため、CIDAでは近年、従来個々のプロジェクトとして、別々のPMに管理されていたプロジェクトが、1つの大きなプログラムの下に取りまとめられるというプロジェクトの統合化（プログラム化）の傾向がみられる。こうした方法は、CIDAにとっては、PMの数を削減できるという点でプロジェクト管理予算縮小の利点があるものの、一方でこの方法は同時にプログラムを実施する実施代行機関の数を削減することとなり、カナダのNGO等非営利団体のODAへの参画を著しく制限する結果を生んでいる。CIDAは、現在、そのエイズ予算のほとんどを二国間プログラムを通じて3つの大型援助プログラムに配分しているが、これらプログラムはそのプログラムの規模の大きさに係わらず、1つの実施代行機関（非営利団体）に委託されている。これら実施代行機関は、その他のNGOと分業／協力してプログラムを実施することを義務づけられていないため、これまで実施代行機関として二国間プログラムに参画してきたNGOの数を著しく減少させた。結果として、殆どのNGOがCIDAのエイズ予算にアクセスできるのは、パートナーシップ局を通じた一部資金協力のみとなり、NGOはこの限られた資金源の獲得にNGO間での競争しあうという現状を引き起こしている。（現在、パートナーシップ局を通じて実施されたエイズ援助プログラム総額は、CIDA全体のエイズ予算総額の僅か約6%である。）

カナダNGOは、こうした状況に対して、CIDAの大型プログラムの1つである南部アフリカ地域エイズ研修プログラムを高く評価しながらも、NGOが最も経験を有するコミュニティをベースにした草の根のエイズ関連協力を実施していくための資金があまりに限られている現状に大きな懸念を示している。CIDAとNGOのこれまでの協力関係、ならびにカナダのエイズ協力におけるNGOの重要な役割等を鑑みると、CIDAは援助プロジェクト統合化（プログラム化）といったプロジェクト管理の合理化について再度検討を要するとともに、NGOを更に活用できる資金援助システムについて検討する必要があると見られる。

（4）その他

国際機関との関係において、カナダは今後も引続き国際機関を通じたエイズ協力に重点をおいていく考えと見られる。CIDAは、WHOのエイズ協力を比較的早期に援助した先進国援助機関の

1つであるばかりでなく、その後もWHOへの大きな貢献を続けている。カナダは、エイズサミットにおいて、首相をカナダ代表団の団長として派遣し、エイズ問題に対するカナダの関心の高さを示すとともに、またCIDAは、今後さらに新GPAプログラムの開発・強化のためにドナー間においてリーダーシップをとっていく考えである。現在策定／更新中であるCIDAの新エイズ政策においても、WHOのGPA（ならびに新GPA）との連携を考慮したエイズ協力の必要性が改めて明記されると見られており、カナダが国際機関を通じたエイズ協力を重視していることを明らかに示している。

またカナダは、1995年5月にカナダのモントリオール、また7月にバンクーバーにおいて開催予定になっているエイズ問題に関する国際会議の開催国である。特にモントリオールにおける会議は、「HIV／エイズ感染者の自宅療養ならびにコミュニティによる看護（Home and Community Care for Persons Living with HIV/AIDS）」のテーマの下に行われる予定である。

今後のエイズ問題に対するカナダの取り組みは、5月に完成を予定されているエイズ協力のための新政策によって、より明らかになるものと思われるが、CIDAはこれまでの経験ならびに実績を基に、国際機関を通じた地球規模での取り組みにおいてリーダーシップをとりながら、また二国間の大型プログラムの実施を中心に、今後もエイズ問題への取り組みをカナダODAの援助重点課題の1つとして促進していくと見られる。

References

- Canadian International Development Agency (CIDA). *AIDS: Changing the Way We Think About Development*. Communications Branch, May 1993.
- _____. "AIDS: Responding to a Relentless Killer." International Development Information Centre, October 1993.
- _____. *Canada's Participation in Global AIDS Control: A policy statement for CIDA programs*. Communications Branch, 1991.
- _____. *CIDA AIDS Project Summary*. Corporate Memory, December 1994.
- _____. *CIDA's Participation in Global AIDS Control*. Background to Development Series, Communications Branch, November 25, 1992.
- _____. *Canadian Assistance to Global Efforts to Control AIDS*. Background to Development Series, Communications Branch, November, 1994.
- _____. *Cumulative List of CIDA Appropriations for AIDS Control Projects*, November 1994.
- _____. *Guide for Conducting Institutional Assessments*, Canadian Partnership Branch, March 1994.
- _____. *Management of Overseas Personnel: Manual for the Executing Agency*, Management of Technical Cooperation Personnel Series, Volume 1, Third Edition, Corporate Management Branch: September 1993.
- _____. *Mid-term Evaluation of the CPHA's Southern Africa AIDS Training Programme*. CIDA Consultants, March 1994
- _____. *Population and Sustainable Development: A Policy Statement*. Communications Branch, September 1994.
- _____. "Results-Oriented Programming". NGO Division, Canadian Partnership Branch. March 1994.
- _____. *Women and AIDS in Developing Countries*, Fall 1990.
- Canadian Public Health Association. *Southern Africa AIDS Training Program News*. Number 1, Fall 1994.

World Health Organization (WHO). *AIDS: Images of the Epidemic*, France, 1994.

_____. *Global Programme on AIDS: Conclusions and Recommendations*, Tenth Meeting of the Management Committee, May 1994.

_____. GMC Task Force on HIV/AIDS Coordination, *Framework of Guiding Principles for HIV/AIDS Coordination at Country Level*, WHO Global Programme on AIDS Management Committee (GMC). Geneva: September 1994.

APPENDICES

APPENDIX: 1

Background on the Canadian International Development Agency (CIDA)

The Canadian International Development Agency (CIDA) is the federal agency directly responsible for the management of 75-80% of Canada's Official Development Assistance (ODA)¹. CIDA plays an important role in policy making and is responsible for overseeing the implementation of projects and programs. Officially, however, the Minister of Foreign Affairs is responsible for foreign policy, including Canada's ODA program.

The purpose of Canada's ODA, as outlined in the recently released foreign policy statement Canada in the World, is "to support sustainable development in developing countries, in order to reduce poverty and to contribute to a more secure and prosperous world." To achieve this purpose, Canada will concentrate available resources on the following six program priorities:

Basic human needs: - to support primary health care, basic education, family planning, nutrition, water and sanitation, and shelter.

Women in development: - to support the full participation of women as equal partners in the sustainable development of their societies.

The environment: -to help developing countries protect their environment and to contribute to addressing global and regional environmental issues.

Human rights, democracy, good governance: -to increase respect for human rights; to promote democracy and better governance; and to strengthen both civil society and the security of the individual.

Private sector development: - to promote sustained and equitable economic growth by supporting private sector development in developing countries.

Infrastructure services: -to help developing countries deliver environmentally-sound infrastructure services, with an emphasis on capacity building and the poor.

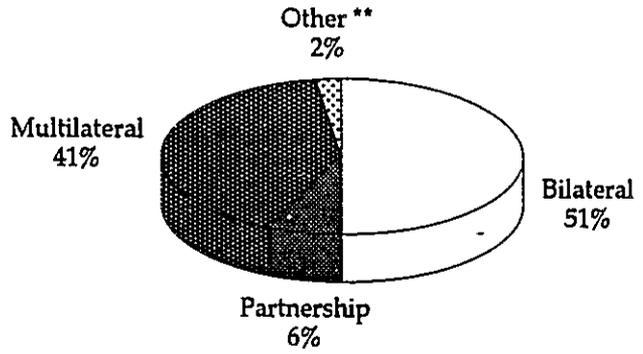
¹ Other actors involved in Canada's ODA include: the Department of Foreign Affairs, which coordinates grants to international organizations and ODA-type scholarships; and the Department of Finance, which manages contributions to the World Bank and IMF. (note: Departments are the equivalent of a Ministry in Japan.)

APPENDIX: 2

Total CIDA Commitments for HIV/ AIDS Initiatives

Chart 1:	
Total AIDS Commitments	
<u>Aid Channel</u>	<u>Value*</u>
Bilateral	\$50,276
Partnership	\$6,388
Multilateral	\$41,365
Other **	\$2,159
Total	\$100,188
* (\$ Cdn. thousands)	
**Canada Fund and Special Initiatives	

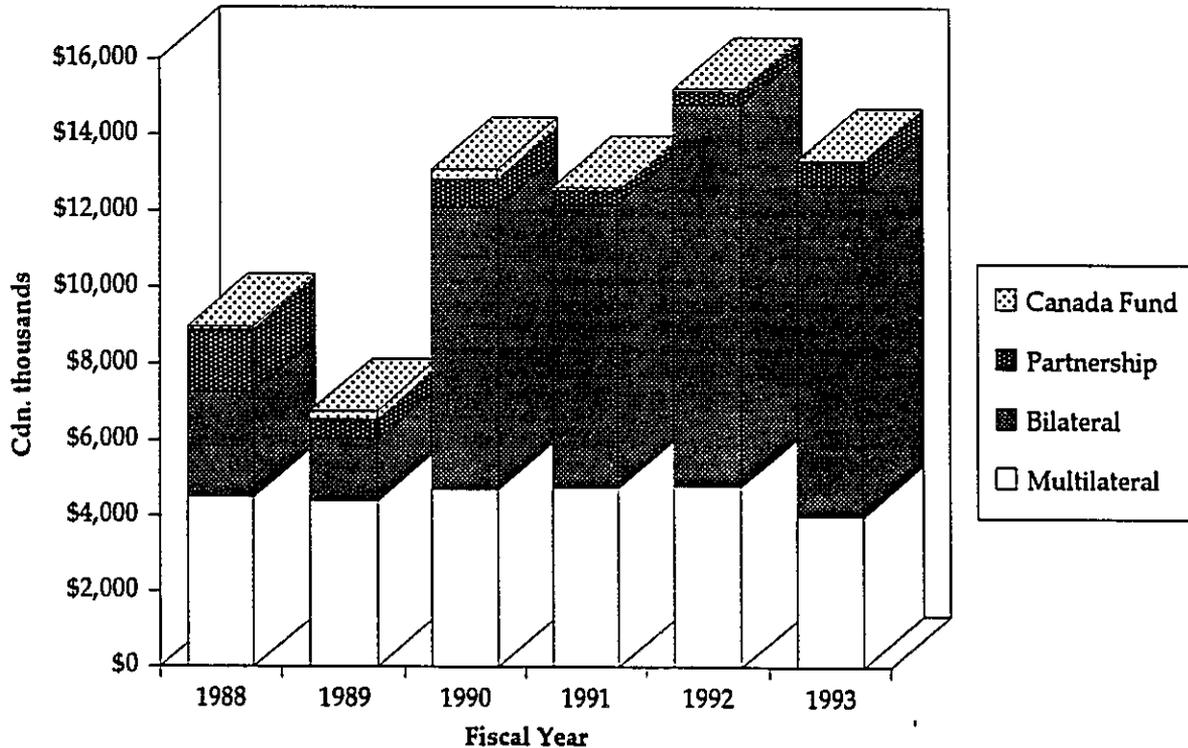
Figure III-1: Total AIDS Commitments by Aid Channel



Total CIDA Commitments for HIV/ AIDS Initiatives

Chart 2:					
Annual Commitments for all HIV/ AIDS Initiatives*					
	Multilateral	Bilateral	Partnership	Canada Fund	All Channels #
1988	\$4,500	\$2,766	\$1,617	\$86	\$8,969
1989	\$4,400	\$1,604	\$533	\$218	\$6,755
1990	\$4,700	\$7,375	\$761	\$250	\$13,086
1991	\$4,750	\$7,423	\$354	\$82	\$12,609
1992	\$4,800	\$9,991	\$352	\$63	\$15,206
1993	\$4,000	\$8,674	\$656	n/a	\$13,330
Totals**	\$41,365	\$50,276	\$6,388	\$809	\$98,838
* (\$ Cdn. thousands)					
# Does not include data for Special Initiatives					
** Totals include incomplete data for 1994 and pre-1988					

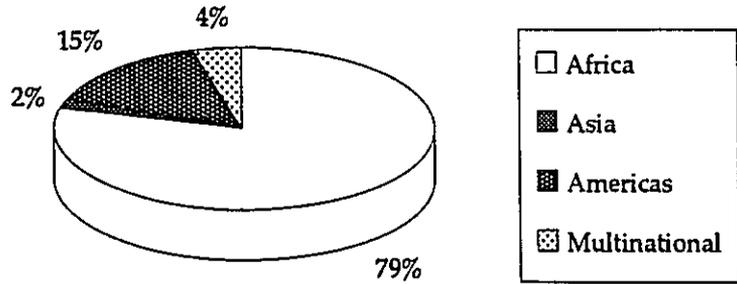
Figure III-2: Annual Commitments for AIDS Initiatives



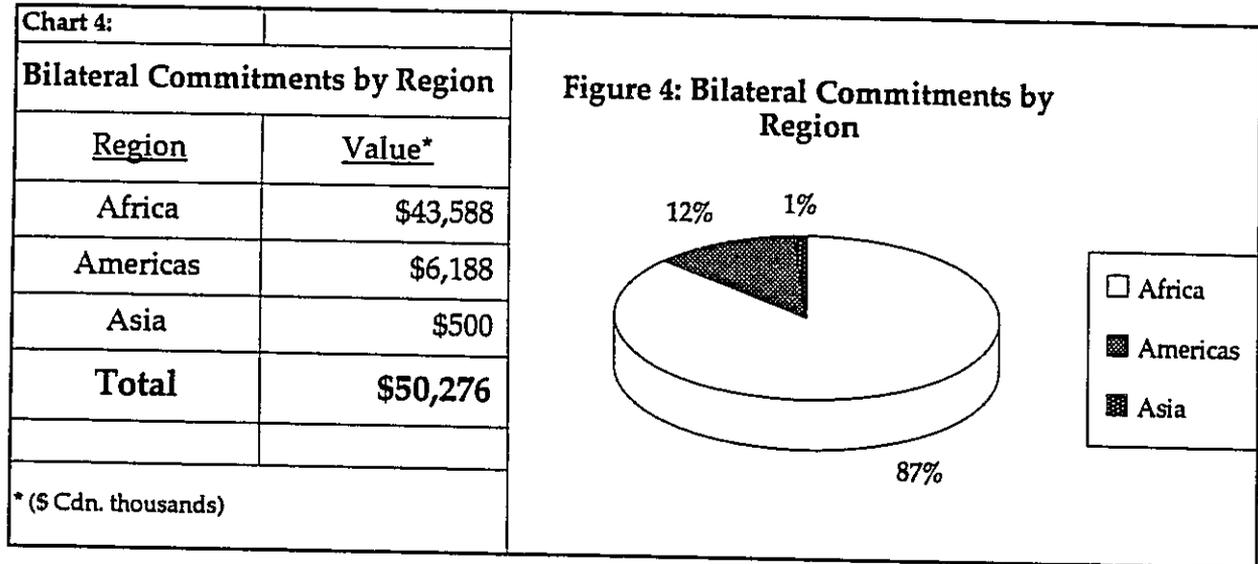
CIDA's HIV/ AIDS Commitments by Region

Chart 3:	
AIDS Commitments by Region	
<u>Region</u>	<u>Value *</u>
Africa	\$45,635
Asia	\$872
Americas	\$8,714
Multinational	\$2,252
Total**	\$57,473
* (\$ Cdn. thousands)	
** Does not include data for Multilateral or Special Initiatives	

Figure III-3: AIDS Commitments by Region



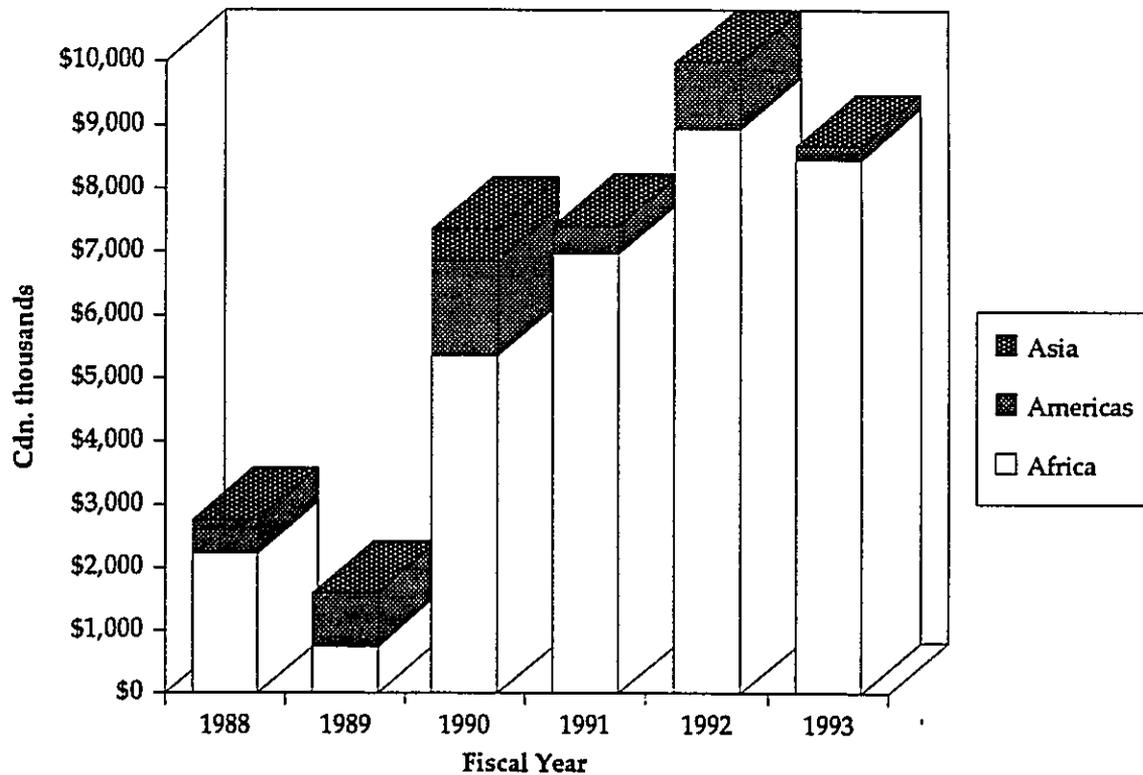
CIDA's Bilateral Commitments



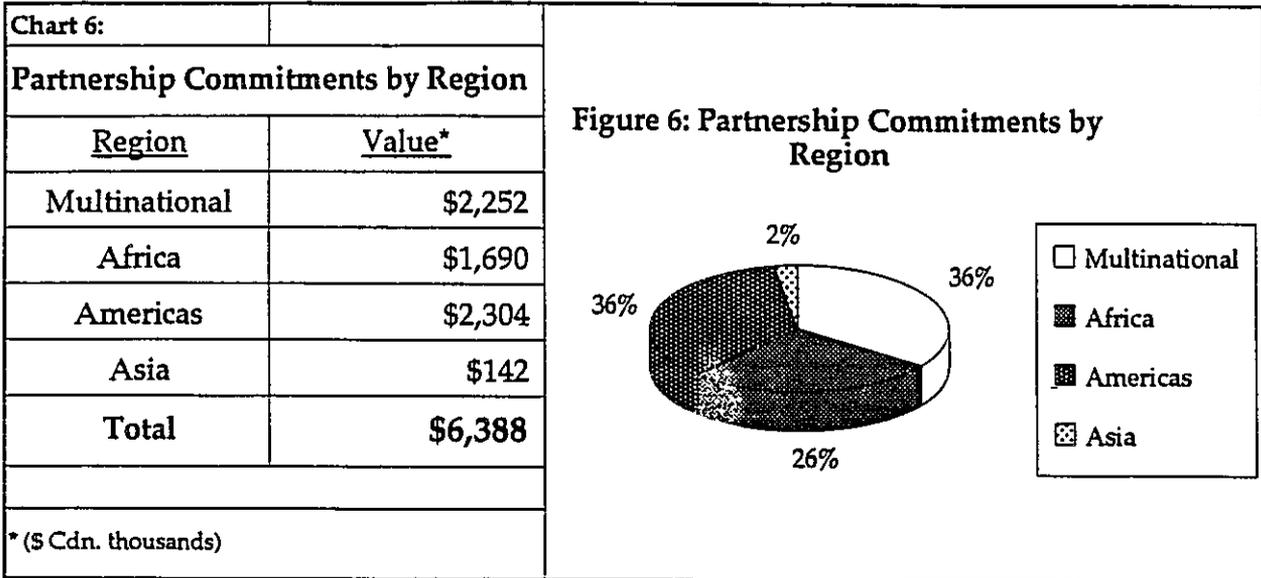
CIDA's Bilateral Commitments

Chart 5:				
Annual Commitments for Bilateral AIDS Initiatives*				
	<u>Africa</u>	<u>Americas</u>	<u>Asia</u>	<u>Totals</u>
1988	\$2,234	\$532	\$0	\$2,766
1989	\$751	\$853	\$0	\$1,604
1990	\$5,369	\$1,506	\$500	\$7,375
1991	\$6,983	\$440	\$0	\$7,423
1992	\$8,946	\$1,045	\$0	\$9,991
1993	\$8,468	\$206	\$0	\$8,674
Totals **	\$43,588	\$6,188	\$500	\$50,276
* (\$ Cdn. thousands)				
** Totals include incomplete data for 1993 and pre-1988				

Figure 5: Annual Bilateral Commitments for AIDS



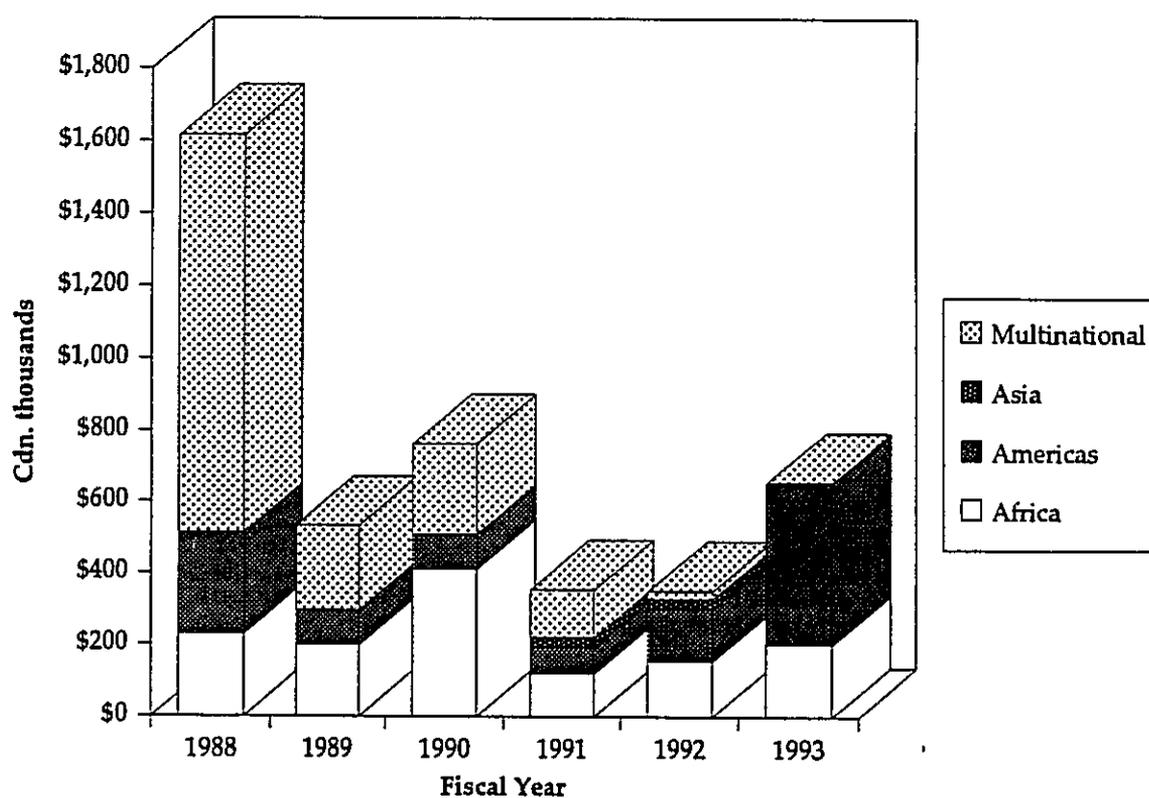
CIDA's Partnership Commitments



CIDA's Partnership Commitments

Chart 7:					
Annual Commitments for Partnership AIDS Initiatives*					
	<u>Africa</u>	<u>Americas</u>	<u>Asia</u>	<u>Multinational</u>	<u>Totals</u>
1988	\$230	\$282	\$0	\$1,105	\$1,617
1989	\$200	\$97	\$0	\$236	\$533
1990	\$412	\$97	\$0	\$252	\$761
1991	\$121	\$72	\$29	\$132	\$354
1992	\$156	\$144	\$29	\$23	\$352
1993	\$203	\$453	\$0	\$0	\$656
Totals **	\$1,690	\$2,304	\$142	\$2,252	\$6,388
* (\$ Cdn. thousands)					
** Totals include incomplete data for 1993 and pre-1988					

Figure 7: Annual Partnership Commitments for AIDS



Canada Fund Allocations and W.H.O. Contributions

Chart 8:

Canada Fund Allocations by Region

<u>Region</u>	<u>Value*</u>
Africa	\$357
Americas	\$222
Asia	\$230
Total	\$809

* (\$ Cdn. thousands)

Figure 8: Canada Fund Allocations by Region

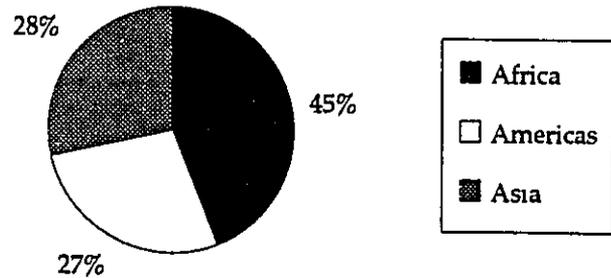


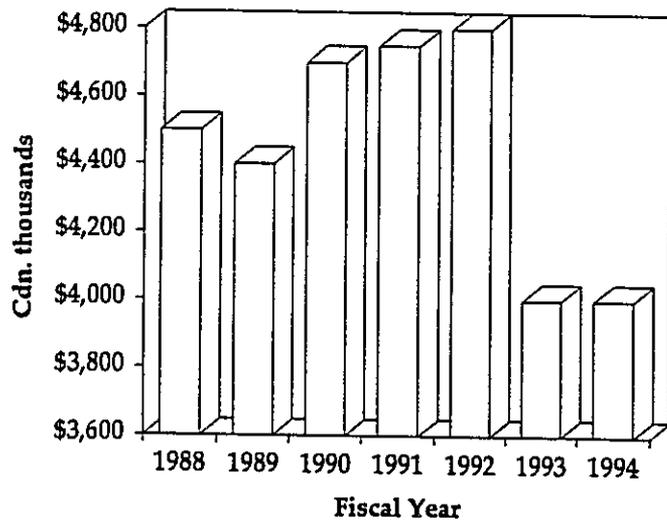
Table III-1: CIDA's Annual Contributions to the W.H.O.

<u>Year</u>	<u>Value*</u>
1988	\$4,500
1989	\$4,400
1990	\$4,700
1991	\$4,750
1992	\$4,800
1993	\$4,000
1994	\$4,000
Total**	\$41,365

* (\$ Cdn. thousands)

** Total includes data for pre-1988

Figure 9: Annual WHO Contributions



APPENDIX: 3

CANADIAN INTERNATIONAL DEVELOPMENT AGENCY POSITION DESCRIPTION

SENIOR HEALTH SPECIALIST POLICY BRANCH

DUTIES

The Senior Health Specialist

1. Is expected to provide leading-edge intellectual stimulation, perspective and guidance, including analysis of future trends, and to serve as the locus of the Agency's research and development function with respect to the health sector.
2. Advises CIDA's senior management on corporate level policy, programming and strategy.
3. Advises CIDA's senior management on the management of its scientific and technical human resources in health, population and nutrition.
4. Represents the Agency both in international and in Canadian fora as senior levels.
5. Acts as a "single-window" for the flow of corporate level information into and out the Agency, in the field of health.
6. Heads CIDA's Health, Population & Nutrition Network
7. Develops and maintains an appropriate external network with partners:
 - in Canada including IDRC, Health Canada, the provincial ministries of health, universities, NGOs, key individuals and private firms
 - in International Agencies including WHO, UNICEF, the World Bank, UNFPA, PAHO
 - with other development organizations including other bilateral donors, foundations and international NGOs and
 - in developing countries including ministries of health, key institutions and individuals
8. Fosters, develops and communicates corporate interests and values with particular emphasis on the building and maintaining of teamwork and a corporate culture of learning.

9. Supervises & strengthens CIDA's health information system; provides information on trends in sectoral disbursements and approvals.

PRODUCTS/RESULTS/ACCOUNTABILITY

1. Ensures the CIDA has ready access to state of the art thinking on international development issues in the fields of health and development comparable to other aid agencies.
2. Accountable for the quality and timeliness of advice to senior management.
3. Preparation of an annual workplan that reflects the Agency's policy and programming framework and its changing needs and priorities.
4. CIDA's health and development stakeholders, partners and agents have a better understanding of CIDA, international development and the role of Official Development Assistance (ODA) in helping to achieve Canada's foreign policy objectives.
5. Accountable for the development of policies, guidelines, best practices and strategies to orient CIDA's programming within Canadian and developing country capacities and Canadian resources in such a way that they are consistent with Canada's ODA policy framework and priorities.
6. Recognition within CIDA and among its stakeholders as the subject matter expert in his/her field.

QUALIFICATIONS

1. Extensive experience in international development that results in a comprehensive knowledge in the fields of health.
2. National and international recognition as an expert in health. Extensive contacts and an effective network.
3. Strong conceptual abilities and aptitudes.
4. Excellent leadership skills both as a team player and team leader.
5. Very strong interpersonal skills and abilities.

6. Ability to work in both of Canada's official languages.
7. Ability to communicate orally and in writing in a clear, cogent and succinct manner.
8. Flexibility, ability to manage his/her own agenda (workplan) including consultant contract administration while responding to meet the changing needs and priorities of senior management.
9. A broad comprehensive view of health and an ability to integrate and relate it to other sectors, themes and cross-cutting issues (i.e. effective use of a multidisciplinary approach).
10. A combination of university degree in the area of health, a post graduate degree(s) in the same or related fields and practical experience as an academic/practitioner and manager.
11. The ability to formulate policy, guidelines and best practices and to translate those into effective and efficient programming through oral and written communication.
12. A professional client/service driven approach that provides cost-effective advice without becoming either a apologist or a huckster for the sector.
13. A good knowledge of Canadian capability, and the ability to identify cost-effective niches for Canadian ODA in the light of LDC needs and priorities and the programs of other aid agencies.
14. Membership in appropriate Canadian and international professional association(s).

ORGANIZATION STRUCTURE

1. The Senior Health Specialist reports to the Vice-President, Policy Branch.
2. He/she also reports, on administrative matters, to the Director of Sector Specialists.
3. He/she coordinates CIDA's Health, Population and Nutrition Network composed of 14 professionals.

SCOPE OF MANDATE

The Senior Health Specialist ensures the overall quality of CIDA's programming in the health sector, representing an annual budget of approximately \$110 million.

APPENDIX: 4

1993-94

UN Organizations Core-Funded by CIDA		<i>(Cdn \$ Million)</i>
World Food Programme (WFP)		131.70
United Nations Development Programme (UNDP)		53.00
United Nations Fund for Children (Unicef)		17.40
United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)		14.00
United Nations Fund for Population (UNFPA)		11.60
United Nations Relief and Works Agency for Palestine		11.00
World Health Organizations (WHO):		
<i>Global Programme on Aids</i>		<i>4.00</i>
<i>Tropical Disease Research</i>		<i>1.78</i>
<i>Control of Diaphorreal Diseases/Acute Respiratory Infections</i>		<i>0.50</i>
<i>Human Reproductive Health Reasearch</i>		<i>0.40</i>
Total - WHO		6.68
International Atomic Energy Agency (TACF)		1.85
United Nations Funds for Women		1.50
Other UN Organizations Receiving Funds:		
Pan-American Health Organization		

Core Funding to UNDP

(Canadian Million \$)

FISCAL YEAR	UNDP
1984/85	59.00
1985/86	59.00
1986/87	64.00
1987/88	68.70
1988/89	73.50
1989/90	66.00
1990/91	66.50
1991/92	64.50
1992/93	65.00
1993/94	53.00
1994/95	53.00

Core Funding to Unicef	
<i>(Canadian Million \$)</i>	
FISCAL YEAR	UNICEF
1984/85	13.25
1985/86	13.25
1986/87	14.50
1987/88	15.50
1988/89	16.50
1989/90	15.68
1990/91	16.75
1991/92	17.40
1992/93	17.40
1993/94	17.40
1994/95	17.40

Core Funding to UNFPA

(Canadian Million \$)

FISCAL YEAR	UNFPA
1984/85	10.25
1985/86	10.25
1986/87	14.25
1987/88	12.25
1988/89	13.10
1989/90	11.75
1990/91	13.15
1991/92	13.40
1992/93	13.60
1993/94	11.85
1994/95	11.60

APPENDIX: 5



Declaration

Paris AIDS Summit
1 December 1994

(*Unofficial translation*)

We, the Heads of Government or Representatives of the 42 States assembled in Paris on 1 December 1994:

I. *Mindful*

that the AIDS pandemic, by virtue of its magnitude, constitutes a threat to humanity,

that its spread is affecting all societies,

that it is hindering social and economic development, in particular of the worst affected countries, and increasing the disparities within and between countries,

that poverty and discrimination are contributing factors in the spread of the pandemic,

that HIV/AIDS inflicts irreparable damage on families and communities,

that the pandemic concerns all people without distinction but that women, children and youth are becoming infected at an increasing rate,



Paris AIDS Summit

that it not only causes physical and emotional suffering but is often used as justification for grave violations of human rights,

Mindful also

that obstacles of all kinds – cultural, legal, economic and political – are hampering information, prevention, care and support efforts,

that HIV/AIDS prevention and care and support strategies are inseparable, and hence must be an integral component of an effective and comprehensive approach to combating the pandemic,

that new local, national and international forms of solidarity are emerging, involving in particular people living with HIV/AIDS and community-based organizations,

II. *Solemnly declare*

our obligation as political leaders to make the fight against HIV/AIDS a priority,

our obligation to act with compassion for and in solidarity with those with HIV or at risk of becoming infected, both within our societies and internationally,

our determination to ensure that all persons living with HIV/AIDS are able to realize the full and equal enjoyment of their fundamental rights and freedoms without distinction and under all circumstances,

our determination to fight against poverty, stigmatization and discrimination,



Paris AIDS Summit

our determination to mobilize all of society – the public and private sectors, community-based organizations and people living with HIV/AIDS – in a spirit of true partnership,

our appreciation and support for the activities and work carried out by multilateral, intergovernmental, nongovernmental and community-based organizations, and our recognition of their important role in combating the pandemic,

our conviction that only more vigorous and better coordinated action worldwide, sustained over the long term – such as that to be undertaken by the joint and co-sponsored United Nations programme on HIV/AIDS – can halt the pandemic,

III. *Undertake in our national policies to*

protect and promote the rights of individuals, in particular those living with or most vulnerable to HIV/AIDS, through the legal and social environment,

fully involve nongovernmental and community-based organizations as well as people living with HIV/AIDS in the formulation and implementation of public policies,

ensure equal protection under the law for persons living with HIV/AIDS with regard to access to health care, employment, education, travel, housing and social welfare,

intensify the following range of essential approaches for the prevention of HIV/AIDS:



Paris AIDS Summit

- promotion of and access to various culturally acceptable prevention strategies and products, including condoms and treatment of sexually transmitted diseases,
- promotion of appropriate prevention education, including sex and gender education, for youth in school and out of school,
- improvement of women's status, education and living conditions,
- specific risk-reduction activities for and in collaboration with the most vulnerable populations, such as groups at high risk of sexual transmission and migrant populations,
- the safety of blood and blood products,

strengthen primary health care systems as a basis for prevention and care, and integrate HIV/AIDS activities into these systems, so as to ensure equitable access to comprehensive care,

make available necessary resources to better combat the pandemic, including adequate support for people infected with HIV/AIDS, nongovernmental organizations and community-based organizations working with vulnerable populations,

IV. *Are resolved to step up international cooperation through the following measures and initiatives.*

We shall do so by providing our commitment and support to the development of the joint and co-sponsored United Nations programme on HIV/AIDS, as the appropriate framework to reinforce partnerships between all involved and give guidance and worldwide



Paris AIDS Summit

leadership in the fight against HIV/AIDS. The scope of each initiative should be further defined and developed in the context of the joint and co-sponsored programme and other appropriate fora:

1. Support a greater involvement of people living with HIV/AIDS through an initiative to strengthen the capacity and coordination of networks of people living with HIV/AIDS and community-based organizations. By ensuring their full involvement in our common response to the pandemic at all – national, regional and global – levels, this initiative will, in particular, stimulate the creation of supportive political, legal and social environments.
2. Promote global collaboration for HIV/AIDS research by supporting national and international partnerships between the public and private sectors; in order to accelerate the development of prevention and treatment technologies, including vaccines and microbicides, and to provide for the measures needed to help ensure their accessibility in developing countries. This collaborative effort should include related social and behavioural research.
3. Strengthen international collaboration for blood safety with a view to coordinating technical information, proposing standards for good manufacturing practices for all blood products, and fostering the establishment and implementation of cooperative partnerships to ensure blood safety in all countries.



Paris AIDS Summit

4. Encourage a global care initiative so as to reinforce the national capability of countries, especially those in greatest need, to ensure access to comprehensive care and social support services, essential drugs and existing preventive methods.
5. Mobilize local, national and international organizations assisting as part of their regular activities children and youth, including orphans, at risk of infection or affected by HIV/AIDS, in order to encourage a global partnership to reduce the impact of the HIV/AIDS pandemic upon the world's children and youth.
6. Support initiatives to reduce the vulnerability of women to HIV/AIDS by encouraging national and international efforts, aimed at the empowerment of women: by raising their status and eliminating adverse social, economic and cultural factors; by ensuring their participation in all the decision-making and implementation processes which concern them; and by establishing linkages and strengthening the networks that promote women's rights.
7. Strengthen national and international mechanisms that are concerned with HIV/AIDS related human rights and ethics, including the use of an advisory council and national and regional networks to provide leadership, advocacy and guidance in order to ensure that non-discrimination, human rights and ethical principles form an integral part of the response to the pandemic.



Paris AIDS Summit

We urge all countries and the international community to provide the resources necessary for the measures and initiatives mentioned above.

We call upon all countries, the future joint and co-sponsored United Nations programme on HIV/AIDS and its six member organizations and programmes to take all steps possible to implement this Declaration in coordination with multilateral and bilateral aid programmes and intergovernmental and non-governmental organizations.

Paris, 1 December 1994



APPENDIX: 6

What Is Interchange Canada?

The Interchange Canada Program promotes and facilitates the exchange of employees, through assignments, between the federal Public Service and organizations in all other sectors of the Canadian economy.

The Program's objectives are:

- more informed policy development or improved service through better understanding between the federal Public Service and other sectors of the Canadian economy;
- the transfer of specialized knowledge, expertise, technology and best practices; and
- the development of employees.

Who Can Participate?

Any indeterminate employee of the federal Public Service may participate in the Program. By the same token, the Program is available to employees in private industry, other levels of government, crown corporations, unions, academic institutions and non-profit organizations. In all cases, the employee must be sponsored by his/her home organization, remain an employee of that organization and return there at the end of the assignment, unless other arrangements have been negotiated and agreed to by all parties. There must be a clearly established employer-employee relationship in the sponsoring organization.

For the purposes of this program, the federal Public Service includes those departments or agencies identified in Schedule 1, Part 1 of the Public Service Staff Relations Act. Any other organization is considered to be an outside organization for the purposes of an Interchange Canada assignment.

How Does It Work?

Interchange Canada assignments are generally initiated in the following ways:

- an assignment opportunity can be identified by a prospective host organization and a search for appropriate candidates conducted; or
- an individual can be nominated by a sponsoring organization and a search for an appropriate assignment conducted; or

- an individual finds their own assignment possibilities and obtains support from their organization.

When an assignment opportunity is identified by a prospective host organization, there must be a clear understanding of all assignment requirements, including:

- a brief outline of the duties to be performed, as well as the location, duration of the assignment, and approximate start date;
- a description of the skills and experience required; and
- potential organizations to be contacted.

Organizations wishing to sponsor an employee for an Interchange Canada assignment will each have their own methods of identifying potential participants. These could include such approaches as:

- selecting individuals based on career planning activities undertaken by the organization (larger organizations may maintain an inventory);
- selecting individuals based on the specific technical and/or professional needs of a specific assignment opportunity;
- advertising assignment opportunities proposed by potential host organizations and requesting nominations.

When the selection of a participant is finalized, and all conditions have been negotiated between the host, the sponsoring organization and the participant, a Letter of Agreement is drawn up by the department involved in the arrangement. The Letter of Agreement will cover such issues as duration, salary and benefit considerations, costs and conflict of interest/security. These would normally be within the following parameters:

- an assignment can be for any period of time up to a maximum of three years. Assignments of three months or more must be covered by a formal Letter of Agreement.
- sponsoring organizations continue to pay the participant's salary and benefit costs. Normally, full salary and benefit costs will be reimbursed to the sponsoring organization by the host organization. Special arrangements can be negotiated when a non-profit organization is unable to reimburse full costs. In the case of assignments with profit-making organizations, payment or recovery of less than the full salary and/or benefit costs can only take place with the approval of the deputy head of the department.

- relocation costs must generally be shared equally by the sponsoring and host organizations. In exceptional cases, the deputy head may authorize payment for a greater or lesser share of the relocation expenses.
- interview-related expenses are borne by the host organization as well as job-related travel and formal training incurred while on assignment.
- prior to the commencement of an assignment, the respective parties must ensure there is no risk of conflict of interest or that the risk of conflict of interest is not significant. Confidentiality and security must be safeguarded.

In cases involving participants at the executive level, the Public Service Commission must be involved at all stages. The PSC is also available to provide assistance where the search is very broad in nature (e.g., where an outside organization has an assignment opportunity with skills found in many departments).

Roles And Responsibilities Of The Public Service Commission And Departments

The Public Service Commission and federal government departments are partners in delivery of the Interchange Canada Program. The PSC provides services in two main areas: the first is overall direction for the Interchange Canada Program and the second is delivering the executive exchange component of the Program.

In providing overall program direction, the PSC is responsible for:

- establishing the Program's operating guidelines in consultation with the Treasury Board and departments;
- acting as a point of contact for outside organizations seeking information on the Program;
- assisting departments and outside organizations, on a case-by-case basis, in assignment or nominee search at levels below executive;
- promoting the Program both within and outside the Public Service.

The PSC is responsible for all executive level exchanges and provides service by:

- assisting client organizations to define their needs when either nominating an executive or proposing an assignment;
- conducting nominee and assignment search in partnership with the client organization;

- providing career counselling to executives considering an assignment under the Program;
- negotiating terms and conditions of assignments with all parties and preparing the Letter of Agreement;
- conducting regular follow-up with participants along with their sponsoring and host organizations to monitor progress on the assignment and reentry at the end of the assignment;
- maintaining contact with all executive alumni of the Program; and
- organizing professional development sessions each year for executive participants and alumni.

Federal government departments are responsible for organizing and managing assignments at levels below the executive level and for promoting the program within their organizations.

APPENDIX: 7

Appendix 7:

Principles and Processes of Canada's Contraceptive Supply Assistance

1. Laws, regulations, guidelines, principles, and requirements concerning contraceptive supply assistance:

Canada did not have an explicit policy framework on international population issues until recently. In 1987, the first policy framework for CIDA's population activities was approved. The framework recommended that CIDA increase its resources for population control activities. In addition, it identified the importance of improving the status of women, the principles of free and informed consent, and the importance of mother and child health care as part of population control programs. The 1987 framework also disallowed the use of Canadian funds for abortions overseas.

In 1993, CIDA began to update its population policy framework. The new draft framework considers population issues in the larger context of human rights, health and sustainable development. CIDA has come to realize that the quality of family planning services needs to be improved and expanded to reflect the broader context of reproductive health care.

In its *Policy Statement on Population and Sustainable Development*¹, CIDA has identified that it will support programs and activities related to reproductive health care only on certain bases. Two such bases relating to contraceptive supply are as follows:

CIDA does not promote abortion as a method of family planning, but recognizes that women require complete access to the full range of safe reproductive health care services.

CIDA promotes respect for human rights in the provision and development of contraceptive drugs and devices, giving primary consideration to user safety and client needs, with due regard to licensing regulations in countries of use.

¹ "International cooperation in the Field of Population". (CIDA: Ottawa, 1993)

2. Types of contraceptives available for domestic and/or development assistance:

<u>Type</u>	<u>Domestic</u>	<u>Development Assistance</u>
Sterilization (m)	yes	no
Sterilization (f)	yes	*
IUD	yes	no
Oral Pills	yes	yes
Injectables	yes	*
Condoms	yes	*
RU48	no	no
Others^	yes/no	*

^ (including Depo Provera, Norplant, and immunological contraceptive)

* CIDA does not directly supply injectables or any other kind of contraceptive except the pill. However, Canada does contribute to multilateral programs (ie. the World Bank, UNFPA) which do supply injectables, sterilization, and numerous other types of contraceptives.

3. The means of Canada's Contraceptive Assistance:

With the exception of the oral pill, CIDA does not directly supply injectables or any other kind of contraceptive. However, Canada does contribute to multilateral programs (such as those of the World Bank and UNFPA) which do supply injectables, sterilization, and numerous other types of contraceptives.

The largest population program in which Canada is involved is the Bangladesh Population and Health Program. This program has a history of using coercive techniques on women. Women have been provided with cash incentives for sterilizations, and sterilizations have been a condition for access to food aid. As well, some agencies (but not necessarily Canada) have refused to allow women that have not accepted fertility control to participate in development projects.

4. Programs and expenditures for contraceptive assistance:

CIDA has provided population assistance since the early 1970s, through a wide range of activities. Even though CIDA's financial contribution to population activities are

not high compared to Japan, Canada remains a primary actor with considerable influence. CIDA provides financial support to population programs through bilateral agreements, multilateral channels (such as the World Bank and the UNFPA), and international NGOs.

Canada's largest single financial contribution is to the Bangladesh Population and Health Program (the largest population program of its kind in the world), which is coordinated by the World Bank. The majority of this program's funding is spent on fertility control measures, including the promotion of sterilization and Depo Provera and more recently the testing of Norplant. Between 1986 and 1996, CIDA will have spent more than \$100 million for population activities in Bangladesh. About \$28 million of this amount is in the form of contraceptive pills, which are supplied by CIDA. Whether it is intended or not, CIDA funds also facilitate the use of Depo Provera in Bangladesh, even though this drug has not been approved for use as a contraceptive in Canada.

Canada's International Development Research Centre (IDRC) has been involved in population-related initiatives since 1970. The IDRC has made significant financial contributions to the development of two contraceptives. The first is Norplant, which is a hormonal contraceptive implant (approved for use in Canada in January 1994). The second is an immunological contraceptive (also known as a contraceptive vaccine), which induces an immune response to egg, sperm, embryo, or pregnancy hormone (hCG), thereby preventing pregnancy or implantation. The IDRC has contributed \$4 million for clinical trials of this contraceptive that are being performed in India at the National Institute of Immunology.

Canada provides funding to the UNFPA, including the \$13 million in 1992-93. It is unknown whether or not Canada has outlined specific principles to guide the UNFPA in the use of these funds.

Canada also provides funds to international NGOs, such as the International Planned Parenthood Federation (IPPF). In 1992-93, Canada gave about \$10 million to the IPPF. Other groups receiving CIDA funds include: the Population Council, the International Council on Management of Population Programs, and the International Federation for Family Life Promotion.

