

บริการสังคมกับผู้สูงอายุ ในประเทศไทยปัจจุบัน

ดร. ศรีหัทธิม (รัตนโกศล) พานิชพันธ์*

๑) อารัมภบท

เมื่อบุคคลก้าวเข้าสู่วัยชรา อันเป็นวัยสุดท้ายของชีวิตนับเป็นช่วงชีวิตที่ต้องได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากสังคมเปรียบเสมือนการที่คนชราหรือผู้สูงอายุส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้ไม้เท้าช่วยพยุงตัวเพื่อการยืนและเดิน เมื่อใดที่ผู้สูงอายุปราศจากไม้เท้าแล้วก็จะประสบความยากลำบากในการก้าวเดินไปพร้อม ๆ หรือเดินตามคนหนุ่มสาวได้ฉับไต่ฉั้นนั้น ในสังคมเอเชีย โดยเฉพาะสังคมไทยและญี่ปุ่นวัยชราหรือวัยสูงอายุมิได้เป็นวัยที่โดดเดี่ยวสิ้นหวังในชีวิต เสมือนสังคมในภูมิภาคอื่น ๆ ของโลก ทั้งนี้เพราะสังคมไทยและสังคมญี่ปุ่นยังมีวัฒนธรรมของชาติเรื่องการให้ความนับถือบรรพบุรุษหรือ บู่ ยา ตา ยาย ว่าเป็นเสมือนร่มโพธิ์ร่มไทรที่ให้ความร่มเย็นแก่ครอบครัว และยังคงเป็นผู้อำนวยความสะดวกแก่ครอบครัวและสังคมได้หลาย ๆ ประการ คนไทยและคนญี่ปุ่นส่วน

ใหญ่จึงให้ความเคารพนับถือและมีความกตัญญู-กตเวทีต่อผู้สูงอายุ และมีภาระผูกพันในการที่จะต้องให้การดูแลปรนนิบัติ บู่ ยา ตา ยาย บิดา มารดา หรือญาติผู้สูงอายุเสมอมา อย่างไรก็ตามความจริงที่ต้องยอมรับประการหนึ่งคือ สภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปย่อมมีผลกระทบต่อวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนไทยและคนญี่ปุ่น สังคมไทยและญี่ปุ่นโดยส่วนรวมจึงควรตระหนักถึงภาระความรับผิดชอบต่อกลุ่มผู้สูงอายุให้มากยิ่งขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคต¹

องค์การสหประชาชาติได้พิจารณาเห็นว่า “จำนวนประชากรโลกที่เป็นผู้สูงอายุคืออายุ 60 ปีขึ้นไป นับวันแต่จะเพิ่มขึ้นกว่าแต่ก่อน ในปี พ.ศ. 2528 มีประชากร 421 ล้านคน (ประมาณร้อยละ 8.7 ของประชากรโลกทั้งหมด) ในเขตที่กำลังพัฒนามีประชากร 236 ล้านคนหรือร้อยละ 56.2 ของประชากรโลกทั้งหมด คาดว่าในปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) ผู้สูงอายุทั่วโลก

* รองศาสตราจารย์ ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

จะมีจำนวนราว 590 ล้านคนซึ่งเป็น 2 เท่าของจำนวนผู้สูงอายุเมื่อปี พ.ศ. 2513 เฉพาะในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก จำนวนผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) จะมีประมาณ 281 ล้านคน จากการสำรวจสำมะโนประชากรเมื่อปี พ.ศ. 2513 (ค.ศ. 1970) พบว่าจำนวนผู้สูงอายุหญิง 65 ปี และชาย 60 ปีขึ้นไป ในประเทศไทยมีรวม 1.696 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 7 ของจำนวน

ประชากรทั้งประเทศไทย และผู้สูงอายุหญิงจะมีจำนวนมากกว่าชายเกือบ 5 เท่า²

๒) ประชากรผู้สูงอายุในญี่ปุ่น

ในประเทศญี่ปุ่น ประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีประมาณ 11,940,000 คน หรือร้อยละ 9.9 ของประชากรทั้งประเทศคือ 120,210,000 คนเมื่อวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2527 (ค.ศ. 1984) จำแนกเป็นผู้สูงอายุชาย 4,930,000 คน (ร้อยละ 41.3) และหญิง 7,010,000 คน (ร้อยละ 58.7)

หากพิจารณาถึงสถิติการเปลี่ยนแปลงของประชากรผู้สูงอายุตั้งแต่อดีตเรื่อยมาจะเป็นดังนี้คือ³

ปี พ.ศ. (ค.ศ.)	จำนวนประชากรผู้สูงอายุ	อัตราเพิ่ม ระยะ 10 ปี	อัตราเพิ่ม ของประชากร ทั้งหมด
2463 (1920)	2,940,000 คน	} ร้อยละ 4.2 ร้อยละ 12.7	ร้อยละ 5.3
2473 (1930)	3,060,000 คน		ร้อยละ 4.8
2483 (1940)	3,450,000 คน		ร้อยละ 4.7
หลังจากสงครามโลกครั้งที่ 2 ประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นมากดังนี้คือ			
2493 (1950)	4,160,000 คน	} ร้อยละ 29.9 ร้อยละ 37.0 ร้อยละ 44.0	ร้อยละ 5.7
2503 (1960)	5,400,000 คน		ร้อยละ 7.1
2513 (1970)	7,390,000 คน		ร้อยละ 9.1
2523 (1980)	10,650,000 คน		
จากการคาดการณ์ของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม ประชากรจะเพิ่มขึ้นดังนี้			
อัตราที่คาดว่าจะเพิ่มขึ้น (ของประชากรทั้งประเทศ)			
2533 (1990)	14,290,000 คน		
2543 (2000)	19,940,000 คน		ร้อยละ 15.6
2553 (2010)	24,480,000 คน		
2561 (2018)	28,020,000 คน		

ประชากรญี่ปุ่นจะมีการเพิ่มสูงที่สุดในช่วงปี พ.ศ. 2561 ต่อจากนั้นจะเพิ่มในระดับคงที่ในปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) อัตราเพิ่มของประชากรจะเป็นร้อยละ 15.6 ใกล้เคียงกับมาตรฐานของประเทศทางยุโรปตะวันตก

ผู้สูงอายุในญี่ปุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป มีอัตราเพิ่มร้อยละ 3.1 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2523 (ค.ศ. 1980) ภายในปี พ.ศ. 2533 (ค.ศ. 1990) เพิ่มเป็นร้อยละ 4.5 และในปี พ.ศ. 2543 คาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 5.8 และในปี พ.ศ. 2575 (ค.ศ. 2032) จะเพิ่มเป็นร้อยละ 10.9 หรือครึ่งหนึ่งของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด

จะเห็นได้ว่า อัตราเพิ่มของประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปในญี่ปุ่นในระยะก่อนคริสต์ศตวรรษที่ 21 นั้น มีอัตราค่อนข้างต่ำหากเปรียบเทียบกับทางยุโรปตะวันตก แต่ภายในคริสต์ศตวรรษที่ 21 อัตราเพิ่มของประชากรวัยดังกล่าวจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้น หากจะใช้มาตรฐานการเพิ่มในอัตราเพิ่มจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 นั้น ต้องใช้เวลากี่ปีแล้วจะได้ดังนี้คือ

ประเทศ	การใช้เวลา/ปี
ฝรั่งเศส	115
สวีเดน	85
อังกฤษ	45
เยอรมันตะวันตก	45
ญี่ปุ่น	26

ในญี่ปุ่นนั้นหากเราจะพิจารณาผู้สูงอายุในด้านอายุเฉลี่ยระดับชาติแล้วพบว่าในปี พ.ศ. 2526 (ค.ศ. 1983) อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุชายคือ 74.20 ปี แต่สำหรับหญิง คือ 74.78 ปี ถือว่าเป็นอายุเฉลี่ยที่สูงที่สุดในโลก

ในปัจจุบัน อายุเฉลี่ยของชาวญี่ปุ่นชายคือ 75.6 ปี และหญิงคือ 81.4 ปี ในประชากร 10-12 ล้านคน จะมีผู้สูงอายุที่เกิน 65 ปี ถึงหนึ่งล้านคน และคาดว่าสัดส่วนจะเป็นหนึ่งล้านคนใน 5 ล้านคน ใน พ.ศ. 2553 (ค.ศ. 2010) ที่มีอายุเกิน 65 ปีขึ้นไป

3) สภาพปัญหาของผู้สูงอายุในญี่ปุ่น

เอลเลน เคอร์เทินแบค⁴ (Elaine Kurtenbach, AP.) ในโตเกียว ได้บรรยายไว้ว่า “ในอดีตชาวญี่ปุ่นมักจะใช้ชีวิตวัยชราในครอบครัวของเขาเองโดยอยู่ในฐานะสมาชิกผู้สูงอายุที่ได้รับการเคารพยกย่องจากสมาชิกในครอบครัวภายในหมู่บ้านที่มีความสนิทสนมกลมเกลียวกันอย่างแน่นแฟ้นมาก แต่ในปัจจุบันมีชาวญี่ปุ่นจำนวนมากที่ต้องใช้ชีวิตวัยชราด้วยความเศร้าสลดแทนที่จะมีชีวิตอย่างมีความสุขเช่นเดิม ผู้สูงอายุบางรายต้องใช้เวลาอยู่กับการรับโทรศัพท์ในบริการทางโทรศัพท์ (Hot line) และกระตุ้นให้รัฐบาลหันมากระทำอะไรสักอย่างหนึ่งเพื่อผู้สูงอายุ

บางครอบครัวต้องอพยพเข้าไปอาศัยอยู่ในเมืองอย่างแออัดยัดเยียดเกินกว่าที่จะมีที่ว่าง

สำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว ราคาที่ดินที่สูงลิ่ว เป็นปัจจัยผลักดันให้ผู้สูงอายุต้องอพยพออกจากบ้านเนื่องจากต้องเปลี่ยนโฉมหน้าของบ้านนั้นๆ เป็นตึกแถวแบบห้องชุด ผู้สูงอายุบางรายต้องเข้าพึ่งพารัฐเพื่อหางานทำ เพื่อขอที่พักอาศัย และการดูแลด้านสุขภาพอนามัยซึ่งแต่เดิมเคยเป็นความต้องการที่ครอบครัวสามารถตอบสนองให้ได้

บ้านซึ่งสร้างหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นบ้านขนาดเล็กที่สร้างสำหรับคู่สมรสหนุ่มสาว และเป็นห้องชุดที่ไม่มีลิฟท์ ผู้สูงอายุย่อมต้องการบ้านพักที่ปลอดภัยและมั่นคง จากสถิติเมื่อเร็วๆ นี้ระบุว่า บ้านในปัจจุบันมีขนาดเล็กลงจากสามารถจุคนได้ 5 คนโดยเฉลี่ยในปีพ.ศ. 2489 (ค.ศ. 1946) กลายเป็นบ้านที่จุได้เพียง 3 คนในปี พ.ศ. 2528 (ค.ศ. 1985) จึงเป็นการยากสำหรับญาติที่จะดูแลปรนนิบัติผู้สูงอายุในบ้านของตนเองได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ

จากการสำรวจหลายครั้งพบว่า ชาวญี่ปุ่นเกินครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมดมีความเห็นว่า โครงสร้างของครอบครัวขยาย (extended family) นั้นดีที่สุดในดีที่สุด แม้ว่าครอบครัวต่างๆ เพียงร้อยละ 22 เท่านั้นที่มีบุคคล 3 รุ่นอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน

ในบางกรณี ครอบครัวดังกล่าวไม่สามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง หรือครอบครัว

ของตนได้ แต่สถานพยาบาลหรือที่อยู่อาศัยมีจำนวนไม่เพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุ

จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นประมาณ 600,000 คน ในปี พ.ศ. 2530 (ค.ศ. 1987) และจะเพิ่มเป็นสามเท่าในปี พ.ศ. 2563 (ค.ศ. 2020) ในกรุงโตเกียวในจำนวนสถานพยาบาลที่จัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 65 ปี หรือมากกว่านั้นเป็นสถานพยาบาล (nursing homes) ที่จัดโดยรัฐและผู้สูงอายุได้ 2,700 คน อีก 2,000 คนอยู่ในระหว่างขั้นบัญชีรอด้วยความหวัง (ต้องร้องเพลงรอ ... และ ... รอ)

ในระดับชาติ มีสถานพยาบาลของรัฐประมาณ 3,090 แห่ง จุผู้สูงอายุได้ 216,000 คน รัฐบาลวางแผนสร้างสถานพยาบาลมากขึ้น พร้อมทั้งสร้างบ้านในราคาต่ำสำหรับผู้สูงอายุ และรัฐบาลมีแผนที่จะขยายบริการทางการแพทย์ถึงครอบครัวและมีระบบทดลองในการจัดบริการทางโทรศัพท์ในภาวะฉุกเฉินซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บเรียกใช้บริการได้ทันที

ในขณะเดียวกัน กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมประมาณการว่ามีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องนอนอยู่กับเตียงในโรงพยาบาลต่างๆ ถึง 380,000 คน

การดูแลปรนนิบัติผู้สูงอายุถือว่าเป็นงานของผู้หญิงในญี่ปุ่น แต่มากกว่าครึ่งหนึ่งของหญิงที่สมรสแล้วทั้งหมดออกทำงาน รัฐบาลว่าจ้างหญิงที่ทำงานบางเวลาจำนวน 150,000

คนมาช่วยครอบครัวต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องนอนอยู่กับเตียงในบ้านของตนเองถึง 200,000 คน จำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังถึง 1.3 ล้านคนและคู่สมรสชราจำนวนถึง 3.47 ล้านคนที่อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองมีความต้องการบริการที่มีอยู่จำนวนจำกัดบริการจึงมีไม่เพียงพอที่จะสนองความต้องการของผู้สูงอายุซึ่งมีจำนวนมากเกินไปได้

ค่าสมัครเข้าพักอาศัยในบ้านที่เป็นของเอกชนที่มีราคาต่ำที่สุดนั้นเฉลี่ยแล้วเป็นเงินถึง 106,000–212,000 ดอลลาร์ (ประมาณ 2.6 ถึง 5.3 ล้านบาท) รวมทั้งค่าอาหารรายเดือนและค่าบำรุง เป็นเงิน 425–700 ดอลลาร์

ครอบครัวชาวญี่ปุ่นออมเงินรายได้ส่วนใหญ่ไว้เลี้ยงชีพในยามชราภาพแต่จำนวนเพียงครึ่งหนึ่งของผู้เกษียณอายุทั้งหมดต้องหวนกลับไปทำงานอีกครั้ง ผู้สูงอายุบางรายเกษียณอายุเร็วกว่าปกติคืออายุ 55–60 ปี บางรายถูกบังคับให้ออกจากงานเนื่องจากเงินเดือนระดับอาวุโสของตน เป็นภาระต่อบริษัทของตนมากเกินไป แต่การจ่ายเงินบำนาญนั้นจะเริ่มจ่ายเมื่อผู้สูงอายุครบ 65 ปีบริบูรณ์ สถานการณ์ทางการเงินผลักดันให้ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องหวนกลับไปสูตลาดแรงงานอีกครั้ง ซึ่งจำนวนอัตราร่างที่จะสามารถเทียบกับทักษะของผู้สูงอายุได้นั้นมีน้อยด้วย ผู้สูงอายุจึงได้งานที่มีค่าจ้างแรงงานต่ำ

เช่น เป็นยามหรือนักการภารโรง ซึ่งเป็นงานที่คนหนุ่มไม่ต้องการแล้ว (จากคำให้สัมภาษณ์ของข้าราชการกระทรวงแรงงานชื่อ อิชิโร กามิ) ผู้สูงอายุจำนวนน้อยเท่านั้นที่จะสามารถได้ตำแหน่งไปจนมีตำแหน่งสูงส่งมีเกียรติยศและชื่อเสียงในมหาวิทยาลัยและโรงงานอุตสาหกรรมภาคเอกชน ผู้บริหารชั้นสูงจะได้ตำแหน่งขึ้นไปในตำแหน่งที่ปรึกษาในบริษัทเก่าของตนหรือได้ตำแหน่งในสถาบันวิจัยภาคเอกชน

สำหรับผู้เกษียณอายุที่เคยมีความเกี่ยวข้องกับรัฐบาลในอดีตมาเพียงเล็กน้อย รัฐบาลจะมีบริการจัดหางานให้ แต่อาจจะประสบความสำเร็จในการที่จะได้ตำแหน่งระดับผู้อาวุโสอย่างมาก

ผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นเผชิญกับปัญหาด้านความมั่งคั่งในด้านที่อยู่อาศัย เนื่องจากเจ้าของบ้านเห็นว่าผู้สูงอายุอาจหลงลืมปิดก๊าซจนกลายเป็นผู้วางเพลิงได้ ผู้สูงอายุบางรายอาจโทรศัพท์มาขอให้อาสาสมัครช่วยหาผู้ช่วยทำงานบ้าน (home helpers) หรือติดต่อกับองค์กรต่างๆ ที่เขาต้องการความช่วยเหลือเนื่องจากไม่มีใครอื่นที่จะพูดคุยด้วย เช่น ขอให้ช่วยไปค้างบ้านเพราะเธอเหงา เป็นต้น ผู้สูงอายุบางรายไม่รู้จักสิทธิของตน ไม่เข้าใจแนวความคิดเกี่ยวกับ “อำนาจเงิน” (Silver power) เราจึงต้องสอนเขา ญี่ปุ่นต้องการให้ “คลื่นเงิน” ของผู้สูงอายุ (Silver

(หมายเหตุ : ผู้สูงอายุที่ต้องนอนอยู่กับเตียง เนื่องจากเจ็บป่วยจนเคลื่อนไหว หรือเดินไม่ได้)

wave of old people) เรียนรู้ที่จะจัดการกับการดำเนินชีวิตของตนเอง

จากปัญหาความกดดันดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้สูงอายุในญี่ปุ่นบางรายประสบปัญหาโรคจิตในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม⁵ คาดว่า “มีผู้ป่วยด้วยโรคจิตในคนชราถึง 6 แสนคนอยู่ตามบ้านในญี่ปุ่น และมีอีก 1 แสน 5 หมื่นคนในสถานพยาบาลพิเศษต่าง ๆ ถ้าไม่มีการป้องกันและรักษาโรคอย่างถูกต้องได้ผลแล้วญี่ปุ่นจะเผชิญกับปัญหาหนักในอนาคตเมื่อประชากรแก่ตัวลง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคจิตในคนชราที่อยู่ตามบ้านอาจจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.12 ล้านได้ภายในปี 2558 (ค.ศ. 2015) ในเดือนกันยายน 2531 (ค.ศ. 1988) ในญี่ปุ่นมีคนอายุ 65 ปี หรือมากกว่าถึง 13.8 ล้าน คิดเป็น 11.2% ของประชากรทั้งหมด จากการสำรวจขององค์กรจัดการและประสานงาน ผู้ป่วยด้วยโรคจิตในคนชราหลายรายมีสาเหตุเกี่ยวเนื่องกับโรคที่เกิดจากเส้นเลือดในสมอง เช่นโรคเส้นเลือดแตกในสมอง ซึ่งเป็นกรณีที่เกิดขึ้นในบุรุษมาก จากความก้าวหน้าทางด้านทางการแพทย์ที่รุดหน้าไปทุกวันนี้ คาดว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดในสมองแตกจะลดลง แต่จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับผลจากโรคนี้คือเป็นโรคจิตนั้นจะเพิ่มมากขึ้น”

เนื่องจากผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและปัญหาของผู้สูงอายุทั้งด้านที่อยู่อาศัย สุขภาพ

อนามัยทั้งทางกายและทางจิต การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมไม่ได้ปัญหาการมีอคติต่อผู้สูงอายุและอื่น ๆ ดังกล่าวมาแล้วก็เพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัว จึงมีปัญหาระดับสูงที่สุดที่ต้องพิจารณา คือ ปัญหาว่ารัฐบาลจะวางแผนการจัดโปรแกรมด้านประกันสังคมสำหรับผู้สูงอายุอย่างไร ในปี พ.ศ. 2515 (ค.ศ. 1972) ผลประโยชน์ทดแทนการประกันสังคมมีจำนวนถึงร้อยละ 6.3 ของรายได้ประชาชาติทั้งหมด แต่ในปี พ.ศ. 2525 (ค.ศ. 1982) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.1 คาดว่าในปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) อัตราส่วนดังกล่าวจะเพิ่มเป็นร้อยละ 22 ถึง 23

ในปีงบประมาณ 2525 (ค.ศ. 1982) ภาษีและการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนการประกันสังคมเพิ่มเป็นร้อยละ 34.3 ของรายได้ประชาชาติทั้งหมด (แต่ก็ยังต่ำกว่าประเทศทางยุโรปตะวันตก) คาดว่าในปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) อัตราเพิ่มจะสูงขึ้นจนเท่ากับอัตราปัจจุบันของประเทศทางยุโรปตะวันตก⁶

4) คุณลักษณะสำคัญของประวัตินโยบายสวัสดิการสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในญี่ปุ่น⁷

ก. ได้มีการจัดตั้งสถานการกุศลโอโน เรียกเป็นภาษาญี่ปุ่นว่า “One Jizen-In” ขึ้นในจังหวัดอิชิคาวา (Ishikawa Prefecture) ในปี พ.ศ. 2516 (ค.ศ. 1973) เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่ยากจนและบุคคลกลุ่มอื่น ๆ ถือเป็นผู้ริเริ่ม

กิจกรรมสวัสดิการอาสาสมัครในปัจจุบันสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับรัฐบาล การจัดตั้งระเบียบการที่เรียกว่า "Jukkyu Regulation" ในปี พ.ศ. 2517 ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี กฎหมายฉบับนี้ถือว่าเป็นการจัด "มาตรการบันเทาทุกข์ที่เปี่ยมด้วยมุกตาคิดแก่ผู้สูงอายุที่อายุเกิน 70 ปี" ซึ่งมีความเจ็บป่วยขั้นรุนแรง" ขึ้น ต่อจากนั้นได้มีการออกกฎหมายบันเทาความยากจน (The Poor Relief Law) ในปี พ.ศ. 2475 (ค.ศ. 1932) และกฎหมายประกันความมั่นคงในชีวิตประจำวัน ฉบับแรก (Daily life Security Law) ในปี พ.ศ. 2489 (ค.ศ. 1946)

ข. ได้เริ่มกำหนดมาตรการในการบรรเทาปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนทั่ว ๆ ไปในรูปกฎหมายประกันสุขภาพขึ้นในปี พ.ศ. 2470 (ค.ศ. 1927) กฎหมายฉบับนี้ได้เป็นที่นิยมกันหลังจากที่มีระบบประกันสุขภาพของเยอรมัน แต่บังคับใช้เฉพาะลูกจ้างและผู้ใช้แรงงานเท่านั้น (ในปี พ.ศ. 2485 (ค.ศ. 1942) ครอบครัวของบุคคลดังกล่าวกลายเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์ทดแทนด้วย) ในปี พ.ศ. 2481 (ค.ศ. 1938) เมื่อมีการประกาศใช้กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ บุคคลที่ทำงานส่วนตัวก็สามารถได้รับการคุ้มครองจากการประกันสังคม ประชาชนทั่ว ๆ ไปทุกประเภทอยู่ภายใต้ระบบการประกันทางการแพทย์ ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2502 (ค.ศ.

1959) โดยการนำเอานโยบายประกันสังคมแบบสากลมาใช้

ค. ได้มีผู้บุกเบิกระบบผลประโยชน์หลังเกษียณอายุขึ้นเพื่อคองงานของภาครัฐบาลและบุคลากรประเภทอื่น ๆ ในระหว่างสมัยเมจิ ผลประโยชน์หลังเกษียณสำหรับประชาชนทั่วไปในรูปแบบระบบประกัน (ความมั่นคง) ทางสังคม ได้เริ่มมีขึ้นในปี พ.ศ. 2485 พร้อมด้วยกฎหมายบำนาญกรรมกร (Laborers' Pension Law) ระบบนี้ได้เปลี่ยนชื่อเป็นกฎหมายบำนาญลูกจ้าง (Employees' Pension Law) และได้มีการปฏิรูปกฎหมายครั้งใหญ่ในปี พ.ศ. 2497 (ค.ศ. 1954)

นโยบายบำนาญสากล (ประกันสังคมสากลแห่งชาติ) ได้ประสบผลสำเร็จในปี พ.ศ. 2497 (ค.ศ. 1954) โดยการประกาศใช้กฎหมายบำนาญแห่งชาติขึ้น (The National Pension Law) แผนการแบบไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกัน ซึ่งเรียกว่าบำนาญสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ (Welfare Pension for the Elderly) เริ่มจ่ายผลประโยชน์ทดแทนในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2502

ง. กฎหมายเพื่อสวัสดิการผู้สูงอายุได้ประกาศใช้เมื่อปี พ.ศ. 2506 (ค.ศ. 1963) ประกอบด้วยหลักการด้านสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ และได้กำหนดความรับผิดชอบของรัฐบาลระดับชาติและระดับท้องถิ่นไว้ ได้มีการจัดบริการด้านการตรวจสุขภาพอนามัย บริการด้านที่อยู่

อาศัยและจัดระบบผู้ช่วยทำงานบ้าน (home helpers) นับเป็นความก้าวหน้าอย่างใหญ่หลวงของมาตรการระดับนโยบายสำหรับผู้สูงอายุ

ภายใต้การปรับปรุงกฎหมายฉบับเดียวกันในปี พ.ศ. 2515 (ค.ศ. 1972) ได้มีการจัดบริการจ่ายค่ารักษาด้านการแพทย์แก่ผู้สูงอายุที่อายุเกิน 70 ปี ขึ้นไป ในการปรับปรุงกฎหมายฉบับเดียวกันในปี พ.ศ. 2526 (ค.ศ. 1983) ได้มีการออกกฎหมายสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุ แยกเป็นเอกเทศกำหนดนโยบายสุขภาพอนามัย และการป้องกัน ตลอดจนวิธีที่ผู้สูงอายุจะต้องจ่ายค่ารักษาทางการแพทย์ด้วยตนเองบางส่วน

จ. กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม ได้จัดตั้งหน่วยงานกลางรับผิดชอบด้านสวัสดิการสังคม สำหรับประชาชนทั่วไปในปี พ.ศ. 2481 (ค.ศ. 1938)

เพื่อที่จะดำเนินงานระบบบำนาญดังกล่าว ได้มีการจัดตั้งองค์การประกันสังคมขึ้นในกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมในปี พ.ศ. 2505 (ค.ศ. 1962)

เพื่อให้สอดคล้องกับการจัดตั้งกฎหมายเพื่อสวัสดิภาพของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2507 (ค.ศ. 1964) ได้มีการจัดตั้งกองสวัสดิการผู้สูงอายุ ในทบวงสวัสดิการสังคม กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมขึ้น

เพื่อประกาศใช้กฎหมายสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุ ได้จัดตั้งแผนกสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุขึ้นในปี พ.ศ. 2525 (ค.ศ. 1982)

ปัญหาผู้สูงอายุนั้นจำเป็นต้องทำการพิจารณาจากหลายด้าน รวมทั้งด้านการว่าจ้างด้านการศึกษา และด้านการอาคารสงเคราะห์ เพื่อดำเนินงานด้านนี้ สำนักงานเลขานุการนายกรัฐมนตรีได้จัดตั้งแผนกมาตรการในการจัดการกับปัญหาของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันกลายเป็นองค์การกิจการทั่วไป (The General Affairs Agency)

๒) ระเบียบการทางกฎหมายและรัฐธรรมนูญ

ก. รัฐธรรมนูญ⁸

มาตรา 25 แห่งรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ (ประกาศใช้ในเดือนพฤศจิกายน 2489) (ค.ศ. 1946) ได้ระบุไว้ในตอนที่ 1 ว่า “ประชาชนทุกคนมีสิทธิที่จะดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานขั้นต่ำสุดในการดำรงชีวิต”

มาตรา 2 ระบุว่า “รัฐจะพยายามส่งเสริมและยกระดับงานสวัสดิการสังคม การประกันสังคม และสาธารณสุขอันเกี่ยวเนื่องกับชีวิตประจำวัน ๆ ด้าน”

ได้มีการพิจารณากฎหมายแยกประเภทในแต่ละด้านที่เกี่ยวข้องโดยได้ยึดระเบียบการนี้เป็นพื้นฐาน

ข. กฎหมายแพ่ง

ในฉบับใหม่ กฎหมายแพ่ง ได้ปูพื้นฐานทางกฎหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในการให้ความสนับสนุนแก่ครอบครัว ในปี พ.ศ. 2490

(ค.ศ. 1947) ได้มีการปรับปรุงมาตราของกฎหมายฉบับนี้ในส่วนที่เกี่ยวกับ “สัมพันธ์ภาพในครอบครัว” ในด้านความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูนั้น มาตรา 877 ตอน 1 ระบุไว้ว่า “บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดโดยตรง และทางเครือญาติย่อมต้องมีความรับผิดชอบร่วมกันที่จะให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน”

มาตรา 879 ระบุว่า “ด้านจำนวนและวิธีการให้การสนับสนุนนั้น หากอภิปรายกันแล้วตกลงกันไม่ได้ หรือเมื่อไม่สามารถนำมาอภิปรายกันได้ ศาลครอบครัวจะเป็นผู้พิจารณาชี้ขาดว่าควรให้การเกื้อหนุนกันอย่างไร ทั้งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ อาทิ ความต้องการของบุคคลพร้อมกับสิทธิที่จะให้การเกื้อหนุนและสมรรถภาพทางการเงินของบุคคลที่รับผิดชอบในการเกื้อหนุน เป็นต้น” ดังนั้น หากเป็นที่พอใจเด็กควรเลี้ยงดูบิดามารดาที่สูงอายุ ถ้าค่าครองชีพของเขาอำนวยให้

ค. กฎหมายเพื่อสวัสดิภาพของผู้สูงอายุ

กฎหมายเพื่อสวัสดิภาพของผู้สูงอายุนั้น ระบุว่า “ผู้สูงอายุควรได้รับความเคารพยกย่องจากสังคมและรัฐและองค์การส่วนท้องถิ่นของรัฐควรรับผิดชอบในการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ กฎหมายฉบับนี้ประกอบด้วยมาตรการของนโยบาย (policy measures) มากมาย รวมทั้งการให้บริการด้านที่อยู่อาศัย ระบบแห่งผู้ช่วย

ทำงานบ้านแก่ผู้สูงอายุที่จะคอยออกเยี่ยมเยียนและดูแลผู้สูงอายุในบ้านของผู้สูงอายุเอง รวมทั้งการจัดศูนย์สวัสดิการต่าง ๆ แหล่งในการพบปะกัน และสโมสรสำหรับผู้สูงอายุซึ่งผู้สูงอายุที่คล่องตัวจะสามารถริเริ่มกิจกรรมใหม่ ๆ ของตนเองได้

ง. การจัดบริการด้านอื่น ๆ

นอกจากนี้ ยังมีนโยบายอื่น ๆ อีกมากมายที่มุ่งจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุ ดังกล่าวในตอน ที่ 5 ในจำนวนนี้ได้รับกฎหมายหลัก ๆ ที่เป็นรากฐานในการให้บริการต่าง ๆ ที่จะกล่าวต่อไป นอกจากนี้ยังมีกฎและระเบียบต่าง ๆ อีกหลากหลายที่บัญญัติโดยองค์การ ส่วนท้องถิ่นของรัฐที่เกี่ยวข้องกับบริการต่าง ๆ ดังกล่าว อาทิ

กฎหมายความมั่นคงในชีวิตประจำวัน

(พ.ศ. 2493) (ค.ศ. 1950)

กฎหมายการประกันบ้านอายุของลูกจ้าง

(พ.ศ. 2497) (ค.ศ. 1954)

กฎหมายประกันบ้านอายุแห่งชาติ

(พ.ศ. 2502) (ค.ศ. 1959)

กฎหมายสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ

(พ.ศ. 2526) (ค.ศ. 1983)

๑) สรุปมาตรการของนโยบายสำหรับผู้สูงอายุ^๑

ก. การประกันรายได้

โปรแกรมด้านบ้านอายุนั้นประกอบด้วยระบบหลักที่มีจุดมุ่งหมายในการสนับสนุนด้าน

เศรษฐกิจแก่พลเมืองของชาติในวัยชรา ในปัจจุบันมีโปรแกรมต่าง ๆ มากมายพร้อมด้วยแผนการประกันบำนาญของลูกจ้างสำหรับลูกจ้าง และแผนประกันบำนาญแห่งชาติสำหรับผู้ประกอบการส่วนตัว ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2526 (ค.ศ. 1983) ผู้ได้รับผลประโยชน์ทดแทนจากแผนเหล่านี้มีมากกว่า 15,100,000 ล้านคน

ในปี พ.ศ. 2528 มีการปรับปรุงระบบการประกันบำนาญ พร้อมด้วยการผสมผสาน (ผนวก) โปรแกรมการประกันสำหรับลูกจ้าง และโปรแกรมการประกันบำนาญ

นอกจาก โปรแกรมการให้บำนาญแก่ประชาชนทั่วไปดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีโปรแกรมประกันบำนาญทางด้านอุตสาหกรรม ซึ่งอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องแต่ละแห่งจะทำหน้าที่เป็นองค์การสนับสนุน ซึ่งจะจัดการคุ้มครองบำนาญในระดับเสริมให้ด้วย

นอกเหนือจากนั้น ยังเกี่ยวข้องกับการลงทุนของแต่ละบุคคลในโปรแกรมการประกันบำนาญผ่านทางไปรษณีย์และองค์การการเงินอื่น ๆ และยังมีผลประโยชน์ในการันเทาสาธารณูปการสำหรับผู้สูงอายุซึ่งไม่ได้รับการคุ้มครองจากโปรแกรมใดๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

ข. มาตรการด้านสุขภาพอนามัย

ค่าใช้จ่ายในบริการด้านการแพทย์ในญี่ปุ่น ในปี พ.ศ. 2426 (ค.ศ. 1883) ประมาณ 14.51

ล้านล้าน [14.51 trillion yen] เยน (58 พันล้านเหรียญอเมริกัน) US\$ 58 billion] ในจำนวนดังกล่าวต้องใช้จ่ายถึง 245.4 ล้านล้าน เยน ในด้านบริการทางการแพทย์สำหรับบุคคลที่มีอายุเกิน 70 ปีขึ้นไปนั้น เมื่อมีอายุ 70 ปีขึ้นไปจะมีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้โดยผ่านแผนประกันสุขภาพอนามัยสำหรับลูกจ้าง หรือในกรณีลูกจ้างที่ทำงานส่วนตัว โดยผ่านแผนประกันสุขภาพอนามัยแห่งชาติ

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป (อายุ 65 หรือ 65 ปีขึ้นไปสำหรับบุคคลพิการและทุพพลภาพ) ทางกรมจะจ่ายค่าบริการพยาบาลให้โดยผ่านทางกฎหมายเพื่อสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุ (ในเดือนมีนาคม 2526 มีผู้สูงอายุรับบริการทางกฎหมายนี้ถึง 7,300,000 คน) ภายใต้ข้อบังคับของกฎหมายนี้ ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ที่จ่ายเกินกว่า 400 เยน ต่อเดือน (1.60 ดอลลาร์) หรือ ในกรณีที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลช่วงสองเดือนแรก ไม่จำเป็นต้องจ่ายส่วนที่เกินกว่า 300 เยน

ค่าใช้จ่ายในด้านการแพทย์นั้นจะครอบคลุมถึง 45.6% จาก งบประมาณการประกันทางการแพทย์ของรัฐภายใต้กฎหมายฉบับนี้ ผู้ที่มีอายุเกิน 40 ปีขึ้นไปจะได้รับการคุ้มครองทั้งด้านค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบสุขภาพและบริการด้านการรักษาหรือภายใต้แผนดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อ

เปลี่ยนจุดเน้นจากการบำบัดรักษาหรือการแก้ไข
ไปเป็นการบ่มขวัญสุขภาพในแต่ละด้าน

ค. อาคารสงเคราะห์

ในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งอาจแตกต่างจากประเทศอื่น ๆ ทางตะวันตก รูปแบบการดำเนินชีวิตตามประเพณีดั้งเดิมนั้น ผู้สูงอายุจะต้องอาศัยอยู่กับบุตรที่สมรสแล้ว อย่างไรก็ตามเมื่อเร็ว ๆ นี้ จำนวนครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว หรืออยู่กับคู่สมรสที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ปรากฏการณ์เช่นนี้จะมีอยู่ในเฉพาะเขตเมืองบางย่านของประเทศเท่านั้น

ในด้านนโยบายเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุนั้น วิธีการหนึ่งที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันคือการจัดตั้งโครงการเคหะภาครัฐขึ้นเพื่อสนองความต้องการของผู้สูงอายุในโครงการนี้ ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุมีสิทธิได้ครอบครองก่อน โครงการที่สองก็คือ การให้กู้ยืมเงินตามจำนวนมากน้อยของสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัว

เมื่อเร็ว ๆ นี้ ได้มีการส่งเสริมทั้งการออกแบบสิ่งแวดล้อมในเมืองแนวใหม่ผนวกกับการมีพื้นที่สีเขียวและการปรับปรุงพื้นที่ให้มีมันได้มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุให้สะดวกสบายและเรียบง่ายขึ้น รวมทั้งการทำการวิจัยเกี่ยวกับการตกแต่งภายในที่อยู่อาศัยสำหรับบุคคลแต่ละคน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ในที่พักชั่วคราวได้ง่ายดายขึ้น

ในกรณีของผู้สูงอายุ มักจะประสบอุบัติเหตุตั่งนั้น เพียงแต่การจัดอาคารสงเคราะห์ให้ทันสมัยไม่เป็นการเพียงพอ ในบางหมู่บ้านจึงมีการดำเนินการจัดที่พักอาศัยแบบหน่วยเล็ก ๆ ซึ่งผู้อาศัยจะได้รับบริการด้านผู้ช่วยทำงานบ้าน (home helpers) และบริการให้การสนับสนุนของรัฐในรูปแบบอื่น ๆ ด้วย

ง. บริการสังคมอื่น ๆ

บริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในญี่ปุ่นนั้น ได้เน้นบริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการจัดหาผู้ช่วยทำงานบ้าน (home helpers) สถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุมีหลายรูปแบบ ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2426 ได้มีการสร้างสถานสงเคราะห์ดังกล่าวโดยใช้งบประมาณของรัฐจำนวน 2,615 แห่ง และสามารถให้บริการแก่ผู้สูงอายุได้ถึง 190,952 คน

เมื่อไม่นานมานี้เองได้มีการประยุกต์แนวความคิด "Normalization" ในญี่ปุ่น ในด้านผู้สูงอายุ แนวความคิดนี้หมายถึงความคาดหวังของผู้สูงอายุที่จะมีชีวิตยืนยาวในสิ่งแวดล้อมที่ท่านคุ้นเคยมาก่อน ดังนั้น มาตรการด้านสวัสดิการจึงเปลี่ยนจากการจัดบริการด้านที่อยู่อาศัยไปเป็นบริการดูแลเลี้ยงดูผู้สูงอายุในครอบครัวหรือในบ้านของผู้สูงอายุนั้นเอง ดังนั้น ในมาตรการด้านสวัสดิการจึงมีการเปลี่ยนจากการจัดบริการด้านที่พักอาศัยให้ไปเป็นการให้บริการดูแลเลี้ยงดูผู้สูงอายุถึงในบ้านของผู้สูงอายุเอง

ดังนั้น จึงมีการดำเนินงานเป็นคณะพิเศษ โดยรัฐบาลส่วนท้องถิ่นควบคู่ไปกับการจัดสถานพยาบาลให้ เพื่อให้การสนับสนุนขั้นพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุ อาทิ บริการด้านอาหาร บริการการอาบน้ำในรถเคลื่อนที่ โปรแกรมการป้องกันอุบัติเหตุสำหรับผู้สูงอายุที่ออกไปในชุมชน และระบบฉุกเฉินเพื่อติดต่อขอความช่วยเหลือ ข่ายความร่วมมือ อาทิ แผนการโทรศัพท์เรียกแม่บ้านในละแวกเดียวกันให้จัดบริการอาหารส่งถึงบ้านให้ผู้สูงอายุ การซ่อมรถอาบน้ำเคลื่อนที่ โดยบุคลากรของสถานดับเพลิง หรือการส่งเจ้าหน้าที่ออกตรวจตราผู้สูงอายุที่สัญจรไปมาเป็นต้น ได้มีการขยายบริการเหล่านี้ไปในย่านต่าง ๆ ทั่วประเทศ

จ. บริการด้านการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และสันทนาการ

ในด้านการจัดกิจกรรมการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุนั้น สโมสรผู้สูงอายุได้วางแผนจัดกิจกรรมต่าง ๆ ไว้มากมายในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2527 (ค.ศ. 1984) มีสโมสรทำนองนี้ถึง 120,600 แห่ง สำหรับสมาชิกผู้สูงอายุที่เกิน 60 ปีขึ้นไปถึง 48% แต่มีสมาชิกทั้งหมดประมาณ 7,900,000 คน สโมสรเหล่านี้ได้จัดกิจกรรมหลากหลายชนิด อาทิ สันทนาการ การกีฬา การท่องเที่ยว การบรรยายทางวิชาการ และโปรแกรมด้านวัฒนธรรมต่าง ๆ เป็นต้น

ได้มีการจัดกิจกรรมดังกล่าวในศูนย์สวัสดิการสังคม (ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2526 (ค.ศ. 1983) มีถึง 1,591 แห่ง) หรือในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้สูงอายุ (ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2526 (ค.ศ. 1983) มีถึง 3,510) ศูนย์ทั้งสองประเภทใช้เงินงบประมาณของรัฐ

การศึกษาเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมทางสังคม ดังนั้น จึงมีโปรแกรมด้านการศึกษาที่สนับสนุนโดยงบประมาณของรัฐถึง 1,887 แห่ง ใน พ.ศ. 2526 (ค.ศ. 1983) เรียกเป็นภาษาญี่ปุ่นว่า “koreisha kyoshitsu” โปรแกรมนี้ในระยะเริ่มแรกตั้งอยู่ในศาลาประชาคมของรัฐเพื่อการศึกษาต่อเนื่องซึ่งเรียกว่า “komin kan” (โกมิน กัน)

ฉ. มาตรการอื่น ๆ

นอกเหนือจากมาตรการดังกล่าวข้างต้น ยังมีมาตรการอื่น ๆ ซึ่งกำหนดขึ้นตามความสนใจของผู้สูงอายุเอง ได้แก่

1. การลดหย่อนภาษีรายได้เป็นกรณีพิเศษ
2. แผนการออมเงินบำนาญเพื่อนำมาใช้ผ่อนบ้านจัดสรร สำหรับกรรมการต่าง ๆ
3. การยกเว้นค่าโทรศัพท์ของรัฐ
4. อัตราการลดหย่อนค่าโทรศัพท์สำหรับผู้สูงอายุ

7) บริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุใน ญี่ปุ่น

หัวข้อที่ 5 และ 6 เราได้พิจารณาถึงกฎหมายและมาตรการต่าง ๆ สำหรับแก้ไขป้องกันปัญหาของผู้สูงอายุ และการฟื้นฟูและพัฒนาผู้สูงอายุหลายด้านแล้ว หัวข้อต่อไปจะเน้นบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจัดขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายและมาตรการดังกล่าว หากพิจารณาถึงบริการสังคมต่าง ๆ แล้วจะเห็นว่า ในญี่ปุ่นก็มีการเน้นบริการชุมชนและสังคม สำหรับญี่ปุ่นเป็น 2 ด้านคือ ด้านมนุษยธรรม และ ด้านพัฒนา

ด้านมนุษยธรรม (Humanitarian Issues) มุ่งเน้นในการส่งเสริมลักษณะครอบครัวญี่ปุ่นในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ เอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพอนามัย การให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ โดยสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางกาย อารมณ์ จิตใจและทางสังคมเป็นสำคัญ¹⁰ ประเภทกิจกรรมด้านมนุษยธรรมที่จัดสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยบริการด้านสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุที่พิการทางกาย และ/หรือทางสมองซึ่งต้องพักอยู่กับบ้านซึ่งมีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2506 (ค.ศ. 1963) เมื่อได้ประกาศใช้กฎหมายเพื่อส่งเสริมสวัสดิภาพของผู้สูงอายุ (The Law for the Welfare of the Aged) บริการที่สำคัญที่สุดคือ¹¹

1. การจัดบริการผู้ช่วยทำงานบ้าน (home helpers)

บริการนี้เริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2505 (ค.ศ. 1962) โดยการจัดสรรงบประมาณเพื่อจ้างผู้ช่วยทำงานบ้านจำนวน 250 คนออกช่วยผู้สูงอายุ บริการนี้ได้เจริญขึ้นมากจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2528 (ค.ศ. 1985) มีผู้ช่วยทำงานบ้านจำนวนถึง 21,613 คนออกช่วยเหลือผู้สูงอายุตามบ้าน ส่วนใหญ่เป็นการช่วยผู้สูงอายุให้สามารถอาศัยอยู่ในบ้านได้โดยอิสระหรือโดยลำพัง และช่วยผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ช่วยดูแลตามบ้าน

จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการช่วยเหลือด้วยบริการนี้มีถึง 90,000 คน แต่คาดการณ์ไว้ว่าผู้สูงอายุมีความต้องการผู้ช่วยทำงานบ้าน (home helpers) ถึง 30,000 คน ดังนั้น ญี่ปุ่นจึงมีแผนที่จะเพิ่มจำนวนผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุตามบ้านให้มากขึ้น

ตามโปรแกรมนี้ ผู้ช่วยทำงานบ้านฯ ได้ออกช่วยเหลือครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำจนถึงปี พ.ศ. 2524 (ค.ศ. 1981) อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ. 2525 (ค.ศ. 1982) ได้มีการขยายบริการดังกล่าว เพื่อครอบคลุมผู้สูงอายุที่ต้องการบริการ home helpers ผู้สูงอายุแต่ละคนสามารถได้รับบริการถึง 72 ชั่วโมงต่อเดือน

ผู้ที่สมัครเป็น home helpers ต้องผ่านการฝึกอบรมอย่างน้อย 70 ชั่วโมงก่อนที่จะลงมือปฏิบัติงาน ได้มีการนำเอาระบบผู้ฝึกเทศก์

ปรับห้องเป็นห้องส่วนตัว จึงนิยมกันเป็นอันดับแรก เพื่อรักษาความเป็นเรื่องส่วนตัวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่

ค. สถานสงเคราะห์ในราคาปานกลางสำหรับผู้สูงอายุ (ประเภท ก. และ ข.)

สถานสงเคราะห์ประเภทนี้จัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผู้เข้ารับบริการเป็นผู้ที่มีปัญหาครอบครัว และ/หรือปัญหาด้านที่อยู่อาศัย ให้บริการเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าปกติ สถานสงเคราะห์ในรูปแบบนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ก. และ ข.

สถานสงเคราะห์ประเภท ก. จะมีบริการอาหารวันละ 3 มื้อ

สถานสงเคราะห์ประเภท ข. นั้นส่วนใหญ่ผู้สูงอายุนิยมจัดหาอาหารด้วยตนเอง

สถานสงเคราะห์ทั้งสองประเภทนี้มีห้องแยกเป็นเอกเทศ หรือห้องส่วนตัวเท่านั้น

ในด้านนโยบายเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยในประเทศญี่ปุ่นนั้น ได้เปลี่ยนจากการเน้นด้านปริมาณไปเป็นด้านคุณภาพ แต่อย่างไรก็ตาม ที่อยู่อาศัยแบบนี้ยังเป็นที่สงสัยกันอยู่เจ้าหน้าที่จำนวนมากของสถานสงเคราะห์เหล่านี้ยังคงให้การดูแลปรนนิบัติผู้สูงอายุที่มีสุขภาพอ่อนแอ สมบูรณ์เป็นอย่างดี

ง. สถานสงเคราะห์แบบจัดให้เปล่าสำหรับผู้สูงอายุ

สถานสงเคราะห์ประเภทนี้ จัดแบบบริการให้เปล่า (ฟรี) แก่ผู้สูงอายุซึ่งมีคุณสมบัติไม่

เหมาะสมหรือไม่ต้องการที่จะพักอาศัยในสถานสงเคราะห์แบบอื่นที่จัดโดยรัฐ ซึ่งผู้อาศัยต้องจ่ายค่าบริการต่างๆ ด้วยตนเอง สถานสงเคราะห์แบบนี้จัดให้แก่ผู้สูงอายุที่พิการทางกายและสมอง และดำเนินงานโดยองค์การที่มีได้มุ่งกำไร รัฐบาลสามารถทำการตรวจสอบสถานสงเคราะห์เหล่านี้ และมีอำนาจสั่งให้ปรับปรุงสถานสงเคราะห์เหล่านี้ และมีอำนาจสั่งให้ปรับปรุงสถานสงเคราะห์ให้มีระเบียบและระบบมากขึ้นได้

นอกจากสถานสงเคราะห์ทั้ง 4 ประเภทแล้วยังมีศูนย์สวัสดิการสังคมแบบเอกชนประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ สถานพักอ่อน (rest homes) สำหรับผู้สูงอายุที่ชาวชุมชนจะมาใช้บริการได้ และยังมีสถานพักผ่อนหย่อนใจ (recreation homes) สำหรับผู้สูงอายุที่จะพักผ่อนในระยะสั้น ๆ เช่น สถานที่อาบน้ำพุร้อน เป็นต้น

๑) บริการด้านการดูแลสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุ

ได้มีการบังคับใช้กฎหมายบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2526 (ค.ศ. 1983) โดยอาศัยกฎหมายฉบับนี้ ได้มีการจัดบริการต่างๆ ขึ้น อาทิ การดูแลสุขภาพอนามัย การป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น สำหรับพลเมืองที่อายุเกิน 40 ปีขึ้นไป และการให้ผลประโยชน์ทดแทนด้านการแพทย์แก่บุคคลที่อายุเกิน 70 ปี

ขึ้นไป แก่บุคคลที่มีอายุเกิน 65 ปีขึ้นไปที่เจ็บป่วยต้องนอนอยู่กับเตียง และบุคคลอื่น ๆ อีก ทั้งนี้เพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพอนามัยและสวัสดิการของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

รัฐบาลส่วนท้องถิ่น (เทศบาลต่าง ๆ) ได้ดำเนินการจัดบริการด้านการแพทย์เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายฉบับดังกล่าวข้างต้น ดังนี้คือ

1. การจัดสมุดคู่มือแพทย์
2. สุขศึกษา
3. การให้คำปรึกษาหารือทางการแพทย์
4. การตรวจสุขภาพอนามัย
5. การดูแลด้านการแพทย์
6. การฟื้นฟูสมรรถภาพ
7. การแนะนำโดยนักสังคมสงเคราะห์

ที่ออกเยี่ยมตามบ้าน

8. โปรแกรมอื่น ๆ ที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพอนามัยในวัยชรา

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ได้มีการปรับค่าใช้จ่ายในด้านการแพทย์ที่จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้ประกันและผู้รับประกันการแพทย์ ดังนี้คือ

1. การจัดทำบัตรสุขภาพ (7,364,973 ราย)
2. สุขศึกษา (ประชุมให้ความรู้ 107,545 ครั้ง)
3. ผู้รับบริการคำปรึกษาหารือด้านการแพทย์ (546,082 ราย)
4. ผู้มารับการตรวจสุขภาพ (6,168,296 ราย)

5. โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ (563,996 โปรแกรม)

6. ผู้รับบริการแนะแนวตามบ้าน (517,392 ราย)

เนื่องจากมีผู้รับบริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในเขตเมืองจำนวนมากขึ้น จึงควรปรับปรุงและขยายบริการในอนาคต

ด้านการพัฒนา (Developmental Issues) การพัฒนาผู้สูงอายุนั้นควรจะคำนึงถึงปัญหาการอพยพ การสร้างงาน การพัฒนาชนบท การพัฒนาเทคโนโลยี เป็นต้น และควรคำนึงถึงบทบาทของผู้สูงอายุในกระบวนการพัฒนา โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างประชากรผู้สูงอายุ และการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกระบวนการพัฒนาประเทศด้วย¹²

10) มาตรการและบริการเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคมในญี่ปุ่น¹³

แม้ว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายและจิตใจได้เกษียณอายุจากตลาดแรงงานแล้วก็ตาม ท่านยังต้องการที่จะมีตำแหน่งในสังคมที่ท่านสามารถมีส่วนร่วมอย่างมาก เพื่อที่จะใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า และรู้สึกว่าคุณเองยังเป็นสมาชิกที่มีส่วนอำนวยความสะดวกต่อสังคมได้ด้วยดีแม้จะเกษียณอายุแล้วก็ตาม

ยิ่งกว่านั้น ที่สำคัญมากคือ ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์แก่สังคมโดยอาศัยประ

สพการณและความสามารถ ซึ่งได้สะสมมาเป็นเวลานานแสนนาน

ในประเทศญี่ปุ่น ผู้สูงอายุได้รวมกลุ่มกันจัดตั้งองค์การอาสาสมัคร สโมสรผู้สูงอายุ และเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างคล่องแคล่วประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปได้สมัครเข้าเป็นสมาชิกในสโมสรผู้สูงอายุถึง 127,000 แห่ง สโมสรเหล่านี้มีกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งมุ่งส่งเสริมสุขภาพอนามัย ให้บริการแก่ประชาชนและส่งเสริมวัฒนธรรมเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในปัจจุบัน กิจกรรมด้านสวัสดิการ ซึ่งได้แพร่หลายเข้าไปในชุมชนนั้นได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ผู้สูงอายุหาทุนด้วยตนเอง แต่รัฐบาลระดับชาติและท้องถิ่นได้ให้เงินสนับสนุนแก่สโมสรผู้สูงอายุเหล่านี้

เพื่อช่วยยกระดับกิจกรรมของสโมสรดังกล่าวประชาชนที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุได้รับมอบหมายให้เข้าไปประจำในสมาพันธ์ประจำจังหวัดของสโมสรซึ่งได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาล กิจกรรมของสื่อนั้นมิได้มุ่งช่วยสมาชิกเท่านั้น แต่เปิดบริการเพื่อผู้สูงอายุที่มีไม่ใช่สมาชิกของสื่อนั้นด้วย

ในประเทศญี่ปุ่น ผู้สูงอายุสนใจในการทำงานมาก หากเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ อัตราของผู้สูงอายุในตลาดแรงงานนั้นสูงมากทีเดียว เหตุผลสำคัญในการทำงานก็คือ การหา

เลี้ยงชีพเนื่องจากโครงการบำนาญที่ไม่ใครจะสมบูรณ์นัก อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่ได้รับการจูงใจให้ทำงานเพื่อเลี้ยงชีพหรือการมีสุขภาพอนามัยที่ดีนั้นมิจํานวนเพิ่มขึ้นมาก

โดยหลักการแล้ว นโยบายแรงงานในประเทศญี่ปุ่นคาดหวังให้ประชาชนเกษียณอายุเมื่ออายุครบ 60 ปี และมุ่งหางานอื่นทำระหว่างช่วงอายุ 60-65 ปี ผู้สูงอายุซึ่งอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปจะได้รับการดูแลภายใต้ระบบประกันสังคม แต่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก ซึ่งต้องการทำงานนานที่สุดเท่าที่ยังมีสุขภาพอนามัยดีอยู่ กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมมีบริการจัดหางานให้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปซึ่งยังสามารถทำงานได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้ด้วยดี

กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมได้จัด “โปรแกรมเพื่อชีวิตที่สร้างสรรค์และมีคุณค่า” ขึ้น มีการเตรียมสถานที่ต่าง ๆ เพื่อจัดกิจกรรมที่สร้างสรรค์ให้ผู้สูงอายุ อาทิ งานไม้ ศิลปะเซรามิก วัฒนธรรมการประดิษฐ์ดอกไม้ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่าด้วยการเพลิดเพลินกับสิ่งที่ตนได้ประดิษฐ์ขึ้น

กล่าวโดยสังเขป จะเห็นได้ว่า ประเทศญี่ปุ่นได้มีนโยบาย กฎหมายและมาตรการในการส่งเสริมสวัสดิภาพของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน มีการจัดบริการประเภทต่าง ๆ ทั้งด้านมนุษย-

ธรรมและด้านการพัฒนาแก่ผู้สูงอายุ โดยยึดปรัชญาการให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัวของตนเอง (ในสภาพแวดล้อมเดิมที่ท่านคุ้นเคยมาก่อน “แบบ Normalization” หรือแบบ “Deinstitutionalization” คือ การไม่ส่งผู้สูงอายุเข้าพักในสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุ แต่ให้ท่านยังคงใช้ชีวิตในยามชราอยู่ในครอบครัว โดยการดูแลปรนนิบัติตลอดจนความเอาใจใส่ของลูกหลาน โดยกระตุ้นให้ลูกหลานให้ความเคารพยกย่องผู้สูงอายุ ชักชวนให้ท่านได้สนทนาวิสาสะกับสมาชิกทุกคนในครอบครัว ให้ได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ โดยมีงานอดิเรกที่เหมาะสมกับท่าน เพื่อมิให้ท่านว่าเหว่หรือเกิดความเบื่อหน่ายเป็นการส่งเสริมให้บุตรหลานมีความกตัญญูกตเวทีต่อบรรพบุรุษและผู้สูงอายุของตน ทั้งนี้เพราะทั้งประเทศญี่ปุ่น ประเทศไทยและประเทศอื่น ๆ ต่างก็ยึดหลักว่า “ผู้สูงอายุยังเป็นทรัพยากรทางสังคม (Social Resources)

และเป็นแรงงาน (Manpower) ของประเทศที่ยังมีศักยภาพที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาเศรษฐกิจ การเมืองสังคมและวัฒนธรรมของประเทศ” รัฐบาลและองค์การเอกชนจึงควรระดมกำลังและใช้ศักยภาพของท่านให้เข้ามามีบทบาทในด้านแรงงานของประเทศและต่างประเทศ ตามกำลังความสามารถและอายุของท่านโดยเป็น “Silver Volunteers” และอื่น ๆ และส่งเสริมให้ท่านยังคงเป็น “ผู้ให้” และ “ผู้รับ” มีศักดิ์ศรี สิทธิและหน้าที่เยี่ยงพลเมืองดีทั้งหลาย เพื่อท่านจะได้ใช้ชีวิตยามชราอย่างมีประโยชน์ และรู้จักพึ่งตนเองมิใช่กลายเป็นภาระอันหนักอึ้งของบุตรหลาน รัฐบาลและประเทศชาติตั้งที่เคยมีมาในอดีตเพื่ออำนวยความสะดวกในการฟื้นฟูและพัฒนาผู้สูงอายุทั้งในญี่ปุ่นและประเทศอื่น ๆ อันจะนำไปสู่ความก้าวหน้าของสังคมญี่ปุ่นและสังคมโลก และเพื่อสนับสนุนคำขวัญที่ว่า¹⁴ “ให้ความรัก พิทักษ์อนามัย ผู้สูงวัยอายุยืน” สืบไป

เชิงอรรถ

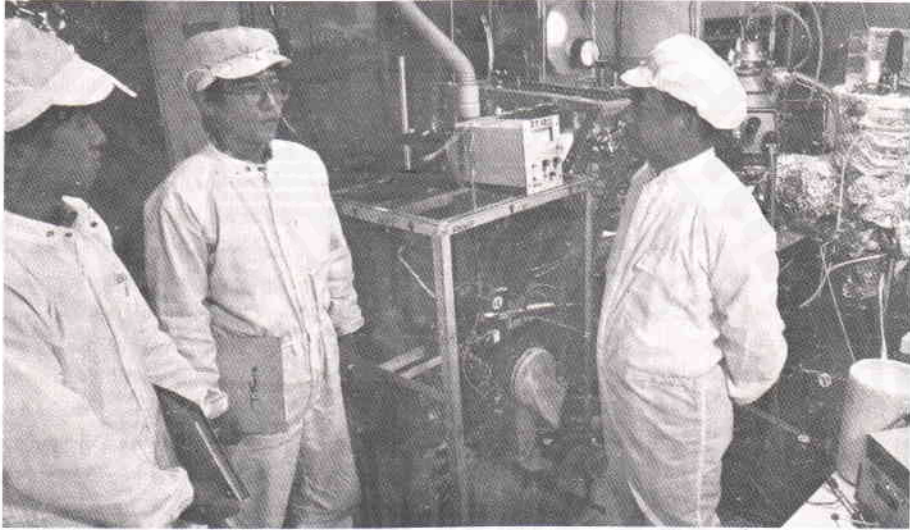
1. ศรีทัตติม พานิชพันธ์, “ผู้สูงอายุกับบริการสังคม” เอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมสัมมนา เรื่อง “แนวคิดใหม่ในการให้การสวัสดิการผู้สูงอายุ” วันที่ 18 ธันวาคม 2529 เวลา 14.15-15.00 น. ณ ห้องประชุมสภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย, หน้า 1.
2. เรื่องเดียวกัน, หน้า 1.
3. Toru Furuse, *Japan's Response to the Aging of Society*, Japanese National Committee, International Council on Social Welfare, August, 1985, pp. 1-2.
4. *Bangkok Post*, Wednesday July 12, 1989.
5. สำนักข่าวสารญี่ปุ่น, “ปัญหาของโรคจิตในญี่ปุ่น” ใน *จากญี่ปุ่น*, ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2532 (ISSN 0125-0825), หน้า 6-7.
6. Toru Furuse, *op.cit.*, pp. 2-3.
7. เรื่องเดียวกัน, หน้า 3-4.
8. เรื่องเดียวกัน, หน้า 4-5.
9. เรื่องเดียวกัน, หน้า 6-9.
10. ศรีทัตติม พานิชพันธ์, *อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ (1)*, หน้า 4.
11. National Council of Social Welfare, *Social Welfare Services in Japan*, pp. 69-71.
12. ศรีทัตติม พานิชพันธ์, *อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ (1)*, หน้า 6.
13. National Council of Social Welfare, *op. cit.*, p. 70.
14. ศรีทัตติม พานิชพันธ์, *อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ (1)*, หน้า 8.



โครงการผู้ปฏิบัติงาน
สถาบันเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

จดหมายข่าว (Newsletter) วิเคราะห์สถานการณ์ไทย-ญี่ปุ่น

ปีที่ 1 ฉบับที่ 19 (16 - 31 สิงหาคม 2532)



เจ้าของ
โครงการผู้ปฏิบัติงาน
สถาบันเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะที่ปรึกษา
ผศ.ดร. พิชัย
รศ.ดร. จุลชีพ
ผศ. วรธรรม
รศ. วันรักษ์
ประธานโครงการ
ผศ.ดร. นริศ ชัยสูตร

จรรยาสุกจินทร์
ชินวรวโร
ศุภจรรยา
มิ่งมณีนาถิน

กองบรรณาธิการ

อาจารย์ หงษ์ฟ้า
อาจารย์ สุวินัย
อาจารย์ สุพจน์
อาจารย์ ไว
ผศ.ดร. รัชชยา
ผศ. สุดา
ผศ.ดร. วิไลวรรณ
อาจารย์ สุกานดา

ฝ่ายจัดการ
จิระพันธ์
รัชก

สารสนเทศ บรรณาธิการ
ภราวาลัย
ชววิวรรณ
เจนภรนา
โคตสงวน
วัชรวัฒนากุล
วรรณนิชกุล
เหลืออ่อน

เหมือนแท้
รัตพันธุ์

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ติดต่อสมัครสมาชิกได้ที่
นางสาวจิระพันธ์ เหมือนแท้
สถาบันเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์
พระนคร กรุงเทพฯ 10200
โทร. 2229044 หรือ 2216111 ต่อ
3420, 3421

อัตราค่าสมาชิก

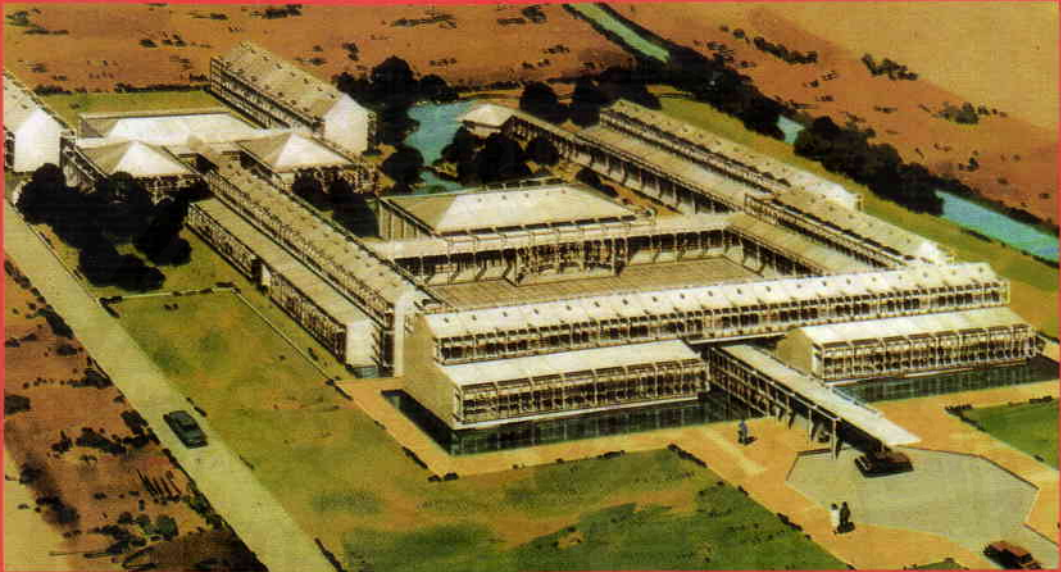
ประเภทโรงเรียนมัธยม 100 บาท/ปี
ประเภทบุคคลทั่วไป 500 บาท/ปี
ประเภทนิติบุคคล 1,000 บาท/ปี

ใบสมัครเป็นสมาชิกจดหมายข่าว

ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี อาชีพ.....
ที่อยู่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าต้องการสมัครเป็นสมาชิก จดหมายข่าว ตั้งแต่ฉบับของเดือน.....ถึง.....
พร้อมกันนี้ได้ส่ง ธนาฉัต เชิดไปรษณีย์ ตัวแลกเงิน จำนวน.....บาท ส่งจ่ายได้ที่
คุณจิระพันธ์ เหมือนแท้ สถาบันเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ป.ท. หน้าพระลาน 10200 ขอให้ส่งจดหมายข่าวให้ข้าพเจ้าตั้งที่อยู่
ข้างบนนี้

*Welcome to the ideal place
for seminar*



JAPANESE STUDIES CENTER

**THAMMASAT UNIVERSITY
RANGSIT CAMPUS**



Conference room



Twin - bedroom



Japanese garden

Facilities include main conference room, four seminar rooms,
recreational lounge, dining room and 30 twin - bedrooms with private bath.

FOR RESERVATION OR MORE INFORMATION, PLEASE CONTACT :

**JAPANESE STUDIES CENTER
INSTITUTE OF EAST ASIAN STUDIES
THAMMASAT UNIVERSITY, RANGSIT CAMPUS
TEL. 5290060 - 2**