## (3) ユニセフ・カウントリープログラム概要

1. カントリー・アプローチの趣旨

ユニセフは、どの国でも同じように使えるようなスタンダードなプログラム・パッケージを持たない。

ユニセフの協力はそれぞれの国で、相手国側とユニセフ側の合意の下にプライオリティーであると決定された問題に対応するものでなければならない。

また、それぞれの国の発展状況と開発目標にして合致したものでなければならない。

そして、各国の資金的、組織的ならびに技術的なキャパシティーに見合ったものでなければならない。

本当にその国の人々のニーズに応えるためにはプログラムを作成・実施する上で中央レベルの政府当局だけではなく、地域、又は地区レベル（subnational level）の政府の担当者達、そして、援助の対象となるコミュニティーの参加を得なければならない。

2. カントリー・プログラミングの２つの柱

(1) Basic Services Strategy

ア. 趣旨：子供や女性のための基礎サービスは、色々な分野にわたり、色々な形をとるが、全てに共通して言えるのは、コミュニティーに根ざし、住民の参加が得られなければ、長期的に、途上国自らの能力や資源を以てサービスを維持し、拡大していくことはできないということ。

イ. 主な要素：

国全体、特に不利な立場にいる人々、又今まで無視されて来た人々にサービスを広げるという目標。

サービスが提供される段階までのフォローアップ

コミュニティーの参加。User fee 等を通じてのコスト・シェアリングも含む。

コミュニティー・レベルでの primary level worker の使用

あらゆるレベル（コミュニティーから中央レベルまで）においてのキャパシティービルディング

適正技術の使用

コミュニケーション、社会的動員（social monilization）

コミュニティー、そして地域を単位として、縦割りではない総合的なサービスの提供（integrated, area－based approach）

(2) Child Survival and Development

ア. 趣旨：ユニセフのグローバルな戦略として、子供の生存と発育に一番直接的に影響を与える活動に焦点をあて、これ等の推進に特に力を入れ、Universal coverageを目指

す、ユニセフの限られた資源を、インパクトが小さく、又効率的でない活動に分散すべきではないという考え方に基づく。

イ. 主な要素：

（別紙、図表参照）

幼児期の主な病気に対する予防接種

下痢症の治療のための経口補水療法

母乳哺育の推進

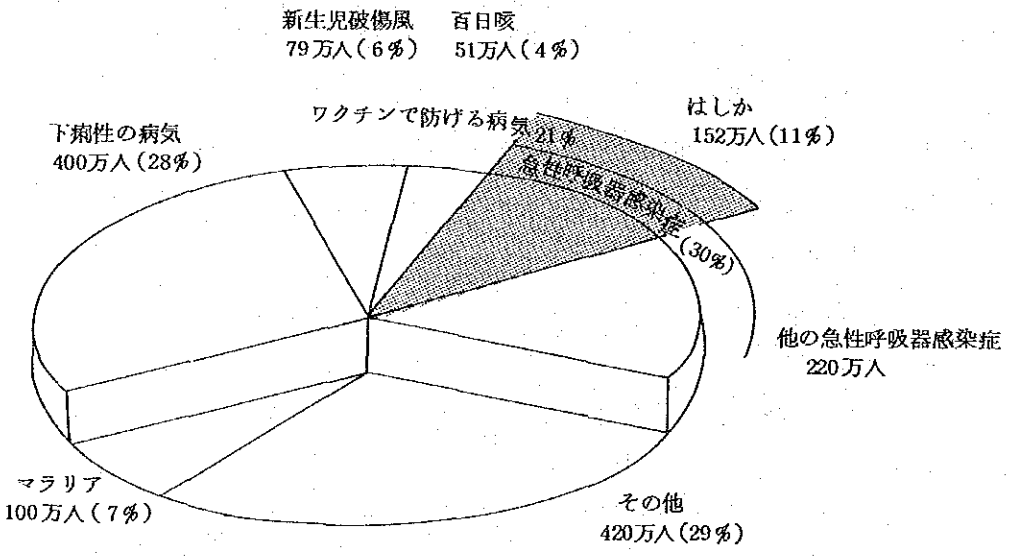
Growth Chart を使った発育のモニタリング

女性の識字教育

妊婦、離乳期の子供への食糧補助

計画出産

ＡＲＩの予防と治療




3. Situation Analysis（現状分析）

(1) 目的：ユニセフの協力の対象となる子供と女性の一番重要な（priority）問題、ならびにそれ等の問題の原因となる要素を明らかにすることによって、ユニセフの今後の協力の方針（strategy）を定めるための指針を示す。

(2) 内　容

ア. National Context（15－20％）

・人　　口：増加率、家族の大きさ、農村と都市人口の比率、政府の家族計画に関する方針、etc.

・経　　済：GNP、成長率、構造調整、所得の配分、貧困問題、貧困層の identification

・社会構造：女性の地位、結婚年令、妊婦中絶率、宗教、文化

・政治・官僚機構：地域、コミュニティーレベルも含む。

・保健、教育、家族計画等のサービスの普及率、特に農村部、ならびに都市部の低所得層において民間によるサービスの役割：traditionl practitioner も含む。

イ. 子供と女性の状況（40－50％）

・IMR、U5MR、障害、栄養不良、主な疾病、母乳哺育の実施率、etc.

・女性が育児の上で直面する問題、例えば母乳哺育を実行していない場合、又は子供に予防接種を受けさせていない場合、何がそれらを妨げているのか。

・乳幼児の発育の問題

・学校教育の普及率、識字率：なるべく男女別に

・特に困難な状況にいる子供、例えば働く子供達、戦争地帯の子供達、ストリート・チルドレン

・思春期の子供達：十代の妊婦、etc.

・オーバーワークの問題、食糧生産における役割、etc.

・女性の現状：妊産婦死亡、栄養問題、識字

ウ. 根元的な要因（15－20％）

・農業、各家庭への食糧の供給、燃料の問題

・飲料水の供給、衛生設備の普及

・保健、特にPHC／MCHへのアクセス、保健にあてられる政府予算

・教育：アクセスと内容の問題、政府予算

・社会福祉：保育施設等

・情報へのアクセス、社会的動員

・以上の個々の要因の重要性についての比較・分析、各分野の担当省庁間のコーディネーションの問題

エ. 将来に向けての機会（10－15％）

・国の開発政策の中で子供や女性の福祉のために役立てられる要素

・"ウ"の部分で指摘された問題に対処するために実行可能な措置

・コミュニティーレベルの組織で強化できるもの、コスト・リカバリーの可能性

・民間組織、ＮＧＯ

・コミュニケーションのチャンネル

・以上の機会を活用するために必要となる additional な資金、ならびに人的資源

(3) 方　法

・可能な限り、各国政府の責任の下に行う

・できる限りその国の中の resource（大学、ＮＧＯ、婦人団体、等）の協力を得る

・政府の責任の下で調査するのが困難なテーマはユニセフが個別に調査し、個別のレポートにまとめる（例えばＡＩＤＳや中絶の問題）

・情報源：既存のレポート、各分野の省庁、ユニセフ他国連やバイラテラル援助機関、大学、他専門家による調査、地域、政府やコミュニティーとのディスカッション、フィールド・サーベイ

4. Review of Part Performance

(1) 目　的

・次期の開発計画作成の一環として、政府の子供と女性に関する政策やプログラムの改善。政府の合意が得られれば、ユニセフの援助を受けている活動だけに限らず、広範囲に見直しを行う。

・次期のユニセフの協力プログラム作成のためのインプットとして

(2) 方　法

・関係省庁とユニセフと合同でレビューミーティングを行う

・前以て、各プロジェクトのパフォーマンスに関するレポートを政府・ユニセフ協同作業として準備、関係者に配布

・レポートの内容：サービスの普及率、インパクト、他目標達成度

・レビューミーティングでは、それぞれのプロジェクトを継続して援助すべきかどうか検討するが、会議の中では決断はしない

(3) 援助継続のための規準

・よい成果をあげている

・他のより大きな活動に向けての leading edge 的役割を果している

・評価により有益であるという結果が出た

・プロジェクトがまだ完了していない

・重要な問題に対応しており効率的である

・政府、あるいはユニセフにとって、政策的に高いプライオリティを持つ

・プロジェクトのＳtrategy が限られた地域で交果を示し、より大きな地域に広げるのが

望ましい

・他に資金源がない

5. Programme Identification, Goals and Objectives

(1) 目的：今後のプログラム協力の基本的な概念と協力を進めるべき分野について政府と合意に達する。又、政府の政策決定・実務両レベルと、協力プログラムの基本的な目標について合意に達する。

(2) 注意事項

・様々な可能性から特定のプログラムを選択する際に、政府側は政治的なインパクトを検討せざるを得ない。例えば、政府にとっては、実際の効果は少なくとも、目立つプロジェクトが好ましい場合がある（e.g. 農村部のＰＨＣより都市の大病院）、又、自国の予算では維持しきれていないような高レベルのサービスも、よりレベルが低いが効率的なサービスに切り替えたがらない傾向がある（例えば 上水道 vs. 手押しポンプ、又は formal vs. non-formal education）。

・全て新しくやり直すようなComprerensive programming より、既存のプログラムを改善・拡大していく"adjunctive"又は"incremental"なプログラミングの方が現実的であり政府にとっても脅威になりにくい。

・Situation analysis に一番プライオリティーとなる問題とそれ等の改善についてのだいたいの目標を示唆されていなければならないので、prog. id. の基盤となる。

・必要な場合は分野別、あるいは地域別に詳しい調査を行う。

・できる限り、コミュニティーの住民を参加させる。ユニセフ職員も中央ならびに地域政府のカウンターパートと一緒にいくつかのコミュニティーに出向いてリーダー達、学校の先生、ヘルス・ワーカー、宗教的リーダー、女性達、母親と父親、そして子供達と話し合いの機会をもつのが好ましい。

(3) プログラム・プロポーザルの"出所"

・既存のプログラムの継続

・省庁からの提案

・コミュニティーの自発的な活動

・政府以外の組織（例えば婦人団体）の提案

・Situation analysis

・国際的、又はグローバルなプライオリティー（ＥＰＩ等）

(4) いくつかの普遍的な目標

・コミュニティーの積任とキャパシティーの強化。コスト・シェアリングも含む

・行政責任の中央から地域、ローカルレベルへのdecentralization。地域政府のキャパシティーの強化

・貧困層へのサービスの拡大。彼等の参加の拡大。

(5) 目標設定の方法

・Goals＝長期的・基本的な目的

・Objectives＝具体的な目標

a) Programme objective：U5MRを減らす

b) objective：手押しポンプの設置を通じて飲料水を供給する。

・目標はなるべくはっきり定め、多すぎず、又お互いに矛盾し合わないよう気をつける。

・相手国政府の関係者をなるべく多く参加させる

・地域ならびにローカル・レベルの責任者、そしてコミュニティーとも話し合う

・目標はできる限り数量化し、時間的制限を設定する

・必要ならばfeasibility Study、又はtrialを行う

・成否の規準を前もって明らかにしておく

(6) 目標の種類

・インパクト－全体的な結果、必ずしも数量化できない

・outcome／impact －問題の改善という意味での子供や女性の状況の変化；プログラム自体の長期的な維持、拡大

・input － 資源の供給

・Service coverage － 特定のサービスを受けている子供と女性の数の増加

・output － 実務的な"産物"、例えば何人のヘルス・ワーカーのトレーニングを行ったか

・数量化できない目標の場合（コミュニティーのキャパシティーの強化等）もできるだけ規準を前もって設定して置く

6. Strategy Formutation

(1) Strategyの定義：目標をどのように達成するかという全般的な計画

(2) Constraints（制限・障害）を明らかにする

・目的：どのようにそれ等を克服して行くか検討するため

・種類：

ア．政治的支援の不足：Situation analysisを使って説得する、NGOの支援をつのる、まずパイロットプロジェクトから始める

イ．政情不安：コミュニティーの強化

ウ. カウンターパートとなる省庁の人手不足、オーバーワーク：地方への decentralization、コミュニティー組織への積任移行

エ. カウンターパートのキャパシティ不足：トレーニング、マネージメントの簡素化

オ. 政府の予算不足：ユニセフがローカルコストをある程度負担する、コミュニティーレベルのコストシェアリング

(3) Strategy の内容

- 人的側面：コミュニティーの人々がパートナーとして参加するか、単にサービスの受益者となるか
- 物理的な目標をどのように達成するか、プログラム・プロジェクトの大きさはどの程度になるか、どのような技術を用いるか
- 資金面：どこから調達し、どの様に使用するか。効率の問題
- 時間割：コミュニティーの本当の参加を重視する場合、時間がかかるということを念頭において

(4) Strategy についての注意事項

- 中央レベルから地方・コミュニティーまで全ての段階を包括すること
- 既存のプログラムを完了すること
- 現地の利点を活用する。例えば労働集約的技術を使う
- 将来発展、拡大の可能性のある活動を援助する
- カウンターパートになるべく新たな負担をかけない
- Recurrent cost の低い活動から始める
- 既存のサービスを活用する
- 住民参加の必要性が比較的低い活動から始める
- 需要の高いサービスから始める
- 予防活動と通常もっと需要（demend）の高い治療サービスをリンクアップする
- NGO、民間との協力
- 準専門的人員（Paraprofessional）の使用
- 目標は多すぎないよう、なるべく簡単に
- 現地にある資源の活用

(5) Strategy Paper の作成について

- 目的：プログラムの基本的方針について、ユニセフ（フィールドならびに本部）と政府との間に早めにコンセンサスを得るため
- まず最初に簡単な position paper をユニセフ内部用に作成する
- 更に関係省庁とのディスカッションを通じて正式な Strategy Paper を作成する

(6) コスト・シェアリング

・なぜ必要か：政府の予算が限られているので、サービスを拡大するために場合によっては不可欠。又、必要なサービスを得るためには、人々は民間には多額のお金を払っている場合が多い。

・コスト・シェアリング・システム作成のための注意事項

a) 広範囲のサービスのための料金をチャージする方が望ましい。例えば薬代をとるような病気のepisode ごとの治療代という風に

b) コミュニティーベースの保険システムの可能性

c) 料金は全てのレベルでチャージする。例えばヘルス・センターだけでなく病院でも

d) 貧困のために料金を払えない人々の分をカバーできるようなシステムの必要性

e) コミュニティーレベルで支払われたお金はコミュニティーのために使われるようにする。

f) 料金はサービスの改善に関連してしかチャージすべきでない

(7) ユニセフの資源の活用法

・触発の役割（catalyst）

・準備段階のコスト

・外貨

・サービス開始または強化においてのイニシャル・コスト

(8) Strategy Paper の内容

・子供と女性の一番重要な問題のまとめ

・Review of past Perfomance のまとめ

・プログラム・プロポーザルの主な目標

・主な活動：なぜその活動が選択されたか？何をするのか？どうやって？だれが？

・主な障害を克服又は bypass する方法

・予算：カウンターパートとユニセフ

・全体的に、子供と女性の状況の改善に向けてどのような結果を目指すのか

・プログラム作成の次の段階の時間割

7. 行動計画の作成、feasibility testing

(1) 目的：だれが（WHO） 何を（WHAT） いつ（WHEN） 何処で（WHERE） どうやって（HOW） やるか明らかにする。又、個々の活動の feasibility をテストする。

(2) 注意事項

・プロジェクトのデザインはなるべく簡単に

・スタッフのオリエンテーション・トレーニングの必要を忘れずに

・計画を立てる上で、「当然こうあるべき」あるいは「こうなるだろう」と思っていても実はそうでないかも知れないことが多々あるので注意。例えばサービスは提供されさえすれば利用されると思われがちだが必ずしもそうではない。啓蒙活動が必要とされる場合が多い。

・プログラム自体のコントロール外にある要素の影響に注意：例えば経済状況の悪化のための政府予算の大幅な縮減。

(3) 行動計画の内容

・WHAT：「何をするか」をはっきりと、詳しく。地方レベルでのキャパシティー強化の必要を忘れないように

・WHO：中央レベルの負担が大きくなり過ぎないように注意。可能な限り地方政府、又はNGOへの委託を検討するように、又、積任の所在ははっきりさせるように

・WHERE：交通手段も含めて

・FOR WHOM：地域、そして beneficiary となるグループ

・HOW：マネジメントの方針・手法はなるべくオープンで民主的に。各活動の技術面、方法に関してはニーズに応じて適切、かつ効率的に

・WHEN：タイミング、順序、速度、期間を含む。又、外部からの援助の引上げの時期も念頭に入れて

・WITH WHAT：予算

(4) MICRO-PLANNING：可能な範囲で、コミュニティーの人々自身が地方政府の担当者達と一緒に問題の identification 、そして対策の提案に携わるのが望ましい。

(5) MONITORING & EVALUATION：最初から計画にはっきりと組み入れておく。モニタリング・システムはコミュニティーを含めて全てのレベルに必要な情報を feedback できなければいけない。

(6) FLEXIBILITYについて：計画は実施の現場からの feedback に応じて必要ならば変更できるような柔軟性を持たなければいけない。又 feedbackを可能にするためにはしっかりしたモニタリングシステムが不可欠になる。

(7) FEASIBILITY チエック

・決定要素：政治、文化・社会、法律、行政組織、コミュニティーレベルの組織構造、資源の有無、等

・サービスが使用されない理由：一部の人々しかアクセスを持たない、ニーズと合致しない、サービスを利用するためのコストがbenefit を上回る、よりよい立場にある人々にプロジェクトの恩恵を「横取り」されている。

・可能な場合は限られたパイロットエリアでtrial を行うのが望ましい

(8) 支援を募る

プログラムへの相手国側の支援とコミットメントを得るためには中央政府のトップの人間を説得するのは不可欠だが十分ではない。一番重要なのはプログラムの恩恵を受けるべき人々のdemandがあり、彼等の参加を得ることである。

(9) SUSTAINABILITY ・ REPLICABILITYの条件

・住民のdemand

・コミュニティー組織の強化

・コスト・シェアリング

・政治的支援

・サービスを提供する人々のキャパシティーの強化

・マネージメントのdecentralization

・既存のインフラ、組織、サービスの強化

・政府予算の確保

・目標を達成できているか知るためのmanagement intormation system

8. 予算・コストの分析

(1) 予算の組み方

・予算の内訳、配分の仕方は、なるべく政府のカウンターパートの通常のやり方にならう（カウンターパートに不必要な負担をかけないように）

・Capital と recurrent cost、そして中央政府、地方政府、ユニセフがそれぞれ負担する分を分ける

・プログラムのために必要となるadditionalなコストを全て含む

(2) Capital Cost に含まれるもの

・建物の建築・改築

・機材

・古い機材、車両の取り替え（忘れられがち）

・交通手段

・回転資金のスタートアップ用の資金

・サービスをスタートする前のスタッフのトレーニング

・臨時の人員、コンサルタント費用

・コスト・シェアリングのための料金を課する前のサービス改善用のコスト

・臨時費

(3) Recurrent Cost に含まれるもの

- 人件費
- 物資
- 燃料、administration , etc.
- 減価見積り
- 臨時費

(4) 忘れがちなコスト

- サービスの拡大
- 技術的な支援の強化
- コミュニケーション、社会的動員
- 情報収集、モニタリング、評価
- フィールド・スタディー等のリサーチ

(5) 相手国とユニセフの間の配分：必要、キャパシティーに応じて決める。例えば比較的所得レベルの高い国は capital cost も部分的に負担できる。特に貧しい国の場合は、ユニセフが recurrent cost の一部を負担する場合もある。ただし、原則としてプログラムが進行するにつれて政府の負担分を増やして行く。

(6) Recurrent Cost 軽減に向けて

- Recurrent Costが大きくなり過ぎると思われるようなプロジェクト（例えば新しい中央病院の設立）は最初から支援しない
- マネージメントの効率化
- 低コストの技術の活用
- コミュニティーベースのサービス手法、マネージメント、資金調達
- 各家庭レベルでの自助努力の支援
- サービスを一番必要としている人達に集中的に提供する
- プロジェクトの管理においてのユーザー（コミュニティー）側のコントロールを強化する
- 既存の資源を効率的な活動に配分する
- コミュニティーレベルのコスト・シェアリング（user fee, etc.）

(7) Cost Analysis で分析すべき要素

- プログラムのそれぞれの活動が capital cost に関しても recurrent cost に関しても affordable かどうか
- プロジェクトの対照となる問題の重要性と比較して、beneficiaryひとりあたりのコストが reasonable かどうか。他の strategy と比較してどうか

・"Combined incremental cost"：つまり、2つ以上のサービス、例えばEPIとCDDが同じチャンネルを通じて提供される場合、別々に行うよりコストダウンできる

・"Marginal cost"： サービスを拡大するため、又は新しいサービスを始めるためのコスト。ある程度のservice coverageが達成されてからは、それ以上サービスを拡大するためのコストはより大きくなる（例えば僻地の住民をカバーするため）

・ユーザー側がサービスを利用するためのコスト

・Sustainability, replicability（特にrecurrent costが影響する）

(8) Cost Effectivenessの分析

・Cost benefit, cost per death averted の現実的な計算はほとんど不可能でありpractical ではない

・同じ目標を達成するためのいくつかのちがった方法を仮定し、おおよそのコストの比較をするといった簡単な方法でのcost effectiveness の分析の方が望ましい

## (4) 国別カウントリープログラム概要

## ーザンビアー

カントリープログラム（１９９１－１９９５）のマスタープランは、ザンビア政府関係省庁とユニセフ事務所担当者から成るタスクフォースによって作成された。ユニセフ援助の基本は「子供と女性を守る」点にあり、これらの人々の死亡率の低下、栄養改善、識字率向上、衛生状態の改善などに目標を置きつつ、①プライマリーヘルスケア活動の充実、②教育の普及と充実、また③コミュニティーレベルの世帯単位の食料保障と小児発育の推進に関するプログラムを作成している。本調査を通して得た資料（ドラフト）を基にして、上記プログラムの概要について、特に「プライマリーヘルスケア」を中心に紹介したい。教育等、保健以外の分野のプログラムについては簡単な概略のみ紹介する。

プライマリーヘルス・ケア

1. 母子保健衛生状況

カントリープログラム作成に当たってはSituation Analysis（状況分析）に最も長い時間を費やしている。子供と女性の生命と健康を守る上で何が緊急かつ重要な課題であるかを検討するため、母子保健衛生に関するデータを収集し状況を分析している。特に、人口動態、ヘルスサービス状況、死亡疾病統計等についてまとめている。

(1) 人口動態

ザンビアの人口は、１９６３年には３５０万人であったが、１９９０年には約８００万人に達している。現在の人口増加率は約3.7％と推定される。このような急激な人口増加は種々の社会的歪みを引き起こしている。実際に、都市部への人口集中、それに伴う雇用機会の減少、社会サービスの低下、またインフレと相まって購買力の低下などが起こっている。これらは、結果的に国民の貧困、食糧不足、犯罪発生、環境条件の悪化を助長している。このような社会状況の中にあって、弱者である幼児（５才未満）集団が最も強いダメージを受けている。同時に貧困層を形成している婦人筆頭世帯に対しても何らかの形で救援をすべき状況にある。

(2) ヘルスサービス

ヘルスサービスは公的、私的、規模、設備、スタッフの技術レベル等の点で種々の異なった条件を有する機関によって提供されている。ヘルスサービスを実施している機関を大まかに分類すると次のようになる。

① Government Institutions
② Missionary Institutions
③ Private Surgeries
④ Minning and Other Industrial Companies
⑤ Traditional Sectors

ア. ＭＯＨの役割

いずれのセクターにしても、ＭＯＨがその頂点にあり、運営をコントロールあるいは政策上大きく関与している。そしてヘルスサービスの向上を図るうえでＭＯＨは次のような活動に重きを置いている。

① 保健政策の形成。

② 総合的サービスプログラムの作成とその実施ガイドラインのマネジメント。

③ 予算の配分。

④ 他の保健衛生関連機関との調整。

ＰＨＣプログラム（ＵＣＩ、ＣＤＤ、母子保健、学校保健）はDeputy Directer of Medical Servicesの責任下にある。また、ＰＨＣユニットがこのＰＨＣプログラムを効率的にマネージメントするために、情報を収集したり、分析、あるいはその利用をコーディネートしている。

イ. 保健医療施設

保健医療関連施設がザンビア全土に散在しているが、民間のクリニックや総合病院は大都市に集中している。ヘルスセンターの数も増加しつつあるが、まだ不十分である。また、１４の異なった教会によって運営されている病院、ヘルスセンターがあり、ザンビアの保健医療に大きな貢献をしている。これらは管理運営面ではまったくの独立体制を取っているが、ランニングコストの約７０％まで政府出資によって運営されている。しかし、このところ出資割合が減少傾向にあり、運営上に問題も生じてきている。ＣＭＡＺ（Churches Medical Association of Zambia）が、上記施設のCoordinating Agency として政府とのコミュニケーションを保っている。

保健医療施設は以下のように分類されている。

| | | |
|---|---|---|
| ① | Central Hospitals | 3 |
| ② | Special Hospital (Pediatric, Psychiatric, Leprosy) | 3 |
| ③ | General Hospital （プロビンスのキャピタルに存在） | 9 |
| ④ | District Hospital | 68 |
| ⑤ | Health Centre | 883 |
| ⑥ | Subhealth Centre | - |
| ⑦ | Mobil Clinic | - |
| ⑧ | Private Surgery | 100 |
| ⑨ | Traditional Healer | - |
| ⑩ | Traditional Birth Attendant | - |

⑪ Missionary Hospital 32

⑫ Missionary Rural Health Centre 53

ウ. 保健医療従事者

ザンビアでは保健医療職員を大まかに次のように分けている。

Doctor
Registered Nurse
Enrolled Nurse
Clinic Officer
Health Assistant
Community Health Worker
Public Health Nurse
Nurse Tutor
Administrator
Other Professional and Ancillary Staff

全体の保健医療職員の８０％は政府雇用になっており、約１０％がミッションに所属し、その他は企業、民間セクターに所属している。医療従事者のほとんどが都市志向を強くしている。医師の約８０％が、鉄道の通過している４プロビンスに在住しており、地域により医師数に対する人口比のアンバランスが起こっている。また、近年は経済不況の煽りから、大量の医師が海外に流出しており、医師不足が深刻な問題となっている。９８６ポスト（医師、歯科医師、薬剤師）のうち、５４０ポスト（１９８８）が埋められているのみである。内１５５人がザンビア人である。

(3) 死亡疾病統計

ア. 死亡率

乳幼児（０－１才未満）死亡率はＭＯＨの統計によると９０／１０００（１９８７）であるが、一部の専門家は１００－１２０／１０００ぐらいと推定している。結局のところ明確なデータは得られておらず推測の域を脱していない。小児（５才未満）の死亡率は大きな幅をもって１３０－１９７／１０００と推定されている。

イ. 乳幼児の死因 （病院における？）

| | |
|---|---|
| 新生児期及び出産時の障害 | ３２.６％ |
| 呼吸器系感染症 | １６.２ |
| 下痢症 | 6.7 |
| マラリア | 8.2 |
| 感染症（Immunizable） | 6.1 |

| | |
|---|---|
| （７８％がハシカ） | |
| 貧血 | 4.2 |

ウ．１－４才時の主な死因（病院における）

| | |
|---|---|
| 低栄養 | ４０.６％ |
| マラリア | １３.５ |
| 呼吸器系感染症 | １０.０ |
| 感染症（Immunizable） | 8.9 |
| 下痢症 | 6.7 |
| 貧血 | 6.0 |

エ．疾病罹患率

小児（５才未満）の疾病罹患は主として、急性呼吸器疾患、下痢症、マラリア、皮膚疾患、眼疾患、低栄養／貧血、性尿器疾患、住血吸虫などである。これらの罹患率に関しては地域差またシーズン差が見られる。また特徴的な傾向として、ハシカ罹患率の減少、低栄養、マラリア、貧血の上昇が上げられる。

オ．１－４才児入院疾患

| | |
|---|---|
| 呼吸器系感染症 | １６％ |
| マラリア | 6 |
| 下痢症 | １１ |
| 耳眼疾患 | 8 |
| 外傷 | 6 |
| 肺炎 | 1.5 |
| 貧血 | 1 |
| 低栄養 | 1 |

カ．小児の栄養状態

この１０年間で問題が深刻となっている。非常に高い低栄養発生率がNNSP（National Nutrition Survailance Programme）のデータに示されている。

キ．妊産婦死亡率及び疾患率

| | |
|---|---|
| 死亡率 | ２００／１００,０００（総出産数に対する比） |
| 施設内死亡率（病院） | １４０／１００,０００ |
| 〃　（ヘルスセンター） | ２２０／１００,０００ |
| 非合法的人工中絶 | 妊産婦入院の約１０％ |
| 中絶による死亡率 | ４／１０００ |
| 性病（梅毒）罹患率 | １０％（ルサカに於て、１９８９） |

ク. エイズ

エイズ問題は、ザンビア国内でもますます深刻になっている。エイズにより両親が死亡した子供の問題が大きな社会問題としてクローズアップして来ている。

| | |
|---|---|
| 発症率 | 13.6／100,000（人口に対する比） |
| 分娩時感染率 | 39％ |
| 2才時までの死亡率 | 44％ |
| HIVキャリア（都市部） | 10－15％（献血者中に占める割合） |
| 〃　（農村部） | 0－ 7％（献血者中に占める割合） |

2. Primary Health Care

(1) ユニセフ活動

ユニセフは1965年よりザンビア保健省の活動をサポートして来た。先のプログラム（1987－1990）では主に、①PHC、②Basic Education、③ Household and Food Security を中心課題としているが、その中でもPHCプログラムに盛り込まれたMCH／UCI 活動にユニセフ（ザンビア）の総予算の75％を費やして来た。特にワクチン普及がもっとも活発な活動であった。National Coverage Survey（1989）により、対象者の67％がワクチン投与サービスを受けており、同時に死亡率、罹患率が低下していることを明らかとなっている。Women's League によってサポートされた社会的動員（Social Mobilization）の成功も重要な働きをしている。また、UCI／CDDやTBAs／CHWsトレーニングに関してはCMAZの協力があり、これらも見逃すことの出来ない大きな役割を果している。

(2) カントリープログラムの目的

小児の死亡率、疾病罹患率、低栄養率を低下させることを大前提として、いくつかのゴールが設定されている。

ア. ケアの質的改善を通して、小児、妊産婦死亡率、疾病罹患率を低下させる。

イ. 低栄養の発生を抑える。

ウ. （貧困層をターゲットとして）保健医療施設やコミュニティーヘルスワーカーを充実させ、総合的にかつ経済的効率をねらってPHC活動を推進させる。

エ. コミュニティーの参加や予算のより効率的利用を促進して、保健医療システムの管理の改善と地方分散をサポートする。

(3) 目　標

1995年までに達成されるべき具体的目標を掲げている。

① 乳幼児死亡率を110／1000から80／1000まで下げる。

② 小児（５才以下）死亡率を１９７／１０００から１００／１０００まで下げる。

③ 妊産婦死亡率を２００／１００,０００から１００／１００,０００まで下げる。

(4) 地理的範囲とターゲットグループ

ＰＨＣ／ＣＳＤプログラムは、National Development Plan とHealth Policy に添って、ザンビア政府、ＣＭＡＺ、その他の保健医療施設によって実施されることになっている。プログラムは原則的にザンビア全土を網羅しているが、出産可能年齢婦人群１８０万人及び５才未満小児１６０万人をターゲットグループとしている。特に、婦人筆頭者世帯や低所得世帯を含む貧困層に力点を置いている。

(5) プログラム指針

目的達成のための方策（指針）は先のプログラムが基本となり、かつ政府、ＮＧＯ、その他外部機関の活動を考慮して作成されている。責任分担、社会的動員に特別な注目を払って、ディストリクト、あるいはコミュニティー・レベルでＰＨＣサービスを改善することの緊急性を謳っている。また、戦略はAfrican Ministers of Health, UNICEF Executive Board, World Health Assembly, OAU によって採択されたBamako Initiative For MCH/PHCのラインに添っている。指針の骨子は以下のようである。

ア. 最も深刻な問題への対応。

イ. 国家能力の強化。

ウ. サービスの改善。

エ. 十分な資金調達。

オ. 地方に焦点を当てる。

カ. サービス活動のインテグレーション。

キ. 動員と意識改革。

ク. コミュニティーの参加。

ケ. パートナー間の協調。

(5) プログラムの内容

活動はサービス提供、制度、政策の三レベルで実行される。具体的なプログラム項目は次のようになる：

ア. Maternal Health Safe Motherhood.

イ. Universal Child Immunization.

ウ. Diarrhoeal Diseases.

エ. Nutrition in PHC.

オ. District-level PHC Strengthening.

カ. Institutional Strengthening and Management Support.

キ. Children in Distress (AIDS Orphans).

Maternal Health／Safe Motherhood

① 課題：出産前のケアーは６０－７０％という比較的高い普及率を示しているが、多くの女性は一度か二度しか健診を受けず、ケアの質も不十分である。例えば、ハイ・リスクの妊婦のスクリーニングはあまり効果的に行われておらず、マラリアや貧血の予防措置も十分ではない。出産時のケアについても人材や機材、物資が不足している。ＴＢＡ（伝統的助産婦）のトレーニング・プログラムが１９７６年に始められ、これまでに1,８８５人のTBAがトレーニングを受けているが、当人達のやる気のなさ、監督不足、ＴＢＡキットが末端まだ届かない等の問題が残る。

目　的：ケアの質的改善及び普及を図り妊産婦の死亡率、疾病疾患率を低下させる。

具体的目標：

a. 妊産婦死亡率は１９９５年まで２００／１００,０００（総出産数に対する比）から１００／１００,０００まで下げる。

b. 新生児破傷風死亡率を１９９５年まで1／１０００（live birth）にする。

c. 新生児死亡率を１９９５年までに１９８９年の５０％にする。

d. 妊産婦貧血を減らす。

e. 未熟児出生率を現在のレベルの５０％までに下げる。

② サービスの普及率等に関する目標（いくつか）

a) １９９５年までに出産前ケアの普及率を１９８９年の５９％から７５％まで上げ、１人あたり平均３回健診を受けるようにする。出産後ケアについては普及率を7.３％から５０％に上げる。

b) １９９５年までに新生児破傷風の予防接種の接種率を都市部では妊娠可能な年令の８０％、農村部では６０％に上げる。

c) ４００の保健施設において最低１人のヘルス・ワーカーをＭＣＨについて訓練し、４００の施設すべてにＭＣＨ機材を配布し２００のヘルス・センターにラボラトリーを設置する（残りのヘルス・センターはＵＮＦＰＡが担当する）。

d) ハイ・リスクの妊婦の５０％が出産後長期的家族計画措置を実行。

e) 若い女性の間にエイズに関する知識を普及させる。

③ 具体的な活動（いくつか）

a) 妊産婦死亡の主な要因についてザンビア各地でスタディーを行い、それ等の発見とreferral についてガイドラインを作成する。

b) 出産前・後のケアを９００の保健施設において、PHCの一環として、日常的に行う。

c) マラリア予防のための薬と貧血予防のための鉄分の錠剤を、都市部では妊婦の８０％、農村部では４０％に投与する。

d) 定期的に、ＴＢＡやヘルス・センターの監督のための訪問を行う。

Universal Childhood Immunaization（UCI）

④ 課題：ザンビアは高い予防接種率を達成しているが、このプログラムは限られたドナーに依存しているので、いかに長期的に継続して行くかはこれからの課題となる。他にも問題として、あらゆるレベルでの監督不足、無菌・消毒措置の不行き届き、コールド・チェーンに関する知識不足等がある。

目　的：ＥＰＩの質的改善と普及を図り５才未満の小児の死亡率を低下させる。

具体的目標：

a. ６つのＥＰＩターゲット疾病による死亡率を１９９５年までに８０％にする。

b. 新生児破傷風による死亡率を１／１０００（live birth）にする。

⑤ サービスの普及等に関する目標（いくつか）

a) 他のＰＨＣサービスとのインテグレーション、各保健施設につき最低ひとりのヘルス・ワーカーのトレーニング等によりＥＰＩの質を向上させる。

b) コールド・チェーンとワクチン輸送のシステムを改善し、保健施設の９０％がワクチンの保存・輸送に支障を来たさないよう保障する。

c) 規則的なモニタリングと定期的な評価を行い、ＥＰＩの対象となる疾病については９０％のレポーティングが行われるようにする。

⑥ 具体的な活動（いくつか）

a) ＥＰＩをＰＨＣの一環として統合するために保健施設のサーベイを行う。

b) ＥＰＩに関するマニュアルの配布

c) トレーニングのための教材の作成

d) 交通・輸送手段の援助

e) 監督のため、保健施設の定期的な訪問

f) ワクチン・他物資の確実な供給

g) ＩＥＣのための教材の作成と配布

h) 社会的動員のため、コミュニティー・レベルの組織とのパートナーシップの強化

i) 接種率のサーベイ

j) 中央レベルの計画立案・モニタリング能力強化のためのトレーニング、コンサルタントを通じての技術的アドバイス。

Diarrhoeal Disease

⑦ 課題：安全な飲み水の普及率が低く、衛生設備も悪いのでザンビアでは下痢症の罹患率が高い。一般の人々の間のＯＲＴに関する知識は高まっているものの様々な理由で、ORTが正しく使用されていない場合が多い。

目　的：下痢症由来の低栄養発生率、疾病罹患率、死亡率を低下させる。

具体的目標：

a. 小児（５才未満）における下痢関連疾患死亡率を１９８８年の２０％から１９９５年までに１０％まで下げる。

b. 病院における下痢由来死亡率を８０％に減少させる（現在年間２０００件のところを１９９５年までに年間４００件にする）。

⑧ サービス普及等に関する目標

a) １９９５年までにＯＲＳへのアクセスを１９８８年の７５％から９５％に上げる。

b) １９９５年までにＯＲＴの正しい使用率を１９８８年の６８％から８０％に上げる。

c) 一般の人々の８０％に下痢症予防のための基礎的な知識を普及させる。

d) コミュニティーレベルにおける衛生設備・習慣の改善

e) 情報システムを改善し、下痢症について、パイロット地区においては９０％のレポーティングを確立する。

⑨ 具体的な活動

a) 保健施設の８０％に「ＯＲＴコーナー」を設置する。

b) スタッフのトレーニング

c) 教材の作成

d) ＯＲＴの供給

e) ＩＥＣ教材の作成と配布

f) ＫＡＰサーベイ

g) 監督、モニタリング、評価の支援

h) Operational Research

Nutrition in PHC

⑩ 課題：ヘルス・ワーカーによる栄養不良の子供に対するケアが不十分なのでＭＯＨは現在ガイドラインを作成中。ザンビアの社会・経済状況が悪化しているため、栄養改善のプログラムのインパクトも弱くなっている。情報システムの強化の必要もある。

目　的：小児（５才以下）の死亡率を下げる。

成長不良を早期に発見し、補正する（特に都市部にて）。

具体的目標：

a. １９９５年までに０－３カ月児における劣悪な及び中等度の低栄養発生を１９８９年の２５％から１５％に低下させる。

b. 母乳保育の維持、普及を唱える（特に都市部にて）。

c. １９９５年までにルアプラバレー地域におけるVitamin A 欠乏症を排除する。

⑪ サービスの普及等に関する目標（いくつか）

a) 発育観察（体重測定）をＰＨＣの一環として統合し、０－３６カ月の子供の９５％の普及率を維持する。

b) すべての保健施設において最低ヘルス・ワーカー１人を発育観察・促進と栄養不良児のケース・マネジメントについてトレーニング

c) 一般の人々の６０％に発育観察・促進、母乳哺育等についての基礎知識を普及させる。

⑫ 具体的な活動

a) 発育観察・促進のためのガイドライン作成と配布

b) 機材の供給（ヘルス・センターとコミュニティーに）

c) ヘルス・ワーカーのトレーニング

d) データ収集、リサーチ

e) ビタミンAの配布

District PHC Strengthening

⑬ 目的：５つの地区で、コミュニティー・ベースの financing system を開発し、ＰＨＣサービスの強化をはかる。

具体的目標：

a) ＰＨＣサービスの拡大と質的改善を通じてコミュニティーの健康状態を向上させる。

b) ＰＨＣの財政的 sustainability を保証するためのメカニズムを設置する。

サービスの普及率等に関する目標（いくつか）

a) 必須医薬品をヘルス・センター、コミュニティーヘルス・ワーカー（ＣＨＷ）に供給する。

b) ＣＨＷとＴＢＡを通じてＰＨＣサービスを拡大する。

c) 地区レベルの保健についての情報収集システムを確立する。

具体的な活動（いくつか）

a) コミュニティー・レベルの financing のシステムのデザイン、実施

b) トレーニング、医療品の供給、等を通じてのヘルス・センターのキャパシティー強化

c) トレーニング、組織作り等を通じてコミュニティーの参加を強化する。

d) モニタリング・評価システムの強化。

Institutional strengthening and Management Support

⑭ 目的：ＰＨＣのnational capacityの強化

具体的な目標：national capacity の強化を通して国民の健康の長期的改善をはかる。

サービスの普及率等に関する目標：

a) ヘルスに関する情報システムの強化

b) Health financingのシステムの開発のための支援

c) ヘルス・マネージメント他技術的な面についてのトレーニングを通じての人材養成

d) ＰＨＣに携わる様々な施設や機関の間の協力を促進する。

具体的な活動（いくつか）

a) ヘルス、社会福祉に関する主要なインディケーターを決定する。

b) ヘルスに関するコンピューターデータ・ベースの作成

c) Health financingに関するワークショップの開催

d) ユーザーチャージのインパクトについての研究

e) ＰＨＣトレーニングのためのトレーナーの養成

Children in Distress（AIDS Orphans）

⑮ 課題：現在ザンビアにはエイズに感染している女性が都市部に３0,０００人、農村部に２００,０００人いると推定され、この女性達の子供の多くは弧児になる可能性が高い。また、エイズにかかった親を持つ子供は彼等自身感染している場合が多く、そのため、頻繁にメディカル・ケアを必要とする。健康な子供も、多くの場合家庭が貧しいために保健、教育等の基礎的なサービスへのアクセスが限られる。

目的：エイズの親を持つ子供の問題に関して、政府、一般の人々の意識を高める。ＮＧＯを通じてこれ等の子供達のニーズを満たすためのプログラムを支援する。

具体的な目標：

a) エイズの親を持つ子供達についてのデータ・ベースを拡充し、これ等の子供達のケアについて包括的な政策を打ち出すよう働きかける。

b) コミュニティー・ベースのプログラムを始めるためにＮＧＯのフォーラムを組織する。

c) リサーチを通じて問題の大きさ、子供達のニーズをより正確に把握する。

サービスの普及率等に関する目標：

a) ＮＧＯ間のコーディネーションについて基本的な原則を決定する。

b) ＮＧＯのキャパシティーの強化

c) 政府による政策立案の支援

d) ルサカに情報リソース・センターを設置する

具体的な活動（いくつか）

a) ＮＧＯ向けのトレーニング

b) ＨＩＶ感染率が高い地域をひとつ選び、問題把握のための短期のサーベイを行う

目的：ＨＩＶの両親を持つ子供の問題の重要性を認識させる。

ＮＧＯのカサの下で、ケアのためのプロジェクトを開始する。

3. Education for All

目　的：

ア. 就学率を高める。４学年での就学率を１学年で見られた割合（９５％）まで上げる。

イ. １０才児全員が４学年までに達するようにする。

ウ. 成人の文盲率を２５％（１９９０）から２０％（１９９５）までに下げる。

エ. 女性の文盲率を３３％（１９９０）から２２％（１９９５）までに下げる。

4. Community Based Household Food Security and Child Development Programme

目　的：

ア. 知識、技術の普及を介して貧困世帯の収入を改善する。

イ. 成長モリタリング等のコミュニティー・レベルでの制度化を推進する。

ウ. 低コストでなおかつコミュニティーをベースとした託児施設を普及させる。

エ. 住血吸虫症等重大な疾患を制御する。

オ. 地域の人的資源及び財源を利用しながら、適切な活動を実施することや、低栄養や食料問題をモニタリングする能力をコミュニティー・レベルで発達するよう援助する。

略語の説明

| | |
|---|---|
| AIDS | Acquired Immune Deficiency Syndrome |
| CDD | Control of Diarrhoeal Diseases |
| CHW | Community Health Worker |
| CMAZ | Churches Medical Association of Zambia |
| CSD | Child Survival and Development |
| EPI | Expanded Programme on Immunization |
| HIV | Human Imminodeficiency Virus. |
| IEC | Information, Education and Communication |
| MCH | Maternal and Child Health Care |
| MOH | Ministry of Health |
| NGO | Non-Governmental Organization |
| NNSP | National Nutrition Survailance Programme |
| OAU | Organization of African Unity |
| ORS | Oral Rehydration Salts |
| ORT | Oral Rehydration Therapy |
| PHC | Primary Health Care |
| TBA | Traditional Birth Attendant |
| UCI | Universal Child Immunization |

## 13.0 SUMMARY PROJECT BUDGET

Subject to Availability of funds, UNICEF will assist from General Resources up to US$1,475,000.00 and Supplementary funds up to US$2,285,000.00

| Activity/Component | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Main Component | | | | | | |
| General Resources | | | | | | |
| Promotion of household food security | 25.00 | 27.00 | 42.00 | 42.00 | 45.00 | 181.00 |
| Promotion of Child Development | 20.00 | 29.00 | 44.00 | 44.00 | 46.00 | 183.00 |
| Identification of needs & Promotion of community basic services | 30.00 | 32.00 | 37.00 | 37.00 | 37.00 | 173.00 |
| Support District Level Planning and Implementation of Community based programme | 60.00 | 62.00 | 74.00 | 74.00 | 74.00 | 344.00 |
| Support Provincial Level Advocacy and Policy Formulation | 30.00 | 32.00 | 42.00 | 42.00 | 42.00 | 188.00 |
| Support National capacity Building and advocacy for implementation of food, security and child Development Policies | 45.00 | 47.00 | 56.00 | 56.00 | 55.00 | 260.00 |
| SUBSIDIARY COMPONENT: | | | | | | |
| Promote Sustainability of Groups of Women in Kasama, Serenje and Lusaka districts | 75.00 | 71.00 | - | - | - | 146.00 |
| Sub-total | 285.00 | 300.00 | 295.00 | 295.00 | 300.00 | 1475.00 |

| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SUPPLEMENTARY RESOURCES: | | | | | | |
| Main Component | | | | | | |
| Promotion of household, food security | 55.00 | 60.00 | 70.00 | 75.00 | 75.00 | 335.00 |
| Promotion of child development | 45.00 | 50.00 | 60.00 | 65.00 | 70.00 | 290.00 |
| Identification of needs and Promotion or Community Basic services | 40.00 | 45.00 | 50.00 | 55.00 | 60.00 | 350.00 |
| Support District Level Planning and Implementation of Community based programme | 145.00 | 150.00 | 150.00 | 155.00 | 155.00 | 755.00 |
| Support Provincial Level Advocacy and policy formulation | 25.00 | 30.00 | 35.00 | 40.00 | 45.00 | 175.00 |
| Support National Capacity building and advocacy for implementation of food, security and child development policies | 90.00 | 90.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 480.00 |
| Sub-total | 400.00 | 425.00 | 465.00 | 490.00 | 505.00 | 2285.00 |
| GRAND TOTAL | 685.00 | 725.00 | 760.00 | 785.00 | 805.00 | 3760.00 |

8.2.8 PROJECT BUDGET (US $000)

Subject to availability of funds UNICEF will assist from general resources up to US $666,000 and supplementary funds up to US $2,050.000

| Activity | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| General Resources | | | | | | |
| Personnel Development/Training | 20.0 | 20.0 | 20.0 | 20.0 | 20.0 | 100.0 |
| Production Learning Materials | 20.0 | 20.0 | 20.0 | 20.0 | 17.0 | 97.0 |
| Supplies and Equipment and Distribution | 15.0 | 15.0 | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 60.0 |
| Vehicles/Spare parts | 20.0 | 20.0 | 20.0 | 20.0 | 20.0 | 100.0 |
| Social Mobilization | 20.0 | 20.0 | 20.0 | 20.0 | 20.0 | 100.0 |
| Programme Support | 30.0 | 30.0 | 30.0 | 30.0 | 30.0 | 150.0 |
| Planning/Monitoring and Evaluation | 10.0 | 10.0 | 13.0 | 13.0 | 13.0 | 59.0 |
| Sub-total | 135.0 | 135.0 | 133.0 | 133.0 | 130.0 | 666.0 |
| Supplementary Funding | | | | | | |
| Personnel Development/Training | 40.0 | 45.0 | 60.0 | 60.0 | 40.0 | 245.0 |
| Production Learning Materials | 80.0 | 100.0 | 150.0 | 150.0 | 80.0 | 560.0 |
| Supplies and Equipment and Distribution | 70.0 | 80.0 | 90.0 | 90.0 | 45.0 | 375.0 |
| Vehicles/Spare parts | 50.0 | 55.0 | 65.0 | 65.0 | 40.0 | 275.0 |
| Social Mobilization | 40.0 | 40.0 | 45.0 | 45.0 | 35.0 | 205.0 |
| Programme Support | 40.0 | 50.0 | 50.0 | 50.0 | 30.0 | 220.0 |
| Planning/Monitoring and Evaluation | 30.0 | 30.0 | 40.0 | 40.0 | 30.0 | 170.0 |
| Sub-total | 350.0 | 400.0 | 500.0 | 500.0 | 300.0 | 2050.0 |
| Grand-total | 485.0 | 535.0 | 633.0 | 633.0 | 430.0 | 2716.0 |

## 9. PROGRAMME MANAGEMENT

Overall programme coordination will be the responsibility of the National Programme Committee. The Committee, chaired by the Ministry of General Education Youth and Sport (MGEY&S), will comprise of representatives from the Inspectorate, Child Affairs Department, Curriculum Development Centre and the Child-to-Child Project of the MGEY&S, the Department of Social Development Ministry of Labour, Social Development and Culture, (MLSD&C) and non-governmental organizations. This Committee will work closely with the National EFA Task Force towards the attainment of the national EFA goals. Specifically the Committee will:

5. PHC PROJECT BUDGET - SUMMARY SHEET (US$ 000)

Subject to availability of funds, UNICEF will assist from general resources up to US$3,350,000 and supplementary funds up to US$12,190,000.

| PROJECT COMPONENTS | | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. MATERNAL HEALTH/ SAFE MOTHERHOOD | Total | 774.0 | 810.0 | 875.0 | 925.0 | 941.0 | 4325.0 |
| | GR | 170.0 | 152.0 | 140.0 | 130.0 | 130.0 | 722.0 |
| | SF | 604.0 | 656.0 | 735.0 | 795.0 | 811.0 | 3603.0 |
| 2. UNIVERSAL CHILD IMMUNIZATION | Total | 1470.0 | 1330.0 | 1070.0 | 843.0 | 725.0 | 5438.0 |
| | GR | 250.0 | 240.0 | 240.0 | 238.0 | 210.0 | 1178.0 |
| | SF | 1220.0 | 1090.0 | 830.0 | 605.0 | 515.0 | 4260.0 |
| 3. DIARRHOEAL DISEASES | Total | 365.0 | 405.0 | 420.0 | 420.0 | 390.0 | 2000.0 |
| | GR | 120.0 | 120.0 | 120.0 | 120.0 | 120.0 | 600.0 |
| | SF | 245.0 | 285.0 | 300.0 | 300.0 | 270.0 | 1400.0 |
| 4. NUTRITION IN PHC | Total | 229.0 | 235.0 | 245.0 | 230.0 | 235.0 | 1174.0 |
| | GR | 70.0 | 70.0 | 80.0 | 90.0 | 100.0 | 410.0 |
| | SF | 159.0 | 165.0 | 165.0 | 140.0 | 135.0 | 764.0 |
| 5. DISTRICT PHC STRENGTHENING | Total | 375.0 | 424.0 | 316.0 | 275.0 | 245.0 | 1638.0 |
| | GR | 50.0 | 50.0 | 50.0 | 50.0 | 50.0 | 250.0 |
| | SF | 325.0 | 374.0 | 266.0 | 225.0 | 195.0 | 1388.0 |
| 6. INSTITUTIONAL STRENGTHENING AND MANAGEMENT SUPPORT | Total | 145.0 | 170.0 | 140.0 | 140.0 | 140.0 | 735.0 |
| | GR | 30.0 | 30.0 | 30.0 | 30.0 | 30.0 | 150.0 |
| | SF | 115.0 | 140.0 | 110.0 | 110.0 | 110.0 | 585.0 |
| 7. CHILDREN IN DISTRESS (AIDS ORPHANS) | TOTAL | 70.0 | 55.0 | 45.0 | 30.0 | 30.0 | 230.0 |
| | GR | 25.0 | 10.0 | 5.0 | 0.0 | 0.0 | 40.0 |
| | SF | 45.0 | 45.0 | 40.0 | 30.0 | 30.0 | 190.0 |
| GRAND | TOTAL | 3425.0 | 3429.0 | 3111.0 | 2666.0 | 2706.0 | 15540.0 |
| | GR | 715.0 | 672.0 | 665.0 | 658.0 | 640.0 | 3350.0 |
| | SF | 2713.0 | 2757.0 | 2446.0 | 2208.0 | 2066.0 | 12190.0 |

13 November 1990
Doc: Lotus/Tables
File: Z/PR/SUB(90)

FHS/am

ー　ガ　ー　ナ　ー

１９９１－１９９５年ガーナ政府／ユニセフ協力プログラム（Government／UNICEF Programme of Co－operetion）のマスタープランはガーナ政府関係省庁とユニセフ間で、十分な協議を介して作成された。プログラムは「ガーナの子供と女性の健康と福祉の改善」に主たる目的を置き、プログラム実施のための指針、ターゲット・グループ、計画内容をまとめている。

1. 目　的

カントリプログラムは以下の目的をかかげている。

(1) 小児（５才未満）の死亡率を現在より１５％減らし１９９５年までには約134／1000（出生数）にする。

(2) 妊産婦死亡率を２５％減らす。

(3) ガーナ人小児の基礎教育の普及と婦人の識字率向上を図る。

(4) コミュニティーやディストリク・トレベルで社会開発のための計画実行の能力向上を図る。

(5) 両親、特に母親に対して、"Facts for life"（UNESCO／UNICEF／WHO Publication "生きるために必要な知識１０項目"をまとめたもの）をベースとして健康に関する知識を啓蒙する。

2. 指　針

１９９１－１９９５年協力プログラムはガーナの社会政策の内容及びUNICEFの中期計画に示された"Strategy for Children in the 1990"のフレームワークに添った形で作成された。

(1) Alma Ata Conference（１９７８）で宣言されたＰＨＣアプローチにフォーカスを当て、ＵＣＩとＯＲＴの利用を通して子供を死に導く疾患をコントロールすることに特別な強調点を置く。

(2) 持続的なＰＨＣを確立するようコミュニティー・レベルにおける財源確保に関してBamako Initiative の主義を固守する。

(3) 開発のための活動のキーパーソン（創始者、計画者、実施者）として婦人の役割を認識させる。

(4) 生存と成長発達を保障するために、母子にとって十分な栄養が重要であることを強調する。

(5) 政策形成者と受益者が必要な保健知識を身につけ、かつ連帯意識を持つように動員（Mobilization）と唱道（Adovocacy）を活用する。

3. 政府とユニセフの役割

政府とユニセフがこれらの協力プログラムの計画、モニタリング及び実施に関する責任を分かち合うが、実質的には政府あるいはその担当省庁が実施のための責任を持つ。政府内ではＭＦＥＰが協力プログラムへの政府資金投入の総括的調整の責任を持ち、他のドナーからの資金援助に関しても調整役を果たす。

協力計画に盛り込まれた各々のプロジェクトをスムーズに運営するために次のようなセクター省庁からプロジェクト担当官が構成される。

Ministry of Health
Ministry of Education
Ministry of Mobilization
Ministry of Local Government
Ghana Water and Sewerge Corporation
Ghana National Commission on Children
National Council on Women and Development

ユニセフは協力計画に盛り込まれているプロジェクトに対しては支援責任を持つ。但しユニセフの援助を受けるためには、活動内容がユニセフ執行理事会のポリシーに合致する必要がある。ユニセフは１９９１年１月１日から１９９５年１２月３１日の期間中、$ 11,500,000を越えない範囲でキャッシュ援助と機材提供、トランスポーテーション、技術的援助、トレーニング支援を行う。

政府は、ユニセフ、他のドナー機関あるいはＮＧＯによる提供物以外の、必要な建物、設備、人員、資機材供与及び財政的サポートを行う。

4. 保健衛生状況

(1) 人口動態

Ghana Statistical Serviceは、現在（１９８９年）のガーナ人口を１４６０万人、増加率を2.6％と推定している。一方United Nation Division For Population Studiesは3.4％、World Bankは3.0％と見積もっている。いずれにしても他の途上国と同様急激な人口増加の問題を抱え、その対策に苦慮している。特に都市部への人口集中とそれに伴う種々の弊害は大きな社会問題としてクローズアップしてきている。人口の約３０％が都市部に、残り７０％が地方に在住している。

(2) 食料需給

穀物の要求量を国内で満たすまでには至っていないため、不足分を食料援助と輸入に頼らざるを得ない。食料の分配、流通、マーケッティングにも多くの問題を抱えている。

(3) 乳幼児死亡率疾病率

| 死亡率（出生数1000に対する比） | |
|---|---|
| 1才未満小児 | 90（1986） |
| | 77 |
| 1－4才児 | 72（1978－82） |
| | 84（1988－87） |
| 5才未満児 | 155（1983－87） |
| Central Region | 208 |
| Northern Sector | 222 |
| Northern | |
| Upper East | |
| Upper Weast | |
| Greater Accra Region | 103.8 |

小児死亡率は上記表からも分かるように地域差が大きく、都市部では低く、ガーナ北部で異常に高い。また、小児死亡の1／3はマラリア、ハシカ、下痢、急性呼吸器系感染症に因るものである。更に1／10は低栄養に起因するものである。

これら上記の疾患は5才未満児の罹患率中に大きな割合を占めている。

| 外来患者に占める割合 | |
|---|---|
| マラリア | 45% |
| 急性呼吸器系感染症 | 10% |
| 重傷下痢 | 7% |

(4) 小児の低栄養のパターン

National Nutrition Survey によると、0－60月齢児では低栄養は非常に一般的であり、約40％が消耗状態（Wasted ；≦80％ of Wt／Ht Standard）、約51％が成長不良（Stunted ；≦90％ of Ht／Age Standard）である。消耗症とも呼ばれるマラスムスはNorthern Region, Upper Regionでは特に深刻な問題である。Western, Ashanti Regionでは慢性的な成長不良が広範囲に見られている。食糧需給の季節変動によっても栄養状態は大きく影響されている。特にこの影響はガーナ北部で大きい。

ミクロ栄養素欠乏の代表としてビタミンA欠乏症とヨード欠乏症が上げられるが、これらはNorthern, Upper East, Upper West Regionに発生している。

(5) 妊産婦の死亡率疾病率

妊産婦死亡率は5－10／1000 と非常に高く、その原因は、出血、感染症、妊娠高血圧、子宮破裂等である。その他鎌形赤血球症、貧血、心臓疾患、呼吸器系障害等が間接的死因として上げられる。

罹患疾病で最も一般的なのは妊娠に関連した中毒症や出血、またマラリア、肝炎、ギニアワーム等の感染症である。

(6) 妊産婦の低栄養

妊婦や授乳婦の中には 低栄養や貧血状態を示すものが多い。出産前検診を受診した婦人の69％（1987）がWHO基準で貧血と判定されている。女性は男性に比べ栄養状態は悪く、低体重を示す割合が男性3％に対して女性（婦人）は23％と報告されている。収穫前期の"Lean Season"には婦人の約39％が重度な低体重に陥っていると推定されている。

既婚婦人の平均出産数は6.4回（1988）と高く、これらは、短い出産間隔の弊害を介して母体の栄養回復不全や未熟児出産をもたらしている。

5. プログラム内容（Health and Nutrition Programme）

プログラムは基本的に3つのセクター（①Health and Nutrition Programme、②Water and Sanitation、③Basic Learning Needs Programme）より構成されているが、本章では母子保健に直接関係する"Health and Nutrition Programme"について詳しく紹介し、その他のプログラムについては簡単な概略のみ紹介する。

(1) Health and Nutrition Programme

このプログラムは以下に示した5つのサブプログラムから成っている。

ア. Expanded Programme on Immunization and Oral Rehydration Therapy

イ. District Primary Health Care Development

ウ. Support to the Safe Motherhood Programme

エ. National Food and Nutrition Policy Development

オ. Control of Iodine Dificiency Disorders

Heaith and Nutrition Programme は次のような点を介して、５才未満児と妊産婦死亡率低下に貢献することを狙っている。

- ＥＰＩ／ＯＲＴの全国的規模での普及"食料栄養政策"の強化推進、ゴイター発生地区でのＩＤＤの制御などを図る。
- コミュニティーを基盤として総合的ＰＨＣシステムを発達させる。当初は各１０県から代表的１地区を選択してその地区より開始する。
- 3 Region で Safe Motherhood プログラムを強化する。

(7) National Expanded Programme of Immunization／Oral Rehydration Therapy

ＭＯＨの Epidemiology Division がこのプロジェクトの責任機関となり、プログラム遂行をリードする。ＵＮＩＣＥＦ始め、他の援助機関（ＵＳＡＩＤ, World Bank, Rotary International）等もプロジェクト協力を行う。総予算としてＵＳ$3,446,000が計上されている。

１才未満児の予防接種率は１９８５年の１１％から１９８９年の５０％まで上昇し、１９９０年１２月までには７５％に達する予定である。少なくとも１才未満児の８０％をカバーするようにルーチンサービスとして予防接種を確立すべきである。１２００以上ある保健医療施設の内、単に５０８施設が予防接種サービスを実施しているに過ぎない。１９９１年の中旬までにはEpidemiology Division はこの低貢献度の理由を明確にし、全施設がＥＰＩプログラムに参加できる体制を作るべきである。

下痢症はガーナでは最も一般的な小児疾患であり毎年３５％の小児が中程度あるいは重症を下痢症に苦しむ。クリニックでは治療の一環としてＯＲＳを導入し、またＯＲＳパックや自家作成液に関する大衆教育を１９８６年より実行し、下痢症を制御するために努力している。

ＥＰＩ／ＯＲＴプログラムは引き続き１９９１－１９９６年カントリープログラムに盛り込まれ、小児死亡率の改善に貢献することを目標としている。

マスタープランはプロジェクトのアプローチ方法、活動内容またモニタリングや評価法等のついても記述している。

① 目　標

a) ＥＰＩ関係の予防接種を１才未満の子供の８０％、ＴＴＥ妊婦の７５％に普及させる。

b) 5才未満で下痢症にかかった子供の80%がORTを受けるようにする。

具体的な活動(いくつか)

EPI

a) 400のヘルス・センターならびにヘルス・ポストを通じて毎日最低1,600のコミュニティーのoutreach sesoionを行う。

b) 現在予防接種を行っていない700の民間医療施設も1993年までにEPIに参加するようワクチン供給等を通して働きかける。

c) 保健省のスタッフ、ヘルス・ワーカー等のトレーニング

d) コールド・チェーンシステムの評価・拡充

e) ユニセフはワクチン、機材、トレーニング用の資金、技術的アドバイス等の援助を行う

ORT

a) ORSの現地生産

b) 病院、ヘルス・センターにORTユニットを設置する

c) 交通・輸送手段の拡充

d) ラジオ、テレビ等を通じての教育・啓蒙活動

② ガーナは1978年にPHCを政策として受け入れたにもかかわらずその実施は未だに不十分で、医療システムの大部分を病院やヘルス・センターにおける治癒的なサービスが占めており、コミュニティー・レベルの活動は限られている。また、医薬品の不足、あるいは価格が高過ぎるということもPHCの確立を妨げているので、バマコ・イニシアチブの理念に添ったコミュニティー・レベルのfinancingのシステムを拡充する必要がある。

(イ) Support for the Safe Motherhood Programme

このプロジェクトはMOHのMCH－FP Divisionが実施責任機関となり、UNICEFを始めUNFPA、USAID、World Bank等の資金協力、その他のサポートを受けて実行される。その予算として約$848,000が計上されている。

妊産婦の死亡率(MMR)、疾病罹患率低下を狙い、保健医療サービス向上の推進を目的としている。高いMMRは、Districtレベルでの医療施設が劣悪であることや、また訓練を受けた医療従事者が不足していることにも起因している。本プロジェクトでは、ターゲットグループとなったガーナ国内3Region(Ashanti, Eastern, Western)の特定地域に住む約74,000人の出産可能齢婦人が有効なケアを受けられるよう、ヘルスサービスの改善を図る。その目的達成のために次のような活動をする。

。現状把握のため、ベースラインデータを収集し、セミナー、ワークショップを開催す

る。

- MCHスタッフやTBAのトレーニングコースを設定してサービスレベルの向上を図る。
- ヘルス・センター等の施設、設備を改善する。
- District の病院やヘルス・センターのスタッフがTBA活動を定期的に指導監督できる環境を作る。具体的にはトランスポーテーションの提供や定期的なミーティングの開催などが上げられる。
- ラジオやテレビ等のメディアを活用して健康教育を行う。

(ウ) District PHC Development

このプロジェクトはコミュニティー・レベルで母子間に高死亡率、高疾病罹患率をもたらしている原因に対する予防対策（MCH、EPI、ORT、ARI、マラリア治療と予防、コミュニティー・レベルの栄養改善、成長モニタリング）を総合的に実施しようとするものである。

10の各Regionから1 District を選択して、コミュニティーをベースとした総合的かつ、協調的活動が計画されている。まず、第一にコミュニティー・ベースのPHCサービスの強化が上げられる。コミュニティー・ヘルスワーカーや管理委員の管理能力や技術レベルの向上を目的としてトレーニングコースを設定する。また、彼らの活動に必要な最低限の資機材（自転車、TBA、キット、薬）を供給し、活動をサポートする。次にコミュニティー・ベースの活動を指導監督しサポートするDHMTs（District Health Management Teams）の能力を強化する。更にDHMTsがヘルス・センター／ポストあるいはコミュニティー・レベルで総合的PHCシステムの実施を計画、プログラム化、モニタリングするだけの十分な能力を持てるよう促進する。第三に、Regional または国の保健医療担当幹部がDistrict チームを指導かつサポートする能力の向上を推進する。

MOH及びMLGが実行機関となり、プロジェクトをリードする。支援機関としてUNICEFのほかにUNDP、WHO、World Bank 等が上げられる。更にNDPCもプロジェクト協力を行う。

③ 具体的な活動

a) EPI、CDD、マラリア予防、急性呼気感染症、栄養等を含む総合的なPHCパッケージの開発に向けてのトレーニング、機材供与、社会的動員

b) 地区レベルの管理・プランニング能力の強化

c) 地域、中央政府のキャパシティー強化

(ｴ) Food and Nutrition Policy Development

本プロジェクトの目的は新しい Food and Nutrition Policy（FNP）を確立し、ガーナの全婦人と子供の栄養問題を軽減することである。国の食料栄養政策が不十分であることが、栄養問題の解決を困難にしている。このような点を鑑みて１９８４年に作成されたＦＮＰドラフトを基礎としてその見直しと再形成を推進する。

ＭＯＨ（Nutrition Division）とＭＯＡがこのプロジェクトのリーダー役を勤め、ＭＦＥＰがPolicy Formulation Task Force をコーディネートする。新ＦＮＰを作成する過程では他の政府機関やドナーの意見や理解を得るため高次元のセミナーを開催したり、ガーナの最新の栄養状況を掌握する目的でワークショップを開催することも計画する。１９９２年までには新ＦＮＰを作成し、法的な承認を受けるため、Task Force がそれを Attorney General's Office へ提出する。最終的には新ＦＮＰが制定されて、その普及啓蒙に努める。

(ｵ) Iodine Dificiency Disorder（ＩＤＤ） Control

ガーナ国内でのＩＤＤに関する情報は非常に限定されている。しかし、6 Region の１６ district で発症ケースが報告されている。特にガーナ北部地域が厳しい状況にある。約2,６００,０００人がそのリスク下に晒されていると推定されている。成長阻害や精神的発達遅延等の障害をもたらすＩＤＤは、緊急にそのコントロールを迫られている。

プロジェクト活動内容としては次のような点が上げられる。

- ＩＤＤ発生に関する情報を収集分析する（疫学調査、マーケット調査、食塩の流通調査等）。
- 含ヨード油の注射／カプセル投与をＩＤＤ発生地域の５－１５才の小児と出産可能齢婦人に実施する。
- ヨー化カリドロップを飲料水に添加する方法と、井戸の給水設備にヨードを含むシリコンポリマーの缶を設置してヨードを飲料水に浸透させる方法があり、両者を試験的に実施して可能性を探る。
- ヨード測定が可能なラボラトリーを Accra とガーナ北部の２か所に設立する。
- ＭＯＨの District スタッフは、分配された含ヨードカプセルの数、含ヨード油の注射／カプセル投与を受けた人数、ゴイター発生状況、尿中ヨードレベルなどを定期的にモニターする。

このプロジェクトは、MOH（Nutrition Division）が責任機関となり、ガーナ大学食品栄養学部の協力を得て実行される。ＵＮＩＣＥＦは含ヨード油／カプセルや含ヨードポリマー等を提供するほか、セミナー開催費用などを負担する。

④ Water and Sanitation Programme

このプログラムは、コミュニティーの参加と効率的な適性技術の使用を通じて、これ等のサービスを現在受けられないでいる農村部の人々の大部分に安全な飲料水と衛生設備を提供することを目的とする。主に人口５００人以下のコミュニティーを中心に、約６２万人の人々をカバーするのが目標。給水プロジェクトはguinea worm の撲滅運動と協力して行われる。Sanitation プロジェクトはトイレの設置が主な活動となる。衛生教育は給水・Sanitation 両プロジェクトの重要な一部を占める。

Basic Learning Needs

このプログラムは次の３つのプロジェクトから成り立つ：

a) Life Skills in Primary Schools："Facts for Life"の内容を10,120の小学校と5,０００の中学校のカリキュラムに組み入れる。

b) Non-Formal Educacion： 大人の非識字者（特に女性）と学校に行っていない子供達に識字、他基礎的な知識や技能を学ぶ機会を提供する。

c) Early Childhood Development： 女性の労働負担を軽減し、女子の就学率を向上させ、６才未満の子供の発育を促進させるための政策立案、pre-shool 施設や託児施設の改善。

略語の説明

| | |
|---|---|
| ARI | Acute Respiratory Illnesses |
| DHMT | District Health Management Team |
| EPI | Expanded Programme on Immunization |
| Ht | Height |
| IDD | Iodine Dificiency Disorder |
| MCH | Maternal and Child Health Care |
| MCH-FP | Maternal and Child Health Care-Family Planning |
| MFEP | Ministry of Finance and Economic Planning |
| MLG | Ministry of Local Government |
| MMR | Maternal Mortality Rate |
| MOA | Ministry of Agriculture |
| MOH | Ministry of Health |
| NDPC | National Development Planning Commission |
| NGO | Non-Government Organization |
| ORS | Oral Rehydration Salts |
| ORT | Oral Rehydration Therapy |
| PHC | Primary Health Care |
| UCI | Universal Child Immunization |
| UNDP | United Nations Development Programme |
| UNFPA | United Nations Fund for Population Activities |
| UNICEF | United Nations Children's Fund |
| USAID | United States Agency for International Development |
| WHO | World Health Organization |
| Wt | Weight |

Complementarity and Linkages with Other Programmes

147. The Health and Nutrition Programme encompasses most of the components of Primary Health Care and is closely linked with the other sectoral programmes proposed for the 1991-1995 period of collaboration. At the national level, the Annual Planning and Review Meetings will provide the forum for ensuring that the projects and activities of the Health and Nutrition Programme are supportive of and are supported by all other projects and activities within the Programme of Co-operation. In terms of management, the structure of Task Forces described under the District PHC Development Project will facilitate discussion among key Government counterparts at all levels and will identify gaps requiring greater co-ordination.

## PROGRAMME BUDGET/TIME FRAME

(THOUSANDS OF US DOLLARS)

| PROJECT/Activities | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HEALTH AND NUTRITION PROGRAMME | | | | | | |
| 1. Expanded Programme on Immunization/ORT | 1391 | 561 | 498 | 515 | 481 | 3446 |
| 2. District PHC Development | 188 | 418 | 1100 | 1153 | 987 | 3846 |
| 3. Food and Nutrition Policy Development | 15 | 22 | 15 | 10 | 0 | 62 |
| 4. Control of IDD | 85 | 290 | 210 | 65 | 50 | 700 |
| 5. Support for Safe Motherhood Prog. | 108 | 185 | 205 | 213 | 137 | 848 |
| SUBTOTAL | 1787 | 1476 | 2028 | 1956 | 1655 | 8902 |
| Programme Support | 184 | 126 | 116 | 137 | 127 | 690 |
| TOTAL PROGRAMME | 1971 | 1602 | 2144 | 2093 | 1782 | 9592 |
| Funding. | | | | | | |
| General Resources | 643 | 748 | 876 | 850 | 961 | 4078 |
| Funded Sup Funding | 510 | 0 | 0 | 0 | 0 | 510 |
| Unfunded Sup Funding | 817 | 854 | 1269 | 1244 | 821 | 5004 |
| TOTAL PROGRAMME | 1971 | 1602 | 2144 | 2094 | 1782 | 9593 |

## COUNTRY PROGRAMME BUDGET/TIMEFRAME

(THOUSANDS OF US DOLLARS)

| PROGRAMMES | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1991/95 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HEALTH AND NUTRITION | 1971 | 1602 | 2144 | 2093 | 1782 | 9592 |
| General Resources | 643 | 748 | 876 | 850 | 961 | 4078 |
| Funded Sup. funding | 510 | 0 | 0 | 0 | 0 | 510 |
| Unfunded Sup funding | 817 | 854 | 1269 | 1244 | 821 | 5004 |
| Total | 1971 | 1602 | 2144 | 2094 | 1782 | 9593 |
| BASIC LEARNING NEEDS | 387 | 651 | 731 | 825 | 795 | 3388 |
| General Resources | 387 | 428 | 355 | 366 | 389 | 1924 |
| Funded Sup. funding | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Unfunded Sup funding | 0 | 223 | 376 | 458 | 406 | 1463 |
| Total | 387 | 651 | 731 | 825 | 795 | 3388 |
| INTEGRATED RURAL WATER SUPPLY | 517 | 758 | 787 | 799 | 652 | 3513 |
| General Resources | 299 | 326 | 319 | 277 | 259 | 1480 |
| Funded Sup. funding | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Unfunded Sup funding | 219 | 432 | 467 | 521 | 393 | 2032 |
| Total | 517 | 758 | 787 | 798 | 652 | 3513 |
| SOCIAL MOBILIZATION | 260 | 325 | 270 | 226 | 225 | 1305 |
| General Resources | 260 | 325 | 270 | 226 | 225 | 1305 |
| Funded Sup. funding | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Unfunded Sup funding | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 260 | 325 | 270 | 226 | 225 | 1305 |
| PLANNING, MONITORING & EVALUATION | 257 | 91 | 157 | 242 | 107 | 854 |
| General Resources | 257 | 91 | 157 | 242 | 107 | 854 |
| Funded Sup. funding | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Unfunded Sup funding | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 257 | 91 | 157 | 242 | 107 | 854 |
| PROGRAMME SUPPORT | 480 | 408 | 348 | 365 | 383 | 1984 |
| General Resources | 480 | 408 | 348 | 365 | 383 | 1984 |
| Funded Sup. funding | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Unfunded Sup funding | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 480 | 408 | 348 | 365 | 383 | 1984 |
| TOTAL COUNTRY PROGRAMME | 3871 | 3833 | 4437 | 4549 | 3945 | 20635 |
| General Resources | 2325 | 2325 | 2325 | 2325 | 2325 | 11626 |
| Funded Sup. funding | 510 | 0 | 0 | 0 | 0 | 510 |
| Unfunded Sup funding | 1036 | 1508 | 2112 | 2224 | 1620 | 8500 |
| Total | 3871 | 3833 | 4437 | 4549 | 3945 | 20636 |

* NOTE: Projections of Supplementary Funds on hand as of 30 September, 1990.

## (5) ユ ニ セ フ 概 要

1. ユニセフ設立の背景

- １９４６年１２月１１日U. N. International Children's Emergency Fund として、国連総会によって設立。当時は主に戦後のヨーロッパと中国の子供達の緊急な食糧、医療援助に専念。
- １９５０年１２月、発展途上国の子供達の援助にも手を延ばすよう、国連総会により任務改訂。
- １９５３年１０月、国連総会が、ユニセフの恒久的な存続を決定。名称もUnited Nations Children's Fund に改訂。

2. ユニセフの任務

- 発展途上国の政府（又、場合によってはＮＧＯ）との、物資、トレーニング等のための資金、政策・技術面でのアドバイス等の協力を通じて子供と女性の生命を守り、教育、福祉を促進する。
- ユニセフの協力は途上国のキャパシティーを強化し、自助努力を促すものでなければならない。
- ユニセフの協力の対象となるプログラムは将来、途上国が自国の資金的、物的、ならびに人的資源をもって維持し、又拡大していけるものでなければならない（affordable, replicable）。
- ユニセフの協力は各国の子供や女性の、最優先すべき問題（priority problems）に対応すべきものでなければならない。
- 孤立した（isolated）活動を援助するよりも、各国の開発計画の一環として、子供と女性の福祉に関連する各分野における活動を総合的に、又、相互に補完し合うような形で支援するのが望ましい（Comprehensive, mutually Supporting）。

3. 構　造

- ユニセフは国連総会の下部組織であり、国連の一部であるが、独自の執行理事会、事務局ならびに予算を持ち、ほぼ独立した形で活動している。
- ユニセフの執行理事会は、４１ケ国の政府の代表から成りたっており、メンバー国は毎年、国連経済社会理事会（ECOSOC）によって選ばれる。任期は３年間。任務は下記の通り：
  - ユニセフの現在の活動ならびに将来の方向性の検討
  - 政策の決定
  - 中期計画の承認
  - 協力プログラム（カントリープログラムも含む）の要請の検討、承認。予算の承認。

・会計検査報告の受理

・財務報告の承認

カントリー・プログラムのプロポーザルは全て執行理事会に提出される。

○事務局の構造（別紙組織図参照）

・ユニセフは現場での活動に重点を置いており、４０００人以上のスタッフのうち約８０％は発展途上国にある１２０あまりのフィールドオフィスに配置されている。

・フィールド・オフィスの中には地域事務所（Regional Office）、各国事務所（Country Office）、連絡事務所（Liaison Office）、サブ・オフィス等があるが、ユニセフの協力の対象となる国々との関係は、あらゆる面においてそれぞれのカントリー・オフィスの代表の責任となる。各カントリーオフィスは、本部から政策、手続きについて指示やアドバイスを受け、それにもとづいてカントリー・プログラムを作成し、実施する。

4. ユニセフの活動分野

（別紙、分野別目標参照）

○子供の生存と発育

・予防接種

・経口補水療法（ＯＲＴ）と下痢性疾患の予防（ＣＤＤ）

・保健教育

・急性呼吸器感染症（ＡＲＩ）

・エイズ

・メジナ虫

・ＰＨＣ

・栄養と食糧確保

○障害の予防、早期発見、コミュニティー・ベースのケア、リハビリ

○水の供給と衛生

○基礎教育

○女性の地位と生活の向上（ＷＩＤ）

○都市の基礎サービス

○特に困難な状況にある子供

○緊急・救援と復興

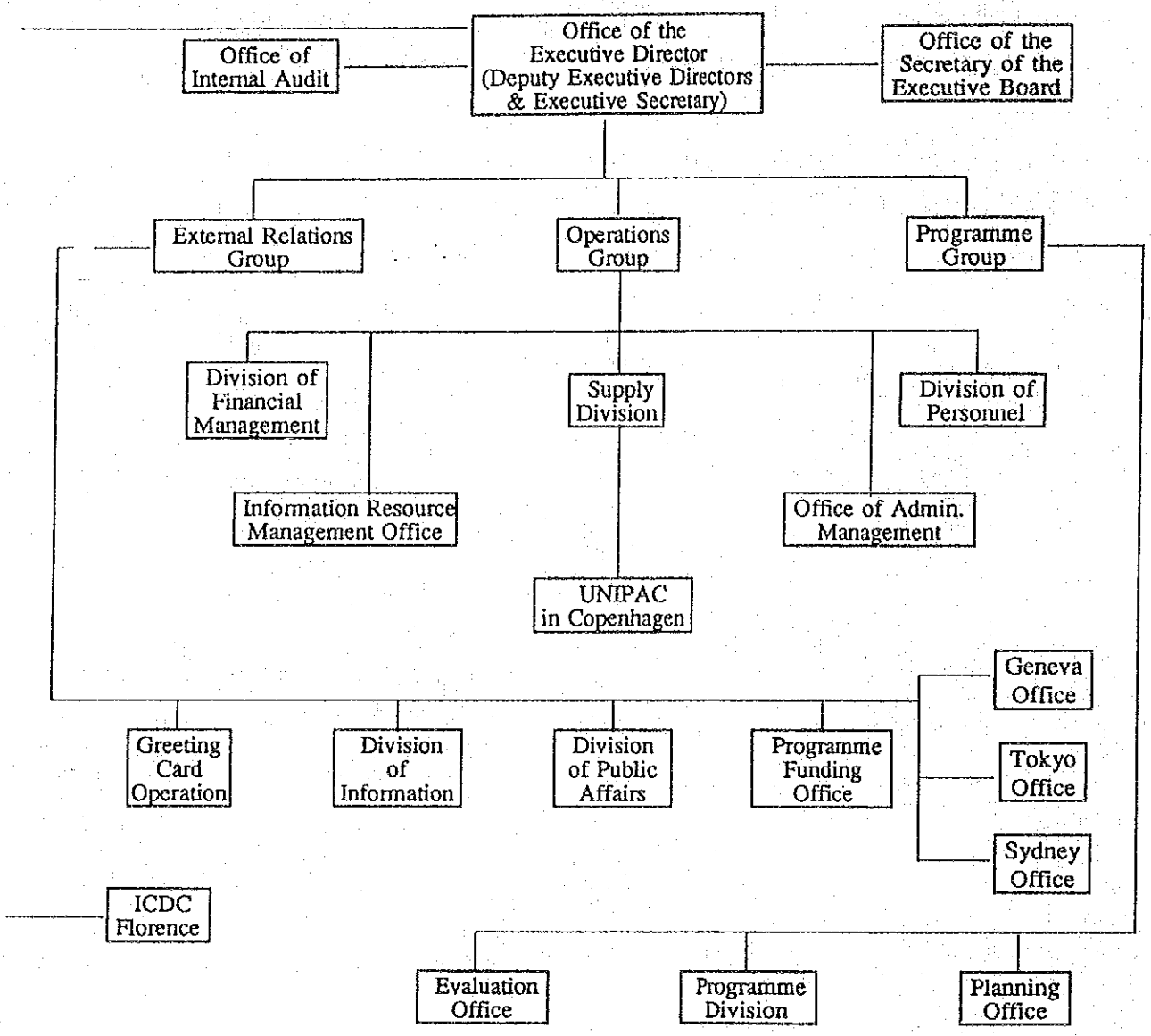
○社会的動員・コミュニケーション活動

5. ユニセフの予算

（別紙、図表参照）

- ユニセフの予算は全て各国政府や民間からの任意拠出から賄われている。
- ユニセフの収入は下記の2つに分けられる：
  - 一般予算（General resources）。全体予算の大部分を占め、プログラム協力と管理費の両方に使われる。
- 補充予算。特定の、一般予算では賄いきれないプロジェクト向けの拠出。

# ORGANIZATION OF UNICEF HEADQUARTERS



## WEST and CENTRAL AFRICA (WCARO)

**Office of Director, Abidjan**
- Monrovia, Liberia[2]
- Zwedru, Liberia[2]

Abidjan, Côte d'Ivoire (CO)

Accra, Ghana (CO)
- Tamale, Ghana[2]

Bamako, Mali (CO)
- Mopti, Mali[3]
- Segou, Mali[3]
- Gao, Mali[3]
- Tombouctou, Mali[3]

Bangui, CAR (CO)
- Bossangoa, CAR[3]

Brazzaville, Congo (CO)

Conakry, Guinea (CO)

Cotonou, Benin (AO)
- Bohicon, Benin[3]
- Lomé, Togo[3]

Dakar, Senegal (AO)
- Praia, Cape Verde[2]
- Banjul, Gambia[2]
- Bissau, Guinea Bissau[2]

Freetown, Sierra Leone (CO)

Kinshasa, Zaire (CO)
- Boma, Zaire[3]
- Bukavu, Zaire[3]
- Lubumbashi, Zaire[3]
- Mbuji-Mayi, Zaire[3]

Lagos, Nigeria (CO)
- Bauchi, Nigeria[4]
- Calabar, Nigeria[3]
- Enugu, Nigeria[4]
- Ibadan, Nigeria[3]
- Kaduna, Nigeria[4]
- Minna, Nigeria[3]
- Owerri, Imo St., Nigeria[3]
- Yola, Nigeria[3]

N'Djamena, Chad (CO)

Niamey, Niger (CO)

Nouakchott, Mauritania (CO)

Ouagadougou, Burkina Faso (CO)
- Kaya, Burkina Faso[3]

Yaounde, Cameroon (AO)
- Douala, Cameroon[3]
- Malabo, Equatorial Guinea[2]

## EASTERN and SOUTHERN AFRICA (ESARO)

**Office of Director, Nairobi**

Addis Ababa, Ethiopia (CO)
- Asmara, Ethiopia[3]
- Kefe, Ethiopia[3]
- Gojam, Ethiopia[3]
- Assab, Ethiopia[3]

Antananarivo, Madagascar (AO)
- Tamatave, Madagascar[2]
- Moroni, Comoros[2]
- Port Louis, Mauritius[2]

Bujumbura, Burundi (CO)
- Muyinga, Burundi[3]

Dar-es-Salaam, Tanzania (AO)
- Jinja, Tanzania[3]
- Zanzibar, Tanzania[2]
- Seychelles, Mahe[2]

Harare, Zimbabwe (AO)
- Maseru, Lesotho[2]

Kampala, Uganda (CO)
- Mbarara, Uganda[3]

Kigali, Rwanda (CO)

Lilongwe, Malawi (CO)

Luanda, Angola (AO)
- Huambo, Angola[2]
- Malang, Angola[3]
- Sao Tome and Principe[2]

Lusaka, Zambia (AO)
- Gaborone, Botswana[2]

Maputo, Mozambique (AO)
- Mbabane, Swaziland[2]

Mogadiscio, Somalia (CO)
- Kismayo, Somalia[3]
- Jowhar, Somalia[3]

Nairobi, Kenya (CO)

Windhoek, Namibia (CO)

## AMERICAS and THE CARRIBEAN (TACRO)

**Office of Director, Bogota**

Bogota, Colombia
- Bogota, Colombia (GCO)

Brasilia, Brazil (CO)
- Brasilia, Brazil (GCO)
- Fortaleza, Brazil (GCO)
- Recife, Brazil[3]
- Rio de Janeiro, Brazil[3]
- Rio de Janeiro, Brazil (GCO)
- Salvador, Brazil[3]
- Sao Paulo, Brazil (GCO)

Bridgetown, Barbados (AO)
- Georgetown, Guyana[3]
- Kingston, Jamaica[3]

Guatemala City (AO)
- Belize City, Belize[2]
- Managua, Nicaragua[2]
- Panama City, Panama[2]
- San Jose, Costa Rica[2]
- San Salvador, El Salvador[2]
- Tegucigalpa, Honduras[2]

La Paz, Bolivia (CO)

Lima, Peru (AO)
- Asunción, Paraguay[2]

Mexico City, Mexico (CO)
- Mexico City, Mexico (GCO)
- Chiapas State, Mexico[3]
- Guerrero, Mexico[3]

Port-au-Prince, Haiti (AO)
- Santo Domingo, Dominican Republic[2]

Quito, Ecuador (CO)

Santiago, Chile (AO)
- Buenos Aires, Argentina[2]
- Buenos Aires, Argentina (GCO)

## EAST ASIA and PA[illegible]TAN (EAPRO)

**Office of Director, Bangkok**

Bangkok, Thailand
- Kuala Lumpur, Malaysia[3]
- Singapore, Singapore (GCO)

Dhaka, Bangladesh (CO)
- Barisal, Bangladesh[4]
- Bogra, Bangladesh[4]
- Chittagong, Bangladesh[4]
- Comilla, Bangladesh[4]
- Khulna, Bangladesh[4]
- Mymensingh, Bangladesh[4]

Hanoi, Viet Nam (CO)
- Ho Chi Minh City, Viet Nam[3]

Islamabad, Pakistan (CO)
- Karachi, Pakistan[1]
- Lahore, Pakistan[1]
- Peshwar, Pakistan[1]
- Quetta, Pakistan[1]

Jakarta, Indonesia (CO)
- Mataram, Indonesia[3]
- Bandung, Indonesia[3]

Manila, Philippines (AO)
- Port Moresby, Papua New Guinea[2]
- Suva, Fiji[2]

Phnom Penh, Kampuchea (CO)

Seoul, Korea (CO)

Vientiane, Lao PDR (CO)

Yangon, Myanmar (CO)

Beijing, China (CO)
(Reports directly to HQ)

## SOUTH CENTRAL ASIA (ROSCA)

**Office of Director, New Delhi**

Colombo, Sri Lanka (AO)
- Male, Maldives[2]

Kabul, Afghanistan (CO)

Kathmandu, Nepal (CO)
- Biratnagar, Nepal[3]
- Birgunj, Nepal[3]
- Dipayal, Nepal[3]
- Dhangadi, Nepal[3]
- Dhadheldhura, Nepal[3]
- Hetauda, Nepal[3]
- Ilam, Nepal[3]
- Lamidanda, Nepal[3]
- Nepalgunj, Nepal[3]
- Pokhara, Nepal[3]
- Sanfe-Bagar, Nepal[3]

New Delhi, India (CO)
- Bhopal, India[3]
- Bhubaneshwar, India[3]
- Bombay, India[4]
- Calcutta, India[4]
- Chandigarh, India[1]
- Hyderabad, India[4]
- Jaipur, India[3]
- Lucknow, India[4]
- Madras, India[4]
- Patna, India[3]
- Udiapur, India[3]

Thimphu, Bhutan (CO)

## MIDDLE EAST and NORTH AFRICA (MENA)

**Office of Director, Amman**

Amman, Jordan
- Damascus, Syria[2]
- Djibouti, Djibouti[2]
- Teheran, Iran[2]

Aden, Democratic Yemen (CO)

Algiers, Algeria (CO)

Ankara, Turkey (CO)

Baghdad, Iraq (CO)

Beirut, Lebanon (CO)

Cairo, Egypt (CO)

Khartoum, Sudan (CO)
- El Obied, Sudan[3]
- Juba, Sudan[1]
- Kadugli, Sudan[3]
- Red Sea Hills, Sudan[3]

Muscat, Oman (CO)

Rabat, Morocco (CO)

Riyadh, Saudi Arabia (AO)
- Abu Dhabi, UAR[2]
- Manama, Bahrain (GCO)

Sana'a, Yemen (CO)
- Dhamar, Yemen[3]

Tunis, Tunisia (CO)

**Key:**
1 Sub-office
2 Liaison Office
3 Outpost Office
4 Zonal Office
GCO Greeting Card Operation
CO Country Office
AO Area Office

## １９９０年代の子供と開発のためのユニセフ目標

以下の目標は、ほとんどすべての政府、ＷＨＯ（世界保健機関）、ユニセフ、ＵＮＦＰＡ（国連人口基金）、ユネスコ（国連教育科学文化機関）、ＵＮＤＰ（国連開発計画）、ＩＢＲＤ（国際復興開発銀行）などの関係国連機関、そして多くのＮＧＯが参加した種々の国際フォーラムでの広範な協議によって設定されたものである。すべての国が文化的、宗教的、社会的伝統を尊重しつつ、資源の利用段階、規準、優先順位、利用の可能性については各国の個別の状況に応じて適用可能なかぎり、これらの目標を実施するよう要請する。国内計画には、特にその国に固有の状況に則した追加目標が付け加えられなければならない。

A. 子供の生存、発育、保護のための主要目標

(1) ＩＭＲ／Ｕ５ＭＲ：１９９０年から２０００年までの間に、すべての国が乳児死亡率（ＩＭＲ）と５歳未満児死亡率（Ｕ５ＭＲ）を現在の３分の２か、出生１０００人当たりそれぞれ５０と７０の、どちらか低い方まで下げる。

(2) ＭＭＲ　：　１９９０年から２０００年までの間に、妊産婦の死亡率（ＭＭＲ）を半分にする。

(3) 栄養不良　：　１９９０年から２０００までの間に、５歳未満児の重度・中度の栄養不良を半減する。

(4) 水と衛生　：　すべての人が安全な飲料水や、衛生的な　尿処理施設のある生活ができるようにする。

(5) 基礎教育　：　２０００年までに基礎教育の完全普及を実現し、就学年齢児の少なくとも８０％が初等教育を受けられるようにする。

(6) 成人の識字率：とくに女性の識字率に重点を置いて、成人（年齢については国が決める）の非識字率を少なくとも１９９０年レベルの半分にする。

(7) とくに困難な状況にある子供に対する保護：
とくに困難な状況にある子供に対する保護をいっそう強化する。

B、分野別目標

女性の健康と教育

(8) 女児、妊婦、授乳中の母親の栄養に特別の注意を払う。

(9) すべての夫婦が、出産に関して母親が若すぎたり、年をとりすぎていたり、出産間隔が短すぎたり、子供を多く生みすぎていたりということを防ぐための知識やサービスを入手できるようにする。

(10) すべての妊婦が出産前のケアを受け、出産時に訓練を受けた付添を得、危険のある妊娠や出産時の緊急事態には病院へ送られるようにする。

(11) 女児と、女性の識字事業促進に重点を置いて、すべての人が初等教育を受けられるようにする。

栄　養

(12) 栄養不良　：　5歳未満児の重度・中度の栄養不良を１９９０年レベルの半分に減らす。

(13) 低出生体重児：低出生体重児（2.5キログラム未満）の比率を１０％未満にする。

(14) 貧血症　：　女性の鉄分欠乏性貧血症を１９９０年レベルの３分の２に減らす。

(15) ＩＤＤ　：ヨウ素欠乏症（ＩＤＤ）をほぼ完全になくす。

(16) ビタミンＡ：ビタミンＡ欠乏症と、それが原因で起きる盲目などをほぼ完全になくす。

(17) 母乳育児　：　生後４－６カ月間は母乳だけを与え、生後２年までは補助食とともに母乳を与えるよう、すべての女性を指導する。

発育促進　：　１９９０年代の終りまでに、発育促進と定期的な発育観察がすべての国で制度化されるようにする。

(19) 食料確保　：　家庭内で確実に食糧が確保できるようにするために、食糧増産の知識と支援サービスを普及する。

子供の健康

(20) ポリオ　：　２０００年までにポリオを撲滅する。

(21) 破傷風　：　１９９５年までに新生児破傷風の発生をなくす。

(22) はしか　：　最終的にはしかを撲滅するための重要なステップとして、１９９５年までに、予防接種をしない場合に較べてはしかによる死亡数を９５％減らし、発症数を９０％減らす。

(23) 予防接種普及率：ジフテリア、百日　、破傷風、はしか、ポリオ、結核の高予防接種率（少なくとも１歳未満児の８５％）を維持し、妊娠可能年齢の女性に破傷風の予防接種をする。

(24) 下　症　：　5歳未満児の下　による死亡数を５０％減らし、下　の発症率を２５％減らす。

(25) ＡＲＩ　：　5歳未満児の急性呼吸器感染症（ＡＲＩ）による死を３分の２に減らす。

水と衛生

(26) 水　：　すべての人が安全な飲料水を手に入れられるようにする。

(27) 衛　生　：　すべての人が衛生的な　尿処理施設のある生活ができるようにする。

(28) メジナ虫　：　２０００年までにメジナ虫（ドラクンクルス症）をなくす。

基礎教育

(29) 幼児開発 ： 家庭やコミュニティーに根差した、適切で低コストの手段を含む幼児開発活動を促進する。

(30) 初等教育 ： すべての人が基礎教育を受けられるようにし、現在の男児と女児の間の不平等の是正に重点をおいて、学校教育あるいはそれと同等の教育水準の学校外教育を通し、少なくとも８０％の就学年齢児が初等教育を受けられるようにする。

(31) 識　字 ： 婦人の識字に重点を置いて成人（年齢については国が決める）の非識字率を少なくとも１９９０年レベルの半分にする。

(32) マスメディアや他の近代的な、または伝統的なコミュニケーション手段、社会活動など、行動の変化で計れるような効果を持つすべての教育手段を使って、よりよい生活に必要な知識や技術、価値観を個人や家族がより多く手に入れられるようにする。

とくに困難な状況にある子供

(33) とくに困難な状況にある子供：とくに困難な状況にある子供に対する保護を改善し、困難な状況を作り出す根本の原因をなくす努力をする。

「児童の権利条約」

「条約」は上記のすべての目標や他の多くの目標を包括するものである。

# ユニセフの資源

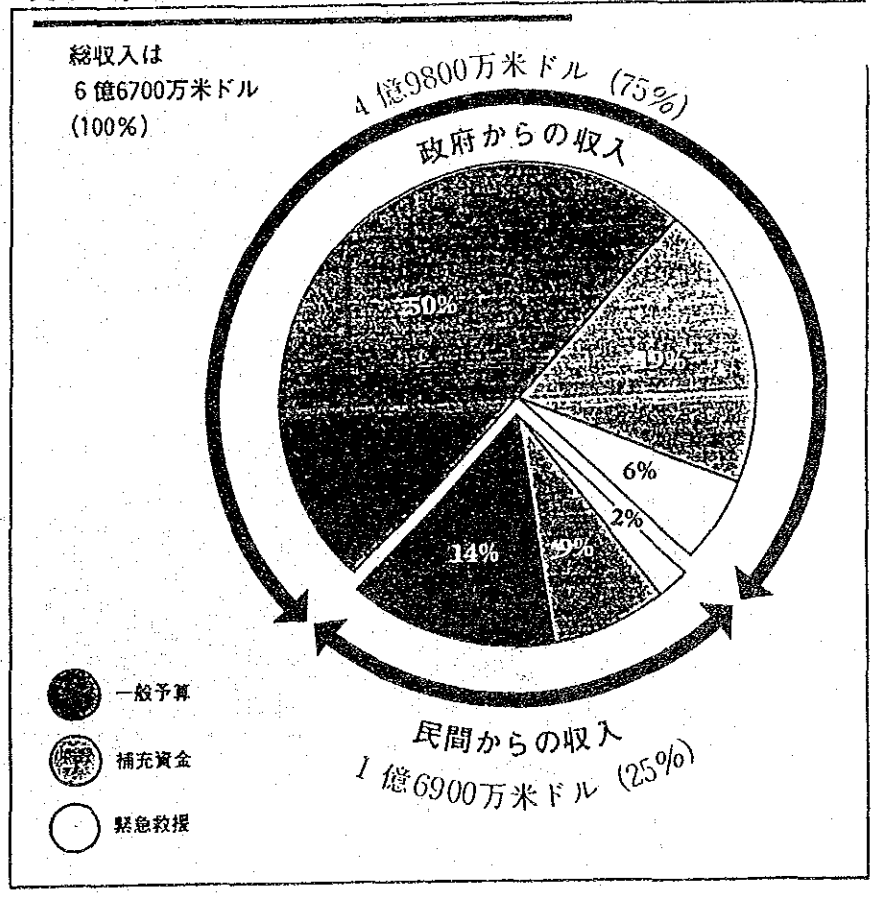
## 財政:1988〜1990年の収入と支出

### 収　入

ユニセフの収入は政府や政府以外の資金源からの任意の拠出からなっている。

1989年の総収入は6億6700万米ドルとなった（1988年の総収入は7億1100万米ドル）。この総収入には緊急事態に対応するために拠出された5700万米ドルの緊急拠出（1988年 3900万米ドル）が含まれている。この緊急 出額のうちの1660万米ドルは、スーダンで 緊急事態に対して拠出されたものである。 1989年の総収入が1988年の総収入を下回っ のは、会計年度が変更されて4400万米ドル GCO（グリーティングカード事業）収入が

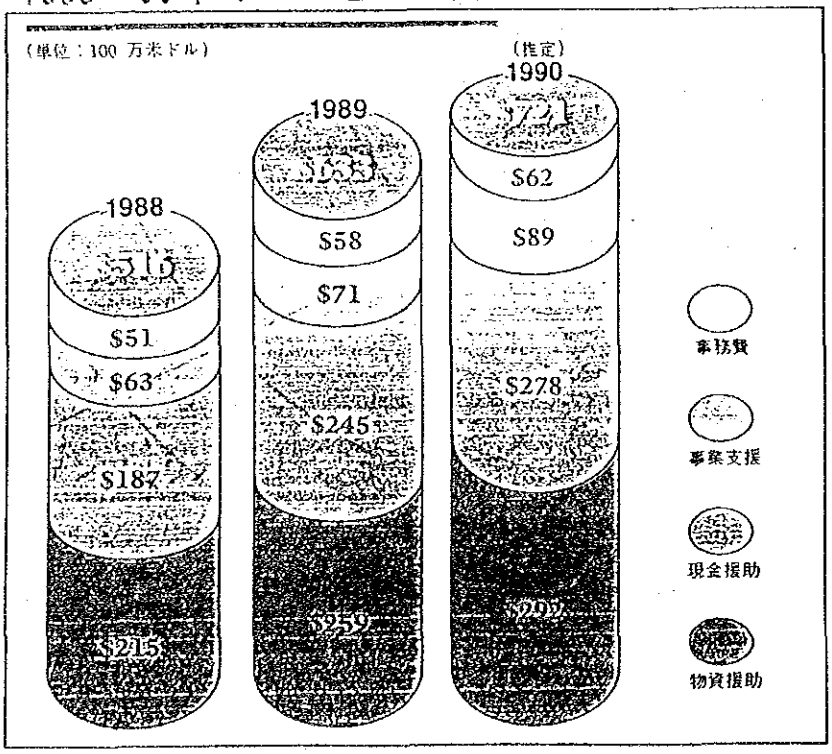
### 1989年のユニセフの収入の内訳



| | |
|---|---|
| イスラエル | 12.7 |
| イタリア | 5,440.0 |
| ジャマイカ | 15.7 |
| 日本 | 14,640.3 |
| ヨルダン | 63.7 |
| ケニア | 44.1 |
| 韓国 | 96.7 |
| クウェート | 33.0 |
| レバノン | 42.8 |
| リベリア | 15.4 |
| ルクセンブルク | 558.9 |
| マダガスカル | 29.5 |
| マラウイ | 13.1 |
| マレーシア | 60.0 |
| モーリタニア | 10.4 |
| モーリシャス | 10.7 |
| メキシコ | 347.9 |
| モナコ | 33.9 |
| モロッコ | 234.9 |
| モザンビーク | 35.5 |
| ミャンマー | 25.3 |
| オランダ | 12,268.5 |
| ニュージーランド | 646.3 |
| ニカラグア | 36.0 |
| ニジェール | 23.4 |
| ナイジェリア | 194.6 |
| ノルウェー | 1,406.6 |
| オマーン | 39.4 |
| パナマ | 12.6 |
| パラグアイ | 38.1 |
| ペルー | 108.2 |
| フィリピン | 106.4 |
| ポーランド | 943.3 |
| ポルトガル | 389.0 |
| カタール | 26.2 |
| ルーマニア | 23.2 |
| サウジアラビア | 232.6 |
| セネガル | 112.6 |
| シエラレオネ | 16.3 |
| シンガポール | 48.9 |
| ソマリア | 13.2 |
| スペイン | 7,416.6 |
| スリランカ | 21.4 |
| スーダン | 459.6 |
| スウェーデン | 2,267.4 |
| スイス | 9,215.0 |
| シリア | 163.4 |
| タンザニア | 122.4 |
| タイ | 51.9 |
| トリニダード・トバゴ | 20.0 |
| チュニジア | 80.4 |
| トルコ | 364.8 |
| ウガンダ | 35.1 |
| アラブ首長国連邦 | 106.2 |
| ソ連 | 1,642.6 |
| 英国 | 3,718.1 |
| 米国 | 28,362.7 |
| ウルグアイ | 152.9 |
| ベネズエラ | 50.5 |
| イエメン・アラブ共和国 | 22.4 |
| ユーゴスラビア | 1,207.7 |
| ザイール | 131.1 |
| ザンビア | 23.7 |
| ジンバブエ | 13.2 |
| 国連職員の寄付 | 265.6 |
| 1万ドル未満の拠出 | 141.7 |
| 合計 | 167,435.9 |
| グリーティングカード助定の一時調整額 | 6,017.0 |
| グリーティングカード事業費* | (35,825.4) |
| ユニセフの活動に充てられる正味の額 | 137,627.5 |

*カード、カタログの制作費、輸送費、諸経費、調整分。

## 1988～90年のユニセフの支出




事業（プログラム）費

| | |
|---|---|
| 1988年 | 4億200万米ドル |
| 1989年 | 5億400万米ドル |

プロジェクト要員に対する現金援助

| | |
|---|---|
| 1988年 | 6200万米ドル |
| 1989年 | 7400万米ドル |

訓練費と現地支出

| | |
|---|---|
| 1988年 | 1億2500万米ドル |
| 1989年 | 1億7100万米ドル |

物資援助費

| | |
|---|---|
| 1988年 | 2億1500万米ドル |
| 1989年 | 2億5900万米ドル |

事業（プログラム）支援費

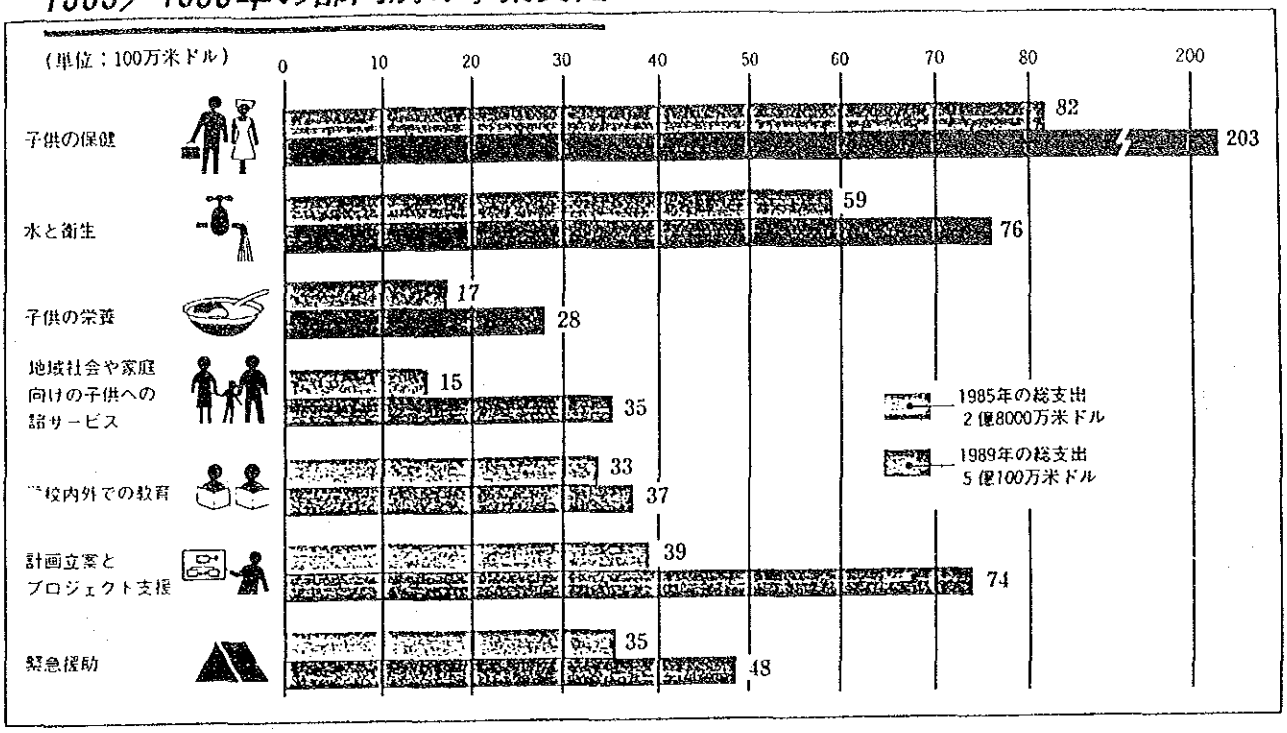
| | |
|---|---|
| 1988年 | 6300万米ドル |
| 1989年 | 7100万米ドル |

事務費

| | |
|---|---|
| 1988年 | 5100万米ドル |
| 1989年 | 5800万米ドル |

このページの図に1988、1989の両年の事業支援支出と1990年の推定事業支出を示した。54ページの棒グラフと円グラフは1985、1989の両年の部門別の事業支出を金額と比率の双方について示したものである。

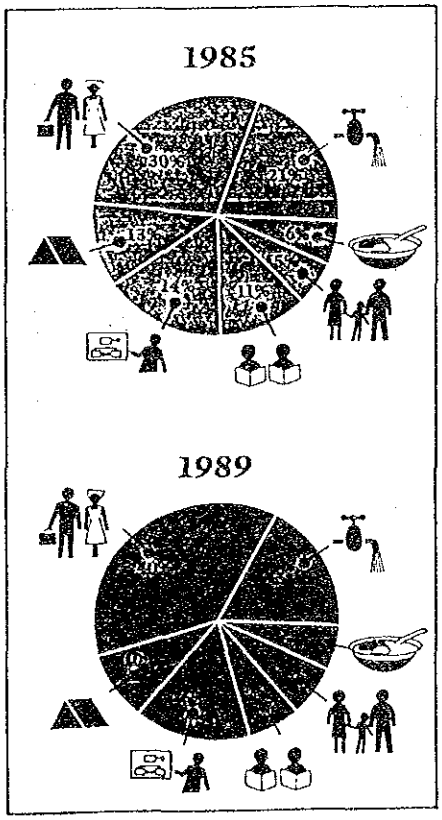
## 1985／1989年の部門別の事業支出




## 財政計画とその見通し

1989年の拠出誓約会議の結果や最近の傾向に基づいて、ユニセフは一般予算と補充資金によるプロジェクトに対する現在の政府拠出水準を維持し、こんごさらに拡大できるものと考えている。ユニセフはまた各国の国内委員会やNGOを通じて民間からの拠出をさらに拡大することを求めている。その他の形の募金についても現在、検討中である。

1990年4月の執行理事会には25カ国での新規の多年度事業協力案が提出されることになっている。ユニセフは現在 128カ国での事業に協力している。提案される新規の事業計画を実施するためには、合わせて2億5000万米ドルの一般予算と、資金が入手できれば支援する価値があるとみなされるプロジェクト向けの6億7400万米ドルの補充資金が必要になる。28－29ページの表にすべての国についての一般予算による事業計画を示した。これには1990年の執行理事会に対して一般資金からの資金支出が提案されることになっている事業計画も含まれている。1990年4月の執行理事会に対しては1989－1993年の中期計画も提出されることになっている。




## 1990－1991年の予算

予算執行の最も最近の目標は、地域事務所やニューヨーク以外の本部直轄事務所の再編を通じて、あるいはユニセフが各国に置いている事務所の拡充や事務所の新設を通じて、さらに整理や合理化を進めていっそうの経費節減を図る一方で、事業を効果的に実施することに置かれている。1990～1991年の予算の額は1988～1989年の補正予算に比べて、実質で5.6％の伸びとなっている。予算額の実質の伸びがこのように比較的少ないのは、予算全体としての伸びがそう大きくないためである。1990～1991年の予算に盛り込まれている支出は3億 200万米ドルで、1990年が1億4900万ドル、1991年が1億5300万米ドルとなっている。

1990～1991年の予算は以上のような合理化の努力と併せて、中央の財務、会計システムの問題に取り組むものになっている。このこ

JICA