

8)	インフォームドコンセント				
-1	入院に関して		Ⅱ - a		
-2	治療内容に関して		Ⅱ - a		
-3	その他（具体的に）				
9)	退院計画、退院指導		I		
10)	心理療法（形態は問わない）		Ⅲ		
11)	コンサルテーション				
-1	他診療科医師への相談（助言を求める）		Ⅱ - a		
-2	他診療科医師への患者紹介（診察依頼）		Ⅱ - a		
-3	コメディカルへの相談		Ⅱ - a		
-4	コメディカルへの患者紹介		Ⅱ - a		
12)	保健医療施設の設置（経営）		I		
13)	予算管理		I		
14)	保険償還の対象となっている看護サービス				
15)	その他				
今後、看護師の裁量権拡大が望まれる領域					
備考					

I：看護師が判断・決定し、実施

Ⅱ-a：医師の指示で、看護師が単独で実施

Ⅱ-b：医師の指示で、医師立ち会いの下で、看護師が実施

Ⅲ：看護師は実施しない／できない

(2) 看護業務に関する課題

① advanced practice に対する州の承認

advanced practice に関する資格名称は、Advanced Practice Registered Nurse (APRN)、Advanced Practice Nurse (APN)、Advanced Registered Nurse Practitioner (ARNP)、また Nurse Practitioner (NP) と州によって異なる。また、APRN として CNS、NP、CMN、及び CRNA の 4 資格を法的に承認している州も、そうではない州もある。

表 IV -6-18:

Nursing Practice Act における advanced practice に対する承認

州	NPA における資格名称				
	advanced practice の資格総称	カテゴリ			
カリフォルニア州	advanced practice nurse (APN)	clinical nurse specialist (CNS)	nurse practitioner (NP)	nurse midwife (NM)	nurse anesthetisit (NA)
ミネソタ州	advanced practice registered nurse (APRN)	certified clinical nurse specialist (CNS)	certified nurse practitioner (CNP)	certified nurse midwife (CNM)	certified registered nurse anesthetisit (CRNA)
ニューヨーク州			nurse practitioner (NP)	midwife *	

* midwife は Nursing Practice Act 及び Midwifery Practice Act の両者によって免許を与えられる。

また、APRN の実践は独立したものとして、医師との対等な関係が主張されてはいるが、法的には医師との業務契約書やプロトコール、協働、また照会計画に基づくことなどが規定されており、NPA (Nurse Practice Act) における APRN と医師との関係は、指示 (direction) や監督 (supervision) から協働 (collaboration) までにわたり、州によっても異なる。

このように州をまたがった場合、看護の資格、特に advanced/specialist 資格の扱いは統一性されてはおらず、advanced practice に対する州の承認状況は異なる。NCSBN は、advanced practice に対する法的承認を促進する一貫として、『The Uniform Advanced Practice Registered Nurse Licensure/Authority To Practice Requirements』を提案し、2000 年に Delegate Assembly

によって承認された。それは、**advanced practice** を実践するための要件として、認定試験を受けることを要請するものである。現在、『**The Uniform Advanced Practice Registered Nurse Licensure/Authority To Practice Requirements**』に基づき、**advanced practice** 資格の中核となる資格要件の統一化に向けた動きが進んでおり、その要点は以下である。

申請要件：適切な利用可能な認定試験がない申請者のために、州は、2005年1月1日までに最初の技能を保証するための代替メカニズムを開発することができる。2005年1月1日以降は、認定試験と同等のメカニズムの証拠は受け入れられず、認可されたAPRN試験なしで免許を得ることはできない。

原理：APRNに対するboardの準備は、**advanced practice nursing** の法的承認に向けた最小限の準備に入ることとして考えられるべきである。

コメント／注意：APRN Task Force は、試験なしでの承認を支持しない。さらに、試験の拡散に関する心配もある。

目的は、サブスペシャリティの準備に反対するものとして、boardのジェネラリストの準備に向けて動くことである。サブスペシャリティの認定は、ジェネラリストカテゴリの認定が完成してから獲得されうる。

National Council of State Board of Nursing (2002).
Proposed Revision to the Uniform Advanced Practice Registered Nurse Licensure/Authority To Practice Requirements.

また、看護の資格が当該州内でのみ有効であることに関して、NCSBNは、1998年に**Nurse Licensure Compact**という看護免許州相互承認モデルを認可した。そして2001年1月に4州において、RN及びLPN/LVNの**Nurse Licensure Compact**が開始され、2002年3月現在、13州（Arkansas, Arkansas, Delaware, Idaho, Iowa, Maine, Maryland, Mississippi, Nebraska, North Carolina, South Dakota, Texas, Utah, Wisconsin）で実施されている。現在NCSBNは、APRNの**Nurse Licensure Compact**を立案中である。

州が法的にAPRNを承認していることは、APRNが処方権限やサービスに対するメディケイドの保険償還を受けるための推進力となる。

② 処方権限

多くの州において APRN は、法的に薬物と器材の処方権限を与えられており、その条件や範囲は州によって異なる（表 IV-6-19）。

また、APRN が薬物と器材の処方権限をもつためには、それに見合った教育が不可欠である。カリフォルニア州における NP を例として、APRN が処方権限をもつ前提となる教育カリキュラムの要件を、表 IV-6-20 に示す。

表 IV-6-19: Nursing Practice Act における処方に関する規定

州	資格	権限	条件
カリフォルニア州	registered nurse (RN)	薬物・器材の分配 (dispense)	<ul style="list-style-type: none"> ・認可クリニック内。 ・免許内科医または外科医の指図 (order) に基づく。
	nurse practitioner (NP)	薬物・器材の供給 (furnish) または指図 (order)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族計画サービスの提供に付随、日常的ヘルスケアや周産期ケアの提供に付随、または基本的に健康な人を対象。 ・標準化手順またはプロトコールに従う。 ・内科医と外科医の監督 (supervision) 下で行う。 ・薬物・器材の範囲 ; California Uniform Controlled Substances Act (Health and Safety Code) に基づくスケジュール III ~ IV 規制物質を含むが、その範囲は、nurse practitioner と内科医と外科医が合意し、標準化手順で規定された薬物に限定。
	nurse-midwife (NM)	薬物・器材の供給 (furnish) または指図 (order)	<ul style="list-style-type: none"> ・board から nurse-midwife の認定を受け、United State Drug Enforcement Administration に登録。 ・家族計画サービスの提供に付随、日常的ヘルスケアや周産期ケアの提供に付随、または基本的に健康な人を対象。 ・標準化手順またはプロトコールに従う。 ・内科医と外科医の監督 (supervision) 下で行う。 ・薬物・器材の範囲 ; California Uniform Controlled Substances Act (Health and Safety Code) に基づくスケジュール III ~ IV 規制物質を含むが、スケジュール III 規制物質については、治療医または監督医師が承認した各患者特定プロトコールに従う。病院においては、治療医または監督医師が承認した各患者特定プロトコールに従う場合には、スケジュール II 規制物質を含む。
ミネソタ州	certified clinical nurse specialist (CNS)	精神メンタルヘルス看護 精神障害、行為障害、薬物副作用の治療薬の処方 (prescribe) と管理 (administer)	<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルスアセスメント、精神作用分類、精神薬理学、適用、薬用量、禁忌、副作用、及び適用の証拠についての教育を含む、向精神薬と副作用を治療する薬物の処方に関する 30 時間以上の公式的な学習を修了。 ・Minnesota Nurse Association と Minnesota Psychiatric Association により規定されたスタンダードに基づく。 ・精神科医または他の医師との契約書をもつ。 ・精神メンタルヘルス看護 CNS としての業務内で、契約書の範囲内。
		その他 薬物と治療器具の処方 (prescribe) と管理 (administer)	<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルスアセスメント、薬物分類、適用、薬用量、禁忌、副作用についての教育、業務のスーパーバイズ、及び CNS の業務における臨床患者タイプの処方と治療的マネジメントを適する知識の適用の証拠を含む技能評価を含むカレッジ、大学、大学ヘルスケア組織による 30 時間以上の公式的な学習を修了。 ・Minnesota Nurse Association と Minnesota Medical Association により規定されたスタンダードに基づく。 ・医師との契約書をもつ。 ・CNS としての業務内で、契約書の範囲内。
	certified nurse practitioner (CNP)	薬物と治療器具の処方 (prescribe) と管理 (administer)	<ul style="list-style-type: none"> ・Minnesota Nurse Association と Minnesota Medical Association により規定されたスタンダードに基づく。 ・医師との契約書をもつ。 ・CNP としての業務内で、契約書の範囲内。

	certified nurse-midwife (CNM)	薬物と治療器具の処方 (prescribe) と管理 (administer)	<ul style="list-style-type: none"> ・CNM としての業務内。
	certified registered nurse anesthetist (CRNA)	薬物と治療器具の処方 (prescribe) と管理 (administer)	<ul style="list-style-type: none"> ・Minnesota Nurse Association と Minnesota Medical Association により規定されたスタンダードに基づく。 ・医師との契約書をもつ。 ・CRNA としての業務内で、契約書の範囲内。
ニューヨーク州	nurse practitioner (NP)	<p>病気や身体状況の診断及び治療手段の実施</p> <p>薬物、器材、免疫剤の処方 (prescribe)</p> <p>非患者特定の免疫管理及びアナフィラキシーの緊急治療に関する RN 対する処方計画の処方 (prescribe) と指図 (order)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な薬理学コースを含むプログラム、または局長規則に規定された同等のプログラムを修了していること、及び処方権限を有することについて、教育局から認定を受けている。 ・業務契約書及び業務プロトコールに従う。
	midwife	<p>限定対象、薬物、免疫剤、診断的検査、器材の処方 (prescribe) と管理 (administer)</p> <p>laboratory テストの指図 (order)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬理学要素を含むプログラムを修了している、またはそれと同等であることについて、教育局から認定を受けている。 ・midwifery としての業務内、業務契約書の範囲内。

表 IV-6-20：カリフォルニア州における NP の教育カリキュラム要件

(d)カリキュラム

- (1)プログラムには、修了生が、ケア対象者に対してプライマリヘルスケアを提供するために必要な全ての理論的、臨床的指導が含まれるものとする。
- (2)プログラム要件を満たしていることに対して履修単位を与える目的で、プログラムにおいて、プライマリヘルスケアにおける過去の教育及び／または経験についての評価が行なわれるものとする。
- (3)専門領域での実践トレーニングは、現れている兆候の発見やコントロールのためのみならず、疾病の進行の可能性を最小化するためにも十分に広範囲にわたるものとする。
- (4)カリキュラム、コースの内容、指導方法、及び臨床経験のための計画は、全教員が協働して定めるものとする。
- (5)カリキュラム、コースの内容、指導方法、及び臨床経験は、プログラムの理念と目標に則しているものとする。
- (6)学生のプログラムへの登録に先立ち、あらゆる学習内容の概要と詳細が書面で公開されるものとする。
- (7)プログラムはフルタイムでもパートタイムでもよいが、1セメスターにつき 30 単位（1クォーターにつき 45 単位）以上で構成され、理論と監督下での臨床実践（supervised clinical practice）を含むものとする。
- (8)指導コースは、以下の方法に従って計算されるものとする。
 - (A)1セメスターまたはクォーターを通して、毎週1時間行なわれる理論的指導は、1単位に相当。
 - (B)1セメスターまたはクォーターを通して、毎週3時間行なわれる臨床実践は、1単位に相当。
 - (C)1セメスターは 16～18 週に相当し、1クォーターは 10～12 週に相当。
- (9)監督下での臨床実践は、以下2つの段階で構成されるものとする。
 - (A)理論と平行し、学生は、患者との臨床の場において、関連スキルのデモンストレーションと監督下での実践が提供される。
 - (B)カリキュラムに規定された基本的な理論的知識の取得後に、学生は適切な臨床の場において監督下で経験を積み、指導を受けるものとする。
 - (C)プログラムの1セメスターにつき 12 単位以上、あるいは1クォーターにつき 18 単位以上は、臨床実践であるものとする。
- (10)臨床経験の期間及び場は、将来学生が行なう実践に本質的な診断や治療の手順の実施について、集中的に経験を積めるよう設定されるものとする。
- (11)プログラムでは、その責任において、学生の臨床的な指導と監督についての手配が行なわれるものとする。
- (12)カリキュラムには以下を含むが、これらに限定されない。
 - (A)正常な成長と発達
 - (B)病態生理学
 - (C)インタビューイングとコミュニケーションのスキル
 - (D)発達健康歴の作成、記録、及び保守
 - (E)包括的フィジカルイグザミネーション
 - (F)心理社会的アセスメント
 - (G)検査結果の解釈
 - (H)健康問題と発達問題を定義するためのアセスメントデータの評価
 - (I)薬理学
 - (J)栄養
 - (K)疾病マネジメント
 - (L)健康保持の原則
 - (M)地域資源のアセスメント
 - (N)救急処置の開始と提供
 - (O)Nurse Practitioner の役割開発
 - (P)advanced practice の法的意味合い
 - (Q)ヘルスケア・デリバリ・システム
- (13)大学機関外で行なわれたプログラムの指導コースは、大学機関で行われた指導コースと同等であることとする。

<California Code of Regulations: 1484>

③ 医療保険償還

Health Care Financing Administration を通して管理されている連邦ガイドラインでは、RN によるサービスへの保険償還を州のメディケイドに求めているが、APRN のサービスに対する直接的な保険償還を認めていない州もある。また、メディケイドによる保険償還については、医師が受け取る保険償還の 50～100%ではあるが、APRN が医師と同等の支払いを受けている州もある。民間医療保険については、APRN によるプライマリケアに対する償還が保証されている州もある。APRN はメディケイドマネジドケアの元で、ゲートキーパーとして役立っているが、殆どの州でマネジドケアにおいて APRN によるサービスへの患者の直接的アクセスを法律で規定してはいない。従って、APRN が個人で開業することは資金面では容易ではない。

表 IV-6-21: advanced practice に対する承認及び保険償還

州	メディケイド		ブルークロス/ ブルーシールド	民間保険償還法
	法令	規則		
カリフォルニア州	無し	無し	NA	MW、PMHS、
ミネソタ州	無し	NP	CRNA	CNS、CNP、CNM、 CRNA
ニューヨーク州	NP、MW (LPN、RN)	NP	無し*	NM、RN

* BC/BS を含む全ての保険会社は、そのプランでカバーされたナースのサービスに対して保険償還を受けるために、グループプランに対して利用できるオプションを要求される。

ANA Analysis and Comparison Chart-Analysis and Comparison of Advanced Practice Recognition with Medicaid Reimbursement and Insurance Reimbursement Laws 2000 Chart:

<http://www.nursingworld.org/gova/charts/medicaid.htm>

6) 看護の役割の現状と課題

アメリカ合衆国においては、各州における各資格の法規定に基づいて看護業務が行われている。特に、看護の基本資格を基盤としてさらなる教育、経験を積み、技能を磨いたスペシャリストである APRN は、薬物や器具の処方権限をもち、医師の指示下というよりは、むしろ医師と協働して実践を行っている。また、カリフォルニア州においては、看護における教育、経験、及び技能に基づく役割の違い (California's Framework for Competency-based Role Differentiation in Nursing) が検討され、LVN、RN、及び APN のそれぞれの資格ごとに、その初心者 (novice) からエキスパートまでの役割機能を示している。アメリカ合衆国においては、「看護実践の

範囲全体のうちのどの程度までに個々の看護師が従事するかは、それぞれの受けた教育、経験、役割、それぞれがサービスする対象集団の特性、によって決まる。」(ANA, 1995/1998, p.14) ののである。以上のような看護の現状から、看護の基本資格やスペシャリスト資格などに応じた看護の役割を明確化する必要性が示唆された。

参考文献

- 1) American Nurses Association (1995) / 小玉香津子 (1998). 看護はいま: ANA の社会政策声明. 日本看護協会出版会.
- 2) American Nurses Association (2000). ANA Analysis and Comparison Chart - Analysis and Comparison of Advanced Practice Recognition with Medicaid Reimbursement and Insurance Reimbursement Laws 2000 Chart. (<http://www.nursingworld.org/gova/charts/medicaid.htm>)
- 3) California State. Business and Professions Code of California. (<http://www.rn.ca.gov/>)
- 4) California State. California Code of Regulations. (<http://www.rn.ca.gov/>)
Central Intelligence Agency (2002). The World Factbook-United States. (<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/us.html>)
- 5) Fox, S., Walker, P., & Bream, T. (1999). California's Framework for Competency-based Role Differentiation in Nursing. California Strategic Planning Committee for Nursing Colleagues in Caring.
- 6) Minnesota State. Minnesota Statutes. (<http://www.revisor.leg.state.mn.us/stats/>)
- 7) Minnesota State. Minnesota Rules. (<http://www.revisor.leg.state.mn.us/arule/>)
- 8) National Center for Health Statistics (2002). NCHS-FASTATS-health expenditures. (<http://www.cdc.gov/nchs/factstats/hexpense.htm>)
- 9) National Council of State Board of Nursing (2002). Proposed Revision to the Uniform Advanced Practice Registered Nurse Licensure/Authority To Practice Requirements. National Council Inc.
- 10) New York State Assembly (2002). New York State Consolidated Law-Education. (<http://assembly.state.ny.us/leg/?cl=30&a=131>)
- 11) U.S. Census Bureau (2002). Health Insurance Detailed Table: 2000. (<http://www.census.gov/hhes/hlthins/hltion00/dtable1.html>)
- 12) U.S. Department of Labor (2002). Occupational Outlook Handbook 2002-03 Edition. (<http://www.bls.gov/oco/>)
- 13) 週刊社会保障編集部編 (2000). 欧米諸国の医療保障 (第7版). 法研.

IV 結果

7. 大韓民国

7. 大韓民国

1) 保健医療の概要

(1) 基礎データ

人口は約 4650 万人である。大韓民国（以下、韓国）の保健医療環境には、出生率と死亡率の急激な低下および人口の都市集中が大きな影響を与えている。

1960 年代から人口増加抑制による人口政策を推進した結果、80 年代半ばから低出産国となった。出生率は 1970 年は 32.1 であったが、85 年には 16.4 と急激に低下し、2000 年は 15.0 となった。平均寿命は、1970 年男子が 59.8 歳、女子が 66.7 歳であったが、85 年には男子 64.9 歳、女子 73.3 歳、2000 年には男子 71.0 歳、女子 78.6 歳となった。結果、人口構造に大きな変化をもたらし、65 歳以上人口割合は、1970 年が 3.1 であったが、85 年には 4.3、2000 年 7.1、2010 年 10.1 と推計され、高齢者人口の増加によって新たな対策が必要となってきた。経済発展による産業化・都市化により、人口の都市集中率は 1970 年 41.2%、90 年には 74.4% におよび、都市と地方との保健医療資源の格差の是正が課題となっている。

表 IV-7-1 韓国の基礎データ

項目	単位	データ(1999年)	データソース
人口	人	46,480,000	WHO
60歳以上の人口比率	%	10.2	WHO
人口増加率(90-99')	%	0.9	WHO
出生率	人口千対	15	UNICEF
死亡率	人口千対	6	UNICEF
*5歳以下の死亡率	人口千対	1.7(98)	R. O. K. MHSW
*乳児死亡率	出生千対	7.7(96)	R. O. K. MHSW
平均寿命	年	74.39 (98)	R. O. K. MHSW
男性	年	70.56 (98)	R. O. K. MHSW
女性	年	78.12 (98)	R. O. K. MHSW
年間の総医療支出 (国民医療費)	U S \$		
医療費の対 GDP 比	%	6.7	WHO

WHO: The World Health Report 2000

UNICEF: The State of The World Children 2001

Yearbook of Health and Welfare Statistics 1999, Ministry of Health and Social Welfare, R.O.K.

乳幼児死亡率、乳児死亡率については資料により値に違いがあるが、韓国の保健福祉統計年報 1999 (Yearbook of Health and Welfare Statistics 1999, Ministry of Health and Social Welfare, R.O.K.) によると、5 歳以下の死亡率は 1.7 (人口千対)、乳児死亡率 7.7 (出生千対) である。統計の基準年度や算出方法による誤差と出生後 2~3 ヶ月までの死亡の申告漏れが多数あり、実際は乳児死亡率 8.5 程度であろうと推定しているものもある。表には UNICEF、WHO、R.O.K. MHSW によるデータを示す。

(2) 保健医療関連職種

韓国の医療法でいう(保健)医療関連職種とは、『医療人』とされ、医師、歯科医師、韓医師、助産師と看護師を指す(表 IV-7-2)。

医師とは日本の一般医であり、韓医師は漢方薬、針、灸、マッサージ等を用いて治療する医師である。韓医師は韓方病院あるいは韓診療所に勤務している。専門医制度があり、医師の免許を持ち保健福祉部長官が指定する研修病院または機関でインターン 1 年(家庭医学科を除く)とレジデント 4 年(家庭医学科、結核科、予防医学科は 3 年)の課程を履修後、大韓医師協会が施行する専門医資格試験に合格した者が保健福祉部長官から認定される。1996 年には、内科や外科、小児科等 26 科の専門科目に 34,773 人が登録されており、全医師の 59% を占めている。

看護師は、医療機関の医療関連職種の中で最も不足している現状がある。早期退職者が多く、免許所得者の約 60% の就業率と推定されている。退職理由は、家族状況や出産育児が上がっている(1997 年韓国臨床看護協会調査)。看護師は免許取得後、経験と規定の教育を受けて後述するように助産師免許取得や専門看護師の資格認定を受けることができる。

日本の看護助手にあたる看護助務士については、医療法に規定があり「看護業務と患者診療の補助を行う者」で、高校を卒業した者で指定教育機関で 9 ヶ月から 12 ヶ月の教育を受けた後、道知事の認定を受けた者、とされている。1997 年の看護助務士数は、207,484 人(看護助務士 1 人あたり人口は 223 人)である。

医療法の医療人には入っていないが、薬事法に規定されている薬師および韓薬師は、広い意味で医療関連職種と言えるだろう。薬師は、大学の薬学を専攻し卒業し、薬学士の学位を持ち、薬師国家試験に合格した者に、保健福祉部長官が免許を交付する。韓薬師は、大学で大統領令が定める韓薬関連科目を履修し卒業した者で学士学位を持ち、韓薬師国家試験に合格した者に対し、保健福祉部長官から免許が交付される。ともに名称独占の規定がある。

その他、医療技士として①臨床病理士 ②放射線技師 ③理学療法士 ④作業療法士 ⑤歯科技工士 ⑥歯科衛生士 ⑦診療録管理士 ⑧眼鏡士 ⑨救急救助士がある。

表IV-7-2 韓国の保健医療関連職種

職種	数	対人口比 医療従事者 1人当たりの 人口数	資格のタイプ (免許・認定・登録)	ライセンス取得方法 (教育)	資格が規定さ れている法律	法律で規定されている役割・業務	業務 独占	名称 独占	権限の範囲(どの範囲まで独自の判断、行動が可能か)		
									医師との関係/指示の 要否(法律上)	医師との関係/指示の 要否(実際)	
医師	68,204人 (2000年)	644人 (1997年)	国家試験 免許(保健福祉部長官 が交付) 登録	医学を専攻する大学(6年) を卒業し、医学士の学位を 受けたもので医師国家試 験の合格者	医療法第5条	医療及び保健指導に従事するこ とを任務とする (医療法第2条)	○	○			
韓医師	10,706人 (2000年)	4,982人 (1997年)	国家試験 免許(保健福祉部長官 が交付) 登録	韓方医学を専攻する大学 を卒業し、韓医学士の学位 を持つもので韓医師国家 試験の合格者	医療法第5条	韓方医療及び韓方保健指導に従 事することを任務とする (医療法第2条)	○	○			
歯科医師	16,878人 (2000年)	3,007人 (1997年)	国家試験 免許(保健福祉部長官 が交付) 登録	歯科医学を専攻する大学 を卒業し、歯科医学士の学 位を持つもので歯科医師 国家試験の合格者	医療法第5条	歯科医療及び口腔保健指導に従 事することを任務とする (医療法第2条)	○	○			
看護師	133,920人 (1997年)	345人 (1997年)	国家試験 免許(保健福祉部長官 が交付) 登録	看護学を専攻する大学(4 年)または専門大学(3年) を卒業したもので看護師 国家試験の合格者	医療法第7条	傷病者又は出産婦の療養上の看 護又は診療の補助及び大統領令 で定めている保健活動に従事す ることを任務とする (医療法第2条)	○	○	医師による診療の補助	保清、退院計画・退院指 導は医師の指示は不要、 その他多くの業務にお いては医師の指導を要 す	
助産婦	8,516人 (1997年)	5235人 (1997年)	国家試験 免許(保健福祉部長官 が交付) 登録	看護師の免許を持ち保健 福祉部長官が認定する医 療機関で1年間の課程を修 了した者で助産師国家試 験の合格者	医療法第6条	助産及び妊婦・出産婦・産褥婦及 び新生児に対する保健及び養護 指導に従事することを任務とす る (医療法第2条)	○	○	周産期全般において助 産師の力量の範囲内 は医師の指示は不要、 助産師の力量を超える 場合は、医師の指示を要 す		
参考) 小学校教諭	138,369人 (1995年)		国家試験	教育大学(すべて国立)で 4年の課程を修了後、国家 試験に合格した者	教育基本法						

* 保健福祉部長官が認定した外国において医師・歯科医師・韓医師・助産師・看護師の免許を取得した者で、韓国の該当の国家試験に合格したものに對しても免許が交付される

表Ⅳ-7-3 医療関連職者の登録数の推移 海外移住者を含む (人)

年	医師	韓医師	歯科医師	助産師	看護師
1975	16,800	2,788	2,595	3,773	23,632
1980	22,564	3,015	3,620	4,833	40,373
1985	29,596	3,789	5,436	6,247	59,104
1990	42,554	5,792	9,619	7,673	89,032
1995	57,188	8,714	13,681	8,352	120,415
1999	68,204	10,706	15,383 (1997年)	8,516 (1997年)	133,920 (1997年)

出典：保健福祉統計年報 第43号：保健福祉部,1997. Seoul Korea. (1975-1995値)

THE INTERNATIONAL NURSING FOUNDATION OF JAPAN(2000) 10 korea NURSING IN THE WORLD 4th Ed. (1997値)

韓国医療事情 (財)海外邦人医療基金 2001年 (1999値)

2) 保健医療システム

(1) 保健医療システムの概要

韓国の医療の担い手は、国公立よりも私立病院・私立診療所である。私立医療機関の割合は92.6%であり、総病床は87.4%を占める。しかし私立病院や私立診療所は都市に集中しており、地方との医療資源の格差が大きい。

表Ⅳ-7-4 市・郡部別医療機関数・病床数 (1996年)

	医療機関数	比率(%)	病床数	比率(%)
計	31,173	100.0	209,303	100.0
市部	28,437	91.2	189,951	90.8
郡部	2,736	8.8	19,352	9.2

注：医療機関には総合病院、病院、韓方病院、精神病院、結核病院、ハンセン病院、歯科病院、診療所を含む

出典：保健福祉統計年報 第43号：保健福祉部,1997. Seoul Korea

地方レベルの保健医療事業は、保健所法によって大統領が定める基準によって地方自治体の条例で設置される医療機関である保健所を中心に、保健支所、保健診療所が担っている。病院が無い郡地域の診療機能を補強するため保健所に20～40床の入院施設を確保し、内科、外科、婦人科、小児科、歯科を設置している。保健所には医師（一般医・公衆衛生医）、歯科医師、薬剤師、放射線技師、臨床病理士、看護師、公衆衛生ワーカー等が配置されている。保健支所は、無医地域をなくすため面（下部行政単位）ごとに設置している施設である。保健診療所は、無医地域であり、医療施設までの交通手段が30分以上、人口500人以上の地域（島部地域においては300人以上5,000人未満）に設置されている。保健支所のスタッフは医師、歯科医師、歯科衛

生士、看護助務士、ワーカーからなり、保健診療所においては保健診療員と村落のワーカーのみが配置されている。保健診療員は、看護師または助産師の資格を持ち3年間の実務経験があり保健福祉部長官が実施する24週間の教育を受けた者で、該当郡長が地方公務員として採用している。無医地域において住民の保健医療面に果たす保健診療員の貢献度は大きい。

表Ⅳ-7-5 保健所・保健支所・保健診療所数の推移

年	保健所	保健支所	保健診療所
1980	214	1,321	—
1985	225	1,303	1,640
1990	260	1,318	2,038
1995	238	1,327	2,039
1999	242	1,271	1,911

出典：保健福祉統計年報 第43号：保健福祉部,1997. Seoul Korea (1975-1995)

(2) 医療サービスの特徴

①医療機関の種類と役割

韓国の医療機関とは、総合病院・病院・歯科病院・韓方病院・療養病院・診療所・歯科診療所・韓診療所および助産院をいう(医療法第3条)。

2000年の病院および診療所総数は36,820施設であり、人口10万人あたりのベット数は552.7床である。病院・診療所の施設数および病床数は、10年前の約2倍に増加している。

韓国において、第一次医療は診療所(30床未満)が、第二次医療は一般病院(100床未満)と700床未満の総合病院が、第3次医療は総合病院(700床以上であり9診療科目以上を持ちかつ各科の専門医師が勤務している)と500床以上の大学病院が担うことになっている。1989年からは診療圏を設定し、医療機関の段階的な診療体制と移送・回送体制の確立を目指している。全国単位で指定された三次医療機関受診には、一次医療機関からの紹介状が必要である。紹介状なしで受診した場合には、診療費は全額自己負担となっている(ただし、家庭医学科、リハビリテーション科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科については紹介状なしで受診可)。

奥地や僻地等民間の医療機関が開設しつづける地域では、第一次医療を提供するために、保健診療所、保健所、保健支所等を設置・運営している。保健所、保健支所には、国防の義務である軍服務の代わりに3年間勤務する公衆衛生医(毎年1,000人づつ新規配置)を配置し、保健診療所には、特別法規定により教育課程を修習した看護職を配置し、公共医療保健サービスとしている。

②救急医療サービス

救急医療体制は、1991年から本格的に構築されはじめ、94年救急医療に対する法律が制定され、翌年から開始された。また、救急患者の救急処置へ

の対応のため、救急救助士制度を設けている。1級救助士は、専門大学で養成され、2級救助士は、国立医療院等の養成機関で養成されている。島部地域の急病人搬送のためには、快速救急船を配置している。

③地域在宅医療サービス

在宅高齢者に対するサービスの促進のため、在宅の要介護高齢者に対し、看病や食事、入浴等のサービスを提供する「家庭奉仕員派遣センター」を74ヶ所から135箇所、デイケアとショートステイ施設を57ヶ所から116ヶ所に拡充し、さらに2003年までには、これらの施設を市・郡・区に1ヶ所ずつ設置の予定である。

慢性疾患等で医療的な処置を必要とする在宅療養者には、家庭専門看護師が医師の依頼を受けて訪問看護を行っている。

(3) 医療保険および介護保険の仕組み

①医療保険制度

韓国における保健医療保障システムは、中央政府の財政支援を得て地方政府が運営する貧困者に対する医療扶助と、保険料の納入が可能な者に対する健康保険（旧医療保険）の2つの制度からなる。後者は、1977年に医療保険制度（日本の健康保険組合がモデル）を導入し、1989年に国民皆保険が完全実施となった。その後数回の改革が行なわれ、2000年に各種医療保険を統合し、国民健康保険制度が開始した。

保険料は、職場保険では勤労所得の平均3.75%（労使が折半）、公務員・私学教職員保険は勤労所得の5.6%（労使が折半）、地域保険では所得と財産に比例して賦課となっている。

保険給付の種類は、療養給付、分娩給付、健康診断等である。外来診療費の自己負担は診察料の全額と診療費の一部（総合病院55%、病院40%、診療所30%）、入院の場合は診断費の20%であり、外来診療の自己負担が高い。

医療保険財政は、高齢者医療費の増加、保険適応範囲の拡大、医薬分業の実施が医療費抑制に結びつかなかったこと等から、2001年の赤字額は約4000億円と予測されている。今後の対策として現在、①参照価格制度の導入、②DRG-PPSの拡大、③代替調剤の促進などが検討されている。

②介護保険制度

介護保険制度はない。

3) 保健医療政策の優先課題

高齢者人口の増加は疾病構造の変化をもたらし、死因原因の上位を脳血管障害、がん、心疾患、糖尿病の習慣成人病が占めるようになった。医学・医療技術の進歩と医療保険の普及は国民の医療需要を質的、量的に変化させている。これに対応するため、①高齢者に対する保健事業 ②精神保健事業 ③訪問保健事業 ④各種健康教育事業 ⑤専門医制度の確立 ⑥病院と診

療所の機能分化 ⑦医療機関の適正配置 ⑧救急体制の整備 ⑨健康保険財政安定対策と医療保護の拡大 ⑩医薬分業の定着対策等の医療制度の改善と事業政策を推進している。

4) 看護教育制度

(1) 基礎看護教育

韓国の看護教育は 1950 年代に、主にアメリカの影響を受けて、急激に発展した。1955 年には 4 年制大学に最初の看護課程が開設し、1962 年には看護高等技術学校が初級大学レベルの看護学校に昇格し、その後看護専門学校(2 年制)、看護専門大学(3 年制)、専門大学(3 年制—日本の短期大学に相当)へと改称等を経て、現在は 3 年制専門大学と 4 年制大学(看護学部または医学部看護学科)が看護教育機関となっている。4 年制大学への移行は日本より早く、1960 年代から始まっている。2000 年の看護教育機関数は 4 年制大学が 50 校、3 年制専門大学が 61 校の総計 111 機関である。同年の卒業者総数は 10,385 人、うち 4 年制大学卒業生割合は 17.4% である。

表 IV-7-6 韓国の看護師制度

看護の基本資格 (Basic/General)			
資格の種類		Registered Nurse 看護師	
看護教育	入学資格	高校卒業	
	教育期間/機関	大学 4 年 専門大学 3 年	
	資格取得のための教育プログラムの認定機関	保健福祉部 教育部	
	根拠法	医療法/保健福祉部令・教育基本法	
	実習中の活動範囲	(看護学を専攻する学生は)保健福祉部令が定める範囲内において医療行為をすることができる(医療法第 25 条① 3)	
ライセンス	資格のタイプ(免許、認定等)		免許
	資格試験の有無		国家試験有り
	資格の発行機関・認定機関		保健福祉部
	登録機関		保健福祉部
	更新制度	有無 更新機関 方法基準	無しただし年 12 時間の補修教育を受けることを義務とする
	根拠法、制度的裏付け		医療法
	資格の法的な定義		看護師になろうとする者は…(中略)看護師国家試験に合格したあと保健福祉部長官の免許を受けなければならない。(医療法第 7 条)
	法律上の業務制限		傷病者または産婦の療養上の看護または診療の補助及び大統領令で定めている保健活動に従事することを任務とする(医療法第 2 条)者
特記事項			

看護師免許が、国家試験による看護師免許取得制度に一本化されたのは1962年の医療法の改定からである。それ以前は、看護学校卒業者とその他高校卒業後、見習看護補助員として就業していた者の中で、資格検定試験合格者にも与えられていた。

(2) 大学院教育

表 IV-7-7 韓国の看護教育機関と定員および年間卒業者数 (2000年)

	学校数	比率%	学生総数	比率%	卒業者数	比率%
大学(4年制)	50	45.0	9,400	25.8	1,809	17.4
専門大学(3年制)	61	55.0	27,059	74.2	8,576	82.6
総計	111	100.0	36,459	100.0	10,385	100.0

出典：H12年度看護政策立案のための基盤整備推進事業報告書 日本看護協会 2001.

1960年に看護分野における最初の大学院修士課程が、1978年に博士課程が開設された。韓国では臨床での勤務を続けながら大学院課程を履修することができる。修士課程履修者の現職は約70%が病院等の臨床、15%が看護教育機関であった、との調査結果がある。また、病院・診療所に勤務する看護師全体の30%が修士課程修了者であり、10%が博士課程修了者とのデータがある。臨床での実務を中断することなく、専門性の高い教育と研究活動を可能とする背景には、本人の努力はもとより、臨床側と大学側双方の関係者の支援や工夫、努力があつてのことであろう。実務と研究が両立できる環境は、進学意欲や看護の質の向上につながるなど、そのメリットは大きいと考える。

表 IV-7-8 韓国の大学院数と修了者累計 (2000年)

	学校数	修了者累計
修士課程	31校	2,026人
博士課程	15校	438人

出典：H12年度看護政策立案のための基盤整備推進事業報告書 日本看護協会 2001.

(3) 専門看護師

助産師は、看護師免許取得後、保健福祉部長官が認定する医療機関で1年間助産の修習課程をおえ、助産師国家試験に合格した者が保健福祉部長官から免許を与えられる。(表 IV-7-9)

助産師以外の専門看護師には、二つのタイプがある。ひとつは、法的に認められているものであり、もうひとつは、職能団体等によって認めているものである。

法的(医療法)に認定されている専門看護師は、2002年3月現在、保健

表 IV-7-9 助産師の教育制度

資格の種類		Midwife 助産師
看護教育	前提要件	看護師免許取得
	教育機関 期間	保健福祉部長官が認定する医療機関 1年の助産の修習課程をおえる
	教育プログラムの 認定機関	保健福祉部
	根拠法	医療法
ライセンス	資格のタイプ	免許
	資格試験の有無	有り（国家試験）
	申請要件	保健福祉部長官が認定する医療機関で1年助産の修習課程をおえ、助産師国家試験に合格した者 保健福祉部長官が認定する外国の助産師の免許を受けた者 で韓国の助産師国家試験の合格した者
	免許発行／認定	保健福祉部
	登録機関	保健福祉部
	更新制度 有無 実施 方法 基準	無し
根拠法	医療法／保健福祉部令	
法的に基礎資格と 業務範囲が異なる か	異なる。 助産院を開業できる 自身が助産した助産師は出生・死亡または死産の証明書を 交付することができる 業務にかかわる薬剤については処方ができる	
備考	周産期に関係した業務について裁量権が大きい (業務は正常分娩に限定されていない)	

専門看護師 (Public health Nurse)、麻酔専門看護師 (Nurse Anesthetist)、家庭専門看護師 (Home Care Nurse)、精神専門看護師 (Mental Health Nurse)、感染管理専門看護師 (Infection Control Nurse)、救急専門看護師 (Emergency Nurse)、老年専門看護師 (Geriatric Nurse)、産業保健師 (Occupational Health nurse) の 8 種である。(表 IV-7-10)

保健専門看護師は、看護大学を卒業した者はすぐに認定試験を受けることができる。3年制の専門大学卒業者は、保健大学院あるいは保健福祉部長官が認める機関で1年以上保健看護課程を履修し、認定試験を受けることができる。

麻酔専門看護師は、看護師としての実務経験後、麻酔科専門医の教育病院に指定された総合病院または保健福祉部長官の認めた病院で1年以上の麻酔看護課程を履修後、認定試験を受けることができる。

他の専門看護師の資格取得についてもほぼ同様で、看護師として該当専門分野で3年以上の臨床経験があること、大学院またはその水準に準ずる専門

看護師課程を履修後、専門看護師認定試験に合格することが条件となる。認定後は、毎年規定の補習を受講し、更新手続きを要する。

このように、専門看護師が法・制度的に定着したのは、韓国看護協会が、特別委員会を設置し、国内の現状と今後の看護のあり方、専門看護師の種類や資格・教育課程等の研究を推進し、保健福祉部に提言し続けてきた結果である。韓国看護協会では、さらにホスピスケア専門看護師など幾つかの専門看護師の法的認可を要望している。

医療法以外にも、農漁村医療特別法によって認可されている僻地で保健診療所（Community Health Center）を運営している保健診療員（CHP: Community Health Practitioner）、精神保健法で認めている精神保健専門要員のひとつとして精神保健看護師がある。保健診療員については前述した。精神保健看護師は、看護師免許取得者が、1年間の精神保健専門教育課程を修了後、保健福祉部長官から資格認定をうけてなるもので、その業務範囲や資格等については法的に定められている。具体的には、地域社会の中で、精神疾患患者の社会復帰施設を開設運営するなど多様な活動をしている。

法・制度的に認められていない専門看護師としては、看護職能団体や看護関連学会、病院等で認定しているもので、がん看護、糖尿病看護、創傷ケア、ストーマケアなどがある。また、海外（主にアメリカ）において、がん専門看護師やリハビリ専門看護師など国際的に認められた専門資格を取得した者もある。

5) 看護業務の現状と課題

韓国の看護師の業務は、医療法において「看護師は傷病者または産婦の療養上の看護または診療の補助および大統領令が定める保健活動に従事することを任務とする（医療法第2条第5項）」と規定している。施設内における看護業務の現状は、今回調査項目とした多くが医師の業務あるいは医師の指示によって看護師が行うものであった。看護師が単独で判断・決定・実行する項目は、「保清」に関する業務と「退院計画と退院指導」であった。

専門看護師および無医地域の保健診療所の保健診療員においては、限られた範囲内で、薬剤の処方ができる等、看護師よりも業務が拡大されている。

助産師の業務においては、以前はわが国の助産師同様「正常な・・・」という業務の制限が医療法に規定されていた。その後の改正で、現在は、「助産師は、助産及び妊婦・出産婦・産褥婦および新生児に対する保健及び養護指導に従事することを任務とする（医療法2条第4項）」となり、助産師の力量により業務の範囲が拡大し、双胎、骨盤位等の異常分娩についても扱うことが可能となった。また、周産期にかかわる範囲においては薬剤の処方が認められている。

1992年（91年公布、92年実施）の医療法改正により、従来からの名称であった「看護員」は「看護師」へ変更となった。（同時に、助産員は助産師

に、看護補助員は看護助務士に名称変更) この名称変更について、金は、「看護員という技能職から看護師という専門職への変化」であり、「看護学の専門化および看護技術の進歩の反映」であるとし、「名称変更前は、医師の指示に従うだけの看護が多く、自らの専門性を生かした直接的な看護は比較的少なかった。そのため医師との関係においても、相互協調とはいえない状況があった。しかし、現在は相互協調の関係に向かっている。」と名称変更が看護の専門性への期待によるもの、医師と看護師との関係改善につながっていると述べている。

看護師への名称変更や専門看護師が法・制度的に認可され、その種類が増えつつあることは、韓国の保健医療において、看護師の役割の重要性が増し、業務のあり方が専門的かつ拡大へ向かっていると考えられる。