

フォーカスグループをもちいた高齢者の医療機関および 主治医への期待に関する質的調査

セバタ カツユキ スギサワ ヤスハル
瀬 昌 克之* 杉澤 廉晴* マイク D. フェターズ^{2*}
ヒラガ アキコ オオタキ ジュンジ マエザワ マサジ
平賀 明子^{3*} 大滝 純司^{4*} 前沢 政次^{4*}

目的 高齢者の受療行動のメカニズムを調べることを目的に、高齢者が開業医や地域医療機関、高次医療機関にどのようなニーズを持っているのか、主治医に何を求めているのかに関する質的調査を行った。

方法 65歳以上の高齢者に対してフォーカスグループインタビューを行い、医療機関や主治医に何を求めるのかに関する8つのテーマに基づいたグループディスカッションを行った。調査終了後、フォーカスグループで抽出されたデータの考察を補完するため、フォローアップアンケートを参加者全員に行った。

結果 無床診療所には「医療設備」や「緊急時の対応」に不満を感じる一方で、「(同じ医師による)継続的管理を受けられる」ことや「(診療や投薬に対する)希望を考慮してくれる」ことをメリットとして挙げた。一方、町立病院には「医師が頻繁に変わる」ことや「診療能力に限界がある」ことをデメリットとしながらも「開業医にはない診療科や機器がある」ことや「人柄に惹かれる医師がいる」ことを理由に受診していることが多くのグループで話された。大病院に対しては「設備」、「診療科」、「専門医」をキーワードとして「医療レベルが高く、重症疾患にも対応できる気がする」と表現する信頼感を多くの参加者が語った。また、医療従事者全般に対しては「コミュニケーションの取りやすさ」としての「心のつながり」、すなわち「気軽に話しのできる関係」を求めていることを強調していた。フォローアップアンケートでは、「総合的な診療能力」に対する優先順位が主治医の診療能力に関わるその他の2つの要素に比べて有意に低く、一方、主治医のパーソナリティに関わる要素としては「聞き手としての能力」の優先順位が「話し手としての能力」のそれと有意差をもって高かった。

結論 今回のフォーカスグループの結果から、患者は医療機関の種類によってニーズを使い分けている可能性が示唆された。特に開業医に対しては「心のつながり」と「適切に専門医へ紹介できる能力」を、大病院には医療機器や複数の診療科に対する期待がより強いことが予想された。また、主治医には全般的に「総合的な診療能力」よりも「専門的な診療」ないしは「専門医に適切に紹介する能力」を、「わかりやすく説明する能力」よりも「話をじっくり聞いてくれること」を期待する傾向にあることが推測された。

Key words : 質的研究, フォーカスグループ, フォローアップアンケート, 高齢者, 医療ニーズ, 受療行動

I はじめに

高齢者は複数の疾患を有するという生物学的な性質をっており、一人当りの医療費も若年者の3.4倍にのぼる¹⁾。このことから、高齢者人口が今後さらに増加し、医療費の高騰が加速化されるこ

* 北海道大学大学院医学研究科

^{2*} ミシガン大学医学部家庭医療学講座

^{3*} 北星学園女子短期大学社会福祉学部

^{4*} 北海道大学医学部附属病院総合診療部

連絡先: 〒060-8648 札幌市北区北14条西5丁目
北海道大学医学部附属病院総合診療部 瀬昌克之

とが懸念されている。

このような状況の中で、主に高齢者の自己負担を増やすことによって受診を抑制する諸施策が行われているが、自己負担による受療行動のコントロールは限定的なものにとどまるとする報告^{2,3)}も少なくない。したがって、高齢者の受療行動のメカニズムを調べ、医療費に影響を与える受療行動を適正化する方策を見出すことはこれからの重要な課題のひとつと思われる。

今回われわれは、高齢者の受療行動のメカニズムを調べる研究の一環として、高齢者が医療機関や主治医に対してどのようなニーズ（期待）を持っているのかに関する調査を行った。ここでは、数値では正確に把握できない社会事象を考察するのに有効とされる質的調査手法^{4,5,6)}を用いたが、患者のニーズという観点から医療を考える際に興味深い結果が得られたので報告する。

なお、本調査は日米の高齢者を対象に行われた「日米の市民を対象にした質的手法による医療ニーズの構造分析および医療ニーズ形成過程における文化的・社会的背景の影響に関する考察—ファイザーヘルスリサーチ振興振興財団第8回（平成11年度）国際共同研究助成による—」の一部として実施され、本論文はそのうちのフォーカスグループによる調査結果を報告し、個人面接および日米比較調査の結果は別稿にて報告する（以下、「主研究」とは日本におけるフォーカスグループおよび個人面接による質的調査全体を指す）。

Ⅱ 研究方法

北海道のある地域に居住する高齢者に対してフォーカスグループインタビューを行い、医療機関に対する患者のニーズを質的分析によって抽出した。調査終了後、質的研究手法による結果を評価するためのフォローアップアンケート調査⁷⁾を参加者全員に対して行った。

1. 対象

無床診療所（以下、「開業医」）や病床数約100床の町立病院、さらに大学病院を含む病床数300床以上の大病院など、さまざまな医療機関を受診できる地理的条件にあるP町（資料1）の65歳以上の高齢者を対象とした。特に、質的研究では目的に相応しい参加者を集める（以下、「リクルート」）ことが重要であり⁸⁾、本調査では、主治医

とする医師の所属医療機関に偏りがなく、過去10年間にさまざまな医療機関を受診するなど多様な受療背景を持つ高齢者を集めることを目指した。

2. リクルート方法

まず、町内の開業医および老人福祉施設の婦長、P町立病院の医師など、高齢者との接触が多い6人の協力者に調査概要を説明して参加者の紹介を依頼した。そして、これらの協力者からの紹介によっても調査に十分な数の参加者を集められなかった場合は、参加者自身に対象となる高齢者を紹介してもらい、いわゆる snow-ball sampling を行うこととした。また、特に、フォーカスグループによる調査内容が性別にかかわる疾患におよんで参加者の自由な発言を妨げる可能性があったため、各グループを男女別に構成し、インタビューグループ数およびグループの構成人数はそれぞれ少なくとも3グループ・6人が必要だとされる⁹⁾。そこで予算および日程を勘案して男女別に10名の参加者からなる男性2グループ、女性2グループ、合計4グループのインタビューを行うことを計画した。紹介されたすべての参加候補者には趣意書と調査概要を郵送し、後日あらためて電話による調査の説明、とくに今回の調査で行われるビデオカメラやテープレコーダーでの記録に対する理解をとり参加の最終的な確認を行った¹⁰⁾。

3. 調査方法

調査場所とした部屋には記録用のテープレコーダーとビデオカメラを設置したが、参加者がカメラを気にして発言を躊躇することがないように直接参加者の視界に入らない位置に設置した。さらに、観察者が部屋の目立たぬところに座り、調査の様子を観察・記録して調査の妥当性を評価する際に利用した。また、参加者の各席には飲み物と軽食を置いて自由に飲食できるようにし、緊張をほぐすような雰囲気を作って気軽に発言できるよ

資料1 P町の社会的背景

人口7,513人（うち65歳以上1,853人、26.7%）

主たる産業 農業

医療資源 町内に町立病院1および無床診療所2

その他、歯科医院・診療所4、老人福祉施設3

通院時間30分圏内に300床以上の病院3

通院時間2時間圏内に大学病院3

うに配慮した¹⁰⁾。米国でも同様の調査を行うため、米国の研究者との間で合意された共通の調査者用マニュアル(インタビューガイド)を使用し、ファシリテータと呼ばれる司会者は提示したテーマについて参加者の活発で自発的な意見を収集するよう留意した。そして、フォーカスグループインタビュー終了後、参加者の社会的属性を調べるデモグラフィックアンケートを配布・回収し、謝礼を支払って調査を終了した。謝礼の金額は賃金モデルから算出した額が適切であるとの報告¹¹⁾もあるが、今回は参加者全員に一律3000円を支払った。

また、フォーカスグループの分析が完了した時点で、切手を添付した返信用封筒とフォローアップアンケートの用紙を主研究の参加者全員に郵送し、3週間の回収期間を経たのちに分析した。

なお、主研究は参加者の医療内容に関わる調査であることから、調査計画の段階で北海道大学医学部倫理委員会およびミシガン大学研究審査委員会(The University of Michigan Institutional Review Board)に審査を申請し、研究の倫理的配慮に対する承認を得た。

4. 調査項目

フォーカスグループでは、開業医、町立病院、大病院、大学病院の4つの医療機関群に受診する際のメリット(利点や気に入っている点)とデメリット(不便・不満な点)に関するグループディスカッションを行った。この際、患者が具体的な医療機関群を想起できるよう、この地域周辺に実際に存在する医療機関の実名を挙げるなどして質問した。フォローアップアンケートではフォーカスグループの考察を補完するため、フォーカスグループの結果をもとに自記式調査票を作成した。アンケートは二部構成とし、前半では参加者の受診状況とフォーカスグループインタビュー結果の確からしさを調べるための単一および複数回答形式の質問を設定した(質問項目は省略)。後半は今回のフォーカスグループで抽出された患者のニーズを参考に、参加者が主治医に求める診療能力を「専門的な診療能力」、「総合的な診療能力」、「専門医への適切な紹介」の三要素に、また、主治医のパーソナリティにかかわる側面を「優しい人柄」、「聞き手としての能力」、「話し手としての能力」の三要素にまとめ、「主治医に求める6要

素」として各項目に1位から6位までの番号を付ける完全順位回答形式の設問を作成した(資料2)。

5. 分析方法

フォーカスグループの結果を分析するにあたっては、テーブルコーダーに録音された会話の内容を文字化する「テープ起し」を行い、ワープロ上で会話の編集作業が出来るようにした。テープ起しは標準的なスキーム¹²⁾に従って非調査者が行い、調査者はビデオテープや録音テープを参照し

資料2 フォローアップアンケート質問項目

あなたが主治医と考える医師に求めるものを、重要だと思う順に1から6までの数字をすべてのカッコ内に記入して下さい。

＜求めるものが特でない方は下のカッコすべてに×を記入して下さい＞

- () 番：専門的な知識や技術による「専門医による診療」
- () 番：親しみやすく、優しさを感じる
- () 番：ひとりの医師でいろいろな病気を幅広く診ることができる「総合的な能力」
- () 番：患者の話しをじっくり聞いてくれる
- () 番：大きな病気を見逃さず「適切に専門医に紹介できる能力」
- () 番：わかりやすい説明や助言をしてくれる

資料3 分析に際しての情報の重み付け

分析者の主観に基づき情報としての重みを重い順から、A・B・C・Dの4段階とする。

●意見としての出現頻度の観点から

- (1) 4グループすべてから聴取されたカテゴリを「A」ランク
- (2) 3グループから聴取されたカテゴリを「B」ランク
- (3) 2グループから聴取されたカテゴリは・・・
 - ・男女それぞれのグループから聴取されたものに「B」ランク
 - ・同性のグループから聴取されたものに「C」ランク
- (4) 1グループから聴取されたカテゴリは・・・
 - ・複数の参加者から聴取されたカテゴリに「C」ランク
 - ・ひとりの参加者から聴取されたカテゴリに「D」ランク

●参加者間の同意の強さの観点から

他の参加者が同意している様子の強さに応じて、出現頻度による情報の重み付けを1ランクを限度に上下できる

ながらテープから起した記述の正確さを確認し不正確な部分をすべて修正した。そして、ワープロ上で発言の内容を適切な長さに断片化（以下、「フラグメント化」）し、発言の文脈にそった意味がわかるように最小限の言葉を補った（以下、「エディティング」）。そして、類似したものをカテゴリーとしてまとめ、テーマをつける作業（以下、「コーディング」）を行った。

今回の調査では、“医師ないし医療機関に求めるもの”という限られた情報を集めるため、得られた質的データは高度に抽象化するとどれも同じような分類に入ってしまう危険性があった。したがって、いわゆるグランデッド・セオリー・アプローチにおけるコーディング¹³⁾のような極端な抽象化は行わず、内容がイメージできる程度に抽象化をとどめた。そして、資料3に示すような情報の重み付けの基準に従ってクラスAからクラスDまでの優先度を決め、クラスAおよびBのものを抽出結果として採用し、クラスCおよびDを分析にあたっての参考とした。

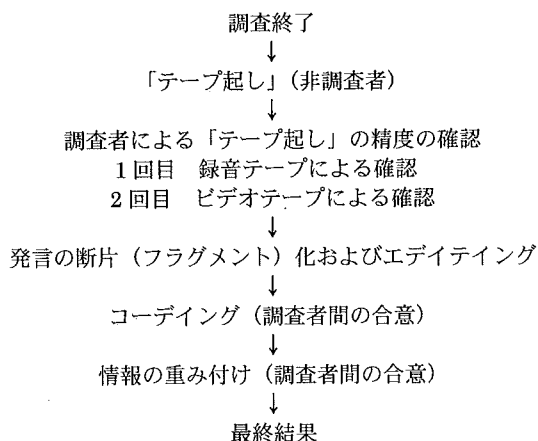
なお、分析に際しては、調査者の主観に囚われ著しく偏った解釈がなされぬよう、調査開始前にあらかじめ調査内容にかかわる自分の経験や価値観などを調査者間で話し合う“パーソナル・インベントリー^{14,15)}”を行った。また、データのフラグメント（断片）化からエディティングまでの作業を2人の調査者が並行して行い、その結果を持ち寄って合意形成を繰り返しながらコーディング作業を進めた（図1）。

また、並行して行われた個人面接も含めた主研究参加者全員に対するフォローアップアンケートでは、“主治医に求める6要素”の優先順位が主治医の所属する医療機関群間で、あるいは、主治医に求める診療能力および主治医のパーソナリティに属する三要素内でどの程度の有意差があるかをMann Whitney検定で調べた。なお、これらの計算は統計解析パッケージDr. SPSS for Windowsを用いて行った。

Ⅲ 調査結果

男女各1人が調査当日に不参加となり、当初不参加を予定していた男性1人と女性2人が当日参加した。その結果、4回のフォーカスグループを通じて男性20人、女性21人の合計41人の参加者が

図1 分析のながれ



あった。フォローアップアンケートは並行して行った個人面接の参加者も含めた合計65人に対して行い、64人（全参加者の98%）から回答を得た。完全順位回答形式のすべての質問に指示通り答えた者は全回答者のうち34人（53%）であり、うちフォーカスグループの参加者は20人（フォーカスグループ参加者の49%）だった。部分的に回答した者は8人（全回答者の13%）で、うちフォーカスグループ参加者が6人（フォーカスグループ参加者の15%）だった。回答の不備は本来序列を記入すべきカッコ内に○や×を記入したり、空欄になっているものが多かった。今回のフォローアップアンケートの目的はフォーカスグループの考察を補完することであり、限られた数の参加者に対して行われたことから、○や×、あるいは空欄など、数値として集計できないものや分析上不適切なもの¹⁶⁾を除外した42票（全回答者の66%、うちフォーカスグループ参加者の63%にあたる26票）を集計することとした。

1. 参加者の属性（表1）

フォーカスグループ参加者の平均年齢は73.8歳（男74.7歳、女72.9歳）で、教育年数は男性で平均8.3年、女性で9.0年だった。女性参加者はひとり暮らしが多く（50%）、男性参加者では配偶者または子供と同居している者が32%と比較的多かった。女性では配偶者と死別した者が57%、男性で死別した者は21%であった。また、男性の39%が現在も就業しているが、女性で就業している者

表1 参加者の属性 (参加者41人)

1. 社会状況			
	男 性	女 性	合 計
平均年齢	73.8歳	72.9歳	73.8歳
平均教育年数	8.3年	9.0年	8.6年
就 業 中	39%	16%	
退職後無職	56%	26%	
無職 (主婦)	6%	53%	
その他	0%	5%	
2. 生活状況			
	男 性	女 性	
ひとり暮らし	26%	50%	
配偶者と	32%	20%	
子供と	32%	25%	
その他	11%	5%	
3. 結婚状況			
	男 性	女 性	
配偶者あり	71%	36%	
死別	21%	57%	
その他	7%	7%	
4. 健康状態			
	男 性	女 性	
とても健康	10%	5%	
健康	25%	10%	
まずまず	55%	67%	
よくない	10%	19%	

は16%だった。健康状態に関しては「まあまあ」と答えた者が男性で55%、女性で67%と最も多かった。

2. フォーカスグループでの抽出結果 (表2)

1) 開業医の受診にかかわるメリット・デメリット

開業医を受診する理由として、「(同じ医師による) 継続した医療が受けられる」、「町立病院との連携がある」ことがすべてのグループインタビューから聴取され、「自宅から近い」、「(診療や投薬に対する) 希望を考慮してくれる」という理由もほとんどのグループで聞かれた。一方、開業医に受診するデメリットとして「対応できる疾患に限られている」とことや「夜間・休日の緊急時アク

セスが悪い」という点を挙げる参加者が多かった。また、「(開業医は) 受診しない」とする参加者もすべてのグループでみられた。

2) 町立病院の受診にかかわるメリット・デメリット

町立病院を受診する理由として、「自宅から近い」とことや「人柄に惹かれる医師がいる」ことがすべてのグループで挙げられ、「開業医にはない診療科や機器がある」ことも比較的多くの参加者が発言した。一方、デメリットとしては「医師が頻繁に変わる」とことや「対応できない診療科がある」、「重症疾患には対応できない」ことを挙げ、複数の参加者が「(町立病院には) 受診しない」と発言した。

3) 大病院の受診にかかわるメリット・デメリット

大病院を受診する理由を「設備が整っている」、「診療科が多い」とする者がすべてのグループにみられ、「(救急から入院、そして外来へと) 継続した医療が受けられる」とことや「専門医がいる」ことを挙げたものも多かった。デメリットとして「通院にかかわるさまざまなコストがかかる」ことを多くの参加者が挙げていたが、「通院範囲内にある」ことから、多少のコストがかかっても通院しているという参加者も比較的多かった。また、「第三者のすすめ」を受けて受診したと発言する者もすべてのグループでみられた。

4) 大学病院の受診にかかわるメリット・デメリット

大学病院を受診するメリットとして「高い技術と知識をもった権威がいるような気がする」という発言がすべてのグループインタビューで聞かれ、「最先端の研究がなされている」とことや「“最後の砦”としての期待感」を挙げる者が多かった。情報としての重みのあるデメリットは抽出されなかった。

3. フォローアップアンケート

主治医に求める要素の優先順位に医療機関群で有意差があるかを、開業医群、町立病院および大病院 (大学病院を含む) の三医療機関群のうちの任意の二医療機関群で Mann-Whitney 検定した。しかし、有意水準 5% 程度での統計学的有意差はみとめられなかった。(表3; 図2)。

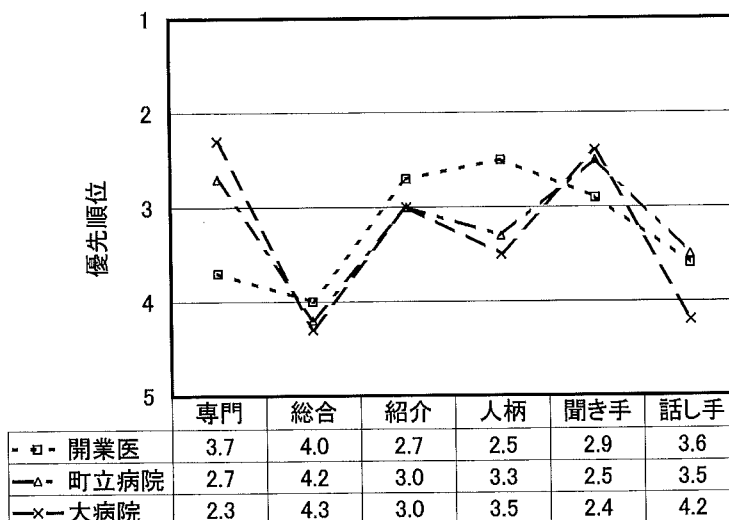
一方、全回答者において主治医に求める要素間

表2 抽出・採用されたテーマ

	開業医	町立病院	大 病 院	大学病院
メリット	●(同じ医師による)継続した医療が受けられる ●町立病院との連携がある ●医療スタッフへの心のつながりを感じる ●自宅から近い ●(診療・投薬に対する)希望を考慮してもらえる ●待ち時間が少ない ●家族で受診できる	●自宅から近い ●人柄に惹かれる医師がいる ●開業医にはない診療科や医療機器がある ●緊急時の対応が可能	●設備がそろっている ●診療科が多い ●(救急から入院・外来まで)継続した医療が受けられる ●医療レベルが高く、重症疾患にも対応できる気がする ●専門医がいる	●高い技術と知識をもった権威がいるような気がする ●最先端の研究がなされている ●“最後の砦”としての期待感がある ●複数の医師による医療判断がなされているような気がする
デメリット	■対応できる疾患が限られていると感じる ■夜間・休日の緊急時のアクセスが悪い	■医師が頻繁にかわる ■対応できる疾患が限られていると感じる ■重症疾患には対応できない ■待ち時間が長い	■通院にかかわるさまざまなコストがかかる	<抽出結果なし>
そ の 他	▲(開業医には)かからない	▲(町立病院には)かからない	▲通院範囲内である ▲第三者の奨めがある	▲第三者の奨めがある

(注) メリット, デメリット, その他の各テーマは上位ほど“情報として重い”

図2 主治医に求める要素 (主治医の医療機関別)



の有意差を「診療能力」関わる三要素と「パーソナリティ」関わる三要素にそれぞれ分類される任意の二つの要素間でMann-Whitney検定した。その結果,「専門的診療能力」と「総合的診

療能力」および「総合的診療能力」と「専門医への紹介」の組み合わせで,さらには「聞き手としての能力」と「話し手としての能力」との組み合わせでその優先順位に有意水準1%以下での有意

表3 三医療機関群間の比較
(主研究参加者42人)

Mann Whitney による二群間検定 (有意確率)

	専門的な診療	総合的な診療	専門医への紹介
開業医—町立病院	0.23	0.78	0.77
開業医—大病院	0.11	0.63	0.71
町立病院—大病院	0.47	0.87	0.98
	優しい人柄	聞き手としての能力	話し手としての能力
開業医—町立病院	0.20	0.60	0.93
開業医—大病院	0.10	0.44	0.29
町立病院—大病院	0.87	0.86	0.16

差が認められた (表4; 図3)。

また、主治医の医療機関別に、「診療能力」および「パーソナリティ」に属する三要素内の差を調べたところ、大病院に主治医をもつ患者群においてのみ「総合的な診療能力」に対する「専門的な診療能力」と「専門医に適切に紹介できる能力」の優先順位に、および「聞き手としての能力」に対する「話し手としての能力」の優先順位に有意水準5%あるいは1%以下の統計的有意差が認められた (表5; 表6; 表7)。

表4 主治医に求める要素の比較
(主研究参加者42人)

Mann Whitney による二要素間検定 (有意確率)

	総合的な診療能力	専門医への紹介
専門的な診療能力	0.001	0.64
総合的な診療能力		0.001
	聞き手としての能力	話し手としての能力
優しい人柄	0.28	0.19
聞き手としての能力		0.002

IV 考 察

1. 参加者の性質とデータの妥当性

別稿¹⁴⁾で報告したように、参加者の性質とデータの妥当性をフォローアップアンケートで評価した。その結果、主研究の参加者が主治医とする医師はさまざまな医療機関に分布し、過去10年間に受診した医療機関も比較的幅広いことがわかった。また、調査者や調査方法が参加者の価値観に介入し、参加者の回答を歪めるような影響は軽微であることが推測された。これらのことから、多様な参加者から幅広い情報を受動的に収集するという主研究の目的が達成でき、患者の医療ニーズを抽出・収集する調査としてふさわしい参加者と妥当性が担保されたデータが得られたと判断した。また、今回のフォーカスグループの参加者は

図3 主治医に求める要素 (参加者全員)

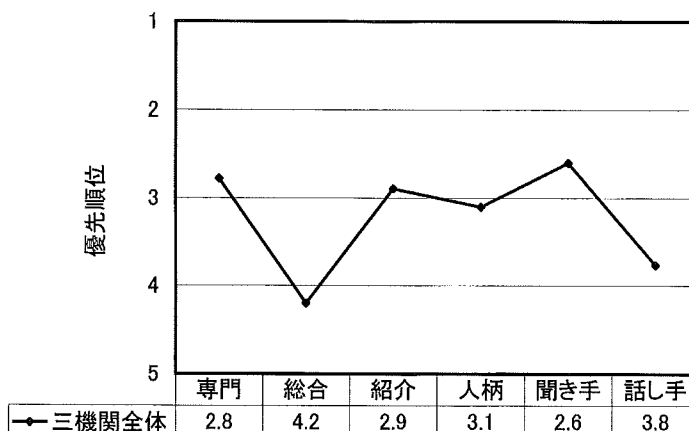


表5 主治医である開業医に求める要素の比較
(14人)

Mann Whitney による二要素間検定 (有意確率)

総合的診療能力 専門医への紹介		
専門診療能力	0.81	0.26
総合的診療能力	0.07	
	聞き手としての能力	話し手としての能力
優しい人柄	0.38	0.09
聞き手としての能力	0.30	

表6 町立病院の主治医に求める要素の比較
(13人)

Mann Whitney による二要素間検定 (有意確率)

総合的診療能力 専門医への紹介		
専門診療能力	0.07	0.66
総合的診療能力		0.11
	聞き手としての能力	話し手としての能力
優しい人柄	0.33	0.86
聞き手としての能力		0.08

表7 大病院の主治医に求める要素の比較
(17人)

Mann Whitney による二要素間検定 (有意確率)

総合的診療能力 専門医への紹介		
専門診療能力	0.004	0.18
総合的診療能力	0.05	
	聞き手としての能力	話し手としての能力
優しい人柄	0.08	0.22
聞き手としての能力	0.008	

大学病院を実際に受診したことのある患者が極端に少なく(2人)、この患者がディスカッションで語った内容も個人的経験が強く影響したものであった。したがって、分析に際してはこれらのことを加味しながら、大学病院と大病院へのニーズ

を「“大病院群”に対するニーズ」としてまとめることにした。

2. 医療に対する患者のニーズ

1) 開業医に対するニーズ

無床診療所には「医療設備」や「緊急時の対応」に不満を感じる一方で、「(同じ医師による)継続的管理を受けられる」ことや「(診療や投薬に対する)希望を考慮してもらえる」こと、「自宅に近い」ことをメリットとして挙げ、参加者からは自分の疾病の管理や実際の通院における利便性を希望する発言が多かった。また、開業医に通院する患者は主治医をはじめとする医療スタッフとの交流といった“心のつながり”を求め、フォローアップアンケートでも開業医を主治医に持つ患者は、町立病院や大病院に主治医を持つ患者にくらべて「優しい人柄」を求める傾向が強かった。また、男性グループのある参加者が主治医でもある開業医の「専門医への適切な紹介」を高く評価する発言をし、その意見に対して多くの参加者がうなずくなど反響の大きい発言となった。この意見はすべてのグループで語られたわけではないが、主研究の参加者全員に対するフォローアップアンケートの結果でも、「専門医への適切な紹介」に対する優先順位が「総合的診療能力」に比べて有意に高く、患者が開業医をはじめとする主治医全般に“専門医へ適切に紹介する機能”を求めている可能性が示唆された。以上のように、開業医に対しては専門的な医療よりも身近な相談相手として健康管理を委ねたいという期待があると思われる。

2) 町立病院に対するニーズ

一方、町立病院には「医師が頻繁に変わる」ことや「診療能力に限界がある」ことをデメリットとしながらも、「自宅に近い」ことや「開業医にはない診療科や機器がある」こと、「人柄に惹かれる医師がいる」ことを理由に受診していることが多くのグループで話された。町立病院には「よく話を聞いてくれる」ことを理由に際立って人気の高い医師がおり、この医師との“心のつながり”を求めて受診する患者が多いことがすべてのグループで話された。フォローアップアンケートでも、医師のパーソナリティとして「聞き手としての能力」を「話し手としての能力」よりも求めている傾向にあったのは、こうしたニーズを反映

するものと考えられる。

ここで、フォーカスグループでは開業医と町立病院など「自宅から近い」ことがメリットとなる医療機関には共通する要素が語られていた。「対応できる疾患に限界がある」と感じる点などは複数の参加者が共通して挙げたデメリットである。しかし、「対応できる疾患に限界がある」と感じながらも、フォローアップアンケートでも示されたように“ひとりの医師がいろいろな疾患を幅広く診る”ことのできる「総合的診療能力」を必ずしも求めているわけではない。このことは、患者が“ひとりの医師による対応”ではなく、どちらかといえば「複数の専門診療科による全疾患的なサポート」を求めていることを示唆していると思われる。

3) 大病院群（大学病院を含む）に対するニーズ

大病院に対しては「設備」、「診療科」、「専門医」をキーワードとして「医療レベルが高く、重症疾患にも対応できる気がする」と表現する信頼感を多くの参加者が語っていた。インタビュー中の発言で印象的だったのは、「大きな病院で診てもらっていれば安心」といった“漠然とした信頼感”が語られた点であり、さまざまなコストがかかりながら通院するが、主治医に対する満足度は必ずしも高くないという点であった。フォローアップアンケートにおける「聞き手としての能力」に対する強い期待感、 “主治医との会話”を望みながらも忙しい主治医に遠慮していることの現れと解釈すべきであろう（表7；図2）。また、大学病院に対しては「高い技術と知識をもった権威がいるような気がする」とか「複数の医師による医療判断がなされているような気がする」といった“印象”が語られ、“最後の砦”としての期待感がある、あるいは「他の病院で診断・治療できないときに受診するのが大学病院」といった高次医療機関としての期待や信頼感を述べる事が多かった。しかし、その一方で大学病院に対するデメリットと思われる発言はほとんど採用テーマとして抽出されなかった。これは今回のフォーカスグループの参加者に実際に大学病院へ通院した者が少なく、デメリットと思われる内容が頻度および参加者間の反響という点で重要な発言とみなされなかったためである。事実、大学病院に受診したことのある参加者からはいくつかのデメリット

が挙げられたが、いずれも他の参加者の反応を引き起こすには至らなかった。このように、大病院群には高次医療機関としての漠然とした期待があり、開業医や町立病院といった主治医との人間関係が強調された医療機関に対するニーズとは性質の若干異なるものであった。

4) 先行研究との比較

以上のような結果は、アンケートを中心とした平成8年度の受療行動調査¹⁸⁾やマーケティングで用いられる手法を使った意識調査¹⁹⁾の結果と照らしても一致するところは多い。たとえば、小病院では医師が親切であることが重視され、通院に要する時間や待ち時間が風邪などのプライマリ・ケアに関わる診療で重視されること。あるいは、大病院では医療設備や専門医のいることが重要であるとする結果などは本調査の結果と一致する。特に、患者が大病院への受診が必要であると判断した場合、医療費や通院時間などのさまざまなコストがかかっても受診するといった医療経済学的評価が今回のフォーカスグループの結果と一致していることは大変興味深い。

しかし、これまでのアンケート調査を中心とした受療行動調査や患者満足度調査を検討すると、いくつかの矛盾点が散見される。例えば、平成8年度の受療行動調査¹⁸⁾では30.8%の外来通院患者が待ち時間に不満であると答えている一方で、長谷川らの調査²⁰⁾では患者満足度に待ち時間はあまり寄与しないと報告している。また、田久の調査²¹⁾では「建物の雰囲気や快適性」を外来通院患者はあまり重視していないと報告しているのに対して、大和田らの報告²²⁾では入院満足度と病院のアメニティとの関連を指摘している。これらの食い違いの原因として、患者が“重視するもの”を満足度では正確には把握できないこと、あるいは、各医療機関や入院・外来の患者によってニーズが異なっていること、さらにはアンケートの設問の違いによって回答結果が大きく変化すること¹⁶⁾などの可能性が考えられる。アンケートの設問に関しては、かかりつけ医の機能に関する研究²³⁾で、従来の多くの調査と同様に「説明が丁寧である」ことを望む回答が「話しを聞いてくれること」を望む回答を大きく上回っているとしている。しかし、調査で使われた設問を「親身になって話しを聞いてくれる」と変えた場合に結果が大

大きく変わってしまう可能性がアンケート調査にはある。今回のフォーカスグループでは医療従事者全般に対して“コミュニケーションの取りやすさ”としての「心のつながり」、すなわち「気軽に話しのできる関係」を求めていることを多くの参加者が強調した。そして、フォローアップアンケートの結果でも「聞き手としての能力」を「話し手としての能力」よりも強く求めていた(表3; 図3)。このことは、患者が求める「よい説明」とは“患者が提示した疑問”に対する「わかりやすい説明」であり、その前に“じっくり患者の話し(不安や疑問)を聞いてほしい”ことを求めていることを示唆しているともいえよう。

フォーカスグループは参加者の自発的な発言に依拠し、潜在化するニーズを掘り起こすことができる調査である²⁴⁾。また、ある参加者の発言が他の参加者の反応を促し、その反応の強さが情報としての重みを判断する上での重要な指標となることがある。このような参加者の相互作用を利用する質的研究によって従来のアンケートでは得られなかった情報を抽出することができる。今回のフォーカスグループでは、患者が医療機関に対するニーズを使い分け、これまでの満足度調査ではみられなかったさまざまなニーズが存在することが明らかになった。また、従来のアンケート調査にみられたような「医師の技術と能力²⁰⁾」や「コミュニケーションのとりやすさ²²⁾」といった具体的内容が判然としなかったものも、フォーカスグループでの発言(表2)とフォローアップアンケートでの傾向(表4; 図3)からそれぞれ「専門的診療能力」や「専門医への紹介能力」、あるいは「聞き手としての能力」などといった具体的なニーズとして言及できた。このように、今回のフォーカスグループは比較的少数の参加者によって行われたにもかかわらず、多数の標本を必要とする従来の意識調査や満足度調査の結果と一致し、同時に新たな情報をもたらした点は方法論の観点からも意義深い。と同時に、異なる結果や新たな抽出結果が質的研究手法によってもたらされたものなのか、あるいは調査対象者の属性に基づく違い^{20,22,25,26)}なのかに関する複合的な調査を今後行って検討する必要がある。

3. 本調査の限界と問題点

フォーカスグループを実施してみると開業医群

と町立病院群に対するニーズには類似性が少ないことが推測された。しかし、フォローアップアンケートではこれらの類似性を示唆する“統計的な有意差”は確認できなかった。このようなフォーカスグループのデータとフォローアップアンケートのデータとの間に生じた差違の原因にはいくつかの要素が関係している可能性がある。すなわち、1:参加者の主観的評価を今回のアンケートの設問では正確に推測できなかったこと、2:調査者が主観に基づく分析をする際にグループインタビューでの印象的な意見に影響を受けていたこと、3:グループインタビューの結果とアンケートの結果は性質の異なるものであり両者の比較そのものが困難だったこと、4:今回の調査の抽出結果の中に“それぞれの医療機関に固有な”ニーズや問題点がふくまれていたこと、などである。特に、4に関しては調査の考察において一般性をもつニーズであると判断できるものと各医療機関に固有なものとを区別するように留意し、著しく特殊だと思われるニーズは抽出結果として採用しなかった。しかし、こうした問題はある意味で質的調査の限界でもあり、質的調査やフォローアップ調査の方法論的限界や問題点を念頭に考察を進めることが不可欠である。

また、質的研究では無作為抽出が行われることは少なく、数値による調査の妥当性を統計学的理論に基づいて評価することも困難である。したがって、調査者グループによる評価作業やフォローアップアンケートなどによる参加者の振り返り結果を利用した、いわゆる member checking²⁷⁾によって妥当性を高める努力が求められる。その意味で、限られた参加者に対して行われるフォローアップアンケートには統計学的な限界はあるものの、今回のようにフォローアップアンケート等を参考に調査結果の“文脈”をたどる作業が重要である。

一方、質的研究を利用して一般性を導くのは不適切であるとする意見もある²⁸⁾。しかし、質的研究を用いる場合、手法の異なる調査を行ったり、さまざまな地域や対象者を選択するなどして一般性をも視野に入れた量的調査に発展させることは可能である。今回のフォーカスグループの試みも、別稿で報告する個人面接の結果や米国での調査結果などをふまえて再検討し、一般性を念頭に

おいた結論を導くための複眼的医療ニーズ研究に発展させる予定である。

V 結 語

今回、われわれはフォーカスグループによって患者の医療ニーズに関するデータを収集し、自宅に近接した利便性の良い医療機関に通院する患者の場合、主治医との「コミュニケーションのとりやすさ」としての「心のつながり」を重視しながらも適切に専門医に紹介できる能力を主治医に求めていること。一方、大病院での専門医療に対する信頼感の裏には、主治医との個人的関係よりも医療機器や複数の診療科といった“ハードウェア”に対する期待がより強く影響していることが予想された。これらの結果は、患者が医療機関の種類によってニーズを使い分けている可能性を反映しているものと考えられる。また、主治医に対しては全般的に「総合的な診療能力」よりも「専門的な診療」や「適切に専門医へ紹介できる能力」を、「わかりやすく説明する能力」よりも「話をじっくり聞いてくれること」を期待する傾向にあった。これらの結果は主治医のあり方を考え、より良い医師・患者関係を構築する際に、あるいは、患者の医療ニーズという観点から医療を再考するうえでも興味深い結果といえる。

稿を終えるにあたり、調査にご協力いただきましたP町の医師会ならびに老人福祉施設の皆さま、老人ボランティアの方々に深謝致します。

主研究は、第8回(平成11年度)ファイザーヘルスリサーチ振興財団国際共同研究助成により実施した。

(受付 2001. 2. 5)
(採用 2001.12.25)

文 献

- 厚生労働省ホームページ。厚生省統計表データバンク平成9年度版。第2-80表国民医療費・国民1人当たり医療費・対国民所得、表P-020国民医療費と老人医療費の推移。
- 澤野孝一郎。高齢者医療における自己負担の役割：定額自己負担と定率自己負担。医療と社会 2000; 10 (2): 115-137.
- 井伊正子, 大日康史。軽医療における需要の価格弾力性の測定—疾病及び症状を考慮した推定—。医療経済研究 1999; 6: 5-17.
- 佐藤郁也。フィールドワーク書を持って街へ出よう。東京：新曜社, 1992; 22-27.
- 瀬島克之, 杉澤廉晴, 大滝純司, 他。質的研究の背景と課題—研究手法としての妥当性をめぐって—。日本公衆衛生雑誌 2001; 48 (5): 339-343.
- マイク D. フェターズ, タッド S. エルウィン, 津田 司, 他。〈質的研究 1〉プライマリ・ケアの新しい研究方法。プラマリ・ケア 2000; 23 (1): 47-55.
- Morgan, DL. FOCUS GROUPS AS QUALITATIVE RESEARCH second edition. CA: SAGE, 1997; 65-71.
- Holloway I, Wheeler S. QUALITATIVE RESEARCH FOR NURSES. Oxford: Blackwell Science, 1996; 73-80.
- Morgan, DL. Planning Focus Groups Focus Group Kit 2. CA: SAGE, 1997; 71-84.
- 瀬島克之, 杉澤廉晴, マイク D. フェターズ, 他。フォーカスグループに関する実際的方法論の一例—日米比較研究における調査作業から—。プライマリ・ケア 2001; 24 (2): 126-132.
- Dickert N, Grady C. What's the price of a research subject? Approaches to payment for research participation. NEJM 1999; 341: 198-202.
- Waitzkin, H. On studying the discourse of medical encounters. A critique of quantitative and qualitative methods and a proposal for reasonable compromise. Med Care 1990; 28: 473-488.
- Strauss, A, Corbin, J. Basic of Qualitative Research Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. CA: SAGE, 1998; 55-242.
- Ventres WB, Frankel RM. Ethnography: A stepwise approach for primary care researchers. Fam Med 1996; 28: 52-56.
- Crabtree BF, Miller WL. A qualitative approach to primary care researchers. Fam Med 1991; 23: 145-151.
- 辻 新六, 有馬昌宏。アンケート調査の方法—実践ノウハウとパソコン支援—。東京：朝倉書店, 1987: 144-183, 72-93.
- 瀬島克之, 杉澤廉晴, マイク D. フェターズ, 他。質的研究における方法論の妥当性をめぐる検討—フォローアップアンケートの結果から—。プライマリ・ケア 2001; 24 (4): 277-284.
- 厚生労働省ホームページ。厚生省統計表データバンク平成8年受療行動調査。第3表外来患者の病院の規模・年齢階級別にみた医療機関選択理由別推計患者数および割合
- 福田 敬, 武村真治。コンジョイント分析を用いた消費者の医療価格に対する意識調査。医療費の自己負担増に伴う医療需要の価格弾力性に関する研究(平成10年度老人健康増進等事業による研究報告書) 医療経済研究機構平成11年; 224-241.
- 長谷川万希子, 杉田 聡。患者満足度による医療

- の評価—大学病院外来における調査から—。病院管理 1993; 30 (3): 31-39.
- 21) 田久浩志. 満足度と重視度による外来患者サービスの評価。病院管理 1994; 31 (3): 15-24.
- 22) 大和田瑞乃, 郡司篤晃, 今中雄一. 患者による入院医療の質の評価に関する研究—患者評価の方法論と評価特性の検討—. 病院管理 1995; 32 (4): 15-25.
- 23) かかりつけ医研究会. かかりつけ医機能の評価に関する研究—地域住民の望むかかりつけ医—. 平成6年 (近藤健文. 患者は医師に何を望むか. 日医雑誌 2000; 124 (6): 908-912).
- 24) Krueger, RA. Moderating Focus Groups. Focus Group Kit 4. CA: SAGE, 1997; 15-35.
- 25) Cleary PD, McNeil BJ. Patient Satisfaction as an indicator of quality Care. Inquiry 1988; 25 (1); 25-36.
- 26) 今中雄一. 患者による医療の評価—患者満足度調査の現状と課題—. 医学のあゆみ 1995; 172 (3): 180-181.
- 27) Janesick VJ. The choreography of qualitative research design. In: Denzin NK, Lincoln YS, eds. Handbook of Qualitative Research. CA: SAGE, 2000; 379-399.
- 28) Seale C. The Quality of qualitative Research. CA: SAGE, 1999; 19-31.

FOCUS GROUP INVESTIGATION ON EXPECTATIONS OF ELDERLY PEOPLE FROM HEALTH CARE FACILITIES AND PHYSICIANS

Katsuyuki SEBATA*, Yasuharu SUGISAWA*, Micheal. D. Feters^{2*}, Akiko HIRAGA^{3*},
Junji OHTAKI^{1*}, and Masaji MAEZAWA^{4*}

Key words : Qualitative research, Focus group, Questionnaire, Elderly people, Health services needs, Health attitude

Introduction While the elderly are intensive health care users, little is known about their expectations of various medical facilities and physicians. We investigated their views on advantages and disadvantages of different medical settings.

Methods We established four focus groups and surveyed elderly people living in a rural area accessible to local practitioner's offices, and community, regional, and university hospitals. The focus groups examined advantages and disadvantages of care from these facilities. A coding scheme was used to organize the data in thematic categories. In a mail survey, participants ranked the importance of specialty care; overall care; triage of patients; gentle personality; listening skills; and explanation skills. The data were analyzed for statistical differences between the various settings.

Results Total of 41 elderly participated in focus groups, and 40 individuals (response rate 98%) returned statistical surveys. Advantages of care from a primary care doctor included continuity and physician accommodation of patients' preferences, while limited medical services and urgent access were disadvantages. Advantages of the community hospital included expanded medical facilities and having doctors easy to talk with, while disadvantages included lack of trust and frequent turnover. Advantages of larger facilities included extensive medical equipment, a broad range of departments and specialists, and more expert care. The survey revealed expectations for expert triage skills and familiarity with a doctor who is easy to talk with, particularly primary care doctor.

Discussion These elderly subjects expect primary care and community doctors to be accessible and to exhibit excellent behavioral and communication skills. They expect more specialized and technical care in larger hospitals.

* Graduate School of Medicine, Hokkaido University

^{2*} Department of Family Medicine, The University of Michigan

^{3*} Hokusei Gakuen Women's Junior College

^{4*} Primary Care Unit, Hokkaido University Medical Hospital