

(別添 4)

厚生労働科学研究費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
「ポスト SDGs を見据えた新たな UHC 指標開発に資する研究」

令和 6 年度 分担研究報告書
分担課題 1: 既存の UHC 指標の傾向とその課題点の分析

1-2. 既存の UHC 指標の改訂の方向性および UHC サービス・カバレッジ・インデックスを用いた分析

研究代表者 大澤絵里 (国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部 上席主任研究官)
研究分担者 中西康裕 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官)
野村真利香 (長崎大学大学院 グローバルヘルス研究科 客員研究員)
研究協力者 早坂章 (横浜市立大学大学院 データサイエンス研究科 博士前期課程)

研究要旨

【目的】

本分担課題では、SDGs の UHC 指標であるサービス・カバレッジ・インデックスが何を測定しているのか、その特徴をとらえることを目的とした。

【方法】

WHO が公開している各国の UHC 指標のデータを用い、単純集計、指標間の相関を分析した。また、WHO 西太平洋事務局の UHC モニタリング指標の担当部署のスタッフから、UHC 指標改訂および今後の UHC 指標におけるモニタリングの方向性について情報収集した。

【結果】

国家間での差が大きい分野は、「サービスキャパシティとアクセス」であり、14 サービス指標の中で、最もスコアが低いグループの国が多かったサービスは、「保健医療人材数」であった。「保健医療人材数」は、「産前ケア」や「高血圧治療」との正の関連がみられた。直近の UHC 指標の改訂として、主に「糖尿病への治療」の指標が、血糖値から治療へのアクセスに改訂されること、医療従事者に看護師・助産師が含まれることであった。また、WPRO の取り組みとして、国特有の UHC 指標の開発の検討も進められていた。

【結論】

UHC 指標は、常に現状をよりよく測定するために改善が求められている。今後も、UHC で目指すべきところはどこかを中心に据え、指標の開発を進める必要があり、公開される指標の質や妥当性、社会の中での指標の意味を考え、モニタリングする必要がある。

A. 研究目的

SDGs におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) は、サービス・カバレッジ・インデックス (以下、SCI) として、4 つの分野 (リプロ・母性・新生児・乳幼児の健康、感染症、非感染性疾患、サービスキャパシティとアクセス) における 14 の追跡指標を用いて、世界各国のユニバーサル・カバレッジの進捗をモニタリングしている。UHC では、経済的な負担がかからず、誰もが保健医療サービスにアクセスできる公平な状態をめざしているものの、この 14 の追跡指標のモニタリングは、真に必要な人が必要なサービスへアクセスできているかを測定するには不十分である。そこで、本分担任では、現在 SDGs の指標となっている SCI が一体何を測定しているのか、その特徴をとらえることを目的に、公開されている UHC 指標のデータセットの作成、分析を行った。さらに UHC 指標について、関係者から最新の情報を収集した。

B. 研究方法

<方法 1>

WHO が公開している世界各国の UHC 指標のデータセットを統合し、それら指標の単純集計、指標間の関連について、195 か国を対象に分析をした。分析に使用したデータは下記の通りである。今年度は、最新の 2021 年のデータを使って分析をした。

指標名	公開元	データ年	ダウンロード元	アクセス日
UHCSCI	WHO	2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019, 2021	[1]	2024-12-23
リプロ・母性・新生児・乳幼児の健康	WHO	2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019, 2021	[1]	2024-12-23
感染症	WHO	2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019, 2021	[1]	2024-12-23
非感染性疾患	WHO	2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019, 2021	[1]	2024-12-23
サービスキャパシティとアクセス	WHO	2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019, 2021	[1]	2024-12-23
14 の追跡指標*	WHO	2021	[1]	2024-12-23

[1] <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>

*家族計画、産前ケア、予防接種 (3 種混合)、急性呼吸器感染症のケア、結核治療、HIV 治療、マラリア対策、基礎的衛生、高血圧治療、糖尿病治療、喫煙率、ベッド数、保健医療人材数、国際保健規則スコア

<方法 2>

WPRO (WHO 西太平洋事務局) の UHC モニタリング指標の担当部署のスタッフとミーティングをもち、WHO および WPRO において今後の UHC 指標におけるモニタリングの方向性について確認した。

ミーティング日程：2025 年 4 月 16 日

ミーティング参加者：

(日本側) 大澤絵里, 中西康裕, 野村真利香

(WPRO 側) Health Information and Digital Health, Data, Strategy and Innovation (DSI) Division 担当者

ミーティングトピック：WHO/WPRO における既存の UHC 指標および新規 UHC 指標に関する考え方について

(倫理面の配慮)

二次データによる分析のため、該当なし。

C. 研究結果

<研究 1>UHCSI データの分析

分析結果は、別添表 1～表 11 の通りである。

(1) 総合指標, 4 分野指標, および 14 の追跡指標のスコア記述統計量 (表 1～表 5)

総合指標の平均値は 65.3, 中央値 69.0, 最頻値 75.0, 最小値 27.0, 最大値は 91.0 であった。4 分野のうち, 最も平均値が高かった分野は「リプロ・母性・新生児・乳幼児の健康 (以下, RMNCH)」, 最も平均値が低かった分野は「非感染性疾患以下, NCD)」であった。「サービスキャパシティとアクセス (以下, SCA)」は, 10-90 パーセンタイル範囲の幅が最も大きかった (22.0-95.5)。

14 の追跡指標の分析結果は, RMNCH の中では「予防接種 (3 種混合)」が最も平均値が高く (75.7), 最も平均値が低かったのは「家族計画」(63.4) であった。家族計画は, 10-90 パーセンタイル範囲の幅も最も大きかった (36.0-80.0)。感染症 (以下, CD) では, 「基礎的衛生」が最も高い平均値であり (67.7), 最も低いのは「マラリア対策」であった。「マラリア対策」は, 10-90 パーセンタイル範囲の幅も最も大きかった (18.0-71.0)。NCD の中で, 最も平均値が高かったのは「糖尿病治療」であったが, 糖尿病治療は, 最小値 (3.0), 最大値 (80.0) の差が大きかった。SCA では, 最も平均値が低かったものは「保健医療人材数」であり, 「保健医療人材数」は, 最小値 (1.0), 最大値 (80.0) の差が大きかった。10 パーセンタイル値も 6.0 であった。

(2) 度数分布の集計 (表 6～10)

4 分野をスコア区分 5 グループ※ (20 未満, 20-39, 40-59, 60-79, 80 以上) 別で, 国数をカウントすると, 最も低い 20 未満のグループに入る国数が多い分野は, 「SCA」であり, 15 か国 (7.7%) であった。ただ, 「SCA」は, 80 以上の国も 82 か国 (42.3%) と多く, 分布の幅が広がった。14 の追跡指標の中で, 最もスコアが低いグループの国が多かったサービスは, 「保健医療人材数」であり, 45 国 (23.2%) が 20 未満のスコアであった。

※スケールの区切り方は「Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report」における分類方法を参照

(3) 14 の追跡指標間の相関係数

追跡指標間の相関分析においては、最も強い正の相関を示したのは、「保健医療人材数」と「基礎的衛生」であり、相関係数は 0.848 であった。また、その他で 0.7 以上の送還を示したのは、「産前ケア」と「基礎的衛生」(0.732)、「産前ケア」と「保健医療人材数」(0.703)、「高血圧治療」と「保健医療人材数」(0.748) であった。「禁煙」に関しては、他 11 の追跡指標と、「マラリア対策」では、他 7 つの追跡指標と弱い負の相関がみられた。

<研究 2>WHO/WPRO 担当者からの情報収集

(1) WHO が 2024 年 8 月 21 日に開催した「持続可能な開発目標 (SDGs) 目標 3.8 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) のモニタリングに関する加盟国情報セッション：SDG UHC 指標 3.8.1 および 3.8.2 の見直し」と題した加盟国への提供セッションの情報[2]について

1) UHCSCI (SDGs 3.8.1) の指標

- UHCSCI の 14 の追跡指標以外の候補として、「30～49 歳の女性の子宮がん検診率」(NCD 分野)、「WHO の必須医薬品が利用可能な医療施設割合」(SCA 分野)の 2 つがあがっていたが、各国のデータ取得率が低いため、採用されていないこと
- Global Health Observatory (GHO) の指標と General Plan of Work (GPW) の指標との違いを、Life course, Service type (予防～リハビリ, 緩和ケア), Main health areas (現在の指標フレームワーク) の 3 つの柱でレビューをすると、Life course では、高齢化に関連した指標の不足, Service type としては、リハビリ・緩和ケアの指標の不足, Main health areas (現在の指標フレームワーク) では、精神保健や外傷に関する指標が不十分であること
- データ利用可能性の改善の余地 (GPW 指標の 18% が UHC 指標の条件に当てはまる点, データの細分化が難しい点)

GHO 指標と UHCSCI 指標で具体的な指標の違い

指標	SDGs UHC SCI indicator	GPW UHC billion
保健人材	内科医, 外科医, 精神科医の数	医師, 看護師, 助産師の数
糖尿病	空腹時血糖値の平均値 (mmol/L) (年齢標準化推定値)	空腹時血糖値の上昇 (≥ 7.0 mmol/L) (年齢調整済み推定値)
家族計画	生産年齢人口の女性	既婚もしくは事実婚の女性

- UHC 指標と GPW 指標で計算方法の違い

例) タバコ使用率

UHCSCI 指標：50%の最低閾値に基づいて、より精密な結果を出すために再スケール化

GPW 指標：再スケール化はなし

例) 計算方法

UHCSCI 指標：幾何学的に計算

GPW 指標：算術的に計算

➤ 現在の UHC の主分野（4 分野 14 の追跡指標）を維持して、改善すること

現コンサルテーションでの改善指標は以下の 3 つであること。

現指標	提案指標	説明
15~49 歳の既婚または事実婚の女性のうち、現代的な方法で家族計画の充足割合 (%)	15~49 歳の女性における現代的な方法による家族計画の充足割合 (%)	分母を GPW の定義を使用
空腹時血漿グルコースの平均値 (FPG), (mmol/L) (成人 18 歳)	糖尿病を有する 30 歳以上の成人における治療 (薬物療法) の受診率 (年齢調整推計値) (%)	代理指標ではなく、治療へのアクセスを指標にした
1 人当たりの医療従事者数 (閾値あり): 医師, 外科医, 精神科医	1 人当たりの医療従事者数 (閾値あり): 医師, 看護師/助産師	GPW の定義を使用

➤ 方法として、人口の重みづけをすること

加重幾何平均の計算に指標の分母を使用 (人口加重幾何平均を使用)

すべての結果が、利用可能な最新データに基づき、修正される。

各指標での人口加重幾何平均の方法

主分野	指標	分母の説明	もし左記のデータの活用が難しく他のデータを用いる場合は
リプロ・母性・新生児・乳幼児の健康	15~49 歳の女性における現代的な方法による家族計画の充足割合 (%)	15~49 歳で家族計画の必要性がある女性の人数	15~49 歳の女性人口
	4 回以上の出産前健診 (妊婦健診) (%)	同一期間中に生児を出産した 15~49 歳の女性の人数	
	1 歳児でジフテリア, 破傷風, 百日咳を含むワクチン (DTP3) の 3 回接種を受けた割合 (%)	1 歳児人口	
	肺炎が疑われる小児の受診行動 (%)	急性呼吸器感染症の症状 (調査の 2 週間前に, 急性呼吸器感染症の症状 (咳と, 鼻詰まりだけではなく, 胸の異常による速いまたは困難な呼吸) を有する 5 歳未満の	5 歳未満児人口

		児童の数	
感染性疾患	結核の治療率 (%)	同一年度における新規症例数と再発症例数	
	ART と受療している HIV 陽性者割合 (%)	同じ期間中に HIV に感染している成人と子どもの数	
	殺虫剤処理済み蚊帳の下で寝ているリスクのある人口割合 (%)	マラリア流行地域における総人口	マラリア流行国における総人口
	基本衛生施設にアクセス可能な世帯の割合 (%)	全人口	
非感染性疾患	高血圧を有する 30~79 歳の成人における高血圧の治療（薬の服用）率（年齢調整済み） (%)	30 歳から 79 歳までの高血圧患者数（収縮期血圧が 140mmHg 以上，拡張期血圧が 90mmHg 以上，または高血圧の治療薬を服用している者を高血圧と定義）	
	糖尿病を有する 30 歳以上の成人における治療（薬物療法）率（年齢調整推計値） (%)	30 歳以上の成人で，糖尿病の治療薬を服用しているか，空腹時血糖値 (FPG) が 7.0 mmol/l 以上，またはヘモグロビン A1c (HbA1c) が 6.5%以上の人の数	30 歳以上人口
	過去 30 日間たばこを吸っていない 15 歳以上の成人 (%)	15 歳以上の人口	
サービスキャパシティとアクセス	人口一人あたりのベッド数（閾値あり）	総人口	
	人口一人当たりの医療従事者数（閾値あり）：医師，看護師，助産師	総人口	
	国際保健規則（IHR）コア能力指数	総人口	

2) 医療費自己負担（SDGs3.8.2）の指標

➤ 現指標：

世帯の支出または収入の 10%を超える健康関連支出を有する人口の割合

世帯の支出または収入の 25%を超える健康関連支出を有する人口の割合

➤ 提案指標：

世帯の可処分所得に占める医療費の自己負担額が 40%を超える人口の割合

- ✓ 世帯の可処分所得とは、世帯の総消費支出または所得から社会的貧困ラインを差し引いた額のこと
- ✓ 2017 年の購買力平価を使用する場合、社会的貧困ラインは次のいずれか大きい方に対応\$2.15（国際貧困線）または\$1.15，加えて世帯の消費支出または所得の中央値の 50%のいずれか大きい方
- ✓ 社会的貧困ラインとは、必要最低限のコストと社会参加の推定値が、経済開発の全体的な水準を条件として、国や時代によって異なる。一部の国において SDG 指標 1.1.1 で使用される国際貧困線を使用することがあるが、国が豊かになるにつれて採用される相対的な貧困概念とより一致する。

上記の提案指標は、大規模な自己負担医療費支出と貧困化を招く自己負担医療費支出の両方による経済的困難を被る人口の割合として解釈ができる。また、SDGs モニタリングでは求められていないものの、人口の割合は、貧困化を招かないが大規模な自己負担医療費支出のみを有する群と、貧困化を招く自己負担医療費支出を有する群に分けて分析が可能である。

たとえ少額な医療費自己負担だとしても、貧困層や貧困層に近い人々にとっては、生活必需品への支出をさらに削減する原因となるため、健康に関する自己負担支出の非常に小さな金額でも重要となる。貧困層を貧困に陥れたり、さらに貧困に追いやる自己負担支出は「貧困化を招く自己負担医療支出」と言われるが、現 SDG 3.8.2 は、貧困化を招く自己負担医療支出に直面する人々を捕捉していない。しかし、その数は顕著である。たとえば、世帯総予算の 10%未満の医療費支出だとしても、極貧状態もしくは相対的貧困状態に陥る。そのために、新しい定義の指標の提案が必要である。

（２）WPRO における UHC 指標の在り方の方向性

WPRO では、SDG 3.8.1 を活用しつつ、国家間の比較には標準指標を使用するが、各国が国家保健計画に活用し、経年的にモニタリングできる国別指標の開発を支援していた。そのステップは、下記の通りであった。

1. 各国において、疫学的な背景と国家保健計画をレビューによる、優先事項を確認
2. サービスカバー率を測定できるデータの活用可能性や収集の意思がどの程度であるか確認
3. 政府の異なるメンバーや、この問題に関与している人々との間での合意形成
4. 合意が得られれば、実践的な、統計的計算などのトレーニングを実施

14 の追跡指標は基本ではあるが、その各国での医療へのアクセスの視点で課題となっていることが含まれない場合には、各国で、14 の追跡指標への追加（もしくは置き換え）する指標を考えることであった。

D.考察

本分担任では、既存の UHC 指標について、指標のデータ分析と改訂に向けての方向性の情報分析をおこなった。UHC 指標は、2015 年～2017 年の間に基本的なフレームワークが策定され、その後、改善や改訂があり、現在に至っている[3]。UHC の 14 の追跡指標の中には、治療へのアクセスではなく、その結果として導かれるアウトカム指標（例えば、糖尿病の治療に関して治療へのアクセスではなく、血糖値の年齢調整平均値）を代理指標として採用してきた[4]。昨年 8 月のセッションでは、WHO は、糖尿病治療の指標を、平均の血糖値から治療へのアクセスに改訂することを提案しており、より UHC の意味する状況を測定することになっていくと考えられる。本分担任で既存のスコアを分析した結果、NCD の中で糖尿病治療のスコアの平均値が最も高かったが、1990 年から治療へのアクセス率が上昇した国もあれば、サブサハラフリカ、カリブ海諸国、太平洋島嶼国、南アジア、東南アジア、中央アジアのほとんどの国では治療アクセス率は上昇しておらず[5]、現状の指標ではアクセス率を測定できているとはいえない。治療へのアクセスを測定する指標が実用されること、それにより現状を正しく反映する指標によりモニタリングされることが、UHC の進展に向けた必須の課題である。

また、データ分析の結果、「保健医療人材数」と「基礎的衛生」で、正の相関が高かった。この 2 つは保健サービス提供を支える不可欠な要素であるが、両指標ともにスコアの幅が大きく、紛争や政情が不安定な国では、この 2 つが十分な状況にないことが推測された。また、「保健医療人材数」は、「産前ケア」と「高血圧治療」と相関がみられた。以前より母子保健の業務につく保健医療人材が多いこと、また NCD の中でも高血圧治療に関しては、中所得国でも治療成果を上げている報告もあり[6]、このような関連がみられたと考えられる。また保健医療人材数の指標は、WHO からの改訂の提案によると、看護師と助産師を含む指標に変更されることとなり、今後は、さらにプライマリ・ケア（1 次医療）、健康増進、疾病予防なども含むプライマリ・ヘルス・ケア、ヘルスプロモーションとの関連が観察される可能性もある。プライマリ・ケア、プライマリ・ヘルス・ケア、ヘルスプロモーションのサービスアクセスをどの指標で測定するのも今後の課題と考える。

WHO/WPRO からの情報収集では、各国の背景や現状に合わせてその国特有の UHC 指標の活用も提案されていた。中国の研究者からは、中国の背景にあった独自の 19 指標を選択し、UHC 指標の開発に関する報告[7]もみられた。国特有の指標の開発は、経年的なデータアクセスの問題や地理的レベルでの細分化に対応できる可能性があるが、他の国との比較可能性を妨げる可能性もあり、一長一短である。また、指標が社会に受け入れられ、広く適用されるには、関係者の関与が重要となる[8]。このように、グローバル水準である 14 の追跡指標以外での UHC 指標の開発、モニタリングも検討されてきている。

最後に、UHC の実現は、公平な教育や雇用の機会増大、生活水準の上昇や寿命の延伸など、社会の公平性や健全性を目指すことであり、UHC 指標が実際に社会にどのように寄与しているのかを検討する必要がある。来年度は、そのような保健・健康以外の指標とのデータ分析もすすめること、地域性や経済発展による UHC 発展の特徴を分析することにより、国や地域の背景や文脈に沿ったよりよい UHC 指標の提案に結び付けたい。

E.結論

公開されている UHC 指標を活用してデータ分析を行った結果、国家間での差が大きい分野は「サービスキャパシティとアクセス」であり、14 の追跡指標の中で、最もスコアが低いグループの国が多かったサービスは、「保健医療人材数」であった。「保健医療人材数」は、「産前ケア」や「高血圧治療」との正の関連がみられた。UHC 指標は、常に改訂が続けられており、直近の改訂として、主に「糖尿病への治療」の指標が、血糖値から治療へのアクセスに改訂されること、医療従事者に看護師・助産師が含まれることであった。また、WPRO の取り組みとして、国特有の UHC 指標の開発の検討も進められており、国特有の指標開発の課題はあるものの、今後、グローバル標準の 14 の追跡指標と合わせて、活用される可能性もみられた。UHC 指標は、常に現状をよりよく測定するために改善が求められている。今後も、UHC で目指すべきところはどこかを中心に据え、指標の開発を進める必要がある。

F.引用文献

- [1] The Global Health Observatory. Coverage of essential health services (SDG 3.8.1)
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>
- [2] Member State Information session on Monitoring universal health coverage (Sustainable Development Goals target 3.8): Revision of SDG UHC indicators 3.8.1 & 3.8.2, World Health Organization, 21 Aug 2024
https://apps.who.int/gb/mspi/pdf_files/2024/08/Item1_21-08.pdf
- [3] United Nations Statistics Division. IAEG-SDGs. United Nations,
<https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/>
- [4] SDG indicator metadata (as of 8 May 2025)
<https://unstats.un.org/sdgs/metadata/?text=mar>
- [5] NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants. *Lancet* 2024; 404: 2077–93
- [6] NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet* 2021; 398: 957–80
- [7] Liu X, Wang Z, Zhang H, Meng Q. Measuring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in China. *J Glob Health*. 2021 May 1;11:08005. doi: 10.7189/jogh.11.08005. PMID: 33981413; PMCID: PMC8088770.
- [8] Day C, Gray A, Cois A and Ndlovu N. Health and related indicators : interrogating the UHC service coverage index. *South African Health Review*. 2019(1).

G.研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 UHC総合スコアおよび各分野スコアの記述統計量

		総合	リプロ・母性・新生児・乳幼児の健康	感染症管理	非感染性疾患管理	サービスキャパシティとアクセス
パーセンタイル	10	41.0	50.0	41.5	46.5	22.0
	25	51.5	64.0	53.75	55.0	41.0
	50	69.0	76.0	68	62.0	75.0
	75	79.0	86.0	83	68.0	90.0
	90	85.0	91.5	90	72.5	95.5
平均値		65.3	73.6	66.9	60.6	66.0
中央値		69.0	76.0	68	62.0	75.0
最頻値		75.0	86.0	69	67.0	87.0
最小値		27.0	17.0	17	16.0	11.0
最大値		91.0	95.0	98	85.0	100.0

表2 リプロ・母性・新生児・乳幼児の健康の各指標の記述統計量

		家族計画	産前ケア	予防接種(3種混合)	急性呼吸器感染症のケア
パーセンタイル	10	36.0	51.0	63.5	44.0
	25	51.0	66.5	77.0	58.8
	50	70.0	80.0	80.0	76.0
	75	80.0	80.0	80.0	80.0
	90	80.0	80.0	80.0	80.0
平均値		63.4	71.8	75.7	68.1
中央値		70.0	80.0	80.0	76.0
最頻値		80.0	80.0	80.0	80.0
最小値		4.0	17.0	31.0	14.0
最大値		80.0	80.0	80.0	80.0

表3 感染症管理の各指標の記述統計量

	結核治療	HIV治療	マラリア対策	基礎的衛生	
パーセンタイル	10	45.0	38.0	18.0	30.5
	25	55.8	55.0	41.0	59.8
	50	67.0	66.0	51.0	80.0
	75	80.0	80.0	59.0	80.0
	90	80.0	80.0	71.0	80.0
平均値	65.2	63.1	48.6	67.7	
中央値	67.0	66.0	51.0	80.0	
最頻値	80.0	80.0	45.0	80.0	
最小値	1.0	10.0	9.0	9.0	
最大値	80.0	80.0	77.0	80.0	

表4 非感染性疾患管理の各指標の記述統計量

	高血圧治療		糖尿病治療		禁煙	
パーセンタイル	10	20.0	57.0		52.0	
	25	28.0	75.5		63.0	
	50	42.0	80.0		71.0	
	75	52.0	80.0		80.0	
	90	60.0	80.0		80.0	
平均値		41.2	73.8		69.6	
中央値		42.0	80.0		71.0	
最頻値		26.0	80.0		80.0	
最小値		11.0	3.0		31.0	
最大値		73.0	80.0		80.0	

表5 サービスキャパシティとアクセスの各指標の記述統計量

	ベッド数		保健医療人材数		国際保健規則スコア
パーセンタイル	10	32.0	6.0		41.0
	25	62.8	21.5		51.0
	50	80.0	80.0		64.0
	75	80.0	80.0		77.0
	90	80.0	80.0		80.0
平均値		68.6	55.6		61.8
中央値		80.0	80.0		64.0
最頻値		80.0	80.0		80.0
最小値		10.0	1.0		21.0
最大値		80.0	80.0		80.0

表6 UHC総合スコアおよび各分野スコア区分別該当国数

	総合		リプロ・母性・新生児・乳幼児の健康		感染症の管理		非感染性疾患の管理		サービスキャパシティとアクセス	
	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %
20未満	0	0	1	0.5	3	1.5	1	0.5	15	7.7
20-39	12	6.2	3	1.5	14	7.2	10	5.2	31	16.0
40-59	59	30.4	31	16.0	49	25.3	66	34.0	23	11.9
60-79	80	41.2	77	39.7	66	34.0	112	57.7	43	22.2
80以上	43	22.2	82	42.3	62	32.0	5	2.6	82	42.3
欠損	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	194	100	194	100	194	100	194	100	194	100

表7 スコア区分別該当国数(リプロ・母性・新生児・乳幼児の健康)

	家族計画		産前ケア		予防接種(3種混合)		急性呼吸器感染症 のケア	
	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %
20未満	3	1.5	1	0.5	0	0	2	1.0
20-39	23	11.9	8	4.1	2	1.0	14	7.2
40-59	43	22.2	25	12.9	15	7.7	34	17.5
60-79	70	36.1	44	22.7	37	19.1	57	29.4
80以上	55	28.4	116	59.8	140	72.2	87	44.8
欠損	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	194	100	194	100	194	100	194	100

表8 スコア区分別該当国数(感染症管理)

	結核治療		HIV治療		マラリア対策		基礎的衛生	
	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %
20未満	4	2.1	5	2.6	4	2.1	11	5.7
20-39	7	3.6	17	8.8	5	2.6	20	10.3
40-59	56	28.9	47	24.2	22	11.3	17	8.8
60-79	50	25.8	70	36.1	8	4.1	18	9.3
80以上	77	39.7	55	28.4	0	0	128	66.0
欠損	0	0	0	0	155	79.9	0	0
合計	194	100	194	100	194	100	194	100

表9 スコア区分別該当国数(非感染症疾患管理)

	高血圧治療		糖尿病治療		禁煙	
	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %
20未満	16	8.2	2	1.0	0	0
20-39	70	36.1	7	3.6	2	1.0
40-59	86	44.3	12	6.2	39	20.1
60-79	21	10.8	44	22.7	77	39.7
80以上	0	0	128	66.0	76	39.2
欠損	1	0.5	1	0.5	0	0
合計	194	100	194	100	194	100

表10 スコア区分別該当国数(サービスキャパシティとアクセス)

	ベッド数		保健医療人材数		国際保健規則スコア	
	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %
20未満	7	3.6	45	23.2	0	0
20-39	18	9.3	18	9.3	16	8.2
40-59	22	11.3	14	7.2	68	35.1
60-79	19	9.8	14	7.2	66	34.0
80以上	128	66.0	103	53.1	44	22.7
欠損	0	0	0	0	0	0
合計	194	100	194	100	194	100

表11 各指標間の相関係数

	FP	ANC	DTP	ARI	TB	HIV	ITN	BS	HT	DM	Tobacco	Beds	HWF	IHR
FP	1.000	0.458	0.268	0.411	0.317	0.338	0.005	0.469	0.525	0.174	-0.009	0.352	0.448	0.507
ANC	0.458	1.000	0.339	0.637	0.236	0.087	-0.051	0.732	0.628	-0.128	-0.224	0.582	0.703	0.482
DTP	0.268	0.339	1.000	0.360	0.258	0.300	0.300	0.362	0.282	-0.027	-0.243	0.411	0.408	0.364
ARI	0.411	0.637	0.360	1.000	0.446	0.132	-0.118	0.632	0.570	0.017	-0.303	0.519	0.655	0.499
TB	0.317	0.236	0.258	0.446	1.000	0.273	0.108	0.340	0.331	-0.011	-0.082	0.218	0.413	0.418
HIV	0.338	0.087	0.300	0.132	0.273	1.000	0.163	0.008	0.134	0.286	0.125	0.148	0.097	0.221
ITN	0.005	-0.051	0.300	-0.118	0.108	0.163	1.000	-0.280	-0.291	0.010	-0.243	-0.235	-0.172	0.086
BS	0.469	0.732	0.362	0.632	0.340	0.008	-0.280	1.000	0.690	-0.139	-0.339	0.592	0.848	0.540
HT	0.525	0.628	0.282	0.570	0.331	0.134	-0.291	0.690	1.000	0.092	-0.171	0.477	0.748	0.520
DM	0.174	-0.128	-0.027	0.017	-0.011	0.286	0.010	-0.139	0.092	1.000	0.056	-0.206	-0.032	0.053
Tobacco	-0.009	-0.224	-0.243	-0.303	-0.082	0.125	-0.243	-0.339	-0.171	0.056	1.000	-0.337	-0.360	-0.173
Beds	0.352	0.582	0.411	0.519	0.218	0.148	-0.235	0.592	0.477	-0.206	-0.337	1.000	0.621	0.397
HWF	0.448	0.703	0.408	0.655	0.413	0.097	-0.172	0.848	0.748	-0.032	-0.360	0.621	1.000	0.607
IHR	0.507	0.482	0.364	0.499	0.418	0.221	0.086	0.540	0.520	0.053	-0.173	0.397	0.607	1.000

FP:家族計画, ANC:産前ケア, DTP:予防接種(3種混合), ARI:急性呼吸器感染症のケア,
TB:結核治療, HIV:HIV治療, ITN:マラリア対策, BS:基礎的衛生,
HT:高血圧治療, DM:糖尿病治療, Tobacco:禁煙,
Beds:ベッド数, HWF:保健医療人材数, IHR:国際保健規則スコア