

も、すべてのパートナーが、完全に協調した活動をしているわけではない。

## (5) 開発パートナー間の協調

開発パートナー間協調には、以下のようなレベルが考えられる。

- (1) 並行(Parallel): ゆるやかな協調関係で、各機関が相互に情報交換して重複を避けながらも、同じ目的を目指す独立した活動を、別々に計画して実施する。
- (2) 協力(Synergy): いくぶん進んだ協調関係で、計画段階から相互補完、相乗効果を目指し、緊密に連携しながらも、予算・人員等の面では別事業として実施する。
- (3) 共同(Collaboration): 最も進んだ協調関係で、各機関が役割分担をしながら、予算・人員等を提供し合い、1つの共同事業として計画・実施する。

バスケットファンド等は Collaboration の一種とみられるが、各機関の理念や政治的意図が異なる場合、共同事業は難しい。多くの国際パートナーシップにおいては、各機関の援助スキームや管理体制が異なることから、Parallel な協調とするのが現実的である。従来のドナー調整を超えた Synergy に達する協調には、各機関本部レベルより、むしろ途上国の現場で十分調整するべきと考えられる。それには、各機関の現地代表者が一定の決定権をもつことが必要である。

## 2. 国際機関等の機構と意思決定メカニズム

### (1) WHO と国際赤十字運動

#### 1) WHO

WHO は、本部、地域事務所、国事務所の構造になっていて、重要課題の意思決定プロセスは、いろいろなレベルで始められる。最高意思決定機関は、加盟 193 カ国から構成される WHA であるが、決議案は、理事 34 名から構成される理事会で、あらかじめ検討される。提案内容は、事務局に委託された専門家会議や事務局職員が策定し、理事会の下にある特別委員会で議論される。地域事務所も、同様に、地域委員会が最高意思決定機関となっている。

WHO の政策に、日本が効果的に介入する

には、最高意思決定機関である WHA において何らかの介入をすることも重要ではあるが、その前に、議案を策定するプロセスに参画することが一層重要である。そのためには、専門的能力と英語での議論や文書作成能力に優れた人材を、事務局の実務担当者や専門家会議の委員として、継続的に送り込むことが必要である。その人材は、他の国々の代表者、専門家、職員らと意思疎通を緊密にし、日本の厚生労働政策や外交方針についても熟知しているべきである。

WHO の政策に効果的に介入する要点を、以下にまとめた。

- (1) WHA に、外交能力やディベート能力に優れ、専門知識の豊富な者を出席させる。
- (2) 理事会、特別委員会の議席を確保し、外交能力やディベート能力に優れ、専門知識の豊富な者を、継続的に出席させる。
- (3) 専門家会議に、専門能力が高く、発言力のある、優秀な専門家を参加させる。
- (4) 事務局重要ポストに、専門能力、発言能力、文書作成能力に優れた人材を配備する。
- (5) WHO の事務局長、理事等と、頻りに緊密な意思疎通を図る。

#### 2) 国際赤十字運動

ICRC の基本方針・政策は、スイス人理事が決定しているが、詳細な部分の決定権は現地代表部に委ねられており、現地の責任者の権限が極めて大きい。IFRC は、大規模災害において、被災国の赤十字社や FACT 実働チームの報告をもとに、「救援アピール」を发出する。また、国内の活動は、本部・支部に委ねられている。4年毎に開催される赤十字・赤新月国際会議が、「国際赤十字」の最高意思決定機関で、人道的事項や国際赤十字運動全体に関わる問題のみが協議される。

このことから、国際赤十字運動においては、現場に専門知識・技術のある人材が存在すること、及び、国内の組織や活動を充実させることが重要である。国内活動の向上により、国際的貢献能力も増大すると考えられる。

### (2) 世界銀行と GFATM

#### 1) 世界銀行

世界銀行は、各国政府が資金を拠出して、途上国のさまざまなセクターの開発事業に融資をする。融資を受け入れるのは、加盟途



上国政府であり、原則として、直接民間を支援しない。政策対話は重要な業務であり、技術協力や無償供与も、一部で実施している。

最高決定機関は、加盟国代表からなる理事会であり、個別の戦略やプログラム、世界銀行の運営方針等、すべてが理事会の承認を必要とする。議決権が拠出金の比率で決められている点が、他の国連機関とは異なっている。日本は米国に次ぐ第2位の議決権を有し、財務省から理事・理事代理が向出している。ヨーロッパ等の理事には、保健医療や教育の専門家もいて、具体的内容にまで発言が及ぶこともある。なお、年次会合は、個別のプログラムを議論する場ではない。

総裁と執行役員が世界銀行の事業や運営に関する方針・戦略を立案する。総裁は伝統的に米国人が選ばれ、執行役員は総裁が選定する。事業予算は、国別戦略にしたがって、各地域担当副総裁とその下のカンントリーディレクターに配分され、保健医療分野職員は、セクターディレクターの指示のもと、カンントリーディレクターから予算配分されてプロジェクト形成する。そのため、保健医療が優先課題として国別戦略に含まれることが大切である。

WHOのような専門家集団とは異なり、保健医療専門家はごく少数で、多くの場合、経済学等の出身者が保健医療プロジェクトに携わっている。また、財務省等からの出向者以外の日本人職員には、海外で大学教育を受けた者が多く、日本の行政機構・政策・戦略に対する理解の乏しいことがある。

したがって、世界銀行の保健医療分野での意思決定に関与するには、理事の理解を得ること、決定権のあるポストから実務者まで幅広く日本の人材を送り込むこと、経済学的知識のある優秀な保健医療専門家を送り込むこと、及び職員に日本の政策・戦略等を周知するよう情報提供することが重要である。

## 2) GFATM

GFATMの資金の大部分は先進国政府からの出資金だが、ゲイツ財団はじめ民間からも多額の資金を受け入れている。GFATMは世界銀行と同様の資金提供機関ではあるが、無償の資金提供であること、エイズ・結核・マラリアの3疾患だけを対象とすること、NGO等が実施機関として資金を受け入れること等が大きく異なっている。多額の資金を投入

できることから、感染症対策においては、WHOより影響力が大きい。

最高決定機関は理事会で、政府代表のみならず、民間や市民団体の代表も加わっている。日本の理事は外務省参事官が兼任している。各地域・国に事務所はなく、本部事務局が事業を直轄している。事務局の日本人職員は実務レベルの1名のみである。申請書を審査するTRPに日本人委員はいない。

GFATM設立には、G8九州・沖縄サミットで感染症対策が議論され、日本がリーダーシップを発揮したのだが、その後、高額な資金を投入する国・財団等が増加したことに加え、事務局、実施機関に日本関係者が少なく、理事会レベルに専門知識のある日本の人材が関与していないこともあって、影響力は当初より低下している。

GFATMに対する影響力を増大させるには、理事が専門知識を学び積極的に議論に参加し、あわせて日本の政策・活動の広報に努めること、事務局職員、とくに管理職ポストに日本の関係者を増加させること、途上国で活動する日本のNGO等が途上国NGOとパートナーを組み事業実施に参加することが、必要である。

## (3) 基金・財団の意思決定と知識マネジメントの仕組み

各種の援助機関がどのように援助の優先順位や援助政策を決めてきたかは、時に不透明で、外部からはよくわからない部分も多い。二国間援助の場合、政治的・外交的・経済的に国益を重視するものである場合もある。国連機関は、多種多様の利害関係者(国)の政治的駆け引きの場となり、現場のニーズが反映されるとは限らない。NGOは、個人的繋がりや興味で動く場合もあり、援助依存の問題等についての深い考察がなく、必ずしも世界全体、国全体を見渡した結果として援助活動を決めていない可能性も否定できない。

政府内の財政支出の決定要因については、経済的、財政的、政治的、制度的、国際的の5要因があるといわれている。さらに直近の経済状況や、近代化・経済発展などの長期的趨勢なども要因として加えるべきという報告や、社会心理学的に政策決定過程を分析した報告もある。これらの要因が、基金と呼ばれる援助機関の中での意思決定に少なから



ず影響を及ぼしている可能性は考えられる。

現場のニーズにより即した援助を実施するには、政策決定に末端の意見を取り入れる仕組みが必要とされる。例えば、UNICEFでは、本部が枠組みを決定し、地域・国レベルで個別の事情にあったプログラムや活動を決定できるようになっており、UNFPAでは、地域毎に集まって本部職員と討論して意見を出しあう制度があった。

各援助機関は、それぞれ特異の設立目的があり、多くのイニシアティブやムーブメントを作ってきた。これらは、国際的な援助の方向付けをしたという点からは重要な意味を持っていたと思われるが、反面、援助資金に頼らざるを得ない開発途上国は、イニシアティブが変わるたびに保健政策を変えざるを得ないという弊害も現れている。国連機関は、プロジェクト担当者の裁量権が比較的大きいが、近年では、MDGsのような、グローバルな課題への対応に迫られ、現場のニーズへの対応が不十分となる傾向がある。

調査した基金・財団（UNICEF、UNFPA、フォード財団、ゲイツ財団）は、それぞれ特徴あるアプローチを取りながらも、途上国のシステム強化の重要性を認識し始めていた。HSSは、これからはしばらく続く世界的潮流と考えられるが、Evidence-basedということ以外に、方法論についてのコンセンサスは、まだ得られていない。研修や施設建設だけでなく、その先の意識改革まで踏み込む必要があり、そのためには長期的開発の視点が必要となる。評価に関しても、短期的数値目標達成ばかりを求めず、キャパシティ・ビルディングのプロセスを重視した、質的な評価方法を考慮する必要がある。

開発途上国の現場に直接影響を及ぼさないが、重要な戦略変更が行われていることも明らかになった。例えば、ゲイツ財団は、製品完成に重点を置いていた援助内容を、大きく組織変更してまで、製品のデリバリーまで意識するようになった。あるいはフォード財団では、保健から人権にシフトしてしまった。

知識・情報の共有は、より適切な意思決定に重要な役割を持っていると考えられるが、十分に有効利用されていない可能性がある。より適切な意思決定には、情報の内部共有化と外部との共有化の2つの視点を持たなければならない。議論の結果を、常に知識とし

て整理し、インターネットやイントラネット等を利用してどこからでも容易に参照できるような知識ベースとすることが必要であるといわれており、UNFPAのDocu Shareでの内部情報共有は、これに相当する。開発援助機関における知識管理は開放的なシステムとして構築することが必要であるということが指摘されているが、フォード財団のGrant craft networkは、オープンな評価結果の共有に繋がると考えられる。

### 3. 日本の ODA の仕組みと意思決定メカニズム

日本の ODA 事業は、他の二国間援助と比較して、より人道的志向が強く、政治的色彩は弱い。長期間コミットすることや、知識・技術を移転するプロセスを重視していることが、その特長である。このようなアプローチは、相互の信頼関係を増大させ、途上国の持続可能な能力強化を促進する。しかし、他ドナーの事業と比べて、投入に見合った成果を挙げられないこともある。ODA 事業の適正な評価とモニタリングが、以前にもまして求められるようになったこともあり、近年では、次第に成果を重視するようになってきた。

日本の ODA プログラムは、自助努力を重視しており、相手国の責任であるリカレントコスト負担や、プロジェクトに関わる公務員の給与補填を、原則として行わない。これは、対等なパートナーとして真に相手国に敬意を払うアプローチであり、東アジア、東南アジアの国々の例のように、相手国の持続可能な経済社会開発を促す。しかし、極めて貧しい国や紛争後国では、これらのコスト負担ができず、プロジェクト実施そのものが困難となってしまうことがあった。最近では、日本の ODA 事業も柔軟に運用されるようになり、相手国の困難な状況に応じて、リカレントコストの一部を負担している。

日本の ODA 政策案は、多くの場合、外務省を中心とし、各省庁の意向を取り入れた、ボトムアップ方式で形成されている。中間管理職レベルの官僚が、少数の外部専門家の意見を取り入れながら政策を立案し、上級職の承認を得ていく。公務員は通常数年毎に異動するため、政策策定に関わった官僚が異動してしまうことも多いが、省庁は組織として政



策を実施する。異動が多いことは、多数の官僚に援助政策・援助プログラムに関わる機会を与えるとともに、汚職を防ぐ効果もある。しかし、専門性の育成が妨げられることや、政策立案・実施の責任の所在が不明確になること等の問題点も指摘されている。

なお、日本の ODA 政策は、まれにトップダウンの方式で形成される。総理大臣や有力政治家がリーダーシップを発揮して、さまざまなイニシアティブを形成する場合である。

日本の ODA プロジェクト予算は、いったん決定されると、まず変更されることはない。予算は、原則年度内に使われることとされ、通常、次年度への繰り越しは認められない。これは、コミットしたら必ず実施することを意味し、相手国にとって日本が信頼できるドナーであることを示す。他方、この仕組みには、援助決定が遅れたり、柔軟な実施ができなくなったりする問題点もある。近年では、とくに緊急人道援助分野で、迅速な決定と実施ができる仕組みを取り入れている。

ODA 政策、ODA 事業に関する意思決定は、多くの場合、東京の本部レベルで行われ、途上国の現場レベルには限定的な権限しかない。また、現場レベルには、ドナー会議等で政策面から適切な介入のできる、経験豊富でグローバルな開発 이슈に詳しい技術専門家が不足している。そのためもあり、日本が、現地でドナー間調整のリーダーシップをとることは、これまであまりなかった。JICA は、近年では、現場の能力強化と権限委譲に努めており、調査や評価等が現地事務所レベルでなされるようになってきている。

これらの特長や課題を踏まえ、日本の ODA は継続的に改革を進めている。政府財政が赤字状態であり、また昨今の経済状況では、ODA 予算総額を増加させることは極めて困難である。それゆえ、目標を絞ってスキームを見直し、ODA 実施の有効性と効率性を改善することが必要とされている。

#### 4. 人道援助と人材養成

国際保健医療分野の人材養成には、各国の政府機関、研究機関、大学、国連機関、国際 NGO 等が関わっており、数百をこえる研修があり、研修期間や内容はさまざまである。IFRC による H.E.L.P. I・H.E.L.P. II が実績を

あげている。重要なことは、紛争や災害が発生した現場の人材による、自立的かつ自律的救援、復興、さらに開発が可能になることである。したがって、今後は、人道援助に留まらず、人材育成に主題をおいた協力が求められると考えられる。

紛争や災害、とくに最近増加している巨大災害は、それぞれが特徴的であり、ある事例に習熟したとしても、それを他の紛争や災害に該当できることはほとんど無い。人材育成の骨子は、(1) 基本的な災害医療・看護の研修を受けること、(2) できる限り多様な現場を経験すること、(3) できる限り多くの数の現場を経験すること、そして、(4) 可能な On the Job Training の機会を持つことである。

#### 5. 日本が効果的に介入するための提言

本研究では、保健医療分野の各種国際イニシアティブ・パートナーシップに関して、形成時の背景と経緯、活動内容、成果と課題、及び、途上国の現場での実施状況を、日本の貢献の状況と合わせて検証した。また、保健医療分野で活動している国際機関、NGO、民間財団等の機構と意思決定メカニズムについて調査し、どのように介入すべきか検討した。加えて、日本の ODA の仕組みについても、あらためて検証した。

これらの研究結果より、保健医療分野における日本の援助をより効果的で存在感のあるものにするには、(A) 国際機関の本部レベル、(B) 途上国の現場レベル、(C) 日本国内レベルという、複数の段階での意思決定に介入することが重要であることが判明した。しかも、各レベルで別個に介入するのではなく、緊密に連携する必要がある。

##### (A) 国際機関の本部レベル

グローバルなレベルでは、国際保健医療 이슈に関して、医学・公衆衛生学的重要性のみならず、社会的、政治的、経済的な潮流を読み取り、新たなイニシアティブ・パートナーシップを形成する主導的役割を果たすことが大切である。すなわち、既存の国際イニシアティブ・パートナーシップに追随するだけではなく、国際的潮流の先を読んで、モメンタムを作ることが重要である。そのためには、グローバルなレベルから現場レベルま



での知識を集約し、政治・経済・外交の情報も取り入れて国際社会に介入する戦略を策定する仕組みが、日本政府に必要である。加えて、国際イニシアティブ・パートナーシップ策定時にリーダーシップを果たすだけでなく、継続的に影響力を発揮する努力を重ねる必要がある。

保健医療分野の国際的戦略策定に影響を及ぼすには、国際機関の本部レベルでの政策決定に関与することが重要である。そのためには、まず、決定権のある重要ポストに、専門知識と政治力・外交力を兼ね備えた人材を送り込むことが必要である。さらに、実際に政策を立案する事務局実務者レベルにも、専門知識のみならず、日本の政策や考え方にも精通した人材を配備するよう努める必要がある。影響力を継続するには、いろいろなレベルに人材を送り込んで、層を厚くすることが重要である。長期的には、若手の人材を意識的に育成して、国際機関で働く機会を与え続けていくことが大切である。

国際会議の代表者としては、国際保健医療の専門知識と日本の政策に通じ、交渉力のある人材を出席させ、ある程度の決定権を与える必要がある。また、公式の会議のみならず、日常的に各国の専門家や代表者等と意思疎通をはかっておくことも大切である。日本の専門家や途上国現場の実務者との情報交換も重要である。

国際会議の代表者や、国際機関の職員には、日本の戦略や活動内容を、国際的に発信する役割もある。したがって、それらの人材には、日本の政策や各国で実施しているプログラム等に関する正しい情報を、定期的に提供していく必要がある。

#### (B) 途上国の現場レベル

援助事業を実施している途上国の現場では、通常、多数の開発パートナー、すなわち国際機関、先進国援助機関、NGO等が、同じ領域で活動している。国際イニシアティブ・パートナーシップは、目的が明確で取り組みやすく、資金も集まりやすい。他方、多数の開発パートナーの中で、日本の支援の存在感を示すのは容易ではない。

日本が多くの開発パートナー間で影響力を保つには、開発パートナー間での調整に、主導的役割を果たすことが重要である。グローバルなレベルで援助協調に合意してい

も、現場での実施は容易ではない。援助協調にリーダーシップを発揮するには、国際保健医療イシューのグローバルな潮流を理解し、専門知識及び日本の政策や実施体制等に精通し、かつ交渉能力に優れた経験豊富な専門家を現場に配備して、ある程度の決定権を与えることが必要である。また、途上国の保健医療政策・戦略策定のプロセスに積極的に関与して、日本の支援がその国の政策的枠組みの中に明確に位置づけられるようにしなければならない。

現場では、多くの援助が競合しており、日本の貢献を常に発信し続けて、影響力を継続させる努力が必要とされる。とくに、日本のアプローチが他の開発パートナーのアプローチと異なる場合、双方の長所・短所を十分理解したうえで、日本がなぜそのようなアプローチをとり、どのような効果があるのかを、継続的に発信していく必要がある。日本のアプローチの長所については、現場のみならず、グローバルなレベル、日本国内レベルでも、継続して発信していくべきである。

途上国の現場で効果的に介入するための要点は、以下のようにとまとめられる。

- (1) Synergy の水準の協調ができるよう、現地に知識・経験の豊富な専門家を配備して、ある程度の決定権を与える。
- (2) 開発パートナー間の協調において、リーダーシップを発揮する。
- (3) 保健医療政策策定プロセスに関与し、日本の支援の位置づけを明確化する。
- (4) 現場と本部レベルの情報交換を緊密にして、日本の貢献を、国際的に広報する。
- (5) 途上国の専門的能力、調整能力、ガバナンスを強化する支援を行う。
- (6) どの領域の活動であっても、保健医療システム強化に貢献できるように留意する。

#### (C) 日本国内レベル

日本国内においては、国際保健医療専門家の知識・技術を結集して、政治・行政のトップ、及び実際に政策案を作る実務担当者に助言し、グローバルなレベルにおいて、新しい国際イニシアティブ・パートナーシップ形成、国際的潮流に沿った援助プログラム策定、国際機関の政策策定への参画等を進めることが必要である。援助政策を立案する行政官には保健医療分野の専門知識が不十分なこともあるので、専門家との連携は不可欠である。



その際、政治・行政にとって都合のよい意見のみ取り入れないよう、助言する専門家を、透明かつ客観的に選択するべきである。

また、国際機関の本部レベルで働ける人材、あるいは現場で意思決定を任せられる人材を、意図的に育成していく必要がある。加えて、育成された人材が、能力を発揮できるような仕組みを構築しなくてはならない。人材の層を厚くするには、国際機関等での勤務前後のキャリアパス・モデルが必要とされる。

日本の支援の長所については、国外のみならず国内にも広報するべきである。専門知識のない行政官や一般市民にも理解が広がるよう、客観的証拠を示しながら、継続的に発信していく必要がある。

## E. 結論

保健医療分野の国際イニシアティブは、感染症対策、母子保健等、きわめて数多く、大多数は、単一疾患・単一課題をとりあげた垂直型アプローチをとっている。イニシアティブの多くは、政治的リーダーシップに基づいており、政治的コミットメントがあることから、資金や実施体制が確保される利点がある。

国際イニシアティブの実施には、国際機関、政府機関、民間財団、NGO、研究機関等が参加したパートナーシップの形をとることが多い。技術専門機関と資金提供機関が異なったり、本来の目的より拡大した活動をしたりと、役割分担は複雑化している。

国際イニシアティブは、国際支援の増加をもたらし、途上国の課題解決に貢献してきた。しかし、現地の事情に適した優先課題の選定、多数の開発パートナーの協調、保健医療システム強化への体系的取り組み、実施期間終了後の持続可能性等の課題がある。これらに対処するには、途上国のオーナーシップを向上させ、調整能力、ガバナンス、アカウンタビリティを、改善・強化する必要がある。

近年では、保健医療システム強化が重視されるようになってきたが、単一課題を対象としたイニシアティブを通してのシステム強化には限界がある。途上国政府の果たす役割を認識して、意図的に保健医療の基盤システムを構築していく必要がある。

国際機関等の政策や意思決定に効果的に介入するには、意思決定権限のあるポストか

ら実務レベルまで、専門能力及びコミュニケーション能力に優れ、日本の政策や支援内容に精通した人材を増やし、層を厚くしていくことが大切である。WHOの場合、WHAに専門能力・討論能力の高い人材が参加するのみならず、本部事務局や地域事務所の、管理職から実務担当者まで、幅広く人材を増やしていくべきである。他方、赤十字運動では、現場の人材の専門能力がより重要である。

日本のODA政策は、内閣からトップダウン的に決定される機構ではあるが、実際には、外務省を中心に、各省庁からのボトムアップ方式で事業の方向性が決定される。G8サミット等の場で、日本が、保健医療分野等の国際的イニシアティブを主導することもある。再編されたJICAは、技術協力、無償資金協力、有償資金協力を一本化して対応することを目指している。また、日本のODAは、NGOとの連携や他ドナーとの協調も進めている。

これらの研究結果より、日本の援助をより効果的にするには、まず、国際機関の本部レベルにおいて、政策決定に関与することや、新しい国際イニシアティブ・パートナーシップを主導していくことが必要である。次に、途上国現場レベルにおいて、経験豊富な専門家が開発パートナー間の調整に主導的役割を果たし、保健医療政策策定のプロセスに参画することが重要である。最後に、日本国内レベルにおいても、専門家と行政官・政治家とが緊密に連携して政策を策定していくことが必要である。また、国際機関で働ける人材、途上国現場で意思決定を任せられる人材を意図的に育成することや、日本の貢献について、国内外に継続的に発信していくことも重要である。

## F. 健康危険情報

該当事項なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表等

- (1) 青山温子、明石秀親、木下真里、岡本美代子、川口レオ：保健医療分野の開発援助プロジェクトにおける技術的後方支



- 援について。国際開発学会第8回春季大会報告論文集、101-104 (2007)。
- (2) 永井真理、木下真里、青山温子：イラクにおける女性医師の状況について－エジプトでの国外研修参加者に対する面接調査結果より。国際保健医療、22(1): 51-61 (2007)。
- (3) Ui, S., Leng, K., and Aoyama, A. Building peace through participatory health training – A case form Cambodia. *Global Public Health* 2(3): 281-293 (2007)。
- (4) Nagai, M., Abraham, S., Okamoto, M., Kita, E., and Aoyama, A. Reconstruction of health service systems in the post-conflict Northern Province in Sri Lanka. *Health Policy* 83(1): 84-93 (2007)。
- (5) Aoyama, A. Arab Republic of Egypt: Strengthening Nursing Education in Egypt – A Feasibility Assessment. The World Bank, Washington, D.C., 2007.
- (6) 明石秀親、川口レオ、木下真里、青山温子：保健医療分野の援助機関における優先事業決定に関する特徴。第18回国際開発学会全国大会報告論文集、384-387 (2007)。
- (7) Uy, S., Akashi, H., Taki, K., Ito, K. Current problems in national hospitals of Phnom Penh – Finance and health care. *Nagoya J. Med. Sci.*, 69: 71-79 (2007)。
- (8) 明石秀親：国際保健医療学で何を教えるのか。国際保健医療、22(3): 123-126 (2007)。
- (9) 喜多悦子：国境を越えて健康をまもる。兵藤智佳編「知る・考える・行動する保健医療」、pp 1-10、早稲田大学平山郁夫記念ボランティアセンター (WAVOC)、東京、2007。
- (10) 高橋清美、喜多悦子：救援者のメンタルヘルス①。こころのマネジメント、10(4): 94-98、2007。
- (11) 八谷寛、青山温子、明石秀親、玉腰浩司：健康寿命と世界各国の保健医療支出。老年医学、46(1): 27-32 (2008)。
- (12) 青山温子、川口レオ、江啓発、明石秀親、喜多悦子：保健医療分野の国際イニシアティブとパートナーシップ。国際開発学会第9回春季大会報告論文集、13-16 (2008)。
- (13) 青山温子、川口レオ、江啓発、喜多悦子：世界エイズ・結核・マラリア対策基金の5年評価 (経過報告 1)。日本評価学会春季第5回全国大会報告論文集、49-56 (2008)。
- (14) Kawaguchi, L., Bounthanom S., Tsuyuoka, R., Koizumi, N., Akashi, H., Phengta, V., Watanabe, H., and Aoyama, A. Seroprevalence of leptospirosis and risk factor analysis in flood-prone rural areas in Lao PDR. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 78(6): 957-961 (2008)。
- (15) 喜多悦子：開発とHIV/エイズ。鳥居伸好・鷲谷徹・伊藤洋司・森岡実穂・藪田雅弘編「中央大学経済学部創立100周年記念：寄付講座シリーズⅢ：21世紀の人間と経済」、pp 47-67、中央大学出版、東京、2008。
- (16) 喜多悦子：グローバリゼーションのなかの女性の健康。北九州市立男女共同参画センター「ムーブ」編「ムーブ叢書 ジェンダー白書6：女性と健康」、pp 26-38、明石書店、東京、2008。
- (17) 川口レオ、江啓発、天野静、青山温子：エジプト農村部の女性の健康改善に寄与する要因：女性のエンパワメントとコミュニティ開発活動。第19回国際開発学会全国大会報告論文集、282-285 (2008)。
- (18) 喜多悦子：「難民」と「ヒバクシャ」－押し付けられた尊称。第19回国際開発学会全国大会報告論文集、150-151 (2008)。
- (19) Akashi, R., and Akashi, H. Social work in international health and medical assistance. *BioScience Trends* 2(4): 155-163 (2008)。
- (20) Kita, E. Health and girls education in Africa. In Final Report “International Symposium: African Development and Girls’ Education – Towards Gender Parity in Basic Education”, Ed. Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology, Japan, Yokohama National University, and TICAD IV, p7, Yokohama National University, Yokohama, 2008.
- (21) 喜多悦子：アフリカにおける健康と女子教育。文部科学省、横浜国立大学、TICAD IV編「国際シンポジウム：アフリカの開発と女子教育－就学率の向上を目指して」報告書、P7・19-21、横浜国立大学、横浜、2008。
- (22) 青山温子：全体会合 2 基調講演 Gender and women’s health in the Islamic countries. 「第6回イスラム世界との文明間対話セ



ミナー：文化と宗教の尊重」 pp. 13, 22-26 (2008) サウジアラビア外務省/日本外務省。

- (23) 喜多悦子：アフガニスタンの思い出ーミスター「教育の力」。ACCU(ユネスコアジア文化センター)ニュース、No.366、2-4 (2008)。
  - (24) 喜多悦子：食と農への想いー食育。アグリふくおか(JA福岡中央会)、Vol.4、14-15 (2008)。
  - (25) 喜多悦子：知識がもたらしているものと智慧が守っているものー紛争地での想い。日本医事新報、No.4415、1、2008。
  - (26) 喜多悦子：看護の力。村松静子監修「看護の実力ー訪問看護・開業ナースはゆく」、pp2-13、照林社、東京、2008。
  - (27) 天野静、渡辺裕、鳥居潤、川口レオ、青山温子：開発途上国における不妊症と生殖補助医療。国際保健医療、24 (1)：23-29 (2009)。
  - (28) Ui, S., Lim Try, H., Yatsuya, H., Kawaguchi, L., Akashi, H., and Aoyama, A. Strengthening community participation at health centers in rural Cambodia: Role of local non-governmental organizations (NGOs). *Critical Public Health*. *In press*
  - (29) Aoyama, A. Public health policies and health services. In "Japan's Experiences in Development" Ed. T. Toyoda, J. Nishikawa, H. Sato, S. Matsuoka. Palgrave Macmillan, Houndmills, U.K. *In press*.
  - (30) 上村朋子、喜多悦子：難民保健から避難民援助へ。国際災害研究会編「災害医学・改訂第2版」、南山堂、東京 (印刷中)。
- (4) 明石秀親、川口レオ、木下真里、青山温子：保健医療分野の援助機関における優先事業決定に関する特徴。第18回国際開発学会全国大会、那覇 (2007)。
  - (5) Kita, E. An experience of dilemma of humanitarian works in conflict areas. 第5回国際人道医学会、東京 (2008)。
  - (6) 浅井一輝、明石秀親、川口レオ、青山温子：カンボジアにおける結核患者の発見・治療の現状と課題。第26回日本国際保健医療学会西日本地方会大会、岡山 (2008)。
  - (7) 磯野正晶、明石秀親、宇井志緒利、青山温子：カンボジア農村部における妊産婦健診及び分娩時のケアの現状と課題。第26回日本国際保健医療学会西日本地方会大会、岡山 (2008)。
  - (8) 栃木宏介、明石秀親、江啓発、青山温子：カンボジアにおける HIV/AIDS:検査・ARTの現状と課題。第26回日本国際保健医療学会西日本地方会大会、岡山 (2008)。
  - (9) 明石秀親：国際協力と医療人材育成。アフガニスタン国際協力ワークショップ講演、東京大学医学教育国際協力研究センター・国際保健医療学会学生部会共催、東京 (2007)。
  - (10) 明石秀親：Aid coordination mechanisms for reconstructing the health sector of post-conflict countries. 国際保健学講演会講演、東京大学、東京 (2007)。
  - (11) 喜多悦子、上村朋子、佐伯あゆみ：基調講演 世界の健康の危機と人道援助の歴史。シンポジウム 国際医療協力ー人道医療支援をめぐって。日本医学会総会、大阪 (2007)。
  - (12) 喜多悦子：世界の健康の危機と人道科学。平成19年度大学婦人協会総会記念講演、福岡 (2007)。
  - (13) 喜多悦子：HIV/AIDS という啓示・・・私の人道科学の目覚め。Kobe エイズフェスタ基調講演、神戸 (2007)。
  - (14) 喜多悦子：開発と健康。国連グローバルセミナー第3回島根・山口セッション、山口 (2007)。
  - (15) 喜多悦子：国際看護。アジア遠隔医療シ

## 2. 学会発表等

- (1) 青山温子、明石秀親、木下真里、岡本美代子、川口レオ：保健医療分野の開発援助プロジェクトにおける技術的後方支援について。国際開発学会第8回春季大会、板倉・群馬 (2007)。
- (2) 川口レオ、露岡令子、木下真里、江啓発、明石秀親、青山温子：ラオス・カムアン県農村部におけるレプトスピラ症感染の疫学研究。第22回日本国際保健医療学会総会、大阪 (2007)。
- (3) 喜多悦子、中村光江、松尾和枝：日米看



- ンポジウム報告、福岡 (2007)。
- (16) 喜多悦子：悲惨で破壊するだけ、それが戦争。福岡女性九条の会、講演、福岡 (2007)。
- (17) Aoyama, A. Gender and women's health in the Islamic countries. 外務省 / サウジアラビア外務省共催 イスラム世界との文明間対話セミナー：第 6 回サウジ会合、基調講演、リヤド (2008)。
- (18) 青山温子、川口レオ、江啓発、明石秀親、喜多悦子：保健医療分野の国際イニシアティブとパートナーシップ。国際開発学会第 9 回春季大会、東京 (2008)。
- (19) 青山温子、川口レオ、江啓発、喜多悦子：世界エイズ・結核・マラリア対策基金の 5 年評価 (経過報告 1)。日本評価学会春季第 5 回全国大会、東京 (2008)。
- (20) 喜多悦子：アフリカにおける健康と女子教育。文部科学省、横浜国立大学、TICAD IV 共催「国際シンポジウム：アフリカの開発と女子教育－就学率の向上を目指して」基調講演、横浜 (2008)。
- (21) 青山温子：世界の健康を考える。愛知サマーセミナー 講演、名古屋 (2008)。
- (22) 青山温子：世界エイズ・結核・マラリア対策基金の 5 年評価－国際機関によるインパクト評価。ワークショップ「保健医療分野の援助評価－開発インパクトをどう見るか」、第 23 回日本国際保健医療学会総会、東京 (2008)。
- (23) Chiang, C., Helmy, I.H., Kawaguchi, L., Fouad, N.A.M., Abdou, N.M., Amano, S., Rizk, S and Aoyama, A. : Increased use of health services and women's empowerment in rural Egypt. 第 23 回日本国際保健医療学会総会、東京 (2008)。
- (24) 明石秀親：何故 Community-based MNCH が重要か？ ワークショップ 7 「Community における MNCH 改善－その可能性と限界を考える」、第 23 回日本国際保健医療学会学術大会、東京 (2008)。
- (25) Aoyama, A. Gender, health and development. Asian Institute of Technology, Bangkok (2008)。
- (26) 喜多悦子：「難民」と「ヒバクシャ」－押し付けられた尊称。共通論題 1 「グローバル化時代の開発とヒロシマ」、第 19 回国際開発学会全国大会、広島 (2008)。
- (27) 川口レオ、江啓発、天野静、青山温子：エジプト農村部の女性の健康改善に寄与する要因：女性のエンパワメントとコミュニティ開発活動。第 19 回国際開発学会全国大会、広島 (2008)。
- (28) 青山温子：イスラム社会の女性－国際保健医療の視点から。朝日カルチャーセンター講座「イスラム世界と日本－文明間の『対話』を考える」、講演。横浜 (2008)。
- (29) 玉越悠也、川口レオ、江啓発、天野静、青山温子：エジプトにおける Health Sector Reform Program (HSRP)。第 27 回日本国際保健医療学会西日本地方会大会、大阪 (2009)。
- (30) 山口純矢、川口レオ、江啓発、天野静、青山温子：エジプトにおける国家住血吸虫症対策－その成功の要因と今後の課題。第 27 回日本国際保健医療学会西日本地方会大会、大阪 (2009)。
- (31) 大北宗由、川口レオ、江啓発、天野静、青山温子：エジプトにおける妊産婦死亡率 (MMR) の減少とその要因。第 27 回日本国際保健医療学会西日本地方会大会、大阪 (2009)。

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

該当事項なし



研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文 タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版 年	ペー ジ
Aoyama, A.	Arab Republic of Egypt: Strengthening Nursing Education in Egypt - A Feasibility Assessment.			The World Bank	Washington, D.C.	2007	Total 25
喜多悦子	開発と HIV/エ イズ	鳥居伸好 鷲谷徹 伊藤洋司 森岡実穂 薮田雅弘	中央大学経済 学部創立100 周年記念: 寄 付講座シリー ズⅢ: 21世紀 の人間と経済	中央大学 出版	東京	2008	47-67
喜多悦子	グローバリゼ ーションのな かの女性の健 康	北九州市立 男女共同参 画センター 「ムーブ」	ムーブ叢書 ジェンダー白 書6: 女性と 健康	明石書店	東京	2008	26-38
青山温子	Gender and women's health in the Islamic countries.	サウジアラ ビア外務省 日本外務省	第6回イスラ ム世界との文 明間対話セミ ナー: 文化と 宗教の尊重	サウジア ラビア外 務省 日本外務 省	東京	2008	13, 22-26
喜多悦子	アフリカにお ける健康と女 子教育	文部科学省 横浜国立大 学 TICAD IV	「国際シンポ ジウム: アフ リカの開発と 女子教育-就 学率の向上を 目指して」報 告書	横浜国立 大学	横浜	2008	7, 19-21
Kita, E.	Health and girls education in Africa.	Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology, Japan; Yokohama National University; TICAD IV	Final Report "International Symposium: African Development and Girls' Education - Towards Gender Parity in Basic Education	Yokohama National University	Yokohama	2008	7
喜多悦子	看護の力	村松静子	看護の実力- 訪問看護・開 業ナースはゆ く	照林社	東京	2008	2-13



上村朋子、喜多悦子	難民保健から避難民援助へ	国際災害研究会	災害医学改訂第2版	南山堂	東京	2009	印刷中
Aoyama, A.	Public health policies and health services.	T. Toyoda, J. Nishikawa, H. Sato, S. Matsuoka.	Japan's Experiences in Development	Palgrave Macmillan	Houndmills, U.K.	2009	In press

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
明石秀親、川口レオ、木下真里、青山温子	保健医療分野の援助機関における優先事業決定に関する特徴	第18回国際開発学会全国大会報告論文集		384-387	2007
Nagai, M., Abraham, S., Okamoto, M., Kita, E., and Aoyama, A.	Reconstruction of health service systems in the post-conflict Northern Province in Sri Lanka.	Health Policy	83:1	84-93	2007
Ui, S., Leng, K., and Aoyama, A.	Building peace through participatory health training - A case form Cambodia.	Global Public Health	2:3	281-293	2007
青山温子、明石秀親、木下真里、岡本美代子、川口レオ	保健医療分野の開発援助プロジェクトにおける技術的後方支援について	国際開発学会第8回春季大会報告論文集		101-104	2007
永井真理、木下真里、青山温子	イラクにおける女性医師の状況について－エジプトでの国外研修参加者に対する面接結果より	国際保健医療	22:1	53-63	2007
明石秀親	国際保健医療学で何を教えるのか	国際保健医療	22:3	123-126	2007
Uy, S., Akashi, H., Taki, K., Ito, K.	Current problems in national hospitals of Phnom Penh: finance and health care.	Nagoya Journal of Medical Science	69	71-79	2007
喜多悦子	国境を越えて健康をまもる	兵藤智佳編「知る・考える・行動する保健医療」早稲田大学平山郁夫記念ボランティアセンター(WAVOC)刊		1-10	2007
高橋清美、喜多悦子	救援者のメンタルヘルス①	こころのマネジメント	10:4	94-98	2007
八谷寛、青山温子、明石秀親、玉腰浩司	健康寿命と世界各国の保健医療支出	老年医学	46:1	27-32	2008
青山温子、川口レオ、江啓発、明石秀親、喜多悦子	保健医療分野の国際イニシアティブとパートナーシップ	国際開発学会第9回春季大会報告論文集		13-16	2008
青山温子、川口レオ、江啓発、喜多悦子	世界エイズ・結核・マラリア対策基金の5年評価(経過報告1)	日本評価学会春季第5回全国大会報告論文集		49-56	2008



Kawaguchi, L., Bounthanom S., Tsuyuoka, R., Koizumi, N., Akashi, H., Phengta, V., Watanabe, H., and Aoyama, A.	Seroprevalence of leptospirosis and risk factor analysis in flood-prone rural areas in Lao PDR.	Am. J. Trop. Med. Hyg.	78: 6	957-961	2008
Akashi, R., and Akashi, H.	Social work in international health and medical assistance.	BioScience Trends	2: 4	155-163	2008
川口レオ、江啓発、天野静、青山温子	エジプト農村部の女性の健康改善に寄与する要因: 女性のエンパワメントとコミュニティ開発活動	第19回国際開発学会全国大会報告論文集		282-285	2008
喜多悦子	「難民」と「ヒパクシャ」- 押し付けられた尊称	第19回国際開発学会全国大会報告論文集		150-151	2008
喜多悦子	アフガニスタンの思い出 - ミスター「教育の力」	ACCU(ユネスコアジア文化センター)ニュース	366	2- 4	2008
喜多悦子	食と農への思い-食育	アグリふくおか(JA福岡中央会)	4	14- 15	2008
喜多悦子	知識がもたらしているものと智慧が守っているもの-紛争地での思い	日本医事新報	4415	1	2008
天野静、渡辺裕、鳥居潤、川口レオ、青山温子	開発途上国における不妊症と生殖補助医療	国際保健医療	24:1	23-29	2009
Ui, S., Lim Try, H., Yatsuya, H., Kawaguchi, L., Akashi, H., and Aoyama, A.	Strengthening community participation at health centers in rural Cambodia - Roles of local non-governmental organizations (NGOs)	Critical Public Health		印刷中	2009



研究成果の刊行物・別刷



**ARAB REPUBLIC OF EGYPT**

**STRENGTHENING NURSING EDUCATION IN EGYPT**

**– A FEASIBILITY ASSESSMENT –**

*NOVEMBER 10, 2007*



## TABLE OF CONTENTS

ACRONYMS	2
EXECUTIVE SUMMARY	3
I. INTRODUCTION	5
II. CURRENT SITUATION OF NURSING EDUCATION AND HEALTH SERVICES IN EGYPT	6
1. Health Services and Health Sector Strategy	6
2. Nursing Education	7
3. Career Paths of Nurses	9
4. Strategy and Commitment for Strengthening Nursing Education	12
5. Activities of Other Donor Agencies	13
III. STRENGTHS AND CHALLENGES	13
1. The Rationale of the MOHP Strategy	13
2. Gaps and Challenges	14
IV. RECOMMENDATIONS	15
1. Steps for Strengthening Nursing Education	15
2. Expected Roles of the World Bank	16
APPENDIX 1. STRUCTURE OF THE MOHP NURSING ADMINISTRATION	17
APPENDIX 2. BASIC INDICATORS AND DISTRIBUTION OF NURSES IN EACH GOVERNORATE	18
APPENDIX 3. SECONDARY TECHNICAL NURSING SCHOOLS IN EGYPT	19

This report is prepared by Atsuko Aoyama (Health Specialist / Consultant) based on findings of a mission to the Arab Republic of Egypt from July 16 to 26, 2007. The task team is composed of: Akiko Maeda (Health Sector Manager / MNSHD); Jean-Jacques Frere (Task Team Leader / MNSHD); Alaa Mahmoud Hamed Abdel-Hamid (Senior Health Specialist / MNSHD), John C. Langenbrunner (Senior Economist / MNSHD); Miho Tanaka (Task Team Coordinator / MNSHD); and Atsuko Aoyama (Health Specialist / Consultant). The Egyptian counterpart team is led by Dr. Hoda Zaki, Under Secretary for Nursing, Ministry of Health and Population (MOHP).



## ACRONYMS

BSN	Bachelor(s) of Science in Nursing
CCO	Curative Care Organization
DPT	diphtheria, pertusis and tetanus
GDP	gross domestic product
GNI	gross national income
HIO	Heath Insurance Organization
HSRP	Health Sector Reform Program
ICU	intensive care unit
ICN	International Council of Nurses
IEC	information, education, and communication
LE	Egyptian Pound (One US dollar = 5.656 LE in August 2007)
LMI	lower-middle income countries
MCH	maternal and child health
MOHP	Ministry of Health and Population
NGOs	non-governmental organizations
PHC	primary health care
STN	Secondary Technical Nurse(s)
STNS	Secondary Technical Nursing School
TN	Technical Nurse(s)
USAID	United States Agency for International Development
WHO	World Health Organization

## EXECUTIVE SUMMARY

Good quality of nursing care is one of the key factors of health services. Nurses are expected to play various roles and provide not only physical care but also mental support to clients through a holistic and comprehensive approach.

Nurses usually enjoy well respected professional status in most industrialized countries, however, in many developing countries, they are still poorly trained and less regarded. Despite previous attempts by the Ministry of Health and Population (MOHP) of Egypt to upgrade nursing education, many nurses are still inadequately trained and supervised, receive little respect, are poorly paid and are often under utilized. In addition, the distribution favors urban areas leaving significant gaps in the availability of qualified nurses in remote areas.

This feasibility assessment aims to collaborate with the MOHP to: (i) evaluate the feasibility of the existing plan for strengthening nursing education prepared by the MOHP Central Administration of Nursing; (ii) update and supplement existing data and information; and (iii) facilitate the ongoing dialogue about nursing education between the World Bank and the MOHP.

There are three different levels of nursing education programs in Egypt: (1) University (Faculty of Nursing); (2) Technical Institute (Nursing Branch); and (3) Secondary Technical Nursing School (STNS). Applicants of Universities and Technical Institutes have to complete 12 years basic education or to graduate STNS with high scores. There are 13 Faculties of Nursing in public universities and two private Faculties of Nursing. The graduates are awarded Bachelor Degree in Nursing (BSN) after four years studies and one year internship. About 3,000 BSN graduate every year. There are 12 Technical Institute Nursing Branches, and 700 to 800 students in total enroll every year. The graduates are awarded Diploma of Technical Nursing after two years studies.

Admission to STNS is allowed after nine years of basic education. There are 267 STNS in total: the MOHP runs 203 STNS, the MOHP affiliations manage 38 STNS, and universities, Military, Police and non-governmental organizations (NGOs) own 26 STNS. Enrolled students are in total 6,000 to 10,000 per year. The graduates are awarded Diploma of Secondary Technical Nursing after three year studies.

Majority of midwives have been educated in STNS as well, although there are Midwifery Diploma courses in the Technical Institutes and Master courses in obstetrics in universities.

There are around 200 thousands registered nurses, of whom more than 85 percent are secondary technical nurses (STN). Among the registered nurses, 65 percent are employed by the MOHP general hospitals and PHC centers.

The salary scales of public employees are fixed at very low levels, and benefits, added as incentives, are also in very little for nurses. Thus, quite a few nurses are absent from their work to earn money by working in the private sector. In addition, many nurses take long leaves legally: female nurses can take maternity and child care leaves up to six years, and unpaid leaves up to 10 years to accompany their husbands working abroad. They can keep their graded positions during the long leaves, and employers can hire substitutes only at part-time contract basis.

The distribution of nurses in the country is not even. Urban governorates such as Cairo and Alexandria have more nurses than remote governorates such as Qena and Sohag. Better qualified nurses also concentrate in urban areas. The MOHP enrolled nurses are deployed to the two year mandatory services in the public sector, but the procedure of deploying newly graduated nurses is very complicated and often results in misallocation. Thus, the MOHP will start a computer matching system for deployment of nurses in 2007.

The Central Nursing Administration of the MOHP has prepared a strategic plan from 2007 to 2012 to upgrade and strengthen nursing education in Egypt. Under the plan, STN will be abolished and only two levels, *i.e.*, graduates of universities and Technical Institutes, will be retained. Quality of nursing education should be improved by upgrading the curricula, and installing accreditation and re-licensing mechanisms. Nurses will be distributed properly between urban and rural areas, and hospitals and PHC centers. It is also proposed to build three new Nursing Academies, in addition to a pilot at Beni Suf



University and the National Training Institute in Cairo. The Nursing Academies are expected to play roles of continuing education and accreditation of nurses and nursing training of unemployed graduates of other faculties.

The MOHP commit to implement the reform, and has started to upgrade 20 STNS in six governorates in 2007. The graduates of the pilot 20 STNS learn English intensively for six weeks in the newly started Bridging Course, and then will study for two more years. In 2008, another 140 STNS will be upgraded to become Technical Institutes, after rationalized by merging and closing small schools.

The overall direction of the MOHP strategy is right, however, it requires simultaneous efforts in various aspects, since the nursing sector has been long neglected. The activities in the strategy need to be prioritized and done by step by step manner.

It is needed to map STNS and rationalize them before upgrading to Technical Institutes. Existing and newly-upgraded Technical Institutes should be improved in terms of facility and equipment, as well as the capacity of teaching staff. Education curricula should be developed based on concrete evidences of clinical cases in Egypt.

Existing STN need to be improved in knowledge, skills and motivation, while upgrading newly graduated STN. Technical Institutes could be the places for their re-training. Establishing Nursing Academies should be delayed to a later phase, after evaluating other activities.

Nurses in remote areas should be increased in quantity, while improving quality, through increasing nursing students in those governorates, where socio-cultural difficulties exist.

Performance evaluation mechanisms should be introduced and linked to an incentive mechanism.

Low moral and lack of discipline seem to be more serious issues than the quality of nursing education for improving nursing services. Licensing and accreditation mechanisms of nurses should be established as well. It is also important to assure appropriate career paths of nurses, along with the improvement of their qualification.

In addition, the status and education of midwives should be improved.

The MOHP needs to secure budget to provide proper incentives and to sustain the strategic activities. The activities should link with other reform efforts, such as rationalizing the size and number of public hospitals and PHC centers, and defining roles of the public and private sectors. It is also important to reform the current rigid and inefficient management systems of public sector human resources.

In line of the MOHP strategy, the World Bank is expected to play the following roles:

- Rehabilitate existing 12 Technical Institutes after examining the situation. Management training should be provided simultaneously, in collaboration with other aid agencies.
- Map the 241 MOHP affiliated STNS throughout the country and make a plan of merging, closing and rationalizing them.
- Upgrade the rationalized number of STNS to Technical Institutes and improve the facilities and equipment.
- Coordinate with other aid agencies to provide the MOHP with necessary technical assistance, including: development of curricula and teaching materials; evaluation of education quality, as well as the upgrading activities; improving teachers' capacity; installing risk management mechanisms; and preparing licensing and accreditation systems.
- Continue to support the MOHP to reform and rationalize health services in the public sector and to define roles of the public and private sectors.
- Continue discussions with the Egyptian government regarding human resource management policies and budget allocation.

## I. INTRODUCTION

1. Good quality of nursing care is one of the key factors of health services. Nurses are expected to play various roles depending on the level of health services. A nurse can be a major service provider of preventive and basic curative care at a primary health care unit without any physicians. Nurses are required highly specialized technical skills as a member of specialized team, such as intensive care unit (ICU) at the tertiary level hospitals. Nurses provide not only physical care but also mental support to clients through more holistic and comprehensive approach than rather specific approach taken by physicians. Nurses usually enjoy well respected professional status in most industrialized countries, however, in many developing countries, they are still poorly trained and less regarded.

2. The Ministry of Health and Population (MOHP) of Egypt has been implementing a comprehensive Health Sector Reform Program (HSRP), with the assistance of the World Bank and other donors, during the last decade. The HSRP intended to: improve health status of the Egyptian people; ensure equity in physical and financial access to health services; improve the efficiency and quality of services, and promote long-term financial sustainability of the health system. The first priority of HSRP was to ensure universal coverage of public health services, particularly of primary health care (PHC) services, and to improve access to, efficiency, and quality of PHC services.

3. Egypt has made remarkable achievements in several aspects of human development. As shown in Table 1, child and maternal mortality rates, immunization coverage, and access to safe water are better in Egypt than the averages of lower-middle income countries (LMI). However, many challenges still remain, e.g., higher fertility and population growth, wider gender gaps in education and labor participation, lower health expenditure and fewer health professionals than the averages of LMI.

**Table 1: Basic Social and Economic Indicators of Egypt**

Basic Social and Economic Indicators	Egypt	LMI*
GNI per capita (US\$)	1,260	1,923
Total population	74 million	
Urban population (%of total population)	43	50
Average annual population growth rate (%)	1.7	0.8
Net migration	- 450,000	
Adult literacy rate (% age 15 and older)	M 83 F 59	M 93 F 85
Youth literacy rate (% age 15-24)	M 90 F 79	M 97 F 95
Primary completion rate (%of relevant age group)	M 96 F 93	M 97 F 96
Transition to secondary education (% of enrollment in last year of primary)	M 83 F 89	-- --
Labor force participation rate (% ages 15-64)	M 76.9 F 21.6	M 85.4 F 65.1
Access to an improved water source (% of population)	98	82
Life expectancy at birth (years)	M 68 F 73	M 68 F 73
Child immunization rate (DPT % of children ages 12-23 months)	98	86
Under five mortality rate (per 1000 live births)	33	39
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	84	163
Total fertility rate	3.1	2.1
Health expenditure per capita (US\$)	64	92
Total health expenditure (% of GDP)	5.9	5.4
Public health expenditure (% of total)	37.0	47.7
Physicians (per 100,000 population)	50	130
Nurses and midwives (per 100,000 population)	440	--
Hospital beds (per 100,000 population)	220	280

\* LMI: Lower-middle income countries; M: male; F: female.

(Source: World Development Indicators 2007)



4. One of the major challenges is training and deployment of good quality of various types of health professionals including nurses. Despite previous attempts by the MOHP to upgrade nursing education, many nurses are still inadequately trained and supervised, receive little respect, are poorly paid and are often under utilized. In addition, the distribution favors urban areas leaving significant gaps in the availability of qualified nurses in remote areas. The situation is worsened by a high turn over of qualified nurses who leave the public sector to work overseas or in the private sector.

5. This feasibility assessment aims to collaborate with the MOHP to: (i) evaluate the feasibility of the existing plan for strengthening nursing education prepared by the MOHP Central Administration of Nursing; (ii) update and supplement existing data and information; and (iii) facilitate the ongoing dialogue about nursing education between the World Bank and the MOHP. During the assessment mission, site visits and interviews were conducted to examine current situation of nursing care and nursing education. The visited places include: National Training Institute in Abaseya, Cairo; Dar el Shefa Hospital and its Technical Institute and Secondary Technical Nursing School (STNS); General Hospital, STNS, and two PHC centers in Suez governorate; Faculties of Nursing of Cairo University and Ain Shams University, Health Technical Institute in Imbaba, Cairo, and the Nursing Syndicate. In addition, views were exchanged with bilateral donors, which may be interested in assisting nursing education, such as Spain and Japan.

## **II. CURRENT SITUATION OF NURSING EDUCATION IN AND HEALTH SERVICES EGYPT**

### **1. Health Services and Health Sector Strategy**

6. Public health services in Egypt consist of four tiers: (1) MOHP general hospitals at the national and governorate levels, and district hospitals and PHC centers at the peripheral level; (2) Health Insurance Organization (HIO); (3) Curative Care Organization (CCO); and (4) specialized centers and teaching hospitals. Health services are also provided by university hospitals and relatively small scale private hospitals. Other ministries including Ministries of Education, Agriculture and Transportation, as well as the Army Medical Services, provide their employees with health care services.

7. Appendix 1 shows the organization structure of the Central Administration of Nursing of the MOHP. Undersecretary of Nursing reports to Assistant Minister of Curative Care, and supervises three Director Generals: Curative Care, PHC, and Education and International Affairs. The Central Administration of Nursing supervises Nursing Directorate in each governorate. It also coordinates with other MOHP Directorates such as preventive care and medicine, as well as universities and other related agencies.

8. Large health gaps between urban and remote rural areas, and between rich and poor households remain. For example, under five mortality rate of the richest quintile was 34 per 1,000 live births, while that of the poorest quintile was 98 per 1,000 live births; and births attended by skilled health staff of the richest quintile was 94 percent, while that of the poorest quintile was 31 percent.<sup>1</sup> Qualified nurses are still in shortage in remote governorates such as Sohag and Qena, as shown in Appendix 2. Per capita public spending in health was 67 percent higher in richer urban areas than in poorer rural governorates.<sup>2</sup> Social and economic factors that affect health of people include: illiteracy especially among women; unemployment and poverty; over populated and crowded housing; air and water pollution; cultural beliefs and health and nutrition habits.

<sup>1</sup> The World Bank: World Development Indicators 2007.

<sup>2</sup> The World Bank: Project Appraisal Document: Arab Republic of Egypt – Health Sector Reform Program, 1998.