

個人面接による地域高齢者の医療に対するニーズの調査

セ バタ カツユキ スギサワ ヤスハル
瀬 畠 克之* 杉澤 廉晴*

マイク・D・フェターズ^{2*} マエザワ マサジ
前沢 政次^{3*}

目的 医療費の推移に影響を与えているとされる高齢者の受療行動がどのような要素によって構成されているのかを調べることを目的に、高齢者が医療に対してどのようなニーズを持っているのかを質的に調べた。

方法 さまざまな医療機関への受診が可能な地域に住む65歳以上の高齢者を対象に、入院などの実際の受療経験をもとに、「入院中に受けた受療内容をどう感じたか」、「入院中に印象的だったこと」あるいは「医療全般に対する期待」など、医療に関わる幅広い質的データを個人面接調査によって収集した。

結果 今回の個人面接調査は24人の高齢者に対して行い、理論的飽和状態に達したと確認された19人分のデータを分析・考察した。ここで情報としての重要性が高いと考えられた要素（カテゴリー）は「心のつながりと安心感」や「大切に扱われる接遇」であり、この他にも「希望の充足」や「距離的利便性」、「信頼感を感じる診療」、「設備の充実」などが挙げられた。また、「優れた技術と技能」、「第三者の意見や評判」、「待ち時間の長さ」、「同じ医師による継続した医療」、「改善の実感」、「高次医療機関への紹介」、「複数の診療科」、「複数の医師による医療判断」なども比較的重要な要素と考えられた。また、今回抽出されたカテゴリーは「情緒的期待」と「医療システムに対する期待」、そして「日常生活の中での利便性」といった属性（プロパティ）にまとめることができた。

結論 こうした結果は、フォーカスグループでの結果にもみられたように、開業医に対する「医療スタッフとの心のつながりを感じる」ことや、大病院に対する「医療レベルが高く、重症疾患にも対応できるような気がする」ことなどと同様に医療機能に対する漠然とした期待を反映していると思われる。また、「日常生活における利便性」は今回の面接では単独のプロパティとして挙げられており、高齢者は医療に対する安心感や信頼感と共に日常生活に支障をきたさないような配慮や利便性を医療に求めていることを示唆していた。今後、量的調査を含めたさまざまな調査を行い複合的に検討することが重要である。

Key words : 質的研究, 個人面接, 高齢者, 医療ニーズ, 受療行動

I はじめに

われわれは患者の受療行動の構造を調べるため、医療費の推移に影響を与えているとされる高齢者^{1,2)}を対象に、医療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。これまでの受療行動調査は主に調査者が作成した質問紙にもとづいたアンケートによって行われているが、それらの結果にはいくつかの矛盾が散見される³⁾。この原因としては対象者が調査によって異なること、あるいはアンケートは質問の仕方によって回答が大きく違ってしまう可能性があること⁴⁾などが考えられるが、これまでの調査結果を「高齢者の医療に対するニーズ」としてまとめるためには新たな視点から調査することが必要である。

質的研究は調査者の仮説を検証する従来のアン

* 北海道大学大学院医学研究科

^{2*} ミンガン大学医学部家庭医療学講座

^{3*} 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 瀬畠克之

ケートとは異なり、被調査者の発言をはじめとする質的データから研究課題に関連した重要な要素を抽出するため“仮説生成型研究”と呼ばれている。しかし、サンプリングや分析方法などがこれまでの量的研究とは異質の背景を持つことから普遍性や信頼性に対する根強い不信感が残っており⁵⁾、質的研究では複数の調査者による分析を行ったり、手法の異なる調査を併用したりするなどして質的研究の限界を補う努力が求められる⁶⁾。

今回我々は、高齢者のニーズを質的に調査するにあたり、多様な意見を抽出するとされるフォーカスグループ⁷⁾と深い意見を掘り起こすことが可能とされる個人面接⁸⁾を並行して行い、質的に集められたデータを多角的に検討することとした。また、同時に、フォローアップアンケート⁹⁾によって調査の目的にふさわしい高齢者が集められたか、また得られた高齢者からの発言の確かさがどうであったかを検証した。前稿³⁾ではこのうちフォーカスグループによる調査結果を報告したが、今回は個人面接調査の結果を報告する。

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—フェイザーヘルスリサーチ振興財団第8回（平成11年度）国際共同研究助成による—」の一部として実施したが、本論文で「主研究」という場合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ものとする。

II 研究方法

1. 対象およびリクルート方法

無床開業診療所（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、今回の個人面接では、患者の入院経験をもとに医療に対する一般的なニーズを抽出することを目的としたため、過去10年間に入院したことのある高齢者を中心に参加者を募集し、現在罹患中の疾患の種類は問わなかった。

ここで、質的研究では調査目的に相応しい参加者を集めること（以下、「リクルート」）が重要¹⁰⁾

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

であることから、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人に調査概要と望ましい参加者の性質を説明して紹介を依頼した。そして、これらの協力者から紹介された高齢者を初期インフォーマントとし、これらの参加者から次の参加者の紹介を受けるいわゆるスノーボールサンプリングを行った。具体的には、紹介されたすべての参加候補者にあらかじめ趣意書と調査概要を郵送し、後日、電話による調査の説明、とくに今回の調査で行われるテープレコーダーによる記録に対する理解をとって参加の最終的な確認を行った。また、調査終了後、参加者に対して次の参加者の紹介を依頼し、これらの被紹介者にも前述のようなプロセスで参加の承諾をとった。なお、今回の面接調査に参加した高齢者をリクルートする際にはフォーカスグループの参加者と重ならないように配慮した。

今回行った個人面接は、調査対象となった高齢者に共通するニーズを抽出することを目指した。したがって、あらかじめ参加者数を決めることをせず、面接を担当した調査者が面接終了後に簡易分析を行い後述する本分析を通じて抽出される要素がほぼ飽和に達しているであろうと判断できる時点（以下、「理論的飽和状態」）で参加者の募集を中止する¹¹⁾ことにした。

2. 調査方法

調査日時と場所は参加者の希望に応じて設定したが、特に調査場所に関しては、参加者の自宅に調査者が直接訪問するか、あるいは自宅以外の場所で面接するかを参加者自身に指定させるなどして調査を行った。調査の様子はテープレコーダーによって記録したが、電話によって事前の説明を行う時および面接を行う直前の二度にわたって「今回の調査の目的や記録物の扱いを含めて参加者のプライバシーは守られ、関連学会への報告は個人が特定できる内容にはならない」ことなどを

説明した。調査者はフィールドノート¹²⁾に参加者の大まかな発言内容とともに面接中の様子や調査者自身の心理的变化を記録し、調査の妥当性を分析者間で評価する際に利用した。また、面接調査にあたっては参加者が緊張せず、自発的かつ率直な発言ができるよう非指示的・非評価的な面接になるよう心掛けた。一方、調査に際してはすべての面接で同じような質問のながれを作るため調査者用マニュアル（インタビューガイド¹³⁾）を作成して使用した。このインタビューガイドでは、参加者自身の経験に基づいた医療全般に関するニーズを抽出できるように、入院中に受けた受療内容、および、その受療内容をどう感じたか、入院中に印象的だった出来事、あるいは医療全般に対する期待、などの設問（資料2）を用意した。面接調査終了後、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、3000円の謝礼¹⁴⁾を支払って調査を終了した。

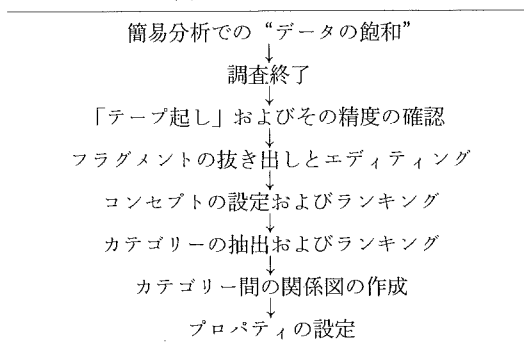
また、個人面接およびフォーカスグループによる調査の結果集計と簡易分析が完了した時点で、切手を添付した返信用封筒とフォローアップアンケートの自記式質問票を参加者全員に郵送し、参

資料2 インタビューガイド（主設問のみ）

- 1) 最近、受診した医療機関はどこですか？
- 2) そこはどのような病院（診療所）ですか？
- 3) 先日の受診でどのような診療が行われましたか？
- 4) 次に、その病院（診療所）の主治医の先生はどのような人ですか？
- 5) その先生にかかって「よかった」と感じますか？
また、それはなぜですか？
- 6) その病院（診療所）にはじめて受診した時のことを思い出して下さい
たくさんの病院や診療所がある中でその病院（診療所）を選んだのはなぜですか？
- 7) 次に、入院（複数回の入院があるときはより鮮明に記憶が残っているときの入院）したときのことを思い出して下さい
あなたがその病院に入院することになった経緯と印象に残った出来事をお話し下さい
- 8) あなたは、今の日本の医療、つまり、医療制度や医療費、医師・看護婦、病院や診療所の施設のどのようなところに不満を感じていますか？
また、なぜそう感じますか？

（注）実際には、各設問に「明確化」「探索子」といった補助設問を設定した

図1 分析のながれ



加者が率直な意見を自由に述べる事ができたか、調査が参加者の価値観に介入していなかったか、参加者の発言に影響を与えるものは何だったか、など、今回の面接調査から得られたデータの妥当性に関する質問を行った¹⁵⁾。これらのアンケートは3週間の回収期間を経て分析した。

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に研究の倫理性に関する審査を申請し、倫理的配慮に対する承認を得た。

3. 分析方法

個人面接調査の結果を分析するにあたっては、あらかじめテープレコーダーに録音された会話内容を逐語訳（以下、「テープ起し」）し、ワープロ上で編集作業ができるようにした。テープ起しは標準的なスキーム¹⁶⁾に従って行ったが、再度テープを聞いてそれらの正確さを確認し不正確な部分はすべて修正した。そして、2人の分析者（うち、1人は面接調査者本人）が結果に関する合意をとりながら図1に示すような分析作業¹⁷⁾を行った。すなわち、調査の目的に照らして重要な発言と思われた部分（以下、「フラグメント」）を抜き出した後、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い（以下、「エディティング」）、いくつかの要素を持つものは分解し、同じ内容のものをひとつにまとめながら分析に使用する概念テーマ（以下、「コンセプト」）として整理した。そして、「発言の文脈」にそった各コンセプトの「発言としての重要性」を主観的に判断し、重要性の高さに応じてA（高）、B（中）、C（低）のランクをつけた。これらの分析は2人の分析者がそれぞれ単独に行い、適宜、各自の分析結果を持

ち寄り個人的な価値観などで結果が歪められぬよう互いの合意形成を図りながら最終的な分析結果とした。

次に、コンセプトをその属性や性質に則して整理し、いくつかの分類項目（以下、「カテゴリー」）にまとめる作業を行った。そして、この作業においては、コンセプトをまとめるカテゴリーが簡易分析で予想された飽和状態に至っていたかを確認しながら分析を進め、飽和に至ったと思われるも数人分の分析を追加しそれを確認することにした。次に、それぞれのカテゴリーには参加者の動作や感情、あるいは価値判断といった具体的内容がわかるような名前（以下、「ラベル」）を付与し、カテゴリーとしてまとめられたコンセプトの数やランクに応じて資料3の基準に従って情報としての重要度を決め、AA、A、BA、BC、Cの5つのラ

ンクを付与した。そして、重要性の高いAA、A、BAの上位3ランクのカテゴリーを採用して分析者間の議論と合意形成をはかりながらカテゴリー間の関係を考察し図示した。これらの関係図の作成にあたってはカテゴリーの“情報としての重要度”が高いものを上位に、ランクが低くなるに従って下位の概念として位置づけ、実際に面接を行った調査者の意見をふまえて各カテゴリーにどのような関連があるかを分析者間で考察し、導出した。さらに、今回の面接調査で語られた内容を分析者間で振り返りながら、この関係図のうち、いくつかのカテゴリーを統括する属性（以下、「プロパティ」）を設定し、“高齢者が医療と主治医に求めるもの”という観点からすべてのコンセプトをいくつかのグループに分別して考察に利用した。

Ⅲ 調査結果

今回の個人面接調査に参加したのは男性14人と女性10人の合計24人であった。このうち、初期インフォーマント（情報提供者）として第1次サンプリングで選ばれたのは男性2人、女性7人の合計9人であり、最終的には簡易分析を通じて面接者が理論的飽和に達したと主観的に判断するに至った第4次サンプリングまで参加者の募集を行った¹⁵⁾。また、この被面接者の中には質問の意図を十分理解せずに発言を続け、分析に適さないと判断せざるを得なかった者もいたため、分析にあたってはこれらの不適切な参加者に対する面接を除外しながら分析を進めた。その結果、16人分の分析を行った時点でほぼ理論的飽和状態にあると考えられ、さらに3人の分析を追加した計19人分の分析を終えた時点で理論的飽和に達したことが確認されたためこれらの分析結果を採用した。

1. 参加者の属性（表1）

個人面接参加者の平均年齢は72.1歳（男72.9歳、女71.4歳）で、教育年数は男性で平均10.6年、女性で10.0年だった。参加者は男女共に配偶者と生活している者が多く（男性92.9%、女性60.0%）、退職していたりして働いていない者も多かった（男71.4%、女100%）。また、男女いずれもがその80%あまりが健康状態を「よい」または「まあまあ」と答えた。

資料3 カテゴリーのランキング

●総得点および平均点の算出

総得点：ランクAを5点、ランクBを3点、ランクCを1点と点数化し、各カテゴリーに含まれるコンセプトの点数を合計したもの
平均点：各カテゴリーに含まれるコンセプトひとつ当たりの得点（総得点÷コンセプト数）

●予備ランキング（2つのランキング）

総得点および平均点における最高点と最低点の幅を三等分し、上位・中位・下位の幅にはいるカテゴリーにそれぞれA、B、Cのランクを付ける
すなわち、各カテゴリーに総得点および平均点に関する2種類のランクが与えられることになる

●ランキング（ランキングの一元化）

step 1 仮ランキング

- 2つのランクが同じ場合はそのランクを仮ランキングの結果として採用をする（AとAの場合のみAAとする）
- 2つのランクがAとBのときはA、AとCのときはB、BとCのときはCとする

step 2 最終ランキング

- ランクAAおよびAのカテゴリーはそのまま採用する
- 仮ランキングでBランクとなったカテゴリーは、調査結果を分析者間で振り返りながら“情報としての重要性”に応じてBA（高）とBC（低）のランクをつける
- BAランクを採用する
- BCおよびCランクは有意のカテゴリーとしては採用しない

表1 参加者の属性（個人面接参加者24人）

1. 社会状況		
	男性	女性
平均年齢	72.9歳	71.4歳
平均教育年数	10.6年	10.0年
就業中	29%	0%
無職（主婦）	71%	100%
2. 生活状況		
	男性	女性
ひとり暮らし	0%	30%
配偶者と	93%	60%
その他	7%	10%
3. 健康状態		
	男性	女性
とても健康	7%	10%
健康	36%	10%
まずまず	43%	60%
よくない	9%	20%

2. コーディング結果

1) 抽出されたカテゴリ（表2）（図2）

情報としての重要性が特に高いカテゴリとして、「心のつながりや安心感」と「大切に扱われる接遇」が抽出された。また、これらのカテゴリに続いて重要性の高いものに「希望の充足」、「距離の利便性」、「信頼感を感じる診療」、「設備の充実」などが挙げられた。その他、「優れた技術と知識」、「第三者の意見や評判」、「待ち時間の長さ」、「同じ医師による継続した医療」、「改善の実感」、「高次医療機関への紹介」、「複数の診療科」、「複数の医師による医療判断」などが抽出された。これらのカテゴリ間の関係を、一連の個人面接を行った調査者の主観的な意見をもとに検討した結果、「大切に扱われる接遇」や「希望の

充足」あるいは「距離の利便性」、「待ち時間の長さ」は他の診療に関わる要素とは異なるものとして取り扱い、その中でも、「大切に扱われる接遇」は同じ重要度にある「心のつながりや安心感」に直接影響を与えると考えた。そして、「希望の充足」あるいは「距離の利便性」、「待ち時間の長さ」などは高齢者が受ける医療サービスの内容とは直接関係しないニーズであるとした。異なるプロパティを持つものとした。また、情報としての重要性が下位にある要素はその多くが診療と関係する要素であったが、同じAランクにあった「信頼感を感じる診療」や「設備の充実」はそれぞれ“患者が直接受ける（感じる）もの”および“患者が置かれる環境（システム）”として区別し、それらに關係する下位概念との関係を考察して図2のような関係図を作成した。

2) 生成されたプロパティ（図2）

抽出されたカテゴリ間の関係図を参考にしながら各カテゴリのプロパティ（属性）を設定したが、AAやAなど上位のランクに属する6つのカテゴリは、いずれも“患者が情緒的に判断したり、期待しているもの”や“患者が医療を受ける際の環境やシステムに関連するもの”，さらには，“日常生活を送る上での利便性に関わるもの”の三つに集約できるものとし、これらのプロパティには「情緒的期待」、「医療システムに対する期待」、「日常生活の中での利便性」といったラベルを付与することとした。ここで、すべてのカテゴリは複雑に関連し合っており、分析結果としてのカテゴリは付与したプロパティのいずれかに属するものとして分離することはできない。特に、「医療システムに対する期待」には「情緒的な期待」と密接な関係を持ったりするなど両者の性質をもつものがある。したがって、図

図2 カテゴリの関係図およびプロパティ

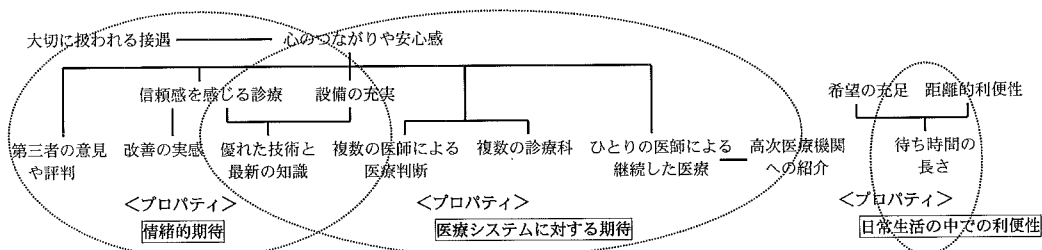


表2 抽出されたカテゴリー

カテゴリーのラベル	コンセプト数	総得点	平均点	ランク	修正ランク
大切に扱われる接遇	43	177	4.3	AA	AA
心のつながりや安心感	38	162	4.2	AA	AA
信頼感を感じる診療	21	82	4.0	A	A
希望の充足	20	86	4.3	A	A
距離の利便性	20	83	4.2	A	A
設備の充実度	14	60	4.3	A	A
優れた技術と最新の知識	26	90	3.5	B	BA
第三者の意見や評判	18	61	3.4	B	BA
改善の実感	11	47	4.3	B	BA
同じ医師による継続した医療	10	40	4.0	B	BA
高次医療機関への紹介	10	37	3.7	B	BA
待ち時間の長さ	9	45	5.0	B	BA
複数の医師による医療判断	5	21	4.2	B	BA
複数の診療科	5	21	4.2	B	BA
経済的・精神的負担	6	26	4.3	B	BC
営利性への不信任	5	25	5.0	B	BC
病院の食事の内容	3	11	3.7	B	BC
自分の健康に関する不安	1	5	5.0	B	BC
説明やアドバイスなどの提供	18	54	3.0	C	C
通院の義務を感じる	6	20	3.3	C	C
建物の構造的側面	5	17	3.4	C	C
緊急時のアクセス	5	13	2.6	C	C

2の点線で示すような領域をまとめる緩やかな属性をプロパティとして図示した。

3) フォローアップアンケート¹⁵⁾

アンケートは面接調査参加者24人中23人(96%)から回収された。主治医のいる医療機関は大病院が52%と最も多く、次いで開業医が30%、町立病院およびその他は9%だった。過去10年間に受診した医療機関は、大病院に65%の参加者が、開業医と町立病院には50%あまりの参加者が受診していた。また、80%以上の参加者が今回の面接調査に参加してよかったと答えており、参加したことを後悔していると答えた参加者はいなかった。参加理由としては96%の参加者が「頼まれたから」という理由を選んでおり、その他、20%前

後の参加者が「都合のよい調査場所だったから」や「ひとの役に立ちたかったから」、「調査内容に興味があったから」という理由を選んだ。また、90%以上が「とても話しやすかった」または「話しやすかった」と答え、45%の参加者が話しやすさ(にくさ)に影響を与えたものとして「調査者の人柄」を選んだ。調査終了後、医療に対する価値観に変化があったかを尋ねたところ、90%あまりの参加者が「ほとんど変わらなかった」と答え、「変わった」と答えた10%(2人)の参加者もその具体的内容を「医療従事者の説明をよく聞くようになった」などと価値観の変化を意味するものではなかった。

Ⅳ 考 察

1. 今回の結果が意味するもの

今回の調査の目的は、入院などの実体験にもとづき医療全般にどのような期待を持っているのかを調べることにあった。ここには医療機関の診療機能、あるいは主治医や看護婦、その他の病院職員から受ける接遇、医療費負担や病院食を始めとする入院生活に関するさまざまな内容が語られた。しかし、これらの発言の中でも特に「大切に扱われる接遇」や「心のつながりや安心感」といった情緒的要素を高齢者は特に重要なものとして強調していた。これは今回の調査が入院などの実体験をもとに行われた面接であることが影響していると思われるが、抽出されたカテゴリーが全般的に“客観的事実の評価”というよりも“多分あるだろう”あるいは“あってほしい”といった想像の域を出ないものに対するニーズであることが予想された。また、入院経験にもとづく調査であるにも関わらず、「希望の充足」や「距離の利便性」など“日常生活に支障とならない医療”も高齢者は強調しており、これらが高齢者の受療行動に大きく影響していることが見て取れる。

一方、「ひとりの医師による継続した医療」という期待が高齢者から抽出されている。これは“プライマリ・ケアにおける継続性”への評価と同質の意味を持っていると思われるが、大病院などでよくみられる“主治医が頻繁に代わること”によって主治医との「心のつながりや安心感」が損なわれる不安感をも意味していると考えられる。また、「設備の充実」や「複数の診療科」、あるいは「複数の医師による医療判断」などはいわゆる大病院におけるシステムに対するニーズともいえ、「高次医療機関への紹介」と共に高齢者の安心感や信頼感を支える大きな要素であることが想像される。

2. フォーカスグループの結果との比較

今回、同時に行ったフォーカスグループ³⁾でも、開業医に対して「医療スタッフとの心のつながり」を求めたり、町立病院に「人柄に惹かれる医師がいる」としたり、あるいは、医療機関の医師全般に対して「聞き手としての能力」を求めるなど高齢者が「心のつながり」と感じることと関連したさまざまな要素が挙げられた。また、フ

ォーカスグループでは大病院の診療機能に対する漠然とした安心感が語られており、面接で抽出された「心のつながりや安心感」は患者の医療に対する重要なニーズのひとつと考えられる。また、フォーカスグループでも多くの参加者が語った「患者の希望を考慮してくれること」や「自宅から近いこと」などは今回の面接でも抽出された要素であり、受療活動が日常生活の一部になっている高齢者にとって「利便性」を医療に求める声が少なくないことが示唆される。

フォーカスグループでは医療機関毎に“受診するメリットとデメリット”と感ずることを話し合わせ、入院などの実体験をもとにした個人的な見解を尋ねた今回の面接とは若干異なる視点から調査している。また、フォーカスグループはグループ内で生じる相互作用などを利用して参加者からの発言を引き出すのに対して、面接では個人の価値観にもとづいた自由な発言を収集した。しかしながら、これらの性質の異なるふたつの調査から類似した要素が多数語られており、これらは高齢者に広く共通するニーズと考えてもよいと思われる。特に、“同一医療機関内に複数の診療科があること”あるいは“異なる医療機関の間で連携をとること”などの「病院のシステムに対する信頼感」や、“融通が効くなどして日常生活で利便性を感じること”が、高齢者の受療行動を決める重要な要素であることが伺える。

3. その他の先行研究との比較

これまでアンケートによって行われた患者満足度調査^{17)~22)}では、今回の面接で抽出された“情緒的ニーズ”や“利便性”に関連する設問が少ない。すなわち、「心のつながりや安心感」や「信頼感を感じる診療」あるいは「希望の充足」などを質問する場合、アンケートでは曖昧な設問になりがちである。質的研究では具体的な回答を“発言の文脈”を考慮しながらより抽象的な要素に集約するという性質を持っているため、このようなさまざまな要素が複雑に影響し合い、発言の意図するものが微妙に異なる要素を調べる際に有用である。「医師の技能」や「医療設備」、「診療科の多さ」は病院を受診した外来患者を対象にした複数のアンケート調査において満足度に影響を与える要素として挙げられている。今回の面接調査ではこれらの要素をさらに具体的なものとして、「信

頼感を感じる診療」や「設備の充実」、あるいは「複数の医師による医療判断」や「高次医療機関への紹介」などが抽出された。今回、同時に行ったフォーカスグループでも面接結果と類似した結果が得られており、これらの要素が患者のニーズに幅広く共通する要素である可能性を示唆している。

また、杉澤ら²³⁾は高齢者の大病院選択に関連する要因を、先行要因、ニーズ要因、選択促進および阻害要因に分けて検討し、多くの疾患を持つ高齢者や診療所にかかりつけ医を持たない高齢者に大病院を選択する傾向が強く、これらの背景には「受診の利便性を考えていること」や「健康の悪化への不安」があることを指摘している。今回の面接調査では参加した高齢者の疾患を問わなかったため疾患の多さとの関連は不明ながら、本調査でも「安心感や信頼感」あるいは「利便性」といったキーワードが抽出されたことは杉澤らの考察を支持するものと解釈できる。一方、今回のフォーカスグループを含めた質的調査では「複数の医師による医療判断」や「優れた技術と最新の知識」といった、患者が“何となくあるにちがいない”と推測するものを期待している可能性を示唆した。

これまでのアンケート調査では、患者が客観的事実として評価しているものと、実際の有無に関わらず“あるにちがいない”といったレベルで評価しているものとを区別することが難しい。今回の面接調査では、患者が「わかりやすい説明」と答えているものが、実は「熱心に自分の話に傾聴し、丁寧に答えてくれる」ことを意味しているのではないかと感じる場面もあり、患者のニーズ調査には今回のような面接調査が有用であったといえる。以上のように、今回の質的研究は、多くの高齢者が客観的な事実からではなく、安心感や利便性、あるいは第三者の奨めや情緒的で不確かな情報を重視して行動している可能性を示唆したといえる。

4. 本調査の限界と問題点

今回の面接調査が“入院経験を中心とした実体験”を重視したことや、スノーボールサンプリングによって参加者を集める際同一の参加者から複数の協力者の紹介を受けたこともあって、面接調査の参加者は大病院に主治医を持つ者が比較的多

かった。しかし、別稿¹⁵⁾で報告したように、フォーカスグループを加えた主研究全体では参加者が主治医とする医師はさまざまな医療機関に均等に分布し、過去10年間にも特定の医療機関に偏ることなく受診・通院している。主研究の目的である“医療全般にわたる患者の期待”を一般化を念頭に考察する場合、個人面接調査から得られた結果だけではなく、フォーカスグループの結果などを重ね合わせた検討が重要である²⁴⁾。

また、今回の主研究で行ったフォローアップアンケートからは、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ったことが推測された。しかし、このような結果がはたして回答者の率直な感想に基づくものなのかに関して検証することは困難である。とはいえ、少なくとも今回の個人面接の結果とフォーカスグループの結果を比較しても、共通する結果として多くの要素が挙げられており、全体として参加者の偏った意見によって結果が歪められた可能性は低いものと考えてよい。

一方、今回の質的研究における分析では一貫して複数の分析者による合意形成を基調とした分析プロセスを設定し、分析者個人の価値観などによって結果が誘導されないように配慮した。とくに、参加者の発言を細分化するため“発言の文脈”を直接参考にできる段階までは分析者の主観を利用し、発言の中で文脈を適切に解釈できないと判断した場合は数値化によるランキングを通じて不必要な主観の介入がないように注意した。我々は、合意形成や合理的プロセスの設定によって特定の分析者による偏った解釈をある程度回避できることを示したが²⁵⁾、こうしたプロセスに基づいて進めた本調査の結果には一定の質が確保されていたと考えてよいと思われる。

ランキングそのものの妥当性をどのように評価するのかなどの質的調査の方法論に関する議論は今後の課題でもあり、本調査で見出された結果が調査地域に特有なものなのか、あるいは患者の中に潜在化する一般的なニーズなのかについても量的調査を含めたさまざまな調査によって複合的に検討する必要がある。

V 結 語

今回の個人面接の結果は、高齢者が医療システ

ムに対する信頼感や日常生活における利便性とともに情緒的で漠然とした要素に影響を受けていることを示唆している。すなわち、複数の医師による医療判断や複数の診療科の連携など病院機能に対して“なにかあったときに安心”というような期待感を持ち、医療スタッフとの“心のつながり”など『病む者としての不安』を背景とした情緒的なニーズを高齢者は強調していた。その他、医療システムに関する期待としては、適切に他の医療機関に紹介する機能を含めた“医療の継続性”や医療を受けることが日常生活に支障にならないような“利便性”を求めていることが予想された。同じ質的調査手法でありながら異なる背景を持つフォーカスグループでも同様な要素が抽出されており、これらの結果がある程度の一般性を持つことが予想される。しかし、今後、さまざまな調査を行い、主研究としての結果を複合的に考察・検討して結論付ける必要がある。

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も深謝致します。

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. 7.30）
（採用 2002. 5.16）

文 献

- 1) 厚生労働省 高齢者医療制度等改革推進本部事務局編. わが国の医療制度の現状と課題「医療制度の改革と視点」. 東京：ぎょうせい, 2001; 2-23.
- 2) 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.
- 3) 瀬島克之, 杉澤廉晴, マイタ D. フェターズ, 他. 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. 日本公衛誌 2002; 49(2): 114-125.
- 4) 有馬昌宏, 辻 新六. 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: 72-93.
- 5) 古賀正義. 質的調査法とは何か. 北澤 毅, 編. <社会>を読み解く技法. 東京：福村出版, 1997; 14-22.
- 6) 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.
- 7) Kitzinger J. Focus groups with users and providers of health care. Pope C coedit. Qualitative Research in Health Care 2nd edition: BMJ Books, 2000; 20-29.
- 8) Kvale S. Interviews—An Introduction to Qualitative Research Interviewing: SAGE, 1996; 3-16.
- 9) Morgan DL. Focus groups as qualitative research second edition. CA: SAGE, 1997; 65-71.
- 10) Holloway I, Wheeler S. Qualitative Research for nurses. Oxford: Blackwell Science, 1996; 73-80.
- 11) グレイザーBG, ストラウスAL. データ対話型理論の発見. 後藤 隆, 編訳. 東京：新曜社, 1996; 64-112.
- 12) 箕浦康子. フィールドワークの基礎的スキル. 箕浦康子, 編. フィールドワークの技法と実際. 京都：ミネルヴァ書房, 1999; 21-40.
- 13) Holloway I. Basic Concepts for Qualitative Research. SAGE: 1997; 94-96.
- 14) Dickert N, Grady C. What's the price of a research subject? Approaches to payment for research participation. NEJM 1999; 341: 198-202.
- 15) 瀬島克之, 杉澤廉晴, マイタ D. フェターズ, 他. 質的研究における方法論の妥当性に関する検討—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.
- 16) 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.
- 17) Graser BG. Basics of Grounded Theory Analysis. Sociology Press: 1992; 38-107.
- 18) 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.
- 19) 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.
- 20) 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.
- 21) 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).
- 22) 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.
- 23) 杉澤秀博, 杉原陽子, 金 恵 京, 他. 高齢者における医療機関選択に関連する要因—なぜ大病院を選択するのか—. 日本公衛誌; 47(11): 915-923.
- 24) Scale C: The Quality of qualitative Research. CA: SAGE, 1999; 19-31.
- 25) 瀬島克之, 杉澤廉晴, 菊池優子. 質的分析に分析者がおよぼす影響に関する考察—質的データの分析をどのように進めるか—. 保健医療社会学論集 2002; 12(2): 60-71.

INDIVIDUAL INTERVIEWS WITH ELDERLY IN A RURAL AREA : EXPECTATIONS FOR MEDICAL CARE SERVICES

Katsuyuki SEBATA*, Yasuharu SUGISAWA*, Michael D. FETTERS^{2*}, and Masaji MAEZAWA^{3*}

Key words : Qualitative research, Individual interview, Elderly, Health services needs, Medical care decision making

Introduction As intensive health care users, the elderly contribute significantly to rising health care cost in Japan. This research sought to elucidate the decision making processes elderly use when seeking medical care and their expectations of medical facilities and physicians.

Methods We conducted qualitative individual interviews with rural elderly, over 65 years old, who had access to private physician offices, community, regional, and university hospitals. Interview questions elicited participants' experiences in seeking medical care; their most memorable experiences in hospitals; and their expectations for medical services. After the individual interviews, we surveyed the participants to verify the results.

Results A total of 19 individuals participated in these interviews. These 19 individuals and an additional five individuals who met eligibility criteria were surveyed by mail after the interviews and verified the results. The participants identified "a feeling of intimacy" and "receiving kindhearted treatment" as the most important attributes of medical facilities. Other important factors included: accommodating patients' preferences; being close to home; earning the patient trust; and having a well organized infrastructure. Comparatively important element were: "technology and skill", "opinion and reputation of third person", "length in the latency", "continued medical treatment by the same doctor", "actual feeling of improvement", "introduction to a higher order medical facility", "multiple medical departments", and "medical judgement by multiple doctors". These factors fall into three categories: emotional expectations; expectations of the health system; and convenience in daily life. The survey data confirmed these findings.

Discussion These results suggested that elderly expect "supportive" and "accommodating" health care services in which the medical activity does not cause problems for daily life. However, these vague expectations for the medical system need translated into practical steps. Still, it is important for health care providers to consider these expectations and the relationships among them. These findings corroborate the results of a previous investigation that used focus group interviews.

* Graduate School of Medicine, Hokkaido University

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

^{3*} Primary Care Unit, Hokkaido University Medical Hospital