

## 韓国でのターミナルケア教育の現状と方向性 - 在宅ケア、ホスピスケアをふまえて -

小林 祐子 柳原 清子<sup>1)</sup> 清水みどり

新潟青陵大学看護学科

1) 新潟大学医学部保健学科

### The present state and the orientation of the terminal care training in Korea

: Taking home care and hospice care into consideration

Yuko Kobayashi Kiyoko Yanagihara<sup>1)</sup> Midori Shimizu

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSINGS

1) NIIGATA UNIVERSITY SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

#### Abstract

This is a study on the current conditions of terminal care education, home care, and hospice in Korea.

Only one college, which has a nursing program, provides hospice education in Korea. This education focuses on nurses who are currently working to advance their careers, since the skills in providing care like symptom management are needed among the medical staff. People in Korea have just begun to understand the concept of both hospice and home care.

Social aspects such as home care and the percentage of older people in Korea are very similar to the ones of the early 1980s in Japan.

The number of hospices has increased to 95 as of the year 2005 in Korea. Right now, they are developing the medical technologies in hospice and palliative care as a result of The Hospice Model Project, which will further the education in terminal care into the future.

#### Key words

Korea, nursing education, terminal care education, home care, hospice care

#### 要 旨

本論は、韓国のターミナルケア教育の現状と、あわせて、在宅ケア、ホスピスの現状について調査し、まとめたものである。

韓国でのターミナルケア（ホスピスケア）の教育は、系統だったカリキュラムで教育を行っている看護系の大学は一校だけで（他は、成人看護学等の中で、1、2コマを使って、臨終のケアにふれているのみであり）むしろ臨床看護師への現任教育に力が入れられていた。この理由としては、韓国でのホスピスケアも在宅ケアもその概念の理解はまだ端緒についたばかりで、医療職に症状コントロール等の技術の普及が求められているからである。在宅ケアの状況や高齢化率など韓国の様相は、我が国の1980年代初頭と状況がよく似ていた。

2005年現在、韓国のホスピスは95ヶ所まで広がっており、「末期がん患者ホスピスモデル事業」を通して、ホスピス・緩和ケア管理体系の開発もされつつあり、今後ターミナルケア教育の拡大進展が予測される。

#### キーワード

韓国 看護教育 ターミナルケア教育 在宅ケア ホスピスケア

## はじめに

本研究の目的は、韓国のターミナルケア教育がどのように実施されているかを明らかにすることにある。その実際を知るために、2005年の春と夏に2度訪韓した。本論は、この2回の訪韓時に、大学（看護系、社会福祉系）の研究者および韓国カトリック大学看護学部のホスピス／緩和ケア研究所（WHOの委託を受けた機関）でうけた助言、ならびに、ホスピス施設見学を通して得た知見をまとめたものである。

言うまでもなく教育は、社会状況や社会のニーズに合わせてカリキュラムは変化していく。その意味で、ターミナルケア教育の背景となる、韓国の少子高齢化の社会状況や、ホスピスケアの現状、疾病構造、在宅ケアシステム、医療システム、把握することがベースとなる。したがって、韓国の医療と福祉の大枠をとらえながら、ターミナルケア教育について調査することとした。

さて、「なぜ韓国の調査をするのか」という疑問であるが、わが国のこれからのターミナルケア教育とくに終末期にある人々の理解を深めていくためには、置かれている現実状況や文化や風土をも加味した「死生観」の形成をうながしていくことが不可欠となる。韓国は、儒教文化をもち、2005年現在、高齢化率9.1%（統計庁）病院での死が全体の46.7%、残りは在宅死と「その他」である（統計庁「死亡原因統計年表」）。また、在宅ケアという概念も具体的サービスもまだなく、大病院志向が強いという点で、我が国の1980年代はじめと状況が似ている。一方で、少子問題もからんで、高齢化のスピードは日本以上に急速であり、介護保険制度開始のための準備や、ホスピスの増加など、社会保障や医療政策の変換期でもある。また、宗教人口は53.9%（対総人口）で、その内キリスト教徒は50.5%（プロテスタント36.8%、カトリック13.7%）、仏教は47%を占め（統計庁：韓国の社会指標）宗教背景はわが国と大きく異なっている。

韓国の今を知り、わが国と比較することは、死を取り巻く医療福祉状況や文化や風土が人々の「死生観」にどのように影響を与える

ものかを分析することにつながる。そのため基礎資料をまとめたのが本論である。

ここで、本論で使う用語について説明しておく。「ターミナルケア教育」とは、一般の「デス・エデュケーション（Death Education）死の準備教育」と呼ばれるような、幅広い対象者への「生きる意味を考え、生きる力を植え付けるために死をテーマにして思考する教育」とは異なり、保健医療福祉専門職のための教育で、終末期にある人やその家族への専門的ケア教育をさしている。本論では同義語の「ホスピスケア教育」もあわせて用いていく。臨床的には現在、「ターミナルケア」という言葉よりはむしろ「ホスピスケア」「緩和ケア（Palliative care）」がよく使われる。この名称には理念と哲学が含まれており、また症状コントロール、スピリチュアルケア等のケアの方法論が表されていて、韓国では「ホスピスケア／パリアティブケア」が一般的だった。ただし、ややもすれば「ホスピスケア」「緩和ケア」は、がん患者等への「非常に専門性の高い医療的ケアである」という認識を生みやすい。教育を考える上では「老年者も含めた幅広い終末期にある人のケア教育、医療の中の死だけではない、生活の中での死の看取りを考える」という意味から「ターミナルケア教育」の言葉を用いることにした。

## ・韓国のターミナルケアに関連する医療福祉の状況

### 1. 韓国の死亡場所と高齢化率 - 我が国の1980年初めの似た状況

韓国における死亡場所は、2004年度資料（保健福祉部統計資料）では、病院死が46.7%であり、在宅が38.7%、その他が14.6%（この中には、D.O.A：医療機関に移送中死亡が9.3%が含まれる）であった（図1）。これは全国の数値であり、都市部では、病院死の割合が高くなっている。病院や在宅以外の「その他」の場所としては、韓国特有のものと考えられている「臨終の家」がある。これは宗教者による、身寄りのない者や精神障害者、浮浪者、アルコール依存症のような人々の看取りの場であり、また、宗教団体が行って

図1 韓国での病院死の割合

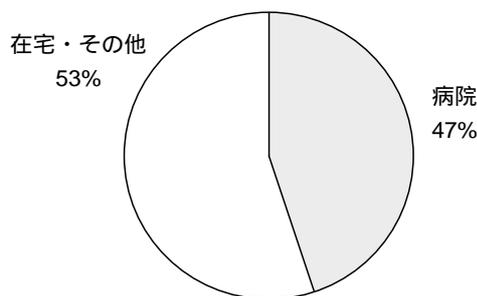
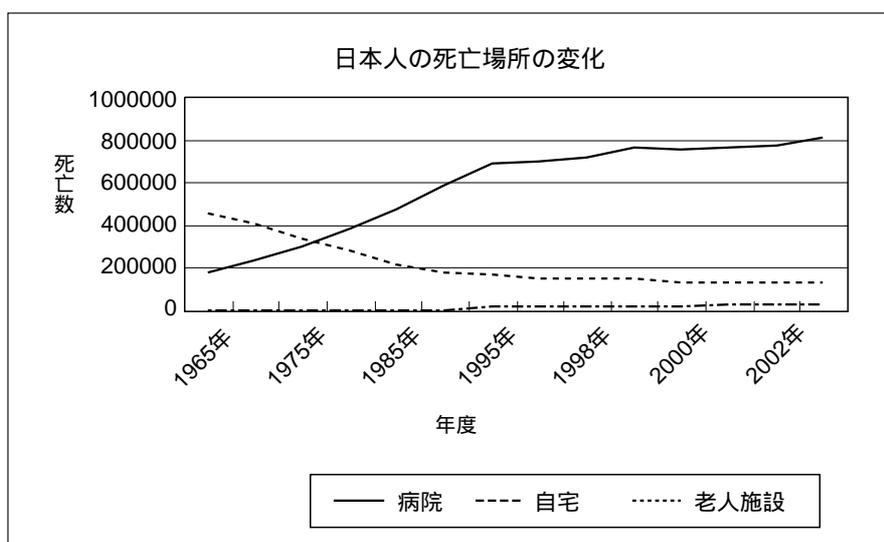


図2 日本人の死亡場所



る養老院でも人道主義から、老人の死期を世話している。(株元1996)

この病院死と在宅の割合で、病院死46.7%というのは、日本の1970年代後半と同様である(図2)。我が国の場合は、1965年(昭和40年)は、病院が24.6%、自宅が65%であり、それが逆転するのは、1970年代後半である。病院死と在宅死が50%になる70年代半ばは、日本の高齢化率が7%になった時でもあり、その後急激に高齢化速度が進展し、丁度過渡期にあっていた。一方、韓国もまた、高齢化のスピードは速く、2000年に高齢化率が7%を超え、2005年現在の高齢化率は9.1%(統計庁)となっている。

## 2. 韓国の在宅ケアシステムと家族介護

韓国は、1989年から医療皆保険制度が始まり、また全国民加入の年金制度が適応されたのが1995年と、社会保障や福祉に力が入れら

れたのは近年になってからである。したがって、韓国の高齢者政策(安弼濟.2005)は、老人問題は家族と老人自身の努力によって解決し、その後は民間団体(宗教ボランティア等)と地域社会の住民で努力するという、自助、互助が中心となっている(金美淑.2000)。

実際、高齢者のケアは儒教倫理に基づき家族がおこなうものとされ、民法974条で、扶養に対する義務が規定されている(金貞任.2003)。公的な福祉サービスは生活保護層または低所得層等の公的扶助層に限定されており、一般者を対象とした、在宅サービスというものはない。

また老人の入所施設は、2000年現在で、229ヶ所(定員1万3000人)で、2005年現在では、718ヶ所となっている。その内訳は、無料施設が518ヶ所(35,421名)で、一部実費施設が55ヶ所(2,773名)、有料老人施設が146ヶ

所(9,753名)となっており、老人総人口からの割合では高齢者の11.6%が施設に入所している現状にある(保健福祉部)。日本と比較した場合、日本は介護老人施設数10,592ヶ所(379,459名)で入所率は14.9%(2005年8月現在の統計)となっており、韓国は日本の十分の一以下のかかなり低い状況で、在宅サービスもない中で家族が全面的に介護している現状がここからも読みとれる。

この家族の責任で世話をするというのは、在宅の高齢者に限らず、病人に対しても同様の考えであり、入院した場合で、自分で身の回りのことができない重病者に対しては、家族が付き添う(もしくは、付き添い人を雇う)のが一般的である。

### 3. 韓国の地方(郡地域)における保健医療供給システム

韓国の医療保険の制度は、1977年から医療皆保険制度がスタートした。その詳細は、1977年に全国の500人以上の事業所に対する医療保険の導入が始まり、本格的な医療保険の時代が幕を開けた。1979年には公務員及び私学教職員を対象にするなど対象範囲が広がり、1988年農村部の自営業者に、翌1989年には都市部の自営業者に医療保険が導入され、医療保険の実施から12年で全国民を包括した医療保険が完成した。そして2000年に国民健康保険に統合されている。この医療保険による自己負担は、入院費において病院(保健所)が20%、総合専門病院30%で、外来受診の場合は50%、選択診療を受ける場合は55%から60%となっている(保健福祉部)。

一方、保健医療提供システムであるが、これは、都市部と地方部で大きく異なっている。都市部における医療供給事業は私立病院・私立診療所が担い、この私立医療機関の割合は、全国内医療機関の92.6%を占める。

一方、地方レベルの保健医療事業は、保健所を中心に保健支所、保健診療所が担っている。この保健所というのは、日本での公衆衛生行政を担う場とは性格はまったく異なり、地方の条例で設置されている20~40床の入院施設をもつ医療機関である。ここには医師(一般医・公衆衛生医=徴兵医師)・歯科医師・薬剤師・放射線技師・検査技師・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、無医地域をなくするために「面」ごとに配置している施設で、医師・歯科医師・歯科衛生士・看護助務士・公衆衛生ワーカー等が配置されている。

また、保健診療所というのは、無医地区であり、医療施設までの交通手段が30分以上かかり、人口500人以上の地域の施設である。ここには、保健診療員が配置されており、これは、看護師、助産師で6ヶ月の研修を受けたものと村落のワーカーが配置されている。(池田・2003)医療皆保険制度がスタートし、その結果医療の脆弱地域である郡部保健所の病院化事業が推進されて1988-1989年にわたって全国に15個の保健医療院が設立された(保健福祉部)。

### 4. 現在の韓国人の「死に方」についての意識 - 病院志向の増大

現在の韓国人は「死に方」について、どのように考えているのだろうか。わが国が、1970年代半ばから急速に病院死が増えて行ったように、韓国においても、在宅死から病院死が増えていくことは間違いはない。実際韓国は、1994年は在宅死が68.7%であり、病院死が20.0%であった。それが2004年には在宅死38.7%と急激に減少し、病院死が46.7%とここ10年間で約30%増なのである(統計庁)。この現象は次に述べるような、いくつかの要因があり、それが意識を変えていると考えられる。

要因の1つは、死因として、がんが増えており、それは医療技術の発達と、病院施設の拡張と相俟って、人々の病院志向を強めている。また地方から都市(とりわけソウル)への若者の流出が続き、核家族化が進んでいる。その中で、儒教儀礼の祭祀には、臨終者の臨終時と死後の祭祀において孝を尽くす男系の子孫の存在が絶対的に必要であったが(崔吉城・1992)家族形態の変化や、親族関係が弱化していることもあり、在宅で看取れなくなっている。その代替となる在宅サービスに関しては、現在の韓国の高齢者福祉は、救済的な措置サービスだけであり、往診・訪問看護・ホームヘルプ等の在宅サービスがない。したがって、在宅サービスを使って家で

療養するというイメージがつかないのである。

一方 高齢者の意識としては、子どもに迷惑はかけたくない。自分でできるうちはなるべく自分でして、できなくなったら子どもにまかせる、というものである。したがって「身体が弱れば、病院へ行く。そこで臨終を迎えることが、時代の流れ」という意識が高齢者にあり、医療にかかることができなかつた時代を経験した人にとって、病院は安心感なのである。また韓国では、親の子どもへの心理的依存度は高く、子どもはそのことを自覚しており、親を入院させ、看病することが孝行である（親を医者に診せないと世間から非難される）と考える。したがって良い病院へ入院させることの志向が強くなるのである。

実際 韓国の病院（入院）は家族が必ず付き添い、身の回りの世話をすべて行うのが原則である。したがって、「親しい人々に囲まれての最後」という願いは病院でも可能となるのである。現在、国民皆保険がなされており、入院費自己負担は医療費の20%～60%である。現在の高齢者を見る年代は、子どもの数の平均は4人であり、親の入院費負担は可能である。また 韓国の都市集中は著しいものがあり、都市住人はほとんどが集合住宅に住んでいる。集合住宅では葬儀ができず（朝倉・1988）したがって、病院附属の霊安室、葬儀場を利用する意味でも、病院に入院するのである。一方 地方の保健所（医療機関）はベッドが空いており、在宅サービスを代替するだけのゆとりはあるのである。

以上のような理由から、今後ますます病院死が増えていくことが予測される。

## ・韓国のホスピスの現状と歴史

### 1. 韓国ホスピスの変遷

近代ホスピスは、1967年にイギリスでセント・クリストファーホスピスが開設され、間もなくアメリカ、カナダなどの欧米諸国に広まった。日本では1972年に淀川キリスト教病院で、がん終末期患者に対するOCDP（Organized Care of Dying Patient）が始められ、

1981年、聖隷三方原病院の聖隷ホスピスが日本におけるホスピス第一号として開設された。その後のホスピス医療の制度化や社会的な緩和ケア認知の普及に伴い、緩和ケア病棟は増加の一途をたどり、2005年10月現在、151施設、2846病床が認可を受けている。一方、韓国のホスピスは2005年に95カ所存在している。今後、韓国も日本同様にホスピスは増加していく傾向が伺える。

韓国のホスピスの歴史は、先行調査より以下のような大まかに三期に分けることができる。

#### 1) 第一期 1960年代から70年代

韓国における最初のホスピス運動は、カトリックの宗教団体による奉仕活動としてのホスピスである。1965年、韓国東北部の江原道江陵に修道会「マリアの小さな姉妹会（Little Company of Mary）」のシスターがカルバリ医院を設立し、地域住民のための医療活動いわゆる在宅ホスピスを開始したのが韓国におけるホスピスの始まりとされている。（株本2001）

#### 2) 第二期 1980年代から90年代前半

この時期は、キリスト教系病院を中心としたホスピスの拡大と組織化が図られた時期である。1981年、韓国におけるホスピス・緩和医療の創始者であるKyug Shik Lee教授が、医療におけるホスピスの重要性を唱え、発展させるべき分野であると宣言した。これにより、韓国カトリック財団（Korean Catholic Society）が多くの病院において、ホスピス運動を開始していった。まず、81年にカトリック医科大学で医学、看護学の学生たちによる学生ホスピス運動が始められ、87年に付属の汝矣聖母病院と江南聖母病院にホスピス科が開設された。また、ホスピスとしては、88年には江南聖母病院にホスピス病棟10床が開設された。一方、プロテスタント系では88年に延世大学付属セブランス病院がんセンターで在宅ケアによるホスピスプログラムが開始され、92年には梨花女子大学看護学部内で在宅ケアを中心としたホスピス活動が始められた。（株本2001）

また、このような動きをうけて91年にプロ

テスト系「韓国ホスピス協会」、92年にカトリック系の「韓国カトリックホスピス協会」が組織されたことにより、宗教家による運動がホスピスの発展に大きな影響を及ぼしていった。

看護師の実務教育では、ナースを対象とした教育プログラムが1986年に梨花女子大学で開始され、その後多くのホスピスプログラムが続いていった。また、1995年にはWHOの委託を受けたホスピス緩和ケア研究所が韓国カトリック大学看護学部設立され、国内のホスピス専門看護師の育成が進められている。

株本の指摘するように医療機関におけるホスピス活動の拡大はホスピスの専門性を高めたと言えるが、宗教団体の運営する病院での活動が主流であったことからこの時期のホスピスは宗教による慈善や博愛の精神としての奉仕活動が多くを占めていた状況であった。また、社会保障制度の機能が十分でない社会状況の中で、この時期のホスピスケアの対象の多くは医療サービスを受けられない貧困層であったために、結果として一般には宗教的な恩恵を受けて死ぬ所だという固定観念を一部に生じさせることになった。(株本2001)

### 3) 第三期 90年代前半から現在

この時期は、宗教的背景をもたない病院に医療としてのホスピスや地域福祉としてのホスピスが登場してきたことが大きな特徴である。まず、1991年にソウル大学付属病院、93年に高麗大学付属九老病院、95年に同大学付属安岩病院で有志によるホスピス活動が始められた。これらのホスピス活動の中心はがん患者の治療を行う医師であったことが大きな特徴である。それは、社会背景として1989年の医療保険の皆保険に伴う国民の医療サービス利用率の増加が大きく影響している。死亡患者数に占めるがん患者の割合の増加、医療政策におけるプライマリケアの施行、世界的なホスピス運動なども大きな要因である。

また、ホスピス数の増加や医療者の意識の変化によってホスピスの大きな発展期へと至ったが、がん医療に関しては大きな課題があった。それは、株本の指摘しているようにホスピスケアが未だ医療保険の適用を受けてい

ないこと、一般社会においてホスピスが宗教的活動として捉えられていること、ホスピスに対する医療職自体の認識不足や積極的な医療技術の向上などであり、社会状況だけでなく医療者側の状況もあった。(株本2001)

そのため98年に宗派を超えた組織化も活発になり、98年には韓国ホスピス・緩和医療学会、2001年には韓国ホスピス協議会が設立された。医学や看護学においてホスピスの講義内容も僅かながら取り入れ始めてきた。

さらに、99年には慶尚南道金海市の総合社会福祉館に付設ホスピスセンターが開設され、地域福祉の領域におけるホスピスのモデルが誕生した。今後は、高齢化社会を迎える韓国での地域を含めたホスピスの動向が注目される。

ホスピス数は増加傾向にあり、2002年に約64カ所(医療機関40カ所、非医療機関24カ所)であったが、2005年には95ヶ所と増加している。ホスピスの主な形態は、総合病院のホスピス病棟設置型、病院内でのホスピス・チーム構成型、病院が主管する在宅(在宅)看護型、慈善団体の家庭ホスピス(自宅・病院にいる患者訪問)型の4つに分類できる。2005年現在の実施形態では、独立施設は5カ所、病棟型は12カ所で実施されている。家庭訪問型が16カ所、産業災害型が25カ所、個人クリニック型3カ所、その他が34ヶ所である。

## 2. ホスピス・緩和ケアの現状

韓国でのホスピスをめぐる重要な問題は、韓国ではホスピスケアに医療保険が適用されていないことである。財源の問題は深刻で、いくらホスピスケアや緩和ケアが行われてもそれが医療保険の適用対象とならなければ診療報酬は得られず、ホスピスを開設しても病院は経営面で困難を抱えることになる。非医療機関では約9割、医療機関では約7割の機関が寄付金や後援金を財源としている。そのため医師や看護師のホスピスケアや緩和ケアへの姿勢にも大きな影響を及ぼすと株本は指摘している。(株本2001)一方、日本では1990年に緩和ケア病棟入院料が定額制で定められ、2002年には専従の緩和ケアチームによるサービスに対する定額制の緩和ケア診療加

算も創設されており、財源の確保は日本のホスピスの発展に影響を及ぼしている。

また、前述のように韓国のホスピス活動の広がりには宗教の影響が強かったが、一般の人々や医療者、行政関係の多くがホスピスケアは宗教活動の一つとして理解している。(株本2001) 事実、カトリックや仏教などの宗教団体主導の下に展開されているのが現在の韓国のホスピスの中心である。また、病院中心のホスピスでも何らかの形で宗教や宗教者との関わりをもっており、わが国が宗教色を前面に出さずにいるホスピス医療の現状と大きく異なる。韓国では、ホスピスは医療サービスではなくキリスト教の社会福祉機関とみなされている。このような中でがん末期患者へのホスピスケアの普及を拡大するためには、国民のホスピスへの理解と医療、行政双方の関係者の理解を得て安定した財源を医療保険によって確保することが重要である。

また、ホスピスケアや緩和ケアにおける疼痛コントロールに対する誤解も問題点として挙げられる。Young S. Hongは、韓国の医師の多くは麻薬性鎮痛薬の使用による嗜癖(addiction)を恐れてその処方を増やすことを躊躇していると指摘している。2001年の韓国ホスピス・緩和ケア(Korean Society for Hospice and Palliative Care)の調査では、がん患者の7466名中、疼痛罹患率は52.2%であった。疼痛のある患者のうち61.2%がほとんど毎日苦痛を感じ、64%の患者は現在の疼痛コントロールに満足していないという実態があった。また、医師は痛みのある患者の35%に鎮痛薬を処方していなかったという報告がされている。

このように、韓国での末期がん患者の大多数は、何らかの痛みを抱えており、症状コントロールの中でも特に癌性疼痛コントロールが重要である。

### 3. ホスピスケアの発展

韓国のホスピスは、前述のように約20年間に大幅に増加してきたが、質的に大きな進歩がないと指摘されている。しかしながら、韓国におけるホスピスの制度化への動きに政府主導の取り組みが始められている。韓国政府

は、「末期がん患者ホスピスモデル事業」を立ち上げてモデル事業を通じ、韓国の実情に相応しいホスピス・緩和医療管理体系の開発を目的として取り組みはじめた。具体的には、2003年保健福祉部により2年間ホスピスのモデル事業を実施したのち、管理基準や所要費用など制度化に必要な標準を作成し、健康保険からの診療報酬を算定する計画が発表された。患者のQOLを高めるという目的とがん治療の医療費の節約を目指し、梨花女子大学の家庭ホスピスセンター、末期がん患者を自宅を訪問して介護する家庭型(梨花女子大学の家庭ホスピスセンター)、一般病院の病棟の一部をホスピス用として運営する病棟型(カトリック大学・江南聖母病院)、特定施設全体を末期がん患者用とする施設型(セムムルホスピス)など5ヵ所のホスピスが選定され、モデル事業が進行中である。ホスピスケアの制度化や疼痛コントロールのガイドラインの制定は、質的にも安定が確保される。また、国立がんセンターを教育機関に指定して、対象者別(医者、看護婦、社会福祉士、聖職者、ボランティアなど)にホスピス・緩和医療教育モデル開発及び従事者教育プログラムの開発が実施され、市民への啓蒙活動なども行われている。今後は、がん対策の一環としてホスピスケア、緩和ケアが医療保険の適用対象となる見込みが付き、がん終末期患者のQOLの向上が期待できるだろう。(株本2001)

さらに、2005年1月18日にソウルプレスセンターで開かれた「ホスピス・緩和医療制度化方案」に関するシンポジウムの発表によると国立がんセンターが2004年度に全国20歳以上1055人を対象に国内初めて実施した「品位ある死に対する国民態度の調査」では全体の79.6%がホスピスサービスの健康保険の認定必要性に同意する結果が出ており、国民の意識の変化もホスピスの変容を後押しする力となるものだと考えられる。

## ・韓国における看護教育とホスピスケア教育

### 1. 韓国の看護教育

韓国の看護婦教育は1950年代に主にアメリカの影響を受けて発展した。1955年には4年制大学に初の看護課程が誕生し、現在は3年制専門大学（日本の看護短期大学に相当）と4年制大学（看護学部または医学部看護学科）の2つの看護基礎教育機関がある。看護師免許の一本化は1962年に行われ、基礎教育機関の4年制大学への移行は1960年代から始まっている。韓国の看護教育機関の数は、2004年では4年制大学52校（国軍看護士官学校を除外）、3年制専門大学63校、計115校で、同年の入学定員のうち、4年制大学の定員が占める割合は25.6%である。大学院教育は、初の修士課程が1960年に、博士課程は1978年に開設され、2003年の時点で修士課程が33校、博士課程が14校となっている。韓国では看護師は就業しながら大学院で学ぶのが一般的であり、病院や診療所に勤務する看護師の30%が修士課程修了者、10%が博士課程修了者ともいわれている。（津田2003）（Kim E.2003）（kim C.2003）（金1996）

一方、日本の状況はというと、韓国より3年早い1952年に4年制大学に初めての看護課程が誕生したにもかかわらず、長いあいだ看護基礎教育の主流を担ってきたのは専門学校もしくは短期大学であり、4年制大学への移行が始まったのは1980年代後半で20年以上の遅れがある。また日本の場合、准看護師からの進学を含め非常に複雑な看護師養成課程が複数あることはよく知られている。2004年のデータによると、看護師3年課程に限ってみると、4年制大学は122校、短期大学55校、その他の養成所498校で、同年の3年課程入学定員のうち、4年制大学定員が占める割合は25.6%であることから、韓国と比較してさほど差はない。しかし看護師2年課程や高等学校・高等学校専攻科5年一貫教育などを含めた看護師養成課程定員に占める割合となると、8.7%と非常に低くなる。（看護関係統計資料2005）

さらに日本の場合、4年制大学の教育課程

は保健師など他の受験資格が同時に取得できるシステムになっており、厳密には4年制大学教育であっても看護師3年課程と言わざるを得ない。日本が未だに准看護師問題を解決できないでいることや、大学教育への移行が20年以上遅れたことなどを考えると、韓国の看護師制度が日本に先んじていることが理解できる。

次に、教育内容であるが、これは大学によって多少の差があると考えられるが、4年制大学の例として我々が訪問した韓国カトリック大学のカリキュラムを表1に、また3年制専門大学の例として、国立医療院看護大学のカリキュラムを表2に記した。科目名を見る限り、日本の看護大学や看護短期大学と比較してそれほど大差はないように思われる。しかし先にも述べたように、日本の看護系大学では4年課程のなかに看護師のほかに保健師などの受験資格が得られるように組まれているため、履修する科目数が多く過密である。一方、韓国では老年看護に関する科目が少ないが、その要因として韓国の高齢化率が日本ほど進んでいないことが考えられる。

韓国は1989年に医療皆保険が完全実施されたが、高齢化の進展に伴う高齢者医療費の増加、保険適応範囲の拡大などが医療保険財政を圧迫しているという状況がある。さらに人口の約8割弱がソウルをはじめとする6都市に集中し、国内の医療機関の約9割を私立病院が占め、総病床数の約9割が都市部に集中していることから、都市部と地方の保健医療資源の格差が非常に顕著である。この格差を是正するため、病院がない地域では、地方自治体の条例で設置される保健所が20～40床の入院設備を持ち、これが中心となって保健医療事業を行っている。無医地域では3年の実務経験を持つ看護師が特定の研修を受けたのちに地域保健従事者（Community Health Practitioner）として、一定の疾患について診断や治療を行っている。韓国では、都市部と地方の保健医療資源の格差是正、より費用対効果の高いヘルスケアシステムの構築、入院期間短縮のためのサービス提供、一般大衆の健康増進への関心の高まり、といった時代の要請に応えるため、上級実践看護職

表1 韓国カトリック大学のカリキュラム

[看護学科 1学年]

科目	1学期		2学期	
	単位	時間	単位	時間
言葉と文字	2	2	2	2
英語	2	2	2	2
英語会話	1	2	1	2
人間学	2	2	2	2
人間関係論	2	2	-	-
物理学	2	2	-	
化学	3	2(2)		
生物学	3.5	2(3)		
情報科学	-	-	3.5	2(3)
人類学			2	2
遺伝工学			2	2
栄養学			2	2
女性学又は韓国歴史と文化(選択1)	-	-	2	2
合計	17.5	16(5)	18.5	18(3)

[看護学科 2学年]

科目	1学期		2学期	
	単位	時間	単位	時間
解剖学	2	2	2	1(2)
基本看護学	4	3(3)	3	2(3)
統計学	3	2(2)		
英語	2	2		
微生物学	3	2(2)		
生理学	3	3		
薬理学			3	3
病理学			2	2
看護学概論			2	2
健康査定			1	1
社会福祉学			2	2
成人看護学			2	2
教育学または教育学概論(選択1)	2	2		
教育哲学及び教育史哲学			2	2
成人看護学			4	4
合計	19	16(7)	19	17(5)

[看護学科 3学年]

科目	1学期		2学期	
	単位	時間	単位	時間
成人看護学	3	3	3	3
小児看護学	2	2	2	2
母性看護学	2	2	2	2
精神看護学	2	2	2	2
地域社会看護学	1	1	2	2
保健看護学	1	1		
臨床病理学	1	1		
看護研究			2	2
教育社会又は社会学(選択1)	2	2		
心理学または教育心理(選択1)	2	2		
教育方法及び教育工学(教職)			(2)	(2)
教育課程及び教育評価			(2)	(2)
臨床実習	4	(20)	3	(20)
教育実習			(2)	4週
合計	20	16(20)	16(22)	13(20) (17)4週

[看護学科 4学年]

科目	1学期		2学期	
	単位	時間	単位	時間
看護倫理	1	1	1	1
成人看護学	3	3	2	2
小児看護学	1	1	1	1
母性看護学	1	1	1	1
精神看護学	1	1	1	1
看護管理学	2	2	2	2
地域社会看護学	2	2		
腫瘍/ホスピス	1	1		
漢方看護			2	2
看護研究			1	1
保健教育学			1	1
老人看護学	2	2		
教育行政及び教育経営(教職)	(2)	(2)		
臨床実習	4	(20)	5	(20)
合計	18 (20)	14(20) (16)	17	12(20)

表2 国立医療院看護大学のカリキュラム

[看護学科 1学年]					[看護学科 2学年]				
区分	1学期	単位 (時間)	2学期	単位 (時間)	区分	1学期	単位 (時間)	2学期	単位 (時間)
教養必修	生活教養(P)	1	栄養学	1	専攻必修	臨床薬理	2	病理学	2
	韓国史	2	生化学	2		成人看護学	4	成人看護学	4
	国語	1	教育哲学び教育史	2		小児看護学	3	成人看護学実習	3
	体育	1(2)				精神看護学	1	母性看護学	3
	心理学	2				地域社会看護学	2	母性看護学実習	3
	社会学	2				看護管理学	1	小児看護学	2
	哲学	2				健康査定	1	小児看護学実習	3
専攻必修	教育学概論 1	2	微生物学	2		看護研究法	1	精神看護学	2
	解剖学	2	基礎看護 科学実習	1(2)		看護実務英語 II	2	精神看護学実習	1
	生理学	2	基本看護学及び実習	4(6)				地域社会看護学	3
	基本看護学及び実習	4(5)	成人看護学	2				看護実務英語	2
	看護実務英語	2	看護管理学	1			看護実務英語	2	
			健康査定	1					
専攻選択	教育課程研究及び教育評価 看護情報化			2 2	専攻選択	教育課程研究 及び教育評価	2	教育社会 保育教育	2 4
						漢医学概論	1	教科実習(P) NCLEX-RN(P)	1
合計	23(25)			18(21)- 22(25)	合計	17・20			30・37

## [看護学科 3学年]

区分	1学期	単位 (時間)	2学期	単位 (時間)
専攻必修	成人看護学	4	成人看護学	1
	成人看護学実習	2	成人看護学実習	4
	母性看護学	2	看護管理学	2
	精神看護学	2	病室管理実習	1
	精神看護学実習	3	保健医療関係法規	2
	地域社会看護学実習	1	保健教育	2
	学校保健	1	応急と臓器移植看護	1
	看護管理学	1		
	老人看護学	2		
	看護実務英語 II			
専攻選択	健康教育教科実習	2	NCLEX-RN(P)	1
	NCLEX-RN(P)	1		
合計	17・20		30・37	

(Advanced Practice Nurse) の育成と役割拡大に期待が寄せられるようになった。上級実践看護職は、現在は専門看護師という名称と呼ばれ、病気の治療や、患者・家族への指導、スタッフ教育、様々な相談指導に対応できるよう教育され、政府公認の5領域(地域/公衆衛生、麻酔、精神衛生、助産、在宅ケアの各領域)で活躍している。(kim C.2003)(金2004)

(金1996)

韓国ではもともと地域保健従事者など、看護師免許取得後に一定分野で経験を積んだ看護師が、講習を受け受験する分野別看護師が4種類あり、彼らは一定の範囲内で診断・治療・看護ケア提供の裁量権を持っていた。2000年には分野別看護師から専門看護師に名称が変更になった。これとは別に、1990年代

から各医療機関が自主的に自施設に必要な専門的技能をもつ看護師を養成する動きがあり、2003年には医療法施行規則の改定で、先ほどの専門看護師に加わる形で合計10種類の専門看護師が誕生した。それは、保健専門看護師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、老人専門看護師Geriatric Nurse、産業保健師Occupational Health Nurse、クリティカルケア専門看護師Critical care Nurse、ホスピス専門看護師Hospice Nurse、である。2005年には医療法第56条第2項により、専門看護師の資格区分、教育、資格認定、および資格試験などに関して必要な事項が規定され、同年8月には、現行制度下で初めての資格試験に合格した家庭専門看護師364人と麻酔専門看護師7人が誕生した。他の専門看護師については初の卒業生が排出される2006年に試験が実施される予定である。専門看護師の職務は医事法をはじめとする法律によって規定され、一定の範囲内で診断・治療・看護ケア提供について裁量権を持つことは先に述べたとおりである。資格取得は該当専門分野での臨床経験が3年以上あり、かつ大学院またはその水準に相当する教育過程(33単位)を履修後、認定試験(1次試験:筆記、2次試験:口述または実技)に合格することが条件となる。専門看護師のカリキュラムについては表3に表した。認定後は年間8時間以上の講習を受け、5年ごとに更新手

続きをとることが義務づけられている。更新手続きには該当分野で4ヶ月以上実務に携わった経歴または保健福祉部長官が指定する再教育を履修しなければならない。

## 2. 韓国の看護教育におけるホスピスケア教育

韓国の看護教育におけるホスピスケア教育について、韓国カトリック大学看護学部で聞き取りをおこなった。この学部では、WHOの委託を受けて、ホスピス/緩和ケア研究所を運営しており、韓国のホスピスケア教育において先駆的な役割を果たしている。それによると、看護基礎教育機関の中で、韓国カトリック大学のみが「腫瘍学/ホスピス」という独立した単元(1単位;90分/15週)を設けており、それ以外にも成人看護学の中で臨終看護を数時間学ぶとのことであった。一方、他の大学ではホスピスケア教育に関する単元はなく、成人看護学の中で臨終看護として死後処置などに関する講義が1~2コマおこなわれるのみとのことであった。以上のことから韓国の看護基礎教育では、ホスピスケア教育がほとんど行われていないことがわかった。これは日本において1979年から一部の教育機関でホスピスケア教育が開始され、1998年には90%以上の機関で行われているのと対照的である。(渡辺2002)

もちろん日本では、医療皆保険制度の実施や、疾病構造の変化、高齢化の伸展が韓国に先んじて生じたために、医療分野における国民のQOL意識の高まりとともに、ホスピス/

表3 専門看護師カリキュラム

区分	科目名	単位
共通科目	看護理論	2
	看護研究	2
	専門看護師の役割及び政策 (法と倫理含む)	2
	上級健康査定	理論 2, 実習 1
	薬理学	2
	病態生理学	2
専攻理論科目		10単位以上
専攻実習科目		10単位以上
合計		33単位以上

緩和ケアに対する需要が高まったことが影響していると考えられる。

それでは韓国のホスピスケア教育がどのように行われているかという点、現任教育を中心に行われていることがわかった。韓国では、1996年からホスピスに勤務する看護師の養成を開始し、2001年には年間50～60人程度、合計251人の人材を育成している。(newsletter, spring 2001) 2003年の医療法施行規則の改定で、ホスピス専門看護師という名称になり、2005年に資格区分、教育、資格認定、および資格試験などに関する事項が法律で規定されたことは前述の通りである。現在ホスピスに勤務する看護師はこの資格を取得することが義務づけられており、そのための教育機関として、韓国カトリック大学、釜山カトリック大学などの大学院修士課程で1年間学ぶコースと、国立がんセンターで6ヶ月学ぶコースがあるとのことであった。2005年8月時点でホスピス専門看護師教育課程機関として登録されているのは13機関である。

次にホスピス専門看護師の教育プログラムの目的とカリキュラムの具体を韓国カトリック大学の例を用いて述べたい。教育カリキュラムは、次の6つのホスピスケアを患者およびその家族に提供できる看護師育成を目的に組み立てられていた。それは 終末期患者の体験に関連した諸問題を理解し、彼らに対し幅広い看護介入を提供すること、ホスピスチーム間の相互の役割を認識し調整すること、ホスピスに関する研究を計画し遂行すること、ホスピスの組織を運営・管理すること、ホスピスの職員を教育・訓練すること、ホスピスの重要性を地域住民に教育・宣伝すること、である。そのために、248時間の講義の受講と260時間の実習が科せられている。カリキュラム内容の具体であるが、1セメスターで受講する講義は、ホスピス/パリアティブケア概論、ホスピスの効果、生と死の理解、コミュニケーションとカウンセリング、腫瘍学概論、看護過程、疼痛管理、健康アセスメント、終末期疾患の全人的ケア、健康政策とホスピス、死別、ホスピスセミナー、となっている。2セメスターでは、ホスピスに関する研究と教育に関する理論、ホ

スピス倫理、カンファレンスの実際、看護における東洋医学、ホスピスボランティアの管理、葬儀、ホスピスにおける代替療法、子どものホスピス、ホスピス管理、ホスピスセミナー、を受講する。実習は講義と平行して4月から11月まで行われる。

このように、韓国においてはホスピスケア教育は、看護基礎教育ではほとんど行われておらず、免許取得後の看護師を対象に現任教育として行われていることがわかった。特に2005年度以降は看護系大学院修士課程での教育が制度化され、ホスピスに勤務する看護師にはホスピス専門看護師の資格取得が義務づけられていた。しかし現行制度の問題点も指摘されている。専門看護師の資格取得は大学院などで学ぶことが前提となるが、その入学基準は最近10年以内に該当専門分野における3年以上の経験が必要となっている。ホスピス専門看護師の場合、医療法により総合病院での勤務経験2年を該当専門分野経験1年と見なすため、合計6年の臨床経験が必要となり入学希望者の確保を困難にしている。この傾向はホスピス専門看護師に限らず、他の専門看護師にもみられ、各専門課程別学生登録状況は認可定員の46%で全体の半数にも満たない。さらに専門看護師資格を持つ教員の不足という課題も抱えている。韓国でホスピスケア教育を受けた看護師が普及するには、いましばらくの時間が必要であろう。

韓国のホスピス病棟は、2005年の時点で全国約95ヶ所(独立施設 - 5ヶ所、病棟型 - 12ヶ所、産業災害型 - 25ヶ所、家庭訪問型 - 16ヶ所、個人クリニック型 - 3ヶ所、その他 - 34ヶ所)に過ぎず、多くの患者が一般病棟で死を迎えており、その多くがホスピスケア教育を受けていない看護師によって看護されるという状況があった。韓国においてはホスピスケアは臨終期にのみ必要という意識が依然として強く、看護基礎教育を始めとするホスピスケアに関する教育は緒に就いたばかりであることを考えると、日本の1980年代初頭と状況が似ており、これからの発展が望まれるところである。

## ・ホスピス見学

韓国で見学したAホスピスは、ソウル市内の繁華街に建てられている。ホスピスの形態は、カトリック系列の一般総合病院（病床数325）の中にある施設内ホスピスである。ホスピスの病床数は14であり、同じフロアの一般内科病棟とエレベータホールでエリアが区切られているが、入り口は開放されている。

ホスピスのスタッフは、医師が1名、病棟シスター1名、神父1名、相談シスター1名、看護師5名であり、看護師5名で交代勤務をしている。その他に、多くのボランティアがホスピスの活動を支えている。

ホスピス内はとても静かで、至るところにボランティアによって育てられている観葉植物などがあり、全てが心やすらぐ場所となっている。病室は大部屋（4人部屋）が3つ、個室が2つあり、韓国では家族が常時付き添うため日本に比べて約2倍のスペースが広くとられている。看護ステーションは患者の部屋を廊下で挟んだ反対側に位置しており、スペースも少なく小さなオープンカウンターで看護師が対応している。コンピュータ入力、看護記録等の事務をこのカウンターで行っており、患者の病室は廊下の片側に全て直線状の構造のため常に患者の把握がしやすい状況になっている。

また、ホスピス内には広いスペースの祈りの部屋がある。ここで、患者や家族は自由に祈りを捧げることができ、キリスト教だけでなく他の宗教にも柔軟に対応できる祭壇になっている。特に印象的だったことは、宗教家が常駐する部屋のほかに同じ大きさの個室が2つあり、患者や家族の相談や宗教活動に使用されるなど、宗教活動が盛んなことであった。韓国では宗教の力が強く、そのような背景から宗教心がある者とそうでない者とを比較した場合、患者の死の不安に差があると説明を受けた。日本と比較すると宗教的背景の強い韓国においては、宗教的援助のためのスペースやボランティアも含めた人的資源も豊富であり、家族も含めたターミナル患者のスピリチュアルペインへの対応も十分に行える

状況にあると思われた。

患者の告知状況は、ホスピスだと理解して入院しており、ほとんどが治療によってこれ以上の治癒が見込めない状態であると理解してホスピスで過しているそうである。病名告知に関しては系列の大学病院では90%に達しており、予後告知についてもほとんど伝えている現状である。これは、韓国では告知を行うことで正しい情報を患者や家族に伝え、離別がスムーズにできるために重要であるという考えが浸透しているからだと説明を受けた。また、このホスピスで以前に調査した結果によるとホスピスの利用に関しては、本人の希望が4.5%、家族の勧めが50%、看護師や宗教家の勧めが20%、治療不可能で主治医や訪問看護師の勧めが14.5%であった。医療者からの勧めよりも家族からの勧めでホスピスを選択することは、わが国と大きく異なる。このホスピスの平均在院は約20日であり、満床になると多い時で10人待ちになることもあるほどである。

韓国のホスピスでは、通常家族が付き添うことが一般的である。清拭や洗髪、排泄援助などの患者の身の回りの世話は主に家族が行い、看護師は医療行為のみ行っていることはわが国と大きな違いがある。家族は患者とともにホスピスで生活しながら、悔いの残らぬように残り少ない時間を共に過している。また、前述のように韓国のホスピスは多くのボランティアが関わっている。見学した病棟の廊下の壁には、ボランティアスタッフの作品などが飾り付けられており、温かな雰囲気醸成している。レクリエーションや絵画などの美術療法、音楽療法なども不定期に行われている。また、ボランティアはこの他にもマッサージ、洗髪、宗教研助、本読み、シーツなどのリネン類の整理、買い物、書類提出など様々な援助を患者と家族のために行っている。

一方、このホスピスは、通常看護学生の臨地実習現場として学生を受け入れていない。系列の大学病院での看護学生の实習では、がんの初期から末期まで病棟で実習を行っている。しかし、スタッフの説明によると若い看護学生のホスピスの実習は、ショックを与え

てしまう懸念があるので、実習を受け入れてはいないそうである。また、韓国のホスピスに勤務できる看護師は、看護師資格の他に専門看護師の資格が必要である。この専門看護師の資格は、前述のカトリック大学のホスピス看護師専門家養成コースを修了して得ることができる。日本のホスピス看護師は、韓国のような専門看護師や認定看護師などの専門性よりも看護師としての経験が重視されることが多いため大きく異なっている。ターミナル期にある患者と家族に対してより質の高い看護を提供するためには、経験だけでなく、ホスピスに関する専門知識を持ち実践能力を備えた看護師が必要とされるのは、当然であろう。

緩和ケアの実際については、日本でのオピオイドの使用状況について、スタッフから熱心に質問を受けた。オピオイドの使用状況が日本ほど十分でない状況下で、がん性疼痛のある患者の全人的苦痛の緩和をすすめることは困難である。当然、疼痛コントロールは医療者にとっては関心が強く、韓国のホスピスケアにおける最優先課題であると思われる。

このように韓国での緩和ケアは、日本と比較して前述のようにスピリチュアルケアは宗教的背景から宗教家やボランティアによって充実していたが、むしろ疼痛コントロールや症状コントロールを十分に図ることが大きな課題であると再認識することができた。また、患者の側でゆったりと残された時間を過す家族の姿を垣間見て、ホスピス施設の増設や症状コントロールなど医療技術の向上に邁進するわが国の看取りのあり方について、深く考える機会となった。

#### <引用文献>

1. 株元千鶴：現代韓国人の『死に方』 - ホスピス・ムーブメントを中心に．東アジア地域研究 3号．47-61．1996．
2. 朝倉敏夫：韓国先祖祭祀の変化 - 都市アパート団地居住者を中心に．国立民族博物館研究報告 13(4)．711 - 786．1988．
3. 安弼濬：韓国における高齢者対策．保健の科学 47(8)．572 - 575．2005．
4. 金貞任：高齢者社会と家族介護の変容．韓国・日本の比較研究．法政大学出版局．2003．
5. 池田万寿美：看護師の業務の役割の模索 - 大韓民国の場合．看護管理13(8)．658 - 662．2003．
6. 金美淑：韓国の家族扶養の動向と高齢者施策に関する研究 - 日本との比較を通して - 社会福祉学40(2)．152 - 167．2000．
7. 崔吉城：韓国の先祖崇拝．お茶の水書房．1992．
8. Young S Hong：韓国におけるホスピス・緩和ケアの発展 ターミナルケア 12(4)．p279~281．2002．
9. 株本千鶴：終末期医療の現在 - 日本と韓国のばあい - 季刊家計経済研究．No62, p37 - 45．2004．
10. 株本千鶴：現代韓国人の「死に方」 - ホスピス・ムーブメントを中心に．緩和ケア15(6)．p47 - 60．2005．
11. 金曾任：看護員から看護師へ - 韓国における看護の変遷と専門性 - 週刊医学界新聞．第2196号 6月24日 1996．
12. 津田万寿美：看護師の業務と役割の模索 - 大韓民国の場合 - ．看護管理13巻 8号．p 658-662．2003．
13. Euisook Kim：韓国における看護博士課程教育．看護研究．36巻 4号．p 38-40．2003．
14. 看護問題研究会監修：平成16年 看護関係統計資料集．日本看護協会出版会．2005．
15. Cho Ja kim：韓国における看護スペシャリストの役割拡大．インターナショナルナーシングレビュー．26巻 3号．p 101-103．2003．
16. 金・慕妊：転換が図られる韓国の看護施策：看護管理．14巻 1号．p 28-33．2004．
17. 渡辺孝子：緩和ケアに関する教育と研究．ターミナルケア．12巻増刊号．p 165-174．2002．
18. newsletter：Research Institute for Hospice/Palliative Care WHO Collaborating Center Vol.2 spring,2001, College of Nursing, Catholic University of Korea