

ケニア共和国

2023 年度 外部事後評価報告書

円借款「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成のための保健セクター政策借款（フェーズ 1）」、[ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成のための保健セクター政策借款（フェーズ 2）]

外部評価者：アイ・シー・ネット株式会社 早瀬 史麻

0. 要旨

本事業は、ケニアにおけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage : UHC¹）達成を支援する政策借款（Development Policy Loan : DPL²）プログラムであった。フェーズ 1 では、UHC 推進の方向性策定、中央・郡の基盤形成と、三大 UHC 関連プログラム³の拡充を支援することを通じて、保健サービスへのアクセスに係る経済的および物理的格差の是正を図り、もって UHC の達成とそれによる社会開発の推進に寄与することが目指されていた。

フェーズ 2 では、政策対話や財政支援を通じて UHC の達成における優先順位の高い政策等の実行を支援し、保健財政及び保健医療サービスの提供能力の強化を図ることにより、UHC の達成と、経済の安定及び社会開発の促進への寄与することが目指された。

本事業は、審査時から事後評価時のケニアの開発政策や保健セクターの方針、開発ニーズに十分に合致していた。本事業のフェーズ 1 の計画では、政策マトリックスの構造や指標に論理的な問題が見られた。フェーズ 2 では、前フェーズの教訓も踏まえて、DPL の制約がある中で、資金が意図した活動に向けられる仕組みが作られた。しかしながら、フェーズ 1 実施による効果の把握やモニタリングにかかる課題は、事後評価時にも残る形となった。

審査時の日本の開発協力方針と本事業は整合的であった。内的整合性は、審査時に想定された連携がとられ、効果発現があったが、他ドナー事業とは調整にとどまったため外的整合性は確認できなかった。以上より、妥当性・整合性はやや低い。

有効性については、両フェーズの政策アクションは達成されている。フェーズ 1 の運用効果指標は達成されたが、主要保健指標の妊産婦死亡率の改善にはつながらなかった。フェーズ 2 による保健財政・保健医療サービスの提供能力強化に対して、資金面に関するアクションの継続が限定的となっている。インパクトは、政府一般財政支出に占める政府保健支出割合は前倒しで目標値を達成したが、保険でカバーされる人口の割合は目標達成に至らな

¹ UHC とは「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる」ことを意味し、すべての人が経済的な困難を伴うことなく保健医療サービスを楽しむことを目指している。（[ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC） | JICA について - JICA](#)）

² 開発途上地域に対して、当該地域の経済開発計画や政策制度の改善を支援するもので、特定のプロジェクトを対象に貸付を行うプロジェクト型借款とは異なり、借入国と JICA で合意した政策アクションの達成状況を踏まえて資金を融資する。近年は、その方向性に沿った改革項目が相手国政府により実施されたことを確認し、その達成に対して借款契約を締結、資金を供与し、相手国予算に組み込まれるタイプのものが主体となっている。（[円借款の種類 | 事業について - JICA](#)）

³ ①無料産科プログラム（Free Maternity Service: FMS）、②健康保険補填プログラム（Health Insurance Subsidy Program: HISP）、③保健セクターサービス基金（Health Sector Service Fund: HSSF）

った。以上より、有効性・インパクトはやや低い。

本事業の持続性については、分析が可能な項目のみを対象とするが、UHC の基金管理機関が移行期にあるため、制度、組織・体制、財政、リスク対応については、留意が必要である。

1. 事業の概要



事業位置図



写真1 家庭訪問の様子を実演しながら説明する
コミュニティ保健プロモーター（評価者撮影）

1.1 事業の背景

ケニアにおける公的保険は、国家健康保険基金（National Health Insurance Fund: NHIF）が管理していた。NHIF は 1964 年に設立された公的健康保険を提供する機関で、公務員及びフォーマルセクターの従事者が対象となっていた。しかし、給付が入院のみといった制約などから加入者は伸び悩んでいた。また、NHIF 加入者に加えて、民間保険加入者およびコミュニティ保険加入者を含めても、ケニア国内での医療保険の加入率は全人口の約 2 割程度に留まっていた。

ケニア政府の長期国家開発計画「Vision 2030（2008 年～2030 年）」では、「質の高い保健サービスを公平に手の届く価格で全人口に提供する」ことが目指されていた。しかし、保健セクターに対する国家支出の少なさ、公的健康保険制度および保健サービス供給体制の脆弱さ、地域間・社会階層間の保健サービス格差、地方分権化によるガバナンス等の課題があり、全人口に UHC を達成させることは難しい状況にあった。

このような背景から、UHC 推進の方向性策定と中央・地方の基盤形成、三大 UHC 関連プログラムの拡充を支援する本事業のフェーズ 1 の実施が要請された。

ケニア政府は、UHC 三大プログラムの①無料産科プログラム⁴（Free Maternity Service: FMS）、②健康保険補填プログラム⁵（Health Insurance Subsidy Program: HISP）による貧困層

⁴ 2013 年 6 月から効率医療施設における出産費用の無償化、医療施設に対する出産・産前産後検診、新生児ケアにかかる費用の無償化をするプログラム。通称はリンダ・ママ・プログラム。

⁵ 貧困層の NHIF 加入保険料を政府が補填することで、国民健康保険への加入を促進するプログラム

の保険料の補填や、③保健セクターサービス基金⁶（Health Sector Service Fund: HSSF）でのサービス提供施設の運営改善などによって保障の充実を図ったが、依然として国民健康保険への加入者数は伸び悩んでいた⁷。

公的保険による医療保障を拡充させるためには、政府保健支出の拡大が必要であったが、政府一般財政支出に占める政府保健支出は、政策目標 12%（2022 年）に対して 7%（2018 年）と政策目標を大きく下回っていた⁸。また、医療サービスへのアクセスの改善に加えて、保健医療施設の施設環境や保健医療サービスの質の向上も急務となっていた。

これらに対して、UHC の達成に必要な保健財政の強化、医療サービスの質の保証、および、UHC 関連指標のモニタリング・評価の基盤強化を支援する本事業のフェーズ 2 の実施がケニア政府から要請された。

1.2 事業概要

【フェーズ 1】 ケニアにおいて、UHC の達成に向けた①UHC 関連の各種政策文書の作成、② UHC 関連プログラムのマニュアル作成と政府予算の確保、③カウンティ（郡）政府を主体とした保健システムの強化を促進することによって、保健サービスへのアクセスに係る経済的及び物理的格差の是正を図り、もってケニアの UHC 達成とそれによる社会開発の推進に寄与することを目指して実施された。

【フェーズ 2】 ケニアにおいて、政策対話及び財政支援等を通じて UHC の達成における優先順位の高い政策等の実行を支援することにより、保健財政及び保健医療サービスの提供能力の強化を図り、もって経済の安定及び社会開発の促進に寄与することを目指して実施された。

円借款承諾額/実行額	(フェーズ 1) 4,000 百万円 / 3,996 百万円 (フェーズ 2) 8,000 百万円 / 7,992 百万円
交換公文締結/借款契約調印	(フェーズ 1) 2015 年 8 月/2015 年 8 月 (フェーズ 2) 2020 年 8 月/2020 年 8 月
借款契約条件	金利 (フェーズ 1) 0.25% (フェーズ 2) 0.95% 返済 (うち据置) (フェーズ 1) 40 年 (10 年) (フェーズ 2) 30 年 (10 年) 調達条件 一般アンタイト
借入人/実施機関	ケニア共和国政府

⁶ 2004 年の保健医療サービス無償化に伴い運営費が逼迫している一次レベルの保健医療施設に対し、直接的な運営交付金として 2010 年に設置されたもの。交付金の使途は清掃・警備員などのサポートスタッフの給与、燃料費、施設改修費、光熱費、アウトリーチ等の運営費用に限定されていた。

⁷ 全人口の 19.9%、出典：Kenya Household Health Expenditure and Utilization Survey 2018

⁸ 第三期中期計画 2018-2023（Medium Term Plan: MTP III 2018-2023）

事業完成 ⁹	(フェーズ1) 2017年3月 (フェーズ2) 2022年3月
事業対象地域	ケニア全土
本体契約 (10億円以上のみ記載)	-
コンサルタント契約 (1億円以上のみ記載)	-
関連調査 (フィージビリティ・スタ ディ：F/S) 等	-
関連事業	<p>【技術協力】「コミュニティ・ヘルス戦略強化プロジェクト」(2011年～2014年)、「地方分権下におけるカウンティ保健システムマネジメント強化プロジェクト」(2014年～2019年)、「カウンティ保健サービス管理におけるアカウントビリティ強化プロジェクト」(実施中)、「アフリカ保健システム強化パートナーシッププロジェクト (フェーズ2)」(2016年～2021年)</p> <p>【他機関案件】世界銀行：Health Sector Support Project (2010年～2015年)、Social Protection Network (2011年～マルチドナー)</p>

2. 調査の概要

2.1 外部評価者

早瀬 史麻 (アイ・シー・ネット株式会社)

2.2 調査期間

今回の事後評価にあたっては、以下のとおり調査を実施した。

調査期間：2023年12月～2025年2月

現地調査：2024年5月12日～6月9日、2024年9月29日～10月12日

2.3 評価の制約

本事業は、多数の政策アクションを含むプログラム型の政策借款で、インプットとアウトプットの比較が困難であるため、「妥当性」、「整合性」、「有効性」、「インパクト」を分析対象とした。また、「持続性」は可能な項目のみを取り扱い、サブレーティングは付与しない。

⁹ 本事業完成の定義は、貸付完了。

評価 6 項目のすべてにサブレーティングを付与していないため、総合レーティングも付与しない。

また、本事業は、政策アクションの達成状況を踏まえ資金を供与し、円借款の資金はケニア政府予算に組み込まれる開発政策借款であり、円借款の用途を追跡する仕組みになっていない。いつ、どの程度の金額が保健支出や意図したプログラムに振り向けられていたのかという情報がないため、本プログラムによって意図されていたインパクトへの貢献とその度合いを定量的に分析することができなかった。

本事業のフェーズ 2 は 2022 年 3 月に完了した。有効性の指標の目標値は事業完了 2 年後に設定されていたため、2024 年の実績と目標値を比較して事業効果の確認をすることになっていた。しかし、本評価の調査実施時には、まだ 2024 年の保健指標や UHC 関連データが公表されていなかったため、分析には直近のデータを代用した。

また、事後評価時に UHC にかかるケニアの政策や組織改編は過渡期にあるため、現地の情報更新は、本報告書作成時の 2024 年 10 月末までに得られたものまでを根拠として提示した。

3. 評価結果

3.1 妥当性・整合性（レーティング：②¹⁰）

3.1.1 妥当性（レーティング：②）

3.1.1.1 開発政策との整合性

ケニアの長期国家開発計画「Vision 2030（2008 年～2030 年）」、審査時から事後評価時までにあたる第 2 期から第 4 期中期計画¹¹（Medium Term Plan：MTP）、保健セクターの長期計画「ケニア保健戦略（2014 年～2030 年）」（Kenya Health Policy 2014-2030¹²）は、2030 年までに「質の高い保健サービスを公平に手の届く価格で全人口に提供する」ことが目指されていた。

保健セクターの五ヶ年計画「保健戦略投資計画（2014 年～2018 年）」（Kenya Health Sector Strategic & Investment Plan: KHSSP）においても、公的健康保険による基本的な保健医療サービスの提供が高次の目標として挙げられている。さらに、UHC 推進に特化した政策として、「UHC 政策 2020 年～2030 年¹³」（Kenya Universal Health Coverage Policy 2020-2030）も策定され、すべてのケニア人が経済的困難に苦しむことなく、必要不可欠な質の高い医療サービスへのアクセスを実現させることが目指されていた。

以上から、審査時から事後評価時まで、UHC の達成は一貫して国家・保健セクターの重点分野と位置づけられており、その達成に向けた本事業と合致していた。

¹⁰ ④：「非常に高い」、③：「高い」、②：「やや低い」、①：「低い」

¹¹ 第 2 期（2013 年～2017 年）、第 3 期（2018 年～2022 年）、第 4 期（2023 年～2027 年）

¹² [Comprehensive National Health Policy Framework \(universalhealth2030.org\)](https://www.universalhealth2030.org/)

¹³ [UHC POLICY 2020-2030 B5 \(kippra.or.ke\)](https://www.kippra.or.ke/)

3.1.1.2 開発ニーズとの整合性

(1) 開発ニーズ

ケニアの主要な保健指標の推移を以下の表1に示した。5歳未満児死亡率と乳児死亡率は減少傾向にあり、フェーズ2の事業完了時（2022年）には、「第三期中期計画（MTP 2018-2023）」の目標値が達成された。一方、ケニアの妊産婦死亡率は増加傾向にあった。いずれの指標においても、持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals：SDGs）の2030年までの目標値を達成できる見込みは低いと思われる。

表1 ケニアの主要な保健指標の推移

指標/年	フェーズ1			フェーズ2					SDGs	MTP III
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2030	2022
5歳未満児死亡率（対出生千）	47.5	46.3	45.4	44.3	43.4	43	41.9	41.1	25	45
乳児死亡率（対出生千）	22	21.9	21.7	21.5	21.3	21	20.7	20.4	12	30
WHO:妊産婦死亡率 （対出生10万）	483	505	490	512	503	530	N/A	N/A	70	300

（出所：WHO Mortality database¹⁴）

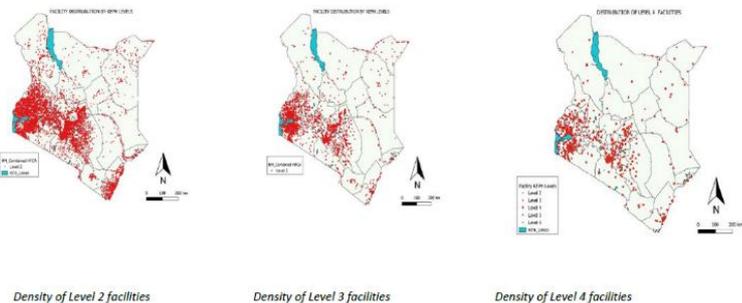
審査時には、保健指標に加えて、以下の表2のような課題が示されていたが、事後評価時においても、いずれも解消に至っていなかった。

表2 開発ニーズと事後評価時の状況

開発ニーズ	事後評価時の状況
ケニアの保健関連指標は一部に課題がある	妊産婦死亡率は審査時より高くなっている。サービスへのアクセスは改善されつつあるが、医療サービスの質、機材や技術、医療従事者のストライキによってサービスが停滞していて、適切に提供されていないという問題がある。
地域・経済格差の是正が喫緊の課題であった	北部3郡との地域差、経済格差は改善されていない。その要因は、保険加入者が少ない、医療施設の自己負担額が高いためアクセスできない、道路網が貧弱で医療サービス提供施設へのアクセスが困難である。
保健サービスの無償化と質の担保に課題がある	保健サービスの無償化、質の担保に問題がある。保健センターと診療所に無料医療サービスが導入された。施設から、NHIFに医療報酬を請求し、支払いを受けるシステムになっているが、NHIFからの支払いが遅く、また、施設は自己資金を持たないため、サービスの存続や質の担保が難しい状況に陥っている。
公的健康保険加入者向けサービスが限定的で、加入人口割合が増えなかった	公的健康保険の加入人口割合は増えなかった。政府が貧困世帯の公的健康保険の保険料を補填しているが、加入人口割合増につながらなかった。本来ならば100%が望まれる会員の維持率が50%を切っていたこと、ずさんな基金管理や支払いの不正などの運営上の問題があることで、会員数が増えなかった ¹⁵ 。

¹⁴ WHO Mortality Database - WHO（2024年8月10日アクセス）

¹⁵ NHIF Audit Report 2023（parliament.go.ke/sites/default/files/2024-06/Report_of_the_Departmental_Committee_on_Health_on_its_Consideration_the_inquiry_into_alleged_Fraudulent_Payments_of_Medical_Claims_and_Capitation_to_Health_Facilities_by_the_National_Health_Insurance_Fund.pdf）（2024年8月10日アクセス）

<p>保険適用の医療施設に偏り・格差／保健人材不足、医療施設の施設間・地域間格差がある</p>	<p>都市部集中は変わらない。首都ナイロビや西部、モンバサといった大都市に一次医療（Primary Health Care: PHC）提供施設が集中している。</p>  <p>図1 ケニア国内のPHC医療施設と準郡病院の分布¹⁶ (注) 左から診療所、保健センター、準郡病院の分布を赤で示している</p>
<p>UHCの実現に係る課題</p>	<p>ガバナンスの問題がある。5年ごとの大統領選挙で政権交代が起きると、職員の入れ替わりが起きる。また、郡も知事も交代時に新規採用を行う傾向があるので、継続性に課題が生じる</p>

(出所：審査時の課題はJICA提供資料、事後評価時の状況は、保健省からの質問票回答と聞き取り)

(2) 資金ニーズ

フェーズ1の審査時、保健セクターに必要な財源の予測に対して、利用可能な財源とそのギャップ(表3)が示され、UHCプログラムの面的拡大および質の改善には大規模な資金が必要であることと、ケニア政府予算や保険料収入だけでは必要な予算を確保することが困難であると説明されていた。フェーズ2の審査時(表4)、事後評価時(表5)のデータによると、そのギャップはさらに拡大する傾向にあった。

表3 フェーズ1の審査時の保健セクターにおける資金ギャップ

(単位：百万 KES¹⁷)

年度 ¹⁸	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17
利用可能な財源	223,524	236,036	248,624	264,596	282,209
必要な資金	244,550	286,044	291,855	305,612	334,489
資金ギャップ	△21,026	△50,008	△43,231	△41,016	△52,280

(出所：JICA提供資料)

¹⁶ Ministry of Health: Kenya Health Facility Census Report September 2023

¹⁷ ケニアシリング、1KES=1.09896円(2024年10月1日[通貨換算ツール](#) | 為替レート | OANDA)

¹⁸ ケニア予算年度：7月開始～翌年の6月末

表4 フェーズ2の審査時の保健セクターにおける資金ギャップ

(単位：百万 KES)

年度	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23
利用可能な財源	440,976	389,668	393,257	379,954	384,119
必要な資金	446,277	495,000	522,490	579,483	622,118
資金ギャップ	△5,301	△105,332	△129,223	△199,529	△237,999

(出所：WHO ケニア保健セクター戦略¹⁹)

表5 事後評価時の保健セクターにおける資金ギャップ

(単位：百万 KES)

年度	2024/25	2025/26	2026/27
利用可能な財源	147,599	156,408	160,928
必要な資金	371,851	411,377	456,781
資金ギャップ	△224,252	△254,969	△295,853

(出所：MTEF HS WG report²⁰)

本事業は UHC プログラムの達成に向けた DPL で、これらの課題の解消に貢献してきた。しかし、事後評価時においても、多くの開発ニーズや資金不足の課題は残存している。よって、開発ニーズとの整合性は高いといえる。

3.1.1.3 事業計画やアプローチ等の適切さ

(1) 事業計画とアプローチ

フェーズ1の事業計画には以下のような課題があった。

1) 政策マトリックスの論理構造

フェーズ1の計画では、UHC 三大プログラム（①FMS、②HISP、③HSSF）の拡充によって、保健サービスアクセスの経済的・物理的格差の是正を図ることが目指されていた。①は予算の確保までが政策アクションとなっていたが、②HISP と③HSSF はマニュアル作成に留まり、具体的に予算を振り向けるアクションが含まれていなかった。また、三大プログラムの③の定性的効果として「HSSF 対象施設の保健サービスの質の向上」が期待されていたが、③は施設のスタッフの給与や運営費用といったランニングコストを補填するプログラムであったため、保健サービスの質の向上の発現に至るまでには、数段の論理的な段階が必要であった。

2) アウトカム指標と効果分析のギャップ

アウトカムの定量指標として「①医療施設における分娩率」、「②HISP 受益世帯数」、「③

¹⁹ WHO Kenya Health Sector Strategic Plan fa.indd (2024年11月7日アクセス)

²⁰ Ministry of Health Sector Working Group Report Medium Term Expenditure Framework (MTEF) for the Period 2023/24-2025/26 ([Health-Sector-Report.pdf](#))

HSSF 対象施設数」が設定されていた。これらの指標は政策分野の一部のみに関連した指標であったため、本事業の政策分野（8項目）ごとに成果を確認できるレベルの定量的指標を設定すべきであった。

3) 円借款の効果をモニタリングする仕組み

本事業では、UHC 三大プログラムの実施を推進させることで、UHC 達成に寄与することが目指されていた。よって、これらのプログラムの実施状況を把握するとともに、プログラムの基金運営管理組織が適切な機能を果たすよう、保健省による同基金の監督状況についてもフォローする必要があるとあり、個別専門家派遣等を通じ、側面支援が行われた。NHIF に対しては、その健全性の確保のために国民議会保健省委員会による監査²¹等も実施されており、架空の患者や診療内容の改ざんによる診療報酬の過大請求、治療費の多重請求などの不正請求や、NHIF の運営についても基金管理のずさんさの問題が指摘されており、その運営改善が必要であると政府自身も認識しているところである。また、報告書では NHIF 加入者の維持率が低く、安定した拠出金が得られていないことも示されている。

4) 制度や資金源の不安定さへの対応

2020 年に世界銀行（World Bank : WB）のプログラム完了に伴い、UHC 三大プログラムの③ HSSF への補助金は終了した。また、2022 年に就任したルト新大統領のイニシアティブにより、NHIF に代わって UHC の基金を担う政府組織の社会保険局（the Social Health Authority: SHA）が設立されることとなった。しかし、SHA への移行プロセスや、UHC プログラムの内容をどうするのか、保健サービス提供施設側にも具体的な方針は示されないまま、2024 年 7 月に① FMS、② HISP プログラムの終了が宣言された。JICA ケニア事務所によると、このような変更が起きることは、想定外であったという。

ケニアではドナーの拠出に依存して事業が形成される場合が多く、事業の存続はドナー側の判断にかかっている。また、国・地方の選挙の結果によって、突然、制度変更が宣言されることも少なくない。拠出先のプログラムの打ち切りや変更もリスクとして想定し、シナリオ案の検討しておくことも一案であったと思われる。

フェーズ 1 での教訓を踏まえ、フェーズ 2 では、以下のようなアプローチがとられた²²。

1) 予算を保健セクターやプログラムの活動に振り向ける工夫

DPL の特性を踏まえ、フェーズ 2 では成果連動型（Pay for Success: PFS）に近づけることで、一般財政支援から保健省に予算が充当され、保健省の予算が、両国の合意に基づいた活動に向けられるような政策マトリックスを設定した。例えば、政策の策定協議といった活動の段階では予算はかからないが、実際に能力強化の研修を開催する、機材を調達するといっ

²¹ 2024 年国民議会 第三会期第 13 議会保健省委員会による国民健康保険基金による医療費および定額医療費の不正支払疑惑に関する監査人報告書、Report of the Auditor General on National Health Insurance Fund for the Year ended 30 JUNE, 2023 (2024 年 5 月 8 日付け) [Report of the Departmental Committee on Health on its Consideration the inquiry into alleged Fraudulent Payments of Medical Claims and Capitation to Health Facilities by the National Health Insurance Fund.pdf \(parliament.go.ke\)](#)

²² JICA 国際協力専門員への聞き取り（2024 年 4 月 10 日）

た政策アクションを組み込み、その実現させるために予算を付けるように仕向けた。その政策アクションが達成されることにより、次のトランシェの資金供与がされるような仕組みとなった。

2) 財政省も主体に組み込んだステアリングコミティの設置

DPL では、特定の資金用途やセクターに紐づけされず、借款の資金は相手国側の一般会計に組み込まれる。借款資金が意図した用途に使われるためには、財務省の強力なコミットメントが必要とされる。そのため、実施主体にケニア側の財務省と保健省を主体とした運営委員会（ステアリングコミティ）を設置した。DPL の目的を果たすためには、アクションや指標の達成状況を定期的に監督して、達成状況が芳しくない場合には対応策を協議する必要があるため、UHC 専門家と JICA 事務所も、ステアリングコミティにかかわった。ステアリングコミティの活動や成果は政策マトリックスに含まれていないが、プログラムの目的向け政策対話をする場で、拠出側の日本が進捗や拠出について関与できる機会ともなった。

(2) 過去の類似案件の評価結果と教訓の本事業への適用

フェーズ 1 審査時には、ケニアの他ドナー案件の教訓から、ガバナンスや汚職リスクを軽減するための方策強化の必要性が示されていた。それを受けて、本事業のモニタリングに民間の第三者機関を雇用することが計画されていたが、実施において民間機関がモニタリングのために備上されることはなかった。

フェーズ 2 では、過去の借款事業の教訓から、一般財政支援の円滑な実施において、政策アドバイザー派遣や技術協力プロジェクト等の他の支援事業と組み合わせることが不可欠であるとされていた。内的整合性の項目に後述するが、本事業の実施においては、審査時の計画通り、個別専門家派遣や技術協力事業と連携がとられ、教訓は活用されたといえる。

本事業のフェーズ 1 の計画では、政策マトリックスの構造や指標に論理的な問題が見られた。フェーズ 2 では、前フェーズの教訓も踏まえて、DPL の制約がある中で、資金が意図した活動に向けられる仕組みが作られた。しかしながら、フェーズ 1 実施による効果の把握やモニタリングにかかる課題は、事後評価時にも残る形となった。

3.1.2 整合性（レーティング：③）

3.1.2.1 日本の開発協力方針との整合性

日本政府による「国際保健外交戦略」（2013 年 5 月策定）、「第 5 回アフリカ開発会議（TICAD V）」（2013 年 6 月開催）、「第 7 回アフリカ開発会議（TICAD 7）」（2019 年 8 月開催）では UHC 推進への協力が示されている。

審査時の JICA の「対ケニア共和国 JICA 国別分析ペーパー」（2011 年 4 月）（2018 年 3 月）においても、収入や地域格差をなくし、すべての人々が平等に保健サービスを受けられる制度作り・強化の必要性と協力の方針が掲げられていた。

以上から、UHC の達成に向けて保健政策、サービス提供能力の強化を図るために実施さ

れた本事業と、日本の援助政策との整合性は高いといえる。

3.1.2.2 内的整合性

審査時に以下のような3つの連携が想定され、実行されていた。

①ケニア保健省へのUHC政策アドバイザーが派遣された。アドバイザーは、本事業の政策アクションを含むUHC関連政策の策定・実施を支援するとともに、日常的にケニア保健省のUHC関連部門、UHCステアリングコミティに対してロードマップを含む各種政策文書に対する技術的インプットを提供した。

②技術協力事業の「コミュニティ・ヘルス戦略強化プロジェクト」(2011年～2014年)や、「地方分権化におけるカウンティ保健システムマネジメント強化プロジェクト」では、郡の予算管理能力強化を支援した。

③2016年には郡保健局と保健省の代表、関連ドナーによる「郡保健局コア・ファンクション作業部会」が設置され、郡の役割(PHCサービスの一義的な提供者)と、中央政府の役割(国家政策や共通ガイドライン制定)を文書として明示するための作業を担った。

想定された通りの連携が実践され、本事業の実施促進にも貢献したことから、内的整合性は高いといえる。

3.1.2.3 外的整合性

フェーズ1の実施中、WBは、ケニア政府のUHC達成に向けた取り組みを支援するHealth Sector Support Projectを実施していたため、保健省及びWBがUHC関連プログラムのモニタリングを実施する際にJICAも参加することが計画されていた。さらに、WBは、新規UHC関連プログラム融資を形成中であったため、後続フェーズでの協調融資も検討されていた。しかし、具体的な連携はなく、フェーズ2はJICA単独での政策借款となった。

フェーズ2については、保健セクター主要援助機関による保健セクターのパートナー(Development Partners for Health in Kenya: DPHK)²³会合が、定期的に行われていたため、本事業にかかる情報共有や調整に活用された。UHCにかかる活動を実施していたドナーも複数あったが、本事業と具体的に活動を連携させることはなかった。

本事業は、審査時から事後評価時のケニアの開発政策や開発ニーズと合致していた。事業計画は、フェーズ1の政策マトリックスの論理構造や指標設定にアウトカム指標と効果分析に乖離があるなどの一部、問題が見られた。アプローチは、フェーズ1に課題が見られ、フェーズ2では、その課題を教訓として多くの工夫が取られた。しかし、フェーズ1による効果の把握やモニタリングにかかる課題は、事後評価時にも解決されていない。

²³ 保健セクターのパートナー(Development Partners for Health in Kenya: DPHK)には、中央政府(保健省、国会の保健委員会)、郡(郡保健局、郡保健委員会)、ドナーに加えて、保健医療サービス提供団体や施設(宗教団体、NGO、私立)が含まれている。定期会合の場合では、UHCに関する情報交換、調整が行われている。

整合性については、審査時の日本の開発協力方針と本事業との整合していた。ケニア国内で実施された他 JICA 事業との連携・効果が確認されたため内的整合性はあったが、外的整合性は保健セクターパートナー会合や他援助機関との調整はあったが、連携は特にみられなかった。

以上より、妥当性・整合性はやや低い。

3.2 有効性・インパクト²⁴（レーティング：②）

3.2.1 有効性

各フェーズの事業完成（貸付完了）時点の政策アクションの実行状況、運用・効果指標の達成状況、加えて、定性的効果の発現状況から評価判断をする。政策マトリックスに、本事業の実績と事業完了後の状況加筆した表を、添付資料 1、添付資料 2 とした。

3.2.1.1 政策アクションの実行状況

審査時に設定された政策アクションの達成状況と、事後評価時のアクションの継続・効果の発現状況を以下に示す。

(1) フェーズ 1

政策アクションの達成：計画どおり達成した。

UHC 達成に向けて設定された合計 13 の政策アクションは、第一トランシェ（プライヤーアクション）分は 2015 年 2 月までに達成済みであった。第二トランシェ（トリガーアクション）の政策アクションは、すべて、2015 年 12 月までに達成された。

事業完了時に、政策アクション「⑩ 保健財政戦略の作成及び最低限提供されるべき保健サービスの大枠の決定」は、草案の作成にとどまり、その草案は正式な承認に至っていなかった。事後評価時の状況を確認したところ、保健財政戦略の「UHC 2018-22 ロードマップ」は正式な承認を受けていた。ただし、いつ承認されたかという情報は確認できなかった。

事後評価時の継続・効果発現：事後評価時点では概ね維持される見込みである。

政策分野 I と III にかかる政策アクションの効果は、事後評価時にも全て継続されている。ケニアにおける UHC プログラムの改革に伴い影響を受ける可能性が生じているが、事後評価時点では概ね維持される見通しである。

政策分野 II の UHC 三大プログラムのうち、HISP と FMS は、新基金に移行されることが決まった。2024 年 10 月に実施された NHIF から SHA への移行によって、その形式に変更が生じる見込みであるが、具体的な移行プロセスや内容の変更について、郡や医療施設に情報が周知されていないため、現場レベルでは混乱が生じている。持続性の「3.3.1 政策・制度、(1) 政策面の持続性」で示したようにケニア政府は基本的な方針は維持する方針であることから、現時点ではその効果は概ね維持される見通しであるが、混乱の影響が拡大しないよう、早急に対応される必要がある。なお、2024 年 7 月に NHIF からの給付の停止が宣

²⁴ 有効性の判断にインパクトも加味して、レーティングを行う。

言された。保健セクターサービス一時保健施設（HSSF）/成果連動型交付金（Results Based Financing: RBF）は、事後評価時の前に打ち切られている。

政策分野	事後評価時の政策継続・効果発現状況
I. UHC 関連の各種政策文書の作成	◎ 保健政策が更新された。 ◎ 5ヶ年保健戦略投資計画が更新された。 ○ ロードマップの更新はされていないが、保健財政戦略にロードマップの内容が反映され、一定の継続性が保たれている。
II. UHC 関連プログラムのマニュアル作成とケニア政府予算の確保	△ HISP と FMS は、新基金によるシステムに移行される。プログラムの内容や予算、移行プロセスがどうなるのか不明。 △ FMS の利用者数は増えたが、サービスの質の問題やアクセス改善は途上。 ✕ HSSF/RBF は継続されていない。2018年に補助金は終了し、一部は他ドナーのプログラムに移行した
III. カウンティ政府を主体とした保健システムの強化	○ 保健省の組織改編があったが、保健セクター・政府間調整局の機能は継続されている。郡との調整機能も継続されている。 ◎ 郡への周知活動は継続している。

（注）政策アクションの達成状況の説明には以下のように記号を付けて示した：◎継続・効果発現が見られる、○継続している、△不十分であるが継続している、✕継続されていない。

(2) フェーズ 2

政策アクションの達成：計画通り達成した。

審査時に設定された合計 20 の政策アクションのうち、第一トランシェ（プライヤーアクション）は、2019年4月までに達成済みであった。第二トランシェ（トリガーアクション）は、2019年12月までの達成が目指されていたが、実際には2020年12月の達成となった。第三トランシェ（トリガーアクション）は、2020年12月達成が目指されていたが、達成は15か月遅れて2022年2月となった。

事後評価時の継続・効果発現：保健財政関連のアクションは限定的な継続となっている。

政策分野「1. 保健財政の強化」について、事業完了後、財政省と保健省は、通常の予算編成業務の関係に戻ったため、本事業実施中のように財務省が主体的に関与することはない。保健医療施設への資金フローは、特に、医療サービス提供にあたる郡や施設レベルに問題がある。MTEF や HTA の導入は限定的なものにとどまった。

政策分野「2. 保健サービスの質」保健医療サービス提供の質に関する標準モデルの普及にかかる研修が全郡に向けて行われた。クリニカル・ガイドラインも設定されたが、運用や品質には課題がある。

政策分野「3. モニタリング・評価の基盤強化」については、システムの電子化が図られ、モニタリング・評価体制も一通り整備されたが、継続的な運用、郡での実施には課題がある。

政策分野/政策アクション	事後評価時の政策継続・効果発現状況
1 保健財政の強化	
1-1 保健財政に係る財源分析	△ 後続の保健財政の財源分析文書が作成されているが、財務省が合同チームとして作成に係わったものではない。 △ 事後評価時、財政省に、保健省とのUHCの検討に特化した担当者は設けられていない。
1-2 保健医療施設への効率的な資金フロー	△ 保健省は資金フローが機能していると認識しているが、保健医療サービス提供にあたる郡や施設レベルでは資金フローに問題がある
1-3 中期支出枠組（MTEF）に沿った予算管理	× 全郡での導入に発展していない。
1-4 医療技術評価（HTA）導入	× 制度化に至っていない。
2 保健医療サービスの質の保証	
2-1 保健医療サービス提供の質に関する標準モデル（KQMH）の普及	△ 全郡が研修を受講、KQMHによる評価も実施されているが、持続性に課題がある。
2-2 クリニカル・ガイドラインの整備	◎ 関連リストのレビューが行われ、ガイドラインが整備された。 △ 運用や品質には課題がある。
3 モニタリング・評価の基盤強化	
3-1 保健情報システムの電子化	◎ 方針が示され、国・郡・PNC提供施設のレベルで進捗している。
3-2 UHC モニタリング・評価体制の構築	△ 一通りの体制は整備されたが、継続的な運用や郡での実施には課題がある。

(注) 政策アクションの達成状況の説明には以下のように記号を付けて示した：◎継続・効果発現が見られる、○継続している、△不十分であるが継続している、×継続されていない。

3.2.1.2 運用・効果指標の達成状況

(1) フェーズ1：指標①、②は達成された、③は打ち切りのため判断から除外した。

事業目的は「保健サービスへのアクセスに係る経済的及び物理的格差の是正を図る」で、運用・効果指標には、「① 医療施設における分娩率」、「②HISPの受益世帯数」、「③ HSSF-RBF 対象施設数」が設定されていた。

表6のように、①施設分娩率、②HISPの受益世帯数とも、事業完成2年後となる2019/20年度に目標値を上回った。③HSSF-RBF 対象施設数は、2016年段階で目標値を上回ったが、目標年前に打ちきりとなった。また、施設運営に対する補助金のプログラムであったため、保健サービスへのアクセス向上という事業目的に対する因果関係を分析することが難しい。

表 6 フェーズ 1 の運用・効果指標

指標/年度 (単位)	基準	目標	実績					
	2012/13	事業完成 2 年後 2018	2015	2016	目標年 ²⁵ 2019/20	2020/21	2021/22	2022/23
①医療施設における 分娩率 (%)	44	65	61	57	67	73	79	89
②HISP の受益世帯数 (世帯)	0	42,300	17,491	181,968	253,400	253,400	253,400	N/A
③HSSF-RBF 対象施 設数 (カ所)	8	1,331	155	1,903	2018 年に終了、継続なし			

(出所：基準値と目標値は JICA 提供資料、実績値は 事業完了報告書、*MTEF HS WG Report*、Kenya Health and Demographic Survey 2022)

(2) フェーズ 2：指標③以外は全て達成された。

事業目的は「保健財政及び保健医療サービスの提供能力の強化」で、以下の①～⑥の運用・効果指標が設定されていた。2024 年为目标年²⁶となるが、データがないため、直近のデータを確認して判断をする。

達成状況は、表 7 のように、「③医療技術評価を受けた医療技術の数」を除き、すべての運用・効果指標は達成された。未達成の理由は、HTA の大枠の検討が進められたが、制度化に至っていないため医療技術評価が実施できないことにある。

表 7 フェーズ 2 の運用・効果指標

指標/年	基準	目標	実績					達成
	2018	2023	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	
① 公共財政管理法または関連 規制の改正	—	達成	—	—	達成	達成	達成	◎
② 中期支出枠組みに沿った予 算管理ツールに係る研修を受け た郡の数	2	6	4	6	6	6	N/A	◎
③ 医療技術評価を受けた医療 技術の数	0	2	0	0	0	0	0	×
④ 医療サービス提供の質に関す る標準サービスを導入した郡の 数	0	23	4	9	12	47	N/A	◎
⑤ 新たに整備されたクリニカ ル・ガイドライン数	0	3	0	0	0	3	N/A	◎
⑥ 基礎的な保健医療サービスに 必要な必須医薬品リスト・処方 箋の制定	—	達成	—	—	達成	達成	達成	◎

(出所：基準値、目標値は JICA 提供資料、実績値はフェーズ 2 事業完了報告書の暫定版)

(注) 達成状況は、◎=達成、×=未達成で示した。

²⁵ 事業の完成は、「貸付完了」と定義されており、2016 年 1 月に貸付が完了する予定であった。実際の貸付完了は 2017 年 3 月で、目標年は事業完成 2 年後の 2019 年 3 月となる。

²⁶ 事業完了の定義は「貸付完了」で、計画では 2021 年 2 月完了予定であった。JICA 提供資料によると、貸付完了は 2022 年 3 月であったため、目標年は事業完成 2 年後の 2024 年 3 月となる。

3.2.1.3 定性的効果（その他の効果）

審査時に想定されていたフェーズ1の定性的効果は、①カウンティ（郡）政府の保健行政能力の強化、②無償産科サービスの質の向上、③HSSF-RBF 対象施設の保健サービスの質の向上で、フェーズ2は、④公的医療保障の対象層及び保証内容の拡大、⑤ケニアの経済の安定および社会開発の促進であった。このうち⑤は事業効果の発現経路を分析した結果インパクトに相当するため、次項のインパクトの項目で取り扱う。

定性的効果の達成状況は、それぞれ以下の表8に示した。

表8 定性効果の達成状況

定性的効果	達成状況
①カウンティ（郡）政府の保健行政能力の強化	<p>◎ <u>保健省と郡との調整機能は継続されている。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 内閣官房長官と各郡の知事、郡保健セクター代表で構成される保健セクター政府間関係（Health Sector Inter-Governmental Affairs (HSC/IGA)）について、四半期ごとに保健フォーラムが開催されて中央・郡レベルの調整が行われている（ただし、実際の開催は、予算不足のため、四半期ごとの開催は難しい状況にある）。 <p>◎ <u>コミュニティ保健提供組織が強化された。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> UHC 提供の拡大に向けて郡の行政上の役割強化をするため、プライマリーヘルスケア施設（レベル1施設）をリンクさせた新しいコミュニティヘルスユニット（Community Health Units: CHUs）が設立された。CHUは、コミュニティ保健アシスタント（Community Health Assistant）1名と、村に派遣される保健プロモーター（Community Health Promoter：CHP、以前はボランティアCHVと呼ばれていた）10人から構成される規定になっている。 現地調査では、CHPのアウトリーチ活動が住民への保健にかかる情報の登録、啓発活動において重要な役割を担っていることが確認できた。CHPが住民に対して、トイレや飲み水の管理の啓発を行った結果、水由来の感染症の軽減につながったと報告されていた。（出所：マチャコス郡でのCHPへの聞き取り） 保健省は、CHMTに対して、トレーナー向け研修（TOT）、啓発会議、技術支援に継続的に取り組んでいる。
② FMS の質の向上	<p>△ <u>FMS が実現され、利用者数は増えたが、サービスの質に問題がある。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 2016年にプログラムはNHIFに移行、無償化された。これにより利用者数は激増したが、妊産婦死亡率の減少につながっていない。 産科医療サービスの質には、経済的な格差がある。超音波検査のような特定の医療サービスや、高血圧やマラリアなど妊娠中に起こる一部の医学的合併症などは、FMSプログラムでカバーされていないため、自己負担となっている。 医療施設にNHIFから診療報酬が払い戻される制度となっているが、支払いが遅れているため、医療施設が適切な収益をあげられなくなり、施設で未支払いが生じるなどの悪影響が出ている。サービス提供にも悪影響があり、資金不足に陥ったため、FMSプログラムの下での無料産科サービスの提供を中止せざるを得なくなった民間

	<p>医療施設も出ている²⁷。</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療施設での分娩が、2017年の70%から2020年の78%に増加、1,163,712人の妊婦の登録、784,220件の出産がNHIFプログラムの成果として記録された²⁸。 <p><u>△ 質の高いFMSサービスへのアクセスは、まだ十分に改善されていない。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 多くの妊産婦は、医療施設からかなり離れた場所に住んでおり、産科サービスの料金を支払う余裕がなく、質の高いケアを受ける上で他の障壁に直面している²⁹。 <p><u>△ 新基金への移行は不明瞭。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 2024年7月に終了し、社会健康保険基金（SHIF）に移行することが宣言されたが、事後評価時に具体的にどのように移行していくのか、プロセスが示されていない。
<p>③ HSSF-RBF 対象施設の保健サービスの質の向上</p>	<p>妥当性の項目で示したように、ランニングコストの充当をするプログラムから保健サービスの質の向上の間に、論理構造に飛躍があるため、事後評価時の現状を記載する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>HSSF-RBFは打ち切りとなった。</u>WBによるKenya Health Sector Support Project（KHSSP）が2018年6月30日に正式に終了したため、この基金のために確保されていた郡の口座は閉鎖された。KHSSP後のRBF（Performance-based financing（PBF））の継続の決定は郡に委ねられ、多くの郡はRBF活動をWBの後続事業THS-UCプログラム（Transforming Health Systems for Universal Care）に組み入れたが、施設への支払いやスタッフへの報酬は維持できなかった。
<p>④ 公的医療保障の対象層及び保証内容の拡大</p>	<p><u>◎ プログラムは拡大された。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 2022年1月、NHIF法が改訂され、傘下にあるHISPは、対象者が孤児、脆弱な子どもたちの世帯から、高齢者や重度障害者世帯に拡大された。名称はHealth Insurance Subsidy（HISP-OVC）Programmeとなった。対象世帯は、目標値を超え、2022年6月30日現在、254,368のOVC世帯が対象となっており、合計368,775,878ケニアシリングが給付金として支払われた³⁰。 <p><u>△ 新基金への移行は不明瞭。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 2024年7月にNHIFが終了し、SHIFに移行することが宣言されたが、事後評価時に具体的にどのように移行していくのか、プロセスが示されていない

（注）定性効果の発現状況説明には以下のように記号を付けて示した：◎継続・効果発現が見られる、○継続している、△不十分であるが継続している、×継続されていない。

政策アクションは、両フェーズとも達成された。政策アクションによって、保健財政分析の実施や保健医療施設への資金フロー構築のための法整備案の検討や保健省、財務省への働きかけを行ったことから、本事業は、保健財政および保健医療サービスの提供能力の強化

²⁷ リンダ・ママ・プログラムの実施に関する2022年実績監査報告書

²⁸ Vision 2030 旗艦プログラム/プロジェクト進捗報告 FY 2020/2021

²⁹ International Commission of Justice Kenya Section Report 2024年4月26日付

³⁰ Ministry of Health Sector Working Group Report Medium Term Expenditure Framework (MTEF) for the Period 2023/24-2025/26 ([Health-Sector-Report.pdf](#))

に貢献したといえる。

運用効果指標は、フェーズ1で目指されていた保健サービスアクセスの格差是正に対して、HISPの対象世帯数、FMS利用者数が増加し、施設分娩率も向上したため指標を達成したが、施設で提供されるサービスの質、医療施設への距離や経済的な格差によるアクセスの課題があり、妊産婦死亡率の改善にはつながらなかった。郡政府の保健行政能力の強化については、保健省と郡の調整機能が、不定期とはなっているがフォーラムの開催によって維持されており、郡に設置されたコミュニティ保健管理チームが、家庭訪問を介して保健医療サービスのアクセスの改善や拡大に貢献している。

フェーズ2で目指されていた保健財政・保健医療サービスの提供能力強化に対して、政策アクションのうち、UHC関連文書作成にかかる政策アクションは継続されているが、資金面に関するアクションの継続が限定的となっている。

以上を総括して、事業の実施により、期待されたアウトカムの達成は限定的であったと判断する。



写真2 ナイロビ郡の保健センター



写真3 地方郡保健センターの分娩室
(評価者撮影)

3.2.2 インパクト

3.2.2.1 インパクトの発現状況

両フェーズで設定されていたインパクトは「UHCの推進への寄与」と「社会開発の促進への寄与」であった。加えて、フェーズ2に設定されていた「ケニアの経済の安定への寄与」も分析に含める。

(1) UHCの推進への寄与

事後評価時までの「①政府一般財政支出に占める政府保健支出割合」と「②社会医療保障スキームによってカバーされる人口の割合」から分析をする。

表9 UHCの推進への寄与

指標/年度	基準	目標値	実績				
	審査時	事業完成 2023年	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23
①政府一般財政支出額に占める政府保健支出額の割合	6.7% 2015年	9%	7.2%	8.2%	8.9%	9.3%	N/A
②社会医療保障スキームによってカバーされる人口の割合	19.9%	60%	N/A	89%	46%	55%	N/A

(出所：基準値、目標値は JICA 提供資料、実績値は Ministry of Health Sector Working Group Report Medium Term Expenditure Framework (MTEF) for the Period 2023/24-2025/26)

① 政府一般財政支出に占める政府保健支出割合：目標値は達成された。

経年の政府支出は、徐々に増加している。2021/22 年度に 9.3% となり、目標値の 9% を前倒して達成した (表 9)。ただし、保健省によると、例えば新型コロナウイルス感染拡大に伴う保健セクターへの支出増などがあったため、直接的に UHC への寄与の増分とみなすことはできないと指摘されている。

② 公的健康保障スキームによってカバーされる人口の割合：2022 年前半時点で達成しておらず、目標値の達成は難しい見込みである。

2020/2021 年度に 46%、2021/22 年度は 55% と増加した (表 9) が、保健省への聞き取りによると、目標年の達成は難しい状況にある。新型コロナウイルスの感染拡大により、人々が経済悪化失業や収入減少にみまわれ、保険料の支払いが困難となり、その結果、公的健康保険の加入者数が減少したという悪循環が起きているためである。

(2) 社会開発の促進への寄与

1) NHIF 加入者数

NHIF 加入者数は、年々増加していた。特に、政府補助があるインフォーマルセクターの割合が増えている (表 10)。NHIF に対する特別監査報告によると、過去 3 年度分の財務諸表の分析を行った結果、保険料徴収額が 3 倍に増加した一方で、給付金が同期間に 5 倍増と、NHIF の保険料拠出金に対して、給付金支払額が上回っている。また、加入者の定着率が 44% にとどまっており、安定的な運営ができているとは言い難い状況にある³¹。

表 10 公的保険 (NHIF) 加入者数の推移 (単位：人)

	2020/21	割合	2021/22	割合
フォーマルセクター (給与所得者)	4,645,981	33%	4,821,632	31%
インフォーマルセクター (貧困世帯)	9,295,817	67%	10,637,602	69%
合計	13,941,798	100%	15,459,234	100%

(出所：Ministry of Health Sector Working Group Report Medium Term Expenditure Framework (MTEF) for the Period 2023/24-2025/26)

³¹ [Report of the Departmental Committee on Health on its Consideration the inquiry into alleged Fraudulent Payments of Medical Claims and Capitation to Health Facilities by the National Health Insurance Fund.pdf \(parliament.go.ke\)](#) (2024 年 8 月 10 日アクセス)

2) 主要保健指標

主要保健指数の5歳未満児死亡率と乳児死亡率は改善したが、妊産婦死亡率は、むしろ悪化している。利用者自体は増えたが、サービスの質に問題があることを、保健省 UHC 担当部門が指摘している。

表 11 主要保健指標の変化

指標／年	フェーズ 1						フェーズ 2		
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
5歳未満児死亡率 (対出生千)	48.9	47.5	46.3	45.4	44.3	43.4	43	41.9	41.1
乳児死亡率 (対出生千)	22.1	22	21.9	21.7	21.5	21.3	21	20.7	20.4
WHO:妊産婦死亡率 (対出生 10 万)	507	483	505	490	512	503	530	N/A	N/A

(出所：WHO Mortality database³²)

(3) ケニアの経済の安定への寄与

本事業の資金フローから分析をすることはできなかったが、保健省によると、政府が財政赤字に陥っている中、政府予算ではできなかった能力強化、情報システムの電子化推進を本事業が支援して、政府の負担軽減に貢献したと回答された。

政府支出に占める保健支出の割合と金額、国内総生産（Gross Domestic Product: GDP）に占める保健支出額の割合を表 12 に示した。政府支出に占める保健支出の割合や政府保健支出額は増加傾向にあるといえるが、GDP に占める政府保健支出額の割合は伸びておらず、WHO が目標値として推奨する 5%には及んでいない。

表 12 政府支出に占める保健支出の割合と金額、GDP に占める保健支出額の割合

項目／年	フェーズ(I)						フェーズ(II)	
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
政府支出に占める保健支出の割合	7.8%	8.1%	8.0%	6.8%	7.2%	8.2%	8.9%	9.3%
政府保健支出額 (億 KES)	929	1,095	1,267	1,423	1,600	1,993	2,301	2,608
GDP に占める政府保健支出額の割合	4.9%	4.8%	4.8%	4.0%	4.1%	4.4%	4.5%	4.5%

(出所：Global Health Observatory Data Repository, WHO)

3.2.2.2 その他、正負のインパクト

(1) 環境へのインパクト、住民移転・用地取得

両フェーズとも、実施に伴う環境へのインパクトについては、「国際機構環境社会配慮ガイドライン」(2010年4月公布)により、環境への望ましくない影響は最小限と判断されるため、カテゴリ分類 C であった。住民移転・用地取得は想定されていなかった。いずれについても負のインパクトは報告されていない。

³² [WHO Mortality Database - WHO](#) (2024年8月10日アクセス)

(2) ジェンダー

フェーズ1では、FMSプログラムによるインパクトが期待されていた。フェーズ2は、母子保健を含む基礎的な保健医療サービスの提供を通じて母子保健指標の改善を支援する事業であることから、JICAによるジェンダー分類により「ジェンダー活動統合案件³³ Gender Informed (Significant) : GI(S)」とされていた。FMSプログラムで産科保健サービスの無償化により、サービス利用者数は増加した。ただし、サービスの質やアクセスの問題から、妊産婦死亡率の改善といった期待されたインパクトの発現には至っていない。

(3) 公平な社会参加を阻害されている人々

本事業を通じて、HISP等がケニア国内で促進されることで、低所得層の医療施設へのアクセスが向上し、貧困削減に貢献することが見込まれていた。ケニア政府は、2022年1月にHISPを改定し、対象者が孤児、脆弱な子どもたちの世帯から、高齢者や重度障害者世帯にも拡大された。HISPはフェーズ1で実施促進が意図されていたプログラムであることから、より広い貢献がもたらされたことが推測される。

(4) 社会的システムや規範・人々のウェルビーイング・人権、その他正負のインパクト

両フェーズとも、審査時の想定は特になく、実施中・事後評価時において、想定外のインパクトの発現も確認されなかった。

UHC推進への寄与について、経年の政府保健支出は増加傾向にあり、政府一般財政支出に占める政府保健支出割合は前倒しで目標値を達成したといえるが、その一方で、社会医療保障スキームによってカバーされる人口の割合は目標達成に至らなかった。

公的保険は、政府補助があるインフォーマルセクターの加入者数が増えた。貧困層への裨益が拡大されたことでUHC達成の促進につながったといえるが、保険料を支払っているフォーマルセクター加入者の流出の要因にもなっており、加入者の継続率の低さが課題ともなっている。また、公的保険の基金管理団体に多くの問題が発覚したため、他組織が設立され、基金は新設された組織が担うこととなっている。事後評価時において移行段階にあるため、その効果は概ね維持される見通しであるが、混乱の影響が拡大しないよう、早急に対応される必要がある。その他のインパクトについては、負の影響はほとんどないと考えられる。

以上より、本事業の実施による効果の発現は計画と比して一定程度しか確認できず、有効性・インパクトはやや低い。

3.3 持続性（レーティング：付与しない）

本評価では、評価が可能な「政策・制度」、「組織・体制」、「財務」、「リスクへの対応」のみを分析対象として、持続性のサブレーティングは付与しない。

³³ プロジェクト目標や上位目標にジェンダー平等推進や女性のエンパワーメントにかかる目標を直接掲げていないが、ジェンダー平等や女性のエンパワーメントに資する具体的な取り組みを明示的に組み入れている案件。

3.3.1 政策・制度

(1) 政策面の持続性

事後評価維持の国家開発政策は「Vision 2030（2008年～2030年）」と「第4期中期計画（MTP IV 2023～2027）」、保健セクターの中期政策は「ケニア保健セクターレポート 2024/25-2026/27 中期支出枠組み」で、いずれも、UHCの確保を優先課題に位置付けて、保健人材の確保や医療サービス施設へのアクセス向上などの関連プログラムを示している。

2022年9月に発足したルト大統領による新政権でも、UHC達成は優先課題（BIG 4 Agenda）として示されている。2023年10月には、大統領のイニシアティブによって、UHC達成に向けて保健政策と資金調達環境を改善する取り組みとして、以下の4つの法案に大統領が署名をした。以上から、政策面の持続性は担保されているといえる。

プライマリーヘルスケア法（The Primary Health Care Act, 2023）：PHCの提供、アクセス、管理のフレームワークを設立し、医療サービスを公平に配分できるようにする。
社会健康保険法（The Social Health Insurance Act, 2023）：国民健康保険の適用範囲から、雇用状況の条件をなくしてケニア国民全員に拡大した。また、国家健康保険基金（NHIF）を廃止し、代わりに「PHC基金」、「慢性疾患、緊急疾患、重篤疾患基金（Chronic, Emergency and Critical Illness Fund）」、「社会健康保険基金（SHIF）」の3基金を新設し、その管理を担う社会保健局（SHA）を設立する。
The Facility Improvement Financing（FIF）Act, 2023：医療施設に、利用料、保険金、その他の収入源から集めた収入を管理する財政的自主権を与える根拠法。以前は、PHC施設からの収入は郡収入基金に統合されていたために生じていた支払いの遅延や、郡レベルで医療以外の支出への流用をなくすことを目指している。
The Digital Health Act, 2023：統合されたデジタルヘルス情報システムの設立、データガバナンス強化、および個人の健康情報の保護を確立することを目的としている。

(2) 制度面の持続性

2023年10月に大統領が署名をした社会健康保険法に基づき、1965年に設立されたNHIFは廃止となり、UHCに貢献する資金を管理するためにSHAが新設されることとなった。

移行が決まった背景には、診療報酬の不正受給、NHIF組織内の用途不明金などの問題に加えて、保険加入者数や保険料収入不足という課題があった。また、NHIFは、給与額に応じた天引きによって保険料を徴収する方法がとられていたので、制度への自営業者の加入を促すことが難しいという課題があった。新組織では、収入に応じた徴収額が設定されるため、適用範囲が拡大されることになっている³⁴。

移行に向けたプロセスとしては、2024年2月に設立された移行委員会（Transition

³⁴ 保健省アドバイザーへの聞き取り

Committee)、NHIF、SHA と保健省が協議を行い、法律で定められた 12 か月以内に新基金への移行を完了させていくこととなっている。移行委員会は、法的小および制度的枠組み、資産と負債、人的資源と年金、その他の職員給付に関するガイドラインと運用メカニズム、および NHIF を解散するための明確なロードマップの策定を行っていきとされている³⁵。しかし、移行プロセスは、急速な実施と準備不足の認識により批判にさらされた。導入後に、多くの医療施設が、新システムへの急激な移行により運営上の課題を経験した。国民への周知が不十分だったため、特に、全国の多くの母親にサービスを提供してきた FMS プログラムについて、医療施設の間で不確実性が広がった。

2024 年 10 月 1 日に、正式に SHA の業務が開始されたが、加入者の登録データが旧組織から引き継がれていないため保険による治療を受けられない、周知不足のために医療施設の半数以上が SHA に登録をしていないといった混乱も生じていた³⁶。医療施設側が登録をためらう理由として、NHIF から病院側への診療報酬の未払金 300 億 KHS (約 350 億円) があり、その対応が宙に浮いていたことがあった。2024 年 10 月半ば、未払い分は、ケニア政府が肩代わりをすることが発表されたが、政府から医療機関への支払いや医療機関の登録は途上となっている³⁷。

このように、制度面は移行期にあり、前基金の問題を解消できる制度となり、持続性が保持されるか不明である。

3.3.2 組織・体制

(1) 実施機関

フェーズ 1 においては、保健省内で本事業の監理は政策・計画・保健財政局、フェーズ 2 では、保健省内に設立された UHC 調整局が担当していた。財務省は、資源動員局が案件監理、モニタリングに携わっていた。

事後評価時には、保健省の組織・人員が大幅に改変された。2024 年 8 月に保健省の組織改編があり、組織全体が医療サービス部 (Department of Medical Services) と公衆衛生・基準部 (Department for Public Health and Professional Standards) に分割された。UHC 関連の業務を担うのは、公衆衛生・基準部の保健セクター調整・研究局 (Health Sector Coordination & Research Directorate) で、その下に保健セクター調整・政府間関係課 (Health Sector Coordination & Intergovernmental Relation Division) と国際保健関係課 (International Health Relations Division) が設置された。前者は、UHC も含めた政府機関や郡との調整、後者はドナー間の調整を担っている。

財務省内では、UHC に向けた財源を検討する実施主体ではなくなっていた。一般会計から保健セクターへの予算の振り分けは、毎年度、各省からの申請を受けて担当部署が審査を

³⁵ [Social Health Authority \(SHA\) kicks off registration – USAID HERO \(ku.ac.ke\)](#)

³⁶ [SHIF mess: How transition to new healthcare system was bungled | Nation](#), [More than half of private hospitals yet to register on SHA portal | Nation](#)

³⁷ [State to pay hospitals Sh30bn owed by NHIF | Nation](#)

する通常の体制に戻っていた。

(2) 郡レベルの組織・人事

保健省によると、郡レベルでも知事選挙や郡のリーダーの交代、それに伴う人事異動が頻繁であるため、計画的に人材の能力強化を行っていくこと、また、研修を受けた人材が定着せず、継続性を保つことが難しいと回答された。

(3) 基金管理組織

前項の制度面に示したように、基金管理団体は NHIF から SHA へと移行されたが、まだ、移行期にあり、制度面や組織としての体制も不明な点が多い。

このように、中央・地方レベルとも、政治状況の影響を受けて組織改編や人事異動が頻繁に起きているため、組織・体制面の持続性を担保していくことが難しいと予測される。SHA は設立されたばかりで、まだ NHIF からの移行期にあるため、組織面の持続性について判断ができない。

3.3.3 財務

(1) 国・保健省

国家歳入と歳出の推移を表 13 に示した。いずれの年度も歳出が歳入を超過している。2020 年 5 月には、国際通貨基金 (IMF) がケニアの過剰債務 (Debt Distress) リスク評価を「中」から「高」に変更。米国格付け会社のムーディーズ・インベスターズ・サービスも、「B2 安定」から「B2 ネガティブ」に格下げした。ケニアの公的債務は、8 兆 4,000 億ケニアシリングで、対 GDP 比率は 76%に達する見込みであった³⁸。

表 13 ケニアの歳入と歳出の推移 (単位：10 億 KES)

年度	(I)				(II)				
	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24
歳入	1,250	1,424	1,515	1,675	1,753	1,775	2,231	2,384	2,725
税	1,112	1,253	1,312	1,440	1,428	1,485	1,837	1,960	2,160
税以外	110	144	176	204	306	254	363	400	542
ドナー支援	28	27	28	30	20	37	31	23	22
歳出	1,777	2,164	2,111	2,390	2,565	2,706	3,023	3,218	3,605
経常支出	1,029	1,219	1,320	1,500	1,645	1,767	2,135	2,309	2,678
郡への 交付金	264	285	306	360	325	391	352	416	380
開発資金	484	660	486	529	595	549	536	494	546
歳入－歳出	-527	-740	-597	-715	-812	-931	-792	-835	-881

(出所：ケニア中央銀行 政府財政統計³⁹)

³⁸ [経済の回復が見込まれるも、多額の債務や安全保障に課題 \(ケニア\) | 2021 年アフリカビジネスの注目ポイント - 特集 - 地域・分析レポート - 海外ビジネス情報 - ジェトロ \(jetro.go.jp\)](#) (2024 年 8 月 15 日アクセス)

³⁹ Government Finance Statistics | CBK (centralbank.go.ke) (2024 年 10 月 30 日アクセス)

保健省の予算の推移は妥当性の「3.1.1.2 開発ニーズとの整合性」の項目に示したが、必要な財源が利用可能な財源の金額を経年で上回っている。

(2) 公的医療財政の管理組織

2024年10月1日、以前のNHIFの役割に代わりUHCを保証する新しいシステムがSHAにより導入された。SHAの実績については、事後評価時に十分な情報がないため判断ができないが、NHIFの運営管理に大きな問題があったことが移行の要因であった。

3.3.4 リスクへの対応

審査時に挙げられていたリスクは、ケニアの政治経済状況であった。事後評価時には、国民の間に国内の政治や経済状況への不満を示すデモが頻発しており、悪化した場合には中央・地方政府に影響が及ぶ可能性は否めない。

ケニア政府が、財政赤字削減に向けて生活必需品への増税案発表したところ、若者を中心とした抗議活動に発展した。2024年6月25日には暴徒化したデモ隊が国会に突入し、治安部隊の発砲で数十人の死者がでる事態ともなった⁴⁰。反政府批判を受けて、大統領は内閣改造を行ったが、うち、10人がポストを入れ替えただけの再任用で、国民の評判は芳しくない。新聞などで閣僚の資産が公表されているが、多くの資産を持つ閣僚候補に国民の不満は収まる気配は見られなかった⁴¹。組織改編や人事異動につながるような場合、また、保健支出の削減決定などに及べば、本事業の効果へのリスクとなる可能性がある。

以上のように、国家・保健セクターの中長期政策や大統領のイニシアティブにより、政策面の持続性は確保されている。制度面は国民健康保険の基金管理を担ってきたNHIFに多くの問題が発覚したため、SHAが新設された。事後評価時は、まだSHAにかかる情報は限定的で、前基金の問題を解消できる制度、体制、財務的な持続性が担保できるのか不明である。保健省、郡保健局は、組織改編や人事異動が頻繁に起きているため組織・体制面、加えて財務的な持続性の担保が難しい。また、政治経済状況に対するデモが国内で頻発していることから、持続性へのリスクが懸念される。

⁴⁰ [ケニア大統領が内閣改造に着手 反政府デモ沈静化見えず：東京新聞 TOKYO Web \(tokyo-np.co.jp\)](#) (

⁴¹ 2024年08月13日付ジェトロビジネス短信 <https://www.jetro.go.jp/biznews/2024/08/87d6f6c17f90ccdd.html>

4. 結論及び提言・教訓

4.1 結論

本事業は、ケニアにおける UHC 達成を支援する DPL プログラムであった。フェーズ 1 では、UHC 推進の方向性策定、中央・郡の基盤形成と、三大 UHC 関連プログラムの拡充を支援することを通じて、保健サービスへのアクセスに係る経済的および物理的格差の是正を図り、もって UHC の達成とそれによる社会開発の推進に寄与することが目指されていた。

フェーズ 2 では、政策対話や財政支援を通じて UHC の達成における優先順位の高い政策等の実行を支援し、保健財政及び保健医療サービスの提供能力の強化を図ることにより、UHC の達成と、経済の安定及び社会開発の促進への寄与することが目指された。

審査時から事後評価時のケニアの開発政策や保健セクターの方針、開発ニーズに対して、本事業の十分に合致していた。本事業のフェーズ 1 の計画では、政策マトリックスの構造や指標に論理的な問題が見られた。フェーズ 2 では、前フェーズの教訓も踏まえて、DPL の制約がある中で、資金が意図した活動に向けられる仕組みが作られた。しかしながら、フェーズ 1 実施による効果の把握やモニタリングにかかる課題は、事後評価時にも残る形となった。

審査時の日本の開発協力方針と本事業は整合的であった。内的整合性は、審査時に想定された連携がとられ、効果発現があったが、他ドナー事業とは調整にとどまったため外的整合性は確認できなかった。以上より、妥当性・整合性はやや低い。

有効性については、両フェーズの政策アクションは達成されている。フェーズ 1 の運用効果指標は達成されたが、主要保健指標の妊産婦死亡率の改善にはつながらなかった。フェーズ 2 による保健財政・保健医療サービスの提供能力強化に対して、資金面に関するアクションの継続が限定的となっている。インパクトは、政府一般財政支出に占める政府保健支出割合は前倒しで目標値を達成したが、保険でカバーされる人口の割合は目標達成に至らなかった。以上より、有効性・インパクトはやや低い。

本事業の持続性については、分析可能な項目のみを対象とするが、UHC の基金管理機関が移行期にあるため、制度、組織・体制、財政、リスク対応については、留意が必要である。

4.2 提言

4.2.1 実施機関への提言

なし。

4.2.2 JICA への提言

なし。

4.3 教訓

対象プログラムや管理組織のモニタリングの必要性

本事業のフェーズ1の目的は、UHC 三大プログラムの実施を推進させ、UHC の達成に寄与することとされていた。よって、政策アクションの対象プログラムについては、その実施状況を把握するとともに、プログラムの基金運営管理組織が適切な機能を果たすよう、保健省による同基金の監督状況についてもモニタリングしていく必要があったと思われる。政策アクションの対象プログラムを基金運営組織が実施していく場合、実施機関による監督状況をモニタリングすることが望ましい。

政治経済状況が不安定な国の事業におけるリスクにも備えた対応案の検討

審査時から事後評価時まで、経済的に厳しい状況にある上、選挙によって頻繁に人事や制度の変更が宣言される、他ドナーのプログラム拠出停止などによる影響を受けるといった可能性も大いにある国においては、審査時点で起こりうるリスクを洗い出し、その対応案についても検討しておくことが望ましい。

5. ノンスコア項目

5.1 付加価値・創造価値

なし。

以上

添付1：フェーズ1 政策マトリックス

事業目的：ケニアにおいて重点政策課題とされているUHCの達成に向けてI,II,IIIを促進することによって、保健サービスへのアクセスに係る経済的及び物理的格差の是正を図り、持ってケニアのUHCの達成とそれによる社会開発の推進に寄与する。

(計画) 事業対象期間2014年1月～2015年12月
 事業完了～貸付完了 2016年1月を予定
 ケニア会計年度7月～6月

政策分野	第一トランシェ分 政策アクション (プライヤーアクション)		第二トランシェ分 政策アクション (トリガー)		ケニア側実施主体・主なドナー		JICA他事業・ドナーの事業との連携		確認事項	運用・効果指標			事後評価時までの状況 (◎継続・効果発現が見られる、○継続している、△不十分であるが継続している、×継続されていない)
	計画	政策アクションの達成状況	計画	政策アクションの達成状況	審査時の想定 (審査調査書策定時2015年7月)	審査時の想定	実績	実績	基準値	目標値	実績	継続・発現状況	
	2015年2月までに達成	2015年2月までに達成済み	2015年12月までに達成予定	2015年12月までにほぼすべてを達成	ケニア側主体	主なドナー	連携・協力	連携・協力	事業完了～事後評価時	2013年実績値	事業完成2年後 (2018年)	事業完成2年後 (2019年)	事業完了～事後評価時
I. UHC関連の各種政策文書の作成 (政策アクション数5)													
1	保健政策	① 新憲法での地方分権化策を反映させて保健政策の作成	(達成) 2015年2月ドラフト版に署名			保健省政策・計画・保健財政局、保健セクター・政府調整局	JICA	JICA専門家 (内借款案件形成/保健財政) ・UNCロードマップの作成に協力済。 ・UHC Steering Committeeの場で各種政策文書に対する技術的インプットを提供する。	(想定通り実施) ・保健省のUHC Secretariatと連携して各種文書の作成を支援した。 ・他ドナー機関とのSteering Committeeへの技術的インプットは想定どりに実施された。	保健政策の作成、その後の更新			◎ 保健政策が更新された National Health Policy 2014-2030 (2014年7月) Kenya Health Financing Strategy 2020-2030
2	五ヶ年保健戦略投資計画 (Kenya Health Sector Strategic and Investment Plan 2014-2018)	② UHC達成に向けたケニア政府の財政負担計画を含む五ヶ年保健戦略投資計画の作成及び関係者との協議の実施	(達成) 2015年2月ケニア保健指導会議のコメントを取り入れてKHSSP2014-2018を改訂	⑥ UHC達成に向けたケニア政府の財政負担計画を含む五ヶ年保健戦略投資計画の承認	(達成) 保健省のPrincipal Secretaryにより承認された	保健省政策・計画・保健財政局	WB, GDC, USAID			五ヶ年保健戦略投資計画の作成・承認、その後の更新	—		◎ 5ヶ年保健戦略投資計画が更新された Kenya Health Sector Strategic Plan 2018-2023 HEALTH SECTOR REPORT MEDIUM TERM EXPENDITURE FRAMEWORK (MTEF) FOR THE PERIOD 2024/25-2026/27 (2023年12月)
3	UHCロードマップ	③ 2030年のUHC達成に向けたUHCロードマップの作成及び開発パートナーとの共有	(達成) 開発パートナーとの共有は遅れたが、達成された。 ロードマップの実業が作成され、2015年2月に保健省内での詳細検討、2016年5月UHC運営委員会で共有された。	⑦ 保険財政戦略の作成及び最低限提供されるべき保健サービスの大枠の決定	UHC 2018-22ロードマップが正式に承認された。(出所: WHO UHC partnership) https://extranet.who.int/uhcpartnership/country-profile/kenya	保健省政策・計画・保健財政局	Social Health ProtectionNetwork(P4H), WB, USAID,JICA, German DevelopmentCooperation (GDC),WHO			UHCロードマップの作成・承認、その後の更新 *ヘルスケア財政戦略草案は正式に承認されたか。			◎ 作成後、ロードマップの更新はされていないが、保健財政戦略にロードマップの内容が反映され、一定の継続性が保たれている。 UHC 2018-22 Roadmapが作成、承認された。 UHC達成に向けたロードマップの更新はされていないが、セクター全体の保健財政戦略に組み込まれている。
II. UHC関連プログラムのマニュアル作成とケニア政府予算の確保 (政策アクション数4)													
4	健康保険補償プログラム (HISP)	④ HISP実施マニュアルの最終化	(達成) WBのKHSSPプログラムが実施マニュアルを作成、2014年9月にJICAに提供された。					WB Health Sector Support Project ・UHC関連プログラムへの資金・技術協力	WBによるKenya Health Sector Support Project (KHSSP)の実施、資金協力	HISPマニュアル			△ 新基金によるシステムに移行されるため、プログラムの内容や予算、移行プロセスがどうなるのか不明 2024年7月に終了し、社会健康保険基金 (SHIF) に移行することが宣言されたが、事後評価時に具体的にどのように移行していくのか、方針が示されていない。 ◎ プログラムは拡大された。 2022年1月、NHIF法が改訂され、傘下にあるHISPは、対象者が孤児、脆弱な子どもたちの世帯から、高齢者や重度障がい者世帯に拡大された。名称はHealth Insurance Subsidy (HISP-OVC) Programmeとなった。対象世帯は、2022年6月30日現在、254,368のOVC世帯が対象となっており、合計368,175,878ケニアシリングが給付金として支払われた。(出所: MTEF HS WG Report)
5	無料産科サービス (FMS)	⑤ FMSコンセプト・ノートの作成及びFMS実施に係るケニア政府の予算 (2014/15) の確保	(達成) 2014/15年度のFMSの予算が確保・提供された。審査時までに保健省によってコンセプトノートが作成された	⑧ (現状分析結果を反映した) FMS実施マニュアルの作成及びFMS実施に係るケニア政府の予算 (2015/16) の確保	(達成) 無料産科サービス (リンダマプログラム) への移行に対応するFMS実施マニュアルが作成された。2015/16年度予算が確保・提供された。	保健省政策・計画・保健財政局、NHIF	WB			FMS予算額と支出額 * 予算確保にかかる課題への対応はどうか。 * 予算確保は継続できているか。			△ 無償産科ケア (リンダマ) プログラムが実現され、予算も確保されたが、資金のシステムに問題がある。 ・2016年にプログラムはNHIFに移り、無償化された。これにより利用者数は増加したが、妊産婦死亡率の減少につながっていない。 2024年7月に終了し、社会健康保険基金 (SHIF) に移行する方針が示されたが、事後評価時において、具体的な進捗はない。 ・2022/2023年度には、120万人以上の妊婦がリンダマプログラムに登録、出産件数は927,102件で、うち、出産件数の84%は熟練した医療従事者が立ち会った出産だった。この割合は2021/22年度の65%から大きく躍進したといえる。プログラムの受給者の65%が少なくとも4回のANC訪問に参加した。(出所: MTEF Health Sector Report) 一方、熟練した産科医療サービスを求める際に依然として経済的なハードルがある。超音波検査や、高血圧やマラリアなど妊娠中に起こる一部の医学的合併症などは、プログラムでカバーされていないため、自己負担となっている。 ・プログラムの下で医療施設にNHIFから費用が払い戻される制度となっているが、返金が遅れているため、医療施設が適切な収益をあげられなくなり、施設で未払いが生じるなどの悪影響が出ている。サービス提供にも悪影響があり、資金不足に陥ったため、プログラムの下の無料産科サービスの提供を中止せざるを得なくなった民間医療施設も出ている。 (出所: リンダマプログラムの実施に関する2022年実績監査報告書) △ 新システムに移行されるため、無料産科サービスプログラムがどうなるのか不明 ・社会健康保険基金 (SHIF) への移行に伴い、無償産科サービスのプログラムの継続はどうなるのか、産科サービス提供施設には具体的な情報は知られておらず、混乱が生じている (出所: マチャコス都医療施設での聞き取り) △ サービスへのアクセスは、まだ十分に改善されていない。 ・「包括的評価報告書: ケニアの分権化保健システムにおける無料産科サービス (FMS) プログラムの実施状況: 保健省」では、「多くの女性は依然として医療施設からかなり離れた場所に住んでおり、産科サービスの料金を支払う余裕がなく、質の高いケアを受けようとする他の障壁に直面している」と指摘している。(出所: International Commission of Justice Kenya Section Report* 2024年4月26日付)
6	保健セクターサービス基金 一次保健施設・成果運動型交付金 (HSSF/RBF)	⑥ (各保健施設の評価方法を含めた) 乾燥・半乾燥地におけるHSSF-RBFの実施のためのマニュアルの作成と対象カウンティへの共有	(達成) マニュアルが作成され、2017年2月保健省により承認された。マニュアル草案段階でASAL20部と協賛的に共有された。			保健省政策・計画・保健財政局	WB			マニュアル作成、共有されたカウンティ数 * 共有方法が妥当であったのか、十分であったのか。			× 継続されていない。補助金は終了、一部の活動は他プログラムに移した ・WBの支援を受けていたが、2020年に交付金は終了した。(出所: 保健省への質問票回答) ・WBによるKenya Health Sector Support Program (KHSSP) が2018年6月30日に正式に終了したため、この基金のために確保されていた部の口座は閉鎖された。KHSSP後のRBF (Performance-based financing (PBF)) の継続の決定は部に委ねられ、多くの部はRBF活動をWBの後継事業THS-UCプログラム (Transforming Health Systems for Universal Care**) に組み入れた。施設への支払いやスタッフへの報酬は維持できなかったが、サービス提供指標のモニタリングは継続されている。Kenya Medical Training College (KMTCC) の看護師の研修はTHS-UCが引き継いだ。(出所: PCR(II))
III. カウンティ政府を主体とした保健システムの強化 (政策アクション数4)													
7	保健行政の機能強化	⑦ 保健省保健セクター・政府調整局の役割の明確化	(達成) 2015年1月に保健セクター・政府調整局が設立され、役割が明示された。	⑧ カウンティレベルにおける保健システム・マネジメント分野の研修ニーズアセスメントの実施	(達成) 2015年3月～5月に研修ニーズアセスメントが実施された。	⑦保健省政策・計画・保健財政局、保健セクター・政府調整局 ⑧保健省総務局人材開発ユニット、基準・質の向上局、政策・計画・保健財政局	⑦JICA, WB (予定) ⑧WHO, WB, UNICEF, USAID, JICA, GIZ	JICA技術「地方分権下におけるカウンティ保健システムマネジメント強化プロジェクト」で支援中	JICA技術協力プロジェクトは、終了に近い時期に連携を行う指示があったため、研修マニュアルの提供をすする程度の連携となった。	行政役割の明確化 * 役割は継続しているか。 * アセスメントにより、どのような内容のニーズがあったのかカウンティでの研修ニーズ			◎ 保健省の組織改編があったが、保健セクター・政府調整局の機能は継続されている。部との調整機能も継続されている。 ・2023年政府構造によって、保健省の組織は、医療サービス部 (Department of Medical Services) と公衆衛生・基準部 (Department for Public Health and Professional Standards) に改編された。保健セクター・政府調整局は、リサーチ部門と一体的に公衆衛生・基準部Health Sector Coordination & Research Directorate傘下に置かれ、Health Sector Coordination & Intergovernmental Relations Divisionになった。ドナー調整は、International Health Relations Divisionに引き継がれている。 ・Health Sector Inter-Governmental Affairs (HSG/IGA) は、内閣官房長官と各部の知事、郡レベルセクター代表で構成されている。保健省の担当はHealth Sector Coordination & Intergovernmental Relations Divisionで、四半期ごとに保健フォーラムで調整が行われている (ただし、実際の開催は、予算不足のため、四半期ごとの開催は難しい状況にある) ◎ 郡レベルでは、UHC拡大に向け、PHCに特化したユニット、家庭訪問のスタッフが置かれた。その研修ニーズに対応している。 ・UHC提供の拡大に向けて郡の行政上の役割強化をするため、プライマリヘルスケア施設 (レベル1施設) とリンクさせた新しいコミュニティヘルスユニットが設立された。人口5,000人当たりのユニットが設置されることがめざされ、目標としていた全国8663ユニットに対し、2023年6月時点でその数を上回る8778ユニットが形成された。(出所: MTEF Health Sector Report) ・コミュニティヘルスユニットには、Community Health Assistant1名と、村に派遣される保健プロモーター (Community Health Promoter: CHP、以前はボランティアCHVと呼ばれていた) 10人が置かれる規定になっている。全国47郡合計で3万人が募集された。この研修ニーズに対して、保健省コミュニティ保健局 (Division of Community Health) は、2019/2020年年度にCHVの訓練の支援をした。(出所: 保健省への質問票回答)
8	コミュニティヘルスの強化	⑨ コミュニティヘルスサービス標準書の保健省内での最終化	(達成) 2015年2月最終化された標準書が承認を受けた。	⑩ コミュニティヘルスサービス標準書の保健省及び各カウンティ政府への周知	(達成) 2015年2月に保健省局長レベルへの周知、2015/16年度に25郡での普及会議、2016年3月全国普及ワークショップが開催された。			JICA技術「コミュニティヘルス戦略強化プロジェクト」(終了)で標準書ドラフト作成支援		標準書作成、周知されたカウンティ数 * 共有方法が妥当であったのか、全国普及は十分にされたか。			◎ 郡への周知活動は継続している ・保健省と郡の代表による保健フォーラムの場、MoH Website、開発ドナーによる郡での活動を通して、周知が行われている。(出所: 保健省への質問票回答)

* <https://icj-kenya.org/news/kenyas-uncertain-path-to-free-maternal-health/#:~:text=In%202016%2C%20the%20government%20transferred,NHIF%2C%20renamed%20the%20initiative%20Linda>
 ** <https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/project-detail/P152394> (2016年6月～2023年9月)

事後評価「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成のための保健セクター政策借款
(フェーズ 1) 及び (フェーズ 2)」に係る JICA 事業担当部見解

1. 総論

事後評価報告書では、本事業フェーズ 1 における「事業計画やアプローチ等の適切さ」のうち、「効果の把握やモニタリング」に関し課題があったとされている。具体的には、同報告書 8-9 ページの「政策マトリックスの論理構造」、「アウトカム指標と効果分析のギャップ」及び「制度や資金源の不安定さ」への指摘が記載されている。事業担当部としては、「効果の把握やモニタリング」に関し、下記 2 に記載のとおり適切に計画及び実施されていたと考える。また、教訓として挙げられている「対象プログラムや管理組織のモニタリングの必要性」についても、本事業において実施した事項として、補足説明を下記 3 のとおり申し添える。

2. 「効果の把握やモニタリング」に関する事業部見解

(ア) 政策マトリックスの論理構造

【報告書の記載】

フェーズ 1 の計画では、UHC (ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ) 三大プログラム (①FMS : 無料産科プログラム、②HISP : 健康保険補填プログラム、③HSSF : 保健セクターサービス基金) の拡充によって、保健サービスアクセスの経済的・物理的格差の是正を図ることが目指されていた。①は予算の確保までが政策アクションとなっていたが、②HISP と③HSSF はマニュアル作成に留まり、具体的に予算を振り向けるアクションが含まれていなかった。また、三大プログラムの③の定性的効果として「HSSF (保健セクターサービス基金) 対象施設の保健サービスの質の向上」が期待されていたが、③は施設のスタッフの給与や運営費用といったランニングコストを補填するプログラムであったため、保健サービスの質の向上の発現に至るまでには、数段の論理的な段階が必要であった。

【事業担当部見解】

一つ目の下線部について、「開発政策型借款 (Development Policy Loan, DPL)」においては、政策の実施を促進するために重要な取り組みを政策アクションとして位置づけ、それをディスバースの条件とすることで、当該政策分野への実質的な人的・資金的リソースの配分を含め、政策の実質的な推進を後押しすることを目的としている。②HISP 及び③HSSF-RBF については、必要な予算が確保できる見通しが立っていたため、予算を振り向けるアクションを設定する必要がなかった。②HISP に関しては、運用・効果指標である受益世帯数について、目標値である 42,800 世帯をはるかに超える 253,000 世帯が 2022 年に受益しており、また③HSSF-RBF についても、運用・効果指標である対象施設数について、目標達成期限の 2018 年より前の 2016 年において目標値を達成した。すなわち、これら②・③のプログラムへの予算の確保を政策アクションにせずとも、目標達成に十分な予算が確保され、期待以上の成果を挙げたことを示している。

二つ目の下線部について、評価者はランニングコストの補填が保健サービスの質の向上には直結

しないと捉えているが、事業担当部としては、「保健サービスの質の向上」には保健施設の清掃状況等の施設運営改善も含まれており、③HSSF-RBF（成果連動型交付金）はこれに直結すると考える。同プログラムは、以下の通り、基礎交付金と追加交付金の二層により構成されており、それぞれ、一次保健施設の施設運営改善を資金的に支援するとともに、これら保健施設の保健サービスの質改善へのコミットメントを引き出す機能も備えているため、保健施設におけるサービスの質向上に関し直接的に機能する。

- 基礎交付金：一次保健施設の清掃・警備員などのサポートスタッフの給与、燃料費、施設改修費、光熱費、アウトリーチ費用等の施設運営費用を（地方政府を通さず）直接、一次保健施設に交付する。一次保健施設は予算が慢性的に不足する傾向にあり、かつ地方分権化後、公的医療施設の運営予算を地方政府が決定できるようになったため、地方政府の保健に対する優先度が低い場合、予算がさらに減少した。基礎交付金によるランニングコストの補填は、一次医療施設が十分な質の保健サービスを継続的に提供するために必要不可欠である。
- 追加交付金：基礎交付金に加え、保健サービスの質に応じて追加で給付される成果連動型交付金。この追加交付金は、最大 6 割を施設スタッフの人件費に充当することが認められており、そのため一次保健施設が保健サービスの質を向上させるほど給与が増えるため、サービスの質を高めるインセンティブとしても併せて機能する。

（イ）アウトカム指標と効果分析のギャップ

【報告書の記載】

アウトカムの定量指標として「①医療施設における分娩率」、「②HISP 受益世帯数」、「③HSSF 対象施設数」が設定されていた。これらの指標は政策分野の一部のみに関連した指標であったため、本事業の政策分野（8 項目）ごとに成果を確認できるレベルの定量的指標を設定すべきであった。

【事業担当部見解】

本事業フェーズ 1 に関し設定された定量的効果指標は、全て政策分野 II（UHC 関連プログラムのマニュアル作成とケニア政府予算の確保：サブ政策分野 4～6）で取り扱う UHC 三大プログラムに直接的に関連する指標ではあるが、これに限定したものではなく、同政策分野の推進にあたり、政策分野 I（UHC 関連の各種政策文書の作成：サブ政策分野 1～3）及び政策分野 III（カウンティ政府を主体とした保健システムの強化：サブ政策分野 7～8）の内容とも関係している。すなわち政策分野 I では、UHC 政策文書等において各 UHC プログラムの位置づけを規定しており、政策分野 II の前提条件として機能する。政策分野 III では、保健行政の機能強化等により保健システム強化を目指しているため、政策分野 II の UHC プログラムの実践段階における効果拡大につながるものである。したがって、3 つの指標（「①医療施設における分娩率」、「②HISP 受益世帯数」、「③HSSF 対象施設数」）は、全政策分野の内容を網羅する成果の指標として設定されているため、プログラム全体の定量的効果の指標として適切であったと言える。

（ウ）制度や資金源の不安定さへの対応

【報告書の記載】

2020年に世界銀行のプログラム完了に伴い、UHC三大プログラムの③HSSFへの補助金は終了した。また、2022年に就任したルト新大統領のイニシアティブにより、NHIFに代わってUHCの基金を担う政府組織の社会保険局（the Social Health Authority: SHA）が設立されることとなった。しかし、SHAへの移行プロセスや、UHCプログラムの内容をどうするのか、保健サービス提供施設側にも具体的な方針は示されないまま、2024年7月に①FMS、②HISPプログラムの終了が宣言された。JICAケニア事務所によると、このような変更が起きることは、想定外であったという。

ケニアではドナーの拠出に依存して事業が形成される場合が多く、事業の存続はドナー側の判断にかかっている。また、国・地方の選挙の結果によって、突然、制度変更が宣言されることも少なくない。拠出先のプログラムの打ち切りや変更もリスクとして想定し、シナリオ案を検討しておくことも一案であったと思われる。

【事業担当部見解】

外部条件等によってプログラムに変更が生じる場合は、関係者間で協議した上で政策アクションを調整することが望ましく、本事業でもフェーズ1の計画段階から変更可能性は想定しており、事業終了後に変更はあったものの結果として想定の範囲内で収まっていると認識している。また、事後評価実施時も含め、SHAの設立に伴う一時的な混乱はあるものの、①FMS、②HISP、③HSSFの各プログラムの内容は維持・継続されていることが確認されており、UHCを推進するケニア政府の政策の方向性を適切に反映した事業計画であったと考える。各プログラムについては、以下の対応がなされている。

- **FMS**：2024年7月時点で、SHA体制下で運営されるプライマリヘルスケア基金（Primary Health Care Fund）及び社会健康保険基金（Social Health Insurance Fund）の診療報酬が公表されており、FMSでカバーされていた産前産後健診及び出産に係る費用はSHAの枠組みにおいても引き続きカバーされることが決定している。
- **HISP**：社会健康保険法（Social Health Insurance Act）において政府による貧困層の保険料補填が定められているほか、評価者が情報収集を終えた2024年10月末以降に、政府の生活保護プログラムであるInua Jamiiプログラムとの連携により貧困層の保険料を負担する旨が保健省より公表されており、従来同様の支援内容が担保されることを確認している。
- **HSSF**：同プログラム自体は終了しているが、2023年に制定された施設改善財政法（Facility Improvement Financing Act）に基づき、SHAによるプライマリヘルスケア基金の枠組みにおいて、保健施設に対する交付金配布は継続されることが決定している。

3. 教訓について

【報告書の記載】

4.3 教訓

対象プログラムや管理組織のモニタリングの必要性

本事業のフェーズ1の目的は、UHC三大プログラムの実施を推進させ、UHCの達成に寄与することとされていた。よって、政策アクションの対象プログラムについては、その実施状況を把握す

るとともに、プログラムの基金運営管理組織が適切な機能を果たすよう、保健省による同基金の監督状況についてもモニタリングしていく必要があったと思われる。政策アクションの対象プログラムを基金運営組織が実施していく場合、実施機関による監督状況をモニタリングすることが望ましい。

【事業担当部見解】

モニタリングについて、事業担当部としては以下の通り実施しているため、補足情報として記載する。

ケニアにおける **UHC** 政策を効果的に推進するため、**JICA** は、本事業による資金協力に加え、**2017** 年より現在に至るまで、保健省に対し専門家を派遣し、**UHC** 政策推進のための技術支援を実施している。同専門家の活動の一環として、保健省及び各種委員会、**NHIF** やカウンティ政府、保健医療施設等に対し、**UHC** 政策の実践状況のモニタリングや促進支援を実施してきた。**NHIF** に関連するものとして、**JICA** 専門家は保健省に対して **NHIF** 関連法案の改正に際する提言や **NHIF** が所管する制度の見直しへの技術的助言を行ったほか、保健省による **NHIF** とのモニタリング協議等にも参加してきた。

以上