

บทที่ 3

สรุปผลการศึกษาดูงาน

ในบทที่ผ่านมาเป็นการสรุปผลการศึกษาเอกสารจากการสืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตเป็นหลักเกี่ยวกับรูปแบบการให้บริการ การบริหารและการจัดการที่พักรักษาสำหรับผู้สูงอายุภายในประเทศและต่างประเทศ อาทิ สาธารณรัฐจีน ราชอาณาจักรเดนมาร์ก ประเทศญี่ปุ่น สาธารณรัฐสิงคโปร์ และสาธารณรัฐประชาชนจีน สำหรับในบทนี้จะเป็นการนำเสนอสรุปผลการศึกษาดูงานภายในประเทศ คือ สว่างคนิเวศ จังหวัดสมุทรปราการ และการศึกษาดูงานที่พักรักษาสำหรับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งมีลักษณะหลากหลายประเภทตามระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้สูงอายุ รวมทั้งผลการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผลจากเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับข้อเสนอรูปแบบการให้บริการ การบริหารและการจัดการที่พักรักษาสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

3.1 สรุปผลการศึกษาดูงานในประเทศ

คณะผู้วิจัยได้พิจารณาเลือก “โครงการที่พักรักษาสำหรับผู้สูงอายุสว่างคนิเวศบางปู” เป็นสถานที่ศึกษาดูงาน เนื่องจากเป็นโครงการอาคารชุดที่พักรักษา (คอนโดมีเนียม) สำหรับผู้สูงอายุ แห่งแรกของประเทศไทยและประสบความสำเร็จ จนต้องมีการสร้างส่วนต่อขยายเพื่อรองรับกับความต้องการของผู้สูงอายุที่รอเข้ามาใช้บริการ โดยคณะผู้วิจัยได้เดินทางไปดูงานและสัมภาษณ์ผู้จัดการโครงการสว่างคนิเวศ คือ คุณอุษา ราชปรีชา ในวันที่ 5 ตุลาคม 2560 ซึ่งสามารถสรุปรายละเอียดได้ดังนี้



1) ที่มาของโครงการ

โครงการสว่างคนิเวศเป็นโครงการที่เกิดจากพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีที่ทรงเล็งเห็นว่าประเทศไทยจะประสบปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในอนาคตเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สภาวิชาชีพไทยจึงได้ริเริ่มทำชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในปี 2539 โดยพิจารณาเลือกที่ดินบริเวณบางปู ซึ่งนายอ้อจือเหลียงได้บริจาคที่ดินแปลงดังกล่าวจำนวน 136 ไร่

ให้แก่สภาอากาศไทยไว้ตั้งแต่ปี 2505 เพื่อสร้างชุมชนสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย ก่อนดำเนินการก่อสร้าง สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงพระราชทานคำแนะนำว่าควรมีการสำรวจ วัตถุประสงค์หรือความต้องการของผู้อยู่อาศัยว่าต้องการที่พักอาศัยรูปแบบใด และมีการจัดบริการอะไรบ้าง ซึ่งในขณะนั้นรองศาสตราจารย์ ดร. พิชิต สุวรรณประกร เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ โดยได้จัดทำ แบบสอบถามขึ้นและดำเนินการสอบถามประชาชน และข้าราชการว่าต้องการที่พักในรูปแบบใด ผลจากการ เก็บข้อมูลพบว่า สิ่งที่ประชาชนต้องการจากที่พักสำหรับผู้สูงอายุมี 3 ประการ คือ 1) มีความปลอดภัย 2) ดีต่อ สุขภาพมีการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง และ 3) มีการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้ดี เมื่อทำการเก็บข้อมูล เรียบร้อยจึงได้เข้าสู่การดำเนินการก่อสร้าง โดยสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ เสด็จพระราชดำเนินทรงเปิด อาคารเมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม 2542 และพระราชทานนามอาคารว่า “สวางคนิเวศ”¹

2) โครงการสวางคนิเวศ ระยะที่ 1

การก่อสร้างอาคารที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุของโครงการสวางคนิเวศ ระยะที่ 1 นั้น เป็นการกู้ยืม เงินมาลงทุน โดยโครงการกู้ยืมเงินลงทุนจากสภาอากาศไทยมาก่อสร้างอาคาร และนำรายได้จากการขาย ห้องพักสงคืนให้แก่สภาอากาศไทย ซึ่งโครงการระยะที่ 1 เป็นอาคารสูง 8 ชั้น จำนวนห้องพักทั้งหมด 168 ห้อง แต่ละห้องมีพื้นที่ประมาณ 33 ตารางเมตร ชั้นล่างสุดเป็นพื้นที่ส่วนกลาง ค่าใช้จ่ายในการก่อสร้างประมาณ 120 ล้านบาท ราคาขายของห้องพักกำหนดให้เท่าทุกห้อง คือ ห้องละ 700,000 บาท พ่วงกับสิทธิในการอยู่อาศัยต่อสำหรับผู้สืบสิทธิ์อีก 1 คนกรณีผู้ซื้อเสียชีวิตหรือมีความประสงค์จะออกไปพักอาศัยข้างนอก โดยผู้สืบ สิทธิ์จะต้องเป็นคนที่มีความผูกพันใกล้ชิด อาทิ เป็นลูก เป็นพี่น้อง หรือญาติสายตรงเท่านั้น และจัดเก็บค่า ส่วนกลางรายเดือนจากผู้ซื้อเดือนละ 1,000 บาท

ภาพด้านหน้า
อาคารสวางคนิเวศ

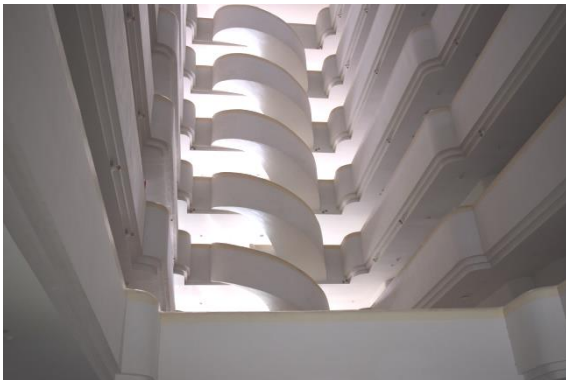


ปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงแรกของโครงการคือ สามารถขายห้องได้เพียงแค่ร้อยละ 50 ของจำนวนห้อง ทั้งหมด เนื่องจากเป็นช่วงที่ประเทศไทยประสบปัญหาเศรษฐกิจ “ต้มยำกุ้ง” กำลังซื้อจึงลดลงและส่งผลให้ รายได้จากการจัดเก็บค่าส่วนกลางไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการโครงการ ได้แก่ ค่าดูแลส่วนกลาง

¹ <http://centralb.redcross.or.th/วิสัยทัศน์สวางคนิเวศ>

ค่าดูแลสวน ค่าจ้างยามรักษาความปลอดภัย ค่าจ้างช่างซ่อมแซม ค่าแม่บ้านดูแลบริการตลอด 24 ชั่วโมง และ ค่าจ้างพยาบาลอยู่เวรตอนกลางคืน ตั้งแต่ 5 โมงเย็นถึง 7 โมงเช้าเพื่อที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ประมาณการจากการคำนวณและเก็บค่าส่วนกลางจากผู้อยู่อาศัยเดือนละ 1,000 บาทครบเต็มทุกห้องตั้งนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาสภาพคล่องของโครงการ แพทย์หญิงนาฏ พองสมุทร จึงเข้ามาช่วยเพราะมีความสนใจเรื่องผู้สูงอายุอยู่แล้ว โดยเสนอว่าห้องที่เหลือประมาณ 80 ห้อง ให้ลดราคาขายต่อห้องเหลือ 4 แสนบาท แต่จะไม่ได้รับประโยชน์ในเรื่องการสืบสิทธิ์ เพราะในความเป็นจริงแล้วผู้สืบสิทธิ์ไม่ได้ต้องการเข้ามาอยู่อาศัย และเพิ่มค่าส่วนกลางเป็น 2,000 บาทต่อเดือน จากการปรับแผนการขายใหม่ทำให้สามารถขายห้องได้หมดในปี 2547

ภาพอาคารและสภาพแวดล้อมภายในโครงการสวางคนิเวศ ระยะที่ 1



การออกแบบอาคารของโครงการสวางคนิเวศในระยะที่ 1 นั้น จะเน้นที่ความแข็งแรง และมีจุดเด่นที่มีการก่อสร้างทางลาดภายนอกอาคารเป็นทางหนีไฟ หากเกิดกรณีมีเหตุฉุกเฉิน และไม่สามารถใช้ลิฟต์ได้ ก็จะสามารถอพยพผู้พักอาศัยได้อย่างรวดเร็วแม้กระทั่งผู้พักอาศัยที่นั่งรถวีลแชร์ แต่มีข้อด้อยในเรื่องของแสงสว่างอาจจะไม่ได้รับทั่วถึงเท่าที่ควร เพราะว่าแสงสว่างเป็นปัจจัยที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ โดยต้องมีการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกมาทำกิจกรรมข้างนอกเพื่อกระตุ้นการทำงานและการสร้างเซลล์สมอง

ภาพทางหนีไฟของอาคารสวางคนิเวศ



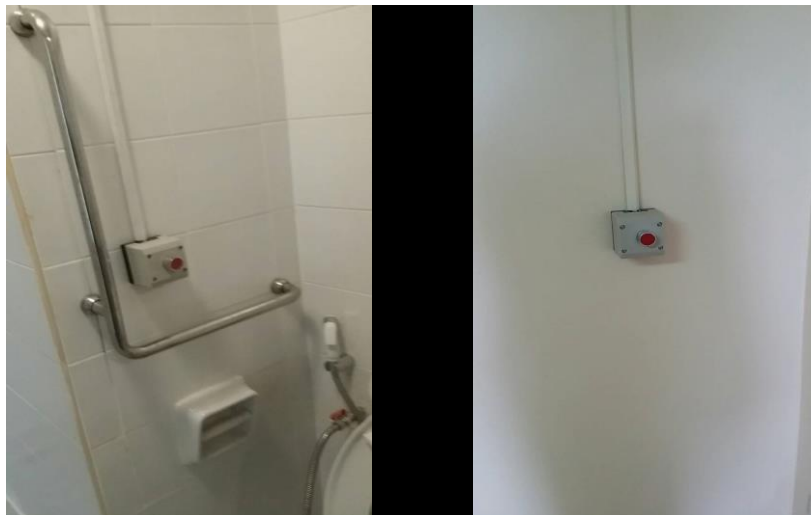
สำหรับภายในห้องพัก ทางโครงการจะเตรียมเฉพาะเครื่องปรับอากาศและตู้เสื้อผ้าให้เท่านั้น ผู้ซื้อจะต้องรับผิดชอบในการจัดซื้อและตกแต่งเพิ่มเติมเอง ซึ่งเมื่อผู้ซื้อย้ายออกก็ต้องนำเฟอร์นิเจอร์ดังกล่าวย้ายออกไปด้วย แต่ผู้ซื้อบางคนก็จะขอให้ทางโครงการช่วยดำเนินการหาผู้ซื้อเฟอร์นิเจอร์ในห้องให้ด้วย ซึ่งการที่จะหาผู้ซื้อห้องรายใหม่ที่มีรสนิยมตรงกันก็เป็นเรื่องยาก นอกจากนี้ภายในจะมีการติดตั้งสัญญาณเพื่อขอความช่วยเหลือไว้ให้ 2 จุด คือ ภายในห้องและในห้องน้ำ

ภาพภายในห้องพัก (ผู้ซื้อปรับปรุงเอง)





ภาพปุ่มกดสัญญาณขอความช่วยเหลือ



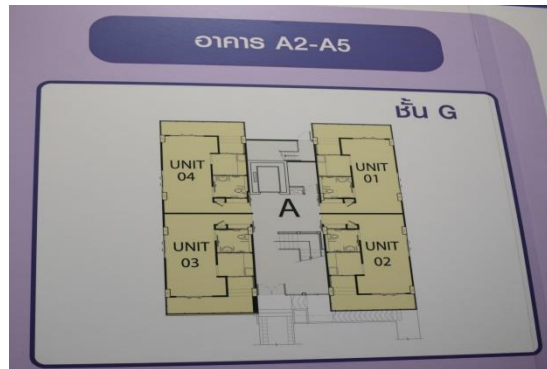
3) การทำโครงการส่วนต่อขยาย

จากความสำเร็จในการดำเนินโครงการทำให้มียอดผู้จองรอซื้อมากถึง 600 กว่าคน ในปี 2553 จึงมีการเสนอโครงการส่วนต่อขยาย หรือสวางคนิเวศ เฟส 2 ขึ้น เป็นอาคาร 8 อาคาร จำนวนห้อง 300 ห้อง ขยายพื้นที่ห้องจาก 33 ตารางเมตร เป็น 40 ตารางเมตร และไม่มีระบบผู้สืบสิทธิ์ รวมทั้งเพิ่มค่าส่วนกลางเป็น 2,500 บาทต่อห้อง ในการดำเนินการสร้างมีพันธมิตรคือ ลุ่มพินีพรอปเพอร์ตี้ มาช่วยลงทุนก่อสร้างให้ โดยให้องค์กรสวางคนิเวศผ่อนชำระเป็นรอบ ๆ การขายห้องจะเปิดจองโดยมีราคาห้องที่ต่างกัน มีการตั้งแผนการขายเดิมจากค่าก่อสร้าง 265 ล้านบาท จะต้องขายให้ได้ 280 ล้านบาท เพื่อนำเงินทุนที่เหลือเก็บไว้ใช้ตกแต่งเพิ่มเติม จึงได้ตั้งราคาห้องต่างกันขึ้นกับทำเลทิศทางลมและชั้นที่อยู่อาศัย

รูปแบบของอาคารในส่วนต่อขยายจะมี 2 แบบ คือ

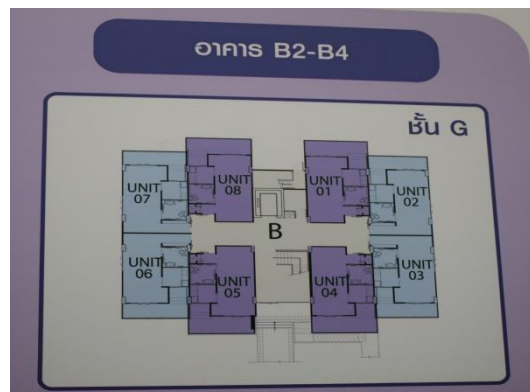
1. อาคารแบบ A จะมีเพียงชั้นละ 4 ห้องเท่านั้นดังนั้นในแต่ละอาคารจะมีเพียง 24 ห้อง

ตัวอย่างผังห้องอาคารแบบ A



2. อาคารแบบ B จะมีชั้นละ 8 ห้อง รวมแล้วจะมีอาคารละ 48 ห้อง

ตัวอย่างผังห้องอาคารแบบ B



อาคารทุกอาคารในเฟส 2 จะออกแบบให้อาคารมีระยะห่าง ไม่อยู่ติดชิดกันเกินไป เพื่อจำกัดความสูญเสียให้อยู่เพียงเฉพาะอาคารที่เกิดเหตุเมื่อเกิดเหตุอัคคีภัย นอกจากนี้ยังมีการจัดบรรยากาศพื้นที่สีเขียว มีแปลงปลูกต้นไม้ มีสวนและสนามหญ้าอยู่รายล้อมอาคารเพื่อสร้างความผ่อนคลาย และสิ่งที่สำคัญอย่างมากอีกอย่างหนึ่งของสังคมที่ผู้สูงอายุต้องการคือความสงบเงียบ จึงสร้างอาคารที่มีห้องพักน้อย และมีข้อกำหนดได้แก่ ห้ามนำเด็กเข้ามา ห้ามเลี้ยงสัตว์

ภาพอาคารและสภาพแวดล้อมภายในโครงการสวางคนิเวศ โครงการที่ 2

ด้านหน้าอาคารสวางคนิเวศโครงการส่วนต่อขยาย



การออกแบบราวจับพยุงตามทางเดินและพื้นที่สาธารณะ



การออกแบบทางลาดในทุกอาคาร



พื้นที่สาธารณะภายในอาคาร



ห้องน้ำและห้องครัวในห้อง



4) คุณสมบัติผู้เข้าพักอาศัย

การคัดกรองผู้ที่สามารถซื้อห้องของโครงการได้จะต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป มีสัญชาติไทย ก่อนทำการซื้อ-ขายโครงการผู้ดูแลโครงการจะต้องชี้แจงเสมอว่าโครงการสวนคนนิเวศเป็นเพียงที่อยู่อาศัยที่มีการออกแบบอาคารและกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุเท่านั้น ไม่ใช่สถานพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์คนชราที่มีการดูแลรักษาอาการป่วย จึงจะรับเฉพาะผู้ที่สามารถดูแลและพึ่งพาตนเองในชีวิตประจำวันได้ ไม่รับผู้ป่วยที่มีอาการหนักต้องการพยาบาลหรือผู้ดูแล อาทิ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ที่ต้องฟอกไต หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อ โดยผู้ที่มีอาการแบบนี้ผู้ดูแลจะไม่อนุญาตให้เข้ามาอยู่อาศัยตั้งแต่แรก แต่หากมีอาการภายหลังเข้ามาอยู่หากยังสามารถดูแลตนเองได้ก็จะอนุญาตให้อาศัยต่อแต่หากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แล้วจะถูกย้ายออกตามข้อตกลง นอกจากนี้เรื่องสุขภาพแล้วยังต้องคำนึงถึงการเงินด้วย เพราะในส่วนขั้นตอนของการจ่ายเงินจะต้องชำระค่าห้องเป็นเงินสดเต็มจำนวนไม่มีการผ่อนชำระ และสามารถจ่ายค่าใช้จ่ายรายเดือนทั้งค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าส่วนกลางได้เพียงพองจนกระทั่งสิ้นอายุขัยด้วย

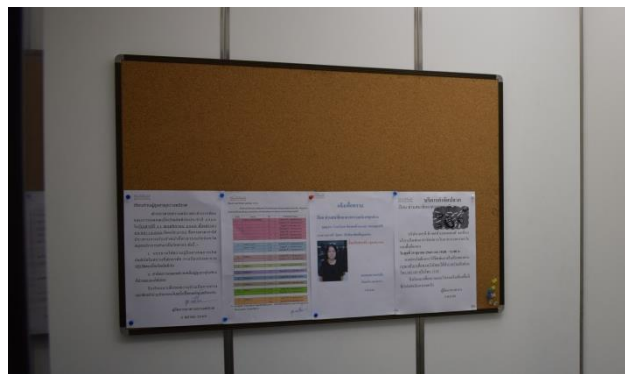
จากข้อมูลผู้อยู่อาศัยผู้เข้าพักในปัจจุบันนี้ส่วนใหญ่จะเป็นข้าราชการบำนาญที่มีภาระหน้าที่และมักได้รับการต่ออายุการทำงาน โดยเฉพาะงานที่เป็นการทำวิจัยที่มีตำแหน่งทางวิชาการอยู่ในทุกกลุ่มสาขา

อาชีพ อาจารย์ หมอ พยาบาล ทหาร ที่ได้ต่ออายุราชการจนถึงอายุ 65 ปี เพราะเป็นบุคคลที่มีองค์ความรู้และมีศักยภาพอยู่

5) การติดต่อขอเข้ามาเยี่ยมผู้สูงอายุในโครงการจากบุคคลภายนอก

กรณีที่บุคคลภายนอกจะมาพักค้างคืนหรือมาเยี่ยมชั่วคราวซึ่งจะอยู่ได้ไม่เกิน 3 วัน จะต้องทำหนังสือขออนุญาตทุกครั้ง โดยเจ้าของห้องจะแจ้งทางโครงการพร้อมถ่ายสำเนาบัตรประชาชนของผู้ที่จะเข้ามาเยี่ยมส่งให้แก่ผู้ดูแลด้วย เมื่อมีผู้แปลกหน้าเข้ามาในโครงการจะมีการติดประกาศพร้อมรูปภาพให้ผู้พักอาศัยทราบว่าบุคคลภายนอกเข้ามาอยู่อาศัยการเข้ามาอาศัยแบบชั่วคราว

การติดประกาศแจ้งเมื่อมีผู้แปลกหน้าเข้ามาในโครงการในลิฟต์



ผู้ที่เข้ามาพักชั่วคราวจะไม่มีสิทธิในการใช้สาธารณูปโภค โดยเฉพาะอย่างยิ่งห้องพิ트니스 สระว่ายน้ำ และบริการส่วนกลางอื่น ๆ เพราะผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกรู้ว่าเป็นของส่วนตัวไม่ต้องการให้ผู้อื่นมาใช้ปะปน แม้กระทั่งผู้ดูแลก็ยังไม่ได้รับการอนุญาตให้ใช้ นอกจากนี้บุคคลที่จะเข้ามาในโครงการจะต้องเป็นคนที่มีวุฒิภาวะแล้ว ไม่อนุญาตให้เด็กเล็กที่มีเสียงดังหรือซุกซนเข้ามาในพื้นที่โครงการ เพราะจะเป็นการรบกวนผู้พักอาศัยอื่น

6) การบริการด้านความปลอดภัยของผู้พักอาศัย

ในโครงการจะมีการจ้างหน่วยรักษาความปลอดภัย ดูแลเวรยามตลอด 24 ชั่วโมง ในการตรวจคนเข้าออกและป้องกันการบุกรุก หากมีบุคคลภายนอกเข้ามา ยามรักษาความปลอดภัยจะโทรศัพท์แจ้งให้ทราบในทันที และสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ยามรักษาความปลอดภัย จะต้องจำหน้าญาติพี่น้องของผู้สูงอายุให้ได้เพื่อป้องกันการแฝงตัวของมิจฉาชีพ นอกจากยามรักษาความปลอดภัยในพื้นที่สาธารณะและทางเดินจะมีการติดตั้งกล้องวงจรปิด CCTV คอยตรวจตราทุกชั้นที่หน้าลิฟท์และต้องใช้คีย์การ์ดหรือสแกนนิ้วเพื่อเข้าประตู

การรักษาความปลอดภัยจะมียามเฝ้าทุกประตูการเข้า-ออก



ระบบแสงนลายนิ้วมือหน้าอาคารที่อยู่อาศัย



7) โครงสร้างการบริหารงานของหน่วยงาน

โครงการบ้านพักสววงคนเฒ่าจะอยู่ภายใต้หน่วยงานของสภาอากาศไทย แต่ต้องรับผิดชอบบริหารจัดการทั้งบุคลากร งบประมาณ อาคารสถานที่ การบริหารการเข้า-ออกของผู้สูงอายุการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนการวางแผนพัฒนา โดยมุ่งหวังให้โครงการสามารถดูแลตนเองได้ในทุก ๆ ด้าน ในตอนนี้มีเจ้าหน้าที่ประกอบไปด้วย

- ผู้จัดการ 1 คน
- ผู้ช่วยผู้จัดการ 1 คน
- วิศวกรที่ปรึกษา 1 คน
- ช่าง 4 คน โดยแบ่งประจำในช่วงกลางวัน 3 คน กลางคืน 1 คน
- ยามรักษาความปลอดภัย 9 คนกระจายไปปฏิบัติงาน 4 จุด โดยมีหนึ่งคนอยู่ที่ห้องควบคุมคอยดูแลความเคลื่อนไหวโดยรวม
- แม่บ้าน 8 คน โดยมีหัวหน้าแม่บ้าน 1 คน
- การเงิน 1 คน และจ้างบริษัททำบัญชี เพื่อปิดบัญชีให้คือ บริษัทณรงค์การบัญชี

- ผู้ดูแลกลาง ผู้ดูแลสำหรับดูแลผู้สูงอายุ 3 คน คอยช่วยเหลือพยาบาลในการปฏิบัติหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลากลางคืน ถ้าผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุ จะไม่มีการให้พยาบาลออกนอกพื้นที่ เพราะถ้ามีผู้สูงอายุท่านอื่นเกิดเหตุพร้อมกันการเดินทางไปมาระหว่างห้องหรืออาคารจะไม่ใช้ทางเลือกที่ดี จึงให้ผู้ดูแลกลางเป็นผู้ไปดูแลก่อนที่จะส่งตัวให้พยาบาล

นอกจากการบริหารงานจากผู้จัดการอาคารแล้วที่สววงคณิเวศยังมีคณะกรรมการการบริหารจัดการที่ผู้สูงอายุที่พักอาศัยคัดเลือกกันเองโดยมีแนวคิดให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการพัฒนาโครงการด้วย โดยกำหนดหลักเกณฑ์ว่า หากอาคารที่มี 24 ห้องจะให้มีกรรมการ 1 คน อาคารที่มี 48 ห้องจะมีกรรมการ 2 คน มีวาระการดำรงตำแหน่ง 2 ปี บทบาทหน้าที่ของกรรมการผู้แทนผู้สูงอายุมีหน้าที่ต้องประชุมทุกเดือน โดยพิจารณาปัญหาของโครงการและคำร้องเรียนของสมาชิกผู้อยู่อาศัย โดยผู้จัดการโครงการจะเป็นผู้ช่วยของคณะกรรมการผู้สูงอายุและคอยรับฟังปัญหา หากปัญหาอะไรที่ผู้จัดการมีอำนาจสามารถตัดสินใจได้สามารถดำเนินการได้ในทันที แต่ถ้าเป็นเรื่องที่ใหญ่ซึ่งต้องทำเรื่องเสนอขึ้นไปถึงระดับผู้บริหารนั้นก็ต้องรอมติจากคณะกรรมการก่อน ส่วนใหญ่มักจะเป็นปัญหาภายใน อาทิ การปลูกต้นไม้หรือการพัฒนาด้านอื่น ๆ

8) บริการและสิ่งอำนวยความสะดวกภายในโครงการสววงคณิเวศ

8.1) การออกแบบพื้นที่สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ

ภายในโครงการสววงคณิเวศมีการออกแบบเพื่อรองรับการใช้งานของผู้สูงอายุ สามารถอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างอิสระ ไม่ว่าจะเป็นทางลาดบริเวณทางเข้าอาคารเพื่อลดการก้าวข้ามในพื้นที่ต่างระดับที่อาจทำให้เกิดการล้มของผู้สูงอายุ มีราวจับพยุงเดินทั้งภายในอาคารและพื้นที่สาธารณะ มีห้องกิจกรรมเพื่อการออกกำลังกายและจัดกิจกรรม อาทิ ห้องประชุม เวทีกลาง ห้องชมรมดนตรีไทย ห้องสวดมนต์ ห้องออกกำลังกาย และยังมีอุปกรณ์กีฬาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นปิงปอง สนุกเกอร์ และอื่น ๆ อีกมากมาย

จุดนั่งเล่นและรับประทานอาหาร



ตู้รับจดหมายของแต่ละห้องภายในอาคาร



ห้องตรวจสุขภาพและดูแลอาการเบื้องต้น



บริการหนังสือพิมพ์รายวันและแผ่นพับข้อมูลสุขภาพ



ห้องออกกำลังกายและห้องให้บริการอุปกรณ์กีฬา



รถรับ-ส่งและบริการให้ยืมจักรยาน



8.2) การอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้พักอาศัยในการเดินทาง

หากผู้สูงอายุไม่สบายและมีความประสงค์จะไปโรงพยาบาล โรงพยาบาลจะทำการประเมินอาการ และจะแจ้งให้ญาติทราบก่อนจะพาไปโรงพยาบาล เพื่อให้ญาติรับรู้ว่ามีค่าใช้จ่าย ซึ่งในกรณีที่ผู้สูงอายุต้องการ มีผู้ดูแลไปด้วยหรือคอยเฝ้าดูแล ก็จะมีค่าใช้จ่ายสำหรับการออกนอกสถานที่ 250 บาท/ครั้งวัน 450 บาท/วัน หรือ 600 บาท/ 24 ชั่วโมง เงินดังกล่าวจะนำกองกลาง 15% แต่ถ้าเป็นวันหยุดจะไม่มีหักเงิน ผู้ดูแล จะได้รับเงินจำนวนดังกล่าวทั้งหมดเต็มจำนวนอัตราที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นระบบการบริหารงานบุคคลเพื่อ สร้างความมั่นใจในการทำงานไม่เปลี่ยนงานบ่อย ๆ ลดการเสียกำลังคนที่ต้องฝึกอบรม

3.2 สรุปผลการศึกษาดูงานต่างประเทศ

คณะผู้วิจัยได้เดินทางไปศึกษาดูงานเกี่ยวกับการจัดที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุของต่างประเทศ ณ ประเทศญี่ปุ่น ระหว่างวันที่ 18-23 กันยายน 2560 ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าว คณะผู้ศึกษาได้ไปศึกษาดูงาน เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละระดับการพึ่งพิงทั้งหมด 6 แห่ง ได้แก่ 1) สภากาชาดญี่ปุ่น (Japan Red Cross Society) 2) Smart Community 3) ศูนย์ชุมชนผู้สูงอายุฮิโนกิโซ 4) ศูนย์ดูแลครอบครัวคนเฝ้าเมือง

โคชิกายา 5) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเมกุริ และ 6) อาคารพักอาศัยวารารอิ รวมทั้งได้รับฟังการบรรยายจาก Mr. Reisuke Iwana นักวิเคราะห์อาวุโส (Senior Analyst) ของ Mitsubishi UFJ Financial Group

3.2.1 สภากาชาดญี่ปุ่น (Japan Red Cross Society)

สภากาชาดญี่ปุ่นก่อตั้งขึ้นในปี 1877 โดยขุนนางชื่อ Count Tsunetami Sano ระหว่างที่มีเหตุการณ์ กบฏอะซิมะ² ขณะนั้นสภากาชาดญี่ปุ่นเป็นเพียงองค์กรสาธารณกุศล (Philanthropic Society) ต่อมาในปี 1986 มีการก่อสร้างโรงพยาบาลแห่งแรกของสภากาชาดญี่ปุ่น ณ กรุงโตเกียว ภายหลังจากที่รัฐบาลญี่ปุ่นได้ลงนามและให้สัตยาบันแก่สนธิสัญญากรุงเจนีวา ฉบับที่หนึ่ง ปี 1864 และในปีต่อมา (1877) มีการเปลี่ยนชื่อเป็น “สภากาชาดญี่ปุ่น” และได้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการสากลแห่งสภากาชาดสากลเมื่อ 2 กันยายน 1877 จากนั้นในปี 1990 สภากาชาดญี่ปุ่นจึงเริ่มมีการฝึกสอนการพยาบาลขึ้น และพัฒนาหลักสูตรให้เทียบเท่ากับสภากาชาดของสหรัฐอเมริกา จากรายงานของสภากาชาดญี่ปุ่นปี 2014-2015 ระบุว่า มีพยาบาลที่ผ่านหลักสูตรการพยาบาลของสภากาชาดญี่ปุ่นมีทั้งหมด 112,000 คน และมีพยาบาล 36,000 คน ที่ปฏิบัติงานในสถาบันทางการแพทย์ของสภากาชาดญี่ปุ่น จำนวน 92 แห่งทั่วประเทศ³ ปัจจุบัน (2017) สภากาชาดญี่ปุ่นได้ดำเนินการมาเป็นระยะเวลา 140 ปี⁴ โดยมีพันธกิจเพื่อ “ช่วยชีวิตผู้คนที่จากความทุกข์ยากและปกป้องชีวิต สุขภาพและศักดิ์ศรีของมนุษย์จากทุกสถานการณ์” (Aiming to save people who are suffering, we will protect human life, health and dignity under any circumstances)



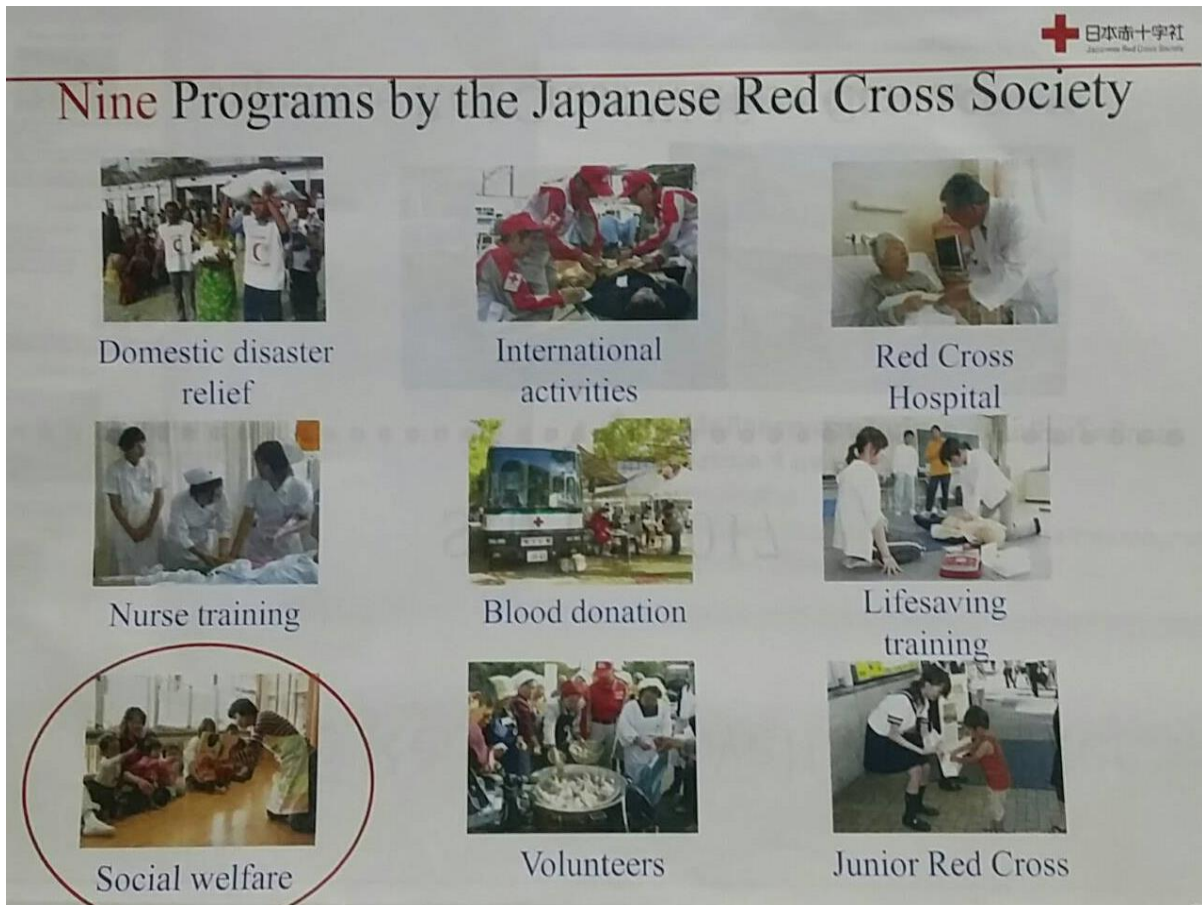
โดยทั่วไปกิจกรรมของสภากาชาดญี่ปุ่น มี 9 กิจกรรม ได้แก่

1. การช่วยเหลือผู้ประสบภัยธรรมชาติภายในประเทศ
2. กิจกรรมนานาชาติ
3. โรงพยาบาลกาชาด และศูนย์แพทยศาสตร์
4. การฝึกอบรมพยาบาล
5. การบริจาคเลือด
6. การอบรมหลักสูตรช่วยชีวิตในยามฉุกเฉิน
7. สวัสดิการสังคม
8. กิจกรรมจิตอาสา
9. กิจกรรมยูวากาชาด

² เป็นการก่อกบฏของกลุ่มชาวมุริที่ต่อต้านรัฐบาลเมจิใหม่ เกิดขึ้นในเดือนมกราคม - กันยายน 1877

³ <http://www.jrc.or.jp/english/about/history/>, หน้า 15

⁴ <http://www.jrc.or.jp/english/about/history/>, หน้า 3



ในส่วนของการดูแลผู้สูงอายุนั้นจะอยู่ภายใต้กิจกรรมสวัสดิการสังคม โดยสภาาชาตญี่ปุ่นมีอาคารสวัสดิการสังคม 28 แห่งทั่วประเทศเพื่อช่วยเหลือเด็ก ผู้สูงอายุและคนพิการ สำหรับอาคารสวัสดิการสังคมที่คณะผู้วิจัยได้ไปศึกษาดูงาน คือ อาคารสวัสดิการสังคมที่เขตชิบูย่า กรุงโตเกียว ซึ่งตั้งอยู่ติดกับอาคารโรงพยาบาลของสภาาชาตญี่ปุ่น

อาคารสวัสดิการสังคมจะเน้นการดูแลผู้สูงอายุคนชราที่ต้องการความช่วยเหลือและผู้พิการทางร่างกาย ไม่ได้เน้นการรักษาโรค ดังนั้นหน้าที่หลักของเจ้าพนักงานคือการดูแลผู้ใช้งาน (คนชราและบุคคลทุพพลภาพ) ผู้ใช้บริการจะต้องได้รับการตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้นจากศูนย์แพทยศาสตร์ก่อนเพื่อเป็นฐานข้อมูลในการดูแลผู้ที่เข้ามาพักอาศัยเพื่อจัดการดูแลให้เหมาะสมกับความต้องการ ปัจจุบัน (19 กันยายน 2560) ผู้ใช้บริการร้อยละ 90 อาศัยอยู่ในกรุงโตเกียว และร้อยละ 10 อาศัยอยู่นอกกรุงโตเกียว

การเข้าใช้บริการ ผู้ประสงค์จะมาใช้บริการจะต้องทำการติดต่อจองล่วงหน้าจึงจะสามารถเข้ารับบริการได้ ด้วยระบบนี้ทำให้อาคารสวัสดิการสามารถรองรับผู้สูงอายุหรือผู้ให้บริการได้อย่างถูกต้องตามลำดับ



อาคารสวัสดิการสังคมของสภากาชาดญี่ปุ่นเขตชิบูย่ามีทั้งหมด 8 ชั้น (ไม่รวมดาดฟ้าและชั้นใต้ดิน) กำหนดการให้บริการแก่ผู้สูงอายุและคนพิการไล่ลำดับความหนัก-เบาของอาคาร ดังนี้

ภาพที่ 3-1 แสดงแผนผังการให้บริการของสภากาชาดญี่ปุ่น ณ อาคารสวัสดิการสังคมในเขตชิบูย่า



Facility of the Japanese Red Cross Welfare Center

ดาดฟ้า			
ชั้น 8	Special nursing home (capacity: 120 people) Average age: 87.9 years old Average nursing degree: 3.3 Male-female ratio: 1.9: 8.1		
ชั้น 7			
ชั้น 6			
ชั้น 5			
ชั้น 4	Long-Term Care Health Facilities for elderlies (capacity: 100 people) Average: 87.5 years old Average nursing degree: 3.1 Male-female ratio: 2.2:7.8		
ชั้น 3			
ชั้น 2	Group nursing home (18 people) Average age: 88.1 years old Average nursing degree: 2.0 Male-female ratio: 0:10	Disabled people support center (11 people) Average age: 44.9 years old (-) Male-female ratio: 7:3	
ชั้น 1	Day care (40 people/day)	Home care	Day service (42 people/day)
ใต้ดิน	Machine/electrical rooms	Kitchen/parking lot, etc.	

1. ชั้นหนึ่ง (1F) จะมีบริการผู้สูงอายุ 3 ประเภท ได้แก่ แผนกดูแลรายวัน แผนกโฮมแคร์และแผนกบริการรายวัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1) แผนกดูแลรายวัน หรือเรียกว่า Day Care เป็นการบริการกายภาพบำบัดรายวัน ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการสามารถเดินทางมาในช่วงเช้า (09.00) เพื่อทำกายภาพบำบัด และเดินทางกลับในตอนเย็น (15.00) รับผิดชอบผู้สูงอายุได้วันละ 40 คน มีค่าใช้จ่ายประมาณ 1,000 เยนต่อวัน
- 2) แผนกโฮมแคร์ Home Care เป็นสถานที่ที่เจ้าหน้าที่ care manager ทำงานอยู่ มีหน้าที่วางแผนและให้คำแนะนำกับผู้ใช้บริการต่าง ๆ
- 3) แผนกบริการรายวัน หรือเรียกว่า Day Service (42 คนต่อวัน : ค่าใช้จ่ายประมาณ 1,000 เยนต่อวัน) เป็นการบริการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีอาหารกลางวันและห้องอาบน้ำบริการให้ มีรถไปรับส่งที่บ้าน สำหรับผู้บริการที่ไม่ได้อยู่อาศัยกับครอบครัวหรืออยู่ตัวคนเดียวและต้องการความช่วยเหลือ ทางองค์กรจะส่งเจ้าหน้าที่ดูแลไปที่ดูแลต่อที่บ้าน(ทำงานร่วมกับ

แผนกโฮมแคร์) โดยส่วนมากผู้สูงอายุที่มาใช้บริการรายวัน ครอบครัวหรือเจ้าหน้าที่ care manager (แผนกโฮมแคร์) จะเป็นผู้ช่วยทำการสมัครให้ รับดูแลผู้สูงอายุได้วันละ 42 คน มีค่าใช้จ่ายประมาณ 1,000 เยนต่อวัน

นอกจากนี้ในบริเวณชั้นหนึ่ง ยังเป็นพื้นที่สำหรับการทำกายภาพบำบัด และมีร้านตัดผมมาเปิดให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่อาคารสวัสดิการของสภาวิชาชีพญี่ปุ่น คิดค่าบริการประมาณ 2,500 เยน



2. ชั้นสอง (2F) เป็นบริการห้องพักระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุผู้ป่วยที่ผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่า เป็นโรคสมองเสื่อมและคนพิการ

- 1) แผนกดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม หรือเรียกว่า Group Nursing Home เป็นส่วนที่ให้ผู้สูงอายุที่มีผลการตรวจรับรองว่าเป็นโรคสมองเสื่อมมาอยู่อาศัย เจ้าหน้าที่จะส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตัวเอง อาทิ การทำอาหารร่วมกัน การซักผ้า เป็นต้น สามารถรับดูแลผู้สูงอายุได้ 18 คน แต่ ณ วันที่ไปศึกษาดูงานมีผู้สูงอายุมาพักเพียง 9 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 88.1 ปี ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละ 180,000 เยน อัตราส่วนการพยาบาล 2.0
- 2) แผนกดูแลคนพิการหรือเรียกว่า Disabled people support center สามารถรับดูแลคนพิการได้ 11 คน ไม่จำกัดอายุผู้ใช้บริการ อายุเฉลี่ยของผู้ใช้บริการอยู่ที่ 44.9 ปี อัตราส่วนของคนพิการที่เข้ามาพักอาศัยระหว่างเพศชายและหญิงอยู่ที่ 7:3

3. ชั้นสามและชั้นสี่ (3-4F)

แผนกดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว Long-Term Care Health Facilities for elderlies รับจำนวน 100 คน สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการเข้ารับกายภาพบำบัดเป็นเวลา 3-6 เดือน หลังจากได้รับ

กายภาพบำบัดแล้วจึงสามารถกลับบ้านตัวเองได้ โดยชั้นสามเป็นห้องสี่คน ชั้นสี่เป็นห้องเดี่ยวอัตราส่วนการพยาบาลอยู่ที่ 3.1 อายุเฉลี่ยของผู้ใช้บริการ 87.5 ปี และอัตราส่วนชายต่อหญิง 2.2 : 7.8

4. ชั้นห้าถึงชั้นแปด (5-8F)

เป็นแผนกพยาบาลพิเศษ Special Nursing home เปิดบริการเมื่อปีพ.ศ. 2554 มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยขั้นรุนแรง ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ (มิใช่การรักษา) รับจำนวน 120 คน ในกรณีที่ผู้ใช้บริการเต็ม 120 คน จะเปิดให้ผู้ใช้บริการใหม่เข้ามาใช้บริการได้ก็ต่อเมื่อผู้ใช้บริการเก่าได้ยกเลิกบริการ ผู้ใช้บริการแผนกพยาบาลพิเศษมีการใช้บริการเฉลี่ยยาว 4 ปี อัตราส่วนการพยาบาล 3.3 อายุเฉลี่ย 87.9 ปี อายุสูงสุดของผู้ใช้บริการที่เป็นเพศหญิง คือ 111 ปี และเพศชาย คือ 107 ปี อัตราส่วนชายต่อหญิง 1.9 : 8.1 ส่วนมากผู้บริการเก่าที่เข้ามาใช้บริการในแผนกพยาบาลพิเศษจะยกเลิกบริการเนื่องจากการเสียชีวิตจากโรคภัยไข้เจ็บ ปัจจุบัน (19 กันยายน 2560) มีผู้รอผู้ใช้บริการแผนกพยาบาลพิเศษ จำนวน 200 คน

1) ค่าใช้จ่ายของผู้ใช้อาคารสวัสดิการ

ในประเทศญี่ปุ่นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ทางรัฐบาลจะเรียกเก็บเงินค่าประกันการดูแลสุขภาพทุกเดือน ผู้ใช้บริการจะได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายบริการอาคารสวัสดิการจากประกันการดูแลสุขภาพในเรื่องของค่าดูแลและค่าบริการบุคคล แต่ผู้ใช้บริการจะต้องเสียค่าอาหารและค่าห้องพักด้วยตนเอง

1.1) ผู้ใช้งานประเภทผู้สูงอายุ

1.1.1) อาคารสวัสดิการในทุกแผนกบริการมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 180,000 เยนต่อเดือน ซึ่งผู้ใช้งานสามารถทำเอกสารลดหย่อนค่าใช้จ่ายรายเดือนได้ โดยการยื่นเอกสารแสดงรายได้ของครอบครัวของตนเอง สามารถลดค่าใช้จ่ายได้ถึง 140,000 เยนต่อเดือนหรือ 110,000 เยนต่อเดือนหรือ 70,000 เยนต่อเดือนได้ตามปริมาณรายได้ของครอบครัว มีทั้งหมด 4 ระดับข้างต้น โดยส่วนต่างของค่าใช้จ่ายที่ถูกหักไปนั้นองค์กรเงินประกันของรัฐบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบ

1.1.2) องค์กรกาชาดญี่ปุ่นแห่งนี้ตั้งอยู่บริเวณเขตชิบุยะของกรุงโตเกียว (เขตเมือง) สาเหตุของค่าใช้จ่ายต่อเดือนที่ค่อนข้างสูง

1.2) ผู้ใช้งานประเภทบุคคลทุพพลภาพ ไม่เกิน 100,000 เยนต่อเดือน

2) บุคลากรของอาคารสวัสดิการ

ในอาคารสวัสดิการ มีบุคลากรปฏิบัติงานทั้งหมด 200 คน โดยเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ภายในอาคารสวัสดิการ จะมาจากค่าอาหารและค่าห้องพักของผู้ใช้บริการ ซึ่งแต่ละอาชีพมีเงินเดือนแตกต่างกัน ทุกอาชีพสามารถทำงานได้จนกระทั่งอายุ 62 ปี ทั้งนี้มีเจ้าหน้าที่อยู่จำนวนไม่น้อยที่ลาออกจากงานเนื่องจากรู้สึกว่ามันไม่เหมาะสมกับงานดูแลผู้สูงอายุ

ประเภทบุคลากร	จำนวน
แพทย์ (Doctor)	2
พยาบาล (Nurse)	20
ผู้ดูแล (Caregiver)	150
นักกายภาพบำบัด (Rehabilitation Staff)	8
เภสัชกร (Pharmacist)	1
นักโภชนาการ (Nutritionist)	3
เจ้าหน้าที่ธุรการ (Clerical Staff)	20

3) การจัดสรรอัตรากำลังของอาคารสวัสดิการในการปฏิบัติงาน

ในการปฏิบัติงานจะมีการจัดสรรอัตรากำลังเพื่อดูแลผู้สูงอายุและคนพิการในอาคารสวัสดิการ โดยช่วงกลางวัน (8.30 – 17.00 น.) จะมีอัตราผู้ดูแล 2-3 คนต่อผู้รับบริการ 10 คน แบ่งออกเป็น 3 เวน คือ เวนเช้า (เวลา 7.15 – 15.45 น.) เวนบ่าย (เวลา 11.00 – 19.30 น.) และเวรปกติ (เวลา 8.30 – 17.00 น.) และพยาบาล 3-5 คนต่อผู้รับบริการ 100-200 คน ในเวรปกติ สำหรับช่วงกลางคืน (16.30-09.30 น.) จะมีอัตราผู้ดูแล 1 คนต่อผู้รับบริการ 20 คน และพยาบาล 1 คนต่อผู้รับบริการ 100 คน

4) ตัวอย่างอุปกรณ์และสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ ในอาคารสวัสดิการ

- 5.1) ประตูภายในอาคารเป็นประตูเลื่อน เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการเปิดปิดประตู
- 5.2) พื้นอาคาร ทำจากวัสดุที่มีความนุ่ม หนาประมาณ 4 mm เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากแรงกระแทกเนื่องจากการสะดุดล้ม
- 5.3) ภายในอาคาร ไม่มีพื้นต่างระดับ เพื่อป้องกันการสะดุดล้ม
- 5.4) อาคารสวัสดิการทำได้คอนกรีตด้านแผ่นดินไหว
- 5.5) ภายในห้องน้ำ มีชักโครกติดตั้งอยู่ใกล้ประตูเพื่อความสะดวกในการใช้งานและการช่วยเหลือ
- 5.6) ลิฟต์มีขนาดใหญ่เพียงพอที่สามารถรองรับเตียงขนย้ายผู้ป่วยได้
- 5.7) ชั้น 7 มีทุ่งนาสำหรับเกษตรกรรม

3.2.2 Smart Community

Smart Community ตั้งอยู่ที่เมืองชิบะ เป็นโครงการต้นแบบของชุมชนผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้วยเอกชน เริ่มกิจการในเดือนเมษายนปีพ.ศ. 2553 เป็นกิจการที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตแข็งแรง และดูแลตนเองได้ มีใช้ผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยและต้องการการดูแลเป็นพิเศษ (มีใช้กิจการบ้านพักชรา) กิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนจะส่งเสริมสุขภาพสมาชิกและสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีให้ผู้สูงอายุ

แผนภาพที่ 3-2 แสดงภาพรวมของโครงการ Smart Community



1) วัตถุประสงค์ของ Smart Community

- 1.1) จัดหาและส่งเสริมกิจกรรมที่สนับสนุนสุขภาพทางกาย
- 1.2) บรรเทาความกังวลของสุขภาพทางจิต
- 1.3) บรรเทาความกังวลเกี่ยวกับปัญหาการเงิน

2) อาคารที่พักอาศัยของ Smart Community

ปัจจุบัน (20 กันยายน 2560) มีผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ที่รวมแล้วประมาณ 1 พันคน เนื่องด้วยการอาศัยอยู่ด้วยกันของประชากรจำนวนมากทำให้มีกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วม ส่งผลถึงสุขภาพกายและจิตที่ดี โดย Smart Community ประกอบด้วยอาคารที่พักอาศัยทั้งหมด 7 อาคาร ได้แก่ อาคาร A-E อาคาร F และอาคาร G1 มีจำนวนห้องทั้งหมด 1,001 ห้อง ห้องขนาดเล็กที่สุดมีพื้นที่ 28.81 ตารางเมตร อยู่ที่อาคาร D ห้องขนาดใหญ่ที่สุดมีพื้นที่ 116.86 ตารางเมตร อยู่ที่อาคาร C อาคาร A และ B เป็นเพียง 2 อาคารที่มีจำนวนชั้นมากที่สุด คือ 14 ชั้น อาคารอื่น ๆ จะสร้างไม่เกิน 6 ชั้น ขณะนี้อยู่ระหว่างการก่อสร้างอาคารหลังที่ 8 และยังไม่มียกยบายก่อสร้างอาคารที่พักอาศัยเพิ่มเนื่องจากจะมีปัญหาในการขนส่งอาหารไป

ให้ผู้พักอาศัย ราคาห้องพักที่ต่ำที่สุด คือ 13,000,000 เยน อยู่ในอาคาร A และราคาห้องพักที่สูงที่สุด คือ 70,900,000 เยน อยู่ในอาคาร C

แผนภาพที่ 3-3 แสดงผังที่ตั้งอาคารที่พักอาศัยในโครงการ Smart Community⁵



รายละเอียดของจำนวนห้องพัก จำนวนชั้น พื้นที่ใช้สอย และราคาขายของแต่ละอาคารปรากฏในตารางที่ 3-1

⁵ <http://www.smartcommunity.co.jp/residence/>

ตารางที่ 3-1 แสดงรายละเอียดอาคารที่พักอาศัยและราคาขายของโครงการ Smart Community

อาคาร	จำนวนห้อง	จำนวนชั้น	พื้นที่ (ตารางเมตร)	ราคาขาย (ล้านบาท)
A	255	14	33.24-106.70	13-41
B	255	14		
C	117	5	74.57-116.86	36.1-70.9
D	103	6	28.81-69.04	15.5-37
E	41	5	67.34-76.84	36.3-42.2
F	105	5	47.76-56.68	29.1-44.8
G1	125	5	44.05-60.45	24-390

อาคาร A และ B

เป็นอาคาร 14 ชั้น มีจำนวนห้องทั้งหมด 510 ห้อง ประกอบด้วยห้อง 2 ประเภท คือ ห้องประเภท 1K และห้องประเภท 1 LDK พื้นที่ห้องมีขนาด 33.24~106.70 ตารางเมตร

แผนภาพที่ 3-4 แสดงภาพอาคารและแบบห้องของอาคาร A และ B⁶



⁶ <http://www.smartcommunity.co.jp/residence/roomtype/index.shtml#section1>



A type 1K

Exclusive area: 33.24 m² (about 10.05 tsubo)

- No trunk room
- Balcony area: 4.20 m²

※ MB area is not included in residential occupied area

แบบห้องประเภท A อาคาร A -



B type 1LDK

Exclusive area: 70.12 m² (about 21.21 tsubo)

- No trunk room
- Balcony area: 8.40 m²

※ MB area is not included in residential occupied area

แบบห้องประเภท B อาคาร A - B



อาคาร C

เป็นอาคาร 5 ชั้น มีจำนวนห้องทั้งหมด 117 ห้อง ประกอบด้วยห้อง 2 ประเภท คือ ห้องประเภท 1 LDK และห้องประเภท 2 LDK+DEN พื้นที่ห้องมีขนาด 74.57-116.86 ตารางเมตร

แผนภาพที่ 3-5 แสดงภาพอาคารและแบบห้องของอาคาร C





C2 type 1LDK

Occupied area: 54.32 m² (about 16.43 tsubo)

- Including trunk room (1.24 m²)
- Balcony Area: 6.78 m²

※ MB area is not included in residential occupied area

แบบห้องประเภท C2 อาคาร C



Lh type (C棟) 1LDK

Occupied area: 82.23 m² (about 24.87 tsubo)

- Including trunk room (1.46 m²)
- Balcony area: 8.70 m²

※ MB area is not included in residential occupied area

แบบห้องประเภท LH อาคาร C



Kh type (c棟) 1LDK

Exclusive area: 74.57 m² (about 22.25 tsubo)

- Including trunk room (1.46 m²)
- Balcony area: 8.70 m²

※ MB area is not included in residential occupied area

แบบห้องประเภท Kh อาคาร C

อาคาร D และ E

อาคาร D เป็นอาคาร 6 ชั้น มีจำนวนห้อง 103 ห้อง ห้องประเภท 1K~1LDK พื้นที่ห้องมีขนาด 28.81~69.04 ตารางเมตร

อาคาร E เป็นอาคาร 5 ชั้น มีจำนวนห้อง 41 ห้อง ห้องประเภท 1LDK~2LDK+S พื้นที่ห้องมีขนาด 67.34~76.48 ตารางเมตร

แผนภาพที่ 3-6 แสดงภาพอาคารและแบบห้องของอาคาร D และ E





H1type 2LDK | リビング・ダイニング



H1type 2LDK | ウォークインクローゼット



玄関



D1 type (D棟) 1LDK

Occupied area: 55.71 m² (about 16.85 tsubo)

- Including trunk room (1.19 m²)
- Balcony area: 10.17 m²

※ MB area is not included in residential occupied area

แบบห้องประเภท D1 อาคาร D-E



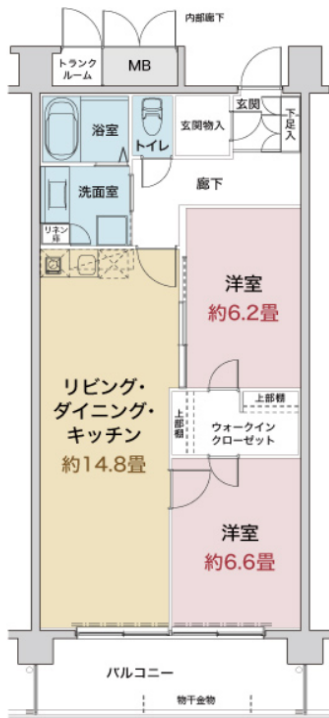
C1 type (E棟) 2LDK+S

Exclusive area: 67.34 m² (about 20.37 tsubo)

- Including trunk room (1.04 m²)
- Balcony area: 13.14 m²

※ MB area is not included in residential occupied area

แบบห้องประเภท C1 อาคาร D-E



F1 type (D棟) 2LDK

Exclusive area: 67.01 m² (about 20.27 tsubo)

- Including trunk room (1.19 m²)
- Balcony area: 10.17 m²

※ MB area is not included in residential occupied area

แบบห้องประเภท F1 อาคาร D-E

อาคาร F

เป็นอาคาร 6 ชั้น มีจำนวนห้องทั้งหมด 105 ห้อง ห้องประเภท 1LDK+S~2LDK พื้นที่ห้องมีขนาด 47.76~56.68 ตารางเมตร

แผนภาพที่ 3-7 แสดงภาพอาคารและแบบห้องของอาคาร F



A1 type (F棟) 1LDK+S

Exclusive area: 47.76 m² (about 14.44 tsubo)

- Including trunk room (1.74 m²)
- Balcony area: 5.2 m²

※ MB area is not included in residential occupied area

แบบห้องประเภท A1 อาคาร F

F type (F棟) 2LDK



Exclusive area: 56.19 m² (about 16.99 tsubo)

- Including trunk room (1.79 m²)
- Balcony area: 7.51 m²

※ MB area is not included in residential occupied area

แบบห้องประเภท F อาคาร F

H2 type (F棟) 2LDK



Occupied area: 56.68 m² (about 17.14 tsubo)

- Including trunk room (2.05 m²)
- Balcony Area: 4.67 m²

※ MB area is not included in residential occupied area

แบบห้องประเภท H2 อาคาร F



H2 type 2LDK | 洋室

อาคาร G1

เป็นอาคาร 5 ชั้น มีจำนวนห้องทั้งหมด 125 ห้อง ห้องประเภท 1LDK~1LDK+S พื้นที่ห้องมีขนาด 44.05~60.45 ตารางเมตร

แผนภาพที่ 3-8 แสดงภาพอาคารและแบบห้องของอาคาร G1





A1 type (G1棟) 1LDK

Exclusive area: 44.05 m² (about 13.32 tsubo)

- Including trunk room (1.65 m²)
- Balcony Area: 6.89 m²

※ MB area is not included in residential occupied area

แบบห้องประเภท A1 อาคาร G1



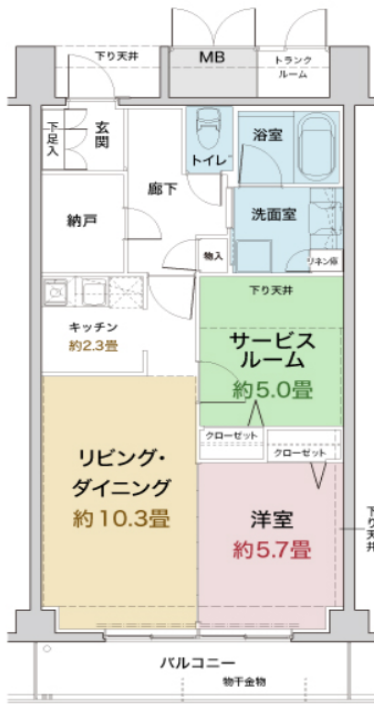
G type (G1棟) 1LDK

Occupied area: 57.30 m² (about 17.33 tsubo)

- Including trunk room (1.65 m²)
- Balcony Area: 6.89 m²

※ MB area is not included in residential occupied area

แบบห้องประเภท G อาคาร G1



H1 type (G1棟) 1LDK+S

Occupied area: 60.45 m² (about 18.28 tsubo)

- Including trunk room (1.65 m²)
- Balcony area: 7.28 m²

※ MB area is not included in residential occupied area

แบบห้องประเภท H1 อาคาร G1

3) สมาชิก Smart Community ในปัจจุบัน (20 กันยายน 2560)

อายุเฉลี่ยของผู้ที่เข้ามาพักอาศัยอยู่ที่ 73 ปี อายุสูงสุด คือ 96 ปี เป็นเพศหญิง อัตราส่วนสมาชิกชายต่อหญิง 4 : 6 อัตราส่วนของสมาชิกเพศหญิงโสดต่อเพศหญิงที่มีสามี 3: 2

4) เงื่อนไขในการเข้าร่วม Smart Community

- 4.1) สัญชาติญี่ปุ่น และมีอายุ 50 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- 4.2) มีสุขภาพกายและจิตที่แข็งแรงสมบูรณ์ สามารถอยู่อาศัยด้วยตนเองได้*1

5) ขั้นตอนในการเข้าร่วม Smart Community และค่าใช้จ่าย

- 5.1) เข้าร่วมเป็นสมาชิกของโครงการ Smart Community (ค่าสมัครสมาชิก 3 ล้านบาท)
- 5.2) ซื้อคอนโดมิเนียมที่กิจการ Smart Community จัดไว้ให้ไว้ครอบครอง (ห้องพักขนาด 30 ตารางเมตร มีมูลค่า 10 ล้านบาท)

ดังนั้น ในการเข้าร่วม Smart Community มีค่าใช้จ่ายแรกเข้าทั้งหมดประมาณ 13 ล้านบาท*2 (ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายอาจมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับขนาดของห้องคอนโดมิเนียมที่ซื้อ) โดยห้ามสมัครสมาชิกหรือซื้อคอนโดอย่างใดอย่างหนึ่ง ต้องเข้าร่วมเป็นสมาชิกโครงการและซื้อคอนโดมิเนียมในเวลาเดียวกัน

ค่ารายเดือน	1 คน	2 คน
ค่าสมัคร (ไม่มีการคืนเงิน) สำหรับผู้ที่มิคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไข	1,500,000	2,000,000
ค่าใช้จ่ายในการรับสิทธิอุปกรณ์ ส่วนกลาง	1,400,000	2,800,000
รวม	2,900,000	4,800,000

*1 หมายเหตุ: บุคคลทุกพลภาพสามารถสมัครสมาชิกได้ถ้ามีเงื่อนไขสอดคล้องดังข้างต้น

- 5.4) ค่าไฟฟ้า ค่าประปา และค่าซ่อมบำรุงต่าง ๆ ของคอนโดมิเนียม สมาชิกต้องเป็นผู้รับผิดชอบ

ค่ารายเดือน	1 คน	2 คน
ค่าบริการส่วนกลาง (ค่าส่วนกลาง ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าซ่อมบำรุง)	42,858	76,192
ค่าอาหารเช้าและเย็น	41,905	83,810
รวม	84,763	160,002

ทั้งนี้ในขั้นตอนการรับสมัครสมาชิก ทางกิจการจะพิจารณาถึงสถานะการเงินของบุคคลนั้น ๆ ด้วย หากผลการพิจารณาสถานะการเงิน อาทิ เงินบำนาญ เงินประกัน ฯลฯ เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่กล่าวไว้เบื้องต้นแล้ว จึงจะรับสมัครสมาชิกนั้น ๆ ได้

2) สวัสดิการสุขภาพ

ในกรณีที่สมาชิกเกิดการเจ็บป่วย ทางกิจการจะไม่มีบริการรักษาหรือดูแลผู้ป่วยให้ แต่มีห้องพยาบาลและ Care Manager บริการให้เกี่ยวกับการปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งนี้สมาชิกมีสิทธิในการเลือกวิธีการรักษาได้ด้วยตัวเองโดยไม่ใช้บริการของ Smart Community ได้ อาทิ สมาชิกสามารถเลือก

นอกจากนั้นภายในอาคารหลักของ Smart Community มีองค์กรสวัสดิการอื่น ๆ มาเข้าสถานที่เพื่อให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพกับสมาชิก แต่มีใช้องค์กรของ Smart Community แต่อย่างใด

ปัจจุบัน (20 กันยายน 2560) กิจการ Smart Community กำลังเตรียมการตั้งองค์กรสวัสดิการสุขภาพของตัวเอง เพื่อรองรับสมาชิกที่อาจเกิดอาการเจ็บป่วยในอนาคต ทาง Smart Community ได้บริการรถประจำทาง 6 คันต่อวัน บริการไปส่งผู้โดยสารและตรวจโรคที่โรงพยาบาลใกล้เคียง (ไม่เสียค่าใช้จ่าย) แต่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา

3) ตึกสโมสร (Club House)

อาคารตึกสโมสรของโครงการ Smart Community มีพื้นที่ประมาณ 34,421.47 ตารางเมตร อาคารเดิมเป็นซูเปอร์มาร์เกตนำมาปรับปรุงใหม่ มีทั้งหมด 3 ชั้น โดยชั้นล่างจะเป็นพื้นที่สำหรับกิจกรรมสนทนา การต่างๆ ของผู้พักอาศัย ชั้นสองจะเป็นศูนย์อาหาร และชั้นสาม ยังเปิดให้บริการไม่เต็มพื้นที่ มีเพียงมุมสำหรับ Simulation Golf เท่านั้น





7.1) ชั้นหนึ่ง (1F)

มีพื้นที่ 10,300.86 ตารางเมตร สมาชิกทุกคนจะได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์กลางทุกประเภท และได้รับเอกสารตารางเวลาเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะถูกจัดขึ้นในวันที่และเวลาต่างๆ สมาชิกมีอิสระในการเลือกเข้าร่วมกิจกรรมใดก็ได้ตามที่ตนชอบ หากสมาชิกรู้สึกว่าการจัดกิจกรรมที่ส่วนกลางจัดให้ไม่เพียงพอสามารถรวบรวมสมาชิกและทำเอกสารตั้งชมรมเพื่อทำกิจกรรมนั้น ๆ เพิ่มเติมนอกตารางเวลาได้ แต่ค่าใช้จ่ายสำหรับทุกชมรมสามารถทำเอกสารเบิกได้จากส่วนกลางจำนวนจำกัด ส่วนที่เกินงบประมาณที่ส่วนกลางออกให้นั้น สมาชิกในชมรมต้องเป็นผู้รับผิดชอบด้วยตนเอง นอกจากนี้ การใช้สถานที่ส่วนกลางของแต่ละชมรมจะถูกจำกัด เนื่องจากต้องเผื่อสถานที่ให้กับบุคคลทั่วไป

ปัจจุบัน (20 กันยายน 2560) มีกิจกรรมชมรมทั้งหมดที่จัดตั้งโดยสมาชิก Smart Community ทั้งหมดประมาณ 50 ชมรม

โซนออกกำลังกาย



ปิงปอง



ปาเป้า



ห้องคาราโอเกะ



ห้องดนตรี



ห้องเล่นโกะ



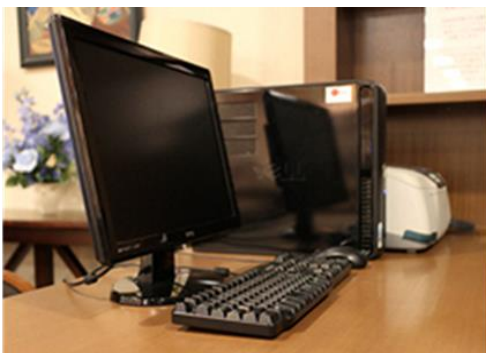
ห้องศิลปะ ทัศนกรรม



ห้อง simulation golf



Computer Corner



Fitness Corner



ห้องทำงาน



7.2) ชั้นสอง (2F)

7.2.1) โรงอาหาร และร้านเครื่องดื่ม (สมาชิกเสียค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง และญาติของสมาชิกสามารถใช้งานได้ บุคคลภายนอกไม่สามารถใช้งานได้) สามารถยกอาหารไปรับประทานเป็นกลุ่มๆได้ตามใจชอบ ยกเว้นอาหารประเภทเนื้อที่ต้องรับประทานภายในอาคารร้านเนื้ออย่างเท่านั้น ซึ่งอาหารที่จัดจำหน่ายส่วนมากมีราคาประมาณ 500-700 เยน

ห้องอาหารญี่ปุ่น Mohoroba



ห้องอาหารตะวันตก Stella



ห้องอาหารปิ้ง-ย่าง Larva



ห้องอาหารทะเล Hai Beitai



ในการรับอาหารแต่ละมื้อ ทุกเมนูอาหารจะมีรายละเอียดเกี่ยวกับสารอาหารและพลังงานที่ได้รับ ทุกครั้งที่สมาชิกรับประทานอาหารสามารถเพิ่ม ลด ปริมาณอาหารหรือยกเลิกอาหาร จะต้องใช้บัตรสมาชิกสัมพันธ์ที่เครื่องจำหน่าย ข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ สารอาหารและพลังงานที่ได้รับ และค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจะถูกบันทึกลงในฐานข้อมูล

แผนภาพที่ 3-9 แสดงเมนูอาหารประจำเดือนของโครงการ Smart Community





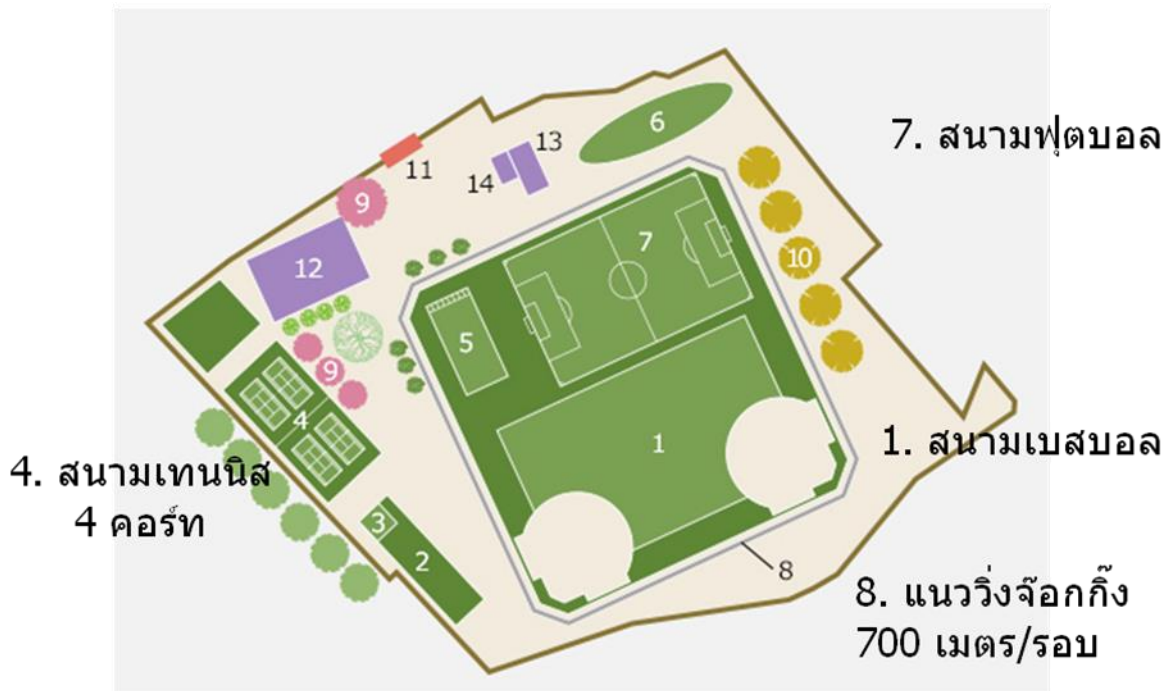
กรณีที่ไม่มีการยกเลิกมื้ออาหาร ถ้าอาหารมื้อหนึ่ง ๆ ที่ถูกบริการส่งไปยังห้องพักแล้วไม่ถูกรับประทาน ทางส่วนกลางจะติดต่อสอบถามสมาชิกถึงสาเหตุนั้น ๆ หากไม่มีการตอบรับจากสมาชิก จะคาดการณ์ว่าสมาชิคนั้นๆอาจเกิดการเจ็บป่วยหรือเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้น

7.3) ชั้นสาม (3F)

เป็นโซนของสนามกอล์ฟจำลอง (Golf Simulation)

4) สนามเอนกประสงค์ (Ground)

มีพื้นที่ประมาณ 70,000 ตารางเมตร ใช้ในการเล่นกอล์ฟ เทนนิสและเบสบอล



5) การสืบทอดสิทธิอาคารที่พักอาศัย (Condominium)

หลังจากที่เข้าร่วมโครงการ Smart Community และซื้อห้องพักในคอนโดมิเนียมแล้ว ห้องนั้น ๆ จะกลายเป็นทรัพย์สินของผู้ซื้อ ในกรณีที่ผู้ซื้อถึงแก่กรรม ห้องนั้น ๆ จะถูกพิจารณาว่าเป็นมรดกของบุคคลนั้น ๆ ผู้สืบทอดมรดกมีสิทธิที่จะจำหน่ายหรืออยู่อาศัยต่อได้ ซึ่งหากผู้สืบทอดมรดกอายุไม่ถึง 50 ปี ทางโครงการจะปรึกษาหารือเพื่อขอซื้อห้องคืน เพราะในทางกฎหมายไม่สามารถห้ามผู้สืบทอดเข้าใช้สิทธิในห้องพักได้ แต่ไม่สามารถใช้บริการห้องนั่งเล่นและบริการเครื่องตีไม้ได้

ปัจจุบัน (20 กันยายน 2560) มีผู้อยู่อาศัยประมาณ 750 คน เจ้าหน้าที่ประมาณ 200 คน (พนักงานประจำจำนวนน้อยกว่า 100 คน)

6) การออกแบบอาคารที่พักอาศัย (Condominium)

ห้องพักจะถูกออกแบบสำหรับผู้สูงอายุ (อาทิ พื้นต่างระดับจะมีความสูงน้อย) แต่ไม่มีเฟอร์นิเจอร์ให้ผู้พักอาศัยต้องเป็นผู้จัดหาด้วยตัวเอง ส่วนห้องครัวจะมีขนาดเล็กกว่าคอนโดมิเนียมปกติเนื่องจากมีบริการอาหารเช้าและอาหารเย็นให้กับสมาชิกทั้งหมด

ภายในห้องพักและห้องน้ำมีเครื่องติดต่อกับเจ้าหน้าที่ส่วนกลางที่มีเจ้าหน้าที่ประจำ 24 ชั่วโมง ในกรณีฉุกเฉินหรือการบริการอาหารเช้าและมื้อเย็นจะมีการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว นอกจากนี้ที่เพดานห้องพักจะมีเครื่องตรวจวัดการเคลื่อนไหวของมนุษย์ หากภายใน 12 ชั่วโมงเครื่องมือดังกล่าวไม่สามารถตรวจจับการเคลื่อนไหวของบุคคลได้ เครื่องตรวจวัดจะส่งสัญญาณฉุกเฉินถึงสำนักงานกลาง

ด้านนอกห้องพักมีห้องเก็บของสำหรับเก็บอุปกรณ์ที่ขนาดใหญ่มาก หรือไม่ต้องการนำเข้ามาภายในห้องพัก อาทิ ถุงกอล์ฟ เป็นต้น

7) สำนักงานกลางอาคารที่พัก (Condominium Headquarter)

มีพนักงานประจำเป็นเวลา 24 ชั่วโมงมีหน้าที่ติดต่อดูแลสมาชิกที่ติดต่อผ่านอุปกรณ์ภายในห้องพัก มีห้องนั่งเล่นให้บริการกับสมาชิกและมีบริเวณสำหรับจำหน่ายข้าวกล่อง (อาหารเช้า) และบริการเครื่องตีไม้ประเภทชาและกาแฟตลอดทั้งวัน

โดยสรุปแล้ว ในปัจจุบัน รายได้และรายจ่ายของอาคารกลางกำลังขาดทุนอยู่ และคอนโดมิเนียมได้กำไร แต่กำไรมีจำนวนมากกว่าขาดทุนมีไม่มาก ในอนาคตต้องการเพิ่มจำนวนสมาชิกให้ถึง 1,000 คน เพื่อกำไรอย่างมีนัยสำคัญ เพราะว่าในอนาคตคอนโดมิเนียมจะถูกจำหน่ายจนหมดสิ้น มีความจำเป็นต้องแสวงหากำไรจากอาคารส่วนกลางเพิ่มมากขึ้น โดยขยายสาขาของ Smart Community ไปยังภูมิภาคอื่น ๆ แต่นักธุรกิจเอกชนอื่น ๆ ก็เริ่มมีรูปแบบการสร้างชุมชนผู้สูงอายุคล้าย ๆ Smart Community แต่การซื้อคอนโดมิเนียมของ Smart Community คอนโดมิเนียมที่ซื้อไปนั้นจะตกเป็นทรัพย์สินของผู้ซื้อ และชุมชนผู้สูงอายุจะมีขนาดไม่ใหญ่เท่า Smart Community

3.2.3 Hinoki-So Senior Citizen's Center

ศูนย์ชุมชนผู้สูงอายุฮิโนกิโซตั้งอยู่ที่ อำเภอโคชิเกาย่า จังหวัดไซตามะ มีพื้นที่การดำเนินงานทั้งหมด 8541.37 ตร.ม. เป็นพื้นที่อาคาร 2,353 ตร.ม. อาคารสร้างจากคอนกรีตป้องกันแผ่นดินไหว ภายในอาคารไม่มีพื้นที่ต่างระดับยกเว้นบันได ซึ่งแต่ละชั้นมีความสูงน้อยกว่าปกติ โดยอาคารที่เปิดให้บริการที่มีอายุการใช้งานมากที่สุดประมาณ 40 ปี และอาคารที่มีอายุการใช้งานน้อยที่สุดประมาณ 2 ปี มีพื้นที่สำหรับการจอดรถถึง 85 คัน และที่จอดรถสำหรับคนพิการอีก 4 คัน มีการให้บริการผู้สูงอายุ ในเรื่องของการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ลดอัตราการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ซึ่งประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจะไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการของศูนย์ชุมชนผู้สูงอายุฮิโนกิโซ เพราะเกณฑ์การเข้ารับบริการที่กำหนดให้ผู้ที่ต้องการใช้บริการทั้งหมดมีสุขภาพที่ดี แข็งแรง สามารถพึ่งพาตนเองได้ และไม่เป็นโรคติดต่อ



เมืองโคชิเกายะมีศูนย์ชุมชนผู้สูงอายุทั้งหมด 4 แห่ง (ไม่ใช่ Day Service Center) จำนวนผู้ใช้บริการทั้ง 4 แห่งรวมกันประมาณ 1,200 – 1,300 คนต่อวัน (เฉลี่ยศูนย์ละ 300 คนต่อวัน) โดยจังหวัดไซตามะมีจำนวนประชากรประมาณ 330,000 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปประมาณ 100,000 คน อายุเฉลี่ยของผู้ใช้บริการอยู่ที่ 75 ปี ซึ่งทางศูนย์ชุมชนผู้สูงอายุอำเภอโคชิเกายะ จะมีการจัดกิจกรรมและการให้ยืมอุปกรณ์กีฬาสำหรับผู้สูงอายุ

1) รายละเอียดการให้บริการ

ศูนย์ชุมชนผู้สูงอายุฮิโนกิโซเปิดทำการทุกวันยกเว้นวันอังคารตั้งแต่เวลา 9.30 – 16.00 น. ในกรณีที่วันทำการเป็นวันหยุดราชการ จะปิดทำการในวันถัดไป และช่วงปีใหม่ไม่เสียค่าบริการ ศูนย์จะมีตารางกิจกรรมในแต่ละวันซึ่งผู้รับบริการทุกคนสามารถเลือกเข้าร่วมได้อย่างอิสระ กิจกรรมที่มีผู้นิยมใช้บริการมากที่สุดภายในศูนย์ชุมชนแห่งนี้คือ บริการห้องอาบน้ำ บริการห้องเรียนกีฬา บริการห้องคาราโอเกะ และบริการอบรมความรู้เรื่องสุขภาพ ครูผู้สอนในกิจกรรมต่าง ๆ ศูนย์ชุมชนจะเป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้ หากผู้

ร่วมกิจกรรมต้องการเพิ่มเวลากิจกรรม จะต้องเสียค่าจ้างครูผู้สอนเพิ่มด้วยตนเอง แต่ศูนย์ชุมชนจะอนุญาตให้ใช้สถานที่ได้ (ต้องจองล่วงหน้า)

ศูนย์ชุมชนผู้สูงอายุฮิโนกิโซเป็นอาคาร 2 ชั้น โดยชั้นล่างจะมีห้องประชุม ห้องครัว (ใช้ในห้องเรียน ทำอาหารและใช้งานในยามลี้ภัยธรรมชาติ) ห้องเล่นหมากล้อมและหมากรุกญี่ปุ่น ห้องรับฟังคำปรึกษา ห้องตรวจสุขภาพ (สามารถวัดความดันโลหิตและปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ) ห้องญี่ปุ่น (กิจกรรมชงชาและกิจกรรมจัดดอกไม้) ห้องคอมพิวเตอร์และห้องสมุด ส่วนชั้น 2 จะเป็นห้องอาบน้ำ ห้องขนาดใหญ่สำหรับการแสดง และคาราโอเกะ ห้องรับประทานอาหารกลางวัน (ไม่มีอาหารกลางวันจำหน่าย) ห้องออกกำลังกาย และห้องอเนกประสงค์ (สำหรับกิจกรรมโยคะ และเต้นรำ)



2) คุณสมบัติผู้ใช้บริการ

ผู้รับบริการต้องมีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และมีภูมิลำเนาในเมืองโคชิกายะ รวมทั้งต้องสมัครสมาชิกและนำบัตรสมาชิกมาทุกครั้ง ผู้ใช้บริการที่มาจากเมืองอื่นต้องเสียค่าบริการคนละ 200 เยนต่อวัน ผู้มาใช้บริการจะต้องเดินทางมาที่ศูนย์เอง จะไม่มีรถบริการรับ-ส่ง ศูนย์ชุมชนจะติดต่อไปยังผู้บริการในกรณีที่ขาดการติดต่อจากผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยด้วยตัวคนเดียว

3) งบประมาณและการบริหารองค์กร

งบประมาณการบริหารศูนย์ชุมชนได้รับจากเทศบาลเมืองโคชิกายะประมาณ 200 ล้านเยนต่อปี (ไม่นับรวมค่าก่อสร้างซึ่งเทศบาลเป็นผู้รับผิดชอบ) และบริหารโดยองค์กร NGO (Non-Government Organization: องค์กรที่ไม่แสวงผลกำไรที่ในประเทศญี่ปุ่นเรียกว่า Council of Social Welfare or Shakyou) ซึ่งจะได้รับสิทธิในการบริหารศูนย์ชุมชนเป็นระยะเวลา 5 ปี โดยทุก ๆ สองปี องค์กรบริหารศูนย์ชุมชนจะจัดทำโครงการเสนอต่อเทศบาล

3.2.4 ศูนย์ดูแลครอบครัวแห่งเมืองโคชิเกา (Inclusion Support Center)

ศูนย์ดูแลครอบครัวแห่งเมืองโคชิเกา มีทั้งหมด 11 สาขาภายในเมืองโคชิเกาะ รองรับประชากร 30,000 คนต่อหนึ่งศูนย์ นอกจากนี้ในอำเภอโคชิเกาะ ศูนย์ดูแลครอบครัวยังมีอีกหลายสาขาในภูมิภาคอื่นๆในประเทศญี่ปุ่นอีกด้วย มีหน้าที่บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นหลัก ศูนย์ที่คณะผู้วิจัยได้ไปสัมภาษณ์ตั้งอยู่บริเวณชั้น 1 ของศูนย์ชุมชนผู้สูงอายุเจ้าหน้าที่อินโกโซ โดยเจ้าหน้าที่บริหารภายในศูนย์แห่งนี้มีทั้งหมด 5 คน คือ พยาบาลชุมชน (Community Nurse) 1 คน Care Manager 2 คน เจ้าหน้าที่สวัสดิการสังคม 1 คนและเจ้าหน้าที่ธุรการ 1 คน โดยได้รับการว่าจ้างจากองค์กร NGO ที่ได้รับงบประมาณจากเทศบาลในอำเภอโคชิเกาะ ศูนย์ดูแลครอบครัวจะให้บริการในเรื่องดังต่อไปนี้

- 1) บริการให้ปรึกษาเรื่องทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ การพยาบาล การใช้ชีวิต ซึ่งผู้ขอรับบริการสามารถปรึกษาได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (ในบางกรณีสามารถส่งเจ้าหน้าที่ไปให้บริการถึงบ้านได้)
- 2) บริการปกป้องสิทธิมนุษยชน มุ่งเน้นการรักษาสิทธิมนุษยชนของบุคคลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป อาทิ บุคคลที่เป็นโรคสมองเสื่อมมักจะโดนละเมิดสิทธิมนุษยชน บุคคลสูงอายุมักเป็นเหยื่อของนักต้มตุ๋น เป็นต้น
- 3) บริการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการเข้าสู่ Care 1 เป็นบริการให้คำปรึกษาบุคคลสูงอายุประเภท Support 1 และ Support 2 ไม่ให้เกิดอาการเจ็บป่วยจนถึงระดับต้องการการดูแลและปรนนิบัติตั้งแต่ระดับ Care 1 เป็นต้นไป ให้ช้าที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ในรูปแบบของ Care Manager
- 4) การบริหารอย่างครอบคลุมและยั่งยืน เป็นบริการสนับสนุนกลุ่มบุคคลในอาชีพต่าง ๆ ในเขตอำเภอโคชิเกาะ และสร้างเครือข่าย (Network) เพื่อดูแลวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

3.2.5 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเมกูริ (Meguri)⁷

ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ Meguri ตั้งอยู่ที่เมืองโคชิเกาะ จังหวัดไซตามะ เป็นอาคาร 3 ชั้น เปิดให้บริการเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากเทศบาลบางส่วนในการก่อสร้าง⁸

⁷ บริษัท อิชิสึเอะ เป็นบริษัทที่ดำเนินธุรกิจด้านการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่เหมาะสมให้แก่บุคคลในทุกช่วงวัย ตั้งแต่เด็กจนถึงผู้สูงอายุภายในแต่ละท้องถิ่น นอกจากนั้นบริษัท อิชิสึเอะ จำกัด มีกิจการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและการรักษาพยาบาลทั้งหมดประมาณ 15 แห่ง รวมทั้งศูนย์รักษาพยาบาลเมกูริ (Meguri) และอาคารพักอาศัยวาราย (Warai) ในอนาคตมีความต้องการที่จะเพิ่มกิจการให้มากกว่าเดิม

⁸ รูปภาพส่วนหนึ่งมาจาก <http://www.ripple-c.jp/>



ชั้นล่างสุดแบ่งการบริการเป็น 3 โซน คือ โซนแรก เป็นบริการรูปแบบ Day Care สำหรับผู้สูงอายุไป-กลับโดยสามารถให้บริการผู้สูงอายุได้มากที่สุด 9 เตียง ให้บริการเฉพาะผู้สูงอายุภายในเมืองโคชิภายในที่ ต้องการการดูแลในระดับ Care 4-5 ค่าใช้จ่ายต่อวัน (Day Service) ผู้มาใช้บริการต้องเสียค่าใช้จ่ายวันละ 2,000 เยน ส่วนผู้สูงอายุระดับ Care 1-3 จะถูกส่งไปที่ศูนย์ Day Service ทั่วไป ผู้ที่มาใช้บริการที่ศูนย์รักษาพยาบาล Meguri มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 80 ปี เจ้าหน้าที่ทั้งหมดมี 6 คน คือ พยาบาลวิชาชีพ 2 คนและผู้ดูแล 4 คน ซึ่งเป็นบุคลากรขององค์กร NGO ที่เทศบาลว่าจ้างให้มาดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ โซนที่ 2 คือ ห้องอาบน้ำอัตโนมัติ ใช้ผู้ดูแลและพยาบาลประมาณสามคนสำหรับการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการอาบน้ำ อ่างอาบน้ำมีราคาประมาณ 6 ล้านบาท (เทศบาลออกเงินช่วยเหลือ 3 ล้านบาท) และโซนที่ 3 โรงเรียนอนุบาลสองภาษาเปิดสอนเฉพาะวิชาภาษาอังกฤษในระดับอนุบาลศึกษาและประถมศึกษาตอนต้น (เยาวชนชายและหญิงที่มีอายุ 7-8 ปี) มีจำนวนนักเรียนประมาณห้องละ 8 คนต่อหนึ่งห้องเรียน รวมทั้งหมดประมาณ 30 คน โดยมีวัตถุประสงค์ให้เด็กและผู้สูงอายุได้อยู่อาศัยใกล้เคียงกันเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสุขที่ดี

พื้นที่บริการผู้สูงอายุ Day Care



เตียงอาบน้ำอัตโนมัติ



โรงเรียนอนุบาลสองภาษา



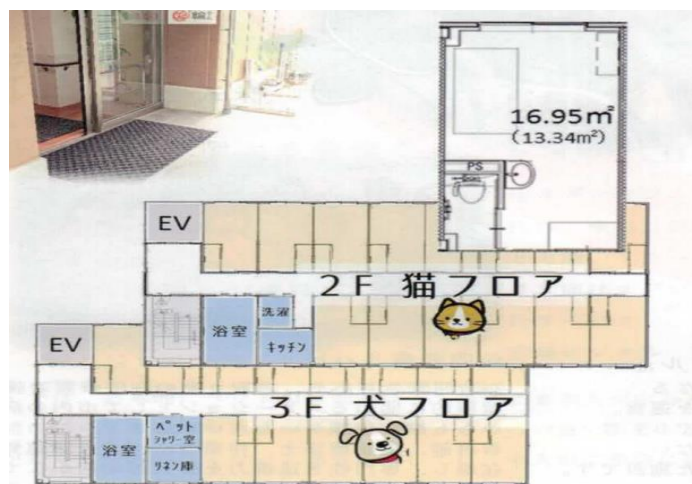
ชั้นสองและชั้นสามจะเป็นห้องพักรับสำหรับผู้สูงอายุระดับ Support 1-2 และ Care 1-2 ให้บริการทั้งแบบเช่าพัก และแบบเข้ามาอยู่อาศัย โดยผู้อาศัยสามารถนำสัตว์เลี้ยงเลี้ยงมาอยู่อาศัยด้วยได้ แบ่งเป็นชั้น 2 สำหรับผู้ที่ต้องการเลี้ยงแมว และชั้น 3 สำหรับผู้ที่ต้องการเลี้ยงสุนัข ค่าเช่าห้อง 65,000 เยน ต่อเดือน นอกจากนั้นยังมีค่าบริการ 20,000 เยนเป็นค่าดูแลและรักษาอาการป่วยของสัตว์เลี้ยง เครื่องเรือนต่าง ๆ ในห้องจะมีทั้งแบบเปิดให้เช่า หรือแบบซื้อเข้ามาติดตั้งเอง และมีอุปกรณ์สำหรับติดต่อเรียกเจ้าหน้าที่ในทึ่ทุก ๆ ห้อง รวมทั้งมีห้องซักล้าง ห้องครัวและห้องสำหรับอาบน้ำและตรวจรักษาสัตว์เลี้ยงไว้คอยบริการด้วย



ห้องสำหรับสัตว์แพทย์รักษาสัตว์เลี้ยงและห้องซักล้าง



แผนผังห้องพักอาศัยผู้สูงอายุ (ชั้น 2-3)



ภาพภายในห้องพักรับสำหรับผู้สูงอายุ (ชาย) เลี้ยงแมว (ขวา) เลี้ยงสุนัข (ขวา)



3.2.6 อาคารพักอาศัยวาราย (Warai)

อาคารพักอาศัย Warai ตั้งอยู่ที่ เมืองโคชิเกาย่า จังหวัดไซตามะ เปิดให้บริการในเดือนพฤศจิกายน 2559 เป็นอาคาร 3 ชั้นมีห้องพักรับสำหรับผู้สูงอายุทั้งหมด 41 ห้อง โดยบริษัท Ishizue มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นที่พักอาศัยของผู้สูงอายุในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต (Hospice) เนื่องจากในประเทศญี่ปุ่นไม่ยินดีกับการที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยและเสียชีวิตที่โรงพยาบาล อาคารพักอาศัย Warai จึงก่อตั้งขึ้นเพื่อเป็นสถานที่สำหรับรองรับผู้สูงอายุที่ใกล้เสียชีวิตแล้ว มีการสร้างบรรยากาศที่สงบสุข มีการอนุญาตให้ครอบครัวและญาติ สามารถอยู่ด้วยกันกับผู้สูงอายุในช่วงสุดท้ายของชีวิต ตั้งแต่เปิดให้บริการจนถึงปัจจุบัน (กันยายน พ.ศ. 2560) มีผู้เสียชีวิตที่อาคารพักอาศัย Warai แล้วทั้งสิ้น 16 คน โดยอาคารพักอาศัย Warai เปิดให้บริการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องที่ความต้องการการดูแลระดับ Care 5 มีจุดเด่นเรื่องการใช้เทคโนโลยี ICT ในการดูแลผู้สูงอายุภายใต้ความร่วมมือระหว่างบริษัทอิชิซึเอะและบริษัทซอฟต์แวร์



การเข้าใช้บริการต้องจ่ายเงินครั้งแรกเป็นค่าเช่าห้องและค่าบริการทั้งหมดคนละ 170,000 (รวมเงินมัดจำ 1 เดือน) ซึ่งเงินจำนวนนี้ไม่สามารถขอเบิกจ่ายจากกองทุนผู้สูงอายุได้ โดยก่อนที่จะมีการรับผู้สูงอายุเข้ามาใช้บริการจะต้องมีการตรวจสอบรายได้ของครอบครัว เงินบำนาญ และเงินสนับสนุนจากครอบครัวว่าสามารถรองรับค่าใช้จ่ายและค่าบริการทุกเดือนเพียงพอได้หรือไม่

การดูแลและการรักษาทางการแพทย์ ไม่มีการบังคับให้ผู้รับบริการต้องอยู่เฉพาะในอาคารเท่านั้น ผู้รับบริการสามารถเดินทางไปรับบริการ Day Service ช่างนอกได้ตามความเหมาะสม ประกอบกับอาคารพักอาศัย Warai มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในอาคารทำให้เจ้าหน้าที่สามารถจัดแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแต่ละคนได้อย่างชัดเจน และลดภาระการทำงานของเจ้าหน้าที่

ในการดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ทุกคนจะมีโทรศัพท์มือถือเพื่อการสื่อสารและติดตามความเคลื่อนไหวของผู้รับบริการโดยเฉพาะ สามารถรับข่าวสารการแจ้งเตือนเรื่อง ข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุภายในอาคาร และการบริการของเจ้าหน้าที่ ทุกความเคลื่อนไหวจะถูกบันทึกในระบบซึ่งเจ้าหน้าที่ทุกคนสามารถใช้โทรศัพท์มือถือในการเข้าถึงข้อมูลในระบบได้ตลอดเวลา เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ในห้องจะมีการติดตั้งกล้องวงจรปิด ซึ่งจะทำงานเมื่อผู้พักอาศัยอยู่ในห้องกดปุ่มเรียกให้สัญญาณขอความช่วยเหลือ ซึ่งเจ้าหน้าที่จะเห็นทั้งภาพและได้ยินเสียงในห้องได้อย่างชัดเจน เจ้าหน้าที่ส่วนกลางสามารถสังเกตอาการของผู้สูงอายุภายในห้อง และสามารถโต้ตอบสอบถามกันได้ ใต้เตียงของผู้พักอาศัยจะมีเซนเซอร์ Airmat ตรวจวัดการหายใจและชีพจรของผู้สูงอายุ สามารถบอกสภาวะการนอนหลับ การลุกนั่ง การพลิกตัวของผู้สูงอายุ และจะส่งเสียงเตือนไปยังเจ้าหน้าที่ส่วนกลางเมื่อสภาวะร่างกายของผู้สูงอายุเกิดความผิดปกติ

การเรียกดูข้อมูลผู้พักอาศัยและการสื่อสารกับผู้พักอาศัยผ่านกล้องวิดีโอโฟนในห้องกับมือถือของเจ้าหน้าที่



ปุ่มกดเรียกพยาบาล

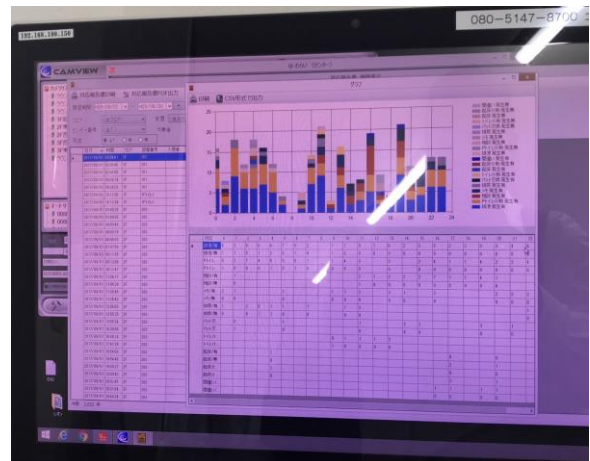


แผ่นเซ็นเซอร์ตรวจจับการเคลื่อนไหว



ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุและบันทึกการทำงานของเจ้าหน้าที่ทั้งหมดจะรวบรวมไว้ที่ฐานข้อมูลกลาง สามารถพิมพ์ข้อมูลออกมาให้ญาติหรือครอบครัวผู้สูงอายุที่ต้องการทราบถึงความเคลื่อนไหวและพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ยังสามารถทราบสถานการณ์ ณ ขณะนั้นของผู้รับบริการทุกคนได้อย่างทันที ทำให้สามารถช่วยเหลือยามเกิดเหตุฉุกเฉินได้

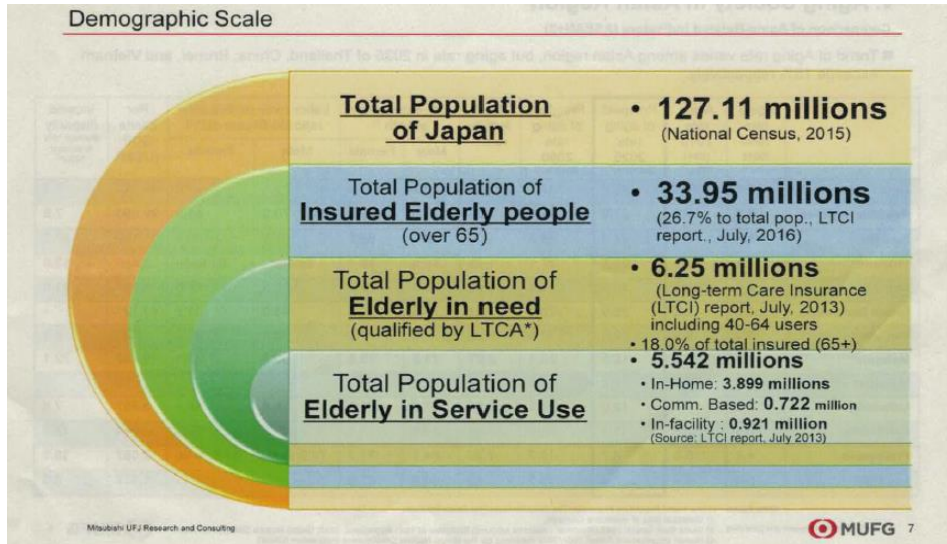
โปรแกรมการติดตามและวิเคราะห์อาการของผู้พักอาศัย



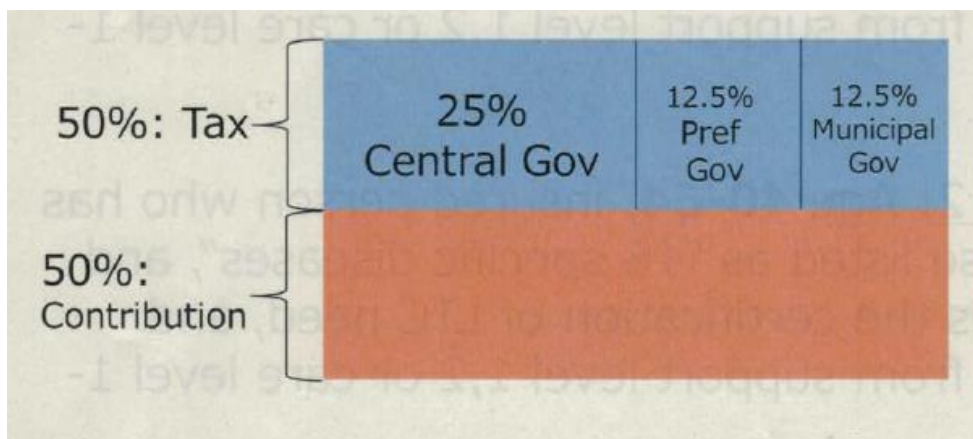
3.2.7 สรุปการบรรยายจากคุณ Seisuke Iwana

Mr. Iwana ให้การบรรยายเกี่ยวกับระบบ Long-term Care Insurance (LCTI) ของประเทศญี่ปุ่น ที่ประกาศใช้เป็นครั้งแรกในปีค.ศ. 2000 ซึ่งเป็นระบบการรักษาดูแลระยะยาวผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น เนื่องจากประเทศญี่ปุ่นจัดเป็นประเทศที่อยู่ในกลุ่มสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-aged Society) โดยได้นำเสนอตัวเลขจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปว่ามีจำนวน 33.95 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 26.7 ของประชากรทั้งหมด โดยในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่เข้าสิทธิตามระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long Term

Care Insurance) 6.25 ล้านคน และมีผู้มาใช้สิทธิภายใต้ระบบประกันทั้งหมด 5.542 ล้านคน (ข้อมูลปี 2013) โดยเป็นผู้สูงอายุที่ยังอาศัยอยู่ที่บ้าน 3.899 ล้านคน อาศัยในที่พักอาศัยของชุมชน 0.722 ล้านคน และอาศัยในสถานพยาบาล 0.921 ล้านคน



ประเทศญี่ปุ่นเล็งเห็นว่าจะต้องเผชิญกับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต จึงเริ่มใช้ ระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long Term Care Insurance : LTCI) ในปี 2000 โดยงบประมาณของ LTCI นั้นมาจาก 4 แหล่งใหญ่ ๆ ด้วยกัน อันได้แก่ เงินสมทบจากระบบ LTCI ร้อยละ 50 รัฐบาลกลางร้อยละ 25 รัฐบาล prefecture (จังหวัด) ร้อยละ 12.5 และเทศบาลร้อยละ 12.5 รวมเป็นร้อยละ 100 ในปี 2014 LTCI มีเงินสะสมอยู่ 9.2 ล้านล้านบาท



ผู้มีสิทธิใช้ประโยชน์จากกองทุน ได้แก่

- (1) ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งเข้าข่ายตามเงื่อนไขของระบบประกันว่าเป็นผู้ที่อยู่ในระดับ Support 1-2 และ Care 1-5
- (2) ผู้ที่มีอายุระหว่าง 40-64 ปีที่ป่วยเป็นโรคตามที่กำหนด 16 โรค และเข้าข่ายตามเงื่อนไขของระบบประกันว่าเป็นผู้ที่อยู่ในระดับ Support 1-2 และ Care 1-5

โดยจะต้องผ่านการประเมินด้วยคำถามจำนวน 74 ข้อว่าต้องการการดูแลในระดับใด โดยแบ่งออกเป็น 7 ระดับด้วยกัน อันได้แก่ support 1 และ support 2 และ care 1 ถึง care 5 โดยที่ผู้อยู่ในระบบจะสามารถใช้บริการได้ 3 รูปแบบ คือ 1) บริการที่บ้าน อาทิ การอาบน้ำ การซื้อของให้ 2) บริการนอกบ้าน อาทิ day care และ day service 3) บริการที่สถาบัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบอันได้แก่ Tokuyo Roken และ Ryoyo โดยมีที่ปรึกษาที่เรียกว่า care manager ที่คอยเป็นคนดูแลว่าผู้อยู่ในระบบ LTCI ควรที่จะนำเอาสวัสดิการที่มีไปใช้ในกิจกรรมใดบ้าง

อย่างไรก็ตามปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันคือ การที่ผู้สูงอายุเลือกใช้บริการ LTCI ในทุกๆ ด้านจนทำให้รูปแบบการช่วยเหลือเกื้อกูลโดยเพื่อนบ้านและชุมชนในรูปแบบเดิมเริ่มหายไป ในปัจจุบันภาครัฐจึงประกาศใช้นโยบาย Community Based Integrated Care System (CBICS) ที่เน้นให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูความเป็นชุมชน การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนโดยให้คนในชุมชนกลับมาช่วยเหลือเกื้อกูลกันอีกครั้งหนึ่งเหมือนในอดีต โดยที่ผู้อยู่ในระบบ LTCI ยังสามารถใช้สวัสดิการจากระบบ LTCI ได้เหมือนปกติ เพียงแต่จะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันมากขึ้นกว่าเดิม รวมถึงการให้ความสำคัญกับดูแลผู้สูงอายุในลักษณะของการป้องกันมากกว่าการแก้ไข และเน้นให้ผู้สูงอายุรับการดูแลรักษาในชุมชนที่คุ้นเคยมากกว่าที่จะเข้ามาใช้บริการในสถาบันและโรงพยาบาล Mr. Iwana มองว่าประเทศไทยไม่ควรที่จะนำเอารูปแบบการบริหารจัดการผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นไปปรับใช้ในประเทศไทยเลย เนื่องจากทั้ง 2 ประเทศมีบริบทที่แตกต่างกัน

3.3 สรุปผลการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ

คณะผู้ศึกษาได้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ 1) รองศาสตราจารย์ไตรรัตน์ จารุทัศน์ อาจารย์ประจำคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านที่พักอาศัยผู้สูงอายุ 2) นายวีระเลิศ อมิตรพ่าย ซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา SCG Eldercare Solution และ 3) นายแพทย์คณพล ภูมิตนประพิณ ผู้บริหารของ Health At Home ซึ่งเป็นกลไกหนึ่งในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และสนับสนุนแนวคิด Aging In Place

3.3.1 นักวิชาการด้านที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์โดยมีการตั้งคำถามในเชิงวิชาการถึงรูปแบบการจัดที่พักผู้สูงอายุว่าควรมีรูปแบบการจัดอย่างไร การบริการควรครอบคลุมบริการแบบใดบ้าง ใครเป็นผู้ดำเนินการดูแลและให้บริการ ซึ่งคำตอบที่อาจารย์ไตรรัตน์ ได้กล่าวกับเรา คือ การจะมองถึงการจัดทำที่พักผู้สูงอายุ เราต้องมองภาพกว้างที่มากกว่าเพียงการสร้างตัวอาคารหรือบ้านที่อยู่อาศัย แต่เราต้องมองถึงระบบและความเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การจัดทำที่อยู่อาศัยเพื่อผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีตัวแปรสำคัญที่เราต้องคำนึงถึงคือเรื่องของ Long-Term care insurance และการเกิดกลุ่มอุตสาหกรรมใหม่นั้นคือกลุ่มอุตสาหกรรมเพื่อการรองรับความต้องการผลิตภัณฑ์และบริการของกลุ่มผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์การสร้างบ้าน เฟอร์นิเจอร์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เพราะการที่ประเทศไทยจะทำตามแนวทางของประเทศญี่ปุ่นในการสร้างที่อยู่อาศัยเพื่อผู้สูงอายุ

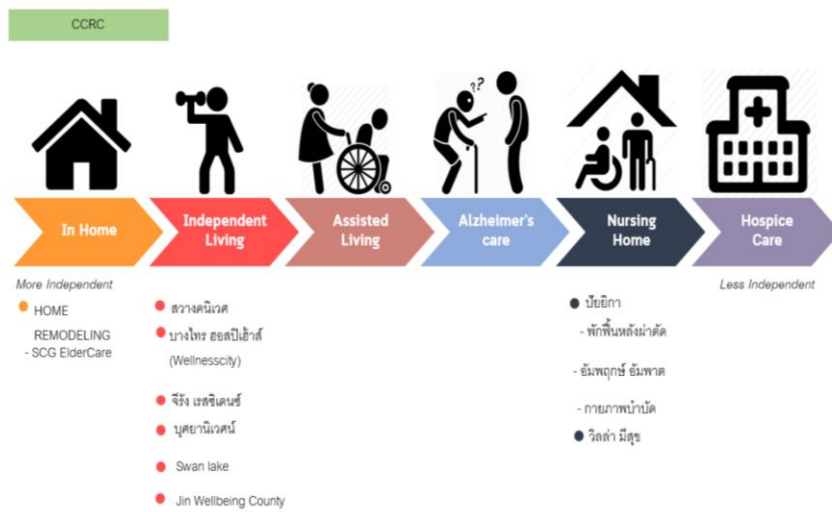
โดยการนำแบบบ้านมาสร้างในไทยเวลานั้นไม่สามารถเป็นไปได้ ด้วยทั้งปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางการเงิน และระบบโครงสร้างการจัดการที่ไทยยังไม่มีในการจะรองรับแนวทางแบบญี่ปุ่น การที่ไทยจะพัฒนาเรื่องที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุนั้นไทยต้องเริ่มตั้งแต่การจัดทำระบบ Long-Term care insurance ที่ถือเป็นหัวใจสำคัญของการจัดทำระบบเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมสูงวัยในอนาคตอันใกล้ โดยจะอธิบายถึงเนื้อหาเชิงวิชาการที่ต้องรู้เพื่อการทำความเข้าใจประเด็นการจัดที่พักรักษาสำหรับผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากการแบ่งประเภทของที่พักสำหรับผู้สูงอายุ

การแบ่งรูปแบบของผู้สูงอายุตามการแบ่งที่เรียกว่า Continuing Care Retirement Community หรือที่รู้จักกันคือ CCRC ประกอบไปด้วย 6 ประเภทดังนี้

1. In Home: ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านของตนเอง โดยจะรวมผู้ที่ใช้บริการดูแลแบบ Day Care ที่ไปเข้าเย็นกลับด้วย
2. Independent Living: ชุมชนผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุยังมีความสามารถในการดูแลตนเองและใช้ชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ แต่บางคนก็ต้องการความช่วยเหลือบ้างในบางโอกาส โดยภายในที่อยู่อาศัยจะมีสิ่งอำนวยความสะดวกและการออกแบบเพื่อรองรับการใช้งานของผู้สูงอายุ
3. Assisted Living: ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยแบบเรื้อรังที่ต้องการมีการรักษาที่ใช้ระยะเวลานาน มีพยาบาลคอยดูแลจัดเวรเฝ้าตลอด 24 ชั่วโมง โดยจะมีการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการอาบน้ำ แต่งตัว และจัดยาให้ตามเวลา
4. Alzheimer' Care: เป็นที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม ซึ่งต้องการการดูแลที่มากขึ้นกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป โดยเจ้าหน้าที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
5. Nursing Home: บ้านพักคนชรา ผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยต้องการพักฟื้นในระยะยาว ต้องการผู้ดูแล โดยจะต้องผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ในการทำกายภาพบำบัดและการดูแลอาการป่วย
6. Hospice Care: ที่อยู่สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้แล้ว ส่วนมากเป็นผู้ป่วยติดเตียงการให้การดูแลเป็นรูปแบบเพื่อการประคับประคองอาการในช่วงสุดท้ายของโรค

การจัดประเภทผู้สูงอายุในรูปแบบของ CCRC จะใช้การประเมินสุขภาพ และพื้นฐานทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุแต่ละรายในการจัดผู้สูงอายุเข้าไปอยู่ในที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุตามแต่ละประเภท

รูปแบบในการจัดที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย



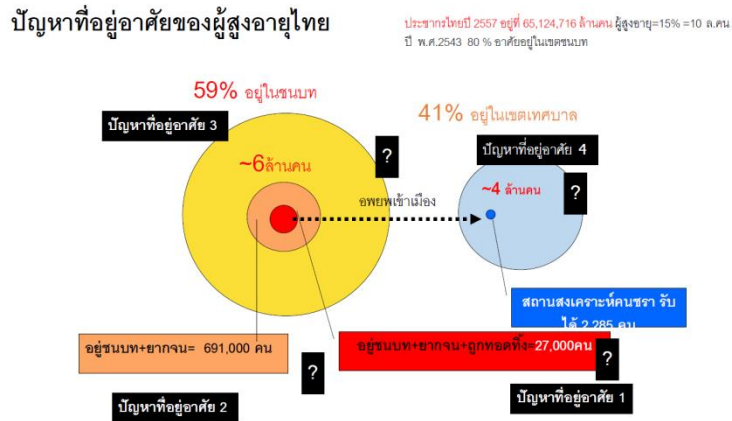
ภาพที่ 1.1 แสดงโครงการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยจำแนกตาม CCRC

1) กรณีศึกษาของเทศบาลตำบลหนองตองพัฒนา

ในชุมชนนี้เริ่มดำเนินงานในปี 2551 และประสบความสำเร็จในการดำเนินงานในปี 2554 ความสำเร็จที่ว่านี้คือชุมชนสามารถรับเอานโยบายการพัฒนาและนำไปสานต่อดำเนินการได้ด้วยชุมชนของตนเอง ไม่ต้องให้รัฐคอยดูแลอีกต่อไป การดำเนินงานของโครงการนี้ใช้งบประมาณเพียงปีละ 500,000 บาท โดยแบ่งเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อพัฒนาพื้นที่สาธารณะ 40 % และเพื่อพัฒนาโครงสร้างอีก 60 % ในการปรับปรุงโครงการทางด้านผู้สูงอายุและการจัดสรรเงินสมทบเพิ่มเติมจากชมรมผู้สูงอายุ อาทิ การปรับปรุงที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุ ซึ่งอุปกรณ์ช่วยผู้สูงอายุ และปรับปรุงสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุโดยนำไปปรับปรุงบ้านให้เหมาะกับผู้สูงอายุบ้านละ 10,000 บาท ซึ่งก่อนการก่อสร้างมีการอบรมให้ความรู้ช่างในเรื่องของการออกแบบเพื่อผู้สูงอายุ โดยวัสดุที่ใช้ก็เป็นวัสดุที่มีในท้องถิ่น เพื่อความเหมาะสมกับพื้นที่นั้น ใช้เวลาเพียงสามปีชุมชนเทศบาลตำบลหนองตองพัฒนาก็สามารถสร้างชุมชนให้เป็นชุมชนที่เหมาะสมและเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ บ้านทุกหลังสามารถเป็นที่อยู่เป็นที่พักฟื้นยามป่วยได้ ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล ทำให้ไม่เกิดปัญหาคนไข้ล้นโรงพยาบาล โรงพยาบาลสามารถไปดูแลที่บ้านของผู้สูงอายุได้ เป็นรูปแบบของการกระจายตัวของสวัสดิการเพื่อความทั่วถึง ไม่ใช่รูปแบบการดูแลแบบเดิมที่เกิดปัญหาการกระจุกตัวของการรักษาที่รวมศูนย์ที่โรงพยาบาลเท่านั้น

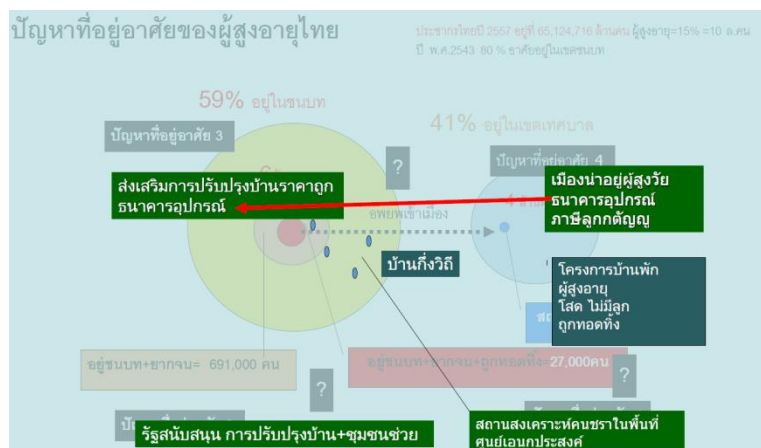
จากกรณีศึกษาของเทศบาลตำบลหนองตองพัฒนา ทำให้เห็นแล้วว่าถ้าการมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งที่พร้อมรับการพัฒนาเป็นพลังสำคัญที่ทำให้นโยบายประสบความสำเร็จ ซึ่งในการนำไปพัฒนาระดับประเทศต้องทำความเข้าใจถึงความแตกต่างและทุนทางสังคมที่แต่ละท้องถิ่นมีอยู่ และปรับแผนการพัฒนาให้สอดคล้องกับแต่ละพื้นที่ โดยปัญหาที่แท้จริงของประเทศไทยที่อาจารย์ไตรรัตน์ได้ให้ข้อมูลคือ ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุอยู่ในชนบทถึง 59% และมี 41% ที่อยู่ในพื้นที่เทศบาล ความแตกต่างเชิงพื้นที่เป็นเหตุผลหนึ่งที่ส่งผลให้การเข้าถึงสวัสดิการของผู้สูงอายุ โดยชนบทมีส่วนร่วมการเข้าถึงสวัสดิการที่น้อยกว่าเขตเทศบาล และยิ่งไปกว่านั้น

ผู้สูงอายุในชนบทยังมีปัญหาความยากจนและถูกทอดทิ้งถึง 27,000 คน ซึ่งคนส่วนนี้จะถูกอพยพเข้าเมืองเพื่อให้ไปอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ทั้งที่ในความเป็นจริงจำนวนที่สถานสงเคราะห์คนชราของประเทศไทยในตอนนี้สามารถรองรับผู้สูงอายุได้เพียง 2,285 คน ปัญหาจึงเกิดขึ้นตามมาเพราะระบบที่สร้างมาเพื่อรองรับไม่อาจดูแลได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพที่ดีพอดังแผนภาพนี้



ที่มา: (ไตรรัตน์ จารุทัศน์, 2560)

จากปัญหาข้างต้นสิ่งที่อาจารย์ไตรรัตน์นำเสนอแนวทางการแก้ไขคือ รัฐควรจะปรับปรุงท้องถิ่นในพื้นที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ให้บ้านของผู้สูงอายุมีโครงสร้างที่เหมาะสมต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถใช้ชีวิตและพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งการปรับปรุงโครงสร้างควรมีราคาที่ถูก อาจจะมีธนาคารอุปกรณในท้องถิ่นที่สนับสนุนการเป็นมิตรที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีการสร้างระบบภาษีลูกกตัญญูที่ดูแลพ่อแม่เพื่อลดการทอดทิ้งผู้สูงอายุในชนบท และสร้างบ้านกึ่งวิถี ที่เป็นสถานสงเคราะห์คนชราในท้องถิ่นตามแต่ละชุมชน ลดการอพยพผู้สูงอายุเข้าสู่เมือง



ที่มา: (ไตรรัตน์ จารุทัศน์, 2560)

จะเห็นได้ว่าแนวทางการสร้างที่อยู่อาศัยของอาจารย์ไตรรัตน์คือการปรับปรุงบ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตยามแก่ชราได้ด้วยตนเองในบ้านของตนเอง โดยการปรับปรุงบ้านเดิมให้รองรับการใช้งานของผู้สูงอายุ โดยในส่วนนี้รัฐบาลอาจจะมีเงินช่วยเหลือที่ทำให้สามารถลงทุนกับการปรับปรุงบ้านได้ในราคาที่ถูกลงอย่างเช่นที่ประเทศญี่ปุ่นได้มีการดำเนินงานมาในทุก ๆ ปี

2) การนำรูปแบบการจัดที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมาปรับใช้กับประเทศไทย

ประเทศญี่ปุ่นมีอัตราการเข้าสู่ความเป็นสังคมสูงวัยก่อนไทยถึง 30 ปี จากการที่ประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% ต่อจำนวนประชากรรวมทั้งประเทศตั้งแต่ปี 2005 ซึ่งประเทศไทยจะเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย โดยจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% ต่อจำนวนประชากรรวมทั้งประเทศในปี 2035 ดังนั้นในการจะรับเอาแนวคิดการพัฒนาแบบประเทศญี่ปุ่นมาปรับใช้กับประเทศไทยต้องดูรายละเอียดและคำนึงถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้แยกเป็นประเด็น ๆ ไป โดยหากต้องการพัฒนาตามแนวคิดของประเทศญี่ปุ่น สิ่งแรกที่ประเทศไทยจะต้องมีคือระบบ Long-Term care insurance ที่ถือเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย เพราะระบบ Long-Term care insurance เป็นการเก็บเงินของประชาชนส่วนหนึ่งและเงินสนับสนุนจากภาครัฐอีกส่วนหนึ่งมาเป็นกองทุนเพื่อจัดทำสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

ระบบ Long-Term care insurance จะไม่ใช่การออกเงินโดยรัฐทั้งหมดแต่จะเป็นการจัดสรรการเก็บเงินโดยรัฐจะออกให้ 50 % และในส่วนของประชาชน จะแบ่งออกเป็นสองกลุ่มคือจ่ายโดยประชาชนวัยทำงาน 28 % และกลุ่มผู้สูงอายุจ่ายสมทบอีก 22 % และต่อจากนั้นผู้สูงอายุจะต้องจ่ายเองอีกรอบหนึ่ง 10 % ซึ่งเงินส่วนนี้จะถูกนำไปบริหารเป็นสวัสดิการคืนแก่ผู้สูงอายุเมื่อตรงตามเกณฑ์การรับเงินสวัสดิการผู้สูงอายุ การเก็บเงินของประชาชนจะทำให้ประชาชนตระหนักว่าเงินเหล่านี้ไม่ควรใช้สิ้นเปลืองเพราะไม่ใช่สิ่งที่ได้มาฟรี แต่รูปแบบการบริหารงานระบบ Long-Term care insurance ก็กำลังมีข้อถกเถียงถึงภาระของประชากรวัยทำงานที่กำลังลดน้อยลง และการจ่ายเงินเป็นจำนวนถึง 28 % เป็นจำนวนที่มากเกินไปหรือไม่ และในอนาคตเมื่อพวกเขาแก่ตัวเงินเหล่านี้ที่เขาส่งเข้าสู่ระบบกองทุนสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุจะมีเหลือพอสำหรับตัวพวกเขาเองหรือไม่ จากประเด็นถกเถียงนี้เองที่ทำให้อาจารย์ไตรรัตน์ได้กล่าวถึงระบบการดูแลแบบใหม่ที่น่าจะเหมาะสมกับประเทศไทยคือ “การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน” และการให้ความร่วมมือของรัฐบาลท้องถิ่น

การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและการให้ความร่วมมือของรัฐบาลท้องถิ่น เป็นแนวคิดที่จะให้ประชาชนมีการดูแลซึ่งกันและกัน ให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่ท้องถิ่นของตนเอง อยู่ในบ้านและชุมชนของตนเองไม่ควรย้ายไปอยู่ในพื้นที่เพื่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ซึ่งหลักการนี้ก็ตรงกับแนวคิดของสหประชาชาติที่ต้องการให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุแบบ “Ageing in Place” ซึ่งก็คือ การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง สามารถสูงวัยอยู่ที่บ้านของตนเองได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งเสริมการปรับปรุงให้ชุมชน

เป็นชุมชนที่น่าอยู่สำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีการออกแบบโครงสร้างอาคาร พื้นที่ชุมชน ที่ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้

ดังนั้นการจะผลักดันให้การจัดการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทยประสบความสำเร็จได้จะต้องมองไปที่ระดับชุมชน การที่ท้องถิ่นมีความเข้มแข็งถือเป็นทุนทางสังคมที่ทำให้การนำนโยบายไปใช้เกิดประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยที่การพัฒนาจะประสบความสำเร็จหรือไม่ให้ดูที่ ชุมชนว่าชุมชนมีผู้นำ มีเครือข่ายที่เข้มแข็งหรือไม่ ผู้ปกครองส่วนท้องถิ่นมีการให้การส่งเสริมและสนับสนุนเพียงใด และอีกหนึ่งหน่วยงานที่สำคัญคือกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่ต้องคำนึงถึงความต้องการที่ละเอียดอ่อนของผู้สูงอายุในแต่ละท้องถิ่น ทั้งสามกลุ่มนี้ต้องสร้างเครือข่ายและร่วมมือกันอย่างเข้มแข็งจึงจะนำไปสู่การดำเนินนโยบายที่ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพสูงสุดในการดำเนินงาน

3) สรุปข้อเสนอเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุของประเทศไทย

1. การจัดทำที่พักผู้สูงอายุ เราต้องมองภาพกว้างที่มากกว่าเพียงการสร้างตัวอาคารหรือบ้านที่อยู่อาศัย แต่เราต้องมองถึงระบบและความเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การจัดทำที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีตัวแปรสำคัญที่ต้องคำนึงถึง 3 ประการ คือ 1) การสร้างความพร้อมทางการเงิน กรณีของญี่ปุ่น มีการสร้างระบบประกันสุขภาพระยะยาว (Long-Term care insurance) 2) การพัฒนาอุตสาหกรรมเพื่อการรองรับความต้องการผลิตภัณฑ์และบริการของกลุ่มผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์การสร้างบ้าน เฟอร์นิเจอร์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ 3) การออกแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

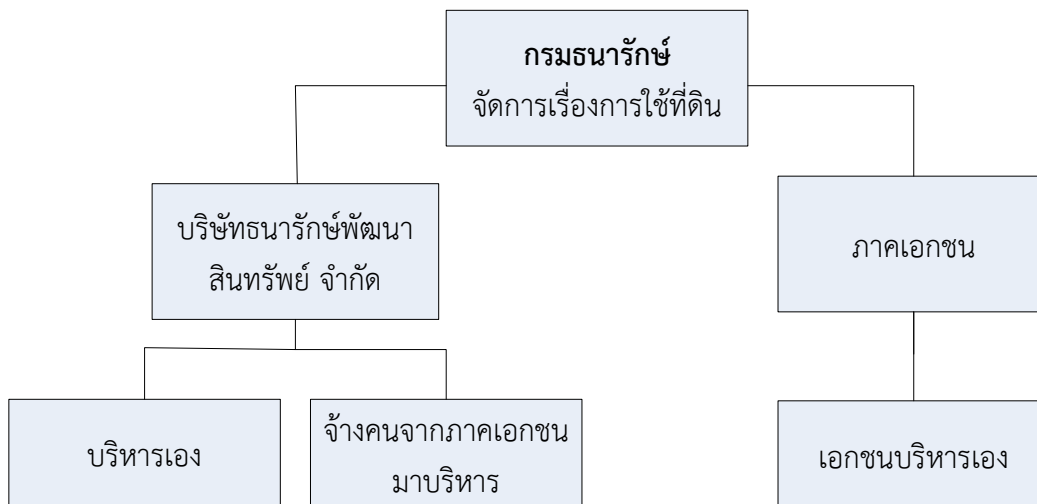
2. หากพิจารณาถึงความพร้อมของประเทศไทยในการพัฒนาที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุโดยนำรูปแบบของประเทศญี่ปุ่นมาประยุกต์ใช้นั้น มีความเห็นว่าจะไม่ควรนำรูปแบบของประเทศญี่ปุ่นมาปรับใช้ทั้งหมด เนื่องจากการดำเนินการของประเทศญี่ปุ่นมีการวางแผนทางการเงินมารองรับล่วงหน้าเกือบ 20 ปี รวมทั้งมีการพัฒนาสินค้าเกี่ยวกับอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุมาหลายปี โดยรัฐบาลญี่ปุ่นจะจัดงานแสดงสินค้าเพื่อการปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุทุกปี โดยใช้ชื่อว่างาน “Home Care and Rehabilitation exhibition” หรือที่เรียกกันว่า งาน HCR โดยในงานนี้ผู้ที่มาเลือกซื้อสินค้ารัฐบาลจะช่วยออกค่าใช้จ่ายให้ตามการประเมินส่วนลดตามข้อกำหนดสวัสดิการผู้สูงอายุ ซึ่งประเทศไทยเองยังเพิ่งเริ่มต้นพัฒนาสินค้าเหล่านี้ได้ไม่นาน โดยมีบริษัท SCG เป็นบริษัทที่มีความเตรียมพร้อมเป็นบริษัทแรก ๆ ในประเทศไทย

3. การดำเนินงานด้านที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบันและควรเร่งดำเนินการ คือ การปรับปรุงบ้านของผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสมสภาพร่างกาย โดยยังสามารถใช้ชีวิตในบ้านของตนเอง ในสังคมชุมชนเดิมของตนเองมากกว่าการจะสร้างที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมาอยู่รวมกัน เนื่องจากวัฒนธรรมประเพณีของไทยที่ยังนิยมให้ลูกหลานเป็นผู้ดูแลพาหรือญาติผู้ใหญ่ที่สูงวัย โดยให้นำรูปแบบการดำเนินงานของ “เทศบาลหนองตองพัฒนา” จังหวัดลพบุรีที่ประสบ

ความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม อันเป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับวิถีการดำรงชีวิตแบบไทย และยังทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขที่ยังได้อยู่ร่วมกับลูกหลาน

4. ในกรณีที่จำเป็นต้องดำเนินการสร้างที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุขึ้นมาเป็นการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุบางกลุ่มที่ต้องการใช้ชีวิตอิสระ รัฐบาลไม่ควรดำเนินการเองหากแต่ควรส่งเสริมให้เอกชนเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงาน โดยรัฐมีหน้าที่ในการสนับสนุนเงินทุน หรืออาจจะเป็นการจัดสรรที่ดินให้เอกชนมาดำเนินงาน ซึ่งกรมธนารักษ์ในฐานะที่มีภารกิจในการดูแลที่ราชพัสดุก็จะเป็นผู้พิจารณาจัดสรรที่ดิน โดยอาจมอบให้บริษัทธนารักษ์พัฒนาสินทรัพย์ จำกัด ซึ่งมีฐานะเป็นรัฐวิสาหกิจรับผิดชอบในการดูแลการก่อสร้างสำหรับการบริหารอาคารที่พักอาศัยนั้น สามารถพิจารณาได้ว่าบริษัทธนารักษ์พัฒนาสินทรัพย์ จำกัดจะบริหารเอง เช่นเดียวกับกรณีของศูนย์ราชการ แจ้งวัฒนะ หรือจ้างบริษัทเอกชนมาบริหาร หรือจะพิจารณาจ้างภาคเอกชนมาเป็นผู้ดำเนินการสร้างและบริหาร ซึ่งข้อดีของการให้เอกชนเข้ามาจัดทำและดำเนินการโดยมีรัฐเป็นผู้ควบคุมดูแลและดำเนินการได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากกว่าการที่รัฐจะเข้ามาดำเนินการเองทั้งหมด ดังแผนภาพที่ 3-10

แผนภาพที่ 3-10 แสดงรูปแบบโครงสร้างการบริหารที่พักสำหรับผู้สูงอายุโดยรัฐบาลของไทยเสนอ



จากทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นแนวทางการปรับปรุงเชิงโครงสร้างและการออกแบบที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม แต่อีกปัจจัยที่สำคัญมากต่อประเด็นของการดูแลให้ผู้สูงอายุในสังคมสูงวัยสามารถพึ่งพาตนเองให้นานที่สุดนั้นคือ ประเด็นด้านการดูแลสุขภาพ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ในการวางแผนสุขภาพ และการจัดสรรเงินเพื่อใช้หลังเกษียณในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญมากหากอยากเห็นสังคมที่สูงวัยอย่างมีคุณภาพเพราะหากไม่วางแผนการออมเพื่อดูแลสุขภาพ เมื่อผู้สูงวัยมีอายุที่ยืนนานแต่ไม่มีเงินเหลือสิ่งที่เกิดขึ้นตามมาคือปัญหาการรับภาระอย่างหนักของรัฐบาลในการดูแลค่าใช้จ่าย ผู้ที่จะสามารถเป็นผู้ที่คอยจัดการและดูแลในหน้าที่ส่วนนี้ของไทยยังคงขาดความชัดเจน ในการถามถึงประเด็นนี้ อาจารย์ไตรรัตน์ได้ให้ความคิดเห็นว่าจะทำหน้าที่นี้ควรจะเป็นคนจากกระทรวงสาธารณสุขที่คอยกำกับดูแลและให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุว่าจะจัดสรรเงินออมของตนเองอย่างไรให้เพียงพอต่อการใช้ชีวิตอย่างมีความสุข

อาจสรุปได้ว่าการที่ประเทศไทยจะพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ หากจะนำรูปแบบของประเทศญี่ปุ่นมาเป็นแนวทางหลักในการพัฒนา สิ่งแรกที่ต้องคำนึงถึงคือ ระบบ Long-Term care insurance ที่จะเป็ นรากฐานของการวางระบบการบริการเพื่อผู้สูงอายุ เป็นเงินทุนในการจัดสวัสดิการ และสิ่งต่อมาที่ต้องเตรียมพร้อมคือกลุ่มอุตสาหกรรมใหม่ที่จะเกิดขึ้นนั่นคืออุตสาหกรรมสินค้าและบริการเพื่อผู้สูงอายุ ที่จะกลายเป็นธุรกิจใหม่ในสังคมสูงวัยเพราะการจะสร้างที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุไม่ใช่การสร้างแค่ตัวอาคารแต่ยังต้องครอบคลุมไปถึงอุปกรณ์ เฟอร์นิเจอร์ในบ้าน รวมถึงบริการต่าง ๆ อาทิ การให้บริการทางการแพทย์เพื่อ ดูแลสุขภาพ การให้บริการแม่บ้านเพื่อทำความสะอาด หรืองานอื่น ๆ ตามความต้องการของผู้บริโภคที่ เปลี่ยนไปตามวัย นอกจากนี้สิ่งที่จะเป็นจุดแข็งและทำให้นโยบายและการพัฒนาสำเร็จได้คือการมีส่วนร่วมของ ชุมชนที่ช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและจนกลายเป็นชุมชนเข้มแข็งเพื่อสร้างการพัฒนาอย่างยั่งยืน

3.3.2 ผู้ผลิตบริการและสินค้าสำหรับผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลจากบริษัท ปูนซีเมนต์ไทย จำกัด (มหาชน) หรือ เครือซีเมนต์ไทย (Siam Cement Group: SCG) เกี่ยวกับการพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุพบว่า บริษัทปูนซีเมนต์ไทย มีการศึกษาและค้นคว้าข้อมูลเป็นระยะเวลาเกือบ 3 ปี ในการรวบรวมองค์ความรู้เพื่อทำการสร้างสรรค์สินค้าและบริการ เกิดเป็นรูปแบบการให้บริการที่เรียกว่า SCG eldercare solutions ซึ่งทำการให้บริการจนถึง ปัจจุบันมาแล้วกว่า 4 ปี โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานในการเป็นผู้นำการให้บริการสินค้าและผลิตภัณฑ์ที่ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อรองรับอนาคตที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ตัวอย่างโครงการที่นำ ผลิตภัณฑ์ของ SCG eldercare solutions ไปใช้ในการจัดทำสถานที่เพื่อการใช้งานของผู้สูงอายุ อาทิ Senior Complex บางแค, Senior Complex บางพลี, Hospices Villa, Villa Meesuk, สมาคมส่งเสริมธุรกิจ โครงการผู้สูงอายุ และ Nursing Home เป็นต้น

บุคลากรในกลุ่มงานของ SCG eldercare solutions ประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขาไม่ว่าจะเป็น นักวิชาการ นักวิจัย New Product Management สถาปนิก นักออกแบบ นักการตลาดเชิง Communication และพนักงานขาย ทำงานร่วมกันเป็นทีมเพื่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์ โดยทางบริษัทมีหน่วย Research & Development ทำการส่งบุคลากรเข้าอบรมในหลักสูตรเพื่อการพัฒนาองค์ความรู้และต่อยอด การพัฒนาผลิตภัณฑ์

1) สินค้าและบริการในกลุ่ม SCG eldercare solutions

ในเรื่องของประเภทของสินค้าในกลุ่ม SCG eldercare solutions ทางบริษัทจะมีการแบ่งกลุ่มลูกค้าผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบไปด้วย

- กลุ่มที่ 1) สีเขียว เป็นผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงและสามารถพึ่งพาตนเองได้
- กลุ่มที่ 2) สีเหลือง เป็นผู้สูงอายุที่เริ่มมีปัญหาทางสุขภาพ ต้องการการพึ่งพาในระดับหนึ่ง
- กลุ่มที่ 3) สีส้ม เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องการการพึ่งพาในระดับสูง

ซึ่งการแบ่งกลุ่มมีเพื่อให้คำแนะนำเรื่องสินค้าและบริการที่เหมาะสมและจำเป็นที่แตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่ม โดย SCG eldercare solutions จะมีบริการให้คำปรึกษาและห้องจำลองผลิตภัณฑ์จริงแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการปรับปรุงบ้านให้มีการออกแบบที่อยู่อาศัยเพื่อรองรับการใช้งานของผู้สูงอายุ ซึ่งวัสดุก่อสร้างสำหรับผู้สูงอายุของบริษัทที่มีความนิยมสูงในการติดตั้งคือ วัสดุปูพื้นป้องกันการลื่นล้ม วัสดุปูพื้นลดแรงกระแทก การออกแบบราวยึดจับตามทางเดินและห้องน้ำ การออกแบบห้องน้ำที่รองรับการใช้งานของผู้ใช้รถเข็น การออกแบบที่รองซักโครกที่โค้งรับตามสรีระของมนุษย์ การติดตั้งที่กันชนเพื่อใช้ในการพยุงตัวในห้องน้ำ โดยการคัดสรรการออกแบบที่เหมาะสมกับผู้สูงวัยนั้นทาง SCG eldercare solutions ได้มีการเก็บข้อมูลการวิจัยร่วมกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลศิริราชในการหาสัดส่วนที่รองรับการใช้งานจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ค่าใช้จ่ายโดยประมาณในการปรับปรุงบ้านให้พร้อมสำหรับผู้สูงอายุด้วยสินค้าของ SCG eldercare solutions สำหรับผู้ที่ต้องการปรับปรุงห้องน้ำ ราคาเริ่มต้นจะอยู่ที่ 30,000 ถึง 80,000 บาท (ราคานี้ไม่รวมการรื้อทำใหม่) หรือหากต้องการปรับปรุงพื้นที่ในห้องอื่น ๆ จะคำนวณเป็นรายกรณีไป อาทิ การปูพื้นลดแรงกระแทกราคา 1,000 บาท/ตร.ม. กระเบื้องยางลายไม้กันลื่น 1,500 บาท/ตร.ม. สินค้า SCG eldercare solutions มีทั้งผลิตภัณฑ์ที่ผลิตเองในประเทศไทยและการนำเข้าจากต่างประเทศ โดยสินค้าที่ผลิตเอง เป็นสิ่งที่ได้จากการทำการศึกษาวิจัย โดยมีผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษา ส่วนสินค้านำเข้าจะเป็นสินค้าที่ใช้เทคโนโลยีที่ไทยยังไม่สามารถผลิตเองได้ อาทิ เครื่องเคลื่อนย้ายแบบเก้าอี้เลื่อนสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการอาศัยที่ชั้นสูง โดยทางบริษัทจะส่งรายละเอียดสินค้าที่ต้องการให้กับบริษัทที่อังกฤษผลิตตามคำสั่งซื้อเพื่อส่งสินค้ากลับมาที่ประเทศไทย

2) ผลการดำเนินงานและแนวทางการพัฒนาในอนาคต

ผลตอบรับที่ได้จากผู้บริโภคในกลุ่มธุรกิจของ SCG eldercare solutions มีการตอบรับที่ดีและเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในกลุ่มลูกค้าระดับ Medium และ Medium high ที่มีกำลังซื้อค่อนข้างสูง ซึ่งในอนาคตทางบริษัทต้องการขยายฐานผู้บริโภคให้ครอบคลุมผู้ใช้สินค้าที่มีกำลังซื้อในทุกระดับ โดยนโยบายของบริษัทเกี่ยวกับ SCG eldercare solutions ในอนาคตอีก 5 ปี ข้างหน้านี้ บริษัทต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ เน้นโครงการแนะนำให้ความรู้ในเรื่องการปรับปรุงบ้าน ในเรื่องของความปลอดภัย การเอาวัสดุธรรมชาติมาปรับใช้ สร้างผลิตภัณฑ์ที่ใช้งานง่ายและสะดวกเข้าแทนที่และลดการใช้แรงงานคนในการดูแล การพัฒนาองค์ความรู้ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุของกลุ่มสินค้า SCG eldercare solutions นั้นมีการสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายอื่น ๆ อาทิ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ และที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบเพื่อรองรับการใช้งานของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยทาง SCG eldercare solutions มองว่า การให้ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านเดิมของตนเองแล้วทำการปรับปรุงบ้านเป็นสิ่งที่ดี เพราะในบางกรณีของอาการป่วย อาทิ ผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมจะมีปัญหาในเรื่องของการติดที่อยู่อาศัยเดิม โดยบริษัทเห็นว่า การให้คำปรึกษาและการสร้างวัสดุใหม่ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุทดแทนวัสดุเดิมที่อาจเป็นอันตรายต่อการใช้

งาน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจและคุ้นเคยกับที่อยู่จะนำไปสู่การใช้ชีวิตอย่างมีความสุขในยามชรา และสิ่งที่รัฐบาลควรมีส่วนร่วมในการรับมือวิกฤตสังคมสูงวัยคือ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญในการปรับปรุงหรือสร้างที่อยู่ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ รัฐบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนการลงทุนในกิจการเพื่อผู้สูงอายุเพื่อสร้างที่พักที่จะเหมาะในการใช้ชีวิตประจำวันเตรียมพร้อมความเป็นผู้สูงอายุในอนาคต

3.3.3 ผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

ปัจจุบัน การดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย หากแบ่งตามประเภทของสถานที่การดูแล จะสามารถแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. **Home Based care:** การดูแลที่บ้านของผู้สูงอายุ
2. **Facility based care:** การดูแลโดยย้ายผู้สูงอายุออกจากที่อยู่เดิมอยู่ในสถานที่ให้บริการการดูแล อาทิ โรงพยาบาล สถานสงเคราะห์คนชรา ชุมชนผู้สูงอายุหลังเกษียณ หรือที่กำลังนิยมอยู่ตอนนี้ก็เป็นรูปแบบของ Assisted Living เป็นการให้บริการสิ่งอำนวยความสะดวกและเสริมการดูแลสุขภาพ

จากการสัมภาษณ์รูปแบบที่เชื่อว่าจะมีความเหมาะสมกับประเทศไทยคือการดูแลแบบ Home Based care เป็นตามแนวคิดที่กำลังกล่าวถึงกันอย่าง “Ageing in place” ด้วยเหตุผลที่ประเทศไทยยังไม่มีโครงสร้างพื้นฐานรองรับ อาทิ ญี่ปุ่น หรือ อเมริกา ที่มีการสร้างโครงสร้างพื้นฐานไว้รองรับแล้ว กระทั่งกฎหมายที่จะมารองรับเรื่องการดำเนินงานในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยก็ยังไม่มีความชัดเจน ทำให้การดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของภาคเอกชนไทยในทุกวันนี้ ยังคงเป็นลักษณะการดำเนินงานที่ผิดกฎหมาย นอกจากนี้สิ่งที่เป็นอุปสรรคของไทยก็คือวัฒนธรรมและค่านิยมที่คล้ายคลึงกันในกลุ่มประเทศเอเชียที่นิยมการอยู่ร่วมกันกับครอบครัวของตนเองมากกว่าการย้ายไปอยู่ที่สถานสงเคราะห์ซึ่งจะเป็นทางเลือกสุดท้ายแล้วจริง ๆ ดังนั้นหากมองสังคมไทยโดยรวมแล้ว “บ้าน” น่าจะเป็นทางออกของปัญหาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่ดีและเหมาะสมกับสังคมไทย เพราะจะให้ทำการสร้างสถานสงเคราะห์คนชราหรือการสร้างโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับตอนนี้คงจะไม่ทัน การปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ น่าจะเป็นทางเลือกสอดคล้องกับการพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุของไทย

เทคโนโลยีที่เกิดขึ้นในยุคสมัยนี้ทำให้การดูแลสุขภาพสามารถส่งตรงถึงบ้านได้ สามารถดูแลในระดับพื้นฐาน ไม่ซับซ้อนมากที่บ้านของผู้สูงอายุ ในอนาคตที่มีการพัฒนานวัตกรรมใหม่ ๆ เทคโนโลยี และอุปกรณ์เพื่อการดูแลสุขภาพเหล่านั้นทุกอย่างจะมีราคาถูกลง ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงและเป็นเจ้าของได้ง่ายขึ้น ทำให้บ้านกลายเป็นสถานที่ที่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้มากขึ้น และถึงแม้บ้านจะสามารถดูแลผู้สูงอายุได้มากขึ้น แต่ก็ไม่ใช่ว่าจะเข้ามาแทนที่การดูแลรักษาของโรงพยาบาล เพราะโรงพยาบาลยังคงมีจำเป็น ในการดูแลโรคที่มีอาการรุนแรงซับซ้อนที่ต้องมีผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ดูแลอย่างใกล้ชิด สิ่งที่เป็นประโยชน์หากบ้านสามารถเป็นที่ดูแลพักฟื้นของผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยได้ก็เพราะประเทศไทยในตอนนี้โรงพยาบาลยังเป็นเพียงตัวเลือกเดียวเมื่อผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะป่วยเพียงเล็กน้อย ป่วยเรื้อรัง หรือป่วยขั้นรุนแรง ทุกคนมี

เพียงตัวเลือกเดียวคือการไปรักษาที่โรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งการที่เป็นเช่นนี้จะทำให้สูญเสียการใช้ทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ขาดแนวคิดที่ยืดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพราะทุกคนต้องไปโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางของการดูแลรักษาทั้งหมด ปัญหาที่เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การกระจายการรักษาไม่อาจเกิดขึ้นได้ก็คือจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของไทยยังคงไม่เพียงพอ อาทิ จากข้อมูลการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ หมออายุรกรรมที่ศึกษาต่อและจบเฉพาะทางในเรื่องของผู้สูงอายุในแต่ละปีประเทศไทยสามารถผลิตได้เพียงปีละ 4 คน และนอกจากแพทย์เฉพาะทางแล้วแพทย์ในสาขาอื่น ๆ ที่มีก็ผลิตได้ในจำนวนที่น้อยมาก

ธุรกิจ Health at Home เกิดขึ้นจากแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแบบ Home Based care ที่ต้องการให้ผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง โดย Health at Home จะส่งบุคลากรที่มีความรู้ในการดูแลเข้าไปช่วยดูแลตั้งแต่การตรวจสุขภาพ ดูแลรักษา จนกระทั่งการดูแลช่วยเหลือกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ตามระดับความสามารถของเจ้าหน้าที่ของ Health at Home

ระดับของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลของ Health at Home แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. พยาบาล จะมีค่าใช้จ่ายเริ่มต้นที่ 2,200 บาท
2. ผู้ช่วยพยาบาล จะมีค่าใช้จ่ายเริ่มต้นที่ 1,700 บาท
3. ผู้ดูแลแบบ Home Health Aged ที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายเริ่มต้นที่ 1,000 บาท

เกณฑ์การรับสมัครเจ้าหน้าที่ที่จะเข้ามาทำงานกับ Health at Home ทุกคนจะต้องมีประสบการณ์อย่างน้อย 2 ปี ต่อจากนั้นจะต้องเข้าสู่ระบบการคัดกรอง ด้วยการวัดผลว่าผ่านการประเมินด้วยการสอบวัดระดับความรู้ และการสอบปฏิบัติ ซึ่งการให้บริการจะเป็นเพียงบริการในขอบข่ายของการส่งบุคลากรที่ให้การดูแลไปที่บ้าน แต่จะไม่รวมไปถึงเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้บริโภคมองจะต้องมีที่บ้านของตนเอง ซึ่งระดับการให้บริการจะแบ่งตามความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ระดับคือ

ระดับที่ 1 อยู่เป็นเพื่อน

ระดับที่ 2 อยู่เป็นเพื่อนใกล้ชิด

ระดับที่ 3 ติดเตียง

ระดับที่ 4 ติดเตียง พิศ ชักชั่น



9

⁹ <https://healthathome.in.th/>

ส่วนกลุ่มลูกค้าของ Health at Home จะเป็นผู้บริโภคที่มีฐานะทางเศรษฐกิจตั้งแต่ระดับกลางบน ไปจนถึงระดับบนที่มีกำลังในการจ่ายสูง ด้วยค่าบริการโดยเฉลี่ยที่ประมาณ 200,000 ต่อหนึ่งบ้าน ค่าใช้จ่ายที่สูงเช่นนี้เป็นเพราะระบบการจ่ายเงินให้กับเจ้าหน้าที่ของ Health at Home มีการให้ผลตอบแทนที่มากเพื่อจูงใจให้คนเก่งทำงานอยู่กับบริษัทต่อไป เพราะหากผลตอบแทนไม่น่าพึงพอใจคนที่เก่งก็มีตัวเลือกและสามารถเปลี่ยนงานได้

การดำเนินงานของ Health at Home มีแนวคิดที่เชื่อว่าการที่ลูกค้าเลือกใช้บริการดูแลผู้สูงอายุของ Health at Home ไม่ใช่เพียงการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการอำนวยความสะดวก แต่เป็นสิ่งที่ลึกซึ้งกว่านั้นเพราะการเลือกใช้บริการ

ตามแต่ละบ้านปัญหาที่เกิดขึ้นคือค่าใช้จ่ายที่สูงเพราะเป็นการรักษาแบบหนึ่งต่อหนึ่ง การมีค่าใช้จ่ายในการดูแลดูแลผู้สูงอายุนั้นเป็นช่วงเวลาที่ลูกหลานแสดงความกตัญญู การแสดงความห่วงใยและไม่ทอดทิ้งพ่อแม่ ถึงแม้ว่าท่านจะจากไปแล้วแต่ความรู้สึกที่ได้ดูแลท่าน ได้ทำเพื่อท่านอย่างเต็มที่แล้วจะยังคงตราตรึงอยู่ในจิตใจ เป็นความรู้สึกที่ตอบสนองค่านิยมเรื่องความกตัญญูที่คนไทยแทบทุกคนยึดมั่นเป็นสิ่งสำคัญที่ลูกหลานควรมีให้แก่บิดามารดา

อาจสรุปได้ว่าสิ่งที่ควรคำนึงถึงเมื่อประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญไม่ใช่แค่การนำคนเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาพยาบาล แต่การดูแลผู้สูงอายุในสังคมสูงวัยนั้นต้องสร้างอย่างครอบคลุมทั้ง “Community” เป็นการสร้างที่ครอบคลุมมิติทางการดูแลด้านสุขภาพ และต้องสร้าง “มิติของการมีชีวิต” ความรู้สึกของการได้อยู่ที่บ้านในที่ที่คุณเคยมีความสบายใจเพื่อให้เกิดความสุข เพราะการที่ผู้สูงอายุได้อยู่ที่บ้านอยู่ในพื้นที่ของตนเองถือเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ก่อให้เกิดการสูงอายอย่างมีคุณภาพ เป็นชีวิตที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ มีอิสระอยู่ที่บ้านของตนเอง สร้างความรู้สึกมีเกียรติไม่เกิดความรู้สึกไร้ค่าในชีวิต ซึ่งการจะไปดูแลผู้สูงอายุสุขภาพที่สูงเกินไปอาจจะแก้ด้วยแนวคิด Share Service เป็นการสร้างศูนย์สุขภาพในแต่ละชุมชน ที่ให้คนในท้องถิ่นสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาได้อย่างสะดวกและ ใกล้บ้าน มีการใช้สิ่งอำนวยความสะดวกร่วมกัน แบ่งปันอุปกรณ์

ในอนาคตข้างหน้าผู้สูงอายุของประเทศไทยจะต้องเข้าสู่การพึ่งพาตนเองมากขึ้น การจ้างผู้ดูแลอาจจะไม่สามารถทำได้ทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูง และการมีประชากรเกิดใหม่น้อยลงทำให้คนที่เข้าสู่ตลาดแรงงานน้อยลง ทางออกที่ง่ายที่สุดคือการที่ลูกหลานควรมีบทบาทมากขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเองก็ต้องพึ่งพาตนเองให้ได้มากขึ้น และสิ่งที่จะเข้ามาทดแทนแรงงานที่น้อยลงในอนาคตก็คือเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า ที่จะเข้ามาเป็นปัจจัยเสริมที่จะช่วยให้การพึ่งพาตนเองเป็นไปได้ง่ายมากขึ้น

3.4 สรุปผลจากเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

คณะผู้วิจัยได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ขึ้นในวันอังคารที่ 7 พฤศจิกายน 2560 ณ ห้องสุโขทัย โรงแรมนารายณ์ ตั้งแต่เวลา 09.00-16.00 น.¹⁰ เพื่อนำเสนอผลการศึกษา รับฟังความคิดเห็น และประมวล

¹⁰ กำหนดการประชุมปรากฏในภาคผนวกที่ 1

ข้อเสนอแนะจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการ องค์กรด้านผู้สูงอายุ ในช่วงต้นของการประชุมจะเป็นการบรรยายผลการศึกษาโดย รศ.ดร. ปกรณ์ ศิริประกอบ กล่าวถึงข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสารและการลงพื้นที่เก็บข้อมูล ต่อจากนั้นในช่วงบ่ายจึงเป็นการเข้าสู่การสนทนาในรูปแบบของเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่ให้ทุกคนสามารถตั้งคำถามและสร้างข้อเสนอแนะร่วมกันได้

คำถามแรกของเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้คือ “ใครควรจะเป็นคนจัดบริการเพื่อผู้สูงอายุ” ซึ่งทางคณะวิจัยได้นำเสนอแผนการพัฒนาโดยให้ภาครัฐในระดับท้องถิ่นเป็นผู้จัดบริการเพื่อประชาชนกลุ่มที่มีรายได้น้อย ให้ภาครัฐเป็นผู้ส่งเสริมเอกชนเป็นผู้จัดบริการเพื่อประชาชนกลุ่มที่มีรายได้ปานกลาง และให้ภาคเอกชนเป็นผู้จัดบริการเพื่อประชาชนกลุ่มที่มีรายได้สูง จากข้อเสนอของคณะวิจัยในข้อนี้มีผู้ที่แสดงความคิดเห็นจากกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้

“ถ้ารัฐควรทำอยู่ใกล้ ๆ ติดกับบ้านของผู้สูงอายุ เน้นให้มีการจัดกิจกรรมในชุมชนดีกว่า ไม่ใช่การทำที่พักแยกออกไปจากที่อยู่เดิม ควรแยกประเภทที่พัก ผู้สูงอายุแบบที่ยังสามารถ Active ได้ ผู้ดำเนินงานตอนนี้มีรัฐวิสาหกิจเพื่อชุมชน ใช้เรื่องนวัตกรรมเข้ามาช่วยในการดูแล”

ตัวแทนจากโรงพยาบาลพระบรมราชชนนี (ศรีราชา)

“ในกรณีที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นมีการจัดบริการโดยรัฐเพื่อผู้ที่มีรายได้น้อย แต่ต้องอย่าลืมว่าคนในชุมชนไม่ได้มีรายได้น้อยทุกคน บางคนอาจมีรายได้ปานกลาง และบางคนอาจมีรายได้สูง ซึ่งถ้าคนกลุ่มนี้เข้ามาใช้สิทธิประโยชน์ด้วยจะเป็นปัญหา”

ตัวแทนจากหน่วยงานกลางสภาวิชาชีพ

จากข้อเสนอแนะนี้แสดงถึงความตระหนักในปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหากมีการนำไปปฏิบัติในพื้นที่จริง ซึ่งทางคณะวิจัยก็เห็นด้วยกับประเด็นนี้และคิดว่าปัญหานี้ต้องมีการสร้างจุดคัดกรองที่ชัดเจนและตรวจสอบได้ เพื่อให้ผู้ที่ควรได้รับสิทธิอย่างแท้จริงสามารถเข้าถึงประโยชน์ในส่วนที่บุคคลนั้นควรได้รับ

“ทำไมต้องมุ่งเน้นให้เอกชนเป็นผู้จัดบริการในกลุ่มผู้มีรายได้สูงเท่านั้น ทำไมภาครัฐไม่มองว่าจะทำอย่างไรเพื่อดึงดูดให้ผู้ที่มีรายสูงมาเป็นกลุ่มลูกค้า เพื่อสร้างรายได้เข้ารัฐ เพราะรัฐก็เป็นหน่วยงานที่ประชาชนให้ความเชื่อถืออยู่แล้ว และหากจะทำออกมาให้ดีให้มีมาตรฐานรัฐก็ควรมีการศึกษาข้อมูลที่ลึกซึ้งประกอบการดำเนินงานด้วย”

ตัวแทนจากสวทศ

จากข้อเสนอแนะนี้แสดงถึงความต้องการเห็นภาครัฐในบทบาทที่เพิ่มมากขึ้นในการจัดบริการที่ครอบคลุมความต้องการที่มากขึ้น แต่ในข้อเสนอแนะทางคณะวิจัยขอชี้แจงถึงข้อจำกัดในการดำเนินงานของภาครัฐที่ไม่อาจทำตามข้อเสนอนี้ได้ เนื่องด้วยการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐต้องเป็นรูปแบบของการดำเนินงานที่ไม่แสวงหากำไร การจะทำรูปแบบธุรกิจที่มุ่งผลกำไรจึงเป็นเรื่องที่ไม่สามารถให้หน่วยงานภาครัฐ

ดำเนินการเองได้ หากภาครัฐต้องการทำเชิงธุรกิจจะต้องใช้การดำเนินการในรูปแบบของ “รัฐวิสาหกิจ” หรือ “กองทุน” เท่านั้น ซึ่งก็จำเป็นในการดึงเอาภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

เมื่อกล่าวถึงจุดนี้ก็นำไปสู่การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในข้อที่ 2 ที่กล่าวถึง “**รูปแบบในการบริหารจัดการควรเป็นอย่างไร**” โดยคณะวิจัยได้เสนอรูปแบบการบริหารจัดการตาม ระดับอาการป่วยตามความต้องการในการพึ่งพิง 7 ระดับ

ระดับการพึ่งพิง						
Support 1	Support 2	Care 1	Care 2	Care 3	Care 4	Care 5
ใช้วัด/โรงเรียนเป็นฐานการดูแล				ใช้โรงพยาบาลชุมชน และให้ ท้องถิ่นพิจารณา		โรงพยาบาล

โดยระดับ Support 1-2 และ Care 1-2 ให้วัดหรือโรงเรียนเป็นรากฐานในการจัดการการดูแล ระดับ Care 3-4 ให้ใช้โรงพยาบาลชุมชน และให้ท้องถิ่นพิจารณาในการบริหารจัดการ และระดับ Care 5 ให้โรงพยาบาลเป็นผู้บริหารจัดการ จากข้อเสนอดังกล่าวของคณะวิจัยในข้อนี้มีผู้ที่แสดงความคิดเห็นจากกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้

“มีความคิดที่เห็นด้วยกับการให้วัดและโรงเรียนเป็นกลุ่มที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชน อาจจะมี ศาลาประชาคม เป็นสถานที่รวมตัวกัน”

ตัวแทนจากหน่วยงานกลางสภาอากาศไทย

“เทศบาลจะมีหน้าที่ต้องทำเยอะ และหากต้องการให้โรงพยาบาลเข้ามาเป็นผู้ดูแลในเรื่องนี้ด้วยต้องมีการแยกหน่วยขึ้นมาต่างหากจากการให้บริการปกติของโรงพยาบาล ไม่งั้นค่าใช้จ่ายจะแพงเกินไป นอกจากนี้ที่ผู้สูงอายุปกติอยู่ร่วมกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลอาจจะทำให้ติดเชื้อได้ ดังนั้นอาจจัดตั้งขึ้นในสถานที่ที่ติดรั้วโรงพยาบาลจะช่วยส่งเสริมให้มีประสิทธิภาพสูง ซึ่งในปัจจุบันยังไม่เห็นว่าโรงพยาบาลเริ่มดำเนินการเพื่อการรับมือเรื่องนี้”

ตัวแทนจากโรงพยาบาลพระบรมราชชนนี (ศรีราชา)

“ประเทศไทยเรามีที่ดินที่เอื้อต่อการจัดสร้างที่พักสำหรับผู้สูงอายุ และเป็นสนใจของชาวต่างชาติเป็นจำนวนมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศญี่ปุ่นและนอกจากนี้ยังมีค่าครองชีพถูก มีฝีมือการแพทย์ที่ดี สามารถโทร 1669 ให้มารับเรื่องดูแลได้ สามารถสร้างคุณภาพชีวิตและอยู่อย่างมีเกียรติในชุมชนได้”

ตัวแทนจากกรมควบคุมโรค

“ตัวอย่างการดำเนินงานที่จะนำเสนอคือ Hospice ของธรรมศาสตร์ที่รังสิตสอนการดูแลที่บ้านตอนใกล้เสียชีวิตและตัวอย่างของบ้านสุทธาวาส 12 เตียงอัลไซเมอร์ จาก 120 เตียง การย้ายเข้าบ้าน

สุทธาวาสทุกคนจะต้องย้ายชื่อของตนเองเข้าไปอยู่ในทะเบียนบ้านตามที่อยู่ของบ้านสุทธาวาสเพื่อที่จะใช้ 30 บาทในการรักษาดูแล อสม. ชุมชนดูแล สร้างงานสร้างกิจกรรม ตอนเย็นลูกมารับกลับ ไม่เป็นภาระรัฐบาล”

ตัวแทนจากสว่างคนิเวศ

“ทิศทางที่เสนอมานี้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ไม่น่าจะทำในทุก ๆ ที่ได้ ควรมีการกระจายให้ท้องถิ่นทำ และร่วมมือกับ NGOs หรือเอกชนเพื่อสร้างศูนย์เรียนรู้ เพื่อเป็นศูนย์กลางการกระจายองค์ความรู้ให้ไปดำเนินการสร้างกันเองในชุมชนต่อไป”

ตัวแทนจากกรมกิจการเด็กและเยาวชน

ข้อเสนอแนะในความคิดเห็นนี้ก่อให้เกิดการตั้งคำถามต่อว่าถ้าหากให้ชุมชนทำแล้วงบประมาณจะมาจากไหน ซึ่งได้คำตอบว่า ในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีงบในส่วนนี้แต่ยังขาดการดำเนินงานและการให้ความสำคัญต่อประเด็น จึงเกิดการเสนอประเด็นทางออกว่า หากมีเงินไม่เพียงพอสิ่งที่ควรดำเนินการเป็นอันดับแรกคือ “การวางแผนการออม” และ จัดสร้างแนวทางที่ใช้งบประมาณน้อยที่สุด อาทิ Home Care โดยการหาผู้ดูแลส่งไปที่บ้านหาต้นทุนที่ถูกลงที่สุด

จากการถามและแลกเปลี่ยนประเด็นในเรื่องที่ว่า ใครควรจะเป็นคนจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ และรูปแบบในการบริหารจัดการควรเป็นอย่างไรแล้วสิ่งที่คณะวิจัยได้ถามต่อมาในข้อที่ 3 คือ “**ขั้นตอนการดำเนินงานควรเป็นอย่างไร**” ซึ่งในประเด็นนี้คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอให้มีการทำโครงการที่พัคสำหรับผู้สูงอายุขึ้นในพื้นที่ที่มีการเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย โดยเลือกพื้นที่ภาคเหนือที่เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างเต็มตัวแล้ว ซึ่งคำตอบจากผู้เข้าร่วมการประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องทั้งหมดมีความเห็นด้วยกับคณะผู้วิจัยในการเลือกพื้นที่ภาคเหนือเป็นสถานที่เพื่อการดำเนินโครงการการศึกษาในรูปแบบการให้บริการการบริหารและการจัดการที่พัคสำหรับผู้สูงอายุในครั้งนี้

คำถามข้อที่ 4 คือ “**การจัดเก็บค่าบริการ**” จากข้อเสนอของคณะผู้วิจัยได้มีการแบ่งรูปแบบการจัดเก็บออกเป็น ภาครัฐในระดับท้องถิ่น มีการให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายให้แก่กลุ่มผู้ที่มีรายได้ต่ำ ภาครัฐกับภาคเอกชน มีการให้บริการโดยคิดค่าบริการแบบเช่าระยะยาวให้แก่กลุ่มรายได้ปานกลาง และภาคเอกชน มีการให้บริการโดยคิดค่าบริการเป็นแบบขายขาดให้แก่กลุ่มรายได้สูง จากข้อเสนอดังกล่าวของคณะผู้วิจัยในข้อนี้ มีผู้ที่แสดงความคิดเห็นจากกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้

“การเก็บเงินอาจเสริมด้วยวิธีแบบโรบินฮู้ด คือ ทำการเก็บเงินในกลุ่มที่มีกำลังจ่ายสูงไปปันช่วยเหลือกลุ่มที่ไม่มีกำลังจ่าย และควรระวังเรื่องยกสิทธิให้คนอื่นด้วย”

ตัวแทนจากโรงพยาบาลพระบรมราชชนนี (ศรีราชา)

“เมื่อต้องมีเรื่องค่าใช้จ่ายอีกสิ่งหนึ่งที่ต้องมีการสร้างความพร้อมให้แก่ผู้สูงอายุคือ การออม ไทยควรมีเราจะลำบากมากขึ้นหากขาดแผนการออม เพราะในปัจจุบันการรักษาตามประกันสังคมมีความครอบคลุมน้อยและข้อจำกัดเยอะมาก”

ตัวแทนจากกรมควบคุมโรค

นอกจากนี้ยังมีประเด็นที่หลายคนในที่ประชุมเห็นพ้องต้องกันคือเรื่องของความเป็นธรรมในการเก็บค่าธรรมเนียม ผู้ที่มีรายได้มากน้อยต่างกันควรเก็บก็เปอร์เซ็นต์ ซึ่งหากไม่สามารถสร้างการจัดการที่ยุติธรรมได้อาจเกิดกระแสต่อต้านในการพัฒนาโครงการได้ ซึ่งปัญหานี้เป็นปัญหาใหญ่ที่ทุกภาคส่วนในสังคมต้องมีการร่วมมือกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานภาครัฐที่เป็นตัวแปรสำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนา จึงเป็นที่มาของคำถามข้อสุดท้าย คือ “**การสนับสนุนจากภาครัฐ**” โดยคณะผู้วิจัยต้องการทราบถึงความต้องการการสนับสนุนจากภาครัฐของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในประเด็นรูปแบบการให้บริการการบริหารและการจัดการที่พัคสำหรับผู้สูงอายุทุกฝ่าย โดยได้คำตอบดังนี้

“การปรับปรุงบ้านผู้สูงอายุที่เป็นของตนเอง ในระยะยาวควรให้ภาครัฐเป็นผู้ดำเนินการ แต่หากให้เอกชนทำต้องมีการสนับสนุนให้เต็มที่”

ตัวแทนจากโรงพยาบาลพระบรมราชชนนี (ศรีราชา)

“การที่ภาครัฐเป็นผู้นำในการจัดการ จะทำให้มีความน่าเชื่อถือ ภาคเอกชนก็อยากเข้าหารัฐบาลเพื่อเข้าถึงกลุ่มลูกค้า ซึ่งทาง SCGs ก็มีความพยายามในการลดเพดานราคาลงเพื่อให้คนในทุกกลุ่มรายได้สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สำหรับผู้สูงอายุได้ หากรัฐสามารถเข้ามาสนับสนุนค่าใช้จ่ายได้จะดีมากและในเรื่องความรู้ในเรื่องมาตรฐานการปรับปรุงที่อยู่อาศัยกลุ่มกิจการเล็ก ๆ ในสังคม ไม่อาจครอบคลุมทั้งประเทศได้ ภาครัฐควรเข้ามาส่งเสริมการให้ความรู้ในการติดตั้งอุปกรณ์อย่างทั่วถึงและถูกต้อง”

ตัวแทนจากบริษัท SCGs



3.5 สรุป

ไบบหนี่ได้นำเสนอสรุปผลการศึกษาดูงานภายในประเทศ คือ สวางคินเวค และการศึกษาดูงานที่พัคสำหรับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น รวมทั้งผลการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผลจากเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับข้อเสนอรูปแบบการให้บริการ การบริหารและการจัดการที่พัคสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย สำหรับในบทต่อไป จะเป็นการนำเสนอข้อเสนอแนะการศึกษาแบบการให้บริการ การบริหารและการจัดการที่พัคสำหรับผู้สูงอายุ

