

รายงานผลการพิจารณาศึกษา
เรื่อง



มาตรฐาน สถานรับดูแลผู้สูงอายุ

ของคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี
ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ



สำนักกรรมการ ๓
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ



รายงานผลการพิจารณาศึกษา
ของคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี
ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส
สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

เรื่อง

“มาตรฐานสถานรับดูแลผู้สูงอายุ”

สำนักกรรมการ ๓

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

คณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส

สภานิติบัญญัติแห่งชาติ



นายวัลลภ ตังคณานุรักษ์
ประธานคณะกรรมการ



นายมนต์เชียร บุญตัน
รองประธานคณะกรรมการ
คนที่หนึ่ง



นางสุวรรณี สิริเวชชะพันธ์
รองประธานคณะกรรมการ
คนที่สอง



คุณหญิงทรงสุดา ยอดมณี
รองประธานคณะกรรมการ
คนที่สาม



นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ
เลขานุการคณะกรรมการ



พลตำรวจเอก พงศพัทธ์ พงษ์เจริญ
โฆษกคณะกรรมการ



นายแถมสิน รัตนพันธุ์
กรรมการและที่ปรึกษา



พลตรี จารึก อารีราชการัณย์
กรรมการและที่ปรึกษา



พลเรือเอก สุรศักดิ์ หุ่นเรียงมย์
กรรมการและที่ปรึกษา



พลเอก วีรัตน์ ฉันทศาสตร์โกศล
กรรมการและที่ปรึกษา



นางกาญจนารัตน์ สิริโรจน์
กรรมการ



รองศาสตราจารย์กิตติชัย ไตรรัตนศิริชัย
กรรมการ



พลเอก อธิวัฒน์ บุญยะประดับ
กรรมการ



พลเรือเอก นริส ประทุมสุวรรณ
กรรมการ



นายปรีชา วัชรากัย
กรรมการ



พลเรือเอก พลวัฒน์ ติโรตม
กรรมการ



พลเอก ไพชยนต์ คำตันเจริญ
กรรมการ



นายยุทธนา ทัพเจริญ
กรรมการ



พลเอก ยุทธศิลป์ โดยชื่นงาม
กรรมการ



พลเอก สกล ชื่นตระกูล
กรรมการ



พลเอก สรรชัย อจลานนท์
กรรมการ



พลเอก อุดลยเดช อินทะพงษ์
กรรมการ



พลเอก อรุณ สมตน
กรรมการ



พลตำรวจเอก เอก อังสนานนท์
กรรมการ



นางสาวศิริพร ภิญโญศิริธร
ผู้ช่วยเลขานุการ
คณะกรรมการ

คณะอนุกรรมการกิจการผู้สูงอายุ



พลเรือเอก พลวัฒน์ สีโรตม
ประธานคณะอนุกรรมการ



พลเอก อีระวัฒน์ บุญยะประดับ
รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง



พลเอก อรุณ สมตน
รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สอง



รศ.นพ.พินิจ กุลละวณิช
อนุกรรมการ



พลเอก บุญลือ วงษ์ท้าว
อนุกรรมการ



นางธิดา ศรีไพพรรณ์
อนุกรรมการ



พลโท กิจจา ศรีทองกุล
อนุกรรมการ



พลตำรวจโท ภาสกร รักษ์กุล
อนุกรรมการ



นายนิวัฒน์ กาญจนภูมิินทร์
อนุกรรมการ



นาวาโท สมพล มหาสิงห์
อนุกรรมการ



นาวาโท พัชระ ไม้หอม
อนุกรรมการ



นางเมธินี รัตสาร
อนุกรรมการและเลขานุการ

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการกิจการผู้สูงอายุ



พลเอก สกล ชื่นตระกูล

ประธานที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



ศาสตราจารย์สม จาตุศรีพิทักษ์

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



พลโท จรัญ พันธุนนท์

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นางสาวอรุณโรจน์ เลี่ยมทอง

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



พลอากาศตรี อิทธิพร คณะเจริญ

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



รศ.ดร.อาชัญญา รัตนอุบล

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



รศ.ศรีรินทร์ เกรย์

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นาวาเอกหญิง วิชุดา วารุณประภา

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



พันเอก สรศักดิ์ อนันตสมบุรณ์

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



พันเอกหญิง สิรินพรรณ ศรีกุลวงษ์

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นายชาติรี ฤทธิทอง

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นายดำรงชัย พุ่มสงวน

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



(สำเนา)

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส

ที่ สว (สนช)(กมธ ๓) ๐๐๑๙ / (ร ๘๔) วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๐

เรื่อง รายงานการพิจารณาศึกษาเรื่อง “มาตรฐานสถานรับดูแลผู้สูงอายุ”

กราบเรียน ประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

ด้วยในคราวประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๕๗ ที่ประชุมได้ลงมติตั้งคณะกรรมการศึกษา กิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส ตามข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๘๔ ประกอบข้อ ๘๕ วรรคสอง และข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๗๘ (๑๐) มีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส รวมทั้งประสานกับองค์กรภายในประเทศ ต่างประเทศ ประชาคมนานาชาติเกี่ยวกับแนวทางการร่วมมือเพื่อส่งเสริมการแก้ปัญหาเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส การส่งเสริมศักยภาพของชุมชน ด้านการพัฒนาชีวิต ความเป็นอยู่ การสงเคราะห์ ดูแลผู้ยากไร้ การสร้างหลักประกันและความมั่นคงในคุณภาพชีวิตของคนไทยโดยรวม รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งกรรมการคณะนี้ ประกอบด้วย

- | | |
|---|--------------------------------|
| ๑. นายวัลลภ ตังคณานูรักษ์ | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒. นายมณฑิร บุญตัน | รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. นางสุวรรณี สิริเวชชะพันธ์ | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง |
| ๔. คุณหญิงทรงสุตา ยอดมณี | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม |
| ๕. นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ | เลขานุการคณะกรรมการ |
| ๖. พลตำรวจเอก พงศพัศ พงษ์เจริญ | โฆษกคณะกรรมการ |
| ๗. นายแถมสิน รัตนพันธ์ | กรรมการและที่ปรึกษา |
| ๘. พลตรี จารึก อารีราชการัณย์ | กรรมการและที่ปรึกษา |
| ๙. พลเรือเอก สุรศักดิ์ หุ่นเรืองรมย์ | กรรมการและที่ปรึกษา |
| ๑๐. พลเอก วีรณ ฉันทศาสตร์โกศล | กรรมการและที่ปรึกษา |
| ๑๑. นางกาญจนารัตน์ สิริโรจน์ | กรรมการ |
| ๑๒. รองศาสตราจารย์กิตติชัย ไตรรัตนศิริชัย | กรรมการ |
| ๑๓. พลเอก ธีระวัฒน์ บุญยะประดับ | กรรมการ |
| ๑๔. พลเรือเอก นริส ประทุมสุวรรณ | กรรมการ |

๑๕. นายปรีชา...

๑๕. นายปรีชา วัชรากัญ	กรรมการ
๑๖. พลเรือเอก พลวัฒน์ สีโรตม	กรรมการ
๑๗. พลเอก ไพชยนต์ คำตันเจริญ	กรรมการ
๑๘. นายยุทธนา ทัพเจริญ	กรรมการ
๑๙. พลเอก ยุทธศิลป์ โดยชื่นงาม	กรรมการ
๒๐. พลเอก สกล ชื่นตระกูล	กรรมการ
๒๑. พลเอก สรรชัย อจลานนท์	กรรมการ
๒๒. พลเอก อุดลยเดช อินทะพงษ์	กรรมการ
๒๓. พลเอก อรุณ สมตน	กรรมการ
๒๔. พลตำรวจเอก เอก อังสนานนท์	กรรมการ

คณะกรรมการได้พิจารณาศึกษา เรื่อง “มาตรฐานสถานรับดูแลผู้สูงอายุ” เสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยมีข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ จึงกราบเรียนมาเพื่อให้โปรดนำเสนอรายงานของคณะกรรมการต่อที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติต่อไป

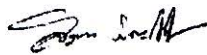
(ลงชื่อ) วัลลภ ตังคณานุรักษ์

(นายวัลลภ ตังคณานุรักษ์)

ประธานคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน

สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

สำเนาถูกต้อง



(นางสาวศิริพร ภิญโญศิริธร)

ผู้บังคับบัญชาในกลุ่มงานคณะกรรมการการพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก

เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส

สำนักกรรมการ ๓

สำนักกรรมการ ๓

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการการสังคมฯ

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๕ - ๖

โทรสาร ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๖

ชนยา พิมพ์

ชนยา/จิตตินันท์ ทาน

ศิริพร ตรวจ

รายงานการพิจารณาศึกษา
เรื่อง “มาตรฐานสถานรับดูแลผู้สูงอายุ”
ของคณะกรรมการกิจการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ
คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

ด้วยในคราวประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๕๗ ที่ประชุมได้ลงมติตั้งคณะกรรมการกิจการสังคม กิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส ตามข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๘๔ ประกอบข้อ ๘๕ วรรคสอง และข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๗๘ (๑๐) มีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส รวมทั้งประสานกับองค์กรภายในประเทศ ต่างประเทศ ประชาคมนานาชาติเกี่ยวกับแนวทางความร่วมมือเพื่อส่งเสริมการแก้ปัญหาเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส การส่งเสริมศักยภาพของชุมชน ด้านการพัฒนาชีวิต ความเป็นอยู่ การสงเคราะห์ดูแลผู้ยากไร้ การสร้างหลักประกันและความมั่นคงในคุณภาพชีวิตของคนไทยโดยรวม รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

บัดนี้ คณะกรรมการได้พิจารณาศึกษา เรื่อง มาตรฐานสถานรับดูแลผู้สูงอายุ เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการพิจารณาศึกษาเรื่องดังกล่าวต่อที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ตามข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๘๖ ดังนี้

๑. การดำเนินงานของคณะกรรมการ

คณะกรรมการได้ดำเนินการพิจารณาศึกษา ดังนี้

๑.๑ คณะกรรมการได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการกิจการผู้สูงอายุ ซึ่งอนุกรรมการ คณะนี้ ประกอบด้วย

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| ๑) พลเรือเอก พลวัฒน์ สีโรตม | ประธานคณะอนุกรรมการ |
| ๒) พลเอก ธีระวัฒน์ บุญยะประดับ | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓) พลเอก อรุณ สมตน | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สอง |
| ๔) รองศาสตราจารย์พินิจ กุลละวณิชย์ | อนุกรรมการ |
| ๕) พลเอก บุญลือ วงษ์ท้าว | อนุกรรมการ |
| ๖) นางธิดา ศรีไพพรรณ | อนุกรรมการ |
| ๗) พลโท กิจจา ศรีทองกุล | อนุกรรมการ |

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| ๘) พลตำรวจโท ภาสกร รักษากุล | อนุกรรมการ |
| ๙) นายนิวัฒน์ กาญจนภูมิินทร์ | อนุกรรมการ |
| ๑๐) นาวาโท สมพล มหาสิงห์ | อนุกรรมการ |
| ๑๑) นาวาโท พัชนะ ไม้หอม | อนุกรรมการ |
| ๑๒) นางเมธินี รัตรสาร | อนุกรรมการและเลขานุการ |

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| ๑) พลเอก สกล ชื่นตระกูล | ประธานที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒) ศาสตราจารย์สม จาตุศรีพิทักษ์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๓) พลโท จรัญ พันธุนนท์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๔) นางสาวอรุณโรจน์ เลี่ยมทอง | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๕) พลอากาศตรี อิทธิพร คณะเจริญ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๖) รองศาสตราจารย์อาทิตย์ญา รัตนอุบล | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๗) รองศาสตราจารย์ศรีรินทร์ เกรย์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๘) นาวาเอกหญิง วิชุดา วารุณประภา | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๙) พันเอก สรศักดิ์ อนันตสมบูรณ์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๐) พันเอกหญิง สิรินพรรณ ศรีกุลวงษ์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๑) นายชาติรี ฤทธิ์ทอง | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๒) นายดำรงชัย พุ่มสงวน | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |

๑.๒ ที่ประชุมคณะกรรมการได้มีมติแต่งตั้ง นางสาวศิริพร ภิญโญสิริธร

ผู้บังคับบัญชากลุ่มงานคณะกรรมการพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สำนักกรรมการ ๓ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเลขานุการ คณะกรรมการตามข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๙๑ วรรคสาม

๑.๓ วิธีการพิจารณาศึกษา

๑) การเชิญบุคคลและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่าง ๆ เพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

กระทรวงพาณิชย์

กรมพัฒนาธุรกิจการค้า

(๑) นายพูนพงษ์ นัยนาภากรณ์

ผู้อำนวยการกองส่งเสริมและ
พัฒนาธุรกิจ

กระทรวงสาธารณสุข**กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**

- | | |
|-----------------------------------|--|
| (๑) นายแพทย์ภานุวัฒน์ ปานเกตุ | รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| (๒) นายกิตติพงษ์ เกิดฤทธิ์ | ผู้อำนวยการกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ |
| (๓) นางสาวโสเมอชญา เปี่ยมวิทยาคุณ | เจ้าหน้าที่กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ |
| (๔) นายจักรวาล จันทานี | นิติกร กองกฎหมาย |
| (๕) นางสาวจุฬาลักษณ์ พงศ์อายุกุล | นักกฎหมาย |

แพทยสภา

- | | |
|---|-----------------------|
| (๑) พลอากาศตรี นายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ | รองเลขาธิการแพทยสภา |
| (๒) พลตรี อติศร วงษา | ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ |

สภาการพยาบาล

- | | |
|---|--------------------------------|
| (๑) รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ | อุปนายกสภาการพยาบาล คนที่หนึ่ง |
| (๒) ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญผล | |
| (๓) รองศาสตราจารย์ ดร. นารีรัตน์ จิตรมนตรี | |

สมาคมพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

- | | |
|-------------------------------|--------------|
| (๑) นางหอมหวล ทิพย์รอด | นายกสมาคม |
| (๒) นายภูมินันท์ รุ่งเรืองกุล | อุปนายกสมาคม |
| (๓) นางสาวศศินันท์ วาลิน | กรรมการสมาคม |

สมาคมส่งเสริมธุรกิจบริการผู้สูงอายุไทย

- | | |
|------------------------------|--------------|
| (๑) นางสาวรัชฎา พองธนกิจ | นายกสมาคม |
| (๒) นางสาวอรนันท์ อุดมภาพ | กรรมการสมาคม |
| (๓) นางสาวนันทฎกานต์ เกิดแสง | กรรมการสมาคม |

๒) การลงพื้นที่ศึกษาดูงานด้านการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนในพื้นที่ต่าง ๆ ในประเทศ อาทิ สถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ โรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย และเทศบาลตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี

๓) การประชุมทวิภาคีเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการชุมชนสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ และสวัสดิการสังคม ร่วมกับหน่วยงานและองค์กรของประเทศญี่ปุ่น และการศึกษา

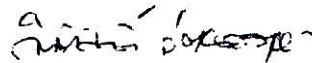
(๔)

ดูงานในประเทศญี่ปุ่น อาทิ ศูนย์สวัสดิการสังคมฮะนะซะกิมุระ (Hanasakimura) ศูนย์ Geriatric Health Services Facility, Chienowa-En (ศูนย์ประกันสุขภาพผู้สูงอายุ) และ Group Home Himawari

๔) ศึกษาและทบทวนเอกสาร ประกอบด้วย นโยบายรัฐบาล มติคณะรัฐมนตรี กฎหมาย เอกสารวิชาการ รายงานการวิจัย บทความวิชาการ ข่าวและหนังสือที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

๒. ผลการพิจารณาศึกษา

คณะอนุกรรมการกิจการผู้สูงอายุ ได้เสนอรายงานผลการพิจารณาศึกษา เรื่อง “มาตรฐานสถานรับดูแลผู้สูงอายุ” ต่อคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ และคณะกรรมการได้มีมติรับรองรายงานดังกล่าว โดยให้ถือว่าเป็นรายงานซึ่งคณะกรรมการได้พิจารณาศึกษา คณะกรรมการจึงขอเสนอรายงานผลการพิจารณาศึกษา พร้อมทั้งข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ เพื่อให้ที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติให้ความเห็นชอบกับผลการพิจารณา รวมทั้งข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ และขอได้โปรดแจ้งไปยังคณะรัฐมนตรีหรือองค์กรอิสระที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชนสืบต่อไป



(นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ)

เลขานุการคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน

สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส

สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

จากการประมาณการของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ หรือสังคมที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๒๐ ขึ้นไป และจากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุมีจำนวน ๑๑,๓๑๒,๔๔๗ คน มีผู้ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง จำนวนร้อยละ ๑๐.๘ และผู้ที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวนร้อยละ ๖๐ ผู้สูงอายุดูแลตัวเองได้ ร้อยละ ๘๗.๔ ผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในบางครั้ง ร้อยละ ๑๑.๓ และผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น (ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้) ร้อยละ ๑.๓ ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีภาวะพึ่งพิง มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางถึงค่อนข้างต่ำ รูปแบบครอบครัวเปลี่ยนแปลงเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น มีศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุลดลง ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึง บริการสาธารณสุขและบริการอื่น ๆ ของภาครัฐได้อย่างทั่วถึง ส่งผลต่อความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิต แม้ว่าในบางชุมชนมีการบริหารจัดการที่ดี เช่น มีทีมหมอครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโครงการ พัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) อาสาสมัคร ครอบครัว อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บ้านกลางผู้สูงอายุ สถานรับดูแล ผู้สูงอายุ และการจัดกิจกรรมอื่น เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนมารวมกลุ่มศึกษาหาความรู้

จากสภาพการณ์ดังกล่าวข้างต้น สถานรับดูแลผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญและความจำเป็นมากขึ้น มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สำรวจพบว่า จำนวนธุรกิจบริการผู้สูงอายุระยะยาวและ สถานพยาบาลมีจำนวน ๘๐๐ แห่ง มีเพียงจำนวน ๑๕๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๐ ได้จดทะเบียนนิติบุคคลแล้ว ซึ่งสถานรับดูแลมีลักษณะให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้และผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ทั้งในรูปแบบ การดูแลแบบไป – กลับ หรือไม่รับค้างคืน (Day Care) และการดูแลแบบรับค้างคืน (Stay Care) หน่วยงานต่าง ๆ ได้ศึกษาและจัดทำองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมที่มีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและ หลักสูตรฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังคงขาดการกำหนดมาตรฐานกลางของสถานรับดูแล กฎหมาย ควบคุมกำกับดูแลให้มีคุณภาพ และจากการศึกษาพบสภาพปัญหาของสถานรับดูแลผู้สูงอายุทั้งภาครัฐ และเอกชน เช่น การจัดสภาพแวดล้อมของอาคารและสถานที่ที่ไม่มีความเหมาะสม ขาดแคลน งบประมาณด้านต่าง ๆ เช่น การจ้างบุคลากรประจำสถานรับดูแล การปรับปรุงอาคารสถานที่เพื่อให้เข้าถึง การใช้ประโยชน์ การจัดฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และสภาพปัญหาอื่น ๆ เช่น ความไม่ก้าวหน้า ในวิชาชีพของบุคลากรประจำสถานรับดูแล ปัญหาการทำหัตถการของฝ่ายการพยาบาล และขาด หน่วยงานรับผิดชอบการขึ้นทะเบียนและกำกับดูแลสถานรับดูแลโดยตรง

จากสภาพการณ์ปัจจุบัน สถานรับดูแลผู้สูงอายุต้องมีคุณภาพและมาตรฐาน การจัดบุคลากร อาคาร สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่มีความเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ความเป็นอยู่ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ คณะกรรมการจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

๑.๑ **หน่วยงานที่รับผิดชอบและการกำกับดูแล** กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ เป็นหน่วยงานหลักมีภารกิจหน้าที่สำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพการจัดสวัสดิการ และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ ต้องดำเนินการร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำมาตรฐานสถานรับดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบเกณฑ์การประเมินและกลไกการตรวจสอบคุณภาพสถานรับดูแลผู้สูงอายุ และประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้านสาธารณสุข การพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุ รวมทั้งการสนับสนุนด้านงบประมาณให้เพียงพอ

๑.๒ **บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรด้านอื่น ๆ** การบูรณาการการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรด้านอื่น ๆ เพื่อการเข้าถึงการบริการการดูแลด้วยการสื่อสาร เทคโนโลยี อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย การส่งเสริมสนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการเพื่อประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมให้มีความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นการแบ่งเบาภาระภาครัฐในอนาคต

๑.๓ **การทำหัตถการในสถานรับดูแลผู้สูงอายุ** แพทย์สภาและสภาการพยาบาล ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรพิจารณาทบทวนการทำหัตถการทางการแพทย์และการพยาบาลต่าง ๆ ในสถานรับดูแลผู้สูงอายุ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยคำนึงถึงสภาพความจำเป็น สภาพร่างกาย ความเร่งด่วน และความปลอดภัย ตลอดจนความรู้ความชำนาญของผู้ปฏิบัติงาน

๑.๔ **การส่งเสริมการประกอบการดูแลผู้สูงอายุในภาคเอกชนและชุมชน** รัฐควรมีนโยบายส่งเสริมให้ภาคเอกชนประกอบธุรกิจสถานรับดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและมาตรฐาน รวมทั้งการส่งเสริมให้ชุมชนและสังคมจัดการดูแลผู้สูงอายุกันเองอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน เพื่อแบ่งเบาภาระภาครัฐและสร้างความยั่งยืนในอนาคต

๑.๕ **การสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาค้นคว้าวิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์** รัฐควรส่งเสริมสนับสนุนนวัตกรรมที่ทันสมัย อุปกรณ์ช่วยเหลือการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนงบประมาณการอำนวยความสะดวก และมาตรการทางภาษี เป็นต้น ให้แก่ผู้ประกอบการ ซึ่งจะช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกายและใจที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

๑.๖ **การพัฒนาหลักสูตรต่าง ๆ** หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาทบทวนพัฒนาหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น หลักสูตรอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ หลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติ หลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุ ตลอดจนหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุอื่น ๆ เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเชี่ยวชาญการดูแลและการทำหัตถการต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุ ภายใต้การ

วินิจฉัยและการวางแผนการรักษาพยาบาลของแพทย์ ซึ่งจะทำให้การดำเนินการสถานรับดูแลผู้สูงอายุ มีคุณภาพ มาตรฐาน และปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ เป็นผลดีในการสร้างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับต่าง ๆ ด้วย

๑.๗ ด้านมาตรฐานสถานรับดูแลผู้สูงอายุ รัฐต้องกำหนดมาตรฐานสถานรับดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจน ด้านอาคาร สถานที่ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง การอำนวยความสะดวก อนามัยและสิ่งแวดล้อม รายละเอียด ปรากฏตามตารางในบทที่ ๔

๒. ข้อเสนอแนะด้านกฎหมาย

๒.๑ พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์ เพื่อกำกับดูแลการดำเนินกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้เป็นไปอย่างมีมาตรฐาน ซึ่งเป็นการส่งเสริม สุขภาพของประชาชนและคุ้มครองผู้บริโภค กระทรวงสาธารณสุขจึงควรพิจารณากำหนดให้สถานรับดูแล ผู้สูงอายุเป็นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โดยอาศัยอำนาจตามความใน (๓) “กิจการอื่นตามที่กำหนด ในกฎกระทรวง” ของบทนิยาม คำว่า “สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ” ในมาตรา ๓ และการออก กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพประเภทสถานรับดูแลผู้สูงอายุ โดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๖ แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าว เพื่อการกำกับดูแลการดำเนินงานสถานรับดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ มาตรฐาน มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของสถานรับดูแล

๒.๒ ข้อเสนอแนะต่อการจัดทำร่างกฎกระทรวง เพื่อกำกับดูแลการดำเนินงานสถานรับดูแล ผู้สูงอายุ ภายใต้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ ดังนี้

๒.๒.๑ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรเป็นหน่วยงาน กำกับดูแลและออกใบอนุญาตประกอบกิจการให้แก่สถานรับดูแลผู้สูงอายุที่ได้ปฏิบัติครบตามหลักเกณฑ์ และมาตรฐานของกรมตามที่ได้กำหนดไว้ในร่างกฎกระทรวง เพื่อนำไปจดทะเบียนพาณิชย์กับกรมพัฒนา ธุรกิจการค้าต่อไป ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานมีคุณภาพ มาตรฐาน และความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

๒.๒.๒ สถานรับดูแลผู้สูงอายุควรมีคุณลักษณะและสภาพแวดล้อมที่มีความเหมาะสม เช่น ตั้งอยู่ใกล้โรงพยาบาล เส้นทางคมนาคมที่สะดวก เพื่อการส่งต่อการรักษา มีพาหนะรับ – ส่ง ผู้สูงอายุ ไปโรงพยาบาล การจัดสภาพแวดล้อม อาคาร สถานที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุและทุกคนสามารถเข้าถึง และใช้ประโยชน์ได้ มีความเหมาะสมต่อการดูแลผู้สูงอายุ และไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุและประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ โดยให้นำคู่มือการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ของหน่วยงานต่าง ๆ เป็นแนวทางในการกำหนดรายละเอียดต่อไป

๒.๒.๓ การควบคุมกำกับดูแลสถานรับดูแลผู้สูงอายุให้อยู่ภายใต้บังคับตามร่างกฎกระทรวงดังกล่าว ควรมีบทเฉพาะกาลกำหนดช่วงระยะเวลาหนึ่งเพื่อให้ผู้ประกอบการที่ได้ดำเนินธุรกิจมาก่อนที่กฎกระทรวงมีผลใช้บังคับ ได้มีการปรับปรุงให้ถูกต้องตามกฎกระทรวง

๒.๒.๔ ปัจจุบันการประกอบธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุทั้งระยะสั้น ระยะยาว ตลอดจนธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ต่างชาติให้ความสนใจการประกอบธุรกิจดังกล่าวในประเทศไทย ในหลายรูปแบบ ดำเนินการโดยคนต่างชาติและผ่านตัวแทน รวมทั้งการจัดส่งผู้สูงอายุต่างชาติมาใช้บริการธุรกิจดังกล่าวในหลายรูปแบบ ดังนั้น กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพาณิชย์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนองค์กรสมาคมที่มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เป็นต้น ควรกำหนดมาตรการควบคุมกำกับดูแลการประกอบธุรกิจดังกล่าวอย่างรอบคอบ และสนับสนุนธุรกิจที่ดำเนินการโดยผู้ประกอบการคนไทย เพื่อผลประโยชน์ของชาติในระยะยาว

๒.๒.๕ การจัดอบรมดูแลสุขภาพตามโรงแรมหรือรีสอร์ทต่าง ๆ ของเอกชน อย่างต่อเนื่องเป็นประจำ อาจมีลักษณะเป็นการดำเนินกิจการที่ขัดต่อกฎหมาย ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ควรมีวิธีการบริหารจัดการและควบคุมธุรกิจลักษณะดังกล่าว

๓. ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการ

๓.๑ ปัจจุบันอยู่ระหว่างการพิจารณาศึกษาจัดทำร่างกฎกระทรวงเพื่อกำกับดูแลการดำเนินงานสถานรับดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ รัฐควรมีมาตรการควบคุมการดำเนินงานของสถานประกอบการดังกล่าวทั้งที่ได้จดทะเบียนการค้าและไม่ได้จดทะเบียนการค้า อีกทั้งไม่ได้เป็นสมาชิกของสมาคมใดสมาคมหนึ่งที่มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ

๓.๒ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรเป็นหน่วยงานกำกับดูแลสถานรับดูแลผู้สูงอายุที่เป็นภาคธุรกิจ ภาครัฐ องค์กรการกุศล เพื่อให้การดำเนินงานมีคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงสถานะเศรษฐกิจ สังคม ชุมชน และความปลอดภัย

๓.๓ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรพิจารณากำหนดมาตรฐานการดำเนินงานโดยเฉพาะสำหรับองค์กรการกุศลที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุด้วยโอกาสโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อให้มีความเหมาะสมและสามารถดำเนินการได้อย่างยั่งยืน

๓.๔ การจัดแบ่งกลุ่มประเภทของสถานรับดูแลผู้สูงอายุควรให้มีความชัดเจนและต้องกำหนดหลักเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินงานที่แตกต่างกัน เช่น

๓.๔.๑ การกำหนดตามลักษณะระยะเวลาที่ผู้สูงอายุเข้ารับบริการ เช่น การบริการแบบไม่รับค้างคืน (Day Care) หรือการบริการแบบรับค้างคืน (Stay Care)

๓.๔.๒ การกำหนดประเภทโดยใช้สภาวะผู้สูงอายุเป็นเกณฑ์ เช่น ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ หรือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นต้น

๓.๕ การกำหนดมาตรฐานของสถานรับดูแลผู้สูงอายุกรณีผู้สูงอายุป่วยติดเตียงและผู้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้แต่ไม่ติดเตียง ควรมีมาตรฐานที่สูงกว่าสถานรับดูแลผู้สูงอายุประเภทอื่น

๓.๖ สถานรับดูแลผู้สูงอายุควรมีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพกายของผู้สูงอายุ

๓.๗ การทำหัตถการของฝ่ายการพยาบาลในสถานรับดูแลผู้สูงอายุควรได้รับการกำหนดที่ชัดเจน โดยไม่ขัดต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุ

๓.๘ รัฐควรส่งเสริมให้ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมดำเนินการสถานรับดูแลผู้สูงอายุในลักษณะกิจการเพื่อสังคม (Social Enterprise) ซึ่งไม่ใช่การดำเนินงานในลักษณะการกุศล โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุที่เป็นผู้รับบริการมีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามความเหมาะสม (Co - payment) เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีความยั่งยืน และแบ่งเบาภาระภาครัฐ

๓.๙ รัฐควรส่งเสริมผู้ประกอบการธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็ง เพื่อขับเคลื่อนธุรกิจให้สามารถแข่งขันและเจริญก้าวหน้า

๓.๑๐ กรณีชาวต่างชาติมาใช้บริการธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย รัฐควรกำหนดมาตรการต่าง ๆ ที่มีความเหมาะสม เพื่อไม่ให้กระทบต่อสิทธิประโยชน์ของคนไทย

สารบัญ

		หน้า
บทสรุปผู้บริหาร		ก – จ
บทที่ ๑	บทนำ	๑
	๑.๑ ความเป็นมาของการพิจารณาศึกษา	๑
	๑.๒ วัตถุประสงค์ของการพิจารณาศึกษา	๒
	๑.๓ ขอบเขตของการพิจารณาศึกษา	๒
	๑.๔ วิธีการพิจารณาศึกษา	๒
	๑.๕ ระยะเวลาในการศึกษา	๓
	๑.๖ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	๓
บทที่ ๒	นโยบายและการดำเนินงาน	๕
	๒.๑ กฎหมาย นโยบายและมติคณะรัฐมนตรีต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย	๕
	๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	๑๒
	๒.๓ การจัดสภาพแวดล้อมและการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร สำหรับผู้สูงอายุ	๑๕
	๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในสถานรับดูแลผู้สูงอายุ	๑๗
	๒.๕ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถาบันของประเทศไทย	๑๘
	๒.๖ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถาบันของต่างประเทศ	๒๕
บทที่ ๓	สถานรับดูแลผู้สูงอายุ	๔๕
	๓.๑ นิยาม “สถานรับดูแลผู้สูงอายุ”	๔๕
	๓.๒ การจัดแบ่งประเภทสถานรับดูแลผู้สูงอายุตามลักษณะ การให้บริการดูแลผู้สูงอายุ	๔๕
	๓.๓ การจัดอาคาร สถานที่ และสภาพแวดล้อม	๔๖
	๓.๔ ผู้ให้บริการผู้สูงอายุในสถานรับดูแลผู้สูงอายุ	๗๐
	๓.๕ การรับรองมาตรฐานของสถานรับดูแลผู้สูงอายุ	๗๕
	๓.๖ ต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุ “เทศบาลตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี”	๗๖
บทที่ ๔	บทสรุปและข้อเสนอแนะ	๗๙
	๔.๑ บทสรุป	๗๙
	๔.๒ ข้อเสนอแนะ	๘๐

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บรรณานุกรม	๙๓
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก	
ตารางที่ ๑ : ตารางแสดงมาตรฐานของคุณภาพและความปลอดภัย ที่สำคัญของสหราชอาณาจักร	(๑)
ตารางที่ ๒ : หน้าที่ของรัฐ จังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ในระบบการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น	(๓)
ตารางที่ ๓ : ประเภทการบริการดูแลพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น	(๔)
ตารางที่ ๔ : ประเภทการบริการดูแลพยาบาล	(๖)
ภาคผนวก ข	
- รายงานคณะกรรมการการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ	(๙)
- รายงานที่ปรึกษา ผู้ชำนาญการ นักวิชาการและเลขานุการประจำ คณะกรรมการการ	(๑๐)
- รายงานที่ปรึกษากิตติมศักดิ์คณะกรรมการการ	(๑๑)
- รายงานคณะอนุกรรมการการ	(๑๒)

บทที่ ๑

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ซึ่งเป็นลำดับที่ ๒ ของกลุ่มประเทศในประชาคมอาเซียน รองจากประเทศสิงคโปร์ ทั้งนี้ เนื่องมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทำให้มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้น ในขณะที่อัตราการเกิดลดลง การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีการเตรียมความพร้อมไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ที่อยู่ในวัยทำงานมีภาระในการหารายได้เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติว่าอัตราส่วนการเป็นภาระของผู้ที่อยู่ในวัยทำงานต่อวัยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๓๗ จาก ๑๐.๗ เป็น ๒๕.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ หมายถึง ประชากรวัยแรงงาน ๑๐๐ คน ต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นจาก ๑๐.๗ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๓๗ เป็น ๒๕.๓ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ปัญหาบุคลากรด้านสาธารณสุขทั้งทางปริมาณและมาตรฐาน รูปแบบครอบครัวที่เปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุมีจำนวน ๑๑,๓๑๒,๔๔๗ คน มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจำนวนร้อยละ ๑๐.๘ และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวนร้อยละ ๖๐ และจากการสำรวจเป็นระยะ ๆ พบผู้สูงอายุดูแลตัวเองได้ ร้อยละ ๘๗.๔ ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาบ้าง ร้อยละ ๑๑.๓ และผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ร้อยละ ๑.๓ ของจำนวนผู้สูงอายุไทย ประกอบกับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะพึ่งพิงและมีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางถึงค่อนข้างต่ำ เป็นผลให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขและบริการอื่น ๆ ของภาครัฐได้ อย่างไรก็ตามในบางชุมชนที่มีการบริหารจัดการที่ดี เช่น มีทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครครอบครัวและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ บ้านกลางผู้สูงอายุ อีกทั้งมีการจัดกิจกรรม เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุในชุมชนนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ การบริหารจัดการดังกล่าวประกอบไปด้วยบริบท คือ ภาวะผู้นำของผู้นำชุมชน ความสามารถบริหารจัดการงบประมาณของชุมชน ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวมาทำให้เห็นว่าผู้สูงอายุต้องการการดูแลจากสถานรับดูแลผู้สูงอายุทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนที่มีคุณภาพและมาตรฐานที่น่าเชื่อถือ

๑.๑ ความเป็นมาของการพิจารณาศึกษา

สถานรับดูแลผู้สูงอายุหรือสถานบริการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยมีดำเนินการทั้งในส่วน of ภาครัฐและภาคเอกชนในลักษณะการสงเคราะห์และเชิงพาณิชย์ในหลากหลายรูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุทั้งที่ช่วยเหลือตนเองได้หรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น การดูแลพัฒนาคุณภาพชีวิตทั่วไป

การดูแล บำบัดและฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย และการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย ในลักษณะการอยู่ในความดูแลของสถานรับดูแลผู้สูงอายุแบบชั่วคราวหรือประจำต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน เพื่อให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีความเดือดร้อน ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ครอบครัวยังไม่มีเวลาดูแลหรือขาดความชำนาญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สถานรับดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นองค์กรหนึ่งที่สำคัญที่จะสามารถช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งต้องจัดบริการและการดูแลที่มีคุณภาพและมาตรฐาน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของสถานรับดูแลผู้สูงอายุทั้งในส่วนของการจัดอาคารสถานที่ การให้บริการ และผู้ให้บริการ แต่ปัจจุบันได้พบว่าสถานรับดูแลผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยภาครัฐและภาคเอกชนยังขาดมาตรฐานกลางในการควบคุมกำกับดูแลให้มีคุณภาพ ดังนั้น หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องจึงต้องให้ความสำคัญกับการกำหนดมาตรฐานกลางและการสร้างกลไกในการควบคุมกำกับดูแลสถานรับดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และมีความปลอดภัยในชีวิต

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการพิจารณาศึกษา

๑.๒.๑ เพื่อรับทราบข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันของการดำเนินงานสถานรับดูแลผู้สูงอายุของภาครัฐและภาคเอกชน

๑.๒.๒ เพื่อให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับด้านผู้สูงอายุได้นำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและแนวทางมาตรการควบคุมกำกับดูแลมาตรฐานของสถานรับดูแลผู้สูงอายุ

๑.๓ ขอบเขตของการพิจารณาศึกษา

๑.๓.๑ ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของสถานรับดูแลผู้สูงอายุของภาครัฐและภาคเอกชน

๑.๓.๒ ศึกษาเพื่อหาแนวทางการกำหนดมาตรฐาน มาตรการและกลไกของรัฐ เพื่อควบคุมกำกับดูแลสถานรับดูแลผู้สูงอายุของภาครัฐและภาคเอกชน

๑.๔ วิธีการพิจารณาศึกษา

๑.๔.๑ ศึกษาจากข้อมูลปฐมภูมิ โดยการประชุมร่วมกับบุคคลและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่าง ๆ ประกอบการพิจารณาศึกษา

๑.๔.๒ ศึกษาจากข้อมูลปฐมภูมิ โดยการเดินทางศึกษาดูงานทั้งในประเทศและต่างประเทศ

๑.๔.๓ ศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ โดยการศึกษาและทบทวนเอกสาร ประกอบด้วย นโยบาย รัฐบาล มติคณะรัฐมนตรี กฎหมาย เอกสารวิชาการ รายงานการวิจัย บทความวิชาการ ข่าวและ หนังสือที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

๑.๕ ระยะเวลาในการศึกษา

ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนธันวาคม ๒๕๖๐

๑.๖ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑.๖.๑ ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันของสถานรับดูแลผู้สูงอายุของภาครัฐและภาคเอกชน
- ๑.๖.๒ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการกำหนดมาตรฐานของสถานรับดูแลผู้สูงอายุ
- ๑.๖.๓ แนวทางการกำหนดนโยบายและมาตรการควบคุมกำกับดูแลมาตรฐานของสถานรับดูแลผู้สูงอายุ

หน้าว่าง

บทที่ ๒

นโยบายและการดำเนินงาน

๒.๑ กฎหมาย นโยบายและมติคณะรัฐมนตรีต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย

๒.๑.๑ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐

มาตรา ๔๘ วรรคสอง บัญญัติว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ”

มาตรา ๗๑ บัญญัติว่า “รัฐพึงเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคม จัดให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม ส่งเสริมและพัฒนาก่อสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง รวมตลอดทั้งส่งเสริมและพัฒนาก่อสร้างให้ไปสู่ความเป็นเลิศและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

รัฐพึงส่งเสริมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นพลเมืองที่ดี มีคุณภาพและความสามารถสูงขึ้น

รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาสให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัด ฟื้นฟูและเยียวยาผู้ถูกระงับการดังกล่าว

ในการจัดสรรงบประมาณ รัฐพึงคำนึงถึงความจำเป็นและความต้องการที่แตกต่างกันของเพศ วัย และสภาพของบุคคล ทั้งนี้ เพื่อความเป็นธรรม”

๒.๑.๒ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖

มาตรา ๑๑ บัญญัติว่า “ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

(๑) การบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ

(๒) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

(๓) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม

(๔) การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่ม

ในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน

- (๕) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น
- (๖) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม
- (๗) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ
- (๘) การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกรุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
- (๙) การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางการ แก้ไขปัญหาครอบครัว
- (๑๐) การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง
- (๑๑) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
- (๑๒) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี
- (๑๓) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด
-”

๒.๑.๓ ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย

ปฏิญญาผู้สูงอายุไทยเป็นพันธกรณีเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ โดยในส่วนของคุ้มครองผู้สูงอายุด้านการได้รับการดูแลที่ดีได้ กำหนดชัดเจนในข้อ ๑ ข้อ ๕ และข้อ ๗ ดังนี้

ข้อ ๑ ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และผู้พิการที่สูงอายุ

ข้อ ๕ ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกัน และสามารถเข้าถึงบริการด้าน สุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแล จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ตามคตินิยม

ข้อ ๗ รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุ ผลตามเป้าหมาย

๒.๑.๔ มติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ เรื่อง การขยายระยะเวลา พำนักในราชอาณาจักรไทยสำหรับกลุ่มพำนักระยะยาว (Long Stay Visa)

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาและส่งเสริมประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หรือ Medical & Wellness Tourism ตลอดจนผลักดันให้ประเทศไทยก้าวสู่

การเป็นศูนย์กลางสุขภาพระดับโลก โดยการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการสุขภาพทุกระดับและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้ได้คุณภาพและมีมาตรฐาน ซึ่งเมื่อวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๐ พลเอก ธนะศักดิ์ ปฏิมาประกร รองนายกรัฐมนตรี และพลเรือเอก ณรงค์ พิพัฒนาศัย รองนายกรัฐมนตรี ร่วมกันเป็นประธานในพิธีแถลงข่าวเรื่อง การขยายเวลาพำนักในราชอาณาจักรไทยรวม ๙๐ วัน สำหรับผู้ป่วยและผู้ติดตาม กรณีเดินทางเข้ามารับการรักษายาบาลในกลุ่มประเทศ CLMV และสาธารณรัฐประชาชนจีน และการขยายระยะเวลาพำนักในราชอาณาจักรไทยสำหรับกลุ่มพำนักระยะยาว (Long Stay Visa) ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเพื่อดำเนินการดังกล่าวเมื่อวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ เพื่อเพิ่มศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศและส่งเสริมการท่องเที่ยวจากต่างชาติโดยมีความเกี่ยวข้องกับด้านผู้สูงอายุ ดังนี้

คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติในหลักการขยายระยะเวลาพำนักในราชอาณาจักรไทยสำหรับกลุ่มพำนักระยะยาว (Long Stay Visa) ตามที่กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) เสนอ และให้กระทรวงมหาดไทยดำเนินการออกประกาศหรือปรับปรุงกฎหมายในส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นไปตามนัยมติคณะรัฐมนตรีต่อไป

สาระสำคัญของเรื่อง

๑. ปัจจุบันพบว่าชาวต่างชาติผู้สูงอายุนิยมเดินทางเข้ามาพำนักระยะยาวในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น โดยขอรับรองการตรวจลงตราแบบ Non-Immigrant Visa รหัส O-A (Long Stay) กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา (กก.) มีข้อมูลว่าในปี ๒๕๕๗ จำนวนชาวต่างชาติที่ได้รับการอนุมัติให้อยู่ต่อในราชอาณาจักรไทย ๑๔ อันดับแรก ได้แก่ อังกฤษ สหรัฐอเมริกา สวิตเซอร์แลนด์ ญี่ปุ่น ฝรั่งเศส ออสเตรเลีย นอร์เวย์ จีน สวีเดน เนเธอร์แลนด์ อินเดีย อิตาลี แคนาดา และได้หวั่นซึ่งชาวต่างชาติกลุ่มนี้เป็นกลุ่มมีศักยภาพ และนิยมพำนักอยู่ในจังหวัดท่องเที่ยวชั้นนำของประเทศไทย ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ชลบุรี และจังหวัดแถบชายทะเลที่มีชื่อเสียง

๒. กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ได้มีมติร่วมกันในที่ประชุมคณะกรรมการการพัฒนาและส่งเสริมประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้าน Medical and Wellness Tourism ครั้งที่ ๕/๒๕๕๙ ที่จะขยายระยะเวลาพำนักในราชอาณาจักรไทยสำหรับกลุ่มพำนักระยะยาว (Long Stay Visa) จากเดิม ๑ ปี เป็น ๑๐ ปี โดยให้ดำเนินการใน ๑๔ ประเทศ ได้แก่ เดนมาร์ก นอร์เวย์ เนเธอร์แลนด์ สวีเดน ฝรั่งเศส ฟินแลนด์ อิตาลี เยอรมนี สวิตเซอร์แลนด์ ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ญี่ปุ่น แคนาดา โดยมีหลักเกณฑ์การพิจารณา สรุปได้ดังนี้

๑) อายุผู้สมัคร เป็นชาวต่างชาติที่มีอายุ ๕๐ ปี ที่ยื่นขอวีซ่าประเภทชั่วคราว (Non-immigrant) รหัส O-A (Long Stay) จากสถานกงสุลใหญ่ไทยในต่างประเทศ หรือชาวต่างชาติที่เดินทางเข้าสู่ไทยด้วยวีซ่าประเภทอื่นและเมื่อพำนักอยู่ระยะหนึ่งมีความประสงค์ที่จะเปลี่ยนประเภทการขอรับการตรวจลงตราเป็นแบบพำนักระยะยาว และอนุญาตให้พำนักในไทย ครั้งที่ ๑

ไม่เกิน ๕ ปี ในลักษณะ Multiple Entry และสามารถต่ออายุได้ ครั้งที่ ๒ ต่ออายุให้พำนักในไทย
ได้ไม่เกิน ๕ ปี ในลักษณะ Multiple Entry

๒) ค่าธรรมเนียม ๑๐,๐๐๐ บาท

๓) บัญชีเงินฝากหรือรายได้ ต้องมีเงินฝากในบัญชี ๓ ล้านบาทขึ้นไป
หรือมีรายได้ต่อเดือน ๑๐๐,๐๐๐ บาทขึ้นไป โดยการต่ออายุ ครั้งที่ ๒ จะต้องแสดงจำนวนเงินฝาก
ในบัญชีหรือรายได้ต่อเดือนเท่าเดิมกับตอนยื่นเอกสารในครั้งที่ ๑ และต้องคงบัญชีเงินฝากตามที่
แสดงไว้ในธนาคารตามกฎหมายของไทยเป็นระยะเวลา อย่างน้อย ๑ ปี นับจากวันที่ได้รับการตรวจ
ลงตรา หลังจากนั้นจึงจะถอนเงินได้ไม่เกิน ร้อยละ ๕๐ พร้อมแสดงหลักฐานการถอนเงินเพื่อใช้จ่าย
ในไทยเท่านั้น เช่น รักษาพยาบาล ซื้อคอนโดมิเนียม ยานพาหนะ และการศึกษาบุตร

๔) เอกสารรับรองสุขภาพ ต้องมีการแสดงเอกสารการประกันสุขภาพ
(Medical Insurance) ระยะเวลาคุ้มครอง ๑ ปี ซึ่งมีวงเงินคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลในกรณี
ผู้ป่วยนอกไม่ต่ำกว่า ๑,๐๐๐ ดอลลาร์สหรัฐ และในกรณีผู้ป่วยในไม่ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ ดอลลาร์สหรัฐ
ต่อ ๑ กรรมธรรม์ ต่อ ๑ ปี

๕) การรายงานตัว ทุก ๙๐ วัน ผ่านช่องทางที่สำนักงานตรวจคนเข้าเมืองกำหนด

๖) สิทธิพิเศษอื่น ๆ สามารถนำคู่สมรสตามกฎหมายมีอายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไป
มาขอ Long Stay Visa ได้ โดยยื่นเอกสารเงินฝากในประเทศและรายได้ต่อเดือนแยกกัน หากคู่สมรส
มีอายุไม่ถึง ๕๐ ปี ให้ใช้วีซ่าประเภท non-immigrant รหัส O และบุตรตามกฎหมายอายุไม่เกิน
๒๑ ปี สามารถติดตามครอบครัวมาศึกษาในประเทศไทยได้ โดยใช้วีซ่าประเภท non-immigrant
รหัส ED รวมทั้งสามารถซื้อยานพาหนะ คอนโดมิเนียมในไทย (การซื้อขายคอนโดมิเนียมจะต้อง
เป็นไปตามพระราชบัญญัติอาคารชุด พ.ศ. ๒๕๒๒) โดยเงินที่จะนำมาซื้อคอนโดมิเนียมจะต้องเป็น
เงินตราต่างประเทศที่โอนมายังธนาคารไทยและธนาคารได้ออกหนังสือรับรองการเงินให้ และทำงาน
ในลักษณะของจิตอาสาโดยไม่หวังผลตอบแทนได้ ซึ่งจะต้องดำเนินการภายใต้กฎหมายว่าด้วยการ
ทำงานของคนต่างด้าว

**๒.๑.๕ มติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ เรื่อง ร่างพระราชบัญญัติ
ผู้สูงอายุ (ฉบับที่ ..) พ.ศ.**

คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติหลักการร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ ..) พ.ศ.
ตามที่กระทรวงการคลังเสนอ ดังนี้

๑. เนื่องจากประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุมาระยะหนึ่งและกำลังจะเข้าสู่การเป็น
สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์อย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ รัฐบาลจึงมีนโยบายและมาตรการ
ที่สำคัญและจำเป็นเร่งด่วนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยให้ได้รับสวัสดิการที่จำเป็น

ซึ่งการดำเนินการตามนโยบายและมาตรการต่าง ๆ จำเป็นต้องใช้เงินจำนวนมากในระยะเวลาที่กำหนด มิเช่นนั้นจะไม่สามารถดำเนินนโยบายรัฐบาลให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม หารายได้ของกองทุนผู้สูงอายุตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุซึ่งมีอำนาจหน้าที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องดังกล่าวไม่เพียงพอต่อการดำเนินการ

๒. เพื่อดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ซึ่งจะให้ผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการที่จำเป็น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากรัฐภายใต้การบริหารจัดการด้านการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเพื่อบรรเทาภาระงบประมาณแผ่นดินในระยะยาว และลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงสมควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ เพื่อกำหนดให้กองทุนผู้สูงอายุมีอำนาจจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนจากผู้มีหน้าที่เสียภาษีสรรพสามิตในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสินค้าสุราและยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิต รวมถึงเบี่ยยังชีพที่มีผู้บริจาคเข้ากองทุนผู้สูงอายุ เพื่อให้กองทุนมีรายได้เพียงพอต่อการดำเนินการตามวัตถุประสงค์

ต่อมาในวันพฤหัสบดีที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๐ คณะรัฐมนตรีได้เสนอร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ให้สภานิติบัญญัติแห่งชาติพิจารณา ซึ่งสภานิติบัญญัติแห่งชาติได้มีมติรับหลักการแห่งร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ไว้พิจารณา โดยร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวมีหลักการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ดังต่อไปนี้

(๑) เพิ่มบทบัญญัติเรื่องการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย (เพิ่มมาตรา ๑๑ (๑๑/๑))

(๒) เพิ่มบทบัญญัติเกี่ยวกับที่มาของเงินกองทุนเพื่อให้รวมถึงเงินบำรุงกองทุนที่ได้รับจากผู้มีหน้าที่เสียภาษีสรรพสามิตในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสินค้าสุราและยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิต (เพิ่มมาตรา ๑๔ (๒/๑))

(๓) กำหนดให้เรียกเก็บเงินบำรุงกองทุนจากผู้มีหน้าที่เสียภาษีสรรพสามิตในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสินค้าสุราและยาสูบในอัตราร้อยละสองของภาษีที่เก็บจากสุราและยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิต และให้ผู้มีหน้าที่เสียภาษีดังกล่าวเป็นผู้มีหน้าที่ส่งเงินบำรุงกองทุน (เพิ่มมาตรา ๑๕/๑)

(๔) กำหนดให้กรมสรรพสามิตและกรมศุลกากรเป็นผู้ดำเนินการเรียกเก็บเงินบำรุงกองทุนเพื่อนำส่งเข้ากองทุน และในปีงบประมาณที่มีเงินบำรุงกองทุนเกินสี่พันล้านบาท ให้กรมกิจการผู้สูงอายุนำเงินบำรุงกองทุนส่วนที่เกินนั้นส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน (เพิ่มมาตรา ๑๕/๒)

(๕) กำหนดให้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติจัดสรรเงินบำรุงกองทุน และเงินที่มีผู้บริจาคเข้ากองทุนซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อจ่ายเป็นเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย สำหรับจ่ายเป็นเงินสงเคราะห์ดังกล่าว (เพิ่มมาตรา ๑๕/๓)

- (๖) กำหนดกรณีการได้รับการยกเว้น ลดหย่อน หรือคืนเงินบำรุงกองทุน (เพิ่มมาตรา ๑๕/๔)
- (๗) กำหนดให้ผู้มีหน้าที่ส่งเงินบำรุงกองทุนที่ไม่ได้ส่งเงินบำรุงกองทุนหรือส่งภายหลัง ระยะเวลาที่กำหนด หรือส่งเงินบำรุงกองทุนไม่ครบตามจำนวนที่ต้องส่งต้องเสียเงินเพิ่ม (เพิ่มมาตรา ๑๕/๕)
- (๘) เพิ่มบทกำหนดโทษ และการเปรียบเทียบคดีเพื่อให้สอดคล้องกับการแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติที่เกี่ยวข้อง (เพิ่มมาตรา ๑๕/๖ มาตรา ๑๕/๗ และมาตรา ๑๕/๘)
- (๙) แก้ไขเพิ่มเติมให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังเป็นผู้รักษาการตามกฎหมายด้วย (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๒๔)

๒.๑.๖ นโยบายประชารัฐเพื่อสังคม

พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยได้กำหนดนโยบายมาตรการต่าง ๆ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยเมื่อวันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบมาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุ ๔ มาตรการ คือ ๑) การส่งเสริมการจ้างงานผู้สูงอายุ ๒) การสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Senior Complex) ๓) สินเชื่อที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Reverse Mortgage) และ ๔) การบูรณาการระบบบำนาญบำนาญ การส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมผ่านนโยบายประชารัฐเพื่อสังคม โดยอาศัยกลไกระดับชาติและระดับท้องถิ่นที่เชื่อมโยงทุกภาคส่วนในสังคม ส่งผลให้เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการของรัฐอย่างทั่วถึง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว

นอกจากนี้ หน่วยงานต่าง ๆ ได้จัดทำบันทึกความร่วมมือการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ๑๗ หน่วยงาน ได้แก่ กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กรมการจัดหางาน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การเคหะแห่งชาติ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) กองทุนการออมแห่งชาติ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และกรมกิจการผู้สูงอายุ

๒.๑.๗ นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ รัฐบาลมีนโยบายสำคัญที่มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไม่เจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และ

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวมากเกินไป จึงได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน ๖๐๐ ล้านบาท ให้แก่ สปสช.เพื่อบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนประมาณ ๑๐๐,๐๐๐ ราย ครอบคลุมพื้นที่ของ อปท. ประมาณ ๑,๐๐๐ แห่งรวมกรุงเทพมหานคร และเพิ่มเป้าหมายเป็น ๕๐๐,๐๐๐ ราย (ร้อยละ ๕๐) ครอบคลุม ๕,๐๐๐ พื้นที่ และเพิ่มเป็น ๑ ล้านราย (ร้อยละ ๑๐๐) ครอบคลุมทุกตำบลทั่วประเทศในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ ตามลำดับ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแล ดังนี้ ๑) บริการด้านการแพทย์ เช่น บริการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล บริการเยี่ยมบ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด และอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ตามที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ สปสช. กำหนด ๒) บริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่นๆ เพื่อให้การดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวเป็นไปตามนโยบายของรัฐบาล ได้มีการลงนามบันทึกความร่วมมือของ ๔ หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และ สปสช. เพื่อสนับสนุนให้ อปท. สามารถจัดระบบการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบได้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ได้มีการจัดทำข้อตกลงการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการจัดทีมหมอครอบครัวร่วมกับ อปท. ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL index) และจำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนน Activities of Daily Living (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน ออกเป็น ๔ กลุ่ม ตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ และจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้ อปท. ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙

๒.๑.๘ การพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้แต่งตั้งคณะกรรมการบูรณาการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุใน ๓ ประเด็นหลัก ประกอบด้วย

๑) การจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ในประเด็น

(๑) การจัดทำมาตรฐานหลักสูตรอบรมผู้ดูแล ได้แก่ หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ

(๒) การจัดทำมาตรฐานผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ Care Manager และ Care Giver

(๓) การจัดทำมาตรฐานสถานดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ สถานดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน (สถานพยาบาล เนอร์ซิงโฮม ศูนย์บริการจัดส่งผู้ดูแล) และ สถานดูแลผู้สูงอายุที่ภาครัฐให้การสนับสนุน (สถานดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และ ศพอส.)

๒) การจัดทำแนวทาง กำกับ ดูแล ติดตาม ประเมินผล ตามมาตรฐานที่กำหนด และ

๓) ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติมอบหมาย เพื่อให้สอดคล้องกับรูปแบบการอยู่อาศัยของคนไทยในสภาวะปัจจุบัน

นอกจากนี้ ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษาวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๙ แต่พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการเตรียมการและจัดทำกฎหมายลำดับรองที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งพระราชบัญญัตินี้มีเจตนารมณ์เพื่อกำกับดูแลการดำเนินกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้เป็นไปอย่างมีมาตรฐาน ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและคุ้มครองผู้บริโภค เช่น กิจการสปา กิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม เป็นต้น และอาจครอบคลุมถึงกิจการสถานรับดูแลผู้สูงอายุด้วย โดยอาศัยอำนาจตามความใน (๓) ของบทนิยามคำว่า “สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ” ในมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว

๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ได้ให้คำนิยาม “ผู้สูงอายุ” คือ บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ในขณะที่ประเทศที่เจริญแล้ว ส่วนมากกำหนดให้อายุเกินกว่า ๖๕ ปีขึ้นไป หรือมากกว่านั้น เช่น ประเทศสิงคโปร์ ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ อวัยวะต่าง ๆ มีความเสื่อมตามวัยเมื่ออายุมากขึ้น การดูแลผู้สูงอายุจึงต้องให้ความสำคัญกับการทำให้สุขภาพทั้งกายและใจอยู่ในสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

พร้อมกับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ

๒.๒.๑ การจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามลักษณะความสามารถของผู้สูงอายุ

การจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในรายงานฉบับนี้ได้อ้างอิงจากคะแนนการตรวจประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นเกณฑ์ในการพิจารณากำหนดลักษณะและการแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดังกล่าว เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร รวมไปถึงการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระ บ่งบอกถึงความต้องการการดูแลและการจัดบริการช่วยเหลือดูแลที่สังคมควรจัดให้มีขึ้น เป็นต้น ซึ่งแบ่งกลุ่มได้ดังนี้

๑) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้(กลุ่มติดสังคม) ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายเท่ากับหรือมากกว่า ๑๒/๒๐ คะแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจเท่ากับหรือมากกว่า ๕/๘ คะแนน

๒) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๒ ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายอยู่ในช่วง ๕ - ๑๑/๒๐ คะแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจน้อยกว่า ๕/๘ คะแนน

๓) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๓ ผู้สูงอายุกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายอยู่ในช่วง ๐ - ๔/๒๐ คะแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจน้อยกว่า ๕/๘ คะแนน

จากการสำรวจเป็นระยะ ๆ พบผู้สูงอายุดูแลตัวเองได้ ร้อยละ ๘๗.๔ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบ้าง ร้อยละ ๑๑.๓ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่น ร้อยละ ๑.๓ ของจำนวนผู้สูงอายุไทย*

๒.๒.๒ การดูแลผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก(World Health Organization: WHO, ๒๐๐๐) กล่าวว่า “การดูแลระยะยาว (Long Term Care : LTC) ถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ของระบบสุขภาพและบริการสังคม นอกจากนี้การดูแลระยะยาวยังเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางการแพทย์และการบริการทางด้านสังคม ที่ออกแบบเพื่อช่วยผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพหรือ

* สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, เอกสารประกอบการบรรยาย, วันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๐, ณ ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ.

มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแล การบริการอาจเป็นไปได้ทั้งในระยะสั้นหรือในระยะยาวก็ได้ และอาจเป็นการให้บริการที่บ้าน ในชุมชน หรือในสถานที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐ เครือข่ายองค์กรด้าน ผู้สูงอายุ องค์กรสาธารณกุศล และภาคเอกชน ที่ได้ดำเนินการสนับสนุนและจัดระบบการดูแลสุขภาพ ร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้

๑) การดูแลโดยครอบครัว ได้แก่ ญาติหรือบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้ กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน ติดเตียง และการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กับอาสาสมัครประจำ ครอบครัว (อสค.) ซึ่งเป็นญาติ บุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน

๒) การดูแลภายในชุมชนมีดังนี้

๒.๑) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care) เป็นส่วนหนึ่งของการดูแล ในชุมชนโดยที่ผู้สูงอายุต้องการช่วยเหลือดูแลในกิจกรรมและความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น การช่วย ดูแลการทำกิจกรรมส่วนตัวในชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร หรือการปรับปรุงที่พักอาศัยเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุและเป็นการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้ให้บริการ ได้แก่ อาสาสมัคร เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) สมาชิกชมรม ผู้สูงอายุ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) เป็นต้น

๒.๒) การดูแลที่จัดโดยศูนย์เนกประสงค์ในชุมชน เช่น ศูนย์พัฒนาคุณภาพ ชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เป็นต้น ซึ่งเป็นการ ดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวันโดยไม่รับผู้สูงอายุไว้ค้างคืน หรือ แบบเข้าไปเย็นกลับ (Day Care) โดยเป็นการไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านหรือบุตรหลานพาผู้สูงอายุมาส่งที่ศูนย์ดังกล่าว

๓) การดูแลภายในสถาบัน คือ การให้ผู้สูงอายุอยู่ในความดูแลของสถานสงเคราะห์ สถานบริบาล หรือสถานพยาบาล เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น ที่ดำเนินการโดยภาครัฐ ภาคเอกชน หรือองค์กรสาธารณกุศล

ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลที่มีคุณภาพเมื่ออยู่ในความดูแลของชุมชนและสถาบัน ต่าง ๆ ซึ่งคุณภาพการดูแล (Quality of Care) หมายถึง การดูแลที่สนองความต้องการหรือมากกว่า ความต้องการของผู้รับบริการตามมุมมองที่กำหนดโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้ ผู้รับบริการครอบคลุมผู้ป่วย ครอบครัว^๖

^๖ ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ, การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในสถานดูแลระยะยาว, ๒๕๕๘, หน้า ๗.

คุณภาพการดูแล เป็นการดูแลที่คาดหวังได้ว่ามีมาตรการที่จะช่วยทำให้เกิดความอยู่ดีมีสุข (Well - Being) และความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ทั้งนี้ เป็นผลจากการประเมินอย่างละเอียดถึงผลได้ผลเสียอันเป็นผลติดตามจากการดูแลนั้น” ประกอบไปด้วย ๓ มิติ คือ

- ๑) เปรียบเทียบผลที่ได้และผลที่เสียหายหรือความเสี่ยงทางสุขภาพ
- ๒) มิติทางบุคคล: ความคาดหวัง ถึงผลผลที่ได้และผลที่เสียหาย
- ๓) มิติด้านสังคม: ค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล

คุณภาพของการบริการ หมายถึง การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของลูกค้า โดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ ประกอบด้วย^๓

- ๑) ความถูกต้องตามมาตรฐาน
- ๒) ความถูกต้องตรงตามความต้องการ
- ๓) ความคาดหวังของผู้รับบริการ

๒.๓ การจัดสภาพแวดล้อมและการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ

สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ (Age - Friendly Environment) หมายถึง สภาพแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้นโดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้สูงอายุ มีความปลอดภัยทางด้านร่างกายและสุขภาพอนามัย และมีความเหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นสภาพแวดล้อมในระดับชุมชนเมือง ระบบการขนส่งสาธารณะ อาคาร สถานที่ต่าง ๆ รวมถึงเครื่องมือและอุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่จะสนับสนุนการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระและมีศักดิ์ศรี

การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุควรให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในสภาวะแวดล้อมทั้ง ๓ ส่วน ได้แก่

๑. สภาวะแวดล้อมส่วนบุคคล (Individual Environment) ควรปรับเปลี่ยนสภาวะแวดล้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะเสื่อมถอยและสภาพปัญหาของร่างกายที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ เช่น การจัดให้มีแสงสว่างให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสายตา รวบรวมในการช่วยเดินและทรงตัว เป็นต้น

๒. สภาวะแวดล้อมทางสังคม (Social Environment) ควรจัดสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือการพบปะ

^๓ อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และคณะ, คุณภาพของระบบสุขภาพ, ๒๕๔๓.

พูดคุยกับเพื่อนและสมาชิกในครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ต้องสะดวกต่อการได้รับบริการทางสังคม เช่น การบริการดูแลสุขภาพ การบำบัดฟื้นฟู เป็นต้น

๓. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) ควรให้ความสำคัญกับความมั่นคง ปลอดภัย และการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยการจัดสภาพแวดล้อมภายในและบริเวณที่พักอาศัยและสาธารณะที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ เช่น การสร้างทางลาดที่มีความกว้างและความชันที่ได้มาตรฐานและมีความปลอดภัยให้สำหรับผู้สูงอายุที่ใช้วีลแชร์ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ๔ ด้าน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งการศึกษาลักษณะการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุจะทำให้มีประโยชน์ต่อความเข้าใจผู้สูงอายุได้อย่างถ่องแท้และสามารถจัดที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมสาธารณะได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุในสถานะต่าง ๆ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่สำคัญที่มีผลต่อการออกแบบสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ มี ๔ ประการ ได้แก่

๑. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ได้แก่ ขนาดร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เซลล์ในสมองเริ่มเสื่อม ความสามารถในการจำลดลง กล้ามเนื้อตอบสนองต่อความไวลดลง ต่อมเหงื่อเปลี่ยนแปลงทำให้ผิวหนังแห้งและแตก ระบบย่อยและระบบขับถ่ายเสื่อมลง ระบบหายใจเสื่อม มีอาการลิ้นหัวใจแข็ง

๒. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ได้แก่ การรับรู้ต่อสิ่งใหม่ได้ยาก ความรู้สึกซ้าลง การสื่อสารในรูปแบบต่าง ๆ ซ้าลง การแสดงออกทางอารมณ์มากขึ้น การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเองจะแตกต่างกันไปตามความพึงพอใจของแต่ละคน ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะที่เกิดความพึงพอใจและสนใจเท่านั้น การเจ็บป่วยร้ายแรง เกิดภาวะทุพพลภาพและพึ่งพา การสูญเสียบุคคลที่รักหรือใกล้ชิด การสูญเสียบทบาทในครอบครัว โดยจะนำไปสู่การพึ่งพาคู่คนอื่นอย่างซ้า ๆ และเกิดการถดถอยของความมั่นใจในตนเอง

๓. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ได้แก่ ความเคารพนับถือจากครอบครัวและชุมชนลดลง ทำให้รู้สึกที่ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว มีปัญหาในการปรับตัว การพยายามมีส่วนร่วมในสังคม

๔. การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การไม่มีงานประจำทำ ไม่มีรายได้ประจำหรือรายได้ลดลง ขณะที่รายจ่ายสำหรับการดูแลสุขภาพตัวเองเพิ่มมากขึ้น

๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในสถานรับดูแลผู้สูงอายุ

สถานรับดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยสามารถแบ่งการดำเนินงานได้เป็นในส่วนของภาคธุรกิจ เอกชนและภาคการสงเคราะห์ของรัฐและเอกชน แนวคิดการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุในสถานรับดูแลผู้สูงอายุจึงมีความแตกต่างกัน โดยสถานรับดูแลผู้สูงอายุดังกล่าวได้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ๓ กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้างหรือช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) และผู้สูงอายุกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง)

๒.๔.๑ แนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุในสถานรับดูแลผู้สูงอายุภาคธุรกิจ

แนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุในสถานรับดูแลผู้สูงอายุภาคธุรกิจในแต่ละที่มีปรัชญาและแนวคิดที่คล้ายคลึงกัน คือ ให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุแบบครบวงจรที่มีแพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่มีความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุอื่น ๆ เช่น นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด นักโภชนาการ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ใกล้เคียงตลอด ๒๔ ชั่วโมง โดยมีหลักการให้บริการผู้สูงอายุประจําญาติ ซึ่งนอกจากให้บริการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยให้หายแล้วยังให้ความสำคัญเรื่องคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ด้วยการเป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีของผู้สูงอายุกับครอบครัวและสังคม โดยมีการบริการทั้งแบบระยะยาว (Long Term Care) และระยะสั้น (Short Term Care) และแบบรับดูแลเฉพาะกลางวัน (Day Care) การดำเนินการรับดูแลผู้สูงอายุลักษณะดังกล่าวมีการดำเนินงานทั้งในสถานพยาบาลและเนอร์สซิงโฮม ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและอยู่ในภาวะทุพพลภาพที่ต้องการดูแลระยะยาวและต้องรับประทานยาต่อเนื่องจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๒.๔.๒ แนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุในสถานรับดูแลผู้สูงอายุภาคการสงเคราะห์ของรัฐและเอกชน

แนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุในสถานรับดูแลผู้สูงอายุภาคการสงเคราะห์ของรัฐและเอกชน เช่น สถานสงเคราะห์คนชราขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ศูนย์บริการทางสังคม วัด มูลนิธิ หรือองค์กรสาธารณกุศล มีรูปแบบการให้บริการที่แตกต่างตามความต้องการของผู้รับบริการในแต่ละพื้นที่ ซึ่งในแต่ละที่มีปรัชญาและแนวคิดการดำเนินงานที่สำคัญ คือ ให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนด้านที่อยู่อาศัย มีฐานะยากจน หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู โดยผู้สูงอายุไม่เสียค่าบริการ ให้บริการดูแลและจัดให้มีปัจจัยสี่ที่จำเป็นต่อชีวิตตามควรแก่อัตภาพ ตลอดจนจัดบริการด้านนันทนาการและสังคมสงเคราะห์อื่น ๆ ตามความจำเป็น เพื่อการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ซึ่งสถานรับดูแลผู้สูงอายุดังกล่าวมีเจ้าหน้าที่ประกอบด้วย ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์หรือผู้อำนวยการศูนย์ฯ และบุคลากรที่มีความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุอื่น ๆ เช่น พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

๒.๕ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถาบันของประเทศไทย

๒.๕.๑ การดูแลผู้สูงอายุในสถาบันโดยภาครัฐ

๑) สถานพยาบาลของรัฐ การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โดยผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า สิทธิของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ สิทธิประกันสังคม และสิทธิจากการซื้อประกันชีวิตสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามมีค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่ไม่ครอบคลุมตามสิทธิดังกล่าว ซึ่งยังเป็นภาระของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้ที่มีความยากลำบากในการดำรงชีวิตและต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสมผสานทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลได้จัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก และให้ได้รับการบริการอย่างสะดวกและรวดเร็ว นอกจากนี้โรงพยาบาลบางแห่งได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ บางจังหวัดได้สร้างโรงพยาบาลผู้สูงอายุหรือศูนย์บริบาลผู้สูงอายุ เช่น ศูนย์บริบาลผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร และศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย เป็นต้น

ทั้งนี้ ผู้ป่วยสูงอายุบางคนที่มีภาวะพึ่งพิงหรือเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังคงได้รับการรักษาพยาบาลและดูแลในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการให้บริการการดูแลระยะยาว

๒) สถานสงเคราะห์คนชราหรือศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุและศูนย์บริการทางสังคม การดำเนินงานอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย และกรุงเทพมหานคร โดยแต่ละหน่วยงานมีตัวชี้วัดและเป้าหมายตามแผนปฏิบัติการเป็นเกณฑ์การควบคุมการดำเนินงาน อนึ่ง พบว่า สถานสงเคราะห์คนชราบางแห่งผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตรการฝึกอบรมของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงศึกษาธิการ และมีเจ้าหน้าที่ไม่ครบตามกรอบอัตรากำลัง เช่น

ตำแหน่งพยาบาล เนื่องจากเป็นตำแหน่งที่ไม่มี ความเจริญก้าวหน้าในอาชีพ จึงส่งผลให้ขาดแคลนบุคลากรในตำแหน่งดังกล่าว การดำเนินงานของสถานสงเคราะห์คนชราต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติในการเข้ารับบริการของสถานสงเคราะห์ สำหรับศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุหน่วยงานต้องปฏิบัติตามระเบียบกรมกิจการผู้สูงอายุว่าด้วยการให้บริการผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ใช้บริการ ประเภทของการให้บริการ การเข้าใช้บริการในศูนย์ ข้อปฏิบัติของผู้ใช้บริการ มาตรการสำหรับผู้ใช้บริการไม่ปฏิบัติตามระเบียบ และการฟื้นฟูสภาพของผู้ใช้บริการ

การดำเนินงานของสถานสงเคราะห์คนชรา มีภารกิจด้านการจัดสวัสดิการและการสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ได้แก่ บริการด้านปัจจัยสี่ (อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค) บริการด้านการแพทย์และการรักษาพยาบาล บริการด้านกายภาพบำบัด บริการด้านอาชีพบำบัด บริการด้านสังคมสงเคราะห์ บริการด้านนันทนาการ บริการด้านศาสนกิจ บริการด้านข้อมูลข่าวสาร และบริการด้านฌาปนกิจ รวมทั้งการจัดสวัสดิการและการสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ นอกสถานสงเคราะห์ สถานสงเคราะห์คนชราที่ได้โอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมี จำนวน ๑๓ แห่ง คือ

- ๑) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณโพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา
- ๒) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณวัดม่วง จังหวัดนครราชสีมา
- ๓) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์
- ๔) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี
- ๕) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอุ้มทอง - พนังตัก จังหวัดชุมพร
- ๖) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
- ๗) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม จังหวัดนครปฐม
- ๘) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง
- ๙) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ๒ กรุงเทพมหานคร
- ๑๐) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี จังหวัดลพบุรี
- ๑๑) สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อบุเป็นอุปถัมภ์)
จังหวัดนครปฐม
- ๑๒) สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อลำไยอุปถัมภ์)
จังหวัดกาญจนบุรี
- ๑๓) สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่

การดำเนินงานของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุภายใต้การกำกับดูแลของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีภารกิจ ๖ ด้าน ได้แก่

๑) ศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแบบสถาบัน (Social Welfare Services for Older Persons under Institutional Care Center) ให้บริการที่พักอาศัยในรูปแบบสถานสงเคราะห์ โดยผู้สูงอายุที่จะเข้ามาอยู่อาศัยในศูนย์ต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนด เช่น ไม่พิการทุพพลภาพหรือจิตฟั่นเฟือน ประสบปัญหาความเดือดร้อน ฐานะยากจน ไม่มีที่อยู่อาศัย และขาดผู้อุปการะดูแล เป็นต้น โดยให้บริการปัจจัยสี่ บริการทางการแพทย์และอนามัย บริการด้านกายภาพบำบัด บริการด้านอาชีพบำบัด บริการด้านสังคมสงเคราะห์ บริการด้านจิตวิทยา บริการนันทนาการ และบริการด้านฌาปนกิจ

๒) ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนา (Training Center)

๓) ศูนย์การเรียนรู้ (Learning Center)

๔) ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (Data Center)

๕) ศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในชุมชน (Social Welfare Services for Older Persons Within Communities Center)

๖) ศูนย์บริการให้คำแนะนำปรึกษาและส่งต่อ (Counseling Center)

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุมีจำนวน ๑๒ แห่ง คือ

๑) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

๒) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง

๓) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์เชียงใหม่

๔) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักซิณ จังหวัดยะลา

๕) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

๖) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต

๗) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

๘) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

๙) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนครพนม จังหวัดนครพนม

๑๐) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง

๑๑) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดสงขลา

๑๒) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี

การดำเนินงานศูนย์บริการทางสังคม เช่น ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง กรุงเทพมหานคร และศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุศรีสุคต องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิษณุโลก เป็นต้น มีภารกิจให้บริการแก่ผู้สูงอายุทั่วไป เป็นการบริการทางสังคมเชิงรุก โดยให้บริการแบบไป - กลับ ซึ่งผู้สูงอายุที่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมต้องสมัครเป็นสมาชิกของศูนย์ และการให้บริการผู้สูงอายุ

บ้านพักฉุกเฉิน เป็นบริการเลี้ยงดูผู้สูงอายุชาย - หญิง เพื่อให้ความช่วยเหลือหรือให้การสงเคราะห์ ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนเฉพาะหน้า ไม่มีที่พักอาศัย ขาดคนเลี้ยงดู พลัดหลง เร่ร่อน หรือถูกนำส่งมาจากหน่วยงานต่างๆ เช่น โรงพยาบาล สถานีตำรวจ หน่วยงานภาครัฐหรือเอกชน เพื่อติดตามหาญาติ หรือส่งต่อในสถานสงเคราะห์คนชราหากไม่มีญาติ ซึ่งผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการด้าน ปัจจัยสี่ การพยาบาล สุขภาพอนามัย กายภาพบำบัด รวมทั้งสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้สูงอายุ ภายนอกที่มาใช้บริการ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด ที่พักอาศัยชั่วคราวได้ครั้งละ ๑๕ วัน และอยู่ภายใต้ระเบียบการเข้าพักอาศัยของศูนย์บริการผู้สูงอายุ

๒.๕.๒ การดูแลผู้สูงอายุในสถาบันโดยภาคเอกชน

๑) สถานพยาบาลเอกชน สถานประกอบการเอกชนที่ให้บริการเน้นการดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาและทุพพลภาพช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และต้องการบริการพยาบาลและยาเป็นประจำ จะจัดเป็น “สถานพยาบาล” ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๗ และเป็นไปตามกฎกระทรวงว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชน เป็นไปตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า สิทธิของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ สิทธิประกันสังคม และสิทธิจากการซื้อประกันชีวิตสุขภาพ ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากที่เบิกได้นั้น ผู้ป่วยและครอบครัวต้องรับผิดชอบเอง

๒) สถานบริบาล (Nursing Home) หมายถึง สถานที่ให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วย ที่มีอาการป่วยไม่มากที่จะต้องรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลแต่ไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้ และเป็นสถานที่ให้บริการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ ๒๔ ชั่วโมงต่อวัน หรือให้บริการกำกับดูแล ในด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหารและการช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บางอย่างแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางหรือมีโรคเรื้อรัง มีความพิการทางด้านร่างกาย หรือทางด้านการรับรู้และเขavnปัญญา (สมองเสื่อม) หรือพิการทั้งสองอย่าง โดยหากมีความเจ็บป่วยจะบริการ นำส่งต่อแผนกคนไข้ของโรงพยาบาลใกล้เคียงเพื่อรับการรักษาพยาบาลต่อไป โดยอาจมีบริการเสริมอื่น ๆ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมพิเศษที่ช่วยส่งเสริมให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพทั้งร่างกาย และจิตใจ ซึ่งผู้ประกอบการต้องจดทะเบียนการค้ากับกระทรวงพาณิชย์ แต่ไม่มีกฎหมายควบคุม กำกับดูแลการประกอบกิจการรับดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว ในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่า การให้บริการ ธุรกิจดังกล่าวหลายแห่งไม่ได้จดทะเบียนการค้าให้ถูกต้อง ซึ่งสมาคมส่งเสริมธุรกิจบริการผู้สูงอายุไทย มีสมาชิกศูนย์ดูแลผู้สูงอายุจำนวนกว่า ๑๐๐ แห่ง และข้อมูลจากกรมพัฒนาธุรกิจการค้าพบว่า มีธุรกิจรับดูแลผู้สูงอายุขนาดย่อม (SMEs) กว่า ๑,๐๐๐ แห่ง สถานประกอบการดังกล่าวมีบุคลากรประจำที่ดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญ คือ พยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด และ

นักโภชนาการ ซึ่งสถานประกอบการบางแห่งไม่มีบุคลากรดังกล่าวครบทุกตำแหน่งเพื่อดูแลผู้สูงอายุ และการควบคุมการทำหัตถกรรม

๓) สถานดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Senior Complex) จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในปัจจุบันการดูแลรักษาพยาบาลและธุรกิจที่เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาและเติบโตอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานภาครัฐ และ ภาคธุรกิจเอกชน ได้เปิดโครงการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Senior Complex) เป็นแหล่งพบปะ ชุมนุม เป็นชุมชนทางสังคม และที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ โดยจัดโซนให้บริการ ดังนี้

๓.๑) สถานดูแลรักษาพยาบาลบ้านปลายชีวิต (Hospice Care) เพื่อผู้สูงอายุที่ติดเตียง ที่นับวันจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ได้รับการดูแลที่ใกล้ชิด มีคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่เหมาะสม ก่อนลาจากโลกนี้ไป

๓.๒) อาคารพักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Senior Housing) อาคารที่อยู่อาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

๓.๓) สถานบริบาล (Nursing Home) สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการบริบาลภายนอกโรงพยาบาลดังกล่าวแล้ว

๓.๔) แหล่งชุมนุม สโมสร สถานที่ออกกำลังกาย สถานที่จัดกิจกรรม เป็นต้น

๔) มูลนิธิหรือองค์การสาธารณกุศลที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ได้ให้การช่วยเหลือสงเคราะห์ด้านที่อยู่อาศัยและการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านที่อยู่อาศัยขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู พลัดหลง เร่ร่อนหรือถูกนำส่งมาจากหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งเป็นการให้บริการโดยไม่เก็บค่าใช้จ่ายจากผู้สูงอายุ การดำเนินงานบางแห่งได้รับความร่วมมือสนับสนุนจากอาสาสมัครที่มีจิตบริการให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งมูลนิธิ องค์การสาธารณกุศลและวัด เป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร การดำเนินงานอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานที่อนุญาตให้ก่อตั้งองค์กรดังกล่าว เพื่อให้การดำเนินงานขององค์กรเป็นไปตามวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กร เช่น การจดทะเบียนจัดตั้งมูลนิธิให้จดทะเบียนต่อนายทะเบียนท้องที่ หรือผู้ว่าราชการจังหวัดหรือปลัดกระทรวงมหาดไทย และการตั้งวัดต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ขั้นตอนและวิธีการ ที่กำหนดในกฎกระทรวง ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๐๗) ออกตามความในพระราชบัญญัติคณะสงฆ์ พ.ศ. ๒๕๐๕ เป็นต้น แต่ไม่มีกฎหมายควบคุมกำกับกับการดำเนินงานขององค์กรดังกล่าวในด้านคุณภาพและมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลขององค์กร ทั้งด้านอาคารสถานที่ การให้บริการดูแลและโภชนาการที่มีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและจากการศึกษาดูงานพบว่า บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุขององค์กรแต่ละแห่งมีความแตกต่างกัน โดยบางแห่งมีบุคลากรดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุและมีการดูแลที่เป็น

ระบบ แต่บางแห่งบุคลากรไม่ได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม และพบปัญหาความไม่เพียงพอของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่จะดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ



การให้บริการกายภาพบำบัดผู้สูงอายุ
ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค



เรือนหญิงชราพึ่งพา
ในสถานสงเคราะห์หญิงชรา บ้านสุทธาวาส

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่ามีกฎหมายกำหนดมาตรฐานการบริการผู้สูงอายุในสถานบริบาล มูลนิธิ วัด หรือองค์การสาธารณกุศล จึงไม่มีการรับรองมาตรฐานของสถานรับดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว จากรายละเอียดเกี่ยวกับการให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาลเอกชนและสถานบริบาล พบว่ามีรูปแบบการบริการที่หลากหลายและการพัฒนาการที่รวดเร็ว เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค โดยสถานบริบาลส่วนใหญ่เป็นการให้บริการในเขตกรุงเทพมหานครมากกว่าต่างจังหวัด และลักษณะการให้บริการเน้นการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการดูแลในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ และจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ที่ได้มีการสัมภาษณ์ผู้ดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวน ๙๑๓,๘๖๔ คน พบว่า ผู้ดูแลไม่เคยได้รับการฝึกอบรม จำนวน ๘๓๒,๙๒๕ คน และเคยได้รับการอบรมอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ จำนวน ๘๐,๙๓๙ คน



ห้องกิจกรรมกายภาพบำบัด
ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ๒



ห้องพักรักษาตัวสำหรับผู้สูงอายุแบบรวม
ในศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย



คณะกรรมการการศึกษาดูงานกิจกรรม
โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งใหญ่
อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร



คณะกรรมการการศึกษาดูงานกิจกรรม
โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพู่
อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี



คณะกรรมการการพบปะสนทนากับผู้สูงอายุที่พิการอาศัย
ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาระสาม
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา



คณะกรรมการการพบปะสนทนากับผู้สูงอายุที่พิการอาศัย
ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม



ศึกษาดูงานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุต้นแบบจังหวัดนครพนม
ภายใต้การบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนตามนโยบายประชารัฐเพื่อสังคม

๒.๖ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถาบันของต่างประเทศ

๒.๖.๑ สหราชอาณาจักร^๔

การดูแลระยะยาวและการประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจะมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมาย ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แก่ ผู้ที่อายุ ๕๐ ปีขึ้นไปและผู้ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มระยะเปลี่ยนผ่านในช่วงอายุประมาณ ๗๐ - ๘๐ ปี และกลุ่มวัยเปราะบาง ได้แก่ กลุ่มวัยสูงวัยตอนปลาย ระบบบริการสุขภาพมี ๓ ระดับ คือ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมีเวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner : GP) เป็นผู้ให้บริการด่านแรกของระบบ การบริการมีทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชนและระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนกลับไปในชุมชน นอกจากนี้ยังมีบริการสุขภาพในชุมชนโดยบุคลากรอื่น เช่น นักกายภาพ นักอาชีวบำบัด โภชนากรและเภสัชชุมชน สำหรับการบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ Social Services Department จะรับผิดชอบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ วางแผนดูแล เสนอ และจัดซื้อชุดบริการ รวมทั้งติดตามประเมินเพื่อให้ได้รับบริการที่เหมาะสมด้วย

ผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับการดูแลระยะยาวในสถานบริบาล (Nursing Home) จะต้องผ่านการประเมินความจำเป็น (Means - Test) เป็นการประเมินรายได้และบ้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมาคิดเป็นมูลค่าเพื่อประกอบการพิจารณา

การบริการในสถานบริการที่มีอยู่ในสหราชอาณาจักร เช่น

๑) โรงพยาบาล เป็นการรักษาพยาบาลทั่วไปและบริการดูแลระยะยกลาง (Intermediate Care) สำหรับผู้สูงอายุ เป็นการฟื้นฟูสภาพ การแนะนำและให้ความรู้

๒) สถานบริบาล (Nursing Home) เป็นสถานที่ให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการป่วยไม่มากถึงขนาดที่จะต้องรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลแต่ก็ไม่สามารถจะอยู่ที่บ้านได้เหมาะสำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลทางการแพทย์ตลอดเวลา และมีบทบาทในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อกลับไปอยู่ที่บ้านด้วย

๓) สถานดูแลระยะสั้น (Respite Care) ให้บริการรับผู้สูงอายุไว้ในความดูแลระยะสั้น เพื่อให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีเวลาพักและมีเวลาเป็นส่วนตัว ทั้งนี้ก็เพื่อเป็นการลดภาวะเครียดในผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านเป็นระยะเวลานาน ๆ

^๔ ศิริพันธ์ สาสัตย์ และคณะ, การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในสถานดูแลระยะยาว, ๒๕๕๘, หน้า ๕๐ - ๗๖.

๔) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Care) เป็นสถานสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะใกล้วาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยดูแลเพื่อลดอาการเจ็บปวด หรืออาการอื่น ๆ เปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัว และเพื่อน ๆ เป้าหมายในการดูแลก็คือ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

๕) บ้านพักคนชรา (Residential Home) ให้บริการช่วยเหลือในด้านการดูแลส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำแต่งตัว นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการดูแลหากมีภาวะเจ็บป่วยในระยะสั้น ๆ

การเข้าถึงการดูแลภายในระบบ (Access to Care Within System)

การเข้าถึงการดูแลบริการทางสังคม องค์กรปกครองระดับท้องถิ่นจะทำหน้าที่ในการประเมินความต้องการการบริการตามกรอบสิทธิที่ควรได้รับและประสานงานกับผู้จัดการในการดูแล (Care Manager) ในการจัดชุดบริการการดูแล (Care Package) ที่จำเพาะสำหรับแต่ละบุคคล เกณฑ์การประเมินตามกรอบสิทธิ (Fair Access to Care Eligibility Bands) แบ่งออกเป็น ๔ ระดับตามความรุนแรง ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับรุนแรง ระดับวิกฤต ดังนี้

๑) ระดับต่ำ (Low) ได้แก่ ผู้ที่

- มีแนวโน้มหรือไม่สามารถดูแลสุขภาพส่วนบุคคลหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ในระดับเล็กน้อย
- มีแนวโน้มหรือไม่สามารถมีส่วนร่วมในการทำงาน การศึกษาหรือการเรียนได้ในระดับเล็กน้อย
- ระบบสนับสนุนทางสังคมและระบบที่เกี่ยวข้อง หนึ่งหรือสองระบบที่ไม่สามารถให้การดูแลได้
- ครอบครัวและสังคมที่รับผิดชอบจำนวนเล็กน้อยไม่สามารถให้การดูแลได้

๒) ระดับปานกลาง (Moderate) ได้แก่ ผู้ที่

- มีภาวะหรือมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถดูแลสุขภาพส่วนบุคคลหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในตนเองได้บางส่วน
- มีแนวโน้มหรือไม่สามารถมีส่วนร่วมในการทำงาน การศึกษาหรือการเรียนได้ หรือมีได้เพียงครั้งคราว
- ระบบสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและเกี่ยวข้องหลายระบบไม่สามารถให้การดูแลได้
- ครอบครัวและสังคมที่รับผิดชอบหลายหน่วยที่ไม่สามารถให้การดูแลได้

๓) ระดับรุนแรง (Substantial) ได้แก่ ผู้ที่

- สามารถดูแลสิ่งแวดล้อมได้เพียงบางส่วน
- ถูกทารุณกรรมหรือถูกละทิ้ง หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น

- ไม่สามารถดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในสิ่งที่สำคัญ ๆ ของตนเองได้
- มีแนวโน้มหรือไม่สามารถมีส่วนร่วมในการทำงาน การศึกษาหรือการเรียนได้ หรือมีได้น้อยมาก
- ระบบสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและเกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีน้อยมากในการให้การดูแลได้

- ครอบครัวและสังคมที่รับผิดชอบในส่วนใหญ่ไม่สามารถให้การดูแลได้

๔) ระดับวิกฤต (Critical) ได้แก่ ผู้ที่

- ชีวิตถูกคุกคาม หรือมีแนวโน้มที่จะถูกคุกคาม
- มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงหรือมีแนวโน้มที่โรคจะมีความก้าวหน้าของโรคมมากขึ้น
- ไม่มีความสามารถหรือมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถดูแลสิ่งแวดล้อมได้เลย
- มีแนวโน้มหรือถูกทารุณกรรมหรือละทิ้งอย่างรุนแรง
- ไม่สามารถดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของตนเองหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย
- ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการทำงาน ศึกษา เรียนรู้ได้เลย
- ไม่มีระบบสนับสนุนทางสังคมใดเลย
- ครอบครัวและสังคมที่รับผิดชอบทั้งหมดไม่สามารถให้การดูแลได้

การจัดองค์กรการดูแล

๑) รัฐบาลกลางมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายทางสุขภาพและบริการทางสังคม โดยการกระจายอำนาจไปสู่ระบบดูแลสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) และส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพระดับท้องถิ่นและรัฐบาลกลางมีหน้าที่ในการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายในการบริการจากเงินภาษีที่ได้รับ

๒) องค์กรปกครองระดับท้องถิ่น (Local Authorities) มีบทบาทในการเข้าไปประเมินความต้องการในการดูแลของผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของตน จัดบริการการดูแลและให้เงินสนับสนุนแก่ผู้ที่มีสิทธิ์ที่ควรจะได้รับตามเกณฑ์การประเมิน ๔ ระดับ คือระดับต่ำถึงระดับวิกฤตดังกล่าวข้างต้น

๓) องค์กรปกครองระดับท้องถิ่น มีเอกสิทธิ์ในการจัดซื้อและใช้จ่ายงบประมาณโดยอิสระ นอกจากเงินที่ได้รับจากรัฐบาลกลางแล้วยังมีรายได้ส่วนหนึ่งที่เกิดจากการเก็บภาษีระดับท้องถิ่นอีกด้วย องค์กรปกครองระดับท้องถิ่นในแต่ละแห่งจึงสามารถตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณในส่วนต่าง ๆ ไปสู่การบริการอื่น ๆ เช่น เพื่อการศึกษา สังคม และการวางแผนงานต่าง ๆ ซึ่งมีการบริการในการดูแลวัยผู้ใหญ่ (Adult Social Care) เช่น บริการที่อยู่สำหรับผู้มีภาวะพึ่งพา การทำ

กายภาพบำบัด จัดตารางเวลาในการประเมินสุขภาพ จัดตารางเวลา ชุดสิทธิประโยชน์การดูแล (Care Package) และการสนับสนุนผู้ดูแล

ในบางครั้งองค์กรปกครองระดับท้องถิ่นร่วมมือกับองค์กรอื่น ทั้งภาครัฐ เอกชนและผู้สูงอายุ เพื่อร่วมในการประเมินการดูแลประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของตนเอง โดยเจรจาตกลงกัน เรื่องค่าใช้จ่ายนอกจากนี้ยังมีการเก็บค่าธรรมเนียมในการบริการสำหรับผู้รับบริการที่ไม่ได้อาศัยในพื้นที่ของตนเองตามเกณฑ์ที่รัฐบาลกลางกำหนด

การสนับสนุนการบริการที่มีอยู่ที่เป็นทางการ/ไม่เป็นทางการ

๑) การดูแลอย่างเป็นทางการในสหราชอาณาจักร บริการทางสุขภาพถูกจัดเตรียมโดยระบบการดูแลสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ซึ่งเป็นการให้บริการฟรี (ผู้สูงอายุจะได้รับการยกเว้นการชำระค่ายา การดูแลสุขภาพตา ทันตกรรม) บริการของระบบสุขภาพ ได้แก่ การดูแลแบบแพทย์ประจำครอบครัว (Family Doctors) การให้บริการในระยะฉุกเฉิน (Acute Care) การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) เพื่อเตรียมความพร้อมในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลก่อนการกลับไปอยู่บ้าน บริการทางสาธารณสุขและการป้องกัน เช่น การบริการตรวจ คัดกรอง และการดูแลระยะยาว บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นความรับผิดชอบขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น (Local Authorities) เช่น การจัดเตรียมบริการที่พักอาศัย (housing services) ประกอบด้วย Sheltered Housing คือ แฟลตขนาดเล็กในกลุ่มที่พัฒนาซึ่งมีผู้คอยควบคุม บริการบ้านพักพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้คอยควบคุม โครงการชุมชนต่าง ๆ และบริการการดูแลระยะยาวอีกมากมาย

๒) การดูแลที่ไม่เป็นทางการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาหรือภาวะไร้ความสามารถในประเทศอังกฤษมากกว่า ๑.๘ ล้านคน ได้รับการดูแลในรูปแบบการดูแลที่ไม่เป็นทางการจากบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตรหรือคู่สมรส ดังนั้น นโยบายในสหราชอาณาจักรใหม่ ในประเทศอังกฤษเน้นไปที่รูปแบบการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ โดยเน้นให้สังคมในอนาคตตระหนักว่าการดูแลระยะยาวเป็นส่วนหนึ่งในความรับผิดชอบของสังคมให้เกิดการทดแทนรูปแบบการดูแลแบบทางการด้วยการดูแลที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งจะต้องมีการเตรียมพร้อมผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการให้เพียงพอและเหมาะสมต่อไป

อัตราบุคลากร

จำนวนบุคลากรเป็นตัวที่สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้อยู่อาศัย ในนั้นว่ามีภาวะพึ่งพามากน้อยเพียงใด อัตราส่วนของบุคลากรต้องกำหนดตามความต้องการดูแลตามคำแนะนำของกระทรวงสุขภาพ (Department of Health) จำนวนบุคลากรต้องมีความเหมาะสมตามความต้องการการดูแลและของขนาดของการให้บริการ ดังนี้

๑) จำนวนบุคลากรควรจะมีมากที่สุดในช่วงที่ทำการระหว่างวัน

๒) ในช่วงเวลากลางวันต้องมีจำนวนบุคลากรที่อยู่เวรให้เพียงพอต่อความต้องการในการดูแลของผู้ที่อยู่อาศัย และควรมีพยาบาลวิชาชีพ (Registered Nurse) อยู่ด้วย

๓) บุคลากรที่ให้การดูแลสุขวิทยาต้องมีอายุอย่างน้อย ๑๘ ปี และบุคลากรที่ทำหน้าที่รับผิดชอบเป็นหัวหน้าต้องมีอายุอย่างน้อย ๒๑ ปี

เนื่องจากสถานบริการ (Nursing Home) ซึ่งเป็นสถานที่ให้บริการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์พยาบาล ๒๔ ชั่วโมงต่อวัน ที่ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะเปราะบางหรือมีโรคเรื้อรัง พิการทางด้านร่างกาย หรือทางด้านการรับรู้ด้านเขavnปัญญา (สมองเสื่อม) หรือพิการทั้งสองอย่าง ในประเทศอังกฤษจะกำหนดอัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล (Nursing Staff) ที่ให้การดูแลโดยตรง (Direct Care) ที่รวมถึงพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยดูแลด้านสุขภาพ โดยยึดหลัก Skill Mix ต่อผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล คือ

เวรเช้า ๑ : ๕ เวรบ่าย ๑ : ๖ - ๗ และ เวรดึก ๑ : ๑๐

จะสังเกตว่าในเวรบ่ายและดึกจะเพิ่มสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลมากขึ้นดูแล

ทักษะและประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร

บุคลากรจะต้องมีทักษะที่ดี สามารถให้การดูแลโดยใช้ทักษะผสมผสานเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตามความต้องการเหล่านั้น เป้าหมายหลัก คือผู้ใช้บริการที่อยู่ในความรับผิดชอบต้องปลอดภัยตลอดเวลา โดยต้องมีบุคลากรที่ได้รับการอบรมในอัตราส่วนอย่างน้อยร้อยละ ๕๐ ทั้งนี้ ไม่นับรวมผู้จัดการที่ขึ้นทะเบียน (Registered Manager) ผู้จัดการดูแล (Care Manager) และพยาบาลวิชาชีพ กระบวนการรับสมัครและการสรรหาบุคลากรจะเป็นไปอย่างเสมอภาค และมีแนวทางการดำเนินการและการตรวจสอบคุณสมบัติบุคลากรอย่างเคร่งครัดตามนโยบายขององค์กร โดยบุคลากรที่เข้ามาจะได้รับการอบรมพื้นฐานที่มีมาตรฐานตามองค์กรการอบรมระดับชาติ

๑) คุณลักษณะและสมรรถนะของผู้ให้บริการผู้สูงอายุในสถานบริการ

ที่ผ่านมาผู้ช่วยดูแลด้านสุขภาพ (Health Care Assistant) ส่วนใหญ่ถูกมองว่าเป็นผู้ที่ไม่ผ่านการฝึกอบรมได้รับค่าจ้างต่ำและหาผู้ที่จะมาทำงานด้านนี้ค่อนข้างยาก จากการศึกษาพบว่า ถึงแม้มีการอบรมผู้ช่วยดูแลทั่วประเทศแต่ปรากฏว่ายังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ บางสถานบริการเปิดอบรมเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเลย แต่บางสถานบริการถือว่าเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการให้บริการยังพบว่ายังมีช่องว่างในการฝึกอบรม เนื่องจากผู้ช่วยดูแลบางรายไม่ผ่านการอบรมในทุกหัวข้อที่กำหนด เช่น ความปลอดภัยขณะเกิดไฟไหม้ การเคลื่อนย้ายหรือการจัดการสิ่งสำคัญอื่น ๆ ยังมีข้อมูลที่ไม่ชัดเจนเรื่องค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม เกือบทุกสถานบริการเชื่อว่าการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่มีผลดีต่อคุณภาพการดูแลที่ให้และมากกว่า ๓ ใน ๔ ของสถานบริการรู้สึกว่ประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่มากไปกว่านั้น คือ เป็นการเพิ่มขวัญและกำลังใจให้เจ้าหน้าที่

ด้วยตระหนักถึงคุณภาพการดูแลในสถานบริการผู้สูงอายุ จึงนำไปสู่การเรียกร้องให้มีการฝึกอบรมผู้ช่วยดูแลและการออกประกาศนียบัตร (Qualification) ในระดับที่สูงขึ้นอยู่เสมอ ๆ ต่อมารัฐบาลได้ตั้งหน่วยงานฝึกอบรมสำหรับการบริการด้านสังคมที่เป็นส่วนบุคคล (Training Organisation for Personal Social Service: TOPSS) และได้แนะนำสภาการดูแลด้านสังคมทั่วไป (General Social Care Council: GSCC) ซึ่งต่อมาเป็นผู้ที่ให้การดูแลด้านฝึกอบรมและการให้ประกาศนียบัตรให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแล (Care Staff) นอกจากนี้ คณะกรรมการมาตรฐานการดูแลแห่งชาติ (National Care Standards Commission: NCSC) ทำงานไปพร้อม ๆ กับ GSCC ในการเพิ่มมาตรฐานให้สูงขึ้น นอกจากนี้กฎหมายมาตรฐานการดูแล (Care Standard Act. ๒๐๐๐) ยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของคุณวุฒิของทั้งพยาบาลและผู้ช่วยดูแล เนื่องจากการเตรียมความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับมาตรฐานในการพยาบาล และควรให้ความสนใจกับทัศนคติ การให้คุณค่า การศึกษาและการฝึกอบรม การกำกับดูแล ความเป็นผู้นำ และการจัดการ และพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงที่อุทิศตนที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเตรียมความรู้ของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมความมีศักดิ์ศรีของผู้พักอาศัย ซึ่งความมีศักดิ์ศรีในตนเองเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลแบบต่อเนื่อง มีหลายการศึกษาพบว่า ความรู้ที่มากกว่าตนเองมีความสามารถ มีศักดิ์ศรี และมีความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การมีประสบการณ์ของการมีชีวิตที่ดี (Good Life)

๒) สมรรถนะของผู้ช่วยดูแล

สมรรถนะของผู้ช่วยดูแลทางด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น ๗ หัวข้อใหญ่ ๆ ได้แก่

๒.๑) การแนะนำเบื้องต้น (Orientation) ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของผู้ช่วยดูแลทางด้านสุขภาพ เช่น ลักษณะของงาน บทบาทและหน้าที่ การขอวันหยุดและการรายงานความเจ็บป่วยของตนเอง เครื่องแบบ ขั้นตอนการร้องเรียน นโยบายในแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ผู้ที่ให้การดูแลเรื่องสุขภาพและความปลอดภัย สถานที่เก็บหนังสือรายงานอุบัติเหตุ การรักษาความปลอดภัยให้กับตนเอง การรายงานการซ่อมบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ เป็นต้น

๒.๒) สุขภาพและความปลอดภัย (Health and Safety) ผู้ช่วยดูแลจะต้องมีเอกสารเกี่ยวกับนโยบายในการปฏิบัติเพื่อควบคุมการติดเชื้อ และระบุปัจจัยเสี่ยงในสิ่งแวดล้อม

๒.๓) การควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control) ผู้ช่วยดูแลจะต้องทราบวิธีการล้างมืออย่างถูกต้อง สามารถระบุและอธิบายกับพี่เรื่องในเรื่องการเตรียมความสะอาด น้ำยาฆ่าเชื้อ และเทคนิคการป้องกันการติดเชื้อ มีความเข้าใจในวิธีการจัดการกับเลือด หรือสิ่งคัดหลั่งจากร่างกาย และแสดงให้เห็นว่ามีความรู้ในเรื่องการจัดการกับตัวอย่าง รวมถึงการติดป้ายชื่อ การเก็บและการส่งตัวอย่างไปยังห้องปฏิบัติการ

๒.๔) การฝึกการป้องกันไฟไหม้ (Fire Training) ผู้ช่วยดูแลจะต้องแสดงให้เห็นว่ามีความรู้ในการป้องกันไฟไหม้และวิธีปฏิบัติเมื่อมีไฟไหม้เกิดขึ้นในพื้นที่รับผิดชอบ ทราบสถานที่ให้สัญญาณไฟฟ้า การปิดวาล์วแก๊สและอุปกรณ์ฉุกเฉิน และมีความเข้าใจในความถี่ของการฝึกอบรมซ้ำเรื่องไฟไหม้

๒.๕) การทำงานในสถานบริการปฐมภูมิ (Working in Primary Care) โดยมีความเข้าใจและยินยอมลงชื่อการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ

๒.๖) ตำแหน่งใหม่และหน้าที่รับผิดชอบ (The New Post & Responsibilities) สามารถอธิบายการกระทำในการช่วยเหลือแพทย์หรือพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่แพ้ยารุนแรง สามารถระบุอุปกรณ์ในที่ทำงานได้ทราบวิธีการทดสอบมาตรฐานของเครื่อง รวมทั้งการบำรุงรักษาอุปกรณ์ เช่น เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความดันโลหิตและเครื่องมืออุปกรณ์ไร้เชื่อนอกจากนี้จะต้องรู้จักขั้นตอนการปฏิบัติในการสั่งยาและวัคซีนที่ถูกต้อง รวมทั้งสามารถอธิบายวิธีที่จะปกป้องความลับของผู้ป่วย

๒.๗) การพัฒนาวิชาชีพ (Professional Development) ทราบวิธีการสังเกตอาการของผู้ป่วยจากความดันโลหิต อุณหภูมิ การวัดอากาศหายใจ รวมทั้งทราบค่าปกติและวิธีการปฏิบัติเมื่อค่าที่ได้จากการสังเกตไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้สามารถประเมิน EKG และขั้นตอนการส่งต่อเมื่อมีค่าผิดปกติ รวมทั้งเข้าใจวิธีที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงความมีศักดิ์ศรีในตนเอง ในขณะที่ให้การช่วยเหลือแพทย์ในการดูแลรักษา

มาตรฐานการดูแล

มาตรฐานการดูแลของสหราชอาณาจักร เรียกว่า มาตรฐานของคุณภาพและความปลอดภัยที่สำคัญ ๒๘ ประการ (๒๘ Essential Standards of Quality and Safety) ประกอบด้วยมาตรฐานหลัก ๑๖ ข้อ และไม่ใช้มาตรฐานหลัก ๑๒ ข้อ แบ่งออกเป็น ๖ กลุ่มผลลัพธ์ คือ ๑) ข้อมูลและการมีส่วนร่วม ๒) การดูแลส่วนบุคคลการรักษาและการสนับสนุน ๓) การป้องกัน ๔) ความเหมาะสมของอัตรากำลัง ๕) คุณภาพและการจัดการ และ ๖) ความเหมาะสมของการจัดการ รายละเอียดดังตารางในภาคผนวก ก ตารางที่ ๑

การประเมินความต้องการ (Needs Assessment)

แนวการปฏิบัติ (Practice Guideline) สำหรับผู้ที่พักเข้าอยู่ใหม่ทุกรายต้องได้รับการประเมินความต้องการการดูแลจากผู้ที่ผ่านการอบรม เพื่อวางแผนการจัดการดูแล

เมื่อประเมินความต้องการการดูแลแล้ว จึงจะมีการประเมินว่าความต้องการนั้น ๆ ได้รับการตอบสนองแล้วหรือไม่ (Meeting Needs) เป้าหมาย คือ ต้องการให้ผู้ให้บริการและตัวแทนทราบว่าเขาจะได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างไรบ้าง ในด้านการบริการที่เฉพาะจาก

ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะและมีแนวทางการปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Guidance) ที่ดี เช่น การให้บริการ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือความพร้อมด้านปัญญา ความผิดปกติด้านการรับรู้ ความพิการทางกาย ความผิดปกติด้านการเรียนรู้ การดูแลระยะกลางและการดูแลระยะสั้น (Respite Care) และมีการตอบสนองความต้องการของกลุ่มคนกลุ่มเล็ก ๆ ที่มีความแตกต่างทางสังคม วัฒนธรรมและศาสนา

กลไกการควบคุมและการกำกับมาตรฐานสำหรับสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานที่รับผิดชอบ

ในสหราชอาณาจักรมีกลไกการควบคุมและกำกับมาตรฐานภายใต้พระราชบัญญัติ สุขภาพและสังคม ค.ศ. ๒๐๐๘ (Health and Social Care Act: HSCA ๒๐๐๘) และมีการจัดตั้ง องค์กรที่รับผิดชอบ คือ สำนักงานคณะกรรมการกำกับดูแลคุณภาพ (Care Quality Commission: CQC) ซึ่งเป็นองค์กรอิสระที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพความปลอดภัยและ สวัสดิภาพของผู้ที่ใช้บริการด้านสุขภาพและการดูแลสังคม CQC มีอำนาจในการรับขึ้นทะเบียน ผู้ให้บริการ (Register) ตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎระเบียบ (Monitoring) ที่รวมถึงการตรวจเยี่ยม (Inspection) และการบังคับใช้มาตรฐานแห่งชาติ (Enforce National Standard) กับทุกสถานบริการ ถึงแม้ CQC ได้รับทุนสนับสนุนจาก Department of Health (DH) แต่นโยบายของรัฐบาล คือ ให้มี CQC จัดเก็บค่าธรรมเนียมการกำกับดูแลรายปี ที่รวมถึงการขึ้นทะเบียนทุกประเภทและการปฏิบัติตามข้อกำหนดจากผู้ให้บริการหรือผู้ประกอบการ ค่าธรรมเนียมขึ้นกับประเภทของการบริการ ขนาด ของสถานบริการและสถานที่ขึ้นทะเบียน

ประเภทของการบริการดูแลระยะยาว

๑) บริการแบบที่พักอาศัย (Residential Services) รวมถึงสถานบริบาล (Nursing Home) ที่สามารถเข้าถึงบริการการพยาบาลได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง และบริการดูแลแบบบ้านพักอาศัย (Care Home) รวมถึงโครงการที่อยู่อาศัยพิเศษ (Extra Housing Scheme) ที่มีที่พักอยู่ในตัว (Self - Contained Accommodation) สามารถเข้าถึงบริการการดูแลส่วนบุคคล (Personal Care) ที่หมายถึงการให้ความช่วยเหลือทางกายภาพเพื่อให้การกำกับดูแลหรือช่วยหรือสนับสนุน การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำแต่งตัว รวมทั้งการดูแลสุขภาพช่องปาก หรือการดูแลผิวหนัง ผผมและเล็บ ได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๒) บริการที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community - Based Services) จะแตกต่างกันไป ตามเขตพื้นที่การปกครอง เช่น การดูแลที่บ้าน (Home Care) ศูนย์บริการกลางวัน (Day Center) บริการกำกับดูแล (Supervision Services) อุปกรณ์และการปรับปรุง (Equipment and Minor Adaptations) บริการอาหาร (Meals) และบริการดูแลชั่วคราวให้กับผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Respite for Informal Carers)

นอกจากนี้ยังมีบริการในระดับที่ต่ำลงมากก็มี เช่น การช่วยเหลืองานบ้าน การซักกรีด การรับ - ส่ง และการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแล ซึ่งบริการทั้งหมดข้างต้นถือว่าเป็นการดูแลด้านสังคมสำหรับผู้ใหญ่ (รวมถึงผู้สูงอายุ) (Adult Social Care: ASC) จะไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) แต่เป็นองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น (Local Authority: LAs) เป็นผู้ประเมินความต้องการการบริการ ผู้ที่จะได้รับการสนับสนุนค่าบริการจะต้องผ่านการประเมินความจำเป็น (Means - Test) โดยจะต้องจ่ายสทบประมาณร้อยละ ๓๐ ในขณะที่ผู้ที่ไม่ผ่านการประเมินจะต้องจ่ายค่าบริการเองทั้งหมด

การกำกับดูแลการดูแลระยะยาว (Regulation of Long Term Care)

พระราชบัญญัติสุขภาพและสังคม (HSCA) ค.ศ. ๒๐๐๘ ได้ให้กรอบการกำกับดูแล (Regulatory Framework) เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลทางด้านสุขภาพและสังคมสามารถแบ่งออกเป็น ๒ ลักษณะ ดังนี้

๑) การกำกับดูแล สถานบริการแต่ละประเภทจะมีการกำกับดูแลจะแตกต่างกันไป ดังนี้

๑.๑) สถานดูแลที่ให้บริการการพยาบาลและไม่มีบริการการพยาบาล เช่น สถานบริบาลและบริการดูแลแบบบ้านพักอาศัย มีการกำกับดูแลโดย CQC

๑.๒) บริการที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community - Based Service) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบริการทางด้านสังคม การบริการประเภทนี้จะไม่มีการกำกับดูแล

๑.๓) บริการที่เป็นของรัฐจะมีการกำกับดูแลโดยการตรวจเยี่ยม (Inspect) เท่านั้นแต่ไม่จำเป็นต้องขึ้นทะเบียน

๒) การกำกับดูแลกิจกรรม HSCA ๒๐๐๘ ให้กรอบการกำกับดูแลในกิจกรรมบางประเภทเท่านั้น ที่รวมถึงการดูแลส่วนบุคคล (Personal Care) ที่ประกอบด้วยการกำกับดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกาย หรือให้การสนับสนุนบุคคลในด้านการรับประทานอาหารหรือดื่ม การใช้ห้องน้ำ การชำระและอาบน้ำ การแต่งตัว การดูแลสุขภาพช่องปาก หรือการดูแลผิวหนัง ผมและเล็บ ดังนั้น การกำกับดูแลจะครอบคลุมสถานที่และการดูแล (การพยาบาลและการดูแลส่วนบุคคล) ที่สถานบริการจัดบริการให้กับผู้สูงอายุ (ทั้งที่มีหรือไม่มีอาการ) และการดูแลส่วนบุคคลที่ให้บริการโดยหน่วยงานที่ให้บริการดูแลที่บ้านที่สนับสนุนคนที่อาศัยอยู่ในบ้านของตัวเองที่อาจจะเป็นรูปแบบที่อยู่อาศัยการดูแลเป็นพิเศษ (Extra - Care Housing Scheme)

การเฝ้าสังเกตการปฏิบัติตามกฎระเบียบ (Monitoring Compliance with the Regulations)

CQC มีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นที่ผลลัพธ์และให้ความเห็นและประสบการณ์การใช้บริการของผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในวิธีการกำกับดูแล มาตรฐานของคุณภาพแต่ละข้อจะมีคำบรรยายของ

ผลลัพธ์ที่คาดหวังกำกับไว้ด้วย นอกจากนี้ CQC ยังกระตุ้นให้ผู้ให้บริการรับผิดชอบเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติผ่านการประเมินตนเอง (Self - Assessment) และการปรับปรุงกิจกรรม และคาดหวังให้ผู้ให้บริการรวบรวมข้อมูลที่แสดงให้เห็นผลลัพธ์ของการบริการ เช่น การสำรวจข้อมูล การปฏิบัติและข้อเสนอแนะเป็นต้น และ CQC ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินการปฏิบัติตามกฎระเบียบ ที่มีชื่อว่า “Provider Compliance Assessment” แต่ไม่ได้เป็นการบังคับให้ใช้ รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ให้บริการเฝ้าสังเกตการปฏิบัติของตนเองใน ๒ ช่องทาง คือ การตรวจสอบคุณภาพ (Inspection) และการประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง (Continuous Assessment) โดยที่มาตรฐานหลัก ๑๖ ข้อ จะต้องมีการเฝ้าสังเกตอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่การตรวจสอบจะมุ่งเน้นไปที่หาหลักฐานของการไม่ปฏิบัติตาม

๒.๖.๒ ประเทศญี่ปุ่น

คณะกรรมการการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้เดินทางไปประชุมทวิภาคีและเยือนประเทศญี่ปุ่นในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับทราบข้อมูล ดังนี้



คณะกรรมการการและคณะร่วมประชุมทวิภาคีเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
ในประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ ณ Osaka Prefectural Government



คณะกรรมการการพร้อมด้วยคณะ เยี่ยมชมและรับฟังการบรรยายสรุปในประเด็นการจัดบริการ
สำหรับผู้สูงอายุครบวงจร ณ Geriatric Health Services Facility, Chienowa-En



การดูแลผู้สูงอายุภายในศูนย์ Geriatric Health Services Facility, Chienowa-En



ภาพบรรยากาศภายใน Group Home Himawari ซึ่งได้จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้พิการครบครัน

๑) แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ

๑.๑) ภาพรวมด้านผู้สูงอายุในญี่ปุ่น

ญี่ปุ่นเป็นสังคมผู้สูงอายุ ปัจจุบัน ๑ ใน ๔ ของประชากรมีอายุมากกว่า ๖๕ ปี และจะกลายเป็น ๑ ใน ๓ ของประชากรภายในปี ๒๕๖๘ ประชากรที่มีอายุมากกว่า ๗๕ ปี จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในพื้นที่เขตชุมชนเมือง ประมาณ ๑ ใน ๔ ของครัวเรือนญี่ปุ่นจะเป็นครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัยตามลำพังหรือเป็นคู่ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรงจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก ๒.๘ ล้านคน เป็น ๔.๗ ล้านคน

๑.๒) นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ

สำนักสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุ (Health and Welfare Bureau for the Elderly) ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการ เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบด้านการดูแลผู้สูงอายุได้กำหนดนโยบายหลัก ๓ ประการ ซึ่งประกอบด้วย

(๑) การสร้างระบบการพยาบาลในชุมชนแบบครบวงจร (Integrated Community Care System)

(๑.๑) สร้างระบบที่ยั่งยืนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว

(๑.๒) ใช้ภาษีบริโศคในการก่อตั้งกองทุนในแต่ละจังหวัด (Prefecture) เพื่อส่งเสริมการพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกและสาธารณูปโภค รวมทั้งเตรียมบุคลากรสำหรับการพยาบาลระยะยาว

(๑.๓) ในเดือนมิถุนายน ๒๕๕๗ มีการบัญญัติพระราชบัญญัติเพื่อทบทวนระบบประกันการพยาบาลระยะยาวเพื่อส่งเสริมระบบการพยาบาลชุมชนแบบครบวงจร (Act on Arrangement of Relevant Acts on Advancement of Comprehensive Measures for Securing Regional Medical and Long Term Care, etc.)

(๑.๔) จัดตั้งระบบการพยาบาลชุมชนแบบครบวงจรในแต่ละเขตโดยมีความร่วมมือกับภาคเอกชนหรืออาสาสมัครต่าง ๆ

(๒) สร้างสังคมซึ่งผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะยังคงใช้ชีวิตอยู่ได้อย่างสะดวกสบาย

(๒.๑) ในปี ๒๕๕๘ มีการจัดทำยุทธศาสตร์แบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมมาตรการด้านภาวะสมองเสื่อม (Comprehensive Strategy to Accelerate Dementia Measures หรือ New Orange Plan) เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมท้องถิ่นที่คุ้นเคยอย่างมีความสุขให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

(๓) การปรับปรุงสถานพยาบาลระยะยาว เพื่อให้พนักงานสามารถทำงานได้อย่างภาคภูมิใจเป็นระยะเวลายาวนาน โดยดำเนินการ ดังนี้

(๓.๑) การเตรียมทรัพยากรมนุษย์เพื่อการบำรุงรักษาสถานพยาบาลในระยะยาว

(๓.๒) กำหนดมาตรการแบบบูรณาการเพื่อจะปรับปรุงสถานพยาบาลในระยะยาวเพื่อให้พนักงานทุกคนสามารถทำงานได้อย่างภาคภูมิใจเป็นระยะเวลายาวนาน ในปีงบประมาณ ค.ศ. ๒๐๑๕ สำนักสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุ (Health and Welfare Bureau for the Elderly) ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการ ได้มีแนวคิดในการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับการปรับปรุงสถานพยาบาลระยะยาวเพื่อเพิ่มค่าแรงของพนักงานและสร้าง Career Path ที่เหมาะสม

จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ ๘๕ ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้จำนวนผู้รับบริการดูแลพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นในขณะที่ประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่สามารถให้กำเนิดบุตรมีจำนวนลดลง

จากสถานการณ์การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุดังกล่าว รัฐบาลของประเทศญี่ปุ่นจึงจำเป็นต้องดำเนินการเพื่อพร้อมรับมือกับปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ประกอบกับรัฐธรรมนูญแห่งประเทศญี่ปุ่น ได้กำหนดกรอบในการดำเนินการเกี่ยวกับสวัสดิการสังคมไว้ ดังนี้

มาตรา ๒๕ ประชาชนทุกคนมีสิทธิการดำรงชีวิตในระดับมาตรฐานขั้นต่ำสุดโดยมีสุขภาพดีและมีวัฒนธรรม

รัฐต้องพยายามส่งเสริมและปรับปรุงสวัสดิการสังคม การประกันสังคม และการสาธารณสุข ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตทุกๆ ด้าน

ดังนั้น จะเห็นได้ว่ารัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณเพื่อดูแลสวัสดิการสังคม โดยเฉพาะผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก

๑.๓) ระบบการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล

การประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล เริ่มถูกนำมาใช้ตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๔๓ ในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ ทั้งนี้ ระบบประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล ได้แบ่งประเภทของผู้เอาประกันเป็น ๒ ประเภท ได้แก่ ประเภทที่ ๑ คือผู้ที่อายุ ๖๕ ปีขึ้นไป และประเภทที่ ๒ คือผู้ที่มีอายุระหว่าง ๔๐- ๖๕ ปี ทั้งนี้ กฎหมายได้กำหนดระดับการให้การดูแลพยาบาลของผู้เอาประกันแต่ละประเภทไว้ เช่น สำหรับผู้เอาประกันประเภทที่ ๒ จะสามารถรักษาโรคได้ ๑๖ โรค ตามที่กำหนด ส่วนผู้เอาประกันประเภทที่ ๑ จะสามารถรักษาโรคได้ทุกโรค เป็นต้น และปัจจุบันมีผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบฯ จำนวนทั้งสิ้น ๔๕๐,๓๐๐๐ ราย (ข้อมูล ณ เดือนสิงหาคม ๒๕๕๘) คิดเป็นร้อยละ ๖.๘ ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด และเมื่อพิจารณาอัตราการเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพและดูแล

พยาบาลตามช่วงอายุ จะพบว่าอัตราดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ ๘๐ ปีขึ้นไป ปัจจุบันพบว่า จำนวนผู้รับการวินิจฉัยจากภาครัฐว่าจำเป็นต้องรับการดูแลพยาบาล/ต้องการความช่วยเหลือ มีจำนวนทั้งสิ้น ๕.๖๔ ล้านคน (ข้อมูล ณ เดือนเมษายน ๒๕๕๘) ซึ่งเพิ่มขึ้นประมาณ ๒.๖ เท่า ภายในระยะเวลา ๑๓ ปี ส่วนผู้รับการวินิจฉัยว่าความช่วยเหลืออยู่ในระดับน้อยมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้ง ในช่วงปีที่ผ่านมา เพดานตัวเลขจำนวนผู้รับการวินิจฉัยขยายตัวเพิ่มสูงขึ้นในทุกกลุ่ม

๑.๔) โครงสร้างแหล่งเงินเพื่อการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาลและวงเงินงบประมาณปี ๒๕๕๙ เพื่อการดูแลพยาบาล

ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ กฎหมายได้กำหนดให้ประชาชนและรัฐต้องรับภาระในการจ่ายเบี้ยประกันคนละครั้ง เพื่อเป็นการลดภาระให้กับผู้มีรายได้น้อยในการจ่ายเบี้ยประกัน โดยเงินส่วนนี้จะมาจากหน่วยงานของรัฐ (ระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน) ซึ่งแบ่งเป็น

เบี้ยประกัน ประเภทที่ ๑ (อายุตั้งแต่ ๖๕ ปี ขึ้นไป) คิดเป็น ๒๒% (วงเงิน ๒.๑ ล้านล้านบาท) ส่วนเบี้ยประกัน ประเภทที่ ๒ (อายุ ๔๐-๖๔ ปี) คิดเป็น ๒๘% (วงเงิน ๒.๗ ล้านล้านบาท) ทั้งนี้ สัดส่วนของเบี้ยประกันประเภทที่ ๑ และ ๒ จะกำหนดตามประชากรตามระยะเวลาของแผนงานการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล (ทุก ๓ ปี) นอกจากนี้ กฎหมายยังได้กำหนดหน้าที่ของรัฐ จังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน (ผู้รับประกัน) ในระบบการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล ดังตารางใน (ภาคผนวก ก ตารางที่ ๒)

๑.๕) ประเภทการบริการดูแลพยาบาล (อาทิ การให้บริการที่บ้าน) รายละเอียดดังตารางใน (ภาคผนวก ก ตารางที่ ๓)

นอกจากนี้ ยังแบ่งประเภทการบริการดูแลพยาบาล (การให้บริการที่ศูนย์ดูแลพยาบาล และการให้บริการแบบเข้าถึงชุมชนอย่างใกล้ชิด) รายละเอียดดังตารางใน (ภาคผนวก ก ตารางที่ ๔)

๑.๖) ค่าใช้จ่ายต่อผู้รับการดูแลพยาบาล

จากการสำรวจข้อมูล พบว่า ค่าใช้จ่ายต่อผู้รับการดูแลพยาบาล ๑ คน ในจังหวัดไอซากามีสัดส่วนสูงที่สุดในประเทศเนื่องจากสาเหตุ ดังนี้

(๑) ค่าใช้บริการ (หน่วยราคา) ต่อผู้ใช้บริการการดูแลพยาบาล ๑ คน มีราคาสูง

(๒) สัดส่วนของผู้ที่ใช้บริการการดูแลพยาบาล ในกลุ่มของผู้ที่รับการวินิจฉัยรับรองว่าจำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาลสูง

(๓) การที่มีผู้ที่รับการวินิจฉัยรับรองว่าจำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาลจำนวนมาก (อัตราการวินิจฉัยรับรองสูง) ซึ่งข้อนี้ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลพยาบาลมีจำนวนสูงนั่นเอง

อย่างไรก็ตาม มูลเหตุที่ทำให้การดูแลพยาบาลมีความจำเป็น มาจากสาเหตุหลัก คือ ผู้ที่ต้องรับการช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน ระดับ ๑ และ ๒ ซึ่งมีมากที่สุดในจังหวัดไอซาก้า คือ ความชราอ่อนแอตามอายุ โรคข้อเสื่อม กระดูกหัก ล้ม ซึ่งการดำเนินการป้องกันไม่ให้อยู่ในภาวะต้อง

รับการช่วยเหลือจะช่วยให้ป้องกันไม่ให้เกิดเหตุดังกล่าวได้ในระดับหนึ่ง และสาเหตุจากการที่ผู้ต้องรับการดูแลพยาบาลระดับรุนแรง (ระดับ ๔ และ ๕) เกิดจากโรคเส้นเลือดในสมอง (สมองขาดเลือด) มากที่สุด รองลงมาคือ โรคสมองเสื่อม ซึ่งหากภาครัฐกำหนดมาตรการเพื่อรับมือกับโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตตั้งแต่วัยหนุ่มสาว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในแง่ของการป้องกันการรับการดูแลพยาบาล

กฎหมายว่าด้วยการแก้ไขกฎหมายด้านการประกันดูแลพยาบาลบางส่วนเพื่อเสริมศักยภาพของระบบดูแลพยาบาลแบบบูรณาการระดับท้องถิ่น/ชุมชน โดยมีสาระพอสั่งเขป ดังนี้

(๑) การผลักดันและการมุ่งเน้นระบบการดูแลพยาบาลแบบบูรณาการระดับท้องถิ่น/ชุมชนเชิงลึก

(๑.๑) การเสริมขีดความสามารถของผู้รับประกันสุขภาพเพื่อการช่วยเหลือตนเอง การป้องกันและการเจ็บป่วยรุนแรง

(๑.๑.๑) ด้วยการสร้างระบบสร้างจูงใจทางการเงินมาใช้ เช่น เพิ่มการจัดทำแผน เน้นการช่วยเหลือตนเอง ลงในแผนการดำเนินงานด้านการประกันฯ และเพิ่มเป้าหมายกับการจัดการ เช่น เป้าหมายการลดค่าใช้จ่ายดูแลพยาบาล สภาพการการจัดประชุมด้านการดูแลสุขภาพระดับท้องถิ่น นอกจากนี้ รัฐยังให้แรงจูงใจทางการเงิน โดยให้เงินสนับสนุนแก่ระดับท้องถิ่น จังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้านตามระดับความสำเร็จตามเป้าหมาย

(๑.๑.๒) การทบทวนสภาพการจัดการด้านการดูแลพยาบาล ด้วยการมอบอำนาจ ในการกำหนดความช่วยเหลือการดูแลพยาบาลแบบอยู่ที่บ้านให้กับระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

(๑.๑.๓) ขยายกรอบการปฏิเสธรการรับผู้ใช้บริการของศูนย์โดยระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน โดยระดับอำเภอฯ กำหนดให้มีการร่วมประชุมกับระดับจังหวัดเพื่อทำให้การบริการเข้าถึงพื้นที่อย่างทั่วถึง และเพิ่มการดูแลสุขภาพชีวิตความเป็นอยู่สำหรับการเข้าพักระยะสั้น

(๑.๒) การผลักดันความร่วมมือด้านการแพทย์และการดูแลพยาบาล โดยจัดตั้ง “สถานดูแลพยาบาลและการรักษาทางการแพทย์” ในปี ๒๕๖๑ เป็นต้นไป และยกเลิกศูนย์การรักษาทางการแพทย์แบบพยาบาลเลี้ยงดู ปลายปีงบประมาณ ๒๕๖๐

(๑.๓) การผลักดันการจัดการ “สังคมแบบอยู่ร่วมกันระดับท้องถิ่น”

(๑.๓.๑) จัดตั้งการบริการแบบอยู่ร่วมกัน โดยการสร้างระบบการช่วยเหลือแบบบูรณาการโดยอาศัยความร่วมมือระหว่างท้องถิ่นกับประชาชน กำหนดหน้าที่ในการกำหนดแผนสังคม สงเคราะห์ระดับท้องถิ่นที่ระบุต้องทำร่วมกัน นอกจากนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ต้องรับการดูแล รวมทั้งเด็ก พิการรับบริการได้ง่ายขึ้น จะต้องกำหนด “การให้บริการแบบอยู่ร่วมกัน” เข้าไปในระบบสังคม สงเคราะห์ผู้ป่วยต้องการดูแลพยาบาลกับผู้พิการ

(๑.๓.๒) การเสริมสร้างศักยภาพในการดำเนินนโยบายคุ้มครองผู้เข้าพักในบ้าน คนชราแบบมีค่าใช้จ่าย โดยจัดตั้ง “คำสั่งหยุดการประกอบกร” กับบ้านพักคนชราแบบมีค่าใช้จ่ายที่ ไม่มีคุณภาพ หรือสามารถดำเนินการลงโทษทางปกครองกับหน่วยงานภายในที่จัดตั้งขึ้นพร้อมกันด้วย และเพิ่มมาตรการประกันการจ่ายเงินล่วงหน้า

(๒) การสร้างความมั่นใจในการดำเนินระบบประกันสุขภาพและดูแลพยาบาลต่อเนื่องอย่างยั่งยืน

(๒.๑) ทบทวนการแบกภาระของผู้ใช้บริการ โดยกำหนดสัดส่วนการรับภาระทางการดูแลพยาบาลด้วยตนเองของผู้มีรายได้สูงขึ้นเป็นร้อยละ ๓๐ จากเดิมร้อยละ ๒๐ ในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๑ และขยายเพดานสูงสุดสำหรับค่าบริการการดูแลพยาบาลที่มีราคาสูง

ตั้งแต่ส.ค. ๒๕๖๐ มีการปรับขยายเพดานขั้นสูงรายเดือนสำหรับค่าใช้จ่ายบริการการดูแลพยาบาลที่มีราคาสูงประเภททั่วไปขึ้นเป็น ๔๔,๔๐๐ เยน

(๒.๒) ทบทวนการแบกภาระค่าใช้จ่าย โดยกำหนดเงินจ่ายสำหรับค่าดูแลพยาบาลแบบขั้นบันได และการจ่ายค่าตอบแทนจากการดูแลพยาบาลที่ผู้รับประกันของผู้เอาประกันจะต้องแบกรับภาระนั้น จะดำเนินการจ่ายแบบขั้นบันไดตามรายได้โดยดูจากสัดส่วนของจำนวนผู้อยู่ในประกัน

(๒.๓) การปรับปรุงให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและการอุปการะทางการสังคม สงเคราะห์ที่จำเป็น เช่น การรักษารูปแบบและการปรับแก้ไขความต่างของราคา โดยกำหนดเพดานขั้นสูงเพื่อให้สามารถประกันราคาในการจัดหาให้ยืมอุปการะทางการดูแลพยาบาลให้กับผู้ที่ต้องการได้อย่างเหมาะสม โดยมีการแสดงราคาให้ยืมอุปการะโดยเฉลี่ยทั้งประเทศ

(๓) อื่นๆ

(๓.๑) การทำให้ผู้ประกอบการประกันทำงานง่ายขึ้น เช่น การกำหนดเพดานใบอนุญาตขั้นสูงจำนวน ๓๖ เดือนต่อการต่ออายุ ๑ ครั้ง จากเดิม ๒๔ เดือน และสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ มีการทำให้ขั้นตอนพิจารณาประเมินสภาพผู้ป่วยหลังรอบแรกของคณะดำเนินการพิจารณาสถานะผู้ป่วยง่ายมากขึ้น

๑.๗) การคาดการณ์อนาคตความต้องการดูแลพยาบาลในจังหวัดไอซาก้า

เมื่อพิจารณาจากฐานข้อมูลต่างๆ โดยใช้อัตราการรับรองผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับการดูแลพยาบาลตามช่วงชั้นอายุ และเพศในปัจจุบัน พบว่า

(๑) อัตราผู้ป่วยที่รับรองว่าต้องได้รับการดูแลพยาบาลของจังหวัดไอซาก้าสูงขึ้นถึง ๒๙.๔% ในปี ๒๕๗๘ ซึ่งแตกต่างจากเดิมที่มีอัตราผู้ป่วยเพียง ๒๐.๕% ในปี ๒๕๕๘

(๒) จำนวนผู้รับบริการดูแลพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็น ๖.๒๕ แสนคน (+๒.๕๖ แสนคน) ในปี ๒๕๗๘ จากเดิมมี จำนวน ๓.๖๙ แสนคน ในปี ๒๕๕๘ โดยในจำนวนนี้เป็นผู้รับบริการดูแลพยาบาลตั้งแต่ระดับ ๓ ขึ้น สูงขึ้นถึง ๒.๕๕ แสนคน (+ ๑.๑๕ แสนคน)

นอกจากนี้ ยังกำหนดโครงสร้างระบบการดูแลพยาบาลแบบบูรณาการในระดับท้องถิ่น/ชุมชนโดยดำเนินการ ดังนี้

(๑) จะต้องวางโครงสร้างการบริการดูแลพยาบาลแบบบูรณาการระดับท้องถิ่นให้เกิดขึ้น ซึ่งให้บริการแบบเบ็ดเสร็จหนึ่งเดียว ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนชีวิตความเป็นอยู่

ที่อยู่อาศัย การป้องกัน การดูแลรักษาพยาบาล เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้ชีวิตจวบจนวาระสุดท้าย ในท้องถิ่นหรือชุมชนที่ตนเองคุ้นเคย ถึงแม้จะเจ็บป่วยรุนแรงและจำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาลเป็นพิเศษก็ตาม เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มระบบ ในปี ๒๕๖๘

(๒) เนื่องจากมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคสมองเสื่อมจะสูงขึ้น ดังนั้น การวางโครงสร้างการบริการดูแลพยาบาลแบบบูรณาการระดับท้องถิ่นถือเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากเพื่อสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุเหล่านั้นในการใช้ชีวิตอยู่ให้ได้ในท้องถิ่นหรือชุมชน

(๓) เกิดความแตกต่างกันด้านประชากรระหว่างเขตเมืองที่ประชากรขยายตัวและมีประชากรอายุ ๗๕ ปีขึ้นไป เพิ่มสูงขึ้นกับเขตตำบล หมู่บ้านที่มีจำนวนประชากรลดลงหรือจำนวนประชากรอายุ ๗๕ ปีขึ้นไป เพิ่มสูงขึ้นอย่างช้า ๆ

(๔) ระบบบริการดูแลพยาบาลแบบบูรณาการระดับท้องถิ่น ท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็นระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้านจำเป็นต้องสร้างขึ้นตามลักษณะเฉพาะของแต่ละท้องถิ่นโดยอาศัยความเป็นผู้นำท้องถิ่นหรือองค์กรร่วมด้วย

๑.๘) การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุครบวงจร ณ Geriatric Health Services Facility, Chienowa - En หรือศูนย์ประกันสุขภาพผู้สูงอายุเป็นศูนย์ดูแลและช่วยเหลือพยาบาลของรัฐ สังกัดสำนักงานการแพทย์ สำนักงานสวัสดิการและสังคมสงเคราะห์ ดำเนินการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะที่ต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูร่างกาย ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูร่างกายจนสามารถช่วยเหลือตัวเองและสามารถกลับบ้านได้ เนื่องจากศูนย์ไม่มีนโยบายที่จะดูแลผู้ป่วยเป็นการถาวร ดังนั้น ศูนย์จะประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยในทุกสามเดือน ปัจจุบันมีผู้เข้ารับบริการแบบเข้าพัก/เข้าพักระยะสั้น และแบบเดินทางไปกลับรายวัน โดยมีเงื่อนไขผู้ป่วยที่สามารถรับบริการ ดังนี้

(๑) ต้องเป็นผู้ที่รับการวินิจฉัยรับรองว่าจำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล และเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๕ ปีขึ้นไป (ต้องการความช่วยเหลือระดับ ๑-๒ ต้องการดูแลพยาบาลระดับ ๑-๕)

(๒) ผู้ป่วยตามที่รัฐกำหนด ๑๖ ประเภท ซึ่งมีอายุตั้งแต่ ๔๐ - ๖๔ ปี

การให้บริการของศูนย์

(๑) การเข้าพักภายในศูนย์ โดยจัดให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ที่ต้องการรักษาหรือปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น โดยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องตามวิธีการที่กำหนดในการฟื้นฟู การอาบน้ำ อาหาร เป็นต้น ภายใต้อาณัติดูแลและบรรยากาศเหมือนที่บ้าน ทั้งนี้ ต้องเป็นผู้ป่วยที่สามารถเข้ารับบริการต้องได้รับคำวินิจฉัยรับรองว่าจำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาลระดับ ๑ - ๕

(๒) การเข้าพักแบบระยะสั้น โดยจัดให้บริการสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องการรับบริการชั่วคราวบางช่วงเวลาที่ไม่สะดวกหรือไม่สามารถให้การดูแลพยาบาลผู้ป่วยได้ เนื่องจากต้องการผ่อนคลายจากการดูแลพยาบาลเป็นระยะเวลานาน มีภารกิจจำเป็นเร่งด่วนหรือเจ็บป่วย

โดยจะให้บริการนี้สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าจำเป็นต้องให้การดูแลพยาบาล แบ่งเป็น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือระดับ ๑-๒ และผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล ระดับ ๑-๕

(๓) การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายแบบไปกลับ (Day Care) โดยจัดให้บริการสำหรับผู้ที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายหรือส่งเสริมความต้องการทางโภชนาการ รวมทั้งต้องการพบปะแลกเปลี่ยนกับคนอื่นแบบไปกลับโดยสามารถใช้เวลาช่วงหนึ่งในการอาบน้ำแบบออนเซ็นร่วมกับผู้อื่น รับประทานอาหารกลางวัน การฟื้นฟูการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้อื่น การทำกิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น

สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของศูนย์จะประเมินสมรรถภาพที่จำเป็นต่อการสภาวะทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการใช้ชีวิตเมื่ออยู่ที่บ้านของผู้ใช้บริการ จากนั้นนักกายภาพบำบัดดำเนินการฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อการดำรงชีวิตอย่างต่อเนื่องตามความวัตถุประสงค์ดังกล่าว ซึ่งมุ่งหวังในการรักษาระดับสุขภาพร่างกายและจิตใจ และปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

การให้บริการของเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาที่ได้รับอนุญาตจากเมืองคาซึระจะให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และให้คำปรึกษา พร้อมกับร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อที่จะให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างอุ่นใจ ทั้งนี้สามารถรับคำปรึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีค่าใช้จ่ายแต่ประการใด

ขั้นตอนการให้บริการ โดยเจ้าหน้าที่ของศูนย์จะให้การช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ได้แก่ การประกันการดูแลพยาบาล การประกันสุขภาพ การรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ และอื่น ๆ

๑.๙) ศูนย์สวัสดิการสังคมฮะนะซะกิมุระ (Hanasakimura) เป็นศูนย์จัดสวัสดิการสังคม โดยได้รับการอนุมัติจัดตั้งจากสำนักงานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ซึ่งมีแนวคิดหลักที่ต้องการส่งเสริมความสุขในการดำรงชีวิตและพัฒนากิจกรรมเดินทางไปพร้อมกับชุมชน โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐ ๑๐๐ % และได้เปิดให้บริการอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๔๖ โดยมีพนักงานประจำ ๓๐ คน และเพิ่มเป็น ๔๐ คนในเวลาต่อมา หลังจากนั้น ได้มีการปรับปรุงโครงสร้างองค์กรเพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายว่าด้วยการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ทุพพลภาพให้สามารถพึ่งพาตนเองได้โดยการแบ่งจำนวนพนักงานตามประเภทของงาน ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีพนักงานประจำ ๑๐ คน ส่วนการสนับสนุนการจ้างงานอย่างต่อเนื่อง มีพนักงานประจำ ๓๐ คน

ปัจจุบันศูนย์สวัสดิการสังคมฮะนะซะกิมุระ (Hanasakimura) ได้เปิดศูนย์ปฏิบัติการแบบบูรณาการและเป็นศูนย์ที่บุคคลใดก็ได้สามารถเข้าทำงานได้ โดยมุ่งหวังให้บุคคลได้ดึงศักยภาพที่มีออกมาใช้ตามความสามารถเพื่อการสร้างความสุขในการดำรงชีวิตด้วยการจัดสภาพแวดล้อมการ

ทำงานที่หลากหลายตามความต้องการของผู้ใช้ โดยจัดให้มีภารกิจหลักด้านการให้บริการด้านสวัสดิการสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็น ๓ ประเภท ได้แก่

(๑) ภารกิจด้านการให้ความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันทางศูนย์ฯ ถือเอา “การให้ความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน” เป็นเป้าหมายสำคัญ โดยจะให้ผู้ใช้บริการรู้สึกสนุกไปกับการทดลองปลูกพืชผักชนิดต่าง ๆ เช่น ผักใบเขียว เห็ดชิตาเกะ เป็นต้น และเก็บเกี่ยวผลผลิตไปรับประทาน หรือให้ทำกิจกรรมหรืองานที่สร้างรายได้ อาทิ การล้างรถของศูนย์ฯ การจัดส่งขนมปัง นอกจากนี้ ยังให้ผู้ใช้บริการได้ใช้เวลาว่างอย่างเพลิดเพลินไปกับกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเล่นเกม การร้องเพลงคาราโอเกะ การซื้อของ และการออกไปทำกิจกรรมกลางแจ้ง ทั้งหมดนี้ ล้วนแล้วแต่เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการของศูนย์ฯ ดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข

(๒) ภารกิจด้านการสนับสนุนการจ้างงานอย่างต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญต่อการสร้างความเข้าใจระหว่างกันภายในชุมชน โดยมีการเชื่อมต่อบริบบการให้ทรัพยากรที่เกิดจากชุมชนมา สร้างงาน และสร้างรายได้ ได้แก่ การให้บริการอาหารกลางวัน โดยศูนย์ฯ จะจัดเตรียมและให้บริการอาหารทำเองแก่ผู้ใช้บริการของศูนย์ฯ รวมถึงหน่วยงานภายนอก เช่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุชะโนะชะโนะ และสถานรักษาพยาบาลโอะกะโมะโตะ เป็นต้น การจ้างดูแลกิจการต่างๆ และทำกิจกรรมของศูนย์ฯ

นอกจากนี้ ศูนย์ฯ ยังมีการให้บริการดูแลคนพิการ และดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร และยังเปิดโอกาสให้คนพิการมาทำงานที่ศูนย์ฯ เพื่อเพิ่มรายได้ สามารถพึ่งพาตนเอง อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องทำให้รู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง นอกจากนี้ ยังส่งเสริมให้เด็กไปช่วยดูแลผู้สูงอายุในชุมชนหลังเลิกเรียน โดยการจับคู่ดูแลซึ่งกันและกัน ในรูปแบบของ Community Workshop ทั้งนี้ เพื่อแก้ปัญหาคนพิการและผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่คนเดียว โดยไม่มีคนเลี้ยงดู

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ภารกิจทั้ง ๓ ข้อที่กล่าวมาแล้วข้างต้นเกิดผลสัมฤทธิ์ จึงได้มีการบูรณาการแนวความคิดในการดำเนินงาน ดังนี้

(๑) สอบถามเพื่อค้นหาศักยภาพหรือความชำนาญเฉพาะอย่างของแต่ละบุคคล

(๒) สร้างความตระหนักรู้ร่วมกันไปพร้อมกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ และการสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยศึกษาความต้องการและความสามารถของผู้ใช้บริการ แล้วจึงสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ยังได้ปลูกฝังแนวความคิดที่ว่า “ไม่ใช่แค่นำเสนอ แต่ตั้งใจจะลงมือทำด้วย” แล้วจึงลงมือทำไปพร้อมกัน ในระหว่างที่ลงมือทำไปพร้อมกันนั้น ได้ทดลองหาวิธีการที่หลากหลายเพื่อมุ่งสู่ผลสัมฤทธิ์ รวมถึงกำหนดเป้าหมายของตนเอง (วางแผนการให้การสนับสนุนรายบุคคล) แล้วจึงลงมือทำร่วมกับเพื่อน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น

ส่วนผู้ที่เป็นฝ่ายให้การสนับสนุนจะต้องมองไปในทิศทางเดียวกันกับผู้รับการสนับสนุน และดำเนินการไปพร้อมกัน

- (๓) แลกเปลี่ยนความรู้และความคิดกับบุคคลในท้องถิ่น
- (๔) วางแผนเพื่อเพิ่มการออมเงิน
- (๕) ให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการเป็นลำดับแรก

บทที่ ๓

สถานรับดูแลผู้สูงอายุ

สถานรับดูแลผู้สูงอายุเป็นสถาบันหนึ่งที่ทำให้บริการดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่มประเภททั้งด้านร่างกายและจิตใจ บุคลากร อาคารสถานที่ และระบบการดำเนินงานกิจการสถานรับดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ

๓.๑ นิยาม “สถานรับดูแลผู้สูงอายุ”

จากการศึกษาของคณะอนุกรรมการพบว่ามีข้อกำหนดนิยามสถานประกอบการรับดูแลผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้น คณะอนุกรรมการจึงได้กำหนดนิยาม “สถานรับดูแลผู้สูงอายุ” ที่ปรับปรุงจากนิยามของการศึกษาวิจัยต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ดังนี้

สถานรับดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง สถานบริการที่ไม่ใช่สถานพยาบาล มีการให้บริการที่พำนัก บริการยาแก่ผู้สูงอายุที่ไม่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์เป็นประจำ โดยทั่วไปจะครอบคลุมการให้บริการที่พักค้างคืน บริการอาหาร การดูแลความสะอาดเสื้อผ้าและที่พัก ตลอดจนความสะอาดของร่างกาย พร้อมทั้งติดตามดูแลสุขภาพเบื้องต้นอย่างใกล้ชิด แต่ไม่ได้ให้การรักษาพยาบาล หากมีความเจ็บป่วยจะบริการนำส่งต่อแผนกคนไข้ของโรงพยาบาลใกล้เคียงเพื่อรับการรักษาพยาบาลต่อไป

๓.๒ การจัดแบ่งประเภทสถานรับดูแลผู้สูงอายุตามลักษณะการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจุบันสถานรับดูแลผู้สูงอายุมีการแบ่งประเภทการให้บริการอยู่ ๒ มิติ ดังนี้

มิติที่ ๑ แบ่งตามระยะเวลาที่ผู้สูงอายุเข้ารับบริการ แบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ

๑) การบริการแบบไม่รับค้างคืน (Day Care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีญาติรับ - ส่ง หรือให้บริการรับ - ส่ง

๒) การบริการแบบรับค้างคืน (Stay Care) ที่ผู้สูงอายุอาศัยในสถานบริการนั้น หรืออาศัยในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยญาติที่ไม่มีเวลาดูแลจะนำผู้สูงอายุมาฝากดูแล และอาจมาเยี่ยมเป็นครั้งคราว

มิติที่ ๒ แบ่งตามความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ แบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ

๑) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ (Self-Care Elderly)

๒) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (Help-Dependence Elderly) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องการผู้บริบาลอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ ได้แก่ผู้สูงอายุที่แพทย์วินิจฉัยแล้วให้เป็นผู้ป่วยนอก

ประเภทการให้บริการในสถานดูแลผู้สูงอายุ

	แบบไม่รับค้างคืน (Day Care)	แบบรับค้างคืน (Stay Care)
ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ (Self-Care Elderly)	ประเภทที่ ๑ ให้การดูแลผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้แบบไม่รับค้างคืน	ประเภทที่ ๒ ให้การดูแลผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้แบบรับค้างคืน
ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (Help-Dependence Elderly)	ประเภทที่ ๓ ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงแบบไม่รับค้างคืน	ประเภทที่ ๔ ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงแบบรับค้างคืน

๓.๓ การจัดอาคาร สถานที่ และสภาพแวดล้อม

การศึกษาของคณะอนุกรรมการได้พิจารณาศึกษาข้อมูลการจัดสภาพแวดล้อม อาคาร และสถานที่ที่มีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยได้ศึกษาจากคู่มือมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ คู่มือการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข คู่มือการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก โดย รองศาสตราจารย์ ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และกฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ ภายใต้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

	มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑	กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๔		การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไครรัตน์ จารุทัศน์
อาคาร / สถานที่	<p>๑. ควรเป็นบริเวณที่ปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ</p> <p>๒. มีเส้นทางคมนาคมที่สามารถ เข้าถึงแหล่งชุมชนและ สถานพยาบาลได้โดยสะดวก</p> <p>๓. จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอย อย่างเหมาะสมภายในอาคาร และห้องพัก</p> <p>๔. อาคารที่พักตั้งแต่ ๒ ชั้นขึ้นไป ควรมีลิฟท์โดยสารอย่างน้อย ๑ ตัว</p> <p>๕. ทางเดินภายในอาคาร ควรมี ขนาดกว้างไม่น้อยกว่า ๑.๕๐ เมตร ระดับพื้นผิวเสมอกัน ไม่ลื่น ไม่มีสิ่งกีดขวาง และควรมี</p>	<p>๑. ต้องมีแสงสว่างอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณบันได ห้องน้ำ ประตู และทางเดิน</p> <p>๒. พื้นบ้านควรราบเรียบและ ไม่ควรเป็นพื้นขัดมัน เพราะทำให้ หกล้มได้ง่าย</p> <p>๓. ห้องน้ำควรเป็นพื้นที่ราบเรียบ เสมอกัน ไม่ขีดยา และควรแยกส่วน ที่เปียกและแห้ง</p> <p>๔. บันได ควรติดตั้งราวจับทั้งสอง ข้าง เพื่อสะดวกในการขึ้น - ลง และบันไดแต่ละชั้นควรมีความสูง เสมอกัน</p>	<p>มี ๒ ประเภท</p> <p>๑. ไม่รับค้างคืน</p> <p>๒. รับไว้ค้างคืน</p>	<p>ประเภทไม่รับค้างคืน คลินิกต้องมีลักษณะ</p> <p>๑. ตั้งอยู่ในทำเล ที่สะดวก ปลอดภัย และไม่เป็นอันตราย ต่อสุขภาพ</p> <p>๒. มีความมั่นคง แข็งแรง ไม่อยู่ใน สภาพชำรุดและเสี่ยง ต่ออันตราย</p> <p>๓. ทั้งภายนอกและ ภายในสะอาด</p> <p>๔. การสัณเฑาะและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย</p>	<p>ประเภทที่รับไว้ค้างคืน โรงพยาบาล ต้องมี</p> <p>จำนวนเตียง</p> <p>๑. ขนาดใหญ่ ต้องมี จำนวนเตียง ตั้งแต่ ๕๑ เตียงขึ้นไป</p> <p>๒. ขนาดกลาง ต้อง มีจำนวนเตียง ตั้งแต่ ๓๑ เตียงขึ้นไป</p> <p>๓. ขนาดเล็ก ต้องมี จำนวนเตียง ไม่เกิน ๓๐ เตียง</p>	<p><u>ประตู</u></p> <p>- จะต้องตั้งอยู่ในจุดที่เข้าถึงได้ ง่าย ความกว้าง ๙๐ เซนติเมตร</p> <p>- ไม่มีธรณีประตู หรือถ้ามี ต้องสูงไม่เกิน ๒ เซนติเมตร และให้ขอบทั้งสองด้านมีความ ลาดเอียง ๑ : ๒</p> <p>- ประตูเปิดได้ง่าย ใช้งาน สะดวก</p> <p><u>ทางเดิน ทางเชื่อม ภายใน</u> <u>อาคาร</u></p> <p>- พื้นผิวทำจากวัสดุไม่ลื่น หรือควรติดแผ่นกันลื่น</p>

	มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑	กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘		การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์
	<p>ราวจับทั้งทางราบและบันได</p> <p>๖. มีทางหนีไฟจากทางเดิน ทุกชั้นภายในอาคาร และมีป้าย ชี้เส้นทางออกที่ชัดเจน</p> <p>๗. ทางเข้าอาคารเป็นพื้นเรียบ เสมอกัน ไม่มีสิ่งกีดขวาง ที่เป็นอุปสรรค</p> <p>๘. มีป้ายแสดงทิศทาง ตำแหน่ง สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ ที่อยู่อาศัย</p> <p>๙. ที่จอดรถ มีขนาดพื้นที่ เหมาะสมกับจำนวนห้องพักอาศัย และจัดที่จอดรถไว้ใกล้ ทางเข้าอาคาร</p>	<p>๕. ห้องนอน ควรจัดให้อยู่ในพื้นที่ ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ร้อน อบอ้าวจนเกินไป และหมั่นเปิด หน้าต่างเพื่อให้อากาศหมุนเวียน</p> <p>๖. มุมพักผ่อน หากบ้านมีบริเวณ ควรจัดมุมพักผ่อนไว้ เช่น มุสวณ เล็ก ๆ เพื่อใช้เวลาว่างในการทำ กิจกรรม</p> <p>๗. การเลือกสีในการตกแต่งบ้าน ต้องพิจารณาการมองเห็นและ ความสามารถแยกความแตกต่าง ของแนวทางการจัดสภาพแวดล้อม</p>		<p>กระทำโดยสะดวก</p> <p>๕. มีห้องตรวจหรือ ห้องให้การรักษา เป็นสัดส่วนและมีติด ชิด</p> <p>๖. มีห้องน้ำ ห้องส้วม ที่ถูกสุขลักษณะอย่าง น้อย ๑ ห้อง</p> <p>๗. มีแสงสว่างและ การระบายอากาศ เพียงพอ ไม่มีกลิ่น อับทึบ</p> <p>๘. มีระบบการเก็บ และกำจัดมูลฝอยและ สิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม</p>	<p>โรงพยาบาลต้องมี ลักษณะ</p> <p>๑. ตั้งอยู่ในทำเลที่ สะดวก ปลอดภัย และไม่เป็นอันตราย ต่อสุขภาพ</p> <p>๒. โครงสร้างของ อาคารต้องไม่ติดกับ อาคารหรือสิ่งปลูก สร้างอื่น</p> <p>๓. อาคารที่ให้บริการ ตั้งแต่ ๓ ชั้นขึ้นไป ต้องมีลิฟท์บรรทุก เตียงอย่างน้อย ๑ ตัว</p>	<p>- ความกว้างไม่น้อยกว่า ๑.๕๐ เมตร ไม่มีสิ่งกีดขวาง</p> <p>- มีราวจับช่วยพยุงตัวบริเวณ ทางเดินสูง ๘๐-๙๐ เซนติเมตร</p> <p>- หากมีช่องระบายน้ำ ด้านข้างทางเดิน ต้องลึก ไม่เกิน ๒ เซนติเมตร</p> <p>- กว้างไม่เกิน ๕ เซนติเมตร</p> <p>- หากมีฝาท่อระบายน้ำ ต้องมีขนาดรูช่องตะแกรง ห่างไม่เกิน ๑.๓ เซนติเมตร</p> <p>หรือมีแผ่นโลหะปิด</p>

	มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑	กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘		การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์
	๑๐. มีหน่วยบริการของ ผู้ดำเนินการตลอด ๒๔ ชั่วโมง ในกรณีการแจ้งเหตุหรือ เตือนภัย			๙. มีระบบการควบคุม การติดเชื้อที่เหมาะสม ๑๐. กรณีบริการ เอกซเรย์ ต้องได้ มาตรฐานและได้รับ อนุญาต	และเพิ่มขึ้นตาม ความเหมาะสมของ จำนวนเตียง ๙. ทางสัญจรร่วม ในสถานที่ให้บริการ ผู้ป่วย ต้องมีการ ขนส่งผู้ป่วย โดยเตียงเข็น ต้องกว้างไม่น้อย กว่า ๒ เมตร ถ้ามีระดับสูง ต่ำไม่เท่ากัน ต้องมี ทางลาดเอียง และ	<u>บันได</u> ควรปรับห้องนอนผู้สูงอายุ ให้อยู่ชั้นล่าง เพื่อลดการเกิด อุบัติเหตุ - จะต้องมิลูกตั้งสูงไม่เกิน ๑๕ เซนติเมตร ลูกนอนมีความกว้าง ไม่น้อยกว่า ๓๐ เซนติเมตร - มีราวบันไดเส้นผ่านศูนย์กลาง ราวจับ ๓ - ๔ เซนติเมตร สูง จากพื้น ๘๐ - ๙๐ เซนติเมตร <u>ทางลาด</u> ความลาดชัน ไม่เกิน ๕ องศา หรือความ สูงต่อความยาว ไม่น้อยกว่า ๑ ต่อ ๑๒ และความกว้าง

	มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑	กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘		การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์
					<p>มีความชื้นไม่เกิน ๑๕ องศา</p> <p>๕. ต้องจัดสถานที่ และอุปกรณ์อำนวยความสะดวก ที่ เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และผู้พิการแต่ละ ประเภท โดยอย่าง น้อยต้องมีทางลาด เอียง ราวเกาะ และ ห้องน้ำสำหรับผู้พิการ</p> <p>๖. กรณีที่มีการจัด สถานที่เพื่อกิจการอื่น ซึ่งเป็นการอำนวยความสะดวก</p>	<p>ทางลาดไม่น้อยกว่า ๙๐ เซนติเมตร</p> <p>ที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีที่จอดรถใกล้ทางเข้าและ ออกอาคารให้มากที่สุด - ที่จอดรถมีลักษณะ ไม่ขนาดเท่ากับทางเดินรถ - ลักษณะที่จอดรถเป็นพื้นที่ สีเหลี่ยมผืนผ้า ขนาด กว้าง X ยาว ไม่น้อยกว่า ๒.๔ เมตร X ๖.๐ เมตร และมีที่ว่างข้างที่จอดรถ กว้างไม่น้อยกว่า ๑ เมตร

	มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑	กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘	การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์
				ความสะอาดให้แก่ ผู้มาใช้บริการ ที่จำเป็น ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มา ใช้บริการนั้น ต้องไม่อยู่ในบริเวณ แผนกผู้ป่วยในและ แยกเป็นสัดส่วน	- มีสัญลักษณ์รูปคนพิการ และผู้สูงอายุ ขนาด ๓๐ X ๓๐ เซนติเมตร ติดตั้งให้ขอบล่างของป้ายสูง จากพื้นไม่น้อยกว่า ๒ เมตร
ห้องพัก อาศัย	๑. ระดับพื้นทางเข้าห้องพัก อาศัยมีระดับเสมอกัน และไม่มี ธรณีประตู ๒. ประตูเข้าห้องพักอาศัย เป็นแบบเปิดออกภายนอกหรือ แบบบานเลื่อน	๑. ห้องน้ำ - ไม่ควรอยู่ไกลจากห้องนอน ผู้สูงอายุ - ควรมีขนาดไม่กว้างและไม่แคบ เกินไปประมาณ ๑.๖๕ - ๒.๗๕ เมตร - มีราวจับจากภายนอก เช่น		๑. มีความปลอดภัย มีความสะดวก และ เหมาะสมต่อผู้ให้บริการ และผู้รับบริการในการ ประกอบการนั้น	ห้องนอน - ควรอยู่ชั้นล่าง ไม่ต้องขึ้น บันได - โปร่ง โล่ง มีการระบาย อากาศดี ไม่มีกลิ่นอับ

	มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑	กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘	การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ดร.รัตน จารุทัศน์
	<p>๓. ภายในห้องพักอาศัย มีพื้นที่ตั้งแต่ ๑๕ ตารางเมตรขึ้นไป และจัดแบ่งเป็น ๓ ส่วน คือ ส่วนที่นอน ห้องน้ำ พื้นที่ใช้สอย</p> <p>๔. ระดับพื้นภายในห้องพัก ทุกส่วนมีระดับเสมอกัน ไม่สั่น ไม่มีสิ่งกีดขวาง</p> <p>๕. ส่วนที่นอน</p> <p>๕.๑ ติดตั้งสัญญาณบอกเหตุหรือเตือนภัย</p> <p>๕.๒ มีหน้าต่างมองเห็นวิวทัศนียภาพนอกอาคาร</p>	<p>จากห้องนอน</p> <ul style="list-style-type: none"> - พื้นห้องน้ำควรมีระดับเสมอกับพื้นภายนอก - ควรมีที่นั่งอาบน้ำแบบเก้าอี้ติดอยู่กับที่ - ควรใช้ฝักบัวอาบน้ำแทนการตกอาบ - ควรติดตั้งโถส้วมแบบนั่งราบ เพราะผู้สูงอายุนั่งยองลำบาก - ช่องประตูควรมีขนาดไม่น้อยกว่า ๙๐ เซนติเมตร และสามารถปลดล็อคลูกจากด้านนอก 		<p>๒. มีมาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพกำหนด</p> <p>๓. พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมาย</p> <p>๔. พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีเตียงนอนที่ยาวไม่น้อยกว่า ๑.๘๐ เมตร และมีความสูงระหว่าง ๓๕ - ๔๕ เซนติเมตร - มีพื้นที่ว่างรอบเตียงทั้ง ๓ ด้าน ๑ ละ ๙๐ เซนติเมตร - มีสัญญาณฉุกเฉิน บริเวณหัวเตียง - มีแสงส่องสว่าง เพียงพอ <p>ห้องน้ำ</p> <p>ประตู</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นแบบบานเปิดออกสู่ภายนอก หรือบานเลื่อน - แสงสว่างภายในห้องนอนมีเพียงพอ

	มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑	กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘		การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.โครรัตน์ จารุทัศน์
	<p>๖. ห้องน้ำ มีในทุกห้องพักอาศัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีขนาดกว้างไม่ต่ำกว่า ๑.๕๐ เมตร X ๒.๐ เมตร - ประตูเป็นแบบเปิดออก ภายนอกหรือบานเลื่อน - ระดับพื้นผิวภายในห้องน้ำ มีระดับเสมอกันกับภายนอก - มีโถส้วมชนิดนั่งสูงจากพื้น ไม่น้อยกว่า ๔๕ เซนติเมตร และมีราวจับ - มีอ่างล้างมือและมีราวจับข้างอ่าง 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรมิแสงสว่างเพียงพอ เพื่อมองเห็นสิ่งของ - เลือกสีของผนังและพื้นห้อง ควรเป็นสีตัดกัน <p>๒. ห้องนอน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีความกว้างเพียงพอต่อการรับ ความช่วยเหลือ - เพียงควรวางในตำแหน่งที่เข้าถึงได้ง่าย - แสงสว่างภายในห้องนอน มีเพียงพอ - เก้าอี้มีพนักพิง มีที่วางแขน และ ความสูงพอเหมาะ 		<p>สถานพยาบาลของ กระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การ บริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การ บริหารส่วนตำบล องค์การปกครองส่วน ท้องถิ่น และ สภากาชาดไทย</p> <p>๕. กรณีที่มีการ ให้บริการในอาคาร เดียวกันกับการ</p>		<ul style="list-style-type: none"> - อุปกรณ์เปิดปิดประตู ต้องเป็นก้านบิดหรือผลัก - ไม่ติดตั้งอุปกรณ์ชนิด บังคับให้บานประตูปิดได้เอง - ระบบล๊อคประตู ต้องสามารถเปิดออกในยาม ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว - ไม่มีธรณีประตู - พื้นภายในห้องน้ำ - พื้นที่ย่างภายในห้องส้วม มีเส้นผ่านศูนย์กลางไม่น้อยกว่า ๑.๕ เมตร

	มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑	กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘		การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไครรัตน์ จารุทัศน์
	<ul style="list-style-type: none"> - บริเวณที่อาบน้ำมีที่นั่งสำหรับอาบน้ำ - ติดตั้งสัญญาณบอกเหตุ หรือเตือนภัย - มีระบบทำน้ำอุ่นที่ปลอดภัย - มีราวจับตั้งแต่ประตูไปจนถึงโถส้วม ๗. ระบบไฟฟ้า - มีหลอดไฟฟ้าในส่วนที่นอน ห้องน้ำ และพื้นที่ใช้สอย - สวิตซ์ติดสูงไม่เกิน ๙๐ เซนติเมตร 	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดวางสิ่งของในตัว ของหนัก ควรอยู่ล่างสุด และไม่ควรถัดวางสิ่งของจนต้องปีน - สิ่งไม่จำเป็น ไม่ควรนำมาวางในห้องนอน ๓. <u>บันได</u> - ความลาดชันลูกตั้งลูกนอนและรูปแบบบันได หรือปรับเปลี่ยนเป็นทางลาด พื้นผิวไม่ลื่น มีความกว้างไม่น้อยกว่า ๙๐ เซนติเมตร ลูกตั้งไม่เกิน ๑๕ เซนติเมตร ลูกนอนกว้างไม่น้อยกว่า ๒๘ เซนติเมตร 		<ul style="list-style-type: none"> ประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน ๖. กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิก หรือมีคลินิกหลายลักษณะอยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน 		<ul style="list-style-type: none"> - พื้นห้องน้ำมีระดับเสมอ พื้นภายนอกหรือมีทางลาด ในกรณีเป็นพื้นต่างระดับ - วัสดุปูพื้นห้องน้ำต้องไม่ลื่น - พื้นห้องส้วมไม่ขัง - มีราวจับเพื่อนำไปสู่สุขภัณฑ์อื่น ๆ ภายในห้องน้ำ โถส้วมและราวจับบริเวณโถส้วม - โถส้วมเป็นแบบชนิดนั่งราบ มีพนักพิงหลังได้

	มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑	กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘	การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์
	<ul style="list-style-type: none"> - ปลั๊กไฟติดสูงไม่น้อยกว่า ๔๕ เซนติเมตร - มีระบบตัดไฟฟ้าลัดวงจรอัตโนมัติ ๘. เครื่องเรือนภายในห้องพักควรเป็นชนิด ไม่มีมุมแหลม หรือที่จะเกิดอันตรายได้ง่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - ขอบบันไดแต่ละขั้น ควรติดวัสดุกันลื่น และมีสีที่แตกต่างกับพื้นผิวของบันได - ราวบันไดควรมีรูปร่างทรงกลม ๒ ข้าง เพื่อความสะดวกในการยึดเกาะ - แสงสว่างบริเวณบันไดต้องเพียงพอ - ไม่ควรมีสิ่งของตามขั้นบันได ๔. ราวจับ หมายถึง ราวที่ใช้มือจับเพื่อการนำทางและพยุงตัวติดตั้งทั้งภายในและภายนอกอาคาร 			<ul style="list-style-type: none"> - มีราวจับที่ติดผนังเป็นรูปตัวแอล (L) - มีราวจับแบบพับเก็บได้ในแนวราบด้านไม่ขีดผนัง และมีระบบล๊อคที่ปลดล๊อคได้ง่าย - มีสายชำระหรือระบบฉีดน้ำชำระอัตโนมัติ ลักษณะของราวจับ - ราวจับทั้งหมด ทำด้วยวัสดุเรียบ มั่นคงแข็งแรง มีลักษณะกลม เส้นผ่านศูนย์กลาง ๓ - ๔ เซนติเมตร

	มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑	กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘		การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์
		<p>๕. ประตู ควรมีความกว้างอย่างน้อย ๙๐ เซนติเมตร แบบบานเปิด หรือ บานเลื่อน ไม่ควรมีธรณีประตู</p> <p>๖. ทางลาด ไม่ควรมีความชันมากเกินไป เพราะอาจทำให้พลัดหกล้ม ซึ่งข้อกำหนดของกฎหมายคือ ความชันไม่เกิน ๑ : ๑๒ (อัตราส่วนระหว่างความสูงต่อความยาวของทางลาด)</p> <p>- ความยาวของทางลาดน้อยกว่า ๖ เมตร มีความกว้างเท่ากับ ๙๐ เซนติเมตร</p>				<p>อุปกรณ์อื่น</p> <p>- ติดตั้งระบบสัญญาณแจ้งเหตุฉุกเฉิน ขอความช่วยเหลือจากภายในสู่ภายนอก โดยมีปุ่มกด</p>

	มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑	กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘		การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์
		<ul style="list-style-type: none"> - ความยาวของทางลาดมากกว่าหรือเท่ากับ ๖ เมตร มีความกว้างเท่ากับ ๑.๕ เมตร - ความยาวของทางลาดช่วงละไม่เกิน ๖ เมตร ถ้าเกินต้องมีชานพักกว้าง ๑.๕ เมตร ถ้ายาวตั้งแต่ ๒.๕ เมตร ต้องมีราวจับทั้งสองข้าง - ทางลาดด้านที่ไม่มีผนังกัน ให้ยกขอบสูงจากพื้นผิวของทางลาดไม่น้อยกว่า ๑๕ เซนติเมตร และมีราวกันตก <p>๗. พื้นห้องและฝาผนัง ควรปูด้วยวัสดุที่ไม่ลื่น ไม่ควรขัดจนเป็นมัน</p>				

	มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑	กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘		การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์
		<p>ควรเก็บสายไฟและปลั๊กไฟ ให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันการเดิน สะดุดล้ม</p> <p><u>การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ด้านกายภาพในระดับชุมชน</u></p> <p>๑. ควรมีการจัดเตรียมพื้นที่/ สถานที่เพื่อประกอบกิจกรรมของ ผู้สูงอายุหรือสมาชิกกลุ่มต่าง ๆ</p> <p>๒. ควรจัดกลุ่มกิจกรรมที่ สอดคล้องตามความถนัดของ ผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัยหรือ ตามความสนใจ</p>				

	มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑	กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘		การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์
		<p>๓. ควรจัดเตรียมกิจกรรมที่ ผู้สูงอายุสามารถสอน หรือ ถ่ายทอดประสบการณ์ความรู้</p> <p>๔. ควรมีการออกแบบจุดเชื่อมต่อ ต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับการใช้งาน ของผู้สูงอายุ เช่น มีทางลาด ในจุดต่างระดับ</p> <p>๕. การเตรียมพื้นที่สีเขียว หรือ สวนสาธารณะ เพื่อรองรับการใช้งาน ระดับชุมชน</p> <p>๖. ที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุและ คนพิการต้องเป็นพื้นที่สี่เหลี่ยมผืนผ้า มีความกว้างไม่น้อยกว่า ๒.๔ เมตร และยาวไม่น้อยกว่า ๖ เมตร</p>				

	มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑	กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘	การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์
		๗. ป้ายสัญลักษณ์เพื่ออำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุและ คนพิการต้องชัดเจนมองเห็นได้ง่าย			
บุคลากรที่เกี่ยวข้อง	๑. ผู้ให้บริการ ผู้ดำเนินการ เป็นผู้จัดการหรือ เป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลการ ดำเนินงาน ต้องมีคุณสมบัติ - อายุไม่ต่ำกว่า ๒๕ ปีบริบูรณ์ - ผ่านการอบรมหลักสูตรดูแล ผู้สูงอายุอย่างน้อย ๔๒๐ ชั่วโมง ที่จัดโดย กระทรวงศึกษาธิการ หรือ ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง		ผู้รับใบอนุญาตต้องมี คุณสมบัติ ๑. มีอายุไม่ต่ำกว่า ๒๐ ปีบริบูรณ์ ๒. มีถิ่นที่อยู่ใน ประเทศไทย ๓. ไม่เคยได้รับโทษ จำคุกโดยคำพิพากษา		

	มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑	กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘		การจัดตั้งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์
	<p>- ไม่เป็นผู้มีความประพฤติ เสื่อมเสียหรือบกพร่องศีลธรรม</p> <p>- มีใบรับรองแพทย์ระบุว่า มีสุขภาพแข็งแรง</p> <p>ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือ จิตฟั่นเฟือนและไม่เป็นผู้ติดสาร เสพติด</p>		<p>หรือคำสั่งที่ชอบด้วย กฎหมาย เว้นแต่ ลหุโทษ</p> <p>๔. ไม่เป็นโรคตามที่ ประกาศในราชกิจจา นุเบกษา</p> <p>๕. ไม่เป็นบุคคล ล้มละลาย</p> <p>๖. ไม่เป็นบุคคล วิกลจริต</p> <p>คนไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ ความสามารถ</p>			

	มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑	กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘		การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์
			ใบอนุญาตให้ ประกอบกิจการ ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปี ปฏิทินของปีที่ ๑๐ นับแต่ปีที่ออก ใบอนุญาต			
๒. พนักงาน	พนักงาน ทำหน้าที่เป็น ผู้ประสานงาน การแจ้งเหตุ เตือนภัย หรือแจ้งข่าวสาร ปฏิบัติงาน ๒๔ ชั่วโมง ในอัตราส่วนพนักงาน ๑ คน ต่อ ผู้สูงอายุ ๑๕ คน และต้องมี คุณสมบัติ			ต้องมีผู้ประกอบ วิชาชีพปฏิบัติงาน ตลอดเวลาที่เปิด ทำการ	ต้องมีผู้ประกอบ วิชาชีพปฏิบัติงาน เต็มเวลาหรือ บางเวลาที่เปิดทำการ ระหว่าง ๐๘.๐๐ - ๒๐.๐๐ นาฬิกา	

	<p>มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์</p>	<p>การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑</p>	<p>กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘</p>	<p>การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์</p>
	<p>- อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์ - ผ่านการอบรมหลักสูตรดูแล ผู้สูงอายุอย่างน้อย ๔๒๐ ชั่วโมง ที่จัดโดยกระทรวงศึกษาธิการ หรือ ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง - มีประสบการณ์ในการดูแล ผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า ๑ ปี โดยมี หนังสือรับรองจากโรงเรียน สถาบัน หรือสถานประกอบการ และสำเร็จ การอบรมหลักสูตร การดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า ๗๐ ชั่วโมง จัดโดยกรมอนามัย</p>			<p>โดยมีจำนวนตามที่ กำหนดไว้ในตาราง ท้ายกฎกระทรวง กำหนดวิชาชีพและ จำนวนผู้ประกอบการ วิชาชีพใน สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ (ตารางที่ ๑ - ๕) สำหรับกรณีเปิด ทำการระหว่างเวลา ๒๐.๐๐ - ๐๘.๐๐ นาฬิกา ต้องมี</p>	

	<p>มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์</p>	<p>การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑</p>	<p>กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘</p>	<p>การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์</p>
	<p>- ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อม เสียหรือบกพร่องศีลธรรม - มีใบรับรองแพทย์ระบุว่า มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็น ผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนและ ไม่เป็นผู้ติดสารเสพติด ควรจัดให้มีพนักงาน ที่มีความรู้และทักษะ - การซ่อมแซมห้องพักอาศัย ประปา ไฟฟ้า และอุปกรณ์ อำนวยความสะดวก - การทำความสะอาดพื้นที่ ส่วนกลางและการอำนวยความสะดวก</p>			<p>ผู้ประกอบวิชาชีพ ปฏิบัติงานตาม จำนวนที่กำหนดไว้ ในตารางท้าย กฎกระทรวงกำหนด วิชาชีพและจำนวนผู้ ประกอบวิชาชีพใน สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ (ตารางที่ ๖ - ๑๐)</p>	

	มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑	กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘		การจัดตั้งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์
	<p>ความสะดวกในการใช้บริการ การทำความสะอาดห้องพักอาศัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประกอบอาหารหรือ อำนวยความสะดวกด้านอาหาร - การรักษาความปลอดภัย - การจัดกิจกรรมที่เป็น ประโยชน์ผู้สูงอายุ <p><u>การจัดการภายในบ้านพัก</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำรายชื่อและข้อมูลส่วนตัว ของผู้อาศัย - จัดระบบการติดต่อและอำนวยความสะดวก 					

	<p>มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์</p>	<p>การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑</p>	<p>กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘</p>		<p>การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - จัดอบรมฟื้นฟูหรือเพิ่มเติม ความรู้ทักษะและจิตสำนึก ในการดูแลผู้สูงอายุ - จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน - ดูแลความสะอาด - การกำจัดขยะและขยะติดเชื้อ - การดูแลด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม - จัดให้มียาสามัญประจำบ้าน เพื่อรักษาโรคเบื้องต้นและ มีพนักงานดูแลการให้ยา - จัดให้มีระบบไฟฟ้าหรือ แสงสว่างสำรอง - จัดให้มีเครื่องมือดับเพลิง 					

	<p>มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์</p>	<p>การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑</p>	<p>กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘</p>		<p>การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์</p>
	<p>- จัดฝึกอบรมผู้ดำเนินการและ พนักงานในการป้องกันและ ระงับอัคคีภัย</p> <p>- จัดระบบรักษาความปลอดภัย ให้แก่ผู้อยู่อาศัย</p> <p>- ดูแลความสงบเรียบร้อยของ ผู้อยู่อาศัย</p> <p>การบริการ</p> <p>- ให้คำปรึกษาในเรื่องการดูแล ตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่อาศัยร่วมกับผู้สูงอายุ</p>					

	<p>มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์</p>	<p>การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑</p>	<p>กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘</p>		<p>การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในกรณีเจ็บป่วยหรือเกิดปัญหาทุกขยากเดือดร้อน - การนำส่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล - รับการติดต่อและการแจ้งเหตุจากผู้พักอาศัยและให้ความช่วยเหลือ - จัดหรืออำนวยความสะดวกให้มีกิจกรรม - อำนวยความสะดวกในการทำความสะอาด - ให้บริการอาหารหรืออำนวยความสะดวกด้านอาหาร 					

	<p>มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์</p>	<p>การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑</p>	<p>กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘</p>		<p>การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุ โดย รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์</p>
	<p>ให้แก่ผู้อยู่อาศัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประสานงาน อำนวยความสะดวก สะดวกการทำกิจธุระภายนอก บ้านพักผู้สูงอายุ - ให้บริการหรืออำนวยความสะดวก สะดวกในการซ่อมแซมห้องพัก อาศัย ประปา ไฟฟ้า - การซ่อมบำรุงอาคารให้อยู่ใน สภาพใช้การได้อย่างมี ประสิทธิภาพอยู่เสมอ 					

จากการศึกษาดูงานของคณะอนุกรรมการในสถานที่ต่าง ๆ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ พบว่า สถานที่และอาคารของหน่วยงานมีพื้นที่จำกัด และบางแห่งใช้พื้นที่อาคารร่วมกับหน่วยงานอื่น จึงทำให้หน่วยงานไม่สามารถจัดพื้นที่ภายในอาคารสำหรับผู้สูงอายุได้ตรงตามมาตรฐานการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การจัดให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุอยู่ชั้นบนของอาคารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผู้สูงอายุต้องเดินขึ้น - ลง บันได การจัดพื้นที่เตียงผู้ป่วยของสถานสงเคราะห์ที่มีระยะติดกัน ทำให้ไม่สะดวกต่อการดูแลรักษาพยาบาล และการอยู่รวมกันของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย เป็นต้น



ห้องพักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ
ในมูลนิธิสงเคราะห์คนชราอนาถา



ห้องพักผู้ป่วยสูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชรากันตัง ๒

๓.๔ ผู้ให้บริการผู้สูงอายุในสถานรับดูแลผู้สูงอายุ

สถานรับดูแลผู้สูงอายุควรมีบุคลากรที่เป็นผู้ให้บริการผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ โดยแบ่งได้เป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้

๓.๔.๑ กลุ่มที่ ๑ ได้แก่ ผู้ประกอบกิจการ และผู้ดำเนินการ

จากการศึกษาคำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุข เรื่อง แนวทางการควบคุมการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๓ ซึ่งคณะกรรมการสาธารณสุขอาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๐ (๓) แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ในการออกคำแนะนำดังกล่าว พบว่าได้กำหนดนิยามของ “ผู้ประกอบกิจการ” และ “ผู้ดำเนินการ” โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

“ผู้ประกอบกิจการ” หมายความว่า เจ้าของกิจการหรือผู้ดำเนินการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งมีหน้าที่ต้องขอรับใบอนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่นก่อนประกอบกิจการ ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการควบคุมกำกับดูแลให้ผู้ดำเนินการและพนักงานปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จัดให้มีระบบส่งต่อและวิธีการให้คำปรึกษาแนะนำในกรณีฉุกเฉินให้แก่ผู้ดำเนินการและพนักงาน

คุณสมบัติสำคัญของผู้ประกอบกิจการต้องไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี ไม่มีประวัติกระทำความผิดหรือละเมิดสิทธิต่อผู้สูงอายุ ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย มีใบรับรองแพทย์ระบุว่าไม่เป็นผู้วิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และไม่เป็นผู้ติดสารเสพติด

“ผู้ดำเนินการ” หมายความว่า ผู้จัดการหรือผู้ทำหน้าที่ดูแลการประกอบกิจการ และจัดส่งพนักงานไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการประเมินความต้องการดูแลของผู้สูงอายุทั้งปฐมนิเทศและจัดส่งพนักงานไปดูแลผู้สูงอายุ จัดทำรายงานการดำเนินการ จัดให้พนักงานได้รับการอบรมพื้นฐานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ควบคุมกำกับและมีระบบติดตามตรวจสอบการปฏิบัติงานของพนักงาน จัดระบบส่งต่อผู้สูงอายุกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

คุณสมบัติสำคัญของผู้ดำเนินการต้อง (๑) มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยจบการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านการแพทย์ หรือการพยาบาล หรือการพยาบาล และการผดุงครรภ์ หรือประกาศนียบัตรการพยาบาล หรือ (๒) มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า ๓ ปี โดยมีหนังสือรับรองจากบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีวุฒิการศึกษาระดับประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลหรือผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย ๔๒๐ ชั่วโมง ที่จัดโดยกรมอนามัยหรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง หรือโรงเรียนเอกชนที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงศึกษาธิการตามหลักสูตรที่กำหนด ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี ไม่มีประวัติกระทำความผิดหรือละเมิดสิทธิต่อผู้สูงอายุ มีใบรับรองแพทย์ระบุว่าไม่แข็งแรง ไม่เป็นผู้วิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบและไม่เป็นผู้ติดสารเสพติด

๓.๔๒ กลุ่มที่ ๒ ได้แก่ ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)

(๑) ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) คือ บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ หรือ Care Plan ซึ่งผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุมีทั้งการดูแลผู้สูงอายุในภาครัฐและภาคเอกชน โดยตามนโยบายรัฐบาลเรื่องการพัฒนาาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care : LTC) เรียกว่า ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เป็นผู้มีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการ และประสานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยการจัดทำ Care Plan ประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการ LTC ในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ประเมินและทบทวน Care Plan ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย ประเมินแผนงานและผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา และจัดให้มี Care Giver รวมทั้งเชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการตาม Care Plan โดย Care Manager ๑ คน ต่อการดูแล Care Giver ๕ - ๑๐ คน และต่อการดูแลผู้สูงอายุ ๓๕ - ๔๐ คน

(๒) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ คือ บุคคลที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือติดบ้านและติดเตียงในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ตามนโยบายรัฐบาลเรื่องการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care : LTC) โดยมีบทบาทหน้าที่ดูแลกิจวัตรประจำวัน สังเกตพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลง การส่งเสริมสุขภาพ ประคบอาหาร จัดการสิ่งปฏิกูล และมูลฝอย และส่งต่อผู้สูงอายุกรณีพบว่ามีเหตุฉุกเฉินหรือเจ็บป่วย ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ๑ คน ต่อการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ๗ - ๑๐ คน สำหรับสถานรับดูแลผู้สูงอายุ ภาคเอกชนและภาครัฐอาจเรียกบุคคลดังกล่าวว่า ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ

๓.๔.๓ กลุ่มที่ ๓ สหวิชาชีพทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ

ในสถานรับดูแลผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องมีบุคลากรแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ ประจำสถานรับดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้ครบวงจรทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต และติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด

(๑) แพทย์ จากการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของแพทย์ในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ในสถานรับดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชนและภาครัฐ พบว่า แพทย์มีหน้าที่หลักในการตรวจเยี่ยมอาการผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ โดยลักษณะการตรวจเยี่ยมมีตั้งแต่ตรวจเยี่ยมทุกวันหรือตรวจเยี่ยมเป็นบางวัน

(๒) พยาบาล มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การบริหารจัดการเกี่ยวกับการดูแล ส่วนบทบาทที่สำคัญอีกประการ คือ เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุในทีมการดูแล เมื่อผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุก็จะรายงานให้แก่พยาบาลในทีมรับทราบและให้ความช่วยเหลือแก่ปัญหาต่อไป นอกจากนี้พบว่าพยาบาลต่อผู้สูงอายุในแต่ละสถานรับดูแลผู้สูงอายุนั้นมีจำนวนไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับขนาดของสถานรับดูแลผู้สูงอายุนั้น ๆ

(๓) นักกายภาพบำบัด เป็นบุคลากรที่ช่วยดูแลในเรื่องกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพเป็นหลัก โดยในบางที่มีการพัฒนารูปแบบการบริการที่ค่อนข้างดี นักกายภาพบำบัดจะร่วมปรึกษากับบุคลากรในทีมดูแลเพื่อจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพเป็นการช่วยเหลือในลักษณะการทำเป็นกลุ่ม และการทำเป็นรายบุคคลในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพนอนติดเตียง กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพจะเป็นการช่วยกันทำระหว่างนักกายภาพบำบัด พยาบาล และผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ โดยในสถานบริบาลบางแห่งมีห้องสำหรับทำกายภาพบำบัด และมีอุปกรณ์ช่วยเหลือในการทำกิจกรรม

(๔) นักโภชนาการ เป็นผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละรายอาหารเฉพาะโรค และอาหารผสมสำหรับให้ทางสายยาง อย่างไรก็ตามสถานรับดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีนักโภชนาการ โดยจะพบในสถานรับดูแลผู้สูงอายุที่มีขนาดใหญ่ ส่วนสถานรับดูแลผู้สูงอายุอื่น แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาเรื่องการให้อาหารเฉพาะโรค หรืออาหารผสมสำหรับผู้สูงอายุแทน ในกรณีที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยางหากไม่มีการผลิตเอง สถานรับดูแลผู้สูงอายุจะใช้อาหารผสมสำหรับให้ทางสายยางที่เป็นอาหารสำเร็จรูปทดแทน

(๕) นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่ทำประวัติผู้สูงอายุ บันทึก รายงานประวัติผู้สูงอายุในระหว่างรับการสงเคราะห์จนกระทั่งพ้นสภาพจากผู้รับการสงเคราะห์ การติดต่อกับครอบครัวของผู้สูงอายุหรือบุคคลภายนอกที่เกี่ยวข้องเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่ไปรับการรักษาตัวนอกสถานสงเคราะห์ การให้คำปรึกษา แนะนำผู้สูงอายุ นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการป้องกัน แก้ไข ฟื้นฟู ส่งเสริม และพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุในระหว่างที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ และช่วยเตรียมความพร้อมก่อนออกจากสถานสงเคราะห์

(๖) นักจิตวิทยา มีทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำหรือแก้ไขปัญหาพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ฟื้นฟูและปรับสภาพจิตใจให้กับผู้สูงอายุ โดยการใช้กลุ่มบำบัดการเข้าร่วมกิจกรรมหรือแยกเฉพาะราย เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ซึ่งสถานรับดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีนักจิตวิทยาอาจให้นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ดังกล่าวได้

จากการศึกษาดูงานของคณะอนุกรรมการในสถานที่ต่าง ๆ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ และการเชิญผู้แทนจากสภาการพยาบาลและแพทยสภาเข้าร่วมประชุม พบว่า

๑. สถานสงเคราะห์คนชราในกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีหน่วยงานหรือสถาบันการศึกษาที่จะประเมินการดำเนินงานของสถานสงเคราะห์เพื่อการปรับปรุงการดำเนินงานให้ได้มาตรฐาน

๒. สถานรับดูแลผู้สูงอายุภาคการสงเคราะห์ของรัฐและเอกชนไม่มีแพทย์และพยาบาลประจำ เนื่องจากองค์กรไม่มีงบประมาณจ้างบุคลากรดังกล่าว อีกทั้งตำแหน่งเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำสถานสงเคราะห์คนชราซึ่งสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่มีความก้าวหน้าของอาชีพและได้รับค่าตอบแทนที่ไม่มีความเหมาะสม แต่ศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบางแห่งได้จัดให้มีพยาบาลอยู่เวรตลอด ๒๔ ชั่วโมง สำหรับแพทย์จะมาให้บริการตามกำหนดวันหรือเป็นครั้งคราว

๓. สถานรับดูแลผู้สูงอายุภาคการสงเคราะห์ของรัฐและเอกชนขาดแคลนงบประมาณดำเนินการในหลาย ๆ ด้าน เช่น การจ้างบุคลากร การปรับปรุงสถานที่เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการใช้ประโยชน์ได้ การจัดฝึกอบรมให้แก่พี่เลี้ยงและผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ให้มีความต่อเนื่อง เนื่องจากสถานรับดูแลผู้สูงอายุไม่ได้เป็นผู้จัดอบรมโดยตรง ต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น

ประกอบกับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่สามารถไปอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุนอกสถานที่ ในระยะเวลาที่นานได้ เพราะมีความจำเป็นต้องดูแลผู้สูงอายุและไม่ให้กระทบกับค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน

นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในองค์กรดังกล่าวข้างต้นมีทั้งที่ได้รับการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ และไม่ได้รับการอบรม อีกทั้งไม่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ แต่เป็นบุคคลที่มีความเอาใจใส่ และเอื้ออารีต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความอดทนและเสียสละดูแลผู้สูงอายุ เป็นอย่างยิ่ง และผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นอาชีพที่มีอัตราค่าจ้างไม่เป็นที่พอใจและไม่มีความก้าวหน้าของอาชีพ

๔. การพยาบาลโดยการทำให้ผลการของพยาบาลในสถานรับดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะการใส่สาย อุปกรณ์การแพทย์ เช่น สายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น ซึ่งพบบ่อย ในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งสถานรับดูแลผู้สูงอายุหลายแห่งไม่มีแพทย์อยู่ประจำตลอดเวลา ทำให้พยาบาลที่ประจำ สถานรับดูแลผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องทำให้ผลการให้แกผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ก่อนส่งต่อให้แพทย์ดำเนินการรักษาต่อไป และเป็นกรอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ต้อง เดินทางไปโรงพยาบาลและรอในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งมีคนไข้เป็นจำนวนมาก แต่พบว่าพยาบาลไม่สามารถ กระทำการพยาบาลโดยการทำให้ผลการดังกล่าวได้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านกฎหมาย



การให้บริการกายภาพบำบัดผู้สูงอายุ
ของศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



กิจกรรมส่งเสริมให้เยาวชนได้มีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ
ของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค



การให้บริการกายภาพบำบัดของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ
เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ
เทศบาลตำบลท่าช้าง จังหวัดสงขลา

๓.๕ การรับรองมาตรฐานของสถานรับดูแลผู้สูงอายุ

จากการรวบรวมแนวคิด การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องและการเชิญผู้แทนจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ สมาคมส่งเสริมธุรกิจบริการผู้สูงอายุไทย และสมาคมพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เข้าร่วมประชุมพบว่า หน่วยงานต่าง ๆ ได้ศึกษาและจัดทำองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมที่มีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น คู่มือมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ คู่มือการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข คู่มือการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก โดยรองศาสตราจารย์ ไตรรัตน์ จารุทัศน์ ซึ่งเป็นคู่มือที่ให้คำแนะนำแก่หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนสำหรับเป็นแนวทางในการจัดสถานที่ อาคาร และสิ่งแวดลอมให้มีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยไม่ได้มีลักษณะเป็นการบังคับให้ภาครัฐและภาคเอกชนที่ประกอบกิจการสถานรับดูแลผู้สูงอายุต้องดำเนินการตามคู่มือ และมีกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา พ.ศ. ๒๕๔๘ ภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. ๒๕๒๒ ซึ่งเป็นกฎที่กำหนดให้อาคารบางประเภทต้องมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา เพื่อให้บุคคลดังกล่าวมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้ และการควบคุมการประกอบธุรกิจสถานรับดูแลผู้สูงอายุซึ่งไม่ใช่ลักษณะสถานพยาบาล ผู้ประกอบธุรกิจดังกล่าวต้องจดทะเบียนการค้ากับกรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ ซึ่งเป็นการกำกับดูแลธุรกิจตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ พระราชบัญญัติบริษัทมหาชน จำกัด พ.ศ. ๒๕๓๕ พระราชบัญญัติการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๔๒ และพระราชบัญญัติการบัญชี พ.ศ. ๒๕๔๓ และกรมพัฒนาธุรกิจการค้า ได้ให้การสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินธุรกิจสถานรับดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการควบคุมของกรมพัฒนาธุรกิจการค้าดังกล่าวมิใช่การควบคุมด้านคุณภาพและมาตรฐานของสถานรับดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้มีการควบคุมการประกอบธุรกิจสถานรับดูแลผู้สูงอายุโดยสมาคมผู้ประกอบธุรกิจรับดูแลผู้สูงอายุที่องค์กรนั้นเป็นสมาชิก ซึ่งจะเป็นการควบคุมให้สมาชิกต้องปฏิบัติตามระเบียบของสมาคม โดยสมาคมไม่มีอำนาจลงโทษ แต่จะตักเตือนสมาชิกให้ปฏิบัติตามกฎ ซึ่งจากข้อมูลงานวิจัยของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย พบว่า จำนวนธุรกิจบริการผู้สูงอายุระยะยาวและสถานพยาบาลทั้งประเทศมีจำนวน ๘๐๐ แห่ง โดยมีในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน ๔๐๐ แห่ง ซึ่งร้อยละ ๒๐ ของสถานประกอบการดังกล่าวทั้งประเทศ หรือจำนวน ๑๕๘ ราย ได้จดทะเบียนนิติบุคคลแล้ว

จึงพิจารณาเห็นได้ว่าการประกอบกิจการสถานรับดูแลผู้สูงอายุไม่มีกฎหมายกำหนดและควบคุมมาตรฐานของสถานรับดูแลผู้สูงอายุทั้งภาคธุรกิจและภาคการสงเคราะห์ของรัฐและเอกชน ซึ่งจากรายละเอียดเกี่ยวกับการให้บริการในสถานรับดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชนจะเห็นได้ว่ามีรูปแบบการบริการที่หลากหลาย แต่มีการพัฒนารูปแบบการบริการที่ค่อนข้างรวดเร็วเพื่อตอบสนองความ

ต้องการของบริโภค โดยสถานรับดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการให้บริการในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่าต่างจังหวัด สำหรับลักษณะการให้บริการส่วนใหญ่เน้นการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการดูแลในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

๓.๖ ต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุ “เทศบาลตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี”

เทศบาลตำบลเขาพระงามมีการบูรณาการการทำงานร่วมกันทุกฝ่ายในพื้นที่ โดยมีการจัดตั้งกลุ่มและชมรมต่าง ๆ เพื่อให้การบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการและพัฒนาพื้นที่ได้ สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการลงพื้นที่เพื่อให้ทุกชุมชนเสนอ แผนงานท้องถิ่นและนำมาจัดทำเป็นแผนงานเทศบาล โดยเทศบาลได้จัดทำโครงการดูแลผู้สูงอายุ อย่างหลากหลายเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เช่น

๑. ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ด้อยโอกาส โดยใช้บ้านผู้ป่วย เป็นเตียงนอน (Home Ward) เสริมสร้างความรู้ และให้คำปรึกษาในการดูแลสุขภาพ การบริการแพทย์ฉุกเฉิน

๒. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป มีสุขภาพแข็งแรงและมีความพร้อมได้มีส่วนร่วมช่วยดูแลผู้สูงอายุติดบ้านหรือป่วยติดเตียง และสนับสนุนให้ทำงานต่อ

๓. การจัดกิจกรรมนันทนาการ ศาสนา การศึกษา และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต จัดกิจกรรมดนตรีไทย ประเพณีสงกรานต์รดน้ำดำหัว ธรรมโอสถ ศูนย์บริการข้อมูลชุมชน

๔. ส่งเสริมการพัฒนาผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม เช่น การถ่ายทอดภูมิปัญญาผู้สูงอายุ การส่งเสริมการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมออกกำลังกาย

๕. การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยและที่สาธารณะให้เหมาะสม และปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำเทศบาล บ้านผู้สูงอายุ

๖. การจัดให้มีระบบข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ การจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

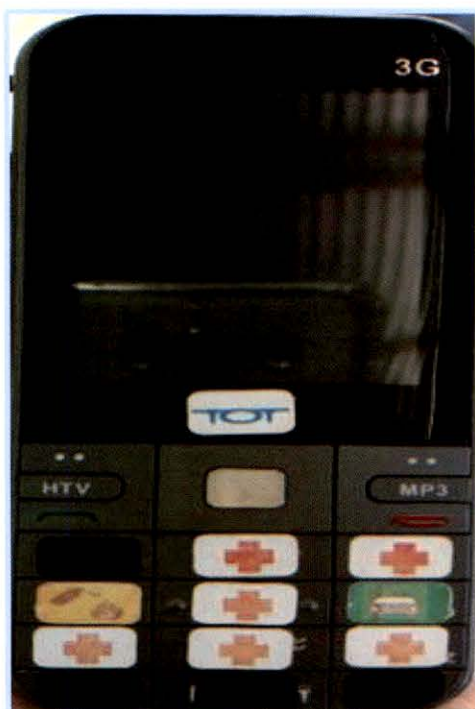
๗. การสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และการจัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุติดบ้านติดเตียง การตรวจสุขภาพทำกายภาพบำบัด ตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุ อาสาสมัครเฝ้าระวังใส่ใจผู้สูงอายุ Home Ward การบริการช่วยเหลือผ่านระบบ TOT Health Care Service Center

๘. จัดทำศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุครบวงจร

๙. โรงเรียนปัจฉิมวัยผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ

๑๐. โครงการบ้านต้นแบบสุขภาวะผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ Excellent Happy Home Ward เป็นโครงการที่ได้รับรางวัลที่ ๒ สาขานวัตกรรมและความเป็นเลิศในการให้บริการด้านสุขภาพของภูมิภาคเอเชีย และเอเชียแปซิฟิก จากองค์การสหประชาชาติ (United Nations Public Service

Awards : UNPSA) โดยเทศบาลได้นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าถึงการรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว โครงการดังกล่าวเทศบาลได้ดำเนินงานร่วมกับบริษัท ทีโอที จำกัด (มหาชน) โดยได้ให้บริษัท ทีโอที จัดทำและติดตั้งโปรแกรมระบบการทำงานและอุปกรณ์โทรศัพท์เคลื่อนที่จำนวน ๑๐๐ เครื่อง (รูปที่ ๓.๑) พร้อมคอมพิวเตอร์ ๑ ชุด โดยมีระบบฐานข้อมูลกลางตั้งอยู่ที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้ระบบดังกล่าวต้องใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ระบบเติมเงินที่มีค่าใช้จ่ายไม่สูง โดยปุ่มกดโทรศัพท์สามารถโทรแจ้งเหตุได้ ๓ เรื่อง ตามสัญลักษณ์ ได้แก่ สุขภาพ อักเสบ และเหตุร้ายอื่น ๆ เมื่อศูนย์รับแจ้งเหตุซึ่งตั้งอยู่ภายในเทศบาลได้รับแจ้งเหตุจะใช้ระบบคอมพิวเตอร์ตรวจสอบข้อมูลประวัติผู้ป่วยสูงอายุที่โทรขอความช่วยเหลือ พร้อมทั้งแสดงตำแหน่งที่ตั้งของบ้านผู้ป่วย จากนั้นรถแพทย์ฉุกเฉินจะเดินทางมาถึงภายในไม่เกิน ๕ นาที เพื่อส่งต่อสถานพยาบาลต่อไป ในกรณีที่ระบบโทรศัพท์ใช้แจ้งเหตุไม่ได้ จะมีปุ่มกดภายในบ้านผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งจะส่งสัญญาณฉุกเฉินที่หน้าบ้าน (รูปที่ ๓.๒) เพื่อให้เพื่อนบ้านบริเวณใกล้เคียงให้ความช่วยเหลือทันที การดำเนินงานได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีเครือข่าย เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาพระงาม ทีมสหวิชาชีพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



รูปที่ ๓.๑ โทรศัพท์เคลื่อนที่สำหรับให้ผู้ป่วย และผู้สูงอายุแจ้งเหตุต่าง ๆ



รูปที่ ๓.๒ สัญญาณฉุกเฉินหน้าบ้านผู้ป่วยและผู้สูงอายุ



ศูนย์รับแจ้งเหตุตั้งอยู่ภายใน
เทศบาลตำบลเขาพระงาม



เมื่อศูนย์ได้รับแจ้งเหตุแล้ว จะตรวจสอบประวัติและ
ตำแหน่งบ้านของผู้ป่วย เพื่อส่งรถแพทย์ฉุกเฉินมารับ
ผู้ป่วยภายในไม่เกิน ๕ นาที เพื่อส่งต่อสถานพยาบาล



รับฟังสรุปกระบวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ
แบบต่อเนืองที่บ้าน โดยหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่าง ๆ
ในเทศบาล และได้จัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วยเพื่อการดูแล



สาธิตการกายภาพบำบัดผู้ป่วยสูงอายุ
เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

บทที่ ๔ บทสรุปและข้อเสนอแนะ

๔.๑ บทสรุป

จากการประมาณการของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ หรือสังคมที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๒๐ ขึ้นไป ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ และจากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุมีจำนวน ๑๑,๓๑๒,๔๔๗ คน มีผู้ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง จำนวนร้อยละ ๑๐.๘ และผู้ที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวนร้อยละ ๖๐ ผู้สูงอายุดูแลตัวเองได้ ร้อยละ ๘๗.๔ ผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในบางครั้ง ร้อยละ ๑๑.๓ และผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น (ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้) ร้อยละ ๑.๓ ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีภาวะพึ่งพิง มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางถึงค่อนข้างต่ำ รูปแบบครอบครัวเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น มีศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุลดลง ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขและบริการอื่น ๆ ของภาครัฐได้อย่างทั่วถึง ส่งผลต่อความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิต แม้ว่าในบางชุมชนมีการบริหารจัดการที่ดี เช่น มีทีมหมอครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) อาสาสมัครครอบครัว อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บ้านกลางผู้สูงอายุ สถานรับดูแลผู้สูงอายุ และการจัดกิจกรรมอื่น เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนมารวมกลุ่มศึกษาหาความรู้

จากสภาพการณ์ดังกล่าวข้างต้น สถานรับดูแลผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญและความจำเป็นมากขึ้น มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สำรวจพบว่า จำนวนธุรกิจบริการผู้สูงอายุระยะยาวและสถานพยาบาลมีจำนวน ๘๐๐ แห่ง มีเพียงจำนวน ๑๕๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๐ ได้จดทะเบียนนิติบุคคลแล้ว ซึ่งสถานรับดูแลมีลักษณะให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้และผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งในรูปแบบการดูแลแบบไป - กลับ หรือไม่รับค้างคืน (Day Care) และการดูแลแบบรับค้างคืน (Stay Care) หน่วยงานต่าง ๆ ได้ศึกษาและจัดทำองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมที่มีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและหลักสูตรฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังคงขาดการกำหนดมาตรฐานกลางของสถานรับดูแล กฎหมายควบคุมกำกับดูแลให้มีคุณภาพ และจากการศึกษาพบสภาพปัญหาของสถานรับดูแลผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น การจัดสภาพแวดล้อมของอาคารและสถานที่ที่ไม่มีความเหมาะสม ขาดแคลนงบประมาณด้านต่าง ๆ เช่น การจ้างบุคลากรประจำสถานรับดูแล การปรับปรุงอาคารสถานที่เพื่อให้เข้าถึงการใช้ประโยชน์ การจัดฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และสภาพปัญหาอื่น ๆ เช่น ความไม่ก้าวหน้าในวิชาชีพของบุคลากรประจำสถานรับดูแล ปัญหาการทำหัตถการของฝ่ายการพยาบาล และขาดหน่วยงานรับผิดชอบการขึ้นทะเบียนและกำกับดูแลสถานรับดูแลโดยตรง

จากสภาพการณ์ปัจจุบัน สถานะรับดูแลผู้สูงอายุต้องมีคุณภาพและมาตรฐาน การจัดบุคลากร อาคาร สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่มีความเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ความเป็นอยู่ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ คณะกรรมการจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

๔.๒ ข้อเสนอแนะ

๔.๒.๑ ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

การดำเนินการสถานรับดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ มาตรฐาน ตลอดจนความปลอดภัย เพื่อให้ทันต่อความก้าวหน้าทางวิชาการ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ กอปรกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑) หน่วยงานที่รับผิดชอบและการกำกับดูแล กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ เป็นหน่วยงานหลักที่มีภารกิจหน้าที่สำคัญในการส่งเสริมและพัฒนา ศักยภาพ การจัดสวัสดิการ และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ ต้องดำเนินการร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำมาตรฐานสถานรับดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบเกณฑ์การประเมินและกลไกการตรวจสอบ คุณภาพสถานรับดูแลผู้สูงอายุ

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ควรร่วมมือและส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งด้านสาธารณสุข และพัฒนาคุณภาพชีวิต ผ่านอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนด้านงบประมาณ ให้เพียงพอ

๒) บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรด้านอื่น ๆ ควรพิจารณาทบทวนความจำเป็นอื่น ๆ ในการดำเนินการของสถานรับดูแลผู้สูงอายุ เช่น การมีแพทย์ประจำ พยาบาลวิชาชีพ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) และบุคลากรด้านอื่น ๆ รวมถึง การเข้าถึงการบริการ สุขภาพด้วยการสื่อสาร เทคโนโลยี อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย การส่งเสริมสนับสนุนให้ภาคเอกชน สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเป็นการแบ่งเบาภาระภาครัฐในอนาคต

๓) การทำหัตถการในสถานรับดูแลผู้สูงอายุ แพทย์สภาและสภาการพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการทบทวนการทำหัตถการต่าง ๆ ในสถานรับดูแลผู้สูงอายุ โดยพยาบาล วิชาชีพที่ประจำในสถานรับดูแล พิจารณาทบทวนเสนอแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวกับการทำหัตถการต่าง ๆ โดยคำนึงถึง สภาพความจำเป็น สภาพร่างกาย ความแข็งแรง และ ความปลอดภัย ตลอดจนความรู้ความชำนาญของพยาบาล

๔) การส่งเสริมการประกอบการดูแลผู้สูงอายุในภาคเอกชนและชุมชน รัฐควรมีนโยบาย ส่งเสริมให้ภาคเอกชนประกอบธุรกิจสถานรับดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและมาตรฐาน รวมทั้งการส่งเสริมให้

ชุมชนและสังคมจัดการดูแลผู้สูงอายุกันอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน เพื่อแบ่งเบาภาระภาครัฐและสร้างความยั่งยืนในอนาคต

๕) การสนับสนุนและส่งเสริมการคิดค้นวิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ การคิดค้นวิจัยสิ่งประดิษฐ์โดยใช้นวัตกรรมที่ทันสมัย เพื่อเป็นอุปกรณ์ช่วยเหลือการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีวิธีการใช้ง่าย สะดวก มีประสิทธิภาพปลอดภัยและราคาประหยัด รัฐบาลควรมีมาตรการส่งเสริมและสนับสนุนผู้ผลิตไทยให้ผลิตอุปกรณ์ที่จำเป็นต่าง ๆ โดยได้รับการยกเว้นภาษี การส่งเสริมแหล่งเงินทุน และการตลาด เพื่อให้สามารถแข่งขันกับอุปกรณ์ที่ผลิตจากต่างประเทศได้ ซึ่งจะสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและจิตใจที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี

๖) การพัฒนาหลักสูตรต่าง ๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาทบทวนพัฒนาหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น หลักสูตรอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ หลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติ หลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุ ตลอดจนหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุอื่น ๆ เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลและการทำหัตถการต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ ภายใต้การวินิจฉัย การวางแผน การรักษาพยาบาลของแพทย์ พยาบาลประจำสถานรับดูแลผู้สูงอายุ สามารถดูแลและทำหัตถการต่าง ๆ ได้โดยไม่ขัดต่อข้อบังคับและกฎหมาย ซึ่งจะทำให้การดำเนินการสถานรับดูแลผู้สูงอายุ มีคุณภาพมาตรฐาน และปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ เป็นผลดีในการสร้างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนระดับต่าง ๆ ด้วย

๗) ด้านมาตรฐานสถานรับดูแลผู้สูงอายุ รัฐต้องกำหนดมาตรฐานสถานรับดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจน ด้านอาคาร สถานที่ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง การอำนวยความสะดวก อนามัยและสิ่งแวดล้อม ดังนี้

คุณลักษณะที่พึงมีของสถานรับดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ ๔.๑ ด้านอาคารสถานที่

ด้านอาคารสถานที่	แบบไม่รับค้างคืน	แบบรับค้างคืน
ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้	<p>ประเภทที่ ๑</p> <p>๑) ตั้งอยู่ในทำเลที่ปลอดภัยและไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยมีความมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดและเสี่ยงต่ออันตราย^{๑)}</p> <p>๒) เป็นไปตามมาตรฐานการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข^{๒)}</p> <p>๓) มีทางหนีไฟจากทางเดินทุกชั้นภายในอาคาร และมีป้ายชี้ทางออกที่ชัดเจนสำหรับผู้สูงอายุ^{๓)}</p>	<p>ประเภทที่ ๒</p> <p>๑) เป็นไปตามมาตรฐานของประเภทที่ ๑ และ</p> <p>๒) มีการติดตั้งระบบเตือนภัยของอาคารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ</p> <p>๓) ต้องมีระบบไฟสำรองที่สามารถให้แสงสว่างเพียงพอ ทั้งนี้ รวมถึงในห้องนอนและห้องน้ำ</p> <p>๔) ระบบลิฟท์สามารถทำงานได้ เมื่อเกิดไฟฟ้าดับ</p> <p>๕) อาคารควรจะมีชั้นเดียวหรือกรณีอาคาร ๒ ชั้นขึ้นไป ควรมีลิฟต์ ไม่ควรจะมีพื้นต่างระดับหรือบันได และไม่ควรมีธรณีประตู เพราะสิ่งเหล่านี้มีแนวโน้มจะสกัดกั้นการเคลื่อนที่ของผู้สูงอายุ และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ^{๔)}</p>

๑. มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
๒. การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
๓. กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ (ประเภทไม่รับค้างคืน) ภายใต้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑
๔. กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ (ประเภทรับค้างคืน) ภายใต้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑

ด้านอาคารสถานที่	แบบไม่รับค้างคืน	แบบรับค้างคืน
ผู้สูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิง	<p>ประเภทที่ ๓</p> <p>๑) เป็นไปตามมาตรฐานของประเภทที่ ๑ และ</p> <p>๒) อาคารควรจะมีชั้นเดียวหรือกรณีอาคาร ๒ ชั้นขึ้นไป ควรมีลิฟต์ ไม่ควรจะมีพื้นที่ต่างระดับหรือบันได และไม่ควรมีธรณีประตู เพราะสิ่งเหล่านี้มีแนวโน้มจะสกัดกั้น การเคลื่อนที่ของผู้สูงอายุ และเพิ่มความเสี่ยง ในการเกิดอุบัติเหตุ^๑</p>	<p>ประเภทที่ ๔</p> <p>๑) เป็นไปตามมาตรฐานของประเภทที่ ๒ และ</p> <p>๒) ควรตั้งอยู่ในทำเลที่การคมนาคม สามารถเข้าถึงสถานพยาบาลได้สะดวก^๑</p> <p>๓) อาคารควรจะมีชั้นเดียวหรือกรณีอาคาร ๒ ชั้นขึ้นไป ควรมีลิฟต์ ไม่ควรมีพื้นที่ต่างระดับหรือบันได และไม่ควรมีธรณีประตู เพราะสิ่งเหล่านี้มีแนวโน้มจะสกัดกั้น การเคลื่อนที่ของผู้สูงอายุ และเพิ่มความเสี่ยง ในการเกิดอุบัติเหตุ^๑</p> <p>๔) การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงไม่สามารถเดินได้เองกระทำ โดยสะดวก^๑</p> <p>๕) มีการจัดแยกพื้นที่ดูแลผู้สูงอายุตาม ประเภทและความจำเป็นในการดูแล</p>

ตารางที่ ๔.๒ ด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ด้านบุคลากร ที่เกี่ยวข้อง	แบบไม่รับค้างคืน	แบบรับค้างคืน
ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือ ตนเองได้	<p>ประเภทที่ ๑</p> <p>๑) ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)</p> <p>๑.๑) จบปริญญาตรีหรือจบหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล หรือพยาบาลเทคนิค และ</p> <p>๑.๒) ผ่าน การอบรม หลักสูตร Care Manager หรือหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย ๔๒๐ ชั่วโมง ที่จัดโดยส่วนราชการที่เกี่ยวข้องและขึ้นทะเบียน ยกเว้นสถานรับดูแลผู้สูงอายุของภาครัฐหรือองค์การสาธารณกุศลในระดับตำบล/ชุมชน/ศพอส. ต้องผ่าน</p>	<p>ประเภทที่ ๒</p> <p>๑) เป็นไปตามมาตรฐานของประเภทที่ ๑ และ</p> <p>๒) มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ และพนักงานเพียงพอ ในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุในยามฉุกเฉิน</p> <p>๓) ต้องมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ และพนักงาน ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาทำการ ในสัดส่วนที่เหมาะสมตามช่วงเวลาต่าง ๆ โดยอาจ กำหนดไว้โดยหน่วยงานกำกับดูแลของรัฐ^๑</p>

ด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	แบบไม่รับค่าจ้าง	แบบรับค่าจ้าง
	<p>การอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๗๐ ชั่วโมง</p> <p>๑.๓) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า ๕ ปี</p> <p>๑.๔) มีสัดส่วนที่เหมาะสมต่อจำนวนผู้สูงอายุ (ซึ่งควรประกาศกำหนดโดยภาครัฐที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลสถานรับดูแลผู้สูงอายุ เช่น Care Manager ๑ คน : ผู้สูงอายุ ๔๐ คน ทั้งนี้ โดยดูแลผ่านผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จำนวน ๔ คน)</p> <p>๒) <u>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ</u></p> <p>๒.๑) มีคุณสมบัติ* และ</p> <p>๒.๒) ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย ๔๒๐ ชั่วโมง ที่จัดโดยส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง* และขึ้นทะเบียน ยกเว้นสถานรับดูแลผู้สูงอายุของภาครัฐหรือองค์การสาธารณกุศลในระดับตำบล/ชุมชน/ศพอส. ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๗๐ ชั่วโมง</p> <p>๒.๓) มีสัดส่วนที่เหมาะสมต่อจำนวนผู้สูงอายุ (ซึ่งควรประกาศกำหนดโดยภาครัฐที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลสถานดูแลผู้สูงอายุ เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๑ คน : ผู้สูงอายุ ๑๐ คน)</p> <p>๓) <u>พนักงานสนับสนุน</u></p> <p>๓.๑) ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน การแจ้งเหตุ หรือเตือนภัย แจ้งข่าวสาร</p> <p>๓.๒) ควรจัดให้มีพนักงานที่มีความรู้และทักษะการซ่อมแซมห้องพักอาศัย ประปา ไฟฟ้า และอุปกรณ์อำนวยความสะดวก</p> <p>๓.๓) พนักงานทำความสะอาดพื้นที่ส่วนกลางและการอำนวยความสะดวกในการใช้บริการการทำความสะอาดห้องพักอาศัย</p>	<p>๔) พนักงานรักษาความปลอดภัย</p>

ด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	แบบไม่รับค้ำคิน	แบบรับค้ำคิน
	<p>๓.๔) พนักงานประกอบอาหารหรืออำนวยการ ความสะอาดด้านอาหาร</p> <p>๓.๕) พนักงานดูแลการจัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ</p> <p>๔) จัดให้พนักงานทุกคนได้รับการอบรมฟื้นฟูหรือเพิ่มเติมความรู้ ทักษะ และจิตสำนึกเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การปฐมพยาบาล เป็นต้น</p>	
ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	<p>ประเภทที่ ๓</p> <p>๑) เป็นไปตามมาตรฐานของประเภทที่ ๑ และ</p> <p>๒) Care Manager จะต้องมีใบประกอบวิชาชีพพยาบาล</p> <p>๓) ต้องมีแพทย์ มาเยี่ยมและตรวจอย่างน้อยอาทิตย์ละครั้ง</p> <p>๔) ต้องมีพยาบาลวิชาชีพ อยู่ประจำตลอดเวลาให้บริการ</p> <p>๕) ควรมีนักกายภาพบำบัด</p> <p>๖) ควรมีนักอาชีวะบำบัด</p>	<p>ประเภทที่ ๔</p> <p>๑) เป็นไปตามมาตรฐานของประเภทที่ ๓ และ</p> <p>๒) มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ และพนักงานเพียงพอในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุในยามฉุกเฉินและยามวิกาล</p> <p>๓) ต้องมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ และพนักงานปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาทำการในสัดส่วนที่เหมาะสมตามช่วงเวลาต่าง ๆ โดยอาจกำหนดไว้โดยหน่วยงานกำกับดูแลของรัฐ^๓</p> <p>๔) พนักงานรักษาความปลอดภัย</p>

ตารางที่ ๔.๓ ด้านการอำนวยความสะดวก

ด้านการอำนวยความสะดวก	แบบไม่รับค้ำคิน	แบบรับค้ำคิน
ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้	<p>ประเภทที่ ๑</p> <p>๑) จัดทำรายชื่อและข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุที่รับบริการ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของญาติหรือผู้ที่ติดต่อได้ เพื่อใช้เป็นประโยชน์</p>	<p>ประเภทที่ ๒</p> <p>๑) เป็นไปตามมาตรฐานของประเภทที่ ๑ และ</p> <p>๒) มีหน่วยบริการของผู้ดำเนินการเพื่อเป็นศูนย์บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง เกี่ยวกับการ</p>

ด้านการอำนวยความสะดวก	แบบไม่รับค้ำคืน	แบบรับค้ำคืน
	<p>ในการติดต่อและดำเนินการให้ความช่วยเหลือผู้อยู่อาศัยในกรณีฉุกเฉิน ซึ่งการเปิดเผยข้อมูลต้องระมัดระวังต่อการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล และสวัสดิภาพของผู้อยู่อาศัย</p> <p>๒) จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน</p> <p>๓) มีทางหนีไฟจากทางเดินทุกชั้นภายในอาคารออกไปภายนอกอาคาร มีป้ายชี้นำทางออกที่ชัดเจน ทางหนีไฟให้เป็นทางลาดยาวตลอดจากชั้นบนสุดของอาคารลงไปถึงพื้นดินบริเวณที่มีความปลอดภัย มีขนาดกว้างไม่น้อยกว่า ๑.๕ เมตร มีราวจับยาวต่อเนื่องตลอดทางหนีไฟ ป้องกันควันได้ วัสดุปูพื้นไม่ลื่น และไม่มีสิ่งกีดขวาง</p> <p>๔) มีอุปกรณ์ดับเพลิง และเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรม รวมถึงมีการฝึกซ้อมการอพยพในกรณีเกิดเหตุเพลิงไหม้</p> <p>๕) ความปลอดภัยในห้องพัก</p> <p>๕.๑) ระดับพื้นภายในห้องพักทุกส่วนมีระดับเสมอกัน วัสดุปูพื้นที่ไม่ลื่นและไม่มีสิ่งกีดขวาง</p> <p>๕.๒) ส่วนที่นอนติดตั้งสัญญาณบอกเหตุหรือเตือนภัย</p> <p>๖) ความปลอดภัยในห้องน้ำ</p> <p>๖.๑) มีประตูเป็นแบบเปิดออกภายนอกหรือแบบบานเลื่อน ไม่ติดอุปกรณ์บังคับประตูปิดได้เอง และไม่มีธรณีประตู</p> <p>๖.๒) ระดับพื้นผิวภายในห้องน้ำมีระดับเสมอกับภายนอก</p> <p>๖.๓) มีโถส้วมชนิดนั่งราบสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า ๔๕ เซนติเมตร แต่ไม่เกิน ๕๐ เซนติเมตร</p>	<p>ประสานการแจ้งเหตุหรือเตือนภัย การอำนวยความสะดวก และการจัดบริการระหว่างผู้ดำเนินการกับผู้สูงอายุ ระบบสัญญาณบอกเหตุหรือเตือนภัยที่สามารถรับและส่งสัญญาณกับทุกห้องพักอาศัย แก้อีลื้อเพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนที่ให้แก่ผู้สูงอายุที่เดินไม่สะดวก และการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น</p> <p>๓) จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง</p>

ด้านการอำนวยความสะดวก	แบบไม่รับค้ำคืน	แบบรับค้ำคืน
	<p>มีพนักงานหลัง และมีราวจับบริเวณด้านที่ติดผนังอย่างน้อย ๑ ด้าน เพื่อช่วยในการพยุงตัว</p> <p>๖.๔) มีอ่างล้างมือและมีราวจับข้างอ่างล้างมือสูงจากพื้น ไม่น้อยกว่า ๘๐ เซนติเมตร เพื่อช่วยพยุงตัวขณะยืนให้อ่างล้างมือด้านที่ติดผนังจนถึงขอบอ่างเป็นที่ว่าง เพื่อให้เก้าอี้ล้อสามารถสอดเข้าได้</p> <p>๖.๕) บริเวณที่อาบน้ำจัดให้มีที่นั่งสำหรับอาบน้ำที่มีความสูงจากพื้น ไม่น้อยกว่า ๔๕ เซนติเมตร แต่ไม่เกิน ๕๐ เซนติเมตร มีราวจับในแนวนอนที่ด้านข้างของที่นั่งซึ่งสูงจากพื้น ๖๕ เซนติเมตร แต่ไม่เกิน ๗๐ เซนติเมตร</p> <p>๖.๖) ติดตั้งสัญญาณ บอกเหตุหรือเตือนภัยภายในห้องน้ำ</p> <p>๖.๗) มีระบบทำน้ำอุ่นที่ปลอดภัย</p> <p>๖.๘) มีราวจับตั้งแต่ประตูไปจนถึงโถส้วม และบริเวณที่อาบน้ำ</p> <p>๗) ระบบไฟฟ้าภายในห้องพักอาศัย</p> <p>๗.๑) มีหลอดไฟฟ้าติดตั้งไว้ทั้งในส่วนที่นอกห้องน้ำ และพื้นที่ใช้ประโยชน์ทั่วไป</p> <p>๗.๒) สวิตช์ ติดสูงไม่เกิน ๙๐ เซนติเมตร จากพื้น</p> <p>๗.๓) ปลั๊กไฟ ติดสูงไม่น้อยกว่า ๔๕ เซนติเมตร จากพื้น</p> <p>๗.๔) มีระบบตัดไฟฟ้าลัดวงจรอัตโนมัติ</p> <p>๗.๕) เครื่องเรือนภายในห้องพักอาศัย ควรเป็นชนิดไม่มีมุมแหลม หรือที่จะก่อให้เกิดอันตรายได้ง่าย</p> <p>๘) จัดให้มีอุปกรณ์ถังออกซิเจน และเครื่องกระตุกหัวใจ (AED) พร้อมทั้งบุคลากรที่ได้รับการอบรมในการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว</p>	

ด้านการอำนวยความสะดวก	แบบไม่รับค้ำคิน	แบบรับค้ำคิน
ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	<u>ประเภทที่ ๓</u> เป็นไปตามมาตรฐานของประเภทที่ ๑	<u>ประเภทที่ ๔</u> เป็นไปตามมาตรฐานของประเภทที่ ๒

ตารางที่ ๔.๔ ด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อม

ด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อม	แบบไม่รับค้ำคิน	แบบรับค้ำคิน
ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้	<u>ประเภทที่ ๑</u> ๑) มีน้ำสะอาดเพื่ออุปโภคบริโภคตามมาตรฐานคุณภาพน้ำที่ทางราชการกำหนดและมีปริมาณเพียงพอตามความต้องการของผู้รับบริการ ๒) มีระบบรองรับน้ำเสียจากการใช้อุปโภคบริโภคและมีการบำบัดน้ำเสียให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสม ไม่ก่อให้เกิดมลพิษ ๓) มีที่กักเก็บสิ่งปฏิกูลและทำการบำบัดหรือกำจัดสิ่งปฏิกูลให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัยจากการเกิดโรค ๔) การประกอบอาหารบริการให้แก่ผู้รับบริการในสถานที่ประกอบอาหารควรเลือกบริเวณที่จะไม่ทำให้สิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการได้รับการปนเปื้อนจากสิ่งสกปรก ๕) จัดอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพโดยคำนึงถึงความต้องการทางโภชนาการของผู้สูงอายุ และดำเนินการเตรียม ปรง ประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุงประกอบอาหาร และรับประทานอาหารให้สะอาดและถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอน ตามข้อกำหนดของมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร	<u>ประเภทที่ ๒</u> เป็นไปตามมาตรฐานประเภทที่ ๑

ด้านอนามัย และสิ่งแวดล้อม	แบบไม่รับค้างคืน	แบบรับค้างคืน
ผู้สูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิง	<u>ประเภทที่ ๓</u> เป็นไปตามมาตรฐานประเภทที่ ๑	<u>ประเภทที่ ๔</u> เป็นไปตามมาตรฐานประเภทที่ ๑

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๑. หลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยควรมีหลักสูตรที่เป็นมาตรฐานจากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง

๒. ในช่วงขับเคลื่อนการดำเนินงานในระยะแรกของสถานรับดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้แบบไม่รับค้างคืน ในระดับตำบล/ชุมชน/ศพอส. ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๑๘ ชั่วโมง ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานระดับตำบล/ชุมชน/ศพอส. สามารถมีการปฏิบัติได้จริง

๓. ปัจจุบันสถานรับดูแลผู้สูงอายุทั้งในส่วนที่ดำเนินการโดยภาครัฐและภาคเอกชนส่วนมากไม่มีผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ประจำสถานรับดูแลผู้สูงอายุ ถ้ากฎหมายกำหนดให้ต้องมี Care Manager ประจำสถานรับดูแลผู้สูงอายุ จะส่งผลให้สถานรับดูแลผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินการดังกล่าวได้ทันที ดังนั้น ในบทเฉพาะกาลของกฎหมายดังกล่าวจึงควรกำหนดช่วงระยะเวลาหนึ่งเพื่อให้ผู้ดำเนินการสถานรับดูแลผู้สูงอายุได้มีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็น Care Manager และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการจัดอบรมและขึ้นทะเบียน Care Manager เพื่อรองรับการทำงานในสถานรับดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ดำเนินการดังกล่าวสามารถปฏิบัติตามมาตรการที่กฎหมายกำหนด และเป็นการสร้างมาตรฐานให้แก่สถานรับดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดี มีคุณภาพและความปลอดภัยในชีวิต

๔.๒.๒ ข้อเสนอแนะด้านกฎหมาย

๑) พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์เพื่อกำกับดูแลการดำเนินการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้เป็นไปอย่างมีมาตรฐาน ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและคุ้มครองผู้บริโภค โดยในมาตรา ๓ ของพระราชบัญญัติดังกล่าวได้กำหนดนิยาม “สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ” หมายความว่า สถานที่ที่สร้างขึ้นเพื่อดำเนินกิจการ ดังต่อไปนี้

(๑) กิจการสปา อันได้แก่ บริการที่เกี่ยวกับการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพโดยวิธีการบำบัดด้วยน้ำและการนวดร่างกายเป็นหลัก ประกอบกับบริการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง อีกร้อยละน้อยสามอย่างเว้นแต่เป็นการดำเนินการในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

หรือการอาบน้ำ นวด หรืออบตัวที่เป็นการให้บริการในสถานอาบน้ำ นวด หรืออบตัวตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ

(๒) กิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม เว้นแต่การนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริม ความงามในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือในหน่วยบริการสาธารณสุขของหน่วยงานของรัฐหรือการนวดที่เป็นการให้บริการในสถานอาบน้ำ นวด หรืออบตัวตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ

(๓) กิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

จากข้อกฎหมายข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขจึงควรพิจารณากำหนดให้สถานรับดูแลผู้สูงอายุเป็นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โดยอาศัยอำนาจตามความใน (๓) ของบทนิยามคำว่า “สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ” ในมาตรา ๓ และการออกกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทสถานรับดูแลผู้สูงอายุ โดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๖ แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าว เพื่อการกำกับดูแลการดำเนินงานสถานรับดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ มาตรฐาน มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของสถานรับดูแล

๒) ข้อเสนอแนะต่อการจัดทำร่างกฎกระทรวงเพื่อกำกับดูแลการดำเนินงานสถานรับดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ ดังนี้

๒.๑) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรเป็นหน่วยงานกำกับดูแลและออกใบอนุญาตประกอบกิจการให้แก่สถานรับดูแลผู้สูงอายุที่ได้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานของกรมตามที่ได้กำหนดไว้ในร่างกฎกระทรวง เพื่อนำไปจดทะเบียนพาณิชย์กับกรมพัฒนาธุรกิจการค้าต่อไป ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานมีคุณภาพ มาตรฐาน และความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

๒.๒) การสร้างสถานรับดูแลผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงพื้นที่ที่มีสภาพแวดล้อมที่มีความเหมาะสมสำหรับการอยู่อาศัย เพื่อไม่ให้มีผลกระทบกับสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ดังกล่าว ควรตั้งอยู่ใกล้โรงพยาบาล หรือเส้นทางคมนาคมที่สะดวกเพื่อการส่งต่อการรักษา และในกรณีที่อยู่ห่างไกลโรงพยาบาลต้องมีพาหนะรับ – ส่ง ผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล และต้องจัดสภาพแวดล้อม อาคาร สถานที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุและทุกคนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ และมีความเหมาะสมต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้นำคู่มือการจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุของหน่วยงานต่าง ๆ เป็นแนวทางในการกำหนดรายละเอียดต่อไป

๒.๓) การควบคุมกำกับดูแลสถานรับดูแลผู้สูงอายุให้อยู่ภายใต้บังคับตามร่างกฎกระทรวงดังกล่าว ควรมีบทเฉพาะกาลกำหนดช่วงระยะเวลาหนึ่งเพื่อให้ผู้ประกอบการที่ได้ดำเนินธุรกิจมาก่อนที่กฎกระทรวงมีผลใช้บังคับ ได้มีการปรับปรุงให้ถูกต้องตามกฎหมายกระทรวง

๒.๔) ปัจจุบันการประกอบธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุทั้งระยะสั้น ระยะยาว ตลอดจนธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ต่างชาติให้ความสนใจการประกอบธุรกิจดังกล่าวในประเทศไทย ในหลายรูปแบบ ดำเนินการโดยคนต่างชาติและผ่านตัวแทน รวมทั้งการจัดส่งผู้สูงอายุต่างชาติมาใช้บริการธุรกิจดังกล่าวในหลายรูปแบบ ดังนั้น กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพาณิชย์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจน องค์กรสมาคมที่มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เป็นต้น ควรกำหนดมาตรการควบคุมกำกับดูแลการประกอบธุรกิจดังกล่าวอย่างรอบคอบ และสนับสนุนธุรกิจที่ดำเนินการโดยผู้ประกอบการคนไทย เพื่อผลประโยชน์ของชาติในระยะยาว

๒.๕) การจัดอบรมดูแลสุขภาพตามโรงแรมหรือรีสอร์ทต่าง ๆ ของเอกชน อย่างต่อเนื่องเป็นประจำ อาจมีลักษณะเป็นการดำเนินกิจการที่ขัดต่อกฎหมาย ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ควรมีวิธีการบริหารจัดการและควบคุมธุรกิจลักษณะดังกล่าว

๔.๒.๓ ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการ

๑) ปัจจุบันอยู่ระหว่างการพิจารณาศึกษาจัดทำร่างกฎกระทรวงเพื่อกำกับดูแลการดำเนินงานสถานรับดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ รัฐควรมีมาตรการควบคุมการดำเนินงานของสถานประกอบการดังกล่าวทั้งที่ได้จดทะเบียนการค้าและไม่ได้จดทะเบียนการค้า อีกทั้งไม่ได้เป็นสมาชิกของสมาคมใดสมาคมหนึ่งที่มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ

๒) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรกำกับดูแลทั้งในส่วน of สถานรับดูแลผู้สูงอายุที่เป็นภาคธุรกิจ ภาครัฐ องค์กรการกุศล เพื่อให้การดำเนินงานมีคุณภาพมาตรฐาน และความปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงสภาวะเศรษฐกิจ สังคม ชุมชน และความปลอดภัย

๓) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรพิจารณากำหนดมาตรฐานการดำเนินงานโดยเฉพาะสำหรับองค์กรการกุศลที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุด้วยโอกาสโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อให้มีความเหมาะสมและสามารถดำเนินการได้อย่างยั่งยืน

๔) การจัดแบ่งกลุ่มประเภทของสถานรับดูแลผู้สูงอายุควรให้มีความชัดเจนและต้องกำหนดหลักเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินงานที่แตกต่างกัน เช่น

๔.๑) การกำหนดตามลักษณะระยะเวลาที่ผู้สูงอายุเข้ารับบริการ เช่น การบริการแบบไม่รับค้างคืน (Day Care) หรือการบริการแบบรับค้างคืน (Stay Care)

๔.๒) การกำหนดประเภทโดยใช้สภาวะผู้สูงอายุเป็นเกณฑ์ เช่น ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ หรือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นต้น

๕) การกำหนดประเภทสถานรับดูแลผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ภายใต้กฎหมายดังกล่าวต้องมีความชัดเจน และการกำหนดมาตรฐานของสถานรับดูแลผู้สูงอายุกรณีผู้สูงอายุป่วยติดเตียงและผู้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้แต่ไม่ติดเตียงต้องมีมาตรฐานที่สูงกว่าสถานรับดูแลผู้สูงอายุประเภทอื่น

๖) สถานรับดูแลผู้สูงอายุควรมีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพกายของผู้สูงอายุ

๗) ในกรณีสถานรับดูแลผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ซึ่งบางกรณีจำเป็นต้องให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือพยาบาลประจำสถานรับดูแลผู้สูงอายุต้องทำหัตถการบางประเภทให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งโดยหลักการแล้วการทำหัตถการต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ ดังนั้น ในกรณีดังกล่าวกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ควรกำหนดแนวทางการกำกับดูแลที่ชัดเจน

๘) รัฐควรส่งเสริมให้ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมดำเนินการสถานรับดูแลผู้สูงอายุในลักษณะกิจการเพื่อสังคม (Social Enterprise) ซึ่งไม่ใช่การดำเนินงานในลักษณะการกุศล โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุที่เป็นผู้รับบริการมีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามความเหมาะสม (Co-payment) เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีความยั่งยืน และแบ่งเบาภาระภาครัฐ

๙) ธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเจริญเติบโตมากขึ้นในอนาคต ดังนั้น สมาคมผู้ประกอบการรับดูแลผู้สูงอายุต้องเสริมสร้างความเข้มแข็งและช่วยเหลือภาครัฐขับเคลื่อนธุรกิจดังกล่าวให้สามารถแข่งขันและเจริญก้าวหน้า

๑๐) กรณีต่างชาติมาใช้บริการธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย เป็นการมาใช้ทรัพยากรของประเทศ ส่งผลทำให้ค่าครองชีพของคนไทยสูงขึ้น ซึ่งกระทบต่อสิทธิประโยชน์ของคนไทย ดังนั้น จึงเสนอให้มีมาตรการภาษีที่เก็บจากคนต่างชาติที่มาใช้บริการ ตลอดจนการใช้สาธารณูปโภคและทรัพยากรในท้องถิ่นของบุคคลดังกล่าว อัตราค่าบริการสถานรับดูแลผู้สูงอายุของคนไทยและคนต่างชาติควรมีความแตกต่างกัน

บรรณานุกรม

หนังสือภาษาไทย

- ไตรรัตน์ จารุทัศน์, คู่มือการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก โครงการ “การจัดการความรู้อาคาร – สถานที่ ที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ, ๒๕๕๖.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๘, (กรุงเทพฯ : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)), ๒๕๕๙.
- พิสิษฐ์ พิริยาพรธม และคณะ, บทความการพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง, นุรพาเวชสาร ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๑ (ม.ค. – มิ.ย. ๒๕๕๘)
- ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ, รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ, ๒๕๕๐.
- ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ, รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง รูปแบบการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย, ๒๕๕๒.
- ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ, รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานดูแลระยะยาว, ๒๕๕๘.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ โฉมหน้าครอบครัวไทย ยุคเกิดน้อย อายุยืน, ๒๕๕๙.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, (กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ), ๒๕๕๙.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ, (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ).
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ, (กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก), ๒๕๕๘.
- อนูวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, คุณภาพของระบบสุขภาพ, (นนทบุรี : โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข), ๒๕๔๓.

กฎหมาย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๓

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

พระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. ๒๕๒๒

กฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา

พ.ศ. ๒๕๔๘

กฎกระทรวงลักษณะสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘

เอกสารอื่น

คำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุข เรื่อง แนวทางการควบคุมการประกอบกิจการให้บริการ

ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๓

เอกสารประกอบการบรรยายของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

เรื่อง “การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ” วันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๐

ณ ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ กรุงเทพมหานคร

เอกสารของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

เรื่อง “การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐”

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

- ตารางที่ ๑ : ตารางแสดงมาตรฐานของคุณภาพและ
ความปลอดภัยที่สำคัญของประเทศอังกฤษ
- ตารางที่ ๒ : หน้าที่ของรัฐ จังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน
ในระบบการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล
ของประเทศญี่ปุ่น
- ตารางที่ ๓ : ประเภทการบริการดูแลพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น
- ตารางที่ ๔ : ประเภทการบริการดูแลพยาบาล

ภาคผนวก ก ตารางที่ ๑

ตารางแสดงมาตรฐานของคุณภาพและความปลอดภัยที่สำคัญของสหราชอาณาจักร

ผลลัพธ์หลัก ๖ ด้าน	มาตรฐาน
ข้อมูลและการมีส่วนร่วม (Information and Involvement)	๑. การให้ความเคารพและการมีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการ (Respecting and Involving Service Users) ๒. การให้ความยินยอมในการดูแลและการรักษา (Consent to Care and Treatment) ๓. ค่าธรรมเนียม (Fee)*
ผลลัพธ์หลัก ๖ ด้าน	มาตรฐาน
การดูแลส่วนบุคคลการรักษาและการสนับสนุน (Personalised Care, Treatment and Support)	๔. การดูแลและสวัสดิการของผู้ให้บริการ (Care and Welfare of Service Users) ๕. การบรรลุถึงความต้องการทางโภชนาการ (Meeting the Nutritional Needs) ๖. ความร่วมมือกับผู้ให้บริการอื่น ๆ (Cooperating with other Providers)
การป้องกัน (Safeguarding)	๗. บริการปกป้องผู้ให้บริการจากการละเมิด (Safeguarding Service Users from Abuse) ๘. ความสะอาดและควบคุมการติดเชื้อ (Cleanliness and Infection Control) ๙. การจัดการเรื่องยา (Management of Medicine) ๑๐. ความปลอดภัยและความเหมาะสมของสถานที่ (Safety and Suitability of Premises) ๑๑. ความปลอดภัย ความพร้อมและความเหมาะสมของอุปกรณ์ (Safety, Availability and Suitability of Equipment)
ความเหมาะสมของอัตรากำลัง (Suitability of Staffing)	๑๒. ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับแรงงาน (Requirement Relating to Workers) ๑๓. อัตรากำลัง (Staffing) ๑๔. แรงงานสนับสนุน (Supporting Workers)

ผลลัพธ์หลัก ๖ ด้าน	มาตรฐาน
<p>คุณภาพและการจัดการ (Quality and Management)</p>	<p>๑๕. คำแถลงวัตถุประสงค์ (Statement of Purpose)*</p> <p>๑๖. การประเมินและการตรวจสอบคุณภาพของการให้บริการ (Assessing and Monitoring the Quality of Service Provision)</p> <p>๑๗. การร้องเรียน (Complaints)</p> <p>๑๘. การแจ้งเตือนเรื่องการเสียชีวิตของผู้ใช้บริการ (Notification of Death of a Service User)*</p> <p>๑๙. การแจ้งเตือนเรื่องการเสียชีวิตหรือการขาด โดยไม่ได้รับอนุญาตของบุคคลที่ถูกคุมขังหรือมีแนวโน้มที่จะถูกคุมขัง ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต ๑๙๘๓ (Notification of Death or Unauthorized Absence of a Person Who is Detained or Liable to be Detained under the Mental Health Act. ๑๙๘๓)*</p> <p>๒๐. การแจ้งเตือนเหตุการณ์อื่น ๆ (รวมทั้งการบาดเจ็บ ข้อกล่าวหาของการละเมิดการสืบสวนของตำรวจ) (Notification of other Incidents (Including Injuries, Allegations of Abuse, Police Investigation)) *</p> <p>๒๑. การบันทึก (Records)</p>
<p>ความเหมาะสมของการจัดการ (Suitability of Management)</p>	<p>๒๒. ความต้องการในกรณีที่มีผู้ให้บริการเป็นนิติบุคคล หรือห้างหุ้นส่วน (Requirements Where the Service Provider is An individual of Partnership)*</p> <p>๒๓. ความต้องการในกรณีที่มีผู้ให้บริการเป็นกลุ่มองค์กร มากกว่าห้างหุ้นส่วน (Requirements Where the Service Provider is a Body other than a Partnership)*</p> <p>๒๔. ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับผู้จัดการที่ขึ้นทะเบียน (Requirements Relating to Registered Managers)*</p> <p>๒๕. บุคคลที่ขึ้นทะเบียน : การฝึกอบรม (Registered Person: Training)</p>

ผลลัพธ์หลัก ๖ ด้าน	มาตรฐาน
	๒๖. สถานะทางการเงิน (Financial Position)* ๒๗. การแจ้งเตือนเรื่องการขาด (Notifications of Absence)* ๒๘. แจ้งเตือน – แจ้งให้ทราบล่วงหน้าเรื่องการเปลี่ยนแปลง (Notification – Notice of Changes)*

หมายเหตุ * หมายถึง ไม่ใช่มาตรฐานหลัก(มี ๑๒ ข้อ) ส่วนที่เหลือ ๑๖ ข้อเป็นมาตรฐานหลัก

ภาคผนวก ก ตารางที่ ๒

หน้าที่ของรัฐ จังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ในระบบการประกันสุขภาพและดูแลสุขภาพ
ของประเทศญี่ปุ่น

ระดับ	หน้าที่หลัก
รัฐ	วางกรอบของระบบการประกันดูแลสุขภาพ และกำหนดทิศทางการให้การดูแลสุขภาพ <ul style="list-style-type: none"> ▪ กำหนดเกณฑ์จำเป็นในการดำเนินระบบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ▪ รับภาระทางแหล่งเงิน อาทิ รับภาระที่มีสัดส่วนคงที่ที่เกี่ยวข้องกับแหล่งเงินของผู้รับประกัน จ่ายเงินประกันแบบปรับตามสัดส่วน จัดหาเงินบริจาคเข้าสู่กองทุนเพื่อสร้างความมั่นคงทางการเงิน ▪ ดูแลรักษางานบริการการดูแลสุขภาพทั้งหมด ▪ ให้คำแนะนำ ดูแล และชี้แนะให้แก่จังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน เพื่อให้ดำเนินงานด้านการประกันสุขภาพและดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างราบรื่น
จังหวัด	ให้การสนับสนุนช่วยเหลือระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน (ในฐานะผู้รับประกัน) และปฏิบัติหน้าที่ปรับปรุงที่จำเป็นเกินกว่าระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านจะทำได้ <ul style="list-style-type: none"> ▪ รับภาระตามอัตราที่กำหนดเกี่ยวกับแหล่งเงินของผู้รับประกัน และสนับสนุนช่วยเหลือทางการเงิน อาทิ การบริหารกองทุนเพื่อสร้างความมั่นคงทางการเงิน ▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับผู้ประกอบการและศูนย์บริการการดูแลสุขภาพ ▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับการประกาศ/เปิดเผยข้อมูลด้านบริการการดูแลสุขภาพ ▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับบุคลากรเฉพาะทางที่ให้ความช่วยเหลืองานดูแลสุขภาพ ▪ ปรับปรุงงานบริการการดูแลสุขภาพทั้งหมด ▪ อื่นๆ

ระดับ	หน้าที่หลัก
อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน	<p>บริหารจริงในเกี่ยวกับงานประกันดูแลพยาบาลในฐานะผู้รับประกันตามระบบประกันดูแลพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลรักษาสถานภาพของผู้เอาประกัน ▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือการวินิจฉัยรับรองผู้มีความจำเป็นต้องรับการดูแลพยาบาลและผู้มีความจำเป็นต้องรับการช่วยเหลือในการใช้ชีวิต ▪ ดำเนินงานด้านการจ่ายประกัน ▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับผู้ประกอบการบริการ ▪ ดำเนินงานสนับสนุนช่วยเหลือระดับท้องถิ่น (อาทิ การจัดตั้งและบริหารงานศูนย์ช่วยเหลือแบบบูรณาการระดับท้องถิ่น) ▪ กำหนดแผนงานประกันดูแลพยาบาลระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน (ทุก ๓ ปี) ▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับเบี้ยประกัน ▪ บริหารการเงินเพื่อการประกันดูแลพยาบาล

ภาคผนวก ก ตารางที่ ๓

ประเภทการบริการดูแลพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น

รูปแบบการให้บริการ	ประเภทของการบริการ	จำเป็นต้องรับการดูแล (รายละเอียดตั้งข้อ ๒)	จำเป็นต้องรับการช่วยเหลือ (รายละเอียดตั้งข้อ ๒)
ไปเยี่ยมเยียนที่บ้าน	การดูแลพยาบาลแบบไปที่บ้าน (โฮมเฮลท์)	○	△
	การดูแลพยาบาลแบบไปที่บ้าน และอาบน้ำให้	○	○
	การเฝ้าพยาบาลแบบไปที่บ้าน	○	○
	การฟื้นฟูแบบไปที่บ้าน	○	○
	การชี้แนะการดูแลพักฟื้น/รักษาทางการแพทย์แบบอยู่ที่บ้าน	○	○

รูปแบบการให้บริการ	ประเภทของการบริการ	จำเป็นต้องรับการดูแล (รายละเอียดตั้งข้อ ๒)	จำเป็นต้องรับการ ช่วยเหลือ (รายละเอียด ตั้งข้อ ๒)
	การดูแลพยาบาลแบบไปกลับ (เดย์ เซอร์วิส)	○	△
	การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายแบบ ไปกลับ (เดย์แคร์)	○	○
เข้าพักที่ศูนย์ดูแลพยาบาล แบบระยะสั้น	การดูแลพยาบาลเพื่อการใช้ชีวิต แบบเข้าพักระยะสั้น	○	○
	การดูแลพยาบาลเพื่อพักฟื้น/ รักษาทางการแพทย์แบบเข้าพัก ระยะสั้น (การพักระยะสั้นแบบมี การรักษาพยาบาล)	○	○
การให้บริการโดยให้ใช้ชีวิต ใกล้ๆ บ้าน	การดูแลพยาบาลการใช้ชีวิตของผู้ เข้าพักในศูนย์ดูแลพยาบาลที่ กำหนดไว้ (รายละเอียดตั้งข้อ ๑)	○	○
	ขายอุปกรณ์จำเป็นในการสังคม สงเคราะห์ตามที่กำหนด	○	○
การรักษาสภาพแวดล้อม ที่พักอาศัย	จ่ายค่าแก้ไขปรับปรุงที่พักอาศัย เพื่อผู้ป่วยที่ต้องดูแลพยาบาล	○	○

หมายเหตุ ๑ หมายถึง สิ่งได้รับการกำหนดให้ดูแลพยาบาลความเป็นอยู่ของผู้เข้าพักตามที่กำหนด อาทิ บ้านพักคนชราแบบจ่ายค่าบริการ บ้านพักคนชราแบบประหยัด บ้านพักคนชราแบบเลี้ยงดูรักษาพยาบาล เป็นต้น

๒ หมายถึงการให้บริการดูแลพยาบาล (ผู้จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาลระดับ ๑-๕) กับการให้บริการดูแลพยาบาลเชิงป้องกัน (ผู้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ระดับ ๑ และ ๒ ลักษณะการบริการ (อาทิ ระบบการให้บริการ ค่าตอบแทนการดูแลพยาบาลต่อหน่วยจำนวนเงินที่ผู้เอาประกันต้องรับภาระเอง) มีความแตกต่างกัน

(๖)

ภาคผนวก ก ตารางที่ ๔
ประเภทการบริการดูแลพยาบาล
(การให้บริการที่ศูนย์ดูแลพยาบาลและการให้บริการแบบเข้าถึงชุมชนอย่างใกล้ชิด)

รูปแบบการให้บริการ	ประเภทของการบริการ (ชื่อเรียก)	จำเป็นต้องรับการดูแล	จำเป็นต้องรับความช่วยเหลือ
เข้าพักที่ศูนย์ฯ	ศูนย์สังคมสงเคราะห์คนชราที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล(บ้านพักคนชราที่ต้องได้รับการพยาบาล เลี้ยงดูเป็นพิเศษหรือเรียกว่า ศูนย์เลี้ยงดูพิเศษ)	<input type="radio"/> (รายละเอียดข้อ ๒)	X
	ศูนย์ประกันสุขภาพคนชราที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล (ศูนย์ประกันสุขภาพคนชรา หรือเรียกว่า ศูนย์สุขภาพคนชรา)	<input type="radio"/>	X
	ศูนย์รักษาทางการแพทย์แบบดูแลพยาบาลและพักฟื้น เลี้ยงดู (สำหรับผู้ป่วยติดเตียง)	<input type="radio"/>	X
ให้บริการแบบเข้าถึงพื้นที่ชุมชนที่คุ้นเคย	การดูแลพยาบาลอยู่ที่บ้านแบบครบวงจรขนาดเล็ก	<input type="radio"/>	X
	การดูแลพยาบาลแบบไปกลับเพื่อรองรับผู้มีอาการสมองเสื่อม	<input type="radio"/>	X
	การดูแลพยาบาลชีวิตความเป็นอยู่ร่วมกันเพื่อรองรับผู้มีอาการสมองเสื่อม (บ้านพักอาศัยร่วมกัน)	<input type="radio"/>	X
	การดูแลพยาบาลชีวิตความเป็นอยู่ของผู้เข้าพักในศูนย์ที่กำหนดขึ้นเฉพาะแบบเข้าถึงพื้นที่ชุมชนอย่างใกล้ชิด	<input type="radio"/>	X
	การดูแลพยาบาลชีวิตความเป็นอยู่ของผู้เข้าพักในศูนย์สังคมสงเคราะห์คนชราที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาลแบบเข้าถึงพื้นที่ชุมชนอย่างใกล้ชิด	<input type="radio"/> (รายละเอียดข้อ ๒)	X

รูปแบบการให้บริการ	ประเภทของการบริการ (ชื่อเรียก)	จำเป็นต้องรับการดูแล	จำเป็นต้องรับการช่วยเหลือ
	การดูแลพยาบาลที่บ้านแบบครบวงจรขนาดเล็กเพื่อ เฝ้าไข้ดูแลผู้ป่วย (การบริการแบบครบวงจร หลากหลายรูปแบบ)	<input type="radio"/>	X
	การดูแลพยาบาลแบบไปกลับโดยเข้าถึงพื้นที่ชุมชน อย่างใกล้ชิด	<input type="radio"/>	X
	การเฝ้าไข้ดูแลพยาบาลแบบเยี่ยมเยียนถึงบ้านโดยจัด เยี่ยมเป็นช่วงเวลาหรือตามเวลาที่สะดวก	<input type="radio"/>	X
	การดูแลพยาบาลแบบเยี่ยมเยียนถึงบ้านในช่วงเวลา กลางวัน	<input type="radio"/>	X

หมายเหตุ ๑ หมายถึง ตามหลักการ จะยกเลิกการดำเนินการสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐
๒,๓ หมายถึง ผู้เข้าพักในศูนย์ฯ รายใหม่ โดยหลักการจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการ
รับรองว่าจำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล ตั้งแต่ระดับ ๓ ขึ้นไป ส่วนผู้เข้าพักในศูนย์พิเศษจะต้อง
เป็นผู้ที่ได้รับการรับรองว่าจำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล ระดับ ๑ และ ๒

ภาคผนวก ข.

- รายงานคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ
- รายงานที่ปรึกษา ผู้ชำนาญการ นักวิชาการและเลขานุการประจำคณะกรรมการ
- รายงานที่ปรึกษากิตติมศักดิ์คณะกรรมการ
- รายงานคณะอนุกรรมการ

**คณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี
ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ**

๑. นายวัลลภ ตังคณานุรักษ์	ประธานคณะกรรมการ
๒. นายมณฑิเตอร์ บุญตัน	รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง
๓. นางสาวรรณี สิริเวชชะพันธ์	รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง
๔. คุณหญิงทรงสุตา ยอดมณี	รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม
๕. นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ	เลขานุการคณะกรรมการ
๖. พลตำรวจเอก พงศพัศ พงษ์เจริญ	โฆษกคณะกรรมการ
๗. นายแถมสิน รัตนพันธุ์	กรรมการและที่ปรึกษา
๘. พลตรี จารึก อารีราชการัณย์	กรรมการและที่ปรึกษา
๙. พลเรือเอก สุรศักดิ์ ทรุ่นเรืองรมย์	กรรมการและที่ปรึกษา
๑๐. พลเอก วีรณ ฉันทศาสตร์โกศล	กรรมการและที่ปรึกษา
๑๑. นางกาญจนารัตน์ ลีวิโรจน์	กรรมการ
๑๒. รศ.กิตติชัย ไตรรัตนศิริชัย	กรรมการ
๑๓. พลเอก อีระวัฒน์ บุญยะประดับ	กรรมการ
๑๔. พลเรือเอก นริส ประทุมสุวรรณ	กรรมการ
๑๕. นายปรีชา วัชรภักย์	กรรมการ
๑๖. พลเรือเอก พลวัฒน์ สีโรตม	กรรมการ
๑๗. พลเอก ไพชยนต์ คำทันเจริญ	กรรมการ
๑๘. นายยุทธนา ทัพเจริญ	กรรมการ
๑๙. พลเอก ยุทธศิลป์ โดยชื่นงาม	กรรมการ
๒๐. พลเอก สกล ชื่นตระกูล	กรรมการ
๒๑. พลเอก สรรชัย อจลานนท์	กรรมการ
๒๒. พลเอก อุดลยเดช อินทะพงษ์	กรรมการ
๒๓. พลเอก อรุณ สมदन	กรรมการ
๒๔. พลตำรวจเอก เอก อังสนานนท์	กรรมการ

ที่ปรึกษา ผู้ชำนาญการ นักวิชาการ
และเลขานุการประจำคณะกรรมการ

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| ๑. นางจิราภรณ์ เล้าเจริญ | ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ |
| ๒. ดร. เฉลิมชัย ยอดมาลัย | ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ |
| ๓. นางพวงแก้ว กิจธรรม | ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ |
| ๔. นายสมชาย เจริญอำนวยสุข | ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ |
| ๕. รศ.ดร. อาชัญญา รัตนอุบล | ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ |
| ๖. นายอภิวัชร บัวพันธ์ | ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ |
| ๗. นายนิวัฒน์ กาญจนภูมิรินทร์ | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๘. ดร. พรรณรัตน์ เกรียงวัฒนา | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๙. นายวงศ์พันธ์ ฌฉันทพัฒน์ | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๐. นายวิญญู พิทักษ์ปรกรณ์ | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๑. นางอำไพวรรณ ตรีสกุล | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๒. นางงามจิต ตั้สุวรรณ | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๓. นางนฤมล ล้อมทอง | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๔. นางรัตนา สัยยะนิฐิ์ | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๕. นางอาทิตยา นรารวัชร | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๖. พลโท จริญญา พันธุนนท์ | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๗. ดร.ชาตรี ฤทธิทอง | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๘. นายชานนทร์ บุญรัชกุล | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๙. นางญานินท์ วั่งซ้าย | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๐. นางธนันท์ธร นิธิธีรพัชร | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๑. นางปนัดดา รักษาแก้ว | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๒. นายรณฤทธิ์ มงคลรัตน์ | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๓. นางรัชดา บุญยุบล | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๔. นางรัตนา ตฤชณารังสี | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๕. นาวาเอกหญิง วิชุดา วารุณประภา | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๖. นาวาโท สายชล ช่างน้อย | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๗. ทพ.ดร. อุดมศักดิ์ ศรีสุทิวา | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์คณะกรรมการธิการ

๑. นายกันติพจน์ สิริภักดีสกุล
๒. นางกัระณา สุมาวงศ์
๓. นายเกียรติศักดิ์ เทพผดุงพร
๔. นางจันทิรา กิตติฐิติกุล
๕. นางสาวธำปณีย์ สุขสำราญ
๖. นายนิติ ถาวรณชัย
๗. พลเอก บุญลือ วงษ์ท้าว
๘. นางผาณิต พูนศิริวงศ์
๙. นางเพ็ญพัทธ์ ศรีทอง
๑๐. พลตำรวจโท ภาสกร รักษ์กุล
๑๑. ดร. สมบูรณ์ วรหัตถ์บดินทร์วิทย์
๑๒. พันเอก สรศักดิ์ อนันตสมบูรณ์
๑๓. พลตำรวจโท สันติ เพ็ญสูตร
๑๔. นายสุรวัฒน์ ชมพูพงษ์
๑๕. นายอโณทัย ฤทธิปัญญาวงศ์
๑๖. พลโท อัครชัย จันทร์โตษะ
๑๗. พลอากาศตรี อธิพร คณะเจริญ
๑๘. นายเอกพิทยา เอี่ยมคงเอก

คณะอนุกรรมการกิจการเด็ก และเยาวชน

- | | |
|---|-----------------------------------|
| ๑. คุณหญิงทรงสุภา ยอคมณี | ประธานคณะอนุกรรมการ |
| ๒. พลตำรวจเอก พงศพัศ พงษ์เจริญ | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. พลเรือเอก นริส ประทุมสุวรรณ | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สอง |
| ๔. พลเอก สรรชัย อจลานนท์ | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สาม |
| ๕. นางเพ็ญศรี เคียงศิริ | อนุกรรมการ |
| ๖. รศ.ดร. คุณหญิงวินิตา ดิถียนต์ | อนุกรรมการ |
| ๗. นางธัชกร เหมะจันทร์ | อนุกรรมการ |
| ๘. นางสาวณอมขวัญ ณ ป้อมเพชร | อนุกรรมการ |
| ๙. นางเทพวัลย์ ภรณวลัย | อนุกรรมการ |
| ๑๐. นายบุรินทร์ สุขพิศาล | อนุกรรมการ |
| ๑๑. นางนฤมล ล้อมทอง | อนุกรรมการและโฆษก |
| ๑๒. นายกันติพจน์ สิริภักดีสกุล | อนุกรรมการและเลขานุการ |
| ๑๓. นายแถมสิน รัตนพันธุ์ | ประธานที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๔. รศ.ดร. อาชัญญา รัตนอุบล | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๕. นายวิญญู พิทักษ์ปกรณ์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๖. นางธนันท์ธร นิธิธีรพัชร | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๗. นายเฉลิมชัย ยอคมาลัย | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๘. นายภูมิสรรค์ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๙. นางสาวพรทิพย์ เตชะสมบูรณาจิก | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒๐. นายพันธุ์ เจตนลิน | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒๑. นายวงศกร ภู่ทอง | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒๒. นายอิทธิพล สงวนดีกุล | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒๓. นายสัชญา สติรพงษ์สุทธิ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒๔. นายเกษมศักดิ์ สีหพิทักษ์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒๕. นายโยธิน ทองพะวา | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒๖. ประธานสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |

คณะอนุกรรมการกิจการสตรี

๑. นางสาวรรณี สิริเวชชะพันธ์	ประธานคณะอนุกรรมการ
๒. นางกาญจนารัตน์ ลีวีโรจน์	รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง
๓. พลเอก วีรณ ฉันทศาสตร์โกศล	รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สอง
๔. พลเอก ยุทธศิลป์ โดยชื่นงาม	รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สาม
๕. นางสุชาดา นันทะพานิชสกุล	อนุกรรมการ
๖. ดร. สุชาดา เมฆรุ่งเรืองกุล	อนุกรรมการ
๗. นางสุทิตี เมธีประภา	อนุกรรมการ
๘. นายพิสุทธิ์ ทรัพย์วิจิตร	อนุกรรมการ
๙. ดร. สืบสวัสดิ์ วุฒิวรดิษฐ์	อนุกรรมการ
๑๐. นางรัตนา สัยยะนิฐี	อนุกรรมการ
๑๑. ดร.เกณิกา เฟื่องฟู	อนุกรรมการ
๑๒. พลตรี วีระศักดิ์ นาทะสิริ	อนุกรรมการและเลขานุการ
๑๓. นางกัระณา สุมาวงศ์	ประธานที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๔. พลตรี เปรมชัย สโรบล	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๕. นางสาวเบญจวรรณ อ่านเปรื่อง	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๖. นายราชันย์ บุญธิมา	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๗. ศาสตราจารย์ วันทนีย์ วาสิกะสิน	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๘. นายเกียรติศักดิ์ เทพผดุงพร	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๙. นางอำไพวรรณ ตรีสกุล	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๐. นายสุรวัฒน์ ชมภูพงษ์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๑. ทพ.ดร. อุดมศักดิ์ ศรีสุทิวา	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๒. ดร. พรรณรัตน์ เกรียงวัฒนา	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๓. นางกรรณิการ์ จรัสอุไรสิน	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

คณะอนุกรรมการกิจการผู้สูงอายุ

๑. พลเรือเอก พลวัฒน์ สีโรตม	ประธานคณะอนุกรรมการ
๒. พลเอก อีระวัฒน์ บุญยะประดับ	รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง
๓. พลเอก อรุณ สมตน	รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สอง
๔. รศ.นพ.พินิจ กุลละวณิชย์	อนุกรรมการ
๕. พลเอก บุญลือ วงษ์ท้าว	อนุกรรมการ
๖. นางธิดา ศรีไพพรรณ์	อนุกรรมการ
๗. พลโท กิจจา ศรีทองกุล	อนุกรรมการ
๘. พลตำรวจโท ภาสกร รักษ์กุล	อนุกรรมการ
๙. นายนิวัฒน์ กาญจนภูมิินทร์	อนุกรรมการ
๑๐. นาวาโท สมพล มหาสิงห์	อนุกรรมการ
๑๑. นาวาโท พิชระ ไม้หอม	อนุกรรมการ
๑๒. ดร. เมธินี รัตสาร	อนุกรรมการและเลขานุการ
๑๓. พลเอก สกล ชื่นตระกูล	ประธานที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๔. ศาสตราจารย์สม จาตุศรีพิทักษ์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๕. พลโท จริญญา พันธุนนท์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๖. นางสาวอรุณโรจน์ เลี่ยมทอง	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๗. พลอากาศตรี อิทพร คณะเจริญ	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๘. รศ.ดร. อาชัญญา รัตนอุบล	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๙. รศ.รศรินทร์ เกรย์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๐. นาวาเอกหญิง วิชุดา วารุณประภา	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๑. พันเอก สรศักดิ์ อนันตสมบุรณ์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๒. พันเอกหญิง สิรินพรรณ ศรีกุลวงษ์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๓. ดร.ชาตรี ฤทธิทอง	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๔. นายดำรงชัย พุ่มสงวน	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

คณะอนุกรรมการกิจการคนพิการ

- | | |
|--|-----------------------------------|
| ๑. นายมณฑิเยร บุญตัน | ประธานคณะอนุกรรมการ |
| ๒. พลตำรวจเอก เอก อังสนานนท์ | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สอง |
| ๔. ศาสตราจารย์วิริยะ นามศิริพงศ์พันธุ์ | อนุกรรมการ |
| ๕. นางสาววันทนี พันธ์ชาติ | อนุกรรมการ |
| ๖. นายวิฑูต บุณนาค | อนุกรรมการ |
| ๗. นางอาทิตยา นรารวัชร | อนุกรรมการ |
| ๘. นายรัตน์ กิจธรรม | อนุกรรมการ |
| ๙. นางพวงแก้ว กิจธรรม | อนุกรรมการและเลขานุการ |
| ๑๐. นายธีรยุทธ สุคนธวิท | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑๑. พลอากาศเอก ชนัท รัตนอุบล | ประธานที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๒. นายสมชาย เจริญอำนวยสุข | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๓. นายต่อพงศ์ เสลานนท์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๔. แพทย์หญิงวัชรา ธีวโพบูลย์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๕. นายชูศักดิ์ จันทยานนท์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๖. นางเบญจา ชลธารนนท์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๗. นางพิมพ์า ขจรธรรม | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๘. นายศุภชีพ ดิษเทศ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๙. นายสุภรธรรม มงคลสวัสดิ์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒๐. นายอนุชา รัตนสินธุ์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒๑. นายประกาศิต กายะสิทธิ์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |

**ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการการสังคม
เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส
สถานิติบัญญัติแห่งชาติ**

.....

- | | |
|--------------------------------|---|
| ๑. นางสาวศิริพร ภิญโญสิริธร | ผู้บังคับบัญชากลุ่มงานคณะกรรมการ
การพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก เยาวชน สตรี
ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส |
| ๒. นางธนยา สิงห์มณี | นิติกรชำนาญการ |
| ๓. นางสาวพิมพ์ปญา อติสิราวัชร | นิติกรชำนาญการ |
| ๔. นางสาวเพชรรัตน์ ฉัตรเพชร | วิทยากรชำนาญการ |
| ๕. นางจิตตินันท์ ศิริอังกานนท์ | วิทยากรชำนาญการ |
| ๖. นางสาวฉัตรสุดา ศิริวงศ์ | นิติกรปฏิบัติการ |
| ๗. นางกนกพร สาตประดับ | เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน |
| ๘. นางสาวจิณณพัทธ์ ไชวิเชียร | เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน |
| ๙. นายสุริยะ อุปลาบัติ | นักวิชาการสนับสนุนงานวิชาการ |
| ๑๐. นางสาวนธิดา ศรีอุตะ | พนักงานสนับสนุนการประชุม |
| ๑๑. นายรุ่งเพชร งามพร้อม | พนักงานสนับสนุนการประชุม |
-

**กลุ่มงานคณะกรรมการการพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก
เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส สำนักงานกรรมการ ๓ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๕ - ๖ โทรสาร ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๖**

มาตรฐาน สถานรับดูแลผู้สูงอายุ



ออกแบบและพิมพ์ที่
สำนักการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ
โทร. ๐ ๒๒๔๔ ๑๗๔๑-๒, ๐ ๒๒๔๔ ๑๕๖๑, ๐ ๒๒๓๑ ๙๔๗๑-๒

