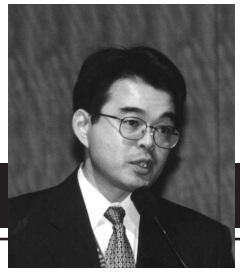
# 日米の市民を対象にした質的手法による医療ニーズの構造分析及び医療ニーズ形成過程における文化的・社会的背景の影響に関する考察



北海道大学医学部附属病院 総合診療部 教授　前沢　政次
代理発表者：北海道大学大学院医学研究科 社会医学専攻博士課程大学院生　瀬畠　克之

発表に先立ちまして、我々にこのような研究と発表の機会を与えていただきましたファイザーヘルスリサーチ振興財団に厚くお礼を申し上げます。

研究代表者の北大病院総合診療部前沢政次に代わりまして、私、瀬畠が発表させていただきます。

【スライド-1】

我々は平成11年度、ファイザーヘルスリサーチ振興財団より国際共同研究に対する助成金を得て、患者受療行動の特性を調べましたので報告します。

【スライド-2】

日本の国民医療費は増加の一途をたどり、医療の効率化をいかに図っていくかが問われています。複数の疾患を有する高齢者は医療費に影響を与えるとして、自己負担の引き上げなど、様々な施策が講じられていますが、いずれも効果的なものとはなっておりません。

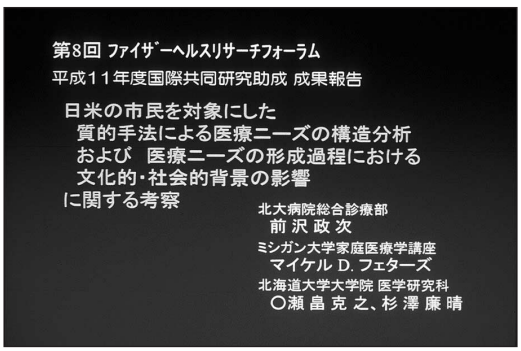
今回我々は、高齢者が医療機関にどのようなニーズを持ち、それらのニーズ形成にどのような要素が影響しているかを調べました。

【スライド-3】

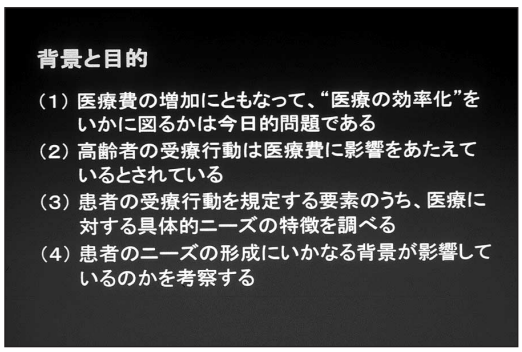
質的研究では予め研究のデザインを決め、分析の枠組みを設定することが重要です。

今回の調査は、患者から多様なニーズを収集するため、研究者がニーズを仮想してアンケート調査をするのではなく、患者の実際

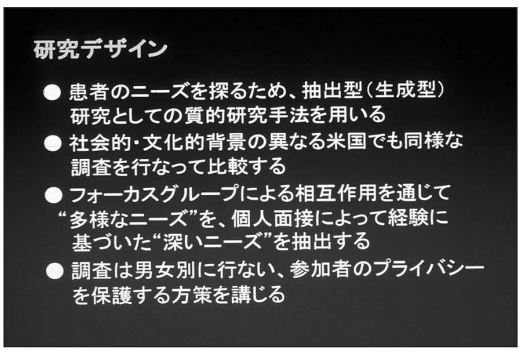
スライド1




スライド2




スライド3



の発言を通してニーズを抽出する質的研究手法を用いました。また、高齢者のニーズの特性を調べるにあたって、文化的、社会的背景が異なる米国人高齢者にも同様の調査を行い、日本人高齢者との結果を比較して検討しました。

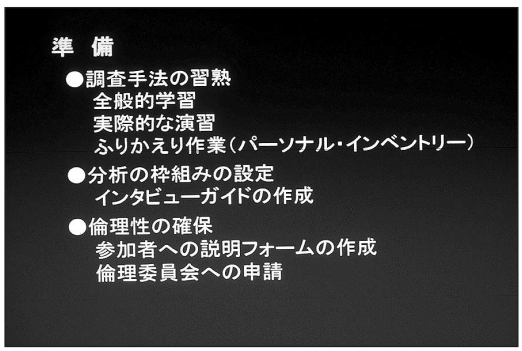
今回の調査はフォーカスグループと呼ばれる、参加者同士の相互作用を利用して多様な情報を抽出する手法と、個人の経験に基づいた深いニーズを調べることができる半構造型個人面接を併用しました。なお、プライバシーに係わる内容をインタビューする可能性があるため、調査は男女別に行い、参加者のプライバシーを保護する様々な方策を講じることとしました。

【スライド-4】

今回のようなインタビュー調査では、調査手法に関する知識と面接者としてのインタビュー技術が必要です。しかし、日本側研究者にはこうしたインタビュー調査の経験者がいなかったため、調査手法に関する全般的な学習を行った後に渡米し、米国研究者から実際的な指導を受けました。特に質的研究では分析者の主観を適切に利用しなければならないため、調査の分析に係わる自分の経験や価値観などを調査者間で共有するパーソナルインベントリーと呼ばれる作業を行いました。

一方、今回のようなインタビュー調査では、分析の合理的枠組みを設定して効率的にデータを収集する必要があります。そこで、米国研究者との協議の上、日米で共通のインタビューガイドを作成し用いることにしました。さらに、調査の倫理性を確保するため、参加者に調査協力を依頼する際に用いる説明フォーマットを作成した上で、北海道大学医学部研究倫理委員会および、The University of Michigan Institutional Review Boardに調査の倫理性に関する審査を申請し承認を得ました。

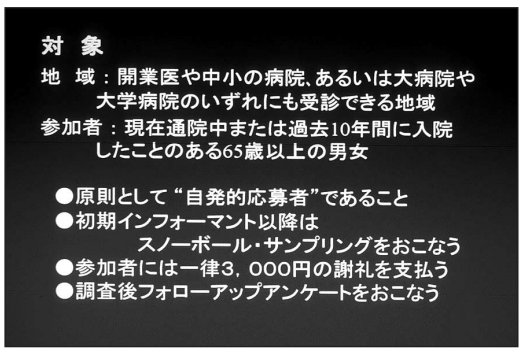
スライド4




【スライド-5】

本研究は様々な受療背景を持つ高齢者群を対象とするため、調査地域として、町内に開業医や100床程度の町立病院があり、通院時間30分以内に3カ所の大病院、通院時間1時間30分以内に3つの大学病院がある北海道P町を選び、米国の調査地として、P町の人口構成と医療資源の分布が近似しているミシガン州Q町を選択しました。そしてこれらの町に居住し、現在通院中ないしは過去10年間に入院したことのある65歳以上の男女を、参加者のクライテリアとしました。また、これらの参加者を募集するに当たっては、できるだけ自発的応募者を集めること、初期インフォーマント以降の参加者はス

スライド5



ノーボール・サンプリングで選ぶことなどを計画しました。

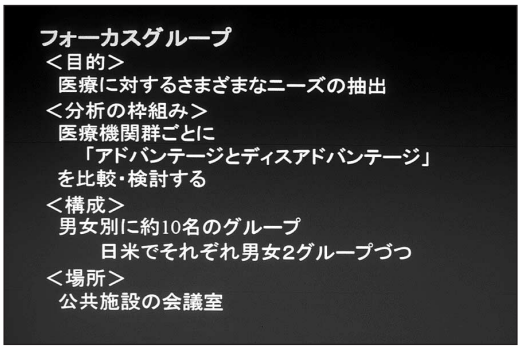
参加者には一律3,000円の謝礼、米国では30ドルの謝礼を支払うこととし、日本人参加者には調査後フォローアップアンケートを行って、参加者の属性が研究デザイン通りだったか、また、得られたデータの確からしさはどうであったかを調べました。

【スライド-6】

フォーカスグループは、現在欧米でマーケティングや政策評価において広く利用されています。今回の調査では患者の医療に対する様々なニーズを抽出するため、医療機関群毎に気に入っているところや通院する利点などのアドバンテージと、不満に思う点や欠点だと感じる要素などのディスアドバンテージをディスカションさせ、比較検討することにしました。

グループの構成は、日米ともに約10名のグループを、男女別にそれぞれ2グループ作ることにしました。調査はグループディスカッションに集中できる場所で行い、リフレシュメントと呼ばれる菓子類や飲み物を置くとともに、なごやかな雰囲気を作りながら、参加者の自発的な発言を促す配慮を心掛けました。

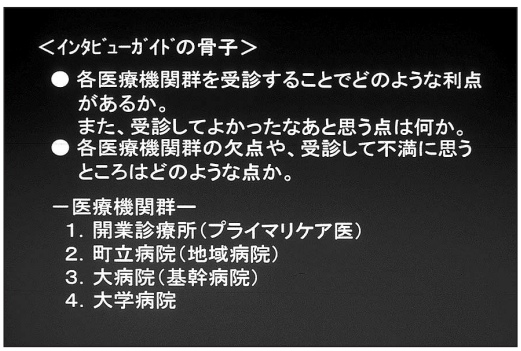
スライド6




【スライド-7】

インタビューガイドは、ご覧のように、医療機関群のアドバンテージやディスアドバンテージを話題にした質問を用意しました。

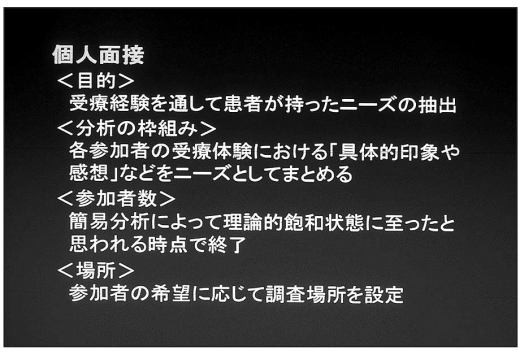
スライド7




【スライド-8】

個人面接は、参加者がこれまでの経験に基づいてどのようなニーズを持ったかを中心に、受診に際しての具体的印象や感想をまとめました。そして、医療機関を受診する際に重視するものを抽出する枠組みを設定しました。個人面接の参加者数はあらかじめ決めるのではなく、一人ひとりの面接結果を簡易分析する中で、新たな結果が追加されなくなった、いわゆる理論的飽和状態に至ったと判断できた時点で調査を終了しました。面接は発言しやすい場所を参加者自身に選ばせ、調査者がそこに出向く形で行いました。

スライド8



【スライド-9】

インタビューガイドは、最近受診した医療機関での様子や過去の入院経験、そして、医療に対する要望や意見を質問する内容を設定しました。

【スライド-10】

質的分析では分析者の主観を適切に利用することが重要であるため、複数の研究者間で分析の妥当性が確保されているかを確認する「合意の形成」を重視しました。日本でのフォーカスグループは、参加者からの発言回数だけではなく参加者の反応なども参考に、情報としての重要度を付けたテーマにまとめ、この結果を参照しながら個人面接の結果にも重要度を付与しテーマにまとめました。そして、これらの結果を重ね合わせて日本の結果としました。

次に、米国の個人面接の結果を日本の結果に準じてテーマにまとめ、これにフォーカスグループの結果を重ね合わせて米国での結果としました。

最終的にこれらの日米の結果を対照表にまとめ、考察に利用しました。

【スライド-11】

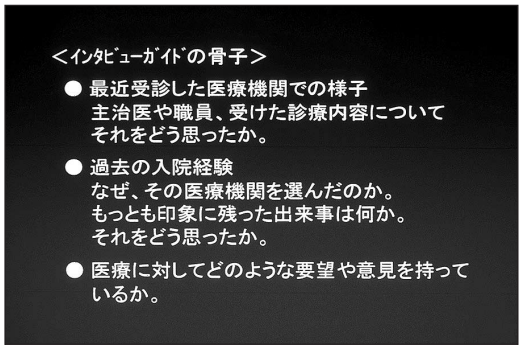
参加者に対するデモグラフィックアンケートの結果を示します。

米国での参加者のうち、男性参加者が20名と、他の参加者に比べて少なかった他は、参加者数や平均年齢に大きな違いはありませんでした。健康状態は日本人で「まあまあ」と答える者が、男女ともに多かったのに対して、米国では「良い」と答える者が男女ともに多いという結果でした。また、教育年数は日米の男女でおよそ5年の差がありました。

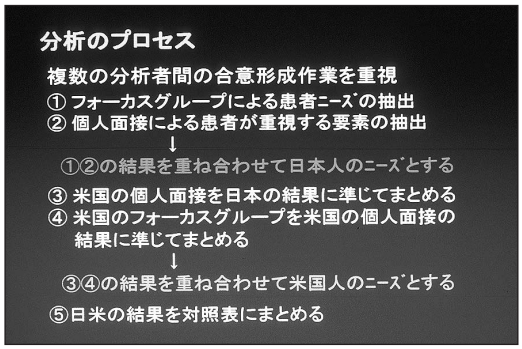
【スライド-12】

日本で行ったフォーカスグループのうち、開業医群に対する結果をまとめたものをお

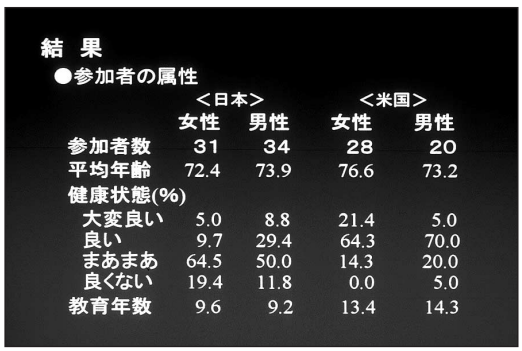
スライド9




スライド10




スライド11

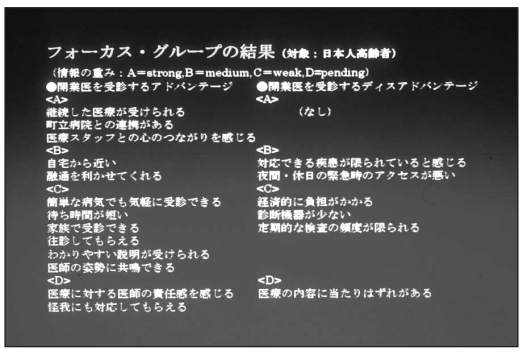


結 果

●参加者の属性

| | ＜日本＞ | | ＜米国＞ | |
|---|---|---|---|---|
| | 女性 | 男性 | 女性 | 男性 |
| 参加者数 | 31 | 34 | 28 | 20 |
| 平均年齢 | 72.4 | 73.9 | 76.6 | 73.2 |
| 健康状態(%) | | | | |
| 大変良い | 5.0 | 8.8 | 21.4 | 5.0 |
| 良い | 9.7 | 29.4 | 64.3 | 70.0 |
| まあまあ | 64.5 | 50.0 | 14.3 | 20.0 |
| 良くない | 19.4 | 11.8 | 0.0 | 5.0 |
| 教育年数 | 9.6 | 9.2 | 13.4 | 14.3 |

スライド12



示しします。

ご覧のように、抽出したテーマに情報としての重要性が高い順に、A～Cまでのランクを付け、ランクB以上のテーマを採用するという基準を設定しました。

【スライド-13】

日本での個人面接で抽出されたテーマです。

フォーカスグループと同様に、情報としての重要性に応じてランクを付けましたが、個人面接ではAAランクとAランク、およびBAランクのテーマを採用しました。

【スライド-14】

最終的に日米の結果をまとめたものです。

開業医（米国でのプライマリケア医）には、日米ともに「医療スタッフに親近感を感じる」や「近いので都合がいい」「待ち時間が短い」など、医療の内容とは直接関係のないテーマが日米に共通して語られました。特に日本人には、「診療や投薬に関する希望を考慮してもらえる」などの利便性に関する強いニーズが目立ちました。スライドで薄いグレーのものがアドバンテージ、濃いグレーのものがディスアドバンテージ関連するものです。

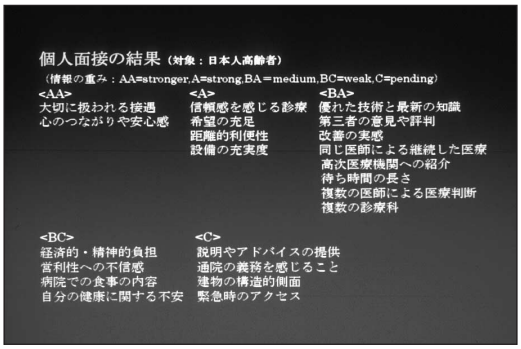
【スライド-15】

町立病院（米国での地域病院）に対しても「話しやすい医師がいる」や「自宅から近い」など、開業医やプライマリケア医でも見られたテーマが日米で挙げられ、一方「開業医にはない診療機器」や「緊急時の診療」などに対する期待感を、日米高齢者はともに持っていました。

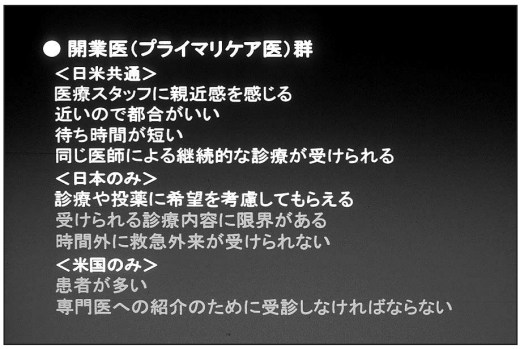
【スライド-16】

大病院（米国での機関病院）に対しては「さまざまな疾患に対応できるような気がす

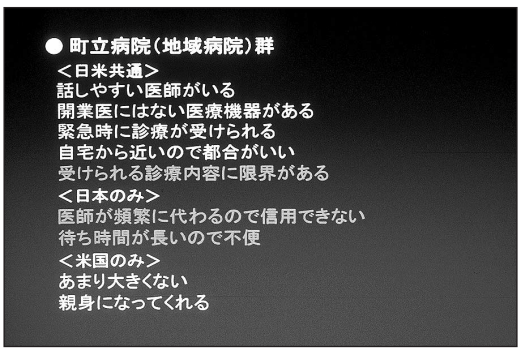
スライド13



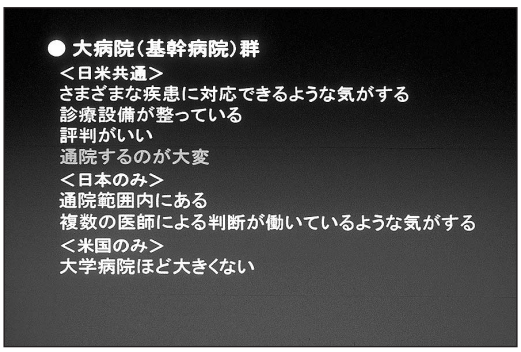

スライド14




スライド15




スライド16

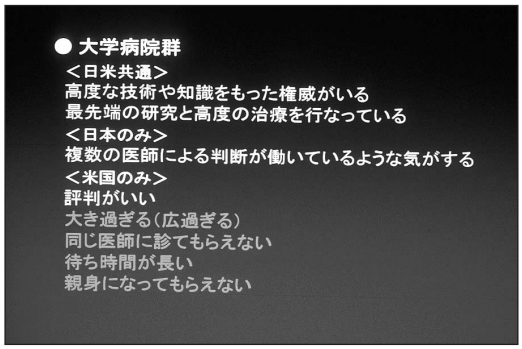


る」や「診療設備が整っている」など、医療機能に関する要素を重視していました。その一方で、開業医やプライマリケア医、町立病院や地域病院で見られたような、医師のパーソナリティに関わるテーマは挙がりませんでした。

【スライド-17】

大学病院に対しては「高度な技術や知識を持った権威がいるような気がする」や「最先端の研究と高度な治療を行っている」といった、高次医療機関としての高い診療能力に対する期待が強いことがうかがわれました。また、日本人からは、大学病院に対するディスアドバンテージがほとんど挙がらなかったのに対して、米国人からは「大きすぎる」や「同じ医師に診てもらえない」「親身になってもらえない」など複数のディスアドバンテージが挙がりました。

スライド17

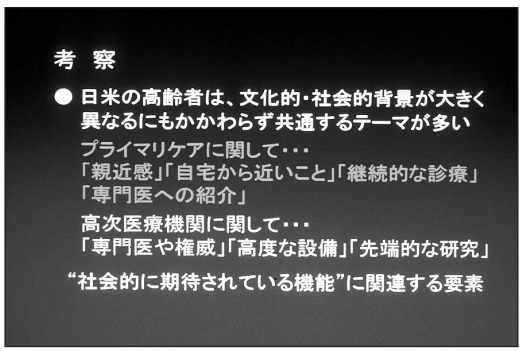



【スライド-18】

以上の結果をまとめると、次のようになります。

まず、文化的に社会的にもその背景が大きく異なる日米の高齢者は、共通するテーマが多く挙げられました。こうしたプライマリケアに対して挙げられたテーマや高次医療機関して挙げられたテーマは、いずれも社会的に期待されている「機能」に関する要素であり、こうした要素が文化的・社会的違いにもかかわらず、両国の高齢者の期待となっていることが予想されました。

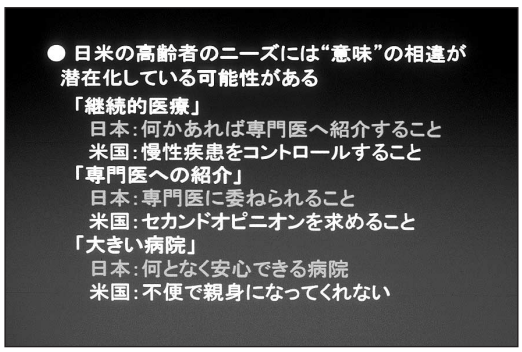
スライド18




【スライド-19】

日米の高齢者に共通するテーマが数多く挙げられた一方で、参加者の発言や反応からその具体的な意味を探ると、日米間での違いが浮かび上がってきます。例えば、日本人は継続診療に関して「何かあればすぐに専門医へ紹介する」ことを意味することが多かったのに対して、米国人には継続的診療に「慢性疾患をコントロールすること」を求める発言が目立ちました。また、日本人には「専門医への紹介」が専門医療への漠然とした期待感を背景にしていることがうかがえ、米国人のようにセカンドオピニオンを求めるために専門医を紹介してもらう、といったも

スライド19



のとは異なるものでした。さらに大きな病院に関する発言として、日本人は「大きいので何となく安心」というアドバンテージが多数挙がったのに対して、米国人からは「大きいので不便であり人間味を感じない」などのディスアドバンテージが複数挙がり、いわゆる大病院指向を想像させる発言は表面上はほとんどありませんでした。

【スライド-20】

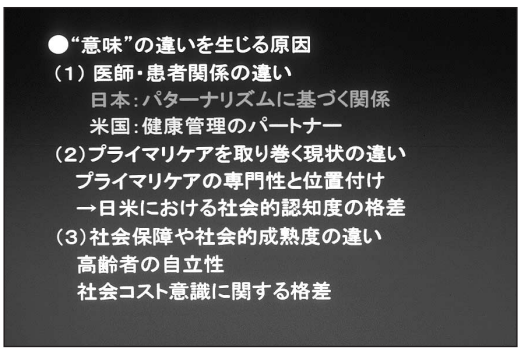
これらの意味の違いを生じさせる原因として、次の3つの要素が考えられます。

まず、日米間の医師・患者関係の違いです。日本人高齢者は「医療のことはわからないので、自分の健康は全て医者に任せている」などといった発言のように、日本人はある種パターナリズムに近い医師・患者関係にあることが予想されます。しかし、米国人は「私は糖尿病なので、血糖値を定期的に測ってもらっている」とか「主治医は私が判断する際にアドバイスをしてくれる」といった、比較的はっきりした受診目的を語る参加者が多く、主治医を健康管理のパートナーとして考えていることがうかがえました。こうした日米間の医師・患者関係の違いが、医療に対するニーズの差を生じている可能性があります。

また、プライマリケアの現状の違いも重要です。フリーアクセスを保証している日本では、プライマリケアのアイデンティティが曖昧であり、その専門性も未熟な状況にあります。一方米国では、医療制度上のプライマリケアの位置付けやその専門性が、患者に比較的よく理解されています。そのため、米国人は医療制度にかかわる多少の不満はあっても、日本人以上にプライマリケアを信頼していることがうかがえました。こうしたプライマリケアの現状に関する違いが、ニーズ形成やニーズの意味の違いに影響を与えている可能性があります。

更に今回の調査で目立ったのは、日米の高齢者における社会的成熟度の違いです。米国では自発的応募者が多く、自分の意見を自発的に整然と述べ、時に他の参加者との議論が行われました。しかし日本では自発的な発言が少なく、議論が深まらないなど、日米間の社会参加意識の違いは調査を通じて印象的だったことの一つでした。このような社会的成熟度の違いなどは、日米の高齢者の自立性や社会コストに対する意識に影響を与えると考えられ、医療に対する高齢者の期待の意味に違いをもたらしている可能性も無視できません。

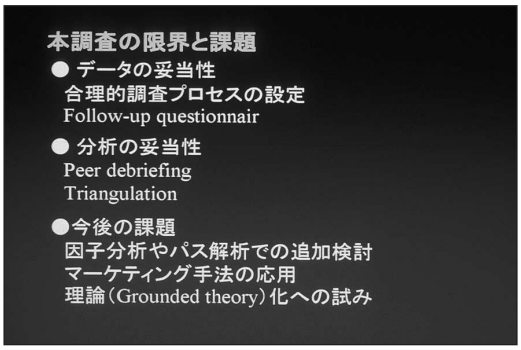
スライド20




【スライド-21】

本研究は質的研究の限界を考慮し、合理的な調査プロセスを設定するとともに、日本人参加者に対してフォローアップアンケートを行ってデータの妥当性を確保する工夫を講じました。

スライド21

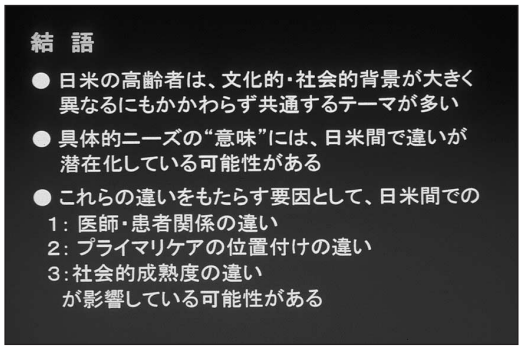


また、複数の分析者の合意を重視し、フォーカスグループと個人面接を併用するとともに、米国での調査結果も参考にして分析の妥当性を確保しようとしました。その結果、フォローアップアンケートから当初のデザイン通りの参加者が集まり、参加者から得られたデータも比較的確からしさが保たれたものだったことがわかりました。

しかし、フォローアップアンケートや質的研究の特性に基づく限界、米国人に対してフォローアップアンケートを行えなかったこと、更には日米の参加者における健康状態や教育レベルの違いが、調査の結果や考察に影響を与えた可能性もあります。本調査ではこれらの限界を考慮して考察する必要があります。

また、質的研究は必ずしも一般性や普遍性を主張しません。従って、今回のような一般化を目指す調査では、量的研究などの様々な手法を通じて一般化を目指すグラウンデッド・セオリーの構築に向けて、努力がなされなければなりません。

スライド22




【スライド-22】

結語。

日米の高齢者には文化的、社会的背景が異なるにもかかわらず、社会的に期待される内容を始めとする多くの共通するテーマが挙げられた。

具体的ニーズの意味には、日米間の違いが潜在化している可能性があった。

これらの違いをもたらす要因として、日米間での医師・患者関係の違い、プライマリケアの現状の違い、社会的成熟度の違いなどが影響している可能性があると考えられ、医療システムの再構築ならびに患者へのさらなる啓蒙活動が重要だと考えられた。

## 質疑応答

**Q：**　先生は「日米」とおっしゃいましたけれども、先生の調査した対象者というのは、日本を代表しているものでありアメリカを代表しているものなのか、私、正直なところを申し上げて、違うような気がするんですね。その端的な例は、教育歴のところでアメリカは13～4年とありましたが、これはアメリカを代表しているものではありませんね。そこらへんのところが気になりました。

それから、色々な医療機関を受診したということですが、今、それぞれ男女別に10人でやってらっしゃるということで、それはわかるんですが、それぞれの患者さんが実際にその医療機関に行っているのか、行ってないのか、単に想像で考えているのか、そこらへんのところを、教えていただきたい。

A：　とても重要な質問だと思います。

前半に関しましては、質的研究の背景というものを十分理解していないと、なかなかわってもらえないと思います。先ほども言ったように、質的研究というものは必ずしも一般性というものを主張いたしません。いわゆる従来の探索型研究といわれて簡単にすまされたものを、実際にはこういう合理的なプロセスを作ってきちっとやりましょうというのが、最近言われている質的研究の重要性だと思います。

そういう意味で言うと、質的研究ではスノーボール・サンプリング、つまり先ほど言ったように、患者から次の患者さんを紹介してもらう、また次の患者さんを紹介してもらう。その場合にクライテリアが重要になり、こういうクライテイリアの患者さんを集めたいんだということで、紹介していただきます。そして、実際に我々がデザインした通りに集められたかどうかを、フォローアップアンケートで調査いたします。その結果を見てみますと、現在通院中の医療機関では大体1/3、1/3、1/3で、開業医の先生、町立病院、大学病院を含めた大病院という形になってまいりました。そういう意味で言うと、スノーボール・サンプリングも、きちっとクライテリアを決めてやれば、我々が当初デザインしたような広範な受療背景を持っているような患者さんを集めることは可能なのではないかということが、フォローアップアンケートではわかります。

ただし、今回はたまたままずいことに、一人の患者さんに比較的多数の患者さんを紹介していただいてしまったんですが、それをフォローアップアンケートで見てみますと、やはり自分が大病院に通っていると、大病院に通っている患者さんを紹介してしまうという傾向があります。従って、本来のスノーボール・サンプリングの重要性として、やはり幅広く紹介していただくということ。特定の人に偏らないということの重要性が今回わかりました。そういう意味で言いますと、先生がおっしゃったように、一般性というものを非常に重視する場合であれば、なかなかやはり問題が多いと思います。

最後に1点追加するとすれば、質的研究は、一本の研究で研究としてはあまり成り立たないというのが私の意見です。従って、量的研究と組み合わせながら、以前にやった質的研究の妥当性がどうだったか、あるいはその考察がどのように変わっていくかということを、進めていかなければならないんですね。従って、「今回の結果としては」先ほど言ったように、当初デザインしたような内容の参加者の方が集まったであろうということです。

今3つほど次の量的研究を計画しているのですけれども、それを通じて、今度はまた今回の調査をフィードバックして妥当性を調べていく。そうして結果の考察をまた考え直し、練り上げていくという作業が重要になってくるだろうと思うんですね。

Q：　厚生労働省で、患者の満足度調査をかなり探索的にやられておりますが、そのデータとの比較検討をやらた上で、今おっしゃったような検討をされているのですか。それとも、そういう探索的なものを無視して、この調査研究をされたのでしょうか。

A：　非常に重要な点ですね。実際に先行研究を調べました。ただし重要な点というのは

(これも質的研究のバックグラウンドになってしまうのですが)、理論的感受性と言いまして、やはり調べる人間の感受性というものも非常に重要だと言われています。従って我々は、先行研究もある程度調べましたが、具体的な内容については深く立ち入らないで、まずこの研究を始めました。

そして、実際に分析し終わった後、先行研究をもう一回見直しました。例えば厚生労働省のまとめた調査もありますし、それから、最近で言うと、97年ですか、老人総合研究所の杉沢先生のやられた比較的大規模な調査の結果を見てみますと、結構それを支持するようなデータが出てまいりました。それから一番最近の10月20日のBMJなどを見ても、イギリスのかかりつけのドクターに対する800何人かの患者さんのアンケート調査をした多変量解析の結果も、比較的今回の調査に合致しております。

そういう意味で言うと、何千人・何百人でやった結果と今回のもの（多分聴衆の皆さんにとってはサンプル数が少ないという問題があると思うんですが）が、ある程度合致しているということを見ますと、やはり合理的プロセスの重要性というのは、ある程度言えるのではないかなと思います。

**Q：** ある程度合致しているとおっしゃったけれども、国の行っている調査とは、大病院におけるものの内の極く一部のものと似たような結果（それもカスタマーズサティスファクションにおいて）が出ているものの、中小病院における結果とはかなりかけ離れたデータが出ているようです。やはりそこの部分の分析がちょっと不足しているのではないかと思います。

**A：** 有り難うございます。

**Q：** 一臨床医として少し不思議に思ったんですけれども、調査の手続き上は、黒人の方を除外する方がかえって複雑ではないかと思いますが、それはどういう目的があり、また、先生の結果にはどう影響されてるんでしょう。

**A：** 実際には黒人が入ったグループを比較しているわけではないので、入れなかったことがどう影響したかというのはなかなか言及できませんが、アメリカの研究者に言わせると、やはり黒人とか、あるいはヒスパニックというのは避けた方がいいだろうということでした。基本的にはコーカシアンという大雑把なクライテリアで選んだということです。

**座長：** 少し疑問に思ったことですが、アメリカではオープンシステムになっておりまして、患者が病院を選ぶという基本的なことがありますが、日本ではその病院に入ってしまうと一生その病院を変われないということもございます。そういった点もご考慮いただきながら、この研究をより充実させていただきたいと思っております。