

せん妄が多く、身体合併症は91%に認められた。

<研究2>2005年の段階で、わが国の認知症有病者数(65歳以上)は2,046,527人であるが、2015年には3,024,080人、2035年には4,448,418人に増加。2015年及び2035年の段階で認知症高齢者数が最も多いのは東京都(273,562人、425,189人)、最も少ないのは鳥取県(17,279人、21,376人)、増加率が最も高いのは埼玉県(1.69倍、3.08倍)、最も低いのは島根県(1.29倍、1.46倍)である。

<研究3>調査期間中に253人の日本老年精神医学会専門医から有効な回答を得た(回収率30.0%)。アンケート調査の結果に基づいて作成した「認知症疾患医療センターに求められる機能と適正な配置」は表1のとおりである。70%の専門医は、認知症高齢者8,000につき少なくとも1件の認知症疾患医療センターの設置が必要であると考えている。この数値を用いて、認知症疾患医療センターの必要設置件数の将来推計値を算出すると、2015年の段階で全国には378件、鳥取県では2件、東京都では34件の設置が必要となる。

<研究4>調査期間中に275の医療機関から回答を得た(回収率36.7%)。因子分析の結果、認知症に対する医療機能について7つの潜在因子が抽出された:1)鑑別診断機能、2)周辺症状/身体合併症入院対応機能(救急対応、終末期医療を含む)、3)かかりつけ医機能、4)往診・訪問診療機能、5)周辺症状に対する外来対応機能、6)介護機関との連携機能、7)専門領域の身体合併症の外来対応機能(表2)。各機能項目別の医療機関の分布をグラフ化すると図1のようになる。2)周辺症状/身体合併症入院対応機能(救急対応、終末期医療を含む)をもつ医療資源が相

対的に少ないことがわかる。

<研究5>調査期間中に38カ所の地域包括支援センターより回答を得た(回収率92.7%)。「認知症の方」または「認知症が疑われる方」の本人または家族からの相談はすべての施設で応需されていた。認知症の支援にあたり、頻繁に連絡を取り合う機関は、居宅介護支援事業所・介護支援専門員、かかりつけ医療機関、区役所、民生委員、認知症の専門医療機関の順に多かった。地域包括支援センターにおける認知症関連業務の実施状況は図2の通り(認知症関連業務の各項目については表3を参照)。

「総合相談窓口としての機能」「介護に関連する相談・支援機能」「困難事例・権利擁護・虐待に関連する相談・支援機能」「認知症の普及啓発に関する機能」は、概ね8割以上の地域包括支援センターで「通常実施している」または「状況に応じて実施している」と回答された。しかし、「医療機関との連携に関する機能」については、概ね8割以上の地域包括支援センターが「状況に応じて実施している」と回答しているものの、専門医療機関への紹介以外の項目では、「通常実施している」と回答している施設は5割に達しなかった。

認知症医療の現状に関する自由記述の回答内容を分析すると、最終的に54項目の回答要旨が抽出され、これらは7の下位カテゴリーに分類され、下位カテゴリーは3つのカテゴリー(専門医療資源の不足、かかりつけ医機能の不十分さ、その他)に分類された。回答のほとんどは「専門医療資源の不足」と「かかりつけ医機能の不十分さ」のカテゴリーに集約された。

<研究6>調査期間中に275の医療機関から回答を得た(回収率36.7%)。最終的に106項目の回答要旨が抽出され、これらは21の下位カテゴリーに分類され、下位カテゴリーは6つのカテゴリーに分類された。回答要旨の頻度をカテゴリー別に見ると、「認

知症診療の困難性」に関するものが最も多く、「専門医療資源の不足」、「地域連携体制の不備」に関する回答がこれに次いだ。また、「教育・研修の必要性」や、「介護資源の不足」が医療にも影響を及ぼしていることを指摘する回答も認められた。

<研究7>平成17年度～平成20年度までの臨床指標の推移を見ると、専門医療相談の応需件数は3.6倍、新患受診者の鑑別診断・初期対応件数は1.4倍、新規入院患者数は1.4倍増加し、新患受診者の平均予約待機日数は1/4、平均入院日数は60%に短縮した。平成20年度入院患者の約3割は救命救急センターを入り口とする入院であった(図4)。過去4年間の認知症疾患医療センター病棟(精神病床)の入院患者1人あたりの医療収益は漸増しているものの(平成17年度14,714円→平成20年度16,844円)、一般診療科(平成17年度37,156円→平成20年度42,889円)との比較では著しく低い状況が続いている。

#### D. 考察

平成19年度に実施された研究1の結果、従来から、総合病院型認知症疾患センターには、認知症のための専門医療相談、鑑別診断・初期対応、周辺症状と身体疾患に対する急性期医療(救急対応を含む)、院内連携と地域連携機能(困難事例への対応を含む)が求められてきたことが明らかにされた。しかし、同時に、自由記述による回答からは、そのような機能を維持するための人的・財政的基盤が極めて脆弱なために、診療の継続が極めて困難な状況にあることが指摘されている。こうしたことから、平成19年度の本研究報告書において、上記の機能を担保するための国家的な対策が必要であることを提言した。

平成20年度から、国の新たな認知症対策として「認知症疾患医療センター運営事

業」が創設された。本事業は、認知症の、①専門医療相談、②鑑別診断・初期対応、③身体合併症・周辺症状に対する急性期医療、④かかりつけ医等への研修会の開催、⑤認知症疾患医療連携協議会の開催、⑥情報発信を事業内容とする専門医療資源を地域に整備し、もって地域における認知症疾患の保健医療水準を向上させることを目的としている。同センターに全国に150ヶ所設置することが目標とされた。

研究3は、平成19年度の段階で実施されたアンケート調査の結果をまとめたものであるが、日本老年精神医学会専門医の多くが、認知症疾患医療センターに、①専門医療相談、②鑑別診断・初期対応、③身体合併症と周辺症状に対する急性期医療、④地域連携(困難事例への対応を含む)、⑤保健医療福祉関係職に対する研修などの機能を担うことを求めており、認知症疾患医療センターの実施要綱に示す事業内容とほぼ合致していることを示している。

一方、センターの必要設置件数については、専門医の70%が、認知症高齢者数8,000人につき少なくとも1件の設置が必要と考えていることが明らかにされている。この結果と研究2の結果とを総合すると、2015年までに全国に378件の認知症疾患医療センターの設置が必要という計算になる。今後の高齢化率のさらなる増加を考慮すると、概ね人口30万～50万人の圏域に1件の設置が必要という計算になる。

例えば、人口規模約100万人の仙台市では、2015年までに2～3件の設置が必要という計算になるが、この数字は筆者の日常臨床の実感ともよく合っている。仙台市では、公的総合病院である仙台市立病院が、唯一の認知症疾患医療センターとして稼働している。仙台市立病院は平成6年より老人性認知症疾患センターとして稼働しているが、研究1で指摘されたように、人員(特に医師)の不足や財政基盤の脆弱さのため

に、診療の維持が困難な状況に陥っていた。そこで、平成19年度に仙台市の一般会計予算で、精神保健福祉士1人、保健師1人、ソーシャルワーカー1人を配置した専従の医療相談室を設置し、外来・入院患者に対する専門医療相談業務を担う体制を整備した。研究7は、そのような相談室の設置によって、年間の専門医療相談件数、新規外来患者数、新規入院患者数の増加とともに、新患平均予約待機日数と平均入院期間の短縮化が実現できることを示したものである。

医療相談室は、新患受診患者に対しては診療前医療相談によって詳細な情報収集を行い、専門医の鑑別診断・初期対応業務をサポートする。また、院内的には身体科各科（特に救命救急センター）と連携することによって、院外的には地域関係機関（特に地域包括支援センターと地域医療機関）と連携することによって、身体合併症や周辺症状を伴う認知症高齢者の緊急対応や入退院、困難事例への対応において医師の業務を強力にサポートする。専従の医療相談室の設置は、認知症疾患医療センターが、周辺症状・身体合併症に対する急性期医療（救急対応を含む）を実践する上での不可欠の条件である。

しかし、それでも、研究5、研究6が示すように、仙台市内の地域包括支援センターも地域医療機関も、「認知症のための専門医療資源が不足していること」、「かかりつけ医と専門医の連携が不十分であること」、「かかりつけ医の機能が今尚不十分であること」が強く実感されている現実があることを強調しておかねばならない。

研究4が示すように、認知症の医療に求められる機能には、1)鑑別診断機能、2)周辺症状／身体合併症入院対応機能（救急対応、終末期医療を含む）、3)かかりつけ医機能、4)往診・訪問診療機能、5)周辺症状に対する外来対応機能、6)介護機関との連

携機能、7)専門領域の身体合併症の外来対応機能などがある。これらの機能を担う医療資源（ハード）を適正に配備することと、それを土台にしてかかりつけ医の認知症対応力向上研修や認知症疾患医療連携協議会（専門医とかかりつけ医の連携強化）などの事業（ソフト）を稼働させることが、「認知症のための統合的救急医療モデルの構築」を実現させるための重要な条件になるであろう。そのようなハードとソフトの包括的な整備を推進するための公的事業、すなわち、認知症のための医療資源整備、かかりつけ医研修、地域連携体制強化を含む「地域包括ケアシステムの構築」の推進を目的とする事業（例：認知症対策推進会議）を、自治体レベルで稼働させることが求められる。

また、研究7で示したように、認知症疾患医療センターの病棟の入院患者の一人あたりの医療収益が、一般診療科と比較して極端に低く、手薄な看護配置を余議なくされている現状を指摘しておかねばならない。これは、現状の診療報酬制度上、総合病院における認知症疾患医療センターの病棟においても、看護配置15対1の精神病床基本入院料をとらざる得ない現状にあるためである。身体合併症・周辺症状に対する急性期の入院医療・救急医療を行う精神病床には、少なくとも急性期の一般病床並みの看護配置が必要である（総合病院型認知症疾患医療センターの病棟には7対1の看護配置を担保する入院基本料の設定が必要と考える）。

このことと併せて、認知症疾患医療センターの業務を担うことができる医師を育成し、そのような医師を地域に安定的に確保していくための方策を考案することが国家レベルで求められている。

## E. 結論

「認知症のための統合的救急医療モデル

の構築」を実現するためには、以下の条件整備が推奨される。

- 専門医療相談機能，鑑別診断・初期対応機能，身体合併症・周辺症状に対する急性期医療（入院対応，救急対応を含む），保健医療福祉専門職に対する教育機能をもつ認知症疾患医療センターを，人口30万人～50万人の圏域に1件設置する。
- 認知症疾患医療センターには専従の医療相談室を設置し，院内連携・地域連携を強化した多職種による診療システムを構築する。
- 認知症のための医療資源整備，かかりつけ医研修，地域連携体制強化を含む地域包括ケアシステムの構築を推進するために，自治体レベルで公的事業（例：認知症対策推進会議）を稼働させる。
- 身体合併症・周辺症状に対する急性期入院医療を行っている認知症疾患医療センター病棟の看護配置を適正化するために，精神病床入院基本料を改訂する。
- 認知症疾患医療センターの業務を担うことができる医師を育成し，そのような医師を地域に安定的に確保する方策を国家レベルで考案する。
- 以上の推奨事項をまとめた認知症のための統合的救急医療モデルのシェーマを図5に示す。

#### F: 健康危険情報

総括研究報告書を参照。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 浅野弘毅，栗田主一，近藤等：認知症疾患センターと救急医療. 老年精神医学雑誌, 18: 1170-1175, 2007.
- 2) 栗田主一，渡路子：認知症高齢者の救

急医療と身体合併症医療. 新たな政策提言に向けて. 老年精神医学雑誌, 18: 1210-1214, 2007.

- 3) Wai-chi Chan, Helen Fung-kum Chiu: (栗田主一翻訳)：アジアにおける認知症高齢者の現状 (5) 香港の認知症高齢者. 老年精神医学雑誌 18:541-548, 2007.
- 4) 久保田洋介, 亀山元信, 村田祐二, 庄子賢, 野上慶彦, 鈴木淳子, 清水健司, 山下元康, 福島撰, 飯塚邦夫, 栗田主一:救命救急センターにおける認知症高齢者の救急医療. 老年精神医学雑誌 18:1204-1209, 2007.
- 5) 栗田主一:もの忘れ外来—認知症を生きる高齢者のこころを診る. こころの科学 138:16-21, 2008.
- 6) 栗田主一:オピニオン・認知症疾患医療センターをめぐる. 老人性認知症疾患センターの立場から. 精神医学, 50:738-741, 2008.
- 7) 栗田主一:高齢者総合機能評価と認知症疾患の鑑別診断を普及させるために. 老年精神医学雑誌 19: 731-734, 2008.
- 8) 栗田主一:認知症疾患医療センター運営事業について. 精神保健福祉白書, 2009年版. (精神障害者社会復帰促進センター・財団法人全国精神障害者家族連合会・精神保健福祉白書編集委員会編). 中央法規, p28, 2008
- 9) 栗田主一:仙台市における取り組み:認知症疾患医療センター運営事業と認知症対策推進会議. Cognition and Dementia 7: 381-386, 2008.
- 10) 繁田雅弘, 栗田主一, 池田学, 浦上克哉, 植木昭紀, 北村伸, 中村佑, 本間昭:かかりつけ医の認知症疾患鑑別診断技術の向上を目指して. 老年精神医学雑誌 19: 762-766, 2008.
- 11) 島袋仁, 栗田主一, 松岡洋夫:軽

度アルツハイマー型認知症患者に見られる行動・心理学的症状の特徴. 精神神経誌 110: 529-535, 2008

- 12) 栗田主一, 佐野ゆり, 高松幸生, 野呂雅人, 山下元康, 福島攝, 大橋雅啓: 高齢者虐待と医療の果たすべき役割. 老年精神医学雑誌 19: 1342-1347, 2009
- 13) 栗田主一: 認知症疾患医療センターの役割と問題点. 認知症医療のインテグレーション—かかりつけ医から福祉へつなぐまで. *Cognition and Dementia* 8: 36-42, 2009
- 14) 栗田主一: 地域における認知症疾患医療センターの役割. 日本老年医学会雑誌 46, 203-206, 2009
- 15) 栗田主一, 井上由紀子, 佐野ゆり, 野呂雅人: 身体的訴えへの医療連携. 特集: 高齢者の身体的心氣的訴え. 老年精神医学雑誌 20:185-189, 2009
- 16) 栗田主一: IX-1 認知症. 井藤英喜, 大島伸一, 鳥羽研二編: 統計でみる高齢者医療. 文光堂, 2009, 東京. P68
- 17) 栗田主一: 認知症疾患医療センターの今後. *クリニシャン* 583: 1150-1155, 2009.
- 18) 栗田主一: 地域における認知症医療の現状と求められる役割. 日本老年医学雑誌 2010 (印刷中).
- 19) Awata S: A national health program against dementia in Japan: The Medical Center for Dementia. *Psychogeriatrics* 2010 (in press).

## 2. 学会発表

- 1) 栗田主一: 地域における認知症医療実践講座: 診断からケア. 精神医学研修コース. 第 103 回日本精神神経学会総会. 2007.5.17 (高知)
- 2) 栗田主一: 地域における認知症疾患医療センターの役割. 第 50 回日本老年

医学会学術集会 (シンポジウム). 2008.6.20 (千葉市)

- 3) 栗田主一, 赤羽隆樹, 印部亮介, 鶴飼克行, 川勝忍, 橘高一, 木村正之, 佐藤茂樹, 納富昭人, 水野裕: 総合病院型認知症疾患センターに求められている機能について. 第 23 回日本老年精神医学会. 2008.6.27 (神戸市)
- 4) 高橋ふみ, 藤原砂織, 山下元康, 福島撰, 飯塚邦夫, 井上由紀子, 栗田主一: 日本語版 AQT のアルツハイマー型認知症スクリーニングテストとしての妥当性. 第 23 回日本老年精神医学会. 2008.6.28 (神戸市)
- 5) 栗田主一: わが国の新たな認知症対策. 平成 20 年度静岡県精神保健協会総会記念講演. 2008.7.2 (静岡市)
- 6) 栗田主一: 認知症の理解について. 片平地区社会福祉協議会全体研修. 2008.7.11 (仙台市)
- 7) 栗田主一: 認知症の医学的知識と支援. 平成 20 年度第 3 回仙台市地域包括支援センター職員研修 (全体研修). 2008.7.16 (仙台市)
- 8) 栗田主一: 認知症の人と家族を地域で支えよう. 世界アルツハイマーデー記念公園会&シンポジウム. 2008.10.10 (仙台市)
- 9) 栗田主一: 高齢者の認知症・せん妄・うつ病. 仙台市介護認定審査会青葉区部会研修会. 2008.11.17 (仙台市)
- 10) 栗田主一: BPSD と身体疾患を併せ持つ認知症患者への支援. 第 24 回日本老年精神医学会 (シンポジウム) 2009.6.20 (横浜市)
- 11) 佐野ゆり, 野呂雅人, 大橋雅啓, 高橋ふみ, 藤原砂織, 山下元康, 福島撰, 鈴木一正, 栗田主一: 仙台市立病院認知症疾患医療センターにおける専門医療相談業務の実績と意義. 第 24 回日本老年精神医学会 2009.6.19

(横浜市)

- 12) 栗田主一:認知症疾患医療センターに期待される精神科医の役割. 第105回日本精神神経学会(精神医学研修コース) 2009.8.21(神戸市)
- 13) 櫻田久美, 福島撰, 山下元康, 鈴木一正, 阿部詔子, 石井清, 栗田主一: VSRADによるアルツハイマー型認知症と軽度認知症障害の識別妥当性.
- 14) 佐野ゆり, 野呂雅人, 佐藤大介, 佐藤泰啓, 高橋ふみ, 山下元康, 福島撰, 鈴木一正, 栗田主一: 仙台市立病院認知症疾患医療センターにおける専門医療相談室の機能について: 地域関係機関との連携強化という観点から. 第10回日本認知症ケア学会 2009.10.31(東京)
- 15) 福本恵, 佐藤彰子, 小川琢也, 石出真実, 鈴木茂樹, 千葉正数, 栗田主一: 仙台市認知症対策推進会議の取り組みについて: 都市部における認知症地域ケアシステム構築を目指して. 第

10回日本認知症ケア学会 2009.10.31(東京)

- 16) 栗田主一:認知症疾患医療センターの果たす役割. 第22回日本総合病院精神医学会(シンポジウム) 2009.11.28(大阪市)
- 17) 高松幸生, 山下元康, 福島撰, 樋口じゅん, 石井清, 栗田主一, 松岡洋夫: 錯乱状態のため緊急入院となり, 診断に苦慮した HIV 脳症の一例. 第22回日本総合病院精神医学会 2009.11.28(大阪市)

本研究成果の一部は, 平成20年7月6日付の朝日新聞朝刊第1面および平成21年12月20日付の毎日新聞朝刊第3面に報道された.

H. 知的財産件の出願・登録状況  
なし.

表 1. 認知症疾患医療センターに求められる機能と適正な配置

A. 求められる機能<sup>注1)</sup>

1) 専門医療相談

- ① 本人・家族からの認知症医療・ケアに関する相談の応需

2) 鑑別診断

- ① 認知症疾患の鑑別診断  
② 頭部 CT, MRI などによる神経画像診断  
③ 高齢者総合機能評価

3) 院内連携・地域連携

- ① かかりつけ医との連携（診断・情報提供・診療の助言）  
② 地域包括支援センターとの連携（診断・情報提供・助言）  
③ 行政との連携（行政が関わっている事例の診断・助言）  
④ 多職種チームによる困難事例に対するケースワーク

4) 周辺症状・身体合併症に対する急性期医療

- ① 周辺症状・身体合併症に対する入院医療  
② 精神科救急システムと連携した緊急事例の対応  
③ 一般救急システムと連携した緊急事例の対応  
④ 自院の精神科病床への緊急入院のための空床確保

5) 地域の保健医療福祉介護職の研修

- ① かかりつけ医等の研修（講師派遣など）  
② 地域包括支援センター職員等の研修（講師派遣など）

B. 適正な配置<sup>注2)</sup>

1) 中央値を用いた場合

- ① 人口 30 万人に 1 件  
② 高齢者人口 6 万人に 1 件  
③ 認知症高齢者有病者数 4800 人に 1 件

2) 70 パーセンタイル値を用いた場合

- ① 人口 50 万人に 1 件  
② 高齢者人口 10 万人に 1 件  
③ 認知症高齢者有病者数 8000 人に 1 件

注 1) 日本老年精神医学会専門医を対象とするアンケート調査で 60%以上の専門医が“求められる”と回答した機能を採用した。

注 2) 「仮に高齢化率を 20%とした場合、現時点での必要設置件数は、人口何万人あたりに 1 件が適切と考えますか」という質問に対する回答から得た数値。認知症高齢者有病者数は、65 歳以上高齢者の認知症有病率を 8%として算出した。

表 2. 認知症の医療に求められる機能：因子分析の結果

第1因子 鑑別診断機能		因子負荷量
F9	アルツハイマー型認知症の診断	.851
F10	脳血管性認知症の診断	.860
F11	レビー小体型認知症の診断	.886
F12	前頭側頭型認知症（またはピック病）の診断	.909
F13	上記9)～12)以外の認知症疾患の診断	.824
F14	認知症, うつ病, せん妄の鑑別診断	.753
第2因子 周辺症状/身体合併症の入院対応機能（救急医療や終末期医療を含む）		
F24	合併する一般身体疾患（生活習慣病など）に対する入院治療	.886
F25	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療	.860
F26	随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療	.740
F27	合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）	.652
F28	随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）	.568
F29	入院による終末期医療	.839
第3因子 かかりつけ医機能		
F1	認知症疾患センターやもの忘れ外来など認知症専門医療機関への紹介	.597
F2	介護保険主治医意見書の記載	.747
F3	合併する一般身体疾患（生活習慣病など）に対する通院治療	.668
F5	アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬（アリセプト等）の投薬	.828
第4因子 往診・訪問診療機能		
F19	往診・訪問診療による身体疾患の治療	.791
F20	往診・訪問診療による精神症状・行動障害の治療（精神科との連携下でも可）	.822
F21	施設（グループホーム, 介護老人福祉施設など）への往診・訪問診療	.717
F22	往診・訪問診療による終末期医療	.788
第5因子 BPSDに対する外来対応機能		
F15	随伴する抑うつ症状に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	.825
F16	随伴する幻覚や妄想に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	.929
F17	随伴する興奮や攻撃性に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	.929
F18	せん妄に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	.915
第6因子 介護機関との連携機能		
F6	介護支援専門員への助言または連携	.812
F7	地域包括支援センター職員への助言または連携	.833
F8	グループホーム等施設介護者への助言・指導	.724
第7因子 専門領域の身体合併症に対する外来対応機能		
F4	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する通院治療	.560
その他の機能		
F23	認知症に対するデイケア	
F30	家族に対する「認知症の人と家族の会」についての情報提供	



表 3. 地域包括支援センターに求められる認知症関連業務

A. 総合相談窓口としての機能
1) 認知症高齢者の相談に応じていることをPRする
2) 家族に認知症を病気として捉えられるように伝える
3) 本人または家族に認知症の相談機関を紹介する
4) 本人および自宅の様子を訪問して確認する
B. 医療機関との連携に関連する機能
5) 本人または家族に一般医療機関を紹介する
6) 本人または家族に認知症の専門医療機関を紹介する
7) かかりつけ医に情報を提供する
8) 認知症専門医療機関の連携担当者（ケースワーカー等）と情報交換をする
9) 本人の医療機関受診に際して同行する
10) 入院治療後の退院支援を行う
C. 介護に関連する相談・支援
11) 本人または家族に介護保険申請に関する情報を提供する
12) 本人または家族に介護保険サービス利用に至るまでの支援を行う
13) 家族に「家族の会」や「家族交流会」についての情報を提供する
14) 在宅介護の具体的な方法についての相談に応じる
D. 困難事例・権利擁護・虐待に関連する相談・支援機能
15) 認知症の精神症状・行動障害（徘徊、妄想など）の対応方法について助言する
16) 権利擁護の諸制度 <sup>注1)</sup> の活用を視野に入れた支援を行う
17) 認知症の困難事例についてケース会議を開催する
18) 支援にあたっては本人（認知症の方）の意向を確認する
19) 高齢者虐待事例に関わる際、認知症の有無について情報を収集する
E. 地域関係機関との連携・ネットワークづくりの機能
20) 自治会、民生委員、社会福祉協議会など地域関係者による支援体制づくりを行う
21) 圏域内のグループホーム、小規模多機能型居宅介護施設の運営推進会議に出席する
22) 圏域内のグループホーム、小規模多機能型居宅介護施設と共同事業を行う
23) 担当圏域の包括ケア会議で認知症をテーマとした話し合いを行う
F. 若年認知症に関する相談・支援機能
24) 若年認知症の方の家族の相談に応じる
25) 若年認知症の方の本人の相談に応じる
26) 若年認知症の方が介護保険サービス利用に至るまでの支援を行う
27) 若年認知症の方が介護保険以外のサービス利用に至るまでの支援を行う
G. 認知症の普及啓発に関する機能
28) リーフレットや広報紙での回覧など認知症に関する普及啓発を行う
29) 地域住民に対して認知症をテーマとする講話や研修会を行う
30) 認知症の普及啓発のための資料を独自で作成している

認知症医療に関する機能から見た医療資源の分布 (N=275)

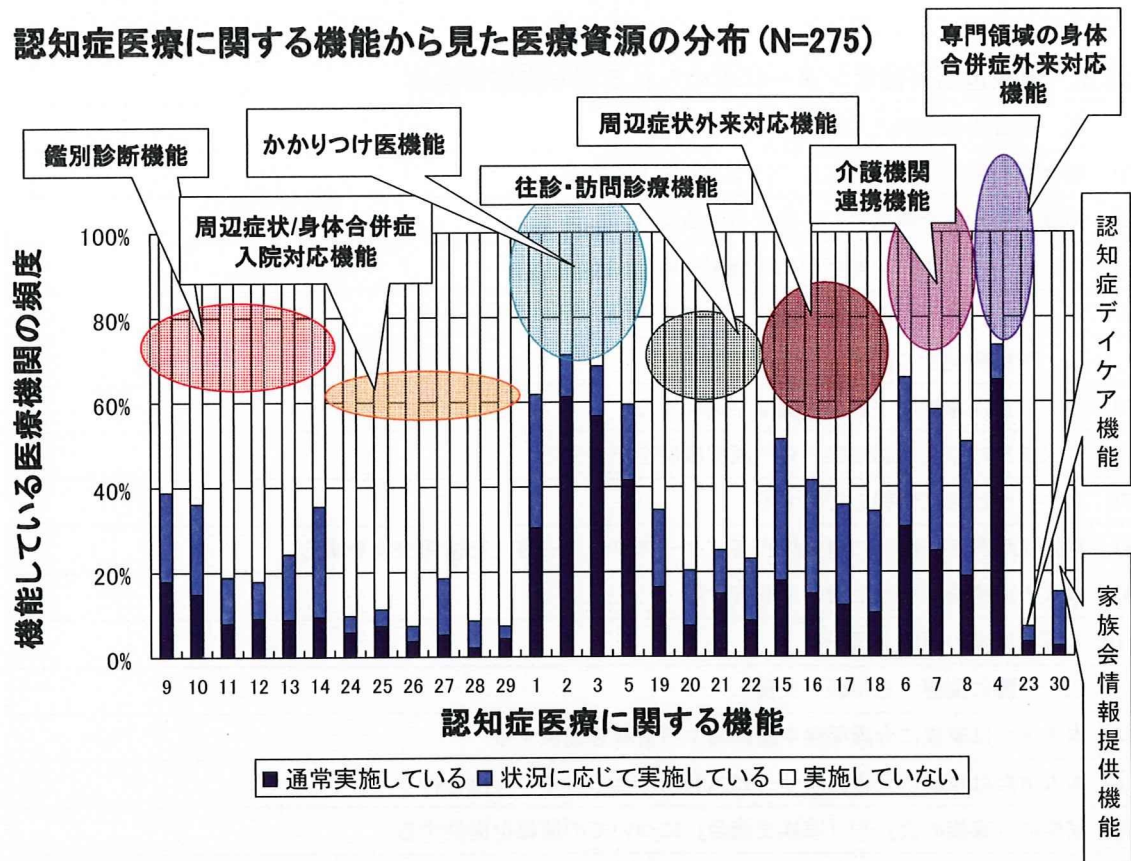


図1. 認知症の医療に求められる機能:機能項目別に見た医療資源の分布(横軸の数値は表1を参照).

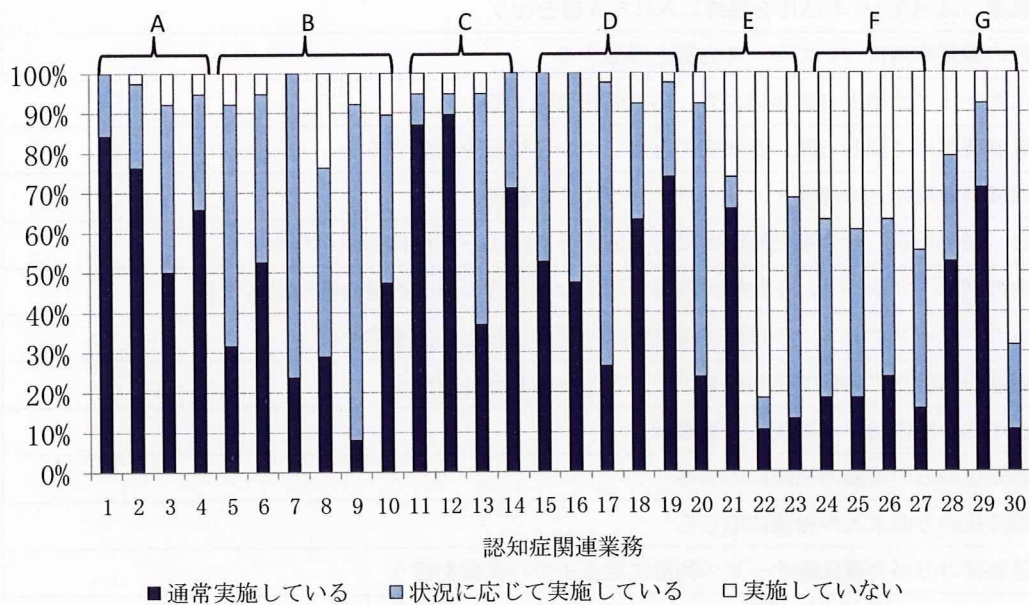


図2 地域包括支援センターにおける認知症関連業務の実施状況

図の説明: 認知症関連業務の番号 (1, 2, 3...) 及びアルファベット (A, B, C...) は, 表1を参照. %は, 実施している地域包括支援センターの割合を示す.

## 平成19年4月に専従の医療相談室を設置 (仙台市立病院認知症疾患医療センター)



図3. 仙台市立病院認知症疾患医療センターに設置された専従の医療相談室と多職種チームによる診療システム

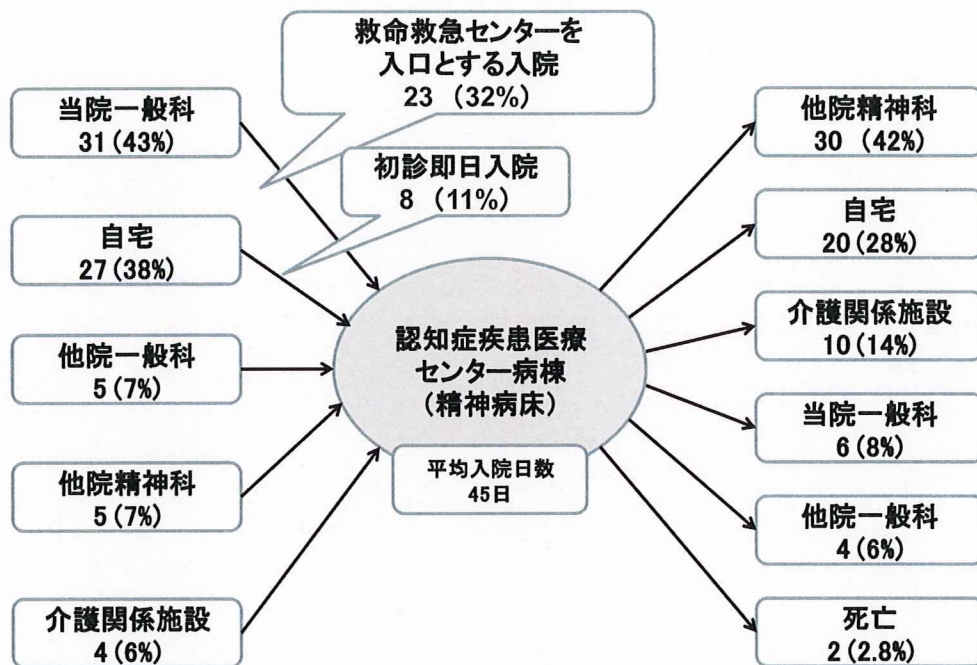


図4. 認知症疾患医療センター病棟への入院経路と退院先 (仙台市立病院認知症疾患医療センター, 平成20年度の  
新規入院患者について, N=72)

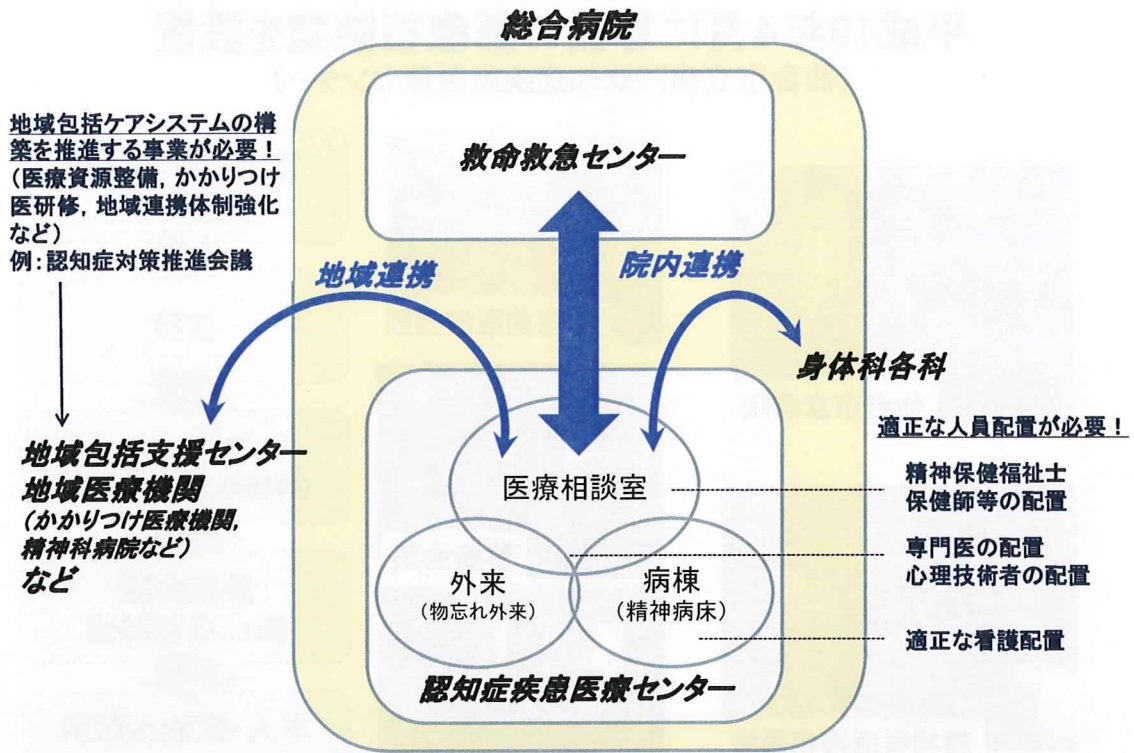


図 5. 認知症疾患医療センターを中核とする認知症のための統合的救急医療モデル



平成 19-21 年度厚生労働科学研究 こころの健康科学研究事業  
精神科救急医療，特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究

分担研究報告書： 社会一般の精神科領域に関する受療行動上のニーズに関する研究

分担研究者： 岸 泰宏

精神医療の機能分化が必要といわれているが、一般人の受療・相談場所の調査から、総合病院精神科は精神科クリニックと同様の“精神科プライマリーケア”の役割も担わなくてはならない状況となっている。総合病院精神科の重要な役割として、精神科コンサルテーション・リエゾン、緩和医療、身体-精神疾患合併症治療、精神科救急などがあげられるが、一般精神科外来業務に力をとられるのは効果・効率の面からも好ましくない。“望まれる機能”に特化するには広報を含めた方策が必要となる。

身体疾患現場で精神疾患の合併は多いが、うつ病やせん妄などは患者の日常生活活動度や身体予後にも大きな影響をあたえることが知られている。しかし、一般身体科医のうつ病やせん妄の診断正答率は低い点が明らかとなった。教育も重視されるが、諸外国の多数の研究では教育効果が懐疑的な面も指摘されている。日本にあった精神科と一般身体科の連携システムを構築していく必要が示唆された。また、身体疾患と精神疾患の治療現場としては、総合病院精神科病床が最も期待されていたが、総合病院精神科は病床削減・精神科閉鎖などの逆風にさらされており、総合病院精神科の重要性を尊重する政策上の後押しが必要である。

自殺予防が重要な国策となっている。自殺未遂がその後の自殺を予測する最大の危険因子である。自殺未遂患者は一般病棟にて身体的な治療を受けることが通常であり、最も接するのは一般病棟看護師である。今回の調査から、大多数の看護師は、自殺未遂患者に対するケアは適切に行われているとは考えておらず、自殺未遂患者に対するケアのトレーニング不足・今後のトレーニングの必要性を認識していた。また、自殺未遂患者に対する知識向上・スキルトレーニングを行うことで、看護師の看護意欲・共感に変化をもたらす可能性が示された。特に、救急・ICU 勤務看護師は自殺未遂患者とのファースト・コンタクトとなる場合が多く、自殺予防・自殺未遂患者への治療介入の円滑さを進めるため、効果的な教育プログラムの作成が必要である。

一般身体科医師と同様に、看護師も一般病棟で頻繁にみられる、うつ病、せん妄の診断は的確でなかった。特にせん妄（低活動型）の見逃しが危惧された。今後の精神科看護教育において、今まであまり重要視されていなかった一般病棟でみられる精神症状に対する教育が大切であることが示された。

#### A 研究目的

平成 19 年度は、一般人が

精神医療を受療・相談場所選択の  
リファレンスを調査することを目的

とした。一般人からのデータを利用することで、一般消費者側からみた精神医療の利便性・問題点を示すことが可能となるからである。いかに医療システムを整備しても、受療行動を知らない限りには設備投資にみあった効果を得ることはできない。これらの受療・相談場所に関する研究・調査は本邦では少ない。欧米においてのプリファレンス研究は、保健医療システムが異なるため（例：米国の場合はマネジドケア）、フリーアクセスである本邦での有用性は少ない。われわれは、1992年に同様の調査（精神科救急医療に関して）を行ったが(1)、一般消費者側からは総合病院精神科に期待する役割が高いことがわかった。この調査では、関東地方のPTA組織、会社からのサンプリングといったバイアスがあったため、今回は全国規模での調査とした。

平成20年度は、一般身体科医の精神疾患症例に対する一般的な attitudes を調査し、さらには、一般身体疾患現場でよく遭遇する精神疾患症例の診断能力ならびにその対処方法を調査するのを目的とした。これは、平成19年度の結果も受けて（後述）のものである。一般人の調査において、軽度認知機能障害・認知症を除いて、精神科クリニックならびに総合病院精神科が一般精神疾患、身体疾患（がん）に伴ううつ病、器質性精神障害（精神科救急症例）の受療・相談場所のファースト・ラインと位置づけられていた。一方で、かかりつけ医は受療・相談場所として比較的好まれるため、かかりつけ医（家庭医）と精神医療の連携の重要性も示唆された。また、国も身体症状を訴えて精神科以外の診療科を受診する症例が多いことか

ら、その連携を促す目的も兼ねて、診療報酬上において、精神科医連携加算（200点）をもうけている（平成20年度より）。そこで上記目的にて調査を行った。

平成21年度は、もっとも患者と接する機会の多い看護師を対象として、自殺企図症例に対する態度（attitudes）ならびに精神疾患に対する診断・対処法を調査した。

## B 研究方法

平成19年度は、質問紙に架空の症例を提示し、受療・相談場所を回答してもらう方法を選択した。提示する症例は、統合失調症、うつ病、パニック障害、認知症、軽度認知機能障害、アルコール依存症、がんに伴ううつ病、精神科救急（器質性精神障害）とした。作成された質問紙を、株式会社リサーチ・ワークに委託し調査を行った。「D Style Web」のモニター登録者（2007年10月12日現在192,885人）のうち、回答を了承した人を対象とした。事前に人口比率にそって抽出対象数を決め、その後大まかな内容をウェブを使って知らせ、希望者に調査表を配布する方法を選択した。

平成20年度は、調査対象は精神科、心療内科を専門としない全国の開業医、勤務医とした。質問紙に架空の症例（10症例）を提示し、それに対する病名・対応方法を回答してもらう方法をとった。症例は、がんに伴ううつ病、せん妄（過活動型）、糖尿病を合併した統合失調症、人格障害に基づく自殺企図症例、がんに伴う認知症、パニック障害、せん妄（低活動型）、脳梗塞後の適応障害、骨折を伴うアルコール依存症（アルコール離脱症候群）、不定愁訴を訴えるうつ病 とした。

また、精神疾患症例に対する全般的な attitudes (不安・うつ状態評価の自信度、向精神薬に関する知識・技術の自信度、意思決定能力評価の自身度、コミュニケーション時間について、不安・うつ状態の治療意志など) についても調査した。作成された質問紙を、株式会社リサーチ・ワークに委託し調査を行った。調査にあたっては、事前に電話での協力依頼(スクリーニング)を実施し、協力が得られた医師を対象として調査票を配布した。

平成21年度は、看護師を対象として、Understanding of Suicide Attempt Patient Scale (USPスケール) を使用した(2)。USPスケールは、11項目で構成され、自殺企図症例に対する理解・共感ならびに看護意欲を計測するものである。USPスケールの他に、自殺企図症例に対するトレーニングならびに精神科治療についても問うた。また、精神疾患に対する質問を行い、一般病棟で認められる精神障害の基本的知識について問うた。実際の方法は、事前にネット上で対象者を抽出するためのアンケートを実施。看護師でアンケートに協力していただけた対象者に郵送で調査票を送付し、郵送で回収した。

#### (倫理的配慮)

いずれの年度も回答の内容は、個人を特定できない(連結不可能匿名化した)形で集計した情報に限定するため、個人情報保護法が規定する個人情報にはあたらない。疫学研究による倫理指針からも、同意を必要としないため同意書の取得は行わなかった。調査協力依頼にこの調査で集めたデータの使用目的、使用範囲および取り扱いを明記

した。

#### C 研究結果

平成19年度:

1085人から回答が得られた。表1に結果を示す(高得点ほど、その場所が受療・相談場所としてふさわしいと判断)。軽度認知機能障害・認知症を除いて、精神科クリニックならびに総合病院精神科が受療・相談場所のファースト・ラインと位置づけられていた。セカンド・ラインとして、精神科専門病院が挙げられていた。

平成20年度:

155非精神科医師より回答が得られた。病院勤務医が52.3%(n=81)、診療所医師40.0%(n=62)であった。専門は内科が最も多く、91.6%(n=142)であった。臨床経験年数は平均25.0年(標準偏差SD=7.2)であった。一般身体科医は、精神科疾患を合併した症例が増加していると感じていることが多かった。精神科的な介入を行う意志はあるものの、コミュニケーションの時間的な問題、精神医療専門家との連携が少ない点が問題となっていた。各疾患については、認知症、精神病(統合失調症)、不安障害(パニック障害)、アルコール依存症の正答率は高かった(表2)。質問紙による回答であるため、正答率は高く予想されるものの、うつ病(とくに身体疾患に伴ううつ病)、ならびにせん妄(とくに低活動型)の診断正答率は低かった(表2)。身体疾患と精神疾患の治療現場としては、総合病院精神科病棟が最も期待されていた(表3)。

平成21年度

トータルUSPスコアの平

均値は 28.81 (SD=3.77)であった。トータル USP スコアと年齢、看護経験年数間に相関は認められなかった。トータル USP スコアにおいて、男性は有意に女性より点数が低かった。

表 4 に自殺企図患者に対する精神科治療・トレーニングについての質問の結果を示す。70%以上が自殺企図患者は精神医療にかかるべきと考えており、40%が精神科にて入院治療を行うべきと考えていた。90%以上は、自殺企図患者の看護のためのスキルトレーニングを受けてこなかったと回答し、80%は今後のトレーニングが必要と考えていた。表 5 に USP スコアの内訳を示す。70%は自分の病棟で適切な治療が行われているとは考えていなかった。約 40%は自殺未遂患者に怒りを覚えることがあると回答していた。80%は、自殺患者はやっかいであると感じており、理解が難しく、共感困難と感じていた。90%は最良の治療が必要とは考えており、70%は快適・安全性に注意を払っていた。90%は自殺未遂患者の看護は好きではなく、70%以上は個人的な問題にまで踏み込んで話すのを避けていた。

精神科病棟勤務看護師ならびに精神科勤務経験のある看護師は、それ以外の看護師と比較して、自殺未遂患者に対するスキルトレーニングをより受けてきたと感じ、自殺未遂者に対する看護意欲・共感度が高かった。

一般病棟で認められる精神障害の基本的知識については、うつ病の正答率は 40%であった。精神科病棟看護師で正答率が高い傾向が認められた ( $p=0.053$ )。せん妄(過活動型)の正答率は 66.7%であった。勤務病棟別において正答率に差は認

められなかった。せん妄(低活動型)の正答率は 16.6%であった。勤務病棟別において正答率に差は認められなかった。

#### D 考察

平成 19 年度の結果から：

精神医療においても、各施設の機能分化の重要性が指摘されている。とくに総合病院精神科、精神科クリニック、精神科専門病院の機能分化・連携は重要である。しかしながら、日本の医療保健システムはオープン・アクセスとなっており、受療制限は行えない。したがって、医療消費者側の“受療場所の好み”を調査し、それにそった医療政策を行っていくのが大切である。

8つの精神障害・認知機能障害において、総合病院精神科ならびに精神科クリニックは、受診・相談場所としてほぼ同様に医療消費者は認識していることがわかった。軽度認知機能障害ならびに認知症以外の精神障害においては平均値が 3 点以上と高く、一般人は受療・相談場所として総合病院精神科あるいは精神科クリニックを選択する可能性が高いことが示された。精神科専門病院は、総合病院精神科ならびに精神科クリニックと同様のパターンを示しているが、すべての疾患で平均値が低く、受療・相談場所としてはセカンド・ラインに位置づけられていた。

総合病院精神科の役割として、精神科—身体科合併症医療、精神科コンサルテーション医療、精神科救急が重要なものとしてあげられている。一部では、これらに総合病院精神科は特化すべきであるとの意見もある。しかしながら、精神科クリニックとともに受療・相談場



所のファースト・ラインとなっており、総合病院精神科が上記に特化するには今後の広報や住み分けのための新たな方策が必要となる。適切な治療場所の選択を助けるのに、電話相談（いのちの電話など）や保健所・精神保健福祉センター等の公的機関の活用が望まれるが、医療消費者はあまり相談場所として認識・好感はもっていない（表1）。したがって、現状では総合病院精神科は“一般精神医療”を担わざるを得ない状況にあり、精神科クリニックとの分化のための新たな活動が必要である。

器質性精神障害は本来なら総合病院でまず診察するのが合理的である。各種検査機器もそろっており、内科・外科へのコンサルトも容易である。しかしながら、器質性精神障害においても精神科クリニックは受療・相談場所のファースト・ラインとなっており、精神科クリニックと総合病院との連携が大切である点が示された。

かかりつけ医は、統合失調症、うつ病を除いては、受療・相談場所として好ましく捉えられている。とくに軽度認知機能障害においては、かかりつけ医が比較的好感をもたれており、鑑別診断を含めた正確な診断・治療方針をたてていく重要性が認められた。

#### 平成20年度の結果から

一般身体科医の約8割は、精神心理的問題を抱えている患者が増加していると認識しており、一般身体疾患と精神疾患の包括的治療の重要性は、一般身体科医にも認識されてきていた。精神科的な介入を行う意志はあるものの、コミュニケーションの時間的な問題、精神医療専門家との連携が少ない点が問題とな

っていた。

各疾患提示に対する診断正答率においては、認知症、精神病（統合失調症）、不安障害（パニック障害）、アルコール依存症の正答率は高く、適切に診断がくだされていた。しかし、各疾患症例提示においては、診断に必要な精神症状を文章として記してあるため（つまり、自身で診察し、情報を収集するわけではない）、正答率は高くなることを考慮に入れておく必要がある（さらに“精神科関連の調査”といったバイアスもあり）。とくに、パニック障害の症例の7割は、10人以上の身体科医師を受診した後に初めてパニック障害と正しく診断されているという結果もあり(3)、今回のような症例提示での診断正答率は実際の臨床現場での診断とはかけ離れている可能性がある。

それにもかかわらず、がんを伴ったうつ病の正答率は40%、不定愁訴を訴えるうつ病の正答率は60%と高くない。がんに伴ったうつ病については、“適応障害”と判断した医師が正答率を上回っており、がんによる反応性の心理状況と考えられていることが多い。最も問題であるのが、せん妄の診断である。過活動型せん妄の場合には、70%近い正答率が得られているが、低活動型せん妄の場合には正答率は12%に過ぎない。最も多い回答は適応障害(57%)であり、実際にこれらの症例に遭遇した場合には、“放置”される可能性が高い。また、誤診の上に、抗不安薬を処方される可能性が高いため、よりせん妄は悪化する。せん妄は、死亡率が上昇する点や退院後に施設入所にいたる危険性が高い点も示されている(4-7)。また、せん妄は“可逆的”とされているが、実際にはADLの低下や認知症への移

行も高率に認められることがわかっている(4, 7)。

対処方法のプリファレンスについては、“メンタル面について何もしない”のが好ましいという回答は全体的に少なかった。同様に、精神科医の医療への参加は概ね好意的ではあるが、認知症においては期待度が少ない。心理士の参加は、身体疾患現場における、とくに“適応障害”や“不安障害”“アルコール関連生涯”において期待されている。今後の心理士の医療への参加に繋がる法整備が重要であろう。

治療においては、全体的に向精神薬投与は身体科医師が行うよりも、精神科医師が行うほうが好ましいとの回答が多かった。抗不安薬の投与を好ましいとする割合が全体的に高く、不適切な使用が危惧される。治療施設においては、総合病院精神科病床への入院が、精神科専門病院への入院を上回っていた(アルコール関連障害を除く)。

上記より、一般身体科医への精神疾患に対する教育の重要性が示唆されるが、“教育”の効果はあまり期待できないのが現状である。身体疾患現場でのうつ病治療についてであるが、教育を行ってもアウトカムの改善には至らないことがわかっている。多くの研究で、単なるガイドラインの流布とうつ病教育だけでは、うつ病の治療効果はあがらないことが示されている(8)。つまり、うつ病に対する知識は増えるかもしれないが、アウトカムは改善しない。現在数々の無作為化比較試験が行われており、プライマリーケア現場でのうつ病治療に必須のものがわかってきている。多面的介入が重要かつ必要ではあるが、その中でも必須なものは、メンタルヘルス専門家の

関与とケースマネジメントである(9, 10)。メンタルヘルスとの共同治療としては、Stepped Care (11-13)、Shared-Care (14)、Three Component Model (15)、Four Quadrant Model ([http://www.thenationalcouncil.org/cs/business\\_practice\\_areas/primary\\_care](http://www.thenationalcouncil.org/cs/business_practice_areas/primary_care))などが欧米では有名である。一般身体疾患現場でのうつ病治療において、わが国にあった教育を越えた、精神医療と身体医療の連携システムを考慮・構築していくのが今後の課題であろう。

今回の調査で、身体疾患の入院治療が必要で、精神科疾患を持つ症例(例：糖尿病治療が必要な統合失調症症例、自殺企図後の身体疾患管理が必要な人格障害症例、アルコール離脱症候群の最中にある骨折症例)は、総合病院精神科入院が期待されている。現在、精神病床を有する総合病院は減少している。また、総合病院精神科自体も減少している。今後高齢者も増加し、精神疾患-身体疾患の合併症例が増加することが予想され、これらの“複雑”な症例治療において重大な危機となっている。総合病院精神科の重要性を尊重するような今後の政策が必須であろう。

平成 21 年度の結果から

全体的にみて、自殺未遂患者に対するケアは適切に行われているとは考えておらず、トレーニング不足・今後のトレーニングの必要性を認識している看護師が大多数であった。また、自殺未遂患者の看護はやっかいで、理解・共感を行うことは困難であると考える看護師が多かった。

一方で、精神科病棟勤務看護師ならびに精神科勤務経験のある

看護師は、それ以外の看護師と比較して、自殺未遂患者に対するスキルトレーニングをより受けてきたと感じ、自殺未遂者に対する看護意欲・共感度が高かった。このことより、自殺未遂患者に対する知識向上・スキルトレーニングを行うことで、看護師の attitudes に変化をもたらす可能性が示された。特に、救急・ICU 勤務看護師は自殺未遂患者とのファースト・コンタクトとなる場合が多く、自殺予防・自殺未遂患者への治療介入の円滑さを進めるため、効果的な教育プログラムの作成が必要である。

一般病棟で頻繁にみられる、うつ病、せん妄の診断については、誤った認識が多く認められた。特にせん妄（低活動型）の見逃しが危惧された。今後の精神科看護教育において、今まであまり重要視されていなかった一般病棟でみられる精神症状に対する教育が大切であることが示された。

## E 結論

精神医療の機能分化が必要といわれているが、一般人の受療・相談場所の調査から、総合病院精神科は精神科クリニックと同様の“精神科プライマリーケア”の役割も担わなくてはならない状況となっている。総合病院精神科の重要な役割として、精神科コンサルテーション・リエゾン、緩和医療、身体—精神疾患合併症治療、精神科救急などがあげられるが、精神科クリニック業務に力をとられるのは効果・効率の面からも好ましくない。“望まれる機能”に特化するには広報を含めた方策が必要となる。

身体疾患現場で精神疾患の合併は多いが、うつ病やせん妄などは患者の日常生活活動度や身体予後にも大きな影響をあたえることが知られている。しかし、一般身体科医のうつ病やせん妄の診断正答率は低い点が明らかとなった。教育も重視されるが、諸外国の多数の研究では教育効果が懐疑的な面も指摘されている。日本にあった精神科と一般身体科の連携システムを構築していく必要が示唆された。また、身体疾患と精神疾患の治療現場としては、総合病院精神科病床が最も期待されていたが、総合病院精神科は病床削減・精神科閉鎖などの逆風にさらされており、総合病院精神科の重要性を尊重する政策上の後押しが必要である。

自殺予防が重要な国策となっている。自殺未遂がその後の自殺を予測する最大の危険因子である。自殺未遂患者は一般病棟にて身体的な治療を受けることが通常であり、最も接するのは一般病棟看護師である。今回の調査から、大多数の看護師は、自殺未遂患者に対するケアは適切に行われているとは考えておらず、自殺未遂患者に対するケアのトレーニング不足・今後のトレーニングの必要性を認識していた。また、自殺未遂患者に対する知識向上・スキルトレーニングを行うことで、看護師の看護意欲・共感に変化をもたらす可能性が示された。特に、救急・ICU 勤務看護師は自殺未遂患者とのファースト・コンタクトとなる場合が多く、自殺予防・自殺未遂患者への治療介入の円滑さを進めるため、効果的な教育プログラムの作成が必要である。

一般身体科医師と同様に、看護師も一般病棟で頻繁にみられる、

うつ病、せん妄の診断は的確でなかった。特にせん妄（低活動型）の見逃しが危惧された。今後の精神科看護教育において、今まであまり重要視されていなかった一般病棟で見られる精神症状に対する教育が大切であることが示された。

#### 文献

1. Kishi Y, Kurosawa H, Iwasaki Y, Hirayama R, Endo S. Access to the emergency psychiatry system in Japan. *Gen Hosp Psychiatry*. 1997 Mar;19(2):130-7.
2. Samuelsson M, Asberg M, Gustavsson JP. Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1997 Mar;95(3):222-30.
3. Ballenger JC. Unrecognized prevalence of panic disorder in primary care, internal medicine and cardiology. *Am J Cardiol*. 1987 Dec 28;60(18):39J-47J.
4. Rockwood K, Cosway S, Carver D, Jarrett P, Stadnyk K, Fisk J. The risk of dementia and death after delirium. *Age Ageing*. 1999 Oct;28(6):551-6.
5. McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Belzile E. Delirium predicts 12-month mortality. *Arch Intern Med*. 2002 Feb 25;162(4):457-63.
6. Francis J, Martin D, Kapoor WN. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *Jama*. 1990 Feb 23;263(8):1097-101.
7. Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD, Palmer RM, Pompei P. Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *J Gen Intern Med*. 1998 Apr;13(4):234-42.
8. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *Jama*. 2003 Jun 18;289(23):3145-51.
9. Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M, Wells L. Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. *BMC Fam Pract*. 2008;9:25.
10. Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression. *Bmj*. 2001 Oct 27;323(7319):948-9.
11. Unutzer J, Katon W, Williams JW, Jr., Callahan CM, Harpole L, Hunkeler EM, Hoffing M, Arean P, Hegel MT, Schoenbaum M, Oishi SM, Langston CA. Improving primary care for depression in late life: the design of a multicenter randomized trial. *Med Care*. 2001;39(8):785-99.
12. Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23(3):138-44.
13. Katon WJ. The Institute of Medicine "Chasm" report: implications for depression collaborative care models. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25(4):222-9.
14. Kates N, Craven M. Shared mental health care. Update from the Collaborative Working