

韓国における地域医療の体系とジェンダー

—患者としての女性と医療従事者としての女性—*

白 英 瓊**

Young-Gyung Paik

山口市民のみなさん、市関係者と山口大学の教職員、学生のみなさん、そしてフォーラム参加者のみなさん、本日、東アジア市民フォーラムというこの意義深い場所でお会いすることができ、たいへん嬉しく思います。このような場所を準備し、私を招いてくださった山口大学の「男女共同参画から地域医療を考える国際市民会議」実行委員会と経済学部のみなさんにも深く感謝申し上げます。

私は韓国女性の健康問題に関心を抱く一人の女性であり、女性の再生産の権利と医療問題を研究してきた人類学専攻の社会科学研究者、そして韓国の市民運動にいささか関与してきた市民の一人としてここに参りました。ご存じのように、韓国では今年の初めに「分配と福祉」よりも「成長と効率性・競争」を強調する政権が成立いたしました。それ以来、これまでの社会福祉政策は大きな方向転換を遂げつつあります。¹⁾ また最近になって、深まりつつある不安定な世界経済は、韓国経済にも深刻な影響を及ぼし、経済的社会的不平等は、国民の健康面においても不平等を深化させるものと予想されています。前政権は低出産・高齢化を社会的な危機ととらえ、老人長期療養保険と高齢基礎年金、基礎生活受給権者のための医療サービスの強化、全国民を対象とした五大癌検診事業など、さまざまな新しい制度を導入いたしました。その過程で、韓国政府と地方自治体のす

べてにとって、日本の高齢化社会対策は、成功的なモデルとして韓国における政策立案のための基準となってきました。しかし韓国では、日本社会とその政策の水準についていくためにはどうしたらよいかという悩みはあったものの、変化する日本の現実については全く知らなかったと言うことができます。したがって、このフォーラムに招待され、初めて日本の地域医療と女性医療従事者の経験しているさまざまな困難について聞かされたときは、それ自体驚きでもありました。だがその一方で、韓国と日本が共通に経験している現実が、単に低出産と高齢化という人口現象だけではないということに気づかされました。それゆえに、私は本日この場所で、韓国の地域医療崩壊の現象と、患者として、また医療従事者として、さまざまな国の女性たちが経験している現実を分かち合うことによって、各国の現実をより深く理解し、さらにその解決策を模索する機会としたいと思えます。

韓国地域医療の現実

現在、韓国の地域医療と女性の健康を論議する過程で欠かすことができないのは、前政権が力を注いだ低出産対策であります。韓国の出産率は、2007年現在、合計特殊出生率1.26で、2006年の1.13よりは若干高い水準ですが、日本の出産率よりも

* 本稿は2008年10月26日、山口大学経済学部主催第17回東アジア国際シンポジウム「男女共同参画から地域医療を考える国際市民会議」における報告を集録したものである。

** 韓国科学技術院待遇教授、韓国女性民友会政策委員

1) 白英瓊「転換期に立つ韓国女性健康権運動—韓国女性民友会の事例を中心に」韓国女性民友会編『女性運動再稿』第3章(ハンウル、2008)。

低いと見られています。²⁾ 其上、2006年の双春年と2007年の黄金の豚年を迎えて起こった結婚と出産ブームが収まって、2008年の出生率は2007年よりも低いという見通しであります。これに比べて、韓国の期待寿命は79.1歳で、2005年1.4%だった80歳以上の人口比率は2050年には14.5%に達するものと推測されています。³⁾ 高齢化現象は人口のうちで生産活動層の人口を減少させ、社会の負担を増加させるという点で大きな問題とならざるを得ません。しかしながら、出生率を高めたからといって高齢化問題が直ちに解決されるわけではありません。それにもかかわらず、韓国政府はすぐには解決できない高齢化問題よりは、低出産問題を政策的介入の支点と考えることで、人口問題に対する個別家族の責任と役割を強調し、女性に対して出産と介護という伝統的な役割に回帰することを強調しようとしたしました。もちろん、この過程で仕事と家庭の両立や、出産と養育、老人の介護に対する支援、つまり制度的支援を強化しようとする努力をおこなわないわけではありませんが、実際に、経済的財源を準備するのに失敗したばかりでなく、政策の一貫性を確保することにも失敗し、結局は、女性に対する社会的圧力だけが残ったと言える状態にあります。

事実、韓国では人口危機論を通じて、公衆保健制度と医療制度を準備して運営した経験は今回が初めてではありません。出産の奨励ではなく、出産の制限を目標としたという違いはありますが、1960年代の家族計画運動もやはり、韓国政府が経済開発計画の一環として外国からの借款と援助を受けて、地域の保健所を建設し、国家次元で医療人材を地域に配置する契機でした。

2000年代から本格化した低出産・高齢化対策は、地域における医療と福祉に関連しても多くの変化

をもたらしました。実際、韓国で若年層の都市移住による農村の高齢化現象が問題になったのは、人口危機論が提起されるかなり前からでした。また、自治体では人口が一定基準以下に減少する場合、近隣地域と官庁が統合され、選挙区が消滅するなどの問題がおり、出産奨励の必要性は中央政府で体感するよりも切迫したケースが多く、すでに地域に居住する高齢人口をどのように介護するかという問題も全国的統計に見られる以上に深刻であります。したがって、人口危機論に対して、地方自治体は先を争って福祉対策を実施しただけでなく、各自治体間の競争も白熱化しました。これにともなって、老人層に対する健康健診を拡大し、妊産婦に対するさまざまな無料診療または診療費支援などの恩恵を施し、鉄分剤や乳児用品のような物品を、また出産時には現金でボーナスを提供し、出産と養育を助けるお手伝いさんを派遣してやるなど、多くの政策が実行されました。こうした恩恵は、都市地域の地方自治体で提供するものと比べて、金額も大きく種類も多様だっただけでなく、中央政府でも地域の均衡発展という次元から、地域医療を発展させる方案に対する議論の止むことはありませんでした。低出産・高齢化対策を通じて地域医療が大いに向上したであろうというのは、ちょっと考えてみれば、だれでもすぐに思いつくところあります。

しかし現実を見れば、地方と大都市間の医療格差の深まりは、次第に顕著になりつつあります。これは、現政府はもちろんのこと、前政府もやはり、福祉政策の拡大を主張しながらも、その福祉の内容としては介護を設定したにとどまり、医療に対しては、医療産業の育成と営利法人の設立を推進し、経済自由化地域内で外国系病院を誘致する方案など、経済論理を拡大してきたからだと思

2) 2008年韓国の出生率は2007年よりさらに低い1.19と発表された。

http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/postal/stts/PO_STTS.IdxMain.jsp?id_idx_cd=1428

3) 2007.7.11. 統計庁『世界人口の日記念報道資料』。

います。歴史的に韓国では、全国民が等しく恩恵を受けてきたとは言えないにしても、それでも、最近まで医療と教育に対してだけは、経済論理ではなく平等の論理で扱うべきだという社会的合意が成立していました。1977年、事業体の勤労者を対象として、初めて医療保険制度を導入して以来、その加入対象を農漁村と自営業者などに次第に拡大し、1980年代後半には国民医療保険制度が完成することにもなっていました。しかし医療費の絶対額が増加し、国民の医療に対する期待水準が上がるなかで、国庫支援の拡大には限界があり、国民医療保険の慢性的赤字問題が指摘されるようになりました。これに対して、政府は医療費を低額に抑え、請求された保険料を削減して支給額を減らすなど、国民医療保険実施の費用を一定部分医療界に転嫁する政策を持続するようにしました。これにともなって、保険医療機関の義務指定制と診療対価統制政策のなかで、一次医療機関は保険が適用されない診療項目を探して変則的な医療行為に重点を置くか、赤字状態に直面することになります。少し規模の大きい医院や病院の場合には、中国やベトナムなど海外への進出や海外からの患者を誘致したりする方案を模索しましたが、小規模な地域医院の場合はさらに大きな困難を経験しています。

そのうえ、IMF経済危機以後、政府は経済論理に合わせて予算を絶えず削減し、組織を縮小する政策をとってきました。これにともなって、大都市で財政の豊かな地方自治体の場合、地域住民に対するサービスという立場から、保健所のサービスを拡大しましたが、農村の場合には、保険所の医療従事者と予算が縮小されてきました。これは相反する現象のようですが、一次医療の崩壊という同一の結果をもたらすことになります。地方では、一次医療を担当してきた保健所、特に人口密

度が低く業務の成果が少ないと判断される奥地の保健支所が閉鎖されました。一方大都市では、保健所が結局、一次医療の需要のすべてを引き受ける能力も意思もないのに、国家の補助を受けて派手なサービスをばらまき、個々の医療機関と競争することになり、これら病・医院の経営を悪化させ、廃業に追い込んだのであります。結局、住民の立場から見れば、農村でも都市でもどうしても必要な一次医療サービスが萎縮するという結果をもたらしたという点では、共通点があるのであります。ソウルのような大都市の場合にも、建物ごとに、それぞれ入居した医療機関を発見するのは難しくはありませんが、一次医療機関の場合、保険の適用されない医療サービスにだけ重点が置かれ、形成外科、皮膚管理のための皮膚科、歯牙矯正のための歯科だけが増えています。反面、一部の中産層居住地域を除いて、信頼できる町の小児科、内科が減り、特に簡単な手術や骨折の治療、産科の診察を受けられる、外科、整形外科、産婦人科などはどこでも探すのが難しくなっているようであります。有名総合病院でも、胸部外科や外科、産婦人科、救急医学科などは忌避科と見られ、政府から月に80万ウォンずつ補助金の支援を受けても、支援者がなく、病院運営ができないという実情です。これは病理学や解剖学などの基礎医学の場合でも同様です。言い換えれば、救命に必要なことであればあるほど、保険の適用される項目が多い分野であればあるほど、医師による忌避の対象となるのが現実なのです。大都市の総合病院でも、どうしても必要な医師を雇うことができないという状況ですから、農村地域ならどんな状況であるか、大体見当がつくと思います。

そのうえ、韓国の医師養成制度が大学入学後医予科2年と本科4年の体制から、大学卒業後4年制の医学専門大学院に進学する体制に転換するな

か、医師養成にかかる時間と費用が増大し、学生個人個人の負担も大きくなりました。これは結局、医師たちが費用を回収して収益を挙げるのでできるいくつかの科にだけ集中し、開業の際には、研修を受けた科とは関係なしに、美容や成形、肥満管理や子供の成長クリニックなど、非本質的な分野に集中する現在の傾向が促進されることになるだろうと予想されております。このように一次医療の基盤が崩壊し、医療の商業的傾向が強化された土台の上で進められる、福祉と医療の恵沢拡大政策には限界があるといしか言いようがありません。

これまで韓国の地域医療の置かれた全般的な脈絡を簡略に説明いたしましたが、これからは、患者として、また医療従事者としての女性たちが置かれている現実について、少しばかり、具体的に申し上げることにいたしましょう。

患者としての女性

慶尚南道が今年2008年3月から施行している「産婦人科訪問診療」は、農村地域の医療が置かれている現実を端的にしめしている事例だと言うことができます。慶尚南道には10の郡がありますが、このうち、産婦人科の診療が可能なところは4郡にすぎません。⁴⁾ 他の6郡に対しては、産婦人科の専門医療陣が超音波と心電図などの医療機器を積んだ改造バスを利用して妊産婦を直接訪問して診療し、鉄分剤など妊産婦用栄養剤を無料で配るといふ施策を展開しております。この制度は、2年前、産前診断のために金海から釜山に通ってきていた産婦が交通事故で死亡するということがあり、こ

れがきっかけになって施行されたのです。これに対して地域の医療従事者たちは、この制度が産婦人科のない地域を対象にするとってはいるものの、近隣地域の産婦にまで手を伸ばして地域医療をいっそう困難にすると反発し、地域住民は医療サービスを歓迎しながらも、訪問サービスが、医療施設の代わりとして永久化されるのではないかと心配していてもいます。実際のところ、こうした訪問サービスは、緊急的な対応を必要とする状況が発生する可能性の高い分娩時に医療を提供できないという問題があり、これまで残っていた地域内の産婦人科が営業を放棄するのではないかという報道もありました。⁵⁾

韓国保健福祉部の資料によれば、2007年現在、全行政区域248のなかで、分娩が可能な産婦人科のない市・郡・区は57か所に及んでいます。⁶⁾ このうち、初めから産婦人科そのものがない市・郡・区は釜山市江西区を含む34か所に及び、慶尚北道の場合は23市・郡・区のうち12か所、全羅北道の場合には14か所のうち6か所に分娩可能な施設がありません。こうした現実には、政府が低出産対策に全力を尽くしているさ中にも起こっていることなので、一層深刻だとはいえ、現在としては改善される可能性も特に見られません。結局、経済論理を前面に押し立てた医療政策の大きな誤りが修正されない限り、わずかなサービスや恵沢が増えたところで、患者にとって根本的な助けにはならず、しばしば逆効果さえ生むことになります。

このような現象は、産婦人科ではない一般病・医院の場合でも同様であります。少し前の話ですが、農村地域の住民たちが自ら病院誘致委員会を結成して医師を探しに出かけたという記事が出

4) 2009.2.9. オンライン新聞<メディカルトゥデイ>。

<http://www.mdtoday.co.kr/mdtoday/index.html?no=75868>

5) 2009.1.9. オンライン新聞<メディカルトゥデイ>。

<http://www.mdtoday.co.kr/mdtoday/index.html?no=74363>

6) 健康保険審査評価院『2007年現在全国産婦人科現況資料』(2007)。

7) 2008.9.24. MBC ニュースデスク報道。

ました。⁷⁾ 忠清北道の水山面という地域で起こったことですが、人口2000名あまりのこの村では、医師の常駐しない保健所支所以外に医院が1か所あったきりでしたが、今年の5月、その医師が高齢のためこれ以上診療を続けられなくなって引退してから数か月間というもの、医師を見つけることができないでいるというのです。このため、ほぼ全員が老人であるこの地域の患者たちは、日を決めてバスを借り切り、片道だけで1時間以上もかかる近く市へ診療を受けに通い、体の具合が悪くなったときのために家に薬を置いていますが、本当に緊急状況が起こったときにはこれという対策はありません。この医院に来てくれるという医師には、病院の建物と家を安く借りてあげ、週末の農場も無料で提供すると言ったのですが、それでも来てくれるという医師はいなかったということでした。地域でも子女の教育問題や収益の問題があるため、若い医師には最初から期待せず、お金を稼ぐ必要のない老人の医師が来て、地域の人たちと共に老後を過ごすつもりで医院を引き受けてくれることを期待していますが、簡単なことではないようです。

ところで問題は、こうした現象がこの地域に限られたものではないという点にあります。忠清北道の場合、103の邑・面のうち、48か所に病・医院がなく、全国的には1400余か所ある邑・面のうち、半分程度には病・医院がありません。⁸⁾ こうした地域の医療を担当するのは主に保健支所ですが、保健支所の場合、兵役の代替勤務として公衆保健医が診療を担当しています。公衆保健医の勤務は長くて3年未満という短期間なので、医師が次々に代わるという点、研修課程を経ず、医大を卒業したばかりで医師免許を取得しただけの臨床

経験のない医師だという点、それも常駐しない場合が多いという点で、地域医療を担当するには無理があります。⁹⁾

結局、こうした地域医療の崩壊は、特に高齢人口のなかで、より高い比重を占める老人女性の健康にいつそう大きな被害をもたらすだけなのです。2007年に国民健康基金の支援を受けて、全羅南道の老人女性を対象におこなわれたある研究報告書によれば、老人女性は独居老人の比重が高く、それにともなって、鬱病と栄養失調の比重も高く、出産と養育、労働による影響から骨粗鬆症、関節炎など筋骨格系疾患の有病率が高いことが分かりました。また歯牙管理の問題や高血圧、糖尿などの慢性病の管理でも問題が多いことが分かりました。老人女性は動作が困難なうえ、活動を補助してくれる人がいない場合が多いので、近距離での医療支援を望んでいることは分かっていますが、現実のところ、地域医療の状況は次第に困難になっているのです。可妊期女性の健康問題に対する場合と同じく、老人女性に対しても「訪問サービス」が代案として模索されていますが、産前管理とは異なり、老人診療の問題は一か月に一、二回の訪問では十分でないだけでなく、産婦人科と同じく緊急状態にどう対処するかという問題が残ります。特に老人女性の場合は、関節炎だけでなく骨粗鬆症による骨折事故の頻度が高いことが知られており、老人骨折の場合、外科的手術の必要な場合が多く、近い所に医療施設がないということはさらに大きな問題を生んでいると言えるでしょう。¹⁰⁾

そのうえ問題は、こうした地域医療の崩壊現象が今後はいつそう深化していこうという点、それが明らかだという点であります。前にもお話し

8) 崔ギョンファンほか『農村保健医療体系のサービス改善方案』（韓国農村経済研究院、2008）。

9) 尹ヒスク『医療資源の地域的分布の現況にともなう公共医療拡充方案』政策研究シリーズ2006-09（韓国開発研究院、2006）。

10) 金スギョン『農漁村老人女性の疾患・罹患の実態および健康増進方案』国民健康基金研究シリーズ（保健福祉部、2007）。

たしましたように、現在、一般医科大学は次第に医学専門大学院に転換する趨勢にあり、これにともなって、兵役を終えて医師免許を取得する医師の比重が増えつつあるうえに、医大に入学する学生のなかでも、女子学生の比率は2004年33.3%、2005年35.7%から2006年41.6%へと増加しつづけ、それにもなって公衆保健医の数は次第に減少していくばかりであります。¹¹⁾ 2018年以後になると、公衆保健医の数は最小限必要な数以下にまで減っていくだろうと思いますが、すでに現在も、分野と地域、資格要件によっては、公衆保健医がいなくて、空席のままになっている保険支所が存在するという有様です。結局のところ、地域医療を兵役の代替勤務として公衆保健医に専担させ、国家的投資なしに問題を解決しようとする限り、地域の女性たちが患者として経験する困難は減ることがないでしょう。¹²⁾ 地域医療と公衆保健医の問題を臨時要員ともいえる公衆保健医に任せようという考えは、一次医療機関と二次、三次医療機関の間の関係をそれぞれ優劣の問題とすることになります。その結果、患者たちは機会さえあれば、たとえ風邪でもぜひ三次医院で見てもらいたいという欲望をもつようになります。これはほかの地域で開業している一次医療機関の条件をさらに悪化させることにもなります。韓国の地域医療が直面する状況はきわめて複雑であります、それ以上にまた、暗澹たるものなのであります。

医療従事者としての女性

それにもかかわらず、政府や言論は、こうした地域医療の崩壊現象を促進させる主な原因とし

て、単純に女子学生の比率の増加を指摘する傾向があります。女性医師が増えるなかで、公衆保健医の補充もできず、また彼らが地方医療機関への就職を忌避するなかで、島嶼や僻地など医療脆弱地域が増えるというのであります。これは現象的には、事の一面を衝いている部分もあるでしょうが、現実に対する適切な理解ではありません。地域医療は果たして誰が担当すべきなのかという問題を離れても、女性医師たちが研修と求職の過程で経験する多くの差別にもかかわらず、大都市で非自発的非正規職として勤務しても、地方の中小病院への就職を忌避するには構造的な理由があるからであります。

地方の一次医療機関が崩壊し、常駐する医師がいない状況で、中小規模の二次病院は診療科当たり、医師一人当たりの労働強度が高いのはもちろん、24時間の緊急医療体系にまで責任を負われる場合が多く、医療機関と女性医師は互いに相手を避け合っているという状況であります。¹³⁾ また地方一次医療機関の場合は、低い報酬と劣悪な収益構造の問題だけでなく、老人だけ残った農村地域で学齢期の児童を養育する既婚女性が、そこに住みながら診療をおこなうのは困難であります。それとともに、社会的孤立感と農村の保守的な文化もやはり、女性医師が地域を忌避する原因となっております。こうした現実のなかで、女性医師たちは患者を直接診療しないか、診療する場合でも、時間が自由で緊急患者のない分野、女性医師に対する差別が少なく、大きな組織で悩まなくともよい分野、小規模でも簡単に開業できて収益の得られる分野を選択するが多かったのであります。これは既存の医療環境に対する女性医療

11) 2008.2.21. オンラインニュース<Kormedi.com>。

http://www.kormedi.com/news/article/1184182_2892.html

12) 文チョンジュ「公衆保健における人材配置の適正性の評価および制度改善方案」【保健福祉部支援保健医療振興事業最終報告書】(韓国保健産業振興院, 2005)。

13) 2008.7.9.「大韓民国の病院は人材不足で空っぽ」オンライン新聞<メディカルトゥデイ>。

<http://www.mdtoday.co.kr/mdtoday/index.html?no=59282>

従事者たちの消極的な抵抗だったとも見ることができますが、他方では、ますます商業的になり、公益より利潤を追求するようになってきた医療界の変化が、医療界の女性化によるものだという誤解を招いているのもまた事実であります。

地域勤務を忌避する現象は女性医師にだけ見られる現象でもありません。最近韓国では、ソウルと首都圏近隣の有名大学病院が相次いで拡張されるなかで、医療人材のスカウト合戦が繰り広げられております。¹⁴⁾ 三次病院、なかでも首都圏大型病院だけの奇形的な成長は、実際には、一次医療と地域医療の崩壊現象とコインの裏表を成しているのだと言わざるを得ません。特に高速鉄道でソウル-釜山が2時間半の距離となった現実、高価な処置を受けるだけの資力をもった地方の患者がいくつかの少数の病院に集中する現象を次第に加速させ、地域での医療を必要とする患者は、相対的に機動性や支払い能力の劣る人々に限られるという一種の両極化現象をもたらします。それとともに、地域医療の経営条件におとらず、人材の需給問題も悪化してまいりました。結局、人はうまくいっている職場に集まるもので、子供の教育環境や居住条件の良い首都圏の新都市には多くの人材が集まる一方、地方の場合には、医師はもちろん、看護師を探すのはさらに困難で、こうした医療人材の空洞化現象が地域で広がっています。さらに、ソウル市内の中小病院でさえも看護師を探すのが困難な状況にあるなか、地方の病院は絶対的な人員不足も問題ですが、それどころか、経験のない看護師たちが経験を積むあいだ一年程度立ち寄っていく停車場と化す現象が広がりました。これは地方や中小病院の勤務環境をふたたび

悪化させ、これによって、医療人材の地方勤務忌避現象が加速されるという悪循環を生みだしています。実際、大都市では看護師1人が10病床を管理するのに比べて、中小都市では18.6病床、郡部では13.9病床を管理しなければならないのが現実です。¹⁵⁾

看護師の需給問題がさらに大きく突出したのには、これまでの看護師不足に加えて、老人長期療養保険の施行、総合専門療養機関の認定評価と来年3月から施行される学校保健教師配置の義務化など、新しい制度の施行問題も大きく、これを単に需要供給の問題としてだけ見ることはできないという反論も強いのです。全国で職に就かないで残っている看護師の数は、2006年末を基準として、全看護師数22万名のうち、7万5000名を超え、これは現場で働いている看護師数の半数に達するからであります。看護協会は低い報酬、三交代勤務、徹夜勤務の困難さ、それに頻繁な離職が問題であり、看護大卒業生を増やしたところで解決される問題ではないと指摘しています。特に職を離れている看護師のうち、半数を超える4万5000名が20-30代という事実は、看護師が結婚と出産の過程で仕事を辞める場合が多いという事実を、確認させてくれるのであります。¹⁶⁾ これにともなう、労働部は経歴の中断した看護師を採用する医療機関に対して、「お母さん看護師採用奨励金」を提供し、職場保育施設の設置を支援してパートタイム雇用を拡大するという方針を打ち立てました。¹⁷⁾ しかし、病院協会が不足する人員を3万7千名とまで推算している状況で、事情が相対的に良いというソウルの大病院さえも、看護師不足の現状を訴える有様で、問題の解決は容易ではないよ

14) 『2007年保健医療統計資料集』(大韓医事協会, 2009)。2009.2.12。「保険医療人材は100万未満。だが半分以上は首都圏に偏る」。『東亜日報』オンライン版から再引用。

<http://www.donga.com/fbin/output?n=200902120171>

15) 柳ソングジュほか「医療機関種別看護人材の活用案に関する研究」『臨床看護研究』13:1,157-172 (2007.4)。

16) 呉ヨンホ「わが国看護師人材の需給に関する展望」『保健社会研究』28:1 (2008.6)。

17) 2007.1.10。『東亜日報』オンライン版。<http://www.donga.com/fbin/output?n=200701100319>

うです。しかも現政府は大型病院中心の医療先進化政策を大々的に発表したばかりの状態です。地方病院は経営上の問題から廃業する場合も増えている有様です。地方病院の医療従事者の報酬や勤務条件を改善するのにも限界があるようでありませぬ。結局、地域で女性医療従事者が経験する困難は、地域医療の空白をもたらし、結果的に女性患者の苦痛につながっているのです¹⁸⁾。

地域医療とグローバリゼーション

これまで韓国における地域医療の問題と、医療従事者として、また患者として、女性たちが直面している困難について見てきました。これからはしばらく、地域の問題をグローバリゼーションの脈絡の下で浮き彫りにし、これをもって報告を締めくくりたいと思います。聴衆のみなさんには、韓国の事例をお聞きになって、韓国と日本にはさまざまな違いがあるにもかかわらず、共通点も多いということを感じられたかも知れません。

事実上、大きな脈絡においては、地域医療の空洞化という現象は全世界が経験していることであるだけでなく、医療人材の移動もまた世界的次元で広がっており、最近の現象だけのことでありません。韓国の場合も、すでに1960年代から約10年間、全部で1万名の看護師をドイツに派遣した経験があります。国内失業の緩和、外貨の獲得、借款と技術導入に対する反対給付として、韓国の看護師たちはドイツの医療空白を埋めるために派遣されて働いた歴史があり、現在、看護師不足の状況下でも、韓国産業人材管理公団は韓国の看護師1万名を米国に就業させる計画を立て、これを推進してきました¹⁹⁾。実際、韓国看護大学の学生た

ちの間では、米国の看護師免許を取ることが大きな人気を呼んでおります。米国の場合でも、特に外国人看護師たちの勤務条件はきわめて劣悪で、病院でない療養施設(nursing home)で働く場合も多いのです。だが、米国内での看護師の絶対的不足を解決するために一定期間勤務すれば、米国永住権を与えてくれるという利点があり、韓国の若い看護師にとってそれは大きな誘惑となります。また、海外で勤務したり、居住したりする韓国人が多くなるにつれて、海外で、韓国人の看護人材を必要とする場所も増えつつあります。米国だけでなく、ヨーロッパ連合の場合にも、医療従事者などの専門職に対しては移民を奨励する、いわゆる「ブルーカード」政策を取っていて、第三世界からの医療人材流出が深化しています。世界医療観光の中心地として話題にのぼるインドの場合、医師60万名、歯科医師20万名、看護師100万名が不足しているということです。頭脳流出(brain drain)と介護流出(care drain)と呼ばれるこうした現象は、第三世界が養成した専門の人材を先進国が引き抜くという問題とともに、現実的に医療の不平等を世界的次元で拡大再生産するという問題を生み出しています。

韓国でも、医療における人材不足という問題をフィリピン看護師と外国人医師を招請することで解決しようという議論があります。実際に国家免許によって管理されない看護人の場合には、すでに中国、ベトナム出身者が次第に大きな比重を占めつつあります。しかしこれはまず、人材を送り出す国家の社会問題を深刻化させるとまでは言わないにしても、医療現場において、すでに多くの葛藤が生じています。患者たちは、医療が単に特定のサービスと財貨を交換する行為ではなく、意

18) 2007.5.28.「看護師求人難に心中穏やかでない医療界」オンライン新聞【青年医師】。

<http://doc3.koreahealthlog.com/13472>

19) 2005.9.1.「公企業CEOに聞く—海外進出の先頭に……。李ドンファン韓国産業人材公団理事長」【ファイナンシャルニュース】。

思の疎通と共感に基づいた癒しの行為であることを期待します。ところで、一旦、文化的な理解が不足し、言葉もよく通じない外国人を韓国人より費用が安いという理由で雇う場合、患者の不便さと不満は大きくなるしかないので。こうして医療人材が国際的に果てしなく移動する現実、医療現場の安定性を大きく損なうことになります。韓国の場合、フィリピン看護師が代案として挙がっていますが、実際に韓国が招請できるフィリピン看護師の絶対数が足りないという問題とともに、日本との賃金支払い能力の差があって、果たして彼らが韓国行きを選んでくれるかどうか、現実的な限界として論じられております。一口に言って、医療人材は、単に費用と人員という数字で評価することはできません。不足すれば輸入し、余れば輸出すればよい商品ではなく、生きている人間と、彼らがつくりあげ、そこで生きていく社会についての問題なのであります。

世界保健機関アジア顧問のイジェキル・ヌクロは「医療人材の流出を防ぐ強制的措置が不可能な状況で、公共医療体系の崩壊を防ぐために、各家庭と地域社会に基礎的な医薬品と医療教育を提供して、自救策を取れるだけの方案を講究中である」と言ったということです。²⁰⁾ 各家庭と地域社会が専門家の手を借りず、自救策を取らなければならないという展望は、単に第三世界だけに当てはまるのではなく、程度と実態に違いはあっても、韓国や日本の農漁村でもすでに経験している現実のように思います。一方、医療従事者として、また患者としての女性が地域医療において経験する現実も、やはり中央の大都市と地域の格差だけでなく、世界的次元で存在する格差とこれにともなう人材の移動を考慮してみるならば、手っ取り早く解決できることだとは思えません。地域で女性

が経験する医療問題の解決を模索していると、グローバル化と新自由主義のような新しい問題から、労働市場における性差別と家庭における女性の地位という古くからの問題にいたるまで、多くの問題が重なり合っているということが分かるようになります。こうした現実が解決されない限り、女性が経験する地域医療の問題が解決されるのも困難だろうと思うと、未来が暗澹たるものに見えてくるのも事実でありましょう。医療が単純に経済論理に委ねることのできない領域だという事実、患者として、医療従事者として、地域で適切な医療水準を確保することは、われわれの人間らしい生活を守るのに必須的な仕事の一部であるという認識がない限り、地域の医療体系は今後も引き続き悪化の一路をたどることになるかも知れません。しかし私は、このような悲観的な展望にもかかわらず、本日、山口市民の皆さんと大学関係者、医療従事者のみなさんがしめしてくださったような、地域医療に対する真摯な関心を土台として、女性の健康を優先して考える地域医療が必ず達成されるであろうと信じるものであります。これは民主的な社会と人間らしい生活をつくりあげるために決して放棄することのできない部分であり、グローバル化と各国それぞれの経済的・社会的・文化的困難を克服しつつ達成された女性親和的な医療は、さらに価値ある成果を見ることになると思われるからであります。(翻訳：横田安司)

20) 2008.10.3.「第三世界医療人材流出の苦痛」『ソウル新聞』オンライン版。

<http://www.seoul.co.kr/news/newsView.php?id=20081003019012>