

บทความพิเศษ

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน ประเทศญี่ปุ่น

นัชชา เรืองเกียรติกุล, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว, Gerontology and Ageing, MSc.

โรงพยาบาลราชวิถี, กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

นัชชา เรืองเกียรติกุล,
โรงพยาบาลราชวิถี, ถ.พญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร
10400, ประเทศไทย
Email: natcha4142492@
gmail.com

Received: April 28, 2022;

Revised: August 18, 2022;

Accepted: October 6, 2022

บทคัดย่อ

ประเทศญี่ปุ่น เป็นประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์เป็นประเทศแรก ๆ ของโลก การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงานทำให้เกิดความกังวลใจในเรื่องของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การนำผู้สูงอายุให้มาอาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุอาจไม่ใช่คำตอบของการดูแลในบริบทที่ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากและบุคลากรที่จะให้การดูแลมีสัดส่วนที่น้อย ทั้งปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรต่าง ๆ ยังตามมา ดังนั้น การจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเหมาะสมและยั่งยืนจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นมาก และการบูรณาการกับภาคส่วนอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน ยังเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนี้ ไม่ได้เพียงเป็นการลดปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรต่าง ๆ เท่านั้น แต่ยังเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ และเป็นการป้องกันการเกิดโรคและความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุได้อีกด้วย ทั้งยังเป็นการช่วยเหลือครอบครัวและผู้ดูแลของผู้สูงอายุ ลดการเกิดความรู้สึกว่าการให้การดูแลนั้นส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจของตนเอง เกิดความเหนื่อยล้าในการดูแล ซึ่งเป็นการส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวอีกด้วย

คำสำคัญ: การดูแลในชุมชน การดูแลแบบบูรณาการ ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประเทศญี่ปุ่น

SPECIAL ARTICLE

Community-Based Integrated Care for Older Adults in Japan**Natcha Ruangkiatkul, MD., MSc.***Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand***Corresponding author :**

Natcha Ruangkiatkul, MD.,
Rajavithi Hospital, Phayathai
Road, Ratchathewi District,
Bangkok 10400, Thailand
Email: natcha4142492@
gmail.com

Received: April 28, 2022;

Revised: August 18, 2022;

Accepted: October 6, 2022

ABSTRACT

Background: Japan is one of the countries that has become a complete-aged society, which can be defined as the proportion of those aged 60 years or older exceeding 20%. The increasing proportion of older populations brings about their health concern. Institutional care might not be a solution in the context that the number of older people overwhelming working age. Besides, the shortage of resources is one of the ageing society's problems. Therefore, the proper health system in community planning should be addressed. The integration between the public and private sectors could benefit the health care of older individuals. Community-based integrated care not only relieves the shortage of workforce but also is the solution to the shortage of other resources. Moreover, it promotes and prevents health deterioration in older people. The advantages also happen with families and caregivers. It can lessen the feeling of burden and fatigue, which improves family relationships.

Keywords: community care, integrated care, older, long-term care, Japan

บทนำ

ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเร็วที่สุด และได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งสัดส่วนผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ เป็นผลมาจากอัตราการเจริญพันธุ์ที่ต่ำและประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องของสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุนี้ ทำให้เกิดผลกระทบตามมามากมาย ประชากรวัยพึ่งพิงมีจำนวนมากขึ้น อัตราภาวะความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว long-term care (LTC) จึงมีความจำเป็นเพื่อให้ประชากรที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ซึ่งการดูแลแบบ LTC ในประเทศญี่ปุ่น เป็นระบบการดูแลระยะยาวที่รัฐบาลให้ประชาชนจ่ายเงินเข้าระบบตามฐานเงินเดือน เมื่ออายุมากกว่า 65 ปี หรือมีข้อบ่งชี้จะสามารถรับการดูแลได้ โดยมีทั้งให้การดูแลในสถานบริการสุขภาพและในชุมชน การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความต้องการการบริการ LTC ทำให้จำนวนบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ภาครัฐจึงจำเป็นต้องหาทางออกของปัญหานี้ ซึ่งการดูแลแบบบูรณาการในชุมชน (community-based integrated care) เป็นหนึ่งในคำตอบ

บทความนี้วิเคราะห์ การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดของการดูแลแบบ LTC โดยวิเคราะห์ การเพิ่มขึ้นของความต้องการการดูแลแบบ LTC การขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากรในการดูแลผู้สูงอายุ และประโยชน์ของการดูแลแบบบูรณาการในชุมชนในประเทศญี่ปุ่น ได้แก่ ลดความต้องการการใช้บริการ LTC เนื่องจากช่วยให้สุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุดีขึ้น นอกจากนี้ยังส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลทั้งครอบครัว เครือข่ายชุมชนยังสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ที่กล่าวมาทำให้สรุปได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชนมีความจำเป็นมากในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

การเพิ่มขึ้นของความต้องการการดูแลแบบ LTC

ประเทศญี่ปุ่นมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของความต้องการการดูแลแบบ LTC เนื่องจากสัดส่วนของผู้สูงอายุ

เพิ่มมากขึ้น ในปี ค.ศ. 2018 จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ในประเทศญี่ปุ่นมีประมาณ 35 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28.1¹ คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะมากขึ้นเรื่อย ๆ ที่ละน้อยจนประมาณ 40 ล้านคน อย่างไรก็ตามก็สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลจากอัตราการเจริญพันธุ์ที่ต่ำลง โดยคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรทั้งหมดของญี่ปุ่นจะลดลงเป็นจำนวนประมาณร้อยละ 25 ในปี ค.ศ. 2050 ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุอยู่ที่ประมาณร้อยละ 40 ของจำนวนประชากรทั้งหมด² ซึ่งเป็นไปได้ว่าประเทศญี่ปุ่นต้องเผชิญกับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่เกิดจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) อย่างที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนกับประเทศอื่นในโลกนี้ ทำให้เกิดปัญหาหลายอย่างที่ต้องกังวลตามมา รัฐบาลญี่ปุ่นจำเป็นต้องวางแผนการดูแลในระยะยาวเพื่อมาแก้ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น

การมีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นทำให้เกิดช่วงระยะเวลาที่มีความพิการและความถดถอยของสุขภาพผู้สูงอายุยาวนานขึ้น พบว่า อายุขัยเฉลี่ย (life expectancy, LE) ของผู้สูงอายุญี่ปุ่นยาวนานขึ้นในช่วงปี ค.ศ. 1990-2013 ทั้งเพศชายและเพศหญิง รวมทั้งมีช่วงอายุสุขภาพดี (health adjusted life expectancy, HALE) ที่ยืนยาวขึ้นเช่นกัน อย่างไรก็ตามช่วงอายุที่สุขภาพดีเพิ่มช้ากว่าอายุขัยเฉลี่ย ส่งผลให้ช่วงเวลาที่มีความพิการหรือทุพพลภาพของผู้สูงอายุยาวนานขึ้น (LE - HALE) ซึ่งในเพศชายอายุที่มีความพิการหรือทุพพลภาพเพิ่มจาก 8 ปี เป็น 8.9 ปี และในเพศหญิงเพิ่มขึ้นจาก 9.7 ปี เป็น 10.9 ปี ในช่วงปี ค.ศ. 1990-2013³ การเพิ่มขึ้นของช่วงอายุที่มีความพิการหรือทุพพลภาพของผู้สูงอายุทั้งสองเพศนี้ทำให้เกิดความต้องการการบริการแบบ LTC มากขึ้น ในปี ค.ศ. 2017 ประมาณร้อยละ 27 ของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป มีภาวะนอนติดเตียงและต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง ประมาณร้อยละ 17 ของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปต้องการความช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (activities of daily living, ADLs)⁴ จากข้างต้นทำให้เชื่อได้ว่า ประเทศญี่ปุ่นกำลังเผชิญหน้ากับภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่เกิดจากการมีอายุขัยที่เพิ่มขึ้น

การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน

การดูแลแบบ LTC ได้มีการพัฒนาปรับเปลี่ยนรูปแบบถึง 2 ครั้ง ทำให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมและทั่วถึงมากขึ้น โดยมีทั้ง การป้องกันสุขภาพด้วยตนเอง การดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน การพัฒนาปรับปรุงนี้ ไม่เพียงแต่แก้ปัญหาด้านการบริการสุขภาพ แต่ยังทำให้ประสิทธิภาพการบริการดีขึ้นด้วย ทั้งยังเอื้อประโยชน์ต่อบุคลากรที่ให้บริการในส่วนของ LTC ในปี ค.ศ. 2006 รัฐบาลญี่ปุ่นได้ปฏิรูประบบการบริการ LTC โดยการเพิ่ม การให้บริการป้องกันสุขภาพโดยพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การบริการป้องกันสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อลดความต้องการของการบริการสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น องค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดตั้งศูนย์ให้ความช่วยเหลือในชุมชน (community general support center) เพื่อจัดการเรื่องการป้องกันสุขภาพโดยสหวิชาชีพ ในการจัดตั้งศูนย์ชุมชนนี้ทำให้เกิดผู้นำด้านสุขภาพ ทำให้การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เป็นไปได้โดยสะดวก และเป็นการนำเอาทรัพยากรจากภาคส่วนต่าง ๆ ในท้องถิ่นมาบูรณาการร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ รัฐบาลญี่ปุ่นได้ปฏิรูปการดูแลแบบ LTC อีกครั้งในปี ค.ศ. 2011⁵ ในการปฏิรูปในครั้งนี้มุ่งส่งเสริมเรื่องการป้องกันสุขภาพมากขึ้น เช่น การมีกิจกรรมชุมชน และมีการให้ความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุทั้งในบ้านและสังคมอีกด้วย ทำให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความครอบคลุมและเป็นองค์รวมในทุกมิติสุขภาพและมีความเหมาะสมในแต่ละบุคคล ผลจากการปฏิรูปครั้งนี้ทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอย่างมากในทุกการบริการ⁶

สัดส่วนงบประมาณของการบริการแบบ LTC ถือได้ว่าเป็นจำนวนไม่มาก ทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลได้อีกด้วย จากการเปรียบเทียบระหว่างการดูแลแบบ LTC และการดูแลทางสังคมอื่น ๆ พบว่า ในปี ค.ศ. 2016 รัฐบาลญี่ปุ่นได้ใช้งบประมาณไปกับเงินบำนาญมากกว่าเงินในการดูแลแบบ LTC ถึง 6 เท่า (54,130 ล้านเยน ต่อ 9,508 ล้านเยน)¹ นอกจากนี้เป้าหมายหนึ่งในการให้บริการแบบ LTC ของประเทศญี่ปุ่น คือ ให้

มีทางเลือกในการรับการดูแลอื่นที่นอกเหนือจากการดูแลรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ซึ่งช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาสุขภาพ และการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพที่เกินความจำเป็น⁷ ในปี ค.ศ. 2018 รัฐบาลญี่ปุ่นได้ใช้งบประมาณประมาณร้อยละ 2.1 ของ ผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP) ไปกับการให้บริการซึ่งสูงกว่าประเทศอื่น ๆ ที่เป็นสมาชิกขององค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (The Organization for Economic Cooperation and Development: OECD) (ร้อยละ 1.4 ของ GDP) เล็กน้อย⁸ แสดงให้เห็นว่าแม้ว่าประเทศญี่ปุ่นจะมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากกว่าประเทศอื่นอย่างเห็นได้ชัดแต่ใช้งบประมาณที่ใช้ในการให้บริการ LTC ไม่ได้สูงกว่าประเทศอื่นมากนัก และแม้ว่าในการรับบริการ LTC บางอย่างผู้สูงอายุจะต้องร่วมจ่ายร้อยละ 10 ของค่าบริการ แต่ไม่ได้เป็นปัญหาของผู้สูงอายุแต่อย่างใด เพราะพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพประมาณร้อยละ 6.1 ของค่าใช้จ่ายต่อเดือน ซึ่งเป็นปริมาณที่มากกว่าค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายในการรับบริการ LTC เป็นจำนวนมาก¹ จากข้อมูลค่าใช้จ่ายการดูแลทางสังคมร่วมกับเป้าหมายของการดูแล LTC สามารถสรุปได้ว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลแบบ LTC ไม่ได้เป็นภาระค่าใช้จ่ายของรัฐบาลและผู้สูงอายุ

การขาดแคลนทรัพยากรบุคคลในการดูแลแบบ LTC

เนื่องจากการเจริญพันธุ์ที่ต่ำลงและอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้สัดส่วนประชากรวัยแรงงานลดลงส่งผลต่อบุคลากรที่ให้การดูแลแบบ LTC ด้วย นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 ประเทศญี่ปุ่นเผชิญหน้ากับปัญหาขาดแคลนประชากรวัยทำงาน (อายุ 15-65 ปี) จำนวนประชากรวัยทำงานของประเทศญี่ปุ่นในปี ค.ศ. 2018 มีจำนวนประมาณ 75 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 59.7 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งลดลงกว่าปีก่อนหน้าคิดเป็นร้อยละ 0.67 ยังคาดคะเนว่าจะมีแนวโน้มการลดลงของประชากรวัยทำงานต่อไปในอนาคต¹ จึงทำให้การดูแลแบบ LTC มีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศสมาชิก OECD อื่น ๆ พบว่า ประเทศญี่ปุ่นมีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงานสูงที่สุด (old age dependency

ratio, OADR) แต่มีจำนวนบุคลากรที่ให้บริการ LTC จำนวนน้อย ในปี ค.ศ. 1950 สัดส่วน OADR ของประเทศญี่ปุ่นมีประมาณ 9.9 และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนในปี ค.ศ. 2015 มีสัดส่วน OADR เป็น 46.2 ซึ่งเป็นจำนวนมากที่สุดในกลุ่มประเทศ OECD⁹ แสดงให้เห็นภาระที่หนักหน่วงจากผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรในระบบ LTC ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าประเทศกลุ่ม OECD อื่น¹⁰ ในปี ค.ศ. 2012 ประเทศญี่ปุ่นมีสัดส่วนจำนวนบุคลากร 15 คนต่อผู้สูงอายุพันคนในสถานพยาบาลของ LTC และมีสัดส่วนบุคลากร 39 คนต่อผู้สูงอายุ 1,000 คนที่อาศัยอยู่ที่บ้านตนเอง¹⁰ การขาดแคลนทรัพยากรบุคคลมีแนวโน้มแย่ลง มีการคาดการณ์ว่าสัดส่วน OADR จะมีปริมาณสูงขึ้นจนถึงประมาณ 75.3 ในปี ค.ศ. 2075¹¹ ในปัจจุบันพบว่าร้อยละ 20 ของบุคลากรในระบบ LTC ลาออกจากการงานทุกปี เนื่องจากรายได้ที่น้อย สิ่งแวดล้อมการทำงานที่ไม่เหมาะสมและไม่มีความก้าวหน้าทางอาชีพ¹² ร้อยละ 80 ของบุคลากร LTC ได้รับเงินเดือนในระดับต่ำ¹³ ในอีกประมาณ 10 ปีข้างหน้าประเทศญี่ปุ่นจะประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากร LTC ถึงประมาณ 300,000 ตำแหน่ง¹⁴ แสดงให้เห็นว่าปัญหาการขาดแคลนแรงงานในระบบ LTC เป็นปัญหาใหญ่

มีการนำเอาแรงงานต่างชาติมาแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงานในประเทศ แต่ในปี ค.ศ. 2010 มีสัดส่วนการย้ายถิ่นฐานของต่างชาติที่ย้ายเข้ามาอาศัยในประเทศญี่ปุ่นต่อการย้ายออกจากประเทศของประชากรญี่ปุ่น คือ -0.6 ต่อพันประชากร ซึ่งบ่งบอกว่าประชากรญี่ปุ่นย้ายออกจากประเทศมากกว่าต่างชาติที่ย้ายเข้ามาอาศัยในประเทศญี่ปุ่น ทั้งจำนวนชาวต่างชาติที่อาศัยในประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนเพียงประมาณร้อยละ 1.7 เท่านั้น¹⁵ แสดงให้เห็นว่าประเทศญี่ปุ่นไม่ได้ดึงดูดชาวต่างชาติภาษาที่ใช้ในการสื่อสารยังเป็นอุปสรรคหนึ่งของชาวต่างชาติอีกด้วย¹⁴ โรงเรียนสอนภาษาให้แก่ชาวต่างชาติในประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนไม่มากและดำเนินการโดยอาสาสมัครเป็นส่วนใหญ่¹⁵ ส่งผลให้ระบบการดูแลแบบ LTC ขาดแคลนบุคลากรมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน ช่วยลดปัญหาความต้องการการดูแลแบบ LTC

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชนจะช่วยเยียวยาทั้งร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ เพิ่มคุณภาพชีวิตและทำให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตัวเองได้ การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน ประกอบด้วย การดูแลที่หลากหลาย เช่น การทำกิจกรรมในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายและได้เข้าสังคมแทนที่จะมีเพียงกิจกรรมที่อยู่ในบ้าน เช่น การออกกำลังกาย การเล่นเกม และการท่องเที่ยว ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอจะช่วยชะลอภาวะทุพพลภาพได้¹⁶ การทำกิจกรรมในชุมชนยังช่วยพัฒนาความจำและการทำงานของสมอง การร่วมกิจกรรมในชุมชนสม่ำเสมอทำให้ระบบการทำงานของสมองมีการพัฒนามากขึ้น¹⁶ ซึ่งช่วยลดภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมชุมชนยังช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตใจผู้สูงอายุ โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในชุมชน ได้แลกเปลี่ยนมุมมอง ความคิด ข่าวสารใหม่ ๆ ซึ่งจะช่วยลดภาวะโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุ ทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นอีกด้วย¹⁷ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้ามีอาการดีขึ้นหลังจากร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ¹⁸ และจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับการดูแลในชุมชน⁶ ดังนั้นการจัดกิจกรรมในชุมชนจะช่วยชะลอโรคในผู้สูงอายุ เพิ่มคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีอิสระไม่ต้องพึ่งพิง และช่วยลดความต้องการการดูแลแบบ LTC ได้อีกด้วย

การป้องกันการสุขภาพโดยพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลแบบ LTC มีจุดมุ่งหมายในการชะลอความต้องการบริการที่ซับซ้อนมากขึ้น การดูแลนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือที่เฉพาะบุคคลอย่างเหมาะสม มีการให้ความช่วยเหลือที่แตกต่างตามความต้องการของแต่ละคน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุดโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นแม้ว่าจะมีโรคประจำตัวหรือสุขภาพที่ไม่แข็งแรงอยู่แล้วก็ตาม¹⁹ ส่งผลให้ลดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุได้

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน ช่วยเพิ่ม ทรัพยากรมนุษย์ในการดูแลผู้สูงอายุ

ในการปรับปรุงนโยบาย LTC ในปี ค.ศ. 2000 ทำให้ภาระการดูแลของครอบครัวถูกส่งต่อมาสู่รัฐ⁷ ซึ่งนโยบายขณะนั้นเป็นไปเพื่อช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวจากความรู้สึกมีภาระจนส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจผู้ดูแล โดยรัฐบาลจะจัดสรรเจ้าหน้าที่มาช่วยดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งในการแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนในการดูแลแบบ LTC จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนความรับผิดชอบในการดูแลกลับไปยังครอบครัวในบางส่วนตามความเหมาะสมและระบบการดูแลแบบ LTC จะมีการสนับสนุนการดูแลต่าง ๆ เพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น เช่น การเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ การพยาบาลที่บ้าน การดูแลช่วยเหลือการประกอบกิจวัตรประจำวันที่บ้าน

การให้ครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้สูงอายุ อาจก่อให้เกิดความกังวลว่า ทำให้เกิดการขาดแคลนแรงงานในระบบ เพราะสมาชิกในครอบครัวต้องลาออกจากงานประจำมาดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยาไม่ใช้ลูกหลาน โดยในปี ค.ศ. 2013 ผู้ดูแลหลัก ประมาณร้อยละ 40.3 เป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 30 เป็นบุตรชายหรือบุตรสาว และร้อยละ 12.8 เป็นลูกเขยหรือลูกสะใภ้²⁰ ยังพบว่าเฉพาะผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้สูงอายุเท่านั้นที่ได้รับผลกระทบจากการรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกับผู้สูงอายุบางคนอาจต้องลาออกจากงานมาดูแลผู้สูงอายุ ส่วนผู้ดูแลที่อาศัยอยู่คนละบ้านกับผู้สูงอายุไม่ได้รับผลกระทบนี้²¹ สาเหตุที่แตกต่างกันนี้ อาจเนื่องมาจาก ระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงไม่สามารถสรุปได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจะทำให้ผู้ดูแลต้องลาออกจากการทำงานประจำ ยังมีความกังวลบางส่วนว่า การให้ครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง ในการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก พบว่า ผู้ดูแลบางคนเกิดปัญหาสุขภาพทางกาย จิตใจและความสัมพันธ์ หลังจากต้องดูแลผู้สูงอายุอย่างเข้มข้นเป็นเวลา 6 เดือน แต่คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลไม่ได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²² ผู้ดูแลผู้สูงอายุบางคนเท่านั้นที่เกิดปัญหา

สุขภาพจากการดูแล²³ ในด้านภาระงานในการดูแล ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ดูแลที่บ้านและกลุ่มที่ดูแลในสถานพยาบาลใช้เวลาเท่า ๆ กัน ในการดูแลและมีความรู้สึกว่าจะต้องแบกรับภาระพอ ๆ กัน อย่างไรก็ตามทั้งสองกลุ่มนี้ยังคิดว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่²⁴ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการสนับสนุนจากบุคคลหรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งทรัพยากรในชุมชน การได้รับความสนับสนุนต่าง ๆ มีผลในแง่บวกกับคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล²⁵ แสดงให้เห็นว่าการที่สมาชิกในครอบครัวต้องให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุ ไม่ได้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง

อีกหนึ่งอุปสรรคของการที่สมาชิกในครอบครัวต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ ปัจจุบันมีแนวโน้มของการอาศัยอยู่คนเดียวในบ้านมากขึ้น จากร้อยละ 27.6 ในปี ค.ศ. 2000 จนเป็นร้อยละ 43.6 ในปี ค.ศ. 2015 ครอบครัวที่ประกอบด้วย พ่อ แม่และลูก มีจำนวนน้อยลงเล็กน้อย ยังพบว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 4.14 คนในปี ค.ศ. 1960 เป็น 2.33 คนในปี ค.ศ. 2015¹ คาดการณ์ได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวจะมีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้และที่อาศัยกับคู่สมรสจะสามารถได้รับบริการที่บ้านจากระบบ LTC ทั้ง อาสาสมัครและเครือข่ายชุมชนเป็นอีกแหล่งหนึ่งที่ทำให้บริการช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้อีกด้วย

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชนทำให้เกิดเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยการจัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพในชุมชน จะทำให้ทีมสหวิชาชีพสามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประโยชน์มากที่สุด ซึ่งไม่เพียงแต่ทรัพยากรในขอบเขตของการดูแล LTC เท่านั้น ยังสามารถใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในภาคส่วนอื่น ๆ อีกด้วย เช่น จิตอาสา และองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรเช่น มีจิตอาสาประมาณ 5.4 ล้านคนทั่วประเทศญี่ปุ่นที่ได้รับการฝึกและแต่งตั้งเป็น “dementia friends” จิตอาสาเหล่านี้จะให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพและทางด้านจิตใจแก่ญาติและผู้ดูแล รวมถึงมีการจัดโทรศัพท์เพื่อให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมี การดูแลโดยเพื่อนบ้าน (the neighbourhood-watch scheme) เพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอีกด้วย²⁶ เครือข่ายจิตอาสาสามารถเป็นแรงผลักดัน

ต้นทางสังคมได้อย่างเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นในการดูแลควรบูรณาการทุกภาคส่วนในแต่ละชุมชนเพื่อประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลแบบบูรณาการในชุมชนยังทำให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเองได้สามารถดูแลซึ่งกันและกัน โดยผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงสามารถช่วยในการดูแลผู้ที่อ่อนแอกว่าได้²⁷ ร้อยละ 25.6 ของผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นอาสาสมัครในการทำกิจกรรมที่บ้าน เช่น การดูแลสวน การทิ้งขยะและการซ่อมแซมบ้านอย่างง่าย บางส่วนของอาสาสมัครไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการทำกิจกรรม²⁸ การเป็นอาสาสมัครจะช่วยพัฒนาสุขภาพจิต เป็นแรงเสริมเชิงบวกของอาสาสมัครเอง ทำให้เกิดความรู้สึกมีความสุข การได้ช่วยเหลือสังคมและการรู้สึกถึงการพัฒนาดตนเอง²⁷ ดังนั้นการเป็นอาสาสมัครของผู้สูงอายุไม่เพียงแต่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน ยังเป็นประโยชน์ต่อตัวของจิตอาสาเองด้วย

การมีอาสาสมัครในชุมชนทำให้เกิดข้อสงสัยในคุณภาพการดูแล พบว่า คุณภาพของการดูแลขององค์กรอิสระและอาสาสมัครไม่ได้แตกต่างจากการดูแลของรัฐบาล²³ ในขณะที่เดียวกันรัฐบาลควรให้ความรู้และจัดให้มีโปรแกรมการฝึกการดูแลผู้สูงอายุให้แก่บุคลากรทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงการกำหนดมาตรฐานในการดูแล ซึ่งจะก่อให้เกิดความครอบคลุมทั่วถึงในการดูแลผู้สูงอายุ และจะช่วยแก้ปัญหาเดียวในสถานพยาบาลและสถานดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ในขณะที่อีกด้านหนึ่ง คือ การดูแลที่บ้านไม่เคยประสบปัญหาทรัพยากรไม่เพียงพอเลย²³

สรุป

ประเทศญี่ปุ่นกำลังเผชิญกับปัญหาสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมถึงความพิการและทุพพลภาพที่มากขึ้นด้วย การดูแลแบบ LTC ได้ถูกนำมาใช้ในการดูแล แต่ยังมีปัญหาในเรื่องการขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากร แม้รัฐบาลได้มีการพัฒนาปรับปรุงระบบการดูแลแบบ LTC ครั้งใหญ่ถึง 2 ครั้ง ปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรยังเป็นปัญหาที่ต้องวางแผนในการจัดการระยะยาว การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชนเป็นทางออกหนึ่งของการแก้ไขปัญหาบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ซึ่งมิ

ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุ ทำให้มีสุขภาพดี ทั้งยังสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เพื่อลดความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น และยังเป็นการประสานความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว อาสาสมัคร องค์กรต่าง ๆ ในชุมชน แม้ว่ายังมีข้อควรกังวลบ้างแต่เห็นได้ชัดว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชนจึงเป็นการดูแลที่ควรส่งเสริมอย่างยิ่ง

ในบริบทของประเทศไทย มีการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นเรื่อย ๆ บทเรียนของการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของประเทศญี่ปุ่น เป็นตัวอย่างที่ดีที่ควรเรียนรู้ เพื่อนำมาปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย เพื่อรับมือกับปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรในการดูแลที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Statistics Bureau Ministry of Internal Affairs and Communications Japan. Statistical Handbook Of Japan 2019. Bureau Statistics Ministry of Internal Affairs and Communications, Japan, editors. Tokyo: Statistics Bureau Ministry of Internal Affairs and Communications Japan; 2019.
2. Olivares-Tirado P, Tamiya N, Kashiwagi M. Effect of in-home and community-based services on the functional status of elderly in the long-term care insurance system in Japan. BMC Health Serv Res. 2012;12:1-10.
3. Tokudome S, Hashimoto S, Igata A. Life expectancy and healthy life expectancy of Japan: the fastest graying society in the world. BMC Res Notes. 2016; 9:1-6.
4. Joshua L. Aging and Long Term Care Systems: A review of finance and Government Arrangments in Europe, North America and Asia-Pacific. Social Protection & Labor. Report No.1705. United States: World Bank Group; 2017.
5. Morikawa M. Towards community-based integrated care: Trends and issues in Japan's long-term care policy. Int J Integr Care. 2014;14:1-10.
6. Frances W, Caren JF, Scott S, Ruth G-M, Reiko H, Yomei N, et al. Japanese elders' perceptions of the impact of Home and Community based Long Term Care services on quality of life and independence. [Internet]. [cited 2019 Nov 1]. EJCS 2013;13(3).

- Available from: <http://www.japanesestudies.org.uk/ejcs/vol13/iss3/wilby.html>
7. Mitchell OS, Piggott J, Shimizutani S. Aged-care support in Japan: perspectives and challenges. *Benefits Q.* 2006;22:7-18.
 8. OECD. Long-term Care. Organisation for Economic [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov1]. Available from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>
 9. OECD. Old-age dependency ratio. In: *Pensions at a Glance 2017: OECD and G20 Indicators* [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2017 [cited 2019 Nov 1]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pensions-at-a-glance-2017/old-age-dependency-ratio_pension_glance-2017-22-en.
 10. OECD/EU. A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care. In: *OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD Publishing; 2013.
 11. OECD. Old-age dependency ratio. In: *Pensions at a Glance 2017: OECD and G20 Indicators* [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2017 [cited 2019 Nov 1]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pensions-at-a-glance-2017/old-age-dependency-ratio_pension_glance-2017-22-en
 12. Ohwa M, Chen LM. Balancing long-term care in Japan. *J Gerontol Soc Work.* 2012;55:659–72.
 13. Sakamoto H, Rahman M, Nomura S, Okamoto E, Koike S, Yasunaga H, et al. *Japan Health System Review*. New Delhi: World Heal Organ Reg Off South-East Asia; 2018.
 14. Natasha C, Sophie C-C, Nina H. What can England learn from the long-term care system in Japan? United Kingdom: Research Report, Nuffield Trust; 2018.
 15. Kondo A. Migration and law in Japan. *Asia Pacific Policy Stud.* 2015;2:155–68.
 16. Fern AK. Benefits of physical activity programming modifications to enhance the exercise experience. *ACSM's Heal Fit.* 2000;13:12–6.
 17. Gruenenfelder-Steiger AE, Katana M, Martin AA, Aschwanden D, Koska JL, Kündig Y, et al. Physical activity and depressive mood in the daily life of older adults. *GeroPsych.* 2017;30:119–29.
 18. Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, Craighead WE, Herman S, Khatari P, et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med.* 1999;159:2349–56.
 19. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015:CD010523.
 20. Saito M. Current issues regarding family caregiving and gender equality in Japan: male caregivers and the interplay between caregiving and masculinities. *Japan labor Rev.* 2017;14:92–111.
 21. Ishii K. Informal care and employment status of Japanese middle aged women : a study using JSTAR [Internet]. Tokyo; 2015. (JSTAR datasets). [cited 2019, Nov 1]. Available from: https://conference.iza.org/conference_files/RIETI_2015/ishii_k22085.pdf.
 22. van de Ree CLP, Ploegsma K, Kanter TA, Roukema JA, De Jongh MAC, Gosens T. Care-related quality of life of informal caregivers of the elderly after a hip fracture. *J Patient Rep Outcomes.* 2017;2:23.
 23. Shimizutani S. The future of long-term care in Japan. *Asia-Pacific Rev.* 2014;21:88–119.
 24. Metzelthin SF, Verbakel E, Veenstra MY, Van Exel J, Ambergen AW, Kempen GJM. Positive and negative outcomes of informal caregiving at home and in institutionalised long-term care: a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2017;17:1–10.
 25. Haya MAN, Ichikawa S, Wakabayashi H, Takemura Y. Family caregivers' perspectives for the effect of social support on their care burden and quality of life: A mixed-method study in rural and sub-urban central Japan. *Tohoku J Exp Med.* 2018;247:197–207.
 26. Aihara Y, Maeda K. National dementia supporter programme in Japan. *Dementia.* 2021;20:1723–8.
 27. Lee S, Saito T, Takahashi M, Kai I. Volunteer participation among older adults in Japan: an analysis of the determinants of participation and reasons for non-participation. *Arch Gerontol Geriatr.* 2008;47:173–87.
 28. Kobayashi E, Sugihara Y, Fukaya T, Liang J. Volunteering among Japanese older adults: how are hours of paid work and unpaid work for family associated with volunteer participation? *Ageing Soc.* 2019;39:2420–42.