

(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 7 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. UHC サービスカバレッジインデックスの所得水準別・地域別格差の定量化 及び人間開発指数との関連分析

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)
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)
研究分担者 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)

研究要旨

本研究では、2000 年から 2021 年までの UHC サービスカバレッジインデックス (SCI)、4 サブ指数、及び人間開発指数 (HDI) 等のオープンデータを用いて、所得水準別・地域別に SCI、4 サブ指数、及び HDI を定量化するとともに、SCI と HDI との関連性を分析した。

一般化推定方程式により分析した結果、SCI、感染症 (ID)、サービス提供能力とアクセス (SCA)、及び HDI は、所得水準が上位の国ほどスコアが高い傾向にあることが観察された一方、リプロダクティブ・母子保健 (RMNCH) における所得水準別の差は比較的小さく、非感染性疾患 (NCD) に関してはほとんど差が見られなかった。地域別では、全体的に所得水準別の差よりも小さく、RMNCH では地域差がほとんど見られなかった。しかし、SCA のスコアはヨーロッパ地域に比べアフリカ地域と南東アジア地域において顕著に低い傾向にあった。

また、HDI の増加に伴って RMNCH、ID、SCA のスコアは顕著に上昇したが、NCD の上昇幅は限定的であった。HDI の構成要素 (所得・教育・健康指数) 別で見ても、NCD は他のサブ指数よりも上昇幅が小さく、教育指数の増加と NCD には有意な関連が見られなかった。

全体的に、HDI が高い国ほど SCI も高い傾向にあるが、関連の強さは 4 サブ指数の領域により異なる傾向が見られた。特に、NCD における関連の弱さは、SCI 及び 4 サブ指数の枠組みにおける測定方法の限界を反映している可能性がある。また、共変量調整後も SCA に見られる地域差からは、UHC の達成が単なる国の豊かさだけでなく、地域ごとの医療システム基盤の偏りに依存している可能性がある。本研究で得られた知見は、各国の政策立案者が自国の発展段階を考慮しながら、UHC の各指標をより適切に解釈し今後の戦略を立てるうえで有用な判断材料の一つとなるかもしれない。

A. 研究背景・目的

ユニバーサルヘルスカバレッジ (UHC) は、グローバルヘルス政策における中核的概念であり、持続可能な開発目標 (SDGs) のターゲット 3.8 として位置付けられている。UHC に向けた進捗をモニタリングするため、世界保健機関 (WHO) と世界銀行は、SDG 3.8.1 の複合指数である UHC サービスカバレッジインデックス (SCI) を開発した。各国の総合的な SCI スコアは、0~100 のスケールで計算され、リプロダクティブ・母子保健 (RMNCH)、感染症 (ID)、非感染性疾患 (NCD)、及びサービス提供能力とアクセス (SCA) という 4 つの領域別サブ指数の幾何平均として算出される。これら 4 サブ指数は、さらに 14 のトレーサー指標から幾何平均を用いて指数化される。幾何平均によって算出されることで、一部の領域の低いスコアが他の領域の高さで覆い隠されないよう考慮されている^{1,2)}。さらに、2025 年に国連統計委員会は、SDG 指標フレームワークの包括的な見直しの一環として、3 つのトレーサー指標の更新や人口で重み付けした幾何平均による算出方法を採用するなど、SCI の改訂を承認した^{3,4)}。この改訂を反映した WHO と世界銀行による 2025 年のグローバルモニタリングレポートは、2025 年 12 月に暫定版 (会議版) として発表され、その後確定版が公開されている⁴⁾。

UHC の達成は、より広範な社会経済的発展と密接に関連していると考えられており、より強固な経済力、高い教育水準、優れたガバナンス、そして高い政治的安定性を有する国は、より強固な医療システムと広範なサービスカバレッジを有する傾向がある⁵⁻⁷⁾。反対に、医療サービスのカバレッジの改善は、人々の健康と生産性を向上させ、結果としてより広範な社会経済的発展を後押しする可能性がある⁸⁾。UHC の進捗と人間開発との間にあるこの双方向の関係を理解することは、エビデンスに基づいた保健政策の策定を促進するだけでなく、保健サービスカバレッジへの投資が社会経済全体にもたらす横断的な価値を認識するのに役立つと考えられる。

本研究では、国レベルのパネルデータを用いて、所得水準別・地域別に SCI、4 サブ指数、及び人間開発指数 (HDI) の差を定量化する。また、SCI 及び 4 サブ指数と、HDI 及び構成要素との関連性を分析する。

B. 研究方法

1. データソース及び変数

本研究では、国レベルのパネルデータを用いて、縦断分析を行った。アウトカムとする変数は、WHO の Global Health Observatory から取得した、2000 年から 2021 年までの 7 つの基準年における SCI 及び 4 サブ指数 (0~100 スケール) とした⁹⁾。主な説明変数は、国連開発計画 (UNDP) から取得した HDI 及びその構成要素 (所得・教育・健康指数) とした^{10,11)}。

また、SCI 及び 4 サブ指数について、所得水準別の差を定量化するため、世界銀行の基準に基づき、対象国を基準年ごとに 4 つの所得水準 (低所得、低中所得、高中所得、高所得) に分類した¹²⁾。さらに、地域別の差についても同様に定量化するため、WHO の基準に基づき、対象国を東地中海地域 (EMR)、ヨーロッパ地域 (EUR)、アフリカ地域 (AFR)、アメリカ地域 (AMR)、西太平洋地域 (WPR)、及び南東アジア地域 (SEAR) の 6 地域に分類した¹³⁾。共変量としては、世界ガバナンス指標における汚職の抑制^{14,15)}及び人口動態指標 (高齢化率、合計特殊出生率、都市化率)¹⁶⁻¹⁸⁾をモデルに含めた。

2. 統計解析

データの全体像を把握するため、全体、所得水準別、及び地域別に各指標の中央値の年次推移を記述した。次に、経時的な同一国内の相関を考慮しつつ、母集団平均の差を推定するため、国をクラスター単位とした一般化推定方程式（GEE）を用いて分析した¹⁹⁻²¹⁾。

第一に、所得水準別及び地域別における SCI、4 サブ指数、及び HDI の差を定量化するため、共変量を調整した母集団平均の差を平均比として推定した。

第二に、HDI との関連性を定量化するため、HDI 及び各構成要素が 0.1 増加した際の SCI 及び 4 サブ指数の推定変化量（上昇幅）を算出した。解析における統計的有意性は両側 $\alpha=0.05$ で評価した。

（倫理面の配慮）

本研究を実施するに際して、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を受けた。

C. 研究結果

1. 全体の推移

2000 年から 2021 年にかけて、SCI 及びほとんどのサブ指数は 2015 年まで順調に改善したが、その後は概ね横ばいとなり、全体的なサービスカバレッジの進捗が鈍化していることが観察された（表 1）。領域別に見ると、ID の改善が顕著であった一方、RMNCH 及び NCD の上昇はより緩やかであり、SCA は調査期間の前半に増加したものの近年では一部で低下が見られた。HDI 及び各構成要素は、直近の年ではわずかな後退が見られたものの、期間を通じて概ね増加する傾向にあった。

2. 所得水準別・地域別の差

所得水準別の推移では、NCD を除き、SCI 及びほとんどのサブ指数は概ね所得水準が上位のグループほど高いスコアを示す一貫した傾向が観察された（図 1）。共変量を調整した GEE モデルによる分析でも、低所得国は高所得国に比べ、ID で 50%、SCA で 24%、SCI 全体で 30%スコアが低く、顕著な差が示された。一方、RMNCH における差は比較的小さく、NCD に関してはほとんど差が見られなかった（表 2）。

地域別の推移では、全体的に所得水準別の差よりは小さいものの、EUR や AMR が高いスコアを維持していた。AFR では初期値が低かった ID の大幅な向上が見られたが、SCA のスコアは依然として低水準に留まっていた（図 2）。共変量調整後の分析において、RMNCH や ID では差がほとんど見られなくなったが、SCA のスコアは EUR に比べ AFR で 28%、SEAR で 23%顕著に低い傾向にあった（表 3）。

3. HDI と SCI 及び 4 サブ指数の関連性

HDI の増加に伴って、SCI 及びほとんどのサブ指数は有意に上昇したが、上昇幅には領域間でばらつきがあった（図 3）。共変量調整後の推定では、HDI のスコアが 0.1 増加した際の上昇幅は、SCI 全体で +6.9 ポイント（95% CI 5.7–8.2）であった。領域別に見ると、SCA（+11.8 ポイント、95% CI 9.4–14.2）で最も大きく、次いで ID（+6.3 ポイント、95% CI 4.4–8.3）、RMNCH（+5.1 ポイント、95% CI 3.4–6.9）と上昇したが、NCD の上昇幅は限定的（+2.1 ポイント、95% CI 0.3–3.9）であった。

HDI の構成要素（所得・教育・健康指数）別で見ても、これら 3 つの要素すべてが SCI の上昇に寄与していることが示された。しかし NCD は他のサブ指数よりも上昇幅が小さく、教育指数の増加と NCD には有意な関連が見られなかった。

D. 考察

本研究では、国レベルのパネルデータを用いて、所得水準別・地域別に SCI、4 サブ指数、及び HDI の差を定量化するとともに、SCI 及び 4 サブ指数と HDI との関連性を分析した。その結果、UHC の進捗が 2015 年以降鈍化していること、また所得水準別や地域別で根強い格差が残存していることが確認された。これらの傾向は、WHO 及び世界銀行のグローバルモニタリングレポートによる報告¹⁾と一致するが、本研究は複数の要因を考慮した縦断的・多変量解析の枠組みにおいて、格差の実態を定量化した。

また、全体的に HDI が高い国ほど SCI も高い傾向にあることが示されたが、関連の強さは 4 サブ指数の領域により異なる傾向が見られた。SCA が HDI と最も強い関連を示したのは、SCA が医療インフラや人材確保、制度の整備状況といった医療システムの根本的な基盤の状況を測定する指数であり、国全体の社会経済的発展と歩調を合わせて徐々に改善していくという性質によるものと考えられる^{2,6)}。また、ID のスコアが HDI と強く連動しているのは、国内外からの継続的な投資・支援の成果が反映されたものと推測される¹⁾。一方、RMNCH と HDI との関連が SCA や ID ほどには強くなかった点については、特化した公衆衛生プログラム等を通じて、マクロな国の発展段階に過度に依存せずともある程度の普及が可能であったことなどが理由として考えられる^{1,2)}。

さらに、NCD に対する HDI の影響が限定的で、他領域に比べ所得水準別・地域別の差も小さかった点は、注目に値する。これは、SCI 及び 4 サブ指数の枠組みにおける 2025 年改訂以前の測定方法の限界に起因している可能性がある^{2,4)}。改訂前の NCD に関連するトレーサー指標は、血圧や非喫煙率などの代理指標に大きく依存していたため、慢性疾患に対する実際の医療提供状況というよりも、間接的な国民の健康リスク要因の傾向を部分的に反映している可能性が考えられる。

E. 結論

本研究により、HDI の進展は全体として UHC の達成を促進するものの、その効果は領域によって異なることが明らかとなった。具体的には、HDI の増加に伴う変化量は SCA や ID で高く、RMNCH では中程度、NCD では限定的であった。ただし、NCD に関する結果は、SCI 及び 4 サブ指数の枠組みにおける測定上の限界を反映している可能性がある。また、依然として根強く残る所得水準別の格差や、共変量調整後も残存する SCA の地域差は、UHC の実現が単なる国の経済的・社会的な発展だけでなく、地域ごとの医療システム基盤の偏りに強く依存していることを示唆している。本研究で得られた知見は、各国の政策立案者が自国の発展段階を考慮しながら、UHC の各指標をより適切に解釈し戦略を立てるうえで有用な判断材料の一つとなるかもしれない。

F. 引用文献

- 1). World Health Organization, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2023.
- 2). Hogan DR, Stevens GA, Hosseinpoor AR, Boerma T. Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. *Lancet Glob Health*. 2018;6(2):e152–68.
- 3). Lee S, Shapira G, Eozenou PHV, Maeda H. Tracking universal health coverage with updated indicators in the world development indicators. 2026 [cited Feb 23 2026].
- 4). World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report (conference edition). Geneva: World Health Organization; 2025.
- 5). do Amaral Junior OL, Braccini Fagundes ML, Hugo FN, Kassebaum NJ, do Amaral Giordani JM. Correlation between structural determinants and universal health coverage in 2010 and 2019: an analysis of the global burden of disease study. *PLOS Glob Public Health*. 2025;5(7):e0004770.
- 6). Ranabhat CL, Jakovljevic M, Dhimal M, Kim C-B. Structural factors responsible for universal health coverage in low- and middle-income countries: results from 118 countries. *Front Public Health*. 2019;7:414.
- 7). Eozenou PH, Neelsen S, Pirlea AF. Universal health coverage as a sustainable development goal; 2023. World Development Indicators: Stories [Internet]. [cited Feb 23 2026].
- 8). Moreno-Serra R, Smith PC. Does progress towards universal health coverage improve population health? *Lancet*. 2012;380(9845):917–23.
- 9). World Health Organization. SDG 3.8.1 Coverage of essential health services (file generation date: 24 Feb 2025). [cited Mar 14 2025].
- 10). United Nations Development Programme, Human Development Reports. Documentation and downloads. 2025 [cited Feb 24 2026].
- 11). United Nations Development Programme. Human development report 2025 [technical notes]. New York: United Nations Development Programme; 2025.
- 12). World Bank. World Bank country and lending groups. 2026 [cited Jan 26 2026].
- 13). World Health Organization. WHO Regional Offices. [cited Feb 24 2026].
- 14). World Bank. Control of corruption: estimate. [cited Jan 26 2026].
- 15). Kaufmann D, Kraay A, Mastruzzi M. The Worldwide Governance Indicators: methodology and Analytical Issues. *Hague J Rule Law*. 2011;3(2):220–46.
- 16). World Bank. World development indicators: population ages 65 and above (% of total population). [cited Feb 24 2026].
- 17). World Bank. World development indicators: fertility rate, total (births per woman). [cited Feb 24 2026].

- 18). World Bank. World development indicators: urban population (% of total population). [cited Feb 24 2026].
- 19). Zeger SL, Liang KY, Albert PS. Models for longitudinal data: a generalized estimating equation approach. *Biometrics*. 1988;44(4):1049–60.
- 20). Liang K-Y, Zeger SL. Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*. 1986;73(1):13–22.
- 21). Halekoh U, Højsgaard S, Yan J. The R package geepack for generalized estimating equations. *J Stat Softw*. 2006;15(2):1–11.

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- ① 中西康裕, 早坂章, 野村真利香, 大澤絵里. 既存の UHC サービスカバレッジインデックスの傾向とその課題点の分析. 第 84 回日本公衆衛生学会総会 ; 2025.10.29-31 ; 静岡. 抄録集. p.262. (シンポジウム 70-2)
- ② 中西康裕, 早坂章, 野村真利香, 大澤絵里. UHC サービスカバレッジインデックスと人的資本指数の関連性. 第 40 回日本国際保健医療学会学術大会 ; 2025.11.1-2 ; 東京. 抄録集. p.99. (O1-2)
- ③ 早坂章, 中西康裕, 野村真利香, 大澤絵里. 2000～2021 年における UHC サービスカバレッジインデックスと人間開発指数の関連性の所得グループ別分析. 第 40 回日本国際保健医療学会学術大会 ; 2025.11.1-2 ; 東京. 抄録集. p.100. (O1-4)
- ④ 大澤絵里, 中西康裕, 野村真利香, 早坂章. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (SDGs3.8.1) の指標の特徴とその傾向. 第 84 回日本公衆衛生学会総会 ; 2025.10.29-31 ; 静岡. 抄録集. p.663. (PA-22-01-5)

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1：各指数・指標の年次別記述統計

指数・指標	2000		2005		2010		2015		2017		2019		2021	
	n	中央値 (Q1, Q3)	n	中央値 (Q1, Q3)	n	中央値 (Q1, Q3)	n	中央値 (Q1, Q3)	n	中央値 (Q1, Q3)	n	中央値 (Q1, Q3)	n	中央値 (Q1, Q3)
UHC SCI	194	47.0 (28.0, 60.0)	194	54.0 (33.0, 67.0)	194	62.5 (42.5, 72.0)	194	69.0 (47.8, 77.0)	194	70.5 (51.2, 78.0)	194	70.5 (51.0, 79.0)	194	69.0 (52.0, 79.0)
RMNCH	194	71.0 (52.2, 81.8)	194	73.0 (54.2, 84.0)	194	75.0 (61.0, 84.0)	194	77.0 (63.0, 85.0)	194	76.0 (65.0, 85.0)	194	77.0 (64.0, 86.0)	194	76.0 (64.2, 86.0)
ID	194	18.5 (9.0, 39.0)	194	30.0 (14.0, 53.0)	194	50.0 (32.5, 65.8)	194	63.5 (45.0, 75.0)	194	69.0 (53.0, 79.0)	194	73.0 (55.2, 82.8)	194	68.0 (54.0, 83.0)
NCD	194	51.5 (43.2, 57.8)	194	55.0 (47.0, 61.0)	194	58.5 (50.0, 64.0)	194	60.0 (53.2, 66.0)	194	61.0 (54.0, 66.8)	194	62.0 (55.0, 67.0)	194	62.0 (55.2, 68.0)
SCA	194	69.5 (34.2, 87.0)	194	70.0 (34.2, 87.0)	194	71.0 (35.0, 87.0)	194	79.6 (41.2, 92.0)	194	79.0 (40.0, 92.0)	194	77.5 (38.0, 90.0)	194	75.0 (41.0, 89.8)
HDI	169	0.67 (0.50, 0.78)	183	0.69 (0.53, 0.79)	188	0.72 (0.56, 0.81)	189	0.74 (0.60, 0.84)	189	0.75 (0.61, 0.84)	189	0.75 (0.61, 0.85)	189	0.74 (0.61, 0.84)
所得指数	187	0.68 (0.53, 0.80)	188	0.70 (0.55, 0.83)	190	0.72 (0.57, 0.84)	190	0.74 (0.60, 0.86)	190	0.75 (0.61, 0.87)	190	0.76 (0.61, 0.88)	190	0.75 (0.61, 0.87)
教育指数	172	0.57 (0.40, 0.69)	184	0.60 (0.44, 0.74)	188	0.65 (0.48, 0.77)	189	0.68 (0.53, 0.79)	189	0.69 (0.53, 0.80)	189	0.70 (0.54, 0.81)	189	0.71 (0.56, 0.82)
健康指数	192	0.76 (0.61, 0.83)	192	0.78 (0.64, 0.85)	192	0.79 (0.67, 0.87)	192	0.80 (0.70, 0.89)	192	0.81 (0.70, 0.89)	192	0.81 (0.72, 0.89)	192	0.79 (0.70, 0.87)
汚職の抑制	178	-0.25 (-0.87, 0.63)	188	-0.34 (-0.81, 0.52)	192	-0.34 (-0.78, 0.44)	192	-0.32 (-0.82, 0.62)	192	-0.29 (-0.79, 0.64)	192	-0.27 (-0.85, 0.61)	192	-0.28 (-0.83, 0.60)
高齢者率 (%)	192	4.6 (3.2, 10.0)	192	5.1 (3.2, 11.0)	192	5.2 (3.4, 11.4)	192	5.7 (3.4, 12.9)	192	6.0 (3.5, 13.6)	192	6.3 (3.6, 14.3)	192	6.6 (3.6, 14.9)
合計特殊出生率	192	2.79 (1.86, 4.53)	192	2.57 (1.80, 4.20)	192	2.41 (1.79, 4.02)	192	2.31 (1.70, 3.77)	192	2.23 (1.64, 3.54)	192	2.16 (1.60, 3.41)	192	2.11 (1.58, 3.31)
都市化率 (%)	192	53.8 (33.1, 71.8)	192	55.5 (35.8, 73.2)	192	57.5 (38.3, 74.3)	192	59.7 (39.7, 76.0)	192	60.4 (39.8, 77.0)	192	61.2 (40.6, 77.2)	192	62.0 (41.5, 77.9)

図 1：所得水準別 UHC SCI、4 サブ指数、及び HDI における中央値の年次推移

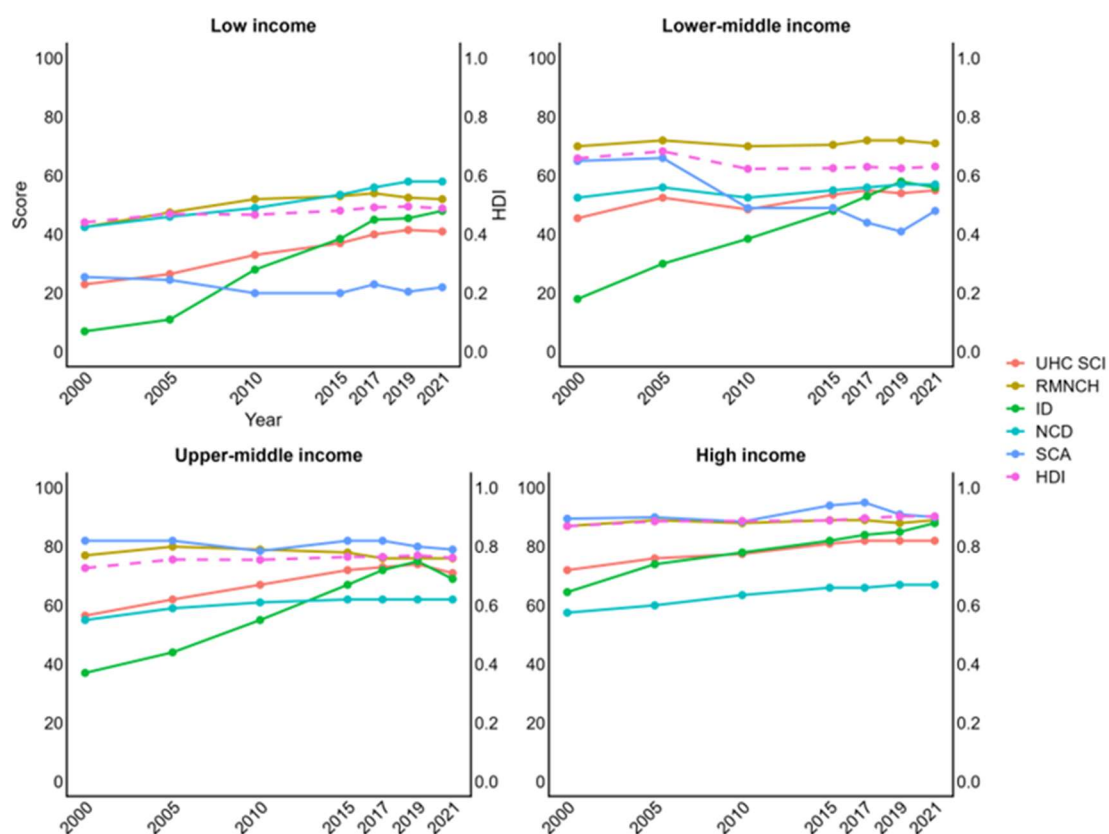


表 2：所得水準別 UHC SCI、4 サブ指数、及び HDI の調整前・調整後平均比

所得 水準	UHC SCI		RMNCH		ID		NCD		SCA		HDI	
	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後
	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)
高所得	Ref		Ref		Ref		Ref		Ref		Ref	
低所得	0.43 (0.41–0.46)	0.70 (0.65–0.75)	0.57 (0.53–0.61)	0.89 (0.83–0.95)	0.35 (0.32–0.38)	0.50 (0.42–0.60)	0.77 (0.74–0.81)	0.92 (0.85–0.99)	0.31 (0.26–0.36)	0.76 (0.65–0.88)	0.53 (0.51–0.56)	0.74 (0.71–0.77)
低中所得	0.66 (0.63–0.70)	0.84 (0.80–0.89)	0.78 (0.75–0.81)	0.97 (0.93–1.02)	0.55 (0.52–0.59)	0.68 (0.62–0.76)	0.84 (0.79–0.89)	0.93 (0.88–0.99)	0.61 (0.56–0.67)	0.92 (0.84–0.99)	0.72 (0.69–0.74)	0.85 (0.83–0.88)
高中所得	0.85 (0.82–0.88)	0.92 (0.89–0.95)	0.86 (0.83–0.89)	0.95 (0.92–0.99)	0.77 (0.73–0.81)	0.85 (0.80–0.90)	0.94 (0.90–0.98)	0.92 (0.88–0.96)	0.87 (0.83–0.91)	1.01 (0.96–1.07)	0.85 (0.83–0.87)	0.93 (0.91–0.95)

図 2：地域別 UHC SCI、4 サブ指数、及び HDI における中央値の年次推移

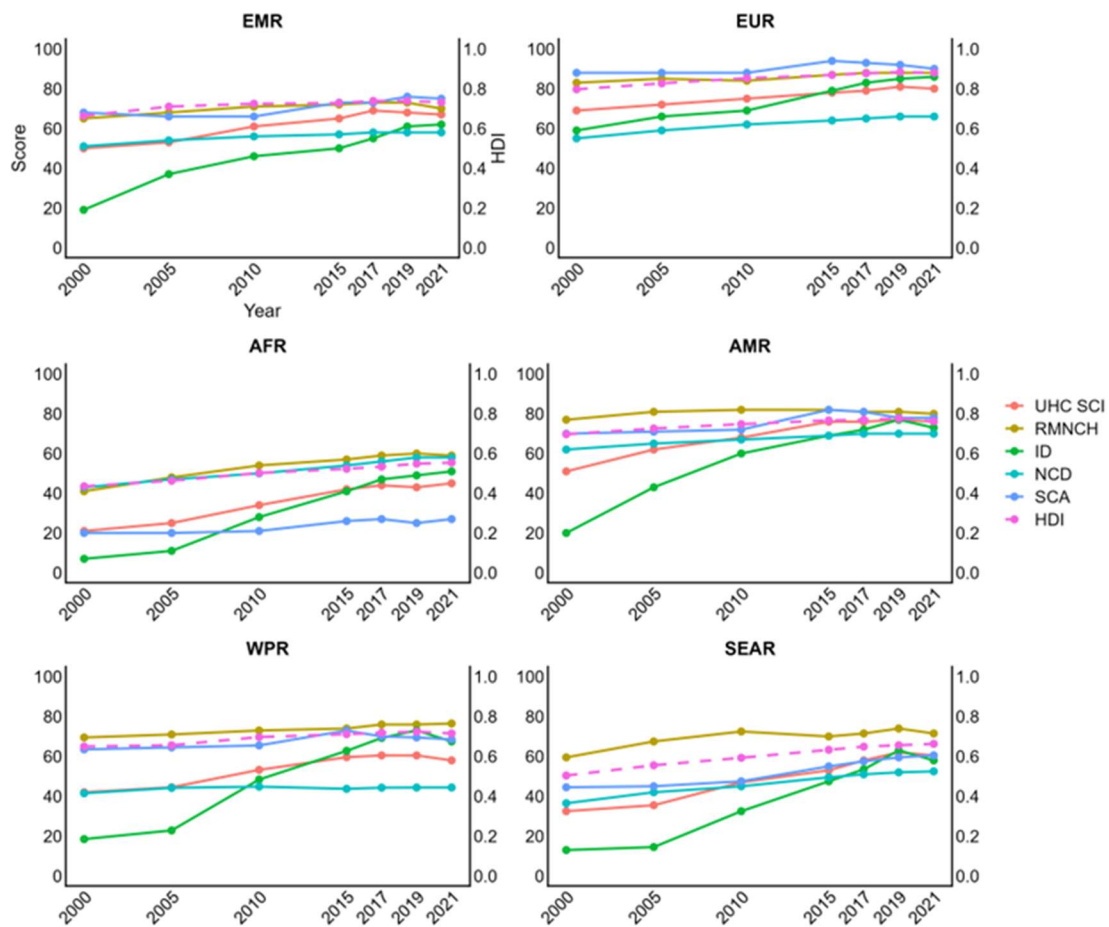
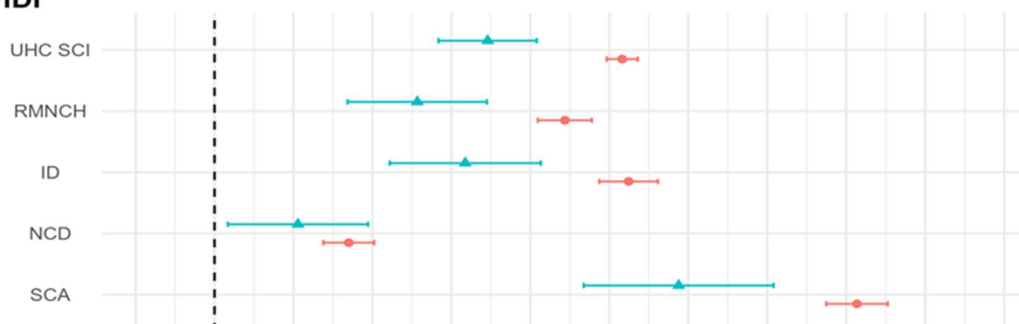


表 3：地域別 UHC SCI、4 サブ指数、及び HDI の調整前・調整後平均比

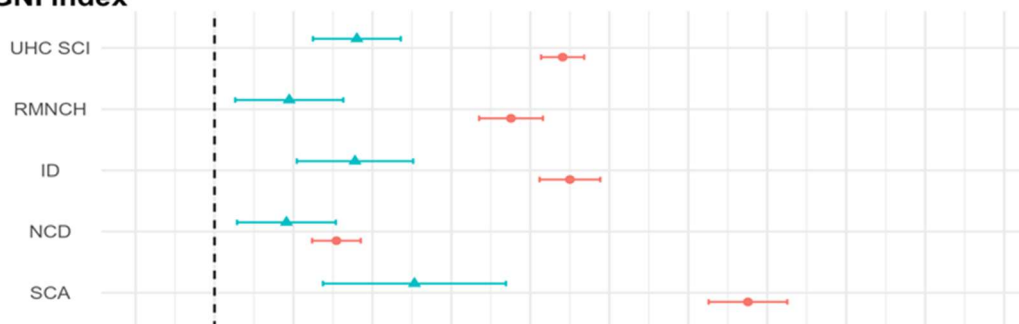
地域	UHC SCI		RMNCH		ID		NCD		SCA		HDI	
	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後
	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)
EUR	Ref		Ref		Ref		Ref		Ref		Ref	
EMR	0.75 (0.67–0.85)	0.99 (0.91–1.07)	0.78 (0.68–0.88)	0.96 (0.88–1.04)	0.68 (0.58–0.80)	0.99 (0.88–1.12)	0.92 (0.88–0.95)	1.03 (0.96–1.12)	0.71 (0.60–0.85)	0.94 (0.83–1.07)	0.81 (0.74–0.89)	0.96 (0.91–1.00)
AFR	0.53 (0.49–0.58)	0.96 (0.89–1.04)	0.65 (0.60–0.71)	0.97 (0.90–1.05)	0.50 (0.45–0.55)	1.03 (0.89–1.19)	0.84 (0.81–0.87)	1.08 (1.00–1.16)	0.34 (0.28–0.41)	0.72 (0.61–0.86)	0.61 (0.58–0.65)	0.92 (0.88–0.96)
AMR	0.93 (0.88–0.97)	1.05 (1.00–1.09)	0.97 (0.92–1.02)	1.04 (0.99–1.10)	0.85 (0.79–0.91)	1.02 (0.97–1.09)	1.10 (1.06–1.14)	1.19 (1.12–1.25)	0.84 (0.78–0.89)	0.91 (0.85–0.98)	0.88 (0.84–0.92)	0.95 (0.93–0.98)
WPR	0.77 (0.69–0.85)	0.97 (0.92–1.03)	0.89 (0.83–0.95)	1.00 (0.95–1.06)	0.74 (0.65–0.83)	1.02 (0.94–1.10)	0.77 (0.68–0.86)	0.90 (0.82–0.99)	0.76 (0.67–0.86)	0.94 (0.85–1.02)	0.85 (0.79–0.91)	0.97 (0.95–1.00)
SEAR	0.69 (0.61–0.77)	0.93 (0.86–1.01)	0.85 (0.76–0.94)	0.97 (0.88–1.07)	0.59 (0.51–0.68)	1.02 (0.93–1.12)	0.80 (0.72–0.90)	0.90 (0.80–1.00)	0.62 (0.50–0.76)	0.77 (0.65–0.90)	0.75 (0.69–0.82)	0.95 (0.90–1.00)

図 3 : HDI 及び各構成要素が 0.1 増加した時の UHC SCI 及び 4 サブ指数の推定変化量

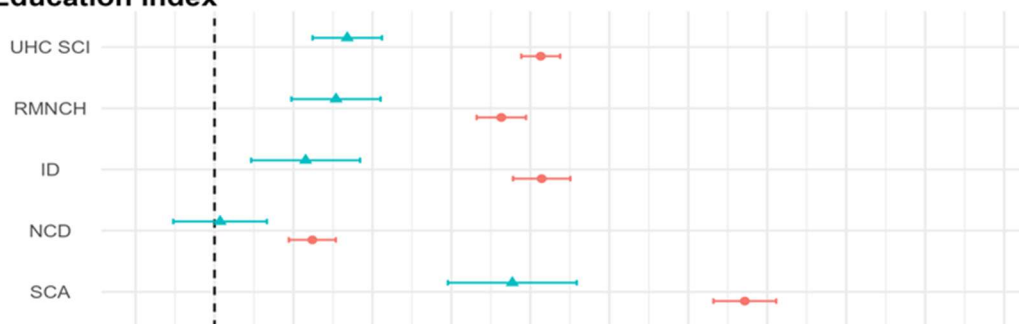
HDI



GNI index



Education index



Life expectancy index

