

令和5年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)(区分番号)第75

認知症の医療提供体制に関する調査研究事業

# 報告書

---

令和6年(2024年)3月

一般社団法人 日本認知症学会

---



認知症の医療提供体制に関する調査研究事業

目次

はじめに .....	1
I 認知症の医療提供体制に関する調査研究事業検討委員会 .....	3
1. 委員構成 .....	5
2. 検討委員会開催実績 .....	9
3. 作業部会開催実績 .....	15
4. 論点と主な意見(第1回～第3回検討委員会) .....	21
5. 提言 .....	29
II 資料編 .....	35
1. 令和4年度認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計分析 .....	37
2. AD疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制と社会的課題に関する調査 .....	147
3. 認知症疾患医療センターの機能と地域の医療提供体制の課題に関する調査 .....	171
4. 検討委員会議事録(全3回) .....	185
巻末資料1 認知症疾患医療センター運営事業実績報告書様式(令和4年度分) .....	245
巻末資料2 AD疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制と社会的課題に関する調査(依頼状/調査票) ...	251
巻末資料3 認知症疾患医療センターの機能と地域の医療提供体制の課題に関する調査(依頼状/調査票) .....	269
巻末資料4 レカネマブに関連する施策について .....	277



はじめに

令和5(2023)年6月14日に共生社会の実現を推進するための認知症基本法が成立し、令和6(2024)年1月1日に同法が施行されました。現在、政府は、同法に基づく認知症施策推進基本計画の策定に着手しているところですが、これによってわが国の認知症国家プランも共生社会の実現の推進という新たな目標に向けて始動することが期待されます。

一方、この間に、認知症疾患に対する治療薬の開発も目覚ましい進展を見せ、令和5

(2023)年12月20日にはわが国最初の抗アミロイドβ抗体薬レカネマブが保険収載されました。このような新たな治療薬の導入は今後のわが国の認知症医療の水準の向上に寄与するものと期待されますが、しかし、一方で、こうした新たな治療薬を公正かつ適正に広く活用していくためにはさまざまな課題が残されているのも事実です。

そこで、令和5年度老人保健健康増進等事業「認知症の医療提供体制に関する調査研究事業」では、「認知症の医療提供体制に関する調査研究事業検討委員会」(以下、検討委員会)を設置し、一般の認知症疾患に対する医学の発展を踏まえた認知症医療提供体制のあり方について検討し、課題の整理と課題解決に向けた提言を行いました。また、本検討委員会の基礎資料を得るために、日本認知症学会専門医、日本老年精神医学会専門医、日本神経放射線学会会員、日本核医学会 PET 核医学専門医を対象に、アルツハイマー病疾患修飾薬の導入を視野に入れた認知症医療提供体制の現状・課題・今後のあり方に関するアンケート調査を実施するとともに、令和4年度分の認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計・分析を行いました。さらに、令和4年度老人保健健康増進等事業で作成された「認知症疾患医療センターの機能を確認するためのするためのチェックリスト」を用いて、特定地域の認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、認知症サポート医を対象にアンケート調査を実施し、地域の実情に応じた認知症医療提供体制の整備方針を定める上での本チェックリストの活用方法を示しました。

本報告書が、今後の新たな認知症医療提供体制の整備の推進に寄与することを願っております。

令和6年3月31日

令和5年度老人保健健康増進等事業  
認知症医療提供体制に関する調査研究事業検討委員会  
委員長 栗田主一



I 認知症疾患医療センターの整備方針に関する  
調査研究事業検討委員会





## 1. 委員構成



## 検討委員会構成

(五十音順・敬称略)

	氏名	所属先・役職（委員区分）
委員長	栗田 圭一	東京都健康長寿医療センター 認知症未来社会創造センター長 認知症介護研究・研修東京センター センター長
委員	池内 健	一般社団法人日本神経学会 代議員
委員	池田 学	公益社団法人日本老年精神医学会 理事長 公益社団法人日本精神神経学会 理事
委員	石井 伸弥	一般社団法人日本老年医学会 認知症対策小委員会委員長
委員	石井 賢二	一般社団法人日本核医学会 理事
委員	今村 英仁	公益社団法人日本医師会 常任理事
委員	内海 久美子	砂川市立病院認知症疾患医療センター センター長 (地域型認知症疾患医療センター長)
委員	小澤 耕平	東京都福祉保健局高齢社会対策部認知症担当 課長
委員	大森 宣治	大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課 課長代理
委員	數井 裕光	国立大学法人高知大学医学部神経精神科学教室 教授 (基幹型認知症疾患医療センター長)
委員	小藪 卓	北海道保健福祉部高齢者支援局高齢者保健福祉課 課長補佐
委員	冨本 秀和	一般社団法人日本認知症学会 名誉会員 一般社団法人日本神経治療学会 理事長特別補佐・名誉会員
委員	藤本 直規	医療法人藤本クリニック 院長 (連携型認知症疾患医療センター長)
委員	瀧野 勝弘	公益社団法人日本精神科病院協会 常任理事
委員	三木 幸雄	一般社団法人日本神経放射線学会 理事長

## ワーキンググループ構成

(五十音順・敬称略)

	氏名	所属先
委員長	栗田 圭一	東京都健康長寿医療センター 認知症未来社会創造センター長 認知症介護研究・研修東京センター センター長
ワーキング グループ	石井 伸弥	広島大学大学院医系科学研究科共生社会医学 特任教授
ワーキング グループ	内海 久美子	砂川市立病院認知症疾患医療センター センター長
ワーキング グループ	枝広 あや子	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
ワーキング グループ	武田 章敬	国立長寿医療研究センター もの忘れセンター センター長
ワーキング グループ	田中 稔久	三重大学医学部 神経・筋病態学講座 教授
ワーキング グループ	冨本 秀和	三重大学医学部 脳神経内科 教授
ワーキング グループ	新美 芳樹	東京大学医学部・医学部附属病院早期探索開発推進室 特任講師
ワーキング グループ	藤本 直規	医療法人藤本クリニック 院長
ワーキング グループ	古田 光	東京都健康長寿医療センター認知症疾患医療センター センター長

## ワーキンググループ開催日時 (オンライン会議)

- 第1回 ワーキンググループ 2023年 6月 26日 (月) 19時00分～21時00分
- 第2回 ワーキンググループ 2023年 8月 22日 (火) 19時00分～21時00分
- 第3回 ワーキンググループ 2023年 12月 25日 (月) 18時00分～20時00分

## 2. 検討委員会開催実績



令和5年度老人保健健康増進等事業  
認知症の医療提供体制に関する調査研究事業  
第1回検討委員会

日時：2023年9月13日（水） 18時00分～20時00分  
会議形式 オンライン

議 事

1. 委員紹介
2. 厚生労働省挨拶
3. 事業の概要について
4. 調査票案について
5. フリーディスカッション
6. その他

【配布資料】

- 資料1：議事次第  
資料2：検討委員会設置要綱  
資料3：委員名補  
資料4：事業の概要について  
資料5：調査票案（鑑文）  
資料6：調査票案（認知症専門医用）  
資料7：調査票案（放射線専門医用）

令和5年度老人保健健康増進等事業  
認知症の医療提供体制に関する調査研究事業  
第2回検討委員会

日時：2024年1月10日（水） 18時00分～20時00分  
会議形式 オンライン

議 事

1. 厚生労働省挨拶
2. 事業の概要について
3. 「認知症の医療提供体制に関する調査」集計結果について
4. 「認知症疾患医療センター実績報告書」集計結果について
5. 論点について
6. 質疑と意見交換
7. 提言の作成に向けて
8. 事務連絡

【配布資料】

資料1：議事次第

資料2：検討委員会設置要綱

資料3：委員名補

資料4：事業の概要

資料5：「認知症の医療提供体制に関する調査」集計結果

資料6：「認知症疾患医療センター実績報告書」集計結果

資料7：認知症医療提供体制のあり方と取り組むべき課題について：論点

参考資料1：調査票（認知症関連学会専門医用）

参考資料2：調査票（放射線関連学会専門医用）

参考資料3：第2回ワーキンググループ議事録（抜粋）

参考資料4：最適使用推進ガイドライン：レカネマブ

参考資料5：認知症疾患医療センター整備状況（令和5年10月現在）

参考資料6：認知症施策等総合支援事業の実施について（令和5年3月30日）

参考資料7：レカネマブに関連する施策について



令和5年度老人保健健康増進等事業  
認知症の医療提供体制に関する調査研究事業  
第3回検討委員会

日時：2024年2月29日（水） 18時00分～20時00分  
会議形式 オンライン

議 事

1. 厚生労働省挨拶
2. 事業の概要について
3. これまでの検討委員会での論点と主な意見
4. 提言（案）
5. 質疑応答と意見交換
6. 事務連絡

【配布資料】

資料1：議事次第

資料2：検討委員会設置要綱

資料3：委員名補

資料4：事業の概要

資料5：これまでの検討委員会での論点と主な意見

資料6：提言（案）

資料7：令和5年度報告書の構成（案）

参考資料1：調査票（認知症関連学会専門医用）

参考資料2：調査票（放射線関連学会専門医用）

参考資料3：「アルツハイマー病疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制と社会的課題  
に関する調査」集計結果

参考資料4：「認知症疾患医療センター実績報告書（令和4年度分）」集計結果

参考資料5：認知症疾患医療センターにおける診断後支援（R1～R4の推移）

参考資料6：最適使用推進ガイドライン：レカネマブ

参考資料7：認知症疾患医療センター整備状況（令和5年10月現在）

参考資料8：レカネマブに関連する施策について

参考資料9：認知症施策等総合支援事業の実施について



### 3. 作業部会開催実績



令和5年度老人保健増進等事業  
認知症の医療提供体制に関する調査研究事業  
第1回作業部会

日時：2023年6月26日（月）19時00分～21時00分  
会議形式 オンライン

議 事

1. 令和5年度老人保健健康増進等事業「認知症の医療提供体制に関する調査研究事業」の研究計画について
2. 調査デザインについて
3. その他

【配布資料】

資料1：議事次第

資料2：交付申請書

資料3：調査計画書

令和5年度老人保健増進等事業  
認知症の医療提供体制に関する調査研究事業  
第2回作業部会

日時：2023年8月22日（火） 19時00分～21時00分  
会議形式 オンライン

議 事

1. 令和5年度老人保健健康増進等事業「認知症の医療提供体制に関する調査研究」のアンケート調査項目案について
2. 認知症疾患医療センターを対象とした調査に関する報告（論文原稿）の投稿について

【配布資料】

資料1：議事次第

資料2：認知症の医療提供体制に関する調査研究アンケート案（統合版）

資料3：認知症疾患医療センターを対象とした調査に関する報告（論文原稿案）

令和5年度老人保健増進等事業  
認知症の医療提供体制に関する調査研究事業  
第3回作業部会

日時：2023年12月25日（月） 18時00分～20時00分  
会議形式 オンライン

議 事

1. 令和5年度老人保健健康増進等事業「認知症の医療提供体制に関する調査研究」における認知症関連専門医・放射線関連専門医を対象とする調査結果について
2. 第2回検討委員会において討議すべき事項について
3. 認知症疾患医療センターを対象とした調査に関する報告（論文原稿）の投稿の進捗について（報告事項）

【配布資料】

資料1：議事次第

資料2：認知症関連専門医・放射線関連専門医を対象とする調査結果

参考資料：事業概要（第1回検討委員会資料）





#### 4. 論点と主な意見（第1回～第3回検討委員会）



## 第1回～第3回検討委員会の論点

1. 抗A $\beta$ 抗体薬投与機関と認知症疾患医療センターとの連携について
2. 抗A $\beta$ 抗体薬投与機関を認知症疾患医療センターに指定することについて
3. 認知症疾患医療センターに求められる役割について
4. 重篤なARIAに対する救急医療体制について
5. かかりつけ医、認知症サポート医を含む医療連携体制について
6. アミロイドPET撮像施設の整備と診断医の確保について
7. MRI撮像施設の整備と診断医の確保について
8. 体液バイオマーカーの検査体制について
9. 抗A $\beta$ 抗体薬の導入にあたっての患者への説明について
10. 認知症のための医療提供体制の周知について
11. 治療対象者を選定する際の倫理的配慮について

## 主な意見

1. 抗A $\beta$ 投与機関と認知症疾患医療センターとの連携について
  - レカネマブの最適使用推進ガイドラインによれば、レカネマブの投与が行われる施設は認知症疾患医療センターと連携することが条件となっている。しかし、実際にどのようにして連携していくべきかが定かではない。
  - 具体的な連携のあり方については以下のような意見があった。
    - － 協定を締結するか、覚え書きを取り交わす。
    - － 診断後支援のあり方も含めて連携のあり方を検討する必要がある。
    - － 認知症疾患医療センター指定の際の協議書に抗A $\beta$ 抗体薬投与の連携医療機関を明記し、実績報告においてその実績を報告する。
    - － 認知症疾患医療センターと抗A $\beta$ 投与機関で症例検討会や研修会を開催できれば地域にとってもプラスになる。
    - － 初回投与を行う医療機関の患者数が増大して新たな患者を受け入れることができなくなる可能性がある。2次医療圏にある認知症疾患医療センターが6か月以降の継続投与を行える医療機関として機能できるようにする必要がある。
  - 抗A $\beta$ 投与機関と認知症疾患医療センターとの連携のあり方については、地域性もあるので、すでに抗A $\beta$ の投与を開始しているところでモデルをつくり、それを示すところからはじめる必要がある。
  - 連携のあり方については地域性を考慮する必要があるが、一方、国が協定書の書式

を作成して示すなど、全国共通のフォーマットを作成する必要もある。

## 2. 抗 $\beta$ 抗体薬投与機関を認知症疾患医療センターに指定することについて

- 抗 $A\beta$ 抗体薬を投与するだけの医療機関が現れ、これまで認知症疾患医療センターが行ってきた診断後支援が欠落する危険がある。抗 $A\beta$ 抗体薬投与機関と診断後支援を行う医療機関との連携が必要かと思われるが、同一疾患で2つの医療機関を受診することには無理があり、患者側の負担も大きいかもしれない。
- 抗 $A\beta$ 抗体薬による治療を行うからには、認知症に対する診断後支援を行える医療機関になってもらいたいという考え方もある。特に医師の教育を担っている大学病院などで、そのような意味では、抗 $A\beta$ 抗体投与機関を認知症疾患医療センターに指定する意義はあるかもしれない。
- 抗 $A\beta$ 投与機関は一般病院が多いと思われるが、少なくとも認知症の人の身体合併症をしっかりと診療してもらえることが地域から求められることになるので、それを期待することができるであろう。
- 抗 $A\beta$ 投与機関が認知症疾患医療センターの機能を担えるか否かについては地域差がある。また、都道府県によっては認知症疾患医療センターの整備方針を独自に定めて計画的な整備を進めているところもある。抗 $A\beta$ 抗体薬投与機関を画一的に認知症疾患医療センターに指定するのではなく、それぞれの地域の実情を考慮に入れて指定の要件を検討する必要がある。
- 抗 $A\beta$ 抗体薬投与機関を認知症疾患医療センターに指定するか否かはともかくとして、今日の認知症の医療提供体制の中に、抗 $A\beta$ 抗体薬を投与するだけで診断後支援については何もしない医療機関が現れ、抗 $A\beta$ 抗体薬を投与する医療機関にのみ通う認知症の当事者が増えてしまうことには大きな危惧がある。
- 抗 $A\beta$ 抗体薬投与機関には認知症に関する専門医を配置することになっているので、認知症に関する研修を受けていないわけではないが、診断後支援だとか、地域連携という観点で研修を受けたり、実際に地域の社会資源との連携を進める取り組みが行われていない可能性がある。

## 3. 認知症疾患医療センターに求められる役割について

- 初診であったとしても、認知症疾患医療センターに受診さえすれば、抗 $A\beta$ 抗体薬の治療につながるができるという医療体制を確立することも重要である。
- 認知症疾患医療センターは都道府県・指定都市の事業なので、都道府県・指定都市の責務として、認知症疾患医療センターがそのような役割を果たせるようにしてお

く必要がある（例：東京都では、都内における抗 A $\beta$  抗体薬の投与が可能な医療機関を調査し、その情報を各認知症疾患医療センターに伝えている）。

- 認知症疾患医療センターが診断後支援を実施できる医療機関として地域の中でその役割を確立しておくことも重要。抗 A $\beta$  抗体薬投与機関において診断後支援が行えない場合には、認知症疾患医療センターにつなげるようにしておく必要がある。
- 抗 A $\beta$  抗体薬を認知症医療に導入する時代においては、認知症の初期段階で医療機関を受診する当事者が今日よりも増えることが予想される。認知症疾患医療センターにおける初期認知症の当事者への診断後支援の重要性は今後ますます高まってゆくことになるであろう。

#### 4. 重篤な ARIA に対する救急医療体制について

- 6 か月以降に精神科病院で抗 A $\beta$  抗体薬の継続医療を行う場合、重篤な ARIA に対する救急医療連携体制の構築が不可欠である。
- 遠隔地から抗 A $\beta$  抗体薬のために通院している患者が重篤な ARIA を発症した場合、原則として抗 A $\beta$  抗体薬を投与している医療機関で救急の受け入れを行えるようにする必要がある。
- 近隣の救急医療機関を受診する必要がある場合には、その医療機関との連携体制を構築しておく必要がある。
- 日本医師会や日本救急医学会を通して、抗 A $\beta$  抗体薬による重篤な ARIA への救急対応について周知しておく必要がある。
- 頭痛など ARIA が疑われる症状が認められた場合にはそれを確認する検査が必要なので、抗 A $\beta$  抗体薬投与機関を受診するように予め患者に説明しておく必要がある。
- 抗 A $\beta$  抗体薬投与中に脳梗塞が生じた場合、血栓溶解療法を行うと重篤な出血を起こす危険性があるため、血栓溶解療法ではなく、血栓回収療法がファーストチョイスとされている。このことは、日本脳卒中学会より発出されている血栓溶解療法の適正治療指針第 3 版に記されているので、それを周知することも重要である。

#### 5. かかりつけ医、認知症サポート医を含む医療連携体制について

- 現在は、抗 A $\beta$  抗体薬を投与する医療機関の院内において医療提供体制の整備を進めているところであるが、次の段階として、かかりつけ医・認知症サポート医との地域連携が課題となる。この課題を解決するためには、医師会や行政と協力体制をつくる必要がある。
- すでにレケンビの投与がはじまっている地域において、地域の医療連携体制のモデルをつくり、それを可視化させることから始める必要がある。

- その中で、6 か月以降のレケンビの継続投与機関や、重篤な ARIA に対する救急医療との連携体制のモデルも示していくことが求められるであろう。

## 6. PET 撮像施設の整備と診断医の確保について

- PET による A $\beta$  病理の判定にあたっては、現在のところ PET 撮像施設認証が必須ではないとされているが、施設が認証を受けていなければ自信を持って診断することができない。
- 認知症関連学会専門医を対象とする調査では自施設だけでアミロイド PET を実施できるとしたのは 10%程度である。アミロイド PET が可能な施設を増やす具体的な方策が必要である。放射線関連学会専門医を対象とする調査では、「PET 認定医の人員は少なく、養成を急ピッチで進めなければならない」とする意見が最も多い。PET 認定医を急ピッチで進める方策を検討する必要がある。
- 抗 A $\beta$  抗体薬の投与にあたってはクオリティーの高いアミロイド PET 診断が極めて重要であり撮像認証は不可欠である。撮像認証をして普及・均霑化を図ることが重要である。
- 2023 年 12 月現在で全国に PET 施設は 411 あり、そのうち 106 施設が撮像認証を取得している。今後もその数は増えるであろう。読影する医師も、講習受講者はすでに 480 人いてすべての都道府県に分布している。
- 今後新たな抗 A $\beta$  抗体薬等の新薬が導入されれば、PET の需要はさらに高まる。地域ごとのニーズの実態調査を行い、それに対応する対策をたてる必要がある。
- 現在、日本核医学会では認証制度の推進と読影者の臨時講習を行っている。しかし、地域のニーズの把握や整備計画には行政の関与が必要である。
- A $\beta$  病理も連続的な病態なので、PET による陽性・陰性も境界領域では簡単ではない。2 人の読影した医師の間で意見が割れることもある。そのような場合は、PET と MRI の画像診断医、画像診断を依頼した医師でコミュニケーションをとりながら意思決定する必要がある。
- アルツハイマー病は基本的には進行性なので、PET で A $\beta$  病理がぎりぎり陰性になった場合でも、その後の経過で陽性になる場合がある。フォローアップについて画像診断医、治療医、当事者の間でどのようにコミュニケーションしていくかという課題も残されている。

## 7. MRI 撮像施設の整備と診断医の確保について

- レケンビの投与にあたっては複数回の MRI 撮像が必要であり、ARIA が疑われる場合には緊急 MRI も必要となるが、そのような頻回の MRI 撮像が可能な施設は限られて

いる。また、ARIA を判読できる放射線診断医も限られている。

- 大学病院などは、悪性腫瘍が多く、普段から MRI は混んでいる。レケンビの患者が増えると悪性腫瘍の患者の MRI も容易にとれなくなるという問題が生じる可能性がある。
- ARIA の診断に精通した放射線診断医も限られている。日本医学放射線学会，日本神経放射線学会，日本磁気共鳴学会で，ARIA も含めて，DMT に関連する MRI の撮像及び診断に関する講習会を開催している。
- わが国が保有している MRI の機械の台数自体は世界第一位であるが，レカネマブの最適使用推進ガイドラインでは 1.5 テスラ以上の MRI が必要とされている。新たな治療薬の導入にあたっては，それに対応できる MRI の撮像が可能な施設を整備していく必要がある。

#### 8. 体液バイオマーカーの検査体制について

- 髄液の A $\beta$  42/40 の比率が，レケンビ要否を目的として保険収載されている。検査会社も，この検査の受託施設を拡大中であり，少なくともレケンビ要件を満たす施設では検査ができるような体制づくりを進めている。
- 検査自体は連携施設でも実施可能であるので，実施施設を拡大できる可能性はあるが，どこでできるのかということをもどのように見える化するかは課題である。
- 精度については，約 10%偽陰性がでる。アンケートでは，PET 陰性の場合には髄液で確認するという意見がかなりあり，臨床医の感覚はそのとおりであるが，保険診療では PET と髄液を同時に検査できない。また，髄液も保険診療で認められているのは 1 回だけであり，陰性がでてでも再検できない。さらに，A $\beta$  と p-tau を同時に測定できないので，補助診断的に使うことができない。
- 血液バイオマーカーについては技術的な課題が残っている。レケンビ投与を契機に血液バイオマーカーのリアルワールドのデータを蓄積して，将来的には 1 次スクリーニング血液バイオマーカーとしての位置付けを確立していく方向で進められればと思う。

#### 9. 抗 A $\beta$ 抗体薬の投与にあたっての説明について

- 認知症関連専門医の 82%，放射線関連専門医の 64%が抗 A $\beta$  抗体薬の説明資料を学会などから提供してもらいたいと回答している。日本認知症学会などで抗 A $\beta$  抗体薬の標準的な説明資料を作成する必要がある。
- 抗 A $\beta$  抗体薬の投与にあたっての説明については，①説明者が推進派か，慎重派かで，説明のニュアンスが変わる，②薬物治療がすべてだと思っている人への説明の

仕方をどうするか、③MMSE で 22 点ぎりぎりの人（特に 22 点を少しだけ切ってしまう、適応にならない方）への説明の仕方をどうするか、④現段階では長期的予後に関する知見はないので、それについては説明できない、などの課題が残されている。

- これから新たに導入される新薬については、それに関する説明のあり方を検討し、さまざまな地域資源と連携してそれを普及・啓発していく必要がある。これまで築いてきたケア体制の上に、特定の患者に対する新たな治療の体制が加わるという順番で説明することが重要。
- 抗 A $\beta$  抗体薬の導入にあたっては、バイオマーカー検査の判定結果が陰性で適応にならなかった場合を含め、患者への説明には相当の時間を要する。治療対象者の選定は厳密かつ公平でなければならないので、そこに診療報酬等のインセンティブをつける必要がある。

#### 10. 認知症のための医療提供体制の周知について

- 一般の人々は、レカネマブのことは知っていても、そもそも認知症疾患医療センターだとか、認知症サポート医だとか、認知症のための医療提供体制のことを知らない。抗 A $\beta$  抗体薬に対応する医療提供体制を構築する前提として、今日の認知症のための医療提供体制を国民に周知する取り組みが必要ではないか。また、この検討委員会での議論を国民にわかりやすく周知する取り組みも必要ではないか。

#### 11. 治療対象者を選定する際の倫理的配慮について

- 抗 A $\beta$  抗体薬を含む新たな新薬の使用にあたっては、患者の選択ということが行われることになるが、それが医学的な観点から倫理的に公正に行われなければならないということを明記しておく必要があるのではないか。



5. 今後の認知症医療提供体制のあり方に関する提言



## 今後の認知症医療提供体制のあり方に関する提言

認知症の医療提供体制に関する調査研究事業検討委員会

令和5年12月20日付で抗アミロイドβ抗体薬（以下、抗Aβ抗体薬）レカネマブ（レケンビ®）がアルツハイマー病に対する新たな治療薬として保険収載された。今後、抗Aβ抗体薬を含むさらなる新薬の開発が進み、実臨床に導入されていくことになるであろう。しかし、こうした新たな治療薬を公正かつ適正に広く活用していくためにはさまざまな課題が残されている。そこで、令和5年度老人保健健康増進等事業「認知症の医療提供体制に関する調査研究事業」において検討委員会を設置し、今般の認知症疾患に対する医学の発展を踏まえた認知症医療提供体制のあり方について検討し、以下のような課題の整理と課題解決に向けた提言を行った。

### 1. 新たな治療薬による医療サービスを今日の認知症医療提供体制に組み込むために

- わが国の今日の認知症医療は、認知症疾患医療センター、認知症サポート医、かかりつけ医等の連携によって、診断と継続医療を確保する体制が構築されている。抗Aβ抗体薬をはじめとする新たな治療薬の実臨床への導入にあたっては、バイオマーカーを用いた精度の高い診断やアミロイド関連画像異常（amyloid-related imaging abnormalities, 以下ARIA）等の副作用管理を含む安全な治療を現存する地域の認知症医療の連携体制の中に組み込む必要がある。
- 認知症疾患医療センターは、認知症に対して必要な医療を提供できる機能体制を地域に構築することを目的に、都道府県・指定都市を対象とする国庫補助事業において設置される医療機関である。抗Aβ抗体薬が実臨床に導入された今日、認知症疾患医療センターには、抗Aβ抗体薬の適応となる人を本人の意向を尊重して公正かつ適正に治療につなげられるように機能することが求められる。国及び都道府県・指定都市は、認知症疾患医療センターがそのような機能を担えるように整備を進めていく必要がある。
- レカネマブの最適使用推進ガイドラインによれば、レカネマブの投与が行われる医療機関は認知症疾患医療センターと連携することが条件となっている。しかし、実際にはどのようにして連携していくべきかについては示されていない。抗Aβ抗体薬を投与する医療機関と認知症疾患医療センターが連携することは、適応のある人を治療につ

なげるとともに、治療を受ける人の診断後支援を確保するという観点からも重要である。すでに抗Aβ抗体薬の投与を開始している医療機関と認知症疾患医療センターの間に連携のモデルをつくり、それを踏まえて標準的な協定書等の様式も検討していく必要がある。

- 抗Aβ抗体薬を投与する医療機関を認知症疾患医療センターに指定するという考え方もある。しかし、現段階で抗Aβ抗体薬を投与する医療機関が認知症疾患医療センターの機能を担えるか否かについては地域差がある。また、都道府県・指定都市によっては、認知症疾患医療センターの整備方針を独自に定め、都道府県・指定都市の予算の中で計画的に整備を進めている。現段階では、それぞれの地域の実情を考慮に入れて指定の要件を検討する必要がある。
- 一方、抗Aβ抗体薬を投与する医療機関が抗Aβ抗体薬による治療を行うだけで診断後支援が欠落するという懸念もある。抗Aβ投与機関が認知症疾患医療センターの指定を受ける要件を満たすようになれば、この課題は解決される可能性がある。特に、大学病院などでは医学教育という観点からも、認知症疾患医療センターの機能を担いながら抗Aβ抗体薬による治療を行える機関になることが望まれる。
- 抗Aβ抗体薬を投与する医療機関と認知症疾患医療センターとの関係については、地域の実情に応じて、当面は症例検討会や研修会等を重ねながら、その圏域の中で、認知症疾患の診断と継続医療を含む包括的な診断後支援を確保できる体制づくりを進めていくことが望まれる。
- さらに、かかりつけ医・認知症サポート医を含む地域の認知症医療連携のあり方についても、すでに抗Aβ抗体薬の投与をはじめている地域において、医師会や行政と連携して、地域の認知症医療連携体制のモデルづくりを進める必要がある。そのような取り組みの中で、6か月以降の抗Aβ抗体薬の継続投与の体制や重篤なARIAに対する救急医療体制のモデルも示していく必要がある。
- 今後は、抗Aβ抗体薬をはじめとする新たな治療薬の導入によって、多様な認知症疾患を軽度認知障害(MCI)の段階で診断し、地域の中で連携医療を展開する機会が増えてゆくことが想定される。現在、MCIは保険診療の対象とされていないが、今後はMCIの保険診療上の位置づけについても検討する必要がある。

## 2. 実臨床の中で効果的かつ安全に抗 A $\beta$ 抗体薬を使用するために

- 抗 A $\beta$  抗体薬の使用にあたってはクオリティーの高いアミロイド PET 診断が極めて重要であり、そのためには PET 撮像認証を取得している施設と読影する医師の確保が不可欠である。令和 5 年 12 月現在で全国にある PET 施設 411 のうち撮像認証を取得しているのは 106 である。また、講習を受講している読影医は 480 人ですべての都道府県に分布している。今後新たな抗 A $\beta$  抗体薬が導入されれば、PET の需要はさらに高まるであろう。地域ごとのニーズの実態を把握し、それに対応する対策をたてる必要がある。
- 髄液 A $\beta$  42/40 についてはすでに保険収載されており、検査会社も受託施設を拡大中であることなどから実施施設を拡大できる可能性はあるが、今後は、どこでその検査ができるかを可視化させる必要がある。一方、PET でアミロイド陰性の場合には髄液で確認するというのが臨床医の感覚であるが、保険診療では PET と髄液を併用して検査することができない。また、髄液も保険診療で認められているのは 1 回だけであり、陰性がでも再検できない。さらに、A $\beta$  と p-tau を同時に測定できないので補助診断的に使うことができない。これらのことが保険診療上の課題として残されている。血液バイオマーカーについてはリアルワールドのデータを蓄積して、将来的には 1 次スクリーニングとしての位置付けを確立させていくことが望まれる。
- 抗 A $\beta$  抗体薬の使用にあたっては複数回の MRI 撮像が必要であり、ARIA が疑われる場合には緊急 MRI も必要となるが、そのような頻回の MRI 撮像が可能な施設は限られている。ARIA の診断に精通した放射線診断医も限られている。ARIA も含めて抗 A $\beta$  抗体薬に関連した MRI の撮像及び診断に関する講習会の開催とともに、地域ごとのニーズの実態を把握し、抗 A $\beta$  抗体薬をはじめとする新たな治療薬に対応できる精度の高い MRI 撮像施設の整備を進める必要がある。
- 重篤な ARIA に対する救急医療体制の確保については、①頭痛など ARIA が疑われる症状が認められた場合には、それを確認する検査が必要なので抗 A $\beta$  抗体薬を投与している医療機関を受診するように予め患者に説明しておくこと、②抗 A $\beta$  抗体薬を投与している医療機関に通院している患者が重篤な ARIA を発症した場合、原則としてその医療機関で救急の受け入れを行えるようにすること、③近隣の救急医療機関を受診する必要がある場合には、その医療機関との連携体制を構築しておくこと、④抗 A $\beta$  抗体薬による治療を受けているときに脳梗塞が生じた場合には日本脳卒中学会の「血栓溶解療法の適正治療指針第 3 版」に則った治療を行うことを周知しておくことなどを考慮する必要がある。

### 3. 国民への周知，患者への説明，倫理的妥当性について

- 抗A $\beta$ 抗体薬をはじめとする新たな治療薬の導入にあたっては，その正確な情報を国民に周知する取り組みを進めていく必要がある。その際には，これまでの認知症医療・ケアの上に，特定の病態に対して新たな治療が加わったという順序で説明する必要がある。また，地域包括支援センター，認知症初期集中支援チーム，認知症サポーター，認知症カフェなど，さまざまな地域資源と連携して普及・啓発を図っていく必要がある。
- 認知症疾患医療センター等の医療機関では，抗A $\beta$ 抗体薬の導入にあたっては，バイオマーカー検査でアミロイド陰性となり適応にならなかった場合を含め，患者への説明に相当の時間を要する。治療対象者の選定は公正かつ適正でなければならないので時間をかけた丁寧な説明が必要である。また，それに対するインセンティブについても検討する必要がある。
- 認知症疾患医療センターや認知症サポート医など，そもそも今日の認知症医療提供体制のことを知らない国民は多い。抗A $\beta$ 抗体薬をはじめとする新たな治療薬に対応できる医療提供体制を構築する前提として，今日の認知症のための医療提供体制を国民に周知し，その上で抗A $\beta$ 抗体薬による治療を含む新たな医療提供体制を周知する取り組みが必要である。
- 新たな治療薬を公正かつ適正に広く活用していくためには，今後ともその倫理的妥当性を十分にかつ継続的に検討していく必要がある。

## II 資料編





1. 令和4年度認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計分析



## 1. 研究目的

認知症疾患医療センター運営事業は都道府県・指定都市が認知症疾患医療センターを設置することにより、認知症疾患に対する鑑別診断と初期対応、認知症の行動・心理症状と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談、診断後の相談支援等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者等への研修等を行うことにより、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ることを目的とする事業である。

各認知症疾患医療センターは、所定の様式（認知症疾患医療センター協議書兼実績報告書一以下、実績報告書）を用いて、前年度一年間の実績を都道府県・指定都市に報告することが義務付けられている。この実績報告書は、認知症疾患医療センター運営事業実施要綱に沿って事業実態を把握し、質の評価が可能となるように設計されており、適宜様式の変更を経て令和4年度実績報告書の項目が決定されている。

本研究の目的は、この実績報告書を用いて、令和4年度一年間の認知症疾患医療センターの事業実績を分析することにある。尚、令和4年度より基幹型は基幹型ⅠとⅡに類型化されている。

## 2. 研究方法

対象は、令和5年3月31日現在で認知症疾患医療センターに指定され、実績報告書(Excelデータ)の提出があった全国の499施設(基幹型Ⅰ 16, 基幹型Ⅱ 4, 地域型 380, 連携型 99)である(悉皆調査)。実績報告書の内容を基に結果に示す項目を分析対象にした(巻末資料1:認知症疾患医療センター運営事業実績報告書様式を参照)。Excel上の様式統合が可能な書式によって、都道府県指定都市単位でデータセット化したものを統合して、全国データとした。各項目については、クロス集計表を用いて、類型別・医療機関種別に分析した。

## 3. 研究結果

### I. 医療機関基本情報

#### I-1. 対象の類型と医療機関種, 設置主体

対象となる認知症疾患医療センターを類型別・医療機関種別(表1, 図1)に示す。基幹型ⅠおよびⅡはすべて一般病院であり、地域型では45.8%が一般病院, 54.2%が精神科病院であった。連携型は診療所が39.4%を占めた。類型別の設置主体(表2)を示す。基幹型Ⅰは56.3%が国立, 18.8%が都道府県・指定都市立, 6.3%が市区町村立であり、あわせて81.4%が公立の医療機関であった。一方基幹型Ⅱでは50.0%が国立, 50.0%が都道府県・指定都市立と、あわせて100%が公立の医療機関であった。地域型, 連携型では医療法人が57.1%, 62.6%と最も多くを占めた。

表1 類型別・医療機関種別内訳

		医療機関種別			
		一般病院	精神科病院	診療所	合計
類型	基幹型 I	16 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
	基幹型 II	4 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%
	地域型	174 45.8%	206 54.2%	0 0.0%	380 100.0%
	連携型	33 33.3%	27 27.3%	39 39.4%	99 100.0%
	合計	227 45.5%	233 46.7%	39 7.8%	499 100.0%

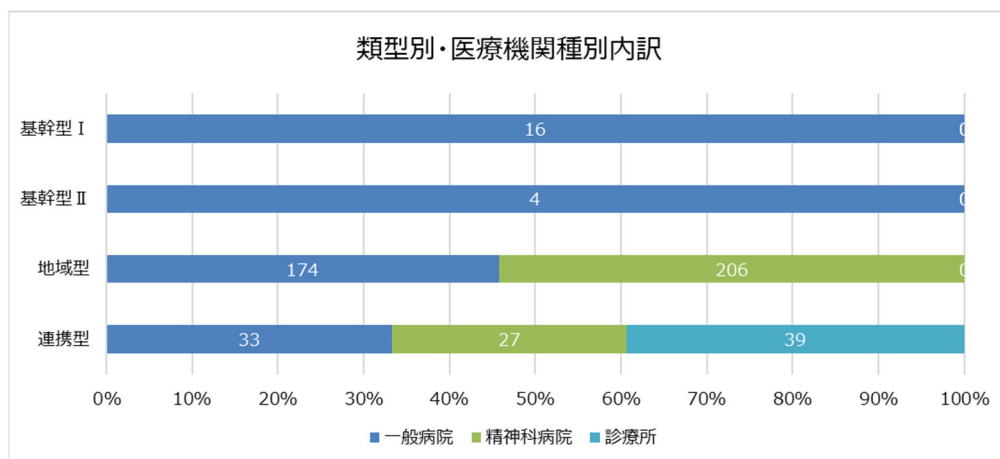


図1 類型別・医療機関種別内訳 (再掲)

表2 類型別 設置主体

		設置主体									
		学校法人	国	都道府県・指定都市	市町村	公益法人	医療法人	組合および連合会	個人	その他	合計
類型	基幹型 I	1 6.3%	9 56.3%	3 18.8%	1 6.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 12.5%	16 100.0%
	基幹型 II	0 0.0%	2 50.0%	2 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%
	地域型	21 5.5%	21 5.5%	31 8.2%	23 6.1%	30 7.9%	217 57.1%	10 2.6%	5 1.3%	22 5.8%	380 100.0%
	連携型	2 2.0%	3 3.0%	8 8.1%	6 6.1%	4 4.0%	62 62.6%	3 3.0%	5 5.1%	6 6.1%	99 100.0%
	合計	24 4.8%	35 7.0%	44 8.8%	30 6.0%	34 6.8%	279 55.9%	13 2.6%	10 2.0%	30 6.0%	499 100.0%

## I-2. 病床数

1) 一般病床：類型別（表 3），医療機関種別（表 4）に一般病床数を示す。基幹型Ⅰ，Ⅱおよび一般病院の一般病床が多く，診療所の多い連携型では一般病床数が少なかった。

表 3 類型別 一般病床数

		病床数 一般病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	596.9	223.7	587	0	932
	基幹型Ⅱ	4	712.5	130.1	687	602	875
	地域型	380	157.1	253.8	20	0	1226
	連携型	99	64.3	136.7	0	0	885
	合計	499	157.3	254.4	0	0	1226

表 4 医療機関種別 一般病床数

		病床数 一般病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	335.4	288.4	276	0	1226
	精神科病院	233	9.8	30.4	0	0	256
	診療所	39	1.6	5.0	0	0	19
	合計	499	157.3	254.4	0	0	1226

2) 精神病床：類型別（表 5），医療機関種別（表 6，図 2）に精神病床数を示す。精神科病院が多数を占める地域型および精神科病院で精神病床数が多く，診療所では精神病床の設置がなかった。

表 5 類型別 精神病床数

		病床数 精神病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	42.6	23.1	41	0	104
	基幹型Ⅱ	4	57.0	34.0	40	40	108
	地域型	380	186.7	159.2	180	0	808
	連携型	99	62.2	106.1	0	0	463
	合計	499	156.3	156.5	129	0	808

表 6 医療機関種別 精神病床数

		病床数 精神病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	68.9	116.7	30	0	768
	精神科病院	233	267.7	123.6	250	0	808
	診療所	39	0.0	0.0	0	0	0
	合計	499	156.3	156.5	129	0	808

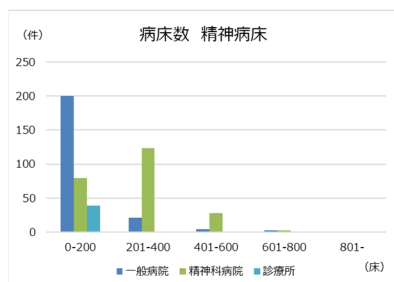


図 2 医療機関種別 精神病床数

3) 全病床数：類型別（表 7）、医療機関種別（表 8、図 3）に全病床数を示す。一般病床を含むと基幹型Ⅰ、Ⅱ及び一般病院で病床数が多い傾向があった。ヒストグラムから、精神科病院及び一般病院に 201-400 床規模の医療機関が多かった（注：令和 4 年度より「その他病床」と「療養病床」の項目がなくなった）。

表 7 類型別 全病床数

		全病床数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	656.1	242.0	649	0	1000
	基幹型Ⅱ	4	743.0	113.4	727	644	875
	地域型	380	354.4	218.2	308	0	1267
	連携型	99	138.5	162.7	101	0	904
	合計	499	324.3	236.1	282	0	1267

表 8 医療機関種別 全病床数

		病床数 全病床数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	436.1	261.3	388	0	1267
	精神科病院	233	269.5	142.9	254	0	898
	診療所	39	1.6	5.2	0	0	19
	合計	499	324.3	236.1	282	0	1267

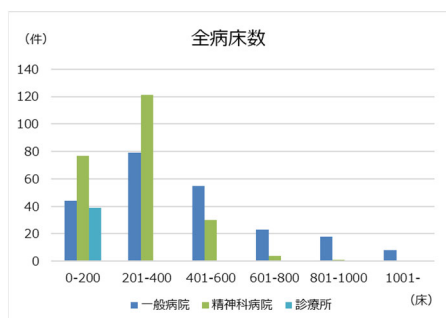


図 3 医療機関種別 全病床数

※令和 4 年度実績報告書より「その他病床」と「療養型病床」の項目は削除された。

※令和 4 年度実績報告書より診療科の項目は削除された。

## II. 専門医療機関及び診断後等支援機能としての要件と機能

### II-1. 稼働状況および人員配置

1) 稼働日数：類型別の稼働日数（表 9，図 4），医療機関種別の稼働日数（表 10，図 5）をそれぞれ示す。基幹型の稼働日数が多く，地域型と連携型の間には差はなかった。医療機関種別では診療所の稼働日数が多い傾向があった。

表 9 類型別 稼働日数（上段：週，下段：年）

		稼働日数 週					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	5.9	1.0	5	5	7
	基幹型 II	4	5.0	0.0	5	5	5
	地域型	380	5.2	0.5	5	3	7
	連携型	99	5.2	0.7	5	1	7
	合計	499	5.3	0.6	5	1	7
		稼働日数 年間					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	296.3	62.6	246	240	365
	基幹型 II	4	243.5	1.0	243	243	245
	地域型	380	257.6	25.5	245	200	365
	連携型	99	252.9	38.1	244	46	365
	合計	499	257.8	30.8	245	46	365

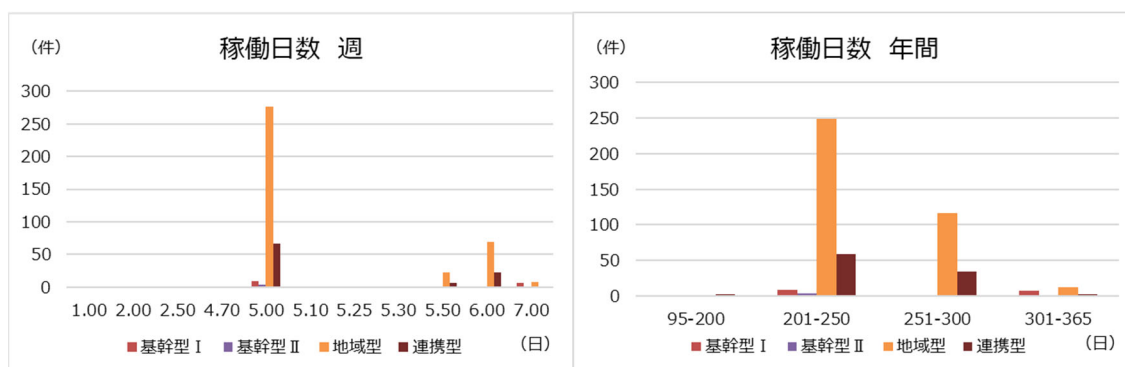


図 4 類型別 稼働日数（左図：週，右図：年）

表 10 医療機関種別 稼働日数（上段：週，下段：年）

		稼働日数 週					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	5.2	0.6	5	1	7
	精神科病院	233	5.3	0.5	5	3	7
	診療所	39	5.4	0.5	5	5	6
	合計	499	5.3	0.6	5	1	7

		稼働日数 年間					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	254.6	34.1	244	46	365
	精神科病院	233	260.2	28.1	245	230	365
	診療所	39	262.0	24.4	250	211	299
	合計	499	257.8	30.8	245	46	365

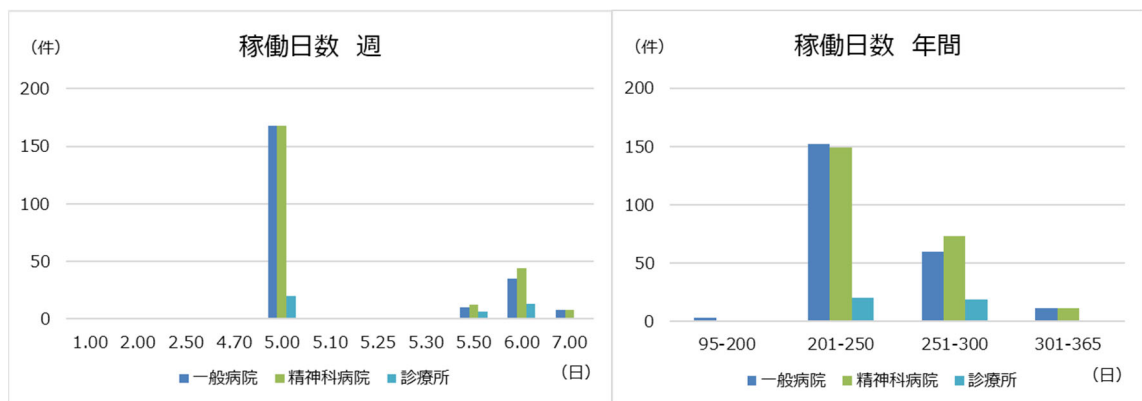


図 5 医療機関種別 稼働日数（左図：週，右図：年）

2) 医師配置状況：類型別医師配置状況（表 11, 12, 13, 図 6），医療機関種別医師配置状況（表 14, 15, 16, 図 7）をそれぞれ示す。実績報告書上で数値入力項目の空欄は集計データ上で「0」とされ，集計に含まれることに留意が必要である。専門医（日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医）または専門医以外の医師（認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師）のいずれかは，99.8%の認知症疾患医療センターに配属されていた。類型別では専門医の配置人数は基幹型 I，II に多く，中央値 2 名であった。地域型，連携型では中央値 1 名であった。専門医以外の医師は，基幹型 II 以外は中央値 1 名であった。医療機関種別では専門医はいずれも中央値 1 名であった。



表 11 類型別 医師配置状況（専門医または専門医以外の医師）

		専門医または専門医以外の医師いずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型 I	0	16	16
		0.0%	100.0%	100.0%
	基幹型 II	0	4	4
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	1	379	380
		0.3%	99.7%	100.0%
	連携型	0	99	99
		0.0%	100.0%	100.0%
	合計	1	498	499
		0.2%	99.8%	100.0%

表 12 類型別 医師配置状況（専門医）

		日本老年精神医学会若しくは認知症学会の定める専門医					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	2.2	1.3	2	0	4
	基幹型 II	4	2.3	1.5	2	1	4
	地域型	380	1.3	1.6	1	0	16
	連携型	99	0.8	1.0	1	0	7
	合計	499	1.2	1.5	1	0	16

表 13 類型別 医師配置状況（専門医以外の医師）

		上記以外で、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	1.4	1.4	1	0	4
	基幹型 II	4	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	380	2.2	2.6	1	0	24
	連携型	99	1.6	1.5	1	0	9
	合計	499	2.0	2.4	1	0	24

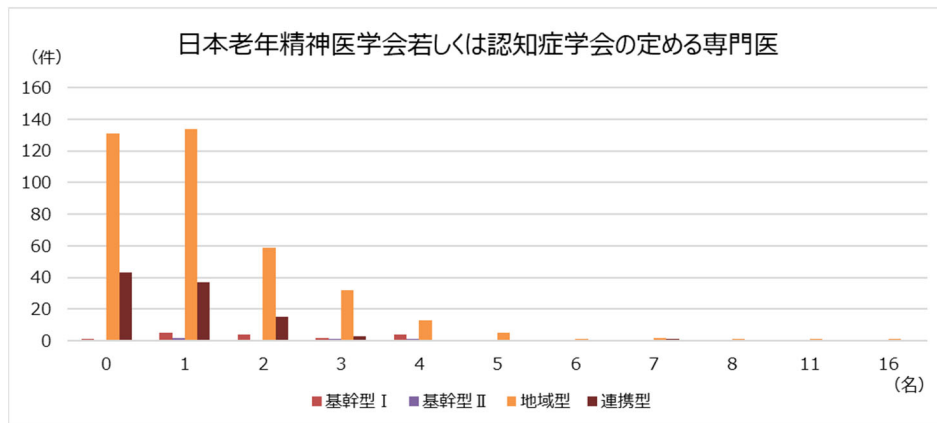


図 6 類型別 専門医配置状況

表 14 医療機関別 医師配置状況（専門医または専門医以外の医師）

		専門医または専門医以外の医師いずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関 種別	一般病院	1 0.4%	226 99.6%	227 100.0%
	精神科病院	0 0.0%	233 100.0%	233 100.0%
	診療所	0 0.0%	39 100.0%	39 100.0%
	合計	1 0.2%	498 99.8%	499 100.0%

表 15 医療機関種別 医師配置状況（専門医）

		日本老年精神医学会若しくは認知症学会の定める専門医					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	1.4	1.8	1	0	16
	精神科病院	233	1.1	1.2	1	0	8
	診療所	39	0.8	0.8	1	0	3
	合計	499	1.2	1.5	1	0	16

表 16 医療機関種別 医師配置状況（専門医以外の医師）

		上記以外で、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	1.9	2.5	1	0	24
	精神科病院	233	2.3	2.4	1	0	13
	診療所	39	1.2	1.2	1	0	5
	合計	499	2.0	2.4	1	0	24

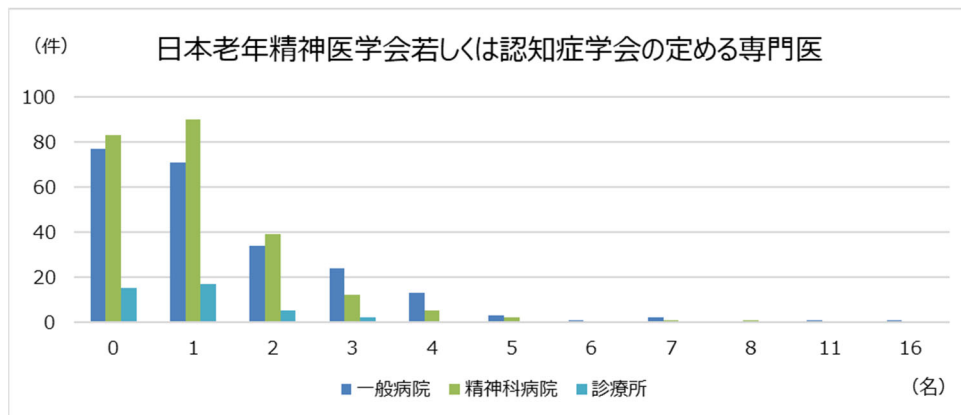


図 7 医療機関種別 専門医配置状況

3) 精神保健福祉士配置状況：類型別精神保健福祉士配置状況（表 17, 18, 19）、医療機関種別精神保健福祉士配置状況（表 20, 21, 22）をそれぞれ示す。実績報告書上での数値入力欄の空欄は集計データ上「0」となり集計に含まれることに留意が必要である。専従・兼務のいずれかで 89.2%の医療機関に精神保健福祉士が配置されており、昨年度と比較し 0.7ポイント増であった。

表 17 類型別 精神保健福祉士配置状況

		精神保健福祉士の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型 I	1	15	16
		6.3%	93.8%	100.0%
	基幹型 II	0	4	4
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	17	363	380
		4.5%	95.5%	100.0%
連携型	36	63	99	
	36.4%	63.6%	100.0%	
合計		54	445	499
		10.8%	89.2%	100.0%

表 18 類型別 精神保健福祉士配置状況（専従）

		精神保健福祉士 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.8	0.5	1	0	2
	基幹型 II	4	1.0	0.0	1	1	1
	地域型	380	0.9	0.5	1	0	4
	連携型	99	0.2	0.4	0	0	1
	合計	499	0.7	0.6	1	0	4

表 19 類型別 精神保健福祉士配置状況（兼務）

		精神保健福祉士 兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.4	0.5	0	0	1
	基幹型 II	4	0.5	0.6	1	0	1
	地域型	380	1.3	1.4	1	0	10
	連携型	99	0.9	1.1	1	0	5
	合計	499	1.1	1.4	1	0	10

表 20 医療機関種別 精神保健福祉士配置状況

		精神保健福祉士の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関 種別	一般病院	25	202	227
		11.0%	89.0%	100.0%
	精神科病院	8	225	233
		3.4%	96.6%	100.0%
	診療所	21	18	39
53.8%		46.2%	100.0%	
合計		54	445	499
		10.8%	89.2%	100.0%

表 21 医療機関種別 精神保健福祉士配置状況（専従）

		精神保健福祉士 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	0.8	0.6	1	0	4
	精神科病院	233	0.8	0.5	1	0	3
	診療所	39	0.2	0.4	0	0	1
	合計	499	0.7	0.6	1	0	4

表 22 医療機関種別 精神保健福祉士配置状況（兼務）

		精神保健福祉士 兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	1.0	1.4	1	0	10
	精神科病院	233	1.4	1.3	1	0	8
	診療所	39	0.6	1.1	0	0	5
	合計	499	1.1	1.4	1	0	10

4) 保健師配置状況：類型別保健師配置状況（表 23, 24, 25），医療機関種別保健師配置状況（26, 27, 28）をそれぞれ示す。数値入力項目の空欄は集計データ上で「0」となり集計に含まれることに留意が必要である。専従・兼務のいずれかで保健師の配置がされているのは 11.4%であった。基幹型Ⅱ以外で中央値 0 名の配置であったが、一方最大で 2 名の配置があった。

表 23 類型別 保健師の配置状況

		保健師の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型Ⅰ	11	5	16
		68.8%	31.3%	100.0%
	基幹型Ⅱ	2	2	4
		50.0%	50.0%	100.0%
	地域型	337	43	380
		88.7%	11.3%	100.0%
連携型	92	7	99	
	92.9%	7.1%	100.0%	
合計	442	57	499	
		88.6%	11.4%	100.0%

表 24 類型別 保健師配置状況（専従）

		保健師 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	0.3	0.6	0	0	2
	基幹型Ⅱ	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	380	0.1	0.3	0	0	2
	連携型	99	0.0	0.1	0	0	1
	合計	499	0.1	0.3	0	0	2

表 25 類型別 保健師配置状況（兼務）

		保健師 兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	0.1	0.3	0	0	1
	基幹型Ⅱ	4	0.5	0.6	1	0	1
	地域型	380	0.1	0.2	0	0	2
	連携型	99	0.1	0.2	0	0	1
	合計	499	0.1	0.3	0	0	2

表 26 医療機関別 保健師配置状況

		保健師の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関 種別	一般病院	192	35	227
		84.6%	15.4%	100.0%
	精神科病院	216	17	233
		92.7%	7.3%	100.0%
	診療所	34	5	39
		87.2%	12.8%	100.0%
	合計	442	57	499
		88.6%	11.4%	100.0%

表 27 医療機関種別 保健師配置状況（専従）

		保健師 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	0.1	0.3	0	0	2
	精神科病院	233	0.1	0.3	0	0	2
	診療所	39	0.1	0.2	0	0	1
	合計	499	0.1	0.3	0	0	2

表 28 医療機関種別 保健師配置状況（兼務）

		保健師 兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	0.1	0.3	0	0	1
	精神科病院	233	0.0	0.2	0	0	2
	診療所	39	0.1	0.3	0	0	1
	合計	499	0.1	0.3	0	0	2

5) 臨床心理技術者配置状況：類型別臨床心理技術者配置状況（表 29, 30, 31），医療機関種別臨床心理技術者配置状況（表 32, 33, 34）をそれぞれ示す。数値入力欄の空欄は集計データ上で「0」となり集計に含まれることに留意が必要である。専従・兼務のいずれかの臨床心理技術者は 87.4%の医療機関に配属されており，昨年度と比較すると 1.5 ポイント減であった。臨床心理技術者は専従の者は少なく最大 5 名，兼務の者では最大 8 名の配置があった。

表 29 類型別 臨床心理士技術者配置状況

		臨床心理技術者の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型 I	0	16	16
		0.0%	100.0%	100.0%
	基幹型 II	0	4	4
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	13	367	380
		3.4%	96.6%	100.0%
	連携型	50	49	99
		50.5%	49.5%	100.0%
	合計	63	436	499
		12.6%	87.4%	100.0%

表 30 類型別 臨床心理士技術者配置状況（専従）

		臨床心理士技術者 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	0.3	0.6	0	0	2
	基幹型Ⅱ	4	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	380	0.2	0.5	0	0	5
	連携型	99	0.1	0.3	0	0	2
	合計	499	0.2	0.5	0	0	5

表 31 類型別 臨床心理士技術者配置状況（兼務）

		臨床心理士技術者 兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	0.9	0.6	1	0	2
	基幹型Ⅱ	4	0.8	0.5	1	0	1
	地域型	380	1.1	0.7	1	0	5
	連携型	99	0.7	1.1	0	0	8
	合計	499	1.0	0.8	1	0	8

表 32 医療機関別 臨床心理士技術者配置状況

		臨床心理士技術者の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関 種別	一般病院	19	208	227
		8.4%	91.6%	100.0%
	精神科病院	24	209	233
		10.3%	89.7%	100.0%
	診療所	20	19	39
		51.3%	48.7%	100.0%
合計	63	436	499	
	12.6%	87.4%	100.0%	

表 33 医療機関種別 臨床心理士技術者配置状況（専従）

		臨床心理士技術者 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	0.2	0.7	0	0	5
	精神科病院	233	0.1	0.3	0	0	1
	診療所	39	0.1	0.4	0	0	2
	合計	499	0.2	0.5	0	0	5

表 34 医療機関種別 臨床心理士技術者配置状況（兼務）

		臨床心理士技術者 兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	1.1	1.0	1	0	8
	精神科病院	233	1.0	0.6	1	0	3
	診療所	39	0.5	0.7	0	0	2
	合計	499	1.0	0.8	1	0	8

6) 連携推進補助員配置状況： 類型別連携推進補助員配置状況（表 35, 36, 37），医療機関種別連携推進補助員配置状況（表 38, 39, 40）をそれぞれ示す。数値入力欄の空欄は集計データ上で「0」となり集計に含まれることに留意が必要である。専従・兼務のいずれかの連携推進補助員が配置されている医療機関は 9.0%であった。中央値ではいずれも 0 名の配置であり，最大で専従 1 名兼務 5 名の配置であった。

表 35 類型別 連携推進補助員配置状況

		連携推進補助員の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型 I	13	3	16
		81.3%	18.8%	100.0%
	基幹型 II	4	0	4
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	351	29	380
		92.4%	7.6%	100.0%
連携型	86	13	99	
	86.9%	13.1%	100.0%	
合計		454	45	499
		91.0%	9.0%	100.0%

表 36 類型別 連携推進補助員配置状況（専従）

		連携推進補助員 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.1	0.3	0	0	1
	基幹型 II	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	380	0.0	0.1	0	0	1
	連携型	99	0.0	0.1	0	0	1
	合計	499	0.0	0.1	0	0	1

表 37 類型別 連携推進補助員配置状況（兼務）

		連携推進補助員 兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.1	0.3	0	0	1
	基幹型 II	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	380	0.1	0.4	0	0	5
	連携型	99	0.2	0.6	0	0	4
	合計	499	0.1	0.5	0	0	5

表 38 医療機関別 連携推進補助員配置状況

		連携推進補助員の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関 種別	一般病院	201	26	227
		88.5%	11.5%	100.0%
	精神科病院	220	13	233
		94.4%	5.6%	100.0%
	診療所	33	6	39
		84.6%	15.4%	100.0%
合計		454	45	499
		91.0%	9.0%	100.0%

表 39 医療機関種別 連携推進補助員配置状況（専従）

		連携推進補助員 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	0.0	0.2	0	0	1
	精神科病院	233	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	39	0.0	0.0	0	0	0
	合計	499	0.0	0.1	0	0	1

表 40 医療機関種別 連携推進補助員配置状況（兼務）

		連携推進補助員 兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	0.1	0.4	0	0	2
	精神科病院	233	0.1	0.5	0	0	5
	診療所	39	0.2	0.6	0	0	2
	合計	499	0.1	0.5	0	0	5

7) 診断後等支援のための相談員の配置状況： 類型別・診断後等支援のための社会福祉士配置状況（表 41），医療機関種別・診断後等支援のための社会福祉士配置状況（表 42），類型別・診断後等支援のための精神保健福祉士配置状況（表 43），医療機関種別・診断後等支援のための精神保健福祉士配置状況（表 44）をそれぞれ示す。数値入力欄の空欄は集計データ上で「0」となり集計に含まれることに留意が必要である。専従・兼務のいずれかの診断後等支援のための相談員が配置されている医療機関は，社会福祉士 13.6%（1.7 ポイント増），精神保健福祉士 45.1%（5.1 ポイント増）であり，経年的な増加が見られた。中央値で言うといずれも 0 名ではあるが，最大値では，地域型および一般病院で診断後等支援のための社会福祉士の配置が多く（連携型の専従最大値 2 名，兼務最大値 9 名，一般病院の専従最大値 2 名，兼務最大値 9 名），地域型および精神科病院で診断後等支援のための精神保健福祉士の配置が多かった（地域型の専従最大値 3 名，兼務最大値 3 名，精神科病院の専従最大値 3 名，兼務最大値 9 名）。そのほかの職種は，看護師（認知症看護認定看護師・老年看護認定看護師含む），臨床心理技術者，保健師，介護支援専門員，介護福祉士，作業療法士，言語聴覚士，理学療法士，薬剤師，管理栄養士，医療ソーシャルワーカー，認知症ケア上級専門士，若年性認知症支援コーディネーター，音楽療法士などが配置されていた。

表 41 類型別 診断後等支援のための社会福祉士配置状況

		日常生活支援のための相談員の配置 社会福祉士 専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型 I	14	2	16
		87.5%	12.5%	100.0%
	基幹型 II	4	0	4
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	335	45	380
		88.2%	11.8%	100.0%
連携型	78	21	99	
	78.8%	21.2%	100.0%	
合計	431	68	499	
		86.4%	13.6%	100.0%

表 42 医療機関種別 診断後等支援のための社会福祉士配置状況

		日常生活支援のための相談員の配置 社会福祉士 専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関 種別	一般病院	182	45	227
		80.2%	19.8%	100.0%
	精神科病院	218	15	233
		93.6%	6.4%	100.0%
	診療所	31	8	39
合計	431	68	499	
		86.4%	13.6%	100.0%



表 43 類型別 診断後等支援のための精神保健福祉士配置状況

		日常生活支援のための相談員の配置 精神保健福祉士		専従または兼務のいずれか
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型 I	9	7	16
		56.3%	43.8%	100.0%
	基幹型 II	3	1	4
		75.0%	25.0%	100.0%
	地域型	196	184	380
		51.6%	48.4%	100.0%
連携型	66	33	99	
合計	274	225	499	
	54.9%	45.1%	100.0%	

表 44 医療機関別 診断後等支援のための精神保健福祉士配置状況

		日常生活支援のための相談員の配置 精神保健福祉士		専従または兼務のいずれか
		配置なし	配置あり	合計
医療機関 種別	一般病院	144	83	227
		63.4%	36.6%	100.0%
	精神科病院	101	132	233
		43.3%	56.7%	100.0%
	診療所	29	10	39
74.4%		25.6%	100.0%	
合計	274	225	499	
	54.9%	45.1%	100.0%	

#### 8) 診断後等支援機能に関する業務内容

相談員による診断後の相談支援、ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施、その他の日常生活支援業務の実施を類型別・医療機関種別に示す（表 45, 46, 図 8, 9）。空欄の報告は減少し、相談員による診断後の相談支援には空欄 0 件であったが、ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施は 85 件の空欄、その他の活動は 56 件の空欄があり、欠損値として扱った。相談員による診断後の相談は全体で 97.6%が実施しており（0.5 ポイント増）、昨年度と実施率に大きな差はなかった。ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施は全体で 40.8%が実施しており（1.9 ポイント増）、地域型での実施が多く、基幹型 I と診療所で同程度であった。その他の内容は認知症の人や家族介護者を対象とした相談会・講座の開催等による支援、認知症カフェや本人家族の交流会、男性介護者家族の会などピアサポートの開催や案内、受療前相談、福祉サービス等の社会資源の利用援助や面接同行、自宅訪問による援助、通院継続のための支援、スローショッピングやコーラスグループ等の非薬物療法など多彩な内容が挙げられた。経年的な比較は結果の末尾に記載する（付表 1～4）。

表 45 類型別 診断後等支援機能に関する業務内容

		相談員による診断後の 相談支援	ピアカウンセリングなどの ピアサポート活動や 交流会の実施	その他
		あり	あり	あり
合計		487	169	173
		97.6%	40.8%	39.1%
類型	基幹型Ⅰ	16 100.0%	4 28.6%	4 33.3%
	基幹型Ⅱ	4 100.0%	1 25.0%	1 25.0%
	地域型	372 97.9%	140 44.4%	123 37.3%
	連携型	95 96.0%	24 29.6%	45 46.4%

表 46 医療機関種別 診断後等支援機能に関する業務内容

		相談員による診断後の 相談支援	ピアカウンセリングなどの ピアサポート活動や 交流会の実施	その他
		あり	あり	あり
医療機関 種別	合計	487 97.6%	169 40.8%	173 39.1%
	一般病院	224 98.7%	82 45.1%	84 42.0%
	精神科病院	227 97.4%	74 36.5%	61 29.9%
	診療所	36 92.3%	13 44.8%	28 71.8%

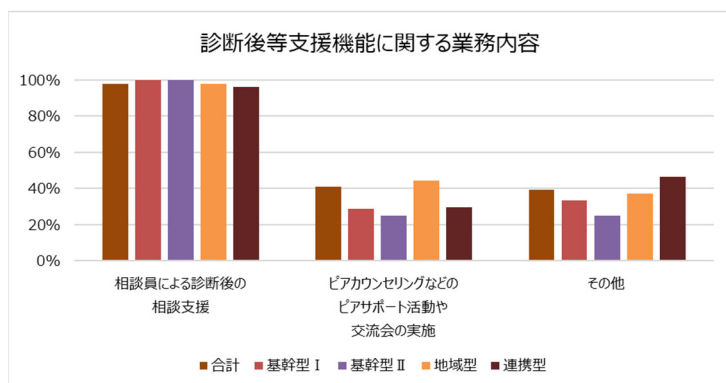


図 8 類型別 診断後等支援機能に関する業務内容(再掲)

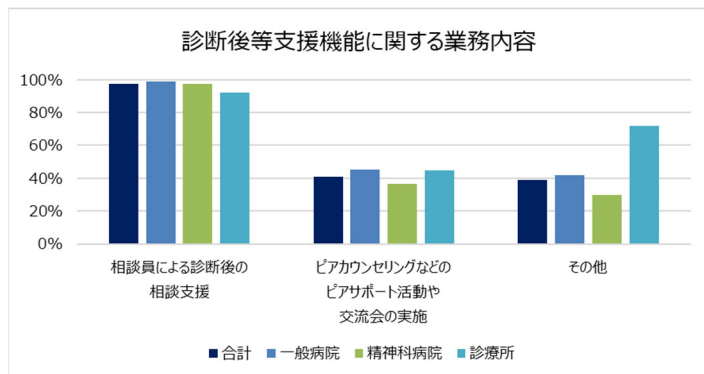


図 9 医療機関種別 診断後等支援機能に関する業務内容 (再掲)

## II-2. 検査体制

類型別検査体制（表 47, 48, 49, 図 10, 11）、医療機関種別検査体制（表 50, 51, 52, 図 12, 13）をそれぞれ示す。検査体制に関して保有機器台数の項目が削除されるなど報告様式の変更により、空欄はなかった。一方でこれまで報告項目になかった PET 検査と髄液検査が追加された。基幹型 I, II では CT, MRI, SPECT 検査は 100%整備されていたが、PET 検査および髄液検査はかならずしも整備されていなかった。自施設で画像検査が困難なケースは、連携医療機関における検査設備を活用していると考えられるが、自施設と連携先のどちらかに検査体制があると回答したのは全体でも PET 検査 45.3%, 髄液検査 56.1% であり、とくに地域型や連携型で少数であった。医療機関種別にみても、CT 検査の整備率は高いものの、診療所で CT 検査が自院で可能なものは 35.9%であった。類型別同様、自施設で検査が困難な医療機関は、連携医療機関における画像検査設備を活用していると考えられたが、自施設と連携先のいずれにも検査設備がある診療所は少数であった。

表 47 類型別 自施設検査体制

		CT検査	MRI検査	SPECT検査	PET検査	髄液検査
		あり	あり	あり	あり	あり
合計		461	256	144	63	147
		92.4%	51.3%	28.9%	12.6%	29.5%
類型	基幹型 I	16	16	16	11	13
		100.0%	100.0%	100.0%	68.8%	81.3%
	基幹型 II	4	4	4	3	3
		100.0%	100.0%	100.0%	75.0%	75.0%
	地域型	376	196	110	44	114
		98.9%	51.6%	28.9%	11.6%	30.0%
	連携型	65	40	14	5	17
		65.7%	40.4%	14.1%	5.1%	17.2%

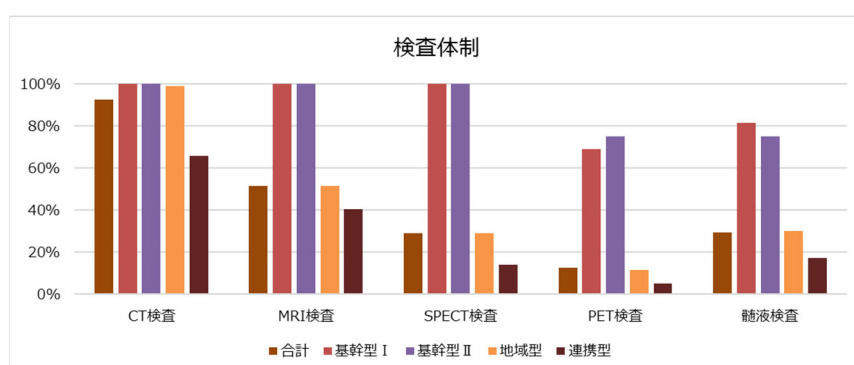


図 10 類型別 検査体制(再掲)

表 48 類型別 連携先の画像検査設備

		CT検査	MRI検査	SPECT検査	PET検査	髄液検査
		連携先にある	連携先にある	連携先にある	連携先にある	連携先にある
合計		91	247	351	166	143
		18.2%	49.5%	70.3%	33.3%	28.7%
類型	基幹型 I	0	0	0	2	1
		0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	6.3%
	基幹型 II	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	地域型	46	188	269	128	108
		12.1%	49.5%	70.8%	33.7%	28.4%
	連携型	45	59	82	36	34
		45.5%	59.6%	82.8%	36.4%	34.3%

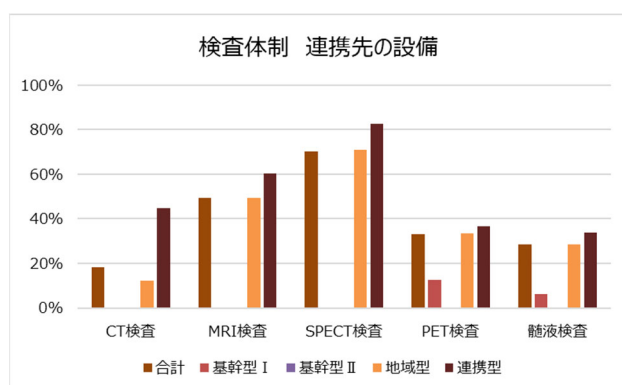


図 11 類型別 連携先の画像検査設備 (再掲)

表 49 類型別 自施設または連携先の検査体制

		CT検査	MRI検査	SPECT検査	PET検査	髄液検査
		自施設または連携先にある	自施設または連携先にある	自施設または連携先にある	自施設または連携先にある	自施設または連携先にある
合計		496	489	490	226	280
		99.4%	98.0%	98.2%	45.3%	56.1%
類型	基幹型 I	16	16	16	13	13
		100.0%	100.0%	100.0%	81.3%	81.3%
	基幹型 II	4	4	4	3	3
		100.0%	100.0%	100.0%	75.0%	75.0%
	地域型	378	373	374	170	216
		99.5%	98.2%	98.4%	44.7%	56.8%
	連携型	98	96	96	40	48
		99.0%	97.0%	97.0%	40.4%	48.5%

表 50 医療機関種別 自施設検査体制

		CT検査	MRI検査	SPECT検査	PET検査	髄液検査
		あり	あり	あり	あり	あり
合計		461	256	144	63	147
		92.4%	51.3%	28.9%	12.6%	29.5%
医療機関種別	一般病院	226	195	130	60	126
		99.6%	85.9%	57.3%	26.4%	55.5%
	精神科病院	221	53	12	2	20
		94.8%	22.7%	5.2%	0.9%	8.6%
	診療所	14	8	2	1	1
		35.9%	20.5%	5.1%	2.6%	2.6%

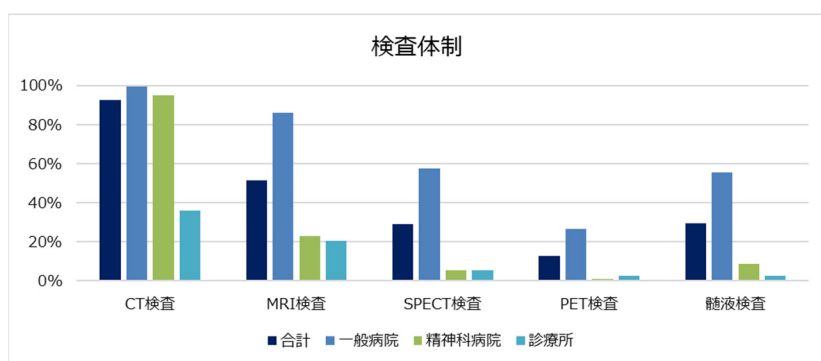


図 12 医療機関種別 検査体制(再掲)

表 51 医療機関種別 連携先の画像検査設備

		CT検査	MRI検査	SPECT検査	PET検査	髄液検査
		連携先にあり	連携先にあり	連携先にあり	連携先にあり	連携先にあり
合計		91	247	351	166	143
		18.2%	49.5%	70.3%	33.3%	28.7%
医療機関種別	一般病院	16	40	98	54	34
		7.0%	17.6%	43.2%	23.8%	15.0%
	精神科病院	47	179	219	97	94
		20.2%	76.8%	94.0%	41.6%	40.3%
	診療所	28	28	34	15	15
		71.8%	71.8%	87.2%	38.5%	38.5%

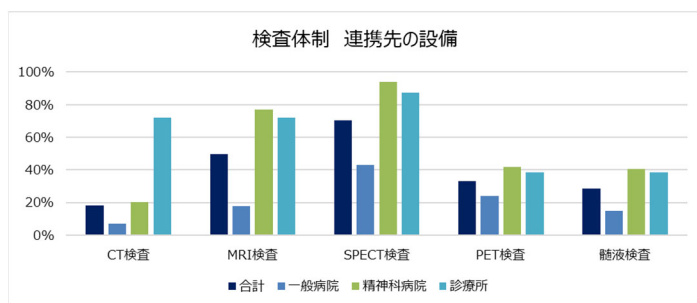


図 13 医療機関種別 連携先の画像検査設備 (再掲)

表 52 医療機関種別 自施設または連携先の検査体制

		CT検査	MRI検査	SPECT検査	PET検査	髄液検査
		自施設または連携先にあり	自施設または連携先にあり	自施設または連携先にあり	自施設または連携先にあり	自施設または連携先にあり
合計		496	489	490	226	280
		99.4%	98.0%	98.2%	45.3%	56.1%
医療機関種別	一般病院	226	225	225	112	153
		99.6%	99.1%	99.1%	49.3%	67.4%
	精神科病院	232	228	229	98	112
		99.6%	97.9%	98.3%	42.1%	48.1%
	診療所	38	36	36	16	15
		97.4%	92.3%	92.3%	41.0%	38.5%

### II-3. 相談件数

- 1) 相談方法：類型別相談件数（表 53，図 14），医療機関種別相談件数（表 54，図 15）をそれぞれ示す。相談件数の数値入力欄が空欄となっていた医療機関では，訪問相談件数を確認していない，あるいは当該方法による相談を行っていない可能性があるが，集計データ上では「0」となり集計に含まれていることに注意が必要である。平均相談件数は，基幹型Ⅱの面接相談件数が少なく，地域型で電話・面接相談件数が多く，連携型で訪問・オンライン相談件数が多いが，ともに医療機関ごとのばらつきが非常に大きいことが伺われた。医療機関種別では平均の電話相談件数は精神科病院で多く，面接相談件数は一般病院で多く，訪問・オンライン相談件数は診療所において多かった。

表 53 類型別 相談件数（上から電話相談，面接相談，訪問相談，オンライン，その他）

		相談件数 電話					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	524.1	483.4	338	56	1812
	基幹型 II	4	394.0	518.9	181	60	1154
	地域型	380	1056.3	1528.4	574	1	14898
	連携型	99	439.9	771.5	184	0	4409
	合計	499	911.6	1403.9	476	0	14898
		相談件数 面接					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	226.7	338.0	126	7	1256
	基幹型 II	4	58.3	40.2	67	4	95
	地域型	380	366.7	594.7	168	0	6311
	連携型	99	215.0	481.0	29	0	3267
	合計	499	329.6	568.1	129	0	6311
		相談件数 訪問					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	1.1	3.5	0	0	14
	基幹型 II	4	2.5	5.0	0	0	10
	地域型	380	12.1	45.8	0	0	735
	連携型	99	17.3	76.3	0	0	727
	合計	499	12.7	52.5	0	0	735
		相談件数 オンライン					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.0	0.0	0	0	0
	基幹型 II	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	380	1.8	13.9	0	0	179
	連携型	99	5.9	55.1	0	0	548
	合計	499	2.5	27.3	0	0	548
		相談件数 その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	115.3	283.4	1	0	1071
	基幹型 II	4	27.5	52.4	2	0	106
	地域型	380	50.3	246.4	0	0	3040
	連携型	99	72.3	402.2	0	0	3562
	合計	499	56.6	284.0	0	0	3562

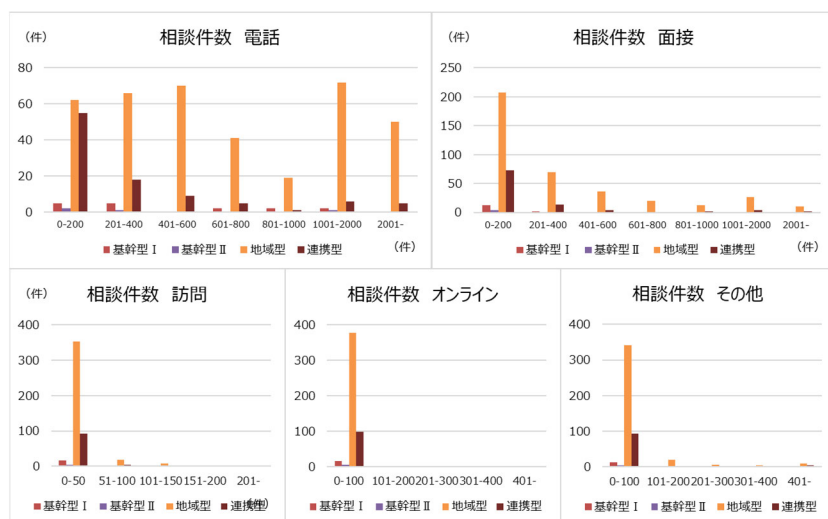


図 14 類型別 相談件数（上から電話相談，面接相談，訪問相談，オンライン，その他）

表 54 医療機関種別 相談件数（上から電話相談，面接相談，訪問相談，オンライン，その他）

		相談件数 電話					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	911.0	1508.6	412	0	14898
	精神科病院	233	958.1	1351.4	578	0	14586
	診療所	39	637.9	1026.1	277	2	4409
	合計	499	911.6	1403.9	476	0	14898
		相談件数 面接					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	440.4	728.4	165	0	6311
	精神科病院	233	224.6	288.4	102	0	1429
	診療所	39	312.3	651.8	50	0	3267
	合計	499	329.6	568.1	129	0	6311
		相談件数 訪問					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	6.9	21.7	0	0	149
	精神科病院	233	14.7	55.0	0	0	735
	診療所	39	34.6	118.7	0	0	727
	合計	499	12.7	52.5	0	0	735
		相談件数 オンライン					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	2.0	14.1	0	0	179
	精神科病院	233	1.0	11.1	0	0	167
	診療所	39	14.6	87.7	0	0	548
	合計	499	2.5	27.3	0	0	548
		相談件数 その他件数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	66.7	309.2	0	0	3040
	精神科病院	233	28.9	109.1	0	0	1153
	診療所	39	163.3	631.8	2	0	3562
	合計	499	56.6	284.0	0	0	3562

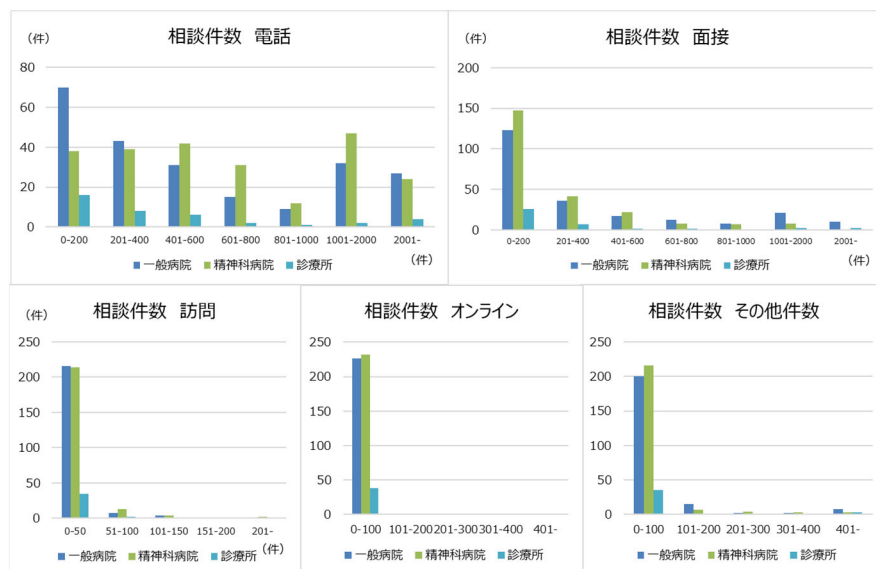


図 15 医療機関種別 相談件数（電話相談，面接相談，訪問相談，オンライン，その他）



2) 相談元：相談件数の相談元の主な内訳について、本人からの相談（表 55, 56）、家族等の介護者からの相談（表 57, 58）、地域包括支援センターからの相談（表 59, 60）、医療機関（かかりつけ医等）からの相談（表 61, 62）、居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談（表 63, 64）、行政機関からの相談（表 65, 66）、院内の他科からの相談（表 67, 68）を示す。「本人・家族」からの相談は「家族等の介護者」からの相談に統合し、地域包括支援センターは行政機関には含めないなど、重複集計のないように取り計らった。実績報告書上で数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれることに留意が必要である。本人からの相談は基幹型Ⅱで少なく、診療所で多かった。家族等介護者からの相談は地域型および一般病院で多かった。地域包括支援センターからの相談は地域型および診療所で多く、医療機関（かかりつけ医等）からの相談は地域型および精神科病院で多く、居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談および行政機関からの相談は、ともに地域型および精神科病院で多かった。院内の他科からの相談は地域型および一般病院で多かったが、院内他科のない単科病院・診療所が（実績報告書上空欄であっても）母数に含まれていることに留意が必要である。

表 55 類型別 本人からの相談件数

		本人からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	149.1	193.7	68	6	671
	基幹型Ⅱ	4	50.8	61.3	30	6	137
	地域型	380	155.4	309.4	53	0	2684
	連携型	99	177.5	513.4	12	0	3499
	合計	499	158.7	355.1	48	0	3499

表 56 医療機関種別 本人からの相談件数

		本人からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	201.1	381.8	57	0	2684
	精神科病院	233	86.1	132.4	39	0	873
	診療所	39	346.3	773.8	29	0	3499
	合計	499	158.7	355.1	48	0	3499

表 57 類型別 家族等の介護者からの相談件数

		家族等の介護者からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	349.2	261.8	258	37	832
	基幹型Ⅱ	4	222.8	237.7	166	21	539
	地域型	380	605.2	756.5	365	0	6560
	連携型	99	307.4	549.9	107	0	3886
	合計	499	534.9	716.5	296	0	6560

表 58 医療機関種別 家族等の介護者からの相談件数

		家族等の介護者からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	585.2	875.7	280	0	6560
	精神科病院	233	505.6	548.6	336	0	3150
	診療所	39	416.3	543.5	193	0	1988
	合計	499	534.9	716.5	296	0	6560

表 59 類型別 地域包括支援センターからの相談件数

		地域包括支援センターからの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	72.4	106.4	42	1	392
	基幹型 II	4	30.8	36.5	21	0	82
	地域型	380	94.5	115.9	54	0	695
	連携型	99	55.6	124.3	16	0	1032
	合計	499	85.6	117.8	43	0	1032

表 60 医療機関種別 地域包括支援センターからの相談件数

		地域包括支援センターからの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	77.7	113.8	33	0	695
	精神科病院	233	91.4	107.0	54	0	601
	診療所	39	96.3	185.3	20	0	1032
	合計	499	85.6	117.8	43	0	1032

表 61 類型別 医療機関（かかりつけ医等）からの相談件数

		医療機関（かかりつけ医等）からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	118.3	149.3	56	0	549
	基幹型 II	4	135.0	167.4	83	4	371
	地域型	380	175.0	325.1	73	0	3360
	連携型	99	66.9	131.6	14	0	809
	合計	499	151.4	294.2	58	0	3360

表 62 医療機関種別 医療機関（かかりつけ医等）からの相談件数

		医療機関（かかりつけ医等）からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	152.7	295.1	44	0	2807
	精神科病院	233	162.7	309.1	76	0	3360
	診療所	39	76.6	162.4	10	0	809
	合計	499	151.4	294.2	58	0	3360

表 63 類型別 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの相談件数

		居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	75.6	111.6	22	0	400
	基幹型 II	4	8.0	4.9	9	2	12
	地域型	380	205.5	314.8	102	0	3485
	連携型	99	123.2	356.5	19	0	3186
	合計	499	183.4	320.2	76	0	3485

表 64 医療機関種別 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの相談件数

		居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	159.9	340.8	38	0	3485
	精神科病院	233	204.0	246.6	113	0	1706
	診療所	39	197.4	525.1	42	0	3186
	合計	499	183.4	320.2	76	0	3485

表 65 類型別 行政機関からの相談件数

		行政機関からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	17.9	29.2	5	0	113
	基幹型 II	4	9.8	11.3	7	0	26
	地域型	380	40.3	74.1	12	0	624
	連携型	99	17.9	43.1	5	0	239
	合計	499	34.9	68.3	9	0	624

表 66 医療機関種別 行政機関からの相談件数

		行政機関からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	27.3	48.3	8	0	334
	精神科病院	233	43.1	83.5	12	0	624
	診療所	39	30.5	61.9	7	0	239
	合計	499	34.9	68.3	9	0	624

表 67 類型別 院内の他科からの相談件数

		院内の他科からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	61.1	107.1	18	0	392
	基幹型 II	4	26.3	43.0	8	0	90
	地域型	380	121.6	786.7	0	0	13665
	連携型	99	42.7	207.4	0	0	1821
	合計	499	103.2	693.5	0	0	13665

表 68 医療機関種別 院内の他科からの相談件数

		院内の他科からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	203.0	1009.2	8	0	13665
	精神科病院	233	12.5	79.8	0	0	1035
	診療所	39	65.0	306.8	0	0	1821
	合計	499	103.2	693.5	0	0	13665

#### II-4. 鑑別診断件数

認知症疾患医療センターにおいて1年間に診断された認知症関連疾患の鑑別診断件数を類型別・医療機関種別に以下に示す。実績報告書上で鑑別診断件数の数値入力欄が空欄となっていた医療機関はデータ集計上「0」となり、実数記入欄に文字入力をしていなかったケースのみ欠損値とした。また実績報告書上において、数値入力欄の結合を解除して報告したことで鑑別診断別の件数が集計データに反映されなかった医療機関があった。

1) 正常または健常：類型別（表 69，図 16），医療機関種別（表 70，図 17）に，正常または健常と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．全数の中央値では基幹型Ⅱ・地域型および一般病院で多く，連携型および精神科病院，診療所で少ない傾向があった．65 歳未満の者では，基幹型および一般病院で多い傾向があった．

表 69 類型別 正常または健常の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 1.正常または健常 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	12.4	12.0	10	0	42
	基幹型Ⅱ	4	13.5	9.9	16	0	23
	地域型	380	13.7	20.7	6	0	192
	連携型	99	9.8	25.8	3	0	236
	合計	499	12.9	21.5	5	0	236
		鑑別診断件数（実数） 1.正常または健常 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	3.6	6.4	2	0	27
	基幹型Ⅱ	4	1.5	1.3	2	0	3
	地域型	380	1.8	6.4	0	0	109
	連携型	99	1.1	2.4	0	0	14
	合計	499	1.7	5.8	0	0	109

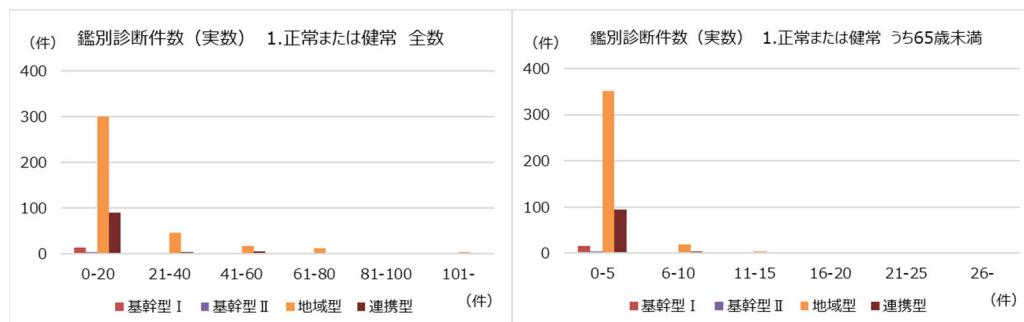


図 16 類型別 正常または健常の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 70 医療機関種別 正常または健常の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 1.正常または健常 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	20.7	27.9	13	0	236
	精神科病院	233	5.9	10.0	2	0	68
	診療所	39	9.2	12.3	5	0	57
	合計	499	12.9	21.5	5	0	236
		鑑別診断件数（実数） 1.正常または健常 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	3.0	8.2	1	0	109
	精神科病院	233	0.5	1.9	0	0	24
	診療所	39	1.4	2.6	0	0	11
	合計	499	1.7	5.8	0	0	109

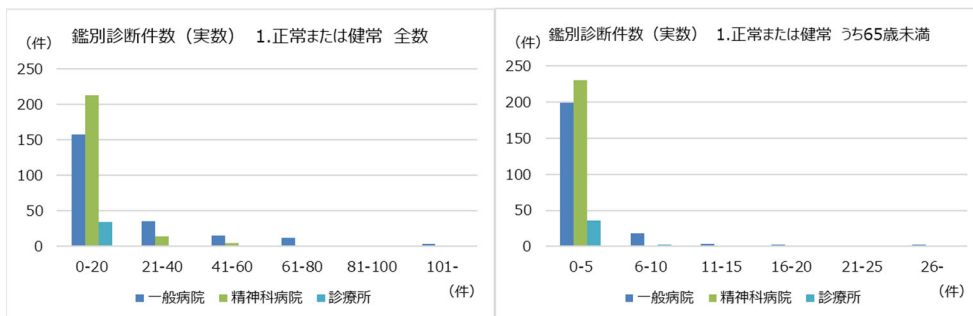


図 17 医療機関種別 正常または健常の鑑別診断件数 (左：全数, 右：うち 65 歳未満)

2) 軽度認知障害 (MCI) : 類型別 (表 71, 図 18), 医療機関種別 (表 72, 図 19) に, 軽度認知障害と診断されたものの鑑別診断件数について, それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す. 全数の中央値では基幹型 II および一般病院で多かった. 65 歳未満では基幹型 I, II 及び一般病院に多い傾向があった. 全体の平均値では昨年度から 1 名増加した.

表 71 類型別 軽度認知障害 (MCI) の鑑別診断件数 (上段：全数, 下段：うち 65 歳未満)

		鑑別診断件数 (実数) 2.軽度認知障害(MCI) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	36.0	24.0	29	11	105
	基幹型 II	4	58.8	68.3	44	3	144
	地域型	380	42.9	46.4	30	0	382
	連携型	99	25.6	41.8	13	0	368
	合計	499	39.3	45.6	25	0	382
		鑑別診断件数 (実数) 2.軽度認知障害(MCI) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	2.8	2.5	2	0	9
	基幹型 II	4	3.3	4.0	2	0	9
	地域型	380	1.1	2.7	0	0	44
	連携型	99	0.9	2.8	0	0	20
	合計	499	1.1	2.7	0	0	44

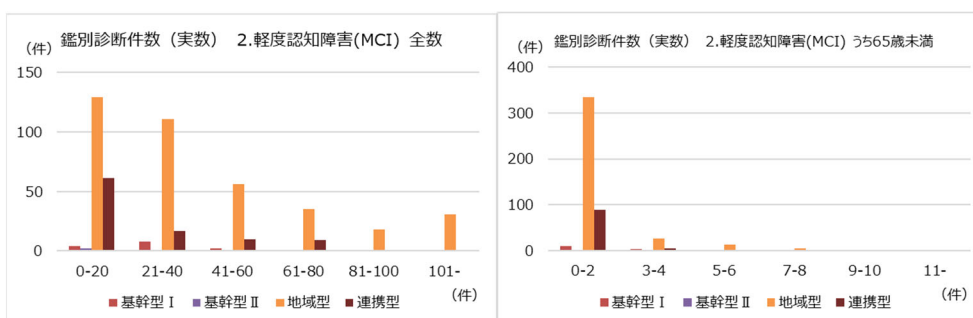


図 18 類型別 軽度認知障害 (MCI) の鑑別診断件数 (左：全数, 右：うち 65 歳未満)

表 72 医療機関種別 軽度認知障害 (MCI) の鑑別診断件数 (上段: 全数, 下段: うち 65 歳未満)

		鑑別診断件数 (実数) 2.軽度認知障害(MCI) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	49.0	53.6	33	0	382
	精神科病院	233	30.1	30.0	22	0	193
	診療所	39	38.2	59.9	22	0	368
	合計	499	39.3	45.6	25	0	382

		鑑別診断件数 (実数) 2.軽度認知障害(MCI) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	1.5	3.4	1	0	44
	精神科病院	233	0.6	1.1	0	0	7
	診療所	39	1.6	4.1	0	0	20
	合計	499	1.1	2.7	0	0	44

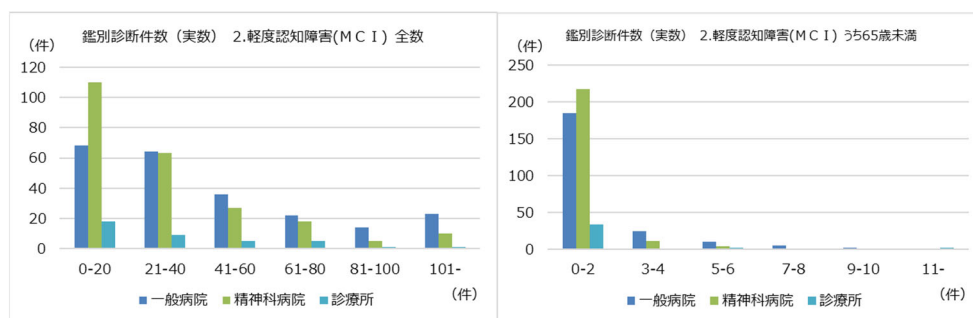


図 19 医療機関種別 軽度認知障害 (MCI) の鑑別診断件数 (左: 全数, 右: うち 65 歳未満)

3) アルツハイマー型認知症 (G30,F00) : 類型別 (表 73, 図 20), 医療機関種別 (表 74, 図 21) に, アルツハイマー型認知症と診断されたものの鑑別診断件数について, それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す. 全数の中央値では地域型および精神科病院における鑑別診断件数が多かった. 全数では昨年度と比較すると平均値で 2.3 人減少したが, うち 65 歳未満は平均値で 0.2 人増加した. 65 歳未満のアルツハイマー型認知症の鑑別診断件数 (中央値) は, 一年間におおむね 1~2 名であった (最小値 0~最大値 113 名).

表 73 類型別 アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数 (上段: 全数, 下段: うち 65 歳未満)

		鑑別診断件数 (実数) 3.アルツハイマー型認知症(G30,F00) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	52.1	42.0	36	8	139
	基幹型 II	4	44.5	40.9	40	7	92
	地域型	380	122.2	94.4	98	5	545
	連携型	99	68.8	70.8	47	0	542
	合計	499	108.7	91.7	87	0	545

		鑑別診断件数 (実数) 3.アルツハイマー型認知症(G30,F00) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	2.8	2.2	2	0	7
	基幹型 II	4	1.8	1.7	2	0	4
	地域型	380	2.1	6.3	1	0	113
	連携型	99	0.9	1.8	0	0	11
	合計	499	1.9	5.6	1	0	113

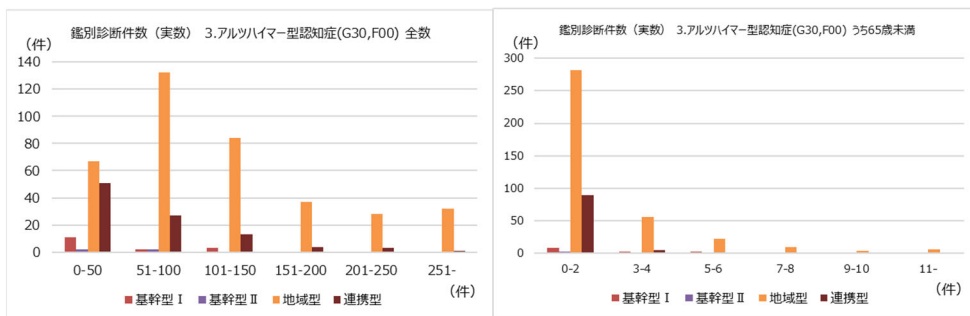


図 20 類型別 アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 74 医療機関種別 アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 3.アルツハイマー型認知症(G30,F00) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	100.1	89.7	74	0	545
	精神科病院	233	121.9	92.0	100	1	528
	診療所	39	79.8	91.6	54	0	542
	合計	499	108.7	91.7	87	0	545
		鑑別診断件数（実数） 3.アルツハイマー型認知症(G30,F00) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	2.4	7.9	1	0	113
	精神科病院	233	1.5	2.1	1	0	14
	診療所	39	1.2	2.5	0	0	11
	合計	499	1.9	5.6	1	0	113

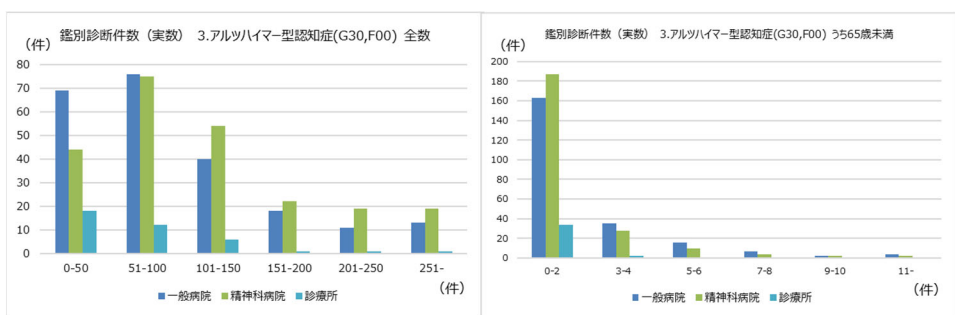


図 21 医療機関種別 アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

4) 血管性認知症 (F01) : 類型別 (表 75, 図 22), 医療機関種別 (表 76, 図 23) に, 血管性認知症と診断されたものの鑑別診断件数について, それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す. 中央値では基幹型 II, 地域型および精神科病院の鑑別診断件数が多かった. 一般病院では平均値で 5 人減少した. 65 歳未満の血管性認知症の鑑別診断件数はいずれの類型においても中央値で 0 名/年であり, 最大値で 6 名/年であった.

表 75 類型別 血管性認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 4.血管性認知症(F01) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	5.8	5.9	5	1	26
	基幹型 II	4	14.0	14.2	10	3	34
	地域型	380	14.7	15.4	10	0	103
	連携型	99	8.1	9.5	5	0	70
	合計	499	13.1	14.4	8	0	103
		鑑別診断件数（実数） 4.血管性認知症(F01) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.1	0.3	0	0	1
	基幹型 II	4	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	380	0.3	0.7	0	0	6
	連携型	99	0.1	0.4	0	0	2
	合計	499	0.3	0.6	0	0	6

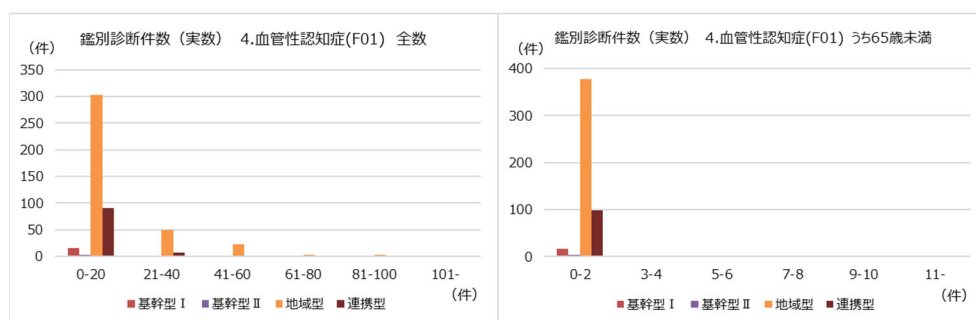


図 22 類型別 血管性認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 76 医療機関種別 血管性認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 4.血管性認知症(F01) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	12.4	12.8	8	0	77
	精神科病院	233	14.4	16.1	10	0	103
	診療所	39	9.1	11.9	7	0	70
	合計	499	13.1	14.4	8	0	103
		鑑別診断件数（実数） 4.血管性認知症(F01) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.3	0.5	0	0	2
	精神科病院	233	0.3	0.7	0	0	6
	診療所	39	0.2	0.5	0	0	2
	合計	499	0.3	0.6	0	0	6

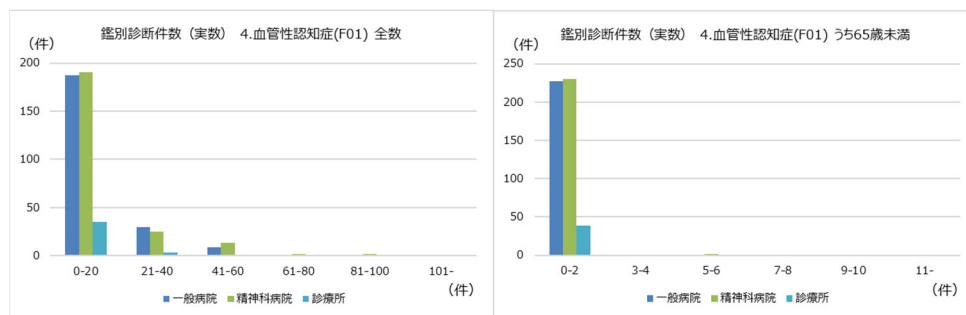


図 23 医療機関種別 血管性認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）



5) レビー小体型認知症 (G31,F02) : 類型別 (表 77, 図 24), 医療機関種別 (表 78, 図 25) に, レビー小体型認知症と診断されたものの鑑別診断件数について, それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す. 全数の中央値では地域型および一般病院, 精神科病院での鑑別診断件数が多かった. 65 歳未満のレビー小体型認知症の鑑別診断件数はいずれの類型でも中央値で 0 名/年, 最大値で 16 名/年であった.

表 77 類型別 レビー小体型認知症の鑑別診断件数 (上段: 全数, 下段: うち 65 歳未満)

		鑑別診断件数 (実数) 5.レビー小体型認知症(G31,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	7.4	4.3	7	1	13
	基幹型 II	4	5.5	5.8	4	1	14
	地域型	380	13.8	18.6	9	0	180
	連携型	99	7.9	9.6	5	0	53
	合計	499	12.4	17.0	8	0	180
		鑑別診断件数 (実数) 5.レビー小体型認知症(G31,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.3	0.6	0	0	2
	基幹型 II	4	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	380	0.3	1.2	0	0	16
	連携型	99	0.0	0.2	0	0	2
	合計	499	0.2	1.1	0	0	16

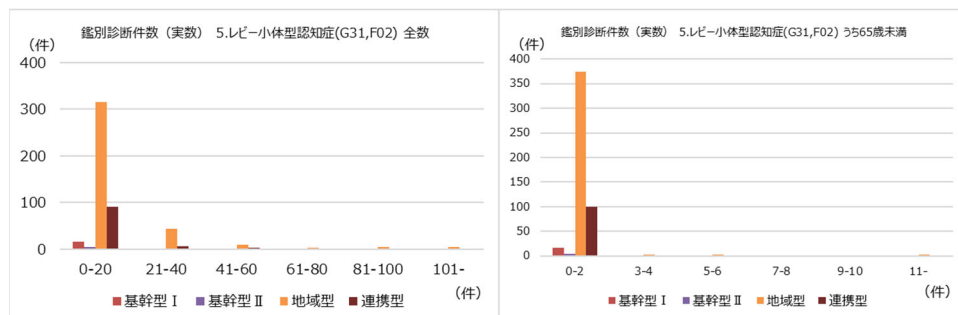


図 24 類型別 レビー小体型認知症の鑑別診断件数 (左: 全数, 右: うち 65 歳未満)

表 78 医療機関種別 レビー小体型認知症の鑑別診断件数 (上段: 全数, 下段: うち 65 歳未満)

		鑑別診断件数 (実数) 5.レビー小体型認知症(G31,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	12.8	19.0	8	0	180
	精神科病院	233	12.4	15.5	8	0	107
	診療所	39	10.4	12.1	7	0	53
	合計	499	12.4	17.0	8	0	180
		鑑別診断件数 (実数) 5.レビー小体型認知症(G31,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.3	1.5	0	0	16
	精神科病院	233	0.2	0.6	0	0	5
	診療所	39	0.0	0.2	0	0	1
	合計	499	0.2	1.1	0	0	16

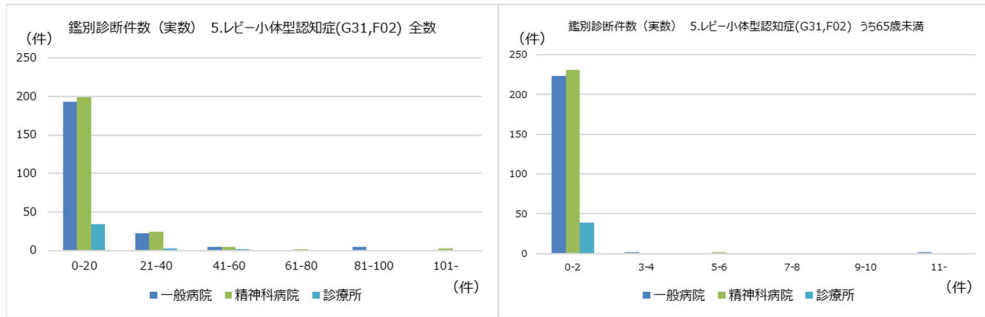


図 25 医療機関種別 レビー小体型認知症の鑑別診断件数 (左：全数，右：うち 65 歳未満)

6) 前頭側頭型認知症 (行動障害型・言語障害型を含む G31,F02) : 類型別 (表 79, 図 26), 医療機関種別 (表 80, 図 27) に, 前頭側頭型認知症と診断されたものの鑑別診断件数について, それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す. 全数の中央値では基幹型 I, II が多く, 平均値では地域型が多く, 医療機関種別では大きな差がなかった. 65 歳未満の前頭側頭型認知症の鑑別診断件数は, いずれの類型でも中央値で 0 名/年, 最大値で 6 名/年であった.

表 79 類型別 前頭側頭型認知症の鑑別診断件数 (上段：全数, 下段：うち 65 歳未満)

		鑑別診断件数 (実数) 6.前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む G31,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	3.0	4.9	3	0	20
	基幹型 II	4	2.5	2.4	3	0	5
	地域型	380	4.0	5.7	2	0	65
	連携型	99	2.1	3.0	1	0	14
	合計	499	3.6	5.2	2	0	65
		鑑別診断件数 (実数) 6.前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む G31,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.4	0.7	0	0	2
	基幹型 II	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	380	0.3	0.6	0	0	4
	連携型	99	0.2	0.7	0	0	6
	合計	499	0.2	0.6	0	0	6

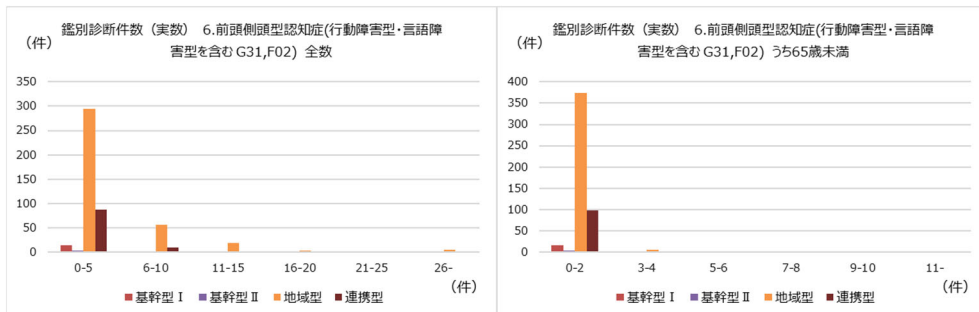


図 26 類型別 前頭側頭型認知症の鑑別診断件数 (左：全数, 右：うち 65 歳未満)

表 80 医療機関種別 前頭側頭型認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 6.前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む G31,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	3.6	6.0	2	0	65
	精神科病院	233	3.7	4.7	2	0	36
	診療所	39	2.5	3.3	1	0	12
	合計	499	3.6	5.2	2	0	65

		鑑別診断件数（実数） 6.前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む G31,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	0.3	0.8	0	0	6
	精神科病院	233	0.2	0.5	0	0	2
	診療所	39	0.1	0.3	0	0	1
	合計	499	0.2	0.6	0	0	6

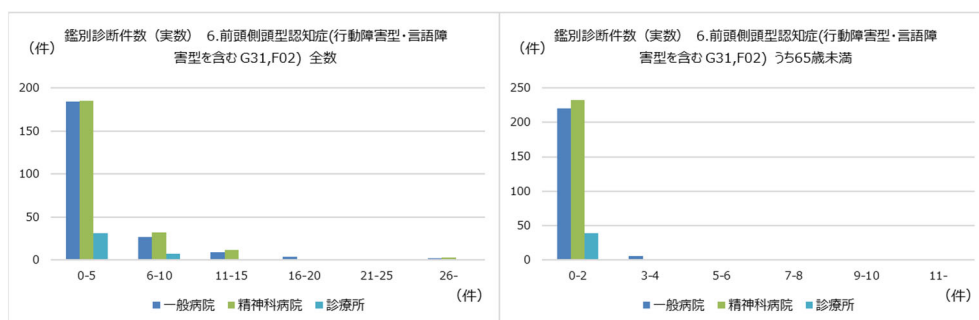


図 27 医療機関種別 前頭側頭型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

7) 外傷性脳損傷による認知症(S06,F02)：類型別（表 81，図 28），医療機関種別（表 82，図 29）に，正常または健常と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．鑑別診断件数は，全数ではいずれの類型でも中央値 0 名/年，最大値 27 件であった．65 歳未満ではいずれの類型でも中央値 0 名/年，最大値 7 名/年であった．

表 81 類型別 外傷性脳損傷による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 7.外傷性脳損傷による認知症(S06,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.1	0.3	0	0	1
	基幹型 II	4	0.5	1.0	0	0	2
	地域型	380	0.5	1.7	0	0	27
	連携型	99	0.4	1.7	0	0	16
	合計	499	0.5	1.7	0	0	27

		鑑別診断件数（実数） 7.外傷性脳損傷による認知症(S06,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.3	1.0	0	0	4
	基幹型 II	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	380	0.1	0.3	0	0	5
	連携型	99	0.1	0.7	0	0	7
	合計	499	0.1	0.5	0	0	7

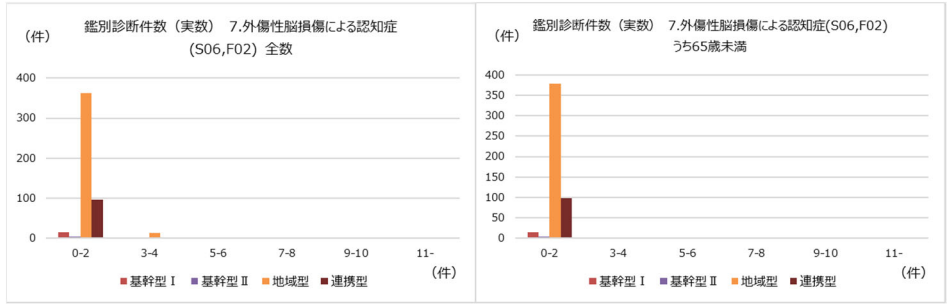


図 28 類型別 外傷性脳損傷による認知症の鑑別診断件数 (左：全数, 右：うち 65 歳未満)

表 82 医療機関種別 外傷性脳損傷による認知症の鑑別診断件数 (上段：全数, 下段：うち 65 歳未満)

		鑑別診断件数 (実数) 7.外傷性脳損傷による認知症(S06,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	0.5	1.9	0	0	27
	精神科病院	233	0.5	1.1	0	0	7
	診療所	39	0.7	2.6	0	0	16
	合計	499	0.5	1.7	0	0	27
		鑑別診断件数 (実数) 7.外傷性脳損傷による認知症(S06,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	0.0	0.3	0	0	4
	精神科病院	233	0.1	0.4	0	0	5
	診療所	39	0.2	1.1	0	0	7
	合計	499	0.1	0.5	0	0	7

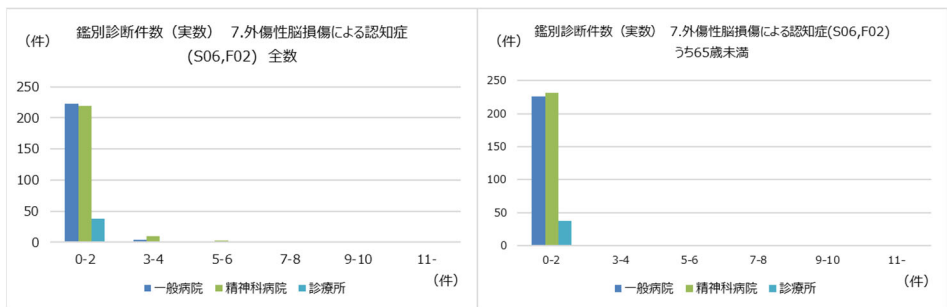


図 29 医療機関種別 外傷性脳損傷による認知症の鑑別診断件数 (左：全数, 右：うち 65 歳未満)

8) 物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む): 類型別 (表 83, 図 30), 医療機関種別 (表 84, 図 31) に, 物質・医薬品誘発性による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について, それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す. 鑑別診断件数は, 全数では中央値で 1 名/年, 最大値 32 名/年であった. 65 歳未満ではいずれの類型でも中央値 0 名/年であり, 最大値 21 名/年であった.

表 83 類型別 物質・医薬品誘発性による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 8.物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.4	0.9	0	0	3
	基幹型 II	4	1.3	1.9	1	0	4
	地域型	380	1.9	3.5	1	0	32
	連携型	99	0.9	2.1	0	0	17
	合計	499	1.6	3.2	1	0	32
		鑑別診断件数（実数） 8.物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.0	0.0	0	0	0
	基幹型 II	4	0.5	0.6	1	0	1
	地域型	380	0.3	1.3	0	0	21
	連携型	99	0.2	0.8	0	0	7
	合計	499	0.2	1.2	0	0	21

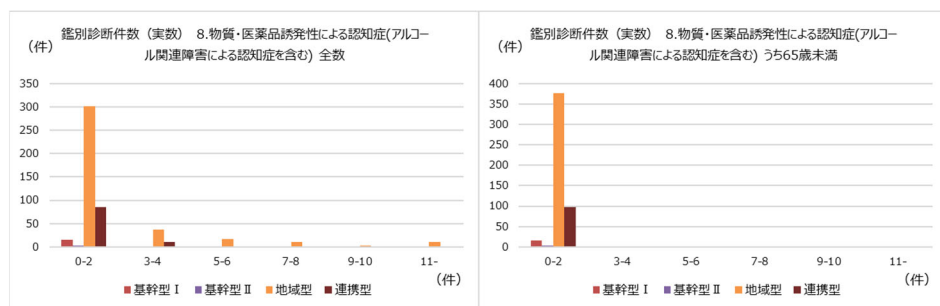


図 30 類型別 物質・医薬品誘発性による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 84 医療機関種別 物質・医薬品誘発性による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 8.物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	1.9	3.9	1	0	32
	精神科病院	233	1.5	2.7	1	0	20
	診療所	39	0.9	1.5	0	0	7
	合計	499	1.6	3.2	1	0	32
		鑑別診断件数（実数） 8.物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.3	1.7	0	0	21
	精神科病院	233	0.2	0.4	0	0	3
	診療所	39	0.2	0.5	0	0	2
	合計	499	0.2	1.2	0	0	21

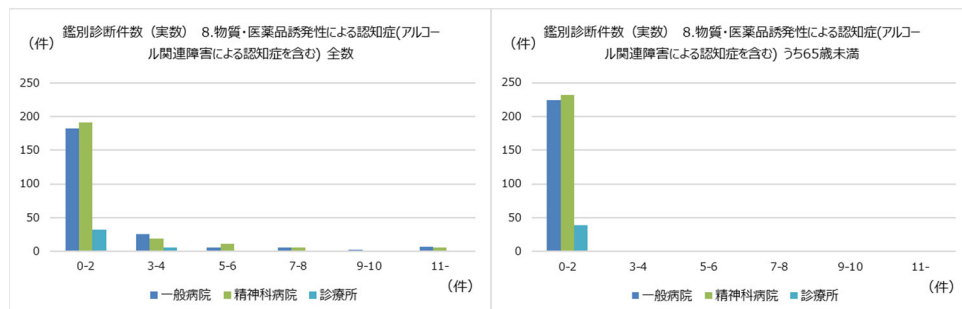


図 31 医療機関種別 物質・医薬品誘発性による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

9) HIV 感染による認知症(B20,F02)：類型別 (表 85, 図 32), 医療機関種別 (表 86, 図 33) に, HIV 感染による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について, それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す. 全数では中央値ではいずれの類型でも 0 名/年, 最大値で 3 名/年の鑑別診断件数であった.

表 85 類型別 HIV 感染による認知症の鑑別診断件数 (上段：全数, 下段：うち 65 歳未満)

		鑑別診断件数 (実数) 9.HIV感染による認知症(B20,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.0	0.0	0	0	0
	基幹型 II	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	380	0.0	0.2	0	0	3
	連携型	99	0.0	0.0	0	0	0
	合計	499	0.0	0.1	0	0	3
		鑑別診断件数 (実数) 9.HIV感染による認知症(B20,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.0	0.0	0	0	0
	基幹型 II	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	380	0.0	0.1	0	0	1
	連携型	99	0.0	0.0	0	0	0
	合計	499	0.0	0.0	0	0	1

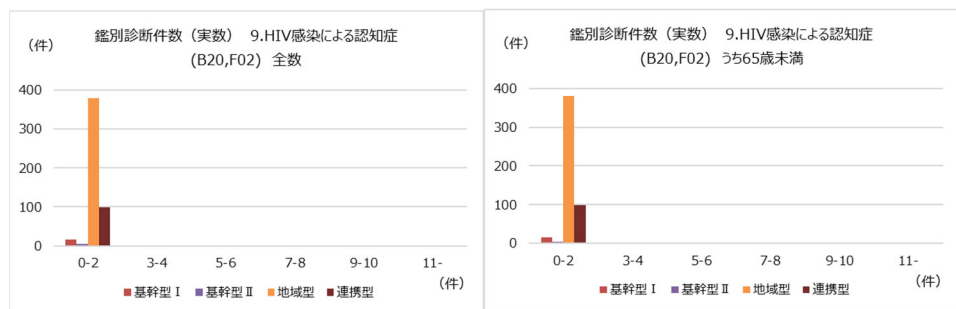


図 32 類型別 HIV 感染による認知症の鑑別診断件数 (左：全数, 右：うち 65 歳未満)

表 86 医療機関種別 HIV 感染による認知症の鑑別診断件数 (上段：全数, 下段：うち 65 歳未満)

		鑑別診断件数 (実数) 9.HIV感染による認知症(B20,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.0	0.1	0	0	1
	精神科病院	233	0.0	0.2	0	0	3
	診療所	39	0.0	0.0	0	0	0
	合計	499	0.0	0.1	0	0	3
		鑑別診断件数 (実数) 9.HIV感染による認知症(B20,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.0	0.0	0	0	0
	精神科病院	233	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	39	0.0	0.0	0	0	0
	合計	499	0.0	0.0	0	0	1

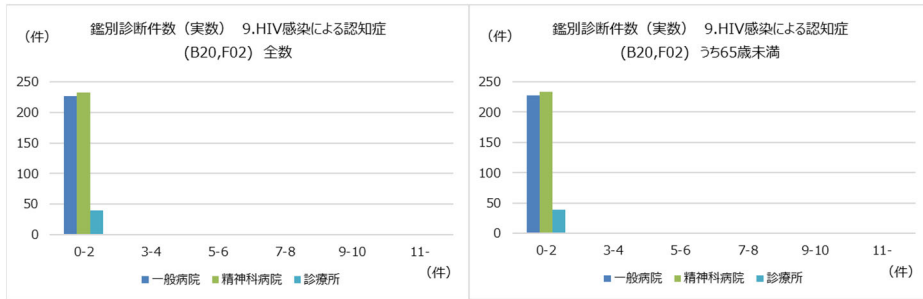


図 33 医療機関種別 HIV 感染による認知症の鑑別診断件数 (左：全数，右：うち 65 歳未満)

10) プリオン病による認知症(A81,F02)：類型別 (表 87, 図 34), 医療機関種別 (表 88, 図 35) に, プリオン病による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について, それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す. 全数では中央値でいずれの類型でも 0 名/年であり, 最大値 3 名/年であった. うち 65 歳未満は最大値 1 名/年の鑑別診断件数であった.

表 87 類型別 プリオン病による認知症の鑑別診断件数 (上段：全数, 下段：うち 65 歳未満)

		鑑別診断件数 (実数) 10.プリオン病による認知症(A81,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.0	0.0	0	0	0
	基幹型 II	4	0.5	1.0	0	0	2
	地域型	380	0.0	0.2	0	0	3
	連携型	99	0.1	0.2	0	0	1
	合計	499	0.0	0.2	0	0	3
		鑑別診断件数 (実数) 10.プリオン病による認知症(A81,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.0	0.0	0	0	0
	基幹型 II	4	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	380	0.0	0.1	0	0	1
	連携型	99	0.0	0.1	0	0	1
	合計	499	0.0	0.1	0	0	1

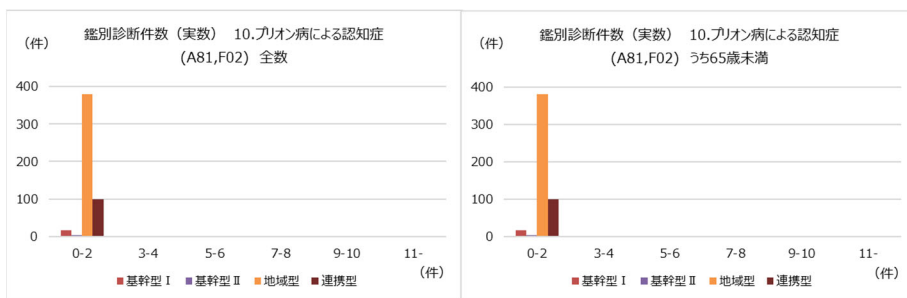


図 34 類型別 プリオン病による認知症の鑑別診断件数 (左：全数, 右：うち 65 歳未満)

表 88 医療機関種別 プリオン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 10.プリオン病による認知症(A81,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.0	0.2	0	0	2
	精神科病院	233	0.0	0.2	0	0	3
	診療所	39	0.1	0.3	0	0	1
	合計	499	0.0	0.2	0	0	3

		鑑別診断件数（実数） 10.プリオン病による認知症(A81,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.0	0.1	0	0	1
	精神科病院	233	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	39	0.1	0.2	0	0	1
	合計	499	0.0	0.1	0	0	1

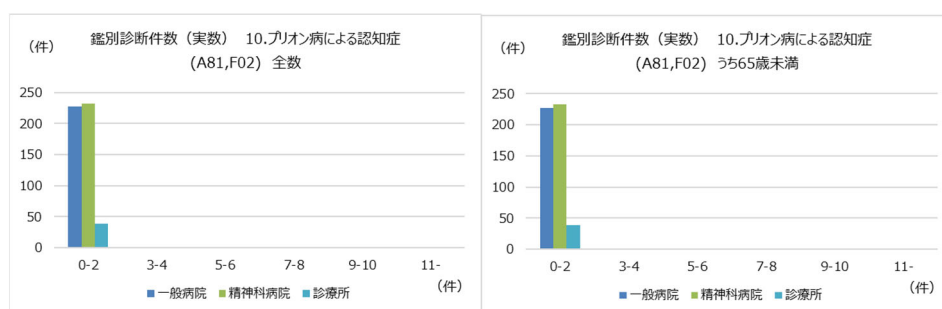


図 35 医療機関種別 プリオン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

11) パーキンソン病による認知症(G20,F02): 類型別 (表 89, 図 36), 医療機関種別 (表 90, 図 37) に, パーキンソン病による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について, それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す. 全数では中央値でいずれの類型でも 0 名/年であった. 最大値は 27 名/年であった. うち 65 歳未満では最大値 5 名/年の鑑別診断件数であった.

表 89 類型別 パーキンソン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 11.パーキンソン病による認知症(G20,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.2	0.5	0	0	2
	基幹型 II	4	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	380	0.8	2.1	0	0	19
	連携型	99	0.7	2.9	0	0	27
	合計	499	0.8	2.2	0	0	27

		鑑別診断件数（実数） 11.パーキンソン病による認知症(G20,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.0	0.0	0	0	0
	基幹型 II	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	380	0.0	0.2	0	0	2
	連携型	99	0.1	0.5	0	0	5
	合計	499	0.0	0.3	0	0	5



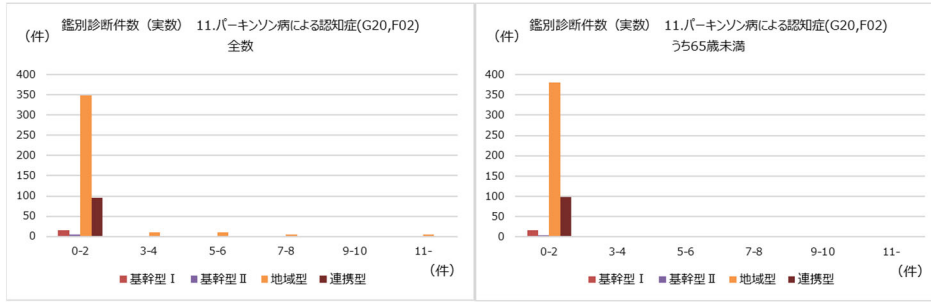


図 36 類型別 パーキンソン病による認知症の鑑別診断件数 (左：全数, 右：うち 65 歳未満)

表 90 医療機関種別 パーキンソン病による認知症の鑑別診断件数 (上段：全数, 下段：うち 65 歳未満)

		鑑別診断件数 (実数) 11.パーキンソン病による認知症(G20,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	1.0	2.9	0	0	27
	精神科病院	233	0.6	1.2	0	0	8
	診療所	39	0.8	1.7	0	0	10
	合計	499	0.8	2.2	0	0	27
		鑑別診断件数 (実数) 11.パーキンソン病による認知症(G20,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.1	0.4	0	0	5
	精神科病院	233	0.0	0.2	0	0	2
	診療所	39	0.1	0.2	0	0	1
	合計	499	0.0	0.3	0	0	5

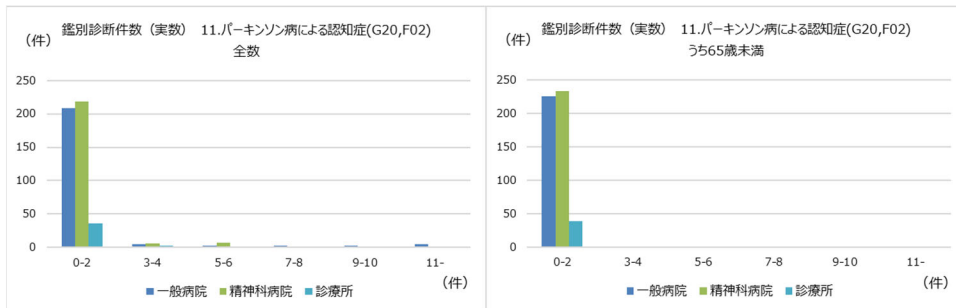


図 37 医療機関種別 パーキンソン病による認知症の鑑別診断件数 (左：全数, 右：うち 65 歳未満)

12) ハンチントン病による認知症(G10,F02): 類型別 (表 91, 図 38), 医療機関種別 (表 92, 図 39) に, ハンチントン病による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について, それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す. 全数では中央値でいずれの類型でも 0 名/年であった. 最大値は 1 名/年であった.

表 91 類型別 ハンチントン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 12.ハンチントン病による認知症(G10,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.0	0.0	0	0	0
	基幹型 II	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	380	0.0	0.1	0	0	1
	連携型	99	0.0	0.1	0	0	1
	合計	499	0.0	0.1	0	0	1
		鑑別診断件数（実数） 12.ハンチントン病による認知症(G10,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.0	0.0	0	0	0
	基幹型 II	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	380	0.0	0.1	0	0	1
	連携型	99	0.0	0.1	0	0	1
	合計	499	0.0	0.1	0	0	1

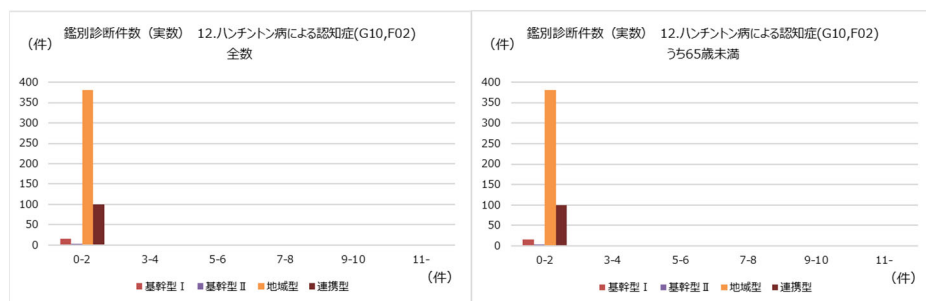


図 38 類型別 ハンチントン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 92 医療機関種別 ハンチントン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 12.ハンチントン病による認知症(G10,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.0	0.1	0	0	1
	精神科病院	233	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	39	0.0	0.2	0	0	1
	合計	499	0.0	0.1	0	0	1
		鑑別診断件数（実数） 12.ハンチントン病による認知症(G10,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.0	0.1	0	0	1
	精神科病院	233	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	39	0.0	0.2	0	0	1
	合計	499	0.0	0.1	0	0	1

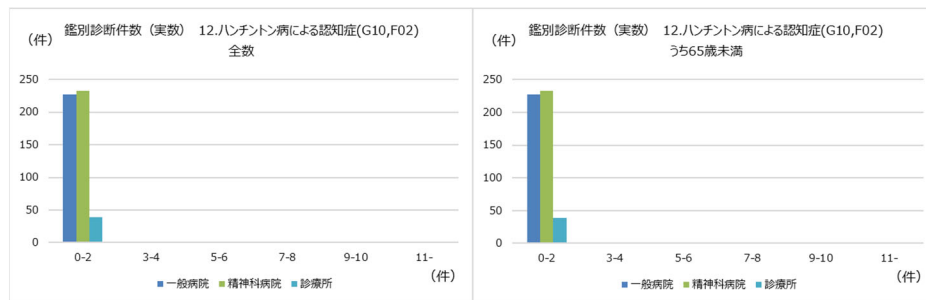


図 39 医療機関種別 ハンチントン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

13) 正常圧水頭症(G91)：類型別（表 93，図 40），医療機関種別（表 94，図 41）に，正常圧水頭症による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．基幹型Ⅱで中央値 1 名/年であったが，地域型では中央値 0 名/年，最小値 0 名/年，最大値 123 名/年と，医療機関の専門性による鑑別診断件数の差が大きいことが伺われた．うち 65 歳未満の鑑別診断件数はいずれの類型でも中央値 0 名/年，最大値 7 名/年であった．

表 93 類型別 正常圧水頭症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 13.正常圧水頭症(G91) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	1.6	3.8	0	0	15
	基幹型Ⅱ	4	0.5	0.6	1	0	1
	地域型	380	1.7	7.4	0	0	123
	連携型	99	0.8	1.9	0	0	9
	合計	499	1.5	6.6	0	0	123
		鑑別診断件数（実数） 13.正常圧水頭症(G91) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	0.1	0.3	0	0	1
	基幹型Ⅱ	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	380	0.0	0.4	0	0	7
	連携型	99	0.0	0.1	0	0	1
	合計	499	0.0	0.4	0	0	7

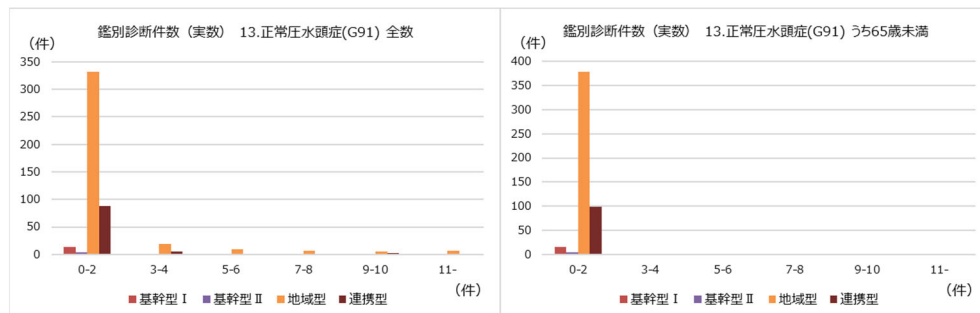


図 40 類型別 正常圧水頭症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 94 医療機関種別 正常圧水頭症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 13.正常圧水頭症(G91) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	2.0	8.9	0	0	123
	精神科病院	233	1.1	3.8	0	0	51
	診療所	39	0.9	1.9	0	0	9
	合計	499	1.5	6.6	0	0	123
		鑑別診断件数（実数） 13.正常圧水頭症(G91) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.1	0.5	0	0	7
	精神科病院	233	0.0	0.2	0	0	1
	診療所	39	0.0	0.0	0	0	0
	合計	499	0.0	0.4	0	0	7

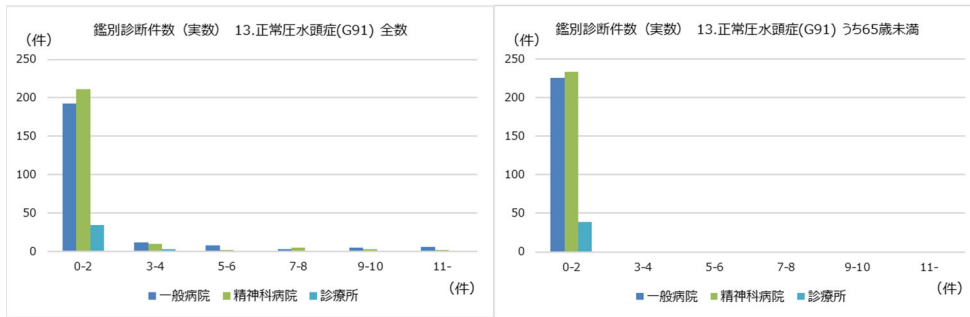


図 41 医療機関種別 正常圧水頭症の鑑別診断件数 (左: 全数, 右: うち 65 歳未満)

14) 他の医学的疾患による認知症(F02): 類型別 (表 95, 図 42), 医療機関種別 (表 96, 図 43) に, 他の医学的疾患による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について, それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す. 昨年度と比較して, 全数の平均値で 0.5 人増加した. 全数の中央値は 1 名/年, 最大値 101 名/年, うち 65 歳未満では中央値 0 名/年, 最大値 4 名/年であった.

表 95 類型別 他の医学的疾患による認知症の鑑別診断件数 (上段: 全数, 下段: うち 65 歳未満)

		鑑別診断件数 (実数) 14.他の医学的疾患による認知症(F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	2.1	2.2	2	0	9
	基幹型 II	4	2.3	2.1	2	0	5
	地域型	380	2.9	7.8	1	0	101
	連携型	99	2.3	4.7	0	0	24
	合計	499	2.7	7.1	1	0	101
		鑑別診断件数 (実数) 14.他の医学的疾患による認知症(F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.3	0.6	0	0	2
	基幹型 II	4	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	380	0.1	0.4	0	0	4
	連携型	99	0.1	0.5	0	0	4
	合計	499	0.1	0.5	0	0	4

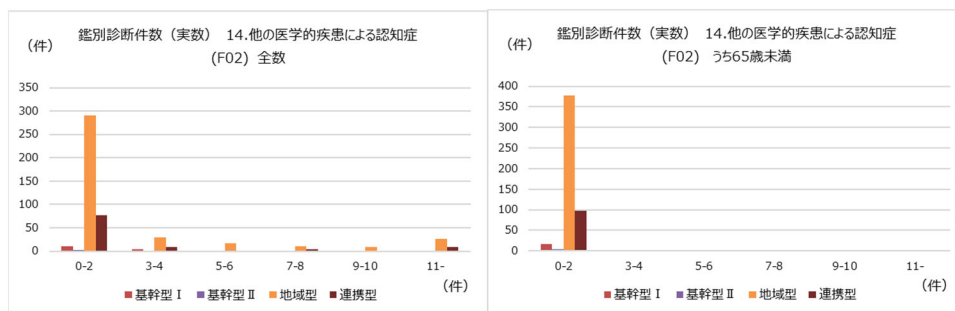


図 42 類型別 他の医学的疾患による認知症の鑑別診断件数 (左: 全数, 右: うち 65 歳未満)

表 96 医療機関種別 他の医学的疾患による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 14.他の医学的疾患による認知症(F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	3.5	6.3	1	0	44
	精神科病院	233	1.9	8.1	0	0	101
	診療所	39	2.9	5.6	0	0	24
	合計	499	2.7	7.1	1	0	101
		鑑別診断件数（実数） 14.他の医学的疾患による認知症(F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.2	0.6	0	0	4
	精神科病院	233	0.0	0.2	0	0	2
	診療所	39	0.2	0.7	0	0	4
	合計	499	0.1	0.5	0	0	4

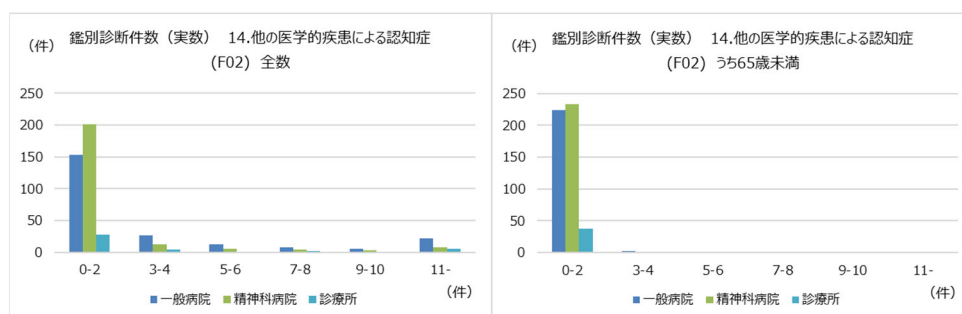


図 43 医療機関種別 他の医学的疾患による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

15) 複数の病因による認知症(F02)：類型別（表 97，図 44），医療機関種別（表 98，図 45）に，複数の病因による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．昨年度と比較して，全数の平均値で 0.8 人増加した．一般病院で多い傾向があった．

表 97 類型別 複数の病因による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 15.複数の病因による認知症(F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	8.1	8.4	5	0	29
	基幹型 II	4	12.3	11.5	13	0	23
	地域型	380	12.8	20.7	6	0	188
	連携型	99	9.1	20.5	3	0	171
	合計	499	11.9	20.3	6	0	188
		鑑別診断件数（実数） 15.複数の病因による認知症(F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.2	0.4	0	0	1
	基幹型 II	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	380	0.1	0.4	0	0	4
	連携型	99	0.1	0.7	0	0	5
	合計	499	0.1	0.5	0	0	5

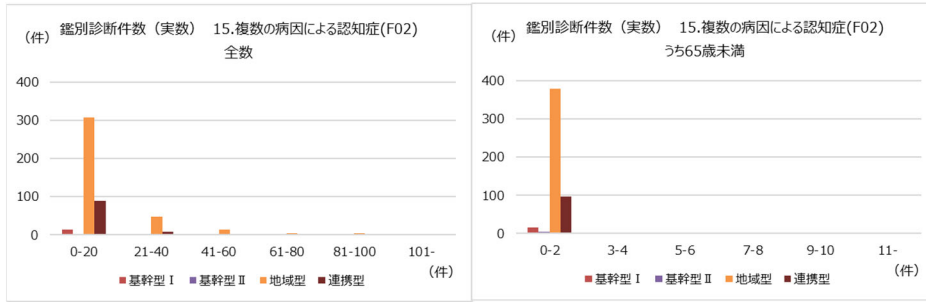


図 44 類型別 複数の病因による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 98 医療機関種別 複数の病因による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 15.複数の病因による認知症(F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	13.2	21.1	7	0	171
	精神科病院	233	11.1	20.2	5	0	188
	診療所	39	9.7	16.5	4	0	75
	合計	499	11.9	20.3	6	0	188

		鑑別診断件数（実数） 15.複数の病因による認知症(F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.1	0.4	0	0	2
	精神科病院	233	0.1	0.4	0	0	4
	診療所	39	0.3	1.0	0	0	5
	合計	499	0.1	0.5	0	0	5

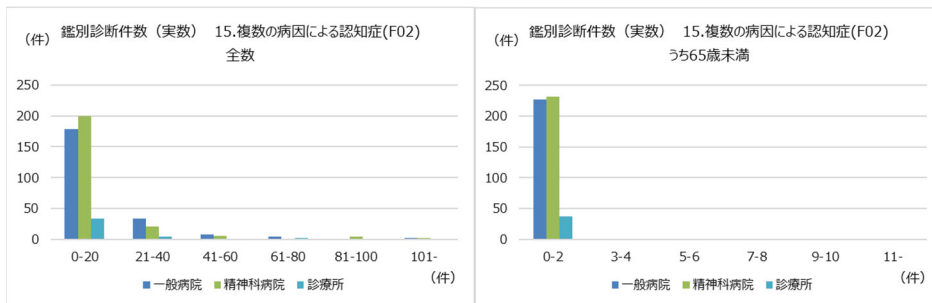


図 45 医療機関種別 複数の病因による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

16) 詳細不明の認知症(F02) (前記の 3)~15)に該当しないもの) : 類型別 (表 99, 図 46), 医療機関種別 (表 100, 図 47) に, 詳細不明の認知症と診断されたものの鑑別診断件数について, それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す. 昨年度と比較して, 全数の平均値で 1.7 人増加しており, 全体的な増加があった.

表 99 類型別 詳細不明の認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 16.詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	2.4	2.9	1	0	9
	基幹型 II	4	6.5	7.6	5	0	17
	地域型	380	11.8	24.2	2	0	199
	連携型	99	6.1	18.4	0	0	163
	合計	499	10.3	22.8	2	0	199
		鑑別診断件数（実数） 16.詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.1	0.3	0	0	1
	基幹型 II	4	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	380	0.3	0.9	0	0	11
	連携型	99	0.2	0.6	0	0	5
	合計	499	0.2	0.9	0	0	11

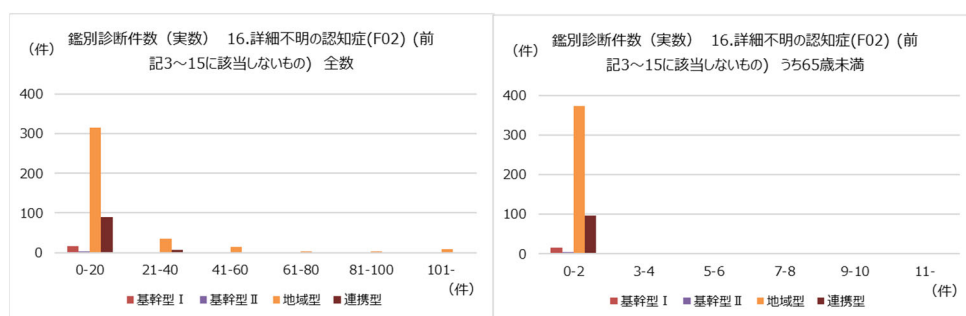


図 46 類型別 詳細不明の認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 100 医療機関種別 詳細不明の認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 16.詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	8.5	22.8	1	0	199
	精神科病院	233	13.3	23.9	4	0	155
	診療所	39	3.4	9.8	0	0	55
	合計	499	10.3	22.8	2	0	199
		鑑別診断件数（実数） 16.詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.2	1.0	0	0	11
	精神科病院	233	0.3	0.8	0	0	7
	診療所	39	0.2	0.6	0	0	3
	合計	499	0.2	0.9	0	0	11

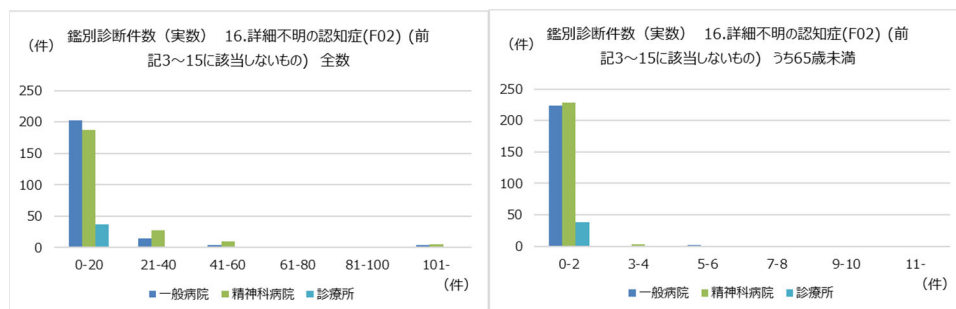


図 47 医療機関種別 詳細不明の認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

17) 前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害：類型別（表 101，図 48），医療機関種別（表 102，図 49）に，前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。昨年度と比較して，全数の平均値で 0.4 人減少した。基幹型Ⅱ，地域型，精神科病院に多い傾向があった。

表 101 類型別 前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 17.前記2～16以外の症状性を含む器質性精神障害 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	2.2	5.1	0	0	17
	基幹型Ⅱ	4	9.0	16.7	1	0	34
	地域型	380	2.9	8.6	1	0	136
	連携型	99	1.0	3.2	0	0	27
	合計	499	2.6	7.9	0	0	136
		鑑別診断件数（実数） 17.前記2～16以外の症状性を含む器質性精神障害 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	0.8	2.7	0	0	11
	基幹型Ⅱ	4	1.3	1.3	1	0	3
	地域型	380	0.3	1.6	0	0	22
	連携型	99	0.1	0.4	0	0	2
	合計	499	0.3	1.5	0	0	22

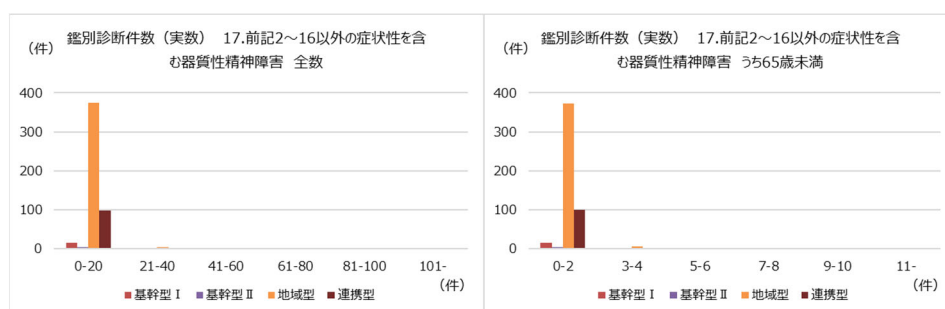


図 48 類型別 前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 102 医療機関種別 前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 17.前記2～16以外の症状性を含む器質性精神障害 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	1.6	4.7	0	0	44
	精神科病院	233	3.8	10.3	1	0	136
	診療所	39	1.1	4.4	0	0	27
	合計	499	2.6	7.9	0	0	136
		鑑別診断件数（実数） 17.前記2～16以外の症状性を含む器質性精神障害 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.3	1.5	0	0	19
	精神科病院	233	0.3	1.5	0	0	22
	診療所	39	0.0	0.0	0	0	0
	合計	499	0.3	1.5	0	0	22



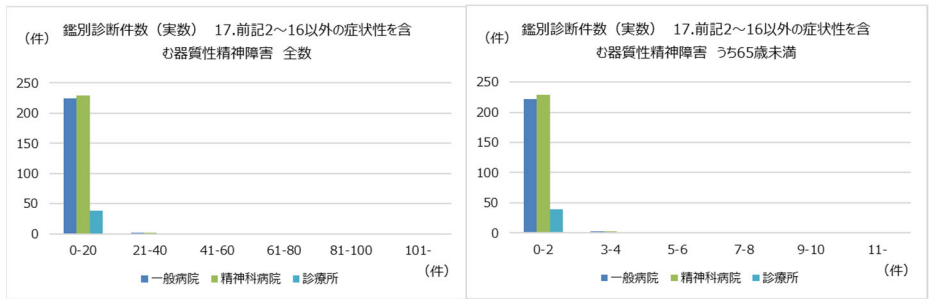


図 49 医療機関種別 前記 2)~16)以外の症状性を含む器質性精神障害の鑑別診断件数 (左：全数，右：うち 65 歳未満)

18) 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)：類型別 (表 103，図 50)，医療機関種別 (表 104，図 51) に，統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。昨年度と比較して，全数の平均値で 0.5 人減少した。鑑別診断件数の中央値は地域型，精神科病院に多い傾向があった。

表 103 類型別 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数 (上段：全数，下段：うち 65 歳未満)

		鑑別診断件数 (実数) 18.統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	3.8	8.8	1	0	36
	基幹型 II	4	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	380	6.3	28.6	2	0	474
	連携型	99	3.3	9.4	1	0	83
	合計	499	5.5	25.4	1	0	474
		鑑別診断件数 (実数) 18.統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	1.7	6.5	0	0	26
	基幹型 II	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	380	2.0	19.0	0	0	320
	連携型	99	1.0	5.7	0	0	53
	合計	499	1.8	16.8	0	0	320

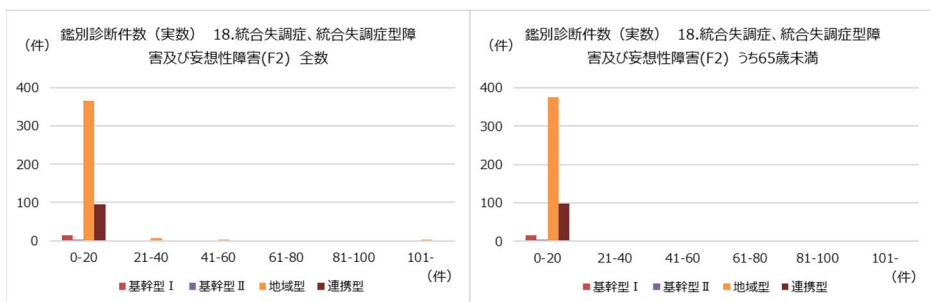


図 50 類型別 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数 (左：全数，右：うち 65 歳未満)

表 104 医療機関種別 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数 (上段:全数, 下段:うち65歳未満)

		鑑別診断件数(実数) 18.統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	5.3	33.8	1	0	474
	精神科病院	233	6.1	16.3	3	0	212
	診療所	39	3.5	5.6	2	0	26
	合計	499	5.5	25.4	1	0	474
		鑑別診断件数(実数) 18.統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	2.4	22.3	0	0	320
	精神科病院	233	1.4	11.1	0	0	158
	診療所	39	0.4	1.3	0	0	7
	合計	499	1.8	16.8	0	0	320

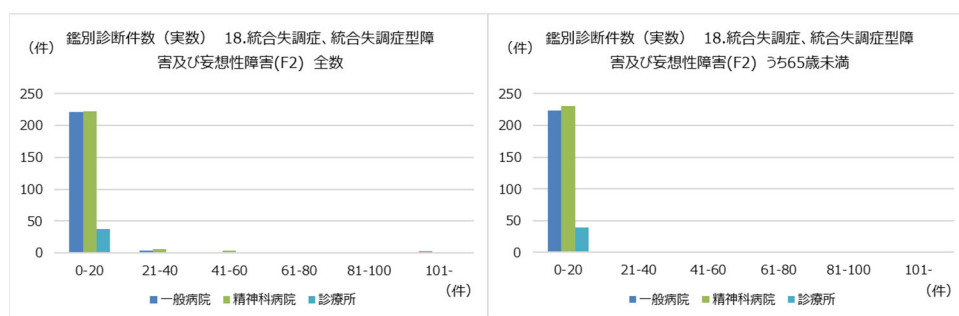


図 51 医療機関種別 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数 (左:全数, 右:うち65歳未満)

19) 気分(感情)障害(F3): 類型別 (表 105, 図 52), 医療機関種別 (表 106, 図 53) に, 気分(感情)障害と診断されたものの鑑別診断件数について, それぞれ全数およびそのうちの65歳未満の者の件数を示す. 昨年度と比較して, 全数の平均値で1.1人増加した. 全数の中央値では地域型および精神科病院に多かった.

表 105 類型別 気分(感情)障害の鑑別診断件数 (上段:全数, 下段:うち65歳未満)

		鑑別診断件数(実数) 19.気分(感情)障害(F3) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	5.8	14.9	2	0	61
	基幹型 II	4	2.8	3.1	2	0	7
	地域型	380	12.6	56.9	3	0	940
	連携型	99	8.1	25.7	0	0	227
	合計	499	11.4	51.0	3	0	940
		鑑別診断件数(実数) 19.気分(感情)障害(F3) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	3.3	10.9	0	0	44
	基幹型 II	4	0.5	0.6	1	0	1
	地域型	380	5.4	43.5	0	0	745
	連携型	99	3.1	16.2	0	0	145
	合計	499	4.9	38.7	0	0	745

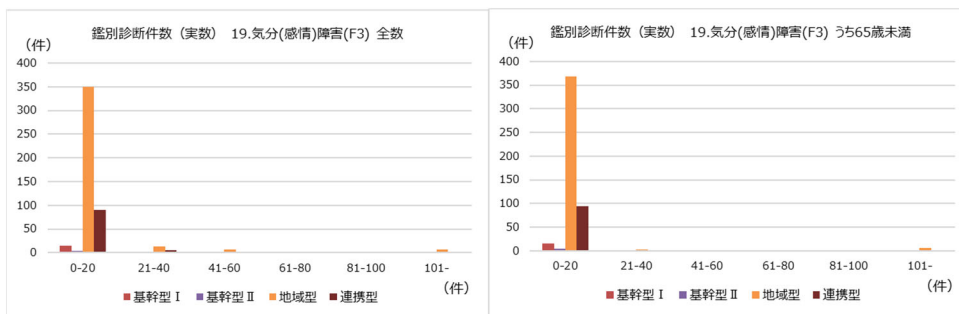


図 52 類型別 気分(感情)障害の鑑別診断件数 (左：全数，右：うち 65 歳未満)

表 106 医療機関種別 気分(感情)障害の鑑別診断件数 (上段：全数，下段：うち 65 歳未満)

		鑑別診断件数(実数) 19.気分(感情)障害(F3) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	9.1	37.5	1	0	338
	精神科病院	233	14.4	64.6	4	0	940
	診療所	39	7.5	12.3	1	0	58
	合計	499	11.4	51.0	3	0	940
		鑑別診断件数(実数) 19.気分(感情)障害(F3) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	4.8	25.7	0	0	232
	精神科病院	233	5.5	50.6	0	0	745
	診療所	39	1.6	7.1	0	0	44
	合計	499	4.9	38.7	0	0	745

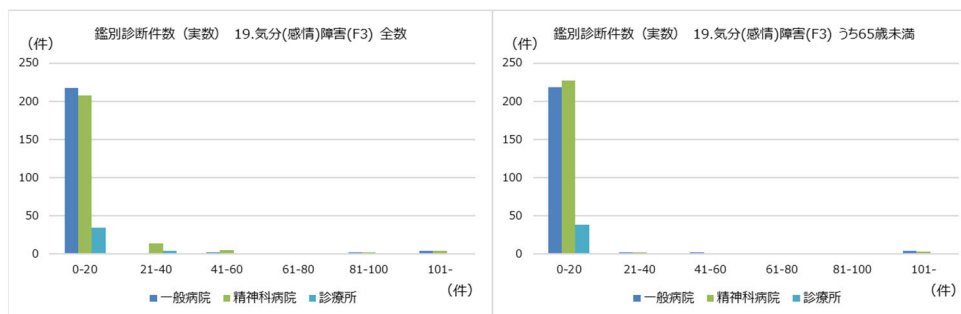


図 53 医療機関種別 気分(感情)障害の鑑別診断件数 (左：全数，右：うち 65 歳未満)

20) てんかん(G47)：類型別 (表 107, 図 54), 医療機関種別 (表 108, 図 55) に, てんかんと診断されたものの鑑別診断件数について, それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す. 昨年度と比較して, 全数の平均値で 0.3 人減少した. 鑑別診断件数の中央値は, 基幹型 II は 1 名/年, それ以外は 0 名/年であるが, 全数の最小値～最大値は 0～688 名/年であり, 65 歳未満でも 0～311 名/年と, 医療機関の特性によって鑑別診断件数に差があると考えられた.

表 107 類型別 てんかんの鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 20.てんかん(G47) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	1.3	3.8	0	0	15
	基幹型 II	4	1.0	1.2	1	0	2
	地域型	380	2.9	35.6	0	0	688
	連携型	99	1.8	9.3	0	0	85
	合計	499	2.6	31.3	0	0	688
		鑑別診断件数（実数） 20.てんかん(G47) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.8	2.3	0	0	9
	基幹型 II	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	380	1.1	16.1	0	0	311
	連携型	99	1.0	5.7	0	0	48
	合計	499	1.1	14.2	0	0	311

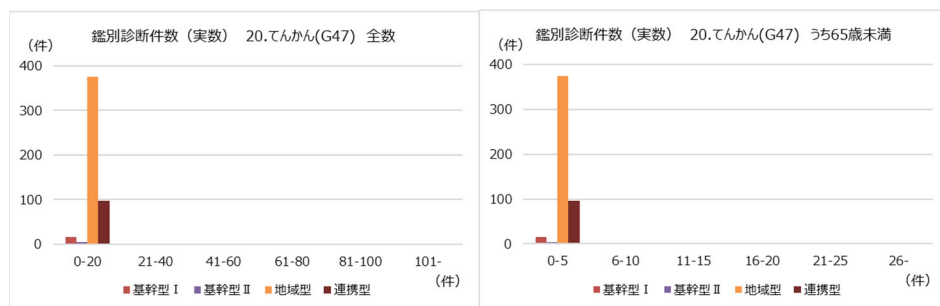


図 54 類型別 てんかんの鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 108 医療機関種別 てんかんの鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 20.てんかん(G47) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	5.1	46.4	0	0	688
	精神科病院	233	0.5	1.2	0	0	9
	診療所	39	0.9	1.4	0	0	5
	合計	499	2.6	31.3	0	0	688
		鑑別診断件数（実数） 20.てんかん(G47) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	2.2	21.1	0	0	311
	精神科病院	233	0.1	0.6	0	0	7
	診療所	39	0.1	0.4	0	0	2
	合計	499	1.1	14.2	0	0	311

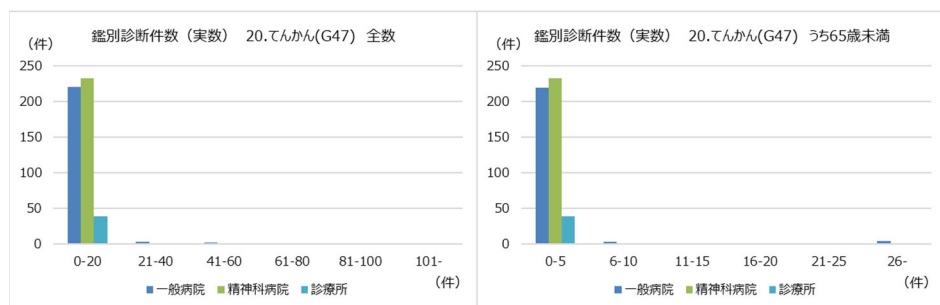


図 55 医療機関種別 てんかんの鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

21) 神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)：類型別（表 109, 図 56），医療機関種別（表 110, 図 57）に，神経発達障害(知的発達障害を含む)と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．昨年度と比較して，全数の平均値で 0.3 人減少した．中央値はいずれも 0 名/年であるが，医療機関の特性によって鑑別診断件数に大きく差があると考えられた．

表 109 類型別 神経発達障害(知的発達障害を含む)の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 21.神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	1.6	5.5	0	0	22
	基幹型 II	4	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	380	2.8	16.8	0	0	221
	連携型	99	2.1	10.0	0	0	95
	合計	499	2.6	15.4	0	0	221
		鑑別診断件数（実数） 21.神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	1.5	5.2	0	0	21
	基幹型 II	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	380	2.1	15.7	0	0	200
	連携型	99	1.3	7.7	0	0	73
	合計	499	1.9	14.2	0	0	200

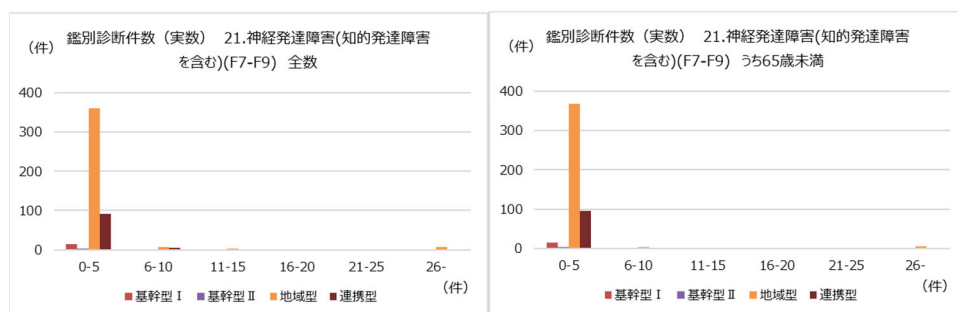


図 56 類型別 神経発達障害(知的発達障害を含む)の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 110 医療機関種別 神経発達障害(知的発達障害を含む)の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 21.神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	2.1	9.9	0	0	103
	精神科病院	233	3.2	20.2	0	0	221
	診療所	39	1.6	3.5	0	0	20
	合計	499	2.6	15.4	0	0	221
		鑑別診断件数（実数） 21.神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	1.5	8.6	0	0	99
	精神科病院	233	2.5	18.9	0	0	200
	診療所	39	1.0	3.3	0	0	20
	合計	499	1.9	14.2	0	0	200

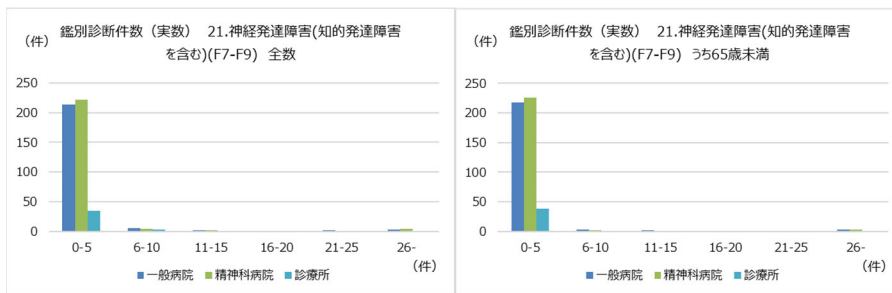


図 57 医療機関種別 神経発達障害(知的発達障害を含む)の鑑別診断件数 (左：全数，右：うち 65 歳未満)

22) 前記のいずれにも含まれない精神疾患：類型別 (表 111, 図 58), 医療機関種別 (表 112, 図 59) に, 前記のいずれにも含まれない精神疾患と診断されたものの鑑別診断件数について, それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。昨年度と比較して, 全数の平均値で 1.7 人減少した。医療機関の特性によって鑑別診断件数に差があった。

表 111 類型別 前記のいずれにも含まれない精神疾患の鑑別診断件数 (上段：全数, 下段：うち 65 歳未満)

		鑑別診断件数 (実数) 22.前記のいずれにも含まれない精神疾患 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	11.3	34.7	2	0	141
	基幹型 II	4	2.8	2.9	2	1	7
	地域型	380	10.2	58.7	2	0	1061
	連携型	99	3.3	6.5	0	0	41
	合計	499	8.8	51.8	2	0	1061
		鑑別診断件数 (実数) 22.前記のいずれにも含まれない精神疾患 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	2.4	6.6	1	0	27
	基幹型 II	4	0.8	1.0	1	0	2
	地域型	380	4.3	49.1	0	0	901
	連携型	99	0.8	3.2	0	0	29
	合計	499	3.6	42.9	0	0	901

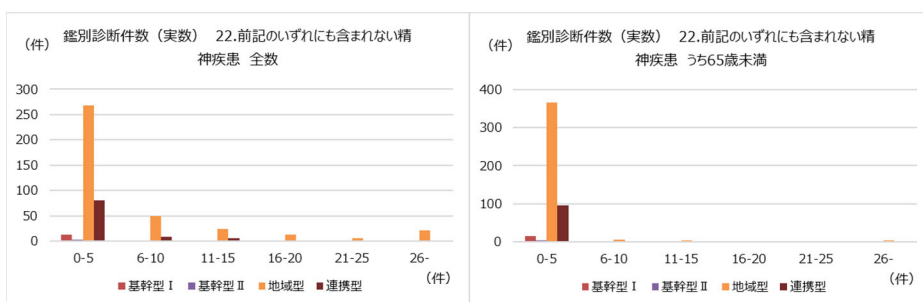


図 58 類型別 前記のいずれにも含まれない精神疾患の鑑別診断件数 (左：全数, 右：うち 65 歳未満)

表 112 医療機関種別 前記のいずれにも含まれない精神疾患の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 22.前記のいずれにも含まれない精神疾患 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	5.1	21.9	1	0	293
	精神科病院	233	13.3	72.4	4	0	1061
	診療所	39	3.4	6.7	0	0	31
	合計	499	8.8	51.8	2	0	1061
		鑑別診断件数（実数） 22.前記のいずれにも含まれない精神疾患 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	1.6	15.5	0	0	232
	精神科病院	233	6.0	60.8	0	0	901
	診療所	39	0.4	1.1	0	0	6
	合計	499	3.6	42.9	0	0	901

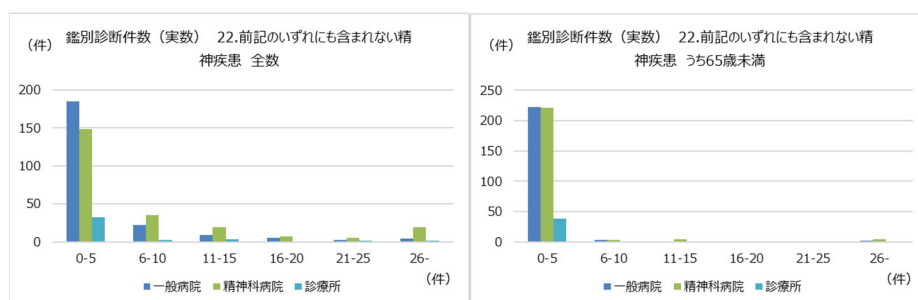


図 59 医療機関種別 前記のいずれにも含まれない精神疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

23) 前記のいずれにも含まれない神経疾患：類型別（表 113，図 60），医療機関種別（表 114，図 61）に，前記のいずれにも含まれない神経疾患と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．昨年度と比較して，全数の平均値で 0.5 人減少した．医療機関の特性によって件数に差があった．

表 113 類型別 前記のいずれにも含まれない神経疾患の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 23.前記のいずれにも含まれない神経疾患 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	14.9	36.1	2	0	123
	基幹型 II	4	1.3	1.3	1	0	3
	地域型	380	4.6	25.3	0	0	286
	連携型	99	3.4	15.7	0	0	128
	合計	499	4.7	24.0	0	0	286
		鑑別診断件数（実数） 23.前記のいずれにも含まれない神経疾患 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	9.1	25.3	0	0	94
	基幹型 II	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	380	2.3	18.6	0	0	242
	連携型	99	1.1	7.1	0	0	69
	合計	499	2.3	17.1	0	0	242

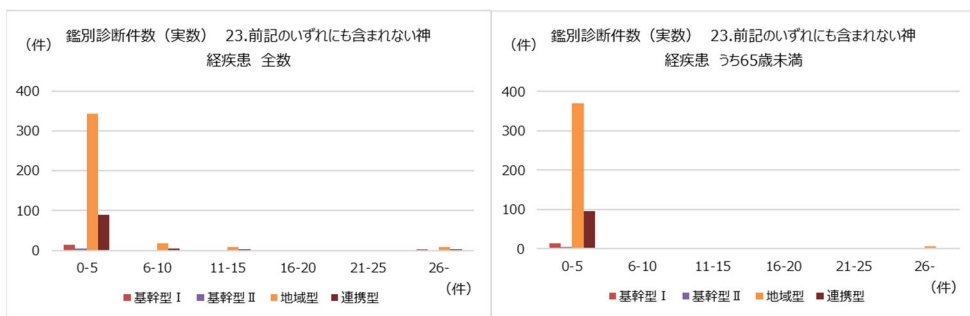


図 60 類型別 前記のいずれにも含まれない神経疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 114 医療機関種別 前記のいずれにも含まれない神経疾患の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 23.前記のいずれにも含まれない神経疾患 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	5.9	26.9	0	0	286
	精神科病院	233	3.6	21.5	0	0	271
	診療所	39	3.9	20.4	0	0	128
	合計	499	4.7	24.0	0	0	286
		鑑別診断件数（実数） 23.前記のいずれにも含まれない神経疾患 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	3.2	18.4	0	0	166
	精神科病院	233	1.7	17.3	0	0	242
	診療所	39	0.4	2.2	0	0	14
	合計	499	2.3	17.1	0	0	242

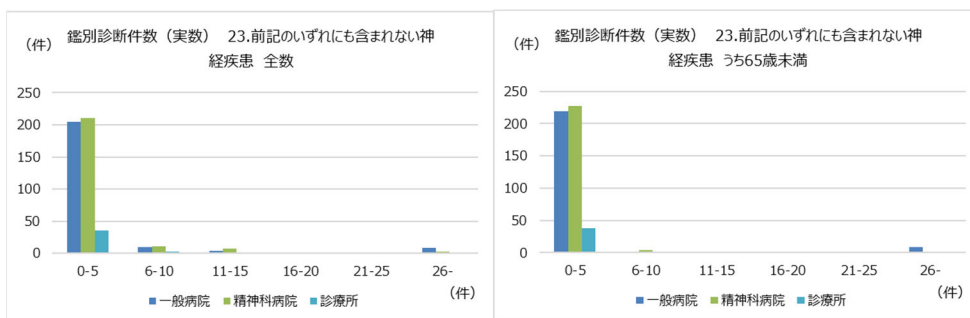


図 61 医療機関種別 前記のいずれにも含まれない神経疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

24) 前記のいずれにも含まれない疾患：類型別（表 115，図 62），医療機関種別（表 116，図 63）に，前記のいずれにも含まれない疾患と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。昨年度と比較して，全数の平均値で 1.5 人減少した。医療機関の特性によって件数に差があった。



表 115 類型別 前記のいずれにも含まれない疾患の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 24.前記のいずれにも含まれない疾患 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	2.9	6.1	1	0	25
	基幹型 II	4	1.0	1.2	1	0	2
	地域型	380	5.2	48.1	1	0	929
	連携型	99	1.6	3.4	0	0	21
	合計	499	4.4	42.0	0	0	929
		鑑別診断件数（実数） 24.前記のいずれにも含まれない疾患 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	1.1	3.0	0	0	12
	基幹型 II	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	380	1.8	25.2	0	0	483
	連携型	99	0.4	1.3	0	0	11
	合計	499	1.5	22.0	0	0	483

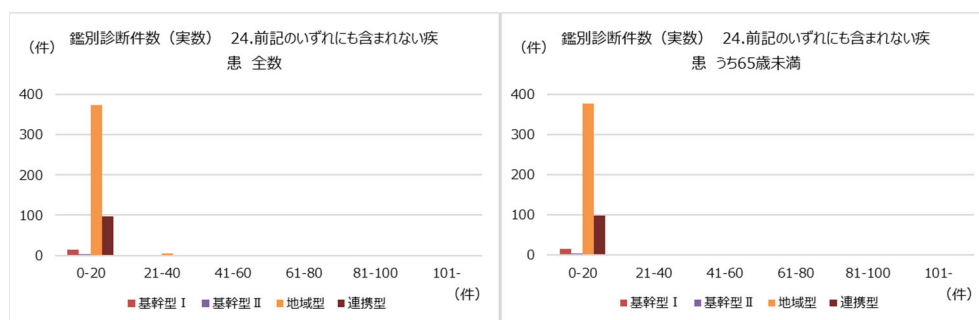


図 62 類型別 前記のいずれにも含まれない疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 116 医療機関種別 前記のいずれにも含まれない疾患の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 24.前記のいずれにも含まれない疾患 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	7.2	61.7	1	0	929
	精神科病院	233	2.1	7.8	0	0	109
	診療所	39	1.5	2.6	0	0	10
	合計	499	4.4	42.0	0	0	929
		鑑別診断件数（実数） 24.前記のいずれにも含まれない疾患 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	2.6	32.1	0	0	483
	精神科病院	233	0.6	6.2	0	0	94
	診療所	39	0.3	0.8	0	0	4
	合計	499	1.5	22.0	0	0	483

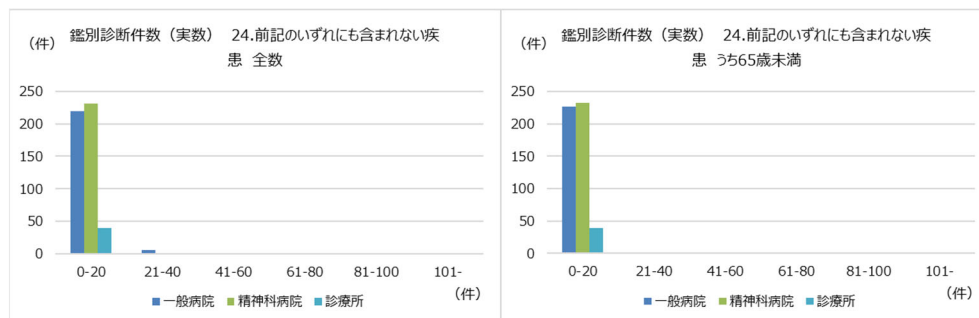


図 63 医療機関種別 前記のいずれにも含まれない疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

25) 診断保留：類型別（表 117，図 64），医療機関種別（表 118，図 65）に，前記のいずれにも含まれない神経疾患と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．全数の中央値で基幹型Ⅱ，一般病院に多く，医療機関の特性によって件数に差があった．

表 117 類型別 診断保留件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 25.診断保留 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	6.5	6.7	5	0	21
	基幹型Ⅱ	4	15.8	18.6	11	0	42
	地域型	380	7.2	17.9	1	0	224
	連携型	99	8.0	24.2	0	0	156
	合計	499	7.4	19.0	1	0	224
		鑑別診断件数（実数） 25.診断保留 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	1.4	2.6	1	0	10
	基幹型Ⅱ	4	1.3	1.0	2	0	2
	地域型	380	0.6	2.7	0	0	37
	連携型	99	0.1	0.4	0	0	2
	合計	499	0.6	2.5	0	0	37

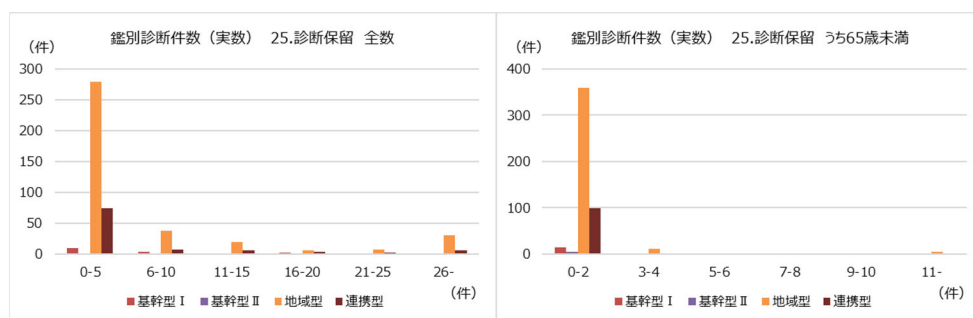


図 64 類型別 診断保留件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 118 医療機関種別 診断保留件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 25.診断保留 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	10.1	23.7	2	0	224
	精神科病院	233	4.1	8.8	1	0	63
	診療所	39	10.9	28.7	0	0	128
	合計	499	7.4	19.0	1	0	224
		鑑別診断件数（実数） 25.診断保留 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	1.0	3.5	0	0	37
	精神科病院	233	0.3	0.8	0	0	7
	診療所	39	0.1	0.3	0	0	1
	合計	499	0.6	2.5	0	0	37

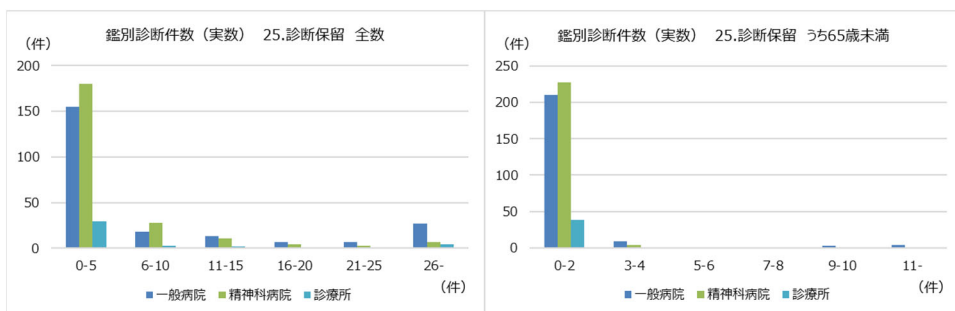


図 65 医療機関種別 診断保留件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

26) 全鑑別診断件数：総数（表 119），類型別（表 120，図 66），医療機関種別（表 121，図 67）に，全ての鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．全数の中央値では地域型および一般病院が，65 歳未満のもの中央値では基幹型および一般病院が多かった．また認知症関連疾患（上記 1）～16)) の鑑別件数の構成比について，構成比 A (MCI を含む)，構成比 B (MCI を含まない) を示す（表 122，図 68，図 69）．実績報告書上において，鑑別診断件数の数値入力欄（2 セルの結合セル）の結合を解除して報告したことで鑑別診断件数が都道府県指定都市における集計データに反映されなかった医療機関があり，上記 1）～25) の鑑別診断別の集計値の合算と差を生じたことに注意が必要である．

表 119 全鑑別診断件数 総数

	合計 全数	合計 うち65歳未満
鑑別診断件数(実数) 総数	134524	12024

表 120 類型別 全鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数(実数) 合計 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	181.7	129.6	130	79	567
	基幹型 II	4	196.8	173.5	207	23	351
	地域型	380	298.5	295.3	226	5	3409
	連携型	99	175.9	164.1	141	0	1118
	合計	499	269.6	273.9	209	0	3409
		鑑別診断件数(実数) 合計 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	32.8	69.4	11	5	288
	基幹型 II	4	12.0	6.5	13	4	19
	地域型	380	26.8	142.6	6	0	2068
	連携型	99	12.8	36.1	3	0	295
	合計	499	24.1	126.1	5	0	2068

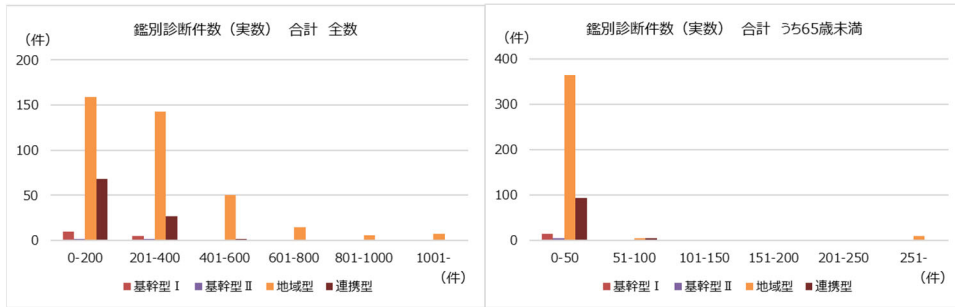


図 66 類型別 全鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 121 医療機関種別 全鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 合計 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	281.0	280.8	216	8	2430
	精神科病院	233	269.7	279.2	210	1	3409
	診療所	39	202.8	182.8	171	0	1118
	合計	499	269.6	273.9	209	0	3409
		鑑別診断件数（実数） 合計 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	28.4	114.3	7	0	1349
	精神科病院	233	22.2	145.9	4	0	2068
	診療所	39	10.0	17.8	4	0	92
	合計	499	24.1	126.1	5	0	2068

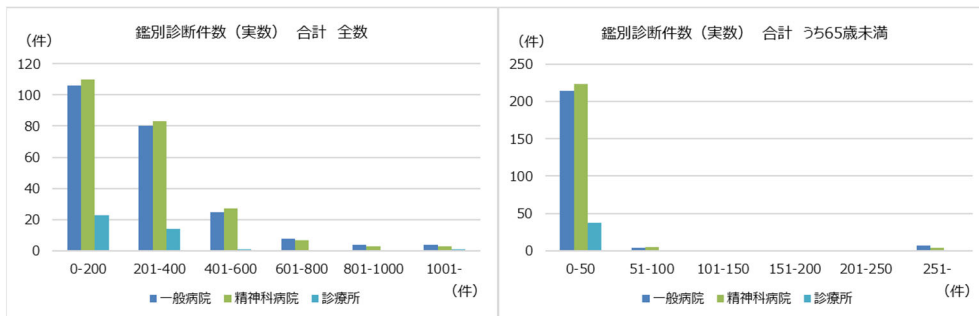


図 67 医療機関種別 全鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 122 認知症関連疾患鑑別診断件数 構成比 (左:全数, 右うち65歳未満)

令和4年度 認知症関連疾患鑑別診断件数 (MCD 499件)

診断名	認知症関連疾患 全数		65歳未満の認知症関連疾患	
	全鑑別診断患者数	構成比A	うち65歳未満患者数	構成比A
軽度認知障害(MCI)	19635人	19.0%	558人	24.4%
アルツハイマー型認知症(G30,F00)	54248人	52.6%	940人	41.1%
血管性認知症(F01)	6527人	6.3%	127人	5.5%
レビー小体型認知症(G31,F02)	6205人	6.0%	109人	4.8%
前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む G31,F02)	1781人	1.7%	116人	5.1%
外傷性脳損傷による認知症(S06,F02)	249人	0.2%	32人	1.4%
物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む)	820人	0.8%	119人	5.2%
HIV感染による認知症(B20,F02)	5人	0.0%	1人	0.0%
プリオン病による認知症(A81,F02)	22人	0.0%	5人	0.2%
パーキンソン病による認知症(G20,F02)	392人	0.4%	22人	1.0%
ハンチントン病による認知症(G10,F02)	8人	0.0%	4人	0.2%
正常圧水頭症(G91)	757人	0.7%	20人	0.9%
他の医学的疾患による認知症(F02)	1363人	1.3%	59人	2.6%
複数の病因による認知症(F02)	5955人	5.8%	56人	2.4%
詳細不明の認知症(F02) (前記3~15に該当しないもの)	5167人	5.0%	121人	5.3%
<b>合計A (軽度認知障害を含む)</b>	103134人	100.0%	2289人	100.0%
<b>合計B (軽度認知障害を含まない)</b>	83499人	-	1731人	-
				100.0%

令和4年度 認知症疾患鑑別診断件数別内訳  
(構成比A：軽度認知障害含む)

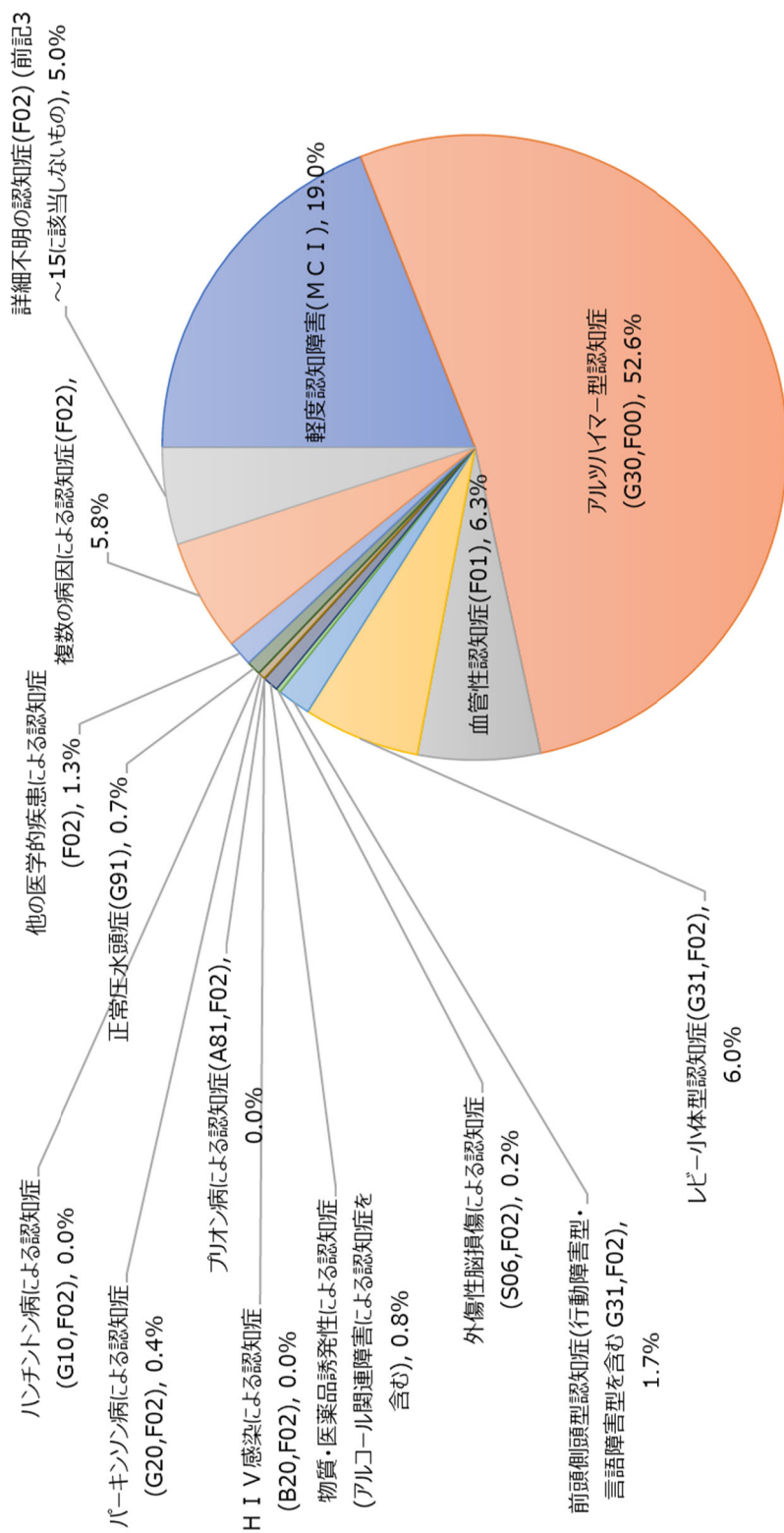


図 68 認知症関連疾患鑑別診断件数 構成比 (MCI を含む構成比 A による)

令和4年度 認知症疾患鑑別診断件数別内訳  
 (構成比B：軽度認知障害含まない)

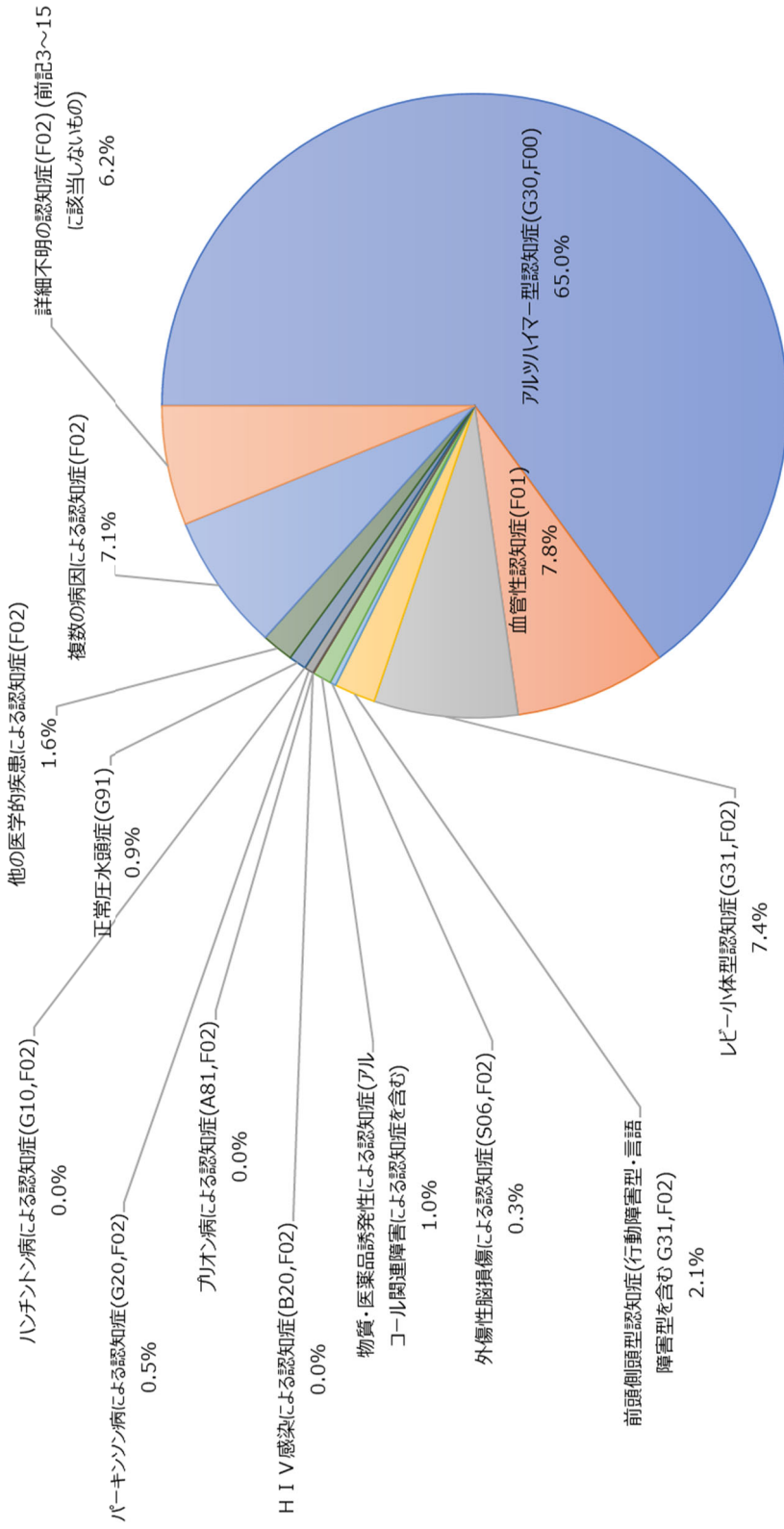


図 69 認知症関連疾患鑑別診断件数 構成比 (MCI を含まない構成比 B による)

## II-5. 初診までの待機日数

類型別（表 123, 図 70）、医療機関種別（表 124, 図 71）に、初診までの待機日数を示す。空欄であった 5 件は欠損としたが、待機日数を確認していない可能性がある。基幹型 I の 50.0%、基幹型 II の 100% が 15 日～1 か月未満の待機日数であり、地域型の 41.8%、連携型の 69.4% が 14 日未満の待機日数であった。また、医療機関種別では、一般病院の 41.3%、精神科病院の 45.9%、診療所の 76.3% が 14 日未満の待機日数であった。昨年度と比較して、待機日数 14 日未満は 3.4 ポイント減少した。

表 123 類型別 初診までの待機日数

	初診までの待機日数						
	①14日未満	②15日～ 1か月未満	③1か月～ 3か月	④3か月～ 6か月	⑥6か月以上	合計	
合計	228 46.2%	161 32.6%	102 20.6%	3 0.6%	0 0.0%	494 100.0%	
類型	基幹型 I	3 18.8%	8 50.0%	5 31.3%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
	基幹型 II	0 0.0%	4 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%
	地域型	157 41.8%	127 33.8%	89 23.7%	3 0.8%	0 0.0%	376 100.0%
	連携型	68 69.4%	22 22.4%	8 8.2%	0 0.0%	0 0.0%	98 100.0%

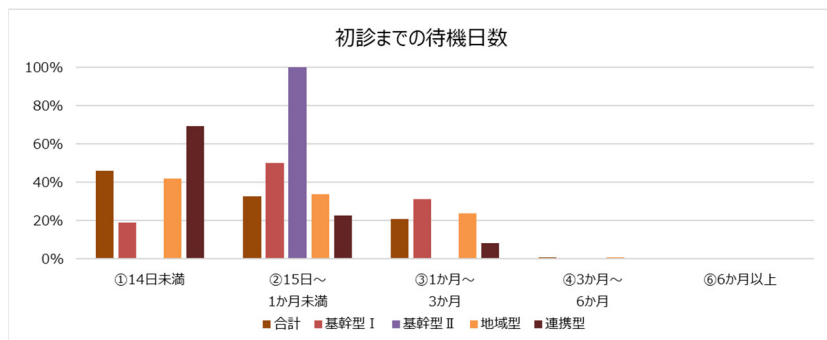


図 70 類型別 初診までの待機日数（再掲）

表 124 医療機関種別 初診までの待機日数

	初診までの待機日数						
	①14日未満	②15日～ 1か月未満	③1か月～ 3か月	④3か月～ 6か月	⑥6か月以上	合計	
合計	228 46.2%	161 32.6%	102 20.6%	3 0.6%	0 0.0%	494 100.0%	
医療機関 種別	一般病院	93 41.3%	78 34.7%	53 23.6%	1 0.4%	0 0.0%	225 100.0%
	精神科病院	106 45.9%	78 33.8%	45 19.5%	2 0.9%	0 0.0%	231 100.0%
	診療所	29 76.3%	5 13.2%	4 10.5%	0 0.0%	0 0.0%	38 100.0%



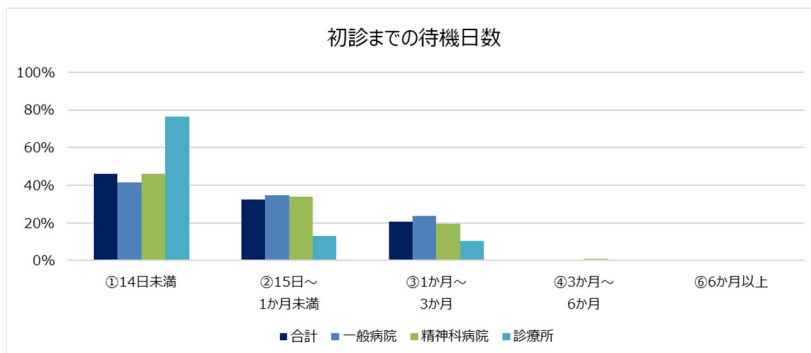


図 71 医療機関種別 初診までの待機日数（再掲）

## II-6. 診療報酬

1) 認知症専門診断管理料：認知症専門診断管理料 1 または 2 のいずれかの算定について類型別（表 125）、医療機関種別（表 126）に示す。いずれも空欄であった 3 件は欠損値とした。昨年度と比較して、いずれかの算定ありは 4.4 ポイント減少した。基幹型 I の 87.5%，基幹型 II の 100%，地域型の 70.9% が算定していたが，連携型は 49.0% の算定であった。医療機関種別では大きな差はみられなかった。

表 125 類型別 認知症専門診断管理料 1 または 2 のいずれかの算定の有無

		認知症専門診断管理料 1 または 2 いずれか		
		算定あり	算定なし	合計
類型	基幹型 I	14	2	16
		87.5%	12.5%	100.0%
	基幹型 II	4	0	4
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	268	110	378
		70.9%	29.1%	100.0%
連携型	48	50	98	
	49.0%	51.0%	100.0%	
合計		334	162	496
		67.3%	32.7%	100.0%

表 126 医療機関種別 認知症専門診断管理料 1 または 2 のいずれかの算定の有無

		認知症専門診断管理料 1 または 2 いずれか		
		算定あり	算定なし	合計
医療機関種別	一般病院	162	63	225
		72.0%	28.0%	100.0%
	精神科病院	147	86	233
		63.1%	36.9%	100.0%
	診療所	25	13	38
65.8%		34.2%	100.0%	
合計		334	162	496
		67.3%	32.7%	100.0%

2) 認知症専門診断管理料1：類型別の認知症専門診断管理料1算定の有無（表127）、年間算定件数（表128）および医療機関種別の認知症専門診断管理料1算定の有無（表129）、年間算定件数（表130）を示す。算定の有無が空欄であった4件は欠損としたが、認知症専門診断管理料1の算定の有無について確認していないが、あるいは算定していない可能性がある。実績報告書上で数値入力欄が空欄であるケースは集計データ上「0」となることに留意が必要である。算定が有で年間算定件数が0件または空欄であった報告が11件あったが、年間算定件数の集計に含めた。昨年度と比較して、算定ありは4.1ポイント減少した。基幹型Ⅰの87.5%、基幹型Ⅱの100%、地域型の70.6%、連携型の46.4%が算定しており、算定件数の中央値では地域型が多かった。また、医療機関種別では、一般病院の71.6%、精神科病院の62.7%、診療所の62.2%が算定しており、算定回数の中央値では一般病院が多かった。

表127 類型別 認知症専門診断管理料1 算定の有無

		認知症専門診断管理料1 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	14 87.5%	2 12.5%	16 100.0%
	基幹型Ⅱ	4 100.0%	0 0.0%	4 100.0%
	地域型	267 70.6%	111 29.4%	378 100.0%
	連携型	45 46.4%	52 53.6%	97 100.0%
	合計	330 66.7%	165 33.3%	495 100.0%

表128 類型別 認知症専門診断管理料1 年間算定件数

		認知症専門診断管理料1 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	14	55.6	77.0	29	1	244
	基幹型Ⅱ	4	30.8	18.5	32	9	51
	地域型	266	84.5	99.1	59	0	688
	連携型	45	42.1	57.6	17	0	254
	合計	329	76.8	94.2	47	0	688

表129 医療機関種別 認知症専門診断管理料1 算定の有無

		認知症専門診断管理料1 算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	161 71.6%	64 28.4%	225 100.0%
	精神科病院	146 62.7%	87 37.3%	233 100.0%
	診療所	23 62.2%	14 37.8%	37 100.0%
	合計	330 66.7%	165 33.3%	495 100.0%

表 130 医療機関種別 認知症専門診断管理料 1 年間算定件数

		認知症専門診断管理料1 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	161	83.8	97.6	58	0	523
	精神科病院	145	75.7	94.9	42	0	688
	診療所	23	35.1	45.0	13	1	150
	合計	329	76.8	94.2	47	0	688

3) 認知症専門診断管理料 2：類型別の認知症専門診断管理料 2 算定の有無（表 131），年間算定件数（表 132）および医療機関種別の認知症専門診断管理料 2 算定の有無（表 133），年間算定件数（表 134）を示す。空欄であった 5 件は欠損としたが，認知症専門診断管理料 2 の算定の有無について確認していない，あるいは算定していない可能性がある。算定が有であるが年間算定件数が 0 件または空欄であった報告が 27 件あるが，年間算定件数の集計に含めた。昨年度と比較して，算定ありは 0.5 ポイント増加した。基幹型 I の 56.3%，基幹型 II の 50.0%が算定しており，一方で地域型の 52.1%，連携型の 86.7%は算定していなかった。算定件数の中央値では基幹型 I が多かった。また，医療機関種別では，一般病院の 55.1%，精神科病院の 58.0%，診療所の 84.2%が算定していなかった。算定回数中央値では精神科病院が多かった。

表 131 類型別 認知症専門診断管理料 2 算定の有無

		認知症専門診断管理料2 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	9	7	16
		56.3%	43.8%	100.0%
	基幹型 II	2	2	4
		50.0%	50.0%	100.0%
	地域型	180	196	376
		47.9%	52.1%	100.0%
連携型	13	85	98	
	13.3%	86.7%	100.0%	
合計	204	290	494	
		41.3%	58.7%	100.0%

表 132 類型別 認知症専門診断管理料 2 年間算定件数

		認知症専門診断管理料2 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	9	9.8	8.3	11	0	23
	基幹型 II	2	4.0	2.8	4	2	6
	地域型	178	25.9	46.4	10	0	409
	連携型	13	14.2	15.4	4	1	49
	合計	202	24.3	44.0	10	0	409

表 133 医療機関種別 認知症専門診断管理料2 算定の有無

		認知症専門診断管理料2 算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	101 44.9%	124 55.1%	225 100.0%
	精神科病院	97 42.0%	134 58.0%	231 100.0%
	診療所	6 15.8%	32 84.2%	38 100.0%
	合計	204 41.3%	290 58.7%	494 100.0%

表 134 医療機関種別 認知症専門診断管理料2 年間算定件数

		認知症専門診断管理料2 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	101	23.4	50.0	8	0	409
	精神科病院	95	26.1	38.1	11	0	206
	診療所	6	9.0	10.1	4	1	22
	合計	202	24.3	44.0	10	0	409

4) 認知症ケア加算：認知症ケア加算1または2または3のいずれかの算定について、類型別（表 135）、医療機関種別（表 136）に示す。すべて空欄の10件は欠損としたが、認知症ケア加算いずれかの算定の有無について確認していない、あるいは算定していない可能性がある。いずれかの算定があったのは基幹型Ⅰの56.3%、基幹型Ⅱの50.0%、地域型の39.5%、連携型の32.0%であった。一般病院は76.1%の算定であったが精神科病院および診療所の算定は少なかった。

表 135 類型別 認知症ケア加算1または2または3のいずれかの算定の有無

		認知症ケア加算 1または2または3 いずれか		
		算定あり	算定なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	9 56.3%	7 43.8%	16 100.0%
	基幹型Ⅱ	2 50.0%	2 50.0%	4 100.0%
	地域型	147 39.5%	225 60.5%	372 100.0%
	連携型	31 32.0%	66 68.0%	97 100.0%
	合計	189 38.7%	300 61.3%	489 100.0%

表 136 医療機関種別 認知症ケア加算1または2または3のいずれかの算定の有無

		認知症ケア加算 1または2または3 いずれか		
		算定あり	算定なし	合計
医療機関種別	一般病院	172 76.1%	54 23.9%	226 100.0%
	精神科病院	15 6.6%	211 93.4%	226 100.0%
	診療所	2 5.4%	35 94.6%	37 100.0%
	合計	189 38.7%	300 61.3%	489 100.0%

5) 認知症ケア加算1：類型別の認知症ケア加算1算定の有無（表137）、年間算定件数（表138）および医療機関種別の認知症ケア加算1算定の有無（表139）、年間算定件数（表140）を示す。空欄であった11件は欠損としたが、認知症ケア加算1の算定の有無について確認していない、あるいは算定していない可能性がある。算定が有で算定件数が0件または空欄であった2件は年間算定件数の集計に含めた。基幹型Ⅰの62.5%、基幹型Ⅱの50.0%、地域型の75.2%、連携型の89.7%が算定しておらず、算定している医療機関でも算定件数にはそれぞれに大きな差があった。また、医療機関種別では、一般病院の53.8%、精神科病院の97.3%、診療所の100%が算定しておらず、算定している医療機関でもそれぞれ大きな差があった。

表137 類型別 認知症ケア加算1 算定の有無

		認知症ケア加算1 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	6	10	16
		37.5%	62.5%	100.0%
	基幹型Ⅱ	2	2	4
		50.0%	50.0%	100.0%
	地域型	92	279	371
		24.8%	75.2%	100.0%
連携型	10	87	97	
	10.3%	89.7%	100.0%	
合計	110	378	488	
		22.5%	77.5%	100.0%

表138 類型別 認知症ケア加算1 年間算定件数

		認知症ケア加算1 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	6	2348.3	1146.1	2321	596	3905
	基幹型Ⅱ	2	3931.5	357.1	3932	3679	4184
	地域型	92	7866.8	8701.5	5780	0	58267
	連携型	10	11590.2	12444.4	6768	99	35413
	合計	110	7832.7	8904.6	5162	0	58267

表139 医療機関種別 認知症ケア加算1 算定の有無

		認知症ケア加算1 算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	104	121	225
		46.2%	53.8%	100.0%
	精神科病院	6	220	226
		2.7%	97.3%	100.0%
	診療所	0	37	37
	0.0%	100.0%	100.0%	
合計	110	378	488	
		22.5%	77.5%	100.0%

表140 医療機関種別 認知症ケア加算1 年間算定件数

		認知症ケア加算1 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	104	8056.4	9061.7	5162	0	58267
	精神科病院	6	3954.5	4232.7	3722	0	8687
	診療所	0					
	合計	110	7832.7	8904.6	5162	0	58267

6) 認知症ケア加算 2：類型別の認知症ケア加算 2 算定の有無（表 141）、年間算定件数（表 142）および医療機関種別の認知症ケア加算 2 算定の有無（表 143）、年間算定件数（表 144）を示す。空欄であった 11 件は欠損としたが、認知症ケア加算 2 の算定の有無について確認していない、あるいは算定していない可能性がある。また算定が有であっても件数が 0 件または空欄の報告 3 件は年間算定件数の集計に含めた。基幹型 I の 86.7%，基幹型 II の 100%，地域型の 87.9%，連携型の 87.6%が算定しておらず、算定している医療機関でも算定件数にはそれぞれに大きな差があった。また、医療機関種別では、一般病院の 76.4%，精神科病院の 97.3%，診療所の 100%が算定しておらず、算定している医療機関でもそれぞれ大きな差があった。

表 141 類型別 認知症ケア加算 2 算定の有無

		認知症ケア加算2 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	2 13.3%	13 86.7%	15 100.0%
	基幹型 II	0 0.0%	4 100.0%	4 100.0%
	地域型	45 12.1%	327 87.9%	372 100.0%
	連携型	12 12.4%	85 87.6%	97 100.0%
	合計	59 12.1%	429 87.9%	488 100.0%

表 142 類型別 認知症ケア加算 2 年間算定数

		認知症ケア加算2 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	2	32798.0	41362.9	32798	3550	62046
	基幹型 II	0					
	地域型	45	11471.4	13801.5	6880	0	72211
	連携型	12	6206.5	6619.5	3762	69	19498
	合計	59	11123.5	14269.1	6070	0	72211

表 143 医療機関種別 認知症ケア加算 2 算定の有無

		認知症ケア加算2 算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	53 23.6%	172 76.4%	225 100.0%
	精神科病院	6 2.7%	220 97.3%	226 100.0%
	診療所	0 0.0%	37 100.0%	37 100.0%
	合計	59 12.1%	429 87.9%	488 100.0%

表 144 医療機関種別 認知症ケア加算 2 年間算定数

		認知症ケア加算2 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	53	12004.0	14764.8	6153	0	72211
	精神科病院	6	3345.5	3717.6	2794	0	7588
	診療所	0					
	合計	59	11123.5	14269.1	6070	0	72211

7) 認知症ケア加算 3 : 類型別の認知症ケア加算 3 算定の有無 (表 145), 年間算定件数 (表 146) および医療機関種別の認知症ケア加算 3 算定の有無 (表 147), 年間算定件数 (表 148) を示す。空欄であった 16 件は欠損としたが, 認知症ケア加算 3 の算定の有無について確認していない, あるいは算定していない可能性がある。また算定が有で年間算定件数が 0 件または空欄の報告 5 件は年間算定件数の集計に含めた。基幹型 I の 6.7%, 地域型の 6.3%, 連携型の 14.4%が算定しており基幹型 II では算定していなかった。また算定件数にはそれぞれに大きな差があった。また, 医療機関種別では, 一般病院の 12.9%, 精神科病院の 3.2%, 診療所は 5.4%が算定しており, 診療所の算定件数の増加, 医療機関ごとの大きな差があった。

表 145 類型別 認知症ケア加算 3 算定の有無

		認知症ケア加算3 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	1	14	15
		6.7%	93.3%	100.0%
	基幹型 II	0	4	4
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	23	344	367
		6.3%	93.7%	100.0%
連携型	14	83	97	
	14.4%	85.6%	100.0%	
合計	38	445	483	
		7.9%	92.1%	100.0%

表 146 類型別 認知症ケア加算 3 年間算定数

		認知症ケア加算3 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	1	1445.0		1445	1445	1445
	基幹型 II	0					
	地域型	23	10975.3	13905.3	5269	0	48798
	連携型	14	6719.4	9717.0	3846	0	35453
	合計	38	9156.5	12411.9	4203	0	48798

表 147 医療機関種別 認知症ケア加算3 算定の有無

		認知症ケア加算3 算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	29	195	224
		12.9%	87.1%	100.0%
	精神科病院	7	215	222
		3.2%	96.8%	100.0%
診療所	2	35	37	
		5.4%	94.6%	100.0%
	合計	38	445	483
		7.9%	92.1%	100.0%

表 148 医療機関種別 認知症ケア加算3 年間算定数

		認知症ケア加算3 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	29	11024.4	13551.8	5269	0	48798
	精神科病院	7	4034.3	4188.4	3393	0	10616
	診療所	2	0.0	0	0	0	0
	合計	38	9156.5	12411.9	4203	0	48798

## II-7. 認知症疾患医療センターへの受診の経緯

認知症疾患医療センターへの受診の経緯について、それぞれの経緯について類型別および医療機関種別に示す。

### 1) 地域包括支援センターからの受診（表 149, 150, 図 72）

地域包括支援センターからの受診は、中央値では地域型および精神科病院が多かった。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり、集計に含まれていることに留意が必要である。最小値は0件/年、最大値は389件/年と開きがあった。

表 149 類型別 地域包括支援センターからの受診

		受診の経緯 地域包括支援センターから					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	2.1	5.3	0	0	21
	基幹型 II	4	1.5	1.9	1	0	4
	地域型	380	21.7	34.7	12	0	389
	連携型	99	9.7	12.5	5	0	60
	合計	499	18.5	31.3	9	0	389

表 150 医療機関種別 地域包括支援センターからの受診

		受診の経緯 地域包括支援センターから					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	14.1	34.3	4	0	389
	精神科病院	233	23.6	29.6	13	0	230
	診療所	39	14.3	15.7	9	0	60
	合計	499	18.5	31.3	9	0	389



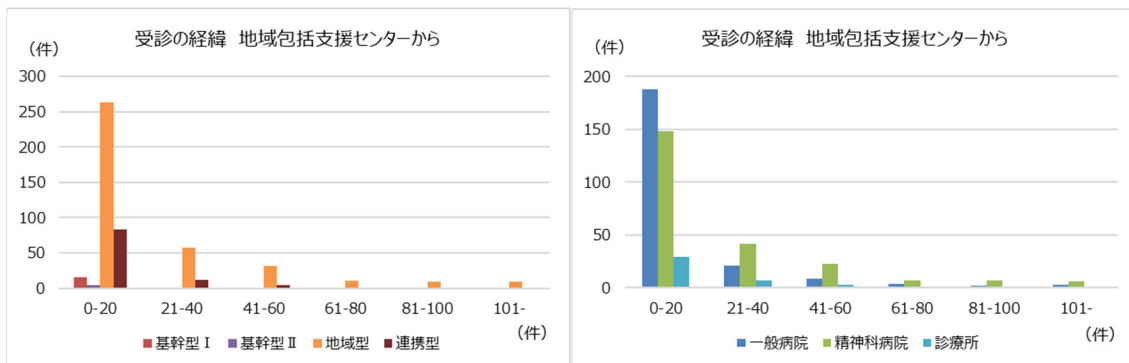


図 72 地域包括支援センターからの受診（再掲，左：類型別，右：医療機関種別）

## 2) 医療機関（かかりつけ医等）から（表 151, 152, 図 73）

医療機関（かかりつけ医等）からの受診は，中央値では基幹型および一般病院が多かった。数値入力欄の空欄は集計データ上「0」となり，集計に含まれることに留意が必要である。最小値は 0 件/年，最大値は 1443 件/年と大きな開きがあった。

表 151 類型別 医療機関（かかりつけ医等）からの受診

		受診の経緯 医療機関（かかりつけ医等）から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	150.9	89.4	136	54	377
	基幹型 II	4	175.5	140.1	192	23	295
	地域型	380	172.7	187.9	121	0	1443
	連携型	99	66.7	80.9	45	0	459
	合計	499	151.0	174.1	102	0	1443

表 152 医療機関種別 医療機関（かかりつけ医等）からの受診

		受診の経緯 医療機関（かかりつけ医等）から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	179.1	194.6	128	0	1443
	精神科病院	233	138.9	158.5	96	0	1435
	診療所	39	59.7	65.7	44	0	333
	合計	499	151.0	174.1	102	0	1443

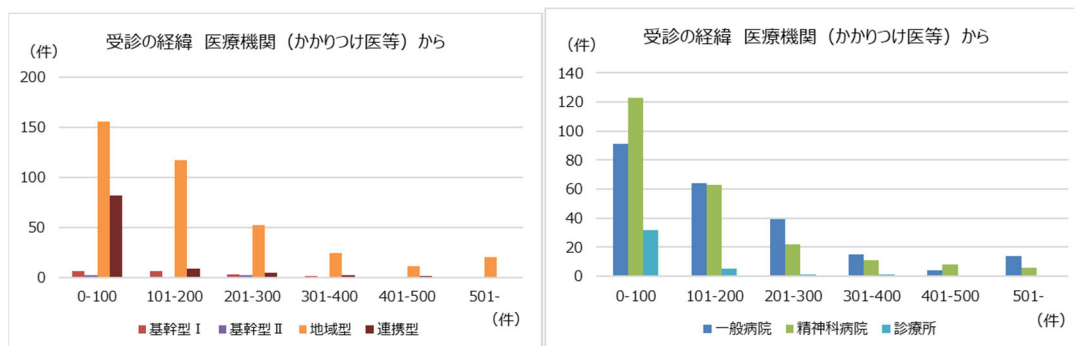


図 73 医療機関（かかりつけ医等）からの受診（再掲，左：類型別，右：医療機関種別）

3) 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所から (表 153, 154, 図 74)

居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの受診は、中央値では地域型および精神科病院で多かった。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。最小値は0件/年、最大値は529件/年と大きな開きがあった。

表 153 類型別 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの受診

		受診の経緯 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	2.3	4.8	0	0	14
	基幹型 II	4	0.8	1.0	1	0	2
	地域型	380	38.8	57.3	18	0	529
	連携型	99	14.8	24.6	6	0	153
	合計	499	32.6	52.5	12	0	529

表 154 医療機関種別 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの受診

		受診の経緯 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	18.3	40.1	4	0	322
	精神科病院	233	49.1	60.9	31	0	529
	診療所	39	17.3	27.9	8	0	153
	合計	499	32.6	52.5	12	0	529

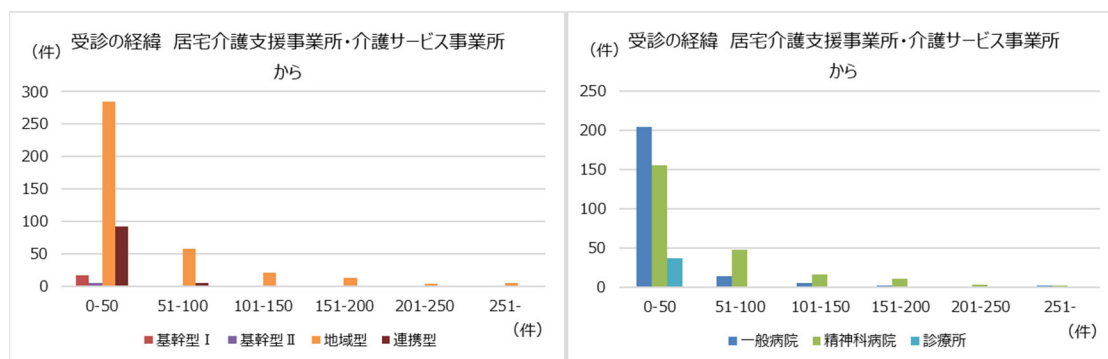


図 74 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの受診 (再掲, 左: 類型別, 右: 医療機関種別)

4) 行政機関から (表 155, 156, 図 75)

行政機関からの受診は、中央値では地域型および精神科病院で多かった。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。最小値は0件/年、最大値は253件/年であった。

表 155 類型別 行政機関からの受診

		受診の経緯 行政機関から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	1.6	3.2	0	0	12
	基幹型Ⅱ	4	5.3	9.8	1	0	20
	地域型	380	8.5	18.4	3	0	253
	連携型	99	3.0	4.5	1	0	29
	合計	499	7.2	16.4	2	0	253

表 156 医療機関種別 行政機関からの受診

		受診の経緯 行政機関から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	6.3	12.8	1	0	115
	精神科病院	233	8.6	20.2	3	0	253
	診療所	39	3.7	5.6	2	0	29
	合計	499	7.2	16.4	2	0	253

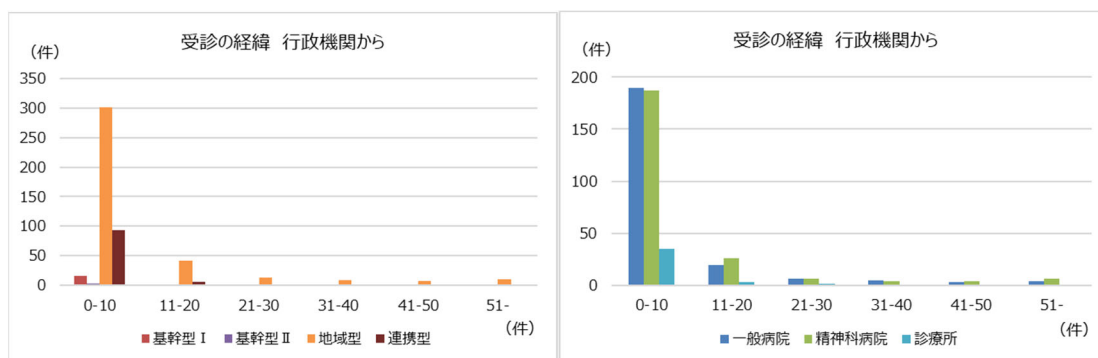


図 75 行政機関からの受診（再掲，左：類型別，右：医療機関種別）

## 5) その他（表 157, 158, 図 76）

その他からの受診は、中央値では地域型および精神科病院が多かった。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。最小値は0件/年、最大値は833件/年と大きな開きがあった。

表 157 類型別 その他からの受診

		受診の経緯 その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	27.1	79.6	1	0	323
	基幹型Ⅱ	4	47.8	51.7	37	0	118
	地域型	380	36.5	91.7	4	0	833
	連携型	99	18.8	41.9	2	0	246
	合計	499	32.8	83.7	4	0	833

表 158 医療機関種別 その他からの受診

		受診の経緯 その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	32.1	92.6	3	0	833
	精神科病院	233	35.9	78.6	6	0	667
	診療所	39	18.9	53.7	1	0	246
	合計	499	32.8	83.7	4	0	833

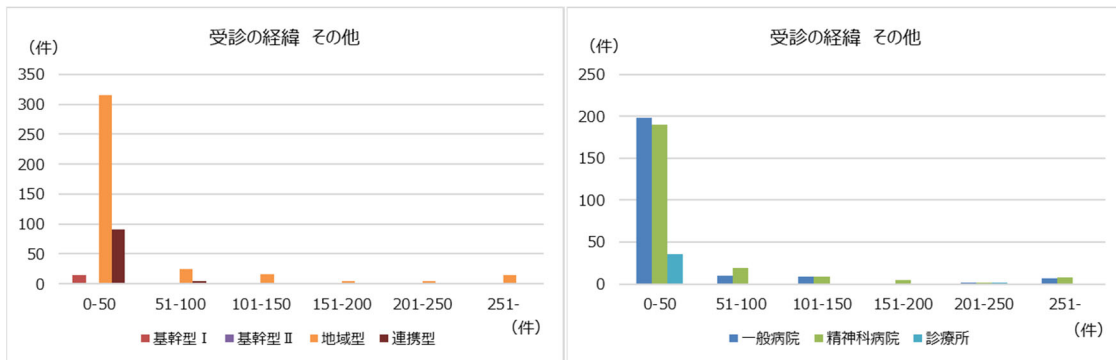


図 76 その他からの受診 (再掲)

## II-8. 認知症疾患医療センター受診後の情報提供

認知症疾患医療センター受診後の情報提供について、それぞれの情報提供先について類型別および医療機関種別に示す。

### 1) 地域包括支援センターへの情報提供 (表 159, 160, 図 77)

地域包括支援センターへの情報提供は、中央値では地域型および精神科病院が多かった。数値入力欄に文字入力「不詳」とあった 1 件は欠損値としたが、経緯別の集計が困難な状況であった可能性がある。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。最小値は 0 件/年、最大値は 635 件/年と大きな開きがあった。

表 159 類型別 地域包括支援センターへの情報提供

		受診後の情報提供 地域包括支援センターへ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	15	56.0	114.7	8	0	392
	基幹型 II	4	10.0	12.2	8	0	25
	地域型	380	30.7	59.5	13	0	635
	連携型	99	18.1	41.6	6	0	352
	合計	498	28.8	58.9	11	0	635

表 160 医療機関種別 地域包括支援センターへの情報提供

		受診後の情報提供 地域包括支援センターへ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	226	30.6	73.0	7	0	635
	精神科病院	233	27.9	45.6	13	0	450
	診療所	39	23.6	32.3	11	0	140
	合計	498	28.8	58.9	11	0	635

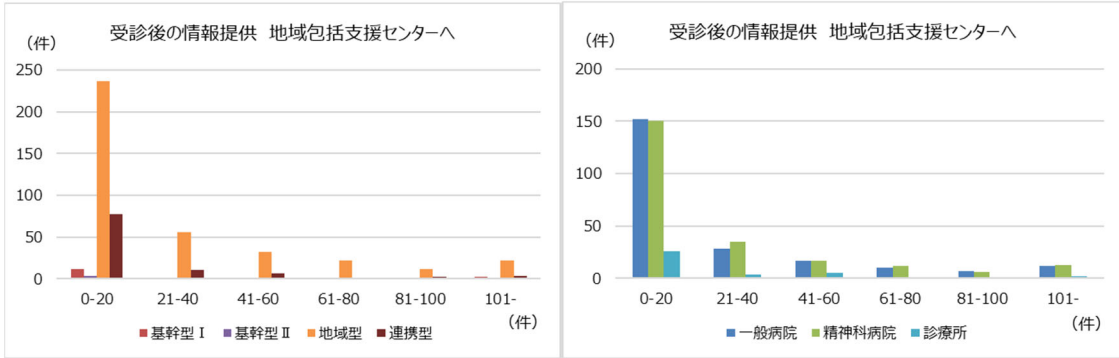


図 77 地域包括支援センターへの情報提供（再掲）

2) 医療機関（かかりつけ医等）への情報提供（表 161, 162, 図 78）

医療機関（かかりつけ医等）への情報提供は、中央値で地域型および一般病院が多かった。数値入力欄に文字入力「不詳」のあった 1 件は欠損値としたが、経緯別の集計が困難な状況であった可能性がある。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。昨年度と比較して、合計の平均値で約 4 件増加していたが、最小値は 0 件/年、最大値は 1474 件/年と大きな開きがあった。

表 161 類型別 医療機関（かかりつけ医等）への情報提供

		受診後の情報提供 医療機関（かかりつけ医等）へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	15	222.4	288.7	123	8	1211
	基幹型 II	4	196.8	187.1	183	23	399
	地域型	380	172.9	185.1	118	0	1474
	連携型	99	77.0	98.6	41	0	549
	合計	498	155.6	179.5	99	0	1474

表 162 医療機関種別 医療機関（かかりつけ医等）への情報提供

		受診後の情報提供 医療機関（かかりつけ医等）へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	226	180.0	188.2	117	0	1211
	精神科病院	233	144.7	176.9	92	0	1474
	診療所	39	78.9	100.8	40	2	549
	合計	498	155.6	179.5	99	0	1474

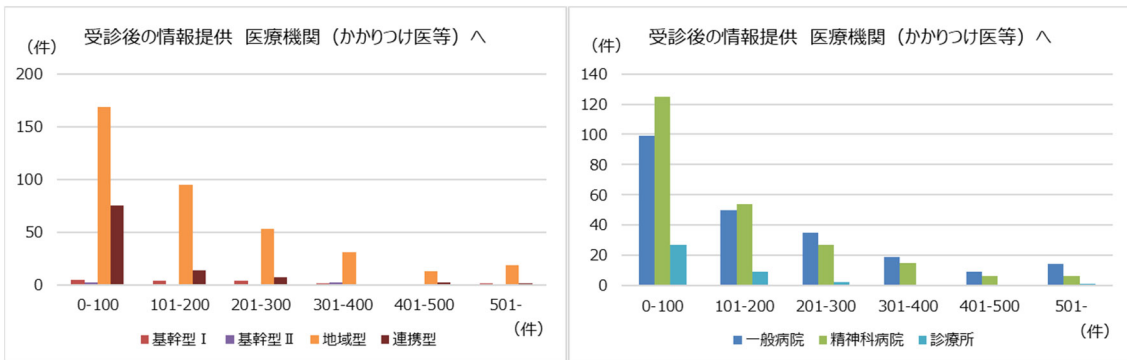


図 78 医療機関（かかりつけ医等）への情報提供（再掲）

### 3) 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供（表 163, 164, 図 79）

居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供は、中央値で地域型および精神科病院で特に多かった。数値入力欄に文字入力「不詳」のあった1件は欠損値としたが、経緯別の集計が困難な状況であった可能性がある。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。最小値は0件/年、最大値は955件/年と大きな開きがあった。昨年度と比較して、合計の平均値で約2件増加した。

表 163 類型別 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供

		受診後の情報提供 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	15	80.4	161.7	6	0	490
	基幹型 II	4	4.3	7.2	1	0	15
	地域型	380	50.7	100.7	18	0	955
	連携型	99	26.6	42.9	8	0	199
	合計	498	46.4	94.7	15	0	955

表 164 医療機関種別 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供

		受診後の情報提供 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	226	40.4	108.6	6	0	955
	精神科病院	233	54.0	85.3	28	0	659
	診療所	39	35.7	49.4	11	0	167
	合計	498	46.4	94.7	15	0	955

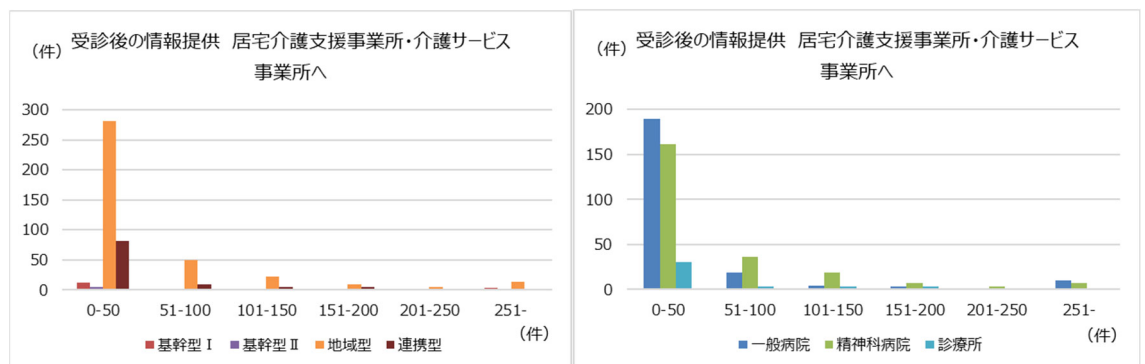


図 79 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供（再掲）

### 4) 行政機関への情報提供（表 165, 166, 図 80）

行政機関への情報提供は、中央値で基幹型、地域型および精神科病院で多かった。数値入力欄に文字入力「不詳」のあった1件は欠損値としたが、経緯別の集計が困難な状況であった可能性がある。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。最小値は0件/年、最大値は188件/年であった。

表 165 類型別 行政機関への情報提供

		受診後の情報提供 行政機関へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	15	17.9	32.8	3	0	113
	基幹型Ⅱ	4	4.5	7.1	2	0	15
	地域型	380	8.9	20.7	2	0	188
	連携型	99	6.9	17.0	1	0	126
	合計	498	8.8	20.4	2	0	188

表 166 医療機関種別 行政機関への情報提供

		受診後の情報提供 行政機関へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	226	8.4	18.6	1	0	126
	精神科病院	233	9.2	22.9	3	0	188
	診療所	39	8.1	13.8	1	0	60
	合計	498	8.8	20.4	2	0	188

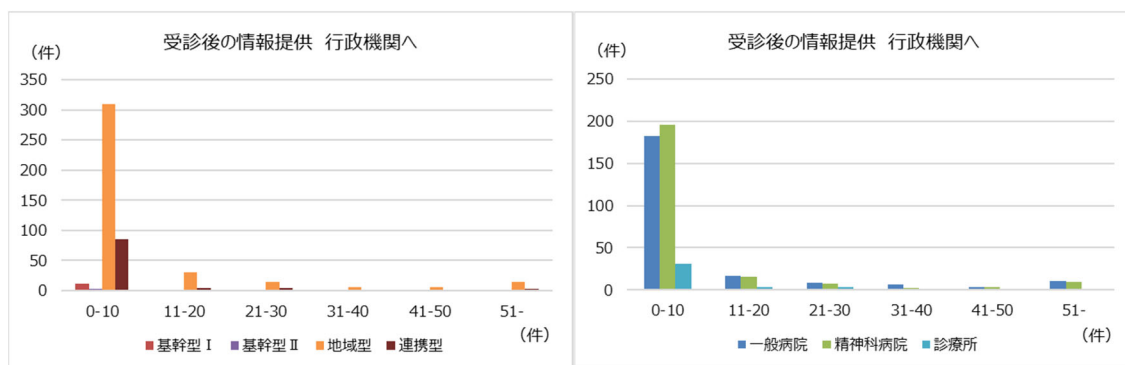


図 80 行政機関への情報提供（再掲）

5) その他への情報提供（表 167, 168, 図 81）

その他への情報提供は、中央値で基幹型および診療所で多かった。数値入力欄に文字入力「不詳」のあった 1 件は欠損値としたが、経緯別の集計が困難な状況であった可能性がある。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。最小値は 0 件/年、最大値は 1563 件/年と大きな開きがあった。昨年度と比較して、合計の平均値で約 10 件減少した。

表 167 類型別 その他への情報提供

		受診後の情報提供 その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	15	58.6	160.7	4	0	621
	基幹型Ⅱ	4	42.8	75.1	8	0	155
	地域型	380	34.7	134.3	2	0	1563
	連携型	99	17.6	43.6	0	0	313
	合計	498	32.1	122.3	1	0	1563

表 168 医療機関種別 その他への情報提供

医療機関種別	受診後の情報提供 その他					
	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
一般病院	226	31.4	121.6	1	0	1269
精神科病院	233	34.3	130.9	2	0	1563
診療所	39	22.8	57.2	0	0	313
合計	498	32.1	122.3	1	0	1563

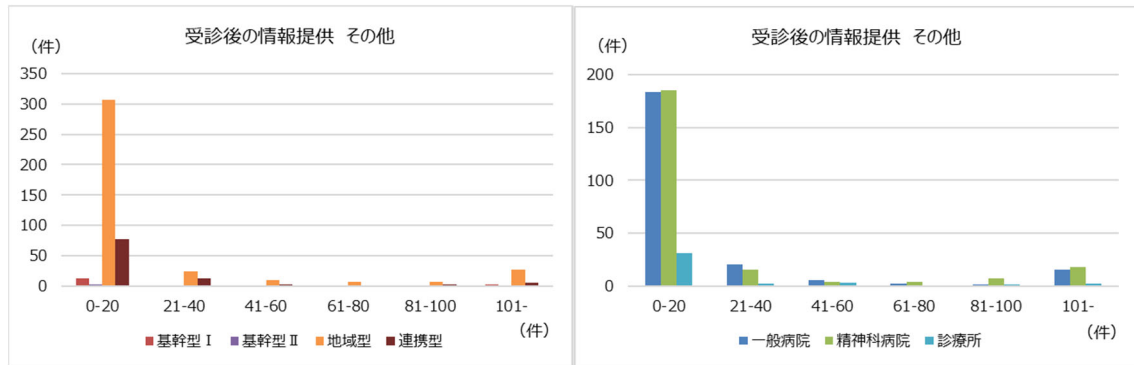


図 81 その他への情報提供 (再掲)



### Ⅲ. 身体合併症に対する救急医療機関としての要件と機能

#### Ⅲ-1. 指定状況

1) 救急医療機関の指定：救急医療機関の指定の有無について類型別（表 169）、および医療機関種別（表 170）に示す。空欄であった 4 件は欠損としたが、救急医療機関の指定を確認していないか、あるいは指定されていない可能性がある。基幹型Ⅰ、基幹型Ⅱの 100%、一般病院の 68.1%が指定されていたが、地域型の 67.6%、連携型の 73.5%、精神科病院の 94.4%、診療所の 97.4%は指定されていなかった。昨年度と比較して、合計での指定あり割合は 1.1 ポイント減少した。

表 169 類型別 救急医療機関の指定の有無

		1救急医療機関の指定		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	基幹型Ⅱ	4	0	4
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	122	255	377
		32.4%	67.6%	100.0%
連携型	26	72	98	
	26.5%	73.5%	100.0%	
合計	168	327	495	
	33.9%	66.1%	100.0%	

表 170 医療機関種別 救急医療機関の指定の有無

		1救急医療機関の指定		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	154	72	226
		68.1%	31.9%	100.0%
	精神科病院	13	218	231
		5.6%	94.4%	100.0%
	診療所	1	37	38
2.6%		97.4%	100.0%	
合計	168	327	495	
	33.9%	66.1%	100.0%	

2) 高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定：高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定の有無について類型別（表 171）、および医療機関種別（表 172）に示す。空欄であった 3 件は欠損としたが、高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定を確認していないか、指定されていない可能性がある。基幹型Ⅰの 68.8%、基幹型Ⅱの 75.0%は指定されていたが、地域型の 87.8%、連携型の 98.0%、一般病院の 72.7%、精神科病院と診療所の 100%が指定されていなかった。

表 171 類型別 高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定の有無

		2高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	11	5	16
		68.8%	31.3%	100.0%
	基幹型 II	3	1	4
		75.0%	25.0%	100.0%
	地域型	46	332	378
		12.2%	87.8%	100.0%
連携型	2	96	98	
	2.0%	98.0%	100.0%	
合計		62	434	496
		12.5%	87.5%	100.0%

表 172 医療機関種別 高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定の有無

		2高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	62	165	227
		27.3%	72.7%	100.0%
	精神科病院	0	231	231
		0.0%	100.0%	100.0%
	診療所	0	38	38
0.0%		100.0%	100.0%	
合計		62	434	496
		12.5%	87.5%	100.0%

### III-2. 支援・院内調整

1) 身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援(相談,入院受け入れの調整,他院の紹介など)の実施:類型別(表 173, 図 82), および医療機関種別(表 174, 図 83)に示す。有無に関し,空欄であった2件は欠損としたが,実施状況を確認していないか,実施していない可能性がある。全体の81.3%が身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援を行っていた。昨年度と比較して,合計での実施あり割合は4.1ポイント減少し,特に地域型および連携型,診療所での減少があった

表 173 類型別 身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援

		身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援(相談,入院受け入れの調整,他院の紹介など)の実施		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	基幹型 II	4	0	4
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	312	66	378
		82.5%	17.5%	100.0%
連携型	72	27	99	
	72.7%	27.3%	100.0%	
合計		404	93	497
		81.3%	18.7%	100.0%

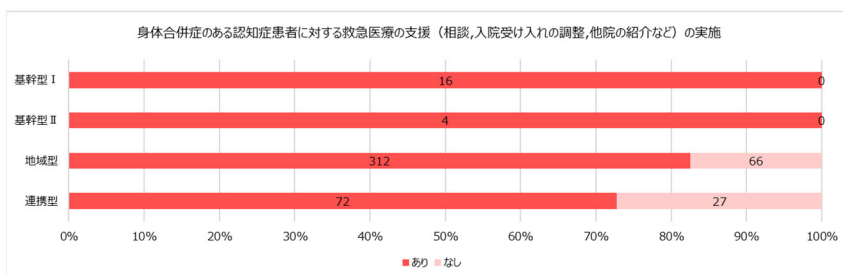


図 82 類型別 身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（再掲）

表 174 医療機関別 身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援

		身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（相談,入院受け入れの調整,他院の紹介など）の実施		
		あり	なし	合計
医療機関 種別	一般病院	206 90.7%	21 9.3%	227 100.0%
	精神科病院	172 74.5%	59 25.5%	231 100.0%
	診療所	26 66.7%	13 33.3%	39 100.0%
	合計	404 81.3%	93 18.7%	497 100.0%

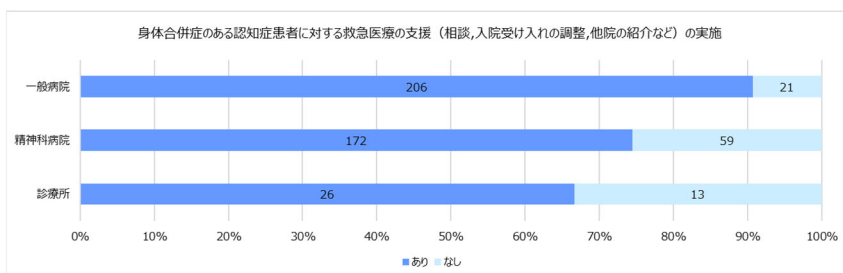


図 83 医療機関別 身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（再掲）

2)一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施：類型別（表 175，図 84），および医療機関種別（表 176，図 85）に示す．空欄であった 6 件は欠損としたが，実施状況を確認していないか，実施していない可能性がある．基幹型 I の 100%，一般病院の 66.7%が一般病床に入院する認知症患者への精神科的ケースワークを実施していた．基幹型 II の 50.0%，地域型の 60.5%，連携型の 80.6%，精神科病院の 86.1%，診療所の 92.1%が実施していなかったが，精神科や一般病床の有無の点で実施困難であることも理由と考えられる．

表 175 類型別 一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施

		リエゾンチーム等による一般病床に入院する認知症患者への精神科的ケースワークの実施		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	基幹型 II	2	2	4
		50.0%	50.0%	100.0%
	地域型	148	227	375
	39.5%	60.5%	100.0%	
	連携型	19	79	98
		19.4%	80.6%	100.0%
	合計	185	308	493
		37.5%	62.5%	100.0%

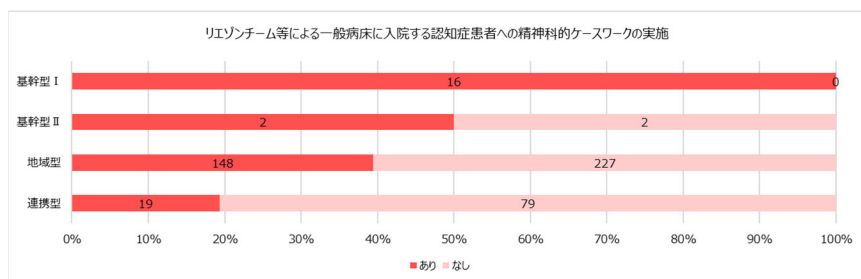


図 84 類型別 一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施 (再掲)

表 176 医療機関種別 一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施

		リエゾンチーム等による一般病床に入院する認知症患者への精神科的ケースワークの実施		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	150	75	225
		66.7%	33.3%	100.0%
	精神科病院	32	198	230
		13.9%	86.1%	100.0%
	診療所	3	35	38
		7.9%	92.1%	100.0%
	合計	185	308	493
		37.5%	62.5%	100.0%

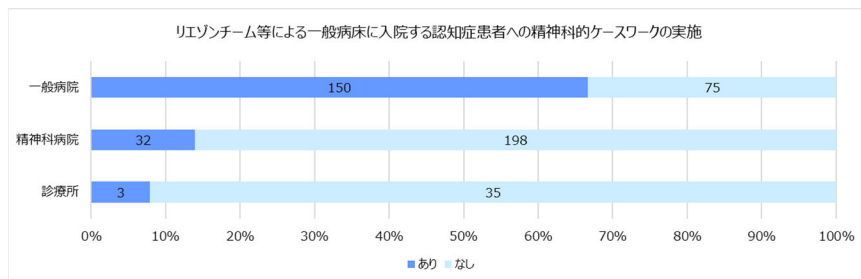


図 85 医療機関種別 一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施 (再掲)

3) 認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施：類型別（表 177，図 86），および医療機関種別（表 178，図 87）に示す。空欄であった 5 件は欠損としたが，実施状況を確認していないか，実施していない可能性がある。全体の 61.1%が院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会を実施していたが，昨年度と比較して実施あり割合は 4.4 ポイント減少していた。医療機関種別では一般病院の 75.2%，精神科病院の 50.4%，診療所の 42.1%が実施しており，認知症に関する情報提供の必要な他科の存在の有無により，研修会の実施の有無が影響されていたかもしれない。

表 177 類型別 認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施

		認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	13 81.3%	3 18.8%	16 100.0%
	基幹型 II	4 100.0%	0 0.0%	4 100.0%
	地域型	236 62.8%	140 37.2%	376 100.0%
	連携型	49 50.0%	49 50.0%	98 100.0%
	合計	302 61.1%	192 38.9%	494 100.0%

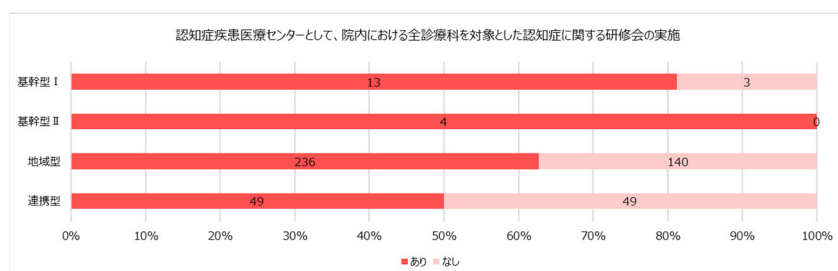


図 86 類型別 認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施 (再掲)

表 178 医療機関種別 認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施

		認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	170 75.2%	56 24.8%	226 100.0%
	精神科病院	116 50.4%	114 49.6%	230 100.0%
	診療所	16 42.1%	22 57.9%	38 100.0%
	合計	302 61.1%	192 38.9%	494 100.0%

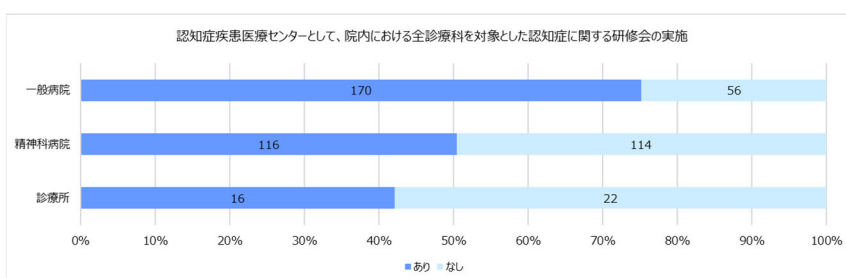


図 87 医療機関種別 認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施 (再掲)

4) 休日、夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床の確保：類型別 (表 179, 図 88), および医療機関種別 (表 180, 図 89) に示す。空欄であった 7 件は欠損としたが、実施状況を確認していないか、実施していない可能性がある。基幹型 I では 100%が身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床を確保していた。一方で基幹型 II の 25.0%, 地域型の 38.8%, 連携型の 23.5%も同様の空床を確保していた。医療機関種別では一般病院の 59.8%, 精神科病院の 59.1%, 診療所の 97.4%は確保していなかった。昨年度と比較して、合計の空床あり割合は 3.3 ポイント減少した。

表 179 類型別 休日、夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者対応する空床確保

		休日、夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床の確保		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	基幹型 II	1	3	4
		25.0%	75.0%	100.0%
	地域型	145	229	374
	38.8%	61.2%	100.0%	
	連携型	23	75	98
		23.5%	76.5%	100.0%
	合計	185	307	492
		37.6%	62.4%	100.0%

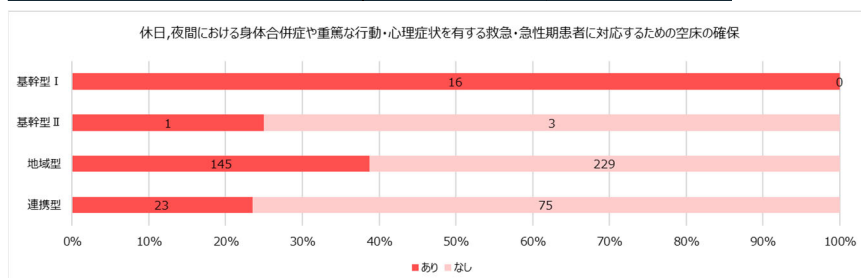


図 88 類型別 休日、夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応する空床確保 (再掲)

表 180 医療機関種別 休日、夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応する空床確保

		休日、夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床の確保		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	90 40.2%	134 59.8%	224 100.0%
	精神科病院	94 40.9%	136 59.1%	230 100.0%
	診療所	1 2.6%	37 97.4%	38 100.0%
	合計	185 37.6%	307 62.4%	492 100.0%

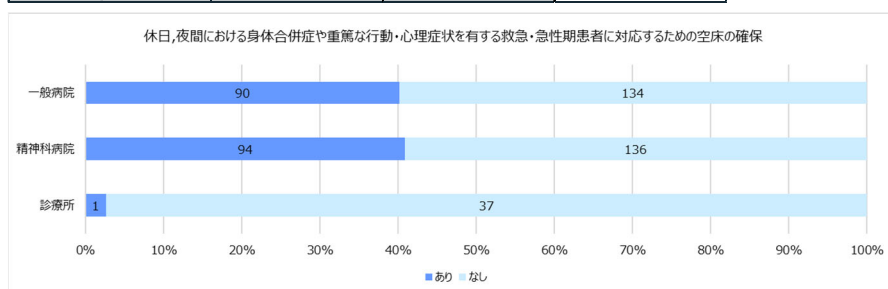


図 89 医療機関種別 休日、夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応する空床確保 (再掲)

※確保している空床数の項目は、令和4年度実績報告書より削除された。

## IV. 地域連携推進機関としての要件と機能

### IV-1. 認知症疾患医療センター地域連携会議

1) 認知症疾患医療センター地域連携会議の開催形態：開催形態を類型別（表 181，図 90），および医療機関種別（表 182，図 91）に示す。空欄であった 7 件は欠損としたが，認知症疾患医療センター地域連携会議の開催形態について確認していないか，開催自体が不明である可能性がある。全体の 61.0%が自院で主催であった一方，全体の 16.7%は自治体の会議を活用しており，連携型の 41.7%，診療所の 44.7%は地域内の基幹型・地域型と連携して開催していた。昨年度と比較して，自治体の会議の活用は合計 2.9 ポイント増加した。

表 181 類型別 認知症疾患医療センター地域連携会議の開催形態

		認知症疾患医療センター地域連携会議の開催 開催の形態			
		主催	自治体の会議の活用	基幹型・地域型と連携	合計
類型	基幹型 I	12 75.0%	3 18.8%	1 6.3%	16 100.0%
	基幹型 II	3 75.0%	1 25.0%	0 0.0%	4 100.0%
	地域型	248 66.0%	59 15.7%	69 18.4%	376 100.0%
	連携型	37 38.5%	19 19.8%	40 41.7%	96 100.0%
	合計	300 61.0%	82 16.7%	110 22.4%	492 100.0%

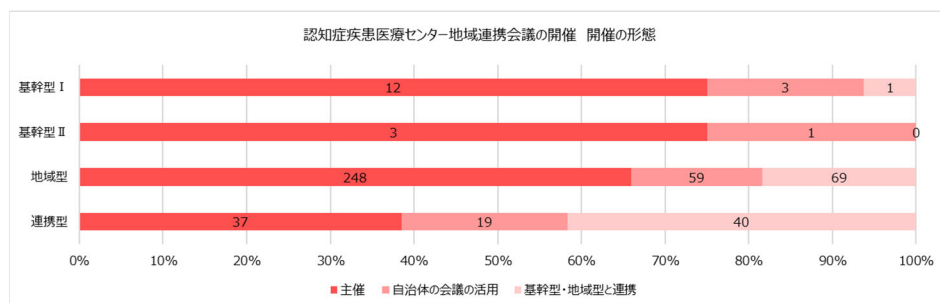


図 90 類型別 認知症疾患医療センター地域連携会議の開催形態（再掲）

表 182 医療機関種別 認知症疾患医療センター地域連携会議の開催形態

		認知症疾患医療センター地域連携会議の開催 開催の形態			
		主催	自治体の会議の活用	基幹型・地域型と連携	合計
医療機関種別	一般病院	141 62.9%	33 14.7%	50 22.3%	224 100.0%
	精神科病院	147 63.9%	40 17.4%	43 18.7%	230 100.0%
	診療所	12 31.6%	9 23.7%	17 44.7%	38 100.0%
	合計	300 61.0%	82 16.7%	110 22.4%	492 100.0%



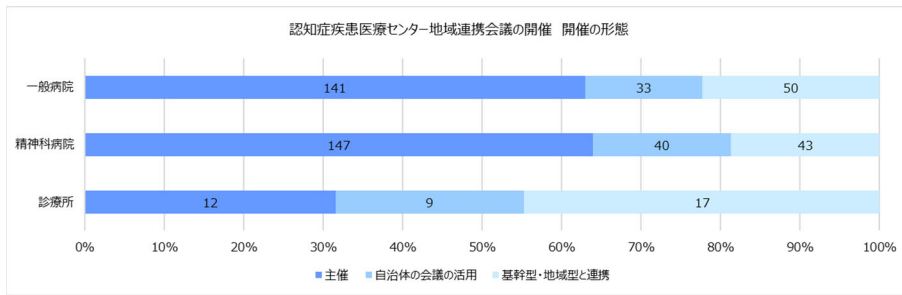


図 91 医療機関種別 認知症疾患医療センター-地域連携会議の開催形態（再掲）

2) 認知症疾患医療センター-地域連携会議の開催回数：開催回数を類型別（表 183, 図 90）、および医療機関種別（表 184, 図 91）に示す。数値入力欄に文字入力のあった 7 件は欠損としたが、開催回数を確認していないか、開催していない可能性がある。開催回数の数値入力欄が 0 または空欄であったケースは集計データ上すべて「0 回」として集計に含まれていることに留意が必要である。中央値では、基幹型Ⅱが 3 回、診療所が 2 回の開催であったが、それ以外では 1 回/年の開催であった。全体での平均の開催回数は、昨年度と不変であった。

表 183 類型別 認知症疾患医療センター-地域連携会議の開催回数

		認知症疾患医療センター-地域連携会議の開催 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	1.4	0.6	1	1	3
	基幹型Ⅱ	4	3.5	1.9	3	2	6
	地域型	376	1.8	1.5	1	0	16
	連携型	96	1.6	1.0	1	0	4
	合計	492	1.7	1.4	1	0	16

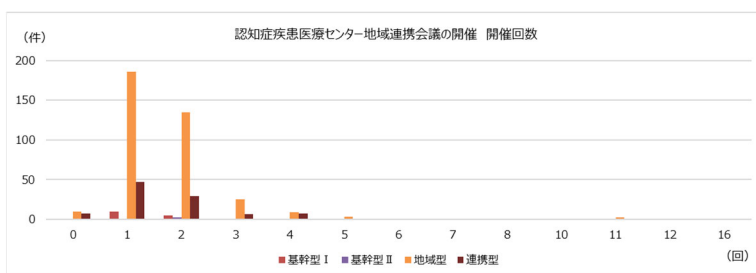


図 90 類型別 認知症疾患医療センター-地域連携会議の開催回数

表 184 医療機関種別 認知症疾患医療センター-地域連携会議の開催回数

		認知症疾患医療センター-地域連携会議の開催 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	224	1.7	1.4	1	0	12
	精神科病院	230	1.8	1.5	1	0	16
	診療所	38	1.7	0.9	2	0	4
	合計	492	1.7	1.4	1	0	16

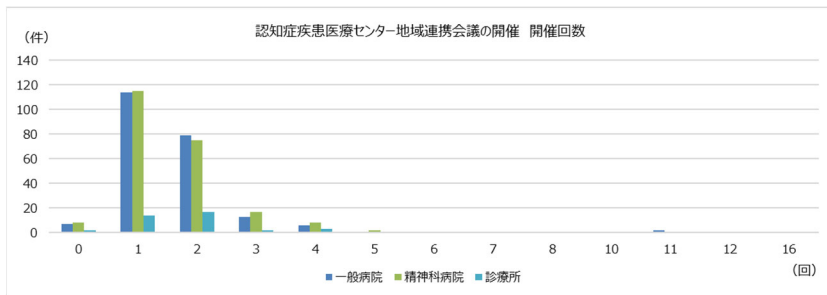


図 91 医療機関種別 認知症疾患医療センター地域連携会議の開催回数

## IV-2. 研修会開催

1) 医療従事者対象:医療従事者対象の研修会について類型別の開催の有無(表 185, 図 92)と開催回数(表 186, 図 93), および医療機関種別の開催の有無(表 187, 図 94)と開催回数(表 188, 図 95)を示す。開催有にもかかわらず回数について数値入力欄に文字入力「随時」と記載のあった 1 件は回数の集計では欠損としたが, 開催回数について確認していないか, あるいは不明である可能性がある。また開催有で回数が 0 または空欄の報告が 5 件あり, 開催実態は不明であるもののすべて集計データ上「0 回」として集計されたことに留意が必要である。全体で 79.8%が開催しており, 昨年度と比較して割合としては微減した。回数の中央値では基幹型 I が 3 回/年であったが, それ以外は 1~2 回/年の開催であった。最大実施回数は 24 回/年であり, 全体の平均回数では昨年度と不変であった。

表 185 類型別 医療従事者対象の研修会の開催の有無

	研修会の開催 医療従事者対象 開催の有無			
	あり	なし	合計	
類型	基幹型 I	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	基幹型 II	4	0	4
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	310	70	380
	81.6%	18.4%	100.0%	
	連携型	68	31	99
	68.7%	31.3%	100.0%	
	合計	398	101	499
	79.8%	20.2%	100.0%	

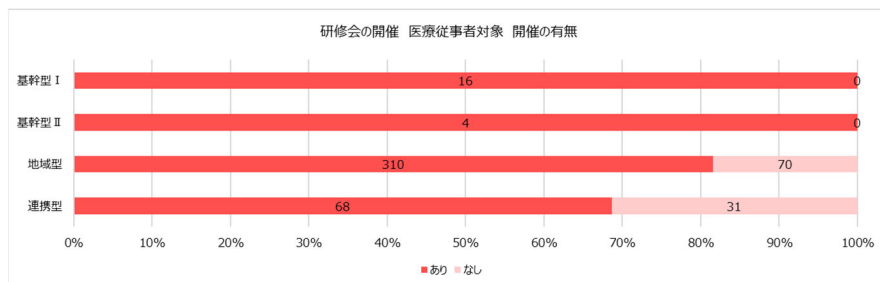


図 92 類型別 医療従事者対象の研修会の開催の有無 (再掲)

表 186 類型別 医療従事者対象の研修会の開催回数

		研修会の開催 医療従事者対象 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	4.8	4.4	3	0	14
	基幹型 II	4	1.3	0.5	1	1	2
	地域型	309	2.4	2.5	2	0	24
	連携型	68	1.9	2.0	1	0	12
	合計	397	2.4	2.6	2	0	24

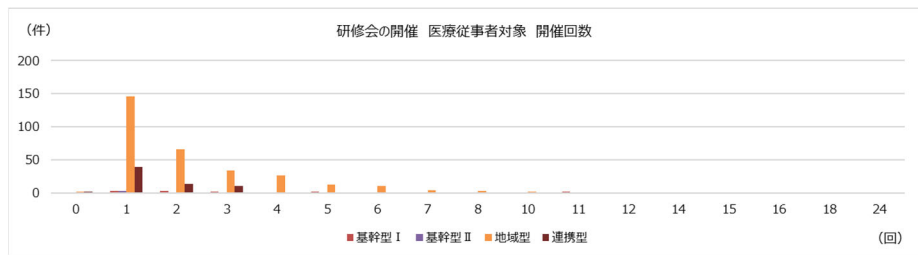


図 93 類型別 医療従事者対象の研修会の開催回数

表 187 医療機関種別 医療従事者対象の研修会の開催の有無

		研修会の開催 医療従事者対象 開催の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	193	34	227
		85.0%	15.0%	100.0%
	精神科病院	181	52	233
		77.7%	22.3%	100.0%
	診療所	24	15	39
	61.5%	38.5%	100.0%	
合計	398	101	499	
	79.8%	20.2%	100.0%	

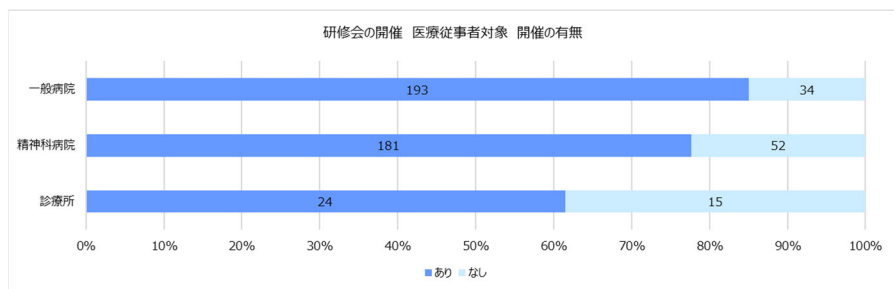


図 94 医療機関種別 医療従事者対象の研修会の開催の有無 (再掲)

表 188 医療機関種別 医療従事者対象の研修会の開催回数

		研修会の開催 医療従事者対象 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	193	2.6	3.0	2	0	24
	精神科病院	180	2.1	1.8	2	0	18
	診療所	24	2.9	3.0	2	1	12
	合計	397	2.4	2.6	2	0	24

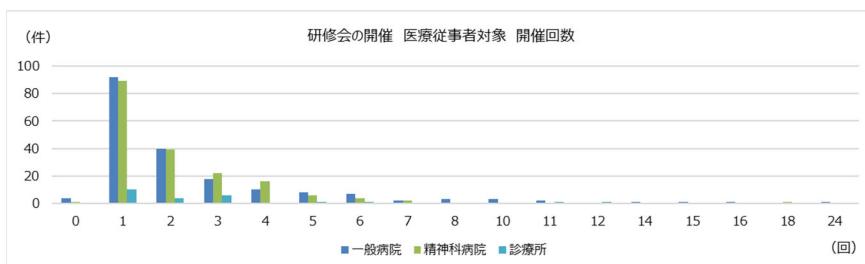


図 95 医療機関種別 医療従事者対象の研修会の開催回数

2) 医療従事者対象のうち、かかりつけ医対象：医療従事者対象の研修会のうち、かかりつけ医対象のものについて類型別の開催の有無(表 189, 図 96)と開催回数(表 190, 図 97), および医療機関種別の開催の有無(表 191, 図 98)と開催回数(表 192, 図 99)を示す。開催有にもかかわらず回数が 0 または空欄の報告が 7 件あり、開催実態が不明であるものの、集計データ上「0 回」として集計されたことに留意が必要である。全体で 59.9%が開催しており、回数は全体の中央値として 1 回/年開催、最大実施回数は 11 回/年であった。昨年度と比較して、合計の開催あり割合は不変であったものの診療所の開催あり割合は 6.6 ポイント減少していた。

表 189 類型別 かかりつけ医対象研修会の開催の有無

		研修会の開催 (うちかかりつけ医対象) 開催の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	13 81.3%	3 18.8%	16 100.0%
	基幹型 II	4 100.0%	0 0.0%	4 100.0%
	地域型	234 61.6%	146 38.4%	380 100.0%
	連携型	48 48.5%	51 51.5%	99 100.0%
	合計	299 59.9%	200 40.1%	499 100.0%

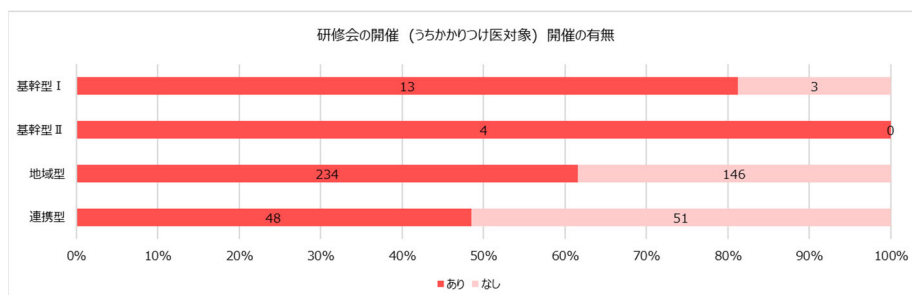


図 96 類型別 かかりつけ医対象研修会の開催の有無 (再掲)

表 190 類型別 かかりつけ医対象研修会の開催回数

		研修会の開催（うちかかりつけ医対象）開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	13	3.5	3.4	2	0	11
	基幹型 II	4	1.3	0.5	1	1	2
	地域型	234	1.7	1.3	1	0	10
	連携型	48	1.7	1.7	1	0	11
	合計	299	1.8	1.5	1	0	11

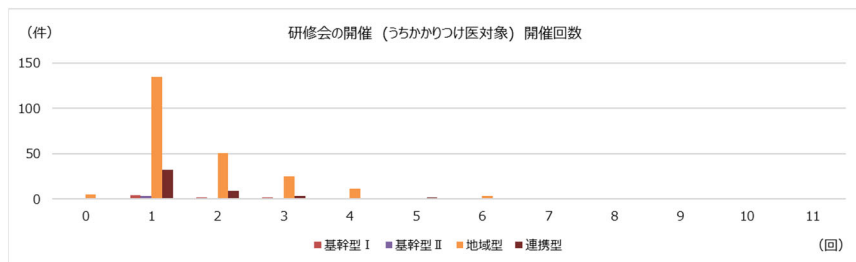


図 97 類型別 かかりつけ医対象研修会の開催回数

表 191 医療機関種別 かかりつけ医対象研修会の開催の有無

		研修会の開催（うちかかりつけ医対象）開催の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	141	86	227
		62.1%	37.9%	100.0%
	精神科病院	139	94	233
		59.7%	40.3%	100.0%
	診療所	19	20	39
		48.7%	51.3%	100.0%
	合計	299	200	499
		59.9%	40.1%	100.0%

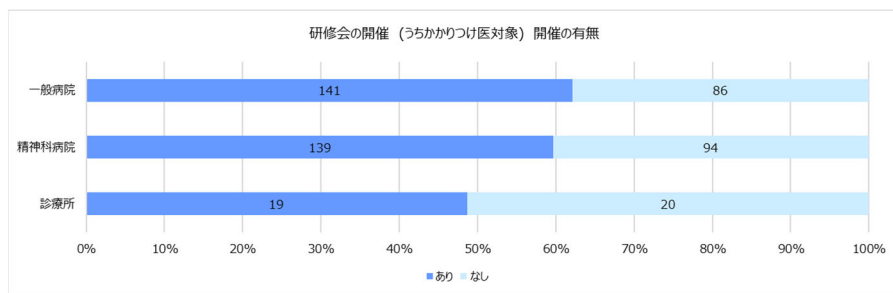


図 98 医療機関種別 かかりつけ医対象研修会の開催の有無（再掲）

表 192 医療機関種別 かかりつけ医対象研修会の開催回数

		研修会の開催（うちかかりつけ医対象）開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	141	1.9	1.8	1	0	11
	精神科病院	139	1.6	1.0	1	0	5
	診療所	19	2.4	2.5	1	1	11
	合計	299	1.8	1.5	1	0	11

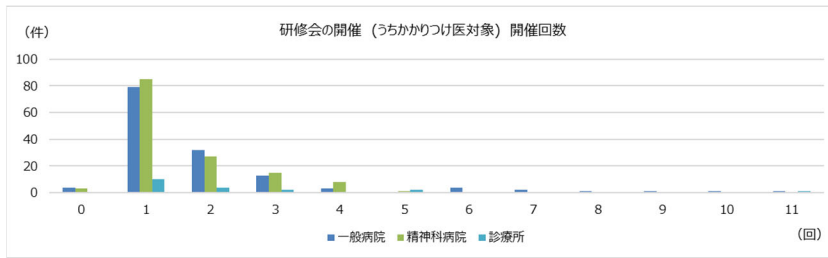


図 99 医療機関種別 かかりつけ医対象研修会の開催回数

3) 地域包括支援センター職員等対象：地域包括支援センター職員等を対象とした研修会について類型別の開催の有無（表 193, 図 100）と開催回数（表 194, 図 101），および医療機関種別の開催の有無（表 195, 図 102）と開催回数（表 196, 図 103）を示す。開催有にもかかわらず回数が 0 または空欄の報告が 7 件あり、開催実態不明であるものの、集計データ上「0 回」として集計されていることに留意が必要である。全体で 71.5%が開催しており昨年度と比較して 2.9 ポイント増加した。回数の中央値では基幹型 I は 3 回/年，診療所が 2 回/年，その他は 1 回/年の開催で，最大実施回数は 40 回/年であった。昨年度と比較して全体の開催あり割合は 2.9 ポイント増加し，平均実施回数は 0.1 回増加した。

表 193 類型別 地域包括支援センター職員等対象研修会の開催の有無

		研修会の開催 地域包括支援センター職員等対象 開催の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	12 75.0%	4 25.0%	16 100.0%
	基幹型 II	3 75.0%	1 25.0%	4 100.0%
	地域型	277 72.9%	103 27.1%	380 100.0%
	連携型	65 65.7%	34 34.3%	99 100.0%
	合計	357 71.5%	142 28.5%	499 100.0%

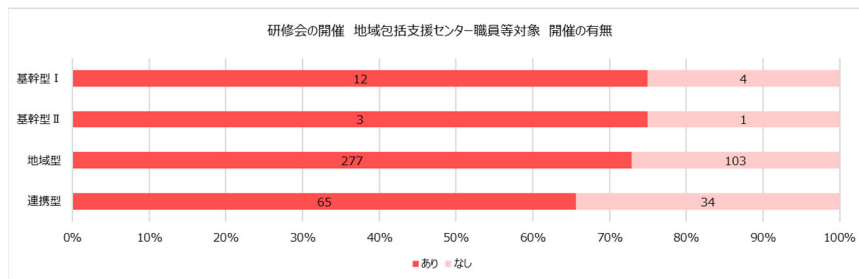


図 100 類型別 地域包括支援センター職員等対象研修会の開催の有無（再掲）

表 194 類型別 地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

		研修会の開催 地域包括支援センター職員等対象 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	12	4.8	4.6	3	0	14
	基幹型 II	3	1.3	0.6	1	1	2
	地域型	277	2.5	3.8	1	0	40
	連携型	65	2.2	2.9	1	0	17
	合計	357	2.5	3.7	1	0	40

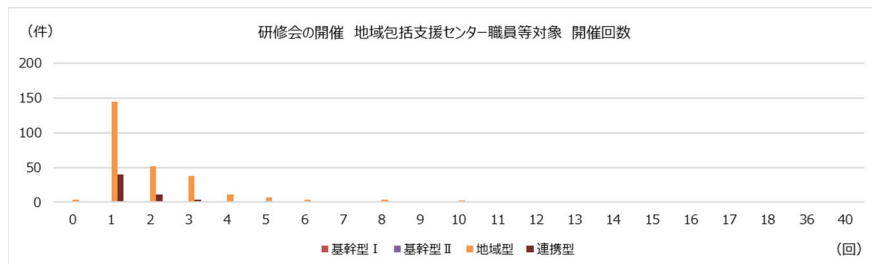


図 101 類型別 地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

表 195 医療機関種別 地域包括支援センター職員等対象研修会の開催の有無

		研修会の開催 地域包括支援センター職員等対象 開催の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	168	59	227
		74.0%	26.0%	100.0%
	精神科病院	163	70	233
		70.0%	30.0%	100.0%
	診療所	26	13	39
	66.7%	33.3%	100.0%	
	合計	357	142	499
		71.5%	28.5%	100.0%

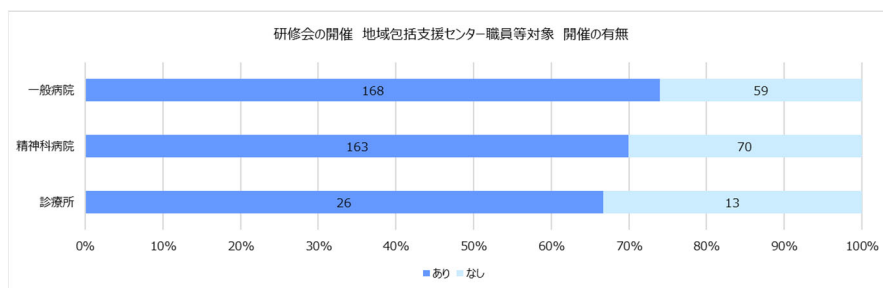


図 102 医療機関種別 地域包括支援センター職員等対象研修会の開催の有無 (再掲)

表 196 医療機関種別 地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

		研修会の開催 地域包括支援センター職員等対象 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	168	2.2	2.3	1	0	14
	精神科病院	163	2.6	4.6	1	0	40
	診療所	26	3.6	4.1	2	0	17
	合計	357	2.5	3.7	1	0	40

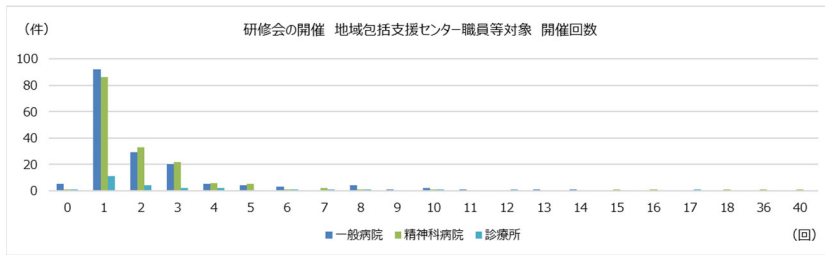


図 103 医療機関種別 地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

4) 家族・地域住民等対象：家族・地域住民等を対象とした研修会について類型別の開催の有無（表 197, 図 104）と開催回数（表 198, 図 105），および医療機関種別の開催の有無（表 199, 図 106）と開催回数（表 200, 図 107）を示す。回数について数値入力欄に文字入力「随時」と記載した 1 件は回数の集計では欠損としたが、開催回数について確認していないか、あるいは不明である可能性がある。また開催有にもかかわらず回数が 0 または空欄の報告が 9 件あり、開催実態不明であるものの、集計データ上「0 回」として集計されていることに留意が必要である。全体で 56.9%が開催しており（昨年度から 4.2 ポイント増加）、特に連携型は昨年度から 8.5 ポイント増加、診療所は 6.2 ポイント増加していた。回数の中央値では多くは 1 回/年の開催、診療所で中央値が 3 回/年で、全体の最大実施回数は 41 回/年であった。

表 197 類型別 家族・地域住民対象研修会の開催の有無

類型	研修会の開催 家族・地域住民等対象 開催の有無		
	あり	なし	合計
基幹型 I	8 50.0%	8 50.0%	16 100.0%
基幹型 II	2 50.0%	2 50.0%	4 100.0%
地域型	220 57.9%	160 42.1%	380 100.0%
連携型	54 54.5%	45 45.5%	99 100.0%
合計	284 56.9%	215 43.1%	499 100.0%

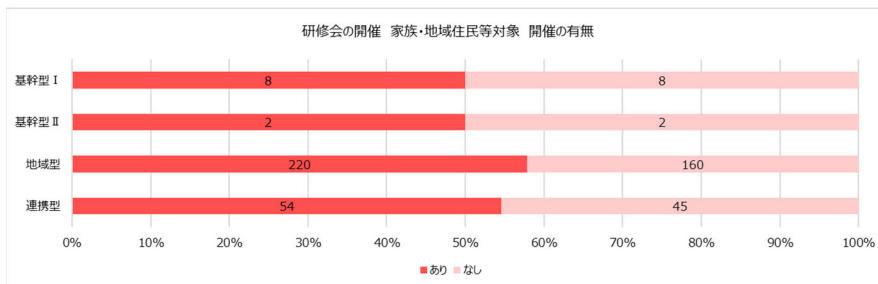


図 104 類型別 家族・地域住民対象研修会の開催の有無 (再掲)



表 198 類型別 家族・地域住民対象研修会の開催回数

		研修会の開催 家族・地域住民等対象 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	8	2.0	1.8	1	1	6
	基幹型 II	2	1.0	0.0	1	1	1
	地域型	219	3.5	6.0	1	0	41
	連携型	54	3.3	3.8	1	0	15
	合計	283	3.4	5.5	1	0	41



図 105 類型別 家族・地域住民対象研修会の開催回数

表 199 医療機関種別 家族・地域住民対象研修会の開催の有無

		研修会の開催 家族・地域住民等対象 開催の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	129	98	227
		56.8%	43.2%	100.0%
	精神科病院	129	104	233
		55.4%	44.6%	100.0%
	診療所	26	13	39
	66.7%	33.3%	100.0%	
	合計	284	215	499
		56.9%	43.1%	100.0%

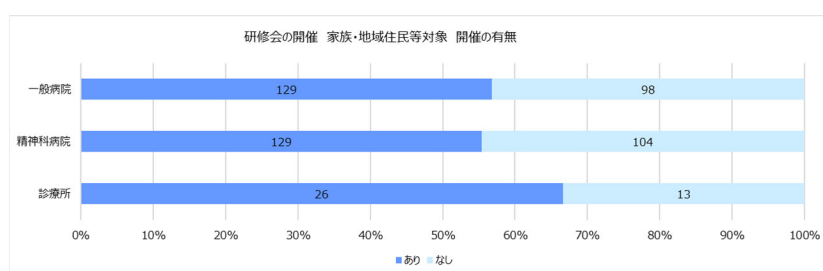


図 106 医療機関種別 家族・地域住民対象研修会の開催の有無 (再掲)

表 200 医療機関種別 家族・地域住民対象研修会の開催回数

		研修会の開催 家族・地域住民等対象 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	129	3.7	6.8	1	0	41
	精神科病院	128	2.8	4.0	1	0	26
	診療所	26	5.0	4.6	3	1	15
	合計	283	3.4	5.5	1	0	41

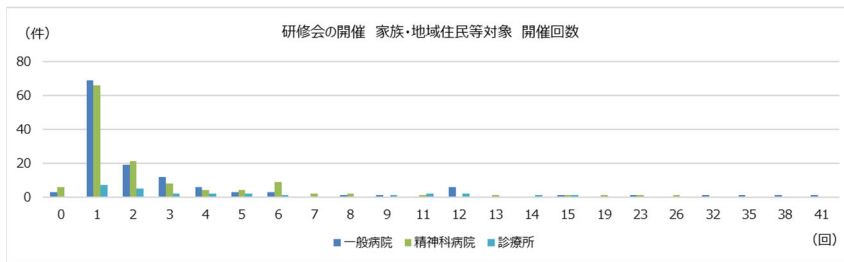


図 107 医療機関種別 家族・地域住民対象研修会の開催回数

### IV-3. 情報発信・普及啓発

1) 地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無：地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無について類型別 (表 201, 図 108), および医療機関種別 (表 202, 図 109) に示す。全体で 95.0%が情報発信の取り組みを行っており, 基幹型Ⅱでは 100%が取り組みをしていた。

表 201 類型別 地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無

		地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	14	2	16
		87.5%	12.5%	100.0%
	基幹型Ⅱ	4	0	4
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	366	14	380
	96.3%	3.7%	100.0%	
	連携型	90	9	99
		90.9%	9.1%	100.0%
	合計	474	25	499
		95.0%	5.0%	100.0%

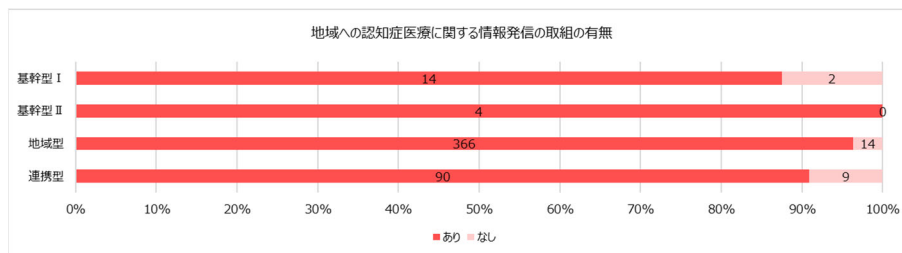


図 108 類型別 地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無 (再掲)

表 202 医療機関種別 地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無

		地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	214	13	227
		94.3%	5.7%	100.0%
	精神科病院	223	10	233
		95.7%	4.3%	100.0%
	診療所	37	2	39
		94.9%	5.1%	100.0%
	合計	474	25	499
		95.0%	5.0%	100.0%

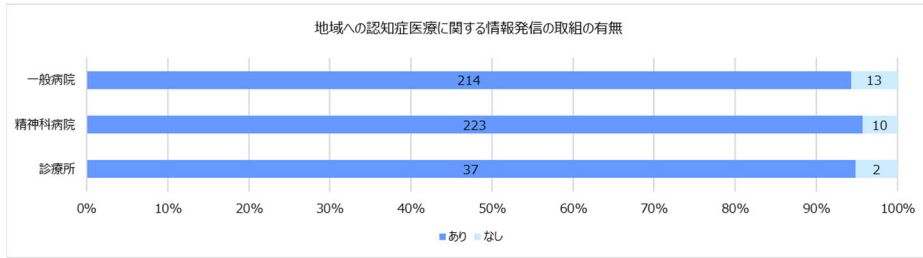


図 109 医療機関種別 地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無（再掲）

2) 地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無：地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無について類型別（表 203, 図 110）、および医療機関種別（表 204, 図 111）に示す。全体で 87.0%が普及啓発の取り組みを行っていた。

表 203 類型別 地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無

		地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	15	1	16
		93.8%	6.3%	100.0%
	基幹型 II	4	0	4
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	336	44	380
	88.4%	11.6%	100.0%	
	連携型	79	20	99
		79.8%	20.2%	100.0%
	合計	434	65	499
		87.0%	13.0%	100.0%

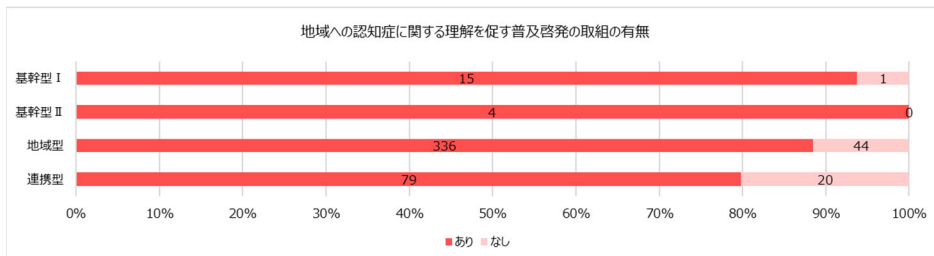


図 110 類型別 地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無（再掲）

表 204 医療機関種別 地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無

		地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	202	25	227
		89.0%	11.0%	100.0%
	精神科病院	199	34	233
		85.4%	14.6%	100.0%
	診療所	33	6	39
		84.6%	15.4%	100.0%
	合計	434	65	499
		87.0%	13.0%	100.0%

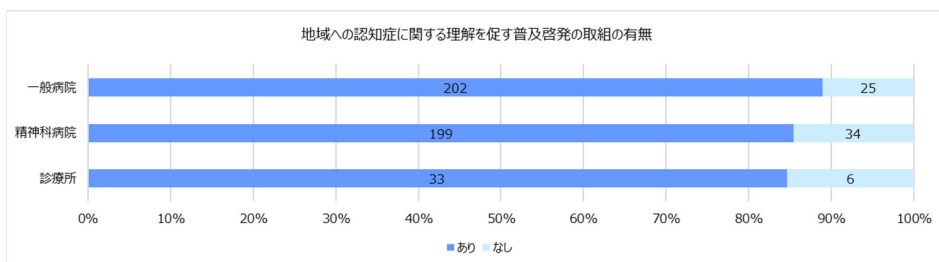


図 111 医療機関種別 地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無（再掲）

3) 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無：他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無について、類型別の有無（表 205, 図 112）と回数（表 206, 図 113）および医療機関種別の有無（表 207, 図 114）と回数（表 208, 図 115）をそれぞれ示す。有無の空欄はなかった。また研修会協力が「あり」であっても回数欄が 0 または空欄であった 11 件は集計データ上「0 回」となるため、集計に含まれることに留意が必要である。全体で 87.2% が協力・講師派遣を行っており（昨年度から 2.2 ポイント増加）、回数の中央値では基幹型 I および II が 7 回/年と多く、最大値は地域型の 71 回/年、全体で平均値 1.2 回の増加であった。

表 205 類型別 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無

		他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	15	1	16
		93.8%	6.3%	100.0%
	基幹型 II	4	0	4
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	340	40	380
	89.5%	10.5%	100.0%	
	連携型	76	23	99
		76.8%	23.2%	100.0%
	合計	435	64	499
		87.2%	12.8%	100.0%

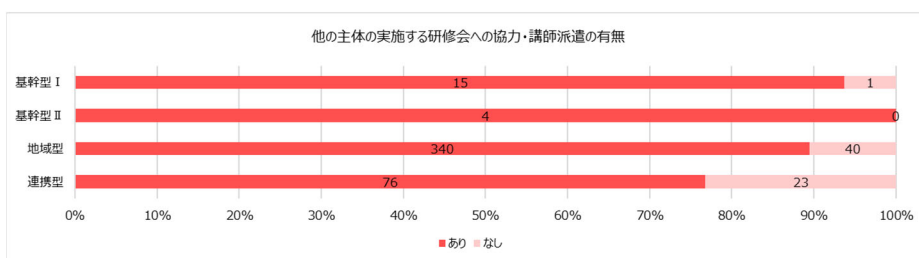


図 112 類型別 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無（再掲）

表 206 類型別 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

		実施回数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	15	10.1	8.7	7	1	29
	基幹型 II	4	9.3	9.7	7	1	23
	地域型	340	9.6	12.9	5	0	71
	連携型	76	7.1	8.1	4	0	48
	合計	435	9.2	12.0	5	0	71

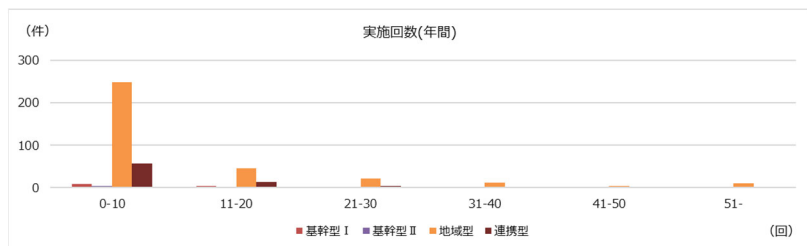


図 113 類型別 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

表 207 医療機関種別 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無

		他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	194	33	227
		85.5%	14.5%	100.0%
	精神科病院	205	28	233
		88.0%	12.0%	100.0%
	診療所	36	3	39
合計	435	64	499	
		87.2%	12.8%	100.0%

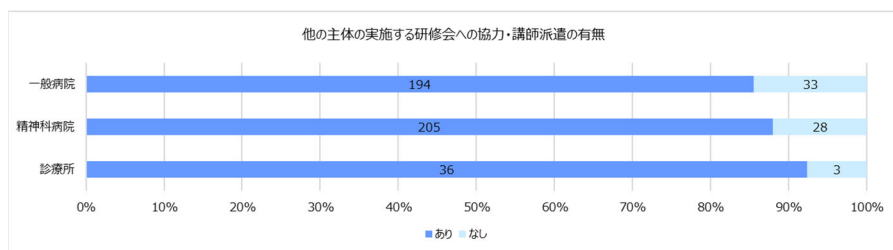


図 114 医療機関種別 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無 (再掲)

表 208 医療機関種別 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

		実施回数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	194	8.5	9.6	5	0	57
	精神科病院	205	9.9	14.2	4	0	71
	診療所	36	8.9	10.1	6	0	48
	合計	435	9.2	12.0	5	0	71

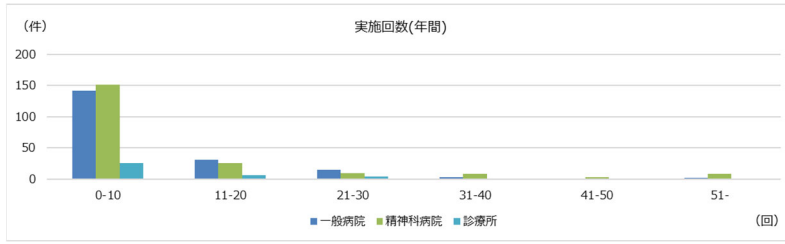


図 115 医療機関種別 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

#### IV-4. 初期集中支援チームへの関与

1) センター内に初期集中支援チームを設置(受託) : 初期集中支援チームへの関与について、センター内に初期集中支援チームの設置(受託)について、類型別(表 209, 図 116) および医療機関種別(表 210, 図 117) にそれぞれ示す。自院内に初期集中支援チームを設置しているのは類型別では地域型の 20.0%と連携型の 22.2%, 医療機関種別では一般病院の 12.3%, 精神科病院の 24.9%, 診療所の 30.8%であり, 昨年度と同様であった。

表 209 類型別 センター内に初期集中支援チームを設置(受託)

		初期集中支援チームへの関与 センター内にチームを設置(受託)		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	0 0.0%	16 100.0%	16 100.0%
	基幹型 II	0 0.0%	4 100.0%	4 100.0%
	地域型	76 20.0%	304 80.0%	380 100.0%
	連携型	22 22.2%	77 77.8%	99 100.0%
	合計	98 19.6%	401 80.4%	499 100.0%

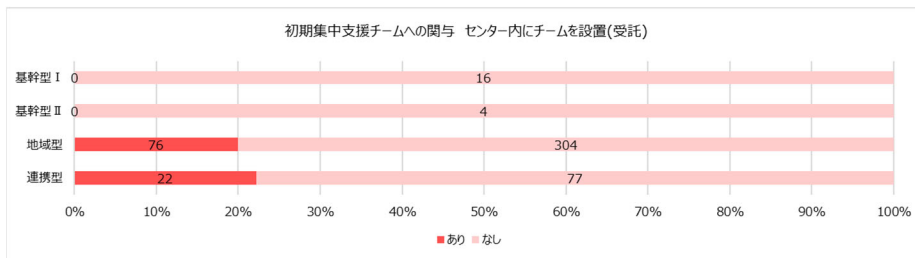


図 116 類型別 センター内に初期集中支援チームを設置(受託) (再掲)

表 210 医療機関種別 センター内に初期集中支援チームを設置(受託)

		初期集中支援チームへの関与 センター内にチームを設置(受託)		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	28 12.3%	199 87.7%	227 100.0%
	精神科病院	58 24.9%	175 75.1%	233 100.0%
	診療所	12 30.8%	27 69.2%	39 100.0%
	合計	98 19.6%	401 80.4%	499 100.0%

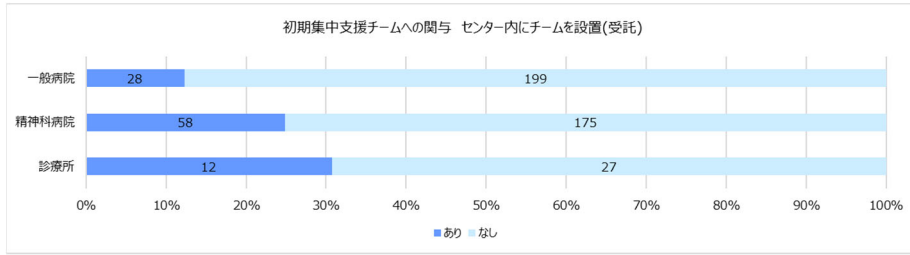


図 117 医療機関種別 センター内に初期集中支援チームを設置(受託) (再掲)

2) 初期集中支援チーム員として参加：初期集中支援チームへの関与について，初期集中支援チーム員としての参加を，類型別(表 211, 図 118) および医療機関種別(表 212, 図 119) にそれぞれ示す．類型別では基幹型 I の 18.8%，地域型の 50.8%，連携型の 50.5%が，医療機関種別では一般病院の 39.2%，精神科病院の 57.5%，診療所の 59.0%が初期集中支援チーム員として参加していた．昨年度と比較して，診療所の参加あり割合が 6.4 ポイント増加していた．

表 211 類型別 初期集中支援チーム員として参加

		初期集中支援チームへの関与 チーム員として参加		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	3	13	16
		18.8%	81.3%	100.0%
	基幹型 II	0	4	4
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	193	187	380
		50.8%	49.2%	100.0%
連携型	50	49	99	
	50.5%	49.5%	100.0%	
合計		246	253	499
		49.3%	50.7%	100.0%

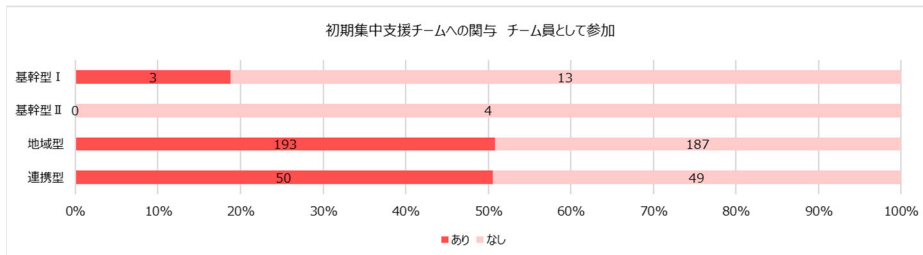


図 118 類型別 初期集中支援チーム員として参加 (再掲)

表 212 医療機関種別 初期集中支援チーム員として参加

		初期集中支援チームへの関与 チーム員として参加		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	89	138	227
		39.2%	60.8%	100.0%
	精神科病院	134	99	233
		57.5%	42.5%	100.0%
診療所	23	16	39	
	59.0%	41.0%	100.0%	
合計		246	253	499
		49.3%	50.7%	100.0%

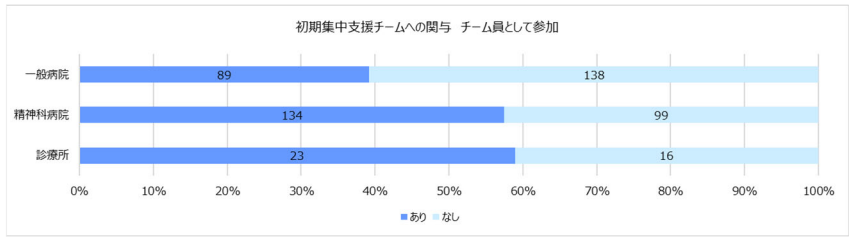


図 119 医療機関種別 初期集中支援チーム員として参加 (再掲)

3) 初期集中支援チームへの後方支援：初期集中支援チームへの関与について、初期集中支援チームへの後方支援を、類型別 (表 213, 図 120) および医療機関種別 (表 214, 図 121) にそれぞれ示す。後方支援は類型では地域型に多く、医療機関種別では一般病院、精神科病院に多かった。昨年度と比較して、合計の後方支援ありの割合は 0.9 ポイント増加していた。

表 213 類型別 初期集中支援チームへの後方支援

		初期集中支援チームへの関与 後方支援		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	11	5	16
		68.8%	31.3%	100.0%
	基幹型 II	1	3	4
		25.0%	75.0%	100.0%
	地域型	227	153	380
		59.7%	40.3%	100.0%
連携型	49	50	99	
	49.5%	50.5%	100.0%	
合計	288	211	499	
		57.7%	42.3%	100.0%

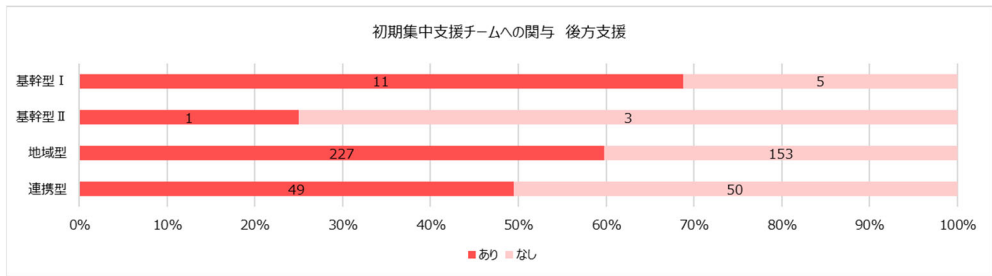


図 120 類型別 初期集中支援チームへの後方支援 (再掲)

表 214 医療機関種別 初期集中支援チームへの後方支援

		初期集中支援チームへの関与 後方支援		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	132	95	227
		58.1%	41.9%	100.0%
	精神科病院	137	96	233
		58.8%	41.2%	100.0%
	診療所	19	20	39
合計	288	211	499	
		57.7%	42.3%	100.0%



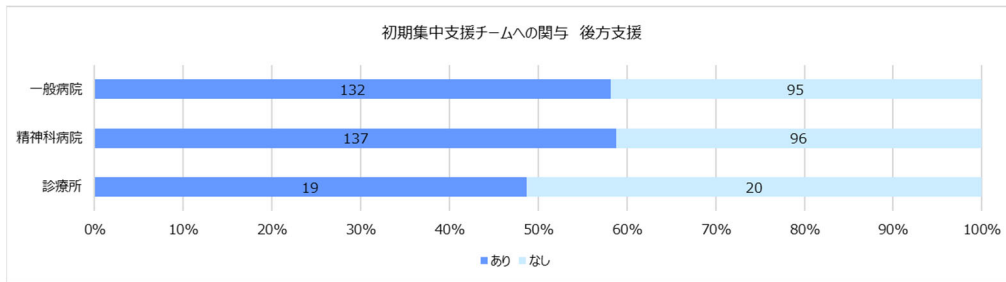


図 121 医療機関種別 初期集中支援チームへの後方支援 (再掲)

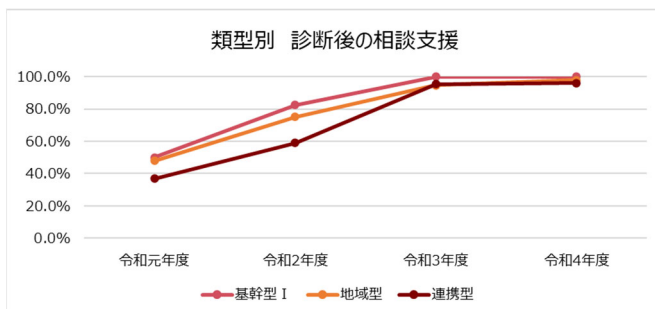
※医療サービス等提供状況, 事業の着実な実施に向けた取組の推進機能の項目は, 令和 4 年度実績報告書から削除された。

【付表】 診断後等支援機能の経時推移

診断後等支援機能に関する業務内容 (II-1-8) は, 令和元年度実績報告書より報告されており, 実施割合の経時推移について再検討した (付表 1~4, 付図 1~4)。令和 3 年度, 令和 4 年度実績報告書では Excel 書式による提出となり「空欄」は集計に含まれていなかった。そのため本再検討では「空欄」を「× (実施なし)」と解釈し, 全数を集計に含めて実施割合を算出した。また図において基幹型 I・II は基幹型に含めて表記した。対象は, 令和元年度 457 件, 令和 2 年度 478 件, 令和 3 年度 488 件, 令和 4 年度 499 件である。特にピアサポート活動や交流会については, 新型コロナウイルス感染症流行の影響があるものの, 概ね増加傾向であった。

付表 1 類型別 相談員による診断後の相談支援の経時推移

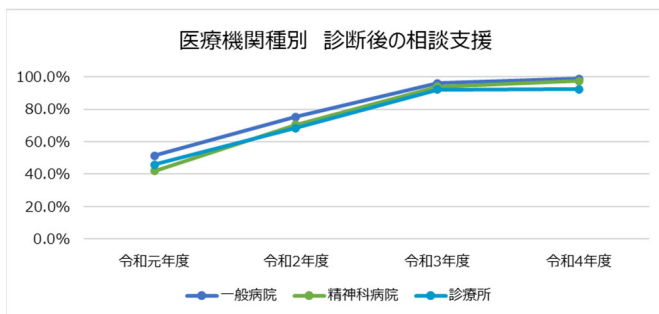
		相談員による診断後の相談支援				
		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
類型	基幹型	基幹型 I	8	14	17	16
		基幹型 II				4
	地域型	176	284	363	372	
	連携型	27	49	83	95	
	合計	211	347	463	487	
		46.2%	72.6%	94.9%	97.6%	



付図 1 類型別 相談員による診断後の相談支援の経時推移 (再掲)

付表 2 医療機関種別 相談員による診断後の相談支援の経時推移

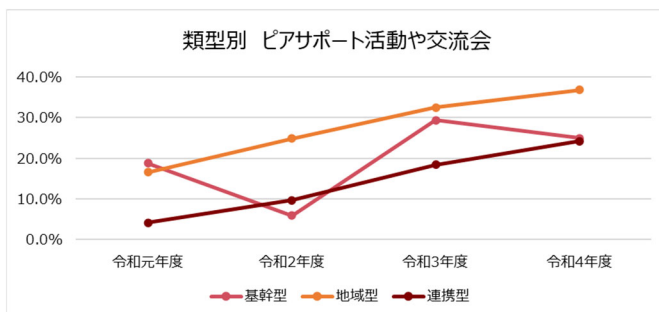
		相談員による診断後の相談支援			
		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
医療機関種別	一般病院	99 51.3%	170 75.2%	222 96.1%	224 98.7%
	精神科病院	95 41.9%	151 70.6%	206 94.1%	227 97.4%
	診療所	17 45.9%	26 68.4%	35 92.1%	36 92.3%
	合計	211 46.2%	347 72.6%	463 94.9%	487 97.6%



付図 2 医療機関種別 相談員による診断後の相談支援の経時推移 (再掲)

付表 3 類型別 ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の経時推移

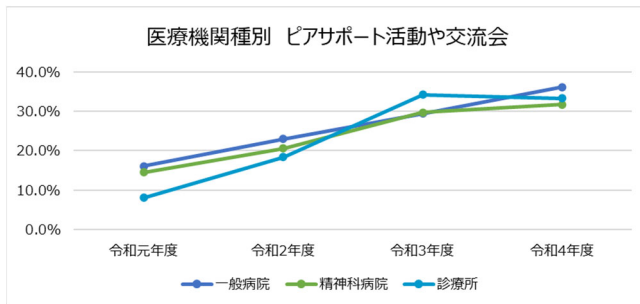
		ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施				
		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
類型	基幹型	基幹型 I	3 18.8%	1 5.9%	5 29.4%	4 25.0%
		基幹型 II				1 25.0%
	地域型	61 16.6%	94 24.9%	125 32.6%	140 36.8%	
	連携型	3 4.1%	8 9.6%	16 18.4%	24 24.2%	
	合計	67 14.7%	103 21.5%	146 29.9%	169 33.9%	



付図 3 類型別 ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の経時推移 (再掲)

付表 4 医療機関種別 ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の経時推移

		ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施			
		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
医療機関種別	一般病院	31 16.1%	52 23.0%	68 29.4%	82 36.1%
	精神科病院	33 14.5%	44 20.6%	65 29.7%	74 31.8%
	診療所	3 8.1%	7 18.4%	13 34.2%	13 33.3%
	合計	67 14.7%	103 21.5%	146 29.9%	169 33.9%



付図 4 医療機関種別 ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の経時推移（再掲）

#### 4. 考察

類型別、医療機関種別の検討によって全国の認知症疾患医療センターの事業実態が明らかになった。また令和4年度実績報告書からはいくつかの項目が削除され、実績報告書の負担減が図られた。

全国の実績報告書の集計方法は令和3年度実績報告書から変更されており、Excel上の様式統合が可能な書式となっている。令和3年度同様、令和4年度実績報告書でもこの方法で、国に提出された都道府県・指定都市単位のデータセットを統合して、全国集計データとした。しかしながらこの方法では、特に実績報告書上の鑑別診断件数や算定件数、相談等実施件数にある数値入力欄における「空欄」が、自動的にデータセット上の「0」となる方法であり、全国集計データ上で「0」と空欄の区別が困難になるため、全国集計結果において欠損値と「0」が混同されている可能性がある。そのため、令和2年度実績報告書までは集計の際に空欄は欠損値として母数に含めない方法がとられていたが、令和3年度実績報告書以降は上記の理由で空欄も集計の母数に含まれている。したがって項目によっては平均値や中央値が昨年度と比較して低値になっている可能性があることを勘案しながら結果を読む必要がある。一方で、実績報告書の選択項目（「ある・ない」など）に関しては、実績報告書の空欄はデータセット上では空欄として反映されるため、結果では欠損値として扱った。付表とした診断後等支援機能の経時推移（付表1～4）においては、空欄を「×（実施なし）」と解釈し再集計したことに留意が必要である。

Ⅱ. 専門医療機関及び診断後等支援機能としての要件と機能：Ⅱ-1-8) 診断後等支援機能に関して、本報告においては末尾に付表として4年間の経年変化を追記した。相談員による診断後の相談支援は令和4年度実績報告書では空欄が0件であり、経時的にみると令和元年度では50%未満であった実施率が令和4年度では97.6%までに達した。またピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施は、令和4年度実績報告書でも空欄が85件あり、それらを実施なしと解釈すると、令和元年度では14.7%であった実施率は令和4年度では33.9%に達した。新型コロナウイルス感染拡大による集合型開催の実施困難な時期を経て、特に病院内で個別に実施できる相談支援の実施率の増加がみられた。令和3年度につづき令和4年度実績報告書でもコーラスグループなど集合型開催の活動も上がり、新型コロナウイルス感染拡大の影響が緩和されていることが示唆された。

また、Ⅱ-2) 検査体制に関して令和4年度実績報告書では、PET検査と髄液検査が追加された。認知症疾患医療センター運営事業の施設基準においてはCT、MRI、SPECT検査など高額医療機器による検査は自施設で困難であっても他の医療機関との連携によって実施することが求められていることが明記されているため、それら検査が自施設または連携先で実施可能であるのは全体で98%以上であった。一方で、今回追加した項目に関しては、自施設または連携先で実施可能であるのは全体でPET検査が45.3%、髄液検査が56.1%であり、特に地域型、連携型、精神科病院、診療所で少なかった。

同、Ⅱ-3-1). 相談方法に関して、令和4年度実績報告書から類型に追加された基幹型ⅠとⅡの相違点が見られた。基幹型Ⅱでは面接相談が少なく、一方で訪問相談が基幹型Ⅰの2倍であった。基幹型Ⅰ・Ⅱいずれも少数であることから、単純な比較は困難である。Ⅱ-3-2). 相談元に関しても、基幹型Ⅱはかかりつけ医からの相談以外の相談元からの相談件数が基幹型Ⅰに比較して少ない傾向があった。全般的に相談元別相談件数は昨年度集計と大きな変化はなかったことから、相談対応へのニーズは普遍的にあり、認知症疾患医療センターにおける人的リソースの重要性が伺われた。

同、Ⅱ-4. 鑑別診断件数に関して、実績報告書に報告される鑑別診断の項目全ての総数は、全数で134524人、うち65歳未満で12024人であり(表119)、認知症関連疾患(MCI～詳細不明の認知症)の総数は、全数で103134人、うち65歳未満の認知症関連疾患の鑑別診断件数の総数は2289人であった(表122)。認知症関連疾患の鑑別診断件数の全数は令和3年度から3000人余り増加し、うち65歳未満は200人余り増加していた。令和2年度実績報告書では新型コロナウイルス感染拡大防止のための受診控えが影響した可能性があったが、令和3年度以降では同影響は軽減された可能性がある。また65歳未満では、アルツハイマー型認知症に加え物質・医薬品誘発性による認知症および詳細不明の認知症の割合が増加していた。

同、Ⅱ-5. 初診までの待機日数は14日未満であるのは全体で46.2%であり、令和3年度の49.6%と比較すると3.4ポイント減少していた。全体的に初診までの待機日数はやや延長しており、鑑別診断件数の結果を考慮に入れると受診患者数の増加が影響した可能性がある。

Ⅲ. 身体合併症に対する救急医療機関としての要件と機能：Ⅲ-2-4. 休日、夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床の確保について、認知症疾患医療センター運営事業の施設基準の中で基幹型Ⅱでは空床確保の要件がないことから、基幹型ⅠとⅡの相違がみられた。

Ⅳ. 地域連携推進機関としての要件と機能：Ⅳ-1. 認知症疾患医療センター地域連携会議について、令和4年度実績報告書からは認知症疾患医療連携協議会から認知症疾患医療センター地域連携会議への名称変更があった。令和3年度と比較すると主催は1.8ポイント減、自治体の会議の活用は2.9ポイント増であった。またⅣ-2-4. 研修会開催において、全般的には地域包括支援センター職員対象の研修会開催有は2.9ポイント増、家族・地域住民等対象の研修会の開催有は4.2ポイント増であった。特に診療所では、医療従事者対象の研修会開催有は6.9ポイント減、かかりつけ医対象の研修会開催有は6.6ポイント減であったが、一方で地域包括支援センター職員等対象の研修会開催有は0.9ポイント増、家族・地域住民等対象の研修会開催有は6.2ポイント増であった。新型コロナウイルス感染拡大の影響を脱し、ニーズに応じた研修会の開催増があった可能性がある。

限界として、本集計では空欄の取り扱いという点で結果が実態に則していない可能性が依然として存在することに留意が必要である。また、医療機関で実績報告書を入力する際に、

独自に Excel 様式のセルを編集した状態で入力し、提出後でも気づかれなかったケースで、都道府県・指定都市単位のデータセットに反映されないデータが発生していた。都道府県・指定都市では、統合データセットの内容が各医療機関から提出された実績報告書を正確に反映しているかを確認することが必要である。また数値入力欄や選択欄の全ての空欄は集計値に影響を及ぼすことから、都道府県・指定都市は医療機関から実績報告書を提出された際には空欄を埋めるよう個々の確認を行うこと、実績報告書の適切な記入を推進する必要がある。

## 5. 結論

認知症疾患医療センターの実績報告書を経年的に集計分析することで、全国の認知症疾患医療センターの実情を明らかにすることができる。

## 2. AD 疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制と社会的課題に関する調査





## 1. 研究目的

本事業において設置された認知症の医療提供体制に関する調査研究事業検討委員会において、アルツハイマー病疾患修飾薬の社会実装を視野に入れた今後の認知症医療提供体制の課題の整理を討議するにあたり、その基礎資料を得るために、日本認知症学会専門医、日本老年精神医学会専門医、日本神経放射線学会専門医、日本核医学会専門医を対象に、アルツハイマー病疾患修飾薬の社会実装を視野に入れた認知症医療提供体制の現状・課題・今後のあり方についてアンケート調査を行った。

## 2. 研究方法

上記専門医に向け、令和5年10月15日にアンケートを郵送、11月5日を締め切りとして、回答と返送を依頼した。日本認知症学会専門医 2278名、日本老年精神医学会専門医 790名向けの調査票については64設問、日本神経放射線学会会員 298名、日本核医学会 PET 核医学認定医 1926名向けの調査票については51設問を設定した（巻末資料2）。2つの調査票は、共通する内容については設問内容、選択肢をおおよそ共通とし、比較を可能とする構造とした。

### 3. 研究結果

回答数と回答率は以下の通り.

認知症関連専門医 1157/3068 (37.7%)

	件数
放射線診断専門医	2
PET 核医学認定医	16
核医学専門医	8
日本認知症学会専門医	951
日本老年精神医学会専門医	308
無回答・無効回答	12
計	1,157

放射線関連専門医 (361/2224 (16.2%))

	件数
放射線診断専門医	302
PET 核医学認定医	328
核医学専門医	237
日本認知症学会専門医	17
日本老年精神医学会専門医	4
無回答・無効回答	1
計	361

以下各設問への回答について結果を示す. 番号がDで始まる設問は認知症関連専門医向け, Rで始まる設問は放射線関連専門医向けの調査票における設問である. 各図毎に簡単な概説を行った.

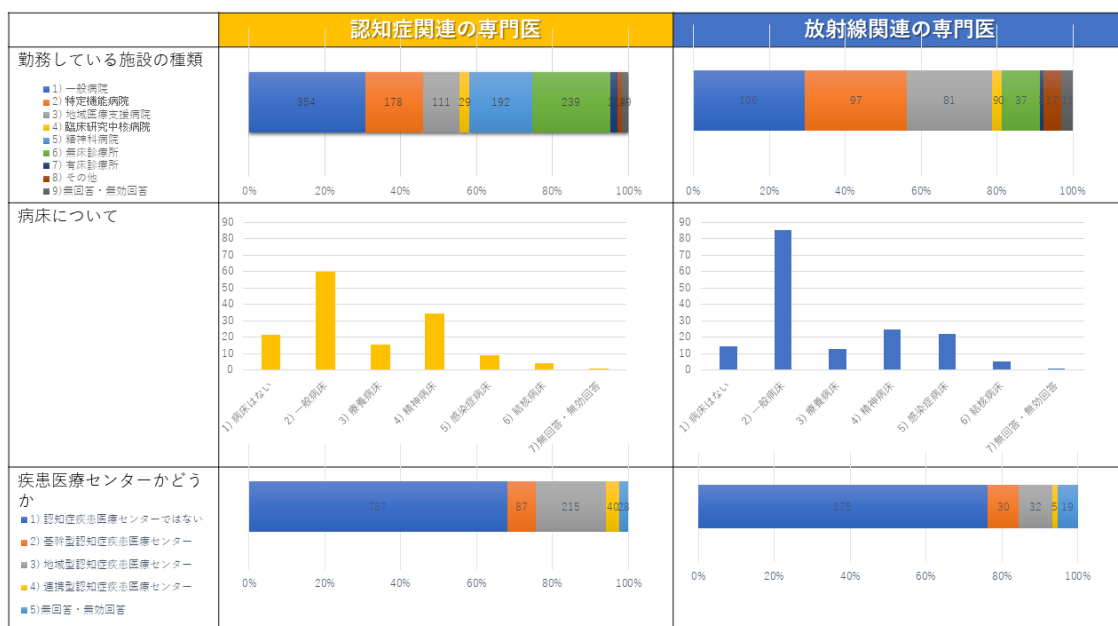
大項目：回答者について

小項目：背景情報

設問 D-1. R-1 勤務しているご施設の種類のどれですか？

設問 D-2. R-2 勤務先の医療機関が所有する病床について回答ください（複数選択可）

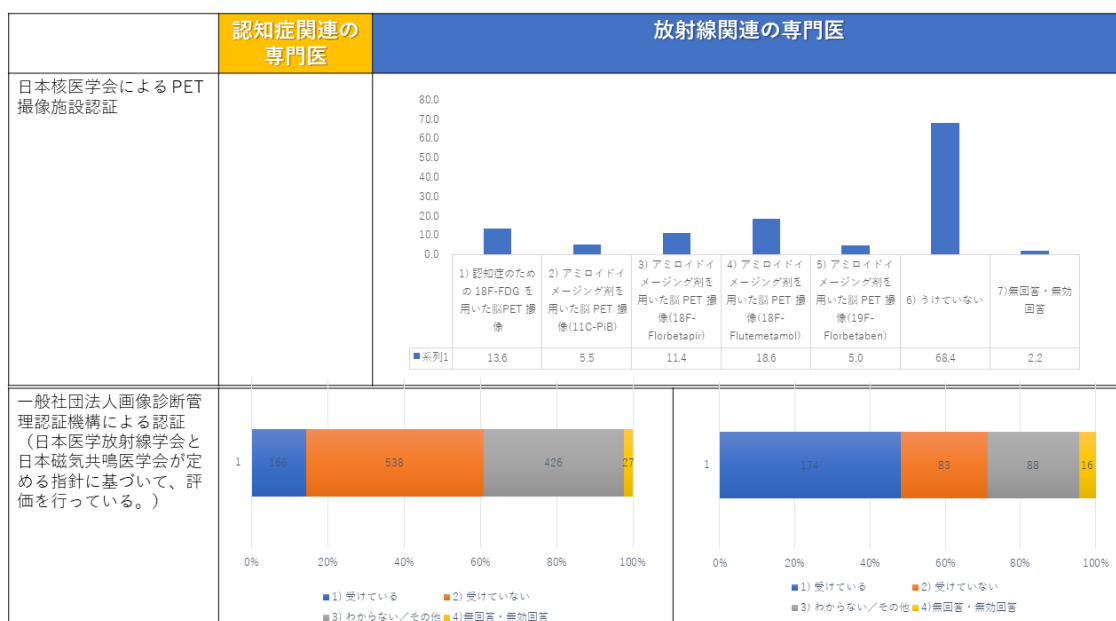
設問 D-3. R-3 勤務している施設は認知症疾患医療センターでしょうか？



- ・ 認知症関連は一般病院が主であり、放射線関連は一般病院、特定機能病院、地域医療支援病院は近い割合で精神科病院はなかった。
- ・ 病床は一般病床が最も多く、認知症関連で精神科病床をもつ割合は30%であった。
- ・ 疾患医療センターでない病院が過半数ではあるが、アンケート実施時点で基幹型21、地域型386、連携型98という全国におけるセンター整備状況を考えると、比較的認知症関連の回答はセンターの実情と乖離しているのではないかと考えられた。

設問 D-4. 勤務している施設は一般社団法人画像診断管理認証機構による認証を受けておられますか？ R-4. 勤務しているご施設は日本核医学会による PET 撮像施設認証をうけておられますか？（複数選択可）

設問 R-5. 勤務している施設は一般社団法人画像診断管理認証機構による認証を受けておられますか？



- ・ PET 撮像施設認証を受けていない施設は約 7 割であった。
- ・ 画像診断管理機構による認証は放射線関連では 5 割程度受けていた、

設問 D-5. R-6. 勤務している勤務地の都道府県について記入ください。

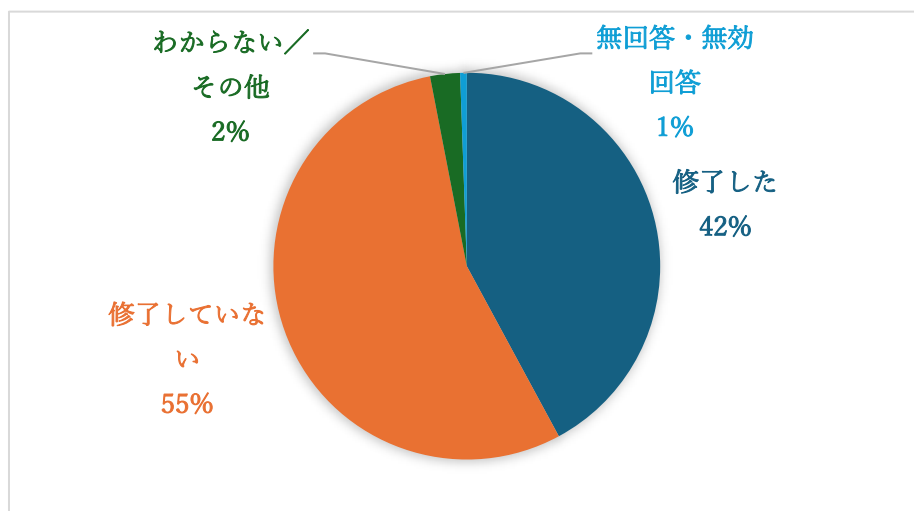
設問 D-6. 専門医としての経験年数を選択ください。R-7. 認定医または専門医としての経験年数を選択ください。

設問 D-7. R-8 以下の認定医、専門医をおもちであればすべてチェックしてください。



- ・ 首都圏，大阪からの回答が多い傾向であった。
- ・ 認知症関連，放射線関連とも 10 年以上の割合が高く経験のある医師の回答であると考えられた。
- ・ 放射線関連では複数の資格をお持ちの先生が多かった。

設問 R-9. 日本核医学会によるアミロイド PET 読影講習は修了されていますか？



- ・ 修了者は 42% であった。

大項目:疾患修飾薬に関して

小項目:基本的な理解

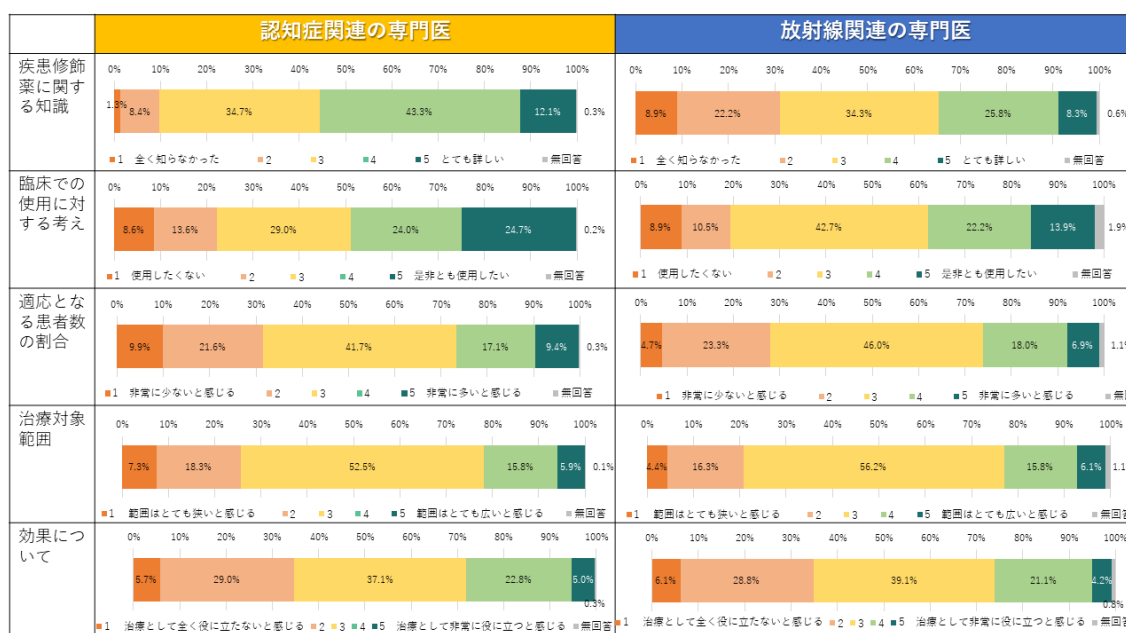
設問 D-8. R-10. 上記薬剤について、現段階でどの程度ご存知ですか？当てはまる場所を選んでください。

設問 D-9. R-11. 上記薬剤の、実臨床での使用に対するお考えについて、当てはまる場所を選んでください。

設問 D-10. R-12. これまでの治験では、スクリーニング脱落は6～8割となっております。このことから、治療を希望する患者数と、実際に適応となる患者数との間には差が生じるものと考えられます。この適応となる患者数の割合についてどう感じるか、当てはまる場所を選んでください。

設問 D-11. R-13. 現状の DMT で想定されている治療対象は、MCI から早期認知症までの、早期 AD となっています。この範囲についてどう感じるか、当てはまる場所を選んでください。

設問 D-12. R-14. 現状の DMT の効果として、認知機能検査や ADL 評価指標の経時的な低下をコントロールと比較して2～4割抑制する、重度のステージへの進行を平均で2～3年遅らせる、などとされています。この効果についてどう感じるか、当てはまる場所を選んでください。



- ・ 「知識」は認知症関連では半数以上が4か5。1か2はあわせても10%程度。放射線関連は同じ程度（それぞれあわせて、30%前後）
- ・ 「使用」に関しては、認知症関連は半数弱が積極的、放射線関連は1/4程度
- ・ 「適応となる患者数の割合」については両関連専門医で類似。少ないと感じる、が3割前後で多いと感じる、が1/4前後

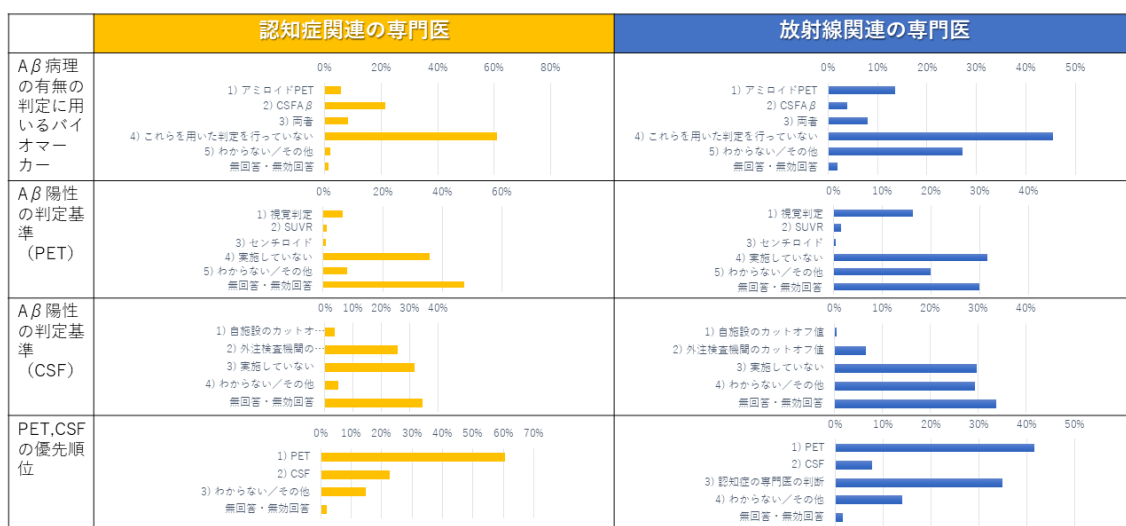
- ・ 「治療対象の範囲」でも両関連専門医で類似。狭いと感じる、が2割で広いと感じる、と同程度
- ・ 「効果」も類似傾向にあり、役に立たない、が3割5分、立つが2割5分

小項目：投与のための検査について

設問 D-13. R-15. 先生のご施設において現時点で脳内の Aβ 病理の有無の判定に用いるバイオマーカーは何ですか？

設問 D-14. R-16. 上記設問のバイオマーカーを活用している場合、Aβ 陽性の判定基準は何を用いていますか？（PET, CSF）

設問 D-15. R-17. PET と CSF の両方が今後保険収載され、実施が可能となった場合、先生ならどちらを優先されますか？



- ・ 保険収載のなかった時期のアンケートであり、用いていない、が最多。その中でも認知症関連はCSF、放射線関連はPETが相対的に多い
- ・ PETの判定基準はPETを行っている場合は視覚判定が中心
- ・ 髄液の判定基準は検査を行っている場合は外注が中心
- ・ PETの優先度が高い

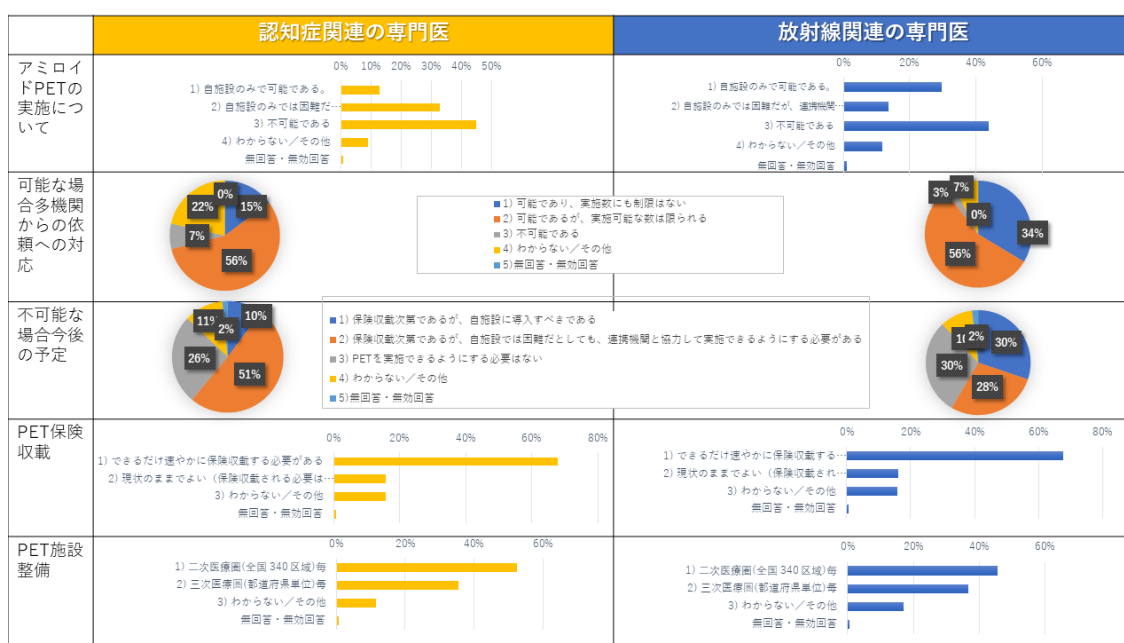
設問 D-16. R-18. 先生のご施設での現時点でのアミロイド PET の実施についてお答えください。

設問 D-17. R-19 D-16. R-18. で 1) 自施設のみで可能である、と回答された先生にお聞きします。他の医療機関から、DMT 処方のための PET 検査の依頼があった場合、実施は可能ですか？

設問 D-18. R-20 D-16. R-18 で 3) 不可能である、を選択された先生にお聞きします。今後の先生のご施設でのアミロイド PET の導入について、お考えをお聞かせください。

設問 D-19. R-21. アミロイド PET の保険収載についてお考えをお聞かせください。

設問 D-20. R-22. アミロイド PET 撮像を行う施設の整備はどの程度必要と考えられますか？



- ・ 自施設のみで可能な施設は、認知症関連では 10%強、放射線関連は 25%程度と、できない施設が多い。
- ・ 可能な施設では制限された数ではあるが、他機関からの検査受け入れは不可能ではないと考えられた
- ・ PET をできなくてもよい、という意見は両関連とも 3 割以下で半数以上は少なくとも連携などにより検査を行う必要があると考えられていた
- ・ アンケートの時点（未収載時点）で、必要性が認識されていた
- ・ PET 施設は 2 次医療圏規模で必要と考える専門医がいずれの関連でも 5 割前後と最多



設問 R-23. アミロイドPET 結果の判定を行う認定医について、お考えをお聞かせください。

設問 D-21. 先生のご施設ではCSF 検査をAD の診断補助として行っていますか？

設問 D-22. D-21 で 1), 3) を選択された先生にお尋ねします。 自施設での指針の取り扱いについてお答えください。



- PET に関して、認定医数は少なく、育成を進めるべきとする意見が最多、4 割程度。
- 現在 CSF はルーチンではなく、認知症関連の 7 割近くは LP を行っていない。
- CSF を行っている施設では半数以上は指針を準拠、今後検討する、を加えると大半は指針活用の方向

設問 D-23. D-21 で 4) を選択された先生にお尋ねします。今後の予定についてお答えください

設問 D-24. D-21 で 2) を選択された先生にお尋ねします。今後の予定についてお答えください。

設問 D-25. CSF Aβ 検査の保険収載についてお考えをお聞かせください。

小項目: 血液バイオマーカーについて

設問 D-26. R-24. 末梢血中 Aβ やリン酸化タウ測定を保険収載することについて、お考えをお聞かせください。

設問 D-27. R-25. 先生が考える、血液 AD バイオマーカーの意義を選択ください (複数選択可)

	認知症関連の専門医	放射線関連の専門医
CSFをBMとして活用していない場合		
LPは行うがBM活用がない場合		
CSF Aβ 検査の保険収載		
末梢血中BMの保険収載		
血液BMの意義		

- ・ 現在のところ CSF を活用していない場合でも、保険収載されれば半数は CSF を予定する、としていた。
- ・ 保険収載されれば半数は BM の補助診断利用を考えている。
- ・ アンケートの時点 (未収載時点) で、保険収載すべき、との考えが 7 割であった。
- ・ 血液 BM は認知症関連では期待が相対的に高いが、放射線関連ではまず今までの検査を保険収載すべき、との意見が半数近くであった。
- ・ 血液 BM の意義は両関連専門医とも類似した結果。プレスクリーニングの目的が最多、次いで鑑別診断目的であった。

小項目：APOE の評価について

設問 D-28. R-26. ご施設では、現在 APOE 検査を行っておられますか？

設問 D-29. R-27 D-28. R-26 にて 1) している、と回答された先生にうかがいます。どのように検査されていますか？

設問 D-30. DMT を臨床で処方するにあたって APOE 遺伝子を検査しますか？

設問 D-31. 先生のご施設では APOE を検査するにあたって、遺伝子カウンセリングに対応できますか？

設問 D-32. D-31 にて 1) できる、と回答された先生にうかがいます。自施設で対応可能ですか？

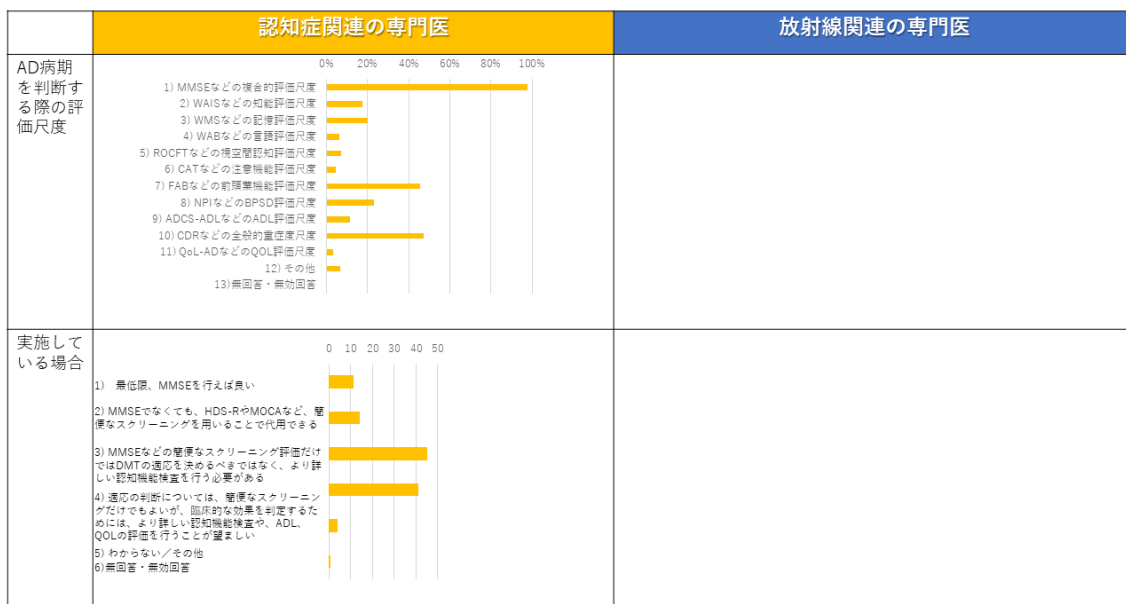
	認知症関連の専門医	放射線関連の専門医
APOE検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1) している</li> <li>■ 2) していない</li> <li>■ 3) わからない/その他</li> <li>■ 4) 無回答・無効回答</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1) している</li> <li>■ 2) していない</li> <li>■ 3) わからない/その他</li> <li>■ 4) 無回答・無効回答</li> </ul>
実施している場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1) 自施設で検査を行っている</li> <li>■ 2) 他の医療機関や研究機関に依頼している</li> <li>■ 3) 検査会社に外注している</li> <li>■ 4) 民間の検査サービスを業内している</li> <li>■ 5) わからない/その他</li> <li>■ 6) 無回答・無効回答</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1) 自施設で検査を行っている</li> <li>■ 2) 他の医療機関や研究機関に依頼している</li> <li>■ 3) 検査会社に外注している</li> <li>■ 4) 民間の検査サービスを業内している</li> <li>■ 5) わからない/その他</li> <li>■ 6) 無回答・無効回答</li> </ul>
DMT処方にあたってAPOE遺伝子を検査するか	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1) 保険収載されていなくても検査する</li> <li>■ 2) 保険収載されていたら検査する</li> <li>■ 3) 保険収載されていなくても検査しない</li> <li>■ 4) わからない/その他</li> <li>■ 5) 無回答・無効回答</li> </ul>	
遺伝子カウンセリング対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1) できる</li> <li>■ 2) できない</li> <li>■ 3) わからない/その他</li> <li>■ 4) 無回答・無効回答</li> </ul>	
対応は自施設で可能か	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1) 自施設にて可能</li> <li>■ 2) 他施設と連携にて可能</li> <li>■ 3) わからない/その他</li> <li>■ 4) 無回答・無効回答</li> </ul>	

- ・ APOE 「していない」、認知症関連は 8 割 5 分と最多、放射線関連でも 5 割
- ・ 検査は外注依頼が大半
- ・ 認知症関連で、6 割は保険収載されれば検査するとしている
- ・ しかし遺伝子カウンセリングができる施設は少ない。

小項目：認知機能検査について

設問 D-33. 先生は AD の病期を判断する際に、どのような評価尺度を使っていらっしゃいますか？（尺度の一部のみを使用することも含む。複数選択可）

設問 D-34. 先生は DMT の適応を判断するに際し、認知機能検査についてどのようにお考えですか？（複数選択可）



- AD 病期判断では複合評価がほとんどで行われている。次いでCDR、FAB。スクリーニング全般検査＋CDRが多いと考えられる。
- スクリーニング検査のみで決めるべきでない、が最多であった。導入時はともかく、臨床効果をみるためには、ADL、QOLなどを行う事が望ましいとする回答が次点であった。

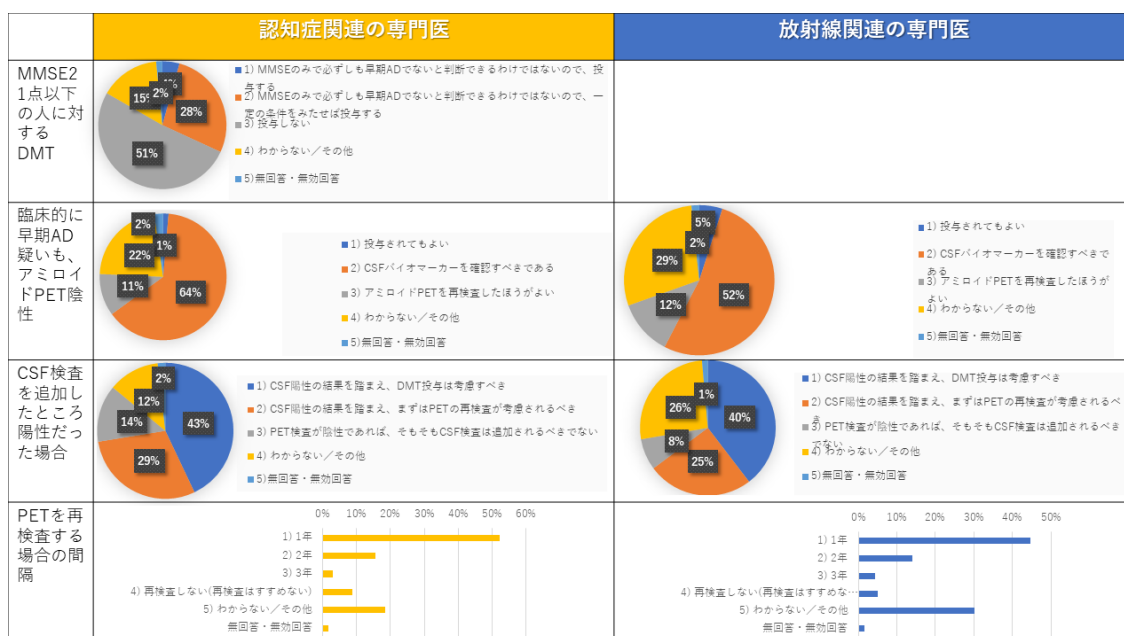
小項目：DMT 適応の有無の判断について

設問 D-35. 治験では対象外となった MMSE21 点以下の人に対する DMT はどのようにすべきだと思いますか？

設問 D-36. R-28. 臨床的には早期 AD が強く疑われるものの、アミロイド PET 検査が陰性であった場合、DMT はどのようにすべきだと思いますか？

設問 D-37. R-29. 臨床的には早期 AD が強く疑われ、アミロイド PET 検査を行ったところ陰性であったため、CSF 検査を追加したところ陽性だった場合、次にどうすべきと考えますか？

設問 D-38. R-30. D-36. R-28. のようなケースでアミロイド PET を再検査する場合、どのくらいの間隔をあけるべきだと思いますか？

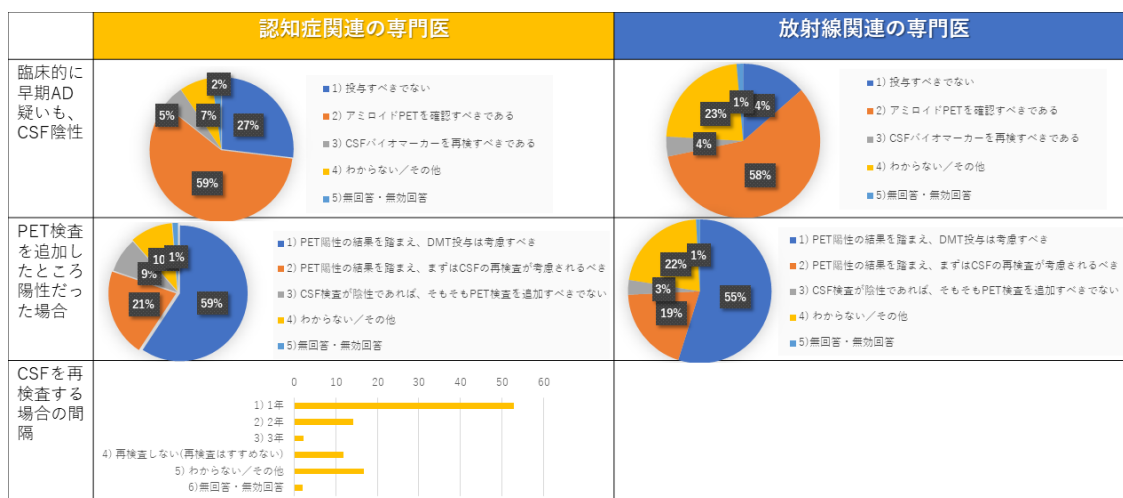


- ・ MMSE21 点以下では半数以上の認知症関連が投与しない、と回答
- ・ PET 陰性でも臨床的に疑わしければ、CSF 評価をすべきとする意見が両専門医で最多であった。
- ・ CSF 評価後、陽性なら DMT 投与すべき、となる割合が 4 割程度と共通。再検査すべき、は 1/4 程度であった。
- ・ 上記で PET 再検査すべき、という意見ではその感覚 1 年以内が両関連とも 5 割前後であった。

設問 D-39. R-31. 臨床的には早期 AD が強く疑われるものの、CSF バイオマーカーが陰性であった場合、DMT はどのようにするべきだと思いますか？

設問 D-40. R-32. 臨床的には早期 AD が強く疑われ、CSF 検査を行ったところ陰性であったため、アミロイド PET 検査を追加したところ陽性であった場合、次にどうすべきと考えますか？

設問 D-41. D-39 のようなケースで CSF を再検査する場合、どのくらいの間隔をあけるべきだと思いますか？



- ・ CSF 陰性でも臨床的に疑わしければ、PET 評価をすべきとする意見が最多
- ・ PET 評価後、陽性なら DMT 投与すべき、となる割合が増加は 5 割～6 割と共通。再検査すべきは 1/5 程度
- ・ 上記で CSF 再検査すべき、という意見では 1 年以内が 5 割.

設問 D-42. 対象となった方の年齢が 50 歳未満で、治験での基準を逸脱している場合、DMT はどのようにするべきだと思いますか？

設問 D-43. では年齢が 91 歳以上の場合、DMT はどのようにするべきだと思いますか？

設問 D-44. 対象となった方が、治験で対象外であった精神状態・精神疾患（大うつ病など）であった場合、DMT はどのようにするべきだと思いますか？

設問 D-45. R-33. アジア人と欧米人では脳出血リスクは異なると考えられています。この点を踏まえ、対象となった方がアジア人であった場合、投与前の MRI で微小出血が 5 個以上、または脳表シデローシス（ヘモジデリン沈着症）が確認される場合、DMT はどのようにするべきだと思いますか？

	認知症関連の専門医	放射線関連の専門医
年齢が50歳未満の人に対するDMT		
年齢が91歳以上の人に対するDMT		
治験で対象外の精神状態・精神疾患であった場合のDMT		
アジア人で投与前MRI出血リスクがある場合のDMT		

- ・ 若年では投与するもしくは一定条件では投与する、をあわせて 4 割 5 分、投与しない、の 4 割を超えてた。
- ・ 超高齢では投与しない、とする回答が 8 割以上
- ・ 適応外の精神症状があれば投与しないが 7 割
- ・ 認知症関連では出血リスクがある場合 3/4 で投与すべきでない、との判断。放射線関連では同回答は割合が半分

小項目：DMT 投与における課題 治療場所、方法について

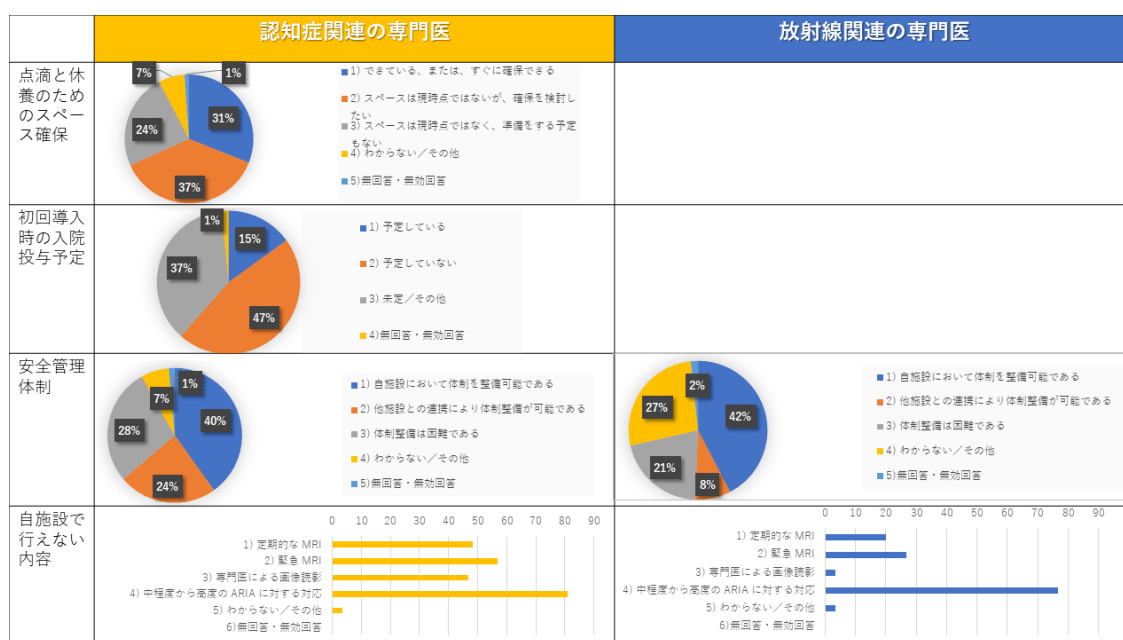
設問 D-46. 隔週での点滴、初回投与後は 3 時間の安静が必要になるとした場合、先生のご施設では、点滴と休養のためのスペースは確保できますか？

設問 D-47. 先生のご施設では、DMT 初回導入時について、入院での投与を予定していますか？

小項目：副反応について

設問 D-48. R-34. 先生が勤務する施設における上記安全管理体制についてお答えください

設問 D-49. R-35. D-48. R-34. において 2) と回答された先生にお聞きします。自施設で行えない内容を選択してください。(複数選択可)



- ・ 現時点で点滴のためのスペース確保が可能な施設は 1/3 以下。今後確保を検討する施設数をあわせて全体の 7 割を少し切る程度。
- ・ 初回入院としている施設は少ない。
- ・ 両関連とも自施設のみで可能な割合は 4 割程度と同じ。連携しても困難、とする割合は認知症関連で 3 割、放射線関連で 2 割程度。

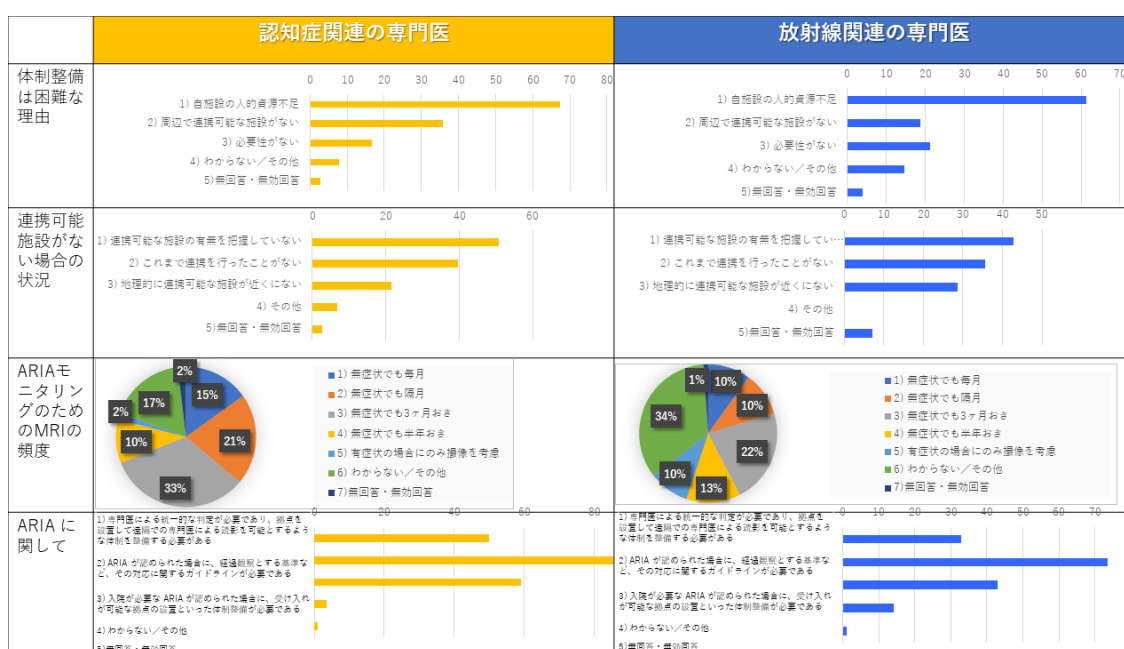


設問 D-50, R-36. D-48, R-34. において 3) と回答された先生にお聞きします。その理由についてあてはまるものを選択してください。(複数選択可)

設問 D-51, R-37. D-50, R-36. において 2) 周辺で連携可能な施設がない、と回答された先生にお聞きします。施設状況についてあてはまるものを選択してください。(複数選択可)

設問 D-52, R-38. DMT の種類ごとに推奨される ARIA モニタリングのための MRI の頻度は添付文書などに記載される可能性はありますが、先生は現時点でどのくらいの頻度で撮像することを想定されていますか？

設問 D-53, R-39. ARIA に関して先生のお考えをお聞かせください。(複数選択可)

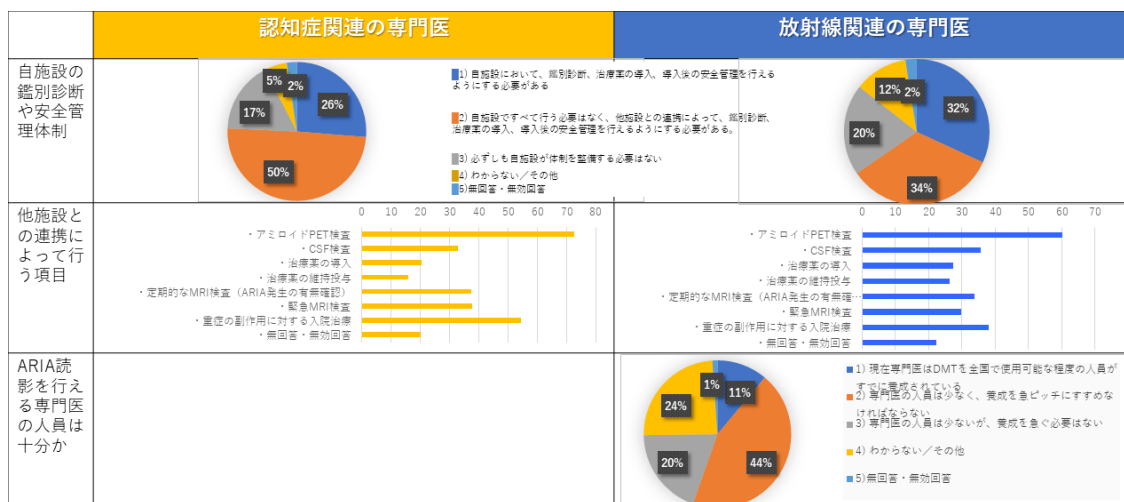


- ・ 人的資源の不足は共通した主たる理由。
- ・ 連携については、そもそも施設が把握されていない、連携したことがない、ためにできない可能性のほうが、物理的に可能な施設がない、とする割合（2割～2割5分）よりも高い。
- ・ モニタリングの頻度は認知症関連では1月が15%、2月が20%、3月が30%といったところ。放射線関連ではわからない、とする回答が最も多い。
- ・ ガイドラインの必要性を感じている割合が高い。次いで受け入れ可能な拠点整備。

設問 D-54. R-40. 勤務されているご施設に関し、DMT を使用する場合の鑑別診断や安全管理体制について、お考えに近い選択肢を選択してください。

(連携によって行う項目を選択ください、複数選択可)

設問 R-41. ARIA に関して確かな読影を行える専門医の人員は十分だと考えられますか？



- ・ 連携で体制を整備すればよい、が両関連とも最多。認知症関連では半数を占める。必ずしも体制整備する必要がない、は両関連とも 2 割程度と多くはない。
- ・ 連携で行う項目は、両関連似た傾向で、PET—副作用への対応の順。
- ・ 読影専門医育成は育成を急ぐ必要がある、が最多。

小項目：抗アミロイド薬の意義、社会的側面

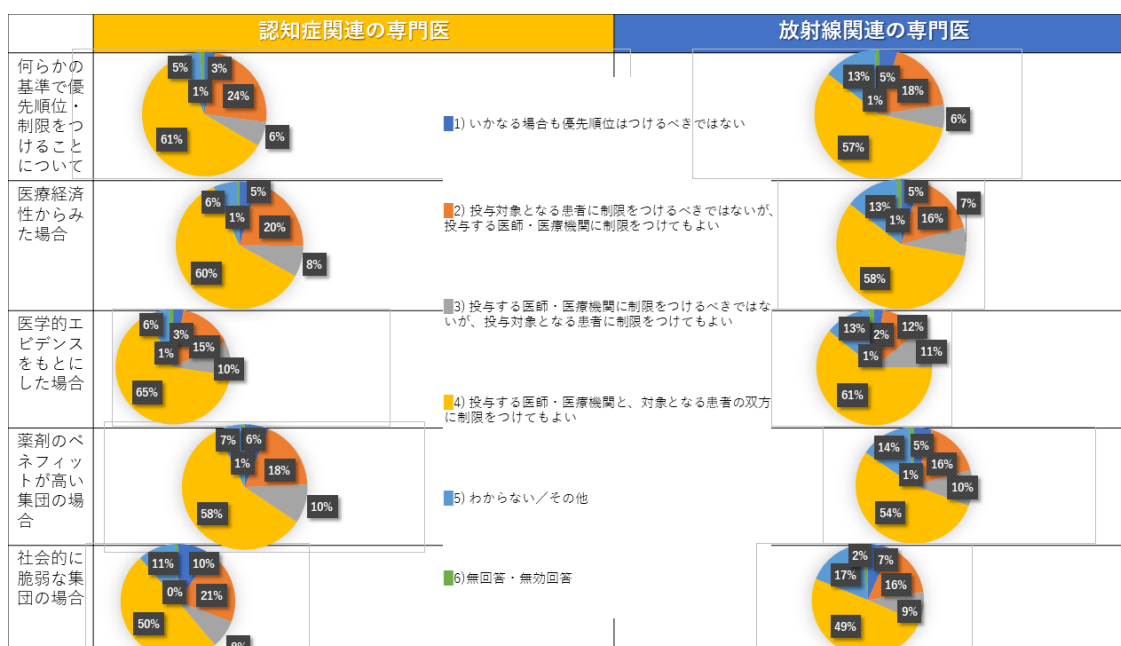
設問 D-55. R-42. DMTの有効性に関するエビデンスや、費用対効果、社会的な影響などの、さまざまな要因を考慮し、何らかの基準をもとに、このような優先順位をつけることについて先生はどうお感じになりますか？当てはまるところを選んでください。

設問 D-56. R-43. DMTの使用について、医療経済性（財政的な観点や、治療費に見合った効果があるかの観点など）からみた優先順位や制限をつけることについてどう感じるか、当てはまるところを選んでください。

設問 D-57. R-44. 治療効果や副作用発生頻度などの医学的エビデンスをもとに、優先順位や制限をつけることについてどう感じるか、当てはまるところを選んでください。

設問 D-58. R-45. DMTの効果として、ADL増悪を抑制する効果などが示唆されていることから、独居や若年性ADなど、DMTにより、現在の生活をできるだけ長く維持でき、相対的に薬剤のベネフィットが高いと考えられる集団が想定される場合、優先順位や制限をつけることについてどう感じるか、当てはまるところを選んでください

設問 D-59. R-46. 生活面での支援が少ない、経済的な困窮状態にある、といった社会的に

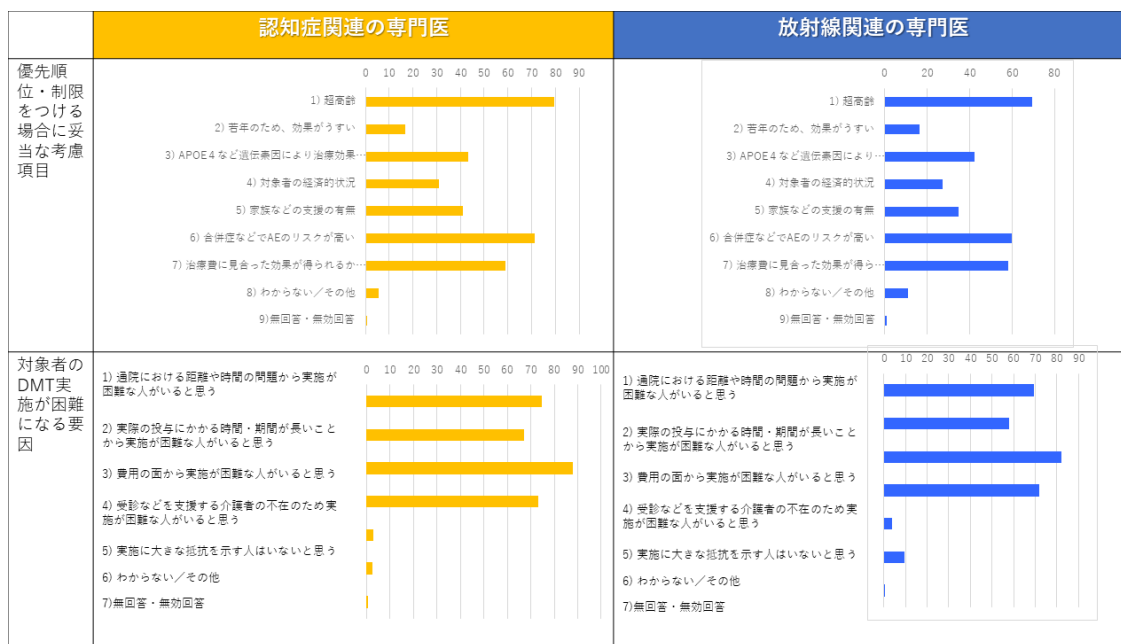


脆弱な集団が想定される場合、優先順位や制限をつけることについてどう感じるか、当てはまるところを選んでください。

- ・ 優先順位、制限は両関連とも類似の傾向。全体として6割程度が双方の制限を許容。2割程度が医療への制限を許容、患者への制限を許容する割合は1割未満。
- ・ 医療経済的観点では全体俯瞰での回答と類似
- ・ 医学的エビデンスに基づく場合は双方を許容する割合が最も高い。
- ・ 薬剤のベネフィットが高い集団を仮定した場合は全体俯瞰での回答に類似
- ・ 社会的に脆弱な集団を仮定した場合は両法を許容する割合は最も低く5割程度。

設問 D-60.R-47. DMT を導入する際に、優先順位や制限をつけることを考えるとした場合に、先生にとって、考慮することが妥当だと考える選択肢があれば選択して下さい。(複数選択可)

設問 D-61.R-48. DMT 投与に要する時間・期間、鑑別診断や安全管理のための検査などは対象者の負担になる可能性が考えられます。対象者の DMT 実施が困難になる要因としてどのようなことが考えられるでしょうか？ 先生のお考えをお聞かせください。(複数回答可)



- ・ 両関連類似の傾向、超高齢であれば妥当とする、が最多。次いで合併症、費用に見合う効果。
- ・ 同じく両関連類似の傾向、費用については8割強。次いで距離と介護者。投与時間は相対的には低いですが5割は超える。抵抗を示す人はいない、は1割以下。

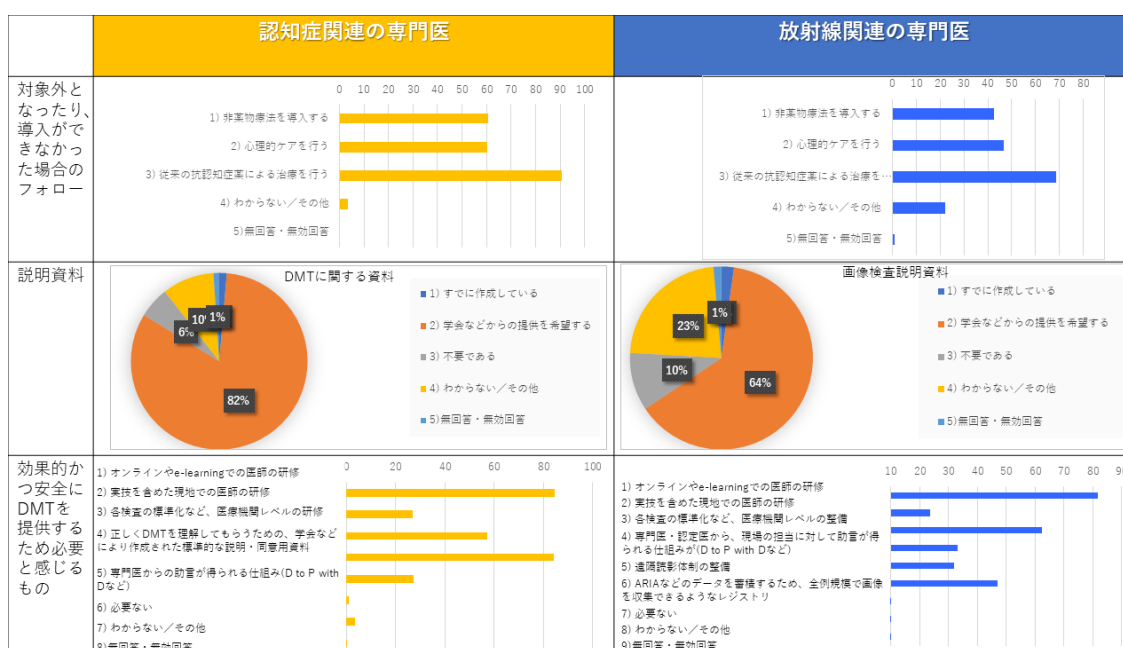
設問 D-62. R-49. DMT を希望するにもかかわらず、対象外となったり、導入ができなかった場合、どのようなフォローが必要だと思いますか？先生のお考えをお聞かせください。

(複数選択可)

小項目：DMT 実施のための準備

設問 D-63. DMT に関する患者説明資料について、先生のご施設の準備状況についてお聞きします。設問 R-50. DMT に関する画像検査説明資料について、先生のご施設の準備状況についてお聞きします。

設問 D-64. DMT を実装していくには、これまでの認知症診療にプラスアルファの知識や技能が必要となります。効果的かつ安全に DMT を提供するため、先生が必要と感じるものがあれば、ご選択ください。(複数選択可) 設問 R-51. DMT を実装していくには、より多くの認定医・専門医の養成とともに、DMT を前提とした画像検査体制の整備が望まれます。効果的かつ安全に DMT を提供するため、先生が必要と感じるものがあれば、ご選択ください。(複数選択可)



- DMT 不適の場合、従来薬とする考えは両関連とも共通して高い。非薬物や心理ケアは放射線関連では相対的にやや低い
- いずれの説明資料についても学会への希望は高い
- オンラインでの研修の要望が高い。医療機関レベルの整備も要望は高い。一方個人への現地研修の要望は高くはない。D to P with D もそれほど高くはなく 2~3 割。認知症関連では標準説明資料への要望は高い。放射線関連でレジストリは 4 割強と相対的には高い。



### 3. 認知症疾患医療センターの機能と地域の医療提供体制の課題に関する調査





## 認知症疾患医療センターの機能と地域の医療提供体制の課題に関する調査

### 1. はじめに

認知症疾患医療センターの整備方針や事業運営のあり方を地域の実情を勘案して検討していくためには、現在の認知症疾患医療センターが果たしている機能を確認するとともに、圏域の認知症医療提供体制において不足している機能を把握する必要がある。これらを同時に把握するためのツールとして、令和4年度老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業」において「認知症疾患医療センターの機能を確認するためのチェックリスト」を作成した。本調査では、このチェックリストを用いて特定地域の認知症疾患医療センターの機能と認知症医療提供体制の課題を把握し、同地域の医療提供体制整備計画の策定につなげるための具体的な方法を提示した。

### 2. チェックリスト作成プロセスの要約

令和3年度老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業」において実施した「認知症疾患医療センターに期待される役割に関する調査」の作業部会において、認知症疾患医療センターに期待されていると想定される53項目の役割リストを作成した。このリストを用いて、はじめに、全国の認知症疾患医療センター（悉皆）を対象に、各項目について、「自施設の認知症疾患医療センターが地域から期待されていると思われる程度」（期待度）を4件法（1.期待されていない、2.やや期待されている、3.まあまあ期待されている、4.とても期待されている）で評定してもらい、次に、全国の地域包括支援センター（抽出）、居宅介護支援事業所（抽出）、市区町村（悉皆）、認知症サポート医（悉皆）のうち、認知症疾患医療センターとの連携経験があると回答した者を対象に、各項目について「認知症疾患医療センターに期待している程度」（期待度）を4件法（1.期待していない、2.やや期待している、3.まあまあ期待している、4.とても期待している）で評定してもらった。期待度の平均点が3点以上の項目を「期待されている」または「期待している」機能と判定したところ、すべての種類の認知症疾患医療センターが自施設に「期待されている」と認識している機能は22項目、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、市区町村のすべてが認知症疾患医療センターに「期待している」機能は22項目、認知症サポート医が認知症疾患医療センターに「期待している」機能は21項目であった。さらに、すべての種類の認知症疾患医療センターが「期待されている」と認識し、かつ、すべての外部機関が認知症疾患医療センターに「期待している」機能は12項目であった。以上のプロセスを経て抽出された項目から、認知症疾患医療センターが「期待されている」と認識している機能と外部機関が認知症疾患医療センターに「期待している」機能を可能な限り網羅した31項目の機能リストを作成した。

上記で抽出された 31 項目の機能リストを用いて、認知症疾患医療センターが、①自施設に備わっている機能と、②圏域に不足している機能を評価するためのチェックリスト（認知症疾患医療センター用）を作成した（表 1）。また、同時にこのリストを用いて、認知症疾患医療センター以外の外部機関が、①近隣の認知症疾患医療センターに備わっている機能と、②圏域に不足している機能を評価するためのチェックリスト（外部評価用）を作成した（表 2）。

### 3. チェックリストを用いた全国レベルの実態調査

令和 4 年度老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業」において、わが国の認知症疾患医療センターが果たしている機能と圏域に不足していると思われる機能を確認するために、第一に全国の認知症疾患医療センターを対象に認知症疾患医療センター用のチェックリストを用いた郵送調査を行い（悉皆）、第二に日本認知症学会・日本老年精神医学会専門医を対象に外部機関用のチェックリストを用いた郵送調査を行った（悉皆）。

その結果、認知症疾患医療センターを対象とする調査では、①センターに備わっていると回答された割合が 60%未満の機能が 6 項目（これを「センターに十分備わっていない機能」とした）、②圏域に不足していると回答された割合が 30%以上の項目が 6 項目（これを「圏域に不足していると思われる機能」とした）、③センターに十分備わっていない、かつ、圏域に不足していると思われる機能が 4 項目あった。すなわち、「認知症の行動・心理症状に対する救急対応」「身体合併症に対する救急対応」「認知症である当事者のピアサポートまたは交流会」「行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援」は、認知症疾患医療センター側から見て、「センターに十分備わっていない、かつ、圏域に不足していると思われる機能」ということになる（表 3）。

一方、専門医を対象とする調査では、①センターに備わっていると回答された割合が 60%未満の機能が 18 項目（＝「センターに十分備わっていない機能」）、②圏域に不足していると回答された割合が 30%以上の項目が 6 項目（＝「圏域に不足していると思われる機能」）、③センターに十分備わっていない、かつ、圏域に不足していると思われる機能が 6 項目あった。すなわち、「認知症の行動・心理症状に対する救急対応」「身体合併症に対する外来診療」「身体合併症に対する入院医療」「身体合併症に対する救急対応」「認知症である当事者のピアサポートまたは交流会」「行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援」は、専門医側から見て、「センターに十分備わっていない、かつ、圏域に不足していると思われる機能」ということになる（表 4）。

上記の調査は全国の認知症疾患医療センターと専門医を対象とする調査であることから、全国の認知症疾患医療センターが備えている機能と各圏域の認知症医療提供体制の平均的な状況をおおまかに把握したものと解釈することができる。認知症疾患医療センターを対

象とする調査結果と専門医を対象とする調査結果で共通している点は、「認知症の行動・心理症状に対する救急対応」「身体合併症に対する救急対応」「認知症である当事者のピアサポートまたは交流会」「行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援」に関する機能が、認知症疾患医療センターにおいても、各圏域においても「押しなべて十分ではない」ということになるであろう。

一方、認知症疾患医療センターを対象とする調査と専門医を対象とする調査では、調査結果に乖離が見られた。すなわち、専門医（67%が認知症疾患医療センターに勤務していない）は、認知症疾患医療センターよりも、センターの機能をより不十分であると認識しており、圏域の医療提供体制において不足している機能はより多いと認識していることがわかった。特に、センターの専門的医療機能については、身体合併症救急対応のみならず、外来診療や入院医療の機能も不十分であると認識されている場合が多く、診断後等支援機能については、独居認知症高齢者、若年性認知症、軽度認知障害への対応、地域連携拠点機能については、認知症初期集中支援チームの後方支援、かかりつけ医・認知症サポート医・地域包括支援センター・介護保険サービス事業所職員の研修、多職種連携を目的とした研修、住民向けの講演会、市区町村の認知症施策への助言または参画に関する機能も不十分であると認識されている場合が多かった。このような乖離は、認知症疾患医療センターの内部と外部から見える機能状態の差異を示している可能性がある。機能評価にあたっては、内部評価と外部評価を併用することの重要性を示している。

表 1. 認知症疾患医療センターの機能を確認するためのチェックリスト（認知症疾患医療センター用）

問：下記に示す認知症の医療に関する機能のうち、あなたが勤務する「認知症疾患医療センターに備わっている機能」と「圏域に不足していると思われる機能」を選択して、右の該当する欄に○をつけてください。		貴センターに備わっている機能	圏域に不足している機能
専門的医療機能	1. 認知症疾患の鑑別診断		
	2. 認知症の行動・心理症状に対する外来診療		
	3. 認知症の行動・心理症状に対する入院医療		
	4. 認知症の行動・心理症状に対する救急対応		
	5. 身体合併症に対する外来診療		
	6. 身体合併症に対する入院医療		
	7. 身体合併症に対する救急対応		
	8. 若年性認知症の精査と診断		
診断後等支援機能	9. 本人への情報提供と心理的サポート		
	10. 家族介護者への情報提供と心理的サポート		
	11. かかりつけ医との連携		
	12. 主治医意見書の記載		
	13. 介護保険サービスの利用支援		
	14. 独居認知症高齢者等の生活支援のためのケース検討		
	15. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援		
	16. 成年後見制度の診断書・鑑定書の作成		
	17. 若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援		
	18. 若年性認知症に対する継続医療		
	19. 高齢者の自動車運転免許に関する診断書作成		
	20. 軽度認知障害の定期的フォローアップ		
	21. 認知症である当事者のピアサポートまたは交流会		
地域連携拠点機能	22. 地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談応需		
	23. 行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援		
	24. 認知症初期集中支援チームの後方支援		
	25. かかりつけ医の研修		
	26. 認知症サポート医の研修		
	27. 地域包括支援センター職員の研修		
	28. 介護保険サービス事業所職員の研修		
	29. 多職種連携を目的とした研修		
	30. 地域住民向けの講演会の開催または参画		
	31. 市区町村の認知症施策への助言または参画		

表 2. 認知症疾患医療センターの機能を確認するためのチェックリスト（外部機関用）

問：下記に示す認知症の医療に関する機能のうち、近隣にある「認知症疾患医療センターに備わっている機能」と「圏域に不足していると思われる機能」を選択して、右の該当する欄に○をつけてください。		近隣のセンターに備わっている機能	圏域に不足している機能
専門的医療機能	1. 認知症疾患の鑑別診断		
	2. 認知症の行動・心理症状に対する外来診療		
	3. 認知症の行動・心理症状に対する入院医療		
	4. 認知症の行動・心理症状に対する救急対応		
	5. 身体合併症に対する外来診療		
	6. 身体合併症に対する入院医療		
	7. 身体合併症に対する救急対応		
	8. 若年性認知症の精査と診断		
診断後等支援機能	9. 本人への情報提供と心理的サポート		
	10. 家族介護者への情報提供と心理的サポート		
	11. かかりつけ医との連携		
	12. 主治医意見書の記載		
	13. 介護保険サービスの利用支援		
	14. 独居認知症高齢者等の生活支援のためのケース検討		
	15. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援		
	16. 成年後見制度の診断書・鑑定書の作成		
	17. 若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援		
	18. 若年性認知症に対する継続医療		
	19. 高齢者の自動車運転免許に関する診断書作成		
	20. 軽度認知障害の定期的フォローアップ		
	21. 認知症である当事者のピアサポートまたは交流会		
地域連携拠点機能	22. 地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談応需		
	23. 行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援		
	24. 認知症初期集中支援チームの後方支援		
	25. かかりつけ医の研修		
	26. 認知症サポート医の研修		
	27. 地域包括支援センター職員の研修		
	28. 介護保険サービス事業所職員の研修		
	29. 多職種連携を目的とした研修		
	30. 地域住民向けの講演会の開催または参画		
	31. 市区町村の認知症施策への助言または参画		

表 3. 認知症疾患医療センターから見た「認知症疾患医療センターに備わっている機能」と「圏域に不足している機能」

	認知症疾患医療センターに期待されている機能	センターに備わっている		圏域に不足している	
		件数	割合	件数	割合
専門的医療機能	1. 認知症疾患の鑑別診断	218	100%	16	7%
	2. 認知症の行動・心理症状に対する外来診療	212	97%	21	10%
	3. 認知症の行動・心理症状に対する入院医療	146	67%	65	30%
	4. 認知症の行動・心理症状に対する救急対応	119	54%	83	38%
	5. 身体合併症に対する外来診療	140	64%	43	20%
	6. 身体合併症に対する入院医療	124	57%	62	28%
	7. 身体合併症に対する救急対応	95	43%	69	32%
	8. 若年性認知症の精査と診断	187	85%	44	20%
診断後等支援機能	9. 本人への情報提供と心理的サポート	210	96%	29	13%
	10. 家族介護者への情報提供と心理的サポート	212	97%	27	12%
	11. かかりつけ医との連携	209	95%	17	8%
	12. 主治医意見書の記載	215	98%	4	2%
	13. 介護保険サービスの利用支援	214	98%	4	2%
	14. 独居認知症高齢者等の生活支援のためのケース検討	152	69%	51	23%
	15. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援	191	87%	24	11%
	16. 成年後見制度の診断書・鑑定書の作成	210	96%	18	8%
	17. 若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援	161	74%	72	33%
	18. 若年性認知症に対する継続医療	181	83%	47	21%
	19. 高齢者の自動車運転免許に関する診断書作成	214	98%	21	10%
20. 軽度認知障害の定期的フォローアップ	184	84%	37	17%	
21. 認知症である当事者のピアサポートまたは交流会	81	37%	107	49%	
地域連携拠点機能	22. 地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談応需	210	96%	16	7%
	23. 行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	115	53%	71	32%
	24. 認知症初期集中支援チームの後方支援	192	88%	22	10%
	25. かかりつけ医の研修	144	66%	43	20%
	26. 認知症サポート医の研修	111	51%	52	24%
	27. 地域包括支援センター職員の研修	164	75%	28	13%
	28. 介護保険サービス事業所職員の研修	163	74%	27	12%
	29. 多職種連携を目的とした研修	158	72%	33	15%
	30. 地域住民向けの講演会の開催または参画	195	89%	21	10%
	31. 市区町村の認知症施策への助言または参画	166	76%	32	15%
無回答・無効回答		1	0%	55	25%
回答者数		219	-	219	-
	認知症疾患医療センターに十分に備わっていない機能(チェックされている割合が60%未満の項目)				
	圏域に不足していると思われる機能(チェックされている割合が30%以上の項目)				
	認知症疾患医療センターに十分に備わっていない、かつ、圏域に不足している機能				

表 4. 専門医から見た「認知症疾患医療センターに備わっている機能」と「圏域に不足している機能」

	認知症疾患医療センターに期待されている機能	センターに備わっている		圏域に不足している	
		件数	割合	件数	割合
専門的医療機能	1. 認知症疾患の鑑別診断	572	79%	85	12%
	2. 認知症の行動・心理症状に対する外来診療	560	78%	77	11%
	3. 認知症の行動・心理症状に対する入院医療	459	64%	188	26%
	4. 認知症の行動・心理症状に対する救急対応	318	44%	305	42%
	5. 身体合併症に対する外来診療	369	51%	222	31%
	6. 身体合併症に対する入院医療	312	43%	293	41%
	7. 身体合併症に対する救急対応	272	38%	325	45%
	8. 若年性認知症の精査と診断	472	65%	155	21%
診断後等支援機能	9. 本人への情報提供と心理的サポート	481	67%	121	17%
	10. 家族介護者への情報提供と心理的サポート	478	66%	131	18%
	11. かかりつけ医との連携	512	71%	98	14%
	12. 主治医意見書の記載	531	74%	55	8%
	13. 介護保険サービスの利用支援	533	74%	57	8%
	14. 独居認知症高齢者等の生活支援のためのケース検討	397	55%	160	22%
	15. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援	448	62%	118	16%
	16. 成年後見制度の診断書・鑑定書の作成	446	62%	116	16%
	17. 若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援	387	54%	191	26%
	18. 若年性認知症に対する継続医療	396	55%	187	26%
	19. 高齢者の自動車運転免許に関する診断書作成	473	66%	98	14%
	20. 軽度認知障害の定期的フォローアップ	405	56%	167	23%
	21. 認知症である当事者のピアサポートまたは交流会	291	40%	249	35%
地域連携拠点機能	22. 地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談応需	445	62%	137	19%
	23. 行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	336	47%	215	30%
	24. 認知症初期集中支援チームの後方支援	394	55%	166	23%
	25. かかりつけ医の研修	372	52%	190	26%
	26. 認知症サポート医の研修	369	51%	187	26%
	27. 地域包括支援センター職員の研修	368	51%	168	23%
	28. 介護保険サービス事業所職員の研修	347	48%	174	24%
	29. 多職種連携を目的とした研修	372	52%	177	25%
	30. 地域住民向けの講演会の開催または参画	391	54%	172	24%
	31. 市区町村の認知症施策への助言または参画	372	52%	182	25%
無回答・無効回答		81	11%	196	27%
回答者数		721	-	721	-
	認知症疾患医療センターに十分に備わっていない機能(チェックされている割合が60%未満の項目)				
	圏域に不足していると思われる機能(チェックされている割合が30%以上の項目)				
	認知症疾患医療センターに十分に備わっていない、かつ、圏域に不足している機能				

## 5. チェックリストを用いた特定地域の実態調査

### 5-1. 目的

このチェックリストは、都道府県、二次医療圏、市区町村など、特定の圏域にある認知症疾患医療センターの機能を確認するとともに、圏域に不足している機能を把握し、それによってその圏域の医療提供体制の整備計画を検討するための基礎データとして活用することが期待される。そこで、令和5年度老人保健健康増進等事業「認知症の医療提供体制に関する調査研究事業」では、特定の二次医療圏において本チェックリストを用いた実態調査を行い、チェックリストの具体的な活用法を示すこととした。

### 5-2. 方法

対象は4つの基礎的自治体を含む特定の二次医療圏に所在する認知症疾患医療センター(N=4)、地域包括支援センター(N=70)、認知症サポート医(N=201)である。上記で作成したチェックリストを含む調査票を作成し、郵送法による質問紙調査を実施した。調査期間は令和5年11月15日～令和5年11月30日である。対象地域に所在する4つの認知症疾患医療センターのうち2つは地域型認知症疾患医療センター(一般病院、精神科病院)、2つは連携型認知症疾患医療(いずれも診療所)である。

### 5-3. 結果

有効回答票は認知症疾患医療センター4票(有効回答率100%)、地域包括支援センター17票(24%)、認知症サポート医45票(22%)であった。

#### 5-3-1. 特定の二次医療圏に所在する認知症疾患医療センターから見た「認知症疾患医療センターに備わっている機能」と「圏域に不足している機能」(表5)

「センターに備わっている」と回答された頻度が50%以下の項目を「十分に備わっていない機能」とみなすと、同地域の認知症疾患医療センターの「認知症の行動・心理症状(以下BPSD)に入院医療と救急対応」「身体合併症に対する入院医療と救急対応」「かかりつけ医と認知症サポート医の研修」の機能は十分でない可能性がある。これは同地域では4つのうち2つの認知症疾患医療センターが診療所であるために入院医療や救急医療に対応していないことと、同県の整備計画では研修機能を担うのは二次医療圏に1ヵ所ずつ設置されている地域型認知症疾患医療センターと定められているためである。また、圏域で不足しているという回答が50%以上の項目を「圏域で不足している機能」とみなすと、BPSDに対する入院・救急対応には、この2次医療圏全体にとって不足している機能なのかもしれない。



表 5. 特定の二次医療圏に所在する認知症疾患医療センターから見た「認知症疾患医療センターに備わっている機能」と「圏域に不足している機能」

		責センターに備わっている機能		圏域に不足している機能	
		件数	割合	件数	割合
専門的医療機能	1. 認知症疾患の鑑別診断	4	100.0%	1	25.0%
	2. 認知症の行動・心理症状に対する外来診療	4	100.0%	1	25.0%
	3. 認知症の行動・心理症状に対する入院医療	2	50.0%	2	50.0%
	4. 認知症の行動・心理症状に対する救急対応	2	50.0%	3	75.0%
	5. 身体合併症に対する外来診療	3	75.0%	0	0.0%
	6. 身体合併症に対する入院医療	1	25.0%	0	0.0%
	7. 身体合併症に対する救急対応	2	50.0%	1	25.0%
	8. 若年性認知症の精査と診断	4	100.0%	1	25.0%
診断後等支援機能	9. 本人への情報提供と心理的サポート	4	100.0%	1	25.0%
	10. 家族介護者への情報提供と心理的サポート	4	100.0%	1	25.0%
	11. かかりつけ医との連携	4	100.0%	0	0.0%
	12. 主治医意見書の記載	4	100.0%	0	0.0%
	13. 介護保険サービスの利用支援	4	100.0%	0	0.0%
	14. 独居認知症高齢者等の生活支援のためのケース検討	3	75.0%	1	25.0%
	15. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援	4	100.0%	0	0.0%
	16. 成年後見制度の診断書・鑑定書の作成	4	100.0%	0	0.0%
	17. 若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援	4	100.0%	1	25.0%
	18. 若年性認知症に対する継続医療	4	100.0%	1	25.0%
	19. 高齢者の自動車運転免許に関する診断書作成	4	100.0%	0	0.0%
20. 軽度認知障害の定期的フォローアップ	4	100.0%	1	25.0%	
21. 認知症である当事者のピアサポートまたは交流会	4	100.0%	0	0.0%	
地域連携拠点機能	22. 地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談応需	4	100.0%	0	0.0%
	23. 行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	4	100.0%	0	0.0%
	24. 認知症初期集中支援チームの後方支援	4	100.0%	1	25.0%
	25. かかりつけ医の研修	2	50.0%	1	25.0%
	26. 認知症サポート医の研修	2	50.0%	1	25.0%
	27. 地域包括支援センター職員の研修	4	100.0%	1	25.0%
	28. 介護保険サービス事業所職員の研修	4	100.0%	1	25.0%
	29. 多職種連携を目的とした研修	4	100.0%	1	25.0%
	30. 地域住民向けの講演会の開催または参画	4	100.0%	1	25.0%
	31. 市区町村の認知症施策への助言または参画	4	100.0%	1	25.0%
回答者数		4	-	3	-

5-3-2. A市とB市の地域包括支援センターと認知症サポート医の視点（表6、表7）

A市では一般病院に地域型認知症疾患医療センターが設置されている。地域包括支援センターが、この認知症疾患医療センターに十分に備わっていないとした機能は「若年性認知症のための福祉サービスの利用支援」「軽度認知障害の定期的フォローアップ」「認知症である当事者のピアサポートや交流会」の3項目であり、この3項目については圏域にも不足しているとされていた。一方、認知症サポートがこの認知症疾患医療センターに十分に備わっていないとした機能はなく、圏域に不足している機能としていたとした機能もなかった。この圏域の認知症医療提供体制の整備状況は良好であるが、若年性認知症やMCIに対する診断後支援、ピアサポート・交流会の開催などが今後の課題かと思われる。

表6. A市の認知症疾患医療センターに備わっている機能と圏域に不足している機能

		A市				
		地域包括支援センター		認知症サポート医		
		近隣の認知症疾患医療センターに備わっている機能	圏域に不足している機能	近隣の認知症疾患医療センターに備わっている機能	圏域に不足している機能	
専門的医療機能	1	認知症疾患の鑑別診断	100%	17%	100%	0%
	2	認知症の行動・心理症状に対する外来診療	83%	17%	100%	0%
	3	認知症の行動・心理症状に対する入院医療	83%	17%	90%	10%
	4	認知症の行動・心理症状に対する救急対応	67%	33%	70%	30%
	5	身体合併症に対する外来診療	67%	33%	100%	0%
	6	身体合併症に対する入院医療	67%	33%	100%	0%
	7	身体合併症に対する救急対応	67%	33%	90%	10%
	8	若年性認知症の精査と診断	100%	0%	90%	0%
診断後等支援機能	9	本人への情報提供と心理的サポート	67%	33%	80%	20%
	10	家族介護者への情報提供と心理的サポート	67%	33%	80%	20%
	11	かかりつけ医との連携	83%	33%	90%	10%
	12	主治医意見書の記載	100%	0%	100%	0%
	13	介護保険サービスの利用支援	100%	0%	90%	0%
	14	独居認知症高齢者等の生活支援のためのケース検討	67%	17%	60%	30%
	15	成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援	83%	17%	80%	0%
	16	成年後見制度の診断書・鑑定書の作成	83%	17%	70%	10%
	17	若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援	33%	67%	80%	10%
	18	若年性認知症に対する継続医療	83%	17%	100%	0%
	19	高齢者の自動車運転免許に関する診断書作成	33%	33%	70%	20%
	20	軽度認知障害の定期的フォローアップ	33%	50%	80%	0%
	21	認知症である当事者のピアサポートまたは交流会	50%	50%	70%	20%
地域連携拠点機能	22	地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談応需	67%	33%	100%	0%
	23	行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	83%	17%	90%	10%
	24	認知症初期集中支援チームの後方支援	83%	17%	100%	0%
	25	かかりつけ医の研修	83%	17%	100%	0%
	26	認知症サポート医の研修	83%	17%	100%	0%
	27	地域包括支援センター職員の研修	100%	0%	90%	10%
	28	介護保険サービス事業所職員の研修	100%	0%	90%	0%
	29	多職種連携を目的とした研修	100%	0%	90%	0%
	30	地域住民向けの講演会の開催または参画	100%	0%	90%	10%
	31	市区町村の認知症施策への助言または参画	83%	17%	90%	10%

近隣の認知症疾患医療センターに備わっていると回答された頻度が50%以下

圏域に不足していると回答された頻度が50%以上

B市では診療所に連携型認知症疾患医療センターを設置されている。地域包括支援センターが、この認知症疾患医療センターに十分に備わっていないとした機能は「BPSD に対する外来診療」「BPSD に対する入院医療」のほか計 10 項目に及び、認知症サポート医がこの認知症疾患医療センターに十分に備わっていないとした機能は 19 項目に及んだ、一方、圏域にも不足しているとされた機能は相対的に少なく、地域包括支援センターでは 5 項目、認知症サポート医は 6 項目であった。認知症疾患医療センターの機能は限定的であるが、他の医療資源がそれをよく補完している地域かと思われる。それでも、BPSD に対する急性期医療、認知症である当事者のピアサポートは、認知症疾患医療センターにも圏域にも不足しており、今後の整備計画のポイントになるかもしれない。

表 7. B 市の認知症疾患医療センターに備わっている機能と圏域に不足している機能

		B市			
		地域包括支援センター		認知症サポート医	
		近隣の認知症疾患医療センターに備わっている機能	圏域に不足している機能	近隣の認知症疾患医療センターに備わっている機能	圏域に不足している機能
専門的医療機能	1 認知症疾患の鑑別診断	100%	0%	80%	10%
	2 認知症の行動・心理症状に対する外来診療	100%	0%	80%	10%
	3 認知症の行動・心理症状に対する入院医療	20%	80%	40%	50%
	4 認知症の行動・心理症状に対する救急対応	20%	80%	30%	50%
	5 身体合併症に対する外来診療	100%	0%	80%	10%
	6 身体合併症に対する入院医療	40%	60%	50%	40%
	7 身体合併症に対する救急対応	20%	80%	50%	40%
	8 若年性認知症の精査と診断	60%	40%	60%	20%
診断後等支援機能	9 本人への情報提供と心理的サポート	80%	20%	60%	30%
	10 家族介護者への情報提供と心理的サポート	80%	20%	50%	40%
	11 かかりつけ医との連携	100%	0%	60%	30%
	12 主治医意見書の記載	100%	0%	70%	20%
	13 介護保険サービスの利用支援	100%	0%	60%	30%
	14 独居認知症高齢者等の生活支援のためのケース検討	60%	20%	50%	30%
	15 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援	60%	20%	50%	40%
	16 成年後見制度の診断書・鑑定書の作成	100%	0%	50%	40%
	17 若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援	40%	40%	30%	50%
	18 若年性認知症に対する継続医療	40%	20%	30%	40%
	19 高齢者の自動車運転免許に関する診断書作成	40%	20%	50%	30%
	20 軽度認知障害の定期的フォローアップ	80%	20%	60%	30%
	21 認知症である当事者のピアサポートまたは交流会	40%	60%	20%	50%
地域連携拠点機能	22 地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談応需	100%	0%	40%	50%
	23 行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	80%	0%	40%	50%
	24 認知症初期集中支援チームの後方支援	100%	0%	60%	20%
	25 かかりつけ医の研修	40%	20%	60%	30%
	26 認知症サポート医の研修	40%	40%	50%	40%
	27 地域包括支援センター職員の研修	100%	0%	40%	40%
	28 介護保険サービス事業所職員の研修	100%	0%	40%	40%
	29 多職種連携を目的とした研修	100%	0%	50%	30%
	30 地域住民向けの講演会の開催または参画	100%	0%	60%	30%
	31 市区町村の認知症施策への助言または参画	100%	0%	50%	30%

近隣の認知症疾患医療センターに備わっていると回答された頻度が50%以下

圏域に不足していると回答された頻度が50%以上

#### 5-4. 考察

表 6, 表 7 で示したように, 本研究で作成したチェックリストを活用して, 認知症医療に関わる地域の関係機関を対象に調査をすることによって, 地域に所在する認知症疾患医療センターの機能と地域に不足している認知症医療を可視化させることができる. これによって, その地域の実情に応じた認知症疾患医療センターの機能を定めるとともに, 地域全体の医療提供体制の整備方針を定めることが可能になる.

このたびの調査については以下のような限界があった. 第一に, 認知症医療に関わる地域の関係機関として, 認知症疾患医療センター, 認知症サポート医, 地域包括支援センターのみを対象としたが, 本来はより広範な関係機関や認知である当事者及び家族を対象とした調査も視野に入れるべきであろう. 第二に, 本調査に用いたチェックリストを作成したのは抗 A $\beta$  抗体薬が保険収載される以前の段階であった. 抗 A $\beta$  抗体薬を公正かつ適正に活用できるように医療提供体制を整備していくことが今日的な課題となっており, それに対応できるようにチェックリストを改訂する必要がある.

しかしながら, 本調査によって, 比較的簡便に圏域の医療提供体制の現状を可視化させることができることが明らかになった. また, このたびの分析プロセスにおいて, 表計算ソフト (EXCEL) を活用すれば, このチェックリストから得られたデータを可視化させる表を作成することも可能であることも確認している.

本研究で作成されたチェックリストが, 今後の圏域における認知症医療提供体制の整備に役立てていただければ幸いである.

#### 4. 検討委員会議事録（全3回）



令和5年度老人保健健康増進等事業  
認知症の医療提供体制に関する調査研究事業  
第1回検討委員会議事録

日時：2023年9月13日（水）18時～20時（オンライン）

**栗田：**どうも皆さん、お忙しいところ、オンライン会議に出席していただきまして、ありがとうございます。もし可能であればビデオをオンにしていたいただければと思います。皆さん、ありがとうございます。

では、これより令和5年度の老人保健健康増進等事業、認知症の医療提供体制に関する調査研究事業の第1回の検討委員会を始めさせていただきます。私、本事業の検討委員会の委員長を務めさせていただきます。東京都健康長寿医療センターの栗田でございます。どうぞよろしくお願いたします。

まず最初に、資料の確認をさせていただきます。皆さん、直前で大変申し訳ございません。一応資料は、7つの資料を送らせていただきましたので、確認していただければと思います。資料1が議事次第、資料2が検討委員会の設置要綱、資料3が委員名簿、資料4が事業の概要について。資料5が調査票案の鑑文、資料6が調査票案の認知症専門医用、資料7が調査票案の放射線専門医用です。もし不足分がございましたら、チャットでも何でもご連絡いただければ、事務局から送らせていただきますのでよろしくお願いたします。

それでは早速、次第に従って始めさせていただきますと思うんですが、この研究事業の全体の概要は後ほど説明させていただきますけれども、この検討委員会では、主としてアルツハイマー病疾患修飾薬が実臨床に導入された場合の医療提供体制に関する課題、場合によっては、もしゆとりがあればですが、その対応などについてご議論いただければと考えております。

あと、この検討委員会は一応録音させていただきますので、録音した内容は、後ほど文書化させていただきます。その内容については皆さんにご確認をいただいた上で、議事録として報告書に残させていただきます。よろしくお願いたします。

何とぞ協力のほど、よろしくお願いたします。

それでは、本日は第1回の検討委員会でありまして、初めに、委員の簡単な自己紹介から始めていただければと思います。名簿順に私が指名いたしますので、一言、短めのごあいさつをいただければと思います。

まず、私、この委員会の委員長を務めさせていただきます。東京都健康長寿医療センター研究所の、認知症未来社会創造センターのセンター長を務めております。栗田と申します。では、続きまして、池田先生からよろしくお願いたします。

**池田：**皆さん、こんばんは。大阪大学精神医学教室の池田でございます。老年精神医学会の理事長や精神神経学会の認証委員会を担当しておりますので、その立場でコメントをさせて

いただくのかなと思っております。勉強させていただきます。よろしくお願いたします。

**栗田：**ありがとうございます。続いて、富本先生、お願いたします。富本先生、まだコメントが入っていますね。コメント外れますでしょうか。

**富本：**大変失礼しました。済生会明和病院、それからあと、三重大学の特定教授を兼務しています。富本と申します。きょうは神経治療学会の認知症対応の委員長と、それからあと、主にはその立場でお話させていただくこととなります。きょうは、いろいろと教えていただくことも多いと思います。よろしくお願いたします。

**栗田：**ありがとうございます。石井伸弥先生はまだ来ておられないかと思っておりますので、池内先生、お願いたします。

**池内：**新潟大学の池内と申します。神経学会の認知症セクションとして、きょうは参加させていただきます。同時に、あと、パイオオマーカーであったり、APOEの検査、ちょうど今、指針の改定版、先生方にご校閲いただいているところがございますけど、その辺りを中心に議論させていただければありがたいと思います。よろしくお願いたします。

**栗田：**ありがとうございます。続いて、三本先生、お願いたします。

**三本：**大阪公立大学の三本と申します。よろしくお願いたします。日本神経放射線学会の理事長を務めております。後でまたお話ししたいと思いますが、日本神経放射線学会は、専門医制度を持っておりませんが、専門医が関係してくるのであれば、日本医学放射線学会のほうがふさわしいかなと思っております。また後ほど。

**栗田：**すいません。では、後ほどよろしくお願いたします。ありがとうございます。では、石井賢二先生、お願いたします。

**石井賢二：**皆さん、こんばんは。東京都健康長寿医療センターの石井でございます。私は神経内科の認知症の専門医なんですけれども、アミロイドPETを含めたPETの臨床研究をやっております。今回は日本核医学会からという形で出させていただきます。また、アミロイドPETの適正使用ガイドラインの取りまとめ役もさせていただきますので、そのような立場で参加させていただきます。どうぞよろしくお願いたします。

**栗田：**ありがとうございます。では続いて、今村先生、お願いたします。

**今村：**皆さん、こんばんは。今回、日本医師会の立場で参加することになった、常任理事の今村です。よろしくお願いたします。

**栗田：**よろしくお願いたします。ありがとうございます。では続いて、潤野先生、お願いたします。

**潤野：**どうも皆さん、こんばんは。潤野です。日本精神科病院協会を代表して参加しております。栗田先生とは認知症疾患センターのいろいろな事業でもずっとお付き合いしてきました。皆さんと今回、研究事業で楽しく過ごせればいいなと思っております。よろしくお願いたします。

**栗田：**ありがとうございます。では続いて、東京都の小澤委員、お願いたします。

**小澤**：東京都の認知症施策推進担当課長の小澤です。認知症疾患修飾薬の事始めとして、非常にさまざまな課題があると感じております。どうぞよろしくお願いたしました。

**栗田**：ありがとうございます。続いて、北海道の小藪委員、お願いたしました。

**小藪**：北海道庁の小藪と申します。聞こえていますでしょうか。

**栗田**：聞こえています。大丈夫です。

**小藪**：小藪と申します。よろしくお願いたします。道庁で認知症施策を担当しています。本日は3時からエーザイ主催の栗田先生の講演がありまして、非常に勉強になりました。ありがとうございます。これからは医療提供体制の話ですけれども、また皆さんと一緒に考えていければと思っています。よろしくお願いたします。

**栗田**：よろしくお願いたします。ありがとうございます。では続いて、大阪市の大森委員、お願いたしました。

**大森**：大阪府役所福祉局の大森と申します。よろしくお願いたしました。大阪府福祉局のほうで認知症施策を担当しております。本日は、行政の立場から参加させていただきましたが、最新の認知症研究状況について、また勉強させていただきたいと思っております。よろしくお願いたします。

**栗田**：ありがとうございます。よろしくお願いたします。では、続いて、数井委員、お願いたします。

**数井**：高知大学精神科の数井と申します。今回は、基幹型認知症疾患医療センターの立場からご参加させていただきます。どうぞよろしくお願いたしました。

**栗田**：ありがとうございます。

**数井**：先生、別会議があつて、7時ぐらいに抜けることになりましたので、失礼いたします。

**栗田**：了解です。分かりました。よろしくお願いたします。では、内海委員、お願いたしました。

**内海**：北海道の砂川市立病院認知症疾患医療センターの内海でございます。きつと私は地域型のセンターとしてのお立場で参加させていただいております。よろしくお願いたしました。

**栗田**：よろしくお願いたします。続いて、藤本委員、お願いたしました。藤本先生まだ来ていないか。

**事務局**：そうですね。藤本先生はまだ入室されておられません。

**栗田**：そうですね。石井伸弥先生が来ましたので、石井先生、お願いたしました。

**石井伸弥**：広島大学共生社会講座の石井と申します。今回は、老年医学会からという立場で参加させていただきますので、よろしくお願いたしました。

**栗田**：ありがとうございます。では、厚労省のお2人は最後にあいさつと一緒にお願いたします。作業部会の委員も一言お願できればと思います。田中委員、お願いたしました。

**田中**：三重大学神経・筋病態学講座の田中といいます。きょう参加しておられる厚生労働省

の中西先生の前任として、1年半ほど前までは厚労省におりました。その関係で、一応今回は作業部会側として協力させていただきたいと思っております。よろしくお願いたします。

**栗田**：ありがとうございます。では、古田委員、お願いたします。

**古田**：東京都健康長寿医療センター認知症疾患医療センターの古田です。私は、地域型の認知症疾患医療センターの立場として参加させていただきます。私もちょっと7時頃に中座しますので、申し訳ございません。よろしくお願いたします。

**栗田**：よろしくお願いたします。では、武田委員、お願いたします。

**武田**：皆さま、こんにちは。国立長寿医療研究センターの武田と申します。私のところも、地域型の認知症疾患医療センターです。作業部会の委員として参加させていただきます。よろしくお願いたします。

**栗田**：ありがとうございます。では、新美委員、お願いたします。

**新美**：皆さま、こんばんは。東京大学早期・探索開発推進室の新美でございます。私、今回、作業部会として、昨年度アンケートなどを作らせていただいたということも含めまして、今回作業部会として関わらせていただくということでお願いたします。よろしくお願いたします。

**栗田**：ありがとうございます。では、枝広委員、お願いたします。

**枝広**：健康長寿医療センターの枝広あや子です。作業部会委員として、実績報告書関連で担当させていただくことになると思っております。よろしくお願いたします。

**栗田**：ありがとうございます。では、ここから厚労省のお2人に、自己紹介、ごあいさつをお願いたしますと思うんですけど、まず、松村先生からお願いただけますか。

**松村**：いつもお世話になっております。厚労省推進課にて主査を務めております、看護技官の松村と申します。本日はお忙しい中、先生方、お集まりいただきまして、ありがとうございます。どうぞよろしくお願いたします。

**栗田**：ありがとうございます。では、中西課長補佐からは自己紹介は必要ないかと思っております。一言ごあいさつをお願いたします。

**中西**：ありがとうございます。お世話になります。現在厚労省のほうで認知症施策を担当している医系技官の中西です。皆さま、どこかでご一緒したことある方がほとんどかなと思うんですけども、この席の先輩もたくさんいらっしゃいますし、去年の同僚、前職の同僚とかいろいろいらっしゃいます。頑張っていききたいと思っております。

今年度、皆さまご存じのとおり、6月14日に共生社会の実現を推進するための認知症基本法に本日参加されています北海道庁の小藪さん等が非常に尽力くださって成立したものと認識しております。この法律ができたという大きなことと、先ほど栗田先生がおっしゃってくださったように、レカネマブが上市に向けて、今、いろんな検討が進んでいるという大きな変化の年になっているとは思っています。そういう中で、この老健事業、昨年まで長いこと認知症疾患医療センターについての検討がされてきたものの後継事業になるんではないかと、今年度は、認知症疾患医療センターだけを検討しては、もはや少し難しいのでは



はないかということ、認知症の医療提供体制に関するタイムトルも膨らませていただいております。

今回は、医学の進展に伴う医療提供体制の在り方の継続的な検討に必要な各種事項の課題抽出、整理、あるいは医療資源や連携する介護・福祉資源の一義的、量的による差異に基づくアクセシビリティの連いを踏まえた認知症疾患医療センターなどの医療提供体制の今後の在り方の検討、あるいは現行の認知症疾患医療センターの機能についての検証と今後の在り方の検討、高度医療機器施設等との連携の在り方の検討などと、非常に多岐にわたって実は事業概要とさせていたいただいております。

この中で、現時点から検討可能なものの検討を進めさせていただいて、まだレカネマップの適応の条件等が決まっておりますので、検討の難しい部分などもたくさんあると思っておりますけれども、並行して進めながら、また皆さまのお知恵を集約していただければと思っております。厚労省のほうもなかなかまだまだ十分動けていないところもあるんですけども、ご指導のほど、どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

なお、7月に着任しました、新しいオザキ企画官というのがおるんですけども、本日出席のつもりだったんですけど、急な公務が入ってしまっ、ごあいさつができませんというごとの、次回、ごあいさつさせていただきますと思っておりますので、どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

**栗田：**ありがとうございます。藤本先生が入られたので、藤本先生、自己紹介とごあいさつ一言お願ひいたします。

**藤本：**すいません。遅れまして申し訳ないです。藤本クリニック、連携型認知症疾患医療センターの藤本です。実は明日、コロナ禍で久しぶりに滋賀県の医師会と県の主催で、サポート医、相談員の勉強会をやることになっていて、武田先生に来ていただいて、サポート医、相談員が100何十人に講義をしていただくことになっています。

滋賀県から企画を頼まれて、専門医とサポート医、かかりつけ医の役割分担というテーマで、武田先生にお願ひしたのは、やっぱりレカネマップに関する医療体制について今後いろいろな議論が要ると思うんですが、その議論の前に、認知症の医療と、多職種連携のあり方をもう1回再点検させてもらおうと思っ、武田先生にお願ひしました。確立された職種連携による地域連携がないと、疾患就職業が上市されても、認知症の地域包括ケアがうまく回らないと思っすし、逆にそれが揺らいでると。その業が入ったことで、いろんな仕組みにいろいろざくざくすることが出てくるんじゃないかと思っす。もう1回、百何十人のかかりつけ医、サポート医と一緒に勉強して、そのベースをつくった上で、業のことを次に議論したいと思っす。

**栗田：**ありがとうございます。それでは早速、ここから次第に従って、3番の事業概要について、まず私のほうから説明させていただきます。画面を私のほうで共有いたします。皆さん、画面見えますでしょうか。よろしいですか。

今回は、この認知症の医療提供体制に関する調査研究事業ということで、3つの課題を設

定しております。1つは、この認知症疾患に関連する今般の医学の発展を踏まえと書いてあるんですけど、これはアルツハイマー疾患修飾薬のことでございます。今後の地域の認知症医療提供体制の在り方について検討し、取り組むべき課題を示すことです。2番目が、各種高度医療施設との連携を含め、認知症疾患医療センターが今後果たすべき役割を検討する。3つ目が、令和4年度老健事業で作成した認知症疾患医療センターの機能を確認するためのチェックリストを活用して、認知症疾患医療センター運営事業における認知症医療機能体制構築に向けたPDCAサイクルの手引きを作成することになっておりますが、この検討委員会では、この1と2について取り組ませていただければと考えております。

もう少し具体的に事業の概要をお話させていただきますと、まずは、この認知症の医療提供体制に関する調査研究事業検討委員会、この会議ですね、この会議を設置いたしました、アルツハイマー病疾患修飾薬の社会実装を視野に入れた今後の認知症医療提供体制の課題の整理を行います。そして、現行の認知症疾患医療センターの診断機能・相談機能・政策協力機能を検証した上で、ちよっと難しいことが書いてあるんですけど、要するにこのアルツハイマー病の疾患修飾薬が導入された場合に、各種高度医療施設との連携を含め、認知症疾患医療センターが今後果たすべき役割を検討することです。

そして2番目は、この上記検討委員会の討議資料を得るために、認知症疾患医療センター運営事業継続報告書の集計・分析を行います。これはずっと毎年、東京都健康長寿医療センターのほうでずっと継続しておりますので、これをまたやらせていただきます。

そしてもう一つは、きよの議論の中心になるんですが、日本認知症学会専門医、日本老年精神学会専門医、日本神経放射線学会専門医、日本核医学会 PPT核医学認定医を対象に、アルツハイマー病疾患修飾薬の社会実装を視野に入れた認知症医療提供体制の現状・課題・今後の在り方についてのアンケート調査を行います。

3番目が、特定の都道府県・指定都市の協力を得て、先ほどのチェックリストを用いた調査を実施させていただいて、それを踏まえて手引きを作成することなんです、この検討委員会は、こでも1と2ですね、この1と2をやらせていただきたいと考えております。

今の話を要約すると、大体これですとまとまるんだと思うんですが、アルツハイマー病疾患修飾薬の社会実装を視野に入れた今後の認証医療提供体制の課題を整理することなんですけれども、これを行うために調査を行って、その調査結果に基づいて議論していただくこととでございます。

その調査は、先ほど申し上げましたが、日本認知症学会専門医、日本老年精神学会専門医、日本神経放射線学会専門医、日本核医学 PPT核医学認定医を対象に、アルツハイマー病疾患修飾薬の社会実装を視野に入れた認知症医療提供体制の現状・課題・今後の在り方について調査をするということとであります。

なお、これは参考でございますが、青い字で書かせていただきましたけれども、昨年度、日本認知症学会において、全国の認知症疾患医療センターを対象に、アルツハイマー病疾患修

師業が導入された場合の医療提供体制の課題に関する調査を実施しております。この調査結果は、日本認知症学会誌の **Dementia Japan** に掲載する予定でございます。もう論文は出来上がっております。作業部会の新美先生が中心になって、集計、分析、論文作成をさせていただきました。

これは、今回はまだ出せないんですけども、次回以降の検討委員会で、もし出すことができれば、この討議資料として使えるんじゃないかと思うんですが、ちょっと新美先生、この辺どんな感じか、コメント一言いただけますか。

**新美**：ありがとうございます。新美でございます。

本論文につきましては社会対応委員会ならびに疾患修飾薬に関連する委員会ということで、日本認知症学会のほうから作成させていただきまして、9月4日に投稿させていただきました。今、その返事待ちということですので、何かまたレビュー等が回ってきてきたら、それを踏まえて回答し、もしよろしければ次回、資料として提示可能かもしれませんので、共有させていただきたいと思っております。

**栗田**：ありがとうございます。この調査結果については、社会的な影響等々いろいろ考慮いたしました。一応学会誌に報告してから公開しようということにしておりまして、調査は昨年度既に終わって、分析も昨年度の段階で終わってるんですけども、まだ公開されていないデータがございます。ただ、この検討委員会ではとても重要な資料になるんじゃないかなと思いますので、可能であれば資料として活用させていただければと思います。これは全体のスケジュールでございます。9月に、この第1回の検討委員会をやらせていただきます。調査票の作成、同時進行で進んでおりますので、9月中に調査票は確定させまして、10月に調査を実施いたします。11月に集計・分析をいたしまして、12月の第2回検討委員会でこの資料を供覧いたしまして議論できればと考えております。

その下にある水色の矢印が、同時並行で行っています認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計・分析でございます。これは毎年やっておりますが、毎年厚労省から出てくるデータが結構年末ギリギリみたいなのところがあるんで、今回、第2回の検討委員会に間に合うかどうかちょっと分からないんですが、それに向けてやろうと思うんですけど。これ、枝広先生、いつもいつ頃でしたっけ、集計・分析をやるの。

**枝広**：10月にいただければ非常にありがたいです。

**栗田**：そうですね。10月にいただければ、第2回検討委員会に間に合いますね。というのと、これは後ほど厚労省の方と検討させていただきます。

それから、あと緑色が、これはこの検討委員会では直接は取り扱いませんが、認知症疾患医療センターの機能と地域の認知症医療提供体制の課題に関する調査をさせていただいて、集計・分析して、1月に機能評価とPDCAサイクルの手引きを作成して、先ほどの検討委員会の議論は1月から2月にかけて登記内容の論点整理をさせていただきまして、そして2月の半ばに報告書を作成して、そして第3回の検討委員会で報告書案についてご議論いただいて、最後に報告書作成という流れにしたいと思っております。

従って、検討委員会は1年間に3回を予定しておりますが、どうしても1回やらなければいけないという場合は、それはその時に考えたいと思っております。

あと、すいません、ここまでですね。ここまでのご質問とかございましたらお受けしたいと思うんですが、何かございますでしょうか。

それで皆さん、質問の時はリアクションボタンを押していただくといいんですけども、リアクションボタンがうまく作動しない時には、手を挙げて声を出していただければ私が見えますので。三木先生、どうぞお願いします。

**三木**：大阪公立大学の三木と申します。放射線科の専門医について、先ほどのスライドを含めて、いただいた資料では、日本神経放射線学会専門医、あるいは放射線専門医という言葉を使っていたらいいんですが、日本神経放射線学会の専門医は存在しません。

**栗田**：すいません。申し訳ないです。

**三木**：いえいえ。神経放射線学会は学術的な学会で専門医制度は持っていません。

**栗田**：なるほど、なるほど。

**三木**：専門医を持つているのは、日本医学放射線学会で、2つありましてね、基本領域としては放射線科専門医、これは放射線診断・画像診断の専門医も放射線治療も両方含まれております。これを取った後にサブスペシャリティとして放射線診断専門医というのがあります。これは最近専門医機構が認定することになりました。ですから、いずれにしても、この専門医の名前は……。

**栗田**：そうですね。該当しないですね。

**三木**：ええ、そうですね。放射線診断専門医がいいのかもしれません。あるいは基本領域の名前にするっていうのであれば放射線科専門医ですね。

**栗田**：なるほど。すいません。

そうすると、まず日本放射線学会の専門医か、あるいはどの学会でしょうか。放射線……。

**三木**：両方ともに同じ学会で、日本医学放射線学会です。

**栗田**：日本放射線学会？

**三木**：はい。医学放射線学会。

**栗田**：医学放射線学会ですか。日本医学放射線学会。

**三木**：基本領域の一つです。

**栗田**：なるほど。日本医学放射線学会の専門医か放射線診断医かどっちかがよろしいっていうことですね。

**三木**：正確には、放射線科専門医。

**栗田**：放射線科専門医。なるほど。

**三木**：サブスペシャリティは、放射線診断専門医です。

**栗田**：放射線科専門医か放射線診断。

**三木**：専門医。

石井賢二：また、専門医を取ると、認定医を更新する実質的なメリットについていうのはないので更新しない方も実はいるということ。

栗田：分かりました。

石井賢二：そうですね。

栗田：分かりました。これは、両方の名簿を突き合わせて、全部網羅できるといふことですね。

石井賢二：はい。そうですね。

栗田：了解いたしました。ありがとうございます。他はいかがでしょうか。瀧野委員、どうぞ。

瀧野：すいません。瀧野ですけれども、今、専門医の話が出たので、ちょっとお伺いしたいんですが、今回のアンケートの中に、認知症専門医という言葉が出てくるんですけども、これは厳密に言うと、そういうのは存在しなくて。

栗田：そうですね。

瀧野：こういうアンケートで、皆さんに国の事業でやるのに認知症専門医という言葉を使うのは的確ではないかと思っているんですけども、もしどうしても使うというのであれば、いわゆる他の皆さん、今回参加している学会さんは学会の専門医とか、学会の認定医ですので、それを使うならいいんですけども、認知症専門医はちょっと不適切。もし使うのであれば、認知症関連の専門医とか言うならいいと思います。

栗田：なるほど。これ、あれですね、確かに正確に書くんだったら、ちゃんと学会名を書くっていうことですね。

瀧野：そうですね。

栗田：そうですね。これ、放射線のほうも同じかと思えます。

瀧野：みんな同じだと思います。

栗田：そうですね。これは、正式に書く方向で調整させていただければと思います。ありがとうございます。

他にはご質問ございますでしょうか。よろしいでしょうか。では、ここから、まずはこの調査について、少し私のほうから説明させていただいて、そして具体的な調査票の自身については、原案を作ってくれた新美先生のほうから説明をさせていただければと思います。

まず、調査全体のこと、私のほうから説明させていただきますが、またちよつと共有させていただきます。それで、この資料を皆さんところに付けるのを忘れたんですが、これはここで見ていただければと思います。今の話がちよつとあるので、これは訂正しなきゃいけないんですが。

アルツハイマー病疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制と社会課題に関する調査というような名前になっております。目的は、このDMTが導入された場合の医療提供体制に関する課題を把握するというところで、対象は、ただ今お話しいただきましたことを含めて修正した上で書かせていただいたかと思うんですが、一応、現段階では、この調査票に認知症

栗田：診断専門医ですね。

三木：前者の放射線科専門医ですと、放射線治療医も入ってきます。

栗田：なるほど。

三木：あるいは若い先生で、まだ放射線診断専門医を取っていない者も入ってきます。

栗田：そうか。

三木：画像診断の専門ということになれば、放射線診断専門医になりますね。

栗田：なるほど。これは先生、どれが今回の調査対象として適しているのかって、ちよつと私どもはよく分からないんですけども。

三木：放射線治療医は関係しませんので。

栗田：そうですね。

三木：ええ。放射線診断専門医かどっちか選ぶとしたら適切かなと思います。

栗田：分かりました。そうすると、日本医学放射線学会の放射線診断専門医がいいたろうということですね。承知しました。ありがとうございます。

三木：いえいえ。ありがとうございます。

栗田：石井先生、どうぞ。

石井賢二：アンケートの調査対象の日本核医学会のほうの対象者ですけれども、正確にはPET核医学認定医ですね。実際には施設基準として、PET核医学認定医の資格を持っている施設には、日本核医学会の核医学専門医、またはPET核医学認定医の資格を持つ常勤医師が必ず配置されているということになります。核医学専門医は、PET核医学認定医より上位の資格で、実はほとんどの専門医はPET核医学認定医を持っているんですが、ちよつと学会に確認したところ、核医学会専門医を持っている人の中で、16%ほど、240名ほどの先生方はPET核医学認定医の更新をしていないということ。調査対象としては、核医学専門医、またはPET核医学認定医としていただければ絶対網羅できると思っています。

栗田：なるほど。分かりました。

石井賢二：以上です。

栗田：先生、そうすると、この集合関係からいくと、核医学専門医、すいません、PET核医学認定医であれば、必ず核医学専門医だと考えてよろしいですか。

石井賢二：いえ、違います。

栗田：違うんですか。そうなんですか。分かりました。

石井賢二：PET核医学認定医のほうが大きな集合で。

栗田：PET核医学認定医のほうが大きいんですか。

石井賢二：そうですね。

栗田：なるほど。

石井賢二：核医学専門医はさらに上位の資格になりますので。

栗田：上位の資格なんだけども、PET核医学認定医を更新していない。そうか、分かりました。

専門医、放射線専門医と書いてしまったので、これでお話しさせていただくんですが。

調査票は2種類作ってありまして、この認知症専門医と書いているものは日本認知症学会専門医、ブラス日本老年精神学会専門医で、nイコール約3,000で悉皆調査でございます。

もう一つ、この放射線専門医というところにつきましては、一つは、この神経放射線じゃなくて、日本医学放射線学会の放射線の診断専門医ですね、放射線診断専門医、これは三木先生、何人ぐらいいらっしゃるかわかりますか。

**三木：**数千ですね。

**栗田：**数千ですか。分かりますか。

**三木：**5,000か。

**栗田：**そんなにいるんですか。

**三木：**もっというと思います。

**栗田：**そんなにいるんですか。そうすると……。

**三木：**いや、先生、後でお話ししますけれども、日本は先進国と比べて非常に少なくです。厚労省のサイトにも載っていますけれども、人口比でアメリカの4分の1か5分の1しかいないんですよ。

**栗田：**そうなんですか。

**三木：**そういう事情があって、神経が専門じゃない、他の国だと神経の画像は神経の専門の放射線医が見ているんですけど。

**栗田：**そうか。

**三木：**実際は、腹部とか胸部とか、普段それを主にやっている放射線科医も見ることになる。いずれにしても、神経専門の放射線科医となると500人ぐらいだと思うんですけども、アンケートを採るとしたら、実際、放射線科医、神経を専門としない放射線科医も日常診療で一部として脳の画像を見ているんです。だとしたら4,000~5,000人ぐらいにはなります。**栗田：**ちよつとこれは考えなきゃいけないかもしれないですね。一つは、4,000~5,000だと、今回の老健事業の予算で間に合わない可能性があるんで、悉皆調査できない可能性があるということ。それから、神経専門でない、普段あまり見えていない、ブレインをあまり見えていない放射線医の回答がたくさんも来ちゃったから、その影響を受けちゃわないかなって、ちよつと心配があるということ。これは後でディスカッションの時にまた皆さんで議論いただければと思います。よろしくお願ひします。

あともう一つは、核医学会の方は、先ほど石井先生に言っていたように、核医学会専門医またはPET核医学認定医ということ。これは大体先生、n=2,000って大ざつぱに書いたんですけど、大体こんなもんでよろしいですか。

**石井二：**核医学認定医が2,000で、専門医で核医学認定医を持っていない人が240名ぐらい聞いています。ですので1割増しぐらいの感じですよ。

**栗田：**そうですね。じゃあ、これは大丈夫ですね。ありがとうございます。

**三木：**すいません、三木ですけど、今ネットで分かります。放射線診断専門医は5,600名あまりです。

**栗田：**5,600ですか。分かりました。多分nイコール5,600のお金はないだろうと思われので、ちよつとこれは後で検討させていただければと思います。ありがとうございます。一応、こんなふうな対象でやらせていただこうと思うんですが、これから調査内容の説明に入るんですが、ここまでのところで何か他に質問がある方はいらっしゃいますでしょうか。よろしいでしょうか。

では、これから調査の内容について、少し丁寧に議論していきたいと思うので、ここからは新美先生にお願ひしてよろしいでしょうか。

この回答方法の教示については、鑑文にまとめてあるんですけど、それについても新美先生、少し説明しながらやっていたらいいでしょうか。

**新美：**ありがとうございます。先生、鑑文は。

**栗田：**じゃあ、私のほうで、ひとまず共有しましょうか。

**新美：**はい。

**栗田：**じゃあ、まず鑑文は私のほうで共有しますので。

**新美：**お願ひします。

**栗田：**ごめんなさい、出てこないな。ちよつとお待ちください。見えますでしょうか。一応これが鑑文になってるんですけど。すいません。フォーマットがちよつとずれていますけど、全部同じフォーマットにしますが。

最初の方に、近年のこのアルツハイマー病疾患修飾薬の開発が進んでいることとか、8月21日に厚労省の薬事・食品衛生審議会において、製造販売承認が了承されたという近年のことが書いてあるんですけど。今回の調査は、このレカネマブに特化しているわけじゃなくて、今後、複数のDMTが上市される可能性があるんで、特定の薬剤じゃなくて、このDMTが実臨床に導入された場合の医療提供体制の課題を検討していきたいということになっております。

先ほど言いましたように、2種類の調査票が一応用意されてるんですけども、これは下の方にちよつと書いてあるんですけど、例えば石井賢二先生のように、PET核医学の認定医であつて、かつ認知症学会の専門医という先生がいますので、そういう先生が2つの調査票を書くということになると、重複が多くなるということがあって、一応この認知症専門医向け、そして放射線専門医向けという2つの調査票があるんですけども、両方の専門医を持っている場合には、基本的には認知症専門医向けの調査票にまず書いてもらって、その放射線のほうは星印の付いたところだけ回答してもらって返送してもらおうというよな、こんなふうになつておられます。これは新美先生が開発してくれた方法でございます。一応、あとは少しこまごまと説明してござります。ここから、新美先生にお願ひしてよろしいでしょうか。

おります。まず 1 問目が、勤務している施設の種類のということで、一般病院、特定機能病院、地域医療支援病院、臨床研究中核病院、無床診療所、有床診療所、そしてまた設問 2 のほうで、もし病床があった場合は、その病床がどういった病床なのか、一般病床なのか、療養病床なのか、精神病床なのか、感染症病床なのか、結核病床なのか、病床の形を複数選択可能で聞いてございます。

また、疾患医療センターかどうかということにつきまして、ご施設のことを聞きたいということ、疾患医療センターではないのかあるのか、基幹型か、地域型か、連携型かというところを聞いてございます。

また、各専門医のご施設につきまして、勤務地の都道府県までは聞こうということで、都道府県を書いていただくこととしております。

また、各専門医としての経験年数ということで、大体 1 年から 10 年、その間ぐらい、また 10 年以上ということも聞いてございます。

6 のほうは、認定医あるいは専門医についてのところですが、先ほどいただいたご意見がございまして、こちら少し改定させていただきました。適切なものにさせていただきますと思います。

また、PET 読影講習につきましては、こちらは核医学のほうでしたか、栗田先生、こちら

栗田：はい。

新美：そうですね。放射線科の先生方につきましては、このアミロイド PET 読影講習を修了されたというのを聞いてございます。まず 1 番目が背景情報、回答者についての背景情報ということで、こういった質問を用意させていただきました。ブロックに分かれております。

栗田：そうですね。ありがとうございます。ここまで基礎情報ですけども、いかがでしょうか。ここまでで何か質問、ご意見いただければと思います。ちよつと待ってくださいね。淵野先生、どうぞ。

淵野：すいません。淵野ですけど。申し訳ございません、1 番のところの病院の名前が入りましたね。勤務しているご施設の種類はと、施設の種類の種類ですけど。やっぱり精神科病院は入れていただきたいと。

栗田：なるほど。確かに。

淵野：次のところには精神科病院を入れていただいていますので、ぜひここに精神科病院を入れてください。

栗田：そうですね、抜けていますよね。精神科病院が必要ですね。

淵野：はい。

栗田：ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

新美：すいません。こちら、先ほどちよつと追記というか、認知症関連専門医と放射線関連専門医のほうでは共通といたしておきますけど、いくつかの質問につきましては、放射線

新美：ありがとうございます。

栗田：調査票を先生のほうで共有したほうがいいですかね。

新美：では、私のほうでさせていただきますと思います。

栗田：お願いいたします。三木先生、すいません。三木先生手を挙げていますか。

三木：すいません。認知症の専門医と放射線関係の専門医、両方持っている人ってほとんどいないと思います。

栗田：そうですね、そんなにはいないんですね。

三木：ゼロかもしれません。

栗田：でも、石井先生がいます。1 人はいますよね。

三木：すいません。

栗田：石井先生、少ないですかね。

石井賢二：私は核医学のほうなので、放射線の専門医を持っておりませんけれども。

栗田：そうか。

石井賢二：核医学のほうは、恐らく 10 人はいないんじゃないかと思えます。

栗田：そんななんですか。分かりました。ちよつとその辺は後でもう 1 回議論させていただきますと思います。じゃあ、新美先生、よろしくお願いたします。

新美：ありがとうございます。そう言えば、新井班との話というのは先生、何かお話しされますか。

栗田：先生どうぞ話していただいていた構わないです。

新美：分かりました。今、こちらが、私がきょういただいたご質問でございます。本調査でございますけど、ワーキングのほうで作成させていただいておまして、先ほど認知症関連の専門医、そして放射線関連の専門医という形で 2 つ作らせていただきましたけれども。この DMT に関する課題につきましては、これの特別研究というものがまた別途走っております。こちらは主任は筑波の新井先生でございますけれども、こちらでも主にこういった DMT に関しては、医療経済的な面はどうかというような、より広い面での調査研究などを今年するということがございますので、ヤマノ先生、アライ先生、お二方のお話し合いのもとに、一定程度文言については共通でいこうというふうなことで、ワーキングを含めてもさせていただきまして、今回提示させていただくことになりました。

従いまして、この回答というか問題につきましては、いくつかの共通点、共通項目がありまして、それを各専門医、認知症に関連する専門医、放射線に関する専門医。そして、一般の方向けのアンケートというのも作っておりますので、こういったことがそれぞれと二つで分かるようにという形の構造を取らせていただいております。

では、まず一番質問項目が多くて、またベースとなります認知症関連専門医向けの調査というところから始めさせていただきますと思います。よろしくお願いたします。

まず、いくつかのブロックで分かれておりますので、一つ目は回答者についてということを書かせていただいております。こちらは回答いただく方の背景情報というものを聞いて

専門医の先生方の回答いただくものがこちらありますので、これはちよっと並列させていただきますまして、ちよっと書かせていただきますね。

**栗田**：はい。そうですね。

**新美**：すいません。こちら4番目ですけれども、PETの撮像施設認証ということで、ここにありますような認知症のためのPETの認知症、ピブ、それからこのいくつかの設問につきましては認定施設をウエルカということと設問を設定させていただきましたが、ここはちよっと石井先生にこちらでよろしいかどうかどう含めてご意見を伺えればと思っております。

**栗田**：石井先生、お願いいたします。

**石井賢二**：今の設問4のところですけれども、承認されている診断薬としては、ウス18のフロルベタベンという薬がございます。日本ではデリバリはしていません、合成装置だけですけれども、恐らく3施設ほど購入しているところがあります。慶應大学などがそうですね。

そこは院内製造で保険診療を行う可能性ありますので、このフルデメタモルの下にも一つ、フロルベタベンというのを加えていただければと思います。

**新美**：こちらは一応核医学会のほうで認定をしてという形で認めているものになりましたよとか。それとも2施設ご購入されているという形？

**石井賢二**：フロルベタベンは現在、製薬会社がデリバリはしてません。日本では、ですの、合成装置を使って施設で院内製造して検査をするという立付けでしかできないんですけれども、承認薬ですの、保険診療は可能です。国内で合成装置は持っている施設がありますので、それらの施設はそれを使ってやる可能性ありますので、フロルベタベンも加えていただけたほうがいいと思います。

**新美**：ありがとうございます。加えさせていただくとして、これはももとの質問が学会の施設認証があるかということと聞いておるんですけども、この並びで並べていいの、それとも、ご施設で予定がございませつかという形で書かせていただくのがいいか、どちらがよろしいでしょうか。

**石井賢二**：この並びでいいと思います。これは施設認証があるかないかを聞いているのであって、あれですよね、院内製造するかしないかということでは問題にはしていいかわけですよね。

**新美**：はい。

**石井賢二**：それでしたら、この並びで構わないと思います。

**新美**：分かりました。ありがとうございます。

**石井賢二**：あともう一つ、下のほうで、すいません。7のアミロイドPET読影講習ですけれども、これは日本核医学会のアミロイドPET読影講習を意味しているということとしてよろしいか。

**新美**：はい。

**石井賢二**：ありがとうございます。アミロイドPETの読影講習は、それぞれ3つの薬剤について、責任企業が読影トレーニングという、eラーニングとか対面でのトレーニングを実施して、それと誤解されることがありますので、日本核医学会のアミロイドPET読影講習と記載していただくと思います。以上です。

**栗田**：ありがとうございます。三木先生、どうぞ。

**三木**：すいません。ちよっと話飛ばさかもしれませんが、今話題に出しましたアミロイドPET読影講習の講習を受ける対象者は、核医学会の会員に限られるんでしょうか。実は放射線科も関係してくるのであれば、核医学会主体でももちろん構いませんので、放射線科医向けにも講習に参加できるようにしていただければありがたいなと思います。

**栗田**：なるほど。石井先生、いかがでしょうか。

**石井賢二**：石井です。現在は、この読影講習の受講資格は、日本核医学会の核医学専門医、またはPET核医学認定医を保有している者という、学会内の運営になっていきますね。ですの、その辺を拡張する必要があるかどうかは学会に持ち帰って議論させていただく必要があるかと思えます。

**三木**：ありがとうございます。よろしくお願いたします。

**栗田**：ありがとうございます。他には何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。では、新美先生、次、お願いいたします。

**新美**：ありがとうございます。続きましては、疾患修飾薬自体についての質問ということで、まず背景といたしまして、ここに書いてあるようなことを前段で説明させていただいていきます。近い将来に臨床で実際に使用可能となる可能性があるDMTとして、抗Aβ抗体のレカネマブなどが挙げられていると。また、抗アミロイド薬につきましては、アミロイドPETまたは脳脊髄液検査によるアミロイド病理の証明が望まれている他、治療薬投与期間中には副反応としてのARIAの管理のための複数回のMRI撮像や、重症のARIAに対する入院治療体制が必要とされているという基礎的な情報をお伝えさせていただいた上で、まず、設問D-8といたしまして、この薬剤について現段階どの程度ございませつかということと聞いてございます。これは5段階で、全くしないからとても詳しいまで。

続きまして、現時点で上記薬剤についての使用に対するお考えを聞いてございます。使用したくないから、ぜひとも使用したいまでの5段階。続きまして、これまでの治療では、こういった薬剤、スクリーニング脱落が6割から8割程度と言われています。こういうことを考えますと、治療を希望する患者数と実際の適応となる患者数の間には差が生じるものと考えられるということをお話しさせていただきまして、この差自体についての考えを聞いてございます。このスクリーニング脱落を含めて2~3割、あるいは4割程度となる患者数につきまして非常に少ないと感じるか、非常に多いと感じるかを5段階。

また11といたしまして、現在DMTで想定されている治療対象は、MCIから軽度認知症までの早期のADとなつていているということと踏まえまして、この範囲についてどう感じるか、とても狭いか、とても広いかということと5段階で聞いてございます。



**栗田**：分かりました。そうですね。これは池内先生も強い主張ではないとおっしゃったので、これは適宜検討するというところでいきたいと思います。他にいかががでしょうか。よろしいでしょうか。では、投与のための検査に行きたいと思えます。

**新美**：ありがとうございます。検査につきまして、PET と髄液検査、それぞれを書き添えてください。PET につきましては、アミロイド PET イメージング剤の適正使用ガイドライン、これは恐らくもうすぐ変更とか修正などが出てくると思いますが、なので何番か添えたいのを書く必要があるかとは思っていますけれども。

まず、検査依頼の適正化、PET 検査の依頼を行う医師が認知症関連学会の所定の研修を修了する必要があります。施設の適正化、日本核医学会が定めるプロトコールに従って撮像を行い、PET の装置につきましても撮像施設の認証を受けている必要がある。読影が以下の資格を持つ医師によるトレーニング、また、当該 PET 薬についての読影講習を修了した上で読影を行う必要がある。これは抜き出して書かせていただいています。こういった望ましい体制について提案されているということ、まず背景として説明させていただいております。

資料につきましては、これも池内先生のほうからまた変更があるかと思いますが、この脳脊髄液・血液バイオマーカーの適正使用指針のニキウバパンニにつきまして、例えば脳脊髄液を採取する際にはガラスやポリスチレンの容器の推奨、検体採取後速やかに測定を行う等の取り扱い、あるいは密閉の上凍結保存です。また採取後の凍結融解は最小限に抑える。検体の採取と取り扱いを適正に実施しないと検査結果の正しい解釈ができないばかりか、眼診につながる可能性があることに留意が必要であるということ、2 つの検査につきまして背景情報を提供させていただいた上で、現時点の状況を各専門の先生方に聞いてください。

まず D の 13、ご施設でこの脳内アミロイドβ病理の有無について、判定に用いるバイオマーカーは何かということ、PET なのか、Aβ、脊髄なのか、両者なのか、あるいは現時点でこれを用いた判定を行っていないかということ、聞いています。以下の設問につきましては、先生方について、分からない/その他という質問もあるかと思えますので、5 ということで、多くの設問に分からない/その他を設定してございます。

14 番、このバイオマーカーを活用している場合、この判定基準は何かということ、2 つ聞いてございます。PET の場合は規覚判定なのか、SUVR、センチロイドといった定量指標を用いているのか、実施していない、分からないを書いてございます。

CSF につきましては、カットオフを自施設で設定しておられるのか、それとも外注検査機関のカットオフを設定するかということ、聞いてございます。

続きまして、この PET と CSF 両方が可能である場合、どちらを優先するかということ、2 つ選んでいただくようにしてございます。

続きまして、PET の実施についてです。これを自施設のみで可能であるのか、それとも自施設のみでは困難だけれども既に連携機関、協力機関があるかどうかということ、聞いて

ております。

続きまして、前問で、もしできないという選択をされた先生につきまして、今後、こういったご自身の施設で PET を導入するかどうか、このご予定について聞いてございます。回答といたしましては、保険収載次第であるが、自施設に導入すべきである。この辺りというのは、もしかすると質問を出すタイミングによって書き方が変わってくるかもしれません。続きまして、保険収載次第であるが、自施設で困難だとしても連携機関と協力して実施できるようにする必要がありますか。あるいは、自分の施設では PET を実施できるようにする必要はないかということ、聞いてございます。

続きまして、保険収載について、現状でのお考えを聞いてございます。できるだけ速やかに収載する必要がありますがあるがこの承認状況次第である、現状のままでもよい。続きまして、DMT が保険収載された場合、PET 撮像の施設の施設数の規模感ですね。2 次医療機関、大体全国 340 なのか都道府県単位なのかということ、2 つの回答をいただくように聞いております。

続きまして、髄液検査になります。髄液検査をご自身の施設の診断補助として行っているかどうか。この場合の回答といたしましては、この AD の診断に際して、ルーティンとして腰椎穿刺を行っているか、かつこのバイオマーカー、アミロイドβですとかタウ、あるいはリン酸化タウなどを補助診断として活用しているのか。続きまして、ルーティンとして行っているけれども、このバイオマーカーは補助診断としては活用していない。続きの回答が、ルーティンでは行っていないけれども、若年発症例とか鑑別困難な例などの症例につきましては、この腰痛穿刺を行って、バイオマーカーを補助診断として活用している。4 番目が腰痛穿刺を行っていないという回答になります。

続きまして、前問で診断困難例、すみません、腰痛穿刺を行っているという先生方について、自施設で、先ほどの指針をどう取り扱っているかということ、聞いてございます。指針に沿って検査を実施しているか、指針に沿って検査は実施していないが今後は検討するか、指針に沿った検査を実施しておらず、今後も実施は困難であるということ、聞いてございます。

また、次です。今後、今現在腰痛穿刺を行っていないと回答された先生につきまして、今後どのようにしていくかということ、聞いてございます。保険収載次第であるが AD の診断にルーティンとして腰痛穿刺を行いたい。自施設では AD の診断に際して、ルーティンとしての腰痛穿刺をする予定はない。

23 番につきましては、D-20 で 2 を選択したか方、バイオマーカーを補助診断としては活用していない先生方に関して、保険収載されたバイオマーカーとして活用したいかどうかということ、聞いてございます。

続きまして、先ほどの PET と同様に、保険収載についての意見を聞いているという形でこの質問構文を作らせていただいております。本質問につきましては、放射線の先生方につきましては、こちらにつきましては、検査、PET、髄液と書かせていただいておりますが、



同じく現時点のご施設のご状況と聞いておられますので、アミロイドPETについては聞いてございますが、髄液については聞いていないという形を取らせていただいております。ただ、PETにつきましても、判定あるいは先生方につきましても、この現在アミロイドPETの結果の判定のところは認定の数について放射線の専門の先生方に聞いてございます。認定医はDMITを全国で使用可能な程度の人員は既に養成されているとお考えか、それとも認定医の人数が少ない、そしてまた養成は急ピッチに進めなければならぬとお感じなのか。人数は少ないけれども養成を急ぐ必要があるかということ、放射線核医学の先生方のご意見を聞いているという形で作ってございます。では、こちらでまたいったん区切らせていただきたいと思えます。

**栗田：**ありがとうございます。今回は背景で、PETと脳脊髄液検査のことも書かれてるんですが、まずちょっと石井先生と池内先生に、背景の記述について何かご意見あればお伺いしたいと思うんですが、何かございますでしょうか。

**石井賢二：**石井です。

**栗田：**石井先生、お願いいたします。

**石井賢二：**アミロイドPETのほうの検査依頼の適正化のところに関しては、現在改定中の版で若干記載が変更はされております。今、学会の承認をいただいている最中で、アンケートの発出までに新しい版が公表できるようであれば、それに差し替えていただければと思っております。

2つ目、3つ目は変更ありません。

**栗田：**ありがとうございます。先生、発出はいつ頃になるか分かりますか。

**石井賢二：**ちょっと分からないです。一応9月中には承認をいただけるような形でご依頼をさせていただいておりますので、10月初めにはとは思っております。

**栗田：**じゃあ、間に合いそうですかね。ありがとうございます。池内先生、何かございますか。  
**池内：**池内です。ありがとうございます。この背景のところ、現状書いていただいている内容が若干テクニカルな内容で、なかなかちょっと、もう少し概念的なところを書いていただいたほうがいいのかなという感じでした。例えば、適正使用指針の中で、この脳脊髄液検査については、認知症をよく知る専門医が実施するであるとか、検査としては、症状がある方に鑑別診断を目的に実施するとか、そういう少し臨床的な部分を書いていただいたほうがよろしいのかなという気がしました。もしよろしければ、私のほうで原案みたいなのを作ることが可能ですので、申し付けください。

**栗田：**ありがとうございます。それではこれ、最終的にはPETのほうは石井先生で、後ろのほうは池内先生に最終版を必要に応じて作成していただくということでもよろしいでしょうか。

**池内：**承知しました。

**石井賢二：**承知しました。

**栗田：**ありがとうございます。では、設問なんですけど、以下設問について何かご質問、ご

意見いただければと思います。淵野先生、どうぞ。

**淵野：**すいません、何度も、何度も。今の背景のところですけども、PETについて、アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドラインではの下のところに、認知症関連学会による所定の研修というのがあるんですけども。これがちょっと意味が分からなかつたんですけど、どういう意味、一応関連学会の所定の研修とはどういうものなのか。

**栗田：**これはどうでしょう。石井先生。

**石井賢二：**石井ですが、この部分は、実はちょっと表現が改められております。実際には、これは検査依頼ですので、依頼する側ですね。認知症の専門医師ということになりますね。そこから研修要件ということになります。

**栗田：**なるほど。そうですね。これを依頼するのは専門医ということですね。

**淵野：**その依頼する医師が、いわゆる認知症の関連学会が開催している研修会を受けないと依頼できないということになってしまふんですね。いろいろな学会があるわけですけども。

**栗田：**石井先生、いいですか。

**石井賢二：**レカネマブ診療に関しては、レカネマブ診療関連の研修ということになっておりまして、そこはガイドラインで規定するというよりは、診療のほうの要件になりますので、これ以上私が申し上げるべきではないなと思っております。

**淵野：**逆にあれですけども、やはり核医学の専門家たちの研修みたいなのが、認知症学会の関連ということよりは、やはり専門家のそういう研修を受けた医師であれば、オーダーができてというふうなことがよろしいような気がするんですけども。

**栗田：**どうでしょうかね。これは多分あれですけども、髄液バイオマーカー、血液バイオマーカーについても、認知症のことをよく知っている医師が依頼すべきだということのが、今回の適正使用ガイドラインも出ていますけど。これ、池内先生も関係するかと思っております、少しかコメントいただければ。

**池内：**ありがとうございます。学会の縛りをどこまでするかというのは、なかなか難しい問題もございまして。認知症関連学会という形で、バイオマーカーのほうにも書かれております。一応関連6学会をイメージしているんですけども、例えば脳外科の先生で、髄液を採って認知症診療しておられるような先生もおられて、それはそれで適切かなということもあるのでは。

ガイドラインでどこまで縛るかというのは、ちょっと難しいところもあるなと思いがら作成いたしました。

**栗田：**そうですね。多分適正ガイドラインにはそう書いてあるという、そういう記載としたいと思います。あれですけども、脳脊髄液検査のほうも、適正使用指針って書いていますよね、それに書いてありますよっていうような内容で、どこまで縛れるかは、これは分かんないことかと思えます。

**淵野：**ぜひ、ちょっと検討していただいて。やっぱり認知症関連学会って非常に多いんで

すね、いろいろな科の先生が関心を持ってらるんで、専門の研修会を受ければ誰でもオーダーはできるとなればなと思っております。

**栗田：**ありがとうございます。今村先生、どうぞ。

**今村：**この段階でお聞きしたいのかどうかと思いましたが、今、認知症の専門の知識の有無等の話がありましたので、ちょっとご質問と言ったほうがいいのかもしれないですね。今回、この認知症基本法もできて、この基本法は、やはり認知症の方が尊敬を保持しつつ希望を持って暮らすための法律ということで、いわゆる医療倫理的な面というのがかなり求められることになっています。

医療そのものは、しっかりと治療ができるようにという、またそういう方をどなたにするかというのはよく分かるんですが、一方で、どの範囲の医療スタッフが認知症に関する専門的な知識、特に医療倫理的な側面も勉強して、この認知症の治療に当たるとか、もしくはこの検査をするスタッフもそういう事が必要なのかどうかといったような議論は行われているのでしょうか。また、それはどこか、どの程度までというのがもう決まっているんじゃないか。

**栗田：**これは、誰に回答してもらえばいいですかね。

**今村：**今ここで答えただけでなくともよいのですが、少し疑問というか、やはり、どうしても医学的な判断だけであると、倫理的な側面というのは二の次になりそうです。だけど、一方で大事なことはあると思うので質問させていただきます。

**栗田：**ありがとうございます。例えば専門医のあれですよね、教育なんかもやっていますけど、そういうところでは確かに倫理的問題とかも取り扱っているんで、そういうことは一応はやられてるっていうことかかなと思います。ありがとうございます。他に池内先生、何かございますか。池内先生、手が挙がってるみたいですけど。

**池内：**すいません。池内です。設問の部分で適切に作成いただいていると思うんですけど。

**栗田：**お願いします。

**池内：**ポイントとしては、現時点で、今その施設でどう行われているかという質問と、それから、これらの検査が保険収載された時に、あなたの施設ではどうしますかという、この2つに分かれると思うので、ここをちょっとクリアにしたいだけだと答えやすいかな。例えばDの13とかであれば、先生のご施設で現時点でっていうような形で書いて。例えばDの15で、保険診療での実施が可能となった時、PETとCSFどちらを優先されますかみたいな感じだとイメージが湧きやすいのかなっていう。

保険収載次第であるかというはそのとおりでいいかと思いますが、恐らくされる方向なので、保険収載されればと聞いていたほうがいいか答えやすいかなっていう気はします。

**栗田：**なるほど。これ、確かに設問によってそのニュアンスがちよつと違いそうだったということですよ。おっしゃるとおりです。例えば設問13だったら現時点だろうと。それから、ひよつとしたら設問15は保険収載されたらというようなニュアンスかなっていうことでしょうか。新美先生、今のに対応した設問にすることは可能でしょうか。

**新美：**ありがとうございます。現状どうかということにつきましては明確に現状ということを書かせていただきます。例えばお考えを聞くという場合には、恐らく保険収載されるであろうと、ここでどこまでやるか分かりませんが、そこを念頭に置いてどう考えるかっていうことで統一するという形で、現実は今後出てきた場合のご意見を伺うという形に修正したいと思っています。

**栗田：**ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。小藪委員、どうぞ。

**小藪：**すいません。ちよつと形式的なこと、素人的な事ですが。

**栗田：**どうぞ。

**小藪：**背景のところ、脳脊髄液検査と記載されており、設問でCSF検査と記載されているのが私にはすぐには分からなかったもので、注釈を入れてくれればわかりやすいかと。

**栗田：**なるほど。これはそれでいいですかね、新美先生。

**新美：**どこかの段階で一度、書き下そうと思います。どうしてもすいません、専門医向けということなので、その辺を少し書くまいしました。

**栗田：**そうですね。ありがとうございます。他にいかがでしょうか。よろしいでしょうか。では、次は血液バイオマーカーですが、新美先生、またお願いいたします。

**新美：**ありがとうございます。続きまして、血液バイオマーカーでございます。背景といたしましては、近年、超高度のELISAでありまして、質量分析の進歩によりまして、血液でADバイオマーカーの測定が可能となり、髄液の結果やアミロイドPET、あるいはタウPETの結果とも一定の相関が見られるなど、今後のサロゲートマーカーとして大きな期待が寄せられるようになってきているという背景を書かせていただいた上でですね。

25におきましては、こういった血液、末梢(まっしょう)血におけるAβですとか、リン酸化タウの測定に関する保険収載についての意見を聞いております。1番は、承認状況にかかわらず、できるだけ速やかに収載する必要がある。2番は、収載する必要があるけれども疾患修飾薬の承認状況次第である。3番は、収載することは考慮されなければならないけれども、やはりPET検査ですとか、CSF検査と同様の信頼性が確立される必要がある。現状のままですと、分らない/その他ということで書かせていただいております。

ちよつと、次も設問をまとめて説明します。

**栗田：**そうですね、まとめてお願いします。

**新美：**続きまして、APOEでございます。背景は、これを、アポリオタンパクEをコードするAPOE遺伝子には、主にイブシロンの2、3、4の3つがあり、4の特つ場合のADの発症や進行のリスクが高まり、かつ、また高Aβ抗体薬を使用した場合のARIAのリスクを高めるといったことが分かっているということで、これの参考資料は後のほうに付けさせていたしたいと思います。

現在、APOEにつきましては、genotype、phenotype いずれも保険償還されていないというのを踏まえまして、現時点、DMTを臨床で処方するに当たって、このAPOE遺伝子検査をするかどうかということをお願いいたします。保険収載されなくても検査する、

されていたら検査する、されていてもいなくても検査しない。  
またこの場合、APOE を検査するに当たって、遺伝子カウンセリングを対応できるかどうかということをお願いしています。

ちよっと次の検査まで行きます。認知症検査について聞いてください。現時点のDMTの適応が早期のADに限られることから、例えばこれまでのレカナマブの治験あるいはレカナマブの最適処方レコメンデーションなどでは、MMSE の点数を22点以上であるということが求められておるとございます。これを踏まえて、この認知機能検査についてのお考えを聞いてください。

DMTの適応を判断するに際し、認知機能検査について、最低限MMSE を行えばいいと考えているのか、これはMMSE でなくとも長谷川式やMOCAといった簡便なスクリーニングで代用することができると考えるか。簡便なスクリーニングだけでは適応を決めるべきではなくて、より詳しい認知症検査を行う必要があると考えているか。次は、適応の判断についてはスクリーニングだけでもよいけれども、臨床的な効果を判定するためには、より詳しい認知機能検査、あるいはADLやQOLの評価を行うことが望ましいと考えているかという4つの選択肢を要して、主に少しPETやCSF以外の検査について聞いています。

こちらにつきましましては、放射線の先生方につきましましては、まず、血バイオマーカー、それからAPOE 認知機能検査につきまして、同様にお考えは聞いているということをございます。このAPOEとか認知機能検査につきましては判断するということはお立場ではないんじゃないかということ、主にこの血液のバイオマーカーについてどうかということのみ聞いている形で質問をさせていただいております。ここでまた少し切らせていただきます。

栗田：そうですね。血液バイオマーカー、APOE、それから認知機能検査ですけれど、これにつきまして何かご質問、ご意見などございますでしょうか。池内先生、お願いします。

池内：血液のところとAPOEのところについては少しコメントをさせていただきます。血液については、これは実用化については、今まさしくさまざま議論があるという状況なんですけれども。設問で、もし可能であれば、この血液、末梢血中バイオマーカーの検査目的として何を期待しますかというのを、ちよっと入れていただければいいところです。

具体的には、脳内アミロイドの判定であるとか、それからPET、CSFのスクリーニングであるとか、ADの診断に使いたいとか。この辺りは、少し今後の情報として知っておきたいかなということ、ご検討くださいということになります。

APOEのほうですけれども、こちらも設問で、現状APOEの検査を実施していますかというところをちよっと知りたいところで。自施設でしている、外部委託でしている、それからDTCでいって、民間サービスで今やれるのがあるんですけれども、この辺りをもし入れていただければいいところです。

Dの27の遺伝カウンセリングに対処できますか、できるということ、自施設でするところと、あと連携してできるとい、この2つのパターンがあるので、ここを少し分け

て聞いていただけるとありがたいかと思しました。以上です。

栗田：ありがとうございます。新美先生、いかがでしょうか。

新美：非常に重要な質問をいただいたと思いますので、ぜひ入れたいと思うんですが。大変に池内先生に申し訳ないんですけど、先ほどの目的などにつきましまして、いくつかこんなものだったという案を、3つ以外にもあれば投げてくださいと、ちよっと作る時に参考になります。

池内：もちろんでございます。承知いたしました。

新美：ありがとうございます。

栗田：これは、じゃあ池内先生、よろしく願います。

池内：承知いたしました。

栗田：内海先生、どうぞ。

内海：私は心理検査のほうの部分なんですけれども。実際、今、実認知症を診ていらっしゃる専門の先生たち、その重症度というものを果たして現実にとのような指標を持ってして重症度を決めていくのかという現状を知りたいなと思ってるんですね。MMSEとか長谷川式が何点だから軽度とか、中等度とかかかっていうふうな判断していらっしゃるのか、今後、このDMTが出てきた場合、軽度というものを何をもってアセスメントして評価方法を用いてやるべきなのか。実際に、単純に心理検査だけではなくて、私どものところはCDRを用いて、それでCDR0.5なのでMCIとか、Iなので程度というような評価方法を用いてるんですけれども。

実際、CDRって正式にやればものすごく大変で、簡便な独自なものをつくってやっていくわけですけれども。現在の皆さま方の診療の中で、どのように重症度を決めているのか、その実態ですね、まずそれを知りたいなということがあります。そして今後、DMTが使えるようになった時、適応の早期といいますか、軽度というものをどうやって診断する予定、お考えがあるのか、それをちよっと設問に入れればなと思っております。

栗田：ありがとうございます。これもあれですよね、もう一つ設問作るって感じですよ、そうするとね。新美先生、いかがですかこの辺。

新美：今いただいた質問は、恐らく非常に実際の臨床の場ではすごく重要な点かと思っております。ただ、これを選択的にするかどうかというのは非常に各施設、いろんな選択というか、CDRでやっているところもあればFASTだけで決めてる先生方もいるかもしれないということをお考えますと、自由記述にして意見を集めるというのでもいいのかなと思っただけです。これはあれですかね、集計する先生のほうが大変で。

栗田：集計が地獄ですね。そうですね。内海先生の言っていることはもともとなんですよね、確かにね。そうなんですよね。どうしましたしよう。内海先生、選択肢をつくるとしたら、あれですか、やっぱりCDRとかFASTとか、こういうことになるんではないですかね。

内海：そうですね。恐らく多いのが心理検査の点数で評価しているのではないかな。すなわちMMSEなり長谷川式なり、そしてその他のWAISだとか、リバーミードだとか、そういう

ど、MMSE21以下となった場合に、DMT はどのようにするべきかと聞いてございます。1 個目は MMSE のみで、必ずしも判断できるわけではないので投与する。判断できるわけではないので、一定の条件を満たせば投与する。次は、投与しない、分らないという答えです。

続きましてが 30 番が、これ少し場合分けで考えているんですけども。

臨床的には、この早期 AD が強く疑われるという方で、しかしこの PET は陰性であった場合どうするかということ聞いてございます。投与されてもよい、CSF バイオマーカーを確認すべき、アミロイド PET を再検査するというような選択肢であります。

続きまして、その方で早期 AD が疑われて、PET 検査陰性、CSF を行ったところ、これが陽性であった場合。つまり、PET、ネガティブ、CSF 陽性だった場合どうするか。この場合は、CSF の結果があるので DMT を投与すべきと考えるか、それとも CSF 陽性だったので PET を再検査すべきであると考えるか。PET が陰性であれば、そもそも CSF をしなくてもいいんではないかというお考え方かということ聞いてございます。

続きまして、再検査の場合どのくらい間隔を空けるべきかという質問を持ってきてございます。1 年、2 年、3 年、もしくは再検査をしないという回答であります。

次は、その反対です。AD が強く疑われるものの、今度は CSF をやってみたら陰性であった場合。同じく投与すべきでないかと考えるか、逆にこのアミロイド PET をすべきであるか。あるいは CSF を再検査すべきであるかということでございます。同じく、先ほどの対になりますので、CSF ネガティブ、PET を行ったところ陽性であった場合どうするかというところで、PET 陽性だったので DMT を投与する。PET 陽性だったので CSF を再検査する。CSF は陰性だが、そもそも PET 検査はしなくてもいい、追加すべきでないというお考えかどうか。この再検査につきましても、同じく 1 年、2 年、3 年再検査をしないという形で聞いております。こちらが検査についての条件。

続きまして対象年齢 50 歳未満だった場合、どのように考えるか。こちらは治療の基準を逸脱してると考えた場合に投与するか投与しないのか、一定の条件を満たせば投与するか。逆に今度は 91 歳以上の高齢の場合ですね、この場合、投与する、投与しない、一定の状況を満たせば投与するか。また、この精神症状などで、いわゆる治療で除外されたような状況であった場合についての DMT の投与についても同じく聞いてございます。

最後に MRI ですが、微小出血が 5 個以上、あるいは脳表シデロローシスがあって、治療という対象外となった方について、どのように考えるかということ、基本的に回答はほぼ同じもので書いてございます。こちら、放射線科の先生方につきましても、PET 検査につきまして PET でお考えですね。先ほどと同じように、PET 陰性だった場合に DMT をどうするか。この場合、書き方投与されてもいいということ、少し回答の表現を、投与する立場ではなく、判定された先生方としてどう考えるかという形で書かせていただいております。同じく、CFS についてもそのとおりでございます。また、最後のヘモジについても同じくということで書かせていただいております。以上が、まず検査についての投与条件と

う心理検査のスクリーニング検査、あるいはもう少し詳細な記憶認知能力検査、心理検査、そしてその他にはやはり CDR とか、FAST とか、そういう評価方法ですね、そういうものを用いているとか。あとは、その他についてということになるかと。その他の部分で言えば自由記述で書いてもらうというのが現実的ではないかなとちょっと思いました。

栗田：これは、じゃあ新美先生、1 問作りましょうか。

新美：はい。ありがとうございます。

栗田：よろしいでしょうか。他には何か、富本先生、どうぞ。

富本：さっきの今の点なんですけど、ガイドラインまだフィックスしてないんですけども。ただ、実際には今の点に関しては、ミニメンタルと CDR が入ってるわけだから、やっぱりそれから、施設によって何を使うかっていうのは、かなりいろいろバリエーションがあるので、その今の 2 つを骨格にしておけば、大体が網羅できると思うので。ちょっと質問の置き方が、ミニメンタルだけに偏ってるのは、少し後でちょっと集計に困るんじゃないかなと思っ聞いていました。以上です。

栗田：なるほど。そうすると、一応重症度評価何してるか、何でやるかって、特に軽度ですよ、何で評価するかっていうことで、MMSE と CDR を一応基軸にして、その他のいくつかの項目を挙げて、これを一応選択肢みたいにして選択してもらった上で、MMSE についていうふうな感じのほうがいいでしょうか。

富本：そうですね。

栗田：順番からすると。分かりました。じゃあ、すいません、新美先生、ちょっとこれは検討するということできたいと思います。ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。では次、DMT 適応の有無の判断について、新美先生、お願いいたします。

新美：すいません。すぐ時間かかって申し訳ございません。

栗田：いえいえ、とんでもないです。私の進行が遅いので、すいません。

新美：DMT 適応の有無の判断でございます。これは、いわゆる DMT、治療の組み入れにおいて見られた基準ですね。例えば 1 個は、可能な年齢が 50 歳から 90 歳となっていたり、うつ病などの明らかかな精神疾患のある方や、頭部 MRI で脳微小出血が 5 個以上、あるいは脳表シデロローシスがある方などは除外となったということがあります。MMSE については上記のとおりです。

また、アミロイド病理の判定について、アデュカヌマブの最適症のレコメンデーションにつきましても、例えば CSF 陽性で PET 陰性の場合ですね。この場合、1~3 年以内に PET 再検査を考慮してもよいかもしれないと記載されている。その上で、CSF につきましても、陰性の場合、1 年では陽性化することはないが、またこの場合、2 年ぐらいい追跡すると、約 2 割ぐらいい陽転することがあるという報告を元に、この DMT 適応の有無について少しご判断を聞いています。

まず 1 個目が、現時点、アメリカのレカネマブの AUR をベースで考えてございます

き、もしくは有症状の場合のみ撮像すればいいんじゃないかと考えているかどうかでございます。

**栗田：**45番が、ARIA についての全般的なお考えです。ARIA は専門医による統一した判定が必要であり、拠点を設置して連携での専門医による読影を可能とする体制を整備する必要があります。これは複数選択でございますので、いずれの選択も選択可能です。ARIA が認められた場合には、経過観察とする基準など、その対応に関するガイドラインが必要である。3つ目は、入院が必要なら ARIA が認められた場合には受け入れ可能な拠点の設置といった体制整備が必要であるといった、ARIA に対する体制で必要と考えられるものを選択で書かせていただきます。

46番、勤務されているご施設についてでございます。DMT を使用する場合は鑑別診断や安全管理体制についてお考えですね。自分の施設で、これは全てを行えるようにする必要があるので、施設で全て行う必要はないが、他施設の連携によって行う必要がある。PET、CSF、治療薬の導入、維持投与、MRI 検査、緊急MRI 検査、入院治療でございます。このどれかを複数選択可能ということを選んでいただきます。また、必ずしも自施設の体制が整備する必要はないという回答も3番で設定いたしました。4が、分からない/その他ということ、今現在、投与に関する、投与そして副反応に関する施設状況などを聞いたという質問がここから、D-41 からになります。こちらは、放射線科の先生方につきましては、この点、全て特に安全管理体制につきましてもは聞くことではないかと思っております。施設について、こういった安全管理が可能かという点、画像についてできないものは何か。そして、特に MRI のモニタリングの間隔などは聞いてございます。また、ARIA に関するお考えも聞いてございますし、全般的な質問は同じく同様に聞いてございます。

ここで、先ほど PET の読影の話をしていただいたんですが、同じく ARIA に関して、この読影を行える専門医の現在の整備状況ということも聞いてございまして、全国で人員が既に準備されているか、それとも養成を進めなければならないか、これぐらいで特に養成をする必要はないかということも専門医の先生方に聞いていただきたいと思います。

**栗田：**ありがとうございます。いかがでしょうか。ここまでで質問、ご意見などございませんでしょうか。これは副反応関係なんですけれども、三木先生、どうぞ。

**三木：**MRI のお話が出ましたので、日本医学放射線学会の理事長の先生とも相談したことも含めまして、お話、よろしいですか。

**栗田：**お願いします。

**三木：**まず、これはアンケートは医師を対象ですけれども、実際検査するとすると、技師の協力が絶対必要だと思うんですよ。これ、希少疾患であれば何とかなると思うんですが、高頻度疾患ですので、結構技師がすぐ検査が入らないとか、いろいろ言われると、なかなかできないと思いますので、これは、やはり日本医学放射線学会から技師会などに正式に要請

どうかについての設問でございます。

**栗田：**ありがとうございます。適応の有無の判断ということで、いかがでしょうか。かなり徹底的に場合分けして設問を作ってくれました。いかがでしょうか。何かご質問ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。では、次に行かせていただきます。次は、DMT 投与における課題です。課題は、治療場所、方法、それから副反応の問題でございます。これもまとめてお願いできればと思います。

**新美：**まずは場所等でございます。今現在、レカネマブにつきましては経静脈投与で1〜2時間の点滴で、各週の投与ということと、副反応の評価のために投与初期に比較的頻回に MRI を撮る必要があるという情報でございます。

この上で、このような投与方法である場合に、現時点、先生方のご施設で、このようなスペースなどは確保できてるかどうか、あるいは確保を検討したいと考えているか、ちょっと今現在、現時点でいいちよっと準備ができないという状況かということ聞いてございます。

また、基本的には入院ということは書いてないんですけども、一部の先生方の中で、ワッキングの中でも、初回投与の場合は入院を考慮するというような先生方もいらっしゃるから、DMT の初回導入時に入院を考慮するかどうかということで、40番の設問を設定いたしました。

次は副反応です。特にこの DMT の使用において、B 標的の抗体療法では ARIA が見られることが知られている。多くは無症状とされていますが、治療薬投与後には定期的な MRI 検査を行って、専門医による読影が必要であるとされている。また、有症状の場合には、緊急時の MRI に加え、月単位で MRI を実施する必要があって、画像異常が中程度の場合、無症状でも投与をいったん中止して、慎重な経過観察が必要とされているという ARIA についての話をさせていただきます。

また重篤な場合は、高度な ARIA の場合にはステロイド治療などを検討するといった安全管理体制が必要だという背景を示させていただいた上で、まず 41番、ご施設において、こういった安全管理体制を整備可能かどうか、連携であれば可能か、体制整備が困難であると考えるかどうかということで、施設の状況を聞いてございまして、もし連携において可能であるという先生のご回答あった場合には、何を自施設で行えるか、定期的な MRI なのか、緊急 MRI なのか、画像の読影なのか、ARIA に対する対応なのかということを選択していただいております。

また、ちよっと体制整備が困難であるという先生方の回答があった場合に、何が不足しているか、自施設の人的資源なのか、周辺での連携施設がないのか、そもそも必要性がないのかということも回答を設定させていただいております。

また、続きまして ARIA モニタリング等の MRI です。これはもちろん添付文書などに書かれる可能性があると思っておりますが、現時点で先生方がどのような間隔でのモニタリングの必要性を感じておられるか。無症状でも毎月、無症状でも隔月、3カ月おき、半年お

を出してお願いしたほうがいいかなと思っています。  
ですから、この会にも、できたら次回から日本医学放射線学会の理事長の青木先生も加わっていただいたほうが技師へのルートはスムーズかなと思います。

**栗田**：なるほど。分かりました。

**三木**：それから、もし何か出血、小さな出血だとあれなんですけど、結構大きな出血があった時に、今、STAT といいます、技師さんが何か気づいた時に、すぐに読影に報告するって、そういうシステムが今構築されつつあるので、そういうことも含めて技術学会に日本医学放射線学会からアクションしたほうが、皆さんのお役に立っているかなと思います。

それから、MRI の安全性の担保も必要だと思いますが、今、日本医学放射線学会と日本磁気共鳴医学会で画像診断管理認証機構というのができています、これは保険にも関係しており、全国で 1,200 施設が認証を受けてるので、これに入っているかどうかというのでも確認したほうがいいかなと思います。

それから、あと日本医学放射線学会と日本神経放射線学会と日本磁気共鳴医学会、この 3 つの学会で、この ARIA の読影に関して、神経を専門としていない放射線科医も関与せざるを得ないと思いますので、診断指針のようなものを作って、できれば講習会を開いて、それを受けた人に読影してもらったほうが安全で、皆さんお役に立っているかなということ、それを今策定して作業を進めているところです。一応以上です。

**栗田**：ありがとうございます。大変貴重な情報をありがとうございます。まず、その日本医学放射線学会ですよね、理事長の青木先生にぜひ次回参加してもらおうという方向で調整したいと思います。

それから先生、1 つ質問なんですけども、その MRI の安全性を担保するというところで、認証があるんですね。ごめんなさい、ちょっと聞き逃しちゃったんですが、正式の名称は何というんでしょうか。

**三木**：画像診断管理認証機構です。

**栗田**：画像診断管理認証機構。なるほど。

**三木**：これは調べればすぐに出てきます。

**栗田**：ありがとうございます。ごめんなさい。

**三木**：追加なんですけども、大病院とか、認知症の大きな病院では大丈夫だと思うんですが、中小病院ですと、技師さんが、例えば T2 スター強調画像を撮像することは ARIA の診断に必要ですよ。ですから、そういう意味も含めて、技術学会のほうに何らかの働き方はやはり必要だと思います。

**栗田**：そうですね。ありがとうございます。そうすると、これはあれですね、放射線 PET 関係の調査票のほうに、画像診断管理認証機構の認定を受けてるかどうかという設問を入れたいほうがいいと、そういうことですよ。

**三木**：そうです。

**栗田**：分かりました。新美先生、何かございますか。

**新美**：これは、もともとご施設がどうかかっていう基礎情報のところ、ご施設の情報として、今の機構の認定を受けているかどうかという質問を追加することで対応したいと思います。

**栗田**：ありがとうございます。内海先生、どうぞ。

**内海**：実際に投与する場面を想像いたしますと、投与前に MRI を撮って、T2 スターで微小出血が既にある方がいらっちゃると思うんですね、AD の方で。そうすると、投与前からそういうのがパラパラと見られる方に関してはどうしたらいいんだらうって、常々ちよつと考えていたものですから。皆さま方、実際、投与前の T2 スターで微小出血が見られた場合、投与を控えるのか、あるいは投与をすくと考えていらっしゃるのか、どう考えてるののかわかっていうところで、もしアンケートで聞いてもらえればなというか。

その、実際承認された時に、そういう注意書きとか、禁忌はこうですか、出るのか分らないんですけれども、いかがなものでしょうか。

**栗田**：これは設問の D-39 でしょうかね、新美先生、今の質問は、D-39 が微小出血があった場合、あるいはヘモジドリン物質が確認された場合の適応についての質問になっていますけど。

**新美**：ここですね、39 になってございますね。富本先生からも今、手が挙がりまして。

**栗田**：富本先生、どうぞ、お願いします。

**富本**：富本です。ですから、多分微小出血は、もう 5 個以上は投与対象外になると思うんですね。ただ、それも海外の基準でそういうふうな話になってきてるので。日本人は、やっぱりちよつと欧米人とそういったところが、もともと出血しやす、脳がすね、民族でもありますし。だから、もう今、そういう方向に向かっているかということも大事ですけども、今の感覚ですよ、皆さんはどういうふうに考えてるかということも大事だと思うので、むしろそういう意味で、そこがはっきり、どう考えるかということが分かるような質問の仕方がいいかなと思います。

**栗田**：これは今、D-39 がそれに関連する設問になってるんですけども、どうでしょうね。そういう設問にするといいいのかっていうのが、ちよつとすぐびんとこないんですけども、これ、確かに海外のデータで一応こうなってるけど、この場合どうするっていう設問になっていきますけど。何か富本先生、具体的に何かありますか。

**富本**：この 39 の書き方は、今の海外データに基づく記載を書いた上でどうするべきだと思いますかというのは、例えば、だからわが国の実地臨床ではとか、何か付け加えるのがいいかと思えますけどね。

**栗田**：そうか。この設問の書き方で何とかかなるかもしれないですよ。

**富本**：そう思います。

**栗田**：そうですね。これは多分、海外の AUR でしたつけ、それでこうなってるけれども、我が国でどう考えるかみたいな、そういうような設問にすればよいでしょうかね。

**富本**：うん。

**栗田**：一応その他のところにあるんで、そこに自由記述をしてもらうっていうことで対応で

きますかね。

**富本：**はい。

**栗田：**分かりました。内海先生、どうぞ。

**内海：**そうしますと、投与前にMRIを撮像するのは必須だと思っただけですけれども、MRIの撮像方法の中にT2 スターも必ず入れたほうがいいということの条件って付くんでしょかね。

**栗田：**そういうことになりましたよね。

**富本：**当然そうですよ。さっき三木先生がおっしゃった、MRIの認証の問題で、あれ結構大事だな私も今思ってます。T2 スターにしても、SWIにしても、機械の調整でかなりマイクロプリーズの数が変わりますし、それから、それはもともと機械の出力と撮像で、どうですかね、確か例えば1.5と3で、もう半分近く変わってくるんですね、50%近くですね。SWIとT2 スターでもそうです。ですから、そういうことはもちろんあつた上で、全部含めてT2 スターなんですよ。ただ、機械の調整で、あれは結構変わるの。調整が悪いと非常に見えにくくなるんですけども。だから、やっぱりその認証というのが、施設の、機械の、それは大事だな私も思ってます。

**栗田：**三木先生、どうぞ。

**三木：**いいですか。富本先生、ありがとうございます。先ほども申しましたような、技師さんによっても全然違いますし、本当にT2 スターなんか聞いたことないっていう方も中にはいらっしゃるの。ですから、やはりちよつと学会レベルから技師全体に通達出さような形にしないと、撮り方もバラバラになるし。

あと、条件が良くて、同じ病院の中で機械が3テスラと1.5テスラがある時に、フオロで変えちゃうと見え方も増えたり減ったりします。それと同じ患者さんと同じ機械で同じ撮り方にするようにしたほうがいいと思いますし、やはりそういう点でも、ちよつと強制力があつたほうがいいと思うので。厚生労働省の先生方ともちよつとご指導いただきながら進めたいなとは思っています。

**栗田：**ありがとうございます。この検討委員会の中で、最終的にもその課題解決的な、何か提言があれば、これは提言という形で出させていただけようかと思っております。引き続き、この点の議論をよろしくお願ひいたします。ありがとうございます。

他にはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。では、次、抗アミロイド薬の意義、社会的側面ということで、皆さん、ちよつと時間オーバーするとは思っただけですけれども、とても重要な議論だと思いますので、少しお付き合いいただければと思います。新美先生、よろしくお願ひします。

**新美：**お時間頂戴して申し訳ありません。続きまして、抗アミロイド薬の意義、社会的側面ということで書かせていただいております。この点は、特にアライ班のというよりは、一般の方の意見なども聞いておられます。この点は、特にアライ班のというよりは、一般的な設問だろうと考えるとございます。

背景といたしまして、現時点での抗アミロイド抗体療法が、薬剤が高額であることが懸念されております。例えばの話ですけど、米国ではこれまで同国で承認されたアデュヤムレカといたつたものは、年に大体2.5万ドル前後、日本円換算では約350万、一般的な公的保険での自己負担額が年間5,000ドル程度、大体約70万程度と言われているということを書いております。

DMT導入のための鑑別診断後検査の実施、治療における安全管理体制整備の必要性を考えると、日本においても承認されたとしても、当初からDMTの提供体制を全国で均てん化することは難しいかもしれませんが、背景で書かせていただいております。

この上で、医療福祉、医療経済といった観点で考えた場合、特定の集団に優先的に投与する、あるいは優先度が相対的に低くなる集団があるといったことが検討されるかもしれませんが、これは医療経済的にどうかというところでの質問になってございますので、こういった前提を書かせていただいております。

その上で、質問でD-47、DMTの有効性に関するエビデンス、費用対効果、社会的影響、こういったさまざまな要因を考慮した上で、何らかの基準をもとに、このような優先順位をつけることについてどうお考えであるかということを書いてございます。回答としては、いかなる場合も優先順位をつけるべきではない、投与対象となる患者に制限をつけるべきではないが、投与する医師や医療機関に制限をつけてもよい、次は、投与する医師や医療機関に制限をつけるべきではないが、投与対象となる患者に制限をつけてもよい、この反対でございす。これは両方、投与する医師、医療機関と対象となる患者の双方に制限をつけてもよいという、この基本的な4つのパターンと、分らないその他ということで回答は基本共通でございす。

48番が、DMTの使用についての医療経済、すなわち財政的な観点、あるいは治療費に見合った効果があるかといった観点で、この優先順位や制限をつけることについてのお考えを聞いてございます。回答は同じであります。

49番が、次は、治療効果や副作用発生頻度といった医学的エビデンスをもとに、こういった優先順位をつけることはどうかということを書いてございます。

50番が、少し毛色が変わってございますが、このDMTの効果として、ADL増悪を抑制する効果などが示唆されているということを踏まえまして、独居でありませるか若年のADといたつた、DMTの使用によって現在の生活をできるだけ長く維持できて、相対的な薬剤のベネフィットが高いと考えられる集団が想定される場合に、優先順位をつけていることについてどう考えるかでございます。

51番。次は、生活面での支援が少ない、経済的な困窮状態にあるといった社会的な脆弱（ぜいじゃく）な集団を想定した場合についてのお考えを聞いてございます。

52番。総合いたしましたとして、こういったDMTを導入する際に、さまざまな制限をつける考えた場合に考慮することが妥当だと考えるものを複数選択可で選択肢で挙げてございす。超高齢である、若年のために効果が薄い、APOEなどの遺伝素因により治療効果に差

がある、対象者の経済的状況、家族などの支援の有無、合併症などで有害反応のリスクが高い、治療費に合った効果が得られるかどうかという設問でございます。

53番が、こういった鑑別診断、投与、安全管理のための検査などは対象者のDMT実施に影響が出ると考えられます。こういった上で、ではこういった通院における距離とか時間の問題から、DMTの実施について実施が困難な人があると思うかどうか、これは全て複数選択でございます。

実際の投与にかかる時間とか期間が長い、これが困難な人がある。次に、費用の面から困難な人がある、次に、受診などを支援する介護者が不在であるから投与が困難な人がある、5番は特に大きな抵抗を示す人はいないと思うという、各先生方のお考えを聞いてございます。

54番。もしDMTを希望するにもかかわらず、いろいろ外れました、対象外となった、あるいは導入ができなかったといった場合に、必要とお考えのファロロー、非薬物療法、心理的ケア、従来の抗認知症薬による治療、その他という形で聞いてございます。こちらが特に意義、社会的側面という形で設定した設問になります。まずここでまた切らせていただきたいと思えます。

栗田：ありがとうございます。いかがでしょうか。ここまでのところで、今村先生、どうぞ、お願いします。

今村：ここは、社会的側面、特に医療経済的な側面というところからの設問となっておりますが、一方で、先ほどお聞きした医療倫理的な部分から聞くと、これは必ずすることになるので、その方、特に若い方で認知症になった方が、尊敬ある人生を送るために、いくらでもお金を注ぎ込んでいかという、まさにこれは哲学的な設問になってしまふ。ある意味この中で、その辺の医療倫理的にどう考えるかというところも少し入れていただきたいながら、そうは言っても、医療経済的にどこら辺で落とすという、その辺の設問を若干工夫すれば、先ほどの部分というのはクリアできるのかなと思っております。

栗田：ありがとうございます。今村先生おっしゃるとおりだと思いますね。これは倫理的側面を含んだ説明になっていきますよ。ありがとうございます。これは、そうですね。確かに社会的側面について書いていきますけど、厳密に言うると社会経済的な側面と倫理的な側面が両方含まれる設問なのかなって私も思いましたけど。新美先生、いかがでしょうか。何かお考えありますか。

新美：おっしゃるとおり、非常に質問としては、特にちよつと尖ったという言い方がいいかどうか分かりますけれども、非常に経済的な面での話というのをフォーカスしたという形になります。

倫理的な面については、どう書くかというのは、非常にここは逆に言うると難しい問題であるかなと思うものです。何か、例えば背景のところでも倫理の話を書かせていただいた上で、今回の質問としては、特に経済的な側面での質問を設定しているという形を取らせていただくのがいいかなと、ちよつと。

栗田：なるほど。よく分かります。この背景のところね、倫理的な側面が含まれることを書いておくといふんではないかってことですね。よく分かりました。今村先生、いかがでしょうか。今のような。

今村：何らかの形で、医療倫理的な側面もちゃんと分かった上での設問だよとしたほうが、実は今、世界医師会のほうでは、ヘルシンキ宣言の改定を行ってるんですが、いわゆる人体実験等とか治療等の、まさに倫理的側面のそういう中に、こういったこの認知症の治療薬に関する治療の在り方っていうのが、まさに世界的にはやっぱり倫理学者が議論を一番しているところなので。そこを無視した形でただ聞いてると、やっぱりお医者さん、考えていないと言われるのはちよつとまずいかなと思つたので、ちよつとそこら辺を何らかの形で研究しておかれるといいかなと思います。

栗田：ありがとうございます。とても貴重なご意見だと思います。ありがとうございます。他にいかがでしょうか。何かございませぬでしょうか。よろしいでしょうか。

では、最後の設問を、新美先生、お願いいたします。

新美：ありがとうございます。最後、DMT実施のための準備ということに関してございます。この実施に関しての患者説明資料について、ご施設の準備状況があるかどうか。既に作成している、学会などからの提供希望する、不要である。

次の質問につきましては、こういった実装においては、これまでの認知症治療にプラスアルファの知識や技術が必要であろうと考えられますので、こういったプラスアルファの知識、技能を得るために先生が必要と感ずるのは何かということ、いくつか挙げさせていただきます。

オンラインやeラーニングでの医師の研修、実技を含めた現地で医師の研修、また各検査の標準化といった医療機関レベルでの研修が必要である、また、特に実施に当たって専門医からの助言が得られるような仕組み、D to P with D といったような仕組み、こういったものが何かということも複数選択で聞いてございます。

専門医の先生方、放射線専門医の先生方につきましては、先ほどの優先順位につきましてはほぼ同じ質問を聞かせていただいておりますけれども、最後、特に少しだけ変えておりました、画像検査説明資料について用意があるかどうかということも聞いています。44. 45 につきましては、少しこの遠隔読影体制というところ、もしくはこのARIAでのデータ蓄積するための画像収集できるようなレジストリなどにつきましても、特に画像の先生方のご意見を聞くという形で、少し回答のほうを追加したという形で設問を設定しております。以上になります。

栗田：ありがとうございます。富本先生、どうぞ。

富本：この前の、今村先生のご指摘にも関わるところだと思ふんですけども。担当医が患者さんによってICをするかですごく変わってくると思ふんですね。だから、それは担当医が医療倫理面も含めて、この治療をどういうふうに捉えているか、それは多分、担当医によってかなり考え方、パリエーションは違いたくあると思ふので。ただ、それがあまり突出した、



極端なことがあるのは望ましくないと思うんですね。ですから、やっぱりそういう意味で、なんかここは画像に関するですかね、患者説明だけど、例えばICの標準版みたいな、これはそういうのが本当は必要だと、海外なので、そういうのがもう先行してないのかと、ちょっとその目で見ているんですが、あまりそういうのはない。

ただ、そういうものをつくる必要性がどうかという、あるいはそれをつくる場合にどこが主体なのかとか、どういうプロセスが必要だとか、そういうことがもう一つ項目立ててあったほうが、実際に治療が変なバイアスがかからずに、適正に、これはARIAも含めて、ある程度副作用のある治療法ですので、きちんとその辺りが過剰に強調されてもいけないし、だけども変に過小視されてもいけないので、そういう標準的にすることがやっぱり今、すごく求められていると思うんですね。ですから、その辺はご検討いただけたらいいかなと思います。

**栗田：**ありがとうございます。これはあれですよね、認知症専門医側ではD55で、放射線がR44なんですか。学会などからの提供を希望するっていう、そのような選択肢だけでよしいのかなっていう感じがいたしますよね、富本先生のお話だと。何か標準的なICのフォーマット、様式などを作成する必要があるとか、そういう選択肢をつくるみたいな、そんな感じでも、富本先生、よろしいでしょうかね。

**富本：**このD-55は、あれですよね。DMTに関する。

**栗田：**そうですね。

**富本：**だから、DMTのそういう副作用とか、検査や治療の対象とか、いろいろあることがあろうと思うんですね。その説明仕様書は多分学会でも企業さんでも、そのうち自然にできてくると思うんですね。だけど、一番どういう説明をするかということが、ICですとね、それがばらつくとも非常にまずいなと私は感じています。

**栗田：**そうですね、おっしゃるとおりですよね。淵野先生、どうぞ。

**淵野：**すいません、ちょっとなんかも基本的なことを聞いて申し訳ないんですが。実は今回、いろいろ話を聞いていますと、どうしてもやっぱりDMTを使えるのは高度機能の医療機関、いわゆる大学病院が中心にならざるを得ないのかなと思います。最近、いわゆる高額な医薬品の承認がどんどん進んでることも聞いています。特に、がんの薬なんかでも大変高額になっていまして、多分使える医師、それから使える医療機関とか、ちゃんと決まっているようなガイドラインができてるんだと思うんですが、認知症も、やはりそういうことをやっぱり見ながら、こう考えていかないと、認知症患者センターでどうのとか、認知症関連の専門医だけでっていうわけにもいかないのでは、やっぱりもっと大きな問題になっていくのかなと思っている、印象です。すいません。

**栗田：**ありがとうございます。三木先生、どうぞ。三木先生、手挙げていましたっけ、今。

**三木：**はい。放射線科の最後の質問のところに移ってもいいですか。まだあれですかね。すいません。Rの45の6番で、全国規模で画像収集できるようなレジストリというところなんですけれども。実は、東京都健康長寿医療センターの岩田淳先生から、日本医学放射線学

会理事長の青木先生のごところに、画像データのアーカイブについてのご依頼がありまして、日本医学放射線学会が中心となって作っているJ-MIDという、日本医用画像データベースというのがあります。登録させていただく方向で検討しているそうです。

その関係なんですけども、日本医学放射線学会から日本医用画像データベースの担当者も委員に出させていただくつもりだと青木先生が。

**栗田：**なるほど。これは、多分岩田先生のAMEDでやっているレカネブ使用例についてのレジストリ研究の絡みかかなと思います。

**三木：**そうですね。AMEDと聞いています。

**栗田：**石井先生、研究班に入っているんじゃないかなって思っています。

**石井賢二：**入っております。

**栗田：**今のことについて何か。

**石井賢二：**まだ決まったことは少ないので、レジストリを構築するというところで動いてはいますけれども。現段階では、取りあえず今年度の予算しかないもので、来年度以降の見直しは立っていないということで、あまり具体的な方向性とか規模とかに関しては、ちょっと言及できませんけれども。計画はしているし、当然そういうものをつくるのであれば継続的なのを目指しているところがあるんですね。希望としては、全例調査のような形にはならないと思います。恐らくある程度典型的ないくつかのタイプの施設からの登録をサンプリングするような形になるかと思っています。

**栗田：**ありがとうございます。

**中西：**先生、すいません、厚労省です。

**栗田：**中西先生、どうぞ。

**中西：**すいません。ちょっとレジストリ構築は、来年度の研究なので、公募ですから、少なくとも決まっておられませんし、今年度は岩田先生にやっていたいていのはDCTの概念を用いた基礎的な研究なので、すいませんが、その辺り、ちょっとレジストリ班と行ってしまわれると差し障りますので、お願いします。

**栗田：**そうですね。分かりました。そうですね。ありがとうございました。ありがとうございます。これはこういうのが必要かっていう質問ということで、多分近いものが必要なんだろうということかと思えますけど。ありがとうございます。藤本先生、どうぞ。

**藤本：**今までの先生方のご質問は、全て課題だなと思います。これ、実際は、投与される人数、どんな感じになりそうなんですかね。滋賀県でPETを持ってて投与する病院になるだろう病院と少し詰めて話をしました。現在でも時々アミロイドPETをお願いしてる県立病院なんですけどね。恐らく県内で2カ所ぐらいしか、診断病院がないんじゃないかって話も出ていて。

課題は、PETとか髄液検査だけじゃなくて、例えばMRIもそうですね。一般検査でのMRIのオーダーは、今でももう飽和しています。だから、そのARIAを見る時にどの病院にどう依頼するかとかが大きな課題です。技師さんの負担は恐らくすごく大きいと思うの

で、その教育も含めて負担の問題で、MRを撮ってもらえる病院すらただだけあるかも分かんないっていう感じがあった。それぞれ地域の医療側のキャパシティの問題ですね。それと、これはどの病院も診療を受け入れるのは地元の人だけじゃないですね。広域から来られているので、さっきの距離の問題がありましたが、速くから来られて、ずっと長く診て人がいて、それを地元に戻して投与してもらおうのかどうかとか、そうなるのと、地元でMRを撮らなきゃいけませんよね。そうすると、県全体というか、都道府県全体の連携というか、そこが要るんだらうと思う聞いていますね。

**栗田**：そういうことですね。

**藤本**：あの地域のあの病院は脳画像検査の診断医が常勤でいないとか、ARIAに対する備えとして、脳神経系の救急に対応できる医師がいないから、あの病院では、投与が難しいとかそういう全体的な広域での連携のプランを作らないといかんと思いました。

**栗田**：ありがとうございます。多分恐らく、この委員会では、ゴールはその辺なんだろうなと僕も思っております。実は、きょうは東京都と北海道と大阪市の自治体の方に入ってもらっていますけれども、いわゆる地域格差、リージョナル・ディスプレイという問題、これは臨時的な問題でありますので、これをどうやって克服していくかという問題は、自治体の一つの責務みたいなことになってくるので、この問題についても、いづれにしても議論しておかなきゃいけないということかと思っております。ありがとうございます、藤本先生。

**藤本**：明日の研修会、県と県の医師会の主催なのですが、各医師会に保健所と一緒に頑張って議論する必要があると思います。いくつかやっておられますよね、都道府県で。

**栗田**：そうですね、やっていますね。

**藤本**：僕知っているのは山口県の医師会で、医師会全体で検討してとお聞きしています。

**栗田**：ありがとうございます。これは、今回自治体の方も委員に入ってるんで、いろいろとご意見いただくことになるかと思えます。ありがとうございます。藤本先生、どうぞ。

**冨本**：今の藤本先生の質問のコメントの追加みたいなことなんです。私、神経治療学会の立場でと冒頭にちよつとお伝えしたんですが、神経治療学会で、8月にアンケート調査を会員施設に向けてやったデータが既にあるんですが、回答率は50%ぐらいだったんですが、少しアミロイドPETのアクセスがありますかという質問に対して、4割がないという返事だったんですね。それはある程度予測ができるんですが、当然PETがない地域だろうと思ってるんですが、分析してみるとちよつと驚いたんですが、だんとつで多いのが東京と神奈川だったんですね。

結局、それはご存じのようにアミロイドPET施設が一番集積してるところですので、だから、そこでそういう回答が出てくるというのは、要するに情報共有ができていないということ。

**栗田**：そういうことですね。

**冨本**：だから、ちよつとその辺りの情報共有をしっかりとこれからしていくことも、そういうたことをアンケートの質問項目の中に反映させておくことと先へ進めるんじゃないかなとち

よつと思つて聞いてたところなんです。

**栗田**：なるほど。これはどう考えるかと、ちよつと頭をひねらなきゃいけないですね。でも先生おっしゃるとおりですね。東京は施設もあるし、専門医も一番多いと分かっているんだだけでも、実は全然システムティックではないんだね。

**冨本**：そうですね。それから自院でアミロイドPETができるところが外注を受けるのかどうか。大学病院とか、そういう患者数が、治療対象の患者が集積しているようなところは、外からの検査依頼を、アミロイドPETを受けてくれるのかとか、その辺りもちよつと懸念されることではあります。

**栗田**：これは今、何となく東京都の小澤委員が画面に映ってきました。小澤委員、何か発言いたしませんか。東京の話題が出てきたので。

**小澤**：本日、いろいろと雑々伺っていて、そもそもやっぱり保険の適用の範囲をどうするかというところに、すごく深く議論が行っているなど。本日に東京都としては、ごめんないね、ちよつと的外れかもしれないけれども。まずは、どの医療機関が、これを治療できるかというところを把握をしなければいけない。お話のように、恐らくそれは東京にかなり集中するんだらうなと思いつつ。ですので、東京の病院に、まず正しく、そのプロセスを認識をしていただいて、より多くの病院に参加していただくといいところ、まずスタート地点などということでは非常にありがたいです。すいません、それ以上のものが本日に分らないところではあります。

**栗田**：ありがとうございます。

**小澤**：すいません。

**栗田**：問題意識はあるんだけど、そこから先はこれからすることです。ありがとうございます。いかがでしょうか。一応一通り全部終わりましたが、何か最後のところの設問で、三木先生、どうぞ。

**三木**：最後の設問ではなくて、全体的なことなんです。

**栗田**：そうですね。じゃあ、ちよつとまた全体的なことは、これから時間はないですが、少しだけやろうかと思つています。一応、設問に関しては、皆さんのご議論を反映させていただくということで、最後の冨本先生のインフォームドコンセントの問題も、確かにちよつと検討しなきゃいけませんので、これはゆくり考えさせていただきます。

きょうの皆さんのご意見、これから整理いたしまして、それからきょうの議事も全部文章に、文書化して、確認しながら、最終的な調査票を作成して、そして皆さんにもう1回確認していただいて調査というふうな流れにしたいと思います。

それから、さっき三木先生のほうから、この放射線の関係の専門医と認知症専門医でオーパーラップする人はほとんどいないというお話でありましたので、当初、この2つの調査票を全員に送るのかなとちよつと思つて、これも大変だなと思つたんだけど、場合によっては数が少ないんだらう、それぞれ別々に送らせていただいて。例えば石井先生のところには2つの調査票が行きますけども、この祭、石井先生には全部書いてもらいたい、

**三木**：くだらないことかもしれないかもしれませんが、コストがかかっているのは、アンケートを全部誰かが紙で出して、紙で書いてきたものを集計するからです。

**栗田**：ごめんなさい、すみません、誰が発言したかちよとよく分からなかったんですけど。

**三木**：これ、Google フォームを使えば自動的に集計も円グラフも書いてくれるんで、コストあまりかからないと思います。

**栗田**：三木先生ですね。一番お金がかかるのは郵送料だと思います。

**三木**：でしたら、Google フォームだったらメールで行けるんじゃないですか。

**栗田**：そうですね。それをどうしようかと思っただんですけど。そうですね、Google フォームは実は回収率すく下がることが分かってるんですけど。これ、新美先生、何か意見ありますか。

**新美**：ばつとGoogle フォームで投げちゃうと、おっしゃるとおり割と下がる可能性が高いものから。もしGoogle フォームで投げる場合は、ある程度学会のほうから何回かリマインドするとか、そういう形での追い、何というかししと難しいかなっていろいろのがあります。

**栗田**：そうですね。Google フォームのアンケート調査、何回もやっているんですけど、かなり言わないと答えてくれないっていうのがある。そこはちよと悩みだなと思っただんですけど。ありがとうございます。他に何かございますでしょうか。

**新美**：新美ですけれども。

**栗田**：新美先生、どうぞ。

**新美**：先ほど、最後、富本先生がおっしゃっていただいた、各施設の状況ということで。PET を受ける施設が外注を受けるかどうかという質問するのは、恐らくこれは聞いてもいいのかなってちよと思っただけの1点あります。途中で、なぜこういった連携がうまくいかないかというところで、富本先生にお示しいただいた東京都の例などを聞きますと、不足する施設として連携ができていないかみたいな答えがあったんですけど、連携したことないからできないのか、連結施設が遠過ぎてできないかという形で、回答を少し工夫することで、富本先生にいただいた問題意識を少し回答のほうで探れるんじゃないかなとちよと思っただけで、そういったところを追加させていただければなと思っただけです。

**栗田**：分かりました。よろしくお願ひします。あと、せつかくですので、きょう発言されない先生方、何かご発言いただければと思うんですけど。せつかくなので、きょう、自治体の3人いらっしゃるんで。北海道の方と大阪の方、何かご発言いただければと思うんですけど。小藪委員さつき発言いただきましたが、小藪委員から何かございましてしょうか。

**小藪**：先ほど、東京都の方も言われたように、都道府県として、疾患センターの運営事業のこともありまして、まず、投与対象となり得るといふか、治療可能な医療機関の把握が非常に重要になると思っっています。ただ、今いろいろお話を聞きましたけど、機器の問題ですとか、医師、技師がいけないといけないとか、様々な条件があると思っっていますので、どういふふう

そういうことになるかもしれないんですけど、数が少ないので、そんなふうにさせていただくのが一番効果的かなと思っっていますので。ちよとそんなことを検討させていただきたいと思っっております。

ということで、一応皆さんの議論、ありがとうございました。最後、時間ないんですけど、せつかくですので、ここから全体を通して自由発言していただきたいと思っんですが。まず、三木先生、どうぞ。

**三木**：どうもありがとうございます。最初のほうで、放射線診断医、全員5,600人余りですけれども、結構コストがかかると。

**栗田**：そうですね。

**三木**：専門医という言葉に縛られないのであればですけども、神経放射線学会会員のうち放射線科医が550名ぐらいなんです。

**栗田**：そうですね。

**三木**：というのは可能だと思います。

**栗田**：なるほど。550ですか。大変助かりますよ。

**三木**：それでよかったですら、神経放射線学会会員の放射線科医。

**栗田**：やっぱり母集団の特性っていうのがそれなりに担保されていないと、調査をする結果の解釈が非常にややこしいので。できたら、ある程度質が担保されている母集団で調査させていただければなと思っっているんですけど。

**三木**：もし出すのであれば、言葉が例えばDMTとかADとか。

**栗田**：おっしゃるとおりですね。

**三木**：その定義が必要かなと思っっています。

**栗田**：そうですね。そのところちよと丁寧に書かなきゃいけないですね。ありがとうございます。ちよとそこの辺で検討させていただければと思います。富本先生、どうぞ。

**富本**：三木先生、質問なんですけど、神経放射線学会の会員は、ほぼ全員放射線医学専門医、医学会専門医ではないんですか。

**三木**：脳外科の先生が約3分の1くらいおられます。

**富本**：そうですね。

**三木**：小児科の神経専門の先生も一部。

**富本**：そうですね。もし全部イコールだったら、もう神経の放射線学会である放射線医学専門医とすれば解決するなと思っただけです。それはうまくないですね。

**栗田**：なるほど。石井先生、どうぞ。

**石井**：私、具体的にどのぐらい重複は把握してませんけれども、核医学の専門医の先生方で放射線学会の専門医持っている方はかなりいると思っっていますので、その重複も確認させていただくといふかと思っっています。

**栗田**：確かに、そうですね。これは疑問にありますが、一応重複を確認しながらやります。ありがとうございます。他に何かございましょうか。全体を通して何か。

に把握をすればいいのか、調査をすればいいのかということについて検討しないといけないな

栗田：ありがとうございます。これはぜひこの検討委員会の中で情報をお互いに共有していただければと思います。ありがとうございます。大阪市の大森委員、何かございますか。

大森：すいません。大阪市の大森です。聞かせていただけますでしょうか。

栗田：はい。大丈夫です。

大森：私のほうは何回か機械が落ちてしましまして、ちょっと聞けていないところがあったんですけど、恐らく私のほうは、大阪市でございまして、指定都市の立場かなと思っております。先ほど東京都さんとか北海道さんがおっしゃっていただいたみたいな、検査体制だったりとか、その辺の把握っていうのが重要になってくるのかなというところと、基礎自治体の立場から言いますと、もう既に地域のお医者さんのほうから、この疾患修飾薬に関する問い合わせが患者さんからも入ってるところもありますので、あとは疾患医療センターというところで言うと、その地域のサポート医さん等からの対応にどのように対応していくのかっていうところも含めて考えていく必要があるのかなというところと、あとは、自治体としてその状況をまた把握しながら検討していきたいなと思っております。

あと、すみません。調査書に関して、すごさまつなことかもしれないですが、ちよつと教えていただきたいのが、設問の中で、先生のご施設では、勤務されてる施設ではどうですかという質問があるかと思うんですけど、これは、認知症関連の専門医の方とかで同じ施設のほうに複数の専門医の方が勤務されていたりとか、もしくは専門医の方が複数の施設で勤務されている場合、あまり例としては無いので無視できる範囲内なのかもしれないんですが、そこで少し属性の偏り的なところは考える必要はないのでしょうか。

栗田：これはおっしゃるとおりなんですよね。これはしようがないのかなと。新美委員、何かありますか。

新美：おっしゃるとおりです。特に認知症関連の専門医という形でいきますと、認知症専門医、認知症学会専門医というのは同じ施設にいることは結構あり得るという話もあります。ただ、これは全部特定しようと思うと、なかなか難しいなというのがございます。やるとすると、もう出すほうの施設で把握している部分で、集計の時に一定程度重複するところをチェックするかどうかということなんです、これはこれですごく大変かなと思うんですが、そういうことと、栗田先生、いかがでしょうか。

栗田：今おっしゃるとおりですよね。ちなみに私の施設はたくさんいるんで、どうなっちゃうんだらうっていう感じがしちゃうんですけど、そうですよ。施設だけでも分かるようにするっていう方法ありますけどね、何人かね。ちよつとすいません、すぐ答えられないんですけど、これは新美先生、後でどうするか考えましょう。

新美：はい。

栗田：ありがとうございます。

大森：ありがとうございました。

栗田：ありがとうございました。せっかくなので、作業部会の武田先生と田中先生、何か一言いただければと思います。

武田：ありがとうございます。国立長寿医療研究センターでは、救急医療体制を見直す必要があると考えています。

一つ目はレカネマブを使っている、特に当院で使っている人に関しては救急外来受診依頼を絶対に断つてはいけないことを徹底させる必要があります。レカネマブを使わない他の医療機関では対応できないと考えるからです。

もう一つは、救急外来に来たら必ずMRIを以前と同じ撮り方で撮るという体制をつくらないといけません。

更に、MCIと軽度認知症の人でするので、おそらくDNRは許されないうと思います。要するに、挿管、人工呼吸器管理ということまで考えなくてはいけないと思います。なぜならMCIの人でiatrogenic（医原性）に状態が悪化している人です。そう考えると、全例挿管、人工呼吸器管理をやるぐらい、ICU管理にするぐらいの覚悟が必要と僕は思っています。実際に当院では非常に重症のARIAの人も診ているので通常の高齢者の診療以上に気を使わなければならないという点で救急医療体制も非常に大変だと思っています。

栗田：ありがとうございます。大変参考になります。ありがとうございます。田中先生、どうぞ。

田中：田中です。ありがとうございます。きょう、先生方のお話聞かせていただいた大変勉強になりましたけれども、地域の中でどのように連携するかということが多分最も重要だと思うんですけども。今回のデータが、なるべく早急にオープンにされて、前回、去年やっただ分はちよつと諸般の事情でやっとならぬ状況だと思えますけれども、早ければ年末か来年ぐらいには上市されるとすれば、連携体制を築くために、今回のアンケートのデータができるだけ早めにオープンされるのがいいのかなとは思っています。以上です。

栗田：ありがとうございます。おっしゃるとおりだと思います。ありがとうございました、皆さん。最後に、中西先生、何か一言ございますか。

中西：どうもきょうはありがとうございました。私自身も大変勉強になりました。また、いろんなものが不確定な状況で検討していただくことは申し訳ないなと思いますが、まだまだ確定できていない状況ではあります。今後、少しでも認知症の医療体制となると、うちのほうを担当しておりますので、先生方のご検討を踏まえて、いい方向に持っていければと思っていますので、引き続きよろしくお願い申し上げます。ありがとうございました。

栗田：ありがとうございます。それでは、一応これで終了とさせていただきます。ありがとうございます。調査票の再調整をいたしますので、10月の初旬に何とか調査を始められればなと考えておりますので、引き続き、ご支援、ご協力のほど、よろしくお願いたしました。それでは、これもちまして本日の第1回の検討委員会は終了させていただきます。ど

うも皆さんありがとうございます。  
一同：ありがとうございます。

令和5年度老健事業  
認知症の医療提供体制に関する調査研究事業  
第2回検討委員会議事録

2024年1月10日(水) 18時00分～20時00分(オンライン)

**栗田:** 時間になりましたので始めさせていただきます。皆さん、カメラをオンにしてくださいと思います。皆さんお忙しいところ、ご出席いただきましてありがとうございます。まだ池田委員がいらつしやっついてないんですけども、あと、数井委員は今日、欠席ということでありますので、その他の委員は、ほぼほぼ全員そろっているかと思っております。第2回の認知症の医療提供体制に関する調査研究事業検討委員会を始めさせていただきます。

初めに、私のほうから資料を確認させていただきます。非常に多くの資料を会議の直前にお送りしてまいまして、誠に申し訳ございません。とてもこの短い時間では見きれないというふうには思いますが、この委員会の中で確認していただければと思います。配布資料のリストは議事次第の下の方に記してありますが、資料が1から7までございまして、これが今日の検討委員会で使う資料です。議事次第、検討委員会設置要綱、委員名簿、事業の概要、それから、認知症の医療提供体制に関する調査の集計結果、認知症疾患医療センター実態報告書の集計結果、そして資料7として、認知症医療提供体制のあり方と取り組むべき課題についての論点というものがございます。

それから、参考資料も1から7までございまして、1、2は調査票でございます。3が、この検討委員会を開く前に論点を検討しようということで、第2回のワーキンググループを開きましたので、その議事録を、披梓ですが付けてあります。それから参考資料4が、最適使用推進ガイドラインです。参考資料5が、認知症疾患医療センターの整備状況。参考資料6が、認知症施策等総合支援助事業の実施要綱と書いてありますが、ここに認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱が入っておりますので、これを付けておきました。参考資料7が、レカネマブに関連する施策についてというタイトルを付けておきました。参考資料これは中西先生のほうから、厚生労働省からの資料ということで頂いたものです。

ということで、資料を皆さんご確認いただきました。たぶん足りないということはないと思います。万が一そういうことがございましたら、チャットか何かでご連絡いただければ事務局のほうで対応させていただこうと思います。それではよろしいでしょうか。

では早速、次第に従って議事を進めさせていただきたいと思っております。初めに厚生労働省からのごあいさつということで、本検討委員会に期待されていることなども含めまして、中西先生からごあいさついただければと思います。

**中西:** 皆さま、どうもいつもお世話になります。厚生労働省の中西でございます。冒頭、令和6年度能登半島地震に被災された皆さまには心からお見舞い申し上げます。

この老健事業は、皆さまご存じのとおり、認知症疾患医療センターなどを中心とした、地

域の認知症医療体制の検討を目的とした事業になります。昨年12月にレカネマブが保険収載され、どのように使われるのか大変注目されているところになります。レカネマブをどう使っていくかということだけではなく、むしろ、新たなフェーズを迎えた認知症医療が、どうあるべきなのかということを考えていく必要があると考えております。具体的には、例えば認知症のさまざまなステージの方、あるいは、アルツハイマー病以外の方など、レカネマブ適用外の方への対応というものも検討していく必要があると考えております。

共生社会の実現に向けた認知症基本法が、まさに1月1日に施行され、今後、計画が策定されていくところになります。認知症の医療・介護体制の整備を進めていくためには、介護領域への適切な医療情報の提供等を進めるとともに、生活を視野に入れた医療体系の整備というものが重要であると認識しております。これまで、調査分析などを進めて、準備いただいたいたしますことを大変感謝申し上げます。どうぞよろしくようお願い申し上げます。いただきます。大変楽しみにしております。特に、中西先生、資料の説明は必要ないですか。

**栗田:** ありがとうございます。特に、中西先生、資料の説明は必要ないですか。  
**中西:** それは今のほうがよろしいですか。

**栗田:** 最初にやってもよかったほうがいいかなと思うんです。

**中西:** 分かりました。じゃあ共有いただいてよろしいですか。

**栗田:** はい。では私のほうで共有しましょうか。

**中西:** はい。参考資料7からいけばいいですか。

**栗田:** はい。共有します。

**中西:** これはちやうど、日本認知症学会と日本老年精神医学会の合同研修でもお見せしたスライドになりますけれども、総理のほうからも、新しい時代を迎えて、必要な医療サービス等が提供される体制整備などを、しっかりと進めていくようにというお話を頂いております。次、お願いしてよろしいですか。

これは、現在、当省のほうのホームページに、ご存じのとおり、レカネマブの最適使用推進ガイドラインや、一般向けに簡単な説明とか、そういうものを掲載させていただいております。専門医以外の方にも、レケネビの使い方はどのような段取りなのかといったこともご案内もさせていただいているところになります。一般の方は、点滴静注であることとか、かなりいろいろな検査が必要であるといったことを、ご存じない方も多いということで、このような準備をさせていただいているところになります。次、お願いします。

専門医だけではなく、かかりつけ医の先生、あるいは歯科、薬剤師、各種関連職種の方々にはこれまで、お示しているような多様なこういった研修を進めてきていただいているところですが、こういった研修のほうにも、新しい情報を含めた教材を作らせていただいています。次年度になりますけれども、研修に活用していただく予定です。本日もご参加の先生の中にも、この検討委員会でご尽力いただいている先生も、おいでになります。次、お願いします。

今回、認知症疾患医療センターの運営事業について、レカネマブの対応をする医療機関に

ついて一定の加算を設けるといふことを、各自治体の方々にには既に説明したところになります。いろいろな多様な相談、お電話等が増えるだろうということを見越しての対応になります。これまで築いてきた各地域の認知症医療体制から、新たにレカネマップを投与する医療機関が外れてしまわないうで、共に新たな認知症の医療提供体制を構築していただきたいというところが趣旨になります。次、お願いします。

こちら、整備状況で、具体的には参考資料の 5 のほうにも出ているかと思えます。次、お願いします。こちらです。現在の 10 月時点の整備状況になります。次、お願いします。今お示していたのが、国が進める、地域での認知症の医療提供、介護提供体制ということと、今日、ここにご参加の厚労省の先輩の先生方が作られた資料かと思えますが、これが、レカネマップが投与開始されるということ、少し変わってくるだろうということになります。次、お願いします。

こちらが厚労省のほうで中医協の時に公開させていただきました、新しい時代の提供体制ということ。認知症疾患医療センターの中にも、投与する医療機関と、そういうことにあまり携わられない医療機関がございますので、認知症疾患医療センター間のフォローもできることで、少し流れが変わるということで、予測する矢印を書かせていただいています。

こういう形を考えているとき、国として一番の思いは、レカネマップを投与する医療機関には、これまでの提供体制の、例えばこのボンチ絵であれば、この枠の中に入っていたかどうか。外に、新しくレカネマップを投与する医療機関が外れて、レカネマップだけ投与して、例えば適用外の方はつながらないということがないように、もちろん地域ごとに医療資源にはかなり差はあると思いますが、こういったことを検討していきたいという思いで作らせていただいているものになります。

あとは、レカネマップの最適使用推進ガイドラインは、参考資料の 4 に出ています。認知症疾患医療センターの要綱は参考資料の 6 のほうに出ていますので、適宜ご覧いただければと思います。以上になります。

**栗田**：ありがとうございます。質疑は、報告事項、全て終わってから取らせていただきますので。

続いて、議事次第の 2 番に入らせていただきたいと思えます。ここでは、この検討委員会のミッションを確認しておこうと思えます。これは第 1 回の検討委員会でもお示した資料ですが、この検討委員会では、具体的には、レカネマップはもう既に保険取載され美装が進んでいますので、それを念頭に入れて、今後の地域の認知症医療提供体制のあり方について検討して、取り組むべき課題を整理しようということでございます。特にこの 2 番目の、認知症疾患医療センターが今後果たすべき役割について、ここで十分議論をして、提言できるようにしようということでございます。3 番目は、これは別でやらせていただいているので、今回の検討委員会のテーマではないというふうに考えていただいたほうがいいかと思えます。

これは細かい事業全体の概要ですが、この検討委員会の主たるテーマは、後ほど新美委員

から説明してもらいますが、この委員会の中で実施いたしました、認知症関連学会の専門医、あるいは放射線関連学会の専門医を対象とする、これからの認知症医療提供体制、現状、課題、今後のあり方についてのアンケート調査を行いましたので、その結果を踏まえまして、この検討委員会の中で、アルツハイマー病疾患修飾薬の社会実装を念頭に入れた、今後の認知症医療提供体制の課題の整理を行って、必要に応じて提言を出していこうということでございます。

全体のスケジュールはこんなふうになっておられて、この第 2 回の検討委員会は、実は 12 月の半ばから終わりがらうにかけてやろうかと思ったのですが、ちょっと遅れまして、2 週間、3 週間ぐらいい遅れまして、1 月になっているんですけども。だいたいこんな感じでやらせていただいて、本日の討議内容の論点整理をしまして、それを踏まえて、提言を含む報告書案を作成いたしました。3 月の初めごろに第 3 回の検討委員会を開いて、その内容を確認して、最終的な報告書作成というふうな流れでいきたいと考えております。

この後、新美委員から、DMT が導入された場合の医療提供体制と社会課題に関するアンケート調査の結果を説明していただくのですが、これは昨年の 10 月 15 日から 11 月 5 日にかけて、だいたい 3 週間できせていただいた調査結果であります。

では、ここから新美委員に調査結果の報告をお願いしたいと思います。新美先生いらっしゃいますか。資料、どうぞ。新美先生のほうで共有しますか。

**新美**：こちらのほうから資料、共有させていただきます。説明させていただきますことにいたします。少々お待ちください。

**栗田**：はい。

**新美**：今、資料がご覧になっておりますでしょうか。

**栗田**：はい、見えます。

**新美**：よろしくお願ひいたします。ワーキングの新美でございます。ワーキングのほうでは、先生方にもご意見いただきまして、アンケートを作成させていただきました。先ほど栗田座長からお話いただいたような形でアンケートを実施いたしました。回答数、発出数といったしましては、この表に示しましたとおりでございます。発出数 3068、認知症の関連専門医としては、日本認知症学会と、老年精神医学会、回答は 1157。学会の会員の内訳は以下のとおりでございます。また、各学会の先生方で、例えば放射線科の診断の専門医などを持っていらっしゃる先生の数なども、この細かい表のところを示してあるとおりでございます。一方、放射線関連の専門医につきましては、ここにお示しましたように、神経放射線学会が 298 名、PET 核医学認定医が 1926 名を対象といたしまして、合計 2224 名中、回答は 361 で頂いたということになってございます。

続きまして、この内訳という形で見せていただいております。勤務している施設の種別、認知症関連の専門医につきましては、一般病院が一番多く、次に精神科病院、特定機能病院という形になっておられて、放射線関連につきましては、精神科病院のほうは少ないという形になっておられます。病床につきましても、一般病床がメインで、認知症関連の専門医に

つきましては、続いて精神病床という形。放射線関連につきましましては、一般病床が最も多いことになってございます。

疾患医療センターかどうかにつきましては、これは専門医ですので、同一の機関で複数の専門医が勤務していることもございますので、これは実数でございませぬけれども、こういった形。数でいきますと、やはり多くの方が認知症疾患医療センターではございませぬけれども、疾患医療センターの数自体を考えますと、ここにあります基幹型、あるいは地域型、連携型といったしまして、一定程度の数の先生方の回答は得られたんじゃないかなというふうに思っております。

続きまして、放射線関連の専門医の先生方の結果でございします。この中で、ここにありますように、PET 撮像施設認証というものを受けていないという施設が、約 7 割あったという結果でございました。また、一方、一般社団法人画像診断管理認証機構における認証という事で、この認証を受けているというものは、だいたい両方、放射線関連の施設で半分程度。一般の認知症関連の専門医のほうでも、6 割程度受けていたという結果でございました。続きまして、地域の分布でございします。こちら、専門医の分布というの、一定程度の偏りがございしますけれども、ここに示したように、回答といたしましては、首都圏と大阪からの回答がどちらでも多かったという事でございします。また、専門医としての経験年数、ここに示しましたように、10 年以上というのが両方で半数以上ございましたので、今回の回答につきましましては、経験年数が多く、割と経験の高い医師という方の先生方の回答を頂いたというふうに思っております。専門医資格はここに示しましたとおりで、放射線関連の先生につきましましては、幾つかの専門医をお持ちの方が多かったという事でございします。

続きまして、疾患修飾薬に関する知識ということで、1 つ目は、疾患修飾薬の知識をどの程度詳しいか、あるいは全く知らないかということ、オレンジと、認知症関連の専門医と、放射線関連の専門医ということで、左と右、対照できるような形で示しております。認知症関連につきましましては、半数以上の先生方が、基本的には、一定程度詳しいという事で回答いただいております。また、全く知らない、あるいは、さらにという方は 10% 以下という事でございました。放射線関連の専門医につきましましては、少し知らない先生方が多かったんですけども、一定程度の先生方は、一定程度の詳しい認知症に関する知識をお持ちだったという事でございします。

続きまして、臨床で、この疾患修飾薬を使用したいかという考えにつきましましては、認知症関連の先生方につきましては、半数近くの先生方が、基本的には積極的に使いたいというふうなところと思われました。放射線の先生方につきましては 4 分の 1 程度になつてるところでございます。

続きまして、この疾患修飾薬が適応となる患者数の割合が、現在の、最適使用ガイドラインなどに出ている適応が多いと感じるか、少ないと感じるか、少ないと感じます。こちらは両方とも、ほぼ比較的、類似の傾向を示しておりますので、3 割前後がほしい多いと感じるとい

うような形でありました。

また、疾患修飾薬の治療対象の範囲につきましまして、これも両関連専門医の先生方、比較的類似した傾向を示しておりますので、2 割程度が広いと感じるとい結果でありました。効果についてですが、こちら、役に立たないと感じるとい先生方の割合は、両専門医でいたい 3 割 5 分ぐらいで、比較的類似。役に立つと考える先生方の割合も 2 割程度という事で、ほぼ類似の結果でございました。

続きまして、A $\beta$  病理の有無に用いるバイオマーカーでございします。1 つ目が、施設で使っているバイオマーカーは何かということでございますが、このアンケートを行った時点では、アミロイド  $\beta$  の PET につきましても、CSF の A $\beta$  につきましても、保険収載ではありませんでしたけれども、その段階で、どちらが多いかと申しますと、一番は、どちらも用いていないということでありましたけれども、認知症関連の専門医につきましては CSF のほうが多く、放射線関連の専門医の先生方というのはアミロイド PET が多かったという結果でありました。

また、このバイオマーカー、PET の判定基準につきましましては、一番多かったものは、やっているとでは視覚判定で、両専門医とも同じ結果でございました。A $\beta$  陽性の判定基準につきましましては、外注検査のカットオフが、基本的に一番多い結果でございました。また、PET、CSF、どちらを優先するかということにつきましては、いずれの専門医でも、PET が最優先、PET を優先する先生方が 6 割ほどということでも最多でございました。

続きまして、アミロイド PET 検査の実施体制についてでございします。施設のみで可能、施設のみでは困難、あるいは不可能という答えて、回答を行っておりますけれども、施設のみで可能な施設、認知症関連の専門医につきましましては 10% 程度。放射線関連では 2 割 5 分程度でございました。従いまして、できない施設のほうに回答としては多かったということになるかと思えます。

可能な施設の先生方にお聞きしたのが、もし可能であった場合に、多機関から依頼があった時に、受け入れが可能かどうかということでもございしますけれども、一番多いのは、可能ではあるけれども、可能な数は限られるということ、一定程度、制限をした形であれば、こういった施設であれば、多機関からの依頼も可能という結果だったと思えます。

また、今現在、不可能な施設につきましまして、今後実施するかどうかということでも、ここにありますように、PET を実施できるようにする必要があると考える先生方が 3 割程度ということ、どのような形にしろ、一定程度やる必要がある、この場合はもう既に保険収載されておりますので、連携機関と協力する、ないし、施設で導入すべきだという意見が多かったというふうな結果かと思えます。

保険収載につきましましては、この時点、もう既に、当時の時点では収載されておりますので、質問としては、当時どうだったかということですが、やはり保険収載すべきという意見が一番多かったということになります。

また、PET 施設の数がございしますけど、一番多かった回答といたしましては、いずれの



専門医につきましても、2次医療圏、全国340区域ごとには、こういった施設が必要ではないかという回答が5割程度を占めたということでございます。

続きまして、放射線関連の専門医の先生方にお聞きした、PET判定の認定医数でございます。

放射線、PETの判定医につきましても、認定医の数が少なく、養成を急ピッチに進めなければいけないという回答が最多でございます。少なくとも養成されてるという回答はこのぐらいで、10%を切っておりますので、読影の専門医の数というの、やはり今後の課題かと考えております。

続きまして、髄液の検査の活用であります。今現在、ADの診断にこの髄液検査を使用しているか、そしてまた、バイオマーカーを利用しているかどうかということですが、一応、この67.8%でございますが、現在、認知症関連の専門医の方の中で、ルーティンとしてCSFをやっている、バイオマーカーをやっているというか、CSFを取っている先生方が少ないという結果でございます。もしCSFをバイオマーカーとして活用している場合ですが、している場合は、今現在あるバイオマーカー指針に従って実施しているという施設が半数以上でございます。

では、CSFをバイオマーカーとして活用していない場合でございますけれども、これは保険収載されれば使えますよという施設が、数が合計で半数程度でございますので、今現在よりも、今、保険収載されたことを考えますと、活用する施設が増えるのかなというふうに考えております。

また、このルンバーパルクチンチャーターは行うけれども、バイオマーカーは現在は活用していないという施設につきましても、保険収載したらバイオマーカーを補助診断として活用したいという施設が半数程度でございます。これも既に保険収載されておりますので、つまり、現時点では無意味な質問でございますけれども、当時、速やかに保険収載する必要があるという回答が7割を超えてございました。

続きまして、末梢(まっしょう)血のバイオマーカーであります。末梢血のバイオマーカーの保険収載についてということでございますけれども、できるだけ速やかに保険収載する必要があるという回答が、認知症関連の専門医で4割を超える程度ございました。次いで、保険収載を考慮するべきであるけれども、PETやCSFが先ということでございます。放射線関連につきましても、速やかにという回答よりも、やはりPET検査だと思われませんが、その保険収載を優先するべきという回答が最多でございます。

続きまして、血液バイオマーカー、これにどのような意義を考えられるかということでございますが、最も多いのが4番目、つまり、DMT投与に必要な脳内Aβ病理の判定のための、PETやCSFという検査の前に行うスクリーニング検査だということに考えておられる先生方が最も多く、次いで、AD診断における鑑別診断のためのルーティンとしての検査というものが2番目の回答でございます。

続きまして、APOEでございます。APOE検査、していると、この時点で、という回答

は、認知症関連の専門医で10%程度、放射線関連の専門医では4%ということでございます。していない施設が圧倒的に多いということでございます。検査、基本的には外注しているという回答の、灰色の部分が最多でございます。

認知症関連の施設につきまして、DMT処方にあたって、APOE遺伝子検査をするかということにつきましては、保険収載されていたら検査をするというのが6割程度でございます。されたいなくてもするというのを合わせますと、7割程度という回答となります。

また、各施設、APOEを取るなどした場合に、遺伝子カウンセリングの対応ができる、できなにかということにつきましては、できない施設が6割程度ということでございます。また、もしできた場合でも、その対応が自施設で可能かという、できる施設につきましては、できる施設でありますので、自施設で可能という回答でございます。

続きまして、ADの病期を判定する際の評価尺度として、どんなものを使っているかというものを、特に認知症関連の専門医の先生方に関してでございます。最も多いのがMMSEなどの複合的評価尺度でございます。次いでCDR、次にFABという回答でございます。比較的、WAISとかワックスなどの時間がかかりそうな検査というのは2割程度という回答でございますし、相対的にQOLといったものを評価している先生方は少なかつたという結果でございます。

では、その実施について、DMTの適用に関して、この検査をどう考えるかという回答がこちらになります。最低限、MMSEを行えばいいという先生方は10%程度ですが、最も多かったのは簡便なスクリーニング評価だけでDMTの適応を決めるべきではなく、より詳しい認知機能の検査を行う必要があると考えていらっしゃる先生方が5割に上ったということでございます。次いで多かった回答が、適応の判断につきましては簡便なスクリーニング検査だけでもいいけれども、臨床的な効果を判定するためには、より詳しい認知機能の検査や、ADLやQOLの評価を行うことが望ましいという回答が4割に上ったという結果でございます。

続きまして、今現在、例えばレカネマブのものととの適応では、最適使用ガイドラインなどでは除外される可能性がある方々に対するDMTの投与について、どう考えるかという質問でございます。MMSEが21点以下の方に対するDMTにつきましても、投与しないという回答が、認知症関連の専門医の先生では最多でございます。8割程度の先生では、MMSEのみで、必ずしも早期ADではないと判断できるわけではないので、一定の条件を満たせば投与してもいいのではないかという回答も、8割程度あったということでございます。

続きまして、検査結果ですが、早期ADを臨床的には疑ったけれども、アミロイドPET検査を取ってみたら陰性だったというような例、この例についてどうかという回答ですが、やはり一瞥で最も多いのは、アミロイドPET、ネガティブであれば、CSFバイオマーカーを確認すべきという例が、放射線の先生で半数程度、認知症関連の専門医の先生方は6割5分というところでございます。PET検査を再検査したほうがいいというのは10%程度でございます。

では、CSF 検査を追加したところ、PET は陰性だったけども、CSF では陽性だった場合どうするか。この場合、DMT を投与すべきという回答は、いずれも 4 割程度というところまでございました。CSF の結果を考えて、じゃあ、PET をもう 1 回、再検査しようという回答は、2 割 5 分から 3 割程度という回答でございます。

もし PET を再検査する場合に、1 回目の PET 検査をやってから、2 回目、再検査するまでの期間、どれが望ましいか。こちらは放射線関連の専門医の先生方、認知症関連の専門医の先生方、同じで、半数程度の先生方で 1 年程度という回答でございます。

続きまして、年齢でございます。年齢が 50 歳未満の人に対する DMT。これは投与する、投与しないにつきましては、ここにありますように、投与するが 3 割、投与しないが 37% 程度という形でございます。一定の条件を満たせば投与するという回答は 20% 程度でございます。一方、91 歳以上の超高齢につきましては、投与しないという回答が 8 割を超えてございます。一定程度の条件を満たせば投与する、あるいは投与するという回答は、合わせても 10% 以下という回答でございます。

続きまして、治験で対象外であった、精神状態とか精神疾患などがあつた場合どうかというところは、投与しないというのが 7 割というところでございます。条件付きで投与が 10% 程度というところでございます。

また、アジア人等々で、脳出血等々のリスクは、一般的な治験の、欧米人と違う可能性がございますが、アジア人で、投与前、MRI 出血のリスクがあるというような判定がされた場合に、DMT 投与されるべきかということにつきましては、認知症関連の専門医につきましては、7 割超えの先生方が、投与されるべきではないという回答でございます。放射線関連の先生の方は、4 割程度は投与されるべきではないという回答ですが、分らないという回答が半数近かつたという結果でございます。

続きまして、実際の投与における質問でございます。点滴と、また点滴後の休養のためのスペースの確保ができるかどうかということ、認知症関連の専門医の先生方に関してでございます。3 割の先生方は、できている、または、すぐに確保できるという回答でございます。また、現時点ではできないけれども確保を検討したいという先生方が 3 割 7 分ございましたので、だいたい 7 割程度のところで、一定程度のスペース確保等々ができるだろうというふうな考えられるかと思ひます。

また、実際の投与につきましては、初回導入時入院を予定していただくかどうかにつきましては、予定していると回答いただいた先生方が 15% 程度、予定しないと先生方はだいたい半分程度でございます。

続きまして、DMT 投与における安全管理体制の整備の回答でございます。施設において、安全管理体制を整備できるという回答は、いずれの専門医の先生方も 4 割程度でございます。また、他施設との連携であれば可能という回答は、認知症関連の専門医の先生方は 2 割 5 分、25%、合わせて 6 割 5 分ということになります。放射線関連の専門医につきましては 8% というところで、合わせて 5 割というところでございます。

また、体制整備が困難であるという回答は、認知症関連の専門医で 3 割、放射線関連の専門医で 21% というところでございます。では、この体制整備が困難であるという内容は何かかというところでございますが、最も多いのが、4 番にありますが、中等度から高度の ARIA に対する対応でございます。続いて、緊急の MRI、そして定期的な MRI というところで、少し、MRI、それから ARIA に対する対応というのが両先生方の懸念として上がったという回答かと思われまます。

続きまして、体制整備ができないという回答を頂いた先生方に、何が困難かということろでございますが、これ、両方ともそうなんですけど、6 割を超えた回答で、自施設の人的な資源不足が最多でございます。続きまして、認知症関連の専門医につきましては、周辺で連携可能な施設がないという回答が最多で、放射線関連につきましては、必要性がないという、これは施設の条件かもしれませんが、そういった回答でございました。

連携できないことについてですけれども、連携可能な施設がない場合、どういった状況かという質問をさせていただいたところ、一番多かった回答は、連携可能な施設の有無を把握していないということ、そもそも連携可能な施設があるかどうかということを含めて、そういう把握が十分になされていない可能性が指摘されたかと思っております。これまで連携が行ったことがないという施設も 4 割近く。物理的に、実際にないことを把握している回答は 2 割強という回答でございます。

続きまして、ARIA モニタリングのための MRI の頻度でございます。これは薬剤につきましては、そのものの薬剤で基本的に定められるところではございますけれども、一般的な DMT というところで質問させていただいたところ、無症状でも毎月という先生方は 15% 程度。隔月、2 か月に 1 回が 2 割。3 か月に 1 回が 30% というところでございます。1、2、3 という比率で多くなるのは、放射線の先生方も同じで、一番多いのはどちらかといいますと、3 か月おきという回答が、基本的には、回答として出た場合は多かつたかという結果でございます。

続きまして、ARIA に関する質問ですが、必要とするものは何かということ。こちら、2 番にありますように、ARIA が認められた場合に、経過観察とする基準など、その対応に関するガイドラインの整備が必要であるという回答が最も多く、続きまして、入院が必要なら ARIA が認められた場合に、受け入れ可能な拠点の設置といった、体制整備が必要であるということでございます。3 番目の回答が、専門医による統一的な判定が必要であり、拠点を設置して、遠隔での専門医による読影を可能とするような体制を整備する必要があるということでございます。だから、やはり、このガイドライン等の必要性というのを強く感じているというのが両先生方の回答だったというふうに、結果が得られております。

続きまして、自施設の鑑別診断や安全管理の体制です。これを自施設で行う必要があるかどうかという回答でございます。自施設で両方行う必要があるという回答は、26 パーセントという形でございますけれども、自施設だけではなくて、他施設との連携によって鑑別診断、治療薬の導入、導入後の安全管理を行えるようにする必要があるという回答を踏まえま

すと、認知症関連の先生方の7割ほどが、少なくとも連携によって、こういった体制を整備する必要があるというふうにお考えだという結果と思われれます。放射線関連の先生方も、両方合わせても、6割5分程度ということをございました。

では、自施設ではできなかった場合に、他施設との連携によって行う項目は何かという質問につきましても、最も多かったものはアミロイドPET検査でございます。次いで、重症の副作用に対する入院管理という結果でございます。

続きまして、放射線関連、ARIA後のMRIの読影ですね、ARIAのMRI読影を行う専門医の数は十分かということ、放射線関連の専門医の先生方に聞いてございます。最も多かったものは、専門医の数は少なくとも、急ピッチで進めなければならぬという回答が44%という結果でございます。

続きまして、少しこれは、こういった高額な薬剤について、その投与に関して、何らかの基準で、例えば優先順位、あるいは、処方側の制限などを付けることについて、どう思うかということをお聞かせいただけます。全体として聞いたものでございます。それから、おのおのの観点について考えた場合かどうかということ、各質問を下に分けてございます。

全般的に、こちら、傾向が似ております。6割程度の先生方が、投与する医師・医療機関と、対象となる患者の双方に制限を付けてもいいのではないかと回答が6割近く。次いで、全体としては、投与する患者に制限を付けるべきではないけれども、医師・医療機関には制限を付けてもいいという回答が2割前後。認知症関連では2割5分という回答でございます。これを、では医療経済的な観点から見た場合という質問をさせていただきますと、これもほぼ基本的には同じような傾向かと思われれます。

では、医学的エビデンスをもとに、こういった制限、あるいは優先順位についてはどうかということにつきましては、医学的エビデンスということにつきましますと、やはり両方とも行っていて、認知症関連が61%から65%、放射線関連で57%から61%ということで、何らかの制限を付けてもいいという回答が、特定エビデンスがもとにあるのであれば、付けてもいいという回答が多くなったということでございます。

では、薬剤のベネフィットが高い集団というのを想定した場合にどうかと。これにつきましても、全体の傾向とほぼ同じ回答でございます。一方、社会的に脆弱(せいじやく)な集団というものを仮定した場合につきましても、してもいいという割合、両方に付けてもいいという割合が最も少ないという回答でありました。

続きまして、こういった優先順位、あるいは制限を付ける場合に、妥当と考える内容はどれかという質問をさせていただいております。最も多いのは、超高齢の場合というのが、専門の先生で最も多かったものでございます。続きまして、合併症などでAEのリスクが高い方、次いで、治療費に見合った効果が得られるかどうかという点でありました。順位につきましても、基本、両方もほぼ同じ傾向で、1、2、3位という形で結果が得られております。

続きまして、対象となった方がDMT実施をできるとしても、何らか困難となるような要

因があるかどうか。そして、もしこういった困難な要因があるとすれば、どんなことが想定されますかという質問をさせていただいております。最も多くて9割近くになったのが、費用の面から実施困難な人がいるのではないかと回答でございます。続きまして、距離や時間の問題から実施が困難な人がいるのではないかと。もしくは、4番目につきまして、介護者の不在というのも、認知症関連の専門医の先生方としては、困難な要因ではないかという回答でございます。これが7割を超えた回答でございます。放射線関連の先生方も、やはりこの3つにつきましても7割を超えた形で懸念された内容というふうになってございます。

次が最後になりますけれども、DMTの対象外となった場合、あるいは導入ができなかった場合にフォローアップでどんなことをすべきかという質問につきましても、9割の先生方が、従来の抗認知症薬による治療を行うという回答でございます。次いで、6割で、非薬物療法、もしくは心理的ケアという回答でございます。%は少し低いですが、基本的には同じ傾向でございます。

また、DMT導入における説明の資料ですね、DMTに関する説明資料につきましては、認知症関連の専門の先生方は、既に作成しているところは非常に少なく、やはり学会などからの提供が、希望するという答えが8割程度でございます。これは、放射線関連の先生方における、画像の検査の説明資料につきましても、やはり学会などからの提供を希望するという回答が6割5分、最多でございます。不要であるという回答はいずれも10%よりも低いという回答でございます。

最後に、効果的かつ安全にDMTを提供するために、必要と感ずるものは何かということ、複数選択可で聞いてございますけれども、認知症関連の専門の先生方で一番多いのは、オンラインやe-learningでの医師の研修。そして、正しくDMTを理解してもらいための学会などにより作成された説明と同意の資料というのが最も多かった回答でございます。次いで、標準化、医療機関レベルでの研修、次に現地で医師の研修、専門医から助言が得られるような仕組みという回答でございます。

一方、放射線関連の専門医の先生方、やはりオンラインやe-learningでの医師の研修というのが8割を超えて一番多い回答ですが、ここにありますように、ARIAなどのデータを蓄積するための、全例規模で画像を収集できるレジストリ、あるいは、3番目にありますような、検査の標準化など、医療機関レベルの整備というものが必須だというような回答が5割、もしくは5割を超える程度という回答でございます。以上、非常に多くのものをずっと流して説明させていただきまして、ご不明な点等あるかと思いますが、いったんここで説明、終了させていただきます。

栗田:ありがとうございます。質問は後でまとめてお受けしようかと思っておりますが、今の説明、ちょっとだけ追加させていただきます。まず回収率なんですけども、認知症関連専門医の回収率が37.7%、それから、放射線関連学会の専門医の回収率が16.2%ということ、回収率はかなり低いということでございます。

置状況。中央値が1です。それ以外の先生の数が中央値が1という状況です。下の段の2つが類型です。基幹型Ⅰ、Ⅱ、地域型、連携型で、専門医の人数と、それ以外の先生の人数がです。

それから、紹介件数の受診経緯で、かかりつけ医等からの受診経緯のみ抜き出して持ってきてませけれども、上段が一般病院、精神科病院、診療所の、平時の、医療機関からの紹介件数という形だと思えます。恐らく、これ、紹介状のやりとりがあるというので、レセプトから出した数値と思われれます。下の段が類型です。基幹型Ⅰ、Ⅱ、地域型、連携型、平時の紹介状件数ということになっています。これだけ抜き出してきました。以上でございす。

**栗田**：ありがとうございます。今のデータで少し重要なポイントだけ指摘しておこうと思います。まず、全国の認知症疾患医療センターで、認知症関連疾患の鑑別診断別の内訳のMCIの割合はだいたい2割であり、MCIの割合は年々増えております。これは地域差があるように、例えば東京の52の認知症疾患医療センターでは、2割を超えている。ちなみに、東京都健康長寿医療センターでは3割を超えているということで、毎年MCIの方が増えていくという現状であるということでございます。

それからあと、重要なことは、今回の実績報告書からPETの状況を調べているということとです。PETについては、総じて言ってしまうと、認知症疾患医療センターで施設にPETがあるところは12.3%、約1割があるということ。それから、連携してやれるっていうところは3割あるということで、そういう状況であるということです。もちろんこれについては、一般病院が高く、基幹型が一番高くなるんですけど、現状はそういう状況であるということです。まずは確認していただけたらいいかなというふうに思います。

こちらから討議を始めますが、討議の前に、まずはここまでのところと、ただ今の報告事項につきまして、中西先生の報告も含めて、ここで確認しておきたい、質問しておきたいということがございまして、ご発言いただければと思います。発言の方法は、いつもと同じように、リアクションボタンを押していただくか、手を挙げていただくか、いずれでも構いませんので、自由にご発言いただければと思います。いかがでしょうか。何かご質問ございせんでしょうか。よろしいでしょうか。では、この後、フリーディスカッションに入りますので、その中で、また確認事項があれば、質問していただいてもよろしいかと思います。

では、これからディスカッションでは自由にご発言いただこうと思うのですが、ただ、限られた時間なので、一応、ワーキンググループの中で論点を挙げておきましたので、まずその説明からさせていただきますと思います。また画面を共有いたします。資料7を共有いたします。よろしいでしょうか。

事前にワーキンググループのほうでディスカッションさせていたしまして、ここにある6つのポイントについては議論しておいたほうがいいかなというふうに考えております。6つ目はその他ですけれども、一応、この5つのところだけピックアップしようと思います。

1 番目がDMTを実施する、レカネマブを投与する機関と、それから認知症疾患医療セン

それからもう1つ、放射線関連学会の専門医というのは、神経放射線学会の会員と、PET核医学認定医のみでありますので、医学放射線学会の会員が対象とされておられませんので、低い回収率のことを含めまして、DMTに関して非常に意識の高い人たちの回答だというふうにご理解いただくのがよろしいんじゃないかなというふうに思っています。

それから、あと、皆さんご承知のとおり、これは最適用推進ガイドラインが出る前の回答でございすので、それはそれで非常に貴重な資料だというふうには私は思っています。答で、そういうデータの枝広委員会というのを、一応、皆さんご認識いただければというふうに思っております。

あと1つだけ報告事項ですが、認知症疾患医療センターの全国の実績報告書の集計を、毎年私どものほうでやっておりますので、令和4年分の集計結果が出ておりますので、特にこのレカネマブの医療提供体制を考えると、重要なデータと思われるところだけを抜粋して、ワーキンググループの枝広委員会とめてくれておりますので、報告をお願いしたいと思います。いいですか、枝広先生。

**枝広**：ありがとうございます。PDFを今、共有していただけますけれども、資料6ですとかね、少しだけお話しさせていただきます。令和4年度分です。令和5年ではなく、令和4年度、丸々1年度分の実績報告書の内容の中から、必要そうなところというところがございます。

まず、鑑別診断件数の内訳です。左側が軽度認知症を含むもの、MCIが青です。MCIを含まないのが右側で、ここだと青はアルツハイマー病になっております。いつもと変わらないんです、これに関しては、鑑別診断件数の数値で出したものですけれども、基本的な傾向は平時と変わらないです。若干人数が違うので、参考資料に令和3年度分のものと令和2年度分のもを載せています。令和2、3、4年はコロナ禍という状態なので、ちよっと人数減っている状態にはなっています。年間10件づつぐらい、認知症疾患医療センターの件数自体が増えているので、全体件数は少し多いという要因になっています。

これ、検査体制です。左側の表が医療機関種別です。一般病院、精神科病院、診療所の、CT、MRI、SPECT、PET、髄液がある、の%です。右側の医療機関種別で、連携先にあるかです。うちにはないけど連携先にあるんですというところの割合を示しています。SPECT、PET、髄液だと、一般病院でもないところも結構あるということが分かります。

次に、類型別です。左側、基幹型Ⅰ、Ⅱ、地域型、連携型、CT、MRI、SPECT、PET、髄液検査がある、の%。右側のほうが連携先にある、うちにはないけどというところ。基幹型Ⅰ、ⅡはかなりのところがPETを所持しているというふうに見えますけれども、それでも髄液が検査ができないという体制のところも、どうもありそうなき配はします。連携型はかなり難しそうなき配はします。

次に、これ、初診待機日数です。これは昨年度分なので、若干コロナ禍なので、少し短くなっている状態なんですけれども、待機日数です。多くは今の状態と、これまでと変わらないとは思いません。

医師配置です。上段の2つが医療機関種別。一般病院、精神科病院、診療所の専門医の配

ターとの連携のあり方という点です。それから 2 つ目が、レカネマブを投与する機関を認知症疾患医療センターに指定しようという考え方についてです。それから、3 番目と 4 番目が放射線関連ですけれども、アミロイド PET 撮像施設を、先ほどの調査でもありましたように、整備していかなければいけないということがございまして、整備をどうするか。それから、MRI についても、ARIA の問題やレカネマブを投与中の複数回の検査とということがございますので、どのように整備していくかと。それから 5 番目は重篤な ARIA に対する救急医療体制の問題をどのように整備していくかという問題。6 番はその他ということ、ここは、先ほどの新美委員からの調査結果からも分かりますように、いろんな論点が含まれていると思われまして、これについても最後に議論できればと考えております。

1 番から順番に、皆さんのご意見を聞きながら進めていきたいと思っております。この 1 番について、レカネマブ投与機関と認知症疾患医療センターとの連携のあり方ですが、これは皆さん、既にご承知かと思いますが、最適使用推進ガイドラインの中で、レカネマブの投与が行われる施設、特に初回投与から 6 か月の施設の要件として、認知症疾患医療センター以外の施設で本剤を使用する場合、認知症疾患医療センターと連携がとれる施設で実施することと書いてあるんですね。ということで、連携しなければいけないということになるわけですが、実際にどうやって連携していくのかと。認知症疾患医療センター側から見れば、実際、MCI の患者さんがたくさん来てくるわけで、投与機関と連携しないと、自分のところでできなければ連携しなきゃいけないという問題もございまして。双方向性で連携の形、体制づくりが必要であるということ。具体的に、ワーキンググループで議論されたことをいくつかご紹介いたしますと、「連携にあたっては、協定を締結したり、覚え書きを取り交わしたりする必要があるのではないか」、「診断後支援のあり方も含めて連携の具体的なあり方を検討する必要があるのではないか」、「認知症疾患医療センター指定の際の協議書に DMIT の連携医療機関を明記して、毎年の認知症疾患医療センターの実績報告においても DMIT の実績を報告することにすれば実質的な連携の実態を明らかにすることができるのではないか」、「認知症疾患医療センターと DMIT 実施医療機関がしっかりと連携をとり、症例検討会や研修会を一緒にできるようにすれば、地域にとってもプラスになるのではないか」、「初回投与を行う医療機関の患者数が増大して、新たな患者を受け入れることができなくなる可能性がある。これはほんとに現実的な問題なのですが、少なくとも 2 次医療圏にある認知症疾患医療センターが 6 か月以降の継続投与を行える医療機関として機能できるようにしていく必要があるのではないか」といった議論がございました。

それから、ついでに次の論点も一緒にまとめて議論してもいいかと思っております。次の論点は、DMIT 実施機関を認知症疾患医療センターに指定するという考え方はいいかかということですが、これはすでに厚労省のほうで、そういう方向を検討しているということでございます。しかし、「DMIT を実施するだけで、これまで認知症疾患医療センターが行ってきた診断後支援というものが抜け落ちてしまう危険があるのではないか」、あるいは、「DMIT を実施する医療機関と、診断後支援を行う医療機関との連携が必要かと思われるが、同一疾患で 2

つの医療機関を受診することには無理があるのではないか、患者さんの負担という問題もあるのではないか」と。それから、「DMIT を実施するからには、認知症に対する診断後支援を行える医療機関になってもらう必要があるのではないか。特に、医師の教育を担っている大学病院は、きちんとそういうことをやれる機関でなくてはならないか」、あるいは、「DMIT 実施医療機関は一般病院が多いと思われるが、少なくとも認知症の人の身体合併症をしっかりと診察してもらえることが地域から求められ、それを期待することができるのではないか」。それから、「DMIT 実施機関が認知症疾患医療センターの機能を担えるか否かについては、地域差があるので、それぞれの地域の実情を考慮に入れて検討する必要がありますのではないか」、認知症疾患医療センターに求められる機能については、エフォートに濃淡をつけた上で、連携による体制整備を進めることではどうか」と。つまり DMIT 実施機関の役割と診断後支援の役割があり、この診断後支援には、精神療法的な取り組みでありますとか、家族支援、地域連携、他職種連携、フットワークよくいくつでも相談に乗るなどがあり、それぞれの役割を担える医療機関が連携しながら、いずれは両者が交わっていくような、そういう流れが望まれるのではないかという意見もございました。それから、アルツハイマー病以外の認知症疾患でありまして、諸条件から投与対象外となったアルツハイマー病の人についての対応もここで検討していく必要があるのではないか。かかりつけ医やサポーターとの連携についても、流れが変わる可能性があるのではないか、検討する必要があるのではないか。こういったご意見などもいただいております。

まずはこの 2 つの点、認知症疾患医療センターと DMIT の実施機関との連携のあり方と、DMIT 投与する機関を認知症疾患医療センターに指定するという考えか、この 2 つの方向で医療提供体制を整備することについて、皆さんから自由な討議をいただければと考えております。この段階でご発言いただければと思いますがいかがでしょうか。小澤委員どうぞ。

**小澤**：すいません、恐縮です。

都道府県にとつて、この疾患医療センター、今、都道府県が実施主体ということで、非常に大きなお話でございます。議論の方向性としては、ワーキングで検討いただいた内容、いずれも重要な論点かと思えますけれども、東京都はちよつと特殊な状況でございます。東京都は非常に人口が多くて、それぞれの 2 次医療圏ごとに疾患医療センターを中心とした体制を、これまでも構築してきたと。基本的には高しよ及び増原村以外の所には全て疾患医療センターをつくった上で、圏域ごとに、東京都独自に、地域拠点型の認知症疾患医療センターというのを整備して、そして医療圏ごとに、東京都では会議体を、認知症疾患医療・介護連携協議会というのを、2 次医療圏ごとに開催してございます。こちらの考え方と、これに対して、制度上、DMIT 実施機関が新たに疾患医療センターに指定するというような制度になつてしまうと、東京都として非常に困つたことになつてしまつてしまいます。

**栗田**：なるほど。おつしやるとおりですね。

**小澤**：ここについては、議論の中にも含まれておりましてけれども、地域ごとの状況という

のを踏まえ上で、この議論の大きな方向性としては、しっかりと DMT を実施した後、各医療機関が、在宅の先生方、サポーター医も含めて、診断後支援をするとか、医療提供体制から抜け落ちないようというの、全くもって東京都もそのように考えてございますので、そういったそれぞれの自治体ごとのあり方というのをご配慮いただいた上で、実施を、画一的な制度にしないようお願いしたいということでございます。それが一番大きな点なんですけれども。

あと、1 点目の連携のあり方について、こちら、都道府県の立場としても、基本的には、統一的な仕組みが望ましいというふうに思っております。もう既に発売は開始されて、投与は始まっておりまして、やはり、様式等が定まったものがあった、これを基に疾患医療センターのほうにそれが提出されるといったような形がないと、疾患医療センターとしても、現状、困った状況になっております。また、厚労省さんがご懸念いただいている点で、投与機関に患者さんが集中してしまおうと非常に良くない。やはり一度、かかりつけ医にかかって、そこから 1 次スクリーニングが行われてという形が望ましいと思うんですけれども。そういう意味でも、投与機関が、まず疾患医療センターに、何か届けというか、決まった様式を届けるというようなところを、できるだけ早く、全国統一的な仕組みをつくっていただきたいなということでございます。以上でございます。

**栗田**：ありがとうございます。非常に本質的な、的を射たご意見をいただきましたかと思えます。いかがでしょうか。その他にこの点に関して、何かご質問、ご意見とかございませんでしょうか。

**濱野**：濱野ですけど、いいですか。

**栗田**：濱野委員、どうぞ。

**濱野**：濱野です。あまりにいろいろな問題が多過ぎて、どこから解決していったらいいかわからないんですけども。確かに東京都は特別だと思うし、地方はまた地方の問題もいっぱいあるし。栗田先生がおっしゃったように、MCI が多くなっていくだけけれども、地方ではそうではなくて、逆にほとんどいない。

**栗田**：そうですね。分かります。

**濱野**：MCI は、いわゆる地域型が、今 500 を超えていますけれども、精神科が半分です。で、精神科のところにはもう重い人しか来ないという事でした。で、一般科の人の、いわゆるセンターには、確かに MCI が増えているという印象は私も持っています。ただ、中等度医療の人たちの問題というのは、これも大変なことなので、ここもなしにするわけにはいかない。

1 つ質問なんですけど、この DMT の実施機関っておっしゃいますけれども、一般科とか大学系とかが多いかなとは思いますが、みんな、1 年半を考えるとるんじゃないやなくて、半年ぐらいを考えてらっしゃるんじゃないでしょうか。そこを知りたいんですが。

**栗田**：これは、最適用推進ガイドラインに書かれているのですが、初回投与から 6 か月までは、かなり条件の整備された施設でないかと投与できないということになっております。それ

から、6 か月以降は、それについても条件はあるのですが、初回投与施設ほどの厳しい条件ではないところで投与できるようになっているということでございます。その後、いつまでやるかということについては、今のところは決まっております。そういう状況かと思えます。

**濱野**：診断後支援ということが、レカネマが出る前には、診断後支援を一生懸命やりましようねというふうな方向性にもなってきました。僕としては、認知症患者センターが、いわゆる受け皿の、最初の入り口になっていいと思うんです。そしていろいろな、いわゆる副反応とか、いろんなことも、倫理的なことも全部そこで述べてもらって、そして同意を得て、そして DMT の実施機関を紹介する。そしてそこでずっとやっても、半年ぐらいそこで診てもらいながら、何かあった時はセンターのほうにも来ていただいて、そして半年が過ぎたぐらいい、副反応もあんまりないということになった後は、最初の入り口であったセンターのほうから、全部お預かりしてずっと長く診ていくという、こういうのがいいのかなというふうには私 생각합니다。

**栗田**：なるほど。よく分かりました。今は連携のあり方についての話が中心であります。まずこの点からご意見いただければと思います。他にいかがでしょうか。古田先生どうぞ。

**古田**：連携について、うちのセンターが既に投与を始めているので、都内の 2 次医療圏以外の医療機関からも連携の依頼等が来ているんですが、どう連携するのか決まっていなくて非常に悩む状況なんですけれども。基本的に、医療の、例えば救急みたいな連携なのか、患者さんのやりとりの連携なのか、診断後支援を、じゃあ認知症患者センターがやるのかとか、幾つかの段階はあるんですが。当センターとしては、2 次医療圏の医療機関との連携は、依頼があれば正式な連携みたいな、協定書を交わすような連携にして、それ以外の地域とは、都内は認知症患者センターいっぱいあるので、原則は、地域外とは深い連携はないという方針がいろいろなというふうに、現時点では考えております。

自分思うのは、まだ 1 剤目ですけれども、今後こういう薬がどんどん出てきて、対象の方も増えてくると、今、考えているレベルじゃない MCI の人が、たぶん受診するようになると思っています。MCI、もの忘れがあったら、バイオマーカーの検査して、点滴なり、皮下注射なり、何か免疫療法を受けるという時代が、5 年、10 年の間に来ると考えると、全部、認知症患者医療センターになったら、きりがいいんじゃないかなというふうな正直なところ考えます。

連携に関しては、基本、診断後支援について、医療機関、最初、投与できるような人手とか施設があるような病院のうちうのは、恐らく医療相談室とか、相談員がいるような病院がほとんどだと思いますので、そういうところで普通に支援を行えるようになればいいんじゃないかなと思えます。それは、研修とか教育ってことになってくると思うんですけども。例えば認知症患者センターと連携する、それから、診断後支援についても一定の役割を果たすことが求められるみたいな、ちよつとふわんとした言い方ですけど。

で、どう連携するかに関して、こないだのワーキングの後に考えてたんですけれど。レカネ

きました。そういう関係をつくりながら、だんだんに交わっていきけるようになるという、少し時間をかけてやっていくという、そういうビジョンであります。非常に学ばされるなというふうに思いました。ありがとうございます。

他にいかがでしょうか。これについては地域性の問題もあるかと思うんですが、ぜひ、内海先生からも何か。認知症疾患医療センター、特に内海先生は、レカネマブ投与機関で6か月間やった後に、その後をどうするかということ、その後、少なくとも当面は、認知症疾患医療センターがそれに対応できるようにしとかなまきやいけないんじゃないかという、確か内海先生、そういうふうなご意見だったかと思うんですが。その辺も含めて、何かご意見いただければと思うんですが。

**内海：**初回投与医療機関というのが、やはり、かなり厳しい条件を考えると、ほんとに各都道府県、限られた数カ所ではないかと予測されます。そこで、6か月後に次を継いでくれるところがなければ、そもそも破綻してしまうんじゃないか。実際、2週間に1回の通院となりますと、北海道は広大な地域なので、患者さん、ご家族にかなり物理的な負担、経済的な負担もかかりますし。

やはり、せめて2次医療圏に1カ所はセンターが設置、北海道は一番少ないですけれども、されて、全国ではほぼ、かなりの設置率がありますので、それを考えると、受け入れ機関として、継続投与機関として、やはりセンターというものが、受けてもらって、診療体制をつくってもらって、それが一つのセンターの役割ではないかというふうに考えました。

具体的に、DMT 投与初回機関が、センターと連携せよというところで、センター側もあるいはセンターではない投与医療機関も、何をどう、具体的に連携したらいいのかというのが、全く、皆目見当が付かないというのが、両者の恐らく意見だと思いますので、そういう意味で、連携とはいいたい、こういう形で、もちろん、投薬で止血するというのは、それは当然だと思えますけれども。細かい規定はいいとは思いますが、一つの、こういう形が連携ですよというモデルみたいなものというか、この検討委員会から出していくべきではないかという意見でございます。

**栗田：**ありがとうございます。これは、先ほどの小澤委員からの意見もつながるところですね。具体的な連携の形式みたいなものを、まずはきちんと出していく必要があるだろうということですね。ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

**藤本：**いいですか。

**栗田：**藤本委員、どうぞ。

**藤本：**半年なりの、振り先ですけど、疾患センターが何となく前提になってるみたいと思うんですけど。救急的な対応ですよ、ICUがあったり、高度なMRIの機関と診断能力があるとか考えたら、例えば、市立病院、市民病院とか、日赤とか、圏域にある疾患センター、ブラス、そういう中核病院がありますよね、いろんな医療を全部賅ってる救急病院が。そこでも専門医についてはいいと思いますので、そういうところに振るといふ案はないんですかね、話し合ってます。

マブ投与医療機関の方に、認知症疾患医療センターが主催するような研修を手伝ってもらって、認知症疾患医療センターでやってくるような活動について知ってもらったり、診断後支援の実際について、いろいろ聞かせる、聞かせるつちゅうたらあれですけど、勉強していただきたりして。たぶん、例えばうちは今、板橋区にあって、大学病院、目大とか、帝京大学とかあるんですけど、その先生方とか相談員の方々が、うちで、認知症疾患医療センターで診断後支援でやってくることで、そういう形、ほぼ知らないと思うんですよ。だから、知る機会にもなっていくと思いますので、そういう形の連携をとりながらやっていくのが、うちの地域では現実的かなというふうに考えました。以上です。

**栗田：**ありがとうございます。古田先生が言ったのは、DMTをやることによって、認知症疾患医療センターに指定するとかそういうことよりも、診断後支援について一緒に勉強していくという、そういう体制がまず大事なんじゃないかという、そういうことかと思っております。これは藤本先生も、恐らく同じような考え方かなと思っております、いかがですか。

**藤本：**はい。ワーキングで言わせていただいたことを書いていただいたんで。今、うちの近くにある県立病院ですけど、元いた病院なんです、そこが恐らく投与機関なんです。やはりしてはいるんですけど、どのくらい人数を診れるかとか。なかなか厳しくて、1年半の間に20〜30人かなという、キャパ的に。それこそ、救急もやっていると、神経難病も診ると、たくさんいる人を見てるので、取りあえず今の段階では、そのくらいのイメージでしか始められないというんですね。それで見てると、やっぱり2回点滴をして、あと、診て、いろんな業務をしながらですから、その間に診断後支援みたいなことをするのは、なかなか今は厳しいような気がします。

それと、疾患センターは、診断、診断後支援、家族支援、連携、教育という形でやってきましたね。ずっとそういうスキルを上げようとしてきてますが、恐らく知る限り、元いた病院ではあるんですけど、その辺はかなり距離があるというか、やっとなんかというか。無理からぬことだと思えます、その辺は、病院の成り立ちからして。だからそこは、上手にお互いに、相互に交流しないと、もともと持っている機能も落としちゃう可能性があるのかなと思うので。ですからそこは、投与機関イコール疾患センターは、かなり先の話として、連携は、古田先生がおっしゃったみたいなのも、それもかなり時間かからないと。投与で精いっぱいだろうと言っていました。投与と、投与の後のいろいろなこと、処理するのに。そこも、ちょつと時間かけながら、お互いの特徴を生かして、交わるようにしないといけないのかなと。で、2回、投与機関に行ったらとして、その間のいろいろなできごとがありますよね。それは結局、送ったほうが診ないといけないのかなと思ったりもするんですよ。だから、そこも取り決めをしとかないと。何かあったらうちへ言つていいという形にしないと、宙に浮いたやうな感じがします。そんな感じですよ。

**栗田：**ありがとうございます。認知症疾患医療センターと、レカネマブ投与機関という、そういうところの連携のあり方って、今、藤本先生に具体的なことをいろいろとお話したい

**栗田**：確かに、今、DMT 実施機関と、認知症疾患医療センターの間だけの話をしているんですけども、先生おっしゃるように、じゃあ全ての認知症疾患医療センターが、6 か月後は全て DMT を引き受けるっていうことで、一律いけるのかっていう、これはなかなか簡単ににはいかなかったという。

**藤本**：精神科の病院の疾患センターの人たちと、何人かしゃべったんですけど、そこはなかなか厳しいですね。

**栗田**：そうですね。これは栗野先生からもご意見をお聞きしたいほうがいいかなと思うんですけども。内海先生のところは総合病院だから、まずいけるだろうと思うんですけど。精神科病院とかはどうでしょう、栗野先生。

**栗野**：栗野ですけど。いや、それは無理ですよ、はっきり言いますよ。半年たったから、もう副反応が出ないということが確約ができるわけではありません。半年終わって、あと1年もあるわけですよ。1年、2週間に1回は続いていくということになりますと、非常にリスクをわれわれは背負うことになるなと。それで、今、藤本先生が言うように、近くの救急病院なんかも、何か変だなんていう連絡を患者さんから受けた時に、そういうところにはつと送れるような体制があると、非常に私どもは助かるなという。

**栗田**：そうですね。少なくとも現時点はそういう感じですよ、恐らく。これについて、今の話について、特に6 か月以降の投与体制のことでも議論したいほうがいいんじゃないかと思っておりますが、池田先生、何かご意見いただけませんか。

**池田**：先生方のご意見、ごもっともだと思います。ただ、非常に難しいのは、先ほどの市民病院とか救急病院を巻き込むというのであれば、誰がその間を仲介するのかと。で、栗野先生おっしゃるように、僕の周りの精神科の疾患センターも、非常に難しいとは言われるんですけど。ただ、割と見込みがありそうなのは、6 か月後、そういう疾患センターで診ていただく場合に、今度、その救急対応は、治療を始めた基幹病院がやると。で、割とギブ・アンド・テイクになりやすいんですよ、間を仲介してると。

ところが、ここに市民病院が入ってくると、それはやっていただければ非常にありがたいところなんですけど。彼らは別に投与を始めてもなくて、普段から認知症の方を、全ての市民病院がフォローしてやるわけでもなくて、そういうリスクだけが救急でぼーんと飛び込んでくるっていうのを、果たして誰が依頼をして、誰が仲介するのかっていうのは、結構シビアな問題で。

理想的にはもちろんそんなんです。必ず入っていたらいいっていうのは、非常にありがたいんですけど。本当に、実際、自分の病院の周りでも、市民病院にそれが依頼できるかということ、なかなか難しいですね。認知症疾患医療センターや、むしろ神経内科の専門医がいらっしゃるクリニックと、それから、投与を始める基幹病院との間のやりとりのほうが、それも決してハードルは低くはないんですけど、僕は話が進みやすいかなというふうには、個人的には、今の段階ではですよ、今の段階では、僕の周りのいろいろな人と話し合っていると、まだスムーズかなという気はしています。以上です。

**栗田**：そうですね。これも地域性はあるんだとは思いますが、いろんな地域の、6 か月以降投与体制っていうのは、さまざまな地域を見ながら考えていくっていうことになりそう。藤本先生、どうぞ。

**藤本**：ほんとに地域差だと思えますよね。以前、基幹病院とわれわれで、かかりつけ医で、勉強会をずっとしてきてたことがあって、何年間か。そこは神経内科や何か、専門医がいる病院です。だから、今のイメーজは、そういうことに関して、地域とのつながりは、恐らく今、われわれのところでは、DMT 投与病院よりは、そういう基幹病院のほうが、地域とつながっている。

**栗田**：そうですね。

**藤本**：そうすると、恐らく、適していないわけではないかもしれないと思います。やっぱり地域差があるんじゃないですかね。

**栗田**：そうですね。今や、一般病院も、みんな認知症を診てる時代なので、全く診てないわけではないので。

**藤本**：ケア加算もだいたいみんな取ってますよ。

**栗田**：そうですね。診てる状況なので。

**藤本**：チームをいっばい特ってます。

**栗田**：それなりに地域の認知症疾患医療センターと連携している一般病院も、たくさん増えてきているので、そういうところでもう少しやってくると、ひよっとしたらウィン・ウィンの関係ができるかもしれないと思いますし。合併症はそっちでやってくれるし、BPSD はこっちでやるし、診断後支援はこっちでやるよといった感じですかね。

**藤本**：そう思います。

**栗田**：そういう感じでつくれるかもしれないですよ。

これは地域差だと思っていて、せっかくなので、武田先生や石井先生の意見も聞いたりしたいほうがいいかなと。武田先生いかがですか。

**武田**：ありがとうございます。取りあえず今考えてるのは、長寿医療センターは一般病院で、地域型で、精神科病院と連携してっていう形を取っているんですけど、そういう中で、ただ、まだレカネマブの投与機関も非常に少ないので。長寿医療センターは、一般病院といたしながら、非常に高度な救急医療機関ではないんです。救急医療センターも持ってませんが、血栓溶解療法、急性期の血栓溶解とか、機械的な血栓回収療法もできない病院で、HCU も4床しかない病院であって。

ただ、そういった時に、しばしば認知症の患者さんをお願いは、例えばそういう場合をお願いすることもあるんですけど。こと ARIA の重症化に関しては、そういう経験の少ない一般病院をお願いするわけにはいかんだらうと、現状においては、どんな場合であつてもう一度最後まで診るしかないかなっていうふうには思っているんです。力不足とはいいいながら、ですので、それでレカネマブを投与してない一般病院をお願いするのは、しばらくの間は現実的ではないかなと。少なくとも1年ぐらいいは無理じゃないかなというふうには考



えてしまいます。だから、初回投与機関が踏ん張るべきところじゃないかというふうに今は考えております。

**栗田**：なるほど、よく分かります。これは、実はもう1つの重要な論点だと思って、後でデータを共有して、それも一緒にお話ししようかと思うんですけど。

その前に石井先生、広島島の状況について何か少しコメントいただければと思うんですけど、いかがでしょうか。石井伸弥先生です、すいません。

**石井（伸）**：広島県の石井です。私は先ほどの池田先生のご意見にかなり賛同する部分があります。私は広島県の西部認知症疾患医療センターで外来を持っておりまして、近くで投与施設になりそうなるところが、元国病の西医療センターしかないので、その先生と何度か意見交換させていただいているんですけども。結局、そこをやりとりして、こちらからは、MCI の患者さんがいらっしやったらそちらに紹介する。で、レカネマブの投与、最初の6か月はそこで持っていたら、その後は戻していただく。で、ARIA とかそういうものが出てきた場合にはまたそちらに戻すという形で、かなり相互協力関係というのはつくれるんじゃないかなという、そういう感触は持っております。

ただ、他の病院を巻き込むという事は、かなり抵抗があるんじゃないかなというのは、正直感じております。例えば、西医療センターが取れないからといって、じゃあ近く当たったら、JA だったりだとか、ちょっと足を伸ばせば他の病院もありますけれども、そちらに振るのはかなり反発があるんじゃないかなと、感触は正直ございます。実際、この地域の認知症の方、あんまり行動半径が広がらないので、他に振るのものはばかられるというような、そういうところもありますけれども。

ただ、関係をつくるという意味でいくと、例えば先ほど、連携をして、お互いがどういうことをやっているか、きちんと学ぶような場をつくっていったらどうかかというようなお話もあったかと思えますけれども。そういう関係をまずはしっかりつくっていくところから、もちろん、認知疾患医療センターと、あと、DMT の投与開始施設で、まずは関係をつくっていくところが必要なかなというふうに感じております。

**栗田**：なるほど。ありがとうございます。せっかくなので、石井先生にもう1点だけ私から聞きたいんですけど、石井先生、精神科病院のこともよく知っています。要するに、地域型の認知疾患医療センターになっているのは、どの程度、どの程度でもちろん数値的なデータはいらないんですけど、印象でいいんですけども、やれそうなるところは、それなりにあるものかどうかについて、先生、何かご意見いただければと思うんですけど。

**石井（伸）**：これは正直、瀧野先生のほうが美感として正しいものをお持ちかなと思います。私の感覚としては、抵抗感が強い施設が多いんじゃないかなというところが正直なところなんです。

**栗田**：なるほど。ありがとうございます。瀧野先生もそんな感じですかね。

**瀧野**：いや、僕が心配してるのは、投与するのは問題ないと思うんです。やはり、ARIA が出た時の対応の問題。だから、われわれがこういった、受け入れて、投与をすつと、1年間、

半年の後にやります。やるだけけれども、ARIA の対応が問題というだけなんです。私のほうから質問なんですけど、ARIA が出た時っていうのは、それは当然、実施機関はすぐ対応できるんですけど、どういう対応をされるんですか。何科の先生が当たられるんですか。

**栗田**：これは武田先生に回答してもらった方がいいかな、そうすると。

**武田**：実際には、ARIA そのもので症状は出ないことのほうが多いですね。ほとんどは症状出なくて。ただ、頭痛とか、非常に軽い症状の場合も、症状があっても軽い場合が多いんですが。ただ、心配なのは、うちもレカネマブであったんですけども、ARIA が出始めるのに、強行していったら、とんでもない、でかい浮腫になってしまったっていうことがあって。やはりその辺りを、要するに、継続していいものかどうかというのを、きちんと評価することが一番大事で。やめる時はしっかりとやりやめるといふ部分は注意するってことが大事で。

あと、確かに、ごくごくまれには出血がひどくなって、手術っていうことも、想定はあり得るんですけども、そんなに、件数としてはとても少ないとは思っています。ですけど、とにかく、要するに、投与を継続していかどうかというところの判断が、やっぱり一番大事なポイントじゃないかというふうに思います。

**瀧野**：分かりました。その判断を、いわゆる実施機関のほうに、割とスムーズに当然できるということですよ。

**栗田**：そうですよね。

**瀧野**：全く知らない脳外科のほうに、ぼつとお願ひしても、その辺がさつとできるといふこと。

**武田**：そうですよね。特に、MRI で ARIA を評価するんですけども、投与前と比べてどうかっていうことなので、投与前のデータがないといけないんですね。で、多くの病院はちゃんと ARIA 用のプロトコルを決めていて、どういう撮り方で撮りますよって。で、プロトコルがずれてしまうと、例えば出血が増えてるかとか、そういうのも評価できないので、このやり方でやるっていうことを決めてるんですね。です、それが例えば病院が代わってしまると、全然撮り方も違う。やり方も違うところを評価したとしても、それが ARIA が増えるかとか、悪化してるかどうかということは誰も分からないっていう話になってしまっているということもあって、この辺が難しいんですね。

**瀧野**：そうすると、先ほど言った、やっぱり実施機関で診てもらおうのが一番だと思うんですけど。今の DMT の実施機関というのは、今の基幹型で、やっぱり大学病院だとか、大変大きなところになってしまつて、緊急の時間外なんかはわれわれのほうから、ぼつと連絡した時に、果たして、いつも受け入れていただけるかということの不安のほうに、また出てくるような気がしますけど。

**栗田**：なるほど。

**瀧野**：必ず、大きいところで受けますよと、そういう患者さん大丈夫ですよという確約があれば

ば、われわれは何の躊躇もなく、普通にやれると思います。

**栗田**：そのところですね。藤本先生どうぞ。

**藤本**：武田先生にお聞きしたいのが、ARIA の症状についてですけど、滋賀県、縦に長くて、真真中に琵琶湖があるもんですから。で、南に偏在しているんです。DMT 病院、2 つあるんですけど。で、北のほうから、だから琵琶湖の向こう側から患者さんが来た場合、半年ぐらひは月 2 回、大変なんです、それも。通ってきたとして、その後どこか、地元へ例えば振られて、地元病院、大きな病院で点滴してもらったとして、ARIA かもしれないとか、頭痛とか何か起こった時に、それは 1〜2 時間かけて来ても、全然それは大丈夫なんですかね。元病院に行くとして。

**武田**：恐らく、恐らくなんですけども、大丈夫なんですけど、ただ 1 点困るのは、先ほどの、例えば、脳梗塞急性期とかそういういったものがあつた場合に、血栓溶解ですとか、血栓溶解はレカネマブやつる場合は基本的にはファーストチョイスにはならないんですけども、血栓回収とかそういういった機会を逸してしまう可能性はあるんですけど、そうやって長いこと運んでいる間にとつたところは、とても。

ARIA そのもので、そんなにもすぐ急ぐ必要はないと思いますし、うちの病院も、神経内科の医師が毎晩いるわけではないので、基本的にはオンコール体制で、何か直の医師に心配なことがあれば、連絡してもらえばいいという形でやっていますし。それから、誰が見てもひどいようなものは、もちろん出ていくというスタンスですけども、そうでない場合は、次の日でもたぶん大丈夫だろうというふうに考えてはおります。

ただ、基本的には入院させる予定ですけども、最初のうちは、疑わしいものはみんな入院させていけつていうスタンスでおりますけども。

**栗田**：ありがとうございます。データを 1 回共有させていただいて。次に進めていきたいと思いますが。今の話の続きのところだけ、ちよつとだけ共有させていただこうかと思うのですが。救急の問題ですが、ワーキンググループでもこの問題について議論しております。特に最初の投与機関では自分とどこでやれるかもしれないけど、次のところかどうかという問題とも関連するので、ここで提示しておこうと思うんですが、重篤な ARIA に対する救急医療体制ということで、1 つは、遠隔地からレカネマブ投与のために通院している患者が、重篤な ARIA を発症した場合、原則として DMT を実施している医療機関が、救急の受け入れを頑張つて行えるようにしておく必要があるだろうと。これはまずは、前提としてこういうことを考えておく必要があるだろうと。それから、とはいえ、近隣の救急医療機関を受診する必要がある場合には、その医療機関との連携体制をあらかじめ築いておく必要があるということも必要なんじゃないだろうか。

それから、これは、今日は今村先生もいらつしやるので、ご意見も頂きたいと思うんですが。日本医師会や救急医学会を通して、DMT による重篤な ARIA への救急対応について周知しておくということも必要なのではなからうかと。一応、適正使用ガイドラインには、レケンビ使つた人には、レケンビ使つていますよというカードを持つてもらつていうこと

にはなつてはいるのですけれども、サービス提供側にもちゃんと周知しておかなくてはいいかなとか。

一方、頭痛など、ARIA が疑われる症状が認められた場合には、まず ARIA かどうかを確認しなければいけないので、それについては、DMT 実施機関を受診するように、あらかじめ患者さんに説明しておくという、こういうことも必要であろうという議論もされております。ということで、これは ARIA に対する救急医療体制の確保ということから、あらかじめ考えとかなければいけないことだと思つていただけます。

今村先生、ここまでの全体のことも含めて、何かご意見いただければと思つていますが、いかがでしょうか。

**今村**：今いろいろと全体のお話、それから、アンケート結果等も踏まえて 1 つ感じたのが、既に DMT の投与が行われてることですので、そういった、既に起こつた、投与されている機関がどのような形で、今、認知症患者センターとの関係等も含めて、構築するのがいいと考へてるか、恐らく、現実もう始まつてるので、少しそういうところから、まずは幾つかのモデルを出していただくというのにはありではないでしょうか。

あと、そういった場合に、今出てきたような救急体制も、実際に起こつた時どうするのかというのを、そういうところは既に想定はされていると思つてすね。その辺で、少し幾つかのモデルが出てくるのかなと。地域差の問題も含めて、その際に考へていただいて。何かのたたき台がないと、どのように進めるのか、私も全く予想がつかない。

もう 1 つ感じるのが、どの程度の投与の人数が想定されているのかというところも含めて、ご議論されるのいいのかなと思つてす。日本医師会は、その結果をしつかりと広報するということに関しては、ご要望にしっかりと沿つていきたいと思つております。

**栗田**：ありがとうございます。これはほんとに次のステップ、やらなければいけないところでありまして。ちなみに武田先生のところもそうですし、私たちのところもそうですけれども、まず院内の提供体制をつくるのが最初の課題で、次は連携です。これはこれからつくづくてはいいかなと。恐らく、これは自治体とも協力し合いながらつくづくていくかなと。特になかなかないというところになるので、具体的なモデルを現場でつくづくていくということ、次の課題かなと考へております。ありがとうございます。これも一言として出さなければいけないことかというふうに思つてす。ありがとうございます。

それから、自治体ということでは、北海道と大阪の方、来ていただいたのとありますが、ここまでのところどうか、小藪さんと大森さんから何かご発言いただけたらとありますが、思つてす。

**小藪**：小藪です。音声大丈夫でしょうか。

**栗田**：大丈夫です。

**小藪**：まず北海道の状況を、少し情報提供させていただきまして、札幌市、指定都市として、今まで認知症患者センターがなかったのですが、現在、指定の動きがございます、近

いうちに指定されるのではないかと思います。指定されれば、ようやくではございますけども、全ての指定都市にセンターができるという状況になります。

ただ、先ほど内海先生もおっしゃっていましたが、2次医療圏、北海道、21圏域ございますけれども、7圏域が未設置になってございまして、ここはなかなか、医師の問題もございまして、働きかけを行ってはおりますけれども、すぐに指定は難しい状況です。

今、議論になっておりましたけれども、特にARIAに対する緊急な、救急体制等については、北海道の場合、遠隔地から通うという方が大部分、多くの人がそうなる可能性が高いという状況で、連携体制を考えた時に、センターだけではなくて、やはり近隣の医療機関とどう関係性を築いていく必要があるか、サブポート医やかかりつけ医を含めた、関係を築くことが、北海道の場合は特にですけども、重要になってくると感じました。以上です。

**栗田：**ありがとうございます。大森さんいかがでしょうか。大阪市の状況など。

**大森：**大阪市の状況です。聞かれますでしょうか。

**栗田：**聞かれます。

**大森：**大阪市自体は、1つの2次医療圏域で、連携側等も含めて、6つの疾患医療センターがあるんですが、今回のDMTに関しては、たぶん東京都の小澤委員がおっしゃっていただくと同じではあるんですけど、連携のところの自身が、疾患医療センターと話してる中でも、DMT投与の医療機関との連携をどのようにしたいのかということも、まだ手探り的なところもありましたので、そこは何かしら示していただけたらありがたいなというところ。様式であったりとか、連携の自身とかも含めていただきたいというのが現場的な意見かなと思います。

じゃあDMT投与機関を疾患医療センターにということところは、診断後支援ですとか、その他の地域連携等も含めて、あまり現実的ではないということもあるんですが、やはり、初回投与も含めて、6か月以降の投与の体制については、正直なかなか、まだ手探り的なところもありますんで、さっきも言ったように、モデルといいますか、そういったところを情報提供いただけたらと、自治体としてはありがたいなと思っております。以上です。

**栗田：**ありがとうございます。

皆さん貴重な意見ありがとうございます。ここから残りの時間は、画像とバイオマーカーに集中して議論させていただければと思います。ではまた資料を共有いたします。

まず、PETの撮像施設に関するのですが、PETによるAβ病理の判定にあたっては、PET撮像施設が必須ではないということになっていきますが、施設が認証を受けていなければ自信を持って診断することができないという意見もございまして。

認知症関連学会専門医に対する今回の調査でも、自施設だけでアミロイドPETを実施できるとするのは10%程度。これは認知症疾患医療センターの場合もそうでしたけども。アミロイドPETが可能な施設を増やす、具体的な方策を考えなくてはいけないのではないかと。それからもう1つは、アミロイドPET施設の必要数を検討した上で、計画的に整備す

るといって、そういう観点も必要なのではなからうかと。それから、そもそも放射線関連学会専門医を対象とする調査では、PET認定医の人員が少なく、養成を急ピッチで進めなければならぬという意見が、実は今回の調査でも多かったんですね。PET認定医を急ピッチで進める方策を検討する必要があるのではないかとということがございます。

それからもう1つはMRIですけれども、DMT投与にあたっては、複数回のMRI撮像が必要であり、ARIAが疑われる場合には緊急MRIも必要となるので、そのような頻回のMRI撮像が可能な施設に限られているのではなからうかと。また、ARIAを判読できる放射線診断医も限られているのではなからうかと。DMT投与に対応できるMRI撮像施設の整備と、放射線診断医の確保、これも計画的に進めなくてはいけないのではなからうかとという、そういうことでもございまして。

今回、ここには出せませんが、髄液のバイオマーカーについても同じようなことを考えていかなくてはならないでしょうし。それから、血液バイオマーカーの社会実装という観点からも議論していかなくてはならないところかと考えております。

ということで、ここからは特に、石井賢二先生と、それから、三木先生と、池内先生中心にご意見いただければと思います。まず、PETのほうからいこうかと思いますが、PET撮像施設の整備という観点で、石井先生、何かご意見いただければと思いますがいかがでしょうか。

**石井（賢）：**ありがとうございます。一応、今回の保険収載の件の中で、均てん化を重視するということで、まだ撮像認証を受けてる施設が1つもない県があるために、均てん化の観点から、撮像認証を要件としないというような判断がなされたんですけども。私は、ガイドラインとか認証制度にずっと携わってきた立場から言うと、大変残念な判断だったなというふうに思います。均てん化はいいんですけども、実はPETの診断というのは、レカネマブを投与するかどうかで決定的な情報になるわけです。そのクオリティーというのは非常に大事で、診療の先生方が、非常に切実な患者さんを一生懸命評価をして、PETの検査を出す。それが、画質が悪くてよく分かんないけど、陰性にしてこうかみたいなの、そういう判定をされたら、本当にたまらないわけ。

撮像認証が必要だというのは、やはりクオリティーを担保する意味で、アミロイドPETというのは、今までの腫瘍PETよりはるかに難しい。で、医療機器として承認された機械をただ使えば、それなりの質の画像が撮れるわけではなくて、きちっと、その機械に合ったチューニングをしないといけないです。ですから、心ある先生方は、こんなPETカメラでやったら大丈夫でしょうかという相談もあります。一方では、経営的な観点で、うちはPETがあるから、どんな使ってもらえんというところで、質を考えないで撮像する施設がないとはいえないです。

ですので、撮像認証を取得して、その上で普及・均てん化を図るということが、まず一番重要なことだとおっしゃっていただいております。一応、今年の6月までに取得することが望ましいというコメントは付いておられますけれども、そういう方向でやっていくということとは

大事だと思えます。

特に日本は割とレベルが高いと思うんですね。アメリカの場合にはリアルワールドでアイデアスタディーというのをやって、いきなりアミロイドPETを診療でやったスタディーがありますけど、1割ぐらいは判定が正しいような画像が上がってきるといような状況が報告されています。

実際には、今、全国で411のPET施設がございすけれども、12月現在で106の施設が撮像認証を取っています。ですから、実は既に4分の1になってるわけで、まだまだ増えると思えます。それから、読影する先生方も、今、講習を受けてるのは480人、既にいて、全国、都道府県全部分布しています。

撮像施設認証がない県というのは十幾つあるんですけども、その中で、恐らく地域ごとのアレレンジというのがすごく重要で、まず施設の数がそろっていかないと、キヤパがどのぐらいあるかというのが全く分からないです。ほんとにやるつもりで認証を取ってる施設と、それから、機会があったらやろうかという形で取ってる施設もあると思いますので、実質的なキヤパがどのぐらいあるか、ほんとに1週間に1例しかできないのか、10例、20例できる施設なのか、そういうことも含めて、ニーズとキヤパをきちんと調査してマッチングをします。それを、しかも地域ごとにきちんと合わせていくという作業が必要で。

というのは、例えば沖縄県は、デリバリーが届かないんですね。ですから院内製造でやるしかないけれども、院内製造できる施設は今、1つも無い。じゃあどうするのかというようなことになると思います。それから、ない県でも、1時間以内の移動で隣の県の施設に行けるような地域もあるというようにもなるともありますので、その辺の、地域ごとにきちんとアレレンジをする必要があるかと思えます。

で、ほんとにそのキヤパが足りてるかどうかということに関して、レカネマップで取りあえず始まりましたけれども、次のドナネマップは、治療開始前に1回撮って、それから治療中止するかどうかということで、もう1回撮る。2回PETをする。多くても2回必要になりますから、さらにニーズが増えてくるということもあると思えますので、レカネマップの立ち上がり具合を見ながら、実際にどのぐらいの施設が、どこどのぐらいのキヤパが必要なのかということ、きちんと把握した上で、ここは足りてる、ここは足りてないというようなことを、きちんと見極めて、それに対応した対策を取っていく必要があるだろうというふうに思っています。

栗田：非常に重要なご指摘をいただきました。提言していかなければいけないことが盛り込まれていたと思います。1つは、きちんとクオリティを担保した、施設認証を受けた施設を整備するっていう観点、もう1つは、地域ごとのニーズの実態調査を行って、それに対応する対策を地域ごとに考えていくという観点、この2点が大きなポイントであろうということだと思います。先生、前者も後者もそうなのですけれども、これを具体的に進めていく中で、核医学会として何か行う計画とか、そういうのはございすか。

石井（賢）：学会としては、今、そういう認証制度を推進しているのと、読影者に関しては臨時の講習会を開いたりして、できるだけキヤパが広がるような努力はしております。ただ、実際の地域ごとに施設をどういうふうな整備していくかというような観点では、なかなか動けないと思うんですね。やはり行政も含めた調整が必要になってくるかと思えます。

栗田：そうですね。ありがとうございす。これは非常に重要な示唆をいただきました。これは行政、都道府県レベルとかそういうことで考えていく必要も出てくるかと思えます。ありがとうございす。この点に関して、三木先生何かございすでしょうか。

三木：三木でございす。PETに関してですか。

栗田：PETに関して何かあれば。

三木：私はPETは専門でありませんで、それほど詳しいことは言えませんが、例えば大学院院とかですと、がんの患者さんのFDG-PETで混んでいるところがあるのは、1つの課題かなと思えます。

栗田：そうですね。ありがとうございす。他に、このPETに関連して何か、委員からご発言はございせんでしょうか。池田先生どうぞ。

池田：ありがとうございす。石井先生のご説明でよく分かりました。これは結構深刻な問題というか、最初の投与に導入できるかどうかこれで決まっちゃうので、ここがいい加減だと、石井先生がおっしゃるようになっちゃう。進行性の疾患でなければお許しいただける込まれる可能性もなきにしもあらずですね。進行性の疾患でなければお許しいただけるかもしれないですけど、これ、1年ぐらい、PET判定であやふやなこと起こって、見逃して、その間に低下していかれて、もう、次にはつきりした時にはチャレンジできないということになる、最善を尽くした上でのクオリティをコントロールして、残念ながら見逃されたということだったらOKかもしれないですけど、そもそもそういう、きちんとしたクオリティケージョンしてないところとそれが起こった時に、結構危なっかしいことが起こりかねないかなと。

あるいは逆に、頻度は少ないと思うんですけど、ARIAが重篤化した時に、実は、亡くなって調べてみたら、アミロイドたまってなかったとか、場合によってはですよ、場合によっては、というようにも起こり得るので、最初の入り口のところのクオリティというのを相当しつかりしとかないと、この疾患修飾薬の治療自体が危ういことになりかねないかなというのを、今のご説明で感じました。以上です。

栗田：ありがとうございす。非常に重要な観点で、ありがとうございす。

この後、MRIのことを議論しておきたいと思えます。MRIに関しては、まさに頻回に撮らなければいけないということがあるんで、実際それが可能な施設がどれぐらいあるのかという、そこまでの実態はまだ全く分からないんですけども。三木先生、MRIに対する対策について、何かご意見いただければと思えます。

三木：これも調査してみないと分からないと思えます。

栗田：そうですね。そこからすよね。

**三木:** 関係する学会は、日本医学放射線学会と日本神経放射線学会と日本磁気共鳴医学会の3つが大きく関係していると思うんですが、このメンバーでウェブなどでディスカッションした中では、結構、特に大学病院などではMRIが普段から混んでいるのが問題として挙がっています。

**栗田:** そうですよ。

**三木:** 悪性腫瘍が多い大学病院などだと、例えば外来で何か月先まで予約が取れないとか、こういう状況のところ、このレカナマブの患者さんがどれだけになるかっていうことも分からないので、何ともいえないんですけど、あまり増えると他のがんの患者さんなどにすぐ迷惑をかけてしまうので、どうなるのかなというディスカッションはあります。です。で、初回のMRIは自施設でやるとしても、あとは連携している他の病院でやらざるを得ない施設も、結構出てくるんじゃないかなというディスカッションは出ています。

**栗田:** ありがとうございます。全くそのとおりだろうというふうにも思っただけですけど、石井先生、MRIについて何かコメントございますか。石井賢二先生のほうです。

**石井 (賢):** 施設によって非常に混んでいるところと、多少余裕があるところもあると思いますので、実際に調査してみないと。

**栗田:** 分からないですよ。

**石井 (賢):** なかなか状況としては厳しいのではないかなと。

**栗田:** そうですよ。自分のところしか分らないっていうのが正直なところですよ。

**三木:** 一つは、さっきも言いましたように、レカナマブを投与できる施設に限られる中で、一部の施設に集中して患者さんが増えちゃうと、その施設が、例えば、

**栗田:** 増えるとパンクしてしまうということですね。これは何らかの方法で、やはり実態調査をして、当然、整備を進めなければいけないだろうけど、それにしても、実態も分からないで整備を進めることもできないので、これも今後の次のステップでやっつけていかなければいけないだろうということでしょう。今まだ始まったばかりなので、数は限られているけれど、これから当然増えるということを想定して、調査をして、計画的にどう整備していくかということを検討しなければいけないだろうということかと思えます。これも提言として出す方向かなと思います。ありがとうございます。これについて何かご意見ありますでしょうか。

**三木:** すいません。

**栗田:** どうぞ。

**三木:** ご提示していただいたスライドの、4番のMRIで、判読できる放射線科医に限られている。

**栗田:** そうですね、そちらですね。

**三木:** 先ほど申しました3つの学会で、ARIAも含めて、薬の投与に関するMRIの、撮像および診断に関する講習会をしようということで、具体的に結構いろいろな項目、ARIAの診断だけじゃなくて、最初の鑑別とか、あるいはMRの撮像条件ですね、これ、条件のパラ

メータを変えると画像も変わってきますので、そういうのもろもろのことを講習会でやろうということ、近くは、2月10日に、日本神経放射線学会の最終日に第1回目の講習会を予定しています。対象は主に放射線科医、実際の検査に携わる者を対象に考えております。

**栗田:** ありがとうございます。そういう方向でぜひ進めながら考えていくということだと思います。ありがとうございます。

では、最後の、体液バイオマーカーのことで議論しておきたいと思えます。とはいえ、やはり髄液でやらざるを得ないという医療機関は、実際のところ少なくないという現実がございまして。そういうことで、髄液バイオマーカーでやっていくところと、どこがどのぐらいあるのか、あるいは、どうやって、それはそれなりに普及したり、位置付けたりしていくかという問題。それからもう1つは、血液バイオマーカーのこともございまして。これについて、池内先生からまずコメント頂きたいと思うのですが、今後の方向性というか、考え方やいうか、課題について、池内先生、コメントいただければと思います。

**池内:** ありがとうございます。池内です。ご存じのとおり、髄液のAβ42/40の比率が、レカナマブを目的として保険収載され、実際に保険の検査として出している施設も出てきております。検査会社自身も、この検査の受託施設を拡大中で、少なくともレカナマブ要件を満たす施設では、検査ができるような体制に移行しつつあるというふうになっております。

また、この検査自体は、連携施設でも実施が可能というところですので、ポテンシャルには、施設は拡大できる可能性はあるわけですが、先ほどの均てん化も含めて、いったいどこでできるのかというところを、いかに見える化していくかというところは、課題としてあるかと思えます。

一方で、検査までいっても、陽性で、治療のところまで律速段階になってしまうと、それはまたそれでもめまますので、やっぱりパッケージとして、その地域でどう進めていくかという連携は必要かなというふうに思います。

個人的には、この髄液の検査で、いったいどれぐらいの人が陽性になるのかというところはこれいろいろな考え方があって、50%ぐらいじゃないかという意見もありますし、もう少し低いかもしれないという意見もあったり、その辺りは少し、リアルワールドのデータを見ていく必要があるのかなというところ。

課題点、現状の課題を少し挙げてみますと、これ、現状、カットオフ値、陽性・陰性で分けているわけですが、100%の信頼性があるわけではなくて、おおよそ10%ぐらいの偽陰性は生じるぐらいの性能のバイオマーカーで、そうすると、そういう方はレカナマブ、受けられないということになりますので、ここはやっぱり真剣に考えないといけないというふうに思っています。

アンケートでもありましたけども、PETで陰性だった場合に、髄液で確認する場合もあるという意見がたくさん出てきましたけども。臨床医としてはその感覚はやっばりありますけども、保険だと現状、PETと同時に取れないという縛りが出てきてまして。少し症例を絞

対する血拴溶解療法についてということですが、これについては日本脳卒中学会より適正治療指針第3版が出ておられますので、これに準拠してやっつけていけるような、救急医療機関と連携することをお知らせしておく必要があるんじゃないかなというふうなことだと思います。これは武田先生から、後でちょっとコメントいただければと思います。

それから2つ目は、説明資料についてです。これ結構緊急の課題かなと思っただけですが、実際に患者さんに説明するための標準的な、決まった説明資料があるわけではないので、皆さん個々ばらばらに説明するのが実態ではなかろうかというふうなふうに思われます。個々の医療機関ではたぶん用意するかなと思うのですが、今回のアンケート調査の要望としては、学会として標準的な説明資料というのを作ったほうがいいのではないかと、ご意見がかなりの割合でありましたので、この辺のところも検討する必要があるかということとです。

あとは、最適使用推進ガイドラインの医師要件の問題であります。これは今回の検討委員会のテーマではないのですが、リハビリテーションの専門医が外れるんだけれども、リハビリテーションの専門医も結構活躍してくれているので、入ってもらったほうがいいんじゃないかというご意見もございました。

他にもたくさん課題があるのだと思いますが、広い視点に立つと、DMT時代の新たな認知症医療提供体制全般を考えていくことかと思えます。多くの観点があるかと思いますが、今日の検討委員会は十分議論できませんので、改めてまたメールなどでご意見をいただくというようになりたいと思います。

武田先生、先ほどの件について何か少しコメント頂いてよろしいでしょうか。

武田：先ほど申し上げたとおりはあるんですけども、レカネマブを使っている方が血拴溶解療法をやると、非常に重篤な出血を起こす可能性があるということで、ファーストチョイスではなくて、血拴回収がファーストチョイスということになっていることが、ガイドラインというか、これ出ているので、そういうことを周知していただくことは大変重要であるということと。だいぶ、血拴回収のできる施設も増えているというふうな聞いてますので、そうであればいいのかなというふうには思います。

栗田：ありがとうございます。あと、説明資料です。これは学会レベルでやはり考えたほうがいいのかということですが、池田先生、こういうことについて何かご意見ございますか。

池田：投与時の説明です。ね。

栗田：そうですね。

池田：これは、この場で議論すべきことではないかもしれないですけど、われわれは大学病院なので、当然のことだとは思ってまず、これ、説明する時間です。これに対して診療報酬がなく、ほんとに大丈夫かと。やっぱり1時間はかかるんです。

栗田：結構かかるんです。これ。

池田：しかも、今は先生方のところもそうでしょうけど、通い慣れた人たちで、待っていた人

って、両方取れるようなことも今後必要ではないかなということ。

それから、髄液も1回だけ算定できるということなので、1回、陰性とされたら、その後、2年後、3年後、陽性になるケースっていうのはやっぱりあるんですけども、そういう方はレスキューできないというのでも課題かなと思っただけです。

もう1つは、リン酸化タウとの同時算定もできないという、これもちょっと現場では困っています。つまり、レカネマブ要否で、 $A\beta$ 測った人は $\text{p-tau}$ が測れないっていうことになってしまっています。今までの認知症診断の補助診断的なものができなくなるっていうのは、これも課題になるかなと思っただけです。

少し血液のほうに触れてみたいと思います。血液は保険収載、今回されておりませんが、実地臨床ではまだ使用できないところ。これは日本だけではなくて、海外でも公的保険でカバーされた血液の検査は、パイオマーカーはまだないというところで、幾分、技術的な課題が残っているということ。ここは、レカネマブ投与を契機に、ぜひ血液パイオマーカーの、リアルワールドのデータを蓄積して、将来的にはやはり、1次スクリーニング、アンケートの中でもありましたが、血液マーカー、1次スクリーニングとしての位置付けを確立していく方向で進められればなと思っています。以上になります。

栗田：ありがとうございます。2つとも非常に重要なお話で、保険収載で、髄液のパイオマーカー、非常に課題を残してしまっているんですけども。これは学会でもずっとやっていたかなければいかんかなと思っただけです。ちなみに認知症学会の保険診療関係では、武田先生がずっと頑張ってきてくださいますけれど、この点について何かございますか。

武田：すいません、栗田先生と2人で一緒にやっつけていければと思います。

栗田：そうですね。これは学会としても、ずっと扱っていかなければいけないことになると思うんですけども。今回のこの検討委員会でも、何らかの提言みたいな形で出したほうがよろしいでしょうか。まず、髄液のパイオマーカーのことです。それから、PETと一緒にやれないという、この問題も出したらいかにかなというふうな思っています。これについては、文章をまとめながら案を作らせていただくという方向でいかせていただきたいと思います。

それから、血液パイオマーカーについては、今の池内先生のお話ですと、まず、もう少しきちんとデータを収集して、精度に関する研究を重ねた上で、その上で保険収載という手続きが必要であるということかと、また、保険収載した上で、1次スクリーニングとして使えるようにという方向性である、というふうなこともかかっています。この血液パイオマーカーについて、何か皆さんご意見とかがございますでしょうか。よろしいでしょうか。それでの辺はそんな感じで出させていたということ。

ということと、重要なのはだいたい議論してもらったのですが、その他ということ、ちょっと自由に皆さんからご意見いただいたほうがいいかなと思っただけです。これがご意見です。皆さん見えますでしょうか。これはワーキンググループで出したことですが、1つは、これはさっきの救急の問題と関連しますけれども、レカネマブ投与中の、急性脳梗塞発症例に

たちに説明してらるんですけど、それでも30分以上かかって、でも結論が出なくて。じゃあ、2〜3か月後に、ご家族でもう1回よく話し合って、僕も少し資料を整えとくからかっていて、また来ていただいて、やっと進むか進まないか決まるって言うようなことをやっていると。これ、民間の病院の先生方が、特に診療報酬も付けずにやってくださるのになってというのは、ちょっと不安なのが1点と。

それから、いろんなメリット、デメリットあるわけで、ここをじっくり本人や家族に説明できるっていうのも、やっぱりかなりの知識と力量がいると思うので、その辺りをスキップしてしまわれると、大変なことが起こる可能性があるんです。僕自身は、実際にそういう患者さんが増えてきて、この部分がむしろ一番高いハードルかなと、最近はずいぶん思っています。

以上です。  
**栗田**：ありがとうございます。ちなみに昨日も、ある患者さんに「先生ならどうする？」って聞かれて、答えに窮したっていうことがございますけども。ここ、本当に難しいところですね。ありがとうございます。

だいたい、今日の議事、これで全てですが、その他に何か議論しておかなければいけないとしたら自由にご発言いただければと思いますがいかがでしょうか。

**武田**：すいません、よろしいでしょうか。

**栗田**：どうぞ。

**武田**：今回、最適使用推進ガイドラインに疾患医療センターと関連するっていうことを入れていただいて、僕はとでも良かったと思ってるんですけどね。今やろうとしている近隣の施設を見ても、やはり、認知症に関して全然診ていないような施設がやろうっていうふうな流れで、非常に日本の医療体制で●にしていると思うんです。そういう意味で、やはり、そういうDMT実施機関と疾患医療センターがしっかり連携して、全体的にレベルアップしていかないことには未来がないと思うんですね。

ですので、中西先生がおっしゃってくれたような、提案してくれたような、疾患医療センターに指定するというのも、一つの答えでもあると思いますし、何らかの、オールジャパンでやっていける。認知症対策をやっているという体制がとっても重要だと思えますので、その第一歩として、最適使用推進ガイドラインに疾患医療センターが明記されるということは、とっても意味が大きいというふうに僕は思っています。すいません。

**栗田**：ありがとうございます。重要なご意見だと思います。ありがとうございます。

他には何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。

ではここで1回、中西先生に最後のコメントをいただけたらいいんですけど。いかがでしょうか。

**中西**：どうもありがとうございます。活発なご議論いただき、悩んだり、励まされたりしておりました。今回の薬剤の承認については、これまでに日本で承認された薬剤にはない、多方面の分野の検討が必要で、難産であったということ、承認する担当局からも聞いています。まだまだ、今日も議論しきれなかったことが、たくさん残っています。例えば、サブ一

ト医とかかかりつけ医のこともあります。本当にたくさん課題があるということ、厚労省としても承知しておりますので、今後こういった議論を重ねていく必要があると考えると思います。

今日、ここに追加いただいている先生というのは、積極的に今まで認知症の医療体制を築いてきた地域の先生方だと思いますが、まだそれがうまくいっていない地域であったり、北海道では、札幌市にも認知症疾患医療センターを作ってくださいというお話がございましたけれども、今までやってきた体制がうまくいかなかったり、いろいろな地域があると思いますので、そういうところも踏まえて、前向きに、新しい時代の認知症医療の体制を築いていければと思いますので、引き続きご検討、ご指導のほど、お願い申し上げます。今日はありがとうございます。

**栗田**：ありがとうございます。それから、ワーキンググループの田中先生、おられます。田中先生、何か一言。

**田中**：一言。今日も大変勉強になりました。たぶん、ゴールのことを考えたい方がいいのかと思うんですけども。地域連携に、最終的には、厚労省のほうから●いただいて、あの連携をとれば予算が取れるか、加算が下りるとか、そういうことを目指すような形付けをしていただくのが、皆さんにとってハッピーではないかと思うんですけども。

ただ、それに関しては、調査等いると思いますので、今回、私が厚労省在職中も、地域連携、大事に大事に言っていて、いろいろ調査するんですけども、うまくいってるところは、よく頑張っている地域の先生とか、PSWさんがおられるところはあるんですけど、そうじゃないところは、取って付けたような関係しかないみたいないところも結構あるようなのが実感でした。

今回のことを契機として、良い地域連携とは何かと考えるような、調査とかあって、そのプロトタイプモデルを幾つか提案した上で、後日、厚労省さんのほうから、加算のほうを申請いただくというのがいいんじゃないのかなとは、個人的に考えました。以上です。

**栗田**：ありがとうございます。

今日、本当に皆さん、貴重なご意見たくさんいただいて、非常にいい検討委員会だったと思いますので、今日の話全部テープに起こして、それを踏まえて、私のほうで提言に向けての論点整理をさせていただきます。

それと並行して、皆さんからまだ、ご意見、十分に取れてないかと思っておりますので、さらに追加意見があるかどうか、メールで意見をお聞きするという形にさせていただければというふうに考えております。

次回、8月の初めぐらいに向けて、一応、取りまとめ、整理していきたいと思っております。そんな方向で、この検討委員会、まとめさせていただければというふうに考えております。

それでは、これももちまして、本日の検討委員会、終了させていただきたいと思っております。

令和5年度老人保健健康増進等事業  
認知症の医療提供体制に関する調査研究事業  
第3回検討委員会議事録

日時：2024年2月29日（水）18時～20時（オンライン）

**栗田**：それでは早速、第3回の検討委員会始めたいと思います。皆さん、お忙しいところお集まりいただきありがとうございます。それから今回、直前に資料をお送りさせていただきました、誠に申し訳ございません。お送りした資料に誤りがあったので、資料の確認をしながらそのこともお話しさせていただきます。

資料一式は資料1の議事次第に書いておられますけれども、まず資料が1から7までございまして、参考資料が1から9まであるかと思えます。資料1が議事次第、資料2は検討委員会設置要綱、資料3が委員の名簿、資料4が事業の概要ですが、資料4に眠って提言の草稿のPDFが入ってしまつてので、そちらは先ほど送りました「資料4：事業の概要」と差し替えていただければと思います。それから資料5が、これまでの検討委員会の論点と主な意見。資料6が、これも先ほど送らせていただいたのですが、提言の案でございます。資料の7が令和5年度報告書の構成案でございます。

それから参考資料のほうですが、参考資料1と2は、今回、新たなアルツハイマー病治療薬の導入に当たつての医療提供体制の課題に関する調査を行いました。その調査票です。参考資料3はその集計結果でございます。参考資料4が、これは毎年やらせていただいておりますが、全国の認知症疾患医療センターの実績報告書の集計結果でございます。参考資料5が、これはその認知症疾患医療センターの実績報告書の中で、特に認知症疾患医療センターにおける診断後支援の内容の、令和1年から令和4年の推移を見たものを付けさせていただきます。ちなみに、診断後等支援機能という名称でほぼ同じ項目立てがあり、それからなのですが、令和元年から日常生活支援機能という名称が定まったのが令和3年程度行われているかというのが実績報告書で出ておりますので、その推移を出させていただきます。これは後で説明いたします。それから参考資料6が、最適使用推進ガイドライン。参考資料7が、認知症疾患医療センターの整備事業。参考資料6がレカネマブに関連する施策。この2つは厚生労働省のほうから出していたもので、それから参考資料9も、これは認知症施策等総合支援事業の実施についてということで、現在の認知症疾患医療センターの実施要項がこの中に記載されておりました。ということで皆さん、資料に過不足がないかご確認いただければと思います。ない場合は、事務局のほうにご連絡ください。

では早速、私のほうで資料を共有しながら本日の議事次第に従つて進めさせていただきます。最初に厚生労働省のほうからごあいさついただければと思いますが、いかがでしょうか。中西先生、よろしいでしょうか。

**中西**：お世話になります。厚生労働省の中西でございます。きょうは栗田先生のほうから細

かいことも含めて、たくさん資料を準備いただいております。早いもので今年度ももう終わりを迎えておりますが、1月1日に認知症基本法が施行されまして、今後計画を具体的に立てていくことになってきております。それを踏まえて、また地域のほうでも新たな計画を立てていただくこととなります。も。そうした中で医療提供体制をどうしていくのか、また医療を取り巻く周辺の事業とも関係することにはなりますが、この老健事業では非常に重要な課題を扱つていただいております。きょうはまた提言の案を栗田先生のほうで準備いただいておりますので、まともめに向けてさらなる議論を深めていただければと思います。

大変恐縮ですが、後ろに予定がございまして、途中で退室させていただきます。松村のほうが残っておりますのでどうぞよろしくお願ひ申し上げます。

**栗田**：ありがとうございます。それでは早速、次第に従つて2の事業の概要、3のこれまでの検討委員会での論点と主な意見、4番の提言まで一気に私のほうで説明をさせていただきます。そして、その後質疑応答と意見交換という流れで進めさせていただきますと思います。

では、また私のほうで画面を共有させていただきます。皆さん、見えますでしょうか。最初に、今回の老健事業の概要を一応復習しておこうと思います。これは第2回検討委員会とまったく同じものなので、そのまま使わせていただきます。

今回、認知症の医療提供体制に関する調査研究事業ということで、3つの目的を持って進めさせていただきます。一つが認知症疾患に関する今般の医学の発展を踏まえ、今後の地域の認知症医療提供体制の在り方について検討し、取り組むべき課題を示すということでございます。2番目が各種高度医療施設の連携を含め、認知症疾患医療センターが今後果たすべき役割を検討するという事です。この検討委員会では主に1と2が中心的なテーマになります。3番目は、これは私どもで認知症疾患医療センターの機能を確認するためのチェックリストを作っておりますので、それを使って特定自治体で調査をいたしました。これにつきましては、今回の検討委員会では省略させていただきますと思います。

事業全体の概要については、1では、認知症の医療提供体制に関する調査研究事業検討委員会を設置し、ここでアルツハイマー病疾患修飾薬、これについては以後「抗Aβ抗体薬」とさせていただきますが、その社会実装を視野に入れた今後の認知症医療提供体制の課題の整理を行うということ。2では、現行の認知症疾患医療センターの診断機能・相談機能・政策協力機能を検証した上で、各種高度医療施設との連携を含め、認知症疾患医療センターが今後果たすべき役割を検討するということ。3では、上記検討委員会の討議資料を得るために、認知症疾患医療センターの運営事業の実績報告書の集計・分析を行うこと。そしてもう一つが、日本認知症学会専門医、日本老年精神医学会専門医、日本神経放射線学会会員、日本核医学 PET 核医学認定医を対象に抗Aβ抗体薬の社会実装を視野に入れた認知症医療提供体制の現状・課題・今後の在り方についてアンケート調査を行うこととしてあります。

本検討委員会の主たるテーマは、抗Aβ抗体薬の社会実装を視野に入れた今後の認知症



医療提供体制の課題の整理を行うということをごさいますけれども、それを行うための調査をこのたびさせていただきますとして、前回、皆さんに結果を共有させていただいたところでございます。

実施スケジュールということで、今回は第3回検討委員会ということで、この後報告書を作成しまして、この報告書の中に今回の検討委員会の課題整理と、課題解決に向けた提言を含めたいと考えているところがございます。

ここまですべてでございますが、これまでの2回の検討委員会で議論されたことを一応要約しておきますので、その内容について復習しておきたいと思っております。

これは資料5になります。資料5、皆さん見えますでしょうか。資料5が「認知症の医療提供体制の在り方と取り組むべき課題について」ということで、これまでの検討委員会の論点と主な意見を、ここに集約しておきました。一応この8つのことが主に議論されたものではないかと思うのですが、順番に1からその要約をお示ししたいと思います。

最初は、ここではDMTというふうにいわずに、順番に1からその要約をお示ししたいと思います。最初は、ここではDMTというふうにいわずに、順番に1からその要約をお示ししたいと思います。最初は、ここではDMTというふうにいわずに、順番に1からその要約をお示ししたいと思います。最初は、ここではDMTというふうにいわずに、順番に1からその要約をお示ししたいと思います。

具体的な連携の在り方については、いろいろなご意見を頂戴して、例えば協定を締結するか、覚書を取り交わすとか、診断後支援の在り方を含めて連携の在り方を検討する必要があります。あるいは、認知症疾患医療センター指定の際の協議書にDMT連携医療期間を明記し、実報告においてDMTの実績を報告するとか、認知症疾患医療センターとDMT、この実施期間で症例検討会や研修会を開催できれば、地域にとってもプラスになるとか。初回投与を行う医療期間の患者数が増大し、新たな患者を受け入れることができなくなる可能性があるとか、2次医療圏にある認知症疾患医療センターが6カ月以降の継続投与を行える医療機関として機能できるようにする必要があるのではないかとかです。

さらにこのDMT実施機関と認知症疾患医療センターとの連携の在り方については、地域性もあるもので、すでにレケンピの投与を開始しているところでモデルをつくって、それを示すところから始める必要があるのではないか。あるいは連携の在り方について、この地域性を考慮する必要があるが、一方、国が協定書の書式を作成して示すなど、全国共通のフォーマットを作成していただけないかと、こういった意見もございました。

2番目が、DMT実施機関を認知症疾患医療センターに指定することについて、これも出された意見を並べさせていただきましたが、DMTを実施するだけの医療機関が現れて、これまでの認知症疾患医療センターが行ってきた診断後支援が欠落する危険があるのではないか、DMT実施機関と診断後支援を行う医療機関との連携が必要かと思われるが、同一疾患で2つの医療機関を受診することには無理があり、患者側の負担も大きいのではないか、と言ったご意見がございました。

一方、DMTを実施するからには、認知症に対する診断後支援を行う医療機関になってもいいという考え方もあります。特に医師の教育を担っている大学病院などで、そのような意味ではDMT実施機関を認知症疾患医療センターに指定する意義はあるかもしれない。あるいは、DMT実施機関は一般病院が多いと思われるが、少なくとも認知症の人の身体合併症をしっかりと診療してもらえることが地域から求められることになるので、それを期待することができるとはなからうかと。

それからDMT実施機関が認知症疾患医療センターの機能を担えるか否かについては、地域差があります。また、都道府県によって認知症疾患医療センターの整備方針を独自に定めて、計画的な整備を進めているところもあれば、DMT実施機関を画一的に認知症疾患医療センターに指定するのではなくて、それぞれの地域の実情を考慮に入れて指定の要件を検討する必要があるのではないか。

3番目は、重篤なARIAに対する救急医療体制についてということで、6カ月以降に精神科病院でDMTの継続医療を行う場合には、重篤なARIAに対する救急医療連携体制の構築が不可欠である。遠隔地からDMTのために通院している患者が重篤なARIAを発症した場合、原則としてDMTを実施している医療機関で救急の受け入れを行うようにする必要がある。近隣の救急医療機関を受診する必要がある場合には、その医療機関との連携体制も構築する必要がある。日本医師会、日本救急医学会を通してDMTによる重篤なARIAへの救急対応について周知しておく必要があるのではないか。頭痛など、ARIAが疑われる症状が認められた場合にはそれを確認する検査が必要なので、DMT実施機関を受診するようにはあらかじめ患者に説明しておく必要があるのではないか。DMT実施中に脳梗塞が生じた場合には、血栓溶解療法を行うと重篤な出血を起す危険性があるため、血栓溶解療法ではなく血栓回収療法がファーストチョイスとされている。このことは日本脳卒中学会より血栓溶解療法の適正治療指針第3版に記載されているので、それを周知することも重要ではないかと。

それから、かかりつけ医、認知症サポート医を含む医療連携体制については、現在DMTを実施する医療機関の院内において医療提供体制の整備を進めているところであるが、次の段階としてかかりつけ医・認知症サポート医との地域連携が課題となると。この課題を解決するためには、医師会や行政の協力体制をつくる必要がある。

すでにレケンピの投与が始まっている地域において、地域の医療連携体制のモデルをつくり、それを可視化させることから始める必要があるのではないか。その中で6カ月以降のレケンピの継続投与機関や、重篤なARIAに対する救急医療との連携体制のモデルも示していくことが求められるのではないかと。

これは、厚生労働省が提供してくれましたDMT実施機関を含む地域の認知症の医療・介護提供体制のポンチ絵でございます。

PETについてはですが、このPET撮像施設の整備と診断医の確保については、PETによるAB病理の判定にあたっては、現在のところPET撮像施設認証が必須ではないとされて

いるが、施設が認証を受けていなければ自信を持って診断することはできない。認知症関連学会専門医を対象とする今回の調査では、自施設だけではアミロイドPETを実施できるとしたのは、10%程度。アミロイドPETが可能な施設を増やすための具体的な方策が必要であると。

放射線関連学会専門医を対象とする調査では、「PET認定医の人員が少なく、養成を急ピッチで進めなければならない」とする意見が最も多いと。PET認定医を急ピッチで進める方策を検討する必要がある、これも今回の調査の結果です。

レケンビ投与に当たっては、クオリティの高いアミロイドPET診断が極めて重要であり、撮像認証は不可欠である。撮像認証をして普及してから、その普及・均てん化を図ることが重要であると。

2023年12月現在で全国にPET施設は411あり、そのうち106施設が撮像認証を取得している。今後その数は増えるであろう。読影する医師も講習受講者はすでに480人いて、全ての都道府県に分布している。今後新たなDMTが導入されれば、PETの需要はさらに高まる。地域ごとのニーズの実態調査を行い、それに対応する対策を立てる必要がある。現在、日本核医学会では認証制度の推進と読影者の臨時講習を行っている。しかし、地域のニーズの把握や整備計画には行政の関与が必要であろう、というご意見がございました。

それからMRIの撮像施設の整備と診断医の確保につきましては、レケンビの投与に当たっては複数回のMRI撮像が必要となり、ARIAが疑われる場合には緊急MRIも必要となるが、そのような頻回のMRI撮像が可能な施設は限られている。また、ARIAを判読できる放射線診断医も限られていると。

大学病院などでは悪性腫瘍が多く、普段からMRIは混んでいる。レケンビの患者が増えると悪性腫瘍の患者もMRIも容易に撮れなくなるという問題が生じる可能性がある。ARIAの診断に精通した放射線診断医も限られている。ということ、日本医学放射線学会や神経放射線学会、あるいは日本磁気共鳴学会で、ARIAも含めてDMTに関連するMRIの撮像および診断に関する講習会を開催しているということをございました。

それから、7番目は体液バイオマーカーの検査体制についてですが、これについては髄液のAβ42/40の比率がレケンビを目的として保険収載されている。検査会社もこの検査の受託施設を拡大中であり、少なくともレケンビの要件を満たす施設では検査ができるような体制づくりを進めている。検査自体は連携施設でも実施可能であるので、実施施設を拡大できる可能性はあるが、どこでできるのかということなどをどのように見える化するかが課題であるということでした。

精度については、約10%偽陰性が出る。アンケートでは、PET陰性の場合には髄液で確認するという意見がかなりあり、臨床医の感覚はそれとおりでありますが、保険診療ではPETと髄液を同時に検査できない。また、髄液も保険診療で認められているのは1回だけであり、陰性が出ても再検できない。さらに、Aβとp-tauを同時に測定できないので、補助診断的に使うことができない。

血液バイオマーカーについては、技術的な課題が残っている。レケンビ投与を契機に血液バイオマーカーのリアルワールドのデータを蓄積して、将来的には1次スクリーニング血液バイオマーカーとしての位置付けを確立していく方向が進められればよいと思う。こういった意見がございました。

最後に、DMT実施に当たった説明資料についてですが、認知症関連専門医の82%、放射線関連専門医の64%が「DMTの説明資料を学会などから提供してもらいたい」と回答している。日本認知症学会などでDMTの標準的な説明資料を作成する必要があるのではないかと、こういった意見がございました。

全て、これまでの検討委員会の議事録を読み返しながら要約したもののなのですが、要約しきれない部分もあるかと思えますので、後ほどご意見頂ければと思います。

今回の検討委員会の本題は、これらの調査と議論の結果を踏まえて提言を作成していくということとでございます。その提言の案文を作りましたので、これを中心に本日は皆さんに議論していただければと考えております。提言の案文は、資料6としてつい先ほど皆さんにお送りしたものでございます。これは本当にたたき台というふうにご覧いただければよいと思います。まだまだ文言も言い回しも推敲(すいこう)しなければいけないところもあるかと思えますし、足りない部分もあるかと思えます。活発なご意見を頂ければと思います。あれば、きょう議論していただいても構いません。活発なご意見を頂ければと思います。

では早速この提言について共有させていただきます。タイトルは「今後の認知症医療提供体制の在り方に関する提言」とさせていただきます。

まず、序文ですけれども、令和23年12月20日付で抗アミロイドβ抗体薬、以下抗Aβ抗体薬レカナマブ、商品名レケンビがアルツハイマー病に対する新たな治療薬として保険収載された。今後、抗Aβ抗体薬を含むさらなる新薬の開発が進み、実臨床に導入されるべくことになるであろう。しかし、こうした新たな治療薬を広く活用するに当たっては、さまざまな課題がある。そこで令和5年度老人保健健康増進等事業「認知症の医療提供体制に関する調査研究事業」において検討委員会を設置し、今後の認知症疾患に対する医学の発展を踏まえた認知症医療提供体制の在り方について検討し、以下のような課題の整理と課題解決に向けた提言を行った、というよう出だしで始めさせていただきます。

以下に課題の整理と提言の内容が書いてありますが、大きく2つのカテゴリーに分けて記載させていただきます。

最初は、新たな治療薬による医療サービスを今日の認知症医療提供体制に組み込むためにということ。わが国にはそれなりに地域の認知症医療提供体制というのが形づくられておりますので、ここにとどのようにしてこの抗Aβ抗体薬を含む治療提供体制を組み込むかということが、第1の現実的な課題かと思えます。このことについて課題の整理と提案をさせていただきます。

また読ませていただきますが、わが国の今日の認知症医療は認知症疾患医療センター、認

知症サポート医、かかりつけ医等の連携によって、認知症診断と継続医療を確保する体制が構築されている。抗Aβ抗体薬を用いた治療を導入するには、バイオマーカーを用いた精度の高い診断と、ARIA等の副作用管理を含む安全な治療を可能とする医療体制を、現存する地域の認知症医療連携体制の中に組み込む必要がある。

レケンビの最適使用推進ガイドラインによれば、レケンビの投与が行われる施設は認知症疾患医療センターと連携することが条件となっている。しかし、実際にどのような連携していくべきか定かではない。レケンビ投与機関と認知症疾患医療センターとの連携については、レケンビの投与を開始している医療機関で連携のモデルをつくり、それを踏まえて標準的な協定書等の様式を検討していく必要がある。

抗Aβ薬投与機関が認知症疾患医療センターの指定を受けるようにするという考え方もある。しかし、現段階では抗Aβ抗体薬投与機関が認知症疾患医療センターの機能を担えるか否かについては地域差があり、また都道府県・指定都市によっては認知症疾患医療センターの整備方針を独自に定めて計画的に整備を進めているところもある。現段階では、それぞれの地域の実情を考慮に入れて指定の要件を検討する必要があると。

一方、抗Aβ抗体薬投与機関が抗Aβ抗体薬による治療を行うだけで、認知症疾患医療センターがその機能として担ってきた診断後支援が欠落するという懸念もある。抗Aβ抗体薬投与機関が認知症疾患医療センターの指定を受ける要件を満たすようになれば、この課題は解決される可能性がある。特に大学病院などでは医学教育という観点からも認知症疾患医療センターの機能を担いながら、抗Aβ抗体薬による治療を行える機関になることが望まれる。

抗Aβ抗体薬を投与する医療機関と認知症疾患医療センターとの関係については、地域の実情に応じて当面は症例検討会や研修会等を重ねながら、その圏域の中で認知症疾患の診断と継続医療を含む包括的な診断後支援を確保できる体制づくりを進めていくことが望まれよう。

かかりつけ医・認知症サポート医を含む地域の認知症医療連携の在り方についても、すでに抗Aβ抗体薬の投与が始まっている地域においては医師会や行政と連携して、地域の認知症医療連携体制のモデルづくりを進める必要がある。そのような取り組みの中で、6カ月以降の抗Aβ抗体薬の継続投与の体制や重篤なARIAに対する救急医療体制のモデルも示していく必要がある。

また、今後は抗Aβ抗体薬をはじめとする新たな治療薬の導入によって、多様な認知症疾患を軽度認知障害、MCIの段階で診断し、認知症疾患医療センター・かかりつけ医・認知症サポート医の間で連携医療を行う機会が増えることが想定される。しかし、現在はMCIは保険診療の対象とされていない。今後はMCIの保険診療上の位置付けについても再検討する必要がある。

次が実臨床の中で効果的かつ安全に抗Aβ抗体薬を使用するためのということ、これも皆さんから出された意見を集約して書かせていただきました。

まず、抗Aβ抗体薬の使用に当たっては、クオリティーの高いアミロイドPET診断が極めて重要であり、そのためにはPET撮像認証を取得している施設と読影する医師の確保が不可欠である。2023年12月現在で全国にあるPET施設411のうち、撮像認証を取得しているのは106である。また、講習を受講している読影医は480人で、全ての都道府県に分布している。今後新たな抗Aβ抗体薬が導入されれば、PETの需要はさらに高まるであろう。地域ごとのニーズの実態を把握して、それに対応する対策を立てていく必要がある。

髄液Aβ42/40についてはすでに保険収載されており、検査会社も受託施設を拡大中であることなどから実施施設を拡大できる可能性はあるが、今後はどこでその検査ができるかを可視化させる必要がある。一方、PETでアミロイド陰性の場合には髄液で確認するというのが臨床医の感覚であるが、保険診療ではPETと髄液を併用して検査することができない。また、髄液も保険診療で認められているのは1回だけであり、陰性が出ても再検査できない。さらにAβとp-tauを同時に測定できないので、補助診断的に使うことができない。これらのことが保険診療上の課題として残されている。血液バイオマーカーについてはリアルワールドのデータを蓄積して、将来的には1次スクリーニングとしての位置付けを確立させていくことが望まれる。

抗Aβ抗体薬の使用に当たっては複数回のMRI撮像が必要であり、ARIAが疑われる場合には緊急MRIも必要となるが、そのような頻回のMRI撮像が可能な施設は限られている。ARIAの診断に精通した放射線診断医も限られている。ARIAも含めて抗Aβ抗体薬に関連したMRIの撮像および診断に関する講習会の開催とともに、MRI撮像施設の整備について地域ごとのニーズの実態を把握し、ニーズに対応する対策を立てる必要がある。

重篤なARIAに対する救急医療体制の確保については、頭痛などARIAが疑われる症状が認められた場合には、それを確認する検査が必要なので、抗Aβ抗体薬投与機関を受診するようあらかじめ患者に説明しておくこと。抗Aβ抗体薬投与機関に通院している患者が重篤なARIAを発症した場合には、原則としてその医療機関で救急の受け入れを行うようにすること。近隣の救急医療機関を受診する必要がある場合には、その医療機関との連携体制を構築しておくこと。抗Aβ抗体薬による治療を受けている時に脳梗塞が生じた場合には、日本脳卒中学会の「血栓溶解療法 of 適正治療指針第3版」にのっとり治療を行うことを周知しておくことなどを考慮する必要があると、書かせていただきました。

ということ、これまでの議論をかなり要約して書かせていただいたのですが、この抗Aβ抗体薬の導入を含めて、今後の認知症医療提供体制の在り方全体に関する課題や、あるいは認知症疾患医療センターの今後の役割、在り方に関することにつきましても、まだまだ検討せねばならないことが残されているような気がいたします。きょうはそこにフォーカスを当てて皆さん、活発なご意見を頂ければというふうに考えているところでございます。

ここまでのところで皆さま、何かご質問なりご意見なり、自由にご発言いただければと思います。きょうはどうか。きょうはこの後、全てフリーディスカッションにしたいと考えておりますので。どこからでもご意見頂ければと思います。小澤委員、どうぞ。

**小澤：**すいません、東京都の小澤です。本日申し訳ない、18時40分で中座をしてしまうところで、先にちよつとお話をさせていたきたいと思います。

頂いた提言案で、私のような事務職でも十分内容が理解できる、非常に重要なテーマだといふふうに思っております。

東京都ではアンケート調査を都内の医療機関に行いまして、都内で24の医療機関が2月20日現在ですけれども、レカネマップについて対応可能だという回答を頂いたところですが、この間、いろいろな方とお話をしている中で、レカネマップということについてはかなり報道をされて非常によく知られているんですけども、一方でこの認知症医療提供体制のほうは一般の都民の方はほとんど知らない。レカネマップは知っていても、疾患医療センターは知らない。サポート医とか、そういうこともご存じないということが非常に重要というか。今後レカネマップのされているような内容が、国民に理解されることが非常に重要というか。今後レカネマップの投与可能機関を何らかの形で公表していった時に、それと同時に疾患医療センターを取り巻く医療提供体制のことも同時に理解いただかないといけないといふふうに思っております。

厚労省さまのほうで作っていただいたこの提供体制の図も、実は疾患医療センターと最適ガイドライン適施設というのが投与可能施設のことなんですけれども、この図の中にレカネマップという言葉が入っていないと、ここに参加されている皆さまはすぐ分かるんですけども、実際にはイメージできないというところがあった。

ここで話されている議論をいかに国民に周知するかということも、重要な点というふうに思ったところがございます。以上でございます。ありがとうございます。

**栗田：**ありがとうございます。では続けて、まず意見を頂きながら議論をしていきたいと思います。今村委員、どうぞ。

**今村：**いわゆる現実的な方法的なところが非常に詳しく書いてあって、それはそれで大事なことだし、そこもまた今後どのようにブラッシュアップするかということだと思えます。前回も一言述べさせていただいたんですけど、やっぱりこのお薬を使うかわからないのかというのが、ある意味患者の選択ということになってしまふ部分もありますので、その患者の選択が国民から見ても公正に行われるか。これらのことによつてある意味患者の選択が恣意（しい）的に行われることなく、倫理的にも公正に行われる必要があるみたいな一文を、上から下かどこか入れておく必要があるんじゃないかと。下手すると大問題になる可能性もあるものですから。というのが一点です。

**栗田：**ありがとうございます。なるほど。患者さん自身が自分自身で自由に選択できるわけですが、それが倫理的に公正に行われるようにしていくための環境整備みたいなものを考えていかなければいけないということでしょうか。

**今村：**一般的には、医療資源って限られている。簡単にいうと、透析が始まった時を考えたいただければいいと思うんです。あの時は選ばざるを得なかった。このお薬もおそらく諸外国では、極端なことというとお金持った人は使えるぞと。それが日本の場合、どういふふう

するか。じゃあ、誰でもできるかというところというわけじゃないし、そこはちゃんと公正にこれらの今の手続きも医学的見地でちゃんと選ばれるような形になってると思うんです。少しそういうところで、一言何か加えたいほうがいいかということですね。

**栗田：**分かりました。おっしゃるとおりです。経済の問題も確かにあるし、それから地域資源の問題も。地域格差の問題は、非常に大きいですね。

**今村：**特に医療資源とか医療経済の話が先に出てしまつているので、そうすると特に、結局お金を持った人しか受けられないんじゃないかとか、いろいろあるなことが出てくる。それはやはり非常に注意して、書き方はかなり注意しておかないと大問題になる可能性がある。

**栗田：**よく分かりました、ありがとうございます。武田委員、どうぞ。

**武田：**済みません、その話に関連して、一部で自費で治療をしている医療機関が非常に多いと伺っています。情報を把握できていないのですが、最適使用推進ガイドラインに縛られずにレカネマップを使用する可能性はあるかも知れません。例えば認知症が中等度でも高度でも使用している懸念もあります。今回のこの報告書は、保険診療においてのみという話をするのか、自費診療も含めるのかという課題があります。

今我々が困っているのは、自費でレカネマップの治療を受けている人がARIAなどの副作用が出た時に、当院で受け入れて良いのかという問題です。厚生局に問い合わせをしているのですが、自費診療を受けている人に保険診療を行うと混合診療になるんじゃないかという懸念があります。

あと、現在こちらに来ている案件は、自費でレカネマップ治療を受けている人が半年間は自費治療の契約してるんですけど、その後は保険診療で当院で治療してほしいと言われているのですが、これも混合診療に当たらないかどうかというところ。もし混合診療に当たると、当院は最悪保険医療機関取り消しといった非常に厳しい罰則がある可能性もあるのではと心配して、厚生局に問い合わせをしているんですけども、回答が来ていません。

ただ、そういった話ですととなると、認知疾患医療センターの枠を外れてしまうので。ここは提言では触れないほうがいいのかなとも思います。失礼しました。

**栗田：**ありがとうございます。提言に盛り込むかどうかはともかくとして、直面している問題を挙げていただくことはとてもいいかと思えますので、ぜひそういった意見も頂ければと思います。ありがとうございます。

他には何かございますでしょうか。こういった新たな治療薬が導入されることによつて、現在の医療提供体制全体に及ぼす影響みたいなことについての議論というのは、あんまりされてなかったかと思うんですけども。私も早速一人の方に治療をはじめておりましたが、近の問題として気になってるのは、やはりこの薬に対する理解ですね。知識というか説明というか。これを国民に広く理解してもらおうということが、大切だなと。国民全体とはいわぬいまでも、少なくともこの治療を受けようとしている人たちにこの薬のことを分かりやすく理解してもらうための方策っていうものを、今後も考えていかなければいけないのかなという気がいたします。

この問題はなかなか難しく、現在のデータでしか説明できないので、長期的にどうかと聞かれてもわからないことだらけであります。そういう中で、正しい知識をどうやって普及していくかということも課題として残っているのかなという気がしております。

他に何か皆さん。藤本委員、どうぞ。

**藤本：**これ、説明は少しずつやってるんですけどね。しゃべって思うのは、自分自身の立ち位置がどのお薬をどんなに進めるような方向でしゃべってるのか、少しこう、若干ブレキ踏みながら進めようとしているのかによって、受け取る側が違ってきますよね。

**栗田：**そうですね。

**藤本：**こっちの中で思っているのは、ともかく「薬が全て」と思っている人にはなかなか、「どんなやってください」的なことは言いづらくて、非薬物療法をたくさんやっていますから、それをきちんと受けて、その上で治療を広げたいと思う人にはあまり心配なく言えるんです。「薬だけが全て」と思っている人が、少なからずいるので。そうすると、その人たちに勧めると、もう薬が全てで終わってしまいそうな気がしてね。何か、言うほうの立ち位置が揺れると、患者さんが受けるか受けないも変わってきますよね。だから、それがすごい恐ろしいなと思っます。

それからさっきの「自費でうんぬん」も、何かうわさは聞いたことがあるんですけど。中等度、進行した人でも打てること、ところがあるとしたらね。一番うちでトラブったのが、もう 22 点切ってる人。ある程度前までは 22 点あったんだけど、そのちよつとしばらくたって切った人に「駄目です」と言ったら、すごいもめたんです。何を言われたかというのと、「人権の無視された」って言われた。誰が 22 点を決めただんだという話になって。いろいろ資料を見せるんですけどね。結局そうなってしまっって、22 点は受ける権利がないみたいところ。それは特殊な人なんだと思うんですけどね。しようがないので、まだ投与機関、滋賀はないので、連携して投与予定機関に振って、そこでは断つてもらったんですけど。何か難しいですけどね、微妙な点数の動きがあったりして。こちらがどうやったらニュートラルに進められるのかが、ちよつとよく分からなくて。本当困ってます。

**栗田：**今の話は一つは、この治療、あるいはこの治療薬に対する正しい知識ということもあるんだけど、それと同時に実際の、投与できないというふうになった方ですよね。特に微妙なところで適応からはずれる方ですが、その人たちにに対する、何というんでしようか、サポートというか。心理的サポートというか、どうケアしていくか、という問題が依然として残ってるってことですよね。特にざりざりの人たちにに対してですよ。

**藤本：**そのケースは 60 分しゃべったんですけど、納得してもらえなくて。

**栗田：**よく分かります。実際の実臨床ではざりざりの人だらけなのでそういうことがたぶん起こるだろうなということば、よく分かります。ありがたいです。どういうふうな形でちよつと提言に盛り込むかということは検討しなければいけません。ありがたいです。良かったです。いかがでしょうか。

**田中：**あの、田中ですけど。いいですか。

**栗田：**田中委員、どうぞ。

**田中：**すいません。ちよつと風邪気味で声が聞こえにくかったら、すいません。

**栗田：**大丈夫です。

**田中：**レケンビを導入しようと思っって、連携の精神病院さんに相談に行っったこともあるんですけども。そこに地域包括支援センターも併設されていたので、その方も相談したんですけども。非医療者の人がこの治療についていろいろ相談に乗っって、一般的なあまり専門的ではない知識を普及するというのはいいんじゃないかという話をしました。

まず何か素晴らしい特効薬ができたからそれに飛びつきたいんじゃないかという問題だと思いますので、これには医療情報の入れ方の順番が大切だと思います。今までの施策はどちらかというと先端的治療、ハードパワー的な治療よりもソフトパワー的なケアのほうから体制がつくられていると思うので、まずそういうのがあった上で新しくこういう人が、ある特定のカタゴリーに適合した人が治療ができるようになったんだというふうに、知識の入れる順番がそういうふうになっっていればあんまり問題になることも少ないんじゃないかとは思いました。

そういう意味で、非医療者の人がいろいろこういう情報を相談に乗っって運営していただけるのがいいんじゃないかとも思うんですけども。そういう話になっったので、パンフレットみたいなものがあるって、各保健所なり地域包括支援センターが何か持っっておいていただいて、大まかな簡単な治療の概略とか制限とかいうことを簡単に説明していただいて、本当の詳しい説明は専門医療機関で聞いていただくような体制がいいのかなと思っっています。また非医療者向けの e ラーニング形式の講習で情報共有してもらうのも良いのではないかと思っっています。それでエーザイに聞いてみたらそういう声が多くあるみたいで、何かいろいろ作る方向性にあるみたいで。

そういう今までのソフトなケアを中心にした医療体制から、新しいハードな医療に行く移行期であるということ、ビジョンを提示した上で、知識の導入の順番をなるべく積み上げ式になるようにすれば、治療導入にあつたつての問題が減るんじゃないかと思っました。以上です。(注：ここで非医療者というのは、地域包括支援センター職員、保健所職員、市役所における認知症施策担当職員 のことです)

**栗田：**そうすると、いずれにしてもこれからレカネマブだけじゃないでしようけども、新たな治療についての普及・啓蒙の在り方というものを検討して、それをさまざまに地域の資源等と連携しながら普及していくということ、今後検討していく必要があるということでしょうかね。

**田中：**はい。

**栗田：**これはたぶんおそろく、提言に盛り込んでいいことのような感じがいたしました。ありがたいです。すいません。

他にいかがでしょうか。古田委員、どうぞ。

**古田：**すいません。提言の内容は非常に素晴らしいと思っながら読ませていただきました。

その説明、対象にならなかつた方の心理的支援ということなんでしょう。うちでも専門外来の前の1次スクリーニングを自分がやっていて、週に5~6人、そのレケンビ希望の人の説明をやっている中で、もめる人って今まで、落胆して帰った方は何人かいらいっしやるんですけれども。

一般の物忘れ外来の初診の診療のように、時間をかけて。例えばMMSEが18点の人も全部話聞いて、一通り全部やっから説明の資料を使いながらやらやると納得はしていただけたらいい。

あと自分も思いますのは、ガイドラインが早く改定されて、アルツハイマーの治療はMCIから軽度認知症の状態であればレケンビがオプションとしてありますよということを示していたらいい。でも、それは一つの治療の、薬物療法の一つのオプションというんですかね、一般的な方法だけですけどもご希望によりますよというふうな形で。標準治療に組み込まれるというふうな説明で、でも適用とならない人もいろいろ何かが、今スライドを自分の中じゃなくか、ちょっとまとまらないういふ。そういう何か、今スライドを自分の中で作って説明を今してると、ちょっとまとまらないういふ。それで薬物療法は軽度まではレケンビが使える人がいて、あるいは認知症の状態だったら従来のお薬使って。で、ずっと一貫して生活療法といるんですかね、いろいろ必要ですよというお話をすると、「薬使えなくてもやれることあるんですよ」というのを持って帰れば、まあ何とかなってるのかと考えると、さっきの生活療法と、認知症疾患医療センターでやってきた診断後支援を、やっぱりレケンビ投与医療機関では広まっています。あともう一点いいですか。すいません。6カ月たった後の継続の医療機関というのがどこまで増えるかというのが、初期投与医療機関のキャパシティに関わってくると思うんですけども。点滴1時間をベッド使ってやっ、高い薬だけぞんなんに●がよくないと、あんまり手上げするところがないんじゃないかとかということが今不安に思っています。何か継続投与医療機関が増えるような方策も、何か。これは提言とはちよつと関係ない、保険診療的にも何かあるとありがたいないうふうに今考えております。以上です。

栗田：2つのことですよ。もうこれは本当に現実的なことで。提言ということ、どういふふうに盛り込むかということはあるんですけど。ただ、確かにこの新たな治療薬が導入されたことによって、本当にこの認知症疾患医療センターの診断後支援というものをちゃんと時間をかけて丁寧にやっっていくということがいよいよ求められてくるだろうなという観点では、これは協議しておく必要があるかもしれないですね。今まで以上に必要かもしれないという感じはします。

特に先ほど藤本委員がおっしゃったように、ざりざりの人たちにに対しては診断された後の支援というのが非常に深い意味を持つことになるので、そこところは強調する必要があるんですよ。ありがとうございます。

古田：あと、すいません。MMSEがちょっと前までよかつたざりざりの人に関しては、また何カ月後かやっってみましょうかね」なんというオプションを与えることもやっっておりま

したり。コリンエステラーゼ阻害薬始めて、「よくなつたらいいな」なんて思いながらやっけるケースも今あり、(22点を越えたら適応になる可能性があるというふう)に<発音が重なり聞き取り不能>。

栗田：実際そうですよ、そういうことありますよね。MMSE22点前後の人は、そのあたりのスコアを行ったり来たりするのが普通だろうというふうな思われるので、おっしゃるとおりですね。ありがとうございます。

古田：すいません、お先に失礼します。申し訳ありません。

栗田：了解です、分かりました。瀧野委員、どうぞ。

瀧野：すいません、瀧野ですけど。ちよつと教えていただきたいんですけど。まだ私、使ってもないし、送ったこともないんですけども。皆さん方のところは、確かに大きいところはもう今やられてるみたいという印象があって。実施医療機関さんが、必ず認知症疾患センター一持っていない、一般の総合病院、大きなとこがやっらっしゃるんだと思うんですけど。

最初、「使っほしい」というふうに来た患者さんというのは、ただの相談になるわけではなくて、一応受診という形でできて、どのようになれる。さっき自費というのもあったように、受診して診断を、取りあえず保険でやりますので認知症というのには、たぶん付けるとは思っんですけども。そこで30分なり1時間なり、当然私はいくつかの検査を受けてみたいという時に、いろいろまず検査をたぶん自分のとこでできる検査等をして、で、さっきのMMSE辺りの話もあるでしょうけど、それで終わりでなくまた次回とか、いろいろそこで話をしながら「レケンビという薬もあるよ」というような感じで実施医療機関に送っていくという手順。どうなんでしょうか、その辺ちよつと教えていただきたいんですけど。

栗田：それは本当に具体的な話であって、それぞれの医療機関でそれぞれやってると思うんですけど、ちよつと少しそのテーマで情報共有しましょうか。誰でもいいんですけども。

古田：すいません、まだいるので。

栗田：古田先生どうぞ。

古田：すいません、画面がもう全然。雨で駄目なんですけど。うちは神経内科か物忘れ外来の初診にレケンビの希望の方は、予約の時に「レケンビ希望」とおっしゃった方は、認知症疾患医療センターの相談室に電話がつながって、そこで物忘れ外来かレケンビに対しての説明をして、それでも希望されるという方は物忘れ外来か神経内科の初診の予約を取って、普通に初診を診察して。で、1次スクリーニングをして適用がありそうだったら、レケンビの評価をするためのバイオマーカーの評価するような外来に送るという形を取っています。

またレケンビ希望で受診したわけではなくても、神経内科でも物忘れ外来でも精神科でも、MCIから軽度認知症でMMSE22点以上でADっぽい人に関してはレケンビの話はするようになっています。標準的な話として。以上です。

栗田：私も古田先生と同じ病院で働いているのでまったく同じです。そういうやり方です。

ありがとうございます。

**刈野：**刈野ですけれど、やはり大きな病院さんでいろんな科があって、そういうふうなセンターも持ってらっしゃって。窓口はセンターっていうことにして、そして物忘れ外来とかいわゆる神経内科だ精神科だ、その対応、対応で役割分担でやってらっしゃる。これができるというのは素晴らしいことなんで、そんなに大きな問題は起こらないんじゃないかなというふうに思います。

**栗田：**そうですね、おっしゃるのとおりで。たぶん武田先生のところも似たような感じなんだろうというふうに思いますけれど。

**武田：**だいたいそういう感じだと思います。とにかくわれわれがしているのは、レカネブの希望者の方も普通にもの忘れ外来を受診していただく。で、アルツハイマー病による軽度認知障害、あるいはアルツハイマー病による軽度認知症という診断の方について、次はアミロイドPETの実施の方向へ進めます。基本的には通常行っていることと変わります。ただ、できるだけ最初の診断でアルツハイマー病による軽度認知症という診断をきちんと付けてからやろうと皆で言っています。アミロイドPETをやったら陰性だったというのは避けたい。本当に14万円というのが高額なので。診断の能力が問われる場面ではあります。

**藤本：**はい。

**栗田：**藤本先生、いかがでしょうか。

**藤本：**うちで連携できるのは、僕が昔いた県立病院で、あそこにはPETもあるし、初回投与病院です。そこは、PET 専門医、神経内科専門医、病院長とも、定期的にメールでやり取りをしています。でも、そこは、診断後支援はあまりしていません。うちで若年だったり軽度の人でインフォームドな断後支援をやっている、その人たちをその病院に紹介した時に、クリニックの診療とはいったん離れますよね。そうなった時に、今やっている診断ご支援がなくなりますよね。そこが心配だなと思っています。だから、そこはより連携を取って、そこそちらで担ってもらえるような形に願わないと、患者さんの不利益になるかなと思っております。

**栗田：**藤本先生、一つお聞きしたいんですけど。先生のところのカウンターパートとなってる医療機関というのは、認知症疾患医療センターではないですかね。

**藤本：**ないです。近隣で、もう一つの初回投与病院は、済生会病院で、そこも疾患センターじゃないです。

**栗田：**そうですね。レケナビを使う時には認知症疾患医療センターと連携することというふうになってるんですけども、具体的に先生のところと連携する時に何か連携の形式、例えば協定書とか覚書とかそんなのはあるんですか。

**藤本：**まだ具体的には考えていません。ただ、どちらともやりとりは密にしているの、投与が始まる時に連携の話はしようと思えます。その済生会病院から投与病院になりたいというところをお聞きしたので、県立病院と済生会病院とで、メーリングでネットワークをつくって、情報共有をしています。また、近くの市民病院の脳外科専門医の先生とそここの院長にお願い

して、フォローアップ病院になってもらいました。所属医師会で、二つの投与病院と二つのフォローアップ病院ができました。

**栗田：**なるほど。今、標準的な連携の様式とかあるわけではないので、先生のところどころ何らかのものを工夫してつくっていただこうということが必要ですよ、現段階では。

**藤本：**投与病院で、診断ご支援ができないとしたら、フォローアップ病院のうちで、それをやってもいいですね。話し合いが入りますけれど、心理的に少し落ち込んだり何かした時に、戻してもらおうのか、戻してもらわないのか。そこはこっちは担いますよと言っていいのかなと思うんですけどね。

**栗田：**そうですね。これ、今、外形的な何か様式なくともあれでしたっけ、実質的に連携してれば使えるんじゃないっけ。別に様式も何もなくても。

**藤本：**困ったらこっちは来ますけどね。

**栗田：**そうですね。今んとこ、別に連携の様式は定まっていなくてもいいから、口頭で「連携してる」って言えばそれで済むような感じなんじゃないかな、現段階では。

**藤本：**済生会病院は、うち連携型ですから。更新のたびに精神科病院と総合病院との連携協定結ぶんです。

**栗田：**そういう連携協定ありますよね、確かに。

**藤本：**あります。だから、その済生会病院はその一般病院の連携の役割を担ってもらっています。

**栗田：**そういう形で連携結んでるわけですね。

**藤本：**だから、疾患修飾薬での連携とは違いますが、連携はしていますね。

**栗田：**そこではちゃんとありますよね、外形的に。そういう形なのか。

**刈野：**刈野ですけれど。

**栗田：**刈野先生、どうぞ。

**刈野：**今言った藤本先生のはたぶん認知症疾患センターを、われわれ地域型もそうなんですけれども、いわゆる身体合併症の連携病院ということで。センターの申請をする時に協力病院として登録する医療機関のことですね。

**栗田：**それですね。

**刈野：**だからこの連携のいわゆる診断後支援についてとか、いろんな情報、説明を少しでも担ってくれませんかといったら、僕はほとんど担わないと思います。ただ、治療だけはしますよと。あとは知りませんというのが多いんじゃないかなと。

だから藤本先生、一生懸命今連携という話でやられようとしてますけど、多くはただ打つだけは打つ。後のことはあんたんところがやってくれようというふうなケースが、僕は圧倒的に多いような気がするんです。

**藤本：**僕のケースは、おそろく診断後支援をやってくれちゃなくて、診断後支援をこちらでやりますから戻してくださいと言おうと思っています。点滅したらそれでいいので、診断後支援に関われないのが困るな。その場合は、言ってくれただけさつたらそこは関わりますよ

と言ったほうがいいんだらうと思うんです。相手方の診療をこちらで決めることはできませんので、やれることはやってもらって、そこから抜け落ちる診断後支援は、こっちでやりますよと思うと思っています。特に、県立病院は僕の元いた病院なんです、先輩たちなんですね。済生会病院はそこまで密な関係がないので、逆にいうとそこに診断後支援がもう少し足りなければ、言ってくださったからそこは担いますよといえ、安心してやってもらえるのかなど。

**浅野**：それは先生、投与中ですか。それとも、どうですか。

**藤本**：投与中のです。

**浅野**：投与中も関わりは当然持つと。ただ……。

**藤本**：持ちたいと思いますけど、持っていけると言ってくれるか。

**浅野**：そこですよ。

**栗田**：中西先生が途中でいなくなりますが、今のうちに中西先生とお話ししたいんですけども。顔、見えますか。すいません、中西先生。今のうちにちょっと中西先生と話しておきたいことが2点ほどあるんですけど。

一点は今の話と関連してるといえます。今、現段階ではレクネビを使う医療機関と認知症疾患医療センターとの連携というこの連携というのは、特に形は決まっていないので、今の段階では連携しているというふうに言えばそれよりよいようなレベルであるのかというの、質問一点。  
もう一点は、ちょっとそれは直接関係ないんですけど、中西先生がいなくなる前にぜひここで議論したいという点があること、言っていると助かるというふうなところがございます。

**中西**：1点目のほうは、診療報酬上は特に何も求められていません。で、うちの要綱のほうで疾患医療センター側の実績報告の中にレカネマブの連携に関して記載いただくことになり、先生ともお話しさせていただいたことになりました。

**栗田**：来年度から。

**中西**：はい、その予定です。というのは、自ら認知症疾患医療センターで投与しているところも結構ございますので、それは、そうである、そういう実態を教えてくださいたいです。一方認知症疾患医療センターでも例えば連携型さんとかで投与してないところもたくさんございますので、投与してない、でも例えば今お話しされたみたいに〇〇病院、△△大学さんと連携してそのやりとりしてますよというふうな、どのような連携実態があるのかをこちら把握したいと考えています。それについては、AさんBさん何人対応したいというのではなく、どういう病院と連携してるとかというの報告いただけるような形をとりたいと、現在考えております。

**栗田**：ありがとうございます。よく分かりました。

**中西**：よろしくおねがいします。

**栗田**：保険診療とは関係ないけど、そういうところで連携の実態というものは、一応外形的

にも確保するというところでありますよね、ありがとうございます。2点目、よろしくおねがいします。

**中西**：レカネマブをどうやって投与していくかというのも非常に重要ですけど、そういう新たなレカネマブを投与するよう医療機関がこの認知症診療に関わってくるっていうことが起こりつつある状況で、今の先生方の議論にありましたように、そうした時に本当に、その認知症疾患医療センターの連携の記載方法とかとは別に、どういうふうに関連していくのがあるのか。私自身、個人的には何らかの形で、つまりレカネマブの点滴しかしないって言うところであって、一定の例え、先ほどの藤本先生のご紹介をするというのも一つの方法です。最低限の情報提供をしていただくことはやっぱり必要だと考えています。提言の中にもございました、レカネマブ投与施設はやはり大きい病院が多いので、医師等の教育的な意味でも、やはりきちんとしたあるべき対応をしていただきたいと考えます。たとえば全ての投与医療機関に家族会をやしてほしいとか、そういうことではないかと思えます。例えばがん拠点病院などではいろんな情報発信をされています。例えば玄関のところにブースを持っていたり、相談員さんが相談のついでにささるとか、そういうことが必要だと思えます。認知症診療に関わる医療機関にそのような考え方を進めていくためには、われわれは何をしたら、どうしていったらそういう理解が進むのか、ではないかと考えます。認知症診療は手間がかかるからやりたくないという時代ではないかと思うので、そういう意味で、広く底上げしていくにはどうしたらよいか。ここにいらっしゃる先生たちというのは、認知症診療を一生懸命やっていたら先生たちなので、「そんなに認知症メインではやっていない」という先生方にも、半分出ていただくための方策が何か少しづつでも出たらいいなと思っております。

**栗田**：よく分かりました。非常によく分かりました。考えてみたら、おそらく多くのこの投与機関は神経内科になるだろうというふうな思われるんですけども。いわゆる認知症に関する研修というのは、かかりつけ医と認知症サポート医と認知症疾患医療センターはそれなりにあるけども、専門医だから一応は必要はないんだとは思いますが、地域連携という観点で、あるいは診断後支援という観点での研修や教育は十分なされていない可能性があります。そこをどうやって担保するかということは、最低限考えなきゃいけないですね。ありがとうございます。

**中西**：よろしくおねがいします。

**栗田**：ありがとうございます。非常に重要な指摘だと思います。ありがとうございます。他に何かありません、失礼させていただきます。

**中西**：途中ですみません、失礼させていただきます。

**栗田**：了解です、ありがとうございます。

**中西**：ありがとうございます。

**栗田**：話すことたくさんあると思うのですが、私から指してもいいのですが、画像の話はこの後、提言の内容を含めて議論したいと思えます。この段階で池田先生、何かコメント頂



ければと思うんですけども。

**池田:** すいません、ちょっと中座しておりました。

いや、もう先生方がおっしゃるとおりです。それで、藤本先生がおっしゃったように、やっぱり1時間ぐらいかかります、たぶん。そうなるをやったり、われわれこれこそ教育機関です、今のところはそんなに殺到してはないので何とかやっていますけど、それでも明らかに通常診療には影響は出てきますので、これやっぱり診療報酬上もきちんと導入する時には、それこそ先ほど出ているマニュアルもどこか出さなければなりません、それに沿った説明をきちんとし、その代わり指導料をちゃんと出すとか。

あるいは先ほどお話があった、対象外だった方が地元の認知症患者医療センターに戻った時に、今度は診断後支援じゃないですけどもきちんとしたフォローアップに関して、その認知症患者医療センター、引き継いでくれた認知症患者医療センターにしかるべき診療報酬を出すとか。そういったところをちゃんと担保しないと、なかなかこれ、本当に時間かかるんで、そこはやっぱり多くの先生方に仲間に入っていただいでやっていただくためには、必要じゃないかなということはこの頃痛感しています。4~5人、レカナンプの導入の話をする、あつという間に半日の診療時間全部終わってたりとかするやうなことが続いています。これ、どこでも誰でもできることではたぶんないので、それでやっぱりやってくるべきところには、必要じゃないかなというところはしっかり付けると。それから対象外の方をまたフォローアップしてくれる疾患センターのほうにも、インセンティブを付けるというぐらいのことはやる必要はあるのかなと。毎回じゃなくていいんですけど、その導入の時の説明と、それから帰ってきた時のフォローアップのところには少なくともかかるべき手厚いインセンティブを付ける必要があるのかなということ、最近いろいろ時間をかけて説明してみようと思っています、考えてます。

**栗田:** ありがとうございます。今回の提言書では、あんまりレカナンプとかレケンピっていう特定の薬に限定しないようにしようかなと思うのですが、近々、さらなる治療薬も出てくる可能性があると思いますので、こういった新たな治療薬の導入に当たって、いかにしてご本人、ご家族に説明していくかという部分と、それからその説明した後の診断後支援の確保。治療を受けるか受けないかはともかくとして、診断後支援の確保という。この2点についてはきちんと、それなりのガイドラインを作るなり教育をするの何らかの対応が必要であるということが一点です。

それから今言った、保険診療の中での位置付けという問題ももう一つの問題で残るかとは思いますが、そこ、ちょっとどういうふうにか書いておくか結構微妙だなって。これ以上、患者側にさらなる経済的負担を強いるのかという話には、ちょっとしたくないので。

**池田:** そうですね。ただ先生、今のやっぱり認知症、今現在の抗認知症薬の患者さんの振り分けていうのは、かなり医師の裁量権に委ねられて。

**栗田:** そのとおりですね。

**池田:** 一応、適用は中等度、軽度、中重度とあって割り当ててみますけど。僕はあ

んまりそれにせざるにやったりしています。で、多くの先生方、やっぱり患者さんの状況を見ながら使い分けておられるけど、これからのお薬って、たぶんそれでは効かなくなるので。

さっき藤本先生がおっしゃったような、患者さんのトラブル。不満へのトラブルや、当然家族の絶望や、いろんなことが起こってきて。だけど厳密に練引きしないと、公平に練引きしないといけない。そこは医療費のことをあんまりケチらんほうじゃありませんよ、たむしろ国にちゃんと促したほうがいいような気がします。そこをうやむやにすると、たぶんやっぱり今までの4剤と同じような感じで使われ始める恐れがあって、極めてリスクは高まると思えます。

**栗田:** ありがとうございます。日本認知症学会の保険診療に関しては、武田先生がもう長年いるんなら苦勞をされてきてるので。

**武田:** 先生と僕です。先生と僕ですよ。

**栗田:** 武田先生もちょっとコメント頂けるといいかなと思っております。

**武田:** 第一歩として取りあえず提言に書いていただいて、まずはですね。第一歩として、先ほどの藤本先生のお話を伺って、藤本先生ですらそういうトラブルにもなるんだということに驚きました。ただ、そういう適応外になった人について、われわれは基本的にそういった人達を、認知症患者医療センターとしては路頭に迷わせたいということももちろんわれわれのミッションとしてあります。

逆にそういうレケンピの投与だけしているような認知症患者医療センターではない施設についていけば、適応外は認知症患者医療センターに戻してくれるものもありと思います。これは逆説的になってしまいますが、これも一つの連携だということにも思えてきました。そこで例えば路頭に迷わしてしまうことのほうが怖くて、適切に診断後支援のできる認知症患者医療センターに戻す。もちろんそういう医療機関が中西先生が言うように、よりレベラアップしてもらおうのが一番最善だとは思いますが、やはり歴史のものもあると思いますし、大きな病院はマンパワー的にも厳しいと思いますが、ただ「適応じゃありません。帰ってください」じゃなくて、「適応ではないんですけども、いろんな支援があるので認知症患者医療センターに行くこともまた違った方法がありますよ」っていうことをつないでもらうことは、とても大事なことでと思います。この辺は提案に書けるんじゃないかなと思います。以上です。

**栗田:** そういう観点でも、やっぱり診断後支援というのはより重要だということですよ。藤本先生、診断後支援のための連携の確保は非常に重要であるという。ありがとうございます。藤本委員、どうぞ。

**藤本:** さっきのトラブルケースですけども、その時もきちんとお話ししたんです。なぞトラブったかという、その人、若年で割と長く見てるんですけど、どうもその診断後支援の申し入れが届かなかったんです。いったん他の医療機関に逃げはって、で、もう一回戻って。何か行ったり来たりしてる。だから、診断後支援の申し入れを受け入れてもらえなかったケースなんです。そうすると、レケンピか、何もなしになっちゃう、その人にとってみたら。レケ

ますので、20 ぐらい増えてますので。具体的に報告書を出す時には最新の情報を入れるようにしていただければと思います。ちなみに現在は 127 施設で。

**栗田**：そうですか。

**石井**：空白県が 11 です。それで、11 のうち 8 県からはすでに認証の申請が出てるので、残りは 3 つと。一番難しいのが神縄です。あと、青森と宮崎が残るんですけど。それは大学病院が出せないわけではないというように感じます。そういう状況です。それから読影についても、現在臨時の読影講習やっています。●人以上がすでに修了はしているんですけど。3 月未まで続けますので、たぶん 600 人以上の数はなるという予想です。われわれのところで実画像診断もして、で、投与もしてるんですけど、やはり陽性、陰性の判定の丁半レベルの判定を付けるというところが、非常に難しいところと。当然連続的な病態ですから、ざりざりの人がいるわけですが、先ほど MMSE のざりざりアウトっていうのがあります。それだけでも、PET もざりざりアウトっていうのは実はあり得るわけなんですけれども。その辺は算定が 2 回目 3 回目ができるかどうか別として、本来進行性の病気ですから、経過を見て再評価というのができてしかるべきというか、そういう対象の人たちが当然いるわけです。それを、どういうふうにするかという人たちはきちっと見分けるかと。そのことに関しては、画像診断はやっぱりコミュニケーションだと思ってるんですけど。そのことに関して来て、それを受けてそのおりにというよりは、差し戻しもありかもしれないです。あるいは、「どうする」「これはどうする」というコミュニケーションができるということ。われわれのような同じ施設でやるところではカンファレンスをもって、PET と MRI の画像診断した人と依頼した医師とカンファレンス持って、それで最終的に意思決定するっていう形にしていますので、ある程度コミュニケーションできるんですけど。連携の場合には、それは非常に難しいですね。一方通行になる可能性がある。それから、慣れない施設はやっぱりそういうふうになる。最近、2 人の読影の研修を受けた医師がいて、で、判定が食い違ったけど、どっちでしようというふうなようなその施設の例を相談を受けたんですけども、その辺は中でコミュニケーションしていくことで解決するのかもしれないけれども、当然読影によって診断の感度が違うという問題はあります。ですからその辺の、特に微妙な例をどうするかですね。フォローアップに関して重要な情報をどうやってコミュニケーションしていくかというところは、課題だとは思いますが。

**栗田**：それは課題としてやっぱり、一応整理された課題の一つに挙げとかなきやいけないですね、それは。ありがとうございます。三木委員、いかがでしょうか。

**三木**：大阪公立大学放射線科の三木です。提言案を読ませていただきました。ARIA を含めた、抗 Aβ 抗体薬に関連する MRI の画像および診断に関する、MRI 関連の 3 学会による講習会を開催することを記載いただいていたところありがとうございます。前お話ししましたように、1 回目の ARIA の講習会を、2 月 10 日に神経放射線学会の開催に合わせて行いました。出席者数は、正確な数は覚えておりませんが、何十人かは参加していたと思います。この講習会は 5 つの講習会からなっていて、ARIA の基本的なこと、MRI の種々の撮像シーケ

ンビがなくても、ちゃんとやることあるんだっていうことが届いてたら、そこまでトラブらんかったと思うんです。だから、こちらの力のなさで、非薬物療法的なことが大事ということが届かなかったので、治療はレケンビだけを思ってたんでしょね。だからそこはちょっと、レケンビを投与するにしても、だから診断後支援の重要性も並行して分かってもらわないと。どうせ治らないものですから。その後の治らない時ののがっかりも、やっぱりそうじゃないかと。そういうことを言えなかった自分が、おそろしくそのトラブルの原因じゃないかと思ってます。ちゃんと他にもやれることはあるが届いてたら、投与の対象になるかなるまいが、大丈夫なんだよということと言えたと思うんですけどね。非常に反省でした。薬物治療以外のことが届かなかったことが反省です。

それと、その人が言ったその「人権無視じゃないか」というのは、おそろしく一理あるんだと思います。医学的にはそうなんですけど、その届いてない人にとってはそうなんです。レケンビがないと。もう終わらしたら、もう終わらしてやうね。だから非薬物療法がレケンビ投与があるとうと無かるとうと大事ということが伝えられなかった自分の反省として思ってます。

**栗田**：この問題は今後も続きますよね、確かに。洲野委員、どうぞ。

**洲野**：すいません、いろいろなることが起こるんですけど。いわゆるファーストタッチじゃないけど、最初のこういう新薬を使いたいという。初めて、初診で希望する時、どこを医療機関選んでもいいわけですけども。一応、認知症患者センターを最初に相談場所として選ぶ。国立長寿も東京長寿さんも皆さんいろいろ認知症患者センター持ってらっしゃるので、問題はいいかと思うんですけども。藤本先生もそうだけど、われわれセンターがまずその話を聞くと。それで 1 時間なり 1 時間半かけても聞きましょうと。そして PET を依頼する。それから MRI を依頼する。そして、その適用かどうかというのはこちらにフィードバックしていただいて、そのセンターが伝えるというので。それでも OK になった人は、その医療機関にお願いして半年でしたつて、1 年か、ずっと通い続けてもらおうと。そしてその間、何か起こればフィードバックでこっちに来てもらおう。そして、駄目だった人はもう行かなくていいわけですから、認知症患者センターでずっとフォローしていく。こういうふうな流れもありかなと、ふと思いましたが。

**栗田**：そうですね、それは一つの現実的なやり方ですね、確かに。なかなか大変ですがよ。その作業を全てやるのは大変なんですけど。それがすぐやれる現実的な方法ですよね、ありがとうございます。

この辺でちょっと画像のほうにもいきいたいと思うんですけど。石井先生と三木先生に提言の内容を踏まえて、何かコメントを頂ければと思うんですけども。この内容でよろしいか、あるいはさらに追加することが必要か等々を含めまして、自由にご発言いただければと思います。石井先生から、いかがでしょうか。

**石井**：ありがとうございます。まず質を担保して均てん化するというのを、きっちり書いていただいて、大変ありがたいと思います。施設認証の美観についてはアップロードされて

スの特徴とパラメータによるコントラストの変加、初回 MR 検査の際の鑑別診断も含めて話されています。また、例えば superficial siderosis とか、5 つ以上の microbleeds があるとお薬の投与が禁忌というふうになっていていたと思うんですけど、そういう注意点、投与中の ARIA-H と ARIA-B、それぞれ、軽度・中等度・重度の 3 段階の判定基準がなかなか一回聞いて覚えてられないと思うんですけど、それらの話がありました。あと、講習会の受講を終了した方には、チェックシートをお配りしていますが、それを見ながら読影すると、所見を書くのもきっちり書けるかなと思います。そういうふうな講習会を実際に行いました。あとはその講習会がこの 3 学会、日本磁気共鳴医学会と日本神経放射線学会と日本医学放射線学会がやらせていただいています。それとエーザイなどが行っているメーカーの講習会とちよとごっちゃに考えられるかもしれませんが、その辺の位置付けを日本医学放射線学会の理事長の青木茂樹先生が、厚労省とちよと今相談中のようです。

**栗田：**ありがとうございます。

**三木：**ありがとうございます。

**栗田：**あと三木先生、ちよと私から質問なんですけども、もう一つ一番気になっているのが、前回の委員会でも三木先生お話しいただきましたけど、この MRI の撮像施設の問題なんですけど。これは結構、厳しい状況じゃないかなというふうに思っているんですけど、これが普及に当たって先生、何かご意見とかありますか？

**三木：**これは前もお話ししましたように、どのぐらいこの Aβ 抗体薬を投与される患者さんが出てこられるかによりますね。特に大学病院などは、いろんな患者さんの検査をしなればいなくて。特に悪性腫瘍などの患者さんも多いので、MRI 検査が混んでいる施設でこの Aβ 抗体薬を投与される患者さんが増えると、ちよと検査を圧迫する可能性はあると思います。実際どうなっておるか。まだそれほど増えてないですね。だから、実際に困っているという話は私はまだ聞いていませんが、増えてくると心配だなぁというのがありますね。

あと、初回は投与する施設で MRI を行ったとしても、混んでくる施設によっては撮像状況でできるだけ一緒にした上で関連施設で MR するのもあり得ると。実際、関連施設で MRI を行うのは駄目というふうになってないと思うんですけど、連携施設で行わざるを得ないところは出てくるのかなと思います。

**栗田：**これはなかなか現段階でそのニーズがどのぐらいあるかっていうことを把握は難しく、先々どうなるかというのは判断が難しいと思うんですけど、たぶんおそろく足りなくなるだろうという前提で、先取的にその辺のところを今後検討していかなきゃいけないであろうということでしょうかね、やはり。

**三木：**そうですね。

**栗田：**ありがとうございます。

**三木：**ご存じかと思いますが、MRI 装置の台数自体は日本は世界の中で突出しているんですけど、だから、いろんなところでできるよにならばおそろく可能だとは思いますが、

逆に大学病院だと、他のアメリカなんかと比べてずっと少ないんですけど、日本のほうが、**栗田：**そうですね。

**三木：**そういう事情がありますので。

**栗田：**MRI 専門の医療機関ありますよね、確かに。

**三木：**アメリカだと 20 台、30 台 MR ある施設ありますよね、大きな病院だと。

**栗田：**土地が広いということですね。すごいですね。

**三木：**ええ。放射線科医も 100 人以上いたり。日本はそんなことはありません。

**栗田：**ありがとうございます。非常に重要な情報だと思います。ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。その他、どんな観点でもよろしいかと思うんですが、新美先生、どうぞ。

**新美：**少し違う意見という形で言わせていただければと思うんですが、今回のこの提言が、どこ向けの提言かというのを少し気になっておりました。

**栗田：**大事なことです。

**新美：**すなわち主語、もしくはその対象は誰とするのか。今現在医療体制の在り方となっておりますけど、これ医療体制を提供する側への提言なのか、整備する側への提言なのか、受ける側への提言なのかということが明確になってはいないかなというところが気になりました。もう一点はそうしますと、例えばこれ、特に抗 Aβ 抗体薬についてが主に書かれておるんですけども、例えば先生がおっしゃったように今後他の薬が出た場合、他の抗 Aβ 抗体薬ですと例えば 2 週間ごとに点滴することもないものもございします。あるいは場合によっては皮下注射し難注などとなってきますと、1 回だけやるみたいな話も出てくる。そうすると広く新しいこの認知症に対する新たな治療薬が出た時に、この検討会では何を問題としたかという、その大本のポジションというのが重要になってくるんじゃないかなというふうに私は。その新薬を入れることによって、今まで関わっていなかった医療機関も関わります。それは診断後支援等を含めますと、その体制を整備すること自体が今回のやはり大きな課題であるというふうなところのポジションを出すため、今回の Aβ 抗体薬についてはどうかというふうに出すというふうな形も望ましいんじゃないかなというふうに思います。もともとそういうふうな提言を出していきますと、先ほど池田先生がおっしゃっていたように、じゃあそれに対して必要な手当が必要じゃないかっていうことは、やはり国ないし医療に対する体制に対しての提言になると思いますし、ここはこのチームがどこに何を出したか、そして新しい認知症の薬というのをどこに置いていくかっていうところまで、どこかに書いておいたほうがいいのではないかなというふうに思います。

そういう意味で今回の最適使用ガイドライン、これはレケンビだけかもしれないけれども、おそろく疾患医療センターと連携が必要となったということは、今後も新薬が出た場合は投与医療機関と診断後支援を行う医療機関の連携が重要であるというポジションが出されたという意味を、やはりこの提言を読む方については知っていただきたいというようになことをメッセージとして書くべきなんではないかなというふうに思った次第です。

**栗田**：ありがとうございます。非常に重要なご質問であります。基本的には老健事業のおいて、ずっとわれわれは検村委員会を設置してやってきておりますが、提言は一義的には政策提言でありまして、国および自治体を含めた行政が対象だというふうに考えております。ただ、この仕事をしながら、なかなか行政へ丸投げできないという問題がずっと付随しておりますので、一義的には国および地方自治体だと思いますが、同時にわれわれアカデミアも責任を持たなければいけないところがあります。ということで、今回これに関わっている関連学会も一応その対象に含むというふうに考えていたほうがいいかなというふうに思っています。ただ、対象はそこまでございまして、かかりつけ医に何かしろとかそういう話ではないし、国民に何かしろという、そういうものではありませんので、あくまでサービス提供側で提供体制を整備する側が対象だというふうに考えていただければいいかなと思います。どこに向けての提言とは書いておられますけれども、内容的にはそういうものだということにご理解いただければというふうに思っております。ということで、今新美先生がおっしゃったように今回レカネマブがきっかけではありますけれども、今後新たな治療薬が導入されるに当たって、これまでの認知症の医療提供体制を超えた医療サービスが入ってくるという観点で、その連携ということが一つの大きなキーワードになるんで、どういふふうにしてつづいていくか、どこがどのようにつづいていくかみたいなことにならざるような提言をしていくということ。それに関しては、例えばインセンティブの問題なんかも当然含まれるかというふうに考えております。ありがとうございます、これを確認しておくことは非常に重要だというふうに思っております。ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。冨本先生はいらっしゃられないんですね。

**ヤマモト**：冨本先生が、7時から別会議に出席されるということでした。

**栗田**：そうですね。分かりました。ありがとうございます。

それからあとときよう、自治体の方からのご発言をいただかねければなりません。東京都さんからは頂いたんですけど、大阪市の方からご発言頂いてないので、自由な発言頂ければと思うんですけど、いかがでしょうか。

**大森**：大阪市の大森です。すいません、頂いていた提言のほう拝見させていただいて、私も事務職の立場、自治体の立場で拝見させていただいて、分かりやすい内容かなというところではあります。指定都市の疾患医療センターを指定する立場ということではあります。書いていただいているとおりであります。やはりこの新しい抗Aβ抗体薬投与機関が、例えば疾患医療センターの指定うんぬんという話になった場合に、投与だけではなくて、書いていただいているのは診断後支援であつたりとか。

あとは、今回も話出てきたようないわゆる地域連携拠点機能です。医療従事者への研修であつたり、あとは、いわゆる介護分野であつたり、地域包括支援センターであつたりとか、初期集中支援チームへの関わり、研修。そういった地域連携拠点機能のところは、やはりそれも疾患医療センターが果たすべき役割としては重要なのではないかと。ということで。

自治体的な立場でいいと思いますと、委託費用的なところもあります。疾患医療センターが増え

れば増えるだけ、自治体の負担も増えていくだろうと思いますし。そういった機能も担っていただくのであれば、やはりそれにふさわしい委託料であつたり、ないしは診療報酬等での先ほどおっしゃっていたいただいたインセンティブも担保されていないと難しいところにはなるのかなとは考えています。

じゃあ、自治体の疾患医療センターに指定されずに、連携でいうところになると、今大阪市でも当然投与している機関もあるんですが、それ以外の疾患医療センターに話聞いても、まだ具体的な連携の話はなかったりとか。じゃあ、どう連携していくかということもあるんで、その辺はやはり一定の何かしらの提示も、今回の提言ではないんですけど、要るのかなとは考えております。

自治体の立場でいいますと、やっぱり医療提供体制全体でいうと、特にサポート医の先生とかと話してると、正直今の段階ではまだちょっと様子見しています。なので、レカネブ投与している機関もあるけども、ちょっとじゃあ他にどの機関がどう投与してるのかとか、そういう流れもちょっとまだ分からないので、いったんちょっとARIAの問題とかもあるので、取りあえず患者さん来られた際にはちょっと様子見してたりとか。あと、そこはサポート医の方にもよるんですけど、実際に投与している機関についていざというところもあつたり。そこもあつたり。先ほどの地域連携拠点機能を含めて十分していく必要はあるのかなと考えてます。その中で自治体としてもどういふことができるのかというのを、少し疾患医療センターとも話ながら考えているところですので。

その辺のところは、提言に書き込む内容ではないのかもしれないんですけど、自治体としてはそういうところも考えているところではあります。

**栗田**：ありがとうございます。たぶん提言に書き込んだほうがいい部分があるんですけど、今あつたような気がするんですけど、これはさつき田中先生もおっしゃってましたけど、やっぱりレカネマブを投与するに当たって、この薬に関する適切な知識の普及というのは、地域レベルでもかかりつけ医や認知症サポート医、初期集中支援チーム等々、関係する機関に普及する必要があるでしようし。国レベルでは、武田先生担当かもしれないですけども、認知症サポート医とかあれです。地域レベルでもやっていくようになってきてると思います。そういうことはやっぱり、地域レベルでもやっていくということが必要です。ありがとうございます。それから、ちょっともう一つ重要な情報を提供しなければなりません。枝広先生、いますかね。枝広先生、いますか。

**枝広**：はい。

**栗田**：ごめんなさい、実績報告書のデータを提示するのを忘れたんですけど。特に診断後支援、認知症疾患医療センターの診断後支援の現状について、少し情報を提供しておこうと思つていますが、これは、毎年やってくる実績報告書のデータなんですけど。データ、私のほうで共有します。

**枝広**：共有します。

**栗田**：お願いします。ちょっと説明をお願いします。

**枝広**：参考資料に入っているものですが、縦版のものです。認知疾患医療センターの診断後等支援に関して、この項目が盛り込まれたのが令和元年度からなんですけど、令和元年度認知疾患医療センターの実績報告書からなので、計4年分データがある状況です。この資料の集計対象が毎年認知疾患医療センター増えていますので、令和元年度は457件、令和2年度が478件、令和3年度が488件、令和4年度が499件を対象にした集計です。空欄になっている時に、それをどういう解釈をするかによって結構データが変わってしまっているんですけど、令和3年令和4年の空欄に関しては「やっています」という意味であるという解釈をして集計したものです。まず、診断後の相談支援に關してです。基幹型、地域型、連携型です。令和4年度に日常生活支援機能から診断後の相談支援に名称が変わり、実施内容が1、2と2つありますけれども、自身は変わらないのでそのままつけています。令和元年度で40から50%であった診断後の相談支援が、おおむね100%になっていきます。医療機関種別ですけれども、一般病院、精神科病院、診療所、それぞれ全てに上がっているという状況です。次に「ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会」という項目があるんですけど、それに関しても同じように見ると、類型別ですと基幹型、地域型、連携型というふうになっています。令和2年3年はコロナがかなり大きく影響していた時なので、病院にいる人々を集めてやるというのがかなり落ちた時でしたので。特に基幹型、大きい病院とか大病院が多いですから、そこが落ち込んだのかなという感じはします。でも、かなり件数自体が少ないので、こういう感じですが。それから医療機関種別ですけれども、医療機関種別に見るとこの差はあまりなくて、もともと10から20ぐらいの実施率だったものが、令和4年になると30から40ぐらいの実施率になっているというところが経年で分かります。以上です。

**栗田**：ありがとうございます。少し追加して説明いたしますと、実は認知疾患医療センターというのは診断前支援を行うことについては、この事業の始まりの頃から相談員が診断前の支援をやるということで、一応予算措置もされております。診断前支援という言葉は存在しなかったけど、いわゆる専門医療相談機能です。専門医療相談機能で、診断前にかかりつけ医と連携したり地域包括と相談しながら診断につなげていくことをやっております。一方、診断後支援という、診断した後にもいろんなことの相談に乗っていることは実施要綱上定められてなかったという背景がございましたが、実際にはやっていることがたくさんあるので、ちゃんとそこに予算措置せよということ、令和元年に、令和元年の頃は「日常生活支援機能」と呼んでいたんですけど、令和3年から「診断後等支援機能」に名前が変わって明記されるようになりました。内容は同じであって、2つあって、一つは本人家族に対する個別の相談支援をやる。それからもう一つはピアサポート、または交流会という。この2つのことをやりますよというふうなことが定められて、実績報告書にもやられているかどうかということをチェックする項目ができたということでございます。と

いうことで、現時点ではほぼ全ての認知疾患医療センターの相談室が診断後の相談支援もちゃんと行っているということになっております。それからピアサポート、交流会、なかなか厳しいかなというふうな感じが思っています。しかもずっと右肩上がりな感じで、実は今回の認知基本法でもこれを推奨していくので、これも上がっていくというふうなことが予想されます。いずれにしても、認知疾患医療センターを受診した人が地域とつながっていく、地域に向かってつながりをつくっていくという上では、これは非常に重要な機能でありますので。そういったことが今の認知医療の標準にはなってきているので、これは欠如しては大変なことになるといえることかと思えます。それからあと、ちょっときょうデータを出さなかつたんですけど、実は皆さんの参考資料にはあるんですが、認知疾患医療センターにおけるアミロイドPETの問題なんですけど、施設でやれるというところはだいたい10%ぐらいだったんですけども、連携を含めると45%ということになっています。もちろんこれは医療機関種別で大きな差はありますけども、アミロイドPETに關しても、45%ぐらいのところは。

**枝広**：共有します。

**栗田**：出せますか。

**枝広**：「いずれか」のほうですね。

**栗田**：そう、「いずれか」です。これは45%です。施設または連携のいずれかでアミロイドPET検査ができるのは45%で、髄液は56%ということなので。認知疾患医療センターに来てくれば、どこかと連携して早期ADの診断まではたどり着けそうだなというふうになってきました。これは今後100%を目指してということになるんだと思うんですけど、現状はそういうようなところということでございます。ありがとうございます。そういうことで、今後も認知疾患医療センターと新たな治療薬を投与するところとの連携が深まっていくようなことを継続してやっていく。それで、それをちゃんとモニターしていくということが重要なことというふうに思われました。ありがとうございます。ということで、だいたい意見も出尽くしたかと思うんですけど。何か追加で発言しておくことがございましたら、ご発言ください。荏野委員、どうぞ。

**荏野**：すいません、最後なんですけど、認知疾患医療センターを知らない国民は多いんです。だから、レカネマブのこの新薬については、アナウンスがいいです。それから当然知っていると。それで、問題はこれ逆でなきや本来自けなないんです。それで国民は、先ほど皆さんは分かっているからあれだけ、実施機関とそれから連携機関についていわれてもピンとくるわけがないんで、最後のあれに基幹型と連携型があって、基幹型はたぶん大学ですよ、あれ。17とか20は。

**栗田**：大学が多いですね。

**荏野**：大学はたぶん、実施医療機関なんですね。連携しないですね、と僕は思います。それはずっと長く診ることは不可能だと。だから、ちょっとそこに混在してますんで。ただ

センターという言い方とはまたちよつと、分け方と違ふもんがある。だから、国民にとつて分かりやすいレカネマブ導入でなければいけないというふうにやっぱ思つて。だから私が先ほど言ったように、もう最初からセンターに相談業務から始まるというか、まずはそこからスタートして。そして大きなことに連携、依頼してというふうなことからやってくると、見捨てられないといひますか、もし外れたとしても最初診た先生がずっと診てくれるという安心感はあるのではないかなと。私なりに思いました。以上です。

**栗田：**よく分かります、これは。まず、国民に分かりやすい認知症医療提供体制そのものをちゃんと構築して。で、ちゃんとそこにアクセスできるようなさまざまな周知や工夫が必要と。これが前提、大前提ですよね。これこそが新たな治療薬を導入するに当たつての大前提で。まずそのところを今後もやっつけていきたいと思います。三木委員、どうぞ。

**三木：**先ほど日本にはMR装置が人口当たりで世界中で一番多いので、どこでもできるようなことをちよつとやっつけてしまいましたが、後で考えますと、最適使用ガイドラインでは1.5テスラ以上になっています。日本は1テスラとか0.5テスラも結構多いんですね。あと、技師さんにちゃんとした条件で撮ってもらえるかとか、そういう問題もありますので、どこでもできるというのは、取り消します。

**栗田：**ありがとうございます。そうですね、この新たな治療薬の導入に当たつて、それに対応できるMRIの撮像施設を今後もしっかりと完備していかなければいけないというのは明らかであります。そういうふうな記載の仕方が正確かと思ひました。ありがとうございます。

**武田：**すいません、いいですか。

**栗田：**武田委員、どうぞ。

**武田：**今回の最適使用推進ガイドラインが出た時に危惧したのは、どこでレカネマブの治療が受けられるかという質問が出た時に、認知症疾患医療センターに問い合わせてれば良いのではないかととらえた方もおられるみたいです。でもそれは、今から考えれば逆の良いことではないかと思ひます。認知症疾患医療センターがいろんな情報を持っていて、どこでレカネマブ治療をやるかについて、認知症疾患医療センターから「このココでできますよ」って教えてあげて、「適用がなかったら、また戻ってきて下さい」という流れがあつても良いのではないかと。当初は「聞かれても、そんな分からない」という話があつたんですけども、でも、こうやって連携をつくり上げていく、そういうフォローアップみたいな感じの観点からすると、認知症疾患医療センターが中心になつて、レカネマブ治療をできる機関をしっかりと把握して、そこへ案内してあげる。で、適応がなければ戻ってきてもらうという形はありかなと思ひました。

**栗田：**ありがとうございます。これも結構重要なことであつて、認知症疾患医療センターは都道府県・指定都市事業でありますので、都道府県・指定都市の責務として個々の認知症疾患医療センターがこのレカネマブを投与できる医療機関の情報をちゃんと持っているような状況をつくらないといけないということになりますので。それによつて、認知症疾患

医療センターにさえ行けば何とかつながるということを確保していくということになるかと思ひます。ちなみに東京都では、それを今進めているところでありまして。これも重要なポイントだと思ひますので、ぜひ提言に盛り込みたいと思ひます。ありがとうございます。

よろしいでしょうか。そろそろ時間でありまして、まとめたいと思ひます。今後のことですけれども、これから本日の皆さんの議論の中身を一応精査しながら、最終版の提言書を作成したいと思ひます。最終版の提言書ができれば皆さんにメールで回覧いたしますので、追加のご意見あればご意見頂いた上で、最終的には私どものほうで、報告書に掲載する一歩での確認を踏まえて私どものほうで最終案を作らせていただきます。ということ、というように進めさせていただければというふうにご意見を伺います。ということ、もしばらくこの委員会を続けさせていただきますけれども、よろしくお願ひいたします。それではこれもちままして本日の検討委員会は終了させていただきます。皆さん、長い時間ありがとうございます。すいません、最後に厚労省から一言いただけますか。

**松村：**非常にまとまった提言を示していただきありがとうございます。今回、認知症医療提供体制にレカネマブという新たな視点が入るということで、本日の先生方のご意見を聞き、連携やインセンティブ等の必要性について引き続き検討していく必要があると感じながら聞いていたところです。他にも、混合診療や人権に関するお話など、非常に貴重なご意見も聞くことができましたので、課内でもご意見共有していきたいと思ひます。本日はありがとうございます。どうぞ。

**栗田：**ありがとうございます。それではこれもちままして本日の検討委員会、終了させていただきます。どうぞ。

## 卷末資料





## 卷末資料 1

認知症疾患医療センター運営事業実績報告書様式（令和4年度分）



# 認知症疾患医療センター実施状況の報告

## 認知症施策等総合支援事業

### 認知症疾患医療センター運営事業

指定の状況		No	
都道府県・指定都市名		番号	
担当部署名			
電話番号		担当者	

#### 【医療機関基本情報】

医療機関名											種類		
設置法人名											設置主体(注1)		
指定年月日		年		月		日	次回更新予定日		年		月		日
更新年月日①		年		月		日	更新年月日②		年		月		日
郵便番号			住所										
二次医療圏域名													
医療機関種別(注2)													
病床数	全病床数		一般病床				精神病床						
連携病院名①(注3)	連携内容(設置要件)		CT		MRI		SPECT		身体入院		精神入院		
	連携内容(その他)												
連携病院名②	連携内容(設置要件)		CT		MRI		SPECT		身体入院		精神入院		
	連携内容(その他)												
連携病院名③	連携内容(設置要件)		CT		MRI		SPECT		身体入院		精神入院		
	連携内容(その他)												
連携病院名④	連携内容(設置要件)		CT		MRI		SPECT		身体入院		精神入院		
	連携内容(その他)												
連携病院名⑤	連携内容(設置要件)		CT		MRI		SPECT		身体入院		精神入院		
	連携内容(その他)												
連携病院名⑥	連携内容(設置要件)		CT		MRI		SPECT		身体入院		精神入院		
	連携内容(その他)												
連携病院名⑦	連携内容(設置要件)		CT		MRI		SPECT		身体入院		精神入院		
	連携内容(その他)												
連携病院名⑧	連携内容(設置要件)		CT		MRI		SPECT		身体入院		精神入院		
	連携内容(その他)												
連携病院名⑨	連携内容(設置要件)		CT		MRI		SPECT		身体入院		精神入院		
	連携内容(その他)												
連携病院名⑩	連携内容(設置要件)		CT		MRI		SPECT		身体入院		精神入院		
	連携内容(その他)												

【専門的医療機関及び診断後等支援機能としての要件と機能】

稼働日数(注4)	週	日	年間	日						
医師配置状況	日本老年精神医学会若しくは認知症学会の定める専門医							名		
	上記以外で、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師							名		
医師以外の 人員配置(注5)	精神保健福祉士	専従	名	兼務	名					
	保健師	専従	名	兼務	名					
	臨床心理技術者	専従	名	兼務	名					
	連携推進補助員	専従	名	兼務	名					
	その他	(職種)			専従	名	兼務	名		
(職種)				専従	名	兼務	名			
医師以外の 人員配置 (診断後等支援 のための相談員の 配置)(注6)	社会福祉士	専従	名	兼務	名					
	精神保健福祉士	専従	名	兼務	名					
	その他	(職種等)			専従	名	兼務	名		
		(職種等)			専従	名	兼務	名		
診断後等支援機能に 関する業務内容(注7)	1. 相談員等による診断後等の相談支援									
	2. ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施									
	3. その他(内容を下欄に自由記載)									
検査体制(注8)	CT検査	自施設		連携先		MRI検査	自施設		連携先	
	SPECT検査	自施設		連携先		PET検査	自施設		連絡先	
	髄液検査	自施設		連携先						
相談件数(注9)	電話	件	面接	件	訪問	件				
	オンライン	件	その他	件						
上記の 相談件数の 相談元の 主な内訳	1. 本人からの相談							件		
	2. 家族等の介護者からの相談							件		
	3. 地域包括支援センターからの相談							件		
	4. 医療機関(かかりつけ医等)からの相談							件		
	5. 居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談							件		
	6. 行政機関からの相談							件		
	7. 院内の他科からの相談							件		

鑑別診断件数(実数) (注10)		全数		内、65歳未満		
1. 正常または健常			件		件	
2. 軽度認知障害(MCI)			件		件	
3. アルツハイマー型認知症(G30,F00)			件		件	
4. 血管性認知症(F01)			件		件	
5. レビー小体型認知症(G31,F02)			件		件	
6. 前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む G31,F02)			件		件	
7. 外傷性脳損傷による認知症(S06.2,F02)			件		件	
8. 物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む)			件		件	
9. HIV感染による認知症(B20,F02)			件		件	
10. プリオン病による認知症(A81,F02)			件		件	
11. パーキンソン病による認知症(G20,F02)			件		件	
12. ハンチントン病による認知症(G10,F02)			件		件	
13. 正常圧水頭症(G91)			件		件	
14. 他の医学的疾患による認知症(F02)			件		件	
15. 複数の病因による認知症(F02)			件		件	
16. 詳細不明の認知症(F03)(上記3~15に該当しないもの)			件		件	
17. 上記2~16以外の症状性を含む器質性精神障害			件		件	
18. 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)			件		件	
19. 気分(感情)障害(F3)			件		件	
20. てんかん(G40)			件		件	
21. 神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)			件		件	
22. 上記のいずれにも含まれない精神疾患			件		件	
23. 上記のいずれにも含まれない神経疾患			件		件	
24. 上記のいずれにも含まれない疾患			件		件	
25. 診断保留			件		件	
		合計	0	件	0	件
初診までの平均(年間)待機日数(注11)						
診療報酬(注12)	認知症専門診断管理料1	算定の有無		算定件数(年間)		件
	認知症専門診断管理料2	算定の有無		算定件数(年間)		件
	認知症ケア加算1	算定の有無		算定件数(年間)		件
	認知症ケア加算2	算定の有無		算定件数(年間)		件
	認知症ケア加算3	算定の有無		算定件数(年間)		件
認知症疾患医療センターへの受診の経路(注13) ※複数回答可	1. 地域包括支援センターから		件	2. 医療機関(かかりつけ医等)から		件
	3. 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所から		件	4. 行政機関から		件
	5. その他		件			
認知症疾患医療センター受診後の情報提供(注14) ※複数回答可	1. 地域包括支援センターへ		件	2. 医療機関(かかりつけ医等)へ		件
	3. 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所へ		件	4. 行政機関へ		件
	5. その他		件			

**【身体合併症に対する救急医療機関としての要件と機能】**

指定状況	1 救急医療機関の指定(注15)	2 高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定
------	------------------	----------------------------

\* 以下は救急医療機関の指定を受けていない医療機関についても記入

身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援(相談, 入院受け入れの調整, 他院の紹介など)の実施
一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神的ケースワークの実施(注16)
認知症疾患医療センターとして, 院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施(注17)
休日, 夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための, 空床の確保

**【地域連携推進機関としての要件と機能】**

認知症疾患医療センター地域連携会議の開催(注18)	開催の形態		開催回数	年間	回
研修会の開催(注19)	医療従事者対象	開催の有無	開催回数	年間	回
	(うちかかりつけ医対象)	開催の有無	開催回数	年間	回
	地域包括支援センター職員等対象	開催の有無	開催回数	年間	回
	家族・地域住民等対象	開催の有無	開催回数	年間	回
地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無(注20)					
地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無(注21)					
他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無(注22)			実施回数	年間	回
初期集中支援チームへの関与(注23)	センター内にチームを設置(受託)		チーム員として参加		後方支援

## 卷末資料 2

AD 疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制と  
社会的課題に関する調査（依頼状/調査票）





令和5年10月吉日

令和5年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）テーマ番号75

【認知症の医療提供体制に関する調査研究事業】

**アルツハイマー病疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制と社会的課題に関する調査**

謹啓 時下ますますご清祥のことと拝察申し上げます。

近年、アルツハイマー病（AD）に対する疾患修飾薬（Disease Modifying Therapy または Disease Modifying Drug：本調査では DMT としております）の開発が進み、米国では2023年7月にレカネマブが米国食品医薬品局により承認され、わが国では9月25日に厚生労働省によって製造販売が承認されています。今後、複数の DMT が上梓される可能性があることを踏まえ、特定の薬剤に関してではなく、DMT が実臨床に導入された場合の医療提供体制や社会的な課題を考えることは重要です。そこで今回、各関係学会のご協力のもと日本認知症学会専門医、日本老年精神医学会専門医、日本神経放射線学会会員、日本核医学会 PET 核医学認定医を対象とする調査をさせていただきと致しました。ご多忙のところ誠に恐縮ですが、以下の質問にご回答いただき、同封の返信用封筒にてご返送いただけますようお願い申し上げます。

今回の調査にあたっては、すでに米国では承認を得られている抗アミロイド抗体薬の治験で用いられた条件や、当該薬剤の米国における Appropriate Use Recommendation（参考資料-1）などに準じた、DMT 使用における診断や安全管理体制を想定して設問を設定していますので、わが国における保険診療による特定の DMT の承認がなされた場合の処方に関する質問ではありません。DMT 全体に関して、仮の想定としてお考えいただければと存じます。ご多忙のところ誠に恐縮ですが、同封の調査票にご回答の上、令和5年11月5日（日）までに、同封の返信用封筒で下記宛てにご返送いただけますよう宜しくお願い申し上げます。

謹白

令和5年10月15日

一般社団法人日本認知症学会  
理事長 岩坪 威  
社会対応委員会委員長 森 啓  
社会制度 WG 座長 栗田 圭一

問い合わせ先：

日本認知症学会事務局

〒169-0072 東京都新宿区大久保 2-4-12

新宿ラムダックスビル（株）春恒社内

TEL03-5291-6231 FAX03-5291-2176

[jsdr-office01@shunkosha.com](mailto:jsdr-office01@shunkosha.com)

担当：山本英里

※問い合わせは9時~17時にお願ひ致します。

**AD 疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制と社会的な課題に関する調査**  
日本認知症学会専門医、日本老年精神医学会専門医向け調査票

1. 回答者について

**背景情報**

設問 D-1. 勤務している施設の種別は以下のどれですか？

- 1) 一般病院
- 2) 特定機能病院
- 3) 地域医療支援病院
- 4) 臨床研究中核病院
- 5) 精神科病院
- 6) 無床診療所
- 7) 有床診療所
- 8) その他 ( )

設問 D-2. 勤務先の医療機関が所有する病床について回答ください。(複数選択可)

- 1) 病床はない
- 2) 一般病床
- 3) 療養病床
- 4) 精神病床
- 5) 感染症病床
- 6) 結核病床

設問 D-3. 勤務している施設は認知症疾患医療センターでしょうか？

- 1) 認知症疾患医療センターではない
- 2) 基幹型認知症疾患医療センター
- 3) 地域型認知症疾患医療センター
- 4) 連携型認知症疾患医療センター

設問 D-4. 勤務している施設は一般社団法人画像診断管理認証機構による認証を受けておられますか？

- 1) 受けている
- 2) 受けていない
- 3) わからない/その他

設問 D-5. 勤務している勤務地の都道府県について記入ください。

---

設問 D-6. 専門医としての経験年数を選択ください。

- 1) 1 年未満
- 2) 1 年以上-5 年未満
- 3) 5 年以上-10 年未満
- 4) 10 年以上

設問 D-7. 以下の認定医、専門医をおもちであればすべてチェックしてください。

- 放射線診断専門医
- PET 核医学認定医
- 核医学専門医
- 日本認知症学会専門医
- 日本老年精神医学会専門医

2. 疾患修飾薬に関して

**【背景】**

近い将来に臨床で実際に使用可能となる疾患修飾薬 (Disease Modifying Therapy または Disease Modifying Drug. 本アンケートでは DMT としております) には、抗アミロイド薬のレカナマブ (2023 年 FDA 承認) などがあげられます。抗アミロイド薬については、アミロイド PET または脳脊髄液検査によるアミロイド病理の証明が望まれているほか、治療薬投与期間中、副反応としての ARIA (Amyloid-related imaging abnormalities: ARIA) の管理のため複数回の MRI 撮像や、重症の ARIA に対する入院治療体制が必要とされています (参考資料 1)。これらについて伺います。

**基本的な理解**

設問 D-8. 上記薬剤について、現段階でどの程度ご存知ですか？当てはまるところを選んでください。

- ◆ 全く知らなかった 1—2—3—4—5 とても詳しい

設問 D-9. 上記薬剤の、実臨床での使用に対するお考えについて、当てはまるところを選んでください。

- ◆ 使用したくない 1—2—3—4—5 是非とも使用したい

**9**

設問 D-10. これまでの治験では、スクリーニング脱落は 6~8 割となっております。このことから、治療を希望する患者数と、実際に適応となる患者数との間には差が生じるものと考えられます。この適応となる患者数の割合についてどう感じるか、当てはまるところを選んでください。

- ◆ 非常に少ないと感じる 1—2—3—4—5 非常に多いと感じる

設問 D-11. 現状の DMT で想定されている治療対象は、MCI から早期認知症までの、早期 AD となっております。この範囲についてどう感じるか、当てはまるところを選んでください。

- ◆ 範囲はとて狭いと感じる 1—2—3—4—5 範囲はとて広いと感じる

- 4) これらを用いた判定を行っていない
- 5) わからない／その他

**設問 D-14. 上記設問のバイオマーカ―を活用している場合、Aβ 陽性の判定基準は何を用いていますか？**

PET の場合：

- 1) 視覚判定
- 2) SUVR
- 3) センチロイド
- 4) 実施していない
- 5) わからない／その他

CSF の場合：

- 1) 自施設のカットオフ値
- 2) 外注検査機関のカットオフ値
- 3) 実施していない
- 4) わからない／その他

**設問 D-15. PET と CSF の両方が今後保険収載され、実施が可能となった場合、先生ならどちらを優先されますか？**

- 1) PET
- 2) CSF
- 3) わからない／その他 ( )

**設問 D-16. 先生のご施設での現時点でのアミロイドPETの実施についてお答えください。**

- 1) 自施設のみで可能である。
- 2) 自施設のみでは困難だが、連携機関と協力して実施が可能である。
- 3) 不可能である
- 4) わからない／その他 ( )

**設問 D-17. D-16 で1)自施設のみで可能である、と回答された先生にお聞きします。他の医療機関から、DMT 処方のためのPET検査の依頼があった場合、実施は可能ですか？**

- 1) 可能であり、実施数にも制限はない
- 2) 可能であるが、実施可能な数は限られる
- 3) 不可能である
- 4) わからない／その他

**設問 D-18. D-16 で3)不可能である、を選択された先生にお聞きします。今後の先生のご施設でのアミロイドPETの導入について、お考えをお聞かせください。**

**設問 D-12. 現状のDMTの効果として、認知機能検査やADL評価指標の経時的な低下をコントロールと比較して2~4割抑制する、重度のステージへの進行を平均で2~3年遅らせる、などとされています。この効果についてどう感じるか、当てはまるところを選んでください。**

◆ 治療として全く役に立たないと感じる 1——2——3——4——5 治療として非常に役に立つと感じる

#### 投与のための検査について

【轉載】

#### 【PETについて】

- ・ アミロイドPET イメージング剤の適正使用ガイドライン（改訂第3版 2023年9月21日）では、検査依頼の適正化：アミロイドPET検査の依頼を行う医師は、一定の研修を修了する必要がある。研修の内容については別途定める。レカナマブ診療の場合には、「最適用推進ガイドライン レカナマブ（遺伝子組み換え）」における医師要件を満たす必要がある。
- ・ 検査実施施設の適正化：日本核医学会が定める「アミロイドイメージング剤を用いたPET撮像の標準的プロトコール」に従って撮像を行う。使用するPET装置に関しては、日本核医学会が定める「PET撮像施設認証」を受けている必要がある。
- ・ 読影：適正な読影のために、日本核医学会の核医学専門医またはPET核医学認定医の資格を有する医師が、当該PET薬剤または合成装置の販売等に責任を持つ企業が実施する読影トレーニングを受け、さらに日本核医学会が実施する当該PET薬剤についての「アミロイドPET読影講習」を修了したうえで、読影を行う必要がある。

と、望ましい体制が提案されています。

#### 【脳脊髄液検査について】

- ・ 認知症に関する脳脊髄液・血液バイオマーカ―の適正使用指針（第1版 2021年3月31日）（以下指針）では、
  - ・ 脳脊髄液・血液バイオマーカ―検査は、認知症に関する十分な知識と経験をもつ専門医師が患者を診察し、認知機能状態を把握した上で、検査の目的と有用性を判断して依頼する必要がある。
  - ・ 臨床的に認知機能障害があり、その背景病理を加味して認知症の病型を診断する、あるいは除外することが、診療上有益と考えられる場合に検査の実施が考慮される。
  - ・ バイオマーカ―の結果のみで臨床診断を行うことなく、必要に応じて他の検査を追加し、包括的に鑑別診断を行うよう努める。
- ・ とされています。現状では、脳脊髄液（CSF）リン酸化タウ測定は保険収載されていますが、CSFアミロイドβ（Aβ）は保険収載されていません。

**設問 D-13. 先生のご施設において現時点で脳内のAβ病理の有無の判定に用いるバイオマーカ―は何ですか？**

- 1) アミロイドPET
- 2) CSF Aβ
- 3) 両者

- 1) 保険収載次第であるが、自施設に導入すべきである
  - 2) 保険収載次第であるが、自施設では困難だとしても、連携機関と協力して実施できるようにする必要がある
  - 3) PETを実施できるようにする必要はない
  - 4) わからない/その他 ( )
- 設問 D-19. アミロイドPETの保険収載についてお考えをお聞かせください。**
- 1) できるだけ速やかに保険収載する必要がある
  - 2) 現状のままでよい(保険収載される必要はない)
  - 3) わからない/その他 ( )
- 設問 D-20. アミロイドPET撮像を行う施設の整備はどの程度必要と考えられますか?**
- 1) 二次医療圏(全国 340 区域)毎
  - 2) 三次医療圏(都道府県単位)毎
  - 3) わからない/その他 ( )

- 設問 D-21. 先生のご施設ではCSF検査をADの診断補助として行っていますか?**
- 1) ADの診断の際にルーテインとして腰椎穿刺を行い、バイオマーカー(Aβ、タウ、リン酸タウなど)を診断補助として活用している
  - 2) ADの診断の際にルーテインとして腰椎穿刺を行うが、バイオマーカーを診断補助としては活用していない
  - 3) ADの診断の際にルーテインとしては腰椎穿刺を行っていないが、若年発症例や鑑別困難例など症例を選んで腰椎穿刺を行い、バイオマーカーを診断補助として活用している
  - 4) ADの診断の際に腰椎穿刺を行っていない
  - 5) わからない/その他 ( )

- 設問 D-22. D-21で1)、3)を選択された先生にお尋ねします。自施設での指針の取り扱いについてお答えください。**
- 1) 指針に沿って検査を実施している
  - 2) 指針に沿って検査を実施していないが、今後は検討する
  - 3) 指針に沿った検査を実施していないし、今後も実施は困難である
  - 4) わからない/その他 ( )

- 設問 D-23. D-21で4)を選択された先生にお尋ねします。今後の予定についてお答えください。**
- 1) 保険収載されれば、ADの診断の際にルーテインとして腰椎穿刺を行いたい
  - 2) 保険収載されれば、ADの診断の際に症例を選んで腰椎穿刺を行いたい
  - 3) 保険収載されても、自施設では、ADの診断の際に腰椎穿刺をする予定はない
  - 4) わからない/その他 ( )

- 設問 D-24. D-21で2)を選択された先生にお尋ねします。今後の予定についてお答えください。**

- 1) 保険収載次第であるが、バイオマーカーを診断補助として活用したい
- 2) 自施設では、バイオマーカーを診断補助として活用する予定はない
- 3) わからない/その他 ( )

**設問 D-25. CSF Aβ検査の保険収載についてお考えをお聞かせください。**

- 1) できるだけ速やかに保険収載する必要がある
- 2) 現状のままでよい(保険収載される必要はない)
- 3) わからない/その他 ( )

**血液/バイオマーカーについて**

**【背景】**

近年、超高度のELISAや質量分析の進歩により、血液でADバイオマーカーの測定が可能となり、CSFの結果やアミロイドPETやタウPETの結果とも一定の相関がみられるなど、今後の診断マーカーとして大きな期待が寄せられるようになっていきます。現状では、血液バイオマーカーは保険収載されていません。

**設問 D-26. 末梢血中Aβやリン酸化タウ測定を保険収載することについて、お考えをお聞かせください。**

- 1) できるだけ速やかに保険収載する必要がある
- 2) 保険収載することは考慮されなければならないが、アミロイドPET検査やCSFAβ検査の保険収載を優先すべき
- 3) 現状のままでよい(保険収載される必要はない)
- 4) わからない/その他 ( )

**設問 D-27. 先生が考える、血液ADバイオマーカーの意義を選択ください。(複数選択可)**

- 1) AD診断における鑑別診断のためのルーテインとしての検査
- 2) AD診断においてPETのかわりとなる検査
- 3) AD診断においてCSFのかわりとなる検査
- 4) DMT投与に必要な脳内Aβ病理の判定のためのPETやCSF検査の前に行うスクリーニング検査
- 5) わからない/その他 ( )

**APOEの評価について**

**【背景】**

アポリポタンパク質EをコードするAPOE遺伝子には、主にε2、ε3、ε4の3つがあり、ε4を持つ遺伝子型の場合、ADの発症や進行のリスクが高まるほか、抗Aβ抗体薬を使用した場合のARIAのリスクも高まることからわかっています(参考資料-2)。APOEについては、現状体外診断薬承認を受けた検査は保険償還もされていません。

**設問 D-28. ご施設では、現在APOE検査を行っておられますか?**

- 1) している

- 2) していない
- 3) わからない/その他

**設問 D-29. D-28 にて1)している、と回答された先生にうかがいます。どのように検査されていますか？**

- 1) 自施設で検査を行っている
- 2) 他の医療機関や研究機関に依頼している
- 3) 検査会社に外注している
- 4) 民間の検査サービスを案内している
- 5) わからない/その他 ( )

**設問 D-30. DMT を臨床で処方するにあたって APOE 遺伝子を検査しますか？**

- 1) 保険収載されていないにもかかわらず検査する
- 2) 保険収載されていたら検査する
- 3) 保険収載されていないにもかかわらずも検査しない
- 4) わからない/その他 ( )

**設問 D-31. 先生のご施設では APOE を検査するにあたって、遺伝子カウンターセンシングに対応できますか？**

- 1) できる
- 2) できない
- 3) わからない/その他 ( )

**設問 D-32. D-31 にて1)できる、と回答された先生にうかがいます。自施設で対応可能ですか？**

- 1) 自施設にて可能
- 2) 他施設と連携にて可能
- 3) わからない/その他 ( )

#### **認知機能検査について**

##### **【背景】**

現時点での DMT の適応は早期 AD に限られることから、例えばこれまでレカネマブの治験や Appropriate Use Recommendation (AUR) では MMSE が 22 点以上であることが求められています。

**設問 D-33. 先生は AD の病期を判断する際に、どのような評価尺度を使ってらっしゃいますか？ (尺度の一部のみを使用することも含む。複数選択可) (参考：認知症診療ガイドライン 2017)**

- 1) MMSE などの複合的評価尺度
- 2) WAIS などの知能評価尺度
- 3) WMS などの記憶評価尺度
- 4) WAB などの言語評価尺度
- 5) ROST などの視空間認知評価尺度

- 6) CAT などの注意機能評価尺度
- 7) FAB などの前頭葉機能評価尺度
- 8) NPI などの BPSD 評価尺度
- 9) ADCS-ADL などの ADL 評価尺度
- 10) CUR などの全般的重症度尺度
- 11) QoL-AD などの QOL 評価尺度
- 12) その他 ( )

**設問 D-34. 先生は DMT の適応を判断するに際し、認知機能検査についてどのようにお考えですか？ (複数選択可)**

- 1) 最低限、MMSE を行えば良い
- 2) MMSE でなくとも、HDS-R や MOCA など、簡便なスクリーニングを用いることで代用できる
- 3) MMSE などの簡便なスクリーニング評価だけでは DMT の適応を決めるべきではなく、より詳しい認知機能検査を行う必要がある
- 4) 適応の判断については、簡便なスクリーニングだけでなく、臨床的な効果を判定するためには、より詳しい認知機能検査や、ADL、QOL の評価を行うことが望ましい
- 5) わからない/その他 ( )

#### **DMT 適応の有無の判断について**

##### **【背景】**

これまでの治験での組み入れにおいて、可能な年齢が、50~90 歳となっていたり、大うつ病などの明らかな精神疾患に罹患している方や、頭部 MRI で脳微小出血が 5 個以上または脳萎縮シロームス (ヘモジリン沈着) が認められる方は、除外となっていました。MMSE については上述のとおりです。PET によるアミロイド病理の判定について、アデユカヌマブの AUR では、『CSF 陽性/PET 陰性の場合 1-3 年以内に PET 再検査を考慮してもよいかもしれない』と記載されています。CSF については、陰性の場合、その後 1 年では陽性化することはないことが、また CSF 陰性/PET 陽性の症例を 2 年間追跡するとその約 2 割で CSF が陽転することが報告されています。

**設問 D-35. 治験では対象外となった MMSE21 点以下の人に対する DMT はどのようにするべきだと思いますか？**

- 1) MMSE のみで必ずしも早期 AD でないと判断できるわけではないので、投与する
- 2) MMSE のみで必ずしも早期 AD でないと判断できるわけではないので、一定の条件をみたせば投与する (条件を記載)
- 3) 投与しない
- 4) わからない/その他 ( )

**設問 D-36. 臨床的には早期 AD が強く疑われるものの、アミロイド PET 検査が陰性であった場合、DMT はどのようにするべきだと思いますか？**

- 1) 投与されてもよい
- 2) CSF バイオマーカーを確認すべきである

- 3) アミロイド PET を再検査したほうがよい ( )  
 4) わからない/その他 ( )

**設問 D-37. 臨床的には早期 AD が強く疑われ、アミロイド PET 検査を行ったところ陰性であったため、CSF 検査を追加したところ陽性だった場合、次にどうすべきと考えますか？**

- 1) CSF 陽性の結果を踏まえ、DMIT 投与は考慮すべき ( )  
 2) CSF 陽性の結果を踏まえ、まずは PET の再検査が考慮されるべき ( )  
 3) PET 検査が陰性であれば、そもそも CSF 検査は追加されるべきでない ( )  
 4) わからない/その他 ( )

**設問 D-38. D-36 のようなケースでアミロイド PET を再検査する場合、どのくらいの間隔をあげるべきだと思いますか？**

- 1) 1 年 ( )  
 2) 2 年 ( )  
 3) 3 年 ( )  
 4) 再検査しない(再検査はすめない) ( )  
 5) わからない/その他 ( )

**設問 D-39. 臨床的には早期 AD が強く疑われるものの、CSF バイオマーカーが陰性であった場合、DMIT はどのようにするべきだと思いますか？**

- 1) 投与すべきでない ( )  
 2) アミロイド PET を確認すべきである ( )  
 3) CSF バイオマーカーを再検査すべきである ( )  
 4) わからない/その他 ( )

**設問 D-40. 臨床的には早期 AD が強く疑われ、CSF 検査を行ったところ陰性であったため、アミロイド PET 検査を追加したところ陽性であった場合、次にどうすべきと考えますか？**

- 1) PET 陽性の結果を踏まえ、DMIT 投与は考慮すべき ( )  
 2) PET 陽性の結果を踏まえ、まずは CSF の再検査が考慮されるべき ( )  
 3) CSF 検査が陰性であれば、そもそも PET 検査を追加すべきでない ( )  
 4) わからない/その他 ( )

**設問 D-41. D-39 のようなケースで CSF を再検査する場合、どのくらいの間隔をあげるべきだと思いますか？**

- 1) 1 年 ( )  
 2) 2 年 ( )  
 3) 3 年 ( )  
 4) 再検査しない (再検査はすめない) ( )  
 5) わからない/その他 ( )

**設問 D-42. 対象となった方の年齢が 50 歳未満で、治療での基準を逸脱している場合、DMIT はどのようにするべきだと思いますか？**

- 1) 投与する ( )  
 2) 投与しない ( )  
 3) 一定の条件をみたせば投与する (条件を記載) ( )  
 4) わからない/その他 ( )

**設問 D-43. では年齢が 91 歳以上の場合、DMIT はどのようにするべきだと思いますか？**

- 1) 投与する ( )  
 2) 投与しない ( )  
 3) 一定の条件をみたせば投与する (条件を記載) ( )  
 4) わからない/その他 ( )

**設問 D-44. 対象となった方が、治療で対象外であった精神状態・精神疾患（大うつ病など）であった場合、DMIT はどのようにするべきだと思いますか？**

- 1) 投与する ( )  
 2) 投与しない ( )  
 3) 条件付きで投与(条件記載) ( )  
 4) わからない/その他 ( )

**設問 D-45. アジア人と欧米人では脳出血リスクは異なると考えられています。この点を踏まえ、対象となった方がアジア人であった場合、投与前の MRI で微小出血が 1 個以上、または脳表シロームシス（ヘモジリン沈着症）が確認される場合、DMIT はどのようにするべきだと思いますか？**

- 1) 投与されるべき ( )  
 2) 投与されるべきでない ( )  
 3) 条件付きで投与されてもよい(条件記載) ( )  
 4) わからない/その他 ( )

**DMIT 投与における課題  
 治療場所、方法について**

**【背景】**

現在のところ、DMIT は、例えばレバネマップでは経静脈投与（1～2 時間の点滴）での隔週投与、副反応の評価のため、投与前には比較的頻回に頭部 MRI を撮像する必要があるとされています。

**設問 D-46. 隔週での点滴、初回投与後は 3 時間の安静が必要になるとした場合、先生のご施設では、点滴と休養のためのスペースは確保できますか？**

- 1) できている、または、すぐに確保できる ( )  
 2) スペースは現時点ではないが、確保を検討したい ( )  
 3) スペースは現時点ではなく、準備をする予定もない ( )  
 4) わからない/その他 ( )

設問 D-47. 先生のご施設では、DMT 初回導入時について、入院での投与を予定していますか？

- 1) 予定している
- 2) 予定していない
- 3) 未定／その他 ( )

副反応について

【背景】

DMT の使用において、特に Aβ を標的とする抗体療法では、ARIA がみられることが知られています。多くは無症状とされていますが、治療投与後には、定期的に MRI 検査をおこない、専門医による読影を必要とされるとされています。また、有症状の場合には、緊急での MRI 検査に加え月単位で MRI を実施する必要があり、画像異常の程度が中程度の場合、無症状でも、投与をいったん中止し慎重な経過観察が必要とされています。また、もし重篤な症状がある、または画像上高度の ARIA が認められた場合には、さらにステロイド治療などを検討するといった、安全管理体制整備が必要な可能性があります。

設問 D-48. 先生が勤務する施設における上配安全管理体制についてお答えください

- 1) 自施設において体制を整備可能である (⇒D-52 へおすすみください)
- 2) 他施設との連携により体制整備が可能である (⇒D-49 へおすすみください)
- 3) 体制整備は困難である (⇒D-50 へおすすみください)
- 4) わからない／その他 ( ) (⇒D-52 へおすすみください)

設問 D-49. D-48 において 2) と回答された先生にお聞きします。自施設で行えない内容を選択してください。(複数選択可)

- 1) 定期的な MRI
- 2) 緊急 MRI
- 3) 専門医による画像読影
- 4) 中程度から高度の ARIA に対する対応
- 5) わからない／その他 ( )

設問 D-50. D-48 において 3) と回答された先生にお聞きします。その理由についてはあてはまるものを選択してください。(複数選択可)

- 1) 自施設の人的資源不足
- 2) 周辺で連携可能な施設がない
- 3) 必要性がない
- 4) わからない／その他 ( )

設問 D-51. D-50 において 2) 周辺で連携可能な施設がない、と回答された先生にお聞きします。施設状況についてあてはまるものを選択してください。(複数選択可)

- 1) 連携可能な施設の有無を把握していない

- 2) これまで連携を行ったことがない
- 3) 地理的に連携可能な施設が近くにない
- 4) その他 ( )

設問 D-52. DMT の種類ごとに推奨される ARIA モニタリングのための MRI の頻度は添付文書などに記載される可能性がありますが、先生は現時点でどのくらいの頻度で撮像することを想定されていますか？

- 1) 無症状でも毎月
- 2) 無症状でも隔月
- 3) 無症状でも 3 ヶ月おき
- 4) 無症状でも半年おき
- 5) 有症状の場合にのみ撮像を考慮
- 6) わからない／その他 ( )

設問 D-53. ARIA に関して先生のお考えをお聞かせください。(複数選択可)

- 1) 専門医による統一的な判定が必要であり、拠点を設置して遠隔での専門医による読影を可能とするような体制を整備する必要がある
- 2) ARIA が認められた場合に、経過観察とする基準など、その対応に関するガイドラインが必要である
- 3) 入院が必要な ARIA が認められた場合に、受け入れが可能な拠点の設置といった体制整備が必要である
- 4) わからない／その他 ( )

設問 D-54. 勤務されているご施設に関し、DMT を使用する場合の鑑別診断や安全管理体制について、お考えに近い選択肢を選択してください。

- 1) 自施設において、鑑別診断、治療薬の導入、導入後の安全管理を行えるようにする必要がある
- 2) 自施設ですべて行う必要はなく、他施設との連携によって、鑑別診断、治療薬の導入、導入後の安全管理を行えるようにする必要がある。(連携によって行う項目を選択ください、複数選択可)
  - ・アミロイド PET 検査
  - ・CSF 検査
  - ・治療薬の導入
  - ・治療薬の維持投与
  - ・定期的な MRI 検査 (ARIA 発生の有無確認)
  - ・緊急 MRI 検査
  - ・重症の副作用に対する入院治療
- 3) 必ずしも自施設が体制を整備する必要はない
- 4) わからない／その他 ( )

抗アミロイド薬の意義、社会的側面

【背景】

ジュネーブ宣言にあるように、医の倫理として「医師としての職責と患者との間に、年齢、疾病もしくは障害、信条、民族的起源、ジェンダー、国籍、所属政治団体、人種、性的志向、社会的地位があるいはその他のいかなる要因でも、そのようなことに対する配慮が介在することを容認しない。」ことは大切なこととする。

その一方、現時点での抗アミロイド抗体療法は、薬剤費が高額であることが懸念されています。例えば米国では、これまで同国で承認されたアデュカヌマブやレカナマブは年に2.5万ドル前後（日本円換算で約350万円）、一般的な公的保険での自己負担額は年間5000ドル程度（同約70万円）です。DMT導入のための鑑別診断検査の実施や、治療における安全管理体制整備の必要性を考えると、日本において、当初から、DMTの提供体制を全国で均てん化することは難しいかもしれません。そのため、医療福祉、医療経済といった観点でDMTについて考えた場合、特定の集団に優先的に投与する、あるいは優先度が相対的に低くなる集団がある、といったことが検討されるかもしれません。以下の質問では、医療倫理的配慮を踏まえ、医療経済といった観点を念頭に置いた場合、現状で先生のお考えに最も近い回答をご選択ください。

**設問 D-55. DMTの有効性に關するエビデンスや、費用対効果、社会的影響などの、さまざまな要因を考慮し、何らかの基準をもとに、このような優先順位をつけることについて先生はどのような感じになりますか？当てはまる場所を選んでください。**

- 1) いかなる場合も優先順位はつけるべきではない
- 2) 投与対象となる患者に制限をつけるべきではないが、投与する医師・医療機関に制限をつけてもよい
- 3) 投与する医師・医療機関に制限をつけるべきではないが、投与対象となる患者に制限をつけてもよい
- 4) 投与する医師・医療機関と、対象となる患者の双方に制限をつけてもよい
- 5) わからない/その他 ( )

**設問 D-56. DMTの使用について、医療経済性（財政的な観点や、治療費に見合った効果があるかの観点など）からみた優先順位や制限をつけることについてどう感じるか、当てはまる場所を選んでください。**

- 1) いかなる場合も優先順位はつけるべきではない
- 2) 投与対象となる患者に制限をつけるべきではないが、投与する医師・医療機関に制限をつけてもよい
- 3) 投与する医師・医療機関に制限をつけるべきではないが、投与対象となる患者に制限をつけてもよい
- 4) 投与する医師・医療機関と、対象となる患者の双方に制限をつけてもよい
- 5) わからない/その他 ( )

**設問 D-57. 治療効果や副作用発生頻度などの医学的エビデンスをもとに、優先順位や制限をつけることについてどう感じるか、当てはまる場所を選んでください。**

- 1) いかなる場合も優先順位はつけるべきではない

- 2) 投与対象となる患者に制限をつけるべきではないが、投与する医師・医療機関に制限をつけてもよい
- 3) 投与する医師・医療機関に制限をつけるべきではないが、投与対象となる患者に制限をつけてもよい
- 4) 投与する医師・医療機関と、対象となる患者の双方に制限をつけてもよい
- 5) わからない/その他 ( )

**設問 D-58. DMTの効果として、ADL増悪を抑制する効果などが示唆されていることから、独居や若年性ADなど、DMTにより、現在の生活をできるだけ長く維持でき、相対的に薬剤のベネフィットが高いと考えられる集団が想定される場合、優先順位や制限をつけることについてどう感じるか、当てはまる場所を選んでください。**

- 1) いかなる場合も優先順位はつけるべきではない
- 2) 投与対象となる患者に制限をつけるべきではないが、投与する医師・医療機関に制限をつけてもよい
- 3) 投与する医師・医療機関に制限をつけるべきではないが、投与対象となる患者に制限をつけてもよい
- 4) 投与する医師・医療機関と、対象となる患者の双方に制限をつけてもよい
- 5) わからない/その他 ( )

**設問 D-59. 生活面での支度が少ない、経済的な困窮状態にある、といった社会的に脆弱な集団が想定される場合、優先順位や制限をつけることについてどう感じるか、当てはまる場所を選んでください。**

- 1) いかなる場合も優先順位はつけるべきではない
- 2) 投与対象となる患者に制限をつけるべきではないが、投与する医師・医療機関に制限をつけてもよい
- 3) 投与する医師・医療機関に制限をつけるべきではないが、投与対象となる患者に制限をつけてもよい
- 4) 投与する医師・医療機関と、対象となる患者の双方に制限をつけてもよい
- 5) わからない/その他 ( )

**設問 D-60. DMTを導入する際に、優先順位や制限をつけることを考えとした場合に、先生にとつて、考慮することが妥当だと考える選択肢があれば選択して下さい。（複数選択可）**

- 1) 超高齢
- 2) 若年のため、効果がうすい
- 3) APOE4など遺伝素因により治療効果に差がある
- 4) 対象者の経済的状況
- 5) 家族などの支援の有無
- 6) 合併症などでAEのリスクが高い
- 7) 治療費に見合った効果が得られるかどうか
- 8) わからない/その他 ( )



レカナマブを安全かつ効果的に使用するために臨床医または医療センターが必要とする医療資源
アルツハイマー病による軽度認知障害または軽度認知症の人を特定する認知機能評価に熟練した臨床医
脳血管病理のベースライン評価およびアミロイド関連画像異常(ARIA)のモニタリングに利用できるMRI
脳血管障害およびARIAの特定と解釈の専門家である放射線科医、神経科医、またはその他の臨床医
治療計画のアミロイド状態を判定するためのアミロイドPETまたはPET/CTまたはPET/CTによる他の臨床医
アミロイド画像の解釈に熟練した放射線科医、核医学専門家、神経内科医、神経科医、またはその他の専門家 / 腰椎穿刺の実施に熟練した神経内科医、放射線科医、またはその他の臨床医
アポリポタンパク E ジェノタイプ
レカナマブ投与中およびアミロイド関連画像異常(ARIA)のモニタリングに利用できる専門家
ケアパートナーとコミュニケーションをとる専門家
治療を受けている患者が2週間ごとに投与(点滴)を受けるところ
投与による副作用を認識し、マネジメントできる知識豊富な現場スタッフ
MRIを撮影する専門家とレカナマブを治療する臨床医との間のコミュニケーションチャネル
レカナマブで治療する臨床医と、患者およびケアパートナーとの間のコミュニケーションチャネル
集中治療室を含む入院リソースの利用
重度または重篤なARIA患者のてんかん発作および重症状態の管理に関する専門家
重篤なARIAを管理するための標準操作手順を備えたプロトコル

Cummings et al. Lecanemab: Appropriate use recommendations. J Prev Alz Dis 2023

	Core (model predicted)		OLE (observed data)
Category	10 mg/kg Monthly (C <sub>0, max</sub> =239 ug/ml)	10 mg/kg Bi-weekly (C <sub>0, max</sub> =280 ug/ml)	Newly Treated Core placebo* (N=45)
ApoE4+			
Homozygous	17.7%	22.5%	1/4 (25.0%)
Heterozygous	5.1%	6.8%	3/27 (11.1%)
ApoE4-	4.0%	5.4%	0/14 (0%)

lecanemab (BAN2401) の第二相臨床試験により得られたARIAの発現リスクデータ。最高血中濃度とARIA発現頻度の相関グラフから作成された予測モデルによる推定されるC<sub>max</sub>=280ug/mlにおけるARIA発現頻度。ApoE4ホモで22.5%、ヘテロで6.8%、ApoE4-において5.4%と推定されている。

Honing et al. ARIA in patients treated with lecanemab (BAN2401) in a phase 2 study in early Alzheimer's disease. Alzheimer's Dement. 2023;9:e12377

設問 D-01. DMT 投与に要する時間・期間、個別診断や安全管理のための検査などは対象者の負担になる可能性が考えられます。対象者のDMT実施が困難になる要因としてどのようなことが考えられるでしょうか？ 先生のお考えをお聞かせください。(複数回答可)

- 1) 通院における距離や時間の問題から実施が困難な人がいると思う
- 2) 実際の投与にかかると時間・期間が長いことから実施が困難な人がいると思う
- 3) 費用の面から実施が困難な人がいると思う
- 4) 受診などを支障する介護者の不在のため実施が困難な人がいると思う
- 5) 実施に大きな抵抗を示す人はいないと思う
- 6) わからない/その他 ( )

設問 D-02. DMT を希望するにもかかわらず、対象外となったり、導入ができなかった場合、どのようなフォローが必要だと思いますか？先生のお考えをお聞かせください。(複数回答可)

- 1) 非薬物療法を導入する
- 2) 心理的ケアを行う
- 3) 従来の抗認知症薬による治療を行う
- 4) わからない/その他 ( )

DMT実施のための準備

設問 D-03. DMTに関する患者説明資料について、先生の施設の準備状況についてお聞きします。

- 1) すでに作成している
- 2) 学会などからの提供を希望する
- 3) 不要である
- 4) わからない/その他 ( )

設問 D-04. DMT を実装していくには、これまでの認知症診療にプラスアルファの知識や技能が必要となります。効果的かつ安全にDMTを提供するため、先生が必要と感ずるものがあれば、ご選択ください。(複数回答可)

- 1) オンラインやe-learningでの医師の研修
- 2) 実技を含めた現場での医師の研修
- 3) 各検査の標準化など、医療機関レベルの研修
- 4) 正しくDMTを理解してもらったための、学会などにより作成された標準的な説明・同意用資料
- 5) 専門医からの助言が得られる仕組み (O to P with D など)
- 6) 必要ない
- 7) わからない/その他 ( )

**AD 疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制と社会的な課題に関する調査**  
日本神経放射線学会員・日本核医学会 PET 核医学認定医向け調査票

1. 回答者について

**背景情報**

設問 R-1. 勤務しているご施設の種別は以下のどれですか？

- 1) 一般病院
- 2) 特定機能病院
- 3) 地域医療支援病院
- 4) 臨床研究センター
- 5) 精神科病院
- 6) 無床診療所
- 7) 有床診療所
- 8) その他 ( )

設問 R-2. 勤務先の医療機関が所有する病床について回答ください。(複数選択可)

- 1) 病床はない
- 2) 一般病床
- 3) 療養病床
- 4) 精神病床
- 5) 感染症病床
- 6) 結核病床

設問 R-3. 勤務している施設は認知症疾患医療センターでしょうか？

- 1) 認知症疾患医療センターではない
- 2) 基幹型認知症疾患医療センター
- 3) 地域型認知症疾患医療センター
- 4) 連携型認知症疾患医療センター

設問 R-4. 勤務しているご施設は日本核医学会による PET 撮像施設認定をうけておられますか？  
(複数選択可)

- 1) 認知症のための 18F-FDG を用いた脳 PET 撮像
- 2) アミロイドイメージング剤を用いた脳 PET 撮像 (11C-PiB)
- 3) アミロイドイメージング剤を用いた脳 PET 撮像 (18F-Florbetapir)
- 4) アミロイドイメージング剤を用いた脳 PET 撮像 (18F-Flutenetamol)
- 5) アミロイドイメージング剤を用いた脳 PET 撮像 (19F-Florbetaben)
- 6) うけていない

設問 R-5. 勤務している施設は一般社団法人画像診断管理認証機構による認証を受けておられますか？

- 1) 受けている
- 2) 受けていない
- 3) わからない/その他

設問 R-6. 勤務している勤務地の都道府県について記入ください。

\_\_\_\_\_

設問 R-7. 認定医または専門医としての経験年数を選択ください。

- 1) 1年未満
- 2) 1年以上-5年未満
- 3) 5年以上-10年未満
- 4) 10年以上

設問 R-8. 以下の認定医、専門医をおもちであればすべてチェックしてください。

- 放射線診断専門医
- PET 核医学認定医
- 核医学専門医
- 日本認知症学会専門医
- 日本老年精神医学会専門医

設問 R-9. 日本核医学会によるアミロイドPET 撮像講習は修了されていますか？

- 1) 修了した
- 2) 修了していない
- 3) わからない/その他

2. 疾患修飾薬に関して

**【背景】**

近い将来に臨床で実際に使用可能となる疾患修飾薬 (Disease Modifying Therapy または Disease Modifying Drug。本アンケートでは DMT としております) には、抗アミロイド薬のレカネマブ (2023 年 FDA 承認) などがあげられます。抗アミロイド薬については、アミロイドPET または脳脊髄液検査によるアミロイド病理の証明が望まれているほか、治療薬投与期間中、副反応としての ARIA (Amyloid-related imaging abnormalities: ARIA) の管理のため複数回の MRI 撮像や、重症の ARIA に対する入院治療体制が必要とされています (参考資料1)。これらについて伺います。

**基本的な理解**

設問 R-10. 上記薬剤について、現段階でどの程度ご存知ですか？当てはまるところを選んでください。

- ・ 脳脊髄液・血液バイオマーカー検査は、認知症に関する十分な知識と経験をもつ専門医師が患者を診察し、認知機能状態を把握した上で、検査の目的と有用性を判断して依頼する必要がある。
  - ・ 臨床的に認知機能障害があり、その背景病理を加味して認知症の病型を診断する、あるいは除外することが、診療上有益と考えられる場合に検査の実施が考慮される。
  - ・ バイオマーカーの結果のみで臨床診断を行うことなく、必要に応じて他の検査を追加し、包括的に鑑別診断を行うように努める。
- とされています。現状では、脳脊髄液 (CSF) リン酸化タウ測定は保険収載されていますが、CSF アミロイドβ (Aβ) は保険収載されていません。

**設問 R-15. 先生のご施設において現時点で脳内のAβ 病理の有無の判定に用いるバイオマーカーは何ですか？**

- 1) アミロイドPET
- 2) CSFAβ
- 3) 両者
- 4) これらを用いた判定を行っていない
- 5) わからない／その他

**設問 R-16. 上記設問のバイオマーカーを活用している場合、Aβ 陽性の判定基準は何を用いていますか？**

- PET の場合：
- 1) 視算判定
  - 2) SUVR
  - 3) センチロイド
  - 4) 実施していない
  - 5) わからない／その他

CSF の場合：

- 1) 自施設のカットオフ値
- 2) 外注検査機関のカットオフ値
- 3) 実施していない
- 4) わからない／その他

**設問 R-17. PET と CSF の両方が今後保険収載され、実施が可能となった場合、先生ならどちらが優先されるべきと思いますか？**

- 1) PET
- 2) CSF
- 3) 認知症の専門医の判断
- 4) わからない／その他 ( )

- ◆ 全く知らなかった 1—2—3—4—5 とても詳しい
- 設問 R-11. 上記薬剤の、実臨床での使用に対するお考えについて、当てはまることを選んでください。**
- ◆ 使用したくない 1—2—3—4—5 是非とも使用したい

**投与対象と治療効果について**

**設問 R-12. これまでの治験では、スクリーニング脱落は6~8割となっております。このことから、治療を希望する患者数と、実際に適応となる患者数との間には差が生じるものと考えられます。この適応となる患者数の割合についてどう感じるか、当てはまることを選んでください。**

- ◆ 非常に少ないと感じる 1—2—3—4—5 非常に多いと感じる

**設問 R-13. 現状のDMTで想定されている治療対象は、MCI から早期認知症までの、早期ADとなっております。この範囲についてどう感じるか、当てはまることを選んでください。**

- ◆ 範囲はととも狭いと感じる 1—2—3—4—5 範囲はとも広いと感じる

**設問 R-14. 現状のDMTの効果として、認知機能検査やADL 評価指標の経時的な低下をコントロールと比較して2~4 割抑制する、重症のステージへの進行を平均で2~3 年遅らせる、などとされています。この効果についてどう感じるか、当てはまることを選んでください。**

- ◆ 治療として全く役に立たないと感じる 1—2—3—4—5 治療として非常に役に立つと感じる

**投与のための検査について**

**【背景】**

**【PET について】**

- ・ アミロイド PET イメージング剤の適正使用ガイドライン (改訂第3 版 2023 年9 月21 日) では、検査依頼の適正化：アミロイドPET 検査の依頼を行う医師は、一定の研究を修了する必要がある。研修の内容については別途定める。レカネマブ診療の場合には、「最適使用推進ガイドライン」レカネマブ (遺伝子組み換え) における医師要件を満たすことが必要である。
  - ・ 検査実施施設の適正化：日本核医学会が定める「アミロイドイメージング剤を用いた脳PET 撮像の標準的プロトコール」に従って撮像を行う。使用するPET 装置に関して、日本核医学会が定める「PET 撮像施設認証」を受けている必要がある。
  - ・ 読影：適正な読影のために、日本核医学会の核医学専門医またはPET 核医学認定医の資格を有する医師が、当該 PET 薬剤または合成装置の販売者に責任を持つ企業が実施する読影トレーニングを受け、さらに日本核医学会が実施する当該 PET 薬剤についての「アミロイドPET 読影講習」を修了したうえで、読影を行う必要がある。
- と、望ましい体制が提案されています。

**【脳脊髄液検査について】**

認知症に関する脳脊髄液・血液バイオマーカーの適正使用指針 (第1 版 2021 年3 月31 日) (以下指針) では、

**設問 R-18. 先生のご施設での現時点でのアミロイドPETの実施についてお答えください。**

- 1) 自施設のみで可能である。
- 2) 自施設のみでは困難だが、連携機関と協力して実施が可能である。
- 3) 不可能である
- 4) わからない/その他 ( )

**設問 R-19. R-18 で 1) 自施設のみで可能である、と回答された先生にお聞きします。他の医療機関から、DMT 処方のための PET 検査依頼があった場合、実施は可能ですか？**

- 1) 可能であり、実施数にも制限はない
- 2) 可能であるが、実施可能な数は限られる
- 3) 不可能である
- 4) わからない/その他 ( )

**設問 R-20. R-18 で 3) 不可能である、を選択された先生にお聞きします。今後先生の施設でのアミロイドPET 実施について、お答えをお聞かせください。**

- 1) 保険収載次第であるが、自施設に導入すべきである
- 2) 保険収載次第であるが、自施設では困難だとしても、連携機関と協力して実施できるようにする必要がある
- 3) PET を実施できるようにする必要はない
- 4) わからない/その他 ( )

**設問 R-21. アミロイドPET の保険収載についてお答えをお聞かせください。**

- 1) できるだけ速やかに保険収載する必要がある
- 2) 現状のままでよい (保険収載される必要はない)
- 3) わからない/その他 ( )

**設問 R-22. アミロイドPET 撮像を行う施設の整備ほどの程度必要と考えられますか？**

- 1) 二次医療圏(全国 340 区域)毎
- 2) 三次医療圏(都道府県単位)毎
- 3) わからない/その他 ( )

**設問 R-23. アミロイドPET 結果の判定を行う認定医について、お答えをお聞かせください。**

- 1) 現在認定医はDMT を全国で使用可能な程度の人員がすでに養成されている
- 2) 認定医の人員は少なく、養成を急ピッチにすすめるべきではない
- 3) 認定医の人員は少ないが、特に養成を急ぐ必要はない
- 4) わからない/その他 ( )

**血液バイオマーカーについて**

**【背景】**

近年、超高度のELISA や質量分析の進歩により、血液でADバイオマーカーの測定が可能となり、

CSF の結果やアミロイドPET やタウPET の結果とも一定の相関がみられるなど、今後の診断マーカーとして大きな期待が寄せられるようになっていきます。現状では、血液バイオマーカーは保険収載されていません。

**設問 R-24. 血清中Aβ やリン酸化タウ測定を保険収載することについて、お答えをお聞かせください。**

- 1) できるだけ速やかに保険収載する必要がある
- 2) 保険収載することは考慮されなければならないが、アミロイドPET 検査やCSF Aβ 検査の保険収載を優先すべき
- 3) 現状のままでよい (保険収載される必要はない)
- 4) わからない/その他 ( )

**設問 R-25. 先生が考える、血液ADバイオマーカーの意義を選択ください。(複数選択可)**

- 1) AD 診断における鑑別診断のためのルーティンとしての検査
- 2) AD 診断においてPET のかわりとなる検査
- 3) AD 診断においてCSF のかわりとなる検査
- 4) DMT 投与に必要な脳内Aβ 病理の判定のためのPET やCSF 検査の前に行うスクリーニング検査
- 5) わからない/その他 ( )

**APOE の評価について**

アポリポタンパク質EをコードするAPOE 遺伝子には、主にε2、ε3、ε4 の3つがあり、ε4 を持つ遺伝子型の場合、AD の発症や進行のリスクが高まるほか、抗Aβ 抗体薬を使用した場合のARIA のリスクも高まることわかっています (参考資料-2)。APOE については、現状体外診断薬承認を受けた検査は保険償還もされていません。

**設問 R-26. ご施設では、現在APOE 検査を行っておられますか？**

- 1) している
- 2) していない
- 3) わからない/その他 ( )

**設問 R-27. R-26にて1)している、と回答された先生にうかがいます。どのように検査されていますか？**

- 1) 自施設で検査を行っている
- 2) 他の医療機関や研究機関に依頼している
- 3) 検査会社へ外注している
- 4) 民間の検査サービスを案内している
- 5) わからない/その他 ( )

**認知機能検査について**

現時点でのDMT の適応は早期ADに限られることから、例えばこれまでレカネマブの治験や

Appropriate Use Recommendation (AUR) ではMMSE が22点以上であることが求められています。

#### **DMT 適応の有無の判断について**

##### **【背景】**

これまでの試験での組み入れにおいて、可能な年齢が、50～90歳となっていたり、大うつ病などの明らかかな精神疾患に罹患している方や、頭部MRIで脳微小出血が5個以上または脳表シデロシス（ヘモジデリン沈着）が認められる方は、除外となっています。MMSEについては上述のとおりです。PETによるアミロイド病理の判定について、アデユカヌマブのAURでは、『CSF陽性/PET陰性の場合1-3年以内にPET再検査を考慮してもよいかもしれない』と記載されています。CSFについては、陰性の場合、その後1年では陽性化することはないことが、またCSF陰性/PET陽性の症例を2年間追跡するとその約2割でCSFが陽転することが報告されています。

**設問 R-28. 臨床的には早期ADが強く疑われ、アミロイドPET検査が陰性であった場合、DMTはどのようにするべきだと思いますか？**

- 1) 投与されてもよい
- 2) CSFバイオマーカーを確認すべきである
- 3) アミロイドPETを再検査したほうがよい
- 4) わからない/その他 ( )

**設問 R-29. 臨床的には早期ADが強く疑われ、アミロイドPET検査を行ったところ陰性であったため、CSF検査を追加したところ陽性だった場合、次にどうすべきと考えますか？**

- 1) CSF陽性の結果を踏まえ、DMT投与は考慮すべき
- 2) CSF陽性の結果を踏まえ、まずはPETの再検査が考慮されるべき
- 3) PET検査が陰性であれば、そもそもCSF検査は追加されるべきでない
- 4) わからない/その他 ( )

**設問 R-30. R-28のようなケースでアミロイドPETを再検査する場合、どのくらいの間隔をあげるべきと思いますか？**

- 1) 1年
- 2) 2年
- 3) 3年
- 4) 再検査しない(再検査はすすめない)
- 5) わからない/その他 ( )

**設問 R-31. 臨床的には早期ADが強く疑われ、CSFバイオマーカーが陰性であった場合、DMTはどのようにするべきだと思いますか？**

- 1) 投与すべきでない
- 2) アミロイドPETを確認すべきである
- 3) CSFバイオマーカーを再検査すべきである
- 4) わからない/その他 ( )

**設問 R-32. 臨床的には早期ADが強く疑われ、CSFバイオマーカーが陰性であったため、アミロイドPET検査を追加したところ陽性であった場合、次にどうすべきと考えますか？**

- 1) PET陽性の結果を踏まえ、DMT投与は考慮すべき
- 2) PET陽性の結果を踏まえ、まずはCSFの再検査が考慮されるべき
- 3) CSF検査が陰性であれば、そもそもPET検査を追加すべきでない
- 4) わからない/その他 ( )

**設問 R-33. アジア人と欧米人では脳出血リスクは異なると考えられています。この点を踏まえ、対象となった方が、アジア人であった場合、投与前のMRIで微小出血が5個以上、または脳表シデロシス（ヘモジデリン沈着）が確認される場合、DMTはどのようにするべきだと思いますか？**

- 1) 投与されるべき
- 2) 投与されるべきでない
- 3) 条件付きで投与されてもよい(条件記載)
- 4) わからない/その他 ( )

#### **DMT投与における課題**

##### **治療場所、方法について**

##### **【背景】**

現在のところ、DMTは、例えばレカナマブでは経静脈投与（1～2時間の点滴）での隔週投与、副反応の評価のため、投与初期には比較的高頻回に頭部MRIを撮像する必要があるとされています。

##### **副反応について**

##### **【背景】**

DMTの使用において、特にAβを標的とする抗体療法では、ARIAがみられることが知られています。多くは無症状とされていますが、治療薬投与後には、定期的にMRI検査をおこない、専門医による読影をする必要があるとされています。また、有症状の場合には、緊急でのMRI検査に加え月単位でMRIを実施する必要があり、画像異常の程度が中程度の場合、無症状でも、投与をいったん中止し慎重な経過観察が必要とされています。また、もし重篤な症状がある、または画像上高度のARIAが認められた場合には、さらにステロイド治療などを検討するといった、安全管理体制整備が必要な可能性があります。

**設問 R-34. 先生が勤務する施設における上記安全管理体制についてお答えください。**

- 1) 自施設において体制を整備可能である(⇒R-38へおすすみください)
- 2) 他施設との連携により体制整備が可能である(⇒R-35へおすすみください)
- 3) 体制整備は困難である(⇒R-36へおすすみください)
- 4) わからない/その他 ( ) (⇒R-38へおすすみください)

**設問 R-35. R-34において2)と回答された先生にお聞きします。自施設で行えない内容を選択してください。(複数選択可)**

- 1) 定期的なMRI

- お考えに近い選択肢を選択してください。
- 1) 自施設において、鑑別診断、治療薬の導入、導入後の安全管理を行えるようにする必要がある
  - 2) 自施設ですべて行う必要はなく、他施設との連携によって、鑑別診断、治療薬の導入、導入後の安全管理を行えるようにする必要がある。(連携によって行う項目を選択ください、複数選択可)

- ・アミロイドPET検査
  - ・CSF検査
  - ・治療薬の導入
  - ・治療薬の維持投与
  - ・定期的なMRI検査 (ARIA発生の有無確認)
  - ・緊急MRI検査
  - ・重症の副作用に対する入院治療
- 3) 必ずしも自施設が体制を整備する必要はない
  - 4) わからない/その他 ( )

**設問 R-41. ARIAに関して確かな診断を行える専門医の人員は十分だと考えられますか？**

- 1) 現在専門医はDMTを全国で使用可能な程度の人員がすでに養成されている
- 2) 専門医の人員は少なく、養成を急ピッチにすすめなければならぬ
- 3) 専門医の人員は少ないが、養成を急ぐ必要はない
- 4) わからない/その他

**抗アミロイド薬の意義、社会的側面**

**【背景】**

ジュネーブ宣言にあるように、医の倫理として「医師としての職員と患者との間に、年齢、疾病もしくは障害、信条、民族的起源、ジェンダー、国籍、所属政治団体、人種、性的志向、社会的地位あるいはその他のいかなる要因でも、そのようなことに対する配慮が介在することを容認しない。」ことは大切なことです。

その一方、現時点での抗アミロイド抗体療法は、薬剤費が高額であることが懸念されています。例えば米国では、これまで同国で承認されたアデュカヌマブやレカネマブは年に2.5万ドル前後(日本円換算で約350万円)、一般的な公的保険での自己負担額は年間5000ドル程度(同約70万円)です。DMT導入のための鑑別診断検査の実施や、治療における安全管理体制整備の必要性を考えると、日本において、当初から、DMTの提供体制を全国で均てん化することは難しいかもしれません。そのため、医療福祉、医療経済といった観点でDMTについて考えた場合、特定の集団に優先的に投与する、あるいは優先度が相対的に低くなる集団がある、といったことが検討されるかもしれません。以下の質問では、医療倫理的配慮を踏まえ、医療経済といった観点を念頭に置いた場合、現状で先生のお考えに最も近い回答をご選択ください。

**設問 R-42. DMTの有効性に関するエビデンスや、費用対効果、社会的影響などの、さまざまな要因を考慮し、何らかの基準をもとに、このような優先順位をつけることについて先生はどうか感じになりますか？** 当てはまるところを選んでください。

- 2) 緊急 MRI
- 3) 専門医による画像読影
- 4) 中程度から高度の ARIA に対する対応
- 5) わからない/その他 ( )

**設問 R-36. R-34 において ③と回答された先生にお聞きします。その理由についてあてはまるものを選択してください。(複数選択可)**

- 1) 自施設の人的資源不足
- 2) 周辺で連携可能な施設がない
- 3) 必要性がない
- 4) わからない/その他 ( )

**設問 R-37. R-36 において ②周辺で連携可能な施設がない、と回答された先生にお聞きします。施設状況についてあてはまるものを選択してください。(複数選択可)**

- 1) 連携可能な施設の有無を把握していない
- 2) これまで連携を行ったことがない
- 3) 地理的に連携可能な施設が近くにない
- 4) その他 ( )

**設問 R-38. DMTの種類ごとに推奨されるARIAモニタリングのためのMRIの頻度は添付文書などに記載される可能性がありますが、先生は現時点でどのくらいの頻度で撮像することを想定されていますか？**

- 1) 無症状でも毎月
- 2) 無症状でも隔月
- 3) 無症状でも3ヶ月おき
- 4) 無症状でも半年おき
- 5) 有症状の場合にのみ撮像を考慮
- 6) わからない/その他 ( )

**設問 R-39. ARIA に関して先生のお考えをお聞かせください。(複数選択可)**

- 1) 専門医による統一した判定が必要であり、拠点を設置して遠隔での専門医による読影を可能とするような体制を整備する必要がある
- 2) ARIA が認められた場合に、経過観察とする基準など、その対応に関するガイドラインが必要である
- 3) 入院が必要な ARIA が認められた場合に、受け入れが可能な拠点の設置といった体制整備が必要である
- 4) わからない/その他 ( )

**設問 R-40. 勤務されているご施設に関して、DMTを使用する場合の鑑別診断や安全管理体制について、**

- 1) いかなる場合も優先順位はつけるべきではない
- 2) 投与対象となる患者に制限をつけるべきではないが、投与する医師・医療機関に制限をつけてもよい
- 3) 投与する医師・医療機関に制限をつけるべきではないが、投与対象となる患者に制限をつけてもよい
- 4) 投与する医師・医療機関と、対象となる患者の双方に制限をつけてもよい
- 5) わからない／その他 ( )

**設問 R-43. DMT の使用について、医療経済性（財政的な観点や、治療に合った効果があるかの観点など）からみた優先順位や制限をつけることについてどう感じるか、当てはまることを選んでください。**

- 1) いかなる場合も優先順位はつけるべきではない
- 2) 投与対象となる患者に制限をつけるべきではないが、投与する医師・医療機関に制限をつけてもよい
- 3) 投与する医師・医療機関に制限をつけるべきではないが、投与対象となる患者に制限をつけてもよい
- 4) 投与する医師・医療機関と、対象となる患者の双方に制限をつけてもよい
- 5) わからない／その他 ( )

**設問 R-44. 治療効果や副作用発生頻度などの医学的エビデンスをもとに、優先順位や制限をつけることについてどう感じるか、当てはまることを選んでください。**

- 1) いかなる場合も優先順位はつけるべきではない
- 2) 投与対象となる患者に制限をつけるべきではないが、投与する医師・医療機関に制限をつけてもよい
- 3) 投与する医師・医療機関に制限をつけるべきではないが、投与対象となる患者に制限をつけてもよい
- 4) 投与する医師・医療機関と、対象となる患者の双方に制限をつけてもよい
- 5) わからない／その他 ( )

**設問 R-45. DMT の効果として、ADL 増進を抑制する効果などが示唆されていることから、独居や若年性 AD など、DMT により、現在の生活をできるだけ長く維持でき、相対的に薬剤のペネフィットが高いと考えられる集団が想定される場合、優先順位や制限をつけることについてどう感じるか、当てはまることを選んでください。**

- 1) いかなる場合も優先順位はつけるべきではない
- 2) 投与対象となる患者に制限をつけるべきではないが、投与する医師・医療機関に制限をつけてもよい
- 3) 投与する医師・医療機関に制限をつけるべきではないが、投与対象となる患者に制限をつけてもよい
- 4) 投与する医師・医療機関と、対象となる患者の双方に制限をつけてもよい
- 5) わからない／その他 ( )

**設問 R-46. 生活面での支援が少ない、経済的な困窮状態にある、といった社会的に脆弱な集団が想定される場合、優先順位や制限をつけることについてどう感じるか、当てはまることを選んでください。**

- 1) いかなる場合も優先順位はつけるべきではない
- 2) 投与対象となる患者に制限をつけるべきではないが、投与する医師・医療機関に制限をつけてもよい
- 3) 投与する医師・医療機関に制限をつけるべきではないが、投与対象となる患者に制限をつけてもよい
- 4) 投与する医師・医療機関と、対象となる患者の双方に制限をつけてもよい
- 5) わからない／その他 ( )

**設問 R-47. DMT を導入する際に、優先順位や制限をつけることを考えとした場合に、先生にとつて、考慮することが妥当だと考える選択肢があれば選択して下さい。（複数選択可）**

- 1) 超高齢
- 2) 若年のため、効果がやすい
- 3) APOE 4 など遺伝要因により治療効果に差がある
- 4) 対象者の経済的状況
- 5) 家族などの支援の有無
- 6) 合併症などで AE のリスクが高い
- 7) 治療費に見合った効果が得られるかどうか
- 8) わからない／その他 ( )

**設問 R-48. DMT 投与に要する時間・期間、鑑別診断や安全管理のための検査などは対象者の負担になる可能性が考えられます。対象者の DMT 実施が困難になる要因としてどのようなことが考えられるでしょうか？ 先生のお考えをお聞かせください。（複数回答可）**

- 1) 通院における距離や時間の問題から実施が困難な人がいると思う
- 2) 実際の投与にかかる時間・期間が長いことから実施が困難な人がいると思う
- 3) 費用の面から実施が困難な人がいると思う
- 4) 受診などを支援する介護者の不在のため実施が困難な人がいると思う
- 5) 実施に大きな抵抗を示す人はいないと思う
- 6) わからない／その他 ( )

**設問 R-49. DMT を希望するにもかかわらず、対象外となったり、導入ができなかった場合、どのようなフォローが必要だと思いますか？先生のお考えをお聞かせください。（複数選択可）**

- 1) 非薬物療法を導入する
- 2) 心理的ケアを行う
- 3) 従来の抗認知症薬による治療を行う
- 4) わからない／その他 ( )

**DMT実施のための準備**

設問 R-50. DMTに関する画像検査説明資料について、先生のご施設の準備状況についてお聞きします。

- 1) すでに作成している
- 2) 学会などからの提供を希望する
- 3) 不要である
- 4) わからない/その他 ( )

設問 R-51. DMTを実装していくには、より多くの認定医・専門医の養成とともに、DMTを前提とした画像検査体制の整備が望まれます。効果的かつ安全にDMTを提供するため、先生が必要と感ずるものがあれば、ご選択ください。(複数選択可)

- 1) オンラインやe-learningでの医師の研修
- 2) 実技を含めた現地での医師の研修
- 3) 各検査の標準化など、医療機関レベルの整備
- 4) 専門医・認定医から、現場の担当に対して助言が得られる仕組みが(D to P with Dなど)
- 5) 遠隔読影体制の整備
- 6) ARIAなどのデータを蓄積するため、全例規模で画像を収集できるようなレジストリ
- 7) 必要ない
- 8) わからない/その他 ( )

参考資料—1

レカナマブを安全かつ効果的に使用するために臨床医または医療センターが必要とする医療資源
アルツハイマー病による軽度認知障害または軽度認知症の人を特定する認知機能評価に熟練した臨床医
MRI
脳血管病変およびARIAの特定と解釈の専門家である放射線科医、神経科医、またはその他の臨床医
治療候補者のアミロイド状態を判定するためのアミロイドPETまたはPETまたはPETまたはPET
アミロイド画像の解釈に熟練した放射線科医、核医学専門家、神経内科医、またはその他の専門家 / 腰椎穿刺の実施に熟練した神経内科医、放射線科医、またはその他の臨床医
アポリポタンパクE <sub>2</sub> ジェノタイプリング
アポリポタンパクE <sub>4</sub> 遺伝子型検査結果について遺伝カウンセリングでできる専門家
レカナマブ投与中に予想される利益、潜在的な害害、投与とモニタリングの要件に關して患者およびケアパートナーとコミュニケーションをとる専門家
治療を受けている患者が2週間ごとに投与(点滴)を受けられる場所
投与による副作用を認識し、マネジメントでできる知識豊富な現場スタッフ
MRIを読影する専門家とレカナマブで患者を治療する臨床医との間のコミュニケーションチャンネル
レカナマブで治療する臨床医と、患者およびケアパートナーとの間のコミュニケーションチャンネル
集中治療室を含む病院リソースの利用
重症または重篤なARIA患者のてんかん発作および重篤状態の管理に關する専門家
重篤なARIAを管理するための標準操作手順を備えたプロトコル

Cummings et al. Lecanemab: Appropriate use recommendations. J Prev Alz Dis 2023

参考資料—2

	Core (model predicted)		OLE (observed data)
Category	10 mg/kg Monthly (C <sub>0, max</sub> =239 ug/ml)	10 mg/kg Bi-weekly (C <sub>0, max</sub> =280 ug/ml)	Newly Treated Core placebo* (N=45)
ApoE4+			
Homozygous	17.7%	22.5%	1/4 (25.0%)
Heterozygous	5.1%	6.8%	3/27 (11.1%)
ApoE4-	4.0%	5.4%	0/14 (0%)

lecanemab (BAN2401) の第二相臨床試験により得られたARIAの発現リスクデータ。最高血中濃度とARIA発現頻度の相関グラフから作成された予測モデルによる推定されるC<sub>max</sub>=280ug/mlにおけるARIA発現頻度。ApoE4ホモで22.5%、ヘテロで6.8%、ApoE4-において5.4%と推定されている。

Honing et al. ARIA in patients treated with lecanemab (BAN2401) in a phase 2 study in early Alzheimer's disease. Alzheimer's Dement. 2023;9:e12377



### 卷末資料 3

認知症疾患医療センターの機能と地域の医療提供体制の  
課題に関する調査（依頼状/調査票）



令和5年11月吉日

令和5年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）テーマ番号75

【認知症の医療提供体制に関する調査研究事業】

**認知症疾患医療センターの機能と地域の医療提供体制の課題に関する調査**

（認知症疾患医療センター用）

謹啓 時下ますますご清祥のことと拝察申し上げます。

令和元年度に閣議決定された認知症施策推進大綱において、認知症疾患医療センターは全国に500カ所、二次医療圏ごとに1カ所以上設置するという目標（KPI）が設定されました。令和4年10月の段階で認知症疾患医療センターは全国に499カ所、二次医療圏の設置率は94.9%であり、KPIはほぼ達成されています。一方、令和5年度に制定された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」では、その第18条に、国及び地方公共団体は、認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるよう、良質かつ適切な医療を行う医療機関の整備及びその他の医療提供体制の整備を図るために必要な施策を講じることとされています。

そこで、本調査研究事業では、令和4年度の老健事業において作成された認知症疾患医療センターの機能と圏域の医療提供体制を評価するためのチェック表を活用して、全国の特定の圏域で認知症疾患医療センターの現在の機能と地域の医療提供体制の課題を実際に評価検討するための調査を行うことにしました。調査の結果は、今後自治体がPDCAサイクルを稼働させて圏域の医療提供体制の整備を検討していくための基礎資料として活用させていただく予定です。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、同封の調査票にご回答の上、**令和5年11月30日（木）**までに、同封の返信用封筒で下記宛てにご返送いただけますようお願い申し上げます。

謹白

令和5年11月15日

一般社団法人日本認知症学会  
理事長 岩坪 威  
社会対応委員会委員長 森 啓  
社会制度WG座長 粟田 圭一

問い合わせ先：

日本認知症学会事務局

〒169-0072 東京都新宿区大久保2-4-12

新宿ラムダックスビル（株）春恒社内

TEL03-5291-6231 FAX03-5291-2176

[jsdr-office01@shunkosha.com](mailto:jsdr-office01@shunkosha.com)

担当：山本英里

※問い合わせは9時～17時にお願ひ致します。

設問1. 下記に示す認知症の医療に関する機能のうち、「あなたが勤務する認知症疾患医療センターに備わっていると思われる機能」と「あなたが勤務する医療圏域（区市町村）に不足していると思われる機能」を選択して、右の該当する欄にそれぞれ○をつけてください。

※勤務地の区市町村名を下記にご記入ください： ( )		貴センターに備わっている機能	圏域に不足している機能
専門的医療機能	1. 認知症疾患の鑑別診断		
	2. 認知症の行動・心理症状に対する外来診療		
	3. 認知症の行動・心理症状に対する入院医療		
	4. 認知症の行動・心理症状に対する救急対応		
	5. 身体合併症に対する外来診療		
	6. 身体合併症に対する入院医療		
	7. 身体合併症に対する救急対応		
	8. 若年性認知症の精査と診断		
診断後等支援機能	9. 本人への情報提供と心理的サポート		
	10. 家族介護者への情報提供と心理的サポート		
	11. かかりつけ医との連携		
	12. 主治医意見書の記載		
	13. 介護保険サービスの利用支援		
	14. 独居認知症高齢者等の生活支援のためのケース検討		
	15. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援		
	16. 成年後見制度の診断書・鑑定書の作成		
	17. 若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援		
	18. 若年性認知症に対する継続医療		
	19. 高齢者の自動車運転免許に関する診断書作成		
	20. 軽度認知障害の定期的フォローアップ		
	21. 認知症である当事者のピアサポートまたは交流会		
	22. 地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談応需		
	23. 行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援		
地域連携拠点機能	24. 認知症初期集中支援チームの後方支援		
	25. かかりつけ医の研修		
	26. 認知症サポート医の研修		
	27. 地域包括支援センター職員の研修		
	28. 介護保険サービス事業所職員の研修		
	29. 多職種連携を目的とした研修		
	30. 地域住民向けの講演会の開催または企画		
	31. 市区町村の認知症施策への助言または参画		

設問2. 上記以外で「あなたの勤務する認知症疾患医療センターに備わっていると思われる機能」があれば、下記にご記入ください。

設問3. 上記以外で「あなたが勤務する医療圏域（区市町村）に不足していると思われる機能」があれば、下記にご記入ください。

以上で設問はおわりです。ご協力ありがとうございました。

令和5年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）テーマ番号 75

【認知症の医療提供体制に関する調査研究事業】

## 認知症疾患医療センターの機能と地域の医療提供体制の課題に関する調査

（地域包括支援センター用）

謹啓 時下ますますご清祥のことと拝察申し上げます。

令和元年度に閣議決定された認知症施策推進大綱において、認知症疾患医療センターは全国に500カ所、二次医療圏ごとに1カ所以上設置するという目標（KPI）が設定されました。令和4年10月の段階で認知症疾患医療センターは全国に499カ所、二次医療圏の設置率は94.9%であり、KPIはほぼ達成されています。一方、令和5年度に制定された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」では、その第18条に、国及び地方公共団体は、認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるよう、良質かつ適切な医療を行う医療機関の整備及びその他の医療提供体制の整備を図るために必要な施策を講じることとされています。

そこで、本調査研究事業では、令和4年度の老健事業において作成された認知症疾患医療センターの機能と圏域の医療提供体制を評価するためのチェック表を活用して、全国の特定の圏域で認知症疾患医療センターの現在の機能と地域の医療提供体制の課題を実際に評価検討するための調査を行うことにしました。調査の結果は、今後自治体がPDCAサイクルを稼働させて圏域の医療提供体制の整備を検討していくための基礎資料として活用させていただく予定です。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、同封の調査票にご回答の上、令和5年11月30日（木）までに、同封の返信用封筒で下記宛てにご返送いただけますようお願い申し上げます。

謹白

令和5年11月15日

一般社団法人日本認知症学会  
理事長 岩坪 威  
社会対応委員会委員長 森 啓  
社会制度 WG 座長 粟田 圭一

問い合わせ先：

日本認知症学会事務局

〒169-0072 東京都新宿区大久保 2-4-12

新宿ラムダックスビル（株）春恒社内

TEL03-5291-6231 FAX03-5291-2176

[jsdr-office01@shunkosha.com](mailto:jsdr-office01@shunkosha.com)

担当：山本英里

※問い合わせは9時～17時にお願ひ致します。

設問 1. 下記に示す認知症の医療に関する機能のうち、「近隣にある認知症疾患医療センターに備わっていると思われる機能」と「あなたが勤務する医療圏域（区市町村）に不足していると思われる機能」を選択して、右の該当する欄に○をつけてください。

※勤務地の区市町村名を下記にご記入ください： ( )		近隣のセ ンターに 備わって いる機能	圏域に不 足してい る機能
専門的 医療機 機能	1. 認知症疾患の鑑別診断		
	2. 認知症の行動・心理症状に対する外来診療		
	3. 認知症の行動・心理症状に対する入院医療		
	4. 認知症の行動・心理症状に対する救急対応		
	5. 身体合併症に対する外来診療		
	6. 身体合併症に対する入院医療		
	7. 身体合併症に対する救急対応		
	8. 若年性認知症の精査と診断		
	9. 本人への情報提供と心理的サポート		
	10. 家族介護者への情報提供と心理的サポート		
	11. かかりつけ医との連携		
	12. 主治医意見書の記載		
	13. 介護保険サービスの利用支援		
	14. 独居認知症高齢者等の生活支援のためのケース検討		
	15. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援		
	16. 成年後見制度の診断書・鑑定書の作成		
	17. 若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援		
18. 若年性認知症に対する継続医療			
19. 高齢者の自動車運転免許に関する診断書作成			
20. 軽度認知障害の定期的フォローアップ			
21. 認知症である当事者のピアサポートまたは交流会			
22. 地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談応需			
23. 行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援			
24. 認知症初期集中支援チームの後方支援			
25. かかりつけ医の研修			
26. 認知症サポート医の研修			
27. 地域包括支援センター職員の研修			
28. 介護保険サービス事業所職員の研修			
29. 多職種連携を目的とした研修			
30. 地域住民向けの講演会の開催または参画			
31. 市区町村の認知症施策への助言または参画			
地域 連携 拠点 機能			

設問 2. 上記以外で「近隣の認知症疾患医療センターに備わっていると思われる機能」があれば、下記にご記入ください。

設問 3. 上記以外で「あなたが勤務する医療圏域（区市町村）に不足していると思われる機能」があれば、下記にご記入ください。

以上で設問はおわりです。ご協力ありがとうございました。

令和5年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）テーマ番号 75

【認知症の医療提供体制に関する調査研究事業】

## 認知症疾患医療センターの機能と地域の医療提供体制の課題に関する調査

（認知症サポート医用）

謹啓 時下ますますご清祥のことと拝察申し上げます。

令和元年度に閣議決定された認知症施策推進大綱において、認知症疾患医療センターは全国に500カ所、二次医療圏ごとに1カ所以上設置するという目標（KPI）が設定されました。令和4年10月の段階で認知症疾患医療センターは全国に499カ所、二次医療圏の設置率は94.9%であり、KPIはほぼ達成されています。一方、令和5年度に制定された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」では、その第18条に、国及び地方公共団体は、認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるよう、良質かつ適切な医療を行う医療機関の整備及びその他の医療提供体制の整備を図るために必要な施策を講じることとされています。

そこで、本調査研究事業では、令和4年度の老健事業において作成された認知症疾患医療センターの機能と圏域の医療提供体制を評価するためのチェック表を活用して、全国の特定の圏域で認知症疾患医療センターの現在の機能と地域の医療提供体制の課題を実際に評価検討するための調査を行うことにしました。調査の結果は、今後自治体がPDCAサイクルを稼働させて圏域の医療提供体制の整備を検討していくための基礎資料として活用させていただく予定です。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、同封の調査票にご回答の上、令和5年11月30日（木）までに、同封の返信用封筒で下記宛てにご返送いただけますようお願い申し上げます。

謹白

令和5年11月15日

一般社団法人日本認知症学会  
理事長 岩坪 威  
社会対応委員会委員長 森 啓  
社会制度 WG 座長 粟田 圭一

問い合わせ先：

日本認知症学会事務局

〒169-0072 東京都新宿区大久保 2-4-12

新宿ラムダックスビル（株）春恒社内

TEL03-5291-6231 FAX03-5291-2176

[jsdr-office01@shunkosha.com](mailto:jsdr-office01@shunkosha.com)

担当：山本英里

※問い合わせは9時～17時にお願ひ致します。

設問 1. 下記に示す認知症の医療に関する機能のうち、「近隣にある認知症疾患医療センターに備わっていると思われる機能」と「あなたが勤務する医療圏域（区市町村）に不足していると思われる機能」を選択して、右の該当する欄に○をつけてください。

※勤務地の区市町村名を下記にご記入ください： ( )		近隣のセ ンターに 備わって いる機能	圏域に不 足してい る機能
専門 的 医 療 機 能	1. 認知症疾患の鑑別診断		
	2. 認知症の行動・心理症状に対する外来診療		
	3. 認知症の行動・心理症状に対する入院医療		
	4. 認知症の行動・心理症状に対する救急対応		
	5. 身体合併症に対する外来診療		
	6. 身体合併症に対する入院医療		
	7. 身体合併症に対する救急対応		
	8. 若年性認知症の精査と診断		
	9. 本人への情報提供と心理的サポート		
	10. 家族介護者への情報提供と心理的サポート		
診 断 後 等 支 援 機 能	11. かかりつけ医との連携		
	12. 主治医意見書の記載		
	13. 介護保険サービスの利用支援		
	14. 独居認知症高齢者等の生活支援のためのケース検討		
	15. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援		
	16. 成年後見制度の診断書・鑑定書の作成		
	17. 若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援		
	18. 若年性認知症に対する継続医療		
	19. 高齢者の自動車運転免許に関する診断書作成		
	20. 軽度認知障害の定期的フォローアップ		
地 域 連 携 拠 点 機 能	21. 認知症である当事者のピアサポートまたは交流会		
	22. 地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談応需		
	23. 行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援		
	24. 認知症初期集中支援チームの後方支援		
	25. かかりつけ医の研修		
	26. 認知症サポート医の研修		
	27. 地域包括支援センター職員の研修		
	28. 介護保険サービス事業所職員の研修		
	29. 多職種連携を目的とした研修		
	30. 地域住民向けの講演会の開催または参画		
	31. 市区町村の認知症施策への助言または参画		

設問 2. 上記以外で「近隣の認知症疾患医療センターに備わっていると思われる機能」があれば、下記にご記入ください。

設問 3. 上記以外で「あなたが勤務する医療圏域（区市町村）に不足していると思われる機能」があれば、下記にご記入ください。

以上で設問はおわりです。ご協力ありがとうございます。



## 卷末資料 4

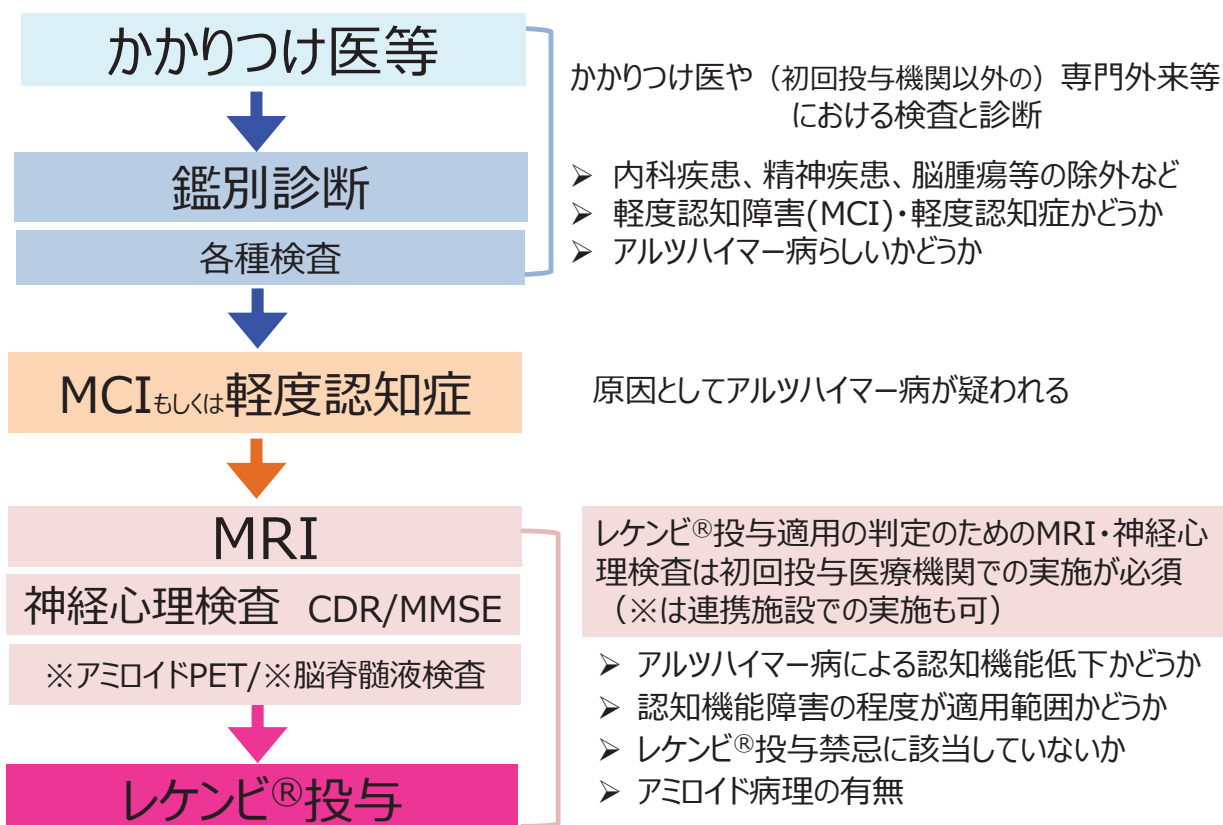
レカネマブに関連する施策について



認知症の方が尊厳、希望を持って暮らすことができる社会、身寄りのない方も含めて高齢者の方々がお一人でも安心して年を重ねることができる社会を創らなければなりません。

新たに、「認知症と向き合う『幸齢社会』実現会議」を立ち上げ、「認知症基本法」の施行に向けた準備を行うとともに、レカネマブの薬事承認による新たな時代の到来を踏まえ、必要な早期発見、検査・医療サービス等が提供される体制整備や治療薬の更なる研究開発を進めます。

## レカネマブ（レケンビ<sup>®</sup>点滴静注）治療までの手順概要



## 医療従事者向けの研修の実施体制

- 都道府県等が実施主体となり、認知症対応力向上のための医療従事者向けの研修を実施している。
- 今後、各研修のカリキュラムに、共生社会の実現を推進するための認知症基本法やアルツハイマー病の新しい治療薬などの最新情報を追加する予定。

医療従事者向け認知症対応力向上研修						
	かかりつけ医	歯科医師	薬剤師	病院勤務の医療従事者	看護職員	病院勤務以外の看護師等
開始年度	平成18年度	平成28年度	平成28年度	平成25年度	平成28年度	令和3年度
受講対象	医師 (かかりつけ医)	歯科医師	薬剤師	病院勤務の医療従事者	指導的役割の看護職員	病院勤務以外の看護師等の医療従事者
実施主体	都道府県・指定都市等					
標準的カリキュラム	講義 210分 ①かかりつけ医の役割(30) ②基本知識(60) ③診療における実践(60) ④地域・生活における実践(60)	講義 210分 ①基本知識(30) ②かかりつけ歯科医の役割(90) ③連携と制度(90)	講義210分 ①基本知識(30) ②対応力(90) (薬学的管理、気づき・連携) ③制度等(90)	講義 90分 ①目的(15) ②対応力(60) ③連携等(15)	講義 1,080分 ①基本知識(180) ②対応力向上講義(330) 演習(150) ③マネジメント講義(180) 演習(240)	講義 100分 ①基本知識(20) ②地域における実践(70) ③社会資源等(10)
	今後、共生社会の実現を推進するための認知症基本法やアルツハイマー病の新しい治療薬など、最新情報の追加を予定					
	演習(任意)			演習(任意)	演習(必修) (上記に含む)	演習(任意)

3

拡充 推進枠

## 認知症疾患医療センター運営事業

老健局認知症施策・地域介護推進課  
(内線3974)

令和6年度概算要求額 13億円(13億円) ※()内は前年度当初予算額

### 1 事業の目的

- 認知症疾患医療センターの設置・運営を通じて、地域の関係機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、認知症の行動・心理症状と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談、診断後の相談支援等を実施する。
- また、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図り、事業の着実な実施を推進していくことを目的とする。

### 2 事業の概要・スキーム・実施主体等

#### 【事業の概要】

以下の機能を担う認知症疾患医療センターに対し、その運用に係る経費を補助する。

- ・ 専門的医療機能 … 鑑別診断とそれに基づく初期対応、認知症の行動・心理症状と身体合併症への急性期対応、専門医療相談
  - ・ 地域連携拠点機能 … 認知症に関する情報発信・普及啓発、認知症医療に関する連携体制強化・研修実施
  - ・ 診断後等支援機能 … 診断後の認知症の人や家族に対し、今後の生活等に関する不安が軽減されるよう相談支援を実施
  - ・ 事業の着実な実施に向けた取組の推進 … 都道府県・指定都市が行う取組への積極的な関与
- また、令和6年度要求においては、認知症の疾患修飾薬が認知症疾患医療センターの一部で投与可能となることを見据え、投与対象となる認知症疾患医療センターでの相談対応等(※)が増加することが見込まれることから、その運用に係る経費を加算として補助する。

(※) 薬剤投与についての地域の医療機関や一般の人からの相談対応、受診後に疾患修飾薬投与非対象であった者への支援を含む地域の医療機関等との連携 等

#### 【実施主体】

・ 都道府県・指定都市

#### 【補助率】

・ 国 1/2

#### 【備考】

・ (事業実績) 全国499カ所、318圏域/全335圏域 ※令和4年10月現在

### 認知症施策推進大綱 (令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定) (抜粋)

#### 第2 具体的な施策

#### 3. 医療・ケア・介護サービス

##### (1) 早期発見・早期対応、医療体制の整備

##### (認知症疾患医療センター)

- 都道府県は、二次医療圏ごとに地域の医療計画との整合性を図り、認知症疾患医療センターを計画的に整備する。
- 診断の際に、地域の当事者組織の連絡先を紹介するなど、地域の実情に応じ、認知症の人やその家族の視点に立った取組を実施すること等を通じ、診断直後の本人や家族に対する医療的な相談支援、継続した日常生活支援の提供等を行う。

KPI/目標

認知症疾患医療センターの設置数 全国で500カ所、二次医療圏ごとに1カ所以上(2020年度末)

4

# 認知症疾患医療センター運営事業

- 認知症疾患に関する鑑別診断や医療相談を行うほか、地域での認知症医療提供体制の構築を図る事業（H20年度創設）
- 本人や家族に対し今後の生活等に関する不安が軽減されるよう行う「診断後等支援」や、都道府県・指定都市が行う地域連携体制の推進等を支援する「事業の着実な実施に向けた取組」なども実施
- 実施主体：都道府県・指定都市（病院または診療所を指定）
- 設置数：全国に**505カ所**（令和5年10月現在）【認知症施策推進大綱：KPI/目標】全国で500カ所、2次医療圏ごとに1カ所以上

		基幹型Ⅰ	基幹型Ⅱ	地域型	連携型
主な医療機関		総合病院、大学病院等		精神科病院、一般病院	診療所、一般病院
設置数（令和5年10月現在）		17カ所	4カ所	386カ所	98カ所
基本的活動圏域		都道府県圏域		二次医療圏域	
専門的医療機能	鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談			
	人員配置	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上）</li> <li>・臨床心理技術者（1名以上）</li> <li>・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上）</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上）</li> <li>・臨床心理技術者（1名以上）</li> <li>・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上）</li> </ul>	
	検査体制（※他の医療機関との連携で可）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・CT</li> <li>・MRI</li> <li>・SPECT（※）</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・CT</li> <li>・MRI（※）</li> <li>・SPECT（※）</li> </ul>	
	BPSD・身体合併症対応	救急医療機関として空床を確保	急性期入院治療を行える他の医療機関との連携で可		
	医療相談室の設置	必須			-
地域連携機能		<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応</li> <li>・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施</li> <li>・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療センター地域連携会議」の組織化等</li> </ul>			
診断後等支援機能		<ul style="list-style-type: none"> <li>・診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援や当事者等によるピア活動や交流会の開催</li> </ul>			
事業の着実な実施に向けた取組の推進		都道府県・指定都市が行う取組への積極的な関与		※基幹型が存在しない場合、地域型・連携型が連携することにより実施	

## 二次医療圏域別認知症疾患医療センター設置数

令和5年10月時点

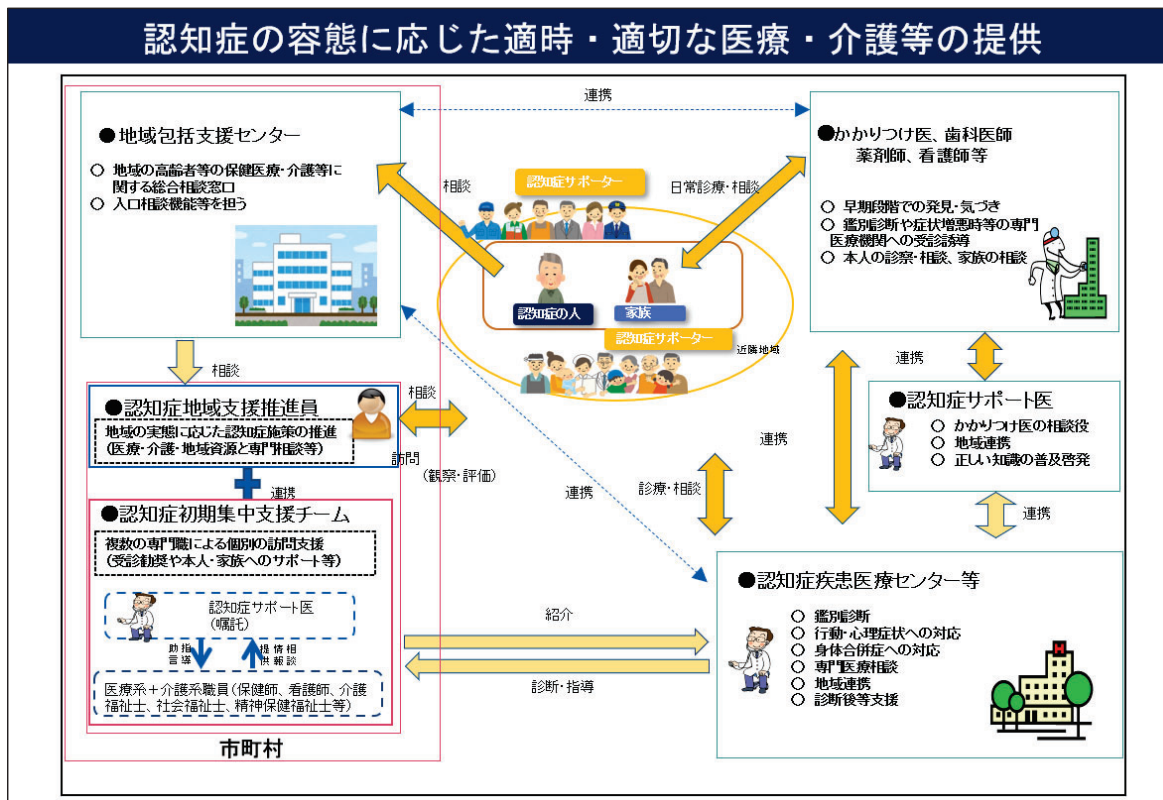
認知症疾患医療センター設置圏域数/二次医療圏域数

二次医療圏域数	疾患センター設置圏域数	認知症疾患医療センター数	設置率（設置圏域数/二次医療圏域数）
01 北海道	21	14	66.6%
02 青森県	6	6	100.0%
03 岩手県	9	9	100.0%
04 宮城県	4	4	100.0%
05 秋田県	8	8	100.0%
06 山形県	4	4	100.0%
07 福島県	6	6	100.0%
08 茨城県	9	9	100.0%
09 栃木県	6	6	100.0%
10 群馬県	10	10	100.0%
11 埼玉県	10	10	100.0%
12 千葉県	9	9	100.0%
13 東京都	13	12	92.3%
14 神奈川県	9	9	100.0%
15 新潟県	7	7	100.0%
16 富山県	4	4	100.0%
17 石川県	4	3	75.0%
18 福井県	4	2	50.0%
19 山梨県	4	4	100.0%
20 長野県	10	10	100.0%
21 岐阜県	5	5	100.0%
22 静岡県	8	8	100.0%
23 愛知県	11	10	90.9%
24 三重県	4	4	100.0%
25 滋賀県	7	6	85.7%
26 京都府	6	6	100.0%
27 大阪府	8	8	100.0%
28 兵庫県	8	8	100.0%
29 奈良県	5	3	60.0%
30 和歌山県	7	7	100.0%
31 鳥取県	3	3	100.0%
32 島根県	7	7	100.0%
33 岡山県	5	5	100.0%
34 広島県	7	7	100.0%
35 山口県	8	8	100.0%
36 徳島県	3	3	100.0%
37 香川県	3	3	100.0%
38 愛媛県	6	6	100.0%
39 高知県	4	4	100.0%
40 福岡県	13	13	100.0%
41 佐賀県	5	5	100.0%
42 長崎県	8	8	100.0%
43 熊本県	10	10	100.0%
44 大分県	6	6	100.0%
45 宮崎県	7	6	85.7%
46 鹿児島県	9	9	100.0%
47 沖縄県	5	5	100.0%
<b>計</b>	<b>335</b>	<b>319</b>	<b>95.2%</b>

## 認知症に係る医療・介護等の提供体制

認知症の容態の変化に応じて、適時・適切に切れ目なく、その時の容態にもっともふさわしい場所で医療・介護等が提供される循環型の仕組みを整備している。

### 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供



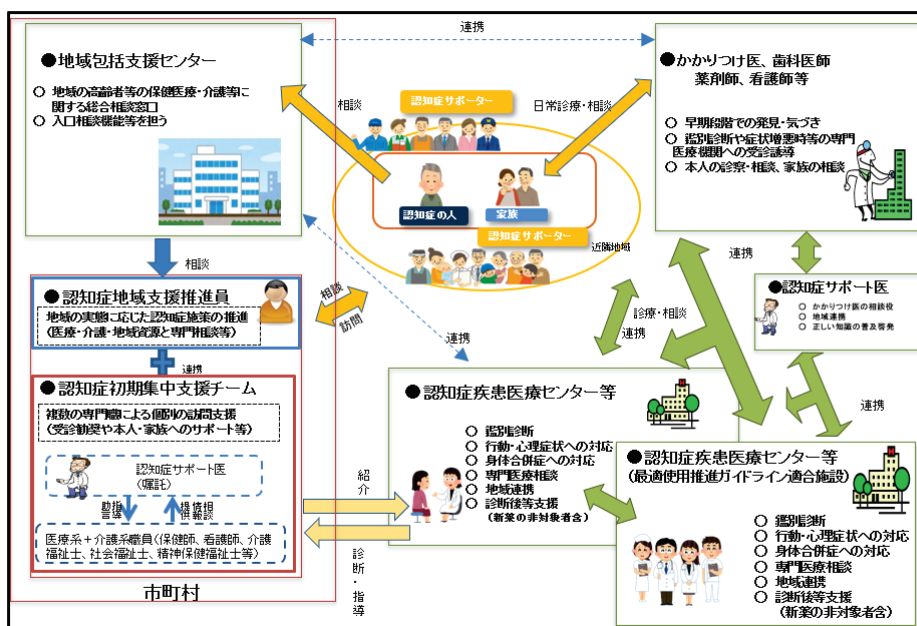
7

## 認知症に係る医療・介護等の提供体制の推進

中医協 総-2-1参考  
25. 12. 13

- 認知症に係る医療・介護等の提供体制は、認知症疾患医療センターを中心として医療機関等からの相談対応、療養計画に係る地域の医療機関との連携、診断後等の相談支援等を推進しているが、今回、新たな治療薬が使用可能となることに伴い、関係機関の専門職への研修の実施や認知症疾患医療センター等における体制を整備することとしている。

### 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供



関係機関の専門職への研修の実施・認知症疾患医療センター等の認知症医療提供体制を整備

8