

รายงานการวิจัย

ระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในเขตมหานคร: บทเรียนสำหรับประเทศไทยจากกรณีศึกษาประเทศญี่ปุ่นและไต้หวัน

Support Systems for Promoting Well-being of Older Persons in Mega-cities: Lessons Learnt for Thailand from Case Studies of Japan and Taiwan

โดย

ศาสตราจารย์ ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตติยา ภูละออ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปวีณา ลี้ตระกูล คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

พ.ศ. 2561



รายงานการวิจัย

ระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในเขตมหานคร: บทเรียนสำหรับประเทศไทยจากกรณีศึกษาประเทศญี่ปุ่นและไต้หวัน

Support Systems for Promoting Well-being of Older Persons in Mega-cities: Lessons Learnt for Thailand from Case Studies of Japan and Taiwan

โดย

ศาสตราจารย์ ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตติยา ภูละออ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปวีณา ลี้ตระกูล คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

พ.ศ. 2561

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัย ระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในเขตมหานคร: บทเรียนสำหรับประเทศไทยจากกรณีศึกษาประเทศญี่ปุ่นและไต้หวัน ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ในฐานะหัวหน้าโครงการวิจัยต้องขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

คณะผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลหลายท่านทั้งในประเทศญี่ปุ่น ได้แก่ Professor Tetsuhiko Izumi Miss Keigo Ogawa Dr. Kimiko Nishijima Professor Akitoshi Nishishita Dr. Fumio Yamazaki Mr. Toshinobu Nakagawa Professor Naosumi Atoda Professor Masayo Satoh Professor Kim Sonwon และที่ไต้หวัน ได้แก่ Professor Hsiu-Mei Chuang, Soochow University Miss Tung I-Hsuan Miss Lee (ผู้อำนวยการ Taipei Fuhua Senior Multi Service Center) และ Professor Chen-Fen Chen ทุกท่านให้ความร่วมมือกับโครงการวิจัยย่อยในการดำเนินการจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ ดร.จิตร สิทธิอมร และคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อแผนงานวิจัยและโครงการวิจัยย่อยในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน

ขอขอบคุณนักวิจัยและผู้ช่วยวิจัยของโครงการวิจัยทุกคนที่ผลักดันให้เกิดผลงานที่เป็นประโยชน์ในทางวิชาการและในเชิงนโยบายเพื่อเตรียมการรองรับสังคมสูงวัย และท้ายที่สุดขอขอบคุณนายจุติเทพ อำนาจพระประสิทธิ์ ที่ได้ช่วยดูแลงานธุรการของแผนงานวิจัยจนสำเร็จด้วยดี

ศาสตราจารย์ ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา

หัวหน้าโครงการวิจัยย่อยที่ 1

บทคัดย่อภาษาไทย

สังคมไทยกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆและมีแนวโน้มมีอายุยืนยาวขึ้น พร้อมกับสังคมโดยรวมมีลูกกันน้อยลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นพร้อมกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงเป็นเมือง การศึกษาสถานการณ์ในปัจจุบันและประสบการณ์ของต่างประเทศ เช่น ประเทศญี่ปุ่นไต้หวันจะทำให้สังคมไทยได้บทเรียนในการสร้างหรือปรับปรุงระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในเขตมหานครต่อไปในอนาคต โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ได้แก่ ประการที่หนึ่ง ศึกษาสถานการณ์ของผู้สูงอายุเน้นด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพในเขตมหานครของประเทศญี่ปุ่นและไต้หวัน ประการที่สอง ศึกษาระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในเขตมหานคร ของประเทศญี่ปุ่นและไต้หวัน และประการที่ 3 ถอดบทเรียนของประเทศญี่ปุ่นและไต้หวัน เพื่อดึงนัยเชิงนโยบายและแนวทางการเตรียมการรองรับสังคมสูงวัยสำหรับผู้สูงอายุในเขตมหานครของประเทศไทย ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์มาจากข้อมูลสถิติ เอกสารราชการ เอกสารวิชาการ และสื่อสิ่งพิมพ์ประเภทต่างๆที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกรณีประเทศญี่ปุ่นและไต้หวัน และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติของประเทศญี่ปุ่นและไต้หวัน รวมทั้งสิ้น 10 ท่าน และเยี่ยมสถานบริการด้านผู้สูงอายุทั้งที่เป็นองค์กรแสวงหากำไรและองค์กรไม่แสวงหากำไรรวมทั้งสิ้น 7 แห่ง

ประเทศญี่ปุ่นและไต้หวันกำลังเผชิญสถานการณ์การสูงวัยทางประชากรอย่างต่อเนื่อง รัฐบาลของทั้งประเทศญี่ปุ่นและไต้หวันได้เตรียมมาตรการรองรับสถานการณ์อย่างรอบด้านทั้งด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านที่อยู่อาศัย อย่างไรก็ดีดูเหมือนว่าประเด็น “การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา” เป็นโจทย์หลักของสังคมในขณะนี้ ในเชิงการเตรียมความพร้อม ประเทศไทยกำลังเคลื่อนตัวไปในทิศทางเดียวกันกับทั้งประเทศญี่ปุ่นและไต้หวัน ไม่ว่าจะเป็นหลักประกันรายได้ยามชราภาพ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุ การปรับปรุงที่อยู่อาศัย แต่ยังมีบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำคัญที่พึงพิจารณาเพิ่มเติมในอนาคต

การแบ่งบทบาทด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลเชิงสังคมและบทบาทในเชิงป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะพึ่งพาต้องกำหนดให้เป็นบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสังคมไทยควรจะต้อง**ผลักดันภาคส่วนอื่นที่ไม่ใช่รัฐบาลให้เข้ามามีส่วนในการสร้างหรือปรับปรุงระบบสนับสนุน**เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุด้วย ไม่ว่าจะเป็นบริษัทเอกชนทั่วไป สตาร์ทอัพ วิสาหกิจเพื่อสังคม มูลนิธิ องค์กรทางศาสนา องค์กรสาธารณกุศล องค์กรสวัสดิการชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อรองรับความต้องการที่จะมีหลากหลายมากขึ้นในอนาคต ไม่ว่าจะเป็นการดูแลรักพยาบาล/การฟื้นฟูสภาพที่บ้าน การบริการดูแล

รายวันในสถานดูแล การบริการดูแลแบบค้างคืนระยะสั้น/ระยะยาว การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาเฉพาะ ระบบยืมอุปกรณ์สนับสนุนการดูแลที่บ้าน การปรับปรุงซ่อมแซมบ้าน บริการจัดส่งอาหาร การเยี่ยมบ้านตอนกลางคืน บริการเรียกหา การดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลชาวต่างประเทศ บริการช่วยดูแลทำความสะอาดบ้าน บริการรถขายสินค้าจำเป็นเคลื่อนที่ บริการพาสุนัขไปเดินเล่นแทนเจ้าของ เปลี่ยนหลอดไฟหรือจัดบ้าน เป็นต้น **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องมีบทบาทในฐานะศูนย์รวมข้อมูล เปิดเผยและกระจายข้อมูลบริการ** เหล่านั้นให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว

ส่งเสริมให้มีการบูรณาการภายในพื้นที่ในหลากหลายลักษณะ เช่น ความร่วมมือสร้างเครือข่ายระหว่างภาครัฐและภาคส่วนที่ไม่ใช่รัฐบาล ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่ไม่ใช่รัฐบาลด้วยกันเอง ซึ่งมีทั้งความร่วมมือระหว่างภาคเอกชนที่แสวงหากำไรด้วยกัน ความร่วมมือระหว่างภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรกับภาคเอกชนที่แสวงหากำไร รวมถึง ความร่วมมือระหว่างภาคเอกชนกับกลุ่มอาสาสมัคร เป็นต้น อันจะเป็นการเพิ่มคุณภาพของบริการ **อีกทั้งรัฐบาลควรเข้ามามีบทบาทในลักษณะที่ส่งเสริมหรือสนับสนุนภาคส่วนอื่นๆ มากกว่าการเป็นผู้จัดบริการเอง** ที่สำคัญได้แก่ การเป็นผู้สนับสนุนทางการเงินในรูปแบบของเงินอุดหนุนให้กับภาคส่วนที่ไม่ใช่รัฐบาล การสร้างภาคีความร่วมมือหรือการเป็นหุ้นส่วนกับภาคส่วนที่ไม่ใช่รัฐบาล เช่น การลงทุนสร้างโครงสร้างพื้นฐานหลักโดยภาครัฐ และการอนุญาตให้ภาคส่วนที่ไม่ใช่รัฐบาลเข้ามาเป็นผู้จัดบริการและบริหารจัดการระบบบนโครงสร้างพื้นฐานดังกล่าว การเป็นผู้ประกันหรือผู้ซื้อบริการ เป็นต้น

ในอนาคต **ประเทศไทยควรจะต้องพิจารณาระบบสนับสนุนคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่มีความยั่งยืนโดยต้องพิจารณาทางเลือกในการใช้ระบบประกันทางสังคม (social insurance)** โดยขณะเดียวกันก็มีมาตรการช่วยเหลือประชาชนกลุ่มด้อยโอกาสหรือมีความสามารถในการแบกภาระต่ำแยกออกไปต่างหาก การออกแบบระบบในลักษณะนี้จะช่วยส่งเสริมความยั่งยืนทางการเงินการคลังของระบบและชะลอการเพิ่มของภาระค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการผู้สูงอายุของรัฐบาลได้บ้าง เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่รัฐบาลต้องแบกรับภาระทั้งหมด

สังคมไทยควรจะต้องยึดหลักการ “การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน” เป็นแนวทางหลักอย่างที่ดำเนินการมา ไม่ว่าจะเป็นประเทศญี่ปุ่นหรือไต้หวันก็หันมาให้ความสำคัญกับแนวคิดนี้ นอกจากการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นการดูแลที่บ้านเป็นหัวใจ อย่างไรก็ตามควรจะต้องมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในด้านองค์ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ระบบการให้คำปรึกษาครอบครัวและผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญเพื่อส่งเสริมและธำรงให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเกิดขึ้นและเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีอุปสรรคน้อยที่สุด **และควรส่งเสริม active ageing ในชุมชนโดยผลักดันการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุ** การดึงการมีส่วนร่วม

ให้ผู้สูงอายุมาร่วมดูแลผู้สูงอายุจะเป็นมาตรการที่ส่งเสริมทั้งการจ้างงานเพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้ การทำงานอาสาสมัครเพื่อผู้อื่นเพื่อความภาคภูมิใจและการแสวงหาความหมายของชีวิตในช่วงบั้นปลาย หรือแม้แต่การมีส่วนร่วมทางสังคมเพื่อสุขภาวะส่วนบุคคลอันจะลดความเสี่ยงสู่ภาวะพึ่งพา

บทเรียนด้านการปรับปรุงที่อยู่อาศัยและมาตรการด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ จากสถานการณ์ในไต้หวันและประเทศญี่ปุ่นพบว่า มาตรการด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุควรจะต้องแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ มาตรการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเดิม ทั้งกรณีของญี่ปุ่นและไต้หวัน การปรับปรุงบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ถูกประเมินว่ามีภาวะพึ่งพาจะถูกจัดอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุที่ถูกประเมินว่ามีภาวะพึ่งพามีสิทธิที่จะได้รับเงินอุดหนุนในการปรับปรุงบ้านเพื่อให้เหมาะกับภาวะพึ่งพาของตนเอง และมาตรการการหาที่อยู่ใหม่ มาตรการที่ใช้มีได้หลากหลาย เช่น มาตรการส่งเสริมให้ภาคเอกชนสร้างที่อยู่อาศัยพร้อมบริการดูแลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีฐานะดี มาตรการอุดหนุนเงินให้ภาคเอกชนจัดที่อยู่อาศัยราคาถูกเพื่อผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยภายในเขตเมือง เป็นต้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ระบบสนับสนุน กระบวนการเปลี่ยนแปลงเป็นเมือง ชุมชน การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ ญี่ปุ่น ไต้หวัน

Abstract

Thai society has been changing to aging society, which the number and proportion of older population keeps on increasing, simultaneously, life expectancy of Thai population is increasing and total fertility rate is decreasing. Together with population ageing, urbanization has become a social phenomenon in Thailand. Therefore, to learn current situations and experiences of population ageing countries in East Asian, such as, Japan, Taiwan, will benefit Thai society because their success and/or challenging issues, as well as, policy responses can be more or less translated to policy implications for the Thai government. The objectives of this study are as follows; firstly, to explore the current situations on demographic, social, economic and health aspects of older persons in Japan and Taiwan, especially, in the metropolitan areas, secondly, to study about the supporting systems towards older population's quality of life in in Japan and Taiwan, focusing in the metropolitan areas, and, thirdly, to draw key policy implications for Thai aging society. The data used for our analysis is from various sources, such as official statistics and white papers, academic papers, statistical yearbooks and 10 population ageing experts' interview in both Japan and Taiwan. In addition, we also visited 7 elderly care related facilities in Tokyo and Taipei and interviewed their managers or personnel in charge as well.

Prior to Thailand, Japan and Taiwan have been facing seriously population ageing, however, their governments have prepared a set of measures to cope with such demographic change comprehensively from economic, health, social and environments' aspects. Nevertheless, dependent elderly care has probably become the most focused issue of both societies. In term of the comprehensiveness of policy response, Thai government has pushed a set of measure in the same manner as conducted in Japan and Taiwan, namely public pension schemes, health security, long-term care, older persons 'employment promotion schemes, housing for elderly. As shown below, there are still many lessons should be learnt from both Japan and Taiwan.

Thai government should promote local authorities to bear more responsibilities on social care and preventive care, including social participation, for the elderly. In addition, non-governmental actors, such as, for-profit organization, start-ups, social enterprises, charity foundation, religious organization, community welfare organization, senior citizens' clubs and volunteer groups, should be promoted to be a part of elderly are network in each community as well. The most important underlying rationale is to be able to cope and to response more diversified needs and wants of increasing and diversifying households with older persons. We learnt from Japanese and Taiwanese experiences that, there exist many types of services provided under both elderly care schemes and markets in both countries, for example, home care, home nursing, home bathing, day care services, short stays services, special care for specific needs, care support appliances rental services, home renovation, food catering services, home visit at night, house cleaning etc. The local authorities should act as information center or platform of those community care services and disclose them to the needy.

The government should establish and/or strengthen the care network in community among various types of actors to increase continuity of services provision, efficiency and quality of care. Moreover, presuming letting non-governmental organizations to act as a service provider, the central government and/or authorities can play various roles as financial supporter, a partner in the so-called public-private partnership's relation, a regulator and/or an insurer. In another words, to revisit the division of labor in terms of elderly care is crucial for Thai society. Learning form Japanese and Taiwanese experiences, we have confirmed the fact that, how to finance elderly welfare will be a crucial issue in Thailand in the near future. We currently rely heavily on tax financing approach. To reconsider the reform towards social insurance orientation will support the financial sustainability of elderly welfare schemes, including public pension, health security and long-term care schemes.

Currently, Thai government is maintaining the philosophy of aging in place (mainly emphasizing self-reliance of older persons, family and community support), however, support from outside is still necessary for family with dependent older persons. Local authorities can provide any support schemes to them as home care counsellor and care information center

of community. In addition, active older persons should be incorporated into community care as well. Older persons' participation in care arena is beneficial for promoting employment and ikigai of older persons, as well as, for preventing from falling into dependency.

Last but not the least, from housing aspects, learning from both countries' experiences, supportive measures should be categorized into two types. Firstly, house renovation should be positioned as a part of dependent elderly care scheme and provided for only dependent older persons. Secondly, measures towards new housing services for older person depends on target groups. Private sector has incentives to enter this market to provide housing services with care provision at the same to high-income elderly. However, special treatment for low-income elderly (with dependency) is also necessary in metropolitan areas because of expensive living standard.

Keywords: Elderly, Support System, Urbanization, Community, Community-based Integrated Elderly Care, Japan, Taiwan

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

จากสำมะโนประชากรที่ทำมาทุกๆ 10 ปี ผู้สูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจากการทำสำมะโนประชากรครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2553 พบว่า ผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด ทำให้ ณ. จุดนี้สังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยเป็นที่เรียบร้อย โดยจากนิยามของสหประชาชาติ สังคมที่มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ถือเป็นประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย จากนี้ไปประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นไปเรื่อยๆ ในปี 2558 มีประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 15 ล้านคน อีกทั้งเมื่อปี พ.ศ.2553 สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้คาดประมาณจำนวนประชากรว่าจะมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลง จากนั้นจะลดลงไปเรื่อยๆ สัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นไปเรื่อยๆ จนในปี พ.ศ. 2583 จากนี้อีกประมาณ 20 กว่าปี ประชากรวัยสูงอายุจะมี 1 ใน 3 ของประเทศ ประชากรวัยเด็กลดลง และประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆเช่นเดียวกัน นอกจากนั้นถ้าเราแบ่งผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60-69 ปี ตอนกลางอายุ 70 ถึง 79 ปี วัยปลายคือผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จะเห็นได้ชัดว่า กลุ่มของผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนั้นยังพบว่า อัตราภาวะเจริญพันธุ์ประเทศไทยลดลงอย่างชัดเจน ในช่วงที่ประเทศไทยเริ่มนโยบายประชากรในแผนพัฒนาฉบับที่ 3 ในช่วงประมาณ พ.ศ. 2513 อัตราภาวะเจริญพันธุ์รวมประมาณ 5 แต่ปัจจุบันอัตราภาวะเจริญพันธุ์รวมลดลงมาที่ระดับ 1.5-1.6

สังคมไทยกำลังเผชิญความท้าทายใหม่ที่ ประเทศไทยมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆและขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นนั้น มีแนวโน้มมีชีวิตยืนยาวขึ้น พร้อมกันผู้สูงอายุในอนาคตเริ่มที่จะมีลูกน้อยลง การเปลี่ยนแปลงทางประชากรนี้มีนัยอย่างไรต่อสังคมไทย จากเดิมที่ผู้สูงอายุรับการเกื้อหนุนจากบุตรหลา น ยกตัวอย่างเช่น หากพิจารณาแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุดังปรากฏในตารางที่ 1 ปัจจุบันประมาณร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุมีแหล่งรายได้ยามชราภาพจากบุตรหลาน ในอนาคตเมื่อคนไทยมีลูกกันน้อยลง ผู้สูงอายุจะมีหลักประกันที่มั่นคงได้อย่างไร แน่นอนว่า ผู้สูงอายุในอนาคตที่ไม่มีบุตรเหล่านั้นก็จะขาดหลักประกันด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันหรือการดูแลเวลาเจ็บป่วยไปโดยปริยาย

นอกจากนั้นแล้ว การเปลี่ยนแปลงสู่สังคมสูงวัยยังเกิดขึ้นพร้อมกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงเป็นเมืองหรือ urbanization มหานคร เมืองใหญ่ มีความแตกต่างกับพื้นที่ชนบทหรือกึ่งชนบท จึงทำให้มีการย้าย

ถิ่นของประชากรรวมทั้งผู้สูงอายุเข้าสู่เขตเมืองอย่างเข้มข้นและมีลักษณะการอยู่อาศัยอย่างหนาแน่น อีกทั้งความแตกต่างอีกประการหนึ่งของความแตกต่างระหว่างเมืองและชนบทคือ ยึดโยงระหว่างคน ในสังคมชนบทหรือกึ่งชนบท ผู้สูงอายุอาจจะสามารถพึ่งพาเพื่อนบ้านและ/หรือชุมชนได้ แต่ในมหานครหรือเมืองใหญ่ การพึ่งพาความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านและ/หรือชุมชนอาจจะกระทำได้ยากลำบากกว่า ดังนั้นภายใต้การเปลี่ยนแปลงไปเป็นเมืองที่เกิดขึ้นคู่ขนานไปกับการเข้าสู่สังคมสูงวัยของสังคมไทย ประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญกับคือเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตในเขตมหานครหรือเมืองใหญ่

ตารางที่ 1-1 แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุไทย (หน่วยเป็น %)

แหล่งรายได้	สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ประเภทต่างๆ (ตอบได้หลายคำตอบ)				
	2537	2545	2550	2554	2557
การทำงาน	38.0	37.7	37.8	42.7	38.8
บำนาญ	4.1	4.3	5.4	7.5	6.3
เบี้ยยังชีพ	0.5	3.0	24.4	81.4	84.9
ดอกเบี้ย/การออม/ค่าเช่า	17.1	18.0	31.7	35.7	n.a.
คู่สมรส	21.4	17.4	23.3	21.4	25.2
บุตร	84.5	77.2	82.7	78.5	78.9
ญาติ	11.4	6.9	11.0	8.9	10.0
อื่นๆ	8.8	2.6	1.5	2.5	1.6

แหล่งที่มา: Table 4.2 in Knodel, Prachuabmoh and Chayovan (2013)'s "The Changing Well-being of Thai Elderly: An update from the 2011 Survey of Older Persons in Thailand", College of Population Studies, Chulalongkorn University and HelpAge Internationalสำหรับปี 2557 จากบทความ John Knodel, Bussarawan Teerawichitchainan, Vipan Prachuabmoh and Wiraporn Pothisiri (2015), The Situation of Thailand's Older Population: An Update based on the 2014 Survey of Older Persons in Thailand HelpAge International.

หากพิจารณาจากแนวคิดของ Care Diamond คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุสามารถเกิดขึ้นได้จากการบริหารจัดการตนเองหรือการพึ่งตนเอง (Self-Reliance) การได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวและเครือญาติ (family support) การได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านและ/หรือชุมชน (community) การเข้าถึงบริการของตลาด (market system) และการได้รับการคุ้มครองจากมาตรการภาครัฐซึ่งอาจจะเป็นได้ทั้งมาตรการจากรัฐบาลกลางและ/หรือมาตรการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจจะกล่าวได้ว่าภายใต้การเปลี่ยนแปลงไปเป็นเมืองที่เกิดขึ้นคู่ขนานไปกับการเข้าสู่สังคมสูงวัยของสังคมไทย มีความเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุในมหานครและเมืองใหญ่ อาจจะกำลังสูญเสียทั้งการได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวเนื่องจากมีลูกกันน้อยลงและไม่มีโอกาสที่จะได้รับการเกื้อกูลจากเพื่อนบ้าน ดังนั้นองค์ประกอบอื่นๆตามความคิดของ Care Diamond จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเข้ามาหนุนเสริมเพื่อธำรงคุณภาพชีวิตที่ดีและมั่นคงของผู้สูงอายุไว้ให้ได้ในฐานะที่

เป็น “ระบบสนับสนุน” (support system) เป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ และมีความจำเป็นต้องพิจารณาทั้งในเชิงวิชาการและเชิงนโยบาย

อีกด้านหากเราพิจารณาสถานการณ์ก่อนหน้าปัจจุบันตั้งแต่ทศวรรษที่แล้ว ดังตัวอย่างในตารางข้างล่างนี้ เราจะเห็นได้ว่าขณะที่ประเทศไทยกำลังเพิ่งย่างก้าวเข้าสู่ยุคสังคมสูงวัย หลายประเทศหรือภูมิภาคในแถบเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ก็ได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยแล้วก่อนหน้าประเทศไทยเรียบร้อยแล้ว ทั้งประเทศญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ไต้หวัน ฮ่องกง สิงคโปร์ เราจะเห็นได้ว่าพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศหรือภูมิภาคที่กล่าวถึงเหล่านั้นมีความเป็นเมืองสูง และมีเมืองใหญ่มาก ผู้สูงอายุในเมืองในประเทศเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตอย่างไร เห็นได้ชัดว่า ประเทศเหล่านี้กำลังประสบปัญหาเรื่องมีลูกน้อยเช่นเดียวกัน ดังนั้นผู้สูงอายุในประเทศเหล่านั้นมี “ระบบสนับสนุน” ลักษณะใดในการดำรงชีวิต หากเราได้ศึกษาสถานการณ์ รูปแบบของระบบสนับสนุนในประเทศเหล่านี้ เราคงจะได้บทเรียนเพื่อใช้ในการพิจาณาการออกแบบนโยบายหรือมาตรการการสนับสนุนเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในเขตมหานครและเมืองใหญ่ของประเทศไทยได้

ตารางที่ 1-2 อัตราภาวะเจริญพันธุ์รวมและสัดส่วนประชากรสูงอายุต่อประชากรทั้งหมดของประเทศในทวีปเอเชีย

Country	Total Fertility Rate		Aging Rate (65+ %)	
	1990-95	2005-10	2010	2030
Japan	1.48	1.34	23.0	30.7
Korea	1.70	1.23	11.1	23.4
Taiwan	1.79	1.26	10.7	23.3
Hong Kong	1.24	1.03	12.9	26.5
Singapore	1.73	1.26	9.0	20.5
China	2.05	1.63	8.4	16.2
Thailand	1.99	1.49	8.9	19.5
Malaysia	3.42	2.07	4.8	9.7

หมายเหตุ อ้างจากบางส่วนในตาราง 0-2 ใน Oizumi Keiichiro (2007), Aging in Asia: When the Structure of Properity Changes, Oriental Life Insurance Cultural Development Center, Tokyo, Japan.

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 ศึกษาสถานการณ์ของผู้สูงอายุเน้นด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพในเขตมหานครของประเทศแถบเอเชียตะวันออกที่เป็นสังคมสูงวัยที่เข้มข้นสูง

1.2.2 ศึกษาระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในเขตมหานครของประเทศแถบเอเชียตะวันออกที่เป็นสังคมสูงวัยที่เข้มข้นสูง

1.2.3 ถอดบทเรียนจากการศึกษาตามวัตถุประสงค์สองข้อแรกเพื่อดึงนัยเชิงนโยบายและแนวทางการเตรียมการรองรับสังคมสูงวัยสำหรับผู้สูงอายุในเขตมหานครของประเทศไทย

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

1.3.1 ประเทศที่จะทำการศึกษา ญี่ปุ่น ไต้หวัน เฉพาะในเขตมหานคร กรุงโตเกียวและกรุงไทเป

1.3.2 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุในเขตมหานคร

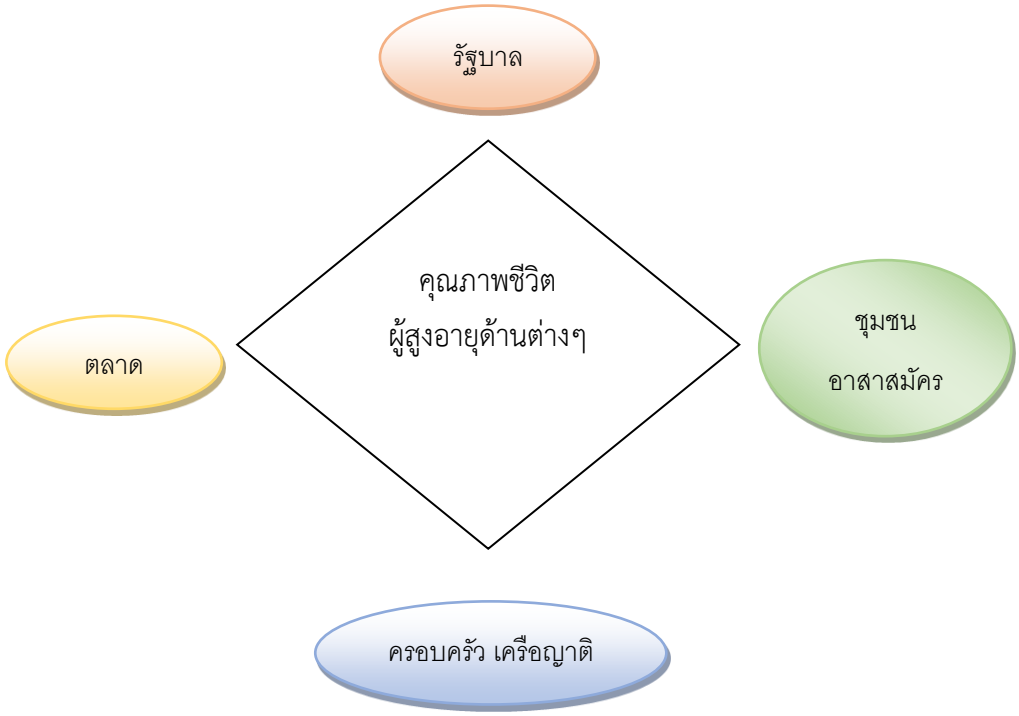
1.3.3 ระบบสนับสนุน จะพิจารณาบทบาทของตลาด (อาจจะเรียกว่าบทบาทของภาคเอกชน รวมถึงวิสาหกิจเพื่อสังคม) ชุมชน/อาสาสมัคร และบทบาทของรัฐบาล

1.3.4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำกัดเฉพาะด้านสังคม (การดูแลเชิงสังคม) เศรษฐกิจ (หลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพ) และสุขภาพ (การดูแลสุขภาพ การรักษาพยาบาล)

1.4 ทฤษฎี สมมติฐาน และ/หรือ กรอบแนวความคิดของการวิจัย

ใช้กรอบแนวความคิดของ Care Diamond อ้างอิงจาก Ochiai Emiko (2009) ซึ่งแยกองค์ประกอบการดูแลผู้สูงอายุและเด็กออกมาว่าประกอบด้วยการบริหารจัดการตนเองหรือการพึ่งตนเอง (Self-Reliance) การได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวและเครือญาติ (family support) การได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านและ/หรือชุมชน (community) การเข้าถึงบริการของตลาด (market system) และการได้รับการคุ้มครองจากมาตรการภาครัฐซึ่งอาจจะเป็นได้ทั้งมาตรการจากรัฐบาลกลางและ/หรือมาตรการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แสดงเป็นรูปภาพได้ดังนี้

รูปภาพที่ 1-1 แนวคิด Care Diamond



แหล่งที่มา: Ochiai Emiko (2009)

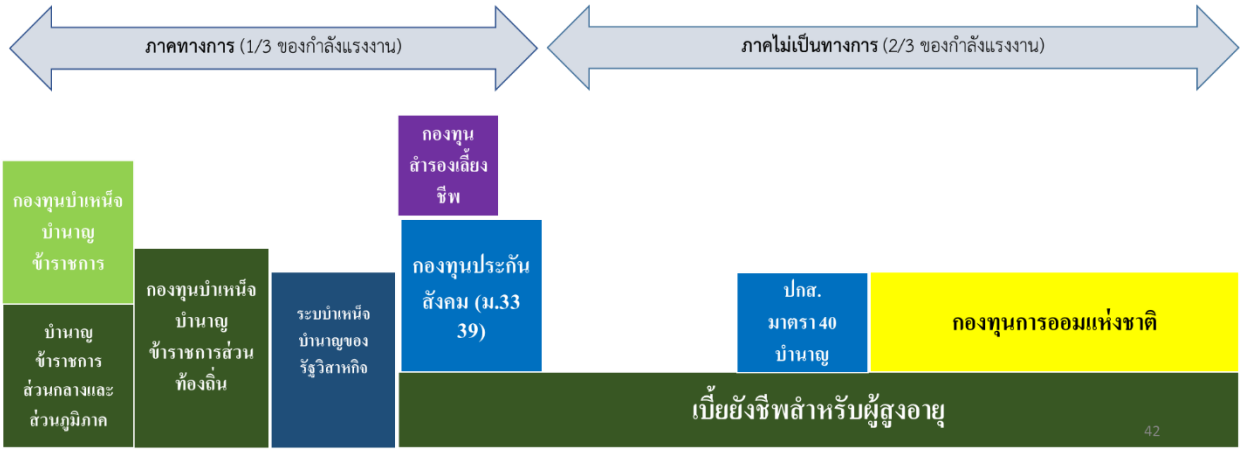
1.5 การทบทวนวรรณกรรม/สารสนเทศ (Information) ที่เกี่ยวข้อง

1.5.1 การเตรียมการด้านการสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

จากการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ยุคสังคมสูงวัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จำนวนและสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุกำลังเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ การเปลี่ยนแปลงทางประชากรดังกล่าวอย่างต่อเนื่องทำให้สังคมไทยจะต้องเผชิญความท้าทายทางประชากร (UNFPA, 2011 และจอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ, 2552) ไม่ว่าจะเป็นการลดลงของจำนวนบุตรของครอบครัวไทยและการเพิ่มขึ้นของอายุคาดเฉลี่ยของประชากร ความท้าทายดังกล่าวมีโอกาสส่งผลกระทบต่อประชาชนจำนวนหนึ่งในด้านความมั่นคงทางการเงินในยามชราภาพ ยังมิพักจะต้องกล่าวว่า ปัญหาดังกล่าวอาจจะถูกซ้ำเติมจากการขาดการเตรียมความพร้อมทางการเงินของประชากรวัยทำงาน (Suwanrada, 2009) อีกทั้งผู้สูงอายุไทยอาจจะประสบปัญหาการขาดผู้ดูแลในอนาคต (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) ดังนั้นการเตรียมการด้านการสนับสนุนเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างยิ่ง

ที่ผ่านมารัฐบาลไทยได้สร้างหรือส่งเสริมให้มีหลักประกันทางการเงินในยามชราภาพในรูปแบบของระบบบำเหน็จบำนาญให้กับประชาชนกลุ่มต่างๆด้วยวิธีการทางการเงินการคลังที่แตกต่างกันไป ได้แก่ หนึ่ง ระบบบำเหน็จบำนาญที่ใช้เงินของรัฐบาลทั้งหมด ได้แก่ เงินบำเหน็จบำนาญข้าราชการ เบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ บำเหน็จบำนาญของข้าราชการส่วนท้องถิ่น สอง ระบบบำนาญที่ใช้การประกันสังคม (social insurance) ได้แก่ สิทธิประโยชน์ชราภาพของกองทุนประกันสังคม และสาม ระบบการออมเพื่อยามชราภาพ ได้แก่ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กองทุนสงเคราะห์ครูและครูใหญ่โรงเรียนเอกชน กองทุนการออมแห่งชาติ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ในปัจจุบันประเทศไทยมีระบบบำนาญแบบถ้วนหน้าครอบคลุมประชาชนทุกคน แต่การเข้าถึงระบบบำนาญอาจจะยังมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอาชีพ ภาพรวมของระบบบำนาญที่สนับสนุนหลักประกันทางการเงินยามชราภาพให้กับผู้สูงอายุสรุปได้ดังรูป

รูปภาพที่ 1-2 ระบบบำนาญในภาพรวมของประเทศไทย



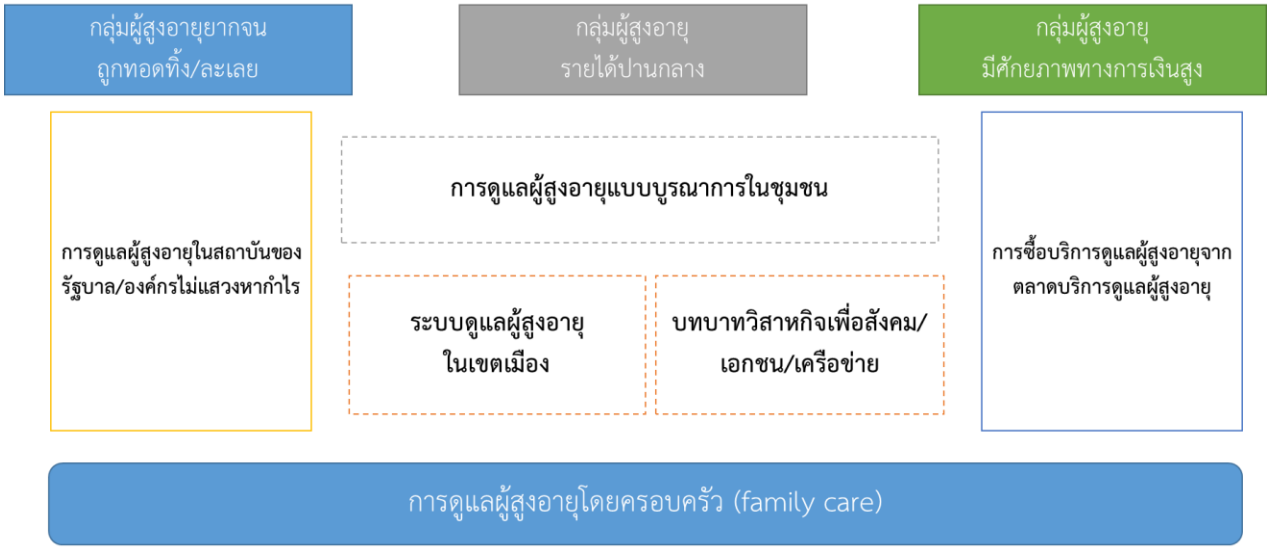
แหล่งที่มา: วรเวศม์ สุวรรณระดา (2559), ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทยในทศวรรษหน้าภายใต้การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร, ปาฐกถาพิเศษ การประชุมวิชาการระดับชาติของนักเศรษฐศาสตร์ ครั้งที่ 10 จัดโดย คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ณ โรงแรมดวงตะวัน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ในอนาคต ภาระทางการเงินการคลังของรัฐบาลในระยะยาวจึงเกิดขึ้นทั้งจากการใช้งบประมาณของรัฐบาลทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น การมีส่วนสมทบร่วมในกองทุนประกันสังคม และการสมทบร่วมในระบบการออมเพื่อยามชราภาพ นอกจากนั้นแล้วยังจะมีภาระผูกพันตามกฎหมายในรูปแบบของเงินอุดหนุนที่อาจจะเกิดขึ้นกรณีที่เงินกองทุนประกันสังคมมีไม่พอจ่าย (วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2558)

หากไม่นับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ที่ผ่านมาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุโดยบุคคลนอกครอบครัว อาจเรียกได้ว่าระบบสองขั้วกล่าวคือ มีระบบการดูแลผู้สูงอายุยากจนถูกทอดทิ้งหรือละเลยแบบสงเคราะห์โดยภาครัฐ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่มีฐานะสามารถซื้อบริการดูแลจากระบบตลาด ไม่ว่าจะเป็นการ

จ้างคนมาดูแลที่บ้านหรือการเข้าไปรับการดูแลในโรงพยาบาลหรือสถานบริบาลผู้สูงอายุ (วรเวศม์ สุวรรณระดา ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และสุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์, 2552) อย่างไรก็ดีในช่วงที่ผ่านมารัฐบาลได้ส่งเสริมระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างบูรณาการในชุมชน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2552 และ Suwanrada et.Al., 2014) อย่างไรก็ดี ผู้สูงอายุในเขตเมืองยังขาดระบบสนับสนุนการดูแลอยู่ หรือแม้กระทั่งในชุมชนที่สามารถสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชนก็ตาม อนาคตใครจะมาเป็นผู้ให้บริการยังคงเป็นโจทย์ท้าทายสังคมไทยอยู่ จึงได้มีคำถามว่า องค์กรรูปแบบใหม่ดังเช่นวิสาหกิจเพื่อสังคมจะสามารถมาชดเชยในส่วนนี้ได้หรือไม่ ภาพรวมของระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นดังรูปข้างล่าง

รูปภาพที่ 1-3 ภาพรวมการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย



แหล่งที่มา: วรเวศม์ สุวรรณระดา (2559), ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทยในทศวรรษหน้าภายใต้การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร, ปาฐกถาพิเศษ การประชุมวิชาการระดับชาติของนักเศรษฐศาสตร์ ครั้งที่ 10 จัดโดย คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ณ โรงแรมดวงตะวัน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ตัวอย่างจากญี่ปุ่นในการใช้ประโยชน์องค์กรในรูปแบบวิสาหกิจเพื่อสังคม นิติบุคคลประเภทไม่แสวงหากำไร (NPO; Non-profit Organization) ของญี่ปุ่น ประเภทเยี่ยมบ้าน (Home visit services) ต่อผู้ให้บริการประเภทเยี่ยมบ้านทั้งหมด คิดเป็นประมาณร้อยละ 5.3 จากผู้บริการประเภทดังกล่าวทั้งหมด ประเภทดูแลระหว่างวัน (Day care) มีสัดส่วนของผู้ให้บริการประเภทนิติบุคคลประเภทไม่แสวงหากำไรประมาณร้อยละ 4.6 ของผู้ให้บริการประเภทดูแลระหว่างวันทั้งหมด ประเภทดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างวัน ประมาณร้อยละ 6.3 ของผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างวัน

นอกจากนั้น ภาคเอกชนในฐานะระบบสนับสนุนก็มีบทบาทสำคัญในการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ Ageing Marketplace หรือตลาดสินค้า/บริการสำหรับผู้สูงอายุ หรือ “ตลาดผู้สูงอายุ” เป็นระบบสนับสนุนหนึ่งที่ช่วยจัดให้มีผลิตภัณฑ์ เทคโนโลยี นวัตกรรม เครื่องมือต่างๆเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว องค์ประกอบของตลาดผู้สูงอายุประกอบด้วย สินค้าและบริการด้านการรักษาพยาบาล: บริการรักษาพยาบาล อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ยา และสถานที่จัดบริการรักษาพยาบาล สินค้าและบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลการดำรงชีวิตประจำวัน: การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (การเยี่ยมที่บ้าน บริการดูแลรายวัน กิจกรรมการป้องกัน ไม่ใช่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพา อุปกรณ์ที่เกี่ยวเนื่องกับการดูแล) การดูแลในสถาบัน (ดูแลระยะสั้น/ระยะยาว) และสถานบริบาลผู้สูงอายุ สินค้าและบริการการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป: อาหาร (การกินภายในบ้านและการกินนอกบ้าน) อุปกรณ์ตกแต่งบ้าน เฟอร์นิเจอร์ เสื้อผ้า เครื่องแต่งกาย การเดินทาง กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมการเรียนรู้ กิจกรรมสันทนาการ กิจกรรมนันทนาการ ที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อผู้สูงอายุรวมไปถึงผลิตภัณฑ์ทางการเงินเพื่อการเตรียมความพร้อมสู่ยามชราภาพ[1]

1.5.2 สถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย[2]

ประชากรสูงวัยในประเทศไทย

จำนวนประชากรรวมของประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มขึ้นที่ช้าลงโดยมีจำนวนเพิ่มขึ้น 6 ล้านคนภายใน 20 ปี คือเพิ่มขึ้นจาก 60 ล้านคนในปี 2539 เป็น 65.9 ล้านคนในปี 2559 แต่ในขณะเดียวกันประชากรสูงอายุมีอัตราการเพิ่มขึ้นที่รวดเร็ว โดยประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4 ของประชากรรวมในปี 2503 เป็นร้อยละ 10 ของประชากรรวมในปี 2548 หรือเพิ่มขึ้นจาก 1 ล้านคนเป็นกว่า 6 ล้านคน และในปี 2559 จำนวนประชากรของผู้สูงอายุ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด โดยมีการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี 2564 ด้วยสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดด้วยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่คิดเป็นร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด

การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทย

---

1 อ้างอิงนิยามนี้จาก Mizuho Corporate Bank, http://www.mizuhobank.co.jp/corporate/bizinfo/industry/sangyou/pdf/1039_03_03.pdf

2 ภายในเนื้อหาของส่วนนี้ โครงการวิจัยฯสรุปจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยฉบับล่าสุดและรายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2555 - 2559)

รูปแบบของครอบครัวไทยเปลี่ยนไปจากครอบครัวใหญ่ที่มีคนหลายรุ่นอาศัยอยู่ด้วยกันและมีสมาชิกในครอบครัวเป็นจำนวนมาก กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีสมาชิกน้อยลง หรือแม้แต่อาศัยอยู่คนเดียว โดยในปี 2559 จำนวนสมาชิกของครัวเรือนไทยเหลือเพียง 3 คน ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะอาศัยอยู่ตามลำพังทั้งกับคู่สมรส และคนเดียว เพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจในปี 2557 เขตเทศบาลมีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวร้อยละ 10 และอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสร้อยละ 16 ในส่วนนอกเขตเทศบาลมีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวร้อยละ 8 และอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสร้อยละ 20 และในกรุงเทพฯ มีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวร้อยละ 7 และอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสร้อยละ 12

นอกจากนี้ ลักษณะทางสิ่งแวดล้อมภายในบ้านอาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุด้วย โดยพบว่าร้อยละ 18 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีห้องนอนอยู่ชั้นบนของบ้าน และร้อยละ 47 ใช้ส้วมแบบนั่งยอง และร้อยละ 6-7 ของผู้สูงอายุรายงานว่าเคยหกล้มภายในบ้านในช่วงเวลา 6 เดือนก่อนวันสำรวจ ดังนั้นทางรัฐบาลได้มีการนำร่องโดยการสร้างที่พักอาศัยให้ผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี นครนายก เชียงราย และเชียงใหม่ ให้มีความเหมาะสมต่อผู้สูงอายุในวงเงินไม่เกิน 4,000 ล้านบาท โครงการนี้เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์ที่เหมาะสม

สถานการณ์ทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

ในปี 2558 ผู้สูงอายุร้อยละ 34.3 มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน โดยแหล่งรายได้หนึ่งของผู้สูงอายุเหล่านี้มาจากบุตร แต่แหล่งรายได้จากบุตรนั้นลดลงจากร้อยละ 52 ในปี 2550 เหลือร้อยละ 37 ในปี 2557 นอกจากนี้ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ยังคงต้องทำงานยังเพิ่มขึ้นด้วย โดยร้อยละ 59 ของผู้มีอายุ 60-64 ปี และร้อยละ 46 ของผู้มีอายุ 65-69 ปียังคงทำงานอยู่ รายได้อีกทางหนึ่งของผู้สูงอายุคือ เบี้ยยังชีพ ซึ่งในปี 2559 มีผู้สูงอายุจำนวน 8 ล้านคนที่ได้รับเบี้ยยังชีพ โดยรัฐได้จ่ายเบี้ยยังชีพรวมเป็นเงินทั้งสิ้น 63,219 ล้านบาท

เนื่องจากการขาดแคลนประชากรวัยทำงานซึ่งมีจำนวนลดลงอย่างต่อเนื่อง จึงมีการส่งเสริมให้ยืดอายุเกษียณออกไปเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้ศักยภาพที่ตนเองมีในการช่วยเหลือองค์กรและพัฒนาประเทศต่อไป และยังมีการสนับสนุนให้มีการจ้างงานผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยมีอัตราค่าจ้างไม่เกิน 15,000 บาทต่อคนต่อเดือน โดยจำนวนลูกจ้างสูงวัยจะไม่เกินร้อยละ 10 ของจำนวนลูกจ้างทั้งหมด ซึ่งเป็นการสร้างรายได้และหลักประกันความมั่นคงให้ผู้สูงอายุอีกทางหนึ่งด้วย นอกจากประโยชน์ในการทดแทนกำลังแรงงานใน

ตลาดแรงงานที่ลดลง การจ้างงานผู้สูงอายุยังเป็นการให้คุณค่ากับผู้สูงอายุในสังคม และการทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าไม่เป็นภาระ อีกทั้งยังเป็นการเปลี่ยนมุมมองและทัศนคติของวัยต่างๆ ที่มีต่อผู้สูงอายุอีกด้วย

สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ

เป็นที่ปฏิเสธไม่ได้ว่าโรคต่างๆ มักจะพบมากขึ้นในผู้สูงอายุ โรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันเลือดสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต โรคสองโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคความดันเลือดสูงและโรคเบาหวาน โดยผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปเป็นโรคความดันเลือดสูงคิดเป็นร้อยละ 59 ในเพศชาย และร้อยละ 69 ในเพศหญิง และเป็นโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 12 ในเพศชาย และร้อยละ 11 ในเพศหญิง

นอกจากนี้ ดัชนีมวลกายชี้ว่าร้อยละ 35 ของผู้สูงอายุมีภาวะอ้วน เมื่อนับถึงปี 2559 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 3.8 ที่ไม่สามารถปฏิบัติกาจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเอง คาดว่าในปี 2580 จะมีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานคิดเป็นร้อยละ 6.7 อีกโรคหนึ่งที่พบมากในผู้สูงอายุ คือ โรคสมองเสื่อม ซึ่งในปี 2559 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมจำนวน 617,000 คน และคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 1,350,000 คน ในปี 2580 จึงจำเป็นที่จะต้องมีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุรวมไปถึงประชากรช่วงวัยต่างๆ ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตในวัยอื่นๆ ก็เป็นสิ่งสำคัญเพื่อส่งเสริมกระบวนการ Healthy Aging ตลอดชีวิต และลดจำนวนปีที่ผู้สูงวัยอาจต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา แต่จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ก็ยังคงไม่เพียงพอ กรมอนามัยจึงจัดทำหลักสูตรฝึกอบรม Care manager และ Caregiver มาตั้งแต่ปี 2558 ซึ่งได้ผลิต Care manager ออกมาจนถึงปี 2559 จำนวน 3,252 คน และ Caregiver จำนวน 27,696 คน

มาตรการต่างๆเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปีล่าสุด พ.ศ. 2559 พบว่ามีมาตรการส่งเสริมด้านต่างๆเพื่อผลักดันให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ การส่งเสริมด้านการพัฒนาและการทำงาน การส่งเสริมด้านความมั่นคงทางรายได้ การส่งเสริมเพื่อการสูงวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาวะ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม

การส่งเสริมด้านการพัฒนาและการทำงาน

- การขยายอายุเกษียณราชการในบางสาขาอาชีพ
- การจัดตั้งศูนย์บริการจัดหางานผู้สูงอายุ

- มาตรการทางภาษีในการจ้างงานผู้สูงอายุ
- การจัดเวทีสมัชชาผู้สูงอายุ
- การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายในทุกตำบล

การส่งเสริมด้านความมั่นคงทางรายได้

- เบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ
- กองทุนการออมแห่งชาติ
- กองทุนผู้สูงอายุ
- สินเชื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ
- การบูรณาการระบบบำเหน็จบำนาญ

การส่งเสริมสูงวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาวะ

- การประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน
- การจัดช่องทางพิเศษในสถานบริการด้านสุขภาพ
- การคัดกรองสภาวะสมองเสื่อม

การสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม

- มาตรการสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Senior complex)
- การปรับปรุงสภาพแวดล้อม ซ่อมแซมบ้านให้กับผู้สูงอายุ
- การปรับปรุงสถานที่ราชการ โรงพยาบาล ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุภายใต้แนวคิด Universal Design
- การให้สิทธิประโยชน์ผู้สูงอายุในการใช้บริการขนส่งสาธารณะ

นอกจากนั้นยังมีการสร้างผลิตภัณฑ์ทางการเงินเพื่อผู้สูงอายุ จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปีล่าสุด พ.ศ. 2559 พบว่ามีผลิตภัณฑ์หลากหลายประเภทสรุปรายละเอียดตามตารางที่ 1-3 อีกทั้งยังมีการส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมเพื่อผู้สูงอายุ สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุนั้นยังคงมีการประดิษฐ์คิดค้นอย่างต่อเนื่อง มีทั้งนวัตกรรมที่ใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเข้ามาช่วย รวมไปถึงนวัตกรรมที่เป็นภูมิปัญญาชาวบ้าน ในปี 2559 ได้มีการเสนอนวัตกรรมเพื่อผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก อาทิเช่น กะลากดจุดเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดที่บริเวณเท้าและลดอาการปวดเมื่อย สะพานโค้งบริหารหัวไหล่สำหรับผู้สูงอายุที่

มีแขนอ่อนแรงเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง หรือเกิดจากการบาดเจ็บกล้ามเนื้อและข้อต่อ กล่องข้าวสำหรับผู้สูงอายุที่ผลิตจากพลาสติกชีวภาพเพื่อการหยิบยกและใช้สอยที่ไม่ต้องใช้แรงมากเกินไป ไม้เท้าช่วยพยุงที่ผลิตจากไม้ชนิดต่างๆ ตามท้องถิ่นนั้นๆ นาฬิกาชนิดต่างๆ ที่มีติดระบบฉุกเฉินที่สามารถติดต่อเบอร์ที่บันทึกไว้ รวมไปถึงเครื่องตรวจจับการล้มภายในบ้านที่มีการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในครัวเรือน

ตารางที่ 1-3 ผลิตภัณฑ์ทางการเงินเพื่อผู้สูงอายุจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559

ผลิตภัณฑ์	เงื่อนไข	ผลประโยชน์
เงินฝากเพื่อผู้สูงอายุ	50 ปีขึ้นไป	อัตราดอกเบี้ยเงินฝากสูงกว่าบัญชีทั่วไป แต่มีการจำกัดวงเงินฝาก
การรวมผลิตภัณฑ์ทางการเงินกับผลิตภัณฑ์ประกันภัย	อายุ 55-70 ปี	ทุนเอาประกันภัยจำกัดวงเงิน กรณีเสียชีวิตหรือประสบอุบัติเหตุสามารถรับสิทธิประโยชน์ได้เต็มจำนวนตามที่ซื้อทุนประกันภัย ยกเว้นเงื่อนไขที่บริษัทกำหนด เช่นประสบอุบัติเหตุเฉพาะมือหนึ่งข้าง จะได้รับประโยชน์จากเงินเอาประกันภัยเพียงร้อยละ 60 เป็นต้น และภายในระยะเวลาที่กำหนด
ประกันชีวิตที่ไม่ต้องตรวจสุขภาพ	ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวก็สามารถทำประกันชีวิตได้	จ่ายเฉพาะเสียชีวิต และหากเสียชีวิตภายใน 1-2 ปีแรกจากการเจ็บป่วย จะจ่ายคืนเฉพาะเบี้ยประกันภัยที่จ่ายไปแล้ว พร้อมกับผลตอบแทนร้อยละ 2-5 ขึ้นอยู่กับแผนการจ่ายเงินของแต่ละบริษัท แต่หากเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ จะได้รับเงินตามทุนประกันภัยทั้งหมดพร้อมทั้งเบี้ยประกันภัยที่ชำระแล้วบวกผลตอบแทนร้อยละ 2-5 ตามที่บริษัทประกันกำหนด
ประกันภัยแบบตลอดชีพชั่วเวลา และสะสมทรัพย์	บุคคลทั่วไป	หลังจากผู้สูงอายุเสียชีวิตจะได้รับเงินเอาประกันเป็นมรดกมอบให้คนที่ยังอยู่ได้ คืนเงินรายงวด และเมื่อครบสัญญา
ประกันบำเหน็จ/บำนาญ		ช่วยออมเงินเพื่อเป็นรายได้ในยามเกษียณ แบบบำเหน็จ รับเงินก้อน เมื่อถึงวัยเกษียณ แบบบำนาญ รับเงินรายงวด (รายปีหรือรายเดือน) ตลอดช่วงเกษียณ

แหล่งที่มา สรุปจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปีล่าสุด พ.ศ. 2559

1.5.3 สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยจากผลการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

สถานการณ์ผู้สูงอายุในส่วนนี้เน้นนำเสนอสถานการณที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับอายุคาดเฉลี่ยที่ยังดูแลตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ ด้านการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ และด้านความต้องการของผู้สูงอายุโดยแหล่งข้อมูลอ้างอิงหลักมากจากรายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2555 - 2559)

อายุคาดเฉลี่ยที่ยังดูแลตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ

แม้ว่าโดยเฉลี่ย อายุคาดเฉลี่ยโดยรวมจะสูงขึ้น แต่อายุคาดเฉลี่ยที่ยังดูแลตนเองได้ (Active Life Expectancy: ALE) และอายุคาดเฉลี่ยที่ยังดูแลตนเองได้ต่ออายุคาดเฉลี่ย (Active Life Expectancy/Life Expectancy: ALE/LE) ลดลง การคำนวณอายุคาดเฉลี่ยที่ยังดูแลตนเองได้ (ALE) ที่ระดับอายุต่างๆของเพศชายและเพศหญิงสำหรับปี พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2559 พบว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2559 อายุคาดเฉลี่ยที่ยังดูแลตนเองได้ลดลงเล็กน้อยในทุกกลุ่มอายุและทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยอาจเป็นผลจากสองปัจจัย ได้แก่ ความชุกของภาวะทุพพลภาพที่เพิ่มขึ้นในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา และประชากรสูงอายุที่มีการสูงอายุเพิ่มขึ้น

ทั้งนี้ความชุกของภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวในระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2559 กล่าวคือ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ประกอบกิจวัตรประวันด้วยตนเองไม่ได้ 1 ใน 5 กิจกรรมเพิ่มขึ้นจาก 3.7 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 6.3 ในปี พ.ศ. 2559 เมื่อพิจารณาความชุกของภาวะทุพพลภาพตามเพศและกลุ่มอายุ พบว่า ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในอายุเกือบทุกกลุ่มอายุและทั้งเพศชายและเพศหญิง ในปี พ.ศ. 2559 มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2554 อย่างชัดเจน จะมีเพียงผู้สูงอายุชายอายุระหว่าง 60-64 ปี เท่านั้นที่ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพในปี พ.ศ. 2559 นั้นน้อยกว่าของปี พ.ศ. 2554 เล็กน้อย

ในด้านความสุขของผู้สูงอายุไทยมีค่าเพิ่มขึ้นจากปี 2554 คะแนนความสุขของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 7.4 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น 7.9 คะแนน ในปี พ.ศ. 2559 โดยคะแนนความสุขเพิ่มขึ้นในทุกภาค ยกเว้นภาคใต้ที่ 7.5 คะแนนความสุขของผู้สูงอายุในทั้งสองปีประเมินมีค่าเท่ากัน

ตารางที่ 1-4 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ จำแนกตามอายุและเพศปี พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2559

อายุ	ปี พ.ศ.2554			ปี พ.ศ.2559		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
60–64 ปี	1.2	1.6	**1.4**	1.1	3.4	**2.4**
65–69 ปี	2.2	1.8	**2.0**	3.1	3.9	**3.5**
70–74 ปี	2.7	2.6	**2.6**	3.8	5.4	**4.7**
75–79 ปี	5.0	4.7	**4.8**	9.0	9.7	**9.4**
80 ปีขึ้นไป	11.1	17.9	**15.4**	19.6	21.5	**20.7**
รวม	**3.0**	**4.1**	**3.7**	**4.1**	**7.1**	**6.3**

แหล่งที่มา: รายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2555 - 2559)

ตารางที่ 1-5 คะแนนความสุขเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามเองปี พ.ศ. 2554 และพ.ศ. 2559 จำแนกตามภาค

ภาค	คะแนนความสุขเฉลี่ย	
	ปี พ.ศ. 2554	ปี พ.ศ. 2559
กรุงเทพมหานคร	7.5	7.8
กลาง (ไม่รวม กทม.)	7.4	7.8
เหนือ	7.4	8.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	7.3	8.1
ใต้	7.5	7.5
รวม	7.4	7.9

แหล่งที่มา: รายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2555 - 2559)

สถานการณ์การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

จากรายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ระยะที่ 2 และ ระยะที่ 3 โดย วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์พบว่า ผู้สูงอายุไทยโดยเฉลี่ยที่อยู่กับครอบครัวโดยรวมมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 90.9 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 89.3 ในปี 2559 ร้อยละการลดลงพบในทุกภาค ยกเว้นภาคใต้ซึ่งมีร้อยละผู้สูงอายุไทยที่อยู่กับครอบครัวในปี 2559 ใกล้เคียงกับปี 2554 ความแตกต่างระหว่างภาคเห็นได้ชัดในภาคกลางที่มีการขยายตัวของความเป็นเมืองเพิ่มสูงขึ้นและมีร้อยละผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวลดลงมากกว่าภาคอื่นๆจากร้อยละ 90.2 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 87.6 ในปี 2559

ร้อยละของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร ไม่ว่าจะเป็นบุตรตนเองหรือบุตรเขย/สะใภ้ลดลงเล็กน้อยจากปี 2554 เมื่อเทียบกับปี 2559 โดยลดลงในกรุงเทพมหานคร ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่เพิ่มขึ้นในภาคเหนือและภาคใต้ ที่มีความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัดคือกรุงเทพมหานคร ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือบ่งบอกถึงความเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของครอบครัว

นอกจากนี้ จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวโดยรวมมีร้อยละเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 10.1 ในปี 2559 ในปี 2559 ภาคที่มีร้อยละผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมากที่สุดคือภาคกลางและภาคเหนือที่ร้อยละประมาณ 11.5 – 11.6 ขณะที่กรุงเทพมหานครมีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวน้อยที่สุดที่ร้อยละประมาณ 8.3 อย่างไรก็ดี กรุงเทพมหานครมีจำนวนร้อยละการเพิ่มที่เพิ่มสูงขึ้นมากกว่าภาคอื่นๆ รองลงมาด้วยอัตราการเพิ่มของภาคกลาง บ่งบอกถึงปัญหาด้านผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังเพิ่มขึ้นในเขตเมือง

สถานการณ์ความต้องการของผู้สูงอายุ

จากรายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลการดาเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ระยะที่ 3 มีความต้องการหลายด้านที่ผ็สูงอายุมีความต้องการมากขึ้นโดยเฉพาะในด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยสรุปดังต่อไปนี้

ในด้านธุรกิจสื่อสารมวลชน ผู้สูงอายุไทยมากกว่าร้อยละ 60 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุผ่านสื่อโทรทัศน์ ซึ่งพบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2555 - 2559 จำนวนรายการโทรทัศน์เกี่ยวกับผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้น จาก 5 รายการ เป็น 6 รายการ โดย 5 รายการเป็นรายการเดียวกับในช่วง 5 ปีก่อนหน้า และอีกหนึ่งรายการเป็นรายการใหม่

ทั้งนี้ยังมีข้อแนะนำจากการศึกษาให้สร้างความรู้ทางสุขภาพและระบบการดูแลสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม: จากข้อมูลทางสถิติ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในประเทศไทยเป็นผู้สูงอายุวัยต้นและมีสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถรับผิดชอบตนเองได้นานที่สุดจะเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของรัฐในการดูแล ดังนั้น การให้ความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งด้านการส่งเสริม การป้องกัน และการดูแลและจัดการสุขภาพตนเองแก่ผู้สูงอายุ รวมไปถึงกลุ่มประชากรวัยก่อนสูงอายุทุกช่วงวัย เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมด้านสุขภาพ จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ภาครัฐควรตระหนักและเร่งดำเนินการให้เกิดขึ้น ในขณะเดียวกัน ก็ควรส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการสร้างระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและ/หรือต้องการการดูแลระยะยาวภายในชุมชน และให้อยู่ภายใต้กฎระเบียบและกลไกการติดตามที่เป็นมาตรฐาน ที่ผ่านมา ถึงแม้จะมีการจัดตั้งกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่การดำเนินงานก็ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นเท่านั้น และมีแนวโน้มที่จะไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุวัยปลายและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพที่คาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมากได้ ด้วยเหตุนี้การสร้างความรู้และระบบการดูแลสุขภาพจึงควรได้รับการผลักดันให้เกิดผลเป็นรูปธรรมอย่างเร็วที่สุด

ตารางที่ 1-6 ร้อยละการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ จำแนกตามภาคปี พ.ศ. 2559 และ 2559

	ร้อยละที่อยู่คนเดียว		**ร้อยละที่อยู่กับบุตร (รวมบุตรเขย/สะใภ้)**		**ร้อยละที่อยู่กับครอบครัว**	
ภาค	2554	**2559**	2554	**2559**	2554	**2559**
กรุงเทพมหานคร	5.6	8.3	67.6	63.8	91.6	90.4
กลาง (ไม่รวม กทม.)	9.3	11.6	58.9	57.6	90.2	87.6
เหนือ	10.9	11.5	50.8	54.0	88.8	88.3
ตะวันออกเฉียงเหนือ	7.5	8.8	56.2	53.7	92.4	90.5
ใต้	9.6	9.3	57.0	57.6	90.2	90.3
รวมรวม	**8.6**	**10.1**	**56.7**	**56.2**	**90.9**	**89.3**

หมายเหตุ ครอบครัว หมายถึง ผู้ที่มีความสัมพันธ์ตามสายโลหิตหรือผ่านการแต่งงาน ได้แก่ คู่สมรส บุตรของผู้สูงอายุ รวมทั้งบุตรเขยและสะใภ้ พ่อแม่ พี่น้อง และญาติ สาหรับเพื่อน ผู้ดูแล ลูกจ้าง และคนรับใช้ แม้อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันจะไม่ถูกนับว่าเป็นครอบครัว**ครอบครัว** หมายถึง ผู้ที่มีความสัมพันธ์ตามสายโลหิตหรือผ่านการแต่งงาน ได้แก่ คู่สมรส บุตรของผู้สูงอายุ รวมทั้งบุตรเขยและสะใภ้ พ่อแม่ พี่น้อง และญาติ สาหรับเพื่อน ผู้ดูแล ลูกจ้าง และคนรับใช้ แม้อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันจะไม่ถูกนับว่าเป็นครอบครัว

แหล่งที่มา: รายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลการดาเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ.2550-2554) และรายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2555 - 2559)

ด้านกิจการด้านการดูแลผู้สูงอายุ เกือบร้อยละ 70 ของตำบลมีการพัฒนาบริการทางสุขภาพและสังคม และระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน อย่างไรก็ดีมีเพียงหนึ่งในสามของผู้สูงอายุที่ออกจากบ้านไม่ได้ ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นด้านการดูแล จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรเตรียมการด้านบุคลากรเพื่อรองรับสังคมสูงอายุและจำนวนหน่วยงานที่ส่งเสริมการดุแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและไม่สามารถออกจากบ้านได้ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นหมายถึงอุปสงค์ต่อการดูแลที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ดังนั้น เพื่อรองรับขนาดความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวและการดูแลเฉพาะทาง รัฐควรเร่งผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการจัดทำแผนหรือมาตรการเชิงกลยุทธ์ด้านบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรม โดยแผนหรือมาตรการนี้ นอกจากจะทำให้หน่วยงานทราบถึงอุปทานของบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน ยังช่วยให้สามารถบริหารการใช้บุคลากรให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุได้ อีกทั้งช่วยในการวางแผนล่วงหน้าในการเพิ่มหรือลดจำนวนบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถรองรับกับเหตุการณ์ที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้

ด้านที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ จากการพิจารณาสภาวะแวดล้อมทางกายภาพเพียงร้อยละ 3.4 อาศัยอยู่ในบ้านที่มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย นอกจากนี้ผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มยังมีปัญหาต่างกัน และควรได้รับการดแลมากขึ้นในอนาคต และสามารถจัดกลุ่มที่น่าเป็นกังวลได้ 3 กลุ่มดังต่อไปนี้ กลุ่มที่ 1 คือผู้สูงอายุที่ยากจนในชนบทและถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ภาครัฐโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดสถานสงเคราะห์ในท้องถิ่นชนบทแก่ผู้สูงอายุในชนบทที่ยากจนและถูกทอดทิ้ง กลุ่มที่ 2 คือผู้สูงอายุชนบทที่ยากจนแต่อยู่กับครอบครัว ควรมีกิจกรรมรณรงค์เรื่องปรับปรุงบ้านตัวเอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวในชุมชนเดิม และกลุ่มที่ 3 คือผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนหรือในเมือง ควรรณรงค์ให้อยู่ในถิ่นเดิม หรือ Ageing in place โดยควรมีศูนย์เอนกประสงค์ หรือ Day center ที่มีบริการ (Function) หลายแบบทั้งการเป็นสถานที่เรียนรู้ การสร้างอาชีพ รวมทั้งการฟื้นฟูด้านสุขภาพ ฯลฯ

นอกจากนี้ ในชุมชนท้องถิ่นควรมีธนาคารอุปกรณ์ที่เป็นแหล่งให้บริการอุปกรณ์อำนวยความสะดวกสำหรับการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ โดยอุปกรณ์ดังกล่าวไม่จำเป็นต้องจัดซื้อด้วยราคาแพง อาจเป็นอุปกรณ์ที่ทำโดยใช้วัสดุของท้องถิ่น รวมทั้งควรสนับสนุนธุรกิจ SME สำหรับการซื้อ ขาย เช่า หรือแลกเปลี่ยนอุปกรณ์อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ จากการศึกษาประเด็นนี้เป็นประเด็นทีสำคัญอย่างยิ่งที่ความมีการส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคมในประเทศไทยให้มีการตอบสนองต่อความต้องการในส่วนนี้มากยิ่งขึ้น

ความต้องการของผู้สูงอายุรวมถึงที่พักอาศัยในลักษณะ Social housing สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้ปานกลาง ซึ่งหมายถึง โครงการหมู่บ้านจัดสรร หรือโครงการ Condominium ที่ร้อยละ 10 ของจำนวน

บ้านในโครงการ หรือร้อยละ 10 ของ Condominium และภายในโครงการต้องมีโครงสร้างหรืออุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุหรือผู้พิการที่มีรายได้ปานกลาง และจำหน่ายในราคาเท่ากันหรือถูกกว่าราคาที่จำหน่ายให้ผู้ซื้อคนอื่น หรือรัฐอาจส่งเสริมว่าบ้านและ Condominium ในลักษณะที่เป็นมิตรต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุไม่ต้องเสียภาษี นอกจากนี้ สถานที่สาธารณะจำนวนมากยังขาดอุปกรณ์อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ในขณะเดียวกัน สถานที่สาธารณะที่เคยทำการสำรวจและพบว่ามีอุปกรณ์ดังกล่าวกลับไม่ได้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน

ในด้านผู้สูงอายุเองพบว่าประมาณร้อยละ 9 ของผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะสุขภาพดีและยังต้องการทำงาน แต่ไม่สามารถหางานที่เหมาะสมกับตนได้ แม้ว่าสัดส่วนดังกล่าวจะไม่สูงมากนัก แต่เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคม และเสริมสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจ อันเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 รัฐจึงควรเร่งดำเนินการสร้างมาตรการจูงใจให้ผู้ประกอบการเพิ่มการจ้างงานผู้สูงอายุ อีกทั้งควรปรับแก้กฎหมายการจ้างงานให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุที่ต้องการทำงาน แต่ไม่สามารถทำงานได้ตามข้อกำหนด ได้รับการจ้างงานมากขึ้น เพราะการทำงานในผู้สูงอายุ นอกจากจะเพิ่มความมั่นคงทางการเงินและศักยภาพในการดูแลตนเองแล้ว ยังส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพกายและใจของผู้สูงอายุอีกด้วย

1.5.4 ปัญหาของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นๆ

จากข้อมูลของรายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ระยะที่ 3 พบว่ามีปัญหาของผู้สูงวัยในกรุงเทพมหานครในด้านต่างๆ ที่น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ และไม่ผ่านเกณฑ์ (จากโครงการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2555 – 2559)

- ประชากรอายุ 18-59 ปี มีความรู้ด้านวงจรชีวิตหรือกระบวนการชราทั้ง 6 ด้าน มีอยู่เพียงร้อยละ 61.1 ประชากรอายุ 18-59 ปี มีความรู้ด้านการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ มีอยู่เพียงร้อยละ 31.0
- การจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอมีเพียงร้อยละ 37.5 (เป้าหมาย คือ ร้อยละ 80)
- ชมรมผู้สูงอายุในเขตชุมชนต่างๆ มีเพียงร้อยละ 22.9
- กองทุนของหมู่บ้านหรือชุมชนที่ครอบคลุมผู้สูงอายุมีเพียงร้อยละ 13.6 (เป้าหมาย คือ ร้อยละ 50)
- ได้รับวัคซีนที่จำเป็นจากสถานบริการของรัฐ มีเพียงร้อยละ 25.7 (เป้าหมาย คือ ร้อยละ 90)

- ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพและได้รับการช่วยเหลือจากชุมชนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีเพียงร้อยละ 17.6 (เป้าหมาย คือ ร้อยละ 60)
- ใช้สวัสดิการการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา มีเพียงร้อยละ 69.5 (เป้าหมาย คือ ร้อยละ 90)

1.6 วิธีดำเนินการวิจัย

1.6.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยรายวัตถุประสงค์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการได้แก่ ประการที่หนึ่ง ศึกษาสถานการณ์ของผู้สูงอายุเน้นด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพในเขตมหานครของประเทศแถบเอเชียตะวันออกที่เป็นสังคมสูงวัยที่เข้มข้นสูง ประการที่สอง ศึกษาระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในเขตมหานครของประเทศแถบเอเชียตะวันออกที่เป็นสังคมสูงวัยที่เข้มข้นสูง และประการสุดท้าย ถอดบทเรียนจากการศึกษาตามวัตถุประสงค์สองข้อแรกเพื่อดึงนัยเชิงนโยบายและแนวทางการเตรียมการรองรับสังคมสูงวัยสำหรับผู้สูงอายุในเขตมหานครของประเทศไทย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยรายวัตถุประสงค์สามารถสรุปได้โดยสังเขปดังตารางที่ 1-7

ตารางที่ 1-7: สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยรายวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยสังเขป
ศึกษาสถานการณ์ของผู้สูงอายุเน้นด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพในเขตมหานครของประเทศแถบเอเชียตะวันออกที่เป็นสังคมสูงวัยที่เข้มข้นสูง	1. รวบรวมข้อมูลสถานการณ์ของผู้สูงอายุด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจและสุขภาพจากสถิติรัฐบาลของประเทศญี่ปุ่นและไต้หวันและองค์กรระหว่างประเทศ โดยให้ครอบคลุมประเด็นคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำกัดเฉพาะด้านสังคม (การดูแลเชิงสังคม) เศรษฐกิจ (หลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพ) และสุขภาพ (การดูแลสุขภาพ การรักษาพยาบาล) โดยเน้นสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังเป็นพิเศษ แล้วนำข้อมูลมาจัดการและวิเคราะห์เปรียบเทียบกับประเทศไทย เพื่อแสดงถึงขนาดของปัญหาสำหรับประเทศไทย สถานที่ทำการเก็บข้อมูลคือ ประเทศไทย และจัดหาข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อเดินทางไปเก็บข้อมูลที่ไต้หวัน 2. สัมภาษณ์นักวิชาการญี่ปุ่นและไต้หวัน/หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในเขตกรุงโตเกียว/ไทเปเพื่อสะท้อนปัญหาผู้สูงอายุในเขตเมืองของแต่ละประเทศในปัจจุบัน สถานที่ทำการเก็บข้อมูลคือญี่ปุ่นและไต้หวันโดยเน้นสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังเป็นพิเศษ

วัตถุประสงค์	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยสังเขป
ศึกษาระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในเขตมหานครของประเทศแถบเอเชียตะวันออกที่เป็นสังคมสูงวัยที่เข้มข้นสูง	1. รวบรวมข้อมูลสถานการณ์ของระบบสนับสนุนจากหน่วยงานราชการ/เอกสารวิชาการของประเทศญี่ปุ่นและไต้หวัน ระบบสนับสนุนที่กล่าวถึงให้ครอบคลุมบทบาทของตลาด (อาจจะเรียกว่าบทบาทของภาคเอกชน รวมถึงวิสาหกิจเพื่อสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ) ชุมชน/อาสาสมัคร และบทบาทของรัฐบาลด้านต่างๆแล้วนำข้อมูลมาจัดการและวิเคราะห์เปรียบเทียบกับประเทศไทย เพื่อแสดงถึงขนาดของปัญหาด้านระบบสนับสนุนสำหรับประเทศไทย 2. สัมภาษณ์นักวิชาการญี่ปุ่นและไต้หวัน/หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในเขตกรุงโตเกียว/ไทเปเพื่อสะท้อนปัญหาระบบสนับสนุนผู้สูงอายุในเขตเมืองของแต่ละประเทศในปัจจุบัน สถานที่ทำการเก็บข้อมูลคือญี่ปุ่นและไต้หวัน ทั้งนี้จะเน้นสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังเป็นพิเศษ 3. สัมภาษณ์กลุ่มผู้ประกอบการที่จัดระบบสนับสนุนประเภทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ(ทั้งดูแลเชิงสังคมและสุขภาพ) โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ดำเนินการองค์กรประเภทวิสาหกิจเพื่อสังคม (social enterprise) เพื่อดูรูปแบบบริการที่จัด ระบบการบริหารจัดการ (เงิน คน ระบบ) ผลลัพธ์ของการดำเนินการ และการได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ โดยเน้นระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังเป็นพิเศษ
ถอดบทเรียนจากการศึกษาตามวัตถุประสงค์สองข้อแรกเพื่อดึงนัยเชิงนโยบายและแนวทางการเตรียมการรองรับสังคมสูงวัยสำหรับผู้สูงอายุในเขตมหานครของประเทศไทย	1. นำผลการศึกษาที่ได้จากข้างต้นมาวิเคราะห์และถอดบทเรียน ตามแมทริกซ์ที่ประกอบด้วย 2 มิติได้แก่ มิติประเด็นการเตรียมการ (การเตรียมการเชิงสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ) และมิติของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (ตลาดหรือภาคเอกชน ชุมชน/อาสาสมัคร และบทบาทของรัฐบาล) 2. ถอดบทเรียนเพื่อแสวงหาแนวทางการเตรียมการรองรับสังคมสูงวัยสำหรับผู้สูงอายุในเขตมหานครของประเทศไทยโดยเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังเป็นพิเศษ

หมายเหตุ การศึกษาบทบาทของเอกชนและท้องถิ่นในการบริหารจัดการกับระบบการดูแลผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้จะพิจารณาดังนี้ สำหรับบทบาทของภาคเอกชนเน้นจะการศึกษาบทเรียนของผู้ประกอบการที่จัดระบบสนับสนุนประเภทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ(ทั้งดูแลเชิงสังคมและสุข ภาพ) โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ดำเนินการองค์กรประเภทวิสาหกิจเพื่อสังคม (social enterprise) เพื่อดูรูปแบบบริการที่จัด ระบบการบริหารจัดการ (เงิน คน ระบบ) ผลลัพธ์ของการดำเนินการ และการได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ สำหรับบทบาทของหน่วยภาครัฐ หรือส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการจัด การกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ จะศึกษาเกี่ยวกับ นโยบายเกี่ยวกับการสังคม (การดูแลเชิงสังคม) เศรษฐกิจ (หลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพ) และสุขภาพ (การดูแลสุขภาพและ การรักษาพยาบาล) ตลอดจน ปัญหาระบบสนับสนุนผู้สูงอายุในเขตเมือง

1.6.2 ระเบียบวิธีวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษานี้ตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัยสรุปได้ดังตารางที่ 1-8

ตารางที่ 1-8: สรุประเบียบวิธีวิจัยตามขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระเบียบวิธีวิจัย
1. รวบรวมข้อมูลหลักด้านสถานการณ์ผู้สูงอายุในเมือง เช่น สุขภาพ เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อมในสังคม การป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุในเมืองของญี่ปุ่นและไต้หวัน ได้มาจากแหล่งข้อมูลดังนี้	1.1 ข้อมูลทุติยภูมิด้านผู้สูงอายุของญี่ปุ่นและไต้หวันจากเอกสารวิชาการ เอกสารราชการ และข้อมูลทางอินเตอร์เน็ต 1.2 การสัมภาษณ์นักวิชาการด้านผู้สูงอายุของญี่ปุ่นและไต้หวันในประเด็นด้านสถานการณ์ผู้สูงอายุในเมืองและการตอบสนองเชิงนโยบายในปัจจุบันและช่วงที่ผ่านมา 1.3 การสัมภาษณ์องค์กรที่เกี่ยวข้อง
2. สัมภาษณ์ผู้จัดบริการสถานะต่างๆ (เช่น องค์กรไม่แสวงหากำไร นิติบุคคลประเภทต่างๆ) ที่มีบทบาทในระดับชุมชนในการจัดบริการดูแลในสถาบัน บริการสนับสนุนการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป หรือผู้จัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการตกสู่ภาวะพึ่งพิง	2.1 สัมภาษณ์องค์กรไม่แสวงหากำไร (NPO; Non Profit Organizations) ที่มีบทบาทในระดับชุมชนในการจัดบริการดูแลในสถาบัน บริการสนับสนุนการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป หรือผู้จัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการตกสู่ภาวะพึ่งพิง 3 แห่งต่อประเทศ 2.2 สัมภาษณ์สโมสรผู้สูงอายุที่จัดบริการสนับสนุนการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป หรือผู้จัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการตกสู่ภาวะพึ่งพิงอย่างน้อย 1 แห่งต่อประเทศ 2.3 สัมภาษณ์กลุ่มอาสาสมัครจัดบริการสนับสนุนการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป หรือผู้จัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการตกสู่ภาวะพึ่งพิงอย่างน้อย 1 แห่งต่อประเทศ*
3. การตั้งประเด็นหลักที่สัมภาษณ์องค์กรต่างๆ ที่ระบุในข้อ 2 ได้แก่	3.1 การก่อตั้งองค์กรและรูปแบบขององค์กร 3.2 ลักษณะและรูปแบบของบริการที่องค์กรจัดให้กับผู้สูงอายุ 3.3 การบริหารจัดการโดยทั่วไปด้านการเงิน กำลังคน และระบบขององค์กร

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระเบียบวิธีวิจัย
	3.4 ปัญหาอุปสรรคขององค์กรในการดำเนินงาน และปัจจัยที่ผลักดันให้ก่อตั้งและดำเนินการได้ต่อเนื่อง 3.5 ความเชื่อมโยงระหว่างองค์กร กับผู้สูงอายุและครอบครัว ศูนย์บูรณาการระดับพื้นที่ (เฉพาะกรณีของญี่ปุ่น) รัฐบาลกลางและรัฐบาลระดับท้องถิ่น
4. การเลือกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บแบบสัมภาษณ์	4.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการสัมภาษณ์สัมภาษณ์นักวิชาการและตัวแทนองค์กรต่างๆใน ใช้วิธีการใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) 4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (รายละเอียดสรุปในภาคผนวก) 4.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และถอดบทเรียนเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุของครัวเรือนในเขตเมือง

หมายเหตุ * ในการดำเนินการจริง เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาและความสะดวกของผู้ให้สัมภาษณ์ การศึกษาครั้งนี้สามารถสัมภาษณ์องค์กรได้จริงไม่สอดคล้องตามแผนที่ตั้งไว้ กรณีของประเทศญี่ปุ่นสามารถสัมภาษณ์ได้ 5 องค์กร (ตามจำนวนรวมที่ตั้งไว้) ได้แก่ สถานดูแลผู้สูงอายุแบบเอนกประสงค์ขนาดเล็ก Musashi, Naruse Care Center, Care Town Kodaira Clinic, NPO Community Care Link Tokyo, Kodaira Care Town และส่วนกรณีของไต้หวันสามารถสอบถามได้ 2 องค์กร ได้แก่ Taiwan Catholic Foundation of Alzheimer's Disease and Related Dementia, Taipei Fuhua Senior Multi Service Center ทั้งนี้กรณีของไต้หวันคณะผู้วิจัยได้ประสานติดต่อเพื่อสัมภาษณ์หน่วยงานราชการด้านแรงงานต่างชาติเพื่อสอบถามสถานการณ์เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุชาวต่างประเทศ แต่เนื่องจากความล่าช้าของการประสานงานภายในหน่วยงานราชการ เอกสารของโครงการถูกส่งผ่านศูนย์ประสานงานในประเทศไทยแต่ถูกส่งไปไม่ถึงหน่วยงานราชการที่ไต้หวันได้ทันกำหนดการเดินทาง จึงไม่สามารถเข้าสัมภาษณ์เป็นทางการได้

1.6.3 การรวบรวมข้อมูลในต่างประเทศ

เพื่อตอบวัตถุประสงค์ประการที่สองให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โครงการวิจัยจะได้เดินทางไปรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องและหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องที่ประเทศญี่ปุ่นและไต้หวัน โดยประเด็นที่จะศึกษาจากการเดินทางไปญี่ปุ่นและไต้หวัน สรุปได้ดังนี้

นอกจากการเริ่มใช้ระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long Term Care Insurance System) ประเทศญี่ปุ่นยังได้พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างบูรณาการในระดับพื้นที่ โดยยึดหลักการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นแกนหลักและสร้างความเชื่อมโยงกับผู้จัดบริการ (services providers) ประเภทต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น

บริการรักษาพยาบาล บริการการดูแลในสถาบัน (ทั้งแบบไปเช้าเย็นกลับและแบบค้างคืน) บริการสนับสนุนการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป และบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการตกสู่ภาวะพึ่งพิง โดยมีศูนย์บูรณาการระดับพื้นที่เป็นศูนย์กลางในการประสานงานระหว่างผู้สูงอายุกับบริการประเภทต่างๆ ทั้งนี้ในส่วนของผู้จัดบริการการดูแลในสถาบัน บริการสนับสนุนการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป และผู้จัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการตกสู่ภาวะพึ่งพิง มีองค์กรที่ไม่ใช่ภาคราชการหรือภาคเอกชนร่วมจัดบริการด้วย ได้แก่ องค์กรไม่แสวงหากำไร (NPO; Non Profit Organizations) สโมสรผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัคร องค์กรลักษณะนี้มีจำนวนมากเพื่อตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุและครอบครัว ขณะเดียวกันกรณีของไต้หวัน แม้ว่าจะยังไม่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างบูรณาการในระดับพื้นที่แบบในญี่ปุ่น แต่ด้วยสภาวะที่มีผู้สูงอายุในสัดส่วนที่สูง และมีลูกน้อย จึงเกิดคำถามในลักษณะเดียวกันว่าใครคือ ผู้ให้บริการดังกล่าวแก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือน

ดังนั้น การเดินทางไปประเทศญี่ปุ่นและไต้หวันจึงมีวัตถุประสงค์สำคัญในการไปศึกษาและถอดบทเรียนขององค์กรที่ไม่ใช่ภาคราชการหรือภาคเอกชนอันได้แก่องค์กรไม่แสวงหากำไร (NPO; Non Profit Organizations) สโมสรผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัคร ที่มีบทบาทในระดับชุมชนในการจัดบริการดูแลในสถาบัน บริการสนับสนุนการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป และผู้จัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการตกสู่ภาวะพึ่งพิงในประเด็นต่างๆต่อไปนี้ การก่อตั้งองค์กรและรูปแบบขององค์กร ลักษณะและรูปแบบของบริการที่องค์กรจัดให้กับผู้สูงอายุ การบริหารจัดการโดยทั่วไปด้านการเงิน กำลังคน และระบบขององค์กร ปัญหาอุปสรรคขององค์กรในการดำเนินงาน และปัจจัยที่ผลักดันให้ก่อตั้งและดำเนินการได้ต่อเนื่อง และความเชื่อมโยงระหว่างองค์กร กับผู้สูงอายุและครอบครัว ศูนย์บูรณาการระดับพื้นที่ (เฉพาะกรณีของญี่ปุ่น) รัฐบาลกลางและรัฐบาลระดับท้องถิ่น

การเดินทางไปต่างประเทศของโครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

๑. เพื่อไปสัมภาษณ์นักวิชาการญี่ปุ่นและไต้หวัน/หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในเขตกรุงโตเกียว/ไทเป เกี่ยวกับ สถานการณ์ของผู้สูงอายุเน้นด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพในเขตมหานครของประเทศแถบเอเชียตะวันออกที่เป็นสังคมสูงวัยที่เข้มข้นสูง เพื่อสะท้อนปัญหาผู้สูงอายุในเขตเมืองของแต่ละประเทศในปัจจุบัน (วัตถุประสงค์ที่1ของโครงการ)
๒. เพื่อไปสัมภาษณ์นักวิชาการญี่ปุ่นและไต้หวัน/หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในเขตกรุงโตเกียว/ไทเปเพื่อสะท้อนปัญหาระบบสนับสนุนผู้สูงอายุในเขตเมืองของแต่ละประเทศในปัจจุบัน
๓. เพื่อไปสัมภาษณ์ผู้ประกอบการที่จัดระบบสนับสนุนประเภทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ(ทั้งดูแลเชิงสังคมและสุขภาพ) โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ดำเนินการองค์กรประเภท

วิสาหกิจเพื่อสังคม (social enterprise) เพื่อดูรูปแบบบริการที่จัด ระบบการบริหารจัดการ (เงิน คน ระบบ) ผลลัพธ์ของการดำเนินการ และการได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ

1.6.4 การรวบรวมข้อมูลในในมหานครโตเกียวและไทเป

การเลือกองค์กรในมหานครโตเกียวและไทเปเพื่อรวบรวมข้อมูล

จากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลสถิติล่าสุดของประเทศญี่ปุ่นและไต้หวัน รวมถึงมหานครโตเกียวและไทเป พบว่า

กรณีของมหานครโตเกียว รูปแบบบริการที่ผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลกลุ่มดังกล่าวรับบริการมากในสัดส่วนที่สูง (มากกว่าร้อยละ 10) เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเดียวกันทั่วประเทศ ได้แก่บริการประเภทการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแล **訪問介護** การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลการทำความสะอาดร่างกาย **訪問入浴介護** การเยี่ยมบ้านเพื่อพยาบาล **訪問看護** การแนะนำการจัดการฟื้นฟูที่บ้าน **居宅療養管理指導** การดูแลการดำรงชีวิตแก่ผู้อยู่อาศัยในสถานที่เฉพาะ **特定施設入居者生活介護** บริการเยี่ยมบ้านตอนกลางคืน **夜間対応型訪問介護** การดูแลการรับบริการแบบไปกลับ **地域密着型通所介護** การดูแลผู้มีอาการสมองเสื่อมแบบไปกลับ **認知症対応型通所介護** อีกทั้งเมื่อทบทวนมาตรการด้านที่อยู่อาศัยพบว่า ปัจจุบันมีการอนุญาตให้สร้าง Care House ในเมืองราคาประหยัด (ราคาในระดับที่อยู่อาศัยแบบเดียวกันที่ไม่ได้ตั้งอยู่ในเขตเมือง) สำหรับผู้สูงอายุ 20 คน เรียกว่า Care House ในเมือง (都市型軽費老人ホーム หรือ 都市型 Care House) ซึ่ง Care House (หรือ 軽費老人ホーム Keihi Roujin Houmu) เป็นที่อยู่อาศัยราคาถูกหรือไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (สามีภรรยาเข้าอยู่พร้อมกันได้ โดยคนใดคนหนึ่งอายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่ไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ โดยมีการจัดบริการด้านอาหาร การเตรียมการทำความสะอาดร่างกาย การให้คำปรึกษา การส่งเสริมเชิงสังคม ในส่วนที่บริหารจัดการโดยภาครัฐ ปัจจุบันรัฐบาลญี่ปุ่นมีนโยบายให้สร้างเฉพาะในเมืองใหญ่เท่านั้น อีกด้านหนึ่งก็มีมาตรการรองรับผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอาการความจำเสื่อม Group Home (グループホーム) เป็นที่อยู่อาศัยร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุที่มีอาการความจำเสื่อม โดยเน้นการอยู่อาศัยกลุ่มเล็ก การสร้างบรรยากาศการอยู่อาศัยใกล้เคียง “บ้าน” และการแลกเปลี่ยนและมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนที่เป็นที่ตั้งของ Group Home นั้นๆ โดยมีการจัดบริการดูแลช่วยเหลือด้านอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายร่วมด้วย ดังนั้นคณะผู้วิจัยจะสัมภาษณ์นักวิชการและสถานจัดบริการที่เข้าข่ายข้างต้น

กรณีของไต้หวัน ดังที่กล่าวไปแล้วในบทที่ 2 รัฐบาลไต้หวันมีความพยายามผลักดันเรื่องการดูแลผู้สูงอายุสู่ **The Long Term Care Plan 2.0** ในปี 2017 โดยมีการดำเนินการ Pilot Project โดยรัฐบาลพยายามส่งเสริมให้มีการจัดตั้ง long-term care centers ทั่วประเทศ ทั้งนี้รัฐบาลได้จัดแบ่งประเภทของผู้ให้บริการออกเป็น 3 กลุ่ม (tiers) ได้แก่ กลุ่มที่ 1 (Tier A) เป็นกลุ่มเรือธงที่เป็นสถานบริการที่สามารถจัดบริการแบบบูรณาการระดับชุมชน (พื้นที่) ได้ รัฐบาลพยายามส่งเสริมให้มีสถานบริการกลุ่มนี้อย่างน้อย 1

แห่งหรือมากกว่าในทุกๆเมืองในไต้หวัน ขึ้นกับขนาดของประชากรในแต่ละเมือง สถานบริการกลุ่มนี้จะเป็นสถานที่แรกที่ผู้สูงอายุและ/หรือครอบครัวจะทำการติดต่อเพื่อใช้บริการและตรวจประเมินความจำเป็น กลุ่มที่ 2 (Tier B) เป็นสถานบริการซึ่งจะสร้าง 1 แห่งในทุกๆเขตโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น มีหน้าที่จัดบริการเฉพาะอย่างให้กับผู้สูงอายุ มีการเปรียบเทียบว่าสถานบริการกลุ่มนี้เทียบได้กับร้านเฉพาะทาง และกลุ่มที่ 3 (Tier C) เป็นสถานบริการที่เล็กที่สุดและอยู่ใกล้ผู้สูงอายุและครอบครัวมากที่สุด โดยรัฐบาลมีแผนที่จะสร้างสถานบริการในลักษณะนี้ 1 แห่งต่อ 1-3 wards รัฐบาลเริ่มต้นจากสถานบริการกลุ่มที่ 1 17 แห่ง กลุ่มที่ 2 44 แห่ง และ กลุ่มที่ 3 85 แห่ง ดังนั้นคณะผู้วิจัยจะสัมภาษณ์นักวิชการและสถานจัดบริการที่เข้าข่ายข้างต้น ดังรายละเอียดที่จะกล่าวถึงต่อไป

รายชื่อนักวิชาการและหน่วยงาน/องค์กรที่สัมภาษณ์

รายชื่อนักวิชาการและหน่วยงาน/องค์กรที่ดำเนินการสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมข้อมูลและเยี่ยมชมสถานที่ประกอบด้วยรายละเอียดตามตารางที่ 1-9 ทั้งนี้ประมวลภาพของการเข้าสัมภาษณ์และเยี่ยมชมสถานที่ที่เกี่ยวข้องสรุปไว้ในภาคผนวก

1.7 ผลผลิตและผลลัพธ์ของโครงการวิจัย

ผลผลิตของโครงการวิจัยประกอบด้วย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้อยู่ร่วมกันกับคนในวัยต่างๆได้อย่างปกติสุขในเมือง

2. ระบบ/กลไกสำหรับรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และวิสาหกิจเพื่อสังคมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเมือง

ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากโครงการวิจัยได้แก่

1. หน่วยงานภาครัฐนำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายไปใช้จริงในการออกแบบระบบ/กลไกเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเมือง

2. ได้บทเรียน ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และแนวทางเตรียมการรองรับสังคมสูงวัยสำหรับผู้สูงอายุในเขตมหานครของประเทศไทย จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุในเขตมหานครและระบบสนับสนุนที่มีอยู่ของประเทศญี่ปุ่นและไต้หวัน

ตารางที่ 1-9: สรุปรายชื่อนักวิชาการและหน่วยงาน/องค์กรที่สัมภาษณ์

ประเทศ/ภูมิภาค	รายชื่อหน่วยงาน/องค์กรหรือนักวิชาการ ผู้ให้สัมภาษณ์	วันเดือนปี/เวลาที่สัมภาษณ์
ญี่ปุ่น	Professor Dr. Izumi Tetsuhiko, Faculty of Management and Economics	13 กันยายน 2561 เวลา 11.00 – 14.00 น.
	Miss Keigo Ogawa (ตำแหน่ง ผู้จัดการสถานดูแล สถานดูแลผู้สูงอายุแบบเอนกประสงค์ขนาดเล็ก Musashi Musashino City, Tokyo Metropolitan)	14 กันยายน 2561 เวลา 10.00-11.15 น.
	Dr. Kimiko Nishijima (ตำแหน่ง ประธานบริหารสถานดูแล Naruse Care Center Machida City, Tokyo Metropolitan)	14 กันยายน 2561 เวลา 15.00-17.00 น.
	Professor Dr. Nishishita Akitoshi, Tokyo Keisei University, Kokunbunji Campus	15 กันยายน 2561 เวลา 10.00 – 12.00 น.
	Dr. Fumio Yamazaki (ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ Care Town Kodaira Clinic) และMr. Toshinobu Nakagawa (ตำแหน่ง เลขานุการ NPO Community Care Link Tokyo) Kodaira Care Town Kodaira City, Tokyo Metropolitan	17 กันยายน 2561 เวลา 10.00-12.00 น.
ไต้หวัน	Professor Hsiu-Mei Chuang, Soochow University	15 ตุลาคม 2561 เวลา 9.00 – 12.00 น.
	Miss Tung I- Hsuan (ตำแหน่ง Music Therapist, Occupational Therapist) Taiwan Catholic Foundation of Alzheimer's Disease and Related Dementia, Taipei City, Taiwan R.O.C.	16 ตุลาคม 2561 เวลา 10.00-12.00 น.
	Miss Lee (ผู้อำนวยการ) Taipei Fuhua Senior Multi Service Center, Taipei City, Taiwan R.O.C.	17 ตุลาคม 2561 เวลา 10.00-11.45 น.
	Professor Chen-Fen Chen (ศาสตราจารย์แห่งมหาวิทยาลัย Chinese Culture University)	17 ตุลาคม 2561 เวลา 11.45-13.30 น.

บทที่ 2
สถานการณ์ปัจจุบันและระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

2.1 สถานการณ์ทางประชากรของประเทศญี่ปุ่น

2.1.1 สถานการณ์ทางประชากรในภาพรวมของประเทศญี่ปุ่น

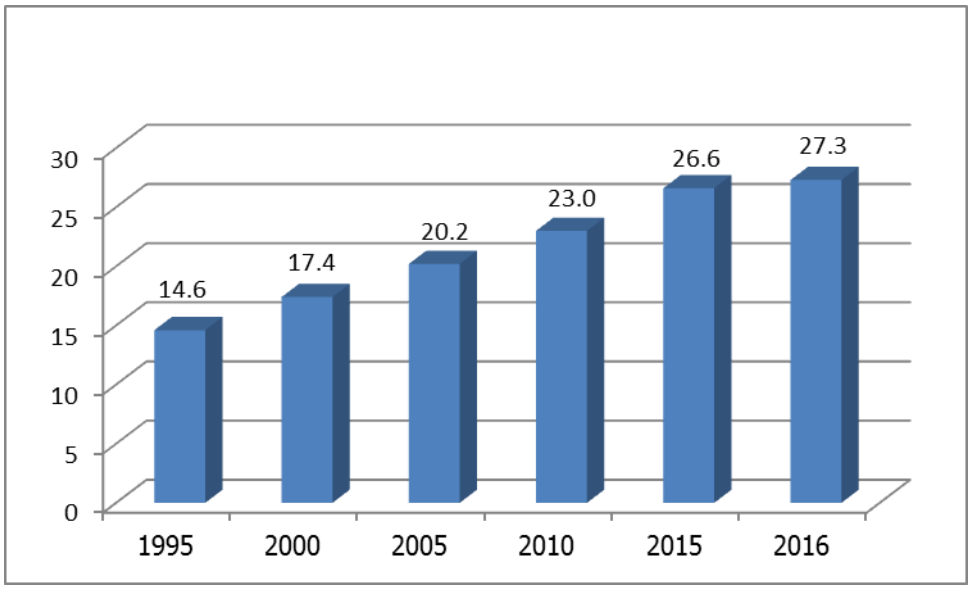
ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่เคยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่น้อยในช่วงปี 1980 และอยู่ที่ระดับปานกลางในปี 1990 เมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศที่พัฒนามากกว่า โดยในปี 1985 ประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรรวม (Statistical Handbook of Japan 2017) แต่ในปี 2005 จำนวนประชาการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นจนมากกว่าประเทศในแถบยุโรปและอเมริกา (Annual Report on the Aging Society: 2016) ในปี 2016 ประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนประชากรรวมทั้งสิ้น 126.93 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรผู้สูงวัยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 34.59 ล้านคน หรือร้อยละ 27.3 ของประชากรทั้งหมด หรือ 1 ใน 4 ของประชากรรวม ในขณะที่ประชากรช่วงอายุจาก 0 ถึง 14 ปีมีจำนวน 15.78 ล้านคน หรือร้อยละ 12.4 และประชากรวัยทำงานอายุ 15 ถึง 64 ปีมีจำนวน 76.56 ล้านคน หรือร้อยละ 60.3 ของประชากรทั้งหมด เมื่อดูอัตราส่วนของประชากรวัยทำงานต่อผู้สูงอายุ 1 คน พบว่ามีจำนวนประชากรวัยทำงาน 2.2 คนต่อผู้สูงวัย 1 คน (Statistic Handbook of Japan 2017)

แนวโน้มของประชากรในประเทศญี่ปุ่นจะมีประชากรสูงวัยที่เพิ่มขึ้นไปอีกแต่จำนวนประชากรรวมจะลดลง จึงมีการคาดการณ์ว่าในปี 2042 จำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจนถึงจุดสูงสุดที่ 38.78 ล้านคน เนื่องจากจำนวนประชากรรวมจะลดลงจึงคาดว่าในปี 2060 จะมีประชากรผู้สูงวัยที่อายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 34.64 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 39.9 ของจำนวนประชากรทั้งหมด โดยกลุ่มผู้สูงวัยที่มีอายุ 65 ถึง 74 ปีจะมีจำนวน 11.28 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ส่วนผู้สูงวัยที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปจะมีจำนวน 23.36 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 26.9 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ทำให้อัตราส่วนของประชากรวัยทำงานต่อผู้สูงอายุ 1 คนลดลงเหลือเพียง 1.3 คน (Annual Report on the Aging Society: 2016)

เมื่อเทียบจำนวนประชากรวัยทำงานต่อผู้สูงอายุ 1 คน ดูเหมือนจะลดลงเพียง 1 คนใน 45 ปี จาก 2.3 ในปี 2015 เป็น 1.3 ในปี 2060 แต่ถ้าดูจากจำนวนที่ลดลงในระยะเวลา 45 ปีเท่ากัน จำนวนประชากรวัยทำงานต่อผู้สูงอายุ 1 คนลดลงจาก 9.8 คนในปี 1970 เหลือ 2.3 คนในปี 2015 เป็นจำนวนที่ลดลงอย่างมีนัยยะสำคัญเป็นอย่างมาก

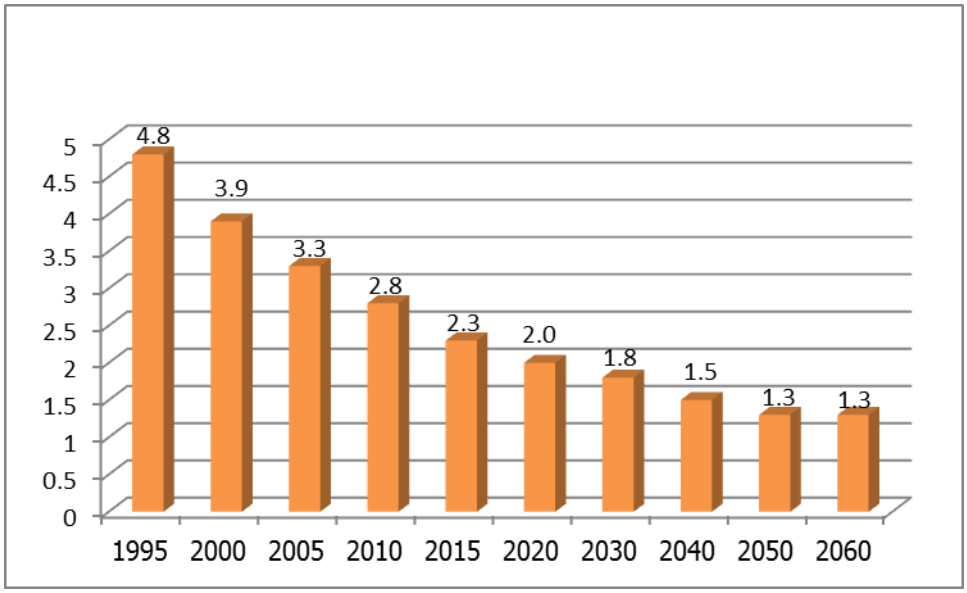
จากปัจจัยที่กล่าวมานี้ทำให้เกิดความท้าทายในสังคมสูงอายุของประเทศญี่ปุ่น ประชากรผู้สูงวัยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญ โดยในปี 2016 จำนวนประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 27.3 ของประชากรรวมทั้งหมด ส่วนจำนวนประชากรวัยทำงานคิดเป็นร้อยละ 60.3 ซึ่งทำให้อัตราส่วนระหว่างประชากรวัยทำงานต่อผู้สูงอายุ 1 คน คือ 2.2 โดยแนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นและจำนวนประชากรวัยทำงานลดลง จึงมีการคาดการณ์ว่าอัตราส่วนระหว่างประชากรวัยทำงานต่อผู้สูงอายุ 1 คน ลดลงเหลือเพียง 1.3 คนในปี 2042 ซึ่งทางประเทศญี่ปุ่นต้องเผชิญกับรายจ่ายในผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น และแรงงานที่ลดลง ซึ่งอาจมีการนำแรงงานจากประเทศอื่นเข้ามา แต่เมื่อถึงเวลาที่ประเทศต่างๆ ทั่วโลกประสบปัญหาขาดแคลนประชากรวัยแรงงาน อาจจะมีความจำเป็นในการนำเทคโนโลยีเข้ามาทดแทนในส่วนของแรงงานที่ขาดหายไป

รูปภาพที่ 2-1 สัดส่วนของประชากรสูงอายุ (อายุ 65 ปี ขึ้นไป) ต่อประชากรรวมทั้งหมด



แหล่งที่มา: Statistic Handbook of Japan 2017

รูปภาพที่ 2-2 อัตราส่วนประชากรวัยทำงานต่อประชากรสูงอายุ 1 คน



แหล่งที่มา: Statistic Handbook of Japan 2017

2.1.2 สถานการณ์ทางประชากรในภาพรวมของประเทศญี่ปุ่นในมิติพื้นที่

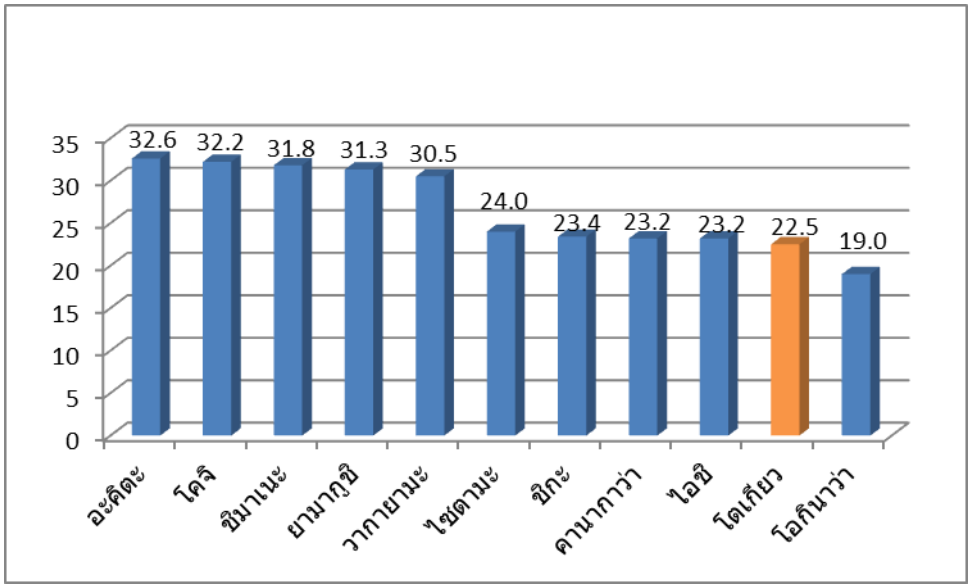
เมื่อดูจำนวนประชากรในระดับจังหวัดในปี 2014 จังหวัดโตเกียวมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด เทียบกับจังหวัดอื่นคือ 3,011,000 คน หรือร้อยละ 22.5 ของประชากรรวมในโตเกียว รองลงมาคือจังหวัดโอซาก้าซึ่งมีผู้สูงอายุ 2,267,000 คน หรือร้อยละ 25.7 ของประชากรรวมในโอซาก้า จังหวัดคานากาว่าซึ่งมีผู้สูงอายุ 2,115,000 คน หรือร้อยละ 23.2 ของประชากรรวมในคานากาว่า ต่อมาคือจังหวัดไซตามะซึ่งมีผู้สูงอายุ 1,737,000 คน หรือร้อยละ 24.0 ของประชากรรวมในไซตามะ และอันดับที่ 5 คือจังหวัดไอชิซึ่งมีผู้สูงอายุ 1,728,000 คน หรือร้อยละ 23.2

เมื่อดูอัตราส่วนของผู้สูงอายุแต่ละจังหวัดเทียบกับจำนวนประชากรรวมของจังหวัดนั้น พบว่าจังหวัดอะคิตะมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 32.6 รองลงมาคือจังหวัดโคจิซึ่งมีผู้สูงอายุร้อยละ 32.2 จังหวัดชิมาเนะซึ่งมีผู้สูงอายุร้อยละ 31.8 ส่วนจังหวัดยามางูชิมีผู้สูงอายุร้อยละ 31.3 และอันดับที่ 5 คือจังหวัดวากายามะซึ่งมีผู้สูงอายุร้อยละ 30.5

ส่วนจังหวัดที่มีอัตราส่วนของผู้สูงอายุเทียบกับจำนวนประชากรกรวมของจังหวัดนั้นคิดเป็นร้อยละที่ต่ำเป็น 5 อันดับสุดท้ายคือ จังหวัดไซตามะซึ่งมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 24.0 รองลงมาคือจังหวัดชิกะซึ่งมีผู้สูงอายุร้อยละ 23.4 จังหวัดคานากาว่าและจังหวัดไอชิมีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 23.2 จังหวัดโตเกียวมี

ผู้สูงอายุร้อยละ 22.5 และจังหวัดที่มีผู้สูงอายุที่คิดเป็นร้อยละน้อยที่สุดคือจังหวัดโอกินาว่าซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 19.0

รูปภาพที่ 2-3 ร้อยละของผู้สูงอายุแยกตามจังหวัด 5 อันดับแรกและ 5 อันดับสุดท้าย



แหล่งที่มา: Annual Report on the Aging Society: 2016

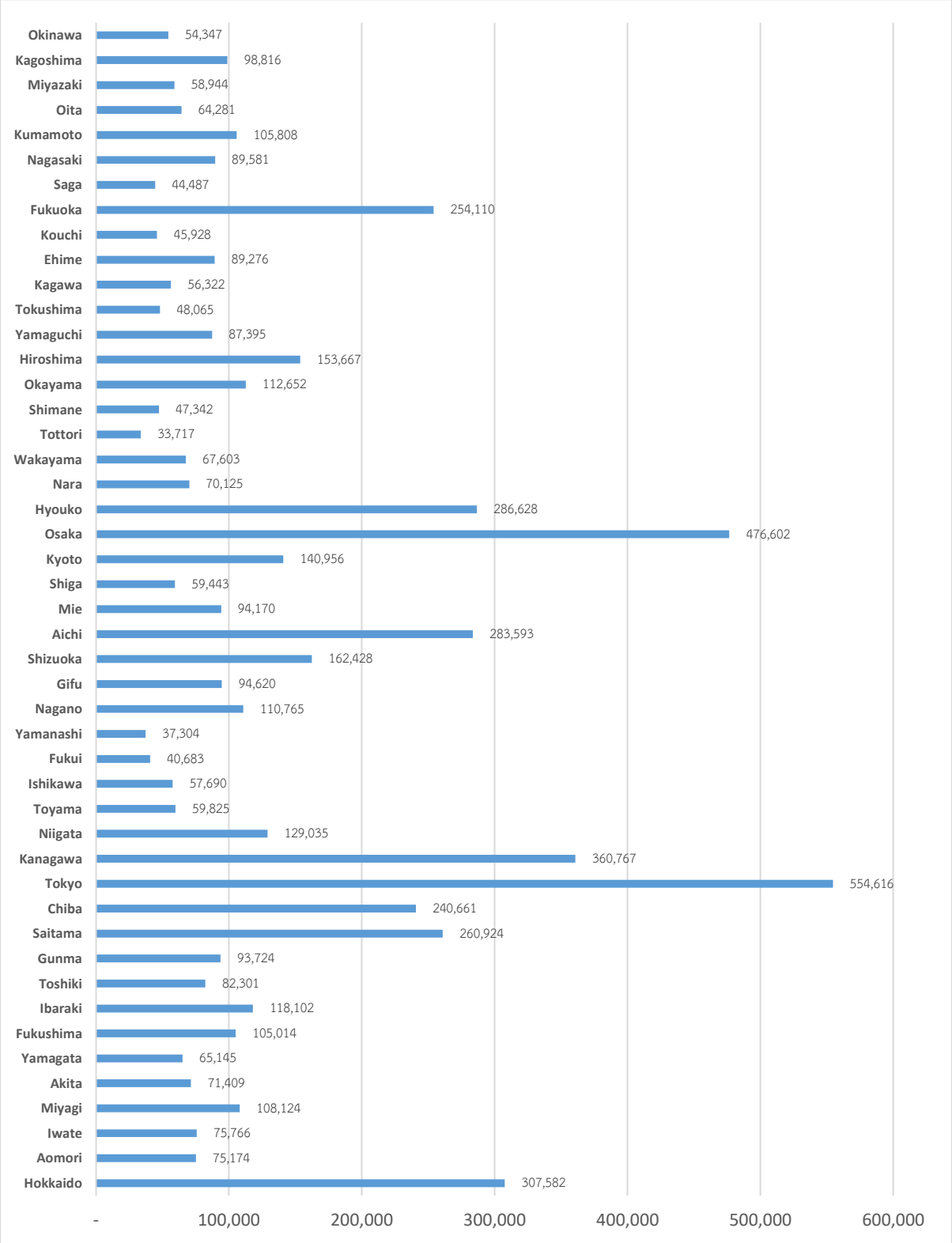
จากการคาดการณ์ในปี 2040 แต่ละจังหวัดจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยมี 5 จังหวัดที่คาดว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 40 อันดับแรกคือจังหวัดอะคิตะ อยู่ที่ร้อยละ 43.8 อันดับสองคือจังหวัดอะโอโมริ อยู่ที่ร้อยละ 41.5 อันดับที่สามคือจังหวัดโคจิ อยู่ที่ร้อยละ 40.9 อันดับที่สี่คือจังหวัดฮอกไกโด อยู่ที่ 40.7 และอันดับที่ห้าคือจังหวัดโทกุชิมะ อยู่ที่ร้อยละ 40.2 (Annual Report on the Aging Society: 2016)

จำนวนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาแบ่งตามเขตจังหวัด

หากพิจารณาจำนวนผู้ประกันตนประเภทที่ 1 ที่ได้รับการประเมินว่าจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรายจังหวัด 6,135,517 คนจะพบว่า ผู้สูงอายุเหล่านั้นจะกระจุกตัวในเขตมหานครและจังหวัดใหญ่ที่มีประชากรมาก ได้แก่ มหานครโตเกียว (554,616 คน) เขตปริมณฑลของเมืองหลวงประกอบด้วย จังหวัดคานากาว่า (360,767 คน) จังหวัดจิบะ (240,661 คน) และจังหวัดไซตามะ (260,924 คน) มหานครโอซาก้า (476,602 คน) และจังหวัดเฮียวโกะ (286,628 คน) จังหวัดไอจิ (283,593 คน) จังหวัดฟุกุโอกะ (254,110 คน) ฮอกไกโด (307,582 คน) ในเขตมหานครโตเกียวเพียงลำพัง มีผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องช่วยเหลือหรือดูแลคิดเป็นประมาณร้อยละ 9.0 ของผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นทั่วประเทศ หากรวมจังหวัดใหญ่อื่นๆร่วมด้วย

แม้เพียง 9 จังหวัดที่กล่าวข้างต้น จำนวนผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องช่วยเหลือหรือดูแลจะมีมากถึงเกือบครึ่งหนึ่ง (ประมาณร้อยละ 49.3) ของผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นทั่วประเทศ (รูปภาพที่ 2-4)

รูปภาพที่ 2-4 การกระจายตัวรายจังหวัดของจำนวนผู้ประกันตนประเภทที่ 1 ที่ได้รับการประเมินว่าจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแล (หน่วย คน)



แหล่งที่มา: รายงานสถานการณ์การประกันดูแลระยะยาว ปีเฮเซ 28 เดือนกรกฎาคม 介護保険事業状況報告（平成 28 年 7 月暫定版）Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan (โฮมเพจ https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m16/1607.html)

ตารางที่ 2-1 จำนวนผู้ประกันตนประเภทที่ 1 ที่ได้รับการประเมินว่าจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแล ตามระดับความจำเป็นที่ต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลในแต่ละจังหวัด (หน่วย คน)

จังหวัด	ช่วยเหลือ 1	ช่วยเหลือ 2	ดูแล 1	ดูแล 2	ดูแล 3	ดูแล 4	ดูแล 5	รวม
Hokkaido	54,530	43,645	68,298	49,926	33,054	30,756	27,373	307,582
Aomori	7,285	8,087	15,392	14,711	10,581	10,184	8,934	75,174
Iwate	9,289	8,822	14,919	13,780	10,396	9,990	8,570	75,766
Miyagi	17,991	12,720	21,473	18,644	13,722	13,611	9,963	108,124
Akita	7,735	8,164	14,558	12,553	10,453	9,804	8,142	71,409
Yamagata	6,639	7,396	13,105	12,480	9,306	8,596	7,623	65,145
Fukushima	11,341	13,442	20,164	19,587	15,127	14,062	11,291	105,014
Ibaraki	10,154	13,692	25,081	22,854	18,492	15,832	11,997	118,102
Toshiki	10,214	11,433	15,252	14,404	11,660	11,152	8,186	82,301
Gunma	11,440	11,677	19,359	15,564	13,024	12,653	10,007	93,724
Saitama	32,479	32,568	57,114	46,232	35,966	32,048	24,517	260,924
Chiba	30,267	30,117	50,454	43,402	33,372	30,269	22,780	240,661
Tokyo	**85,150**	**70,319**	**110,422**	**94,564**	**69,968**	**67,123**	**57,070**	**554,616**
Kanagawa	45,314	49,172	68,839	70,115	48,485	43,899	34,943	360,767
Niigata	13,012	17,042	23,059	23,846	19,571	17,693	14,812	129,035
Toyama	6,320	6,666	12,534	10,863	9,123	7,754	6,565	59,825
Ishikawa	7,166	7,693	11,873	10,204	8,095	7,171	5,488	57,690
Fukui	3,648	5,455	7,927	7,721	6,032	5,764	4,136	40,683
Yamanashi	1,911	3,938	6,423	8,049	7,263	5,700	4,020	37,304
Nagano	12,295	14,950	23,287	18,725	14,892	14,820	11,796	110,765
Gifu	10,476	12,983	17,494	17,990	13,922	12,306	9,449	94,620
Shizuoka	18,903	19,215	39,147	28,226	22,390	20,590	13,957	162,428
Aichi	42,511	45,238	52,904	50,353	36,208	32,210	24,169	283,593
Mie	12,073	12,561	19,018	16,648	12,549	12,121	9,200	94,170
Shiga	7,062	7,796	12,422	11,361	8,640	7,006	5,156	59,443
Kyoto	17,974	21,645	24,275	27,776	20,377	16,052	12,857	140,956
Osaka	95,990	72,041	77,219	81,608	55,935	51,693	42,116	476,602
Hyouko	54,138	49,059	51,171	42,234	34,268	30,912	24,846	286,628
Nara	9,749	12,291	11,501	13,109	9,640	8,073	5,762	70,125
Wakayama	11,790	10,397	11,805	10,890	8,403	7,610	6,708	67,603
Tottori	3,828	5,158	5,521	6,152	4,687	4,492	3,879	33,717
Shimane	6,033	5,980	10,237	8,524	6,198	5,595	4,775	47,342
Okayama	15,240	16,937	21,996	20,125	14,272	13,027	11,055	112,652
Hiroshima	27,883	21,485	30,189	24,831	18,679	16,248	14,352	153,667
Yamaguchi	13,332	11,326	20,267	13,852	10,526	10,254	7,838	87,395
Tokushima	6,277	7,783	8,155	8,623	6,500	6,087	4,640	48,065
Kagawa	6,414	8,889	11,795	10,410	7,490	6,271	5,053	56,322
Ehime	14,499	11,933	17,973	13,716	10,901	10,513	9,741	89,276
Kouchi	5,945	5,150	9,730	7,197	5,959	6,142	5,805	45,928
Fukuoka	43,251	36,519	53,719	40,233	30,435	29,155	20,798	254,110
Saga	7,106	6,701	10,242	6,548	5,818	4,545	3,527	44,487
Nagasaki	14,874	14,105	19,069	14,076	10,866	9,895	6,696	89,581
Kumamoto	13,649	15,250	23,065	17,657	13,257	13,370	9,560	105,808
Oita	9,822	7,794	13,874	10,226	7,693	8,426	6,446	64,281
Miyazaki	6,911	7,742	12,820	9,519	8,090	7,244	6,618	58,944
Kagoshima	13,487	13,638	20,116	14,771	12,574	13,004	11,226	98,816
Okinawa	5,690	7,821	8,508	8,317	8,545	9,587	5,879	54,347

แหล่งที่มา: รายงานสถานการณ์การประกันดูแลระยะยาว ปีเฮเซ 28 เดือนกรกฎาคม 介護保険事業状況報告（平成 28 年 7 月暫定版）Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan (โฮมเพจ https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m16/1607.html)

2.1.3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

ด้านการทำงานและรายได้ ในปี 2015 มีผู้สูงวัยอายุ 60 ถึง 64 ปี ที่ยังคงมีงานทำอยู่มีจำนวน 4.38 ล้านคน และผู้สูงวัยอายุ 65 ปีขึ้นไปมีจำนวน 4.58 ล้านคน หรือร้อยละ 13.5 และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นไปอีก โดยร้อยละ 28.9 ของผู้สูงอายุนี้กล่าวว่าจะทำงานตราบใดที่ยังทำได้อยู่ มีเพียงร้อยละ 10.6 ที่ไม่อยากทำงานแล้ว แม้ว่าอายุที่สามารถเกษียณได้ในประเทศญี่ปุ่นคือ 60 ปี แต่ร้อยละ 82.1 ได้รับการว่าจ้างให้ทำงานต่อ ทำให้ผู้สูงวัยอายุ 65 ปีขึ้นไปมีจำนวนถึงร้อยละ 11.3 ของกลุ่มประชากรที่ได้รับการจ้างงาน (Annual Report on the Aging Society: 2016) ในปี 2015 งานเกี่ยวกับป่าไม้ มีคนงานจำนวน 63,663 คน ในจำนวนนี้มีคนงานที่อายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 12,733 คนหรือ 1 ใน 5 ของคนงานทั้งหมด ในส่วนของผู้ที่ทำฟาร์มเป็นอาชีพหลักนั้นมีจำนวน 2.1 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้สูงวัยที่อายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 1,333,500 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 63.5 ของผู้ประกอบอาชีพทำฟาร์มทั้งหมด (Statistic Handbook of Japan 2017)

โดยทั่วไปแล้ว ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอยู่นั้นมีรายได้มากจาก รายได้ส่วนบุคคล เงินบำนาญ รายได้จากอสังหาริมทรัพย์ เงินประกันสังคม และเงินรายได้จากส่วนอื่น โดยรายได้รวมของครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่นั้นเฉลี่ยอยู่ที่ 3.005 ล้านเยน เทียบกับค่าเฉลี่ยรายได้ของครัวเรือนทั้งหมดคือ 5.289 ล้านเยน แต่เมื่อคิดเป็นรายได้ต่อคนในแต่ละครัวเรือนจะได้ค่าเฉลี่ยรายได้ที่แทบจะไม่มีความแตกต่างกันระหว่างครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุและครัวเรือนทั้งหมดเนื่องมาจากว่าจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุมีน้อยกว่าจำนวนสมาชิกในครัวเรือนทั้งหมด (Annual Report on the Aging Society: 2016)

ด้านการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ชาวญี่ปุ่นมักจะอยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่หลายรุ่นในบ้านหลังเดียวกัน โดยมีความเชื่อว่าคนรุ่นลูกควรจะดูแลรุ่นที่อายุมากกว่า แต่เมื่อเวลาผ่านไปพบว่าครัวเรือนที่มี 3 รุ่นอาศัยด้วยกันมีจำนวนที่ลดน้อยลงอย่างมีนัยยะสำคัญ ร้อยละของครัวเรือนที่แยกตัวออกมาโดยไม่อาศัยรวมกับครอบครัวใหญ่ก็มีจำนวนเพิ่มขึ้น จำนวนของผู้สูงวัยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนในรูปแบบต่างๆ มีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยในปี 2014 มีจำนวนครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุเป็นจำนวน 23,572 ครัวเรือน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 46.7 ของจำนวนครัวเรือนทั้งหมดคือ 50,431 ครัวเรือน (Annual Report on the Aging Society: 2016) ซึ่งจำนวนของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับลูกของตนนั้นมีจำนวนลดลงอย่างมีนัยยะสำคัญ โดยในปี 1980 นั้นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับลูกของตนเองนั้นคิดเป็นร้อยละ 69.0 ซึ่งลดลงเรื่อยๆ จนเหลือเพียงร้อยละ 40.6 ในปี 2014 ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะอาศัยด้วยตนเองหรือกับคู่สมรสมากขึ้น เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.1 ในปี 1980 เป็นร้อยละ 55.4 ในปี 2014 (Annual Report on the Aging Society: 2016)

ตารางที่ 2-2 รูปแบบการอยู่อาศัยของครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุในญี่ปุ่น

ปี	อยู่คนเดียว		อยู่กับคู่สมรส		อยู่กับลูกที่ไม่แต่งงาน		สามรุ่น		อื่นๆ	
	คน (x1000)	%	คน (x1000)	%	คน (x1000)	%	คน (x1000)	%	คน (x1000)	%
1980	910	10.7	1,379	16.2	891	10.5	4,254	50.1	1,062	12.5
1985	1,131	12.0	1,795	19.1	1,012	10.8	4,313	45.9	1,150	12.2
1990	1,613	14.9	2,314	21.4	1,275	11.8	4,270	39.5	1,345	12.4
1995	2,199	17.3	3,075	24.2	1,636	12.9	4,232	33.3	1,553	12.2
2000	3,079	19.7	4,232	27.1	2,268	14.5	4,141	26.5	1,924	12.3
2005	4,069	22.0	5,420	29.2	3,010	16.2	3,947	21.3	2,088	11.3
2006	4,102	22.4	5,397	29.5	2,944	16.1	3,751	20.5	2,091	11.4
2007	4,326	22.5	5,732	29.8	3,418	17.7	3,528	18.3	2,260	11.7
2008	4,352	22.0	5,883	29.7	3,634	18.4	3,667	18.5	2,241	11.3
2009	4,631	23.0	5,992	29.8	3,730	18.5	3,518	17.5	2,254	11.2
2010	5,018	24.2	6,190	29.9	3,837	18.5	3,348	16.2	2,313	11.2
2011	4,697	24.2	5,817	30.0	3,743	19.3	2,998	15.4	2,166	11.2
2012	4,868	23.3	6,332	30.3	4,110	19.6	3,199	15.3	2,420	11.6
2013	5,730	25.6	6,974	31.1	4,442	19.8	2,953	13.2	2,321	10.4
2014	5,959	25.3	7,242	30.7	4,743	20.1	3,117	13.2	2,512	10.7

แหล่งที่มา: Annual Report on the Aging Society: 2016

ด้านการดำรงชีวิตประจำวันและภาวะพึ่งพา แหล่งข้อมูลสถิติสำคัญเพื่อทราบถึงสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในประเทศญี่ปุ่นได้แก่ รายงานสถานการณ์การดำเนินการประกันดูแลระยะยาว หรือ 介護保険事業状況報告 (*Kaigo Hoken Jigyou Jyoukyou Houkoku*) จัดทำโดย Ministry of Health, Labour and Welfare สถิติล่าสุดที่มีการรายงานคือ รายงานประจำเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2016 สถิติที่สำคัญในรายงานนี้ประกอบด้วย จำนวนผู้ประกันตนในระบบการดูแลระยะยาว โดยผู้ประกันตนระบบการดูแลระยะยาวประกอบด้วย ผู้ประกันตนประเภทที่ 1 หรือประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (ในที่นี้หากใช้คำว่าผู้สูงอายุก็จะหมายถึงประชากรกลุ่มนี้) และผู้ประกันตนประเภทที่ 2 หรือประชากรที่มีอายุ 40-64 ปี จำนวนผู้ประกันตนตามระดับความจำเป็นที่ได้รับการประเมินเพื่อรับบริการดูแล (โดยแบ่งระดับภาวะพึ่งพาออกเป็น 7 ระดับ) จำนวนผู้ประกันตนตามระดับความจำเป็นฯแบ่งตามจังหวัด บริการแต่ละประเภทที่ได้รับ จำนวนตามเพศ ช่วงอายุ เป็นต้น

จำนวนของผู้สูงอายุโดยพิจารณาจากจำนวนผู้ประกันตนประเภทที่ 1 ของระบบประกันการดูแลระยะยาว หรือประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปในประเทศญี่ปุ่นในเดือนกรกฎาคม 2016 มีจำนวน 34,016,148 คน ในจำนวนนี้มีจำนวนผู้ประกันตนประเภทที่ 1 ที่ได้รับการประเมินเพื่อรับบริการช่วยเหลือหรือดูแลทุกระดับภาวะพึ่งพา รวมแล้ว 6,135,517 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 18.04 ของผู้ประกันตนประเภทที่ 1 โดยแบ่งเป็นชาย 1,873,322 คน (คิดเป็นร้อยละ 30.53 ของจำนวนผู้ประกันตนประเภทที่ 1 ที่ได้รับการประเมินเพื่อรับบริการช่วยเหลือหรือดูแลทุกระดับภาวะพึ่งพา) และหญิง 4,262,195 คน (คิดเป็นร้อยละ 69.47) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัจจุบันในระบบประกันการดูแลระยะยาว มีผู้สูงอายุเพศหญิงที่รับการดูแลอยู่มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

หากพิจารณาการกระจายตัวของจำนวนผู้สูงอายุตามระดับความจำเป็นที่ต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลพบว่า จากจำนวนผู้ประกันตนประเภทที่ 1 ที่ได้รับการประเมินเพื่อรับบริการช่วยเหลือหรือดูแล ผู้ที่มีระดับความจำเป็นในการช่วยเหลือระดับ 1 879,087 คน (คิดเป็นร้อยละ 14.3 ของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแล) ระดับความจำเป็นในการช่วยเหลือระดับ 2 844,435 คน (ร้อยละ 13.7) ระดับความจำเป็นในการดูแลระดับ 1 1,213,765 คน (ร้อยละ 19.7) ระดับความจำเป็นในการดูแลระดับ 2 1,063,196 คน (ร้อยละ 17.3) ระดับความจำเป็นในการดูแลระดับ 3 803,404 คน (ร้อยละ 13.1) ระดับความจำเป็นในการดูแลระดับ 4 741,309 คน (ร้อยละ 12.1) ระดับความจำเป็นในการดูแลระดับ 5 590,321 คน (ร้อยละ 9.6) หรือกล่าวได้ว่าเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ประกันตนประเภทที่ 1 หรือประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป สังคมญี่ปุ่นมีผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลในระดับสูงสุดประมาณร้อยละ 1.7

จำนวนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาแบ่งตามรูปแบบบริการที่ได้รับ ตารางที่ 2-3 แสดงจำนวนผู้ประกันตนประเภทที่ 1 (ประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป) ตามผลการประเมินระดับความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแล และบริการที่ได้รับจากระบบประกันดูแลระยะยาว ปัจจุบันภายใต้ระบบประกันดูแลระยะยาวของญี่ปุ่น พบว่า มีผู้สูงอายุที่กำลังรับบริการดูแลที่บ้านจำนวน 3,828,563 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 62.4 ของจำนวนผู้ประกันตนประเภทที่ 1 ที่ได้รับการประเมินว่าจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลผู้ที่มีระดับความจำเป็นในการช่วยเหลือ หรือร้อยละ 11.2 ของผู้ประกันตนประเภทที่ 1 ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่กำลังรับบริการติดตามระดับพื้นที่จำนวน 747,435 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.2 ของจำนวนผู้ประกันตนประเภทที่ 1 ที่ได้รับการประเมินว่าจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลผู้ที่มีระดับความจำเป็นในการช่วยเหลือ หรือร้อยละ 2.2 ของผู้ประกันตนประเภทที่ 1 นอกจากนั้น ยังพบว่า มีผู้สูงอายุที่รับการบริการดูแลในสถาบันแต่ละประเภทรวมแล้ว 912,058 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 14.8 ของจำนวนผู้ประกันตนประเภทที่ 1 ที่ได้รับการประเมินว่าจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลผู้ที่มีระดับความจำเป็นในการช่วยเหลือ หรือร้อยละ 2.7 ของผู้ประกันตนประเภทที่ 1

ตารางที่ 2-3 จำนวนผู้ประกันตนประเภทที่ 1 (ประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป) ตามผลการประเมินระดับความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลตามระบบประกันดูแลระยะยาว (หน่วย คน)

	ระดับความจำเป็นในการดูแล	ช่วยเหลือ 1	ช่วยเหลือ 2	ดูแล 1	ดูแล 2	ดูแล 3	ดูแล 4	ดูแล 5	รวม
ชาย	ผู้ประกันตนประเภท 1	264,878	227,840	390,335	358,040	263,012	213,235	155,982	1,873,322
	65-69	21,089	21,535	29,948	31,433	21,599	17,472	15,734	158,810
	70-74	28,974	27,158	41,300	41,586	29,163	23,561	19,714	211,456
	75-79	47,672	40,719	66,834	61,958	44,284	36,485	28,802	326,754
	80-84	71,697	57,350	99,475	85,857	62,113	50,187	36,943	463,622
	85-89	64,868	52,517	95,401	81,832	60,936	48,287	32,525	436,366
	90+	30,578	28,561	57,377	55,374	44,917	37,243	22,264	276,314
	ผู้ประกันตนประเภท 2	6,520	9,840	13,180	16,026	10,690	8,480	9,336	74,072
	รวม	**271,398**	**237,680**	**403,515**	**374,066**	**273,702**	**221,715**	**165,318**	**1,947,394**
หญิง	ระดับความจำเป็นในการดูแล	ช่วยเหลือ 1	ช่วยเหลือ 2	ดูแล 1	ดูแล 2	ดูแล 3	ดูแล 4	ดูแล 5	รวม
	ผู้ประกันตนประเภท 1	614,209	616,595	823,430	705,156	540,392	528,074	434,339	4,262,195
	65-69	24,077	25,279	25,201	23,269	14,816	13,501	13,841	139,984
	70-74	51,704	46,623	46,406	38,196	25,010	22,480	20,903	251,322
	75-79	113,916	96,336	104,824	76,913	50,724	45,603	41,011	529,327
	80-84	193,311	174,377	208,251	153,137	103,963	93,762	79,379	1,006,180
	85-89	161,308	174,710	246,973	204,272	150,618	139,725	112,307	1,189,913
	90+	69,893	99,270	191,775	209,369	195,261	213,003	166,898	1,145,469
	ผู้ประกันตนประเภท 2	6,101	9,557	9,836	12,951	7,867	7,157	8,172	61,641
	รวม	**620,310**	**626,152**	**833,266**	**718,107**	**548,259**	**535,231**	**442,511**	**4,323,836**
รวม	ระดับความจำเป็นในการดูแล	ช่วยเหลือ 1	ช่วยเหลือ 2	ดูแล 1	ดูแล 2	ดูแล 3	ดูแล 4	ดูแล 5	รวม
	ผู้ประกันตนประเภท 1	879,087	844,435	1,213,765	1,063,196	803,404	741,309	590,321	6,135,517
	65-69	45,166	46,814	55,149	54,702	36,415	30,973	29,575	298,794
	70-74	80,678	73,781	87,706	79,782	54,173	46,041	40,617	462,778
	75-79	161,588	137,055	171,658	138,871	95,008	82,088	69,813	856,081
	80-84	265,008	231,727	307,726	238,994	166,076	143,949	116,322	1,469,802
	85-89	226,176	227,227	342,374	286,104	211,554	188,012	144,832	1,626,279
	90+	100,471	127,831	249,152	264,743	240,178	250,246	189,162	1,421,783
	ผู้ประกันตนประเภท 2	12,621	19,397	23,016	28,977	18,557	15,637	17,508	135,713
	รวม	891,708	863,832	1,236,781	1,092,173	821,961	756,946	607,829	6,271,230

หมายเหตุ: ผู้ประกันตนประเภทที่ 2 หมายถึงประชากรที่มีอายุ 40-64 ปี

แหล่งที่มา: รายงานสถานการณ์การประกันดูแลระยะยาว ปีเฮเซ 28 เดือนกรกฎาคม 介護保険事業状況報告（平成 28 年 7 月暫定版）Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan (โฮมเพจ https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m16/1607.html)

ตารางที่ 2-4 จำนวนผู้ประกันตนประเภทที่ 1 (ประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป) ตามผลการประเมินระดับความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแล และบริการที่ได้รับจากระบบประกันดูแลระยะยาว (หน่วย คน)

ประเภทบริการ	ช่วยเหลือ 1	ช่วยเหลือ 2	ดูแล 1	ดูแล 2	ดูแล 3	ดูแล 4	ดูแล 5	รวม
บริการดูแลที่บ้าน	482,035	579,315	903,207	814,450	490,735	338,307	220,514	3,828,563
บริการติดตามระดับพื้นที่	4,724	6,849	206,134	196,790	155,900	106,760	70,278	747,435
บริการดูแลในสถาบัน	4	6	51,290	99,311	205,289	293,497	263,211	912,608
บริการดูแลในสถาบัน ประเภทสถานดูแลสวัสดิการผู้สูงอายุ	-	1	11,724	33,421	117,361	181,348	167,939	511,794
บริการดูแลในสถาบัน ประเภทสถานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	4	4	38,868	64,443	83,526	93,064	65,063	344,972
การดูแลในสถาบัน ประเภทสถานดูแลพยาบาลผู้สูงอายุ	-	1	698	1,447	4,402	19,085	30,209	55,842

แหล่งที่มา: รายงานสถานการณ์การประกันดูแลระยะยาว ปีเฮเซ 28 เดือนกรกฎาคม 介護保険事業状況報告（平成 28 年 7 月暫定版）Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan (โฮมเพจ https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m16/1607.html)

2.2 สถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาด้านผู้สูงอายุในมหานครโตเกียว

มหานครโตเกียวเป็นจังหวัดหนึ่งใน 47 จังหวัดของการบริหารราชการแผ่นดินระดับจังหวัด (To-Dou-Fu-Ken) ของประเทศญี่ปุ่น จากการสัมภาษณ์ Dr. Fumio Yamazaki ได้สรุปลักษณะเฉพาะบางประการ ของมหานครโตเกียวในฐานะที่เป็นเมืองหลวง ยกตัวอย่างเช่น มหานครโตเกียวมีพื้นที่เล็กที่สุดเป็นอันดับ 3 ของประเทศ ขณะที่มีจำนวนประชากรรวมมากที่สุด ความหนาแน่นของประชากรค่อนข้างสูง มหานครโตเกียวเป็นจังหวัดที่มีอัตราส่วนประชากรกลางวันต่อประชากรกลางคืนสูง ประมาณ 118.4 เนื่องจากมีประชากรจากพื้นที่ใกล้เคียงเข้ามาทำงานในเวลากลางวัน ขณะเดียวกันเป็นมหานครโตเกียวเป็นพื้นที่ที่มีโครงข่ายการคมนาคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบขนส่งสาธารณะที่พัฒนาไปไกลมาก ประชาชนสามารถเดินทางสะดวกสบายใช้เวลาไม่นาน ในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มหานครโตเกียวเป็นสถานที่รวมของสถานพยาบาลประเภทต่างๆ มีสถาบันการศึกษาผลิตบุคลากรทางการแพทย์เป็นจำนวนมาก และมีโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดเล็กจำนวนมาก สัดส่วนของโรงพยาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในมหานครโตเกียวสูงถึงประมาณร้อยละ 90 ของโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด

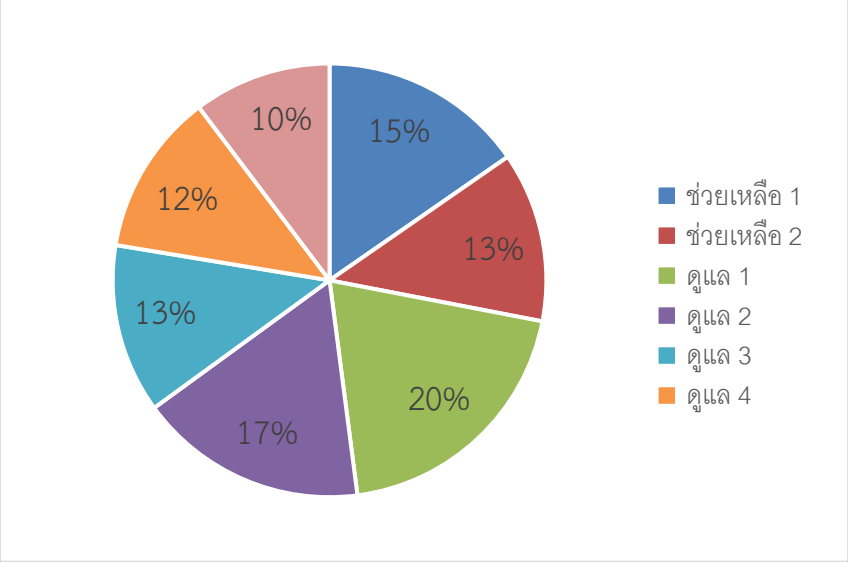
หากพิจารณาข้อมูลทางประชากรของมหานครโตเกียวพบว่า จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากในปี 1985 ซึ่งมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุประมาณ 1.06 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 8.9 ของประชากรรวม) เพิ่มขึ้นเป็น 1.91 ล้านคน (ร้อยละ 15.8) ในปี 2000 2.64 ล้านคน (ร้อยละ 20.3) ในปี 2010 3.21 ล้านคน (ร้อยละ 23.1) ในปี 2020 และในปี 2040 คาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นถึงประมาณ 3.94 ล้านคน (ร้อยละ 29.3) ขณะเดียวกันในด้านของจำนวนครัวเรือนของมหานครโตเกียวพบว่าครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังคนเดียวมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ กล่าวคือ ในปี 1995 มีสัดส่วนของจำนวนครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังคนเดียวต่อจำนวนครัวเรือนทั้งหมดประมาณร้อยละ 5.3 เพิ่มเป็นร้อยละ 11.1 ในปี 2015 ร้อยละ 12.5 ในปี 2020 และเพิ่มเป็นประมาณร้อยละ 14.1 ในปี 2030 ในทำนองเดียวกันครัวเรือนผู้สูงอายุสามีภรรยาอยู่ตามลำพังก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน ในปี 1995 มีสัดส่วนของจำนวนครัวเรือนผู้สูงอายุสามีภรรยาอยู่ตามลำพังต่อจำนวนครัวเรือนทั้งหมดประมาณร้อยละ 6.0 เพิ่มเป็นร้อยละ 8.3 ในปี 2015 ร้อยละ 8.9 ในปี 2020 และเพิ่มเป็นประมาณร้อยละ 9.4 ในปี 2030

จากผลการสำรวจสถิติที่อยู่อาศัยและที่ดิน (Jyuutaku Tochi Toukei Chousa 住宅・土地統計調査) โดย Ministry of Inner Affairs ในปี 2013 พบว่า ในบรรดาครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังคนเดียวประมาณร้อยละ 3 ของครัวเรือนกลุ่มนี้ต้องเช่าที่อยู่อาศัย เช่นเดียวกัน กรณีของครัวเรือนผู้สูงอายุสามีภรรยาอยู่ตามลำพัง ประมาณร้อยละ 25 ต้องเช่าที่อยู่อาศัย จากการสำรวจชุดเดียวกันนี้ พบว่า หากพิจารณาที่อยู่อาศัยโดยรวม ที่อยู่อาศัยที่มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้งานของผู้สูงอายุ (เช่น มีราวจับ มีอ่างน้ำที่สูงพอเหมาะกับผู้สูงอายุ ไม่มีการเล่นระดับภายในบ้าน เป็นต้น) ประมาณร้อยละ 47.0 โดยที่กรณีของอยู่อาศัยประเภทที่เป็นเจ้าของเองจะมีสูงถึงร้อยละ 67.6 ส่วนกรณีที่เป็นที่อยู่อาศัยที่ต้องเช่า จะมีที่อยู่อาศัยที่มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้งานของผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 33.5 นอกจากนั้นการสำรวจบ้านเช่า/ห้องเช่าทั่วประเทศโดยสมาคมบริหารจัดการบบ้านเช่าแห่งประเทศญี่ปุ่น (Nihon Chintai Jyuutaku Kanri Kyoukai 公益財団法人日本賃貸住宅管理協会) ในปี 2014 พบว่า บริษัทจัดการบ้านเช่า/ห้องเช่าของภาคเอกชนที่มีการกำหนดเงื่อนไขการเช่า (เช่น ห้ามคนต่างชาติ ห้ามผู้มีรายได้น้อยที่รับสวัสดิการจากภาครัฐ ผู้พิการ เป็นต้น) มีประมาณร้อยละ 37.8 ในจำนวนนั้น บริษัทที่ไม่อนุญาตให้ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยลำพังเช่าประมาณร้อยละ 11.9 มีบริษัทที่ห้ามครัวเรือนผู้สูงอายุเช่ามีประมาณร้อยละ 8.9% สาเหตุที่มีการกำหนดเงื่อนไขดังกล่าว เช่น ความกังวลต่อความสามารถในการจ่ายค่าเช่า การใช้อุปกรณ์ต่างๆภายในบ้าน การนำผู้ไม่เกี่ยวข้องเข้ามาพักอาศัย การเสียชีวิตภายในบ้าน/ห้องเช่า เป็นต้น

หากพิจารณาในด้านของความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในมหานครโตเกียวพบว่า ในปี 2016 จากจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 3 ล้านคน มีจำนวนผู้ประกันตนประเภทที่ 1 ที่ได้รับการ

ประเมินว่าจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแล 554,616 คน หากพิจารณาตามระดับความจำเป็น จะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นระดับต้องช่วยเหลือรวมประมาณร้อยละ 28 ที่เหลือจัดว่าเป็นกลุ่มที่ต้องดูแลในระดับต่างๆ ทั้งนี้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นระดับต้องดูแลระดับสูงมา (ระดับ 4 และระดับ 5) รวมแล้วประมาณร้อยละ 22 และเมื่อพิจารณาตามช่วงอายุดังแสดงในตารางที่.... พบว่า ยิ่งเป็นกลุ่มที่ช่วงอายุสูงอันได้แก่ กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินว่าจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลระดับ 3 4 และ 5 มากกว่ากลุ่มช่วงอายุอื่นที่อายุน้อยกว่า

รูปภาพที่ 2-5 สัดส่วนของผู้ประกันตนประเภทที่ 1 ที่ได้รับการประเมินว่าจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแล ตามระดับความจำเป็นที่ต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลในมหานครโตเกียว (หน่วย คน)



แหล่งที่มา: รายงานสถานการณ์การประกันดูแลระยะยาว ปีเฮเซ 28 เดือนกรกฎาคม 介護保険事業状況報告（平成 28 年 7 月暫定版）Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan (โฮมเพจ https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m16/1607.html)

ตารางที่ 2-5 สัดส่วนของผู้ประกันตนประเภทที่ 1 ที่ได้รับการประเมินว่าจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแล ตามระดับความจำเป็นที่ต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลในมหานครโตเกียว รายกลุ่มอายุ (หน่วย คน)

ช่วงอายุ	ช่วยเหลือ 1	ช่วยเหลือ 2	ดูแล 1	ดูแล 2	ดูแล 3	ดูแล 4	ดูแล 5	รวม
65-69	4,296	3,961	5,507	4,982	3,352	2,968	2,911	27,977
70-74	7,847	6,648	8,923	7,837	5,249	4,615	4,226	45,345
75-79	15,447	11,940	16,758	13,072	8,843	7,867	7,194	81,121
80-84	26,058	19,776	28,835	22,309	15,140	13,709	11,543	137,370
85-89	21,849	18,283	29,727	24,557	17,816	16,579	13,469	142,280
90+	9,653	9,711	20,672	21,807	19,568	21,385	17,727	120,523
รวม	**85,150**	**70,319**	**110,422**	**94,564**	**69,968**	**67,123**	**57,070**	**554,616**

แหล่งที่มา: รายงานสถานการณ์การประกันดูแลระยะยาว ปีเฮเซ 28 เดือนกรกฎาคม 介護保険事業状況報告（平成 28 年 7 月暫定版）Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan (โฮมเพจ https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m16/1607.html)

จากข้อมูลของ Social Welfare and Public Health in Tokyo ปี 2017 มหานครโตเกียวได้วางแผนรับมือกับสังคมสูงวัยโดยการสร้างวิสัยทัศน์เพื่อให้โตเกียวเป็นเมืองที่ดีที่สุดในโลกภายในปี 2020 และต่อเนื่องไปในอนาคต หนึ่งในจุดมุ่งหมายที่ตั้งเอาไว้นั้นคือ การสร้างความแข็งแกร่งให้ชุมชนและสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี โดยดูแลเรื่อง (1) การดูแลทางด้านสุขภาพใน Super-Aging Society มีการร่วมมือกันระหว่างสถานพยาบาลต่างๆ โดยบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมดและพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลรักษาแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านรวมถึงสมาชิกในครอบครัวด้วย นอกจากนี้ยังวางเป้าหมายที่จะเปิดสถานที่ดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ ภายในปี 2025 ให้เพียงพอต่อประชากรสูงวัยที่มีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละปี (2) การสนับสนุนสุขภาพที่ดีมีการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนและผู้สูงอายุ มีผลให้ประชากรในโตเกียวปรับเปลี่ยนการใช้ชควิตไปในทางที่ดีขึ้น เช่น ทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ออกกำลังกายและเฝ้าระวังความผิดปกติทางด้านสุขภาพของตนเองมากขึ้น ทั้งนี้ ร้อยละ 76 ของผู้สูงวัยที่มีอายุ 74 ปี ขึ้นไปกล่าวว่าตนมีสุขภาพที่ปกติดี อย่างไรก็ตามจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวกลับมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และ (3) **สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในโตเกียว** มหานครโตเกียวได้จัดสวัสดิการแบบครบวงจรสำหรับผู้สูงอายุในโตเกียวโดยเป็นการควบรวมระหว่างสวัสดิการผู้สูงอายุจาก Act for the Welfare of the Aged และการประกันการดูแลระยะยาว จาก Long-Term Care Insurance Act โดยมีเป้าหมายดังนี้ 1) พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของการบริการการดูแลทางการพยาบาลในระยะยาว เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกถึงความปลอดภัยในชุมชนที่ตนคุ้นเคย 2) ส่งเสริมการดูแลทางการแพทย์ภายในบ้าน รวมถึงการปรับตัวของผู้สูงอายุที่

ต้องรับการรักษาในบ้านของตนหลังจากที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 3) ส่งเสริมการชี้วัดและเฝ้าระวังโรคความจำเสื่อมอย่างจริงจัง โดยการสร้างชุมชนที่ร่วมมือกันในการดูแลให้กำลังใจผู้ป่วยที่มีภาวะความจำเสื่อมและครอบครัว มีการให้บริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม รวมถึงการอบรมอาสาสมัครให้มีความสามารถในการให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคสมองเสื่อมในชุมชน 4) ส่งเสริมการประเมินผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว โดยมีการจัดให้มีการประเมินผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและชำนาญ 5) รักษาความเป็นบ้านให้แก่ผู้สูงอายุ โดยการดูแล พัฒนา ประดับสถานที่ รวมถึงให้มีเครื่องมือใช้สอยที่สะดวกต่อผู้สูงอายุและยังให้ความรู้สึกว่ายังคงเป็นบ้านอยู่ และ 6) ส่งเสริมการป้องกันการดูแลระยะยาวและพัฒนาชุมชนให้มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ซึ่งทางเทศบาลให้การสนับสนุนการสร้างเสริมความแข็งแรงให้กับชุมชนโดยมีผู้สูงอายุเป็นผู้ใช้ประสบการณ์ในการร่วมส่งเสริมชุมชนนั้น

ปัญหาด้านผู้สูงอายุในเขตเมืองที่สำคัญที่ได้รับทราบจากการสัมภาษณ์ Prof Dr Nishishita Akitoshi Tokyo Keisei University, Kokunbunji Campus ในวันที่ 15 กันยายน 2561 เวลา 10.00 – 12.00 มีดังนี้ ปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในภาพรวมของทั้งประเทศญี่ปุ่นยังคงขาดผู้ประมาณ 150,000 คนต่อปี เนื่องด้วยในเขตเมืองใหญ่มีจำนวนผู้สูงอายุที่ตกในภาวะพึ่งพามากกว่า ทำให้ปัญหานี้มีความสาหัสมากกว่าในเขตชนบท ซึ่งผู้สูงอายุมักจะไม่ค่อยคุ้นเคยกับการรับการดูแลจากคนนอกครอบครัว ทางออกหนึ่งของปัญหานี้คือ การขึ้นค่าจ้างของผู้ดูแล ปัจจุบันอยู่ที่ระดับประมาณเดือนละ 200,000-210,000 เยนต่อเดือน อาจจะขึ้นอีกประมาณ 30,000 เยนต่อเดือน แต่ในทางปฏิบัติอาจจะส่งผลต่อค่าใช้บริการ และภาระของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน นอกจากนั้นในเขตเมือง มีผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพังมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เกิดปัญหาความไม่สะดวกหรือความลำบากในการดำรงชีวิตประจำวัน แม้ว่าอาจจะไม่ได้ตกอยู่ในภาวะพึ่งพา โดยเฉพาะความยากลำบากในการออกนอกบ้านไปซื้อสินค้าอุปโภคบริโภคจำเป็น ดังนั้นนอกจากบริการดูแลชีวิตประจำวันของผู้ตกอยู่ในภาวะพึ่งพาแล้ว การจัดบริการสนับสนุนการใช้ชีวิตประจำวันให้เป็นปกติสุขก็มีความสำคัญ Prof Dr Nishishita Akitoshi เสนอว่า แนวคิดของการมีบริการ “ผู้อำนวยความสะดวก” หรือ Benriya ในภาษาญี่ปุ่น (แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย) อาจจะในรูปแบบของบริษัทเอกชน องค์กรไม่แสวงหากำไร หรือกลุ่มอาสาสมัครเป็นช่องว่างที่จำเป็นต้องอุดสำหรับผู้สูงอายุในเขตเมือง ซึ่งผู้ให้บริการสามารถดำเนินการได้โดยอาศัยประโยชน์หรือจุดแข็งของความหนาแน่นในการอยู่อาศัยในเขตเมือง (หรือ economy of scale) และอาจจะจัดบริการควบคู่กับบริการประเภทอื่นไปพร้อมกันด้วย (หรือ economy of scope)

ขณะเดียวกันจากการสัมภาษณ์ Prof.Dr. Izumi Tetsuhiko Kaetsu University ในวันที่ 13 กันยายน 2561 เวลา 11.00 – 14.00 น. ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับปัญหาของผู้สูงอายุในเขตเมือง ดังต่อไปนี้ สถานการณ์ในภาพรวมของญี่ปุ่นมีความยากลำบากเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีประชากรวัยสูงอายุในภาพรวม

เพิ่มขึ้น และมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากกว่า 70 ปีเพิ่มขึ้นเช่นกัน ดังนั้นความเสี่ยงของการตกอยู่ในภาวะพึ่งพาของทั้งสังคมญี่ปุ่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ปัญหาความขาดแคลนผู้ดูแล ลูกต้องออกจากงานมาดูแลพ่อแม่สูงอายุ และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุของทั้งสังคมเพิ่มสูงขึ้น ผลที่ตามมาคือ จะมีการเคลื่อนย้ายของผู้สูงอายุจากพื้นที่ใดๆมาสู่พื้นที่ในเขตเมืองที่มีความพร้อมด้านทรัพยากรในการรักษาพยาบาลและการดูแลมากกว่า ดังนั้นในเขตเมืองจะมีปัญหาการแย่งชิงทรัพยากร ค่าใช้บริการต่างๆที่จะเพิ่มสูงขึ้น จากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่อยู่เดิม (เพิ่มตามธรรมชาติ) และผู้สูงอายุที่ย้ายเข้ามา ในปัจจุบันเริ่มมีเมืองในเขตมหานครโตเกียว เช่น Suginami Ward ประสบปัญหาความแออัดยัดเยียดในการใช้บริการดูแลในพื้นที่ จนรัฐบาลของ Ward จะต้องออกไปสนับสนุนการสร้างสถานดูแลในเขตจังหวัด Shizuoka อย่างไรก็ดี ผู้จัดบริการดูแลผู้สูงอายุในเขตเมืองยังคงมีแรงจูงใจในการจัดบริการเนื่องจาก เขตเมืองมีความหนาแน่นสูงในการอยู่อาศัยสูง มี economy of scale ในการจัดบริการบางประเภท (เช่น เยี่ยมบ้าน)

นอกจากนั้น Prof.Dr. Izumi Tetsuhiko ยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและมักที่จะเป็นกลุ่มที่เป็นมนุษย์เงินเดือนโดยพื้นฐานเดิม โดยปกติมักจะมีความต้องการใช้ชีวิตตามความต้องการเท่าที่ครอบครัวจะยินยอมให้ทำ เช่น การทำงานอดิเรก การเล่นกีฬา การเดินทางท่องเที่ยว หรือการใช้ชีวิตภายในเมืองที่อาศัยอยู่ ดังนั้นปัจจุบัน รัฐบาลของเมืองต่างๆเริ่มที่จะปรับปรุงพื้นที่สาธารณะ เช่น ห้องสมุด สวนสาธารณะ สนามกีฬา ให้รองรับ lifestyle ของผู้สูงอายุในเมืองมากยิ่งขึ้น นอกจากนั้นแล้ว ภาคเอกชนก็เข้ามามีส่วนในการสร้างชุมชนของผู้สูงอายุที่มีความ active ด้วยเหมือนกัน เช่น บริษัทเอกชนที่ประกอบธุรกิจสปอร์ตคลับ ได้สร้างสถานที่ออกกำลังกายเฉพาะผู้หญิงโดยใช้อุปกรณ์ที่ไม่ใช้ไฟฟ้า และมี instructor ผู้หญิงคอยให้บริการ สถานที่แบบนี้กลายเป็น community แนวใหม่ของผู้สูงอายุ (เพศหญิง) ที่มาออกกำลังกายร่วมกัน เพราะค่าใช้จ่ายไม่สูง (เพียง 6000 เยนต่อเดือน เนื่องจากอุปกรณ์ที่ใช้เป็นอุปกรณ์ที่ไม่ต้องใช้ไฟฟ้า ผู้ให้บริการสามารถประหยัดค่าไฟฟ้าได้ running cost จึงต่ำ) การสร้างพื้นที่ในลักษณะนี้เพื่อรองรับ active ageing มีความต้องการแฝงมากในเขตเมือง ภาคเอกชนสามารถดำเนินการได้นอกเหนือจากกิจกรรมทางสังคม งาน events สำหรับผู้สูงอายุ การให้ความรู้เฉพาะกลุ่ม ซึ่งมักจะมีการดำเนินการโดยรัฐบาลท้องถิ่นอยู่แล้ว

2.3 ภาพรวมของระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

ตามขอบเขตและกรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ที่กำหนดไว้ คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่จะศึกษาได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสุขภาพ ทั้งนี้จากการทบทวนเอกสารของประเทศญี่ปุ่นพบว่า ระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุด้านสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะด้านที่อยู่อาศัยมี

ความสำคัญและมีการดำเนินการไปพอสมควร ดังนั้นเนื้อหาของระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นในส่วนนี้จะรวมด้านสภาพแวดล้อมเพิ่มเติมด้วย นอกจากนั้นแล้ว จากการทบทวนเอกสารพบว่า ภาคส่วนที่มีบทบาทในการสร้างระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในแต่ละด้านประกอบด้วย รัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น (บางกรณีเป็นการดำเนินการร่วมมือกันในบทบาทที่แตกต่างกัน) ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม (ชุมชน/องค์กรไม่แสวงหากำไร) ดังนั้นภาพรวมของระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจึงสามารถสรุปได้ดังตารางดังต่อไปนี้

ระบบสนับสนุนด้านเศรษฐกิจหรือระบบสนับสนุนรายได้ยามชราภาพ ได้แก่ ระบบที่จัดให้มีการสร้างความมั่นคงด้านรายได้ให้กับผู้สูงอายุ ระบบที่รัฐบาลกลางมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการได้แก่ ระบบบำนาญภาครัฐ กฎหมายกำหนดอายุเกษียณจากการทำงานภาคบังคับ การส่งเสริมการจ้างงานลูกจ้างอย่างต่อเนื่อง ระบบที่รัฐบาลท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการ ได้แก่ ระบบการคุ้มครองผู้ด้อยโอกาส การส่งเสริมการจ้างงานผู้สูงอายุ ในด้านเศรษฐกิจ ภาคเอกชนมีบทบาทสำคัญโดยสมัครใจในการส่งเสริมการจ้างงานลูกจ้างอย่างต่อเนื่องหลังการเกษียณอายุจากการทำงานปกติ การจ้างงานผู้สูงอายุทำงานในองค์กร

ระบบสนับสนุนด้านสุขภาพ ประเทศญี่ปุ่นมีระบบสนับสนุนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้กับประชาชนรวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุ 3 ระบบหลักได้แก่ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุวัยปลาย และระบบการดูแลระยะยาว กรณีของระบบการประกันการดูแลระยะยาวจะมีขอบเขตรวมถึงการดูแลเชิงสังคม (หรือการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน) และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ระบบทั้งสามที่กล่าวข้างต้นจะเป็นการดำเนินการร่วมกันโดยการแบ่งบทบาทระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น ในด้านสุขภาพโดยเฉพาะด้านการดูแลระยะยาว ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมยังมีส่วนในการเป็นผู้จัดบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่อยู่นอกเหนือสิทธิประโยชน์ของระบบการประกันดูแลระยะยาวอีกด้วย

ระบบสนับสนุนด้านสังคม ประกอบด้วยการดูแลเชิงสังคมของภายใต้ระบบการประกันการดูแลระยะยาว การส่งเสริมการมีส่วนร่วมเชิงสังคมของผู้สูงอายุโดยรัฐบาลท้องถิ่น การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต และบทบาทของภาคเอกชน/ภาคประชาสังคม เช่น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการสนับสนุน/ช่วยเหลือการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุคนอื่น เป็นต้น

ระบบสนับสนุนด้านสภาพแวดล้อม ในส่วนของรัฐบาลกลาง จะมีบทบาทในการออกกฎหมายด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ การปรับปรุงสภาพของที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุจะอยู่ภายใต้ระบบการประกันการดูแลระยะยาว รัฐบาลท้องถิ่นมีบทบาทในการส่งเสริมผู้ประกอบการให้จัดบริการที่อยู่อาศัยราคาประหยัดเพื่อ

ผู้สูงอายุ ภาคเอกชนเป็นผู้สร้างและหรือจัดบริการที่อยู่อาศัยภายใต้กฎหมายที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่รัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนดกติกา

ตารางที่ 2-6: ภาพรวมของระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

	รัฐบาลกลาง	รัฐบาลท้องถิ่น	ภาคเอกชน/ประชาสังคม
เศรษฐกิจ (รายได้ยามชราภาพ)	บำนาญภาครัฐ กฎหมายอายุเกษียณ การส่งเสริมการจ้างงานต่อเนื่อง	การคุ้มครองผู้ด้อยโอกาส การส่งเสริมการจ้างงานผู้สูงอายุ	การจ้างงานผู้สูงอายุ
สุขภาพ	การประกันสุขภาพ การประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุวัยปลาย การประกันการดูแลระยะยาว		การจัดบริการดูแลระยะยาวเพื่อสนับสนุน/ช่วยเหลือการดำรงชีวิตประจำวัน
สังคม		การดูแลผู้สูงอายุเชิงสังคม	การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการสนับสนุน/ช่วยเหลือการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุคนอื่น มหาวิทยาลัยผู้สูงอายุ
สภาพแวดล้อม	กฎหมายด้านที่อยู่อาศัยโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุตามภายใต้กฎหมายสวัสดิการผู้สูงอายุ กฎหมายที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ มาตรการส่งเสริมการหาที่อยู่ใหม่สำหรับผู้สูงอายุ	การปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัย การสร้าง/การอนุญาตให้สร้างที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ การสนับสนุนที่อยู่อาศัยราคาประหยัด	การสร้างที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุโดยภาคเอกชนและภาคประชาสังคม (นิติบุคคล NPO)

แหล่งที่มา: สรุปโดยผู้วิจัย

2.4 ระบบสนับสนุนด้านเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น

2.4.1 ระบบบำนาญภาครัฐ

กรณีของประเทศญี่ปุ่น ผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะมีแหล่งรายได้สำคัญประการหนึ่งในยามชราภาพจากบำนาญภาครัฐ รัฐบาลกลางมีบทบาทสำคัญในการสร้างหลักประกันรายได้ยามชราภาพให้กับผู้สูงอายุในรูปแบบของบำนาญภาคบังคับ แบบผู้รับบำนาญต้องมีส่วนร่วมจ่าย โดยมีลักษณะเป็นระบบแห่งชาติที่ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มทุกสถานะการทำงานและทุกอาชีพ โดยมีระบบบำนาญสำคัญได้แก่ ระบบบำนาญแห่งชาติ (National Pension; Kokumin Nenkin) ระบบประกันบำนาญสวัสดิการ (Welfare Pension Insurance; Kousei Nenkin Hoken) และระบบประกันกลุ่ม (Mutual Insurance; Kyousai Kumiai) ตามกลุ่มอาชีพ

ระบบบำนาญแห่งชาติจะครอบคลุมประชากรสมาชิก 3 ประเภทได้แก่ ประเภทที่ 1 ประชากรที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปแต่ไม่เกิน 60 ปีทุกคน ยกเว้นผู้ที่เป็นผู้ประกันตนในระบบบำนาญสวัสดิการ และคู่สมรสของผู้ประกันตนในระบบบำนาญสวัสดิการที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปแต่ไม่เกิน 60 ปี ประเภทที่ 2 ผู้ที่เป็นผู้ประกันตนในระบบบำนาญสวัสดิการ ประเภทที่ 3 คู่สมรสของผู้ประกันตนในระบบบำนาญสวัสดิการที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปแต่ไม่เกิน 60 ปี ทั้งนี้ระบบบำนาญแห่งชาติจะครอบคลุมไปถึงนักเรียนนักศึกษาและชาวต่างชาติที่มีถิ่นพำนักในประเทศญี่ปุ่นที่อายุเข้าข่าย และผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวที่มีอายุ 60-65 ปี ด้วย **ระบบประกันบำนาญสวัสดิการ**จะครอบคลุมผู้ที่ปฏิบัติงานที่มีอายุไม่เกิน 70 ปีที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป สำนักงานที่เป็นนิติบุคคล และเรือ สถานประกอบการหรือสำนักงานที่ไม่เข้าข่ายข้างต้นสามารถเข้าร่วมได้ หากผู้ปฏิบัติงานเกินกึ่งหนึ่งให้ความยินยอม ปฏิบัติผู้ที่อยู่ในข่ายของระบบประกันบำนาญสวัสดิการ จะถือว่าเป็นสมาชิกประเภทที่ 2 ของระบบบำนาญแห่งชาติโดยปริยาย **ระบบประกันกลุ่ม** เป็นระบบบำนาญที่มีประวัติศาสตร์ยาวนานและจะแยกตามสถานะการทำงานหรือกลุ่มอาชีพ ได้แก่ ประกันกลุ่มข้าราชการส่วนกลาง ประกันกลุ่มข้าราชการรัฐบาลท้องถิ่น ประกันกลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลท้องถิ่น ประกันกลุ่มครูและบุคลากรโรงเรียนเอกชน ประชากรที่สังกัดระบบประกันกลุ่มเหล่านี้ถือเป็นสมาชิกประเภทที่ 2 ของระบบบำนาญแห่งชาติไปพร้อมกับมีสิทธิประโยชน์เฉพาะกลุ่มเพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นมาของนโยบายในอดีตและการลดความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

รายละเอียดโดยสังเขปเกี่ยวกับระบบบำนาญ เบี้ยประกัน (เงินสมทบ) สิทธิประโยชน์ และอื่นๆ สรุปไว้ในตารางที่ 2-7 ทั้งนี้จะแสดงรายละเอียดเฉพาะระบบบำนาญแห่งชาติ ระบบบำนาญสวัสดิการ และระบบบำนาญของข้าราชการส่วนกลางเท่านั้น

นอกจากบำนาญภาครัฐที่กล่าวข้างต้นแล้ว กรณีของประเทศญี่ปุ่นยังมีระบบบำนาญบริษัทและระบบกองทุนบำนาญสวัสดิการที่นายจ้างสามารถเตรียมการด้านเงินบำนาญเพิ่มเติมจากบำนาญภาครัฐเพื่อลูกจ้างในสถานประกอบการของตน และมีกองทุนบำนาญแห่งชาติเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวที่ไม่มีนายจ้างสามารถสร้างหลักประกันรายได้ยามชราภาพเพิ่มเติมได้อีกด้วย

ตารางที่ 2-7: เงินบำนาญภาครัฐที่ผู้สูงอายุมีโอกาสจะได้รับจากระบบต่างๆ

ระบบบำนาญ	เงินสมทบ	สิทธิประโยชน์ (บำนาญชราภาพ)	สิทธิประโยชน์อื่นๆ
ระบบบำนาญแห่งชาติ	จ่ายเฉพาะสมาชิกประเภทที่ 1 เดือนละ 16,900 เยน (ตั้งแต่ปีเฮเซ 31 ขึ้นเป็น 17,000 เยนและปรับขึ้นเรื่อยๆ และมีการยกเว้นหรือลดสำหรับผู้ที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ) เบี้ยประกันเพิ่มเติม 400 เยนต่อเดือน สำหรับสมาชิกประเภทที่ 2 และ 3 จ่ายเงินเข้าระบบตามที่ตนเองสังกัดอยู่ ถือว่าเป็นการจ่ายเงินเข้าระบบบำนาญแห่งชาติ	เงินบำนาญชราภาพพื้นฐาน (Rourei Kiso Nenkin) จะได้รับก็ต่อเมื่อจ่ายเงินสมทบเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 10 ปี และมีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวนเงินขึ้นอยู่กับจำนวนเดือนที่จ่ายเงินสมทบเต็มจำนวนและไม่เต็มจำนวน หากเป็นสมาชิกตั้งแต่อายุ 20 ปีจนถึง 60 ปี (480 เดือน) ปัจจุบันจะได้เงินบำนาญรายเดือนประมาณ 65,000 เยน ทั้งนี้ค่าเฉลี่ยของเงินบำนาญรายเดือนในปี 2016 ประมาณ 55,750 เยน	เงินบำนาญทุพพลภาพพื้นฐาน เงินบำนาญพื้นฐานสำหรับทายาท เงินบำนาญสำหรับกรณีหม้าย เงินก้อนรับกรณีเสียชีวิต
ระบบประกันบำนาญสวัสดิการ	เงินสมทบ = อัตราเงินสมทบ x ค่าตอบแทนมาตรฐาน เงินเดือนและโบนัสของสมาชิกจะถูกเทียบขั้นกับค่าตอบแทนมาตรฐาน (31 ขั้น ปัจจุบันจะอยู่ระหว่าง 88,000-620,000 เยน ค่าเฉลี่ยในปี 2016 ประมาณ 308,133 เยน) และนำไปคูณกับอัตราเงินสมทบ (ปัจจุบัน 18.30% แบ่งระหว่างเจ้าตัวและนายจ้าง)	เงินบำนาญสวัสดิการชราภาพ (Rourei Kousei Nenkin) จะได้รับก็เมื่อมีอายุ 65 ปีขึ้นไป และจะขึ้นอยู่ระดับรายได้ของเจ้าตัว (เทียบกับค่าตอบแทนมาตรฐาน) จำนวนเดือนที่จ่ายเบี้ยประกัน และปรับโดยค่าสัมประสิทธิ์ที่กำหนดไว้ตามวันเดือนปีเกิด นอกจากนี้ยังให้เงินเพิ่มสำหรับคู่สมรสและบุตรคนที่ 1 และ 2 (224,300 เยน) และบุตรคนที่ 3 เป็นต้นไป (74,800 เยน) ทั้งนี้บุตรต้องมีอายุยังไม่ถึง 18 ปี สำหรับปี 2016 ค่าเฉลี่ยของเงินบำนาญสวัสดิการชราภาพเท่ากับ 145,638 เยนต่อเดือน	เงินบำนาญสวัสดิการทุพพลภาพ เงินบำนาญสวัสดิการสำหรับทายาท เงินยังชีพกรณีทุพพลภาพ เงินสวัสดิการกรณีเสียชีวิต
ประกันกลุ่มข้าราชการส่วนกลาง	เงินสมทบ = อัตราเงินสมทบ x ค่าตอบแทนมาตรฐาน อัตราเงินสมทบในปัจจุบัน 18.30% แบ่งระหว่างเจ้าตัวและนายจ้าง และรัฐบาลรับภาระเงินสมทบเข้าระบบบำนาญแห่งชาติครึ่งหนึ่ง	หลักการคำนวณเงินบำนาญจะเหมือนเงินบำนาญสวัสดิการชราภาพข้างต้น ให้เงินเพิ่มสำหรับคู่สมรสที่อายุไม่ถึง 65 ปี 389,800 เยน บุตรคนที่ 1 และ 2 (224,300 เยน) และบุตรคนที่ 3 เป็นต้นไป (74,800 เยน) ทั้งนี้บุตรต้องมีอายุยังไม่ถึง 18 ปี สำหรับปี 2016 ค่าเฉลี่ยของเงินบำนาญสวัสดิการชราภาพเท่ากับ 994,000 เยนต่อเดือน	เหมือนข้างต้นและ เงินบำนาญเมื่อออกจากงาน เงินบำนาญทุพพลภาพในหน้าที่ เงินบำนาญสำหรับทายาทกรณีเสียชีวิตในหน้าที่

แหล่งที่มา: สรุปจาก Journal of Health and Welfare Statistics Vol.65 No.14 2018/2019 หน้า 124-143

2.4.2 การขยายอายุเกษียณจากการทำงานและการส่งเสริมการจ้างงานต่อเนื่อง

ระบบสนับสนุนด้านเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นที่สำคัญอีกระบบหนึ่งได้แก่ ระบบการจ้างงานแรงงานสูงวัยอย่างต่อเนื่อง การที่แรงงานสูงวัยสามารถยังคงทำงานได้อย่างต่อเนื่องหรือสามารถหางานทำที่เหมาะกับสุขภาพร่างกาย ศักยภาพ และความต้องการ นั่นหมายความว่า ผู้สูงอายุสามารถเพิ่มแหล่งรายได้ของตนได้อีก นอกเหนือจากการออมและเงินบำนาญจากภาครัฐ จากที่กล่าวในบทนี้ตอนแรกว่าประชากรทั้งกลุ่มวัยทำงานและในภาพรวมมีแนวโน้มลดลง ปัญหาการขาดแคลนแรงงานจึงเป็นปัญหาเศรษฐกิจสังคมที่สำคัญ ดังนั้นตลอดช่วงเวลาที่ผ่านมาจึงมีการส่งเสริมให้ประชากรวัยทำงานได้ทำงานต่อเนื่อง แม้จะมีอายุย่างก้าววัยสูงอายุ ปัจจุบันอายุเกษียณจากการทำงานอย่างเป็นทางการ (Official Retrirement Age) ถูกปรับสูงขึ้นเป็น 65 ปีโดยกฎหมาย และยังคงมีแนวโน้มให้มีการส่งเสริมให้มีการทำงานหลังอายุเกษียณใหม่นี้และการจ้างงานแรงงานสูงอายุ

Aged Society White Paper 2018 ได้สรุปมาตรการสนับสนุนการจ้างงานแรงงานสูงอายุและการส่งเสริมให้มีการทำงานต่อเนื่องหลังอายุเกษียณใหม่ที่สำคัญไว้ดังต่อไปนี้

- รัฐบาลสนับสนุนนายจ้างให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในสถานประกอบการเพื่อรองรับการทำงานของแรงงานสูงอายุ และส่งเสริมให้มีการไม่จำกัดระยะเวลาการจ้างงานแรงงานสูงอายุ
- รัฐบาลสนับสนุนบทบาทของสถานจัดหางานของภาครัฐ (Kokyou Shokugyou Antei Kikan) ในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการหางานทำและการฝึกฝนเพิ่มทักษะในการทำงานของผู้สูงอายุ และให้มีการจัดเตรียมทีมงานประจำสถานจัดหางานเพื่อให้คำปรึกษากับผู้สูงอายุที่ต้องหางานทำ
- รัฐบาลส่งเสริมบทบาทของศูนย์บุคลากรสูงวัย (Shirubaa Jinzai Sentaa) ในการขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุที่ต้องการทำงานชั่วคราว ทำงานระยะสั้น ทำงานง่ายๆสามารถหางานที่เหมาะสมกับความต้องการและทักษะส่วนบุคคลของตนเอง และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมทางสังคมเพิ่มขึ้นจากการส่งเสริมการทำงาน
- รัฐบาลได้ออกมาตรการเพื่อส่งเสริมให้สถานประกอบการได้จ้างงานผู้สูงอายุได้ง่ายและคล่องตัวมากยิ่งขึ้น ดังนี้

  (1) มาตรการให้เงินอุดหนุนสถานประกอบการเพื่อทดลองจ้างงานผู้สูงอายุ หรือ Toraiaru Koyou Joseikin ในกรณีที่ผู้สูงอายุหางานผ่านสถานจัดหางานของภาครัฐ (Kokyou

Shokugyou Antei Kikan) และนายจ้างมีวัตถุประสงค์ต้องการจ้างผู้สูงอายุทำงานประจำ รัฐบาลได้จัดให้มีเงินอุดหนุนระหว่างที่ทดลองจ้างงานดังกล่าว

(2) มาตรการให้เงินอุดหนุนเพื่อส่งเสริมการจ้างงานผู้หางานกลุ่มเฉพาะ หรือ Tokutei Kyushokusha Koyou Kaihatu Joseikin ในกรณีที่นายจ้างจ้างผู้หางานทำผ่านสถานจัดหางานของภาครัฐ (Kokyou Shokugyou Antei Kikan) และมีอายุระหว่าง 60-64 ปี และมีความยากลำบากในการได้งานทำ กรณีเช่นนี้นายจ้างจะได้รับเงินอุดหนุนค่าจ้างของแรงงานสูงอายุดังกล่าวบางส่วน

(3) มาตรการให้เงินอุดหนุนเพื่อส่งเสริมการจ้างงานผู้หางานกลุ่มเฉพาะ หรือ Tokutei Kyushokusha Koyou Kaihatu Joseikin แต่ในกรณีนี้ นายจ้างจ้างผู้หางานทำผ่านสถานจัดหางานของภาครัฐ (Kokyou Shokugyou Antei Kikan) และมีอายุ65 ปีขึ้นไป เป็นระยะเวลาติดต่อกันนานเกินกว่า 1 ปี กรณีเช่นนี้นายจ้างจะได้รับเงินอุดหนุนค่าจ้างของแรงงานสูงอายุดังกล่าวบางส่วน

(4) มาตรการให้เงินอุดหนุนเพื่อส่งเสริมการจ้างงานผู้ที่มีอายุเกินกว่า 65 ปี รัฐบาลจะให้เงินอุดหนุนแก่นายจ้างที่ขยายอายุเกษียณลูกจ้างออกไปเกินกว่าที่กฎหมายบังคับ หรือจ้างงานลูกจ้างที่เกษียณอายุจากการทำงานตามอายุที่กฎหมายกำหนดต่อเนื่องออกไปอีก และได้ดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในสถานประกอบการเพื่อรองรับการทำงานของแรงงานสูงอายุ และส่งเสริมให้มีการไม่จำกัดระยะเวลาการจ้างงานแรงงานสูงอายุ

- กรณีของภาคราชการของประเทศญี่ปุ่น เริ่มมีการสนับสนุนการจ้างงานต่อเนื่องเช่นเดียวกันกับภาคเอกชน เช่น กรณีของข้าราชการของรัฐบาลกลาง เริ่มใช้ระบบการแต่งตั้งให้ปฏิบัติงานต่อเนื่องจนอายุ 65 ปี และเริ่มต้นพิจารณาการขยายอายุเกษียณจากการทำงานโดยกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อการใช้ประโยชน์จากความรู้และประสบการณ์ที่สะสมมาอย่างต่อเนื่องของข้าราชการ โดยพิจารณาควบคู่ไปพร้อมกับศักยภาพขององค์กรโดยรวมและค่าใช้จ่ายบุคลากรที่อาจจะเพิ่มขึ้น

2.4.3 การคุ้มครองการดำรงชีวิตของผู้ด้อยโอกาส

นอกเหนือจากระบบบำนาญภาครัฐและระบบการจ้างงานแรงงานสูงวัยอย่างต่อเนื่องซึ่งมีเป้าหมายที่ประชากรวัยสูงอายุโดยทั่วไปแล้ว กรณีของญี่ปุ่นยังมีระบบสนับสนุนด้านเศรษฐกิจเพื่อดูแลและคุ้มครองการ

ดำรงชีวิตของกลุ่มเฉพาะอันได้แก่ ประชากรกลุ่มด้อยโอกาสด้วยเหตุผลต่างๆ ที่เรียกว่า ระบบการคุ้มครองการดำรงชีวิตของผู้ด้อยโอกาส หรือ Seikatsu Hogo Seido (生活保護制度) โดยที่รัฐบาลจะยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือประชาชน เพื่อไม่ให้ประชาชนที่ด้อยโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ตกต่ำจนเกินระดับที่เหมาะสม ระบบการคุ้มครองผู้ด้อยโอกาสของญี่ปุ่นนี้เป็นระบบการช่วยเหลือประชาชนทุกกลุ่มที่ตกอยู่ในสภาพยากลำบากภายใต้ระบบเดียวกัน มิได้แยกออกไปเป็นประชากรกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้ทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อย เป็นต้น ระบบการคุ้มครองการดำรงชีวิตของผู้ด้อยโอกาสของประเทศญี่ปุ่นเป็นระบบที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการตรวจสอบคุณสมบัติ (Means Test) โดยหลักการผู้ที่ต้องการรับการคุ้มครองต้องเป็นผู้ร้องขอ (ยกเว้นบางกรณีที่ภาคราชการสามารถให้ความคุ้มครองเองได้) การคุ้มครองเป็นการเติมเต็มในส่วนที่ขาดทั้งในเชิงปริมาณและลักษณะของความขาดแคลน และการพิจารณาให้ความคุ้มครองจะพิจารณาจากสภาพจริงของครัวเรือนนั้นๆ การให้ความคุ้มครองจะครอบคลุมการช่วยเหลือ 8 ด้านได้แก่ การดำรงชีวิตประจำวัน การศึกษา การอยู่อาศัย การรักษาพยาบาล การคลอดบุตร การว่างงาน การฌาปนกิจ และการดูแลระยะยาว การรับการช่วยเหลืออาจจะเป็นเพียงแค่ด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้านพร้อมกันก็ได้

มีสาเหตุที่เป็นไปได้หลายประการที่ทำให้ผู้สูงอายุมีทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ไม่ว่าจะเป็นมีเงินบำนาญภาครัฐแต่ไม่เพียงพอในการดำรงชีวิต ไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ มีสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลจนออกไปประกอบอาชีพหาเงินตามปกติไม่ได้ มีปัญหาสุขภาพและการดำรงชีวิตประจำ ไม่มีญาติพี่น้องที่ยื่นมือมาช่วยเหลือ ดังนั้นประชากรผู้สูงอายุของญี่ปุ่นมีโอกาสที่จะได้รับการคุ้มครองภายใต้ระบบคุ้มครองการดำรงชีวิตของผู้ด้อยโอกาสได้เช่นกัน ลักษณะของการช่วยเหลือภายใต้ระบบนี้มีรายละเอียดดังนี้

จำนวนเงินที่ผู้สูงอายุรับเป็นเงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการดำรงชีวิตภายใต้ระบบการคุ้มครองการดำรงชีวิตของผู้ด้อยโอกาสในปี 2018 เช่น กรณีผู้สูงอายุที่มีอายุ 68 ปีในเขตใจกลางมหานครโตเกียวจะได้เงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการดำรงชีวิตเป็นจำนวนเงิน 78,470 เยนต่อเดือน ส่วนผู้สูงอายุในเขตชนบทในภูมิภาคจะเป็นเงิน 64,420 เยนต่อเดือน ขณะที่หากเป็นผู้สูงอายุสามีภรรยา (สามีอายุ 68 ปีและภรรยาอายุ 65 ปี) ในเขตใจกลางมหานครโตเกียวจะได้เงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการดำรงชีวิตเป็นจำนวนเงิน 118,880 เยนต่อเดือน ส่วนกรณีผู้สูงอายุสามีภรรยาที่มีอายุเท่ากันในเขตชนบทในภูมิภาคจะเป็นเงิน 98,660 เยนต่อเดือน ทั้งนี้จำนวนเงินที่ได้รับการช่วยเหลือจริงจะเท่ากับจำนวนเงินข้างต้นหักจากจำนวนเงินบำนาญภาครัฐที่ผู้สูงอายุได้รับ

ตารางที่ 2-8: การคุ้มครองด้านต่างๆภายใต้ระบบการคุ้มครองการดำรงชีวิตของผู้ด้อยโอกาส

ด้านที่ได้รับการคุ้มครอง	ลักษณะของการช่วยเหลือ	การช่วยเหลือที่ได้รับ
การดำรงชีวิตประจำวัน	เงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการดำรงชีวิต (ค่าอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า ค่าแก๊ส)	ค่าใช้จ่ายด้านอาหารรายบุคคลและค่าน้ำ/ไฟฯลฯของครัวเรือน จำนวนเงินจะแตกต่างกันตามจำนวนสมาชิกในครัวเรือน องค์ประกอบ และพื้นที่
การศึกษา	ค่าใช้จำเป็นในการรับการศึกษาภาคบังคับ	เงินช่วยเหลือภายในวงเงินค่าใช้จ่ายพื้นฐานที่กำหนดไว้
การอยู่อาศัย	ค่าเช่าห้องเช่า	ค่าเช่าบ้านจริงไม่เกินจำนวนเงินที่กำหนด
การรักษาพยาบาล	ค่าใช้จ่ายในการรับบริการรักษาพยาบาล	ค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (จ่ายตรงให้กับสถานพยาบาล)
การคลอดบุตร	ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสำหรับการคลอดบุตร	ค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินจำนวนเงินที่กำหนด
การว่างงาน	ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นเพื่อใช้ในการเพิ่มทักษะฝีมือแรงงาน	ค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินจำนวนเงินที่กำหนด
การฌาปนกิจ	ค่าใช้จ่ายสำหรับการฌาปนกิจศพ	ค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินจำนวนเงินที่กำหนด
การดูแลระยะยาว	ค่าใช้จ่ายในการรับบริการดูแลระยะยาว	ค่าใช้จ่ายที่ผู้ให้บริการดูแลระยะยาวเรียกเก็บ (จ่ายตรงให้กับผู้ให้บริการดู)

แหล่งที่มา สรุปจากโฮมเพจของกระทรวงสวัสดิการและแรงงาน ประเทศญี่ปุ่น

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/seikatuhogo/index.html)

2.4.5 ระบบสนับสนุนการดำเนินการแทนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

ในด้านการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากการสนับสนุนในด้านรายได้ ดังเช่น ระบบบำนาญ การส่งเสริมการจ้างงานต่อเนื่อง การคุ้มครองด้านรายได้สำหรับผู้มีรายได้น้อยแล้ว กรณีของประเทศญี่ปุ่นยังมีระบบสนับสนุนการดำรงชีวิตประจำวันด้านการเงินสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเพื่อเป็นหลักประกันให้ความคุ้มครองกับทรัพย์สินและการทำธุรกรรมทางการเงิน การซื้อขายสินค้าหรือบริการสำหรับผู้สูงอายุ ระบบสนับสนุนที่สำคัญได้แก่ ระบบผู้พิทักษ์ โครงการสนับสนุนการพึ่งตนเองในชีวิตประจำวัน

ระบบผู้พิทักษ์ผู้บรรลุนิติภาวะของประเทศญี่ปุ่นเริ่มต้นขึ้นในปี ค.ศ. 1999 โดยยึดหลักการของการเคารพการตัดสินใจส่วนบุคคล การใช้ประโยชน์จากศักยภาพที่เหลืออยู่ของบุคคล และการทำให้การดำรงชีวิต

ให้เป็นปกติหรือ Normalization รวมถึงการคุ้มครองบุคคล ทั้งนี้ได้มีการแก้ไขกฎหมายแพ่งเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการตัดสินใจลดลงหรือขาดความสามารถในการตัดสินใจ รวมถึงผู้ที่คาดว่าในอนาคตอาจจะตกอยู่ในสภาพดังกล่าวได้รับการคุ้มครองโดยมีผู้มาปฏิบัติการแทน ระบบผู้พิทักษ์ผู้บรรลุนิติภาวะจะมีด้วยกัน 2 ลักษณะ ได้แก่ ระบบผู้พิทักษ์ตามกฎหมาย (Houtei Kouken Seido) และระบบผู้พิทักษ์ตามความสมัครใจ (Nin-I Kouken Seido) กรณีของระบบผู้พิทักษ์ตามกฎหมาย ผู้สูงอายุที่สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเองไปเรียบร้อยแล้วเนื่องจากเหตุผลต่างๆ สามารถที่จะมีผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ช่วยเหลือได้ตามระดับการสูญเสียความสามารถดังกล่าว โดยการที่เจ้าตัวหรือครอบครัวยื่นคำร้องต่อศาลครอบครัว และศาลฯ จะเป็นผู้เลือกผู้ที่เหมาะสมมาคอยช่วยผู้สูงอายุในการดำเนินการต่างๆ ผู้ที่จะสามารถมาทำหน้าที่ดังกล่าวเป็นไปได้ทั้งครอบครัว ญาติพี่น้อง ทนายความ นักสวัสดิการสังคม นิติบุคคลที่มีหน้าที่เกี่ยวกับสวัสดิการสังคม ในกรณีระบบผู้พิทักษ์ตามความสมัครใจ เป็นระบบที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่ยังมีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเองให้สามารถกำหนดผู้พิทักษ์ไว้ได้ล่วงหน้า

นอกจากนั้นแล้ว ในระดับพื้นที่ของประเทศญี่ปุ่น ยังมีโครงการสนับสนุนการพึ่งตนเองในชีวิตประจำวัน โดยมีกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำเสื่อม ผู้พิการทางด้านจิตใจและสติปัญญาที่ยังพอมีความสามารถในการตัดสินใจได้บ้างเป็นกลุ่มเป้าหมาย โดยมีคณะกรรมการสวัสดิการสังคมระดับเมือง (Shakai Fukushi Kyougikai) จะเข้ามาเป็นผู้ให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุน หรือทำการแทนกลุ่มเป้าหมายในการทำธุรกรรมประเภทต่างๆ เช่น การทำสัญญาเข้าอยู่อาศัยในสถานบริบาลประเภทต่างๆ การทำธุรกรรมทางการเงินในชีวิตประจำวัน การช่วยแก้ปัญหาระหว่างเจ้าตัวกับผู้ให้บริการต่างๆ เป็นต้น ทั้งนี้การดำเนินการในลักษณะนี้ของคณะกรรมการสวัสดิการสังคมระดับเมืองจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแล การสนับสนุนของคณะกรรมการสวัสดิการสังคมระดับจังหวัด โดยมีคณะกรรมการที่เป็นบุคคลที่สามคอยกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินการในภาพรวมด้วย

2.5 ระบบสนับสนุนด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น

2.5.1 หลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประเทศญี่ปุ่นมีหลักประกันด้านสุขภาพครอบคลุมประชาชนทุกคนอย่างถ้วนหน้าภายใต้แนวทาง National Health Insurance ในทำนองเดียวกันกับระบบบำนาญดังที่อธิบายในตอนที่ผ่านมา โดยใช้หลักการประกันทางสังคม (Social Insurance) กล่าวคือ ประชาชนที่อยู่ภายใต้ระบบจะมีส่วนร่วมจ่ายเบี้ยประกันเพื่อเป็นเงื่อนไขของการรับบริการสุขภาพ โดยที่รัฐบาลแต่ละระดับไม่ว่าจะเป็นรัฐบาลกลาง รัฐบาลจังหวัด หรือ

รัฐบาลระดับเมือง และนายจ้างจะมีส่วนร่วมรับภาระทางการเงินการคลังด้วย นอกจากนั้นในกรณีที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจะต้องแบกภาระค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งด้วยเหมือนกัน หลักประกันสุขภาพของญี่ปุ่นจะประกอบด้วยระบบใหญ่ 3 ระบบได้แก่ ระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้าง ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบสุขภาพผู้สูงอายุวัยปลาย

ระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้าง จะเป็นระบบประกันสุขภาพภาครัฐ (Public Health Insurance) สำหรับลูกจ้างกลุ่มต่างๆ ได้แก่ กลุ่มลูกจ้างในสถานประกอบการภาคเอกชน กลุ่มข้าราชการสังกัดรัฐบาลกลาง กลุ่มข้าราชการสังกัดรัฐบาลท้องถิ่น กลุ่มบุคลากรทางการศึกษาภาคเอกชน และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในเรือ ประชาชนที่อยู่ในวัยทำงานและปฏิบัติงานเป็นลูกจ้างจะมีหลักประกันสุขภาพภายใต้ระบบเหล่านี้ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะประกอบด้วยประกันสุขภาพภาครัฐสำหรับประชาชนกลุ่มที่ประกอบธุรกิจส่วนตัวและอยู่ในภาคเกษตรกรรม ระบบนี้รัฐบาลระดับเมืองจะเป็นผู้ประกันและมีหน้าที่บริหารจัดการระบบ และประกันสุขภาพภาครัฐสำหรับประชาชนกลุ่มที่เป็นลูกจ้างและได้ออกจากงาน (เช่น เกษียณอายุจากการทำงาน) ผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งก็จะรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบนี้

ระบบสุขภาพผู้สูงอายุวัยปลาย (Kouki Koureisha Iryou Seido) เป็นระบบประกันสุขภาพภาครัฐที่แยกประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปและประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปที่มีภาวะพึ่งพาสูง (นอนติดเตียง) หรือมีภาวะทุพพลภาพออกมาบริหารจัดการต่างหาก เนื่องจากจำนวนประชากรกลุ่มนี้มีมากขึ้นเรื่อยๆตามลำดับหากบริหารจัดการแบบเดิมภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (รัฐบาลระดับเมืองรับผิดชอบ) หรือประกันสุขภาพภาครัฐสำหรับประชาชนกลุ่มที่เป็นลูกจ้างและได้ออกจากงาน จะทำให้เกิดปัญหาทางการเงินการคลังของระบบ เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นจะต้องกลายเป็นภาระของประชากรวัยทำงานหรือวัยหนุ่มสาวที่อยู่ภายใต้ระบบเดียวกัน หน่วยของการบริหารจัดการระบบสุขภาพผู้สูงอายุวัยปลายเป็นหน่วยจังหวัดในรูปแบบของสมาพันธ์สุขภาพผู้สูงอายุวัยปลายจังหวัด โดยมีรัฐบาลระดับเมืองภายในจังหวัดนั้นเป็นสถานที่ติดต่อ ปัจจุบันประเทศญี่ปุ่นจึงมีสมาพันธ์สุขภาพผู้สูงอายุวัยปลายจังหวัดจำนวน 47 แห่ง หากไม่นับค่ารักษาพยาบาลบางส่วนที่ผู้ป่วยจะต้องจ่ายเมื่อรับบริการแล้ว สมาพันธ์ฯจะมีแหล่งรายได้จากหลายแหล่งได้แก่ เงินอุดหนุนจากรัฐบาลร้อยละ 50 (โดยที่ 4 ใน 6 ส่วนเป็นภาระของรัฐบาลกลาง และรัฐบาลจังหวัดและรัฐบาลเมืองรับภาระคนละ 1 ใน 6 ส่วน) เงินอุดหนุนจากระบบประกันสุขภาพอื่นๆ (ที่มีประชากรวัยทำงานเป็นสมาชิกอยู่) ร้อยละ 40 และเบี้ยประกันที่ผู้สูงอายุจ่ายร้อยละ 10 ในส่วนของเบี้ยประกัน สมาพันธ์ฯแต่ละแห่งอาจจะเก็บเบี้ยประกันไม่เท่ากันขึ้นกับลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ หลักการจัดเก็บคือ เบี้ยประกันจะประกอบด้วยสองส่วน ได้แก่ ส่วนที่เท่ากันทุกคนในพื้นที่ และส่วนที่แปรผันตามรายได้ (ผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปบางคนอาจจะกำลังทำงานมีรายได้อยู่)

ทั้งนี้เบี้ยประกันตลอดปีจะเป็นจำนวนเงินที่ไม่เกิน 500,000 เยน ขณะเดียวกันสมาพันธ์ฯแต่ละแห่งสามารถกำหนดอัตราการลดหย่อน การเลื่อนระยะเวลาการชำระ หรือการยกเว้นได้ ผู้สูงอายุสามารถให้หักเบี้ยประกันจากเงินบำนาญภาครัฐที่ได้ หรือจ่ายที่สำนักงานของรัฐบาลเมืองโดยตรงก็ได้ สิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุได้รับจะมีทั้งส่วนที่เป็นบริการการรักษาพยาบาล และเงินอุดหนุนประเภทต่างๆ เช่น ค่าอาหารและค่าใช้จ่าย การดำรงชีวิตระหว่างการรับการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายพยาบาลเยี่ยมบ้าน ค่าเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น

2.5.2 ระบบการดูแลระยะยาว

กรณีที่ผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะพึ่ง ประเทศญี่ปุ่นใช้ระบบการประกันสังคม (Social insurance) เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะดังกล่าว โดยในช่วงศตวรรษที่ 20 รัฐบาลญี่ปุ่นโดยกระทรวงสวัสดิการได้เริ่มจัดทำร่างกฎหมายประกันการดูแลระยะยาวและได้ประกาศบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวเมื่อเดือนเมษายน คศ. 2000 สาเหตุสำคัญของการออกกฎหมายฉบับนี้เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ได้แก่ ประการที่หนึ่ง จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพามีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประการที่สอง ครอบครัวทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุได้น้อยลงและต้องรับภาระเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งในช่วงที่ผ่านมามีการพบว่ามีครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพังต้องดูแลกันเองมากขึ้น ประการที่สาม ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิมมีปัญหา กล่าวคือ ก่อนที่จะมีกฎหมายประกันการดูแลระยะยาว การดูแลผู้สูงอายุอยู่ภายใต้ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุและระบบการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นระบบที่แยกออกจากกัน ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุเป็นระบบที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลของรัฐบาล โดยมุ่งเป้าหมายไปที่กลุ่มที่มีรายได้น้อย ส่งผลให้กลุ่มที่มีรายได้ปานกลางเข้าถึงบริการไม่ได้ นอกจากนั้น ระบบการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบเดิมเปิดช่องให้ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ป่วยหรือต้องการรับการรักรักษาพยาบาลสามารถเข้าโรงพยาบาลเพื่อรับการดูแลในโรงพยาบาลเมื่อตกอยู่ในภาวะพึ่งพา ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มโดยไม่จำเป็น ประการที่สี่ รัฐบาลมีความจำเป็นต้องหาแหล่งรายได้เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา (อ้างอิงจาก Journal of Health and Welfare Statistics Vol.64 No.10 2017/2018 หน้า 149 – 150) นับตั้งแต่ปี คศ. 2000 ที่รัฐบาลญี่ปุ่นได้เริ่มต้นใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เริ่มบังคับใช้กฎหมายการประกันการดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดเก็บเบี้ยประกันจากประชากรวัยทำงานที่มีอายุ 40 ปี ขึ้นไป เพื่อนำมาจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาแต่ละระดับ โดยมีรัฐบาลกลาง รัฐบาลจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเมืองร่วมด้วย และมีภาคเอกชนและนิติบุคคลสวัสดิการสังคม (Shakai Fukushi Houjin) เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการ โดยบริการการดูแลระยะยาวนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก คือ การรับบริการการดูแลที่บ้าน การรับบริการระดับชุมชน และการรับดูแลในสถานดูแล การรับบริการการดูแลที่บ้าน (In-home services) เป็นการดูแลโดยรัฐบาลระดับจังหวัด เป็นการเยี่ยมบ้านเพื่อความช่วยเหลือ

ทางด้านกิจวัตรประจำวัน กายภาพบำบัด รวมถึงอุปกรณ์ช่วยเหลือ การรับบริการระดับชุมชน (Community-based services) เป็นการดูแลโดยรัฐบาลระดับเทศบาล ซึ่งรวมถึงการสำรวจชุมชนถึงความต้องการของผู้สูงอายุ และการรับดูแลในสถานดูแล (Care Facility services) เป็นการดูแลโดยรัฐบาลระดับจังหวัด ซึ่งสถานที่ที่รองรับผู้สูงวัยนี้หมายรวมถึงบ้านพักคนชราด้วย

ระบบประกันการดูแลระยะยาวของประเทศญี่ปุ่นมีรายละเอียดดังนี้ ผู้ประกันของระบบการดูแลระยะยาว (Insurer) ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นหน่วยย่อยที่สุด ซึ่งได้เข้ารัฐบาลระดับเมือง (Shichouson และ Tokubetsu Ku) ทั้งนี้รัฐบาลกลางและรัฐบาลระดับจังหวัด (Todoufuken) จะเป็นผู้ให้เงินอุนหนุน ขณะเดียวกัน ขณะเดียวกันผู้ประกันตน (Insured persons) ของระบบประกันการดูแลระยะยาวแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ ผู้ประกันตนประเภทที่ 1 ได้แก่ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยจะต้องจ่ายเบี้ยประกันคงที่ตามระดับรายได้ (มีมาตรการลดภาระให้กับผู้มีรายได้น้อย) การจ่ายเบี้ยประกันจะจ่ายตรงกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ถ้าหากรายได้จากเงินบำนาญสูงเกินระดับหนึ่ง เบี้ยประกันจะถูกหักออกจากเงินบำนาญ ผู้ประกันตนประเภทที่ 1 จะได้รับบริการดูแลก็ต่อเมื่อผ่านการตรวจสอบภาวะพึ่งพาอย่างเป็นทางการ โดยผลการตรวจสอบจะแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องรับการดูแล เช่น ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ผู้สูงอายุที่เป็นอัลไซเมอร์ เป็นต้น และผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องรับการช่วยเหลือ เป็นผู้ที่มีโอกาสจะตกเป็นผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องรับการดูแล หรือเป็นผู้ที่มีอุปสรรคในการดำรงชีวิตประจำวัน

ผู้ประกันตนประเภทที่ 2 ได้แก่ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปจนถึง 64 ปี ที่เป็นสมาชิกประกันการรักษาพยาบาล โดยจะต้องจ่ายเบี้ยประกันผ่านระบบประกันการรักษาพยาบาลที่ตนเองสังกัดอยู่ ตามวิธีการคำนวณเบี้ยประกันที่กฎหมายกำหนด ผู้ประกันตนประเภทที่ 2 จะได้รับบริการดูแลก็ต่อเมื่อผ่านการตรวจสอบภาวะพึ่งพาเช่นเดียวกันกับผู้ประกันตนประเภทที่ 1 แต่สาเหตุของภาวะพึ่งพาจะต้องเกิดจากโรคหรือกลุ่มอาการบางประเภท เช่น อาการอัลไซเมอร์ระยะแรก เส้นเลือดสมองตีบ เป็นต้น

ในส่วนของผู้สูงอายุ (หรือผู้ประกันตนประเภทที่ 1) อัตราเบี้ยประกันจะแบ่งเป็น 12 ระดับโดยถูกกำหนดโดยระดับรายได้ของปีที่ผ่านมา สถานะการเสียภาษีของสมาชิกในครัวเรือนของผู้สูงอายุ ปัจจุบัน (ปี 2018-2020) อัตราเบี้ยประกันต่ำสุด (ผู้สูงอายุที่รับการคุ้มครองการดำรงชีวิตของผู้ด้อยโอกาส) อยู่ที่ 27,300 เยนต่อปี (โดยเจ้าตัวต้องจ่าย 24,300 เยนต่อปี) ในขณะที่อัตราเบี้ยประกันสูงสุด (เป็นผู้ที่ชำระภาษีเงินได้

บุคคลธรรมดาสำหรับรัฐบาลท้องถิ่นและมีรายได้รวมในปีผ่านมามากกว่า 8 ล้านเยน) อยู่ที่ 118,700 เยนต่อปี ขณะที่ระดับเบี้ยประกันมาตรฐานจะอยู่ที่ 60,876 เยนต่อปี[3]

ด้านการรับบริการดูแล ผู้ประกันตนจะต้องผ่านการตรวจสอบอย่างเป็นทางการ ขั้นตอนการดำเนินการเพื่อรับบริการสามารถสรุปได้ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้ใช้บริการรับบริการให้คำปรึกษาที่สำนักงานรัฐบาลเมืองที่ตนเองอาศัยอยู่

2. ผลจากการรับคำปรึกษาหารือ ผู้ประกันตนจะถูกแบ่งเป็น 3 กรณี

- กรณีที่ 1: มีความชัดเจนว่าจะต้องเข้ารับการตรวจสอบความจำเป็น ทั้งด้านความเห็นจากแพทย์ หลังจากนั้นจะมีการประเมินส่วนที่สองโดยคณะกรรมการที่ประกอบด้วยบุคลากรด้านสาธารณสุข ด้านการแพทย์ และด้านสวัสดิการสังคม ผลการตรวจสอบจะแบ่งความจำเป็นของผู้ประกันตนออกได้เป็น 3 ประเภท
  (1) มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลระดับที่ 1 ถึง ระดับที่ 5 กรณีนี้ ผู้ประกันตนจะเข้ารับการดูแลในสถาบัน หรือรับการดูแลที่บ้าน หรือรับการดูแลระดับพื้นที่โดยมีแผนการรับบริการดูแลที่บ้านที่ชัดเจน
  (2) มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือระดับที่ 1 ถึง ระดับที่ 2 กรณีนี้ ผู้ประกันตนจะรับบริการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ 1) รับบริการเชิงป้องกันแบบรับบริการที่บ้านหรือบริการเชิงป้องกันระดับพื้นที่ภายใต้แผนรับริการเชิงป้องกันที่ชัดเจน หรือ 2) ร่วมโครงการเชิงป้องกัน หรือโครงการสนับสนุนการดำรงชีวิตประเภทต่างๆ หรือโดยมีแผนการจัดการดูแล (Care Management) ที่ชัดเจน หรือ 3) ร่วมโครงการป้องกันทั่วไปโดยมีแผนการดูแลที่ชัดเจน
  (3) ไม่เข้าข่ายข้อใดเลยที่กล่าวข้างต้น กรณีนี้ผู้ประกันตนสามารถรับบริการโดยเข้าโครงการเชิงป้องกันโดยมีแผนการจัดการดูแลที่ชัดเจน หรือเป็นการเข้าร่วมโครงการป้องกันทั่วไปก็ได้
- กรณีที่ 2: ทำ checklist ที่กำหนดเพื่อแบ่งระดับความจำเป็น กรณีนี้ ผลจากการทำ checklist ผู้ประกันตนจะถูกประเมินว่าเข้าข่ายกรณีใดกรณีหนึ่ง (1, 2, หรือ 3) ตามที่ระบุในกรณีที่ 1

[3] http://www.chitahokubu.or.jp/kaigo/hoken/65over_about.html

- กรณีที่ 3: มีความชัดเจนว่าไม่จำเป็นต้องเข้ารับการตรวจสอบความจำเป็นหรือทำการประเมินเบื้องต้นโดยใช้ checklist ผู้ประกันตนสามารถเข้าร่วมโครงการป้องกันโดยทั่วไปได้

การเข้ารับบริการครั้งแรก ผู้ประกันตนจะต้องรับการตรวจสอบความจำเป็นโดยรัฐบาลท้องถิ่นระดับเมือง แต่ในครั้งต่อไป Cone Management สามารถเป็นผู้ประเมินความจำเป็นในการรับบริการได้ ทั้งนี้ในการตรวจสอบแต่ละครั้ง ผลการตรวจสอบจะมีระยะเวลาเพียง 6 เดือน การประเมินรอบแรกเพื่อจำแนกระดับความจำเป็นในการรับบริการจะพิจารณาจากการช่วยเหลือและการให้บริการต่อไปนี้ การช่วยเหลือการใช้ชีวิตประจำวันโดยตรง เช่น การอาบน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร การช่วยเหลือการใช้ชีวิตประจำวันโดยอ้อม เช่น การซักรีด การทำความสะอาดบ้าน การฝึกฝนฟังก์ชั่นเพื่อการใช้ชีวิต เช่น การฝึกการเดิน การฝึกการใช้ชีวิตประจำวันประเภทต่างๆ การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์

ผลจากการประเมินข้างต้น จะจำแนกระดับความจำเป็นออกเป็น 7 ระดับ โดยแต่ละระดับจะสามารถระบุถึงระยะเวลาที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแล ดังนี้

1. มีความจำเป็นที่จะต้องรับการช่วยเหลือระดับที่ 1: สภาพที่ต้องใช้เวลาในมาตรฐานการดูแลช่วยเหลือ 5 ประเด็นเป็นเวลา 25 – 32 นาที
2. มีความจำเป็นที่จะต้องรับการช่วยเหลือระดับที่ 2: 32 – 50 นาที
3. มีความจำเป็นที่จะต้องรับการดูแลระดับที่ 1: 32 – 50 นาที
4. มีความจำเป็นที่จะต้องการดูแลระดับที่ 2: 50 – 70 นาที
5. มีความจำเป็นที่จะต้องการดูแลระดับที่ 3: 70 – 90 นาที
6. มีความจำเป็นที่จะต้องการดูแลระดับที่ 4: 90 – 110 นาที
7. มีความจำเป็นที่จะต้องการดูแลระดับที่ 5: 110 นาทีขึ้นไป

หากพิจารณารูปแบบของบริการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาและได้รับการประเมินว่าจะต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลในเขตมหานครโตเกียวพบว่า รูปแบบบริการที่ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวรับบริการมากในสัดส่วนที่สูง (มากกว่าร้อยละ 10) เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเดียวกันทั่วประเทศ ได้แก่บริการประเภทการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแล **訪問介護** การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลการทำความสะอาดร่างกาย **訪問入浴介護** การเยี่ยมบ้านเพื่อพยาบาล **訪問看護** การแนะนำการจัดการฟื้นฟูที่บ้าน **居宅療養管理指導** การดูแลการดำรงชีวิตแก่ผู้อยู่อาศัยในสถานที่เฉพาะ **特定施設入居者生活介護** บริการเยี่ยมบ้านตอนกลางคืน **夜間対応型訪問介護** การดูแลการรับบริการแบบไปกลับ **地域密着型通所介護** การดูแลผู้มีอาการสมองเสื่อมแบบไปกลับ **認知症対応型通所介護**

ขณะเดียวกัน พบว่ามีผู้สูงอายุในโตเกียวจำนวน 71,107 คนที่กำลังรับบริการในสถาบันรูปแบบต่างๆ ที่มีจำนวนมากที่สุดได้แก่ การรับบริการในสถาบันประเภทสถานดูแลสวัสดิการผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2-9: จำนวนผู้ประกันตนที่ได้รับการประเมินว่าจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลที่รับบริการประเภทต่างๆแบ่ง ตามระดับความจำเป็นที่ต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลทั่วประเทศและในมหานครโตเกียว (หน่วย คน)

ประเภทของบริการ	ระดับ	ช่วยเหลือ 1	ช่วยเหลือ 2	ดูแล 1	ดูแล 2	ดูแล 3	ดูแล 4	ดูแล 5	รวม	*
เยี่ยมบ้าน 訪問介護	รวม	172,465	209,827	304,128	282,848	156,651	117,780	95,188	1,338,887	
	โตเกียว	13,305	14,797	33,391	31,187	18,187	14,063	11,965	136,895	10.2
เยี่ยมบ้านเพื่ออาบน้ำ 訪問入浴介護	รวม	62	380	1,524	5,365	8,224	17,876	34,535	67,966	
	โตเกียว	6	35	198	685	1,043	2,552	5,637	10,156	14.9
พยาบาลที่บ้าน 訪問看護	รวม	17,077	34,860	76,535	92,033	64,270	63,258	67,617	415,650	
	โตเกียว	1,991	3,820	11,084	12,741	8,777	8,138	8,513	55,064	13.2
ฟื้นฟูสภาพร่างกายที่บ้าน 訪問リハビリテーション	รวม	3,523	9,228	14,080	21,198	15,503	14,206	12,780	90,518	
	โตเกียว	196	613	1,151	1,799	1,377	1,343	1,271	7,750	8.6
แนะนำการดูแลรักษาที่บ้าน 居宅療養管理指導	รวม	15,212	21,158	97,882	119,128	110,532	108,974	104,855	577,741	
	โตเกียว	3,009	3,567	16,790	20,302	18,767	18,685	18,071	99,191	17.2
ดูแลในสถานบริบาลไป/กลับ 通所介護	รวม	208,448	253,471	383,773	326,040	185,419	110,259	60,554	1,527,964	
	โตเกียว	14,344	15,353	30,548	27,372	16,285	10,146	5,350	119,398	7.8
ฟื้นฟูสภาพร่างกายไป/กลับ 通所リハビリテーション	รวม	55,717	84,370	136,395	138,088	77,553	46,237	21,747	560,107	
	โตเกียว	1,911	2,764	6,096	7,571	4,905	3,276	1,550	28,073	5.0
เข้าพักเพื่อรับการดูแลระยะสั้น 短期入所生活介護	รวม	2,601	7,298	50,862	78,275	86,516	62,964	38,934	327,450	
	โตเกียว	92	291	2,789	4,923	5,715	4,590	3,172	21,572	6.6
เข้าพักเพื่อรับการฟื้นฟูระยะสั้น 短期入所療養介護（介護老人保健施設）	รวม	231	801	6,779	11,817	12,552	10,707	8,135	51,022	
	โตเกียว	7	16	346	645	772	680	567	3,033	5.9
เข้าพักเพื่อรับการฟื้นฟูระยะสั้น 短期入所療養介護（介護療養型医療施設等）	รวม	13	51	259	423	446	492	734	2,418	
	โตเกียว	-	-	3	1	9	9	62	84	3.5
บริการให้ยืมอุปกรณ์ 福祉用具貸与	รวม	134,531	252,261	313,942	479,208	314,544	238,483	164,979	1,897,948	
	โตเกียว	10,498	18,494	29,763	44,960	29,832	23,654	17,541	174,742	9.2
เข้ารับบริการดูแลในสถานดูแลเฉพาะ 特定施設入居者生活介護	รวม	14,026	12,395	46,240	38,529	33,186	34,456	25,350	204,182	
	โตเกียว	2,387	1,775	7,825	7,236	6,832	7,610	6,233	39,898	19.5
สนับสนุนการป้องกันการตกในภาวะพึ่งพา 介護予防支援・居宅介護支援	รวม	461,842	565,253	840,772	755,807	427,477	279,403	180,566	3,511,120	
	โตเกียว	33,483	38,569	74,674	68,084	39,323	27,316	19,007	300,456	8.6
ตรวจบ้าน/เยี่ยมบ้านเป็นระยะ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	รวม	-	-	3,465	3,485	2,565	2,514	1,725	13,754	
	โตเกียว	-	-	311	272	234	257	171	1,245	9.1

ประเภทของบริการ	ระดับ	ช่วยเหลือ 1	ช่วยเหลือ 2	ดูแล 1	ดูแล 2	ดูแล 3	ดูแล 4	ดูแล 5	รวม	*
บริการเยี่ยมบ้านตอนค่ำ 夜間対応型訪問介護	รวม	-	-	1,229	2,031	1,607	1,461	1,321	7,649	
	โตเกียว	-	-	349	548	495	431	429	2,252	29.4
ดูแลในสถานบริบาลไป/กลับในสถานดูแลของชุมชน 地域密着型通所介護	รวม	2	5	146,814	119,449	65,313	35,299	18,156	385,038	
	โตเกียว	-	-	17,284	14,019	7,552	4,300	1,925	45,080	11.7
ดูแลผู้มีอาการความจำเสื่อมในสถานบริบาลไป/กลับใน 認知症対応型通所介護	รวม	511	479	13,269	13,904	14,312	8,309	6,645	57,429	
	โตเกียว	10	15	1,310	1,711	2,298	1,561	1,564	8,469	14.7
ดูแลในสถานบริบาลเอนกประสงค์ขนาดเล็ก 小規模多機能型居宅介護	รวม	4,255	5,507	22,987	22,933	18,198	12,412	7,417	93,709	
	โตเกียว	90	90	706	845	670	482	289	3,172	3.4
ดูแลผู้มีอาการความจำเสื่อมในสถานบริบาลแบบร่วมกัน 認知症対応型共同生活介護	รวม	1	907	34,678	47,581	50,525	33,103	22,366	189,161	
	โตเกียว	-	21	1,626	2,596	2,711	1,616	1,023	9,593	5.1
เข้ารับบริการดูแลในสถานดูแลเฉพาะของชุมชน 地域密着型特定施設入居者生活介護	รวม	-	-	1,251	1,650	1,390	1,429	940	6,660	
	โตเกียว	-	-	19	39	29	30	19	136	2.0
เข้ารับบริการดูแลในสถานสวัสดิการสังคมเฉพาะของชุมชน 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	รวม	-	-	1,141	3,442	12,217	17,729	14,902	49,431	
	โตเกียว	-	-	13	36	149	244	191	633	1.3
บริการแบบผสมผสาน 複合型サービス	รวม	-	-	901	1,190	1,129	1,033	1,078	5,331	
	โตเกียว	-	-	58	57	58	51	65	289	5.4

หมายเหตุ: * % เปรียบเทียบระหว่างจำนวนผู้สูงอายุที่รับบริการแต่ละประเภทกับจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่รับบริการประเภทเดียวกันทั่วประเทศ

แหล่งที่มา: รายงานสถานการณ์การประกันดูแลระยะยาว ปีเฮเซ 28 เดือนกรกฎาคม 介護保険事業状況報告（平成 28 年 7 月暫定版）
Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan (โฮมเพจ https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m16/1607.html)

ตารางที่ 2-10: จำนวนผู้ประกันตนประเภทที่ 1 (ประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป) ตามผลการประเมินระดับความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแล และบริการที่ได้รับจากระบบประกันดูแลระยะยาวในมหานครโตเกียว (หน่วย คน)

ประเภทบริการ	ช่วยเหลือ 1	ช่วยเหลือ 2	ดูแล 1	ดูแล 2	ดูแล 3	ดูแล 4	ดูแล 5	รวม
บริการดูแลที่บ้าน	37,549	41,287	83,570	76,801	48,465	36,650	26,143	350,465
บริการติดตามระดับพื้นที่	98	124	19,285	17,957	12,773	8,148	5,184	63,569
บริการดูแลในสถาบัน	-	-	3,403	6,893	15,283	23,435	22,093	71,107
บริการดูแลในสถาบัน ประเภทสถานดูแล สวัสดิการผู้สูงอายุ	-	-	951	2,823	9,585	15,792	15,032	44,183
บริการดูแลในสถาบัน ประเภทสถานดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ	-	-	2,402	3,987	5,395	6,129	3,777	21,690
การดูแลในสถาบัน ประเภทสถานดูแล พยาบาลผู้สูงอายุ	-	-	50	83	303	1,514	3,284	5,234

แหล่งที่มา: รายงานสถานการณ์การประกันดูแลระยะยาว ปีเฮเซ 28 เดือนกรกฎาคม 介護保険事業状況報告（平成 28 年 7 月暫定版） Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan (โฮมเพจ https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m16/1607.html)

2.5.3 ระบบดูแลแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ (Chiiki Houkatsu Kea Shisutemu)

จากรายงานการสำรวจตัวอย่างระบบดูแลแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ ของ Nomura Research Institute ในปี 2014 ได้กล่าวไว้ว่า กรณีของประเทศญี่ปุ่น การดูแลแบบบูรณาการในระดับพื้นที่เกิดขึ้นครั้งแรกที่โรงพยาบาลมิทซึจิ (Midugi) จังหวัดฮิโรชิม่า เมืองโกะโจมะจิ (御調町) ในทศวรรษ 1970 โดยนายแพทย์ Noboru Yamaguchi ซึ่งพบว่าปัญหาในพื้นที่ว่า มีคนไข้สูงอายุจำนวนมากที่มีปัญหาเส้นเลือดในสมองตีบต้องได้รับการผ่าตัด เมื่อผ่าตัดเสร็จ ฟื้นฟูสภาพร่างกายที่โรงพยาบาล และกลับบ้านเรียบร้อยแล้ว จากนั้นอีก 1-2 ปีหลายคนกลับตกอยู่ในสภาพติดเตียงและมีแนวโน้มของความจำเสื่อม ปัญหาที่พบคือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีปัญหา หลายบ้านลูกๆต้องไปทำงานทั้งสามีภรรยาไม่สามารถดูแลได้ ปล่อยให้อยู่ตามลำพังคนเดียว บางกรณีลูกหลานขาดความรู้ในการดูแลที่ถูกต้อง ดังนั้นเมื่อพบเหตุการณ์ดังกล่าว นายแพทย์ Noboru จึงสร้างทีมแพทย์เยี่ยมบ้าน ทีมพยาบาลและนักสาธารณสุขเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดึงสมาชิกในชุมชนมาร่วมกันดูแล จนกระทั่งเข้าสู่ทศวรรษ 1980 ได้มีการตั้งศูนย์จัดการสุขภาพขึ้นที่โรงพยาบาล และดึงงานด้าน

สวัสดิการและสาธารณสุขของรัฐบาลท้องถิ่น คณะกรรมการสวัสดิการสังคม เข้ามาร่วมดำเนินการภายในศูนย์ การดำเนินการในลักษณะนี้เรียกได้ว่า เป็นการสร้างระบบที่เป็นเอกภาพระหว่างงานสาธารณสุข สวัสดิการสังคม และการรักษาพยาบาลให้รวมศูนย์ ณ จุดเดียว

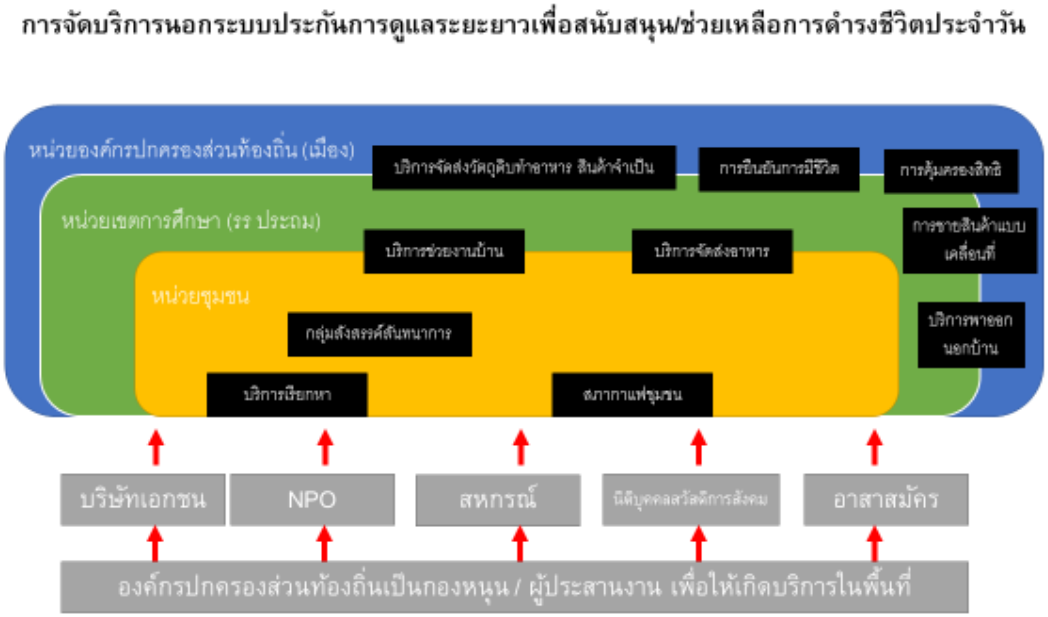
เนื่องด้วยการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของญี่ปุ่นสู่สังคมสูงวัยแบบเต็มรูปแบบซึ่งมีจำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันประชากรกลุ่มเบบี้บูมซึ่งเกิดหลังสงเครามโลกครั้งที่สองสิ้นสุดเริ่มจะมีอายุเกินกว่า 75 ปี หรือเข้าสู่วัยปลายของการสูงอายุ อีกทั้งยังเป็นที่กล่าวกันว่า ประมาณ 1 ใน 4 ของจำนวนประชากรผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นมีอาการหรือมีโอกาสที่จะมีอาการความจำเสื่อม ดังนั้นระบบหลักประกันสุขภาพและระบบประกันการดูแลระยะยาวอาจจะมีศักยภาพไม่สามารถรองรับคลื่นผู้สูงอายุและผู้ที่ภาวะพึ่งพาได้เพียงพอ ทั้งในแง่ของการเงินการคลัง สถานที่ และบุคลากรด้านสุขภาพและการดูแล ปัจจัยต่างๆดังกล่าวเป็นปัจจัยผลักที่ทำให้สังคมญี่ปุ่นต้องเริ่มที่จะพัฒนาสิ่งที่เรียกว่าระบบดูแลแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ (Chiiki Houkatsu Kea Shisutemu) ขึ้นมา เพื่อส่งเสริมให้มีการรักษาพยาบาลและดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลในระยะสุดท้ายที่บ้าน นอกจากนั้นจากพัฒนาการของระบบสนับสนุนต่างๆที่เกิดขึ้นจำนวนมากที่เป็นระบบราชการที่เอกเทศไม่เชื่อมโยงกันและกัน ก็เป็นปัจจัยผลักเช่นเดียวกัน

ปัจจุบัน รัฐบาลญี่ปุ่นได้ออกแนวทางส่งเสริมให้เกิดระบบดูแลแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ ยกตัวอย่างเช่น ส่งเสริมบทบาทของรัฐบาลเมืองให้มีบทบาทด้านการป้องกันการตกสู่ภาวะพึ่งพาและด้านการสนับสนุนการช่วยตนเองของผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนให้รัฐบาลจังหวัดและรัฐบาลเมืองในการใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์ปัญหาพื้นฐานของพื้นที่และสร้างมาตรการตอบสนองตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ และสร้างตัวชี้วัดที่เหมาะสมและประเมินผลสัมฤทธิ์ของมาตรการที่จัดทำขึ้น โดยรัฐบาลกลางมีหน้าที่สร้างระบบแรงจูงใจให้กับรัฐบาลจังหวัดและรัฐบาลเมืองที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการ นอกจากนั้นยังส่งเสริมให้มีการประสานงานเชิงนโยบายระหว่างบริการรักษาพยาบาลและการดูแลระยะยาวให้มีเอกภาพมากขึ้น เพื่อรองรับการเพิ่มของจำนวนประชากรกลุ่มเบบี้บูมที่กำลังจะเข้าสู่วัย 75 ปี และส่งเสริมให้มีการสร้างสังคมอยู่ร่วมกันในแต่ละพื้นที่ โดยผลักดันให้มีการลดกำแพงของระบบราชการแบบไซโลโดยให้มีการจัดทำนโยบายสวัสดิการสังคมระดับพื้นที่แบบบูรณาการขึ้น โดยไม่แยกการทำแผนตามหน่วยงานราชการ เช่น การบูรณาการงานผู้สูงอายุกับงานผู้ทุพพลภาพเข้าด้วยกัน โดยการปรับแก้กฎหมายสวัสดิการสังคมเพื่อให้ผู้ให้บริการรายใดๆ สามารถจัดบริการต่อผู้สูงอายุ (ภายใต้ระบบประกันการดูแลระยะยาว) และจัดบริการสังคมที่จำเป็นให้กับผู้พิการ (ภายใต้ระบบสวัสดิการผู้พิการ) เป็นต้น

2.5.4 การดูแลผู้สูงอายุนอกระบบการประกันการดูแลระยะยาว

นอกจากการให้บริการดูแลลักษณะต่างๆภายใต้ระบบประกันการดูแลระยะยาวดังที่กล่าวไปแล้วนั้น กรณีของประเทศญี่ปุ่น มีการขับเคลื่อนแนวคิดการจัดบริการประเภทต่างๆที่อยู่นอกระบบประกันการดูแลระยะยาวเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุและครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างเช่น บริการจัดส่งวัตถุดิบเพื่อการปรุงอาหารหรือสินค้าจำเป็นเพื่อการอุปโภคบริโภคในชีวิตประจำวัน การเดินทางไปตรวจสอบที่บ้านเพื่อยืนยันการมีชีวิต การขายสินค้าแบบเคลื่อนที่เข้าถึงแหล่งที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ บริการพาออกนอกบ้าน บริการช่วยงานบ้าน การจัดกลุ่มเพื่อกิจกรรมทางสังคม การสังสรรค์ หรือสันทนาการ บริการเรียกหา การจัดตั้งสภากาแฟชุมชนเพื่อเป็นที่พบปะ เป็นต้น บริการลักษณะนี้อยู่นอกรายการของความจำเป็นในการดูแลระยะยาว แต่เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยหลักการแล้ว การขับเคลื่อนแนวคิดนี้มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนกลางในการประสานงานเพื่อให้เกิดบริการ โดยที่ผู้ที่เข้ามาจัดบริการให้เกิดขึ้นในพื้นที่อาจจะเป็นบริษัทเอกชน นิติบุคคลประเภทองค์กรไม่แสวงหากำไร (NPO) สหกรณ์ นิติบุคคลสวัสดิการสังคม หรือแม้กระทั่งกลุ่มอาสาสมัคร บริการเหล่านี้อาจเรียกได้ว่าเป็น Niche Market เพื่อปิดช่องว่างของอุปสงค์และอุปทานของบริการดูแลที่มีความหลากหลายตามพลวัตของประชากรและการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ

รูปภาพที่ 2-6: แนวคิดการจัดบริการนอกระบบประกันการดูแลระยะยาวเพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุ



การส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุนอกระบบการประกันการดูแลระยะยาวในลักษณะนี้ยังสามารถดึงการมีส่วนร่วมของประชาชน รวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเข้ามาเสริมได้ ขึ้นกับลักษณะของบริการที่จัดให้มีการดึงการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุจะส่งผลให้เกิดการใช้ประโยชน์ทักษะ ความเชี่ยวชาญของผู้สูงอายุ การสร้างกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจและ/หรือกิจกรรมที่ท้าทายผู้สูงอายุ การส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุ การเริ่มต้นกิจการ งานอดิเรก การออกกำลังกาย การทำงานอาสาสมัครของผู้สูงอายุอีกด้วย

ตัวอย่าง ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมการจัดบริการนอกระบบประกันการดูแลระยะยาวเพื่อสนับสนุน/ช่วยเหลือการดำรงชีวิตประจำวัน บริการร้านขายสินค้าสะดวกซื้อแบบเคลื่อนที่ขายสินค้าพร้อมการตรวจสอบยืนยันการมีชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นลูกค้า องค์กรไม่แสวงหากำไร NPO บริหารจัดการ Community Restaurant เพื่อทำอาหารปรุงสุกสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่มารับประทานร่วมกัน บริการจัดส่งอาหารสำหรับผู้สูงอายุโดยเน้นอาหารชิ้นเล็กเพื่อสะดวกในการเคี้ยวกลืน ความร่วมมือระหว่างซุปเปอร์มาร์เก็ตท้องถิ่นและผู้ประกอบการส่งสินค้าบริการส่งสินค้าจำเป็นเป็นระยะๆ และจัดส่งข้อมูลความเป็นอยู่ของลูกค้าสูงอายุให้กับหน่วยบริการทางสังคมของท้องถิ่น อย่างไรก็ดีในปัจจุบัน ยังคงมีอุปสรรคในการขยายผลการจัดบริการนอกระบบประกันดูแลระยะยาวฯ เช่น ความไม่เพียงพอของข้อมูลสารสนเทศของตลาด (บริการประเภทใดที่มีความต้องการ การจัดบริการ การตั้งราคา การตลาด ช่องทางการเข้าถึงผู้สูงอายุ การรับรู้ของผู้สูงอายุ ข้อมูลไม่ถูกส่งผ่านไปยังบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

นอกจากบริการนอกประกันการดูแลระยะยาวเพื่อการปิดช่องว่าง Niche Market แล้ว ในปัจจุบัน มีธุรกิจเอกชนจำนวนมากที่เข้ามาจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ดังตัวอย่างในตารางที่ 2-11 เช่น บริษัทเอกชนขนาดใหญ่ที่เข้ามาจัดบริการดูแลผู้สูงอายุดำเนินกิจการทั้งการดูแลผู้สูงอายุ การศึกษา และการรักษาพยาบาล ด้านการดูแลผู้สูงอายุจะเป็น Home visit และ Day Services หรือการดูแลรายวัน บริษัทเอกชนที่จัดบริการ Home visit และ Day services บริษัทเอกชนที่จัดให้มีบริการรูปแบบ Elderly Home / ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุพร้อมบริการดูแล ผู้ให้บริการประเภท Group Home ผู้ให้บริการที่มาจากธุรกิจอื่น

ตารางที่ 2-11: ตัวอย่างบริษัทเอกชนที่จัดบริการดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

บริษัท	การบริการ	จำนวนพนักงาน (คน)	เงินเดือนเริ่มต้น (เยน)	อายุเฉลี่ยพนักงาน (ปี)
บริษัทเอกชนขนาดใหญ่ที่เข้ามาจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ				
Nichii Gakukan	เป็นบริษัทเอกชนขนาดใหญ่ที่ดำเนินกิจการทั้งการดูแลผู้สูงอายุ การศึกษา และการรักษาพยาบาล ด้านการดูแลผู้สูงอายุจะเป็น Home visit และ Day Services หรือการดูแลรายวัน	18,432	210.000	44
บริษัทเอกชนที่จัดบริการ Home visit และ Day services				
Saint-Care Holdings	ให้ความดูแลในรูปแบบต่างๆ แก่ผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ทั้งการเยี่ยมบ้านพร้มการดูแล จัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือ รวมถึง การจัดสถานที่ดูแลผู้สูงอายุรายวันจนถึงการดูแลระยะยาว	9,862	215,000	39
Tsukui	จัดบริการเยี่ยมบ้าน การช่วยเหลือด้านการอาบน้ำ	3,769	208,600	42
Care 21	จัดบริการเยี่ยมบ้านและขยายกิจการไปสู่ Elderly Home	3,269	195,000	43
Unimat Retirement Community (Unimat RC)	มีฐานการดำเนินกิจการในจังหวัดไซตามะ เน้นการบริการรายวัน Day Services และ Elderly Home	2,226	215,500	40
Yamane Medical	มีฐานในการดำเนินการในเขตเมืองหลวง เน้นการจัดบริการแบบ Day Services	582	181,000	**52**
Care Services	ให้บริการแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่นเดียวกับ Saint-Care Holding Corporation รวมไปถึงการจัดการทางร่างกายตามประเพณีหลังจากที่ผู้สูงอายุนั้นเสียชีวิตแล้ว หรือที่เรียกว่า Angel Care	1,344	**190,350**	**38**
Long Life Holding Co., Ltd.	มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุในสถานที่ที่สร้างขึ้นอย่างหรูหรา ซึ่งเป็นความคิดของการรวมกันระหว่าง บ้านพักคนชราชนิดที่หรูหรา รีสอร์ท และ การอยู่ในต่างแดน	**711**	**206,000**	**32**

บริษัท	การบริการ	จำนวนพนักงาน (คน)	เงินเดือนเริ่มต้น (เยน)	อายุเฉลี่ยพนักงาน (ปี)
Solasto Corporation	เน้นการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลเด็ก รวมถึงการดูแลรักษาทางการแพทย์			
บริษัทเอกชนที่จัดให้มีบริการรูปแบบ Elderly Home / ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุพร้อมบริการดูแล				
Benesse-style Care	เป็นผู้ให้บริการรายใหม่ด้าน Elder Home			
Uchiyama Holdings	เป็นผู้ให้บริการด้าน Elderly Home มีฐานภูมิภาคกิวชิวทางตอนใต้ของญี่ปุ่น	1,911	190,000	**42**
Gakken-Cocofump	เป็นผู้ให้บริการรายใหม่ด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุพร้อมบริการดูแล			
Higari Heights Varus	ผู้ให้บริการ Elderly Home รายใหญ่ในเขตเกาะฮอกไกโด	293	150,700	**49**
Charm Care Corporation	จัดบริการดูแลแบบ Elderly Home ในเขตคันไซ	293	150,700	**49**
ผู้ให้บริการประเภท Group Home				
Medical Care Services (MCS)	ให้การดูแลและสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำเสื่อมและครอบครัว รวมถึงบ้านพักคนชราด้วย โดยทางบริษัทมีการฝึกอบรมผู้ดูแลไม่เฉพาะผู้ที่มีสัญชาติญี่ปุ่นเท่านั้น แต่ฝึกอบรมชาวฟิลิปปินส์ผู้ที่มีเชื้อสายญี่ปุ่นด้วย โดยการบริการรวมถึง Group home, private home care และการเยี่ยมบ้าน			
ผู้ให้บริการที่มาจากธุรกิจอื่น				
Sompo Care Message (Sompo Holdings)	เดิมมีกิจการเป็นบริษัทประกันภัย ต่อมาได้เข้าสู่การให้บริการผู้สูงอายุ	7,116	216,000	**38**
Cedar	เน้นการจัดบริการดูแลรายวันและ Elderly Home	921		**42**
Sony Financial Holdings	เปิดให้บริการ Elderly Home ภายใต้ชื่อ Sony Life Care			
Panasonic	เปิดให้บริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุพร้อมบริการดูแล ภายใต้ชื่อ Panasonic Age Free			

2.6 ระบบสนับสนุนด้านสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น

ระบบสนับสนุนด้านสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในที่นี้จะพิจารณาเฉพาะระบบสนับสนุนด้านที่อยู่อาศัย กรณีของประเทศญี่ปุ่นดังที่กล่าวข้างต้นว่า ครัวเรือนผู้สูงอายุอยู่ลำพังมีประมาณครึ่งหนึ่งของครัวเรือนอยู่ลำพังและครัวเรือนสามีภรรยา และมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่ตามลำพังดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปลอดภัย มาตรการด้านที่อยู่อาศัยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในฐานะที่เป็นมาตรการเพื่อสนับสนุนคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ระบบสนับสนุนด้านสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นสามารถแบ่งได้ออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

2.6.1 การจัดให้มีที่อยู่อาศัยโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุตามกฎหมายสวัสดิการผู้สูงอายุ

กฎหมายสวัสดิการผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นระบุถึงการจัดให้มีที่อยู่อาศัยเพื่อผู้สูงอายุที่มีลักษณะพิเศษหรือมีความต้องการพิเศษให้ได้มีที่อยู่อาศัยในระยะยาว โดยกฎหมายดังกล่าวได้ระบุถึงการจัดตั้งที่อยู่อาศัยระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไว้ 5 ประเภทดังนี้

(1) บ้านพักพิเศษดูแลผู้สูงอายุ (特別養護老人ホーム Tokubetsu Yougo Roujin Houmu) เป็นที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีอุปสรรคในการดำรงชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลตลอดเวลา หรือผู้สูงอายุที่มีอุปสรรคในการดำรงชีวิตที่ที่อยู่อาศัยเดิมของตนเอง จากข้อมูลล่าสุดในปี ค.ศ. 2015 มีบ้านพักพิเศษดูแลผู้สูงอายุทั่วประเทศจำนวนทั้งสิ้น 9,452 แห่ง โดยมีผู้สูงอายุที่รับการดูแลในที่อยู่อาศัยประเภทนี้ 566,847 คน ภายใต้ระบบประกันการดูแลระยะยาว ปัจจุบันรัฐบาลจำกัดผู้สูงอายุที่เข้าอาศัยในบ้านพักพิเศษนี้ จะต้องมีระดับความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลระดับ 3 ขึ้นไป ทั้งนี้จากข้อมูลล่าสุดในปี ค.ศ. 2015 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่แสดงความจำนงสมัครเข้าอาศัยในที่อยู่อาศัยประเภทนี้จำนวนกว่า 290,000 คน

(2) บ้านพักดูแลผู้สูงอายุ (養護老人ホーム Yougo Roujin Houmu) เป็นที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านการเงินและ/หรือสภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยเดิมของตน ผู้จัดให้มีที่อยู่อาศัยประเภทนี้ได้แก่ รัฐบาลท้องถิ่น และนิสิตบุคคลประเภทสวัสดิการสังคม การเข้าอยู่อาศัยต้องผ่านการคัดกรองจากรัฐบาลระดับเมือง

(3) Care House (หรือ 軽費老人ホーム Keihi Roujin Houmu) เป็นที่อยู่อาศัยราคาถูกหรือไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (สามีภรรยาเข้าอยู่พร้อมกันได้ โดยคนใดคนหนึ่งอายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่ไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ โดยมีการจัดบริการด้านอาหาร การเตรียมการทำความสะอาด

ร่างกาย การให้คำปรึกษา การส่งเสริมเชิงสังคม ในส่วนที่บริหารจัดการโดยภาครัฐ ปัจจุบันรัฐบาลญี่ปุ่นมีนโยบายไม่สร้างที่อยู่อาศัยประเภทนี้เพิ่มเติมอีกแล้ว แต่อนุญาตให้นิติบุคคลประเภทต่างๆจัดสร้างและดำเนินกิจการได้ นอกจากนั้นยังมีการอนุญาตให้สร้าง Care House ในเมืองราคาประหยัด (ราคาในระดับที่อยู่อาศัยแบบเดียวกันที่ไม่ได้ตั้งอยู่ในเขตเมือง) สำหรับผู้สูงอายุ 20 คน เรียกว่า Care House ในเมือง (都市型軽費老人ホーム หรือ 都市型 Care House)

(4) บ้านพักดูแลผู้สูงอายุแบบมีค่าใช้จ่าย (有料老人ホーム) เป็นที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีการจัดเก็บค่าใช้จ่ายกับผู้เข้าอยู่ โดยมีการจัดบริการด้านอาหาร การช่วยเหลือในการทำความสะอาดร่างกายและการขับถ่าย และบริการเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตประจำวันให้กับผู้สูงอายุ จากข้อมูลล่าสุดในปี ค.ศ. 2015 พบว่า มีบ้านพักดูแลผู้สูงอายุแบบมีค่าใช้จ่ายทั่วประเทศ 10,651 แห่ง โดยมีผู้สูงอายุที่เข้าอยู่ประมาณ 424,828 คน ทั้งนี้จำนวนดังกล่าวจะยังไม่รวมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุแบบมีบริการดูแล

(5) Group Home (グループホーム) เป็นที่อยู่อาศัยร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุที่มีอาการความจำเสื่อม โดยเน้นการอยู่อาศัยกลุ่มเล็ก การสร้างบรรยากาศการอยู่อาศัยใกล้เคียง “บ้าน” และการแลกเปลี่ยนและมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนที่เป็นที่ตั้งของ Group Home นั้นๆ โดยมีการจัดบริการดูแลช่วยเหลือด้านอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายร่วมด้วย

2.6.2 การจัดให้มีอยู่อาศัยโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุตามกฎหมายที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

มาตรการนี้เป็นการสร้างที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และจะมีการจัดบริการเสริมเพื่อสนับสนุนการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในฐานะผู้อยู่อาศัยด้วยโดยภาคเอกชน การขึ้นทะเบียนที่อยู่อาศัยแบบมีการบริการเสริมสำหรับผู้สูงอายุ (サービス付き高齢者向け住宅) นี้อยู่ภายใต้การอนุญาตของผู้ว่าราชการจังหวัด โดยมีมาตรฐานดังนี้ (1) ต้องเป็นที่อยู่อาศัยที่มีพื้นที่อย่างน้อย 25 ตารางเมตรขึ้นไป และมีการก่อสร้างแบบ Barrier Free (เช่น พื้นราบเสมอกัน ไม่มีระดับ มีการติดตั้งราวจับ) (2) มีบริการตรวจสอบว่าอยู่หรือไม่อยู่ภายในห้อง การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลเรื่องอาหาร การทำความสะอาดห้อง การซักรีด (3) ข้อบังคับด้านสัญญา เจ้าของโครงการจะต้องไม่ยกเลิกสัญญาฝ่ายเดียวกรณีที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลระยะยาว และจะต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายอื่นใดนอกจากเงินกินเปล่า ค่าเช่ารายเดือน และค่าใช้จ่ายต่อบริการแต่ละประเภท จากข้อมูลล่าสุดในปี ค.ศ. 2015 พบว่ามีจำนวนที่พักอาศัยประเภทนี้ทั่วประเทศรวมทั้งสิ้น 6,644 อาคาร รวมจำนวนห้องเท่ากับ 217,108 ห้อง

2.6.3 มาตรการด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัย

มาตรการด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างเช่น การกำหนดให้การซ่อมแซมบ้านเพื่อปรับระดับของพื้นภายในบ้านให้เรียบเสมอกัน การติดตั้งราวจับ เป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบการประกันดูแลระยะยาว การเอื้อเฟื้อให้ครัวเรือนพิเศษ (เช่น ครัวเรือนผู้สูงอายุ ครัวเรือนแม่เลี้ยงเดี่ยว ครัวเรือนที่มีผู้พิการทางกายและจิตใจ) ได้เข้าอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยที่สร้างและบริหารจัดการโดยภาครัฐก่อนครัวเรือนประเภทอื่นๆ มาตรการส่งเสริมสนับสนุนการหาที่อยู่ใหม่ในปี ค.ศ. 2017 โดยรัฐบาลกลางออกกฎหมายเพื่อส่งเสริมให้การหาที่อยู่อาศัยใหม่สำหรับผู้สูงอายุ (และครัวเรือนอื่นๆที่มีความต้องการพิเศษ) หาที่อยู่ได้ง่ายขึ้น เช่น การออกกติกาห้ามปฏิเสธผู้เช่า การอุดหนุนการซ่อมแซมปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ/ผู้พิการเป็นต้น

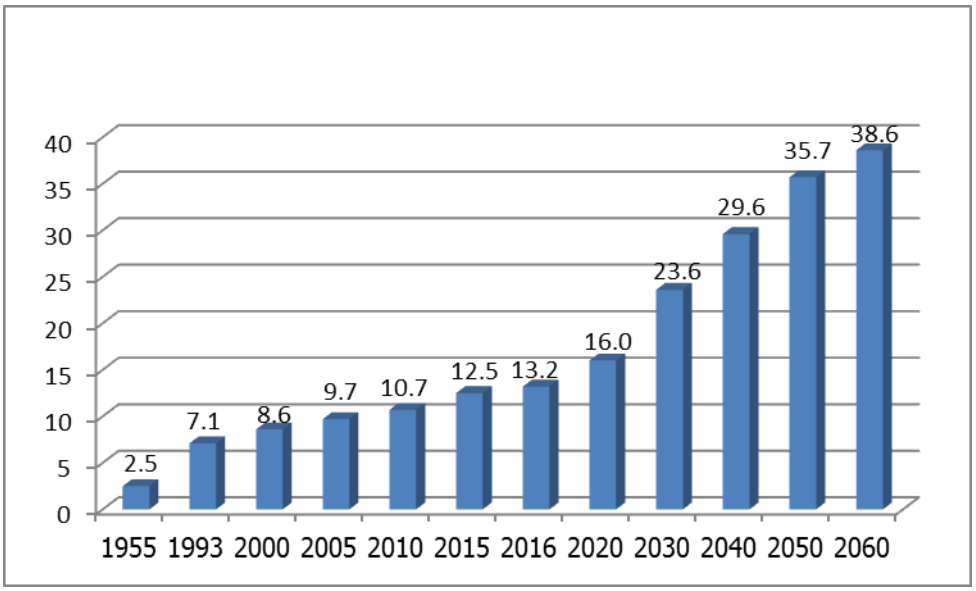
บทที่ 3
สถานการณ์ปัจจุบันและระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในไต้หวัน

3.1 สถานการณ์ทางประชากรของไต้หวัน

3.1.1 สถานการณ์ทางประชากรในภาพรวมของไต้หวัน

ประชากรในประเทศไต้หวันมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญ ในปี 2016 ประเทศไต้หวันมีประชากรรวม 23,540,000 คน เมื่อเทียบกับปี 1955 ซึ่งมีจำนวนประชากรเพียง 9,078,000 คน แม้จำนวนประชากรจะเพิ่มมากขึ้น แต่คนวัยทำงานก็มีอายุมากขึ้นและเข้าสู่กลุ่มของประชากรสูงวัย ทำให้ประเทศไต้หวันได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยไปแล้วตั้งแต่ปี 1993 โดยจำนวนประชากรสูงวัยหรือผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปในปี 1993 คิดเป็นร้อยละ 7.1 มาในปี 2016 ประเทศไต้หวันมีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 13.2 ซึ่งเพิ่มขึ้นมาจากปี 1993 ถึง ร้อยละ 6.1ในขณะที่คนวัยทำงานนั้นเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.7 ตั้งแต่ปี 1993 ถึงปี 2016 เป็นผลทำให้อัตราส่วนระหว่างคนวัยทำงานต่อผู้สูงอายุ 1 คน ลดลงอย่างมีนัยยะสำคัญ โดยในปี 1993 มีคนวัยทำงาน 9.5 คน ต่อผู้สูงอายุ 1 คน เมื่อเทียบกับปี 2016 ที่มีคนวัยทำงาน 5.6 คน ต่อผู้สูงอายุ 1 คน (Taiwan Statistical Data Book 2017)

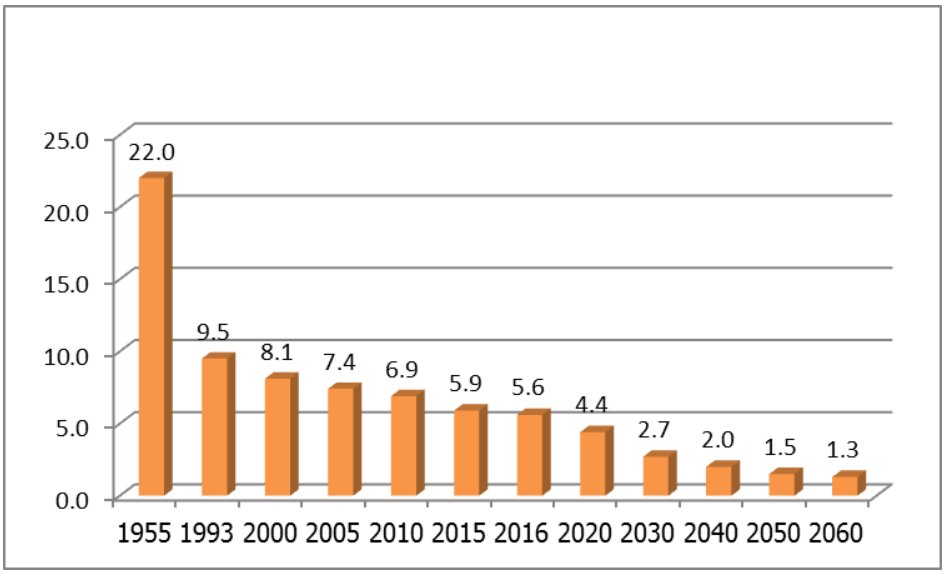
รูปภาพที่ 3-1: ร้อยละของผู้สูงวัยที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปในไต้หวัน



แหล่งที่มา: Taiwan Statistical Data Book 2017

เมื่อดูจากแนวโน้มของจำนวนประชากรของไต้หวัน อาจจจะคาดการณ์ได้ว่าในอีก 44 ปีข้างหน้าหรือในปี 2060 ประเทศไต้หวันจะมีจำนวนประชากรรวม 18,602,000 คน เนื่องจากอัตราการเกิดที่ลดลง และคนวัยทำงานได้ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38.6 ในขณะที่คนวัยทำงานจะเหลืออยู่เพียงร้อยละ 51.8 เป็นผลให้จำนวนคนวัยทำงานต่อผู้สูงอายุ 1 คน ลดลงเหลือ 1.3 คนเท่านั้น (Population projection for Taiwan: 2016-2060 Medium Variant National Development Council)

รูปภาพที่ 3-2: อัตราส่วนประชากรวัยทำงานต่อผู้สูงอายุ 1 คนในไต้หวัน



แหล่งที่มา: Taiwan Statistical Data Book 2017

ปัจจัยที่ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุในไต้หวันเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากประชากรในประเทศไต้หวันมีอายุที่ยืนยาวขึ้น โดยในปี 1961 ชาวไต้หวันเพศชายมีอายุประมาณ 62.64 ปี และเพศหญิงมีอายุประมาณ 67.18 ปี ในปี 2015 เพศชายมีอายุขัยประมาณ 77.01 ปี ส่วนเพศหญิงมีอายุขัยประมาณ 83.62 ปี ซึ่งแต่ละเพศมีอายุที่ยืนยาวขึ้นถึง 15 ปี โดยประมาณ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งทางด้านโภชนาการ ความรู้ทางด้านสาธารณะสุข และความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่สามารถทำให้ชาวไต้หวันมีอายุที่ยืนยาวขึ้น (Taiwan Statistical Data Book 2017)

นอกจากนี้ อัตราการเกิด และ Total Fertility Rate ยังลดลงอีกด้วย โดยในปี 1955 อัตราการเกิดของประชากรไต้หวัน คือ 404,000 คน คิดเป็นร้อยละ 4.53 เทียบกับในปี 2016 ซึ่งเหลือ208,000 คน คิดเป็น

ร้อยละ 0.89 (Taiwan Statistical Data Book 2017) ในส่วนของ Total Fertility Rate (TFR) หรือจำนวนเด็กที่เกิดต่อแม่ 1 คนก็มีจำนวนที่ลดลงเช่นกัน โดยในปี 1985 TFR อยู่ที่ 1.9 แต่ในปี 2015 TFR ลดลงเหลือ 1.2 โดยที่มีการคาดการณ์ว่า TFR จะคงที่อยู่ที่ประมาณ 1.2 ไปจนถึงปี 2060 ซึ่งเป็นเหตุผลให้อัตราส่วนระหว่างคนวัยทำงานต่อผู้สูงอายุ 1 คน ลดลงอย่างต่อเนื่อง (Department of Human Resources Development, National Development Council. Sep 2016)

จากปัจจัยที่กล่าวข้างต้นนี้ทำให้เกิดความท้าทายในสังคมสูงวัยของไต้หวันขึ้น ความท้าทายที่เกิดจากสถานการณ์สังคมสูงวัยในประเทศไต้หวัน ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุกประเทศ รวมถึงประเทศไต้หวันที่มีผู้สูงวัยที่อายุ 65 ปีขึ้นไปอยู่ร้อยละ 13.2 ในปี 2016 และคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุจะสูงขึ้นไปถึงร้อยละ 38.6 ในขณะที่ประชากรวัยทำงานจะลดน้อยลง โดยที่ประชากรวัยทำงานคิดเป็นร้อยละ 73.5 ในปี 2016 และคาดว่าจำนวนประชากรวัยทำงานจะลดลงเหลือร้อยละ 51.8 ในปี 2060 ซึ่งทำให้จำนวนประชากรวัยทำงานต่อผู้สูงอายุ 1 คน ลดน้อยลงเหลือ 1.3 คน นั่นหมายความว่าคนวัยทำงานโดยเฉลี่ย 1-2 ต้องดูแลผู้สูงอายุ 1 คนในเรื่องสุขภาพและเงินสนับสนุน เมื่อประชากรวัยทำงานลดน้อยลง การดึงแรงงานจากต่างประเทศเข้ามาช่วยในสายอาชีพต่างๆ จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง รวมถึงอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุด้วย

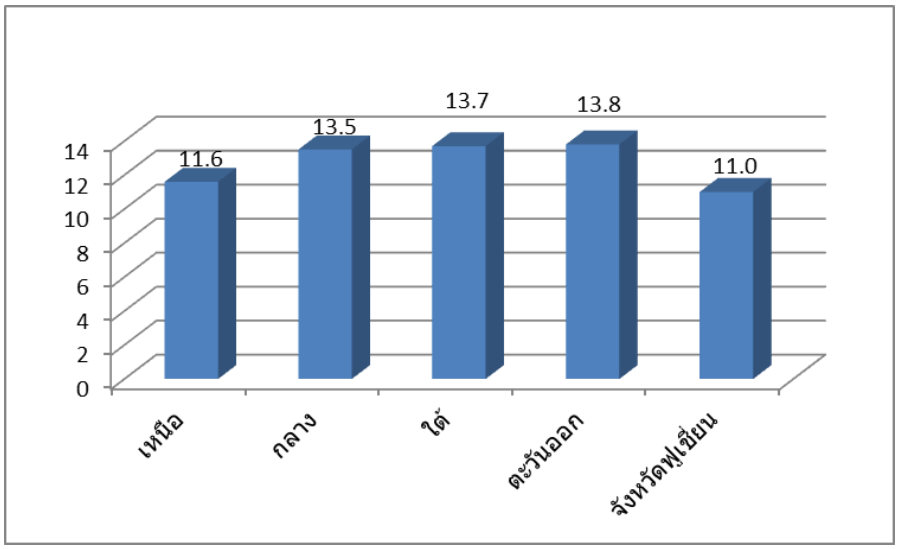
แม้ว่าประเทศไต้หวันจะตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดจากสังคมสูงวัยมานับสิบปีและเตรียมความพร้อมในการรับมือกับประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้น แต่การผลิตบุคลากรทั้งทางแพทย์ พยาบาล รวมถึงผู้ช่วยพยาบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลก็ยังไม่เพียงพอ จึงต้องนำบุคลากรจากต่างประเทศเข้ามาทดแทน ในปี 2004 บุคลากรชาวต่างชาติที่ทำงานในสถานดูแลผู้สูงอายุมีอยู่ร้อยละ 18.7 โดยมีจำนวนมากขึ้นทุกปีจนในปี 2014 บุคลากรชาวต่างชาติที่ทำงานในสถานดูแลผู้สูงอายุมีอยู่ร้อยละ 22.0 (Statistics of General Health and Welfare 2014)

3.1.2 สถานการณ์ทางประชากรในภาพรวมของไต้หวันในมิติพื้นที่

ประเทศไต้หวันสามารถแบ่งเป็นภาคต่างๆ ได้ 4 ภาคคือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออก นอกจากนี้ยังมีส่วนที่เป็นเกาะ 2 เกาะที่แยกส่วนเป็นจังหวัด คือ จังหวัดฟูเชียน ตามข้อมูลจาก Urban and Regional Development Statistics R.O.C. (Taiwan) 2015 ในปี 2014 มีจำนวนประชากรของไต้หวันอยู่ในภาคเหนือร้อยละ 44.9 ภาคกลางร้อยละ 24.7 ภาคใต้ร้อยละ 27.3 ภาคตะวันออกร้อยละ 2.4 และมณฑลฟูเชียนร้อยละ 0.6 ของประชากรทั้งหมด โดยจำนวนประชากรผู้สูงอายุในภาคเหนือคิดเป็น

ร้อยละ 11.6 ภาคกลางร้อยละ 13.5 ภาคใต้ร้อยละ 13.7 ภาคตะวันออก 13.8 และมณฑลฟูเชียนร้อยละ 11.0 ของประชากรในแต่ละภาค

รูปภาพที่ 3-3 ร้อยละของผู้สูงวัยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปในแต่ละภาค



แหล่งที่มา: Taiwan Statistical Data Book 2017

3.1.3 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและการตอบสนองเชิงนโยบายของไต้หวันต่อประเด็นผู้สูงอายุ

ด้านสุขภาพและภาวะพึ่งพา จากข้อมูลของ The Statistics and Trends in Health and Welfare ในปี 2015 พบว่าผู้สูงวัยที่อายุ 65 ปีขึ้นไปเสียชีวิตร้อยละ 70.1 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด สาหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของผู้สูงวัยที่มีอายุ 65-69 ปีในประเทศไต้หวันเสียชีวิต คือ โรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 41.1 โรคเกี่ยวกับหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 10.0 โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 6.9 โรคเกี่ยวกับเส้นเลือดในสมอง คิดเป็นร้อยละ 6.3 และ อุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 4.2 ส่วนสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของผู้สูงวัยที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป คือ โรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 22.7 โรคเกี่ยวกับหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 13.0 โรคปอดบวม คิดเป็นร้อยละ 9.0 โรคเกี่ยวกับเส้นเลือดในสมอง คิดเป็นร้อยละ 7.8 และ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 6.6 (The Statistics and Trends in Health and Welfare 2015)

สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ทางไต้หวันได้มีระบบรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับต่างๆ ตามกำลังความสามารถของผู้สูงอายุผู้นั้น โดยส่วนใหญ่แล้วจะรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือคนที่อายุน้อยกว่า 65 ปี แต่อยู่ในภาวะที่ต้องการพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวัน โดย

สถานบริการมีทั้งการรับดูแลช่วงระหว่างวัน หรือ Day Care Service การเยี่ยมดูแลที่บ้าน หรือ In-home Care Service รวมไปถึงสถานรับดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย หรือ Assisted Residential Care Facility และสถานรับเลี้ยงดูแลระยะยาว หรือ Long-term Care Service (Department of Social Welfare, Taipei City Government)

ด้านอาชีพ จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2016 ประชากรของผู้สูงวัยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่ยังคงมีรายได้ไม่ว่าจากการเป็นลูกจ้าง การลงทุน หรือเงินช่วยเหลือจากรัฐบาล มีจำนวน 2,875,376 คน เมื่อเทียบกับปี 1994 เมื่อประเทศไต้หวันเพิ่งก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยได้ 1 ปี ในปีนั้นมีผู้สูงวัยที่มีรายได้จำนวน 714,840 คน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชากรสูงวัยมีจำนวนเพิ่มขึ้นและจำเป็นจะต้องทำงานต่อเพื่อสร้างรายได้ให้กับตนเอง เมื่อนับจนถึงเดือนตุลาคม 2017 พบว่ามีผู้สูงวัยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีงานทำเป็นจำนวน 275,000 คน คิดเป็นร้อยละ 2.4 ของจำนวนคนที่มีงานทำทั้งหมด ซึ่งผู้สูงวัยเหล่านี้มีส่วนร่วมในกำลังแรงงานอยู่ร้อยละ 8.57 และยังมีผู้สูงวัยร้อยละ 0.11 ที่ไม่ได้ทำงาน (National Statistics R.O.C.)

Daiwa Institute of Research ได้ออกรายงานเกี่ยวกับแนวโน้มการทำงานของผู้สูงอายุในไต้หวันเมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม ปี ค.ศ. 2015 โดยมีความว่า กรณีของไต้หวัน ที่ผ่านมาสัดส่วนการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของประชากรวัยทำงานที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มลดลงอย่างมาก นั่นแสดงให้เห็นถึงการออกจากกำลังแรงงานที่เร็วมากของประชากรไต้หวัน ทั้งนี้ที่ผ่านมาระบบบำนาญของไต้หวันเปิดโอกาสให้รับเงินบำนาญได้ตั้งแต่อายุ 55 ปีหากเงื่อนไขของระยะเวลาทำงานถึงตามที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ดี รัฐบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิรูประบบบำนาญภาครัฐเพื่อรักษาเสถียรภาพของการเงินการคลังบำนาญ โดยมีหลักการ 3 ข้อ ได้แก่ การเรียกเก็บเงินสมทบจากประชากรวัยทำงานเพิ่มขึ้น การลดระดับของเงินบำนาญลง และการเพิ่มอายุรับสิทธิประโยชน์บำนาญ ทั้งนี้มีการกำหนดว่า จากอายุรับบำนาญที่ 60 ปี มีการปรับขึ้นเป็น 61 ปีในปี 2018 และจากนั้นจะปรับขึ้นอีก 1 ปีต่อทุกๆ 2 ปี จนในที่สุดอายุรับเงินบำนาญจะเป็น 65 ปีเมื่อถึงปี 2026 ดังนั้น รัฐบาลไต้หวันมีความจำเป็นจะต้องส่งเสริมการทำงานของทั้งประชากรวัยทำงานสูงอายุและประชากรวัยสูงอายุ แม้ว่าหากพิจารณาจากค่านิยมและธรรมเนียมปฏิบัติของคนไต้หวันที่ว่า เป็นเรื่องสามัญที่ลูกจะต้องดูแลพ่อแม่ยามแก่เฒ่า การปล่อยให้พ่อแม่ต้องทำงานหนักยามชราเป็นเรื่องที่น่าอายสำหรับสังคมไต้หวัน มาตรการที่รัฐบาลไต้หวันใช้ในการขับเคลื่อนการส่งเสริมการทำงานของประชากรวัยทำงานสูงอายุและประชากรวัยสูงอายุ ได้แก่ การจัดทำฐานข้อมูลแรงงานสูงอายุและฐานข้อมูลความต้องการการจ้างงานผู้สูงอายุของบริษัทหรือสถานประกอบการต่างๆ ทั้งนี้รัฐบาลจะให้เงินอุดหนุน 12 เดือนเป็นจำนวนเงิน 12,000 NTD ต่อเดือน หรือ 65 NTD ต่อชั่วโมงแก่นายจ้าง การส่งเสริมการจ้างงานแบบบางเวลาเพื่อให้เหมาะสมกับวัยและการใช้ชีวิต การจัดอบรมเพื่อเพิ่มทักษะให้กับผู้สูงอายุ เป็นต้น

ด้านการอยู่อาศัย ความเป็นอยู่ของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไต้หวันนั้น โดยส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับลูกของตนเอง แต่เมื่อสังคมเปลี่ยนไป ลักษณะครอบครัวที่เปลี่ยนไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมีเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่กับคู่ครองของตนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยในปี 2000 ผู้สูงอายุที่อาศัยกับบุตรมีจำนวนร้อยละ 67.8 ซึ่งลดลงเหลือร้อยละ 61 ในปี 2005 ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยคนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.2 ในปี 2000 เป็นร้อยละ 13.7 ในปี 2005 ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยกับคู่ครองของตนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.1 ในปี 2000 เป็นร้อยละ 22.2 ในปี 2005 (Hsueh and Wang, 2008)

ตารางที่ 3-1: ร้อยละของการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในไต้หวัน

ลักษณะการอยู่อาศัย	ปี		
	2000	2002	2005
อาศัยคนเดียว	9.2	8.5	13.7
อาศัยกับคู่ครอง	15.1	19.5	22.2
อาศัยกับลูก	67.8	63.4	61.0
อื่นๆ	5.6	7.5	3.1

แหล่งที่มา: Hsueh and Wang, 2008

ไต้หวันได้ย่างก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยตั้งแต่แต่ปี ค.ศ. 1993 โดยมีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นร้อยละ 7.1 รัฐบาลไต้หวันคาดการณ์ว่าจะกลายเป็น aged society ในปี 2018 จากการมีประชากรสูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 14 และเป็น super aged society ในปี 2026 เนื่องจากมีประชากรสูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 นอกจากนั้นจำนวนประชากรวัยทำงานได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงจุดสูงสุดในปี 2012 ประมาณ 17.29 ล้านคนและเริ่มมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ ในอดีตปี 1980 เมื่อเปรียบเทียบประชากรวัยสูงอายุกับประชากรวัยทำงาน Potential Support Ratio อยู่ที่ระดับ 14.8 หรือไต้หวันมีประชากรวัยทำงาน 14.8 คนต่อประชากรผู้สูงอายุ 1 คน แต่ในปี 2016 อัตราส่วนดังกล่าวลดลงเป็น 5.6 และคาดว่าจะลดลงเป็น 1.3 ในปี 2060 (National Development Council, 2016)[4]

[4] Department of Human Resources Development, Natoinal Development Council, Population Projections for Republic of China (Taiwan): 2016-2060, September 2016.

สาเหตุที่สำคัญอย่างยิ่งของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรของไต้หวันสู่ super-aged society ดังที่กล่าวข้างต้น คือการลดลงของภาวะสมรสและอัตราการเจริญพันธุ์รวม ดังรายละเอียดในตารางที่ 3-2 ยกตัวอย่างเช่น อายุเฉลี่ยแรกสมรสของสตรีเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจาก 23.0 ปีในปี 1976 เป็น 26.7 ปีในกลางทศวรรษ 1990 และเป็นเกือบ 30 ปีในปัจจุบัน สัดส่วนของสตรีที่แต่งงานในภาพรวมก็มีแนวโน้มลดลง ในกลุ่มช่วงอายุ 15-24 ปี สัดส่วนของสตรีที่แต่งงานในปัจจุบันมีเพียงไม่ถึงร้อยละ 3 ทั้งๆที่เกือบ 40 ปีที่แล้วสูงถึงเกือบๆหนึ่งในสี่ ขณะเดียวกันในกลุ่มช่วงอายุ 25-34 ปี ก็มีแนวโน้มเช่นเดียวกัน สัดส่วนสตรีที่แต่งงานลดลงจากร้อยละ 86.4 ในปี 1976 ลงเหลือเพียงร้อยละ 37.9 ในปี 37.9 ผลจากการแต่งงานช้าลงส่งผลให้อายุเฉลี่ยของสตรีที่มีบุตรคนแรกเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจนเลย 30 ปีแล้วในปัจจุบัน และอัตราการเจริญพันธุ์รวมหรือ TFR ลดลงจากประมาณ 3 เมื่อ 40 ปีก่อนลงเหลือ 1.2 ในปัจจุบันเช่นเดียวกัน เหตุผลสำคัญคงมาจากหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลให้เกิดการขยายตัวของการศึกษาและโอกาสในการทำงาน หริอทัศนคติด้านการมองคุณค่าของครอบครัว แนวทางการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไป (National Development Council, 2016)

ตารางที่ 3-2: สถานการณ์ภาวะสมรสและอัตราการเจริญพันธุ์ของไต้หวัน

Year	Median Age at 1st Marriage of Women (yrs)	Percentage of Currently Married Women to Total Women (%)			Average Age at Birth of 1st Child	TFR
		Total	15-24	25-34		
1976	23.0	59.8	23.4	86.4	22.8	3.1
1996	26.7	56.5	10.7	68.2	26.2	1.8
2014	29.6	43.2	2.4	39.5	30.5	1.2
2015	29.7	42.8	2.4	38.7	30.6	1.2
2016	29.7	42.5	2.5	37.9	30.7	1.2

Source: Demographic Fact Book of Republic of Taiwan, Ministry of Interior, referred in Department of Human Resources Development, National Development Council, Population Projections for Republic of China (Taiwan): 2016-2060, September 2016.

การเตรียมการเชิงนโยบายรองรับการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุของไต้หวัน ที่สำคัญเช่น การออกกฎหมาย Act of Welfare for Older Adults ในปี 1980 (แก้ไข 1997) ซึ่งนับว่าเป็นความพยายามของรัฐบาลครั้งแรกในการกล่าวถึงผู้สูงอายุหรือสังคมสูงวัยโดย Department of Social Welfare, Ministry

of Interior (Lin Y.Y. and C.S. Huang, 2015)[5] Intensive Elderly Care Service Project ในปี 1998 เป็นการส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เช่น บริการดูแลที่บ้าน ศูนย์ดูแลระหว่างวัน (day-care centers) รวมไปถึงแผนการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุและบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ การออกแนวทางและแผนปฏิบัติชื่อ Guideline and Action Plan for Service Industry Development 2004 สำหรับการส่งเสริมการบริการดูแลและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ และอุตสาหกรรมบริการอื่นที่เกี่ยวข้องรวมถึง การขนส่งและการเดินทาง การท่องเที่ยว ทรัสต์ การบันเทิงและนันทนาการ และการประกัน (Wen J.H)[6] ในปี 2008 รัฐบาลโดย Ministry of Interior ก็ได้เอกสารเชิงนโยบาย White Paper of Population Policy: Policies for Pronatal, Aging and Migration (Lin Y.Y. and C.S. Huang, 2015)

การรับมือด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ไต้หวันมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 ซึ่งการันตีการเขาถึงบริการสุขภาพของประชาชนทุกคนรวมทั้งผู้สูงอายุ รวมถึงด้านการตรวจสุขภาพและการป้องกันโรคด้วย หลังจากนั้นในปี 2007 เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงจากโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ Bureau of Health Promotion, Department of Health ของไต้หวันได้เริ่มมาตรการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมี Regional Health Care Centers เป็นฐานในการผลักดันประเด็นส่งเสริมสุขภาพด้าน การออกกำลังกาย การป้องกันการล้ม การกินอาหารอย่างมีสุขภาพ การดูแลช่องปาก การควบคุมการสูบบุหรี่ การส่งเสริมสุขภาพจิต การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม การส่งเสริมการป้องกันโรค และการตรวจสุขภาพ โดยมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (Wang H.H. and S.F. Tsay, 2012)[7]

แต่เดิมสำหรับครอบครัวไต้หวันแล้ว การดูแลผู้สูงอายุถือว่าเป็นหน้าที่ของครอบครัว แต่หากครอบครัวมีอุปสรรคใดๆในการดูแล ครอบครัวอาจจะจ้างผู้ดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่เป็นแรงงานต่างชาติชาวเวียดนามหรืออินโดนีเซียมาช่วยดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในขณะเดียวกันความต้องการบริการดูแลระยะยาวจากผู้ให้บริการนอกครอบครัวที่เป็นทางการในไต้หวันก็มีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รัฐบาลได้จัดทำแผน 10 ปีการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ ในปี 2007 ซึ่งเป็นแผนระหว่างปี 2007-2016 เพื่อส่งเสริมการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ ปัจจุบัน รัฐบาลได้จัดทำแผน 10 ปีการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุต่อเนื่องอีก ซึ่งเป็นแผนระหว่างปี 2017-2026 ซึ่งเป็นความพยายามสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ อย่างไรก็ตามมีความพยายาม

[5] Lin Y.Y. and C.S. Huang (2015), Aging in Taiwan: Building a Society for Active Aging and Aging in Place, The Gerontologist 56(2), 176-183.

[6] Wen J.H., Community Care Services for Older People in Taiwan.

[7] Wang H.H. and S.F. Tsay (2012), Elderly and Long Term Care Trends and Policy in Taiwan: Challenges and Opportunities for Health Care Professionals, Kaohsiung Journal of Medical Sciences 28, 465-469.

ที่จะผลักดันให้เกิดระบบการประกันการดูแลระยะยาว แต่ด้วยเหตุผลทางการเมืองปัจจุบันมีแนวทางเกิดขึ้นแต่การผลักดันกฎหมายยังไม่ประสบความสำเร็จ

3.2 สถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาด้านผู้สูงอายุในกรุงไทเป

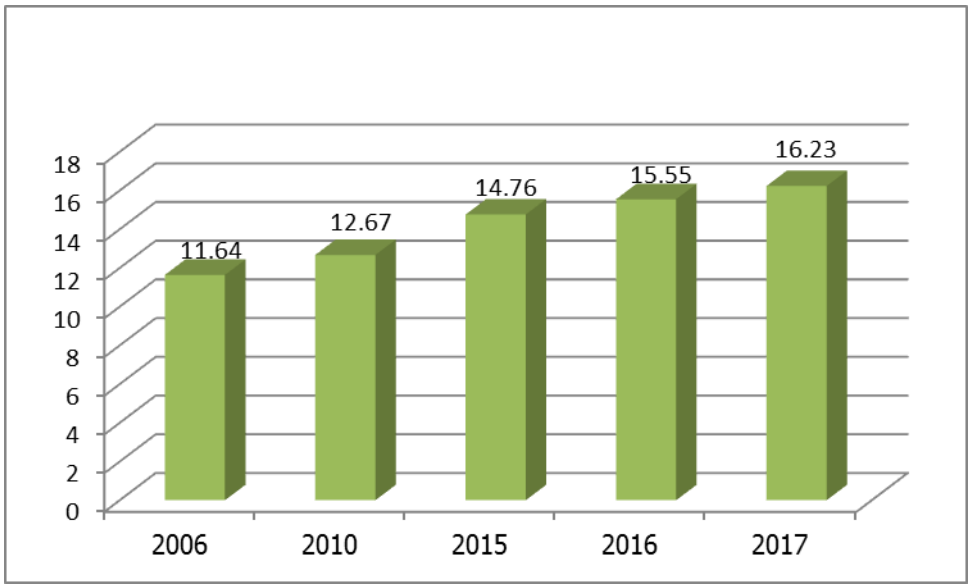
อัตราส่วนของประชากรผู้สูงอายุในไทเปเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญเช่นเดียวกับภาพรวมของทั้งประเทศ โดยในปี 2006 ประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 11.64 โดยในปี 2017 ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นไปถึงร้อยละ 16.23 ของประชากรทั้งหมดในไทเป ซึ่งหมายความว่ามีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.6 นับตั้งแต่ปี 2006 ในขณะที่ประชากรวัยทำงานมีจำนวนลดลงจากร้อยละ 71.86 ในปี 2006 เหลือร้อยละ 69.98 ในปี 2017 ซึ่งเป็นผลให้อัตราส่วนของประชากรวัยทำงานต่อผู้สูงอายุ 1 คนลดลงจาก 6.2 คน ในปี 2006 เหลือเพียง 4.3 คน ในปี 2017 (Department of Civil Affairs, Taipei City Government)

การดูแลผู้สูงอายุในไทเป

ไทเปมีการจัดการดูแลผู้สูงอายุด้วยการดูแลทั้งที่บ้านของผู้สูงอายุเองและจัดให้มีสถานดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการพิจารณาการรับการดูแลนั้นจะต้องเป็นผู้ที่ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในไทเปและมีอายุ 65 ปีขึ้นไป ถ้าผู้สูงอายุมีอาการของโรคความจำเสื่อมหรือทุพลภาพ อาจจะได้รับการพิจารณาตั้งแต่อายุ 55 ปี การเยี่ยมบ้านนั้นนอกจากจะช่วยในเรื่องการดูแลรักษาแล้ว ยังเป็นการตรวจดูความปลอดภัยและให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ รวมถึงสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย

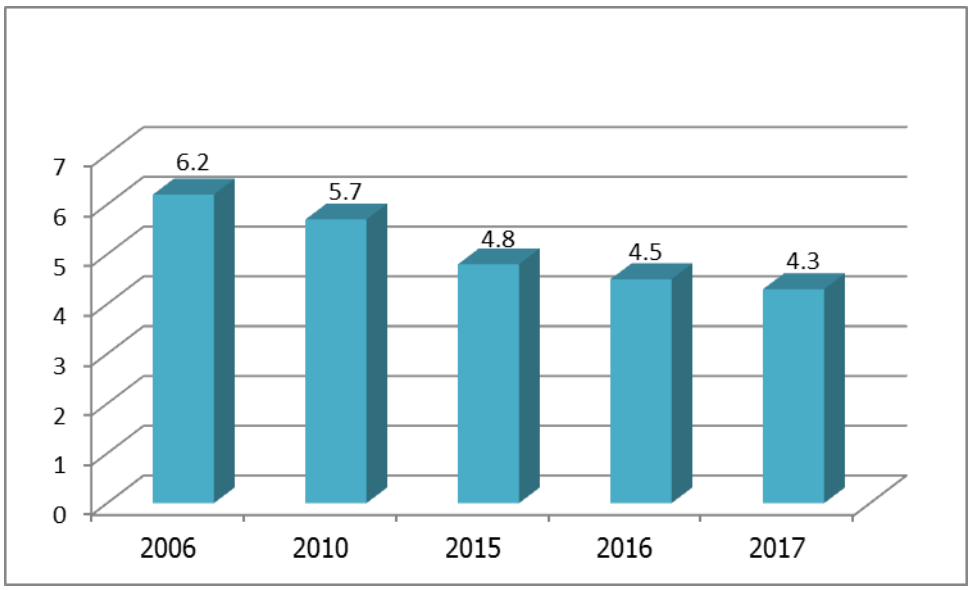
นอกจากการดูแลทางด้านสุขภาพแล้ว ทางรัฐบาลของไทเปยังมีการให้สวัสดิการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุอีกด้วย เช่น การโดยสารรถประจำทางและรถไฟใต้ดินโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ส่วนลดการเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการหรือการอบรบโครงการต่างๆ เป็นต้น และยังมีโปรแกรมที่ให้ผู้สูงอายุสามารถเป็นอาสาสมัครในด้านต่างๆ ซึ่งให้ข้อมูลข่าวสารด้านต่างๆ แก่ผู้อื่นหรือผู้สูงอายุด้วยกันเองทางโทรศัพท์

รูปภาพที่ 3-4: ร้อยละของผู้สูงวัยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปในไทเป



แหล่งที่มา: Department of Civil Affairs, Taipei City Government

รูปภาพที่ 3-5: อัตราส่วนของประชากรวัยทำงานต่อผู้สูงอายุ 1 คนในไทเป



แหล่งที่มา: Department of Civil Affairs, Taipei City Government

จากการสัมภาษณ์ Prof Hsiu-Mei Chuang, Soochow University (วันที่ 15 ตุลาคม 2561 เวลา 9.00 – 12.00 น.) ปัญหาของผู้สูงอายุในเมืองและชนบทมีความแตกต่างกัน ผู้สูงอายุในชนบทโดยเฉพาะในแถบจังหวัด Nantou, Chiayi, และ Yunlin จะมีสัดส่วนสูงกว่าพื้นที่อื่น เนื่องจากประชากรวัยทำงานย้ายไปทำงานในเมือง จำนวนของสถานดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทยังมีจำนวนน้อยและคุณภาพที่ไม่ดีนักเมื่อเทียบกับสถานดูแลผู้สูงอายุในสังคมเมือง บุตรหลานที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อื่นจ้างแรงงานข้ามชาติมาดูแลที่บ้าน และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชนบทไม่ต้องการย้ายไปอยู่ในสถานดูแลเพราะไม่อยากรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ สถานดูแลผู้สูงอายุในเขตชนบทนั้นยังไม่ได้รับการพัฒนาให้มีความพร้อมทั้งด้านจำนวนและคุณภาพ ในฐานะนักวิชาการ มีความคาดหวังว่าทางรัฐบาลจะเข้ามามีบทบาทในการพัฒนา Community based care สำหรับผู้สูงอายุให้มากขึ้นในเขตพื้นที่ชนบท

อย่างไรก็ตาม กรณีของผู้สูงอายุในเมืองใหญ่ดังเช่น กรุงไทเป ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะหลักประกันด้านรายได้ในยามชราภาพ ผู้สูงอายุยังประสบปัญหาทางด้านการเงินเนื่องจากเป็นผู้ไม่มีรายได้ โดยผู้สูงอายุในสังคมเมืองจะประสบปัญหามากกว่าเพราะค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า และเงินบำนาญจาก Old age allowance ที่เสนอโดยประธานาธิบดี Lee Teng-Hui จากพรรค Kuamintang (KMT) ในปี 1995 นั้นมีความแตกต่างกันมาก โดยผู้สูงอายุทั่วไปจะได้รับเงินจำนวน 3,500 NTD ต่อคนต่อเดือน ในขณะที่กลุ่มชาวนาซึ่งมักจะอยู่ในเขตจะได้รับ 7,250 NTD ต่อคนต่อเดือน

กรณีของผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในเขตเมืองนั้น จากการสัมภาษณ์ Prof Chen-Fen Chen, Chinese Culture University (วันที่ 17 ตุลาคม 2561 เวลา 11.45 – 14.00 น.) ทราบว่า โดยปกติแล้วผู้จัดบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุในไต้หวัน จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ได้แก่ For-profit organization และ Non-profit organization (หรือ NPO) NPO มีอยู่หลายประเภท อาจอยู่ในรูปแบบของ Social welfare, medical, หรือ religious ซึ่งสิ่งต้องทำคือต้องขึ้นทะเบียนกับรัฐบาลเท่านั้นเพื่อให้ได้เงินสนับสนุนจากรัฐบาล โดยขึ้นทะเบียนได้ 2 ทาง ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ คือ ขึ้นทะเบียนกับรัฐบาลท้องถิ่น (Local government) จะกลายเป็นองค์กรระดับท้องถิ่น (Local Foundation) ซึ่งจะจัดบริการได้เฉพาะพื้นที่ โดยรัฐบาลท้องถิ่นจะเข้ามาตรวจสอบทุกๆ 1 – 3 ปี หรือ ขึ้นทะเบียนกับรัฐบาลกลาง (Central government) จะกลายเป็นองค์กรระดับชาติ (National Foundation) ตัวอย่างของ National foundation คือ Eden Social Welfare Foundation ที่ให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีความทุพพลภาพ ซึ่งจะเปิดให้บริการได้เป็นการทั่วไป การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในเขตเมืองโดย NPO เป็นรูปแบบที่นิยม แต่มีความท้าทาย เช่น NPO จะถูกตรวจสอบอย่างละเอียดจากทางรัฐบาลผู้ให้เงินสนับสนุน ไม่ว่าจะเป็นจำนวนอัตราจ้างพนักงาน อัตราการกำหนดเงินเดือน รวมถึงคุณภาพของพนักงาน ดังนั้น NPO ไม่สามารถที่จะรักษากำลังคนไว้ได้ แต่ในขณะเดียวกัน NPO ไม่ต้องเสียภาษีใดๆ ปัจจุบัน FPO เริ่มเข้ามามีบทบาทในเมืองมากขึ้นเนื่องจากมีความต้องการมากขึ้น จึงเกิดการ

แข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ ซึ่งมีการเปิดให้เช่าสถานที่ใน Taipei city ที่ถูกกว่าราคาตลาด เป็นการปิดช่องทางของ NPO ในเมือง ซึ่งเป็นไปได้ว่าในอนาคต NPO อาจจะต้องบริหารจัดการในพื้นที่ชนบท ส่วน FPO มาเน้นบทบาทในเมือง แหล่งรายได้มีจำกัดโดยมักจะมาจากผู้รับบริการและเงินสนับสนุนจากรัฐบาล นอกจากนั้น Prof Chen-Fen Chen, Chinese Culture University ยังให้ความเห็นว่า บทบาทของ FPO กำลังจะมีแนวโน้มขยายตัวต่อไปในอนาคตทั้งในเขตเมืองใหญ่อย่างเช่น กรุงไทเป หรือเขตชนบท เพราะรัฐบาลระดับท้องถิ่นมีความจำเป็นต้องแสวงหาคู่ภาคีในการร่วมมือจัดบริการให้กับผู้สูงอายุที่มีความต้องการที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

3.3 ระบบสนับสนุนด้านเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุของไต้หวัน

3.3.1 ระบบบำนาญภาครัฐของไต้หวัน

ไต้หวันมีระบบบำนาญสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม โดยที่ระบบบำนาญจะแบ่งออกเป็น 2 ระบบใหญ่ ได้แก่ ระบบบำนาญสำหรับกลุ่มอาชีพ และระบบบำนาญสำหรับประชาชนทั่วไป ระบบบำนาญสำหรับกลุ่มอาชีพจะมีระบบบำนาญแยกออกไปสำหรับกลุ่มทหาร ข้าราชการ ครูและบุคลากรทางการศึกษา และลูกจ้างในสถานประกอบการเอกชน (ที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป) ส่วนระบบบำนาญสำหรับประชาชนทั่วไปจะเป็นระบบบำนาญเพื่อประชาชนที่ประกอบธุรกิจส่วนตัว เกษตรกร และกลุ่มอื่นๆที่เหลือ (โดยกำหนดให้ผู้มีอายุ 25 ปีขึ้นไปเข้าสู่ระบบ) รายละเอียดของแต่ละระบบมีดังตารางต่อไปนี้

จากตารางที่ 3-3 จะเห็นได้ว่า ระบบบำนาญของไต้หวันโดยหลักการจะใช้ระบบการประกันสังคม (Social Insurance) ผู้รับประโยชน์จะต้องมีส่วนร่วมจ่าย โดยที่การกำหนดอัตราเงินสมทบจะใกล้เคียงกัน แต่การกระจายภาระมีความแตกต่างกัน กรณีของทหารและข้าราชการ ซึ่งรัฐบาลมีบทบาทเป็นนายจ้างอยู่ด้วย รัฐบาลจะรับภาระสูงกว่า ในกรณีของลูกจ้างในสถานประกอบการภาคเอกชน นายจ้างจะรับภาระมากกว่า ในส่วนของประชาชนกลุ่มอื่น ไม่ว่าจะเป็นเกษตรกรหรือผู้ประกอบการธุรกิจส่วนตัว ซึ่งรัฐบาลอาจจะไม่สามารถติดตามรายได้ได้ทุกหน่วยต่างจากกรณีของลูกจ้าง ระบบบำนาญจัดเก็บเงินสมทบเป็นเงินก้อน โดยอิงจากรายได้มาตรฐาน ทั้งนี้กรณีของระบบบำนาญสำหรับประชาชนทั่วไป ชาวต่างชาติที่เข้ามาทำงานก็สามารถเข้าร่วมเป็นสมาชิกได้

ตารางที่ 3-3: ภาพรวมระบบบำนาญของไต้หวัน

กลุ่มเป้าหมาย	เงินสมทบ		เงื่อนไขการรับและสิทธิประโยชน์
	อัตราเงินสมทบ	การแบ่งภาระเงินสมทบ	
ทหาร	8% ของค่าจ้างรายเดือน	เจ้าตัว 35% รัฐบาล 65%	ได้รับในรูปแบบของเงินก้อน กรณีทำงานไม่ถึง 5 ปี ได้ 5 เท่าของเงินเดือน กรณีทำงาน 5 ปีขึ้นไป 5-45 เท่าของเงินเดือน
ข้าราชการ	8.83% ของค่าจ้างรายเดือน	เจ้าตัว 35% รัฐบาล 65%	จ่ายให้กับผู้ที่ทำงานมา 15 ปีขึ้นไปและมีอายุไม่ต่ำกว่า 55 ปี โดยได้รับทั้งเงินก้อนและเงินบำนาญรายเดือน เงินก้อน สูงสุด 42 เท่าของเงินเดือน (ขึ้นกับระยะเวลาการทำงาน เงินบำนาญรายเดือน คำนวณจากสูตร (เงินเดือนเฉลี่ย 10 ปีก่อนออกจากงาน x ระยะเวลาการเป็นสมาชิก x สัมประสิทธิ์ปรับค่า (ปกติจะใช้ตัวเลข 0.75%))
ครูและบุคลากรการศึกษา	8.83% ของค่าจ้างรายเดือน	เจ้าตัว 35% รัฐบาล 32.5% เจ้าของกิจการ 32.5% (กรณี รร รัฐบาล เหมือนข้าราชการ)	เหมือนกรณีของข้าราชการ
ลูกจ้างภาคเอกชน	9% ของค่าจ้างรายเดือน	เจ้าตัว 20% รัฐบาล 10% เจ้าของกิจการ 70%	จ่ายให้กับผู้ที่ทำงานมา 15 ปีขึ้นไปและมีอายุ 60 ปีขึ้นไป หากทำงานต่ำกว่า 15 ปีได้รับเงินก้อนเท่านั้น เงินบำนาญรายเดือนมีสูตรคำนวณ 2 สูตรดังนี้ โดยผู้รับจะได้เงินบำนาญตามสูตรที่ให้มากกว่า 1. (เงินเดือนมาตรฐานเฉลี่ย x ระยะเวลาการเป็นสมาชิก x 0.775%) + 3000 หยวน ทั้งนี้ เงินเดือนมาตรฐานเฉลี่ยจะพิจารณาจากเงินเดือนเฉลี่ยของเงินเดือนที่สูงที่สุด 60 เดือนระหว่างที่ทำงาน 2. (เงินเดือนมาตรฐานเฉลี่ย x ระยะเวลาการเป็นสมาชิก x 1.55%)
ประชาชนทั่วไป	จ่ายเงินสมทบแบบคงที่ 8% ของ 18,282 ไต้หวันดอลล่าร์	เจ้าตัว 60% รัฐบาล 40% (ผู้มีรายได้น้อย รัฐบาลจ่าย)	จ่ายให้กับผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เงินบำนาญรายเดือนมีสูตรคำนวณ 2 สูตรดังนี้ โดยผู้รับจะได้เงินบำนาญตามสูตรที่ให้มากกว่า 1. (ระยะเวลาที่จ่ายเงินสมทบ x ระยะเวลาการเป็นสมาชิก x 0.65%) + 3,000 หยวน 2. (ระยะเวลาที่จ่ายเงินสมทบ x ระยะเวลาการเป็นสมาชิก x 1.3%)

หมายเหตุ สรุปจาก Negishi Tadashi (2017), Pension System in Taiwan, Pension and Economy Volume 35 (1), 106-108.

3.4 ระบบสนับสนุนด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุของไต้หวัน

3.4.1 ระบบหลักประกันสุขภาพของไต้หวัน

ระบบหลักประกันสุขภาพของไต้หวันเป็นระบบถ้วนหน้าครอบคลุมประชาชนทุกคน (รวมถึงแรงงานต่างชาติที่ได้รับอนุญาตให้อยู่อาศัยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป)โดยมีหน่วยงานภายใต้ Ministry of Health and Welfare ชื่อว่า National Health Insurance Administration เป็นผู้ประกัน (insurer) เป็นรายเดียว ผู้ประกันตนภายใต้ระบบนี้จะแบ่งออกเป็น 6 กลุ่มตามอาชีพและสถานะการทำงานเป็นหลัก โดยแต่ละกลุ่มจะแบกรับภาระเงินสมทบหรือเบี้ยประกันแตกต่างกัน แต่ได้รับสิทธิประโยชน์เหมือนกัน ประชาชนที่ตกอยู่ในสภาพด้อยโอกาส (เช่น ผู้มีรายได้น้อย) จัดอยู่ภายใต้ระบบนี้ด้วยเช่นกัน ดังรายละเอียดในตารางที่....

ตารางที่ 3-4: อัตราเงินสมทบของกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มของระบบหลักประกันสุขภาพ

กลุ่มที่	กลุ่มเป้าหมาย	เงินสมทบของเจ้าตัว
1	ข้าราชการ ทหาร พนักงานในบริษัทเอกชน	ค่าจ้างมาตรฐาน x อัตราเงินสมทบ (4.69%) x สัดส่วนการแบกภาระของเจ้าตัวที่กำหนด x (1 + จำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 3 คน) กรณีพนักงานในบริษัทเอกชน 30% ที่เหลือรัฐบาลรับภาระ
2	ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัว (ไม่มีลูกจ้าง)	
3	ชาวนา ชาวประมง	
4	ทหารเกณฑ์ ผู้ปฏิบัติงานแทนการเกณฑ์ทหาร นักโทษ	รัฐบาลรับผิดชอบเงินสมทบทั้งก้อน 1,759 หยวน
5	ผู้ได้รับสวัสดิการการสงเคราะห์	
6	ทหารปลดประจำการและครอบครัว ประชาชนกลุ่มอื่นๆ	อัตราเงินสมทบเฉลี่ย (1,249 หยวน) คิดตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว (1 + จำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 3 คน) ทั้งนี้รัฐบาลรับผิดชอบภาระบางส่วน

หมายเหตุ: มีการจัดเก็บเบี้ยประกันจากรายได้ประเภทอื่นๆด้วย ได้แก่ โบนัส (ส่วนที่เกิน 4 เดือนขึ้นไป) เงินปันผล ดอกเบี้ย ในอัตราร้อยละ 1.91

สิทธิประโยชน์ที่ประชาชนกลุ่มต่างๆจะได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพ เช่น การตรวจรักษาทางการแพทย์ การรักษาฟัน การรักษาแพทย์แผนจีน การพยาบาลแบบเยี่ยมบ้าน (ไม่เกินเดือนละ 2 ครั้ง) การคลอดบุตร เป็นต้น ทั้งนี้ระบบหลักประกันสุขภาพของไต้หวันมีการเรียกเก็บเงิน ณ ที่จ่ายด้วย กรณีคนไข้นอกเรียกเก็บเป็นก้อน โดยที่จำนวนเงินจะแตกต่างกันไปตามประเภทของโรงพยาบาล กรณีคนไข้ใน เรียกเก็บเป็นสัดส่วนของค่าใช้จ่าย (ประมาณร้อยละ 5-30 ตามกลุ่มอาการและระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล) กรณีการพยาบาลแบบเยี่ยมบ้าน เรียกเก็บร้อยละ 5 อย่างไรก็ตามมีการกำหนดการลดหย่อนการเรียกเก็บเงิน ณ ที่จ่าย

เช่น กรณีการรักษาในเขตชนบทที่สูง/เกาะที่ห่างไกล การคลอดบุตร การรักษาพยาบาลเด็กที่อายุต่ำกว่า 3 ปี เป็นต้น) แหล่งที่มาของเงินของระบบหลักประกันสุขภาพของไต้หวัน นอกจากเงินสมทบจากเจ้าตัว นายจ้าง และรัฐบาล รวมถึงการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ณ ที่จ่ายแล้ว ยังมีแหล่งรายได้จาก รายได้จากล็อตเตอรี่ และภาษีสวัสดิการและสุขภาพ (โดยเรียกเก็บอัตราเพิ่มเติมจากบุหรี่)

3.4.2 ระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

หลังจากที่ไต้หวันเข้าสู่สังคมสูงวัยในปี 1993 สังคมไต้หวันเผชิญปัญหาสำคัญคือ การขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุ สาเหตุสำคัญเนื่องมาจาก สัดส่วนของผู้หญิงที่ออกมาทำงานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังมากขึ้น ครอบครัวที่มี 3 รุ่นมีแนวโน้มที่ลดลง รัฐบาลเริ่มเปิดทางให้กับผู้ดูแลชาวต่างชาติเข้ามาดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลในสถาบันก็ยังมีแนวโน้มขาดแคลนเพราะแรงงานข้ามชาติยังไม่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในสถานดูแลผู้สูงอายุ นอกจากการพึ่งพาผู้ดูแลชาวต่างชาติ ภายใต้สถานการณ์ดังกล่าวพรรคการเมืองสำคัญของไต้หวัน 2 พรรคซึ่งได้แก่ Democrat Progression Party (DPP) และ Kuomintang (KMT) มีความพยายามที่จะเสนอทางออกของการดูแลผู้สูงอายุให้กับสังคมไต้หวัน พรรค DPP ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างเครือข่ายผู้ดูแล/ผู้จัดบริการดูแลผู้สูงอายุภายในพื้นที่ให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น ขณะที่พรรค KMT พยายามจะให้มีการสร้างระบบการประกันการดูแลระยะยาว หรือ Long-term Care Insurance System เปิดโอกาสให้มีการใช้ระบบตลาดเข้ามามีบทบาทในด้านการดูแลให้มากขึ้น (จากการสัมภาษณ์ Prof Chen-Fen Chen, Chinese Culture University วันที่ 17 ตุลาคม 2561 เวลา 11.45 – 14.00 น.)

อันที่จริงพัฒนาการของการสร้างระบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาของไต้หวันเริ่มต้นตั้งแต่ทศวรรษ 1980 โดยเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care) ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากการดูแลแบบ Community Care ของฮ่องกงและสหราชอาณาจักร เมื่อเข้าสู่ช่วงทศวรรษ 1990 ในปี 1993 รัฐบาลเริ่มส่งเสริมให้แรงงานข้ามชาติได้เข้ามาให้บริการการดูแลผู้สูงอายุเป็นครั้งแรก และยังได้มีการส่งเสริมการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุแบบเยี่ยมบ้าน (Home visit service) มากขึ้นโดยยึดหลักการ Aging in place จนวันสุดท้ายของชีวิต และเน้น Hospice care มากขึ้น มาตรการในช่วงแรกเริ่มทำในเขตเมืองใหญ่โดยรัฐบาลของเมืองอย่างเช่นกรุงไทเปและเมืองเกาสงก่อน โดยรูปแบบการดำเนินการเป็นแบบการทำสัญญาการให้บริการระหว่างรัฐบาลเมืองกับภาคเอกชน/องค์กรไม่แสวงหากำไร ในช่วงเวลาดังกล่าวจึงเกิดมีสถานจัดบริการดูแลผู้สูงอายุเกิดขึ้นมากมาย เมื่อเข้าสู่ทศวรรษ 2000 ประธานาธิบดี Chen Shui-Bian จากพรรค Democrat Progressive Party (DPP) ได้วางแผนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 10 ปี เวอร์ชั่นที่ 1 โดยเริ่มดำเนินการในปี 2007

โดยให้มีการรวบรวมรูปแบบการดูแลที่มีจำนวนมากและหลากหลายไว้ในระบบเดียวกัน (ดังที่จะกล่าวต่อไป) โดยให้รัฐบาลกลางเป็นผู้วางกฎกติกาและกำกับติดตาม และให้รัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงาน (จากการสัมภาษณ์ Prof Hsiu-Mei Chuang, Soochow University วันที่ 15 ตุลาคม 2561 เวลา 9.00 – 12.00 น.) อย่างไรก็ตามในช่วงที่ประธานาธิบดี Ma Ying-Jeou จากพรรค KMT ได้ขึ้นมาเป็นประธานาธิบดีระหว่างปี 2008-2016 และพยายามที่จะผ่านร่างกฎหมาย Long-term Care Insurance System แต่ก็ยังไม่เป็นผลสำเร็จ จนปัจจุบันประธานาธิบดีได้เปลี่ยนมาเป็นตัวแทนจากพรรค DPP อีกครั้ง และได้มีการวางแผนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 10 ปี เวอร์ชั่นที่ 2 ต่อจากเวอร์ชั่นแรกที่จบลงในปี 2016 (จากการสัมภาษณ์ Prof Chen-Fen Chen, Chinese Culture University)

แต่เดิมสำหรับครอบครัวไต้หวันแล้ว การดูแลผู้สูงอายุถือว่าเป็นหน้าที่ของครอบครัว แต่หากครอบครัวมีอุปสรรคใดๆในการดูแล ครอบครัวอาจจะจ้างผู้ดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่เป็นแรงงานต่างชาติชาวเวียดนามหรืออินโดนีเซียมาช่วยดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Omori et al., 2016)[8] ในขณะเดียวกันความต้องการบริการดูแลระยะยาวจากผู้ให้บริการนอกครอบครัวที่เป็นทางการในไต้หวันก็มีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุสำคัญเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากร ครอบครัว และลักษณะการอยู่อาศัย ในปี ค.ศ. 2007 รัฐบาลได้เสนอโครงการที่เรียกว่า The 10-Year Long-term Care Project (LTCP) โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ “ to establish a long-term care system to guarantee suitable services for the mentally and physically disabled to improve independent living ability, promote quality of life, and maintain dignity and autonomy” โดยมีขอบเขตของการให้บริการดูแลอันประกอบด้วย daily care services, home nursing, home and community-based rehabilitation, respite care, meal services, reimbursement and rental of medical auxiliaries/equipment, transportation services and long-term care institution services (อ้างใน Wang H.H. and S.F. Tsay, 2012 หน้า 446) ลักษณะเด่นประการหนึ่งของไต้หวันในการผลักดันมาตรการการดูแลระยาวในครั้งนี้คือ การให้มีการอุดหนุนเงินสำหรับการดูแลโดยครอบครัวอีกด้วย จนถึงสิ้นปี 2010 มีผู้สูงอายุเข้ารับบริการประมาณ 60,000 คน ในการจัดบริการดังกล่าวในเบื้องต้น ระบบมีหน่วยงานที่เรียกว่า Long-term Care Management Center (LTCMC) เป็นศูนย์กลางของการบริหารจัดการระดับพื้นที่ ที่ LTCMC จะมีบุคลากรด้านการดูแล ได้แก่ care supervisor care manager อย่างน้อย 1 คนในแต่ละศูนย์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้แก่ พยาบาล social worker physical therapists

[8] Omori H., Asato W., Rin T. and I. Yamazaki (2016), *Taiwan no Koureisha Kaigo Fukushi Shisetsu no Genjyou to Kadai – Kachikan to Kaigo Sabisu Roudouryoku ni Shouten wo Atete-* , Fukushi Kyouiku Kaihatsu Sentaa Kiyou 13, 57-68.

เภสัชกร นักโภชนาการ นักจิตวิทยาที่มีวุฒิปริญญาตรีและประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 2 ปี โดย LTCMC จะทำงานเป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ให้บริการดูแลประเภทต่างๆ

ระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพากรณีของไต้หวันในปัจจุบันมีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นระบบการดูแลที่มีการประเมินภาวะการพึ่งพาก่อนรับบริการจากระบบ โดยรัฐบาลใช้ทรัพยากรจากภาษีอากรเป็นแหล่งเงินหลัก อีกทั้งระบบการดูแลระยะยาวของไต้หวันเป็นระบบผสมที่จัดให้มีทั้งบริการในรูปแบบต่างๆ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา และการให้เงินอุดหนุนกับครอบครัวที่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา นอกจากนั้นยังเป็นระบบทางเลือกให้ครอบครัวที่ที่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาว่าจะเลือกใช้ระบบการดูแลระยะยาวหรือการจ้างผู้ดูแลชาวต่างประเทศมาดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ครอบครัวจะไม่สามารถรับบริการทั้งสองประเภทพร้อมๆกันได้

ระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพากรณีของไต้หวันในปัจจุบันอยู่บนพื้นฐานของกฎหมาย 2 ฉบับได้แก่ กฎหมายสวัสดิการผู้สูงอายุ และแผน 10 ปีการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ ซึ่งกำหนดให้รัฐบาลใช้แหล่งเงินจากภาษีอากรมาใช้ในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายของระบบฯนี้ประกอบด้วยประชากร 3 กลุ่มได้แก่ ประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) ประชากรชนพื้นเมืองที่มีอายุระหว่าง 55-64 ปี และประชากรกลุ่มผู้พิการที่มีอายุ 50-64 ปีขึ้นไป ประชากรที่จัดอยู่ในกลุ่มเป้าหมายและต้องการรับบริการดูแลจะต้องเข้ารับการประเมินศักยภาพในการใช้ชีวิตประจำวันจากรัฐบาล กรณีเมืองใหญ่ รับการประเมินจากรัฐบาลของเมืองนั้น เช่น รัฐบาลกรุงไทเป เป็นต้น หรือศูนย์บริหารจัดการการดูแลระยะยาวของจังหวัด หรือ Long-term Care Management Center (LTCMC) โดยผลการประเมินจะแบ่งผู้สูงอายุที่มารับการประเมินและจำเป็นต้องได้รับการดูแลออกเป็น 3 ระดับได้แก่ มีภาวะพึ่งพาระดับสูง (จำเป็นต้องได้รับการดูแล 90 ชั่วโมงต่อเดือน) มีภาวะพึ่งพาระดับปานกลาง (จำเป็นต้องได้รับการดูแล 50 ชั่วโมงต่อเดือน) และมีภาวะพึ่งพาระดับต่ำ (จำเป็นต้องได้รับการดูแล 25 ชั่วโมงต่อเดือน) เมื่อได้รับการประเมินแล้ว จะมีการจัดทำแผนการดูแลของแต่ละบุคคล care plan โดยผู้จัดการการดูแลหรือ care manager

ทั้งนี้หน้าที่ของศูนย์บริหารจัดการการดูแลระยะยาว นอกจากการประเมินผู้สูงอายุเพื่อดูระดับความพึ่งพาและการจัดทำ care plan สำหรับผู้สูงอายุนั้น ยังมีหน้าที่ในการตรวจสอบคุณภาพของบริการที่ผู้สูงอายุได้รับ และการให้คำปรึกษากับผู้สูงอายุและครอบครัว ปัญหาที่ผ่านมาของระบบดังกล่าวก็คือ Care manager ในศูนย์บริหารจัดการการดูแลระยะยาว ต้องทำหน้าที่ประเมินผู้สูงอายุและติดตามทั้งหมดด้วยตนเองประมาณกว่า 5,000 รายต่อเดือน โดยที่ไม่สามารถหา Care manager มาเพิ่มได้ เนื่องจากว่าช่วงที่ประธานาธิบดีจาก

พรรค KMT บริหารประเทศ ไม่ให้การสนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากร เพราะไม่ใช่นโยบายของ KMT แต่เป็นนโยบายของ DPP (จากการสัมภาษณ์ Prof Chen-Fen Chen, Chinese Culture University)

ตารางที่ 3-5: สรุปบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาของไต้หวันและอัตราการแบกภาระของผู้รับบริการ

ประเภทของบริการ	เพดานของการช่วยเหลือ/เงื่อนไขการรับบริการ	อัตราการแบกรับภาระ/ระดับการช่วยเหลือ		
		ผู้มีรายได้น้อย	ผู้มีรายได้ปานกลาง	ผู้รับบริการทั่วไป
ดูแลที่บ้าน	-	ร้อยละ 0	ร้อยละ 10	ร้อยละ 30
ดูแลในชุมชน	-	ร้อยละ 0	ร้อยละ 10	ร้อยละ 30
ดูแลในสถาบัน	-	ร้อยละ 0	รับภาระเต็ม	รับภาระเต็ม
การจัดสรรอุปกรณ์สำหรับดูแล	เพดานสูงสุด 1 แสน NTD ภายในระยะเวลา 10 ปี	ร้อยละ 0	ร้อยละ 10	ร้อยละ 30
การซ่อมแซมที่อยู่อาศัย		ร้อยละ 0	ร้อยละ 10	ร้อยละ 30
บริการจัดส่งอาหาร	เงินช่วยเหลือ 50 NTD ต่อครั้ง วันละ 1 ครั้ง	ร้อยละ 0	ร้อยละ 10	รับภาระเต็ม
บริการเคลื่อนย้าย	เงินช่วยเหลือ 190 NTD ต่อการเดินทางไปกลับ 1 รอบ การเดินทางไปกลับ เดือนละไม่เกิน 8 รอบ	ร้อยละ 0	ร้อยละ 10	ร้อยละ 30
เงินอุดหนุนผู้ดูแลที่บ้าน	เฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระดับสูงและมีรายได้น้อย ผู้ดูแลอาศัยอยู่ด้วยและไม่ได้ทำงาน	5,000 NTD ต่อเดือน	รัฐบาลไม่อุดหนุน	รัฐบาลไม่อุดหนุน

หมายเหตุ: ผู้มีรายได้น้อย หมายถึงผู้มีรายได้ไม่ถึง 1.5 เท่าของระดับค่าใช้จ่ายมาตรฐานขั้นต่ำ ผู้มีรายได้ปานกลาง หมายถึงผู้มีรายได้ระหว่าง 1.5-2.5 เท่าของระดับค่าใช้จ่ายมาตรฐานขั้นต่ำ และผู้รับบริการทั่วไป หมายถึงผู้ที่ไม่ใช่ผู้มีรายได้น้อยหรือผู้มีรายได้ปานกลาง

แหล่งที่มา: Kojima (2015)

บริการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาที่ผ่านการประเมินจะได้รับมีทั้งหมด 8 ประเภท ได้แก่ การดูแลที่บ้าน (เช่น การเยี่ยมบ้าน) การดูแลในชุมชน (เช่น การดูแลในสถานรับดูแลรายวัน การค้างคืนระยะสั้นในสถานดูแลในชุมชน) การดูแลในสถาบัน การจัดสรรอุปกรณ์สำหรับดูแล การซ่อมแซมที่อยู่อาศัย บริการจัดส่งอาหาร

บริการเคลื่อนย้าย (การเดินทาง) และเงินอุดหนุนผู้ดูแลที่บ้าน ทั้งนี้ผู้ที่รับบริการจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายตามที่รัฐบาลกำหนด ทั้งนี้รัฐบาลได้จัดแบ่งระดับของอัตราการแบกภาระค่าใช้จ่ายตามระดับรายได้ของผู้รับบริการ และมีการกำหนดเพดานของการอุดหนุนโดยรัฐบาลสำหรับบริการบางประเภท ดังตารางที่ 3-5

ปัจจุบันรัฐบาลไต้หวันได้พยายามออก Long-term Care Services Act ตั้งแต่ปี 2015 โดยพยายามผลักดัน The Long Term Care Plan 2.0 เพื่อบูรณาการแบบองค์รวม (Holistic Approach) ระหว่างบริการดูแล บริการรักษาพยาบาล และกิจกรรมขององค์กรในชุมชน และดึงผู้ให้บริการการบริการต่างๆที่อยู่ในพื้นที่เพื่อตอบโจทย์ Aging in Place และความจำเป็นของผู้สูงอายุในระดับชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดระบบการดูและแบบบูรณาการที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปลอดภัยและลดภาวะพึ่งพาในบ้านหรือชุมชนของตนเองไม่ขึ้นกับอายุ ภาวะพึ่งพาและศักยภาพ หรือระดับรายได้ (Taiwan Today, March 1, 2017)[9] เมื่อเริ่มในเดือนกันยายน ปี 2016 โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี ซึ่งเป็นการขยายผลจาก version แรกในปี 2007 โดยขยายความครอบคลุมไปยังกลุ่มผู้ทุพพลภาพที่มีอายุต่ำกว่า 49 ปี ผู้ที่มีอาการสมองเสื่อมขั้นแรกๆที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ชนกลุ่มน้อยในชนบทที่ทุพพลภาพที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาอายุ 65 ปีขึ้นไป การผลักดันสู่ The Long Term Care Plan 2.0 ในปี 2017 มีการดำเนินการทดลองในเมืองใหญ่และเมืองเล็กกว่า 20 เมือง แผนฯ 10 ปี เวอร์ชั่น 2.0 นี้มีวัตถุประสงค์หลัก 4 ข้อ คือเพิ่มชนิดของการบริการจาก 8 ประเภทเป็น 17 ประเภท เพิ่มระบบ ABC Community Care เข้ามา ปรับปรุงงานบริการหลายด้านไปในทางที่สร้างสรรค์ และเพิ่มป้องกันโรคที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นผู้ refer ผู้สูงอายุสู่ pilot center เพื่อรับบริการดูแลต่างๆที่เกี่ยวข้องโดยได้รับการอุดหนุนบางส่วนหรือทั้งหมดจากรัฐบาล ขึ้นอยู่กับฐานะทางการเงินของผู้สูงอายุและครอบครัว รัฐบาลโดย Social and Family Affairs Administration (SFAA) Ministry of Health and Welfare (MOHW) คาดการณ์ว่าจะมีผู้เข้าข่ายรับบริการจากระบบนี้ประมาณ 738,000 คน ในการดำเนินการเพื่อการบูรณาการดังกล่าว รัฐบาลพยายามส่งเสริมให้มีการจัดตั้ง long-term care centers ทั่วประเทศ ทั้งนี้รัฐบาลได้จัดแบ่งประเภทของผู้ให้บริการออกเป็น 3 กลุ่ม (tiers) ได้แก่

กลุ่มที่ 1 (Tier A) เป็นกลุ่มเรือธงที่เป็นสถานบริการที่สามารถจัดบริการแบบบูรณาการระดับชุมชน (พื้นที่) ได้ รัฐบาลพยายามส่งเสริมให้มีสถานบริการกลุ่มนี้อย่างน้อย 1 แห่งหรือมากกว่าในทุกๆเมืองในไต้หวัน ขึ้นกับขนาดของประชากรในแต่ละเมือง สถานบริการกลุ่มนี้จะเป็นสถานที่แรกที่ผู้สูงอายุและ/หรือครอบครัวจะทำการติดต่อเพื่อใช้บริการและตรวจประเมินความจำเป็น กลุ่ม A จะทำหน้าที่ผู้นำ และเป็นศูนย์กลางของ

[9] Kastner, J. (2017), Aging in Place, Taiwan Today, March 1, 2017. (http://www.taiwantoday.tw)

ทุกอย่างในระบบ สามารถให้บริการที่ B และ C สามารถให้ได้ ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาล, Preventive Care Center

กลุ่มที่ 2 (Tier B) เป็นสถานบริการซึ่งจะสร้าง 1 แห่งในทุกๆเขตโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น มีหน้าที่จัดบริการเฉพาะอย่างให้กับผู้สูงอายุ มีการเปรียบเทียบว่าสถานบริการกลุ่มนี้เทียบได้กับร้านเฉพาะทาง กลุ่ม B จะเป็นผู้ให้บริการดูแลด้านต่างๆ เช่น Home services, day care

กลุ่มที่ 3 (Tier C) เป็นสถานบริการที่เล็กที่สุดและอยู่ใกล้ผู้สูงอายุและครอบครัวมากที่สุด โดยรัฐบาลมีแผนที่จะสร้างสถานบริการในลักษณะนี้ 1 แห่งต่อ 1-3 wards

ทั้งนี้สถานบริการกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 จะเป็นสถานบริการเฉพาะที่ให้บริการเฉพาะเรื่อง เช่น การปรับปรุงบ้าน การดูแลระหว่างวัน การส่งอาหาร การแนะนำด้านโภชนาการ การฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย และการเดินทาง ในระหว่างช่วงการทดลองนี้ รัฐบาลเริ่มต้นจากสถานบริการกลุ่มที่ 1 17 แห่ง กลุ่มที่ 2 44 แห่ง และกลุ่มที่ 3 85 แห่ง เพื่อเพิ่มการใช้ประโยชน์จากระบบทดลองนี้ให้กว้างขวางขึ้น สิ่งที่ต้องดำเนินการควบคู่กันไป ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ และการสร้างบุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุมืออาชีพให้มีเพิ่มมากขึ้นโดยการขยายโอกาสการทำงานทั้งคนรุ่นใหม่และแรงงานต่างชาติ (Taiwan Today, March 1, 2017) อย่างไรก็ดี ผู้เชี่ยวชาญมีความกังวลว่า การให้บริการของ A และ B มีลักษณะที่คล้ายกันอาจจะทำให้เกิดการแข่งขันกันเองในเครือข่าย A จะทำหน้าที่เป็นกลางได้อย่างไรในการป้อนผู้สูงอายุให้กับผู้ให้บริการในระดับ B และ C นอกจากนั้น บทบาทของกลุ่ม C ที่ถูกคาดหวังจะไม่ใช่การเน้นที่การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา แต่จะเน้นการสนับสนุนการมีส่วนร่วมทางสังคม รวมทั้งส่งเสริม active ageing (จากการสัมภาษณ์ Prof Hsiu-Mei Chuang, Soochow University)

ในช่วงที่ผ่านมาก่อนที่จะมี The Long Term Care Plan 2.0 ในปี 2017 หลังจากการผลักดันและการขยายตัวด้าน Long-term Care Services มาสักระยะหนึ่งแล้ว รัฐบาลไต้หวันภายใต้การนำของประธานาธิบดี Ma Ying-Jeou จาก KMT มีความพยายามที่จะผลักดันกฎหมาย Long-term Care Insurance Act อีกด้วย ทั้งนี้แนวทางการดำเนินการด้านการประกันการดูแลระยะยาวของไต้หวันสรุปได้ดังตารางที่..... อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังไม่มีการผลักดันจนสำเร็จ ผู้เชี่ยวชาญมองกว่า แนวคิด Long-term care public insurance ยังใหม่เกินไปสำหรับสังคมไต้หวัน ประชาชนยังไม่สามารถเข้าใจกับระบบนี้ได้ นอกจากนี้เงินสมทบบางส่วนมาจากการร่วมจ่ายของนายจ้าง ซึ่งนายจ้างเองก็ยังไม่เข้าใจกับระบบนี้เท่าที่ควร ซึ่งจะเป็นการดีกว่าถ้าทำความเข้าใจกับระบบประกันนี้ก่อน นอกจากนี้ ระบบเงินประกันอาจจะยังไม่จำเป็น ณ ขณะนี้

เพราะประชากรผู้สูงอายุในปัจจุบันยังอยู่ที่ร้อยละ 13 (จากการสัมภาษณ์ Prof Hsiu-Mei Chuang, Soochow University)

ตารางที่ 2-16 ภาพรวมของระบบการประกันระยะยาวของไต้หวันที่มีการวางแผนไว้

ผู้ประกัน	National Health Insurance (หน่วยงานเดียวกับการประกันสุขภาพ)	
ผู้ประกันตน	ประชาชนทุกคน ชาวต่างประเทศที่อาศัยอยู่นานกว่า 6 เดือนขึ้นไป	
การประเมินความจำเป็น	ก่อนรับบริการต้องรับการประเมิน ทั้งนี้จะมีการประเมินเฉพาะโดยคอมพิวเตอร์ ไม่มีการประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์	
การบริการแผนการดูแล	ในขั้นตอนการประเมินความจำเป็น จะมีการจัดทำแผนการดูแล หรือ Care Plan ไปพร้อมกัน	
แหล่งที่มาของเงิน	รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตน	
เบี้ยประกัน	คำนวณและจัดเก็บเบี้ยประกันตามรายได้ของผู้ประกันตน แบ่งภาระการจ่ายเบี้ยประกันโดย 3 ฝ่าย รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตน เก็บเบี้ยประกันเพิ่มจากรายได้ทรัพย์สิน	
การร่วมจ่ายค่าบริการ	15% ของค่าบริการเมื่อมีการใช้บริการ มีการลดภาระค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีรายได้น้อย	
บริการที่ได้รับ	สะท้อนตามความจำเป็นขึ้นอยู่กับ แผนการดูแล หรือ Care Plan บริการมี 3 ลักษณะได้แก่ บริการดูแลที่บ้าน บริการดูแลในชุมชน และบริการดูแลในสถาบัน โดยบริการจัดแบ่งออกเป็น 14 ประเภทได้แก่	
	1. การดูแลร่างกาย 2. การดูแลชีวิตประจำวัน 3. การเยี่ยมเยียน 4. การพยาบาลแบบเยี่ยมบ้าน 5. การฟื้นฟู (rehabilitation) 6. อุปกรณ์ 7. การปรับปรุงบ้าน	8. การเดินทาง/เคลื่อนย้าย 9. Respite Care 10. การฝึกฝนการดูแล 11. การให้บริการข้อมูล 12. การถามสารทุกข์สุกดิบ 13. Care giver allowance 14. บริการอื่นๆ
บริการนอกเหนือจากบริการที่มีสิทธิได้รับ	ค่าอาหารและค่าพักอาศัย (Hotel Cost) ในกรณีที่รับบริการในสถาบัน ค่าเอกสารรับรอง บริการที่ประกันสุขภาพครอบคลุมอยู่แล้ว	
ลักษณะการจ่าย	ใช้วิธีการจ่ายหลายรูปแบบ (เช่น จ่ายต่อวัน / จ่ายต่อครั้ง เป็นต้น)	
ผู้ให้บริการที่สามารถใช้สิทธิรับบริการดูแลระยะยาวภายใต้ระบบประกันฯ	ผู้ให้บริการที่ผ่านการประเมินโดย Department of Health and Welfare	

แหล่งที่มา: สรุปจาก Deloitte (2016) สถานการณ์ปัจจุบันของตลาดบริการดูและและแนวโน้มการเริ่มการประกันดูแลระยะยาวในไต้หวัน

3.4.3 การดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลชาวต่างชาติ

นอกจากทางเลือกการเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาวดังที่กล่าวข้างต้นแล้ว กรณีของไต้หวัน ครอบครัวมีทางเลือกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโดยการเลือกการจ้างผู้ดูแลชาวต่างชาติ ถ้าหากครอบครัวเลือกแนวทางนี้แล้ว ก็จะไม่สามารถรับการดูแลภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาได้

จากการสัมภาษณ์ Prof Hsiu-Mei Chuang (Soochow University) ทำให้เห็นภาพของปัญหาในปัจจุบันของการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลชาวต่างชาติดังนี้ ไต้หวันประสบปัญหาขาดแคลนคนดูแลผู้สูงอายุมาตั้งแต่เข้าสู่สังคมสูงวัยหรือปี 1993 รัฐบาลได้พยายามหาหนทางเพิ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุแต่ในแง่ของจำนวนยังไม่เพียงพอ สาเหตุที่มีปัญหาขาดแคลนผู้ดูแลเนื่องมาจากว่างานดูแลผู้สูงอายุถูกพิจารณาโดยสังคมไต้หวันเองว่าเป็นงานประเภท 3D คือ อันตราย สกปรก และยากลำบาก และยังได้ค่าแรงค่อนข้างต่ำ โดยเงินเดือนอยู่ที่ประมาณ 28,000 NTD ซึ่งไม่ต่างกับนักศึกษาจบใหม่ที่ได้รับเงินเดือนประมาณ 28,000 – 30,000 NTD คนไต้หวันไม่ต้องการทำงานดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเพราะเป็นงานที่ต้องดูแลตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ถ้าผู้ดูแลเป็นคนไต้หวันที่ต้องดูแล 24 ชั่วโมง ค่าจ้างจะสูงถึง 60,000 NTD ต่อคนต่อเดือน ดังนั้นทางเลือกของการใช้ผู้ดูแลชาวต่างชาติจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในสภาพการณ์ดังกล่าว แรงงานข้ามชาติจึงเป็นกำลังสำคัญที่ช่วยปัญหาเรื่องการขาดแคลนผู้ดูแลในไต้หวัน และมีความสำคัญอย่างมากในครัวเรือน การจ้างแรงงานต่างชาติจะถูกมาก โดยผู้ดูแลจะได้เงินเดือนประมาณ 18,000 NTD

นับตั้งแต่ปี 1992 รัฐบาลไต้หวันอนุญาตให้ครอบครัวสามารถจ้างผู้ดูแลชาวต่างชาติมาดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้ โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวสามารถประกาศหาคนและจ้างงานผู้ดูแลชาวต่างชาติมาทำการดังกล่าวได้ภายใต้กฎหมายที่เรียกว่า “กฎหมายบริการการทำงาน” (就業服務法) ซึ่งเป็นกฎหมายที่อนุญาตมห้มีการนำเข้าแรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานในอุตสาหกรรมหรือธุรกิจบางประเภท เช่น อุตสาหกรรมการผลิต อุตสาหกรรมก่อสร้าง โดยมีจุดยืนว่าต้องพิจารณาไม่ให้เกิดผลกระทบต่อสภาวะการทำงานของชาวไต้หวัน ไปพร้อมกับผลกระทบต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสังคมในภาพรวม ทั้งนี้การจ้างผู้ดูแลชาวต่างชาติมาดูแลผู้สูงอายุดำเนินการภายใต้หลักคิดนี้เช่นกัน

ขั้นตอนของการจ้างผู้ดูแลชาวต่างชาติ จะเริ่มต้นจากความพยายามจ้างผู้ดูแลชาวไต้หวันมาดูแลก่อน หากไม่สามารถหาผู้ดูแลชาวไต้หวันได้ ครอบครัวของผู้สูงอายุสามารถลงทะเบียนเพื่อขออนุญาตหาผู้ดูแลชาวต่างชาติ และหากได้รับการอนุมัติ ก็จะได้รับ “ใบอนุญาตหาผู้ดูแลชาวต่างชาติ” ทั้งนี้การหาผู้ดูแลชาวต่างชาติอาจจะหาจากภายในไต้หวันหรือหาจากต่างประเทศก็ได้ เมื่อครอบครัวของผู้สูงอายุสามารถหาผู้ดูแลชาวต่างชาติได้แล้ว จะต้องดำเนินการลงทะเบียนเพื่อขอจ้างงานในลำดับถัดไป ทั้งนี้จะต้องมีการตรวจ

สุขภาพของผู้ดูแลชาวต่างชาติ และครอบครัวจะต้องจ่ายค่าธรรมเนียมจำนวนหนึ่งให้กับรัฐบาลทุกเดือน (ประมาณ 600-2,000 NTD ขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว) ทั้งนี้เงินจำนวนดังกล่าวก็จะถูกนำไปใช้ประโยชน์เพื่อส่งเสริมการทำงานและเพิ่มสวัสดิการของผู้ใช้แรงงาน และใช้ในงานราชการด้านการบริหารจัดการการจ้างแรงงานต่างด้าวของไต้หวัน ทั้งนี้ ระยะเวลาในการอนุญาตให้ผู้ดูแลชาวต่างชาติมาดูแลผู้สูงอายุที่บ้านคือ 3 ปี และสามารถขอขยายระยะเวลาได้มากที่สุดถึง 12 ปี เงินเดือนของผู้ดูแลชาวต่างชาติจะไม่ขึ้นอยู่กับค่าจ้างขั้นต่ำ ทั้งนี้ใน Kojima (2015) ได้แสดงข้อมูลให้เห็นว่า ค่าจ้างเฉลี่ยของผู้ดูแลชาวต่างชาติเมื่อปี 2014 จะอยู่ที่ประมาณ 18,115 NTD ต่อเดือน ซึ่งน้อยกว่าเงินเดือนขั้นต่ำของไต้หวัน ประมาณ 19,273 NTD ต่อเดือน หรือค่าจ้างเฉลี่ย 47,300 NTD ดังนั้นการจ้างผู้ดูแลชาวต่างชาติจึงเป็นที่นิยมในไต้หวัน เพราะสามารถจ้างแรงงานมาดูแลที่บ้านตลอด 24 ชั่วโมงได้ในราคาถูกกว่ามาก

อย่างไรก็ดี ข้อเสียของการจ้างผู้ดูแลชาวต่างชาติ ที่สำคัญคือ ไม่สามารถควบคุมคุณภาพการดูแลได้ และในบางครั้งถ้ามีการกระทำอะไรที่ผิดพลาดก็อาจจะไม่รายงานให้นายจ้างทราบ แต่หลังจากที่มีกฎหมาย LTC Act เกิดขึ้นในปี 2015 ทางรัฐบาลกลางได้จัดสรรงบประมาณให้กับ city government เพื่อจัดอบรมให้กับแรงงานข้ามชาติให้เพิ่มพูนทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆเพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลชาวต่างชาติ (จากการสัมภาษณ์ Prof Chen-Fen Chen, Chinese Culture University)

ปัจจุบัน ผู้ดูแลชาวต่างชาติมีจำนวนกว่า 2 แสนคน ส่วนใหญ่มาจากอินโดนีเซีย รองลงมาคือ ฟิลิปปินส์ และเวียดนาม ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์ Prof Hsiu-Mei Chuang (Soochow University) พบว่าปัจจุบันมีแรงงานต่างชาติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในประเทศไต้หวันอยู่เป็นจำนวน 253,679 คน โดยในจำนวนนี้มีผู้ที่ทำงานใน facility อยู่จำนวน 15,030 คน เมื่อดูตามเชื้อชาติแล้ว มีผู้ดูแลชาวอินโดนีเซีย 191,048 คน ชาวฟิลิปปินส์ 31,178 คน ชาวเวียดนาม 27,400 คน และชาวไทย 531 คนอย่างไรก็ตาม แม้จะมีแรงงานข้ามชาติเข้ามาช่วย แต่ไต้หวันก็ยังขาดแคลนผู้ดูแล เพราะมีผู้สูงอายุถึงกว่า 400,000 คนที่ต้องการผู้ดูแล

บทที่ 4
บทเรียนจากระบบสนับสนุนผู้สูงอายุในเขตเมือง: กรณีมหานครโตเกียวและกรุงไทเป

4.1 ตัวอย่างระบบสนับสนุนผู้สูงอายุในเขตเมือง: กรณีมหานครโตเกียว

4.1.1 สถานดูแลผู้สูงอายุแบบเอนกประสงค์ขนาดเล็ก Musashi

ในช่วงที่ผ่านมา เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในระดับเมืองได้อย่างเพียงพอ และเพื่อส่งเสริมการบูรณาการบริการดูแลผู้สูงอายุประเภทต่างๆเข้าไว้ด้วยกันที่จุดเดียว จึงมีการส่งเสริมให้มีการจัดตั้งสถานดูแลผู้สูงอายุแบบเอนกประสงค์ขนาดเล็ก (Shoukibo Takinou Shisetu) ในเขตเมืองให้มีมากขึ้น สถานดูแลผู้สูงอายุแบบเอนกประสงค์ขนาดเล็กเป็นการบูรณาการการจัดบริการเยี่ยมบ้าน การดูแลรายวัน (daycare) และการดูแลแบบค้างคืนเข้าไว้ในในสถานดูแลเดียวกัน จุดแข็งของการดำเนินการในรูปแบบนี้ก็คือ ผู้สูงอายุที่ถูกประเมินว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนในการดำรงชีวิตประจำวันหรือการดูแลสามารถเลือกใช้บริการผสมผสานระหว่างบริการดูแลประเภทต่างๆได้ และรับบริการจากผู้ดูแลกลุ่มเดิมแม้บริการจะเปลี่ยนไป ทำให้ผู้สูงอายุอุ่นใจเนื่องจากมีความคุ้นเคย รัฐบาลญี่ปุ่นได้อนุญาตให้รัฐบาลระดับเมืองเป็นผู้ออกใบอนุญาตให้กับการจัดตั้งสถานดูแลผู้สูงอายุแบบเอนกประสงค์ขนาดเล็กโดยมีเงื่อนไขว่าสถานดูแลผู้สูงอายุที่รัฐบาลเมืองอนุญาตให้จัดตั้งจะต้องรับผู้สูงอายุที่มีถิ่นพำนักในเขตเมืองนั้นเข้ารับการดูแล และรัฐบาลเมืองจะเป็นผู้ให้การสนับสนุนการก่อสร้างและการดำเนินกิจการ (ดูโครงการสนับสนุนบ้านผู้สูงอายุราคาประหยัดในเขตใจกลางมหานครโตเกียวในส่วนต่อไป) ในรูปแบบของเงินอุดหนุนสาเหตุที่มีการดำเนินการในลักษณะนี้เนื่องมาจากบริษัทเอกชนมักจะเลือกสร้างสถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะในเขตที่มีผู้สูงอายุหนาแน่นเพื่อหารายได้ให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สถานดูแลผู้สูงอายุแบบเอนกประสงค์ขนาดเล็กเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในพื้นที่ชนบทในจังหวัด Toyama เมือง Hakurouchou (จากการสัมภาษณ์ Professor Nishishita)

คณะผู้วิจัยได้มีโอกาสเข้าเยี่ยมชมสถานดูแลผู้สูงอายุแบบเอนกประสงค์ขนาดเล็กมุซาชิ (Musashi) สถานดูแลผู้สูงอายุแบบเอนกประสงค์ขนาดเล็กแห่งหนึ่งในเขตเมือง Kokubunji มหานครโตเกียว ในวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2561 จากการสัมภาษณ์มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สถานดูแลผู้สูงอายุแบบเอนกประสงค์ขนาดเล็กมุซาชิ (Musashi) เป็นสถานดูแลภายใต้การบริหารงานของนิติบุคคลสวัสดิการสังคม (Shakai Fukushi Houjin) Keyaki no Sato จัดบริการเยี่ยมบ้าน การดูแลรายวัน การดูแลแบบค้างคืน บริการรับส่ง กิจกรรมนอกสถานที่ และบริการอาบน้ำเข้าไว้ในในสถาน

ดูแลเดียวกัน โดยทั่วไปจะรับเฉพาะผู้สูงอายุในเขตเมือง Kokubunji ที่ได้รับการประเมินว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนการดำรงชีวิตประจำวันหรือการดูแลภายใต้ระบบการประกันการดูแลระยะยาวจากรัฐบาลเมือง Kokubunji (ทั้งนี้ในเมือง Kokubunji จะมีสถานดูแลลักษณะเดียวกัน 3 แห่ง) จุดเด่นของการจัดบริการของสถานดูแลนี้คือ ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจว่าจะใช้เวลาอยู่ที่ศูนย์ช่วงเวลาใด หรือใช้บริการแตกต่างกันไปได้ อีกทั้งผู้ให้บริการหลักจะเป็นชุดเดียวตลอดจึงสร้างความไว้วางใจได้ และผู้ให้บริการจะไม่ได้ใส่ชุดยูนิฟอร์ม จะใส่ชุดปกติ เพื่อช่วยสร้างความรู้สึกเหมือนกับผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน

สถานดูแล Musashi มีเจ้าหน้าที่ประจำ 5 คนซึ่งเป็นบุคคลที่เป็นหลักตามกฎหมาย ได้แก่ ผู้จัดการสถานดูแล 1 คน Care Manager 1 คน และผู้ดูแล (Caregiver) 3 คน และมีเจ้าหน้าที่บางเวลาผลัดเปลี่ยนมาทำงานในหน้าที่ต่างๆอีก 13 คน ในจำนวนนั้นเป็นพยาบาลวิชาชีพ 2 คน และมีผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลกะกลางคืน 3 คน เจ้าหน้าที่ไม่ประจำจะมาปฏิบัติงานสัปดาห์ละประมาณ 1-3 ครั้ง ในแต่ละวันจะมีบุคลากร (รวมเจ้าหน้าที่ประจำและเจ้าหน้าที่บางเวลา) ปฏิบัติหน้าที่ต่างๆประมาณ 5-6 คน ความท้าทายในการบริหารจัดการคนของสถานดูแลคือจะทำอย่างไรให้สามารถให้บริการได้ทั้ง 24 ชั่วโมง โดยหลักการแล้ว การสรรหาบุคลากรมาปฏิบัติงานจะดำเนินการผ่านนิติบุคคลที่บริการสถานดูแลอยู่ ในทางปฏิบัติมักจะเป็นการแนะ นำบุคลากรผ่านผู้ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่หรือผู้ที่เคยปฏิบัติงาน ผู้ที่มาช่วยงานด้านการดูแลบางเวลา แม้ไม่มีใบอนุญาตก็สามารถทำงานได้ โดยผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ก่อนจะเป็นผู้สอนให้คำแนะนำในการทำงานแบบ On-the-job training ผู้จัดการสถานดูแลผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์มองว่า ในอนาคตหากจำเป็น คงจะจ้างผู้ดูแลชาวต่างชาติมาร่วมงาน ในอดีตเคยจ้างคนต่างชาติทำงานแบบไม่เต็มเวลา เป็นชาติเกาหลีใต้ ฟิลิปปินส์ พบว่ามีความตั้งใจทำงานและมีจิตบริการ อย่างไรก็ดี ปัญหาเกี่ยวกับผู้ดูแลอีกประการหนึ่งคือ ค่าจ้างรายชั่วโมงที่มีอัตราต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับงานบางเวลาประเภทอื่นๆ ปัจจุบันอยู่ที่ระดับอัตรา 1,000 เยนต่อชั่วโมง

สถานดูแล Musashi มีศักยภาพในการรับผู้สูงอายุได้สูงสุด 25 คน โดยจะรับผู้สูงอายุที่มารับการดูแลแบบรายวันไม่เกิน 15 คน และรับผู้สูงอายุที่มาพักค้างคืนได้พร้อมกัน 8 คน ปัจจุบันมีผู้ใช้บริการรวมทั้งหมด 22 คน ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มารับการดูแลโดยพื้นฐานจะเป็นผู้ที่ได้รับการประเมินว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนการดำรงชีวิตประจำวันหรือการดูแลภายใต้ระบบการประกันการดูแลระยะยาวจากรัฐบาลเมือง ดังนั้นค่าใช้จ่ายที่ต้องรับภาระจะเป็นเพียงแค่บางส่วนเท่านั้น ส่วนที่เหลือระบบประกันการดูแลระยะยาวจะเป็นผู้รับผิดชอบ ผู้สูงอายุที่มารับบริการอาจจะรับบริการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือผสมบริการประเภทต่างๆเข้าด้วยกัน (เยี่ยมบ้าน ดูแลรายวัน ค้างคืน) ตามความจำเป็น ความต้องการ สภาพครอบครัวและที่อยู่อาศัย หรือแม้แต่ในกรณีของ Terminal Care ก็สามารถมาอยู่ที่สถานดูแลนี้จนวาระสุดท้ายของชีวิตก็ได้ ค่าใช้จ่ายที่ผู้สูงอายุจะต้องรับผิดชอบจะประกอบด้วยค่าใช้จ่ายพื้นฐานรายเดือนตามระดับภาวะการพึ่งพา (ตามผลการ

ประเมินของรัฐบาลเมือง) ค่าอาหาร (อาหารเช้า กลางวัน เย็น และค่าชาและขนมช่วงบ่าย) และค่าพักค้างคืน (ในกรณีค้างคืน) ค่าใช้จ่ายที่กำหนดไว้ในปัจจุบันสรุปได้ดังตารางต่อไปนี้ ทั้งนี้รูปแบบและความถี่ของบริการที่ผู้สูงอายุจะรับตามระดับความพึ่งพาของตนเองและการวางแผนของ Care Manager จะมีผลต่อค่าใช้จ่ายโดยอัตราก็จะสูงขึ้นจากค่าใช้จ่ายพื้นฐาน ยกตัวอย่างเช่น หากผู้สูงอายุได้รับการประเมิน “สนับสนุน ระดับ 2” รับบริการดูแลรายวันสัปดาห์ละ 2 วัน ค่าใช้จ่ายต่อเดือนจะอยู่ที่ประมาณ 9,500 เยนต่อเดือน หากหากผู้สูงอายุได้รับการประเมิน “ดูแล ระดับ 3” รับบริการดูแลรายวันสัปดาห์ละ 3 วัน และค้างคืนสัปดาห์ละ 1 วัน ค่าใช้จ่ายต่อเดือนจะอยู่ที่ประมาณ 53,000 เยนต่อเดือน

ตารางที่ 4-1: สรุปค่าใช้จ่ายพื้นฐานของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการที่สถานดูแล Musashi

ระดับความจำเป็น	ค่าใช้จ่ายพื้นฐาน (รายเดือน)	ค่าอาหารต่อมื้อ	ค่าเข้าพักต่อคืน
สนับสนุน 1	3,959 เยน	อาหารเช้า 350 เยน อาหารกลางวัน 500 เยน ค่าชา/ขนม 150 เยน ค่าอาหารเย็น 500 เยน	3,500 เยน
สนับสนุน 2	8,493 เยน		
ดูแล 1	12,562 เยน		
ดูแล 2	19,131 เยน		
ดูแล 3	27,201 เยน		
ดูแล 4	29,812 เยน		
ดูแล 5	32,719 เยน		

สถานดูแลมุซาชิได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาล 2 รูปแบบในการก่อตั้งและการดำเนินการ ในด้านการก่อตั้งสถานดูแลผู้สูงอายุแบบเอนกประสงค์ขนาดเล็กมุซาชิ นิติบุคคลฯได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการจัดตั้งสถานดูแลกล่าวคือ รัฐบาลเมืองให้การอุดหนุนตามจำนวนผู้สูงอายุสูงสุดที่รับดูแลได้ (กล่าวคือ 25 คน) โดยได้เงินอุดหนุนต่อหัวๆละ 600,000 เยน (ดังนั้นจึงได้เงินอุดหนุนเพื่อการก่อสร้างที่ได้รับประมาณ 15 ล้านเยน หรือประมาณ 5 ล้านบาท) ทั้งนี้เพื่อเป็นการจัดซื้อครุภัณฑ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแล ในด้านการดำเนินการ เนื่องด้วยสถานดูแลให้บริการดูแลผู้สูงอายุภายใต้ระบบประกันดูแลระยะยาว ค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจากผู้สูงอายุเป็นเพียงร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายจริง ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 90 ของค่าใช้จ่ายจริง) จะได้รับจากรัฐบาลเมืองในฐานะผู้ประกันของระบบประกันการดูแลระยะยาว ทั้งนี้แหล่งที่มาของเงินจะมาจากรัฐบาลกลาง รัฐบาลมหานครโตเกียว รัฐบาลเมือง Kokubunji เบี้ยประกันของผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และเบี้ยประกันของผู้ที่มีอายุ 40-65 ปี ตามสูตรการกระจายภาระการเงินการคลังที่รัฐบาลเป็นผู้กำหนด ทั้งนี้ หากผู้ใช้บริการ

ไม่ได้อยู่ในระบบประกัน ผู้ใช้บริการต้องจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งหมด หรืออาจจะมีกรณีที่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ผ่านการประเมินระดับภาวะพึ่งพาโดยรัฐบาลเมือง แต่ต้องการใช้บริการ ก็ต้องรับภาระเองทั้งหมด

หมายเหตุ: แหล่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์ Miss Keigo Ogawa (ตำแหน่ง ผู้จัดการสถานดูแล) เมื่อวันที่ 14 กันยายน 2561 เวลา 10.00-11.15 น. ณ สถานดูแลผู้สูงอายุแบบเอนกประสงค์ขนาดเล็ก Musashi Musashino City, Tokyo Metropolitan

4.1.2 Kodaira Care Town: ตัวอย่างการบูรณาการของบริการสุขภาพและดูแลโดยภาคเอกชน

Kodaira Care Town (เรียกย่อว่า KCT) ตั้งอยู่เขตเมือง Kodaira มหานครโตเกียว KCT เป็นสถานที่รวมของผู้ให้บริการสุขภาพและบริการดูแลผู้สูงอายุของภาคเอกชน ซึ่งจัดบริการประเภทต่างๆให้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรัศมีประมาณ 4-5 กิโลเมตรจากที่ตั้ง ทั้งนี้จุดเด่นของบริการที่จัดโดย KCT ได้แก่ การให้บริการรักษาพยาบาลและการดูแล 24 ชั่วโมงโดยเน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะสุดท้ายที่บ้าน ภายในพื้นที่ของ Kodaira Care Town จะประกอบด้วยผู้ให้บริการทั้งที่เป็นนิติบุคคลที่บริหารสถานที่และที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ หน่วยบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน หน่วยจัดทำและบริการแผนการดูแล คลินิคของทีมแพทย์เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ สถานที่ปรุงและจัดส่งอาหารให้กับผู้สูงอายุ นอกจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุโดยตรงแล้ว ภายใน KCT ยังมีพื้นที่เพื่อวัตถุประสงค์เชื่อมโยง KCT กับชุมชนในรูปแบบของสถานที่สนับสนุนการดูแลเด็ก (พื้นที่สำหรับอ่านหนังสือ ทำการบ้าน ทำกิจกรรมของเด็กและเยาวชนในพื้นที่) และสนามกีฬาอีกด้วย กล่าวได้ว่า KCT เป็นการบูรณาการการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่จัดให้มีขึ้นโดยภาคเอกชน โดยทำงานภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพและระบบการประกันการดูแลระยะยาวที่มีอยู่เดิม

ตารางที่ 4-2: ผู้ให้บริการภายใน Kodaira Care Town

ผู้ให้บริการ/ผู้ประกอบการ	หน้าที่
Akatsuki Kinen Kouryuu Kikin (บริษัทมหาชน)	บริหารจัดการสถานที่ Kodaira Care Town ในภาพรวม และบริหารอพาร์ตเมนท์ Itsupuku Sou
Community Care Link Tokyo (นิติบุคคลประเภท NPO)	บริหารจัดการหน่วยจัดบริการ 3 หน่วยได้แก่ 1. Care Town Kodaira Nurse Visit Station 2. Care Town Kodaira Day Services Center 3. Care Town Kodaira Care Management Center
Care Town Kodaira Clinic (คลินิคส่วนบุคคล)	ทีมแพทย์เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยเน้นผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะสุดท้าย
Care Town Kodaira Miyuki Tei (บริษัทมหาชน)	ปรุงและจัดส่งอาหารให้กับผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ Care Town Kodaira Day Services Center ผู้สูงอายุที่อาศัยในอพาร์ตเมนท์ Itsupuku Sou และผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่เป็นเขตให้บริการของ KCT
ผู้ให้บริการอื่น	KCT จะทำงานร่วมมือเป็นเครือข่ายกับผู้ให้บริการอื่นๆด้วย เช่น Neighborhood Nurse Visit Station, ศูนย์สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน, Care Visit Station เป็นต้น

สาเหตุของการก่อตั้ง Kodaira Care Town สามารถย้อนกลับไปตั้งแต่ในยุคที่ประเทศญี่ปุ่นยังไม่ได้เริ่มระบบการประกันการดูแลระยะยาว (เริ่มเมื่อปี 2000) ในช่วงเวลานั้นหากผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังโดยเฉพาะโรคร้าย เช่น มะเร็งในระยะท้ายๆ ครอบครัวมักจะปกปิดชื่อโรคและให้ผู้สูงอายุรับการรักษาและดูแลภายในโรงพยาบาลต่อไปเรื่อยๆจนวันสุดท้ายของชีวิต ขณะเดียวกันจากผลการสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุในเขตมหานครโตเกียวก็พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีความต้องการที่จะใช้เวลาช่วงสุดท้ายของชีวิตที่บ้านของตนเอง อีกทั้งทีมงานของ KCT มีแนวคิดว่า การเตรียมตัวสู่การตายที่บ้านนั้น ผู้ป่วยจะเป็นตัวแสดงหลักที่มีอิสรภาพในการใช้ชีวิต (ไม่ต้องอยู่ภายใต้การบงการของระบบ) สามารถหลีกเลี่ยงการรักษาพยาบาลที่มากเกินจำเป็น ลดการทนความเจ็บปวดได้จากการใช้ชีวิตในสถานที่ที่คุ้นเคยกับครอบครัวและสัตว์เลี้ยงที่รัก และได้รับกำลังใจในการดูแลจากครอบครัวตามสมควร ทีมงาน KCT ประเมินว่า การรักษาพยาบาลควบคู่ไปกับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีความจำเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากประชากรกลุ่มเบบี้บูมกำลังจะเคลื่อนเข้าสู่ช่วงบั้นปลายชีวิต หากประชากรกลุ่มนี้จะต้องเสียชีวิตที่โรงพยาบาล แน่นอนว่าข้อจำกัดด้านสถานที่กลายเป็นคอขวด และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ แต่อย่างไรก็ตาม ความท้าทายของแนวคิดนี้อยู่ที่ว่า แพทย์จะยินดีเข้ามาร่วม

ในการรักษาพยาบาลและการดูแลที่บ้านหรือไม่ ปัจจุบันกรณีของประเทศญี่ปุ่น แพทย์มักจะเปิดคลีนิกในลักษณะกิจการส่วนบุคคล และดำเนินการตามลำพังคนเดียว รูปแบบนี้ยังไม่เหมาะสมกับการผลักดันให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย เนื่องจากว่าแพทย์ (ที่ทำงานตามลำพังคนเดียว) ไม่สามารถทิ้งคลีนิคของตนไปดูแลผู้สูงอายุในทันทีเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

ดังนั้นจึงมีการริเริ่มก่อตั้ง Kodaira Care Town โดยการบูรณาการบริการที่จำเป็นสำหรับการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้าย โดยที่ในภาพรวมมีบุคลากรด้านสุขภาพหลากหลายประเภทอยู่เพื่อที่จะสามารถให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงได้ เพราะผู้สูงอายุที่กำลังรับการรักษาพยาบาลที่บ้านอาจจะตกอยู่ในภาวะฉุกเฉินได้ตลอดเวลา มีทั้งแพทย์ประจำ (3 คน สลับเวร 24 ชั่วโมง) พยาบาลประจำ (7 คน) และพยาบาลบางเวลา (2 คน) ผลัดเวรตลอด 24 ชั่วโมง นักกายภาพบำบัดเต็มเวลา 3 คน Care Manager และผู้ดูแลผู้สูงอายุใน Care Town Kodaira Day Services Center ขณะเดียวกันทีมของ KCT ก็ได้รับความช่วยเหลือจากอาสาสมัครภายในชุมชน (มีทั้งแบบมีค่าตอบแทนและแบบไม่รับค่าตอบแทน) สนับสนุนการดำเนินงาน โดยออกไปช่วยผู้สูงอายุที่รับการรักษาพยาบาลและการดูแลระยะสุดท้าย เช่น ทำความสะอาดบ้าน เปลี่ยนหลอดไฟ เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิตประจำวันด้วย นอกจากนั้น Care Town Kodaira Day Services Center ก็ได้รับความช่วยเหลือจากอาสาสมัครมาช่วยในการดูแลผู้สูงอายุที่มารับบริการรายวัน เช่น มาพูดคุยสนทนา ดูแลเรื่องอาหารการกิน ทำความสะอาด ซักรีดผ้า นอกจากนั้นในส่วนของผู้สูงอายุที่มาอาศัยอยู่ที่อพาร์ตเมนท์ Itsupuku Sou และมีอาการติดเตียง ก็จะมีอาสาสมัครมาคอยช่วยเฝ้าและช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ และเพื่อให้เห็นตัวตนของอาสาสมัครอันจะเป็นการสร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วม ภายใน KCT มีการตั้งออฟฟิศขนาดเล็กให้กับกลุ่มอาสาสมัครอีกด้วย

ปัจจุบัน KCT กำลังรักษาและดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจำนวน 100 คน ผู้สูงอายุที่กำลังรับการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลมีประมาณ 80 คน ผู้สูงอายุที่ใช้บริการดูแลรายวัน 45 คน และผู้สูงอายุที่รับการบริหารจัดการแผนการดูแล 35 คน

ปัจจัยที่ส่งผลให้ KCT ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานได้แก่ ประการแรก ภาคเอกชนเล็งเห็นความสำคัญของความจำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลรักษาในระยะสุดท้ายที่บ้าน และลงทุนในการสร้างอาคารสถานที่ที่เอื้อให้กับการเข้ามาใช้ประโยชน์ของผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง ประการที่สอง ให้บริการ 24 ชั่วโมงอย่างครบวงจรในด้านบริการสุขภาพและดูแล อันเป็นการตอบโจทย์ผู้สูงอายุและครอบครัวที่ต้องการรับบริการสุขภาพและดูแลที่บ้านโดยไม่ต้องพึ่งโรงพยาบาลในห้วงเวลา

ปกติ ประการที่สาม มีทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงาน ทั้งในส่วนที่เป็นระบบของภาครัฐอันได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพผู้สูงอายุ และระบบประกันการดูแลระยะยาว และส่วนที่เป็นภาคสมัครใจทั้งที่เป็นอาสาสมัครและการบริจาค จากการสัมภาษณ์พบว่า ทรัพยากรที่มาจากภาคสมัครใจนั้นส่วนใหญ่มาจากครอบครัวของผู้สูงอายุที่เคยใช้บริการของ KCT ในอดีต (ที่ผ่านมา 30 ปี ได้ให้บริการผู้สูงอายุกว่า 900 คน) ประการที่สี่ เงื่อนไขด้านภูมิศาสตร์หรือพื้นที่ KCT ตั้งอยู่ในเขตที่อยู่อาศัยในเมือง Kodaira ซึ่งอยู่ห่างจากใจกลางกรุงโตเกียวออกไปพอสมควร มีความหนาแน่นของที่อยู่อาศัย จึงมีผู้สูงอายุในจำนวนที่ทำให้สามารถดำเนินการได้ ประการที่ห้า มีเครือข่ายสนับสนุนการทำงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งเครือข่ายบุคลากรด้านสุขภาพ เครือข่ายประชาชนในพื้นที่ และเครือข่ายผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ KCT สามารถระดมทรัพยากรทั้งที่เป็นแรงงานและเงินทุนมาสนับสนุนการดำเนินการได้

หมายเหตุ: แหล่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์ Dr. Fumio Yamazaki (ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ Care Town Kodaira Clinic) และ Mr. Toshinobu Nakagawa (ตำแหน่งเลขานุการ NPO Community Care Link Tokyo) เมื่อวันที่ 17 กันยายน 2561 เวลา 10.00-12.00 น. ณ Kodaira Care Town Kodaira City, Tokyo Metropolitan

4.1.3 Naruse Care Center: ตัวอย่างความร่วมมือระหว่างภาคประชาชนและรัฐบาล

Naruse Care Center (ต่อไปเรียกชื่อย่อว่า NCC) ตั้งอยู่ในเขตที่อยู่อาศัยในเมือง Machida ชานเมืองของมหานครโตเกียว เป็นนิติบุคคลสวัสดิการสังคมที่จัดบริการหลายประเภท ได้แก่ บริการดูแลผู้สูงอายุรายวัน (เน้นผู้สูงอายุความจำเสื่อม) บริการเยี่ยมบ้าน บริการจัดทำและบริการแผนการดูแล (Care Management) บริการบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษ (ขนาด 20 เตียง) และบริหารจัดการ Group Home การบริหารจัดการดำเนินการภายใต้ระบบประกันการดูแลระยะยาว ทั้งนี้ประเด็นเรียนรู้จาก NCC ได้แก่ ความพยายามของชุมชนในการมีส่วนร่วมในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ

ในห้วงเวลาก่อนเริ่มต้นของระบบประกันการดูแลระยะยาวในปี 2000 ภาคประชาชนในเขตเมือง Mochida นำโดยคุณหมอ Nishijima เห็นความจำเป็นที่จะต้องมีสถานที่สำหรับเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้สูงอายุขึ้นภายในเมืองตามแนวโน้มทางประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และมีความคิดว่าชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพของบริการที่ตอบสนองความต้องการของคนในพื้นที่และสามารถปิดช่องว่างความต้องการที่รัฐบาลหรือเอกชนไม่สามารถตอบสนองได้ การเริ่มต้นผลักดันแนวคิดในเรื่องนี้เริ่มต้นการรณรงค์รวบรวมรายชื่อประชาชนในเขตเมือง Mochida จำนวน 4,500 รายชื่อเพื่อเสนอต่อผู้บริหารรัฐบาล

เมือง Mochida เพื่อให้ความสำคัญของการมีสถานที่สำหรับเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ รัฐบาลเมืองได้ให้ที่ดินผืนหนึ่ง (ประมาณ 1,984 ตารางเมตร) พร้อมงบประมาณสำหรับก่อสร้างศูนย์ (โดยได้รับการอุดหนุนจากรัฐบาลกลางด้วย) ดังกล่าวขึ้น โดยเมื่อมีพื้นที่เป็นศูนย์กลางในการดูแลเกิดขึ้นแล้ว จากนั้นภาคประชาชนได้เข้ามาร่วมมือกับรัฐบาลเมืองในการก่อสร้างสถานที่และการบริหารจัดการในด้านต่างๆ

โจทย์สำคัญสำหรับภาคประชาชนในการก่อสร้างสถานที่และการบริหารจัดการในด้านต่างๆ ได้แก่ การบริหารจัดการ ณ จุดเริ่มต้น ได้มีการสำรวจและวิเคราะห์ความต้องการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดยการใช้แบบสอบถาม เพื่อถามถึงสิ่งที่แต่ละคนมีความสามารถและยินดีเข้ามาช่วย นอกจากนั้นยังมีการสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ว่า มีความลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันอย่างไรบ้างและมีความต้องการบริการประเภทใด บริการเหล่านั้นจำเป็นต้องใช้ทรัพยากร (เงิน คน) เพียงไร จากนั้นมีการจัดตั้งองค์กรเพื่อการบริหารในรูปแบบของคณะกรรมการ เบื้องแรกมีการตั้งคณะกรรมการขึ้นมาทั้งหมด 5 ชุด เพื่อทำงานด้านต่างๆ ได้แก่ คณะกรรมการเตรียมการขึ้นทะเบียนนิติบุคคล คณะกรรมการเตรียมการก่อสร้าง คณะกรรมการฝึกอบรม (ผู้ดูแล วิธีการจัดบริการต่างๆ) คณะกรรมการจัดหาเงินทุน และคณะกรรมการประชาสัมพันธ์ โดยที่มีการจัดตั้งสำนักงานเพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยมีแกนหลักในการขับเคลื่อนองคาพยพทั้งหมดคือ กลุ่มประธานคณะกรรมการชุดต่างๆ ทั้งนี้ได้มีการดึงภาคประชาชนในพื้นที่ที่มีอยู่แล้วเข้ามามีส่วนร่วม เช่น PTA (Parents-teacher Association) Jichikai เข้ามาช่วยในการดำเนินการ เมื่อการก่อสร้างสถานที่เสร็จสิ้น และสามารถตั้งนิติบุคคล (สวัสดิการสังคม) ขึ้นมาได้ การดำเนินการต่อไปของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแห่งนี้กลายมาอยู่ในรูปโครงการภายใต้การอุดหนุนของรัฐบาลเมือง Mochida (ก่อนมีการเปลี่ยนแปลงไปหลังจากที่เกิดระบบการประกันดูแลระยะยาว) การให้บริการนั้นนอกจากการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้มีวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยทั่วไปแล้ว ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่เมือง Mocihda ยังให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนที่จะเข้ามาเติมเต็มบริการที่รัฐบาลหรือภาคเอกชนไม่อาจจะจัดได้ คุณหมอ Nishijima เรียกสิ่งนี้ว่า Community Care เช่น การช่วยดูแลภายในบ้าน การพาสัตว์เลี้ยงของผู้สูงอายุไปเดินเล่น การทำสวน เป็นต้น

ปัจจัยที่ส่งผลให้ NCC จัดตั้งขึ้นมาได้ ได้แก่ กระบวนการประชาธิปไตยรากหญ้าที่เกิดขึ้นโดยภาคประชาชน ความเข้าใจปัญหาและศักยภาพในการมองอนาคตของรัฐบาลระดับท้องถิ่น และการตื่นตัวและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ในประเด็นหลังนี้ คุณหมอ Nishijima ได้ย้ำว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง และสิ่งที่จะทำให้เกิดการตื่นตัวหรือความตระหนักในปัญหา ได้แก่ สิ่งที่เป็นรูปธรรมจับต้องได้ (ในที่นี้คือ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่ถูกสร้างขึ้น) ซึ่งส่งผลให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าใจสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นตามมาได้ไม่ยากเย็น หากไม่มีการ

ก่อสร้างศูนย์ฯนี้เป็นการนำร่องก่อน ประชาชนทั่วไปอาจจะไม่สามารถจินตนาการไปได้ถึงสิ่งที่ควรจะต้องเกิดขึ้น อีกทั้งในการตื่นตัวและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนนั้น จุดสำคัญคือ ต้องแสวงหาคนที่มีใจรักที่จะทำและสามารถทำได้จากประชาชนในพื้นที่ การเริ่มต้นจากคนที่มีใจรักจะทำและเริ่มจากสิ่งที่ทำได้ ค่อยๆ พัฒนาต่อยอดไปเรื่อยๆ ทำให้เมือง Mochida สามารถสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างบูรณาการได้

บทเรียนสำคัญที่ได้จากการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ของเมือง Mochida ผ่านกรณีของ Naruse Care Center สำหรับประเทศไทยคือ ความสำคัญของการพิจารณาความต้องการในพื้นที่จริงๆ องค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างความมีส่วนร่วมของประชาชนได้แก่ สิ่งที่ประชาชนต้องมองเห็นได้ เพื่อเป็นตัวอย่างเชิงสัญลักษณ์ แล้วคิดย้อนหลังว่าบริการที่พึงมีจะต้องมีทรัพยากรใดที่จำเป็นบ้าง เช่น คน เงิน สิ่งใดที่รัฐบาลไม่ได้ให้บริการ ควรได้รับการหารือและควรได้รับการกระตุ้นให้เกิดจากชุมชน โดยอาจเกิดจากระบบอาสา หรือหน่วยงานต่างๆให้มีความร่วมมือระหว่างกัน ให้มีความเป็นพื้นที่และมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่ ควรเริ่มต้นจากการทำสิ่งที่ทำได้โดยคนในพื้นที่ก่อน หากต้องการผู้เชี่ยวชาญก็ค่อยๆหา ค่อยๆพัฒนาขึ้นมา กระบวนการที่สำคัญ คือ การมีส่วนร่วมและทุกคนมีสิทธิ์เท่ากัน รับฟังความเห็นของทุกคน

หมายเหตุ: แหล่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์ Dr. Kimiko Nishijima (ตำแหน่ง ประธานบริหารสถานดูแล) เมื่อวันที่ 14 กันยายน 2561 เวลา 15.00-17.00 น. ณ Naruse Care Center Machida City, Tokyo Metropolitan

4.1.4 โครงการสนับสนุนบ้านผู้สูงอายุราคาประหยัดในเขตใจกลางมหานครโตเกียว

บ้านผู้สูงอายุราคาประหยัด (Care House หรือ 軽費老人ホーム Keihi Roujin Houmu) เป็นที่อยู่อาศัยราคาถูกหรือไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ โดยมีการจัดบริการด้านอาหาร การเตรียมการทำความสะอาดร่างกาย การให้คำปรึกษา การส่งเสริมเชิงสังคม ในเขตใจกลางมหานครโตเกียว การเข้าอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยใจกลางเมืองมักจะมีค่าใช้จ่ายสูง และอาจจะมีปัญหาการกีดกันผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่มาแต่เดิมมีความต้องการย้ายที่อยู่ภายในพื้นที่เดิมที่อยู่มาจนคุ้นเคยจึงทำได้ยาก

ดังนั้นโครงการสนับสนุนบ้านผู้สูงอายุราคาประหยัดในเขตเมืองจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ภาคเอกชนหรือภาคประชาสังคมในพื้นที่ใดๆในใจกลางมหานครโตเกียวได้มีส่วนร่วมในการจัดให้มีที่อยู่อาศัยที่สามารถเข้าอยู่อาศัยได้อย่างสบายใจและต่อเนื่องระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุรายได้น้อยที่มีถิ่นพำนักอาศัยใน

พื้นที่นั้นๆ ภายใต้โครงการนี้รัฐบาลจึงมีแนวทางให้ผู้จัดบริการที่อยู่อาศัยกำหนดราคาค่าเช่าราคาประหยัด (ตามกฎหมายสวัสดิการผู้สูงอายุมาตรา 20 อนุมาตรา 6) โดยที่รัฐบาลท้องถิ่นมหานครโตเกียวมีการสร้างแรงจูงใจโดยมีมาตรการลดค่าใช้จ่ายในการก่อสร้างโดยการผ่อนปรนเกี่ยวกับเงื่อนไขของการก่อสร้างและการจัดสรรกำลังคนภายในบ้าน ดังนี้

(1) ขนาดของบ้านผู้สูงอายุราคาประหยัดในเขตเมือง จำนวนผู้พักอาศัยมี 5 คนขึ้นไป ไม่เกิน 20 คน
(2) เกณฑ์ของการจัดสรรกำลังคนภายในบ้าน มีผู้อำนวยการและผู้ให้คำปรึกษาการดำรงชีวิต (อาจจะเป็นบุคคลเดียวกันได้) มีผู้ดูแลเต็มเวลา (เทียบเท่าอย่างน้อย 1 คน) มีบุคลากรทำงานกะกลางคืน เป็นต้น
(3) ที่ตั้ง ตั้งอยู่ในพื้นที่ใจกลางมหานครโตเกียวได้แก่ ภายใน Ward 23 เขต เมือง Musashino และเมือง Mitaka (บางส่วน)

ลักษณะเฉพาะของบ้านผู้สูงอายุราคาประหยัดในเขตเมืองจะมีดังนี้

(1) ค่าใช้จ่ายสำหรับการพักอาศัยมีราคาถูก ประมาณ 120,000 เยน รวมค่าเช่า ค่าน้ำค่าไฟ และค่าอาหารแล้ว
(2) การบริการอาหาร บ้านผู้สูงอายุราคาประหยัดจะจัดเตรียมอาหารให้กับผู้เข้าพักอาศัยในกรณีที่สภาพร่างกายและสุขภาพไม่เอื้ออำนวยให้ทำอาหารรับประทานเอง
(3) บริการเฝ้าดูแลตลอด 24 ชั่วโมง มีการเตรียมบุคลากรในการเฝ้าดูแลตลอดทั้งวัน 24 ชั่วโมง โดยการผลัดเปลี่ยนระหว่างผู้อำนวยการ ผู้ดูแลเต็มเวลา และบุคลากรทำงานกะกลางคืน
(4) บริการสนับสนุนการดำรงชีวิต บ้านผู้สูงอายุราคาประหยัดจะต้องเตรียมบุคลากรเพื่อให้คำแนะนำกับผู้สูงอายุที่มาเข้าพักอาศัยด้วย
(5) ห้องพักสำหรับผู้สูงอายุ เป็นห้องเดี่ยวขนาดตามเกณฑ์มาตรฐาน 7.43 ตารางเมตร (ตามมาตรฐานการวัดพื้นที่แบบญี่ปุ่น ประมาณ 4 เสื่อครึ่ง ซึ่งลดจากเกณฑ์ในอดีตที่เคยใช้ประมาณ 21.6 ตารางเมตร) ใช้ห้องส้วมและห้องอาบน้ำรวมกัน
(6) พื้นที่โดยรวมของบ้านผู้สูงอายุราคาประหยัดในเขตเมือง อย่างน้อยต้องมีประมาณ 400 ตารางเมตร

วิธีการสร้างแรงจูงใจของโครงการสนับสนุนบ้านผู้สูงอายุราคาประหยัดในเขตใจกลางมหานครโตเกียวเป็นการให้เงินอุดหนุนต่อการก่อสร้างบ้านฯดังกล่าว (ตามประเภทของผู้ดำเนินการและลักษณะการก่อสร้างให้ตามขนาดของบ้านฯหรือตามจำนวนห้องพักอาศัย) และการให้เงินอุดหนุนรายเดือนต่อการบริหารจัดการ

ของบ้านฯ (ให้เงินอุดหนุนตามจำนวนผู้เข้าพักอาศัย ปัจจุบันอยู่ที่ 130,000 เยนต่อผู้เข้าพักอาศัย 1 คนต่อเดือน) เงินอุดหนุนต่อการก่อสร้างมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4-4: เกณฑ์การจัดสรรเงินอุดหนุนค่าก่อสร้างบ้านผู้สูงอายุราคาประหยัดในเขตใจกลางมหานครโตเกียว

ลักษณะของการก่อสร้าง	**เกณฑ์เงินอุดหนุนต่อจำนวนห้องพัก 1 ห้อง**	
	บริษัทเป็นผู้ก่อสร้างและดำเนินการบริหารจัดการเอง	**เจ้าของที่ดินเป็นผู้ก่อสร้างและว่าจ้างให้นิติบุคคลเข้ามาดำเนินการบริหารจัดกร**
สร้างเฉพาะบ้านผู้สูงอายุราคาประหยัด (ให้บริการเฉพาะ)	4 ล้านเยน	4 ล้านเยน
สร้างร่วมกับ facilities ประเภทอื่น (ให้บริการหลากหลายกว่า)	5 ล้านเยน	5 ล้านเยน

แหล่งที่มา สรุปจากเอกสารบ้านผู้สูงอายุราคาประหยัดในเขตเมืองฝ่ายสาธารณสุขและสวัสดิการ มหานครโตเกียว

ผู้ที่สนใจที่จะจัดบริการที่อยู่อาศัยราคาประหยัดสามารถยื่นแผนการก่อสร้างที่เหมาะสมกับการพักอาศัยของผู้สูงอายุ พร้อมแผนการเงินทั้งในส่วนของค่าก่อสร้างและค่าดำเนินการบริหารจัดการเพื่อรับการพิจารณาโดยรัฐบาลท้องถิ่นมหานครโตเกียว ทั้งนี้ผู้ที่เข้ามาดำเนินการบริหารจัดการอาจจะเป็นได้ทั้งนิติบุคคลประเภทสวัสดิการสังคม หรือภาคเอกชนที่มีผลการดำเนินงานด้านสุขภาพหรือการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุที่จะเข้าอยู่นั้นจะเป็นผู้ใดก็ได้ ไม่มีข้อจำกัดด้านรายได้ ผู้สูงอายุที่กำลังรับเงินสวัสดิการคุ้มครองผู้ด้อยโอกาสก็สามารถเข้าอยู่อาศัยได้ ค่าใช้บริการในการเข้าอยู่อาศัยจะปรับลดลงตามระดับรายได้ของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ส่วนต่างของค่าใช้บริการที่ลดลงไป ผู้มีหน้าที่บริหารจัดการสามารถยื่นของรับเงินช่วยเหลือจากรัฐบาลท้องถิ่นมหานครโตเกียวได้ นอกจากนี้การเข้าอยู่อาศัยในบ้านฯลักษณะนี้ สามารถรับบริการดูแลระยะยาวภายใต้ระบบประกันดูแลระยะยาวควบคู่ไปได้ด้วย

4.2 ตัวอย่างระบบสนับสนุนผู้สูงอายุในเขตเมือง: กรณีกรุงไทเป

4.2.1 บทบาทของสถานดูแลแม่ข่ายที่ดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม: Taiwan Catholic Foundation of Alzheimer's Disease and Related Dementia

กรณี Taiwan Catholic Foundation of Alzheimer's Disease and Related Dementia (เรียกต่อไปว่า CFAD) CFAD เป็นองค์กรทางศาสนาคริสต์ นิกายคาทอลิคที่ต้องการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรและเต็มไปด้วยความรักให้กับผู้ป่วยความจำเสื่อม โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยว่าจะต้องรวมไปถึง การค้นหาผู้มีภาวะความจำเสื่อม การให้ความเข้าใจ และดูแลพวกเขาอย่างดี โดยใช้ Holistic care model เพื่อดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และพร้อมที่จะเดินเคียงข้างผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย

ภายใต้ระบบการสร้างเครือข่าย Care Providers ในระดับพื้นที่ของไต้หวันในปัจจุบันหรือระบบ ABC Community Care แต่เดิม CFAD สถานดูแลในระดับ B ส่วนปีนี้ได้รับการเปลี่ยนเป็น A หรือเป็นสถานดูแลแม่ข่ายที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางข้อมูล ความเชี่ยวชาญ และการส่งต่อผู้ป่วย เพราะมีการให้บริการทางอาชีวบำบัดมากขึ้นตามบ้านพักที่ต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่ง ณ ขณะนี้ ไม่มีสถานดูแลอื่นใดที่สามารถทำสถานดูแลผู้ป่วยโรคความจำเสื่อมได้ดีและให้การดูแลที่ดีเท่าที่แห่งนี้ เพราะเป็นการให้การดูแลอย่างครอบคลุมในทุกด้าน ความแตกต่างระหว่าง B และ C คือ B มีผู้ดูแลที่เป็นมืออาชีพเฉพาะทางประจำอยู่ ในขณะที่ C ไม่มีผู้ดูแลเฉพาะทาง แต่ผู้ที่ทำงานใน C มักจะเป็นอาสาสมัครหรือชาวบ้านท้องถิ่น A เปรียบเสมือนผู้จัดการที่ต้องเชื่อมต่อ B และ C เข้าด้วยกัน แต่ในขณะเดียวกัน A อาจจะทำหน้าที่เหมือน C ด้วยเช่นกันเพราะ A ก็อยู่ในชุมชนนั้นๆ หรือบางครั้งอาจมีการส่งผ่านกันขึ้นอยู่กับระดับบริการที่ผู้ป่วยต้องได้รับ เพื่อส่งไปยัง A, B, หรือ C ได้อย่างเหมาะสม

ประวัติความเป็นมาของ CFAD มีดังต่อไปนี้ แม่ชีกลุ่มหนึ่งเดินทางมายังไต้หวันและก่อตั้ง St. Joseph Worker Hospital ขึ้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 1962 โดยแรกเริ่มประกอบไปด้วยแผนกสูติ-นรีเวช แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกดูแลเด็กคลอดก่อนกำหนด และในปี 1982 กลุ่มแม่ชีได้เดินทางไปเปิดโรงพยาบาล Cardinal Tien Hospital ที่ Yung Ho เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความจำเสื่อม หลังจากนั้น Taipei Catholic Church และ Yonghe Catholic Church ได้ร่วมกันก่อตั้ง Catholic Foundation of Alzheimer's Disease and Related Dementia (CFAD) เพิ่มในวันที่ 21 กันยายน 1998 เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความจำเสื่อมแบบครบวงจร นับว่าเป็นกลุ่มบุกเบิกทางด้านการดูแลผู้ป่วยความจำเสื่อมในเวลานั้นก็ว่าได้ และเนื่องจากมีความต้องการในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความจำเสื่อมมากขึ้น จึงมีการก่อตั้ง Saint Jaseph Home of

Alzhemiers's disease and related dementia ขึ้นในวันที่ 5 พฤษภาคม 2001 ซึ่งถือได้ว่าเป็นสถานที่ที่เชี่ยวชาญทางด้านความจำเสื่อมแห่งแรกในไต้หวัน

ปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำเสื่อมอยู่จำนวน 259,013 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 7.93 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยผู้สูงอายุเหล่านี้อาศัยอยู่ในครอบครัวของชุมชนต่างๆ เนื่องจากไม่มีสถานดูแลเพียงพอ ซึ่งมีแนวโน้มจะมีจำนวนที่มากขึ้นในอนาคต นับว่าเป็นความท้าทายที่ไต้หวันจะต้องรับมือกับมัน

ปัจจุบันให้บริการดูแลผู้สูงอายุหลากหลายประเภท ได้แก่ การดูแลระยะยาวและ day care สำหรับผู้มีภาวะความจำเสื่อม Homecare service (ใน Taipei และ New Taipei City ซึ่งทำมาตั้งแต่ปี 2001) การฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยความจำเสื่อมด้านต่างๆ (เช่น ทักษะการดูแลผู้ป่วยความจำเสื่อม การอบรมผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยความจำเสื่อมที่บ้าน การเปิดโอกาสให้ผู้ที่สนใจการดูแลผู้ป่วยความจำเสื่อม รวมถึงนักเรียนผู้ช่วยผู้ดูแล และนักสังคมสงเคราะห์เข้าเยี่ยมชม) การจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยความจำเสื่อม การให้ความรู้ต่อสาธารณชนเกี่ยวกับโรคความจำเสื่อมเพื่อช่วยกันเฝ้าระวัง การเผยแพร่สิ่งพิมพ์และหนังสือ รวมไปถึงการจัดการแสดงละครเพื่อสื่อให้คนเข้าใจผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น การส่งเสริมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีชื่อว่า Lao-lai-zi เพื่อเป็นการให้กำลังใจผู้ดูแลที่ต้องดูแลบุคคลในครอบครัว การเป็นสถานที่บริการผู้สูงอายุ (Taipei Wanhua Seniors service Center) การจัดบริการจัดส่งอาหารให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาภายในเขต Wanhua, Datong และ Yonghe ใน Taipei City และการบริการให้คำปรึกษาด้านโรคความจำเสื่อมตลอด 24 ชั่วโมง ผ่าน Hotline

ด้านการดูแลผู้สูงอายุ บริการสำคัญที่จัดให้มีในปัจจุบันประกอบไปด้วย เตียงนอน 64 หลังที่ให้บริการการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ห้องนอนมี 3 ขนาดด้วยกันคือ ห้อง 4 เตียง, 2 เตียง, และห้องเตียงเดี่ยว Day care นั้นจะรับไม่เกิน 30 คนต่อวัน Respite Care ที่ให้บริการระยะสั้นในแต่ละวันเพื่อผ่อนคลายความเครียดให้กับผู้ป่วย โดยผู้ให้บริการจะเป็นผู้ดูแลที่ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคย CFAD มีการจัดกิจกรรมที่แตกต่างกันไปเพื่อช่วยกระตุ้น Cognitive function ของผู้ป่วย โดยกิจกรรมจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ป่วย กลุ่มกิจกรรมประกอบไปด้วย กลุ่มดนตรี กลุ่มงานฝีมือ กลุ่มทำอาหาร บางครั้งอาจมีการรวมกลุ่มกันเพื่อเดินทางออกนอกสถานที่เพื่อชมพิพิธภัณฑ์หรืองานนิทรรศการต่างๆ นอกจากกิจกรรมที่ทำเป็นกลุ่มแล้ว ยังมีกิจกรรมที่จัดให้เฉพาะบุคคลด้วยขึ้นอยู่กับความสนใจและภูมิหลังของผู้ป่วยนั้นๆ และมีการเปิดคอร์สเกี่ยวกับภาษาให้กับผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาวะที่ดี รวมไปถึงคอร์สที่ช่วยคงไว้ซึ่ง cognitive function เพื่อป้องกันภาวะความจำเสื่อม เช่น คอร์ส Tai Chi เป็นต้น

ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้เข้ามาอยู่ในสถานดูแลแห่งนี้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจประเมินโดยแพทย์ตามข้อกำหนดของรัฐบาลก่อน โดยผู้ป่วยจะต้องมีความจำเสื่อมอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง และจะต้องสามารถเดินได้ จึงสามารถเข้ามาอยู่ในสถานดูแลนี้ได้ เพราะผู้ป่วยที่ความจำเสื่อมและยังเดินได้จะดูแลได้ยากกว่าจึงไม่เหมาะที่จะอยู่บ้านและให้คนในครอบครัวดูแล ทางสถานดูแลจะไม่รับผู้ป่วยที่มีความจำเสื่อมระดับต้นๆ หรือผู้ป่วยที่ติดเตียง ผู้ป่วยอาจไม่ใช่คนในพื้นที่ก็ได้ แต่มีข้อแม้ว่าญาติผู้ป่วยจะต้องมาเยี่ยมอาทิตย์ละ 2 ครั้ง ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในบริเวณ Taipei City เพราะเดินทางมาเยี่ยมได้สะดวกกว่า

สภาพแวดล้อมของ CFAD มีการปรับให้เหมือนบ้านพักอาศัย โดยที่ ชั้น 1 มีห้องสำหรับทำกายภาพบำบัดและทำกิจกรรมอื่นๆ ชั้น 2 และชั้น 3 ประกอบไปด้วยห้องนั่งเล่น ห้องครัว ห้องนอน สวนหย่อม รวมไปถึงห้องส่วนกลางที่สามารถให้ผู้มาเยี่ยมได้นั่งพูดคุย ทานอาหารร่วมกัน หรือมีกิจกรรมร่วมกันกับผู้ป่วยนั้นๆ ชั้น 4 จะมีสวนกลางแจ้งและพื้นที่ส่วนรวมสำหรับผู้มาเยี่ยม

บุคลากรในสถานดูแลแห่งนี้ประกอบไปด้วย บุคลากรประจำ ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ (Social Worker) นักอาชีวบำบัด (Occupational therapist or OT) พยาบาล และผู้จัดการ โดยนักอาชีวบำบัดเป็นผู้วางแผนการดูแลที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยแต่ละคน บุคลากร part time ได้แก่ หมอ เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด (Physical therapist or PT) นอกจากนั้นยังมีการเปิดโอกาสให้มีอาสาสมัครมาช่วยงานภายในสถานดูแลด้วย โดยที่ CFAD จะเปิดอบรมให้กับอาสาสมัครดังกล่าว โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความจำเสื่อมและผู้ป่วยในรูปแบบที่เป็นการบรรยายและ workshop แก่อาสาสมัครที่ต้องการช่วยงานที่สถานดูแลแห่งนี้ รวมถึงการแนะนำการเข้าหาและสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยความจำเสื่อม ซึ่งอาสาสมัครเหล่านี้ เมื่อผ่านการอบรมแล้วก็จะมาช่วยจัดทำกิจกรรมต่างๆ เช่น กลุ่มดนตรี กลุ่มภาษาญี่ปุ่น

นอกจากนั้น CFAD ยังทำหน้าที่เป็นแหล่งความรู้ให้กับสาธารณะ โดยมีการอบรมเพื่อเสริมทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคความจำเสื่อม เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ฝึกงานในตำแหน่งต่างๆ เช่น ผู้ช่วยผู้ดูแล นักอาชีวบำบัด นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ใดที่สนใจอยากเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยความจำเสื่อม มีการจัดการประชุมวิชาการเกี่ยวกับโรคความจำเสื่อม และเปิดโอกาสให้ทหารที่ต้องการทำ Alternative military service ได้เข้าร่วมช่วยดูแลผู้ป่วย ทหารบางคนมีความรู้ทางด้านการแพทย์ หรือทางจิตวิทยา ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อสถานดูแล

แหล่งของงบประมาณมาจาก 4 แหล่งหลักๆ คืองบประมาณจากรัฐบาล ให้ตามโครงการที่ของบประมาณของมูลนิธิเอง เงินเรียกเก็บจากผู้ใช้บริการ และเงินบริจาค ปัจจุบัน CFAD เรียกเก็บค่าใช้บริการ

จากผู้ป่วยตามรายละเอียดต่อไปนี้ ทั้งนี้ค่าบริการที่แสดงไม่รวมของใช้จำเป็นสำหรับแต่ละบุคคล การดูแลพิเศษ การบริการทางการแพทย์ และการเดินทาง

ตารางที่ 4-4: อัตราค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจากผู้ใช้บริการของ CFAD

<table>
<tr><th colspan="2">การดูแลแบบตลอด 24 ชั่วโมง</th><th>Day Care</th><th>Respite Care</th></tr>
<tr><td>ห้อง 1 เตียง</td><td>50,000 NTD</td><td rowspan="4">ค่าบริการต่อเดือน
18,000 NTD
(ปิดบริการวันอาทิตย์)
ค่าบริการต่อวัน
1,000 NTD</td><td rowspan="4">ค่าบริการรายวัน
1,500 NTD</td></tr>
<tr><td>ห้อง 2 เตียง แบบ Active</td><td>42,000 NTD</td></tr>
<tr><td>ห้อง 2 เตียง แบบเงียบ</td><td>37,000 NTD</td></tr>
<tr><td>ห้อง 4 เตียง</td><td>35,000 NTD</td></tr>
</table>

หมายเหตุ: อัตราแลกเปลี่ยน 1 NTD เท่ากับประมาณ 1 บาท

ความท้าทายของ CFAD ในปัจจุบันและอนาคต ที่สำคัญได้แก่ ปัญหาทางด้านการเงิน การจ้างบุคลากร ปัจจุบัน CFAD จ้างงานได้เฉพาะชาวไต้หวันเท่านั้น ซึ่งเป็นข้อกำหนดตามกฎหมายเพื่อไม่ให้มีปัญหาด้านการสื่อสาร ซึ่งค่าจ้างของชาวไต้หวันสูงกว่าแรงงานข้ามชาติ จึงทำให้ค่าใช้จ่ายของ CFAD สูง การจัดระเบียบห้องให้แก่คนไข้ว่าใครสามารถอยู่ด้วยกันได้ในห้องแบบ 4 เตียง หรือ 2 เตียง ถ้าไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่นได้ ต้องแยกมาอยู่ห้องเตียงเดี่ยว ทำให้มีผลต่อต้นทุนที่เพิ่มขึ้น

หมายเหตุ: แหล่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์ Miss Tung I-Hsuan (ตำแหน่ง Music Therapist, Occupational Therapist) เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2561 เวลา 10.00-12.00 น. ณ Taiwan Catholic Foundation of Alzheimer's Disease and Related Dementia, Taipei City, Taiwan R.O.C.

4.2.2 ความร่วมมือของภาครัฐและภาคเอกชน: Taipei Fuhua Senior Multi Service Center

Taipei Fuhua Senior Multi Service Center เป็น Day care center ที่บริหารจัดการโดย NPO ซึ่ง NPO นี้มี day care center ภายใต้การดูแลอยู่ 4 แห่งในกรุงไทเป เป็น local foundation ที่ขึ้นทะเบียนกับกรุงไทเป โดยเน้นความชำนาญด้านการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความจำเสื่อม (Dementia)

อาคารที่ใช้ประกอบการเป็นอาคารที่พักอาศัยของเจ้าหน้าที่ของกรุงไทเป แต่อาคารมีความเสื่อมโทรมอย่างมาก จึงเปลี่ยนแปลงการใช้สอยมาเป็น day care center โดยทางกรุงไทเปได้ลงทุนปรับปรุงอาคาร และทำการติดตั้งระบบ Smart system ซึ่งใช้งบประมาณ 300,000 NTD ระบบ smart system นี้เป็นระบบไฟฟ้าที่อำนวยความสะดวกต่างๆ และยังมีค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงนี้ประมาณ 15,000,000 NTD และค่าใช้จ่ายนการออกแบบ 11,000,000 NTD ทั้งนี้ LTC center ภายใต้การบริหารงานของรัฐบาลท้องถิ่นจะเป็นผู้เข้ามาประเมินสถานประกอบการณ์นี้ก่อนเพื่อให้มั่นใจว่าได้มาตรฐาน

ผู้สูงอายุที่สามารถเข้ามาใช้สถานดูแลนี้จะเข้ามาในฐานะของสมาชิก โดยมีการรับเข้า 2 ทาง ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินจาก LTC center แล้ว โดยส่วนใหญ่จะมีอาการความจำเสื่อม โดยมีพื้นที่รองรับ Union care จำนวน 4 ยูนิต ยูนิตละ 8 คน รวมทั้งสิ้น 32 คน ในแต่ละยูนิตจะมีผู้ดูแลประจำ 1 คน ถ้าผู้สูงอายุจำเป็นต้องพักค้างคืนเนื่องจากผู้ดูแลไม่สามารถมารับกลับได้ หรือผู้ดูแลต้องเดินทางออกนอกพื้นที่ ก็สามารถพาผู้สูงอายุมาฝากที่สถานดูแลได้ โดยมีการจัดเตรียมห้องนอนเดี่ยวไว้จำนวน 4 ห้อง และ (2) ผู้สูงอายุทั่วไปที่มาจากพื้นที่ใกล้เคียงในระยะ 5 กิโลเมตร หรือพื้นที่อื่นที่ห่างออกไปที่สะดวกมาใช้บริการ เพื่อทำกิจกรรมประเภทต่างๆ

Taipei Fuhua Senior Multi Service Center มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ให้เหมือนบ้านพักอาศัยให้มากที่สุด โดยมีการจัดห้องกิจกรรมเอาไว้ 2 ห้อง ที่บริเวณชั้น 1 และชั้น 5 เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีผู้จัดการเป็นผู้ออกแบบคอร์สของกิจกรรมต่างๆ กิจกรรมจะมีทั้งที่มีทั้งแบบจัดเก็บค่าใช้จ่าย และไม่จัดเก็บค่าใช้จ่าย โดยกิจกรรมที่มีการเก็บค่าใช้จ่ายจะเป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุ ส่วนกิจกรรมที่ไม่เก็บค่าใช้จ่ายจะได้รับความร่วมมือจากบุคคลภายนอกที่ต้องการทำเพื่อผู้สูงอายุ อาจมีทั้งกิจกรรมและการให้ความรู้ เช่นความรู้ทางด้านโภชนาการ เป็นต้น บริเวณพื้นที่ชั้น 2 และ ชั้น 3 มีการออกแบบสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความจำเสื่อม โดยมีพื้นที่สำหรับ Cognitive training เพื่อรักษาสภาพและความสามารถของผู้สูงอายุไม่ให้แย่ลงกว่าเดิม โดยจะมีการฝึกฝนทุกวันวันละ 3 ครั้ง ซึ่งมีผลการศึกษารับรองว่า ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุสามารถรักษาสภาพและความสามารถทาง ADL ไว้ได้ และร้อยละ 60 สามารถรักษา Cognitive ability ไว้ได้ ในส่วนของระบบความปลอดภัย Fuhua มีการติดตั้งสัญญาณเตือนที่จะดังขึ้นเมื่อมีผู้สูงอายุเปิดหน้าต่างหรือประตูที่ไม่ควรจะเปิด เพื่อป้องกันผู้สูงอายุเดินออกจากตัวอาคารขณะที่ไม่มีใครสังเกตหรือป้องกันการตกจากที่สูง Fuhua มีห้องครัวของตนเองที่มีกำลังในการจัดเตรียมอาหารกลางวัน วันละ 400 ชุด และอาหารค่ำ 70 ชุด โดยจัดส่งอาหารไปให้ day care center ในสังกัดทั้ง 4 แห่ง นอกจาก day care แล้ว Fuhua ยังมี elderly apartment housing ที่เปิดให้บริการอยู่ด้วย

หมายเหตุ: แหล่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์ Miss Lee (ผู้อำนวยการ Taipei Fuhua Senior Multi Service Center) และ Professor Chen-Fen Chen (ศาสตราจารย์แห่งมหาวิทยาลัย Chinese Culture University) เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2561 เวลา 10.00-11.45 น. ณ Taipei Fuhua Senior Multi Service Center, Taipei City, Taiwan R.O.C.

บทที่ 5
สรุปบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและประสบการณ์ของญี่ปุ่นและไต้หวันด้านระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุทั้งในภาพรวมและในเขตมหานครของทั้งสองพื้นที่ สามารถสรุปบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายได้ตามประเด็นดังต่อไปนี้

5.1 การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศไทยเชิงเปรียบเทียบระหว่างประเทศ

ภายใต้ขอบเขตของงานวิจัยที่พิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสังคม (การดูแลเชิงสังคม) เศรษฐกิจ (หลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพ) และสุขภาพ (การดูแลสุขภาพ การรักษาพยาบาล) กรณีของประเทศไทยสรุปได้ว่า มีการพัฒนาของระบบเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมสูงวัยทั้ง 3 ด้านมาตามลำดับ

ในด้านเศรษฐกิจ ประเทศไทยมีหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพภายใต้ระบบบำนาญที่ครอบคลุมประชาชนวัยทำงานและประชากรวัยสูงอายุทุกกลุ่ม กล่าวคือ ระบบบำนาญ 2 ระบบอันได้แก่ระบบบำนาญข้าราชการสำหรับข้าราชการบำนาญและเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุสำหรับประชากรวัยสูงอายุกลุ่มที่เหลือทุกคน จะครอบคลุมประชากรวัยสูงอายุทุกคนให้มีหลักประกันบำนาญยามเข้าสู่วัยสูงอายุ ระบบทั้งสองที่กล่าวมานั้นมีแหล่งที่มาของเงินจากงบประมาณแผ่นดิน (หรือส่วนใหญ่มาจากภาษีอากรนั่นเอง) นอกเหนือจากนั้นประชากรวัยทำงานอาจจะมีหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพเพิ่มเติมจากระบบทั้งสองข้างต้นตามอาชีพหรือสถานภาพการทำงานของตน กรณีข้าราชการอาจมีหลักประกันเพิ่มเติมจากการออมเงินผ่านกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) ลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปมีเงินบำนาญชราภาพผ่านการประกันตนในระบบประกันสังคม และในสถานประกอบการบางแห่งมีการจัดตั้งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพให้กับพนักงานของตนอีกด้วย นอกเหนือจากนั้นประชากรวัยทำงานที่ไม่ได้ทำงานเป็นลูกจ้างสามารถสร้างหลักประกันยามชราภาพให้กับตนเองผ่านการออมในกองทุนการออมแห่งชาติ กรณีของกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ แหล่งที่มาของเงินจะมาจากการสะสมของเจ้าตัว การสมทบร่วมของรัฐบาลในฐานะนายจ้าง และผลตอบแทนจากการบริหารจัดการเงินดังกล่าว กรณีของบำนาญชราภาพภายใต้กองทุนประกันสังคม แหล่งเงินจะมาจากเงินสมทบของเจ้าตัว เงินสมทบร่วมของนายจ้างและรัฐบาล และผลตอบแทนจากการบริหารจัดการเงินกองทุน ส่วนกรณีของกองทุนการออมแห่งชาติจะมาจากเงินออมของเจ้าตัว เงินสมทบของรัฐบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจ และผลตอบแทนจากการบริหารจัดการเงินดังกล่าว จะเห็นได้ว่า

แนวความคิดและแหล่งที่มาของเงินในการสร้างหลักประกันรายได้ยามชราภาพภายใต้ระบบบำนาญจะมีความหลากหลายอย่างยิ่งในปัจจุบัน

ในด้านการรักษาพยาบาล ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ระบบสำคัญ 3 ระบบได้แก่ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีของสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัวจะครอบคลุมข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และสมาชิกครอบครัว (คู่สมรส บุตร และบิดามารดา) แหล่งที่มาของเงินมาจากเงินจากงบประมาณแผ่นดิน กรณีของสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของระบบประกันสังคม แหล่งเงินจะมาจากเงินสมทบของเจ้าตัว เงินสมทบร่วมของนายจ้างและรัฐบาล และผลตอบแทนจากการบริหารจัดการเงินกองทุน ระบบนี้จะครอบคลุมลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ส่วนประชากรที่เหลือจาก 2 ระบบแรกที่กล่าวมาจะได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่แหล่งที่มาของเงินมาจากเงินงบประมาณแผ่นดิน เด็ก ผู้สูงอายุ และประชากรวัยทำงานที่ทำงานนอกระบบการจ้างงานส่วนใหญ่จะอยู่ภายใต้การคุ้มครองของระบบนี้

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ปัจจุบันประเทศไทยมีสถานดูแลผู้สูงอายุที่จัดโดยภาครัฐ (รัฐบาลกลางหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ไม่มากนัก แต่ประเทศไทยจะเน้นการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม มีการใช้ชุมชนเป็นฐานการดูแลผู้สูงอายุ และมีการประกาศให้การดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพาเป็นสิทธิสำคัญของผู้สูงอายุภายใต้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ และมีการอนุญาติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดหา “นักบริบาลชุมชน” เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาสูงจนติดเตียงตามบ้าน เพื่อช่วยสนับสนุนการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเหล่านั้น โดยรัฐบาลมีหน้าที่ในการจัดสรรงบประมาณให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อดำเนินการดังกล่าว ขณะเดียวกันกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีบทบาทสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโดยการดำเนินโครงการซ่อมแซมบ้านสำหรับผู้สูงอายุ หรือสถานที่จัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัญชาติไทย ยากจน ไม่มีบุตรหลานเลี้ยงดูหรืออยู่ร่วมกับบุตรหลานที่ยากจน และมีที่อยู่อาศัยที่ไม่เหมาะสมและปลอดภัย

จากพัฒนาการของระบบสนับสนุนการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศญี่ปุ่นและไต้หวัน สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 5-1 กล่าวคือ ในด้านหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพ (บำนาญ) หลักประกันสุขภาพ (รักษาพยาบาล) ไม่ว่าจะเป็นประเทศญี่ปุ่น ไต้หวัน หรือไทย มีหลักประกันโดยภาครัฐที่ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม ความแตกต่างจะอยู่ที่ขอบเขตความครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายและแหล่งที่มาของเงิน จะเห็นได้ว่ากรณีของญี่ปุ่นหรือไต้หวันจะเน้นการมีส่วนร่วมจ่าย

ของผู้รับสิทธิประโยชน์โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประกันสุขภาพ ในด้านการดูแลผู้สูงอายุด้านชีวิตประจำวัน (การดูแลเชิงสังคมและภาวะพึ่งพา) ไม่ว่าจะเป็นญี่ปุ่น ไต้หวัน หรือประเทศไทย ล้วนแล้วแต่มีระบบสนับสนุนด้านการดูแลผู้สูงอายุด้านชีวิตประจำวัน แต่กรณีของญี่ปุ่นและไต้หวันจะครอบคลุมบริการที่หลากหลายเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาที่แตกต่างกัน ไม่ได้เจาะจงเฉพาะผู้สูงอายุติดเตียง ยิ่งในกรณีของไต้หวัน มีการให้แรงงานต่างชาติเข้ามาดูแลผู้สูงอายุในบ้านเป็นทางเลือกสำหรับครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาอีกด้วย กรณีของประเทศไทยจะโฟกัสไปที่เฉพาะผู้สูงอายุติดเตียง อย่างไรก็ตามหากพิจารณาหลักการเบื้องหลังการสร้างระบบสนับสนุนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 ประเทศยังมีความแตกต่างกัน กรณีของญี่ปุ่น เลือกใช้แนวทางการประกันสังคม (social insurance) กรณีของไต้หวันใช้แนวทางการจัดบริการสังคมโดยมีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการบริการตามความสามารถในการจ่ายของผู้รับบริการ ส่วนกรณีของไทย เราเพิ่งเริ่มต้นการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำคัญ และรัฐบาลยังเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายอยู่ นอกจากนั้นเรายังพบว่า ด้านการสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อการอยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุทั้งกรณีของญี่ปุ่นและไต้หวัน ทั้งสองพื้นที่จัดให้มีสิทธิประโยชน์ในการปรับปรุงพื้นที่อยู่อาศัยไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ไม่ได้เน้นเฉพาะกลุ่มเป้าหมายยากไร้เหมือนเช่นกรณีของประเทศไทย ทั้งนี้ในส่วนของไต้หวันยังเป็นเพียงแผนที่จะเพิ่มการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเข้าไปเป็นหนึ่งในสิทธิประโยชน์กรณีที่เปลี่ยนแปลงระบบไปสู่การประกันสังคม

จะเห็นได้ว่า ประเทศไทยมีพัฒนาการในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยในแง่ของความครอบคลุมของระบบสนับสนุนไม่ได้แตกต่างจากญี่ปุ่นหรือไต้หวัน แต่ในด้านการดูแลผู้สูงอายุด้านชีวิตประจำวัน (การดูแลเชิงสังคมและภาวะพึ่งพา) และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อการอยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เรายังเพิ่งอยู่ในจุดเริ่มต้นซึ่งระบบในปัจจุบันจะเน้นไปเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาสูงหรือกลุ่มผู้สูงอายุด้อยโอกาส สาเหตุสำคัญน่าจะมาจากความเข้มข้นของการเป็นสังคมสูงวัยยังอยู่ในระดับต่ำและทรัพยากรทางการเงินของรัฐบาลที่จะทุ่มลงในส่วนนี้อาจจะยังมีไม่มากนัก จึงสมควรที่เราจะได้เรียนรู้บทเรียนจากทั้งญี่ปุ่นและไต้หวันเพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุไทยต่อไปในอนาคต

ตารางที่ 5-1: สรุปภาพรวมของระบบสนับสนุนการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศญี่ปุ่น ไต้หวัน และประเทศไทย

ระบบสนับสนุน	ญี่ปุ่น	ไต้หวัน	ไทย
หลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพ (บำนาญ)	มี ระบบบำนาญแห่งชาติและระบบบำนาญตามกลุ่มอาชีพ	มี ระบบบำนาญตามกลุ่มอาชีพและระบบบำนาญสำหรับประชาชนทั่วไป	มี ระบบบำนาญข้าราชการเบี้ยยังชีพ และระบบบำนาญตามกลุ่มอาชีพ
หลักประกันสุขภาพ (รักษาพยาบาล)	มี ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสุขภาพผู้สูงอายุวัยปลาย	มี ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า	มี สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
การดูแลผู้สูงอายุด้านชีวิตประจำวัน (การดูแลเชิงสังคมและภาวะพึ่งพา)	มี ระบบการประกันดูแลระยะยาว	มี การจัดบริการสังคมโดยเก็บค่าใช้บริการตามความสามารถในการจ่าย	มี การจัดบริการดูแลที่บ้านให้กับกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงใช้งบประมาณของรัฐบาล
การปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อการอยู่อาศัยที่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ	มี อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบการประกันดูแลระยะยาว	มี อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ	มี เป็นระบบแยกจากการดูแลผู้สูงอายุ เน้นผู้สูงอายุยากไร้ ไม่ได้เน้นภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ

5.2 สรุปบทเรียนที่ได้จากการระบบสนับสนุนคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นและไต้หวัน

บทเรียนที่ 1: ภาพรวมและทิศทางของระบบสนับสนุนคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาภาพรวมและทิศทางของการเตรียมความพร้อมของระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ พบว่า กรณีของประเทศไทยกำลังเคลื่อนตัวไปในทิศทางเดียวกันกับประเทศที่มีความเป็นสังคมสูงวัยสูงกว่า เช่น ญี่ปุ่น ไต้หวัน ไม่ว่าจะเป็นด้านหลักประกันรายได้ยามชราภาพ การรักษาพยาบาล การ

ส่งเสริมการทำงานของแรงงานสูงอายุ การปรับปรุงด้านที่อยู่อาศัย อย่างไรก็ตามการเตรียมการด้านการรองรับการดูแลเมื่อตกอยู่ในภาวะพึ่งพาด้านการใช้ชีวิตประจำวันกรณีของประเทศไทยยังเรียกได้ว่าอยู่ในช่วงเริ่มต้น

อย่างไรก็ดี มีประเด็นที่ควรให้ความระมัดระวังคือ ประเด็นแหล่งที่มาของเงินเพื่อระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในบางเรื่อง เช่น ระบบบำนาญ หลักประกันสุขภาพ กรณีของทั้งญี่ปุ่นและไต้หวันสังคมเลือกที่จะใช้ระบบประกันสังคม (social insurance) ซึ่งประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายเงินสมทบหรือเบี้ยประกัน รวมทั้งถูกเรียกเก็บค่าใช้จ่ายบางส่วน ณ จุดรับบริการ โดยรัฐบาลมีส่วนในการอุดหนุนทั้งส่วนของเงินสมทบและค่าใช้จ่ายเมื่อรับบริการด้วยกระนั้นก็ตามค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพและบำนาญของทั้งญี่ปุ่นและไต้หวันกลายเป็นประเด็นน่าเป็นห่วงต่อไปในอนาคต ด้านบำนาญมีการปรับลดเงินบำนาญ เรียกเก็บเงินสมทบสูงขึ้น และมีการเลื่อนอายุรับบำนาญออกไปอีก หรือกรณีของญี่ปุ่น มีการแยกระบบหลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุออกมาจากระบบหลัก ดังนั้นสำหรับประเทศไทยแล้ว ในอนาคตสังคมจะต้องทบทวนแนวทางของระบบบำนาญและระบบหลักประกันสุขภาพในปัจจุบันที่เป็นอยู่ซึ่งใช้ภาษีอากรเป็นแหล่งเงินหลัก ว่าจะมีความยั่งยืนมากน้อยเพียงไร

บทเรียนที่ 2: การแบ่งบทบาทระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาลท้องถิ่น

ไม่ว่าจะเป็นกรณีของญี่ปุ่นหรือไต้หวัน จะเห็นได้ว่ารัฐบาลท้องถิ่นในระดับจังหวัดและระดับเมืองเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กรณีหลักประกันสุขภาพของญี่ปุ่น) การดูแลผู้สูงอายุเมื่อตกอยู่ในภาวะพึ่งพาและการปรับปรุงที่อยู่อาศัย (ทั้งญี่ปุ่นและไต้หวันภายใต้ระบบประกันการดูแลระยะยาว) การจัดให้มีที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (กรณีของญี่ปุ่น) ในด้านของประเทศไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทด้านผู้สูงอายุในระดับหนึ่ง เช่น เป็นผู้รับลงทะเบียนและจัดสรรเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุ เป็นผู้จัดกิจกรรมทางสังคมในโอกาสวาระต่างๆ อย่างไรก็ตาม บทบาทด้านสุขภาพยังคงมีจำกัดในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ และบทบาทด้านการดูแลยังคงมีจำกัด ดังนั้นสำหรับประเทศไทยแล้ว ในอนาคตสังคมจะต้องทบทวนแนวทางของแบ่งบทบาทระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาลท้องถิ่น โดยเฉพาะเรื่องการดูแลผู้สูงอายุซึ่งอาจจะดำเนินการได้เฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการจัดบริการสาธารณสุข เช่น กรุงเทพมหานคร เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลอาจจะยังมีข้อจำกัดด้านอำนาจหน้าที่ งบประมาณ และบุคลากรในการดำเนินการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรของภาครัฐที่อยู่ใกล้ประชาชน และทราบสารสนเทศเกี่ยวกับความต้องการของประชาชนได้ดีกว่ารัฐบาลกลาง การแบ่งบทบาทด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลที่มีลักษณะเชิงสังคมผสมอยู่

ด้วยและบทบาทในเชิงป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะพึ่งพา น่าจะเป็นบทบาทที่เหมาะสมสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยทั่วไป

บทเรียนที่ 3: การมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่ไม่ใช่รัฐบาล

จากสถานการณ์ปัจจุบันทั้งในญี่ปุ่นและไต้หวัน มีการดึงการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนที่แสวงหากำไร ภาคองค์กรไม่แสวงหากำไร (Non-profit Organizations) ที่มีสถานะบุคคลต่างๆ รวมไปถึงกลุ่มอาสาสมัครต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ บทบาทของภาคส่วนเหล่านี้มีตั้งแต่เป็นผู้จัดบริการ (services provider) ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตโดยทั่วไปให้กับผู้สูงอายุหรือครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ บทบาทในการจัดบริการเฉพาะที่แม้กระทั่งผู้จัดบริการที่เป็นภาคเอกชนที่แสวงหากำไรและ/หรือภาคองค์กรไม่แสวงหากำไรไม่จัดบริการในภาวะปกติ ดังนั้นสำหรับประเทศไทย ในอนาคตที่มีแนวโน้มที่จะมีผู้สูงอายุมากขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วน ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม รวมไปถึงลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อาจจะเปลี่ยนไปจนทำให้ความต้องการต่อการสนับสนุนมีความเฉพาะและมีความหลากหลาย ดังนั้นในอนาคตสังคมจะต้องผลักดันให้การมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่ไม่ใช่รัฐบาลให้เข้ามามีส่วนในการระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้นและอย่างเป็นทางการ ไม่ว่าจะเป็นบริษัทเอกชนทั่วไป สตาร์ทอัพ วิสาหกิจเพื่อสังคม มูลนิธิ องค์กรทางศาสนา องค์กรสาธารณกุศล องค์กรสวัสดิการชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ

บทเรียนที่ 4: บทบาทของชุมชน เครือข่ายภายในชุมชน และการบูรณาการภายในพื้นที่

จากสถานการณ์ปัจจุบันของญี่ปุ่นและไต้หวัน จะเห็นได้ว่า ชุมชนและเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆภายในชุมชนมีบทบาทสำคัญในด้านการสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุที่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพา การศึกษานี้ยังได้เรียนรู้ว่า การบูรณาการภายในพื้นที่ที่เกิดขึ้นในญี่ปุ่นและไต้หวันเกิดขึ้นได้หลายลักษณะ เช่น ความร่วมมือสร้างเครือข่ายระหว่างภาครัฐและ ภาคส่วนที่ไม่ใช่รัฐบาล ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่ไม่ใช่รัฐบาลด้วยกันเอง ซึ่งมีทั้งความร่วมมือระหว่างภาคเอกชนที่แสวงหากำไรด้วยกัน ความร่วมมือระหว่างภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรกับภาคเอกชนที่แสวงหากำไร รวมถึงความร่วมมือระหว่างภาคเอกชนกับกลุ่มอาสาสมัคร เป็นต้น รูปธรรมที่เกิดขึ้นเช่น ภาคเอกชนรายย่อยต่างๆมา

ร่วมกันเปิดเป็นชุมชนดูแลผู้สูงอายุในเขตเมือง ประชาชนแกนนำและอาสาสมัครมาร่วมจัดบริการในพื้นที่ที่ราชการจัดตั้งขึ้น

บทเรียนที่ 5: ปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและภาคส่วนที่ไม่ใช่รัฐบาล

จากสถานการณ์ปัจจุบันของทั้งญี่ปุ่นและไต้หวันทำให้เห็นบทบาทสำคัญของรัฐบาลที่นอกเหนือจากการเป็นผู้จัดบริการ (services provider) ที่สำคัญได้แก่ การเป็นผู้สนับสนุนทางการเงินในรูปแบบของเงินอุดหนุนให้กับภาคส่วนที่ไม่ใช่รัฐบาล การสร้างภาคีความร่วมมือหรือการเป็นหุ้นส่วนกับภาคส่วนที่ไม่ใช่รัฐบาล (Public-private Partnership) เช่น การลงทุนสร้างโครงสร้างพื้นฐานหลักโดยภาครัฐ และการอนุญาตให้ภาคส่วนที่ไม่ใช่รัฐบาลเข้ามาเป็นผู้จัดบริการและบริหารจัดการระบบบนโครงสร้างพื้นฐานดังกล่าว การเป็นผู้ประกัน (insurer / services purchaser) ของรัฐบาลกลาง/หน่วยของรัฐบาลกลาง/รัฐบาลท้องถิ่น และให้ภาคส่วนที่ไม่ใช่รัฐบาลมาเป็นผู้จัดบริการให้กับประชาชน

บทเรียนที่ 6: ความหลากหลายของความต้องการของประชาชนในพื้นที่

เห็นได้จากสถานการณ์ปัจจุบันด้านการดูแลผู้สูงอายุของทั้งญี่ปุ่นและไต้หวัน นอกเหนือจากความหลากหลายของผู้มีส่วนร่วมในการจัดบริการแล้ว ยังมีความหลากหลายของ “บริการ” ที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลผู้สูงอายุอีกด้วย ไม่ว่าจะเป็นการดูแลรักพยาบาล/การฟื้นฟูสภาพที่บ้าน การบริการดูแลรายวันในสถานดูแล การบริการดูแลแบบค้างคืนระยะสั้น/ระยะยาว การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาเฉพาะ ระบบยืมอุปกรณ์สนับสนุนการดูแลที่บ้าน การปรับปรุงซ่อมแซมบ้าน บริการจัดส่งอาหาร การเยี่ยมบ้านตอนกลางคืน บริการเรียกหา การดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลชาวต่างประเทศ จนกระทั่งมีบริการเฉพาะตัว เช่น บริการช่วยดูแลทำความสะอาดบ้าน บริการรถขายสินค้าจำเป็นเคลื่อนที่ บริการพาสุนัขไปเดินเล่นแทนเจ้าของ บริการเปลี่ยนหลอดไฟหรือจัดบ้าน เป็นต้น บริการแต่ละประเภทเกิดขึ้นบนพื้นฐานความจำเป็นและความต้องการส่วนบุคคล ดังนั้นการสำรวจปัญหาในพื้นที่และความต้องการที่เกิดขึ้นจริงจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการวางแผนและแนวทางในการสร้างระบบสนับสนุนคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่มีหลากหลายกลุ่มภายในชุมชน บริการหลายอย่างเป็นหน้าที่ของรัฐบาล บริการหลายอย่างสามารถเกิดขึ้นโดยจิตอาสาภายในพื้นที่ ภาคเอกชนและ/หรือภาคองค์กรไม่แสวงหากำไรสามารถเข้ามาริเริ่มบริการได้หลายประเภท สิ่งสำคัญเมื่อมีบริการที่หลากหลายโดยผู้ให้บริการที่หลากหลายคือ ชานชะลา (platform) ของสารสนเทศเหล่านี้ ในส่วนนี้รัฐบาลท้องถิ่นสามารถมีบทบาทนำใน

ฐานะศูนย์รวมข้อมูลและการเปิดเผยและกระจายข้อมูลเหล่านี้ให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

บทเรียนที่ 7: ระบบสนับสนุนคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่ตอบโจทย์ทุกคนและยั่งยืน

ในการศึกษากรณีของญี่ปุ่นและไต้หวัน เราจะเห็นจุดเด่นสำคัญประการหนึ่งของระบบสนับสนุนคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะระบบหลักประกันสุขภาพและระบบดูแลผู้สูงอายุของทั้งสองพื้นที่ จะเลือกใช้ระบบประกันหรือมีความพยายามที่จะย้ายระบบไปสู่ระบบการประกันทางสังคม (social insurance) โดยขณะเดียวกันก็มีมาตรการช่วยเหลือประชาชนกลุ่มด้อยโอกาสไปหรือมีความสามารถในการจ่ายหรือแบกภาระต่ำแยกออกไป เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพของทั้งสองประเทศ มีการกำหนดอัตราเบี้ยประกันมาตรฐานสำหรับประชาชนทั่วไปที่มีรายได้ไว้ชัดเจน และกำหนดอัตราเบี้ยประกันลดหย่อนหรือมีมาตรการผ่อนผันสำหรับประชาชนที่มีรายได้น้อยแยกต่างหาก ในการออกแบบระบบในลักษณะนี้จะช่วยส่งเสริมความยั่งยืนทางการเงินการคลังของระบบและชะลอการเพิ่มของภาระค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการผู้สูงอายุของรัฐบาลได้บ้าง เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่รัฐบาลต้องแบกรับภาระทั้งหมด

บทเรียนที่ 8: “การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน” เป็นแนวทางหลัก

ไม่ว่าจะเป็นกรณีของไต้หวัน หรือแม้แต่กรณีของญี่ปุ่นซึ่งได้ socialize เรื่องการดูแลผู้สูงอายุออกไปสู่สังคมตั้งแต่เริ่มระบบการประกันการดูแลระยะยาวในปี 2000 อย่างไรก็ดีจากประสบการณ์ของทั้งสองประเทศที่มีปัญหาทรัพยากรด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอเมื่อประชาชนรุ่นเบบี้บูมที่เกิดหลักสงครามโลกครั้งที่สองเข้าสู่วัยสูงอายุและมีอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ อีกทั้งความต้องการรับการดูแลที่บ้านหรือชุมชนที่คุ้นเคย และอยู่กับครอบครัวในช่วงสุดท้ายของชีวิต (ถ้าเป็นไปได้) และยังมีปัญหาภาระค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการผู้สูงอายุของรัฐบาลที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ทิศทางของระบบสนับสนุนด้านการดูแลผู้สูงอายุกลับมาอยู่ที่หรือตั้งต้นอยู่ที่ ageing in place หรือ community-based integrated care อย่างที่เป็นอยู่ทั้งในญี่ปุ่นและไต้หวัน จะเห็นได้ว่า การนำบริการดูแลไปสนับสนุนการดำรงชีวิตในบ้านหรือในชุมชนคุ้นเคยกลายเป็นประเด็นสำคัญ ดังนั้นทิศทางการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยที่เน้นการดูแลโดยตนเอง ครอบครัว และชุมชนเป็นหลัก คงจะเลี่ยงไม่พ้น การจัดระบบดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นการดูแลที่บ้านเป็นหัวใจ นอกจากนั้นยังจะต้องมีระบบสนับสนุนครอบครัวที่สมาชิกของครอบครัว ผู้ดูแลคนไทยหรือชาวต่างประเทศดูแลผู้สูงอายุในด้านองค์ความรู้ที่ถูกต้อง

ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ระบบการให้คำปรึกษาครอบครัวและผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญเพื่อส่งเสริมและธำรงให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเกิดขึ้นและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีอุปสรรคน้อยที่สุด

บทเรียนที่ 9: การส่งเสริม active ageing ในชุมชนโดยผลักดันการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุ

เนื่องจากผู้สูงอายุมีหลายกลุ่มตามภาวะพึ่งพา การใช้ประโยชน์ผู้สูงอายุที่ยังไม่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพาจะเป็นการดำเนินการเชิงป้องกันเพื่อไม่ให้หรือลดความเสี่ยงที่ผู้สูงอายุเหล่านั้นตกอยู่ในภาวะพึ่งพาในอนาคตได้ ดังที่กล่าวในบทเรียนต่างๆข้างต้น และบทเรียนจากระบบในปัจจุบันของทั้งญี่ปุ่นและไต้หวัน การดึงผู้สูงที่มีศักยภาพดังกล่าวเข้ามามีบทบาทในการร่วมจัดบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในอนาคตของสังคมไทยที่จะมีทั้งจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไม่ว่าจะเป็นการดึงการมีส่วนร่วมดังกล่าวในฐานะการจ้างงานเพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้ การทำงานอาสาสมัครเพื่อผู้อื่นเพื่อความภาคภูมิใจและการแสวงหาความหมายของชีวิตในช่วงบั้นปลาย หรือแม้แต่การมีส่วนร่วมทางสังคมเพื่อสุขภาวะส่วนบุคคลอันจะลดความเสี่ยงสู่ภาวะพึ่งพา

บทเรียนที่ 10: บทเรียนด้านการปรับปรุงที่อยู่อาศัยและมาตรการด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

จากสถานการณ์ในไต้หวันและญี่ปุ่นพบว่า มาตรการด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุจะแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะได้แก่ มาตรการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเดิม ทั้งกรณีของญี่ปุ่นและไต้หวัน การปรับปรุงบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ถูกประเมินว่ามีภาวะพึ่งพาจะถูกจัดอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของการดูแลระยะยาว (ดังที่กล่าวไปแล้วว่า กรณีของญี่ปุ่นเป็นระบบประกัน ส่วนของไต้หวันเป็นการจัดบริการทางสังคม) ผู้สูงอายุที่ถูกประเมินว่ามีภาวะพึ่งพามีสิทธิที่จะได้รับเงินอุดหนุนในการปรับปรุงบ้านเพื่อให้เหมาะกับภาวะพึ่งพาของตนเอง อีกมาตรการหนึ่งคือมาตรการการหาที่อยู่ใหม่ มาตรการที่ใช้จะมีหลากหลาย เช่น มาตรการที่อยู่อาศัย (พร้อมบริการดูแล) สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีฐานะดี มาตรการส่งเสริมให้ภาคเอกชนจัดที่อยู่อาศัยราคาถูกเพื่อผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย (และอาจจะมีภาวะพึ่งพา) ภายในเขตเมือง

5.3 ทิศทางของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยในอนาคตจากบทเรียนญี่ปุ่นและไต้หวัน

จากบทเรียนของญี่ปุ่นและไต้หวันในด้านการดูแลผู้สูงอายุ จะทำอย่างไรที่จะทำให้สังคมไทยไม่ติดหล่มการดูแลที่เน้นการดูแลในสถาบัน แต่เน้นการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและ/หรือเน้นการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ด้วยหลักการของการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยที่เน้นการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน ดังจะเห็นได้จากการที่รัฐบาลไม่สร้างบ้านพักคนชราเพื่อดูแลผู้สูงอายุในสถาบัน (institutional care) โดยภาครัฐ และหันมาใช้แนวทางการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยความร่วมมือระหว่างชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลของรัฐบาลในชุมชน โดยกำหนดให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเป็นหนึ่งในสิทธิตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ และมีการอนุญาตให้มีการจัดหา "นักบริบาลชุมชน” เพื่อมาดูแลสูงอายุในพื้นที่และจัดสรรงบประมาณเพื่อการดังกล่าว รวมทั้งมีการใช้กลไกพัฒนาสังคมจังหวัดและเครือข่ายในพื้นที่ในการคัดเลือกผู้สูงอายุยากไร้ เพื่อจัดสรรงบประมาณในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย กล่าวได้ว่าในภาพรวม การดูแลผู้สูงอายุของไทยโดยรัฐบาลในปัจจุบัน (หากไม่นับการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลของรัฐบาล) มีลักษณะสำคัญดังต่อไปนี้

(1) รัฐบาลให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาสูง เช่น กลุ่มนอนติดเตียง
(2) รัฐบาลเริ่มแบ่งบทบาทการดูแลผู้สูงอายุให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เบื้องต้นอนุญาตให้มีการจัดหา "นักบริบาลชุมชน” เพื่อมาดูแลสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาสูงในชุมชน และจัดสรรงบประมาณเพื่อการดังกล่าวให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
(3) แหล่งที่มาของเงินเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาสูงในชุมชนมาจากงบประมาณแผ่นดิน (และงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองในกรณีที่จัดหานักบริบาลชุมชนมากกว่าจำนวนคนที่รัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้)
(4) บริการดูแลที่จัดให้มีในปัจจุบันยังมีจำกัด (เช่น การเยี่ยมบ้าน การดูแลพื้นฐานเมื่อไปเยี่ยมบ้านเป็นต้น) สาเหตุสำคัญเนื่องจากประชากรกลุ่มเป้าหมายยังจำกัด
(5) บริการการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุยังเป็นระบบที่แยกเอกเทศจากการดูแลผู้สูงอายุ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายยังจำกัดเฉพาะผู้สูงอายุยากไร้ แต่มีการใช้กลไกชุมชนในการคัดเลือกผู้รับบริการ โดยที่รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบงบประมาณในการดำเนินการ (มีวงเงินจำกัด)

จากบทเรียนที่ได้เรียนรู้จากญี่ปุ่นและไต้หวัน ลักษณะของภาพรวมของระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุของญี่ปุ่นและไต้หวันสามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังต่อไปนี้

(1) มีกฎหมายหรือแผนระยะยาวเฉพาะในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุ

(2) มีการแบ่งบทบาทชัดเจนระหว่างรัฐบาลกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านการดูแลผู้สูงอายุ รัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนดนโยบายและจัดสรรงบประมาณบางส่วนเพื่ออุดหนุนการดูแลผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ประกัน (insurer) (กรณีของญี่ปุ่น) หรือเป็นศูนย์กลางของการประสานเครือข่ายการดูแลในระดับพื้นที่ (กรณีของไต้หวัน) ทั้งนี้ผู้ให้บริการดูแลมีความหลากหลายทั้งภาคประชาสังคม ภาคองค์กรไม่แสวงหากำไร และภาคเอกชน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ

(3) กำหนดกลุ่มเป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับบริการไม่จำกัดเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาสูง (เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้สูงอายุติดเตียง เป็นต้น) สิทธิในการเข้ารับบริการจะขึ้นอยู่กับผลของการประเมินระดับภาวะพึ่งพา (หรือ ADL, Activities of Daily Living) และลักษณะของบริการที่จัดให้และมูลค่าของบริการจะมีความแตกต่างกันไปตามระดับของภาวะพึ่งพาที่ได้รับการประเมิน

(4) ลักษณะของบริการที่จัดให้มีมีความหลากหลาย ไม่ได้เน้นเฉพาะการดูแลในสถาบันซึ่งยังคงมีอยู่ แต่จะมีทั้งส่วนที่เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การดูแลภายในชุมชน การดูแลในสถาบัน การสนับสนุนการเดินทาง การส่งอาหาร การปรับปรุงที่อยู่อาศัย การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การให้ยืมอุปกรณ์สนับสนุนการดูแล เป็นต้น กรณีของไต้หวันรัฐบาลวางตำแหน่งให้การจ้างแรงงานต่างชาติมาดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นบริการดูแลประเภทหนึ่งที่ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุสามารถเลือกเป็นตัวเลือกได้

(5) แหล่งที่มาของเงินในการดูแลผู้สูงอายุไม่ได้มาจากงบประมาณแผ่นดินทั้งหมด ผู้รับบริการมีส่วนร่วมจ่ายด้วย กรณีของญี่ปุ่นเป็นระบบประกันสังคม ผู้รับบริการต้องจ่ายเบี้ยประกันรายเดือนและรับภาระค่าใช้จ่ายบางส่วน ขณะที่กรณีของไต้หวันเป็นการจัดบริการสังคมให้กับผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินว่ามีภาวะพึ่งพาและมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแล ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นญี่ปุ่นหรือไต้หวันมีมาตรการสำทับสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในการเข้าถึงบริการดูแล เช่น กรณีของญี่ปุ่น จะมีมาตรการช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย เงินประกันการดูแลระยะยาวหรือค่าใช้จ่ายเมื่อรับบริการจะสามารถจ่ายจากเงินส่วนนี้ กรณีของไต้หวันจะมีการประเมินสถานะทางด้านรายได้เพื่อรับเงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายเต็มหรือบางส่วน

(6) มีการสร้างเครือข่ายในระดับพื้นที่เพื่อเชื่อมโยงการบริการดูแลในระดับต่างๆโดยผู้ให้บริการที่หลากหลายเข้าด้วยกันโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ประสาน

ดังนั้น จากสถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบันและลักษณะของภาพรวมของระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุของญี่ปุ่นและไต้หวัน หากสังคมไทยต้องการที่จะพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุไปในทิศทางที่เหมือนหรือใกล้เคียงกับญี่ปุ่นหรือไต้หวัน รัฐบาลควรมีการดำเนินการดังนี้

(1) ยึดหลักการที่ยึดถืออยู่ในปัจจุบันอันได้แก่การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยที่เน้นการดูแลโดยครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยควรที่จะตราออกมาเป็นกฎหมายหรือกำหนดเป็นแผนปฏิบัติการในระยะยาวเฉพาะเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ

(2) เนื่องด้วยการกำหนดบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติจัดตั้งและพระราชบัญญัติกระจายอำนาจยังมีกรอบที่จำกัดและทำให้เกิดความยากในการปฏิบัติ มีการตรวจสอบความเหมาะสมในการดำเนินการและการใช้งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการทำงานด้านผู้สูงอายุโดยหน่วยงานตรวจสอบบ่อยครั้ง ดังนั้นจึงควรแบ่งบทบาทใหม่ให้ชัดเจนระหว่างรัฐบาลกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านการดูแลผู้สูงอายุ และรัฐบาลจำเป็นต้องส่งเสริมให้มีผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ภาครัฐและไม่ใช่เพียงแค่อาสาสมัครทำงานเป็นครั้งคราวตามความสมัครใจ ควรสร้างแรงจูงใจให้ภาคประชาสังคม ภาคองค์กรไม่แสวงหากำไร และภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทเป็นผู้ให้บริการ และวางตำแหน่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (หรือเครือข่ายภายในท้องถิ่น) ทำให้หน้าที่เป็น platform อำนวยการการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ และอาจจะทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ

(3) เนื่องด้วยเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่มากที่สุด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (หรือเครือข่ายภายในท้องถิ่น) ต้องเตรียมการรองรับความต้องการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายตามพลวัตของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรไปสู่สังคมสูงวัยที่มีความเข้มข้นสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งนั่นสะท้อนว่าในอนาคตกลุ่มเป้าหมายของบริการดูแลผู้สูงอายุจะไม่ได้หยุดอยู่แค่เพียงผู้สูงอายุนอนติดเตียงที่บ้าน ความหลากหลายของลักษณะทางประชากร สังคม เศรษฐกิจ และ/หรือสุขภาพของผู้สูงอายุจะมีเพิ่มมากขึ้นตามลำดับของพลวัตของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากร ทั้งนี้ควรยึดหลักการเป็น platform ในการบูรณาการด้วยเช่นกัน เพื่อประสานงานกับหน่วยงานราชการและภาคส่วนอื่นในการบูรณาการการจัดบริการประเภทต่างๆที่อาจจะมีมากขึ้นในอนาคต

(4) ในช่วงแรกที่ประเทศไทยอาจจะยังมีสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุไม่สูงมากนักเมื่อเปรียบเทียบกับญี่ปุ่นหรือไต้หวัน สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาอาจจะยังไม่สูงมาก รัฐบาลอาจจะสามารถจัดสรรทรัพยากรในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่บ้านโดยการจัดหานักบริบาลชุมชน แต่ในอนาคตอย่างทั้งสองพื้นที่ซึ่งมีสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ คาดการณ์ได้ว่ากรณีของประเทศไทยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพามีแนวโน้มสูงขึ้น การจัดบริการดูแลโดย

รัฐบาลรับภาระฝ่ายเดียวจะเป็นภาระกับงบประมาณแผ่นดินมากขึ้นตามลำดับ ดังนั้นในห้วงเวลานี้ จำเป็นต้องศึกษาในเชิงลึกถึงข้อดีข้อเสียและภาระทางการเงินการคลังของการดำเนินการตามแนวทางแบบญี่ปุ่น (การประกันสังคม) หรือแนวทางแบบไต้หวัน (บริการสังคมแบบผู้รับประโยชน์มีส่วนร่วมจ่าย) เพื่อการตัดสินใจในอนาคต เพราะปัจจุบันประเทศไทยยังเน้นการใช้แหล่งเงินจากงบประมาณแผ่นดินเป็นสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นหลักประกันสุขภาพ เงินบำเหน็จบำนาญ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

(5) ในช่วงเวลาก่อนการตัดสินใจในเรื่องของทางเลือกของแหล่งที่มาของเงิน การส่งเสริมให้มีผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ภาครัฐ (ภาคประชาสังคม ภาคองค์กรไม่แสวงหากำไร และภาคเอกชน) เข้ามามีบทบาทเป็นผู้ให้บริการเป็น “เงื่อนไขจำเป็น” ในการสร้างระบบสนับสนุนด้านการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ รวมไปถึงการสร้างเครือข่ายของผู้ให้บริการดูแลขึ้นในระดับพื้นที่เพื่อให้สอดรับกับความต้องการที่หลากหลายและซับซ้อนยิ่งขึ้นตามพลวัตของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรที่เปลี่ยนไป

(6) ระบบย่อยที่จำเป็นต้องพัฒนาควบคู่ไปในระหว่างนี้ได้แก่ ระบบการประเมินภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุเพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่มีระดับความจำเป็นที่ต้องรับบริการการดูแลที่แตกต่างกัน ระบบการประเมินฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุเพื่อประโยชน์ในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือการกำหนดเบี้ยประกัน การส่งเสริมศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านบุคลากรและด้านเทคนิคในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

5.4 ข้อควรระมัดระวังจากบทเรียนในการสร้างระบบสนับสนุนเพื่อรองรับสังคมสูงวัยของญี่ปุ่นและไต้หวัน

ประเด็นสุดท้ายที่จะนำเสนอได้แก่ ข้อควรระมัดระวังจากบทเรียนในการสร้างระบบสนับสนุนเพื่อรองรับสังคมสูงวัยของญี่ปุ่นและไต้หวัน เพื่อไม่ให้สังคมไทยเกิดปัญหาขึ้นในอนาคต ประการแรก แหล่งที่มาของเงินในการสร้างหลักประกันด้านต่างๆเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ปัจจุบันระบบสนับสนุนของไทยหลายระบบยังพึ่งพางบประมาณแผ่นดินเป็นหลัก เช่น บำนาญข้าราชการ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น เพื่อให้หลักประกันมีความมั่นคงมากขึ้นในเชิงปริมาณให้บริการที่หลากหลายมากขึ้น และเพื่อรองรับจำนวนและสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุที่มากขึ้น แหล่งที่มาของเงินจึงเป็นเรื่องสำคัญ ในอนาคตสังคมไทยคงจะหลีกไม่พ้นที่จะต้องหาแหล่งเงินมาจากแหล่งใดแหล่งหนึ่ง ได้แก่ ภาษีอากร การรับภาระค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการ หรือทางเลือกใหม่ในการปฏิรูประบบให้เป็นรูปแบบการประกันสังคม ดังตัวอย่างของประเทศญี่ปุ่น ถึงแม้จะใช้รูปแบบการประกันสังคมก็ตาม การกำหนดสิทธิ

ประโยชน์ที่สูงมากเกินไปก็ส่งผลให้ความยั่งยืนทางการเงินการคลังของรัฐบาลมีปัญหาในระยะยาวได้ ประการที่สอง การเร่งส่งเสริมให้มีผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นและมีรูปแบบที่หลากหลายเป็นเงื่อนไขจำเป็น จากประสบการณ์ของญี่ปุ่นในอดีตที่ใช้ระบบประกันการดูแลระยะยาวมาเพื่อแก้ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ ณ จุดนั้น จำนวนผู้ให้บริการมีน้อยเกินกว่าความต้องการมีมาก แม้ว่ารัฐบาลจะการันตีแหล่งที่มาของเงินเพื่อใช้จ่าย แต่ปัญหาการรอคิวเพื่อรับบริการเป็นคอขวดทำให้ระบบประกันการดูแลระยะยาวที่เริ่มไม่ตอบโจทย์ในช่วงแรก ดังนั้นบทเรียนจากญี่ปุ่นคือ การส่งเสริมให้มีผู้ให้บริการสำคัญกว่าเรื่องแหล่งที่มาของเงินโดยเปรียบเทียบ ในแง่มุมนี้ไต้หวันได้ทำเป็นขั้นตอน กล่าวคือเน้นการส่งเสริมให้มีผู้ให้บริการจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ

บรรณานุกรม

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. รามาธิบดีสาร 14(3): 358-398.

จอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ (2552), การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบัน และความท้าทายในอนาคต, UNFPA, กรุงเทพมหานคร.

ปราโมทย์ ประสาทกุล (2543), ประชากรศาสตร์ : สารัตถศึกษาเรื่อง ประชากรมนุษย์, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร, พิมพ์ครั้งที่ 1.

พันธ์ทิพย์ วรวาท และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). การบริการดูแลระยะยาวภาคเอกชน. ใน หนังสือประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลและเผยแพร่ผลงานวิชาการ. หน้า 247-262. 8 ตุลาคม 2551 ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2557), สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ต่างๆ, กรุงเทพมหานคร.

วรเวศม์ สุวรรณระดา (2558), การปฏิรูประบบบำนาญกับความยั่งยืนทางการคลัง, บทความนำเสนอในการสัมมนาวิชาการธนาคารแห่งประเทศไทยประจำปี 2558 เศรษฐกิจไทยกับบริบทใหม่ทางเศรษฐกิจ 18 กันยายน 2558 Centara Grand at Central World.

วรเวศม์ สุวรรณระดา ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และสุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552. 411 หน้า.

วรเวศม์ สุวรรณระดา ดำริ เฉลิมวงศ์ วิลาวัลย์ ดำจุติ สุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์ และ จริยภัทร บุญมา. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ศักดิโสภาการพิมพ์, 2553. 256 หน้า.

วรเวศม์ สุวรรณระดา และรักชนก คชานุบาล. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557. 157 หน้า.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม. (2552). ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ. วารสารประชากรศาสตร์. 25 (1) (มีนาคม): 45-62.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, เตือนใจ ภักดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ. (2552). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 1(2): 22-31.

UNFPA (2011), ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย, กรุงเทพมหานคร.

Cabinet Office. “Annual Report on the Aging Society: 2016.” [ออนไลน์]. 2016. แหล่งที่มา: http://www8.cao.go.jp/kourei/english/annualreport/2016/2016pdf_e.html [6 มกราคม 2561]

Department of Civil Affairs, Taipei City Government. “Taipei City Statistical Abstract 2016.” [ออนไลน์]. 2017. แหล่งที่มา: http://w2.dbas.taipei.gov.tw/web/summary/summary.pdf [6 ธันวาคม]

Department of Human Resources Development, Natoinal Development Council, Population Projections for Republic of China (Taiwan): 2016-2060, September 2016

Department of Social Welfare, Taipei City Government. “Services for Elderly.” [ออนไลน์]. 2018. แหล่งที่มา: http://english.dosw.gov.taipei/News_Content.aspx?n=78DCE46BFF7721CF&sms=85FBABE70858A8D4&s=53FA38AD6B76C5BA [8 ธันวาคม 2560]

Dallin Jack (2016). “The Issue of Japan’s Aging Population.” Law School International Immersion Program Papers, No.8

James Charng-Tay Hsueh and Yun-Tung Wang (2008). “Living Arrangement and the Well-being of the Elderly in Taiwan.” Center for Population and Gender Studies, National Taiwan University. 1-18.

Japan Pension Service. “National Pension System.” [ออนไลน์]. 2017. แหล่งที่มา: http://www.nenkin.go.jp/international/english/nationalpension/nationalpension.html [7 มกราคม 2561]

Kastner, J. (2017), Aging in Place, Taiwan Today, March 1, 2017. (http://www.taiwantoday.tw)

Lin Y.Y. and C.S. Huang (2015), Aging in Taiwan: Building a Society for Active Aging and Aging in Place, The Gerontologist 56(2), 176-183.

Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). “2016 Taiwan Health and Welfare Report.” [ออนไลน์]. 2016. แหล่งที่มา: http://com.tu.edu/globalhealth/2016Taiwan_Health_and_Welfare_Report.pdf [7 ธันวาคม 2560]

Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). “Statistics of General Health and Welfare 2014.” [ออนไลน์]. 2016. แหล่งที่มา: https://www.mohw.gov.tw/cp-137-521-2.html [8 ธันวาคม 2560]

Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). “The Statistics and Trends in Health and Welfare 2015.” [ออนไลน์]. 2017. แหล่งที่มา: https://www.mohw.gov.tw/lp-3570-2.html [7 ธันวาคม 2560]

National Development Council R.O.C. (Taiwan). “National Projection for R.O.C. (Taiwan): 2016-2060.” แหล่งที่มา: https://www.ndc.gov.tw/en/cp.aspx?n=2E5DCB04C64512CC [30 พฤศจิกายน 2560]

National Development Council R.O.C. (Taiwan). “Taiwan Statistical Data Book 2017.” [ออนไลน์]. 2018. แหล่งที่มา: https://www.ndc.gov.tw/News_Content.aspx?n=E64EF0D0754054EC&s=381C58FF2902A0C2 [30 พฤศจิกายน 2560]

National Development Council R.O.C. (Taiwan). “Urban and Retional Development Statistics.” [ออนไลน์]. 2018. แหล่งที่มา: https://www.ndc.gov.tw/en/News_Content.aspx?n=AC1FC98C56BFAE2D&sms=F7FE3808BEC335F3&s=33A1F4DB0C99861D [28 พฤศจิกายน 2560]

Ochiai Emiko (2009), Care Diamonds and Welfare Regimes in East and South-East Asian Societies: Bridging Family and Welfare Sociology, International Journal of Sociology Vol. 18(1), pp.60-78.

Omori H., Asato W., Rin T. and I. Yamazaki (2016), *Taiwan no Koureisha Kaigo Fukushi Shisetsu no Genjyou to Kadai – Kachikan to Kaigo Sabisu Roudouryoku ni Shouten wo Atete-* , Fukushi Kyouiku Kaihatsu Sentaa Kiyou 13, 57-68.

Social Security, Office of Retirement and Disability Policy. “ Social Security Programs Throughout the World: Asia and the Pacific 2016.” [ออนไลน์]. 2016. แหล่งที่มา: https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2016-2017/asia/taiwan.html [8 ธันวาคม 2560]

Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications. “Statistical Handbook of Japan 2017.” [ออนไลน์] 2518. แหล่งที่มา: http://www.stat.go.jp/english/data/handbook/pdf/2017all.pdf [27 ธันวาคม 2560]

Wang H.H. and S.F. Tsay (2012), Elderly and Long Term Care Trends and Policy in Taiwan: Challenges and Opportunities for Health Care Professionals, Kaohsiung Journal of Medical Sciences 28, 465-469.

Worawet Suwanrada. “ Poverty and Financial Security of the Elderly in Thailand.” Ageing International Volume 33. Number 1-4 (2009): pp 50-61.

Worawet Suwanrada, Wiraporn Pothisiri, Vipan Prachuabmoh, Siriwan Siriboon, Busarin Bangkaew and Chanettee Milintangul. Community-based Integrated Approach for Older Persons’ Long-term Care in Thailand. Bangkok: College of Population Studies, Chulalongkorn University, 2014. 69 pages.

ภาคผนวก ก

รายการคำถามในการสัมภาษณ์รวบรวมข้อมูลระบบสนับสนุนผู้สูงอายุในเขตเมือง: กรณีมหานครโตเกียวและกรุงไทเป

Questions for Interviewing Aging Society Experts in Japan

1. 日本では、現在高齢者介護に関して、どのような問題を抱えていますか？
(ปัจจุบัน ประเทศญี่ปุ่นกำลังประสบปัญหาอย่างไรในด้านการดูแลผู้สูงอายุ)

2. 高齢者介護の問題に関して、都市部と地方の違いがありますか。
(ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น มีความแตกต่างระหว่างพื้นที่เขตเมืองและชนบทมากน้อยเพียงไร)

3. 都市部（東京都の想定で結構です）の高齢者・高齢者世帯の主なニーズはどのようなものでしょうか。実際には、それらのニーズが十分に満たされているのでしょうか。
(ความต้องการของผู้สูงอายุ/ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุในเมืองมีสิ่งใดเป็นพิเศษหรือไม่ ความต้องการเหล่านั้นได้รับการตอบสนองหรือไม่อย่างไร)

4. 現在、高齢者ケアのプロバイダー（民間企業、NPO他）は主にどのような課題を深刻に抱えているのでしょうか。
(ผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นภาคเอกชน NPO ฯลฯ เผชิญปัญหาอะไรบ้างในปัจจุบัน)

5. なぜ、日本は高齢者ケアに関して、地域包括ケアシステムの方向に向かうようになりましたか。政策の転換のきっかけとは何でしょうか。
(ทิศทางของการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นกำลังเปลี่ยนไปเป็นการดูแลอย่างบูรณาการในพื้นที่ใช่หรือไม่ เพราะเหตุใด)

6. 公的介護保険外の高齢者の生活支援サービスはどの程度で必要とされているのでしょうか。特に、人のライフスタイルが比較的に多様な都市部においては、公的介護保険外の高齢者の生活支援サービスの市場は拡大の傾向にあるのでしょうか。先生はどのように評価するのでしょうか。
(นอกเหนือจากบริการดูแลภายใต้ระบบประกันการดูแลระยะยาว การจัดบริการนอกเหนือระบบดังกล่าวมีความจำเป็นหรือไม่ ตลาดสำหรับการดังกล่าวขยายตัวเพียงไร ท่านประเมินสถานการณ์นี้อย่างไร)

7. 現在においては、諸主体（民間企業、NPO、諸法人、ボランティア他）は公的介護保険外の高齢者の生活支援サービス事業を起業することは困難なことでしょうか。政府はそういう起業に対して何らかの形でサポートしているのでしょうか。
(ในการจัดตั้งองค์กรสถานะต่างๆขึ้นมาดำเนินกิจการด้านการดูแลผู้สูงอายุมีความยากลำบากเพียงไร รัฐบาลให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนในรูปแบบใดบ้างหรือไม่)

8. 高齢化が始まったばかり、在宅ケアが主で、まだ家族ケアに大きく頼るタイ社会に対して、特に伝えておきたいことありましたら、ぜひどうぞよろしくお願いいたします。
(ข้อเสนอแนะที่มีต่อประเทศไทยที่ในปัจจุบันยังคงเน้นการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวอยู่)

9. 日本では、要支援・要介護の高齢者以外の高齢者の方々、例えば Active・Healthy な高齢者に対して、彼らのより良い Quality of Life を実現するために、どのように政策的な対応がなされているのでしょうか。
(นอกจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา นโยบายด้าน Active Ageing หริอ Healthy Ageing ของรัฐบาลญี่ปุ่นมีมากน้อยเพียงไร อย่างไร)

Questions for Interviewing Managers/Related Personnel of Elderly Care Facilities in Japan

1. 現在においては、日本の都市部、特に東京都、の高齢者の介護問題は、どのような特徴があるのかについて、教えて下さい。
(ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในมหานครโตเกียว มีลักษณะเฉพาะหรือปัญหาอย่างไรบ้าง)

2. 貴事業所（もしくは貴施設）の設立の経緯（特に設立者の動機、きっかけ）、特に設立当時の困難な課題がどのような課題でしたか？それについて、簡単に触れて下さい。
(ขอให้ท่านเล่าเกี่ยวกับความเป็นมาขององค์กรของท่าน ปัญหาที่มีในระยะก่อนและกำลังจะเริ่มตั้งองค์กร)

3. 現在においては、貴事業所（もしくは貴施設）はどのような高齢者あるいは高齢者世帯を対象にどのような介護サービスを提供していますか？貴事業所の概要を説明してください。
(องค์กรของท่านจัดบริการลักษณะใดให้กับผู้สูงอายุ/ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุบ้าง)

4. 貴事業所（もしくは貴施設）が介護サービスを提供している地理的な範囲では、健康面と生活面では、現在、高齢者方々は主にどのような課題を抱えていますのか？貴事業所（もしくは貴施設）の介護サービスは、地域内の高齢者あるいは高齢者世帯にどのようにサポートしているのか、簡単に触れて下さい。
(ปัญหาด้านต่างๆของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ท่านดำเนินการมีอย่างไรบ้าง องค์กรของท่านเข้าไปแก้ปัญหาอย่างไร)

5. 貴事業所（もしくは貴施設）が高齢者方々に特定のサービスを提供する際には、他の組織（地方自治体、病院、NPO、ボランティア団体等）と連携する必要があるのでしょうか。その仕組みについて、教えてください。
(องค์กรของท่านได้ร่วมมือเป็นเครือข่ายกับองค์กรอื่นๆในการจัดบริการดูแลหรือไม่อย่างไร)

6. 貴事業所（もしくは貴施設）が、いわゆる「地域包括ケアシステム」の中に位置づけられているのでしょうか。その仕組みについて、教えてください。
(องค์กรของท่านเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลอย่างบูรณาการในพื้นที่หรือไม่ กรุณาอธิบาย)

7. 現在において、貴事業所（もしくは貴施設）の運営に当たって、もっとも困難な課題はどのようなものでしょうか。できれば、例として、取り上げて下さい。それぞれどのように対処しているのでしょうか。
(ในการดำเนินการขององค์กรของท่าน ประเด็นอะไรที่จัดได้ว่าเป็นปัญหาหนักบ้าง โปรดยกตัวอย่าง และโปรดเล่าแนวทางในการจัดการปัญหาเหล่านั้น)

8. 貴事業所（もしくは貴施設）の運営に当たっては、いわゆる Key Success Factors（事業の成功をももたらす主な要因）はなんですか。参考までに、取り上げて下さい。
(ปัจจัยที่ส่งเสริมให้องค์กรของท่านประสบความสำเร็จคืออะไร)

9. 高齢化が始まったばかり、在宅ケアが主で、まだ家族ケアに大きく頼るタイ社会に対して、特に伝えておきたいことありましたら、ぜひどうぞよろしくお願いいたします。
(ข้อเสนอแนะที่มีต่อประเทศไทยที่ในปัจจุบันยังคงเน้นการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวอยู่)

Questions for Interviewing Aging Society Experts in Taiwan

1. As the elderly population in Taiwan increases continuously after becoming aging society in 1993, could you please tell us about the challenges that Taiwan is facing or will be facing in the near future regarding aging society, including caring for dependent elderly?

2. According to the mentioned challenges, are there any differences between the challenges of aging society in the urban and rural areas? Do elderly who live in the urban areas have any special needs that are different from those in rural areas?

3. The government of Taiwan has launched many laws that support the caring system for elderly. Could you please tell us briefly about the development of the caring system policy for elderly?

4. How do you categorize “Elderly care services providers” in Taiwan, for example, categorized by the types of service, types of organization, etc.? Is it possible to provide us the statistical sources of these providers?

5. As for non-governmental organizations, such as For-Profit Organization, Non-Profit Organization, Volunteers, etc., do they have any roles in caring for the elderly, especially elderly in urban areas? If they have a role in caring for the elderly, what are their challenges?

6. Could you please explain about the caring system for elderly that is used in community care, such as Community Care Centre and ABC Community Care?

7. Could you please explain how the caring system for elderly in Taiwan works? For example, if there is a dependent elderly in a family and the family members are unable to take care of him/her, what will be the process that the family members have to work on in order to seek for help?

8. As the dependent elderly population has increased and the caregivers have decreased, does Taiwan decide to recruit foreign caregivers to take care of elderly in Home care and Institutional care? Does hiring foreign caregiver solve caregiver shortage? What are the advantages and disadvantages of hiring foreign caregivers to take care of elderly in Taiwan?

9. According to the information received from many different international conferences and published articles; the government of Taiwan has founded the policy of "Long Term Care Public Insurance" with its details and attempted to apply the policy. However, it has never been used. Could you please tell us what the barriers may be?

10. Besides giving priority to caring for dependent elderly, could you please explain briefly if the government of Taiwan has any other measures related to Healthy Aging and/or Active Aging?

.....

ภาคผนวก ข.

ประมวลภาพการลงพื้นที่รวบรวมข้อมูลระบบสนับสนุนผู้สูงอายุในเขตเมือง: กรณีมหานครโตเกียวและกรุงไทเป

1. สัมภาษณ์ Professor Dr. Izumi Tetsuhiko, Faculty of Management and Economics, Kaetsu University เมื่อ วันที่ 13 กันยายน 2561 เวลา 11.00 – 14.00 น.



2. สัมภาษณ์ Miss Keigo Ogawa (ตำแหน่ง ผู้จัดการสถานดูแล) เมื่อวันที่ 14 กันยายน 2561 เวลา 10.00-11.15 น. ณ สถานดูแลผู้สูงอายุแบบเอนกประสงค์ขนาดเล็ก Musashi Musashino City, Tokyo Metropolitan และเยี่ยมชมสถานที่

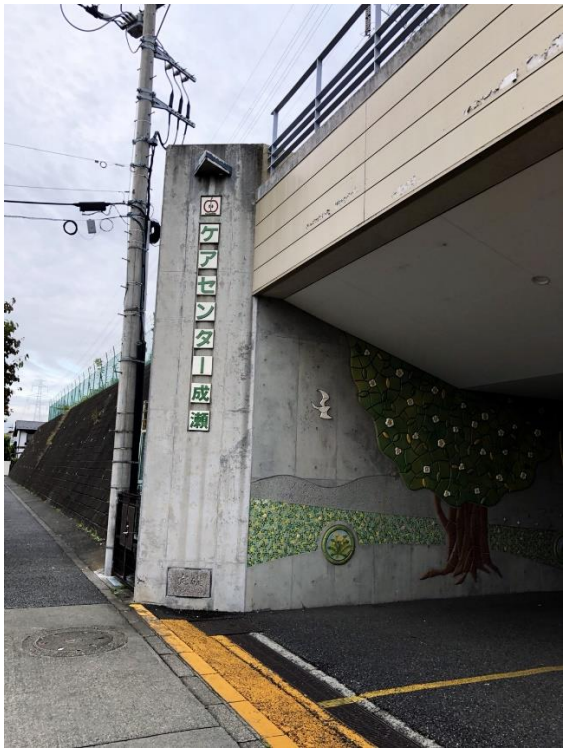




3. สัมภาษณ์ Dr. Kimiko Nishijima (ตำแหน่ง ประธานบริหารสถานดูแล) เมื่อวันที่ 14 กันยายน 2561 เวลา 15.00-17.00 น. ณ Naruse Care Center Machida City, Tokyo Metropolitan และเยี่ยมชมสถานที่







4. สัมภาษณ์ Professor Dr. Nishishita Akitoshi, Tokyo Keisei University, Kokunbunji Campus วันที่ 15 กันยายน 2561 เวลา 10.00 – 12.00 น.




5. สัมภาษณ์ Dr. Fumio Yamazaki (ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ Care Town Kodaira Clinic) และ Mr. Toshinobu Nakagawa (ตำแหน่งเลขานุการ NPO Community Care Link Tokyo) เมื่อวันที่ 17 กันยายน 2561 เวลา 10.00-12.00 น. ณ Kodaira Care Town Kodaira City, Tokyo Metropolitan และเยี่ยมชมสถานที่











206

6. สัมภาษณ์ Professor Hsiu-Mei Chuang, Soochow University เมื่อ วันที่ 15 ตุลาคม 2561 เวลา 9.00 – 12.00 น.



7. สัมภาษณ์ Miss Tung I-Hsuan (ตำแหน่ง Music Therapist, Occupational Therapist) เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2561 เวลา 10.00-12.00 น. ณ Taiwan Catholic Foundation of Alzheimer's Disease and Related Dementia, Taipei City, Taiwan R.O.C. และเยี่ยมชมสถานที่

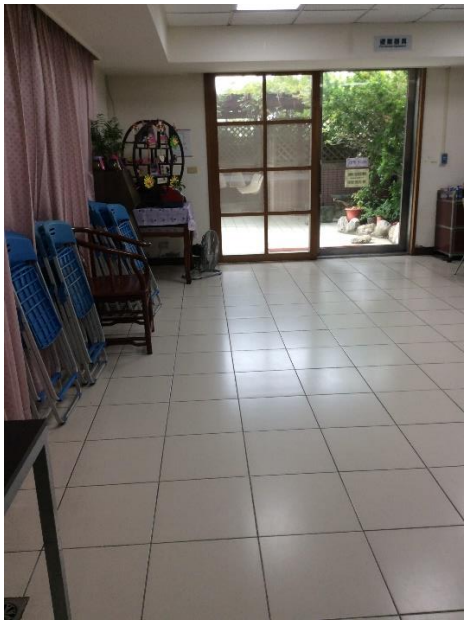


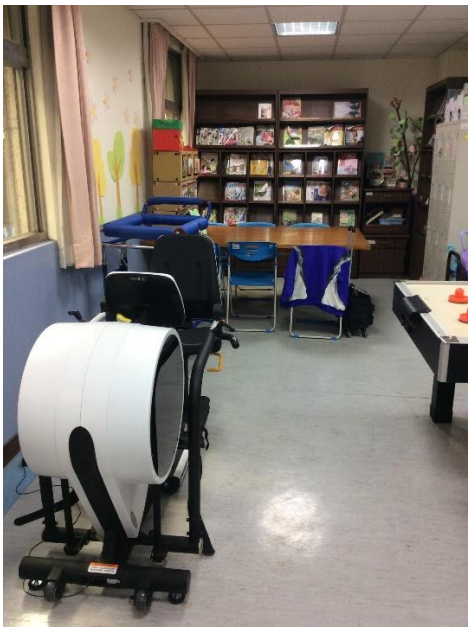







我們的一天
活動時間
08:30-09:10 活力滿點/日光浴
10:00-10:40 早操、讀報
10:00-10:50 輔療活動
手工藝/園藝/日文/動動腦/音樂/烹飪
10:30-11:00 心靈時間 福音/靜思
14:30-15:20 陽陽得益
15:00-16:00 復健/個別活動/麻將
15:00-16:00 輔療活動 戶外/繪畫/祈禱
18:30-19:00 夜間活動
其他：旅遊/黏土/拼布/卡拉OK/柑仔店…

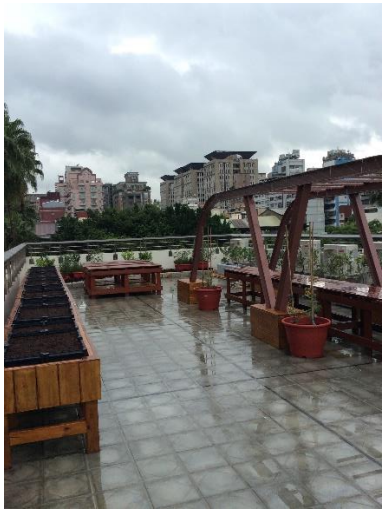




8. สัมภาษณ์ Miss Lee (ผู้อำนวยการ Taipei Fuhua Senior Multi Service Center) และ Professor Chen-Fen Chen (ศาสตราจารย์แห่งมหาวิทยาลัย Chinese Culture University) เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2561 เวลา 10.00-11.45 น. ณ Taipei Fuhua Senior Multi Service Center, Taipei City, Taiwan R.O.C. และเยี่ยมชมสถานที่













ประวัติผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

- **หัวหน้าโครงการวิจัย**

  ศาสตราจารย์ ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา (3129900012538)
  คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
  ถนนพญาไท ปทุมวัน กทม.10330
  โทรศัพท์: 02-218-6213 / 086-703-2507 โทรสาร: 02-218-6201
  E-mail: Worawet.S@Chula.ac.th / worawet@gmail.com

- **ผู้ร่วมงานวิจัยคนที่ 1**

  ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตติยา ภูละออ (3101701294633)
  วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
  อาคารวิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ กรุงเทพฯ 10330
  โทรศัพท์: (66) 0-2218-7347 โทรสาร: (66) 0-2255-1469
  Email address: Ruttiya.bhulaor@gmail.com

- **ผู้ร่วมงานวิจัยคนที่ ๒**

  ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปวีณา ลี้ตระกูล (3609900247514)
  โปรแกรมเศรษฐศาสตร์ธุรกิจ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
  80 หมู่ที่ 9 ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100
  โทรศัพท์: (66) 081-973-3741
  Email address: Paweena.lee@gmail.com

- **ผู้ช่วยนักวิจัย**

  อ.ธเนศ สินเชาว์ทอง
  คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
  อาคารวิทยาศาสตร์ ตึก 4 ชั้น 4 เลขที่ 52/347 หมู่บ้าน เมืองเอก
  ถนน พหลโยธิน ต.หลักหก อ. เมือง จ. ปทุมธานี 12000
  โทรศัพท์: 0-2997-2200 ต่อ 1489 โทรสาร: 0-2997-2200 ต่อ 1493
  Email address: thanet.si@rsu.ac.th

- **ผู้ช่วยนักวิจัย**

  นายจุติเทพ อำนาจพรประสิทธิ์
  104/330 หมู่ 6 หมู่บ้านพนาลี 1 ต.พันท้ายนรสิงห์ อ.เมืองสมุทรสาคร จ.สมุทรสาคร 74000
  โทรศัพท์ 081-567-4462
  E-mail: Juthilaw2559@gmail.com