

【研修報告】

第1回日中韓看護学会に参加して

百田 武司*³

はじめに

第1回日中韓看護学会（1st China-Japan-Korea Academic Exchange Conference on Nursing）は、2009年8月19～21日、中国・北京で開催された。今回の学会の参加者は1,932名（中国本土から1,600名、香港・マカオから100名、台湾から50名、韓国から56名、日本から126名）であった（日本看護協会、2009；看護編集部、2009）。

筆者は、3日目のポスターセッションにおいて、通所リハビリテーションが脳卒中維持期患者にとって果たしている役割について発表した。本稿では、この学会の概要を紹介し、筆者の発表内容を簡単に述べる。

1. 学会の様子

1) 第1回日中韓看護学会について

日本看護協会は、中国の看護師協会である中華護理学会と連携し、両国の看護職の情報交換と学術交流を図るため、1991年から2年に一度、日中看護学会を開催してきた。2008年に開催予定であった第11回日中看護学会は、北京オリンピックの開催に伴い実施されなかったが、2006年に開催10回目を数えたことを契機に、日中二国間の交流から、他のアジアの国の看護師とも交流できる場について検討を進めてきた。その結果、韓国看護師協会の参加をえて、

この度、第1回日中韓看護学会が中国・北京の北京会議センター（北京会議中心、Beijing Conference Center）で開催された（久常、2009）。

2) 中華護理学会創立100周年記念式典

今年は中華護理学会の100周年にあたり、初日は記念式典が開催された。記念式典のあと、国際看護師協会（International Council of Nurses、以下ICNとする）やWHOなどの代表者や日中韓の看護協会長による特別講演があった。日本からは南裕子ICN前会長、山本あい子世界災害看護学会理事長、それに久常節子日本看護協会会長の講演があった（発言順）。

夕方には中国の国会議事堂にあたる人民大会堂で、レセプションが開催された。国家の重要施設でもあるため、セキュリティチェックが厳しく、手荷物制限があり、持参物は学会で配布されたリュックサック一つに限られた。また、学会参加者だけに配布された Invitation Letter がない場合は入場できないとのことであった。特に、小児の入場は認められないということであったため、子供同伴で参加した筆者は、レセプションへの出席は断念した。参加した人によると、バス30台で人民大会堂までパトカーの先導で移動し、盛大な会であったとのことであった。



写真1 Beijing Conference Center



写真2 1st China-Japan-Korea Academic Exchange Conference on Nursing

* 1 日本赤十字広島看護大学



写真3 中華護理学会創立100周年記念式典

3) 口演・ポスター発表

2日目および3日目午前は日中韓の参加者による口演発表とポスター発表であった。今回の学会のテーマが「日中韓における看護師不足とその対策」であったため、口演は看護管理に関するものが多かった。筆者の印象では、3カ国の中で、特に韓国の研究レベルと英語でのプレゼンテーション能力の高さが際立っていた。ポスター発表の内容は多岐にわたっており、それぞれ、活発な討論が行われていた。

4) 病院見学

3日目午後は、日本と韓国の参加者のために、北京市内の3つの医療施設を見学するツアーが組まれた。筆者は、北京協和医科大学付属医院（北京協和医院）を見学した。米国ロックフェラー財団により1921年設立された1800床の西洋医学を中心とした治療が行われる総合病院であった。現在は中国政府が運営し、著名な医師や看護師を多く輩出し、中国最高の病院と讃えられている。当地を代表する名門病院ということで、SARSの治療もここで行われたとのことであった。しかしながら、この病院では、日本の病院では見ることが少なくなったナースキャップやガーゼカスト、それに消毒薬を入れる万能壺も健在であった。ただ、中国の看護師の社会的地位は高く、離職率も極めて少ないとのことであった。

2. 筆者の発表内容

筆者は、「Patient Perspectives on the Role of Post-Stroke Ambulatory Rehabilitation under Long-Term Care Insurance」と題した研究を報告した。これは、介護保険による通所リハビリテーション（以下、通所リハとする）に通所する脳卒中患者にとって、通所リハという場が果たしている役割を、利用者の視点から明らかにすることを目的とし

Patient Perspectives on the Role of Post-Stroke Ambulatory Rehabilitation under Long-Term Care Insurance

Takeshi HYAKUTA¹ and Yukiko HYAKUTA²

¹Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing and ²Hiroshima University Hospital

INTRODUCTION

Although medical insurance once covered rehabilitation for an unrestricted period of time, a 2006 revision in medical fees established coverage for a fixed number of days. In the case of post-stroke rehabilitation, the number of days is set at 180; with the onset, the start of the postoperative period or occurrence of acute exacerbation serves as the initial date. Rehabilitation for post-stroke patients that exceeds 180 days is therefore usually undertaken using services funded by long-term care insurance rather than medical care insurance. This revision has significant implications from an economic point of view, but it is doubtful that this change takes into consideration the patient's perspective on the role of medical rehabilitation. For this reason, research concerning the patient perspective is needed. However, no studies of the previous system were conducted to examine the role of medical rehabilitation from the perspective of post-stroke patients. With regard to non-stroke patients, Takazaki (2001) carried out a grounded theory study that examined the role played by orthopedic clinics in treating elderly patients. This study attempted to clarify the viewpoint of elderly patients, namely their expectations for outpatient treatment at the clinic. Realizing the importance of examining the role of the previous medical rehabilitation system for post-stroke patients from the patient point of view, I carried out a study that clarified patients' perspectives on the role played by outpatient rehabilitation under medical insurance before the 2006 medical fee revisions implemented a fixed number of days (July 2007).

In the present study, I used the same methodology as the previous study, and targeted post-stroke patients receiving outpatient rehabilitation covered by long-term care insurance in order to clarify patients' views of the role played by ambulatory rehabilitation under long-term care insurance.

METHODS

I chose the participants for this study from a group of post-stroke patients who received outpatient treatment under long-term care insurance and who were lucid, capable of verbal communication, and free of cognitive impairment. I performed interviews based on the semi-structured questionnaire used in my previous study (Hyakuta 2007). The interview and semi-structured questionnaire addressed the following issues: (1) How did you feel since the onset of symptoms; (2) patient's feelings toward rehabilitation, activities, perception, and self-image; and (3) things, situations, and relationships of interest to the patient.

I encouraged participants to speak as freely as possible during the interview. I performed a qualitative recursive analysis using constant comparison and stopped conducting new interviews when the point of theoretical saturation was reached. Ultimately, this was defined as the point at which, having determined that no new concepts could be extracted, two more interviews and constant comparison analyses were conducted to verify that saturation had been reached. Member checking was also used to determine the rigor of results.

I obtained consent from each participant following oral and written explanations. The ethical dimensions of the study were also reviewed and approved by the ethics review board of the institution carrying out the study.

RESULTS

The study included a total of 17 participants (nine men and eight women) with an average age of 75.6±11.31 years (mean±SD). Based on participant interviews, we classified patient perspectives on the role of ambulatory rehabilitation under long-term care insurance into seven categories with definitions as follows:

1. "A place to maintain acquired physical functions" described post-stroke patients attempting to at least maintain, if not improve, physical functions acquired through ambulatory rehabilitation during the time of onset to acute stage, recovery and chronic phase.
2. "A place to get healthy" described post-stroke patients who saw actual benefits from ambulatory rehabilitation under long-term care insurance.
3. "A place for study" described post-stroke patients who underwent ambulatory rehabilitation under long-term care insurance in order to get information about rehabilitation methods and treatment, or to get information about their disabilities by comparing themselves to others with the same condition.
4. "A place of habit" described post-stroke patients whose ambulatory rehabilitation formed a central part of their lives and was part of their everyday routines.
5. "A place to connect with society" described stroke patients whose range of activity was limited by their disabilities. These particular patients have a tendency to become marginalized and undergoing ambulatory rehabilitation under long-term care insurance helps them stay in touch with society.
6. "A place where I can be free of worries" described post-stroke patients who experienced some physical and/or mental obstacles in their social lives but felt at ease by undergoing ambulatory rehabilitation under long-term care.
7. "A place where I am considered a burden" described post-stroke patients who felt that they were a burden while receiving home care. These patients consider ambulatory rehabilitation under long-term care insurance as an unavoidable source of care.

DISCUSSION

A comparison of the present study with my previous study regarding the role played by outpatient rehabilitation under medical insurance (Hyakuta 2007) reveals that the categories of "a place to maintain acquired physical functions," "a place to get healthy," "a place for study," "a place of habit," "a place to connect with society," and "a place where I can be free of worries" were found in both studies. One additional category, "a place where I am considered a burden," was found in the present study but not in the previous one. In contrast to the other categories, which indicate a positive role for ambulatory rehabilitation, this category describes a negative perception of post-stroke ambulatory rehabilitation. In other words, ambulatory rehabilitation under long-term care insurance does not always represent a place of comfort for post-stroke patients, and can also be seen as being a place where one must unavoidably go. Accordingly, it appears that we must help post-stroke patients view the role of ambulatory rehabilitation under long-term care insurance in a positive light.

CONCLUSION

The following seven categories were identified concerning the role played by ambulatory rehabilitation under long-term care insurance: "a place to maintain acquired physical functions," "a place to get healthy," "a place of habit," "a place to connect with society," "a place where I can be free of worries," and "a place where I am considered a burden."

ACKNOWLEDGEMENTS

This study was undertaken with the support of a 2007 Young Researcher Research Grant-in-aid from the Society of Private Colleges of Nursing in Japan.

REFERENCES

Takazaki, K. (2001). The background and the functions of the orthopedic clinic for elderly patients in urban area. *The Japanese Journal of Nursing Research*, 34, 219-228.

Hyakuta, T. (2007). The role of outpatient rehabilitation for stroke patients during the maintenance period. *Journal of Nursing, Shiga University of Medical Science*, 5, 44-52.

図1 筆者の発表ポスター

た、脳卒中患者17名への面接調査による質的研究である。2006年の診療報酬改定において、従来は期間無制限であった、医療保険によるリハビリテーションに、算定日数制限が新設された。脳卒中の場合、発症や手術後、急性増悪を起算日として、算定日数制限は180日とされた。そのため、算定日数制限以後の脳卒中患者のリハビリテーションは、一部を除き、医療保険ではなく、介護保険によるサービスで行わなければならないとなった。これは、財源論主体の経済的観点からの改定という意味合いが大きいという問題意識から、利用者の視点から通所リハの果たしている役割を明らかにしようと試みたものである。本研究の結果、脳卒中患者にとっては、通所リハが必ずしも快い場でなく、やむを得ず通所している場であることも考えられた。従って、脳卒中維持期患者が、通所リハの役割を肯定的に意味づけられるように支援することが必要であると考えられた。

以上の研究をポスターセッションで発表したところ、討論の時間に、韓国の参加者から韓国語と流暢な英語で質問を受けた。筆者の語学力不足により、

なかなか理解しがたい部分があったが、質問の内容は、日本の介護保険制度についてであった。討論相手によると、韓国では、およそ1年前から介護保険がスタートしたが、韓国の場合、認知症の症状が重いか、またはほぼ寝たきりの者（日本では要介護度4か5に相当か？）のみが要介護認定を受けるようで、要支援1～要介護5までの日本の制度とは異なるものようであった。従って、通所リハがどのようなものかについて、興味があったようであったが、私の説明が十分理解されたかは不明である。

おわりに

筆者にとっては、初めての海外での学会参加であり、貴重な体験となった。また、下記のような、日本では考えられないトラブルも体験した。

まず、開催12日前に急遽開催会場が変更された。変更された会場は、公共交通機関のないところで、「市内中心部より北へ約20km、タクシー利用で約45～60分以上（朝・夕を中心とした道路渋滞により所要時間は大きく変動する）」とメールで知らされた。実際には、90分かかり、タクシードライバーに行き先を告げたところ、あまりに遠いためか、5回も乗車拒否にあった。ちなみに、タクシー料金は50元（≒750円）ですんだ。

次に、発表日時が度重なる変更である。開催前日になり、発表日時の変更のメールを出発直前の関西空港で受け、学会初日に、会場でさらに変更を知らされた。結局、筆者の発表は、当初の2日目から3日目に変更された。もちろん、抄録に記された発表日時と実際は異なっていた。

最後に、ポスターサイズの相違である。ポスター掲示のパネルの演題毎の区切りサイズが、事前に知らされていたサイズの約半分であった。筆者は、初日に気付いて、日本の看護協会関係者らしき人に申し出たところ、既に気付いておられ、すぐに対応し

てくださり、日本の発表のみ、主催者の用意したパネルの区切りを無視した形での掲示となった。

このような、トラブルに見舞われながらも、経済成長著しい中国での開催で、特に本学会は、中華護理学会創立100周年に合わせて開催されたためか、大変豪華なものであった。前述の人民大会堂でのレセプションの他にも、2日目の夜の学会懇親会、3日間全ての昼食と午前と午後のティーブレイクなど、学会参加者は全て無料で振る舞われた。また、参加者には、中国製の高級ボールペン、聖書サイズのメモ帳、中華護理学会創立100周年のアルバムと中国の記念切手など、豪華な贈答品があった。

同学会は、次回、第2回日中韓看護学会は2010年11月に日本で開催される予定とのことである。今後も、海外での学会で報告できるように精進したい。

謝 辞

本研究は、日本私立看護系大学協会の平成19年度「若手研究者研究助成」により実施いたしました。また、本学会への出席は、日本赤十字広島看護大学より海外出張旅費助成を受けて行いました。貴重な機会を与えてくださいました、日本私立看護系大学協会と本大学に深く感謝申し上げます。

文 献

- 久常節子(2009). 第1回日中韓看護学会への参加のお誘い, 第1回日中看護学会のご案内, 2009年10月1日, <https://entry2.jtb.ne.jp/mel/web/lkango/index.html>
- 看護編集部(2009). JNA NEWS 第1回日中韓看護学会・中華護理学会創立100周年記念式典開催, 看護, 61(13), 78-79.
- 日本看護協会(2009). 第1回日中韓看護学会を開催, 日本看護協会 協会ニュース, 507.

