วารสารธรรมศาสตร์ ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 พ.ศ.2564 (1-23)

[บทความรับเชิญ]

ความจำเป็นของการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมในประเทศไทย

ปราโมทย์ ประสาทกุล[1] และ ณปภัช สัจนวกุล [2*]

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

ด้วยสถานการณ์การสูงวัยของประชากรไทยที่กำลังจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ภายในปี 2565 คือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด รวมถึงจากการคาดประมาณประชากรไทยภายในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2575) ที่สังคมไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super-aged society) คือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ความท้าทายสำคัญจากการสูงวัยของประชากรคงหลีกหนีไม่พ้นเรื่องความมั่นคงด้านรายได้ การดูแลระยะยาว และที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ บทความนี้จึงตั้งใจจะชี้ให้เห็นว่า เพราะเหตุใดสังคมไทยจึงจำเป็นต้องนำแนวคิดเรื่องการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม (ageing in place) มาใช้เป็นแนวทางหลักในการออกแบบนโยบายด้านการจัดการที่อยู่อาศัยและการดูแลสำหรับผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม แทนที่จะมุ่งเน้นการสร้างที่อยู่อาศัยเชิงสถาบันในรูปแบบต่าง ๆ (institutional-based living) นอกจากนี้ บทความนี้ยังพยายามชี้ให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้แนวคิดการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมสามารถเกิดขึ้นได้จริงอย่างเป็นรูปธรรมในสังคมไทย ได้แก่ (1) ด้านสถานที่ (2) ด้านเครือข่ายสนับสนุน และ (3) ด้านบุคคล ทั้งนี้ การนำแนวทางการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมไปปฏิบัติให้สัมฤทธิ์ผลได้นั้น จำเป็นต้องบูรณาการโดยคำนึงถึงลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มอายุ เพศ รูปแบบการอยู่อาศัย ระดับการพึ่งพิง และเศรษฐฐานะ เป็นศูนย์กลางในการออกแบบสอดคล้องกับความต้องการของแต่ละชุมชนด้วย

คำสำคัญ: การสูงวัยของประชากร, การสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม, ที่อยู่อาศัย, ระบบการดูแลในชุมชน, ประเทศไทย

[*]ผู้รับผิดชอบบทความ: napaphat.sat@mahidol.edu **DOI: 10.14456/tujournal.2021.10**

[1] ศาสตราจารย์เกียรติคุณ และที่ปรึกษาสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

[2] อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

Thammasat Journal, Volume 40. No 2, 2021 (1-23)

[Invited Article]

The Essential of Ageing in Place in Thailand

Pramote Prasartkul [3], Napaphat Satchanawakul [4*]

Institute for Population and Social Research, Mahidol University

Abstract

Thailand is about to become a complete aged society by 2022, with the population aged 60 years and over accounts for 20 per cent of the total population. It is projected that, in the next 10 years, Thailand will step into a super-aged society where the population aged 60 years and over accounts for 28 per cent of the total population. The key challenges posed by population ageing are income security, long-term care and housing for an ageing population. This article thus intends to point out why Thailand needs to adopt the concept of ageing in place as the main direction in guiding the design of policies on housing and caring for older persons, instead of focusing on institutional-based living. In addition, this article attempts to point out key elements that will make the concept of ageing in place possible and successful in Thai society: (1) place, (2) support network, and (3) individual. Such services shall be integrated and tailored to the demands of each community by taking different characteristics of older persons (e.g., age group, sex, living arrangement, dependency level and economic status) into account.

Keywords: Population ageing, Ageing in place, Housing, Community care, Thailand

Corresponding author: napaphat.sat@mahidol.edu **DOI: 10.14456/tujournal.2021.10**

[3] Emeritus Professor and Advisor, Institute for Population and Social Research, Mahidol University

[4] Lecturer, Institute for Population and Social Research, Mahidol University

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกเนื่องจากอัตราเกิดที่ลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ในปี 2563 มีประชากรโลกจำนวนทั้งสิ้น 7,795 ล้านคน มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง 1,050 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด โดยทวีปที่มีอัตราส่วนของผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ยุโรป (ร้อยละ 26) อเมริกาเหนือ (ร้อยละ 23) และเอเชีย (ร้อยละ 13) (United Nations, 2019) ในประเทศไทย (พ.ศ. 2563) มีประชากรรวมทั้งสิ้น 66.5 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มากถึงประมาณ 12 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับเมื่อประมาณ 50 ปีก่อนที่มีจำนวนไม่ถึง 2 ล้านคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2564) ทั้งนี้ ประเทศไทยได้กลายเป็น “สังคมสูงวัย” (aged society) มาตั้งแต่ปี 2548 เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด สัดส่วนของประชากรสูงอายุไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยใช้เวลาอีกเพียง 17 ปี หรือภายในปี 2565 ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) คือมีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในอีกเพียง 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2575) คาดประมาณว่า ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (super-aged society) คือมีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562)

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงความพร้อมและศักยภาพของประเทศไทยในการเตรียมรับมือกับความท้าทายของสังคมสูงวัย กลับพบว่าการดำเนินงานส่วนใหญ่ยังสวนทางกับจำนวนประชากรสูงอายุและความต้องการการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้นอยู่พอสมควร ถึงแม้จะมีความพยายามในการสร้างบริการและสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ผู้สูงอายุ (และประชากรทุกคน) สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข การสนับสนุนด้านความมั่นคงทางรายได้ผ่านโครงการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การมีส่วนลดค่าโดยสารในการเดินทาง การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ ฯลฯ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ม.ป.ป.) แต่สิทธิประโยชน์และสวัสดิการที่มีการดำเนินการอยู่นั้นยังมีข้อด้อยทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ด้วยงบประมาณและทรัพยากรโดยรวมของภาครัฐที่มีอยู่อย่างจำกัด ทำให้ยังไม่สามารถดำเนินการในเรื่องที่จำเป็นเร่งด่วนและตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการส่งเสริมคุณภาพและความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย การสร้างแนวทางการดูแลระยะยาวอย่าง

เป็นระบบสำหรับผู้สูงอายุ (ทุกคน) หรือการเล็งเห็นความจำเป็นของการออกแบบระบบบำนาญแห่งชาติเพื่อเตรียมรองรับสังคมสูงวัยในอนาคต (วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2557) ด้วยสภาวะความท้าทายดังกล่าวของสังคมไทย จึงจำเป็นต้องมีการทบทวนถึงแนวทางและองค์ประกอบที่สำคัญในการจัดการด้านที่อยู่อาศัยและการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้การวางแผนการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดก่อให้เกิดประโยชน์ ตรงเป้า และยังประสิทธิผลต่อประชากรสูงอายุมากที่สุด

บทความนี้จึงประสงค์จะชี้ให้เห็นว่า เพราะเหตุใดสังคมไทยจึงจำเป็นต้องนำแนวคิดเรื่อง “การสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม” (ageing in place) มาใช้เป็นแนวทางหลักในการออกแบบนโยบายด้านการจัดการที่อยู่อาศัยและการดูแลสำหรับผู้สูงอายุ แทนที่จะมุ่งเน้นการสร้างที่อยู่อาศัยเชิงสถาบันในรูปแบบต่าง ๆ (institutional-based living) นอกจากนี้ บทความนี้ยังพยายามชี้ให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้แนวคิดการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมสามารถเกิดขึ้นได้จริงอย่างเป็นรูปธรรมในสังคมไทย

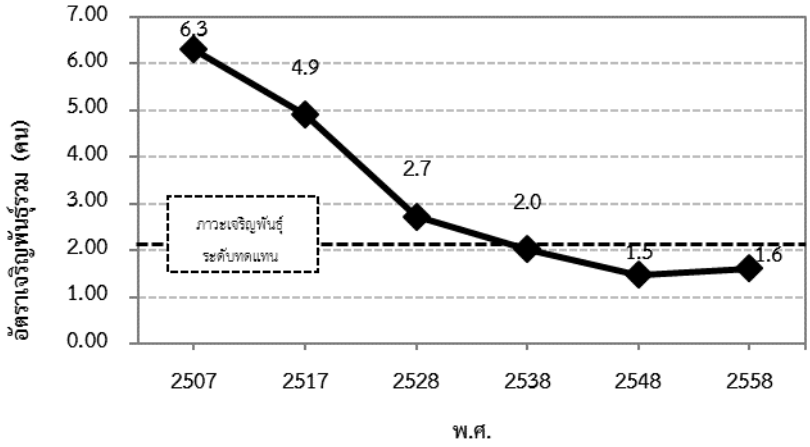
สถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงประชากรของประเทศไทย

ขนาดและโครงสร้างของประชากรไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในรอบศตวรรษที่ผ่านมา เมื่อราวร้อยปีก่อน ประเทศไทยมีประชากรเพียงแค่ประมาณ 8 ล้านคน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) แต่ในปี 2563 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรมากถึง 66.5 ล้านคน หรือมีขนาดเพิ่มขึ้นถึง 8 เท่า ในขณะเดียวกัน โครงสร้างอายุของประชากรไทยได้เปลี่ยนไปอย่างมาก โดยเฉพาะในรอบเวลาครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา จากโครงสร้าง “ประชากรเยาว์วัย” เมื่อปี 2513 ที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปอยู่เพียงร้อยละ 4 ของประชากรทั้งหมด มาเป็นโครงสร้าง “ประชากรสูงวัย” ในปัจจุบัน โดยในปี 2563 ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากถึงร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด (มส.ผส., 2564) สัดส่วนประชากรสูงอายุยังมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ การสูงวัยอย่างรวดเร็วของประชากรไทยเป็นผลมาจากปัจจัยสำคัญสองประการ ประการแรก คืออัตราเกิดหรือภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดต่ำลงอย่างมากของประชากรไทยในรอบ 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา และประการที่สอง คืออายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข (UNFPA Thailand, 2011)

จากความสำเร็จของการดำเนินนโยบายการวางแผนครอบครัว ซึ่งมีมาตรการส่งเสริมการคุมกำเนิดโดยสมัครใจ ทำให้อัตราเจริญพันธุ์รวม (total fertility rate: TFR)[1] ของผู้หญิงไทย

[1] หมายถึงจำนวนบุตรเฉลี่ยที่ผู้หญิงคนหนึ่งจะมีตลอดวัยเจริญพันธุ์ของตน

ลดลงอย่างมาก จากในปี 2507 ที่ผู้หญิงคนหนึ่งมีลูกเฉลี่ยถึง 6 คน ลดลงมาเหลือเพียง 2 คน ในปี 2539 ซึ่งเป็นอัตราเจริญพันธ์ระดับทดแทน (replacement fertility rate)[2] ในปี 2558 พบว่าผู้หญิงไทยคนหนึ่งมีลูกเฉลี่ยเพียง 1.6 คน ซึ่งต่ำกว่าภาวะเจริญพันธุ์ระดับทดแทนพอสมควร (ภาพประกอบ 1) และยังมีแนวโน้มว่าผู้หญิงไทยจะมีลูกกันน้อยลงไปอีก



ภาพประกอบ 1 อัตราเจริญพันธุ์รวมของผู้หญิงไทย พ.ศ. 2507-2557

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2559)

ในช่วงศตวรรษที่ผ่านมา คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้นมาก เมื่อประมาณ 50 ปีก่อน คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy at birth) เพียงประมาณ 60 ปี แต่ในปี 2563 อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยยืนยาวขึ้นอยู่ที่ 77 ปี โดยผู้ชายมีอายุคาดเฉลี่ย 73 ปี และผู้หญิง 80 ปี (อ้างใน มส.ผส., 2564) ทั้งนี้ อายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นไปอีก โดยจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พบว่า ในอีก 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2583) คนไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยประมาณ 80 ปี (ผู้ชาย 77 ปี และผู้หญิง 83 ปี) (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562)

เมื่อโครงสร้างอายุของประชากรได้เปลี่ยนประเทศจากสังคมเยาว์วัยเป็นสังคมสูงวัย แบบแผนการอยู่อาศัยเป็นครอบครัวของคนไทยจึงได้เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ในราวครึ่ง

[2] อัตราเจริญพันธุ์รวมที่ต่ำกว่า 2.0 เรียกได้ว่าเป็น ภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าระดับทดแทน (under-replacement fertility) หมายถึง อัตราที่ผู้หญิงคนหนึ่งตลอดวัยเจริญพันธุ์ของตนมีบุตรน้อยกว่า 2 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่ไม่เพียงพอจะทดแทนพ่อและแม่

ศตวรรษที่ผ่านมา การอยู่อาศัยในครัวเรือนเดียวกันของคนไทยได้เปลี่ยนไปอย่างมาก ทั้งในเรื่องขนาดครัวเรือนและรุ่นวัยของคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน เมื่อ 50 ปีก่อน ครัวเรือนไทยมีขนาดเฉลี่ยถึง 5 คน แต่ในปี 2563 ขนาดครัวเรือนไทยเล็กลงจนเหลือเพียง 3 คนเท่านั้น (มส.ผส., 2564) นอกจากนี้ จำนวน “ครัวเรือนผู้สูงอายุ” หรือครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนอย่างน้อยหนึ่งคนมีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากเพียงร้อยละ 29 ของครัวเรือนทั้งหมดในปี 2539 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 43 ของครัวเรือนทั้งหมดในปี 2561 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) ขนาดครัวเรือนที่เล็กลงอย่างมากกลายเป็นอีกหนึ่งประเด็นท้าทายต่อความพร้อมในด้านการจัดการที่อยู่อาศัยและการดูแลสำหรับผู้สูงอายุไทย จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2561 พบว่า มีครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอยู่ลำพังคนเดียวเพิ่มขึ้นจากเพียงร้อยละ 2.3 จากครัวเรือนทั้งหมดในปี 2539 เป็นร้อยละ 6.5 ในปี 2561 และครัวเรือนที่มีเฉพาะผู้สูงอายุอยู่ด้วยกัน[3] ได้เพิ่มจากเพียงร้อยละ 2.1 ในปี 2539 เป็นร้อยละ 6.2 ในปี 2561 (ตาราง 1) แนวโน้มของทั้งสองรูปแบบครัวเรือนดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความต้องการด้านบริการและการดูแลที่บ้านและในชุมชนที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รวมถึงการสนับสนุนด้านโครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ ที่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุที่ยังมีร่างกายแข็งแรงสามารถอยู่อาศัยได้ด้วยตนเอง

ตาราง 1 ร้อยละของรูปแบบการอยู่อาศัยของครัวเรือนไทย พ.ศ. 2539 2550 และ 2561

รูปแบบการอยู่อาศัยของครัวเรือนไทย	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2561
ครัวเรือนผู้สูงอายุ	**29.4**	**35.1**	**42.6**
ผู้สูงอายุอยู่ลำพังคนเดียว	2.3	3.8	6.5
มีเฉพาะผู้สูงอายุอยู่ด้วยกัน	2.1	3.5	6.2
ผู้สูงอายุอยู่กับเด็ก	1.4	1.9	2.1
ผู้สูงอายุอยู่กับวัยทำงาน	9.5	12.1	17.1
ผู้สูงอายุอยู่กับวัยทำงานและเด็ก	14.1	13.8	10.6
ครัวเรือนที่ไม่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่	**70.6**	**64.9**	**57.4**

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2562)

[3] ได้แก่ ครัวเรือนที่มีคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกันตามลำพังสองคน ญาติพี่น้องที่ต่างเป็นผู้สูงอายุด้วยกัน หรือพ่อแม่ลูกที่เป็นผู้สูงอายุทั้งหมดอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน

สิ่งที่น่าสนใจคือประชากรไทยสูงวัยขึ้นอย่างเร็วมาก ประเทศไทยใช้เวลาเพียง 17 ปี จากการเข้าสู่สังคมสูงวัยเมื่อปี 2548 เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงขึ้นถึงร้อยละ 10 จนจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 ในปี 2565 ในขณะที่ประเทศตะวันตกใช้เวลามากกว่า 50 ปี ที่จะเปลี่ยนผ่านจากสังคมสูงอายุมาเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019) ประชากรไทยสูงวัยเร็วมากเนื่องจากอัตราเจริญพันธุ์ลดต่ำลงอย่างรวดเร็ว ประกอบกับการที่ “ประชากรรุ่นเกิดล้าน” หรือประชากรที่เกิดในประเทศไทยปีละมากกว่า 1 ล้านคนในช่วง 20 ปี (พ.ศ. 2506-2526)[4] (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2563) ซึ่งเป็นคลื่นประชากรที่ใหญ่มาก กำลังมีอายุสูงขึ้นจนจะกลายเป็นผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดในอีก 20 ปีข้างหน้า

ตาราง 2 อัตราการเปลี่ยนแปลงของประชากรสูงอายุระหว่าง พ.ศ. 2563-2583

กลุ่มอายุ	จำนวน (ล้านคน)		ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2583	
รวมทุกกลุ่มอายุ	66.5	65.4	-0.1
60 ปีขึ้นไป	12.0	20.5	3.5
70 ปีขึ้นไป	4.8	11.1	6.7
80 ปีขึ้นไป	1.4	3.4	7.1

ที่มา: คำนวณจาก สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2562)

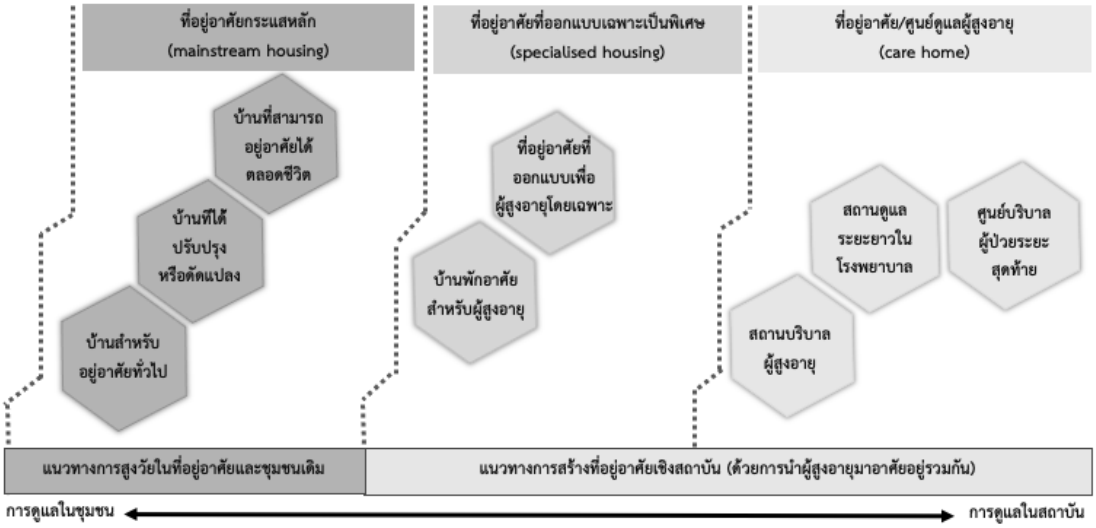
นับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป ประชากรไทยโดยรวมมีแนวโน้มที่จะเพิ่มช้าลงจนถึงขั้นลดลงในอีกประมาณ 10 ปีข้างหน้า แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก ประชากรยิ่งมีอายุสูง ยิ่งเพิ่มเร็ว ข้อมูลในตาราง 2 แสดงให้เห็นว่าในช่วงเวลา 20 ปีข้างหน้าระหว่างปี 2563-2583 ประชากรรวมของประเทศไทยจะมีอัตราเพิ่มเฉลี่ยติดลบ (ร้อยละ -0.1 ต่อปี) ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มจำนวนจาก 12 ล้านคนในปี 2563 เป็น 21 ล้านคนในปี 2583 ซึ่งเท่ากับมีอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 3.5 ต่อปี และกลุ่มประชากรสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จะยิ่งเพิ่มเร็วขึ้นไปอีกด้วยอัตราเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 7 ต่อปี จำนวนผู้สูงอายุวัยปลายนี้จะเพิ่มอีกเกือบ 3 เท่า จาก 1.4 ล้านคนในปี 2563 เป็น 3.4 ล้านคนในปี 2583 (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่าง

[4] หลังจากปี 2526 การเกิดในประเทศไทยได้ลดจำนวนลงอย่างรวดเร็ว จนกระทั่งในปี 2563 มีเด็กเกิดต่ำกว่าหลัก 6 แสนคนเป็นปีแรก (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2563)

รวดเร็วดังกล่าวมานี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุวัยปลาย สะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงในอนาคตอันใกล้ที่ประเทศไทยจะมีผู้ที่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงมากขึ้น และเมื่อมีจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและการดูแลระยะยาวย่อมมีมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้น การค้นหาแนวทางเพื่อเตรียมรับมือกับความท้าทายดังกล่าวอย่างเหมาะสมจึงไม่ใช่เรื่องไกลตัวของคนไทยอีกต่อไป

รูปแบบและแนวทางหลักในการจัดการที่อยู่อาศัยและการดูแลสำหรับผู้สูงอายุ

เมื่อกล่าวถึง “ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ” พบว่า มีพัฒนาการ รูปแบบ และวัตถุประสงค์ที่หลากหลายขึ้นอยู่กับมุมมองที่สังคมหนึ่งจะพึงมีต่อประชากรสูงอายุในแต่ละช่วงเวลา โดยคำจำกัดความอย่างกว้างอาจหมายความถึง หน่วยการอยู่อาศัยของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ที่มีสมาชิกเป็นผู้สูงอายุเพียงคนเดียวหรือหลายคนก็ได้ คนเหล่านั้นอาจเป็นสมาชิกของครอบครัวเดียวกันหรือต่างครอบครัวกันก็ได้ ดังนั้น ที่อยู่อาศัยที่เป็น “ครัวเรือนส่วนบุคคล” คือ รูปแบบของการอาศัยอยู่ในบ้านหรือแฟลตของตัวเองไม่ว่าเช่าหรือซื้อ และ “ครัวเรือนกลุ่มบุคคล” ได้แก่ สถานดูแล สถานบริบาล สถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และสถานสงเคราะห์ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม จุดเด่นสำคัญที่ทำให้ประเภทที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันออกไปอย่างชัดเจน คือ “ระดับของการเข้าถึงบริการและการดูแล” ที่สามารถสร้างเสริมสุขภาวะและสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้อยู่อาศัยได้ (Bonnefoy, 2007) เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละบุคคลมีความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกในระดับที่ต่างกัน รวมถึงระดับความต้องการการดูแลเรื่องสุขภาพจากระดับที่ยังสามารถพึ่งพิงตนเองได้ ไปจนถึงความต้องการการดูแลและพยาบาลจากผู้เชี่ยวชาญอย่างใกล้ชิด (ภาพประกอบ 2)



ภาพประกอบ 2 ขอบเขตของประเภทที่อยู่อาศัยกับระดับความต้องการการดูแลทางสุขภาพที่แตกต่างกัน

ที่มา: ปรับปรุงจาก Best and Porteus (2012, p. 12); DWELL and University of Sheffield (2015, p. 2)

ทั้งนี้ การจัดการด้านที่อยู่อาศัยและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ปรากฏในประเทศไทยและในต่างประเทศอาจแบ่งออกได้เป็น 2 แนวทางหลักด้วยกัน แนวทางแรกเป็นการสร้าง “ที่อยู่อาศัยเชิงสถาบัน” (institutional-based living) ที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมาอาศัยอยู่รวมกัน ทั้งในรูปแบบการสงเคราะห์และรูปแบบการซื้อบริการที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างครบวงจร แนวทางที่สองเป็นการสนับสนุนแนวคิด “การสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม” (ageing in place) ที่มุ่งเน้นการอยู่อาศัยในบ้านและชุมชนเดิม ด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะทางด้านร่างกายและทางจิตใจ รวมถึงเน้นความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน (social inclusion) และการสานสัมพันธ์หลากหลายวัย (multi-generational living) (สิรินทร์ยา พูลเกิด และ ณปภัช สัจนวกุล, 2563) การดำเนินการตามแนวคิดการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมมักปรากฏทั้งในรูปแบบการปรับปรุงซ่อมแซมที่พักอาศัย (home modification) และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมตามแนวคิด “การออกแบบเพื่อทุกคน” (universal design) (ไตรรัตน์ จารุทัศน์, 2561) เพื่อเพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้านและส่งเสริมให้สามารถอยู่อาศัยได้จนชั่วชีวิต

ที่อยู่อาศัยเชิงสถาบัน (institutional-based living)

ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา นโยบายภาครัฐในต่างประเทศ รวมถึงในประเทศไทย ต่างมุ่งเน้นการสร้างที่อยู่อาศัยเชิงสถาบันขึ้นหลากหลายรูปแบบ ทั้งที่ตั้งอยู่ภายในโรงพยาบาลและการสร้างสถานสงเคราะห์คนชราหรือสถานบริบาลผู้สูงอายุแยกต่างหาก โดยการจัดสวัสดิการและให้ความช่วยเหลือแก่ประชากรกลุ่มดังกล่าวถือเป็นหน้าที่ของรัฐ (ณัฐนี อมรประดับกุล และคณะ, 2563; สิรินทร์ยา พูลเกิด และ ณปภัช สัจนวกุล, 2563) ทั้งนี้ การสร้างที่อยู่อาศัยเชิงสถาบันในแต่ละประเทศจะมีจำนวนมากหรือน้อยมักขึ้นอยู่กับประวัติศาสตร์การพัฒนานโยบายสังคมและสวัสดิการของประเทศนั้น ๆ (Hugman and Campling, 1994) แม้ว่ารัฐบาลหลายแห่งได้พยายามพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้อยู่อาศัยและเพิ่มคุณภาพการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพภายในที่อยู่อาศัยเชิงสถาบันมาโดยตลอด (Kane, 2000) แต่การสร้างที่อยู่อาศัยเชิงสถาบันได้ส่งผลในแง่ลบบางประการที่รัฐบาลเองไม่ได้เตรียมพร้อมรับมือไว้ เช่น ข้อจำกัดในเรื่องการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้พักอาศัยกับคนอื่น ๆ ในสังคม ปัญหาเกี่ยวกับการขาดอิสรภาพในการเลือกและตัดสินใจ และการไม่ได้รับความเป็นส่วนตัว ปัจจัยเหล่านี้ได้นำไปสู่ปัญหาใหญ่ที่เกี่ยวกับสภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ (European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), 2017) ยิ่งกว่านั้น ปัญหาที่สำคัญอีกประการ คือการขาดแคลนจำนวนที่พักอาศัยที่เพียงพอต่อความต้องการ เพราะทุกสังคมต่างกำลังเผชิญกับสัดส่วนของประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ และด้วยข้อจำกัดทางด้านงบประมาณที่ใช้สนับสนุนการให้บริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัยเชิงสถาบันกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงเกินความจำเป็น (Tobis, 2000) ส่งผลให้ในหลายประเทศ ไม่ว่าจะเป็นประเทศเนเธอร์แลนด์ ฟินแลนด์ สเปน สิงคโปร์ สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย หรือแม้กระทั่งญี่ปุ่น ที่เป็นต้นแบบหนึ่งของระบบหลักประกันการดูแลผู้สูงอายุ (Long-term Care Insurance: LTCI) ซึ่งแสดงถึงความเข้มข้นของรัฐสวัสดิการในบริบทของเอเชียอย่างชัดเจน ต่าง “กลับลำทางนโยบาย” เพื่อหันมาเน้นย้ำถึงการดูแลผู้สูงอายุด้วยระบบชุมชนและเพื่อลดจำนวนการพึ่งพิงการอยู่อาศัยเชิงสถาบันในระยะยาว (ณัฐนี อมรประดับกุล และคณะ, 2563) ซึ่งแนวคิดที่เป็นทางออกสำคัญ นั่นคือ “การสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม”

การสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม (ageing in place)

แนวคิดการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมได้รับการพัฒนามาเป็นระยะ ๆ หลังจากที่รัฐบาลในต่างประเทศเริ่มประสบปัญหาเนื่องจากไม่สามารถดูแลและรองรับผู้สูงอายุด้วยวิธีการสร้างที่อยู่อาศัยเชิงสถาบันได้ จนกระทั่งทิศทางและกระบวนทัศน์ของการดูแลผู้สูงอายุได้เปลี่ยนมาให้ความสำคัญของการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมอย่างชัดเจนและเป็นทางการ เมื่อมีการประชุมสมัชชาระดับโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2545 ณ กรุงมาดริด ประเทศสเปน ในการประชุมครั้งนี้ นำไปสู่การสร้างพันธกรณีระหว่างประเทศในเรื่องของผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่า “แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องการสูงวัย” (Madrid International Plan of Action on Ageing: MIPAA) (United Nations, 2002) แผนดังกล่าว ได้พยายามสนับสนุนให้รัฐบาลทุกประเทศมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยและชุมชนเดิม มากกว่าจะหันไปเลือกพึ่งพิงที่อยู่อาศัยเชิงสถาบัน และรัฐบาลควรที่จะคำนึงถึงการสร้างสภาพแวดล้อมและบริการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในบ้านเดิม หรือกระทั่งสามารถอยู่ได้โดยลำพังได้อย่างแท้จริง ด้วยเหตุนี้ การก่อตัวและแพร่กระจายของแนวคิดเรื่องการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม จึงกลายเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญอย่างมากต่อทิศทางการจัดการที่อยู่อาศัยและรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุทั่วโลก

ความจำเป็นของการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม

หากพิจารณาทิศทางการดำเนินนโยบายด้านการจัดการที่อยู่อาศัยและการดูแลผู้สูงอายุในบริบทระหว่างประเทศ จะพบว่า หลายประเทศที่ผ่านสถานการณ์การสูงวัยของประชากรมาก่อนหน้าประเทศไทย โดยเฉพาะประเทศที่เป็นสมาชิกขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD) ต่างมุ่งเน้น “การลดการดูแลระยะยาวเชิงสถาบัน” (deinstitutionalisation) ทั้งที่ในช่วงก่อนหน้าประเทศเหล่านี้ต่างให้ความสำคัญกับการดูแลระยะยาวเชิงสถาบันในฐานะที่เป็นแนวทางหลักมาโดยตลอด จากข้อมูลในตาราง 3 แสดงให้เห็นว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี 2553 และ 2562 ประเทศส่วนใหญ่ในกลุ่ม OECD ต่างมีสัดส่วนการให้บริการการดูแลระยะยาวเชิงสถาบัน (institution-based long-term care) สำหรับประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่ลดน้อยลง แม้จะมีบางประเทศที่มีสัดส่วนการดูแลระยะยาวเชิงสถาบันเพิ่มขึ้นอยู่บ้าง เช่น เยอรมนี เกาหลีใต้ โปรตุเกส และสเปน แต่สัดส่วนของการดูแลระยะยาวที่บ้าน (home-based long-term care) กลับเพิ่มสูงขึ้น

อย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของเยอรมนีที่เพิ่มสัดส่วนการดูแลระยะยาวที่บ้านจากเพียงร้อยละ 7.6 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 14.2 ในปี 2562 (OECD, 2020)

ตาราง 3 เปรียบเทียบสัดส่วนการให้บริการการดูแลระยะยาวที่บ้านและเชิงสถาบันต่อผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) ของประเทศในกลุ่มองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนาระหว่าง พ.ศ. 2553 และ 2662

ประเทศ	พ.ศ. 2553		พ.ศ. 2562	
	การดูแลที่บ้าน (ร้อยละ)	การดูแลเชิงสถาบัน (ร้อยละ)	การดูแลที่บ้าน (ร้อยละ)	การดูแลเชิงสถาบัน (ร้อยละ)
ออสเตรเลีย	7.1	7.0	8.2	5.9
ฟินแลนด์	7.4	4.9	9.1	4.3
ฝรั่งเศส	6.6	4.3	5.8	4.1
เยอรมนี	7.6	3.8	14.2	4.2
ฮังการี	7.6	3.0	8.8	3.0
อิสราเอล	19.7	2.3	21.5	1.6
เกาหลีใต้	4.6	2.1	6.9	2.7
นิวซีแลนด์	13.3	5.2	8.5	4.3
นอร์เวย์	12.5	5.6	11.0	4.1
โปรตุเกส	0.2	0.9	0.7	1.2
สเปน	5.3	1.5	9.3	2.2
สวีเดน	12.2	5.4	11.9	4.2
สวิตเซอร์แลนด์	14.1	6.2	17.8	5.6

ที่มา: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2020)

นอกจากนี้ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด-19 ตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นมา ยิ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา (care home) ซึ่งเป็นที่อยู่อาศัยเชิงสถาบันประเภทหนึ่ง ต่างได้รับผลกระทบที่รุนแรงจากวิกฤตโควิด-19 โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรามีความเสี่ยงจะติดเชื้อ เจ็บป่วยรุนแรง และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มากยิ่งกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนท้องถิ่นของตน (Knapp et al., 2021) จากข้อมูลใน 8 ประเทศ พบว่า 1 ใน 20 คนที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราเสียชีวิตจากโควิด-19 (เพิ่งอ้าง) ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะการอยู่

อาศัยรวมกันของผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัยเชิงสถาบันทำให้การรักษาระยะห่างกับผู้อยู่อาศัยรายอื่นหรือแม้แต่ผู้ดูแล สามารถทำได้ค่อนข้างยาก ยิ่งกว่านั้น บรรดาที่อยู่อาศัยเชิงสถาบันต่างปรับตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดด้วยการงดหรือลดกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถมารวมตัวกันและประกาศห้ามไม่ให้สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลภายนอกมาเยี่ยมผู้สูงอายุ ในแง่หนึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าและสภาวะจิตใจที่เสื่อมถอยลง ซึ่งนับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม (The Japan Times, 2021) และถือเป็นการจำกัดสิทธิและเสรีภาพส่วนบุคคล ด้วยเหตุนี้ จึงมีความพยายามทั้งในระดับชาติและนานาชาติเพื่อเรียกร้องให้ลดการดูแลระยะยาวเชิงสถาบัน (deinstitutionalisation) และแทนที่ด้วยการสนับสนุนให้เกิดการให้บริการและการดูแลในระดับชุมชนอย่างจริงจัง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างอิสระในชุมชนของตนเองและถือเป็นการเคารพทางเลือกและการตัดสินใจของผู้สูงอายุด้วย

อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อมูลใดที่รายงานให้เห็นถึงสัดส่วนที่ชัดเจนของการจัดการการดูแลระยะยาวทั้งสองรูปแบบในประเทศไทย แต่จากเหตุผล ประสบการณ์ และแนวโน้มการลดการดูแลระยะยาวเชิงสถาบันในต่างประเทศสามารถช่วยยืนยันได้ว่า การดูแลเชิงสถาบันอาจจะไม่ใช่คำตอบหรือแนวทางที่เหมาะสมนักสำหรับการรับมือกับสังคมสูงวัยในประเทศไทย และประเทศไทยไม่จำเป็นต้อง “ลองผิดลองถูก” ดังที่ประสบการณ์ของหลายประเทศได้ให้บทเรียนไว้ ดังนั้น ในส่วนนี้พยายามจะชี้ให้เห็นว่า เพราะเหตุใดการนำแนวคิดเรื่อง “การสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม” จึงจำเป็นต่อการออกแบบและดำเนินนโยบายด้านการจัดการที่อยู่อาศัยและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยสามารถอธิบายเหตุผลได้อย่างน้อย 4 ประการ ที่สะท้อนถึงเงื่อนไขและลักษณะเฉพาะของสังคมไทย ดังนี้

ประการที่หนึ่ง คือ การยึดติดกับที่อยู่อาศัยเดิมของคนไทย แม้ปัจจุบันครอบครัวไทยจะมีขนาดเล็กลงและมีผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังมากขึ้น แต่ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังต้องการอยู่อาศัยในบ้านหรือภายในชุมชนเดิมของตนเองจนถึงช่วงบั้นปลายของชีวิต จากผลการศึกษาในประเด็นการเตรียมการด้านที่พักอาศัยของผู้สูงอายุไทยทุกกลุ่มรายได้ จำนวน 901 ราย พบว่า ร้อยละ 82.8 ของผู้สูงอายุต้องการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยเดิมไปตลอดชีวิต (อัจฉราวรรณ งามญาณ และ ณัฐวัชร์ เผ่าภู่, 2555) และในอีกการศึกษาหนึ่งที่มุ่งสำรวจความต้องการด้านที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย (ที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ) จำนวน 808 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยส่วนมาก (ร้อยละ 95.8) ต้องการอาศัยอยู่ในบ้านเดิมของตนในช่วงบั้นปลายชีวิต แม้ว่าสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจไม่เอื้ออำนวยและ

เหมาะสมต่อการอยู่อาศัยก็ตาม (ณปภัช สัจนวกุล และคณะ, 2564) ดังนั้น การยึดติดกับที่อยู่อาศัยเดิมของคนไทยจึงสอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม

ประการที่สอง คือ ทรัพยากรที่จำกัดของภาครัฐ เมื่อพิจารณาการจัดการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภายใต้บริบทของประเทศไทย อาจพบว่า มีข้อจำกัดอยู่ในแง่ทรัพยากรที่ปัจจุบันยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรสูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวได้ทั้งประเทศ จากข้อมูลในปี 2563 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกรณีติดบ้านและติดเตียง จำนวน 421,352 คน (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชระคุปต์, 2560) และผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม จำนวน 651,950 คน (อ้างใน มส.ผส., 2564) แต่จากข้อมูลในปีเดียวกันพบว่า มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานบริบาลผู้สูงอายุทุกแห่งของภาครัฐ เพียงจำนวน 2,258 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุภายใต้การดูแลของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 1,293 คน และเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 965 คน (เพิ่งอ้าง) ดังนั้น การสร้างที่อยู่อาศัยเชิงสถาบันที่ไร้ซึ่งระบบหลักประกันการดูแลระยะยาว (long-term care insurance) เพื่อมารองรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งคาดประมาณว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต[5] จึงไม่ใช่แนวทางที่เหมาะสมนักสำหรับการจัดการการดูแลผู้สูงอายุไทย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

ประการที่สาม คือ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยยังคงสูง ในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่จากข้อมูลในปี 2563 กลับพบว่า มากกว่า 1 ใน 3 ของประชากรสูงอายุไทย (ร้อยละ 39.2) เป็นผู้สูงอายุที่ยากจนและมีรายได้น้อยกล่าวคือ เป็นผู้สูงอายุที่ลงทะเบียนและได้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ จำนวนประมาณ 4.7 ล้านคน จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 12 ล้านคน (กระทรวงการคลัง, 2564) ด้วยเหตุนี้ การออกแบบนโยบายด้านการจัดการที่อยู่อาศัยและการดูแลระยะยาวของภาครัฐจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงประเด็นเรื่องความเป็นไปได้ทางด้านการเงินการคลังของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการประกอบด้วย ดังนั้น การสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมจึงเป็นแนวทางที่จะสามารถรองรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

[5] ในปี 2583 คาดประมาณว่า จะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกรณีติดบ้านและติดเตียง จำนวน 930,274 คน (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชระคุปต์, 2560)

ประการที่สี่ คือ ทรัพยากรผู้ดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน ด้วยเงื่อนไขหนึ่งที่เป็นลักษณะเด่นของระบบสุขภาพและการดูแลของสังคมไทย นั่นคือ ระบบกำลังคนด้านอาสาสมัครที่ช่วยสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพและการดูแลในระดับชุมชน ซึ่งได้รับการพัฒนามาเป็นเวลากว่าครึ่งศตวรรษ การผลักดันและขับเคลื่อนแนวคิดการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมให้เกิดเป็นรูปธรรมจึงไม่ใช่เรื่องใหม่หรือเกินศักยภาพที่มีอยู่ของสังคมไทย จากข้อมูลจำนวนผู้ดูแลประเภทต่าง ๆ ซึ่งเป็นทรัพยากรของภาครัฐในปี 2563 พบว่า มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 1,027,036 คน อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ) จำนวน 24,293 คน ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) จำนวน 86,829 คน ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager) จำนวน 13,615 คน และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.) จำนวน 13,190 คน (อ้างใน มส.ผส., 2564) ดังนั้น สังคมไทยจึงสามารถต่อยอดและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรดังกล่าวซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของระบบบริการและการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

องค์ประกอบหลักของแนวคิดเรื่องการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม (ที่มีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง)

การสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม เป็นแนวคิดเชิงนโยบายที่ช่วยให้ผู้อยู่อาศัยยังคงสามารถอยู่ในที่อยู่อาศัยเดิมของตนเองได้โดยไม่จำเป็นต้องย้ายออกไปอาศัยที่อื่นแม้ว่าผู้อยู่อาศัยจะมีอายุเพิ่มมากขึ้นก็ตาม พื้นฐานของแนวคิดนี้ได้ให้ความสำคัญต่อ “การยึดติดต่อบ้าน” อันเป็นแหล่งรวมของความทรงจำ ความรู้สึกปลอดภัย และความคุ้นเคยและเคยชินที่สะสมมาตลอดช่วงชีวิต (Wiles et al., 2012) อันเป็นเหตุผลสำคัญว่าทำไมผู้คนจึงชอบอยู่ที่เดิมและไม่ต้องการย้ายไปที่อื่น โดยเฉพาะเมื่อก้าวเข้าสู่ช่วงของการเป็นผู้สูงอายุ บ้านเป็นเหมือนสถานที่ที่สัมพันธ์ต่อความรู้สึกนึกคิดและจิตใจ (Hatcher et al., 2019) ขณะเดียวกัน การพิจารณาถึงความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) การมีคุณภาพชีวิต (quality of life) ที่ดี และการมีอิสระและไม่พึ่งพา (independence and autonomy) เป็นเงื่อนไขที่แยกไม่ออกจากการอยู่อาศัยในบ้านหรือชุมชนเดิมด้วย ดังนั้น ถ้าจะทำให้แนวคิดการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมจะสามารถเกิดขึ้นได้ในทางปฏิบัติ ผู้อยู่อาศัยจะต้องได้รับบริการที่จำเป็นเมื่อสภาพร่างกายของตนเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้สูงอายุ (บุคคล) และสภาพแวดล้อมกับที่อยู่อาศัย (สถานที่และสิ่งแวดล้อม) จำต้องเปลี่ยนแปลงไปอย่างสอดคล้องกันเมื่อเวลาผ่านไป (Lawton, 1989) เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่อาศัยได้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ด้วยแนวคิดข้างต้นจึงนำไปสู่การรวบรวมองค์ประกอบของแนวทางการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม จากการประชุมระดับโลกและเอกสารหลายเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคำอธิบายเรื่องแนวคิดและแผนปฏิบัติการของการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม (Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP), 2017; United Nations, 2002; World Health Organisation, 2015, 2018) ทำให้สามารถแบ่งองค์ประกอบสำคัญที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันออกเป็น 3 ด้านด้วยกัน คือ (1) สถานที่ (place) (2) เครือข่ายสนับสนุน (support network) และ (3) บุคคล (individual) (ณปภัช สัจนวกุล และคณะ, 2564)

(1) ด้านสถานที่ (place) หมายถึง การออกแบบที่อยู่อาศัยที่เป็นมิตรและเข้าถึงได้ การเน้นปรับปรุงที่อยู่อาศัยเดิม รวมไปถึงการสร้างสภาพแวดล้อมและชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (2) ด้านเครือข่ายสนับสนุน (support network) หมายถึง บริการต่าง ๆ เพื่อผลักดันให้เกิดการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมได้อย่างมีคุณภาพและมีชีวิตชีวา ไม่ว่าจะเป็นระบบการดูแลระยะยาว การสร้างทางเลือกสำหรับการดูแลที่บ้าน บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ การส่งเสริมสถาบันครอบครัวและการปฏิสัมพันธ์กับชุมชน และการส่งเสริมอาชีพและการศึกษา โดยอาจแบ่งอย่างกว้าง ๆ เป็นการส่งเสริมบริการทางสังคม (social care services) กับบริการทางสุขภาพ (health care services) ขณะที่ (3) ด้านบุคคล (individual) หมายถึง ผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับการคำนึงถึงสุขภาพทางกายและใจ เช่นเรื่องความเป็นอิสระ (autonomy) และการไม่พึ่งพา (independence) การจะนำแนวทางการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมไปปฏิบัติให้สัมฤทธิ์ผลได้นั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงเงื่อนไขและลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันไปของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล (เช่น เพศ รูปแบบการอยู่อาศัย ระดับการพึ่งพิง และเศรษฐฐานะ) ซึ่งเป็น “ศูนย์กลาง” ในการออกแบบและจัดหาบริการทางสังคมและสุขภาพให้สอดคล้องกับแต่ละชุมชนด้วย (ภาพประกอบ 3)

ภาพประกอบ 3 องค์ประกอบที่สำคัญของแนวคิดเรื่องการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม

ที่มา: ปรับปรุงจาก ณปภัช สัจนวกุล และคณะ (2564)

หากพิจารณาถึงผู้สูงอายุที่ยังสามารถพึ่งพาตนเองได้ สิ่งแรกที่ควรคำนึงถึงคือบริการทางสังคมรูปแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นที่อยู่อาศัยกับสภาพแวดล้อมที่ได้รับการปรับปรุงอย่างเหมาะสมและเชื่อมต่อกับชุมชน การจัดบริการเยี่ยมบ้านและตรวจสุขภาพร่างกาย บริการด้านอาหาร บริการทำความสะอาดและดูแลรักษาบ้าน กิจกรรมการเรียนรู้เทคโนโลยีและส่งเสริมการทำงานเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ฯลฯ ชุดบริการทางสังคมเหล่านี้ มุ่งทำให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาสุขภาวะที่ดีไว้ได้และสามารถยืดระยะเวลาการเจ็บป่วยออกไปให้นานที่สุด ขณะที่ผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับมาก ควรได้รับชุดบริการด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น หากเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูควรได้รับบริการทำกายภาพบำบัดและฟื้นฟูที่บ้านและการให้เงินสนับสนุนสำหรับอุปกรณ์เพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหว สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวควรได้รับบริการทีมแพทย์เพื่อตรวจและรักษาที่บ้านอย่างเป็นกิจวัตรและเป็นกิจจะลักษณะ มีบริการรับส่งระหว่างที่พักอาศัยและโรงพยาบาล

ท้ายที่สุด การดูแลผู้สูงอายุตามแนวทางการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม คือ การนำทั้งบริการทางสังคมและสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่เมื่อเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิตเข้าไปให้แก่ผู้สูงอายุที่บ้าน ขณะที่การจัดเตรียมที่อยู่อาศัยเชิงสถาบันมิได้ปฏิเสธว่าไม่ควรมีอยู่ หากแต่ควรมีการเตรียมพร้อมไว้จำนวนหนึ่งและควรตั้งอยู่ใกล้ชุมชน

เพื่อให้สามารถรองรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอยู่อาศัยในบ้านของตนเองได้ โดยพิจารณาตามความจำเป็นและในฐานะที่เป็น “ทางเลือกสุดท้าย” (last resort) เท่านั้น

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ประชากรของประเทศไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้การดำเนินงานเรื่องผู้สูงอายุของประเทศไทยมีความท้าทายมากยิ่งขึ้นเรื่อย ๆ แม้ว่าในช่วงประมาณ 5 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีการออกนโยบาย มาตรการ และแผนเกี่ยวกับการสร้างที่อยู่อาศัย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) และการดูแลระยะยาว (สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561) รวมถึงสภาพแวดล้อมต่อผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น แต่เมื่อเปรียบเทียบกับองค์ประกอบของแนวคิดการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมดังที่ได้กล่าวมาในข้างต้น รวมถึงข้อเสนอแนะตามพันธกรณีระหว่างประเทศอย่าง MIPAA แล้ว ยังมีอีกหลายประเด็นสำคัญที่ต้องเพิ่มการดำเนินการและช่วยกระตุ้นงานที่ดำเนินการอยู่ให้ได้รับการขับเคลื่อนอย่างมีประสิทธิภาพและอย่างยั่งยืน ทั้งการให้ความสำคัญกับการปรับปรุงที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการอยู่อาศัยร่วมกันของคนหลากหลายกลุ่มวัย และการเพิ่มบริการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้สูงอายุที่เป็นระบบ ครอบคลุมประชากรสูงอายุทุกคน (ไม่จำกัดเฉพาะผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง) และเชื่อมต่อกับระบบการดูแลระยะยาวและที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ รวมถึงการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคมนาคมขนส่งและพื้นที่สาธารณะที่เข้าถึงได้และปลอดภัยกับผู้สูงอายุ ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือทั้งภายในและระหว่างภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ที่ต้องอาศัยกลไกการประสานงานทั้งในระดับส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความร่วมมืออย่างบูรณาการที่ทุกหน่วยงานมีเป้าหมายเพื่อสังคมร่วมกัน

การสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม เป็นแนวคิดที่สามารถนำไปปฏิบัติได้โดยไม่จำกัดเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ แต่สามารถปรับใช้ได้กับคนทุกรุ่นวัย เพราะเราทุกคนต่างเจริญวัยและจะกลายเป็นผู้สูงอายุไม่วันใดก็วันหนึ่ง นอกจากนี้ การสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมเป็นเรื่องที่ต้องวางแผนและเตรียมตัวล่วงหน้า ดังนั้น ประชากรที่ยังอยู่ในวัยทำงานหรือกระทั่งวัยเด็ก จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเตรียมตัวให้พร้อมตั้งแต่วันนี้สำหรับการจะเป็น “ผู้สูงอายุในอนาคต” (future older persons) ทั้งในเรื่องการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง การทำงานและการมีรายได้ที่มั่นคง และการมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยและสามารถอยู่ได้ไปชั่วชีวิต อย่างไรก็ดี แนวคิดการสูงวัยในที่

อยู่อาศัยเดิมมิได้มีลักษณะเป็นคู่ตรงข้าม (dichotomy) และปฏิเสธแนวทางการดูแลระยะยาวเชิงสถาบัน หากแต่เป็นการมุ่งเน้นการอยู่อาศัยและการดูแลที่บ้านและชุมชนเป็นหลัก ทั้งนี้ หากผู้สูงอายุไม่สามารถอยู่ในบ้านเดิมได้แล้ว จึงค่อยพิจารณาย้ายไปอยู่ในที่อยู่อาศัยเชิงสถาบันในฐานะเป็น “ทางเลือกสุดท้าย” (last resort) ที่ควรตั้งอยู่ไม่ไกลจากชุมชนเดิมของผู้สูงอายุ ดังนั้น การนำแนวคิดเรื่องการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม (ageing in place) มาใช้เป็นแนวทางหลักในการออกแบบและดำเนินนโยบายด้านการจัดการที่อยู่อาศัยและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทย อาจเพราะด้วยแนวคิดดังกล่าวตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อและวัฒนธรรมของคนไทย และอาจรวมถึงมนุษย์ทุกคนที่ว่า “จะมีที่ไหนสุขกายสุขใจเท่าบ้านเรา” (no place like home)

เอกสารอ้างอิง

<u>ภาษาไทย</u>

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง)*. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1551432930-155_0.pdf

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (ม.ป.ป.). *เมื่อถึงวัย 60 ปี คุณจะได้สิทธิสวัสดิการอะไร*. กรมกิจการผู้สูงอายุ.

กระทรวงการคลัง. (2564). *จำนวนประกรสูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ พ.ศ. 2563*.

ณปภัช สัจนวกุล, ณัฐนี อมรประดับกุล และ นุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์. (2564). *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่อง การเรียนรู้นโยบายการสูงวัยในที่เดิมจากแนวปฏิบัติที่เหมาะสม: การถอดบทเรียนจากประสบการณ์ของประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์สู่การขับเคลื่อนนโยบายด้านการจัดการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย* (สนับสนุนโดย สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ณัฐนี อมรประดับกุล, ณปภัช สัจนวกุล และ ปัณณวัฒน์ เถื่อนกลิ่น. (2563). *นโยบายที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ: ประวัติศาสตร์และบทเรียนจากแนวปฏิบัติที่ดีในต่างประเทศ*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไตรรัตน์ จารุทัศน์. (2561). *การออกแบบเพื่อทุกคน*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2563). เมื่อประชากรรุ่นเกิดล้านกลายเป็นผู้สูงอายุ. *บทความเสนอต่อที่ประชุมราชบัณฑิตและภาคีสมาชิก สำนักธรรมศาสตร์และการเมือง ราชบัณฑิตยสภา วันที่ 10 มิถุนายน 2563*.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชระคุปต์. (2560). *ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย*. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

วรเวศม์ สุวรรณระดา. (2557). *ปฏิรูปบำนาญภาครัฐ-ก้าวสู่สังคมสูงวัยด้วยบำนาญอันมั่งคงและระบบการคลังที่ยั่งยืน*. คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). *พิพิธสาระประชากรและสังคม สาระที่ 3: ประชากรไทยในสมัยรัชกาลที่ 9*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชช์ เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร และ บวรศม ลีระพันธ์. (2561). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). *รายงานลักษณะของประชากร การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2558-2559*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). *การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2561*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง)*. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2563). *สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร*. https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage

สิรินทร์ยา พูลเกิด และ ณปภัช สัจนวกุล. (2563). *ที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทย: แนวคิด พัฒนาการ และมุมมองเชิงนโยบาย*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัจฉราวรรณ งามญาณ และ ณัฐวัชร์ เผ่าภู่. (2555). ผู้สูงอายุไทย: การเตรียมการทางด้านการเงินและลักษณะบ้านพักหลังเกษียณที่ต้องการ. *วารสารบริหารธุรกิจ, ปีที่ 35* (ฉบับที่ 136).

ภาษาอังกฤษ

Best, R., & Porteus, J. (2012). *Housing our Ageing Population: Plan for Implementation*. The All-Party Parliamentary Group on Housing and Care for Older People.

Bonnefoy, X. (2007). Inadequate Housing and Health: An Overview. *International Journal of Environment and Pollution*, *30*(3/4), 411–429.

DWELL & University of Sheffield. (2015). *"Extra-care Housing: Brief Development" (Draft, July 2015)*. https://dwell.group.shef.ac.uk/wp-content/ uploads/ 2016/11/DWELL-ECH-Brief-dev-July-2015.pdf

Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP). (2017). *Addressing the Challenges of Population Ageing in Asia and the Pacific: Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing*. https://www.unescap.org/publications/addressing-challenges-population-ageing-asia-and-pacific-implementation-madrid

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2017). *Summary Overview of Types and Characteristics of Institutional and Community-based Services for Persons with Disabilities Available across the EU*.

Hatcher, D., Chang, E., Schmied, V., & Garrido, S. (2019). Exploring the Perspectives of Older People on the Concept of Home. *Journal of Aging Research*, *2019*, 1–10. https://doi.org/10.1155/2019/2679680

Hugman, R., & Campling, J. (1994). *Ageing and the Care of Older People in Europe*. St. Martin's Press.

Kane, R. L. (2000). Changing the Image of Long-term Care. *Age and Ageing*, *29*(6).

Knapp, M., Cyhlarova, E., Comas-Herrera, A., & Lorenz-Dant, K. (2021). *Crystallising the Case for Deinstitutionalisation: COVID-19 and the Experiences of Persons with Disabilities*. Care Policy and Evaluation Centre, London School of Economics and Political Science. https://www.lse.ac.uk/cpec/assets/documents/CPEC-Covid-Desinstitutionalisation.pdf

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2020). *Long-Term Care Resources and Utilisation*. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR#

The Japan Times. (2021, April 10). *The Changing Face of Medical Care for Japan's Older Residents amid COVID-19 |*. https://www.japantimes.co.jp/news/2021/04/10/national/social-issues/health-care-seniors-covid-19-pandemic/

Tobis, D. (2000). *Moving from Residential Institutions to Community-based Social Services in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union*. World Bank.

UNFPA Thailand. (2011). *Impact of Demographic Change in Thailand*. United Nations Population Fund Country Office in Thailand.

United Nations. (2002). *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*. United Nations. https://www.un.org/development/desa/ageing/madrid-plan-of-action-and-its-implementation.html

United Nations. (2019). *World Population Prospects 2019* (Online Edition. Rev. 1). United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. https://population.un.org/wpp/

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2019). *World Population Ageing, 2019 Highlights* ((ST/ESA/SER.A/430)).

Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. S. (2012). The Meaning of "Aging in Place" to Older People. *The Gerontologist*, *52*(3), 357–366. https://doi.org/10.1093/geront/gnr098

World Health Organisation. (2015). *World Report on Ageing and Health*.

World Health Organisation. (2018). *Concept Note: International Technical Meeting AGING IN PLACE*. https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2018/12/Concept-note.pdf