

大分県立看護科学大学 第8回看護国際フォーラム

「韓国における保健医療制度改革と看護職のあり方」(Dr. Euisook Kimの講演から)

赤司 千波 Chinami Akashi

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 成人・老年看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2007年4月25日投稿, 2007年6月18日受理

キーワード

保健医療制度、看護改革、看護の役割

Key words

reform of health care system, reform of nursing, role of nursing

1. はじめに

韓国は1996年にOECD加盟し、その後も発展し続け、半導体・家電・輸出産業の基盤を構築し、IT先進国と称されている。しかし、科学技術や経済発展とは裏腹に国内経済、産業硬直化問題に加え、少子高齢化がもたらす人口の高齢化の問題が急速にのしかかってきている。人口の高齢化は夫婦のみの世帯や高齢者単独世帯の増加をもたらし、韓国従来の大家族中心の家族形態が崩れ、家族の扶養・介護機能の低下を促進している。このような家族機能の変化や韓国の儒教文化の変化が、福祉政策推進の基盤となり、公的年金制度・公的医療制度の改革が行なわれ、基本社会福祉制度が導入され、今、韓国でもドイツや日本と同じような介護保険が導入されようとしている。

このような中、看護職はどちらかというと福祉よりになり、また医薬より看護は力を持つようになってきたといわれる。このような韓国における保健医療制度改革と看護改革について、第8回看護国際フォーラムにおいて金先生が講演された内容について、概要を紹介する。

2. 韓国の保健医療制度における変革

2.1 韓国の保健医療システム変革の背景

2.1.1 人口動態

韓国統計庁の発表(2001)によると、韓国の総人口は、38,124千人(1980)、47,008千人(2000)、47,925千人(2003)と推移しており、2020年は

50,650千人、2030年は50,296千人と推計されている。

65歳以上人口と高齢化率は、1980年は1,456千人(3.8%)、2000年は3,395千人(7.2%)で高齢化社会を迎え、2003年は3,969千人(8.3%)であった。2020年には7,667千人(15.1%)で高齢社会に移行し、2030年には11,604千人(23.1%)で超高齢社会となることが予測されている。日本が高齢化社会を迎え高齢社会に移行するまでに24年を要していたが、韓国ではそれより早く19年で迎えるようとしているのである。また、高齢社会を迎えてから超高齢社会に以降するまでに12年であった日本に対し、韓国ではそれより短い7年で迎えるようとしている。世界で最初の超高齢社会は言うまでもなく日本であるが、世界で一番高齢化のスピードが速い国は韓国である。

生産者人口は、1980年が23,717千人、2000年が33,702千人、2003年が34,238千人であり、2020年には35,948千人、2030年には32,475千人と推計されている。また、高齢者の対生産者人口比率に関しては、2000年が10.1%であったものが、2030年には35.7%にまで増加する見込みである。

人口動態統計年報(韓国統計庁2003)によると、合計特殊出生率は1970年が4.53人、1990年は1.59人、2000年は1.47人、2002年は1.17人と推移している。韓国においては、1970年から2001年までの30年間に3.23人減少したが、日本とイギリスの場合が0.8人、ドイツが0.7人であることから、韓国は高齢化率と同様、出生率の減少速度に関し

でも先進国に比べて急速に進んでいる。

韓国の国民平均年齢は34.6歳であり若い国民が多い国といわれているが、平均寿命は1973年が63.1歳、2000年は75.9歳であり、2020年には80.7歳と推計されている。平均寿命が確実に伸びつつあり、1980年代以前には表面化しなかった高齢化問題が深刻化しているのである。

2. 1. 2 経済

韓国統計庁（2001）によると、高齢化の進行と並行し生産者人口が減少することから老年扶養費は2000年の39.5%から2030年には54.9%に増大することが予測されている。

2003年から2012年の10年間の韓国経済成長率は、4.4%から4.6%の水準を維持することが予想されている。しかし、このように高齢化が表面化する2010年以後から2050年までの経済成長率は、総貯蓄率及び就業者の増加率の低下により2020年には3.1%に低下することが試算されている。生産可能人口が減少すること、扶養老人の人口が増加すること、高齢者人口の増加により民間貯蓄が減少すること、高齢者を支える財源不足が懸念されことから、高齢者を支える財源までを期待できないことが想定されている。

2. 1. 3 医療・社会保障

国民年金は1988年の「国民年金法」施行によって導入されたが、1999年の「国民年金改定法」の施行をもって「国民皆年金」が達成されている。年金受給者は生産人口の減少及び退職者の増加から受給者の比率が急増することが想定されている。OECDによる韓国の財政収支の変化の予測（2000）では、老人福祉予算は1960年以降増加傾向にあり、2000年の財政収支は2.5%の黒字を記録しているが、老人関連財政支出の急増で2050年には7.7%の赤字に陥ると推測されている。

韓国の公的医療制度が本格的に施行されたのは1977年である。施行開始時は、従業員500人以上の事業所勤務者とその扶養家族を対象とした「職場医療保険」であったが、2年後の1979年には従業員規模が300人以上と拡大された。また同年に「農漁村地域医療保険」、1989年には「都市地域医療保険」が制定及び施行され、「国民皆保険」が達成された。しかし、1990年代に入ると、各保険の保険料負担の不公平さなどに対する国民の不満

が発生し、「医療保障改革委員会」「医療改革委員会」の設立やさまざまな公聴会の開催を経て、各保険が段階的に統合することが決定された。そして、2000年に「国民健康保険法」が施行され、「国民健康保険公団」に保険組合が完全統合されたのである。

この保険統合の他に公的医療制度の特徴として、医療サービス提供施設規模や地域によって外来の診療費の自己負担率が異なるということがあげられる。外来時の自己負担率は、総合病院や一般病院より診療所が低い。このこともあり、韓国では診療所数が非常に多い。そして、専門医制であることも公的医療制度の特徴である。専門医制がとられているため、医師は、医師の国家免許を取得した後に専門医の国家免許を取得しなければ専門の診療科を掲げることができない。一方、専門性が特化されている看護師は看護師の国家資格を得た後、助産師、保健専門看護師、専門看護師などさまざまである。2005年現在、医師総数81,328人、RNs 214,900人（修士の学位を有する者MNs: 5,018人、博士の学位を有する者DNP: 1,007人）である。なお、韓国では医療法で医療人とは、医師、韓医師、薬剤師、看護師、助産師を指している。

2. 2 韓国における参加型政府の特徴

参加型政府には消費者の参画、福祉、社会的平等、分権化、透明化という5つのテーマが掲げられている。消費者の参画は、NGOの声を政治に反映させるなど、消費者へ政治参画を促し、市民参加型政府を目指している。そのため、さまざまな分野にNGOが設立されている。また、保健、医療よりも福祉がより重要性を増し、強調されるようになってきたため、福祉が保健を包括するようになり、保健は福祉を達成するための条件であるという考え方に移行してきた。この福祉においては、参画型福祉、ユニバーサル化（適用範囲の拡大）を目指している。社会的平等では、女性、貧者、障害者に対する政策が掲げられている。分権化として、韓国には16の地方政府があり、これらの地方政府の人々を招いた参加型政府を目指している。透明性に関しては、政治経済の透明化を図るために、経済界のトップに意見を仰ぐということなどを行っている。

2.3 韓国の保健改革の7つの特徴

保健改革の背景には、世界の傾向として、知識や科学技術の進歩、経済的成長、政治的社會変化があるといわれている。また、高齢化、少子化という人口統計的变化もその背景にあるが、人口動態の変化は、経済的成長、家族構成の変化、社会的価値観の変化に対応している。また、疾病構造の変化と医療行動の変化をもたらしている。これらの変化は、最終的には看護改革につながる。

(1) 高齢化社会改革

1999年に「国民皆年金」が達成されたが、現在は低負担-高給付体制で運用されている。しかし、年金受給者は生産人口の減少及び退職者の増加から受給者の比率が急増することから、老人関連財政支出の急増で2036年には年金基金収支で赤字発生が予想されている。このことに関する政府の年金改革が待たれるところである。

1990年代以降の急速な経済発展と都市化により、人口集中、少子化、要介護高齢者の増加、高齢者独居世帯の増加、女性の社会や核家族に伴う扶養・介護機能の低下による家族介護の限界、中産層の利用できるサービスの不足、老人医療費の増加などをきたしたことがあげられる。

(2) 低出生率改革 (子育て促進)

2004年に国会に提出された「低出生率社会対策基本法案」「高齢社会基本法案」「高齢化及び人口対策基本法案」「高齢社会基本法案」の法案を1つにまとめ、2005年に「低出生率・高齢社会基本法案」が可決し、同年9月から施行されている。1961年に大韓家族計画協会が設立され、本格的な出生抑制運動が展開されていたが、1990年代に入り人口増加率が1%以下に減少したため、2002年には出生奨励のための人口政策を明確にし、積極的出生奨励政策の推進がなされた。これは、有給出生休暇保障、勤務中の授乳時間の義務的付与、出生手当の導入、満3歳から6歳児に対する保育支援拡大などを推進し、出生率を上げようとするものである。

(3) 医療サービス格差の是正 (社会的安全網)

医療機関には、総合病院、病院、診療所、保健所があるが、医療サービスを提供する医療施設規模等によって診療費の自己負担率 (30～55%) が異なる。入院費用に関しては、同一に負担率

20%であるが、外来の費用は病院の規模が大きくなるほど、また都市部ほど自己負担率が高いという病院の規模や地域によって差が生じている。

病院や専門医の約9割は都市部に集中しているため、地方では保健所が一次医療を提供している。また、病院は、専門・特化したため、農村地方の病院は経営破綻を来し、魅力的な病院への変革、商業化、リストラ等による再構築化が行われている。世界レベルのICTインフラを整備し、世界初のユビキタス (韓国ではu-Health) 医療福祉ネットワーク社会を実現しようと取り組んでいる。このネットワークは、誰でも、いつでも、どこでも、最適な医療サービスを受けることができ、健康管理や予防医療が実現される医療環境のことである。

韓国は先にも述べたようにIT国家である。そのため、医療情報化が進み、レセプト電子化の普及率は2003年には約9割までに達し、電子カルテは2006年に6割超、医用画像蓄積通信システムは5割以上の導入率と予測されている。また、2003年からは、アメリカ式医療費抑制方策「DRG/PPS」が試行されている。

(4) 健康増進

韓国政府の保健福祉省は健康保健システムと福祉システムがあり、18局58班と26下部組織からなる。また、韓国は7都市 (242地域) と9省 (3579エリア) からなり、全ての地域に政府の健康センター、保健センター、農村地域にはサブセンターが設置されている。遠隔地にはコミュニティヘルスプラクティショナー (CHP) が勤務し、簡単な手術や薬の処方を行なっている。保健医療サービスについては、資源の生産と開発システム (人力、産業、知識)、ファイナンシャルシステム (保険、診療報酬、払い戻しなど)、管理モニタリングシステム (サービスの質を管理する)、提供システム (適切なサービス提供の方法という下部組織) がある。これらのシステムは組織的に、すなわち政府によってコントロールされ、適切な保健サービスが人々に行われるようにシステム化されている。

韓国においても在院日数の短縮と在宅看護の推進がなされている。在宅看護を担うのは訪問専門看護師であり、主に病院の家庭看護課に所属し、入院中から調整を行っている。

(5) 医薬分離の制度

従来は医師が薬を処方していたが、現在は医薬分業となっている。

(6) 介護保険制度

高齢化社会の対応の必要性に迫られている韓国は、日本の介護保険制度を参考にしながら、2007年から2013年まで段階的に「公的老年療養保障制度」を導入する計画である。それに先立って、2002年には「老人福祉施設拡充10ヵ年計画」が策定され、2011年までに整備する施設入所サービス、在宅サービスの目標値の設定、それら連携システムの構築を目指している。

老人医療制度関係においては、無料健康診断、訪問保健又は医療サービスの提供により、高齢者の疾病の予防と治療に関わり、老人健康増進事業の強化に取り組んでいる。また、脳医薬学研究センターの設置、全国の保健所に認知症相談センターの設置により、認知症や脳卒中などの疾患老人の管理対策を推進している。老人専門の人材確保のために、老人専門の看護師制度の導入、老人専門病院・療養病院の増床により、老人性疾患治療の充実を図っている。老人福祉施設の種類としては、老人住居福祉施設、老人医療福祉施設、老人余暇福祉施設、在宅老人福祉施設、老人保護専門機関がある。

(7) 政府組織と構造

政府が福祉と医療の分野を改革しようとしている。

医療分野では、健康産業、健康安全ネットワーク、健康サービス産業、社会的安全ネットワーク等を発展させようとしている。バイオクラスタの発展、公衆サービスの強化、そして韓国の伝統的な医療の活用を促進するために、大学に東洋医学の学部を設置しようとしている。セーフティ・ネットワークにより、大規模病院と診療所との間の格差をなくそうとしている。

他方、福祉分野では、国民年金制度の強化、生活保護の拡大、夫の育児休暇や子育て支援政策などの低出産対策、長期介護保険等があり、保健・医療に比べ福祉が重要視されてきている。

3. 韓国における看護改革

3.1 看護界の歴史

2005年現在の韓国の看護界の現状は、看護師214,900人(MNs: 5,018人、DNP: 1,007人)、看護大学53、看護学校(3年制)63、修士課程を有する大学38、博士課程を有する大学19である。

学士教育開始(1955)、修士課程創設(1960)、韓国看護協会の設立(1970)、博士課程創設(1978)、保健師制度導入(1980)、在宅ケア看護の導入(1990)(CHPは、RN・RPNとして資格を持った後1年の訓練が義務とされている)。法律による高度実践看護師の導入(2002)、看護師資格認定委員会の設立(2004)、社会福祉法人看護財団設立(2004)という看護体制の変遷を通して、看護教育の改革がなされてきた。政府において、保健・医療よりも福祉が強調されるようになってきたことから、看護体制に福祉体制が意図的に加味されている。

これまで、医療では、治療が重視されてきた。しかし、現在は、患者の自律が重要視されてきたため、人権の尊重、自由意思の尊重、社会的平等性の遵守が重要視されてきた。医療サービスも提供からクライアントが参加・選択する、地域密着型サービスに移行してきた。

看護師のマンパワー面でも、男性学生や学士入学者の増加傾向にあること、また新職種としてのケースマネージャーの導入が行なわれたことがあげられる。看護師の質の改善が求められ、現在、自主性、実証に基づく実践力、経営目的に沿った目標が達成できるような実践力、コンピュータ技術の習得、英語力が看護師に必要とされている。

韓国においては現在、病院から地域へ、雇用者から経営者へ、国内から国外へと看護師の人材移動が行なわれている。

3.2 看護教育システム

保健、麻酔、精神、家庭、感染管理、産業、救急、老人、ホスピス、重症患者ケアに対する高度実践看護師が導入された。教育場面においても測定可能な、実現可能な目標を設定し、結果を導くような実践能力を持ち合わせることで質の改善が求められている。このような中、電子上で看護教育を行う、大学内での他学部(他医療系)との合併、公開教育、単位互換性、臨床専門大学院(働きな

からの修士・博士の取得ができる)などが進められている。電子上の教育のみで看護教育が完結することがないように働きかけている。これまでは学術的なものがコースとして入っていたが、現在は、実務的なプロとしてのコースが強調されるようになってきている。看護学校においてプロ技術、プロ意識、プロ知識が強調されてきている。

資格授与に関しては、韓国看護協会が政府から委託を受けて、看護学校についての資格授与、評価を行うようになった。教育は重要だが韓国の政府は、社会的な平等性から、富・教育・年齢の格差を取り除こうとしており、その弊害があるのではないかと危惧されている。

4. 看護職のあり方

看護師は、専門分野、専門看護だけでなく一般看護も必要なため、それらのバランスが重要となり、レベルの高いジェネラリストが求められている。ただ単に医療の助手ではない看護と看護の役割を明確にするには、例えば「プラスな」、「活発的な」、「積極的な」、「社会的な」というようなイメージを目に見えるような形にし、人々の看護のイメージを作る必要がある。21世紀の看護に必要とされるリーダーシップは、1)急激な技術革新についていける人、2)協調型の指導力のある人、3)新しい時代へのビジョンを持った人、4)人材育成が出来る人、5)創造的な収束 (convergence) が出来る人である。携帯電話の多機能のように、看護学も収束の学問である。そして、その収束の学問に関して、韓国では従来学問を人文学と科学・工学部門に分類していたが、2006年には収束の分野を設け、その収束「convergence」という学問の分野に看護学が加わった。看護師はこの収束を推進するユビキタスな人になる必要がある。さらに、看護学はこれまでの概念に問い直す必要があること、既に達成された結果がもたらした利点を捨てる必要があること、失敗の可能性を受け入れる必要があるという、パラダイムシフトの必要性がある。

5. おわりに

急激に進む人口構造の変化や家族機能の変化に際し、韓国政府は保健・医療・福祉分野を改革しているが、その改革に看護界も積極的に参画し、

看護改革も同時に行っている。韓国の看護界は、その看護改革を積極的に実行し、医薬よりも看護が力をもつようになったと言われるまでになっている。超高齢化社会の到来が迫っている日本において、我々も韓国の看護職者のように、国政に積極的に参画し、日本の保健・医療・福祉のリーダー的存在になる必要があるのではないかと改めて考えさせられた。

日本も韓国同様に医師の偏在が言われており、保健・医療・福祉における地域格差が存在する。その地域格差の是正のためにも、看護界を取り巻く環境の改善や看護学教育のシステムの変革に今こそ取り組む必要があるのではないだろうか。看護の質の改善すなわち、確実な専門知識・技術を習得し、正しい判断ができる看護職が求められている今、看護の専門性をより明確にすること、実践能力や自律性を培うことの重要性を考えさせられる講演であった。

本大学では、ナースプラクティショナーや訪問看護師の養成の教育システムを確立しようと一歩を踏み出そうとしている中、金先生から多くの示唆とパワーをもらった講演であった。

著者連絡先

〒870-1201
大分市大字廻栖野 2944-9
大分県立看護科学大学
成人・老年看護学研究室
赤司 千波
akashi@oita-nhs.ac.jp