

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)
「アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策」
令和 7 年度 分担研究報告書

「高齢化対策の国際動向および ASEAN における高齢者のミニマム・サービス・カバレッジに関する研究」

研究分担者

児玉知子 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

研究協力者

TJ Robinson T. Moncatar フィリピン大学マニラ校 公衆衛生学部 保健政策・行政学科 主任・准教授

研究要旨

【目的】本研究は、WHO および ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation (ACAI) 等との連携のもと、各国における長期ケア政策および制度の実装状況を把握するとともに、高齢者に対するミニマムサービスカバレッジの構成要素を明らかにし、各国におけるサービス提供の状況を比較・検討することを目的とする。

【方法】国際動向の把握のため、WHO「健康的高齢化の 10 年」に関する加盟国向け情報セッションに参加し、関連資料を整理した。また、ACAI の国際プロジェクトに参画し、政策形成および制度実装の動向について情報収集を行った。ミニマムサービスカバレッジの分析には、WHO の長期ケアパッケージ（2024）を理論枠組みとして用い、日本の高齢者総合機能評価に基づく診療・ケアガイドラインを参照した。さらに、ASEAN 地域における健康格差を把握するため、スコーピングレビューを開始した。

【結果】WHO の報告より、世界的な高齢化の進展とともに、健康寿命と平均寿命の乖離、長期ケア体制の未整備、資源不足などの課題が明らかとなった。また、ミニマムサービスカバレッジは、慢性疾患管理、機能回復、長期ケア・生活支援を含む包括的概念として整理された。タイの医療保障制度では、慢性疾患管理に加え、リハビリテーション、白内障手術、補助具提供などが組み込まれ、条件付き給付や質管理の仕組みが導入されていた。さらに、東南アジアにおけるスコーピングレビューでは約 120 編の文献を精査中であり、社会経済状況や地域差等が健康格差の主要因として抽出されつつある。

【考察】高齢者に対するサービスは、医療中心から機能維持・生活支援を含む統合的アプローチへと転換しつつある。一方で、各国における制度整備や資源配分の違いにより、サービス提供の格差が依然として存在する。タイの事例は、限られた資源の中で包括的サービスを提供するモデルとして示唆に富む。また、UHC の進展のみでは健康格差の解消には不十分であり、社会的決定要因を含む多面的対応が必要である。

【結論】本研究により、高齢者に対するミニマムサービスカバレッジは、慢性疾患管理、機能回復、長期ケア・生活支援を統合した包括的サービスとして構成されることが明らかとなった。また、各国における制度設計や資源配分の違いにより、同様の枠組みであってもサービス提供の内容や到達度に差異が生じていることが示唆された。さらに、UHC の進展下においても健康格差は依然として残存している可能性があり、制度設計に加えて社会経済的要因への対応が重要であると考えられた。

A. 研究目的

本分担研究では、WHO および ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation (ACAI) 等との連携のもと、各国における長期ケア政策および制度の実装状況を把握するとともに、高齢者に対するミニマムサービスカバレッジの構成要素を明らかにし、各国の制度におけるサービス提供状況を比較・検討することを目的とする。さらに、これらの分析を通じて、研究班内の他分担研究で整理された概念およびプロセスが各国の制度的・社会的文脈においてどのように適用または適応可能であるかを検討する。

B. 研究方法

本年度は、国際動向の把握を目的として、2025 年 9 月 3 日に WHO が開催した「健康的高齢化の 10 年（2021–2030）」に関する加盟国向け情報セッションに参加し、関連資料の収集・整理を行った。また、ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation (ACAI) の国際プロジェクトに専門家として参画し、地域レベルにおける政策形成および制度実装の動向について情報収集を実施した。

高齢者に対するミニマムサービスカバレッジの構成要素の分析にあたっては、WHO が 2024 年に公表した「Long-term care for older people package for universal health coverage」を理論的枠組みとして用い、同パッケージに示される介入（コアおよび拡張項目）に基づき整理した。日本の文脈においては、高齢者総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment: CGA）に基づく診療・ケアガイドライン（2024 年改訂）を参照し、フレイル、認知症、ポリファーマシー、慢性疾患管理等に対応する包括的ケアの内容を整理した。本年度はタイにおいて情報収集を行った。

加えて、フィリピン大学との連携のもと、ASEAN 地域におけるミニマムサービスカバレッジの評価に先立ち、関連文献の体系的把握を目的としたスコーピングレビューを開始した。

研究協力者：TJ Robinson T. Moncatar, RN, MPH, PhD

Chair and Associate Professor, Department of Health Policy and Administration
College of Public Health, University of the Philippines Manila.

Deputy Centre Director, SEAMEO TROPMED Regional Center for Public Health,
Hospital Administration, Environmental and Occupational Health

（倫理面の配慮）

本研究は、公開資料および既存文献の分析を中心としており、個人を特定し得る情報は扱っていない。

C. 研究結果

1. 高齢化対策の国際動向について – WHO 加盟国向け情報セッションより

WHO「健康的高齢化の 10 年（Decade of Healthy Ageing）」に関する会議では、世界的な人口高齢化の現状、健康的高齢化の概念、国際的な取り組みの進捗および今後

の方向性について包括的な説明がなされた。

まず、背景として提示された世界の人口動態は、高齢化の急速な進展を明確に示しており、2030年には世界人口の6人に1人が60歳以上となり、2050年にはその割合が5人に1人に達すると予測されている。また、平均寿命の延伸に対して健康寿命の伸びが追いついておらず、両者の差は拡大傾向にある。このことは、高齢期における疾病や機能低下とともに生活する期間が長期化していることを意味している。さらに、高齢女性が男性よりも長く不健康な状態で生活する傾向や、高齢者の約3分の2が中所得国に居住している点など、健康格差および社会経済的要因との関連も強調された。加えて、2020年時点で少なくとも1億4200万人の高齢者が基本的ニーズを満たせていない状況にあることが報告されており、高齢化は単なる人口構造の変化にとどまらず、社会保障やケア体制の持続可能性に直結する重要課題であることが示された。

次に、WHOが提唱する「健康的高齢化（Healthy Ageing）」の概念について説明がなされた。健康的高齢化とは、「高齢期のウェルビーイングを可能にする機能的能力を発展させ維持する過程」と定義されており、単なる疾病の有無ではなく、個人の身体的・精神的能力（intrinsic capacity）とそれを取り巻く環境、さらには両者の相互作用によって規定される機能的能力に焦点を当てる点に特徴がある。このアプローチは権利基盤型（rights-based）の視点を重視しており、高齢者の尊厳や社会参加の保障を含む包括的な概念として位置付けられている。

本セッションでは、「健康的高齢化の10年」を推進するための4つの主要アクション領域についても詳述された。第一に、エイジズム（年齢に基づく偏見・差別）の解消である。報告によれば、世界の約半数の人々が高齢者に対して何らかのエイジズム的態度を有しており、これは健康状態の悪化や社会的孤立、さらには死亡リスクの上昇とも関連する重要な社会的決定要因であるとされる。WHOは、エビデンスの蓄積やグローバルキャンペーンの展開、さらにはエイジズムを測定する指標の開発などを通じて、この課題に取り組んでいる。

第二に、高齢者にやさしい環境（Age-friendly environments）の整備である。WHOは、都市や地域社会の構造を高齢者にとってアクセスしやすく、参加しやすいものへと変革することを目的として、「エイジフレンドリー都市・コミュニティのグローバルネットワーク」を主導しており、60か国以上、1700を超える都市・地域が参加している。この取り組みは、住宅、交通、社会参加、医療アクセスなど多面的な環境整備を通じて高齢者の自立と社会参加を促進するものである。

第三に、統合ケア（Integrated Care）の推進である。現在、世界人口の相当数が基本的な保健医療サービスにアクセスできていない状況にあり、提供されている場合でもサービスの断片化が課題となっている。これに対し、統合ケアはライフコース全体を通じた継続的かつ包括的なサービス提供を目指すものであり、WHOは「ICOPE（Integrated Care for Older People）」モデルの普及を通じて、地域およびプライマリケアにおける実装を支援している。

第四に、長期ケア（Long-term Care）*の強化である。高齢者の約65%が日常生活において何らかの支援を必要とするとされる一方で、多くの国において長期ケア体制は十分に整備されていない。特に、家族などによるインフォーマルケアへの依存が大

きく、制度的支援の不足が顕著である。WHO は、持続可能で公平な長期ケアシステムの構築に向けて、政策枠組みの提示や各国への技術支援を進めている。（*注：Long-term care は日本および欧米諸国では「介護」の意味合いが大きいですが、ASEAN を始めとする開発途上国では概念形成が進んでいない。WHO は長期ケアを、“身体的・精神的能力の低下がある人々に対し、基本的権利と尊厳を保持しつつ機能的能力を維持することを目的とした、医療および社会的支援を含む統合的サービス”と定義している）

これらの取り組みは一定の進展を見せているものの、依然として複数の課題が残されている。特に、各国における資源不足やデータの不足、政策優先度の変動などが進捗の阻害要因として指摘された。また、長期ケア政策の整備が進んでいない国も多く、国際的な格差の是正が重要な課題となっている。

今後の方向性として、WHO は 2026 年以降の重点領域を提示している。具体的には、高齢者の人権を保障する国際的枠組みの強化、統合ケアおよび長期ケアの制度化支援、データおよび研究基盤の強化、多部門連携の推進などが挙げられる。また、2026 年には「健康的高齢化の 10 年」の中間評価が予定されており、各国に対して進捗報告が求められることとなっている。以上を踏まえると、健康の高齢化は単なる医療課題ではなく、社会保障、都市政策、労働政策などを含む多領域にまたがる包括的な課題であることが明らかである。特に、健康寿命の延伸とともに生活の質（Quality of Life）の向上を重視する視点、医療と介護の統合、そしてエイジズムの解消による社会的包摂の促進が重要である。日本のような高齢化先進国においては、これらの取り組みを国内で深化させるとともに、国際的な知見の共有と他国支援への貢献が今後ますます求められると考えられる。

2. 高齢者に対するミニマムサービスカバレッジの概念（総論）

高齢化の進展に伴い、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成においては、高齢者に対する「ミニマムサービスカバレッジ（minimum service coverage）」の明確化が重要な課題となっている。これは、高齢者が健康状態や機能レベルに応じて最低限アクセスすべき医療・介護・生活支援サービスの範囲を定義するものであり、単なる医療保障にとどまらず、生活機能の維持や生活の質（Quality of Life: QOL）の向上を含む包括的な概念である。

WHO が提示する長期ケアパッケージにおいては、高齢者に対するサービスは大きく、①慢性疾患管理、②機能回復・維持、③長期ケアおよび生活支援、の 3 つの側面から整理される。特に、心血管疾患、糖尿病などの慢性疾患に対する継続的な外来診療・薬物療法に加え、リハビリテーション、補助具（補聴器等）、視覚・口腔機能の回復支援など、日常生活機能に直結するサービスが重要な構成要素となる。

また、ミニマムサービスカバレッジの特徴として、第一に、疾病治療のみならず生活機能の維持・回復を重視する点、第二に、医療と社会的支援を統合したサービス提供を前提とする点、第三に、各国の制度や資源状況に応じて段階的に適用・拡張されるべき枠組みである点が挙げられる。さらに、サービス提供においては、事前評価（アセスメント）や適切な対象者選定、質の管理といった仕組みが不可欠である。

このように、高齢者に対するミニマムサービスカバレッジは、医療保障制度の枠を超え、長期ケアシステムの基盤として位置付けられるべきものであり、UHCの実現に向けた重要な構成要素である。

3. タイにおけるミニマムサービスカバレッジの実践例

タイにおいては、国民医療保障制度（Universal Coverage Scheme: UCS）が中心となり、高齢者を含む国民の大部分（約 7 割）を対象とした医療保障が提供されている。UCS は税財源を基盤とし、外来・入院医療に加えて慢性疾患管理や薬剤費補助を含む包括的なサービスを提供している点に特徴がある。

高齢者に対するサービス内容を見ると、まず慢性疾患管理が中核を成している。高血圧、心不全、糖尿病などに対しては、外来診療および薬剤費補助が広く提供されており、基本的に自己負担なしでアクセス可能である。これらの薬剤は国家必須医薬品リストに基づき提供され、プライマリ・ケアレベルでの継続的管理が重視されている。

さらに、機能回復および QOL 向上を目的とした医療・支援サービスもカバーされている。具体的には、脳卒中後のリハビリテーション、白内障手術、透析治療、補聴器、義歯などが対象となっており、これらは高齢者の日常生活機能の維持に直接寄与するサービスである。特に白内障手術や透析については一定の費用基準が設定されており、効率的かつ標準化されたサービス提供が図られている。

また、これらのサービス提供にあたっては、条件付き支援の仕組みが導入されている点も特徴的である。例えば、補聴器や義歯の提供には事前評価が必要であり、対象者の状態に応じた適切な給付が行われる。さらに、地域単位での目標設定や質管理制度が導入されており、サービスの均てん化と質の確保が図られている。

加えて、薬剤提供については、病院のみならず地域の薬局を活用した提供体制が整備されており、プライマリ・ケアの強化とアクセス向上が実現されている。これにより、高齢者が継続的に必要な薬剤を受け取りやすい仕組みが構築されている。

以上のように、タイの UCS におけるミニマムサービスカバレッジは、慢性疾患管理を基盤としつつ、機能回復・生活支援サービスを組み合わせた包括的な構成となっている。また、条件付き支援や質管理の導入により、限られた資源の中で効率的かつ公平なサービス提供が実現されている点は、他国にとっても示唆に富む事例である。

（文末資料①②参照）

4. スコーピングレビューの経過報告

本研究では、東南アジア地域における高齢者の健康格差の実態と関連要因を体系的に整理することを目的として、スコーピングレビューを実施している。本レビューは、急速に進行する高齢化と社会経済格差の拡大を背景に、同地域における高齢者の医療・ケアへのアクセスや利用における不平等の構造を明らかにし、政策的示唆を導出することを目的とする。

本レビューでは、健康格差（health equity）を「すべての人が最適な健康状態を達成するための公平かつ公正な機会を有する状態」と定義し、特に高齢者における医療

アクセス、サービス利用、未充足ニーズ、経済的保護、健康アウトカム等の側面に着目する。既存研究では、健康格差の概念的整理は進んでいるものの、東南アジア地域において実証的エビデンスを横断的に整理した研究は限られていることから、本レビューは地域横断的な知見の統合を試みるものである。

方法としては、PRISMA ガイドラインに準拠し、PubMed データベースにおける文献検索を行った。対象は東南アジア 11 か国における高齢者を対象とした量的・質的研究とし、医療サービス利用や未充足ニーズ、健康格差に関連する要因を報告した研究を含めた。データ抽出では、対象国、研究デザイン、対象集団、健康格差に関連する指標および関連要因等を整理し、記述的統合（narrative synthesis）により分析を行う設計とした。

現在、約 120 編の関連文献のスクリーニングおよび精読を進めており、健康格差に関連する要因として、社会経済状況、居住地域（都市・農村）、教育水準、保険制度の違い等が重要な規定要因として抽出されつつある。また、各国におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の進展にもかかわらず、サービス利用や健康アウトカムにおける格差が残存していることが示唆されている。次年度は本レビューにより、東南アジア地域における高齢者の健康格差の構造および共通課題を明らかにするとともに、今後の比較研究および指標開発、ならびに公平性を考慮した保健医療政策の強化に資する知見を提供することを目指す。

D.考察

本研究の結果から、高齢化の進展に伴い、医療中心のアプローチから、機能維持および生活支援を含む統合的なケアへの転換が国際的に求められていることが確認された。WHO は健康的高齢化を「高齢期のウェルビーイングを可能にする機能的能力を維持・発展させる過程」と定義しており、従来の疾病中心モデルから、生活機能や環境要因を含む包括的な視点への転換を提唱している¹⁾。本研究で整理されたミニマムサービスカバレッジの構成要素（慢性疾患管理、機能回復、長期ケア・生活支援）は、この概念と整合的であり、今後の高齢者ケアの基本枠組みとして位置付けられると考えられる。

また、WHO および国連が推進する「健康的高齢化の 10 年（2021-2030）」は、高齢者の生活の質の向上を目的とした多部門連携の枠組みであり、エイジズムの解消、年齢にやさしい環境の整備、統合ケアの推進、長期ケアの確立の 4 領域を中核としている²⁾。本研究で確認された各国の政策動向もこれらの方向性と一致しており、国際的な政策枠組みが各国の制度設計に影響を与えていることがうかがえる。一方で、WHO の報告では、これらの取り組みに必要な資源は多くの国で不足しており、特に低・中所得国では制度実装の遅れが課題として指摘されている³⁾。本研究においても、長期ケア体制の未整備やデータ不足といった課題が共通して確認されており、制度設計に加えて実装能力の強化が不可欠であると考えられる。

さらに、タイの UCS の事例は、限られた財源の中で包括的サービスを提供するモデルとして重要な示唆を与える。慢性疾患管理を基盤としつつ、リハビリテーションや補助具提供など生活機能に直結するサービスを組み合わせて提供している点は、

WHO が提唱する統合ケアの方向性と一致している。しかしながら、先行研究では、UHC 導入後も健康アウトカムの改善が均等ではなく、社会経済的地位による格差が残存することが報告されている。例えば、タイの高齢者を対象とした研究では、健康状態の改善が比較的富裕層に偏る傾向が示されている⁴⁾。本研究におけるスコーピングレビューの中間結果でも、社会経済状況や地域差が健康格差の主要な規定要因として抽出されており、医療アクセスの拡大のみでは健康格差の解消には不十分であることが示されている。このような結果は、健康格差が医療サービスの供給不足だけでなく、教育、所得、居住環境などの社会的決定要因に強く規定される構造的問題であることを示唆している。先行研究においても、健康格差はライフコースを通じた累積的な不利の結果として生じるとされており、高齢期においてその影響が顕在化することが指摘されている⁵⁾。したがって、UHC の推進に加えて、社会保障や地域政策を含む多部門的なアプローチが求められる。

さらに、本研究で進めているスコーピングレビューの過程から、東南アジア地域における健康格差研究は国別の分析が中心であり、地域横断的な比較や統合的評価が不足していることが明らかとなっている。この点は、政策比較や指標開発の観点から重要であり、今後は標準化された評価枠組みの構築が必要である。WHO も健康的高齢化の進捗評価に向けてデータ基盤の強化を重要課題としており⁶⁾、本研究の方向性は国際的な研究動向とも整合している。

以上より、本研究は、高齢者に対するミニマムサービスカバレッジの構造と各国における実装状況を整理するとともに、UHC の進展下においても健康格差が残存する可能性があり、制度設計に加えて社会経済的要因への対応が重要であることを示した点に意義がある。今後は、各国の制度的文脈を踏まえた比較研究を深化させるとともに、健康格差の測定指標および評価手法の確立が求められる。

E. 結論

本研究により、高齢者に対するミニマムサービスカバレッジは、慢性疾患管理、機能回復・維持、長期ケアおよび生活支援を統合した包括的サービスとして構成されることが整理された。また、各国における制度設計や資源配分の違いにより、同様の枠組みに基づきながらもサービス提供の内容や到達度に差異がみられることが示された。特に、タイの事例は、限られた資源の中で包括的サービスを提供する実践モデルとして有用な示唆を与えるものである。一方で、スコーピングレビューの進捗から、UHC の進展にもかかわらず、社会経済状況や地域差等に起因する健康格差が残存している可能性が示されている。これらの結果から、高齢者ケアの充実に向けては、医療制度の整備に加え、社会的決定要因への対応を含む多面的な政策的アプローチが重要であると考えられる。今後は、各国の制度的文脈を踏まえた比較研究を深化させるとともに、健康格差の評価指標の整備が求められる。

F.引用文献

1. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing: Baseline report. Geneva: WHO; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
2. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing (2021–2030). <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
3. World Health Organization. Progress report on the UN Decade of Healthy Ageing. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240076655>
4. Kaikaw S, Punpuing S, Chamchan C, Prasartkul P. Socioeconomic inequalities in health outcomes among Thai older population in the era of Universal Health Coverage. *Int J Equity Health*. 2023;22:144.
5. Carroll C, Sworn K, Booth A, Tsuchiya A, Maden M, Rosenberg M. Equity in healthcare access and service coverage for older people: a scoping review. *Integr Healthc J*. 2022;4:e000092.
6. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing: data and monitoring framework. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing/data>

G.研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

Tomoko Kodama. LTC framework and Minimum service coverage for older people. ASEAN IRP Research Symposium on Active Ageing. 8 October 2025. Brunei Darussalam.

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

資料①

タイUHC（UCS） 高齢者医療・支援サービスサマリー

領域	対象サービス	支払い・補助概要	単位・費用目安（バーツ）	備考
心血管疾患	虚血性心疾患、心不全、高血圧管理	外来診療、薬剤費補助	薬価基準に準拠	高血圧・心不全の定期管理、生活習慣指導含む
脳卒中	急性期治療、リハビリ	入院・リハビリ費用補助	個別設定	早期診断・リハビリ推進対象、高齢者は優先評価
糖尿病	診断、血糖管理、合併症管理	外来診療、血糖測定、薬剤費補助（インスリン含む）	個別設定	定期スクリーニング、合併症管理
がん	手術、化学療法、放射線治療	入院治療費補助、薬剤・放射線治療費含む	個別設定	高齢者は副作用リスク管理が重点
透析（腎不全）	PD、HD、APD、腎移植	薬剤・医療機器・治療費含む	PD: 15,000/月、APD: 18,000/月	赤血球刺激薬支給、効率・質向上インセンティブあり
白内障手術	白内障手術＋眼内レンズ	合併症なし: 5,000～7,000/眼、合併症あり: 9,000/眼	レンズ費用: 折りたたみ 2,800/個、硬性 700/個	高齢者優先、地域目標・品質管理制度あり
補聴器	人工耳小骨、人工耳、人工内耳、鼻補綴	実費上限またはネットワーク経由支援	人工耳小骨: 2,700～4,500/個、人工耳: 10,800/片耳、人工内耳: 支援	高齢者の難聴補助、条件付きリハビリ・評価含む
義歯	総義歯、部分義歯、歯科インプラント	5年ごと1人1セットまで。材料費・印象費込み	総義歯片側: 2,400/個、上下セット: 4,400/セット、部分義歯1-5歯: 1,300/個、5歯以上: 1,500/個、インプラントセット: 支援	咀嚼機能回復が主目的、高齢者中心

慢性疾患管理が中心：心血管疾患、糖尿病、高血圧など、外来・薬剤・生活指導の補助が充実。
機能回復・QOL向上：透析、白内障手術、義歯、補聴器など、生活の質に直結する医療・支援が補助対象。
条件付き支援：補聴器や人工内耳、義歯などは使用条件や事前承認が必要。
地域・効率・質管理：白内障手術、透析、補聴器などは地域目標設定や品質評価制度あり。

（出典：Fee schedule of UHC in Thailandより著者作成）

資料②

薬剤費補助の概要（UCS）

疾患・対象	内容	備考
高血圧	降圧薬（ACE阻害薬、ARB、カルシウム拮抗薬、利尿薬など）の費用補助	外来診療で処方される薬剤が対象。自己負担は基本的になし
心不全・虚血性心疾患	利尿薬、β遮断薬、抗血小板薬、スタチンなどの補助	併存疾患が多い高齢者も対象
糖尿病	経口血糖降下薬、インスリンなどの費用補助	血糖測定用品（試験紙）も含む場合あり
腎不全透析患者	赤血球刺激薬、透析関連薬剤	赤血球刺激薬は定期支給（例：4,000単位/2回/週）
白内障手術・義歯・補聴器	手術関連薬、抗菌薬、麻酔薬など	一般的な手術関連薬費用は治療費に含む

- UCSでは慢性疾患管理のための薬剤は基本的に自己負担なしで提供。（右のThailand: National List of Essential Medicinesに記載があれば無料）
- 特に糖尿病（インスリン含）・高血圧・心血管疾患は高齢者に多く、薬剤費補助は生活の維持に直結。認知症治療薬（塩酸ドネペジルもあり）
- 通常病院・保健センター・薬局で提供され、薬の種類や量は医師の判断に基づく。
- UCS加入者は薬局と提携して、16種類の一般的な病気に対する薬を薬局で無料で受け取れる。これは「外来薬剤」を指す。（Strengthen primary care through pharmacies：NHSO）
- UCS登録者は、病院受診後に近所の薬局で薬を受け取ることができる制度あり。（UCS medicine delivery initiative：NHSO）



Thailand: National List of Essential Medicines (NLEM) 2021 (Thai)