

การเปิดตลาดแรงงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุญี่ปุ่น: กรณีศึกษาแรงงานฟิลิปปินส์และอินโดนีเซีย

บทคัดย่อ

การเปิดตลาดแรงงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุญี่ปุ่นตามข้อตกลงในการเจรจาความร่วมมือทางเศรษฐกิจกับฟิลิปปินส์และอินโดนีเซียเพื่อให้มีการเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดา (ผู้ให้บริการเป็นบุคคล) สาขาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปทำงานในสถานพยาบาลผู้สูงอายุภายใต้การกำกับของรัฐในประเทศญี่ปุ่นในปี 2550 และ 2551 ตามลำดับนั้น นับว่าเป็นความพยายามเบื้องต้นที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการที่ประเทศญี่ปุ่นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบผ่านการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ ประเทศไทยก็มีความพร้อมและมีความสนใจที่จะเจรจาในสาขานี้เช่นกันแต่ยังไม่สามารถบรรลุข้อตกลงได้ในขณะนี้ โดยกำหนดให้มีการเจรจาอีกครั้งภายในอนาคตอันใกล้ ดังนั้น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นและทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับโครงสร้างตลาดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นและกรณี



ศึกษาของแรงงานฟิลิปปินส์และอินโดนีเซียที่ได้เข้าสู่ตลาดญี่ปุ่นแล้ว โดยเน้นข้อมูลพื้นฐานและวรรณกรรมที่เผยแพร่โดยรัฐบาลญี่ปุ่น นักวิชาการ และสื่อมวลชน รวมถึงความคิดเห็นของผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ยังมีการเผยแพร่อย่างจำกัดในประเทศไทย คณะผู้เขียนคาดว่าข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาข้อเจรจาและการเตรียมความพร้อมในกรณีการส่งแรงงานของไทยต่อไป

คำสำคัญ : การเจรจาความร่วมมือทางเศรษฐกิจ สังคมผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แรงงานต่างชาติ

* อาจารย์ประจำสาขาบริหารธุรกิจระหว่างประเทศ โลกีสติศาสตร์และการขนส่ง คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** อาจารย์ประจำภาควิชาการตลาด คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Abstract

The Economic Partnership Agreement between Japan and the Philippines and Indonesia in 2007 and 2008 on the movement of natural persons in elderly care giving services reflects the Japanese government attempts to resolve problems that are rooted from being an aging society via international trade in services. Thailand also urged to conclude on the similar agreement but the negotiation is prolonged to the next few years. Thus, this article aims to

review literatures and basic data published by the Japanese government, Japanese academia and Japanese mass media as well as Japanese elderly opinion in addition to case studies of the Filipino and Indonesian care givers in Japan. Because the access to these data is still very limited in Thailand, the authors intend to render information for concerned parties in the trade negotiation, public policy setting and the preparation of labor mobility management in the future.

Keywords : Economic Partnership Agreement, Aging Society, Elderly Care Giving, Foreign Labor

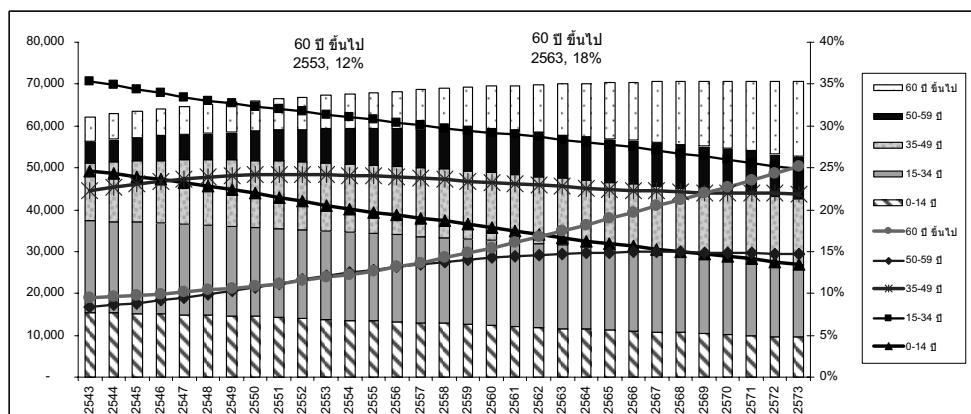


1. บทนำ

ญี่ปุ่นเป็นประเทศหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการค้าระหว่างประเทศ และมีการลงทุนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มาตั้งแต่ต้นทศวรรษที่ 2510¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทย มีบริษัทญี่ปุ่น 1,290 แห่ง มีคนญี่ปุ่นทำงานและพำนักอาศัยอยู่จำนวน 44,414 คน ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนที่มากกว่าประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคนี้² (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2551) จนถึงปี พ.ศ. 2552 การค้าระหว่างประเทศไทยและญี่ปุ่นนั้นมักจะเป็นสินค้าอุตสาหกรรมหรือสินค้าการเกษตร ส่วนการขยายการค้าระหว่างประเทศในประเภทบริการอย่างจริงจังกำลังจะมีขึ้นในการเจรจาความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย – ญี่ปุ่น กล่าวคือ ในการเจรจาต่อไปนั้นญี่ปุ่นรับที่จะพิจารณาเรื่องการอนุญาตให้แรงงานไทยเข้าไปทำงานเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและพนักงานสปาในประเทศญี่ปุ่น (กระทรวงการต่างประเทศ, 2552)

สาเหตุที่ประเทศไทยได้เรียกร้องให้มีการพิจารณาเกี่ยวกับการรับแรงงานไทยในตลาดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการกำหนดยุทธศาสตร์ชาติให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์แห่งเอเชียและการมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องนี้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 (กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ, 2546) การส่งออกแรงงานก็เป็นกลยุทธ์ที่ประเทศไทยใช้ในการสร้างรายได้จากต่างประเทศมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 อีกทั้งยังมีการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอีก 20 ปีข้างหน้า เมื่อสัดส่วนของประชากรที่มีอายุเกินกว่า 60 ปีมีสูงกว่าประชากรที่มีอายุต่ำกว่า 14 ปี (ดูรูปภาพที่ 1) ดังนั้น การส่งเสริมให้แรงงานไทยได้มีโอกาสไปทำงานในธุรกิจการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามกรอบการเจรจาหุ้นส่วนเศรษฐกิจก็จะเป็นการเตรียมแรงงานที่มีทักษะในการดูแล

รูปภาพที่ 1 สัดส่วนร้อยละของจำนวนประชากรไทยจำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2550-2573



ที่มา : ข้อมูลจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2573 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตุลาคม 2550

¹ และเพิ่มมากขึ้นอีกครั้งในปี พ.ศ. 2531 หลังการเปลี่ยนแปลงค่าเงินเยนตามข้อตกลงพลาซ่า แอคคอร์ด

² <http://www.mofa.go.jp/region/asia-paci/thailand/index.html>

ผู้สูงอายุเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของไทยเช่นกัน เนื่องจากแรงงานที่เดินทางไปทำงานภายใต้กรอบการเจรจาจะได้อำนาจทำงานกับสถานพยาบาลดูแลผู้สูงอายุญี่ปุ่น ซึ่งถือว่าเป็นตลาดที่มีความละเอียดอ่อนและมีมาตรฐานสูง (กรมเอเชียตะวันออก กระทรวงการต่างประเทศ, 2552)

อย่างไรก็ดี ในการเปิดอภิปรายสาธารณะเพื่อรับฟังความคิดเห็นผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ รวมถึงประชาชนทั่วไป พบว่ามีผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวแทนจากสถานพยาบาลของไทยมีความกังวลในหลายประเด็น เช่น คุณภาพชีวิตของแรงงานเมื่อไปทำงานในต่างประเทศ ความเสี่ยงต่อการขาดแคลนแรงงานสาขานี้ในประเทศไทย เป็นต้น (กรมเอเชียตะวันออก, อ้างแล้ว) หรือโดยสรุปยังมีประเด็นที่ต้องได้รับการพิจารณาให้ถี่ถ้วนก่อนการตกลง

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโครงสร้างตลาดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นและกรณีศึกษาของแรงงานฟิลิปปินส์และอินโดนีเซียที่ได้เข้าสู่ตลาดญี่ปุ่นแล้ว โดยเนื้อหาในการนำเสนอเริ่มจากปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นและนโยบายด้านการประกันสุขภาพของรัฐบาล โครงสร้างตลาดการบริการดูแลผู้สูงอายุประเทศญี่ปุ่น ปัญหาการขาดแคลนแรงงานในการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและความพยายามของรัฐในการแก้ปัญหาจากการเคลื่อนย้ายแรงงานในประเทศ กรณีศึกษาการเข้าสู่ตลาดญี่ปุ่นของ

ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชาวฟิลิปปินส์และอินโดนีเซีย และความคิดเห็นของชาวญี่ปุ่นและสื่อญี่ปุ่นต่อการนำเข้าแรงงานต่างชาติดังกล่าว

2. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นและนโยบายด้านการประกันสุขภาพของรัฐบาล

ตามคำนิยามของสหประชาชาติแล้ว การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนั้นหมายถึง การที่ประเทศใดๆ มีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุเกิน 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ในกรณีของประเทศญี่ปุ่นนั้น ในปี พ.ศ. 2542 ประชากรญี่ปุ่นที่มีอายุเกิน 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 16.2 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27.4 ในปี พ.ศ. 2568 (Health and Welfare Bureau for the Elder Ministry of Labor and Welfare, 2009) ซึ่งเป็นสถิติที่แสดงให้เห็นว่าประเทศญี่ปุ่นได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ประชากรกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเบบี้บูมเมอร์ (Baby Boomers) รุ่นแรกที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2490-2492 และคาดว่าจะมีจำนวนสูงถึงแปดล้านคน (กระทรวงสวัสดิการสังคมประเทศญี่ปุ่น) ผู้ที่เริ่มเข้าสู่วัยกลางคนนั้น แม้ภายนอกจะดูแข็งแรงแต่ก็มีโรคแอบแฝง (Hidden Diseases) และเมื่ออายุเฉลี่ยของประชากรญี่ปุ่นยืนยาวขึ้น ก็ทำให้มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลรักษาจำนวนมากขึ้นไปด้วย ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวโน้มของผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นที่มีปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ

	หน่วย: พันคน			
ประเภทของความเจ็บป่วย	2536	2543	2553	2568
ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเพียงเล็กน้อย	1,000	1,300	1,900	2,600
มีอาการของโรคสมองเสื่อมและต้องการการดูแลระยะยาวแต่ยังสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เองบ้าง	100	200	300	400
ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง (ต้องนอนพักบนเตียงและมีอาการของโรคสมองเสื่อมร่วมด้วย)	900	1,200	1,700	2,300
รวม (ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว)	2,000	2,800	3,900	5,200
จำนวนประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป	16,900	21,700	27,700	32,400
คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ	11.83	12.90	14.08	16.05

ที่มา : ดัดแปลงจาก <http://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/index.html> Downloaded 7 December 2009, General Affairs Division, Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministry of Health, Labor and Welfare

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นส่งผลกระทบต่ออย่างน้อยสามประการด้วยกัน คือ

หนึ่ง ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ จากการเปลี่ยนแปลงสภาพเศรษฐกิจและสังคมทำให้คนญี่ปุ่นยุคใหม่มีข้อจำกัดในเรื่องเวลาที่จะดูแลผู้สูงอายุและศึกษาหาความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งเป็นงานที่ละเอียดอ่อน มีรายละเอียดมาก นอกจากนี้ ยังมีปัญหาเรื่องความคาดหวังของผู้สูงอายุเองที่มีทั้งคาดหวังให้บุตรหลานดูแลตนให้ดีเหมือนที่ตนได้ดูแลพ่อแม่ของตนมาแล้วในอดีต หรือในทางกลับกันผู้สูงอายุมีความกังวลว่าตนเองจะเป็นภาระแก่ลูกหลานทำให้ต้องวางแผนที่จะพึ่งพาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Mei, 2004)

สอง ความต้องการสถานพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะเพื่อแยกผู้เข้ารับบริการที่เป็นผู้สูงอายุออกจากผู้ป่วยอื่นๆ ในโรงพยาบาลทั่วไป เนื่องจากเป็นการรักษาที่ไม่ใช่โรคปัจจุบันทันด่วนและไม่สำคัญถึงแก่ชีวิต

หากแต่เป็นการรักษาอาการที่เป็นพยาธิสภาพของการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายรวมถึงความสามารถในการจำ การช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นการดูแลระยะยาวและสม่ำเสมอ

สาม ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เบิกจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น มีจำนวนมาก เป็นภาระหนักแก่รัฐบาล

ด้วยเหตุผลหลักสามประการดังกล่าวมานี้ทำให้รัฐบาลญี่ปุ่นนำเสนอระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Long Term Care Insurance) เพิ่มเติมจากระบบประกันสุขภาพ (Health Insurance) ในปี พ.ศ. 2543 เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ทั่วถึงและเหมาะสมยิ่งขึ้น กล่าวคือ รัฐบาลจะจัดให้มีสถานพยาบาลประเภทต่างๆ เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามสภาพของความเจ็บป่วยและความช่วยเหลือที่ต้องการ ตั้งแต่บริการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ไปจนถึงบริการการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุพร้อมการดูแลทางการแพทย์ที่ใกล้ชิด (รายละเอียดในหัวข้อถัดไป) โดยกำหนดให้

ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40-64 ปี ต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันตามแผนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุทุกเดือน และจะมีสิทธิใช้บริการจากสถานพยาบาลผู้สูงอายุได้ตั้งแต่อายุ 65 ปี โดยสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เต็มจำนวน³

การจัดตั้งระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุทำให้มีการขยายตัวอย่างรวดเร็วของสถานพยาบาลดูแลผู้สูงอายุและสถานศึกษา โดยสถานพยาบาลมีรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้นทั้งที่เป็นสถานพยาบาลที่บริหารงานโดยรัฐบาล เอกชน และองค์กรที่ไม่หวังผลกำไรต่างๆ ในส่วนของสถานศึกษานั้นได้มีการจัดหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่ระดับมัธยมปลาย (สายอาชีพ) จนถึงปริญญาตรี เพื่อสร้างบุคลากรป้อนให้แก่สถานพยาบาลเหล่านี้ด้วย

อย่างไรก็ดี รัฐบาลจำเป็นต้องปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับระบบการประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2549 เนื่องจากพบว่า ความต้องการบริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีหลากหลายตามพยาธิสภาพ และหากไม่กำหนดกฎเกณฑ์การอุดหนุนที่ชัดเจนก็จะเกิดความไม่มีประสิทธิภาพของการบริหารกองทุนฯ อันเนื่องมาจากพฤติกรรมการฉวยโอกาส (Opportunistic Behavior) ของทั้งผู้ประกันตนและสถานพยาบาลผู้ให้บริการ กล่าวคือ เนื่องจากผู้ประกันตนสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้เต็มจำนวน จึงมีการใช้บริการ

สถานพยาบาลอย่างฟร่าเฟรื่อ หรือใช้บริการที่เกินกว่าความจำเป็นของสภาพความเจ็บป่วย

รัฐบาลจึงได้จัดให้มีการสำรวจสภาพความเจ็บป่วยและความต้องการบริการการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมที่สุดได้กำหนดเกณฑ์ในการใช้บริการในสถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยแบ่งระดับความเจ็บป่วยและบริการที่เหมาะสมออกเป็นห้าระดับ ผู้ประกันตนที่มีความเจ็บป่วยไม่รุนแรงถึงเกณฑ์ที่กำหนดก็ไม่สามารถรับการรักษายาพยาบาลในสถานพยาบาลในระดับนั้นๆ ได้ เช่น หากต้องการเพียงบริการกายภาพบำบัดประจำวันก็ไม่สามารถเข้ารับบริการในบ้านพักสวัสดิการได้ เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ประกันตนจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายจริง⁴ และในกรณีที่เข้าพักในบ้านพักคนชราต้องรับผิดชอบค่าอาหารและค่าที่พักทั้งหมดเอง รายละเอียดเกี่ยวกับสถานพยาบาลประเภทต่างๆ มีในหัวข้อถัดไป

3. สถานพยาบาลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุประเภทต่างๆ และบริการที่เกี่ยวข้อง

ระบบการประกันดูแลสุขภาพระยะยาวปรับปรุงปี พ.ศ. 2549 สนับสนุนให้เกิดการกระจายความรับผิดชอบในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากระดับประเทศและจังหวัดเป็นระดับการปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน

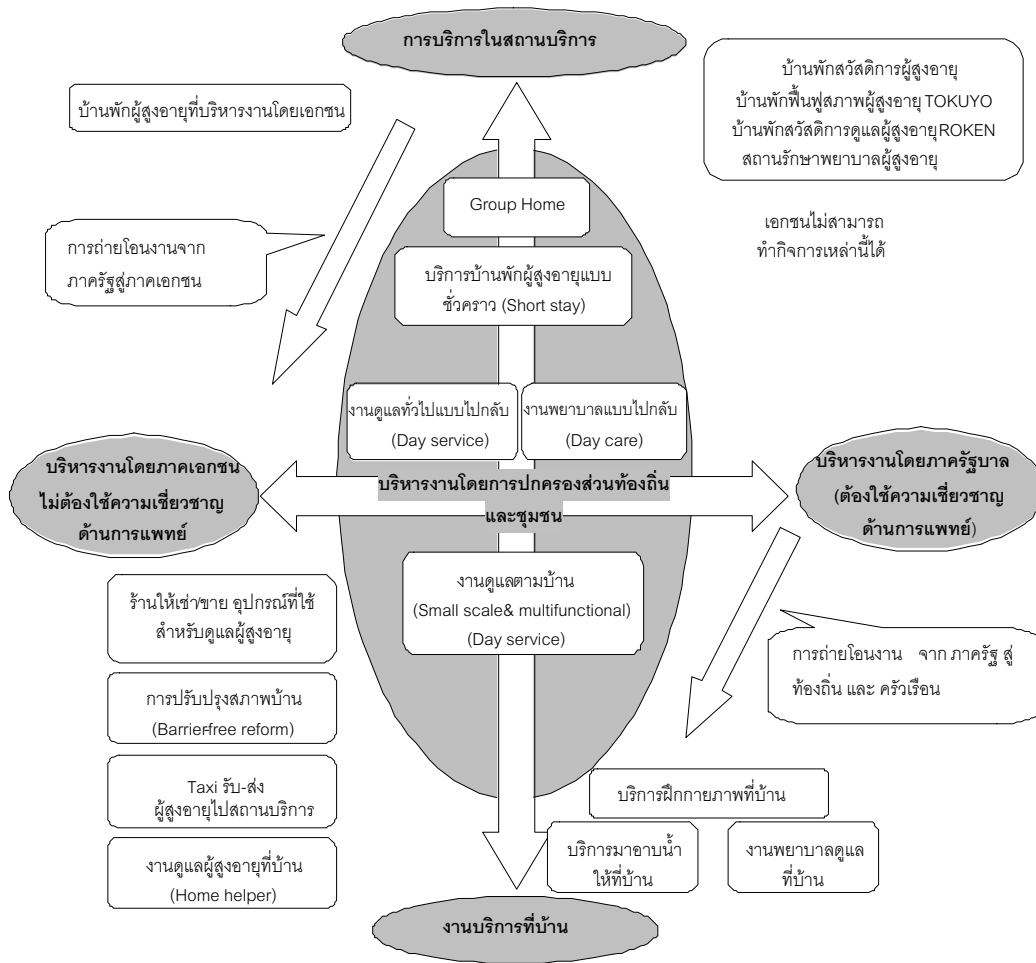
³ สำหรับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปี หากต้องการใช้บริการจากสถานพยาบาลต่างๆ แล้ว จะได้สิทธิตามระบบประกันสุขภาพเท่านั้น โดยผู้ประกันตนจะต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลจำนวนร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง

⁴ ในปี พ.ศ. 2515 นั้น ได้ระบุว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ขึ้นไปนั้น สามารถเข้ารับบริการรักษาสุขภาพโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลใดๆ ต่อมาในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลโคอิซุมิ ได้เปลี่ยนแปลงกฎหมายให้ผู้ประกันตนต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั้งหมด ต่อมาในปี พ.ศ. 2542 ก็ได้ปรับให้ผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์จากการประกันสุขภาพต้องมีอายุ 75 ปีขึ้นไป และปรับให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นดังกล่าว

รวมถึงภาคเอกชนมากขึ้นทำให้เกิดความหลากหลายของลักษณะการให้บริการ เพิ่มทางเลือกให้แก่ผู้เข้ารับบริการมากขึ้น โดยโครงสร้างของตลาดการบริการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุภายใต้หลักการประกาศใช้ระบบประกันดูแลสุขภาพพระยะยาวปี พ.ศ. 2549 นั้นสามารถสรุปได้ดังรูปภาพที่ 2

รูปภาพที่ 2 โครงสร้างตลาดของการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น



ที่มา: Matsuda (2009) Kaigo Fukushi Gyokai Daikenkyu p.19

รูปภาพที่ 2 เป็นการจัดประเภทของการบริการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น โดยที่แกนนอนจะเป็นการแบ่งประเภทการบริการ โดยใช้เกณฑ์หน่วยงานที่รับผิดชอบบริหารการบริการ ซึ่งประกอบด้วย 3 ประเภทด้วยกันคือ

1) การบริการที่บริหารงานโดยภาครัฐ เป็นการบริการที่ต้องการการควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด โดยมักจะเป็นการบริการที่ต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ทางการแพทย์เป็นอย่างดีประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ระดับประกาศนียบัตร นักกายภาพบำบัด ฯลฯ เช่น สถานบริการที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีพยาธิสภาพระดับต่างๆ การให้บริการกายภาพบำบัดหรือการบริการที่บ้านที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการแพทย์

2) การบริการที่บริหารงานโดยภาคเอกชน เป็นการบริการการดูแลด้านความเป็นอยู่ทั่วไปหรือการบริการดูแลเชิงป้องกันที่ไม่ต้องอาศัยความรู้เฉพาะทางทางการแพทย์มากนัก รัฐบาลจึงอนุญาตให้เอกชนเข้ามาเสนอบริการได้

3) การบริการที่บริหารโดยองค์การบริหารงานส่วนท้องถิ่นและชุมชน เป็นการบริการที่เน้นการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น สนับสนุนให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างประชาชนที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นเดียวกัน และเป็นการเพิ่มบทบาทขององค์การบริหารงานส่วนท้องถิ่น

ส่วนด้านแกนตั้งเป็นการจัดแบ่งตามรูปแบบของสถานบริการซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเภทเช่นกัน คือ

- 1) การรับบริการในสถานบริการแบบถาวร
- 2) การรับบริการในสถานบริการแบบชั่วคราวหรือแบบไปกลับ
- 3) การรับบริการที่บ้าน

จากเกณฑ์ในการจัดประเภทของการบริการดังกล่าวข้างต้น ทำให้สามารถจำแนกประเภทของการบริการดูแล

สุขภาพผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นได้เป็น 5 กลุ่มด้วยกัน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 สถานบริการในกำกับของรัฐบาล

สถานบริการในกำกับของรัฐบาลเป็นหน่วยงานหลักที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีพยาธิสภาพมาก ต้องการการดูแลทางด้านกายภาพบำบัดค่อนข้างสูง ต้องมีแพทย์และพยาบาลอยู่ตลอดเวลา ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูหรือดูแลสุขภาพนาน เนื่องจากเป็นบริการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลโดยตรง จึงไม่อนุญาตให้เอกชนเปิดสถานบริการลักษณะเดียวกันได้

สถานบริการในกลุ่มนี้ประกอบด้วยสถานบริการใน 3 รูปแบบด้วยกัน ได้แก่ บ้านพักฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ (特別養護老人ホーム : TOKUYO) บ้านพักสวัสดิการดูแลผู้สูงอายุ (介護老人保健施設 : ROKEN) สถานรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ (介護療養型医療施設 : KAIGO RYOUYOU)

• บ้านพักฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ (TOKUYO) เป็นสถานบริการที่สังกัดหน่วยการปกครองท้องถิ่นหรือหน่วยงานสวัสดิการสังคมที่ให้บริการผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองไม่ได้และมีอาการป่วยและเก็บค่าบริการที่ค่อนข้างต่ำโดยพิจารณาตามระดับรายได้ เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ที่เข้าพักนั้น จะพิจารณาตามความเร่งด่วนและความยากลำบากในการดูแลตัวเอง มักจะมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่แสดงความจำนงจะเข้ารับบริการในบ้านพักฯ ประเภทนี้จึงต้องมีระยะรอคอยที่ยาวนาน

• บ้านพักสวัสดิการดูแลผู้สูงอายุ (ROKEN) โดยหลักการแล้วจะคล้ายกับบ้านพักฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ แต่เน้นการให้บริการด้านการดูแลทั่วไปและฝึกกายภาพบำบัด โดยมีเงื่อนไขว่าผู้สูงอายุจะสามารถอยู่ได้เพียง 3-6 เดือนเท่านั้น ทำให้ผู้ที่เข้าพักส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่เข้าพักรักษาตัวระหว่างรอผลตอบรับที่จะเข้าพักที่บ้านพักฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ (TOKUYO)

- สถานรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ (KAIGORYOUYOU) เป็นสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วย สามารถเข้ารับรักษาพยาบาลและพักฟื้นในสถานบริการได้ในระยะยาว โดยได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากระบบประกันการดูแลระยะยาว เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์อย่างใกล้ชิด

3.2 สถานบริการที่อนุญาตให้เอกชนเปิดให้บริการได้

สถานบริการที่รัฐบาลอนุญาตให้เอกชนเปิดให้บริการนั้นเรียกโดยรวมว่า สถานบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บริหารงานโดยเอกชน (有料老人ホーム : YURYOU ROUJIN HOME) ให้บริการหลักคือ บ้านเช่าที่มีบริการต่างๆ ให้เลือก ผู้สูงอายุจะได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้พักอาศัยอยู่กับผู้ที่มีวัยใกล้เคียงกัน และการเข้าถึงบริการต่างๆ ได้ง่ายกว่า (Shyuukan Asahi MOOK, 2010; p.89) การคิดค่าบริการมีหลากหลาย เช่น ค่าแรกเข้า ค่าใช้จ่ายเบื้องต้น (จำนวนปีแล้วแต่สถานบริการจะกำหนด เช่น 500,000 เยนต่อ 5 ปีแรก) ค่าบริการรายเดือน ตัวอย่างเช่น บางแห่งอาจไม่มีค่าแรกเข้า ไม่มีค่าใช้จ่ายในช่วงแรก คิดแต่ค่าบริการรายเดือน ซึ่งค่าแรกเข้า ค่าใช้จ่ายเบื้องต้นจะแตกต่างกันไปแล้วแต่สถานบริการ (Shyuukan Asahi MOOK, 2010; p.91) ค่าบริการค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับสถานบริการในกำกับของรัฐ หรือสถานบริการที่บริหารโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลในสภาพแวดล้อมที่สะดวกสบายเหมือนกับเป็นที่พักอาศัยของตนเอง ผู้สูงอายุผู้ประกันตนที่ได้รับการจัดประเภทและมีสิทธิในการรับบริการในสถานพยาบาลประเภทนี้ สามารถขอรับบริการโดยเบิกค่าใช้จ่ายจากระบบประกันการดูแลระยะยาวได้ แต่ไม่สามารถเบิกจ่ายค่าอาหารและค่าที่พักได้

บ้านพักผู้สูงอายุประเภทนี้ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสวัสดิการผู้สูงอายุมาตรา 29 เปิดรับผู้สูงอายุหนึ่งคนขึ้นไปเพื่อเข้าอยู่ในเวลาปกติ มีบริการดูแลด้านอาหาร การบริบาลผู้สูงอายุ บริการซักล้าง บริการทำความสะอาด และบริการงานบ้านอื่นๆ รวมถึงบริการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ บ้านพักผู้สูงอายุของเอกชนต้องขึ้นทะเบียนกับส่วนการปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เขต แขวง หมู่บ้านต่างๆ (จากนี้ไปจะใช้คำว่าบ้านพักฯ) มี 4 ประเภท

- ประเภทแรก สำหรับผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพดี ถ้ามีปัญหาทางสุขภาพจนถึงขั้นต้องการการบริบาล ต้องออกจากบ้านพักฯ ประเภทนี้ในขณะนี้ทั้งสิ้น 30 แห่ง
- ประเภทที่สอง สำหรับผู้สูงอายุที่อาจจะมีปัญหาทางสุขภาพและต้องการการบริบาล ผู้สูงอายุสามารถเรียกใช้บริการการบริบาลด้วยผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มาเยี่ยมที่บ้านได้ (Home Care) โดยไม่จำเป็นต้องออกจากบ้านพักฯ ไปหาที่อยู่ใหม่
- ประเภทที่สาม จะเป็นบ้านพักผู้สูงอายุที่มีบริการการบริบาลผู้สูงอายุให้แต่เป็นพนักงานของบริษัทอื่นๆ ที่ให้บริการด้านนี้โดยเฉพาะ ต้องจ้างมาจากภายนอกบ้านพักฯ
- ประเภทที่สี่ เป็นบ้านพักผู้สูงอายุที่มีบริการการบริบาลผู้สูงอายุโดยพนักงานผู้ดูแลผู้สูงอายุของบ้านพักฯ เอง

3.3 การบริการที่บริหารงานโดยหน่วยงานสังกัดองค์กรบริหารงานส่วนท้องถิ่นและชุมชน

องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นและชุมชนจัดให้มีบ้านพักรวม (Group Home) บริการฝึกกายภาพบำบัด บริการบ้านพักแบบชั่วคราว การบริการดูแลระหว่างวันแบบไปเช้าเย็นกลับ (Day Care/Day Service) ให้กับผู้สูงอายุผู้ประกันตนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนในเขตการปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ

- **บ้านพักรวม (Group Home)** เป็นบ้านพักลักษณะพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่ถูกจัดประเภทอยู่ในประเภทต้องได้รับการช่วยเหลือระดับ 2 ขึ้นไป ที่มีปัญหาทางการรับรู้/ความจำ โดยจะให้ผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่ร่วมกัน เน้นการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยผู้อยู่อาศัยจะได้รับการดูแลจากพนักงานเป็นพิเศษเพื่อระวังปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ที่บกพร่อง การเข้ามาอยู่ในบ้านพักประเภทนี้ต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

- **บริการบ้านพักผู้สูงอายุแบบชั่วคราว (Short Stay)** สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่ต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว แต่สมาชิกในครอบครัวมีความจำเป็นชั่วคราวและไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ในช่วงสั้นๆ บริการนี้จึงมีขึ้นเพื่อแบ่งเบาภาระของสมาชิกในครอบครัวโดยให้ผู้สูงอายุไปพักที่บ้านพักผู้สูงอายุเป็นการชั่วคราว (Short Stay)

- **บริการฝึกกายภาพบำบัด (Day Care)** สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการฝึกกายภาพบำบัดหรือออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยบุคลากรทางการแพทย์ เช่น นักกายภาพบำบัด พยาบาล ฯลฯ ที่สถานบริการ ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพสามารถมารับคำปรึกษาและการบำบัดได้ด้วย ในบางแห่งจะมีบริการอาบน้ำ ทำอาหาร และบริการรถรับส่งด้วย

- **บริการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะตอนกลางวัน (Day Service)** สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการและงานอดิเรกร่วมกันในวันเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและสมองหรือป้องกันการเสื่อมสมรรถภาพของร่างกาย ทั้งนี้ บางแห่งมีบริการเสริม เช่น การอาบน้ำ และอาหาร รวมทั้งรถรับส่งด้วย

3.4 การบริการเสริมอื่นๆ ที่บ้าน

นอกจากการบริการผู้สูงอายุในสถานพยาบาลหรือบ้านพักที่ได้จัดไว้ให้แล้ว ยังมีบริการเสริมอื่นๆ ที่เป็นการบริการตามบ้าน ได้แก่ การเข้ามาช่วยดูแลการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การซื้อหาอาหารและของใช้ประจำวัน การทำอาหาร การอาบน้ำ เป็นต้น หรือจะเป็นการดูแลในเรื่องสุขภาพ เช่น การทำกายภาพบำบัด

3.5 การบริการสนับสนุนอื่นๆ

นอกจากการบริการต่างๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังมีบริการสนับสนุนอื่นๆ อีก เช่น การให้เช่ายืมสิ่งของต่างๆ ที่จำเป็นในการช่วยเหลือการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุให้สะดวกยิ่งขึ้น การบริการรถรับส่งสำหรับผู้สูงอายุ การบริการปรับปรุงพื้นที่ภายในบ้านให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นต้น

เมื่อพิจารณาโครงสร้างตลาดของอุตสาหกรรมการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นแล้วจะพบว่าการจัดตั้งระบบการประกันการดูแลระยะยาวซึ่งเปิดให้เอกชนและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการมากขึ้นนั้น ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาด้านการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงปัญหาจิตใจของสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งทำให้มีทางเลือกใหม่ ๆ มีบริการที่หลากหลายเหมาะสมกับปัญหาทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุแต่ละราย เช่น บ้านพักผู้สูงอายุ สถานบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ใดๆก็ดี ในเชิงปฏิบัติแล้วได้เกิดปัญหาสำคัญอีกปัญหาหนึ่งคือ การขาดแคลนแรงงานที่จะเข้ามาดูแลผู้สูงอายุทั้งในสถานบริการของรัฐและเอกชนนั้น ทำให้ไม่สามารถรับผู้สูงอายุเข้ามาพักหรือรับบริการได้เต็มที่แม้จะมีห้องว่างก็ตาม ในลำดับต่อไปจะได้อธิบายสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาเรื่องการขาดแคลนแรงงานบุคลากรในสาขานี้ต่อไป

4. ปัญหาการขาดแคลนแรงงานในการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและความพยายามของรัฐในการแก้ปัญหาจากการเคลื่อนย้ายแรงงานในประเทศ

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า เมื่อมีระบบการประกันการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแล้ว ก็มีสถาบันการศึกษาที่จะเปิด

หลักสูตรอบรมผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับต่างๆ เพิ่มขึ้น ทั้งในระดับมหาวิทยาลัย อนุปริญญา อาชีวศึกษา และมีธรมปลาย แต่ในการสำรวจในปี พ.ศ. 2551 พบว่า จำนวนนักเรียน นักศึกษาที่เข้าสมัครเข้าเรียนในสาขาวิชาชีพนี้มีจำนวนน้อยกว่าจำนวนนักเรียน นักศึกษาที่สถาบันเหล่านี้สามารถรับเข้าศึกษาได้ โดยมีรายละเอียดดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนสถาบันการศึกษาและนักศึกษาในสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุในระดับการศึกษาต่างๆ ของประเทศญี่ปุ่น ณ พ.ศ. 2551

	มหาวิทยาลัย	อนุปริญญา	โรงเรียนอาชีวะ	มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	รวม
จำนวนสถาบัน	63	97	271	3	434
จำนวนนักศึกษาที่พร้อมจะรับเข้าศึกษา	2,455	5,596	17,236	120	25,407
จำนวนนักศึกษาที่สมัครเข้าศึกษา	1,648	2,852	7,117	21	11,638
สัดส่วนของจำนวนนักศึกษาที่เลือกเรียนและจำนวนที่รับได้ (ร้อยละ)	67.1	51.0	41.3	17.5	45.8

ที่มา: Matsuda (2009) *Kaigo Fukushi Gyokai Daikenkyu* p. 21

สถิตินี้แสดงให้เห็นถึงความสนใจที่น้อยลงของเยาวชนที่จะเข้าสู่ตลาดแรงงานในสาขานี้ ในขณะที่เดียวกันยังหมายถึง ความจำเป็นที่รัฐบาลและเอกชนจะต้องเพิ่มความพยายามในการเตรียมแรงงานที่มีทักษะในสาขานี้ให้เพียงพอเพื่อรองรับตลาดดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคตโดยมีการคาดการณ์ว่าภายใน 15 ปีต่อจากนี้ ความต้องการแรงงานทางด้านการดูแลผู้สูงอายุจะมีถึงหนึ่งล้านคน (Noguchi, 2009)

4.1 แรงจูงใจในการทำงานและปัญหาการขาดแคลนแรงงาน

ในปัจจุบันนี้คาดว่ามิจำนวนชาวญี่ปุ่นสอบผ่านคุณสมบัติผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับประกาศนียบัตรแต่

ไม่ได้ทำงานตามวุฒิการศึกษานี้มากกว่าสองแสนคน สาเหตุหลักคือ สภาพของงานที่หนักและผลตอบแทนที่ไม่เหมาะสมกับเนื้องานเมื่อเปรียบเทียบกับงานอื่นๆ ที่แรงงานเหล่านี้ มีคุณสมบัติเพียงพอที่จะทำได้ กล่าวคือการดูแลผู้สูงอายุต้องใช้ความระมัดระวังและการเอาใจใส่ในรายละเอียดค่อนข้างมาก เช่น ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ดูแลตัวเองไม่ได้ ต้องมีพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลคอยดูแลในการพลิกตัวบ้าง เพื่อไม่ให้น้ำหนักร่างกายกดทับส่วนใดส่วนหนึ่งนานเกินไป ซึ่งจะทำให้เกิดโรคผิวหนังจากความอับชื้น ผู้สูงอายุมักจะมีน้ำหนักมาก ในการพลิกตัวนั้นต้องใช้แรงมากแต่ก็ต้องระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยเจ็บปวด หรือเกิดบาดแผลจากการถูกพลิกตัว เพราะจะนำไปสู่การต่อต้านในการพลิกตัวครั้งต่อไป

นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาเกี่ยวกับการฟังและความจำ ทำให้ต้องมีขั้นตอนในการสื่อสารที่ซับซ้อนมากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้น การทำงานยังไม่มีขอบเขตของเวลาที่แน่นอน ต้องมีการเข้าเวรกะกลางคืน และรายได้ต่อชั่วโมงค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับเนื้อหางานที่ทำ⁵ ทำให้แรงงานส่วนมากเลือกที่จะไปทำงานด้านบริการในภาคอื่นๆ (Matsuda, 2009) นอกจากนี้ อาชีพนี้ยังมีสถานภาพทางสังคมที่ไม่สูงนัก ส่วนหนึ่งมาจากกรณี

อื้อฉาวที่บริษัทเอกชนที่ให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง ทำการเบิกเงินอุดหนุนจากรัฐบาลในส่วนที่ไม่ได้ให้บริการจริง ทำให้ภาพพจน์ของบริษัทและผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเกิดความเสียหายไปด้วย รายละเอียดจากการสำรวจเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับการทำงานโดย Matsuda (2009) ได้แสดงไว้ในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นของผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในญี่ปุ่น

ความคิดเห็น	ร้อยละ
เงินเดือน (เมื่อเทียบกับเนื้องานแล้ว) ต่ำเกินไป	49.4
สถานภาพทางสังคมของอาชีพนี้ไม่สูงนัก	38.4
มีความลำบากในทางจิตใจ	35.7
หาเวลาพักผ่อนได้ยาก	34.3
วันหยุดมีน้อย/หาวันหยุดได้ยาก	30.6
กังวลในกำลังกาย/สุขภาพของตัวเอง	28.4
มีความกังวลว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นในช่วงที่ตัวเองเข้าเวรกะค่า/กะดึก	20.7
เวลางานไม่แน่นอน	16.7
เวลางานยาวนานเกินไป	14.3
การจ้างงานไม่สม่ำเสมอ	12.2
เครื่องมือไม่พร้อม ไม่คุ้นเคยกับเครื่องมือต่าง ๆ มีความกังวลในโครงสร้างพื้นฐานของสถานพยาบาล	11
ไม่มีความภูมิใจในตัวเอง	9.1
ไม่สามารถ/ไม่มีโอกาสเลื่อนเป็นพนักงานประจำได้	7.2
มีความทุกข์ไม่พอใจ ไม่มั่นใจในเงื่อนไขการจ้างงาน การทำงาน	7.1
ความกังวลด้านสุขภาพ (ว่าจะติดเชื้อ บาดเจ็บที่หลัง ฯลฯ)	0.5
อื่น ๆ	5.2
ไม่ตอบ	2.9

หมายเหตุ: ปรับปรุงจาก Matsuda (2009) หน้า 6

⁵ ข้อมูลจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2550 ของ Baijukai ซึ่งเป็นองค์กรที่ไม่หวังผลกำไรที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งในญี่ปุ่น มีสถานพยาบาลในการดูแลหลายแห่งทั่วประเทศญี่ปุ่น พบว่า หนึ่งในสี่ของแรงงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งหมดมีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 150,000 - 199,999 เยน (52,995 - 70,660 บาท) ต่อเดือน และกว่าครึ่งหนึ่ง มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่าสองแสนเยน (Matsuda, 2009) ในขณะที่พนักงานบริษัทโดยทั่วไปที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจะได้รับเงินเดือนเริ่มต้นที่ประมาณ 230,000 เยน (81,259 บาท) และมีโอกาสได้รับโบนัสปีละ 2 ครั้ง

4.2 การแก้ไขปัญหาโดยการเคลื่อนย้ายแรงงาน ส่วนเกินจากภาคอุตสาหกรรมและพลัมพ์

เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงานในภาคบริการและภาคการเกษตรไปพร้อมๆ กับการแก้ไขปัญหาแรงงานส่วนเกินจากภาคอุตสาหกรรมที่เกิดจากการล่มสลายของเศรษฐกิจฟองสบู่ในปี พ.ศ. 2540 รวมไปถึงวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2552⁶ รัฐบาลญี่ปุ่นได้พยายามผลักดันให้แรงงานส่วนเกินเหล่านี้ให้ย้ายไปทำงานในภาคบริการและภาคการเกษตรผ่านหน่วยงานจัดหางาน ซึ่งเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร (NPOs) ผลปรากฏว่า สามารถแก้ปัญหาในการขาดแคลนแรงงานในภาคการเกษตรได้ดี เพราะมีการใช้เครื่องมือและแรงงานในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน แต่ไม่สามารถทดแทนแรงงานในภาคบริการได้ เพราะการทำงานในภาคบริการต้องการทักษะที่แตกต่างไป เช่น ปริมาณแรงกดที่ใช้ การเคลื่อนไหวมือที่แตกต่างกัน เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง งานบริการด้านการดูแลสุขภาพที่ต้องใช้ความระมัดระวัง การเอาใจใส่ในรายละเอียด ความเข้าใจในอารมณ์และการปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุค่อนข้างมาก การแก้ไขปัญหาการว่างงาน โดยมาตรการนี้จึงไม่ได้ผลอย่างเต็มที่ ภาวะการขาดแคลนแรงงานในงานทางด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงยังคงเป็นปัญหาหนักต่อไป (Idei, 2009)

5. การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงาน ผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่านการเจรจาหุ้นส่วน เศรษฐกิจ: กรณีตัวอย่างของประเทศฟิลิปปินส์และอินโดนีเซีย

ความล้มเหลวที่จะพยายามแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงานด้านการดูแลผู้สูงอายุด้วยการเคลื่อนย้ายแรงงานภายในประเทศนำไปสู่แนวความคิดที่จะนำผู้ดูแลผู้สูงอายุจากต่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เข้ามาทำงานในสถานพยาบาลในกำกับของรัฐ ในฐานะผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) และพยาบาลวิชาชีพ (Practical Nurse)⁷ แม้ว่าการสรรหาบุคลากรเหล่านี้เข้ามาทำงานจะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการจ้างคนญี่ปุ่นก็ตาม เพราะค่าตอบแทนการเจรจา ได้กำหนดให้จ่ายค่าตอบแทนเท่ากับค่าตอบแทนที่ให้แก่แรงงานท้องถิ่น และยังมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานจัดหาแรงงาน ซึ่งรัฐบาลญี่ปุ่นกำหนดให้ผู้ประกอบการสถานพยาบาลในประเทศญี่ปุ่นเป็นผู้รับผิดชอบ นอกจากนี้ยังมีเสียงวิพากษ์วิจารณ์จากผู้เกี่ยวข้อง เช่น สถานพยาบาลญี่ปุ่น ซึ่งให้ความสนใจกับมาตรฐานวิชาชีพ ความสามารถด้านภาษาในการสื่อสารกับผู้รับบริการ มาตรการที่เหมาะสมสำหรับแรงงานต่างชาติเหล่านี้ เพื่อให้เป็นการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงานในระยะยาวอย่างแท้จริง ฯลฯ

⁶ การชะลอตัวของการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศญี่ปุ่นหลังจากเศรษฐกิจฟองสบู่ของประเทศญี่ปุ่นได้สิ้นสุดลงในปี พ.ศ. 2540 ทำให้เกิดการลดการจ้างงานขึ้นอย่างต่อเนื่อง และทวีความรุนแรงมากขึ้นในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งมีอัตราการว่างงานของประชากรสูงสุดร้อยละ 5.8 คิดเป็นจำนวนประชากร 3.5 ล้านคน รัฐบาลญี่ปุ่นพยายามออกมาตรการต่างๆ ขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งปัญหาก็ได้บรรเทาลงบ้าง แต่เศรษฐกิจญี่ปุ่นก็ต้องรับผลกระทบอีกครั้งหนึ่งจากวิกฤตเศรษฐกิจโลกที่เริ่มต้นจากประเทศสหรัฐอเมริกา ทำให้อัตราการว่างงานของประเทศญี่ปุ่นในปี พ.ศ. 2552 กลับมาสูงขึ้นอีกเป็นร้อยละ 5.2 (Ministry of Internal Affairs and Communications, 2009)

⁷ ในการให้บริการทางการแพทย์นั้น จะมีการแบ่งหน้าที่อย่างชัดเจนระหว่างพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาลที่มีประกาศนียบัตร และผู้ช่วยพยาบาลที่ไม่มีประกาศนียบัตร เช่น กรณีที่ต้องฉีดยา ผู้ช่วยพยาบาลที่มีประกาศนียบัตรจะทำหน้าที่เพียงเตรียมอุปกรณ์ แต่ไม่สามารถฉีดยาเองได้ ต้องให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ฉีดยา แต่จะสามารถช่วยพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสำหรับงานอื่นๆ ทั่วๆ ไป เช่น อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ

รัฐบาลจึงได้กำหนดระยะเวลาในการทำงานในขั้นแรกไว้สามปีสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และสี่ปีสำหรับพยาบาลวิชาชีพตามลำดับ เมื่อครบกำหนดระยะเวลาดังกล่าว แรงงานที่เข้าประเทศภายใต้โครงการนี้ต้องสอบวัดคุณสมบัติระดับประกาศนียบัตรให้ผ่านตามที่สภาพยาบาลของญี่ปุ่นกำหนด⁸ หากต้องการทำงานในประเทศญี่ปุ่นต่อไปในฐานะผู้ดูแลผู้สูงอายุ และพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการรับรอง ผู้ที่สอบไม่ผ่านจะต้องเดินทางกลับประเทศของตน และเพื่อให้การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นไปได้โดยราบรื่น รัฐบาลจะจัดอบรมภาษาญี่ปุ่นให้เป็นเวลาหกเดือน เมื่อการอบรมภาษาเสร็จสิ้นลงก็จะเข้าทำงานเป็นพนักงานเต็มเวลาในสถานพยาบาลในกำกับของรัฐในเขตต่างๆ ทั่วประเทศญี่ปุ่น ส่วนการอบรมด้านภาษาเพิ่มเติมหลังการทำงานนั้นเป็นทางเลือกของสถานพยาบาลดูแลผู้สูงอายุแต่ละแห่งที่จะจัดให้แรงงานเหล่านี้ รัฐบาลไม่ได้บังคับเรื่องการอบรมต่อเนื่องหลังการทำงาน

แนวความคิดนี้ก็ได้รับการตอบสนองในทางบวกจากรัฐบาลประเทศฟิลิปปินส์และอินโดนีเซีย จึงนำไปสู่การบรรลุข้อตกลงในการเป็นหุ้นส่วนเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2549 และปี พ.ศ. 2550 ตามลำดับ โดยเนื้อหาของข้อตกลงได้กำหนดไว้ว่า ประเทศญี่ปุ่นจะเปิดรับพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากทั้งสองประเทศ จำนวนประเทศละ 1,000 คน ภายในระยะสองปีนับจากการประกาศรับรองข้อตกลงความร่วมมือทางเศรษฐกิจ โดยกำหนดเป็นโควตาของพยาบาลจำนวน 400 คน และผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 600 คน

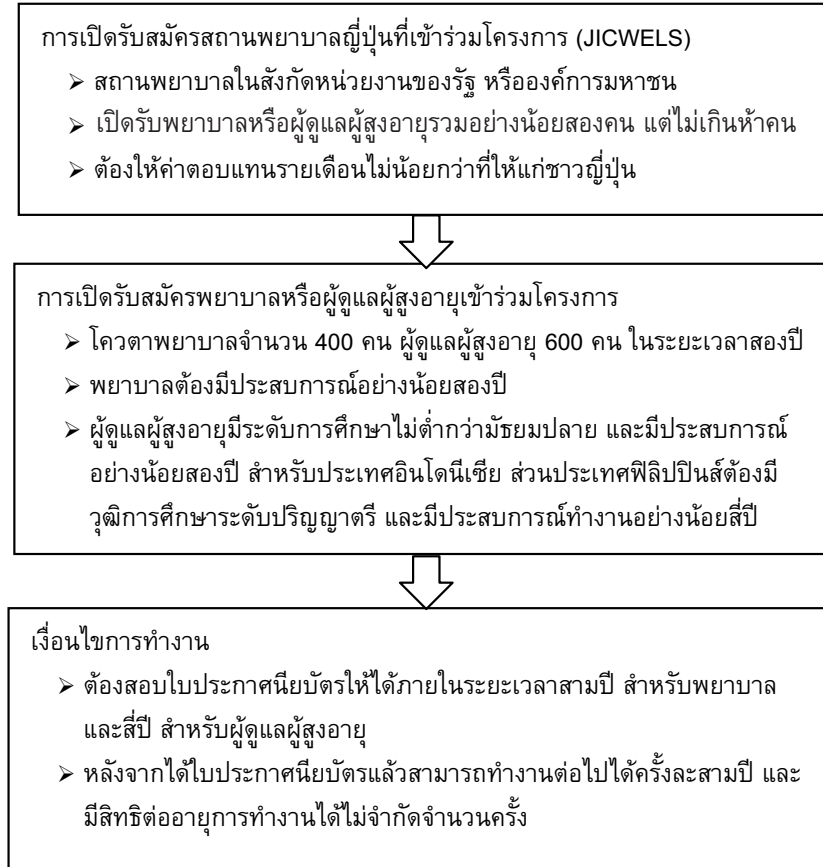
5.1 กระบวนการในการสรรหาและจัดสรรแรงงานให้กับสถานพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุ

กระบวนการในการนำแรงงานด้านการดูแลผู้สูงอายุมาทำงานในประเทศญี่ปุ่นนั้นสามารถแสดงได้ดังรูปภาพที่ 3 โดยเริ่มต้นจากการเปิดรับสมัครผู้ประกอบการชาวญี่ปุ่นที่ต้องการแรงงานชาวต่างชาติเข้ามาทำการในสถานพยาบาลของตน โดยให้ระบุจำนวนพยาบาลและจำนวนผู้ช่วยพยาบาลที่ต้องการรับไว้ โดยมีเกณฑ์ว่าสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจะต้องพร้อมที่จะจ้างแรงงานต่างชาติขั้นต่ำสองคนแต่ไม่เกินห้าคน ในขณะเดียวกัน หน่วยงานที่รับผิดชอบในฟิลิปปินส์และอินโดนีเซียก็จะทำการเปิดรับสมัครพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลเพื่อเข้าร่วมโครงการนี้ เมื่อได้รายชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการทั้งผู้ว่าจ้างและผู้รับจ้างแล้ว Japan International Corporation of Welfare Services (JICWELS) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดสรรผู้รับจ้างให้กับผู้ว่าจ้างจะทำการจัดสรรผู้เข้าร่วมโครงการจากฟิลิปปินส์และอินโดนีเซียให้กับผู้ประกอบการสถานพยาบาลในญี่ปุ่นเอง โดยที่แต่ละฝ่ายจะไม่มีสิทธิทราบรายละเอียดของอีกฝ่ายเลย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการจัดสรรผู้ประกอบการและแรงงานผู้ร่วมโครงการ กล่าวคือ เป็นการป้องกันสถานพยาบาลที่มีทุนสูงและสวัสดิการดีคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีความสามารถมากไปอยู่กับสถานพยาบาลของตน ทำให้ผู้สมัครที่ไม่มีความสามารถไม่มีผู้รับไปทำงาน⁹

⁸ ทั้งนี้เพื่อรักษามาตรฐานการรักษาพยาบาลและเพื่อให้มาตรฐานนี้เป็นการแก้ไขปัญหาในระยะยาวอย่างแท้จริง มิใช่การนำเข้าแรงงานมาเสริมในระยะสั้นโดยไม่มีแผนพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง (ในภาษาญี่ปุ่นใช้คำว่าปัญหา ‘แรงงานใช้แล้วทิ้ง’ หมายถึงผู้เขียน)

⁹ ซึ่งเป็นแนวคิดเรื่อง ‘ความเท่าเทียมกัน’ ในแบบญี่ปุ่น (หมายถึงผู้เขียน)

รูปภาพที่ 3 กระบวนการรับสมัครผู้ที่สนใจเข้าโครงการตามกรอบร่วมมือทางเศรษฐกิจ



5.2 ภูมิหลังของประเทศอินโดนีเซียและแรงจูงใจในการสรรหาบุคลากร

อินโดนีเซียมีประสบการณ์ในการส่งออกแรงงานมาระยะหนึ่งแล้ว แต่แรงงานส่วนใหญ่ของประเทศมักจะเดินทางไปทำงานยังประเทศที่นับถือศาสนาอิสลาม เช่น ซาอุดีอาระเบีย มาเลเซีย ภูเก็ต เป็นต้น และประเทศที่เป็นแหล่งงานหลักของโลก อาทิ ไต้หวัน และฮ่องกง เป็นต้น สำหรับการเข้ามาทำงานในประเทศญี่ปุ่นของชาวอินโดนีเซียที่ผ่านมานั้น ส่วนใหญ่จะเป็นแรงงานชาย

ที่มักจะเข้ามาทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม การส่งแรงงานชาวอินโดนีเซียเข้ามาทำงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงนับได้ว่าเป็นการเปิดตลาดแรงงานทางด้านบริการของอินโดนีเซียในประเทศญี่ปุ่นอย่างแท้จริง ซึ่งในครั้งนี้จะเป็นการเปิดตลาดแรงงานสตรีในต่างประเทศด้วย โดยมีนักเรียนเก่าญี่ปุ่นซึ่งมีเครือข่ายทางสังคมกับสถานทูตอินโดนีเซียในประเทศญี่ปุ่นเป็นผู้เล็งเห็นโอกาสทางธุรกิจนี้ทำให้เกิดการขยายผลและการเตรียมการรองรับ เช่น การเปิดโรงเรียนฝึกอบรมพยาบาลเพื่อให้มาสมัครในโครงการนี้

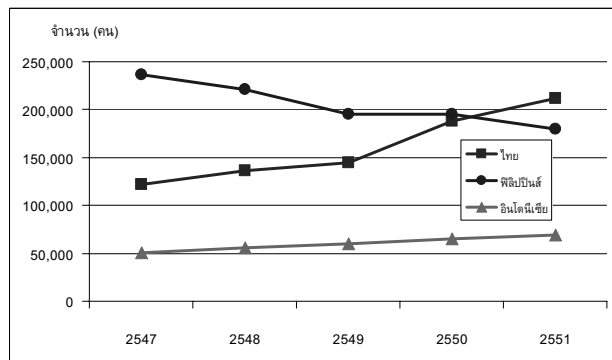
อย่างไรก็ดี เนื่องจากระยะเวลาในการประชาสัมพันธ์โครงการมีจำกัด และผู้ที่สนใจก็มีความกังวลเรื่องการดำเนินชีวิตในสังคมที่ต่างศาสนาและวัฒนธรรมว่าจะดำเนินพิธีกรรมทางศาสนาได้เหมือนอยู่ในประเทศตนหรือไม่ เช่น การละหมาดและการถือศีลอด ทำให้มีผู้สมัครเข้าร่วมโครงการน้อยกว่าที่คาดไว้ กล่าวคือ มีผู้มาสมัครเพียง 330 คน โดยสมัครในโควตาพยาบาลจำนวน 184 คน (จากจำนวนโควตา 300 คน) และในโควตาผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 146 คน (จากจำนวนโควตา 200 คน) โดยผู้ที่มาสมัครส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีประกาศนียบัตรวิชาชีพการพยาบาลอยู่แล้ว ทั้งนี้เนื่องจากประเทศอินโดนีเซียไม่เคยมีการเปิดอบรมหลักสูตรผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมาก่อน

5.3 ภูมิหลังของประเทศฟิลิปปินส์และแรงจูงใจในการบรรลุข้อตกลงฯ

ประเทศฟิลิปปินส์มีประสบการณ์ในการส่งออกแรงงานทั้งชายและหญิงในสาขาอาชีพหลายสาขา เช่น พยาบาล แม่บ้าน เป็นต้น ไปทำงานในประเทศต่างๆ ในประเทศญี่ปุ่นก็มีแรงงานฟิลิปปินส์จำนวนมากเข้ามา

ทำงานเป็นแม่บ้าน (House Maid) และนักแสดง โดยแรงงานกลุ่มหลังได้อาศัยวีซ่านักแสดง (Talent Visa) ซึ่งเป็นวีซ่าสำหรับบุคคลที่มีทักษะพิเศษในงานด้านความบันเทิง เช่น นักแสดง หรือนักเต้น แต่ในความเป็นจริงแรงงานเหล่านี้มักจะเข้าทำงานในสถานบันเทิงยามค่ำคืน ทำให้เกิดการวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับความเหมาะสมของการออกวีซ่าประเภทนี้ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2548 รัฐบาลนายโคอิซุมิได้ยกเลิกการออกวีซ่าประเภทนี้ เป็นผลให้จำนวนสตรีชาวฟิลิปปินส์ที่ทำงานในญี่ปุ่นที่ถือวีซ่านี้มีจำนวนลดลงจาก 82,741 คน ในปี พ.ศ. 2547 เป็น 3,185 คน ในปี พ.ศ. 2551 (Ministry of Justice, 2009) ซึ่งจากรูปภาพที่ 4 จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้เดินทางชาวฟิลิปปินส์ ที่เดินทางเข้าไปยังประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนลดลงอย่างต่อเนื่อง และการที่ชาวฟิลิปปินส์ถูกจำกัดการเดินทางไปยังประเทศญี่ปุ่นนี้ทำให้ฟิลิปปินส์สูญเสียรายได้ส่วนนี้ไป รัฐบาลฟิลิปปินส์จึงต้องหาหนทางในการส่งแรงงานจากฟิลิปปินส์ไปทำงานในญี่ปุ่น เพื่อรักษาระดับรายได้จากต่างประเทศในส่วนนี้ไว้ การส่งออกพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลผู้สูงอายุไปทำงานในประเทศญี่ปุ่นก็เป็นอีกทางออกหนึ่งเพื่อแก้ไขปัญหา

รูปภาพที่ 4 จำนวนชาวไทย ฟิลิปปินส์ และอินโดนีเซีย ที่เข้าญี่ปุ่นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: Ministry of Justice, Japan. Official website <http://www.immi-moj.go.jp/toukei/index.html>

ตารางที่ 4 วัตถุประสงค์ในการเดินทางเข้าญี่ปุ่นของชาวไทย ฟิลิปปินส์ และอินโดนีเซียในปี พ.ศ. 2551

	ไทย	ฟิลิปปินส์	อินโดนีเซีย
เยี่ยมญาติ	6,436	20,768	3,099
ทำงานลงทุนการค้า	30,879	16,271	1,315
ท่องเที่ยว	130,532	15,191	30,895
วิจัย ศึกษาต่อ ผูกอบรม	4,376	6,574	7,168
แต่งงาน	743	5,133	253
พักอาศัย อยู่ระยะยาว	188	4,031	138
นักแสดง	802	3,185	226
ราชการ	2,912	615	1,188
ศิลปวัฒนธรรม	678	333	428
ความสามารถพิเศษ	179	59	64
อื่น ๆ	5,174	3,490	4,269

ที่มา : Ministry of Justice, Japan. Official website <http://www.immi-moj.go.jp/toukei/index.html>

ชาวฟิลิปปินส์ที่เข้าไปทำงานด้านดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการนี้ประกอบด้วยผู้สมัครในโควตาพยาบาล 93 คน และในโควตาผู้ดูแลสุขภาพ 190 คน รวมแล้วมีผู้ร่วมโครงการทั้งสิ้น 283 คน (Sankei News, 11 May 2009) ต่ำกว่าโควตาที่รับได้คือ 200 คน และ 300 คน ตามลำดับ สาเหตุหนึ่งมาจากการเข้าแทรกแซงในขั้นตอนการคัดเลือกของสภายาบาลฟิลิปปินส์ กล่าวคือ ตามข้อกำหนดของกรอบการเจรจา แล้ว กำหนดให้ผู้มีสิทธิสมัครเข้าร่วมโครงการนี้ในโควตาของพยาบาลนั้น จะต้องเป็นพยาบาลที่มีประกาศนียบัตรและมีประสบการณ์สองปีขึ้นไป ในขณะที่ผู้สมัครในโควตาของผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้นเปิดกว้างกว่าและไม่ได้จำกัดเรื่องประสบการณ์ จึงทำให้มีพยาบาลจำนวนมากที่มีประกาศนียบัตรพยาบาล แต่มีประสบการณ์ไม่ถึงสองปีมาสมัครในโควตานี้แทน

สภายาบาลฟิลิปปินส์ในฐานะผู้รับผิดชอบในการคัดเลือกกลางเห็นว่า การที่พยาบาลมาสมัครในโควตาของผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนี้ ทำให้มีคุณสมบัติสูงกว่าความจำเป็น (Overqualified) ส่งผลให้ภาพพจน์ของพยาบาลฟิลิปปินส์ด้อยลงไป (เป็นพยาบาลแต่ไปทำงานในฐานะผู้ช่วยพยาบาล) จึงคัดกรองผู้สมัครเหล่านี้ ออกจากกระบวนการคัดเลือกทำให้ผู้ได้รับคัดเลือกให้เป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมมีจำนวนน้อยกว่าที่กำหนด มิใช่เพราะไม่มีความประสงค์จะสมัครแต่อย่างใด

อย่างไรก็ดี ประเทศฟิลิปปินส์มีข้อได้เปรียบอยู่สองประเด็น กล่าวคือ เครือข่ายทางสังคมของผู้ที่เคยเข้ามาทำงานในประเทศญี่ปุ่นด้วยวีซ่านักแสดงและเครือข่ายสตรีชาวฟิลิปปินส์ที่แต่งงานกับชาวญี่ปุ่น

เครือข่ายทางสังคมของผู้ที่เคยเข้ามาทำงานในประเทศญี่ปุ่นด้วยวีซ่านักแสดง

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า การยกเลิกวีซ่านักแสดงในปี พ.ศ. 2548 ทำให้การเดินทางเข้าประเทศของแรงงานฟิลิปปินส์มีจำนวนลดลง และทำให้นายหน้าชาวญี่ปุ่นที่จัดหาแรงงานชาวฟิลิปปินส์ให้เข้าไปทำงานในญี่ปุ่นขาดรายได้ อย่างไรก็ตาม นายหน้าเหล่านี้ยังมีเครือข่ายและช่องทางต่างๆ รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับคุณสมบัติ ทักษะ และสถานที่ติดต่อของแรงงานเหล่านี้ ซึ่งมีความพร้อมในการทำงานด้านบริการอื่นๆ นอกเหนือจากการแสดง จึงใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลเหล่านี้ในการสร้างโอกาสทางธุรกิจใหม่ๆ โดยเริ่มจากการลงทุนในธุรกิจการพำนักระยะยาวสำหรับชาวญี่ปุ่นในฟิลิปปินส์ และจ้างแรงงานเหล่านี้เข้าไปทำงาน เป็นการฝึกอบรมบุคลากรให้คุ้นเคยกับงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นชาวญี่ปุ่น ก่อนที่จะส่งแรงงานเหล่านั้นเข้าไปทำงานที่ญี่ปุ่นในอนาคต

ประสบการณ์และเครือข่ายของแรงงานชาวฟิลิปปินส์และนายหน้าชาวญี่ปุ่น เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่ทำให้การส่งแรงงานชาวฟิลิปปินส์ไปทำงานด้านดูแลสุขภาพในญี่ปุ่นเป็นไปอย่างราบรื่น กล่าวคือ เป็นแรงงานที่มีความสามารถในการสื่อสารภาษาท้องถิ่นที่ดี เข้าใจขนบธรรมเนียมและมารยาทในการปฏิบัติต่อคนญี่ปุ่น การตกลงเป็นหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจของทั้งสองประเทศจึงเป็นการเปิดโอกาสให้แรงงานเหล่านี้สามารถกลับเข้ามาทำงานในญี่ปุ่นได้อีกครั้งหนึ่งในฐานะใหม่คือ ผู้ช่วยพยาบาลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

เครือข่ายสตรีชาวฟิลิปปินส์ที่แต่งงานกับชาวญี่ปุ่น

ก่อนหน้าที่จะมีการส่งแรงงานชาวฟิลิปปินส์ไปดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในญี่ปุ่นนั้น ก็มีสตรีชาวฟิลิปปินส์

ที่ทำงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในญี่ปุ่นอยู่บ้างแล้ว เช่น ผู้ที่แต่งงานกับชายชาวญี่ปุ่น หรือผู้ที่ทำงานในสถานบันเทิงยามค่ำคืนที่ต้องการสิทธิพำนักในระยะยาวผ่านการแต่งงาน¹⁰ เป็นกลุ่มสตรีฟิลิปปินส์ที่เป็นแม่บ้านแต่ต้องการทำงานเพื่อหารายได้เสริมและกลุ่มสตรีฟิลิปปินส์ที่ยึดเป็นอาชีพหลักหลังการหย่าร้างแต่ยังประสงค์ที่จะทำงานในญี่ปุ่นต่อไป

ทั้งนี้ สตรีชาวฟิลิปปินส์เหล่านี้สามารถสื่อสารด้วยภาษาญี่ปุ่นและเข้าใจขนบธรรมเนียมเป็นอย่างดี ประกอบกับการที่สังคมฟิลิปปินส์เป็นสังคมแบบครอบครัวขยายทำให้คุ้นเคยกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (Home care) จึงมีความเต็มใจในการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ได้รับการประเมินผลการทำงานว่ามีความตั้งใจทำงานเป็นอย่างดี เป็นที่ยอมรับ และได้รับความไว้วางใจเลื่อนตำแหน่งสูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ยินดีอาสาสมัครให้การอบรมด้านดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแก่บุคคลที่สนใจทั่วไป รวมถึงแม่บ้านชาวฟิลิปปินส์ที่อาศัยอยู่ในญี่ปุ่นด้วย

6. ความคิดเห็นของชาวญี่ปุ่นและสื่อญี่ปุ่นต่อการนำเข้าแรงงานต่างชาติในสาขาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

เนื่องจากการนำเข้าแรงงานต่างชาติในสาขาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นนี้ เป็นการเปิดตลาดเป็นครั้งแรก จึงยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของผู้รับบริการชาวญี่ปุ่นต่อแรงงานเหล่านี้ ดังนั้น เพื่อเป็นการสำรวจเบื้องต้นถึงความคิดเห็นของชาวญี่ปุ่นที่มีต่อการนำเข้าแรงงานต่างชาติในสาขาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากประเทศฟิลิปปินส์และประเทศอินโดนีเซีย

¹⁰ ผู้ถือวีซ่านักแสดง ซึ่งปกติแล้ววีซ่าชนิดนี้จะมีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี และต้องทำการต่ออายุวีซ่าทุกปี

ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีภูมิของบทความนี้ คณะผู้เขียนจึงได้ทำการสัมภาษณ์ชาวญี่ปุ่นที่ได้มาทำงานระยะยาวในประเทศไทยจำนวน 10 ท่าน ถึงความเห็นเรื่องการนำเข้าแรงงานต่างชาติจากประเทศทั้งสองเพื่อมาทำงานในสถานพยาบาลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งชาวญี่ปุ่นเหล่านี้มีอายุเฉลี่ย 65 ปี และเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีโอกาสที่จะใช้บริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ พบว่า ชาวญี่ปุ่นเหล่านี้เห็นว่าการนำเข้าแรงงานต่างชาติเป็นสิ่งจำเป็น และติดตามข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องนี้จากรายงานพิเศษที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์และหนังสือพิมพ์ว่าแรงงานเหล่านี้มีความตั้งใจจริงและขยันขันแข็งในการทำงาน นอกจากนี้ยังให้ความเห็นว่าการที่รัฐบาลญี่ปุ่นกำหนดกฎเกณฑ์และคุณสมบัติในการสอบโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านภาษานั้น ไม่ตอบสนองต่อการปฏิบัติที่เป็นจริง กล่าวคือ แม้ว่าภาษาจะจำเป็นในการสื่อสารแต่ความสามารถด้านภาษาขั้นพื้นฐานเพื่อการสื่อสารกับคนไข้ก็นับว่าเพียงพอแล้ว ไม่จำเป็นต้องมีความรู้ด้านศัพท์เทคนิคที่ลึกซึ้งเกินไป เพราะจะทำให้เป็นกำแพงอุปสรรคสำคัญสำหรับแรงงานต่างชาติเหล่านี้ที่จะสอบผ่านคุณสมบัติเพื่อให้สามารถทำงานต่อไปหลังจากครบกำหนดเวลา 3 ปี ตามข้อตกลงจากการเจรจาฯ ซึ่งไม่ค่อยเป็นธรรมเนียมสำหรับแรงงานผู้เข้าร่วมโครงการฯ (สัมภาษณ์โดยคณะผู้เขียน เชียงใหม่ พ.ศ. 2553)

เกี่ยวกับความแตกต่างที่รู้สึกได้ระหว่างผู้ให้บริการชาวต่างชาติประเทศต่างๆ แล้ว ชาวญี่ปุ่นกลุ่มนี้ให้ความเห็นแตกต่างกันไป บางส่วนให้ความเห็นว่าถ้าเป็นคนที่มาจากประเทศในเขตร้อนแล้วมักจะอุปนิสัยสดใส ร่าเริงเหมือนๆ กัน ทำให้ไม่รู้สึกถึงความแตกต่าง บางส่วนให้ความเห็นว่าจากประสบการณ์ที่ได้มาทำงานระยะยาวในประเทศต่างๆ แล้วพบว่ามีความแตกต่างในการให้บริการระหว่างคนไทยและคนชาติอื่นๆ ถ้าเป็นไปได้ก็อยากจะได้รับบริการจากคนไทย เพราะมีความ

ใกล้ชิดเคียงกันทางวัฒนธรรม เช่น ศาสนา ความมีน้ำใจ ความรู้สึกเป็นมิตร ฯลฯ

นอกจากนี้ สื่อมวลชนญี่ปุ่นก็ได้รายงานสถานการณ์ของแรงงานชาวฟิลิปปินส์และอินโดนีเซียที่เข้ามาทำงานในสถานพยาบาลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้โครงการความร่วมมือหุ้นส่วนเศรษฐกิจนี้ว่า มีความลำบากในการใช้ภาษาญี่ปุ่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาษาสุภาพซึ่งแตกต่างอย่างมากจากภาษาญี่ปุ่นที่ใช้ในชีวิตประจำวันทั่วไป การเรียนภาษาญี่ปุ่นหลังเลิกงานก็เป็นเรื่องที่ต้องใช้ความพยายามอย่างมาก และไม่มีความมั่นใจว่าจะสอบผ่านคุณสมบัติได้ในครั้งเดียว เป็นต้น (The Japan Times, 18 March 2009) และจากการสำรวจของคณะกรรมการสวัสดิการสังคมโตเกียว พบว่า สถานพยาบาลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 30 จ้างแรงงานจากต่างประเทศโดยมีจำนวนแรงงานจากฟิลิปปินส์เป็นอันดับต้นๆ กล่าวคือร้อยละ 50 จากจำนวนแรงงานต่างชาติทั้งหมด โดยอุปสรรคสำคัญในการทำงานคือภาษา และรัฐต้องมีมาตรการที่จะให้การศึกษาคือเป็นระบบเพื่อให้แรงงานเหล่านี้เรียนรู้ศัพท์ทางเทคนิคและศัพท์ที่ใช้ในการสนทนาในชีวิตประจำวัน (Kyodo News, 21 January 2010)

7. บทสรุป การอภิปรายและข้อเสนอแนะ

ในบทความนี้ได้กล่าวถึง ปัจจัยพื้นฐานภายในประเทศญี่ปุ่นเกี่ยวกับภาคการบริการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งมีปัญหาการขาดแคลนแรงงานที่จะเข้ามาทำงานทางด้านนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานพยาบาลที่อยู่ภายใต้การกำกับของรัฐบาล ซึ่งรัฐบาลก็พยายามแก้ไขปัญหานี้ผ่านการเจรจาข้อตกลงหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจกับประเทศต่างๆ ซึ่งสามารถบรรลุข้อตกลงดังกล่าวกับฟิลิปปินส์และอินโดนีเซียแล้ว และหากพิจารณาถึงภูมิหลังของการเจรจาเพื่อให้เกิดการส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุจากประเทศทั้งสองไปทำงานในประเทศญี่ปุ่นแล้ว จะ

พบว่า เป็นการดำเนินการในเชิงรุกของรัฐบาลของทั้งสองประเทศมากกว่าการดำเนินการความพยายามของภาคเอกชน และไม่ได้เกิดจากความสามารถในการแข่งขันด้านทักษะแรงงานเท่าไรนัก อีกทั้งยังเป็นการเข้าไปทดแทนแรงงานในตลาดล่างของตลาดบริการดูแลสุขภาพคนญี่ปุ่น (สถานพยาบาลในกำกับของรัฐในข้อ 3.1) ซึ่งประสบกับปัญหาเร่งด่วนที่จะต้องเสริมอุปทานผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในระยะสั้นและระยะปานกลาง

แม้ว่าผู้รับบริการชาวญี่ปุ่นจะให้การตอบรับแรงงานต่างชาติเหล่านี้ (อาจจะเป็นเพราะความจำยอมและไม่มีทางเลือกมากนัก เพราะเป็นผู้รับบริการในสถานพยาบาลในกำกับของรัฐ) แต่การสอบผ่านคุณสมบัติภายในระยะเวลาที่กำหนดก็อาจจะเป็นอุปสรรคสำคัญในการที่จะต่ออายุการทำงานในประเทศญี่ปุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุปสรรคเรื่องการสอบผ่านคุณสมบัติการใช้ภาษาญี่ปุ่นทำให้เกิดข้อสงสัยว่า การดำเนินการตามข้อตกลงการเจรจានี้จะให้ผลดีในระยะยาวแก่ประเทศผู้ส่งออกแรงงานหรือไม่ อย่างไร ระยะเวลาสามปีที่แรงงานเหล่านี้ใช้ไปในการทำงานภายใต้โครงการนี้จะเป็นการสูญเสียหรือไม่ เป็นความสูญเสียเปล่าของทั้งผู้ประกอบการชาวญี่ปุ่นที่ต้องสูญเสียแรงงานที่เริ่มจะมีประสบการณ์ในระดับหนึ่ง และความสูญเสียเปล่าของแรงงานเอง ซึ่งได้ใช้ความพยายามเป็นอย่างมากที่จะเรียนรู้ภาษาญี่ปุ่นที่ใช้ในการทำงานแต่อาจจะไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้นอกประเทศญี่ปุ่น

อย่างไรก็ดี หากพิจารณาโครงสร้างตลาดของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นที่แบ่งออกตามการบริหารงานและลักษณะของบริการที่ให้แล้ว (รูปภาพที่ 2) จะพบว่า นอกจากตลาดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานพยาบาลในกำกับของรัฐแล้วซึ่งเป็นเป้าหมายของการเจรจาแล้ว ยังมีตลาดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บริหารโดยบริษัทเอกชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีกำลังซื้อและไม่มีภาวะเจ็บป่วยในระดับรุนแรงซึ่งเป็นตลาดที่ยัง

ขาดแคลนแรงงานอยู่เช่นกัน อีกทั้งเป็นแรงงานที่ไม่ต้องการทักษะมาก แต่เป็นผู้ช่วยพยาบาลทำงานภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาล (Care Helpers) หรือตลาดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care) ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ช่วยพยาบาลที่มีประกาศนียบัตร เพราะไม่ต้องทำงานที่เข้าไปในร่างกายมนุษย์ เช่น การฉีดยา ฯลฯ ผู้รับบริการในสถานพยาบาลลักษณะนี้ยังไม่มีพหุวิสัยที่รุนแรง จึงสามารถรับรู้และตอบสนองต่อการให้บริการได้ดี และสามารถประเมินคุณภาพการให้บริการได้ เป็นผู้ที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่ที่ใกล้ชิด ความเป็นมิตรและความเอื้ออาทร ซึ่งเป็นคุณสมบัติเด่นของผู้ให้บริการด้านการพยาบาลของไทย

ดังนั้น จึงอาจจะกล่าวได้ว่า นอกเหนือจากข้อเสนอของประเทศญี่ปุ่นเรื่องการนำเข้าแรงงานที่มีทักษะเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานพยาบาลในกำกับของรัฐแล้ว ประเทศไทยอาจจะเสนอให้ประเทศญี่ปุ่นพิจารณาการนำเข้าแรงงานไทยในฐานะผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อทำงานในสถานพยาบาลดูแลผู้สูงอายุที่บริหารโดยเอกชนหรือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เนื่องจากได้มีการนำหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุของญี่ปุ่นจากมหาวิทยาลัยโตเกียวปรับปรุงและนำออกฝึกอบรมให้กับผู้สนใจในประเทศไทยแล้ว (กรมเอเชียตะวันออก, อ้างแล้ว) และยังมีโรงเรียนฝึกหัดพนักงานของโรงพยาบาลเอกชนไทยที่มีความร่วมมือกับสถานพยาบาลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บริหารโดยเอกชนในประเทศญี่ปุ่น ทำให้เกิดความมั่นใจเรื่องมาตรฐานทางการรักษาพยาบาล และการลดปัญหาด้านวัฒนธรรม เช่น การเข้าหา (Approaching) ระยะห่างที่เหมาะสมในการให้บริการที่ใกล้ชิด (Private Space/Comfort Zone) เป็นต้น นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมให้แรงงานเหล่านี้ไปเพิ่มทักษะจากการฝึกงานระหว่างการทำงาน (On-the-job Training) กับผู้ประกอบการในญี่ปุ่นมากกว่าที่จะดึงแรงงานที่มีทักษะจากประเทศไทย ซึ่งก็กำลังประสบปัญหาการขาดแคลนแรงงานเช่นกัน

โดยสรุปแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ภูมิหลังของการเปิดตลาดแรงงานด้านการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุของรัฐบาลญี่ปุ่น โครงสร้างตลาดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของญี่ปุ่น และการวิเคราะห์กรณีศึกษาของการส่งแรงงานด้านนี้จากประเทศฟิลิปปินส์และ อินโดนีเซียแล้ว นำไปสู่ข้อเสนอแนะแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง สามด้านด้วยกัน คือ หนึ่ง ด้านแรงงานไทย พบว่า แรงงานไทยอาจจะต้องเตรียมความพร้อมด้านภาษาเป็น อย่างดีก่อนที่จะร่วมโครงการ เพื่อให้มีโอกาสสอบผ่าน คุณสมบัติและมีโอกาสทำงานในระยะยาว อีกทั้งลด ความกดดันในการทำงานในประเทศญี่ปุ่น

สอง ด้านผู้ประกอบการที่ต้องการส่งแรงงานไทย ไปทำงานด้านดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น พบว่า อาจจะมีโอกาสของแรงงานไทยในตลาดอื่นที่มีสถานพยาบาล ดูแลผู้สูงอายุในกำกับของรัฐที่ต้องการผู้ดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีทักษะ (Care Givers) แต่เป็นตลาดบ้านพัก ที่มีบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บริหารโดยเอกชน ซึ่งต้องการ แรงงานในระดับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Helpers) เท่านั้น ไม่จำเป็นต้องมีทักษะและคุณสมบัติทางวิชาการสูงเท่า ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานพยาบาลของรัฐ ทำให้

การเข้าสู่ตลาดแรงงานนี้ทำได้ง่ายขึ้นไม่ถูกจำกัดด้วย การสอบคุณสมบัติดังที่แสดงให้เห็นในกรณีศึกษาจาก ประเทศฟิลิปปินส์และอินโดนีเซีย

สาม ด้านผู้ดูแลนโยบายของประเทศไทย เพื่อ เตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ตลาดญี่ปุ่นในส่วนตลาด บ้านพักที่มีบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บริหารงานโดย เอกชน ผู้ที่ส่วนเกี่ยวข้องในการเจรจา ควรพิจารณา เสนอประเด็นการเปิดส่วนตลาดนี้เพิ่มเติมไปจากส่วน ตลาดสถานพยาบาลในกำกับของรัฐบาล ซึ่งเป็นเป้าหมาย ในการเจรจา ในปัจจุบัน นอกจากนี้ เนื่องจากประเทศไทย ได้ส่งเสริมให้มีการพำนักระยะยาวในประเทศไทยมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 และประสบความสำเร็จพอสมควร ด้วยจำนวนตัวเลขผู้พำนักระยะยาวชาวญี่ปุ่นในประเทศไทย ที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดเชียงใหม่ (สถานกงสุลใหญ่ญี่ปุ่น ณ นครเชียงใหม่, 2553) การ ส่งเสริมให้มีการส่งออกแรงงานด้านการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุไปประเทศญี่ปุ่นก็อาจจะเป็นการเตรียมความพร้อม ด้านต้นทุนทางสังคม เพื่อต่อยอดธุรกิจการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มาพำนักระยะยาวในประเทศไทยในอนาคต ได้อีกทางหนึ่งด้วยเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กระทรวงการต่างประเทศ กรมเอเชียตะวันออก. (2552). ‘ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย – ญี่ปุ่น’ เผยแพร่ใน เว็บไซต์กระทรวงการต่างประเทศ <http://www.mfa.go.th/jtepa/> ดาวน์โหลดเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2552.

_____ (2552). เอกสารเผยแพร่ผลการอภิปรายเวทีสาธารณะ ‘การเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดา ภายใต้ JTEPA’ ครั้งที่ 1 เผยแพร่ในเว็บไซต์กระทรวงการต่างประเทศ <http://www.mfa.go.th/jtepa/seminar.pdf>. ดาวน์โหลดเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2552.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573. ดาวน์โฮลด์จาก <http://www.nesdb.go.th/> เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2552.

สถานกงสุลใหญ่ญี่ปุ่น ณ นครเชียงใหม่. (2553). สถิติจำนวนผู้พำนักระยะยาวในจังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2546 – 2551. เอกสารเผยแพร่ภายใน.

ภาษาต่างประเทศ (หนังสือ)

Proto. (2009). **Kaigo no koto ga yokuwakaru hon Vol. 2.** (ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2).

Idei, Y. (2009). **Choujyu taikoku no kyokou gaikokujin kaigoshi no genba wo ou** (เจาะลึกการต่อสู้ของแรงงานต่างชาติด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศสังคมผู้สูงวัย), Shinchousya. Tokyo.

Leheny, D. R. (2003). **The rules of play: national identify and the shaping of Japanese leisure**, Cornell University Press, New York.

Matsuda N. (2009). **Kaigo fukushi gyoukai daikenkyu** (งานวิจัยเกี่ยวกับอุตสาหกรรมการดูแลสวัสดิการผู้สูงอายุ), Sangakushya, Tokyo.

Mei, Y. (2004). **The Care of elderly in Japan**. Routledge, Oxon.

Shyakai Shuudan Zennkoku Roujinnhokenn. (2009). **Heisei 21 ban kaigo haku sho: kaigo roujin hoken shisetsu keiei no jizokuteki hatten no tame ni** (สมุดปกขาวฉบับปีเฮเซ 21: เพื่อการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมของการบริหารสถานพยาบาลในระบบประกันการดูแลผู้สูงอายุ). TAC Shyuppan, Tokyo.

Shyuukan Asahi MOOK. (2010). **Nyukyokin to Getsukakuhiyou de Kimeru ! Koureishya Homu**, 5th January 2010. Asahi Shimbun Shuppan.

Yasuhiro, I. (2009). **Choujyu Taikoku no Kyokou Gaikokujin Kaigoshi no Genba wo Ou** (ตามดูผู้ดูแลผู้สูงอายุจากต่างประเทศ). Shinchousya, Tokyo.

ภาษาต่างประเทศ (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์)

Baijukai Official Website, http://www.baijukai.jp/kyujin_jyoho/index.html#hijyokin Downloaded 06 December 2009 (Japanese).

Kyodo News. (2010). **30% of Tokyo nursing homes surveyed hire foreigners as caregivers**. available at www.japantoday.com. Downloaded 02 March 2010.

Ministry of Foreign Affairs of Japan. (2009). **Japan-Thailand Relations**. available at <http://www.mofa.go.jp/region/asia-paci/thailand/index.html> Downloaded 1 February 2010.

Ministry of Justice of Japan Official website, <http://www.immi-moj.go.jp/toukei/index.html> downloaded 4 December 2009 (Japanese).

Nihon Kyousantou Chuo I-inkai (2001). **Itami no Jisshou: Kouizumi Kaikaku wo Tou (ความจริงของความเจ็บปวด: กระทบเรื่องการปฏิรูปของโคอิซุมิ)**. Shinbun Akahata 20 August 2001 available at <http://asahi-net.or.jp/~tmmt/nenkin010820.html>. Downloaded 06 December 2009.

Noguchi, Y. (2009). **Shitsugyousha gekizou demo kaigoshi bunya ha jinshu buzoku. Koyou misumatchi wo motarasu shinkoku na kouzoku mondai (จำนวนผู้ว่างงานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วแต่ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลับขาดแคลน ปัญหาโครงสร้างที่รุนแรงอันเกิดจากการจัดการด้านแรงงานที่ไม่สมดุล)**. Diamond Online Vol. 33 available at http://diamond.jp/series/noguchi_economy/10033/ access Downloaded 14 December 2009.

Statistics Bureau and the Director-General for Policy Planning (Statistical Standards) and Statistical Research and Training Institute; Ministry of Internal Affairs and Communications, Japan Official Website, <http://www.stat.go.jp>. Downloaded 3 December 2009.

The Japan Times (2009). **Indonesian caregivers working to adapt**. available at <http://search.japantimes.co.jp/print/nn20090318fl.html>. Downloaded 02 March 2010.

Weekly Rengo (2004). **Koizumi Shusho to Kaikennshi Nenkin Seido Kaikaku Kinkyu Yousei (การเรียกร้องให้มีการแก้ไขระบบเงินบำนาญอย่างเร่งด่วนในรายการนายกรัฐมนตรีโคอิซุมิพบนักข่าว)**. No. 651, 30 April 2009 available at <http://www.jtuc-rengo.or.jp/news/weekly/no651/03html>. Downloaded 06 December 2009.

หนังสือพิมพ์รายวันโยมิอูริ. เว็บไซต์อย่างเป็นทางการ URL: <http://www.yomiuri.co.jp/index.htm>

หนังสือพิมพ์รายวันซันเค. เว็บไซต์อย่างเป็นทางการ URL: <http://sankei.jp/>