

認知症診療の新時代における地域医療連携と サポート体制の再構築 －抗アミロイドβ抗体療法導入に向けた 「にいがたモデル」の実践と包括的支援の基盤－

総合リハビリテーションセンター・みどり病院

成 瀬 聡

緒言

わが国の高齢化率は上昇の一途をたどり、それに伴い認知症患者数も増加している。2025年には認知症患者数が471万人に達すると推計されている¹⁾。認知症診療は、精神科や神経内科といった専門医のみが担う領域ではなく、地域のかかりつけ医や介護職を含めた多職種協働が不可欠な時代となっている。

従来、認知症医療は対症療法とケアによるQOL維持が主眼であったが、アルツハイマー病の新規治療薬である抗アミロイドβ (Aβ) 抗体薬 (レカネマブ、ドナネマブ) の登場は、診療体制に大きなパラダイムシフトをもたらしている。これらの薬剤は疾患修飾薬としてアルツハイマー病の進行抑制を可能にする一方、アミロイド関連画像異常 (ARIA) への対応や厳格な投与管理が必要である。このため、治療を開始できる医療機関は限られており、必要な患者に治療を円滑に届けるためには、より高度な医療連携体制の構築が求められる。

本稿では、新潟市における抗Aβ抗体療法の医療連携事例 (以下、「にいがたモデル」) を主軸として、新規治療薬導入を契機とした医療連携構築のプロセスを詳述する。また、その基盤となるべき認知症医療・介護の包括的連携体制について、職種別の役割を中心に論じ、新時代の認知症診療体制のあり方を考察する。

1. 認知症医療連携の基盤整備と多職種協働について

1-1. 多職種連携の必要性

認知症の診断からケアに至るまでには、さまざまな職種が関与する。具体的には、かかりつけ医、認知症サポート医、認知症専門医、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、居宅介護支援専門員 (ケアマネジャー) などが挙げられる。これらの職種が相互に連携し、情報共有や相談、診断依頼、受診支援を行うことで、患者や家族が安心して生活できる環境が整えられる²⁾。

認知症患者やその家族は、まずかかりつけ医に相談し、必要に応じて認知症サポート医や専門医、認知症疾患医療センターへの診断依頼や受診が行われる。地域包括支援センターやケアマネジャーも、相談や情報共有の窓口として機能し、患者の状態や家族の状況に応じた支援を提供する。こうした多職種連携体制が、認知症の早期発見および適切なケアの実現に寄与している (図1)。

1-2. かかりつけ医の役割

かかりつけ医は、認知症の早期発見や気づきの役割を担うとともに、患者や家族からの相談や不安に適切に対応することが求められる。さらに、日常的な身体疾患への対応や健康管理、家族の介護負担や精神的支援も重要な役割である。加えて、専門医との連携を構築し、チームアプローチのコーディネーターとして機能すること、適切なタイミングで専門医療機関への受診誘導を行うこと、地域の介護サービスや多職種との協働・連携を推進することが期待されている³⁾。

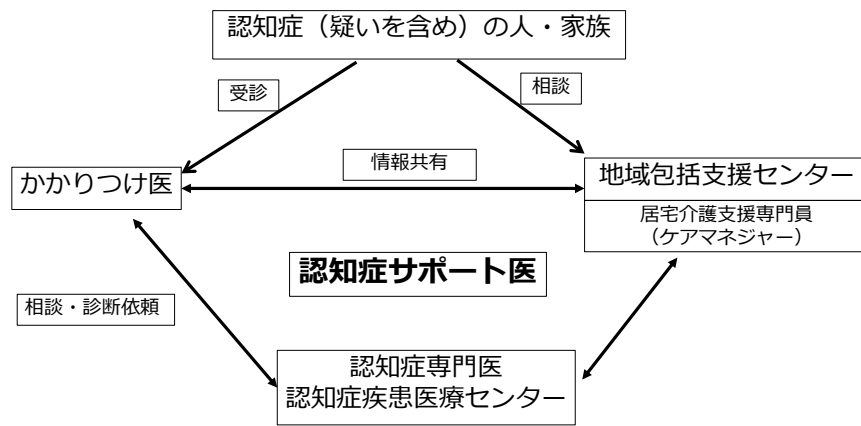


図1 認知症の多職種連携

1-3. 認知症疾患医療センターと専門医の役割

認知症疾患医療センターは、新潟県内に13か所設置されており、専門医療相談、鑑別診断、BPSD（行動・心理症状）や身体合併症への対応、地域機関との連携、連携協議会や研修会の開催、情報発信など、多岐にわたる役割を担っている。認知症専門医は、日本老年精神医学会、日本認知症学会の専門医をはじめ、脳神経内科、精神科、脳神経外科、老年科など多様な診療科に所属し、専門的診断および治療を提供している⁴⁾。

1-4. 認知症サポート医の役割と実態

認知症サポート医は、新潟県では170名（令和7年9月）登録されており、認知症医療・介護の現場において極めて重要な役割を果たしている。かかりつけ医や介護専門職に対する支援を行い、地域包括支援センターを中心とした多職種連携体制の構築を推進するほか、かかりつけ医の認知症対応力向上研修の講師や住民への啓発活動も担っている⁵⁾。

サポート医は、認知症の早期発見・早期対応、本人および家族支援、多職種連携の推進といった役割を担い、地域における「連携の推進役」として期待されている。特に、かかりつけ医や介護専門職が対応に困難を感じた際には、相談窓口として専門的助言や診断、必要に応じた専門医療機関への紹介を行うことで、現場の負担軽減と質の高いケアの実現に寄与している。

1-5. 連携の実際と課題

認知症患者および家族を中心に、かかりつけ医、サポート医、専門医、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、ケアマネジャーが情報を

共有し、早期発見・診断・治療、日常管理、フォローアップを行う体制が構築されている。特に、BPSDの有無確認や日常的管理、フォローアップ検査、専門医受診など、継続的支援が重要である。

一方で、現状では連携の不十分さが課題として指摘されている。職種間での情報伝達や共有が円滑に行われていない場合があり、これが患者や家族への支援の質低下につながる恐れがある。こうした課題解決には、サポート医の役割の可視化や、連携体制のさらなる強化が必要である。

1-6. 新潟市医師会認知症委員会の取り組み

新潟市医師会認知症委員会は、医師会主導で認知症医療連携を推進する目的で2021年度に設立された。委員会では、所属医師へのアンケート調査や症例検討会の開催、認知症の医療連携・医療・介護連携のフローチャート作成、サポート医の「見える化」などの取り組みを進めている。これにより、かかりつけ医とサポート医・専門医との連携強化や、医療・介護の多職種協働の推進を目指している。

2. 抗Aβ抗体療法導入に向けた地域医療連携（にいがたモデル）（図2）

抗Aβ抗体療法（レカネマブ、ドナネマブ）の実装は、従来の認知症薬物療法とは次元の異なる連携体制を地域に求めている。抗Aβ抗体療法は厚労省が示す最適使用推進ガイドラインに沿って行われる⁶⁾。詳細な要件があるため、医療機関でうまく連携体制を構築しないと必要な患者に治療を届けることができなくなる。新潟市においては、地域の司令塔となる「基幹型」認知症疾患医療セ

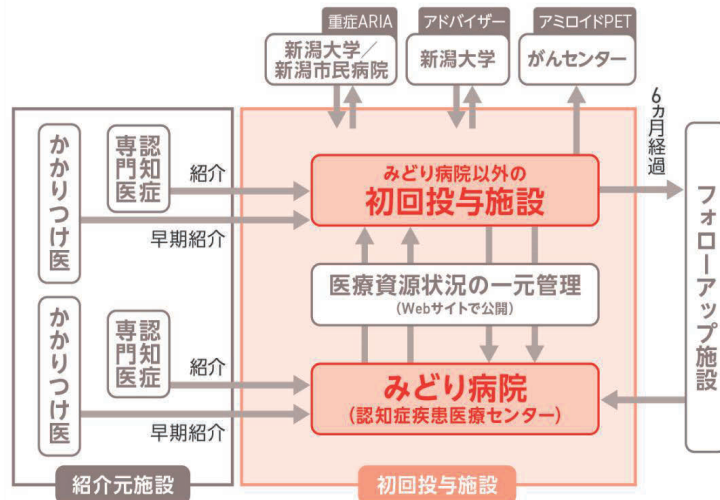


図2 新潟市における抗Aβ抗体治療の医療連携（イメージ）

ンターが存在しない。そのため、「地域型」センターである当院が中心となり、ゼロベースから市内の医療連携構築に着手した。以下に、その構築プロセスを「初回投与施設間の連携（ステップⅠ）」「後方連携（ステップⅡ）」「前方連携（ステップⅢ）」の3段階に分けて詳述する。

2-1. ステップⅠ：初回投与施設間の水平連携と医療資源の「見える化」

抗Aβ抗体療法の最適使用推進ガイドラインでは、初回投与施設に対し厳しい要件を課している。具体的には、認知症の専門医（日本神経学会、日本老年医学会、日本精神神経学会、日本脳神経外科学会の専門医）の常勤での配置、MRI・PET/脳脊髄液検査の体制、そしてARIA（脳浮腫・脳出血）への対応能力などである。新潟市内において、これらの要件を満たし治療に参加できる施設は12病院に限られた。そのうち、高度急性期病院である2病院（新潟大学病院、新潟市民病院）については、点滴スペースの確保やMRI予約の逼迫といった事情から、通常の定期投与には参加せず、重症ARIA発症時の入院受け入れ施設（セーフティネット）として機能分担することとなった。

実質的な初回投与施設となる残りの6病院において、最大の課題は「特定の病院への患者集中」と「ARIA対応の不安」であった。これを解消するため、新潟市では以下の施策を実行した。

(1) **メーリングリストによる水平連携** 初回投与施設、大学病院、市民病院、そして新潟市医師会を含めたメーリングリストを作成し

た。ここでは、ARIA発症時の画像読影や治療の相談、制度上の疑問点などを共有し、施設間での情報共有の取り組みが行われている。重症のARIAが出現した際の連携フローや、重症ARIA受け入れ施設での実際の治療や注意点など、生きた情報が共有でき、副作用に対する現場の不安を軽減する上で有効であった。

(2) **医療資源状況の一元管理とWeb公開** 各病院の受入能力を可視化するため、当院のホームページ上で初回投与施設に資源状況を公開した。前述のメーリングリストを利用して、各施設の「抗Aβ抗体薬治療受け入れ可能数」「アミロイドPET検査待ち患者数」「現時点における投与中の患者数（レカネマブ・ドナネマブ別）」を定期的に報告してもらい、リアルタイムに近い形で共有される。これにより、初回投与施設にて自施設の治療が上限に達した際に、どの病院に紹介すればスムーズに導入できるかを判断可能となった。

2-2. ステップⅡ：後方連携（フォローアップ施設の確保）

抗Aβ抗体薬は、1年～1年半という長期間にわたる継続投与が必要である。すべての患者を初回投与施設だけで抱え込めば、早晚、新規患者の受け入れが不可能となることは明白である。したがって、導入から6ヶ月を経過し、ARIAのリスクが低下した安定期の患者を、地域のクリニック等へ逆紹介する「後方連携」が必須となる。

(1) **フォローアップ施設の要件と募集** フォローアップ施設（継続投与施設）の要件は、初回投与施設と比較して緩和されており、MRIの自施設設置の要項はない。医師要件としても、専門医資格や一定の臨床経験（研修医2年＋認知症経験10年以上など）、ARIA対応研修の受講があれば、常勤医でなくとも可能とされている。新潟市では、要件を満たす医療機関へ個別に協力依頼を行い、合同説明会を開催した。説明会では、治療の時系列に沿った具体的な流れを提示し、継続投与の要件を満たす施設の「ARIAへの恐怖」や「点滴管理の手間」に対する懸念の払拭に努めた。その結果、十数か所の施設がフォローアップ施設として名乗りを上げ、地域全体で患者を支える体制が整いつつある。

(2) **フォローアップ施設との連携** 初回投与施設とフォローアップ施設間の連携は非常に重要である。新潟市では、前述のメーリングリストに、フォローアップ施設にも参加してもらい、情報を共有している。また、フォローアップ施設にも「抗A β 抗体薬治療受け入れ可能数」「現時点における投与中の患者数」を定期的に報告してもらい、当院ホームページ上で公表している。初回投与施設はこのリストにより、抗A β 抗体療法を行っている患者を速やかにフォローアップ施設へ紹介することが可能となっている。

(3) **制度上の課題** しかしながら、課題も残されている。クリニックがフォローアップ施設を引き受けるにあたり、診療報酬上のインセンティブが乏しい点である。また、半年に1回のMRIフォローのために、患者は再び初回投与施設を受診する必要があり、2つの医療機関を行き来する手間が発生する。現状では、医師の「熱意」に依存している側面が否めず、持続可能な制度設計が待たれるところである。

2-3. ステップⅢ：前方連携（かかりつけ医と初回投与施設との連携）

重要かつ困難なのが、潜在的な対象患者を早期発見し、初回投与施設へつなぐ「前方連携」である。初回投与施設間の連携や、後方連携と異なり、

関連施設に個別の声かけをすることは困難である。抗A β 抗体薬の適応は、軽度認知障害（MCI）および軽度認知症に限られるため、タイミングを逸することなく紹介する必要がある。

(1) **初回投与施設への紹介方法** 当初、初回投与施設への紹介は、認知症を日頃診ている専門医からは、MMSEを実施し、基準点を満たす患者を選別して紹介してもらい、専門科以外の施設はそのまま紹介してもらうことを想定した。しかし、前述の初回投与施設でのメーリングリストでの意見聴取の結果、MMSEは初回投与施設で行うので必要はないという意見が多数上がった。これを受け、にいがたモデルでは「紹介時にMMSEやCDR（臨床的認知症尺度）の評価は不要」という方針転換を行った。認知症初期の患者であれば認知症の評価なしで紹介可となっている。

(2) **「チェックリスト」による簡易スクリーニング** MMSE評価の代わりに導入されたのが、独自の「チェックリスト」である。かかりつけ医に最低限知っておいてもらいたい内容をチェックリストとして作成した。かかりつけ医は、以下の項目を確認し、該当すれば紹介可能とした。

- 軽度認知障害または軽度の認知症（記憶障害等）がある。
- MRI撮像禁忌（ペースメーカー等）がない。
- 患者・家族が治療内容（2週間に1回の点滴、ARIAリスク、高額な費用等）を理解している。

このチェックリストは、診療情報提供書と一体化されており、新潟市医師会ホームページからダウンロード可能となっている。あわせて、患者向けの説明資料も整備し、かかりつけ医が外来で短時間に説明できるよう支援ツールを充実させた。

(3) **医師会との連携強化** 前方連携の成功には、認知症非専門医への広報が不可欠である。多数の医師に周知するためには、医師会の協力をえることが最も効率的と考えた。以前より活動していた、前述の新潟市医師会認知症委員会がハブとなり、医師会の協力のもと全会員への周知を行なっている。医師会報への記

事掲載や、会員専用ページでの資料配布など、医師会組織がバックアップすることで、広範な周知が可能となった。

3. 考察

抗 A β 抗体療法の地域実装には、高度な専門性と厳格な安全管理を前提とした医療連携体制が不可欠である。特に本治療は、投与適応の判断、画像評価、副作用対応、長期的なフォローアップを要するため、単一の医療機関や専門職のみで完結することは困難であり、地域全体での医療連携が重要な前提条件となる。

本稿で示した「にいがたモデル」は、基幹型認知症疾患医療センターを有さない地域において、地域型センターが中心となり、医師会、初回投与施設、フォローアップ施設、かかりつけ医が役割分担を明確化しながら医療連携体制を構築した点に特徴がある。初回投与施設間の水平連携、フォローアップ施設との後方連携、かかりつけ医を起点とした前方連携を段階的に整備することで、治療対象となり得る患者を適切なタイミングで専門医療につなぐ導線が形成された。医療資源の可視化や紹介基準の簡素化といった工夫は、医師の専門性や経験に過度に依存しない連携を可能とし、治療機会の公平性確保に寄与したと考えられる。さらに、この連携体制は今後新たな薬剤が登場した際にも、そのまま応用可能な柔軟性を持つ点が大きな強みである。今後、新世代の抗 A β 抗体薬が導入されることが予想されるし、抗 A β 抗体療法に限らず、認知症領域では新規治療薬や診断技術の進歩が期待される。「にいがたモデル」で培われた医療連携・情報共有・役割分担の枠組みは、薬剤ごとの要件や運用の違いにも対応できる基盤となる。

また、本モデルでは医療機関間のみならず、かかりつけ医、認知症サポート医、地域包括支援セ

ンター、介護支援専門員といった多職種が情報を共有し、それぞれの専門性を活かして関与する体制が基盤となっている。抗 A β 抗体療法は画期的な治療ではあるが、アルツハイマー病を完治できるものではないし、対象になる患者も限られている。重要なことは、認知症の進行予防をしっかりと行うことや、本人の意思を尊重しながら住み慣れた地域で穏やかに過ごしていくことを援助する体制を構築することである。こうした点において多職種協働の意義は非常に大きい。医療・介護関係者は常に多職種連携・協働を考えながら患者・家族を支援していかなくてはならない。

文献

- 1) 二宮利治, 小野賢二郎, 伊賀淳一, 他: 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. 老人保健健康増進等事業 2023: 6-8.
- 2) 成瀬聡: 認知症に対する医療機関での対応. 浦上克哉 (編), 児玉直樹 (編). 認知症予防専門テキスト上巻, メディアケアプラス, 東京都, 2024: 238-261.
- 3) かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査委員会 (編). かかりつけ医認知症対応力向上研修テキスト. 令和5年度改訂版, 合同会社 HAM 人・社会研究所, 札幌市, 2024: 12.
- 4) 日本認知症学会. “令和4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) 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報告書”. https://dementia-japan.org/wp-content/uploads/2024/10/maintenance_report.pdf. (閲覧2026年3月10日)
- 5) 国立長寿医療研究センター “令和3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) 地域における認知症サポート医のあり方に関する調査研究事業報告書”. <https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/R3-3Report.pdf>. (閲覧2026年3月10日)
- 6) 厚生労働省: “抗アミロイド β 抗体薬について”. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000089508_00007.html. (閲覧2026年3月10日)