

令和7年度 認知症サポート医フォローアップ研修

◇日時◇
令和8年3月16日(月) 19:30～

◇場所◇
徳島県医師会館4階およびWeb配信

《プログラム》

総合司会 * 徳島県医師会介護保険委員会 委員 大野 孔文

1. 開会挨拶

徳島県医師会 常任理事・介護保険委員会委員長 中谷 哲也

2. 説明

『徳島県における認知症施策の推進について』

徳島県保健福祉部長寿いきがい課生涯健康担当

笠原 可琳 氏

『認知症地域支援施策推進事業～徳島市の取り組み～』

徳島市地域包括支援センター 認知症フレンドリーラボ

保健師/認知症地域支援推進員 川添 圭子 氏

3. 講演

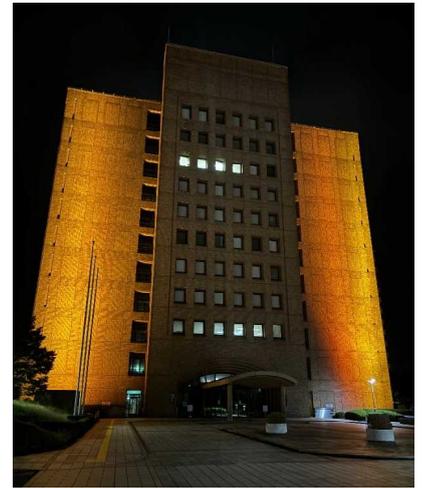
『認知症治療の現在とこれから』

徳島大学大学院医歯薬学研究部 臨床神経科学分野(脳神経内科)

教授 和泉 唯信 先生

徳島県における認知症施策の推進について

認知症の方やご家族等が作成した啓発資材



令和8年3月16日（月）徳島県医師会館
徳島県保健福祉部長寿いきがい課 生涯健康担当 笠原 可琳

徳島県における認知症施策の推進について

とくしま希望大使

県が行う認知症の普及啓発活動への参加・協力

- ・ 県が開催する講演会の講師やパネリスト、普及啓発のキャンペーンへの参加など

認知症サポーター養成講座の講師であるキャラバン・メイトへの協力

- ・ 認知症サポーター養成講座の受講者の認知症への理解を深めることを目的に、当該講座において、自身の体験や希望、必要としていること等を自らの言葉で語る

その他都道府県知事が必要と認めた活動

- ・ ピアサポート活動やチームオレンジへの協力、県内市町村への派遣・事業協力、「認知症の人と家族の会」や「認知症本人ワーキンググループ」等の関係団体への協力など



令和5年9月26日
徳島県庁で、任命式を行い、
2名の方を任命しました。

とくしま希望大使への御依頼は
長寿いきがい課まで御連絡ください。
<問合せ先>
徳島県保健福祉部長寿いきがい課
生涯健康担当
TEL : 088-621-2202



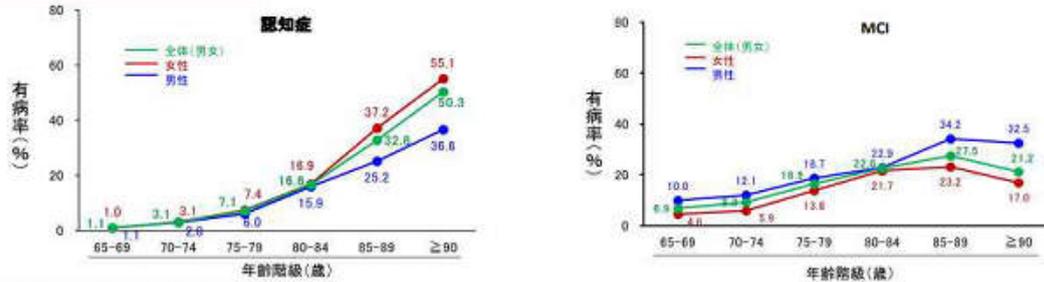
認知症高齢者の将来推計について

認知症および軽度認知障害(MCI)の高齢者数と有病率の将来推計 厚生労働省資料より

- 2022年に認知症の地域実態調査(調査率80%以上)を実施した4地域(福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町、島根県海士町)において、新たに推計した。2022年の高齢者における認知症有病率(性年齢調整後)は、12.3%であり、また、高齢者におけるMCI有病率(性年齢調整後)は、15.5%であった。
 - 2022年の認知症およびMCIの性年齢階級別有病率が今後も一定と仮定した場合、2040年の認知症高齢者数は584.2万人、MCI高齢者数は612.8万人と推計された。
- ※ 軽度認知障害(MCI):もの忘れなどの軽度認知機能障害が認められるが、日常生活は自立しているため、認知症とは診断されない状態。

認知症とMCIの有病率の合計値は約28%(2022年時点)であり、「誰もが認知症になり得る」という認識のもと、認知症になっても生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、認知症バリアフリーの推進、社会参加機会の確保等、認知症基本法に掲げる理念・施策の推進に取り組んでいくことが重要。

年齢階級別の有病率(2022年時点)



高齢者数と有病率の将来推計

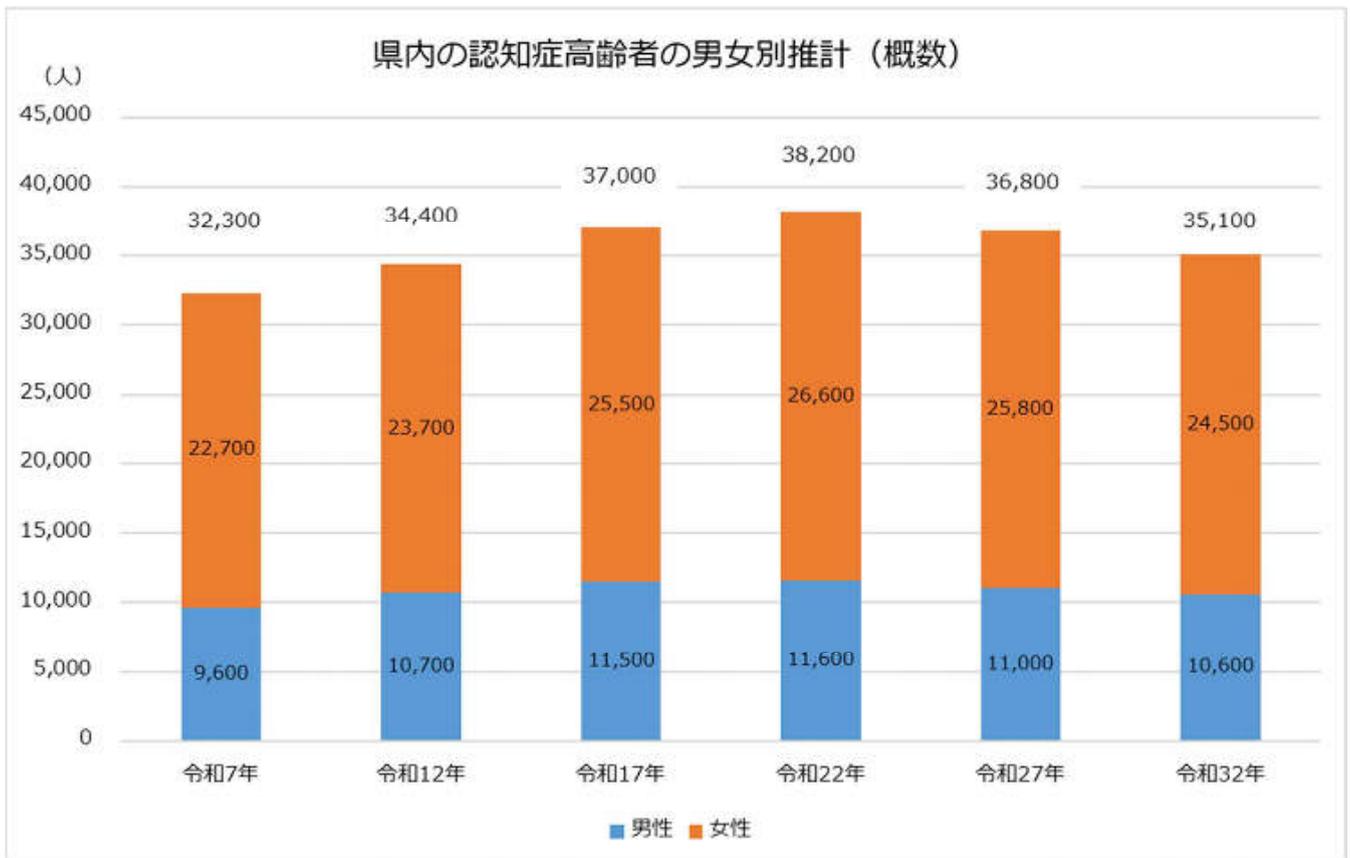
年	令和4年(2022)	令和7年(2025)	令和12年(2030)	令和22年(2040)	令和32年(2050)	令和42年(2060)
認知症高齢者数	443.2万人	471.6万人	523.1万人	584.2万人	586.6万人	645.1万人
高齢者における認知症有病率	12.3%	12.9%	14.2%	14.9%	15.1%	17.7%

年	令和4年(2022)	令和7年(2025)	令和12年(2030)	令和22年(2040)	令和32年(2050)	令和42年(2060)
MCI高齢者数	558.5万人	564.3万人	593.1万人	612.8万人	631.2万人	692.2万人
高齢者におけるMCI有病率	15.5%	15.4%	16.0%	15.6%	16.2%	17.4%

資料:「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」(令和5年度老人保健事業推進費等補助金 九州大学 二宮利道教授)より厚生労働省にて作成

2030年には、
65歳以上の県民の「約7人に1人」が認知症になると推計

徳島県の認知症高齢者の推計(概数)



【算出方法】
徳島県の性別・年齢階級別将来推計人口(出典:国立社会保障・人口問題研究所の令和5年推計)に、2022-2023厚生労働省研究班の性別・年齢階級別の認知症有病率を用いた推計値

認知症施策のこれまでの主な取組

- ①平成12年に介護保険法を施行。認知症ケアに多大な貢献。
 - ・ 認知症に特化したサービスとして、認知症グループホームを法定。
 - ・ 要介護となった原因の第1位は認知症。
- ②平成16年に「痴呆」→「認知症」へ用語を変更。
- ③平成17年に「認知症サポーター（※）」の養成開始。
※90分程度の講習を受けて市民の認知症への理解を深める。
- ④平成26年に認知症サミット日本後継イベントの開催。
※総理から新たな戦略の策定について指示。
- ⑤平成27年に関係12省庁で新オレンジプランを策定。（平成29年7月改定）
- ⑥平成29年に介護保険法の改正。
※新オレンジプランの基本的な考え方として、以下の記載が新たに盛り込まれた。
 - ・ 認知症に関する知識の普及・啓発・心身の特性に応じたリハビリテーション、介護者支援等の施策の総合的な推進・認知症の人及びその家族の意向の尊重等
- ⑦平成30年12月に認知症施策推進関係閣僚会議が設置。
- ⑧令和元年6月に認知症施策推進大綱が関係閣僚会議にて決定。
- ⑨令和5年6月に**共生社会の実現を推進するための認知症基本法**成立。
- ⑩令和6年12月3日に**認知症施策推進基本計画**が閣議決定。

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

1.目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

→ 認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

2.基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。
- ④ 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。
- ⑥ 共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

3.国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を策定・実施する責務を有する。

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める。

政府は、認知症施策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

4.認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定（認知症の人及び家族等により構成される関係者会議の意見を聴く。）

都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定（認知症の人及び家族等の意見を聴く。）（努力義務）

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

5. 基本的施策

- ①【認知症の人に関する国民の理解の増進等】
国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策
 - ②【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】
 - ・ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策
 - ・ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策
 - ③【認知症の人の社会参加の機会の確保等】
 - ・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
 - ・ 若年性認知症の人（65歳未満で認知症となった者）その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策
 - ④【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】
認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策
 - ⑤【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】
 - ・ 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ための施策
 - ・ 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
 - ・ 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策
 - ⑥【相談体制の整備等】
 - ・ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
 - ・ 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策
 - ⑦【研究等の推進等】
 - ・ 認知症の本態解明、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及等
 - ・ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用等
 - ⑧【認知症の予防等】
 - ・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
 - ・ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策
- ※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

6. 認知症施策推進本部

内閣に内閣総理大臣を本部長とする認知症施策推進本部を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。

※基本計画の策定に当たっては、本部に、認知症の人及び家族等により構成される関係者会議を設置し、意見を聴く。

※ 施行期日等：公布の日から起算して1年を超えない範囲内で施行、施行後5年を目途とした検討

(参考) 「徳島県認知症施策推進計画(案)」の概要

「徳島県認知症施策推進計画(案)」の概要

1. 計画の位置づけ

「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」第12条に基づく都道府県計画
・ 計画期間：令和8年度から令和11年度まで

2. 基本理念

認知症の人を含めた県民一人ひとりがその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重して支え合う**共生社会とくしま**の実現

4. 重点戦略とKPI

▶ 重点戦略1 「新しい認知症観」の理解促進

「認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望をもって自分らしく暮らし続けることができる」という新しい認知症観について県民理解を促進

▶ 重点戦略2 認知症の予防と健康づくり

認知症予防に資する可能性があると示唆される、運動習慣、適切な栄養、社会参加に関するフレイル予防、生活習慣病予防について、積極的に推進

▶ 重点戦略3 認知症の人の**意思が尊重され、家族等も含め安心して暮らせる地域づくり**

認知症の人と家族等の声を聴きながら生活における障壁を除去し、必要な社会的支援につながることでできる体制整備を進め、社会参加の機会確保等によって生きがいや希望をもって暮らすことのできる地域づくりを推進

3. アンケート調査・意見聴取

計画策定に先立ち、令和6年度に認知症の人や家族等へのアンケート調査、意見聴取を実施

調査結果(主な意見)

- ・ 社会の偏見が気になって認知症と公言できない人が多いと感じる。 **本人**
- ・ 日常生活でよく利用する小売店や公共交通機関の従業員に、認知症の理解をして欲しい。 **本人**
- ・ 仲間とつながることのできる場所があると良い。 **家族**

「新しい認知症観」の理解促進や、認知症の人の意思が尊重され、家族等も含めて安心して暮らせる地域づくりの推進が必要!

- **KPI** 認知症サポーターの養成者数(累計)
<実績> R6: 117,490人 → <目標> R11: 130,000人
チームオレンジの設置数
<実績> R6: 15市町村 → <目標> R11: 24市町村(全市町村)
可能な限り速やかに
- **KPI** フレイルサポーター養成数(累計)
<実績> R6: 616人 → <目標> R11: 900人
住民主体の「通いの場」の数
<実績> R5: 776箇所 → <目標> R11: 920箇所
- **KPI** 認知症対応力向上研修等(医療・介護従事者向け)の修了者数
<実績> R6: 670人 → <目標> R11: 延べ 2,400人
認知症カフェの設置数
<実績> R6: 72箇所 → <目標> R11: 90箇所

5. 基本的施策

(1) 県民理解の促進

- ・ 「とくしま希望大使」によるご自身の「経験」や「思い」の発信
- ・ 「とくしま希望リーダー(仮)」による県研修会や会議への本人参画

(2) 生活におけるバリアフリー化の推進

- ・ 公共交通事業者や小売店等への認知症のさらなる理解促進

(3) 社会参加の機会の確保

- ・ 当事者同士の支え合いである、「ピアサポート」活動の促進

(4) 意思決定の支援及び権利利益の保護

- ・ 専門職に対する意思決定支援の必要性の啓発

(5) 認知症の予防等

- ・ フレイル予防の推進役であるフレイルサポーターの養成

(6) 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備

- ・ 良質かつ適切なサービスが提供できるよう、認知症対応力向上研修等の実施

(7) 相談体制の整備等

- ・ 認知症の人や家族、地域の人が情報共有する「認知症カフェ」の設置促進



6. 計画の推進体制

- ・ 「徳島県認知症施策推進会議」において、目標や施策の進捗管理を行うとともに、認知症の人と家族等を含む関係者の意見を踏まえ、必要に応じて計画の見直しを行います

認知症施策推進大綱概要（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）

【基本的考え方】

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」※を車の両輪として施策を推進

- ※1「共生」とは、認知症の人が尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、**認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる**という意味
- ※2「予防」とは、**「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味**

コンセプト

- 認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなども含め、**多くの人にとって身近なものとなっている。**
- 生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、**住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。**
- 運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、**予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。**
結果として70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。
また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。

5つの柱

①普及啓発・本人発信支援

- ・企業・職域での認知症サポーター養成の推進
- ・「認知症とともに生きる希望宣言」の展開 等

②予防

- ・高齢者等が身近で通える場「通いの場」の拡充
- ・エビデンスの収集・普及 等

③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

- ・早期発見・早期対応の体制の質の向上、連携強化
- ・家族教室や家族同士のピア活動等の推進 等

④認知症バリアフリーの推進・

若年性認知症の人への支援・社会参加支援

- ・認知症になっても利用しやすい生活環境づくり
- ・企業認証・表彰の仕組みの検討
- ・社会参加活動等の推進等

⑤研究開発・産業促進・国際展開

- ・薬剤治験に即応できるコホートの構築等

医療・ケア・介護サービス・介護者の支援

○ **早期発見、早期対応の体制整備を更に推進**

→連携の強化、質の向上

○ **医療従事者・介護従事者の認知症対応力の向上**

○ **介護サービス基盤の整備、生産性の向上**

○ **介護者の負担軽減を更に推進**

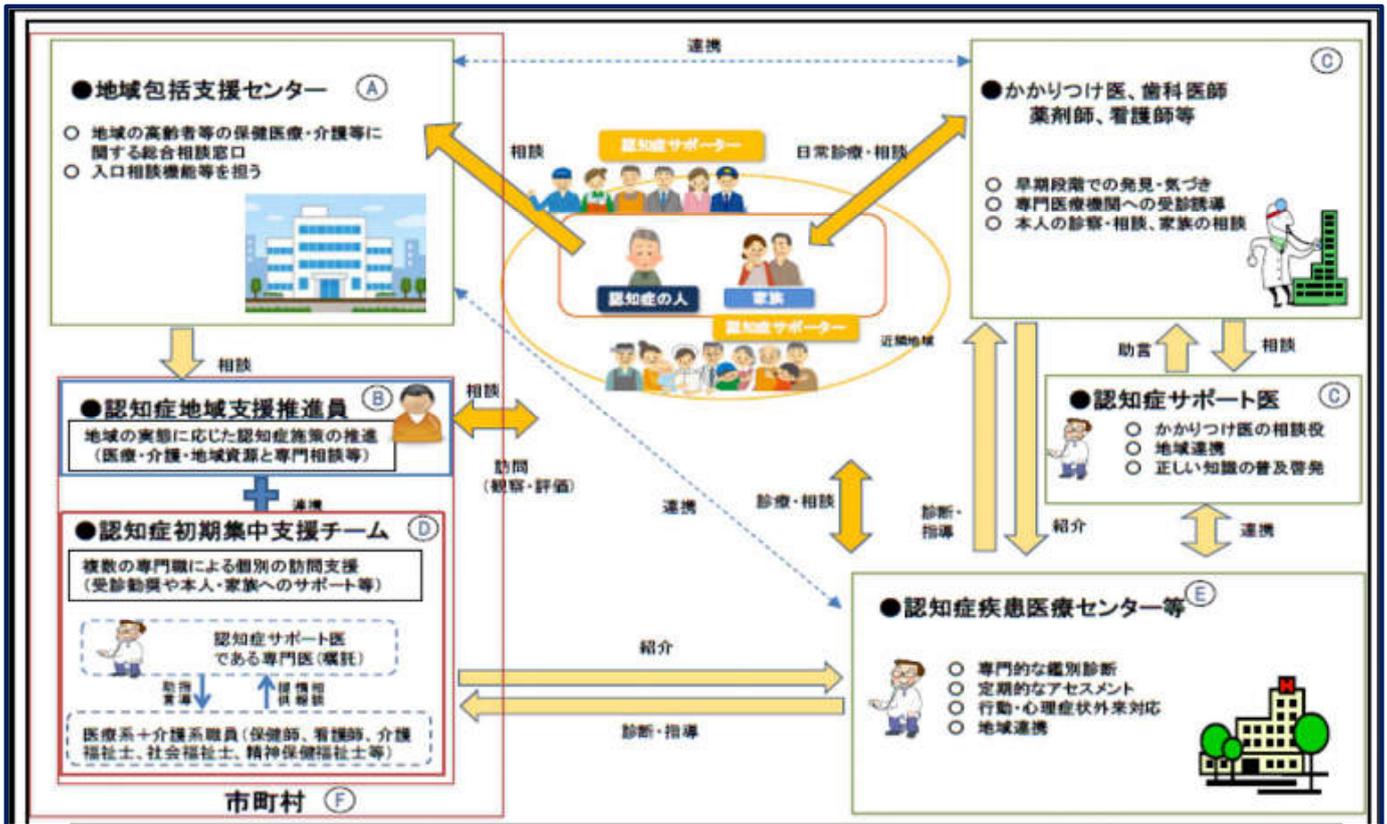
認知症カフェの推進、家族教室など

<認知症施策推進大綱（抜粋）基本的な考え方>

- 認知機能低下のある人（軽度認知障害（MCI）含む。以下同じ。）や、認知症の人に対して、早期発見・早期対応が行えるよう、かかりつけ医、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター等の更なる質の向上を図るとともに、これらの間の連携を強化する。
- 医療・介護従事者の認知症対応力を向上するため研修を実施する。ICT化、作成文書の見直し等による介護事業所における生産性の向上や「介護現場革新会議」の基本方針に基づく取組等により、介護現場の業務効率化や環境改善等を進め、介護人材の確保・定着を図る。
- BPSDの対応ガイドラインを作成し周知するなどにより、BPSDの予防や適切な対応を推進する。
- 認知症の人及びその介護者となった家族等が集う認知症カフェ、家族教室や家族同士のピア活動等の取組を推進し、家族等の負担軽減を図る。

認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

適切な医療・介護サービス等に速やかにつなぐ取組を強化

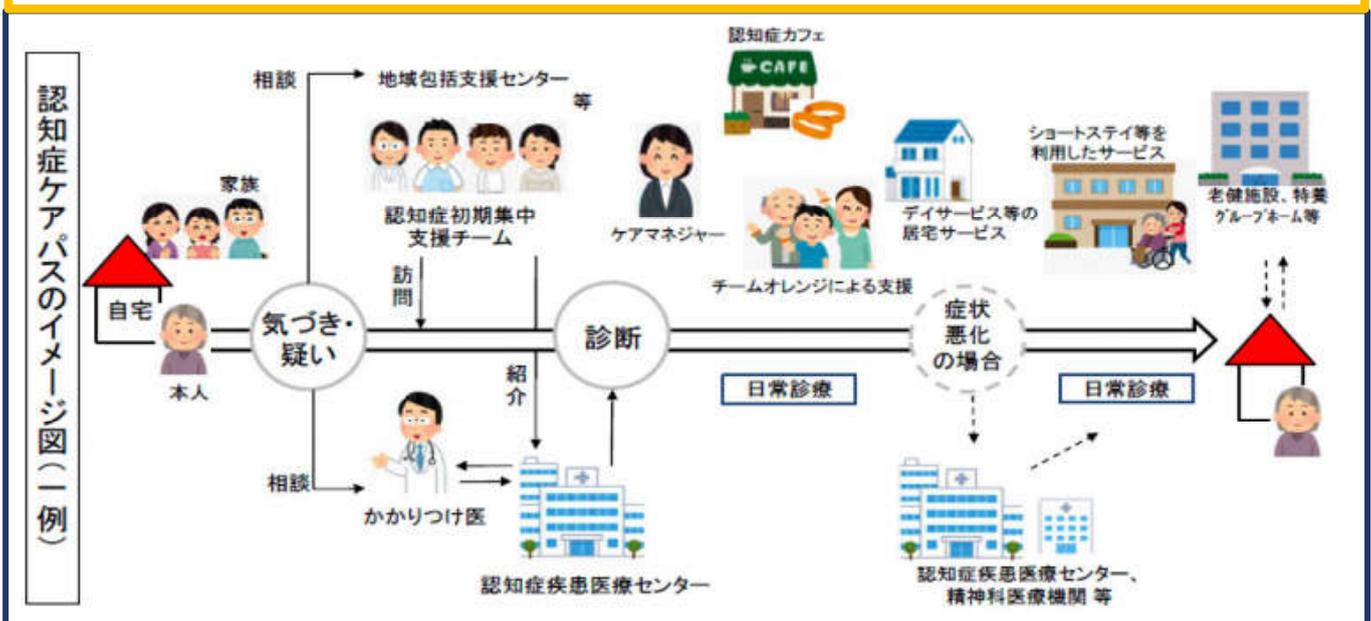


認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

認知症ケアパスとは

「認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ」をまとめたもの

認知症の人やその家族が、「いつ」「どこで」「どのような」医療や介護サービスが受けられるのか、認知症の様態に応じたサービス提供の流れを地域ごとにまとめた「認知症ケアパス」を各市町村で作成



県内市町村「初期集中支援チーム」設置状況

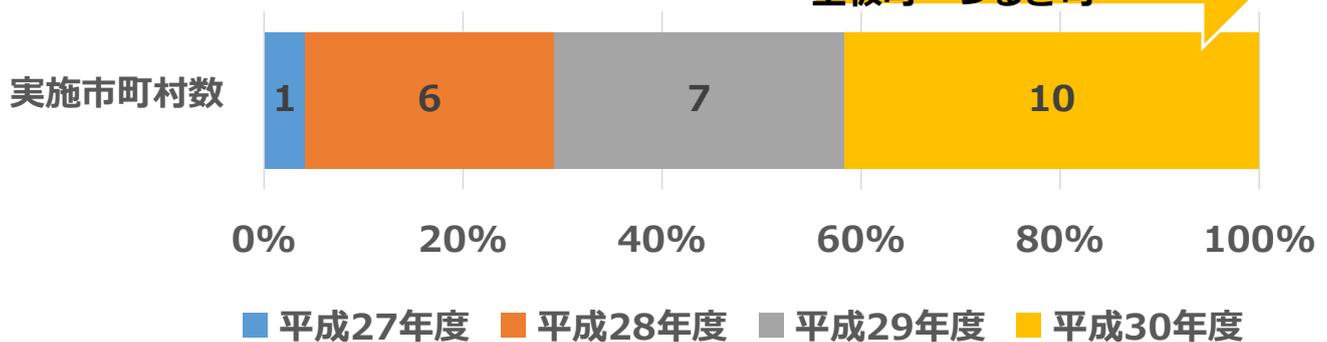
H27 鳴門市

H28 徳島市・小松島市・阿南市・吉野川市・佐那河内村・神山町

H29 阿波市・三好市・石井町・美波町・海陽町・藍住町・東みよし町

H30 美馬市・勝浦町・上勝町・那賀町・牟岐町・松茂町・北島町・板野町・上板町・つるぎ町

平成30年度
全市町村配置



県内「認知症サポート医」養成状況

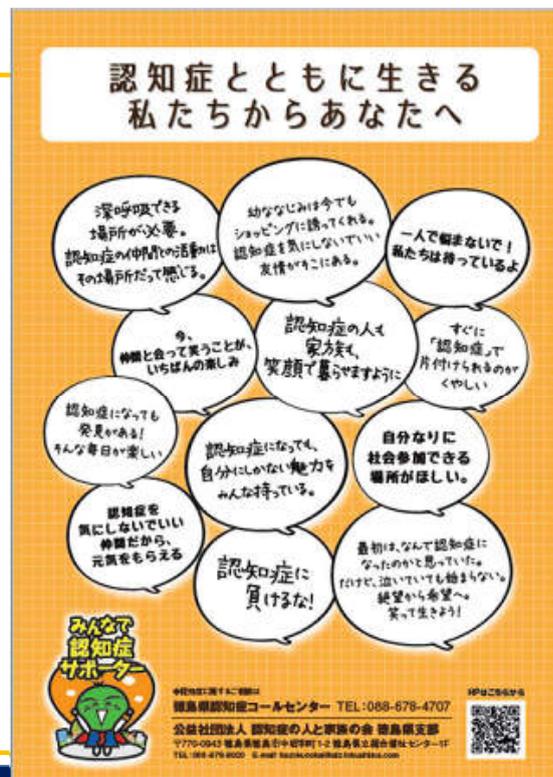
令和7年7月現在



122名

研修実施状況

- 認知症サポート医養成研修
- かかりつけ医認知症対応力向上研修
- サポート医フォローアップ研修
- 看護職員認知症対応力向上研修
- 薬剤師認知症対応力向上研修
- 歯科医師認知症対応力向上研修
- 初期集中支援チーム員研修
- 認知症地域支援推進員研修
- 認知症介護研修 ……………



多職種連携による認知症ケアの向上

認知症地域支援施策推進事業 ～徳島市の取り組み～

一般社団法人徳島市医師会 徳島市地域包括支援センター
認知症フレンドリーラボ
保健師/認知症地域支援推進員 川添 圭子

認知症地域支援推進事業

認知症の人が住み慣れた地域で安心して自分らしく暮らし続けられるよう、地域包括ケアシステムの基盤を強化し、地域における支援体制を構築する事業。

主な事業内容として「認知症地域支援推進員」を市町村に配置し、関係機関の連携強化や相談体制の整備、地域づくりを行っている。

→徳島市には2名の認知症地域支援推進員とその仲間たち「認知症フレンドリーラボ」がいます。

認知症フレンドリーラボ

共生社会の実現を目指したグループを結成

- ・地域密着型特養の管理者
- ・個人事業主
- ・訪問看護師
- ・生命保険会社の人
- ・健康生活協同組合の人
- ・大学生(もう卒業してしまう…)
- ・認知症サポーター
- ・作業療法士
- ・認知症当事者(ときどき)
- ・ファシリテーターとして徳大i.schoolの先生



@DEMENTIA.FRIENDLY.LABO

認知症フレンドリーラボがしていること

徳島市の認知症のことをいろいろ

- ・ワークショップ開催と運営(今年は認知症×防災)
- ・ワークショップのアイデア実装
- ・普及啓発、情報発信、学会発表
- ・チームオレンジの運営、コンサル、支援等
- ・チームオレンジフェスタなどのイベント支援
- ・「認知症とともに生きるヒント集」の修正、更新
- ・個別に地域で、自分の得意な分野で活動
- ・毎月1回会議開催



チームオレンジとは

- 認知症当事者の声をはじめ。
- 認知症当事者とともに「やりたい」を実現する地域活動。
- 地域の認知症の人、認知症サポーターが主体。拠点が主体ではない。
- チーム名もチームメンバーみんなで決めて、みんなで自分たちが動くことを意識する。
- 活動を通して、認知症当事者が地域で自分らしく安心して暮らし続けることができることを地域の人を知る。
- そしてともに生きる地域ができる。
- チームオレンジは 『小さな共生社会』



徳島市の チームオレンジ

【活動目標】

- メンバーの「やりたい」を叶える
- メンバーの誰もが楽しむ
- メンバー全員が役割を果たす

すだちハートの活動内容

場 所:基本はKAGOYA LIFE
傾聴ボランティアは全域対象
日 時:カフェは毎月第二水曜14:00と不定期であと1回
参加費:居酒屋や食事会では必要

毎月1回、認知症カフェ「すだちハートカフェ」を開催。
参加者に男性当事者が多く、主に彼らの「やりたい!」を実現中。
ほぼ毎月食事会を実施。誰かの食べたいものを食べに行ったり、作ったり。
半年前から仕事(内職)を始めて収入を得ています。



ホクホクいほく

場 所:アイラ薬局
日 時:毎月第2木曜日 13:30~15:30
参加費:無料

R6.10 設置、活動開始

毎月1回、「ホクホクいほくカフェ」を開催
アイラ薬局がかかりつけ薬局の当事者が参加。
医療従事者が多いチームなので、「のうKNOW[®]@エーザイ」を活用。
早期発見につとめる。
個別支援や見守り活動も実施。



※のうKNOWは医療機器ではないため、医師などの医療関係者による診察および診断に代わるものではありません。

さいごに

徳島市は認知症の人を含めたみんなのはじめの一歩につながる「きっかけづくり」を大事にしています。

ひとりひとりの認知症の人との出会いを大切に、誰かのやりたいことが、また次の誰かにつながることを期待しています。

2024.1施行の『共生社会を実現するための認知症基本法』はすべての人が尊厳をもって、希望をもって日常を過ごすことを目指しています。徳島市も基本法を意識し、共生社会の実現を目指しています。誰が支援者で認知症でなんていうのは関係ない、と言えるまちへ。



ご清聴ありがとうございました

Updating Neurology in Hiroshima

認知症治療の現在とこれから

～コリンエステラーゼ阻害薬と抗アミロイドβ抗体薬～

徳島大学大学院臨床神経科学
(脳神経内科)

和泉唯信

認知症の原因疾患はとても多い

(1)脳血管障害(脳血管性認知症)	脳出血、脳梗塞など
(2)神経変性疾患	
①アルツハイマー病	
②非アルツハイマー型認知症	レビー小体型認知症、神経原線維変化型老年認知症、嗜銀顆粒性認知症、前頭側頭葉変性症、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、ハンチントン病など
(3)その他の原因疾患	
①内分泌・代謝中毒性疾患	甲状腺機能低下症、下垂体機能低下症、ビタミンB ₁₂ 欠乏、ビタミンB ₁ 欠乏、ペラグラ、脳リビドーシス、ミトコンドリア脳筋症、肝性脳症、肺性脳症、透析脳症、低酸素症、低血糖症、アルコール脳症、薬物中毒など
②感染性疾患	クロイツフェルト・ヤコブ病、亜急性硬化性全脳炎、進行性多巣性白質脳症、各種脳炎・髄膜炎、脳腫瘍、脳寄生虫、進行麻痺など
③腫瘍性疾患	脳腫瘍(原発性、続発性)、髄膜癌腫症など
④外傷性疾患	慢性硬膜下血腫、頭部外傷後遺症など
⑤その他	正常圧水頭症、多発性硬化症、神経ベーチェット、サルコイドーシス、シェーングレイン症候群など

和泉唯信作成

4大認知症疾患

- アルツハイマー病 (AD)
- 血管性認知症 (VaD)
- レビー小体型認知症 (DLB)
- 前頭側頭葉変性症 (FTLD)

認知症はその原因疾患によって症状が著しく異なります。

アルツハイマー型認知症 ：記憶障害が重要

- 近時記憶障害：
名札をかくす：名前とかくした場所
- 見当識障害：時 → 場所 → 人
- 構成障害、視覚認知障害

血管性認知症診断の要点

- ① 認知症がある
家族からの病歴聴取、簡易知能検査、
高次脳機能検査
- ② 脳血管障害がある
病歴、神経症候、画像診断
- ③ 両者に因果関係がある
認知症発現と脳血管障害発症との時間
的關係、および空間的關係から判断

レビー小体型認知症の臨床診断基準 (2017年改訂版)

中心的特徴(必須症状)

進行性の認知機能低下により、生活に支障をきたしている。

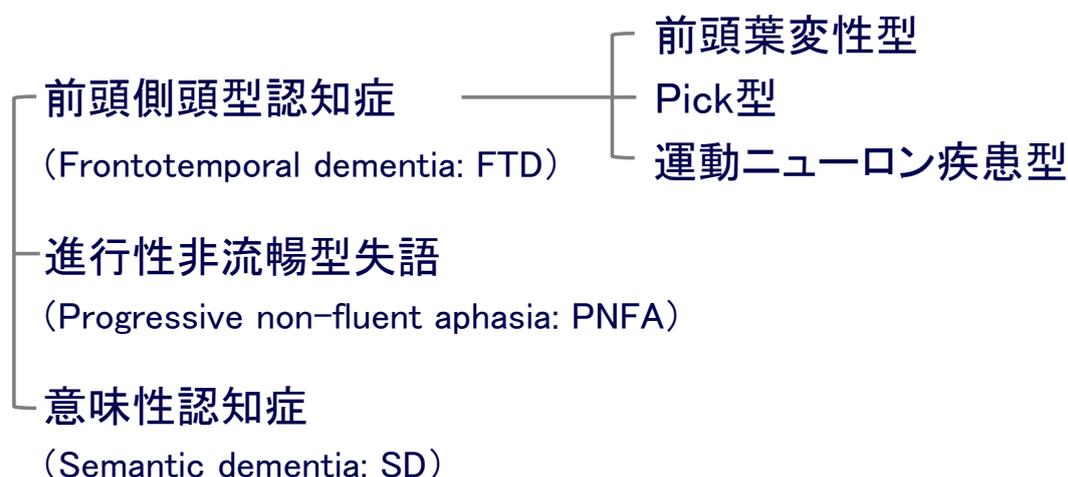
中核的特徴

1. 認知機能(注意・集中)の変動
2. 繰り返し出現する具体的な幻視
3. 誘因のないパーキンソニズム
4. レム睡眠行動異常(RBD)

前頭側頭葉変性症

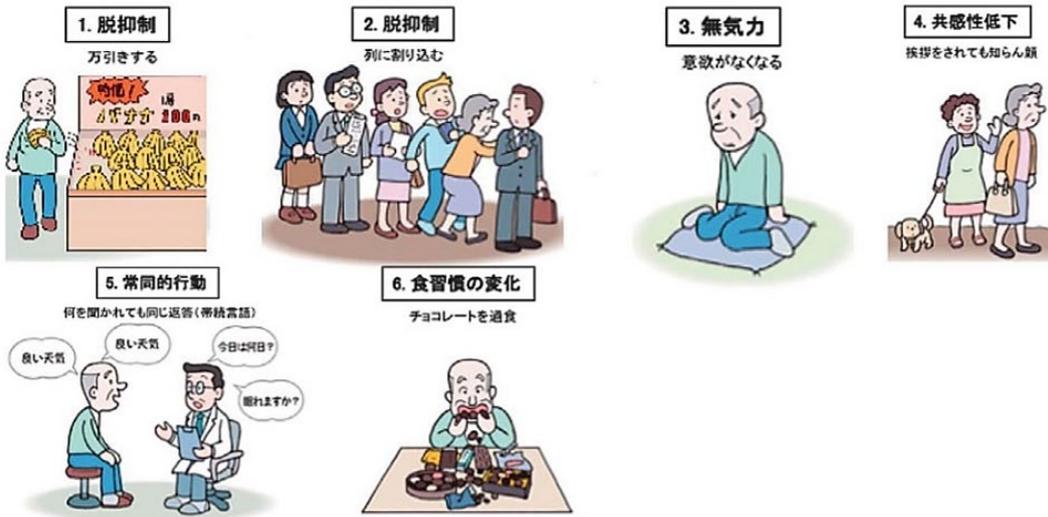
(Frontotemporal lobar degeneration: FTLD)の分類

(Snowden JS et al, Churchill Livingstone, New York, 1996)



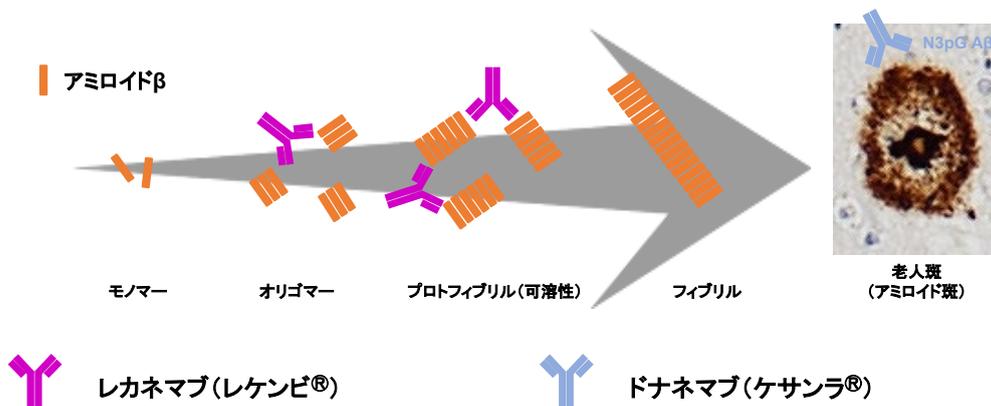
前頭側頭型認知症(行動異常型前頭側頭型認知症)

Frontotemporal dementia (FTD)、behavioral variant FTD (bvFTD)

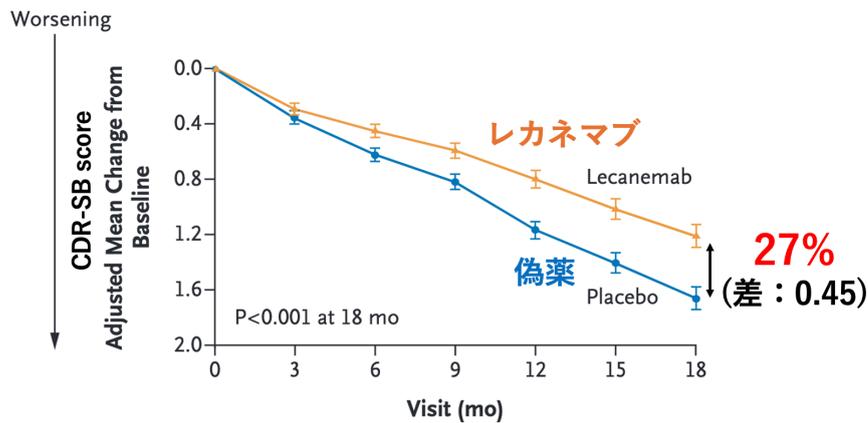


アミロイドβを認識する抗体を用いて蓄積抑制

アミロイドβが凝集/蓄積していく過程を抑制



レカネマブは認知機能の低下を抑制

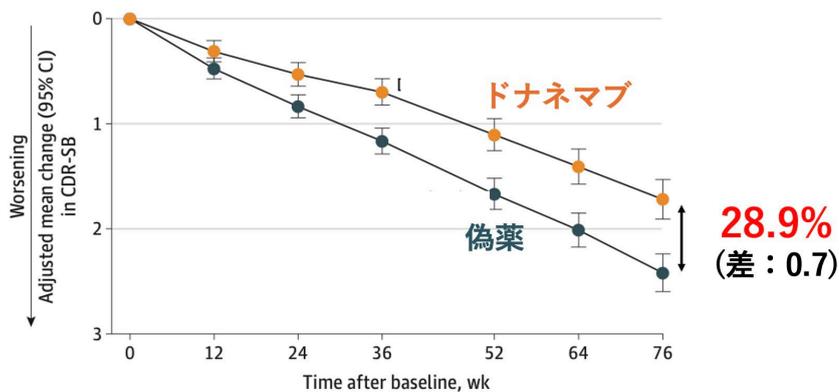


No. of Participants

Lecanemab	859	824	798	779	765	738	714
Placebo	875	849	828	813	779	767	757

NEJM. 2023;388:9-21

ドナネマブは認知機能の低下を抑制



No. of participants

Placebo	838	825	784	752	713	678	672
Donanemab	794	774	731	682	650	603	598

JAMA. 2023;330:512-527

4. 効能又は効果

アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制

5. 効能又は効果に関連する注意

- 5.1 本剤は、疾患の進行を完全に停止、又は疾患を治癒させるものではない。
- 5.2 承認を受けた診断方法、例えばアミロイドPET、脳脊髄液（CSF）検査、又は同等の診断法によりアミロイドβ病理を示唆する所見が確認され、アルツハイマー病と診断された患者のみに本剤を使用すること。
- 5.3 無症候でアミロイドβ病理を示唆する所見のみが確認できた者、及び中等度以降のアルツハイマー病による認知症患者に本剤を投与開始しないこと。
- 5.4 「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、国際共同第Ⅲ相試験で用いられた診断基準、組み入れられた患者の臨床症状スコアの範囲、試験結果等を十分に理解した上で本剤投与の適否を判断すること。[17.1.2参照]

P-LEQ-301CoreStudy-SS #8

軽度認知障害（MCI）

1. 記憶障害の訴えが本人または家族から認められている
2. 日常生活動作は正常
3. 全般的認知機能は正常
4. 年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在する
5. 認知症ではない

(Petersen RC et al. Arch Neurol 2001)

MCI・早期認知症紹介の注意点

1. MCIには既存薬(コリンエステラーゼ阻害薬、NMDA受容体拮抗薬)は適応がない。
2. 抗アミロイドβ抗体薬の適応はアルツハイマー病によるMCIまたは軽度の認知症であるから、導入時にはNMDA受容体拮抗薬やドネペジル塩酸塩10mgやドネペジル貼付剤55mgが用いられていれば、保険適応上矛盾がある。

和泉唯信作成

抗アミロイドβ抗体薬投与に至るまでの4つの壁

(1) 投与対象となる患者

投与の要否の判断にあたっては、以下のすべてに該当するアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の患者であることを確認する。無症候でAβ病理を示唆する所見のみが確認できた者及び中等度以降のアルツハイマー病による認知症患者には投与開始しないこと。

① 患者本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されていること。

② 本剤の禁忌に該当しないこと。

【禁忌】

- ・ 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者。
- ・ 本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者。

③ MRI検査(1.5 Tesla以上)が実施可能であること。(例: 金属を含む医療機器(MR装置)に対する適合性が確認された製品を除く)を植込み又は留置した患者は不可)

④ 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下の(a)及び(b)の両方を満たすことが、投与開始前1か月以内の期間を目安に確認されていること。

- (a) 認知機能評価 MMSEスコア 22点以上
- (b) 臨床認知症尺度 CDR全般スコア 0.5又は1

独居者の場合は、患者の周囲の者、地域包括支援センター、医療ソーシャルワーカー等の協力を得て、独居者の日常生活の様子を聴取することにより客観的な評価を行い、CDR全般スコアを評価すること。

ただし、患者の周囲の者、地域包括支援センター、医療ソーシャルワーカー等からの情報が得られない等、CDR全般スコア評価が困難な場合は、他の評価方法により、認知症の重症度の範囲が同等であることを確認した上で用いること。

⑤ ①～④を満たすことを確認した上で、アミロイドPET又は脳脊髄液(CSF)検査を実施し、Aβ病理を示唆する所見が確認されていること。

MRI
(特にT2*/SWI)

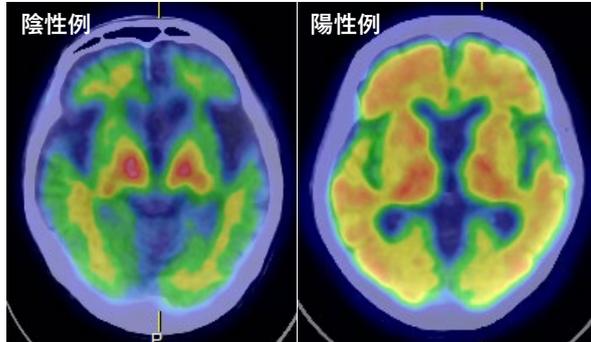
認知機能検査

アミロイドβ検出

レカネマブ最適使用ガイドラインより抜粋

アミロイドの確認が必要

アミロイドPET



髄液検査



資料に基づく作成: 藤田浩司

抗アミロイドβ抗体薬投与に至るまでの4つの壁

(1) 投与対象となる患者

投与の要否の判断にあたっては、以下のすべてに該当するアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の患者であることを確認する。無症候でAβ病理を示唆する所見のみが確認できた者及び中等度以降のアルツハイマー病による認知症患者には投与開始しないこと。

- ① 患者本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されていること。

患者・家族間で希望や認識の相違がある ケースが実際にある！

ことが、投与開始前1か月以内の期間を目安に確認されていること。

- (a) 認知機能評価 MMSE スコア 22 点以上
- (b) 臨床認知症尺度 CDR 全般スコア 0.5 又は 1

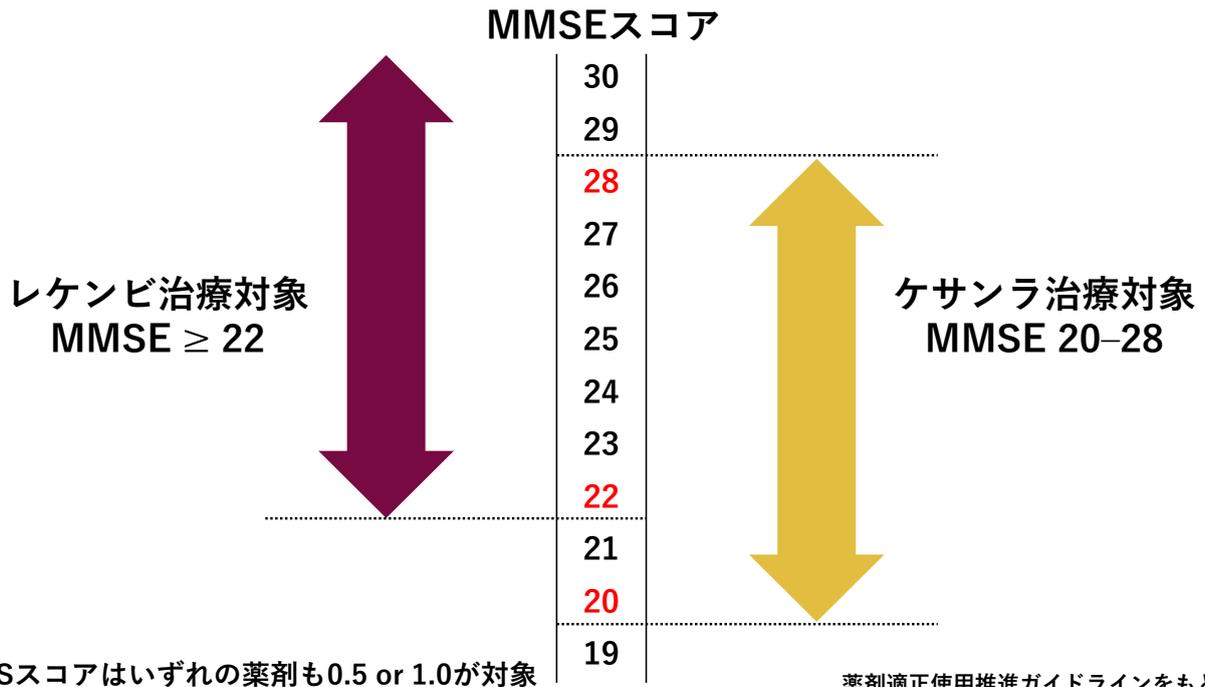
独居者の場合は、患者の周囲の者、地域包括支援センター、医療ソーシャルワーカー等の協力を得て、独居者の日常生活の様子を聴取することにより客観的な評価を行い、CDR 全般スコアを評価すること。

ただし、患者の周囲の者、地域包括支援センター、医療ソーシャルワーカー等からの情報が得られない等、CDR 全般スコア評価が困難な場合は、他の評価方法により、認知症の重症度の範囲が同等であることを確認した上で用いること。

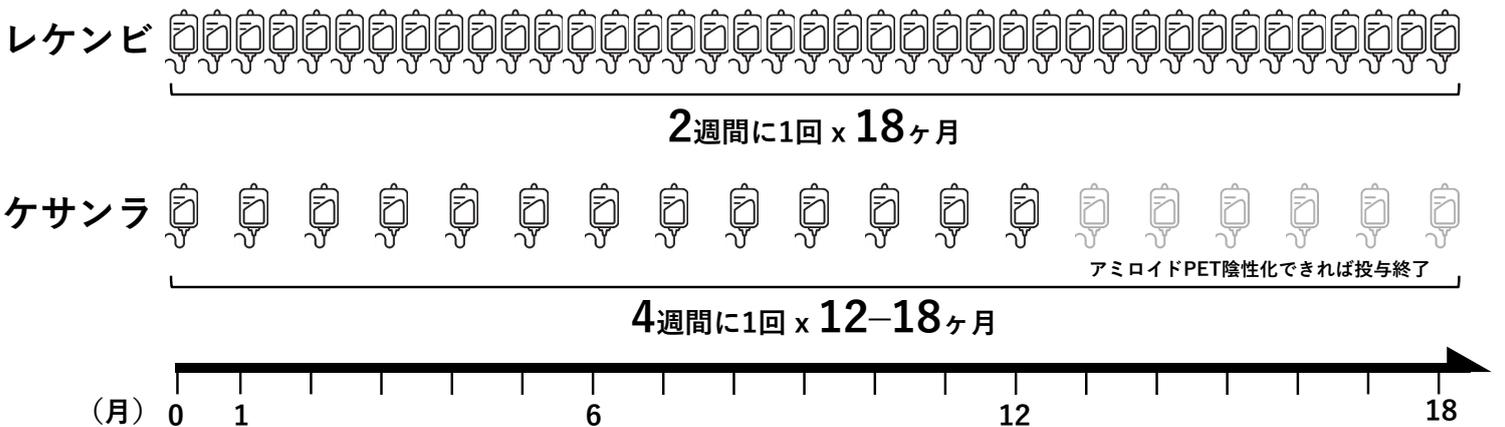
- ⑤ ①～④を満たすことを確認した上で、アミロイド PET 又は脳脊髄液(CSF)検査を実施し、Aβ病理を示唆する所見が確認されていること。

レカネマブ最適使用ガイドラインより抜粋

使い分け①：MMSEスコアに応じて



使い分け②：投与間隔に応じて



薬剤適正使用推進ガイドラインをもとに演者作成

抗アミロイドβ抗体薬上市による変化

- ADと診断する根拠が変わった。
- ADが再び大学病院を受診するようになった。
- 経過をよくすることが期待できるようになった。
- AD以外の健忘型認知症を知る必要が生じた。

本日のまとめ

- 認知症の診断を概説した。
- 物忘れ→アルツハイマー病ではない。
- 抗アミロイドβ抗体薬投与の実際と注意点を述べた。