



# 医療組織における意図せざる結果の生成メカニズム の実証研究～認知症診療に着目して～

横井, 豊彦

---

(Degree)

博士 (経営学)

(Date of Degree)

2015-03-25

(Date of Publication)

2016-03-01

(Resource Type)

doctoral thesis

(Report Number)

甲第6294号

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/D1006294>

※ 当コンテンツは神戸大学の学術成果です。無断複製・不正使用等を禁じます。著作権法で認められている範囲内で、適切にご利用ください。



# 博士論文

医療組織における意図せざる結果の生成メカニズムの実証研究

～認知症診療に着目して～

2015年1月20日

神戸大学大学院経営学研究科

所属研究室 平野 光俊 研究室

経営学専攻

学籍番号 101B417B

氏名 横井 豊彦

医療組織における意図せざる結果の生成メカニズムの実証研究  
～認知症診療に着目して～

氏名 横井 豊彦

第1章	はじめに	1
1-1	研究目的と問題意識	1
1-1-1	研究の動機	3
1-1-2	家族に着目する理由	5
1-2	背景	6
1-3	認知症をめぐる医療政策	12
1-4	小括	15
第2章	医療組織と意図せざる結果にかかわる研究について	17
2-1	コンティンジェンシー理論	17
2-2	医療組織と Profession について	25
2-2-1	医療組織について	25
2-2-2	Profession について	31
2-3	意図せざる結果の研究	38
2-3-1	「意図せざる結果」の研究	38
2-3-2	医療における「意図せざる結果」の研究	49
2-4	認知症について	57
2-4-1	認知症の概要	57
2-4-2	認知症の種類	61
2-4-1	認知症治療に用いる薬剤について	66
2-5	小括	67
第3章	研究の方法について	76
3-1	分析方法の選択	77
3-2	調査対象の選定	85

第4章 予備調査	91
4-1 高齢者医療政策の流れ	91
4-2 認知症の介護・医療現場における家族について	93
第5章 結果と考察	98
5-1 大阪大学	98
5-1-1 老年内科	98
5-1-1-1 沿革と楽木宏実教授	98
5-1-1-2 外来担当医	101
5-1-2 精神科	121
5-1-2-1 沿革と武田雅俊教授	121
5-1-2-2 外来担当医	123
5-2 愛媛大学	141
5-2-1 老年内科	142
5-2-1-1 沿革と三木哲郎前教授	142
5-2-1-2 外来担当医	145
5-2-2 精神科	161
5-2-2-1 沿革と上野修一教授	161
5-2-2-2 外来担当医	166
5-3 整理と考察	186
5-3-1 意図せざる結果の検証	186
5-3-2 早期受診の啓蒙がもたらしたもの—MCI (軽度認知機能障害)—	188
5-3-3 意図せざる結果の生起過程の組織ごとの違いについて	195
5-4 小括	199

第6章 結論と含意など	202
6-1 理論的含意	202
6-2 実務的含意	222
6-3 研究の限界と残された課題	233
参考文献	236
巻末資料	246

## 第1章 はじめに

### 1-1 研究の目的と問題意識

本稿は、医療における意図せざる結果の生起過程の、分析を主目的とするものである。そして、その実証のために認知症診療の場に注目するものである。意図せざる結果の生起過程が、近年のアルツハイマー病患者の増加に含まれているのではないかという疑問に基づく。

そして、その課題は、

- ①厚生労働省が、認知症患者の進行抑制による介護負担減を「意図した」政策を立案
- ②その政策に含まれる、早期受診、早期診断、早期介入、更には初診時は専門の医療機関の受診推奨という流れにしたがい、患者・家族が行動
- ③専門の医療機関、として医療機関を受診
- ④医師が診察・検査のうえで、アルツハイマー病と診断（結果）

という、過程にあると考えられる。本稿では、このように「意図する行為主体」は厚生労働省、「結果を導く行為主体」は医師を中心とする医療組織、結果そのものは「アルツハイマー病と診断された」患者、として捉える。つまりこの結果には、「意図した結果」と「意図せざる結果」の双方が含まれていることになる。

ところで、意図せざる結果の研究は、Merton (1936) に始まるものと、考えられる。そこからの影響であるからか、近年の日本の、意図せざる結果の研究のなかで「定性的研究」という立場の取り方が強調されている印象がある<sup>1</sup>。一方、日本では皆無であるが、医療にかんする意図せざる結果の研究は、海外では比較的多くみられる。しかし、こちらの多くは定量研究である。この違いについての疑問も背景におきつつ、検討を進めたいと考えて

---

<sup>1</sup> 定性的研究の代表として、沼上 (1999 b) があげられ、それに依拠して深田ほか (2013) など、記述的な方法が強調されている。

いる。

社会学の領域では、自己利益を追求することが、社会的利益の毀損を招き、結果的に自己利益も減少するような事象を指すという（山岸, 1989）研究がある。また、社会の成員のために行ったことが、結果的に社会の成員にならないこともありえるであろう。経営学の領域であれば、年功制賃金を解消する目的で導入された、成果主義が、かえって年齢による賃金増を強めたという例もある（中嶋ほか, 2004）。しかし、日本においては、因果連鎖の記述（沼上, 1999）が、著名であり、暗黙のうちに、「意図せざる結果の研究は、行為連鎖の記述」という図式ができていくように、思えることもある<sup>2</sup>。

こういった点について、Merton は、直接的な解を示してはいない。ただ、意図せざる結果を「潜在的機能」（Merton, 1949）と位置付けているのみである。だが、潜在的とは、本来の意図に「沿っていない」機能という以外には断定ができない。つまり、機能と逆機能（Merton, 1949）という定義では表現できないということであると捉える。また、ここでいう「機能」とは、構造機能論における「構造」によるものであり、経営学における「組織」を想起させる。また、Merton は「その一般化を勝手に進めるのではなく、社会行動の種類を分類し、組織の要素に関連付けて、次に、これらの本質的に異なる種類と我々の一般化を参照（付託）させることが望ましい」と述べており、社会的行動と、組織の要素との関連で、意図せざる結果を分析する視点が説かれている（Merton, 1936）。多くの「意図せざる結果の研究」の論稿が、Merton のこれらの論稿に依拠していることをふまえると、組織の視点から、分析を行うことの意義が見い出せる。

そこで、本稿では、「組織」の視点から、組織を取り巻く状況や環境の影響を加味しながら、意図せざる結果の生起過程を分析することを試みることにする。次に、意図せざる結果が意図した結果と「同じ」、つまり、その「結果」の既存の分類にしたがえば、同じカテゴリーに含まれてしまうという現象が分析対象となる。そのような「意図せざる」結果を捉えなおすという作業は、これまでの日本の研究には見られないものである。

---

<sup>2</sup> 例えば、足代（2011）が、沼上（2000）を軸に、意図せざる結果の研究を紹介している。



更に認知症の診断について、厚生労働省は「専門の医療機関」を受診することを推奨している<sup>3</sup>。専門の医療機関とは、専門的な設備と人員が確保されている医療機関と考えられる。この点もふまえ、以後の議論を進める。

### 1-1-1 研究の動機

筆者は、2010年に神戸大学大学院経営学研究科の専門職大学院に入学以来、経営学の学習と研究を続けている一方、本職は約20年の間、内科医をしている。その間、多くの時間を大学、大学病院で過ごし、細胞の遺伝子操作やマウスを用いた実験データで医学の学位を取得し、最近の10年弱は教壇に立つようになっている。更に大学医学部の準スタッフ、スタッフを、2校で経験している。

内科医をしていると、患者の多くは高齢者である。現在の筆者の外来患者の多くは、高齢の生活習慣病<sup>4</sup>の方である。10年近く、外来に通っていただいている方もおられる。現在、自身の外来の患者数は、実際に概算し総計すれば、65歳以上の高齢者の方が、約200人おられる。

そこで、厚生労働省の第45回社会保障審議会介護保険部会<sup>5</sup>の資料に目を通すと、認知症の全国推定有病率が15%とある。筆者の外来にあてはめると、約30の方が認知症という可能性になる。しかし実際に、認知症の方は、2人しかおられない。うち1人は病型不明、もう1人の方は、鬼籍に入られたが、アルツハイマー病と診断されていた。キャリアの浅い時期を振り返ってみても、内科の患者は高齢の方が多かった。しかし、認知症（1990年代は痴呆症と呼ばれていた）の方は、記憶の範囲では1人の方しかおられない。

いったいどうなっているのか、と思うことがある。病院へ行けば病気にされるといった、理論的根拠の薄い記事も散見される<sup>6</sup>。そういった記事では、大抵はタバコなどの既知のリ

---

<sup>3</sup> 参照：<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/a03.html>

<sup>4</sup> 高血圧、高脂血症、糖尿病などのこと。

<sup>5</sup> 座長は筑波大学精神科の朝田教授である。

<sup>6</sup> 例えば、<http://gendai.ismedia.jp/articles/-/868> を参照

スクなどが、分析要素に含まれていなかったり、更には居住区域といった環境的なバイアスが考慮されていなかったり、論理的欠如が認められる。

ところで、こういった医療の評価にかんしては、Donabedian (1966) が、以下のように述べている。また厚生労働省も、この考え方を元に事業を展開している<sup>7</sup>。

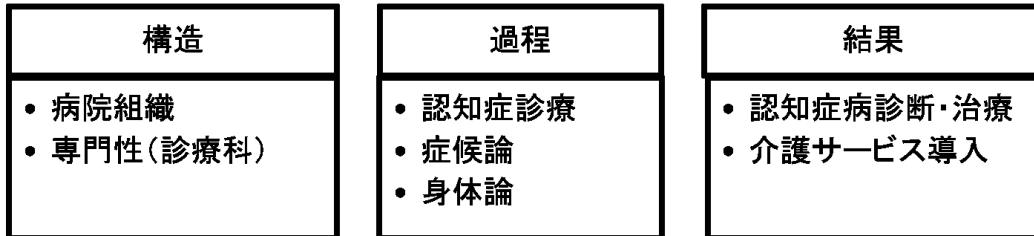
- ① 構造 (Structure) からみた評価・・・病院の設備や人員配置、組織など
- ② 過程 (Process) からみた評価・・・行われた診療や看護の技術の良し悪しや診療ガイドラインへの準拠などを評価
- ③ 結果 (Outcome) からみた評価・・・結果としての患者の状態の評価 (生存期間や治癒率など)

医療機関の組織やインフラ構造、そこで行われる検査、診断、治療、ケアといった行為の評価、そして何らかの治療効果、以上の3点が何れも「バランス良く」整っていることが望ましいとされる。実際に著名な病院の例をあげると、聖路加国際病院でも、この理論をベースに医療の質評価を行っている (福井, 2014)。また、これを引用して、医療機関の経営と医療の質の両立についての検討が行われてもいる。ここで Donabedian が示した、医療の質の評価における「結果」に至る過程を、高齢者診療の中心の一つである、認知症診断に当てはめると、次の図1ようになる。この評価法の基本軸は、Donabedian (1980) においても、大きな変化はない。そのことは、Donabedian (1980) に記載されている、実証データにも明らかであり、また第3章において「構造、過程、結果」を評価のための基本的な方法として述べている。

---

<sup>7</sup> 厚生労働省では「医療の質評価・公表等推進事業」として、平成22年より公募事業を行っている。

図1 Donabedian の提唱する医療の質評価の流れに準じた結果への過程



この理論が援用されることで、様々な医療の側面で、一定の評価軸ができたと思われる。しかし、経営学の視点からは「環境」の概念が欠落していることを指摘しえる。更に、Quality Indicator (QI) を元にした評価では、「家族」の満足度などは含まれていない。そして、Donabedian の医療の質モデルが、それに先行し、コンティンジェンシー理論がそれを取り込んだとする論稿もある (Zinn and Mor, 1988) が、「環境」の要素を独立させた考慮は、していないと思われる。

これら、医療の質の研究、コンティンジェンシー理論には共通する要素が存在する。医療の質研究は、病院組織の人的・インフラ的構造が、医療・看護などの行動を通じて、治療率、患者満足、生存期間といった「成果」を生むというもので、定量的かつ法則定立的であると考えられる。コンティンジェンシー理論も、組織構造が経営環境との「適合性」によって成果を生むという視点に立つ、法則定立的な研究であると考えられる。つまり、「成果へと向かう流れを法則定立的に捉える」点は、両者の共通点である。

### 1-1-2 家族に着目する理由

かつて筆者の外来に通っておられた認知症の方は、たいていの場合、ご家族に付き添われていた。筆者は内科医であり、基本的に患者本人とのやり取りで、診療方針を決めるので、外来におけるご家族は聞き役であった。しかし、認知症を発症され、少し記憶が落ちてきた印象になり始めた頃から、内服を確実にできなくなり、ご家族が診療方針に少しか

かわるようになってきた<sup>8</sup>。

更に振り返れば、筆者は若い頃のある数年間、特定の癌治療を専門にしていた時期がある。癌の治療は、治療の前に、まず患者本人に告知するのか、告知するしないにかかわらず、どのような治療方針を取るのか、など、家族と話をしなければならないことが多かった。特に、ご本人が告知を受けると、ショックが大きそうな場合など、治療についての方針の多くを家族の中のキーパーソンになって頂いた方と、決めていた記憶がある。もちろん最終的には本人に確認は取るが、いくつかの方針からの選択といった場面では、家族の意見も多く反映されていたことが、記憶に新しい。

そのように考えると、患者本人の記憶力・判断力低下が起きる、認知症では、診療上の多くの決定事項に占める、家族の影響は大きいのではないかという、素朴な疑問が起きる。このような考えから、認知症診療における「家族」の存在に、実務的な面からも興味も抱くようになったのである。

## 1-2 背景

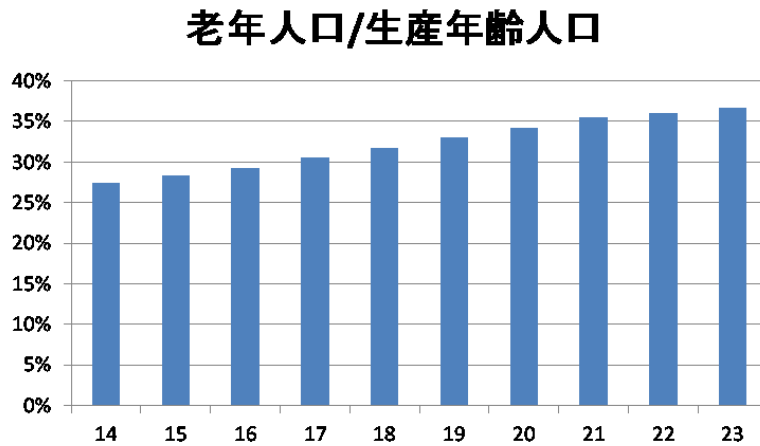
近年、日本で医療を経営（学）的視点から分析する学会発表や論稿が多くみられるようになっていくことを実感する。欧米に比して、こういった分析が行われるのが遅れているといった批判も時にみられるが、経済的安定を前提とした場合に、国民皆保険制度の下でフリーアクセスで医療を受けられる状況を批判する「理由」が社会的に起こりえなかったとも考えられる。

しかし近年、経済状況の変化（下降）に加えて、高齢者人口比率の増加、即ち、国民皆保険の下支えとなる、労働年齢人口比率の低下があり、日本の医療を支持する状況が変化していると思われる。

---

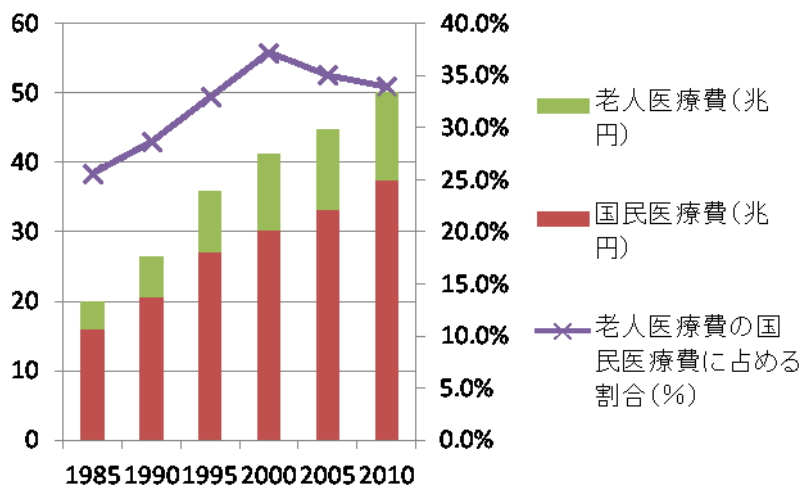
<sup>8</sup> このような外来医の態様についての指針は、Tumulty (1973) などに述べられており、日本の大学医学部の教育では一般的な内容であると考えられる。

図2 老年人口と生産年齢人口の比率（出所：内閣府高齢社会白書）



また、65歳以上の老人医療費をみてみると、国民医療費全体に占める割合は、2000年に介護保険法が施行されて以後、その割合が低下しており、逆説的ではあるが、医療費の伸びにおける老人医療費の内容が、現行の介護保険法の適応、つまり「ケア」がその内容の中心であったということも推察される（図3）。

図3 国民医療費の伸びにおける老人医療費の寄与度（出所：厚生白書）



このような状況に対して、「高齢者問題」という表現がなされていると思われるが、何故

「問題」となるのであろうか。

Etzioni (1976) によれば、社会問題へのアプローチには4つの系統が存在するという。

- ①合意論あるいは構造・機能主義からのアプローチ
- ②葛藤または疎外によるアプローチ
- ③シンボリック相互作用論あるいはエスノメソドロジーからの視点
- ④新保守主義的アプローチ

ここで、それぞれのアプローチから、何故「高齢者」が問題となるのか、を大まかに推察してみることにする。

合意論あるいは構造・機能主義からアプローチをすると、社会を構成する多くの人が「問題」と考えており、かつそれを解決したいという欲求が生じている状態であることが前提となるであろう。構造・機能主義からのアプローチでは、社会的な基準（公準）と現実の間に乖離があれば、社会問題となりえることとなる。構造・機能主義からのアプローチによる社会問題の源泉について、Etzioni (1976) では次のように結ばれている。

社会問題の主要な源泉を、社会システムの技術的な失敗、すなわち社会的均衡の中に個別に起こる脱線行為に認めがちである。こうした失敗や脱線は各部分が相互に関係しあってはいるが異質な部分からなっているシステムであれば、どんなシステムにもときどきは起こると予想されるものである。原則として、社会は、ちょうど病気にかかっている人の体が病気に打ち克つために力を動員し、そして、たいていはそれに成功するように、不均衡を矯正するベクトルを生みだせるものとして期待されている。このような社会の「逆機能」が、アルコール中毒から盗みにまでおよぼ個人の逸脱行為の原因であろう。

(Etzioni, 1976, p. 9)

この内容によれば、高齢者問題は、高齢者だから問題となるのではなく、高齢者が何らかの病気を有することが多いことが問題だと考えられる。しかし現在の医療でかなり克服可能な病気（例：高血圧）や、現代の医療で克服困難であるが近未来が予想しやすい病気（例：癌）であれば、「不均衡を矯正するベクトル」としての対策・施策を策定しやすいので問題ではなく、現代の医療で克服困難であり、かつ近未来での予想が出来ない病気（＝長期化が予想される、例えば認知症）であれば、そういった「ベクトル」を中々生みだせないために、「問題」となりえると考えられる。このように、「問題」を輪郭化することによって、「問題」を取り巻く周囲の社会から集中的に解決策を講じられる視点に立つことは可能である。だが、そのために、何らかの手段で、社会全体の構造までは変えずに解決できると考える傾向が見いだされる。このことは近年の介護保険制度などの制度的側面の付加や、認知症という疾患啓蒙にも見いだせると考えられる。

次に、葛藤または疎外の視点から、「病気になりやすい高齢者」にアプローチをすると、高齢者問題は、高齢者が社会の中のある「特別」なものではなく、多くの要素を包摂する社会の一端であるように捉えられる。つまり、多くの要素間の力学的差から生みだされたものと捉えられる。その力学差は経済的要因ばかりでなく、社会的地位、権力といった、人間の内面以外のものから生まれると捉える傾向となる。したがって、構造・機能主義からの視点とは異なり、「問題」が社会の中で輪郭化されるのではなく、初めから存在する体制的な側面から生じると捉えるため、社会全体の再構築・再構成が必要と捉える傾向となる。一方で社会の体制的な側面に視点を置くことから、その点が構造・機能主義に類似していると捉えられる可能性もある。即ち「高齢者」という一群は、他の群に比して、「不治」で「経過の長い」病気になることが多く、そのために他の群（例えば家族など）に様々な負担をかける、という捉え方となろう。

シンボリック相互作用論、あるいはエスノメソドロジーの視点は、前者が社会の構成員の個々の相互作用による意味形成、後者がより個人的観点からの社会の再構成という観点

となる。つまり構造・機能主義や疎外の概念とは異なり、ある程度規範化、輪郭化されたものに焦点を置くのではなく、日常的、具体的に顕示されたものに、視点を置く。例えば高齢者が認知症を含めた病気になることそのものではなく、「認知症（認知機能低下）」というラベルが貼られることに、更には「認知症」の定義のされ方、特に同じように見える「認知症」でもある人がアルツハイマーと呼ばれ、ある人がそうではないといったことに焦点を当てるのである。この視点は、他の疾患に比し、「症候論<sup>9</sup>」的な側面が多い、認知症の定義に共通するものがあると考えられる。

新保守主義のアプローチになると、社会は「エリート」と「大衆」という、相対立、あるいは支配被支配の関係ではなく、指導者と信望者、リーダーとフォロワーのような関係を軸とする見方になる。エリートは単に知識や経済的優位だけでなく「権威」を有し、大衆はそれに従う道徳的義務を有する。それだけにエリートは、大衆から信望されるだけの資質を持たなければならない、という図式となる。したがって個々のパーソナリティは成長をすることが前提であり、そうでない限りは社会的に認めがたいという側面も露見する。この立場から高齢者を観察すると、高齢者は肉体的に衰え、多くが経済的に非生産者である。したがって、その時々々の社会のエリートの考え方に迎合すべきものであり、認知機能が低下した場合は、この関係構築が不可能となるため、より強い権威や統制力によって保護されなければならない、ということとなる。近年の介護保険制度のような制度的側面も一部はこの視点に基づくであろう。また、エリートによって「家庭への回帰」が打ち出されれば、認知症患者を家族がケアするために、保護的な施策、制度が構築されることとなり、現在の高齢者問題の一視角となっているとも考えられる。

実在の事象は、これらの視点から、社会を構成する人々によって、複合された「社会問

---

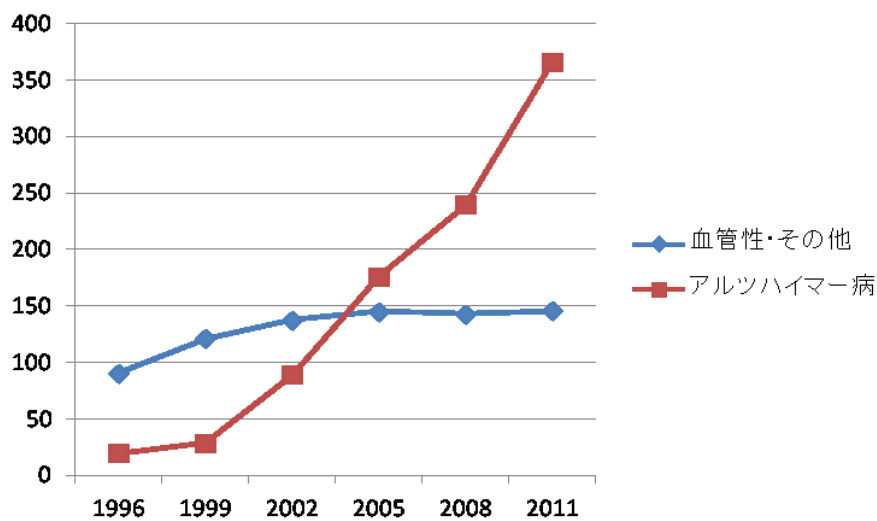
<sup>9</sup>症候論とは、患者の病歴、訴える症状、医師自身の感覚（視診、触診、聴診、打診など）による診察所見、そして、簡単な道具（体温計や血圧計、聴診器など）を用いて得た、主としてバイタルサインと呼ばれる情報を合わせて、診断を考えるものである。



題」としてまとめられたものであると考えられる。

ここで、医療のなかで社会問題であると考えられる、高齢者診療の中で、認知症患者の受療は増加している。その内訳として、血管性及び詳細不明の認知症は横ばいであるが、アルツハイマー病は増加傾向にある。認知症は、加齢にしたがい増加する疾患であるため、老年人口の増加により増加することは自明である。しかし、厚生労働省が行っている患者調査<sup>10</sup>のデータで、アルツハイマー病だけを概観してみると、1999年から2011年の間に総数が約12倍、仮に初めの5年は潜在的な患者が診断されていなかったと仮定してみても、直近の3年だけで約12万6千人、約1.5倍の増加を認めている。

図4 認知症をきたす疾患患者数の推移（単位千人，出所は厚生労働省「患者調査」）



背景となる高齢者人口は、厚生労働省発行の高齢者白書平成25年版によると、65歳以上の高齢者人口が3000万人強、全人口に対する比率が約24%となっており、75歳以上の「後期高齢者」がその約半分を占めるという。これが介護保険法が施行された、平成12年だと

<sup>10</sup> 出所：<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubyo/gaiyo.html> 巻末資料1に抜粋を作成。推計患者数は調査日の初診・再診患者数をもとに、推計算出されており、調査日の調査者は医療機関そのものであるため、診療に応じた診療保険点数の申請に用いる、いわゆる「保険病名」、つまり診断・治療に保険上適合する病名が登録されている可能性が高いと考えられる。

高齢者人口が 2200 万人、全人口に占める比率は 17.3%であるから、明確な増加を示しているが、その増加率は約 1.4 倍である。ここからは、数字はともかくとしても、潜在的な認知症患者が「掘り起こされる」以上に、アルツハイマー病患者数が増加しているという印象を受ける。認知症患者が増えることが社会問題であるとするれば、中でもアルツハイマー病患者の増加は最大の問題たりえることになる。

そこで、この現象が生まれる「場」を考えると、その「場」は医療組織、とりわけ外来診療における認知症診断の場面に他ならない。治療をする、しないは別としても、診断病名がつくことで、「患者数が増加した、減少した」という結果になるからである。

以上から、「認知症」が高齢者問題の一つの諸元であると考えられるが、高齢者人口が増加し「認知症」患者数が増加する中で、介護という負荷を主に負うことになる家族、そして診断の「場」である医療組織の状況に関心が向かう。

### 1-3 認知症をめぐる医療政策

厚生労働省は、認知症への取り組みとして、「早期受診、早期診断、早期治療は重要<sup>11</sup>」であることを示したうえで、早期受診のメリットとして、「アルツハイマー病では、薬で進行を遅らせることができ、早く使い始めると健康な時間を長くすることができます。病気が理解できる時点で受診し、少しずつ理解を深めていけば生活上の障害を軽減でき、その後のトラブルを減らすことも可能です。」と述べている<sup>12</sup>。つまり認知症全体のことであるにもかかわらず、早期受診を促す一文には、「アルツハイマー病」という特定の認知症疾患名を示しつつ、早期受診を勧奨している。

また、高齢者医療全体は、様々な要因から、その制度が変化している。特に老人医療費は、一部を健保組合からの拠出によって補填している。言い換えれば、国保区分の保険掛

---

<sup>11</sup> 出所：<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/>

<sup>12</sup> 出所：<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/a03.html>（2014年10月現在、内部の資料は特定非営利活動法人地域ケア政策ネットワーク全国キャラバン協議会製作の認知症サポーター養成講座標準教材より引用されている）

金のプールからは拠出されていなかったということである。老人医療費の増加が健保組合の拠出金の増大を招いたため、1999年には健保組合が拠出不払いの動きを見せた。そして、2000年に介護保険法が施行され、従来医療費で賄われていた「高齢者のケア」を老人医療費と分離するとともに、民間資本の参入も可能とし、国庫支出を減じる方向へと進む(表1)。

表1 高齢者医療にかかわる制度の変遷

年	高齢者医療制度の変遷	他の制度の動き	健保組合支出金
1973	老人医療費の無料化		
1983	老人保健法制定(老健制度)		13%
1997	政府等で新制度の検討を開始		
1999	老健拠出金不払い運動(約97%の組合)		40%
2000	2002年に老健制度に代わる高齢者医療制度の実施を決議	介護保険制度施行	
2002	新たな高齢者医療制度がまとまず次の課題に		44%
2006	健康保険法等改正法案が成立		
2008	後期高齢者医療制度施行		

この介護保険制度には、大きく2つの目的が存在する。

- ①病院に「預けられていた」、維持治療のみが必要な高齢者を、「医療」のためではなく「介護(ケア)」のための保険財源で預かるシステムへと置換し、自立を促す。
- ②利用者ごとに、ある程度の選択を可能とする。

例えばデイサービスなどは、民間参入が可能となっているため、複数の施設から選択可能となっている。つまり、介護者と被介護者の間で方向を模索できる。これから介護が必要となる可能性のある人、あるいは現在はまだ年齢なりに健康な人までも、「予防」の対象として発症を抑制することを目的として織り込んでいると考えられる。介護保険制度は、認知症の発症を抑制する、あるいは発症した認知症の進行を抑制するという目的を有していることにもなり、厚生労働省の認知症への取り組みを下支えする制度であると捉えることが可能である。

表2 介護保険制度の被保険者（出所：介護保険の手引き，データは2011年）

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の者	40歳から64歳までの医療保険加入者
人数	2978万人 うち後期高齢者1472万人	4299万人
受給要件	要介護状態 要支援状態	要介護、要支援状態が、末期がん、関節リウマチ、認知症などの特定疾病に近ずる場合
要介護（要支援）認定者と被保険者に占める割合	515万人（17.2%）うち後期高齢者450万人	16万人（0.4%）
保険料負担	市町村が聴取 （原則は年金から天引き）	医療保険者が医療保険の一部として一括徴収

また、介護保険制度の被保険者となりえる条件は、表2のとおりである。この表からは、65歳以上は無条件に、40歳以上64歳以下では特定疾病（認知症、末期癌、関節リウマチなど）で要介護、または要支援状態にあれば、加入資格があるということがわかる。

65歳以上の要支援状態以上の日常生活強度<sup>13</sup>の低下状態にあると判断される人の割合は20%未満、約100万人である。2008年のデータを元に、仮にアルツハイマー病の患者が全員介護保険制度の被保険者となっているとすれば、その割合は約10%となる。一方、2000年から2012年の間に、要支援状態以上の介護度の人の数は44%増加している。（人数としては2012年は約533万人、そのうち受給者数は296万人、2000年はそれぞれ218万人、149万人）この数値から考えて少なくとも、被介護者本人か、あるいはその家族の何れかが、介護保険受給を受けざるをえないか、それを望んだかという状況になったものと推察される。

<sup>13</sup> 大まかには、1日のうちの動作時間が基準となる。参照：  
<http://ds.cc.yamaguchi-u.ac.jp/~hoken/03healthmente/undonosusume/undo-2.html>

#### 1-4 小括

意図せざる結果の生起過程を分析するにあたり、Merton (1936, 1949) を概観した。そこには、組織からの視点の分析が望ましいこと、意図せざる結果は潜在的機能と定義されていることが述べられている。このことから、本稿では、組織の視点から分析を行うことを志向する。加えて、顕在化する、「意図せざる結果」が何であるのか、という点にも興味をわく。

次に、筆者の疑問と経験から、経営学の視点による医療にかんする研究を考えると、「環境」を看過するべきではないと考える。日本の場合、医療にかかわる法や制度などが国家主導で画一的であるため、個々の医療機関にとっての制度的環境の差異は少ないと考えられる。だが一方で、医療組織の立地する土地の風土、患者の疾病構造、そして家族を含めたケアの体制という、医療組織からみた組織外の環境には、差異が存在することは否定し難い。このことは、Donabedian (1966, 1980) の視点に対しての、批判的な視点となる。

高齢者問題、その一つの要素である認知症患者数の増加の中でも目を引く、アルツハイマー病患者の増加が社会問題の一つであることは、理論にしたがっても齟齬はないと考えられる。その中で「認知症診療」の場面に着目した場合、診断や治療における方針決定に、患者家族の何らかの役割が存在すると考えられ、本稿では、これを探索のうえで、医療組織が適応する要素の一つとして捉える。

診療のなかでは、医師法第 23 条にあるように、医師は診療をした際には、療養の方法あるいは保険の向上に必要な事項の説明を本人、又はその保護者に行わねばならない。また多くの病院で「患者の権利章典<sup>14</sup>」のように、基本的に「患者」を中心にした医療が、制度あるいは通念上は是とされていると考えられる。しかし、認知症診療の場面では、介護の中心となる「家族」が、従前とは異なる役割を果たしていると考えられる。

よって、QI などの医療の質の評価法の捉え方は、法則定立的かつ「環境」という概念に

---

<sup>14</sup> 例えば神戸市立医療センター中央市民病院  
[http://chuo.kcho.jp/outline\\_index/outline/kenrishouten](http://chuo.kcho.jp/outline_index/outline/kenrishouten) など

乏しく、法則が定立するとは考え難い「家族」を分析するには、適合しないものと考えられる。そこに、経営学の理論を援用し、医療組織と「環境」という観点を導入する意義があるものとする。

また、厚生労働省は政策的に、「早期診断のうえ、可能な限り早期介入を行う」ことを掲げている。政策的な意図には、少なくとも、早期のより正確な診断にもとづく、治療介入は含まれるものと考えられる。したがって、正確な診断のもと、医学的に適切な加療が行われることが、政策的な「意図」であると考えられる。

また、認知症への介入はデイサービスなどの介護的な側面もあるが、本稿で着目する点は、医療組織が「診断」を行う過程における、家族との何らかのかかわりの状況である。この過程では、政策的な意図の通りに、何らかの動因で「掘り起こされた」人が、認知症を周囲に疑われるか、自ら心配になり、受診する。医療組織においては、これらの人々の「診断」がまず行われ、必要に応じて「治療」へと移行する。

もし、この過程の全ての権限を、医療組織が掌握しているとしたら、その専門性に応じて医学的に正確な過程をとるか、医療組織にとっての金銭的インセンティブを追及するという側面も状況により生じえるであろう。しかし、筆者の実務経験のなかでの「家族」とのやり取りの記憶からは、そこに大きな影響を与える印象がある。少なくとも政策は、認知症患者を増やそうとしているわけではない。また、介護保険施行から10年以上たち、その制度に依拠した動きが大きくなり続けているという実務実感もない。

そこで、次章では、まず、Donabedianの医療の質研究に「環境」の要素が足りないことをふまえて、医療の質研究の構成要素が、組織、結果などであることから、そこに環境を加え、「環境、組織、結果」の3つを分析の軸とする、コンティンジェンシー理論のレビューを行う。

そして、意図せざる結果の研究を概観のうえで、医療における意図せざる結果の研究をレビューする。最後に、本稿が取り扱う、認知症、特にアルツハイマー病に関連する診断基準などの解説を加える。

## 第2章 医療組織と意図せざる結果にかかわる研究について

本稿は、アルツハイマー病患者増加率が高齢者人口増加率を超えていることに着目し、その超過分に「意図せざる結果」が含まれているのではないかという関心を源泉としている。そのため、診断を行う、医療組織の視点から分析を進めることを志向している。

繰り返しとなるが、意図せざる結果について、Mertonは「その一般化を勝手に進めるのではなく、社会行動の種類を分類し、組織の要素に関連付けて、次に、これらの本質的に異なる種類と我々の一般化を参照（付託）させることが望ましい」と述べており、社会的行動と、組織の要素との関連で分析する視点が説かれている（Merton, 1936）。

概観的には、組織特性と、その行動（過程）、そして「意図せざる結果」という流れでの分析の必要性を述べていると捉えられる。ここからは、意図せざる結果は目的に合致しないものであると解釈可能である。また、組織にとって「意図する」行動は、何らかの目的を有し、組織の周辺環境を認識し、そのための働きかけをするものと捉えられる。コンティンジェンシー理論は、この「意図する」行動の分析の視点に、組織が「主体的に」捉えられる環境を、分析上より強く加味したものと捉えられる。したがって、「意図せざる結果」も、同様の視点から検討できる可能性も、本来はあるものと考えられる。

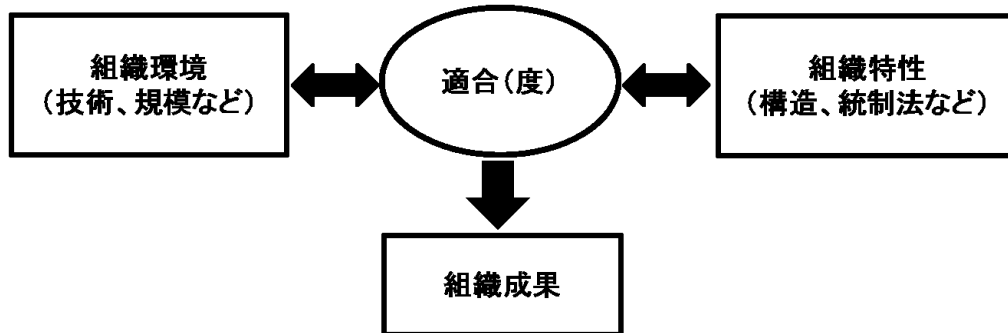
そして、前章で述べた、医療の質評価の研究には「環境」という要素の考慮がなく、それ以外の要素が共通であるため、まずコンティンジェンシー理論を概観する。次に、特に認知症診療にかかわる医療組織について、先行研究から知見を得る。そして、意図せざる結果の研究のレビューを、経営学だけでなく、医療の範疇のものもレビューする。最後に、本稿で取り扱う、認知症についての知見を紹介する。

### 2-1 コンティンジェンシー理論

マクロの環境概念、例えば、経済状況や文化、社会や政治のシステムとは異なり、コンティンジェンシー理論では、①状況変数（環境、技術、規模）、②組織特性変数（組織構造、管理システム）、の適合・不適合が、③組織成果変数（有効性、機能）を決定するとされて

いる（加護野, 1980）。

図5 コンティンジェンシー理論の概念図（加護野, 1980）



また、コンティンジェンシー理論は、実際の現象に説明を与える経験的理論と、包括的であるが経験的な内容と、かけ離れた理論とを媒介するものと考えられ、Merton (1949) に述べられている「中範囲の理論」に該当するものであると捉えられる（加護野, 1980）。この「中範囲」の意味は、包括的に、数値化されたり定数化されたりしえる要素と、経験的に記述を重ねる要素とを、合わせ持つということと捉えられる。以上からは、コンティンジェンシー理論は、環境と組織特性と成果の3つの変数による評価というだけでなく、環境あるいは組織過程の中の特定の部分の「経験的要素」を含むことも志向した理論であると考えられる。

比較的初期のコンティンジェンシー理論の研究<sup>15</sup>は、技術や規模を多く扱っている。それらの要素は、即時的に変更のできない、ある時点における固有の組織の要因として捉えられていると考えられる。したがって、組織の成果と組織構造との適合を分析するうえでは、固定された要素として取り扱われていた可能性もある。特に技術は、1960年代の世界的な技術の発展の時期であり、極めて変動が大きかったと思われる。ゆえに、技術の発展と市

<sup>15</sup> コンティンジェンシー理論の勃興については、Burns and Stalker (1961) と Woodward (1965) であるとする立場（占部, 1980）や、Lawrence and Lorsch (1967) であるとする立場（崔, 2002）など、諸説あるが、本稿はコンティンジェンシー理論の研究ではないため、この点については特定の立場を取らない。



場を含めた環境とは、「結び付けて考え易かった」可能性も考えられる。

特に、Burns and Stalker (1961) や Lawrence and Lorsch (1967) といった、コンティンジェンシー理論の勃興期の論稿は、「特定の環境」に対して、成果を最大化するために「機能的に」適合する組織構造が存在することを示している。Burns and Stalker (1961) は、環境の変化の少ない状況下で安定している企業では機械的組織が、環境が不安定で有機的組織が、それぞれ有効であると述べている。Lawrence and Lorsch (1967) は、組織のセクション毎の性質として、安定した情報環境にあり変化の少ない生産部門は組織構造が構造化され短期的目標設定と垂直的な統括が合致するのに対して、不安定な情報環境にあり変化の激しい研究開発部門は余り構造化されず長期的な目標設定と水平的な統括が合致することが示されている。すなわち、前者が機械的組織の、後者が有機的組織の典型である、と考えられる。このことは、企業という同一組織内に、別の性質を有する組織の要素が含まれる可能性を示すものと捉えられる。別の捉え方をすれば、職務の性質により、組織の構造や統制方法を変えることが、成果につながる可能性を示している。

これらの研究は、「成果」は研究の時点における既成事実であり、その時点での組織特性(過程)を分析の焦点としている点では、類似している。その既成事実が背景にあるため、良好な成果の出ている組織と、成果の出ていない組織との対比がしやすく、目標設定や統括の様式といった「組織特性」というキーを発見したことも推察される。

その後の研究の中で組織特性についての分析が進められ、構造や更にミクロな組織過程が、環境と適合するうえでの機序がいくらか明らかにされてきた。(野中ほか (1978); Galbraith and Nathanson (1978))。また、それらの多くが、構成員の認知に観察の重きを置いている。

構成員の認知に着目した考え方は、組織の内部に視点を向けた March and Simon (1958) における「諸個人の欲求と第一次職場集団と組織の 3 つの相互作用」のような、組織内部の管理の議論と、同様の側面を有する。ここからは、コンティンジェンシー理論が、主として内部管理に焦点をあてた組織論との差別化の中で、「アウトプットとしての成果を志向

する」方向に進んだ可能性も考えられる。つまり、組織内の葛藤や統合といった過程を対象としているが、アウトプットを「成果」として強調することを志向していると考えられる。逆にみれば、その行為の過程への興味・関心は、成果が創出される場面そのものよりも、その手前の組織内過程に重きがあると考えられる。

Lawrence and Lorsh (1967) は、①経験的データの蓄積を基礎とした組織についての研究、②多変量的な研究、③異なる条件の下で組織が如何に機能するかを説明するという点で条件的である、④組織に焦点を当てている限りにおいては一定の調査方法や学問に拘束されないこと、をコンティンジェンシー理論の条件として挙げている (pp. 185-186)。この中で、コンティンジェンシー理論の研究の主流が、②の視点が①を飲み込みながら、組織の視点から成果とのつながりを分析することに偏向したために、法則定立的かつ定量的な方向へと偏り、④のような課題が残った可能性は否定しえない。

また、その後の研究の中で、コンティンジェンシー理論が中範囲の理論であるという学術的な視座は否定されているわけではなく、本来は行為の過程などの、定性的、経験的な要素を棄却したものではないと思われる。だが、研究が蓄積されるうちに、「行為の過程」が所与のものとされてしまったように見受けられる。見方を変えれば、組織内の行為の過程は、March and Simon (1958) のような組織論や、他のリーダーシップやモチベーションなどの研究に委ねられ、コンティンジェンシー理論も時にその一部を、あたかも「拝借」するように見受けられる場合もある (日野, 2006)。また、組織過程から成果に至る捉え方が、先述の方法論的な方よりも相まって、一方向的であると捉えられる。

日本では Donabedian の研究の視点が、病院などの成果分析に用いられることが多く、「環境」の視点を軽視する点を、先に指摘したが、近年、コンティンジェンシー理論を援用した、介護組織の分析を行っている論稿が公表されている (深山, 2013, 2014)。介護組織は 3 年に 1 度の介護保険制度改正があるため、その都度競争戦略を定義しなおし、その競争戦略が組織特性を定義し、その特性と環境の適合によって成果が生じると結んでいる (深山, 2013)。組織特性は組織構造と組織プロセスの 2 つと定義されており、組織構造次元を、

野中 (1974) などを引用のうえで「公式化」、「専門化」、「分権化」とし、組織プロセスについては「リーダーシップ」、「コミュニケーション」、「同一化」の 3 つの次元を採用している (深山, 2013)。この点は先述の「拝借」の色合いも見られるが、医療領域の研究で環境を意識に含め、コンティンジェンシー理論を持ち込んだ論稿として、評価されるべきと考える。

このように、コンティンジェンシー理論は、環境と組織特性に着目した、成果の分析手法として発展している。しかし、成果が有する可能性のある、機能と逆機能 (Merton, 1949) という視点には乏しい。つまり、それらの総和を「成果」としている可能性は否定できない。また、経験的要素の含まれ方が、乏しくなっていると考えられる。

ここで、機能と逆機能の視点を考えるために、Burn and Stalker (1961) で示された、機械的組織の代表として官僚制 (Weber, 1922) を捉え、「成果」を前提に置く議論を行う。官僚制の本来の目的として、組織構成員の専門職化が人材育成や作業時間の観点から効率的になると思われるが、専門職化によって組織構成員が自分の職務以外に注意を払わなくなり組織内連携の速度低下が起きるなどの非効率も生じ得る。これは、本来志向する前者の機能を正方向とすれば逆方向のものであるため、「逆機能」であるといえる。しかし、コンティンジェンシー理論は、この「逆機能」には視点の重きを置いていないと考えられる。官僚制という組織特性には、機能と逆機能の双方が付随しえるのであるが、組織の行動から「予期した」成果、あるいは「予期した」成果と「予期せざる」成果の総和にしか、コンティンジェンシー理論では注意は払われていない。成果の捉え方が、組織の行動目的に支配されており、「予期せざる」成果を、どの程度勘案しているかが不明である。また仮に「逆機能」に触れたとしても、管理システムと機能 (成果) の二極で述べられているため、逆機能もまた機能の一部である可能性を含み入れにくい面も有する。その結果として「機能」の側面を伸長する、もしくは「逆機能」の側面を抑制するための視点を探索する傾向となり、その機能を有する、あるいは毀損する、組織特性に視点が集中してしまう可能性が考えられる。つまり、コンティンジェンシー理論による研究の主流は、包括的ではある

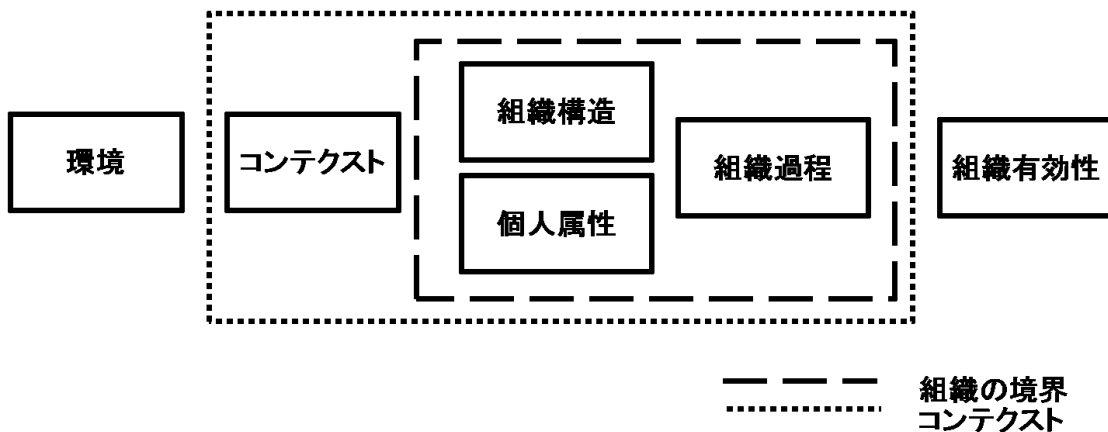
が、複数の組織特性が結果（組織成果）に及ぼす影響を捉えることが可能である一方で、予期した成果以外の分析には適さない性質になっていると考えられる。

このようなコンティンジェンシー理論の主流に対して、組織は環境に適応した戦略に従い、事業の範囲、技術、組織構造、人的資源を決定し、それらの運営結果に応じ、市場と環境の変化に対応して、更に戦略を変化させるという過程があるという指摘する研究がある（Child, 1972）。つまり、組織と環境の適合を目指す戦略によって生まれた成果が、また組織と環境にフィードバックされ、更に「戦略的に」環境を創造する（創造環境、野中ほか（1978））ポテンシャルを生むと捉えている。同時に、組織の環境適応は、組織が存続する限りは永遠のサイクルであるという捉え方が含まれていると考えられる（Child, 1972）。ただし、それに応じた戦略と組織構造の選択は意思決定者次第であり、構造のいくつかの階層に負荷をかけるものであることも指摘されている（Child, 1972）。つまり、同様の環境下で、同レベルの成果を生んでいる、複数の組織には、それぞれの異なる組織過程が存在する可能性があることを述べている。この点が、環境による組織過程の決定図式に偏った、コンティンジェンシー理論の主流と異なる論点であったために、「ネオ・コンティンジェンシー理論」の始まりであるとされている（大月, 2005）のであるが、「いくつかの階層」という視点は、コンティンジェンシー理論の主流である「特定の組織過程への着目」と、本質的に大きな違いはないと考えられる。結果の生起過程への着目はあるものの、組織過程という「内包化」された捉え方ではないかと考えられる。しかし、そこからプロセス研究や意思決定論への影響はあるものと考えられる。

だが、実際の「組織」を観察対象とする時、技術や規模は必ずしも組織にとっての「外部」と捉え難いと考えられる。仮に、技術も規模も、それらを組織の意思決定者が変動させるとしても、その変動の前の段階は所与、つまり内部のものとも捉えられる。新規開発技術や他組織の動向といった面が技術にはあるが、最終的に自組織がどういう形で技術を開発・使用するかという段階においては、内部要因になっていると考える方が自然である。それが一から自組織で開発した新規技術である場合はなおさらである。規模も、組織の成

果を測るうえで重要な要素であるが、やはり内部状況である。そのため、規模と組織の構造や管理システムとの兼ね合いが成果に影響を及ぼすと考える方が、より自然と考える。したがって、特定の対象を分析する時点での状況により、組織内外における位置関係を捉えなおすことが望ましいと考える。その位置関係については、組織の目標、戦略、規模、技術などの要素を、組織の内外の中間と捉え「コンテキスト」と表わす論稿がある（野中ほか, 1978）。コンテキストは、環境だけでなく組織内部からの影響を受けやすく、組織の低位概念と捉えることが可能である（野中ほか, 1978）。この概念を用いて統合的コンティンジェンシー・モデル<sup>16</sup>を提唱している（野中ほか, 1978）が、このコンテキストこそが、組織有効性を左右する、理論化の困難な要素であると考えられる。

図 6 統合的コンティンジェンシー・モデルにおける「コンテキスト」（野中ほか, 1978）



コンテキストが理論化困難であるとするれば、それは「不安定なものである」可能性がある。「不安定」とは、組織にとって緊喫の状態で存在するものや、場当たりの変化する要素が、これにあたりとされる。したがって、複数のコンテキストは組織構造などに階層的に影響を与える反面、意思決定者は「不安定さ」の回避のために、目的に対して最短

<sup>16</sup> 巻末資料 2 に、統合的コンティンジェンシー・モデルの主要命題を掲載する。

となるような構造変化を志向するとも考えられる (Child, 1972)。

ただ、技術などは、環境からの影響と組織内部からの影響のうち、どちらが強いのが不明瞭である。図 6 では暫定的に環境の傍に書かれているが、これが「戦略」であれば組織過程を変革し成果を指向するものと捉えられる。また、「技術」であれば、組織成果の中間産物として成果につながるものとも捉えられる。つまるところ、組織内部にあって最も周辺部に位置し、特定の外部環境の要素との関係の捉え方は、意思決定者の恣意によると考える方が自然である。

コンティンジェンシー理論における、コンテキストの過程に焦点を当てると、環境と組織過程の適合性と成果の狭間に挟まれてしまい、特に定量的なコンティンジェンシー・アプローチでは描出されにくいであろうと考えられる。したがって、環境要因を組織が捉え、そのうえでコンテキストを生成し、成果を生むような、連鎖的な事象を追うような検討が必要であると考えられる。このことは、「コンティンジェンシー理論に過程分析を取りこむことは今後の課題である (野中ほか, 1978, p.452)」と、述べられており、過程分析の重要性は以前からの課題であったと考えられる。

このような研究を背景におきながら、近年、これまでのコンティンジェンシー理論の研究から発展して、例えば顧客のマネジメントの視点との調和 (Greenwood and Miller, 2010) や、組織内ネットワークに着目し従前のコンティンジェンシー理論の研究と同様の定量的データを基盤におきながらも、行為の過程を追うような定性的データを組み入れる (Battilana and Casciaro, 2012) といった研究がみられる。また、コンテキストの内容に着目して、組織から生み出されたコンテキストを、組織が再度取り込み、戦略に活かす事例研究もみられる (De Rond and Thietart, 2007) <sup>17</sup>。

なかでも、De Rond and Thietart (2007) においては、生み出されたコンテキストは、「意

---

<sup>17</sup> コンティンジェンシー理論を背景に、このようにコンテキストを分析する研究が存在する。コンテキストの選択の場面での戦略的な意思決定や、コンテキストに対応した組織内の変革などをテーマとしている。本稿は、コンティンジェンシー理論を援用するうえで、その要素のひとつとしてコンテキストを取り扱う。

図せざる結果」に類する結果であり、この点を組織外から指摘され、自組織の意図との因果に気が付き、戦略に取り込む過程について述べている。この論稿では、組織が生起させた成果のうち、一見組織にとって有用でないものは、当初は Merton (1949) で述べられている、「意図されず、認知されないもの」であるが、コンテキスト、あるいは環境の側からの働きかけによって、認知されることになるという過程が明らかにされている。

つまり、成果を追うことを起点としつつも、創造環境 (野中ほか, 1978) の要素や、行為記述 (沼上, 1999 a, 2000) の要素を取り入れる動きが、なくなったわけではなく、この方向での研究進展が期待される。以上から、環境やコンテキストという組織からの視点の要素を意識しながら、過程を追うことの意義が見い出せる。

## 2-2 医療組織と Profession について

### 2-2-1 医療組織について

医療組織についての論稿は、様々な視点と分析視角から、非常に多くのものが存在する。しかし、経営学の視点から組織を捉える場合、2人以上の人々の意識的に調整された活動または諸力の体系 (Barnard, 1938) であることが、「組織」としての起点の一つとなる。医療組織においては、この活動や諸力は、まず患者の治療やケアの方向に向けられることになるかと捉えられる。

まず、医療組織そのものの定義については、古典的な論稿だと、Davis (1918) では、”The development of medical organization plus specialization is coming to mean a new and much more efficient organization of hospitals and dispensaries.” (p. 359) とあり、医療組織の定義がある程度専門特化した病院や診療所などの、「医療機関」のことを指していたことがうかがえる。100年の間、少なくとも医療組織といえば、病院や診療所などの医療機関を指すことが、「スタンダード」であった可能性を示唆する。同時に、医療機関内部にかんする論稿が多かったことも指摘できる。別の表現では、Kudo et al. (2006) では、”Medical Institution”，近年でも Tisnado et al. (2007) での、”Medical Organization”

が、ほぼ医療機関と同意の使用のされ方をしている。また、アメリカの医療機関が主として看護ケアの組織に由来するのに対して、日本の医療機関は、治療を行う病院に由来しているという(杉, 1973)。この由来からは、アメリカの医療機関は多職種協働という観点から、個々の職種の専門性のぶつかり合いの中で形成されてきた可能性が推察される。一方で、日本の医療機関は、病院由来で、当初より医師を頂点とした統制を行うことが前提となっていた可能性が推察される。実際、先述の Davis (1918) のタイトルは、” Group Medicine” である。この由来の違いは、医療組織のみならず、Profession についても、日米両国の捉え方の違いの背景にあるものと考えられる。

アメリカにおける患者の医療関係者への信頼の状態を、医師、保険業者、医療専門職の3職種に分けて調査を行っている論稿が存在する (Dugan, 2005)。結果として、アメリカのように「国民皆保険」とはいえない国では、保険業者が直接的に患者の受療を左右することが述べられている。つまり、医療機関にとっての環境となっていることが理解できると共に、医療機関に所属しない職種までもが「医療関係者」として包含される可能性を示唆している (Dugan, 2005)。つまり、医療制度によって、医療機関や医療組織の定義が変化することが示唆される。

一方、病院などの医療機関は、内部が専門職、あるいは職域によって層別化されている点は日米共通であると考えられる。そのため内部管理については、専門性あるいは診療範囲ごとに管理体制を置く、マネジメント・コントロール (伊丹, 1986) 型の「入れ子」構造がとられていると考えられる。また、個々の「入れ子」の内部においては、同僚グループ、異なる同僚グループ、公式化された同僚グループ、そして外部的にも権威化されたうえで公式化されたグループという4つのレベルでのコントロール (Scott, 1982) が、なされていると捉えられる。例えば、前2者は、年齢や詳細な専門性などの違いを軸に、インフォーマルに出来上がった集団、後2者は、臨床あるいは研究面での専門性を軸に公式化された集団、学会や公的専門医制度などによって権威づけられた集団、ということになる。



特に、権威づけられた集団というものは、先述の医療機関の定義の範囲を超えた、専門職研究で示されている、コスモポリタンの要素（Gouldner (1957, 1958) ; Johnson et al. (2006)）を含むものとも捉えられる。日本の医療に当てはめれば、医療機関だけのコントロールだけでなく、外部の学会や公的機関によるコントロールが二重に重なっているイメージを有する<sup>18</sup>。また、日本の医師は、専門知識による技能をもって、奉仕的に患者の治療にあたるような、古典的な Profession<sup>19</sup>と定義つけられている（藤本, 2002）。Profession については、次節で議論を行う。

更に、診療所と病院の関係にも、日米では差があるものと考えられる。猪飼 (2010) は、プライマリケア、セカンダリケア<sup>20</sup>という区分を用いて、英米と日本の診療構造を説明している。その説明によると、アメリカでは、プライマリケアとセカンダリケアは、施設によってほぼ機能分化<sup>21</sup>している。この点は、福永 (2014) でも述べられている。ただし、病床が解放されており、診療所でプライマリケアに従事する医師は、個々の専門に応じてセカンダリケアを行う病院でも診療を行うという（猪飼, 2010）。一方、日本に診療所と病院の関係は、機能分化が優先されているのではなく、病床などの規模による区分である。また、病院が病床を解放する場合でも、そこで診療所の医師が診療を行うわけではない。しかも、病院も外来診療を行っており、プライマリケアの機能を内包化している（猪飼, 2010）。つまり、日本は機能分化による診療所と病院の区別ではなく、規模による診療所と病院の区

---

<sup>18</sup> 例えば、大学病院の循環器内科の医師が、大学病院の心臓血管センターに所属し、同時に、外部のインターベンション学会の専門医で施設指導医という権威を付与されているような状態が、これにあたると思われる。

<sup>19</sup> 日本医師会や、日本医学教育学会が、Profession について言及し、その涵養の重要性を説いている。参照：<http://jsme.umin.ac.jp/books/KODO-IINKAI-1.pdf> など

<sup>20</sup> 猪飼 (2010) によれば、セカンダリケアにおいて、専門分化が進み、診療の領域が区分されてくるなかで、プライマリケアの位置付けは論者によって変化しているという。ただし、プライマリケアに共通の機能として、①ゲートキーパー機能、②統合機能であると述べている。①は適切なセカンダリケアへと患者を振り分ける機能、②は疾患を中心におきつつも、他の疾患の予防や日常生活との統合を図る機能であると捉えられる。

<sup>21</sup> 「ほぼ機能分化している」という意味は、セカンダリケアの施設でもある病院が、一部プライマリケアとしての外来機能を備えている場合があるからである。しかし、猪飼 (2010) によれば、その機能は、プライマリケアを受け持つ診療所の機能と合わせた中では、10%未満であるという。

別があり、その内部資源（医師数、医師の専門領域、検査機器、看護師などのスタッフ数）によって機能が決定されていると捉えられる。

また、海外、特にアメリカは、保険制度が地域、患者階層などによって異なり、患者階層との結びつきが強い。このため、医療機関の構造や組織特性（専門性、メンバー構成など）を、医療制度あるいは保険制度の状態に応じて変えることによって、成果の伸長、組織の安定を図る要素があるものと考えられる。それゆえに、制度派組織論の捉え方が適合する（Scott et al., 2000）側面が大きいと考えられる。また、制度を含めて「環境」と捉えることで、コンティンジェンシー理論に近い捉え方をすることも可能であると考えられる。しかし、日本の医療機関にとっては、この医療制度が固定された要素である。そのため、制度が「所与」となり、ファイナンスの側面以外では、医療機関にとって分析すべき環境とはなり難い<sup>22</sup>。このような面も、**Profession** に影響を及ぼす可能性が考えられる。

Mechanic (1975) は、”Convergence in Medical Care Organization (p.241)” と題した一節を区切り、「医療技術の精緻化に伴い、人々の志向性や期待が高まり、より広範囲の地域で、効果的な医療にアクセス出来るように、医療組織は収斂していくことになるであろう」と述べている。そして、当時の欧米と、ソ連や中国と対比したうえで、「医療組織」の収斂が、医療技術のみならず思想によっても変化をもたらすことを述べている。またその描かれ方は、医療組織の中に医療システム（制度など）が含まれるという記述となっている。つまり、明確に記述されていないとはいえ、病院などの医療機関以外の諸要素を「医療組織」に含めていると考えられる。

また、Mechanic (1975) は、医療組織の収斂<sup>23</sup>を以下の段階に分けて記述している。

1. 医療における不平等を解消する傾向

---

<sup>22</sup> 本稿はこの観点から、制度派組織論による分析には適さない研究と考えられる。

<sup>23</sup> 本稿における、「収斂」という言葉の定義は、次節（2・3）で議論する。

2. 医療の供給が、医療を責任をもって遂行できる供給者の存在すると定義されるコミュニティーの需要と結びつけられる
3. その一方で、バラバラの医療の要素が統合の方向へと向かう
4. 困難さを増してくる初期医療の維持を国家的に分配しようとする傾向が出る
5. 医療コストの高騰に直面し、医療システムの能率と効率を改善する方向に動く

これらの論稿で描かれている医療機関は、その内部のマネジメントに関わる論稿と、組織と環境との関係に関わる論稿に大別される。内部のマネジメントに関わる論稿の場合、その多くが「患者」という組織の目的に向かう中での協働やパフォーマンスの効率性の視点や、患者満足の視点から述べられているものが大部分である。つまり、Donabedianの影響が強くあると考えられる。一方、組織と環境の関係に関わる論稿の多くは、医療制度（保険を含む）、人口変動、あるいは疾病構造の変化といったものを「環境」と捉えたうえで述べられているものが大部分である。特にMechanic (1975) が述べている医療組織の収斂は、マクロのレベルでの医療組織のコンティンジェンシー理論からのアプローチと捉えることも可能である。だが、ここで述べられている各段階で生じた医療上の「問題」は、その前の段階で生じたものである<sup>24</sup>。それを次の段階で捉えた場合には、前段階に由来し生じた問題点を「抑制する」流れで捉えられている。この点は、先述の「機能の伸長、逆機能の抑制」という論理に他ならないと考えられる。

このように、医療機関、または医療組織の論稿の多くは、組織にとっての単一の環境要因に対しての変革と対応、あるいは組織の非合目的結果を「エラー」と位置付けた観点から述べられている。つまり、法則定立的な視点からのものであると考えられる。だが、実際に医療機関が直面する環境要因は、制度的側面、疫学的側面以外に、医薬や診断画像などの技術的側面や、多くの人を取り巻く「社会的」な側面がある。そのため、非合目的結

---

<sup>24</sup> 例えば、医療における不平等解消から、責任を持つ医療の遂行者が存在するコミュニティーと結び付けられる例は、Davis (1916) が該当する。

果が出現した原因を知るには、結果を「エラー」として捉えるだけでは事足りないと考えられる。

例えば、薬剤の効果の研究を想定すると、奏効した事例が意図した通りの過程（ここでは薬剤の作用機序を指す）を経たものであったのか、あるいは奏効しなかった事例は想定した過程を経て、意図が達成出来なかったのか、それとも想定外の過程を経た結果であったのか、といった観点に戻った検討を行う必要があると考えられる。つまり、「1対1」の因果構図に近い分析姿勢では、結果を惹起した原因となる過程を見落とす危険性があると思われる。これを医療組織で捉えなおせば、組織が目的を遂行する上で直面する環境は、医療技術、医療制度、疫学（人口や有病率）などの要素を用いた、法則定立的な分析では、その影響を見落とす可能性があることになる。

また、Mechanic が述べている、5の「医療コストの高騰に直面し、医療システムの能率と効率を改善する方向に動く」ことに該当する動きが、日本では、介護保険制度や包括的医療システムであると考えられる。これを動かすには、パターンリズムだけでは事足りない点を、政策論の観点から指摘する論稿も存在する（田中, 2013）。また、民間（サービス分野）、行政、患者・家族、専門職の連携の必要性が述べられており（田中, 2013）、それらを組織化することが、今後の介護を継続させる一つの要件であると考えられる。

別の見方をすれば、医師を頂点<sup>25</sup>とした、垂直的な統制の医療組織が、他の職種の組織と協働をすることが必要であるという主張であると捉えられる。もし官、民、医療、介護、といった、立場や職能が異なる組織が合わさり、一つの目的に向かうとすれば、それは新しいタイプの組織<sup>26</sup>といえる可能性がある。アメリカでは、医療組織のルーツがケア組織であるためか、このような考え方が比較的多くみられる。対して日本では、高齢者医療を通

---

<sup>25</sup> 医療法第7条に、病院または診療所の開設者は「臨床研修等修了医師」とある。海外では、必ずしもそうではない。

<sup>26</sup> 例えば、ハイブリッド組織（Jay, 2013）が、これに該当する可能性がある。ハイブリッド組織は、「市場でも階層でもないこと」または「半官半民的な協働により、組織横断的に責務にあたる」組織の形態であるという。なお、Jay (2013) は後者の立場からの論稿である。

じて、医療組織が変化する可能性を示す可能性を示していると考えられる。地域包括ケアシステムは、これを行政主導で示したものと捉えることも可能である<sup>27</sup>。

## 2-2-2 Profession について

前節で述べたように、日本の医師は、古典的 Profession として位置づけられている（藤本, 2002）。この点は、医学・医学教育においても同様であると捉えられる（野村（2010）<sup>28</sup>, 大生（2011a, 2011b））。更に、大生（2011a, 2011b）は、Cruess et al. (2002) を引用し、医師の自律性が、専門的知識や技術を誠実かつ奉仕的に行使することと引き換えに得られるという立場をとっている。

また、大生（2011a; 2011b）は、社会から権威や信用を得ることと引き換えに、専門的知識や説明責任だけでなく、奉仕性、利他性で社会に貢献することが、日本の医療者に求められると述べている。また、野村（2010）は、Cruess et al. (2002) や、ルソーの社会契約論を示したうえで、職業団体による社会的承認と、利他、奉仕性、自らの専門性による社会貢献を意思表示（Profess）することと引き換えに、実務における自律性と自己規制の特権が付与される、社会契約の基礎が Profession であると述べている。

---

<sup>27</sup> 参照：

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)

<sup>28</sup> 野村（2010）だけでなく、日本の Profession 研究の多くは、法学者の石村善助による、「現代のプロフェッション（1969年刊）」から、1）技術的側面、2）経済的側面、3）社会的側面、の3つの Profession の側面の捉え方の影響を受けていると思われる。つまり、二項対立の図式ではない。また、Profession が有する技術を提供することで、経済的利得を得るが、その行動には「社会性」が問われる。この「社会性」の中に、倫理綱紀の遵守、利他性・奉仕性などが含まれると考えられる。また、この社会性と引き換えに、「自律性」が付与されるという主張と捉えられる。

このように、日本の医師の Profession の定義は、他国の研究からの「拝借」の色合いが濃い。また、教育や、社会問題の背景（例えば「医療崩壊」など）のなかで、Profession が論じられることが多い。また、その多くは、Profession の「向上」を企図する方向性が見られるが、あくまで成果 (Donabedian, 1966, 1980) を企図していると捉えられる。つまり、組織内要素としての Profession の在り方と、医療の成果を結びつける視点の論稿が大部分である<sup>29</sup>。また、実際には、国によって保険制度も異なる。そのため、再検討が必要であると考えられる。

アメリカの医師についての、Profession の研究は、専門職組織と専門職の官僚制を対比したもの (Merton (1949); Blau and Heydebrand (1966); Hall (1968))、そして保険システムと医療機関の結びつきが強くなるなかで、金銭的インセンティブと Profession とを対比したもの (Mechanic (2000); Stevens (2001)) が主である。

Stevens (2001) に述べられているように、現代のアメリカの医師の Profession については、「古典的な Profession, 医師としての公共性や利他性」と、「医療システム下での Profession, つまりメディケアなどの主として保険システムの下での、医師としての金銭的、地位的インセンティブ」との対比がなされている。また文中に、医療の質が、「購入者、保険上のケア・プラン、供給側の組織、政策者、消費者（先行する購入者が「保険の購入者」であり、消費者は「保険の利用者」を指すものと考えられる）からなり、それぞれの細かく測定する尺度と、様々な状況を加味したものによって問われる (p. 327)、とあることから、医療の質の評価法の影響を強く受けていると捉えられる。歴史的にはアメリカは、基本的な医学上の専攻からなる医学会が組織され、更に医療上の専門性は、100以上に分類されている。そして、これらの分野において、「これまでに組織化して行ってきた医療を終わらせよう」というアメリカ医師会の声明が医師会誌に掲載された。しかし、医師の公的や役割を、自らにとっての良さ（例えば学術的にも良いとされる技術を行使すること）として訴求

---

<sup>29</sup> 例外として、猪飼 (2001)、山下 (2011) などは、日本の医師の Profession の捉え方に言及したうえで、前者は医療集団の形成を、後者は自律性が組織で構成される過程を取り扱っている。

する医師達にとっては、組織化された医療を終わらせるようなことはないと思えられている (Stevens, 2001)。つまり、アメリカの医療のなかでは、医師達は、自らの正当化や自律性獲得のための組織化を行っていることになる。

また、Freidson (1970) によれば、組織化された自律性をもつ専門職である医師は、専門職本来の「知性、倫理性、技能」という個人特性を有する。しかし、専門分化や分業、場合により保険システムも、その特性に基づく行動の意義を極小化する側面が指摘されている (Merton (1949); Freidson (1970))。また、専門職のこういった制度的要素を明らかにするうえで鍵が「自律性」であると述べている。また、自律性を「独立しており、自由で、他からの指示を受けない、という特質ないし状態」と定義している。そして、この自律（ないし自己指示）という条件から、専門職の多くの定義に含まれる他の制度的要素は演繹ないし導出できると述べている。免許制（資格制）の機能、専門教育に特化した教育機関において一定の専門的知識を教育される点、倫理綱紀やガバナンスが専門職集団の社会信用の看板であると同時に「自律性」を社会に認めさせる方策であることを指摘している。

ところで、日本の社会科学、なかでも経営学における、Profession については、田尾 (1995) が、Profession の要件を、以下の 5 つに分類している。

- ①専門的な知識や技術・・・体系的な知識・技術は、免許・権威の源泉となる
- ②自律性・・・専門的な権威によって、組織の権限関係から離れ、職業上の要請に従う
- ③仕事へのコミットメント・・・金銭や人間関係ではなく、仕事自体に動機付けられる
- ④同業者への準拠・・・所属組織の仕事仲間よりも、遠くの同業者との関係を重視
- ⑤倫理性・・・素人にサービスを提供する際に、知識・技術に関しては支配的であるために、身勝手な行動は規範的に許容されず、倫理性が「正当性」を担保する

④においては、組織的な統制よりは、同僚による統制が重視される (田尾, 1995)。そのことが、Scott (1982) で述べられている、「同僚グループ」による統制段階と符号するものと

考えられる。また、②の自律性のなかに、「組織の権限関係から離れ、職業上の要請にしたがう」とあるが、その基盤はやや曖昧である。また、⑤の倫理性のなかに「正当性」を担保するとあるため、付与された医師免許の行使にあたり、倫理性が必要であると捉えることができる。また、利他性や奉仕性の背景がも、曖昧である<sup>30</sup>。

このように概観すると、日本と諸外国（特に欧米、なかでもアメリカ）の論稿を読み進めるうえで注意すべき点がある。それは「自律性」についての捉え方である。欧米の論稿の多くは、職業集団の規範や倫理綱紀を遵守しながら、専門的な知識・技術から患者の益となるものを「自律的に」選択し行使する、という文脈にある（Scott (1965)；Freidson (1970)；Stevens (2001)）。また医師が、自らの地位と権威を維持するために、学会や医師会なども、制度的枠組み（例えば試験による専門医資格更新制度など）を提供する<sup>31</sup>。ただし、歴史的にみて、アメリカでは医師会が国民皆保険を否定し、インセンティブシステムでもある保険システム（マネージドケアなど）も否定することもあり、社会のなかで自ら地位（例えば専門医制度など）、職業集団を確立した「専門職」の一つとして、医師が存在する。また、前節で述べたように、アメリカでは病院がケア施設に由来するため、病院組織のなかでの地位も、職業集団として確立することになる。

それに対して、日本の医師は、明治期の「医制」に始まり、政策にしたがって、法の下での制度下で、専門職としての資格形成がなされている。したがって、職業集団の形成は、資格形成や社会的正当性獲得のためとはいえない。つまり社会的地位を国家が規定し、規定されたうえで職業集団が形成されている。したがって、アメリカのように、医師が自らの社会的正当性や職業的権威を獲得するために行う活動の背景に存在する「自律性」の存在

---

<sup>30</sup> オックスフォード英英辞典を引用し、Cruess et al. (2002) が、高度の知識ベース、サービス、利他性、自律性、専門職組織、説明責任、モラルと誠実さ、倫理綱紀を、Profession を構成する要素として述べている。海外でも Profession については、分析者、国など、背景によって、捉え方が異なると考えられる。また、アメリカの論稿は、他国のものに比して、Profession が包摂する要素のなかで「対立するもの」に焦点を当てる傾向がある。また、田尾 (1995) は複数の専門職の分析を行っているため、論稿の範囲では、自律性の基盤を一括にはできないと思われる。

<sup>31</sup> 医師免許は、アメリカでは州ごとに規定が異なり、日本のように全国一律ではない。



は、日本では大きいとはいえない<sup>32</sup>。また日本では、病院が治療施設に由来するだけでなく、医療法によって営利目的での設立が当初禁じられ、民間による医療組織の設立が困難であった（福永、2014）。しかし、医療を広めるための国策として、医療法人制度によって、これを緩和したという<sup>33</sup>（福永、2014）。これらの議論からは、日本の医師が、アメリカに比して「非営利」な組織で働く前提が、法・制度によって存在していることとなる。

つまり、権益のみならず、医学的正当性や社会的地位を確保するために活動する「アメリカの医師の自律性」は、ある程度の社会的地位と権益の条件が、政策と法・制度で規定されたうえで、医学的正当性や社会性を追求できる「日本の医師の自律性」とは、その背景と構成要素が異なることになる。

更に保険制度の枠組みから捉えた場合、アメリカの保険制度（マネージドケア）は全ての前提ではなく、医療を構成する一要素である。医師は実務上、自費診療以外では、保険会社からのインセンティブ確保のための行動を取らざるをえない面があり、医学的正当性を最低限で担保することもありえるため、結果として倫理性が問われることがありえる。ゆえに、倫理性を明らかにすることによって、専門職の自律性を「獲得しなければならない」状況となりえる。したがって、「インセンティブを要しない」利他性が入り込む余地が少ないと考えられる<sup>34</sup>。

対して、日本は制度枠組み（国民皆保険、医師免許制度）が前提にあり、この制度下では、自律性を獲得するための行動は「倫理性」が、行動上の大きな割合を占める。また、国民皆保険であるため、利潤追求は限度があるが、専門職の知識・関心は利潤に大きく影響さ

---

<sup>32</sup> 猪飼（2001）、山下（2011）が、日本の医師の自律性が、欧米のそれとは、成立している背景が異なる点を指摘している。また猪飼（2001）が述べているように、欧米における医師の自律性の定義をそのまま用いると、日本の医師には自律性が「ない」ことになる。つまり、日本の医師の多くは、欧米的な文脈での「自律性」を獲得する活動をする必要がないため、別の側面で「自律的に」なれるという視点を有することが可能である。

<sup>33</sup> 福永（2014）によれば、医療法人制度は、剰余金配当を禁じている点で非営利とされるが、法人出資者の出資持分を認めたため、クローズド・スタイルでの出資が可能となり、民間の医療の発展に寄与したとある。

<sup>34</sup> 逆に、インセンティブの多い、例えば自費診療であれば、自律性が大いに発揮される可能性がある。

れずに追求しえる。結果として医療における基本的な知識・技術面は免許制度に強く裏打ちされたうえで、医学的正当性・倫理性を反映することとなる。ゆえに、医学的正当性が担保される範囲であれば、医師は利他的行動を取り易くなると推測される。

そして、比較的近年のアメリカの経営学の論稿では、会計監査企業、医療組織、コンサルティングファームなどの、サービス専門組織の特徴として、①知識集約である、②低資産集約である、③専門職化する労働動向がある、という3点があげられている(von Nordenflycht, 2010)。そして、知識集約の結果として、同業者組合などによる公認制度などと、対外的な倫理綱紀などの制定などにより、独占性を高めているとしている(von Nordenflycht, 2010)<sup>35</sup>。

つまり、アメリカの研究のなかで、専門職集団という枠組みからみれば、対外的にも対内的にも「制度的同型化」が働くこととなる。また、これらと引き換えに自律性を確保していることになる。特に、専門職化する労働傾向のなかで、自律性の基盤としての独占性に、専門職集団内での競争を抑制する効果がある一方で、非効率の源泉であること、環境適応の障害となることも指摘している(von Nordenflycht, 2010)。

一方、日本の医師は、「公認制度」の部分で、国家的制度が担保している割合が多いと考えられる<sup>36</sup>。つまり、社会的正当化獲得のための、専門職集団での内部的な拘束力は相対的に小さい、と捉えられる<sup>37</sup>。代わりに、利用者が「フリーアクセス」可能であることによって、同業内での淘汰が起きる可能性がある。その意味において、「競争環境」であり、「顧客志向」であると捉えられるだけに、環境適応も促進される可能性もある。

ここで、倫理綱紀が医療を行う大前提であるとする、アメリカでは、医師達が最善と考える医療を自律的に推進するために、同業の公認、更に州などの公的枠組み、そして保険制度の違いという3つの壁があることとなる。

---

<sup>35</sup> von Nordenflycht (2010) は医師だけでなく、会計士、更にはコンサルタントなどまで含めた論稿である。Professional で構成される、サービス専門組織を4種に分類している。

<sup>36</sup> アメリカでは、国家試験による免許付与の後に、州への登録がある。そして登録する州ごとに、同じ免許でも行使可能な州の数や、診療上の権限が異なる場合がある。

<sup>37</sup> 免許制度による同型化が強いという見方も可能である。

それに対して、日本の医師は、州などの枠組みと保険制度（特に施設間で保険制度が異なること）の壁はない。また、同業の公認は、前提として国家資格の存在が大きく、医学的エビデンスから大きく外れない限り、医療を推進するための障害は少ないと考えられる。換言すれば、医師自身が医学的エビデンスと保険制度を大きく逸脱しない限りは、医師という資格を守るための特別な行動は必要とはならない。また、フリーアクセスであるため、患者（顧客）は保険制度に縛られず、自分の意思で医療機関を選択できる。つまり、アメリカの医師のように、資格を正当化する行動を多くとらずとも、自律性を有することが可能な状態と考えられる。

以上から、日本の医師が発揮できる「利他性」とは、アメリカに比して「国家的な制度に保護された」自律<sup>38</sup>が背景にあるといえる。つまり国家的な制度を、ある程度前提とした自律であるため、公的な制度<sup>39</sup>への依拠によって相殺されない性質があると考えられる。さらに、医師免許の源泉となる医学的知識は、診療ガイドラインなどの基礎でもあり、背景に同一の要素があると捉えられる。この観点から、日本の医師の Profession を捉える場合、例えば診療ガイドラインなどの専門職としての知識・技術面における「制度的同型化<sup>40</sup>」と「利他性」との対比が、相反するものではないと考えられる<sup>41</sup>。この違いがこれまで不明瞭であったのは、多くの日本の論稿が、専門職と社会との交換という視点の中で議論をして

---

<sup>38</sup> 制度に付与された側面も含む。

<sup>39</sup> 例えば、介護保険制度など。

<sup>40</sup> アメリカの医師の制度的同型化が、保険制度などのインセンティブシステムや、免許や専門医の認定制度などによるもので、Scott (1995) の制度の分類上は「規範的制度」による同型化の色合いが強いと捉えられる。それに対して日本では、学術的正当性（診療ガイドラインなどを含む）や組織の慣習による同型化が、規範的と捉えられる。日本の医師免許は、①医師法の下での画一的な道具性（医療を行うための基本的な道具）、②法的に正当化されている、という点から、規制的制度 (Scott, 1995) の色合いがアメリカより強いと考えられる。また、その医師免許の性質自体が、道徳性を問われるものではなく、医師免許を有する人間の医療行為が道徳性を問われる。つまり、日本の医療における規範的制度に由来する制度的同型化は、医師免許が指標ではなく、医療行為が指標である。また日本の、多くの Profession にかんする論稿が、この点を明確にしていけないか、混同しているように捉えられる。

<sup>41</sup> どちらも国家的に保証された自律を背景にしている。その自律の背景には、医師免許制度、国民皆保険制度が存在する。

いるからである。また、国家的制度<sup>42</sup>という概念を分別しなかったことにより、制度の気息性と規範性の混同が生じ、その点が明らかにできなかったと考えられる。

また、これまで多くの論稿で、医師の「利他性<sup>43</sup>」が必要と述べられながらも、それを実証するような経験的研究が蓄積されていない<sup>44</sup>ことをふまえ、本稿で観察する、"Profession"の要素を、「制度的同型化」<sup>45</sup>と「利他性」におくこととする。

## 2-3 意図せざる結果の研究

### 2-3-1 「意図せざる結果」の研究

「意図せざる結果」とは、Merton (1936) ら、社会学者の論稿で述べられている概念が、経営学の分析に持ち込まれた枠組みである。Merton は、機能には、顕在的・潜在的なものが存在し、顕在的機能とは「一定の体系の調整ないし適応に貢献する客観的結果であって、しかもこの体系の参与者によって意図され認知されたもの」であり、対して潜在的機能とは、「意図されず、認知されないもの」と定義し、意図せざる結果は潜在的機能であると述べている (Merton, 1949)。海野・長谷川 (1989) によれば、意図せざる結果とは「行為者が追及する目的に含まれないもの」を指すという。しかし、意図は、行為主体が連なる数が多くなるほどに、意図の「曖昧さ」に応じて、その表現型を変えるものであるとも考えられる。例えば、家電メーカーの経営陣が、より良い物を顧客に提供しようと考えた時、その「良い物」についての捉え方は、技術部門、営業部門あるいはマーケティング部門で

---

<sup>42</sup> 国家的な制度は逸脱すると罰則があり、医師資格に影響がある。この点は、専門職集団における、内的な制度とは異なる。

<sup>43</sup> 論稿によっては「奉仕性」という言葉で表現されているものも含む。

<sup>44</sup> 医師の態様についての実証研究は、松尾 (2010) や井上 (2014) などである。しかし、Profession にかかわるものは皆無である。また、田尾 (1995) は、Profession の自律性などを、17種の専門職に渡って実証している。しかし、そのなかに医師が含まれておらず、本稿での実証が、この点に寄与する可能性もある。

<sup>45</sup> ここでの制度的同型化は、専門的知識に準じる面があるため、パターナリズムとしての性質を有することは否定できない。

は異なる側面が出てくると思われる。技術部門は高度な技術や故障の少なさを、マーケティング部門は操作性やデザインを、それぞれ「良さ」の指標とする場合などが考えられる。

このように、同一の組織にあっても、行為者の立場からの見方の違いが生じると考えられる。ここからは、同一組織から生じた「意図せざる」結果も、その生起過程は異なる可能性が考えられる。では、この生起過程に影響する要素は何であろうか。

このような生起過程に着目した時には、コンティンジェンシー理論の研究の項でも述べたように、行為の過程を追うことが選択肢のひとつであると考えられる。経営学の研究が、「環境という複数の変数システムの変数間の関係としての記述（カヴァー法則追求）」と「意図を有した行為主体間の相互作用に着目した形でメカニズムやダイナミクスに着目した記述（プロセス追求）」の2つに分かれてきた中で、前者の研究が発展するなかで、かつて行為者の意図の「了解」が存在したにもかかわらず、次第に忘れられてきているとの批判を含め、後者の行為記述の重要性が指摘されている（沼上, 1999 a, 2000）。これらによれば、コンティンジェンシー理論は、カヴァー法則追求を行っていると思えられる。つまり、特定の企業が、特定の環境下で、特定の行動により成果をもたらした場合が観察されたとする。その場合に、特定の環境が変化しない限りは、特定の行動をとり続けることが、その企業にとって「最善」となりえることになってしまう（沼上, 2000）。したがって、行為の過程を追うことの意義が、ここに見い出される。

環境という複数の変数システムの変数間の関係とは、前節で述べたコンティンジェンシー理論の要素を包含すると考えられる。経営学史的にみた場合の、時相を追った順列を明確に述べることは困難ではあるが、論稿が書かれた年代を見る限りにおいては、社会科学の研究としては「意図せざる結果」の研究の方が先に勃興し、そこに既にコンティンジェンシー理論へ至る糸口が存在したように捉えられる。また、構造機能論に環境を叙述的に付加するだけでは、「結果」の生じた理由説明を導くには論理的不足がある。そこで論理的に法則化を強めるために、変数として環境を明確化するなかで、コンティンジェンシー理論が生じたと考えられる。ここから、コンティンジェンシー理論は「成果志向の理論」（加

護野, 1980) であるだけでなく, より一層法則性を追求する方向になったと考えられる。したがって, 「意図せざる結果」を, 変数間の関係としての記述した場合には, 外観が異なるだけで, コンティンジェンシー理論をもとに「潜在的」な機能の分析をしているに過ぎなくなる可能性が生じる。しかし, それが企業などの行為主体や研究者にとって, 有益か無益かの判断は一律にはできないと考えられる。ここにも, 行為の過程を追う意義が見い出される。

ところで, 社会学が社会状況の一般化を目指し論理化する際の焦点は「現象」であると考えられる。それは経営学の場合には多くは組織や個人の「成果」であるが, 捉え方の差異に注意を払う必要があると考える。「現象」とは, 物事がある状態にあることを指す。かならずしも, 物証で示されるものとは限らない。それに対して, 「成果」は, 何らかの物証的なもので代弁され, 多くは金額, 確率といった数値化されることが多い指標である。したがって, 「現象」が, 必ずしも「成果」と一致する性状を示すとは限らない。

例えば Merton (1949) に述べられている「自己成就的予言」も, 「意図せざる結果」の一つと考えられる。それは「預金を引き下ろさないで銀行が潰れる」と考えた複数の行為主体の行動の集簇の結果「銀行が倒産した」という現象である。したがって, 特定の組織, ここでは銀行の行動の成果 (アウトプット) を指しているものではない。しかし, 銀行の視点から捉えれば, 資本が底をつくという物証で表わすことも可能である。

まず, 「意図せざる結果」は, 特定の行為主体にとっての「意図」が追及する本来の目的 (成果) に含まれないものとして捉えられる。そして, 行為主体に対して, 何らかの (正負を問わない) 影響を及ぼす要素が「結果」に含まれている。更に, 「結果」を生起させる行為主体は, 初めに意図した行為主体とは限らない。更に, その現象あるいは成果の記録者の視点によって, それが「現象」か「成果」であるかが異なると考えられる。そのことは, 行為記述をするうえで, 注意すべき事柄であると考えられる。

ところで沼上 (2000) は, 行為のシステムの中での「意図せざる結果」を, 次のように述べられている。

なかなか思い通りにコントロールできない他者の意図が存在するとともに、すべてを理解するにはあまりにも複雑な相互依存関係が存在する複雑なシステムであるが故に、自分を含めた全ての行為主体たちが意図しなかった結果あるいは予期しなかった結果（沼上, 2000, pp. 29-30）

この内容は、大きな示唆を二点、示していると考えられる。一点は、意図せざる結果は、複数の行為者を経て起きた結果であっても、その行為者の誰もが「意図しなかった」結果である可能性。つまり、その行為の経路に含まれる、何れかの行為主体が「想定した」場合は、意図せざる結果ではないこととなる可能性がある。もう一点は、複雑な相互依存システムは、社会に多く存在するが、その「複雑さ」は、行為者あるいは観察者が把握する能力を超えている可能性。したがって、無数の行為者が存在する可能性がある。

以上の点に対して、沼上（2000）は、結果に着目して、意図せざる結果の類型を、①意図した結果が全く生起しない、②意図せざる結果と意図した結果の混在、③意図した結果は生じたが生起過程が異なる、と分類している。

行為主体が「想定した」場合でも、②意図せざる結果と意図した結果の混在、③意図した結果は生じたが生起過程が異なる場合の可能性を考慮し、結果の生起する過程を分析することの意義を、この分類で述べていると推察される。したがって、相互依存のシステム内の特定の行為主体が「想定した」結果であっても、意図せざる結果の範疇に入る要素が存在する可能性は棄却されない。

しかし、「複雑な相互依存システム」は、直感的にイメージはできても、図あるいは文章での完全な再現は不可能である。そのため、根来・足代（2009）のように、行為者に着目する検討がなされるものと思われる。しかし、これらは研究者の視点であり、特定の「意図する」行為主体の視点であるとは限らない。その意味において、Merton（1936）の考え方、つまり意図の起点や組織の特定の要素と結ぶ捉え方とは、合致しにくい面があると考えられ

る。また、「無数の行為者」を想定すれば、観察可能となるのは、特定の現象でしかない。仮に、地球規模であったとしても、それは「地球」という限定がかけられるものであり、実際は無数とも言い難い背景を認識しておく方が、より実践的で望ましいと考える。

例えば、意図せざる結果の生起に着目した分類が、意図も結果も、漠然たる「行為者」のものとなっていると、捉えざるをえない論稿がある（根来（2008）；足代（2009）；根来・足代（2009））。その分類を表3に示す。これらの論稿は、特定の企業、あるいは企業の意思決定者を想定しているのか、あるいは結果を媒介する行為者を含み得るのかが曖昧である<sup>46</sup>。「行為者」という表現は、沼上（2000）の影響を受けたものと捉えられるが、表を見る限りにおいては、特定の企業や組織を想定しているように捉えられる。

実際の企業においては、企業間取引、あるいは戦略的提携といった、当初の意図を強く修飾する可能性がある企業行動も多いため、単純化したモデルでは、実践的な応用が困難な可能性がある。また、行為が連鎖する過程を追うという局面においても、意図した行為主体の視点、あるいは結果を出す行為主体の視点、といった、捉える視点を明らかにすることは、研究としての視点を明らかにすることにつながると考えられる。また、そのように視点を明らかにすることについて、石井（2006）は、戦略の成果を観察する立場から、意図せざる結果を十分に把握するには「内部者の視点（石井, 2006, p.13）」が有効であると述べている。この内容は、沼上（2000）が述べている「自分」という言葉に、代弁されていると考えられる。

---

<sup>46</sup> 沼上（2000）において、行為システム記述の説明法が、①超合理的な行為者による説明法、②共感と集計、③解釈と合成による説明、に大きく分類されている。この説明は、行為者が媒介することで、あるマクロ変数が別のマクロ変数へと変わること示している。これらの行為の連鎖によって、意図せざる結果が生じるということである。この行為者は単純化されたモデルであるため、根来（2008）などが引用したものと推測される。このモデルは、行為と、その連鎖を記述する意味の説明としては明確であるが、現代の企業戦略の立案が、競合、顧客など複数の環境の要素を考慮している実態を踏まえれば、「意図する行為主体」の視点を明らかにすることが、より実践的であることになる。そのために、意図する行為主体の「立ち位置」を示すことが、その視点を明らかにするための方策と考えられる。コンティンジェンシー理論に含まれる要素の視点を援用するのは、その方策のひとつである。

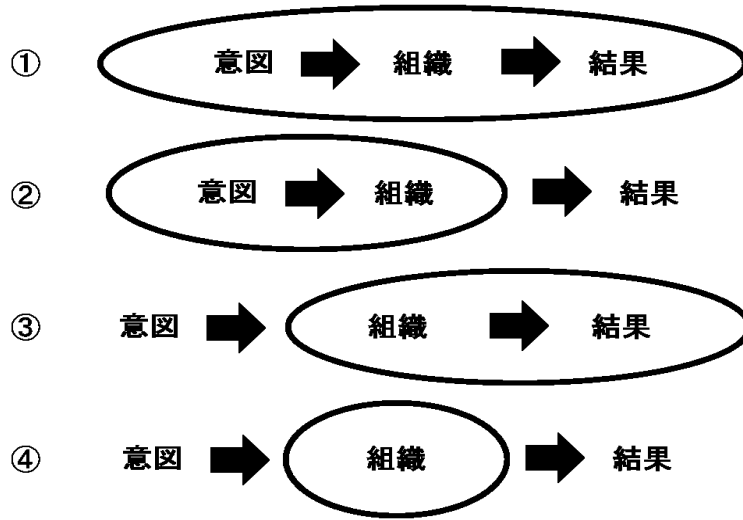


表3 意図せざる結果の類型と事例（根来・足代, 2009）

	類型	事例
①	環境+行為→意図した結果	理論的には起こり得ない
②	環境+行為→意図した結果の一部のみ実現	商品の差別化はある程度できたが、黒字化はできなかった。
③	環境+行為→意図した結果+意図せざる結果	情報漏洩を防ぐためにセキュリティ管理を厳しくした結果、情報漏洩そのものはなくなったが、業務の生産性が低下した。
④	環境+行為→意図した結果(別のメカニズムが駆動)	差別化によって商品をヒットさせようとしたが、実はタレントが使ってくれたことで、ヒットした。
⑤	環境+行為→意図した結果→時間を経て意図せざる結果へ	大学設置基準を緩めたら、意図通りに大学間競争が強まったが、結果、利益優先の大学運営が増加してしまった。
⑥	環境+行為→意図した結果が何もおきない(意図せざる結果)	差別化を目指した商品を投入したが、売上げは増えなかった。

次に、米倉（2002）に掲載されている、いくつかの「意図せざる結果」の事例研究の論稿を通して、「意図」する行為主体と、「結果」を出す行為主体に着目してみると、「組織」という線引きをした場合には、「意図」と「結果」を生起させる行為主体が、それぞれ内外2つのバリエーションの存在する可能性があるということになる（図7）。「意図」に関しては、時相的に上流側の、特定の行為主体を起点と考えざるをえない面があり、それが「意図せざる結果」の研究における行為記述の限界ともいえる。一方で「結果」に関しては、時相的に「意図」より後で、かつ相互行為の連関の中で起きた事象であれば、その時点や発生した場所の組織内外を問わず、「結果」として捉えることができることにもなる。つまり、「結果」の捉え方は、行為主体や観察者の恣意性に依ることになる。この点は、意図した行為主体、結果を出す行為主体の議論と同様である。

図7 「意図」と「結果」が組織内外にある場合の類型（筆者作成）



- ①意図したものに対する結果なので、結果は意図した行為者の視座からのもの
- ②組織外で発生した結果は、他の行為主体の影響を受けている可能性があるが、その影響の全てが組織に認識されるとは限らない
- ③組織外で発生した意図は、組織の解釈により結果が左右される
- ④意図や結果と組織を媒介するものの存在は組織が認識可能な場合と不可能な場合とがある

このように考えると、Merton (1936)<sup>47</sup> が述べている、意図が「誰」にとってのものであり、「誰」が実行し、そして結果を「誰」が解釈して、「誰」が意図せざる結果だと結んだのか、ということに立ち返らざるをえない。その際に、意図と結果の生起を、組織の視点で捉えることは、「意図せざる結果」を収斂<sup>48</sup>させるうえでは、一助となるであろう。そ

<sup>47</sup> Merton (1936) を引用している論稿のなかで、例えば MacKay and Chia (2013) は、複合的な環境変化に対して、組織が利益の維持あるいは伸長目的で機会的にとった選択を、その環境と選択肢を組織が所有（コントロール）可能か否かによって4つに区分し、意図せざる結果を生じている過程の差異を述べている。また、これらの結果を、「緊急的な即時的利益の選択」であると述べており、Child (1972) で述べられている、気紛れな意思決定者による決定という内容に近いと考えられる。また、近年の海外文献における、組織の視点からの「意図せざる結果」の取り扱い方は、それ自体を分析するというよりは、それ自体が組織の過程、コンテキストの一部あるという捉え方となっている。その背景には、組織の構造や要素、取り巻く環境が複雑化していることがあると思われる。

<sup>48</sup> 収斂とは、「ある一つの状態に集約されるさま」を表わす。経営学の論稿での収斂という言葉の使用例としては、八代 (2013) がある。使われ方としては、自然にある一定の範囲の状態になる場合が、収斂ということになる。本節では、収斂「する」あるいは「させる」といった表現によって、能動的に「意図せざる結果」を、別の状態へと集約することを表現している。しかし、受動的に起きる「収斂」状態との違いが紛らわしいため、次節以後

して、戦略の成果を捉える立場からは、内部者の視点（石井, 2006）が、一つのモデルであるといえる。くりかえしになるが、組織の視点からの観察の重要性は、Merton (1936) も述べている。

図 7 の分類は仮説的であるが、組織内から発生した意図は、組織自身にとっての何らかの戦略的な意味を持つ場合が想起される。その場合に、行為主体である組織が成果を自組織内に求めているとすれば、情報アクセスの点から、意図せざる結果が出現した場合の分析や修正を行いやすいであろう。しかし、これが組織外の結果の場合であれば、結果を左右する動力が組織外に存在していることを意味するため、意図せざる結果が出現した際の対応には更なるエネルギーを要するであろう。言い換えれば、意図が組織内での創生で結果が組織外のものという時点で、既に「意図」した行為主体の視座からはある程度逸脱した「結果」となっている可能性があると考えられる。しかし、それでも意図の源泉が組織内であるのだから、分析や修正のための行動を起こしやすいとはいえない。

意図が組織外から想起されたもの場合はどうか。この場合、組織は初めから意図に「埋め込まれた」装置のような状態となるため、意図せざる結果が出現したとしても、行為主体の相互作用の上流へと回顧することは困難となる。それに加えて、結果が組織外で出現した現象である場合、更に厄介であると考えられる。

ここで改めて、「意図せざる結果」を、収斂させる策を考えると仮定する。その場合、意図から結果への過程は、組織内で意図が生起した場合が、もっとも考えやすい。例えば、深田ほか (2013) で紹介されている、ミシュラン社の例などがその典型である。ミシュラン・ガイドを発行し、掲載されている、郊外レストランに出かける人が増えることを企図する。すると、車のタイヤが摩耗するという「意図せざる結果」が起こる。それに対して、タイヤを増販する。ミシュランガイドの発行も、タイヤの増販も、ともにミシュラン社と

---

は、能動的に「意図せざる結果」を、意図した状態へと集約することを「収束」という表現に統一する。これにより、患者・家族、あるいは医療者のうち、何れかが極端な医療上の不利益を被らないことをもって、本稿での、各段階における「収斂の状態」と定義できる。収束は、正確な診断が、一般に行えるようになり、意図せざる結果が殆ど起きない状態と定義できる。

いう、組織の意図である。特に、後者は、意図せざる結果を収斂させる「意図」である。更に、「タイヤが摩耗する」ということを、ミシュラン社が予見「すれば」、意図せざる結果を戦略に取り込めるということになる。

そこで、予見可能な「意図せざる結果」とは何かを考えてみる。一例を想定すれば、国立公園に観光道路を作る意図が、公園整備と通行収入の双方だとすれば、意図せざる結果は排気ガスによる自然破壊である。この場合、車の排気ガスが自然に悪いということは了解されていても、「意図」には関係しないことになる。しかし、科学的には予想可能である。それゆえ、通行台数や通行時期の制限を予め設定可能になる。この例は、意図せざる結果としては負の例になるが、予見可能であるため、事前に対策を立てられる。もしこれが正の例、即ち意図せざる「利益」の場合は、事前に対策を立てて「意図」を策定した行為主体が取り込もうとする。このように、過程が予見可能であることが、間接経営戦略（沼上（1997）；足代（2009）；水越（2010）；深田ほか（2013））が成立する条件であると考えられる。いずれの場合においても、意図せざる結果が生起する背景の因果を、意図する行為主体が把握できる状況であると考えられる。

これらの論稿は、「意図せざる結果」が法則定立的でないという立場から述べられている。では、予見可能、あるいは「読み」が効く、「意図せざる結果」とは、果たして「法則定立的でない」のであろうか。Merton（1936）に立ち返れば、間接経営戦略や「読み」は、意図した行為主体が、意図せざる結果を収斂させるための「次の一手」である。次に、意図した行為主体の視点から、「次の一手」について考えてみる。次の一手は、組織にとっての利得あるいは安定のための手段となると思われる。仮に「意図せざる結果」が法則定立的な生起過程でなかったとしても、複数の結果が組織の視点からは「同じ」状態として捉えられる場合は起こりえるであろう。そのような場合、組織は、効率性などの面からも、「法則的」に対応しようと試みる可能性がある。また、予見や「読み」は、結果の生起過程の因果関係がある程度理解されていることが前提になれば、ありえないものである。そして、組織が利益を創出しながら、長く存続するようになる場合、意図せざる結果

は何らかの収斂がなされることになるであろう。そして、組織の存続の長さ、意図せざる結果を収斂させた経験に応じて、意図せざる結果の生起過程、あるいは収斂させるための方策についての知識は増すことになる。その結果として、帰納的に組織が把握する因果仮説の確証度が増し、法則化の方向へと進められる可能性は否定しえない。

前段の内容は、先行研究の蓄積から、筆者が類推したものである。だが、経営戦略論、あるいは戦略における意思決定の視点、つまり組織の視点から、これらの内容を示唆する論稿が既報にある。

その例として、ファイザー社のバイアグラの開発の事例研究を紹介する。従前より、同社は高血圧治療薬として、血管拡張薬を開発していた。そこで、血管拡張作用を有する、ある薬剤の治験を行った。まず、低用量使用群では、特に副作用は起きなかった。しかし、高用量使用群では、血管拡張に伴う顔の火照りや背部・下肢の痛みなど、従来の血管拡張薬にも見られた「想定された」副作用が発現した。ところが、それだけでなく、十分かつ持続的な、意図せざる「勃起」作用が認められた。更に、被験者たちからは、「もっと貰えないか」という声も出たという。この「勃起」作用を、戦略として選択し、その後開発を進めたものが、現在のバイアグラであるという (De Rond and Thietart, 2007)。ここには「意図せざる」に相当する語彙の単語は出てこないが、その過程の記述からは、「勃起」は、「意図せざる」かつ「想定外」の結果であったことがうかがえる。また論文タイトルにもあるように、血管拡張作用に起因する副作用は「不可避」な要素（副作用のひとつ）である。そして、不可避な副作用のなかに「想定された結果」ではないものが含まれていたために、コンテキストとして扱われている。つまり、コンティンジェンシー理論の視点での「成果」には含まれない、組織の「結果」が、コンテキストとして扱われている。その後、コンテキストを戦略として選択し、「成果」へと変貌させていることになる。副作用も、また異なる視点からは「作用」となる。逆機能も、また異なる視点からは機能となりえる。そう読み取れる、事例であると考えられる。ここでは、「コンテキスト」が、機会的であることが読み取れる。だが一方で、その「コンテキスト」は、選択の意思決定者が理解している因

果関係（ここでは副作用のこと）を背景として、「理解可能」である。意思決定者の理解している因果関係を背景として、発生が想定可能なコンテキスト、不可能なコンテキストがあり、その利用の可能性について、以下のように推論されている。

- ① 因果関係が背景にあることが、自由な選択に必要な状態である。
- ② 機会の偶然の一致は、未来の選択に、新たな道を拓く。
- ③ 戦略の選択は、それだけでは、戦略の評価には不十分である。
- ④ 因果関係が背景にあることは、我々が機会を認識し利用するうえで、不可欠である。

つまり、ここでは、法則定立可能性は否定されていないのである。

この内容からは、先に述べた、意図せざる結果の研究とコンティンジェンシー理論との、理論的背景の共通性が指摘可能と考える（De Rond and Thietart, 2007）。このような点は、古田（2012）でも指摘されている。

他に、MacKay and Chia (2013)<sup>49</sup> は、コンテキストして意図せざる結果を捉え、その収斂の過程について、自動車関連会社のケースを用いて述べている。それによれば、意図せざる結果の生起あるいは収斂の過程は、その時点ごとの、環境（コンテキストを包摂すると捉えられる）と選択肢が、組織によってコントロール可能かどうかによって異なるという。つまり、収斂させるためには、野中ほか（1978）が述べているように、過程分析を取り込むことが可能な状態であるかどうかという点が、キーであると思われる。また、選択肢にかんしては、De Rond and Thietart (2007) で述べられているように、意図せざる結果の生起過程の背景にある、因果関係を知識あるいは情報として把握していることが、キーとなるのであろう。

以上からは、意図せざる結果の研究が、その生起過程と収斂させる方法に焦点をあてな

---

<sup>49</sup> MacKay and Chia (2013) での「意図せざる結果」は、経済環境や原材料市場価格といったマクロの要素も含んでいる。つまり、この論稿での「意図せざる結果」は、意図する行為主体が認識できないものと「組織にとっての」意図の範囲のものが含まれる。

がら、戦略論や組織変革論へと、埋め込まれていくようにも捉えられる。しかし、意図せざる結果の生起過程の分析に限っても、まだ一定の解はないと考えられる。だが、経営学が、特定の「組織」(Barnard, 1938) にとっての財務・非財務的な目的のための「協働」について考える学問でもあるとすれば、これらの研究のように「組織」という視点から分析を行うことは妥当であると考えられる。そして、コンティンジェンシー理論の研究の視点から得た知見は、組織が、意図せざる結果を収斂するためのヒントである。このことは、石井(2006)の述べる「内部者の視点」によっても支持されると考えられる。意図せざる結果そのものは潜在的機能(Merton, 1949)であるため、当初は組織の行為者には認識できていない。しかし、意図せざる結果が顕在化した時に、その背後に関係する因果関係、あるいはその糸口を、何らかの形で把握できているかどうか、が重要なヒントである。そして、米倉(2000)のケース・スタディから分類した、組織の視点からの、意図が生起する場所、意図せざる結果が生起する場所、は、この「把握」に影響を与える要素であることが推察可能である。

### 2-3-2 医療における「意図せざる結果」の研究

医療組織における、あるいは医療組織にとっての「意図せざる結果」の研究は、実際のところ日本では皆無であると考えられる<sup>50</sup>。というのも、日本では疫学的手法ないしは医療経済的手法によって、有効率の面に着目し、その有効率を100%に限りなく近付けるにはどのようにすれば良いかという観点など、非合目的結果は「エラー」ないしは、当初の方針に沿った中で修正を行う立場からの論じ方となっており、決して「有効でない」事象が何故起きたかという視点からの解析は、薬剤の副作用事案の考察以外には論稿が存在しない。そういった薬剤の副作用事案の論稿でさえ、「何故」の中身は物質対人間の論の中に留まる。

---

<sup>50</sup> 筆者が、「意図せざる結果」と、「医療」、「医学」または「病院」をキーワードとして、Google Scholarで検索をかけた結果、「意図せざる結果」を研究対象としている論稿は皆無であった。なお、林(2012)で述べられている「合成の誤謬」は、マクロ経済的な視点から「逆機能」となった例を扱っているため、ここに含み入れない。

更に、個々の症例単位での報告となるため、個人情報や企業利益の観点から、相当の時間をかけられたうえで公開されることが大部分である。こういった事象はブルーレター<sup>51</sup>として厚生労働省から通達されており、研究というよりは実務である。

そこで海外（欧米）の、医療における意図せざる結果について扱った論稿について、ここではいくつかのレビューを行う。

まず治療や臨床試験など、医療の有効性を増す企図を背景においた研究が散見される。例えば、「ゴールデン・スタンダード」で、官僚的レギュレーションを敷いたランダム化試験の結果が、必ずしも十分に高潔であることが保障されないという「意図せざる結果」になっていることを述べている論稿がある（Califf, 2006）。近年、日本でも製薬企業も関係した臨床試験の事例などが報道されているが、医療に関係する「意図せざる結果」では、典型事例といえるであろう。ただ、日本の臨床試験でこういった過去の海外知見が活かされなかったことは甚だ残念であるとしか述べられない。これは、組織論の視点からは、制度依拠による正当化が過ぎた事例であるとも捉えられよう。

また診療ガイドラインに関わる論稿も見られる。軽症糖尿病患者を、若手（卒後12年以内）のプライマリ・ケア医が診療するにあたり、アメリカ糖尿病学会の診療ガイドラインを使用した際の、意図した結果、意図せざる結果の双方について述べた論稿を紹介する。ガイドライン導入の意図は医療費の抑制と患者受診状況の差異解消（どこの医療機関でも同レベルの治療が受けられる意味）が目的で、まず、約75%の医師がガイドラインを参照している中で、ガイドラインを、①知っている、②実診療に取り入れている、③忠実に順守している、の3段階で区分し、更に患者の社会経済的状態を上下に2分割し、それぞれで医師が選択する検査や治療方法に差が認められないかを分析している（Shackelton et. al., 2009）。総じてガイドラインは、患者の社会経済状態による受診状況の差異は小さくしており、その点は「意図した」通りの結果であったと考えられる。一方、糖尿病患者の重要な検査の

---

<sup>51</sup> 厚生労働省からの薬剤の有害事象などの速報のこと。



一つである眼底検査<sup>52</sup>を社会経済状態の低い患者に行うという回答が少なかったが、ガイドラインを忠実に順守している医師達は、患者の社会経済状態に無関係に検査や治療を行っていた。つまるところ、一定の診療を行うことで医療経済的な突出を抑制し、受診先に関係なく医療内容の差異を小さくすることを目的としたガイドラインを順守することが、かえって医療コストを増幅させ、眼底検査の施行率にも差を生じさせるという「意図せざる結果」を生じさせているということを示唆している。また、アメリカの論稿でも意図した結果と意図せざる結果を併記した論稿は少なく、そのことも主張されている。そのことに加えて、複数の要素が絡み合い、医療費増という現象を通じて医療を逼迫する可能性を示唆しており、その点が本研究の意義と考えられる。

Armstrong (2011) は、妊娠 21 週以降の早期産<sup>53</sup>を抑制し、医療コストを引き下げる目的で、FDA<sup>54</sup>がプロゲステロン誘導体<sup>55</sup>を認可した例を紹介している。まず、早期産は抑制したが、制度的に製造メーカーからの初期使用時の保証が出ず、その保証分がメディケイド<sup>56</sup>の経済的な負荷となり、結果として医療コストを増やしてしまった事例である。この事例は、使用時の保証を製薬会社と保険が分担する際に、そこで保険側にコストが発生した。そのコストが、早期産を抑制した効果以上のコストであったということを述べている。

以上の事例は、意図する行為主体と、結果を出す行為主体が別組織である。また、結果を出す行為主体 (医療組織) は、意図せざる結果の生じる論理的背景を把握することは難しいと思われる。それは、医療という行為のマクロのデータは、日本でいえば厚生労働省の

---

<sup>52</sup> アメリカの糖尿病の診断基準に「糖尿病性網膜症の有無」の項目があり、眼底検査による網膜血管の観察は診断に有用ではある。しかし、必須とは書かれてない。

<sup>53</sup> 妊娠 37 週未満の出産のこと。出産時の新生児の体重が、低出生体重 (体重 2500g 未満) となることがあり、産後の管理に莫大なコストが必要となる。

<sup>54</sup> Food and Drug Administration of the United States Department of Health and Human Service の略、米国食品医薬品局。日本では、厚生労働省がその役割にあたる。日本では、薬剤の保証は製薬会社と厚生労働省が実質行っているといえるが、アメリカの場合は、使用時の保証を製薬会社と保険会社が分担する要素があり、それは FDA が認可した時の使用薬剤の効能や副作用のデータによる。

<sup>55</sup> 早期産だけでなく、流産を抑制する薬剤として日本でも使用されている。

<sup>56</sup> アメリカにおける、民間医療保険に加入できない低所得者などの公的保険。州単位で運営されている。

ような、医療組織とは別の管轄機関が算出するものであるからである。逆にいえば、医療組織は、自組織の直面する医療状況、および周辺の環境の状態以外には、リアルタイムで把握することは困難といえる。

次に、医療にかかわるシステムの事例を、いくつか紹介する。Strom et.al. (2010) では、病院における CPOE (医師が薬剤をオーダーする電子システム) 内の「薬剤相互作用による副作用を防止する警告」システムを強固なものとするか、対照群として従前のものとするかによって、警報の「漏れ」に差異が出ないか実証している。結論としては、強固なシステムの方が、「意図せざる結果」、即ち、特定の薬剤の過量投与などの警告漏れが 4 例あり、対照群よりも多かったことを示している。導入したシステムの目的到達のための効率を更に良くしようとした策が、かえってマイナスの結果を招いたという、意図せざる結果の典型例とも考えられる。

McDonald and Roland (2009) では、イギリスとカリフォルニアのプライマリ・ケア医 (家庭医) 各 20 名ずつへの定性的研究が示されている。両国のプライマリ・ケア医 (家庭医、イギリスでは General Practitioner (GP)<sup>57</sup>) へのインセンティブ・システムの差異と、双方の医師達にとっての「意図せざる結果」についての比較を行っている。両国の医療保険の違いは、カリフォルニアがメディケアといわれる個人選択によって階層化した私費保険システムとメディケイドといわれる低所得者用国家負担強制保険システムからなる。それに対し、イギリスは NHS (National Health Service)<sup>58</sup>により統括された医療システムの中で、ほぼ地域ごとに国によって初診医が決定されている。また、家庭医にとっての経済的インセンティブは、アメリカは専門医に何人紹介「しないか」、つまり高度医療を何人の患者に導入せずに済ませたかという医療費の抑制に対して保険会社が付加価値をつける。それに対し、イギリスでは GP を各病院の傘下に病院規模に応じて紐付けたうえで当初はほぼ一人の GP につき何家族かを担当させる施策を採った (つまり初めから患者数は固定に

---

<sup>57</sup> イギリスにおける、プライマリケア医のこと。日本の開業医と異なり、実質的に国に雇用されている。またイギリスでは、Medical Doctor (医師) とは別資格である。

<sup>58</sup> イギリスの国営医療保険制度のこと。

近い) ため検査などを多くすることが相対的に彼らのインセンティブとなっている(現在では多少改善されているようである)。したがって、この論稿では、主として保険制度の差異を背景とした両国の家庭医にとってのインセンティブの違いが、「意図せざる結果」の違いをもたらしていると述べられており、経営学におけるコンティンジェンシー理論に近いアプローチと、組織フィールドの理論の医療への応用 (Scott et al., 2000) とを合わせた研究である印象を有する。McDonald and Roland (2009) では、カリフォルニアの家庭医達が予想以上に「保険会社」と「医師組合(医師会)」に経済的インセンティブを囲い込む観点からコミットしてしまった結果、患者個人分の保険をできるだけ使用しない方向、つまり検査を極力減らし専門医には紹介しないという態様をとったために、根本的に患者と医師の信頼関係が構築できない状況さえ生じたという。一方、イギリスでは、個々の患者に手厚く検査は行うので、患者と医師の信頼関係は比較的良好に保たれたものの、当初から割り当てられた患者数が固定された状態に近かったため、患者の待機状態(治療待ち)の増加から患者の近隣国へのメディカルツーリズムを促したり、収益の増加が見込めない家庭医自体の海外流出をももたらしたという。つまり、どちらも「意図」のとおりコントロールができなかった、事例である。

更に臨床医学寄りの論稿としては、Werner et.al. (2005) が挙げられる。本稿は、アメリカ心臓病学会(AHA)の主要刊行誌の一つである、“Circulation”に掲載されたものである。CABG(冠状動脈バイパス手術)をリスクに応じて受療できるように“CABG Repot Card”なるものが考案された。これは、個々の患者それぞれのリスクに応じて、冠動脈バイパス手術の適応疾患(主として心筋梗塞)を発症した際には、適切な治療とケアを受療出来る病院が選択可能となるようにするために考案されたカードである。補足すれば、このカードが策定意図にしたがって機能すれば、心筋梗塞などの発症に際しては、そのリスクを有する患者は状況に応じて適切な治療とケア(リハビリを含む)を受療できるようになる筈であった。この点をニューヨークと他の州(この州は所謂コントロール群である)とで比較を行ったところ、リスクの層別化がカードによって明らかとなった他、CABGを受療可能な

保険システムへの加入率などの問題も重なり、結果として保険からの支払いが確実な収入層が多い白人が、黒人やヒスパニックに比して CABG の受療率が高くなるという結果が得られた。また同時期に調査した結果、ニューヨークからクリーブランドへの黒人やヒスパニックの高リスクの CABG を必要とする患者の移送数が増えているという背景も認められた。つまり、ニューヨークにおいては、「必要な人へ必要に応じた CABG と術後ケアを」という意図で策定された”CABG Report Card”は、意図せざる結果をもたらしたと述べられている。本編の評価できる点は、同時期に同じカードシステムを導入した別の州をコントロールとしているため、ニューヨークとその州との制度的差異（特に保険制度）や人種間の収入差が、その背景にあることが推察可能な点である。このような論稿は、医療システム・制度の策定者だけでなく、現場の臨床医の視点にも、「意図せざる結果の背景の因果」を示すこととなると考えられる。また学術的観点からは、本稿がペンシルベニア大学の退役軍人医療センター、医療経済学大学院、経営大学院の 3 つのセクションの共著となっており極めて学際的に検討されている点と、更に"Circulation"という、アメリカにおいて心臓疾患に関してはトップのジャーナルに掲載されている点にも価値が見い出せる。

そして高齢者医療を背景とした論稿を紹介する。グローバルヘルスの中で、高齢者の受傷が、転倒、交通関連受傷、自殺に関して増加していることを受けて、転倒であれば、筋肉の強化やバリアフリー化などの誰にでも理解可能な予防法が、交通受傷関連であれば、自動車運転免許の問題や道路・歩道の整備といったハード面での予防は考えやすい。しかし、実際のアメリカのデータ上、高齢者の交通関連受傷のうち 85%は歩行中の受傷であり、ドライバー側の要因が多岐にあたるため対策が立てにくいという。また、自殺に至っては複合要因のため、何かを抑制すれば、自殺率が減少するというものでもない。実際、明らかに受傷を減らすことが可能な手法は導入するとしても、例えば免許制度の変更や、自殺抑制プログラムの導入は、かならずしも意図した結果だけを招くとは限らないため、意図せざる結果を「最小化する」ために、熟慮を重ねた施策を選択する必要があると主張する論稿がある (Binder, 2002)。残念な点は、その具体的方法にはあまり踏み込んでいない点、

そして意図せざる結果そのものが論理的自明の中で語られている点であろう。また、意図せざる結果の背景にある因果関係が複雑、もしくは多すぎて、収束の方策が見出しにくい可能性もある。

イギリスにおいては70万人以上の認知症患者がおり、現時点の医療技術では完治する見込みはないにもかかわらず、その治療には患者一人当たり23万ポンド（イギリスの平均年収より上）が必要であるという。またその中でもアルツハイマー病は、心血管系疾患と異なり、予防面でのブレークスルーもなく「増える一方」である。診断基準が4段階あり、「疑い」に近い段階が、進行抑制の観点から診断基準に含まれている。また疫学統計により、アルツハイマー病が、高血圧、高脂血症、糖尿病などの心血管系疾患リスクと相関が証明されてしまっている。このことが、仮に心血管系疾患を有している患者の認知機能に異常が認められた場合には、アルツハイマー病としての診断を下す誘因となることが指摘されている。一方、軽度認知症患者の54%には脳にアルツハイマー原線維変化が認められるという。つまり、約50%は病的に診断が正しいと証明されているという根拠の一つである。こういった様々な複合要因が、「曖昧」にしか策定できない診断基準と相俟って、患者数増をきたしているものと述べている (Richards and Brayne, 2010)。この内容は、本研究に示唆を与えるものであるが、治療にかかわるマクロのデータは集積されてから一般化される。一方で、個々の医療組織には「自験例」がある。つまり、自験例から、意図せざる結果の背景の因果関係が導ける状況であれば、収束の可能性はある。一方で、マクロのデータ（多くは診療ガイドラインなどの基礎データとなる）に依拠し過ぎれば、「意図せざる結果」には、気が付かない状態にもなりえる。

そして本項の最後に、世界的に著名な雑誌である”The Lancet”の一稿を紹介しておきたい。著者が Harvard の Global Health の講義を同僚達と担当する中で、彼らの Global Health に対する探求の意識が、4つの社会科学の理論に集約していることを述べている。その4つの社会科学の理論とは

- ① R.K.Merton の「社会理論と社会構造」における、「意図せざる結果」の理論
- ② Berger and Luckman の「現実の社会的構成」における、社会的現実が、資源ベースではなく知識や実践などによって正当化され構築されているという理論
- ③ 社会的苦痛の理論，例えば社会経済的あるいは社会政策的なもの（結核の蔓延や抗生物質の耐性など），社会制度に由来するもの（例えばヘルスケアの官僚組織が動くとかえって社会的苦痛が増す，イラクやアフガニスタンの帰還兵の例など），苦痛が本人から家族に移行するもの（例えばアルツハイマー病のように本人が快適でも周囲の成人家族に負荷がかかっている状態など），ここでは厚生政策と社会政策が異なるターゲットになっていることを指摘している
- ④ 政策によるコントロール，例えば 1960 年代から 1970 年代にかけての中国における毛沢東主義ベースの人口コントロールが，結果として女性の生殖機能を低下させ，個々の村落の存亡に関わったこと，チェルノブイリ原発事故後，放射線科学者が数百の被害者しかいないように述べていたが，実際には多数の被害を訴える人々が存在し，後遺障害から賠償を受けるに相当することとなり結果として厚生機構を動かすこととなったことが，事例として挙げられている (Kleinman, 2010)。

奇しくも，先に取り上げた，Etzioni (1976) の社会問題の生起の 4 つのアプローチ，①合意論あるいは構造・機能主義からのアプローチ，②葛藤または疎外によるアプローチ，③シンボリック相互作用論あるいはエスノメソドロジーからの視点，④新保守主義的アプローチ，に極めて似ており，Global Health への意識が「社会問題」へのアプローチに近しいことを暗示しているようである。

そして最後に，個々の理論には Weber の官僚制の理論のようにボトルネックが存在するが，現実の Global Health の事例に対しては，一般化とシステム化の面での重要な再考をもたらすことを彼らの担当するプログラムの中で学生達が示している。だが一方で，まだ社会科学が医学に挑戦している状態で，新たな医学の実践を生むに至っておらず，医学的

過誤を、重要な社会問題へと転化させているに過ぎないと述べている (Kleinman, 2010)。

この論稿の要点は、医療にかかわる意図せざる結果の生じる要因を社会科学の立場から分類し述べただけではないと考える。意図せざる結果が単に「問題視」されるべきものではなく、どのような意図を有した施策や医療においても起こりえることと指摘している。そして、まず意図に沿って発生過程を追うことが、結果を問題視して蓋をするような施策の取り方を防ぐために重要なことであり、意図せざる結果そのものに対しての「適切な」対処をとることへと繋がることを述べている点にある。

また、アメリカの医療関連では、ある程度なされてきた「意図せざる結果」の研究であるが、そのどれもが、法則「不」定立状態の分析と、その回避を命題としており、Kleinmanの述べている課題には、未到達であると考えられる。

ここから、意図せざる結果の生起過程の分析を法則定立的な視点にこだわらずに行う意義、更に結果に対しての「適切」な対処がどういったものかを探索をする意義が見い出せると考えられる。

## 2-4 認知症について

### 2-4-1 認知症の概要

認知症は、厚生労働省が一般向けに説明している文章を引用すると、「認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなったためにさまざまな障害が起こり、生活するうえで支障が出ている状態（およそ6ヵ月以上継続）」である<sup>59</sup>。またICD<sup>60</sup>-10（『疾病及び関連保健問題の国際統計分類』第10版）の第5章「精神および行動の障害」によれば、「通常、慢性あるいは進行性の脳疾患によって生じ、記憶、思考、見当識、理解、計算、学習、言語、判断等多数の高次脳機能の障害からなる症候群」と定義される（表4）。

---

<sup>59</sup> 参照：<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/a01.html>

<sup>60</sup> International Classification of Diseases の略である。

また、認知症における「中核症状」<sup>61</sup>として、記憶障害、見当識障害、理解・判断力の障害、実行力障害などが、あげられている。これらの症状は、脳細胞の機能低下により起きるものである。それに加え、徘徊などの行動症状、幻覚や妄想などの心理症状が起きることがあり、これらを総称して BPSD<sup>62</sup> (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) とよぶ。

表 4 ICD-10 による認知症診断基準の要約

<p><b>G1 以下の各項目が示す証拠が存在する</b></p> <p>1) 記憶力の低下 新しい事象に対する著しい記憶力の減衰。重症の例では過去に学習した記憶の想起も障害され、記憶力の低下は客観的に確認されるべきである</p> <p>2) 認知機能の低下 判断と思考に関する能力の低下や情報処理全般の悪化であり、従来の遂行能力水準からの低下を確認する。 1)、2)により、日常生活動作や遂行能力に支障をきたす。</p> <p><b>G2 周囲に対する認識(すなわち、意識混濁がないこと)が、基準G1の症状をはっきりと証明するのに十分な期間保たれていること。せん妄のエピソードが重なっている場合には認知症の診断は保留。</b></p> <p><b>G3 次の1項以上を認める</b></p> <p>情緒的不安定性 易刺激性 無関心 社会行動における粗雑化</p> <p><b>D G1項の症状から明らかに6ヶ月以上存在して確定診断される</b></p>
---

また、アメリカ精神医学会による DSM<sup>63</sup>-IVの診断基準によると、以前の DSM-IIIでは存在した脳の器質的疾患という条件がなくなり、ICD-10 の基準に近いものとなっている(表 5)。

<sup>61</sup> 参照：<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/a02.html>

<sup>62</sup> 記憶障害などの「中核症状」により生活上の困難にうまく適応できない場合に、本人の性格、環境、身体状況が加わって起こる症状。例えば、元々自立心の強い人が、記憶障害で片づけた物を忘れた時に、他人が盗ったと妄想を起こす場合などが該当する。

<sup>63</sup> The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders の略である。



表 5 DSM-IVによる認知症診断基準の要約

<p><b>A 多彩な認知障害の発現、以下の2項目がある</b></p> <p>1) 記憶障害(新しい情報を学習したり、以前学習した情報を想起する能力の障害)</p> <p>2) 次の認知機能の障害が1つ以上ある</p> <p>a. 失語(言語の障害)</p> <p>b. 失行(運動機能は障害されていないのに、運動行為が障害される)</p> <p>c. 失認(感覚機能が障害されていないのに、対象を認識または同定できない)</p> <p>d. 実行機能障害(計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化すること)の障害</p> <p><b>B 上記の認知障害は、その各々が社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こし、また病前の機能水準から著しく低下している。</b></p> <p><b>C 認知欠損はせん妄の経過中にのみ現れるものではない。</b></p> <p><b>痴呆症状が、原因である一般身体疾患の直接的な結果であるという証拠が必要。</b></p>
---

整理すると、ICD-10 が日常生活動作の障害を必須とするのに対して、DSM-IVでは社会的または職業的機能の障害を必須としている点だけは異なる。しかし、双方の診断基準は、記憶障害を必須として、更に他の認知機能と合わせた複数の種類の認知機能障害により、従前の機能レベルから著しく低下した状態を定義している点で、基本的に合致している。また、日本神経学会が策定している認知症診療ガイドラインでは、記憶障害のみを有する症例や記憶力や他の認知機能低下を有する症例でも、社会生活あるいは日常生活に支障をきたさない症例は、認知症とは診断しない、としている。その背景には、前頭側頭型認知症(FTD)などのように、記憶障害を中核症状とせず生活面の支障を主症状とする認知症には適合しない面もあることが存在しているようである。

更に、認知症の前駆症状(認知症の前の段階の症状)として様々な概念があり、加齢に伴う生理的变化による物忘れなのか病的な物忘れなのか議論されてきた。そのなかで、日本では軽度認知機能障害(MCI: Mild Cognition Impairment)や、主観的認知機能障害(SCI: Social Cognition Impairment)の概念が用いられることが多い。これらの概念は1980年頃から議論されてきたが、MCI(軽度認知機能障害)については2003年にMCI Key Symposiumで現在の概念が提唱され用いられている。その要約を表6に示す。

表 6 MCI (軽度認知機能障害)の診断基準の要約

1) 認知機能は正常でもないが、認知症でもない(ICD-10やDSM-IVの診断基準をみたまない)
2) 認知機能低下 ①本人および/または第三者からの申告および客観的認知検査の障害 および/または ②客観的認知検査上の経時的減衰の証拠
3) 基本的な日常生活は保たれており、複雑な日常生活機能の障害は軽度にとどまる

そして SCI (主観的認知機能障害) は、MCI (軽度認知機能障害) よりも更に前段階の状態を指し、若い頃に比べて記憶が落ちたという感覚を客観的な指標で評価して、そこから治療を開始すれば認知症の予防につながるのではないかという考えを基に概念化されたものである。しかし、主観的な感覚を客観的に評価することが困難であり、依然検討は進んでいない。以上、SCI (主観的認知機能障害) , MCI, 認知症の違いをまとめると表 7 のようになる (融ら, 2005)。

表 7 SCI (主観的認知機能障害) , MCI (軽度認知機能障害), 認知症の違い

SCI	若いころに比べて認知機能が低下したという主観的な感覚主観的な感覚を、客観的指標で評価し介入すれば認知症を予防できるのではないかとされるが、評価そのものが困難である
MCI	加齢に伴う記憶障害の範囲を超えた記憶障害が存在する しかし、全般的な認知機能は正常に保たれ、日常生活動作は保たれることから、認知症とは呼べない状態
認知症	中核症状は、見当識障害、記憶障害、理解・判断力の障害、実行力障害など 行動・心理症状として、不安・焦燥、うつ状態、幻覚・妄想、徘徊、興奮・暴力、不潔行為など

ただし、それぞれの認知機能レベルの境界は明瞭ではなく、SCI (主観的認知機能障害) に見える MCI (軽度認知機能障害)、あるいは MCI (軽度認知機能障害)に見える認知症という

状態が起こりえる。また現状の科学的エビデンス上は、MCI（軽度認知機能障害）からアルツハイマー病への移行が10から20%程度とされている（山本, 2011）。

また、MCI（軽度認知機能障害）の段階は、本人または家族から記憶障害の訴えがあり、それが年齢や教育レベルでは説明がつかないこと。他に、生活や認知機能は正常であることとされている（山本, 2011）。つまり、記憶障害の訴えがあるが、認知機能検査がほぼ正常な状態が、典型的であると推測される。だが「記憶障害」は、認知症の診断基準に含まれている症状のため、初期の認知症との線引きが困難であると思われる。

#### 2-4-2 認知症の種類

認知症の種類は、第1章で述べたように、厚生労働省の統計では、アルツハイマー病、血管性認知症、その他の認知症という区分がなされている。本稿がアルツハイマー病の患者数増加に関心の一つとするため、ここでは、アルツハイマー病と、その鑑別疾患である、Lewy小体型認知症などについて触れておく。

アルツハイマー病は、記憶障害と複数の認知機能障害が現れる緩徐進行性の疾患で、初期には記憶障害のみが認められ、MCI（軽度認知機能障害）との鑑別が困難であるという。そしてその診断にはアメリカ精神医学会のDSM-IVの診断基準（表8）や、NINCDS-ADRDA<sup>64</sup>研究班の診断基準（表9）が用いられるという（神埼, 2012）。DSM-IVの診断基準は症候が中心となり構成されているのに対して、NINCDS-ADRDA研究班の診断基準は、DSM-IVの診断基準に近い症候を、Probable AD, Possible AD<sup>65</sup>などといった形で段階化し、症候の表出段階に応じた診断指針を示したことに加え、発症時の年齢や、病理組織所見との関連性まで網羅されている（表9）。

---

<sup>64</sup> National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke（アメリカ国立神経障害・脳卒中研究所）と the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association（アルツハイマー病・関連障害協会）のことである。

<sup>65</sup> Probable ADは「ほぼ確実に」アルツハイマー病である、Possible ADはアルツハイマー病の「可能性がある」状態を、それぞれ指す。

表 8 DSM-IVのアルツハイマー病診断基準

<p>A. 多彩な認知障害の発現。以下の2項目がある。</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) 記憶障害(新しい情報を学習したり、以前に学習していた情報を想起する能力の障害)</li><li>2) 次の認知機能の障害が1つ以上ある:<ol style="list-style-type: none"><li>a. 失語(言語の障害)</li><li>b. 失行(運動機能は障害されていないのに、運動行為が障害される)</li><li>c. 失認(感覚機能が障害されていないのに、対象を認識または同定できない)</li><li>d. 実行機能(計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化する)の障害</li></ol></li></ol> <p>B. 上記の認知障害は、その各々が、社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こし、また、病前の機能水準からの著しい低下を示す。</p> <p>C. 経過は、ゆるやかな発症と持続的な認知の低下により特徴づけられる</p> <p>D. 上記Aに示した認知機能の障害は以下のいずれによるものでもない</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) 記憶と認知に進行性の障害を引き起こす他の中枢神経疾患(例:脳血管障害、Parkinson病、Huntington病、硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍)</li><li>2) 痴呆を引き起こすことが知られている全身性疾患(例:甲状腺機能低下症、ビタミンB12欠乏症、葉酸欠乏症、ニコチン酸欠乏症、高Ca血症、神経梅毒、HIV感染症)</li><li>3) 外因性物質による痴呆</li></ol> <p>E. 上記の障害は、意識障害(せん妄)の期間中だけに出現するものではない</p> <p>F. 障害は他の主要精神疾患(例:うつ病、精神分裂病など)ではうまく説明されない。</p>
---

ただし、これらの診断基準に示されている症候面の特徴は、症候面では、2-2-1で示した認知症の診断基準のものと大きくは変わらない点に着目が必要であろう。つまり、とりあえず「認知症」であることが分かった段階で、ある程度アルツハイマー病の可能性が生じることとなる。

一方で、症候面や画像検査などで「不明」な症例であっても、剖検をした際の病理所見がアルツハイマー病に合致すれば、それが「アルツハイマー病」であることも示されると考えられる。しかし、現在認知症をきたす疾患の中で、剖検が推奨されている疾患は、プリオン病(Creutzfeldt-Jakob病)のみであることも、注意が必要である。

また脳血管障害や脳腫瘍などの、脳内構造物の異常を確認するために、通常は頭部MRI検査ないしはCT検査が施行される。また、脳血流の質的判断のためには、脳血流シンチ・

SPECT<sup>66</sup>の推奨度が比較的高い。

表 9 NINCDS-ADRDA 研究班の診断基準 (AD=Alzheimer Disease の略)

Probable AD の診断基準

認知機能低下が次の三つで確認されている  
臨床的診察  
知能テスト(ミニメンタルステートなど)  
神経心理学的テスト  
認知機能のうち二つ以上が障害されている  
記憶と他の認知機能が進行性の悪化が認められる  
意識障害がない  
発症年齢は40~90歳の間で発症している(65歳以上が多い)  
記憶や認知機能を進行性に悪化させる全身疾患やAlzheimer病以外の脳疾患がない

Probable AD を支持する所見

言語・運動行為・認知機能の障害(失語・失行・失認)が進行性に悪化する  
日常生活動作の障害と行動パターンの変化  
類似疾患の家族歴がある(特に病理診断されている場合)  
検査所見 髄液:正常 脳波:正常あるいは非特異的变化(徐波増加など)  
CTなどで経時的に脳萎縮が見られる

AD以外の認知症の原因を除外した後に、Probableと矛盾しない臨床的特徴

経過中に病期の進行が一定の所で止まることがある  
随伴症状として起こりうるもの  
抑うつ、不眠、失禁、妄想、錯覚、幻覚、言語、情緒・身体面での激しい興奮、性行動異常、体重減少  
進行すると出現することのある神経学的異常  
筋緊張亢進、ミオクローヌス、歩行障害  
進行した時期の痙攣発作  
CTなどは年齢を考慮すると正常

Probable AD と矛盾する所見

突然の脳卒中様発症  
局所神経症状(片麻痺、感覚障害、視野障害、初期の協調運動障害など)  
発症早期の痙攣発作や歩行障害

臨床的疑診(Possible AD)の臨床診断

認知症が基盤にあり、かつ認知症の原因となる他の神経疾患、精神疾患、全身疾患が否定されているが、発症様式や臨床経過が非典型な場合  
認知症の原因となりうる二次的な全身疾患や脳疾患があった場合でも、現在の認知症の原因とは考えられない場合  
研究的な検討の場合は、単一の徐々に進行する重度の認知症があり、他に明らかな原因が見出されない場合

ADの確実な診断(definite)は、Probable AD の臨床診断基準と生検あるいは剖検による神経病理学的証拠に基づく

研究目的でADの疾患分類をする場合には、次のようなサブタイプを鑑別する  
家族性発症  
65歳以前の発症  
21番染色体のトリソミーがある  
Parkinson病などの他の疾患を合併

この診断基準に記載されている、認知機能検査のうち、代表的なものが、MMSE (Mini-Mental State Examination, ミニメンタルステート検査)<sup>67</sup> あるいは長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)<sup>68</sup> であり、認知機能や記憶力を簡便に測定できる項目からなる検査である。また、患者本人ではなく、日常生活を同じくしている人(多くは配偶者、家族)に

66 巻末資料 3 参照

67 巻末資料 4 参照

68 巻末資料 5 参照

記入してもらい、より客観的に認知機能を評価するための、FAST (Functional Assessment Staging)<sup>69</sup> という、日常生活の障害度から、認知症の進行度を概観するスケールも使用される。

次に、アルツハイマー病との鑑別疾患として知られる、Lewy 小体型認知症について示す(表 10)。Lewy 小体型認知症は、病初期の記憶障害は必ずしも認められないが、進行性の認知機能低下を示す疾患である。その特徴として、幻視とパーキンソニズムを伴う症例が多いことがあげられるが、症候面でそれ以外に特徴的な症候はあまりなく、画像検査上においても特異性に乏しい疾患とされる。ただし日本の研究においては、Lewy 小体型認知症では交感神経節後繊維が障害されるため MIBG 心筋シンチグラフィ<sup>70</sup>という検査における取り込み低下所見が有用という報告もあり、この検査が海外では一般的ではないために、診断基準の根拠としての、エビデンスレベルが下位にあるなど、国際的統一感を欠く面がある。

---

<sup>69</sup> 巻末資料 6 参照

<sup>70</sup> 交感神経節に取り込まれる、MIBG を血管内投与し画像化することで、取り込まれない部位を「障害部位」として同定する検査法である。

表 10 Lewy 小体型認知症の診断基準 (第 3 回国際 DLB ワークショップ)

- (1) 中心の特徴(DLB ほぼ確実 probable あるいは疑い possible の診断に必要)  
 正常な社会および職業活動を妨げる進行性の認知機能低下として定義される認知症  
 顕著で持続的な記憶障害は病初期には必ずしも起こらない場合があるが、通常、進行すると明らかになる
- (2) 中核の特徴(2つを満たせばDLB ほぼ確実、1つではDLB 疑い)  
 a. 注意や覚醒レベルの顕著な変動を伴う動揺性の認知機能  
 b. 典型的には具体的で詳細な内容の、繰り返し出現する幻視  
 c. 自然発生の(誘因のない)パーキンソニズム
- (3) 示唆的特徴(中核的特徴1つ以上に加え示唆的特徴1つ以上が存在する場合、DLBはほぼ確実。中核的特徴がないが示唆的特徴が1つ以上あればDLB疑いとする。示唆的特徴のみではDLBほぼ確実とは診断できない)  
 a. レム期睡眠行動障害(RBD)  
 b. 顕著な抗精神病薬に対する感受性  
 c. SPECTあるいはPETイメージングによって示される大脳基底核におけるドパミントランスポーター取り込み低下
- (4) 支持的特徴(通常存在するが診断特異性は証明されていない)  
 a. 繰り返す転倒・失神  
 b. 一過性で原因不明の意識障害  
 c. 高度な自律神経障害(起立性低血圧、尿失禁等)  
 d. 幻視以外の幻覚  
 e. 系統化された妄想  
 f. うつ症状  
 g. CT/MRIで内側側頭葉が比較的保たれる  
 h. 脳血流SPECT/PETで後頭葉に目立つ取り込み低下  
 i. MIBG心筋シンチグラフィで取り込み低下  
 j. 脳波で徐波化および側頭葉の一過性鋭波
- (5) DLBの診断を支持しない特徴  
 a. 局在性神経特徴や脳画像上明らかな脳血管障害の存在  
 b. 臨床像の一部あるいは全体を説明できる他の身体的あるいは脳疾患の存在  
 c. 高度の認知症の段階になって初めてパーキンソニズムが出現する場合
- (6) 症状の時間的経過  
 (パーキンソニズムが存在する場合)  
 パーキンソニズム発症前あるいは同時に認知症が生じている場合、DLBと診断する。  
 認知症を伴うParkinson病(PDD)という用語は、確固たるPDDの経過中に認知症が生じた場合に用いられる。  
 実用的には、臨床的に最も適切な用語が用いられるべきであり、Lewy小体病のほうな包括的用語がしばしば有用である。  
 PDDとDLB間の鑑別が必要な研究では、認知症の発症がパーキンソニズムの発症後の1年以内の場合をDLBとする"1年ルール"を用いることが推奨される。  
 それ以外の期間を採用した場合、データの蓄積や比較に混乱を生じることが予測される。  
 臨床病理学的研究や臨床試験を含む、それ以外の場合は、DLBとPDDの両者は、Lewy小体病あるいは $\alpha$ シヌクレイン異常症のようなカテゴリーによって総合的にとらえることが可能である。

更に近年、アルツハイマー病と更に鑑別を要するといわれる、嗜銀顆粒性認知症(Argyrophilic Grain Dementia ; AGD) という概念が提唱されている。嗜銀顆粒性認知症は、認知症の 5~10%を占めるとされており、高齢になるほど頻度を増すものと考えられている(認知症テキストブック, 中外医学社, 2008, pp. 326-329)。また記憶障害と情動障害

が現れ、発症後の経過は緩やかであるが易怒性や焦燥を伴うことが多く、また Lewy 小体型認知症とは病的には判別可能であり、アルツハイマー病とは合併しない孤発例もあるという（嶋田, 2012）<sup>71</sup>。なお本稿執筆時においては、コリンエステラーゼ阻害薬は効果がないとされており、診断基準や診療ガイドラインなどは存在しない。

#### 2-4-3 認知症治療に用いる薬剤について

認知症治療に用いる薬剤には、大別して予防的薬剤と進行抑制薬が存在する。前者は血管性認知症に用いられる、抗血小板薬、即ち血管内で血小板が凝集することを抑制する薬剤で、その代表がアスピリンである。一方後者の進行抑制薬については、現在のところ主たるものは、表 11 に示すように、アルツハイマー病に用いられるコリンエステラーゼ阻害薬であり、その最初のものがドネペジル（商品名アリセプト）であり、その後併用可能なメマンチン（商品名メマリー）が発売された経緯がある。またドネペジルは 2014 年 9 月から Lewy 小体型認知症が適応症に追加されている<sup>72</sup>。

最初に発売されたドネペジルについては、医学文献を引用して、エーザイ（株）が、ホームページ（参照：<http://www.aricept.jp/about/early.html>）で、認知症における使用の有用性と、認知症のより早期からの使用の有用性を示している。その差は、早期使用群とプラセボ使用群との比較（観察期間約 1 年）で、MMSE（ミニメンタルステート検査）で約 2 点弱、早期使用群と遅延使用群（早期使用群は導入が約 1 年早く、観察期間約 3 年）で約 1 点強の差が認められる。また、どちらも統計的有意差が示されている（前者は 0.1%水準、後者は 5%水準）。

---

<sup>71</sup> 大阪市立大学大学院医学系研究科嶋田裕之准教授は、「現在アルツハイマー病と診断されている方のうち、20%は嗜銀顆粒性認知症を含めた、アミロイド陰性の認知症である」と自研究室での研究蓄積を元に述べている。（2014 年 11 月 1 日 認知症診療 up-to-date, 大阪）また、アミロイド陰性の認知症には、コリンエステラーゼ阻害薬は無効とされている。

<sup>72</sup> 2014 年 8 月以前に、Lewy 小体型認知症に対して、ドネペジルを使用する場合には、カルテ記載される保険病名をアルツハイマー病としなければ、保険審査を通らなかったことを意味する。



表 11 日本で現在アルツハイマー病に使用可能な薬剤

(ChE : コリンエステラーゼ, NMDA : N-Methyl-D-aspartic Acid : グルタミン酸の一種)

一般名	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
商品名	アリセプト	レミニール	イクセロン/リバスタッチ	メマリー
製造・販売	エーザイ(株)	ヤンセンファーマ(株)	ノバルティスファーマ(株)/ 小野薬品(株)	第一三共(株)
適応重症度	軽度～重度	軽度～中度	軽度～中度	中度～重度
作用機序	ChE阻害	ChE阻害	ChE阻害	NMDA受容体拮抗
国内発売	1999年	2011年	2011年	2011年

表 11 を一見すると明らかであるが、アリセプトだけが発売が 1999 年で、他の薬剤は全て、その 10 年後以降の発売である。つまり、2010 年までは、アルツハイマー病の進行抑制薬といえ。アリセプトのみであったことに注意が必要である。

なお本稿のインタビューデータの中においては、薬剤名は商品名も一般名も以後の章で、インタビュー対象者の発言通りに記述されることを、予め述べておく。

## 2-5 小括

意図せざる結果の研究は、本稿では Merton (1936, 1949) が提唱している内容に沿う。また、その生起過程に着目したものであるため、組織過程、あるいは、プロセス研究のひとつとして位置づけることも、可能である<sup>73</sup>。

意図せざる結果は「潜在的機能」であり、「意図されず、認知されないもの」である。このように書けば、「意図せざる結果」と認知された時点で、「意図せざる結果」ではなくなるのではないかという、思考のループが起きる。しかし、意図せざる結果は、認知されるから「意図せざる」結果と把握できる。そして、認知を促す行為主体は、それを「意図せ

<sup>73</sup> ただし、「成果」だけを志向するものではない。

ざる」と受けとめる行為主体以外である。このように考えると、「意図されず、認知されないもの」の行為主体は、意図（目的）の策定者であることになる。つまり、潜在的機能は、意図する行為主体に、主体的に「意図されず、認知されない」ということであると解釈可能である。また、成果が「社会現象」なのか、「物証的な結果」であるのか、という点は、意図する行為主体の種類や捉え方によるであろう。例えば、Merton (1949) に述べられている、銀行への取り付け騒ぎの事例は、「銀行が倒産した」という現象でもあり、「銀行の資本が底をつく」という物証でも表現可能である。つまり記述の仕方が、社会的第 3 者の視点では前者、資産の尺度の視点に立てば後者になる。以上から、意図せざる結果は、誰が意図する行為主体で、誰が結果を出す行為主体であるということ以外に、誰が意図せざる結果と「結ぶ」か、という視点も重要である (Merton, 1936)。

この視点に立てば、「読み」（根来・足代, 2009）といった間接経営戦略は、意図せざる結果と「結論づける」行為主体は、第 3 者でなければならない。意図する行為主体と、意図せざる結果と「捉える」行為主体が同一であれば、それは意図する行為主体に、「読み」として「認知されない」ものとはいえないからである<sup>74</sup>。もし同一の行為主体が、意図も結果も生起しているとすれば、時相を追い、意図した時点より事後に、「意図せざる結果」を、意図する行為主体が把握したという証拠が、必要であろう。例えば、「意図せざる結果」が、いくらかの時間の経過の後で、組織にとって「コンテキスト」の位置に入る状態などが、該当する。

また、意図せざる結果の分類については、根来 (2009) で述べられている、「行為者の意図」への着目では、行為者の前に「意図した行為主体」が存在する場合の分析では、援用し難い。また、意図が組織内外を伝搬し、特定の行為者の意図として捉える場合でも、生起過程を追う観点からは、行為者への着目だけでは不十分である。そこで、米倉 (2000) に

---

<sup>74</sup> 意図から想定される因果から、事前に「読む」、つまり予測可能な結果であれば、主体的に認知可能な範囲であると考えられる。ただし、意図が形成された後での「読み」であれば、この限りとはいえない。間接経営戦略は否定されないが、「意図せざる結果」に基づいた戦略であるかどうかは、Merton (1936, 1949) の定義にしたがえば、時相による線引きが可能である。

収載されている、意図せざる結果のケース研究を、組織の視点から類型化すると、意図と結果が、それぞれ組織の内外で起きる、計 4 つのパターンに分類される。この分類が、組織内外を分別したうえで、意図する行為主体と結果を出す行為主体の関係を、概観しやすくと考える。

また、Merton (1936) は、意図せざる結果を捉える際に、「組織の要素に関連付ける」という観点が必要であることを述べている。組織の要素は、その内外に存在すると考えられる。このように考えれば、組織内外と組織の結果（成果）との関連の研究のひとつとして、コンティンジェンシー理論を捉えるという観点に立つことが可能である。

コンティンジェンシー理論の研究は、組織過程の環境の適合性が成果に結びつくという論理である。そして、実証レベルでは「成果の伸長している」組織は環境に「適応している」という法則的な前提の下での、組織過程の分析が研究の焦点となっている傾向があると考えられる。だが、「意図せざる結果」の研究は、その結果が組織にとって「伸長している成果」であるか否かは定かではない。Merton (1949) の述べている、「潜在的機能」であるため、理論的前提が異なると考えられる。

ここで、それが組織にとって「伸長している成果」と捉えられる要素が、意図せざる結果に含まれていた場合を考えてみる。その場合、意図したかどうかにかかわらず、コンティンジェンシー理論の視点からは、「成果」に含みこまれ、「意図せざる」という認識を失う可能性もあると考えられる。特に成果が「金額」などで、その生起過程の違いにかかわらず一体のものとして観察される場合もありえる。その意味においては、コンティンジェンシー理論における「成果」の生起過程も、時相を追って精査する価値があると考えられる。それだけに、意図せざる「成果」の場合でも、先行研究から法則定立を完全に否定しうる論理も、導けないと考えられる。したがって、コンティンジェンシー理論の適用拡張の可能性は、ここでは否定できない。

コンティンジェンシー理論の研究は、その記述様式は「組織過程と環境が適合した」結果としての成果、という流れが大勢である。つまり、理論的な「ベクトル」が一方向的で

ある側面を有している<sup>75</sup>。そして、行為の過程の理解が失われた（沼上，2000）という主張の背景は、この一方向的な論理であることを指している可能性が考えられる。意図せざる結果の研究も、因果関係の成立が否定されているわけではないが、一方向的な論理だけでは、生起過程に見落としが生じる可能性も否定できない。野中ほか（1978）も、課題として、過程の検証をあげている。

このように、意図せざる結果の研究と、コンティンジェンシー理論の研究は、一見、並行線を辿っているようにみることにもできる。しかし、コンティンジェンシー理論の発展として、ネオ・コンティンジェンシー理論を参照すると、Child（1972）は、組織が、環境やコンテキストと対する場面を時相を追って捉えている面があると思われる。更に、そこで組織の要素である、意思決定者に着目し、コンテキストや環境と結果との関連を分析する視点から、De Rond and Thietart（2007）のような、経営戦略や意思決定にかかわる論稿へとつながっているように捉えられる。このような論稿では、主として組織の「成果」が扱われるが、「成果」へと繋がる「意図せざる結果」は、「ありえない事柄」として扱われている場合がある。したがって、意図せざる結果の生起過程のみならず、その収束を実証していると捉えることが可能である。そして、その過程を、ある程度長い時相を追って述べた論稿のひとつが、MacKay and Chia（2013）であると捉えられる。つまり、コンティンジェンシー理論の視点で、行為の過程を追う研究は、経営戦略や意思決定、あるいはプロセスの研究へと、発展していると捉えられる。

次に、医療組織の研究知見をみると、日米で、医療組織のルーツが異なることが指摘できる。その点は、医師、看護師の資格内で可能な業務の種類、病院長は医師の有資格者である必要の有無といったところに、今も反映されていると推察される<sup>76</sup>。

また、日本の医療組織のなかの医師は、これまでの論稿から、古典的 Profession として位置づけられる。しかし、多くの日本の医療の論稿が海外文献を引用して述べているよう

---

<sup>75</sup> この意味においては、経営戦略論とは、無理なく一致する側面があると考えられる。

<sup>76</sup> 日本では病院法で、病院長は医師でなければならないが、アメリカでは必ずしも、そうではない。更に、アメリカでは、州による制度の違いも存在する。

な、利他性や奉仕性、誠実さ、説明責任などと交換に、免許などの独占性や自律性を、医師が得ているのではない。端的に述べれば、アメリカでは、国民皆保険を拒否した医師の集団が、医師免許、専門医の枠組みを、職業集団内で作りながら、国家的な正当性を得ている。一方、日本では、明治維新政府が、西洋化政策のなかで、東洋医学から西洋医学への転換を企図した際に、免許制をしいたことが原点である（猪飼, 2001）。つまり、アメリカの医師免許や専門医制度は、社会的正当性獲得の行動から、社会的承認を経て、国家の制度となっている。それに対して、初めから国策によって免許制度ができ、国策であるが故に、社会的正当化がある程度獲得されているのが、日本の医師免許である。これらの点からは、自律性を、免許と正当性と共に「付与」された状態であると捉えることが可能である。それだけに、実診療においては、法と医学的エビデンスの下での自律性が、ある程度獲得されている。つまり、実際の臨床医療の現場では、主として医学上の規範となる、医学的エビデンスや診療ガイドラインへなどへの制度的依拠が起きる。その一方で、利他性や自律性を発揮する基盤となる、自律性とが隣合う状態で存在すると考えられる。

次に、認知症診療に着目した場合、医療組織とケア組織、あるいは行政組織などの協働が必要な場面があることも推察される。実際のところ、そういった協働については、地域のなかでの主導者は法律や制度などで決められているわけではない。したがって、特別な例<sup>77</sup>を除き、この点については不明である。しかし、この協働の体系の取り方は、意図する行為主体、あるいは結果を出す行為主体が、意図せざる結果の背景にある因果関係の把握する際に影響する可能性があると考えられる。

医療における意図せざる結果の研究に、これらの視点を援用すると、医療組織がマクロのデータを把握するまでのタイムラグが発生する可能性が考えられる。このような研究では、マクロのデータを司る公的機関が、意図せざる結果の収束のための知見を生成できていない可能性も考えられる。その視点からは、Werner et al. (2005) のように、医療システ

---

<sup>77</sup> 和光市は、行政主導で協働を推進している。（参照：<http://www.city.wako.lg.jp/var/rev0/0014/3512/201262213395.pdf>）

ム・制度の策定者だけでなく、現場の臨床医の視点にも、「意図せざる結果の背景の因果」が示される機会が必要であると考えられる。しかし、そこには医療と情報の「広がり」の範囲という要素があるように思われる。あまりにその生起過程に複数の要素があったり、複雑にマクロの外的要因が絡む場合には、意図せざる結果の背景にある因果関係が複雑、もしくは多すぎて、収束の方策が見出しにくい可能性もある (Binder, 2002)。逆にある程度、医療と情報の広がりがある場合でも、あるいは治療にかかわるマクロのデータが集積されていなくても、個々の医療組織が「自験例」から、意図せざる結果の背景の因果関係が導ける状況であれば、収束が早まる可能性も指摘しえる (Richards and Brayne, 2010)。一方で、医療組織がマクロのデータ（多くは診療ガイドラインなどの基礎データとなる）に依拠し過ぎれば、「意図せざる結果」には、気が付かない状態にもなりえる。だが、Kleinman (2010) が主張するように、これらの事象を単なる「社会問題」に転化させた段階で、止まっていたはならないと考える。

本稿は、認知症診療における診断過程を、意図せざる結果の生起過程として捉えている。他の一般的な疾患、例えば高血圧などは、本人の意思で医療機関を受診し、医師とのやり取りの中で、診断・治療の方針を決定する。それに対して認知症は、医療組織を受診するのは家族の意思の場合もあり、更に治療からケアに至る過程は、全てを医療組織と家族とのやり取りだけで決められるものではない。つまり、単独の医療組織の視点に立てば、環境あるいはコンテキストとなる要素が、一般的な疾患よりも多いことになる。したがって、コンティンジェンシー理論が有した視点を援用することで、分析可能性が期待できる。更に、医療の質、つまり「成果」の研究 (Donabedian, 1966, 1980) に欠けている、環境の要素を加えることに近い。そこから、新たな含意の獲得につながる可能性も考えられる。

認知症にかんする医学的レビューから、高齢者医療の流れが認知症の中でもアルツハイマー病に注力されている理由として、治療薬（進行抑制薬）があり一定の効果が見込まれること、そして疫学的に認知症に占める割合が最多であることが考えられる。

しかし、アルツハイマー病については、嗜銀顆粒性認知症や Lewy 小体型認知症など、鑑

別が難しい疾患が他に存在する。初期段階では、より鑑別が困難であると考えられる。また、認知症の前段階である、MCI (軽度認知機能障害) からの移行がある。そのため、MCI (軽度認知機能障害) の多くが移行するわけではないが、「アルツハイマー病」への介入の観点から、どのタイプの認知症による MCI (軽度認知機能障害) であるかの鑑別が行われることとなろう。この点は、医療における意図せざる結果の研究の一稿である、Richards and Brayne (2010) で指摘されている内容に近いと考えられる。

以上から、医療組織が「意図せざる結果」を生起する過程を、先行研究の中に位置づけられれば、コンティンジェンシー理論が有した環境などの視点を援用し、行為の過程を記述からの分析を試みる研究」という方向性が合致しそうに思われる。

また、意図した結果としての「アルツハイマー病」、意図せざる結果としての「アルツハイマー病」は、どちらも「アルツハイマー病」と厚生労働省のデータ上は扱われている。それだけに、意図せざる結果の過程や背景の要素を、整理しながらの分析でなければ、Binder (2002) のように、収束への見通しが立てにくくなる可能性がある。したがって、コンティンジェンシー理論が有した視点を援用することで、De Rond and Thietart (2007) のような、過程の実証と、収束のための方策を分析できる可能性がある。また、石井 (2006) が、戦略の成果を観察する立場から、意図せざる結果を十分に把握するには「内部者の視点」が有効であると述べていることも、これを後押しする。更に、医療の質、つまり「成果」の研究 (Donabedian, 1966, 1980) に欠けている、環境の要素を加えることによって、実務的含意の獲得につながる可能性も考えられる。

そして、意図せざる結果の研究蓄積は、日本では多いとはいえない (足代, 2011) 。また医療の領域では、本稿執筆時点において皆無である。そこで、海外の研究知見をここでレビューした。本稿は、この点でも貢献の可能性はある。

再確認すると、意図せざる結果は、潜在的機能と位置付けられ、特定の社会体系にとっての機能・逆機能と「意図せざる結果」を結び付け、

①意図せざる「機能的」結果

②意図せざる「逆機能的」結果

③意図せざる「機能・逆機能」どちらでもない結果（没機能的結果）

の3種に類型化できるとされる（Merton, 1949）。しかし、この分類の視点からは、「アルツハイマー病患者の増加」という現象を説明するには足りないと考えられる。「正確に」診断されたアルツハイマー病患者は、医療組織にとって「意図した」結果であり、同じ診断過程から「意図せざる結果」として、アルツハイマー病と診断された患者も生起するからである。よって、「アルツハイマー病患者の増加」という現象に含まれる「意図せざる結果」の部分の生起は、類型化される前、つまり結果が生起する過程を追う以外に手段がないことになる。つまり、①と②は、同じ過程から生起している状態である。

したがって、意図した「結果」と意図せざる「結果」が、全く異なる外観・性質のものであれば、それぞれの生起過程は変数間の分析で代用できる可能性はある。つまり、コンティンジェンシー理論の研究が、そのまま援用できる可能性はある。しかし本稿の関心は、一見同じ外観・性質を示す結果の中に、「意図した結果」と「意図せざる結果」が存在し、その後者の生起過程に焦点を当てている。したがって、診断の過程を追うこと以外に手段がなく、診断過程そのものが医療組織の過程の一つであるため、その視点に立つことの意義が見出される。

以上から、本稿は、診断の過程に視点の重きをおくことになると考えられるため、医療組織の視点からの分析を志向することになる。したがって、一方向的な視点、環境を所与のものとするのは、困難である。そこで、Donabedianの医療の質研究とは異なり、コンティンジェンシー理論の視点に沿いながら、意図せざる結果の生起過程を明らかにするとともに、可能な限り収束の方策を考える。

また、医療組織が「意図せざる結果」を生起する過程を、先行研究の中に位置づけると、コンティンジェンシー理論が有した環境などの視点を援用することは、合致すると考えら



れる。それは、Merton (1936) で述べられているように「組織の要素に関連付ける」という観点と、近年の De Rond and Thietart (2007) や MacKay and Chia (2013) のような、「意図せざる結果」が収束され、新たな戦略などへ変化する様子を述べた論稿の背景には、組織と環境という視点があるからである。そこでは、意図せざる結果の背後の因果関係、もしくはそれにかかわる情報を、意図した行為主体、あるいは結果を出す行為主体が把握しているか否かが、意図せざる結果の収束のキーの一つである可能性が指摘されている (De Rond and Thietart, 2007)。

つまり、医療組織と意図せざる結果に関わる研究のレビューからは、本稿が、次の点で新規性、貢献の可能性を有することになるものと考えられる。

- ①日本の医療領域における、意図せざる結果の研究である
- ②経営学のなかでは、組織過程、プロセスの研究と捉えられる
- ③意図せざる結果の研究は、日本では多くなく、そこに貢献する可能性がある
- ④同一の結果のなかに、意図した結果と意図せざる結果が含まれている
- ⑤組織と対する、環境やコンテキストが「不可避<sup>78</sup>」である

最後に、意図せざる結果の研究は Merton が祖であると思われる。しかし、Merton が、その後、法則定立的な定量的研究へと舵を切った背景には、Lasarzfled との共同研究がきっかけというだけでなく、国防総省の依頼で集団面接の新手法を準拠集団理論を用いて開発するといった、公的かつ「成果」への過程を分析する役割が多く重なったことも大きな要因であると推察される (高城, 2011)。経験的理論が定量化不可能であるとは断じられないが、その基礎には定性的研究も含まれていると思われ、それも中範囲の理論の要素と考えられることから、この推察に同意する。したがって、本稿は、Merton を批判的に捉える視点には立たない。

---

<sup>78</sup> 認知症診療の場合、地域という環境や、付き添う「家族」の存在などが想定される。

### 第3章 研究の方法について

本研究の課題は、

- ①厚生労働省が、認知症患者の進行抑制による介護負担減を「意図した」政策を立案
- ②その政策に含まれる、早期受診、早期診断、早期介入、更には初診時は専門の医療組織の受診推奨という流れにしたがい、患者・家族が行動
- ③専門の医療組織、として医療組織を受診（かかりつけ医からの紹介が想定される）
- ④医師が診察・検査のうえで、アルツハイマー病と診断（結果）

という、過程にある。

まず、患者数などのデータにかんしては、本邦では政策決定の根拠としても利用されていることや、他に全国的な調査データが見当たらないため、厚生労働省などの公的組織が提示しているデータを用いる。それは、厚生労働省が「意図」を形成するデータであるからである。つまり、厚生労働省は「意図」にしたがい、立案した政策の「結果」を次の政策に、何らかの形で、活かしていることになる。

また、アルツハイマー病という結果の生起する場面は、医療組織、更にミクロの視点では、患者・家族と医師による、診察の場である。そこに、意図せざる結果が生起する過程、理由があることになる。

したがって、分析の最少単位は、診断を行う医師となる。そして、この診断への、家族の影響に着目する。また実数として「要介護者」の数が増えているだけでなく、その背景の高齢者人口の増加も明らかであることから、介護者の負担も増えているものと思われる。したがって、被介護者のみならず、介護者なかでも家族の負担を考慮すると、家族内でも

立場によってケアの位置付けが変化している可能性も考える必要がありそうである<sup>79</sup>。

更に、家族の在り方などには、地域差が存在する可能性があるため、複数の地域での調査を企図する。また、医療組織でも、認知症診療を行っている診療科は単一ではない場合もあると思われるので、その点を考慮する。その観点からは、複数の診療科を有する医療組織が望まれる。

これらを捉える、先行研究からの論理的背景は、まず「意図せざる結果」の研究である。しかし、意図せざる結果の研究は、法則定立か行為記述か、といった方法論について、先行研究からは、確たるコンセンサスは得られないと考えられる。ただし、先行研究の多くは、意図せざる結果の生起過程の追跡研究ではない。つまり、意図せざる結果の生起の事後の、過程の分析である。この点は、意図せざる結果が、潜在的機能 (Merton, 1949) であり、意図した行為主体には、リアルタイムで「意図せざる」という捉え方ができないことを示していると考えられる。また、本稿も、この範疇に入る過程の分析を行うこととなる。

### 3-1 分析方法の選択

意図する行為主体は、本稿では厚生労働省とする。その政策などの内容は、一般の方もアクセス可能な、刊行書やホームページから得ることとする。このことによって、「家族」がアクセス可能な政策面での情報は、調査者も把握できる。ただし、厚生労働省による、実際の政策の実行、特に一般への啓蒙活動などがあれば、実際に参加して、公表された意

---

<sup>79</sup> 例えば、家族社会学の論稿である、上野 (2008) では、家族内におけるケアの位置付けが、従来論では一体的かつ規範的な家族観によるものであったが、女性 (夫人) に偏るといった傾向が強かったことを他の論稿も参照しつつ指摘したうえで、現代においては共働きや核家族化という要因も手伝い、ケアを受ける・ケアを強制されないという被介護者の選択傾向、ケアをする・することを強制されないという介護者の選択傾向の、4つの象限での枠組みを示している。筆者の職務実感でも、そのような枠組みの設定は可能であるが、個々の家族が、家庭内の誰かの病気、世帯主の定年などによる退職、子供の進学といったライフイベント、更には長期間の介護による心的疲労などによって、時相を追って変化しているという実態からは、特定の時点でしか枠組み上の位置を指摘することが不可能であることを指摘できる。このように家族社会学の論稿をたどった場合にも、複数の時点において変化の過程にある被介護者、家族、介護者といった個々の要素の相互作用に着目した議論が更に望まれると考えられる。

図を、関係者に再確認することを行う。

次に、認知症診療の過程では、「家族」が何らかの役割を果たしている可能性がある。しかし、そういった過去の調査データなどは皆無であるため、予備調査を行い、概観する。特に、「家族」の様々な態様を把握するために、可能であれば「家族」と、そして地域の実地医家にインタビューを行う。地域の実地医家は、大学病院などで検査を希望する患者・家族だけでなく、その地域で医療を完結させる希望を有する患者・家族とも接点がある。このため、診療経験内で接した「家族」のバリエーションが豊富ではないかと推察される。

以上の点が、意図せざる結果の生起過程として、診断の場面について調査をする前段階での調査となる<sup>80</sup>。

そして、本調査について述べる。意図せざる結果は、組織の成果の一部でもあるため、コンティンジェンシー理論の研究の視点を概観では援用する。それは、環境、組織過程、成果、という3要素である。しかし、それらの要素を結ぶ法則定立的な研究とすることは、意図した結果、つまりコンティンジェンシー理論における成果を「機能」とした時の「逆機能」の研究の範囲にしかないと考えられる。逆機能は機能の一部である場合もありえるが、本稿では、意図した機能を「オモテ」とした時の「ウラ」だけでなく、その範囲の外にある結果が含まれることも想定するため、法則定立的でない方法を考える。したがって、コンティンジェンシー理論に依拠するのではなく、環境やコンテキストの視点を援用することとする。

加えて、本稿の関心は、一見同じ外観・性質を示す結果の中に、「意図した結果」と「意図せざる結果」が存在し、その後者の生起過程に焦点を当てていることから、その生起過程の行為を記述することとする。ただし、意図が医療組織外で生起しており、その意図には、医療組織のみならず、患者・家族も触れることになる。したがって、その過程には、意図に対しての認識の状況が入る可能性がある。それは、例えば、ある医師は早期介入の有効性に着目する、ある患者は認知症の診断は、専門の医療組織に行かなければならない、

---

<sup>80</sup> 予備調査については、詳細を次章に記載する。

といった「考え方」として表れると思われる。

では、医療組織，その中でもとりわけ認知症診療，更にはそこで生じると考えられる「意図せざる結果」に焦点を当てた分析に，もっとも適合する分析手法は何であろうか。

認知症診療の場面で，患者や患者家族に焦点を当てるのであれば，心理尺度を用いた分析が適合する可能性がある。例えば，家族に焦点をあてた研究では，岩崎（1998）では，精神疾患罹患者の家族の情動的な負担を，McCracken の「長時間インタビュー法」を用いて導き出している。杉浦ほか（2007）では，家族の介護負担感という尺度を用いて，介護者の属性と被介護者の状態の違いによる介護負担について述べている。また大石ほか（1997）では，患者と患者家族だけでなく医療従事者も含め，肺癌の告知における意識の差について述べている。このように，医療の研究の典型としては，主に家族の認知に焦点をあてたものが多くみられる。

医療の研究の背景には「病気」があり，明示されていない要素として，例えば大石ほか（1997）の研究だと，「恐らく」他の臓器の癌告知の場面でも，癌は癌であるから「類似」しているという前提が潜んでいるように捉えられる。同様に，杉浦ほか（2007）の研究でも，家族が介護を行う前提に立てば，介護は介護以上でも以下でもなく，家族もまた然りといった前提が潜んでいるように捉えられる。このように，何か「暗黙の前提」が存在しているかのような，記述になっているものも比較的多くみられる。

しかし，これらの研究においても，癌は発生臓器や進行度によっても，それぞれ治療法の選択が異なるという面を有しているだけでなく，5年生存率も異なるものである。そのような背景が，患者，患者家族，医療従事者に与える影響が存在する可能性は否定しえない。また，家族が介護を行ううえで，何年間親子で同居して独立したか，あるいは3世代同居が多かった地域なのか，といった背景も勘案すれば，意識面に差異が認められる可能性は否定しえない。つまり，より精緻に述べるのであれば，コンティンジェンシー理論で述べられている，環境やコンテキストにあたる要素に注意を払う必要があると，考えられる。

また，日本の医療に限定すれば，医療制度はいかなる地域においても同一である。また

いかなる医療組織も診断や治療のプロセスで依拠する制度は同一である。そのため、認知症診療における意図せざる結果の生起プロセスに関わってくるものは制度だけではないと考えられる。また医療組織の構造は、診療科区分や一部の疾患のセンター化などの制度および制度由来のインセンティブ<sup>81</sup>に依存する部分と、業務の円滑化あるいは経費の節減といった経営改善に伴った部分とが混在していると考えられる。したがって、医療組織は制度的同型化の圧力により規定される (DiMaggio and Powell, 1983) ばかりとは断じがたく、また制度に対する同型化的な従属以外の、妥協、回避、拒否、操作といった対応 (Oliver, 1991) が選択しえる可能性があること、また本研究の問題意識には、不確実な存在でありながら認知症診療からは切り離せない「家族」という要因も含まれるため、制度派組織論あるいは組織フィールドの視点に立つ分析は本稿には適合しないものと考えられる。

更に、「意図せざる結果」の生起の過程の理論的一般化は、先行研究をみる限り、未達であると考えられる。また、本稿で取り上げる調査対象では、意図と結果以外は、明らかではない。そこで、理論的一般化の一助としても、先行研究から、コンティンジェンシー理論や医療組織など、既知の概念を援用する。そのように、過去の理論を援用する立場からは、グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Gracer and Strauss, 1967) に依拠することも、困難さを伴う。

また、分析過程が因果の「過程」であり、ここでの因果の「果」が診断結果であり、「因」は患者自身、もしくはその状態を指すことになる。だが、病院の機能は、病気もしくは疑いのある人を、診断・治療を行うということは、社会的自明であると考えられる。まず、結果は、「アルツハイマー病患者が増えている」ということ自体であり、この点は、意図した結果も意図せざる結果も「同じ」である。つまり、「因」と「果」への着目から、「アルツハイマー病患者の増加」という現象を見ても、「因」の患者属性（年齢や、背景にある疾患など）の範囲の違い位しか、判明しないと予想される。つまり、「因」と「果」に着目するだけでは、「家族」が、診断・治療の場で、どのような役割であるかは判明しない。

---

<sup>81</sup> 一定の施設基準を満たした時に付与される加算、例えば検体管理加算料など

次に、何らかの医療組織を対象とする、ケーススタディとなるため、ケースから得た知見の妥当性を担保する方法を考える。新規理論の生成の場合、単一ケースのなかから得た情報の比較を、例えばグラウンデッドセオリー・アプローチ (Gracer and Strauss, 1967) によって行えば、理論生成が可能である場合もありえる。しかし本稿は、新規の理論生成や概念生成が目的ではなく、既知の概念である「意図せざる結果」の、「意図」から「結果」が生起する過程を追うものである。また「意図」も「結果」も事前に判明しており、その「結果」はアルツハイマー病という「診断」である。また、医師は「医学」と自身の Profession にしたがって、眼前の患者と医学的知見を対照し、診断に至ると考えられる。更に、「家族」という行為主体が、そこにかかわると思われる。そのように、自律的に調査対象に働きかける可能性がある行為主体が介在するため、グラウンデッド・セオリー・アプローチが成立した時のような、調査対象者である医師の認知のなかでの社会構成に注視することは困難である。また、医学に、思考の構成の基盤があり、「グラウンデッド」の要素が一部は自明であるようにも捉えられる。逆に考えれば、単一ケースだと、事実の発見のみに終始する可能性が高く、その妥当性の検討が困難であるとも考えられる。

また、診断過程における医師の思考・行為を明らかにし、そこに、因果（厚生労働省の意図と、アルツハイマー病という結果）付けを行う作業であると捉えられる。つまり、「意図」と「結果」の因果の発見が目的ではない。また組織を対象とした、単一ケーススタディは、調査対象に認められる、何らかの物証を含めた現象の記述であり、因果の過程における事実の発見は可能である。しかし、単一の組織を対象とした研究では、先行研究と発見事実による仮説の構築は可能であるかもしれないが、その仮説の強化や、実証が困難な面があると考えられる。仮説構築においては、近似した条件を有する複数組織への調査によって、仮説の強化は可能となると思われる。また、実証においては、更に何らかの組織の要素（例えば、組織の環境、組織内過程）が異なる組織との対比によって、より実証的となると考えられる。

一方、複数の組織の分析を行う、複数ケーススタディは、説明的ケーススタディになる

という(坂下, 2004)。説明的ケーススタディとは、現象間の因果関係の「説明」であり、現象を記述する変数以上のケース数が必要になるという(坂下, 2004)。ここでいう「説明」とは、ある事象 X と別の事象 Y との間の因果関係が存在することの「説明」である。本稿は、医療組織の外で生まれた意図から、医療組織において意図せざる結果が生起する過程への着目であるため、その因果関係の説明という点では適合する。ただし、「意図せざる」結果への着目であるため、因果という観点から捉える「意図した」結果に比して、その関係の直接性が強くない可能性を有する。直接性が強くないという意味は、間に様々な行為主体や環境が介在することが予想されるだけではない。意図が政策の一部であるため、その立案自体が数理的に行われていると考えられ<sup>82</sup>、意図と意図した結果の間に統計的予測がある程度以上は成立するものと考えられる。そのため、意図せざる結果が統計的予測外のものである、という意味でもある。また、先に述べたように、意図せざる結果のなかに、法則定立可能な要素と、そうでない要素が含まれているという視点、および Merton (1949) の潜在的機能の定義からの捉え方である。よって本研究では、Merton の定義にしたがい、当初の意図の根拠となっている法則には、意図せざる結果は考慮されていないと捉える。また意図せざる結果のなかで法則定立可能な要素とは、事後に再検討をすれば法則性が見い出せる要素、として捉え、分析を行うこととする。

したがって、意図せざる結果の全体像を捉えるために適合する方法は、行為の過程を追う記述法が、そのひとつである。意図と結果の間に介在する様々な要素を明らかにしつつ、結果の一部を、後から法則定立が可能であるかを確認するには、因果の再発見と説明という必要があるとあり、適合的であると考えられる。

以上から、本稿では、複数のケースを取り扱うこととする。複数のケースを取り扱う場合、結果の考察から導かれた推論と、対立する理論がある可能性を考慮することが可能である。その場合に、複数のケースの条件(例えば組織の規模、機能など)を近似させておく

---

<sup>82</sup> 医療政策の立案には、世界あるいは日本における公衆衛生学のデータや知見、更には国立保健医療科学院 (<http://www.niph.go.jp/information/>) の調査・分析などが加わっていると考えられる。



ことによって、より対立する理論の存在の可能性を否定しやすくなる (Yin, 1996)。同時に、複数のケースの異なる要素 (例えば技術面や環境など) を探索できる可能性がある。つまり、本稿の関心であれば、意図せざる結果の生起過程の再現性と、その過程に影響を与える要素の違いを、複数のケースから獲得できる可能性があることになる。このことは、Gracer and Strauss (1967) に述べられている「近接した対象の対比」に相当する面も有していると思われる。

その比較を、診療科の違いから行う。その理由は、診療科が異なる場合、診断のアプローチそのものが異なるため、意図せざる結果の生起過程が異なる可能性があるからである。診療科という条件から事前に導かれる条件、例えば身体的アプローチと症候的アプローチといった患者へのアプローチの差異、あるいはそれぞれの学術的基盤から成る専門性という観点からの探索を行いたい。

そして、医療組織の所在地の違いからの比較も行う。認知症診断の場面に存在するであろう、「患者」と「家族」には、地域性や認知症の重症度などの要因が潜んでいるものと思われるからである。一方で、所在地という観点、即ち地理的要因、人口的要因、あるいは公衆衛生的要因からの観点からの比較はどのようなデータであれ分析が容易であると思われる。そういったデータに基づく政策についての実務的含意が得られる可能性がある。そのなかで、特に「家族」とのかかわりに注意を払うことを、志向する。

これらの対応過程の 2 つの比較から、アルツハイマー病患者の増加の一部が「意図せざる結果」と結べるのか、を検証する。そして、「意図せざる結果」の生起過程の差異を見出し、研究に新たな知見を加えることを志向する。また、実務的な課題として、病院のガバナンスの中には、「患者家族対応」が近年は意識されている。そこにも一定の知見を加えることを志向する。

したがって、方法としては行為過程の記述 (沼上, 2000) をベースとする。基本的に、行為過程の記述は、単一ケーススタディの方法ではあるが、比較ケース法 (Yin, 1994) による可能性が述べられている (坂下, 2004)。この方法は、法則定立あるいは過程記述の双方

の面からの検討を行いたい、本稿に適合するものと考えられる。

そして、個々のインタビュー対象の発言から得たデータを、筆者が再構成することを試みる。このことは「カテゴリー化」に近い。しかし、カテゴリー化した事象の一般化を試みるのではなく、個々の行為をカテゴリー化した内容ごとに集積し、その過程を分析することで、「同じ目的であっても、医療組織の専門性や立地によって異なる過程の要素」を抽出することが狙いだからである。つまり、認知症診療の場面における、特定の行為や疾患などのカテゴリーに紐付いた、組織の構成員の行動と家族などへの対応を読み取り集積するという作業である。

過程の研究は、経験的な現象の経時的変化に焦点をあて、それを説明あるいは理解可能な要素に分解して、明示的に組み込んで記述するものである (Langley et al, 2013)。また、過程の研究には、取り上げる題材や、その分析法には、定型的なものは存在しない。例えば、組織と管理の変革の研究であれば、その過程の分析に、変化と適応という概念を用いている (Langley et al, 2013)。また MacKay and Chia (2013) は、アメリカの自動車関連企業を題材に、縦断的に「意図せざる結果」が生起・収束する過程を追い、丹念な「分厚い記述」によって、組織変革が創発される過程を描いている。できる限り、このような丹念な記述を行いたい。

MacKay and Chia (2013) は、こうした過程の研究の一つである。その過程は、企業レベルと、企業を取り巻く経済状況などマクロの環境とに分けて変化を分類し、その過程で生起する意図せざる結果について分析を行っている。経営陣の直接的な興味によって、企業そのものにダメージを与える、意図せざる結果がもたらされることに言及し、繰り返し起きる「意図せざる結果」の生起の過程が決して一定のものではないことが提示されている。

以上より、方法選択の背景は、本研究で取り扱う「意図した結果」と「意図せざる結果」が、分析前の段階では、一見同じ「アルツハイマー病」である。そのため、過程をカテゴリー化しても、その表現型が「一見同じ」可能性があり、行為の過程を記述的に追うことが、その分別に有効であると考えられる。

### 3-2 本調査の対象の選定

認知症診療，特に診断の場面に焦点を当てる際に，どのような医療組織 のどのような診療科を選択することに妥当性が見出せるであろうか。厚生労働省の行っている患者調査のデータや，種々の公的組織のデータには，受療先が，診療所か病院かといった区分はあるものの，「診断された診療科」がどこであるか，まで書かれた，有力な資料は認められない。

そこで，まず，認知症診療についての，厚生労働省の「意図」を，ホームページなどの2次資料を参照のうえで，何らかの方法で確認を行い，1次データを得るために，関係者への接触を企図する。

そして，アルツハイマー病は，「診断」の場面で決定されるものであり，診断は医師が行うため，何らかの医療組織が調査対象となりえる。しかし認知症は，患者本人の意思決定が曖昧である場合や，社会的にみて「後見人」が必要な場合も存在する。したがって，その診断に至る過程には，殆どの場合，「家族」が介在すると考えられる。また「家族」が，診断に至る過程の検査や，治療にかんする意思決定に関わっていると予想される。つまり，顧客に「代理人」が寄り添っているような状態が想定される。しかし，この「代理人」は「家族」であるため，どのような態様かが分からない。また，医療者側の視点からみた，そのような先行研究は皆無である。この点は予備調査を行い，事前に情報を得ることとする。

次に，認知症を発症してから，進行して末期に至るまでの間の経過を考えた場合，本人あるいは近親者が物忘れを疑った場合には，「内科」という診療科が，受診にあたっては精神的ハードルが低いと思われる。また，認知症が進行し BPSD などが出現している状況であれば，何らかの形で，精神科へと受診する可能性が高まるであろう。そこで，いわば「入口と出口」になるであろう，この2つの診療科の比較を行うこととする。

また，その比較は，どういった規模の医療組織で調査をするのが妥当であろうか。例えば開業医は最小単位であり，どこへ行っても「地域性」を帯びるという反面，都道府県単

位レベルでの「凡例」にはなり得ないであろう。したがって、都道府県立病院，国立病院，あるいは大学病院という規模の施設が候補に挙げられるであろう。この中で，大学病院は，地域における高度医療と先端医療，医学研究，更には研修医ばかりでなく医学部生の教育を担っており，最も医療関係者に与える影響が大きいと思われる。また，受診に際しては紹介状がほぼ必須であり，根拠なき受診などが，ある程度ふりいかけられることが期待できる。つまり，ふりいをつけることでバイアスを落として，地域の人の特性に近づける可能性がある。

更に，病院の内科，特に一般的な内科部門で認知症診療を行っている施設となれば，意外に多くはない。急性期病院では，精神科に一任されていたりする例もあるからである。そこで，高齢者をターゲットとした「老年内科」が診療部門に存在する施設に着目すると，やはり大学病院が対象として相応しいと考えられる。

次に認知症診療には，診断だけでなく，その後の介護のことも含めて，家族の存在，役割が重要そうである。そこで，家族内の人間関係が異なりそうな，「都市部と郊外」の対比を試みることを考える。

以上の点と，老年内科が診療部門だけでなく，学部での教育・研究の教室としても存在する施設を検討する。それはより医療の中で後進に影響を与えるという点も考慮してのことである。更に，調査上の物理的なアクセスの面を考慮して，本研究では，大阪大学医学部附属病院と愛媛大学医学部附属病院の，それぞれの老年内科と精神科（精神神経科）を，調査対象として選定することとする。

そこでまず，愛媛県と大阪府の，人口や世帯数の差などの，政府関連の公表データを示す（図8）

図 8 愛媛県と大阪府の男女別人口と世帯数（総理府人口調査 2013 年度）

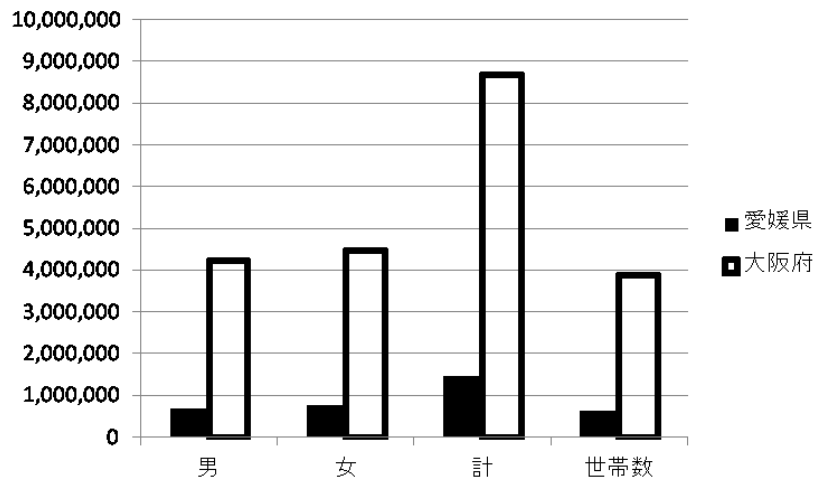
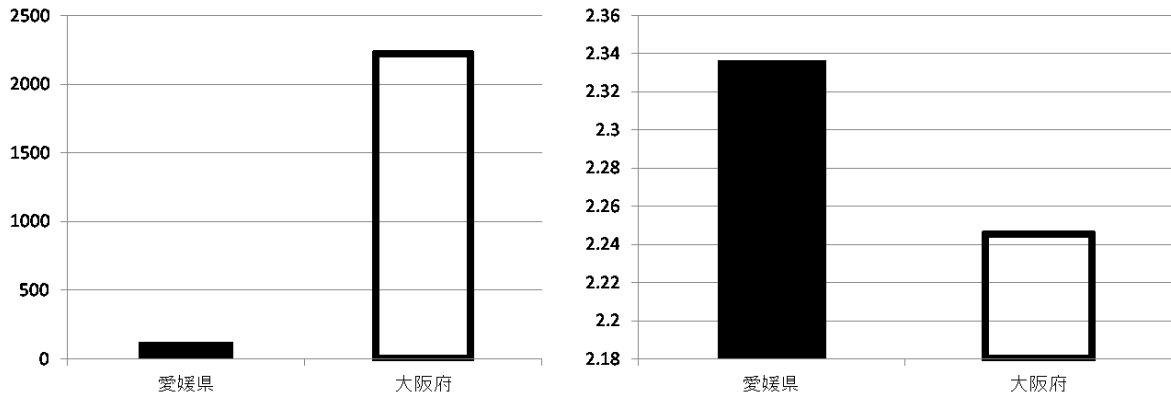


図 8 からは、単に大阪府の方が人口も世帯数も多いということしか分からない。そこで一世帯あたりの人数などを計算すると、次の図 9 のようになる。

図 9 人口密度 (人/km<sup>2</sup>) と一世帯あたりの人数 (人/戸) (2013 年度人口調査より)



人口密度は、愛媛県が大阪府の面積の約 3 倍あるため、大きな差がついている。一方、一世帯あたりの人数は、僅かな差しか認められない。ただし 2 人以上にはなっており、中高年の夫婦とその親の年代、あるいは青壮年の夫婦とその子供という、どちらの 2 世帯かであるかは、分からない。また、このうち本研究に関係してくるのは、高齢者と同居して

いる家族と、同居していなくても通院には同伴する家族であるため、後者の方については、統計上の「世帯」の概念の外にある。こういった、「数値化し難い部分」の描出も、本研究では心がける。

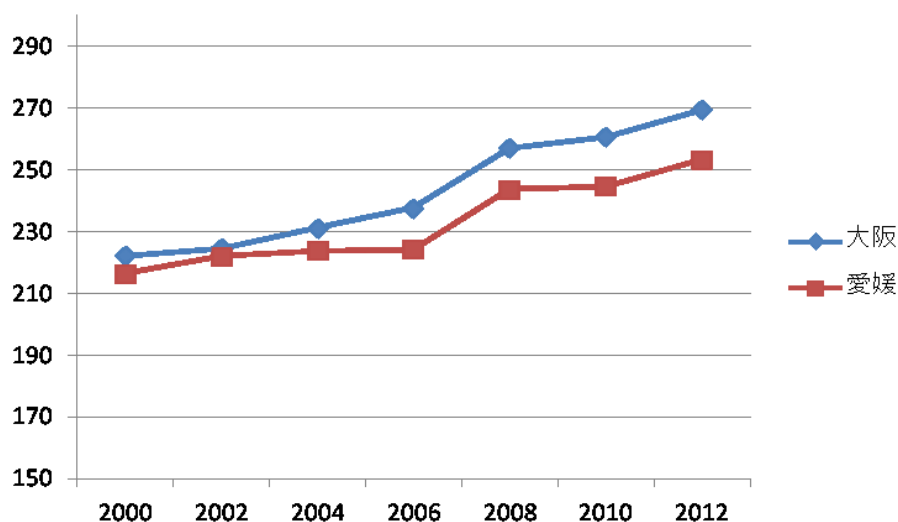
一方、医療の供給状況を比較する際に、しばしば使用される指標である、人口 10 万人あたりの医師数を、図 10 に示す。医師免許証は厚生労働省からの交付であり、保険医登録は各都道府県、更に医療機関も届出制となっており、これらの点から、本データは推測値ではなく、実測値として捉えられる。

最近 10 年間の変化をみる限り、単位人口あたりの医師数は、両府県とも漸増傾向にあり、数値的に大きな違いはないものとして捉えられる。

ただし、先に述べたように、愛媛県は大阪府の約 3 倍の面積を有する。したがって、人の住む地域、集落が「点在」している可能性は否定できない。

以上から、数的な面での、医療の供給バランス以外に、家族側の通院などの負担があることは、推察可能である。

図 10 人口 10 万人あたりの医師数



また、調査対象は表 12 に示す、大阪大学、愛媛大学の両附属病院の、老年内科、精神科

で、外来で認知症診療を行っている医師とする。今回の調査対象の医師を、表 12 に示す。

表 12 調査対象の医師

	愛媛大学	大阪大学
老年内科	三木哲郎前教授 小原克彦准教授 a 医師	桑木宏実教授 里直行准教授 A 医師 B 医師 C 医師
精神科	上野修一教授 b 医師 c 医師 d 医師 e 医師	武田雅俊教授 D 医師 E 医師 F 医師

以上の医師に、診断過程から、その後の家族とのやりとりなどを中心に聴取することとなる。したがって、部分的には、ガイドラインなど、共通の制度的要素も含まれるため、その点については、以下の定型的な質問を行い、そこから、個々の医師とのやり取りに応じて、インタビューを展開することとする。

そのうち、定型的な質問を以下に示す。

- ①認知症、もしくは認知症疑いの患者の初診時に行う検査は、どのようなものがあるか。
- ②初診から診断至るまでにかかる期間、その後の診療継続の方法など。
- ③認知症と診断された患者の病型の内訳。
- ④アルツハイマー病と診断された患者への投薬とその内容の内訳。
- ⑤診断に苦慮した症例や、現在も外来で経過観察中の症例など。
- ⑥そういった中での家族の態様について。

①から⑥に至る中で、徐々にガイドラインなどにあるエビデンスに依拠する要素、日本

で使用可能な薬剤から、個別対応の要素へと移り、その後は、筆者とのやり取りによる、対話データの獲得を企図する。つまり、「全国共通」の制度的要素から、徐々に個別の要素へと話の流れを作るということである。実際のところ、特に初診時の認知症診療は、問診に割く時間が長いと思われ、ガイドラインを元に診療を開始している可能性が高いと思われる（鳥羽, 2007）からである。

また、個々の医師について、特にインタビューの制限時間は設けずに開始しており、最低1時間強、最長3時間半程度である（平均約2時間）。調査は2014年7月から9月の期間に行い、場所は個々の医師の居室であった。



## 第4章 予備調査

予備調査の目的のひとつは、公共の媒体上に明示された、厚生労働省の「意図」の確認を行うことである。そこで、意図の確認は、高齢者医療の政策に関与する、厚生労働省老健局の方に行う。

そしてもうひとつの目的は、患者の「家族」の態様について概観することである。そして、医療組織ないしは医療機関の視点からの位置付けをすることにある。そこで、アルツハイマー病患者の家族の方と、市中で高齢者診療を長年行っている実地医家の方への聞き取りから、本稿における家族の位置づけを考える。後者は特に、病院などでの精査・加療を希望せず、地域の診療所などで医療を「完結」させることを望む患者・家族も存在すると考えられる。その点で、地域性以外のバイアスがかかりにくく、様々な家族と対峙されているであろうという、予想による選定である。前者は、その様々な家族の像が、家族の視点からも一致するものであるかの確認のための選定である。なお、聞き取りの時期などは、以下に記す。

### 4-1 高齢者医療政策の流れ

厚生労働省老健局総務課課長補佐の水野嘉郎氏が、人口統計の予想データを示したうえでの講演をされた後に、いくつかの質問を行った<sup>83</sup>。まず、厚生労働省の考える認知症政策の目的を聞いた。

今後、老年人口の社会保障を下支えする、労働稼働人口の比率が下がる 2025 年までに、地域毎、具体的には中学校区一つ位のエリアを目安とした地域包括医療システムが確立されていることが望まれます。その大きな目的の一つは、早い段階で認知症またはその予備軍の方を掘り起こして、手遅れにならないうちに正

---

<sup>83</sup> 2014年3月18日、大阪産業創造館主催セミナー「社会保障制度改革の全体像と今後の医療・介護制度改革の方向性について」にて、筆者と1対1の状態、約15分程度の質問を行った。

確に診断をして、介護あるいは薬剤治療の導入によって進行を抑制する<sup>84</sup>ことにあります。

次に、認知症の正確な診断には、症状的な問診、認知機能検査以外に、MRI や SPECT<sup>85</sup>などの画像検査も必要である。本邦の学会が提示している認知症診療ガイドライン上の高いグレードのエビデンスにも、それが示されている。これが軽度の認知症状、場合によっては一時的なものの場合でも、こういった検査を施行するとなると、それなりに医療経済への負荷が不可避である可能性を述べたうえで、厚生労働省内で何か試算、対比計算などがなされてるかを聞いたところ、次のように述べている。

いえ、そういった計算はしておりません。現段階では全くです。

高齢者の場合、加齢そのものや他の疾患によって要介護となる可能性も高い状態と考えられるため、早期の介護的な介入は有効な側面があると考えられる。だが、認知症とりわけアルツハイマー病の診断あるいは治療というものが、医療経済面でプラスに働くかについては、次のような見解を述べている。

仮に、アルツハイマー病なんかを発症して時間が経ってしまった場合を考えますと、早期介入は一定の有効性が示されていますし、その分のコストが必要であっても、市民の皆さんの納得性や、今後老年人口、老年人口比率が増加することは確実なものですから、目をつむってでも診断を行う意味はあるものと考えております。

---

<sup>84</sup> 厚生労働省は早期に受診することのメリットとして、アルツハイマー病を取り上げて例示している。また、初期は専門の医療機関の受診が不可欠と公表している。(参照：<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/a03.html>)

<sup>85</sup> 巻末資料 3 参照

ここから得られる視点は3点に集約可能と考えられる。1点めは、施策策定者・施行者である厚生労働省は、アルツハイマー病などの認知症診断を行い早期に介入を行う場合と、そうでない場合の試算は行っていないが、介入による認知症の進行抑制効果を認めている。そして、そのコストについては、強く採算性を問うてはいないことである。2点めは、老年人口、老年人口比率が増えるであろうという予測は揺るぎなさそうであり、「認知症の予備群も含めて掘り起こす」という概観を有しており、そこには、介護予防という視点も含まれている。3点めは、初期は専門の医療機関の受診を推奨しているということである。そして、専門の医療機関には、正確な診断が期待されているものと考えられる。ゆえに、「目をつむってでも診断を行う意味はある」ということになる。

#### 4-2 認知症の介護・医療現場における家族について

次に、認知症の介護・医療の現場を想定した場合に、認知症が記憶力や判断力の低下を伴うことから、家族が付き添い、そして治療などの意思決定において、何らかの補助を行っている状況が想定される。それらの点について、アルツハイマー病患者（故人）<sup>86</sup>の家族の方と、地域で多くの高齢者を診療している開業医<sup>87</sup>に聞き取りを行った。

「アルツハイマー病」と診断を受けた方（故人）の家族の方は、当初感じたことを聞いてみたところ、次のように述べている。

アルツハイマー病と言われましたが、進行を抑える薬がある認知症だとも  
言われたので、かなり気分的には違いました。たとえ認知症だったとしても、  
使える薬もないような病気だと、ショックは大きいからです。

---

<sup>86</sup> 2013年7月、筆者の外来を訪問頂いた際に、約1時間半の聞き取りを行った。

<sup>87</sup> 2013年7月、開業先である兵庫県内の医院にて、約2時間の聞き取りを行った。

その後、介護保険制度の認定を受け、デイサービスやヘルパーの利用をしていた時のことを次のように述べている。

母がどういう様子なのか見てみたくて、何度かデイサービスの場所に行ってみたのですが、そこで結構驚くことができました。

同じデイサービスに来られている方（利用中の高齢者の方）の中には何となく暗い人もおられたりするので、そこにいるヘルパーさんに話を聞いてみると、完全に「丸投げ」で、お迎えにさえ来られないご家族さんも多いみたいですし、お家の方で家族の人がいるのに、ほとんど会話をされないような事も見かけることがあるみたいなんですよ。

しかも1軒や2軒ではなく、何軒もそういうお宅があるって、ヘルパーの方が言っておられました。

また、デイサービス先で、そういった家族に会った時のことを次のように語っている。

その人のお母さんがデイサービスに来ていたのですが、熱があるから帰宅して欲しいということになって（注：デイサービスは治療の場ではないので、他の人への感染拡大の観点から発熱のある人は原則ご帰宅という場合がほとんどである）、「渋々」っていう感じで来てました。そうそう、「風邪薬飲ませたんではダメですか？」って言ってるのが聞こえました（注：多くのデイサービス施設では断られると思われる）。ヘルパーさんからは、「治ってなかったら他の人にうつるといけないので、今日はお引き取り下さい」って言われてました。

この内容から考えられることは、患者の「家族」は、必ずしも患者と常に一体化した意

思を有しているということではないことであると考えられる。この方は、常に母親のことを考えていた一方で、「介護疲れ」を感じた時のことを次のように述べている。

私も家で同居していて、母の夜中のトイレや夢でうなされたりとかで「しんどい」と思う事は何度もありましたし、ちょっと休みたいと思う事はあったので人のことは言えないのですが、そういった人達が最初から楽をするためにサービスを使っているのかなあとと思うと、何だか複雑な気分でした。そして、ヘルパーさんが仰っていたのは、中にはたちの悪い家族がいて、「金を受け取っているんだから、あんたらが世話をしろ」というような事を言う家族さんもいるみたいで、正直やってられない時もあるって・・・

これらの発言内容からは、家族の態様自体が様々で、定型化できそうにないばかりでなく、家族の中の一個人の感覚でも、常に「同じ」状態ではないことが示唆される。つまり、患者と家族の間の心理的距離感は常に一定とはいえないのではないか、という疑問が成り立つ。

一方、認知症診療、特に診断に関わる医師の立場だと、こういった「患者家族」は、どのように捉えられるのであろうか。兵庫県の開業医（内科医）は、次のように述べている。

例えば、介護のことがあるから「悪め」に症状を書いて欲しいとか言われたことも何度もある。まあ、それは論外な例だけでも、以前経験した例では、自分が診察してる範囲でも、家族から聞いている話でも、認知症であるってことは分かる人がおったんや。すると家族は「アルツハイマー病ですか？」って、初めから聞きよるわけよ。でも実際認知症って、他に脳血管性認知症もあれば Lewy 小体型認知症もある訳で、そんなん最初からハッキリと分かる症例なんて少ない訳でね。診断基準も典型的に当てはまる症例ばかりでは

ないし、認知症という病気自体を複数発症することだってありえるわけだから、ある程度の段階で、画像検査なんかもオーダーしてみて確かめてみたんだけどね。そしたら、それはそれで、「画像上は典型的なアルツハイマー病とはいえないが、可能性は否定できない」とか、どっちか分からん所見が付いてきてね。結局のところ、余計に分からんようになってしまったりして困ることも時々あるよ。

そういう状態であることを家族に説明すると、家族は家族で困りはるんやけど、薬があることを知ってるのか、「アルツハイマーじゃないんですか？」と言いきるわけよ。脳血管性認知症ではないとは言えても、他の認知症の可能性は否定できない状況で、こちらは「どちらとも言えない」的な回答を出す、「じゃあアルツハイマーでないとは言えないんですよ？」とこれまた詰め寄ってくる。「それなら、まずアルツハイマーとして治療してみるか」と聞いてみたら、家族全員「はい」とくる。そんな風な流れで、「アルツハイマー病」という診断の下に治療を開始されている症例って、本気で調べたら結構ありそうな気がするね。

この内容は、アルツハイマー病という疾患が比較的一般に知れているということ、症候的に否定不可能な症例があること、更には治療薬の存在<sup>88</sup>や介護希望などが背景にあり、家族に多くの方向性（寄り添う家族、介護拒否する家族、世間体を気にする家族、等）が見られることを示している。

以上から、推察の範囲では、家族は、患者本人もしくは自身を含めた家庭という、ふたつの軸を有すると思われる。このように何らかの軸を有した役割を果たしているといえる。そこで、この役割を、“Pivotal Role”と本稿では呼ぶことにする。逆に、“Pivot”でなければ、

---

<sup>88</sup>本稿執筆段階では、予防や進行抑制を含めた治療薬の存在する認知症は、脳血管性認知症、アルツハイマー病、Lewy 小体型認知症（2014年9月にドネペジルが適応承認追加）の3つである。

認知症診療における家族は、「定数」として扱われるものとなるが、実際は診療の面でも、介護の面でもそうではないのである<sup>89</sup>。”Pivot”とは、家族としての軸を持ち、時に医療側を参照し患者のうける治療などを考え、時に個人の生活という立場も省みる、という意味である。

このように家族は、医療組織にとって、定数として捉えられる要素ではない。それでいて、認知症診療においては、医療組織に極めて近接した位置をとっている。つまり、患者を顧客と捉えた場合には、家族は、決して一定の立場を取らず、かつ患者が受ける医療の意思決定のキーとなる。しかも、時に医療組織やケア組織に、患者を完全に預ける状態のこともある。その意味では、常時近接しているともいえない面も有する。

以上から、「家族」は、医療組織にとっての新たな「コンテキスト」の一つと、本稿では捉えることとする。また、機会的であるが、意思決定に関わる、重要なコンテキストである。更に、組織側の意思に関係なく、基本的に診療に同伴するという観点から、不可避であると考えられる。

そこで、De Rond and Thietart (2007) を参考に、家族を「不可避な機会的要素」として、定義する。患者の診断・治療に対して、一様でない対応を見せる一方で、常に密接していることを表すことを企図した表現である。

---

<sup>89</sup> 例えば、小山 (2012) のように、家族の介護負担という視点から様々なバリエーションの論稿が発表されている。しかし、医療者あるいは医療組織の視点からのものは、皆無である。

## 第5章 結果と考察

### 5-1 大阪大学

大阪大学大学院医学系研究科・医学部のホームページ<sup>90</sup>を閲覧すると、研究科長の挨拶の中に次のような一文がある。

大阪大学大学院医学系研究科・医学部は 1838 年に緒方洪庵によって大阪の地に開かれた適塾にその源流を求めることができます。洪庵の作った自由闊達な環境は多くの俊才を輩出し、彼らが歴史を動かして近代日本の基礎を築いたように、大阪大学大学院医学系研究科・医学部からも優秀な医療人や医学・生命科学研究者が数多く育ち、国内外で目覚ましい活躍を見せ、世界の医学界をリードしてきました。医学系研究科・医学部の理念は、教育の充実と研究の発展を図り、その成果をもとに附属病院と協力して医療の向上に貢献することです。

つまり、人材の育成と、研究の発展を以て、臨床医学に貢献すると述べている。

この中で、老年内科は附属病院における正式な診療科名は「老年・高血圧内科」であり、精神科は「神経科・精神科」である。なお、本稿では通名的に、それぞれを老年内科、精神科と記載する。

#### 5-1-1 老年内科

##### 5-1-1-1 沿革<sup>91</sup>と楽木宏実教授

老年内科は 1976 年、大阪大学医学部に老年病医学講座（院内呼称としては第四内科）として新設された。当初は高血圧、老化・カルシウム、糖尿病、遺伝、甲状腺の 5 分野での研究と診療にあたった。その後、いくらかの変遷を経て、高血圧、老年病、糖尿病、老

---

<sup>90</sup> 参照：<http://www.med.osaka-u.ac.jp/jpn/statement/index.html>

<sup>91</sup> 参照：<http://www.med.osaka-u.ac.jp/pub/geriat/www/jabt.html>



化遺伝の各研究グループに再編され、自領域への分子医学的手技の導入に踏み切り、早老症遺伝子の発見、各種高血圧遺伝子や糖尿病遺伝子の発見と機能解析、効率の良い遺伝子導入法を用いた臓器再生や遺伝子治療の研究などを行ってきた。また、一連の流れの中で、分子医学的手法を用いた認知症（以前の呼称は痴呆症）の遺伝子診断の研究と臨床を行ってきた。認知症に特化した外来を「もの忘れ」外来として設定したのは、2010年頃からであるという。「もの忘れ」外来設定の理由を、現診療科長の楽木宏実教授（以下、楽木教授）に聞いた。

老年内科という領域は、全国的に見て、一時は「流行った」時期もあったけど、大学によっては教室（研究室と診療科の機能を併せ持つ、個々の組織の総称）を閉めてしまったところもあるでしょう。例えば、京都大学などがそう。また、各大学の老年内科ごとに、中身の違いがあり、あるところは消化器、あるところは循環器、といった偏りがあったと思う。うちの教室は、元々老年疾患の中でも高血圧を主として、そこに糖尿病と認知症などの疾患の研究・臨床を行ってきたという流れがあったけど、老年内科という診療科自体の在り方が、例えば消化器内科のように臓器に特化した縦割りのものであれば、大学あるいは大学病院の中でその存在意義が問われるようなことも起きていなかったのではないかと思う。そこで、我々の教室では、老年内科という疾患横断的な診療科の立ち位置を、老年総合内科という位置づけに定義つけた。これにより、加齢性疾患として従来から扱ってきた、高血圧、動脈硬化、その背景にある代謝異常に加え、認知症というものを、その一つとして位置付けられた。加えて、疾患横断的な診療科の特質を生かして、教育と地域の老年疾患診療におけるリーダー養成という目標を掲げて、重点項目の一つにすることとした。

その中で、認知症については、患者さんの数が増えていること、認知症であるかどうか心配になった高齢の方が、抵抗なく受診しやすい診療科でもあると思わ

れることもあり、2010年から「もの忘れ」に特化した診療科を開設した。現在担当している医員は、それまでの専攻に、認知症を主専攻に加えることになり、また他の疾患と異なり家族への対応が多く必要であることなど、当初は大変な思いもさせたと思うけど、今は軌道に乗せてやってくれている。そういう流れを少しずつ広める意味も含めて、機会も得たので、市立伊丹病院にも、全国初の公立病院の老年内科を開設したという訳です。

もの忘れ外来設定の理由は、社会的要請だけでなく、「老年内科」という組織の立ち位置を確立するという一面もあるという。楽木教授が述べているように、事実としていくつかの大学では老年内科という診療・研究組織が消滅している。更に、大学病院以外の、関連の病院でも、同様の試みを行っている。もの忘れ外来は、認知症もしくは、その疑いの患者に特化した診療を行っている。一方で、担当する医師達は、それまでの内科の中での専門領域から、認知症診療へとその専門領域を広げ、大学病院の外来では、そちらを主とすることになったとのことである。

そして筆者が、研究の目的など概要を話しインタビューのお願いをしたところ快諾のうで、最後に次のようにアドバイスを付け加えた。

阪大は実学の大学。それは緒方洪庵が新しい知見を臨床へ導入していた時代から同じ。今は、研究もかなりやってるが、基本的に如何なる研究も「どうやって臨床に、医療に繋げていくか」という学風がある。だから、武田先生（精神科教授・診療科長）に話を聞く時にも、きっと、研究を何に活かしていくか、ということは聞かれると思うので、考えて行くようにして下さい。

実際に、この10年の間に、いくつかの大学医学部で老年内科が閉鎖になっている<sup>92</sup>。そ

---

<sup>92</sup> 例えば京都大学や慶應義塾大学では、総合診療科の一部として老年内科としての診療を

それぞれの大学で理由が異なるであろうが、自組織の継続性と存在意義を考えた結果の一つとして、「もの忘れ」を前面に立てたことが理解可能である。また、そのために組織の構成員は、最低限、認知症を専攻領域の一つに加えることになっている。

#### 5-1-1-2 外来担当医

まず、インタビュー対象の里直行准教授（以下里准教授）は老年内科，A 医師，B 医師は循環器内科，C 医師は脳卒中・神経内科，がそれぞれの元の専攻である。認知症の外来診療については，里准教授は足掛け約 10 年，他の医師はそれぞれ 4 年もしくはそれ以内の経験である。（ただし里准教授が外来を始めた時は、「物忘れ」に特化していたわけではない。現在は，物忘れに特化した外来予約枠となっている。）

A 医師によると，大阪大学の老年内科では初診時にルーチン化している検査があるという。そのことについての説明をしたうえで，自身の外来診療における考え方を次のように述べている。

予診（問診）系の若い先生に，普通の間診と，MMSE（ミニメンタルステート検査）をしてもらい，うちはそれと GDS（Geriatric Depression Scale，老年者うつスケール）というのを初診時に調べることを基本としています。それはアメリカのガイドライン DSM-IV で、「うつと甲状腺機能低下症は必ず鑑別しなさい」と書いてあるので，必ずやっています。MMSE（ミニメンタルステート検査）で，仮に 28 点とかあると，開業医の先生は「大丈夫」といって撥ねてしまうんですけど，基本的に物忘れは生活の中から始まるのと，あと MMSE（ミニメンタルステート検査）は今日の日付とかそういう内容ですので，毎日カレンダーや新聞を

---

行っているが，大学医学部における，診療，研究，教育を司る「研究室」としては閉鎖されている。

意識している人だと引っかかりません。そういう意味で MMSE (ミニメンタルステート検査) はあくまで補完の検査ですので、日常生活で物忘れがあれば、たとえば MMSE (ミニメンタルステート検査) が満点でも、それが優先されるべきだと考えますので、僕はまず 24 時間の生活を聞くんですね。「朝、何時に起きましたか?」、「朝起きてから朝ごはんまでに何をされましたか?」とか、それを「何時に寝ますか?」まで、1 日を聞きます。で、もし「することは色々日によって違うからな」とか言ったら、「じゃあ昨日は何をしましたか?」という形で具体的に聞いて、それから患者さんに採血に行ってもらっている間に、家族に聞いて、擦り合わせて、もしそこで何らかの物忘れや失行、失認などのそれ以外の認知機能障害があったら、それは MMSE (ミニメンタルステート検査) が 30 点でも、僕はそれは認知症と診断しますので、それが結構時間がかかります。基本初診は 1 枠 30 分という予約枠ではあるのですが。(A 医師)

ここから分かることは、最初に患者本人への問診を行う際には、付き添いの家族には黙っておいてもらうことである。家族には、後から話を聞くことにしているとも述べている。そこから診断のために追加する画像検査などについては、他の医師も含め、次のように述べている。

MRI と 2 次性認知症除外のための採血、まずはそこまでですね。多分市立伊丹とかは SPECT もするでしょうし、大阪市大も東京医大も SPECT はしてるんですけども、阪大は中々 SPECT の予約が数カ月入らないので、どうしても診断がつかからない時だけにしています。(A 医師)

基本的に採血と MRI、かな。他は中々予約も入らないし、むしろ症候を重んじるね。(里准教授)

SPECT 検査が予約が取りにくい点について、他の要因も踏まえて次のように述べている。

阪大は週 6 とか 8 枠で、そこに脳も入る、心臓も入る、なので、全然アテにしてないです。ですので、我々が（物忘れ外来を）立ち上げる時、精神科の先生に聞いたりして、何でもかんでも入れるのではなくて、鑑別の難しい症例を優先的に入れるようにしています。（A 医師）

更に、このように検査を施行する症例を選ばなければならない状況のなかで、初診から診断がつくまでの期間を次のように述べている。

2 回目の外来で、7 割、8 割はつきますね。で、つかないって言っても、MCI（軽度認知機能障害）と取るか、初期 AD と取るかで、医者によって意見が分かれるっていうのと、後は何か認知症だけれども病型分類が分からない、とか。アルツハイマーの人はそのうちの 7 割位です。140 人位のデータです。（A 医師）

A 医師は診療科のトップマネジメントでも、診療科内の認知症診療のパイオニアでもない。しかし、インフォーマルに、他の診療科との間の協働を取っているようである。そして、MCI（軽度認知機能障害）と初期のアルツハイマー病の捉え方が、統一できないことに言及している。また A 医師が、基本的に初診の予約枠が 30 分なの「ですが」と述べている点について、他の医師は次のように述べている。

スムーズに出来て、30 分ですね。大抵は家族とのやり取りに時間がかかるので、オーバーしてます。（B 医師）

それは状況によっては、1時間位かかることも多々ありますよ。でも、最初に患者さんとの関係性を取るのが肝心ですので、そこはやむを得ないと割り切っています。患者さんが心を閉ざしたら、以降の診療が出来なくなりますから。(C 医師)

また、B 医師は、初診を含めた外来での家族対応の苦悩を次のように述べている。

常に家族の意向が強く優先される感じですね。ある面では患者さんのその後の介護のキーは家族ですので、そこに見通しを出来るだけ立ててあげたいとも思いますし、基本的に意向を聞きながら、の診療になってしまいますね、僕は。ただ正直言うと、結構疲れます。話を全部聞くためには、医療上必要でない話も含めて聞かざるをえない時も度々ありますので、長い時は1時間を超えることも多々あるのです。(B 医師)

更に B 医師に、基本的に意向を聞く、の「基本的に」の意味を聞いたところ、次のように述べている。

それは、他院からの紹介患者さんの場合、一応の確定診断がつけば紹介元の先生に原則再紹介するのですが、その紹介元は必ずしも内科の先生ばかりではないのですね。例えば整形の先生だと、認知症の患者さんを日頃診断されることがないので、こちらでつけた診断に従って下さることが多いと思うのですが、紹介元が精神科の先生で、認知症患者の診療に慣れた先生ですと、全く対応が違う場合もあります。一番極端な例だと、アルツハイマー病だけでなく認知症そのものが「症候学<sup>93</sup>」でもあるので、症候的なエビデンスから入るという観点から、患者

---

<sup>93</sup> 患者の病歴、訴える症状、医師自身の感覚（視診、触診、聴診、打診など）による診察所

さんの観察・診察ばかりして、家族の話を殆ど聞かない、という場合があったりだとか。まあ、僕ら内科医とは、全然違う面があって、それもまた勉強になるのですが、その違いの分だけ、家族さんは僕の外来の時にあれこれ話されるという印象もあります。（B 医師）

ここからは、多くの大学病院が紹介制を取り、病診連携を推進している背景で、「病」と「診」の診療科あるいは診療スタイルの違いなどが、患者対応の面にも影響が出る可能性があることが示唆される。家族対応について、C 医師は特定の認知の状態に限定しながらも、次のように述べている。

老年内科ということもあって、中等度から重症の認知症の方の紹介って少なくて、やっぱり MCI (軽度認知機能障害) から軽症認知症の患者さんが多いんですね。そうすると、特に MCI (軽度認知機能障害) の人って、かなりの程度自分の意思を表せると思うんです。そう思いながら話を聞いていると、「もし自分がこういう状況になるとしたら、どういう選択をするだろう」って考えてしまうんです。その結果、もし認知症に進行するとしたらアルツハイマーの比率が何割かは言われてますし、MCI (軽度認知機能障害) レベルだと処方するエビデンスもないのですが、あくまで早期介入が良いといわれていることを信じて、こちらから薬を勧める場合も正直言ってあります。副作用が出たとしたら止めればいいですし、そこは内科の普通の疾患と同じように考えてしまう時がありますね。（C 医師）

同様に、MCI (軽度認知機能障害) の患者への投薬などについては、B 医師は次のように

---

見、そして、簡単な道具 (体温計や血圧計、聴診器など) を用いて得た、主としてバイタルサインと呼ばれる情報を合わせて、診断を系統化する学術である。症候論が基盤にある。

述べている。

圧倒的に家族の意向です。MCI (軽度認知機能障害)の方だと、自分が認知症かもという不安もあり、判断を委ねている印象もあります。MCI (軽度認知機能障害)のほぼ全部の症例で、家族から「アルツハイマーですか？」と聞かれている気がしますね。それは進行抑制薬があるからという希望以上に、病気の悪いイメージの方が大きいと思います。アルツハイマー病って、現在の医療では「不治の病」じゃないですか。そういうことも色々と情報収集されるご家族も多く、それで知っておられる場合も多いので、まずそこを気にされているという実感があります。認知症の中でアルツハイマー病が多いということもご存知のご家族が多いので、今後の介護のことを考えるために気にしている、という印象ですね。ですので、僕が外来で診療をしている範囲では、アルツハイマー病かどうか聞いてこられるご家族は薬に希望を抱いている人よりも、「最悪」かどうかの確認をしたいという方の方が多いと思います。(B 医師)

A 医師は MCI (軽度認知機能障害)の患者への投薬については、少し異なる外来での対応を述べている。

まず、認知症か MCI (軽度認知機能障害) かで迷っている位の、そういう重症度レベルで迷っている位の症例では、例えば MCI due to AD<sup>94</sup>とかも知れるの場合でしたら、投薬は、その有効性も確かめられますし、実際精神科でも使っていることが多いんですね。で、家族と相談して、投薬を決めます。で、投薬を受ける人もいれば、そうでない人もいますので、そうでない場合は半年後にフォロー

---

<sup>94</sup> 「アルツハイマー病による MCI の状態」を指す。以降の同じ表記も同意である。



です。今度は認知症だけでも種類が分からないという場合は、PET<sup>95</sup>とか更なる検査ですね。患者さんご本人の認知機能がある程度保たれていますので、ご本人が服薬を嫌がっても家族さんが飲んだ方がいいと言ったりした場合には、次回の外来で（返事を）、になりますね。また MCI（軽度認知機能障害）とかで病名告知するかどうかで、また難しいんで、初診外来とかだとまだアルツハイマーとか、そういう病名を使わないようにしてます。というのは、アルツハイマーって、癌告知のように、治らない、しかも何十年どうなるんだろうとか、あとはマスコミで電車止めて賠償金とか、そういう例もあつたりしますので、まして1回、2回の外来で、まだ信頼もされていないでしょうし、伝えるタイミングを見計らいますね。だから、家族さんだけに言ったり、あるいは言うかどうかの相談をしたり、場合によっては「物忘れ予防のお薬」という説明をして投薬したりします。でも「物忘れを予防する薬ですよ」と言っても、恐らくある程度正常な人だったら例えば「アリセプト」とかって、Google で調べたら分かるのですが、僕が知らないだけかもしれないんですけど、これまで「先生、アリセプトって、アルツハイマー病って書いてありますけど」って言ってきた人ってゼロですね。本当にご家族が熱心で、Due to AD かどうか分からない、もしかしたら、生理的記憶低下か、それとも MCI（軽度認知機能障害）か初期認知症かさえ分からない、いわゆるコリンエステラーゼ阻害薬の適応ではない症例でも選択肢は2つですね。6カ月後再診か、家族と相談の上で、Due to AD の可能性に対して投薬するか、ですね。概ねそのどちらかですね。可能性を「否定出来ないことに対して」ですね。だから診断的治療という感じもありますね。それも家族に説明します。例えば高血圧の薬と違って、効果判定が難しいですし、それは診断的治療という意味でも難しいですよ、って言ってますね。でも阪大に来るような患者さんですから、「いいかもしれない事は全部してみたい」という感じなんですよ、

---

<sup>95</sup> 巻末資料3 参照

それを科学的に否定出来ないのであれば。例えば血圧 120mmHg の人に高血圧の薬を使うことは科学的根拠を以て断れますよね。でも科学的根拠を以て断れないことは、それは家族の意向を酌みます。「じゃあ、(薬を) 行きましょうか」って。それは保険を投入する訳ですから、それは一応酌むようにしてますね。行かない方がトラブルが多いのではないかと、いう気もしますし。(A 医師)

まず、MCI (軽度認知機能障害) という状態は、コリンエステラーゼ阻害薬の適応ではない。しかも、MCI (軽度認知機能障害) のうち 1 割から 2 割はアルツハイマー病を含めた認知症への進行があるとのデータがあるものの、その有効性については未確立である。その点を踏まえた対応である。ただ、有効である確率が現在の医学的エビデンス上は、100%薬剤の効果が発現しても 10%から 20%であるうえに、MCI (軽度認知機能障害) は症状が緩やかな段階であるため効果が実感しにくいために、医師の立場からは積極的に勧められるものではなく、その使用を患者家族の意向に委ねているということである。その背景には多くのコリンエステラーゼ阻害薬が致命的な副作用が少ない点と、やはり疾患の見通しの中で多少なりとも「少しでも薬が効く可能性」や「安心感」を家族が得るという点があることが推察される。またここで A 医師の言う、「阪大に来るような患者さん」というニュアンスは、ある程度、自分達でも色々病気のことについて調べて来るような人、可能なことは何でも試したいと考えるような人のことを指すという。

こうした「前」認知症状態ともいえる MCI (軽度認知機能障害) の患者への投薬などについては、里直行准教授は、薬剤は基本的にアルツハイマーを疑った場合には使うとしながらも、アルツハイマーとの鑑別がつきにくい疾患概念を例示したうえで、少し異なる見解を述べている。

認知症である以上、進行した場合の結果は、家族を含めたケア体制構築という点は同じだから、薬剤の希望以上にその後のケアを心配する場合の方が多くな

あ。まあ経過観察期間が長い人は特に、だけど。だから、アルツハイマーかどうか微妙な症例でも SPECT はあまり撮らないね。例えば、嗜銀顆粒性認知症。銀を取り込む性質のある顆粒が細胞質に豊富になる状態になるんだね。細胞内にタウという物質が貯まる状態になると言われていて、剖検例から判明した病型だよ。もっともアルツハイマー病でもタウは貯まるけどね。進行は比較的ゆっくりで、その点もアルツハイマー病と共通、ただ易怒性がやや高いとは言われているが、実際は区別がつかないことも多いというのが実感だね。（里准教授）

里准教授は、足掛け 10 年以上、認知症が痴呆症と言われていた時代から診療を行っているため、長く経過を追った経験からそうしているのだという。したがって里准教授と他の老年内科の医師とでは、患者の年齢層が異なる可能性もある。このような症例毎の対応は、ガイドラインには明示されておらず、大阪大学老年内科全体で統一的対応を取るということでもなく、個々の症例に合わせるだけの権限を、各医師が委譲されていると考えられる。その権限移譲された中で、A 医師は自診療科の認知症患者のターゲットを MCI (軽度認知機能障害) の前後のレベルに定めているという。

ホームページなんか「ちょっと気になる人」と書いてあるので、MCI (軽度認知機能障害) 前後のレベルの人が対象になることが多いですね。で、包丁振り回している人とかは、もう精神科に行っていると思うんですね。老年内科は大学とはいえ、ハードルが低いので、実際にアンケートを老年内科以外の患者さん 100 人位にとったところ、老年内科が一番受診しやすいという回答が多く、精神科は殆どなかったように思います。多分家族に連れて行かれるにしても、精神科だと「俺を気違い扱いしやがって」みたいな感じで。「内科だから」みたいな感じで受けやすいのではないかと思います。（A 医師）

このように、顧客である、患者の受診意向も確認したうえで、自診療科のホームページ上での表記まで考えている。「気になる人」という書き方だと、心配になって自ら受診する人もいるのではないかと聞いたところ、次のように述べている。

HPには「必ずどなたか家族さんと来て下さい」と書いてありますし、問い合わせの場合にも同じように説明してます。ただ飛び込みの場合は、お一人で来られることがあります。まずアルツハイマーは自覚がない場合が多いので、自覚があるという時点で正常である場合が多いんですね。自ら来る、っていう時点でまず少なく、確かについ最近自ら飛び込みで来た人は、「いやあ先生、私もう心配で心配で、今日アルツハイマーって言われたら首吊ろうと思って縄持って来てるんです」って麻縄を持って来られてました。それは、鬱か何かで、まあ変わった人も多いですけど、実際そういう感じで、困ったことはないんですね。自覚がある時点でアルツハイマーの疑いは薄いわけですけど、それでも稀にはおられます。そういう場合には、家族を呼びます。昔、これはLewyだったんですけども、警察呼んだり、霊が見えるといってお祓いたり、という話があって、詐話だといけないので、御兄弟に来てもらいました。その通りでした。その人はMMSE（ミニメンタルステート検査）が28点でしたかね。その人はイクセロンで消えましたね。9mgで消えましたね。それから1年経ちますけど、まだ出てないですね。7割、8割はつきますね。大体の患者さんが初診、MRI検査、2回目の外来で診断がつきます。つかないって言っても、MCI（軽度認知機能障害）と取るか、初期ADと取るかで、医者によって意見が分かれるっていうのと、後は何か認知症だけれども病型分類が分からない、とかですね。（A 医師）

ここからは、患者ターゲットをある程度意図的に絞り込んでいることが理解可能である。それでいて、時に幻視を示すような患者が紛れ込む実情と、ある程度対応が「可能」とな

ってきている実情を語っている。更にその絞り込みの結果として、疾患ごとにある程度の患者の棲み分けが出来ていることにも、次のように言及している。

幸い、阪大は物忘れ外来を標榜している科が3科あって、MCI(軽度認知機能障害)とか初期はうち、Lewyとvascular(血管性認知症)は神経内科、前頭側頭型やBPSDとかがある症例は精神科、と棲み分けがあって、もう紹介し合っているんで、それは同期が多いから、紹介も楽ですね。まあ、ぶっちゃけ、精神科、MCI(軽度認知機能障害)とか診たくはないと思うんですよね。それと、僕は同期が2人精神科にいて・・・僕、前頭側頭型(認知症)とか経験少ないですし、分からない時は相談に行くんですよ。そういう時に、外来レベルで、こうしよう、ああしよう、という話をしながらやって来たことが、結びついていると思います。実際、「アルツハイマーなので、よろしく」とか、「アリセプト飲んでるんですけど、よろしいでしょうか?」とか、院内紹介をされますよ。(A 医師)

先述のインフォーマルな調整については、インフォーマルであるが、かなり強い連携がなされていると考えられる。学部時代の同期が正規スタッフとして、それぞれ外来をしているということが強みであるという。一方で、その連携について、老年内科、あるいは精神科において、上司である教授からの指図はないという。

そして、Lewy小体型認知症の患者については、次のような見解を述べている。

Lewyとアルツハイマーで分からない場合って、早期介入の有効性の話から、どっちか分からないけどコリンエステラーゼ阻害薬を使うには、いい適応だと思います。まさに先週(9月頭)に(適応承認が)下りましたけど、アルツハイマーも2,3割は幻視が出ますし、Lewyは7割位ですけど、分からない時が、まさにいい適応と思って使ってみましたね。どっちでも効くってことで。(A 医師)

そして、このような軽症の患者の場合、本人もある程度の意思表示が可能であるため、実際のところ、患者と家族、こういった形で意見を尊重するのか聞いてみたところ、それぞれ以下のように述べている。

基本的に患者さんをどうケアするか、ということを中心におくが、家族にもできること、できないことがあるから、そこは尊重して、進めざるをえないと思う。

(里准教授)

疾患の特徴として、例えば、運転免許取り上げるってなった時に、本人は「嫌」って言いますよね。でも事故を繰り返している場合は危ないんですけど、この疾患の患者さんの誘導の仕方として取り上げるってしないので、他に興味のあるものを見つけさせて、っていうやり方になるので、運転免許みたいに社会的に危害になる可能性のあるものは、基本的に取り上げる方向で考えないと仕方ないですよ。だけど、趣味みたいなものを家族が止めさせたい、というのだと、訳が違いますよね。何れにしても、患者さんの誘導、指導の仕方として、例えば「私、悪いから皿洗いだけはするわ」っていう方がいるとして、でも落として割るし、洗ったら濯がないしで、止めさせたいっていう娘さんもいる訳ですよ。そういう時に「お母さん、ありがとう。私やるわ」っていうのは絶対ダメなんです。それは取り上げたことになってしまうので、喪失感を増やしてしまうんですよ。で、そういう時にどうしたらいいかって言ったら、「じゃあお母さん、洗濯物畳むのお願いしますわ」っていう言い方なんです。全部それなんです。運転免許を取り上げる時でも、喪失感を与えないように、何か代わりのものを与える。運転免許も取り上げるのは簡単なんですけど、BPSDが悪くなる一方なので、電車の楽しさを覚えさせるとか、車だと行けない世界を知ってもらうとか。だから先生

(筆者) に対する答えは、「取り上げないといけない物は取り上げる」ですね。ただ、そういうテクニックを必ず使う。社会的に危害を与えうるものは100%取り上げる方向で話を進めて、これが趣味とかになると、出来るだけそっちを尊重してあげる、感じになりますかね。だから内容によりますかね。ただ治療にかんしては家族ですね。患者が家族に任せるパターンって多いんですね。「分からんから聞いといて」って部屋を出て行っちゃう人もいますし。MCI (軽度認知機能障害) で話をする時は一緒に奥さんとかと話をしていますかね。だいたい、夫婦関係にもよるでしょうけど、奥さんは。そういう今までの夫婦の関係が、超見えます。旦那さんが掃除の仕方下手だからと言ってたりしたら、「奥さんそれはちょっとキツイよ」、とか言って。「僕なんか出来ませんよ」、と言うんですね。でも、「こんなことも出来ないの」って言って、そういう人は来るんです。(A 医師)

それは、特に治療については、圧倒的に家族ですね。MCI (軽度認知機能障害) の方だと、自分が認知症かもという不安もあり、判断を委ねている印象もあります。僕の外来の場合、脳血管性認知症以外ですと、投薬する代表例として、例えばアルツハイマー病の進行抑制薬は診断確定後でも使用可能ですし、MCI (初期認知症) の場合だとアルツハイマー病だとは確定し難い場合もあります。それに薬の副作用による性格変化などもありますから、アルツハイマー病でない場合にはかえって後から再診断を難しくすることもあるので、そこを説明します。でも、最初からアルツハイマーを心配している家族さんが多いので、結果として処方している例が殆どな気がします。(B 医師)

僕の場合は、先程もお話した通りで、MCI (軽度認知機能障害) の方だと割に自分から勧めることもあります。ですが、これまで家族さんが処方を拒否されたことはなかったと思います。ご本人が嫌という場合には、3か月程度の経過観察

を行います。ご本人だけでなく、普段見ている家族さんから見ても変化が「ない」と確信できる場合以外は、結局、家族の方が後から希望されているケースが多いと思います。(C 医師)

また、今回インタビューした医師の全員の口から「正確な診断のため」という言葉が出た。彼らは、現在の診療状況において可能な範囲で、医学的エビデンスに基づき様々な検査・診察を行い、「正確な診断」を目指している。しかし、「正確に」診断するためのエビデンスが未確立であったり、検査が常時できなかつたりということが背景にあるようである。しかし、一方で患者自身が不安から家族に判断を任せる場面、その家族の考えや内科医としての自身の考えに基づいて、アルツハイマー病の可能性を加味して処方するケースが多いという。

更に、大阪大学老年内科で「もの忘れ」外来をしている医師のうち、里准教授以外は元々専攻が異なる。インタビュー中に、内科であれば生活習慣病による認知症リスクをどのように捉えるかという話になり、A 医師は自身の循環器内科医としての考え方からの転換をすることになったとまどいも踏まえ、次のように述べている。

その点に関してはメタ解析なんかもあるんですけど、イマイチ分からないんです。例えば血圧のレベルによっても色々あるでしょうし、例えば観察研究だけだと 1.8 倍とか、でもそれも血圧の状況ってまちまちじゃないですか。コントロール状況も分からなければ。その間で脳卒中になった人を除外したのかしていないのかとか、色々あるんで。ガイドラインには 4 つ位メタ解析の結果が載ってるんですけど、それもまちまちです。例えばハイベット (HYVET-COG<sup>96</sup>) だと 1.2 倍、あれは物凄く信頼できる、有意差をもって 1.2 倍ですね。あれ、リスクの低

---

<sup>96</sup> HYVET-COG: Hypertension in the Very Elderly Trial cognitive function assessment の略。詳細は、Lancet Neurol. (2008) Aug, Vol.7, No.8, pp. 683-689. を参照のこと。



い人達が母集団で、「比較的健康な高齢者」っていうことで。それでも2割増えるっていうことですので、あと認知症のガイドラインにいくつかの解析が載っているんですけども、概ね1.5~1.6倍位じゃないですかね。でもそれ4つ全部載せているってことは「どの位か分かりません」という一方で「リスクファクターとしては間違いない」ってことなんだと思います。そこでは、Vascular だこの位、AD だこの位のリスクである、と別々に解析されています。ですが、合併パターンはまだ名前もハッキリついていない位で、例えば Mixed type, っていうのは物凄い古典的な言い方ですし、最近だと AD with CVD<sup>97</sup>, あるいは VCI (Vascular Cognition Impairment) と提唱するグループもいたりだとか、最終的には pure な AD と pure な CVD があって、そこはアナログ的に繋がっているだけだと言う人もいれば、割合なんだという人もいれば、そういう事をいうと、AD は vascular の疾患なのか、内分泌疾患なのかというところまで行き着きませんし、要は何も分かってなくて。そこが循環器出身の僕でも一番難しくって、循環器って血圧 139 はセーフ、140 はアウト、って、そういう世界なんですね。もう白黒決着がつく世界だったんですけど、だから認知症診療を始めて一番戸惑ったところはそこでした。グレーとか、何やよう分からん段階で薬を出さないといけなし、納得いく説明をせなあかんというのが、循環器をやっていた人間からすると、まず勝手が分からなくて、物凄い悩みましたね。でも、認知症っていうのは、そもそもグレーで、専門医ですら分かってなくて、ていうものに対して堂々と薬を出すかどうかの選択をしないといけないというのが、ありました。だから僕、初め薬出せなかったんです。「こんなグレーで出していいんだろうか」って。出せなかったんです。今はバンバン出したり出さなかつたり、出来るようになりましたね。それは一つ、認知症というのはこういうグレーな疾患だ、っていうのを身体で知ってから出せるようになりました。循環器と違って、勉強して出来る

---

<sup>97</sup> CVD: Cerebro Vascular Disease 脳血管病, つまり脳梗塞などのこと

ものでもなくって、診断基準がグレーな訳ですから。だから、最初のうちは、殆ど全員入院させて診てました。1泊2日、で、入院してもらって。次の外来まで時間があるので、勉強したり、皆で相談したりしてましたね。で、今は妙に自信もついてしまったので、中々入院させなかったり、明らかなADでっていうのは特に。あるいは、前は、明らかな生理的物忘れでも入院してもらっていたような感じでしたね。そりゃあ、僕、楽木先生から「認知症やれ」って言われた時、「え？」でしたもんね。Lewy 小体型認知症ですら何か分かってなかったですから。(A 医師)

僕も長く循環器内科をやっていたから、ガイドラインが金科玉条の世界にいたわけで、認知症の曖昧さには戸惑いました。そもそも、MCI(軽度認知機能障害)とか、ある程度軽症な患者さんだと、外来で僕の前では「普通の人」に見える人もいますから。それを認知症だと診断するのに、特定の認知機能検査や、家族の言葉だとか、限定された条件で決めてしまっているのか、というジレンマはありました。(B 医師)

循環器内科は、ガイドラインが金科玉条である診療科の代表でもあり、その考え方から、非常に曖昧模糊とした疾患診療への転換については、更に次のように付け加えている。

本当にモヤモヤでしたね。以前に時々阪大で内科セミナーと題して、内科の先生にお話ししたことがあったんですけども、認知症を診るためには、まずモヤモヤした病気であることを理解して頂かないと、まずそこだと思います、というようなことを言ったことがあります。実際自分が循環器をやっていたので、その壁を超えるのに時間がかかって、何をやっても「は？」って感じで、専門家に聞いても納得した答えが得られない、「あ、こういうモヤモヤした病気なんだ」

って理解するのに時間がかかりましたね。そりゃ認知症の診断基準に、社会的もしくは職業的環境の中で「困っている」という基準があって、これを満たさないと認知症と診断できないんですけど、そんな「困っている」というのが診断基準に入る位ですから。だから、MMSE(ミニメンタルステート検査)0点でも、本人が困ってなければ、認知症の診断には絶対にならないんですね。30点でも困っていると言ったら、そこはクリアですよ。なので、「困っている」ということが診断基準に入っている時点で、そういうものだということを理解してくださいというように話してますね。例えば介護力にもかかわるでしょうし、変な話、時代で変わるでしょうね。昔はメールが打てなくても困らなかったけど、今の時代メールが打てないと困るとすれば、20年前はそうでなくても今の時代なら認知症ですよ。ですから、この病気が社会的な病気であることを理解するのに、僕は時間がかかったということですね。例えば、昔の田舎だと、周りの人が徘徊を見つけてくれたり、親子3代で住んでいて子供が見てくれたりして、「困っている」ところがクリア出来たのかもしれないですね。これが都会だと、徘徊しても放ったらかし、親子3代で住んでいる訳でもなく、下手すれば独居。ですから、困っている、ということに対しての介護力の観点からは、都会の方が、認知症の診断基準を満たしやすい気がしますね。社会がサポートしてくれて、田舎だったら「おばあちゃん、そこに居たから連れてきたよ」って言ってくれるかもしれないし、孫が面倒見て、孫も認知機能が同じ位だと、仲良くやれるじゃないですか。そういう社会が、都会は真逆で、独居で周りは無関心、てことで、徘徊したら誰も見ないし、見つからないし、誰も相手にしないということもあるでしょう。(A 医師)

そして以下のように続けている。

そう考えると、社会的病気ですね、認知症は。100年前だと認知症にならない人が、ここへ来ると「認知症」と診断されてしまうとか。例えば僕らが100年後になったら認知症になってしまうかもしれませんね。「こんなことも出来ていない、社会的に生きていけない」って。社会の（要求する）認知機能についていけない、っていう。それを人間的に扱おうって、2000年頃から変わって来ましたよね。とは言っても、家族は色々ですね。まあ阪大に来られたり、あと僕は市立伊丹にも言ってるじゃないですか。あそこも市立病院なので、実際に割と熱心ですよ。離れていた家族がLINE<sup>98</sup>作って、お母さんのことを報告し合ったりとか。逆に埼玉の娘さんが、この外来の時だけは必ず来るだとか。母集団はそういう感じだと思います。阪大病院の母集団は。逆に熱心過ぎて困ることもありますけど。「お金に糸目はつけない、良くしたい、やれることは全部したい」という感じは、しばしば見えますね。（A 医師）

ここからは、大阪大学医学部附属病院老年内科に来る家族の態様が分かる。自分達で調べられることは調べ、病院に頼めることは頼み、可能なことは何でもして欲しい、そういうことを何らかの形で表現する家族が多いということである。

そして、BPSDなどが出現して、家族が「どうにかしてくれ」と言いだして、諦めの状態になるような状況になった時には、「良くして欲しい」ということに応えられる疾患ではないことを踏まえて、認知症が進行した際のことを聞いたところ、以下のように述べている。

それが我々のいいところで、一番軽い段階で患者さんを診れるので、予後の話なんかもいい段階で出来るんですね。悪くなってからするんでなくて。そもそもMMSE（ミニメンタルステート検査）が26点なんかの段階で、今後のことをゆ

---

<sup>98</sup> ソーシャル・ネットワークサービスの一つである。

つくりと話が出来るので、18点になってからとかと違って、今後の覚悟を促しながら出来るので、だから僕は認知症は早期に診るべきだと思うんですね。これは残念ながら進行性で、5年後にはあなたの名前も分からなくなるかもしれません、って、そういうことを全部説明出来るので、僕は認知症はMCI(軽度認知機能障害)のうちから診れるのが一番いいと思うんです。生活習慣病の介入も出来ますし。と思ってるんですね。時間をかけて説明します。で、対応の仕方とかも説明しないといけないので。(A 医師)

早期介入の有用性は、予防処置や治療の開始だけでなく、家族の「心構え」の形成にも役に立つということである。

家族の「心構え」に関係することの一つとして、メディアで認知症患者の報道や、認知症の特集番組があった後の様子について、次のように語っている。

質問は増えますね。例えばシロスタゾール<sup>99</sup>がどうかとか。あと僕が凄いなって思ったのは、僕以前にある週刊誌でインタビュー受けたんですね。そのことをすっかり忘れていたのですが、ある時、急に電話がえらい鳴ったんですね。「受けられますか？」とか。だから、ああいう週刊誌でも医療の頁が4頁位あるんですね。それも長寿<sup>100</sup>の先生とか、何人もの先生が記事になっているうちの一人なのに、何十件も問い合わせが来るんですね。たかが、と言っては失礼ですが、テレビではなくて、週刊誌ですよ。だからビックリして。で、こういう一般のマスコミって凄いなって。うちのホームページにも載せているんですよ。「物忘れ外来始めました」的に。でも、そちらより効果が明らかに凄い。(A 医師)

---

<sup>99</sup> 抗血小板薬の一つで、脳梗塞などに適応を有する。

<sup>100</sup> 国立長寿医療研究センターのことを指している。

どういう訳か、僕の外来は元々話の長い家族さんが多いのですが、そこに輪をかけて質問が増えるので、正直大変です。時々、番組自体の伝え方が悪かったり、間違った解釈をしておられたりするので、それは修正しておかないと、今後の治療に差支えますし。正直言うと、止めて欲しいです。(B 医師)

個人差はありますが、再診の患者さんの家族も色々と質問が増えますし、何よりその後2週間位は初診申込みの患者さんが増えます。その間は、輪をかけて忙しくなり、他の業務に影響が出ないようにするのに必死な時もあります。(C 医師)

このように、マスコミ側から取材される対象にもなる一方で、その影響も受けているのが大阪大学老年内科である。

組織としては、従来以上に認知症に特化した診療を強化する動きがあり、それは老年内科としての生き残りをかけているという側面もありそうである。一方で、今回の調査の対象の中で、認知症患者のみを診療する外来枠を設けているのは、大阪大学老年内科だけである。

診療にかんしては権限移譲がほぼ完全であり、他の診療科との連携も含めて一任されているようである。その結果として、制度化されない「棲み分け」が成立している。また、認知症診療に特化した外来であり診療時間枠は相応に確保してあるとはいえ、報道などから家族が受けた過剰な印象や誤解を、一つ一つ解くために、より時間的な負荷がかかっている。この点は、先述の、循環器内科のように「白黒」つけにくいという疾患特性がより一層拍車をかけているものと推察される。

そのなかで、診療のターゲットを MCI (軽度認知機能障害) から初期認知症のあたりの進行度の患者に定めている。したがって、恐らく多くの患者は、ガイドラインを参照しても「正確に」診断できる確証はなく、疾患の進行度ゆえに症候からも判断し

難い。その中で、アルツハイマー病の可能性を考慮し、熱心で医療費さえ度外視するような家族の意向を汲み、「処方」を行う場面が多い、と考えられる。

## 5-1-2 精神科

### 5-1-2-1 沿革<sup>101</sup>と武田雅俊教授

精神科は、1889年に初代教授により大阪医学校で精神科学の講義が始まった時、および、1894年に精神科としての診療科と教室が独立した時に始まり、日本の精神医学教室としては第二番目の長い歴史を有している。その後、明治30年代からは脳器質性精神疾患、昭和に入り、症候性精神病などの心身相関・心身医学へと範囲を広げている。更に先々代の教授の在任期である、昭和40年代には、既に老年精神医学の領域、とりわけアルツハイマー病の生化学的研究に先鞭をつけ、診断、治療の研究が、現在も脈々と続けられている。いわば、伝統的に認知症の研究・診療を行ってきた教室であるといえるであろう。

外来担当医へのインタビューを行うにあたり、武田雅俊教授（以下、武田教授）は精神科としての認知症への対応が変化してきた流れの概観と、今後について、以下のように述べている。

「自分の意思表示を出来ない人」への医療サービスをどう決めるか、精神科は悩んで来ました。昔の精神科診療というものは、ざっくりと医師が「父親」として（意思表示を出来ない人の意思を）推し測り、サイエンスに準じた「パターンリズム<sup>102</sup>」で医療を進めてきた経緯がありました。

それが時代の変化と共に、患者が治療の中の重要なステークホルダーとなって来ました。ある面では、患者が「嫌」と言えば、科学的に正しくても、そういった治療は行わないという方向になってきていると思います。

---

<sup>101</sup> 参照：<http://www.med.osaka-u.ac.jp/pub/psy/www/jp/history.html>

<sup>102</sup> パターンリズムを提唱したのは本稿でも文献引用をしている Freidson である。

精神科は専門家としての背景を、経験、教育のどちらが上という観点では捉えていません。ただ昔のアプローチだと、行動異常や他人への迷惑行動について、「本人」「他人（周囲の人）」の両方にアプローチを取っていましたが、近年は、本人がどう考えているかという主観的な意思をどの様に評価するかという観点からの治療方針へと変化してきています。

その立場から考えると、認知症の患者さんに対して、精神科医は、本人の「満足」「意思」へとアプローチする素養はあるかと思います。実際、統合失調症など、他の意思表示が出来ない疾患でも、患者の主観的体験を **Science** に乗せるといふ動きになりつつあります。もちろん、主観的体験というものは、そういう患者の場合、非常に分かりにくいのですが。

戻りますと、認知症の人の意思表示能力がないとすると、なんとも言えないアイロニーに入ってしまう。例えば認知症の人の財産管理だと、成人後見人法の施行後はだいぶ良くなっていますが、それまでは認知症を発症すると管理能力がなくなるから、認知症になる「前に」弁護士とか他人に委託するしかなかった。これ自体はおかしいともおかしくないとも言えない結論ですね。違う例だと胃瘻の話も、いつの間にか不必要な場合にはしないという方向に落ち着いてきたよね。

昔と比べて、遥かに認知症の患者を取り巻く状況は良いよね。20～30年前は写真に視線を入れていたしね。昔に比べると「社会」で診るというコンセンサスが定着しているよね。レーガン大統領のような有名人、地位の高い人が、年を取った後で認知症を発症しているといったことが明らかになっていることもあるだろうし、多くの精神疾患が若年で発症し偏見を向けられる **stigma** に比べると、認知症は「長生きしたら認知症になる」ということで社会的に取り組めるようになってきているのではないかな。



Freidson (1970) が述べている「パターナリズム」によって進められてきたのが、意思表示できない患者への昔の治療だとすれば、現在は患者を主体として捉え、周囲で診て行こうという動きになっており、自教室にも浸透させているということである。この「周囲で診る」という考え方は、以降に登場する、精神科医師の全てに共通して認められる。

#### 5-1-2-2 外来担当医

インタビュー対象の D 医師, E 医師は、研究面では、生化学的手法を用いての診断、治療などの研究を行っており、F 医師は認知行動療法関連の研究を行っている。この点を、大阪大学の精神科では最初に説明を受けた。また、E 医師が数年の認知症外来経験である他、D 医師, F 医師は、10 年前後の経験を有する。

また外来の体制として、認知症外来の担当医の枠には、認知症の初診患者枠が基本的に 1 枠設定されている。そして、残りの枠は認知症だけでなく統合失調症や鬱病など、他の精神疾患も含めて診療をしているという体制である。つまり、各曜日の個々の医師の予約枠は、他の疾患と混ざっている状態である。

まず初めに、初診患者に対して行う、ルーチン化している検査については、次のように述べている。(特に診療科全体でのルーチン検査はないとのことである)

まず最初に大切なことは、何で来たか。誰に言われて何で来たか、ですよ。で、その人は必ずいる訳ですよ。患者さんが来たくなくても誰かが連れてきた。で、まず初めに内因性変化か認知機能低下かどうかということを診ますよね。それである程度アタリをつけるけども、今の日本の制度だったら検査せん訳にいかんですよ。だから、明らかにこれ鬱病だなと思ったとしても、鬱病だとしても、アルツハイマー病の前駆症状としての鬱かもしれませんからね。だから鬱病の可能性の方が高いと思ったら 2 週間に 1 回の診察で様子見ようかという場合もあるけど、まあ多くの場合は患者が強く望んだら検査せざるを得ないですね。まず普

通の質問紙の検査、質問紙の検査は、患者が嫌がっている時はその日にしない時もあります。MMSE (ミニメンタルステート検査) とか、嫌がる人もいるんで、関係が悪くなったらまずいから、後回しにすることもあります。まあ血液検査です。血液検査は基本的には身体疾患の除外、それから脳の機能の検査と、脳の形態の検査。脳機能の検査としては僕は脳波と SPECT、とそれから ADAS (Alzheimer Disease Assessment Scale の略)<sup>103</sup>の予約を取ります。それで形態の検査は MRI をする、と。まあ本当は PET したい人もいるけど、阪大って出来ないんですよ。で、その予約を全部入れて、全部取り揃ったら、その頃に来て頂いて、改めて 30 分位かけて説明をする。っていうのが最初の診察ですね。(D 医師)

まず問診しますよね、で家族歴をしっかりと聞いてですね、神経学的所見は中々詳細に取れないので、まあパーキンソニズムがあるかないか、位ですかね。それから、自分で MMSE (ミニメンタルステート検査) をして、それが一通りの流れですね。あと、画像検査をします。初診で来られた当日に採血はして帰ってもらってますね。それは一般の採血を紹介元でしている時はしなくて、大体抜けているのはビタミン類ですね。ビタミン B1, B2, B12, それと葉酸, それと TSH, FT3, FT4<sup>104</sup>位はしますね。それで中々遠方から来られている方、高齢の方も多いため、次の外来日に重ねるのは苦労しますが、頭部 MRI 検査、それは大学の中では中々予約が取れないので、近くのクリニックで MRI で、出来るだけ当日にセットで脳血流シンチを、可能な限り。それと出来るだけ ADAS も入れるようにしています。当日大変なんですけど、2つないし3つ検査を受けてもらって、

---

<sup>103</sup> 認知症の状態をより詳しく知る必要があるときに実施され、見当識、記憶などを中心に 11 項目からなる検査で、アルツハイマー型認知症の進行の様子を評価するのに適するとされる。検査に 40 分～1 時間 30 分かかる。他の医師の発言内容にも含まれる。

<sup>104</sup> TSH, FT3, FT4 は甲状腺機能の検査項目である。

その後、再診にしますね。その時に家族さん、パートナーだけでなく、出来るだけ子供さんにも来てもらって、説明する。そんな流れですね。(E 医師)

MMSE (ミニメンタルステート検査) , 頭部MRIか人によってはCTですよね。後は血液検査, それとADASもほぼルーチンになりますかね。あとはMRIで特異的所見がなければ, SPECTをオーダーします。(F 医師)

精神科であるからか, 認知機能検査については老年内科より詳細であるが, 他には大きな違いは無いようである。

武田教授が述べていた, 「もの言わぬ患者」への意識については

それと直接関係があるかは分かりませんが, 僕は家族も患者と思って接しています。(F 医師)

僕らが若い頃から, ずっとそういう風に教えられてきたし, 考えてもきたから, 別に特別なことだとは思わないですけどね。(D 医師)

武田教授の言葉は, 単に言葉としてではなく, 個々の医師の態度として, 身に沁みついているようである。更にD 医師は付け加える。

僕が研修をしたのは, 2000年以前の昔の制度の頃でしたけど, 既に「痴呆症」ではなく「認知症」と言っていました。(D 医師)

1990年代半ばは, 医療現場では「痴呆症」という病名が使われていた事実がある。このことから考えると, 当時から, 現在の「社会で診る」ことへとつながる動きが, 既に大阪

大学精神科では「普通」のことになっていた可能性がある。

次に、初診時の家族の付き添いと、その際の対応については、以下のように述べている。

概ね配偶者の方が多いですかね。初診では家族さんの話は、そんなに話は聞かないですけど。(F 医師)

配偶者の方が付き添われる場合が多いですが、娘さんの場合もあります。娘さんが来られた場合には、2回目の診察の時には配偶者の方にも来てもらうように説明します。(E 医師)

現実問題としてこんな人がいます。「デイサービス行こう」って家族が言っても本人は行かない。でも、その家族が何で行かせないかっていったら、近くに住んでるけど引き取りもしないし、一緒に住みもしないんですよ。そりゃあ出来ないですよ。で、親子関係って様々だから、例えば、お母さんが認知症だから家に引き取りなさい、なんて一概には言えないし、そこのところは家族の親子関係が見えてきますね。で、そのことが分かっているから、僕は、最初に検査が一通り終わった時に、出来るだけ親戚も含めて全員来てくれって言うんですよ。その時に言う事は、「今のお父さん、お母さんは、あなた方の思っているお父さん、お母さんとは違う」と。どちらかと言ったら自分たちの子供に近くなっていると。そういう認識を皆持ってもらわないと、近くに住んでるキーパーソンが施設に入れられた時に、「何でそんなん入れるねん」って話になってくる訳ですよ。だから、皆来てくれって。で、「来なかった人は、聞いてないんだし、あんまり口出し出来ませんよね」という雰囲気にしてる。で、写真とか客観的データを出して言って、「現状はこうです」と。それで急に亡くなる病気ではないけど、徐々に確実に進んでいく病気だから、どういう状況になったら誰が見るとか、どうい

う状況になったら施設に入れるとか、考えないとあかんし、最初のステップとして介護保険の申請をしておくように、と。僕は検査させてもらったらか申請を書けるし、住んでる地域のソーシャルワーカーに来てもらったらか、そこで何が出来るかって分かるし、実際に何が出来るか分かるから、申請はしてくれ、って。最初に言います。だから最初の時だけは（全員）来てもらうんですよ。そんなら後々スムーズに行きますね。例えば「東京の家族も呼んで」って一応言うんですよ。一応電話して、来なかったのは仕方ない、と。（D 医師）

3 人の中で最も診療経験年数が長いのが D 医師である。実際のところ、認知症が進行した際に、後々家族間で揉め事が起きることもあるため、介護保険の申請などを含め、出来る限り家族全員に共通認識を持たせるのだという。また F 医師の述べている、「初診の時には家族さんの話は、そんなに聞かない」の真意は、出来る限り患者自身の情報を深く取ることに集中している結果であると考えられ、この点は老年内科の A 医師と見解が同じであると考えられる。また、こういった医師の態様の極端な例が、老年内科の B 医師が述べていた「紹介元の精神科医」なのであろう。

次に、診療した認知症患者のうち、アルツハイマー病などの疾患比率が、どの位の割合かを、次のように述べている。

大体、アルツハイマー病が 6 割位ですね。（F 医師）

アルツハイマー病が多いんですけども、7 割位は AD じゃないかな。それであと、純粹に脳血管性（認知症）って人、最近減ってると思うんですよ。で、混合型と思われる人が 1 割位ですかね。残りを Lewy 小体型と前頭側頭型で分けてるって感じですね。あと、Lewy の方は 1 割未満、ですね。見落としてるだけかもしれませんけど。実際、後になってから実は、という症例があったりもしま

すので。(E 医師)

僕ね、自分で思ってるよりも、後から研究の事とかでカルテを見返すことがあるんですよ。思っているよりも、アルツハイマー、少ないですね。パッと聞いていると、アルツハイマーが7割か、8割かって思いますけど、実際にカルテに戻って見てみると、そんなことないな、って。5, 6割くらいかな。(D 医師)

アルツハイマー病が6割強という印象がある一方で、Lewy 小体型認知症の診断については迷いがあることもうかがえる。Lewy 小体型認知症は、初期にはアルツハイマー病との鑑別が困難である例も多いため、精神科でも「早期受診」する患者が多くなっている可能性を示唆する。精神科を受診する認知症患者の場合、症状が多彩であることも考えられるため、診断に苦慮した場合の対応、苦慮した症例について聞いてみたところ、以下のように述べている。

それは経過を診ていくしかないの、「もう、分かりません」という訳にもいかないの、まあ「もう分かりません」ではなく、現時点で分からないから通院して頂くというケースですよ。人にもよりますが、本当に軽度の段階だと年1回の通院になりますし、何らかの形でBPSD なんかの治療が必要になると、そのBPSD の程度に応じてになるし、まあMCI (軽度認知機能障害) レベルだったら半年に1回位になる場合もありますね。(F 医師)

ある患者さんがおられまして、その方は糖尿病の方でですね、比較的若かったんですよ。50代後半で発症されて、そうだけど孤発性アルツハイマー病の家族歴がないんですね。で、認知機能低下も穏やかだし、他院からアルツハイマー病の疑いってことで紹介されて来たんですけども、前頭側頭型かADか分からん、

みたいな感じで随分迷ったことがありますね。で、大阪市大にお願いしてアミロイド PET を撮ってもらって、陰性でした。だから多分前頭側頭型なんじゃないかな、と。でもそれ、かなり（時間が）かかりました。2、3年分からんままずつと来て、年に1回は ADAS をするようにしているんですが、それで全然落ちない、かと言って。反社会的行為とか逸脱行動とか、脱抑制とかも目立たないんですよ。進行も非常に穏やかで。ただ、家族さんは「どっちなんですか？」とか、「何とかありませんか？」とか、焦られましてね。まあ、どっちであっても何とかはなりにくいんですけどね。まあ予後の問題が、若年で AD だったら早いんですから、前頭側頭型やったら比較的穏やかな人も居られると思うんですけども、だから、それで、まあ家族の方に押し切られて市大の方をお願いしたような感じでしたね。で、僕は「こういう方法がある」って言うたんですね。ここでは出来ないけど、ってことで。「お願いします」ってことで頼まれて、で、保険診療じゃないですからね、中々その辺もやりにくいところがありますね。（E 医師）

F 医師は、MCI（軽度認知機能障害）の患者の場合、ある程度経過を追うことを述べている。

E 医師が対峙した家族の像は、老年内科の A 医師が述べていた、「可能性があって、やれることは何でもやってみたい」家族の像と重なる。

D 医師は、個別の症例というよりは、診断に苦慮した時の考え方を次のように述べている。

僕は思うんですよ、認知症なんかは特にね、病期が長いじゃないですか。だから横断で診断せずに、縦断的に診ていけばいいと思うんですよ。横断面で1つの側面が見えたら、それで診療をすればいいし、心配だったら1週間か2週間に1度診ればいいと思うんです。今の診断基準で診断出来ない病気もあると思います

よ。だからそういう場合は、脳の中の病理にアルツハイマーがあるのかな、ないのかな、と思いながら縦断的に診ていきますね。で、髄液<sup>105</sup>とか調べても分からない人、いますよね。調べてもどっちか分からへん、っていうの、結構あるんですよ。そんなに、今の診断学とか症候学とか、根本の病理も含めて、そんな100%は分かってないと思いますよ。色んな診療技術は増えてきてるけど、病理解剖は減ってますよね。それを、「こういう人がこういう病理だった」と結びつけて、本来ならもっと出来てる筈なんだけど、それをやりにくい世の中になって来てるから。だから僕は全部分かるとは思わないし、それをその場の状況で右とか左とか決めるのがいかんと思います。決めずに現実的対応で、例えばこの人やったら2週間毎とか、っていう形で診てますけどね。(D 医師)

認知症疾患は、アルツハイマー病であれ、Lewy 小体型認知症であれ、病理(剖検例からのフィードバックデータ)が元になって病型分類されている。一方で、症候は、病理だけに直結する訳ではなく、現段階では患者の日常環境の他、生活習慣病などの種々のリスクファクターがあるといわれている。つまるところ、脳の変化を検査(MRIなど)で代用して診断するとしても、病理所見を100%反映できる検査は、現在のところ存在しないということの裏返しともいえる。したがって、現実的な対応方も千差万別にならざるをえないのである。

また精神科では比較的少ない可能性があるが、MCI(軽度認知機能障害)を含めた軽症認知症の患者への対応については、以下のように述べている。

MCI(軽度認知機能障害)の方でも脳血流 SPECT でアルツハイマーに近い、あるいはアルツハイマーに進行することが強く疑われる時には「早期介入がいい」

---

<sup>105</sup> 脳脊髄液のこと。脳と脊髄の周囲に存在する液体成分で、アルツハイマー病の診断に用いられることがある(ただし保険適応外)。



と説明して、投薬、ですよ。ただ MCI (軽度認知機能障害) でもアルツハイマーになる兆しがないのであれば、あまり使うのを勧める訳ではないですよ。まあ、アミロイド PET がいいのかもしれませんが、あまりすぐ使えませんから、SPECT、形態上アルツハイマーになりそうだけれど症状が軽ければ MCI (軽度認知機能障害) になってしまいますから、そういう場合ですね。でも形よりかは SPECT を重視しますかね、今のところ。(F 医師)

MCI (軽度認知機能障害) もしくは SCI (主観的認知機能障害) の方、自分で気になったからって来られる方、それが結構少くないですよ。MMSE (ミニメンタルステート検査) 満点とか、ですね。少くないです。本当に。凄い気にされて。でも、確かによく聞くと家族歴があったりとかですね。だからそこそ皆さん、勉強されつつあるんじゃないですかね。それ (家族歴) が心配だから来る、とか。それは必ずフォローするようにしてますね。1年に1回、次の ADAS とかは取れますから。地域にもよると思いますけどね。(E 医師)

法的にはそういうのがあるのかな。でも、僕ら精神科で統合失調症の人とかも診てるじゃないですか。そういう人とかと比べたら、どうなんだろう、認知症になって、意思決定能力がないっていうのは、あまりある先生が「この人は意思決定能力がある」、別の先生は「この人は意思決定能力がない」とかってぶつからないんじゃないですか。だから診療で、認知症だから家族の人に薬を飲んだか確かめてもらうとか、場合によっては入院するだとかで困ることは、精神科の病院では少ないんじゃないですかね。例えば躁状態の人とか、本人に意思決定能力はないけど、「俺は何ともない、大丈夫だ」とか言ってますよね。そしたら患者は「家族と病院が結託して自分を入院させている」と訴えたりするんですけど、そうしたら係の人がきて、「適正である」と言ってくれたりするんですけどね。

まあそんなことを普段やっているから、患者の意思決定能力が問題になって云々ってことは僕はあるまいですけどね。初診の時に（家族に）連れられて来て、色んな検査をして、薬飲んで下さいねって言って飲んでくれなかったら、家族は多分飲んでねって言ってくれてると思います。だから、患者さんが何か言っただけで、本来しないといけない治療が出来なくなることって、そんなないかなあ。で、僕がよく患者さん達と話すんですけどね、やっぱり、自分の母親が認知症になりかけたら、早く使うと思います。で、その時期を延ばそう、後は諦めるけど、って。僕がよく言うのは、「あなたはまだアルツハイマーじゃないですよ。まだ診断基準も当てはまっていません。でも色々な意味で老化は人より早いであろうと思います。うちの母親だったら薬飲ませます。」と言ったら 9 割以上の方が薬出して下さい、と言います。（D 医師）

老年内科に比して、診断における SPECT の使い方、更には認知機能を MMSE（ミニメンタルステート検査）より手間のかかる ADAS で行うなど、診療科のカラーの違いが前面に出ている。D 医師は少し異なる角度で、経験を元にした見解を述べている。更に、薬剤の勧め方については、老年内科の C 医師とは異なり、「家族の立場」から見ている面もある。このような過程を経たうえでの、治療上の意思決定において、老年内科で耳にしたような、報道などの影響がないのであろうか。その点については、次のように述べている。

家族の方から、「アルツハイマーですか？」と聞かれる場合、まあそれは薬ということですね。それとマスコミ（による周知）ですか、まあ早期介入がいいということになってますしね。ただ、テレビのドラマや報道の後で患者が増えるという印象はないですね。（F 医師）

やっぱりよく受ける質問としてですね、最近「治るんですか？」という質問は

減ってきましたよね。よくテレビとかでもやっているからかもしれないんですけど。後は進行を完全に止めることは出来ないんですね？、とご家族の方から言われることが増えていますね。でもまあ、そんなもんですかね。要望として、後は治験をお願いします、っていうのがありますね。（E 医師）

アリセプトが出てしばらくしてから変わりましたね。「早期発見」とか言うようになって。早期発見しても別に変わらないんだけど、でもやっぱり最初の頃はね、出た頃はね、今まで認知症になっても薬がなかったのが、病院へ行ったら薬もらえる、ってなってきましたね。で、まあ、（認知症が）早期か中期か、で遅くなったら、飲む薬ないんや、と。それからメモリーが出てきた。その前後から、何で認知症が酷くなってから、薬増やしたりせんとかあかんのかという雰囲気が出てきた。中期より更に高度（の認知症）になって、寝たきりなるまでの時間増やしても家族が困るだけじゃないか、って。それよりは今ある薬を早く、いい状態の時に使って、いい状態の時間を延ばそうという雰囲気が社会全体に出て来て、それと早期発見って、皆言いだして、何でなんかな？って。こないだも箕面市で早期発見の何かをする、と。早期発見をしても、別にいいっていう理由はいまのところ無い訳ですよ。Disease course modify 薬みたいなのがあったらいいけど、早期発見って皆言っただけですよ。「早期発見」というのが、割と社会にスーッと入った感じがしますね。で、どんどん早期の人が来るようになった、と。あるいは SCI（主観的認知機能障害）のような人が来るようになった、と。あと、基本的にね、認知症っていうのがあるというのは、皆知ってると思います。「恍惚の人」とかもあって、知っているのは知っているだろうと思います。で、皆さんが、色々な精神病を含めた知識がついたなと思ったのは、ネットが出てからですね。ネットが出てからは、完全に調べて来てますね。何で皆こんなに知ってるんや、と思った時は既にネットが出てて、後はテレビ、今もテレビで放送が

あった後は、翌日皆その事言いますよね。来た人は必ず言ってはりますし、でも  
ネットかな・・・どうかな？ (D 医師)

老年内科と異なり、テレビ放送の影響で、ダイレクトに紹介患者が増えるという実感はないようであるが、多くの家族が何らかの形で情報を把握しており、外来で医師とのやり取りをしている様子が見ええる。また、アリセプトが発売されたのが 1999 年で、まず「認知症になっても薬がもらえる」という認識が生まれ、その後から「早期発見」の機運が社会に浸透してきたという臨床実感を D 医師は述べており、この点は早くから「認知症」の診療・研究に取り組んだ組織で、長く外来診療にあたっていなければ得られない実感であろう。そして次のように付け加えている。

最初から BPSD が、何てことは余りないですよ。今や中期で見つかるって  
殆どないんで、そこまで問題が複雑化していないですね。 (D 医師)

このことは、大阪大学医学部附属病院の精神科外来における、初診の認知症患者の病状の進行の度合いが、以前に比べて軽症化、即ち早期発見される傾向が強くなっていることを更に強く示唆すると考えられる。背景には、厚生労働省が進める、啓蒙の存在も考えられる。ただし、患者が早期受診をするようになれば、MCI (軽度認知機能障害) あるいはアルツハイマー病と Lewy 小体型認知症の鑑別を含めて病型診断が難しいこともあるのではないかとと思われる。そういった領域での対応や臨床実感については、次のように述べている。

MCI (軽度認知機能障害) 位からかかっておられる方は、大体アルツハイマーっぽい人が多い気がしますけど。それと、Lewy 小体型認知症の場合、まあ基本的には、認知症は認知症ですけれども、例えば介護の書類でしたら普通に Lewy

小体型認知症と書きますし、まあ心筋シンチとか（の保険病名）でしたらパーキンソン病になる場合もありますけどね。アリセプトは使うとしたらアルツハイマーしか通らないですよ。アリセプト使いたければ、建前上「アルツハイマーと診断しました」としなければしょうがないですよ。使う時は家族の希望で決めています。（F 医師）

Lewyの方は1割未満、ですね。見落とししてるだけかもしれませんが。後になってから実は、という症例が。それと、あと早期受診といえ、自分で気になって、という方が北摂は特におられる感じですね。だから自分でかかりつけの先生に言って、紹介状書いてもらって（受診する）。（E 医師）

僕はLewy、抗精神病薬を使いにくい、アルツハイマーの亜型で、特徴的な幻覚症状とかが出る亜型だと思うんですけどね。まあ、でも今のアルツハイマーの診断基準は、「これを満たしたら全部持って行ってくれ」という診断基準ですよ。だから純粋なアルツハイマーが5、6割入って来て、Lewyは僕、認知機能の落ち方がアルツハイマーと違うようなところがあって、症状に割と波がある、という人をLewyタイプと考えるとしたら、どの位だろ、1割位じゃないですかね。で、Lewy小体病は何で重要かっていったら、対応が違うからですよ。対応が、抗精神病薬使うとか。だから疾患単位として分けるのは僕は問題があると思う。100歳位の人で（脳を）開けたら、Lewyの変化も（アルツハイマー）神経原繊維変化もあるっていいですよ、僕はあくまで加齢性疾患として捉えています。（D 医師）

まず、F 医師が述べるように、Lewy小体型認知症にアリセプトなどのコリンエステラー

ゼ阻害薬を使用する場合保険病名上は「アルツハイマー病」とせざるをえない事実がある<sup>106</sup>。しかも、その Lewy 小体型認知症は、初期段階では診断基準にあるような比較的特異的な症状を呈さない場合もあり、比較的特異的といわれる幻視という症状もアルツハイマー病患者の 2, 3 割に認められることから、軽症段階では診断が非常に難しく、「アルツハイマー病」として治療を開始してしまう可能性を示唆しており、このことを E 医師は述べている。このことは、D 医師も、「今のアルツハイマーの診断基準は、「これを満たしたら全部持って行ってくれ」という診断基準ですよ」と述べており、初期あるいは軽症段階では症候の曖昧さに加えて、診断基準の曖昧さが背景にあることを示していると考えられる。また、外来で医療者側が、医学的内容以外で困ったような経験がないかを聞いてみたところ、自身の専門性を前面に出さないものの、以下のように述べている。

何か精神科（の患者の）家族っていったら、結構医者の前では静かっていうか、すごい態度が良くて、医療スタッフとか外では暴れてて、「この方ちょっとクレーマーだから」なんて看護師さんが困ってても、いざ診察の場となると静かな人が多いですね。何故か分かんないですね、ただその場では色々クレーマーになってるけど、精神科医だからか、やり方がいいのか、分からないですけど、あまり少ない気がしますね。看護師さん達が、戦々恐々として「警備員呼んだ方がいいかしら」と、そんな状態で、毒づく患者さんも家族も、診察の場では結構塩らしくっていうか、普通にされてますね。もしかしたら慣れているからかもしれないですけど、精神科は患者さんに対してある程度時間取りますから、そういう患者さんの話聞いてナンボっていうのがありますけど、内科はデータ、客観データで見て、評価していきますから、患者さんの話聞くって時間が少なめなのかもしれませんね。（F 医師）

---

<sup>106</sup> 本稿執筆中の 2014 年 8 月以前は、薬剤の Lewy 小体型認知症に対する適応がなかったが、9 月以降コリンエステラーゼ阻害薬のアリセプトが適応となった。

そこで、筆者が老年内科でも 30 分は時間を取っていると、聞いた話を伝えると。

もっと取ってますね、初診の人は。あと認知症の人は、家族も治療しないとダメと思ってますから、家族の意見もちゃんと聞いて、家族の顔、患者さんの顔をちゃんと見て診察しますから、家族も治療に乗せないと、っていうので話も普通に聞きますから、家族の。そういうとこ、内科の先生はあんまり時間を割けないのかもしれないね。血液データとか客観データとかでススっと処理していくってことをするでしょうから。(F 医師)

そのことを聞いて、更に筆者から、「一塊」という感じで診療されていますね、と問いかけたところ、

まあ、そうですね。普通は。他の精神科の先生は分からないですが、僕はそうしてますけど。例えば BPSD の治療、ファーストチョイスはまず非薬物療法ですから、まず環境を見て頭の中で大体のことを考えて、どうするかっていう対処法を色々考えて、それでもダメなら「薬使いましょうか」になりますからね。BPSD というと、それが何故出来ているかっていうところを、色々家族に状況とか聞いて把握したうえで、っていうことになりますよね。むしろ家族がいないと治療が成り立たないですよ。(F 医師)

E 医師は話の中で、次のように、早期に介入するなら、もう少し介入方法があればという願望を述べている。

いつも思うことは、発症前に、何とか発症前診断をして、(海外で治験が行わ

れている) 根本治療薬, どれが効くかは分かりませんが, 5 年位でも何とか遅らせることが出来ればと思うことはありますけどね。ちょっと, その辺りの治験ってというのは日本では中々難しいですよ。倫理という問題とかもあると思うんですけど, ApoE4<sup>107</sup>とかでもいいと思うんですよ。採血で, ApoE4 持っている人は 50 歳代で予防薬飲み始めるとか。そんな試みて。(E 医師)

E 医師も何か, そういった研究に携わっているのかを聞いたところ,

バイオマーカーの開発の研究とかはしてます。基礎的で, プレセニリン $\gamma$ セクレターゼ, A $\beta$  42<sup>108</sup>を切り出すセクレターゼの解析をやっているんですよ。具体的にはセクレターゼが A $\beta$  42 をどうやって切り出すか, 根源的な問題なんですけれども, それとか $\gamma$ セクレターゼ阻害剤がどのように効くのか? アミロイド $\beta$  のサロゲートマーカーの開発とか, ですね。CSF (脳脊髄液) 中では A $\beta$  42 は下がってしまいますし, 血中はちゃんと測れているかどうか微妙じゃないですか。だから, それに代わるようなものを開発する, A $\beta$  様ペプチドの測定, それは CSF 中では出来たんですよ。それが末梢血中では難しくてですね, それを医薬基盤研と共同で, やっと測れるようになったんですよ, ELISA<sup>109</sup>とかではなくって。脳プロジェクトというものがあまして, その目玉の一つにもなっているんですが, 今患者さん, 症候的にアルツハイマーの疑いが強い方と, そのご家族さんなんか採血をお願いしているところなんですよ。いや, 本当に採血は頼みやすいですね。CSF はちょっと, ですので, それは大きな進歩ですね。1 年位前に同定出来

<sup>107</sup> アポリポタンパク E4 のこと。アルツハイマー病のリスクを示すという学説がある。

<sup>108</sup> A $\beta$  42: アミロイド $\beta$  42 と呼ばれる, 42 個のペプチドから構成され, アルツハイマー病患者の脳に蓄積することが知られている。また, プレセニリン $\gamma$ セクレターゼは, A $\beta$  の前駆体である, 1 回膜貫通型蛋白アミロイド前駆体から, A $\beta$  を切り出す酵素の一つである。この活性が高いと, A $\beta$  42 の産生が増加するとされ, アルツハイマー病の発症との関連があるとされている。

<sup>109</sup> ELISA: Enzyme Linked Immuno-Sorbent Assay。抗原あるいは抗体の検出法の一つ。



るようになったんですけれども。(E 医師)

このように、自身の研究関心を背景におきつつ、日々の診療にあたっている。そのどちらもが、組織にとって重要な「成果」であり、またこういった姿勢は、老年内科の楽木教授が述べていた、「実学」の一端であると考えられる。

また D 医師は、別の観点から、次のように話を展開している。

僕の頭の中では、アルツハイマーって老化だと思ってるんですよ。となると、誰でも 90, 95 になると、認知症になっていく訳じゃないですか。で、不幸にも 70 で落ちる人がいたら、今の薬で 70 が 72 歳になるだけだとしても、それはいいことじゃないか、って。それは立派な治療じゃないか、って。そんな風に考えて早めに (薬を) 投与する。そんな風なことを自然に思います。(D 医師)

過程は違えど、早期に処方するという状況は、筆者の調査範囲では同じであることを伝えたとこ

問題はいつ止めるかが問題だと、僕は思いますわ。止めるのはやっぱり難しい。効いてるか、僕も分かっていないし、家族も分かっていないもん。でも僕の方から止めるっていうのは、向こうに治療を放棄するような印象を与えないかが心配で、中々言いだせない。中には家族の中から「止めて下さい」と言われて、止める例が、1 割位あります。家庭の中で。「もう先生、効いてないんでしょ？」って、言われたら・・・止めることで症状の一時的な悪化があるかもしれないけど、まあ止めても、家族も良くなることは分かっているんですよ。で、僕も最初に、これは歳を取ると腰が曲がるように、徐々に下がって行くもんだから、良くなることを期待しないでくれとは言ってるし、向こうもそれを理解しているか

ら、下がって行ったものを維持していても仕方ないやないか、って思うてはるみたい。(D 医師)

この「最後」に近い状況については、F 医師も次のように述べている。

理屈上では止めれば「ガタっ」と下がりますよね。コリンエステラーゼ阻害薬が作用しなくなって、コリンエステラーゼが元に戻れば、アセチルコリンはどっと下がりますからね。で、まあ落ちるだろうってことになって、患者さんにとっては余り良いことではないけど、施設側は落ちても、想定、あるいはそれも込みで見ますよってことになったら、どうかな、患者さんが・・・尊厳っていうか、患者さんが認知機能悪いからどうせ分かってないでしょ、って言われたらそれまでかもしれませんけど、倫理上、一応日常生活強度（日常生活の自立度）が改善してるところで止めていいのって、ひっかかるんでしょうけどもね。でもまあ、全くの寝たきりで変わらないっていうのであれば、そういう判断もあるのかもしれないですけどもね。(F 医師)

大阪大学精神科は、今回の調査対象の中で、組織としての歴史が最も古い。加えて、認知症の研究・診療についても、50年近い歴史を有している。そのためか、認知症に対しての意識が、「一足早い」印象を受ける。例えば、D 医師の言葉の中にある、1990年代から「認知症」という呼び方だったことであったり、詳細は本稿には直接関係がないため書かないが、研究グループ毎に歴史があり、そこから個々の医師が「疾患背景」にアプローチをしていることが言葉に表れている。つまり、臨床と研究が「染み込みあう」状況であり、それは単に個々の医師の時間の問題ではないことが、強く描出されている。

## 5-2 愛媛大学

愛媛大学大学院医学系研究科・医学部のホームページ<sup>110</sup>を閲覧すると、研究科長の挨拶の中に次のような一文がある。

創設以来の基本理念は、「患者から学び、患者に還元する教育・研究・医療」に表されています。この理念には、医療人は単に病気だけに目を向けるのではなく、生涯にわたって病気になった人の身になって、全人的視点から最善を尽くす姿勢を大切にしなければならないという考えを含んでいます。このような基本理念のもと、教育の面では、医学・看護学の知識・技術を身に付けるだけでなく、感性豊かな人間性、幅広い教養、生命倫理や生命の尊厳に対する深い認識を備え、患者の背景にある社会的な問題にも目を向け、先端的な医療・看護・福祉に貢献できる医療人の育成に努めています。平成17年度には教育の一層の充実を図るため、総合医学教育センターを設置し、また、社会のニーズに対応するため、地元愛媛の医療を担う医師となる高い志を持つ学生に対し、地域特別枠自己推薦入試を実施しています。教員に対するFD活動（教員の授業内容等を改善するための組織的活動）により教育の質的向上を図り、学生には自己研鑽、自己学習の大切さを自覚してもらうことを目的として、学生主体の少人数による問題解決型教育を実践しています。

つまり、格子となる臨床、教育、研究面についての考え方については大阪大学に近いのであるが、「地域特別枠」での学生募集をしている状況は、愛媛県における医師の確保を企図しているものと考えられ、その背景には何らかの医師不足（絶対的なものか相対的なものかは不明）が存在するものと推察される。

なお老年内科は、正式な教室名称を老年・神経・総合診療内科学、精神科は精神神経科

---

<sup>110</sup> 参照：<http://www.m.ehime-u.ac.jp/graduate.php>

学であるが、それぞれ老年内科，精神科と表記する。

## 5-2-1 老年内科

### 5-2-1-1 沿革と三木哲郎前教授

愛媛大学老年内科は、1997年に開講し、1998年から診療を開始したという。当時の愛媛新聞紙上にも、地域の期待を担った老年内科が誕生したという論調で掲載されている。また当初から、老年内科の他に総合診療，神経内科といった、当時の愛媛大学医学部になかった診療・研究を立ち上げることを期待されたとのことで、地方紙にも掲載されている<sup>111</sup>。初代の三木哲郎前教授（以下，三木教授）が、2014年3月末で退官したところであり、退官後、時間も多くは経っていないため、これまでの経緯と現状について、話をうかがうことが出来た。

冒頭で、愛媛大学に老年内科が発足した時の様子と、周囲からの要請については次のように語っている。

当時から愛媛は高齢者人口の増加があったし、その後の伸びも懸念されていたから、それに初めに対応する診療科としての老年内科ということと、老年というのは臓器別の所謂縦割り診療ではないから総合診療の部分と、それと当時は神経内科がなかったから、その機能も持つように言われたね。と言っても、僕は神経内科医ではないから、九州大学の神経内科に頼んで、指導できるクラスの先生、具体的には講師クラスの先生をこちらに派遣してもらっていたんだよ。でも最初は本当に手さぐりだったね。

そして認知症診療の開始については次のように述べている。

---

<sup>111</sup> 愛媛大学老年・神経・総合診療内科開講 15周年記念誌より

勿論、高齢者診療をする訳だから、認知症は避けられないよね。でも、当時は医員の数も少なかった<sup>112</sup>から、外来の総合診療だとか、病棟を運営することを考えたら、診療に時間のかかる認知症のことは若い人にはさせる訳にいなかったから、自分一人で始めた。

そのような手探りの中で、手がかりを掴むプロセスについてはつぎのように述べている。

診療を始めたはいいが、認知症の患者さんがどの位いるのかも皆目見当がつかない。全国統計は参考にはなるけど、地域地域の実態は把握する必要があるでしょう。というのも、認知症の発症あるいは進行と、患者さんの周囲の環境との関係は無視できない訳だからね。そこで、中山（現在の伊予市中山町）とか関前（現在の今治市関前村）、あとは野村（現在の西予市野村町）なんかで調査をすることにした。特に中山なんかは、田辺先生（愛媛大学医学部精神科前教授、故人）にもお願いして、一緒にやらせてもらったよ。でも、そうやって県内の地域地域を見ているうちに、認知症の患者さんはこの位、だとか、地域性があるとはいえ、家族の誰かが認知症になった時の家族内での捉え方だとか、というものがそれとなく見えてきた。

そして、認知症診療における、患者家族のもたらす影響などについて、一言、次のように結んだ。

まあ、認知症診療というのは、誤解のないように解釈してほしいけれども、家族の言いなりやな。

---

<sup>112</sup> 愛媛大学老年・神経・総合診療内科開講 15 周年記念誌によると、三木前教授を含め 5 名の医員数であった

その真意については、全部を言語化するのが難しいとしながらも次のように述べている。

そもそも病院に「お祖父さんあるいはお祖母さんがおかしい」と言って連れて来るのは家族だし、その後の介護で走り回るのも家族だからね。その希望は余程非常識なもの以外は尊重されるべきだと思うしね。その点で、愛媛は、早く施設に入れたいとか、自分の要求ばかり言う家族は少ない印象なので良かったけど、逆に自分たちで介護するということの負担があるから、そちらをどういう形で続けてもらうかというところを考えるのはケースバイケースで非常に難しかったと思うし、多分これからも難しい。

そういった認知症を含めた診療を続けるために、若い医師に、どういう研修を受けさせるように考えたかを次のように述べている。

そりゃまあ、個人の希望を優先しながらも、老年内科に多い生活習慣病やら、心血管系の合併症やら、更には認知症もあるし、人によっては神経内科とかで研修してもらった人もいるよ。

今回の調査の中で、認知症の診療開始からの年数が、個人では最も長いのが、三木教授である。一方で、自身が初代教授ということもあり、言葉短かではあるが、手探りで診療を開始した様子、複数の診療科が診療にあたる認知症という疾患と地域性を踏まえて、フィールドワークを共同で行ったことなどが述べられている。また、診療科を自律的な一つの専門職組織と考えた時には、他組織と協働を行っていたことが述べられている。別の角度からは、認知症診療を中心とした老年内科としての診療を当初から期待されていた経緯も認められる。

そして、愛媛における認知症診療を通じて、家族が「自分達でみる」という姿勢が強いことを述べており、この点は大阪とは異なると捉えられる<sup>113</sup>。

また、「自ら」認知症臨床を切り拓いて実践してきたという経緯が、三木教授にとっては、比較的最近のことでもある。更に、退官まで認知症の外来診療を続けてきた。この点を踏まえ、次節以降には、三木教授のインタビュー内容も記載することとする。

#### 5-2-1-2 外来担当医

インタビュー対象の、小原准教授は、元々は循環器内科に所属、a 医師は卒業後、老年内科に入り、一般的な内科の他に神経内科の研修を受けてきたという。また外来の体制としては、2年前より認知症疾患医療センターとしての公式な院内体制ができるまでは、紹介患者だけでなく任意の患者も受け付けていたとのことである。センターの体制については、周辺症状のある患者への対応をふまえながら、a 医師が紹介してくれた。

周辺症状<sup>114</sup>を伴っている方は、内科で手におえるものはこちらでカバーしますが、ちょっとこれは周辺症状がメインだな、ということになると、精神科の先生にご相談したりということになりますね。幸い、物忘れ外来は認知症疾患センターの業務と重なるところがありまして、昨年からは愛媛大学でも認知症疾患医療センターの制度が始まっていますので、精神科と脳外科と、私共のところと、もう一つの神経内科のセクションで業務を分担しています。そこは正確にはセクションというよりは、「枠」を分担して使っているということになりますね。各先生の外来枠に、認知症疾患センター宛の患者を割り振って頂いている形になりますから、実際は形として集まっているというよりは、時々会議とかで集まっているというのはありますけど。他に、院内講習会とか、あと事例検討会とかがあった

---

<sup>113</sup> 三木教授は、愛媛大学に赴任する前は、大阪で診療を行っていた。

<sup>114</sup> 記憶障害、認知機能障害（失行、失認、失語、実行障害）などを「中核症状」と定義した場合の、妄想や幻覚を含む、多彩な症候を指す。

りですね。あと運営会議もありますし。それは精神科の先生がメインで会議を進めて下さったりで。今度は高島屋で啓蒙活動の講演会が9月にあるんです。

実際の診療の中では、水頭症の方は脳外科とか、慢性硬膜下血腫とかそういう外科的手技の必要な方もノウハウがありますし、こちらとしては老年期の認知症や神経疾患の関連とかとの鑑別ですね。特に神経内科疾患との鑑別が大事ですし、精神科の方は BPSD の絡んだものがダイレクトに紹介が行きますから、どうしても敷居が高いという時に「老年科お願いします」というか、患者さんやご家族の心理的な抵抗もあるようです。受診するのに精神科という響きが、割としっかりした患者さんだとやはり。紹介状の内容を読むと、たまに「最初から精神科の方がいいんじゃないの」っていうのもありますけど、まずお話を聞いて、内科でカバー出来るかどうかというのを考えます。BPSD が前面に出ている人は、そうして頂けると有難いですが、たまに回ってきますね。まあ BPSD かと思っただらせん妄でしたっていうことも多いですけど。例えば、他院に肺炎で入院して認知症が悪くなったんでって紹介が来て、診てみたら昼間は普通なんですよ。せん妄ですね、ということで、そういうのはリスパダールを使ったりとか、抑肝散<sup>115</sup>を使ったりとかで十分対応が可能です。(a 医師)

愛媛大学における、精神科に対する、初診患者の心理的なハードルに触れられている。また、大学の認知症診療体制のなかでの、自身の立ち位置を意識しながら語られている。ここからは、認知症疾患医療センターというものが、紹介患者を集約して、各診療科に割り振る機能であることが理解可能である。つまり、組織構造を変化させたのではなく、機能面での追加を行った、と解釈可能である。また、そういった、せん妄などについての知識を意識するようになった誘因があるのかを聞いてみたところ、次のように述べている。

---

<sup>115</sup> リスパダール、抑肝散とも、精神症状などに用いられる薬剤である。



私たちの医局では、三木教授のところに認知症の患者がかなりおられましたので、外来などを診たりする中でかなり経験をさせて頂いたので、こういう時にはこういった処方をするとか、外来の先生の知識から使っています。初期研修医のうちからしっかりと経験することが大事だなと思います。(a 医師)

人材育成機関としての役割も、大学は担っている。大学卒業後、早い時期から OJT を行ってきた成果ともとれる。組織として、早期に主たる業務に関わる機会を作ることは、業種を問わず有効な側面があるだろう。

次に、初めに、初診患者に対して行う、ルーチン化している検査については、次のように述べている（特に診療科全体での、ルーチン検査はないとのことである）。また、初診の際に注意を払う点や初診時の状況も併せて述べている。

僕は、認知機能検査で、ずっと続けているのは長谷川式だけかな。状況によって他を追加することもあるけど、基本は長谷川。あとは MRI は、まあ撮るけど、他はケースバイケースやな。（三木教授）

認知症疾患センターの臨床心理士の方に問診の方を最初して頂いて、データがなければ CT を撮ってもらったり、採血をしてもらったり、最初ちょっとは診察します、10 分か 15 分程、で、そういう検査を間に挟み他の患者さんを診ておいて、最後の最後にまとめて話をするようにします。そういう風にすると、大体のところは分かってくれる。あと僕は、検査も全部自分でするんですよ。HDS-R とかも全部自分でします。場合によったら MCI（軽度認知機能障害）とか程度が軽いかな、という場合は MCI（軽度認知機能障害）用のスクリーナーでやりますので、少し時間はマシですね。でも最初から（認知機能の）検査をしましょうか、

ってというのは中々難しいですよ。ご本人が中々「はい」とは言ってくれない。僕の経験では、嫌々だけどやってやろうかな、という感じが殆どのように思えます。だから勿論、無理矢理ね、心理士の人がやるとか可能だとは思いますが良くないと思う。で、最初お話を聞いて、検査の結果を説明して、気がほぐれて来て、じゃあ今日、そういう（認知機能）検査をしてみますか？と聞いたら、「いやあ、今日は」とそれでも断られるケースがあります。だって、本人にとっては来たくて来ている人っていないんです。自分が心配で来ている人はいますよ。それは別として、無理矢理連れて来られている、何でこんなところに来たのか分からないっていう人が大部分なので、そういう状況で検査をやってくれたとしても、それは何ていうのか、協力的なものではないと思う。そこまでで 30 分位はかかるんじゃないかなと思います。「検査やってもいいですか？」と聞けるまでで、今は病名がレセプトで出ますよね。だから「認知症」という病名が付くという話をします。「こういう検査をすれば認知症という病名を付けざるをえないのですが、それ、構いませんか？」という話もします。そうして少しずつ仲良くなって、それで検査をします。（小原准教授）

紹介制にしてからは大体ご家族と来られますし、お薬手帳に投薬中の薬も書いてありますし、紹介状も持って来て頂きますので、その辺はスムーズですね。最初から初期情報が全部揃うという感じで。以前は、最近急に調子悪くなって困ってます、っているのが飛び込みでありましたね。初期研修医の先生や、後期研修医・レジデントの先生が問診の係をやってくれていて、長谷川式なんかをやって、外来に回ってくるというのがありましたね。ただ現在の予約制の場合は、問診から全部自分でしています。なので、その方が印象が、やっている時の印象が大事ですよ。最初の段階で、最低限と思っていますのは、長谷川式と MMSE（ミニ

メンタルステート検査), 注意障害があったりとかの場合は FAB<sup>116</sup>を追加しています。画像検査はほぼ脳 MRI はやっていますし, 撮れない場合とか急ぎでその日のうちに見ておきたい場合は CT になります。それで余裕があればシンチの方も行います。非典型な方の場合に, シンチを撮りたいのですが, MRI とシンチの予約が微妙にかみ合わないこともありまして・・・曜日が限られているのと, 外来との予約日が噛み合わなかったり, MRI が 1 か月近く待ちになってしまいますので。(a 医師)

初診時に行く, 診察や検査の内容については, 今回の調査対象者のほぼ全員に, ほぼ同じ聞き方で筆者は行った。しかし, 愛媛大学老年内科だけは, これだけ「ばらつき」が認められた。三木教授は「同じ認知機能検査で長く経過を診る」点に注力している様子であるし, 小原准教授は検査内容も去ることながら, 初診時の「対応」に注意を払っている様子である。また a 医師は, 認知機能検査について「自分で行った時の印象」を大切にしている点を述べるなど, 各人が注視しているポイントがそれぞれ異なっている。背景に, 元々の診療上の専門性の違いがあるように思われる。

また, 初診時の家族の付き添いと, その際の対応については, 以下のように述べている。

僕の場合, 患者が多過ぎたこともあって, 基本的に患者さんと家族は同時対応のことが多かったね。大抵, 誰かが連れてきていて, 一人ってことはなかったな。BPSD の時は家族に先に話を聞く。それ以外は一緒だから, 特に家族は何がということは言わない。まあ, 昔は全員告知してたな。でも田辺先生(愛媛大学精神科前教授)に「それは三木先生だから出来るんです」と言われて, 長谷川 20 点以上の人には慎重になった。家族には, ちゃんと別に説明するようにしている。

---

<sup>116</sup> Frontal Assessment Battery at bedside (前頭葉機能検査) のこと。言語などにかかわる機能検査のひとつである。

(三木教授)

認知機能検査については、ご家族さんに、「折角来たんだから、やってもらったら」と、助け舟を出してもらう場合もあるし、まあ2人だけでやりましょうか、という場合もあります。その位、気を遣います。でも、家族さんにご本人が喧嘩をされる場合もあって、難しいんですけど、ここに来るまで色々紆余曲折がる訳なんで、ただまあ、スタンスは患者さんの味方です。必ず。家族に、絶対に言うてはいけないことは伝えます。説明の時にね。患者さん少し出ていってもらって、これだけでは絶対言うてはいけないことを説明します。例えば、まず怒ってはいけない。「何回も同じことを言うて」、とか、そういうのもいけない。周りも、何回も同じ話を聞いて怒っている人が、来る訳ですからね。なんぼ怒っても病気が良くなるということ、分からないんですよ。特に配偶者が、凄く冷たいというか、怒るんですよ。そこをまず、何とかしないと。本当に初期の人ほど、その状況は深刻になるから、これから先、そういう状況に付き合っていくといけないことを理解してもらおう。自分で心配だから来たという人よりは、そういう場面があるということですね。我慢して言わないだけで。間違いなく、皆嫌でしょう。「ボケてるかもしれないから調べてもらおう」なんて。しかも自覚(症状)がなかったら。だから下手したら、2回目来てくれない。実際そういうケースもあります。ただまあ、家族の話も分かるんですよ。同じことを何回も言われたらイライラするし。でも、そこを分かってもらわないと、これから先絶対に上手くいかない。それも啓蒙が必要なところですね。常々思います。そういう風に家族も怒ってしまっ、認知症の患者さんに辛く当るようになると、生活が上手くいなくなるし、認知症の患者さんが何て言うんだろう、心閉ざすというか、引きこもっちゃうんですよ。そうすると何処にも行かなくなるし、デイに(サービス)も行かなくなるし。しかもまあ、家族もフラストレーション溜まります

でしょう？だから、こうこうこういう理由で言うてはダメなんだ、という理屈が分かれば、「理屈では分かってるんですけどね」とか言いますが、ちょっとは違うと思います。「お母さんは、わざと聞いている訳ではないんですよ」、というのを言います。そういう病気なんですけどね、というところの理解は、中々難しいですね。（小原准教授）

お子さんが連れてくることが多いですね。FAX 紹介の時のパターンだったり、院内紹介の時は、相方が付いてきていることが多いですけど。40代から60代位という感じで、割と広いですよ。年代的に、やり取りは全然問題ないと思います。ただ「普段一緒に住んでないから分かりません」と言われてしまうと、「うーん、来た意味がない」と思ってしまうですけど。（a 医師）

三木教授は病名告知を振り返り、田辺前教授から指摘されて、自分が改めたことを回想している。また、認知機能検査の途中で怒り出す患者の多くが、アルツハイマー病であることも指摘している。小原准教授は、家族のバリエーションに触れ、家族のイライラを如何に軽減するか、という点を、病態を理論的に理解してもらうことに求めている。また「言うてはならないこと」を述べている点は、大阪大学の A 医師に近い印象である。更に、a 医師は付き添いの家族が案外、「子供」が多いことを述べ、同居していないことが、そういった外来経験の積み重ねから、多いと認識するに至っている。ここで推察できることは、小原准教授の述べている「家族」は同居、ないしは日常的に介護を行っている家族であり、a 医師の述べている「家族」は日常的には同居しておらず、恐らく介護などを行っていない家族であろう、ということである。外来の患者の年齢層が異なる可能性も考えられる。

また初診から診断をつけた患者の疾患比率については、それぞれ次のように述べている。

僕の外来の全患者を数えてくれた人がいて、アルツハイマーが7割、血管性が

少ない。でも血管性は定義が分かりにくい。発症してから3カ月以内とか。血管性の定義が分からん。片麻痺が出て3カ月経って認知機能が落ちれば分かりやすいけど、大抵の人は歩いて来るからね。分からへん。池田先生（現、熊本大学教授）が、確か中山町で調べたデータを論文にした時、血管性認知症が多すぎると国際的にクレームをつけられた。でも、障害後3カ月以内に認知機能低下って、その障害は有症状ないしは有所見レベルなのか、ラクナ梗塞<sup>117</sup>も含めて取るのかって分からんし、そもそも無症状のラクナ梗塞の場合、何か月前のものかも、分からんしね。（三木教授）

殆どADですね。たまにLewy。で、脳血管障害は絡んではいて、AD with CVDみたいなのはあるんでしょうけど、純粹なのは、殆ど紹介はないですね。あと、前頭側頭型（認知症）は殆どないですね。そっちは、精神科の方に行かれるのかもしれないですね。ADを持たれている方は、もう8割位ではないでしょうか。以前との変化は、まあ、以前も紹介状を持って来られる方が殆どではあったので、前に一回集計を取ったことがありましたけど、うちの認知症の初診患者さん、殆どADですね。ちょっと一般の頻度とは全然違いますね。ADが圧倒的ですね。Lewyとか、1割もいないと思いますね。（小原准教授）

アルツハイマーの方は、多いですね。半分から4分の3というところではないでしょうか。（a 医師）

アルツハイマー病が圧倒的に多いという点が共通の見解である。加えて、血管性認知症の要素の評価に苦慮している様子がある。高齢者でも年齢層が高い方に偏っていれば、加齢リスクによる動脈硬化進行が起きる。そういった要素を背景においた、無症状の小脳梗

---

<sup>117</sup> 微小脳梗塞のこと。無症候で経過する場合も多々認められる。

塞（ラクナ梗塞）をどのように評価するかという点が焦点となっている。実際、ガイドラインも、三木教授が述べているように「曖昧」である。

また老年内科では、割合が多いと思われる、MCI（軽度認知機能障害）を含めた軽症認知症の患者への対応については、以下のように述べている。

僕はMCI（軽度認知機能障害）の人も全部追っかけている。MCI（軽度認知機能障害）の人だと、特に男性で、認知機能検査の途中で怒り出す人がいる。来る時に夫婦で来るとか、わざと夫婦で受けてもらう例もある。（三木教授）

MCI（軽度認知機能障害）から少し足が出た位の方への早期介入は、エビデンスはないですね。だから、生活習慣とか認知トレーニングとかを紹介します。そのうえで薬を紹介します。一応副作用もありますし、認知症に「ならない」という成績はないので、絶対的なものではないです、と。ただ2年位抑えたという成績もあるので、試してもいいかもしれませんね、という程度で、そんなに強くは勧めませんね。海外有名ジャーナルに出ていましたけど、一応エビデンスを伝える、と。で、そのうえで治験への参加を促す、とその論文には書かれていたんですけど、その代わりに、薬は試してもいいと思います。あくまで、そこは患者さん・家族さんに決めてもらいます。ただ、他に何も手立てがない、ということではないので、そこも含めて決めてもらいます。（小原准教授）

MCI（軽度認知機能障害）レベルの方ですと半年後に来て下さい、というのがありますが、どれかのカテゴリーに入ってしまうので、そうですね、長くて半年位ですかね。投薬なしに6か月毎に診させて頂いているMCI（軽度認知機能障害）の方はいます。投薬した方がいいかな、って思っていたんですけど、ご家族の方が変わらないからいいですって。まあ、実際スコア変わらないんですよ

ね。「どうなって行くんだろう」って、僕も興味があつてですね、3年位全然変わらないんですけどね。ただ、忘れているところがあるんですよ、ほんの少しなんですけど忘れていて。24, 5点位からずっと変わらないなあ、と。ただ、何年か経って落ちて来るのかなと思って注意深く診ていきたいと思っているんですけどね。そんなに手間でもないですし。もしかしたら「これ、病気じゃないのかな」って。でも、何パターンかありましたね。変わらないな、この人、っていうのは。ただ3年くらいして落ちてくるような人もいますし、ちょっとその辺が何とも・・・アルツハイマーの人でも最初ちょっと落ちて、その後何年も変わらないような人もいますので、これは何かな、と。まあ（後者は）薬で介入しているからそう見えているだけかもしれません。（a 医師）

ここでは三者三様の回答となった。三木教授は診療科開設から、地域のデータを確立することも含め企図したうえで、基本的に全患者を継続診療してきたという。a 医師は診断カテゴリーに入らない患者のみを継続診療し、診断がついた患者は紹介元へ逆紹介しているようである。小原准教授は MCI（軽度認知機能障害）レベルの患者への薬剤介入のエビデンスの未確立を前提として、生活面での改善を促すトレーニングの重要性を説いていながらも、海外では「治験」を勧めるところで、それに代わるものとして「投薬」の可能性を述べている。そして薬剤使用も含めて、それらの選択を家族に委ねているという。更に、a 医師は、MCI の患者が、そこから半年位の間に、認知症カテゴリーの何れかの診断となることが多い点が述べられている。更に加えて、小原准教授は、次のように述べている。

MCI（軽度認知機能障害）とかは、内科系の医師というか、かかりつけ医、実地医家の先生方が診ないとダメなんです。それは特別な疾患ではないので、例えば高血圧とか糖尿病とか骨粗鬆症とか、所謂加齢に伴って起こってくる Common Disease でしょう。Common Disease であるということを認識して頂いて、地域



で診るという風にならないと、その家族の方もですね、パニックになってしまって、うろたえてしまって、そういう不安がかかりつけ医の先生の方に行ってしまうので、「こりゃ、一度専門の先生にしっかり検査してもらわなあかん」、となるわけですよ。例えば、80歳代後半、あるいは90歳代の人を、送ってこられるわけですよ、「認知症ではありませんか？」で。認知症であるかないかの段階です。ね、「家族が診察を希望しています」とかね。気持ちは分かりますよ。でもそこは診ないといけない、実地医家の先生が。だから、それをしないと、認知症診療が成り立たないと思います。だから、「慣れてない」ということですよ。経験がないという、ね。特殊な疾患というイメージがあるんじゃないですか。（小原准教授）

この状況は、医療組織としてのバラバラの状態を表すものではない。時間の流れにしたがえば、当初、三木教授が認知症診療、小原准教授が高齢者の生活習慣病などの診療を行い、神経内科の要素は九州大学より人的資源を補完するという体制であった。その後、三木教授が退官、その分の患者を小原准教授や a 医師が診療することとなるが、彼らにも従前から診ている患者はいるため、全数を外来で抱え込めることではない状況を示している。その裏付けとして、a 医師が、自身が認知症診療を開始した頃から、大学での診療継続を希望する患者への対応を含めて、次のように述べている。

一般診療枠の中でそれまで認知症診療をやっていたのですが、2012年から完全予約で物忘れ外来をしております。完全紹介制になってからは、原則的に診断がつけば、いったん紹介元にお返ししています。教授の外来とかの患者さんが多くて身動き取れないというのがありますし、時々認知症以外の疾患で救急で運ばれてきたりということもありますし、地域の先生方に診て頂きながら、時々相談に乗らせて頂くようなやり方の方が、より専門的な診療が出来るのではないかと

考えています。ご希望はやはりあるんですけど、他科を受診していて認知症もここで診ないといけないという人は診ないといけないんですけど、我々のところだけがかかっておられる方に関しては紹介元にまず帰って頂いて必要に応じて相談に乗りますよ、ということにしております。方針は相談できるけど、普段は診てもらってねということ。本当に患者さんがパンパンになっていたの、教授が退官される時に一度交通整理をしないといけないね、ということ。 (a 医師)

教授は診療科のトップであるが「プレイング・マネージャー」であることを大学病院組織からは望まれ、まず例外なく、どこの大学病院においても外来を行っている。だが診療科という組織にフォーカスした時に、内部の業務を疾患別に縦断化するか、それとも万遍なく横断化するかという点は、非常に難しいと思われる。本例は、小人数でスタートした診療科が、当初個々の専門に依って業務を縦割り化していた状態からの移行期の難しさを示すものと考えられる。事実、a 医師は、複合的な研修を受けてから、現在の診療に従事しており、その点は今後別の業務形態に移行するものと考えられる。また、診断や治療上の意思決定において、報道などの影響がないのであろうか。その点については、次のように述べている。

週刊新潮なんかが、僕の言った内容を断片的に書いて出したりしている。あれではウソになる。レーガン大統領が認知症になった時に、NHK から僕に電話がかかってきた。多くは多幸症的になるので、あまり薬を飲まない。レーガンさんは例外的やね。自分で日記つけて。それで誤解してる人も多い印象はあるね。(三木教授)

まず「薬で治らない」ということを理解してもらわないといけない。治す薬はないんですよ。進行を抑制する薬でも、3 か月から 6 か月進行を抑制する効果し

かないんですよ、て言う、「ああ、そうなんですか」って。だからテレビが良くないんですよ。テレビの特集の翌週は患者さんが増えるとか、本当に困るんです。薬出せ、とかね。「シロスタゾールの薬を鼻から入れたいいと聞いたのですが、先生、ないですか？」とか聞いてこられるんです。あれは良くないです。フライング（適応未承認）でしょう？シロスタゾール自体も認められていない。副作用もあるし、狭心症が悪くなったら誰が責任取るのかってことですよね。だからそういうところも踏まえて、認知症自体の認知が、一般の方々の認知がまだ不十分かなと思います。（小原准教授）

NHK とかで特集がされた後に、紹介がばっと入ることがありますし、こうじゃないかと思うんですけど、というので来られたり、水頭症の時にありましたね、それは。正常圧水頭症の特集があった時に、結構紹介がありましたね。アルツハイマーの特集、正常圧水頭症の特集、Lewy の特集とあった時にそれぞれ波があったような気がしますけど。（a 医師）

報道の影響については、何れの医師も受けた実感を有している。一方で、報道自体が、現在可能な医療からの先走りであったり、その報道自体を誤解する場合の、医療組織としての対応の難しさや手間を小原准教授は述べている。また三木教授は、自身のコメントが歪曲された状態で伝えられた経験や、レーガン大統領の認知症が「非典型」なアルツハイマーであったことを例示して、メディア情報が断片的でセンセーショナルになることの危険性と、そのことが医療組織に影響を与える可能性について述べている。

三木教授は更に、デイサービスを導入しても行く人、行かない人の差を、内服加療の効果を含め、推察している。

愛媛も同居家庭は少ないよ。娘さんでも敷地内で住んでるね。介護保険は皆に

使うように言っている。家でじっとしていてもしょうがないからね。特に男性はデイとか行きたがらない。まあ点数にもよるけど。もしかしたら、薬を飲んで、ある意味元気になっているから余計に、「わしは要らん」となっているのかもしれないよね。もしかしたら、中々病院にも来れないだろうし、絶対違うという例以外はアルツハイマーの可能性のある患者さんには、家族の希望だったりとか、家族にも本人にとっても良かれと思って出すこともあるし、それが余計にそういう結果（アルツハイマー病患者数の増加）になるんかもしれないね。（三木教授）

このことは認知症診療の難しさを、手短かに体現していると考えられる。更に三木教授は続ける。

愛媛やったら、山の上から軽4で降りて来て、散髪して、帰りに軽4で来たの忘れて歩いて帰ったら、途中で誰か近所の人が乗せてくれるとかね。それとか何処でトイレしてもいいやろ。だから、村とか町の中で、誰かが声をかけてたんや。そういう社会やったんやね。今は、町の方だと、もう誰も呼びかけへんし、でも田舎はまだそういうのあるんやね。ある意味小児麻痺の人とか発達遅滞のある人とかと、同じように自分達で認知症の人を見ていたんやなあ。何処でトイレしても問題にならないし、食事をして元気になれば問題にならんかった。核家族が多い地域なら、そうはいかんわね。アルツハイマーの多くは、ある意味酔っ払いと一緒にんや。多幸的になるでしょう。要するに、酔っ払ったら勝ちや。介抱する方は大変や。それを家族が介抱する状態を考えたら、そりゃあ家族の言いなりになるやろう。それが認知症かどうかを判断するのは、わしらやとしても。（三木教授）

このように、三木教授は自身の在任中の愛媛での経験を元に、昔ながらの集落と、核家

族化した町との違いを表現している。そして、アルツハイマー病患者の家族の立場を、「酔っ払い」を例えに表現している。前者は、社会問題が観察者の立場によって変化するという意味を、後者は治療のステークホルダーと、介護のステークホルダーが、通常の疾患と異なり、乖離する印象であることを指していると考えられる。

更に自身の中で、愛媛で印象的だった、思いの強い家族のことを続けた。

家族も、長男と次男で解釈が違ったりとか。次男は母親の症状が悪いと思ってなくて後見人は要らないと主張していて、長男はとても財産分与出来る状態ではないと思っていて、兄弟喧嘩になって、僕が裁判所に「判断できる状態ではない」と書いたこともある。どっちかが怒ってきたんやろうな。こっちは認知機能検査の点数しかないからね。(三木教授)

同じ家族内でも、患者の病状についての解釈が異なった極端な例であるが、裁判になる手前で家族内で喧嘩をするような状況は、ある程度起こっているものと考えられる。また、小原准教授は、次のようなことを述べている。

例えばね、施設に入っていて、老健に入っていて、それでも大学病院に連れて来る人がいるんですよ。そういう特殊なケースもあります。こういう状態になると最初が何なのか分からない訳ですけど、でも連れて来る。こういうステージになれば、かかりつけの先生に診てもらわないと仕方ないので、という説明をすると家族が激昂したりとかね、「それは目を切るということですか？」と。そこは教育が悪いと思うんですよ、患者さんへの最初の教育が。まあ患者さんの家族への教育、と言ってもいいかもしれない。凄く特殊な病気と考えている、寝たきりになるプロセスの一つですよ、ということが中々分かって頂けない。だから色々なケースがあると思います。(小原准教授)

三木教授の事例と同様に、家族の思いが重過ぎた例であろう。そこまで態度に出ていなくとも、「家族思い」な家族が、「そのまま」行動した結果が出ているものと捉えられる。更に次のように続ける。

特殊なケースではあると思うんですけど、啓蒙が悪いんでしょうね。（小原准教授）

小原准教授が、特に日々実感する中に、初期診療医である、実地医家の機能が不足していることがある。特に、そこで行われる「筈の」患者・家族の啓蒙が足りていない状況があり、そのもっとも極端な事例として述べている。実際のところ、施設入所を余儀なくされる状態の患者は、日常生活強度（日常生活の自立度）などを含めて、考えるべき段階である。つまり、診断そのもの以上に、ケアの方針などが優先される状態である。

そして、実地医家を含めて、次世代の認知症診療の担い手となる若い医師には、どのような研修を受けてもらうことが望ましいかを聞いたところ、次のように述べている。

身体科<sup>118</sup>的なアプローチと精神科的アプローチがありますよね。どちらがいいとか悪いということではなくって、両方分かっておいた方がいいと思うんですよね。精神科的な症候的な経験というのは凄く大事だと思うんで、両方行ってもらうのがいいんじゃないかな、と。そのうえで、私個人としては、全身が診れる、高血圧も糖尿病も動脈硬化も診れる、高齢者の診療が出来るような素地を、最初から認知症っていうのではなくって、老年内科とか神経内科とか、もう少し大き

---

118 特定の身体の臓器の機能低下に起因する症状を有する疾患を診る診療科。つまり、精神科のように「こころ」という実態のないものに起因する症状を扱う訳ではない。ただし、癌患者などの場合、身体科と共に、身体の機能低下に関連した心の症候が出現することも多く、身体科と精神科が連携する場面は、多いと考えられる。

な勉強をしてもらって、それで精神科も学んでもらえたらいいですね。（小原准教授）

愛媛大学老年内科の聞き取りでは、今回調査した他の診療科にはない、大学病院を取り巻く、実地医家の状態が、強く反映されていた。実地医家がまず診て欲しい（小原准教授）、内科の看板を上げているのであればもう少し対応してもらいたい（a 医師）、という内容が出て来ていることが根拠である。その分だけ、初期診療の負荷が、大学病院に多くかかっている状態にあると推察される。

## 5-2-2 精神科

### 5-2-2-1 沿革と上野修一教授

愛媛大学精神科は 1976 年に附属病院開院と同時に診療を開始している。入院・外来診療を行っており、現職の上野修一教授が 3 代目にあたる<sup>119</sup>。

調査時に、上野教授が愛媛県の精神科診療の状況について、次のように述べている。

開院は昭和 50 年、だから 3 年生が専門課程に上がってくる時に病院が始まっていたらいい、という考え方だったと聞いています。まあ僕も昭和 60 年卒だから、当時のことは知らないんだけど。だから卒業生が出て 40 年位で、その後平成 16 年の（臨床研修制度）改革の後からは、愛媛県内に残る医師数自体が少なくなっているんですよ。U ターン組は、全くいない訳ではないです。ただそれまでだと、大学を介して帰ってくるということが主だったのが、それよりも、例えば精神科だったら、どこも民間が基本じゃないですか、だからそこに直接就職してしまう。

---

<sup>119</sup> 参照：[http://www.m.ehime-u.ac.jp/school/neuropsychiatry/?page\\_id=7](http://www.m.ehime-u.ac.jp/school/neuropsychiatry/?page_id=7)

更に、県内の病床を有する精神科病院の状況について、次のように述べている。

愛媛県内ですと、精神科病院協会に入っている病院が 18 あります。他に公的な病院で精神科の病床を持っている病院が、ここと四国中央病院というところだけなんです。2 つだけなんです。それらを合計すると 20 病院で、精神科病院協会に入っていない精神科病院が 1 つあるので、合計 21、ベッドを持っている病院があるんですね。そのうち 1 施設を除いては、全部うちの OB がいます。ただ、とは言っても、県外から帰ってくる方は大学を介さずに、直接就職されてます。

そして認知症診療については次のように冒頭で述べている。

認知症診療は、まずファーストチョイスで精神科には来ないでしょう。症状が軽い時は総合病院を受診されますよね。総合病院に、私自身も外の病院のお手伝いに行っているんですけど、そこに神経内科や精神科があれば、認知症の初期診療や啓発ってやりやすいですけど、そうでなく「まあ認知症ならアリセプト出しといたら」みたいなどころがあると、十分な活動が出来ないところはありますよね。

初期段階で近隣の開業医を受診してから大学に紹介される例があるのではないかと聞いてみたところ次のように述べている。

時にそれもあります。精神科だと BPSD が出て、という例が多いので、どちらかというと地元の精神科病院に行く例が多いのではないのでしょうかね。ですので、大学に来て、という例は少ないような気がします。先代の田辺先生の頃に、認知症をしっかりと診て行こうとされていたので、その頃は 2 週間位入院して、



しっかり診断して帰そう、ということをしていまして、それはそれで良かったのです。しかし、そういうマスで抱えきれなくなってくると、大学にもあまり初診の方が来なくなりましたよ。それは、啓発活動が行き届いて、どの先生も多少なりとも認知症のことは知っているということになったのでしょうか。そういうようないい形の部分はあったと思うんですけど、逆にいえば、認知症の患者さんを診ることが、自分の医療のチャンスを増やすってということで、多少の凸凹があったと思うんですよね。啓蒙活動については、認知症グループが色々な所での勉強会を持ったりとか、そういった継続的な形での活動はありますね。まあ国としたら、認知症疾患医療センター事業ってことでやってますけど、愛媛県の場合は、それも含めて、早くから啓発活動はやっていたと思います。愛媛県は少し早かったですし、先生も聞かれたと思いますけど、中山町（現在の伊予市中山町）なんかは、平成9年だから、スタートは早かったんじゃないですかね。疾患調査というのを始めて、15年目のまとめを、c先生が中心となってまとめていまして、その辺りは早くから体制が作れているんじゃないかなと思います。

一方で地域・コミュニティの特性については次のように述べている。

まあ、昔から住んでいる人が多いですからね。ただ難しいのは、高齢化率が段々高くなってきていますし、若者がいないんですよね。僕も愛媛県のある町の出身なんですが、若者は生活していけないし、町自体に魅力もないし、って言うと、どうしても若者が外に出て行ってしまいうんですよね。で、人口が段々減ってきて、田舎に帰っても、周りの誰誰さんのところの誰それはどこに行って、っていう感じですね。こういうところは精神疾患だと「隠す」っていうところがあるんですけど、認知症はそれを超えていると思うんですよね。BPSDがあろうとなかろうと、そこで絶対に抱えていかないとあかんということになるので、またその患者さん

を大学まで来てもらって診断してもらって帰る、っていうのが、今はその町で抱える、っていう風になっているのではないですかね。

地域で BPSD がある認知症患者を抱えるとなると、相応に地域に対応できる医師の存在が望まれる。その観点に立てば、地域から大学への医師の派遣要請があるのではないかと推察し、その点を聞いてみたところ、次のように述べている。

少なくとも、公立のある程度の医療機関には、医師を非常勤では派遣してましますね。大体そうですね。市があるところの市民病院とか、そういう所には大体派遣出来ていると思います。本当はそういう病院には常勤で精神科医がいるべきなんですけどね・・・それは何処でも抱えている、難しい問題で。

愛媛県の精神科医師が足りないという現状が、ここで理解可能である。次に大学病院における診療状況について聞いたところ、次のように述べている。

大学の外来の患者さんは、100%紹介ではないですね。昔、紹介率か何かで特定機能病院の評価がされていた時期がありましたよね、その時期でも4~5割だったと思います。残りは通院の位置付けで。新患に限ってみると、紹介にかんしては、7~8割はあると思います。今は予約制になっていますので、7~8割は他院からの紹介になりますね。また認知症の患者さんの比率は各先生の専門によって違うと思います。ただ愛媛ですと、専門領域の疾患だけ診ていけばいい、という訳にはいきませんので、例えば精神科だったら、シルバークリニックっていう認知症の多い外来と、思春期専門の外来を立ち上げていますので、そういった外来を担当している人は、それぞれ認知症が半数位、思春期の患者さんが半数位という位だと思います。それ以外の患者さんも1診からの割り振りで当たることも

ありますし、以前の先生からの継続の患者さんもおられるので、本当にバラバラだと思います。例えば僕の外来だと、認知症の患者さんは1割から1割5分位じゃないですかね。それ以外は統合失調症と鬱病と神経症系統、それぞれ同じ位だと思います。僕のいう認知症には、神経変性疾患<sup>120</sup>も入っていますけどね。で、恐らく、それなら認知症を診ている数が少ないかということ、外の病院のお手伝いに行っていると、特に総合病院の精神科の外来だと、5割が認知症なんですよ。特にここ最近、啓発活動が進んでからは、紹介で来られる方は殆ど認知症ですね。それは精神科の病院と、総合病院の認知症外来とで多少の違いがあるとは思いますが、総合病院の精神科外来を受診される患者さんの5割以上は認知症だと思いますね。県内に結構ありますけど、多分半数以上、認知症の方を診ている割合が多いと思います。病床でいうと、100床から200床位の総合病院の外来を引き受けてる中で、半分位は認知症の方ですね。

大学病院においては、統合失調症や思春期の精神疾患など、他では観察・治療が困難な症例を診る必要があり、認知症の患者数の割合が少ない可能性があるが、市中病院では5割位が認知症であるとのことである。ここで概観的に理解可能であることは、認知症診療を地域で完結させることが、地域包括診療の目指すものであるとすれば、そのための医師の数が愛媛県では足りないため、大学病院組織がその一部を肩代わりしているという現状であるということである。

今回の調査対象の、2大学4診療科の教授のうち、自組織と該当都道府県内の医療状況との関係を、これだけ明言されたのは、上野教授だけであった。医師数の話などにも言及しており、それだけ医療側の供給体制が逼迫した状況であることが推察される。

---

<sup>120</sup> 例えば、パーキンソン病などが該当する。

### 5-2-2-2 外来担当医

愛媛大学医学部附属病院では、認知症診療については完全紹介制としたうえで、認知症疾患医療センターという体制をとり、そこで患者の病状に応じた振り分けを行っているという。今回、インタビュー調査に応じて頂いた、外来診療に従事する4名の医師の全員が、地域からの要請に応じて、大学から派遣され、地域の病院で認知症を含めた診療を行っているとのことである。また、教室全体で取り組んでいる、伊予市中山町での調査もあり、彼らが医学部附属病院精神科の一員として行っている診療について聞くこととした。

まず初めに、初診患者に対して行う、ルーチン化している検査については、次のように述べている。

改めて病歴の聴取、神経学的所見を取って、あとは認知機能ですね。原則的にするセットがありまして、MMSE (ミニメンタルステート検査) と GDS, あとは時計描画, Verbal Fluency (言語の流暢性を診るテスト) と順唱逆唱 (知能検査の一種), をご本人にはします。あとは血液検査, 大学ですと、大体の方に、MRI と脳血流シンチを撮って頂いていますね。外の病院だと、設備のこともあるので、血液検査と CT になります。(b 医師)

問診, 短期記憶の検査, 神経学的所見といったところでしょうか。あと画像検査として MRI は、認知症が疑われればルーチンですね。(c 医師)

普通に問診を行いまして、そして簡単な認知機能の検査ですね、MMSE (ミニメンタルステート検査) とか、うちは長谷川はやってないんで。私の場合は、他に血液検査とか、頭部の画像検査の予約とかを入れまして、2 回目の時に ADAS であるとかレーヴン<sup>121</sup>であるとか、リバーミード<sup>122</sup>であるとか、他の認知機能検

---

<sup>121</sup> 巻末資料 7 参照

査を行います。そうやって検査を順々やっていくって形にしています。(d 医師)

野村町<sup>123</sup>の病院で最近お願いしていますのは、心理士がいませんので、看護師さんをお願いして、1年前から HDS-R や MMSE (ミニメンタルステート検査) をお願いしています。撮れる時には MRI をお願いしています。CT も MRI もありますので、リエゾン<sup>124</sup>の場合は向うの先生が気を遣って撮ってくださっていることがあります。あとは病歴であったり、血液検査であったり、神経診察であったりということを見せて頂いています。(e 医師)

非常に検査の種類も多いため、大学病院、派遣先の病院を問わず、診察日あたりの認知症もしくは、その疑いの初診患者の人数と、初診患者 1 人あたりに要する診察時間について聞いたところ、次のように述べている。

大学病院ですと、月 8 回、9 回の外来で、6、7 人でしょうか。で、再診の方が、火曜日が 20 人、金曜日が 5 人程度でしょうか。外勤先では、初診の方はコンスタントにお 2 人位ですね。外勤先は最新の方は、他の疾患も含めて 30 人位ですね。初診の方にはだいたい、45 分から 1 時間、かかりますね。(b 医師)

初診の方は、2~3 人位ですね。再診の方は、最近は 3~4 人ですね。大学病院の曜日変え前までは 10 人位おられたのですが。(c 医師)

大学の外来は、初診の方は、私の担当している木曜日には来られないですね。

---

<sup>122</sup> 巻末資料 8 参照

<sup>123</sup> 地域からの要請で e 医師が派遣されている、西予市野村町のこと

<sup>124</sup> リエゾン精神医学を意味する。リエゾンとは仏語で「連携」「連絡」を意味し、様々な診療科と連携しながら行う、包括的な精神科医療サービスである。

火曜日に認知症の看板を挙げていますので、私の外来の患者さんは、前の主治医が転勤になった後を引き継いでいるものが多いですね。今行っている外勤先では、週に1回行っているんですけど、初診は必ず2人はいます。で、再診の患者さんが大体30から40の間位ですかね。初診の患者さんは、大体平均すると40分から1時間位かけます。(d 医師)

初診は、だいたい30分位で、長くても45分位で終わらせるようにしております。というのも次の患者さんの診察に差し支えるので、BPSDの強い方なんかですと、一部の検査を後回しにしたりして、それぞれの患者さんに応じて初回で必要なものだけに絞って行うようにしております。(e 医師)

ここで注意を引くことは、認知症患者の初診は時間がかかるということ、外勤先では更に人数も多くなることである。一般に、医療機関では診療時間は時間が、例えば半日9時から12時30分まで、といったように区切られており、その時間を目安として他の患者の診察も含めて行わなければならない。したがって、単に認知機能検査で手間がかかるというだけでなく、医療組織としてみた場合には、他の患者(顧客)への影響を考慮せざるをえない状態であるということになる。また、要請により地域の外勤先で認知症疾患の診療を行っている状況は、大阪大学精神科での聞き取りの範囲では見られず、この点は、上野教授が述べている「精神科医の足りない」環境を支持するものとして捉えられる。次に初診時の家族の付き添いなどについては、それぞれ次のように述べている。

(大学病院と外勤先を比較しながら)元々の、御家族が知っていらっしゃる情報はそんなに変わらないと思います。ムンテラ<sup>125</sup>の響き方と言いますか、話の伝わり方は違います。大学病院だと、熱心に聞いて頂けますし、御理解して頂いて

---

<sup>125</sup> 医師による口頭説明のこと

いる感じがあります。外勤先ですと、多い方が、とりあえずそういう病気と分かっている、「薬を出してくれ」、というノリといますか。物忘れに効く薬があるみたいだから、「とりあえず出してくれたらいいよ」、みたいな。大学病院に来られる方は、それなりの期待はお持ちであるような気がします。進行性の疾患でBPSDを伴っていても、それを何とかしてくれる、とかしっかり検査をしてくれる、とか。外勤先だと「とりあえず、薬下さい」という感じがあって、その後のことについても、結局理解されない方もいらっしゃいますし、ある程度環境を整えて、ああこれがいいんだな、と実感して下さる方もいらっしゃいますし。(b 医師)

基本的に家族のどなたが付き添って来られることが殆どですね。大学はほぼ紹介の方だけですが、外勤先はほぼ飛び込みで来られます。外勤先<sup>126</sup>では、薬については「飲んだ方がいいんですかね？」って話になって、こういうお薬があつてどうのこうのって説明をして、「処方は、かかりつけの先生に紹介状書きますから、もらって下さいね」って形にしています。大体は服薬を希望されます。初診で来られた患者さんの家族さんからは、田舎の方の方だと「認知症ですか」とか「アルツハイマーですか」とか聞かれずに、「どうにかなりますか？」っていうような質問が多くて、「どうにかなりますか？」と言うよりも「どうなりますか？」っていう質問が多くて。比較的街中で情報を沢山お持ちの場合は、御家族の口から「アルツハイマーでしょうかLewyでしょうか、それとも水頭症でしょうか？」というところまで出てくる場合がありますね。(c 医師)

初診の方は大体家族さんが付き添って来られていまして、殆ど紹介で来られて

---

<sup>126</sup> c 医師の外勤先は病院、診療所ではなく、「認知症の相談」を受ける業務であるため、処方できないため、近隣の医療機関を紹介する形を取っているとのこと

ます。認知症の疑いとか、どの認知症かというところまではついてなくて、「認知症の疑い」とかで物忘れの精査をお願いします、っていうような簡単な感じで、内科のクリニックから送られてくることが多いですね。(d 医師)

外勤先だと、初診の方が毎回 2, 3 人は来られています。以前は違ったのですが、去年から完全予約制にして頂いていて、精神症状の強い場合はお受けするようになっています。脊髄小脳変性症だったり、パーキンソンだったり、そういった疾患も、中々その地域は他に近い病院がありませんので、最初に来ることが結構あったりですね、基本的に心療内科を標榜している中で、その中で精神症状のある方を紹介して頂いているのですが、プラス認知症の方というのが大部分を占めますね。ですが、最近ようやく「調べて欲しい」という段階で来るようになったんですよ。元々高齢の方が多くて、物忘れの方も多い地域ですので、単に年取ったからだろうと思っておられた位だったのかもしれませんが、早い段階で来られるようになってきていますね。(e 医師)

愛媛では要請に応じて、多くの医師が地域でも認知症診療を行っていることに着目する。そのうえで愛媛において大学病院と地域の差をみると、受診時の認知症の進行度、家族の認識、服薬に対する考え方などに差が認められる。更に、b 医師は、県内でも市街地と郊外とでの差があることについて言及していることに加え、次のように述べている。

これは凄いな話なんですけど、愛媛県は東予、中予、南予と大きく分かれるんですよ。それぞれ地域性があると思うんですよ。東予は元々住友の方がおられるんですよ。で、関西、九州、色々な所からの方がおられるんですよ。それであの地域の特性なのか何なのか、少しせっかちというか、速く結果を求める、というような地域性があるような気がしますけど。だから、中予、南予の人



は、おっとり、と言いますか、「～なもし」<sup>127</sup>といった雰囲気の方が多いですね。ホンワリした感じの。東予の人は、違いますね。カチカチとした特性があるんじゃないかなと思います。ある意味、向こうからアプローチされてきますね。(b 医師)

このように、県内でも地域性があることを把握し、述べている。つまり、広域にわたる患者の診療を行っていることを表している。

次に、診療した認知症患者のうち、アルツハイマー病などの疾患比率が、どの位の割合かを、次のように述べている。

初診から2回目または3回目までの間に8割、9割の方の診断がつきますね。その時、その時のブームがあると思うんですけど、大学病院ですと、アルツハイマーと脳血管とLewyが3割、3割、3割、位でしょうか。私の外来に来られる方は割とBPSDがこじれて来られる方がおられまして、調べてみるとLewyの方、結構多いです。最近はそんな感じになってますね。やっぱり初診の紹介がBPSDでっていう方が、多いですね。外勤先だと半分はADの方ですね。脳血管性の方が3割位で、1割位がLewy、という感じですね。(b 医師)

アルツハイマーの方が一番多いんですけども、MCI(軽度認知機能障害)あるいはMCI(軽度認知機能障害)以前の方が増えて来ている印象があります。で、Lewyが増えてきています。これまで神経内科や脳外科なんかでおられた方で、Lewyの知名度が上がったからか何となく紹介されてくる方が増えて、うん、増えてますね。そうですね・・・アルツハイマーの方の半分、と言うと言いすぎで

---

<sup>127</sup> 愛媛県の方言である、伊予弁の表現のひとつ。主として中予地域に多いとされる。「～でございますね」という意味である。愛媛の人達の、おっとりとした気質を表現する際に、例えられることがある。

しょうか。2割, 3割・・・4割は言いすぎかもしれませんが。「アルツハイマーとしか言えない」という人を含めると、アルツハイマーが半分強だと思いますね。MCI (軽度認知機能障害) も含めて、です。(c 医師)

大体5割から6割位はアルツハイマーじゃないかと思います。アルツハイマーと血管性認知症の合併例が2割から3割位いると思います。外勤先だと割と多いです。Lewyの方は、そうですね・・・2割, 位はいると思います。(d 医師)

1年位前にチェックしたんですけど、アルツハイマーと脳血管性認知症で半分は超えてしまいますね、アルツハイマーの方が多いですけど、合併例も多いですね。脳血管障害は合併しているけれども認知機能には影響がない程度と考えられるので、そこまで影響はないだろうというような方もおられます。ラクナ梗塞のあるアルツハイマーという感じの方,それが7割か8割位おられて,あとはLewyの方が1割位おられて,中には全然違う疾患,稀な疾患でいえば脊髄小脳変性症とかですかね。あとはまあせん妄だったりとかで,紹介されて改善した,みたいなこともあります。(e 医師)

愛媛大学精神科での特徴は,全ての医師が一様に,Lewy小体型認知症が多いことを述べていることである。加えてBPSDを伴う症例の割合も,大阪大学よりやや多い印象を有する。また,MCI(軽度認知機能障害)は,アルツハイマー病に準じた対応をすることが多い可能性も,c医師の発言から示唆される。

それは地域よりも大学病院で更に顕著な傾向があるようである。更にそのなかで,d医師は次のように付け加えている。

どこでやるにしても「認知症専門外来」という風に出しておけば,BPSDが出

ることも多いですし、専門外来の方に来られることは多いと思いますね。幻視であつたりとか、幻視が一番特徴的な精神症状ですからね。神経内科や脳神経外科に比べると。「何か訳分からんこと言ってる」というので精神科に来られる、というのがありますので。ですから他の診療科に比べると認知症の中での Lewy の方は多いかな、と。まあ私の予想ですけど。やっぱり、Lewy は精神症状が前面に出ますからね。(d 医師)

この内容からは Lewy が多いという印象の背景に、一般の人には馴染みが薄い「幻視」という症状があり、それが出れば精神科を紹介される可能性が高くなる可能性が示唆される。また、精神科を受診する認知症患者の場合、症状が多彩であることも考えられるため、診断や家族対応に苦慮した場合の対応などについて聞いてみたところ、次のように述べている。

BPSD の方が多いですから、ある程度抗精神病薬を使わざるを得ないんですけど、どうしても副作用が出ることがありますから、「しんどそうだ」と、それを止められるご家族さんがおられるんですよ。それにもかかわらず、「興奮して困っている、何とかしてくれ」って、相矛盾した対応を取られる家族さんがいるのが困るかな。改めて説明して初回投与量より減らし気味に出したりだとか。でも、抵抗がある方は、精神科の薬に抵抗があるのか、飲まなくて、最終的にどうしたいんだろう？って困ることがありますね。精神科の薬は嫌で、でも興奮して困っている、何とかしてくれっていう方はおられますね。(b 医師)

対応に苦慮した症例は多分にあるんです。「どうしてそんなことしたの?」、「こうした方がいいからやりました」っていうようなことを仰る方がおられますね。例えば、せん妄の方だったんですけどね、夜せん妄で徘徊していたおじいちゃん

を、一緒に追っかけて徘徊していたおばあちゃんとかですね。夜中に、山の中なので、溝に落ちたらどうしよう、というより溝に落ちて誰にも気づかれなかったらどうしよう、というので付いて歩いてみたいなんですね。周りの助けを呼べるような状況、ではないのに。本当に周りが山間部の中にぽつんとあるようなお家で。ただ、そこは中山町という、うちの医局が疫学調査をしている地区の方で、そこは在宅支援センターを持っている老健が1軒どんとあって、そこが全住民の状態というのをほぼ把握しておりますので、介入は物凄くスムーズですね。ただ、もし、そういうのがなかったら事故でしょうね。絶対あると思います。追っかけている方が、こけて骨折するとかもあると思います。(c 医師)

私の診ていた一番若い人が、47歳発症のアルツハイマーの人ですね。その人は凄いの、ラッシュで進んで行きましたね。発症してから、5年も生きてなかったですね。最後は自発性の低下が進んで誤嚥性肺炎で。その方、上司の方・同僚の方が「物忘れあるんじゃないか」って。単身赴任されていたんですけどもね。家族の方に電話して、精査すると、アルツハイマー型認知症が考えられるということで。ご本人含めて物凄い悲壮感がありました。年齢が若いんで家族の方も中々受け入れられないですし、その現実を。で、その方一家の大黒柱でしたんで、経済的損失っていうのもかなり大きいですから、家族の方はかなりショックを受けられてました。ただ現実には短期間の中で認知機能レベルがどんどん下がっていくし、本人さんの状態っていうのが凄く変わるんで、治療要望はありますけど、本人さんの状態に治療が追いつかない、状態になります。あとは年金を含めて、取れるものは全て取って、家族の経済的負担を軽減していくということをやっていきます。変性性の認知症は、若ければ若いほど(進行が)早いですね。(d 医師)

本人がイライラしていると、家族さんもそれに対してイライラしてしまう、と。それって家族だからある程度しょうがないところもあって、家族だからイライラするんでしょうね。だからアッサリ「こういう風に対応したらいいんだ」って言っても、そんな割り切れる人、いないですから。まあ結構、こんな感じなんですけど、共感しながらやらせてもらってて、家族さんに気を遣うような話をさせてもらうことはありますね。恐らく BPSD が出るのは家族さんだから出るんだろう、という話をさせてもらうこともあります。つまり「一番身近にいるから出るんでしょう」、だから一緒に頑張ってください、っていう話をしてみることもあります。という感じで、労ったりとかさせてもらっています。例えばこの病院で診察中は（症状が）出ないから、多分一番（患者さんに）近いから出るんでしょうね、って話をさせてもらっています。物盗られ妄想とかは、通常僕らとかには出ませんが、入院とかされていると、たまに看護師さんに出ることがあるんですね。それは関わった証拠だと。関わり合いの強い人に出ますから。アルツハイマーの物盗られ妄想は、基本身近な人に出ますからね。身近な人しかいないからそう考えるのか、お金盗ったっていったら、余所の人が盗ったって考えるのが普通なんですけど、そう考えないのがアルツハイマーで、Lewy だと警察に電話するんで。僕が診た Lewy の人は、警察に電話する上に、家に儀式のように窓際に包丁を並べてて、来た人が見えているからその時に、って言うんですけど、実は自分がどっか持ってっちゃったんですけど、「盗まれた」って言って、で役所に行ったんですね。役所に行ったら「包丁持ってる人が来ました」って電話かかってきて、いえいえ、これはその人（泥棒）を撃退するために持っていたんだって。そこら辺が同じ物盗られ妄想でも、アルツハイマーの人と違うのかなって思うんですけども。アルツハイマーの人はやっぱり身近な人に出ますので、やっぱり「辛い」っているのはさせてもらっていますね。「よう頑張ってますよね」って話をして。（e 医師）

これらの内容から見えることは、まず、「家族思い」が、医学的あるいは医療的に空回りするような家族が存在していることである。特に、b 医師の述べている家族の例は、「Pivot」な立ち回りをしている状態と考えられる。「家族思い」であるがゆえに、医療者といえども中々それを止めにいく印象も受ける。そういった「家族」への対応や、高齢者の認知症に加え、「地域」という環境の特性と医療・介護の適合性、更には多く来院する BPSD を伴う患者の原疾患の鑑別など、非常に「幅広い」対応をしていることである。また、そういった中に、比較的少ない若年性認知症の患者が含まれるなど、対応の「幅」が多岐に渡っている。特に、「地域」の特性に応じた対応は、別の場面でも表出する。

こういった対応を通じて、患者とは別に、家族との対応を続けている中での、地域の特性について、2 人の医師が付け加えている。

少ないんですけど、「聞きたいんやけどな」ってここまで（ジェスチャーで喉元まで）出ておられる方は何人かおられて。ですが、大阪市大とかみたいなことはないと思います。大阪市大の先生が「大変や」って言われてました。（d 医師）

診察室で面と向かってクレームを言われた、っていうのは今まで指折りもない位です。でも外で看護師さんとかには言ってる、っていうのはありますよ。まあそこまで言わないですけど、言ってることとかありますけどね。まあ看護師さんにも「言うところがないんでしょうね」とか話をさせてもらっていたりとか、まあ精神科の場合には患者さんでも家族さんでもそうなんですけれど、言っている内容自体には意味がないことって結構ありますので、言っていること自体を受けとめて欲しいっていうのがあるみたいですから、そういうところが僕らのいう「共感」だと思いうんですけれども。「喋っている状態」自体、そこを受けとめてあげる、っていうのが大事なのかなって思います。家族さんは色々苦悩があるみ

たいで、患者さんもそうなんですけれども、先生と喧嘩をしてしまうと、こういう地域ですので、他に行く病院がないので、行き先がない分、本当に困り果ててしまって、「言えない」というのもあるんじゃないかと思うんです。遠慮されている例って結構あると思います。そういう形で、心療内科から紹介状なしで来る場合もありますね。「もう来たくない」という感じで。「あそこにはかかりたくない」という感じで来る場合がありますね。「じゃあ向こうの先生に色々相談した？」って聞いたら「そんなの出来ない」ということ、結構ありますから。そうですね・・・そういうところは違うかと思えますね。本当に地域的にも病院が少ないですから、行き先がなくなるっていうのはきっと考えていると思えますから。だからどうしても言えない分、看護師さんに言ったりしているとか、ヘルパーさんに言ってるとか。(e 医師)

この内容を地域特性だけのものとして取り扱えるまでの根拠はないが、少なくとも、「他に行ける病院がないから」ということは、家族が遠慮する理由の一つとしては十分であると考えられる。また、大阪市大の医師に聞いた話との対比で、更にそれを実感している様子である。この内容は、三木教授が述べていた、「大阪と違って、自分勝手なことを言う人が少ない」という内容に近いものと考えられる。恐らく、大阪市大の医師は、「遠慮なく」もの言う家族のことを述べていたのであろう。また大阪は、認知症診療における、地域の実地医家の機能も、愛媛よりあるものと考えられる。このような背景があり、愛媛では、遠慮がちな態度の家族が多いのであろう。そして e 医師は更に付け加えている。

松山まで行きますと内科も神経内科もありますので、意外と何も言わず何処かへサラッと行ってしまうことがあるんですけど、大学病院に居ると、そういう風に何処かへ行った、というのは少ないですね。ですから大学病院に来る方は他の地域とは、少し何か違うんだと思います。まあ、うちは紹介状がないと来れな

いようになっていますし、少し敷居の高さがあるんじゃないかと思いますね。そういう意味で、患者さんや家族さんにセレクトがかかっていると思うんです。まあ例えば、同じように精神科で出している、多分街中の病院と心療内科に行くのと大学病院に行くのとは皆違うと思っていらっしゃる可能性が高いですから、「こういう病院で診てもらいたい」って探すと同じ条件の病院がない、ってことにはなりますね。大学の大きい所は検査が出来るんで、やはりそこは大きいと思います。(e 医師)

このように、紹介制で検査設備の整った大学病院、と街中の病院や心療内科との、受けとめられ方の「違い」を推測している。同じ条件の医療機関が他にないことと、ある程度特別な検査などを求める患者が大学病院を受診するのではないか、という内容である。実際に、地域での診療と、大学病院での診療の双方を経験しているため、そこには強い実感が込められている。厚生労働省による「専門の医療機関での検査」勧奨の影響の可能性もある。

また精神科では、比較的患者数が少ない可能性を筆者は想定していたことを述べたうえで、MCI（軽度認知機能障害）を含めた軽症認知症の患者への対応について聞いたところ、次のように述べている。

ある程度、初期から中等度の方は来てますよ。大学だと、認知症疾患医療センターの方で振り分けをされるので、BPSDが出ている方が多いですが、外勤先だと、軽症の方も結構おられます。リスクファクターについては、大学病院に来られている方は、内科にも受診して頂くようにしていますね。で、外勤先では、内科の先生もおられますけれども、糖尿病とか高コレステロール血症とか、私出来そうなものは対応するようにしています。大学では専門領域を大切にしたいと思っています。(b 医師)



アルツハイマーの方が一番多いんですけれども、MCI（軽度認知機能障害）あるいはMCI（軽度認知機能障害）以前の方が増えて来ている印象があります。その場合は、まず、本人に対応です。それから家族さんに「これでいいですね？」と確認しながらやる感じですか。MCI（軽度認知機能障害）の場合ですと、アルツハイマーの疑いがあると思ったら、早い段階で介入はしています。（c 医師）その位の進行レベルの方でしたら、本人さんからの話も十分聞きます。かなり進行した人でしたら、本人さんが話すことも難しい場合もありますので、家族さんから聞くこととなります。MCI（軽度認知機能障害）から初期の認知症の方でしたら、本人さんと家族さんと、半々位で話を聞くことが多いと思います。（d 医師）

田舎の方でも、殆どの方が別棟に住んでいるという状況ですので、大部分の方には介護保険を申請しましょうという話をさせて頂いております。結構初期であっても、しっかりされていても、デイサービスにはしっかりと行くように説明をさせて頂いております。（e 医師）

軽症患者への対応からは、精神科の医師が、内科系のリスクファクターへの対応をしたりと、状況によって「内科対応」に近いことをしていることが見出せる。また本人への対応も含めて、それに近い。e 医師の話の内容からは、「同居」がそれ程多くないことが示唆され、この点は、一世帯あたりの人数のデータと合致すると考えられる。この点は、地域特性ではなく、冒頭で上野教授が述べていた愛媛県で「医師が足りない」面が、精神科だけでなく、内科系医師にもあることを推察させる。このことを部分的に裏付けるように、c 医師は、自身がアルツハイマー病ないしはLewy小体型認知症の患者に処方する際に考慮していることをふまえ、更に次のように述べている。

正直、アリセプト一択です。使いなれているというのものもあるのと、他剤を使うメリットをあまり感じないということですね。それと、大部分の方が大学でずっとフォローする訳ではありませんので、紹介元の開業医さんのところで採用されていないということとかもあって、普及率、という意味もあって。紹介元は、必ずしも精神科や老年期の疾患ばかりを診ている医療機関ばかりではないので、田舎の場合。普通の内科の開業医さん以外に、あとは「整形外科」とか。そういうところで処方をお願いすることも多々あります。実際、心療内科、精神科、あるいは認知症を専門と謳っているところって少ないと思います。(c 医師)

高齢者人口が多いということは、市場が大きいということではないかと、筆者の考えを述べたところ、次のような見解を述べている。

市場が多過ぎるんだと思うんですね。そして山間部だったり島嶼部だったりするので、「足」の問題じゃないかと思います。ものすごいニーズがあるところは、一つの診療所でカバー出来る数が少なくて、ペイ出来ないんじゃないかと思うんですね。範囲が広すぎるってことですね。散在し過ぎているのかもしれない。広域過ぎるといふか。広域過ぎると往診専門だとか、例えば認知症メインで、となった時に動けないですね・・・何て言うか、地元のクリニックの先生、本当に苦勞されている方は苦勞されている、という人が各地域に一人いるかいなか、ですね。中山地区にも一人往診して下さる先生がおられるんですけども、24時間365日、ほぼ無休、ですね・・・ホント、善意と忍耐とでのみ成立しています。その方に負担が集中してるっていう状態なんですね。私、そこに派遣されているんです。大学から中山町に派遣して15年目位になるんで、下地が出来て来て、そこを飛ばして支援センターとかに電話入れてもらおうと、ケアマネ(ケアマネー

ジャー) とかが対応出来るようにはなっているんで、まだ「マシ」と言えるかもしれないんですけども、同じ山間部でも一つ山を越えた久万高原町というところがあったりするんですけど、全く手つかずなんですね。一応総合病院があるんですけど、実数把握とか、認知症患者数とか、どの位老老介護の家庭があるのかとか、多分把握されている訳ではないので、自分が担当して知っているケアマネは知っているんでしょうけど、どこまで主治医と共有出来ているか、っていうのはあると思うんです。往診がアクセスしにくいってことは、向こうから医療機関にアクセスしにくいってことで、病院が近くにある遠くにあるとかいうよりも、電話したら来てくれるケアマネのような人がいる方がメリットがあると思うんですね。で、「何かあった時にどこに電話したらいいの？」と仰る方が多いので、即時性のあるサービスというか、救急体制がどれ位担保されているのかという部分での安心感が欲しいのかなとは思いますがね。(c 医師)

この内容は、必ずしも「人口 10 万人あたりの医師数」というような統計が意味をなさないことを示す。先章で紹介した、「面積」の問題が背景にあるとも考えられる。そこには、アクセス可能性という要素に加え、地域性というものが加味されると思われる。ここでいう地域性とは、地域毎の年齢構成であったり、独居、同居の状況である。このような環境的要因によって、「在宅診療」や「デイサービス」が成立するか否かが示唆される。厚生労働省が掲げる、地域包括システムばかりか、憲法に掲げられている、生活権さえ担保されているかという状況であると考えられる。

次に、啓蒙や報道の影響について、診療時を通じて捉えた家族の変化を、それぞれ次のように述べている。

初診の時、田舎の方の方だと「認知症ですか」とか「アルツハイマーですか」とか聞かれずに、「どうにかなりますか？」っていうような質問が多くて、「どう

にかなりますか？」と言うよりも、「どうなりますか？」っていう質問が多くて。比較的街中の方で情報を沢山お持ちの場合は、御家族の口から「アルツハイマーでしょうか、Lewy でしょうか、それとも水頭症でしょうか？」というところまで出てくることがありますね。たまたまテレビがそういった番組をしていた後なんかですけれども。そういう時は、受診される方、ちょっと増えますね。(c 医師)

病名についてはインターネットとかテレビとかで見られたり、調べたりされて、言われることはあります。「アルツハイマー」と言われることが一番多いとは思っています。家族の方に医療関係者がおられる場合でしたら、Lewy 小体型認知症ですとか、血管性認知症とか言われることもありましたが、一般にはアルツハイマーとか、あと「老人性認知症」とか正確でない言葉で言われることもあります。「老人性認知症とアルツハイマーは違うんですか？」というような感じで。(d 医師)

先日も NHK スペシャルで薬の特集があって、患者さんからこういう薬が・・・という話がありました。よく見てらっしゃいますね。他に、こういう病気じゃないか、って来られた場合がありますね。Lewy の特集の後でこれなんじゃないかって。アルツハイマーの方はそうでもないのですが。早い段階から来られる方が増えていますね。(e 医師)

啓蒙や報道については、少し患者増につながっている他、やはり病気の推測などをする家族もいるようである。ただし、それも地域性があり、その一例が「どうなりますか？」という言葉に表れている。そういったやり取りの中で、早期受診することが増えている印象も有している。

他に特筆すべき内容として、各医師はそれぞれ、次のように述べている。

ご高齢の方の人口が多くて、しかも平均余命が長くて、分散して住んでおられる状況に対しては、かかりつけの先生の認知症の診療のレベルアップとかをして頂けたらな、というのがあります。それが今回の認知症疾患治療センターのことで、地域に拠点病院を設定して、そこでは勉強会をするようになっています。あとまあ、もう一つの方法として、初期診断と治療を自転車操業的に大学で方針をつけて、後を地域でしてもらうように、ですね。拠点病院も、それなりに機能はしていると思うんです。皆さん「忙しくなった」って仰っているんで。(b 医師)

BPSD であつたり、認知機能による行動っていうのは、もう割と心の準備が出来ておられるというか、例えば水路に落ちるとか想定される訳ですけど、当の本人さんも手続き記憶<sup>128</sup>とかで分かっておられることがあるので、本当に偶発的な事故以外は、あんまり事故にならなくて、近所の方もある程度なあなあで面倒見してくれるといった、地域の機能があつたりする気もするので、そういう意味では在宅生活が必ずしも短いとも限らないですね。一番問題になるのは徘徊ですよ。冬場の凍死、夏場の熱中症。圧倒的に夏場の熱中症が多いですけど、凍死はここ3年で1件だけありましたね。ただまあそれは、冷えて死んだのか、死んでから冷えたのかはハッキリしなかったんですけどもね。夏場は熱中症が圧倒的に多いですね。この徘徊に対する対応が分かつたら、って思うんですけどね。中山町でもずっと聞かれるんですけど、例えば夜間せん妄で徘徊するのと、昼間思い立って徘徊するのって違ってくると思うんですよ。そういうことしてもらおうなら昼間にしてもらおう、夜は絶対寝てもらおうってことで、生活リズムを整えるで

---

<sup>128</sup> 例えば、「自転車の乗り方」のように、手順や手続きを介した長期記憶のこと。主として人の技能面の記憶に多い。

も、日中の活動性を上げるでも、それはどっちでもいいと思うんですけども、田舎で山の中で行方不明になった時、何が大事かって、誰が最後にどこで見たってことになってくるので、見た人の情報が、「そういえば見た人がいるらしい」と後になって出ると勿体ないので、「あの人が見てそう」とかそういう人を探す側が把握出来ているかですよ。なので近所の目ってというのは最強の監視能力なので、認知症の人がどこに住んでいて、近所には誰さん家があるというところまで把握出来てきているのが、中山町の強みかなっていうのがあるので、フル活用しましょうね、というのが今年の中山町の目標なんですよ。（c 医師）

外勤先は田舎なんで、80歳前後が多い気がします、平均、90歳を超えている人もまあまあ来られるんですよ。初診で。家族に連れられて来る、っていう。基本、お歳を取られてから発症してくる認知症の方は、進行が遅いんですよ。若いうちに発症された方が進行が早いので、80歳とか90歳とかになって認知症だ、例えばアルツハイマーだっていうんで、ドネペジルいきましょう、とっても効果がハッキリしないかもしれませんね。元々が進行が遅いんで。まあ使っても使わなくても、若い人に比べると大きな差がないかもしれませんね。あくまで私の印象なんですよ。中にはもう歳なんで薬を飲ませたくないっていう家族の方もおられるんですよ。で、そういった方もフォローはずっとしているんですけども、1年に1回位神経心理学的検査をするんですが、進みは緩やかだなって感じなんですよ。だから、ご高齢の方に薬をいってもいなくても、あまり差はないのかなと思ったりすることはあります。ただ、家族の希望があれば出しますね。心臓とか喘息の問題がなければ。（d 医師）

家族さんも薬で進行を防ぐと分かっている病気ですから、まあ・・・最初は非常に葛藤も強いんですけどね。非常に。慣れてくると割と良く対応してくれますね。

本当はその葛藤にも対応したいんですけど、時間がないんですよ。外来の看護師さんが聞いてくれたりとか、メモ書きを残してくれていたりだとか、そういうケースは結構ありますね。家族さんの方が目に見えて疲労してるなって時は、もっと介護サービス、介護保険を使いましょうって話をしたり、（介護度の）区分が低い場合にはあげましょうって話をさせてもらっています。それには証拠がいっぱい必要なので、いっぱい集めます。検査（を追加）したりとか。まあ点数を書いて欲しいという自治体もありますので、自治体によっては長谷川式だとかMMSE（ミニメンタルステート検査）の点数を書いてくれ、っていうのもあるみたいです。愛媛はあまりないんですけども、例えば長谷川式10点ですよ、とか書いたらですね、上げてくれたりだとかですね。（状況に応じて）BPSDが結構きついですよ、だとか家族さんの状況が厳しいんですよ、ということをかなり書きます。割としっかり書くと、見てくれて上げてくれる例もありますよ。家族さんの状況を克明に書いただけで上がったっていうことは、僕が書いた例ではそこまでのものはないのですが、他の先生に聞いた話ではあるみたいですね。二人暮らしで御主人に身体障害があって、疾患も書くとちょっと重くつけてくれることってあるみたいですね。本来は（患者）御自身のこと、なんですけど、全体を見てちょっと上げてくれるってことはありますね。（e 医師）

内容は個々に散逸するが、b 医師は、認知症疾患医療センターの機能について言及している。大学病院内だけでなく、大学病院を中心とした公式の診療網であり、それがある程度機能していることが、確認可能である。c 医師は「地域」の機能に言及している。厚生労働省も地域包括診療を推進しているが、元からそこに存在した「ご近所の関係」、加えて地域の人口構成などの特性を医療機関ないしは行政が実数も含めて把握していること、がキーであることを述べている。加えて、地域の実地医家のレベルアップを望んでおり、この点は、老年内科の小原准教授と同じ捉え方である。d 医師の、「超高齢」の認知症患者の診療

実感は、今後しばらくは高齢者人口が更に増えると予想されている状況においては、「病状の進行なのか自然加齢か」という点での観察が求められる可能性を示唆する。それでいて、こういった年齢層の患者、もしくは認知症を心配する方は、受診してくるのである。老年内科の小原准教授も同様のことを述べており、「愛媛」という環境の特性であると捉えられる。このような患者に、地域の実地医家が対応することを、彼らは望んでいるのであろう。e 医師が述べていることは、地域の中の「家庭」が介護の中心となることを厚生労働省が方針として示している状況の現在にあっては、家族の「限界」を捉えるうえでの貴重な示唆である。同時に、彼らが診療の対象としている患者の家族が、それぞれの「限界近く」まで、介護をしていることを示すものであると考えられる。

### 5-3 整理と考察

#### 5-3-1 意図せざる結果の検証

まず、「アルツハイマー病患者数の増加に、意図せざる結果が含まれているのではないか」という疑問については、実証されたと捉えている。そして、発見事実からは、その生起過程は大まかに三種類に分けられる。

①MCI(軽度認知機能障害)の患者への、コリンエステラーゼ阻害薬を処方するための、「アルツハイマー病」という診断。

②当初、「アルツハイマー病」と診断し、処方を行っていたが、後から Lewy 小体型認知症と判明する場合。この場合、コリンエステラーゼ阻害薬は、どちらの疾患にも効果があるので、統計に表れる診断病名を、わざわざ訂正しない可能性が高い。

③当初より、Lewy 小体型認知症と診断していたが、コリンエステラーゼ阻害薬を処方するための、「アルツハイマー病」という診断。この場合は、診断医が意図的に、「アルツハイマー病」という診断名をつけなければ、保険が適応とならなかった<sup>129</sup>。

---

<sup>129</sup> 先述のように、2014年9月以降は、Lewy 小体型認知症が、コリンエステラーゼ阻害



これらのうち、③は、法則定立的であると考えられる。コリンエステラーゼ阻害薬を処方するという、確固たる目的を有し、「アルツハイマー病」という診断病名を、医師がつけているのである。また、Lewy 小体型認知症という診断が明らかな場合には、特有の症候などがあるため、エラーが少ないと考えられる<sup>130</sup>。この点は、F 医師が明確に述べている。つまり、この生起過程については、背景の因果が明らかなため、法則定立の可能性があると見える。

次に、②は、単純にヒューマンエラーと片付けられない面を有する。それは、A 医師も述べていたように、Lewy 小体型認知症に特有とされる、幻視は、アルツハイマー病でも、何割かの患者に認められるからである。また、幻視が初期では出現しない症例もある。更には、パーキンソン症状<sup>131</sup>も、初期は認められないことがある。つまり、早期受診の啓蒙にしたいが、患者・家族が早期に受診するほど、生起しやすい「意図せざる結果」であると考えられる。また、③には含まれない結果である。したがって、早期受診という厚生労働省の啓蒙の意図が、一般に浸透すればするほど、現状では生起しやすくなることとなる。その意味においては、法則定立的な側面があるが、患者・家族が早期受診をする程度が不確定であるため、その点から、③の事例ほど、確固とした法則定立の状態とはいえないであろう。

そして①については、早期受診などの厚生労働省の意図にしたがった、患者・家族が受診をし、アルツハイマー病の病初期であることが疑わしい場合は特に、医師から患者・家族への、疫学や薬の有効性などの情報提供があり、そのうえで多くは家族が「治療」を選択していると考えられる。そのための「アルツハイマー病」という診断である。この生起過程は、早期受診の啓蒙に端を発して生起していると考えられ、その点は D 医師の「認知

---

薬の適応となった。

<sup>130</sup> ただし、他の認知症をきたす疾患の合併は問わない。

<sup>131</sup> 安静時の手の震え、小刻み歩行、動作緩慢などを指す。(参照：難病情報センターホームページ <http://www.nanbyou.or.jp/entry/169>)

症が進行してから来る症例が減った」という発言にも表れていると考えられる。啓蒙は、厚生労働省の意図の始まりであり、意図した結果への流れのなかでは上流にあたるため、そこからの過程は、多くのバリエーションを有すると思われる。このため、この点については、次項で考察を行う。

### 5-3-2 早期受診の啓蒙がもたらしたもの—MCI (軽度認知機能障害)—

本稿の調査対象である、合計4診療科の何れにおいても、「早期に」患者が受診するようになったことが述べられている。そして、この早期受診をする、主としてMCI (軽度認知機能障害) の患者が、意図せざる結果として「アルツハイマー病」という診断となる群であると捉えられる。

インタビュー内容を振り返り、その典型的な内容をみると、何らかの形で、MCI (軽度認知機能障害) の話に至る。それらは、例えば以下のようなものになる。

(自診療科の) ホームページに「気になる人」とか、書いてあることもあり、MCI (軽度認知機能障害) 前後のレベルの人が対象になることが多い。(大阪大学老年内科, A 医師)

アリセプトが出てしばらくしてから変わりましたね。「早期発見」とか言うようになって (大阪大学精神科, D 医師)

MCI (軽度認知機能障害) とかは、内科系の医師というか、かかりつけ医、実地医家の先生方が診ないとダメなんです。(愛媛大学老年内科, 小原准教授)

アルツハイマーの方が一番多いんですけども、MCI (軽度認知機能障害) あるいは MCI (軽度認知機能障害) 以前の方が増えて来ている印象があります。

(愛媛大学精神科, c 医師)

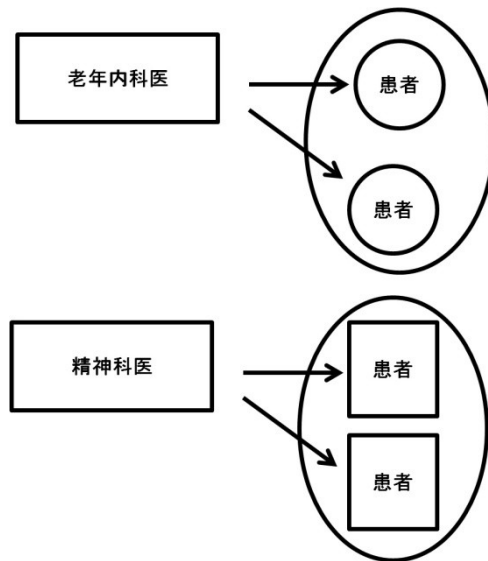
ここで整理可能であることは、大阪大学では、老年内科は自診療科の戦略の結果として、早期受診の患者が多くなっている。それに対して、精神科では、以前に比して病早期の状態で来院する患者が増えていることを述べている。すなわち、多くは、A 医師の述べていた、認知症としての進行度による「棲み分け」があるものと推察される。ただ、早期受診の啓蒙の結果として、どちらの診療科にも、軽症の患者が増えているということである。

また、愛媛大学では、老年内科は、早期受診の啓蒙に加えて、地域の実地医家への早期受診が少ない、または実地医家があまり認知症診療を行わないことによる、影響があるものと考えられる。それに対して、精神科は、「MCI (軽度認知機能障害) あるいは、それ以前の患者」が増えて来ているという印象を有しており、従前の精神科の患者層に、病早期に受診する患者が加わっていることが示唆される。そして、背景には小原准教授が述べていた、地域の実地医家の、認知症診療上の機能も加わっている可能性がある。

以上からは、大まかに、地域による違いと、診療科による違いが、明確に捉えられる。

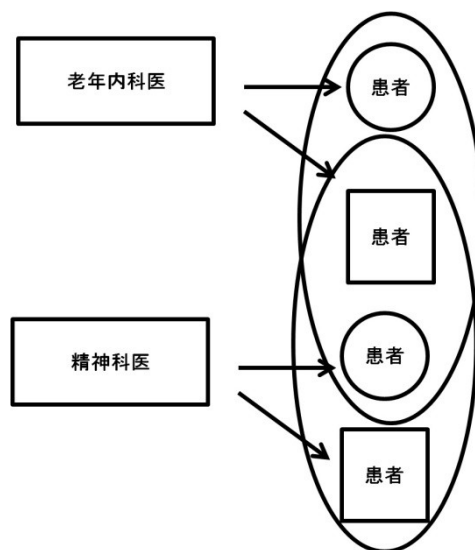
この点を、医療組織の視点から捉え、「患者」という、市場への効率的な対応を考えてみる。そこで、野中 (1974) で述べられている、組織と市場の適応関係が、専門診療科別に分けられた、大学病院の老年内科と精神科についても該当するものと考えられる。まず、医療組織が、理想的に機能している時の状態を図示すると次の図 11 のようになる。この図は、個々の診療科の専門領域に該当する疾患と、受診する患者が有する疾患とが、適合した時の状態を示す。

図 11 診療科（組織）と認知症患者（市場）の関係



ところが本稿の調査から得た知見からは、従前までの個々の診療科が網羅する疾患群では完全に分かれていた患者が、認知症診療では一部重なり、更に「認知症」という患者が市場としても重なっており、次の図 12 のように変化していることになる。この図は、個々の診療科の専門領域に該当する疾患と、受診する患者が有する疾患とが、一部不適合である状態を示す。

図 12 実際の、診療科（組織）と認知症患者（市場）の関係



この市場の重なりを招く、組織にとっての環境の要因のうち、特に愛媛において、医療組織側が強く認識していることが、「実地医家の初期認知症診療への取り組み不足」ということである。つまり、認知症診療における、初動の機能を大学病院が行わざるをえない状況を示す。その背景には、認知症が疑われる場合の、早期受診の勧奨も影響はあると思われる。これだけでは、組織と市場の関係が地域の医療状況や地理的要因によって変わるといふ「発見」に過ぎない。だが、この市場の重なりが愛媛では大きいと考えられる。そのために、愛媛大学精神科は大阪大学精神科よりも、MCI（軽度認知機能障害）前後のレベルの患者への対応をせざるを得ない状態にある。つまり、意図せざる結果を生起「せざるをえない」状況が多いと推察される。

このように、両大学、両診療科における、早期受診の流れは、それぞれの特徴がある。そのなかで、次にMCI（軽度認知機能障害）患者と、その家族への対応としては、今回の調査データ内からは、以下のような点から特徴を知ることが可能と思われる。

MCI（軽度認知機能障害）か初期認知症かさえ分からない、いわゆるコリンエステラーゼ阻害薬の適応ではない症例でも選択肢は2つですね。6カ月後再診か、家族と相談の上で、Due to ADの可能性に対して投薬をするか、ですね。概ねそのどちらかですね。可能性を「否定出来ないことに対して」ですね。だから診断的治療という感じもありますね。それも家族に説明します。例えば高血圧の薬と違って、効果判定が難しいですし、それは診断的治療という意味でも難しいですよ、って言ってますね。でも阪大に来るような患者さんですから、「いいかもしれない事は全部してみたい」という感じなんですよ。（大阪大学老年内科、A 医師）

「あなたはまだアルツハイマーじゃないですよ。まだ診断基準も当てはまっていません。でも色々な意味で老化は人より早いであろうと思います。うちの母親

だったら薬飲ませます。」と言ったら9割以上の方が薬出して下さい、と言います。(大阪大学精神科, D 医師)

(MCI (軽度認知機能障害), あるいは更に早期の認知機能の低下が疑われる患者について) 海外有名ジャーナルに出ていましたけど、「一応エビデンスを伝える,, そのうえで治験への参加を促す」と、その論文には書かれていたんですけど、その代わりに、薬は試してもいいと思います。あくまで、そこは患者さん・家族さんに決めてもらいます。ただ他に何も手立てがないということではないので、そこも含めて決めてもらいます。(愛媛大学老年内科, 小原准教授)

MCI (軽度認知機能障害) の場合は、まず、本人に対応です。それから家族さんに「これでいいですね?」と確認しながらやる感じです。MCI (軽度認知機能障害) の場合ですね、アルツハイマーの疑いがあると思ったら、早い段階で介入はしています。(愛媛大学精神科, c 医師)

そして、大阪大学老年内科 A 医師, あるいは大阪大学精神科 E 医師が述べている、「この辺 (北摂エリア) 」の患者・家族という要因は、それぞれ医療にも「高み」を求める傾向があり、そのことが、大阪大学老年内科には、精神科よりも多くの MCI (軽度認知機能障害) レベルの患者の診断を行う状況を、大阪大学精神科には高度な検査や治験が期待される状況を、それぞれ生んでいると考えられる。

大阪大学は、A 医師の述べているように、「良さそうなことは何でもしたい」と考える家族が多いのであろう。A 医師も D 医師も、「家族」にアプローチをして、投薬の決定をしている。その背景には、「できることは何でもしたい家族」が存在していると思われる。

一方、愛媛大学では、小原准教授は、エビデンスを引用して、「治験の代わり」と位置付けての投薬としているが、最終的な決定は、患者・家族である。また c 医師も、家族に確認

しながらの早期介入を行っている。その背景には、医師達が語る、実地医家、医療機関へのアクセスといった問題があり、その問題をできる限り補おうとする姿勢が読み取れる。つまり愛媛大学に共通する背景は、「今できることのなかで、他の地域や国ではできることの代替案を示す」状況にある。

そして MCI 患者の受診が増えるなかで、その家族と相対する様子を聞くと、違いが読み取れる。例えば、大阪大学では老年内科の B 医師が述べている内容を再確認してみると

(紹介元の医師が) 極端な例だと、アルツハイマー病だけでなく認知症そのものが「症候学」でもあるので、症候的なエビデンスから入るという観点から、患者さんの観察・診察ばかりして、家族の話を殆ど聞かない、という場合があったりだとか。まあ、僕ら内科医とは、全然違う面があって、それもまた勉強になるのですが、その違いの分だけ、家族さんは僕の外来の時にあれこれ話されるという印象もあります。(大阪大学老年内科, B 医師)

紹介元の医師も、個々の専門性や、時間に応じた対応をしている様子がうかがえる。いわば、その補完を、大学病院の老年内科が行っているということである。少なくとも、個々の医師の専門性が大きく毀損されている状況ではないことも推察可能である。それに対して、愛媛大学では、c 医師や f 医師の弁を再確認すると、

少ないんですけど、「聞きたいんやけどな」ってここまで(ジェスチャーで喉元まで) 出ておられる方は何人かおられて。(愛媛大学精神科, c 医師)

どうしても家族さんは色々苦悩があるみたいで、患者さんもそうなんですけれども、先生と喧嘩をしてしまうと、こういう地域ですので、他に行く病院がないので、行き先がない分、本当に困り果ててしまって、「言えない」っていうのも

あるんじゃないかと思うんです。（愛媛大学精神科，e 医師）

患者・家族自体が，医療機関の少なさや，何か「おとなしい」気質からなのか，「物言わぬ」状態である面も推察できる。この点は，b 医師が地域性をダイジェストしているなかで述べていた，「やさしい」人達という印象を受ける。更に，先程の MCI 患者への対応を含めると，個々の医師は自身の専門性からは少し逸脱した領域まで診療を広げる必要があることが理解可能である。この点は，b 医師が「大学病院の診療では，専門性を大切にしたいと思います」と述べていたことが，如実な裏付けとなろう。また地域においても，c 医師が述べていたように，「整形外科医」が認知症の診療を行っている状況も背景にある。

以上から，重複する要素はそれぞれあるものと思われるが，各組織における，意図せざる結果の生起過程の特徴を概観すると，次のようになる。詳細は，次節で取り上げる。

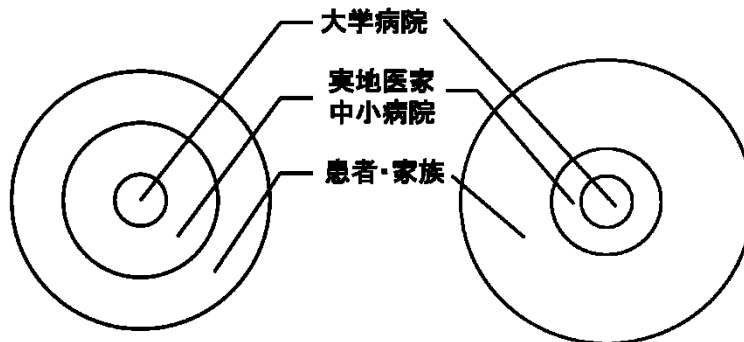
- ①大阪大学老年内科・・・「金に糸目をつけない」「新しいことで有効性がありそうなことは何でもしてみたい」家族の願いに応える
- ②大阪大学精神科・・・早期介入，時に Lewy 小体型認知症初期で判別困難。治験などの要望があり，医療者側もそれを意識している
- ③愛媛大学老年内科・・・家族の願いの多くを斟酌しつつも，地域の実地医家が診療すべき負担を負う
- ④地域の医療の「分散性」と，実地医家の少なさ，負担を鑑みる。既に多くの介護負担のある家族，遠慮がちな家族の思いを汲む

そして，大学病院という医療組織が，認知症診療を行うに際して，それを取り巻く実地医家と家族が，認知症診療に寄与する度合いを図示すると，図 13 のようになる。



図 13 大学病院を取り巻く認知症診療にかんする環境（左：大阪大学，右：愛媛大学）

※大学病院組織を同一規模と見做した時の状況，環境の規模・複雑性を反映させている



つまり，愛媛では，実地医家の機能が相対的に小さいこと，医療機関へのアクセスの問題があること，元から「やさしい」気質が相まって，家族の負担が増えていることが推察される。実地医家の機能の多寡から述べれば，早期受診の患者が増えた場合，多くは，大阪大学では老年内科の負荷が増す。しかし，愛媛大学では，老年内科だけでなく，精神科の負荷も，大阪大学より増すものと推察される。

### 5-3-3 意図せざる結果の生起過程の組織ごとの違いについて

大阪大学，愛媛大学の，老年内科と精神科のそれぞれを単一の組織と見なした時の，組織ごとの「意図せざる結果の生起過程」の違いについて，ここでは整理する。

大阪大学の老年内科は，認知症の診療のターゲットの一つを MCI (軽度認知機能障害) に定めている。しかし，それだけでなく，大学病院内の「棲み分け」によって，MCI (軽度認知機能障害) 前後の状態の認知機能の患者が多くなっていると推察される。つまり，MCI (軽度認知機能障害) から，初期の認知症の患者が多いイメージである。一方，A 医師が述べていたように，大阪大学の老年内科では，認知症と診断された患者の 7 割がアルツハイマー病であるという。また，「初期の」アルツハイマー型と，MCI (軽度認知機能障害) の間には，明確な線引きができる状態でないことは，認知症を「もやもやした」病気と A 医師が

表現していることに表れている。

そこで、診療の場においては、MCI（軽度認知機能障害）あるいは、初期の認知症患者を前にした状態を想定する。すると、

- ①医師は患者を参照（診察）する
- ②家族から「できることは何でもしたい」という要望を聞く
- ③自診療科におけるアルツハイマー病の診療経験が頭の隅にありつつも迷う

というような状況が想定できる。これらの一連の過程は順序は①から始まると思われるものの、②と③は診療の時々において順序は変化する。だが、多くの場合において、アルツハイマー病の診療経験を医師自身が念頭におきつつ、②の要望を鑑み、「MCI（軽度認知機能障害）が、アルツハイマー病によるものである可能性」を家族に示し、希望があれば処方を行うこととなる。

次に大阪大学の精神科は、一般に「認知症」という疾患が広まるよりも以前から診療を行ってきた経緯がある。その中で、D 医師が「以前みたいに、中等度以降に進行した認知症の状態が初診になることがなくなった」と述べているように、患者・家族の早期受診が進んでいる。だが、このことは、同時に、大阪大学の精神科が、「中等度以降の」認知症患者の診療経験が、組織として豊富であることを示していると考えられる。平易な言葉で述べれば、「悪くなった」状態を、より深く熟知しているということである。

そこで、診療の場においては、MCI（軽度認知機能障害）あるいは、初期の認知症患者を前にした状態を想定する。すると、

- ①医師は患者を参照（診察）する
- ②家族から患者の様子を聞く、その際に治験など「新しい治療」への要望がある
- ③自診療科におけるアルツハイマー病の診療経験が頭の隅にあり、未来を予見する

- ④患者・家族をセットで、認知症を進行「させにくい」家庭環境の創出を考える
- ⑤根本治療薬の治験などを日本で行えないことにジレンマを抱きつつ、処方薬の有用性があれば家族に説明し選択を促す

というような状況が想定できる。つまり、患者の状態と、その未来像を念頭におき、診断と患者・家族のおかれた状況を見て、処方を説明し、家族がそれを選択していると推察される。そして、その家族の多くは、やや離れた地域で別居している場合が多いと思われる。また、医師の念頭に新しい検査・治療の方法があるものの、それらを使えない。それだけに、「代わりに」有用となる可能性のあるものを家族に提示しようという誘因があるものと推察される。

そして、愛媛大学の老年内科では、認知症もしくは疑いの場合の早期受診の機運が高まるなか、地域の実地医家が認知症診療に積極的とはいえない背景もあり、MCI(軽度認知機能障害)を含めた、認知機能が低下した患者・家族が受診をしている状況と考えられる。

そこで、診療の場においては、MCI(軽度認知機能障害)あるいは、初期の認知症患者を前にした状態を想定する。すると、

- ①医師は患者を参照(診察)する
- ②家族は、不安と「何とかしてほしい」という態様を示す
- ③MCI(軽度認知機能障害)におけるエビデンスは未確立であるが、「治験」の代わり、あるいは地域の実地医家の機能を補完するための、不安の抑制の一環として、MCI due to ADの可能性も考慮する

というような状況が想定できる。つまり、ここでは、家族の「不安」の軽減と、認知症あるいはその疑いの状態の「その後」の経過を実地医家に診てもらうための動機付けという意味での処方が起こりえると考えられる。基本的に大学病院で長期の経過観察ができない

一方で、小原准教授、a 医師が述べている「地域の実地医家の機能」を補うという意識が捉えられる。それは、患者・家族の「オロオロするような」不安を思っていることである。

最後に、愛媛大学の精神科では、認知症もしくは疑いの場合の早期受診の機運の影響で、以前よりも「軽症」な患者が受診をしている状況であると考えられる。加えて、地域における「精神科医不足」を補うために、認知症診療を多くしている状況である。つまり、認知症診療をするなかで、より患者・家族の居住する「地域」に近い位置で診療を行うことで、その「地域」で可能な介護やケアの状況などもイメージしながらの診療となっていると思われる。

そこで、診療の場においては、MCI（軽度認知機能障害）あるいは、初期の認知症患者を前にした状態を想定する。すると、

- ①医師は患者を参照（診察）する
- ②家族から患者の様子を聞く
- ③医療機関が少ない地域の状態、老々介護、近所に家族が住んでいる状況などを含めて、家族の不安を抑えつつ、患者が介護上の不利益を被らないような「状況」の創出を考える
- ④そのうえで、アルツハイマー病の兆候があれば家族に説明し選択を促す

というような状況が想定できる。特に、c 医師が述べている「アルツハイマー病の疑いがあれば早期介入する」という言葉の背景には、疾患への早期介入の有用性だけでなく、③にあるような居住環境、介護状況などが強くイメージされていると考えられる。多少なりとも、同様に「地域」のことを、どの医師も述べており、その背景には、地域における実地医家の状況まで含まれている。また、場合によっては、自身が派遣されている地域で、自ら「実地医家の代わり」をしていることも示されている。

また、平易に言えば、大阪は愛媛より「都会」である。都会であるだけで、実地医家の数は多く、その間の競争も強くなりえる。したがって、患者・家族は、その競争環境のな

かで受診先の実地医家を選択し、それでも不足を感じれば、大阪大学を紹介受診することになると思われる。その場合に、患者本人あるいは家族が「自ら」受診しようという場合は多くが老年内科を受診し、長年の診療実績への信頼から、実地医家によって紹介される場合は、精神科を紹介されることにもなるのではないかと推察される。

一方、愛媛では、このような地域の実地医家の競争環境が、大阪ほどは強くないことが推察される。その分だけ、地域の実地医家が認知症を「診療」せずに、大学病院あるいは医師達の派遣先を紹介する例が多いことも考えられる。したがって、地域の実地医家が一見して「軽症」であれば老年内科を、精神症状が少しでもあれば精神科を紹介するような行動となることが推察される。また、大学病院への受診を希望する患者・家族と、地域の医療機関で治療を完結させたい患者・家族の態様の差は、「何らかの検査や治療に対する期待」と、「とりあえず薬が欲しい」というような違いとなって表れていることも推察される。ここからは、もし「とりあえず薬が欲しい」という患者・家族の希望に、ほぼ無条件で応える実地医家が存在する場合には、「アルツハイマー病」という病名がつく患者数が増えることも推定可能である。

#### 5-4 小括

まず各教授には、大まかに大学の診療科として、認知症診療について考えていることを、自由に述べて頂いた。それでも、先に示したような違いがある。楽木教授は、老年内科の立ち位置を考えながら、その一つに認知症診療を位置付けている。つまり、「戦略の一環」とも捉えられる。武田教授は、認知症についての社会の認識の変化を中心に述べているが、それ自体が、大阪大学精神科、ひいては日本の認知症診療の歴史と重なる部分が多いと思われる。三木教授は、愛媛大学に老年内科を開設した当時を振り返りつつ、手探りでフィールドワークをしながら、住民の医療に対する考え方や求めているものを、他の診療科の教授に聞きつつ探索しながらの体制構築したことを述べている。つまり、大学と地域からの要請という色合いの濃さが表れている。上野教授は、自組織と県内の精神科医療との関

連から精神科医が相対的に足りない状況を指摘している。その中での認知症診療は、専門を問わず、取り組んでいることも述べている。更には大学における、認知症疾患医療センターと地域の認知症診療体制の構築についても述べている。そして、早くから組織として取り組んできた、認知症診療とフィールドワークも根拠に、今後の展望を語っている。現状で、これだけの、組織としての態様の違いがあると考えられる。

そして、組織としての違いは、各教授の下で職務を遂行する医師達が、家族という、不可避な機会的要素に対するアプローチとして表れていると考えられる。

大まかには、大阪大学老年内科は戦略的に自診療科を発展させるための立ち位置を考えているため、認知症診療は専門外来（認知症診療のみの外来）の体制を取り、しかも A 医師の弁によると MCI（軽度認知機能障害）をターゲットとしているという。更にそれを「自然に」強固にすべく、非公式な同期の連携によって患者の棲み分けを達成している。

大阪大学精神科は、長年に渡り、認知症診療をリードしてきているからか、D 医師、E 医師の話の内容からは、診断などの面で、自身の専門に引き付ける面が見て取れる。つまり、組織としては、かなり長期に渡り、診療内容を大きく変えずに、続いてきている印象である。

愛媛大学老年内科は、開設してからの年月が、今回の調査対象の中で最も浅く、教授退官直後ということもあり、組織の再構築を企図する時期である。

愛媛大学精神科は、開学以来の歴史に加え、認知症診療にかんしては、先鞭をつけており、認知症疾患診療センターの開設にあたっては、a 医師の話でも、イニシアチブを取っており、大学レベルでは、認知症診療の中心であると捉えられる。また、概略とはいえ、内容を上野教授が多くを把握されている点は、高齢者診療を巡る環境もあり、自診療科が一体となって取り組まざるをえないことの証左と思われる。実際、部下の医師達は全員、地域からの要請に応じて、外勤先でも認知症診療を行っている。その点は、愛媛大学老年内科にも共通である。

また医師達の、MCI（軽度認知機能障害）の患者への対応を通じて観察できることは、そ

れぞれの態様は異なるものの、治療・介護を続けなくてはならない状況で、個々の患者・家族の価値観もふまえたうえでの、最善の選択を考える姿勢である。この点は、藤本（2002）に示されている、**Profession** としての自律的な姿勢であると考えられる。更にいえば、自律性に根ざした利他的態様と考えられる。

以上の、組織的な態様を背景とした、「意図せざる結果」の生起過程について、次章で、検証をしたうえで、含意と、「意図せざる結果」の収束の可能性について考えたい。

## 第6章 結論と含意など

### 6-1 理論的含意

意図せざる結果の生起過程と理論的な収束について

本稿で得られた結果から、認知症診療における、意図せざる結果の生起過程についての、理論的な含意を整理する。まず、今回インタビューした医師の誰もが、「正確な診断」を心がけていたことを、述べておく。

医師達が症候などから確証をもって、Lewy 小体型認知症と診断した症例は、これまではコリンエステラーゼ阻害薬を処方するために、「アルツハイマー病」という病名をつけざるをえなかった。この点は、理論的には、薬剤の有効性という医学的事実に、制度が追いつかなかったことになる。つまり、Shackelton et. al. (2009) の例とは異なり、薬剤の保険適応という制度化が、遅れたということになる。しかし、本稿執筆中の2014年9月から、正式にドネペジルがLewy 小体型認知症の適応となったことにより、今後は収束されるものである。また、理論的にもDe Rond and Thietart (2007) にあるように、背景の因果が明確に捉えられ、本事例の場合は制度で補完可能である。そのため、意図した行為主体である厚生労働省が、収束可能な「意図せざる結果」であると捉えられる。また、Merton (1949) の定義によれば、逆機能とはいえない。むしろ、逆機能もまた機能である例といえる。

次に、Lewy 小体型認知症認知症と鑑別困難な例、特に認知症初期の例は、コリンエステラーゼ阻害薬を処方するための保険請求上の病名は「アルツハイマー病」である。この点は、ある程度、厚生労働省が「容易に捕捉できる」意図せざる結果であると考えられる。アルツハイマー病、Lewy 小体型認知症、何れの場合であっても、コリンエステラーゼ阻害薬の適応である。したがって、「アルツハイマー病」という病名には、どちらかが含まれていることは、捉えられるからである。ただし、認知症そのものの進行とともにLewy 小体型認知症と判明しても、コリンエステラーゼ阻害薬を処方するための保険病名としては「アルツハイマー病」で継続処方が可能である。したがって、「アルツハイマー病」として治療を行っているなかで、途中でLewy 小体型認知症と判明する症例にかんしては、厚生労働省



は背景の因果は調査などにより、捉えることは可能である。だが、「アルツハイマー病」という病名をつけたままで保険診療が可能であるため、補完の策を講じにくく、即効性のある収束のための策はうてない。改めて調査を行うとして、調査対象とした医療組織に、正確にデータを把握して提出させるには費用がかかる。その費用と、「アルツハイマー病」として治療を続けることの費用との対比から考えて、意図した行為主体（厚生労働省）による収束は、現実的には困難であると思われる。これも、先述の Merton の定義にしたがえば、潜在的機能である。そして、どちらの疾患であっても「治療が有効」という点から、逆機能とはいえない。それは、アルツハイマー病、Lewy 小体型認知症の何れもが、認知症として、早期介入が有効であるという意味である。

「認知症への早期介入」という意図は、その意味においては、達成されているため、機能的であるといえる。ただし、「正確な診断」という点と、その延長上にある「患者数」というデータの正確性という点は、担保されない。その正確性の低いデータは、次の段階では、「啓蒙」のためのデータに利用される可能性がある。更に、早期介入の意図が重なると、MCI（軽度認知機能障害）の患者の受診時の影響が予測される。その影響とは、不可避な機会的状況（家族）の、「加療希望」へとつながることである。

そして、MCI（軽度認知機能障害）の患者に、アルツハイマー病の可能性、あるいは治験薬の代替りの選択肢のひとつとして、コリンエステラーゼ阻害薬を処方する場合は指摘される。これが、本稿における、意図せざる結果の生起過程のメインの分析対象となる。

その生起過程は、次のように分類可能と考えられる。この分類は、①から④へと、ミクロな視点となっている。

- ① 地域そのものの違い
- ② 家族の地域差
- ③ 診療科の違い
- ④ 医師が有する利他的性と制度的同型化の観点からの違い

そこで、これらの分類にしたがいながら、含意と、収束への論理の導出を行う。

#### ① 地域そのものの違い

まず、地域そのものと「組織」のかかわりから、組織の態様差を述べる。地域全体という範囲に対して、個々の医療組織は統制的な権限を有しない。そのため、この段階で生じる、意図せざる結果については、医療組織は収束の方策について、提言は可能であっても、立案・実行は不可能である。そのため、組織の視点からの含意を、提言として述べる。

愛媛大学では、老年内科、精神科ともに、大学外の地域の医療機関からの要請によって、認知症診療を行っている。歴史的にみれば、老年内科は「社会の要請」で開設されて15年強となる。精神科は開学以来約40の歴史の中で、上野教授が述べていたように、地域の高齢者人口増加という環境に、比較的早い時期から対応をしている。加えて、愛媛大学精神科の場合、地域での調査そのものが、認知症診療の姿勢や体制に影響を与えていると思われる。

地域そのものの違いとは、本稿の分析対象の背景にある、マクロの環境である。その環境のなかでも特に、地域の実地医家（分析対象の背景にある、地域の認知症診療の状況）と地理的要因に着目する。

愛媛では、c医師の言葉にもあったように、地域によっては認知症診療と付帯してくる在宅診療をすることが、当該地域の実地医家にとって、金銭的インセンティブとなる以上の大きな負担となることがある。そのため、地域で認知症診療を行う医師の数が不足している可能性が示唆される。また、a医師や小原准教授の言葉からは、実地医家が認知症の初期診療にあまり積極的でない可能性が示唆され、その意味でも不足していると考えられる。その背景には、「面積」という要因があり、最終的には在宅診療が必要になる「患者」が地理的に分散しているために、実務上の困難がある可能性もある。少なくとも、このような状況があるがゆえに、愛媛大学では、大学病院にかかる、「一般的な」認知症診療の負荷が

大きいと思われる。また組織として大学病院から、地域に「出張」してまでの対応を余儀なくされていると考えられる。

それに対して、大阪では、地域の診療所あるいは中小病院が、初期認知症の診療における役割をある程度果たしていることが推定される。例えば A 医師の話の中には、自ら地域の医師に依頼し紹介状を作成してもらい、大阪大学を受診した患者の話がある。また、B 医師の話の中には、認知症診療に慣れている、地域の精神科医の話が出ている。また F 医師の話の中には、自身の精神科診療の中で、逆紹介をしていないが「来なくなる」患者の話が出ていて、施設に入所することになる患者がいくらかいることを示唆している。つまり、認知症の患者が、「寝たきり」などの状態になる時などの、介護面での移行など、受け皿の広さもあると考えられる。

これらの内容は、人口 10 万人あたりの医師数を把握しても理解できるものではない。また個々の医療組織からみても、地理的環境が大きく異なることが、病診連携体制を取るうえで、大きな障害になっていることは想像に難くない。

ここで、アメリカの医療制度が背景にあると仮定して、これらの事象を考察する。アメリカでは、老人と低所得者を除いては、皆保険制度は存在しない。つまり、一般の市民は、私的保険に加入することになる。加入先の保険会社は、複数の医療機関と契約し、個々の市民と契約した保険の内容に応じて、受診先をあてがう。医療機関は、保険会社から付与される金額の範囲で、対象となる市民の医療を行う。したがって、医療機関には、医療に経費をかけないことに対する、インセンティブが生じる。したがって、組織の構成員たる医師には、そのような圧力がかかる。また、保険により受診先を規定された、個々の市民は、受診先を変える場合には、更に費用がかかるため、変更しないことにインセンティブが生じる。したがって、保険制度が、個々の医療組織にとっての、「診療を行う対象の人々」の大きな規定要因となる。このような保険制度の下では、Donabedian (1966, 1980) の、医療の質の評価法のように、地理的要因などの、マクロの環境を考慮する意味がなくなる場合もありえる。

この観点から、日本では、医療の質の研究の理論 (Donabedian, 1966, 1980) では欠けている、「環境」を分析対象に入れることの有用性が、指摘できる。したがって、厚生労働省の政策が有する意図に、医療組織にとっての環境という捉え方が含まれれば、少なくとも都道府県単位での対応は可能ではないかと思われる。そして、「環境」を分析に含める、コンティンジェンシー理論も、医療の質の研究の理論 (Donabedian, 1966, 1980) も、法則定立を志向する理論である。そこにしたがえば、収束の方策が、ある程度「法則的に」理論化できることは、期待できる。

例えば、一般的な認知症の在宅診療<sup>132</sup>を「移動による業務」と捉える。現行の診療保険制度では、基本的に在宅診療の軒数に対して、インセンティブが付加される。したがって、拠点から近い範囲で複数の業務がこなせることが、実地医家（結果を出す行為主体）にとってのインセンティブとなる。逆に、あまりに移動距離が多ければ、実地医家にとっては「割に合わない」ことになる。したがって、この「移動距離」に対して、何らかのインセンティブを付加することが、意図せざる結果の収束の方策の一例となる。このような方策については、医療組織は提言は可能であるが、策定は不可能である。

このことを、サービス専門組織 (von Nordenflycht, 2012) の観点から捉えると、会計事務所や弁護士事務所の場合、書面のやり取りによって、組織と顧客の関係が保てる場合もあると考えられる。したがって、顧客と直接対面し業務を遂行する、医療組織と比べると、地理的要因は少ない可能性がある。

以上から、本稿の知見を基に収束を理論化するとすれば、意図する行為主体が立てた方針にしたがった業務（移動による業務）が、地域を問わず行き渡るためには、結果を出す行為主体（大学病院医師）の診療を継承する、地域の実地医家の移動距離に準じたインセンティブシステムを構築することが、補完策のひとつであると考えられる。このインセンティブが欠落した状態であれば、今回の調査対象のような医療組織に影響が及ぶということに

---

<sup>132</sup> 在宅診療の目的のひとつは、認知症のケアを地域・家庭に行き渡らせることにある。この点は、厚生労働省の意図のひとつである。

なる。仮に、大学病院や国公立病院を、地域の医療の「本社」と定義すれば、私立病院や診療所は、「支店」として位置づけられる。ただし、その位置づけは、猪飼（2010）が述べているように、機能分化ではなく、部分的に同一の機能を有する、規模による分化と捉えることが、日本の医療組織に適合する。

企業組織にあてはめて考えれば、支社・分社を配置する際に、機能分化を行う場合と、規模に応じて同じ機能を持たせる場合とが、環境に応じて変化すると考えられる。特に、企業内外との取引や連携の統制を考える場合、例えば、原料調達を目的とする支社を作る場合においても、製品販売の市場が支社の周辺に捉えられる場合には、他の機能を持たせることもあると思われる。したがって、この捉え方は、組織と市場の関係に援用の可能性が考えられる。

また、愛媛大学と大阪大学の比較から明らかになった、この「地域差」は、次以降に述べる含意の「背景」となる。

## ② 家族の地域差

まず、「家族」のかかわりを述べる。意図せざる結果が生起する行為の過程は、どちらも、何らかの形で、医療組織が「家族」の立場を考慮する、あるいは思いを汲み取るがゆえに起きた結果であると捉えられる。

大阪大学では、A 医師の「金に糸目をつけない」や、E 医師の「治験について質問されることがある」といった内容から、「その時点でできることは何でもしておきたい」ということを、大阪大学に求めている「家族」の態様が推察できる。つまり、顧客に寄り添う、不可避な機会的要素が、組織が可能とする「最大限」を要求している状態に近い。

それに対して愛媛大学では、三木教授の「大阪みたいに自分の都合でものを言う人は少ない」、小原准教授の「とにかく不安で仕方ない」という弁や、c 医師の「喉元まで言葉が出かかっている」、更に多く聞き取れた内容として、「通院に時間がかかる」といった点から、患者に寄り添う遠慮がちな「家族」の態様が推察できる。そして、その態様を医師達

が斟酌して対応している様子も理解可能である。つまり、その要求は、大阪大学に比して「最大限」とはいえない。

このような家族の地域差は、①であげた、地理的要因を背景として、愛媛の家族にとっては「他に行く病院がない」(e 医師) 状況となっている可能性がある。また、他のサービス専門組織との違いは、業務遂行上、組織と顧客が直接対面する必要があることが、規定因のひとつである。このことも、愛媛の家族の態様の背景にあるものと推察する。

以上からは、「家族」の態様に地域差があり、それぞれの状況を医師達が鑑みた結果、「アルツハイマー病」という診断に至った可能性が指摘可能である。どちらの府県でも家族の意向は強く、また最終的な投薬の判断は家族に委ねられている。因果は、共通であるが、このように過程が異なっている。

まとめると、その過程は、大阪の家族は、できることは何でもしたいという熱意、愛媛の家族は、分からないから何とかして欲しい、何か言えば次に病院に来づらくなる、といった背景での考えが異なっていると捉えられる。

この状況で生起する、意図せざる結果は、Merton (1949) を参照すれば、潜在的機能であり、かつ表面的に「機能と逆機能が混在している状態」となる。大阪では、「アルツハイマーによる MCI (軽度認知機能障害) の可能性に対して (A 医師)」, 愛媛では「(特に、医療機関へのアクセスが難しい地域の場合) アルツハイマーの疑いがあれば、早期に介入する (c 医師)」という生起過程である。

現状の医学的エビデンスにしたがえば、MCI (軽度認知機能障害) の 2 割は、アルツハイマー病に移行するという。つまり、MCI (軽度認知機能障害) の症例の全てに介入すれば、2 割が機能、8 割は逆機能の可能性があることになる。ここでいう「機能」とは、厚生労働省の意図に対する「機能」、つまり「認知症の、早期での正確な診断と介入」である。

経営学一般における、経営組織と顧客の関係であれば、自組織にアクセスできなくなった場合は「顧客ではない」ことになる。つまり、市場 (野中, 1974) に含み入れられないことになる。このような状況のうち、一部は「情報」という媒介 (例えば、インターネットの

発達など)によって、市場化されることが理論的に導出可能である(野中, 1974)。

しかし、「医療」の特異性として、医療者と顧客(患者)が、対面することが必要である。また、顧客が自組織にアクセスできなくなることは、組織にとっても顧客にとっても、「望ましくない」。特に顧客にとっては、健康にかかわる問題が生じる場合がある。その場合に、顧客の日常生活における行動範囲にある、「地域の実地医家」に権限を委譲し、機能的な代替を行うことになる。この機能的な代替を行う「地域の実地医家」が、愛媛では少ない。その背景には、①に示した地理的要因があり、「地域の実地医家」にとっては、競合する他の実地医家も少ないが、それ以上に実務の遂行が困難な場合もあるものと推察される。そこからは、「実地医家の先生が、初期の認知症を診ない」(小原准教授)という状況へと繋がるのが、推察される。この点は、大阪では、地理的要因が少ない。また、地域の実地医家の間に、競合関係が生じている場合もあると考えられる。競合が多ければ、実地医家は、一定の学習・訓練の後に、レパートリー(診療可能な疾患)を増やすこともありえる。したがって顧客は、自由に、実地医家を選択する余地があるものと推察される。そして、この顧客の代理が、「不可避な機会的要素」である。家族にもまた仕事などがあり、常時一定の対応が困難な場合もあり、その意味においても「機会的」である。

このような「不可避な機会的要素」が発した、可能な限りの加療希望(大阪)、通院を含めた先行きの不安(愛媛)に対して、「アルツハイマー病の可能性」を示したうえで、加療のひとつの手段として、組織側(医師)が「処方」を提示し、多くの場合の意思決定を、不可避な機会的要素(家族)が行っているのである。

医療組織側からみた場合、本来有する医学的知識に基づく権威を、父権的に行使する(パターナリズム, Freidson (1970))ことはせずに、顧客側に、選択権を委譲していることになる。委譲できる背景には、もちろん金銭的インセンティブにかかわらないこともあるであろう。しかし、それ以上に、専門的知識に基づく権威を封印する背景に、自律的な Profession, とりわけ「利他性」が強く出ていると捉えられる。その自律性は、第2章で述べたように、これまでの多くの論稿で述べられているものとは理論的な背景が異なる。そ

の背景の違いは主として、(医療者側の立場からみて) 医学的正当性や権威性の確保にかかわる社会的な労力の差であると考えられる。

そして、何れの場合も、意図した行為主体である、厚生労働省が、こうした背景の因果を捉えきっているという確証はない。したがって、De Rond and Thietart (2007) が述べている、背景の因果の把握度という観点からは、厚生労働省が主体となる場合には、収束の可能性が低いと捉えられる。ここに、結果を出す行為主体である、医療組織に着目する意義が見いだされる。

また、MacKay and Chia (2013) の観点からは、医療組織が「手中にしている」、治療についてのイニシアチブを、密接した不可避な機会的要素(家族)に委ねている状態と捉えられる。ただし、大阪では不可避な機会的要素の求めに応じて、愛媛では不可避な機会的要素の窮状を鑑みて、という点で背景は異なる。

企業に例えれば、手中にある業務案件のなかで「成果」が明確でないものを、顧客と責任を折半して実行するような場面が想定できる。この場合、リスクの回避、あるいは市場の情報の獲得というインセンティブが組織にある。例えば、企業の商品開発者(企業内専門職)が、コンテキスト(不可避な機会的要素)を意識すれば、製品の市場における位置づけが変化する可能性はある。具体例としては、住宅リフォームの商品開発を高齢者を意識したものとすると、年老いた親が長年住む家のリフォームを、子供が踏み切る動因となることなどが、該当するであろう。

しかし、医療組織の業務が公的で、「現場で対応する意思決定者」である医師が有する Profession は、企業の担当者が有する企業特殊性や現場責任とは異なる性質を呈すると考えられる。Profession には、コスモポリタンの要素があり、例えば医師の場合であれば、組織の長の命令よりも医学的正しさの方を優先するというような面がある。企業においては、このような「組織を超越した正しさ」というものの定義が困難であり、対比的に捉えることは難しい。

しかし、専門職組織の捉え方をすれば、組織の成員が、より「環境」や「コンテキスト」



を意識した Profession としての態様となれば、その成果の市場における位置づけが変化する可能性が考えられる。von Nordenflycht (2012) で取り上げられている、弁護士、あるいはコンサルティングファームなどは、特にその可能性が考えられる。例えば、企業の顧問弁護士であれば、「環境」や「コンテキスト」への意識は、顧客である企業にとっての CSR を強化する要因となる可能性がある。

このように考えると、本稿における医療組織の態様の結果は、現在の医療制度や認可薬剤の範囲での、意図せざる結果の収斂の状態にある。医療者は、決して医学的なエビデンスから大きく逸脱した行動・言動はみられず、常に「アルツハイマー病の可能性」を考慮・説明している。一方で、その説明の後の選択を「不可避な機会的要素（家族）」に委ねている。したがって、双方に非は認められない。つまり、現段階における「収斂」の状態と捉えられる。

このような状態は、初期の認知症、あるいは MCI (軽度認知機能障害) の段階における、アルツハイマー病の診断の困難さが背景にある。したがって、意図せざる結果の「収束」には時間がかかるが、個々の医療組織が、正確にデータを蓄積することが最善である。それは、高潔なガイドラインを制定した、中央集約型の臨床研究が、意図せざる結果を招く可能性があることが示唆されるからである (Califf, 2006)。つまり、MCI (軽度認知機能障害) についての、中央集約型の臨床研究は、この視点からは推奨しがたい。したがって、個々の医療組織が「まず、自らの診療に役立てるために」、可能な限りの追跡データを蓄積し、個々の医療組織と関係がない第三者が集約し、最終的に全国化することが勧奨される。それは、日本の医療組織といえども、研究成果として公表すること自体が、自身の権威向上 (同業内、あるいは社会的な) となると考えて行動する場合がありますと推察されるからである<sup>133</sup>。その意味においては、追跡データは、その過程は非公開が望ましい可能性がある。

また、企業の場合、その規模に応じて統治機構が異なる場合があると思われる。特に、海外進出した場合、現地の企業体を分社化したり、別会社化したりすることもあると思わ

---

<sup>133</sup> 近年、報道などで問題視されている臨床研究は、このような背景があると推察される。

れる。そのような場合に、もし現地の支社が独自の統治機構を有する場合に、本国本社の意図が、現地支社の成果として結実する過程は、情報非対称となる場合もありえる。やや飛躍するが、本稿における「地域差」は、意図する行為主体と結果を出す行為主体が「実診療」という現場の情報の面で、非対称である可能性がある。このように捉えると、企業の場合は、進出した地域ごとに「環境」が異なると思われる。そのような一面と、類似性が見い出せると考えられる。つまり、意図する行為主体から、結果が出る過程の因果が把握できない、という共通の要素の存在が示唆される。この点は、MacKay and Chia (2013) の主張を再現したこととなる。だが、企業内全体での報告ではなく、個々の支社における「記録」の精緻な蓄積が、意味をなす可能性を、本稿は示唆する。それは、支社に特異的なノウハウになるからではなく、全社的に「意図せざる結果」が認められた時に、生起過程の因果の把握と、その収束に役に立つ可能性があるからである。

### ③ 診療科の違い

次に、診療科の専門性に着目する。老年内科と精神科の差は、何人かの医師も言及していたように、「身体科か症候科か」の違いにある。Profession として専門的知識と、行使の仕方の違いである。実務的には、診療の導入を、身体所見からとするか、患者の訴える内容からとするか、の違いである。この点に関しては、大阪と愛媛の違いは認められなかった。また、個々の医師の診療は、愛媛でも大阪でも大きな違いはなく、それぞれに診療の権限が委譲されている。

ただし、大阪では大部分の医師が自身の専門性と診療の関わりにも言及しているのに対して、愛媛では、ほぼ全ての医師が、専門性に強く引き付けるよりは、地域における患者、診療の在り方を中心に語っている。ここにも、①で述べた地理的要因が、背景にあるものと推察される。

この診療科の違いは、不可避な機会的要素（家族）を含めた、背景の因果の読み取り方の違いにつながっていると考えられる。

精神科は顧客（患者）が、不可避な機会的要素（家族）と常時寄り添っているかどうかにかかわらず、その関係性を保つことを前提に、顧客にとって良い方向となるように、両者セットでのデザインを行う。不可避な機会的要素と顧客をセットと捉えた時の、取り巻く「環境整備」の手段のひとつである。MCI（軽度認知機能障害）における、処方は、あくまでその一環である。これは、野中ほか（1978）で述べられている、環境を創造する行為に近く、別の表現を用いるのであれば、医療組織からみたコンテキストの安定を図っていることになる。このコンテキストの安定が、顧客の安定という成果へとつながると考えられる。本事例では、家族の「安心」が、家庭における介護環境の安定につながる、という捉え方である。

老年内科は、顧客に対するアプローチを中心に取つつ、不可避な機会的要素（家族）に目を向け、時に情報源、時に治療などを委譲する対象として捉えている面があると考えられる。すなわち、顧客のコントロールの一部を、不可避な機会的要素（家族）に委ねるということである。経営学一般のなかでは、「親子」が顧客である場合が、これらの状況に近しいと思われる。つまり、顧客と、顧客に寄り添い意思決定に影響を与える行為主体との間で、共通の意思を形成するように求めていると捉えられる。

つまり、どちらの診療科も、不可避な機会的要素（家族）の意向に沿うのである。しかし、以降の診療のなかで、不可避な機会的要素（家族）と顧客（患者）を、一体化させた環境整備を行うのか、双方の相互行為のなかで理解し合いながら体制を作り上げるように向けるのか、という大きな違いがある。したがって、意図せざる結果を生起させるまでの、思考の過程が異なるものと考えられる。具体的には、精神科は、認知症患者を抱える家庭の、環境を整備し、病状の進行を穏やかにするための手段としての、処方と捉えられる。それに対して、老年内科は、本人の病状進行を遅らせることを、まず念頭に置いている傾向がある。

企業と顧客の関係に例えると、精神科の態様は、2世帯住宅のデザインの考え方に類似している。2世代の夫婦の、日常生活上の接触の度合いや、その関係などによって、間取りを

変えたり、時に別棟にしたりすることもある。一方、老年内科の態様は、親子で洋服の購入を行う場面と類似している。特に子供が、学生の場合で親が支払いをする場合、洋服の選択については、時に親の意向が強く反映される場合がある。そして、これらの状況を分析して、企業側は対応する。つまり、その場において、自社の製品やサービスのなかから推薦を行うことである。MacKay and Chia (2013) が述べている、結果が生起する背景因果を把握しながら、対応することとなる。つまり、理論的には、収束させやすいと予測される。ただし、収束まで要する時間は、未知である。

この収束のさせやすさの背景は、本稿でもみられる。例えば、診断困難な症例を、特殊な検査の可能な病院に紹介する (E 医師) という態様が、それにあたる。より医学的に「正確」と考えられる方策へと、患者を向けることである。そのためには、特殊な検査や、治療が可能である施設が、自験例を蓄積し公表していくことが、意図せざる結果の収束につながる事となる。そして、こういった収束への動きは、前出の「アミロイド PET 検査 (嶋田, 2012)」のように、既に事例として認められる。

また、特に精神科の場合、顧客 (患者) と不可避な機会的要素 (家族) の関係性を保つことを前提に、顧客にとって良い方向となるように、両者セットでの、未来の医療・介護のデザインを行う。そのために、「地域の違い」を受けやすいといえる。この「地域の違い」は、①で指摘した地理的要因、②の指摘の背景にある「家族の同居の状況」や「家庭内における人間関係」である。「環境」を考慮し、診療科の比較を行うことで、これらの点は、ある程度明らかとなる。

これらのことをアメリカの医療で想定すると、個々の診療科が有する、医学的知識には大きな違いは存在しない。だが、保険制度の違いと、病院組織の成立の流れの違いがある。保険制度は、使用できる経済資源が限定されることで、医療者が、患者・家族の関係性を尊重しにくくする可能性がある。つまり、医療者側の選択範囲を狭くする可能性がある。更に日本と異なり、保険による契約の範囲内でなければ、すぐに他の医療機関を紹介することは困難である。また、保険契約により、診療所の専門医が、病院での診療をどの

程度含みいれられるかが決定される。その程度によっては、日本よりも診療所と病院の連携は円滑である可能性もある。また、病院組織がケア組織由来ということであるため、日本と異なり、介護の要素が、病院に含み入れられている可能性がある。その面での、病院の「外来における」選択肢が多い可能性がある。だが、それはあくまでケア（対症的処置）であって、診断・治療ではない。

#### ④ 医師が有する利他性と制度的同型化の観点から

本稿は、医療組織の視点からの議論を志向している。そして、本稿における医療組織の要素である、日本の医師は、「医師」の専門職としての **Profession** としての自律性を背景とした、利他性と、医学的エビデンスや診療ガイドラインといった、制度的要素との狭間で職務を遂行している。そこで、**Profession** (藤本, 2002) としての、利他性と制度的同型化 (DiMaggio and Powell, 1983) に基づいた含意の抽出を試みる。

第2章で述べたように、これまでの日本の医師の **Profession** にかんする論稿で取り扱われてきた自律性の定義と、本稿における定義は、**Profession** としての成立背景の違いから、先行研究とは異なると考えられる。したがって、自律性を基盤とした、医師の態様もまた、これまでの論稿とは捉え方が、異なるものとなる。

また、制度的同型化についても同様である。制度的同型化とは、同型の状態ではなく、同型の状態への動因が働いている状態と捉えられる。つまり、何らかの制度、あるいは制度的要素によって、同型の状態への動因が働く状態である。

アメリカの **Profession** は、「古典的な **Profession**, 医師としての公共性や利他性」と、「医療システム下での **Profession**, つまりメディケアなどの主として保険システムの下での、医師としての金銭的、地位的インセンティブ」の、大きくふたつの要素から成る (Stevens, 2001)。加えて、免許制 (資格制) の機能、専門教育機関で専門的知識を教育される点、倫理綱紀やガバナンスが、専門職集団の社会信用の看板であると同時に、「自律性」を社会に認めさせる方策である (Freidson, 1970)。

対して、日本の医師の職業集団の形成は、資格形成のためとはいええない。それは、社会的地位を国家が規定し、規定されたうえでの職業集団と考えられるからである。したがって、アメリカのように、医師が自らの社会的地位や職業的権威を獲得するために行う活動の背景に存在する「自律性」の存在は、日本では大きいとはいえない。強いて言及すれば、同業内での権威獲得のための動きが存在し、その権威が社会的権威とリンクする状況が想定可能である。

繰り返しになるが、権益のみならず、医学的正当性や社会的地位を確保するために活動する「アメリカの医師の自律性」は、ある程度の社会的地位が法と政策で規定されたうえで、医学的正当性や社会性を追求できる「日本の医師の自律性」とは、その背景と構成要素が異なることになる。

以上のような観点から、本稿における日本の医師について、**Profession** の特徴を、自律性を基盤とした「利他性」、そして医学的エビデンスや診療ガイドラインへの「制度的同型化」に見いだせる<sup>134</sup>。このことから、利他性と医学的エビデンス、特に診療ガイドラインなどの医学的知見への依拠の枠組みでの分析を行う。この両者は対立するものではなく、自律性を背景に、併存している状況と捉えられる。

先行研究における、医療における意図せざる結果の研究を概観すると、多くの論稿の結果がコスト (Shackelton et al., 2009) , または治療患者数 (Werner et al., 2005) といった、数的要素だけに、結果が一見して「明確に違う」と判別可能である。これらは、Donabedian の述べている「医療の質」の範疇に入るものである。また、これらの研究は「環境」や「コンテキスト」への配慮が、ほぼなされていない。そのため、医療にかかるコストや、治療患者数という要素が、医療組織の要素（例えば医師の選択する治療法など）と関連付けされる。したがって、そこには医師のガイドラインなどへの依拠と、**Profession** としての検査や治療の選択が、含まれていると捉えられる。

---

<sup>134</sup> 業種内あるいは組織内の規約などよりも、自律的に医学的エビデンスへ依拠しやすい状況が想定される。

本稿では、ガイドラインや海外の医学的知見などに依拠している状態は、インタビューにおける、「初診時に行う検査」やMCI（軽度認知機能障害）の患者への対応の際の内容に表れている。

医学的エビデンスや診療ガイドラインなどによる制度的同型化と、家族のおかれている環境・状況に合わせて意思を汲むような利他性の2つの強弱の差異から捉えると、今回の調査における、意図せざる結果の生起は、表13のように分類されると考えられる。

表13 診断過程にみる、制度的同型化と利他性の重なるの強さと「意図せざる結果」

		制度的同型化	
		強	弱
利他性	強	正確な診断	意図せざる結果②
	弱	意図せざる結果①	誤診

意図せざる結果①は、医学的エビデンスや診療ガイドラインに、より強く従ったために起きる、ある種の「エラー」であり、アメリカの種々の医学領域の研究が実証している(Shackelton et al., 2009)。意図せざる結果②は、医学的エビデンスや臨床ガイドラインを意識しつつも、患者・家族への利他性が主となり、生起するもので、ここが本稿の論点である。②の生起過程には、愛媛と大阪で差異が認められ、その主たる要素は、①で指摘した「地域の実地医家の機能」と、②で指摘した「家族の態様」の違いである。愛媛の家族の方が、患者の介護に、より多くの時間を割いているものと推察される。また、地域の実地医家の機能が個々の患者の医療全体に占める割合が、愛媛の方が低いと推察される。つまり主として、家族の負荷を少しでも軽減する、地域の実地医家の機能を少しでも埋めるために、医師の「利他性」が発現するのが愛媛である。これら2つの状況が、大阪ではやや緩和されているために、家族の希望に直接対応する、あるいは医療者側からエビデンス

に基づいた病状説明を行ったうえで、家族に選択をしてもらうことが、より多くの事例で可能となるものと推察される。さらに、どちらが先かは分別できないが、家族の希望と、医師の学術的探究心がつながっている面がある<sup>135</sup>。

制度的同型化の「制度」、つまり医学的エビデンスや診療ガイドラインの正確性を向上すれば、意図せざる結果①は減少する。その場合には、必然的に②も減少するが、疾患への早期受診・早期介入の戦略がある限りは、特に②は、「ゼロ」にはなりえないと考えられる。それは、「早期」であるがゆえの、病型判別の困難さに依ることが、医療者側の理由としてあげられる。そして、早期介入の「効果」を啓蒙された、不可避な機会的要素である、多くの家族は「治療」を望むと考えられるからである。

以上から、意図せざる結果の生起過程と、その収束について、まとめる。

本稿の分析対象は、意図した結果と意図せざる結果が、一見「同じ」、つまり患者数として、同じ「アルツハイマー病」に含まれる。この点は先行研究のなかでは珍しいと思われる。それだけに、本稿での意図した行為者（厚生労働省）には、「同じ」結果として取り扱われている可能性がある。

そして、意図する行為主体と、結果を生起する行為主体が、異なる点は、本稿の研究対象の特徴でもある。特定の組織の外部で意図が生起し、結果を特定の組織が生起する場合を想定する。外部の行為主体が「意図」の背景に想定している因果を、結果を生起させる特定の組織が、再現する場合と、そうでない場合とがあると考えられる。前者は、意図する行為主体が、背景の因果を把握できる状況であり、収束の策は、法則定立的に講じやすいと考えられる。それに対して、後者の場合、結果を出す特定の組織に特有の、「何らかの過程」を経ることになる。よって、その過程を、意図した行為主体がコントロールすることは、法則的な視点からは、困難であると思われる。それは組織に特有の要素と、組織を取り巻く環境が「何らかの過程」に影響するからである。特に、収束の策を講じるには、

---

<sup>135</sup> 例えば、治験のことなど。このような探究心も、Professionの要素である。



結果が生起する背景の因果に対してのアプローチが必要であると推察される。このため、意図せざる結果の生起過程の背景の因果を、意図した行為主体が「把握できてない」可能性もあるものと考えられる。したがって、収束のための含意は、結果を出す行為主体の内部的視点によるものが望ましいと考えられる（石井（2006）；De Rond and Thietart（2007））。

本稿の調査内容に立ち返れば、実際は、顧客と不可避な機会的要素、診療科の特性、そして「環境」からの要望などからの影響は、それぞれの医療組織で異なっている。そのために、意図せざる結果の生起過程の背景の因果も、また異なると思われる。これらの観点は、従来の医療の質の評価法では、網羅できていない。また環境・コンテキストの大きな違いは、愛媛の方が、地理的要因が背景にあり、地域の実地医家の機能が相対的に低いことがあげられる。また同居率のデータからは推察できないが、愛媛の方が、家族が患者の介護にかかる時間が多いであろうと推察される。

これらの背景に着目し、愛媛を「地域」のモデル、大阪を「都市部」のモデルと見なし、環境・コンテキストへの利他的配慮、診療ガイドラインなど医学的エビデンスへの制度的同型化の度合いを、認知症診療の場面で順位付けをすると、次の表 14 のようになるものと考えられる。

表 14 地域・都市部における、両診療科の態様について

	愛媛(地域モデル)		大阪(都市部モデル)	
	老年内科	精神科	老年内科	精神科
環境・コンテキストへの利他的配慮	2	1	4	3
制度的同型化	3	4	1	2

地域モデルにおいては、地理的環境と実地医家の状態が反映される。これらは、通院の利便や日常の介護に直接関係する。その負の部分に配慮する分だけ、都市部モデルよりも、利他的配慮は高まると考えられる。老年内科と精神科の差は、身体科か症候科かという違

いではなく、介護面における、肉体的・心理的負荷の度合いによるものである。精神科にかかる患者の方が、認知症としての重症度は大きく、家族への負荷が大きいと考えられる。その分だけ、利他的配慮も大きくなると考えられる。

認知症が初期、あるいは MCI (軽度認知機能障害) の段階であるほど、医療的にも、介護的にも展望が立てやすいという事実がある。この点は A 医師も言及しており、軽症である分だけ、医学的エビデンスの選択の幅が広い、つまり同型化させる制度選択の幅が広いと考えられる。調査の範囲では、地域モデルの方が、また精神科の方が、受診する認知症患者の病状が進行している、もしくは高齢であることが推察される。したがって、地域モデル、かつ精神科の方が、医学的エビデンスが適応可能な範囲が少ないと考えられる。そして、この背景には、都市部モデルにおける「不可避な機会的要素」が、医学的エビデンスに基づいた可能な範囲を超える加療（例えば治験など）を求めることも、地域モデルとの差をもたらしていると考えられる。

以上のように整理を行い、仮に利他的配慮と制度的同型化を点数化するとすれば、各診療科ごとの総計が、ほぼ同じイメージとなる。このことは、利他的配慮と制度的同型化が、対立するものではなく、同じ「自律性」を背景に発露されていることを支持する内容と考えられる。つまり、本稿における、利他的配慮と、医学的エビデンスや診療ガイドラインへの依拠の度合いである制度的同型化は、医師が環境や病状に配慮しながら、「自律性を使い分けている」要素であると、捉えられる。

このことにしたが、医師の態様をふたつに分けると、「委譲 (Devolution)」、「推奨 (Recommendation)」と、表現することが可能である。どちらも、医学的知識を基盤としており、前者は医学的な確定診断が困難な場合に、患者の病状、患者・家族のおかれている環境、家族の意向を合わせて考慮したうえで、考えられる治療などの選択肢を示し、主として家族に選ばせることである。後者は、確定診断がつく、あるいは特定の疾患の疑いが濃厚と考えられる場合に、治療などの選択肢を順位づけながら、勧めることである。

このように、認知症診療においては、今回の調査で観察される「自律性」は、医師が何

らかの要素を社会と交換した結果として得ているものではない。

本稿における専門職組織の行為者は、顧客ならびに「不可避な機会的要素」対して、地域ごと、専門領域ごとに、アプローチをしている。そこには、自律性を背景とした、利他的配慮と、制度的同型化が認められる。利他的態様は、地域モデルで、更に精神科の認知症診療において強い傾向が認められる。また制度的同型化は、都市部モデルで、更に老年内科の認知症診療において強い傾向が認められる。そして、「意図せざる結果」は、主としてこの利他的配慮から生じる割合が大きいと考えられる。

意図せざるの生起の動因となる、利他的配慮は、制度的同型化と対立するのではなく、制度的に同型化させ切れない症例に対して、示されることが多いと推察される。医師が制度的に同型化させ切れない、つまり既存の医学的エビデンスでは、医療者側から推薦できる方針を立てにくい場合に、主として家族に、いくらかの方針案のなかから選択する権限を、「利他的に」委譲することとなる。

したがって、収束のための方策は、医師が「利他的配慮」をしなくても良い状況を、考察・導出することが必要となる。それは、「正確な診断」が、条件となる。

本稿においては、地理的要因、地域の実地医家の相対的な機能、家族（不可避な機会的要素）、そしてMCI（軽度認知機能障害）における病型分類の困難さが、利他的配慮を行う背景にある。

地理的要因は、不動のマクロ要因であるため、収束のためにはマクロからのアプローチが必要と考えられるが、そのための判断材料は医療組織から提言可能である。本稿における、地域における愛媛大学精神科による認知症の実態の調査はそのひとつである。愛媛大学では、老年内科も同様の活動を行っている。また、大学病院の診療科が起点となって、地域ごとの実態把握を促すようなリーダーシップを発揮することも、収束のための有効策である可能性がある。この点は、大阪大学老年内科が試みを開始しているといえる。

また愛媛大学精神科のように、認知症疾患医療センターの中核として、地域の実地医家への診療面での啓蒙を行うことは、地域の実地医家の相対的な機能の向上につながると考え

られる<sup>136</sup>。実地医家の機能向上は、家族の啓蒙へとつながる可能性がある。そのようになれば、MCI(軽度認知機能障害)の段階で、地域の実地医家が「経過観察」をしながら、より正確な診断へと導ける可能性がある。なぜなら、日常的に患者診察を行う機能を、大学病院は有していない<sup>137</sup>からである。

また、理論的一般化を試みる場合に、サービス専門組織として捉えた場合、①顧客との対面が必須、②不可避な機会的要素が常時存在する、という点で、条件が限定される。また、意図せざる結果として、本稿で観察された要素は、機能と逆機能を含む。ただし、全てを機能へと向ける過程であると捉えられる。そのため、現在の組織の「能力」では解消できない逆機能を、顧客および不可避な機会的要素との間で、無効化しているといえる。主として、意図せざる結果に包摂される、逆機能の収束のための、緩やかな過程が、「アルツハイマー病」としての処方、「経過観察」である。前者は、一部が機能的である。また、逆機能の無効化は、組織側と不可避な機会的要素との間の相互作用によって成立している。したがって、表面上は「逆機能」として観察することは不可能である。急進的な収束には、背景に科学的知識と、それに起因する技術を要するため、イノベーションが必要である。それらにかかわる所作も、一部観察されている。

現在の医学的エビデンスの下では、以上のような含意が導かれる。しかし、診断あるいは治療にかんして、先端的な研究を行っている、大阪大学精神科のような組織が、何らかのイノベーションを生起させる時、MCI(軽度認知機能障害)における病型分類の困難さが克服され、本稿で着目した「意図せざる結果」は、一気に収束される可能性があることを最後に記しておく。

## 6-2 実務的含意

実務的含意も、理論的含意と同じ視点に沿いながら、述べる。

---

<sup>136</sup> 大阪の大学病院では、大阪市立大学医学部が、この中核となっている。

<sup>137</sup> 大学病院が原則的に予約制であることを指している。

### ①地域そのものの違い

地域の比較からうまれた含意のひとつは、前項でも述べたとおり、Donabedian の医療の質研究に欠けている、「環境」への意識である。ただし、医療組織は、それ自体が、地域という環境に含まれている。このため、医療組織を構成する人々は、本研究のインタビュー対象の医師達のように、「環境」に対しての意識はあるものと考えられる。

Donabedian の研究の背景には、アメリカの医療制度や保険制度があるものと思われ、そこへの適用を考えて理論化されている可能性がある。このため「環境」を考慮しなければ、日本の医療の状況には適合しない可能性があるという指摘が可能である。

また、認知症診療において、地域の違いから生まれる「意図せざる結果」の収束のためのデータは、実務的な観点からは、「地域ごと」に症例の追跡調査を行い、事後に第三者の手で、全国レベルで統合することが望ましいと考えられる。統合を前提とした大規模な臨床研究には、意図せざる結果を生じさせる可能性があるから (Califf, 2006) である。したがって、あくまで日常診療の症例の追跡データを蓄積していく方が、「意図せざる結果」を生起しにくいと考える。また、個々の地域における追跡研究は、個々の患者の背景にある環境を反映したものになる可能性があり、その面でも好ましいと考えられる。

本研究における「環境」の要素として、主として地域の比較のなかから、地域の実地医家の機能と地理的要因に着目することとする。

まず地域の実地医家の、認知症診療における機能が、愛媛の方が相対的に低いことが示唆される。前節で、愛媛において、機能の低さを補うための啓蒙活動（認知症疾患医療センターなどを通じたもの）が、機能面での解決、ひいては意図せざる結果の収束に、理論的に有効であることを述べた。だが、実務的には、そこまで単純化できるとは言い難い。ここで、調査対象の医療組織である「大学病院」と、地域の実地医家としての「診療所」の関係性を、猪飼 (2010) を参考に、両者の専門性の重なり具合と、機能分化の大きさという観点から推察する。

専門性の重なり具合とは、特定の疾患に対して、大学病院の特定の診療科と、診療所の

専門性が、どの程度重なっているかを表す。また機能分化の強い（進んだ）状態とは、MCI（軽度認知機能障害）や初期の認知症を診療所が担当し、中等度以降あるいは診断の難しい症例を大学病院が担当することを意味する。

専門性の重なりが強く、機能分化も強い場合には、患者は的確に診断・治療される確率が高くなり、意図せざる結果の収束につながると思われる。また専門性の重なりが弱く、機能分化も弱い場合には、患者の診療上の連携が行えず、機能的に分散した状態となる。意図せざる結果の生起についても不明瞭である。このような状況は、個々の組織の診療能力向上が優先されよう。

では専門性の重なりが弱く、機能分化が強い場合はどのようなになるか。特定の疾患への専門性の強い組織が、診断と治療における主導権を取ることになる。大学病院が専門性の主導権を取る場合には、診療所は「専門外であっても」それに追随して、患者を診る努力をすることとなる。この例は、愛媛大学の医師が述べている、紹介先の「整形外科」の実地医家の例が該当すると思われる。では逆の場合はどうであろうか。診療所が有する一定の専門性と、患者の疾患が適合し、大学病院側が外れる場合である。この点は大阪大学の医師が述べているように、アプローチの仕方が異なる場合には、患者診療が停滞することもありえる。あるいは、診療所のコスト優先の医療となる場合も推察される。前者の場合、不可避な機会的要素である「家族」にも負担となり、その負担軽減も医療組織の課題となる。後者の場合、自身の専門性に引き付けた「診断」を下す可能性が高まる。したがって、前者は「患者・家族の負担を軽減する」観点から、後者は状況によっては「医師の専門性への偏向、あるいは金銭的インセンティブ」の観点から、意図せざる結果を生起させる可能性が生じる。つまり両極（医師にとっての利他と利己）の状況が生起しえると考えられる。前者の状況は愛媛に、後者の状況は大阪に、多く存在するものと推察される。啓蒙活動の効果は、大学病院が専門性の主導権を掌握している限りは効果があるものと思われるが、地域の実地医家が掌握している限りは、かなり減弱すると考えざるをえない（表 15 の②）。

また専門性の重なりが強く、機能分化が弱い場合はどうなるか。それは、日本の医療が

フリーアクセスであるため、特定の地域内で、大学病院と診療所が競合関係となる可能性がある。この状況は大阪にはあるものと推察される。この場合は、機能分化ではなく、一部の医療が診療所で完結する可能性があり、正確な診断の下では機能的である。しかし、競合のなかで、医療組織が「患者を繋ぎ止める」ことのインセンティブ<sup>138</sup>が働く場合には、意図せざる結果を生じえる（表 15 の①）。

表 15 地域の医療組織の機能分化と専門性の重なりの関係

		機能分化	
		強	弱
専門領域の重なり	強	収束	①
	弱	②	分散

また、表 15 の「分散」は、医療そのものが充足していない状況を含む。そのような地域の有する「環境特性」に対して、愛媛大学精神科の c 医師の述べている、「救急の医療とではなく、ケアマネージャーが電話で対応するなどの、即時的なサービスが求められている」という内容が、含意として該当する。まず「介護者の不安を解消する」ことが求められていると推察される。これまでの病診連携や、病院とケア、診療所とケアの協働という枠を超えて、「地域」を包括的に捉える視点に立つことにより、生まれる視点と思われる。そして、その内容には、直接的な医療とは異なる要素が表れていることから、機能分化の考え方を超えて、医療組織の新たな形態の萌芽があると思われる。地域包括的な医療における組織の協働の形態（田中, 2013）へ向かう変化であると捉えることが可能である。またそれは今後、Jay (2013) の述べている、ハイブリッド組織として発展素地の可能性もある。また、自然発生的に変化する組織と、意図的に組織に変革をもたらす場合の差異について

<sup>138</sup> 大学病院であれば臨床研究の対象として、診療所であれば慢性疾患の通院者としての状態などが考えられる。

は、本稿のデータから知見は得難い。しかし、現行の医療組織が包括的な組織の一員へと変革する場合に、意図的な変革よりも、自然発生的な変化の方が、変化の過程で生じる因果を、内部者が把握しやすい可能性があると考えられる。また、変革の意図に依拠し過ぎた場合にも、意図せざる結果が生起する可能性はある。つまり、自然発生的な変化は、意図せざる結果を生起させにくくする可能性があることになる。

また、機能分化が考えられない状況、つまり認知症診療を行う実地医家が少ない場合には、啓蒙活動により認知症診療を可能とする実地医家の数を増やすことを企図することが、まず重要である。この点は、既に取り組みが始まっていると捉えられる。加えて、地域ごとのインセンティブのあり方を、地域の実態調査を元に、経営学者が加わり、構築した案を提示するような実践も必要であると考えられる。その一案が、在宅診療時の移動距離に応じたインセンティブである<sup>139</sup>。

## ②家族の地域差

意図せざる結果の生起の過程には、家族の地域差による違いが理論的に認められた。しかし、実務の観点からは、どのように捉えられるであろうか。

理論的には、意図する行為主体である厚生労働省が収束のための策を、個別にとることは困難と思われる。一方で、医療組織は、患者、家族と直接対峙しており、背後の因果を

---

<sup>139</sup> 診療報酬の規定には、移動距離に応じた内容として、「保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合、又は海路による往診を行った場合で、特殊の事情があったときの往診料は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。」とあるが、それだけではインセンティブとして効果がないと考えられる。また、「往診に要した交通費は、患家の負担とする。」とあり、患者・家族側からも、在宅診療を依頼しにくい状況であると推察される。この、交通費の負担を減じる必要があると考えられる。(参照：<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken15/dl/2-8.pdf>)



把握しやすいため、独自に、この「意図せざる結果」を収束する策は考えやすいと思われる。そして、収束の策は、既にできつつあると、データからは捉えられる。実務的に、家族の考え方の「背景」を今回のインタビュー対象の医師、医療組織はある程度把握している。その時点で、家族の意向に沿うかたちで、意図せざる結果を収束させる前段階に到達していると捉えられる。

大阪大学では E 医師が、家族の意向に沿って、ある患者を大阪市立大学に紹介し、アミロイド PET 検査をし、現時点の医学的エビデンスのなかで「正確に」診断をした例を紹介している。このような行動自体が、「意図せざる結果」を収束する態様のひとつ、と捉えられる。こういった特殊な検査や、その設備面において、大阪という地域は複数の大学病院があり、恵まれた面がある。そして家族も、そのような特殊な検査や治験などを目的にしているようにも捉えられる。

一方、愛媛大学では、やや遠慮がちな家族の意向を汲み取った医師が、現時点で可能な医療を提示している。しかし、そこには地域の実地医家や設備面での不足があり、大阪と同じ状況ではない。また、e 医師が述べているように、家族も「他に病院がない」という意識を持っている可能性が高い。しかも、患者数の多さに加え、通院距離の問題や地域の実地医家の認知症診療の状況もあり、短い日数間隔での経過観察も行いにくい。また、この状況で、小原准教授は、MCI (軽度認知機能障害) の場合には、「治験代替りの」内服治療を選択肢のひとつとして提示している。これらの状況は、現段階における収斂の状態である。

もし、マクロの視点からアプローチをするのであれば、このような過程には、意図せざる結果が生起する要素があるため、厚生労働省が、MCI (軽度認知機能障害) の場合にも、コリンエステラーゼ阻害薬を保険適応とするように、各病院の患者追跡データを最終的に集約のうえで、大学病院長会議などから働きかけることも選択肢のひとつと考えられる。ただし、その場合、「アルツハイマー病による MCI (軽度認知機能障害)」という診療保険病名の設定と、実地医家の協力体制は必須である。そのようにすることで、「アルツハイマ

一病」ばかりが増えるという、決して医学的に正確ではない状況が、ある程度回避可能である<sup>140</sup>。つまり、理論的に中央集約型の臨床研究による症例蓄積は「意図せざる結果」を招く可能性があるため、まず MCI (軽度認知機能障害) の患者を把握し、診療情報から追跡を可能とするための手段である。また、実践を公式化する際に、一部の臨床研究のように、研究者としての医師や施設の権威性が獲得されるような、インセンティブが生じないことが望ましいと考えられるからでもある。そして、コリンエステラーゼ阻害薬を処方された患者は、副作用<sup>141</sup>にも注意しながら経過を診る必要があるため、その全てを大学病院で継続することは困難である。そこに、地域の実地医家の機能が必要となる。地域の実地医家と大学病院との間には、先述の機能分化と専門性の重なりの問題が存在する。

加えて、地域と都市部での、検査インフラの格差を是正する動因となるような、医学的エビデンスが必要となろう。その一例は、アミロイド PET であるが、根本治療薬などについても、使用するためには厚生労働省への継続的な働き掛けは必要である。

また近年、患者の家族への医療機関の対応のことも、時に議論となる。その議論に対しても、家族の地域差を考慮した対応が考慮されてよいと考えられる。この点は、主として、医学教育に反映されるべきものと考えられる。患者・家族の態様には、大きな地域差が存在するため、卒前の座学などによるのではなく、A 医師や a 医師が述べているように、実務経験を増やすような策を講じるべきである。その意味においては、現在の臨床研修制度は、最低でも改定が望まれる<sup>142</sup>。

以上から、家族の地域差による意図せざる結果の生起は、過程のバリエーションの多彩さだけでなく、収束の策のための前提がマクロな要素となりがちである。根本的には、提供する医療の内容が同程度であり、家族への対応を地域ごとに特性を捉えて行う必要がある。医療の内容は、検査設備などのインフラの違いによる部分があり、個々の医療組織か

---

<sup>140</sup> 一方で、MCI (軽度認知機能障害) の段階でのコリンエステラーゼ阻害薬の処方が、一層多くなることも予想される。

<sup>141</sup> 腹部症状や、症例により性格変化が起きるようみえることがある。

<sup>142</sup> 労働時間の極端な遵守が起きる場合に、研修医に受け持たせる患者数を、初めから制限する可能性がある。また実際に、そのような例を、筆者は何度か目にしている。

らは、それぞれの組織で投資に必要な要素を選択するための「情報」を蓄積する必要があると思われる。家族への対応については、表 15 を参照すると、まず、専門性の重なりが大きく機能分化がなされていない場合、複数の医療機関を患者・家族が受診する場合に、課題が生じえる可能性がある。それは、個々の医療機関で、説明の仕方が異なる場合などに起こりえる。このような状況の場合、疾患の特定の状況に対する情報共有を進める、機能分化を進める、などの所作が望まれる。機能分化が大きく、専門性の重なりが小さい場合には、疾患に応じた専門性を有する方の医療機関への受診を相互に勧奨することが、望まれる。そして、機能分化が小さく、専門性の重なりも小さい場合、ここには医療機関そのものが少ない場合も含まれると考えられるが、ケアマネジャーなどによる「即時的なサービス」が望まれるものと考えられる。

### ③診療科の違い

実務面での、老年内科と精神科の一番の違いは、「身体科」と「症候科」の違い<sup>143</sup>である。これらの思考の過程の違いは、前項で指摘した。分業を前提とする場合、この違いを埋める必要はない。だが実際の診療面では、共通の状態の患者を診療する場合がある。

そこで、当面の初期研修における、内科と精神科の必須化などを考えることは可能である。ただし、それだけで、MCI(軽度認知機能障害)の段階の患者を「意図せざる結果」に導かないようになるとは考えられない。それには、前項で述べたような、設備面や処方上の診療保険病名問題の解消が必要である。

そのこととは別に、患者・家族を「一体化させる」ことによって、過度に家族の、“Pivot”な意向が反映されることを回避できる可能性はあると思われる。この「一体化させる」ということは、大阪大学の D 医師の言葉に強く表れている。しかし、老年内科でも、「必ず家族に付き添ってもらおう」というところから始まり、認知症診療に習熟するにつれて、「絶対に患者に言ってはならないことを家族に説明する」、「患者への日常的な接し方を家族

---

<sup>143</sup> 先述の身体論や症候論などの注釈を参照。

に説明する」というように、「一体化させる」という行為に近づいている。したがって、実務的には、大阪大学の A 医師や、愛媛大学の a 医師のように、早い段階から、多くの症例を診て訓練し、習熟することに尽きると考えられる。愛媛大学老年内科の小原准教授が述べている、「老年内科で認知症診療をする場合に、少し精神科の素養を身につけてからが望ましい」という内容にも、同様の実践的示唆がある。この点からも、②で述べた、臨床研修制度は、何らかの改定、もしくは個々の研修指定病院の立地に応じて制度の運用権限を大きく委譲することが、必要であると考えられる。

#### ④医師が有する利他性と制度的同型化の観点から

本稿では、Profession としての日本の医師が有する「自律性」の背景が、これまでの多くの議論とは異なることを指摘した。そのうえで、本稿の調査対象の医師の Profession としての着眼点を「利他性」と「制度的同型化」とした。また、これらの要素の背景に「自律性」があるという捉え方をしている。

医学教育あるいは指導医教育における、Profession にかんする教育を行う場合の背景が、海外の拝借の色合いが強い。この点は、単に混じるのではなく論理的に述べるべきであると考えられる（野村（2010）；大生（2011a, 2011b））。

現在の医学教育、とりわけ医学部の卒前・卒後の 2 年ずつの教育は、かなり画一化されている。卒前 2 年は、以前より病院実習などの期間にあてられていたが、その内容の画一化が図られている。卒後 2 年は、2004 年より、新臨床研修制度の下で、多少の個人希望は含まれるが、複数の診療科のローテーションが実質的に義務付けられている<sup>144</sup>。

そのなかで、医学教育学会や日本医師会が、Profession の涵養を訴えている状況が一方である。つまり、Profession としての態様が足りない、という主張である<sup>145</sup>。この主張を

---

<sup>144</sup> 制度が定める 2 年間の研修を終えなければ、保険医登録ができない。つまり、保険適応となる処方や治療ができないことになるため、日本の医療制度の下では、「実質的義務付け」と捉えられる。

<sup>145</sup> 環境についての配慮がない他に、医療制度の経時的な成り立ちなどを整理せずに、海外

背景に「制度的同型化」を捉えれば、社会的正当性を得るために、倫理綱紀や診療ガイドラインなどによって診療を行う、あるいは学会などの同業のなかで位置付けられる自身の専門性に強く依拠した診療を行う、というニュアンスである。これらの点は、「自律性」を獲得できる状況の違いが背景にあり、本研究で捉えられた、医師の状況には適合しない。

また、本稿のインタビューに応じて下さった、特に愛媛大学の若手医師の態様にふれたなかでは、そのような実感は受けない。そのこともふまえ、改めて述べると、法に定められた医師免許制度と、その基盤となる大学教育は、強い社会的認知を得ている。そのことを基盤として、日本の医師の **Profession** は成立している。つまり、欧米に比して、制度的に保護され、社会的にある程度の承認を得ているという前提の下に、自律性を有しやすいと考えられる。したがって、同型化する制度的要素が、医学的エビデンスと保険制度に関連したものに集約されやすいと考えられる。特にアメリカのように、社会的正当性獲得のための行動（免許や専門医資格の更新制度、医療組織に所属する際の競争など）が多く必要な状態ではなく、保険制度によって行使できる医療資源が大きく限定されることも少ないと考えられることが背景にある<sup>146</sup>。

愛媛大学の老年内科の a 医師や、精神科の e 医師は様々な省察を行っているが、若いうちに、多くの患者に触れている経験が彼らを成長させていると、筆者には捉えられる。また a 医師もそのように述べている。診療経験のことは、大阪大学の A 医師や D 医師も述べている。それは、現在の研修制度の枠に収まらない、経験であると推測される。現在の研修制度は、受け持ち患者数の目安を設定するような状況も生じており<sup>147</sup>、それだけにしたがえば、経験の範囲は一定の枠になる。しかし彼らは、時に教授の外来の患者を診て、更に地域での調査や医療を通じて、現在に至っていると思われる。

また、日本は「ドラッグ・ラグ」、つまり海外各国で治験が行われている、あるいは使用

---

から **Profession** の様々な要素を、取り入れるように捉えられる動きもある。（参照例：<http://jsme.umin.ac.jp/>）

<sup>146</sup> 医療が市場化されている側面が大きい分だけ、アメリカの方が治験の数などは多い。

<sup>147</sup> 脚注 133 参照

承認が下りている薬剤が、なかなか使えないという状況が指摘されている。この点ともかわることとして、大阪大学の医師は、多くが治験薬や新規の検査法などについて言及している。例えば、アメリカで治験が行われている、アルツハイマー病の根治薬の治験が、もし日本でできれば、単に治療薬としての選択可能性だけでなく、根本治療薬が全く効かない患者を「アルツハイマー病ではない」と、捉えることも可能となるのである。日常、普通に診療を行っているなかでも、このような思考を忘れない医師達の態様もまた、自律的な Profession としての態様であると捉えられる。日本の Profession の成立背景を見直したうえで、その涵養過程を「マニュアル化しない」ことが、今後、認知症のみならず、あらゆる臨床診療を発展させると考えられる。それは、本研究における「環境」に適合した結果として生起する「収斂」の状態は、自律的な Profession による、「委譲」と「推奨」のバランスによって成立しているからである。また、医療者、患者・家族が、それぞれの相互作用を円滑に進めるための、要素のひとつと考えられるからである。

まとめると、意図せざる結果の実務的な収束に必要なことは、最終的には、正確な診断である。そのために、現状の医療体制でできることは、患者の「経過観察」の間隔を短くすることである。しかし、そのためには、地域の実地医家の力は、必須である。また、個々の患者が診断に至るまでは、年単位の時間がかかる場合がある。現状は、収束には未達の、ある収斂の状態として捉えられる。

また、その背景にある、医師の Profession は、あえて変化させる必要がないものと考えられる。それは、患者への利他性と、医療知識・技術を、患者の有する背景（環境、家族構成、家族の意向）バランスで使い分けており、現段階で収斂の状態をもたらしているからである<sup>148</sup>。そのことは、大阪大学の A 医師の「今まで、患者・家族に、後から文句を言われたことがない」という言葉にも表れていると考えられる。つまり、医学が疾患を 100%コントロールできない部分を、医師の Profession としての自律性を背景とした「利他性」と「制

---

<sup>148</sup> 患者・家族、あるいは医療者のうち、何れかが極端な医療上の不利益を被らないことをもって、本稿での、各段階における「収斂の状態」と定義する。収斂の状態は、医療を更に良い段階へと進めるうえで、「抵抗」がない状態であると捉えられる。

度的同型化」のバランスによって、埋めていると捉えられる。その態様が、「委譲」と「推奨」に他ならない。

近未来においては、診療保険点数の改定と、インフラ整備の必要性を、医療組織が主体的に理論化していく所作も必要と考えられる。その場合に、個々の医療組織が、経営学の知見を多く活用することが、その理論化の一助となるであろう。

しかし以上の過程には、多くの時間と労力が必要である。したがって究極的には、確定診断法の確立、あるいは根本治療薬の実用化といった、イノベーションを要する医療技術の確立が望まれる。本研究の視点からは、インフラなどの先行投資や治験の導入の活発化が望まれる。そして、これらのイノベーションは、意図せざる結果の収束に要する時間を、早めるものである。

### 6-3 研究の限界と残された課題

本稿では、意図せざる結果の生起過程に着目した検討を行った。その視点には、コンティンジェンシー理論の視点を援用した。結論として、意図せざる結果の生起過程の中に、法則定立的な結果と、法則非定立的な結果が存在することが指摘できる。また、コンティンジェンシー理論の延長上にある、意思決定者の論理を援用すれば、ある程度、意図せざる結果を収束させる論理も導ける。

理論的含意の項に、意図せざる結果が生起する過程の背景には、複数の因果が存在することを示した。その因果が「ある程度」修正可能であろうと述べたのは、法則定立的な場合と異なり、発見した因果には、またその背景が存在し、背景は社会的要素だけでなく、自然的要素も存在する可能性があるからである。本稿での、自然的要素は面積や距離といった内容である。

そのような事項は、人間のレギュレーションが完全に効くことがないように思われる。例えば、火山噴火を抑制できないように。更に、この因果の背景もまた、筆者が人為的に捉えたものである。換言すれば、背景という範囲に、視点を定めてしまっているため、そ

こから連続的に導かれる因果は、永遠に観察者が定めた背景の範囲を出ないものである。

この点は、研究の限界の前提となる。

また援用した、コンティンジェンシー理論は、第 2 章で述べたように、法則定立的に、成果を志向した理論である。したがって、成果を機能とした時の逆機能は、法則定立的な分析可能性があることも考えられる。しかし、実際の成果として、どういった変数を使用するか、それ自体判断が困難な面があることを指摘できる。例えば企業であれば、売上高営業利益率なのか、フリーキャッシュフローなのか、それぞれ計算の過程も異なるため、そこに反映される変数もまた異なるということである。この部分の分析者の恣意性が、企業組織における、気まぐれな意思決定者 (Child, 1972) によるものになる、と考えられる。

そこは、行為の過程を追うような記述分析を行えば、ある程度は、本稿のように明らかにできると思われる。しかし、その記述分析の個々の要素もまた、観察者の視程の範囲のものであり、その範囲もまた、気まぐれな意思決定者 (Child, 1972) によるものと、本質的には変わらない可能性がある。何れの場合にも、研究の限界がある。

そして、ケース比較法、更に個々のケースについては記述法を採用した。これにより、「アルツハイマー病」患者の増加という、意図せざる結果の生起過程は、いくらか明らかになった。しかし、複数の組織の分析で仮説を強化したに過ぎず、その「仮説の強化」の証明が、医師の認知の範囲までが限度となっている。つまり、同じ状況に身を置く、患者・家族、あるいは他の医療職から、同様に捉えられるとは限らない。そこは、研究の限界であるとともに、実務的に注意を要する点である。

特に注意を要する点は、意図せざる結果の生起過程に着眼したために、「組織の過程のアウトプット側」からの理論的含意が中心であるのに対して、個々の診断・治療が「収斂」の状態であると判断されるために「組織の過程のインプット側」からの実務的含意が中心となっていることである。この内容は、医療組織を中心に捉えた場合に、来院した患者は診療することが原則であるため、意図せざる結果の生起過程は「診療」の場面が中心となることが背景にある。そして、実務的に、「意図せざる結果の収束」を考えた場合には、個々



の医師の診療上の行動を統制する、飛躍した場合に **Profession** から逸脱させる<sup>149</sup>ということとは不可能であるため、診療行為が開始される手前、すなわち患者が大学病院に来る手前の段階が、考察の焦点となっている。このことが、「理論と実務は違う」という捉えられ方をされる可能性があり、注意を要する点であると同時に、本研究が未達の領域が存在する可能性を示している。

また本稿は、公的組織にかかわる、社会保障としての医療を軸にした検討である。したがって、ここで検討され発見された事実のなかで、「医療」にかかわる地域差は、社会保障として解消されるべきものであるという前提に立っている。この論理の前提そのものが、決して日本では一定でなく、例えば実際に一部の若手自治体議員のなかに、医療費が高過ぎると声高らかな者もいる。そのような視点の人達とは、相対する研究である。その捉え方の差異の解消なくして、研究を実践へと移行させることは難しい。

やや広範囲を扱ったため、マクロ、政策的な視点からの実務的含意も記したが、本来は、個々の地域に還元すべき、「アクションリサーチ」のプランを練ることが、大きな課題である。そして **Donabedian** に代表される、医療の質を分析する視点では、結果の生起過程に見落としが生じる可能性があることを、医療の他分野でも示すことが、研究を通じて生まれた、最大の課題である。

---

<sup>149</sup> 例えば診断・治療を完全にマニュアル化する、組織にとっての利潤追求的な姿勢を強要するといった内容が該当する。

参考文献

- Armstrong, J. (2011) "Unintended Consequences—The Cost of Preventing Preterm Birth after FDA Approval of a Branded version of 17OHP," *The New England Journal of Medicine*, Vol.364, No.18, pp.1689-1691.
- 足代訓史 (2009) 「<意図せざる結果> を乗り越えての事業発展: マリンネット株式会社のケース」『早稲田商学研究科紀要』 Vol.69, 85-100 頁.
- 足代訓史 (2011) 「経営学における「意図せざる結果」-沼上 (2000) 以降の到達点-」『Informatics』 第4巻, 2号, 17-29 頁.
- Barnard, C. I. (1938) *The Function of the Executive*, Harvard University Press. (山本安次郎訳『新訳 経営者の役割』ダイヤモンド社, 1968年.)
- Battilana, J. and Casciaro, T. (2012) "Change Agents, Networks, and Institutions: A Contingency Theory of Organizational Change," *Academy of Management Journal*, Vol.55, No.2, pp.1-41.
- Binder, S. (2002) "Injuries among older adults: the challenge of optimizing safety and minimizing unintended consequences," *Injury Prevention*, 8 (Supple. IV), pp. iv2-iv4.
- Blau, P. M., Heydebrand, W. V. and Stauffer, R. E. (1966) "The Structure of Small Bureaucracies," *American Sociological Review*, Vol.31, No.2, pp. 179-191.
- Burns, T. E. and Stalker, G. M. (1961) *The Management of Innovation*, London, Tavistock.
- Califf, R. M. (2006) "Clinical Trials Bureaucracy: Unintended Consequences of Well-Intentioned Policy," *Clinical Trials*, Vol.3, pp.496-502.
- Child, J. (1972) "Organizational Structure, Environment and Performance: The Role of Strategic Choice," *Sociology*, Vol.6, No.1, pp.2-22.

- Cruess, S. R., Johnston, S. and Cruess, R. L. (2002) "Professionalism for medicine: opportunities and Obligations," *Med J Aust*, No.177, pp.208–211.
- Davis, M. M. (1916) "What The Campaign Against Venereal Disease Demands of Hospitals and Dispensaries," *The American Journal of Public Health*, Vol. 6, No. 4, pp. 346-354.
- Davis, M. M. (1918) "Group Medicine," *The American Journal of Public Health*, Vol.9, No.5, pp.358-362.
- De Rond, M. and Thietart, R. A. (2007) "Choice, Chance, and Inevitability in Strategy," *Strategic Management Journal*, Vol.28, No.5, pp.535-551.
- DiMaggio, P. J. and Powell, W. W. (1983) "The Iron Cage Revisited: Collective Rationality and Institutional Isomorphism in Organizational Fields," *American Sociological Review*, Vol.48, No.2, pp.147-160.
- Donabedian, A. (1966) "Evaluating the Quality of Medical Care," *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol.44, No.3, Part2, pp.166-206.
- Donabedian, A. (1980) *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, The Foundation of American College of Healthcare Executives. (東尚弘訳『医療の質の定義と評価方法』認定 NPO 法人健康医療評価研究機構, 2007 年.)
- Dugan, E., Trachtenberg, F. and Hall, H. A. (2005) "Development of Abbreviated Measures to Assess Patient Trust in a Physician, a Health Insurer, and the Medical Profession," *BMC Health Services Research*, Vol.5, No.64, pp.1-7.
- Etzioni, A. (1976) *Social Problems*, Prentice-Hall. (石村善助・和田安弘訳『社会問題』至誠堂, 1983 年.)
- Freidson, E. (1970) *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press, Inc. (新藤雄三・宝月誠訳『医療と専門家支配』恒星社厚生閣, 2008

年)

藤本昌代 (2002) 「『プラスのプロフェッション』と組織の関係」『同志社社会学研究』第6号, 11-25頁.

深田裕司, 松尾浩正, 森辰吾, 塩見博喜, 岡本昭彦 (2013) 「意図せざる結果を生かす間接経営戦略の事例研究」『龍谷ビジネスレビュー』第14号, 55-72頁.

深山誠也 (2013) 「高齢者介護組織のマネジメント：社会福祉法人の競争戦略と組織特性に関する実証研究」『地域経済経営ネットワーク研究センター年報』第2号, 91-125頁.

深山誠也 (2014) 「高齢者介護組織の制度、価値基準、活動、資源の動態的分析：社会福祉法人北海長正会の事例研究」『経済学研究』第64巻第1号, 25-89頁.

福井次矢 (2014) 『Quality Indicator 2014: [医療の質]を測り改善する』インターメディカ.

福永肇 (2014) 『日本病院史』ピラールプレス.

古田成志 (2012) 「組織変革のメカニズム-コンテクスト研究, プロセス研究, コンテンツ研究の観点から-」『早稲田大学商学研究科紀要』Vol.75, 13-31頁.

Galbraith, J. R. and Nathanson, D. A. (1978) *Strategy Implementation : The Role of Structure and Process*. St. Paul, Minn. : West Publishing Co; reprint, London: Pickering and Chatto, 2008. (岸田民樹訳『経営戦略と組織デザイン』, 白桃書房, 1989年.)

Gouldner, A. W. (1957, 1958) "Cosmopolitans and locals: Toward an Analysis of Latent Social Roles," *Administrative Science Quarterly*, Vol.2, (1957) No.3, pp. 281 - 306, (1958) No.4, pp. 444 - 480.

Gracer, B. G. and Strauss, A. L. (1967) *The Discovery of Grounded Theory*, Aldine Publishing Company. (後藤隆, 大出春江, 水野節夫訳『データ対話型理論の発見～調査からいかに理論をうみだすか～』新曜社, 1996年.)

Greenwood, R and Miller, D (2010) "Tackling design a new: Getting Back to The Heart of Organizational Theory," *Academy of Management Perspective*, Nov, pp.78-88.

Hall, R.H. (1968) "Professionalization and Bureaucratization," *American Sociological Review*, Vol.33, No.1, pp. 92-104.

林謙治 (2012) 「合成の誤謬とは」『公衆衛生』Vol.76, No.5, p. 354.

日野健大 (2006) 「リーダーシップのコンティンジェンシー理論におけるフォロワーの再考」『駒大経営研究』, 第 38 卷 1・2 号, 19-60 頁.

猪飼周平 (2001) 「明治期日本における開業医集団の成立: 専門医と一般医の身分分離構造を欠く日本的医師集団の源流」『大原社会問題研究所雑誌』No.511, 31-57 頁.

猪飼周平 (2010) 『病院の世紀の理論』有斐閣.

井上秀一 (2014) 「医療機関のマネジメントコントロールシステムにおけるミドルの役割—ある中規模病院を対象とした事例研究—」『日本医療経営学会誌』Vol.8, No.1, 29-36 頁.

石井淳蔵 (2006) 「競争的価値創発プロセス概念とケース記述の手法 競争プロセス、デザイン、そして身体性」, 神戸大学大学院経営学研究科ディスカッションペーパー.

伊丹敬之 (1986) 『マネジメントコントロールの理論』, 岩波書店

岩崎弥生 (1998) 「精神病患者の家族の情動的負担と対処方法」『千葉大学看護学部紀要』, vol.20, 29-40 頁.

Jay, J. (2013) "Navigating Paradox as a Mechanism of Change and Innovation in Hybrid Organizations," *Academy of Management Journal*, Vol.56, No.1, pp.137-159.

Johnson, M. D., Morgeson, F. P., Ilgen, E. R., Meyer, C. J., and Lloyd, J. W. (2006) "Multiple Professional Identities: Examining Differences in Identification across Work-Related Targets," *Journal of Applied Psychology*, Vol.91, No.2, pp.498-506.

加護野忠男 (1980) 『経営組織の環境適応』, 白桃書房.

Kleinman, A. (2010) "Four Social Theories for Global Health," *The Lancet*, Vol.375, No.9725, pp.1518-1519.

小山泰代 (2012) 「女性から見た家族介護の実態と介護負担」『人口問題研究』第 68 卷第 1

号, 54-69 頁.

- Kudo, Y., Sato, T., Hosoi, K., Miki, T., Watanabe, M., Kido, S. and Aizawa, Y. (2006) "Association between Intention to Stay on the Job and Job Satisfaction among Japanese Nurses in Small and Medium-sized Private Hospitals," *Journal of Occup Health*, Vol.48, pp.504-513.
- Langley, A., Smallman, C., Tsoukas, H., and Van De Ven, A. H. (2013) "Process Studies of Change in Organization and Management: Unveiling Temporality, Activity, and Flow," *Academy of Management Journal*, Vol.56, No.1, pp.1-13.
- Lawrence, P. R. and Lorsh, J. W. (1967) *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*, Boston: Harvard Business School, Division of Reserch. (吉田博訳『組織の条件適応理論』産業能率短期大学出版部, 1977 年。)
- MacKay, R. and Chia, R. (2013) "Choice, Chance and Unintended Consequences in Strategic Change: A Process Understanding of The Rise and Fall of Northco Automotive," *Academy of Management Journal*, Vol.58, No.1, pp.206-230.
- March, J. G., and Simon, H. A. (1958) *Organizations*, New York; John Wiley & Sons. (土屋守章訳『オーガニゼーションズ』ダイヤモンド社, 1977 年。)
- 松尾睦 (2010) 「救急医の熟達と経験学習」神戸大学大学院経営学研究科ディスカッションペーパー.
- McDonald, R and Roland, M. (2009) "Pay for Performance in Primary Care in England and California: Comparison of Unintended Consequences," *Annals of Family Medicine*, Vol.7, No.2, pp.121-127.
- Mechanic, D. (1975) "Ideology, Medical Technology, Health Care Organization in Modern Nations," *The American Journal of Public Health*, Vol.65, No.3, pp.241-247.
- Mechanic, D. (2000) "Managed care and the imperative for a new professional ethic," *Health Affairs*, Vol.19, No.5, pp.100-111.

- Merton, R. K. (1936) "The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action,"  
*American Sociological Review*, Vol.1, No.6, pp.894-904.
- Merton, R. K. (1949) *Social Theory and Social Structure*, The Free Press. (森東吾, 森好夫, 金沢実, 中島竜太郎共訳『社会理論と社会構造』みすず書房, 1961年.)
- 水越康介 (2010) 「意図せざる結果を作り出す意図についての考察」『Open Journal of Marketing』2010-5, 1-8頁.
- 中嶋哲夫, 松繁寿和, 梅崎修 (2004) 「賃金と査定にみられる成果主義導入の効果—企業内マイクロデータによる分析」『日本経済研究』No.48, 18-33頁.
- 根来龍之 (2008) 「因果連鎖と意図せざる結果—因果連鎖の網の目構造論—」早稲田大学IT戦略研究所ワーキングペーパーシリーズ No.24.
- 根来龍之・足代訓史 (2009) 「意図せざる結果の原因と類型」『早稲田国際経営研究』No.40, 113-123頁.
- 野村英樹 (2010) 「プロフェッションによる教育と自律のあり方」『日本内科学会雑誌』第99巻第5号, 1116-1121頁.
- 野中郁次郎 (1974) 『組織と市場』千倉書房.
- 野中郁次郎, 加護野忠男, 小松陽一, 奥村昭博, 坂下明宣 (1978) 『組織現象の理論と測定』千倉書房.
- 沼上幹 (1997) 間接経営戦略--経営学における意図せざる結果の研究, 産研アカデミック・フォーラム, 15-24頁.
- 沼上幹 (1999 a) 「経営学における意図せざる結果の探究 (21世紀の企業経営)」『経営學論集』69, 173-178頁.
- 沼上幹 (1999 b) 『液晶ディスプレイの技術革新史』白桃書房.
- 沼上幹 (2000) 『行為の経営学—経営学における意図せざる結果の探求』白桃書房.
- 大石尚史, 野田康信, 権田秀雄, 谷川吉政, 高木健三, 鈴木隆二郎, 谷口博之, 近藤康博, 生田順也, 荒木信泰 (1997) 「肺癌告知・治療に対する患者・家族・医療従事者の認識の

- 相違」『肺癌』, 第 37 巻第 6 号, 877-886 頁.
- Oliver, C. (1991) "Strategic Responses to Institutional Processes," *Academy of Management Review*, Vol.16, No.1, pp.145-179.
- 大生定義 (2011 a) 「医学教育とプロフェッショナルリズム」『日医大医会誌』第7巻第3号, 124-128頁.
- 大生定義 (2011 b) 「プロフェッショナルリズム総論」『京府医大誌』第120巻第6号, 395-402 頁.
- 大月博司 (2005) 「組織の適応, 進化, 変革」『早稲田商学』第 404 号, 1-25 頁.
- Richards, M. and Brayne, C. (2010) "What Do We Mean By Alzheimer's Disease?," *British Medical Journal*, Vol.341, pp.865-867.
- 崔学林 (2002) 「経営組織の環境適応と競争戦略論—分権の展望と研究課題—」『現代社会文化研究』No.23, 165-182 頁.
- 坂下昭宣 (2004) 「エスノグラフィー・ケーススタディ・サーベイリサーチ」『国民経済雑誌』第 190 巻第 2 号, 19-30 頁.
- Scott, W. R. (1965) "Reactions to Supervision in a Heteronomous Professional Organization," *Administrative Science Quarterly*, Vol.10, No.1, pp. 65-81.
- Scott, W. R. (1982) "Managing Professional Work: Three Models of Control for Health Organizations," *Health Service Research*, Vol.17, No.3, pp.213-240.
- Scott, W. R. (1995) *Institution and Organizations*, Sage Publications, Inc. (河野昭三・板橋慶明訳『制度と組織』税務経理協会, 1998 年.)
- Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P. and Caronna, C. A. (2000) *Institutional Change and healthcare Organizations: Transformation of a Healthcare Field*, University of Chicago Press.
- Shackelton, R. J., Marceau, L. D., Link, C. L. and McKinlay, J. B. (2009) "The Intended and Unintended Consequences of Clinical Guidelines," *Journal of Evaluation*



*Clinical Practice*, Vol.15, No.6, pp.1035-1042.

嶋田裕之 (2012) 「高齢者タウオパチー (嗜銀顆粒性認知症, 神経原線維変化型) の臨床」

『日本老年医学会誌』第 49 巻, 281-283 頁.

Stevens, R. A. (2001) "Public Roles for the Medical Profession in the United States:

Beyond Theories of Decline and Fall," *The Milbank Quarterly*, Vol.79, No.3, pp.

327-353.

Strom, B. L., Shinnar, R., Aberra, F., Bilker, W., Hennes, S., Leonard, E. and Pifer, E.

(2010) "Unintended Effects of a Computerized Physician Order Entry Nearly

Hard-Stop Alert to Prevent a Drug Interaction," *Arch Intern Med*, Vol.170, No.17,

pp.1578-1583.

杉政孝 (1973) 『病院の組織と人間関係』医学書院.

杉浦圭子, 伊藤美樹子, 三上洋 (2007) 「家族介護者における在宅認知症高齢者の問題行動

由来の介護負担の特性」『日本老年医学会雑誌』第 44 巻第 6 号, 717-725 頁.

高城和義 (2011) 「マートン文書の「知の社会史」上の意義」『帝京社会学』第 24 号, 61-78

頁.

田中滋 (2013) 「ヘルスケアにおける連携」の社会的位置づけ—政策論の観点から—、医療

と社会, 285-295 頁.

田尾雅夫 (1995) 『ヒューマン・サービスの組織』法律文化社, 第 5 章「プロフェッショナ

リズム」, 73-93 頁.

Tisnado, D. M., Adams, J. L., Liu, H., Damberg, C. L., Hu, A., Chen, W. P. and Kahn, K.

L. (2007) "Does Concordance Between Data Sources Vary by Medical Organization

Type?", *The American Journal of Managed Care*, Vol.13, No.6, pp. 289-296.

鳥羽研二 (2007) 「認知症高齢者の早期発見 臨床的観点から」『日本老年医学会誌』第 44

巻, 305-307 頁.

Tumulty, P. A. (1973) *The Effective Clinician: His Methods and Approaches to Diagnosis*

- and Care*, W.B.Saunders Company. (日野原重明・塚本玲三訳『よき臨床医をめざして』医学書院, 1987年.)
- 上野千鶴子 (2008) 「家族の臨界ケアの分配公正をめぐる」『家族社会学』第20巻第1号, 28-37頁.
- 海野道郎・長谷川計二 (1989) 「『意図せざる結果』素描」『理論と方法』Vol.4, No.1, 5-19頁.
- 占部都美 (1980) 「コンティンジェンシー理論の再吟味」『国民経済雑誌』第141巻3号, 1-22頁.
- von Nordenflycht, A. (2010) “What is a Professional Service Firm? Toward a Theory and Taxonomy of Knowledge-Intensive Firms,” *Academy of Management Review*, Vol.35, No.1, pp.157-174.
- Werner, R. M., Asch, D. A. and Polsky, D. (2005) “Racial Profiling: The Unintended Consequences of Coronary Artery Bypass Graft Report Cards,” *Circulation*, No.111, pp.1257-1263.
- Weber, M. (1921-1922) *Essays in Sociology*, Trubner & Co. (阿閉吉男・脇圭平訳『官僚制』恒星社厚生閣, 1987年.)
- 山岸俊男 (1989) 「社会的ジレンマ解決の意図せざる結果」『理論と方法』Vol.4, No.1, 21-37頁.
- 山本泰司 (2011) 「軽度認知障害 (MCI) に関する最近の話題」『日本精神神経学会誌』113巻第6号, 584-592頁.
- 山下智佳 (2011) 「日本における医師の自律性概念に関する一考察」『informatics』第4巻第2号, 5-16頁.
- 八代充史 (2013) 「組織フィールドの変化と日本的雇用制度 -- 『戦略人事論』, 『外資が変える日本的経営』, 『雇用システムの多様化と国際的収斂』を通じて」『三田商学研究』第56巻第2号, 23-28頁.

Yin, R. K. (1994) *Case Study Research, 2/e*, Sage Publications, Inc. (『新装版ケース・ス

タディの方法 [第2版]』千倉書房, 2011年.)

米倉誠一郎 (2002) 『現代経営学講座2 企業の発展』八千代出版, 153-257頁.

融 道男, 小見山 実, 大久保 善朗, 中根 允文, 岡崎 祐士 (2005) 『ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン』医学書院.

Zinn, J. S. and Mor, V. (1998) "Organizational structure and the delivery of primary care to older Americans," *Health Service research*, Vol.33, No.2, Part2, pp. 354-380.

## 巻末資料

### 資料 1 患者調査の概要

#### 患者調査の概要

平成11年以降、患者調査では、世界保健機関の「国際疾病、傷害および死因統計分類(ICD)」に基づき分類がなされている。また調査対象医療機関数は、総数約13500施設、うち病院が約6500施設(そのうち外来も含めた調査は約3300施設)、一般診療所が5800施設、一般歯科診療所が約1200施設となっている。対象となる患者数は病院では入院・外来約200万人強、退院約100万人、一般診療所では入院約28万人、外来約1万人、歯科診療所は外来約1万3千人である。

#### (調査の期日)

調査各年の10月の3日間(火曜日～木曜日)のうち医療施設ごとに指定した1日とした。なお、診療所については、平成17年から休診の多い木曜日を除外し、火曜日、水曜日、金曜日とした。また、退院患者については、調査各年の9月1日～30日までの1か月間とした。

#### (調査の方法)

医療施設の管理者が記入する方式によった。

#### (調査の系統)

厚生労働省→各都道府県→保健所→医療機関 の流れが基本である。(一部特区は除く)

※平成23年の調査では、東日本大震災の影響により、宮城県の石巻医療圏(石巻市、東松島市、女川町)、気仙沼医療圏(気仙沼市、南三陸町)及び福島県の医療施設については調査を実施していない。

## 資料2 統合的コンティンジェンシー理論の主要命題について

### A 環境

- 1.環境はマクロ環境、タスク環境、組織間関係、創造環境のレベルで概念化できる。
- 2.環境は組織全体のレベルだけでなく、その下位システムの部分環境としても概念化できる
- 2a.組織全体の環境不確実性が高いほど、部分環境間の不確実性の差が大きくなる。
- 3.環境不確実性への対処が組織の有効性を決定する基本的要因である。
- 4.環境の異質化ないし不安定化は環境不確実性をたかめる。その影響は不安定化のほうがより大きいようである。
- 4a.環境の異質化ないし不安定化は組織の情報負荷を増大させる。
- 4b.異質性とは情報処理に関連する要素の数と要素間の相互関連性の低さである。
- 4c.不安定性とは情報処理に関連する要素についての員が知識の欠如と要素変動の時間幅の短さである。
- 5.環境の異質化ないし不安定化に対しては、組織の情報処理構造を分化させるほうがより機能的である。
- 5a.環境の異質化と情報処理構造の分化は正の関係をもつ。
- 5b.環境の不安定化と情報処理構造の分化は正負双方の関係をもちうる。
- 5c.環境の不安定化に対しては、組織内に水平的情報伝達経路を構築することのほうがより機能的である。
- 6.環境不確実性の増大につれて、不確実性削減に必要な情報は組織のより下位レベルに蓄積される傾向がある。
- 6a.環境不確実性の増大に対しては、組織のより下位レベルでの不確実性削減を行うほうがより機能的である。
- 7.組織間関係のマネジメントは組織の不確実性削減に貢献する。
- 7a.組織間環境とは焦点組織の必要資源にかかわる他組織との交換関係のネットワーク

である。

## B コンテキスト

1.組織が採用する中核技術は組織の情報負荷を規定する。

1a.技術が生み出す例外と組織の情報負荷は正の関係をもつ。

1b.技術が生み出す例外の分析可能性と組織の情報負荷は負の関係をもつ。

2.規模の増大は組織の複雑性をたかめ、情報負荷を増大させる。

3.規模の増大は組織の分化を促進するが、分化率（分化の増大）規模の増大とともに逡減する。

4.組織の目標・戦略は環境およびタスクに規定される。

4a.組織の目標・戦略は組織のパワー構造に規定される。

4b.組織のパワー構造は環境およびタスクに規定される。

4c.組織の部分システム間の環境およびタスクの差は、部分システム間の目標・戦略の差異を生み出す。

## C 組織構造

1.組織に課せられる情報負荷と組織内の情報分布は有効な組織構造を規定する。

2.不確実性の低い環境・タスクに直面する組織は公式化・集積化が高く、複雑性の低い官僚制的（機械的）構造をとり、不確実性の高い環境・タスクに直面する組織は公式化・集積化が低く、複雑性の高い非官僚的（有機的）構造をとるほうがより機能的である。

2a.公式化とは規則、手続が明確に規定され、その遵守が強調されることである。

2b.複雑性とは組織における分業の進展とその職務内容の高度化である。

2c.部分環境・タスク間の不確実性の差が大きいほど、組織の部分システム間の構造の差異がより大きくなる。

3.組織構造は革新過程に影響をおよぼす。

3a.有機的構造は革新の提案を促進する。

3b.官僚制的構造は革新の実施を促進する。

3c.組織構造を革新過程にあわせて時間的・空間的に差別化している組織ほど革新率が高い。

4.規模の増大は公式化と分権化を促進する。

5.組織内の分業の進展は分業単位間の志向（目標、時間、対人関係志向）の差異を生みだす。

#### D 組織過程

1.識別、展開、選別という意思決定過程は不満足ないし外的刺激によって喚起され、組織内情報処理をつうじて伝搬する。

2.意思決定の探索活動は満足代案の発見に関心があり、例外的ケースの場合のみ最適代案にかかわる。

3.意思決定戦略の有効性は選好の明確性の程度と因果関係の確実性の程度に依存している。

4.組織内の個人、集団は、環境・タスクが要請するパワー・ベースの操作をつうじて自己の目的実現をはかる。

5.環境・タスクが生み出す不確実性の削減に必要な情報処理を行いうる個人、集団にパワーが与えられる組織ほどより機能的である。

6.コンフリクトが組織にとって機能的であるかどうかはコンフリクトの量とコンフリクト・マネジメントの方法に依存している。

6a.組織有効性はコンフリクト量の逆U字関数である。

6b.問題解決型のコンフリクト・マネジメントを採用する組織ほど機能的である。

7.参加型もしくは専制型のリーダーシップの有効性は、環境・タスクの要請する情報処理の特性に依存する。

7a.情報処理負荷のより大きい状況下では、参加型のリーダーシップがより有効になる傾向がある。

8.有効なリーダーシップは環境・タスクの要請するタスク志向ならびに人間関係志向行動の行使に依存する。

8a.環境・タスクの確実性と不確実性の高い両極の状況下では、タスク志向型リーダーシップがより有効的になるようである。

8b.環境・タスクの不確実性が中等度の状況下では、人間関係志向リーダーシップがより有効的になるようである。

9.組織レベルの環境不確実性が高まるにつれ、制度的リーダーシップの比重が高まる。

10.環境・タスク不確実性が高い状況下では、規制・計画による調整よりも、相互調節的調整を採用する組織のほうがより機能的である。

11.環境・タスク不確実性が高い状況下では、規制・サンクショニングによるコントロールよりも、頻繁なコミュニケーションによる社会的コントロールを採用する組織のほうがより機能的である。

12.部分システム間の構造の差異が大きい場合にかぎって、より精巧な統合装置を採用する組織ほどより機能的である。

12a.統合装置は、規則、階層、計画、仲介者、統合者、統合部門の順でより精巧になる。

13.環境不確実性削減の程度は組織の境界連結活動の程度に比例する。

## E 個人属性

1.組織の成員の満足・モチベーションは、環境・タスクの課する情報負荷と成員の情報処理能力に依存する。

1a.複雑性統合能力やあいまい性許容度の高い成員は、高い情報負荷、複雑な情報処理活動、情報フィードバックから満足をうる。

2.組織成員の満足・モチベーションに対する組織構造の影響は、成員のパーソナリティに



依存する。

2a. 複雑性統合能力やあいまい性許容度の高い成員にとっては、組織構造の非官僚制化と満足・モチベーションは正の関係をもつ。

2b. 複雑性統合能力やあいまい性許容度の低い成員にとっては、組織構造の官僚制化と満足・モチベーションは正の関係をもつ。

3. 満足要因はモチベーションを増大させるが、衛生要因はモチベーションを減少させない。

3a. 満足要因とは認められること、仕事自体、責任、進歩の機会などである。

3b. 衛生要因とは政策、監督、個人間関係、作業条件、給与などである。

4. 努力と成果、成果と報酬の関係が確実化されていると認知された組織ほど、成員のモチベーションは高くなる。この 2 つの関係のうち、努力-成果関係のほうが強い影響をおよぼすようである。

4a. 内在的報酬のほうが外在的報酬よりもモチベーションに強い影響をおよぼすようである。

## V 統合命題

1. 環境、コンテキスト、組織構造、個人属性、組織過程間に、マルチ・レベルの適合関係を生みだしている組織ほどより機能的である。

1a. マルチ・レベルの適合アンバランスが生じたとき、組織はまず過程を調整して適合バランスを維持しようとする。

1b. マルチ・レベルの適合アンバランスが一定の許容範囲を越えたときには、組織は環境、コンテキスト、構造、個人属性、過程を全体として変動させて新しい適合関係を作りだそうとする。

1c. 成員の地位志向、組織内政治は、新しい適合関係の創出を阻害する方向に作用する。

1d. 組織エリートの革新的リーダーシップは、新しい適合関係の創出を促進する方向に作用する。

### 資料3 PET・SPECT検査(脳血流シンチ)について

ポジトロン断層法 (PET: Positron Emission Tomography)

単一光子放射断層撮影 (SPECT: Single Photon Emission Computed. Tomography)

#### PET・SPECT検査について

SPECTとは、シングル・フォト・エミッションCTの略語で、体内に注入したRI(放射性同位元素)の分布状況を断層画面で見る検査のことである。体内から放出される放射線の分布を画像化する際、体の周りを回転させて断層画面を作成できる。SPECTは、従来のCTでは表わせなかった血流量や代謝機能の情報が得られるため、とくに脳血管障害や心疾患の診断に有用である。

一方、PETはポジトロン・エミッション・トモグラフィの略語で、ポジトロンCTともいわれる核医学診断装置のことである。その原理は、陽電子(ポジトロン)放出アイソトープというものを体内に注入すると、体内の陰電子と結合して消滅放射線( $\gamma$ 線)を発生する性質を利用して、それを検出器で測定し、コンピュータで処理して断層画像化する。アミロイドPETは、アイソトープにPIBと呼ばれる物質を結合させており、このPIBが脳内のアミロイドと結合するため、脳内のアミロイドが増加するとされる、アルツハイマー病の診断に有用ではないかという説が有力である。大阪市大の嶋田准教授のグループも、この検査を用いた画像解析を行っている。

脳の断面の血流状態がよくわかり、血液が流れていない虚血領域が確認可能となる。また、PETではほかの画像診断では見つからない小さながんの発見も可能である。これにより、初期の脳梗塞やその他の脳血管障害、一過性脳虚血発作、完全回復性脳卒中、てんかん、アルツハイマー病、パーキンソン病、脳腫瘍などが診断でき、治療方針の決定の参考となる。

### 資料4 MMSE(ミニメンタルステート検査)について

#### MMSE (Mini-Mental State Examination)

- ① 口頭で「今日は何日ですか」「今年は何年ですか」「今の季節は何ですか」「今日は何曜日ですか」「今日は何月ですか」質問する。(時間の見当識)
- ② 「ここは何県ですか」「ここは何市ですか」「ここはどこですか」「ここは何階ですか」「ここは何地方ですか」の質問をします。(場所の見当識)
- ③ 3つの言葉を言い、その後、被験者に繰り返し言ってもらう。(即時想起)
- ④ 100から順に7を繰り返し引いてもらう(5回)。(計算)
- ⑤ ③で提示した3つの言葉を再度言ってもらう。(遅延再生)
- ⑥ 時計を見せながら「これは何ですか?」、鉛筆を見せながら「これは何ですか?」と聞く。(物品呼称)
- ⑦ 次の文章を反復させる。「みんなで力を合わせて綱を引きます」(文の復唱)
- ⑧ 何も書いていない紙を渡し、「右手にこの紙を持ってください」「それを半分に折りたたんでください」「それを私にください」と一度に指をして、その通りにしてもらう。(口頭指示)
- ⑨ 「目を閉じてください」と書いたものを見せて、指示に従わせる。(書字指示)
- ⑩ 何も書かれていない紙を渡し、「何か文章を書いてください」と指示をする。(自発書字)
- ⑪ 重なった2個の五角形を見せて、それを模写させる。(図形模写)

上記の質問1問を1点として総計し、MMSEの総合得点とする。

27~30点...正常値

22~26点...軽度認知障害の疑いがある

21点以下...認知症などの認知障害がある可能性が高い

と判定され、健康者が21点以下を取ることはきわめて稀とされ、認知症のカットオフ値が23、24点である。

## 資料 5 HDS-R について

### HDS-R: Development of the Revised version of Hasegawa's Dementia Scale

改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)

- ①お歳はいくつですか？(2年までの誤差は正解、年齢)
- ②今日は何年何月何日ですか？何曜日ですか？(日時、年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ)
- ③私たちがいまいるところはどこですか？(場所の見当識、自発的にできれば2点、5秒おいて家ですか？病院ですか？施設ですか？のなかから正しい選択をすれば1点)
- ④これから言う3つの言葉を言ってみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。(言葉の即時記憶、以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく)  
1: a) 桜 b) 猫 c) 電車  
2: a) 梅 b) 犬 c) 自動車
- ⑤100から7を順番に引いてください。(計算、100-7は？、それからまた7を引くと？と質問する。最初の答えが不正解の場合、打ち切る)
- ⑥私がこれから言う数字を逆から言ってください。(数字の逆唱、6-8-2、3-5-2-9を逆に言うてもらう、3桁逆唱に失敗したら、打ち切る)
- ⑦先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。(言葉の遅延再生自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合以下のヒントを与え正解であれば1点)  
a) 植物 b) 動物 c) 乗り物
- ⑧これから5つの品物を見せます。それを隠しますのでなにがあったか言ってください。  
(物品記憶、時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの)
- ⑨知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。  
(言語の流暢性、答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰まり、約10秒間待っても出ない場合にはそこで打ち切る)  
0~5=0点、6=1点、7=2点、8=3点、9=4点、10=5点

30点満点で、20点以下のとき、認知症の可能性が高いと判断される。

認知症の重症度別の平均点:非認知症:24.3点/軽度認知症:19.1点/中等度認知症:15.4点/やや高度認知症:10.7点/高度認知症:4.0点

## 資料 6 FAST について

FAST(Functional Assessment Staging)

- 1 正 常:痴呆なし。亜分類なし
- 2 年齢相応:時に物忘れあるが社会生活上問題ない。亜分類なし
- 3 境界状態:仕事や客の接待できない、買物や家事は可能。亜分類なし
- 4 軽症痴呆:家事などできないが、身の回りのことはできる。亜分類なし
- 5 中等痴呆:身の回りのことに介助必要、家庭内で行動制限不要。亜分類なし
- 6 高度痴呆:常に身の回りの介助と居室内に行動制限が必要。  
A:生地・昔の仕事・家族の名前を言える。  
B:上記について一部言える。  
C:自分の名前しか言えず。
- 7 重度痴呆:自分が誰か分からない。  
A:挨拶や呼名に良く返事し、相づちや表情変化あり。  
発話するが言語崩壊(Jargon的)  
B:挨拶や呼名に“ハイ”など返事するが表情変化乏しい。  
C:呼名にほとんど反応しない。経口摂取可能。  
D:呼名に全く反応しない。経口摂取不能。

## 資料 7 レーヴン検査について

### レーヴン色彩マトリックス検査

標準図案の欠如部に合致するものを6つの選択図案の中から1つだけ被検者に選ばせる検査。

言語を介さずに答えられる検査で、被検者に負担をかけることなく推理能力(知的能力)を測定できる。

文化背景に影響されない。実施がきわめて簡単かつ短時間ですみ、採点および結果の評価にわずらわしい分析などを必要としないため、スクリーニング・テストとして最適。失語症および痴呆の検査として、世界中で広く利用されている。

## 資料 8 リバーミード検査について

### **リバーミード行動記憶検査**

単語を覚える等の机上の検査ではなく、日常生活をシミュレーションし、記憶を使う場面を想定して検査。同等の難易度が確認された4種の並行検査が用意され、練習効果を排除し記憶障害を継続的に評価。薬物治療をはじめとする治療行為やリハビリテーションによる記憶機能の改善の評価、或いは記憶障害の進行の評価への適応が期待できる。

検査所要時間は約30分。年齢群ごとに cat off 値が設定されている。

