

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）  
「精神科病院に入院する認知症高齢者の実態調査  
入院抑制、入院期間短縮、身体合併症医療確保のための研究」

（総合）分担研究報告書

認知症者の入院期間とその期間を決定する要因及び退院支援に関する調査  
研究分担者：森川孝子（神戸学院大学総合リハビリテーション学部・助教）  
前田 潔（神戸学院大学総合リハビリテーション学部・教授）

**【研究要旨】**

我々は、平成 26 年度には、認知症治療病棟を有する精神科病院において、認知症者の入院期間とその期間に影響する要因及び退院支援に関する調査を実施した。また、27 年度においては、認知症治療病棟を有する精神科病院に、新規に入院する認知症者を対象に、入院後 4 ヶ月間の前向き調査を実施した。2 ヶ月以内退院率が 23.6%であった。4 カ月以上入院を継続しなければならなかったのは 37.1%であった。入院中の隔離・拘束は 29.2%に行われていた。認知機能障害や日常生活動作と異なり、BPSD は入院後、改善する傾向を認めた。4 カ月以内に退院したもののうち、自宅に退院したものは 20%弱に過ぎなかった。4 カ月後も入院を継続していたものの継続理由は施設入所待ちが 54.5%で、BPSD のためは 30.3%に過ぎなかった。依然として退院先の確保が困難であることが示され、退院先の確保が今後の喫緊の課題と考えられた。

そこで、平成 28 年度は精神科病院から退院する認知症者の受け入れ先として自宅以外に考えられる介護老人保健施設（以下、老健とする）を対象に、認知症者の受け入れ及び精神科病院との連携に関するアンケート調査を実施した。入所者のほとんどは認知症を有しており、行動・心理症状（BPSD）が悪化した場合、多くは精神科病院への入院が検討されていた。

**A . 研究目的**

我が国では、高齢者数の増加により高齢者の約4人に一人が認知症の人又はその予備軍とされており、高齢化の進展に伴い、認知症の人は2025年には約700万人に達すると言われている。新オレンジプランでは、認知症の人の意志が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すとしている。しかし、認知症の人の中には行動・心理症状（BPSD）や身体合併症の対応のために適切な医療が必要な場合があり、特にBPSDの治療については、精神科病院が適切な入院治療を行い、すみやかに住み慣れた地域での生活に移行することが求められている。精神科病院に入院する認知症者に関しては、2011年の尾寄らの調査では認知症治療病棟に入院する認知症者の平均在院日数は722.9日、Yoshimuraらによる2009年から2011年の調査では575日と報告されており、入院期間が長期化していることが明らかとなっている。

そこで、我々は認知症者の入院抑制と入院

期間短縮の要因を明らかにするために以下の三つの調査を実施した。

<平成26年度>

認知症治療病棟を有する精神科病院を対象に入院している認知症者の実態について調査した。

<平成27年度>

病院調査をもとに、認知症治療病棟を有する精神科病院を対象に、新規入院する認知症者の入院後4ヶ月間の前向き調査を実施した。

<平成28年度>

前年度の認知症者の精神科病院への入院に関する前向き調査の結果より、介護老人保健施設（以下、老健とする）からの入院、精神科病院を退院する認知症者の老健への入所及び老健と精神科病院との連携に関する調査を行った。

**B . 研究方法**

<平成26年度>

対象は、近畿、中国、四国地方の認知症治療病棟を有する私立精神科病院、及び認知症

治療病棟を有する公立精神科病院、独立行政法人国立病院機構とし、郵送法によるアンケート調査を実施した。調査期間は平成26年8月1日～10月31日であった。アンケート内容は、入院期間、退院困難な理由、リハビリテーション、地域連携、退院支援について等であった。

(倫理的配慮)

本調査にあたり、神戸学院大学ヒトを対象とする研究等倫理委員会における承認を得て実施した(承認番号HEB141017-1)。

<平成27年度>

大阪府及び兵庫県下の認知症治療病棟を有する精神科病院に新規入院する認知症の人について、入院から4ヶ月間の経過を調査した。調査内容は、個人ごとに年齢、性別、疾患名、身体合併症の有無、薬物療法、非薬物療法、認知機能検査(HDS-R)、ADL評価(N-ADL)、BPSDの評価(NPI)、地域連携、家族の意向などであった。

(倫理的配慮)

本調査の目的について説明し、同意が得られた精神科病院を協力病院とし、協力病院に新規入院する認知症の人および家族に対して本研究の目的と方法について説明し、同意が得られた人を対象者とした。協力病院の精神保健福祉士(PSW)に、対象者への説明と同意を得ること、対象者の調査内容についての情報収集を依頼した。神戸学院大学人を対象とする医学系研究等倫理審査委員会の承認を受け実施した(承認No. HEB20151211-1)。

<平成28年度>

全国の老健約3,600施設のうち、都道府県ごとの施設数から割合を算出し、合計600施設を無作為に選択し対象施設とした。方法は郵送法により実施した。内容は、施設情報について、認知症者の受け入れについて、精神科病院との連携について、精神科医との連携についてなどとした。

(倫理的配慮)

アンケートは無記名にて実施した。また、本調査は神戸学院大学人を対象とする研究等倫理審査委員会の承認を受け実施した(SEB16-09)。

## C. 研究結果

<平成26年度>

認知症病棟を有する精神科病院121施設へ送付し、45施設から回答を得た(回収率37.2%)。調査期間中の全入院患者1428名のうち、認知症者は384名(26.9%)であった。回答が得られた276名のうち、53.2%は認知症治療病棟に、22.8%は精神科急性期病棟に、22.5%は精神一般病棟に入院していた。認知症治療病棟における平均在院日数は482.7日、2ヶ月以内退院率は40.6%であった。

入院前の居所で多かったものは一般病院入院中が34.0%、自宅が32.6%、老健が17.1%であった。自宅にて生活している者のうち、38%は精神科病院に通院中であった。退院後の居所として多かったのは老健であり(42.4%)、次いで一般病院への入院が22.4%、自宅が19.7%であった。

認知症者の在院日数は、60日未満が12.5%、61日以上1年未満が30.0%、1年以上が57.5%であった。病棟別の2ヶ月以内退院率は、認知症治療病棟が35.4%、精神一般病棟が41.9%、急性期病棟が61.9%であった。

認知症者の退院困難な理由としては、BPSDのためが最も多く、次いで施設入所待ち、家族の受け入れ拒否と続いていた。

同年に算定が始まった認知症患者リハビリテーション料については、「算定中・準備中」と回答した病院は13、「予定なし」と回答した病院は28であった。「算定中・準備中」の群と「予定なし」群において入院期間を比較したところ、「算定中・準備中」の群において入院期間が有意に短期間であった。

<平成27年度>

協力の得られた精神科病院は、10病院であり、同意が得られた対象者は99名であった。入院から2週間以内に退院した4例及び、死亡退院した6名を対象から除外し、集計した。

対象者89名の内訳は男性48名(77.9±7.1歳)、女性41名(81.3±10.0歳)であった。診断名は、アルツハイマー型認知症41名(46.1%)、老人性認知症18名(20.2%)、脳血管性認知症11名(12.4%)、Lewy小体型認知症及び混合型認知症が各8名(各9.0%)、その他が3名(3.4%)であった。入院前の主たる居所は、自宅が最も多く50

名(56.2%)であり、次いで精神科を含む他の病院が13名(14.6%)、老健および高齢者住宅がそれぞれ7名(7.9%)、次いで、グループホーム、養護老人ホーム及び特別養護老人ホーム(特養)などであった。対象者のうち、58名(65.2%)が服薬など治療を必要とする身体合併症を有していた。

入院前に要介護度の認定を受けていたものは73名(82.0%)であった。73名のうち介護度3が最も多く25名(34.2%)であり、次いで、介護度2が15名(20.5%)、介護度1が13名(17.8%)、要支援1が4名(5.5%)、要介護4、5および要支援2はいなかった。介護認定を受けていないものは16名(18.0%)であった。同居家族(47名が回答)の介護負担は「非常に負担」が25名(53.2%)、「かなり負担」が11名(23.4%)、「少し」が9名(19.1%)、「ほとんどない」が2名(4.2%)であった。

入院前に医療サービスを利用していたは57名(64.0%)で、そのうち入院した病院の外来を受診していた者は21名(23.6%)、他の医療機関の外来を受診していた者は36名(40.4%)であった。認知症治療薬は32名(36.0%)が処方され、抗精神病薬を含む向精神薬は50名(56.2%)が処方されていた。

入院時の入院形態は医療保護入院が66名(74.2%)であった。入院病棟は、精神一般病棟が40名(44.9%)、認知症治療病棟が32名(36.0%)、精神科急性期病棟が11名(12.4%)、精神療養病棟が2名(2.2%)、その他の病棟が4名であった。入院時の処方として、認知症治療薬は34名(38.2%)に処方され、向精神薬は41名(46.1%)に処方されていた。入院理由のうち、最も多かったものは、行動・心理症状(BPSD)が60名(67.4%)であった。その他の理由として、施設対応困難、身体合併症治療などであった。身体拘束については、隔離室の使用が8名(11.1%)、身体拘束が20名(22.5%)のべ8名、計26名(29.2%)の対象者に行われていた。

急性期認知症クリニカルパスを含むパスは対象者の62.9%に使用されていた。

入院から60日以内に退院した者は21名

(他病院への転院者は7名)であった。転院者を含む2ヶ月以内退院率は23.6%であった。入院から120日以内に退院したものは35名(39.3%)であり、120日以上入院しているものは33名(37.1%)であった。

対象者の評価結果について、2ヶ月以内に退院した群、4ヶ月以内に退院した群、入院継続群に分けて分析した。3群において、入院時のHDS-R、N-ADL、NPIの得点に有意差はみられなかった。入院後の得点の変化について比較したところ、HDS-R及びN-ADLは、どの期間においても有意差は認められなかった。NPIは、2ヶ月以内退院群、4ヶ月以内退院群(入院時と2ヶ月退院時、入院時と2ヶ月目、2ヶ月目と4ヶ月退院時、入院時と4ヶ月退院時)において、得点が低下傾向にあった。一方、入院継続群は、入院時と2ヶ月目は有意に低下したが、2ヶ月目と4ヶ月目の変化に有意差はなかった。

退院後の居所については、2ヵ月以内に退院した21名のうち、自宅が4名、グループホームが3名、老健が4名、特養が1名、精神科を含む他病院への転院が8名、1名は不明であった。4ヶ月以内に退院した者56名のうち、自宅への退院が11名(19.6%)、グループホームが7名(12.5%)、老健が13名(23.2%)、養護老人ホーム及び特養が6名(10.7%)であり、精神科を含む他病院への転院が15名(26.8%)であった。退院理由としては、BPSDの改善が最も多く27名(48.2%)であり、次いで、施設入所の決定が21名(37.5%)、家族の受入れが7名(12.5%)であった。一方、入院から4ヶ月経過後も退院が困難な33名の理由としては、施設入所待ちが18名(54.5%)で最も多く、BPSDのためが10名(30.3%)、ADL低下が4名(12.1%)、身体合併症のためが2名(6.1%)であった。

<平成28年度>

調査期間は2016年11月2日～11月25日であり、回答施設は125施設(回収率20.8%)であった。

施設情報及び認知症者の受入れについて施設設置は病院併設施設が49.6%、単施設が38.4%、認知症等を有している施設は26.4%であった。併設病院の種類は61.3%が一般病院、精神科病院は14.5%で

あった。入所者のうち、認知症のある人が入所している老健は 98.4%であり、介護度は要介護 3 が 78.4%、日常生活自立度判定基準は a が 68.0%であった。認知症治療薬を処方されている認知症者の割合は 1/4 以下が 90.4%であり、向精神薬を服用している認知症者の割合は 1 割以下が 66.4%であった。

施設での認知症者の入所継続が困難となる状態は、身体症状への医療的対応や経済的理由等が 22.5%であり、認知症の症状が理由の場合は 77.5%であった(回答数 40 施設)。認知症の行動・心理症状(BPSD)として多いものは興奮が 80.8%、異常行動が 58.4%であった。施設での入所継続が困難となった場合、退院後の居所として多いものは併設病院が 12.0%、併設以外の病院が 72.8%であり、併設以外の病院の多くが精神科病院であった。

#### ・精神科病院との連携について

精神科病院に入院中の認知症者に関する施設の受け入れ方針は、「BPSD の程度による」との回答が 76.6%、「BPSD が再燃した場合、再入院の保障」が 36.2%、「他の入所者と何ら差がなく受け入れている」が 25.5%であった。認知症者の精神科病院からの受け入れの際に精神科病院から情報提供があるのは 78.7%であった。また、精神科病院との連携に関して、特定の病院があるわけではないが、紹介できる病院があると回答した施設は 66.0%であった。

#### ・精神科医との連携について

施設における常勤及び非常勤の医師の診療科目で最も多いのは内科であり、常勤精神科医は 1 名であった。非常勤医師の精神科医は回答のあった 49 施設のうちでは 11 名(22.4%)であり、精神科医の関与がない病院は 76.8%であり、非常勤、必要に応じての往診がそれぞれ 10%程度であった。認知症入所者のケアに関して精神科医の支援の必要性に関して、「感じる」と回答があったのは 54.0%であった。精神科医の支援が必要と感じる理由として多かったものは、問題行動に対する助言、向精神薬の使用や調整に

ついて、重篤な BPSD に関する対応についてなど希望が多かった。一方で「必要性を感じない」と回答した理由としては、BPSD があっても安定している、重症な人・問題行動のある人を受け入れていない、精神科医のアドバイスがあるといいが、老健内でのスタッフ間で検討する機会も有り、必ずしも必要ではない、などの意見があった。

#### D. 考察

平成26年度の調査では、認知症者の平均在院日数が482.7日であり、尾寄らの調査での722.9日、Yoshimuraらによる575日から短縮していると考えられる。しかし、退院が困難な理由においては、2ヶ月以上1年以内の認知症者と1年以上の認知症者では、在院日数が長くなるにつれて、施設入所待ちの割合が減少し、BPSDのため、という割合が増える傾向にあり、尾寄らの調査と同様の結果となっている。認知症患者リハビリテーション料については、「算定の予定がない」と回答した施設が多かったが、すでに算定している、準備中であると回答した施設の入院期間が短いことから、リハビリテーションに注力している病院は、平均在院日数が短くなることが示唆された。

平成 27 年度の調査では、認知症治療病棟を持つ精神科病院に新規入院する認知症の人に対して入院時、入院 2 ヶ月後、4 ヶ月後に調査を実施した。対象者の入院理由としては、これまでの先行研究と同様に、最も多いのが BPSD であることがわかった。また、HDS-R、N-ADL、NPI の結果より、認知機能や ADL に比べて、BPSD は精神科病院における適切なケアで改善しやすいことが示唆された。BPSD は、当事者の QOL や介護者の負担感に影響するといわれており、薬物療法やリハビリテーションにより早期に軽減させ、退院支援へとつなげる必要性があると考えられる。一方で、BPSD の重症度は軽減し、退院可能な状態にあっても、退院先となる施設について、入所待ちとなるケースが 50%を超えている。高齢者の介護施設数自体の不足や、認知症の人への適切なケアを行える施設数の不足が推測される。精神科病院での治療により、BPSD が軽減された後にスムーズに退院でき

るようなシステムが必要と考えられる。また、退院先には他病院への入院(転院)も含まれており、更に詳細な分析が必要ではないかと考える。

平成28年度の調査では、アンケート回答のあった老健は、併設病院を有している病院が約50%であったものの、精神科病院を併設施設として有している病院は14.5%と少なく、老健が認知症棟を有している割合も26.4%であり、認知症者を専門的にケアする施設が少なかったのではないかと考える。しかし、今回の老健入所者のうち、症状の程度はあるものの、ほとんどの老健が認知症のある人を受け入れているが、認知症治療薬や向精神薬を服用している割合は少ないため、本調査での老健における認知症者の重症度は低いのではないかと考えられる。一方で、入所中の認知症者が老健での入所継続が困難になる理由としては、BPSDの悪化による問題行動などとなっており、その場合は、退所後に併設病院も含め、精神科病院に入院となるケースが多いことが明らかとなった。精神科医の老健での勤務に関しては、常勤医師に関しては1名で有り、また、非常勤でも勤務も少なかった。しかし、精神科医の支援を必要と考える施設も、54.0%とおおよそ半数の施設であり、BPSDの軽減に関する薬剤調整や専門的な助言を求める一方で、比較的軽度な認知症者を受け入れている方針である施設が多いのではないかと考えられる。

## E . 結論

平成26年度から平成28年度にかけて、精神科病院に入院する認知症高齢者の実態調査-入院抑制、入院期間短縮、身体合併症医療確保のための研究を行った。病院調査では、平均在院日数が先行研究よりも短縮されており、認知症患者リハビリテーション料など、リハビリテーションに注力している病院は平均在院日数が短縮されることが明らかとなった。認知症者の個人調査においては、入院理由として最も多いBPSDは、精神科病院での治療により比較的早期に改善するものの、施設入所待ちとなるケースが50%を超えていることが明らかとなり、老健など、退院先の居所の確保が必要であることが明らかと

なった。また、老健への調査では、今回の結果からは比較的軽度な認知症者の受入施設が多いと推測され、重症な認知症者を受け入れることが困難であることが明らかとなった。一方で、老健では、BPSDへの対応や薬剤調整に関して精神科医の支援が必要と感じている施設も多いことが明らかとなった。精神科医のサポートにより、老健などでの認知症者へのケアを充実させることで、精神科病院を退院する認知症者の受け皿を増やすことができるのではないかと考えられる。それによって精神科病院に入院する認知症高齢者の入院期間の短縮につながるのではないかと考える。

## F . 健康危険情報

なし。

## G . 研究発表

### 1 . 論文発表

1) Takako Morikawa, Kiyoshi Maeda, Tohmi Osaki, Hiroyuki Kajita, Kayano Yotsumoto, Toshio Kawamata Admission of people with dementia to psychiatric hospitals in Japan: factors that can shorten their hospitalizations. *Psychogeriatrics*, (accept 2016.11.21) DOI:10.0000/psyg.12244, 2017

2) 尾寄遠見, 森川孝子, 前田潔 わが国の認知症施策の未来 精神科病院と認知症-課題とその解決-. *老年精神医学雑誌*, 第27巻第12号, 1337-1342, 2016.

3) 梶田博之, 前田潔 認知症初期集中支援チームにおける多職種協働 - 神戸市における活動から - *Dementia Japan*(30) 73-78, 2016

4) 前田潔, 梶田博之 認知症初期集中支援チームの課題 神戸市における経験 *精神神経学雑誌*(118) 84-85, 2016

5) 前田潔, 梶田博之 認知症初期集中支援チーム: 神戸市における活動の現状と今後の課題 - 活動1年目と2年目の比較 - *老年精神医学雑誌* (26) 1131-1136, 2015

6) 梶田博之, 前田潔, 久次米健市, 真鍋ひろ子, 浅熊香織, 池畑清美, 川敦子, 尾寄遠見, 岩路かおり, 池田敦子 神戸市における

認知症初期集中支援チームの活動 - 平成25年9月～平成26年8月までの活動および今後の課題 - Dementia Japan(29) 596-604, 2015

7) 尾寄遠見、前田潔 全国の重度認知症患者デイケアの実態調査 Dementia Japan (29) 605-614, 2015

8) 中前智通、前田潔 認知症患者の作業療法 日本精神科病院協会雑誌(34) 55-59, 2015

9) 認知症者を介護する家族の負担・ストレスと身体活動 尾寄遠見、前田潔, 仁明会精神医学研究 第12巻1号46-54 2015

10) 梶田博之、柿木達也、九鬼克俊、前田潔, 認知症の行動・心理症状に対する関連多職種のかかわりおよび意識の違いについて 医療職、介護職を対象とした調査 老年精神医学雑誌 26(1) 67-74 2015

11) Yuma Sonoda, Ikuo Tooyama, Hideyuki Mukai, Kiyoshi Maeda, Haruhiko Akiyama, and Toshio Kawamata, S6 kinase phosphorylated at T229 is involved in tau and act in pathologies in Alzheimer's disease. Neuropathology On line 18 Nov. 2015

12) Kazuo Sakai, Haruhiko Oda, Akira Terashima, Kiyoshi Maeda and Kazunari Ishii Slow progression of cognitive dysfunction of Alzheimer's disease in sexagenarian women with schizophrenia, Case Reports in Psychiatry Online Article ID 968598 2015

13) Kengo Ito, Hidenao Fukuyama, Michio Senda, Kazunari Ishii, Kiyoshi Maeda, Yasushi Yamamoto, Yasuomi Ouchi, Kenji Ishii, Ayumu Okumura, Ken Fujiwara, Takashi Kato, Yutaka Arahata, Yukihiro Washimi, Yoshio Mitsuyama, Kenichi Meguro, Mitsuru Ikeda, Prediction of outcomes in MCI by using 18F-FDG-PET: A multicenter study, J Alzheimer's Disease, 45, 543-552, 2015

14) 尾寄遠見、前田潔, 認知症治療病棟に関するアンケート調査 入院期間短縮に向けた要因の検討 老年精神医学雑誌 第25巻第3号 307-315

2014

15) 尾寄遠見、前田潔, 重度認知症患者デイケアが支える在宅ケア 日本精神科病院協会雑誌 33(5)47-52 2014

16) 前田潔: 認知症施策: ケアの流れを変える - 認知症施策推進5カ年計画(オレンジプラン) - 特集高齢者福祉と地域社会、都市政策 第157号、季刊 '14.10 25 - 33, 2014.

17) C. Tanaka, K. Yotsumoto, E. Tatsumi, T. Sasada, M. Taira, T. Tanaka, K. Maeda, T Hashimoto: Improvement of functional independence of patients with acute schizophrenia through early occupational therapy: a pilot quasi-experimental controlled study. Clin Rehabil, 28(8) 740-747, 2014.

## 2. 学会発表

1) 前田潔, 森川孝子 精神科病院における認知症者の入院実態, 入院から4ヶ月間の前向き調査より(シンポジウム23). 第35回日本認知症学会学術集会, 東京, 2016/12/1-3

2) 前田潔 精神医療における認知症医療; 精神科病院への認知症の人の入院(シンポジウム7). 第31回日本老年精神医学会, 金沢, 2016/6/22-24

3) 森川孝子, 尾寄遠見, 梶田博之, 前田潔 精神科病院に入院する認知症者の認知機能, ADL, 行動・心理症状の変化-入院から4ヶ月間の前向き調査より. 第50回日本作業療法学会, 札幌, 2016.9.9.

4) Kiyoshi Maeda, Takako Morikawa, Tohmi Ozaki, Admission of people with dementia to psychiatric hospitals in Japan - Factors that can shorten period of the hospitalization. IPA-AR 2016 Meeting, Taiwan, 2016/12/9-11

5) 森川孝子, 尾寄遠見, 梶田博之, 前田潔 認知症治療病棟の入院期間と退院支援に関する報告 認知症治療病棟を持つ病院へのアンケート調査より. 第30回日本老年精神医学, 横浜, 2015/06/12-14.

6) 尾寄遠見、森川孝子、梶田博之、前田潔 精神一般病棟および精神療養病棟における認知症医療の実態と退院促進要因の検討

第34回日本認知症学会学術集会、青森、2015/10/2-4

7) 前田潔 わが国の認知症医療とケアの現状と展望(シンポジウム5) 第49回日本作業療法学会、神戸、2015/6/19-21

8) Kiyoshi Maeda, Hiroyuki Kajita, Takako Morikawa(招待講演)The recent national strategy for dementia in Japan, rapidly ageing society, 10th International association of Gerontology and geriatrics-Asia/Oceania 2015 congress, Chiang Mai, Thailand, 2015/10/19-22

9) T.Morikawa, T.Ozai, H.Kajita, K.Maeda, A questionnaire survey on people with dementia admitted in mental hospitals in Japan, 10th International association of Gerontology and geriatrics-Asia/Oceania 2015 congress, Chiang Mai, Thailand, 2015/10/19-22

10) H.Kajita, T.Morikawa, K.Maeda, Activity of initial-phase intensive support team for dementia of Kobe City in Japan, 10th International association of Gerontology and geriatrics-Asia/Oceania 2015 congress, Chiang Mai, Thailand, 2015/10/19-22

11) 前田潔、池田敦子 認知症初期集中支援チームの課題 - 神戸市での1年半の経験 - (シンポジウム18)、第111回日本精神神経学会、大阪、2015/6/4-6

12) 前田潔、山本泰司 認知症サポート医の実態;認知症サポート医はいかに認知症にこうけんしうるか(シンポジウム4) 第30回日本老年精神医学会、横浜、2015/6/12-14

13) 尾寄遠見、森川孝子、梶田博之、小林伸行、近藤一博、前田潔 家族の唾液中ヒトヘルペスウイルスDNA量による疲労評価の検討 第34回日本認知症学会学術集会、青森、2015/10/2-4

14) 前田潔、尾寄遠見 認知症ケアにおける精神医療の役割;新たな地域精神保健医療体制のなかの認知症。第29回日本老年精神医学会、東京、2014/6/12-13

15) 前田潔 認知症初期集中支援チームの課題-神戸市の経験-。第33回日本認知症学会、神奈川、2014/11/19-12/1

16) 小田陽彦、前田潔: レビー小体型認知症の精神症状。第110回日本精神神経学会、神奈川、2014/6/26-28

**H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)**

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし