รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ “การศึกษาความเป็นไปได้ของพยาบาลไทย ไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ภายใต้ข้อผูกพัน ตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA)”

โดย รศ.ดร. สมชาย สุขสิริเสรีกุล และคณะ

กันยายน 2553

สัญญาเลขที่ RDG5210045

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ “การศึกษาความเป็นไปได้ของพยาบาลไทย ไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ภายใต้ข้อผูกพัน ตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA)”

คณะผู้วิจัย	สังกัด
รศ.ดร. สมชาย สุขสิริเสรีกุล	คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นายดนัย กิตติภรณ์	วิทยาลัยนวัตกรรม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
น.ส.สินีรัตน์ พวังคะพินธุ์	วิทยาลัยนวัตกรรม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกว.ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA) ได้เริ่มต้นตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2550 เปิดโอกาสให้พยาบาลไทยสามรถเข้าไปทำงานเป็นดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นได้ เนื่องด้วยพยาบาลส่วนใหญ่ทำงานในภาครัฐ การลาออกส่งผลกระทบต่อสถานพยาบาลของรัฐและกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนผู้รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ ผลการวิเคราะห์เชิงประจักษ์ที่ได้มีเป้าหมายเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาตามมาตรา 190 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 คำถามการวิจัยคือประเทศไทยจะได้รับผลประโยชน์สุทธิจากการส่งพยาบาลไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นหรือไม่ และจะสามารถลดอุปสรรคเพื่อเพิ่มโอกาสที่จะได้รับผลประโยชน์อย่างเต็มที่อย่างไรบ้าง รวมทั้งเสนอแนะแนวทางการชดเชยความเสียหายให้กับสังคมโดยรวมจากการสูญเสียพยาบาลไปทำงานในญี่ปุ่น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตัวอย่างพยาบาลจำนวน 1,200 คนระบุว่า การไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะให้ผลได้สุทธิส่วนบุคคลเป็นจำนวนถึง 33,053 บาทต่อเดือน แต่ผลได้สุทธิส่วนบุคคลจะลดลงเหลือ 14,872 บาทต่อเดือน หากเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย การไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะสร้าง ผลเสียสุทธิส่วนบุคคลเป็น 17,006 - 31,126 บาทต่อเดือนในช่วงเวลาที่เหลือของชีวิต

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนักศึกษาพยาบาลจำนวน 1,200 คนระบุว่า การไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะให้ผลได้สุทธิส่วนบุคคลเป็นจำนวนถึง 24,937 บาทต่อเดือน เมื่อเป็นพยาบาลหลังจากสำเร็จการศึกษา แต่ผลได้สุทธิส่วนบุคคลจะลดลงเป็น 22,751 บาทต่อเดือน เมื่อเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย การไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะก่อผลเสียสุทธิส่วนบุคคลเป็น 1,126 - 15,246 บาทต่อเดือน ในช่วงเวลาที่เหลือของชีวิต

ผลการสำรวจข้อมูลพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ในประเทศญี่ปุ่นจำนวน 12 รายพบว่า รายได้รวมของพยาบาลไทยและนักศึกษาพยาบาลไทยสูงกว่าพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ 10,876 – 18,698 บาทต่อเดือน ซึ่งทำให้ผลได้สุทธิของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์สูงกว่าผลได้สุทธิของพยาบาลไทยและนักศึกษาพยาบาลไทยอยู่ระหว่าง 8,364 ถึง 20,549 บาทต่อเดือน

การลาออกของพยาบาลวิชาชีพหนึ่งคนทำให้ภาครัฐมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการคัดเลือกบรรจุพยาบาลใหม่ สูญเสียค่าใช้จ่ายการฝึกอบรมระหว่างการทำงานของพยาบาลที่ลาออก และสูญเสียเงินอุดหนุนจากภาครัฐสำหรับการศึกษาวิชาชีพพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ คิดเป็นมูลค่าอย่างน้อยที่สุดเป็น 52,475 บาท มูลค่าอย่างกลางเป็น 169,221บาท และมูลค่าอย่างสูงเป็น 306,475 บาท การ

ลาออกของพยาบาล 1 คนทำให้ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่ได้รับบริการสุขภาพคิดเป็นมูลค่า 948,027 บาท ผลเสียทั้งหมดที่เกิดจากการลาออกของพยาบาลวิชาชีพหนึ่งคนที่สังคมต้องแบกรับอยู่ระหว่าง 1,000,502 บาท ถึง 1,254,502 บาท

การประชุมระดมสมองผู้ที่เกี่ยวข้องสนับสนุนให้พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลและนายจ้างญี่ปุ่นเป็นผู้จ่ายเงินชดเชย นักวิชาการญี่ปุ่นให้ความคิดเห็นว่าเป็นไปได้ยากที่นายจ้างในสถานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะจ่ายเงินชดเชย เพราะว่าสถานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมีปัญหาทางการเงินอย่างรุนแรง นักวิชาการญี่ปุ่นเห็นว่าความตกลงหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจมิใช่เป็นไปเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในประเทศญี่ปุ่น แต่ เป็นจุดเริ่มต้นของการนำระบบบริการสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นเข้าสู่กระแสโลกาภิวัฒน์ ขั้นต่อไปของความตกลงหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจจะเป็นการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในประเทศต่างๆให้สูงขึ้น ซึ่งส่งผลให้การเคลื่อนย้ายพยาบาลและคนดูแลผู้สูงอายุระหว่างประเทศญี่ปุ่นกับประเทศอื่นเป็นไปอย่างราบรื่น

คำตอบของการวิจัยคือ หากไม่มีการชดเชยความสูญเสียที่เกิดกับสังคมแล้ว ประเทศไทยจะไม่ได้รับผลประโยชน์สุทธิจากการส่งพยาบาลไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA) ผลประโยชน์เพิ่มขึ้นได้อีก ถ้ารายได้รวมที่คาดหวังจะได้รับในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นลดลง (ซึ่งเป็นผลพวงมาจากรายได้รวมที่จะได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุในไทยลดลงและค่าจ้างที่คาดหวังจะได้จากการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษาต่ำลง) และโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทยในอนาคตเพิ่มขึ้นหลังจากที่ได้ทำงานในประเทศญี่ปุ่น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติที่สำคัญได้แก่ (1) ฝ่ายไทยควรเจรจากับฝ่ายญี่ปุ่นให้นำเงินที่อุดหนุนการเรียนภาษาญี่ปุ่นให้กับพยาบาลไทยมาเป็นเงินชดเชยความสูญเสียทางสังคม ขณะที่ฝ่ายไทยจะตอบแทนด้วยการรับภาระทางการเงินในการสอนภาษาญี่ปุ่นในประเทศไทย (2) เงินชดเชย ที่ได้รับควรนำไปใช้ในระยะสั้นเพื่อจัดหาบริการสุขภาพให้กับผู้ป่วยได้ใกล้เคียงกับช่วงที่ไม่มีการลาออกของพยาบาล ในระยะกลางเพื่อผลิตพยาบาลเพิ่มเติมในจำนวนที่ใกล้เคียงกับจำนวนที่ลาออกไป ในระยะยาวเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในอนาคต (3) ฝ่ายไทยควรเจรจาให้ฝ่ายญี่ปุ่นพัฒนามาตรฐานสากลในการพยาบาลและดูแลผู้สูงอายุด้วยการสนับสนุนให้มีการถ่ายทอดความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องให้กับสถาบันอุดมศึกษาของไทย หากไม่สามารถชักจูงให้ฝ่ายญี่ปุ่นจ่ายเงินชดเชยได้

Executive summary

The Japan-Thai Economic Partnership Agreement (JTEPA), which has started since November 2007, liberalizes trades on commodities and services as well as economics activities in a large scale. It also encourages Thai nurses to work in Japan as caregivers for the elderly. As the majority of Thai nurses work in the public sector in Thailand, their resignation can certainly affect not only public hospitals and the Ministry of Public Health but also patients in those institutions. The result of the empirical analysis aims at being used in public hearing in accordance with the section 190 of Thailand’s 2550 B.E. constitution. The research questions are whether or not Thailand will gain from allowing Thai nurses to work in Japan as caregivers for the elderly and what are major obstacles preventing Thai nurses from maximizing their net benefits. Suggestions are made for compensating the social loss due to the movement of Thai nurses to Japan.

The analysis result of a random sample of 1,200 nurses shows that Thai nurses moving to Japan will gain an additional income of 33,053 baht per month. The benefit will decline to 14,872 baht per month, if they work as elderly caregivers before going to Japan. On the other hand, the difference between their expected payment and the actual payment to the caregivers in Japan exhibits a loss in a range of 17,006-31,126 baht per month for the remaining of their working life.

The analysis findings of a random sample of 1,200 student nurses point out that student nurses working in Japan will gain an additional income of 24,937 baht per month. The benefit will lower to 22,751 baht per month, if they work as elderly caregivers before going to Japan. On the contrary, the difference between their expected payment and the actual payment to the caregivers in Japan turns into a loss in a range of 1,126 – 15,246 baht per month in case of spending all their working period in Japan.

An interview with 12 Indonesian and Filipino nurses working in Japan reveals that the earnings of Thai nurses exceed those of the others by 10,876 -18,698 baht per month. Hence, the private net benefit of Indonesian and Filipino nurses working in Japan is greater than that of Thai nurses by 8,364 – 20,549 baht per month.

The resignation of a nurse in a public hospital leads to a higher expense in recruiting and training a new nurse for the hospital and an additional budget to nursing colleges and faculties to enroll more student nurses to compensate the quitted ones. The expenditure for these three activities is

valued at a minimum of 52,475 baht, a mediums of 169,221 baht and a maximum of 306,475 baht for a nurse. Such a cost for a nurse leaving job, which is estimated based on both outpatient services and inpatient services, amounts to 948,027 baht. Thai society, the government and patients, shoulders a total cost of between 1,000,502 and 1,254,502 baht for losing a nurse.

Thai stakeholders in a brainstorming session encourage both Thai nurses and Japanese employers to pay for the cost. Japanese academics believe that it is impossible for Japanese employers to pay for the social cost, as they encounter a seriously financial hardship. Japanese scholars express their views that EPA is not intended to solve the nurse shortage in Japan. It is a starting point of bringing the Japanese health care system into globalization. The next step of EPA will focus the standard development of the elderly care in the countries across this region. As a result, a comparable standard could facilitate nurses and caregivers moving between Japan and other countries smoothly.

The research solutions are that unless the compensation for the social cost is made, Thailand will not benefit from sending Thai nurses to work in Japan as caregivers for the elderly under JTEPA . Thai nurses can maximize their net benefits as long as they expect lower income from doing the job in Japan (which is a result of the smaller earnings from being a caregiver for the elderly in Thailand and a reduction in anticipated salary of new nurses).

A number of recommendations are made for policy making and operations. (1) The Thai JTEPA negotiators should persuade the Japanese counterparts to transfer tuition fee for Japanese language training offered to Thai nurses to the Thai government as a compensation for the social cost. In return, the Thai government will accept the cost of Japanese language training in Thailand provided to Thai nurses sent to Japan. (2) The compensation received should be used immediately to buy additional health care for the patients in public hospitals to make up the loss of health services due to the resignation of nurses. In a middle term, the number of additional nurses trained should reach a parity with that of lost ones. In a long term, an improvement in the Thai elderly care system is made in order to support the ageing population in future. (3) Unless the Thai negotiators convince the Japanese counterparts to make the compensation, the former should induce the latter to offer a transfer of knowledge and skill concerning the appropriate and effective provision of elderly care to Thai nursing colleges.

บทคัดย่อ

ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA) ได้เริ่มต้นตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2550 ซึ่งครอบคลุมการเปิดเสรีการค้าสินค้าและบริการรวมทั้งกิจกรรมทางเศรษฐกิจต่างๆไว้อย่างกว้างขวาง เปิดโอกาสให้พยาบาลไทยสามรถเข้าไปทำงานเป็นดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นได้เนื่องด้วยพยาบาลส่วนใหญ่ทำงานในภาครัฐ การลาออกส่งผลกระทบต่อสถานพยาบาลของรัฐและกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนผู้รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อวิเคราะห์ว่าประเทศไทยจะได้รับผลประโยชน์สุทธิจากการส่งพยาบาลไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นหรือไม่ และจะสามารถลดอุปสรรคเพื่อเพิ่มโอกาสที่จะได้รับผลประโยชน์อย่างเต็มที่อย่างไรบ้าง รวมทั้งเสนอแนะแนวทางการชดเชยความเสียหายให้กับสังคมโดยรวมจากการสูญเสียพยาบาลไปทำงานในญี่ปุ่น ผลการวิเคราะห์เชิงประจักษ์ที่ได้มีเป้าหมายเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาตามมาตรา 190 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

การศึกษานี้ได้สุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลจำนวน 57 แห่ง (จากทั้งหมด 1,235 แห่ง) ครอบคลุม 40 จังหวัดทั่วประเทศไทย และสุ่มเลือกตัวอย่างพยาบาลจำนวน 1,200 คน (จากทั้งหมด 118,544 คน) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระบุว่า รายได้รวมทั้งหมดที่พยาบาลตัวอย่างได้รับเป็น 27,007 บาทต่อเดือน หากพยาบาลตัวอย่างเปลี่ยนงานไปเป็นดูแลผู้สูงอายุคนไทยแล้ว ต้องการรายได้รวมเป็น 45,188 บาทต่อเดือน พยาบาลตัวอย่างต้องการรายได้รวมเป็น 127,586 บาทต่อเดือนในการดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่น พยาบาลตัวอย่าง (ร้อยละ 65.6)ไม่มีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

การเปรียบเทียบระหว่างรายได้รวมของพยาบาลตัวอย่างกับรายได้รวมของคนดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับในประเทศญี่ปุ่นพบว่า การไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะให้ผลได้สุทธิส่วนบุคคลเป็นจำนวนถึง 33,053 บาทต่อเดือนในช่วงเริ่มต้น แต่ผลได้สุทธิส่วนบุคคลจะลดลงเหลือ 14,872 บาทต่อเดือน หากเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย การไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะสร้าง ผลเสียสุทธิส่วนบุคคลเป็น 17,006 - 31,126 บาทต่อเดือนในช่วงเวลาที่เหลือของการทำงาน

การศึกษานี้จะสุ่มตัวอย่างหน่วยงานที่ทำการผลิตพยาบาลจำนวน 16 แห่ง (จากทั้งหมด 66 แห่ง) ครอบคลุม 13 จังหวัดทั่วประเทศไทย และสุ่มเลือกนักศึกษาพยาบาลจำนวน 1,200 คน (จากทั้งหมด 4 หมื่นคน) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระบุว่า นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างคาดว่าจะได้รับ รายได้รวมเป็น 35,123 บาทต่อเดือนในช่วงแรกของการทำงาน รายได้รวมเป็น 37,309 บาทต่อเดือนในการดูแลผู้สูงอายุคนไทย รายได้รวมเป็น 111,706 บาทต่อเดือนในการดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นใน

ประเทศญี่ปุ่น นักศึกษาพยาบาลตัวอย่าง (ร้อยละ 65) มีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

การเปรียบเทียบระหว่างรายได้รวมของนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างกับรายได้รวมของคนดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับในประเทศญี่ปุ่นระบุว่า การไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะให้ผลได้สุทธิส่วนบุคคลเป็นจำนวนถึง 24,937 บาทต่อเดือน เมื่อเป็นพยาบาลหลังจากสำเร็จการศึกษา แต่ผลได้สุทธิส่วนบุคคลจะลดลงเป็น 22,751 บาทต่อเดือน เมื่อเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย การไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะก่อผลเสียสุทธิส่วนบุคคลเป็น 1,126 - 15,246 บาทต่อเดือนในช่วงเวลาของการทำงานทั้งหมด

ผลการสำรวจข้อมูลพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ในประเทศญี่ปุ่นจำนวน 12 รายพบว่าการทำงานในประเทศของตนมีรายได้รวมเป็น 16,074 บาทต่อเดือน และได้รับเงินเดือนจากการทำงานในประเทศญี่ปุ่นในขณะนี้เป็น 151,467 เยนต่อเดือน (56,043 บาทต่อเดือน) และค่าตอบแทนพิเศษเป็น 4,067 เยนต่อเดือน (1,505 บาทต่อเดือน) เมื่อเปรียบเทียบรายได้รวมของพยาบาลไทย นักศึกษาพยาบาลไทย และพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ จะพบว่ารายได้รวมของพยาบาลไทยและนักศึกษาพยาบาลไทยสูงกว่า 10,876 – 18,698 บาทต่อเดือน ซึ่งทำให้ผลได้สุทธิของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์สูงกว่าผลได้สุทธิของพยาบาลไทยและนักศึกษาพยาบาลไทยอยู่ระหว่าง 8,364 ถึง 20,549 บาทต่อเดือน

ค่าใช้จ่ายในการคัดเลือกบรรจุพยาบาลใหม่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐและการรวบรวมข้อมูลของฝ่ายบริหารบุคคลของโรงพยาบาลรัฐจำนวน 56 แห่ง ชี้ให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายในการคัดเลือกบรรจุพยาบาลใหม่หนึ่งรายอยู่ที่ 11,621 บาท ความสูญเสียในรูปของค่าใช้จ่ายการฝึกอบรมระหว่างการทำงานของพยาบาลที่ลาออกเป็น 14,012 บาทต่อราย

การประมาณการเงินอุดหนุนจากภาครัฐสำหรับการศึกษาวิชาพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐพบว่า ค่าเฉลี่ยของต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพหนึ่งรายของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น 143,588 บาท ณ ราคาปัจจุบันปี พ.ศ.2552 ขณะที่ค่าเฉลี่ยของต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพหนึ่งรายของมหาวิทยาลัยและกระทรวงกลาโหมเป็น 224,744 บาท ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนการผลิตพยาบาลวิชาชีพและต้นทุนต่อหน่วยของการผลิตพยาบาลวิชาชีพของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่าการผลิตพยาบาลวิชาชีพหนึ่งรายมีต้นทุนคงที่เป็น 26,842 บาท และมีต้นทุนส่วนเพิ่ม (marginal cost) เป็น 254 บาทต่อราย

การลาออกของพยาบาลวิชาชีพหนึ่งคนทำให้ภาครัฐมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการคัดเลือกบรรจุพยาบาลใหม่ สูญเสียค่าใช้จ่ายการฝึกอบรมระหว่างการทำงานของพยาบาลที่ลาออก และสูญเสียเงิน

อุดหนุนจากภาครัฐสำหรับการศึกษาวิชาชีพพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ คิดเป็นมูลค่าอย่างน้อยที่สุดเป็น 52,475 บาท มูลค่าอย่างกลางเป็น 169,221บาท และมูลค่าอย่างสูงเป็น 306,475 บาท

จากผลการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐและการรวบรวมข้อมูลของฝ่ายบริหารบุคคลของโรงพยาบาลรัฐ การลาออกของพยาบาล 1 คนทำให้ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่ได้รับบริการสุขภาพคิดเป็นมูลค่า 948,027 บาท ดังนั้น ผลเสียทั้งหมดที่เกิดจากการลาออกของพยาบาลวิชาชีพหนึ่งคนที่สังคมต้องแบกรับอยู่ระหว่าง 1,000,502 บาท ถึง 1,254,502 บาท

ผลได้สุทธิทางสังคมของการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นของพยาบาลจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อพยาบาลทำงานเป็นระยะเวลา 3 ปี 2 เดือนและนักศึกษาพยาบาลทำงานเป็นระยะเวลา 4 ปี 1 เดือน ระยะเวลาทำงานนานขึ้นเท่าไร ผลได้สุทธิทางสังคมจะเพิ่มขึ้นเท่านั้น

หากใช้หลักการ “กลไกตลาด” เป็นเกณฑ์ในการตัดสินว่าผู้ใดสมควรจ่ายค่าชดเชยผลเสียให้กับสังคมไทย พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลสมควรเป็นผู้จ่ายค่าชดเชย แต่หากใช้หลักการ “ความเป็นธรรม” นายจ้างญี่ปุ่นสมควรเป็นผู้จ่ายเงินชดเชย ความคิดเห็นส่วนใหญ่ของผู้บริหารโรงพยาบาลและสถาบันอุดมศึกษาจำนวน 70 แห่งไม่เห็นด้วยกับการเก็บเงินจากพยาบาลวิชาชีพที่ลาออกเพื่อไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น แต่อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารโรงพยาบาลส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการกำหนดกฎระเบียบในการกำกับควบคุมการคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่จะได้รับสิทธิไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุประเทศญี่ปุ่น ขณะที่ผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษาที่มีการผลิตพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย โดยให้เหตุผลว่าเป็นสิทธิของพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่จะเลือกหรือไม่เลือกที่จะไปทำงาน

การลาออกของพยาบาลวิชาชีพจะไม่ซ้ำเติมปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ เนื่องด้วยพยาบาลวิชาชีพเกือบครึ่งหนึ่งที่มีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นทำงานในภาคกลาง ขณะที่ตามการประเมินด้วยวิธีการ GIS ของกระทรวงสาธารณสุข ภาคกลางมีการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพน้อยที่สุด

การประชุมระดมสมองผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของแนวทางการชดเชยความสูญเสียที่เกิดกับสังคมระบุว่า พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลและนายจ้างญี่ปุ่นควรเป็นผู้จ่ายเงินชดเชย แต่ไม่มีผู้เข้าร่วมประชุมท่านใดเห็นว่ารัฐบาลไทยควรเป็นผู้จ่ายเงินชดเชย วิธีการเก็บเงินชดเชยมีความหลากหลาย เช่น การชดเชยเป็นสัดส่วนตามสัญญาที่ผูกพัน การชดเชยเป็นแบบขั้นบันไดซึ่งแปรผันตามระดับความเสี่ยงของกลุ่มพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลที่ต้องการลาออกไปทำงาน การให้ทุนแก่นักศึกษาตลอดหลักสูตรและค่าเรียนภาษาญี่ปุ่นของนายจ้างญี่ปุ่น การชดใช้ทุนคืนรัฐบาลไทยแทนพยาบาลและให้ทุนในการผลิตพยาบาลเพิ่มในจำนวนที่ไปทำงานในประเทศญี่ปุ่น

ที่ประชุมเสนอให้มีคณะกรรมการกำหนดคุณสมบัติของพยาบาลที่มีสิทธิ ซึ่งประกอบด้วย สภาการพยาบาล สมาคมพยาบาล กลุ่มผู้บริโภค สถาบันการศึกษาพยาบาล สถานประกอบการด้านสุขภาพ กระทรวงแรงงาน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการต่างประเทศ คุณสมบัติของพยาบาลที่มีสิทธิ ได้แก่ การสำเร็จการศึกษาด้านพยาบาล มีความพร้อมและความรู้ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุและภาษาญี่ปุ่น ทำงานใช้ทุนครบแล้วอย่างน้อย 4 ปี มีอายุไม่เกิน 35 ปี และมีระยะเวลาการทำงานภายในประเทศไทย 10 ปี ข้อเสนอในการนำเงินชดเชยมาใช้ประโยชน์ที่สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุของไทยให้มีคุณภาพภายใต้ข้อจำกัดด้านการขาดแคลนพยาบาล การสร้างหรือพัฒนาระบบ home health care ซึ่งลดจำนวนผู้สูงอายุที่จะต้องเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและทำให้ความต้องการใช้พยาบาลลดลง การผลิตพยาบาลเพิ่มเติม และการเพิ่มเงินเดือนให้แก่พยาบาลและอาจารย์พยาบาลภายในประเทศ

นักวิชาการญี่ปุ่นให้ความคิดเห็นว่าเป็นไปได้ยากที่นายจ้างในสถานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะจ่ายเงินชดเชย เพราะว่าสถานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมีปัญหาทางการเงินอย่างรุนแรง การประเมินการดำเนินการเคลื่อนย้ายพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ที่มาทำงานเป็นพยาบาลและคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นตาม JIEPA และ JPEPA ครั้งล่าสุด โดยสถาบัน Asia Center ของ Kyushu University พบว่าอยู่ในระดับที่เป็นไปได้ แม้ว่าจะมีอุปสรรคมากมาย นักวิชาการญี่ปุ่นเห็นว่าความตกลงหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจมิใช่เป็นไปเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในประเทศญี่ปุ่น แต่ เป็นจุดเริ่มต้นของการนำระบบบริการสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นเข้าสู่กระแสโลกาภิวัฒน์ ขั้นต่อไปของความตกลงหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจจะเป็นการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในประเทศต่างๆให้สูงขึ้น ซึ่งส่งผลให้การเคลื่อนย้ายพยาบาลและคนดูแลผู้สูงอายุระหว่างประเทศญี่ปุ่นกับประเทศอื่นเป็นไปอย่างราบรื่น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติที่สำคัญได้แก่ (1) ฝ่ายไทยควรเจรจากับฝ่ายญี่ปุ่นให้นำเงินที่อุดหนุนการเรียนภาษาญี่ปุ่นให้กับพยาบาลไทยมาเป็นเงินชดเชยความสูญเสียทางสังคม ขณะที่ฝ่ายไทยจะตอบแทนด้วยการรับภาระทางการเงินในการสอนภาษาญี่ปุ่นในประเทศไทย
(2) เงินชดเชย ที่ได้รับควรนำไปใช้ในระยะสั้นเพื่อจัดหาบริการสุขภาพให้กับผู้ป่วยใกล้เคียงกับช่วงที่ไม่มีการลาออกของพยาบาล ในระยะกลางเพื่อผลิตพยาบาลเพิ่มเติมในจำนวนที่ใกล้เคียงกับจำนวนที่ลาออกไป ในระยะยาวเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในอนาคต (3) ฝ่ายไทยควรเจรจาให้ฝ่ายญี่ปุ่นพัฒนามาตรฐานสากลในการพยาบาลและดูแลผู้สูงอายุด้วยการสนับสนุนให้มีการถ่ายทอดความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องให้กับสถาบันอุดมศึกษาของไทย หากไม่สามารถชักจูงให้ฝ่ายญี่ปุ่นจ่ายเงินชดเชยได้

Abstract

The Japan-Thai Economic Partnership Agreement (JTEPA), which has started since November 2007, liberalizes trades on commodities and services as well as economics activities in a large scale. It also encourages Thai nurses to work in Japan as caregivers for the elderly. As the majority of Thai nurses work in the public sector in Thailand, their resignation can certainly affect not only public hospitals and the Ministry of Public Health but also patients in those institutions. The objective of this study is to analyze whether or not Thailand will gain from allowing Thai nurses to work in Japan as caregivers for the elderly. It aims at identifying major obstacles preventing Thai nurses from maximizing their net benefits. Suggestions are made for compensating the social loss due to the movement of Thai nurses to Japan. The result of the empirical analysis aims at being used in public hearing in accordance with the section 190 of Thailand’s 2550 B.E. constitution.

The study randomly conducts a survey of 57 hospitals in 40 provinces all over Thailand (from a total of 1,235 hospitals in 76 provinces). The survey includes a random sample of 1,200 nurses (from a total of 118,544 nurses in the whole country). The analysis result shows that the average income of the nurses is 27,007 baht per month. If their tasks were changed from taking care patients to looking after the elderly only, they requires an average earnings of 45,188 baht per month. When assuming to provide care to the elderly in Japan, they long for an average payment of 127,586 baht per month. However, most nurses (65.6% of the sample) are not interested in being a caregiver in Japan.

A comparison between the current income of Thai nurses and the elderly caregiver’s income in Japan shows that Thai nurses moving to Japan will gain an additional income of 33,053 baht per month. The benefit will decline to 14,872 baht per month, if they work as elderly caregivers before going to Japan. On the other hand, the difference between their expected payment and the actual payment to the caregivers in Japan exhibits a loss in a range of 17,006-31,126 baht per month for the remaining of their working lives.

The study randomly makes a survey of 16 nursing colleges and faculties in 13 provinces all over Thailand (from a total of 68). The survey obtains a random sample of 1,200 student nurses (from a total of 40,000). The analysis findings point out that they expect an income of 35,123 baht per month after their graduation. Their anticipated income rises to 37,309 baht per month when they

choose to work as the elderly caregivers in Thailand. An earnings of 111,706 baht per month is required to motivate them to be the elderly caregivers in Japan. In addition, most student nurses (65% of the sample) would like to work as a caregiver in Japan.

A comparison between the expected income of student nurses and the elderly caregiver’s income in Japan shows that student nurses working in Japan will gain an additional income of 24,937 baht per month. The benefit will lower to 22,751 baht per month, if they work as elderly caregivers before going to Japan. On the contrary, the difference between their expected payment and the actual payment to the caregivers in Japan turns into a loss in a range of 1,126 – 15,246 baht per month in case of spending all the working period in Japan.

An interview with 12 Indonesian and Filipino nurses working in Japan reveals that they earned an income of 16,074 baht per month before coming to Japan. Their salary in Japan is currently 151,467 yen per month (56,043 baht per month) and their extra payment, 4,067 yen per month (1,505 baht per month). An income comparison between Thai and Indonesian and Filipino nurses indicates that the earnings of Thai nurses exceed those of the others by 10,876 -18,698 baht per month. Hence, the private net benefit of Indonesian and Filipino nurses working in Japan is greater than that of Thai nurses by 8,364 – 20,549 baht per month.

As estimation of cost incurred to 56 public hospitals, which are selected by chance and their cooperation, is based on an interview with hospital directors and deputy-directors as well as information provided by their human resources officials. The recruitment cost of a new nurse to replace a leaving one is 11,621 baht. Moreover, public hospitals losing the investment in nurse’s skill and paying training cost of necessary skill for a new nurse add up to 14,012 baht.

Nurses graduated from public nursing colleges and faculties in Thailand are financially subsidized by the government. An average cost of producing a nurse with Bachelor’s degree is 143,588 baht for nursing colleges and 224,744 baht for nursing faculties in 2009. An evaluation of the relationship between a size of the nurse production and the unit cost of their production in the public nursing colleges reveals that the production cost of a nurse comprises a fixed cost of 26,842 baht and a marginal cost of 254 baht.

The resignation of a nurse in a public hospital leads to a higher expense in recruiting and training a new nurse for the hospital and an additional budget to nursing colleges and faculties to

enroll more student nurses to compensate the quitted ones. The expenditure for these three activities is valued at a minimum of 52,475 baht, a mediums of 169,221 baht and a maximum of 306,475 baht for a nurse.

Patients bear cost in terms of being deprived of medical services due to a shortage of nurses in public hospitals. Such a cost for a nurse leaving job, which is estimated based on both outpatient services and inpatient services, amounts to 948,027 baht. Thai society, the government and patients, shoulders a total cost of between 1,000,502 and 1,254,502 baht for losing a nurse.

The private benefit of a nurse moving to work in Japan can offset the social cost endured by the Thai people as long as the working period exceeds 3 years and two months for existing nurses and 4 years and one month for student nurses. A longer working length gives rise to a lager net benefit.

If a principle of “market mechanism” is employed to determine who should compensate the cost to the Thai society, existing nurses and student nurses who moving to Japan should take the responsibility. However, if a principle of “equity” is used, Japanese employers of Thai nurses should pay. An opinion on this issue is collected from a group of administrators of 70 hospitals and nursing colleges mentioned before. The majority of them do not agree with compensation made by Thai nurses. Due to a persistent shortage of nurses in Thailand, hospital administrators are in favor of setting up criteria of selecting nurses who are entitled to work in Japan. On the contrary, administrators of nursing colleges are against the idea. A major reason for this is that choice of job is their rights.

The resignation of nurses is not likely to worsen the shortage of nurses. This is because more than half of the nurses interested in applying for the care-giving job are working in the central region of Thailand, whereas this region faces the least deficit of nurses according to an evaluation based on GIS by the Ministry of Public Health.

A brainstorming session is organized to gather opinions of Thai stakeholders to assess pros and cons of alternative means of compensating the social cost. The majority of the participants agree that both Thai nurses and Japanese employers should pay for the cost. However, no ones advocate the Thai government should do. A number of the compensation methods are proposed. For instance, the compensation is proportional to the sum of the financial subsidy received by nurses during their study and shown in the contract. The compensation varies with the extent of risk faced by nurses working in

Japan. Japanese employers are asked to grant scholarships for the nursing study and Japanese language training. Japanese employers pay the production expenditure of the number of resigned nurses and that of replaced ones.

The participants called for the setup of a committee to establish the selection rules of nurses entitled to be sent to Japan under JTEPA. A committee should comprise the Thai nursing council, the Thai nurse association, consumer groups, nursing colleges, health care facilities, Ministry of Labor, Ministry of Social Development and Human Security, Ministry of Foreign Affaires. The selection criteria include holding a nursing degree, being well equipped with the elderly care skill and Japanese language, completing a 4-year contract deal, age less than 35 and working in Thailand for over 10 years. The compensation received is suggested to utilize in several main activities such as a quality development of the elderly care in Thailand in order to offset a deficit in the number of nurses, setting up home health care to reduce the number of the elderly admitted to hospitals and hence the declining demand for nurses, training more nurses and increasing salary to existing nurses and nursing instructors.

Japanese academics believe that it is impossible for Japanese employers to pay for the social cost, as they encounter a seriously financial hardship. A latest evaluation of Indonesian and Filipino nurses under JIEPA and JPEPA by Asia Center of Kyushu University highlights that the nurse movement of the two nations to Japan is feasible, despite a lot of obstacles. Japanese scholars express their views that EPA is not intended to solve the nurse shortage in Japan. It is a starting point of bringing the Japanese health care system into globalization. The next step of EPA will focus the standard development of the elderly care in the countries across this region. As a result, a comparable standard could facilitate nurses and caregivers moving between Japan and other countries smoothly.

A number of recommendations are made for policy making and operations. (1) The Thai JTEPA negotiators should persuade the Japanese counterparts to transfer tuition fee for Japanese language training offered to Thai nurses to the Thai government as a compensation for the social cost. In return, the Thai government will accept the cost of Japanese language training in Thailand provided to Thai nurses sent to Japan. (2) The compensation received should be used immediately to buy additional health care for the patients in public hospitals to make up the loss of health services due to the resignation of nurses. In a middle term, the number of additional nurses trained should

reach a parity with that of lost ones. In a long term, an improvement in the Thai elderly care system is made in order to support the ageing population in future. (3) Unless the Thai negotiators convince the Japanese counterparts to make the compensation, the former should induce the latter to offer a transfer of knowledge and skill concerning the appropriate and effective provision of elderly care to Thai nursing colleges.

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยเรื่องการศึกษาความเป็นไปได้ของพยาบาลไทยไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ภายใต้ข้อผูกพันตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA) ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากสนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ซึ่งคณะผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร วัชชวัลคุ ที่ได้ริเริ่มและสนับสนุนโครงการวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กระทรวงการต่างประเทศที่ได้เล็งเห็นประโยชน์จากการศึกษาโครงการวิจัยนี้พร้อมทั้งได้ให้คำแนะนำที่สำคัญหลายประการต่อแนวทางการวิเคราะห์โครงการวิจัยนี้

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลที่ได้ตอบแบบสอบถามทุกท่านโดยเสียสละเวลาอันมีค่าและให้คำตอบที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ และวิทยาลัยพยาบาลในการศึกษานี้ที่ได้ให้สัมภาษณ์ตลอดจนผู้บริหารโรงพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ และวิทยาลัยพยาบาลที่ได้ให้ความคิดเห็นที่สำคัญต่อการวิเคราะห์ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมองทุกท่านที่ได้ให้ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะในการชดเชยความสูญเสียที่เกิดจากการส่งพยาบาลไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น ภายใต้ข้อผูกพันความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคุณรุ่งนภา ลัคนาพรวิสิฐ ที่ได้ทำหน้าที่ประสานงานโครงการวิจัยนี้อย่างมีประสิทธิภาพ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณศูนย์บริการวิชาการเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และเจ้าที่ที่ดูแลโครงการวิจัยนี้ซึ่งมีบทบาทอย่างยิ่งที่ทำให้โครงการวิจัยนี้ดำเนินไปได้ตามที่กำหนดไว้

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	i
Executive summary	iii
บทคัดย่อ	-1-
Abstract	-5-
กิตติกรรมประกาศ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	จ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 : บทนำ	1
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 คำถามการวิจัย	2
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
1.4 องค์ประกอบของรายงาน	4
บทที่ 2 : ระเบียบวิธีวิจัย	5
2.1 กรอบแนวคิด	5
2.2 ขั้นตอนการศึกษา	7
บทที่ 3 : พยาบาลในระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น	12
3.1 จำนวนพยาบาลที่มีอยู่และที่ผลิตได้	12
3.2 จำนวนพยาบาลที่ทำงานในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ	19
3.3 จำนวนผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ต้องการบริการดูแลระยะยาว	21
3.4 จำนวนสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ	22
3.5 ค่าจ้างที่พยาบาลในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุได้รับ	30
3.6 ภาระงานและความยากลำบากของบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ	41
บทที่ 4 : ผลการสำรวจข้อมูลและการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับสถานบริการดูแล. ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ในประเทศญี่ปุ่น	43
4.1 การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่ Tokyo Metropolitan Office	43
4.2 การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่ Japan International Corporation of Welfare Services	60
4.3 การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เขต Shinjuku	62
4.4 การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ Eisei	71

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

4.5 การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของสถานบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ Shin Tsurumi 73

บทที่ 5 : ผลการสำรวจข้อมูลพยาบาลและผลการประมาณการค่าจ้าง 79

5.1 ผลการสำรวจข้อมูลพยาบาลในโรงพยาบาล 79

5.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพยาบาล 83

5.3 ผลการประมาณการค่าจ้างของพยาบาล 90

5.4 ผลการประเมินผลได้สุทธิส่วนบุคคลของการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นของพยาบาลไทย 98

บทที่ 6 : ผลการสำรวจข้อมูลนักศึกษาพยาบาลและผลการประมาณการค่าจ้าง 101

6.1 ผลการสำรวจข้อมูลนักศึกษาพยาบาล 101

6.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนักศึกษาพยาบาล 104

6.3 ผลการประมาณการค่าจ้างของนักศึกษาพยาบาล 111

6.4 ผลการประเมินผลได้สุทธิส่วนบุคคลของการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นของนักศึกษาพยาบาลไทย 118

บทที่ 7 : ผลการสำรวจข้อมูลของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ 122

บทที่ 8 : การเปรียบเทียบผลได้ส่วนบุคคลของพยาบาลไทยนักศึกษาพยาบาลไทย และพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ 127

8.1 การเปรียบเทียบผลได้ส่วนบุคคลของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล 127

8.2 การเปรียบเทียบค่าตอบแทนและภาระงานของพยาบาลไทย นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ 135

8.3 การเปรียบเทียบผลได้ส่วนบุคคลที่ปรับอัตราแลกเปลี่ยนด้วย purchasing power parity (PPP) ระหว่างพยาบาลไทยนักศึกษาพยาบาลไทยและพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ 138

บทที่ 9 : การประเมินผลกระทบของการลาออกของพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ 142

9.1 ค่าใช้จ่ายของการคัดเลือกบรรจุพยาบาลใหม่ 142

9.2 ค่าใช้จ่ายการฝึกอบรมระหว่างการทำงานของพยาบาลที่ลาออก 146

9.3 ผลการประมาณการเงินอุดหนุนจากภาครัฐสำหรับการศึกษาวิชาพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ 146

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

9.4 ผลการประเมินผลกระทบต่อผู้ป่วย 151

บทที่ 10 : การวิเคราะห์แนวทางการชดเชยความสูญเสีย 154

10.1 การประเมินผลได้สุทธิทางสังคมของการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลไทย 154

10.2 ขนาดและวิธีการชดเชยผลเสียที่เกิดจากการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล 155

10.3 การสำรวจความคิดเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลและสถาบันอุดมศึกษาที่มีการชดเชยผลเสียที่เกิดจากการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล 156

10.4 ผลกระทบต่อการขาดแคลนพยาบาลที่มีอยู่ในปัจจุบัน 158

10.5 การประชุมระดมสมองผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาแนวทางการชดเชยความสูญเสีย 160

10.6 การสำรวจความคิดเห็นของนักวิชาการญี่ปุ่นที่มีต่อผลการศึกษา 165

บทที่ 11 : บทสรุป 168

11.1 การสรุปผลการศึกษา 168

11.2 คำตอบการวิจัย 182

11.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ 183

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 3.1: จำนวนสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลประเภทต่างๆ ในประเทศญี่ปุ่น ระหว่างปี 1998 – 2008 13
ตารางที่ 3.2: จำนวนนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลประเภทต่างๆ ในประเทศญี่ปุ่นระหว่างปี 1998 - 2008 14
ตารางที่ 3.3: จำนวนพยาบาลทุกประเภทที่ทำงานในสถานที่ประเภทต่างๆ ในประเทศญี่ปุ่นระหว่างปี 1997- 2006 16
ตารางที่ 3.4: จำนวนพยาบาลประเภทต่างๆในจังหวัดของประเทศญี่ปุ่นในปี 2002 17
ตารางที่ 3.5: จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องได้รับบริการดูแลระยะยาวจำแนกตามระดับการดูแลในประเทศญี่ปุ่นระหว่างปี 2000 – 2005 22
ตารางที่ 3.6: สิบจังหวัดในประเทศญี่ปุ่นที่มีจำนวนและสัดส่วนของสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุมากที่สุดในปี 2004 24
ตารางที่ 3.7: จำนวนสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุประเภท special nursing home for the elderly ในจังหวัดต่างๆของประเทศ ญี่ปุ่นในปี 2006 29
ตารางที่ 3.8: อัตราเงินเดือนของผู้ให้การดูแลและพยาบาลในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภายใต้สังกัดของ Shinjuku City 32
ตารางที่ 4.1: ศักยภาพของสถานบริการ (หน่วยเป็นจำนวนแห่ง) 45
ตารางที่ 4.2: ระดับการดูแลที่ผู้สูงอายุต้องการ (หน่วยเป็นจำนวนผู้สูงอายุ) 45
ตารางที่ 4.3: ค่าใช้จ่ายด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุ 47
ตารางที่ 4.4: ค่าใช้จ่ายด้านห้องพักสำหรับผู้สูงอายุ 48
ตารางที่ 4.5: อัตราส่วนผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการจำแนกตามระดับการดูแลผู้สูงอายุของสถานบริการ 49
ตารางที่ 4.6: วิธีการที่สถานบริการใช้ในการเปิดรับสมัครบุคลากร 50
ตารางที่ 4.7: ระยะเวลาการทำงานของผู้ให้การดูแลและพยาบาล 51
ตารางที่ 4.8: โครงสร้างอายุของผู้ให้การดูแลและพยาบาล 52
ตารางที่ 4.9: รายได้ของผู้ให้การดูแลและพยาบาลในสถานบริการ 53
ตารางที่ 4.10: ปัญหาสำคัญเร่งด่วนของสถานบริการ 54
ตารางที่ 4.11: สาเหตุของปัญหาการมีแหล่งกำลังคนที่ไร้เสถียรภาพ 55
ตารางที่ 4.12: เหตุผลที่ต้องจ่ายค่าจ้างต่ำ 55

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.13: แนวทางการแก้ไขปัญหา 56
ตารางที่ 4.14: อัตราการใช้บริการของสถานบริการจำแนกตามเวลา ขนาด และประเภทของห้องพัก 56
ตารางที่ 4.15: ร้อยละของส่วนต่างระหว่างรายได้และรายจ่ายของสถานบริการจำแนกตามเขต ขนาด และประเภทของห้องพัก 58
ตารางที่ 4.16: ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรเทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของสถานบริการจำแนกตามเขต ขนาด และประเภทของห้องพัก 59
ตารางที่ 4.17: ค่าจ้างของผู้ให้การดูแลและพยาบาลในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภายใต้สังกัดของ Shinjuku City 66
ตารางที่ 5.1: รายชื่อโรงพยาบาลจำนวน 57 แห่งที่ได้รับการสุ่มเลือกในการสำรวจข้อมูลจำแนกตามประเภทสังกัดและสถานที่ตั้ง 80
ตารางที่ 5.2: จำนวนของตัวอย่างพยาบาลจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลและภาค 83
ตารางที่ 5.3: การจัดสรรเวลาของพยาบาลตัวอย่างในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยจำแนกตามการดูแลผู้สูงอายุ 5 ระดับ 85
ตารางที่ 5.4: การจัดสรรเวลาของพยาบาลตัวอย่างในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยจำแนกตามปัญหาสุขภาพใน 3 ด้านหลัก 86
ตารางที่ 5.5: การจัดสรรเวลาของพยาบาลตัวอย่างในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นจำแนกตามการดูแลผู้สูงอายุ 5 ระดับ 88
ตารางที่ 5.6: การจัดสรรเวลาของพยาบาลตัวอย่างในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นจำแนกตามปัญหาสุขภาพใน 3 ด้านหลัก 89
ตารางที่ 5.7: ผลการวิเคราะห์ค่าจ้างปัจจุบันของพยาบาลด้วยวิธีการสมการพหุถดถอย 92
ตารางที่ 5.8: ผลการวิเคราะห์ค่าจ้างที่พยาบาลต้องการในการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยวิธีการสมการพหุถดถอย 93
ตารางที่ 5.9: ผลการวิเคราะห์ค่าจ้างที่พยาบาลคาดหวังจากการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นด้วยวิธีการสมการพหุถดถอย 95
ตารางที่ 5.10: ผลการวิเคราะห์ลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างพยาบาลที่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นพยาบาลที่ไม่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นด้วยวิธีการ logistic regression analysis 97

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 5.11: การเปรียบเทียบเงินเดือนและรายได้รวมจากการทำงานทั้งสามกรณีของพยาบาล 98

ตารางที่ 6.1: รายชื่อหน่วยงานที่ทำการผลิตพยาบาลจำนวน 16 แห่งที่ได้รับการสุ่มเลือกในการสำรวจข้อมูลจำแนกตามประเภทสังกัดและสถานที่ตั้ง 102

ตารางที่ 6.2: จำนวนของตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามประเภทของหน่วยงานที่ทำการผลิตพยาบาลและสถานที่ตั้ง 104

ตารางที่ 6.3: การจัดสรรเวลาของนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยจำแนกตามการดูแลผู้สูงอายุ 5 ระดับ 106

ตารางที่ 6.4: การจัดสรรเวลาของนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยจำแนกตามปัญหาสุขภาพใน 3 ด้านหลัก 107

ตารางที่ 6.5: การจัดสรรเวลาของนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นจำแนกตามการดูแลผู้สูงอายุ 5 ระดับ 109

ตารางที่ 6.6: การจัดสรรเวลาของนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นจำแนกตามปัญหาสุขภาพใน 3 ด้านหลัก 110

ตารางที่ 6.7: ผลการวิเคราะห์ค่าจ้างปัจจุบันของพยาบาลด้วยวิธีการสมการพหุถดถอย 113

ตารางที่ 6.8: ผลการวิเคราะห์ค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลต้องการในการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยวิธีการสมการพหุถดถอย 114

ตารางที่ 6.9: ผลการวิเคราะห์ค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลคาดหวังจากการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นด้วยวิธีการสมการพหุถดถอย 116

ตารางที่ 6.10: ผลการวิเคราะห์ลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างนักศึกษาพยาบาลที่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นพยาบาลที่ไม่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นด้วยวิธีการ logistic regression analysis 117

ตารางที่ 6.11: การเปรียบเทียบเงินเดือนและรายได้รวมจากการทำงานทั้งสามกรณีของนักศึกษาพยาบาล 119

ตารางที่ 8.1: การเปรียบเทียบเงินเดือนและรายได้รวมจากการทำงานในกรณีต่างๆของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล 128

ตารางที่ 8.2: การเปรียบเทียบผลได้สุทธิในกรณีต่างๆของ พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล 129

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 8.3: การเปรียบเทียบเงินเดือนรายได้และรวมผลได้สุทธิของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ 130

ตารางที่ 8.4: การเปรียบเทียบภาระหน้าที่และผลได้ที่ไม่อยู่ในรูปตัวเงินระหว่างพยาบาลไทย นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ (ทั้งในกรณีที่ทำงานในประเทศของตนก่อนที่จะมาทำงานในประเทศญี่ปุ่นและในกรณีที่กำลังทำงานในประเทศญี่ปุ่น) 131

ตารางที่ 8.5: การเปรียบเทียบการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นระหว่างพยาบาลไทย นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ 133

ตารางที่ 8.6: การเปรียบเทียบการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นจำแนกตามปัญหาสุขภาพใน 3 ด้านหลักระหว่างพยาบาลไทย นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ 134

ตารางที่ 8.7: การเปรียบเทียบค่าตอบแทนและภาระงานของพยาบาลไทยนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ในกรณีที่ทำงานในประเทศของตนเอง 136

ตารางที่ 8.8: การเปรียบเทียบค่าตอบแทนและภาระงานของพยาบาลไทยนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ในกรณีที่ทำงานในประเทศญี่ปุ่น 137

ตารางที่ 8.9: การเปรียบเทียบผลได้สุทธิซึ่งปรับอัตราแลกเปลี่ยนด้วย purchasing power parity (PPP)ในกรณีต่างๆของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล 139

ตารางที่ 8.10: การเปรียบเทียบเงินเดือนรายได้และรวมผลได้สุทธิซึ่งปรับอัตราแลกเปลี่ยนด้วย purchasing power parity (PPP) ของพยาบาลอินโดนีเซีย และฟิลิปปินส์ 141

ตารางที่ 9.1: รายชื่อโรงพยาบาลที่ผู้บริหารให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากการลาออกของพยาบาลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ 143

ตารางที่ 9.2: รายชื่อสถาบันอุดมศึกษาของรัฐที่มีผลการคำนวณต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพ 148

ตารางที่ 9.3: จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ต้องการผลิตในจำนวนหลักสิบ หลักร้อย และหลักพันกับต้นทุนต่อหน่วยของการผลิตพยาบาลวิชาชีพ 150

ตารางที่ 10.1: การขาดแคลนพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐในสี่ภาคของประเทศไทยที่ประเมินด้วยวิธีการ GIS 159

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 10.2: จำนวนและร้อยละพยาบาลตัวอย่างในโรงพยาบาลรัฐในสี่ภาคของประเทศไทยที่ระบุว่ามีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น 159

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่ 2.1: กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ 6

รูปที่ 3.1: จำนวนผู้สูงอายุและจำนวนสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจำแนกตามจังหวัดของประเทศญี่ปุ่นในปี 2004 25

รูปที่ 3.2: อัตราการเพิ่มขึ้นของเงินเดือนของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศญี่ปุ่น 40

รูปที่ 10.1: การเปรียบเทียบจำนวนพยาบาลตัวอย่างที่มีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นกับการขาดแคลนพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐในสี่ภาคของประเทศไทยที่ประเมินด้วยวิธีการ GIS 161

บทที่ 1
บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA) ได้เริ่มต้นตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2550 ซึ่งครอบคลุมการเปิดเสรีการค้าสินค้าและบริการรวมทั้งกิจกรรมทางเศรษฐกิจต่างๆไว้อย่างกว้างขวาง การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดาเป็นประเด็นหนึ่งที่บรรจุอยู่ในความตกลงฉบับนี้ เนื่องจากการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดาเป็นเรื่องใหม่ที่ประเทศไทยมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ค่อนข้างน้อย การจัดทำข้อตกลงเรื่องนี้จึงยังไม่ลงลึกถึงระดับที่จะนำมาปฏิบัติได้ รายละเอียดของข้อตกลงการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดาแสดงไว้ในภาคผนวกที่ 1.1 ข้อตกลงการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดาที่ประเทศญี่ปุ่นได้ผูกพันกับประเทศไทยประการหนึ่งคือ การเปิดรับคนไทยเข้าไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการพยาบาลต่างชาติในการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น กฎหมายการประกันบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (law of long term care insurance) ที่ออกมาในปี 2543 มีจุดประสงค์ในการลดค่าใช้จ่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะต้องการให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาพยาบาลในชุมชนของตนและมีผู้ที่มีคุณสมบัติทางวิชาชีพพยาบาลเป็นผู้ดูแล แต่เนื่องจากการรักษาพยาบาลทุกประเภทมีต้นทุนที่สูงและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ รัฐบาลญี่ปุ่นจึงได้พยายามควบคุมต้นทุน (cost containment) ด้วยการกำหนดค่าจ้างที่ต่ำแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่มีทักษะน้อย คนดูแลผู้สูงอายุเข้าข่ายในกรณีเช่นนี้ด้วย จึงทำให้คนญี่ปุ่นไม่ต้องการเป็นคนดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น รัฐบาลญี่ปุ่นจึงใช้ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจระหว่างประเทศในอาเซียนกับญี่ปุ่นเป็นแนวทางในการเปิดโอกาสให้พยาบาลในอาเซียนที่มีค่าจ้างต่ำกว่าค่าจ้างของญี่ปุ่นได้เข้าไปทำงานดูแลผู้สูงอายุแทนพยาบาลญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นได้กำหนดการออกวีซ่าสำหรับแต่ละอาชีพไว้อย่างชัดเจน คนดูแลผู้สูงอายุจัดให้อยู่ในหมวดของ “ผู้ประกอบอาชีพรักษาพยาบาล” ซึ่งต้องสำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาที่อบรมดูแลผู้สูงอายุและได้รับการรับรองตามกฎหมายญี่ปุ่น (นั่นคือ กฎหมายคนดูแลผู้สูงอายุ) ดังนั้น แรงงานไทยที่เข้าข่ายที่จะได้รับประโยชน์จากข้อผูกพันนี้จึงเป็นผู้ที่ทำงานในสาขาอาชีพพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ นั่นหมายความว่า ข้อผูกพันนี้จะมีผลต่อผู้มีอาชีพเป็นพยาบาลในปัจจุบันหรือผู้ที่เป็นพยาบาลในอนาคต แต่เนื่องด้วยการทำงานของพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในภาครัฐ การลาออกจากสถานพยาบาลเพื่อไปทำงานในญี่ปุ่นจะส่งผลกระทบต่อสถานพยาบาลของรัฐและกระทรวงสาธารณสุข และที่สำคัญคือส่งผลกระทบต่อผู้รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเหล่านั้น

อุปสรรคของการทำงานของพยาบาลต่างชาติที่ดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นคือ ต้องสามารถใช้ภาษาญี่ปุ่นในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ญาติพี่น้องของผู้สูงอายุ และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง รัฐบาลญี่ปุ่นได้กำหนดให้มีการทดสอบความสามารถในวิชาชีพพยาบาลที่เป็นภาษาญี่ปุ่นของพยาบาลต่างชาติ เนื่องจากพยาบาลต่างชาติส่วนใหญ่ไม่เคยเรียนภาษาญี่ปุ่นมาก่อน การเรียนภาษาญี่ปุ่นในระยะเวลาอันสั้นจึงเป็นไปได้ยาก ฉะนั้น การบังคับให้มีการทดสอบด้วยภาษาญี่ปุ่นของพยาบาลต่างชาติ จึงเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการปฏิบัติตามพันธกรณีในการเคลื่อนย้ายพยาบาลเป็นไปด้วยความยากลำบากในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม รัฐบาลญี่ปุ่นได้ประนีประนอมด้วยการให้พยาบาลต่างชาติเข้าประเทศในสถานะอื่นเพื่อเรียนรู้ภาษาญี่ปุ่นก่อนที่จะถึงกำหนดการทดสอบดังกล่าว แต่แนวทางนี้อาจไม่ใช่การแก้ไขอุปสรรคที่มีประสิทธิภาพ

1.2 คำถามการวิจัย

การวิจัยนี้มีเป้าหมายหลักในการสร้างองค์ความรู้ด้วยการวิเคราะห์เชิงประจักษ์เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น ในเรื่องที่ว่าด้วยการส่งพยาบาลไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น ซึ่งเป็นไปตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ในมาตรา 190 ซึ่งมีใจความดังต่อไปนี้

“มาตรา 190 พระมหากษัตริย์ทรงไว้ซึ่งพระราชอำนาจในการทำหนังสือสัญญาสันติภาพ สัญญาสงบศึก และสัญญาอื่น กับนานาประเทศหรือกับองค์การระหว่างประเทศ

หนังสือสัญญาใดมีบทเปลี่ยนแปลงอาณาเขตไทย หรือเขตพื้นที่นอกอาณาเขตซึ่งประเทศไทยมีสิทธิอธิปไตยหรือมีเขตอำนาจตามหนังสือสัญญาหรือตามกฎหมายระหว่างประเทศ หรือจะต้องออกพระราชบัญญัติเพื่อให้การเป็นไปตามหนังสือสัญญา หรือมีผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจหรือสังคมของประเทศอย่างกว้างขวาง หรือมีผลผูกพันด้านการค้า การลงทุน หรืองบประมาณของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ ต้องได้รับความเห็นชอบของรัฐสภา ในการนี้ รัฐสภาจะต้องพิจารณาให้แล้วเสร็จภายในหกสิบวันนับแต่วันที่ได้รับเรื่องดังกล่าว

ก่อนการดำเนินการเพื่อทำหนังสือสัญญากับนานาประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศตามวรรคสอง คณะรัฐมนตรีต้องให้ข้อมูลและจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน และต้องชี้แจงต่อรัฐสภาเกี่ยวกับหนังสือสัญญานั้น ในการนี้ ให้คณะรัฐมนตรีเสนอกรอบการเจรจาต่อรัฐสภาเพื่อขอความเห็นชอบด้วย

เมื่อลงนามในหนังสือสัญญาตามวรรคสองแล้ว ก่อนที่จะแสดงเจตนาให้มีผลผูกพัน คณะรัฐมนตรีต้องให้ประชาชนสามารถเข้าถึงรายละเอียดของหนังสือสัญญานั้น และในกรณีที่การปฏิบัติตามหนังสือสัญญาดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนหรือผู้ประกอบการขนาดกลาง

และขนาดย่อม คณะรัฐมนตรีต้องดำเนินการแก้ไขหรือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบนั้นอย่างรวดเร็ว เหมาะสม และเป็นธรรม

ให้มีกฎหมายว่าด้วยการกำหนดขั้นตอนและวิธีการจัดทำหนังสือสัญญาที่มีผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจหรือสังคมของประเทศอย่างกว้างขวาง หรือมีผลผูกพันด้านการค้า หรือการลงทุนอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งการแก้ไขหรือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติตามหนังสือสัญญาดังกล่าวโดยไม่คำนึงถึงความเป็นธรรมระหว่างผู้ที่ได้ประโยชน์กับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติตามหนังสือสัญญานั้นและประชาชนทั่วไป

ในกรณีที่มีปัญหาตามวรรคสอง ให้เป็นอำนาจของศาลรัฐธรรมนูญที่จะวินิจฉัยชี้ขาด โดยให้นำบทบัญญัติตามมาตรา 154 (1) มาใช้บังคับกับการเสนอเรื่องต่อศาลรัฐธรรมนูญโดยอนุโลม”

คำถามการวิจัยของการศึกษานี้คือ การวิเคราะห์ว่าประเทศไทยจะได้รับผลประโยชน์สุทธิจากการส่งพยาบาลไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นหรือไม่ และจะสามารถลดอุปสรรคเพื่อเพิ่มโอกาสที่จะได้รับผลประโยชน์อย่างเต็มที่อย่างไรบ้าง รวมทั้งเสนอแนะแนวทางการชดเชยความเสียหายให้กับสังคมโดยรวมจากการสูญเสียพยาบาลไปทำงานในญี่ปุ่น

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลัก 7 ข้อต่อไปนี้

1. ศึกษาความต้องการของประเทศญี่ปุ่นที่มีต่อพยาบาลต่างชาติทั้งด้านจำนวน ด้านคุณภาพ และด้านคุณวุฒิ เพื่อให้มาดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งประเมินค่าจ้างที่กำหนดให้กับพยาบาลต่างชาติตามปริมาณและคุณภาพของการทำงานในประเภทและระดับต่างๆ ตลอดจนสวัสดิการต่างๆที่เป็นตัวเงินและที่ไม่เป็นตัวเงิน

2. ประมาณการค่าจ้างที่ได้รับในไทยและค่าจ้างที่คาดหวังว่าจะได้รับในญี่ปุ่น รวมทั้งผลได้อื่นที่ไม่เป็นตัวเงิน (เช่น ประสบการณ์ในการทำงานในต่างประเทศ และการเพิ่มโอกาสในการไปทำงานในประเทศอื่นในอนาคต เป็นต้น) ตลอดจนวิเคราะห์จำนวนพร้อมทั้งประสบการณ์และคุณวุฒิของพยาบาลไทยที่ต้องการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าจ้างของพยาบาลที่คาดว่าจะได้รับในญี่ปุ่นกับค่าจ้างที่ได้รับในไทย ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงผลได้สุทธิของการเข้าไปทำงานของพยาบาลไทยตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA) ตลอดจนประเมินภาระงานที่เพิ่มขึ้นและศักยภาพของพยาบาลไทยในการทำงานประเภทนี้

4. ศึกษาตัวอย่างของพยาบาลต่างชาติที่เข้าไปญี่ปุ่นเพื่อทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุภายใต้ข้อผูกพันการเคลื่อนย้ายบุคคลเพื่อเข้าไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุภายใต้ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจของประเทศนั้นกับญี่ปุ่น (เช่น พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์) ในเรื่องผลได้ที่

เกิดขึ้นจริงเทียบกับก่อนที่เข้ามาประเทศญี่ปุ่น ความยากลำบากของการทำงาน และอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นตัวอย่างให้กับพยาบาลไทยที่จะไปทำงานประเภทนี้ในญี่ปุ่น รวมทั้งเปรียบเทียบผลได้สุทธิที่เกิดขึ้นกับข้อผูกพันการเคลื่อนย้ายบุคคลเพื่อเข้าไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นระหว่างประเทศไทยกับประเทศอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์

5. ประเมินผลกระทบของการลาออกของพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐและผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยโดยตรง

6. วิเคราะห์แนวทางในการชดเชยความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับสังคม (ทั้งที่อยู่ในรูปของการขาดแคลนพยาบาล การสูญเสียการลงทุนของรัฐในการสอนและฝึกอบรมพยาบาล และต้นทุนที่เพิ่มขึ้นของสถานพยาบาลในการจัดการคัดสรรบรรจุพยาบาลใหม่) เนื่องด้วยการลาออกของพยาบาลไปทำงานที่ญี่ปุ่นตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA)

7. สังเคราะห์ความเป็นไปได้ของการไปทำงานในญี่ปุ่นของพยาบาลไทยตามพันธกรณีในเรื่องการส่งพยาบาลไทยไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่นในสภาพปัจจุบัน โดยเฉพาะในเรื่องความคุ้มค่าส่วนบุคคลและเป็นประโยชน์ต่อประเทศไทยโดยรวม และความสอดคล้องของหลักการการเปิดโอกาสให้พยาบาลต่างชาติเข้าไปทำงานในประเทศญี่ปุ่นตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจ (EPA)

1.4 องค์ประกอบของรายงาน

รายงานวิจัยประกอบด้วย 11 บท บทแรกเป็นบทนำ บทที่สองเป็นการกำหนดระเบียบวิธีวิจัย บทที่สามเป็นข้อมูลพื้นฐานของพยาบาลในระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นและความต้องการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ บทที่สี่เป็นการสำรวจข้อมูลหน่วยงานที่กำกับดูแลสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ สถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการคัดเลือกพยาบาลต่างชาติทำงานในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น บทที่ห้านำเสนอผลการสำรวจข้อมูลตัวอย่างพยาบาลและผลการประมาณการค่าจ้างที่พยาบาลได้รับในประเทศไทยและค่าจ้างที่คาดหวังว่าจะได้รับในประเทศญี่ปุ่น บทที่หกนำเสนอผลการสำรวจข้อมูลตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลและผลการประมาณการค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลได้รับในประเทศไทยและค่าจ้างที่คาดหวังว่าจะได้รับในประเทศญี่ปุ่น บทที่เจ็ดรายงานผลการสำรวจค่าจ้างและภาระงานของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ บทที่แปดเปรียบเทียบผลได้ส่วนบุคคลของพยาบาลไทยนักศึกษาพยาบาลไทยและพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ บทที่เก้าประเมินผลกระทบของการลาออกของพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ บทที่สิบวิเคราะห์แนวทางในการชดเชยความสูญเสีย และบทสุดท้ายเป็นบทสรุป

บทที่ 2
ระเบียบวิธีวิจัย

2.1 กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดของการศึกษาที่ตอบสนองวัตถุประสงค์แต่ละข้อแสดงในรูปที่ 2.1 การศึกษาเริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์การจ้างงานและภาระงานของพยาบาลต่างชาติที่ทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น ประเด็นของการวิเคราะห์ที่สำคัญได้แก่ ค่าจ้าง สวัสดิการ ปัจจัยที่มีผลต่อค่าจ้างที่แตกต่างกัน ลักษณะงานที่ทำ และความยากลำบากของงานที่ทำ จากนั้นเป็นการประมาณการค่าจ้างของพยาบาลไทย โดยจะเน้นวิเคราะห์ 3 ประเด็นหลักคือ

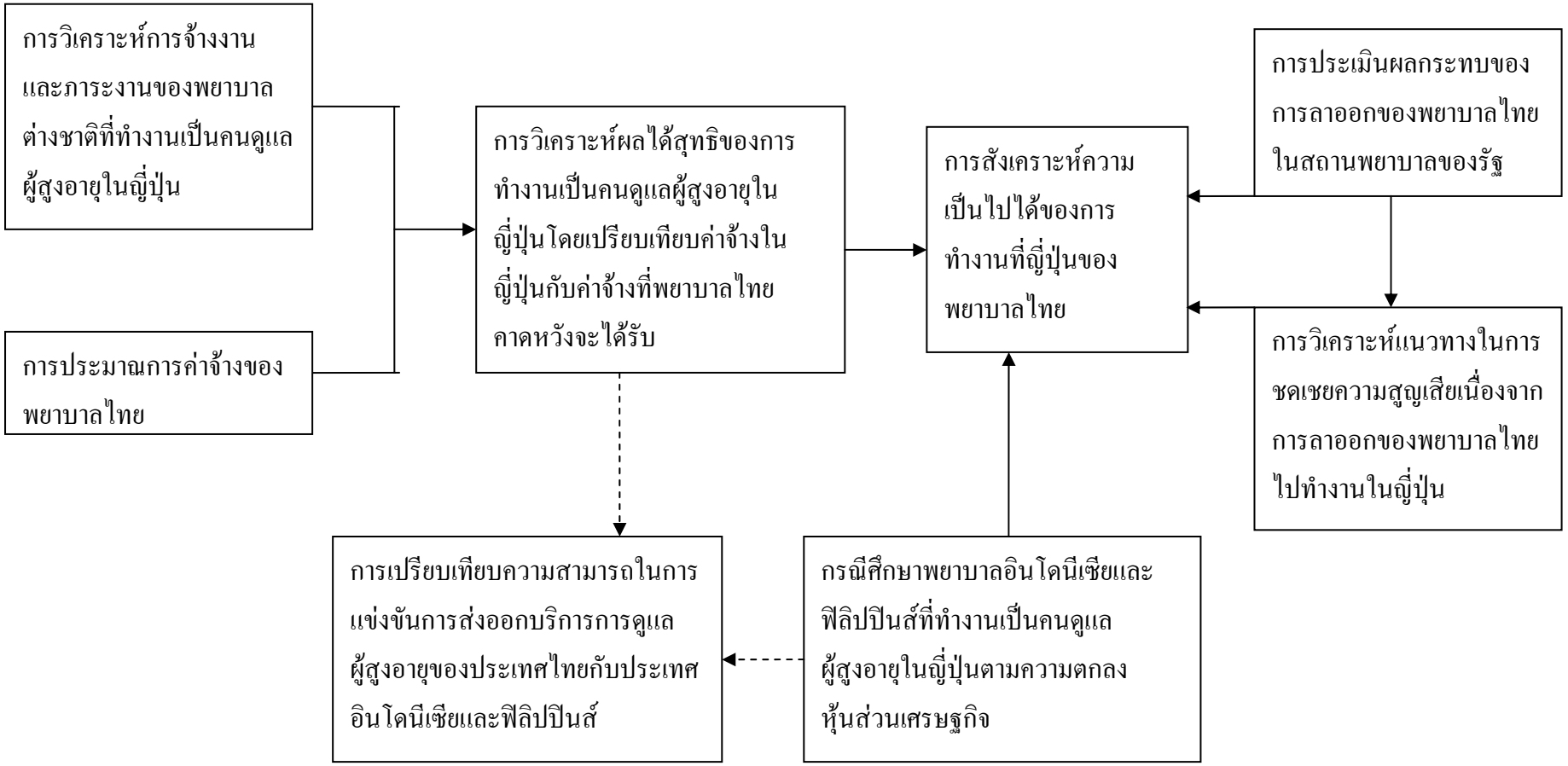
- ค่าจ้างปัจจุบันและปัจจัยที่สร้างความแตกต่างในค่าจ้าง
- ค่าจ้างที่ต้องการจากการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในไทย
- ค่าจ้างที่คาดหวังจะได้รับจากการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น

ผลได้สุทธิของการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นของพยาบาลไทยประเมินได้ด้วยการเปรียบเทียบค่าจ้างในญี่ปุ่นกับค่าจ้างที่คาดหวังจะได้รับ

กรณีศึกษาพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ที่ทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจมีเป้าหมายในการถ่ายทอดประสบการณ์จริงที่พยาบาลต่างชาติทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจของประเทศอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์กับญี่ปุ่น ประเด็นหลักของการวิเคราะห์กรณีศึกษาได้แก่ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจริง ผลได้ทางอ้อม ต้นทุนทางอ้อม และปัญหาอุปสรรคในการจ้างงานและการดำรงชีวิต นอกจากนี้การเปรียบเทียบประเด็นเหล่านี้ระหว่างพยาบาลทั้งสองชาติกับพยาบาลไทยบ่งบอกความสามารถในการแข่งขันการส่งออกบริการการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยกับประเทศอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์

ผลกระทบของการลาออกของพยาบาลไทยในสถานพยาบาลของรัฐที่ต้องประเมินประกอบด้วย

- ต้นทุนในการคัดเลือกบรรจุพยาบาลใหม่แทนที่ผู้ลาออก
- การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของกระทรวงสาธารณสุข



รูปที่ 2.1: กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์

- การสูญเสียเงินอุดหนุนทางการศึกษาของรัฐ
- การสูญเสียโอกาสการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

แนวทางในการชดเชยความสูญเสียเนื่องจากการลาออกของพยาบาลไทยไปทำงานในญี่ปุ่นที่คำนวณได้ข้างต้นจะเป็นผลจากการประมวลผลดำเนินการที่ทบทวนได้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศซึ่งมีการประยุกต์ใช้กับผลกระทบประเภทต่างๆ

ความเป็นไปได้ของการทำงานที่ญี่ปุ่นของพยาบาลไทยจะเป็นผลของการสังเคราะห์ข้อสรุปที่ได้จากส่วนต่างๆข้างต้นเข้าด้วยกัน นั่นคือ

- ผลได้สุทธิส่วนบุคคล
- ความสูญเสียของสังคม
- การชดเชยความสูญเสียที่เกิดขึ้น
- ปัญหาอุปสรรคในการทำงานและการดำรงชีวิตที่อาจเกิดขึ้น
- ความคิดเห็นของฝ่ายญี่ปุ่นที่มีต่อการชดเชยความสูญเสียที่เกิดขึ้น

2.2 ขั้นตอนการศึกษา

การดำเนินการศึกษามี 7 ขั้นตอนซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนแรกเป็นการให้ภาพรวมของความต้องการพยาบาลของประเทศญี่ปุ่นทั้งในด้านจำนวน คุณวุฒิ และคุณภาพ จากนั้นเป็นการวิเคราะห์ค่าจ้างที่พยาบาลได้รับตลอดจนประเภทและขนาดของสวัสดิการทั้งที่เป็นตัวเงินและที่ไม่เป็นตัวเงิน ในส่วนของภาระงานที่ทำพยาบาลต้องรับผิดชอบจะแสดงอยู่ในรูปของลักษณะงานที่ทำ (job description) และระดับความยากลำบากของงานที่ทำ เนื่องจากความยากลำบากของงานที่ทำขึ้นอยู่กับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ การประเมินสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยดัชนีวัดสุขภาพบางประเภทที่สำคัญ ภาระงานและระดับความยากลำบากของงานที่รวบรวมได้จะนำไปใช้ในการคำนวณค่าจ้างที่คาดหวังของพยาบาลไทย การเชื่อมโยงสถิติค่าจ้างและสวัสดิการกับสถิติภาระงานและระดับความยากลำบากของงานทำให้การเปรียบเทียบการทำงานในประเทศไทยและญี่ปุ่นชัดเจนและมีความหมายมากขึ้น

สถิติข้อมูลที่ต้องการเก็บรวบรวมในประเทศญี่ปุ่นได้จากแหล่งข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ Ministry of Health, Labour and Welfare ซึ่งมีบทบาทในการกำหนดค่าจ้างและสวัสดิการของพยาบาล และ Local governments ซึ่งมีหน้าที่ในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุและรวบรวมข้อมูลภาระหน้าที่ของพยาบาลและระดับสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. ขั้นตอนที่สองเป็นการประมาณการค่าจ้างของพยาบาลไทย ประกอบด้วย 3 สมการค่าจ้าง สมการแรกเป็นการประมาณการค่าจ้างปัจจุบันของพยาบาลไทยที่ทำงานอยู่ในขณะนี้ ค่าจ้างที่ได้รับจะแตกต่างกันเนื่องด้วยหลายปัจจัย เป้าหมายของการคำนวณค่าจ้างในสมการแรกคือค่าจ้างที่พยาบาลไทยโดยเฉลี่ยได้รับในปัจจุบัน รวมทั้งปัจจัยที่สร้างความแตกต่างในค่าจ้างที่ได้รับ ค่าจ้างที่คำนวณได้จะเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่ใช้ในการเปรียบเทียบกับการเปลี่ยนแปลงภาระงานที่ทำอยู่ในปัจจุบันไปเป็นภาระงานการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะในประเทศไทย (เช่น ค่าจ้างที่คำนวณได้ในสมการที่ 2) และการย้ายสถานที่ทำงานจากประเทศไทยไปที่ประเทศญี่ปุ่น (เช่น ค่าจ้างที่คำนวณได้ในสมการที่ 3) รวมทั้งยังนำมาใช้เป็นการอ้างอิงในการกำหนดแนวทางและมาตรการชดเชยความสูญเสียจากการลาออกพยาบาลไทยได้ในขั้นตอนที่ 6

สมการที่สองเป็นการประมาณการค่าจ้างที่ต้องการจากการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย เนื่องจากการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (long term care) โดยพยาบาลมีอยู่อย่างจำกัดในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขไม่มีหลักเกณฑ์ในการกำหนดภาระหน้าที่และระดับความยากลำยากของการดูแลผู้สูงอายุในบริบทของประเทศไทย ดังนั้น การศึกษานี้จะใช้ภาระหน้าที่และระดับความยากลำบากของการดูแลผู้สูงอายุที่วิเคราะห์ได้ในขั้นตอนที่ 1 (ซึ่งเป็นของญี่ปุ่น) มาใช้เป็นตัวแปรอิสระ ตัวแปรตามเป็นค่าจ้างที่ต้องการ การประมาณการจะแยกเป็นสองส่วน นั่นคือ ส่วนแรกเป็นสมการสำหรับค่าจ้างที่ต้องการของพยาบาลที่ทำงานอยู่ ส่วนที่สองเป็นสมการสำหรับค่าจ้างที่ต้องการของนักศึกษาพยาบาล เหตุผลที่แยกเป็นสองส่วนเนื่องจากคนทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันในหลายปัจจัย (เช่น อายุ ประสบการณ์ทำงาน ฯลฯ)

สมการที่สามเป็นการประมาณการค่าจ้างที่คาดหวังจะได้จากการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ตัวแปรอิสระที่ใช้นอกจากประกอบด้วยภาระหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุและระดับความยากลำบากของการดูแลผู้สูงอายุ (เหมือนสมการที่ 2) ตัวแปรอิสระที่เพิ่มเติมเข้ามาจะสะท้อนถึงต้นทุนและผลได้ทางอ้อมของการไปทำงานที่ญี่ปุ่น เช่น การเรียนภาษาญี่ปุ่น การเข้าทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่น การปรับตัวในการอยู่ต่างประเทศ ต้นทุนทางจิตวิทยา ประสบการณ์ในการทำงานในต่างประเทศ และการเพิ่มโอกาสในการไปทำงานในประเทศอื่นในอนาคต

นอกจากนี้ ยังต้องประมาณการลักษณะสำคัญของกลุ่มที่ต้องการไปทำงานที่ญี่ปุ่นและกลุ่มที่ไม่ต้องการไปทำงานที่ญี่ปุ่น การประมาณการสมการ 1-3 จะใช้วิธีการวิเคราะห์สมการพหุถดถอย ส่วนสมการที่ 4 ใช้วิธีการ logistic regression analysis ผลการคำนวณนอกจากจะให้ค่าจ้างที่คาดหวังจะ

ได้รับสำหรับผู้ที่ต้องการไปทำงานญี่ปุ่นแล้ว ผลการคำนวณจะระบุปัจจัยที่มีส่วนในการกำหนดความแตกต่างของค่าจ้างและอธิบายการตัดสินใจของผู้ที่ไม่ไปและผู้ที่ไปทำงานในญี่ปุ่นได้

ข้อมูลทั้งหมดที่ใช้ในการคำนวณสมการทั้งสองเป็นข้อมูลปฐมภูมิซึ่งจะได้จากการสัมภาษณ์พยาบาลปัจจุบันและนักศึกษาพยาบาลที่สุ่มเป็นตัวอย่างจากโรงพยาบาลและหน่วยงานที่ทำการผลิตพยาบาลในทุกภาคทั่วประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อให้ได้ผลการประมาณการที่สะท้อนความจริงที่สุด ตัวอย่างพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลจะสุ่มจากโรงพยาบาลที่ให้บริการทั่วไปทั้งหมดในประเทศไทย การศึกษานี้สุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเป็นร้อยละ 5 ของจำนวนทั้งหมดและสุ่มเลือกพยาบาลเป็นร้อยละ 1 ของจำนวนทั้งหมดด้วยวิธีการ random sampling การศึกษานี้สุ่มตัวอย่างหน่วยงานที่ทำการผลิตพยาบาลเป็นร้อยละ 25 ของจำนวนทั้งหมดและสุ่มเลือกนักศึกษาพยาบาลเป็นร้อยละ 3 ของจำนวนทั้งหมดด้วย random sampling เช่นกัน

3. ขั้นตอนที่สามเป็นการวิเคราะห์ผลได้สุทธิของการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลไทยในญี่ปุ่น ซึ่งคำนวณได้จากการเปรียบเทียบค่าจ้างที่ญี่ปุ่นจ่ายให้กับพยาบาลต่างชาติที่ทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุซึ่งได้วิเคราะห์ไว้ในขั้นตอนที่ 1 กับค่าจ้างที่คำนวณได้ในสมการ 1- 3 ในขั้นตอนที่สอง ผลของการเปรียบเทียบค่าจ้างทั้งสองชุดมีโอกาสที่จะเป็นไปได้สามกรณี คือ

ก) ผลได้สุทธิเป็นบวก แสดงว่า มีความคุ้มค่าที่พยาบาลไทยจะไปทำงานในญี่ปุ่น

ข) ผลได้สุทธิเป็นศูนย์ แสดงว่า การไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นหรือการไม่ไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นไม่มีความแตกต่างกัน

ค) ผลได้สุทธิเป็นลบ แสดงว่า การทำงานในประเทศญี่ปุ่นให้ผลได้น้อยกว่าที่ทำงานในประเทศไทย ซึ่งไม่คุ้มค่าที่จะไปทำงานในประเทศญี่ปุ่น

4. ขั้นตอนที่สี่เป็นการวิเคราะห์กรณีศึกษา (case study) ของพยาบาลอินโดนีเซียและพยาบาลฟิลิปปินส์ที่เข้าไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุภายใต้ข้อผูกพันการเคลื่อนย้ายบุคคลตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจของทั้งสองประเทศกับญี่ปุ่น (เช่นเดียวกับข้อผูกพันของไทยกับญี่ปุ่น) ข้อมูลที่ต้องการเพื่อวิเคราะห์กรณีศึกษา ได้แก่ ค่าจ้างและสวัสดิการที่ได้รับทั้งที่เป็นตัวเงินและที่ไม่ใช่ตัวเงินในญี่ปุ่น ค่าจ้างและสวัสดิการทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่ใช่ตัวเงินที่คาดหวังก่อนเดินทางมาญี่ปุ่น ภาระงานที่ทำ ระดับความยากลำบากของงานที่ทำ ค่าใช้จ่ายที่ประเทศของตนเรียกเก็บจากการได้สิทธิตามข้อผูกพันนี้ ปัญหาและอุปสรรคในการจ้างงานและการทำงานในญี่ปุ่น ต้นทุนในการปรับตัวให้เข้ากับวิถีชีวิตแบบญี่ปุ่น ผลได้ทางอ้อมที่คาดหวังว่าจะได้จากการทำงานประเภทนี้ในอนาคต และแนวทางในการปรับตัวเพื่อบรรเทาปัญหาและอุปสรรคที่ต้องเผชิญ

การประมวลผลข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษาจะทำให้ทราบประเภทและขนาดอย่างคร่าวๆ ของปัญหาอุปสรรคในการจ้างงานและการทำงานที่เกิดขึ้นจริงในญี่ปุ่น โดยจะนำมาถ่วงดุลกับผลได้สุทธิที่คำนวณได้ในขั้นตอนที่ 3 ซึ่งจะกลายเป็นผลได้สุทธิที่น่าจะเกิดขึ้นจริงในการทำงานในญี่ปุ่น นอกจากนี้ ประสบการณ์ของพยาบาลทั้งสองชาติจะช่วยให้พยาบาลไทยเตรียมความพร้อมในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคในการจ้างงานและทำงานในญี่ปุ่นได้ระดับหนึ่ง

ผลของการศึกษาผลได้สุทธิที่พยาบาลสองชาตินี้ได้รับเทียบกับผลได้สุทธิที่พยาบาลไทยได้รับแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการแข่งขันของการส่งออกบริการการดูแลผู้สูงอายุโดยพยาบาลทั้งสามชาติ ฉะนั้น หากผลการเปรียบเทียบระบุว่าประเทศไทยมีความสามารถในการแข่งขันสูงกว่าอีกสองประเทศ การไม่ส่งพยาบาลไทยไปทำงานญี่ปุ่นหรือส่งไปในจำนวนที่น้อยกว่าที่กำหนดในข้อผูกพันบ่งบอกถึงการสูญเสียโอกาสของประเทศไทยในการสร้างรายได้ให้กับพยาบาลไทยและมูลค่าเพิ่มให้กับรายได้ประชาชาติ ในทางตรงข้าม หากผลการเปรียบเทียบระบุว่าประเทศไทยมีความสามารถในการแข่งขันต่ำกว่าอีกสองประเทศ การที่ไม่ส่งพยาบาลไทยไปทำงานในญี่ปุ่นหรือส่งไปในจำนวนที่น้อยกว่าที่กำหนดในข้อผูกพันจะไม่เป็นการเสียประโยชน์ใดเลยไม่ว่าจะในมุมมองของบุคคลหรือของสังคม

5. ขั้นตอนที่ห้าเป็นการประเมินผลกระทบของการลาออกของพยาบาลไทยในสถานพยาบาลของรัฐและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ภาครัฐได้รับผลกระทบในสามรูปแบบ หนึ่ง สถานพยาบาลรัฐมีต้นทุนในการคัดเลือกบรรจุพยาบาลใหม่มาแทนที่ผู้ที่ลาออก สอง เนื่องจากพยาบาลที่ลาออกไปได้รับการฝึกอบรมระหว่างการทำงาน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ขณะเดียวกัน กระทรวงสาธารณสุขอาจจะยังไม่ได้รับประโยชน์จากทักษะของพยาบาลที่สูงขึ้นที่สืบเนื่องมาจากการฝึกอบรม กระทรวงสาธารณสุขต้องมีค่าใช้จ่ายในการจัดการฝึกอบรมพยาบาลใหม่เพื่อให้ได้ทักษะเหมือนกับพยาบาลที่ลาออกไป สาม การศึกษาวิชาชีพพยาบาลในสถาบันการศึกษาของรัฐได้รับการอุดหนุนทางการเงินจากภาครัฐ ซึ่งทำให้ผู้ศึกษามีค่าเล่าเรียนต่ำกว่าที่เป็นจริง (นั่นคือค่าเล่าเรียนในสถาบันการศึกษาของรัฐต่ำกว่าค่าเล่าเรียนในสถานบันการศึกษาของเอกชน) การอุดหนุนทางการเงินมีจุดประสงค์ที่จะให้ผู้ศึกษาลดอุปสรรคทางการเงินและตอบแทนภาครัฐด้วยการทำงานในสถานพยาบาลของรัฐ ดังนั้น การลาออกของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันของรัฐทำให้ภาครัฐสูญเสียโอกาสในการได้รับการชดเชยสำหรับเงินที่อุดหนุนการศึกษาพยาบาลเหล่านี้ จะเห็นได้ว่าระยะเวลาที่พยาบาลทำงานอยู่ในสถานพยาบาลของรัฐแปรผันโดยตรงกับการคืนทุนของเงินอุดหนุนที่ได้รับ

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการลาออกของพยาบาลของสถานพยาบาลของรัฐมีทั้งที่อยู่ในรูปเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลกระทบเชิงปริมาณเกิดจากผู้ที่ต้องการบริการสุขภาพจำนวนหนึ่งไม่ได้รับบริการสุขภาพเนื่องจากพยาบาลมีจำนวนลดลง หรืออีกนัยหนึ่งคือ อุปทานของพยาบาลมีน้อยกว่าอุปสงค์ต่อพยาบาล ผลกระทบเชิงคุณภาพเกิดจากการที่ไม่ได้รับบริการสุขภาพของผู้ป่วยส่วนหนึ่งซึ่งทำให้ต้องทุกข์ทรมานนานขึ้นก่อนที่จะไปรับบริการสุขภาพจากที่อื่น (คุณภาพชีวิตแย่ลง) หรือในกรณีที่ร้ายแรง อาจทำให้สูญเสียอวัยวะหรือชีวิตได้ เนื่องจากการประเมินผลกระทบเชิงคุณภาพเป็นเรื่องที่ยากมากและมีความจำกัดในระเบียบวิธีการประเมิน (กล่าวคือ เกี่ยวข้องกับการวัดคุณภาพชีวิตและระดับสุขภาพ) การศึกษานี้จึงไม่นำผลกระทบเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์ การประเมินผลกระทบเชิงปริมาณมีเป้าหมายที่จะสะท้อนความสูญเสียที่เป็นผลของการลาออกของพยาบาลและสามารถแสดงเป็นตัวเงิน ซึ่งจะรวมกับผลกระทบด้านอื่นที่เป็นตัวเงินเช่นกัน เพื่อเป็นฐานที่กำหนดการชดเชยความสูญเสียในขั้นตอนที่ 6

7. ขั้นตอนสุดท้ายเป็นการสังเคราะห์ความเป็นไปได้ของการไปทำงานในญี่ปุ่นของพยาบาลไทย จะเป็นการประมวลผลได้สุทธิ (ซึ่งคำนวณได้ในขั้นตอนที่ 3) เข้ากับความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับสังคม (ซึ่งคำนวณได้ในขั้นตอนที่ 5) ประกอบกับแนวทางการชดเชยความเสียหายจากการลาออกของพยาบาล (ซึ่งวิเคราะห์ได้ในขั้นตอนที่ 6) นำมาสู่ข้อสรุปที่ว่าการดำเนินการตามพันธกรณีในเรื่องการส่งพยาบาลไทยไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่นในมุมมองของฝ่ายไทยมีความคุ้มค่าและเป็นประโยชน์ต่อประเทศไทยโดยรวมหรือไม่

อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการดำเนินการในเรื่องนี้ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ฝ่ายไทยกำหนดจะขาดความสมบูรณ์ครบถ้วน หากปราศจากการนำความคิดเห็นของฝ่ายญี่ปุ่นที่มีต่อผลการศึกษานี้มาร่วมพิจารณา โดยเฉพาะเรื่องการชดเชยความสูญเสียที่เกิดขึ้น การศึกษานี้จะได้นำความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องในประเทศญี่ปุ่นมาปรับปรุงผลการสังเคราะห์ในขั้นสุดท้าย ผู้ที่เข้าข่ายจะให้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในเรื่องนี้ได้แก่ Japanese Nursing Association (ซึ่งเป็นองค์กรดูแลวิชาชีพพยาบาลในญี่ปุ่น) และนักวิชาการญี่ปุ่นที่มีการศึกษาและประสบการณ์ของการดำเนินความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจระหว่างประเทศญี่ปุ่นและอินโดนีเซียกับฟิลิปปินส์ เป็นต้น

บทที่ 3
พยาบาลในระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น

3.1. จำนวนพยาบาลที่มีอยู่และที่ผลิตได้

ประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลทุกประเภทลดลงมาตลอดในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จำนวนสถาบันการศึกษามากที่สุดอยู่ที่ 1,897 แห่งในปี 1999 และลดลงเหลือ 1,663 แห่งในปี 2008 ตารางที่ 3.1 แสดงให้เห็นว่าสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลหลักสูตร 2 ปีได้ลดลงมาจาก 443 แห่งในปี 1998 มาเป็น 249 แห่งในปี 2008 เช่นเดียวกันกับจำนวนสถาบันการศึกษาที่ผลิตผู้ช่วยพยาบาลที่มีจำนวนลดลงจาก 557 แห่งในปี 1998 มาเป็นเพียง 274 แห่งในปี 2008 อย่างไรก็ตาม สถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลหลักสูตร 3 ปีได้เพิ่มขึ้นอย่างมากจาก 640 แห่งในปี 1998 มาเป็น 707 แห่งในปี 2008 นอกจากนี้ ในปี 2002 ได้มีการเปิดสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลหลักสูตร 5 ปี เป็นครั้งแรกซึ่งมีจำนวนถึง 65 แห่ง และเพิ่มเป็น 69 แห่งในปี 2008 การเปลี่ยนแปลงการผลิตพยาบาลเช่นนี้แสดงให้เห็นว่าประเทศญี่ปุ่นต้องการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถที่สูงกว่าเดิมในอดีต ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพของการรักษาพยาบาลของระบบบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นด้วย

แม้ว่าจะมีจำนวนสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลลดลง แต่จำนวนนักศึกษาพยาบาลทั้งหมดในประเทศญี่ปุ่นไม่ได้ลดลงตามไปด้วย การลดลงของจำนวนนักศึกษาพยาบาลเกิดขึ้นในช่วงแรกของ 10 ปีที่ผ่านมา นั่นคือ จำนวนนักศึกษาพยาบาลได้ลดลงจาก 229,817 คนในปี 1998 มาเป็น 213,619 คนในปี 2003 (คิดเป็นการลดลงร้อยละ 7 ในช่วง 6 ปี) แต่กลับเพิ่มสูงขึ้นจนมีจำนวน 233,018 คนในปี 2008 (คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 9 ในช่วง 6 ปีเช่นกัน) ตารางที่ 3.2 แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลที่มีจำนวนมากขึ้นเป็นนักศึกษาพยาบาลหลักสูตร 3 ปี นักศึกษาพยาบาลหลักสูตร 5 ปี นักศึกษา public health nurses และนักศึกษา midwives ขณะที่นักศึกษาพยาบาลหลักสูตร 5 ปี และนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลมีจำนวนลดลงอย่างมาก

นักศึกษาพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาต้องผ่านการสอบระดับชาติที่เป็นภาษาญี่ปุ่น ซึ่งองค์กรที่จัดการการสอบนี้อยู่ภายใต้การกำกับดูแลโดย Ministry of Health, Labour and Welfare เจ้าหน้าที่ของสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ Shin Tsurumi กล่าวว่าอัตราการสอบผ่านของนักศึกษาพยาบาลจะอยู่ที่ร้อยละ 50 เนื่องด้วยผู้สมัครสอบชาวญี่ปุ่นมักจะใช้เวลาในการเตรียมตัวสอบเพียง 6 เดือน

ตารางที่ 3.1: จำนวนสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลประเภทต่างๆ ในประเทศญี่ปุ่นระหว่างปี 1998 - 2008

ปี	จำนวนสถาบันการศึกษาทั้งหมดที่ผลิตพยาบาลทุกประเภท	จำนวนสถาบันที่ผลิต public health nurses	จำนวนสถาบันที่ผลิต midwives	จำนวนสถาบันที่ผลิตพยาบาลหลักสูตร 2 ปี	จำนวนสถาบันที่ผลิตพยาบาลหลักสูตร 3 ปี	จำนวนสถาบันที่ผลิตพยาบาลหลักสูตร 5 ปี	จำนวนสถาบันที่ผลิตผู้ช่วยพยาบาล
1998	1,884	128	116	443	640	0	557
1999	1,897	141	123	433	654	0	546
2000	1,885	147	124	421	664	0	529
2001	1,831	148	127	401	663	0	492
2002	1,851	151	128	383	661	65	463
2003	1,797	153	132	370	662	65	415
2004	1,718	168	144	353	675	66	312
2005	1,707	173	146	343	683	67	271
2006	1,692	183	147	309	701	67	285
2007	1,659	195	150	259	707	68	280
2008	1,663	205	159	249	707	69	274

ที่มา : Statistics and Information Department, Ministry of Health, Labour and Welfare

ตารางที่ 3.2: จำนวนนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลประเภทต่างๆ ในประเทศญี่ปุ่นระหว่างปี 1998 - 2008

ปี	จำนวนนักศึกษาทั้งหมดในสถาบันการศึกษาทุกแห่งที่ผลิตพยาบาลทุกประเภท	จำนวนนักศึกษา public health nurses	จำนวนนักศึกษา Midwives	จำนวนนักศึกษาพยาบาลหลักสูตร 2 ปี	จำนวนนักศึกษาพยาบาลหลักสูตร 3 ปี	จำนวนนักศึกษาพยาบาลหลักสูตร 5 ปี	จำนวนนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล
1998	229,817	6,523	4,130	47,380	106,017	0	65,767
1999	229,804	7,485	4,635	46,398	107,317	0	63,969
2000	226, 518	8,165	4,958	44,503	108,697	0	60,195
2001	221,901	8,510	5,468	42,458	109,436	0	56,029
2002	213,908	9,010	5,958	40,648	108,981	16,875	32,436
2003	213,619	9,420	6,490	37,552	111,616	16,675	31,866
2004	216,639	10,454	7,554	36,706	114,645	16,875	30,405
2005	215,121	11,109	7,939	34,196	115,431	17,225	26,006
2006	221,529	12,429	8,394	34,446	120,396	17,575	28,289
2007	227,368	13,643	8,832	33,082	126,633	17,470	27,708
2008	233,018	14,653	9,222	33,182	131,453	17,550	26,958

ที่มา : Statistics and Information Department, Ministry of Health, Labour and Welfare

ประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นโดยตลอดในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา นั่นคือ ในปี 1997 มีพยาบาลจำนวน 1,065,306 คนและเพิ่มเป็น 1,333,045 คนในปี 2006 (คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ในช่วง 10 ปี) ในจำนวนนี้ ร้อยละ 89.6 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ในปีนั้น พยาบาลวิชาชีพมีจำนวน 1,194,121 คน และคิดเป็นพยาบาลวิชาชีพ 9.3 คนต่อประชากร 10,000 คน ตารางที่ 3.3 ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.4) ทำงานในโรงพยาบาล รองลงมาทำงานในคลินิก (ร้อยละ 21.8) พยาบาลที่ทำงานในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 13,685 คนในปี 1997 มาเป็น 35,963 คนในปี 2006 (คิดเป็นการเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 163 ในช่วง 10 ปี) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนพยาบาลทั้งหมดแล้ว พยาบาลที่ทำงานในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีสัดส่วนที่น้อยมาก (ร้อยละ 2.7 ของพยาบาลทั้งหมด) ตารางที่ 34 แสดงการกระจายตัวของพยาบาล 4 ประเภทหลักใน 47 จังหวัดของญี่ปุ่นในปี 2002 เมืองที่มีจำนวนพยาบาลรวมสูงสุดได้แก่ Tokyo, Osaka, Hokkaido และ Fukuoka

ตารางที่ 3.3: จำนวนพยาบาลทุกประเภทที่ทำงานในสถานที่ประเภทต่างๆ ในประเทศญี่ปุ่นระหว่างปี 1997- 2006

ประเภทของสถานที่ทำงาน	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
สถานีอนามัย	11,407	9,463	10,241	9,202	9,236	9,260	9,156	8,894	8,888	8,534
เขตเทศบาล	15,779	18,410	18,536	20,646	21,406	29,681	31,221	30,724	32,762	32,702
โรงพยาบาล	735,171	746,411	759,504	767,807	776,194	792,124	803,393	811,538	818,580	831,921
คลินิก	222,004	227,658	247,308	250,840	257,935	269,326	279,298	287,238	283,623	290,929
สถานผดุงครรภ์	1,993	2,078	1,730	1,858	1,567	1,803	1,707	1,739	1,694	1,646
สถานบริการผู้สูงอายุ	13,685	20,476	20,940	26,801	28,817	29,511	32,372	33,991	35,494	35,963
สถานพยาบาลเยี่ยมบ้าน	11,576	15,155	18,773	22,305	25,915	23,771	26,872	26,434	27,266	27,307
สถานบริการสวัสดิการสังคม	19,697	22,657	24,963	32,020	34,722	13,593	15,216	14,060	14,131	15,641
สถานบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ	0	0	0	0	0	19,007	21,333	22,892	23,427	25,505
การให่บริการที่บ้าน	0	0	0	0	0	19,420	20,917	27,089	32,228	33,923
โรงงานอุตสาหกรรมs	1,588	1,659	1,686	1,672	1,722	6,007	6,341	7,626	8,738	7,613
โรงเรียนพยาบาล	10,016	10,729	11,178	11,381	12,008	12,906	13,305	13,381	14,056	13,637
อื่นๆ	22,390	18,211	18,978	20,787	18,028	7,087	7,319	6,987	7,522	7,724
รวม	1,065,306	1,092,907	1,133,857	1,165,319	1,187,550	1,233,496	1,268,450	1,292,533	1,308,409	1,333,045

ที่มา : Statistics and Information Department, Ministry of Health, Labour and Welfare

ตารางที่ 3.4: จำนวนพยาบาลประเภทต่างๆในจังหวัดของประเทศญี่ปุ่นในปี 2002

จังหวัด	พยาบาลสาธารณสุข	พยาบาลผดุงครรภ์	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ช่วยพยาบาล
Hokkaido	3,033	1,370	38,368	25,416
Aomori	629	301	9,092	6,487
Iwate	701	383	10,390	4,429
Miyagi	881	649	12,276	7,940
Akita	572	302	7,908	4,183
Yamagata	540	294	8,152	3,765
Fukushima	1,038	436	11,668	9,302
Ibaraki	900	402	12,734	8,923
Tochigi	730	317	9,854	7,281
Gumma	782	333	10,401	8,536
Saitama	1,459	941	25,091	16,834
Chiba	1,558	948	23,668	12,979
Tokyo	3,331	2,767	68,960	21,755
Kanagawa	1,719	1,590	40,320	13,263
Niigata	1,287	795	14,703	8,353
Toyama	493	339	8,147	4,057
Ishikawa	487	290	9,080	4,302
Fukui	412	186	5,349	3,776
Yamanashi	553	149	5,252	2,536
Nagano	1,254	561	14,489	5,717
Gifu	1,112	479	10,477	7,062
Shizuoka	1,249	750	20,188	8,360
Aichi	2,397	1,355	36,226	19,818
Mie	562	238	9,421	6,262
Shiga	565	313	8,672	2,619

ตารางที่ 3.4: จำนวนพยาบาลประเภทต่างๆในจังหวัดของประเทศญี่ปุ่นในปี 2002 (ต่อ)

จังหวัด	พยาบาลสาธารณสุข	พยาบาลผดุงครรภ์	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ช่วยพยาบาล
Kyoto	877	595	18,033	7,666
Osaka	1,887	1,959	50,312	27,074
Hyogo	1,533	1,074	32,108	16,140
Nara	439	266	7,474	3,513
Wakayama	439	218	5,909	5,089
Tottori	324	141	4,512	2,489
Shimane	463	215	5,851	3,822
Okayama	855	359	15,351	7,391
Hiroshima	1,109	485	18,489	14,511
Yamaguchi	698	346	10,826	7,969
Tokushima	347	212	6,350	4,765
Kagawa	470	229	7,637	4,382
Ehime	604	222	11,194	7,610
Kochi	441	156	6,715	5,017
Fukuoka	1,421	1,008	37,204	23,947
Saga	426	125	6,562	5,081
Nagasaki	608	283	11,066	9,434
Kumamoto	807	341	14,576	11,354
Oita	555	260	8,935	6,717
Miyazaki	488	192	8,798	7,680
Kagoshima	716	445	13,463	12,263
Okinawa	475	258	8,124	5,149
Total	44,226	25,877	740,375	423,018

ที่มา : Statistics and Information Department, Ministry of Health, London and Welfare

3.2. จำนวนพยาบาลที่ทำงานในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

การสำรวจข้อมูลสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของสำนักงานสวัสดิการสังคมและสาธารณสุขของกรุงโตเกียวในปี 2007 พบว่า ใน SNH ผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลา (full–time care-workers) มีระยะเวลาทำงานเป็น 5.1 ปีต่อคน ผู้ให้การดูแลแบบบางเวลา (part–time care–workers) มีระยะเวลาทำงานเป็น 2.8 ปีต่อคน พยาบาลแบบเต็มเวลา (full–time nurses) มีระยะเวลาทำงานเป็น 5.1 ปีต่อคน และพยาบาลแบบบางเวลา (part–time nurses) มีระยะเวลาทำงานเป็น 2.7 ปีต่อคน ใน HCFE ผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลามีระยะเวลาทำงานเป็น 3.7 ปีต่อคน ผู้ให้การดูแลแบบบางเวลามีระยะเวลาทำงานเป็น 2.1 ปีต่อคน พยาบาลแบบเต็มเวลามีระยะเวลาทำงานเป็น 4.1 ปีต่อคน และพยาบาลแบบบางเวลามีระยะเวลาทำงานเป็น 2.6 ปีต่อคน การสำรวจระดับประเทศในปี 2006 พบว่าระยะเวลาการทำงานของบุคลากรทุกประเภทใน SNH และ HCFE โดยเฉลี่ยเป็น 5.8 ปีต่อคนและ 4.8 ปีต่อคน ตามลำดับ

การสำรวจระดับประเทศในปี 2006 พบว่าอายุโดยเฉลี่ยของบุคลากรทุกประเภทในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเป็น 37 ปี โดยที่ผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลามีอายุโดยเฉลี่ยเป็น 34 ปี ผู้ให้การดูแลแบบบางเวลามีอายุโดยเฉลี่ยเป็น 43 ปี พยาบาลแบบเต็มเวลามีอายุโดยเฉลี่ยเป็น 47 ปี และพยาบาลแบบบางเวลามีอายุโดยเฉลี่ยเป็น 48 ปี

ระยะเวลาทำงานที่สั้นและโครงสร้างอายุที่มากของบุคลากรในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเป็นปัญหาของความไร้เสถียรภาพของกำลังคนที่สถานบริการส่วนใหญ่ต้องเผชิญ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจข้อมูลสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของสำนักงานสวัสดิการสังคมและสาธารณสุขของกรุงโตเกียวในปี 2007 ที่พบว่า ร้อยละ 73 ของผู้บริหารสถานบริการถือว่าเรื่องนี้เป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่สุด ผู้บริหารสถานบริการระบุว่าสาเหตุของปัญหาการมีกำลังคนที่ไร้เสถียรภาพมาจากการจ่ายค่าจ้างต่ำ (ร้อยละ 80) และงานที่หนัก (ร้อยละ 70) เหตุผลที่ทำให้ต้องจ่ายค่าจ้างต่ำมาจากสองปัจจัยหลัก ได้แก่ การกำหนดค่าตอบแทนให้แก่บุคลากรที่ต่ำ (ร้อยละ 98) และการใช้จ่ายด้านอื่นที่เพิ่มขึ้นจนต้องตัดทอนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร (ร้อยละ 63) แนวทางการแก้ไขปัญหาที่สำคัญสองประการคือ การปรับปรุงดูแลสภาพการทำงานของบุคลากร (ร้อยละ 76) และการจ้างงานที่เป็นแบบระยะยาว/ที่มั่นคง (ร้อยละ 55)

การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของ Japan International Corporation of Welfare Services (JICWELS) สรุปได้ว่าหน่วยงานนี้มีหน้าที่รับผิดชอบในการคัดเลือกพยาบาลและผู้ให้การดูแลชาวอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ให้กับโรงพยาบาลและสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภายใต้

ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจระหว่างประเทศญี่ปุ่นและอินโดนีเซียกับฟิลิปปินส์ ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกโดย JICWELS แล้วจะได้รับเงินค่าเดินทางและ Visa โดยที่พยาบาลเหล่านี้จะเข้ารับการฝึกอบรมด้านภาษาญี่ปุ่นเป็นระยะเวลา 6 เดือน หลังจากนั้นจึงไปทำงานเป็นผู้ช่วยพยาบาลและผู้ให้การดูแลในสถานบริการต่างๆ เป็นเวลา 3 ปีสำหรับผู้ที่ต้องการเป็นพยาบาลและ 4 ปีสำหรับผู้ที่ต้องการเป็นผู้ให้การดูแล เมื่อครบกำหนดเวลาแล้ว พยาบาลและผู้ให้การดูแลทุกคนต้องเข้าสอบระดับชาติ (National examination) เพื่อขอรับใบอนุญาตการทำงานเป็นพยาบาลและผู้ให้การดูแลเหมือนกับพยาบาลและผู้ให้การดูแลชาวญี่ปุ่นที่ต้องสอบให้ผ่านเพื่อได้รับใบอนุญาต ผู้ที่สอบผ่านจะได้รับ Visa ในการทำงานในประเทศญี่ปุ่นตามระยะเวลาที่ต้องการ สำหรับผู้ที่สอบไม่ผ่านต้องกลับไปประเทศตน (นั่นคือไม่ได้รับ Visa) JICWELS จะรับผิดชอบพยาบาลต่างชาติตั้งแต่ต้นจนสอบผ่านหรือไม่ผ่าน

โดยปกติพยาบาลและผู้ให้การดูแลที่ผ่านการทดสอบแล้ว (เป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ) จะได้รับเงินเดือนในอัตราปกติ นั่นคือ ประมาณ 250,000 เยนต่อเดือน แต่พยาบาลและผู้ให้การดูแลที่ยังไม่ได้ผ่านการทดสอบไม่สามารถรับเงินเดือนในอัตรานี้ได้ อัตราเงินเดือนที่เหมาะสมเป็นอัตราเงินเดือนที่ทาง JICWELS ได้เจรจาระหว่างผู้บริหารสถานบริการและเจ้าหน้าที่ด้านแรงงานของประเทศอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ ซึ่งผลการเจรจาได้ข้อสรุปตรงที่พยาบาลต่างชาติของทั้งสองประเทศจะได้รับเงินเดือนขั้นต้นเป็น 151,000 เยนต่อเดือน และผู้ให้การดูแลของทั้งสองชาติจะได้รับเงินเดือนขั้นต้นเป็น 147,000 เยนต่อเดือน ไปจนกว่าจะสอบได้แล้วจึงปรับเป็นอัตราเงินเดือนปกติเหมือนกับบุคลากรทั้งสองประเภทที่เป็นชาวญี่ปุ่นได้รับ

JICWELS ได้เรียกเก็บเงินค่าบริการในการคัดกรองพยาบาลและผู้ให้การดูแลชาวอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์จากสถานบริการที่ต้องการบุคลากรชาวต่างชาติ โดยเฉลี่ยแล้ว สถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุต้องจ่ายเงินเป็นจำนวนอย่างน้อย 360,000 เยนต่อบุคลากรหนึ่งคน เงินส่วนหนึ่ง (เกินกว่าครึ่ง) จะเป็นค่าเล่าเรียนภาษาญี่ปุ่นของชาวต่างชาติที่ใช้เวลาประมาณ 6 เดือน

ผู้บริหารของสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ Shin Tsurumi ได้ใช้ประโยชน์จากความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจระหว่างประเทศญี่ปุ่นกับอินโดนีเซียในการรับผู้ให้การดูแลชาวอินโดนีเซีย 2 คนมาทำงานที่นี่ ผู้ให้บริการชาวอินโดนีเซียทั้งสองเข้ามาทำงานตั้งแต่วันที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ 2008เขาได้ให้รายละเอียดของการจ่ายเงินให้กับ JICWELS ว่าสถานบริการแห่งนี้จ่ายเงิน 600,000 เยนต่อการได้พยาบาลต่างชาติหนึ่งคนเข้ามาทำงานในที่นี่ โดยแบ่งเป็น 1) ค่าสมัครจำนวน 31,500 เยน 2) ค่าบริการจัดการของ JICWELS จำนวน 138,000 เยน 3) ค่าใช้จ่ายให้กับรัฐบาลอินโดนีเซียจำนวน 35,000 เยน 4) ค่าใช้จ่ายในการเรียนภาษาญี่ปุ่น 346,000 – 378,000 เยน

3.3. จำนวนผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ต้องการบริการดูแลระยะยาว

หลักการมาตรฐานสากลกำหนดให้ผู้สูงอายุควรได้รับบริการการดูแลระยะยาวในบ้านพักคนชรา (nursing homes) และบ้านพักที่มีการช่วยเหลือแบบอื่นๆ (other assisted living facilities) บริการการดูแลระยะยาวประกอบด้วยบริการสุขภาพและการดูแลการดำรงชีพขั้นพื้นฐาน พยาบาลที่ทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุต้องมีภาระหน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุ การช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ และร่วมดำเนินกิจกรรมในชุมชนของผู้สูงอายุ

ในปี 2000 ผู้สูงอายุในญี่ปุ่น (อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป) มีสัดส่วนเป็นร้อยละ 17.2 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2025 ผู้สูงอายุในญี่ปุ่นจะมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 27.4 ในปัจจุบัน ผู้สูงอายุญี่ปุ่นจำนวน 2.8 ล้านคนต้องการผู้มาดูแลและจะเพิ่มเป็น 5.2 ล้านคนในปี 2025 โดยคาดหมายว่าความต้องการพยาบาลทั้งหมด (ทุกประเภท) จะสูงมากกว่า 1 ล้านคน (Hamada et al, 2007)

ก่อนปี 2000 ผู้สูงอายุในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยในญี่ปุ่นได้รับสิทธิประโยชน์ในการรับบริการการดูแลระยะยาวจากรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการสวัสดิการสังคม รัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้กำหนดผู้ให้บริการและประเภทและขนาดของบริการโดยที่ผู้สูงอายุไม่มีโอกาสที่จะเลือกเองได้ ธุรกิจเอกชนที่ให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีอยู่อย่างจำกัด เนื่องจากผู้ซื้อบริการต้องจ่ายเงินเองซึ่งมีค่าบริการที่สูงมาก ครัวเรือนที่ร่ำรวยเท่านั้นที่สามารถซื้อบริการเอกชนได้

ภายหลังที่มีการออกกฎหมายการประกันบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในปี 2000 ตลาดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและประเภทของบริการ ผู้ซื้อบริการสามารถเลือกผู้ให้บริการและประเภทบริการได้เองตามความสมัครใจ แต่ต้องเสียค่าประกันร่วม (copayment) ในอัตราร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม รัฐบาลญี่ปุ่นยังคงควบคุมตลาดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเรื่องที่ธุรกิจเอกชนจะให้บริการแบบบ้านพักคนชราและบ้านพักประเภทอื่นได้ แต่ไม่สามารถให้บริการแบบสถาบันได้ (institutional care) นอกจากนี้ รัฐบาลยังกำหนดค่าบริการและคุณภาพของบริการให้เป็นราคาและมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ (แต่ยอมให้ค่าจ้างต่างกันเนื่องด้วยภูมิประเทศที่แตกต่างกัน)

Campbell et al (2003) ประมาณการว่ากฎหมายประกันบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุทำให้มีค่าใช้จ่ายในเรื่องนี้ในญี่ปุ่นเป็นจำนวน 4 หมื่นล้านเหรียญสหรัฐในปีแรกของการดำเนินการ และจะเพิ่มขึ้นเป็น 7 หมื่นล้านเหรียญสหรัฐในปี 2010 ซึ่งจะครอบคลุมผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) เป็นร้อยละ 10 ของทั้งหมดหรือคิดเป็น 2.2 ล้านคน ธุรกิจเอกชนแข่งขันกับผู้ให้บริการ

ภาครัฐในเรื่องการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ความยืดหยุ่น การควบคุมคุณภาพ และประสิทธิภาพ

กระทรวงสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่นรวบรวมข้อมูลสถิติความจำเป็นต่อบริการดูแลระยะยาวของประชากรผู้สูงอายุ ข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 3.5 ชี้ให้เห็นว่า ประชากรผู้สูงอายุของญี่ปุ่นต้องการบริการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างมากจาก 13,120,000 คน ในปี 2000 เป็น 29,872,000 คน ในปี 2005 (คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 128 ในช่วงเวลา 6 ปี) ผู้ป่วยที่ต้องการดูแลในระดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 39.3) ขณะที่การดูแลระดับที่สูงขึ้นลดหลั่นตามกันลงมา เมื่อพิจารณาถึงการเปลี่ยนในความต้องการแต่ละระดับบริการในช่วงเวลาต่างๆ พบว่าความต้องการดูแลระดับที่ 1 เพิ่มสูงสุดในช่วง 6 ปี ขณะที่ความต้องการดูแลระดับอื่นๆ เพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ความต้องการดูแลระดับที่ 5 กลับไม่เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 3.5: จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องได้รับบริการดูแลระยะยาวจำแนกตามระดับการดูแลในประเทศญี่ปุ่นระหว่างปี 2000 - 2005

ปี	การสนับสนุนความช่วยเหลือ	การดูแลระดับที่ 1	การดูแลระดับที่ 2	การดูแลระดับที่ 3	การดูแลระดับที่ 4	การดูแลระดับที่ 5	รวม
2000	2,303,000	4,179,000	2,537,000	1,632,000	1,331,000	1,138,000	13,120,000
2003	4,065,000	9,372,000	4,623,000	2,879,000	2,102,000	1,653,000	24,694,000
2004	4,849,000	10,843,000	4,702,000	3,315,000	2,367,000	1,701,000	27,777,000
2005	5,428,000	11,750,000	5,001,000	3,568,000	2,461,000	1,664,000	29,872,000

ที่มา : Statistics and Information Department, Ministry of Health, London and Welfare

3.4 จำนวนสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

สถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมีหลายประเภท สถานบริการประเภทที่สำคัญ ได้แก่ “Special nursing home for the elderly” “Care and health services

facilities for the aged” “Fee charging home for the aged” และ “Home care help services” จำนวนสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นทุกประเภทเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากจากปี 2000 ที่มีจำนวน 8,035 แห่งมาเป็น 14,725 แห่ง 17,652 แห่ง และ 19,409 แห่งในปี 2004 2005 และ 2006 ตามลำดับ ตารางที่ 3.6 รายงานสิบจังหวัดที่มีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุและสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดทั้งสิบนี้มีประชากรผู้สูงอายุรวมกันเป็นร้อยละ 50.1 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งประเทศ ขณะที่จำนวนสถานบริการมีจำนวนรวมกันเป็นร้อยละ 54.0 ของจำนวนสถานบริการทั้งหมดในประเทศ รูปที่ 3.1 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของจำนวนประชากรผู้สูงอายุและจำนวนสถานบริการของทุกจังหวัด ซึ่งสะท้อนความสัมพันธ์ที่เป็นบวก นั่นหมายความว่าในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศญี่ปุ่น ประชากรผู้สูงอายุมีโอกาสที่เท่าเทียมกันในการรับบริการจากสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อมูลประจำปีที่สถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในกรุงโตเกียวที่ส่งมายังสำนักงานสวัสดิการสังคมและสาธารณสุข (Bureau of Social Welfare and Public Health) ของ Tokyo Metropolitan Office หรือที่ว่าการกรุงโตเกียวในปี 2007 สามารถสรุปได้ว่า สถานบริการโดยเฉลี่ยรับผู้สูงอายุได้ประมาณ 100 รายต่อแห่ง ขณะที่จำนวนผู้ขอรับบริการสูงถึง 450 รายต่อแห่ง ฉะนั้นผู้สูงอายุจำนวน 350 รายจึงอยู่ในบัญชีรอ (waiting list)

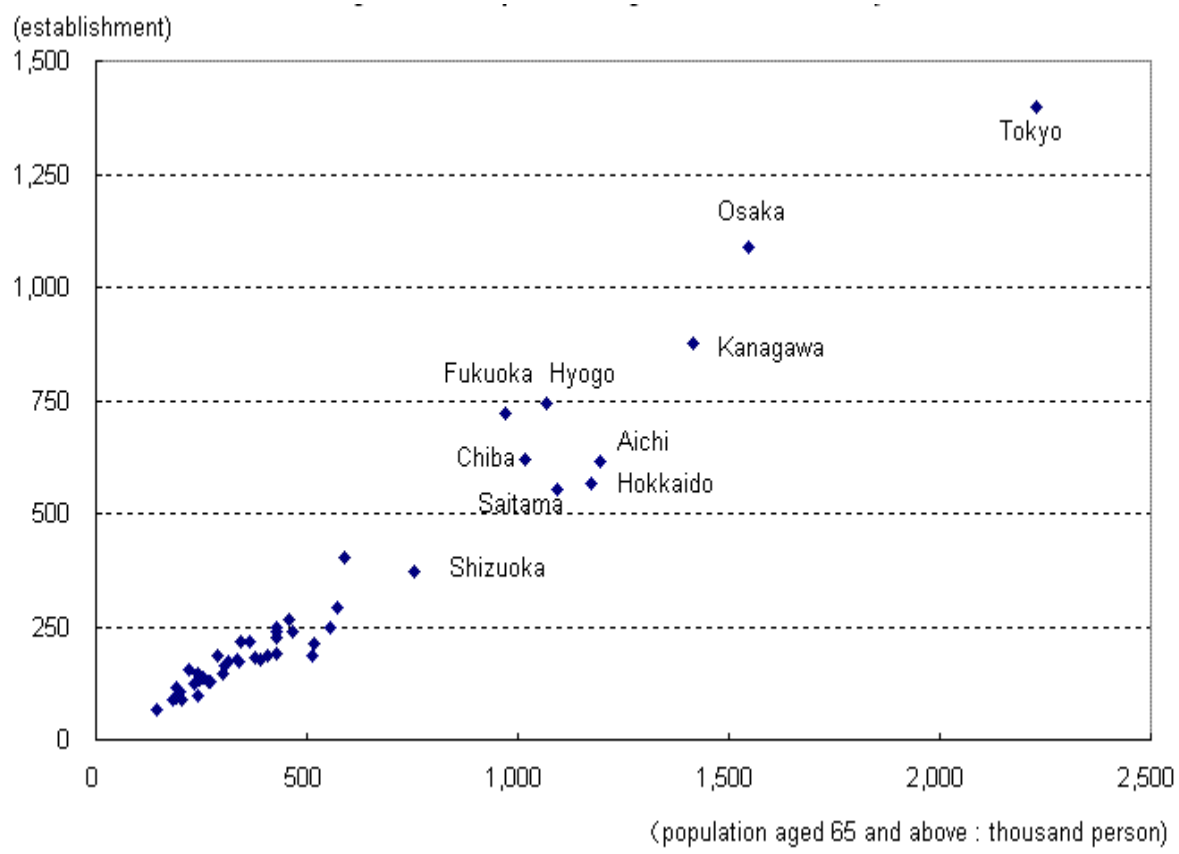
การสำรวจข้อมูลของสำนักงานสวัสดิการสังคมและสาธารณสุขระบุว่า บ้านพักคนชราแบบพิเศษ (Special Nursing Homes หรือ SNH) มีศักยภาพในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุต่ำกว่าสถานบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Health Care Facility for the Elderly หรือ HCFE) SNH ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52) มีความสามารถในการให้บริการผู้สูงอายุต่ำกว่า 100 คน ขณะที่ HCFE ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67) มีความสามารถในการให้บริการผู้สูงอายุเกินกว่า 100 คน

ตารางที่ 3.6: สิบจังหวัดในประเทศญี่ปุ่นที่มีจำนวนและสัดส่วนของสถานบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุมากที่สุดในปี 2004

จังหวัด	สถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ		ผู้สูงอายุ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Tokyo-to	1,400	10.0	2,227,000	9.0
Osaka-tu	1,089	7.8	1,545,000	6.2
Kanagawa-ken	877	6.3	1,414,000	5.7
Hyogo-ken	744	5.3	1,068,000	4.3
Fukuoka-ken	723	5.2	970,000	3.9
Chiba-ken	619	4.4	1,015,000	4.1
Aichi-ken	615	4.4	1,196,000	4.8
Hokkaido	588	4.1	1,175,000	4.7
Saitama-ken	555	4.0	1,093,000	4.4
Shizuoka-ken	372	2.7	754,000	3.0
Others	6,450	46.0	12,424,000	49.9
รวม	14,012	100.0	24,876,000	100.0

ที่มา : Statistics and Information Department, Ministry of Health, London and Welfare

รูปที่ 3.1 : จำนวนผู้สูงอายุและจำนวนสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจำแนกตามจังหวัดของประเทศญี่ปุ่นในปี 2004



ที่มา : Statistics and Information Department, Ministry of Health, London and Welfare

สถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุประเภท Special nursing home for the elderly เป็นสถานบริการที่ต้องการพยาบาลและผู้ให้การดูแลจำนวนมาก ทั้งนี้เพราะว่าเป็นสถานบริการที่ให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นสูงสุดมาพักรักษา ระดับการดูแลในสถานบริการประเภทนี้ที่สูงกว่าระดับการดูแลในสถานบริการประเภทอื่นทำให้สถานบริการเหล่านี้ขาดแคลนพยาบาล เนื่องจากเป็นงานที่หนัก ดังนั้น สถานบริการจำนวนหนึ่งจึงได้นำพยาบาลต่างชาติเข้ามาทำงานภายใต้ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจระหว่างประเทศญี่ปุ่นและอินโดนีเซียกับฟิลิปปินส์ ตารางที่ 3.7 ระบุว่าในปี 2006 ประเทศญี่ปุ่นมีสถานบริการประเภทนี้อยู่ถึง 6,320 แห่ง มีศักยภาพที่จะรับผู้ป่วยได้ถึง 429,171 คน แต่ในทางปฏิบัติ มีการรับผู้ป่วยจำนวน 391,688 คน (คิดเป็นร้อยละ 91.2 ของศักยภาพที่มีอยู่) Hokkaido, Fukuoka, Osaka, Aichi, Tokyo, Hyogo, Kumamota และ Hiroshima มีจำนวนสถานบริการมากที่สุด

บริการการดูแลระยะยาวแบบบ้านพักแบ่งออกเป็น 7 ประเภทหลักดังนี้

1. บริการเยี่ยมบ้าน โดยมีพยาบาลทำหน้าที่อาบน้ำให้ ฟื้นฟูสุขภาพ ทำงานบ้านบางประเภทให้ และยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้
2. บริการอยู่ระยะสั้นในสถานบริการ
3. การให้คำปรึกษาการจัดการทางการแพทย์
4. บริการสุขภาพกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตประเภท dementia
5. การให้เข้าพักในบ้านพักคนชราของเอกชน
6. การซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปของสวัสดิการ
7. การปรับปรุงที่พัก (เช่น การปรับพื้นให้ราบเพื่อเดินได้ง่าย)

ตารางที่ 3.7: จำนวนสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุประเภท special nursing home for the elderly ในจังหวัดต่างๆของประเทศ ญี่ปุ่นในปี 2006

จังหวัด	จำนวนสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุที่สามารถรับได้	จำนวนผู้สูงอายุที่รับจริง
Hokkaido	328	22,822	21,140
Aomori	96	6,352	5,925
Iwate	89	6,060	5,480
Miyagi	97	8,031	7,105
Akita	63	5,577	5,253
Yamagata	58	4,298	3,919
Fukushima	100	7,231	6,336
Ibaraki	143	10,051	8,927
Tochigi	73	5,769	5,179
Gumma	105	6,875	6,135
Saitama	165	16,132	14,564
Chiba	181	15,006	13,380
Tokyo	242	22,255	20,320
Kanagawa	217	21,105	19,107
Niigata	129	11,567	10,587
Toyama	93	6,591	6,195
Ishikawa	82	5,516	5,171
Fukui	71	3,870	3,540
Yamanashi	40	2,984	2,640
Nagano	146	9,057	8,039
Gifu	108	6,955	6,161

ตารางที่ 3.7:จำนวนสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุประเภท special nursing home for the elderly ในจังหวัดต่างๆของประเทศญี่ปุ่นในปี 2006 (ต่อ)

จังหวัด	จำนวนสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุที่สามารถรับได้	จำนวนผู้สูงอายุที่รับจริง
Shizuoka	139	13,281	11,869
Aichi	260	20,315	18,487
Mie	95	6,778	6,260
Shiga	48	3,373	3,042
Kyoto	109	9,621	8,990
Osaka	286	24,300	22,427
Hyogo	232	17,666	16,283
Nara	50	4,268	3,654
Wakayama	66	4,101	3,743
Tottori	51	3,078	2,789
Shimane	66	3,011	2,721
Okayama	141	7,315	6,646
Hiroshima	219	12,016	10,890
Yamaguchi	119	8,036	7,515
Tokushima	123	5,907	5,415
Kagawa	113	4,562	4,184
Ehime	138	7,290	6,736
Kochi	98	4,901	4,436
Fukuoka	323	20,492	19,018
Saga	81	4,458	4,133

ตารางที่ 3.7:จำนวนสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุประเภท special nursing home for the elderly ในจังหวัดต่างๆของประเทศญี่ปุ่นในปี 2006 (ต่อ)

จังหวัด	จำนวนสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุที่สามารถรับได้	จำนวนผู้สูงอายุที่รับจริง
Nagasaki	177	6,806	6,326
Kumamoto	220	10,457	9,633
Oita	155	5,547	5,132
Miyazaki	119	5,128	4,701
Kagoshima	199	7,840	7,274
Okinawa	67	4,520	4,281
Total	6,320	429,171	391,688

ที่มา : Statistics and Information Department, Ministry of Health, London and Welfare

3.5 ค่าจ้างที่พยาบาลในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุได้รับ

การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ได้แนะนำให้ไปติดต่อกับสำนักงานสวัสดิการสังคมและสาธารณสุข (Bureau of Social Welfare and Public Health) ของ Tokyo Metropolitan Office หรือที่ว่าการกรุงโตเกียว ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดูแลสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในกรุงโตเกียวทั้งหมด สรุปได้ว่า การบริหารบุคคลของพยาบาลและผู้ให้การดูแลแบ่งตำแหน่งของบุคลากรกลุ่มนี้ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปกติ (normal level) ระดับผู้ตรวจการ (supervising) และระดับผู้บริหารจัดการ (managerial level) การเลื่อนระดับประกอบด้วยกฎเกณฑ์เงื่อนไขบางประการ (เช่น จำนวนปีที่ทำงาน ผลการทำงาน) และการสอบ การเลื่อนระดับหมายถึงเงินเดือนและสวัสดิการที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย การเลื่อนระดับจะทำให้เงินเดือนเพิ่มขึ้นประมาณ 1000 – 3000 เยนต่อเดือนต่อการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระดับ การจ้างงานมี 3 ประเภท ได้แก่ การจ้างงานตลอดชีพ (employment for life) การจ้างงานแบบบางเวลา (part – time employment) และการจ้างงานแบบมีสัญญา (contracting employment) เดิมทีการจ้างงานแบบตลอดชีพมีเป็นจำนวนมาก แต่ปัจจุบันเริ่มน้อยลง ขณะที่การจ้างงานแบบมีสัญญาเพิ่มสูงขึ้น

การสำรวจรายได้ของสำนักงานสวัสดิการสังคมและสาธารณสุขพบว่า รายได้ของผู้ให้การดูแลและพยาบาลใน SNH และ HCFE เป็นดังนี้ (รายได้ครอบคลุม เงินเดือน ค่าจ้างทำงานล่วงเวลา และการทำงานในช่วงเวลากลางคืน แต่ไม่รวมโบนัสและยังไม่ได้หักภาษี)

- ผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลาใน SNH เป็น 3,877,000 เยนต่อปี
- ผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลาใน HCFE เป็น 3,414,000 เยนต่อปี
- ผู้ให้การดูแลแบบบางเวลาใน SNH เป็น 1,014 เยนต่อชั่วโมง
- ผู้ให้การดูแลแบบบางเวลาใน HCFE เป็น 1,063 เยนต่อชั่วโมง
- พยาบาลแบบเต็มเวลาใน SNH เป็น 4,971,000 เยนต่อปี
- พยาบาลแบบเต็มเวลาใน HCFE เป็น 4,924,000 เยนต่อปี
- พยาบาลแบบบางเวลาใน SNH เป็น 1,605 เยนต่อชั่วโมง
- พยาบาลแบบบางเวลาใน HCFE เป็น 1,637 เยนต่อชั่วโมง

การสำรวจค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรของสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโดยสำนักงานสวัสดิการสังคมและสาธารณสุขในปี 2007 พบว่า อัตราส่วนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดเพิ่มขึ้นระหว่างปี 2004 และ 2006 SNH มีอัตราส่วนนี้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67 ในปี 2004 มาเป็นร้อยละ 69 ในปี 2006

การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของ Shinjuku City สรุปได้ว่า ผู้ให้การดูแล และพยาบาลในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุต้องมีคุณวุฒิสองประการร่วมกันคือ 1) สำเร็จการศึกษาจากสถาบันอุดมศึกษา 2) หลักสูตรการศึกษา 3 ปี (ในระบบการศึกษาของญี่ปุ่น ซึ่งเทียบเท่ากับระดับปริญญาตรี) อัตราเงินเดือนจะอาศัยตารางค่าจ้างสำหรับบุคลากรประเภทต่างๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะประกอบด้วยสองส่วนหลักคือ 1) ระดับ (level) 2) ชั้น (class) ตารางค่าจ้างสำหรับบุคลากรทางการแพทย์มี 7 ระดับ แต่ละระดับจะมีชั้นจำนวน 25 – 35 ชั้น นอกจากนี้ ในแต่ละชั้นจะมีชั้นย่อยอีก 4 ชั้นย่อย บุคลากรทั้งสองประเภทที่ทำงานในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจะเริ่มที่ระดับ 1 ชั้น 6 การปรับค่าจ้างจะเลื่อน 1 ชั้น จนถึงชั้นสูงสุดที่ชั้น 29 บุคลากรสามารถปรับขึ้นระดับได้ด้วยการสอบเมื่อครบเวลาที่อยู่ในระดับนั้นๆ ตามที่กำหนด ซึ่งจะทำให้ค่าจ้างเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ตารางที่ 3.8 แสดงค่าจ้างของผู้ให้การดูแลและพยาบาลในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภายใต้สังกัดของ Shinjuku City ซึ่งเริ่มใช้มาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2007

การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ Eisei พบว่าสถานบริการแห่งนี้มีพยาบาลชาวอินโดนีเซียมาทำงานอยู่ 2 คนตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจระหว่างประเทศญี่ปุ่นและอินโดนีเซีย และจะรับพยาบาลชาวฟิลิปปินส์อีก 4 คนตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจระหว่างประเทศญี่ปุ่นและฟิลิปปินส์ในปลายปี 2009 เจ้าหน้าที่เปิดเผยว่าได้ให้เงินเดือนแก่พยาบาลชาวอินโดนีเซียเป็นจำนวน 165,000 เยนต่อเดือน หากพยาบาลทั้งสองผ่านการทดสอบเมื่อครบกำหนด 3 ปีแล้ว จะได้เงินเดือนเป็น 265,000 เยนต่อเดือน เธอย้ำว่าอัตราเงินเดือนที่ให้แก่พยาบาลต่างชาติสูงกว่าอัตราเงินเดือนที่ให้แก่พยาบาลชาวญี่ปุ่น นอกจากนี้ หากพยาบาลชาวต่างชาติสอบผ่านและมีใบอนุญาตแล้ว จะได้รับสวัสดิการเพิ่มอีกมากมาย เช่น เงินค่าทำงานล่วงเวลา ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 125 ของเวลาทำงานต่อชั่วโมง การทำงานช่วงกลางคืนจะได้รับค่าตอบแทนมากกว่าร้อยละ 125 ของเวลาที่ทำงานปกติ ค่าเช่าบ้านเดือนละ 10,000 เยน ค่าทำงานอย่างต่อเนื่อง 8,000 เยนต่อเดือน รวมทั้งจะได้ชุดทำงานและการเดินทางมาทำงานฟรีอีกต่างหาก พยาบาลต่างชาติที่ผ่านการสอบจะได้รับการว่าจ้างงานแบบจ้างตลอดชีพ

ตารางที่ 3.8: อัตราเงินเดือนของผู้ให้การดูแลและพยาบาลในสถานบริการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุภายใต้สังกัดของ Shinjuku City

ชั้น	ชั้นย่อย	ระดับ						
		1	2	3	4	5	6	7
1	1	150800	176800	206300	231400	232300	269400	298800
	2	152300	178500	208100	233600	234500	271700	301300
	3	153800	180200	209900	235800	236700	274000	303800
	4	155300	181900	211700	237900	238900	276300	306300
2	5	156700	183400	213600	239900	240900	278500	308900
	6	158200	185100	215400	242100	243100	280800	311500
	7	159700	186800	217200	244300	245300	283100	314100
	8	161200	188500	219000	246400	247500	285400	316700
3	9	162800	190400	221000	248400	249500	287900	319200
	10	164300	192200	222900	250600	251700	290300	321800
	11	165800	194000	224800	252800	253900	292700	324400
	12	167300	195800	226700	255000	256100	295100	327000
4	13	169000	197400	228600	257000	258300	297400	329600
	14	170600	199200	230700	259200	260500	299900	332300
	15	172200	201000	232800	261400	262800	302400	335000
	16	173800	202800	234900	263600	265100	304900	337700
5	17	175300	204500	236800	265800	267300	307400	340200
	18	176900	206300	238900	268100	269600	309900	342900
	19	178500	208100	241000	270400	271900	312400	345600
	20	180100	209900	243100	272700	274200	314900	348300

ตารางที่ 3.8: อัตราเงินเดือนของผู้ให้การดูแลและพยาบาลในสถานบริการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุภายใต้สังกัดของ Shinjuku City (ต่อ)

ชั้น	ชั้นย่อย	ระดับ						
		1	2	3	4	5	6	7
6	21	181600	211600	245100	274800	276500	317400	351000
	22	183500	213500	247300	277100	278800	320000	353700
	23	185400	215400	249500	279400	281100	322600	356400
	24	187300	217200	251700	281700	283400	325200	359100
7	25	189100	218900	253700	283900	285600	327700	361800
	26	190800	220800	255900	286200	288000	330400	364500
	27	192500	222700	258100	288500	290400	333100	367200
	28	194200	224600	260300	290800	292700	335800	369900
8	29	196100	226300	262500	293200	294900	338400	372600
	30	197900	228400	264700	295600	297400	341100	375300
	31	199700	230500	266900	298000	299900	343800	378000
	32	201500	232600	269100	300400	302300	346500	380700
9	33	203100	234800	271300	302700	304600	349100	383500
	34	204900	237000	273500	305100	307100	351800	386400
	35	206700	239200	275700	307500	309600	354500	389300
	36	208500	241400	277900	309900	312000	357200	392200
10	37	210100	243400	280200	312300	314300	359800	394900
	38	211900	245500	282400	314800	316800	362500	397800
	39	213700	247600	284600	317300	319300	365200	400700
	40	215500	249700	286800	319700	321700	367900	403600

ตารางที่ 3.8: อัตราเงินเดือนของผู้ให้การดูแลและพยาบาลในสถานบริการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุภายใต้สังกัดของ Shinjuku City (ต่อ)

ชั้น	ชั้นย่อย	ระดับ						
		1	2	3	4	5	6	7
11	41	217200	251800	289100	322000	324000	370600	406400
	42	219000	253900	291300	324400	326500	373300	409400
	43	220800	256000	293500	326800	329000	376000	412400
	44	222600	258100	295700	329200	331500	378700	415400
12	45	224500	260100	297900	331800	333800	381400	418200
	46	226500	262200	300000	334200	336400	384100	421100
	47	228500	264300	302100	336600	339000	386800	424000
	48	230500	266400	304200	339000	341600	389500	426800
13	49	232500	268300	306200	341400	344200	392100	429500
	50	234400	270300	308300	343800	346700	394700	432300
	51	236300	272300	310400	346200	349200	397300	435100
	52	238200	274300	312500	348600	351700	399900	437900
14	53	240200	276300	314500	350800	354100	402300	440500
	54	242100	278400	316600	353100	356600	404900	442800
	55	244000	280500	318700	355400	359100	407500	445100
	56	245800	282500	320800	357700	361600	410100	447300
15	57	247500	284400	322700	360000	363900	412500	449400
	58	249300	286400	324700	362200	366400	415000	451400
	59	251100	288400	326700	364400	368900	417500	453400
	60	252900	290400	328700	366600	371400	420000	455400
16	61	254600	292200	330800	368900	373700	422600	457400
	62	256300	294100	332700	371000	376100	424700	459000
	63	258000	296000	334600	373100	378500	426800	460600

ตารางที่ 3.8: อัตราเงินเดือนของผู้ให้การดูแลและพยาบาลในสถานบริการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุภายใต้สังกัดของ Shinjuku City (ต่อ)

ชั้น	ชั้นย่อย	ระดับ						
		1	2	3	4	5	6	7
	64	259700	297900	336500	375200	380900	428900	462200
17	65	261500	299900	338200	377100	383200	431100	463900
	66	263200	301800	340000	379000	385500	432800	465300
	67	264900	303700	341800	380900	387800	434500	466700
	68	266600	305600	343600	382800	390100	436200	468100
	69	268300	307500	345300	384700	392300	438000	469400
18	70	270000	309400	347000	386300	394500	439500	470400
	71	271700	311300	348700	387900	396700	441000	471400
	72	273400	313200	350400	389500	398900	442500	472400
	73	275000	314900	352000	391000	401200	443800	473300
19	74	276700	316700	353700	392300	403000	444900	474200
	75	278400	318500	355400	393600	404800	446000	475100
	76	280100	320300	357000	394900	406600	447100	476000
	77	281700	322100	358500	396000	408200	448100	476800
20	78	283300	323500	359900	397000	409700	449100	477500
	79	284900	324900	361300	398000	411200	450100	478200
	80	286500	326300	362700	399000	412700	451100	478900
	81	288000	327700	364000	400000	414100	452000	479400
21	82	289600	329100	365100	401000	415500	452800	480000
	83	291200	330500	366200	402000	416900	453600	480600
	84	292700	331900	367300	403000	418300	454400	481200
	85	294200	333400	368400	403800	419700	455000	481900
22	86	295700	334500	369500	404700	420900	455600	482500

ตารางที่ 3.8: อัตราเงินเดือนของผู้ให้การดูแลและพยาบาลในสถานบริการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุภายใต้สังกัดของ Shinjuku City (ต่อ)

ชั้น	ชั้นย่อย	ระดับ						
		1	2	3	4	5	6	7
	87	297200	335600	370600	405600	422100	456200	483100
	88	298700	336700	371700	406500	423300	456800	483700
23	89	300200	337900	372600	407500	424300	457500	484300
	90	301500	338900	373500	408200	425300	458100	484900
	91	302800	339900	374400	408900	426300	458700	485500
	92	304100	340900	375300	409600	427300	459300	486100
24	93	305500	342000	376100	410500	428100	459900	486700
	94	306600	342900	376800	411200	428900	460500	487300
	95	307700	343800	377500	411900	429700	461100	487900
	96	308800	344700	378100	412600	430500	461700	488500
25	97	310000	345600	378600	413400	431300	462300	489000
	98	311000	346200	379200	414100	432000	462900	
	99	312000	346800	379800	414800	432700	463500	
	100	313000	347400	380400	415400	433400	464100	
26	101	313800	347800	381000	415900	433900	464700	
	102	314600	348400	381600	416500	434600	465300	
	103	315400	349000	382200	417100	435300	465900	
	104	316200	349600	382700	417700	436000	466500	
27	105	316900	350000	383100	418400	436500	466900	
	106	317600	350500	383600	419000	437200	467400	
	107	318300	351000	384100	419600	437900	467900	
	108	319000	351500	384600	420200	438600	468400	

ตารางที่ 3.8: อัตราเงินเดือนของผู้ให้การดูแลและพยาบาลในสถานบริการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุภายใต้สังกัดของ Shinjuku City (ต่อ)

ชั้น	ชั้นย่อย	ระดับ						
		1	2	3	4	5	6	7
28	109	319800	352200	385100	420800	439100	468900	
	110	320400	352700	385600	421400	439800	469400	
	111	321000	353200	386100	422000	440500	469900	
	112	321600	353700	386600	422600	441200	470400	
29	113	322300	354000	386900	423200	441700	470900	
	114	322800	354400	387400	423800	442300		
	115	323300	354800	387900	424400	442900		
	116	323800	355200	388400	425000	443500		
30	117	324400	355600	388700	425600	444100		
	118	324800	356000		426200	444700		
	119	325200	356400		426800	445300		
	120	325600	356800		427400	445900		
31	121	326100	357200		428000	446500		
	122				428600	447100		
	123				429200	447700		
	124				429800	448300		
32	125				430300	448900		
	126				430900	449500		
	127				431500	450100		
	128				432100	450700		
33	129				432500	451200		
	130				433100	451800		
	131				433700	452400		

ตารางที่ 3.8: อัตราเงินเดือนของผู้ให้การดูแลและพยาบาลในสถานบริการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุภายใต้สังกัดของ Shinjuku City (ต่อ)

ชั้น	ชั้นย่อย	ระดับ						
		1	2	3	4	5	6	7
	132				434300	453000		
34	133				434700	453500		
	134				435300			
	135				735900			
	136				436500			
35	137				436900			

ที่มา: Shinjuku City Office

เจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูลว่าสถานบริการต้องจ่ายเงินให้กับ JICWELS ในการคัดเลือกพยาบาลชาวต่างชาติมาทำงานในอัตรา 600,000 เยนต่อพยาบาลหนึ่งคน ทั้งนี้ครึ่งหนึ่งจะเป็นค่าเล่าเรียนภาษาญี่ปุ่นของพยาบาลชาวต่างชาติ นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ของ JICWELS ได้มาติดตามความก้าวหน้าในการฝึกภาษาและความเป็นอยู่ของพยาบาลชาวต่างชาติอย่างสม่ำเสมอ

การสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ Shin Tsurumi พบว่าค่าจ้างที่สถานบริการแห่งนี้ได้เสนอให้กับผู้ให้การดูแลและพยาบาลใหม่ที่รับเข้าทำงานเป็นดังนี้ (เริ่มใช้เดือนกรกฎาคม 2009)

1. ผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลา ซึ่งต้องมีวุฒิการศึกษาเป็นผู้ให้การดูแลสูงกว่าระดับที่ 2 และต้องมีใบอนุญาตการเป็นผู้ให้การดูแลหรือใบอนุญาตเป็นนักสังคมสงเคราะห์จะได้รับค่าจ้างเป็น 202,500 เยนต่อเดือน (รวมการทำงานช่วงกลางคืน 4 ครั้งต่อเดือนแล้ว) นอกจากนี้ ยังมีสวัสดิการและการประกันต่างๆ ให้อีกด้วย โบนัสจะมีให้ 2 ครั้งต่อปี

2. พยาบาลเต็มเวลา ประกอบด้วยพยาบาล 2 ประเภท คือ พยาบาลวิชาชีพ (registered nurse) และพยาบาลเฉพาะทางที่ได้รับใบอนุญาต (licensed vocational nurse) ซึ่งได้รับค่าจ้างเป็น

289,000 เยนต่อเดือน และ 244,000 เยนต่อเดือน ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังมีสวัสดิการและการประกันต่างๆ ให้อีกด้วย โบนัสจะมีให้ 2 ครั้งต่อปี

การวิเคราะห์ตารางเงินเดือนข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า

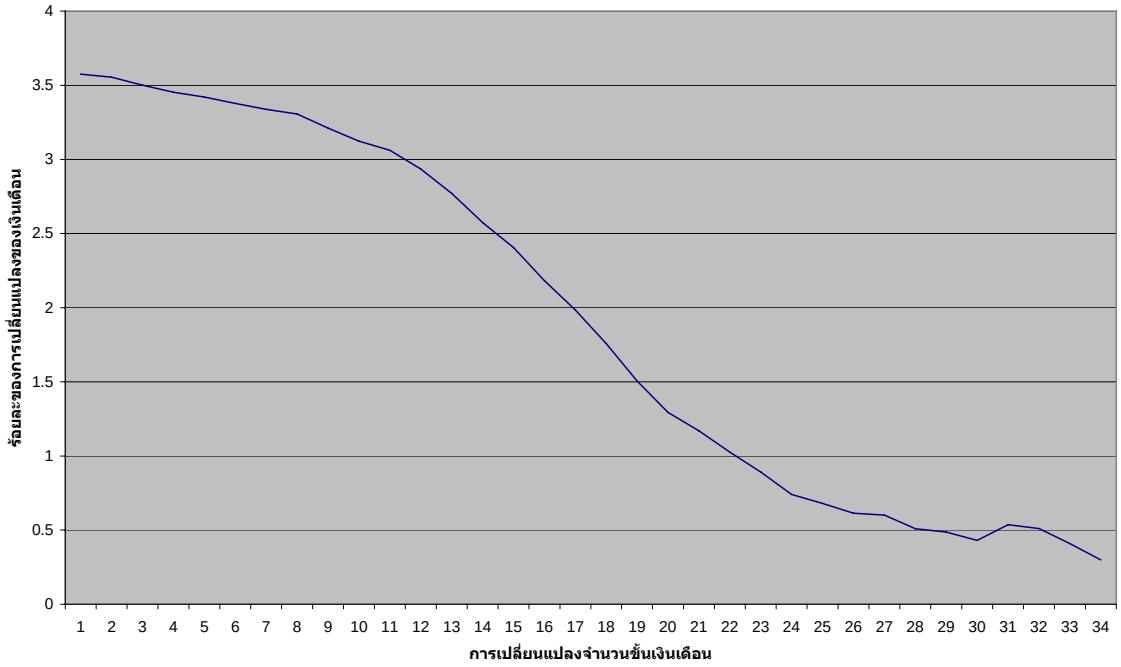
- เงินเดือนของผู้ที่อยู่ในระดับ 1 เริ่มต้นที่ 153,050 เยน และสุดท้ายเป็น 326,100 เยน โดยมีค่าเฉลี่ยเป็น 251,121 เยน
- เงินเดือนของผู้ที่อยู่ในระดับ 2 เริ่มต้นที่ 179,350 เยน และสุดท้ายเป็น 357,200 เยน โดยมีค่าเฉลี่ยเป็น 285,056 เยน
- เงินเดือนของผู้ที่อยู่ในระดับ 3 เริ่มต้นที่ 209,000 เยน และสุดท้ายเป็น 388,700 เยน โดยมีค่าเฉลี่ยเป็น 317,600 เยน
- เงินเดือนของผู้ที่อยู่ในระดับ 4 เริ่มต้นที่ 234,675 เยน และสุดท้ายเป็น 436,900 เยน โดยมีค่าเฉลี่ยเป็น 363,214 เยน
- เงินเดือนของผู้ที่อยู่ในระดับ 5 เริ่มต้นที่ 235,600 เยน และสุดท้ายเป็น453,500 เยน โดยมีค่าเฉลี่ยเป็น 370,591 เยน
- เงินเดือนของผู้ที่อยู่ในระดับ 6 เริ่มต้นที่ 272,850 เยน และสุดท้ายเป็น 470,900 เยน โดยมีค่าเฉลี่ยเป็น 396,884 เยน
- เงินเดือนของผู้ที่อยู่ในระดับ 7 เริ่มต้นที่ 302,550 เยน และสุดท้ายเป็น 489,000 เยน โดยมีค่าเฉลี่ยเป็น 417,542 เยน

การเลื่อนระดับทำให้อัตราเงินเดือนเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากในทุกช่วงของการเลื่อนระดับ (ยกเว้นระหว่างระดับที่ 4 และ 5) นั่นคือ การเลื่อนระดับ 1 เป็นระดับที่ 2 จะได้รับเงินเดือนเพิ่มขึ้นร้อยละ 14 การเลื่อนระดับ 2 เป็นระดับที่ 3 จะได้รับเงินเดือนเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.9 การเลื่อนระดับ 3 เป็นระดับที่ 4 จะได้รับเงินเดือนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.9 การเลื่อนระดับ 4 เป็นระดับที่ 5 จะได้รับเงินเดือนเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.2 การเลื่อนระดับ 5 เป็นระดับที่ 6 จะได้รับเงินเดือนเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.8 และการเลื่อนระดับ 6 เป็นระดับที่ 7 จะได้รับเงินเดือนเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.6

การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงอัตราเงินเดือนของบุคลากรทางการแพทย์พบว่า ในทุกระดับมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ระหว่างร้อยละ 1.85 -2.56 โดยที่ค่าเฉลี่ยของการเพิ่มขึ้นของอัตราเงินเดือนในระดับที่1 ถึง 7 เป็น ร้อยละ 2.56 ร้อยละ 2.33 ร้อยละ 2.17 ร้อยละ 1.85 ร้อยละ 2.01 ร้อยละ 1.98 และร้อยละ 2.02 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบอีกว่าเมื่อฐานของเงินเดือนสูงขึ้น ค่าเฉลี่ยของการเพิ่มขึ้นของ

อัตราเงินเดือนลดต่ำลง ซึ่งเกิดขึ้นในทุกระดับ รูปที่ 3.2 แสดงการลดลงของค่าเฉลี่ยของอัตราการเพิ่มขึ้นของเงินเดือนในทุกระดับจากร้อยละ 3.57 มาอยู่ที่ 0.30

รูปที่ 3.2: อัตราการเพิ่มขึ้นของเงินเดือนของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศญี่ปุ่น



Noguchi et al (2007) ได้ศึกษาค่าจ้างของพยาบาลที่ทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าจ้างระหว่างนายจ้างที่เป็นบริษัทเอกชนแสวงหากำไรและนายจ้างที่เป็นหน่วยงานรัฐที่ไม่หวังผลกำไร ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าค่าจ้างจ่ายโดยนายจ้างที่เป็นหน่วยงานรัฐสูงกว่าค่าจ้างจ่ายโดยนายจ้างที่เป็นบริษัทเอกชนประมาณร้อยละ 1 อายุเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ค่าจ้างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลที่มีค่าจ้างสูงสุดจะอยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี การศึกษาอธิบายว่าอายุที่มากทำให้มีประสบการณ์ทำงานสูง นายจ้างยินดีที่จะจ่ายให้กับคุณสมบัตินี้ในระดับสูง พยาบาลที่ทำงานเต็มเวลา (full time) ได้รับค่าจ้างสูงกว่าพยาบาลที่ทำงานบางช่วงเวลา (part time) การศึกษาอธิบายว่าการทำงานแบบเต็มเวลามีผลิตภาพ (productivity) ที่สูงกว่าการทำงานแบบบางช่วงเวลา ซึ่งทำให้นายจ้างรู้สึกคุ้มค่าในการจ่ายค่าจ้างที่สูงกว่า

3.6 ภาระงานและความยากลำบากของบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

การศึกษาของ Niwata et al (2006) ซึ่งได้สุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุญี่ปุ่นจำนวน 1,669 คนในบ้านพักคนชรา 17 แห่งทั่วประเทศในปี 2002 ระบุว่า ร้อยละ 69.1 ของตัวอย่างมีความจำกัดด้านสุขภาพการซึ่งวัดด้วยดัชนี Activities of Daily Living (ADLs) (ครอบคลุมใน 5 มิติ ได้แก่ การเดิน การแต่งตัว การอาบน้ำ การใช้ห้องน้ำ และการเดินไปมา) ร้อยละ 76.3 มีปัญหาด้านความจำซึ่งวัดด้วยดัชนี Cognitive Performance Scale และ ร้อยละ 7.1 มีปัญหาด้านสุขภาพจิตซึ่งวัดด้วยดัชนี Depression Rating Scale นอกจากนี้ เป็นที่น่าสังเกตอีกด้วยว่าอายุเฉลี่ยของตัวอย่างสูงถึง 84.5 ปีและเป็นผู้หญิงถึงร้อยละ 74.7

การดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นแบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยมีรายละเอียดของการดูแลแต่ละระดับเป็นดังนี้

- การดูแลระดับที่ 1 สำหรับผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง และต้องการความช่วยเหลือบางส่วนในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ
- การดูแลระดับที่ 2 สำหรับผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง และต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ
- การดูแลระดับที่ 3 สำหรับผู้สูงอายุมีความยากลำบากที่จะยืนและเดินหากปราศจากความช่วยเหลือ และต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ
- การดูแลระดับที่ 4 สำหรับผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะยืนและเดินได้และต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ
- การดูแลระดับที่ 5 สำหรับผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการสื่อสารและต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในทุกด้านของการดำรงชีพ รวมทั้งการกินอาหาร

การสำรวจข้อมูลของสำนักงานสวัสดิการสังคมและสาธารณสุขของกรุงโตเกียวพบว่า ผู้สูงอายุใน SNH ต้องการการดูแลในระดับที่สูงกว่า (ค่าเฉลี่ยของระดับการดูแลอยู่ที่ 3.9) มากกว่าผู้สูงอายุใน HCFE (ค่าเฉลี่ยของระดับการดูแลอยู่ที่ 3.2)

รัฐบาลญี่ปุ่นได้กำหนดให้สถานบริการสำหรับผู้สูงอายุต้องมีผู้ให้บริการ (พยาบาลและผู้ให้การดูแล) รวมกันอย่างน้อย 3.33 คนต่อผู้สูงอายุ 10 คน ในปี 2004 SNH และ HCFE ในกรุงโตเกียวมีอัตราส่วนนี้เป็น 4.50 และ 4.74 ตามลำดับ และได้เพิ่มขึ้นเป็น 4.58 และ 4.81 ในปี

2006 ซึ่งหมายความว่ามีจำนวนผู้ให้บริการสูงกว่าที่กำหนดถึง 1.4 เท่าตัว นอกจากนี้ ยังพบอีกว่าสถานบริการที่มีระดับการดูแลผู้สูงอายุที่สูงจะมีอัตราส่วนนี้สูงตามไปด้วย

การสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ Shin Tsurumi พบว่า กระทรวงสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่นกำหนดให้สัดส่วนผู้ให้การดูแลต่อผู้สูงอายุเป็น 1 : 2.2 แต่สถานบริการแห่งนี้มีสัดส่วนผู้ให้การดูแลต่อผู้สูงอายุเป็น 1 : 3 ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้

บทที่ 4
ผลการสำรวจข้อมูลและการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับ สถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ในประเทศญี่ปุ่น

การสำรวจข้อมูลในประเทศญี่ปุ่นมีเป้าหมายที่จะได้ข้อเท็จจริงหลายประการจากหน่วยงานเกี่ยวข้องกับสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับและสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไปและเพื่อใช้ในการออกแบบแบบสอบถามเพื่อประมาณการค่าตอบแทนที่เหมาะสมของการทำงานของพยาบาลไทยในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น การสำรวจข้อมูลในประเทศญี่ปุ่นอยู่ระหว่างวันที่ 8 สิงหาคม ถึง 18 สิงหาคม 2552 กำหนดการเดินทางสำรวจข้อมูลในประเทศญี่ปุ่นแสดงไว้ใน ภาคผนวกที่ 4.1

4.1 การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่ Tokyo Metropolitan Office

คณะวิจัยได้เดินทางไปที่ Tokyo Metropolitan Office หรือที่ว่าการกรุงโตเกียว เจ้าหน้าที่ได้แนะนำให้ไปติดต่อกับสำนักงานสวัสดิการสังคมและสาธารณสุข (Bureau of Social Welfare and Public Health) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดูแลสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในกรุงโตเกียวทั้งหมด คณะวิจัยได้พบและสัมภาษณ์ Mr Takashi Ikeda ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่รับผิดชอบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในกรุงโตเกียว

Mr Takashi Ikeda ได้ให้ภาพรวมของสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในกรุงโตเกียว เนื่องด้วยสถานบริการทุกแห่งต้องทำรายงานประจำปีส่งให้กับสำนักงานสวัสดิการสังคมและสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม สำนักงานนี้ต้องทำการสำรวจข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อนำมาประกอบศึกษาและวิเคราะห์ จนสามารถให้ข้อมูลที่เป็นพื้นฐานของการตัดสินใจดำเนินนโยบายในด้านต่างๆ ได้ ดังนั้น ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้จึงตกลงกันที่จะซักถามข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ส่วนรายละเอียดจะสามารถหาได้จากการเดินทางไปที่สถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีข้อมูลเชิงปฏิบัติมากกว่า

การสัมภาษณ์ครั้งนี้จะเน้นไปที่ระบบบริหารบุคคลของพยาบาลและผู้ให้การดูแลในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในกรุงโตเกียว ซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ของการศึกษานี้ การบริหารบุคคลของพยาบาลและผู้ให้การดูแลแบ่งตำแหน่งของบุคลากรกลุ่มนี้ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปกติ (normal level) ระดับผู้ตรวจการ (supervising) และระดับผู้บริหารจัดการ

(managerial level) การเลื่อนระดับประกอบด้วยกฎเกณฑ์เงื่อนไขบางประการ (เช่น จำนวนปีที่ทำงาน ผลการทำงาน) และการสอบ การเลื่อนระดับหมายถึงเงินเดือนและสวัสดิการที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย การเลื่อนระดับจะทำให้เงินเดือนเพิ่มขึ้นประมาณ 1000 – 3000 เยนต่อเดือนต่อการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระดับ การจ้างงานมี 3 ประเภท ได้แก่ การจ้างงานตลอดชีพ (employment for life) การจ้างงานแบบบางเวลา (part – time employment) และการจ้างงานแบบมีสัญญา (contracting employment) เดิมทีการจ้างงานแบบตลอดชีพมีเป็นจำนวนมาก แต่ปัจจุบันเริ่มน้อยลง และนัยเป็นการจ้างงานแบบมีสัญญาเพิ่มสูงขึ้น

ข้อมูลประจำปีที่สถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุรายงานมาสรุปได้ว่า สถานบริการโดยเฉลี่ยรับผู้สูงอายุได้ประมาณ 100 รายต่อแห่ง ขณะที่จำนวนผู้ขอรับบริการสูงถึง 450 รายต่อแห่ง ฉะนั้น ผู้สูงอายุจำนวน 350 รายจึงอยู่ในบัญชีรอ (waiting list) ข้อมูลจากการสำรวจบ้านพักคนชราแบบพิเศษ (Special Nursing Homes) กับสถานบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Health Care Facility for the Elderly) ในกรุงโตเกียว ประจำปี 2007 ที่คณะวิจัยได้รับมอบมาสามารถสรุปสาระที่สำคัญซึ่งนำมาใช้ในการวิเคราะห์ได้ดังต่อไปนี้

สำนักงานสวัสดิการสังคมและสาธารณสุข (Bureau of Social Welfare and Public Health) ของ Tokyo Metropolitan Government ได้สำรวจบ้านพักคนชราแบบพิเศษ (SNH) กับสถานบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (HCFE) ในกรุงโตเกียวในเดือนมีนาคม 2007 การสำรวจข้อมูลกระทำด้วยวิธีการส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ให้กับ SNH จำนวน 346 แห่ง และ HCFE จำนวน 122 แห่ง อัตราการตอบกลับของผู้บริหาร SNH และ HCFE เป็นร้อยละ 90.5 และ 88.5 ตามลำดับ ประเด็นที่ทำการสำรวจและผลของการสำรวจในแต่ละประเด็นเป็นดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1: ศักยภาพของสถานบริการ

SNH มีศักยภาพในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุต่ำกว่า HCFE โดยเฉลี่ยแล้ว SNH ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52) มีความสามารถในการให้บริการผู้สูงอายุต่ำกว่า 100 คน ขณะที่ HCFE ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67) มีความสามารถในการให้บริการผู้สูงอายุเกินกว่า 100 คน (ดูตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1: ศักยภาพของสถานบริการ (หน่วยเป็นจำนวนแห่ง)

จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับบริการ	SNH (ร้อยละ)	HCFE (ร้อยละ)
ต่ำกว่า 69 คน	23.6	15.7
ระหว่าง 70 – 99 คน	28.1	17.6
100 คน	10.2	37.0
ระหว่าง 101 – 150 คน	29.7	25.9
ตั้งแต่ 151 คนเป็นต้นไป	8.3	3.7

ที่มา: Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government

ประเด็นที่ 2: ระดับการดูแลที่ผู้สูงอายุต้องการ

การดูแลผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (ดูรายละเอียดของการดูแลแต่ละระดับในหมายเหตุของตารางที่ 2) ผู้สูงอายุใน SNH ต้องการการดูแลในระดับที่สูงกว่า (ค่าเฉลี่ยของระดับการดูแลอยู่ที่ 3.9) มากกว่าผู้สูงอายุใน HCFE (ค่าเฉลี่ยของระดับการดูแลอยู่ที่ 3.2) ตารางที่ 4.2 แสดงการกระจายของจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละระดับของสถานบริการทั้งสองประเภท

ตารางที่ 4.2: ระดับการดูแลที่ผู้สูงอายุต้องการ (หน่วยเป็นจำนวนผู้สูงอายุ)

ระดับการดูแลที่ผู้สูงอายุต้องการ	SNH (ร้อยละ)	HCFE (ร้อยละ)
การดูแลระดับที่ 1	3.6	8.7
การดูแลระดับที่ 2	8.7	20.5
การดูแลระดับที่ 3	19.6	30.1
การดูแลระดับที่ 4	33.8	28.3
การดูแลระดับที่ 5	34.3	12.4
การดูแลที่ไม่จัดอยู่ใน 5 ระดับ	1.3	0.2

หมายเหตุ : รายละเอียดของการดูแลแต่ละระดับเป็นดังนี้

- การดูแลระดับที่ 1 สำหรับผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง และต้องการความช่วยเหลือบางส่วนในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ
- การดูแลระดับที่ 2 สำหรับผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง และต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ
- การดูแลระดับที่ 3 สำหรับผู้สูงอายุมีความยากลำบากที่จะยืนและเดินหากปราศจากความช่วยเหลือ และต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ
- การดูแลระดับที่ 4 สำหรับผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะยืนและเดินได้และต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ
- การดูแลระดับที่ 5 สำหรับผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการสื่อสารและต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในทุกด้านของการดำรงชีพ รวมทั้งการกินอาหาร

ที่มา: Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government

ประเด็นที่ 3: ค่าใช้จ่ายด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

HCFE มีค่าใช้จ่ายด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุมากกว่า SNH กระทรวงสาธารณสุขของญี่ปุ่นได้กำหนดให้ค่าใช้จ่ายด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการอยู่ที่ 1,380 เยนต่อวันต่อคน HCFE มีค่าใช้จ่ายด้านอาหารโดยเฉลี่ยเป็น 1,772 เยนต่อวันต่อคน ส่วน SNH มีค่าใช้จ่ายด้านอาหารโดยเฉลี่ยเป็น 1,413 เยนต่อวันต่อคน ตารางที่ 4.3 แสดงสัดส่วนของสถานบริการที่มีค่าใช้จ่ายด้านอาหารสูงกว่าเท่ากับและต่ำกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ตารางที่ 4.3: ค่าใช้จ่ายด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

ประเภทของสถานบริการที่	SNH (ร้อยละ)	HCFE (ร้อยละ)
มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	16	92.6
มีค่าใช้จ่ายเท่ากับที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	80.8	6.5
มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	1.9	0.9
ไม่มีคำตอบ	1.3	0.9

ที่มา: Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government

ประเด็นที่ 4: ค่าใช้จ่ายด้านห้องพัก

สถานบริการทั้งสองประเภทมีห้องพัก 3 ประเภท ได้แก่ ห้องเดี่ยวแบบใหม่ (เป็นห้องพักที่มีเตียงเดียวและมีห้องนั่งเล่น) ห้องเดี่ยวแบบเดิม (เป็นห้องพักที่มีเตียงเดียวแต่ไม่มีห้องนั่งเล่น) และห้องรวม (เป็นห้องพักที่มีตั้งแต่สองเตียงขึ้นไป) SNH ส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายด้านห้องพักประเภทห้องรวมและห้องเดี่ยวแบบเดิมใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายด้านห้องพักที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข ส่วน HCFE ส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายด้านห้องพักประเภทห้องเดี่ยวแบบเดิมและห้องเดี่ยวแบบใหม่ใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายด้านห้องพักที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขของญี่ปุ่นได้กำหนดให้ค่าใช้จ่ายด้านห้องพักของสถานบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเป็น 320 เยนต่อวันสำหรับห้องรวมใน SNH และ HCFE 1,150 เยนต่อวันสำหรับห้องเดี่ยวแบบเดิมใน SNH และ 1,640 เยนต่อวันใน HCFE 1,970 เยนต่อวันสำหรับห้องเดี่ยวแบบใหม่ใน SNH และ HCFE โดยเฉลี่ยแล้ว ค่าใช้จ่ายสำหรับห้องรวมใน SNH เป็น 361 เยนต่อวัน ค่าใช้จ่ายสำหรับห้องเดี่ยวแบบเดิมใน SNH เป็น 1,086 เยนต่อวัน และค่าใช้จ่ายสำหรับห้องเดี่ยวแบบใหม่ใน SNH เป็น 2,037 เยนต่อวัน ค่าใช้จ่ายสำหรับห้องรวมใน HCFE เป็น 525 เยนต่อวัน ค่าใช้จ่ายสำหรับห้องเดี่ยวแบบเดิมใน HCFE เป็น 1,618 เยนต่อวัน และค่าใช้จ่ายสำหรับห้องเดี่ยวแบบใหม่ใน HCFE เป็น 1,970 เยนต่อวัน ตารางที่ 4.4 แสดงสัดส่วนของสถานบริการที่มีค่าใช้จ่ายด้านห้องพักสูงกว่าเท่ากับและต่ำกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ตารางที่ 4.4: ค่าใช้จ่ายด้านห้องพักสำหรับผู้สูงอายุ

ประเภทห้องพัก	ค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข	SNH (ร้อยละ)	HCFE (ร้อยละ)
ห้องรวม	สูงกว่า	14.6	69.2
	เท่ากับ	84.1	28.0
	ต่ำกว่า	0.6	0.9
	ไม่มีคำตอบ	0.6	1.9
ห้องเดี่ยวแบบเดิม	สูงกว่า	11.51	7.2
	เท่ากับ	71.8	85.6
	ต่ำกว่า	13.9	4.1
	ไม่มีคำตอบ	2.9	3.1
ห้องเดี่ยวแบบใหม่	สูงกว่า	40.0	100
	เท่ากับ	60.0	0
	ต่ำกว่า	0	0

ที่มา: Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government

ประเด็นที่ 5: อัตราส่วนผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการ

รัฐบาลญี่ปุ่นได้กำหนดให้สถานบริการสำหรับผู้สูงอายุต้องมีผู้ให้บริการ (พยาบาลและผู้ให้การดูแล) รวมกันอย่างน้อย 3.33 คนต่อผู้สูงอายุ 10 คน ในปี 2004 SNH และ HCFE มีอัตราส่วนนี้เป็น 4.50 และ 4.74 ตามลำดับ และได้เพิ่มขึ้นเป็น 4.58 และ 4.81 ในปี 2006 ซึ่งหมายความว่ามีจำนวนผู้ให้บริการสูงกว่าที่กำหนดถึง 1.4 เท่าตัว นอกจากนี้ ยังพบอีกว่าสถานบริการที่มีระดับการดูแลผู้สูงอายุที่สูงจะมีอัตราส่วนนี้สูงตามไปด้วย (ดูตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5: อัตราส่วนผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการจำแนกตามระดับการดูแลผู้สูงอายุ ของสถานบริการ

ระดับการดูแลผู้สูงอายุ	ปี	SNH	HCFE
ต่ำกว่าระดับ 3	2006	4.03	4.66
	2004	3.97	4.52
ระหว่างระดับ 3.0 – 3.4	2006	4.11	4.88
	2004	3.93	4.88
ระหว่างระดับ 3.5 – 3.9	2006	4.55	5.00
	2004	4.54	4.64
ระหว่างระดับ 4.0 – 4.4	2006	4.77	4.39
	2004	4.58	4.75
ตั้งแต่ระดับ 4.5 ขึ้นไป	2006	4.59	-
	2004	5.11	-

ที่มา: Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government

ประเด็นที่ 6: วิธีการเปิดรับสมัครบุคลากร

SNH และ HCFE ส่วนใหญ่ประกาศรับสมัครบุคลากรโดยผ่านบริษัทจัดหางาน (employment service agency) วิธีการประกาศรับสมัครบุคลากรที่ใช้มากรองลงมาคือการประกาศผ่านสถานศึกษา ค่าใช้จ่ายในการรับสมัครบุคลากร (ไม่รวมค่าใช้จ่ายของบุคลากรในสถานบริการ) เป็น 701,812 เยนต่อปีใน SHN และ 1,118,254 เยนต่อปีใน HCFE ตารางที่ 4.6 แสดงสัดส่วนของสถานบริการที่ใช้วิธีการเปิดรับสมัครบุคลากร

ตารางที่ 4.6: วิธีการที่สถานบริการใช้ในการเปิดรับสมัครบุคลากร

วิธีการ	SNH (ร้อยละ)	HCFE (ร้อยละ)
ใช้บริษัทจัดหางาน	95.5	94.4
อาศัยธนาคารกำลังคนสำหรับบริการสวัสดิการ	70.0	44.4
ร่วมมือกับสถานศึกษา	78.0	76.9
จัดงาน Job Fair	36.1	27.8
โฆษณาในวารสารประชาสัมพันธ์ของหน่วยราชการ	64.9	70.4
ใช้ Homepage ของสถานบริการของตนเอง	70.6	71.3
ติดประกาศในสถานบริการของตนเอง	67.4	38.0

หมายเหตุ: เนื่องจากสถานบริการใช้หลายวิธีการเปิดรับสมัครบุคลากร สถานบริการแต่ละแห่งตอบได้มากกว่าหนึ่งวิธี

ที่มา: Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government

ประเด็นที่ 7: ระยะเวลาการทำงานของบุคลากรในสถานบริการ

ใน SNH ผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลา (full–time care-workers) มีระยะเวลาทำงานเป็น 5.1 ปีต่อคน ผู้ให้การดูแลแบบบางเวลา (part–time care–workers) มีระยะเวลาทำงานเป็น 2.8 ปีต่อคน พยาบาลแบบเต็มเวลา (full–time nurses) มีระยะเวลาทำงานเป็น 5.1 ปีต่อคน และพยาบาลแบบบางเวลา (part–time nurses) มีระยะเวลาทำงานเป็น 2.7 ปีต่อคน

ใน HCFE ผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลามีระยะเวลาทำงานเป็น 3.7 ปีต่อคน ผู้ให้การดูแลแบบบางเวลามีระยะเวลาทำงานเป็น 2.1 ปีต่อคน พยาบาลแบบเต็มเวลามีระยะเวลาทำงานเป็น 4.1 ปีต่อคน และพยาบาลแบบบางเวลามีระยะเวลาทำงานเป็น 2.6 ปีต่อคน การสำรวจระดับประเทศในปี 2006 พบว่า ระยะเวลาการทำงานของบุคลากรทุกประเภทใน SNH และ HCFE โดยเฉลี่ยเป็น 5.8 ปีต่อคนและ 4.8 ปีต่อคน ตามลำดับ ตารางที่ 4.7 แสดงสัดส่วนของบุคลากรทั้งสองประเภทนี้ที่มีระยะเวลาการทำงานในสถานบริการต่างๆ

ตารางที่ 4.7: ระยะเวลาการทำงานของผู้ให้การดูแลและพยาบาล

ประเภทของบุคลากร	ช่วงเวลาของการทำงาน	SNH (ร้อยละ)	HCFE (ร้อยละ)
ผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลา	ต่ำกว่า 3 ปี	40.6	46.2
	ระหว่าง 3 – 4.9 ปี	20.5	25.7
	ระหว่าง 5 – 9.9 ปี	24.9	22.4
	ระหว่าง 10 – 19.9 ปี	24.9	5.6
	ระหว่าง 20 – 29.9 ปี	12.7	0.1
	ตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป	1.2	0.1
ผู้ให้การดูแลแบบบางเวลา	ต่ำกว่า 3 ปี	66.2	70.3
	ระหว่าง 3 – 4.9 ปี	17.1	17.2
	ระหว่าง 5 – 9.9 ปี	13.2	11.8
	ระหว่าง 10 – 19.9 ปี	2.9	0.7
	ระหว่าง 20 – 29.9 ปี	0.5	0.0
	ตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป	0	0
พยาบาลแบบเต็มเวลา	ต่ำกว่า 3 ปี	42.4	45.7
	ระหว่าง 3 – 4.9 ปี	18.1	24.1
	ระหว่าง 5 – 9.9 ปี	24.8	24.6
	ระหว่าง 10 – 19.9 ปี	12.8	4.8
	ระหว่าง 20 – 29.9 ปี	1.8	0.5
	ตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป	0.1	0.3
พยาบาลแบบบางเวลา	ต่ำกว่า 3 ปี	67.4	66.8
	ระหว่าง 3 – 4.9 ปี	17.5	14.9
	ระหว่าง 5 – 9.9 ปี	12.4	15.4
	ระหว่าง 10 – 19.9 ปี	1.9	2.7
	ระหว่าง 20 – 29.9 ปี	0.5	0.3
	ตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป	0.0	0.0

ที่มา: Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government

ประเด็นที่ 8: โครงสร้างอายุของบุคลากรในสถานบริการ

ใน SNH ผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลามีอายุโดยเฉลี่ยเป็น 34 ปี ผู้ให้การดูแลแบบบางเวลามีอายุโดยเฉลี่ยเป็น 44.1 ปี พยาบาลแบบเต็มเวลามีอายุโดยเฉลี่ยเป็น 48.3 ปี และพยาบาลแบบบางเวลามีอายุโดยเฉลี่ยเป็น 49.6 ปี ใน HCFE ผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลามีอายุโดยเฉลี่ยเป็น 33.5 ปี ผู้ให้การดูแลแบบบางเวลามีอายุโดยเฉลี่ยเป็น 41.3 ปี พยาบาลแบบเต็มเวลามีอายุโดยเฉลี่ยเป็น 45 ปี และพยาบาลแบบบางเวลามีอายุโดยเฉลี่ยเป็น 45.6 ปี การสำรวจระดับประเทศในปี 2006 พบว่าอายุโดยเฉลี่ยของบุคลากรทุกประเภทใน SNH และ HCFE เป็น 37 ปี และ 36.7 ปี ตามลำดับ ตารางที่ 4.8 แสดงสัดส่วนของบุคลากรทั้งสองประเภทในช่วงอายุต่างๆ

ตารางที่ 4.8: โครงสร้างอายุของผู้ให้การดูแลและพยาบาล

ประเภทของบุคลากร	ช่วงอายุ	SNH (ร้อยละ)	HCFE (ร้อยละ)
ผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลา	ต่ำกว่า 19 ปี	0.5	0.2
	ระหว่าง 20 - 29 ปี	43.5	44.5
	ระหว่าง 30 – 39 ปี	30.8	30.2
	ระหว่าง 40 – 49 ปี	13.2	13.7
	ระหว่าง 50 – 59 ปี	11.0	9.7
	ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	1.1	1.7
ผู้ให้การดูแลแบบบางเวลา	ต่ำกว่า 19 ปี	0.9	0.8
	ระหว่าง 20 - 29 ปี	17.5	21.9
	ระหว่าง 30 – 39 ปี	22.8	26.5
	ระหว่าง 40 – 49 ปี	20.7	20.7
	ระหว่าง 50 – 59 ปี	16.3	22.0
	ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	0.0	8.2
พยาบาลแบบเต็มเวลา	ระหว่าง 20 - 29 ปี	4.5	8.1
	ระหว่าง 30 – 39 ปี	17.5	25.1
	ระหว่าง 40 – 49 ปี	30.0	27.6

	ระหว่าง 50 – 59 ปี	39.9	30.8
	ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	9.9	8.3
พยาบาลแบบบางเวลา	ระหว่าง 20 - 29 ปี	5.0	9.8
	ระหว่าง 30 – 39 ปี	25.0	30.5
	ระหว่าง 40 – 49 ปี	22.1	21.6
	ระหว่าง 50 – 59 ปี	16.5	16.2
	ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	31.3	21.8

ที่มา: Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government

ประเด็นที่ 9: รายได้ของผู้ให้การดูแลและพยาบาลในสถานบริการ

รายได้ หมายรวมถึง เงินเดือน ค่าจ้างทำงานล่วงเวลา และการทำงานในช่วงเวลากลางคืน ไม่รวมโบนัส และยังไม่ได้หักภาษี ตารางที่ 4.9 แสดงรายได้ของผู้ให้การดูแลและพยาบาลใน SNH และ HCFE

ตารางที่ 4.9: รายได้ของผู้ให้การดูแลและพยาบาลในสถานบริการ

ประเภทของบุคลากร	SNH	HCFE
ผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลา	3,877,000 เยนต่อปี	3,414,000 เยนต่อปี
ผู้ให้การดูแลแบบบางเวลา	1,014 เยนต่อชั่วโมง	1,063 เยนต่อชั่วโมง
พยาบาลแบบเต็มเวลา	4,971,000 เยนต่อปี	4,924,000 เยนต่อปี
พยาบาลแบบบางเวลา	1,605 เยนต่อชั่วโมง	1,637 เยนต่อชั่วโมง

ที่มา: Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government

ประเด็นที่ 10: ปัญหาของสถานบริการ

ตารางที่ 4.10 รายงานปัญหาของสถานบริการที่ผู้อำนวยการสถานบริการระบุว่าเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วน สถานบริการแต่ละแห่งระบุปัญหาได้เพียงหนึ่งปัญหา ซึ่งปรากฏว่าปัญหาของการมีแหล่งกำลังคนที่ไร้เสถียรภาพเป็นปัญหาหลักของ SNH และ HCFF

ตารางที่ 4.10: ปัญหาสำคัญเร่งด่วนของสถานบริการ

ปัญหาสำคัญเร่งด่วน	SNH (ร้อยละ)	HCFE (ร้อยละ)
การมีแหล่งกำลังคนที่ไร้เสถียรภาพ	73.3	72.2
การเงิน	13.2	13.9
การรักษาบุคลากรไว้ให้ได้	8.0	10.2
อาคารสถานที่	4.5	1.9
อื่นๆ	0.3	0.0
ไม่ตอบ	0.6	1.9

ที่มา: Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government

ประเด็นที่ 11: สาเหตุของปัญหาการมีแหล่งกำลังคนที่ไร้เสถียรภาพและแนวทางแก้ไข

ผู้อำนวยการสถานบริการรุบุว่าสาเหตุของปัญหาการมีแหล่งกำลังคนที่ไร้เสถียรภาพมาจากการจ่ายค่าจ้างต่ำ (ร้อยละ 80) และงานหนัก (ร้อยละ 70) เหตุผลที่ทำให้ต้องจ่ายค่าจ้างต่ำมาจากสองปัจจัยหลัก ได้แก่ การกำหนดค่าตอบแทนให้แก่บุคลากรที่ต่ำ (ร้อยละ 98) และการใช้จ่ายด้านอื่นที่เพิ่มขึ้นจนต้องตัดทอนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร (ร้อยละ 54.6 – 71.2) แนวทางการแก้ไขปัญหาที่สำคัญสองประการคือ การปรับปรุงดูแลสภาพการทำงานของบุคลากร (ร้อยละ 76 – 76.9) และการจ้างงานที่เป็นแบบระยะยาว/ที่มั่นคง (ร้อยละ 50.9 – 59.7) ตารางที่ 4.11 – 4.13 รายงานผลการสำรวจสาเหตุของปัญหาการมีแหล่งกำลังคนที่ไร้เสถียรภาพ เหตุผลที่ต้องจ่ายค่าจ้างต่ำ และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ตารางที่ 4.11: สาเหตุของปัญหาการมีแหล่งกำลังคนที่ไร้เสถียรภาพ

สาเหตุหลัก	SNH (ร้อยละ)	HCFE (ร้อยละ)
เงินเดือนต่ำ	80.1	84.6
งานหนัก	70.6	73.1
เงินเดือนของงานอื่นสูงกว่า	66.0	64.4
งานไม่มีอนาคต	33.0	40.4
คนหนุ่มสาวไม่สนใจงานนี้	35.9	26.0
ไม่มีคนหนุ่มสาวในพื้นที่	5.2	2.9

หมายเหตุ: สถานบริการแต่ละแห่งตอบได้ถึง 3 คำตอบ

ที่มา: Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government

ตารางที่ 4.12: เหตุผลที่ต้องจ่ายค่าจ้างต่ำ

เหตุผลหลัก	SNH (ร้อยละ)	HCFE (ร้อยละ)
การกำหนดค่าตอบแทนให้บุคลากรที่ต่ำ	98.0	98.1
การใช้จ่ายด้านอื่นที่เพิ่มขึ้นจนต้องตัดทอนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร	54.6	71.2
ระยะเวลาในการทำงานของบุคลากรสั้น	39.2	35.6
มีการจ้างบุคลากรแบบบางเวลาเพิ่มขึ้น	43.8	29.8
ใบประกอบวิชาชีพที่อนุญาตให้บุคลากรทำงานได้ในระดับที่ต่ำกว่าที่สถานบริการต้องการให้ทำ	9.5	21.2

ที่มา: Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government

ตารางที่ 4.13: แนวทางการแก้ไขปัญหา

แนวทางการแก้ไขปัญหา	SNH (ร้อยละ)	HCFE (ร้อยละ)
ปรับปรุงดูแลสภาพการทำงานของบุคลากร	76.0	76.9
จ้างงานที่เป็นแบบระยะยาว/ที่มั่นคง	59.7	50.9
ให้โอกาสในการฝึกอบรมมากขึ้น	45.4	49.1
สร้างสภาพการทำงานให้สอดคล้องกับชีวิตครอบครัวของบุคลากร	38.3	39.8
พัฒนาการฝึกอบรมระหว่างการทำงานให้ดีขึ้น	45. 4	32.7
สนับสนุนให้ศึกษาเพิ่มเติมจนได้รับคุณวุฒิที่เหมาะสมกับงาน	17.9	29.6

หมายเหตุ: สถานบริการแต่ละแห่งตอบได้ถึง 3 คำตอบ

ที่มา: Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government

ประเด็นที่ 12: อัตราการใช้บริการของสถานบริการ

อัตราการใช้บริการของสถานบริการทั้งใน SNH และ HCFE ใกล้เคียงกัน โดยเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 95 และร้อยละ 94.5 ตามลำดับ ตารางที่ 4.14 แสดงอัตราการใช้บริการของสถานบริการจำแนกตามเขต ขนาด และประเภทของห้องพัก

ตารางที่ 4.14: อัตราการใช้บริการของสถานบริการจำแนกตามเวลา ขนาด และประเภทของห้องพัก

สถานบริการจำแนกตาม		SNH (ร้อยละ)	HCFE (ร้อยละ)
เขต	Tokubetsuku	94.4	93.4
	Tokukouchi	95.1	95.1

	Otsuchi	96.5	97.0
	Gunbu	95.4	94.3
	Islands	94.8	-
ขนาด	ต่ำกว่า 69 คน	94.3	92.1
	ระหว่าง 70 – 99 คน	95.4	95.7
	100 คน	94.5	93.6
	101 – 150 คน	95.0	95.4
	มากกว่า 150 คน	96.2	97.8
ประเภทของห้องพัก	ห้องรวม	95.1	94.5
	ห้องเดี่ยวแบบเดิม	90.6	-
	ห้องเดี่ยวแบบใหม่	95.3	-
	Semi-private rooms	95.3	98.0
	Semi-traditional private rooms	95.0	94.5

ที่มา: Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government

ประเด็นที่ 13: ความสมดุล (งบดุล) ของรายได้และรายจ่าย

การเปรียบเทียบส่วนต่างของรายได้และรายจ่ายระหว่างปี 2004 และ 2006 พบว่าทั้ง SNH และ HCFE มีส่วนต่างนี้ลดลง SNH มีส่วนต่างนี้ในปี 2006 เป็นร้อยละ 3.56 ลดลงจากร้อยละ 6.44 ในปี 2004 และ HCFE มีส่วนต่างนี้ในปี 2006 เป็นร้อยละ 6.62 ลดลงจากร้อยละ 7.74 ในปี 2004 ตารางที่ 4.15 แสดงร้อยละของส่วนต่างนี้ของสถานบริการจำแนกตามเขต ขนาด และประเภทของห้องพักในปี 2004 และ 2006

ตารางที่ 4.15: ร้อยละของส่วนต่างระหว่างรายได้และรายจ่ายของสถานบริการจำแนกตามเขต ขนาด และประเภทของห้องพัก

สถานบริการจำแนกตาม		SNH (ร้อยละ)		HCFE (ร้อยละ)	
		2006	2004	2006	2004
เขต	Tokubetsuku	2.56	6.23	6.32	8.72
	Tokukouchi	5.03	6.37	7.5	8.12
	Otsuchi	4.89	7.29	5.47	7.04
	Gunbu	2.17	5.0	2.05	-15.19
	Islands	3.8	8.25	-	-
ขนาด	ต่ำกว่า 69 คน	2.66	5.54	3.47	3.61
	ระหว่าง 70 – 99 คน	3.45	6.25	7.33	11.31
	100 คน	5.47	9.81	3.82	5.09
	101 – 150 คน	3.31	5.86	11.35	11.72
	มากกว่า 150 คน	5.12	7.73	11.47	8.56
ประเภทของห้องพัก	ห้องรวม	4.26	6.6	8.49	17.31
	ห้องเดี่ยวแบบเดิม	8.01	7.77	-	-
	ห้องเดี่ยวแบบใหม่	0.87	7.21	-	-
	Semi-private rooms	11.7	17.11	-1.67	3.42
	Semi-traditional private rooms	3.17	6.08	6.63	7.57

ที่มา: Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government

ประเด็นที่ 14: อัตราส่วนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร

อัตราส่วนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดเพิ่มขึ้นระหว่างปี 2004 และ 2006 SNH มีอัตราส่วนนี้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.42 ในปี 2004 มาเป็นร้อยละ 72.22 ในปี 2006 และ HCFE มีอัตราส่วนนี้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63.69 ในปี 2004 เป็นร้อยละ 66.28 ในปี 2006 ตารางที่ 4.16 แสดง

ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรเทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของสถานบริการจำแนกตามเขต ขนาด และประเภทของห้องพักในปี 2004 และ 2006

ตารางที่ 4.16: ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรเทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของสถานบริการจำแนกตามเขต ขนาด และประเภทของห้องพัก

สถานบริการจำแนกตาม		SNH (ร้อยละ)		HCFE (ร้อยละ)	
		2006	2004	2006	2004
เขต	Tokubetsuku	73.32	69.95	65.47	61.89
	Tokukouchi	71.38	69.3	67.62	65.52
	Otsuchi	70.43	68.35	64.99	63.41
	Gunbu	72.67	68.69	62.72	71.46
	Islands	73.05	69.29	-	-
ขนาด	ต่ำกว่า 69 คน	73.79	70.6	70.54	69.28
	ระหว่าง 70 – 99 คน	72.22	70.19	68.55	62.17
	100 คน	70.12	65.7	64.97	63.49
	101 – 150 คน	72.2	69.41	64.78	62.29
	มากกว่า 150 คน	70.4	68.09	64.17	62.85
ประเภทของห้องพัก	ห้องรวม	71.88	69.54	66.7	58.1
	ห้องเดี่ยวแบบเดิม	65.62	67.76	-	-
	ห้องเดี่ยวแบบใหม่	68.5	69.01	-	-
	Semi-private rooms	65.79	58.59	70.89	65.82
	Semi-traditional private rooms	72.48	69.65	65.94	63.85

ที่มา: Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government

ประเด็นที่ 15: การแลกเปลี่ยนบุคลากรระหว่างสถานบริการ

สถานบริการส่วนใหญ่ไม่มีการแลกเปลี่ยนบุคลากรระหว่างสถานบริการร้อยละ 67.4 ของ SNH และ ร้อยละ 67.6 ของ HCFE ไม่มีการแลกเปลี่ยนบุคลากรระหว่างสถานบริการ ในกรณีที่มีการแลกเปลี่ยนบุคลากรระหว่างสถานบริการ ในกรณีที่มีการแลกเปลี่ยนบุคลากรระหว่างสถานบริการ การแลกเปลี่ยนในช่วงเวลาสั้น (ประมาณ 1 สัปดาห์) มีสัดส่วนที่สูงที่สุด (ร้อยละ 59.4 ใน SNH และร้อยละ 42.4 ใน HCFE) ตามด้วยการแลกเปลี่ยนในระยะปานกลาง (น้อยกว่า 1 ปี) (ร้อยละ 21.9 ใน SNH และร้อยละ 18.2 ใน HCFE) และการแลกเปลี่ยนในระยะยาว (มากกว่า 1 ปี) มีสัดส่วนน้อยที่สุด (ร้อยละ 15.6 ใน SNH และร้อยละ 24.2 ใน HCFE) เมื่อถามสถานบริการที่ไม่มีการแลกเปลี่ยนบุคลากรระหว่างสถานบริการว่าเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการแลกเปลี่ยนบุคลากรระหว่างสถานบริการหรือไม่ ร้อยละ 68.2 ของ SNH และร้อยละ 53.4 ของ HCFE ตอบว่าเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการแลกเปลี่ยนบุคลากรระหว่างสถานบริการ

4.2 การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่ Japan International Corporation of Welfare Services

Japan International Corporation of Welfare Services (JICWELS) ตั้งอยู่ที่ชั้น 10 ของอาคาร Shinjuku Takasago เลขที่ 16 – 5 Tomihisa – Cho Shinjuku – ku, Tokyo เป็นองค์กรกึ่งราชการที่จัดตั้งขึ้นภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่น ภารกิจหลักของ JICWELS คือการให้ความช่วยเหลือด้านบริการสุขภาพแก่ประเทศที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะในเรื่องการสร้างศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศกำลังพัฒนา

เนื่องด้วยความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจ (EPA) ระหว่างประเทศญี่ปุ่นกับอินโดนีเซียและญี่ปุ่นกับฟิลิปปินส์เกี่ยวข้องกับการอนุญาตให้พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์เข้ามาทำงานเป็นพยาบาลและผู้ให้การดูแล (care workers) ในโรงพยาบาลและสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ รัฐบาลญี่ปุ่นได้มอบหมายให้ JICWELS เป็นตัวแทนของภาครัฐและเอกชนของประเทศญี่ปุ่นในการเจรจาเงื่อนไขหลักเกณฑ์และกฎระเบียบในการรับพยาบาลจากทั้งสองประเทศเข้ามาทำงานในประเทศญี่ปุ่น

JICWELS จะทำหน้าที่ประกาศให้หน่วยงานและองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนทราบว่าต้องการพยาบาลจากประเทศทั้งสองนี้มาทำงานหรือไม่ หน่วยงานและองค์กรที่ต้องการแสดงความจำนงพร้อมกับจ่ายค่าดำเนินการให้กับ JICWELS ตามที่กำหนดไว้ JICWELS จะรวบรวมความต้องการไปแจ้งกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับประเทศทั้งสอง ตลอดจนเงื่อนไขกฎระเบียบของประเทศญี่ปุ่นให้ทราบ

หลังจากที่ประเทศอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ได้ผู้ที่สมัครมาทำงานในประเทศญี่ปุ่นแล้ว จะต้องส่งข้อมูลของบุคคลเหล่านั้นให้กับ JICWELS เพื่อคัดเลือกและกลั่นกรองอีกครั้งหนึ่ง

คณะวิจัยได้เดินทางไปที่ JICWELS และได้พบกับ Mr Hiroya Yaguchi ซึ่งมีตำแหน่งเป็น Programme Coordinator Acceptance Support for Foreign Professional Department เขามีหน้าที่รับผิดชอบในการคัดเลือกพยาบาลและผู้ให้การดูแลชาวอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ให้กับโรงพยาบาลและสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภายใต้ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจระหว่างประเทศญี่ปุ่นและอินโดนีเซียกับฟิลิปปินส์ เขาได้ให้ข้อมูลพื้นฐานว่าผู้ที่ผ่านการคัดเลือกโดย JICWELS แล้วจะได้รับเงินค่าเดินทางและ Visa โดยที่พยาบาลเหล่านี้จะเข้ารับการฝึกอบรมด้านภาษาญี่ปุ่นเป็นระยะเวลา 6 เดือน หลังจากนั้นจึงไปทำงานเป็นผู้ช่วยพยาบาลและผู้ให้การดูแลในสถานบริการต่างๆ เป็นเวลา 3 ปีสำหรับผู้ที่ต้องการเป็นพยาบาลและ 4 ปีสำหรับผู้ที่ต้องการเป็นผู้ให้การดูแล เมื่อครบกำหนดเวลาแล้ว พยาบาลและผู้ให้การดูแลทุกคนต้องเข้าสอบระดับชาติ (National examination) เพื่อขอรับใบอนุญาตการทำงานเป็นพยาบาลและผู้ให้การดูแลเหมือนกับพยาบาลและผู้ให้การดูแลชาวญี่ปุ่นที่ต้องสอบให้ผ่านเพื่อได้รับใบอนุญาต ผู้ที่สอบผ่านจะได้รับ Visa ในการทำงานในประเทศญี่ปุ่นตามระยะเวลาที่ต้องการ สำหรับผู้ที่สอบไม่ผ่านต้องกลับไปประเทศตน (นั่นคือไม่ได้รับ Visa) JICWELS จะรับผิดชอบพยาบาลต่างชาติตั้งแต่ต้นจนสอบผ่านหรือไม่ผ่าน

ในเรื่องอัตราเงินเดือนที่พยาบาลและผู้ให้การดูแลชาวต่างชาติได้รับ เขาอธิบายว่าโดยปกติพยาบาลและผู้ให้การดูแลที่ผ่านการทดสอบแล้ว (เป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ) จะได้รับเงินเดือนตามอัตราปกติ นั่นคือ ประมาณ 250,000 เยนต่อเดือน แต่พยาบาลและผู้ให้การดูแลที่ยังไม่ได้ผ่านการทดสอบไม่สามารถรับเงินเดือนในอัตรานี้ได้ อัตราเงินเดือนที่เหมาะสมเป็นอัตราเงินเดือนที่ทาง JICWELS ได้เจรจาระหว่างผู้บริหารสถานบริการและเจ้าหน้าที่ด้านแรงงานของประเทศอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ ซึ่งผลการเจรจาได้ข้อสรุปตรงที่พยาบาลต่างชาติของทั้งสองประเทศจะได้รับเงินเดือนขั้นต้นเป็น 151,000 เยนต่อเดือน และผู้ให้การดูแลของทั้งสองชาติจะได้รับเงินเดือนขั้นต้นเป็น 147,000 เยนต่อเดือน ไปจนกว่าจะสอบได้แล้วจึงปรับเป็นอัตราเงินเดือนปกติเหมือนกับบุคลากรทั้งสองประเภทที่เป็นชาวญี่ปุ่นได้รับ

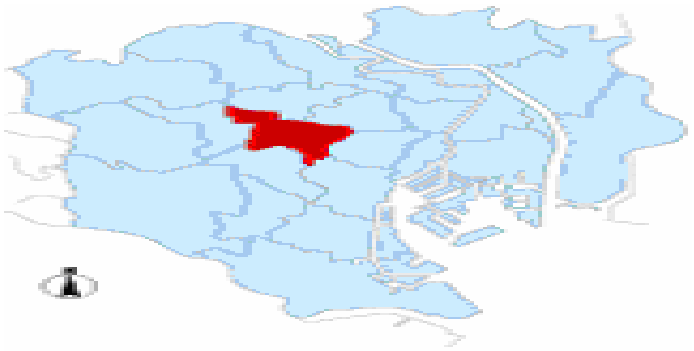
เขาเพิ่มเติมอีกว่า JICWELS ได้เรียกเก็บเงินค่าบริการในการคัดกรองพยาบาลและผู้ให้การดูแลชาวอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์จากสถานบริการที่ต้องการบุคลากรชาวต่างชาติ โดยเฉลี่ยแล้วสถานบริการต้องจ่ายเงินเป็นจำนวนอย่างน้อย 360,000 เยนต่อบุคลากรหนึ่งคน เงินส่วนหนึ่ง (เกินกว่าครึ่ง) จะเป็นค่าเล่าเรียนภาษาญี่ปุ่นของชาวต่างชาติที่ใช้เวลาประมาณ 6 เดือน

อย่างไรก็ตาม หากพยาบาลต่างชาติสอบไม่ผ่านเป็นจำนวนมาก จะส่งผลต่อภาพลักษณ์ของ JICWELS เป็นอย่างมาก เนื่องด้วยหน่วยงานและองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนฝากความหวังและคาดหวังว่า JICWELS ควรมีหลักเกณฑ์ในการคัดกรองพยาบาลที่มีความสามารถสูงมาทำงานในประเทศญี่ปุ่น ตลอดจนได้จ่ายเงินเป็นจำนวนมากให้กับ JICWELS เป็นค่าฝึกอบรมภาษาญี่ปุ่นและการเพิ่มทักษะด้านการพยาบาลและการให้การดูแลของพยาบาลต่างชาติอย่างครบถ้วน นั่นหมายความว่า หากพยาบาลต่างชาติชุดแรกมีผลการสอบที่ไม่ดี JICWELS อาจต้องทบทวนการคัดกรองพยาบาลต่างชาติให้มีความเข้มงวดมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการจัดส่งพยาบาลไทยไปทำงานในประเทศญี่ปุ่นในอนาคตตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจระหว่างประเทศญี่ปุ่นกับไทย

เมื่อถามเขาถึงข้อแนะนำในการเตรียมตัวของผู้สมัครมาทำงานของพยาบาลไทยตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจระหว่างประเทศญี่ปุ่นและไทย เขาตอบว่าพยาบาลไทยน่าจะมีศักยภาพในการทำงานในประเทศญี่ปุ่น ส่วนเรื่องที่จะเป็นปัญหาสำคัญคือการเรียนภาษาญี่ปุ่น เขาเสนอว่าผู้สมัครมาทำงานควรเรียนภาษาญี่ปุ่นในประเทศไทยมาบ้าง นอกจากนี้ เงื่อนไขในการคัดเลือกของหน่วยงานของเขาในอนาคตอาจจะนำประวัติการเรียนภาษาญี่ปุ่นของผู้สมัครมาเป็นหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกเพิ่มเติมอีก นอกจากนี้ เขายังเสริมอีกว่าหากความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจระหว่างประเทศญี่ปุ่นและไทยเพิ่มเงื่อนไขให้ผู้ประกอบการของไทยสามารถดำเนินธุรกิจสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุได้ จะทำให้การคัดเลือกผู้สมัครมีปัญหาลดลง เนื่องด้วยผู้ประกอบการไทยจะต้องเป็นผู้ลงทุนการฝึกภาษาญี่ปุ่นและรับผิดชอบการทดสอบของผู้สมัคร ซึ่งอาจจะเตรียมตัวเรื่องดังกล่าวในประเทศไทยก่อนที่จะมาที่ประเทศญี่ปุ่น และจะทำให้ต้นทุนของสถานบริการลดลง โดยจะเป็นประโยชน์กับระบบบริการสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นเนื่องจากค่าใช้จ่ายที่ลดลง

4.3 การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เขต Shinjuku

เขตชินจุกุตั้งอยู่ใกล้ศูนย์กลางของเขตการปกครองพิเศษทั้ง 23 แห่งในจังหวัดโตเกียว และติดกับเขตจิโยะดะ เขตมินะโตะ เขตบุงเกียว เขตโทะชิมะ เขตนะกะโนะ และเขตชิบุยะ ทั้งนี้เขตชินจุกุมีพื้นที่ทั้งหมด 18.23 ตารางกิโลเมตร โดยวัดระยะทางจากทิศตกไปทางตะวันออกของเมืองยาว 6.5 กิโลเมตร จากทิศเหนือไปทิศใต้ยาว 6.3 กิโลเมตร และมีเส้นรอบวงยาว 29.4 กิโลเมตร โดยถือเป็นเมืองที่มีอาณาเขตใหญ่เป็นอันดับที่ 13 ใน 23 เขตปกครองพิเศษของโตเกียว (ดูรูปต่อไปนี้)



ประชากรของเขตชินจุกุมีทั้งหมด 314,592 คน โดยแยกเป็นประชากรที่เป็นคนท้องถิ่น จำนวน 281,037 คน (แยกเป็น ชาย 140,609 คน หญิง 140,428 คน) เป็นประชากรต่างชาติจำนวน 33,555 คน (แยกเป็นชาย 15,990 คน หญิง 17,565 คน) มีจำนวนครัวเรือนทั้งหมด 167,985 ครัวเรือน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม 2552)

คณะวิจัยได้เดินทางไปที่ที่ว่าการเขต Shinjuku และได้พบกับ Mr Yata Kazuo ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ดูแลสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของเขต Shinjuku คณะวิจัยได้สัมภาษณ์เขาถึงเรื่องภาระหน้าที่ของพยาบาลและผู้ให้การดูแล และเงินเดือนและการขึ้นเงินเดือนของบุคลากรทั้งสองประเภท ซึ่งเป็นประเด็นที่จะใช้ในการวิเคราะห์ของการศึกษานี้

Mr Yata Kazuo กล่าวว่า ผู้ให้การดูแลจะต้องมีจำนวนมากเพื่อดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง ขณะที่พยาบาลจะมีจำนวนน้อย เนื่องจากพยาบาลจะเป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือทางอ้อมแก่ผู้ป่วย ดังนั้น สัดส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วยจึงเป็นดังนี้

1. จำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ 1 คน ถึง 30 คน จะมีพยาบาล 1 คน
2. จำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ 30 คน ถึง 70 คน จะมีพยาบาล 2 คน
3. จำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ 70 คน ถึง 130 คน จะมีพยาบาล 3 คน
4. จำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ 130 คนขึ้นไป จะมีพยาบาล 4 คน

ภาระหน้าที่ของผู้ให้การดูแลและพยาบาลสามารถประเมินได้จากระดับความจำเป็นต่อบริการของผู้ป่วยที่สถานบริการได้รับเข้ามา Shinjuku City Long-term Care Insurance Division กำหนดให้มี 6 ขั้นตอนในการคัดเลือกผู้สูงอายุเข้าพักในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (ทั้งที่เป็นแบบ Special Nursing Homes หรือ SNH และ Health Care Facility for the Elderly หรือ HCFE) โดยขึ้นอยู่กับระดับบริการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ คณะวิจัยได้สอบถามว่าหลักเกณฑ์เช่นนี้เป็นมาตรฐานที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆนำใช้ในการคัดเลือกผู้สูงอายุเข้าพักสถานบริการดูแล

ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเช่นเดียวกับที่นี้หรือไม่ เจ้าหน้าที่ได้ตอบว่าส่วนใหญ่จะเหมือนกัน แต่อาจมีรายละเอียดแตกต่างกันไปตามแต่ดุลยพินิจของผู้บริหารแต่ละท้องที่

ขั้นตอนแรก เป็นการยื่นใบสมัครขอรับบริการดูแลระยะยาว (long – term care) ต่อ Shinjuku City Office บุคคลที่ต้องการบริการดูแลระยะยาวหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่ต้องการบริการยื่นใบสมัครที่ the General Consultation Center for the Elderly ในที่ว่าการเมือง Shinjuku โดยมีเอกสารประกอบ 3 ฉบับคือ 1) ใบคำร้องขอรับบริการดูแลระยะยาว 2) กรมธรรม์ Long – Term Care Insurance 3) กรมธรรม์ Health Insurance (ในกรณีที่มีการประกันสุขภาพแบบ Class 2)

ขั้นตอนที่สอง เป็นการสัมภาษณ์ผู้สมัครรับบริการและสมาชิกครอบครัวของผู้สมัคร ซึ่งเน้นเรื่องสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สมัคร โดยตัวแทนของ Shinjuku City หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ขั้นตอนที่สาม เป็นการให้ความเห็นเบื้องต้นของตัวแทนหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายในการสัมภาษณ์ผู้สมัคร ซึ่งเน้นเรื่องระยะเวลาของบริการดูแลระยะยาวที่จำเป็นของผู้สมัคร

ขั้นตอนที่สี่ เป็นการรายงานของแพทย์ประจำครอบครัวผู้สมัครที่ต้องให้รายละเอียดสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สมัคร ในกรณีที่ผู้สมัครไม่มีแพทย์ประจำครอบครัว Shinjuku City จะกำหนดให้แพทย์ในสังกัดตรวจสุขภาพและทำรายงานผลการตรวจสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สมัคร

ขั้นตอนที่ห้า the Long – Term Care Approval Board จะนำข้อมูลจากรายงานต่างๆ ข้างต้นทั้งหมดมากำหนดประเภทของบริการการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับผู้สมัคร

ขั้นตอนสุดท้าย เป็นการตัดสินประเภทของบริการดูแลระยะยาวและระยะเวลาที่ผู้สมัครควรได้รับ ผลการตัดสินอยู่ใน 3 กลุ่ม กลุ่มแรกคือผู้สมัครไม่มีความจำเป็นต่อบริการดูแลระยะยาว (นั่นคือ ผู้สมัครยังช่วยตัวเองได้อยู่) กลุ่มที่สองคือ ผู้สมัครต้องการการสนับสนุน (Support Required) ซึ่งมีสองระดับและไม่จำเป็นต้องเข้าพักในบ้านคนชรา และกลุ่มสุดท้ายคือผู้สมัครจำเป็นต้องได้รับบริการดูแลระยะยาวในบ้านพักคนชรา ซึ่งมีอยู่ถึง 5 ระดับตามความรุนแรงของปัญหาสุขภาพร่างกายและจิตใจ ประเภทของบริการดูแลระยะยาวของผู้สมัครที่ได้รับการตัดสินจะครอบคลุม 6 เดือน และสามารถต่อไปเป็น 12 เดือน และอาจจะขยายเวลาไปเป็น 24 เดือนได้ รายละเอียดของการสนับสนุนที่ต้องการและการดูแล 5 ระดับเป็นดังต่อไปนี้

ประเภทของบริการดูแลระยะยาว	ลักษณะของผู้สูงอายุ
การสนับสนุนระดับที่ 1	การทำงานของร่างกายบางอย่างช้าลง แต่สามารถแก้ไขปรับปรุงได้ด้วยการให้บริการป้องกัน
การสนับสนุนระดับที่ 2	การเสื่อมถอยของการทำงานของร่างกายเห็นได้ชัด การให้บริการป้องกันสามารถปรับปรุงแก้ไขปัญหาได้
การดูแลระดับที่ 1	ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง และต้องการความช่วยเหลือบางส่วนในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ
การดูแลระดับที่ 2	ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง และต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ
การดูแลระดับที่ 3	ผู้สูงอายุมีความยากลำบากที่จะยืนและเดินหากปราศจากความช่วยเหลือ และต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ
การดูแลระดับที่ 4	ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะยืนและเดินได้ และต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ
การดูแลระดับที่ 5	ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการสื่อสาร และต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในทุกด้านของการดำรงชีพ รวมทั้งการกินอาหาร

Mr Yata Kozuo กล่าวว่าสถานบริการแห่งนี้มีการจ้างงาน 3 ประเภท (นั่นคือ การจ้างงานแบบตลอดชีพ การจ้างงานแบบบางเวลา และการจ้างงานแบบมีสัญญา) นอกจากความแตกต่างในเรื่องอัตราเงินเดือนแล้ว การจ้างงานแบบตลอดชีพจะมีสวัสดิการต่างๆ ให้ (เช่น การประกันสุขภาพ การประกันการทำงาน การประกันชราภาพ ฯลฯ) ขณะที่การจ้างงานแบบมีสัญญาจะไม่ได้รับสวัสดิการเหล่านั้น การจ่ายค่าจ้างให้แก่ผู้ให้การดูแล (care workers) และพยาบาลในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้การดูแลของ Shinjuku City จะอยู่ในตารางค่าจ้างประเภทบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ของ Shinjuku City ระบุว่าบุคลากรทั้งสองประเภทจะอยู่ในกลุ่มพยาบาลที่มี

คุณวุฒิสองประการร่วมกันคือ 1) สำเร็จการศึกษาจากสถาบันอุดมศึกษา 2) หลักสูตรการศึกษา 3 ปี (ในระบบการศึกษาของญี่ปุ่น ซึ่งเทียบเท่ากับระดับปริญญาตรี) ตารางค่าจ้างสำหรับบุคลากรทุกประเภทประกอบด้วยสองส่วนคือ 1) ระดับ (level) 2) ชั้น (class) ตารางค่าจ้างสำหรับบุคลากรทางการแพทย์มี 7 ระดับ แต่ละระดับจะมีชั้นจำนวน 25 – 35 ชั้น นอกจากนี้ ในแต่ละชั้นจะมีชั้นย่อยอีก 4 ชั้นย่อย บุคลากรทั้งสองประเภทที่ทำงานในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจะเริ่มที่ระดับ 1 ชั้น 6 การปรับค่าจ้างจะเลื่อน 1 ชั้น จนถึงชั้นสูงสุดที่ชั้น 29 บุคลากรสามารถปรับขึ้นระดับได้ด้วยการสอบเมื่อครบเวลาที่อยู่ในระดับนั้นๆ ตามที่กำหนด ซึ่งจะทำให้ค่าจ้างเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ตารางที่ 4.17 แสดงค่าจ้างของผู้ให้การดูแลและพยาบาลในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภายใต้สังกัดของ Shinjuku City ซึ่งเริ่มใช้มาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2007

ตารางที่ 4.17: ค่าจ้างของผู้ให้การดูแลและพยาบาลในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภายใต้สังกัดของ Shinjuku City

ชั้น	ชั้นย่อย	ระดับ						
		1	2	3	4	5	6	7
1	1	150800	176800	206300	231400	232300	269400	298800
	2	152300	178500	208100	233600	234500	271700	301300
	3	153800	180200	209900	235800	236700	274000	303800
	4	155300	181900	211700	237900	238900	276300	306300
2	5	156700	183400	213600	239900	240900	278500	308900
	6	158200	185100	215400	242100	243100	280800	311500
	7	159700	186800	217200	244300	245300	283100	314100
	8	161200	188500	219000	246400	247500	285400	316700
3	9	162800	190400	221000	248400	249500	287900	319200
	10	164300	192200	222900	250600	251700	290300	321800
	11	165800	194000	224800	252800	253900	292700	324400
	12	167300	195800	226700	255000	256100	295100	327000

4	13	169000	197400	228600	257000	258300	297400	329600
	14	170600	199200	230700	259200	260500	299900	332300
	15	172200	201000	232800	261400	262800	302400	335000
	16	173800	202800	234900	263600	265100	304900	337700
5	17	175300	204500	236800	265800	267300	307400	340200
	18	176900	206300	238900	268100	269600	309900	342900
	19	178500	208100	241000	270400	271900	312400	345600
	20	180100	209900	243100	272700	274200	314900	348300
6	21	181600	211600	245100	274800	276500	317400	351000
	22	183500	213500	247300	277100	278800	320000	353700
	23	185400	215400	249500	279400	281100	322600	356400
	24	187300	217200	251700	281700	283400	325200	359100
7	25	189100	218900	253700	283900	285600	327700	361800
	26	190800	220800	255900	286200	288000	330400	364500
	27	192500	222700	258100	288500	290400	333100	367200
	28	194200	224600	260300	290800	292700	335800	369900
8	29	196100	226300	262500	293200	294900	338400	372600
	30	197900	228400	264700	295600	297400	341100	375300
	31	199700	230500	266900	298000	299900	343800	378000
	32	201500	232600	269100	300400	302300	346500	380700
9	33	203100	234800	271300	302700	304600	349100	383500
	34	204900	237000	273500	305100	307100	351800	386400
	35	206700	239200	275700	307500	309600	354500	389300
	36	208500	241400	277900	309900	312000	357200	392200
10	37	210100	243400	280200	312300	314300	359800	394900
	38	211900	245500	282400	314800	316800	362500	397800
	39	213700	247600	284600	317300	319300	365200	400700
	40	215500	249700	286800	319700	321700	367900	403600

11	41	217200	251800	289100	322000	324000	370600	406400
	42	219000	253900	291300	324400	326500	373300	409400
	43	220800	256000	293500	326800	329000	376000	412400
	44	222600	258100	295700	329200	331500	378700	415400
12	45	224500	260100	297900	331800	333800	381400	418200
	46	226500	262200	300000	334200	336400	384100	421100
	47	228500	264300	302100	336600	339000	386800	424000
	48	230500	266400	304200	339000	341600	389500	426800
13	49	232500	268300	306200	341400	344200	392100	429500
	50	234400	270300	308300	343800	346700	394700	432300
	51	236300	272300	310400	346200	349200	397300	435100
	52	238200	274300	312500	348600	351700	399900	437900
14	53	240200	276300	314500	350800	354100	402300	440500
	54	242100	278400	316600	353100	356600	404900	442800
	55	244000	280500	318700	355400	359100	407500	445100
	56	245800	282500	320800	357700	361600	410100	447300
15	57	247500	284400	322700	360000	363900	412500	449400
	58	249300	286400	324700	362200	366400	415000	451400
	59	251100	288400	326700	364400	368900	417500	453400
	60	252900	290400	328700	366600	371400	420000	455400
16	61	254600	292200	330800	368900	373700	422600	457400
	62	256300	294100	332700	371000	376100	424700	459000
	63	258000	296000	334600	373100	378500	426800	460600
	64	259700	297900	336500	375200	380900	428900	462200
17	65	261500	299900	338200	377100	383200	431100	463900
	66	263200	301800	340000	379000	385500	432800	465300
	67	264900	303700	341800	380900	387800	434500	466700
	68	266600	305600	343600	382800	390100	436200	468100

18	69	268300	307500	345300	384700	392300	438000	469400
	70	270000	309400	347000	386300	394500	439500	470400
	71	271700	311300	348700	387900	396700	441000	471400
	72	273400	313200	350400	389500	398900	442500	472400
19	73	275000	314900	352000	391000	401200	443800	473300
	74	276700	316700	353700	392300	403000	444900	474200
	75	278400	318500	355400	393600	404800	446000	475100
	76	280100	320300	357000	394900	406600	447100	476000
20	77	281700	322100	358500	396000	408200	448100	476800
	78	283300	323500	359900	397000	409700	449100	477500
	79	284900	324900	361300	398000	411200	450100	478200
	80	286500	326300	362700	399000	412700	451100	478900
21	81	288000	327700	364000	400000	414100	452000	479400
	82	289600	329100	365100	401000	415500	452800	480000
	83	291200	330500	366200	402000	416900	453600	480600
	84	292700	331900	367300	403000	418300	454400	481200
22	85	294200	333400	368400	403800	419700	455000	481900
	86	295700	334500	369500	404700	420900	455600	482500
	87	297200	335600	370600	405600	422100	456200	483100
	88	298700	336700	371700	406500	423300	456800	483700
23	89	300200	337900	372600	407500	424300	457500	484300
	90	301500	338900	373500	408200	425300	458100	484900
	91	302800	339900	374400	408900	426300	458700	485500
	92	304100	340900	375300	409600	427300	459300	486100
24	93	305500	342000	376100	410500	428100	459900	486700
	94	306600	342900	376800	411200	428900	460500	487300
	95	307700	343800	377500	411900	429700	461100	487900
	96	308800	344700	378100	412600	430500	461700	488500

25	97	310000	345600	378600	413400	431300	462300	489000
	98	311000	346200	379200	414100	432000	462900	
	99	312000	346800	379800	414800	432700	463500	
	100	313000	347400	380400	415400	433400	464100	
26	101	313800	347800	381000	415900	433900	464700	
	102	314600	348400	381600	416500	434600	465300	
	103	315400	349000	382200	417100	435300	465900	
	104	316200	349600	382700	417700	436000	466500	
27	105	316900	350000	383100	418400	436500	466900	
	106	317600	350500	383600	419000	437200	467400	
	107	318300	351000	384100	419600	437900	467900	
	108	319000	351500	384600	420200	438600	468400	
28	109	319800	352200	385100	420800	439100	468900	
	110	320400	352700	385600	421400	439800	469400	
	111	321000	353200	386100	422000	440500	469900	
	112	321600	353700	386600	422600	441200	470400	
29	113	322300	354000	386900	423200	441700	470900	
	114	322800	354400	387400	423800	442300		
	115	323300	354800	387900	424400	442900		
	116	323800	355200	388400	425000	443500		
30	117	324400	355600	388700	425600	444100		
	118	324800	356000		426200	444700		
	119	325200	356400		426800	445300		
	120	325600	356800		427400	445900		
31	121	326100	357200		428000	446500		
	122				428600	447100		
	123				429200	447700		
	124				429800	448300		

32	125				430300	448900		
	126				430900	449500		
	127				431500	450100		
	128				432100	450700		
33	129				432500	451200		
	130				433100	451800		
	131				433700	452400		
	132				434300	453000		
34	133				434700	453500		
	134				435300			
	135				735900			
	136				436500			
35	137				436900			

ที่มา: Shinjuku City Office

4.4 การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ Eisei

สถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ Eisei ตั้งอยู่ที่ 583-15 Kunugida , Hachioji–shi, Tokyo สถานบริการแห่งนี้อยู่ในเครือ Medical Corporation Eiseikai ซึ่งจะมีโรงพยาบาล Eisei เป็นหลัก โรงพยาบาลแห่งนี้มีขนาด 628 เตียงแบ่งเป็น

- ตึกผู้ป่วยทั่วไป จำนวน 146 เตียง
- ตึกผู้ป่วยพักฟื้นเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ จำนวน 100 เตียง
- ตึกผู้ป่วยทางจิต จำนวน 70 เตียง
- ตึกการรักษาทางการแพทย์ จำนวน 100 เตียง
- ตึกการดูแลพยาบาลผู้ป่วย จำนวน 212 เตียง

Eisei มีสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ 2 แห่งคือ

1. “Imagine” มีจำนวน 130 เตียง และการเยี่ยมบ้าน 50 ราย
2. “ My way Yotsuya” มีจำนวน 100 เตียง และการเยี่ยมบ้าน 30 ราย

นอกจากนี้ ยังมี Home visiting nursing station 4 แห่ง ได้แก่ “Tombow” “Medaka” “Hiban” และ “Iruka” และมี Home Care Support 1 แห่งที่มีชื่อว่า “Katakura”

สถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ Eisei ครอบคลุมการดูแลประชากรของเขต Hachioji–shi (เขตฮาชิโอจิ) เป็นหลัก เขตฮาชิโอจิอยู่ห่างจากใจกลางเมืองโตเกียวไปทางทิศตะวันตกประมาณ 40 กิโลเมตร โดยใช้เวลาเดินทางด้วยรถไฟจากชินจุกุมาฮาชิโอจิประมาณ 40 นาที ทั้งนี้ ภูมิประเทศของเขตฮาชิโอจิมีลักษณะคล้ายกับแอ่งที่ล้อมรอบไปด้วยเทือกเขาที่มีความสูงประมาณ 200-800 เมตรเหนือระดับน้ำทะเล ในทิศเหนือ ทิศตะวันตก และทิศใต้ ส่วนในทางทิศตะวันออกจะเป็นส่วนของที่ราบที่ยาวไปถึงที่ราบคันโต (ดูรูปต่อไปนี้)

ปัจจุบัน เขตฮาชิโอจิกำลังได้รับการพัฒนาให้กลายเป็นเมืองสำคัญของเขตทามะที่มีประชากรอาศัยอยู่ประมาณ 540,006 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 กันยายน 2549) มีพื้นที่ 18,631 ตารางกิโลเมตร มีมหาวิทยาลัยจำนวน 21 แห่ง มีชาวต่างชาติอาศัยในเขตนี้ประมาณ 8,000 คน ในจำนวนนี้ 3,400 คนเป็นนักศึกษาชาวต่างชาติที่เข้ามาศึกษาในระดับอุดมศึกษาในเขตนี้

คณะวิจัยได้เดินทางไปที่สถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ Eisei ได้พบกับ Mrs Miyoko Miyazawa ซึ่งมีตำแหน่งเป็น Corporate Secretariat และ Corporate Adviser ของเครือ Medical Corporation Eiseikai เธอให้ข้อมูลว่าสถานบริการแห่งนี้มีพยาบาลชาวอินโดนีเซียมาทำงานอยู่ 2 คนตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจระหว่างประเทศญี่ปุ่นและอินโดนีเซีย และจะรับพยาบาลชาวฟิลิปปินส์อีก 4 คนตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจระหว่างประเทศญี่ปุ่นและฟิลิปปินส์ในปลายปี 2009 เธอเปิดเผยว่าได้ให้เงินเดือนแก่พยาบาลชาวอินโดนีเซียเป็นจำนวน 165,000 เยนต่อเดือน หากพยาบาลทั้งสองผ่านการทดสอบเมื่อครบกำหนด 3 ปีแล้ว จะได้เงินเดือนเป็น 265,000 เยนต่อเดือน เธอย้ำว่าอัตราเงินเดือนที่ให้แก่พยาบาลต่างชาติสูงกว่าอัตราเงินเดือนที่ให้แก่พยาบาลชาวญี่ปุ่น นอกจากนี้ หากพยาบาลชาวต่างชาติสอบผ่านและมีใบอนุญาตแล้ว จะได้รับสวัสดิการเพิ่มอีก

มากมาย เช่น เงินค่าทำงานล่วงเวลา ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 125 ของเวลาทำงานต่อชั่วโมง การทำงานช่วงกลางคืนจะได้รับค่าตอบแทนมากกว่าร้อยละ 125 ของเวลาที่ทำงานปกติ ค่าเช่าบ้านเดือนละ 10,000 เยน ค่าทำงานอย่างต่อเนื่อง 8,000 เยนต่อเดือน รวมทั้งจะได้ชุดทำงานและการเดินทางมาทำงานฟรี อีกต่างหาก พยาบาลต่างชาติที่ผ่านการสอบจะได้รับการว่าจ้างงานแบบจ้างตลอดชีพ ภาระหน้าที่ของพยาบาลต่างชาติจะเหมือนกับพยาบาลท้องถิ่นโดยมี job description ที่เป็นมาตรฐานซึ่งกำหนดโดยสถานบริการเอง

เธอได้ให้ข้อมูลว่าสถานบริการต้องจ่ายเงินให้กับ JICWELS ในการคัดเลือกพยาบาลชาวต่างชาติมาทำงานในอัตรา 600,000 เยนต่อพยาบาลหนึ่งคน ทั้งนี้ครึ่งหนึ่งจะเป็นค่าเล่าเรียนภาษาญี่ปุ่นของพยาบาลชาวต่างชาติ นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ของ JICWELS ได้มาติดตามความก้าวหน้าในการฝึกภาษาและความเป็นอยู่ของพยาบาลชาวต่างชาติอย่างสม่ำเสมอ

เนื่องจากสถานบริการแห่งนี้เป็นของเอกชนและอยู่ภายใต้เครือโรงพยาบาลใหญ่ ผู้บริหารของเครือโรงพยาบาลแห่งนี้มีเครือข่ายกับสถานพยาบาลในต่างประเทศ รวมทั้งสถานพยาบาลในประเทศไทยด้วย เธอได้บอกว่าโรงพยาบาล Eisei ได้ติดต่อกับโรงพยาบาลสมิติเวชของไทย และได้ร่วมกันคิดโครงการที่จะฝึกอบรมพยาบาลไทยในโรงพยาบาลสมิติเวชให้มีความรู้ภาษาญี่ปุ่น ซึ่งอาจจะส่งมาทำงานในโรงพยาบาล Eisei รวมทั้งสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งนี้ด้วย ซึ่งเดิมทีการขออนุญาตให้พยาบาลต่างชาติเข้าทำงานในประเทศญี่ปุ่นเป็นเรื่องที่ยากลำบาก แต่ในอนาคตอาจจะใช้ช่องทางความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจระหว่างประเทศญี่ปุ่นและไทยอำนวยความสะดวกต่อการคัดเลือกพยาบาลจากประเทศไทยโดยตรงได้

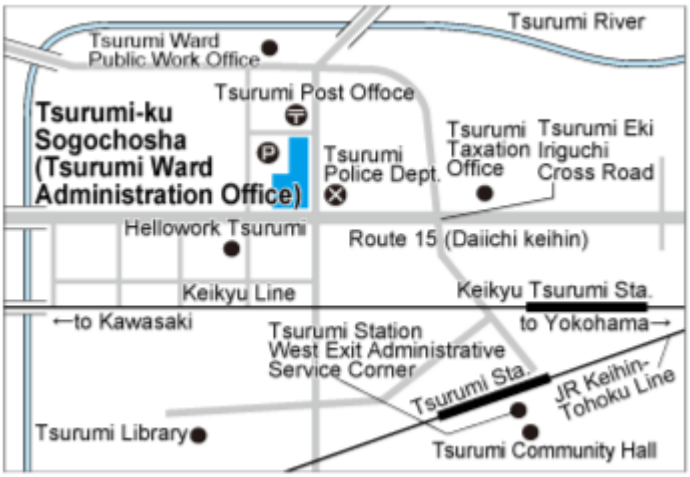
4.5 การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ Shin Tsurumi

สถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ Shin Tsurumi ตั้งอยู่ในเขต Tsurumi ของเมือง Yokohama สถานบริการแห่งนี้เป็นของ Yokohama City Welfare Service Association การบริหารจัดการอยู่ในรูปที่เรียกว่า Social Welfare Corporation สถานบริการแห่งนี้รับผิดชอบดูแลประชากรในเขต Tsurumi-ku เป็นหลัก

เมืองโยโกฮาม่ามีประชากร 3,654,427 คน (ข้อมูล ณ เดือนมกราคม 2552) มีครัวเรือนทั้งหมดจำนวน 1,559,178 ครัวเรือน (ข้อมูล ณ เดือนมกราคม 2552) เมืองโยโกฮาม่า มีพื้นที่ 434.98 ตารางกิโลเมตร และเป็นเมืองที่มีชาวต่างชาติมากที่สุดแห่งหนึ่ง โดยมีชาวต่างชาติจำนวน 77,751 คน (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2551) มีวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยจำนวน 28 แห่ง (ข้อมูล ณ

เดือนเมษายน 2550) มีโรงเรียนนานาชาติจำนวน 10 แห่ง (ข้อมูล ณ เดือนเมษายน 2551) มีสถานบริการทางการแพทย์จำนวน 4,740 แห่ง (ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2548)

เขต Tsurumi-ku เป็นเขตหนึ่งในเมืองโยโกฮาม่า มีประชากร 270,399 คน ครอบคลุมพื้นที่ 33.23 ตารางกิโลเมตร (ดูรูปต่อไปนี้)



คณะวิจัยได้เดินทางไปที่สถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ Shin Tsurumi โดยมีคุณ Kiyohara ซึ่งเป็นผู้บริหารสถานบริการแห่งนี้ได้บรรยายให้ฟังว่า สถานบริการแห่งนี้เปิดทำการตั้งแต่ปี 2000 มีศักยภาพในการรับผู้สูงอายุได้สูงสุดจำนวน 214 คน โดยที่ในขณะนี้มีผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระดับต่างๆ ดังนี้

- การดูแลระดับ 5 จำนวน 97 คน
- การดูแลระดับ 4 จำนวน 68 คน
- การดูแลระดับ 3 จำนวน 31 คน
- การดูแลระดับ 2 จำนวน 16 คน
- การดูแลระดับ 1 จำนวน 1 คน

การคัดเลือกผู้สมัครที่จะขอรับบริการในสถานบริการแห่งนี้อาศัยวิธีการจัดลำดับความจำเป็นของผู้สมัครด้วยระบบการให้คะแนน (point system) โดยมี 4 องค์ประกอบหลักและคะแนนเต็ม (maximum points) ของแต่ละองค์ประกอบดังนี้

1. ระดับของบริการดูแลระยะยาวที่ต้องการ (มีคะแนนสูงสุดเป็น 30 คะแนน) ประกอบด้วย

1.1. ผู้สมัครที่ต้องการบริการดูแลระยะยาวระดับ 5 จะได้รับ 30 คะแนน

1.2. ผู้สมัครที่ต้องการบริการดูแลระยะยาวระดับ 4 จะได้รับ 25 คะแนน

1.3. ผู้สมัครที่ต้องการบริการดูแลระยะยาวระดับ 3 จะได้รับ 20 คะแนน

1.4. ผู้สมัครที่ต้องการบริการดูแลระยะยาวระดับ 2 จะได้รับ 10 คะแนน

1.5. ผู้สมัครที่ต้องการบริการดูแลระยะยาวระดับ 1 จะได้รับ 5 คะแนน

2. ผู้ดูแลผู้สมัครที่บ้าน (มีคะแนนสูงสุดเป็น 40 คะแนน) ประกอบด้วย

2.1. ผู้สมัครไม่มีญาติและผู้ดูแลที่บ้าน จะได้รับ 40 คะแนน

2.2. ผู้สมัครไม่มีผู้ดูแลเนื่องด้วยผู้ดูแลป่วยจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือบ้านพักคนชรา หรือผู้ดูแลอาศัยอยู่ในที่ที่ห่างไกลจากผู้สมัคร จะได้รับ 35 คะแนน

2.3. ผู้สมัครมีผู้ดูแลที่บ้าน แต่ไม่สามารถให้การดูแลอย่างเต็มที่ได้ จะได้รับ 30 คะแนน

2.4. ผู้สมัครมีผู้ดูแลที่บ้าน แต่ผู้ดูแลไม่สามารถสละเวลามาดูแลได้อย่างพอเพียง จะได้รับ 25 คะแนน

2.5. ผู้สมัครมีผู้ดูแลที่บ้าน แต่ผู้สมัครไม่มีเวลามาดูแล จะได้รับ 20 คะแนน

3. การใช้บริการดูแลที่บ้าน (มีคะแนนสูงสุดเป็น 10 คะแนน)

3.1. ผู้สมัครได้ใช้บริการช่วยเหลือที่บ้านมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ จะได้รับ 10 คะแนน

3.2. ผู้สมัครได้ใช้บริการช่วยเหลือที่บ้าน 2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะได้รับ 5 คะแนน

3.3. ผู้สมัครได้ใช้บริการอาบน้ำให้มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จะได้รับ 10 คะแนน

3.4. ผู้สมัครได้ใช้บริการการเยี่ยมบ้านหรือบริการฟื้นฟูที่บ้านมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ จะได้รับ 10 คะแนน

3.5. ผู้สมัครได้ใช้บริการการเยี่ยมบ้านหรือบริการฟื้นฟูที่บ้าน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จะได้รับ 5 คะแนน

3.6. ผู้สมัครได้ใช้บริการทั้งวัน (Day service) หรือบริการฟื้นฟูทั้งวัน (Day service rehabilitation) มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ จะได้รับ 10 คะแนน

3.7. ผู้สมัครได้ใช้บริการทั้งวันหรือบริการฟื้นฟูทั้งวัน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จะได้รับ 5 คะแนน

3.8. ผู้สมัครได้ใช้บริการพักระยะสั้นในบ้านพักคนชรามากกว่า 20 วันใน 3 เดือนล่าสุด จะได้รับ 10 คะแนน

3.9. ผู้สมัครได้ใช้บริการพักระยะสั้นในบ้านพักคนชรา 10 – 19 วันใน 3 เดือนล่าสุด จะได้รับ 5 คะแนน

3.10. ผู้สมัครได้ใช้บริการเยี่ยมไข้กลางคืน (night visits) มาก่อน จะได้รับ 10 คะแนน

3.11. ผู้สมัครมีอาการแบบ dementia ซึ่งได้รับการบริการระหว่างวัน (Daytime care) มาก่อน จะได้รับ 10 คะแนน

3.12. ผู้สมัครได้ใช้บริการแบบ small–scale and multi–functional จากบ้านพักคนชรามาก่อน จะได้รับ 10 คะแนน

4. ลักษณะพิเศษของผู้สมัคร (ผู้สมัครที่มีมากกว่าหนึ่งลักษณะพิเศษ จะได้รับการบวกคะแนนรวมกัน โดยมีคะแนนรวมสูงสุดอยู่ที่ 20 คะแนน)

4.1. ผู้สมัครมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนเนื่องด้วย dementia จนกระทั่งยากลำบากต่อการอาศัยอยู่ในบ้านตนเอง จะได้รับ 3 คะแนน

4.2. ผู้สมัครจำเป็นต้องได้รับหัตถการทางการแพทย์ (medical procedures) จะได้รับ 3 คะแนน

4.3. ผู้สมัครอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมต่อการดูแล จะได้รับ 5 คะแนน

4.4. ผู้สมัครที่อยู่ในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุหรือโรงพยาบาลซึ่งมีความยากลำบากในการกลับไปอาศัยอยู่ที่บ้าน จะได้รับ 3 คะแนน

4.5. ผู้สมัครที่อาศัยในเขต Tsurumi หรือเขต Kanagawa หรือเขต Kohoku ในเมือง Yokohama จะได้รับ 5 คะแนน

4.6. ผู้สมัครที่อาศัยอยู่ในเขตอื่นๆ ของ Yokohama จะได้รับ 3 คะแนน

สถานบริการแห่งนี้มีเจ้าหน้าที่รวมกัน 100 คน โดยแบ่งเป็นพยาบาล จำนวน 8 คน และผู้ให้การดูแลจำนวน 92 คน ซึ่งทำให้สัดส่วนผู้ให้การดูแลต่อผู้สูงอายุเป็น 1 : 2.2 ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานที่ 1 : 3 การจ้างงานจะมี 2 แบบ การจ้างงานแบบตลอดชีพคิดเป็นร้อยละ 60 และการจ้างแบบบางเวลาคิดเป็นร้อยละ 40 นอกจากนี้ การจ้างงานแบบมีสัญญาจะมีจำนวน 8 คน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลซึ่งมีการต่อสัญญาปีต่อปี ค่าจ้างที่สถานบริการแห่งนี้ได้เสนอให้กับผู้ให้การดูแลและพยาบาลใหม่ที่รับเข้าทำงานเป็นดังนี้ (เริ่มใช้เดือนกรกฎาคม 2009)

1. ผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลา ต้องมีวุฒิการศึกษาเป็นผู้ให้การดูแลสูงกว่าระดับที่ 2 และต้องมีใบอนุญาตการเป็นผู้ให้การดูแลหรือใบอนุญาตเป็นนักสังคมสงเคราะห์จะได้รับค่าจ้างเป็น 202,500 เยนต่อเดือน (รวมการทำงานช่วงกลางคืน 4 ครั้งต่อเดือนแล้ว) นอกจากนี้ ยังมีสวัสดิการและการประกันต่างๆ ให้อีกด้วย โบนัสจะมีให้ 2 ครั้งต่อปี

2. พยาบาลเต็มเวลา ประกอบด้วยพยาบาล 2 ประเภท คือ พยาบาลวิชาชีพ (registered nurse) และพยาบาลเฉพาะทางที่ได้รับใบอนุญาต (licensed vocational nurse) ซึ่งได้รับค่าจ้างเป็น 289,000 เยนต่อเดือน และ 244,000 เยนต่อเดือน ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังมีสวัสดิการและการประกันต่างๆ ให้อีกด้วย โบนัสจะมีให้ 2 ครั้งต่อปี

เขาได้ให้รายละเอียดของการจ่ายเงินให้กับ JICWELS ว่าสถานบริการแห่งนี้จ่ายเงิน 600,000 เยนต่อการได้พยาบาลต่างชาติหนึ่งคนเข้ามาทำงานในที่นี่ โดยแบ่งเป็น 1) ค่าสมัครจำนวน 31,500 เยน 2) ค่าบริการจัดการของ JICWELS จำนวน 138,000 เยน 3) ค่าใช้จ่ายให้กับรัฐบาลอินโดนีเซีย จำนวน 35,000 เยน 4) ค่าใช้จ่ายในการเรียนภาษาญี่ปุ่น 346,000 – 378,000 เยน

ผู้บริหารสถานบริการแห่งนี้ตัดสินใจที่จะรับผู้ให้การดูแลชาวต่างชาติเข้ามาทำงานเพราะเชื่อว่าไม่ช้าก็เร็ว ประเทศญี่ปุ่นต้องการบุคลากรด้านบริการสุขภาพจากต่างประเทศมาทดแทนการขาดแคลนกำลังคนด้านบริการสุขภาพ เนื่องด้วยมีประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้บริหารของสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งนี้ได้ใช้ประโยชน์จากความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจระหว่างประเทศญี่ปุ่นกับอินโดนีเซียในการรับผู้ให้การดูแลชาวอินโดนีเซีย 2 คนมาทำงานที่นี่ ผู้ให้บริการชาวอินโดนีเซียทั้งสองเข้ามาทำงานตั้งแต่วันที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ 2008

ผู้ให้การดูแลชาวอินโดนีเซียทั้งสองคนได้รับเงินเดือนเท่ากับผู้ให้การดูแลชาวญี่ปุ่นที่เข้าทำงานใหม่ (ซึ่งยังไม่ได้เข้าสอบเพื่อรับใบอนุญาต) นอกจากนี้ สถานบริการได้ให้การสนับสนุนอย่างอื่นอีก เช่น ค่าเช่าบ้านบางส่วน เฟอร์นิเจอร์ อุปกรณ์ไฟฟ้า เป็นต้น รวมทั้งยังมีอาสาสมัครจากภายนอกมาช่วยแปลภาษาให้อีกเป็นบางเวลา

เจ้าหน้าที่ของสถานบริการกังวลใจกับการสอบของผู้ให้การดูแลชาวอินโดนีเซียทั้งสองเป็นอย่างมาก เนื่องจากหากไม่สามารถสอบผ่านในปีที่สี่ของการทำงานแล้ว เขาทั้งสองต้องกลับประเทศทันที และสถานบริการจะไม่ได้ประโยชน์จากคนทั้งอย่างอย่างเต็มที่ตามที่คาดหวังไว้ Emiko Nakashima ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่อาวุโสของสถานบริการได้กล่าวว่า ผู้ให้การดูแลชาวอินโดนีเซียทั้งสองยังมีปัญหาการใช้ภาษาญี่ปุ่นในการสนทนาประจำวัน แต่ผู้ป่วยสูงวัยชื่นชอบรอยยิ้มและความตั้งใจทำงานของคนทั้งสอง Kimiko Suzuki ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของสถานบริการแห่งนี้ที่ดูแลผู้ให้การดูแลชาวอินโดนีเซียทั้งสองมองในแง่ดีว่าทั้งสองคนน่าจะสอบผ่านได้ แม้ว่าอัตราการสอบผ่านจะอยู่ที่ร้อยละ 50 ทั้งนี้เธอให้เหตุผลประกอบว่าผู้สมัครสอบชาวญี่ปุ่นมักจะเริ่มต้นเตรียมตัวสอบ 6 เดือน ขณะที่ผู้สมัครสอบชาวต่างชาติจะมีเวลาเกือบ 3 ปี

ผู้บริหารสถานบริการแห่งนี้กล่าวว่า การรับพยาบาลต่างชาติมาทำงานสร้างต้นทุนเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก จนกระทั่งในอนาคตไม่คิดว่าจะรับพยาบาลต่างชาติเข้ามาทำงานอีกแล้ว อย่างไรก็ตาม เขาได้เสนอแนะว่าความสำเร็จของการรับพยาบาลชาวต่างชาติมาทำงานในประเทศญี่ปุ่นจะอยู่ที่กระบวนการจับคู่ของผู้สมัครกับสถานบริการ (matching process between applicants and nursing home) โดยเฉพาะในเรื่องข้อมูลของผู้สมัคร สถานบริการควรมีข้อมูลของผู้สมัครและสามารถเลือกผู้สมัครได้ด้วยตนเอง แต่ในขณะนี้ JICWELS เป็นผู้กำหนดให้พยาบาลต่างชาติมาสถานบริการแต่ละแห่งโดยไม่ได้ปรึกษากับสถานบริการก่อน

บทที่ 5
ผลการสำรวจข้อมูลพยาบาลและผลการประมาณการค่าจ้าง

5.1 ผลการสำรวจข้อมูลพยาบาลในโรงพยาบาล

ประเทศไทยมีโรงพยาบาลที่ให้บริการทั่วไปเป็นจำนวน 1,235 แห่ง (ข้อมูลของปีล่าสุดที่มีการสำรวจ) แบ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 927 แห่งและโรงพยาบาลของเอกชนจำนวน 308 แห่ง โรงพยาบาลของรัฐยังแบ่งออกเป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 831 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่นจำนวน 86 แห่ง และโรงพยาบาลของรัฐวิสาหกิจและองค์กรอิสระจำนวน 10 แห่ง

1. โรงพยาบาลศูนย์จำนวน 25 แห่ง ซึ่งอยู่ใน 25 จังหวัด
2. โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 74 แห่ง ซึ่งอยู่ในทุกจังหวัด
3. โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 734 แห่ง ซึ่งอยู่ในทุกอำเภอของแต่ละจังหวัด
4. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่นและโรงพยาบาลของรัฐวิสาหกิจและองค์กรอิสระจำนวน 96 แห่ง ซึ่งอยู่ในกรุงเทพมหานคร 40 แห่งและในต่างจังหวัด 56 แห่ง
5. โรงพยาบาลเอกชนจำนวน 308 แห่ง ซึ่งกระจายอยู่ 64 จังหวัด

การศึกษานี้ได้สุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลจำนวน 57 แห่ง ทั้งนี้เพื่อให้ตัวอย่างกระจายไปอย่างสม่ำเสมอระหว่างโรงพยาบาลประเภทต่างๆ ตัวอย่างที่จะเลือกเป็นดังต่อไปนี้

1. ตัวอย่างโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 1 แห่ง
2. ตัวอย่างโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 4 แห่ง
3. ตัวอย่างโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 39 แห่ง
4. ตัวอย่างโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น 3 แห่ง
5. ตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 10 แห่ง

เมื่อจำแนกโรงพยาบาลตามภาค พบว่าอยู่ในกรุงเทพจำนวน 2 แห่ง ภาคกลาง 13 แห่ง ภาคเหนือจำนวน 18 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 9 แห่ง และภาคใต้จำนวน 15 แห่ง ซึ่งครอบคลุม 40 จังหวัดทั่วประเทศไทย รายชื่อของโรงพยาบาลที่สุ่มเลือกซึ่งให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลได้แสดงในตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1: รายชื่อโรงพยาบาลจำนวน 57 แห่งที่ได้รับการสุ่มเลือกในการสำรวจข้อมูล จำแนกตามประเภทสังกัดและสถานที่ตั้ง

ประเภทของโรงพยาบาล	ชื่อของโรงพยาบาล	ภาค	จังหวัด
โรงพยาบาลศูนย์	รพศ.ตรัง	ใต้	ตรัง
โรงพยาบาลทั่วไป	รพท.อำนาจเจริญ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	อำนาจเจริญ
โรงพยาบาลทั่วไป	รพท.อ่างทอง	กลาง	อ่างทอง
โรงพยาบาลทั่วไป	รพท.พิจิตร	เหนือ	พิจิตร
โรงพยาบาลทั่วไป	รพท.ระนอง	ใต้	ระนอง
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.พนม	ใต้	สุราษฎร์ธานี
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.คีรีรัฐนิคม	ใต้	สุราษฎร์ธานี
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.ทับปุด	ใต้	พังงา
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.หัวไทร	ใต้	นครศรีธรรมราช
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.ระโนด	ใต้	สงขลา
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.ชะอวด	ใต้	นครศรีธรรมราช
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.หลังสวน	ใต้	ชุมพร
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.ปะทิว	ใต้	ชุมพร
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.นาโยง	ใต้	ตรัง
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.ปาดังเบซาร์	ใต้	สงขลา
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.อมก๋อย	เหนือ	เชียงใหม่
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.งาว	เหนือ	ลำปาง
โรงพยาบาลชุมชน	รพ.เถิน	เหนือ	ลำปาง
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.ห้างฉัตร	เหนือ	ลำปาง
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.สามเงา	เหนือ	ตาก
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.พญาเม็งราย	เหนือ	เชียงราย
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.วังโป่ง	เหนือ	เพชรบูรณ์
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.ท่าวังผา	เหนือ	น่าน
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.เวียงสา	เหนือ	น่าน

ตารางที่ 5.1: รายชื่อโรงพยาบาลจำนวน 57 แห่งที่ได้รับการสุ่มเลือกในการสำรวจข้อมูลจำแนกตามประเภทสังกัดและสถานที่ตั้ง (ต่อ)

ประเภทของโรงพยาบาล	ชื่อของโรงพยาบาล	ภาค	จังหวัด
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.สมเด็จพระเจ้าตากสิน	เหนือ	ตาก
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.ลานกระบือ	เหนือ	กำแพงเพชร
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.วังทอง	เหนือ	พิษณุโลก
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.สวรรคโลก	เหนือ	สุโขทัย
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.ศรีมโหสถ	กลาง	ปราจีนบุรี
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.สระโบสถ์	กลาง	ลพบุรี
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.ดอนตูม	กลาง	นครปฐม
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.เขาฉกรรจ์	กลาง	สระแก้ว
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.อู่ทอง	กลาง	สุพรรณบุรี
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.ปากเกร็ด	กลาง	นนทบุรี
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.ไทรน้อย	กลาง	นนทบุรี
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.หนองแซง	กลาง	สระบุรี
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.พานทอง	กลาง	ชลบุรี
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.ท่าม่วง	กลาง	กาญจนบุรี
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.กันทรวิชัย	ตะวันออกเฉียงเหนือ	มหาสารคาม
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.สีคิ้ว	ตะวันออกเฉียงเหนือ	นครราชสีมา
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.ปราสาท	ตะวันออกเฉียงเหนือ	สุรินทร์
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.ศรีสงคราม	ตะวันออกเฉียงเหนือ	นครพนม
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.กุดบาก	ตะวันออกเฉียงเหนือ	สกลนคร
โรงพยาบาลชุมชน	รพช.ดอนมดแดง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	อุบลราชธานี
โรงพยาบาลสังกัดอื่น	รพ.ตากสิน	กรุงเทพ	กรุงเทพ
โรงพยาบาลสังกัดอื่น	รพ.ธรรมศาสตร์	กลาง	ปทุมธานี
โรงพยาบาลสังกัดอื่น	รพ.สวนปรุง	เหนือ	เชียงใหม่

ตารางที่ 5.1: รายชื่อโรงพยาบาลจำนวน 57 แห่งที่ได้รับการสุ่มเลือกในการสำรวจข้อมูลจำแนกตามประเภทสังกัดและสถานที่ตั้ง (ต่อ)

ประเภทของโรงพยาบาล	ชื่อของโรงพยาบาล	ภาค	จังหวัด
โรงพยาบาลเอกชน	รพ.พญาไท 1	กรุงเทพ	กรุงเทพ
โรงพยาบาลเอกชน	รพ.เมืองสมุทรปู่เจ้าสมิงราย	กลาง	สมุทรปราการ
โรงพยาบาลเอกชน	รพ.ตะพานหินรวมแพทย์	เหนือ	พิจิตร
โรงพยาบาลเอกชน	รพ.เชียงใหม่ราม	เหนือ	เชียงใหม่
โรงพยาบาลเอกชน	รพ.เขลางค์นคร ราม	เหนือ	ลำปาง
โรงพยาบาลเอกชน	รพ.นายแพทย์หาญ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ยโสธร
โรงพยาบาลเอกชน	รพ.ปัญญาเวช	ตะวันออกเฉียงเหนือ	อุดรธานี
โรงพยาบาลเอกชน	รพ.มูลนิธิมิตรภาพสามัคคี	ใต้	สงขลา
โรงพยาบาลเอกชน	รพ.สิริโรจน์ ภูเก็ต	ใต้	ภูเก็ต
โรงพยาบาลเอกชน	รพ.นครินทร์	ใต้	นครศรีธรรมราช

ที่มา: จากการสำรวจ

ในปี 2550 พยาบาลทั้งหมดในโรงพยาบาลทุกแห่งรวมกันมีจำนวน 118,544 คน การศึกษานี้จะสุ่มเลือกพยาบาลเป็นร้อยละ 1 ของจำนวนทั้งหมด เพื่อปัดเศษตัวเลขให้เป็นจำนวนเต็ม จะสุ่มเลือกตัวอย่างพยาบาลจำนวน 1,200 คน ขนาดของตัวอย่างที่เลือกมานี้เพียงพอต่อการคำนวณด้วยวิธีการวิเคราะห์สมการพหุถดถอย (กล่าวคือ เป็นตัวแทนที่เหมาะสมสำหรับการใช้วิธีการทางสถิติแบบนี้) การสุ่มตัวอย่างพยาบาลใช้วิธีการ random sampling จำนวนของตัวอย่างจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลและภาคแสดงในตารางที่ 5.2 การสำรวจข้อมูลได้เริ่มต้นในเดือนกันยายน 2552 และเสร็จในปลายเดือนมีนาคม 2553 ภาคผนวกที่ 5.1 แสดงแบบสอบถามสำหรับพยาบาล

ตารางที่ 5.2 :จำนวนของตัวอย่างพยาบาลจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลและภาค

ประเภทของโรงพยาบาล	กรุงเทพ	ภาคกลาง	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	รวม
โรงพยาบาลชุมชน	0	76	107	152	193	528
โรงพยาบาลศูนย์	0	0	72	0	0	72
โรงพยาบาลทั่วไป	0	70	37	30	55	192
โรงพยาบาลสังกัดอื่น	199	39	0	0	15	253
โรงพยาบาลเอกชน	24	24	39	19	49	155
รวม	223	209	255	201	312	1,200

ที่มา: จากการสำรวจ

5.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานบ่งบอกลักษณะสำคัญของพยาบาลตัวอย่างดังนี้ ร้อยละ 50.7 เป็นผู้ที่แต่งงานแล้ว ร้อยละ 45.1 เป็นโสด ร้อยละ 3.2 หย่ากับคู่สมรส และร้อยละ 1.0 เป็นหม้าย พยาบาลตัวอย่างมีอายุ 35 ปีและมีบุตร 0.7 คนโดยเฉลี่ย ร้อยละ 60 ภูมิลำเนาเป็นจังหวัดเดียวกับที่ทำงานปัจจุบัน การทำงานเป็นพยาบาลมีระยะเวลา 12.7 ปี ร้อยละ 20.9 มีปัญหาสุขภาพ ครอบครัวมีรายได้ 34,166 บาทต่อเดือน ขณะที่รายจ่ายของครอบครัวเป็น 23,151 บาทต่อเดือน พยาบาลตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) ทำงานในหน่วยงานราชการ ที่เหลือร้อยละ 10 ทำงานในองค์กรเอกชน

ภาระหน้าที่ของพยาบาลตัวอย่างในปัจจุบันสรุปได้ว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.4) เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 15.8 เป็นหัวหน้างานพยาบาล ร้อยละ 0.8 เป็นหัวหน้าฝ่ายพยาบาล และร้อยละ 1.0 เป็นหัวหน้ากลุ่มพยาบาล ระยะเวลาของการทำงานในเวลาปกติเป็น 161.2 ชั่วโมงต่อเดือน ระยะเวลาของการทำงานในช่วงกลางคืน (อยู่เวร) เป็น 61.5 ชั่วโมงต่อเดือน และระยะเวลาของการทำงานในช่วงวันหยุดเป็น 36.5 ชั่วโมงต่อเดือน นั่นหมายความว่า ระยะเวลาของการทำงานทั้งหมดเป็น 259.2 ชั่วโมงต่อเดือน พยาบาลตัวอย่างต้องดูแลคนไข้ 26 คนต่อวันและได้ทำงานในตำแหน่งปัจจุบันเป็นระยะเวลา 8.4 ปี โดยที่ร้อยละ 61 ยังไม่ได้รับการเปลี่ยนแปลงในตำแหน่งหน้าที่ตั้งแต่ทำงานมา

ร้อยละ 27.4 ได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นเพียงครั้งเดียว ร้อยละ 5.2 ได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นสองครั้ง และร้อยละ 6.4 ได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นสามครั้ง การปรับเปลี่ยนตำแหน่งสูงขึ้นแต่ละครั้งใช้ระยะเวลาโดยเฉลี่ย 3.7 ปี ร้อยละ 55.3 คิดว่าคงจะไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งอีกแล้วในชีวิตการทำงาน ร้อยละ 40.4 คิดว่าจะได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นอีกครั้งเดียวในชีวิตการทำงาน ร้อยละ 3.5 คิดว่าจะได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นอีกสองครั้งในชีวิตการทำงาน และร้อยละ 0.8 คิดว่าจะได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นอีกสามครั้งในชีวิตการทำงาน การปรับเปลี่ยนตำแหน่งสูงขึ้นในอนาคตแต่ละครั้งคาดว่าจะใช้ระยะเวลาโดยเฉลี่ย 4.7 ปี

พยาบาลตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.1) สำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี นอกจากนี้ยังได้รับประกาศนียบัตรจากการศึกษาเพิ่มเติมอีกโดยเฉลี่ย 0.9 ใบต่อคน ใน 5 ปีที่ผ่านได้รับวุฒิบัตรจากการฝึกอบรมเพิ่มเติมอีกโดยเฉลี่ย 2.4 ใบต่อคน พยาบาลตัวอย่างได้รับการฝึกอบรมระหว่างการทำงานเป็นระยะเวลา 15 วันต่อคนต่อปี

โครงสร้างของค่าจ้างและค่าตอบแทนพิเศษในปัจจุบันที่พยาบาลตัวอย่างได้รับเป็นดังนี้

- เงินเดือน 19,426 บาทต่อเดือน โดยที่อัตราการขึ้นเงินเดือนโดยเฉลี่ยใน ปีที่ผ่าน 3 ปี เป็นร้อยละ 5.2
- ค่าตอบแทนพิเศษ (เช่น การทำงานล่วงเวลา การทำงานในพื้นที่ทุรกันดาร การช่วยค่าครองชีพ โบนัสประจำปี เป็นต้น) 7,253 บาทต่อเดือน โดยที่อัตราการขึ้นค่าตอบแทนพิเศษโดยเฉลี่ยในปีที่ผ่าน 3 ปี เป็นร้อยละ 2.4
- สวัสดิการ (เช่น ค่าเช่าบ้าน ค่าเล่าเรียนบุตร ค่าชุดทำงาน เป็นต้น) 328 บาทต่อเดือน โดยที่อัตราการขึ้นสวัสดิการโดยเฉลี่ยใน ปีที่ผ่าน 3 ปี เป็นร้อยละ 0.8
- รายได้รวมทั้งหมดที่พยาบาลตัวอย่างได้รับเป็น 27,007 บาทต่อเดือน

ความคิดเห็นของพยาบาลตัวอย่างที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุมีอยู่ 5 ระดับ ปรากฏว่าพยาบาลตัวอย่างได้จัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ เป็นสัดส่วนดังแสดงในตารางที่ 5.3 ส่วนการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพใน 3 ด้านหลักมีสัดส่วนดังแสดงในตารางที่ 5.4 พยาบาลตัวอย่างยินดีที่จะดูแลผู้สูงอายุคนไทยโดยเฉลี่ยแล้ว 3.3 คนต่อวัน โดยต้องการเงินเดือน 37,362 บาทต่อเดือนและอัตราการขึ้นเงินเดือนเป็นร้อยละ 15.6 ต่อปี รวมทั้งค่าตอบแทนพิเศษและสวัสดิการ 7,826 บาทต่อเดือนและอัตราการขึ้นค่าตอบแทนพิเศษและ

ตารางที่ 5.3: การจัดสรรเวลาของพยาบาลตัวอย่างในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย จำแนกตามการดูแลผู้สูงอายุ 5 ระดับ

ภาระหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ	สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ	
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การดูแลระดับที่ 1: ✱ ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง ✱ ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ	20.2	18.3
การดูแลระดับที่ 2: ✱ ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง ✱ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ	15.9	6.9
การดูแลระดับที่ 3: ✱ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากที่จะยืนและเดินหากปราศจากความช่วยเหลือ ✱ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	17.7	6.5
การดูแลระดับที่ 4: ✱ ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะยืนและเดินได้ ✱ ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	20.8	9
การดูแลระดับที่ 5: ✱ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการสื่อสาร ✱ ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในทุกด้านของการดำรงชีพรวมทั้งการกินอาหาร	25.4	15

ที่มา: จากการสำรวจ

ตารางที่ 5.4: การจัดสรรเวลาของพยาบาลตัวอย่างในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย จำแนกตามปัญหาสุขภาพใน 3 ด้านหลัก

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ	
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ปัญหาทางด้านกายภาพ เช่น ❋ การเดิน ❋ การแต่งตัว ❋ การอาบน้ำ ❋ การใช้ห้องน้ำ ❋ การเดินไปมา	37	17.30061
ปัญหาด้านความจำ เช่น ❋ การไม่รู้สึกตัว ❋ ปัญหาของความจำระยะสั้น ❋ การสูญเสียทักษะในการจำสำหรับการตัดสินใจประจำวัน ❋ ปัญหาในการทำความเข้าใจกับผู้อื่น ❋ การกินอาหารด้วยตนเองไม่ได้	31	10.35016
ปัญหาด้านจิตใจ เช่น ❋ การพูดในแง่ลบ ❋ การโกรธตนเองหรือผู้อื่นตลอดเวลา ❋ การแสดงความหวาดกลัวต่อสิ่งที่ไม่เป็นจริง ❋ การคร่ำครวญต่อปัญหาสุขภาพตนเองซ้ำๆ ❋ การตื่นตระหนกกังวลบ่อยๆ ❋ การแสดงหน้าเศร้ากังวลและร้องไห้	32	14.10701

ที่มา: จากการสำรวจ

สวัสดิการโดยเฉลี่ย เป็นร้อยละ 11 ต่อปี นั่นหมายความว่า รายได้รวมทั้งหมดที่พยาบาลตัวอย่างต้องการเป็น 45,188 บาทต่อเดือน

ความคิดเห็นของพยาบาลตัวอย่างที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นทั้งในเรื่องระดับการดูแลและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุแสดงในตารางที่ 5.5 และ 5.6 พยาบาลตัวอย่างยินดีที่จะดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นโดยเฉลี่ยแล้ว 2.5 คนต่อวัน โดยต้องการเงินเดือน 101,205 บาทต่อเดือนและอัตราการขึ้นเงินเดือนเป็นร้อยละ 20 ต่อปี รวมทั้งค่าตอบแทนพิเศษและสวัสดิการ 26,381 บาทต่อเดือนและอัตราการขึ้นค่าตอบแทนพิเศษและสวัสดิการโดยเฉลี่ย เป็นร้อยละ 13.4 ต่อปี นั่นหมายความว่า รายได้รวมทั้งหมดที่พยาบาลตัวอย่างต้องการเป็น 127,586 บาทต่อเดือน

ความคิดเห็นของพยาบาลตัวอย่างที่มีต่อเงื่อนไขในการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่น รวมทั้งข้อดีและข้อเสียของการทำงานดังกล่าวสามารถสรุปได้ดังนี้

- พยาบาลตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.7) ต้องการที่จะเรียนภาษาญี่ปุ่นเพื่อสามารถใช้สื่อสารกับผู้สูงอายุ เพื่อนร่วมงาน และแพทย์ได้อย่างคล่องแคล่ว
- พยาบาลตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.3) ยินดีที่จะเข้าทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่น ซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะเวลา 4 ปีหลังจากพำนักในประเทศญี่ปุ่นแล้ว แต่หากไม่ผ่านการทดสอบจะไม่ได้ทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุและต้องเดินทางกลับประเทศไทย
- พยาบาลตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.2) คิดว่าจะสามารถปรับตัวอยู่ในประเทศญี่ปุ่นได้
- พยาบาลตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.8) คิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมีต้นทุนทางจิตวิทยา
- พยาบาลตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94) คิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะสร้างประสบการณ์ในการทำงานในต่างประเทศให้กับตนเองได้
- พยาบาลตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89) คิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะเพิ่มโอกาสในการไปทำงานในประเทศอื่นในอนาคตของตนเองได้
- พยาบาลตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.6) คิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะเพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทยในอนาคตของตนเองได้

ตารางที่ 5.5: การจัดสรรเวลาของพยาบาลตัวอย่างในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นจำแนกตามการดูแลผู้สูงอายุ 5 ระดับ

ภาระหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ	สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ)	
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การดูแลระดับที่ 1: ✱ ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง ✱ ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ	21	19
การดูแลระดับที่ 2: ✱ ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง ✱ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ	16	7.3
การดูแลระดับที่ 3: ✱ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากที่จะยืนและเดินหากปราศจากความช่วยเหลือ ✱ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	18	6.7
การดูแลระดับที่ 4: ✱ ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะยืนและเดินได้ ✱ ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	20	9.8
การดูแลระดับที่ 5: ✱ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการสื่อสาร ✱ ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในทุกด้านของการดำรงชีพรวมทั้งการกินอาหาร	25	15.6

ที่มา: จากการสำรวจ

ตารางที่ 5.6: การจัดสรรเวลาของพยาบาลตัวอย่างในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นใน ประเทศญี่ปุ่นจำแนกตามปัญหาสุขภาพใน 3 ด้านหลัก

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ)	
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ปัญหาทางด้านกายภาพ เช่น ❋ การเดิน ❋ การแต่งตัว ❋ การอาบน้ำ ❋ การใช้ห้องน้ำ ❋ การเดินไปมา	38	18.2
ปัญหาด้านความจำ เช่น ❋ การไม่รู้สึกตัว ❋ ปัญหาของความจำระยะสั้น ❋ การสูญเสียทักษะในการจำสำหรับการตัดสินใจประจำวัน ❋ ปัญหาในการทำความเข้าใจกับผู้อื่น ❋ การกินอาหารด้วยตนเองไม่ได้	31	10.7
ปัญหาด้านจิตใจ เช่น ❋ การพูดในแง่ลบ ❋ การโกรธตนเองหรือผู้อื่นตลอดเวลา ❋ การแสดงความหวาดกลัวต่อสิ่งที่ไม่เป็นจริง ❋ การครุ่นคิดต่อปัญหาสุขภาพตนเองซ้ำๆ ❋ การตื่นตระหนกกังวลบ่อยๆ ❋ การแสดงหน้าเศร้ากังวลและร้องไห้	31	14.3

ที่มา: จากการสำรวจ

เมื่อให้พยาบาลตัวอย่างได้ทบทวนถึงข้อดีและข้อเสียตลอดจนข้อกำหนดที่กำกับการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นดังที่ได้กล่าวถึงข้างต้นทั้งหมดแล้ว พยาบาลตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.6)ไม่มีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

5.3 ผลการประมาณการค่าจ้างของพยาบาล

การประมาณการค่าจ้างของพยาบาลประกอบด้วย 3 สมการค่าจ้าง สมการแรกเป็นการประมาณการค่าจ้างปัจจุบันของพยาบาลที่ทำงานอยู่ในขณะนี้ ค่าจ้างที่ได้รับจะแตกต่างกันเนื่องด้วยหลายปัจจัย เป้าหมายของการคำนวณค่าจ้างในสมการแรกคือการระบุปัจจัยที่สร้างความแตกต่างในค่าจ้างที่พยาบาลได้รับ สมการที่สองเป็นการประมาณการค่าจ้างที่พยาบาลต้องการในการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป้าหมายของการคำนวณค่าจ้างในสมการที่สองคือการระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกต่างในค่าจ้างที่พยาบาลต้องการ สมการที่สามเป็นการประมาณการค่าจ้างที่พยาบาลคาดหวังจากการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น เป้าหมายของการคำนวณค่าจ้างในสมการที่สามคือการระบุปัจจัยที่สามารถอธิบายต่อความแตกต่างในค่าจ้างที่พยาบาลคาดหวัง การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติของทั้งสามสมการสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยใดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาระงานที่ทำอยู่ในปัจจุบันไปเป็นภาระงานการดูแลผู้สูงอายุ (นั่นคือ การเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์สมการที่ 1 และ 2) และปัจจัยใดมีผลต่อการย้ายสถานที่ทำงานจากประเทศไทยไปที่ประเทศญี่ปุ่น (นั่นคือ การเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์สมการที่ 2 และ 3) นอกจากนี้ เนื่องจากพยาบาลตัวอย่างสองในสามไม่มีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น จึงควรมีการวิเคราะห์กลุ่มพยาบาลที่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นและกลุ่มพยาบาลที่ไม่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นเพื่อระบุลักษณะที่แตกต่างกันโดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องรายได้ที่ทั้งสองกลุ่มได้รับในปัจจุบันและคาดหวังในอนาคต ซึ่งจะประเมินด้วยสมการที่ 4 ดังเช่นที่ทำเหมือนสามสมการก่อน

การวิเคราะห์ค่าจ้างปัจจุบันของพยาบาลใช้สมการดังต่อไปนี้

PSAL = f (AGE, LEN, ORG, POS, TIME, ED, NCER, TH)

โดยที่ PSAL เป็นค่าจ้างในปัจจุบัน

AGE เป็นอายุ

LEN เป็นอายุการทำงาน

ORG เป็นประเภทของสถานพยาบาลที่ทำงานอยู่ (หน่วยงานรัฐ = 0; อื่นๆ = 1)

POS	เป็นภาระหน้าที่ (พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน = 0; อื่นๆ =1)
TIME	เป็นระยะเวลาที่ทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน
ED	เป็นระดับการศึกษา (ปริญญาตรี = 0; อื่นๆ = 1)
NCER	เป็นจำนวนวุฒิบัตรที่ได้รับใน 5 ปีที่ผ่านมา
TH	เป็นจำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดในหนึ่งเดือน

ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีการสมการพหุถดถอย (multiple regression analysis) นำเสนอเฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 5.7 ค่าจ้างในปัจจุบันซึ่งเป็นตัวแปรตามสามารถอธิบายได้ด้วย 8 ปัจจัยข้างต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าจ้างในปัจจุบันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอายุ อายุการทำงาน การทำงานในหน่วยงานเอกชน ภาระหน้าที่สูงกว่าระดับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน และระดับการศึกษา แต่ค่าจ้างในปัจจุบันมีความสัมพันธ์เชิงลบกับจำนวนวุฒิบัตรที่ได้รับใน 5 ปีที่ผ่านมาและจำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดในหนึ่งเดือน นั่นหมายความว่า พยาบาลที่มีอายุมากกว่า อายุการทำงานยาวกว่า ทำงานในหน่วยงานเอกชน เป็นหัวหน้างานพยาบาลหรือสูงกว่า ระยะเวลาที่ทำงานในตำแหน่งปัจจุบันที่นานกว่า และมีการศึกษาระดับปริญญาโทหรือเอก จะมีค่าจ้างในปัจจุบันสูงกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อยกว่า อายุการทำงานสั้นกว่า ทำงานในหน่วยงานรัฐ เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ทำงานในตำแหน่งปัจจุบันที่น้อยกว่า และมีการศึกษาระดับปริญญาตรี อย่างไรก็ตาม พยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมจนมีวุฒิบัตรจำนวนมากใน 5 ปีที่ผ่านมาและมีจำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดในหนึ่งเดือนที่สูงกลับมีค่าจ้างในปัจจุบันที่ต่ำกว่าพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมน้อยกว่าและมีจำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดในหนึ่งเดือนที่ต่ำกว่า ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าผู้ที่ไปฝึกอบรมบ่อยๆจะต้องเสียเวลาทำงานและลางานจนกระทั่งส่งผลให้ไม่ได้รับการเลื่อนเงินเดือนเหมือนผู้ที่ไม่ได้ไปฝึกอบรมที่มีเวลาทำงานเต็มที่ ความสัมพันธ์แบบผกผันระหว่างต่าจ้างปัจจุบันกับจำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดในหนึ่งเดือนอาจเกิดจากพยาบาลส่วนหนึ่งที่ต้องการรายได้มากขึ้นจึงต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อชดเชยกับต่าจ้างปัจจุบันที่ต่ำ

การวิเคราะห์ค่าจ้างที่พยาบาลต้องการในการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุใช้สมการดังต่อไปนี้

$$STEC = f\ (PSAL, LEN, TH, TECLAV)$$

โดยที่	STEC	เป็นค่าจ้างที่พยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ
	PSAL	เป็นค่าจ้างที่พยาบาลได้รับในปัจจุบัน
	LEN	เป็นอายุการทำงาน

ตารางที่ 5.7: ผลการวิเคราะห์ค่าจ้างปัจจุบันของพยาบาลด้วยวิธีการสมการพหุถดถอย

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์	ค่า t-test
ค่าคงที่	3757.302	1.874**
AGE	308.194	3.685*
LEN	403.164	4.929*
ORG	2820.012	6.456*
POS	2628.172	6.368*
TIME	44.440	1.719**
ED	1580.817	3.376*
NCER	-58.183	-2.077*
TH	-5.240	-3.385*
R^2	0.717	
F – test	374.6*	
จำนวนตัวอย่าง	1192	

หมายเหตุ : 1) ตัวแปรตามเป็น PSAL

2) * และ **แสดงถึงการมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีระดับความเชื่อมั่นสูงกว่า 0.05 และ 0.10 ตามลำดับ

ที่มา: จากการคำนวณ

TH เป็นจำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดในหนึ่งเดือน

TECLAV เป็นค่าเฉลี่ยของการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุถ่วงน้ำหนักด้วย 5 ระดับของการดูแลผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีการสมการพหุถดถอยนำเสนอเฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 5.8 ค่าจ้างที่พยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นตัวแปรตามสามารถอธิบายได้

ด้วย 4 ปัจจัยข้างต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าจ้างที่พยาบาลต้องการแปรโดยตรงกับทั้งสี่ปัจจัย นั่นหมายความว่า ค่าจ้างที่พยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุจะสูงขึ้น (ลดลง) หากพยาบาลได้รับค่าจ้างในปัจจุบันมากขึ้น (น้อยลง) อายุการทำงานเพิ่มขึ้น (ลดลง) จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดในหนึ่งเดือนนานขึ้น (สั้นลง) และค่าเฉลี่ยของการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุถ่วงน้ำหนักด้วย 5 ระดับของการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (ลดลง)

ตารางที่ 5.8: ผลการวิเคราะห์ค่าจ้างที่พยาบาลต้องการในการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยวิธีการสมการพหุถดถอย

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์	ค่า t-test
ค่าคงที่	14140.537	3.228*
LEN	247.200	1.784**
TH	14.215	1.754**
TECLAV	239.668	1.685**
PSAL	.584	4.022*
R^2	0.07	
F – test	23.08*	
จำนวนตัวอย่าง	1192	

หมายเหตุ : 1) ตัวแปรตามเป็น STEC

2) * และ ** แสดงถึงการมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีระดับความเชื่อมั่นสูงกว่า 0.05 และ 0.10 ตามลำดับ

ที่มา: จากการคำนวณ

การวิเคราะห์ค่าจ้างที่พยาบาลคาดหวังจากการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นใช้สมการดังต่อไปนี้

$$SJEC = f\ (STEC, PROM, JECL3)$$

โดยที่ SJEC เป็นค่าจ้างที่พยาบาลคาดหวังจะได้รับในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น

STEC เป็นค่าจ้างที่พยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในไทย

PROM เป็นการเพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทยในอนาคตของพยาบาล (เพิ่มโอกาสความก้าวหน้า = 0; ไม่เพิ่มโอกาสความก้าวหน้า = 1)

JECL3 เป็นสัดส่วนการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นในระดับ 3

ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีการสมการพหุถดถอยนำเสนอเฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 5.9 ค่าจ้างที่พยาบาลคาดหวังจะได้รับในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นซึ่งเป็นตัวแปรตามสามารถอธิบายได้ด้วย 3 ปัจจัยข้างต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าจ้างที่พยาบาลคาดหวังจะได้รับในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นแปรโดยตรงกับค่าจ้างที่พยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในไทย แต่กลับแปรผกผันกับการเพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทยในอนาคตและสัดส่วนการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นในระดับ 3 นั่นหมายความว่า ค่าจ้างที่พยาบาลคาดหวังจะได้รับในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นสูงขึ้น (ลดลง) หากค่าจ้างที่พยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในไทยสูงขึ้น (ลดลง) โอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทยในอนาคตลดลง (เพิ่มขึ้น) และสัดส่วนการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นในระดับ 3 น้อยลง (มากขึ้น)

การวิเคราะห์ลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างพยาบาลที่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นพยาบาลที่ไม่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นใช้สมการดังต่อไปนี้

GOTOJ = f (PINC, STEC, SJEC, PPC, NJEC, OJT, MS, JTEST, ADJ, PSYCOST)

โดยที่ GOTOJ เป็นความคิดเห็นที่มีต่อการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น (มีความคิดที่จะไป = 0; ไม่มีความคิดที่จะไป = 1)

PINC เป็นรายได้รวมทั้งหมดในปัจจุบัน (ประกอบด้วยค่างจ้าง ค่าตอบแทนพิเศษ และสวัสดิการ)

STEC เป็นค่าจ้างที่พยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในไทย

SJEC	เป็นค่าจ้างที่พยาบาลคาดหวังได้รับในการดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น
PPC	เป็นจำนวนคนไข้ต้องดูแลในการทำงานปัจจุบัน
NJEC	เป็นจำนวนผู้สูงอายุที่ยินดีที่จะดูแลในประเทศญี่ปุ่น
OJT	เป็นระยะเวลาการฝึกอบรมระหว่างการทำงานที่ได้รับในรอบปี
MS	เป็นสถานภาพสมรส (แต่งงาน = 0; อื่นๆ = 1)
JTEST	เป็นความยินดีที่จะเข้าทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่น (ยินดีที่จะเข้าทดสอบ = 0; ไม่ยินดีที่จะเข้าทดสอบ = 1)

ตารางที่ 5.9: ผลการวิเคราะห์ค่าจ้างที่พยาบาลคาดหวังจากการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นด้วยวิธีการสมการพหุถดถอย

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์	ค่า t-test
ค่าคงที่	53263.077	7.274*
STEC	1.508	15.565*
PROM	12062.159	2.308*
JECL3	-690.102	-2.038*
R^2	0.18	
F – test	86.8*	
จำนวนตัวอย่าง	1186	

หมายเหตุ : 1) ตัวแปรตามเป็น SJEC

2) * แสดงถึงการมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีระดับความเชื่อมั่นสูงกว่า 0.05 และ 0.10 ตามลำดับ

ที่มา: จากการคำนวณ

ADJ	เป็นความสามารถปรับตัวอยู่ในประเทศญี่ปุ่นได้ (สามารถปรับตัวได้ = 0; ไม่สามารถปรับตัวได้ = 1)
PSYCOST	เป็นการมีต้นทุนทางจิตวิทยาการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น (มีต้นทุนทางจิตวิทยา = 0; ไม่มีต้นทุนทางจิตวิทยา = 1)

ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีการ logistic regression analysis นำเสนอเฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 5.10 พยาบาลที่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นแตกต่างจากพยาบาลที่ไม่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นใน 10 ลักษณะ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม

1. กลุ่มรายได้ที่ได้รับในปัจจุบันและที่ต้องการในการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลที่ไม่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นมีรายได้รวมทั้งหมดในปัจจุบัน (ประกอบด้วยค่าจ้าง ค่าตอบแทนพิเศษ และสวัสดิการ) ที่สูงกว่า ต้องการค่าจ้างในการทำงานดูแลผู้สูงอายุในไทยที่มากกว่า และคาดหวังจะได้ค่าจ้างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นที่น้อยกว่าพยาบาลที่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่น

2. กลุ่มจำนวนคนไข้ที่ต้องดูแลในปัจจุบันและในประเทศญี่ปุ่น รวมทั้งการฝึกอบรมที่ได้รับ พยาบาลที่ไม่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นดูแลคนไข้ในการทำงานปัจจุบันจำนวนน้อยกว่า ยินดีที่จะดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจำนวนน้อยกว่า และมีระยะเวลาการฝึกอบรมระหว่างการทำงานในรอบปีที่สั้นกว่าพยาบาลที่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่น

3. กลุ่มเงื่อนไขในการทำงานในประเทศญี่ปุ่นและต้นทุนในการดำรงชีวิตประเทศญี่ปุ่น พยาบาลที่ไม่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นเป็นคนที่แต่งงาน ไม่ยินดีที่จะเข้าทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่นและไม่สามารถปรับตัวอยู่ในประเทศญี่ปุ่นได้ แต่ไม่มีต้นทุนทางจิตวิทยาการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ในตรงกันข้าม พยาบาลที่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นเป็นคนโสด (รวมทั้งในกรณีที่หย่าและเป็นหม้าย) ยินดีที่จะเข้าทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่นและสามารถปรับตัวอยู่ในประเทศญี่ปุ่นได้ แต่กลับมีต้นทุนทางจิตวิทยาการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

ตารางที่ 5.10: ผลการวิเคราะห์ลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างพยาบาลที่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นพยาบาลที่ไม่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นด้วยวิธีการ logistic regression analysis

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์	ค่า Z statistics
PINC	3.74E-05	6.510701*
STEC	6.23E-06	1.845878**
SJEC	-3.90E-06	-4.405891*
PPC	-0.002967	-1.850379**
NJEC	-0.060071	-2.510098*
OJT	-0.008529	-2.722934*
MS	-0.557509	-4.365091*
JTEST	1.121378	4.470926*
ADJ	1.915368	5.797725*
PSYCOST	1.889833	2.445691*

Mean dependent var	0.656170	S.D. dependent var	0.475187
S.E. of regression	0.425827	Akaike info criterion	1.069790
Sum squared resid	211.2483	Schwarz criterion	1.112930
Log likelihood	-618.5014	Hannan-Quinn criter.	1.086057
Avg. log likelihood	-0.526384	Total obs	1175

หมายเหตุ : 1) ตัวแปรตามเป็น GOTOJ

2) * และ ** แสดงถึงการมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีระดับความเชื่อมั่นสูงกว่า 0.05 และ 0.10 ตามลำดับ

ที่มา: จากการคำนวณ

5.4 ผลการประเมินผลได้สุทธิส่วนบุคคลของการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นของพยาบาลไทย

การเปรียบเทียบเงินเดือนและรายได้รวมของพยาบาลตัวอย่างที่ได้รับจริงจากการทำงานเป็นพยาบาลในปัจจุบันกับกรณีที่ทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยกับกรณีที่ทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งได้กล่าวถึงแล้วในข้างต้นถูกนำเสนอไว้ในตารางที่ 5.11 การเปรียบเทียบชี้ให้เห็นว่าหากพยาบาลตัวอย่างเปลี่ยนงานจากที่ทำอยู่ในปัจจุบัน (นั่นคือ เปลี่ยนจากการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมาเป็นการดูแลผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ) พยาบาลตัวอย่างต้องการเงินเดือนเพิ่มขึ้นอีกเดือนละ 17,936 บาท และหากพยาบาลตัวอย่างเปลี่ยนงานจากการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นการดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น พยาบาลตัวอย่างคาดหวังที่จะได้เงินเดือนเพิ่มขึ้นอีกเดือนละ 63,843 บาท กล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า พยาบาลตัวอย่างต้องการเงินชดเชยจากการเปลี่ยนลักษณะงาน (การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมาเป็นการดูแลผู้สูงอายุ) เป็นเงิน 17,936 บาทต่อเดือน พยาบาลตัวอย่างต้องการเงินชดเชยจากการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน (การทำงานในประเทศไทยเป็นการทำงานในประเทศญี่ปุ่น) เป็นเงิน 63,843 บาทต่อเดือน นั่นหมายความว่า หากพยาบาลตัวอย่างต้องเปลี่ยนทั้งลักษณะงานและสถานที่ทำงานพร้อมกัน พยาบาลตัวอย่างต้องการเงินชดเชยเป็นเงิน 81,779 บาทต่อเดือน

ตารางที่ 5.11: การเปรียบเทียบเงินเดือนและรายได้รวมจากการทำงานทั้งสามกรณีของพยาบาล

เงินเดือน		
ที่ได้รับจริงจากการทำงานเป็นพยาบาลในปัจจุบัน	ที่ต้องการจากการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย	ที่คาดหวังที่ได้รับจากการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น
19,426 บาท	37,362 บาท	101,205 บาท
รายได้รวม (เงินเดือน + ค่าตอบแทนพิเศษ + สวัสดิการ)		
ที่ได้รับจริงจากการทำงานเป็นพยาบาลในปัจจุบัน	ที่ต้องการจากการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย	ที่คาดหวังที่ได้รับจากการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น
27,007 บาท	45,188 บาท	127,586 บาท

ที่มา: จากการคำนวณ

ในทำนองเดียวกับรายได้รวม (ประกอบด้วยเงินเดือน ค่าตอบแทนพิเศษ และสวัสดิการ) พยาบาลตัวอย่างต้องการรายได้รวมเพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนลักษณะงานเป็นเงิน 18,181 บาทต่อเดือน จากการเปลี่ยนสถานที่ทำงานเป็นเงิน 82,398 บาทต่อเดือน และจากการเปลี่ยนทั้งลักษณะงานและสถานที่ทำงานพร้อมกันเป็นเงิน 100,579 บาทต่อเดือน

ผลได้สุทธิของการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะประเมินด้วยการเปรียบเทียบระหว่างรายได้รวมของพยาบาลตัวอย่างในแต่ละกรณีกับรายได้รวมของคนดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับในประเทศญี่ปุ่น รายงานการศึกษาฉบับที่หนึ่งได้รวบรวมข้อมูลรายได้รวมของคนดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุประเภท SNH และ HCFE ในประเทศญี่ปุ่น (รายได้รวมครอบคลุมเงินเดือน ค่าจ้างทำงานล่วงเวลา และการทำงานในช่วงเวลากลางคืน แต่ไม่รวมโบนัสและยังไม่ได้หักภาษี) ซึ่งเป็นการสำรวจรายได้ของสำนักงานสวัสดิการสังคมและสาธารณสุขในปี 2006 รายได้รวมของผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลาใน SNH เป็น 3,877,000 เยนต่อปี และรายได้รวมผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลาใน HCFE เป็น 3,414,000 เยนต่อปี ดังนั้น รายได้รวมเฉลี่ยอยู่ที่ 3,645,500 เยนต่อปี หรือคิดเป็น 303,792 เยนต่อเดือน หากใช้อัตราแลกเปลี่ยนระหว่างเงินเยนของญี่ปุ่นและเงินบาทของไทย ณ วันที่ 16 มีนาคม 2553 (ข้อมูลจาก website ของธนาคารแห่งประเทศไทย) ซึ่งอยู่ที่ 36.4 บาทต่อ 100 เยน จะพบว่ารายได้รวมเฉลี่ยของผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลาในประเทศญี่ปุ่นเป็น 110,580 บาทต่อเดือน แต่อย่างไรก็ตาม พยาบาลต่างชาติที่ยังไม่ผ่านการทดสอบ (ในช่วง 3 ปีแรกของการทำงาน) จะได้รับเงินเดือนเพียง 165,000 เยนต่อเดือน (คิดเป็น 60,060 บาทต่อเดือน) เงินเดือนเริ่มต้นหลังจากผ่านการทดสอบอยู่ 265,000 เยนต่อเดือน (คิดเป็น 96,460 บาทต่อเดือน) (ผลของการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งแสดงไว้ในรายงานการศึกษาฉบับที่หนึ่ง)

ฉะนั้น การเปรียบเทียบระหว่างรายได้รวมของพยาบาลตัวอย่างในแต่ละกรณีกับรายได้รวมของคนดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับในประเทศญี่ปุ่นเป็นดังต่อไปนี้

- หากพยาบาลตัวอย่างเปลี่ยนงานจากที่ทำอยู่ในปัจจุบัน (การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล) มาเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น) จะมีรายได้รวมเพิ่มขึ้น 33,053 บาทต่อเดือน
- หากพยาบาลตัวอย่างเปลี่ยนจากการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยมาเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น จะมีรายได้รวมเพิ่มขึ้น 14,872 บาทต่อเดือน
- รายได้รวมที่พยาบาลตัวอย่างคาดหวังที่จะได้รับจากการทำงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นสูงกว่าเงินเดือนเริ่มต้นหลังจากผ่านการทดสอบอยู่ 31,126 บาทต่อเดือน

- รายได้รวมที่พยาบาลตัวอย่างคาดหวังที่จะได้รับจากการทำงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นสูงกว่ารายได้รวมเฉลี่ยของผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลาในประเทศญี่ปุ่นได้รับเป็นจำนวน 17,006 บาทต่อเดือน

การไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะให้ผลได้สุทธิส่วนบุคคลเป็นจำนวนถึง 33,053 บาทต่อเดือน หากพิจารณาจากรายได้รวมที่ได้รับจากงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน แต่ผลได้สุทธิส่วนบุคคลจะลดลงเหลือ 14,872 บาทต่อเดือน หากพิจารณาจากรายได้รวมที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ในทางตรงกันข้าม การไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะไม่ก่อให้เกิดผลได้สุทธิส่วนบุคคล หากพิจารณาจากรายได้รวมที่พยาบาลตัวอย่างคาดหวังที่จะได้รับจากการทำงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น (ผลเสียสุทธิส่วนบุคคลเป็น 17,006 - 31,126 บาทต่อเดือน)

รายได้รวมเฉลี่ยของผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลาในประเทศญี่ปุ่นที่ต่ำกว่ารายได้รวมที่พยาบาลตัวอย่างคาดหวังที่จะได้รับจากการทำงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นสะท้อนถึงความไม่เพียงพอของค่าตอบแทนที่จะจูงใจให้พยาบาลไทยไปทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งสอดคล้องกับการตัดสินใจของพยาบาลตัวอย่างร้อยละ 65.6 ที่ไม่คิดที่จะไปทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

อย่างไรก็ตาม มีความเป็นไปได้ที่ข้อสรุปข้างต้นอาจเปลี่ยนแปลงไปได้ เมื่อนำผลการวิเคราะห์ค่าจ้างที่พยาบาลคาดหวังจากการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมาประกอบการพิจารณาเนื่องด้วยค่าจ้างที่พยาบาลคาดหวังจะได้รับในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นแปรโดยตรงกับค่าจ้างที่พยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในไทยและแปรผกผันกับการเพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทยในอนาคตและสัดส่วนการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น นั่นหมายความว่า ผลได้สุทธิส่วนบุคคลเพิ่มขึ้นได้ หากรายได้รวมที่พยาบาลคาดหวังจะได้รับในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นลดลง ซึ่งเป็นผลพวงมาจากรายได้รวมที่พยาบาลได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุในไทยลดลง โอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทยในอนาคตเพิ่มขึ้นหลังจากที่ได้ทำงานในประเทศญี่ปุ่น และสัดส่วนการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นในระดับกลางมากขึ้น

บทที่ 6
ผลการสำรวจข้อมูลนักศึกษาพยาบาลและผลการประมาณการค่าจ้าง

6.1 ผลการสำรวจข้อมูลนักศึกษาพยาบาล

หน่วยงานที่ทำการผลิตพยาบาลทั้งหมดในประเทศไทยมีจำนวน 66 แห่ง โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มได้ดังนี้

1. วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติมีจำนวน 4 แห่ง และทุกแห่งอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

2. คณะพยาบาลศาสตร์ในสถาบันการศึกษารัฐมีจำนวน 13 แห่ง ซึ่งอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลจำนวน 6 แห่ง และในต่างจังหวัดจำนวน 7 แห่ง

3. คณะพยาบาลศาสตร์ในสถาบันการศึกษาเอกชนมีจำนวน 9 แห่ง ซึ่งอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลจำนวน 7 แห่ง และในต่างจังหวัดจำนวน 2 แห่ง

4. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวน 40 แห่ง ซึ่งอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 3 แห่ง และในต่างจังหวัดจำนวน 37 แห่ง

การศึกษานี้จะสุ่มตัวอย่างหน่วยงานที่ทำการผลิตพยาบาลจำนวน 16 แห่ง ทั้งนี้เพื่อให้ตัวอย่างกระจายไปอย่างสม่ำเสมอระหว่างหน่วยงานที่ทำการผลิตพยาบาลประเภทต่างๆ ตัวอย่างที่จะเลือกเป็นดังต่อไปนี้

1. ตัวอย่างวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติจำนวน 1 แห่ง

2. ตัวอย่างคณะพยาบาลศาสตร์ในสถาบันการศึกษารัฐจำนวน 1 แห่ง

3. ตัวอย่างคณะพยาบาลศาสตร์ในสถาบันการศึกษาเอกชนจำนวน 1 แห่ง

4. ตัวอย่างวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 13 แห่ง

เมื่อจำแนกหน่วยงานที่ทำการผลิตพยาบาลตามภาค พบว่าอยู่ในกรุงเทพจำนวน 3 แห่ง ภาคกลาง 3 แห่ง ภาคเหนือจำนวน 4 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 3 แห่ง และภาคใต้จำนวน 3 แห่ง ซึ่งครอบคลุม 13 จังหวัดทั่วประเทศไทย รายชื่อของหน่วยงานที่ทำการผลิตพยาบาลที่สุ่มเลือกได้แสดงในตารางที่ 6.1

ตารางที่ 6.1: รายชื่อหน่วยงานที่ทำการผลิตพยาบาลจำนวน 16 แห่งที่ได้รับการสุ่มเลือกในการสำรวจข้อมูลจำแนกตามประเภทสังกัดและสถานที่ตั้ง

ประเภทของโรงพยาบาล	หน่วยงานที่สังกัด	ชื่อของหน่วยงาน	ภาค	จังหวัด
วิทยาลัยพยาบาล	สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ	กรุงเทพ	กรุงเทพ
คณะพยาบาลศาสตร์	สถาบันรัฐ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	เหนือ	เชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์	เอกชน	มหาวิทยาลัยสยาม	กรุงเทพ	กรุงเทพ
วิทยาลัยพยาบาล	สาธารณสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ กรุงเทพ	กรุงเทพ	กรุงเทพ
วิทยาลัยพยาบาล	สาธารณสุข	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม	ตะวันออกเฉียงเหนือ	มหาสารคาม
วิทยาลัยพยาบาล	สาธารณสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์	ตะวันออกเฉียงเหนือ	สุรินทร์
วิทยาลัยพยาบาล	สาธารณสุข	วิทยาลัยพยาบาล พยาบาลนครราชสีมา	ตะวันออกเฉียงเหนือ	นครราชสีมา
วิทยาลัยพยาบาล	สาธารณสุข	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ตรัง	ใต้	ตรัง
วิทยาลัยพยาบาล	สาธารณสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช	ใต้	นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาล	สาธารณสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	ใต้	สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาล	สาธารณสุข	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี	กลาง	เพชรบุรี

ตารางที่ 6.1: รายชื่อหน่วยงานที่ทำการผลิตพยาบาลจำนวน 16 แห่งที่ได้รับการสุ่มเลือกในการสำรวจข้อมูลจำแนกตามประเภทสังกัดและสถานที่ตั้ง (ต่อ)

ประเภทของโรงพยาบาล	หน่วยงานที่สังกัด	ชื่อของโรงพยาบาล	ภาค	จังหวัด
วิทยาลัยพยาบาล	สาธารณสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี	กลาง	สุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาล	สาธารณสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี	กลาง	นนทบุรี
วิทยาลัยพยาบาล	สาธารณสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์	เหนือ	นครสวรรค์
วิทยาลัยพยาบาล	สาธารณสุข	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร พิษณุโลก	เหนือ	พิษณุโลก
วิทยาลัยพยาบาล	สาธารณสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	เหนือ	พิษณุโลก

ที่มา: จากการสำรวจ

ในปี 2550 นักศึกษาพยาบาลทั้งหมดในหน่วยงานที่ทำการผลิตพยาบาลทุกแห่งรวมกันเป็นจำนวนประมาณ 4 หมื่นคน (ทุกชั้นปีรวมกัน) การศึกษานี้จะสุ่มเลือกนักศึกษาพยาบาลเป็นร้อยละ 3 ของจำนวนทั้งหมด ซึ่งเท่ากับว่าจะสุ่มเลือกตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลจำนวน 1,200 คน ขนาดของตัวอย่างที่เลือกมาเพียงพอต่อการคำนวณด้วยวิธีการวิเคราะห์สมการพหุถดถอย การสุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลจะใช้วิธีการ random sampling จำนวนของตัวอย่างจำแนกตามประเภทของหน่วยงานที่ทำการผลิตพยาบาลและภาคแสดงในตารางที่ 6.2 ภาคผนวกที่ 6.1 แสดงแบบสอบถามสำหรับนักศึกษาพยาบาล

ตารางที่ 6.2 :จำนวนของตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามประเภทของหน่วยงานที่ทำการผลิตพยาบาลและสถานที่ตั้ง

หน่วยงานที่ทำการผลิตพยาบาล	กรุงเทพ	ภาคกลาง	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	รวม
วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ	58	0	0	0	0	58
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี	92	221	123	345	151	932
คณะพยาบาลศาสตร์ของสถาบันอุดมศึกษาเอกชน	140	0	0	0	0	140
คณะพยาบาลศาสตร์ของสถาบันอุดมศึกษารัฐ	0	0	0	0	70	70
รวม	290	221	123	345	221	1,200

ที่มา: จากการสำรวจ

6.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนักศึกษาพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานบ่งบอกลักษณะสำคัญของนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างดังนี้ นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างเป็นชั้นปีที่หนึ่ง สอง สาม และสี่มีสัดส่วนเป็น ร้อยละ 17 26 42 และ 15 ตามลำดับ อายุโดยเฉลี่ยคือ 20.8 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.8) มีภูมิลำเนาเป็นต่างจังหวัดกับสถานที่ศึกษาในปัจจุบัน มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4.2 คน ร้อยละ 14 มีปัญหาสุขภาพ ครอบครัวมีรายได้ 23,441 บาทต่อเดือน ขณะที่รายจ่ายของครอบครัวเป็น 18,618 บาทต่อเดือน รายรับของตนเองเป็น 4,601 บาทต่อเดือน รายจ่ายของตนเองเป็น 4,352 บาทต่อเดือน ร้อยละ 48.8ของนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างได้กู้เงินจากกองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา จำนวนเงินที่ได้กู้ยืมมาแล้วเป็น 50,772 บาทและคาดว่าตลอดการศึกษาจะต้องกู้ยืมเงินเป็นจำนวน 96,222 บาท นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.8) อยู่ในสถานศึกษาของรัฐ ที่เหลือร้อยละ 13.2 อยู่ในสถานศึกษาของเอกชน

นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างคาดว่าจะได้รับเงินเดือนเริ่มต้นที่ 15,734 บาทต่อเดือน โดยมีอัตราการขึ้นเงินเดือนโดยเฉลี่ยใน 5 ปีแรกเป็นร้อยละ 21.3 ค่าตอบแทนพิเศษ (เช่น การทำงานล่วงเวลา การทำงานในพื้นที่ทุรกันดาร การช่วยค่าครองชีพ โบนัสประจำปี เป็นต้น) 12,419 บาทต่อเดือน โดยมีอัตราการขึ้นค่าตอบแทนพิเศษโดยเฉลี่ยใน 5 ปีแรกเป็นร้อยละ 21.8 สวัสดิการ (เช่น ค่าเช่าบ้าน ค่าเล่าเรียนบุตร ค่าชุดทำงาน เป็นต้น) 6,970 บาทต่อเดือน โดยมีอัตราการขึ้นสวัสดิการโดยเฉลี่ยใน5 ปีแรกเป็นร้อยละ 21.5 ดังนั้น รายได้รวมทั้งหมดที่นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างได้รับเป็น 35,123 บาทต่อเดือนในช่วงแรกของการทำงาน

ร้อยละ 21 คาดหวังจะได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นเพียงครั้งเดียวในการทำงาน ร้อยละ 8.0 คาดหวังจะได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นสองครั้งในการทำงาน ร้อยละ 8คาดหวังจะได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นสามครั้งในการทำงาน ร้อยละ 2 คาดหวังจะได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นสี่ครั้งในการทำงาน และร้อยละ 61 คาดหวังจะได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นห้าครั้งในการทำงาน การปรับเปลี่ยนตำแหน่งสูงขึ้นแต่ละครั้งใช้ระยะเวลาโดยเฉลี่ย 4.7 ปี

นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างคาดว่าจะมีระยะเวลาของการทำงานในเวลาปกติเป็น 196.6 ชั่วโมงต่อเดือน ระยะเวลาของการทำงานในช่วงกลางคืน (อยู่เวร) เป็น 95 ชั่วโมงต่อเดือน และระยะเวลาของการทำงานในช่วงวันหยุดเป็น 46.2 ชั่วโมงต่อเดือน นั่นหมายความว่า ระยะเวลาของการทำงานทั้งหมดเป็น 338 ชั่วโมงต่อเดือน โดยที่ต้องดูแลคนไข้ 13.3 คนต่อวัน

ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย เมื่อกำหนดให้การดูแลผู้สูงอายุเป็น 5 ระดับ ปรากฏว่านักศึกษาพยาบาลตัวอย่างได้จัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ เป็นสัดส่วนดังแสดงในตารางที่ 6.3 ส่วนการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพใน 3 ด้านหลักมีสัดส่วนดังแสดงในตารางที่ 6.4 นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างยินดีที่จะดูแลผู้สูงอายุคนไทยโดยเฉลี่ยแล้ว 6.5 คนต่อวัน โดยต้องการเงินเดือน 30,427 บาทต่อเดือนและอัตราการขึ้นเงินเดือนเป็นร้อยละ 19.5 ต่อปี รวมทั้งค่าตอบแทนพิเศษและสวัสดิการ 6,882 บาทต่อเดือนและอัตราการขึ้นค่าตอบแทนพิเศษและสวัสดิการโดยเฉลี่ย เป็นร้อยละ 13.9 ต่อปี นั่นหมายความว่า รายได้รวมทั้งหมดที่นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างต้องการเป็น 37,309 บาทต่อเดือน

ตารางที่ 6.3: การจัดสรรเวลาของนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยจำแนกตามการดูแลผู้สูงอายุ 5 ระดับ

ภาระหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ	สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ)	
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การดูแลระดับที่ 1: ✱ ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง ✱ ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ	19	13.8
การดูแลระดับที่ 2: ✱ ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง ✱ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ	17	6
การดูแลระดับที่ 3: ✱ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากที่จะยืนและเดินหากปราศจากความช่วยเหลือ ✱ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	19	5.8
การดูแลระดับที่ 4: ✱ ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะยืนและเดินได้ ✱ ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	21	7.3
การดูแลระดับที่ 5: ✱ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการสื่อสาร ✱ ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในทุกด้านของการดำรงชีพรวมทั้งการกินอาหาร	24	11.7

ที่มา: จากการสำรวจ

ตารางที่ 6.4: การจัดสรรเวลาของนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยจำแนกตามปัญหาสุขภาพใน 3 ด้านหลัก

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ)	
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ปัญหาทางด้านกายภาพ เช่น ❋ การเดิน ❋ การแต่งตัว ❋ การอาบน้ำ ❋ การใช้ห้องน้ำ ❋ การเดินไปมา	32.5	12.3
ปัญหาด้านความจำ เช่น ❋ การไม่รู้สึกตัว ❋ ปัญหาของความจำระยะสั้น ❋ การสูญเสียทักษะในการจำสำหรับการตัดสินใจประจำวัน ❋ ปัญหาในการทำความเข้าใจกับผู้อื่น ❋ การกินอาหารด้วยตนเองไม่ได้	33	8.3
ปัญหาด้านจิตใจ เช่น ❋ การพูดในแง่ลบ ❋ การโกรธตนเองหรือผู้อื่นตลอดเวลา ❋ การแสดงความหวาดกลัวต่อสิ่งที่ไม่เป็นจริง ❋ การคร่ำครวญต่อปัญหาสุขภาพตนเองซ้ำๆ ❋ การตื่นตระหนกกังวลบ่อยๆ ❋ การแสดงหน้าเศร้ากังวลและร้องไห้	34.5	11.6

ที่มา: จากการสำรวจ

ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นทั้งในเรื่องระดับการดูแลและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุแสดงในตารางที่ 6.5 และ 6.6 นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างยินดีที่จะดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นโดยเฉลี่ยแล้ว 5 คนต่อวัน โดยต้องการเงินเดือน 86,388 บาทต่อเดือนและอัตราการขึ้นเงินเดือนเป็นร้อยละ 23.1 ต่อปี รวมทั้งค่าตอบแทนพิเศษและสวัสดิการ 25,318 บาทต่อเดือนและอัตราการขึ้นค่าตอบแทนพิเศษและสวัสดิการโดยเฉลี่ย เป็นร้อยละ 16.9 ต่อปี นั่นหมายความว่า รายได้รวมทั้งหมดที่นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างต้องการเป็น 111,706 บาทต่อเดือน

ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างที่มีต่อเงื่อนไขในการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่น รวมทั้งข้อดีและข้อเสียของการทำงานดังกล่าวสามารถสรุปได้ดังนี้

- นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98) ต้องการที่จะเรียนภาษาญี่ปุ่นเพื่อสามารถใช้สื่อสารกับผู้สูงอายุ เพื่อนร่วมงาน และแพทย์ได้อย่างคล่องแคล่ว
- นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87) ยินดีที่จะเข้าทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่น ซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะเวลา 4 ปีหลังจากพำนักในประเทศญี่ปุ่นแล้ว แต่หากไม่ผ่านการทดสอบจะไม่ได้ทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุและต้องเดินทางกลับประเทศไทย
- นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96) คิดว่าจะสามารถปรับตัวอยู่ในประเทศญี่ปุ่นได้
- นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96) คิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมีต้นทุนทางจิตวิทยา
- นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) คิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะสร้างประสบการณ์ในการทำงานในต่างประเทศให้กับตนเองได้
- นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97) คิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะเพิ่มโอกาสในการไปทำงานในประเทศอื่นในอนาคตของตนเองได้
- นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93) คิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะเพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทยในอนาคตของตนเอง

ตารางที่ 6.5: การจัดสรรเวลาของนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นจำแนกตามการดูแลผู้สูงอายุ 5 ระดับ

ภาระหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ	สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ)	
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การดูแลระดับที่ 1: ✱ ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง ✱ ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ	20	14.6
การดูแลระดับที่ 2: ✱ ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง ✱ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ	17	6.1
การดูแลระดับที่ 3: ✱ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากที่จะยืนและเดินหากปราศจากความช่วยเหลือ ✱ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	19	5.7
การดูแลระดับที่ 4: ✱ ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะยืนและเดินได้ ✱ ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	21	7.6
การดูแลระดับที่ 5: ✱ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการสื่อสาร ✱ ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในทุกด้านของการดำรงชีพรวมทั้งการกินอาหาร	23	12.2

ที่มา: จากการสำรวจ

ตารางที่ 6.6: การจัดสรรเวลาของนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นจำแนกตามปัญหาสุขภาพใน 3 ด้านหลัก

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ)	
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ปัญหาทางด้านกายภาพ เช่น ❋ การเดิน ❋ การแต่งตัว ❋ การอาบน้ำ ❋ การใช้ห้องน้ำ ❋ การเดินไปมา	34	13
ปัญหาด้านความจำ เช่น ❋ การไม่รู้สึกตัว ❋ ปัญหาของความจำระยะสั้น ❋ การสูญเสียทักษะในการจำสำหรับการตัดสินใจประจำวัน ❋ ปัญหาในการทำความเข้าใจกับผู้อื่น ❋ การกินอาหารด้วยตนเองไม่ได้	33	9
ปัญหาด้านจิตใจ เช่น ❋ การพูดในแง่ลบ ❋ การโกรธตนเองหรือผู้อื่นตลอดเวลา ❋ การแสดงความหวาดกลัวต่อสิ่งที่ไม่เป็นจริง ❋ การคร่ำครวญต่อปัญหาสุขภาพตนเองซ้ำๆ ❋ การตื่นตระหนกกังวลบ่อยๆ ❋ การแสดงหน้าเศร้ากังวลและร้องไห้	33	12

ที่มา: จากการสำรวจ

เมื่อให้นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างได้ทบทวนถึงข้อดีและข้อเสียตลอดจนข้อกำหนดที่กำกับการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นดังที่ได้กล่าวถึงข้างต้นทั้งหมดแล้ว นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) มีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

6.3 ผลการประมาณการค่าจ้างของนักศึกษาพยาบาล

การประมาณการค่าจ้างของนักศึกษาพยาบาลประกอบด้วย 3 สมการค่าจ้าง สมการแรกเป็นการประมาณการค่าจ้างคาดหวังของนักศึกษาพยาบาลในการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษา สมการสองเป็นการประมาณการค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลต้องการในการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย และสมการที่สามเป็นการประมาณการค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลคาดหวังจากการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น เป้าหมายของการคำนวณค่าจ้างในสมการทั้งสามคือการระบุปัจจัยที่สามารถอธิบายต่อความแตกต่างในค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลคาดหวังในประเภทการทำงานและสถานที่การทำงานที่แตกต่างกัน ดังที่ได้อธิบายในส่วนก่อนแล้ว การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติของทั้งสามสมการสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยใดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงลักษณะงานและการย้ายสถานที่ทำงานจากประเทศไทยไปที่ประเทศญี่ปุ่น นอกจากนี้ เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างสองในสามมีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น จึงควรมีการวิเคราะห์กลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นและกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นเพื่อระบุลักษณะที่แตกต่างกันโดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องรายได้ที่ทั้งสองกลุ่มคาดหวังในอนาคต

การวิเคราะห์ค่าจ้างที่คาดหวังจะได้จากการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาพยาบาลใช้สมการดังต่อไปนี้

$$PSAL = f\ (AGE, NHH, INS, CAREER, NPOSCH, REV, PPC)$$

โดยที่ PSAL เป็นค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลคาดหวังจะได้จากการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษา

AGE เป็นอายุของนักศึกษาพยาบาล

NHH เป็นจำนวนสมาชิกในครอบครัวของนักศึกษาพยาบาล

INS เป็นประเภทของสถานศึกษา (หน่วยงานรัฐ = 0; อื่นๆ = 1)

CAREER เป็นการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษา (ทำงานตามสายวิชาชีพที่ได้เรียนมา = 0; อื่นๆ =1)

NPOSCH	เป็นความคาดหวังจะได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้น (การปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นห้าครั้งในการทำงาน = 1; อื่นๆ =0)
REV	เป็นรายรับของนักศึกษาพยาบาล
PPC	เป็นจำนวนผู้ป่วยที่นักศึกษาพยาบาลคิดว่าต้องดูแล

ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีการสมการพหุถดถอย (multiple regression analysis) นำเสนอเฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 6.7 ค่าจ้างที่คาดหวังจะได้จากการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษาซึ่งเป็นตัวแปรตามสามารถอธิบายได้ด้วย 7 ปัจจัยข้างต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าจ้างมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับจำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานศึกษาของรัฐ การทำงานตามสายวิขาชีพที่ได้เรียนมาทำงานตามสายวิขาชีพที่ได้เรียนมา ความคาดหวังจะได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้น และรายรับในปัจจุบันของนักศึกษาพยาบาล แต่ค่าจ้างมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอายุและจำนวนจำนวนผู้ป่วยที่คิดว่าต้องดูแล นั่นหมายความว่า ค่าจ้างที่คาดหวังจะสูง (ต่ำ) หากนักศึกษาพยาบาลมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมาก (น้อย) เรียนในสถานศึกษาของรัฐ (ของเอกชน) ได้ทำงานตามสายวิขาชีพที่ได้เรียนมาทำงานตามสายวิขาชีพที่ได้เรียนมา (ไม่ได้ทำงานตามเรียนหรือได้เรียนต่อ) การปรับเปลี่ยนตำแหน่งที่คาดหวังไว้ในระดับสูง (ต่ำ) รายรับในปัจจุบันของนักศึกษาพยาบาลสูง (ต่ำ) อายุน้อย (มาก) และจำนวนจำนวนผู้ป่วยที่คิดว่าต้องดูแลมาก (น้อย)

การวิเคราะห์ค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลต้องการในการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุใช้สมการดังต่อไปนี้

$$STEC = f\ (REV, PSAL)$$

โดยที่	STEC	เป็นค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ
	REV	เป็นรายรับของนักศึกษาพยาบาล
	PSAL	เป็นค่าจ้างที่คาดหวังจะได้จากการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีการสมการพหุถดถอยนำเสนอเฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 6.8 ค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นตัวแปรตามสามารถอธิบายได้ด้วย 2 ปัจจัยข้างต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุแปรโดยตรงกับรายรับของนักศึกษาพยาบาลและค่าจ้างที่คาดหวังจะได้จากการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล นั่นหมายความว่า ค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลต้องการในการดูแล

ผู้สูงอายุจะสูง (ต่ำ) หากนักศึกษาพยาบาลมีรายรับในปัจจุบันที่สูง (ต่ำ) และคาดหวังว่าจะได้ค่าจ้างจากการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษาที่สูง (ต่ำ)

ตารางที่ 6.7: ผลการวิเคราะห์ค่าจ้างปัจจุบันของพยาบาลด้วยวิธีการสมการพหุถดถอย

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์	ค่า t-test
ค่าคงที่	17576.129	10.165*
AGE	-259.210	-3.094*
NHH	305.898	3.383*
REV	0.316	3.900*
INST	3070.814	6.121*
CAREER	1751.666	3.083*
NPOSCH	810.351	2.418*
PPC	-18.347	-2.010*
R^2	0.85	
F – test	15.539*	
จำนวนตัวอย่าง	1177	

หมายเหตุ : 1) ตัวแปรตามเป็น PSAL

2) * แสดงถึงการมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีระดับความเชื่อมั่นสูงกว่า 0.05

ที่มา: จากการคำนวณ

ตารางที่ 6.8: ผลการวิเคราะห์ค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลต้องการในการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยวิธีการสมการพหุถดถอย

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์	ค่า t-test
ค่าคงที่	17561.356	10.688*
REV	0.741	3.248*
PSAL	0.602	7.149*
R^2	0.056	
F – test	34.796*	
จำนวนตัวอย่าง	1178	

หมายเหตุ : 1) ตัวแปรตามเป็น STEC

2) * แสดงถึงการมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีระดับความเชื่อมั่นสูงกว่า 0.05

ที่มา: จากการตำนวณ

การวิเคราะห์ค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลคาดหวังจากการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นใช้สมการดังต่อไปนี้

SJEC = f (REV, PSAL, STEC)

โดยที่ SJEC เป็นค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลคาดหวังจะได้รับในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น

REV เป็นรายรับของนักศึกษาพยาบาล

PSAL เป็นค่าจ้างที่คาดหวังจะได้จากการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษา

STEC เป็นค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในไทย

JTEST เป็นความยินดีที่จะเข้าทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่น (ยินดีที่จะเข้าทดสอบ = 0; ไม่ยินดีที่จะเข้าทดสอบ = 1)

ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีการสมการพหุถดถอยนำเสนอเฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 6.9 ค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลคาดหวังจะได้รับในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นซึ่งเป็นตัวแปรตามสามารถอธิบายได้ด้วย 4 ปัจจัยข้างต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลคาดหวังจะได้รับในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นแปรโดยตรงกับค่าจ้างที่คาดหวังจะได้จากการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษา ค่าจ้างที่พยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในไทย และความไม่ยินดีที่จะเข้าทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่น แต่แปรผกผันกับรายรับของนักศึกษาพยาบาลในปัจจุบัน นั่นหมายความว่า ค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลคาดหวังจะได้รับในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นจะสูง (ต่ำ) หากค่าจ้างที่คาดหวังจะได้จากการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษาสูง (ต่ำ) ค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในไทยสูง (ต่ำ) ความไม่ยินดี (ยินดี) ที่จะเข้าทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่น และรายรับของนักศึกษาพยาบาลในปัจจุบันต่ำ (สูง)

การวิเคราะห์ลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างนักศึกษาพยาบาลที่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นกับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นใช้สมการดังต่อไปนี้

GOTOJ = f (AGE, BJEC, PPC, NJEC, JTEST, ADJ, PSYCOST, PROM)

โดยที่

GOTOJ	เป็นความคิดเห็นที่มีต่อการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น (มีความคิดที่จะไป = 0; ไม่มีความคิดที่จะไป = 1)
AGE	เป็นอายุของนักศึกษาพยาบาล
BJEC	เป็นค่าตอบแทนพิเศษและสวัสดิการที่นักศึกษาพยาบาลคาดหวังจะได้รับในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น
NJEC	เป็นจำนวนผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นที่จะดูแล
PPC	เป็นจำนวนผู้ป่วยที่นักศึกษาพยาบาลคิดว่าต้องดูแลในการทำงานในประเทศไทย
JTEST	เป็นความยินดีที่จะเข้าทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่น (ยินดีที่จะเข้าทดสอบ = 0; ไม่ยินดีที่จะเข้าทดสอบ = 1)
ADJ	เป็นความสามารถปรับตัวอยู่ในประเทศญี่ปุ่นได้ (สามารถปรับตัวได้ = 0; ไม่สามารถปรับตัวได้ = 1)
PSYCOST	เป็นต้นทุนทางจิตวิทยาในการทำงานที่ประเทศญี่ปุ่น (มีต้นทุนทางจิตวิทยา = 0; ไม่มี = 1)

ตารางที่ 6.9: ผลการวิเคราะห์ค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลคาดหวังจากการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นด้วยวิธีการสมการพหุถดถอย

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์	ค่า t-test
ค่าคงที่	43496.853	6.903*
REV	-1.774	-2.132*
PSAL	.549	1.758**
STEC	1.348	12.746*
JTEST	9678.413	1.832**
R^2	0.137	
F – test	46.526*	
จำนวนตัวอย่าง	1177	

หมายเหตุ : 1) ตัวแปรตามเป็น SJEC

2) * และ ** แสดงถึงการมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีระดับความเชื่อมั่นสูงกว่า 0.05 และ 0.10 ตามลำดับ

ที่มา: จากการคำนวณ

PROM เป็นความคิดเห็นที่มีต่อการเพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทยในอนาคตจากการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น (เพิ่มโอกาส = 0; ไม่เพิ่มโอกาส = 1)

ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีการ logistic regression analysis นำเสนอเฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 6.10 ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นของนักศึกษาพยาบาลมีดังต่อไปนี้

- ✓ นักศึกษาพยาบาลที่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นมีอายุมากกว่านักศึกษาพยาบาลที่ไม่ต้องการไป

ตารางที่ 6.10: ผลการวิเคราะห์ลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างนักศึกษาพยาบาลที่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นพยาบาลที่ไม่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นด้วยวิธีการ logistic regression analysis

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์	ค่า Z statistics
AGE	-0.043964	-8.751302*
BJEC	-6.46E-06	-3.198821*
PPC	0.012221	2.779613*
NJEC	-0.022113	-1.861995**
JTEST	1.275911	6.039735*
ADJ	3.459855	4.683694*
PSYCOST	0.763179	2.181384*
PROM	1.615423	6.153183*

Mean dependent var	0.352292	S.D. dependent var	0.477887
S.E. of regression	0.438298	Akaike info criterion	1.144908
Sum squared resid	224.7629	Schwarz criterion	1.179350
Log likelihood	-666.3509	Hannan-Quinn criter.	1.157894
Avg. log likelihood	-0.565663	Total obs	1178

หมายเหตุ : 1) ตัวแปรตามเป็น GOTOJ

2) * และ ** แสดงถึงการมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีระดับความเชื่อมั่นสูงกว่า 0.05 และ 0.10 ตามลำดับ

ที่มา: จากการคำนวณ

✓ นักศึกษาพยาบาลที่คาดหวังจะได้รับค่าตอบแทนพิเศษและสวัสดิการจากการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นในระดับที่สูงมีความต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นมากกว่านักศึกษาพยาบาลที่คาดหวังจะได้รับค่าตอบแทนพิเศษและสวัสดิการจากการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นในระดับที่ต่ำ

- ✓ นักศึกษาพยาบาลที่คาดหมายว่าจะต้องดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นเป็นจำนวนมาก มีความต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นมากกว่านักศึกษาพยาบาลที่คาดหมายว่าจะต้องดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนน้อย
- ✓ นักศึกษาพยาบาลที่คาดหมายว่าจะต้องดูแลผู้ป่วยในประเทศไทยเป็นจำนวนน้อยมีความต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นมากกว่านักศึกษาพยาบาลที่คาดหมายว่าจะต้องดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก
- ✓ นักศึกษาพยาบาลที่ยินดีจะเข้าทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่นมีความต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นมากกว่านักศึกษาพยาบาลที่ไม่ยินดีจะเข้าทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่น
- ✓ นักศึกษาพยาบาลที่สามารถปรับตัวอยู่ในประเทศญี่ปุ่นได้มีความต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นมากกว่านักศึกษาพยาบาลที่ไม่สามารถปรับตัวอยู่ในประเทศญี่ปุ่นได้
- ✓ นักศึกษาพยาบาลที่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นมีต้นทุนทางจิตวิทยาในการทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นมากกว่านักศึกษาพยาบาลที่ไม่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่น
- ✓ นักศึกษาพยาบาลที่คิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นเป็นการเพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทยในอนาคตมีความต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นมากกว่านักศึกษาพยาบาลที่คิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นไม่ได้เพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทยในอนาคต

6.4 ผลการประเมินผลได้สุทธิส่วนบุคคลของการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นของนักศึกษาพยาบาลไทย

การเปรียบเทียบเงินเดือนและรายได้รวมของนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างที่คาดหมายจะได้รับจากการทำงานเป็นพยาบาลหลังจากสำเร็จการศึกษากับกรณีที่ทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยกับกรณีที่ทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งได้นำเสนอแล้วในข้างต้นถูกนำเปรียบเทียบไว้ในตารางที่ 6.11 การเปรียบเทียบชี้ให้เห็นว่าหากนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างเปลี่ยนงานจากงานที่ทำหลังจากสำเร็จการศึกษา (นั่นคือ เปลี่ยนจากการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมาเป็นการดูแลผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ) นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างต้องการเงินเดือนเพิ่มขึ้นอีกเดือนละ 14,693 บาท และหากนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างเปลี่ยนงานจากการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นการดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น นักศึกษา พยาบาลตัวอย่างคาดหวังที่จะได้เงินเดือนเพิ่มขึ้นอีกเดือนละ

55,961 บาท กล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างต้องการเงินชดเชยจากการเปลี่ยนลักษณะงาน (การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมาเป็นการดูแลผู้สูงอายุ) เป็นเงิน 14,693 บาทต่อเดือน นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างต้องการเงินชดเชยจากการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน (การทำงานในประเทศไทยเป็นการทำงานในประเทศญี่ปุ่น) เป็นเงิน 55,961 บาทต่อเดือน นั่นหมายความว่า หากนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างต้องเปลี่ยนทั้งลักษณะงานและสถานที่ทำงานพร้อมกัน นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างต้องการเงินชดเชยเป็นเงิน 70,654 บาทต่อเดือน

ตารางที่ 6.11: การเปรียบเทียบเงินเดือนและรายได้รวมจากการทำงานทั้งสามกรณีของนักศึกษาพยาบาล

เงินเดือน		
ที่คาดหวังจะได้รับจากการทำงานเป็นพยาบาลหลังจากสำเร็จการศึกษา	ที่ต้องการจากการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย	ที่คาดหวังได้รับจากการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น
15,734	30,427	86,388
รายได้รวม (เงินเดือน + ค่าตอบแทนพิเศษ + สวัสดิการ)		
ที่คาดหวังจะได้รับจากการทำงานเป็นพยาบาลหลังจากสำเร็จการศึกษา	ที่ต้องการจากการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย	ที่คาดหวังได้รับจากการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น
35,123	37,309	111,706

ที่มา: จากการคำนวณ

ในทำนองเดียวกับรายได้รวม (ประกอบด้วยเงินเดือน ค่าตอบแทนพิเศษ และสวัสดิการ) นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างต้องการรายได้รวมเพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนลักษณะงานเป็นเงิน 2,186 บาทต่อเดือน จากการเปลี่ยนสถานที่ทำงานเป็นเงิน 74,397 บาทต่อเดือน และจากการเปลี่ยนทั้งลักษณะงานและสถานที่ทำงานพร้อมกันเป็นเงิน 76,583 บาทต่อเดือน

ผลได้สุทธิของการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะประเมินด้วยการเปรียบเทียบระหว่างรายได้รวมของนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างในแต่ละกรณีกับรายได้รวมของคนดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับในประเทศญี่ปุ่น รายงานการศึกษาฉบับที่หนึ่งได้รวบรวมข้อมูลรายได้รวมของคนดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุประเภท SNH และ HCFE ในประเทศญี่ปุ่น (รายได้รวมครอบคลุมเงินเดือน ค่าจ้างทำงานล่วงเวลา และการทำงานในช่วงเวลากลางคืน แต่ไม่รวมโบนัสและยังไม่ได้หักภาษี) ซึ่งเป็นการสำรวจรายได้ของสำนักงานสวัสดิการสังคมและสาธารณสุขในปี 2006 รายได้รวมของผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลาใน SNH เป็น 3,877,000 เยนต่อปี และรายได้รวมผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลาใน HCFE เป็น 3,414,000 เยนต่อปี ดังนั้น รายได้รวมเฉลี่ยอยู่ที่ 3,645,500 เยนต่อปี หรือคิดเป็น 303,792 เยนต่อเดือน หากใช้อัตราแลกเปลี่ยนระหว่างเงินเยนของญี่ปุ่นและเงินบาทของไทย ณ วันที่ 16 มีนาคม 2553 (ข้อมูลจาก website ของธนาคารแห่งประเทศไทย) ซึ่งอยู่ที่ 36.4 บาทต่อ 100 เยน จะพบว่ารายได้รวมเฉลี่ยของผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลาในประเทศญี่ปุ่นเป็น 110,580 บาทต่อเดือน แต่อย่างไรก็ตาม พยาบาลต่างชาติที่ยังไม่ผ่านการทดสอบ (ในช่วง 3 ปีแรกของการทำงาน) จะได้รับเงินเดือนเพียง 165,000 เยนต่อเดือน (คิดเป็น 60,060 บาทต่อเดือน) เงินเดือนเริ่มต้นหลังจากผ่านการทดสอบอยู่ 265,000 เยนต่อเดือน (คิดเป็น 96,460 บาทต่อเดือน) (ผลของการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งแสดงไว้ในรายงานการศึกษาฉบับที่หนึ่ง)

ดังนั้น การเปรียบเทียบระหว่างรายได้รวมของนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างในแต่ละกรณีกับรายได้รวมของคนดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับในประเทศญี่ปุ่นเป็นดังต่อไปนี้

- หากนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างเปลี่ยนงานจากการทำงานเป็นพยาบาลหลังจากสำเร็จการศึกษามาเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น จะมีรายได้รวมเพิ่มขึ้น 24,937 บาทต่อเดือน
- หากนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างเปลี่ยนจากการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยมาเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น จะมีรายได้รวมเพิ่มขึ้น 22,751 บาทต่อเดือน
- รายได้รวมที่นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างคาดหวังที่จะได้รับจากการทำงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นสูงกว่าเงินเดือนเริ่มต้นหลังจากผ่านการทดสอบอยู่ 15,246 บาทต่อเดือน
- รายได้รวมที่นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างคาดหวังที่จะได้รับจากการทำงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นสูงกว่ารายได้รวมเฉลี่ยของผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลาในประเทศญี่ปุ่นได้รับเป็นจำนวน 1,126 บาทต่อเดือน

การไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะให้ผลได้สุทธิส่วนบุคคลเป็นจำนวนถึง 24,937 บาทต่อเดือน หากพิจารณาจากรายได้รวมที่ได้รับจากการทำงานเป็นพยาบาลหลังจากสำเร็จการศึกษา แต่ผลได้สุทธิส่วนบุคคลจะลดลงเป็น 22,751 บาทต่อเดือน หากพิจารณาจากรายได้รวมที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ในทางตรงกันข้าม การไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะไม่ก่อให้เกิดผลได้สุทธิส่วนบุคคล หากพิจารณาจากรายได้รวมที่พยาบาลตัวอย่างคาดหวังที่จะได้รับจากการทำงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น (ผลเสียสุทธิส่วนบุคคลเป็น 1,126 - 15,246 บาทต่อเดือน)

แม้ว่าเงินเดือนเริ่มต้นหลังจากผ่านการทดสอบและรายได้รวมเฉลี่ยของผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลาในประเทศญี่ปุ่นจะต่ำกว่ารายได้รวมที่นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างคาดหวังที่จะได้รับจากการทำงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น แต่รายได้รวมเพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนงานพยาบาลหลังจากสำเร็จการศึกษามาเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นหรือจากการเปลี่ยนงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยมาเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นสูงพอที่จะจูงใจให้นักศึกษาพยาบาลไทยไปทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งสอดคล้องกับการตัดสินใจของนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างร้อยละ 65 ที่คิดจะไปทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

อย่างไรก็ตาม มีความเป็นไปได้ที่ข้อสรุปข้างต้นอาจเปลี่ยนแปลงไปได้ เมื่อนำผลการวิเคราะห์ค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลคาดหวังจากการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมาประกอบการพิจารณา ทั้งนี้เพราะว่าค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลคาดหวังจะได้รับในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นแปรโดยตรงกับค่าจ้างที่คาดหวังจะได้จากการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษาและค่าจ้างที่พยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในไทยและแปรผกผันกับรายรับของนักศึกษาพยาบาลในปัจจุบัน นั่นหมายความว่าผลได้สุทธิส่วนบุคคลเพิ่มขึ้นได้ หากรายได้รวมที่นักศึกษาพยาบาลคาดหวังจะได้รับในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นลดลง ซึ่งเป็นผลพวงมาจากค่าจ้างที่คาดหวังจะได้จากการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษาต่ำลง ค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในไทยต่ำลง และรายรับของนักศึกษาพยาบาลในปัจจุบันสูงขึ้น

บทที่ 7
ผลการสำรวจข้อมูลของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์

ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจญี่ปุ่น-ฟิลิปปินส์ (JPEPA) ซึ่งได้เริ่มต้นตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2549 และความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจญี่ปุ่น-อินโดนีเซีย (JIEPA)ซึ่งได้เริ่มต้นตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2551 กำหนดให้มีการเคลื่อนย้ายพยาบาลจากทั้งสองประเทศไปทำงานเป็นพยาบาลหรือคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น รายละเอียดของความตกลงการเคลื่อนย้ายพยาบาลของสองประเทศแสดงไว้ในภาคผนวกที่ 7.1 และ 7.2

การสำรวจข้อมูลของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ในประเทศญี่ปุ่นมีเป้าหมายที่จะได้ข้อเท็จจริงบางประการ ได้แก่ รายได้ที่ได้รับจากการทำงานในประเทศของตน รายได้ที่ได้รับจากการทำงานในประเทศญี่ปุ่น ความยากลำบากของการทำงานและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในประเทศญี่ปุ่น เพื่อเป็นตัวอย่างให้กับพยาบาลไทยที่จะไปทำงานประเภทนี้ในญี่ปุ่น นอกจากนี้ การเปรียบเทียบผลได้สุทธิส่วนบุคคลระหว่างพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์กับพยาบาลไทยเมื่อเข้าไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุภายใต้ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจของทั้งสามประเทศกับประเทศญี่ปุ่นสามารถบ่งบอกถึงความสามารถในการแข่งขันในบริการด้านนี้ของประเทศไทย

ข้อมูลของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ในประเทศญี่ปุ่นได้รับการเก็บรวมรวบระหว่างวันที่ 21 มกราคม ถึง 5 กุมภาพันธ์ 2553 กำหนดการเดินทางสำรวจข้อมูลของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ในประเทศญี่ปุ่นแสดงไว้ใน ภาคผนวกที่ 7.1 การสำรวจข้อมูลได้รับความร่วมมือจากพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์จำนวน 12 ราย ซึ่งได้นำมาประมวลและได้ผลการวิเคราะห์ที่สำคัญดังต่อไปนี้

พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ได้รับเงินเดือนในการทำงานในประเทศของตนก่อนที่จะมาทำงานในประเทศญี่ปุ่นเป็น 10,206 บาทต่อเดือนโดยเฉลี่ย เงินเดือนสูงสุดเป็น 18,773 บาทต่อเดือน และ เงินเดือนต่ำสุดเป็น 5,829 บาทต่อเดือน (ใช้อัตราแลกเปลี่ยนตามประกาศของธนาคารแห่งประเทศไทยเมื่อวันที่ 25 มกราคม 2553 ซึ่งอยู่ที่ 0.7286 บาทต่อ 1 เปโซ และ 3.7546 บาทต่อ 1,000 รูเปีย) การขึ้นเงินเดือนเป็นร้อยละ 16.1 โดยเฉลี่ย อัตราการขึ้นเงินเดือนสูงสุดอยู่ที่ร้อยละ 30 และต่ำสุดคือการไม่ได้ขึ้นเงินเดือน ค่าตอบแทนพิเศษที่พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ได้รับ (เช่น การทำงานล่วงเวลา (OT) การช่วยค่าครองชีพ โบนัสประจำปี) รวมกันเป็นจำนวนเงิน 7,336 บาทต่อเดือนโดยเฉลี่ย ค่าตอบแทนพิเศษสูงสุดเป็น 20,037 บาทต่อเดือน และ ค่าตอบแทนพิเศษต่ำสุดเป็น

1,126 บาทต่อเดือน ฉะนั้น รายได้รวมของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์จากการทำงานในประเทศของตนเป็น 16,074 บาทต่อเดือนโดยเฉลี่ย รายได้รวมสูงสุดเป็น 34,609 บาทต่อเดือน และ รายได้รวมต่ำสุดเป็น 7,286 บาทต่อเดือน

สวัสดิการที่พยาบาลได้รับจากการทำงานในประเทศอินโดนีเซียละฟิลิปปินส์ส่วนใหญ่เป็นที่พักอาศัยและสาธารณูปโภค รองลงมาเป็นการฝึกอบรมและเครื่องแบบในการทำงาน อาหารในสถานที่ทำงาน และการเดินทางไปทำงาน สุดท้ายเป็นเรื่องสวัสดิการรักษาพยาบาลและเงินช่วยเหลือครอบครัว

พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ทำงานในเวลาปกติในประเทศอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์เป็น 163 ชั่วโมงต่อเดือน ระยะเวลาทำงานสูงสุดเป็น 192 ชั่วโมงต่อเดือน และระยะเวลาทำงานต่ำสุดเป็น 40 ชั่วโมงต่อเดือน ภาระการดูแลคนไข้ในประเทศอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์อยู่ที่ 10 คนต่อวันโดยเฉลี่ย จำนวนคนไข้ที่ต้องดูแลสูงสุดเป็น 30 คนต่อวัน และจำนวนคนไข้ที่ต้องดูแลต่ำสุดเป็น 2 คนต่อวัน

พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ได้รับเงินเดือนจากการทำงานในประเทศญี่ปุ่นในขณะนี้เป็น 151,467 เยนต่อเดือน (56,043 บาทต่อเดือน) โดยเฉลี่ย เงินเดือนสูงสุดเป็น 182,500 เยนต่อเดือน (67,525 บาทต่อเดือน) และเงินเดือนต่ำสุดเป็น 128,000 เยนต่อเดือน (47,360 บาทต่อเดือน) (ใช้อัตราแลกเปลี่ยนตามประกาศของธนาคารแห่งประเทศไทยเมื่อวันที่ 25 มกราคม 2553 ซึ่งอยู่ที่ 37 บาทต่อ 100 เยน) พวกเขาคาดหวังที่จะได้ค่าจ้างเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4 ต่อปีโดยเฉลี่ย อัตราการเพิ่มขึ้นของค่าจ้างสูงสุดอยู่ที่ร้อยละ 20 และต่ำสุดคือการไม่หวังที่จะได้ขึ้นเงินเดือน ค่าตอบแทนพิเศษที่พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ได้รับ (เช่น การทำงานล่วงเวลา (OT) การช่วยค่าครองชีพ โบนัสประจำปี) รวมกันเป็นจำนวนเงิน 4,067 เยนต่อเดือน (1,505 บาทต่อเดือน)โดยเฉลี่ย ค่าตอบแทนพิเศษสูงสุดเป็น 12,800 เยนต่อเดือน (4,736 บาทต่อเดือน) และ ค่าตอบแทนพิเศษต่ำสุดเป็นศูนย์

สวัสดิการที่พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ได้รับจากการทำงานในประเทศญี่ปุ่นอยู่ในรูปของการฝึกอบรมภาษาญี่ปุ่นอย่างต่อเนื่องจากการเรียนแบบเต็มเวลาใน 6 เดือนแรกที่มาอยู่ในประเทศญี่ปุ่น พยาบาลส่วนหนึ่งได้ส่วนลดของค่าเช่าบ้าน (เช่น นายจ้างช่วยจ่ายค่าเช่าร้อยละ 20 - 50 ของค่าเช่าทั้งหมด) นอกจากนี้บางรายได้รับเฟอร์นิเจอร์ฟรีและค่าเดินทางมายังที่ทำงาน

การทำงานในเวลาปกติในประเทศญี่ปุ่นของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์เป็น 163 ชั่วโมงต่อเดือน ระยะเวลาทำงานสูงสุดเป็น 168 ชั่วโมงต่อเดือน และระยะเวลาทำงานต่ำสุดเป็น 160 ชั่วโมงต่อเดือน ภาระการดูแลคนไข้ในประเทศญี่ปุ่นเป็นจำนวน 13 คนต่อวันโดยเฉลี่ย จำนวนคนไข้

ที่ต้องดูแลสูงสุดเป็น 22 คนต่อวัน และจำนวนคนไข้ที่ต้องดูแลต่ำสุดเป็น 2 คนต่อวัน การจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งมีอยู่ 5 ระดับเป็นสัดส่วน (%) โดยเฉลี่ยดังนี้

ภาระหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ	สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ)		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด
การดูแลระดับที่ 1: ✱ ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง ✱ ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ	15	30	0
การดูแลระดับที่ 2: ✱ ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง ✱ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ	18	30	0
การดูแลระดับที่ 3: ✱ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากที่จะยืนและเดินหากปราศจากความช่วยเหลือ ✱ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	14	20	0
การดูแลระดับที่ 4: ✱ ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะยืนและเดินได้ ✱ ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	19	30	0
การดูแลระดับที่ 5: ✱ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการสื่อสาร ✱ ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในทุกด้านของการดำรงชีพ รวมทั้งการกินอาหาร	34	100	10

การจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งมีปัญหาสุขภาพใน 3 ด้านหลักเป็นสัดส่วน (%) โดยเฉลี่ยดังนี้

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ)		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด
ปัญหาทางด้านกายภาพ เช่น ❋ การเดิน ❋ การแต่งตัว ❋ การอาบน้ำ ❋ การใช้ห้องน้ำ ❋ การเดินไปมา	53	100	20
ปัญหาด้านความจำ เช่น ❋ การไม่รู้สึกตัว ❋ ปัญหาของความจำระยะสั้น ❋ การสูญเสียทักษะในการจำสำหรับการตัดสินใจประจำวัน ❋ ปัญหาในการทำความเข้าใจกับผู้อื่น ❋ การกินอาหารด้วยตนเองไม่ได้	25	50	0
ปัญหาด้านจิตใจ เช่น ❋ การพูดในแง่ลบ ❋ การโกรธตนเองหรือผู้อื่นตลอดเวลา ❋ การแสดงความหวาดกลัวต่อสิ่งที่ไม่เป็นจริง ❋ การครุ่นคิดต่อปัญหาสุขภาพตนเองซ้ำๆ ❋ การตื่นตระหนกกังวลบ่อยๆ ❋ การแสดงหน้าเศร้ากังวลและร้องไห้	22	50	0

พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ทุกคน (ร้อยละ 100) คิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะสร้างประสบการณ์ในการทำงานในต่างประเทศได้ พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ ร้อยละ 91.67 คิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะเพิ่มโอกาสในการไปทำงานในประเทศอื่นในอนาคต ขณะที่ร้อยละ 8.33 คิดว่าไม่ได้เพิ่มโอกาสในการไปทำงานในประเทศอื่นในอนาคต พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ร้อยละ 83.33 คิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะเพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศบ้านเกิดของตนเองในอนาคต ขณะที่ร้อยละ 16.67 คิดว่าไม่ได้เพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการไปทำงานในประเทศบ้านเกิดของตนเองในอนาคต

ความยากลำบากในการทำงานของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ที่เผชิญเกือบทุกคนคือการสื่อสารด้วยภาษาญี่ปุ่นกับคนไข้และเพื่อนร่วมงานชาวญี่ปุ่น พวกเขาใช้วิธีการเรียนภาษาญี่ปุ่นเพิ่มเติมจากทั้งการเรียนเป็นทางการนอกเวลาทำงานและการฝึกพูดกับเพื่อนร่วมงานและคนไข้เพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสารภาษาญี่ปุ่นให้ชำนาญและคล่องแคล่ว

ปัญหาสำคัญที่มีผลต่อการดำรงชีพประจำวันของพวกเขาคือค่าครองชีพที่สูงและอากาศที่หนาวเย็น นอกจากนี้ บางรายระบุว่าวัฒนธรรมที่แตกต่างกันเพิ่มความยากลำบากในการใช้ชีวิตในประเทศญี่ปุ่น ส่วนใหญ่แก้ไขปัญหาด้วยการควบคุมการใช้จ่ายให้อยู่ภายใต้เงินเดือนที่ได้รับ อาทิเช่น การอยู่ในบ้านมากขึ้น การซื้อของใช้ที่จำเป็นในราคาถูก บางรายบรรเทาอากาศหนาวด้วยการเลือกกินอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายมากขึ้นและออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

รัฐบาลฟิลิปปินส์กำหนดให้ผู้สมัครเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นตามความตกลง JPEPA ต้องเป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษาในสาขาที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลคนไข้ (หลักสูตร 4 ปี) โดยที่ผู้มีประสบการณ์ด้านนี้จะได้รับการพิจารณาเป็นกรณีพิเศษ ขณะที่รัฐบาลอินโดนีเซียกำหนดให้ผู้สมัครเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นตามความตกลง JIEPA ต้องมีอายุไม่เกิน 35 ปี มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 2 ปี และมีประกาศนียบัตรการฝึกอบรมในด้านการดูแลคนไข้ ทั้งสองประเทศใช้การสอบเป็นการคัดกรองผู้สมัคร รัฐบาลทั้งสองประเทศไม่ได้เรียกเก็บเงินจากผู้ที่ได้รับการคัดเลือกมาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นเพื่อเป็นการชดเชยการลงทุนในการศึกษาของพวกเขา ทั้งนี้เพราะว่าการศึกษาและการฝึกอบรมของพวกเขาในประเทศอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ไม่ได้ใช้งบประมาณแผ่นดินมาอุดหนุนกิจกรรมทางการศึกษาและการฝึกอบรม นอกจากนี้ ส่วนหนึ่งเป็นพวกที่เรียนในสถาบันอุดมศึกษาของเอกชน

บทที่ 8
การเปรียบเทียบผลได้ส่วนบุคคลของพยาบาลไทย นักศึกษาพยาบาลไทย และพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์

8.1 การเปรียบเทียบผลได้ส่วนบุคคลของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล

การเปรียบเทียบเงินเดือนและรายได้รวมจากการทำงานในกรณีต่างๆของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลแสดงในตารางที่ 8.1 ชี้ให้เห็นว่าเกือบทุกกรณีที่พยาบาลมีเงินเดือนและรายได้รวมสูงกว่านักศึกษาพยาบาล ฉะนั้น จึงไม่แปลกใจที่พบว่า ผลได้สุทธิของนักศึกษาพยาบาลสูงกว่าผลได้สุทธิของพยาบาลและผลเสียสุทธิของนักศึกษาพยาบาลต่ำกว่าผลเสียสุทธิของพยาบาล (ดูตารางที่ 8.2) นั่นสะท้อนให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลมีแนวโน้มที่จะไปทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมากกว่าพยาบาล ข้อค้นพบนี้ยืนยันได้ด้วยสัดส่วนของนักศึกษาพยาบาลที่คิดที่จะไปทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นสูงถึงร้อยละ 65 ขณะที่สัดส่วนดังกล่าวของพยาบาลเป็นเพียงร้อยละ 34 อย่างไรก็ตาม มิใช่ว่าผลได้สุทธิจะเกิดขึ้นในทุกกรณี ผลได้สุทธิเกิดขึ้นหากพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลใช้รายได้รวมที่ได้รับจริงจากการทำงานเป็นพยาบาลในปัจจุบันและรายได้รวมที่ต้องการจากการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นเกณฑ์ในการเปรียบเทียบรายได้รวมที่จะได้รับจากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น นอกจากนี้ การตัดสินใจในเรื่องนี้เปลี่ยนแปลงได้ด้วยปัจจัยบางประการ ได้แก่ ค่าจ้างการดูแลผู้สูงอายุในไทย การเพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทยในอนาคต สัดส่วนการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น ค่าจ้างที่คาดหวังจะได้จากการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษา และรายรับในปัจจุบัน

เมื่อเปรียบเทียบเงินเดือนและรายได้รวมของพยาบาลไทย นักศึกษาพยาบาลไทย และพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ จะพบว่าเงินเดือนของพยาบาลไทยและนักศึกษาพยาบาลไทยสูงกว่าพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ 5,517 – 9,103 บาทต่อเดือน และรายได้รวมที่สูงกว่า 10,876 – 18,698 บาทต่อเดือน (ดูตารางที่ 8.3) ซึ่งทำให้ผลได้สุทธิของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์สูงกว่าผลได้สุทธิของพยาบาลไทยและนักศึกษาพยาบาลไทยอยู่ระหว่าง 8,364 ถึง 20,549 บาทต่อเดือน

เมื่อเปรียบเทียบภาระหน้าที่และผลได้ที่ไม่อยู่ในรูปตัวเงินระหว่างพยาบาลไทย นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ (ดูตารางที่ 8.4) จะพบว่าระยะเวลาของการ

ตารางที่ 8.1: การเปรียบเทียบเงินเดือนและรายได้รวมจากการทำงานในกรณีต่างๆของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล

กรณี	พยาบาล	นักศึกษาพยาบาล
เงินเดือนที่ได้รับจริงจากการทำงานเป็นพยาบาลในปัจจุบัน (ในกรณีของนักศึกษาพยาบาลเป็นเงินเดือนที่คาดหวังจะได้รับจากการทำงานเป็นพยาบาลหลังจากสำเร็จการศึกษา)	19,426 บาท	15,734 บาท
เงินเดือนที่ต้องการจากการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย	37,362 บาท	30,427 บาท
เงินเดือนที่คาดหวังที่ได้รับจากการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น	101,205 บาท	86,388 บาท
รายได้รวมที่ได้รับจริงจากการทำงานเป็นพยาบาลในปัจจุบัน (ในกรณีของนักศึกษาพยาบาลเป็นรายได้รวมที่คาดหวังจะได้รับจากการทำงานเป็นพยาบาลหลังจากสำเร็จการศึกษา)	27,007 บาท	35,123 บาท
รายได้รวมที่ต้องการจากการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย	45,188 บาท	37,309 บาท
รายได้รวมที่คาดหวังที่ได้รับจากการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น	127,586 บาท	111,706 บาท

ที่มา: จากการคำนวณ

ตารางที่ 8.2: การเปรียบเทียบผลได้สุทธิในกรณีต่างๆของ พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล

กรณี	พยาบาล (บาทต่อเดือน)	นักศึกษาพยาบาล (บาทต่อเดือน)
ผลได้สุทธิจากการเปลี่ยนงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน (การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล) มาเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น	33,053	24,937
ผลได้สุทธิจากการเปลี่ยนงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยมาเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น	14,872	22,751
ผลเสียสุทธิจากการทำงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นเมื่อเทียบกับเงินเดือนเริ่มต้นหลังจากผ่านการทดสอบ	31,126	15,246
ผลเสียสุทธิจากการทำงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นเมื่อเทียบกับรายได้รวมเฉลี่ยของผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลาในประเทศญี่ปุ่น	17,006	1,126

ที่มา: จากการคำนวณ

ตารางที่ 8.3: การเปรียบเทียบเงินเดือนรายได้และรวมผลได้สุทธิของพยาบาลอินโดนีเซีย และฟิลิปปินส์

กรณี	จำนวนเงิน
พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ได้รับเงินเดือนในการทำงานในประเทศของตนก่อนที่จะมาทำงานในประเทศญี่ปุ่น	10,206 บาทต่อเดือน
รายได้รวมของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์จากการทำงานในประเทศของตน	16,074 บาทต่อเดือน
พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ได้รับเงินเดือนจากการทำงานในประเทศญี่ปุ่นในขณะนี้	56,043 บาทต่อเดือน
รายได้รวมของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์จากการทำงานในประเทศญี่ปุ่นในขณะนี้	57,548 บาทต่อเดือน
ผลได้สุทธิจากการเปลี่ยนงานเดิมในประเทศตนมาทำงานในประเทศญี่ปุ่น (รูปของเงินเดือน)	45,837 บาทต่อเดือน
ผลได้สุทธิจากการเปลี่ยนงานเดิมในประเทศตนมาทำงานในประเทศญี่ปุ่น (รูปของรายได้รวม)	41,474 บาทต่อเดือน

ที่มา: จากการคำนวณ

ตารางที่ 8.4: การเปรียบเทียบภาระหน้าที่และผลได้ที่ไม่อยู่ในรูปตัวเงินระหว่างพยาบาลไทย นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ (ทั้งในกรณีที่ทำงานในประเทศของตนก่อนที่จะมาทำงานในประเทศญี่ปุ่นและในกรณีที่กำลังทำงานในประเทศญี่ปุ่น)

ภาระหน้าที่	พยาบาลไทย	นักศึกษาพยาบาล	พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ (ในกรณีที่ทำงานในประเทศของตนก่อนที่จะมาทำงานในประเทศญี่ปุ่น)	พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ (ในกรณีที่กำลังทำงานในประเทศญี่ปุ่น)
ระยะเวลาของการทำงานในเวลาปกติ (ชั่วโมงต่อเดือน)	161.2	196.6	163	163
พยาบาลตัวอย่างต้องดูแลคนไข้ (คนต่อวัน)	26	13.3	10	13
มีความคิดที่ว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะสร้างประสบการณ์ในการทำงานในต่างประเทศ (ร้อยละ)	94	100	100	
การทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะเพิ่มโอกาสในการไปทำงานในประเทศอื่นในอนาคต (ร้อยละ)	89	97	91.67	
การทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะเพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศบ้านเกิดของตนเองในอนาคต (ร้อยละ)	74.6	93	83.33	

ที่มา: จากการคำนวณ

ทำงานในเวลาปกติของนักศึกษาพยาบาลจะสูงกว่าระยะเวลาของการทำงานในเวลาปกติของพยาบาลไทยและพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ แต่อย่างไรก็ตาม พยาบาลไทยต้องดูแลคนไข้ในแต่ละวันมากกว่า

นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ พยาบาลไทยระบุว่ามีผลได้ที่ไม่อยู่ในรูปตัวเงินจากการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นในทุกประเภทน้อยกว่านักศึกษาพยาบาลและพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์

การเปรียบเทียบการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นระหว่างพยาบาลไทย นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ (ดูตารางที่ 8.5) จะพบว่าพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ให้การดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในระดับที่สูงกว่า ตัวอย่างเช่น พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์จัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในระดับ 5 เป็นร้อยละ 34 ขณะที่พยาบาลไทย นักศึกษาพยาบาลเลือกที่จะจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในระดับดังกล่าวเป็นร้อยละ 25 ในทางตรงกันข้าม พยาบาลไทย นักศึกษาพยาบาลเลือกที่จะจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในระดับ 1 เป็นร้อยละ 21 ขณะที่พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์จัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในระดับดังกล่าวเป็นร้อยละ 15

การเปรียบเทียบการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นที่มีปัญหาสุขภาพใน 3 ด้านหลักระหว่าง พยาบาลไทย นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ (ดูตารางที่ 8.6) จะพบว่าพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ให้การดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นที่มีปัญหาทางด้านกายภาพมากกว่าพยาบาลไทยและนักศึกษาพยาบาล ขณะที่พยาบาลไทย นักศึกษาพยาบาลให้การดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นที่มีปัญหาด้านความจำและจิตใจมากกว่า

ตารางที่ 8.5: การเปรียบเทียบการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นระหว่างพยาบาลไทย นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์

ภาระหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ	สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ)		
	พยาบาลไทย	นักศึกษาพยาบาล	พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์
การดูแลระดับที่ 1: ✱ ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง ✱ ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ	21	20	15
การดูแลระดับที่ 2: ✱ ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง ✱ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ	16	17	18
การดูแลระดับที่ 3: ✱ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากที่จะยืนและเดินหากปราศจากความช่วยเหลือ ✱ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	18	19	14
การดูแลระดับที่ 4: ✱ ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะยืนและเดินได้ ✱ ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	20	21	19
การดูแลระดับที่ 5: ✱ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการสื่อสาร ✱ ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในทุกด้านของการดำรงชีพ รวมทั้งการกินอาหาร	25	23	34

ที่มา: จากการคำนวณ

ตารางที่ 8.6: การเปรียบเทียบการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุชาว
ญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นจำแนกตามปัญหาสุขภาพใน 3 ด้านหลักระหว่าง
พยาบาลไทย นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ)		
	พยาบาลไทย	นักศึกษาพยาบาล	พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์
ปัญหาทางด้านกายภาพ เช่น ❋ การเดิน ❋ การแต่งตัว ❋ การอาบน้ำ ❋ การใช้ห้องน้ำ ❋ การเดินไปมา	38	34	53
ปัญหาด้านความจำ เช่น ❋ การไม่รู้สึกตัว ❋ ปัญหาของความจำระยะสั้น ❋ การสูญเสียทักษะในการจำสำหรับการตัดสินใจประจำวัน ❋ ปัญหาในการทำความเข้าใจกับผู้อื่น ❋ การกินอาหารด้วยตนเองไม่ได้	31	33	25
ปัญหาด้านจิตใจ เช่น ❋ การพูดในแง่ลบ ❋ การโกรธตนเองหรือผู้อื่นตลอดเวลา ❋ การแสดงความหวาดกลัวต่อสิ่งที่ไม่เป็นจริง ❋ การคร่ำครวญต่อปัญหาสุขภาพตนเองซ้ำๆ ❋ การตื่นตระหนกกังวลบ่อยๆ ❋ การแสดงหน้าเศร้ากังวลและร้องไห้	31	33	22

ที่มา: จากการคำนวณ

8.2 การเปรียบเทียบค่าตอบแทนและภาระงานของพยาบาลไทย นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์

การเปรียบเทียบค่าตอบแทนและภาระงานของพยาบาลไทย นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ในกรณีที่ทำงานในประเทศของตนเอง (ดูตารางที่ 8.7) แสดงให้เห็นว่า นักศึกษาพยาบาลมีจำนวนชั่วโมงของการทำงานในเวลาปกติที่สูงกว่าพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ ขณะที่พยาบาลไทยมีจำนวนคนไข้ที่ต้องดูแลมากกว่าพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ นั่นหมายความว่า ในการทำงานในประเทศของตนเอง พยาบาลไทยไม่เพียงแต่ได้รับเงินเดือนและรายได้รวมสูงกว่าพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ ยังต้องมีภาระงานที่สูงด้วยเช่นกัน ภาระงานโดยเปรียบเทียบที่สูงกว่าเงินเดือนและรายได้รวมทำให้เงินเดือนที่ได้รับจริงและรายได้รวมต่อจำนวนคนไข้ที่ต้องดูแลของพยาบาลไทยต่ำกว่าพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ อีกนัยหนึ่งก็คือ พยาบาลไทยทำงานหนักกว่าพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ในประเทศของตนเอง

การเปรียบเทียบค่าตอบแทนและภาระงานของพยาบาลไทยนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ในกรณีที่ทำงานในประเทศญี่ปุ่น (ดูตารางที่ 8.8) ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลไทยและนักศึกษาพยาบาลต้องการดูแลคนไข้จำนวนที่น้อยกว่าพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์เช่นเดียวกัน พยาบาลไทยและนักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของระดับการดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นที่ต่ำกว่าพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ นั่นหมายความว่า ในการทำงานในประเทศญี่ปุ่น พยาบาลไทยและนักศึกษาพยาบาลไม่เพียงแต่ต้องการเงินเดือนและรายได้รวมสูงกว่าพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ ยังต้องการรับภาระงานที่น้อยกว่าด้วย ภาระงานโดยเปรียบเทียบที่ต่ำและเงินเดือนและรายได้รวมที่สูงทำให้สัดส่วนเงินเดือนและรายได้รวมที่คาดหวังในประเทศญี่ปุ่นต่อจำนวนคนไข้ที่ต้องดูแลและสัดส่วนเงินเดือนและรายได้รวมที่คาดหวังในประเทศญี่ปุ่นต่อค่าเฉลี่ยของระดับการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลไทยและและนักศึกษาพยาบาลสูงกว่าพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ อีกนัยหนึ่งก็คือ พยาบาลไทยและนักศึกษาพยาบาลต้องการทำงานในประเทศญี่ปุ่นที่เบากว่าพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากความจริงที่ว่า ภาระการดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นสูงกว่าที่พยาบาลไทยนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ได้ระบุไว้ (ค่าเฉลี่ยของระดับการดูแลผู้สูงอายุใน SNH อยู่ที่ 3.9 และ HCFE อยู่ที่ 3.2) จะทำให้สัดส่วนเงินเดือนและรายได้รวมที่คาดหวังในประเทศญี่ปุ่นต่อค่าเฉลี่ยของระดับการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลไทยและนักศึกษาพยาบาล

ต่ำกว่าที่คาดหมายไว้ ซึ่งจะเป็นการบั่นทอนความต้องการที่ไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นในที่สุด เนื่องด้วยภาระงานที่หนักกว่าที่คิดไว้

ตารางที่ 8.7: การเปรียบเทียบค่าตอบแทนและภาระงานของพยาบาลไทยนักศึกษา พยาบาล และพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ในกรณีที่ทำงานในประเทศของตนเอง

ค่าตอบแทนและภาระงาน	พยาบาล	นักศึกษาพยาบาล	พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์
เงินเดือนที่ได้รับจริง (บาท)	19,426	15,734	10,206
รายได้รวม (บาท)	27,007	35,123	16,074
จำนวนชั่วโมงของการทำงานในเวลาปกติ (ชั่วโมง)	161.2	196.6	163
จำนวนคนไข้ที่ต้องดูแล (คน)	26	13.3	10
เงินเดือนที่ได้รับจริงต่อชั่วโมงของการทำงานในเวลาปกติ (บาทต่อชั่วโมง)	120	80	63
รายได้รวมต่อชั่วโมงของการทำงานในเวลาปกติ (บาทต่อชั่วโมง)	167	177	99
เงินเดือนที่ได้รับจริงต่อจำนวนคนไข้ที่ต้องดูแล (บาทต่อคน)	742	1,182	1,021
รายได้รวมต่อจำนวนคนไข้ที่ต้องดูแล (บาทต่อคน)	1,037	2,614	1,607

ที่มา: จากการคำนวณ

ตารางที่ 8.8 : การเปรียบเทียบค่าตอบแทนและภาระงานของพยาบาลไทยนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ในกรณีที่ทำงานในประเทศญี่ปุ่น

ค่าตอบแทนและภาระงาน	พยาบาล	นักศึกษาพยาบาล	พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์
เงินเดือนที่คาดหวังในประเทศญี่ปุ่น (บาทต่อเดือน)	101,205	86,388	56,043
รายได้รวมในประเทศญี่ปุ่น (บาทต่อเดือน)	126,710	113,629	57,548
จำนวนชั่วโมงของการทำงานในเวลาปกติ (ชั่วโมงต่อเดือน)	161.2	196.6	163
จำนวนคนไข้ที่ต้องดูแล (คน)	2.4	5	13
ค่าเฉลี่ยของระดับการดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น (คะแนน)	3.12	3.10	3.39
เงินเดือนที่คาดหวังในประเทศญี่ปุ่นต่อต่อชั่วโมงของการทำงานในเวลาปกติ (บาทต่อชั่วโมง)	628	439	344
รายได้รวมในประเทศญี่ปุ่นต่อชั่วโมงของการทำงานในเวลาปกติ (บาทต่อชั่วโมง)	786	578	353
เงินเดือนที่คาดหวังในประเทศญี่ปุ่นต่อจำนวนคนไข้ที่ต้องดูแล (บาทต่อคน)	42,168	17,278	4,311
รายได้รวมในประเทศญี่ปุ่นต่อจำนวนคนไข้ที่ต้องดูแล (บาทต่อคน)	52,796	22,726	4,427
เงินเดือนที่คาดหวังในประเทศญี่ปุ่นต่อค่าเฉลี่ยของระดับการดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น (บาทต่อคะแนน)	32,438	27,867	16,532
รายได้รวมในประเทศญี่ปุ่นต่อค่าเฉลี่ยของระดับการดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น (บาทต่อคะแนน)	40,612	36,655	16,976

ที่มา: จากการคำนวณ

8.3 การเปรียบเทียบผลได้ส่วนบุคคลที่ปรับอัตราแลกเปลี่ยนด้วย purchasing power parity (PPP) ระหว่างพยาบาลไทยนักศึกษาพยาบาลไทยและพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์

หากใช้อัตราแลกเปลี่ยนตามประกาศของธนาคารแห่งประเทศไทยเมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2553 ปรับด้วย purchasing power parity (PPP) conversion rate ของธนาคารโลก (ซึ่งได้จัดทำขึ้นตามข้อมูลในปี 2008 เป็นปีล่าสุด) ซึ่งอยู่ที่ 15.8 บาทต่อ 100 เยน จะพบว่ารายได้รวมเฉลี่ยของผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลาในประเทศญี่ปุ่นเป็น 47,999 บาทต่อเดือน แต่อย่างไรก็ตาม พยาบาลต่างชาติที่ยังไม่ผ่านการทดสอบ (ในช่วง 3 ปีแรกของการทำงาน) จะได้รับเงินเดือนเพียง 165,000 เยนต่อเดือน (คิดเป็น 26,070 บาทต่อเดือน) เงินเดือนเริ่มต้นหลังจากผ่านการทดสอบอยู่ 265,000 เยนต่อเดือน (คิดเป็น 41,870 บาทต่อเดือน)

ฉะนั้น การเปรียบเทียบระหว่างรายได้รวมของพยาบาลตัวอย่างในแต่ละกรณีกับรายได้รวมของคนดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับในประเทศญี่ปุ่นเป็นดังต่อไปนี้ (ดูตารางที่ 8.9)

- หากพยาบาลตัวอย่างเปลี่ยนงานจากที่ทำอยู่ในปัจจุบัน (การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล) มาเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น) จะมีรายได้รวมลดลง 937 บาทต่อเดือน
- หากพยาบาลตัวอย่างเปลี่ยนจากการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยมาเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น จะมีรายได้รวมลดลง 19,118 บาทต่อเดือน
- รายได้รวมที่พยาบาลตัวอย่างคาดหวังที่จะได้รับจากการทำงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นสูงกว่าเงินเดือนเริ่มต้นหลังจากผ่านการทดสอบอยู่ 85,716 บาทต่อเดือน
- รายได้รวมที่พยาบาลตัวอย่างคาดหวังที่จะได้รับจากการทำงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นสูงกว่ารายได้รวมเฉลี่ยของผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลาในประเทศญี่ปุ่นได้รับเป็นจำนวน 79,587 บาทต่อเดือน

การไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะไม่ก่อให้เกิดผลได้สุทธิส่วนบุคคล ผลเสียสุทธิส่วนบุคคลต่ำสุดอยู่ที่ 937 บาทต่อเดือน จนกระทั่งสูงสุดอยู่ที่ 85,716 บาทต่อเดือน

ในทำนองเดียวกัน ผลได้สุทธิของการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะประเมินด้วยการเปรียบเทียบระหว่างรายได้รวมของนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างในแต่ละกรณีกับรายได้รวมของคนดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้ (ดูตารางที่ 8.9)

ตารางที่ 8.9: การเปรียบเทียบผลได้สุทธิซึ่งปรับอัตราแลกเปลี่ยนด้วย purchasing power parity (PPP)ในกรณีต่างๆของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล

กรณี	พยาบาล (บาทต่อเดือน)	นักศึกษาพยาบาล (บาทต่อเดือน)
ผลเสียสุทธิจากการเปลี่ยนงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน (การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล) มาเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น	937	9,053
ผลเสียสุทธิจากการเปลี่ยนงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยมาเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น	19,118	11,239
ผลเสียสุทธิจากการทำงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นเมื่อเทียบกับเงินเดือนเริ่มต้นหลังจากผ่านการทดสอบ	85,716	69,836
ผลเสียสุทธิจากการทำงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นเมื่อเทียบกับรายได้รวมเฉลี่ยของผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลาในประเทศญี่ปุ่น	79,587	63,707

ที่มา: จากการคำนวณ

- หากนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างเปลี่ยนงานจากการทำงานเป็นพยาบาลหลังจากสำเร็จการศึกษามาเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น จะมีรายได้รวมลดลง 9,053 บาทต่อเดือน
- หากนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างเปลี่ยนจากการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยมาเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น จะมีรายได้รวมลดลง 11,239 บาทต่อเดือน
- รายได้รวมที่นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างคาดหวังที่จะได้รับจากการทำงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นสูงกว่าเงินเดือนเริ่มต้นหลังจากผ่านการทดสอบอยู่ 69,836 บาทต่อเดือน
- รายได้รวมที่นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างคาดหวังที่จะได้รับจากการทำงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นสูงกว่ารายได้รวมเฉลี่ยของผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลาในประเทศญี่ปุ่นได้รับเป็นจำนวน 63,707 บาทต่อเดือน

การไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะไม่ก่อให้เกิดผลได้สุทธิส่วนบุคคล ผลเสียสุทธิส่วนบุคคลต่ำสุดอยู่ที่ 9,053 บาทต่อเดือน จนกระทั่งสูงสุดอยู่ที่ 69,836 บาทต่อเดือน

การปรับเงินเดือนรายได้และรวมผลได้สุทธิด้วยอัตราแลกเปลี่ยนที่สะท้อน purchasing power parity (PPP) ของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์แสดงในตารางที่ 8.10 อัตราแลกเปลี่ยนตามประกาศของธนาคารแห่งประเทศไทยเมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2553 ปรับด้วย purchasing power parity (PPP) conversion rate ของธนาคารโลก (ซึ่งได้จัดทำขึ้นตามข้อมูลในปี 2008 เป็นปีล่าสุด) ซึ่งอยู่ที่ 0.7074 บาทต่อ 1 เปโซ และ 3.3867 บาทต่อ 1,000 รูเปีย พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ได้รับเงินเดือนในการทำงานในประเทศของตนก่อนที่จะมาทำงานในประเทศญี่ปุ่นเป็น 9,728 บาทต่อเดือน โดยเฉลี่ย เงินเดือนสูงสุดเป็น 16,934 บาทต่อเดือน และ เงินเดือนต่ำสุดเป็น 5,659 บาทต่อเดือน ค่าตอบแทนพิเศษที่พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ได้รับ (เช่น การทำงานล่วงเวลา (OT) การช่วยค่าครองชีพ โบนัสประจำปี) รวมกันเป็นจำนวนเงิน 7,113 บาทต่อเดือนโดยเฉลี่ย ค่าตอบแทนพิเศษสูงสุดเป็น 19,454 บาทต่อเดือน และ ค่าตอบแทนพิเศษต่ำสุดเป็น 1,016 บาทต่อเดือน ฉะนั้น รายได้รวมของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์จากการทำงานในประเทศของตนเป็น 15,418 บาทต่อเดือน โดยเฉลี่ย รายได้รวมสูงสุดเป็น 33,602 บาทต่อเดือน และ รายได้รวมต่ำสุดเป็น 7,074 บาทต่อเดือน

พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ได้รับเงินเดือนจากการทำงานในประเทศญี่ปุ่นในขณะนี้เป็น 151,467 เยนต่อเดือน (23,932 บาทต่อเดือน) โดยเฉลี่ย เงินเดือนสูงสุดเป็น 182,500 เยนต่อเดือน (28,835 บาทต่อเดือน) และเงินเดือนต่ำสุดเป็น 128,000 เยนต่อเดือน (20,224 บาทต่อเดือน) ค่าตอบแทนพิเศษที่พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ได้รับ (เช่น การทำงานล่วงเวลา (OT) การช่วยค่าครองชีพ โบนัสประจำปี) รวมกันเป็นจำนวนเงิน 4,067 เยนต่อเดือน (643 บาทต่อเดือน) โดยเฉลี่ย ค่าตอบแทนพิเศษสูงสุดเป็น 12,800 เยนต่อเดือน (2,022 บาทต่อเดือน) และ ค่าตอบแทนพิเศษต่ำสุดเป็นศูนย์ ดังนั้น รายได้รวมอยู่ที่ 24,575 บาทต่อเดือน ผลได้สุทธิในรูปของเงินเดือนจากการเปลี่ยนงานเดิมในประเทศตนมาทำงานในประเทศญี่ปุ่นเป็น 14,204 บาทต่อเดือนและผลได้สุทธิในรูปของรายได้รวมจากการเปลี่ยนงานเดิมในประเทศตนมาทำงานในประเทศญี่ปุ่นเป็น 9,157 บาทต่อเดือน

เมื่อเปรียบเทียบเงินเดือนและรายได้รวมของพยาบาลไทย นักศึกษาพยาบาลไทย และพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ จะพบว่าเงินเดือนของพยาบาลไทยและนักศึกษาพยาบาลไทยสูงกว่าพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ 6,006 – 9,698 บาทต่อเดือน และรายได้รวมที่สูงกว่า 11,589 – 19,795 บาท

ต่อเดือน ซึ่งทำให้ผลได้สุทธิของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์สูงกว่าผลได้สุทธิของพยาบาลไทยและนักศึกษาพยาบาลไทยอยู่ระหว่าง 15,141 ถึง 23,257 บาทต่อเดือน

ตารางที่ 8.10: การเปรียบเทียบเงินเดือนรายได้และรวมผลได้สุทธิซึ่งปรับอัตราแลกเปลี่ยนด้วย purchasing power parity (PPP) ของพยาบาลอินโดนีเซีย และฟิลิปปินส์

กรณี	จำนวนเงิน (บาทต่อเดือน)
พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ได้รับเงินเดือนในการทำงานในประเทศของตนก่อนที่จะมาทำงานในประเทศญี่ปุ่น	9,728
รายได้รวมของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์จากการทำงานในประเทศของตน	15,418
พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ได้รับเงินเดือนจากการทำงานในประเทศญี่ปุ่นในขณะนี้	23,932
รายได้รวมของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์จากการทำงานในประเทศญี่ปุ่นในขณะนี้	24,575
ผลได้สุทธิจากการเปลี่ยนงานเดิมในประเทศตนมาทำงานในประเทศญี่ปุ่น (รูปของเงินเดือน)	14,204
ผลได้สุทธิจากการเปลี่ยนงานเดิมในประเทศตนมาทำงานในประเทศญี่ปุ่น (รูปของรายได้รวม)	9,157

ที่มา: จากการคำนวณ

บทที่ 9
การประเมินผลกระทบของการลาออกของพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ

ภาครัฐได้รับผลกระทบจากการลาออกของพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐในสามรูปแบบคือ

1. สถานพยาบาลรัฐมีค่าใช้จ่ายในการคัดเลือกบรรจุพยาบาลใหม่มาแทนที่ผู้ที่ลาออก

2. เนื่องจากพยาบาลที่ลาออกไปได้รับการฝึกอบรมระหว่างการทำงาน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ขณะเดียวกัน กระทรวงสาธารณสุขอาจจะยังไม่ได้รับประโยชน์จากทักษะของพยาบาลที่สูงขึ้นที่สืบเนื่องมาจากการฝึกอบรม กระทรวงสาธารณสุขต้องมีค่าใช้จ่ายในการจัดการฝึกอบรมพยาบาลใหม่เพื่อให้ได้ทักษะเหมือนกับพยาบาลที่ลาออกไป

3. การศึกษาวิชาชีพพยาบาลในสถาบันการศึกษาของรัฐได้รับการอุดหนุนทางการเงินจากภาครัฐ ซึ่งทำให้ผู้ศึกษามีค่าเล่าเรียนต่ำกว่าที่เป็นจริง (นั่นคือ ค่าเล่าเรียนในสถาบันการศึกษาของรัฐต่ำกว่าค่าเล่าเรียนในสถานบันการศึกษาของเอกชน) การอุดหนุนทางการเงินมีจุดประสงค์ที่จะให้ผู้ศึกษาลดอุปสรรคทางการเงินและตอบแทนภาครัฐด้วยการทำงานในสถานพยาบาลของรัฐ ดังนั้น การลาออกของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันของรัฐทำให้ภาครัฐสูญเสียโอกาสในการได้รับการชดเชยสำหรับเงินที่อุดหนุนการศึกษาพยาบาลเหล่านี้

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการลาออกของพยาบาลของสถานพยาบาลของรัฐเกิดจากผู้ที่ต้องการบริการสุขภาพจำนวนหนึ่งไม่ได้รับบริการสุขภาพเนื่องจากพยาบาลมีจำนวนลดลง หรืออีกนัยหนึ่งคือ อุปทานของพยาบาลมีน้อยกว่าอุปสงค์ต่อพยาบาล การประเมินผลกระทบต่อผู้ป่วยสะท้อนความสูญเสียที่เป็นสามารถคำนวณอยู่ในรูปตัวเงินได้ ซึ่งจะนำไปรวมกับผลกระทบด้านอื่นที่เป็นตัวเงินในที่สุด

9.1 ค่าใช้จ่ายของการคัดเลือกบรรจุพยาบาลใหม่

ค่าใช้จ่ายในการคัดเลือกบรรจุพยาบาลใหม่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐและการรวบรวมข้อมูลของฝ่ายบริหารบุคคลของโรงพยาบาลรัฐจำนวน 56 แห่ง (รายชื่อโรงพยาบาลที่ให้ความร่วมมือแสดงในตารางที่ 9.1) ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาล 5 แห่งในกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาล 9 แห่งในภาคกลาง โรงพยาบาล 16 แห่งในภาคเหนือ โรงพยาบาล 17 แห่งในตะวันออกเฉียงเหนือ โรงพยาบาล 9 แห่งในภาคใต้

ตารางที่ 9.1: รายชื่อโรงพยาบาลที่ผู้บริหารให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจาก
การลาออกของพยาบาลด้วยวิธีการสัมภาษณ์

ชื่อของโรงพยาบาล	จังหวัด	ภาค
โรงพยาบาลสิรินธร	กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร
โรงพยาบาลตากสิน	กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร
โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมิ์	กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร
โรงพยาบาลกลาง	กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร
โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	สมุทรสาคร	กลาง
โรงพยาบาลชุมชนเขาฉกรรจ์	สระแก้ว	กลาง
โรงพยาบาลอ่างทอง	อ่างทอง	กลาง
โรงพยาบาลชุมชนอู่ทอง	สุพรรณบุรี	กลาง
โรงพยาบาลชุมชนสระโบสถ์	ลพบุรี	กลาง
โรงพยาบาลชุมชนดอนตูม	นครปฐม	กลาง
โรงพยาบาลชุมชนศรีมโหสถ	ปราจีนบุรี	กลาง
โรงพยาบาลชุมชนพานทอง	ชลบุรี	กลาง
โรงพยาบาลชุมชนปากเกร็ด	นนทบุรี	กลาง
โรงพยาบาลชุมชนห้างฉัตร	ลำปาง	เหนือ
โรงพยาบาลชุมชนวังโป่ง	ลำปาง	เหนือ
โรงพยาบาลเถิน	ลำปาง	เหนือ
โรงพยาบาลท่าวังผา	น่าน	เหนือ
โรงพยาบาลพิจิตร	พิจิตร	เหนือ
โรงพยาบาลเวียงสา	น่าน	เหนือ
โรงพยาบาลลานกระบือ	กำแพงเพชร	เหนือ
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	ตาก	เหนือ
โรงพยาบาลชุมชนสวรรคโลก	สุโขทัย	เหนือ

ตารางที่ 9.1: รายชื่อโรงพยาบาลที่ผู้บริหารให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากการลาออกของพยาบาลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ชื่อของโรงพยาบาล	จังหวัด	ภาค
โรงพยาบาลชุมชนอมก๋อย	เชียงใหม่	เหนือ
โรงพยาบาลงาว	ลำปาง	เหนือ
โรงพยาบาลชุมชนสามเงา	ตาก	เหนือ
โรงพยาบาลพญาเม็งราย	เชียงราย	เหนือ
โรงพยาบาลแม่สรวย	เชียงราย	เหนือ
โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง	เชียงราย	เหนือ
โรงพยาบาลปาย	เชียงใหม่	เหนือ
โรงพยาบาลโพนทอง	ร้อยเอ็ด	ตะวันออกเฉียงเหนือ
โรงพยาบาลนายแพทย์หาญ	ยโสธร	ตะวันออกเฉียงเหนือ
โรงพยาบาลชุมชนศรีสงคราม	นครพนม	ตะวันออกเฉียงเหนือ
โรงพยาบาลชุมชนกุดบาก	สกลนคร	ตะวันออกเฉียงเหนือ
โรงพยาบาลชุมชนกันทรวิชัย	มหาสารคาม	ตะวันออกเฉียงเหนือ
โรงพยาบาลเขื่องใน	อุบลราชธานี	ตะวันออกเฉียงเหนือ
โรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล	นครราชสีมา	ตะวันออกเฉียงเหนือ
โรงพยาบาลชุมชนดอนมดแดง	อุบลราชธานี	ตะวันออกเฉียงเหนือ
โรงพยาบาลชุมชนปราสาท	สุรินทร์	ตะวันออกเฉียงเหนือ
โรงพยาบาลชุมชนสีคิ้ว	นครราชสีมา	ตะวันออกเฉียงเหนือ
โรงพยาบาลปัญญาเวช	อุดรธานี	ตะวันออกเฉียงเหนือ
โรงพยาบาลตระการพืชผล	อุบลราชธานี	ตะวันออกเฉียงเหนือ
โรงพยาบาลอำนาจเจริญ	อำนาจเจริญ	ตะวันออกเฉียงเหนือ
โรงพยาบาลบ้านแพง	นครพนม	ตะวันออกเฉียงเหนือ
โรงพยาบาลโพนสวรรค์	นครพนม	ตะวันออกเฉียงเหนือ
โรงพยาบาลนาแก	นครพนม	ตะวันออกเฉียงเหนือ
โรงพยาบาลท่าอุเทน	นครพนม	ตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ 9.1: รายชื่อโรงพยาบาลที่ผู้บริหารให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากการลาออกของพยาบาลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ชื่อของโรงพยาบาล	จังหวัด	ภาค
โรงพยาบาลชุมชนทับปุด	พังงา	ใต้
โรงพยาบาลหัวไทร	นครศรีธรรมราช	ใต้
โรงพยาบาลปาดังเบซาร์	สงขลา	ใต้
โรงพยาบาลชะอวด	นครศรีธรรมราช	ใต้
โรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม	สุราษฎร์ธานี	ใต้
โรงพยาบาลป่าพะยอม	พัทลุง	ใต้
โรงพยาบาลระนอง	นครศรีธรรมราช	ใต้
โรงพยาบาลนครินทร์	สุราษฎร์ธานี	ใต้
โรงพยาบาลพนม	นครศรีธรรมราช	ใต้

ที่มา: จากการสำรวจ

โดยเฉลี่ยแล้ว โรงพยาบาลแห่งหนึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรับสมัครพยาบาลวิชาชีพใหม่แทนพยาบาลวิชาชีพที่ลาออกเป็นจำนวนเงิน 6,398 บาทต่อพยาบาลวิชาชีพใหม่หนึ่งราย นอกจากนี้ โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายในการจัดการฝึกอบรมฝึกทักษะให้กับพยาบาลวิชาชีพใหม่เป็นจำนวนเงิน 5,223 บาทต่อราย นั่นหมายความว่า ค่าใช้จ่ายในการคัดเลือกบรรจุพยาบาลใหม่หนึ่งรายอยู่ที่ 11,621 บาท

โรงพยาบาลร้อยละ 61 ไม่ได้ของบประมาณจากรัฐบาลเพิ่มเติมเพื่อรับสมัครพยาบาลใหม่และให้การฝึกอบรมกับพยาบาลวิชาชีพเพื่อสามารถทำงานได้เหมือนพยาบาลวิชาชีพที่ลาออกไป ร้อยละ 12 ของบประมาณเพิ่มเติมแต่ไม่ได้รับงบประมาณ มีเพียงร้อยละ 27 ที่การของบประมาณเพิ่มเติมประสบความสำเร็จและเกือบทั้งหมดได้งบประมาณเพิ่มเติมเป็นร้อยละ 100 ของงบประมาณที่ขอไป โรงพยาบาลร้อยละ 9.6 มีแหล่งเงินอื่นนอกจากงบประมาณจากรัฐบาลที่นำมาใช้ในการรับสมัครพยาบาลใหม่และให้การฝึกอบรมกับพยาบาลวิชาชีพเพื่อสามารถทำงานได้เหมือนพยาบาลวิชาชีพที่ลาออกไป โดยที่แหล่งเงินเหล่านี้สามารถจัดสรรเงินได้เป็นร้อยละ 34 ของงบประมาณที่ขอไป

9.2 ค่าใช้จ่ายการฝึกอบรมระหว่างการทำงานของพยาบาลที่ลาออก

โดยเฉลี่ยแล้ว โรงพยาบาลแห่งหนึ่งมีค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมทักษะให้กับพยาบาลวิชาชีพจำนวนรวมกันทั้งหมดเป็นเงิน 384,584 บาทต่อปี ซึ่งครอบคลุมพยาบาลวิชาชีพจำนวน 82 คน โดยมีระยะเวลาการฝึกอบรมทักษะ 10 วันต่อคนต่อปีโดยเฉลี่ย นั่นหมายความว่า ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมทักษะสำหรับพยาบาลวิชาชีพแต่ละคนที่โรงพยาบาลจัดให้มีมูลค่าเป็น 4,706 บาทต่อปี ส่วนระยะเวลาการฝึกอบรมทักษะ 10 วันที่พยาบาลวิชาชีพไม่ได้ทำงานแต่โรงพยาบาลยังคงจ่ายเงินเดือนให้มีมูลค่าเป็น 9,306 บาทต่อคน (คำนวณจากเงินเดือนประจำที่พยาบาลวิชาชีพได้รับจากโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 20,474 บาทต่อคนและการทำงานในเวลาปกติ 22 วันต่อเดือน) ดังนั้น ค่าใช้จ่ายการฝึกอบรมระหว่างการทำงานของพยาบาลที่ลาออกรวมกันเป็นจำนวน 14,012 บาท

9.3 ผลการประมาณการเงินอุดหนุนจากภาครัฐสำหรับการศึกษาวิชาพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ

การประมาณการเงินอุดหนุนจากภาครัฐสำหรับการศึกษาวิชาพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐจะอาศัยข้อมูลจาก 3 แหล่ง แหล่งแรกเป็นผลการศึกษาวิจัยเรื่องต้นทุนการผลิตพยาบาลในประเทศไทยที่สถาบันอุดมศึกษาของรัฐที่มีการผลิตพยาบาลได้ทำการคำนวณไว้ แหล่งที่สองเป็นข้อมูลจากการรายงานการประกันคุณภาพของสถาบันอุดมศึกษาของรัฐที่มีการผลิตพยาบาลซึ่งได้เผยแพร่ใน website ของสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (สมศ.) แหล่งที่สามเป็นการสัมภาษณ์ผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษาของรัฐที่มีการผลิตพยาบาล รายชื่อสถาบันอุดมศึกษาของรัฐที่การวิเคราะห์ได้ใช้ข้อมูลต้นทุนการผลิตพยาบาลมาคำนวณเงินอุดหนุนจากภาครัฐสำหรับการศึกษาวิชาพยาบาลปรากฏในตารางที่ 9.2

หลังจากปรับต้นทุนการผลิตพยาบาลจำนวน 39 ชุดในปีที่แตกต่างกันด้วยดัชนีราคาผู้บริโภค (ซึ่งแสดงในภาคผนวกที่ 9.1) พบว่าต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพหนึ่งรายโดยเฉลี่ยของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแตกต่างไปจากคณะพยาบาลศาสตร์ของมหาวิทยาลัยและกระทรวงกลาโหมอย่างมาก ค่าเฉลี่ยของต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพหนึ่งรายของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น 143,588 บาท ณ ราคาปัจจุบันปี พ.ศ.2552 ขณะที่ค่าเฉลี่ยของต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพหนึ่งรายของมหาวิทยาลัยและกระทรวงกลาโหมเป็น 224,744 บาท เช่นเดียวกัน สถาบันการศึกษาทั้งสองประเภทมีจำนวนนักศึกษาที่แตกต่างกัน วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนนักศึกษาโดยเฉลี่ย 460 คนต่อแห่ง ขณะที่คณะพยาบาลศาสตร์ของ

มหาวิทยาลัยและกระทรวงกลามีจำนวนนักศึกษาโดยเฉลี่ย 586 คนต่อแห่ง ดังนั้น จึงจำเป็นที่ต้องแยกวิเคราะห์เป็นสองกลุ่ม การวิเคราะห์ขั้นตอนต่อไปคือการทดสอบว่าการเปลี่ยนแปลงขนาดการผลิตพยาบาลวิชาชีพมีผลต่อต้นทุนต่อหน่วยของการผลิตพยาบาลวิชาชีพหรือไม่ หากไม่มีผลของการเปลี่ยนแปลงขนาดการผลิตแล้ว การใช้ค่าเฉลี่ยของต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพหนึ่งรายที่นำเสนอข้างต้นจะมีความเหมาะสม ดังนั้น การวิเคราะห์อาศัยสมการถดถอยเชิงเดี่ยว (simple regression analysis) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนการผลิตพยาบาลวิชาชีพของสถาบันอุดมศึกษาของรัฐที่เป็นตัวอย่างแต่ละแห่งกับต้นทุนต่อหน่วยของการผลิตพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากตัวอย่างที่มีอยู่ส่วนใหญ่เป็นวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเพียงพอต่อการประมาณการ ฉะนั้น การวิเคราะห์ในประเด็นนี้จึงใช้ตัวอย่างจำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นข้อมูลของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดที่มีอยู่ ผลการคำนวณแสดงได้ด้วยสมการต่อไปนี้

$$\mathbf{Y = 26{,}842 + (254\ x\ X)}$$

(0.454) (2.091)*

โดยที่ Y เป็นต้นทุนต่อหน่วยของการผลิตพยาบาลวิชาชีพ

X เป็นจำนวนการผลิตพยาบาลวิชาชีพของสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ

* แสดงถึงการมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีระดับความเชื่อมั่นสูงกว่า 0.05

F-test มีค่าเป็น 4.374 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีระดับความเชื่อมั่นสูงกว่า 0.05

R^2 มีค่าเป็น 0.135

ตารางที่ 9.2: รายชื่อสถาบันอุดมศึกษาของรัฐที่มีผลการคำนวณต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพ

รายชื่อสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ	ปีที่ทำการคำนวณต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท	ปีงบประมาณ 2545 และ 2552
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น	ปีงบประมาณ 2552
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา	ปีงบประมาณ 2552
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุบลราชธานี	ปีงบประมาณ 2552
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่	ปีงบประมาณ 2553
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ	ปีงบประมาณ 2548
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม	ปีงบประมาณ 2553
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช	ปีงบประมาณ 2553
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี	ปีงบประมาณ 2552 และ 2553
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ	ปีงบประมาณ 2552 และ 2553
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท	ปีงบประมาณ 2552
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	ปีงบประมาณ 2553
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีมหาสารคาม	ปีงบประมาณ 2553
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	ปีงบประมาณ 2552
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์	ปีงบประมาณ 2553
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี	ปีงบประมาณ 2553
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	ปีงบประมาณ 2552 และ 2553
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์	ปีงบประมาณ 2553
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา	ปีงบประมาณ 2547 2548 2549 2552 และ 2553

ตารางที่ 9.2: รายชื่อสถาบันอุดมศึกษาของรัฐที่มีผลการคำนวณต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพ (ต่อ)

รายชื่อสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ	ปีที่ทำการคำนวณต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ปีงบประมาณ 2547
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี	ปีงบประมาณ 2548
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี	ปีงบประมาณ 2552
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	ปีงบประมาณ 2552
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.	ปีงบประมาณ 2553
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ปีงบประมาณ 2552
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ปีงบประมาณ 2553
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	ปีงบประมาณ 2540
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์	ปีงบประมาณ 2552
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ	ปีงบประมาณ 2552
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	ปีงบประมาณ 2552
วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ	ปีงบประมาณ 2552

ที่มา: แหล่งข้อมูลจากบทสรุปผู้บริหาร สมศ.ใน http://www.onesqa.or.th/onesqa/th/Report/unversity.php?SystemModuleKey=product&inputSchoolName=&inputRound=1&groupid=0&inputGroup=0&inputAssess=0&inputMinistryID=18&inputProvinceID=&inputArrange=0

ผลการทดสอบยืนยันว่าการเปลี่ยนแปลงขนาดการผลิตพยาบาลวิชาชีพมีผลต่อต้นทุนต่อหน่วยของการผลิตพยาบาลวิชาชีพ ผลการคำนวณชี้ให้เห็นว่าการผลิตพยาบาลวิชาชีพหนึ่งรายของสถาบันอุดมศึกษาของรัฐมีต้นทุนคงที่เป็น 26,842 บาท และมีต้นทุนส่วนเพิ่ม (marginal cost) เป็น 254 บาทต่อราย นั่นหมายความว่า หากมีการผลิตพยาบาลวิชาชีพที่มากขึ้นๆ ต้นทุนต่อหน่วย

ของการผลิตพยาบาลวิชาชีพจะเพิ่มขึ้นๆ ตารางที่ 9.3 แสดงจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ต้องการผลิตในจำนวนหลักสิบ หลักร้อย และหลักพันกับต้นทุนต่อหน่วยของการผลิตพยาบาลวิชาชีพที่เกิดขึ้นเพื่อให้เห็นภาพได้ชัดเจน

ตารางที่ 9.3: จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ต้องการผลิตในจำนวนหลักสิบ หลักร้อย และหลักพันกับต้นทุนต่อหน่วยของการผลิตพยาบาลวิชาชีพ

จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ต้องการผลิต (คน)	ต้นทุนต่อหน่วยของการผลิตพยาบาลวิชาชีพ ณ ราคา ปี พ.ศ. 2552 (บาทต่อคน)
1	26,842
10	29,382
20	31,922
30	34,462
40	37,002
50	39,542
100	52,242
200	77,642
300	103,042
400	128,442
500	153,842
1,000	280,842

ที่มา: จากการคำนงณ

ดังนั้น หากมีการผลิตพยาบาลเพิ่มขึ้นอีก 1,000 รายเพื่อชดเชยพยาบาลจำนวนนี้ที่ลาออกจากโรงพยาบาลของรัฐไปเป็นผู้ดูแลคนสูงอายุในประเทศญี่ปุ่นความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA) รัฐบาลไทยต้องจัดสรรเงินอุดหนุนจากภาครัฐสำหรับการผลิตวิชาชีพพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐเพิ่มเติมอีกเป็นจำนวน 280,842,000 บาท (มูลค่าปัจจุบัน ณ ปี พ.ศ.2552)

ดังนั้น การลาออกของพยาบาลวิชาชีพหนึ่งคนทำให้ภาครัฐมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการคัดเลือกบรรจุพยาบาลใหม่ สูญเสียค่าใช้จ่ายการฝึกอบรมระหว่างการทำงานของพยาบาลที่ลาออก และสูญเสียเงินอุดหนุนจากภาครัฐสำหรับการศึกษาวิชาชีพพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ ซึ่งรวมกันแล้วมีมูลค่าอย่างน้อยที่สุดเป็น 11,621 + 14,012 + 26,842 = 52,475 บาท มูลค่าอย่างกลางเป็น 11,621 + 14,012+ 143,588 = 169,221บาท และมูลค่าอย่างสูงเป็น 11,621 + 14,012 + 280,842 = 306,475 บาท

9.4 ผลการประเมินผลกระทบต่อผู้ป่วย

การประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการลาออกของพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐเริ่มด้วยการคำนวณผลิตภาพ (productivity) ของพยาบาลสำหรับการให้บริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยมีสูตรการคำนวณดังนี้

$$\text{ผลิตภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยนอก (OPDP)} = \frac{\text{จำนวนรายที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมดใน 1 ปี}}{\text{จำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด}}$$

$$\text{ผลิตภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใน (IPDP)} = \frac{\text{จำนวนรายที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยในทั้งหมดใน 1 ปี}}{\text{จำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด}}$$

การสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐและการรวบรวมข้อมูลของฝ่ายบริหารบุคคลของโรงพยาบาลรัฐที่กล่าวถึงข้างต้นระบุว่า ในปีล่าสุด การใช้บริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด

ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งโดยเฉลี่ยมีจำนวน 63,984 รายและคิดเป็น 131,817 ครั้ง ขณะที่การใช้บริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยในทั้งหมดโดยเฉลี่ยมีจำนวน 6,624 รายและคิดเป็น 21,666 วันนอน เมื่อนำจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งโดยเฉลี่ยมี (82 คน) มาคำนวณตามสูตรข้างต้น ปรากฏว่า OPDP มีค่าเป็น 780 รายต่อคนและ IPDP มีค่าเป็น 81 รายต่อคน นั่นหมายความว่า หากพยาบาลลาออกไป 1 คนทำให้จำนวนผู้ป่วยนอกมาโรงพยาบาลลดลง 780 รายต่อปี และทำให้ผู้ป่วยในมีจำนวนลดลง 81 รายต่อปี

ต้นทุนต่อหน่วย (unit cost) ของการให้บริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในสะท้อนถึงการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย การประมวลข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยที่ได้จากผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐและฝ่ายบริหารบุคคลของโรงพยาบาลรัฐพบว่า ในปีล่าสุด ต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ยเป็น 670 บาทต่อคนและต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยในโดยเฉลี่ยเป็น 6,798 บาทต่อคน ดังนั้น เมื่อคูณจำนวนผู้ป่วยนอกที่ลดลงกับต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอก จะได้มูลค่าของบริการที่ผู้ป่วยนอกสูญเสียไปจากการลาออกของพยาบาลหนึ่งคนในช่วงเวลาหนึ่งปี ซึ่งเท่ากับ 522,600 บาท เช่นเดียวกัน ผลคูณระหว่างจำนวนผู้ป่วยในที่ลดลงกับต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยในเป็นมูลค่าของบริการที่ผู้ป่วยในสูญเสียไปจากการลาออกของพยาบาลหนึ่งคนในช่วงเวลาหนึ่งปี ซึ่งเท่ากับ 550,638 บาท การลาออกของพยาบาล 1 คนจากโรงพยาบาลของรัฐจะทำให้ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่รับบริการสุขภาพคิดเป็นมูลค่า 522,600 + 550,638 = 1,073,238 บาทต่อปี อย่างไรก็ตาม ผลกระทบนี้จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่โรงพยาบาลสามารถบรรจุพยาบาลใหม่ทดแทนพยาบาลที่ลาออกได้เร็วหรือช้าเพียงไร จากสถิติที่ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บริหารบุคคลของโรงพยาบาลรัฐได้ให้ไว้ในการสำรวจข้อมูลพบว่า โดยเฉลี่ยแล้ว เวลาที่พยาบาลวิชาชีพรายหนึ่งลาออกกับเวลาที่โรงพยาบาลรับพยาบาลใหม่หนึ่งรายเข้ามาทำงานแทนต่างกันเป็นระยะเวลา 10.6 เดือน ฉะนั้น หากโรงพยาบาลรัฐมีพยาบาลวิชาชีพลาออกรายหนึ่งจะสร้างความสูญเสียในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยได้เป็นมูลค่า 948,027 บาท ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บริหารบุคคลของโรงพยาบาลรัฐให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการลาออกของพยาบาลวิชาชีพว่า โดยเฉลี่ยแล้ว โรงพยาบาลมีพยาบาลวิชาชีพลาออกเป็นจำนวน 1.8 คนต่อปี (คิดเป็นร้อยละ 2.4 ของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด)

ดังนั้น การลาออกของพยาบาลวิชาชีพหนึ่งคนทำให้ภาครัฐสูญเปล่าเงินเป็นจำนวน 52,475 บาท ถึง 306,475 บาท และความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยอีกจำนวน 948,027 บาท ทำให้ผลเสียที่เกิดจาก

การลาออกของพยาบาลวิชาชีพหนึ่งคนที่สังคมต้องแบกรับมีมูลค่าเป็น 1,000,502 บาท ถึง 1,254,502 บาท

บทที่ 10
การวิเคราะห์แนวทางการชดเชยความสูญเสีย

10.1 การประเมินผลได้สุทธิทางสังคมของการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลไทย

ผลได้สุทธิทางสังคมเป็นการเปรียบเทียบผลได้และต้นทุนที่เกิดจากการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลไทยเกิดขึ้นกับทุกฝ่ายและภาคส่วน ผลได้คือรายได้ที่พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลไทยได้รับจากการทำงานในประเทศญี่ปุ่น ผลเสียประกอบด้วยต้นทุนค่าเสียโอกาสในการได้รับรายได้จากการทำงานของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย ค่าใช้จ่ายในการคัดเลือกบรรจุพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐ ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมทักษะให้กับพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐ เงินอุดหนุนจากภาครัฐสำหรับการศึกษาวิชาพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ และมูลค่าของบริการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับ หากนำผลได้และผลเสียมาหักลบกันจะได้ผลได้สุทธิทางสังคมออกมา อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้ได้คำนวณผลได้สุทธิส่วนบุคคลของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลไทยที่คาดหมายว่าจะได้รับจากการทำงานในประเทศญี่ปุ่นในบทที่ 5 และ 6 ซึ่งเป็นผลต่างระหว่างรายได้ที่พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลไทยได้รับจากการทำงานในประเทศญี่ปุ่นและต้นทุนค่าเสียโอกาสในการได้รับรายได้จากการทำงานของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย ขณะที่บทที่ 9 ได้ประมาณการค่าใช้จ่ายในการคัดเลือกบรรจุพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐ ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมทักษะให้กับพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐ เงินอุดหนุนจากภาครัฐสำหรับการศึกษาวิชาพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ และมูลค่าของบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยไม่ได้รับ ดังนั้น ผลได้สุทธิทางสังคมคือความต่างระหว่างผลได้สุทธิส่วนบุคคลกับผลเสียสี่ประเภทข้างต้นที่เกิดกับโรงพยาบาลรัฐ งบประมาณแผ่นดิน และผู้ป่วยในประเทศไทย

นักศึกษาพยาบาลแตกต่างจากพยาบาลในลักษณะที่ว่าการไปทำงานในประเทศญี่ปุ่นของนักศึกษาพยาบาลไม่เป็นภาระให้กับโรงพยาบาลรัฐ นั่นคือ โรงพยาบาลรัฐไม่มีค่าใช้จ่ายในการคัดเลือกบรรจุพยาบาลใหม่และค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมทักษะให้กับพยาบาล เนื่องด้วยนักศึกษาพยาบาลไม่ได้ทำงานในประเทศไทยแต่ไปทำงานในประเทศญี่ปุ่นทันทีที่สำเร็จการศึกษา เช่นเดียวกัน

ผลได้สุทธิทางสังคมของพยาบาลเท่ากับผลได้สุทธิส่วนบุคคล (33,053 บาทต่อเดือน) หักลบด้วยค่าใช้จ่ายในการคัดเลือกบรรจุพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐ (11,621 บาท) ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมทักษะให้กับพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐ (14,012 บาท) เงินอุดหนุนจากภาครัฐสำหรับการศึกษาวิชา

พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ (280,842 บาท) และมูลค่าของบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยไม่ได้รับ (948,027 บาท) จะเห็นได้ว่าการคำนวณติดขัดตรงที่ผลได้สุทธิส่วนบุคคลและผลเสียสี่ประเภทมีหน่วยนับที่ไม่เหมือนกัน ฉะนั้น จึงไม่สามารถหักลบกันได้

แนวทางหนึ่งในการเปรียบเทียบผลได้สุทธิส่วนบุคคลและผลเสียทั้งหมดคือ การรวมผลเสียทั้งหมดเป็นเกณฑ์ แล้วประเมินว่าจะใช้เวลาในการทำงานนานเพียงไรจึงจะได้ผลได้สุทธิส่วนบุคคลสูงกว่าผลเสียทั้งหมด นั่นหมายความว่า ผลเสียทั้งหมดเป็น 1,254,502 บาทจะเท่ากับผลได้สุทธิส่วนบุคคลจำนวน 38 เดือน (1,254,502 บาทหารด้วย 33,053 บาทต่อเดือน) หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ ผลได้สุทธิทางสังคมของการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นของพยาบาลจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อพยาบาลทำงานเป็นระยะเวลา 3 ปี 2 เดือน พยาบาลมีระยะเวลาทำงานสั้นเท่าไร ผลเสียสุทธิทางสังคมจะมากขึ้นเท่านั้น ในทางตรงกันข้าม พยาบาลทำงานได้นานขึ้นเท่าไร ผลได้สุทธิทางสังคมจะเพิ่มขึ้นเท่านั้น

ในทำนองเดียวกัน ผลได้สุทธิทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลเท่ากับผลได้สุทธิส่วนบุคคล (24,937 บาทต่อเดือน) หักลบด้วยเงินอุดหนุนจากภาครัฐสำหรับการศึกษาวิชาพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ (280,842 บาท) และมูลค่าของบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยไม่ได้รับ (948,027 บาท) ผลได้สุทธิทางสังคมของการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นของนักศึกษาพยาบาลจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อนักศึกษาพยาบาลทำงานเป็นระยะเวลา 49 เดือน (1,228,869 บาทหารด้วย 24,937 บาทต่อเดือน) นักศึกษาพยาบาลมีระยะเวลาทำงานสั้นกว่า 4 ปี 1 เดือนเท่าไร ผลเสียสุทธิทางสังคมจะมากขึ้นเท่านั้น ในทางตรงกันข้าม นักศึกษาพยาบาลทำงานได้นานกว่า 4 ปี 1 เดือนเท่าไร ผลได้สุทธิทางสังคมจะเพิ่มขึ้นเท่านั้น

10.2 ขนาดและวิธีการชดเชยผลเสียที่เกิดจากการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล

ผลเสียที่เกิดจากการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลที่มีมูลค่า 1,254,502 บาทต่อคนและ 1,228,869 บาทต่อคน ตามลำดับ สมควรได้รับการชดเชยให้กับสังคมไทย เนื่องจากความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA) ได้กำหนดให้มีการเคลื่อนย้ายพยาบาลจำนวน 1,000 คน ซึ่งจะทำให้ผลเสียเพิ่มสูงถึง 1.2 พันล้านบาท ผลเสียที่ไม่ได้รับการแก้ไขเยียวยาจะเป็นภาระทางการเงินและปัญหาของสังคมไทยในอนาคตได้ แนวทางการตัดสินผู้สมควรจ่ายค่าชดเชยผลเสียให้กับสังคมไทยต้องอาศัยหลักการที่มีเหตุผลรองรับและยอมรับดังต่อไปนี้

1. หลักการ “กลไกตลาด” ซึ่งระบุว่าค่าจ้างที่ได้รับเป็นราคาตลาดที่ครอบคลุมต้นทุนการผลิตไว้แล้ว พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลเป็นผู้จ่ายค่าชดเชยเหล่านี้แล้ว รัฐบาลไทยควรเจรจากับฝ่ายญี่ปุ่นเพื่อให้มีระยะเวลาทำงานไม่น้อยกว่า 3 ปี 2 เดือนสำหรับพยาบาล และไม่น้อยกว่า 4 ปี 1 เดือนสำหรับนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากเป็นจุดคุ้มทุนที่ทำให้ไม่มีผลได้หรือผลเสียสุทธิทางสังคมเกิดขึ้น

2. หลักการ “ความเป็นธรรม” ซึ่งระบุว่าผู้ได้ประโยชน์ควรเป็นผู้จ่ายค่าชดเชยเหล่านี้แล้ว รัฐบาลไทยควรเจรจากับฝ่ายญี่ปุ่นเพื่อให้นายจ้างญี่ปุ่นเป็นผู้จ่ายเงินจำนวนนี้ ทั้งนี้เพราะว่าหากประเทศญี่ปุ่นต้องผลิตพยาบาลเพิ่มขึ้นแทนที่จะนำเข้าจากต่างประเทศ รัฐบาลญี่ปุ่นต้องทำการอุดหนุนทางการเงินแก่สถาบันการศึกษาของประเทศญี่ปุ่นในการผลิตพยาบาล การประหยัดงบประมาณของประเทศญี่ปุ่นสร้างความไม่เป็นธรรมให้แก่ประเทศอื่นที่ส่งพยาบาลไปทำงานในประเทศญี่ปุ่น

10.3 การสำรวจความคิดเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลและสถาบันอุดมศึกษาที่มีการชดเชยผลเสียที่เกิดจากการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล

ความคิดเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลและสถาบันอุดมศึกษาที่มีการผลิตพยาบาลที่มีต่อแนวทางในการชดเชยความสูญเสียเนื่องด้วยการลาออกของพยาบาลไทยไปทำงานที่ญี่ปุ่นตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่นรวบรวมโดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลและสถาบันอุดมศึกษาที่มีการผลิตพยาบาลจำนวน 70 แห่ง (รายชื่อโรงพยาบาลและสถาบันอุดมศึกษาแสดงในภาคผนวกที่ 10.1) ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลและสถาบันอุดมศึกษาที่มีการผลิตพยาบาลจำนวน 9 แห่งในกรุงเทพมหานคร 9 แห่งในภาคกลาง 20 แห่งในภาคเหนือ 21 แห่งในตะวันออกเฉียงเหนือ และ 11 แห่งในภาคใต้

ผู้บริหารโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) ให้ความเห็นว่าความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่นจะไม่มีผลต่อการลาออกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ในส่วนของผู้บริหารโรงพยาบาลที่คิดว่าจะมีผลต่อการลาออกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลได้ประเมินไว้ว่าจะมีพยาบาลวิชาชีพลาออกโดยเฉลี่ยเป็นจำนวน 1.4 คนต่อหนึ่งโรงพยาบาล (คิดเป็นร้อยละ 1.8 ของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในโรงพยาบาล) ดังนั้น หากคำนวณจากจำนวนพยาบาลในปีล่าสุด (ปี 2550) ที่ทำงานในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่งรวมกันเป็น 118,544 คน จะมีพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐลาออกเป็นจำนวนรวมกัน 2,134 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่าประเทศญี่ปุ่นต้องการพยาบาลจากประเทศไทยในช่วงแรกของความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น

ผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษาที่มีการผลิตพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77) คิดว่าความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทยญี่ปุ่นจะไม่มีผลต่อการเข้าศึกษาต่อในสถาบันการศึกษา ผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษาที่คิดว่ามีผลได้ประเมินว่าจะมีนักศึกษาเข้ามาศึกษาเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยเป็นจำนวน 3.2 คนในแต่ละรุ่น (คิดเป็นร้อยละ 2.3 ของจำนวนนักศึกษาพยาบาลวิชาชีพที่มีอยู่ในแต่ละชั้นปี) ฉะนั้นหากคำนวณจากจำนวนนักศึกษาพยาบาลทั้งหมดในปีล่าสุด (ปี 2550) ที่ศึกษาอยู่ในสถาบันอุดมศึกษาที่มีการผลิตพยาบาลทุกแห่งรวมกันเป็น 10,000 คนโดยเฉลี่ยในแต่ละรุ่น จะมีนักศึกษาเข้ามาศึกษาเพิ่มขึ้นในแต่ละรุ่นเป็นจำนวนรวมกัน 230 คน

ในทัศนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62) รัฐบาลไทยไม่ควรที่จะเก็บเงินกับพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลของรัฐที่ลาออกเพื่อไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นเงินที่จะนำมาชดเชยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมทักษะที่รัฐบาลได้ให้กับพยาบาลวิชาชีพและค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลต้องแบกรับที่เกิดจากการรับสมัครพยาบาลใหม่ อย่างไรก็ตาม ในส่วนของผู้บริหารโรงพยาบาลที่สนับสนุนการเก็บเงินได้เสนอแนะให้เก็บเงินจำนวนเงินคงที่และเก็บเป็นสัดส่วนของรายได้ที่ได้จากการทำงานในประเทศญี่ปุ่น (ใช้ค่า mode เพื่อสะท้อนค่าส่วนใหญ่ที่มีตัวอย่างจำนวนน้อย)

- การเก็บเงินเป็นจำนวนเงินคงที่ที่มีการเสนอแนะอยู่ที่ 200,000 บาทต่อราย
- การเก็บเงินเป็นสัดส่วนของรายได้ที่ได้จากการทำงานในประเทศญี่ปุ่นที่มีการเสนอแนะอยู่ที่ร้อยละ 5 เป็นระยะเวลา 5 ปี

ผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษาที่มีการผลิตพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93) ให้ทัศนะว่ารัฐบาลไทยไม่ควรที่จะเก็บเงินกับพยาบาลที่ไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นเพื่อนำมาชดเชยเงินอุดหนุนที่รัฐได้ให้กับสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาล นอกจากนี้ ผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษาที่สนับสนุนการเก็บเงินไม่ได้ระบุถึงจำนวนเงินคงที่ต่อรายหรือสัดส่วนของรายได้ที่ได้จากการทำงานในประเทศญี่ปุ่น

เมื่อผนวกปัญหาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐเข้ากับการรับสิทธิของพยาบาลวิชาชีพลาออกไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น เช่น การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ พยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ไม่อยากทำงานในโรงพยาบาลรัฐเนื่องด้วยไม่ได้รับสถานภาพเป็นข้าราชการ และการที่พยาบาลวิชาชีพได้รับเงินเดือนต่ำ ผู้บริหารโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63) คิดว่ารัฐบาลควรมีกฎระเบียบในการกำกับควบคุมการคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่

จะได้รับสิทธิไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุประเทศญี่ปุ่น โดยกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับสิทธิ (ใช้ค่า mode เพื่อสะท้อนค่าส่วนใหญ่ที่มีตัวอย่างจำนวนน้อย)

- ควรทำงานชดใช้ทุนเป็นระยะเวลา 4 ปี
- ควรไปทำงานในสถานพยาบาลที่ขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพก่อนเป็นระยะเวลา 4 ปี

ในทางตรงกันข้าม ผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษาที่มีการผลิตพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62) ไม่เห็นด้วยกับการกำหนดกฎระเบียบในการกำกับควบคุมการคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่จะได้รับสิทธิไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุประเทศญี่ปุ่น อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษาที่เห็นด้วยกับการกำหนดกฎระเบียบเสนอแนะให้พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับสิทธิควรทำงานชดใช้ทุนเป็นระยะเวลา 4 ปี เพียงประการเดียว ซึ่งไม่จำเป็นต้องไปทำงานในสถานพยาบาลที่ขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพก่อน

10.4 ผลกระทบต่อการขาดแคลนพยาบาลที่มีอยู่ในปัจจุบัน

การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพเป็นปัญหากำลังคนด้านสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องด้วยอุปสงค์ต่อพยาบาลวิชาชีพมีมากกว่าอุปทาน ประเทศไทยเผชิญปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพมาเป็นระยะเวลานาน ตามการประเมินของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ระบุว่า ในปัจจุบัน สถานพยาบาลของรัฐขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพอยู่ถึงร้อยละ 29.2 (ดูตารางที่ 10.1) การขาดแคลนที่รุนแรงเกิดขึ้นในตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 45.8) รองลงมาเป็นภาคเหนือ (ร้อยละ 24.1) ภาคใต้และภาคกลางใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 19.2 และ 18.2 ตามลำดับ) ข้อเท็จจริงนี้สร้างความกังวลให้กับผู้บริหารในระบบบริการสุขภาพว่าการลาออกของพยาบาลวิชาชีพไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุประเทศญี่ปุ่นตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA) อาจจะซ้ำเติมปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพเข้าไปอีก ฉะนั้น จึงต้องวิเคราะห์ประเด็นนี้เพื่อให้แน่ใจว่าจะเกิดขึ้นได้หรือไม่

พยาบาลตัวอย่างในการสำรวจข้อมูลที่ระบุว่ามีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นได้ถูกคัดเลือกมาและจัดกลุ่มตามภาคของโรงพยาบาลที่ทำงานอยู่ขณะนี้ ซึ่งปรากฏว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.8) อยู่ในภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 23.8 และ 21.8 ตามลำดับ) สัดส่วนที่ต่ำสุดเป็นภาคใต้ (ร้อยละ 10.6) (ดูตารางที่ 10.2) การเปรียบเทียบจำนวนพยาบาลตัวอย่างที่มีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแล

ตารางที่ 10.1: การขาดแคลนพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐในสี่ภาคของประเทศไทยที่ประเมินด้วยวิธีการ GIS

ภาค	จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)	ความต้องการจำนวนพยาบาล (คน)	จำนวนพยาบาลปฏิบัติงานจริง (คน)	จำนวนพยาบาลที่ขาดแคลน (คน)	ร้อยละการขาดแคลนพยาบาล
กลาง	189	23,318	19,070	4,248	18.2
เหนือ	176	19,727	14,977	4,750	24.1
ตะวันออกเฉียงเหนือ	243	30,917	16,766	14,151	45.8
ใต้	152	15,865	12,813	3,052	19.2
รวม	760	89,827	63,626	26,201	29.2

ที่มา: ประมวลข้อมูลจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ตารางที่ 10.2: จำนวนและร้อยละพยาบาลตัวอย่างในโรงพยาบาลรัฐในสี่ภาคของประเทศไทยที่ระบุว่ามีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

ภาค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลาง	177	43.8
เหนือ	88	21.8
ตะวันออกเฉียงเหนือ	96	23.8
ใต้	43	10.6
รวม	404	100.0

ที่มา: จากการคำนวณ

ผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นกับการขาดแคลนพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐในสี่ภาคของประเทศไทยที่ประเมินด้วยวิธีการ GIS แสดงไว้ในรูปที่ 10.1 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการลาออกของพยาบาลวิชาชีพไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุประเทศญี่ปุ่นตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA) จะไม่ซ้ำเติมปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ เนื่องด้วยพยาบาลวิชาชีพเกือบครึ่งหนึ่งที่มีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นทำงานในภาคกลาง ซึ่งเป็นภาคที่มีการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพน้อยที่สุด

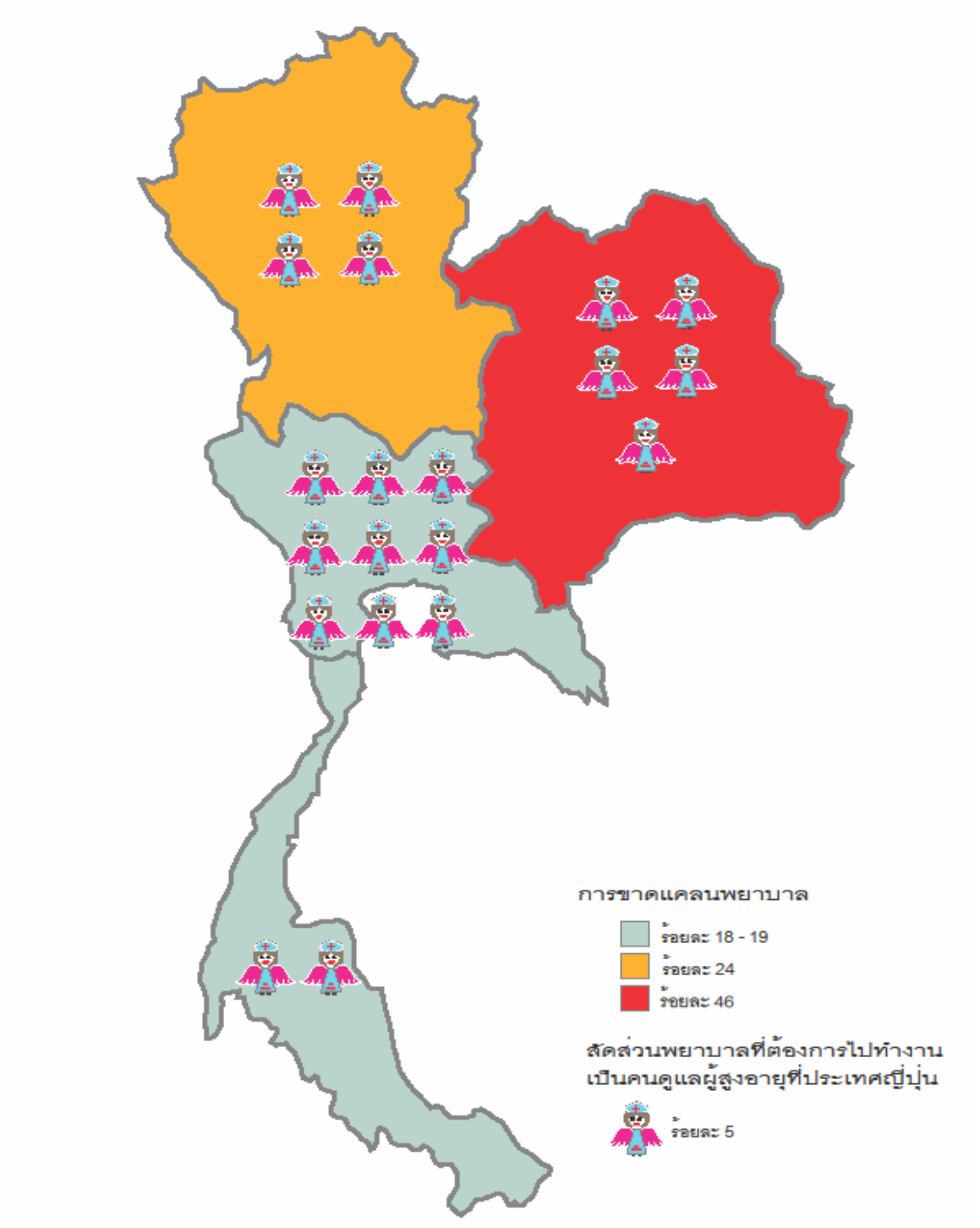
10.5 การประชุมระดมสมองผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาแนวทางการชดเชยความสูญเสีย

เพื่อให้มีการพิจารณาแนวทางการชดเชยความสูญเสียในวงกว้าง การศึกษานี้ได้จัดประชุมระดมสมองผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของแนวทางต่างๆของการชดเชยความสูญเสียที่เกิดกับสังคม พร้อมทั้งระดับการยอมรับในแนวทางต่างๆ หากได้นำมาปฏิบัติ ในวันศุกร์ที่ 4 มิถุนายน 2553 เวลา 9.00-12.00 น. ณ ห้องภาณุรังสี เอ ชั้น 1 โรงแรมรอยัลริเวอร์ ถนนจรัลสนิทวงศ์ ผู้ที่เข้าร่วมประชุมได้แก่ พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลในการศึกษานี้ที่ตอบว่าจะไปทำงานที่ญี่ปุ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นตัวอย่างของการศึกษานี้ ผู้บริหารหน่วยงานผลิตพยาบาลในการศึกษานี้ ตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุข ตัวแทนจากสถาบันพระบรมราชชนก ตัวแทนจากสถาบันวิจัยด้านบริการสุขภาพ ตัวแทนจากกองการพยาบาล ตัวแทนจากสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาแห่งชาติ ตัวแทนสภาการพยาบาล ตัวแทนสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ตัวแทนจากกระทรวงการต่างประเทศ ตัวแทนจากกรมเจรจาการค้า ตัวแทนจากสำนักงบประมาณ คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายผู้ป่วย และนักวิชาการในด้านที่เกี่ยวข้อง จำนวนทั้งสิ้น 50 คน (รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมองแสดงในภาคผนวกที่ 10.2)

ผู้ที่เข้าร่วมประชุมระดมสมองมีความเห็นที่หลากกลายในประเด็นที่ว่าใครควรรับภาระการชดเชยความสูญเสีย นั่นคือ มีทั้งผู้ที่คิดว่าพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลควรเป็นผู้จ่ายค่าชดเชย นายจ้างญี่ปุ่นเป็นผู้จ่ายเงินชดเชย และทั้งพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลและนายจ้างญี่ปุ่นควรเป็นผู้จ่ายค่าชดเชยร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ไม่มีผู้ใดที่เห็นว่ารัฐบาลไทยควรเป็นผู้จ่ายเงินชดเชย

สำหรับผู้ที่คิดว่าควรเก็บเงินชดเชยจากพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลที่ต้องการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA) ได้เสนอวิธีการเก็บเงินชดเชยดังนี้

รูปที่ 10.1 : การเปรียบเทียบจำนวนพยาบาลตัวอย่างที่มีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นกับการขาดแคลนพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐในสี่ภาคของประเทศไทยที่ประเมินด้วยวิธีการ GIS



1. หากพยาบาลที่มีสัญญาผูกพันการทำงานกับหน่วยงานและต้องการลาออกไปทำงานตามความตกลงนี้ ควรพิจารณามูลค่าการชดเชยเป็นสัดส่วนจากจำนวนเงินที่จะได้รับระหว่างการศึกษาเป็นพยาบาลคูณด้วยจำนวนปีตามสัญญาที่ผูกพัน

2. การชดเชยที่จัดเก็บควรเป็นแบบขั้นบันไดซึ่งแปรผันตามระดับความเสี่ยงของกลุ่มพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลที่ต้องการลาออกไปทำงาน โดยที่กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต้องชดเชยให้ประเทศมากกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำกว่า (1) ผู้ที่มีอายุงานมากกว่า 10 ปีกำหนดการชดเชยความสูญเสียเป็นจำนวนเงิน 50,000 บาท (หรืออาจไม่เก็บเงินชดเชย) เนื่องจากกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีความต้องการที่จะลาออกไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจำนวนน้อย แต่การลาออกของกลุ่มนี้จะสร้างความสูญเสียมากเพราะเป็นพยาบาลที่มีทักษะสูง (2) ผู้ที่มีอายุงานน้อยกว่า 10 ปีแต่มากกว่า 5 ปีควรชดเชยความสูญเสียเป็นจำนวนเงิน 100,000 บาท โดยที่ควรนำเงินดังกล่าวมาผลิตบุคลากรใหม่ทั้งอาจารย์พยาบาลหรือพยาบาล กลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีภาระครอบครัวเป็นปัจจัยในการตัดสินใจไม่ไปทำงาน (3) ผู้ที่มีอายุงานมากกว่า 1 ปี แต่ไม่ถึง 5 ปีควรชดเชยความสูญเสียเป็นจำนวนเงิน 150,000 บาท และนำเงินดังกล่าวมาผลิตบุคลากรใหม่ทั้งอาจารย์พยาบาลหรือพยาบาล เนื่องด้วยอายุที่น้อยกว่าสองกลุ่มแรก กลุ่มนี้สามารถตัดสินใจไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นได้ง่ายกว่าสองกลุ่มแรก แต่ด้วยเหตุที่กลุ่มนี้มีการทำงานภายในประเทศมีบ้างแล้ว การชดเชยความสูญเสียจึงไม่ควรเป็นจำนวนเงินสูงสุด (4) ผู้จบใหม่หรือมีอายุงานไม่ถึง 1 ปีควรชดเชยความสูญเสียเป็นจำนวนเงินสูงสุด (มากกว่า 200,000 บาท) เนื่องจากกลุ่มนี้มีแนวโน้มสูงที่จะไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่น อีกทั้งยังไม่เคยทำงานภายในประเทศไทยหรือทำงานภายในประเทศไทยในระยะเวลาที่สั้นมาก

สำหรับผู้ที่คิดว่าควรเก็บเงินชดเชยจากนายจ้างญี่ปุ่นได้เสนอวิธีการเก็บเงินชดเชยในหลายกรณีดังนี้

1. กรณีนักศึกษาพยาบาล นายจ้างญี่ปุ่นจะต้องให้ทุนรายปีแก่นักศึกษาสำหรับค่าใช้จ่ายในการเล่าเรียนตลอดหลักสูตร ค่าเรียนภาษาญี่ปุ่น และค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ (หลักสูตร 4 เดือน) หลังจบการศึกษา โดยอาจทำสัญญาระหว่างนายจ้างกับนักศึกษาพยาบาลระบุเงื่อนไขการรับผิดชอบหากนักศึกษาไม่สามารถไปทำงานที่ญี่ปุ่นได้ (เช่นเดียวกับสัญญาของนักศึกษาแพทย์/พยาบาลภายในประเทศ)

2. กรณีพยาบาลจบใหม่ ให้นายจ้างญี่ปุ่นต้องชดใช้ทุนคืนรัฐบาลไทยแทนพยาบาล รวมทั้งให้ทุนแก่รัฐบาลไทยในการผลิตพยาบาลเพิ่มอีก 1 คน กำหนดให้จ่ายชดเชยทั้งหมดในคราวเดียว

3. กรณีพยาบาล กำหนดมูลค่าการชดเชยโดยคำนวณจากค่าใช้จ่ายที่สูญเสียไปหากพยาบาลลาออกต่อคนคูณด้วยจำนวนปีของประสบการณ์การทำงาน และแบ่งจ่ายการชดเชยเป็นงวด ครั้งแรกร้อยละ 50 ส่วนที่เหลือแบ่งจ่ายให้หมดในระยะเวลา 3 ปี

นอกขากนี้ ยังมีความคิดเห็นเพิ่มเติมอีกว่าเงินชดเชยที่ได้รับนั้นควรนำมาใช้ในการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยเพื่อทดแทนพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลที่ต้องการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA)

สำหรับผู้ที่คิดว่าควรเก็บเงินชดเชยจากทั้งพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลและนายจ้างญี่ปุ่นร่วมกันให้เหตุผลว่า นายจ้างญี่ปุ่นเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์จากการลาออกของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลที่ต้องการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น จึงสมควรชดเชยที่เกิดขึ้นกับสังคมไทย ขณะเดียวกัน เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาสมองไหลของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลเนื่องด้วยแรงจูงใจในส่วนต่างของรายได้จากการทำงานที่ประเทศไทยและญี่ปุ่น พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลควรจ่ายเงินชดเชยด้วย โดยที่การเก็บเงินชดเชยควรอยู่ในลักษณะของการส่งคืนภาษีให้แก่รัฐบาลไทยในอัตราประมาณร้อยละ 5 ของรายได้ทั้งหมดที่ได้รับจากการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นเป็นระยะเวลา 4 ปี

ในประเด็นเรื่องหลักเกณฑ์การคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่จะได้รับสิทธิ แม้ว่าผู้ที่เข้าร่วมประชุมระดมสมองส่วนใหญ่เห็นว่าควรให้สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลเป็นผู้กำหนดคุณสมบัติของพยาบาลที่มีสิทธิไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA) เนื่องจากหน่วยงานทั้งสองมีการรวบรวมและจัดทำข้อมูลอยู่แล้ว ผู้ที่เข้าร่วมประชุมส่วนหนึ่งเห็นว่าควรจัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะที่มีผู้แทนจากผู้บริโภค สถาบันการศึกษาพยาบาล สถานประกอบการด้านสุขภาพ กระทรวงแรงงาน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการต่างประเทศเข้ามาร่วมเป็นผู้กำหนดคุณสมบัติของพยาบาลที่มีสิทธิด้วย

ผู้ที่เข้าร่วมประชุมระดมสมองท่านหนึ่งเห็นว่าไม่ควรกำหนดคุณสมบัติและหลักเกณฑ์มากเกินไป ในเบื้องต้นควรกำหนดเพียง 2-3 ประเด็น เช่น การสำเร็จการศึกษาด้านพยาบาล ความตั้งใจความพร้อมและความรู้ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุและภาษาญี่ปุ่น เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผู้ที่เข้าร่วมประชุมระดมสมองอีกท่านหนึ่งที่เห็นว่า พยาบาลที่มีคุณสมบัติควรเป็นผู้ที่มีการฝึกปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี มีการศึกษาการพยาบาลเฉพาะทาง และมีการอบรมภาษาญี่ปุ่นและภาษาต่างประเทศ นอกจากนี้ เมื่อไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นได้ระยะเวลาหนึ่งแล้ว ต้องการกลับมาทำงานที่ประเทศไทย โดยที่จะมีตำแหน่งและฐานเงินเดือนที่เป็นแรงจูงใจรองรับ ทั้งนี้ด้วยเหตุผลที่ว่า

การไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นเป็นการไปแสวงหาประสบการณ์และการเรียนรู้เพิ่มเติมมากกว่าจะเป็นการแสวงหารายได้ที่สูง

ผู้ที่เข้าร่วมประชุมระดมสมองที่มีมุมมองว่าหลักเกณฑ์การคัดเลือกและการกำหนดคุณสมบัติพยาบาลไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุที่ประเทศญี่ปุ่นควรเน้นในเรื่องการป้องกันและแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลภายในประเทศไทย ได้เสนอคุณสมบัติและหลักเกณฑ์ดังนี้ (1) เป็นผู้ที่ทำงานใช้ทุนครบแล้วอย่างน้อย 4 ปี (2) มีอายุไม่เกิน 35 ปี เพื่อให้เกิดความคุ้มทุน หากพยาบาลมีอายุมาก ระยะเวลาการทำงานจะน้อยลง (3) ให้รัฐบาลไทยมีสิทธิขาดในการคัดเลือกพยาบาลส่งไป ผู้ที่เข้าร่วมประชุมระดมสมองอีกท่านหนึ่งที่เห็นว่าต้องการเพิ่มระยะเวลาการทำงานภายในประเทศไทยเป็น 10 ปีก่อนที่จะมีสิทธิ

นอกจากนี้แล้ว มีผู้ที่เข้าร่วมประชุมบางท่านได้ตั้งเงื่อนไขว่าไม่ควรทำการคัดเลือกพยาบาลหัวกะทิไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น การคัดเลือกควรใช้วิธีการสุ่มเลือก (เช่น การจับสลาก) หากนายจ้างญี่ปุ่นมีความกังวลเรื่องคุณภาพของพยาบาล ควรจัดให้มีการฝึกอบรมก่อนที่จะไปทำงาน มีผู้ที่เข้าร่วมประชุมหลายท่านระบุว่าไม่ควรให้นายจ้างญี่ปุ่นเป็นผู้คัดเลือกพยาบาลไทยได้โดยตรง ซึ่งหากนายจ้างญี่ปุ่นให้ข้อเสนอในการทำงานที่ดี จะทำให้สามารถจูงใจพยาบาลหัวกะทิของไทยไปทำงานได้ง่าย ซึ่งจะเป็นการไม่ยุติธรรมต่อสังคมไทย มีผู้ที่เข้าร่วมประชุมท่านหนึ่งได้กังวลว่าการส่งพยาบาลไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นตามโครงการนี้จะสร้างความไม่เป็นธรรมระหว่างพยาบาลในพื้นที่ต่างๆของประเทศไทย กล่าวคือ พยาบาลในกรุงเทพสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารจากโครงการนี้ได้มากกว่าและทำให้มีโอกาสที่จะสมัครไปทำงานได้มากกว่าจังหวัดอื่น

ในประเด็นแนวทางการนำเงินชดเชยการสูญเสียมาใช้ประโยชน์ ผู้ที่เข้าร่วมประชุมบางท่านเสนอให้นำเงินชดเชยที่ได้รับมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุของไทยให้มีคุณภาพ ภายใต้ข้อจำกัดด้านการขาดแคลนพยาบาล ซึ่งเป็นการชดเชยให้แก่สังคม และเสนอรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของประเทศสวีเดน ที่มีระบบ senior housing ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลหลายประเภท นอกเหนือจากการดูแลทางการแพทย์ควรจัดให้มีระบบช่วยพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การสร้างหรือพัฒนา health volunteer ส่งเสริมให้เกิดระบบ home health care ซึ่งลดจำนวนผู้สูงอายุที่จะต้องเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ทำให้ความต้องการใช้พยาบาลลดลง ซึ่งจะส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลดีขึ้น การพัฒนาระบบการทำงานจะสามารถทำให้จำนวนชั่วโมงการทำงานของพยาบาลลดลง ความผิดพลาดจากการทำงานลดลง พยาบาลมีความสุขในการ

ทำงานมากขึ้นได้ นอกเหนือจากการนำเงินมาใช้ในการผลิตพยาบาลทดแทนอย่างเดียวโดยขาดการพัฒนาระบบการทำงาน

ผู้ที่เข้าร่วมประชุมหลายท่านได้เสนอว่าควรนำเงินที่ได้จากการชดเชยมาใช้ในการผลิตพยาบาลเพิ่มเติม รวมถึงเพิ่มเงินเดือนให้แก่พยาบาลและอาจารย์พยาบาลภายในประเทศ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้มีจำนวนคนสนใจเรียนพยาบาลเพิ่มขึ้น เนื่องจากในปัจจุบันมีผู้สนใจอาชีพพยาบาลลดลง

10.6 การสำรวจความคิดเห็นของนักวิชาการญี่ปุ่นที่มีต่อผลการศึกษา

การสำรวจความคิดเห็นของนักวิชาการญี่ปุ่นที่มีต่อผลการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น โดยเฉพาะในเรื่องการชดเชยความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับสังคมไทยซึ่งได้รับการประเมินในการวิเคราะห์ครั้งนี้ (เช่น ใครควรเป็นผู้ชดเชยความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับสังคมไทย จำนวนเงินชดเชยที่เหมาะสม เป็นต้น) ช่วงเวลาการสำรวจความคิดเห็นอยู่ระหว่างวันที่ 3 กรกฎาคม 2553 ถึงวันที่ 13 กรกฎาคม 2553 กำหนดการเดินทางสำรวจความคิดเห็นในประเทศญี่ปุ่นแสดงไว้ใน ภาคผนวกที่ 10.3

หนังสือพิมพ์ The Daily Yomiuri ประจำวันที่ 10 กรกฎาคม 2010 ได้รายงานว่าพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ 33 คนที่มาทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นเป็นพยาบาลและคนดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจ (Economic Partnership Agreement) ได้เดินทางกลับบ้านของตน (จากจำนวนรวมทั้งหมดที่มีอยู่ในขณะนี้ 998 คน) โดยที่ในจำนวนนี้ 11 คนกลับบ้านเนื่องจากไม่ผ่านการทดสอบวิชาชีพระดับชาติในการทำงานเป็นพยาบาลและคนดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้อัตราการผ่านการทดสอบดังกล่าวในหมู่ชาวต่างชาติเป็นเพียงร้อยละ 1.2 ภาษาญี่ปุ่นเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ชาวต่างชาติไม่สามารถสอบผ่านการทดสอบ Ministry of Health Labor and Welfare ของประเทศญี่ปุ่นวางแผนที่จะทบทวนวิธีการทดสอบ โดยเน้นที่ความยืดหยุ่นในการใช้ภาษาและศัพท์ที่ใช้ในการทดสอบ จนกระทั่งปัจจุบันนี้ มีพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์เพียง 3 คนที่ผ่านการทดสอบ

นักวิชาการญี่ปุ่นที่ศึกษาการเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดาตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจของประเทศญี่ปุ่นกับอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ได้ให้ความคิดเห็นต่อการชดเชยต้นทุนทางสังคมที่เกิดขึ้นจากการลาออกของพยาบาลไทยไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นว่าคงเป็นไปได้ยากที่นายจ้างในสถานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะจ่ายเงินชดเชยตามที่การศึกษาที่คำนวณไว้ ทั้งนี้เพราะว่าสถานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมีปัญหาทางการเงินอย่างรุนแรง เนื่องจากรัฐบาลญี่ปุ่นไม่สามารถจัดสรรเงินอุดหนุนให้กับสถานดูแลผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการที่รัฐบาลไม่สามารถจัดเก็บภาษีบริโภคเพื่อมาจุนเจือกิจกรรมนี้ได้ นอกจากนี้ การเลือกตั้งสมาชิกวุฒิสภาเกิดขึ้นใน

วันที่ 11 กรกฎาคม 2010 ได้ส่งสัญญาณว่าชาวญี่ปุ่นส่วนใหญ่ไม่ต้องให้รัฐบาลเก็บภาษีบริโภคเพิ่มขึ้น

ต่อคำถามที่ว่าหากพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ไม่สามารถผ่านการทดสอบวิชาชีพระดับชาติได้ สถานดูแลผู้สูงอายุจะแก้ไขปัญหาการขาดแคลนคนดูแลผู้สูงอายุอย่างไร นักวิชาการญี่ปุ่นให้ความเห็นว่าสถานดูแลผู้สูงอายุคงจะต้องเพิ่มเงินเดือนให้กับคนดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นเพื่อจูงใจให้ชาวญี่ปุ่นหันมาทำงานในตำแหน่งดังกล่าวมากขึ้น โดยที่การเพิ่มอัตราเงินเดือนร้อยละ 3-5 น่าจะเพียงพอต่อการจูงใจให้มาทำงานประเภทนี้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ความเห็นดังกล่าวค่อนข้างจะขัดแย้งกับเหตุผลข้างต้นที่ว่ารัฐบาลญี่ปุ่นไม่สามารถจัดสรรเงินเพิ่มเติมให้กับสถานดูแลผู้สูงอายุได้อีกแล้ว ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าสถานดูแลผู้สูงอายุอาจมีเงินแหล่งอื่น (เช่น การเก็บเบี้ยประกันการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นเป็นต้น) ฉะนั้น เหตุผลที่แตกต่างกันของการใช้เงินเพิ่มเติมจากปัจจุบันนำมาสู่ความเป็นไปได้ที่แตกต่างกันในการระดมเงินเพิ่มเติม

นักวิชาการญี่ปุ่นสงวนท่าทีในการให้ความคิดเห็นถึงผลการศึกษานี้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีการศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความตกลงหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศญี่ปุ่นกับไทย (JTEPA) น้อยมาก อย่างไรก็ตาม นักวิชาการญี่ปุ่นได้พยายามให้ความคิดเห็นทางอ้อมโดยทำผลการศึกษาหลายประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจระหว่างประเทศญี่ปุ่นกับอินโดนีเซีย (JTEPA) และความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจระหว่างประเทศญี่ปุ่นกับฟิลิปปินส์ (JPEPA) มาเป็นตัวอย่างเทียบเคียงกับความคิดเห็นที่มีต่อข้อเสนอแนะของการศึกษานี้ รวมทั้งยังได้ให้เอกสารทางวิชาการที่นำเสนอผลการศึกษาดังกล่าวมอบให้คณะวิจัยด้วย

การประเมินการดำเนินการเคลื่อนย้ายพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ที่มาทำงานเป็นพยาบาลและคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นตาม JIEPA และ JPEPA ครั้งล่าสุด (วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2010) โดยสถาบัน Asia Center ของ Kyushu University พบว่าอยู่ในระดับที่เป็นไปได้ แม้ว่าจะมีอุปสรรคมากมาย ผลการสัมมนาการประเมินผลโครงการทั้งสองในครั้งนี้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ JTEPA สองประเด็นที่สำคัญดังนี้

1. นักวิชาการญี่ปุ่นเห็นว่าความตกลงหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจ (EPA) ที่ประเทศญี่ปุ่นได้เริ่มต้นขึ้นมิใช่เป็นไปเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในประเทศญี่ปุ่น แต่ EPA เป็นจุดเริ่มต้นของการนำระบบบริการสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นเข้าสู่กระแสโลกาภิวัฒน์ นั่นหมายความว่า ระบบบริการสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นต้องปรับเปลี่ยนเพื่อรองรับการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์อย่างเร่งด่วน (ขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ได้ปรับตัวไปก่อนหน้านี้นานแล้ว) ฉะนั้น ในอนาคต การ

เคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศอื่นมาสู่ประเทศญี่ปุ่นจึงเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นอย่างแน่นอน EPA ระหว่างประเทศญี่ปุ่นและประเทศอื่นๆ ยังคงต้องดำเนินต่อไปไม่ว่าจะประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวก็ตาม ในทางวิชาการแล้ว รูปแบบที่เหมาะสมของการเคลื่อนย้ายพยาบาลและคนดูแลผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในประเทศญี่ปุ่นจะเป็นบทเรียนที่สำคัญให้กับประเทศอื่นๆ ที่จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตามประเทศญี่ปุ่นในอนาคตต่อไป

2. ในปัจจุบัน ระบบบริการสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นมีมาตรฐานที่สูงกว่าประเทศคู่ค้าใน EPA การลดมาตรฐานของพยาบาลและคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นเป็นเรื่องที่เป็นไปไม่ได้ การที่พยาบาลและคนดูแลผู้สูงอายุต้องมีภาระเพิ่มเติมอย่างมากในการทดสอบวิชาชีพระดับชาติในประเทศญี่ปุ่น แต่ไม่สามารถนำผลการทดสอบนี้ไปเป็นประโยชน์กับประเทศอื่นย่อมทำให้ขาดแรงจูงใจในการเคลื่อนย้ายพยาบาลมาทำงานทั้งสองประเภทในประเทศญี่ปุ่น ดังนั้น จึงมีข้อเสนอแนะว่าในอนาคตการสร้างความเข้าใจในระบบบริการสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น (โดยเฉพาะในเรื่องการพยาบาลและดูแลผู้สูงอายุ) ให้กับประเทศคู่ค้าใน EPA ด้วยการแลกเปลี่ยนคณาจารย์ นักศึกษา และหลักสูตรการเรียนการสอน จะเห็นแนวทางที่สำคัญที่จะทำให้พยาบาลในประเทศต่างๆ พัฒนาให้มีมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่สูงขึ้น จนกระทั่งลดช่องว่างในมาตรฐานการปฏิบัติงานระหว่างประเทศและในที่สุดจะนำมาสู่การเคลื่อนย้ายพยาบาลและคนดูแลผู้สูงอายุระหว่างประเทศญี่ปุ่นกับประเทศอื่นที่เป็นไปได้อย่างราบรื่น

บทที่ 11
บทสรุป

11.1 การสรุปผลการศึกษา

ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA) ได้เริ่มต้นตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2550 ซึ่งครอบคลุมการเปิดเสรีการค้าสินค้าและบริการรวมทั้งกิจกรรมทางเศรษฐกิจต่างๆไว้อย่างกว้างขวาง การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดาเป็นประเด็นหนึ่งที่บรรจุอยู่ในความตกลงฉบับนี้ เนื่องจากการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดาเป็นเรื่องใหม่ที่ประเทศไทยมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ค้อนข้างน้อย การจัดทำข้อตกลงเรื่องนี้จึงยังไม่ลงลึกถึงระดับที่จะนำมาปฏิบัติได้ ข้อตกลงการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดาที่ประเทศญี่ปุ่นได้ผูกพันกับประเทศไทยประการหนึ่งคือ การเปิดรับคนไทยเข้าไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการพยาบาลต่างชาติในการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น รัฐบาลญี่ปุ่นจึงได้พยายามควบคุมต้นทุน (cost containment) ด้วยการกำหนดค่าจ้างที่ต่ำแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่มีทักษะน้อย คนดูแลผู้สูงอายุเข้าข่ายในกรณีเช่นนี้ด้วย จึงทำให้คนญี่ปุ่นไม่ต้องการเป็นคนดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น รัฐบาลญี่ปุ่นจึงใช้ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจระหว่างประเทศในอาเซียนกับญี่ปุ่นเป็นแนวทางในการเปิดโอกาสให้พยาบาลในอาเซียนที่มีค่าจ้างต่ำกว่าค่าจ้างของญี่ปุ่นได้เข้าไปทำงานดูแลผู้สูงอายุแทนพยาบาลญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นได้กำหนดให้คนดูแลผู้สูงอายุจัดให้อยู่ในหมวดของ “ผู้ประกอบอาชีพรักษาพยาบาล” ซึ่งต้องสำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาที่อบรมดูแลผู้สูงอายุและได้รับการรับรองตามกฎหมายญี่ปุ่น (นั่นคือ กฎหมายคนดูแลผู้สูงอายุ) ดังนั้น แรงงานไทยที่เข้าข่ายที่จะได้รับประโยชน์จากข้อผูกพันนี้จึงเป็นผู้ที่ทำงานในสาขาอาชีพพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ เนื่องด้วยการทำงานของพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในภาครัฐ การลาออกจากสถานพยาบาลเพื่อไปทำงานในญี่ปุ่นจะส่งผลกระทบต่อสถานพยาบาลของรัฐและกระทรวงสาธารณสุข และที่สำคัญคือส่งผลกระทบต่อผู้รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเหล่านั้น

การวิเคราะห์ว่าประเทศไทยจะได้รับผลประโยชน์สุทธิจากการส่งพยาบาลไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นหรือไม่ และจะสามารถลดอุปสรรคเพื่อเพิ่มโอกาสที่จะได้รับผลประโยชน์อย่างเต็มที่อย่างไรบ้าง รวมทั้งเสนอแนะแนวทางการชดเชยความเสียหายให้กับสังคมโดยรวมจากการสูญเสียพยาบาลไปทำงานในญี่ปุ่น จึงเป็นวัตถุประสงค์หลักของการศึกษานี้ แนวทางการศึกษามี 7 ขั้นตอน

1. การให้ภาพรวมของความต้องการพยาบาลของประเทศญี่ปุ่นทั้งในด้านจำนวน คุณวุฒิ และคุณภาพ การวิเคราะห์ค่าจ้างที่พยาบาลได้รับตลอดจนประเภทและขนาดของสวัสดิการทั้งที่เป็นตัวเงินและที่ไม่เป็นตัวเงิน

2. การประมาณการค่าจ้างของพยาบาลไทย ประกอบด้วย 3 สมการค่าจ้าง สมการแรกเป็นการประมาณการค่าจ้างปัจจุบันของพยาบาลไทยที่ทำงานอยู่ในขณะนี้ ค่าจ้างที่ได้รับจะแตกต่างกันเนื่องด้วยหลายปัจจัย เป้าหมายของการคำนวณค่าจ้างในสมการแรกคือค่าจ้างที่พยาบาลไทยโดยเฉลี่ยได้รับในปัจจุบัน รวมทั้งปัจจัยที่สร้างความแตกต่างในค่าจ้างที่ได้รับ ค่าจ้างที่คำนวณได้จะเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่ใช้ในการเปรียบเทียบกับการเปลี่ยนแปลงภาระงานที่ทำอยู่ในปัจจุบันไปเป็นภาระงานการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะในประเทศไทย (เช่น ค่าจ้างที่คำนวณได้ในสมการที่ 2) และการย้ายสถานที่ทำงานจากประเทศไทยไปที่ประเทศญี่ปุ่น (เช่น ค่าจ้างที่คำนวณได้ในสมการที่ 3)

3. การวิเคราะห์ผลได้สุทธิของการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลไทยในญี่ปุ่น ซึ่งคำนวณได้จากการเปรียบเทียบค่าจ้างที่ญี่ปุ่นจ่ายให้กับพยาบาลต่างชาติที่ทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุซึ่งได้วิเคราะห์ไว้ในขั้นตอนที่ 1 กับค่าจ้างที่คำนวณได้ในขั้นตอนที่ 2

4. การวิเคราะห์กรณีศึกษา (case study) ของพยาบาลอินโดนีเซียและพยาบาลฟิลิปปินส์ที่เข้าไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุภายใต้ข้อผูกพันการเคลื่อนย้ายบุคคลตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจของทั้งสองประเทศกับญี่ปุ่น เพื่อจะได้ทราบประเภทและขนาดอย่างคร่าวๆ ของปัญหาอุปสรรคในการจ้างงานและการทำงานที่เกิดขึ้นจริงในญี่ปุ่น รวมทั้งการประเมินความสามารถในการแข่งขันของการส่งออกบริการการดูแลผู้สูงอายุของไทยกับชาติอื่น

5. การประเมินผลกระทบของการลาออกของพยาบาลไทยในสถานพยาบาลของรัฐและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ภาครัฐได้รับผลกระทบในสามรูปแบบ หนึ่ง สถานพยาบาลรัฐมีต้นทุนในการคัดเลือกบรรจุพยาบาลใหม่มาแทนที่ผู้ที่ลาออก สอง กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายการฝึกอบรมระหว่างการทำงาน แต่อาจจะยังไม่ได้รับประโยชน์จากทักษะของพยาบาลที่สูงขึ้นที่สืบเนื่องมาจากการฝึกอบรมด้วยเหตุที่พยาบาลลาออก สาม การลาออกของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันของรัฐทำให้ภาครัฐสูญเสียโอกาสในการได้รับการชดเชยสำหรับเงินที่อุดหนุนการศึกษาพยาบาลเหล่านี้ ผลกระทบที่เกิดจากการที่ไม่ได้รับบริการสุขภาพของผู้ป่วยส่วนหนึ่งซึ่งทำให้ต้องทุกข์ทรมานนานขึ้นก่อนที่จะไปรับบริการสุขภาพจากที่อื่น (คุณภาพชีวิตแย่ลง) หรือในกรณีที่ร้ายแรง อาจทำให้สูญเสียอวัยวะหรือชีวิตได้

7. การสังเคราะห์ความเป็นไปได้ของการไปทำงานในญี่ปุ่นของพยาบาลไทย จะเป็นการประมวลผลได้สุทธิเข้ากับความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับสังคม ประกอบกับแนวทางการชดเชยความเสียหายจากการลาออกของพยาบาล นำมาสู่ข้อสรุปที่ว่าการดำเนินการตามพันธกรณีในเรื่องการส่งพยาบาลไทยไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่นในมุมมองของฝ่ายไทยมีความคุ้มค่าและเป็นประโยชน์ต่อประเทศไทยโดยรวมหรือไม่ นอกจากนี้การศึกษานี้ได้นำความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องในประเทศญี่ปุ่นมาปรับปรุงผลการสังเคราะห์ในขั้นสุดท้าย

ประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลทุกประเภทลดลงมาตลอดในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จำนวนสถาบันการศึกษามากที่สุดอยู่ที่ 1,897 แห่งในปี 1999 และลดลงเหลือ 1,663 แห่งในปี 2008 แม้ว่าจะมีจำนวนสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลลดลง แต่จำนวนนักศึกษาพยาบาลทั้งหมดในประเทศญี่ปุ่นไม่ได้ลดลงตามไปด้วย การลดลงของจำนวนนักศึกษาพยาบาลเกิดขึ้นในช่วงแรกของ 10 ปีที่ผ่านมา นั่นคือ จำนวนนักศึกษาพยาบาลได้ลดลงจาก 229,817 คนในปี 1998 มาเป็น 213,619 คนในปี 2003 (คิดเป็นการลดลงร้อยละ 7 ในช่วง 6 ปี) แต่กลับเพิ่มสูงขึ้นจนมีจำนวน 233,018 คนในปี 2008 (คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 9 ในช่วง 6 ปีเช่นกัน) นักศึกษาพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาต้องผ่านการสอบระดับชาติที่เป็นภาษาญี่ปุ่น ซึ่งองค์กรที่จัดการการสอบนี้อยู่ภายใต้การกำกับดูแลโดย Ministry of Health, Labour and Welfare อัตราการสอบผ่านของนักศึกษาพยาบาลจะอยู่ที่ร้อยละ 50 เนื่องด้วยผู้สมัครสอบชาวญี่ปุ่นมักจะใช้เวลาในการเตรียมตัวสอบเพียง 6 เดือน

ประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นโดยตลอดในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา นั่นคือ ในปี 1997 มีพยาบาลจำนวน 1,065,306 คนและเพิ่มเป็น 1,333,045 คนในปี 2006 (คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ในช่วง 10 ปี) ในจำนวนนี้ ร้อยละ 89.6 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ในปีนั้น พยาบาลวิชาชีพมีจำนวน 1,194,121 คน และคิดเป็นพยาบาลวิชาชีพ 9.3 คนต่อประชากร 10,000 คน ตารางที่ 3.3 ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.4) ทำงานในโรงพยาบาล รองลงมาทำงานในคลินิก (ร้อยละ 21.8) พยาบาลที่ทำงานในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 13,685 คนในปี 1997 มาเป็น 35,963 คนในปี 2006 (คิดเป็นการเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 163 ในช่วง 10 ปี) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนพยาบาลทั้งหมดแล้ว พยาบาลที่ทำงานในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีสัดส่วนที่น้อยมาก (ร้อยละ 2.7 ของพยาบาลทั้งหมด)

การสำรวจข้อมูลสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของสำนักงานสวัสดิการสังคมและสาธารณสุขระดับประเทศในปี 2006 พบว่า ระยะเวลาการทำงานของบุคลากรทุกประเภทใน SNH

และ HCFE โดยเฉลี่ยเป็น 5.8 ปีต่อคนและ 4.8 ปีต่อคน ตามลำดับ อายุโดยเฉลี่ยของบุคลากรทุกประเภทเป็น 37 ปี ระยะเวลาทำงานที่สั้นและโครงสร้างอายุที่มากของบุคลากรในสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเป็นปัญหาของความไร้เสถียรภาพของกำลังคนที่สถานบริการส่วนใหญ่ต้องเผชิญ คนดูแลผู้สูงอายุมีภาระหน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุ การช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ และร่วมดำเนินกิจกรรมในชุมชนของผู้สูงอายุ

ในปี 2000 ผู้สูงอายุในญี่ปุ่น (อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป) มีสัดส่วนเป็นร้อยละ 17.2 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2025 ผู้สูงอายุในญี่ปุ่นจะมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 27.4 ในปัจจุบัน ผู้สูงอายุญี่ปุ่นจำนวน 2.8 ล้านคนต้องการผู้มาดูแลและจะเพิ่มเป็น 5.2 ล้านคนในปี 2025กระทรวงสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่นชี้ให้เห็นว่า ประชากรผู้สูงอายุของญี่ปุ่นต้องการบริการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างมากจาก 13,120,000 คน ในปี 2000 เป็น 29,872,000 คนในปี 2005 (คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 128 ในช่วงเวลา 6 ปี)

จำนวนสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากจากปี 2000 ที่มีจำนวน 8,035 แห่งมาเป็น 14,725 แห่ง 17,652 แห่ง และ 19,409 แห่งในปี 2004 2005 และ 2006 ตามลำดับ สถานบริการโดยเฉลี่ยรับผู้สูงอายุได้ประมาณ 100 รายต่อแห่ง ขณะที่จำนวนผู้ขอรับบริการสูงถึง 450 รายต่อแห่ง ฉะนั้น ผู้สูงอายุจำนวน 350 รายจึงอยู่ในบัญชีรอ (waiting list)

การบริหารบุคคลของพยาบาลและผู้ให้การดูแลแบ่งตำแหน่งของบุคลากรกลุ่มนี้ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปกติ (normal level) ระดับผู้ตรวจการ (supervising) และระดับผู้บริหารจัดการ (managerial level) การเลื่อนระดับประกอบด้วยกฎเกณฑ์เงื่อนไขบางประการ (เช่น จำนวนปีที่ทำงาน ผลการทำงาน) และการสอบ การเลื่อนระดับหมายถึงเงินเดือนและสวัสดิการที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย การเลื่อนระดับจะทำให้เงินเดือนเพิ่มขึ้นประมาณ 1000 – 3000 เยนต่อเดือนต่อการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระดับ การจ้างงานมี 3 ประเภท ได้แก่ การจ้างงานตลอดชีพ (employment for life) การจ้างงานแบบบางเวลา (part – time employment) และการจ้างงานแบบมีสัญญา (contracting employment)

การสำรวจรายได้ของสำนักงานสวัสดิการสังคมและสาธารณสุขพบว่า รายได้ของผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลาใน SNH และ HCFE เป็น 3,877,000 และ 3,414,000 เยนต่อปี (ประกอบด้วยเงินเดือน ค่าจ้างทำงานล่วงเวลา และการทำงานในช่วงเวลากลางคืน แต่ไม่รวมโบนัสและยังไม่ได้หักภาษี)

การดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นแบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยมีรายละเอียดของการดูแลแต่ละระดับเป็นดังนี้

- การดูแลระดับที่ 1 สำหรับผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง และต้องการความช่วยเหลือบางส่วนในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ
- การดูแลระดับที่ 2 สำหรับผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง และต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ
- การดูแลระดับที่ 3 สำหรับผู้สูงอายุมีความยากลำบากที่จะยืนและเดินหากปราศจากความช่วยเหลือ และต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ
- การดูแลระดับที่ 4 สำหรับผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะยืนและเดินได้และต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ
- การดูแลระดับที่ 5 สำหรับผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการสื่อสารและต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในทุกด้านของการดำรงชีพ รวมทั้งการกินอาหาร

การสำรวจข้อมูลของสำนักงานสวัสดิการสังคมและสาธารณสุขของกรุงโตเกียวพบว่า ผู้สูงอายุใน SNH และ HCFE ต้องการการดูแลอยู่ที่ 3.9 และ 3.2 รัฐบาลญี่ปุ่นได้กำหนดให้สถานบริการสำหรับผู้สูงอายุต้องมีผู้ให้บริการ (พยาบาลและผู้ให้การดูแล) รวมกันอย่างน้อย 3.33 คนต่อผู้สูงอายุ 10 คน

การศึกษานี้ได้สุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลจำนวน 57 แห่ง (จากทั้งหมด 1,235 แห่ง) ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 39 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น 3 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 10 แห่ง
ซึ่งอยู่ในกรุงเทพจำนวน 2 แห่ง ภาคกลาง 13 แห่ง ภาคเหนือจำนวน 18 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 9 แห่ง และภาคใต้จำนวน 15 แห่ง ครอบคลุม 40 จังหวัดทั่วประเทศไทย ตัวอย่างพยาบาลได้สุ่มเลือกเป็นจำนวน 1,200 คน (จากทั้งหมด 118,544 คน) ด้วยวิธีการ random sampling การสำรวจข้อมูลได้เริ่มต้นในเดือนกันยายน 2552 และเสร็จในปลายเดือนมีนาคม 2553

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระบุว่า พยาบาลตัวอย่างได้รับเงินเดือน 19,426 บาทต่อเดือน ค่าตอบแทนพิเศษ (เช่น การทำงานล่วงเวลา การทำงานในพื้นที่ทุรกันดาร การช่วยค่าครองชีพ โบนัสประจำปี เป็นต้น) 7,253 บาทต่อเดือน สวัสดิการ (เช่น ค่าเช่าบ้าน ค่าเล่าเรียนบุตร ค่าชุดทำงาน เป็นต้น) 328 บาทต่อเดือน รายได้รวมทั้งหมดที่พยาบาลตัวอย่างได้รับเป็น 27,007 บาทต่อเดือน หากพยาบาลตัวอย่างเปลี่ยนงานไปเป็นดูแลผู้สูงอายุคนไทยแล้ว ต้องการเงินเดือน 37,362 บาทต่อเดือน ค่าตอบแทนพิเศษและสวัสดิการ 7,826 บาทต่อเดือน รายได้รวมทั้งหมดที่ต้องการเป็น 45,188 บาทต่อ

เดือน พยาบาลตัวอย่างต้องการเงินเดือน 101,205 บาทต่อเดือนในการดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่น ค่าตอบแทนพิเศษและสวัสดิการ 26,381 บาทต่อเดือน รายได้รวมทั้งหมดที่ต้องการเป็น 127,586 บาทต่อเดือน พยาบาลตัวอย่าง (ร้อยละ 65.6)ไม่มีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีการสมการพหุถดถอย (multiple regression analysis) พบว่า

- พยาบาลที่มีอายุมากกว่า อายุการทำงานยาวกว่า ทำงานในหน่วยงานเอกชน เป็นหัวหน้างานพยาบาลหรือสูงกว่า ระยะเวลาที่ทำงานในตำแหน่งปัจจุบันที่นานกว่า และมีการศึกษาระดับปริญญาโทหรือเอก จะมีค่าจ้างในปัจจุบันสูงกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อยกว่า อายุการทำงานสั้นกว่า ทำงานในหน่วยงานรัฐ เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ทำงานในตำแหน่งปัจจุบันที่น้อยกว่า และมีการศึกษาระดับปริญญาตรี แต่พยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมจนมีวุฒิบัตรจำนวนมากใน 5 ปีที่ผ่านมาและมีจำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดในหนึ่งเดือนที่สูงกลับมีค่าจ้างในปัจจุบันที่ต่ำกว่าพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมน้อยกว่าและมีจำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดในหนึ่งเดือนที่ต่ำกว่า
- ค่าจ้างที่พยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยจะสูงขึ้น (ลดลง) หากพยาบาลได้รับค่าจ้างในปัจจุบันมากขึ้น (น้อยลง) อายุการทำงานเพิ่มขึ้น (ลดลง) จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดในหนึ่งเดือนนานขึ้น (สั้นลง) และค่าเฉลี่ยของการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุถ่วงน้ำหนักด้วย 5 ระดับของการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (ลดลง)
- ค่าจ้างที่พยาบาลคาดหวังจะได้รับในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นสูงขึ้น (ลดลง) หากค่าจ้างที่พยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในไทยสูงขึ้น (ลดลง) โอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทยในอนาคตลดลง (เพิ่มขึ้น) และสัดส่วนการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นในระดับ 3 น้อยลง (มากขึ้น)
- พยาบาลที่ไม่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นมีลักษณะที่แตกต่างจากพยาบาลที่ต้องการไปทำงานดังนี้ มีรายได้รวมทั้งหมดในปัจจุบันที่สูงกว่า ต้องการค่าจ้างในการทำงานดูแลผู้สูงอายุในไทยที่มากกว่า คาดหวังจะได้ค่าจ้างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นที่น้อยกว่า ดูแลคนไข้ในการทำงานปัจจุบันจำนวนน้อยกว่า ยินดีที่จะดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจำนวนน้อยกว่า มีระยะเวลาการฝึกอบรมระหว่างการทำงานในรอบปีที่สั้นกว่า เป็นคนที่แต่งงาน ไม่ยินดีที่จะเข้าทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่น และไม่สามารถปรับตัวอยู่ในประเทศญี่ปุ่นได้ แต่ไม่มีต้นทุนทางจิตวิทยาการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

ผลได้สุทธิของการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะประเมินด้วยการเปรียบเทียบระหว่างรายได้รวมของพยาบาลตัวอย่างในแต่ละกรณีกับรายได้รวมของคนดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งประเมินจากข้อมูลการสำรวจรายได้ของสำนักงานสวัสดิการสังคมและสาธารณสุขในปี 2006 รายได้รวมเฉลี่ยอยู่ที่ 3,645,500 เยนต่อปี หรือคิดเป็น 303,792 เยนต่อเดือน หากใช้อัตราแลกเปลี่ยนระหว่างเงินเยนของญี่ปุ่นและเงินบาทของไทยที่ 36.4 บาทต่อ 100 เยน จะพบว่ารายได้รวมเฉลี่ยของผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลาในประเทศญี่ปุ่นเป็น 110,580 บาทต่อเดือน แต่อย่างไรก็ตาม พยาบาลต่างชาติที่ยังไม่ผ่านการทดสอบ (ในช่วง 3 ปีแรกของการทำงาน) จะได้รับเงินเดือนเพียง 165,000 เยนต่อเดือน (คิดเป็น 60,060 บาทต่อเดือน) เงินเดือนเริ่มต้นหลังจากผ่านการทดสอบอยู่ 265,000 เยนต่อเดือน (คิดเป็น 96,460 บาทต่อเดือน)

การเปรียบเทียบระหว่างรายได้รวมของพยาบาลตัวอย่างในแต่ละกรณีกับรายได้รวมของคนดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับในประเทศญี่ปุ่นพบว่า การไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะให้ผลได้สุทธิส่วนบุคคลเป็นจำนวนถึง 33,053 บาทต่อเดือน หากพิจารณาจากรายได้รวมที่ได้รับจากงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน แต่ผลได้สุทธิส่วนบุคคลจะลดลงเหลือ 14,872 บาทต่อเดือน หากพิจารณาจากรายได้รวมที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ในทางตรงกันข้าม การไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะไม่ก่อให้เกิดผลได้สุทธิส่วนบุคคลหากพิจารณาจากรายได้รวมที่พยาบาลตัวอย่างคาดหวังที่จะได้รับจากการทำงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น (ผลเสียสุทธิส่วนบุคคลเป็น 17,006 - 31,126 บาทต่อเดือน)

อย่างไรก็ตาม ผลได้สุทธิส่วนบุคคลเพิ่มสูงขึ้นได้ หากรายได้รวมที่พยาบาลคาดหวังจะได้รับในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นลดลง ซึ่งเป็นผลพวงมาจากรายได้รวมที่พยาบาลได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุในไทย ลดลง โอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทยในอนาคตเพิ่มขึ้นหลังจากที่ได้ทำงานในประเทศญี่ปุ่น และสัดส่วนการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นในระดับกลางมากขึ้น

การศึกษานี้จะสุ่มตัวอย่างหน่วยงานที่ทำการผลิตพยาบาลจำนวน 16 แห่ง (จากทั้งหมด 66 แห่ง) ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติจำนวน 1 แห่ง คณะพยาบาลศาสตร์ในสถาบันการศึกษารัฐจำนวน 1 แห่ง คณะพยาบาลศาสตร์ในสถาบันการศึกษาเอกชนจำนวน 1 แห่ง และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 13 แห่ง ซึ่งอยู่ในกรุงเทพจำนวน 3 แห่ง ภาคกลาง 3 แห่ง ภาคเหนือจำนวน 4 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 3 แห่ง และภาคใต้จำนวน 3 แห่ง ซึ่งครอบคลุม 13 จังหวัดทั่วประเทศ

ไทย การศึกษานี้จะสุ่มเลือกนักศึกษาพยาบาลจำนวน 1,200 คน (จากทั้งหมด 4 หมื่นคน) ด้วยวิธีการ random sampling

นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างคาดว่าจะได้รับเงินเดือนเริ่มต้นที่ 15,734 บาทต่อเดือน ค่าตอบแทนพิเศษ 12,419 บาทต่อเดือน สวัสดิการ 6,970 บาทต่อเดือน รายได้รวมทั้งหมดที่ต้องการเป็น 35,123 บาทต่อเดือนในช่วงแรกของการทำงาน นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างต้องการเงินเดือน 30,427 บาทต่อเดือนในการดูแลผู้สูงอายุคนไทย ค่าตอบแทนพิเศษและสวัสดิการ 6,882 บาทต่อเดือน รายได้รวมทั้งหมดที่ต้องการเป็น 37,309 บาทต่อเดือน นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างต้องการเงินเดือน 86,388 บาทต่อเดือนในการดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่น ค่าตอบแทนพิเศษและสวัสดิการ 25,318 บาทต่อเดือน รายได้รวมทั้งหมดที่ต้องการเป็น 111,706 บาทต่อเดือน นักศึกษาพยาบาลตัวอย่าง (ร้อยละ 65) มีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีการสมการพหุถดถอย (multiple regression analysis) พบว่า

- ค่าจ้างที่คาดหวังจะสูง (ต่ำ) หากนักศึกษาพยาบาลมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมาก (น้อย) เรียนในสถานศึกษาของรัฐ (ของเอกชน) ได้ทำงานตามสายวิชาชีพที่ได้เรียนมาทำงานตามสายวิชาชีพที่ได้เรียนมา (ไม่ได้ทำงานตามเรียนหรือได้เรียนต่อ) การปรับเปลี่ยนตำแหน่งที่คาดหวังไว้ในระดับสูง (ต่ำ) รายรับในปัจจุบันของนักศึกษาพยาบาลสูง (ต่ำ) อายุน้อย (มาก) และจำนวนจำนวนผู้ป่วยที่คิดว่าต้องดูแลมาก (น้อย
- ค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยจะสูง (ต่ำ) หากนักศึกษาพยาบาลมีรายรับในปัจจุบันที่สูง (ต่ำ) และคาดหวังว่าจะได้ค่าจ้างจากการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษาที่สูง (ต่ำ)
- ค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลคาดหวังจะได้รับในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นจะสูง (ต่ำ) หากค่าจ้างที่คาดหวังจะได้จากการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษาสูง (ต่ำ) ค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในไทยสูง (ต่ำ) ความไม่ยินดี (ยินดี) ที่จะเข้าทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่น และรายรับของนักศึกษาพยาบาลในปัจจุบันต่ำ (สูง)
- นักศึกษาพยาบาลที่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นมีลักษณะที่แตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ต้องการไปทำงานดังนี้ มีอายุมากกว่า คาดหวังจะได้รับค่าตอบแทนพิเศษและสวัสดิการจากการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นในระดับที่สูงกว่า คาดหมายว่าจะต้องดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นเป็นจำนวนมาก คาดหมายว่าจะต้องดูแลผู้ป่วยในประเทศไทยเป็นจำนวนน้อย ยินดีจะเข้าทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่นมีความต้องการไปทำงานที่ประเทศ

ญี่ปุ่น สามารถปรับตัวอยู่ในประเทศญี่ปุ่นได้ มีต้นทุนทางจิตวิทยาในการทำงานที่ประเทศญี่ปุ่นมากกว่า คิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นเป็นการเพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทยในอนาคต

ผลได้สุทธิของการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะประเมินด้วยการเปรียบเทียบระหว่างรายได้รวมของนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างในแต่ละกรณีกับรายได้รวมของคนดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งประเมินจากข้อมูลการสำรวจรายได้ของสำนักงานสวัสดิการสังคมและสาธารณสุขในปี 2006 การไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะให้ผลได้สุทธิส่วนบุคคลเป็นจำนวนถึง 24,937 บาทต่อเดือน หากพิจารณาจากรายได้รวมที่ได้รับจากการทำงานเป็นพยาบาลหลังจากสำเร็จการศึกษา แต่ผลได้สุทธิส่วนบุคคลจะลดลงเป็น 22,751 บาทต่อเดือน หากพิจารณาจากรายได้รวมที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยในทางตรงกันข้าม การไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจะไม่ก่อให้เกิดผลได้สุทธิส่วนบุคคล หากพิจารณาจากรายได้รวมที่นักศึกษาพยาบาลตัวอย่างคาดหวังที่จะได้รับจากการทำงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น (ผลเสียสุทธิส่วนบุคคลเป็น 1,126 - 15,246 บาทต่อเดือน)

อย่างไรก็ตาม ผลได้สุทธิส่วนบุคคลเพิ่มขึ้นได้ หากรายได้รวมที่นักศึกษาพยาบาลคาดหวังจะได้รับในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นลดลง ซึ่งเป็นผลพวงมาจากค่าจ้างที่คาดหวังจะได้จากการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษาต่ำลง ค่าจ้างที่นักศึกษาพยาบาลต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในไทยต่ำลง และรายรับของนักศึกษาพยาบาลในปัจจุบันสูงขึ้น

ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจญี่ปุ่น-ฟิลิปปินส์ (JPEPA) ซึ่งได้เริ่มต้นตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2549 และความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจญี่ปุ่น-อินโดนีเซีย (JIEPA)ซึ่งได้เริ่มต้นตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2551 กำหนดให้มีการเคลื่อนย้ายพยาบาลจากทั้งสองประเทศไปทำงานเป็นพยาบาลหรือคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น การสำรวจข้อมูลได้รับความร่วมมือจากพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ในประเทศญี่ปุ่นจำนวน 12 ราย ผลการสำรวจข้อมูลพบว่าพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ได้รับเงินเดือนในการทำงานในประเทศของตนก่อนที่จะมาทำงานในประเทศญี่ปุ่นเป็น 10,206 บาทต่อเดือนโดยเฉลี่ย (ใช้อัตราแลกเปลี่ยนที่ 0.7286 บาทต่อ 1 เปโซ และ 3.7546 บาทต่อ 1,000 รูเปีย) ค่าตอบแทนพิเศษรวมกันเป็นจำนวนเงิน 7,336 บาทต่อเดือนโดยเฉลี่ย รายได้รวมเป็น 16,074 บาทต่อเดือนโดยเฉลี่ย

พยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ได้รับเงินเดือนจากการทำงานในประเทศญี่ปุ่นในขณะนี้เป็น 151,467 เยนต่อเดือน (56,043 บาทต่อเดือน) โดยเฉลี่ย ค่าตอบแทนพิเศษ รวมกันเป็นจำนวนเงิน 4,067 เยนต่อเดือน (1,505 บาทต่อเดือน)โดยเฉลี่ย สวัสดิการที่อยู่ในรูปของการฝึกอบรมภาษาญี่ปุ่นอย่างต่อเนื่องจากการเรียนแบบเต็มเวลาใน 6 เดือนแรกที่มาอยู่ในประเทศญี่ปุ่น พยาบาลส่วนหนึ่งได้ส่วนลดของค่าเช่าบ้าน เฟอร์นิเจอร์ฟรี และค่าชดเชยการเดินทางมายังที่ทำงาน

ความยากลำบากในการทำงานของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ที่เผชิญเกือบทุกคนคือการสื่อสารด้วยภาษาญี่ปุ่นกับคนไข้และเพื่อนร่วมงานชาวญี่ปุ่น พวกเขาใช้วิธีการเรียนภาษาญี่ปุ่นเพิ่มเติมจากทั้งการเรียนเป็นทางการนอกเวลาทำงานและการฝึกพูดกับเพื่อนร่วมงานและคนไข้เพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสารภาษาญี่ปุ่นให้ชำนาญและคล่องแคล่ว ปัญหาสำคัญที่มีผลต่อการดำรงชีพประจำวันของพวกเขาคือค่าครองชีพที่สูงและอากาศที่หนาวเย็น

เมื่อเปรียบเทียบเงินเดือนและรายได้รวมของพยาบาลไทย นักศึกษาพยาบาลไทย และพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ จะพบว่าเงินเดือนของพยาบาลไทยและนักศึกษาพยาบาลไทยสูงกว่าพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ 5,517 – 9,103 บาทต่อเดือน และรายได้รวมที่สูงกว่า 10,876 – 18,698 บาทต่อเดือน ซึ่งทำให้ผลได้สุทธิของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์สูงกว่าผลได้สุทธิของพยาบาลไทยและนักศึกษาพยาบาลไทยอยู่ระหว่าง 8,364 ถึง 20,549 บาทต่อเดือน

ค่าใช้จ่ายในการคัดเลือกบรรจุพยาบาลใหม่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐและการรวบรวมข้อมูลของฝ่ายบริหารบุคคลของโรงพยาบาลรัฐจำนวน 56 แห่ง ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาล 5 แห่งในกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาล 9 แห่งในภาคกลาง โรงพยาบาล 16 แห่งในภาคเหนือ โรงพยาบาล 17 แห่งในตะวันออกเฉียงเหนือ โรงพยาบาล 9 แห่งในภาคใต้

โดยเฉลี่ยแล้ว โรงพยาบาลแห่งหนึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรับสมัครพยาบาลวิชาชีพใหม่แทนพยาบาลวิชาชีพที่ลาออกเป็นจำนวนเงิน 6,398 บาทต่อพยาบาลวิชาชีพใหม่หนึ่งราย และมีค่าใช้จ่ายในการจัดการฝึกอบรมฝึกทักษะให้กับพยาบาลวิชาชีพใหม่เป็นจำนวนเงิน 5,223 บาทต่อราย นั่นหมายความว่า ค่าใช้จ่ายในการคัดเลือกบรรจุพยาบาลใหม่หนึ่งรายอยู่ที่ 11,621 บาทโรงพยาบาลแห่งหนึ่งสูญเสียค่าใช้จ่ายการฝึกอบรมระหว่างการทำงานของพยาบาลที่ลาออกรวมกันเป็นจำนวน 14,012 บาทต่อรายโดยเฉลี่ย

การประมาณการเงินอุดหนุนจากภาครัฐสำหรับการศึกษาวิชาพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐที่อาศัยข้อมูลทุติยภูมิพบว่า ค่าเฉลี่ยของต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพหนึ่งรายของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น 143,588 บาท ณ ราคาปัจจุบันปี พ.ศ.2552 ขณะที่ค่าเฉลี่ยของ

ต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพหนึ่งรายของมหาวิทยาลัยและกระทรวงกลาโหมเป็น 224,744 บาท การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนการผลิตพยาบาลวิชาชีพและต้นทุนต่อหน่วยของการผลิตพยาบาลวิชาชีพของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยวิธีการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงเดี่ยว ชี้ให้เห็นว่าการผลิตพยาบาลวิชาชีพหนึ่งรายมีต้นทุนคงที่เป็น 26,842 บาท และมีต้นทุนส่วนเพิ่ม (marginal cost) เป็น 254 บาทต่อราย

การลาออกของพยาบาลวิชาชีพหนึ่งคนทำให้ภาครัฐมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการคัดเลือกบรรจุพยาบาลใหม่ สูญเสียค่าใช้จ่ายการฝึกอบรมระหว่างการทำงานของพยาบาลที่ลาออก และสูญเสียเงินอุดหนุนจากภาครัฐสำหรับการศึกษาวิชาชีพพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ ซึ่งรวมกันแล้วมีมูลค่าอย่างน้อยที่สุดเป็น 52,475 บาท มูลค่าอย่างกลางเป็น 169,221บาท และมูลค่าอย่างสูงเป็น 306,475 บาท

การสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐและการรวบรวมข้อมูลของฝ่ายบริหารบุคคลของโรงพยาบาลรัฐให้ผลการคำนวณว่า หากพยาบาลลาออกไป 1 คนทำให้จำนวนผู้ป่วยนอกมาโรงพยาบาลลดลง 780 รายต่อปี และทำให้ผู้ป่วยในมีจำนวนลดลง 81 รายต่อปี โดยที่ต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ยเป็น 670 บาทต่อคนและต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยในโดยเฉลี่ยเป็น 6,798 บาทต่อคน ดังนั้น การลาออกของพยาบาล 1 คนจากโรงพยาบาลของรัฐจะทำให้ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่รับบริการสุขภาพคิดเป็นมูลค่า 522,600 + 550,638 = 1,073,238 บาทต่อปี หากปรับด้วยระยะเวลา 10.6 เดือนที่พยาบาลใหม่หนึ่งรายเข้ามาทำงานแทนพยาบาลที่ลาออกไป ความสูญเสียในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยเป็น 948,027 บาท ดังนั้น ผลเสียทั้งหมดที่เกิดจากการลาออกของพยาบาลวิชาชีพหนึ่งคนที่สังคมต้องแบกรับอยู่ระหว่าง 1,000,502 บาท ถึง 1,254,502 บาท

ผลได้สุทธิทางสังคมเป็นการเปรียบเทียบผลได้และต้นทุนที่เกิดจากการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลไทยเกิดขึ้นกับทุกฝ่ายและภาคส่วน ผลได้สุทธิทางสังคมของพยาบาลเท่ากับผลได้สุทธิส่วนบุคคล (33,053 บาทต่อเดือน) หักลบด้วยค่าใช้จ่ายในการคัดเลือกบรรจุพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐ (11,621 บาท) ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมทักษะให้กับพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐ (14,012 บาท) เงินอุดหนุนจากภาครัฐสำหรับการศึกษาวิชาพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ (280,842 บาท) และมูลค่าของบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยไม่ได้รับ (948,027 บาท) แต่การคำนวณติดขัดตรงที่ผลได้สุทธิส่วนบุคคลและผลเสียสี่ประเภทมีหน่วยนับที่ไม่เหมือนกัน การเปรียบเทียบผลได้สุทธิส่วนบุคคลและผลเสียทั้งหมดจึงต้องกำหนดการรวมผลเสียทั้งหมดเป็นตัวตั้ง

แล้วประเมินว่าจะใช้เวลาในการทำงานนานเพียงไรจึงจะได้ผลได้สุทธิส่วนบุคคลสูงกว่าผลเสียทั้งหมด ผลได้สุทธิทางสังคมของการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นของพยาบาลจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อพยาบาลทำงานเป็นระยะเวลา 3 ปี 2 เดือน พยาบาลทำงานได้นานขึ้นเท่าไร ผลได้สุทธิทางสังคมจะเพิ่มขึ้นเท่านั้น

ผลได้สุทธิทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลเท่ากับผลได้สุทธิส่วนบุคคล (24,937 บาทต่อเดือน) หักลบด้วยเงินอุดหนุนจากภาครัฐสำหรับการศึกษาวิชาพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ (280,842 บาท) และมูลค่าของบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยไม่ได้รับ (948,027 บาท) ผลได้สุทธิทางสังคมของการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นของนักศึกษาพยาบาลจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อนักศึกษาพยาบาลทำงานเป็นระยะเวลา 49 เดือน (1,228,869 บาทหารด้วย 24,937 บาทต่อเดือน) นักศึกษาพยาบาลมีระยะเวลาทำงานสั้นกว่า 4 ปี 1 เดือนเท่าไร นักศึกษาพยาบาลทำงานได้นานกว่า 4 ปี 1 เดือนเท่าไร ผลได้สุทธิทางสังคมจะเพิ่มขึ้นเท่านั้น

ในทางทฤษฎี การตัดสินว่าผู้ใดสมควรจ่ายค่าชดเชยผลเสียให้กับสังคมไทยมี 2 หลักการใหญ่ คือ (1) หลักการ “กลไกตลาด” ซึ่งระบุว่าค่าจ้างที่ได้รับเป็นราคาตลาดที่ครอบคลุมต้นทุนการผลิตไว้แล้ว พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลเป็นผู้จ่ายค่าชดเชยเหล่านี้แล้ว รัฐบาลไทยควรเจรจากับฝ่ายญี่ปุ่นเพื่อให้มีระยะเวลาทำงานไม่น้อยกว่า 3 ปี 2 เดือนสำหรับพยาบาล และไม่น้อยกว่า 4 ปี 1 เดือนสำหรับนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากเป็นจุดคุ้มทุนที่ทำให้ไม่มีผลได้หรือผลเสียสุทธิทางสังคมเกิดขึ้น (2) หลักการ “ความเป็นธรรม” ซึ่งระบุว่าผู้ได้ประโยชน์ควรเป็นผู้จ่ายค่าชดเชยเหล่านี้แล้ว รัฐบาลไทยควรเจรจากับฝ่ายญี่ปุ่นเพื่อให้นายจ้างญี่ปุ่นเป็นผู้จ่ายเงินจำนวนนี้ การประหยัดงบประมาณของประเทศญี่ปุ่นในการผลิตพยาบาลเพิ่มขึ้นแทนที่จะนำเข้าจากต่างประเทศสร้างความไม่เป็นธรรมให้แก่ประเทศอื่นที่ส่งพยาบาลไปทำงานในประเทศญี่ปุ่น

ความคิดเห็นส่วนใหญ่ของผู้บริหารโรงพยาบาลและสถาบันอุดมศึกษาที่มีการผลิตพยาบาลจำนวน 70 แห่งที่มีต่อแนวทางในการชดเชยความสูญเสียเนื่องด้วยการลาออกของพยาบาลไทยไปทำงานที่ญี่ปุ่นตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่นรวบรวมระบุว่า รัฐบาลไทยไม่ควรที่จะเก็บเงินกับพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลของรัฐที่ลาออกเพื่อไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น แต่อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารโรงพยาบาลส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการกำหนดกฎระเบียบในการกำกับควบคุมการคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่จะได้รับสิทธิไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุประเทศญี่ปุ่น ขณะที่ผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษาที่มีการผลิตพยาบาลส่วนใหญ่ ไม่เห็นด้วย โดยให้เหตุผลว่าเป็นสิทธิของพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่จะเลือกหรือไม่เลือกที่จะไปทำงาน

การลาออกของพยาบาลวิชาชีพไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุประเทศญี่ปุ่นตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่นสร้างความกังวลให้กับผู้บริหารในระบบบริการสุขภาพว่าอาจจะเป็นการซ้ำเติมปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพที่ประเทศไทยเผชิญอยู่ ปัญหานี้ตอบได้ด้วยการเปรียบเทียบจำนวนพยาบาลตัวอย่างที่มีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นกับการขาดแคลนพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐในสี่ภาคของประเทศไทยที่ประเมินด้วยวิธีการ GIS ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปรากฏว่าพยาบาลวิชาชีพเกือบครึ่งหนึ่งที่มีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นทำงานในภาคกลาง ขณะที่ภาคกลางมีการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพน้อยที่สุด ดังนั้น การลาออกของพยาบาลวิชาชีพ จะไม่ซ้ำเติมปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ

การศึกษานี้ได้จัดประชุมระดมสมองผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของแนวทางต่างๆของการชดเชยความสูญเสียที่เกิดกับสังคม ผู้ที่เข้าร่วมประชุมได้แก่ พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหารหน่วยงานผลิตพยาบาล ตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุข ตัวแทนจากสถาบันพระบรมราชชนก ตัวแทนจากสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาแห่งชาติ ตัวแทนสภาการพยาบาล ตัวแทนสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ตัวแทนจากกระทรวงการต่างประเทศ ตัวแทนจากกรมเจรจาการค้า ตัวแทนจากสำนักงบประมาณ คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายผู้ป่วย และนักวิชาการในด้านที่เกี่ยวข้อง จำนวนทั้งสิ้น 50 คน

ผู้ที่เข้าร่วมประชุมมีทั้งที่คิดว่าพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลควรเป็นผู้จ่ายค่าชดเชย นายจ้างญี่ปุ่นเป็นผู้จ่ายเงินชดเชย และทั้งพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลและนายจ้างญี่ปุ่นควรเป็นผู้จ่ายค่าชดเชยร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ไม่มีผู้ใดที่เห็นว่ารัฐบาลไทยควรเป็นผู้จ่ายเงินชดเชย มีหลายวิธีการเก็บเงินชดเชยจากพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลที่นำเสนอ เช่น หากพยาบาลมีสัญญาผูกพันการทำงานกับหน่วยงานและต้องการลาออกไปทำงานควรชดเชยเป็นสัดส่วนจากจำนวนเงินที่ได้รับระหว่างการศึกษาเป็นพยาบาลคูณด้วยจำนวนปีตามสัญญาที่ผูกพัน การชดเชยเป็นแบบขั้นบันไดซึ่งแปรผันตามระดับความเสี่ยงของกลุ่มพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลที่ต้องการลาออกไปทำงาน (โดยกำหนดว่าผู้ที่มีอายุงานมากกว่า 10 ปีชดเชย 50,000 บาท ผู้ที่มีอายุงานน้อยกว่า 10 ปีแต่มากกว่า 5 ปีชดเชย 100,000 บาท ผู้ที่มีอายุงานมากกว่า 1 ปี แต่ไม่ถึง 5 ปีชดเชย 150,000 บาท และผู้จบใหม่หรือมีอายุงานไม่ถึง 1 ปีชดเชยมากกว่า 200,000 บาท) การเก็บเงินชดเชยจากนายจ้างญี่ปุ่นจำแนกเป็นหลายกรณี เช่น กรณีนักศึกษาพยาบาล นายจ้างญี่ปุ่นควรให้ทุนแก่นักศึกษาตลอดหลักสูตรและค่าเรียนภาษาญี่ปุ่น กรณีพยาบาลจบใหม่ นายจ้างญี่ปุ่นควรชดใช้ทุนคืนรัฐบาลไทยแทนพยาบาลและให้ทุนแก่รัฐบาลไทยในการผลิตพยาบาลเพิ่มอีก 1 คน กรณีพยาบาลที่ทำงานอยู่ นายจ้างญี่ปุ่นควรชดเชยโดยคำนวณจาก

ค่าใช้จ่ายที่สูญเสียไปหากพยาบาลลาออกต่อคนคูณด้วยจำนวนปีของประสบการณ์การทำงาน การเก็บเงินชดเชยจากทั้งพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลและนายจ้างญี่ปุ่นร่วมกันมีเหตุผลรองรับว่า นายจ้างญี่ปุ่นเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์จากการลาออกของพยาบาล ส่วนพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลควรจ่ายเงินชดเชยเพื่อเป็นการป้องกันปัญหาสมองไหล

นอกจากสภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแล้ว ผู้ที่เข้าร่วมประชุมเห็นว่าควรจัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะที่มีผู้แทนจากผู้บริโภค สถาบันการศึกษาพยาบาล สถานประกอบการด้านสุขภาพ กระทรวงแรงงาน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการต่างประเทศเข้ามาร่วมเป็นผู้กำหนดคุณสมบัติของพยาบาลที่มีสิทธิด้วย คุณสมบัติและหลักเกณฑ์ที่สำคัญ ได้แก่ การสำเร็จการศึกษาด้านพยาบาล มีความตั้งใจ มีความพร้อมและความรู้ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุและภาษาญี่ปุ่น เป็นผู้ที่มีการฝึกปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี มีการศึกษาการพยาบาลเฉพาะทาง เป็นผู้ที่ทำงานใช้ทุนครบแล้วอย่างน้อย 4 ปี มีอายุไม่เกิน 35 ปี และมีระยะเวลาการทำงานภายในประเทศไทย 10 ปี

ข้อเสนอสำหรับแนวทางการนำเงินชดเชยมาใช้ประโยชน์ที่สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุของไทยให้มีคุณภาพภายใต้ข้อจำกัดด้านการขาดแคลนพยาบาล การสร้างหรือพัฒนา health volunteer ส่งเสริมให้เกิดระบบ home health care ซึ่งลดจำนวนผู้สูงอายุที่จะต้องเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและทำให้ความต้องการใช้พยาบาลลดลง การผลิตพยาบาลเพิ่มเติม และการเพิ่มเงินเดือนให้แก่พยาบาลและอาจารย์พยาบาลภายในประเทศ

นักวิชาการญี่ปุ่นให้ความคิดเห็นต่อการชดเชยต้นทุนทางสังคมที่เกิดขึ้นจากการลาออกของพยาบาลไทยไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นว่าคงเป็นไปได้ยากที่นายจ้างในสถานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะจ่ายเงินชดเชย เพราะว่าสถานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมีปัญหาทางการเงินอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นผลมาจากรัฐบาลญี่ปุ่นไม่สามารถจัดสรรเงินอุดหนุนให้กับสถานดูแลผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้น หากพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ไม่สามารถผ่านการทดสอบวิชาชีพระดับชาติได้ สถานดูแลผู้สูงอายุคงจะต้องเพิ่มเงินเดือนให้กับคนดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นเพื่อจูงใจให้ชาวญี่ปุ่นหันมาทำงานในตำแหน่งดังกล่าวมากขึ้น (ร้อยละ 3-5 ของเงินเดือน) การประเมินการดำเนินการเคลื่อนย้ายพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ที่มาทำงานเป็นพยาบาลและคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นตาม JIEPA และ JPEPA ครั้งล่าสุด โดยสถาบัน Asia Center ของ Kyushu University พบว่าอยู่ในระดับที่เป็นไปได้ แม้ว่าจะมีอุปสรรคมากมาย

นอกจากนี้ นักวิชาการญี่ปุ่นเห็นว่าความตกลงหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจมิใช่เป็นไปเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในประเทศญี่ปุ่น แต่ เป็นจุดเริ่มต้นของการนำระบบบริการสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นเข้าสู่กระแสโลกาภิวัฒน์ การเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศอื่นมาสู่ประเทศญี่ปุ่นจึงเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นอย่างแน่นอนโดยผ่านความตกลงหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจ ซึ่งในขั้นต่อไปจะเป็นการสร้างความเข้าใจในระบบการพยาบาลและดูแลผู้สูงอายุให้กับประเทศอื่นในรูปของการแลกเปลี่ยนคณาจารย์ นักศึกษา และหลักสูตรการเรียนการสอน ตลอดจนการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในประเทศต่างๆให้สูงขึ้น ในที่สุดส่งผลให้การเคลื่อนย้ายพยาบาลและคนดูแลผู้สูงอายุระหว่างประเทศญี่ปุ่นกับประเทศอื่นเป็นไปอย่างราบรื่น

11.2 คำตอบการวิจัย

ส่วนนี้เป็นการตอบคำถามการวิจัยที่ได้ตั้งไว้ในส่วนที่ 1.2 ซึ่งสามารถแยกได้เป็นประเด็นสำคัญดังนี้

➢ ประเทศไทยจะได้รับผลประโยชน์สุทธิจากการส่งพยาบาลไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นหรือไม่?

✓ รายได้รวมที่พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลตัวอย่างคาดหวังที่จะได้รับจากการทำงานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นสูงกว่ารายได้รวมเฉลี่ยของผู้ให้การดูแลแบบเต็มเวลาในประเทศญี่ปุ่นได้รับ (ผลเสียสุทธิส่วนบุคคลอยู่ระหว่าง 1,126 - 31,126 บาทต่อเดือน) นอกจากนี้ ผลเสียทั้งหมดที่เกิดจากการลาออกของพยาบาลวิชาชีพหนึ่งคนที่สังคมต้องแบกรับในรูปของค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการบรรจุพยาบาลใหม่ การสูญเสียค่าใช้จ่ายการฝึกอบรมทักษะ การสูญเสียเงินอุดหนุนจากภาครัฐในการผลิตพยาบาลของสถาบันอุดมศึกษารัฐ และการไม่ได้รับบริการสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งรวมกันอยู่ระหว่าง 1,000,502 บาท ถึง 1,254,502 บาท นั่หมายความว่า หากไม่มีการชดเชยความสูญเสียที่เกิดกับสังคมแล้ว ประเทศไทยจะไม่ได้รับผลประโยชน์สุทธิจากการส่งพยาบาลไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA)

➢ จะสามารถลดอุปสรรคเพื่อเพิ่มโอกาสที่จะได้รับผลประโยชน์อย่างเต็มที่อย่างไรบ้าง?

✓ ผลได้สุทธิส่วนบุคคลของพยาบาลไทยอาจเพิ่มสูงขึ้นได้ด้วยปัจจัยบางประการ เช่น รายได้รวมที่คาดหวังจะได้รับในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นลดลง (ซึ่งเป็นผลพวงมาจากรายได้รวมที่จะได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุในไทยลดลงและค่าจ้างที่คาดหวังจะได้จากการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษา

ต่ำลง) โอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทยในอนาคตเพิ่มขึ้นหลังจากที่ได้ทำงานในประเทศญี่ปุ่น เป็นต้น

➢ แนวทางการชดเชยความเสียหายให้กับสังคมโดยรวมจากการสูญเสียพยาบาลไปทำงานในญี่ปุ่นควรเป็นอย่างไร?

✓ ผู้ที่เกี่ยงข้องในเรื่องนี้ของไทยส่วนใหญ่เห็นว่าพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลไม่ควรเป็นผู้จ่ายค่าชดเชยความเสียหายให้กับสังคม ขณะที่นักวิชาการญี่ปุ่นเห็นว่านายจ้างในสถานดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นไม่สามารถจ่ายเงินชดเชยได้ เนื่องด้วยต้องเผชิญกับปัญหาความจำกัดด้านการเงินอย่างรุนแรง นอกจากนี้ นักวิชาการญี่ปุ่นระบุว่าความตกลงหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจมิใช่เป็นไปเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในประเทศญี่ปุ่น แต่ เป็นการนำระบบบริการสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นและประเทศอื่นๆเข้าสู่กระแสโลกาภิวัตน์ ความตกลงหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจในอนาคตจะเป็นการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในประเทศต่างๆให้สูงขึ้นด้วยการแลกเปลี่ยนบุคลากร คณาจารย์ นักศึกษา และหลักสูตรการเรียนการสอน ดังนั้น การชดเชยความเสียหายให้กับสังคมโดยรวมจากการสูญเสียพยาบาลไปทำงานในญี่ปุ่นอาจอยู่ในรูปของความช่วยเหลือที่ประเทศญี่ปุ่นพึงให้ในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลและการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย ซึ่งควรมีมูลค่าไม่ต่ำกว่าความสูญเสียที่สังคมไทยต้องแบกรับจากการเคลื่อนย้ายพยาบาลไทยไปทำงานในประเทศญี่ปุ่น

11.3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะต่อไปนี้จัดทำขึ้นจากการสังเคราะห์ผลการศึกษาร่วมกับบริบทเงื่อนไขสถานการณ์ปัจจุบันที่เกิดขึ้นและสังเกตได้ที่เกี่ยวข้องกับความตกลงหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจของประเทศญี่ปุ่นและประเทศอื่นๆ

1. เนื่องด้วยรัฐบาลที่ญี่ปุ่นได้ทุ่มเงินอุดหนุนการเรียนภาษาญี่ปุ่นให้กับพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์โดยเฉลี่ยสูงถึงคนละ 3 ล้านเยน (1,080,000 บาท ในอัตราแลกเปลี่ยนที่ 100 เยน ต่อ 36 บาท) หากรัฐบาลไทยต้องการส่งพยาบาลไทยไปทำงานตาม JTEPA และประสงค์ที่จะได้รับเงินชดเชยความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับสังคมไทยจากการลาออกของพยาบาลแล้ว รัฐบาลไทยสามารถที่จะเจรจาตกลงกับรัฐบาลญี่ปุ่นให้นำเงินที่อุดหนุนการเรียนภาษาญี่ปุ่นให้กับพยาบาลไทยมาชดเชยให้กับรัฐบาลไทยเพื่อไปผลิตพยาบาลทดแทนที่ลาออกไปและซื้อบริการสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลจากพยาบาลที่ลาออกไป โดยที่รัฐบาลไทยจะตอบแทนด้วยการรับภาระทางการเงินในการสอนภาษาญี่ปุ่นให้กับพยาบาลไทยที่ได้รับการคัดเลือกให้ไปทำงานในประเทศญี่ปุ่นในโครงการ JTEPA

รัฐบาลไทยควรสัญญาว่าจะสอนภาษาญี่ปุ่นให้แก่พยาบาลไทยในประเทศญี่ปุ่นจนถึงระดับที่สามารถสื่อสารและใช้งานได้ในวิชาชีพพยาบาล รวมทั้งต้องผ่านการทดสอบการใช้ภาษาญี่ปุ่นตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในประเทศญี่ปุ่น

2. เงินชดเชยความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับสังคมจากการลาออกของพยาบาลไปทำงานในประเทศญี่ปุ่นตามโครงการ JTEPA ที่ได้รับควรนำไปใช้ใน 3 เรื่องหลักซึ่งสามารถจำแนกเป็นเรื่องที่พึงกระทำระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว ดังนี้

1) ในระยะสั้น รัฐบาลไทยควรนำเงินชดเชยไปจัดหาบริการสุขภาพให้กับผู้ป่วยได้ใกล้เคียงกับช่วงที่ไม่มีการลาออกของพยาบาล มาตรการที่พึงกระทำได้แก่ กาจ้างพยาบาลมาทดแทนโดยไม่ต้องรองบประมาณ แต่ใช้เงินดังกล่าวจัดจ้างทันทีที่พยาบาลลาออก หากไม่มีพยาบาลมาสมัครงานควรนำเงินไปซื้อบริการสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยจากสถานพยาบาลภาคเอกชนที่มีมาตรฐานการบริการสุขภาพไม่ต่ำกว่าสถานพยาบาลภาครัฐ

2) ในระยะกลาง รัฐบาลไทยควรนำเงินชดเชยไปผลิตพยาบาลเพิ่มเติมในจำนวนที่ใกล้เคียงกับจำนวนที่ลาออกไป เนื่องด้วยสถาบันอุดมศึกษาที่ผลิตพยาบาลมีต้นทุนรวมและต้นทุนส่วนเพิ่มที่แตกต่างกัน เพื่อให้เงินชดเชยเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการผลิตพยาบาลใหม่ รัฐบาลไทยต้องจัดลำดับสถาบันอุดมศึษาในการผลิตพยาบาลเพิ่มจำนวนมากน้อยตามต้นทุนรวมและต้นทุนส่วนเพิ่ม

3) ในระยะยาว รัฐบาลไทยควรนำเงินชดเชยไปพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางที่นักวิชาการญี่ปุ่นได้กล่าวไว้ว่าประเทศต่างๆ ควรพัฒนามาตรฐานของการดูแลผู้สูงอายุให้สูงขึ้น มาตรการที่สำคัญของการพัฒนาระบบดังกล่าวคือ การสร้างตำแหน่งงานรองรับพยาบาลที่ไปทำงานเป็นพยาบาลและคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นตามโครงการ JTEPA เพื่อกลับมาทำงานเป็นพยาบาลและคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยในอนาคต นอกจากนี้ มาตรการดังกล่าวเป็นการประหยัดงบประมาณในการฝึกอบรมพยาบาลไทยให้มีทักษะในเรื่องนี้ ซึ่งในปัจจุบันสถาบันอุดมศึกษาของไทยมีการสอนและฝึกอบรมในเรื่องนี้น้อยมาก

3. ผู้เข้าร่วมการประชุมระดมสมองในการศึกษานี้หลายท่านกังวลว่าเป็นการเปิดโอกาสให้พยาบาลไทยไปทำงานในประเทศญี่ปุ่นตามโครงการ JTEPA อาจทำให้ประเทศไทยสูญเสียพยาบาลที่มีความสามารถ (หัวกะทิ) ไปให้กับประเทศญี่ปุ่น ผลการศึกษาที่ระบุว่าพยาบาล 1 ใน 3 มีแนวโน้มที่จะไป ประกอบกับผลการคำนวณที่พบว่าพยาบาลโดยเฉลี่ยจะประสบผลเสียสุทธิส่วนบุคคล สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลส่วนใหญ่คงจะไม่ต้องการไปทำงานที่ประเทศญี่ปุ่น นอกจากนี้ การเพิ่ม

เงินเดือนให้กับข้าราชการและพนักงานของรัฐในอนาคตจะกลับจูงใจให้พยาบาลทำงานในประเทศไทยมากขึ้นกว่าเดิม หากสถานการณ์เป็นเช่นนี้ต่อไปในอนาคต พยาบาลที่สนใจและสมัครไปทำงานในประเทศญี่ปุ่นตามโครงการ JTEPA น่าจะมีจำนวนน้อยลง ดังนั้น หากรัฐบาลญี่ปุ่นไม่ต้องการเจรจาในประเด็นการส่งพยาบาลไทยไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุหรือยกเลิกข้อตกลงนี้ รัฐบาลไทยสามารถรับข้อเสนอนี้ได้ในทันที ในทางตรงกันข้าม หากรัฐบาลญี่ปุ่นต้องการพยาบาลไทยเพิ่มขึ้นเพื่อชดเชยกับพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ที่ลาออกจากโครงการ JIEPA และ JPEPA แล้ว รัฐบาลไทยควรกำหนดจำนวนพยาบาลไทยที่จะส่งไปทำงานในประเทศญี่ปุ่นให้น้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อมิให้ต้องเผชิญกับปัญหาที่ไม่สามารถจัดส่งพยาบาลไทยไปได้ตามที่ตกลงไว้

4. ผลการเปรียบเทียบผลได้สุทธิส่วนบุคคลของพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ที่สูงกว่าพยาบาลไทยสะท้อนแรงจูงใจที่พยาบาลจากสองชาตินี้เข้าไปทำงานในประเทศญี่ปุ่นมากกว่าพยาบาลไทย ซึ่งสอดรับกับความจริงที่ว่ารัฐบาลญี่ปุ่นให้ลำดับความสำคัญแก่พยาบาลของทั้งสองชาติในการทำความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจกับสองชาตินี้ก่อนประเทศไทยในเรื่องการส่งพยาบาลไปทำงานในประเทศญี่ปุ่น นั่นแสดงให้เห็นว่า พยาบาลไทยคงไม่สามารถแข่งขันกับพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ด้วยค่าจ้างที่ต่ำกว่า อย่างไรก็ตาม ผลการทดสอบวิชาชีพระดับชาติครั้งแรกของพยาบาลต่างชาติชุดแรกแสดงให้เห็นว่ามีจำนวนพยาบาลต่างชาติที่ผ่านการทดสอบต่ำมาก (เพียงร้อยละ 1.2) นี่อาจเป็นสัญญาณชี้ให้เห็นถึงระดับคุณภาพด้านหนึ่งของพยาบาลทั้งสองชาตินี้ในการทำงานในประเทศญี่ปุ่น ฉะนั้น หากพยาบาลไทยจะแข่งขันกับพยาบาลชาติทั้งสองแล้ว ควรจะแข่งขันด้วยคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องภาษาญี่ปุ่น นอกจากนี้ หากมีพยาบาลต่างชาติสามารถสอบผ่านการทดสอบดังกล่าวได้ในสัดส่วนที่น้อย นักวิชาการญี่ปุ่นเชื่อว่ารัฐบาลคงจะต้องขึ้นค่าจ้างเพื่อชักจูงให้คนญี่ปุ่นหันมาทำงานประเภทนี้มากขึ้น ซึ่งเท่ากับว่าพยาบาลต่างชาติที่สามารถผ่านการทดสอบจะมีรายได้เพิ่มขึ้นด้วย (รวมทั้งพยาบาลไทย) นั่นย่อมหมายถึงการแข่งขันทางคุณภาพมีความสำคัญกว่าการแข่งขันด้านค่าจ้าง

5. การเคลื่อนย้ายพยาบาลระหว่างประเทศจะเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ภายใต้กระแสโลกาภิวัฒน์ตามการคาดการณ์ของนักวิชาการญี่ปุ่น นโยบายของรัฐบาลญี่ปุ่นต่อ EPA ในอนาคตจึงเน้นไปที่การยกระดับมาตรฐานการพยาบาลและการดูแลผู้สูงอายุของประเทศคู่ค้าใน EPA มากกว่าจะเป็นการใช้ประโยชน์จากพยาบาลต่างชาติที่มีค่าจ้างต่ำเพื่อลดปัญหาการขาดแคลนพยาบาลและคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ประเทศไทยควรใช้ประโยชน์จาก JTEPA ในการพัฒนาทักษะพยาบาลไทยให้สามารถปรับตัวและจัดการกับการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ในอนาคต รัฐบาลไทยควรเจรจากับรัฐบาล

ญี่ปุ่นในการพัฒนาพยาบาลไทยให้มีทักษะที่มีมาตรฐานสากลในการพยาบาลและดูแลผู้สูงอายุด้วยการสนับสนุนให้มีการถ่ายทอดความรู้และทักษะดังกล่าวให้กับสถาบันอุดมศึกษาของไทย ซึ่งจะครอบคลุมทั้งคณาจารย์ นักศึกษา และพยาบาลที่มาศึกษาเพิ่มเติม ตลอดจนหลักสูตรการเรียนการสอนและอุปกรณ์เครื่องมือที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยในอนาคต ดังนั้น การเคลื่อนย้ายพยาบาลไทยในโครงการ JTEPA ถือได้ว่าเป็นการพัฒนามาตรฐานในการพยาบาลและดูแลผู้สูงอายุมากกว่าเป็นการเคลื่อนย้ายไปเพื่อหารายได้ส่วนบุคคลที่สูงขึ้น ซึ่งจะคล้ายกับการพัฒนาอุตสาหกรรมบางประเภทของประเทศไทยที่ผู้ผลิตชาวญี่ปุ่นย้ายฐานการผลิตเข้ามาในประเทศไทยในอดีต โดยในช่วงแรกเริ่มเป็นการใช้ประโยชน์จากแรงงานค่าจ้างต่ำ แต่ในปัจจุบันเป็นการสร้างศักยภาพของอุตสาหกรรมให้ทัดเทียมกับประเทศญี่ปุ่นด้วยการถ่ายโอนเทคโนโลยี (technology transfer) มาให้กับประเทศไทย ความช่วยเหลือที่ประเทศญี่ปุ่นพึงให้ในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลและการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยควรมีมูลค่าไม่ต่ำกว่าความสูญเสียที่สังคมไทยต้องแบกรับจากการเคลื่อนย้ายพยาบาลไทยไปทำงานในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งคำนวณไว้ในการศึกษานี้ เงื่อนไขนี้จะเป็นการตอบคำถามแก่สาธารณชนได้ว่า แนวทางความร่วมมือเช่นนี้ทำให้ประเทศไทยได้รับความคุ้มค่าจากการยินยอมให้พยาบาลไทยไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นตามโครงการ JTEPA

บรรณานุกรม

Blouin, C. et al (2006) “Trade in health services under the four modes of supply: review of current trends and policy issues” in Blouin, C. et al International Trade in Health Services and the GATTS the World Bank, Washington, D.C. pp. 203 – 223.

Campbell et al (2003) “Japan’s radical reform of long-term care” Social Policy & Administration Vol.37, No.1, pp.21-34

Hamada, K. et al (2007) “Ageing and elderly care in an open economy” Ageing and the Labor Market in Japan Problems and Policies Edward Elgar Publishing Limited, Cheltenham, pp. 75-90.

Mattoo, A. et al (2006) “How health insurance inhibits trade in health care” Health Affairs, vol.25, No.2, pp.358-368

Niwata, S. et al (2006) “Prevalence of inappropriate medication using Beers criteria in Japanese long-term care facilities” BMC Geriatrics vol.6, no.1

Noguchi, H. et al (2007) “Nonprofit-/for-profit status and earning differentials in the Japanese at–home elderly care industry: Evidence from micro-level data on home helpers and staff nurses” Journal of the Japanese and International Economies vol. 21, pp. 106-120.

ภาคผนวกที่ 1.1
ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA) ในการเคลื่อนย้าย บุคคลธรรมดาธรรมดาที่ประเทศไทยได้ผูกพันกับประเทศญี่ปุ่น

บทที่ 9
การเคลื่อนย้ายของบุคคลธรรมดา

ข้อ 115
ขอบเขตและความครอบคลุม

1. บทนี้จะใช้บังคับกับมาตรการที่กระทบต่อการเคลื่อนย้ายของบุคคลธรรมดาของภาคีที่เข้าสู่ภาคีอีกฝ่ายและอยู่ในประเภทใดประเภทหนึ่งที่กล่าวถึงในวรรค 1 ของข้อ 117
2. บทนี้จะไม่ใช้บังคับกับมาตรการที่กระทบต่อบุคคลธรรมดาที่แสวงหาการเข้าสู่ตลาดการจ้างงานของคู่ภาคีและจะไม่ใช้บังคับกับมาตรการเกี่ยวกับการถือสัญชาติถิ่นที่อยู่หรือการจ้างงานถาวร
3. บทนี้จะไม่ขัดขวางภาคีไม่ให้ใช้มาตรการควบคุมดูแลการเข้าเมืองไปยัง หรือการพำนักชั่วคราวในภาคีฝ่ายแรกของบุคคลธรรมดาของภาคีอีกฝ่าย รวมถึงมาตรการที่จำเป็นเพื่อปกป้องบูรณภาพของ และให้ความมั่นใจใน การเคลื่อนย้ายอย่างเป็นระเบียบของบุคคลธรรมดาข้ามเขตแดนของตน โดยมีเงื่อนไขว่ามาตรการดังกล่าวไม่ถูกใช้ในลักษณะที่ลบล้างหรือทำให้ประโยชน์ที่ภาคีอีกฝ่ายได้รับภายใต้ข้อกำหนดของข้อผูกพันเฉพาะเสื่อมเสียหมายเหตุ ข้อเท็จจริงเพียงอย่างเดียวที่ว่ามีข้อกำหนดให้ต้องมีการตรวจลงตราสำหรับบุคคลธรรมดาที่มีสัญชาติหรือเป็นพลเมืองของบางประเทศ และไม่มีข้อกำหนดดังกล่าวสำหรับบุคคลธรรมดาของประเทศอื่น จะไม่ถือว่าทำให้เป็นการลบล้าง หรือทำให้ประโยชน์ภายใต้ข้อผูกพันเฉพาะเสียหายไป

ข้อ 116
คำนิยาม

เพื่อความมุ่งประสงค์ของบทนี้คำว่า “บุคคลธรรมดาของภาคีอีกฝ่าย” หมายถึง บุคคลธรรมดาที่พำนักอาศัยในภาคีอีกฝ่ายหรือที่อื่น และเป็นผู้ที่ภายใต้กฎหมายของภาคีอีกฝ่ายเป็นคนชาติของภาคีอีกฝ่ายนั้น

ข้อ 117
ข้อผูกพันเฉพาะ

1. ภาคีแต่ละฝ่ายจะต้องระบุในภาคผนวก 7 ซึ่งข้อผูกผันเฉพาะที่ตนรับสำหรับประเภทของบุคคลธรรมดาต่อไปนี้

(เอ) นักธุรกิจที่พำนักระยะสั้นของภาคีอีกฝ่าย
(บี) ผู้โอนย้ายภายในกิจการของภาคีอีกฝ่าย
(ซี) ผู้ลงทุนของภาคีอีกฝ่าย
(ดี) บุคคลธรรมดาของภาคีอีกฝ่ายซึ่งให้บริการวิชาชีพ
(อี) บุคคลธรรมดาของภาคีอีกฝ่ายซึ่งดำเนินกิจกรรมทางธุรกิจ ที่ต้องใช้เทคโนโลยีหรือความรู้ระดับสูง หรือที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะทางที่เป็นส่วนหนึ่งของสาขาเฉพาะของอุตสาหกรรม บนพื้นฐานของสัญญาส่วนบุคคลกับองค์กรสาธารณะหรือเอกชนในภาคีฝ่ายแรก และ
(เอฟ) ผู้ฝึกสอนของภาคีอีกฝ่าย
2. บุคคลธรรมดาที่ครอบคลุมโดยข้อผูกพันเฉพาะที่กล่าวถึงในวรรค 1 ข้างต้น จะต้องได้รับอนุญาตให้เข้าเมืองและพำนักชั่วคราว โดยเป็นไปตามข้อกำหนดและเงื่อนไขของข้อผูกพันเฉพาะที่ระบุในภาคผนวก 7 โดยมีเงื่อนไขว่าบุคคลธรรมดานั้นปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับที่ใช้บังคับในการเข้าเมืองและการพำนักชั่วคราวซึ่งไม่ขัดต่อบทบัญญัติของบทนี้
3. ภาคีทั้งสองฝ่ายจะต้องไม่กำหนดหรือคงไว้ซึ่งข้อจำกัดเกี่ยวกับจำนวนโดยรวมของการตรวจลงตราที่จะออกให้ในคู่ภาคีแก่บุคคลธรรมดาของภาคีอีกฝ่ายภายใต้วรรค 1 ข้างต้น เว้นแต่จะระบุไว้เป็นอย่างอื่นในภาคผนวก 7

ข้อ 118

ข้อกำหนดและขั้นตอนเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายของบุคคลธรรมดา

1. ภาคีแต่ละฝ่ายจะต้องจัดพิมพ์หรือเผยแพร่ด้วยวิธีอื่นแก่ภาคีอีกฝ่ายในวันที่ความตกลงฉบับนี้มีผลใช้บังคับ ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับข้อกำหนดและขั้นตอนที่จำเป็นสำหรับการยื่นคำขอที่มีประสิทธิผลสำหรับการให้เข้าเมือง การพำนักชั่วคราวครั้งแรกหรือการอยู่ต่อ และในกรณีที่ใช้บังคับได้ใบอนุญาตทำงานและการเปลี่ยนสถานะของการพำนักชั่วคราวในภาคีนั้น ในส่วนที่เกี่ยวกับบุคคลธรรมดาที่อยู่ในข้อผูกพันเฉพาะของภาคีภายใต้บทนี้
2. ภาคีแต่ละฝ่ายจะต้องพยายามให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อกำหนดและขั้นตอนที่กล่าวถึงในวรรค 1 ข้างต้น เมื่อได้รับการร้องขอจากบุคคลธรรมดาของภาคีอีกฝ่าย
3. ภาคีแต่ละฝ่ายจะต้องพยายามแจ้งให้ภาคีอีกฝ่ายรู้โดยพลันเกี่ยวกับการเริ่มใช้ข้อกำหนดและขั้นตอนใหม่ใดๆ หรือความเปลี่ยนแปลงในข้อกำหนดและขั้นตอนที่มีอยู่ใดๆ ที่กล่าวถึงในวรรค 1 ข้างต้น ที่กระทบต่อการยื่นคำร้องที่มีประสิทธิผลสำหรับการให้เข้าเมือง การพำนักชั่วคราวครั้งแรกหรือการอยู่ต่อ และในกรณีที่ใช้บังคับได้ใบอนุญาตทำงานและการเปลี่ยนสถานะของการพำนักชั่วคราวในภาคีนั้น

4. ภาคีแต่ละฝ่ายจะต้องให้ความมั่นใจว่าค่าธรรมเนียมที่เรียกเก็บโดยหน่วยงานผู้มีอำนาจของตน สำหรับการยื่นคำขอที่กล่าวถึงในวรรค 1 ข้างต้นจะไม่เป็นสิ่งกีดขวางที่ไม่สมเหตุสมผลในตัวเอง ต่อการเคลื่อนย้ายของบุคคลธรรมดาภายใต้บทนี้

5. ภาคีแต่ละฝ่ายจะต้องพยายาม อย่างมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ที่จะดำเนินมาตรการเพื่อทำให้ข้อกำหนดเรียบง่ายขึ้นและอำนวยความสะดวกและเร่งรัดขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายของบุคคลธรรมดาของภาคีอีกฝ่ายภายในกรอบของกฎหมายและข้อบังคับของตน ข้อผูกพันเฉพาะที่เกี่ยวกับมาตรการดังกล่าวจะระบุไว้ในภาคผนวก 7

ข้อ 119

การยอมรับร่วมกัน

1. เพื่อความมุ่งประสงค์ของการอำนวยความสะดวกแก่การเคลื่อนย้ายของบุคคลธรรมดาภายใต้บทนี้ ภาคีอาจยอมรับการศึกษาหรือประสบการณ์ที่ได้รับ ข้อกำหนดที่ได้ปฏิบัติตาม หรือใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองที่ออกให้ในภาคีอีกฝ่ายเพื่อความมุ่งประสงค์ของการปฏิบัติตามมาตรฐานหรือหลักเกณฑ์ของตน ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน สำหรับการจดทะเบียนมอบอำนาจ การออกใบอนุญาตหรือการรับรองบุคคลธรรมดาของภาคีอีกฝ่าย

2. การยอมรับที่กล่าวถึงในวรรค 1 ข้างต้น ซึ่งอาจบรรลุได้โดยการทำให้สอดคล้องกันหรือโดยวิธีอื่นอาจอยู่บนพื้นฐานของความตกลงหรือข้อตกลงระหว่างคู่ภาคีหรืออาจให้โดยฝ่ายเดียว

3. ในกรณีที่ภาคียอมรับ โดยความตกลงหรือข้อตกลงระหว่างภาคีกับประเทศที่ไม่ใช่คู่ภาคีหรือโดยฝ่ายเดียว ซึ่งการศึกษาหรือประสบการณ์ที่ได้รับ ข้อกำหนดที่ได้ปฏิบัติตาม หรือใบอนุญาตหรือใบรับรองที่ออกให้ในประเทศที่ไม่ใช่คู่ภาคีภาคีจะต้องให้โอกาสที่เพียงพอแก่ภาคีอีกฝ่ายเพื่อแสดงให้เห็นว่าการศึกษาหรือประสบการณ์ที่ได้รับ ข้อกำหนดที่ได้ปฏิบัติตาม หรือใบอนุญาตหรือใบรับรองที่ได้ออกให้ในภาคีอีกฝ่ายควรได้รับการยอมรับเช่นกัน

ข้อ 120

คณะอนุกรรมการว่าด้วยการเคลื่อนย้ายของบุคคลธรรมดา

1. เพื่อความมุ่งประสงค์ของการปฏิบัติตามและการดำเนินการอย่างมีประสิทธิผลของบทนี้ให้จัดตั้งคณะอนุกรรมการว่าด้วยการเคลื่อนย้ายของบุคคลธรรมดา (ซึ่งต่อไปในข้อนี้เรียกว่า “คณะอนุกรรมการ”) ตามข้อ 13

2. หน้าที่ของคณะอนุกรรมการจะมีดังต่อไปนี้

(เอ) ทบทวนการปฏิบัติตามและการดำเนินการตามบทนี้

(บี) ทบทวนขอบเขตของข้อผูกพันของคู่ภาคีภายใต้บทนี้รวมถึงการแสวงหาความเป็นไปได้สำหรับคู่ภาคีที่จะจัดทำข้อผูกพันที่ไม่ได้รวมอยู่ในข้อผูกพันเฉพาะภายใต้วรรค 1 ของข้อ 117 โดยคำนึงถึงความจำเป็นของแต่ละฝ่ายและผลประโยชน์ร่วมกันของคู่ภาคี

(ซี) หารือประเด็นใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับบทนี้ตามที่อาจจะตกลงกัน

(ดี) รายงานผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการต่อคณะกรรมการร่วม และ

(อี) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ที่อาจได้รับมอบหมายโดยคณะกรรมการร่วมตามข้อ 13

3. คณะอนุกรรมการจะต้องทำงานโดยปรึกษาหารืออย่างใกล้ชิดกับคณะอนุกรรมการพิเศษว่าด้วยการยอมรับร่วมกัน ที่จัดตั้งภายใต้อนุวรรค 6 ข้างล่าง และจะต้องคำนึงถึงผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการพิเศษที่กล่าวถึงในอนุวรรค 6 (บี) (ห้า) ข้างล่าง ในการพิจารณาของตน

4. คณะอนุกรรมการจะประกอบด้วยผู้แทนของรัฐบาลของคู่ภาคี

5. คณะอนุกรรมการจะประชุมกันอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

6. (เอ) เพื่อความมุ่งประสงค์ของการปฏิบัติตามและการดำเนินการอย่างมีประสิทธิผลของข้อ 119 คณะอนุกรรมการจะจัดตั้งคณะอนุกรรมการพิเศษว่าด้วยการยอมรับร่วมกัน (ซึ่งต่อไปในบทนี้จะเรียกว่า“คณะอนุกรรมการพิเศษ”)

(บี) หน้าที่ของคณะอนุกรรมการพิเศษจะมีดังต่อไปนี้

(หนึ่ง) ทบทวนการปฏิบัติตามและการดำเนินการตามข้อดังกล่าว

(สอง) แสวงหาความเป็นไปได้สำหรับคู่ภาคีที่จะจัดทำข้อผูกพันเกี่ยวกับเรื่องที่ได้กล่าวถึงในข้อดังกล่าวโดยคำนึงถึงความต้องการของแต่ละฝ่ายและผลประโยชน์ร่วมกันของคู่ภาคี

(สาม) บ่งชี้สาขาและวิธีการในการสานความร่วมมือระหว่างคู่ภาคีต่อไปในเรื่องเกี่ยวกับการยอมรับร่วมกัน

(สี่) หารือประเด็นใดๆ ที่เกี่ยวกับข้อดังกล่าวตามที่อาจจะตกลงกัน และ

(ห้า) รายงานผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการพิเศษต่อคณะกรรมการร่วมผ่านทางคณะอนุกรรมการ

ข้อ 121

การเจรจาต่อไป

คู่ภาคีจะต้องเข้าสู่การเจรจากันโดยเป็นไปตามภาคผนวก 7 หลังจากวันที่ความตกลงฉบับนี้มีผลใช้บังคับ

ภาคผนวกที่ 4.1

กำหนดการเดินทางสำรวจข้อมูลในประเทศญี่ปุ่น

ระหว่างวันที่ 8 สิงหาคม ถึง 18 สิงหาคม 2552

วันอังคารที่ 11 สิงหาคม 2552

สัมภาษณ์ Mr Takashi Ikeda ที่ Toyko Metropolitan Office

วันพุธที่ 12 สิงหาคม 2552

สัมภาษณ์ Mr Hiroya Yaguchi ที่ Japan International Corporation of Welfare Services (JICWELS)

วันพฤหัสบดีที่ 13 สิงหาคม 2552

สัมภาษณ์ Mr Yata Kazuo ที่ Shinjuku City Office

วันศุกร์ที่ 14 สิงหาคม 2552

สัมภาษณ์ Mrs Miyoko Miyazawa ที่ Eisei hospital

วันเสาร์ที่ 15 สิงหาคม 2552

รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจาก websites ที่ผู้ถูกสัมภาษณ์แนะนำ

วันจันทร์ที่ 17 สิงหาคม 2552

สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของ Shin Tsurumi Health Care Facility for the Elderly

ภาคผนวกที่ 5.1

แบบสอบถาม

(สำหรับพยาบาล)

คำนำ

ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA) กำหนดให้ประเทศญี่ปุ่นเปิดรับพยาบาลไทยไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นตามข้อผูกพันการเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดาทั้งสองประเทศได้ตกลงกันไว้

จุดประสงค์ของแบบสอบถามนี้คือ การประมาณการค่าจ้างที่พยาบาลไทยได้รับในประเทศไทยและค่าจ้างที่คาดหวังว่าจะได้รับในประเทศญี่ปุ่น รวมทั้งผลได้อื่นที่ไม่เป็นตัวเงิน ตลอดจนการวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความแตกต่างในเรื่องค่าจ้างที่ได้รับและค่าจ้างที่คาดหวัง เพื่อที่จะสามารถนำผลการประมาณการไปใช้ในการคำนวณผลได้สุทธิจากการส่งพยาบาลไทยไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น

คำชี้แจง

1. กรุณาขีด ✓ ใน ☐ และเติมข้อความหรือตัวเลขในช่องว่าง (_____)
2. การวิจัยนี้จะไม่เปิดเผยชื่อของท่านและจะไม่นำข้อมูลของท่านไปใช้ในเรื่องอื่น
3. แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 7 ส่วน จำนวน 14 หน้า
4. คณะวิจัยขอขอบพระคุณท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ส่วนที่ 1: ข้อมูลพื้นฐาน

1.1 สถานภาพสมรสของท่าน

☐ แต่งงาน ☐ โสด ☐ หย่า ☐ หม้าย

1.2. ท่านมีบุตร _____ คน

1.3. ท่านอายุ _____ ปี

1.4. ระยะเวลาการทำงานเป็นพยาบาลของท่าน _____ ปี (ทุกแห่งรวมกัน)

1.5. ภูมิลำเนาของท่านเป็นคนจังหวัด _____

☐ ภูมิลำเนาเป็นจังหวัดเดียวกับที่ทำงานปัจจุบัน

☐ ภูมิลำเนาเป็นต่างจังหวัดกับที่ทำงานปัจจุบัน

1.6 ปัญหาสุขภาพของท่าน

☐ ไม่มี ☐ มี

1.7 รายได้ของครอบครัว (หรือของท่านในกรณีที่ไม่ได้อยู่กับครอบครัว) เป็น _____ บาท ต่อเดือน

1.8 รายจ่ายของครอบครัว (หรือของท่านในกรณีที่ไม่ได้อยู่กับครอบครัว) เป็น _____ บาทต่อเดือน

1.9 สถานที่ทำงานปัจจุบันของท่านเป็น

☐ หน่วยงานราชการ ☐ องค์กรเอกชน ☐ องค์กรสาธารณะกุศล

ส่วนที่ 2: ภาระหน้าที่ในปัจจุบัน

2.1 ตำแหน่งของท่านในปัจจุบันเป็น

☐ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน ☐ หัวหน้างานพยาบาล
☐ หัวหน้าฝ่ายพยาบาล ☐ หัวหน้ากลุ่มพยาบาล
☐ รองผู้อำนวยการ ☐ ผู้อำนวยการ

2.2 จำนวนชั่วโมงทำงานในเวลาปกติของท่าน _____ ต่อเดือน

2.3 จำนวนชั่วโมงที่ท่านต้องทำงานช่วงกลางคืน (อยู่เวร) _____ ต่อเดือน

2.4 จำนวนชั่วโมงที่ท่านต้องทำช่วงวันหยุด _____ ต่อเดือน

2.5 ท่านได้ทำงานในตำแหน่งนี้เป็นระยะเวลา _____ ปี

2.6 โดยเฉลี่ยแล้ว ท่านต้องดูแลคนไข้ (ทุกประเภท) _____ คนต่อวัน

2.7 ท่านมีการเปลี่ยนแปลงในตำแหน่งหน้าที่ในอดีตเป็นอย่างไรบ้าง

☐ ยังไม่ได้รับการเปลี่ยนแปลงในตำแหน่งหน้าที่ตั้งแต่ทำงานมา
☐ ได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นจากเดิมครั้งแรก หลังจากทำงานมาแล้ว _____ ปี
☐ ได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นจากเดิมเป็นครั้งที่สอง หลังจากทำงานมาแล้ว _____ ปี
☐ ได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นจากเดิมเป็นครั้งที่สาม หลังจากทำงานมาแล้ว _____ ปี

2.8 ท่านคาดหวังจะมีการปรับเปลี่ยนในตำแหน่งหน้าที่ในอนาคตเป็นอย่างไรบ้าง

☐ คงจะไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งอีกแล้ว

☐ ได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นจากเดิม หลังจากที่ทำงานมาครบ _____ ปี

☐ ได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นจากเดิมอีกครั้ง หลังจากที่ทำงานมาครบ _____ ปี

☐ ได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นจากเดิมอีกครั้ง หลังจากที่ทำงานมาครบ _____ ปี

ส่วนที่ 3: คุณวุฒิ

3.1 ท่านสำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับ _____

3.2 ท่านมีประกาศนียบัตรในด้าน

1) _____

2) _____

3) _____

3.3 ท่านได้รับวุฒิบัตรใน 5 ปีที่ผ่านมา _____ เรื่อง

3.4 โดยเฉลี่ยแล้วในหนึ่งปี ท่านได้รับการฝึกอบรมระหว่างการทำงานเป็นระยะเวลา _____ เดือน _____ วัน

ส่วนที่ 4: ค่าจ้างในปัจจุบัน

4.1 เงินเดือนที่ท่านได้รับในขณะนี้เป็น _____ บาทต่อเดือน

4.2 ท่านได้รับการขึ้นเงินเดือนโดยเฉลี่ยใน 3 ปีที่ผ่านมา เป็นจำนวนเงิน _____ บาทต่อปี หรือร้อยละ _____

4.3 ค่าตอบแทนพิเศษที่ท่านได้รับโดยเฉลี่ย

☐ การทำงานล่วงเวลา (OT) _____ บาทต่อเดือน
☐ การทำงานในพื้นที่ทุรกันดาร _____ บาทต่อเดือน
☐ การช่วยค่าครองชีพ _____ บาทต่อเดือน
☐ โบนัสประจำปี _____ บาทต่อปี
☐ อื่นๆ (โปรดระบุ) _____ เป็นจำนวนเงิน _____ บาทต่อเดือน

4.4 ท่านได้รับค่าตอบแทนพิเศษเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยใน 3 ปีที่ผ่านมา เป็นจำนวนเงิน_____ บาทต่อปี หรือร้อยละ _____

4.5 สวัสดิการที่ท่านได้รับโดยเฉลี่ย

☐ ค่าเช่าบ้าน _____ บาทต่อเดือน
☐ ค่าเล่าเรียนบุตร _____ บาทต่อเดือน
☐ ค่าชุดทำงาน _____ บาทต่อเดือน
☐ อื่นๆ _____
เป็นจำนวนเงิน _____ บาทต่อเดือน

4.6 ท่านได้รับสวัสดิการที่เป็นตัวเงินเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยใน 3 ปีที่ผ่านมา เป็นจำนวนเงิน _____ บาทต่อปี หรือร้อยละ _____

ส่วนที่ 5: การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

5.1 หากท่านสมัครใจที่จะดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนไทยในประเทศไทยเพียงอย่างเดียว ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุมีอยู่ 5 ระดับ อยากทราบว่าท่านจะเลือกใช้เวลาในการปฏิบัติหน้าที่ทั้ง 5 เป็นสัดส่วน (%) อย่างไรบ้าง

ภาระหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ	สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ
การดูแลระดับที่ 1: ✱ ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง ✱ ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ	
การดูแลระดับที่ 2: ✱ ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง ✱ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ	
การดูแลระดับที่ 3: ✱ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากที่จะยืนและเดินหากปราศจากความช่วยเหลือ ✱ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	
การดูแลระดับที่ 4: ✱ ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะยืนและเดินได้ ✱ ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	
การดูแลระดับที่ 5: ✱ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการสื่อสาร ✱ ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในทุกด้านของการดำรงชีพ รวมทั้งการกินอาหาร	
รวม	100%

5.2 ถ้าท่านสมัครใจที่จะดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนไทยในประเทศไทย ซึ่งมีปัญหาสุขภาพใน 3 ด้านหลัก อยากทราบว่าท่านจะเลือกใช้เวลาปฏิบัติหน้าที่ทั้งสามด้านเหล่านี้เป็นสัดส่วน (%)อย่างไรบ้าง

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	**สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ**
ปัญหาทางด้านกายภาพ เช่น ❋ การเดิน ❋ การแต่งตัว ❋ การอาบน้ำ ❋ การใช้ห้องน้ำ ❋ การเดินไปมา	
ปัญหาด้านความจำ เช่น ❋ การไม่รู้สึกตัว ❋ ปัญหาของความจำระยะสั้น ❋ การสูญเสียทักษะในการจำสำหรับการตัดสินใจประจำวัน ❋ ปัญหาในการทำความเข้าใจกับผู้อื่น ❋ การกินอาหารด้วยตนเองไม่ได้	
ปัญหาด้านจิตใจ เช่น ❋ การพูดในแง่ลบ ❋ การโกรธตนเองหรือผู้อื่นตลอดเวลา ❋ การแสดงความหวาดกลัวต่อสิ่งที่ไม่เป็นจริง ❋ การคร่ำครวญต่อปัญหาสุขภาพตนเองซ้ำๆ ❋ การตื่นตระหนกกังวลบ่อยๆ ❋ การแสดงหน้าเศร้ากังวลและร้องไห้	
รวม	100%

5.3 ท่านยินดีที่จะดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนไทยในประเทศไทย (ทุกประเภท) โดยเฉลี่ยแล้ว _____ คนต่อวัน

5.4 หากท่านสมัครใจที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นคนไทยในประเทศไทยเพียงอย่างเดียว ซึ่งได้ใช้สัดส่วนของเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ทั้ง 5 ระดับ และดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพทั้ง 3 ประเภท รวมทั้งจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลในแต่ละวันตามที่ได้ระบุไว้ข้างต้นแล้ว อยากทราบว่าท่านต้องการค่าจ้างเป็น _____ บาทต่อเดือน

5.5 หากท่านทำงานเช่นนี้ต่อไปในอนาคต ท่านคาดหวังที่จะได้ค่าจ้างเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย ร้อยละ _____ ต่อปี

5.6 นอกจากค่าจ้างแล้ว ท่านต้องการผลตอบแทนพิเศษและ/หรือสวัสดิการที่เป็นตัวเงินและมิใช่ตัวเงินหรือไม่

☐ ไม่ต้องการ

☐ ต้องการ ได้แก่

1) _____ เป็นจำนวนเงิน _____ บาทต่อเดือน
2) _____ เป็นจำนวนเงิน _____ บาทต่อเดือน
3) _____ เป็นจำนวนเงิน _____ บาทต่อเดือน

5.7 หากท่านทำงานเช่นนี้ต่อไปในอนาคต ท่านคาดหวังจะได้ผลตอบแทนพิเศษและ/หรือสวัสดิการที่เป็นตัวเงินเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย ร้อยละ _____ ต่อปี

ส่วนที่ 6: การดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

6.1 ถ้าท่านสมัครใจที่จะดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นเพียงอย่างเดียว ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุมีอยู่ 5 ระดับ อยากทราบว่าท่านจะเลือกใช้เวลาในการปฏิบัติหน้าที่ทั้งห้าเป็นสัดส่วน (%) อย่างไร

ภาระหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ	สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ
การดูแลระดับที่ 1: ✱ ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง ✱ ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ	
การดูแลระดับที่ 2: ✱ ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง ✱ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ	
การดูแลระดับที่ 3: ✱ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากที่จะยืนและเดินหากปราศจากความช่วยเหลือ ✱ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	
การดูแลระดับที่ 4: ✱ ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะยืนและเดินได้ ✱ ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	
การดูแลระดับที่ 5: ✱ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการสื่อสาร ✱ ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในทุกด้านของการดำรงชีพ รวมทั้งการกินอาหาร	
รวม	100%

6.2 ถ้าผู้สูงอายุที่เป็นคนญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นมีปัญหาสุขภาพใน 3 ด้านหลัก อยากทราบว่าท่านจะเลือกใช้เวลาปฏิบัติหน้าทีทั้งสามด้านนี้เป็นสัดส่วน (%) อย่างไรบ้าง

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	**สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ**
ปัญหาทางด้านกายภาพ เช่น ❋ การเดิน ❋ การแต่งตัว ❋ การอาบน้ำ ❋ การใช้ห้องน้ำ ❋ การเดินไปมา	
ปัญหาด้านความจำ เช่น ❋ การไม่รู้สึกตัว ❋ ปัญหาของความจำระยะสั้น ❋ การสูญเสียทักษะในการจำสำหรับการตัดสินใจประจำวัน ❋ ปัญหาในการทำความเข้าใจกับผู้อื่น ❋ การกินอาหารด้วยตนเองไม่ได้	
ปัญหาด้านจิตใจ เช่น ❋ การพูดในแง่ลบ ❋ การโกรธตนเองหรือผู้อื่นตลอดเวลา ❋ การแสดงความหวาดกลัวต่อสิ่งที่ไม่เป็นจริง ❋ การคร่ำครวญต่อปัญหาสุขภาพตนเองซ้ำๆ ❋ การตื่นตระหนกกังวลบ่อยๆ ❋ การแสดงหน้าเศร้ากังวลและร้องไห้	
รวม	100%

6.3 ท่านยินดีที่จะดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น (ทุกประเภท) โดยเฉลี่ยแล้ว _____ คนต่อวัน

6.4 การเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นต้องใช้ภาษาญี่ปุ่นในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ เพื่อนร่วมงาน และแพทย์ ท่านยินดีที่จะเรียนภาษาญี่ปุ่นเพื่อสามารถใช้สื่อสารได้อย่างคล่องแคล่วหรือไม่ (โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเรียน)

☐ ต้องการที่จะเรียนภาษาญี่ปุ่น

☐ ไม่ต้องการที่จะเรียนภาษาญี่ปุ่น

6.5 การเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นต้องผ่านการทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่น ซึ่งจะใช้เวลา 4 ปี หลังจากพำนักในประเทศญี่ปุ่นแล้ว (โดยที่ระหว่างนั้นจะมีงานดูแลผู้สูงอายุให้ทำและได้รับเงินเดือนด้วย) แต่หากไม่ผ่านการทดสอบจะไม่ได้ทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุและต้องเดินทางกลับประเทศไทย ท่านยินดีที่จะเข้ารับการทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่นหรือไม่

☐ ยินดีที่จะเข้าทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่น

☐ ไม่ยินดีที่จะเข้าทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่น

6.6 ท่านคิดว่าท่านจะสามารถปรับตัวอยู่ในประเทศญี่ปุ่นได้หรือไม่

☐ ได้ ☐ ไม่ได้

6.7 ท่านคิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมีต้นทุนทางจิตวิทยาหรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี

6.8 ท่านคิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะสร้างประสบการณ์ในการทำงานในต่างประเทศให้กับท่านหรือไม่

☐ สร้างประสบการณในการทำงานในต่างประเทศได้

☐ ไม่สามารถสร้างประสบการณ์ในการทำงานในต่างประเทศ

6.9 ท่านคิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะเพิ่มโอกาสในการไปทำงานในประเทศอื่นในอนาคตของท่านหรือไม่

☐ เพิ่มโอกาสในการไปทำงานในประเทศอื่นในอนาคต

☐ ไม่ได้เพิ่มโอกาสในการไปทำงานในประเทศอื่นในอนาคต

6.10 ท่านคิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะเพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทยในอนาคตของท่านหรือไม่

☐ เพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการไปทำงานในประเทศไทย

☐ ไม่ได้เพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการไปทำงานในประเทศไทย

6.11 ถ้าท่านสมัครใจที่จะดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นเพียงอย่างเดียว ซึ่งได้ใช้สัดส่วนของเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ทั้ง 5 ระดับ และดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทั้ง 3 ประเภท รวมทั้งจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องดูแลในแต่ละวันตามที่ได้ระบุไว้ข้างต้น ประกอบกับคำตอบของท่านในเรื่องต่อไปนี้

- ✦ ความยินดีหรือไม่ยินดีที่จะเรียนภาษาญี่ปุ่น
- ✦ ความยินดีหรือไม่ยินดีที่จะเข้าทดสอบความสามารถวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่น
- ✦ การปรับตัวหรือไม่สามารถปรับตัวอยู่ในประเทศญี่ปุ่น
- ✦ การมีหรือไม่มีต้นทุนทางจิตวิทยาในการเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น
- ✦ การได้รับหรือไม่ได้รับประสบการณ์ในการทำงานในต่างประเทศ
- ✦ การได้เพิ่มหรือไม่ได้เพิ่มโอกาสในการไปทำงานในประเทศอื่นในอนาคต
- ✦ การได้เพิ่มหรือไม่ได้เพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทย

อยากทราบว่าท่านต้องการค่าจ้างเป็นจำนวนเงิน _____ บาทต่อเดือน

6.12 หากท่านทำงานเช่นนี้ต่อไปในอนาคต ท่านคาดหวังที่จะได้ค่าจ้างเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย ร้อยละ _____ ต่อปี

6.13 นอกจากค่าจ้างแล้ว ท่านต้องการผลตอบแทนพิเศษและ/หรือสวัสดิการที่เป็นตัวเงินและมิใช่ตัวเงินหรือไม่

☐ ไม่ต้องการ

☐ ต้องการ ได้แก่

1) _____ เป็นจำนวนเงิน _____ บาท/เดือน

2) _____ เป็นจำนวนเงิน _____ บาท/เดือน

3) _____ เป็นจำนวนเงิน _____ บาท/เดือน

6.14 หากท่านทำงานเช่นนี้ต่อไปในอนาคต ท่านคาดหวังที่จะได้ผลตอบแทนพิเศษและ/หรือสวัสดิที่เป็นตัวเงินเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย ร้อยละ _____ ต่อปี

ส่วนที่ 7: ความคิดเห็นในการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

7.1 ด้วยข้อกำหนดที่กำกับการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นตลอดจนข้อดีและข้อเสียดังที่ปรากฏเป็นคำตอบของส่วนที่ 6 อยากทราบว่าท่านมีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นหรือไม่

☐ มีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

☐ ไม่มีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

7.2 เหตุผลหลักของคำตอบในข้อ 7.1 คือ

1) _____

_____

_____

2) _____

_____

_____

3) _____

_____

_____

7.3 ท่านคิดว่าควรมีการปรับปรุงเงื่อนไขที่กำกับการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ตามที่ปรากฏในข้อ 6.11 และแก้ไขข้อเสียในเรื่องใดบ้าง เพื่อที่จะเป็นประโยชน์ต่อการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

1) _____

_____

_____

2) _____

_____

_____

3) _____

_____

_____

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่ท่านได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าของท่านตอบคำถามในแบบสอบถามนี้ คำตอบของท่านมีค่าต่อการประมาณการค่าจ้างที่พยาบาลไทยได้รับในประเทศไทยและค่าจ้างที่คาดหวังว่าจะได้รับในประเทศญี่ปุ่นรวมทั้งผลได้อื่นที่ไม่เป็นตัวเงิน ซึ่งจะได้นำไปใช้เพื่อคำนวณผลได้สุทธิของการส่งพยาบาลไทยไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นต่อไป

☺ ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์_____

✍ สถานที่ทำงาน (โรงพยาบาล)_____

☎ หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน)_____

☎ หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ)_____

✡ วันที่สัมภาษณ์_____

⌛ เริ่มเวลา_____ สิ้นสุดเวลา_____

☺ ผู้สัมภาษณ์_____

ภาคผนวกที่ 6.1

แบบสอบถาม

(สำหรับนักศึกษาพยาบาล)

คำนำ

ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA) กำหนดให้ประเทศญี่ปุ่นเปิดรับพยาบาลไทยไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นตามข้อผูกพันการเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดาทั้งสองประเทศได้ตกลงกันไว้

จุดประสงค์ของแบบสอบถามนี้คือ การประมาณการค่าจ้างที่พยาบาลไทยได้รับในประเทศไทยและค่าจ้างที่คาดหวังว่าจะได้รับในประเทศญี่ปุ่น รวมทั้งผลได้อื่นที่ไม่เป็นตัวเงิน ตลอดจนการวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความแตกต่างในเรื่องค่าจ้างที่ได้รับและค่าจ้างที่คาดหวัง เพื่อที่จะสามารถนำผลการประมาณการไปใช้ในการคำนวณผลได้สุทธิจากการส่งพยาบาลไทยไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น

คำชี้แจง

1. กรุณาขีด ✓ ใน ☐ และเติมข้อความหรือตัวเลขในช่องว่าง (_____)
2. การวิจัยนี้จะไม่เปิดเผยชื่อของท่านและจะไม่นำข้อมูลของท่านไปใช้ในเรื่องอื่น
3. แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 6 ส่วน จำนวน 14 หน้า
4. คณะวิจัยขอขอบพระคุณท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ส่วนที่ 1: ข้อมูลพื้นฐาน

1.2 ท่านกำลังเรียนชั้นปีที่ _____

1.3 หลักสูตรที่ท่านเรียน _____

1.4 สมาชิกในครอบครัวของท่าน ประกอบด้วย

☐ พ่อ ☐ แม่

☐ พี่น้อง จำนวน _____ คน ☐ ญาติ จำนวน _____ คน

1.5 ภูมิลำเนาของท่านเป็นคนจังหวัด _____

☐ ภูมิลำเนาของท่านเป็นจังหวัดเดียวกับสถานศึกษาในปัจจุบัน

☐ ภูมิลำเนาของท่านเป็นต่างจังหวัดกับสถานศึกษาในปัจจุบัน

1.6 ปัญหาสุขภาพของท่าน

☐ มี ☐ ไม่มี

1.7 รายได้ของครอบครัวของท่านรวมกันทั้งหมดเป็น _____ บาทต่อเดือน

1.8 รายจ่ายของครอบครัวของท่านรวมกันทั้งหมดเป็น _____ บาทต่อเดือน

1.9 รายรับของท่านเองเป็น _____ บาทต่อเดือน

1.10 รายจ่ายของท่านเองเป็น _____ บาทต่อเดือน

1.11 ท่านได้กู้เงินจากกองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษาหรือไม่

☐ ไม่ได้กู้

☐ กู้ยืม เป็นจำนวนเงินรวมทั้งสิน _____ บาท

และคาดว่าตลอดการศึกษาจะต้องกู้ยืมเงินเป็นจำนวน _____ บาท

1.12 สถานศึกษาที่ท่านกำลังศึกษาอยู่เป็นประเภท

☐ หน่วยงานราชการ ☐ องค์กรเอกชน

☐ องค์กรสาธารณกุศล

1.13 การวางแผนอนาคตหลังจากสำเร็จการศึกษา

☐ ทำงานตามสายงานวิชาชีพที่ได้เรียน

☐ ทำงานในสายงานวิชาชีพประเภทอื่น

☐ ศึกษาต่อ

☐ ไม่คิดจะทำงาน (รวมทั้งจะเป็นแม่บ้านและแต่งงานด้วย)

ส่วนที่ 2: ค่าจ้างที่คาดหวังจาการทำงาน

2.1 ท่านคิดว่าจะได้รับเงินเดือนเริ่มต้นจากการเป็นพยาบาล _____ บาทต่อเดือน

2.2 ท่านคิดว่าจะได้รับการขึ้นเงินเดือนโดยเฉลี่ยใน 5 ปีแรก เป็นจำนวนเงิน _____ บาท
ต่อปี หรือร้อยละ _____

2.3 ท่านคิดว่าจะได้รับค่าตอบแทนพิเศษโดยเฉลี่ยจาก

☐ การทำงานล่วงเวลา (OT) _____ บาทต่อเดือน

☐ การทำงานในพื้นที่ทุรกันดาร _____ บาทต่อเดือน

☐ การช่วยค่าครองชีพ _____ บาทต่อเดือน

☐ โบนัสประจำปี _____ บาทต่อปี

☐ อื่นๆ (โปรดระบุ) _____ เป็นจำนวนเงิน _____ บาทต่อเดือน

2.4 ท่านคิดว่าจะได้รับค่าตอบแทนพิเศษเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยใน 5 ปีแรก เป็นจำนวนเงิน _____ บาทต่อปี หรือร้อยละ _____

2.5 ท่านคิดว่าจะได้รับสวัสดิการโดยเฉลี่ยในรูปของ

☐ ค่าเช่าบ้าน _____ บาทต่อเดือน

☐ ค่าเล่าเรียนบุตร _____ บาทต่อเดือน

☐ ค่าชุดทำงาน _____ บาทต่อเดือน

☐ อื่นๆ _____ เป็นจำนวนเงิน _____ บาทต่อเดือน

2.6 ท่านคิดว่าจะได้รับสวัสดิการที่เป็นตัวเงินเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยใน 5 ปีแรก เป็นจำนวนเงิน _____ บาทต่อปี หรือร้อยละ _____

2.7 การคาดหวังการปรับเปลี่ยนในตำแหน่งหน้าที่การงานในอนาคตของท่าน หลังจากเริ่มเข้าทำงานเป็นพยาบาลแล้วจะเป็นเช่นไร

☐ ได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นจากเดิมเป็นครั้งแรก หลังจากที่ทำงานมาครบ _____ ปี

☐ ได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นจากเดิมเป็นครั้งที่สอง หลังจากที่ทำงานมาครบ _____ ปี

☐ ได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นจากเดิมเป็นครั้งที่สาม หลังจากที่ทำงานมาครบ _____ ปี

☐ ได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นจากเดิมเป็นครั้งที่สี่ หลังจากที่ทำงานมาครบ _____ ปี

☐ ได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งให้สูงขึ้นจากเดิมเป็นครั้งที่ห้า หลังจากที่ทำงานมาครบ _____ ปี

ส่วนที่ 3: ภาระหน้าที่ในการทำงาน

3.1 ท่านคิดว่าจะต้องทำงานในเวลาปกติเป็นจำนวน _____ ชั่วโมงต่อเดือน

3.2 ท่านคิดว่าจะต้องทำงานช่วงกลางคืน (อยู่เวร) เป็นจำนวน _____ ชั่วโมงต่อเดือน

3.3 ท่านคิดว่าจะต้องทำงานช่วงวันหยุดเป็นจำนวน _____ ชั่วโมงต่อเดือน

3.4 โดยเฉลี่ยแล้ว ท่านคิดว่าจะต้องดูแลคนไข้ (ทุกประเภท) _____ คนต่อวัน

ส่วนที่ 4: การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

4.1 หากท่านสมัครใจที่จะดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนไทยในประเทศไทยเพียงอย่างเดียว ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุมีอยู่ 5 ระดับ อยากทราบว่าท่านจะเลือกใช้เวลาในการปฏิบัติหน้าที่ทั้ง 5 เป็นสัดส่วน (%) อย่างไรบ้าง

ภาระหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ	สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ
การดูแลระดับที่ 1: ✱ ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง ✱ ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ	
การดูแลระดับที่ 2: ✱ ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง ✱ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ	
การดูแลระดับที่ 3: ✱ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากที่จะยืนและเดินหากปราศจากความช่วยเหลือ ✱ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	
การดูแลระดับที่ 4: ✱ ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะยืนและเดินได้ ✱ ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	
การดูแลระดับที่ 5: ✱ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการสื่อสาร ✱ ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในทุกด้านของการดำรงชีพ รวมทั้งการกินอาหาร	
รวม	100%

4.2 หากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพใน 3 ด้านหลัก อยากทราบว่าท่านจะเลือกใช้เวลาปฏิบัติหน้าที่ทั้งสามด้านนี้เป็นสัดส่วน (%) อย่างไรบ้าง

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	**สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ**
ปัญหาทางด้านกายภาพ เช่น ❋ การเดิน ❋ การแต่งตัว ❋ การอาบน้ำ ❋ การใช้ห้องน้ำ ❋ การเดินไปมา	
ปัญหาด้านความจำ เช่น ❋ การไม่รู้สึกตัว ❋ ปัญหาของความจำระยะสั้น ❋ การสูญเสียทักษะในการจำสำหรับการตัดสินใจประจำวัน ❋ ปัญหาในการทำความเข้าใจกับผู้อื่น ❋ การกินอาหารด้วยตนเองไม่ได้	
ปัญหาด้านจิตใจ เช่น ❋ การพูดในแง่ลบ ❋ การโกรธตนเองหรือผู้อื่นตลอดเวลา ❋ การแสดงความหวาดกลัวต่อสิ่งที่ไม่เป็นจริง ❋ การคร่ำครวญต่อปัญหาสุขภาพตนเองซ้ำๆ ❋ การตื่นตระหนกกังวลบ่อยๆ ❋ การแสดงหน้าเศร้ากังวลและร้องไห้	
รวม	100%

4.3 ท่านยินดีที่จะดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนไทยในประเทศไทย (ทุกประเภท) โดยเฉลี่ยแล้ว _____ คนต่อวัน

4.4 หากท่านสมัครใจที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว ซึ่งได้ใช้สัดส่วนของเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ทั้ง 5 ระดับ และดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพทั้ง 3 ประเภท รวมทั้งจำนวนผู้สูงอายุที่จะดูแลในแต่ละวันตามที่ได้ระบุไว้ข้างต้นแล้ว อยากทราบว่าท่านต้องการค่าจ้างเป็น _____ บาทต่อเดือน

4.5 หากท่านทำงานเช่นนี้ต่อไปในอนาคต ท่านคาดหวังที่จะได้ค่าจ้างเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย ร้อยละ _____ ต่อปี

4.6 นอกจากค่าจ้างแล้ว ท่านต้องการผลตอบแทนพิเศษและ/หรือสวัสดิการทั้งในรูปตัวเงินและมิใช่ตัวเงินหรือไม่

☐ ไม่ต้องการ

☐ ต้องการ ได้แก่

1) _____ เป็นจำนวนเงิน _____ บาทต่อเดือน
2) _____ เป็นจำนวนเงิน _____ บาทต่อเดือน
3) _____ เป็นจำนวนเงิน _____ บาทต่อเดือน

4.7 หากท่านทำงานเช่นนี้ต่อไปในอนาคต ท่านคาดหวังที่จะได้ผลตอบแทนพิเศษและ/หรือสวัสดิการที่เป็นตัวเงินเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย ร้อยละ _____ ต่อปี

ส่วนที่ 5: การดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

5.1 ถ้าท่านสมัครใจที่จะดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นเพียงอย่างเดียว ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุมีอยู่ 5 ระดับ อยากทราบว่าท่านจะเลือกใช้เวลาในการปฏิบัติหน้าที่ทั้ง 5 เป็นสัดส่วน (%) อย่างไรบ้าง

ภาระหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ	สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ
การดูแลระดับที่ 1: ✱ ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง ✱ ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ	
การดูแลระดับที่ 2: ✱ ผู้สูงอายุยืนและเดินอย่างไม่มั่นคง ✱ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ	
การดูแลระดับที่ 3: ✱ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากที่จะยืนและเดินหากปราศจากความช่วยเหลือ ✱ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	
การดูแลระดับที่ 4: ✱ ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะยืนและเดินได้ ✱ ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การเดินไปห้องน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	
การดูแลระดับที่ 5: ✱ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการสื่อสาร ✱ ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในทุกด้านของการดำรงชีพ รวมทั้งการกินอาหาร	
รวม	100%

5.2 ถ้าผู้สูงอายุที่เป็นคนญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นมีปัญหาสุขภาพเป็น 3 ด้านหลัก อยากทราบว่าท่านจะเลือกใช้เวลาปฏิบัติหน้าที่ทั้งสามด้านนี้เป็นสัดส่วน (%) อย่างไรบ้าง

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	**สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ**
ปัญหาทางด้านกายภาพ เช่น ❋ การเดิน ❋ การแต่งตัว ❋ การอาบน้ำ ❋ การใช้ห้องน้ำ ❋ การเดินไปมา	
ปัญหาด้านความจำ เช่น ❋ การไม่รู้สึกตัว ❋ ปัญหาของความจำระยะสั้น ❋ การสูญเสียทักษะในการจำสำหรับการตัดสินใจประจำวัน ❋ ปัญหาในการทำความเข้าใจกับผู้อื่น ❋ การกินอาหารด้วยตนเองไม่ได้	
ปัญหาด้านจิตใจ เช่น ❋ การพูดในแง่ลบ ❋ การโกรธตนเองหรือผู้อื่นตลอดเวลา ❋ การแสดงความหวาดกลัวต่อสิ่งที่ไม่เป็นจริง ❋ การคร่ำครวญต่อปัญหาสุขภาพตนเองซ้ำๆ ❋ การตื่นตระหนกกังวลบ่อยๆ ❋ การแสดงหน้าเศร้ากังวลและร้องไห้	
รวม	100%

5.3 ท่านยินดีที่จะดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น (ทุกประเภท) โดยเฉลี่ยแล้ว _____ คนต่อวัน

5.4 การเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นต้องใช้ภาษาญี่ปุ่นในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ เพื่อนร่วมงาน และแพทย์ ท่านยินดีที่จะเรียนภาษาญี่ปุ่นเพื่อสามารถใช้สื่อสารได้อย่างคล่องแคล่วหรือไม่ (โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเรียน)

☐ ยินดีที่จะเรียนภาษาญี่ปุ่น

☐ ไม่ยินดีที่จะเรียนภาษาญี่ปุ่น

5.5 การเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นต้องผ่านการทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่น ซึ่งจะใช้เวลา 4 ปี หลังจากพำนักในประเทศญี่ปุ่นแล้ว (โดยที่ระหว่างนั้น จะมีงานดูแลผู้สูงอายุให้ทำและได้รับเงินเดือนด้วย) แต่หากไม่ผ่านการทดสอบจะไม่ได้ทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุและต้องเดินทางกลับประเทศไทย ท่านยินดีที่จะเข้ารับการทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่นหรือไม่

☐ ยินดีที่จะเข้าทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่น

☐ ไม่ยินดีที่จะเข้าทดสอบความสามารถทางวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่น

5.6 ท่านคิดว่าท่านจะสามารถปรับตัวอยู่ในประเทศญี่ปุ่นได้หรือไม่

☐ ได้ ☐ ไม่ได้

5.7 ท่านคิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมีต้นทุนทางจิตวิทยาหรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี

5.8 ท่านคิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะสร้างประสบการณ์ในการทำงานในต่างประเทศให้กับท่านหรือไม่

☐ สร้างประสบการณ์ในการทำงานในต่างประเทศได้

☐ ไม่สามารถสร้างประสบการณ์ในการทำงานในต่างประเทศ

5.9 ท่านคิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะเพิ่มโอกาสในการไปทำงานในประเทศอื่นในอนาคตของท่านหรือไม่

☐ เพิ่มโอกาสในการไปทำงานในประเทศอื่นในอนาคต

☐ ไม่ได้เพิ่มโอกาสในการไปทำงานในประเทศอื่นในอนาคต

5.10 ท่านคิดว่าการทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจะเพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทยในอนาคตของท่านหรือไม่

☐ เพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทย

☐ ไม่ได้เพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทย

5.11 ถ้าท่านสมัครใจที่จะดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนญี่ปุ่นในประเทศญี่ปุ่นเพียงอย่างเดียว ซึ่งได้ใช้สัดส่วนของเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ทั้ง 5 ระดับ และดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทั้ง 3 ประเภท รวมทั้งจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องดูแลในแต่ละวันตามที่ได้ระบุไว้ข้างต้น ประกอบกับคำตอบของท่านในเรื่องต่อไปนี้

- ✦ ความยินดีหรือไม่ยินดีที่จะเรียนภาษาญี่ปุ่น
- ✦ ความยินดีหรือไม่ยินดีที่จะเข้าทดสอบความสามารถวิชาชีพด้วยภาษาญี่ปุ่น
- ✦ การปรับตัวหรือไม่สามารถปรับตัวอยู่ในประเทศญี่ปุ่น
- ✦ การมีหรือไม่มีต้นทุนทางจิตวิทยาในการเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น
- ✦ การได้รับหรือไม่ได้รับประสบการณ์ในการทำงานในต่างประเทศ
- ✦ การได้เพิ่มหรือไม่ได้เพิ่มโอกาสในการไปทำงานในประเทศอื่นในอนาคต
- ✦ การได้เพิ่มหรือไม่ได้เพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานในประเทศไทย

อยากทราบว่าท่านต้องการค่าจ้างเป็นจำนวนเงิน _____ บาทต่อเดือน

5.12 หากท่านทำงานเช่นนี้ต่อไปในอนาคต ท่านคาดหวังที่จะได้ค่าจ้างเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย ร้อยละ _____ ต่อปี

5.13 นอกจากค่าจ้างแล้ว ท่านต้องการผลตอบแทนพิเศษและ/หรือสวัสดิการที่เป็นตัวเงินและมิใช่ตัวเงินหรือไม่

☐ ไม่ต้องการ

☐ ต้องการ ได้แก่

1) _____ เป็นจำนวนเงิน _____ บาทต่อเดือน

2) _____ เป็นจำนวนเงิน _____ บาทต่อเดือน

3) _____ เป็นจำนวนเงิน _____ บาทต่อเดือน

5.14 หากท่านทำงานเช่นนี้ต่อไปในอนาคต ท่านคาดหวังที่จะได้ผลตอบแทนพิเศษและ/หรือสวัสดิการที่เป็นตัวเงินเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย ร้อยละ _____ ต่อปี

ส่วนที่ 6: ความคิดเห็นในการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

6.1 ด้วยข้อกำหนดที่กำกับการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ตลอดจนข้อดีและข้อเสียดังที่ปรากฏเป็นคำถามของส่วนที่ 5 อยากทราบว่าท่านมีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นหรือไม่

☐ มีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

☐ ไม่มีความคิดที่จะไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

6.2 เหตุผลหลักของคำตอบในข้อ 6.1 คือ

1) _____
_____
_____

2) _____
_____
_____

3) _____
_____
_____

6.3 ท่านคิดว่าควรมีการปรับปรุงเงื่อนไขที่กำกับการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ตามที่ปรากฏในข้อ 5.11 และแก้ไขข้อเสียในเรื่องใดบ้าง เพื่อที่จะเป็นประโยชน์ต่อการไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

1) _____

_____

_____

2) _____

_____

_____

3) _____

_____

_____

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่ท่านได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าของท่านตอบคำถามในแบบสอบถามนี้ คำตอบของท่านมีค่าต่อการประมาณการค่าจ้างที่พยาบาลไทยได้รับในประเทศไทยและค่าจ้างที่คาดหวังว่าจะได้รับในประเทศญี่ปุ่นรวมทั้งผลได้อื่นที่ไม่เป็นตัวเงิน ซึ่งจะได้นำไปใช้เพื่อคำนวณผลได้สุทธิของการส่งพยาบาลไทยไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นต่อไป

☺ ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์_____

✍ สถานที่ทำงาน (โรงพยาบาล)_____

☎ หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน)_____

☎ หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ)_____

☼ วันที่สัมภาษณ์_____

⌛ เริ่มเวลา_____ สิ้นสุดเวลา_____

☺ ผู้สัมภาษณ์_____

ภาคผนวกที่ 7.1
ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจญี่ปุ่น-อินโดนีเซีย (JIEPA) ในการเคลื่อนย้าย พยาบาลไปทำงานเป็นพยาบาลหรือคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

Section 6

Natural Persons of Indonesia Who Engage in Supplying Services as Nurses or Certified Careworkers or Related Activities on the Basis of a Personal Contract with a Public or Private Organization in Japan

1. Entry and temporary stay for a period of one year, which may be extended for the same period each time and not more than twice, shall be granted to a natural person of Indonesia who:

(a) is a qualified nurse registered under the laws and regulations of Indonesia, having obtained Diploma III from an academy of nursing in Indonesia or having graduated from a faculty of nursing of a university in Indonesia, with total work experience as a nurse for at least two years;

(b) is designated and notified to the Government of Japan by the Government of Indonesia;

(c) will enter Japan on the date specified by the Government of Japan; and

(d) will engage in one of the following activities during his or her temporary stay in Japan for the purposes of being qualified as a nurse under the laws and regulations of Japan (“Kangoshi”):

(i) activities pursuing the course of training, including Japanese language training, for six months; and

(ii) activities acquiring necessary knowledge and skills through training under the supervision of a “Kangoshi” at a hospital, after completion of the training referred to in subparagraph (i), provided that such activities are conducted on the basis of a personal contract with a public or private organization in Japan which establishes a hospital under the laws and regulations of Japan and which is referred by a coordinating organization approved to conduct its activities by the Ministry of Health, Labor and Welfare of Japan in accordance with the laws and regulations of Japan and notified to the Government of Indonesia by the Government of Japan, or, in the absence of such organization, referred by the said Ministry.

Note 1: For the purposes of this paragraph and paragraph 2, the term “Diploma III” is defined as a status of completing three year professional education in Indonesia after completing senior high school education as defined in the Government Regulation of Indonesia No. 60/1999 on Higher Education.

Note 2: The natural person under this paragraph may, upon application and in accordance with the laws and regulations of Japan, take the national examination for being qualified as a “Kangoshi” three times at the maximum, under normal circumstances, if the natural person stays in Japan for the maximum period possible under the provisions of this paragraph.

Note 3: For the purposes of this paragraph and paragraphs 2 and 3, “a coordinating rganization approved to conduct its activities by the Ministry of Health, Labor and Welfare of Japan in accordance with the laws and regulations of Japan” shall be an organization that has entered into a contract with the National Board for Placement and Protection of Indonesian Overseas Workers in regard to the referral of a public or private organization to a natural person of Indonesia.

2. Entry and temporary stay for a period of one year, which may be extended for the same period each time and not more than three times, shall be granted to a natural person of Indonesia who:

(a) (i) has graduated from a faculty of nursing of a university in Indonesia; (ii) has obtained Diploma III from an academy of nursing in Indonesia; or

(iii) has obtained Diploma III or higher degree from any other academy or university in Indonesia and has been qualified as a certified careworker with the necessary skills by the Government of Indonesia in accordance with the laws and regulations of Indonesia, after completing appropriate training in accordance with the guidelines to be adopted by the Sub-Committee on Movement of Natural Persons pursuant to subparagraph (c) of Article 96;

(b) is designated and notified to the Government of Japan by the Government of Indonesia;

(c) will enter Japan on the date specified by the Government of Japan; and

(d) will engage in one of the following activities during his or her temporary stay in Japan for the purposes of being qualified as a certified careworker under the laws and regulations of Japan (“Kaigofukushishi”):

(i) activities pursuing the course of training, including Japanese language training, for six months; and
(ii) activities acquiring necessary knowledge and skills through training under the supervision of a “Kaigofukushishi” at a caregiving facility, after completion of the training referred to in subparagraph (i), provided that such activities are conducted on the basis of a personal contract with a public or private organization in Japan which establishes a caregiving facility under the laws and regulations of Japan and which is referred by a coordinating organization approved to conduct its activities by the Ministry of Health, Labor and Welfare of Japan in accordance with the laws and regulations of Japan and notified to the Government of Indonesia by the Government of Japan, or, in the absence of such organization, referred by the said Ministry.

3. Entry and temporary stay for a period of up to three years, which may be extended, shall be granted to a natural person of Indonesia who:

(a) has been qualified as a “Kangoshi” or a “Kaigofukushishi”:

(i) during his or her stay under paragraph 1 or 2; or

(ii) after he or she was unable to be qualified as such during his or her stay underparagraph 1 or 2; and

(b) will engage as a “Kangoshi” or a “Kaigofukushishi” during his or her temporary stay in Japan on the basis of a personal contract with a public or private organization in Japan.

Note: To be granted entry and temporary stay under this paragraph, a natural person of Indonesia who falls under subparagraph (a)(i) and has left Japan without obtaining re-entry permit, or who falls under subparagraph (a)(ii):

(a) shall be designated and notified to the Government of Japan by the Government of Indonesia; and

(b) shall have entered into a personal contract with a public or private organization in Japan which establishes a hospital or caregiving facility under the laws and regulations of Japan and which is referred by a coordinating organization approved to conduct its activities by the Ministry of Health, Labor and Welfare of Japan in accordance with the laws and regulations of Japan and notified to the Government of Indonesia by the Government of Japan, or, in the absence of such organization, referred by the said Ministry.

4. (a) Japan may decide the maximum number of natural persons of Indonesia to whom entry and temporary stay under paragraph 1 or 2 is granted annually.

(b) Japan may decide the maximum number of natural persons of Indonesia who stay in Japan based on the grant of entry and temporary stay under this Section.

ภาคผนวกที่ 7.2
ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจญี่ปุ่น-ฟิลิปปินส์ (JPEPA) ในการเคลื่อนย้ายพยาบาลไปทำงานเป็นพยาบาลหรือคนดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

Section 6

Natural Persons of the Philippines who Engage in Supplying Services as Nurses or Certified Careworkers or Related Activities, on the Basis of a Contract with Public or Private Organizations in Japan, or on the Basis of Admission to Public or Private Training Facilities in Japan

1. Entry and temporary stay for a period set out in Appendix 1 shall be granted to a natural person of the Philippines set out in Appendix 2, who is designated and notified to the Government of Japan by the Government of the Philippines in accordance with the Implementing Agreement, who enters into Japan on the dates specified by the Government of Japan and who engages in one of the following activities during its temporary stay in Japan:

(a) for the purposes of obtaining a qualification as a nurse under Japanese law (hereinafter referred to in this Section as “Kangoshi”);

(i) pursuing the course of training including Japanese language training, referred to in the Implementing Agreement, for six (6) months; and

(ii) after completion of the said training, acquiring necessary knowledge and skills at the hospital mentioned below through the training under the supervision of “Kangoshi”, provided that such activities are conducted on the basis of a personal contract with a public or private organization in Japan which establishes a hospital under Japanese laws and regulations and which is referred by a coordinating organization approved to conduct its activities by the competent authority of Japan in accordance with its laws and regulations and notified to the Government of the Philippines by the Government of Japan, or in cases where there is no such organization, by that competent authority of Japan;

(b) for the purposes of obtaining a qualification as a certified careworker under Japanese law (hereinafter referred to in this Section as “Kaigofukushishi”);

(i) pursuing the course of training including Japanese language training, referred to in the Implementing Agreement, for six (6) months; and

(ii) after completion of the said training, acquiring necessary knowledge and skills at the caregiving facility mentioned below through the training under the supervision of “Kaigofukushishi”, provided that such activities are conducted on the basis of a personal contract with a public or private organization in Japan which establishes a caregiving facility under Japanese laws and regulations and which is referred by a coordinating organization approved to conduct its activities by the competent authority of Japan in accordance with its laws and regulations and notified to the Government of the Philippines by the Government of Japan, or in cases where there is no such organization, by that competent authority of Japan; or (c) for the purposes of obtaining a qualification as a “Kaigofukushishi”;

(i) pursuing the course of training including Japanese language training, referred to in the Implementing Agreement, for six (6) months; and

(ii) after completion of the said training, acquiring necessary knowledge and skills at the training facility mentioned below, provided that the duration of the course of the training in the said training facility shall not exceed four (4) years, provided further that such activities are conducted on the basis of an admission to a public or private training facility for “Kaigofukushishi” in Japan under Japanese laws and regulations.

Note 1: For the purposes of paragraph 1 above, “training under the supervision of ‘Kangoshi’”, “training under the supervision of ‘Kaigofukushishi’”, a “hospital”, a “caregiving facility”, a “public or private training facility for ‘Kaigofukushishi’” and a “personal contract” shall satisfy the conditions notified by the Government of Japan to the Government of the Philippines.

Note 2: Japan may exempt, totally or partially, a natural person of the Philippines from the training referred to in subparagraphs 1(a)(i), 1(b)(i) or 1(c)(i) above, in such cases as when the Government of Japan considers that language ability of the natural person as sufficient to engage in the activities referred to in subparagraph 1(a)(ii), 1(b)(ii) or 1(c)(ii) above.

Note 3: With reference to subparagraph 1(a) above, the natural person has, upon application and

in accordance with the laws and regulations of Japan, a maximum of three (3) opportunities to take the national examination for “Kangoshi”, under normal circumstances, during the maximum period of its stay set out in Appendix 1

2. Entry and temporary stay for a period set out in Appendix 1 shall be granted to a natural person of the Philippines;

(a) who are qualified as “Kangoshi” or “Kaigofukushishi” during the stay under paragraph 1 above;

(b) who are not qualified as “Kangoshi” during the stay under paragraph 1 above but qualified as such by passing the national examination for “Kangoshi”; or

(c) who are not qualified as “Kaigofukushishi” during the stay under paragraph 1 above but qualified as such by passing the national examination for “Kaigofukushishi” after the stay referred to in subparagraph 1(b) above, and who engages in supply of service as “Kangoshi” or “Kaigofukushishi” during its temporary stay in Japan, on the basis of a personal contract with a public or private organization in Japan.

Note 1: For the purposes of this paragraph, a “personal contract” and a “public or private organization in Japan” shall satisfy the conditions notified by the Government of Japan to the Government of the Philippines.

Note 2: Natural persons of the Philippines who fall under subparagraph 2(a) above and leave Japan without obtaining re-entry permit, or who fall under subparagraphs 2(b) or 2 (c) above:

(a) shall be designated and notified to the Government of Japan by the Government of the Philippines in accordance with the Implementing Agreement; and

(b) shall have entered into personal contracts with public or private organization in Japan which is referred by a coordinating organization approved to conduct its activities by the competent authority of Japan in accordance with its laws and regulations and notified to the Government of the Philippines by the Government of Japan, or in cases where there is no such organization, by that competent authority of Japan, to be granted entry and temporary stay under this paragraph.

Note 3: For the purposes of this Section, “a coordinating organization approved to conduct

its activities by the competent authority of Japan” shall be that having entered into a contract with the competent authority of the Philippines in regard to the referral of a public or private organization to a natural person of the Philippines, and “the competent authority of the Philippines” means Philippines Overseas Employment Administration. Note 4: For the purposes of this Section, the “competent authority of Japan” means the Ministry of Health, Labour and Welfare.

Appendix 1

1. For the purposes of entry and temporary stay as set out in Section 1, Japan shall grant a stay of ninety (90) days, which may be extended.

2. For the purposes of entry and temporary stay as set out in Sections 2 through 5, Japan shall grant a stay of one (1) or three (3) years, which may be extended.

3. For the purposes of entry and temporary stay as set out in paragraph 1 of Section 6, Japan shall grant a stayof one (1) year, which may be extended:

(a) in the case of subparagraph (a), not exceeding twice for each and equal period of time;

(b) in the case of subparagraph (b), not exceeding three (3) times for each and equal period of time; and

(c) in the case of subparagraph (c), up to the period necessary for the completion of the course of the training in the training facility referred to in that subparagraph.

4. For the purposes of entry and temporary stay as set out in paragraph 2 of Section 6, Japan shall grant a stay of up to three (3) years, which may be extended.

Appendix 2

1. For the purposes of subparagraph 1(a) of Section 6, a “natural person of the Philippines” shall be a natural person of the Philippines who is a qualified nurse under Philippine laws and regulations with work experience as a nurse for at least three (3) years;

Note: For the purposes of this paragraph, a “qualified nurse under Philippine laws and regulations” means a nurse who passed the Philippine Licensure Examination for Nurses under Philippine laws and regulations.

2. For the purposes of subparagraph 1(b) of Section 6, a “natural person of the Philippines” shall be a natural person of the Philippines who graduated with bachelor’s degree from a higher education institution from which the minimum period required for graduation is four (4) years and certified as a caregiver by the Government of the Philippines in accordance with the laws and regulations of the Philippines, or a natural person of the Philippines who graduated from a nursing school; and Note: For the purposes of this paragraph, a “nursing school” means a higher education institution authorized by the Philippine Government to operate a Bachelor of Science in Nursing program.

3. For the purposes of subparagraph 1(c) of Section 6, a “natural person of the Philippines” shall be a natural person of the Philippines who graduated with bachelor’s degree from a higher education institution from which the minimum period required for graduation is four (4) years.

ภาคผนวกที่ 7.3

กำหนดการเดินทางสำรวจข้อมูลพยาบาลอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ในประเทศญี่ปุ่น ระหว่างวันที่ 21 มกราคม ถึง 5 กุมภาพันธ์ 2553

วันจันทร์ที่ 25 มกราคม 2553

สัมภาษณ์ Mr. Morukui และ Ms. Ito ที่ SATSUKI-KAI (Popula)

วันอังคารที่ 26 มกราคม 2553

สัมภาษณ์ Mr. Ichikawa ที่ HOUJYU-SOU

วันพุธที่ 27 มกราคม 2553

ค้นหาและติดต่อกับกลุ่ม Garuda Supporters

วันพฤหัสบดีที่ 28 มกราคม 2553

สัมภาษณ์ Mr. Yukichika ที่ ASOKA-EN

วันศุกร์ที่ 29 มกราคม 2553

สัมภาษณ์ Mr. Noritoshi ที่ OASIS-CHITOSE

วันจันทร์ที่ 1 กุมภาพันธ์ 2553

สัมภาษณ์ Mr. Sekimoto ที่ Kansai Kenshu Center

วันอังคารที่ 2 กุมภาพันธ์ 2553

เยี่ยมชม Nagoya international school of Japanese language

วันพุธที่ 3 กุมภาพันธ์ 2553

เยี่ยมชม Hiroshima international school

ภาคผนวกที่ 9.1
ดัชนีราคาผู้บริโภคระหว่างปี พ.ศ. 2540 ถึง 2552

ปี พ.ศ.	ดัชนีราคาผู้บริโภค (เฉลี่ยทั้งปี)	ตัวปรับ (conversion factor) เพื่อแปลงเป็นราคาในปี พ.ศ. 2552
2540	75.88	1.38
2541	81.95	1.28
2542	82.18	1.27
2543	83.49	1.25
2544	84.85	1.23
2545	85.44	1.22
2546	86.98	1.20
2547	89.38	1.17
2548	93.44	1.12
2549	97.78	1.07
2550	99.97	1.05
2551	105.43	0.99
2552	104.54	1.00

ที่มา: http://www.indexpr.moc.go.th/price_present/cpi/stat/others/indexg_report2.asp?list_year=2552

ภาคผนวกที่ 10.1
รายชื่อโรงพยาบาลและสถาบันอุดมศึกษาที่มีการผลิตพยาบาลที่ให้ความคิดเห็นต่อแนวทางการชดเชยความสูญเสียเนื่องด้วยการลาออกของพยาบาลไทยไปทำงานที่ญี่ปุ่นตามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น

กรุงเทพมหานครจำนวน 9 แห่ง ประกอบด้วย
โรงพยาบาลสิรินธร
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
โรงพยาบาลตากสิน
โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมิ์
โรงพยาบาลกลาง
โรงพยาบาลชุมชนปากเกร็ด
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ มศว.
ภาคกลางจำนวน 9 แห่ง ประกอบด้วย
โรงพยาบาลบ้านแพ้ว
โรงพยาบาลชุมชนเขาฉกรรจ์
โรงพยาบาลอ่างทอง
โรงพยาบาลชุมชนอู่ทอง
โรงพยาบาลชุมชนสระโบสถ์
โรงพยาบาลชุมชนดอนตูม
โรงพยาบาลชุมชนศรีมโหสถ
โรงพยาบาลชุมชนพานทอง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
ภาคเหนือจำนวน 20 แห่ง ประกอบด้วย
โรงพยาบาลชุมชนห้างฉัตร

โรงพยาบาลชุมชนวังโป่ง
โรงพยาบาลเถิน
โรงพยาบาลท่าวังผา
โรงพยาบาลพิจิตร
โรงพยาบาลเวียงสา
โรงพยาบาลลานกระบือ
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
โรงพยาบาลชุมชนสวรรคโลก
โรงพยาบาลชุมชนอมก๋อย
โรงพยาบาลพญาเม็งราย
โรงพยาบาลแม่สรวย
โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง
โรงพยาบาลปาย
โรงพยาบาลงาว
โรงพยาบาลชุมชนสามเงา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์
ตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 21 แห่ง ประกอบด้วย
โรงพยาบาลโพนทอง
โรงพยาบาลนายแพทย์หาญ
โรงพยาบาลชุมชนศรีสงคราม
โรงพยาบาลชุมชนกุดบาก
โรงพยาบาลชุมชนกันทรวิชัย
โรงพยาบาลเขื่องใน
โรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล
โรงพยาบาลชุมชนดอนมดแดง

โรงพยาบาลชุมชนปราสาท
โรงพยาบาลชุมชนสีคิ้ว
โรงพยาบาลปัญญาเวช
โรงพยาบาลตระการพืชผล
โรงพยาบาลอำนาจเจริญ
โรงพยาบาลบ้านแพง
โรงพยาบาลโพนสวรรค์
โรงพยาบาลนาแก
โรงพยาบาลท่าอุเทน
วิทยาลัยพยาบาลพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีมหาสารคาม
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม
ภาคใต้จำนวน 11 แห่ง ประกอบด้วย
โรงพยาบาลชุมชนทับปุด
โรงพยาบาลหัวไทร
โรงพยาบาลปาดังเบซาร์
โรงพยาบาลชะอวด
โรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม
โรงพยาบาลป่าพะยอม
โรงพยาบาลระนอง
โรงพยาบาลนครินทร์
โรงพยาบาลพนม
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

ภาคผนวกที่ 10.2
รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมองเพื่อพิจารณาแนวทางการชดเชย ความสูญเสียที่เกิดจากการส่งพยาบาลไปทำงานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น ภายใต้ข้อผูกพันความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA)

รายชื่อ	หน่วยงาน
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร วัชชวัลคุ	ที่ปรึกษาฝ่ายนโยบายชาติและความสัมพันธ์ข้ามชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
คุณรุ่งนภา ลัคนาพรวิสิฐ	เจ้าหน้าที่บริหารโครงการฝ่ายนโยบายชาติและความสัมพันธ์ข้ามชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
คุณเอกสิทธิ์ หนุนภักดี	ผู้ประสานงานฝ่ายนโยบายชาติและความสัมพันธ์ข้ามชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์	รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
อาจารย์นวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา	นักวิชาการพยาบาล สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อังคณา สริยาภรณ์	นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
คุณวาสนา หลวงพิทักษณ์	ผู้แทนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นารีรัตน์ จิตรมนตรี	หัวหน้าสาขาการพยาบาลมหาบัณฑิตผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์จันทนา รณฤทธิวิชัย	หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์นิราศศิริ โรจนธรรมกุล	คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก
รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร	ผู้อำนวยการหลักสูตร พย.ม. (บริหารการพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอิสเทิร์นเอเชีย
คุณนฤมล เหล่าโกสิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
ดร.จุรีรัตน์ กิจสมพร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สถาบันพระบรมราชชนก
อาจารย์ ดร.จารุวรรณ ธาดาเดช	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ ดร.พัชรี คุณค้ำชู	หัวหน้าภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คุณปริญาภรณ์ พุ่มเจริญ	ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสิรินธร
คุณภารณี วัฒนา	ผู้อำนวยการสำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
คุณวรวรรณ พลิคามิน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
คุณอลงกต ภูริเวทย์	ผู้แทนสำนักงบประมาณ
คุณวนิดา บุรุษานนท์	นักวิเคราะห์งบประมาณชำนาญการพิเศษ สำนักงบประมาณ
คุณอาณัติ พงศ์สุวรรณ	ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านวิเคราะห์นโยบายและแผนระดับเชี่ยวชาญ สำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ
คุณเกศกาญจน์ บริบูรณ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนสำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ
คุณสุรชัย ทองวิเชียร	นักวิชาการศึกษา 8 ว. กระทรวงศึกษาธิการ
คุณปรางทิพย์ กาญจนหัตถกิจ	นักการทูตชำนาญการ กรมเอเชียตะวันออก

	กระทรวงการต่างประเทศ
ดร.พัชรา โล่ห์จินดารัตน์	นักการทูตชำนาญการ กรมเอเชียตะวันออก กระทรวงการต่างประเทศ
คุณสุนิตา กุลทนันท์	นักวิชาการพาณิชย์ กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์
คุณภัทริสา บุญเสริม	นักวิชาการพาณิชย์ กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์
คุณนรชัย ลือกุลวัฒนะชัย	เจ้าหน้าที่วิจัยอาวุโส บริษัท ศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด
คุณพรพฤทธิ์ ชมอินทร์	เจ้าหน้าที่วิจัยอาวุโส บริษัท ศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด
คุณเสริมสิริ เสวกสูตร	โครงการเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต (เศรษฐศาสตร์ธุรกิจ) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คุณจีรนันท์ ศรีมนตรี	นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์ วชิระ
คุณจารุวรรณ มูลเจริญ	นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์ วชิระ
คุณเตือนจิตต์ ทิพย์แสง	นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์ วชิระ
คุณพิมวดี อินทกูล	นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์ วชิระ
คุณปภาวี บุญประสิทธิ์	นักศึกษามหาวิทยาลัยสยาม
คุณเญจมาศ สายเสมอ	นักศึกษามหาวิทยาลัยสยาม
คุณภาวิณี ทุมวงศ์	นักศึกษามหาวิทยาลัยสยาม
คุณจรรยพร ลักษณบุญสง	นักศึกษามหาวิทยาลัยสยาม
รศ.ดร. สมชาย สุขสิริเสรีกุล	หัวหน้าโครงการวิจัย คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คุณดนัย กิติภรณ์	นักวิจัยโครงการ ศูนย์บริการวิชาการเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คุณสกุณา แซ่ซึ่ง	ผู้ช่วยนักวิจัยโครงการ ศูนย์บริการวิชาการเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คุณศิริวรรณ เพชรนิล	เจ้าหน้าที่ประสานงานวิจัย ศูนย์บริการวิชาการเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ภาคผนวกที่ 10.3

กำหนดการเดินทางสำรวจความคิดเห็นในประเทศญี่ปุ่น

ระหว่างวันที่ 3 กรกฎาคม ถึง 13 กรกฎาคม 2553

วันอังคารที่ 6 กรกฎาคม 2553

พบนักวิชาการที่ Public Policy School ของ Hokkaido University ในเมืองซับโปโร

วันพฤหัสฯที่ 8 กรกฎาคม 2553

ส่งเอกสารให้กับผู้บริหาร Japanese Nursing Association ในกรุงโตเกียว

วันศุกร์ที่ 9 กรกฎาคม 2553

ส่งเอกสารให้กับผู้บริหาร Japan Federation of Medical Worker's Unions ในกรุงโตเกียว

วันจันทร์ที่ 12 กรกฎาคม 2553

พบนักวิชาการที่ Asia Center ของ Kyushu University ในเมืองฟูกูโอกะ