



にいがた 内科医会だより

令和6年度
春号 No.12
令和7年3月20日
新潟市内科医会

寄稿

抗アミロイドβ抗体療法について

総合リハビリテーションセンター・みどり病院 病院長 成瀬 聡

2023年の12月より、アルツハイマー病の新規治療薬レカネマブが使用できるようになりました。さらに、2024年11月には、ドナネマブが保険収載されました。これらの治療薬は、抗アミロイドβ抗体薬と呼ばれております。従来の症候改善剤とは全くことなる機序である抗アミロイドβ抗体薬の登場によりアルツハイマー病の治療は新しい段階に入っております。

1. アミロイドカスケード仮説と抗アミロイドβ抗体薬

アルツハイマー病は、アミロイドβ蛋白が脳内にたまることから始まると考えられております(アミロイドカスケード仮説)。アミロイドβ蛋白が凝集するとやがてアミロイドプラークとなり、アミロイドプラークが蓄積することで神経細胞内のタウ蛋白が異常なリン酸化を起こし凝集し、神経細胞死が進行していくと考えられています。最初の段階で、凝集するアミロイドβ蛋白・アミロイドプラークを除去するのが抗アミロイドβ抗体薬です。

2. 抗アミロイドβ抗体薬と最適使用推進ガイドライン

現在使用できる抗アミロイドβ抗体薬には、レカネマブとドナネマブの2剤があります。その特徴としては①アルツハイマー病による軽度認知障害あるいは、軽度のアルツハイマー病にのみの適応であるためアミロイドPET検査か髄液検査を行い脳内のアミロイドβ蛋白の存在を確認する必要があり、また、認知機能検査で軽症であることを確認する必要があること、②内服薬はなく、30分～1時間の点滴薬である、③2週間に1回(レカネマブ)あるいは4週間に1回(ドナネマブ)、点滴を受けるため

の受診が必要である、④費用が高い(両剤とも年間約300万円かかる。高額療養費制度の適応になる)、⑤特有の副作用がある(ARIAと言われる、脳浮腫や脳出血がMRI画像上2～3割程度認められる)、⑥この治療を行って、アルツハイマー病の症状が改善するわけではなく、認知症の進行を遅らせる治療薬である、などが挙げられます。両剤ともに、厚労省が示した「最適使用推進ガイドライン」に沿って治療することが義務付けられています。このガイドラインではかなり厳しい基準が設けられており、例えば、最初の投与が開始できる「初回投与施設」には、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いずれかの専門医が複数名常勤でいる必要があり、1.5テスラ以上のMRIを持っている施設でなくてはなりません。また、医師は副作用であるARIAに精通している必要があり、ARIAが出現した際にはすぐに対応がとれるよう研修を受ける必要があります。両剤ともARIAが出現していないか、決められた期間で数回MRIを撮る必要があります。また、半年に1回は認知機能検査を行い、薬剤を継続していくかどうかを検討しなくてはなりません。両剤とも半年間は初回投与施設での治療継続が必要ですが、半年を過ぎると、治療継続施設(いわゆるフォローアップ施設)に移ることができます。フォローアップ施設の医師要件としては、4学会のいずれかが認定する専門医が1名いればよく、MRIも必要ありません。

レカネマブとドナネマブの違いは、①レカネマブはMMSEが22点～30点の人に適応があるのに対

し、ドナネマブは MMSE20 点～28 点の人が適応となること、②レカネマブは 2 週に 1 回、60 分の点滴が必要であるが、ドナネマブは、4 週に 1 回、30 分の点滴が必要となること、③レカネマブは体重によって用量を変える必要があるが、ドナネマブは体重に関係なく用量が決まっていること、④レカネマブは有効である場合には 18 か月を越えても継続できるが、ドナネマブは開始 1 年後にアミロイド PET 検査を行い、アミロイドβ蛋白が除去されていればその時点で治療が終了になること、⑤ARIA の出現する頻度が異なる可能性があること、などが挙げられます。

3. 新潟市における抗アミロイドβ抗体療法の連携体制

上述した通り、抗アミロイドβ抗体療法はガイドライン上で厳しい基準が求められており、初回投与施設は限られてきますし、初回投与施設でも 2 週～4 週に 1 回点滴治療に通院しなくてはならないので点滴治療のスペースや人的要因から症例数も限られてきます。そこで、必要な患者さんに迅速に薬剤治療が行えるように、新潟市では抗アミロイドβ抗体療法の連携体制を構築しています。現在（2025 年 3 月）新潟市には、初回投与施設が 6 病院あります。

6 病院間で連携を取りながらどこの病院が治療に余裕があるかなどの資源調査を 2 週間に 1 回行いながら、混んでいる病院では余裕のある病院に紹介するような体制になっています。また、フォローアップ施設も 11 施設の病院・医院から引き受けていただいております。当院からもフォローアップ施設へのスムーズな移動が行われています。

このような体制が整い、かかりつけ医の先生方から、初回投与施設への紹介も積極的に受けることができるようになりました。現在、かかりつけ医から初回投与施設への紹介時のチェックリストを作成しております。抗アミロイドβ抗体療法の必要最低限の事項（2～4 週間に 1 回通院する点滴の治療である、治癒するわけではない、高価であるなど）をチェックリストにまとめて、やがて新潟市医師会の HP に掲載する予定です。

4. まとめ

アルツハイマー病の治療は新しい時代に突入しました。新潟市では、抗アミロイドβ抗体療法の連携体制構築も完成しつつあります。軽度の認知症の方で治療を希望される方がいらっしゃいましたら、ぜひご紹介いただければ幸甚に存じます。

幹事のひとこと

持続性 GIP/GLP-1 受容体作動薬で解った糖尿病治療の難しさ

副会長 井上 正則

糖尿病治療に携わって 45 年の月日が経ちました。医者になりたての頃は、薬物治療と言えばインスリンと SU 剤しかない時代でした。治療に難渋しましたが、治療法に関しては選択肢がなく悩みませんでした。約 30 年前より、ビグアナイド、α-GI が使用可能となり、最近では経口血糖降下剤は 9 種類、注射剤はインスリン、GLP-1 製剤とその合剤、そして、持続性 GIP/GLP-1 受容体作動薬が登場しました。今では、薬物療法で悩む時代です。しかし、以前より、強度の肥満を伴う糖尿病治療は血糖の改善は難しくビグアナイド剤、SGLT2 阻害剤、GLP1 作動薬を使用してもうまくいかない症例を多く経

験してきました。何度かの栄養指導、生活指導を繰り返してもその効果は限定的（一時的）で医師としてある種の絶望感を感じる事もありました。しかし、2 年前に、持続性 GIP/GLP-1 受容体作動薬（以下 G/G）が発売され、少し光明が見えてきました。少し症例をご紹介します。

症例 1) 40 才代男性、糖尿病歴 15 年で BMI32、3 年前より、血糖悪化傾向で SGLT2 阻害剤投与後も、体重減少、血糖の改善認められず、HbA1c:8.5%。本人も体重、血糖の改善を希望して G/G 投与開始。開始 2 か月で体重-5 kg、HbA1c:6.7%と改善した。本人曰く「昼のランチ後のスイーツを食べなく

なったし、宴会でもおかずを少し残し、宴会後の締めもなくなりました」(私の心のつぶやき「今までそんなに食べていたことは話してくれてなかった」)

症例 2) 50 才代女性、糖尿病歴 20 年で BMI27,10 年前より血糖悪化あり、ビッグアナイド、DPP4 阻害剤、SGLT 2 阻害剤、SU 剤投与にても改善なく、一時期、持続性 GLP-1 受容体作動薬も使用したが効果は一時的で中止した。HbA1c : 8%を切れず今回 G/G を勧め投与開始。投与 1 か月後、G/G の最小投与量にもかかわらず、HbA1c : 6.8%まで改善した。本人曰く「仕事で遅くなった時、スーパーで帰りの車中で食べるおにぎり、サンドウィッチを買わなくなった」(私の心のつぶやき「今まで 1 日 4 食食べ

ていたの」)

著効例をご紹介しましたが、もちろん全例に効くわけではなく、効かない症例、当初効果があっても、効果減弱例もあり、G/G の増量をしているところ。G/G の投与により患者さんの食行動の変容もたらされた事は驚きでしたが、その事よりも G/G 著効例の患者さん達が今までの食生活の乱れを告白した事の方が驚きであり、逆に患者さんの食行動を今まで把握できていなかった自分の主治医としての力のなさを感じさせられました。(嗚呼、糖尿病の治療って難しい)しかし、多くの治療薬を使える現在、よりよい糖尿病治療を目指しもう少し頑張ってみようと思います。

幹事のひとこと

新潟市内科医会 役員就任のご挨拶

会計部長 藤澤 正宏

本年度より新潟市内科医会の役員に就任することになりました、こうなん family クリニックの藤澤正宏と申します。

私は栃木県栃木市という蔵がまだ多く残る小さな街で生まれ、高校卒業までそこで育ちました。

東京医科大学を卒業したのちに、地元である栃木県下野市にある自治医科大学の消化器一般外科学講座に入局し、約 10 年間を外科医として、主に悪性腫瘍の手術を中心に研鑽を積んでまいりました。しかし、そのような最中、持病である腰椎椎間板ヘルニアがたびたび悪化する事態が起きてしまいました。鎮痛剤や注射を使用したりしながら医療を続けてまいりましたが、今後は長時間の手術を続けていくことが難しくなるだろうと考え始め、ゆくゆくは地域医療をやりたいと徐々に思うようになっていきました。

平成 21 年より親戚のいる新潟市の民間病院へ赴任することとなり、そこで内科全般を学びながら、地域医療に取り組むことができました。

一般の外来診療は、慢性期に対する予防医療が多

くを占めており、直接患者の状態変化に関わることが少ないと感じました。そんな最中に、訪問診療を経験することができ、新しい医療のあり方に気づかされました。

訪問診療は、実際の家庭内の状況をみることで、患者様の病状だけでなく、生活環境やご家族との関係性、ご本人の価値観や死生観など、外来では得られないような様々な情報を得ることができると分かりました。癌の末期で根治しうる治療が無い場合、緩和ケアが医療の中心となります。多くの方が住み慣れた自宅に帰りたと思う一方で、受け入れる医療機関が果たしてどのくらいあるのだろうか？と考えるようになり、患者様に寄り添う医療を行いたいという思いに至りました。

そのような在宅で最期まで自分らしい生活を送りたいという患者様の想いに応えるために、平成 29 年 5 月に新潟市江南区亀田の地に、訪問診療を専門とする医療機関として「こうなん family クリニック」を開設いたしました。同年 10 月には訪問看護ステーション「サンフラワー」を併設し、在宅

医療を中心に診療を行ってきました。

5年が経過した令和4年12月に、すぐ近くの土地へ新築移転を行い、外来診療を新たに開始いたしました。同時に訪問歯科診療を開設し、訪問看護ステーション内に訪問リハビリテーション機能も導入いたしました。また、医療相談員としての社会福祉士も増員し、地域に求められる医療を少しでも提供できるように活動を続けております。

当院の理念である『患者さまに優しい医療、患者さまに寄り添う医療、患者さまとともに歩む医療』

を目標としながら、患者様のお気持ちに、誠心誠意寄り添えるように、スタッフ一同、日々研鑽を積んでおります。患者様より得た教訓は、可能な限り全職員で共有し、より良い医療を目指すために、職員と話し合いながら実践できるように努めております。

若輩者ではありますが、自分の経験を少しでも内科医会の役に立てるよう精一杯努力していく所存です。先生方におかれましては、引き続きご指導、ご鞭撻のほど、どうぞ宜しくお願い申し上げます。

笹川カ名誉会長が
2月5日にご逝去されました
ご生前のご功績を偲び
謹んで哀悼の意を表します



学術講演会開催予定

開催日程	会場 等
令和7年 4月17日(木)	新潟グランドホテル 5階「波光」(Web配信併用)
5月17日(土)	【総会】新潟東映ホテル
6月19日(木)	会場未定 (Web配信併用予定)
7月17日(木)	会場未定 (Web配信併用予定)
9月18日(木)	会場未定 (Web配信併用予定)
10月16日(木)	会場未定 (Web配信併用予定)
11月20日(木)	会場未定 (Web配信併用予定)
令和8年 2月19日(木)	会場未定 (Web配信併用予定)
3月19日(木)	会場未定 (Web配信併用予定)

※予定は変更となる可能性があります。最新情報はホームページでご確認ください。

にいがた内科医会だより 令和6年度春 No.12

発行日：令和7年3月20日

発行：新潟市内科医会

〒950-0914

新潟県新潟市中央区紫竹山 3-3-11

新潟市総合保健医療センター5階(新潟市医師会内)

URL <https://www.niigata-naika.com>

TEL 025-240-4131 FAX 025-240-6760