

アルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬：レカネマブ（レケンビ®点滴静注）への対応に関するアンケート調査票（案）

※回答〆切：令和6(2024)年 月 日（ ）
※提出先：栃木県保健福祉部高齢対策課 chiikishien@pref.tochigi.lg.jp

医療機関名：	
記入者名：	
連絡先メールアドレス：	

※問1～問5までは、アルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬：レカネマブ（レケンビ®点滴静注）（以下、「レカネマブ」という。）の初回投与施設の要件を満たす医療機関が回答してください。

問1 令和6(2024)年6月末時点で既にレカネマブに係る治療を実施していますか。

回答

問2 問1で「実施している」と回答した医療機関について、治療の開始時期と実投与件数を記載してください。

治療の開始時期	実投与件数

問3 問1で「実施していない」と回答した医療機関について、今後、レカネマブの治療への対応をする予定はありますか。
また、「予定あり」の場合には、具体的にいつ頃から対応することを予定していますか。

回答 いつ頃から ごろ

問4 問3で「実施している」と回答した医療機関を県HPで公表することについて同意いただけますか。

回答

問5 問4で「同意する」と回答した医療機関について、下記項目に係る情報を記入してください。

医療機関名	
住所	
電話番号	
受入条件	

※受入条件には、「かかりつけ医等からの紹介状がある方のみ対応いたします。」等、具体的な内容を記載してください。

※問6，7は、レカネマブの初回投与による治療を実施していない全ての医療機関が回答してください。

問6 他の医療機関で初回投与を受けた認知症の方に対するレカネマブによる治療を実施していますか。

回答

問7 問6で「実施していない」と回答した医療機関について、今後、レカネマブの治療への対応をする予定はありますか。

また、「予定あり」の場合には、具体的にいつ頃から対応することを予定していますか。

回答

いつ頃から

ごろ

※問8は認知症疾患医療センターを除く全ての医療機関が回答してください。

問8 本調査の結果について、認知症疾患医療センターに情報提供することに同意いただけますか。

回答

※認知症疾患医療センターとは認知症の医療相談や診察に応じる専門の医療機関で、もの忘れ相談から、認知症の診断、治療、介護保険申請の佐横断等、認知症に関する支援を包括的に提供している。本県では10箇所を設置している。

※「最適使用推進ガイドライン レカネマブ（遺伝子組み換え）」（令和5年12月厚生労働省）では、「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取れる施設で実施すること」が要件とされております。

御協力ありがとうございました。

栃木県保健福祉部高齢対策課