資料１

令和８年度 第２回在宅医療・介護連携推進に関する会議

市川市認知症初期集中支援チーム
令和7年度　活動実績

令和８年11月２日（月）

市川市福祉部地域包括支援課

本日の内容

1. 認知症初期集中支援チームについて

2. 市川市認知症初期集中支援チーム活動の実際

3. 市川市認知症初期集中支援チーム
   令和7年度活動実績

1. 認知症初期集中支援チームについて

認知症初期集中支援チームとは

認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的・集中的（概ね6か月）に行うことで、自立生活のサポートを行う複数の専門職によるチーム

「初期」の意味は
病気の早期段階の意味だけでなく、
認知症の人への関わりの初期
（ファーストタッチ）という意味をもつ

実施主体と支援チームの構成

- 実施主体：市町村（高齢者サポートセンター、診療所、病院、市町村の本庁等）
  市川市では、福祉部地域包括支援課に設置（直営）
- チーム構成：医療と介護の専門職　2名以上　＋　専門医1名以上
  （保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士　　（認知症サポート医嘱託可）
  社会福祉士、介護福祉士等）



市川市では、専門医3名＋専門職6名で計2チームを設置
（令和7年7月1日現在）

1. 認知症初期集中支援チームについて

認知症初期集中支援チームの対象

40歳以上で在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人または認知症の人で以下の1)、2)いずれかに該当する者

1)医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する者

（ア）認知症疾患の臨床診断を受けていない者

（イ）継続的な医療サービスを受けていない者

（ウ）適切な介護保険サービスに結び付いていない者

（エ）診断されたが介護サービスが中断している者

2)医療・介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者

市川市のチームで受ける依頼は、ほとんどが1)に該当

2. 市川市認知症初期集中支援チーム活動の実際

【市川市の概要（令和8年3月31日現在）】

出典：市川市住民基本台帳及び市川市介護保険システムデータを基に作成

- 人　口：500,204人
- 65歳以上人口：107,228人（全人口に占める割合　21.44%）

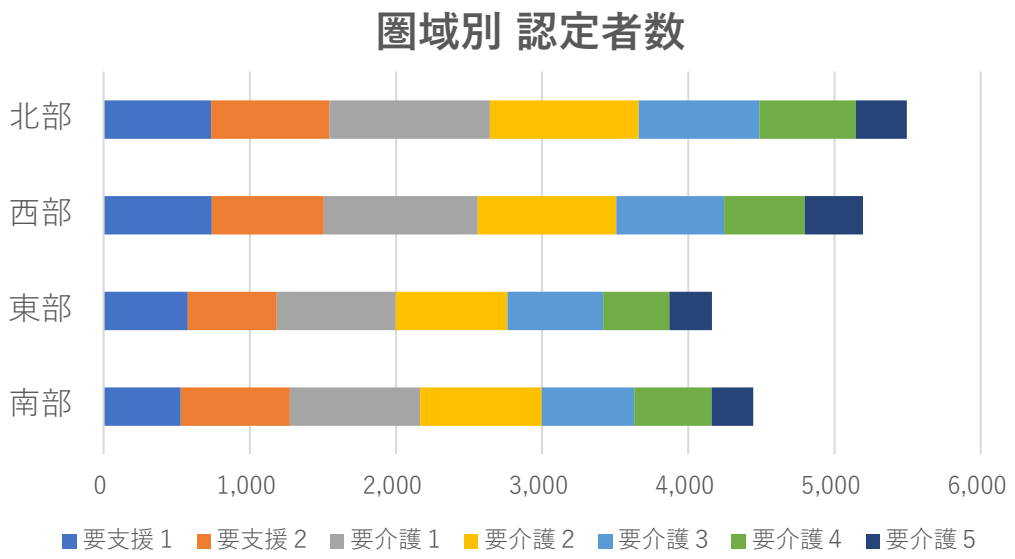
市民の4.7人に1人が65歳以上

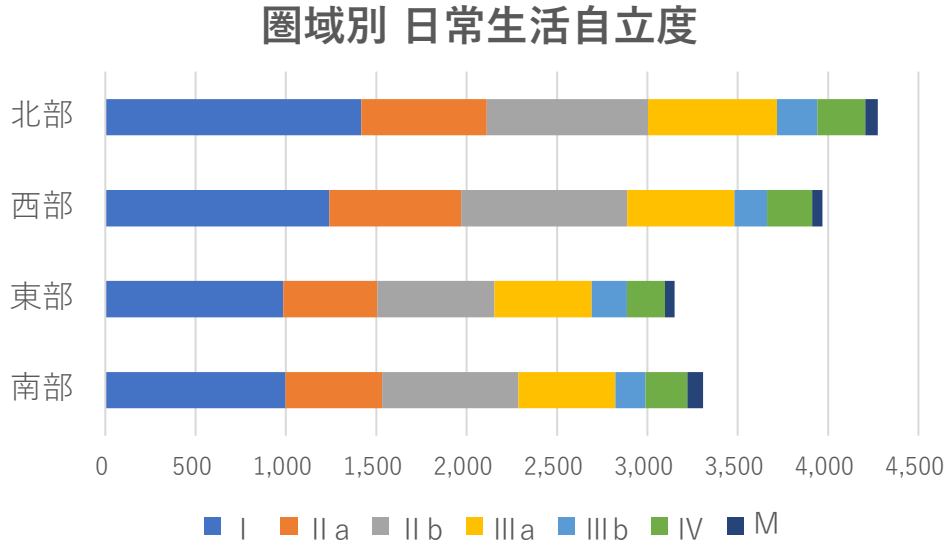
前期高齢者（65～74歳）：44,267人（全人口に占める割合　8.85%）

後期高齢者（75歳以上）：62,961人（全人口に占める割合　12.59%）

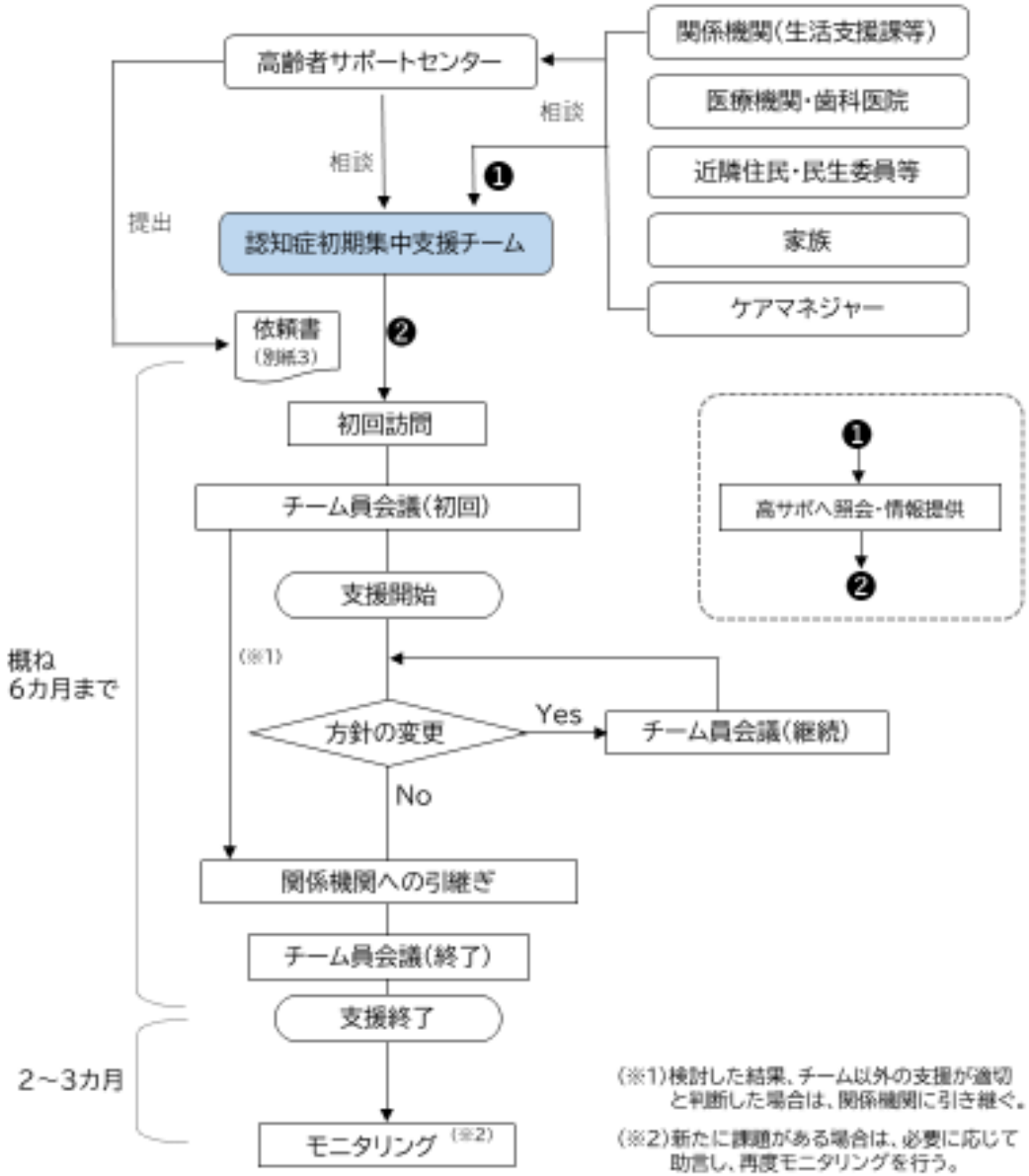
- 要介護・要支援認定者数：19,293人（要介護認定率17.99%）

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上の方：10,060人





【市川市認知症初期集中支援チームの支援の流れ】



初回訪問

医療、介護専門職による状態確認と
情報収集目的で訪問を実施

チーム員会議

アセスメント結果に基づき、チームの
支援方針を決定

支援開始

医療、介護専門職による初期集中支援
の実施(アウトリーチ)

対象者の状態に合わせ
- 医療機関受診に向けた動機付け
- 適切な介護サービス利用の勧奨・誘導
- 生活環境の改善
- 家族支援　　等を行う

【令和7年度支援ケース概要】

	タイトル	年齢	性別
1	隣人、会社の事務員に内服管理、病院予約、通院支援などを依存している独居女性	85	女性
2	妄想や徘徊もあり家族負担が大きいが本人の拒否があり介護サービスに繋がらない	81	女性
3	物忘れの自覚はあるが未受診で、社会的交流の少ない独居女性	83	女性
4	金銭管理ができず家賃滞納で立退きを迫られ医療受診を拒否している、 47歳の知的障害の娘と二人暮らしの89歳男性	89	男性
5	生活環境が悪化しており、支援体制の再構築が必要な83歳独居男性	83	男性
6	以前より認知機能の低下があったと思われるが、 妻の入院が契機となり認知機能の低下が目立った85歳男性。	85	男性
7	ヘルパーサービスが中断し、拘りが強い為ゴミ屋敷状態が悪化している独居男性（79歳）	79	男性
8	明らかな認知症状があるも、頑なに医療受診、介護サービス導入を拒否し自宅に引き籠っている女性（81歳）	82	女性
9	ペースメーカー術後定期受診をしておらず、両下肢に顕著な浮腫や炎症反応、 開放性出血を認め皮膚は象皮様を呈しているが受診に拒否的な、認知症が疑われる独居男性（65歳）	65	男性
10	遠方親族に認知機能低下を心配されているが、 医療・介護サービスに繋がっていない80代高齢夫婦	85	女性
11	遠方親族に認知機能低下を心配されているが、 医療・介護サービスに繋がっていない80代高齢夫婦	83	男性
12	同居の介護者（夫）の疲労感が強くあるも、介護サービスに繋がらない77歳女性	77	女性
13	交流意識は高いが、認知症の自覚なく、見当識障害があり移動販売等に出かけて車が来ないなどと市へ クレームの電話を何度もかけるなど今後周囲を含めた日常生活の課題が拡がると思われる独居女性	88	女性
14	約10年前のアルツハイマー型認知症診断後、 主介護者である長男の持病により5年前から通院を中断している77歳女性	77	女性
15	過去2回の泥棒被害を契機に自宅に閉じこもり、認知機能低下が顕著だが受診拒否や 介護サービス利用を拒否し、ゴミ屋敷状態の家で暮らす84歳独居女性	84	女性
16	統合失調症の治療歴（自称）があるが、長年未治療で認知機能低下もみられ、 自閉気味な生活を送るキーパーソン不在の独居男性	77	男性
17	管理費滞納を契機に認知機能低下と不衛生な生活環境が明らかになった、 認知症の姉と共に生活している女性	78	女性
18	1年前に網膜色素変性症により全盲となったことをきっかけに、泣きながら部屋に籠りがちであり、 夫が対応しているも介護サービスを拒否しているアルツハイマー型認知症の85歳女性	85	女性
19	入浴時意識消失歴があり、医療不信、介護サービス拒否に加え、 夫へ執拗に被害妄想的言動で攻撃を繰り返す、認知症診断の受容ができていない女性	82	女性
20	病院嫌いにより医療・介護に繋がらず、 徘徊保護されることや家族に対する暴言などのBPSDがみられる88歳男性	88	男性

【初回訪問によるアセスメントの実施】

初回訪問(必要時複数回)を行い、現在の状況及び課題をアセスメントする

総合的な支援方針			
アセスメント領域と現在の状況 【箇条書きでの表現も可】	本人・家族の意欲・意向	解決すべき課題	課題に対する目標と具体策の提案
医療について ・かかりつけ医なし。	【本人】 特に悪いところはないので受診の必要はない。 【夫】 専門医の受診、検査を希望。確定診断を受けたい。	受診のための情報提供が必要。	検査可能な病院受診のため、まずはかかりつけ医となり得る医院を受診するよう夫に提案。
介護サービスについて ・介護保険未申請。	【本人】 サービスの必要性を感じていない。 【夫】 受けられるサービスについて知りたい。	介護保険申請について、また、介護保険サービスについての情報提供が必要。	介護保険サービスについて情報提供するとともに、サービス導入のタイミングを検討。申請に繋げる。
活動(運動・移動)について ・自宅内や近隣で慣れた場所での移動は問題ない。 ・受診等、慣れない場所は付き添いが必要。	【本人】 近隣の散歩を続けたい。 【夫】 本人が外出することは構わないが、貴重品を置き忘れてくるのは困る。	今のところ、単独で外出し帰宅できているものの行き先は不明。本人の行動範囲の把握ができていない。	行動範囲を把握し、安全確保・見守り体制について確認する。
日常生活(家庭生活)について ・徐々に家事が困難になってきている。(調理、買い物、ゴミ出しは夫。本人は、洗濯、庭の掃き掃除は行うが、途中で放置されていることも多い。) ・日中の食事は菓子類等で済ませている。 ・入浴、排泄、更衣等の動作は概ね自立しているが十分に行えているかは不明。	【本人】 家事は夫が手伝ってくれるので生活での困りごとはない。 【夫】 ・家事の負担が大きい。 ・日中の本人の生活が心配。 ・今後、入浴や排泄が困難になっても自分では支援できないと思っており、不安。	日中の本人の生活が十分に把握できていない。	日中の生活について把握し、必要なサービスについて検討する。
社会参加、対人関係、コミュニケーションについて ・月1回程度、「子ども食堂」に調理の手伝いにいく。 ・時折、友人に誘われ、近隣に散歩に出かける。	【本人】 知人と出かけることは楽しいため続けたい。 【夫】 近隣住民や親戚に本人の症状を理解してもらい、付き合いを続けて欲しい。		
健康管理について ・かかりつけ医なし。	【夫】 認知症を含む健康状態を把握したい。	健康状態を把握できていない。	検査可能な病院受診のため、まずはかかりつけ医となり得る医院を受診するよう夫に提案。

【チーム員会議（初回）の実施】

チーム員医師・チーム員・高サポ他関係機関とともに、
支援方針及びそれぞれの役割を確認

開催日時：	
	開始時刻：　　～　終了時刻：　　（　0:00　時間）
会議参加者：	チーム医師、チーム員 【関係者（所属）】高齢者サポートセンター、認知症地域支援推進員

DASC-21	DBD13	認知症の診断	認知症診断医療機関
61	18	無	
日常生活自立度	認知自立度	介護認定	
J2	Ⅱb	未申請	

課題抽出	・医療受診の情報提供については、いくつか選択肢を提示する必要がある。 ・日中の生活状況を把握し、必要なサービス導入について情報提供をしていく必要がある。
検討内容	・高サポには令和元年頃より料理教室仲間から相談が入っていた。 ・夫は自営で現役ということもあり、知的レベル、権利意識が高いように見受けられる方。本人との関わりについても葛藤がある。 本人への直接的支援については躊躇がある一方、地域活動（子ども食堂）については、夫も参加する等、協力的な面も見られる。 ・これまで、受診については消極的であったが、今回、本人の症状が進んできたこと（家事が困難）や、周囲からの勧めにより、 夫が受診に積極的になっている。 ・夫は検査ができる病院受診を希望しているものの、まずはかかりつけ医になり得るクリニックを提案し、受診を促す。 ・日中の生活について不明な部分が多い。特に、水分摂取については心配。 ・サービス導入のタイミング、また、何のサービスが適切か。受け入れは良く、他者との関わりもできる方なので、訪問・通所いずれも検討できそうではある。
検討の結論 （援助方針）	主目標：　2　副目標：　3　　1. 生活実態の把握　2. 医療の導入　3. 各種サービスの導入　4. 家族支援 2）かかりつけ医となり得る受診先を提案し、受診に繋げる。 3）本人の生活実態に即したサービスを検討し、介護保険申請手続きを進める。
役割	チーム医師）受診対応、または受診先への情報提供を行う。 高サポ）地域での見守り。また、認知症カフェ等への参加について検討する。 チーム員）受診のための支援。また、訪問により生活状態を把握し、サービス導入について提案する。
残された課題	
次回の開催予定・確認事項	次回：平成　　年　　月　　日（　）　：　～

【チーム員会議（終了時）の実施】

チーム員医師・チーム員・高サポ他関係機関とともに、目標達成状況及び今後の方針を確認

開催日時：	令和5年8月30日 開始時刻： 14:00 ～ 終了時刻： 15:10 （ 1:10 時間）
会議参加者：	【チーム員】 【関係者（所属）】:

DASC	DBD13	認知症の診断		認知症診断医療機関
開始時		有		吉岡医院
61	18	日常生活自立度	認知自立度	介護認定
終了時		J2	Ⅱb	要介護1
63	17			

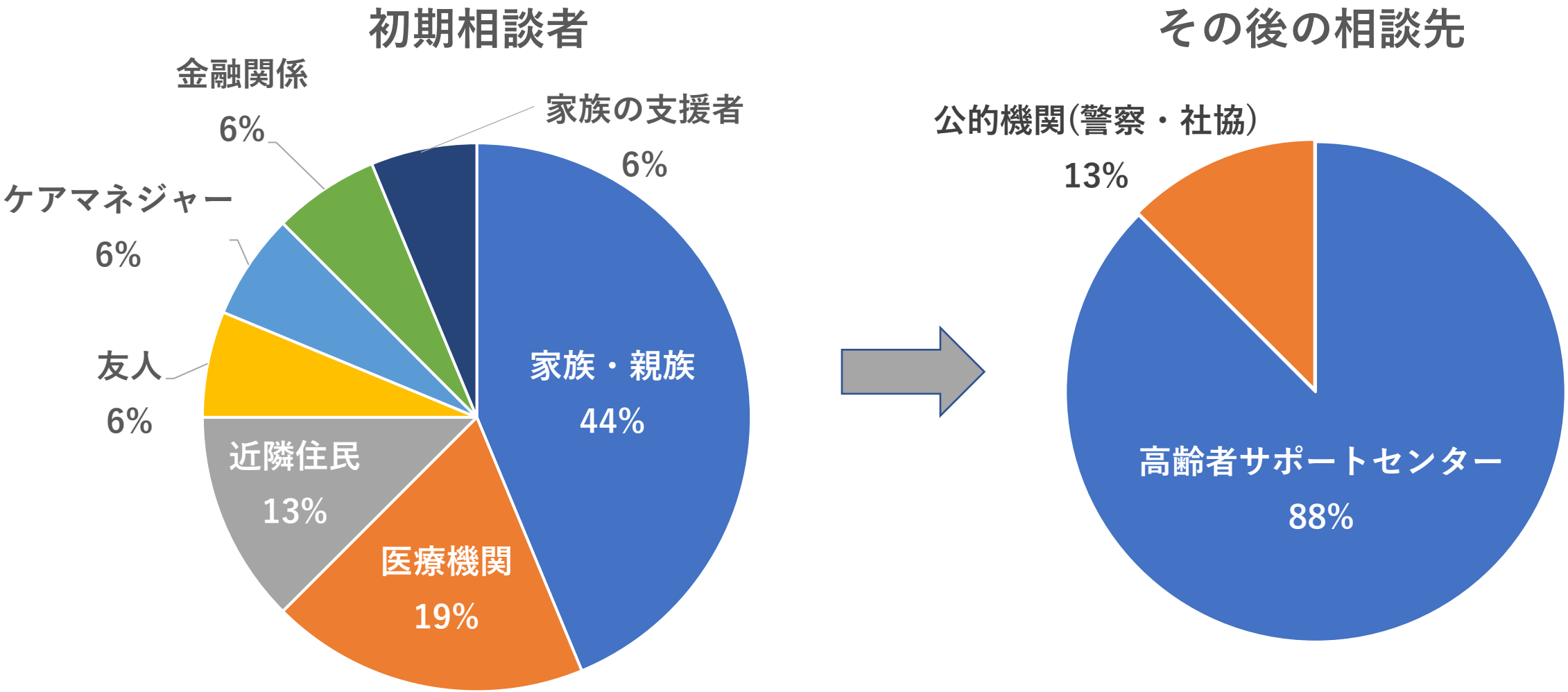
タイトル	日中独居。愛猫とともに穏やかに過ごしているものの、家事等が困難となり夫は不安を抱いている。
支援目標と具体策	主目標： 2 副目標： 3 1. 生活実態の把握 2. 医療の導入 3. 各種サービスの導入 4. 家族支援 チーム医師）受診対応、または受診先への情報提供を行う。 高サポ国分）地域での見守り。また、認知症カフェ等への参加について検討する。 チーム員）受診のための支援。また、訪問により生活状態を把握し、サービス導入について提案する。
終結の基準	☑ 医療サービスの導入達成 （達成日 5 年 4 月 25 日） ☐ 概ね6か月の支援期間終了 ☑ 介護サービスの導入達成 （契約日 5 年 7 月 6 日 利用開始日 5 年 7 月 26 日） ☐ その他 ☐ BPSDが軽快し、対応上の困難性が軽減
目標達成状況	・訪問や散歩の同行、高サポからの情報提供により、生活状況や外出範囲の把握ができた。 ・吉岡医院を受診。血液検査やMRI検査の結果も受け、定期通院、服薬開始となった。 ・居宅介護支援事業所及び通所介護事業所と契約完了。週1回デイサービスへ通所開始し、順調に通所している。今後、週2日に回数を増やす予定。また、現在は送り出しを夫が行っているが、9月～訪問介護サービス利用開始予定。
今後の方針 （残された課題）	・7/18行方不明になり、翌日、松戸市で保護されたエピソードあり。本人の活動性や地域との繋がりは継続しつつ、行方不明にならないよう対策が必要。
検討結果	終了

終了日	令和5年8月30日	モニタリングの予定	令和5年11月頃

3. 市川市認知症初期集中支援チーム活動実績

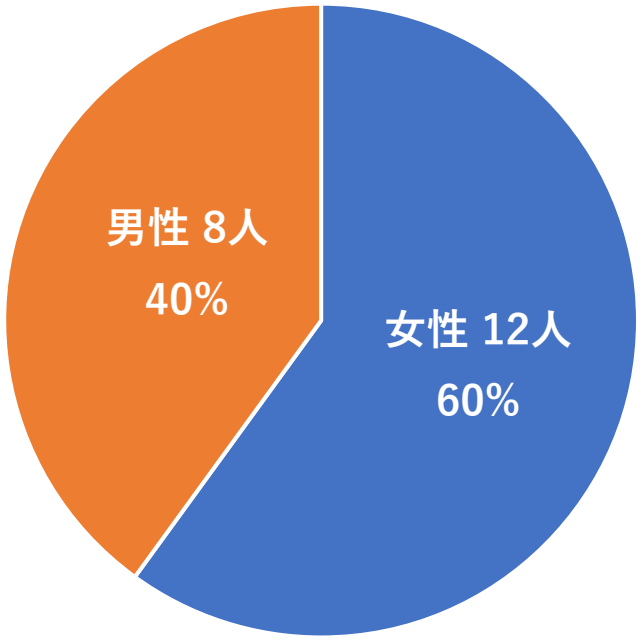
活動実績年次推移	R2	R3	R4	R5	R6	R7
支援対象者	26人	23人	25人	29人	24人	20人
訪問回数	227回	127回	232回	196回	145回	143回
一人当たり 平均訪問回数	9回	6回	9回	7回	6回	7回

【相談】


初期相談者
金融関係
6%
家族の支援者
6%
ケアマネジャー
6%
友人
6%
家族・親族
44%
近隣住民
13%
医療機関
19%
その後の相談先
公的機関(警察・社協)
13%
高齢者サポートセンター
88%

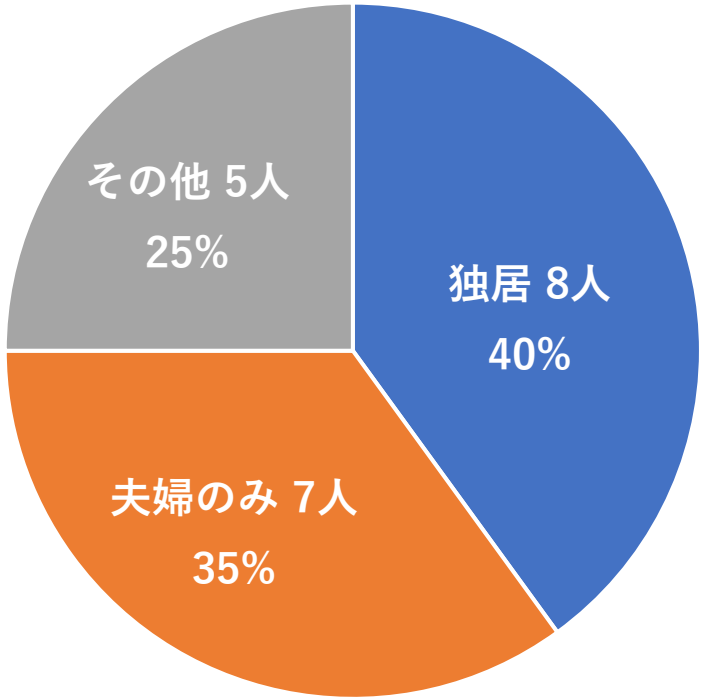
【対象者の特性】

性別

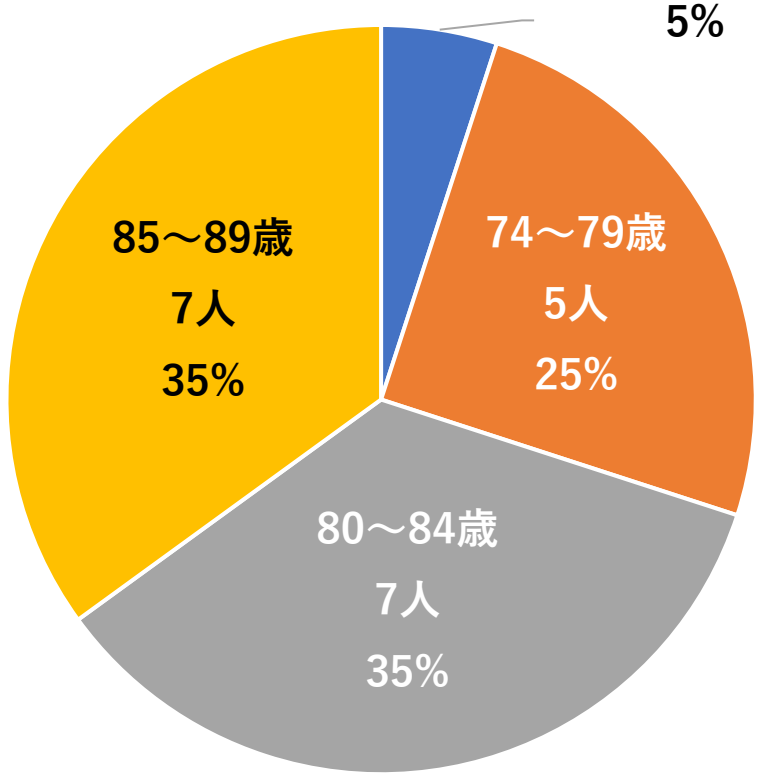


男女比 2:3

世帯構成



年齢

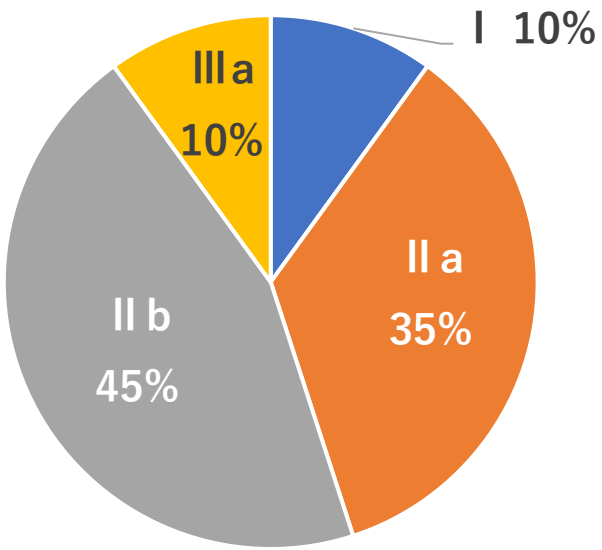


70%が80歳以上

【日常生活自立度(介入時)】

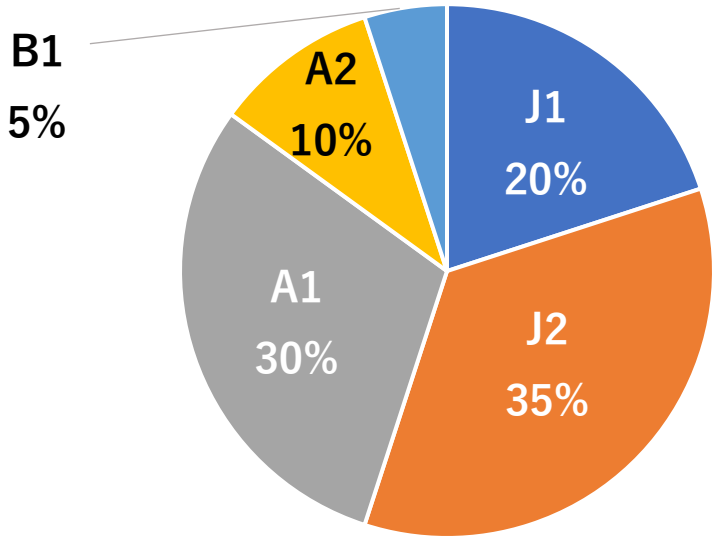
【**認知症**高齢者の日常生活自立度】

	男性	女性	計
自立	0	0	0
Ⅰ	2	0	2
Ⅱa	5	2	7
Ⅱb	1	8	9
Ⅲa	0	2	2
計	8	12	20

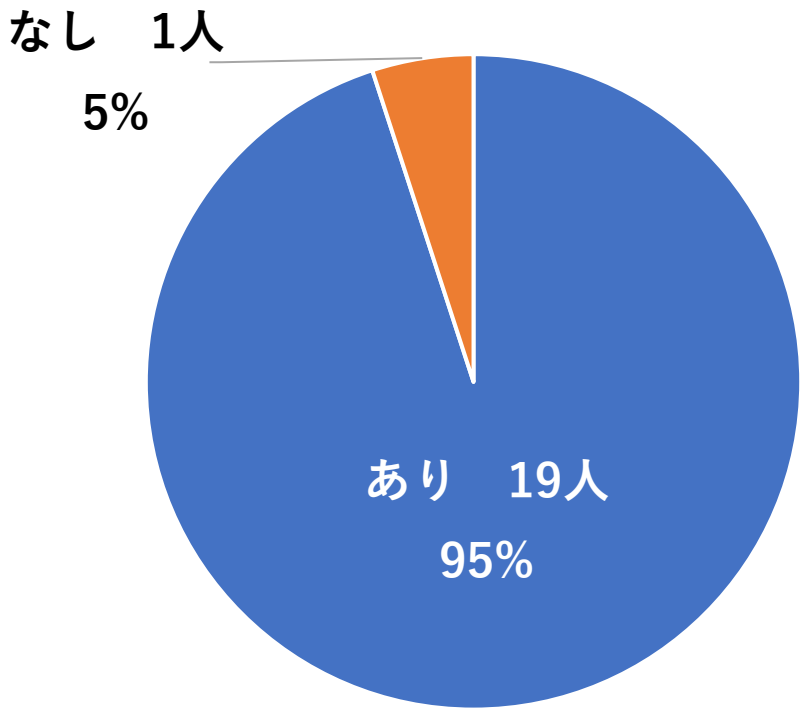


【**障害**高齢者の日常生活自立度】

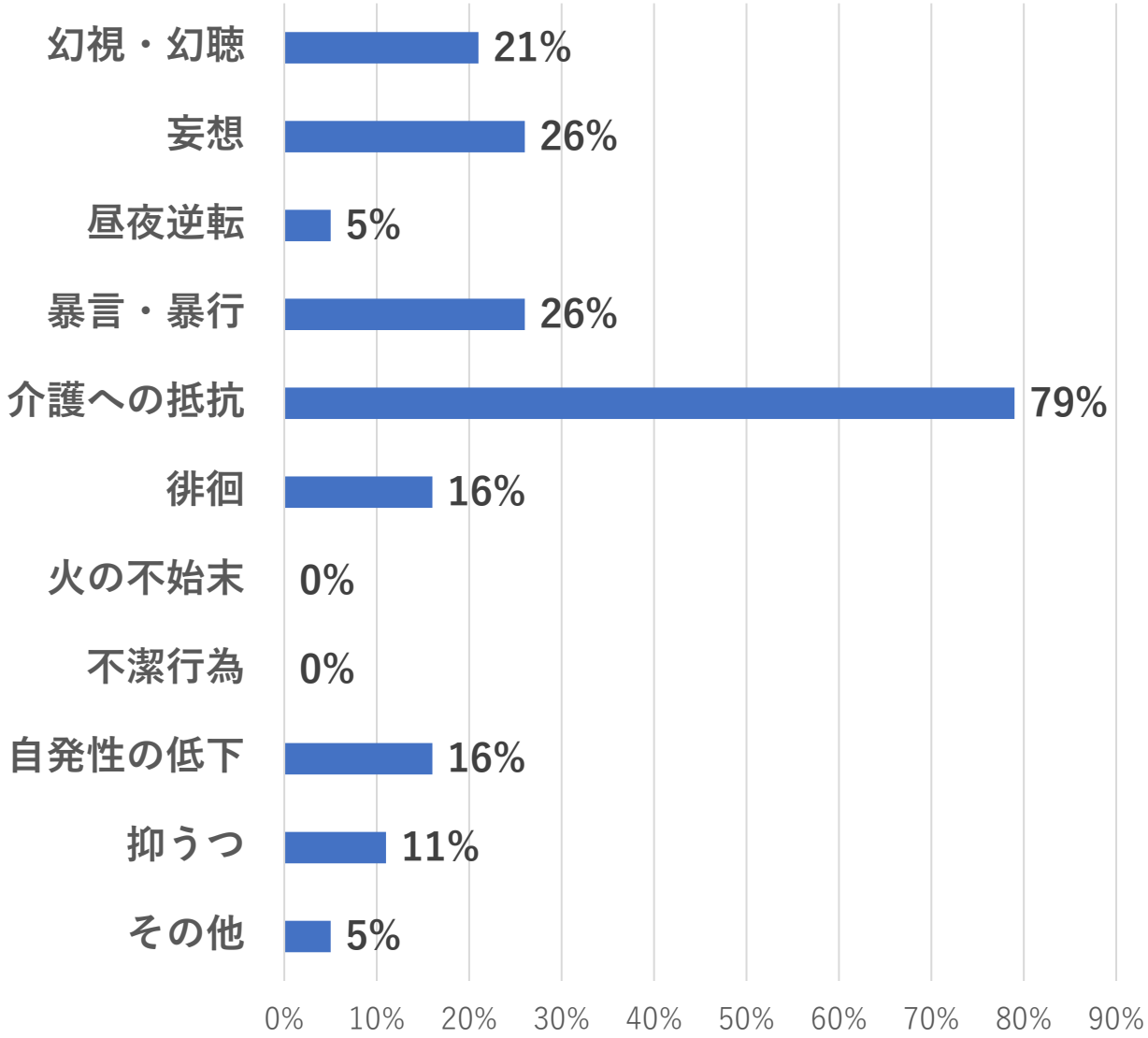
	男性	女性	計
自立	0	0	0
J1	3	1	4
J2	5	2	7
A1	0	6	6
A2	0	2	2
B1	0	1	1
計	8	12	20



【行動・心理症状】



95%にBPSD



【依頼時の支援者の状況】

・65%が認知症の臨床診断を受けていない人

・95%に行動・心理症状が出ており、

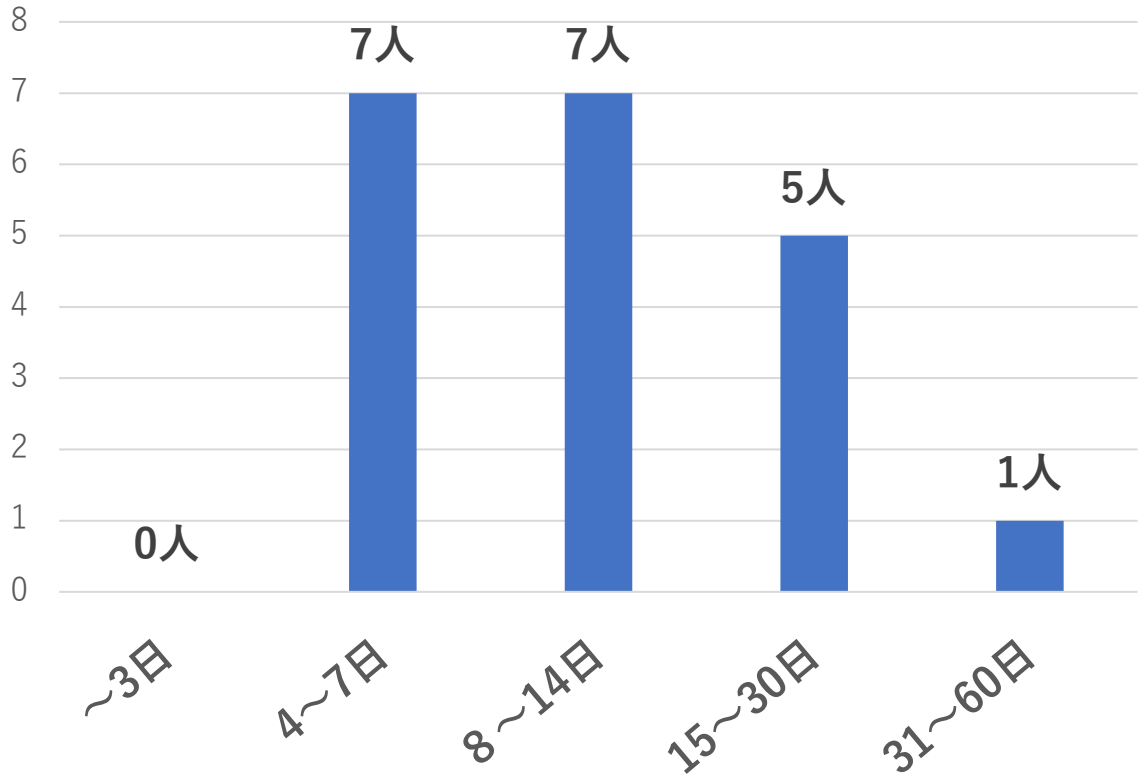
そのなかでも、介護への抵抗（拒否）を示す人が79%と多い

（医療受診への拒否を示す人は40%、

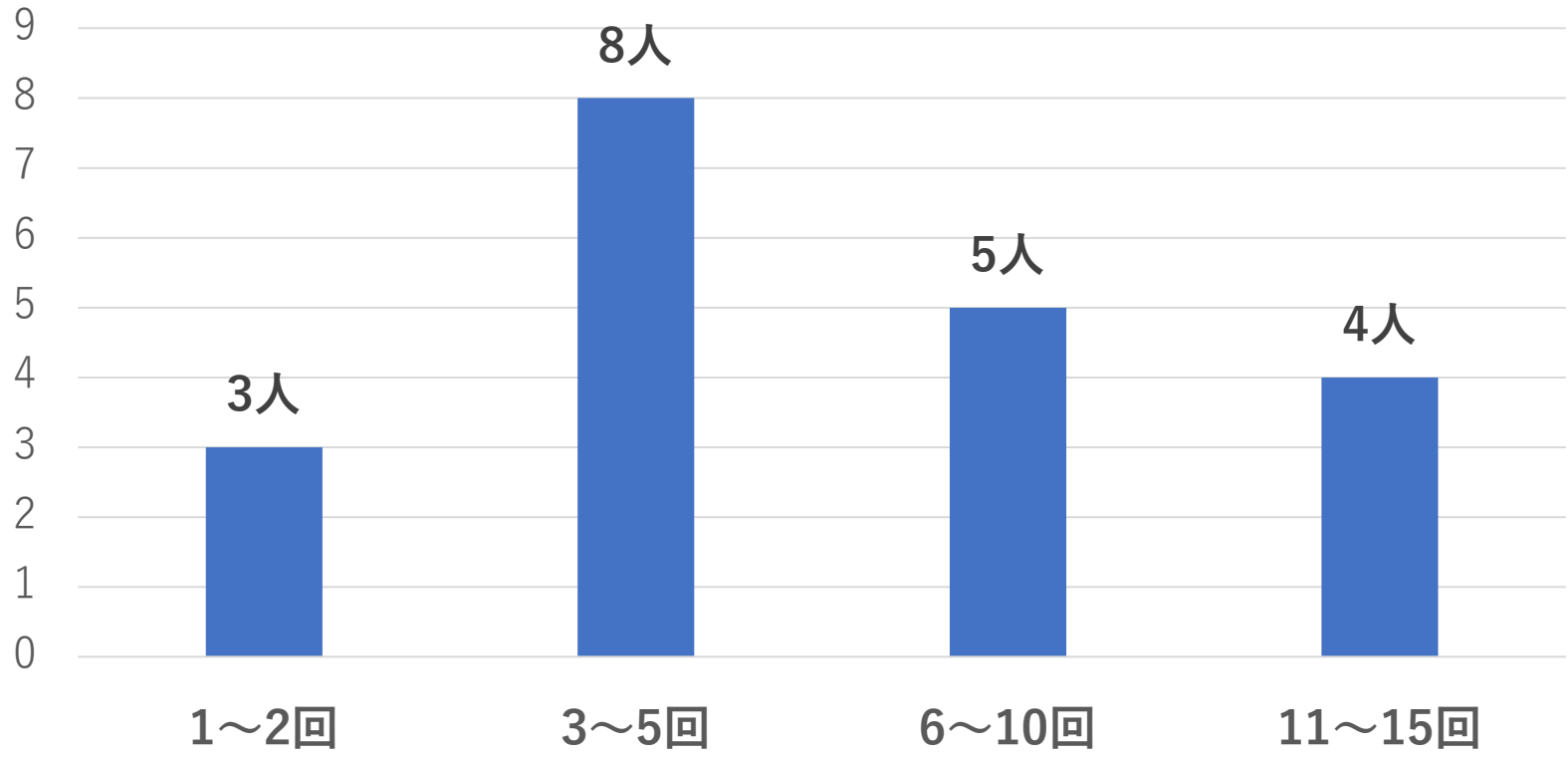
介入されることや訪問されることに抵抗する人が25%）

【初動期間　把握から初回訪問までの日数】

平均日数	12,2日	
4～7日	7人	35%
8～14日	7人	35%
15～30日	5人	25%
31～60日	1人	5%



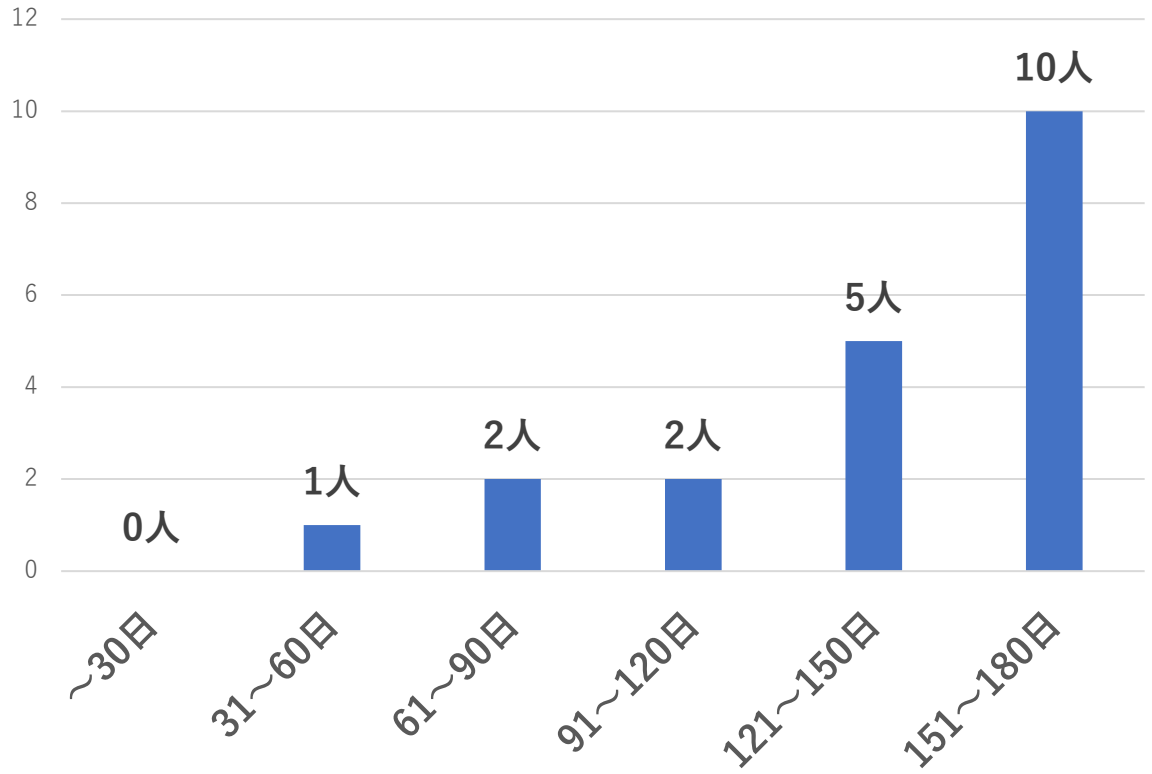
【チーム支援期間中の訪問回数】



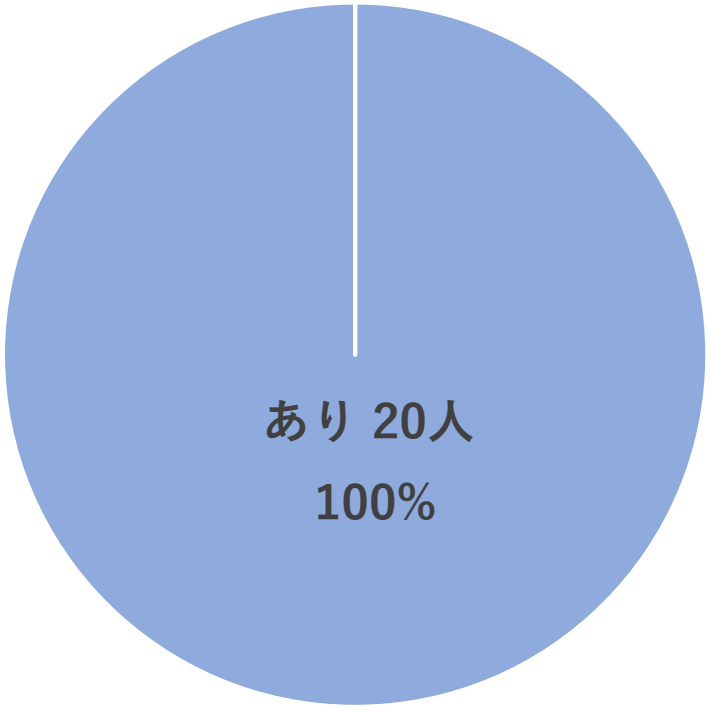
【訪問回数１～２回の内訳】
・１名は令和６年度から支援継続ケース。１名は令和８年度に支援を継続。
・１名は初回訪問・初回チーム員会議以降に、チームによる直接的な支援をせずに、
既に繋がっている機関にて介護サービス導入に繋がったため終了。

【支援期間（初回訪問から引継ぎまでの日数）】

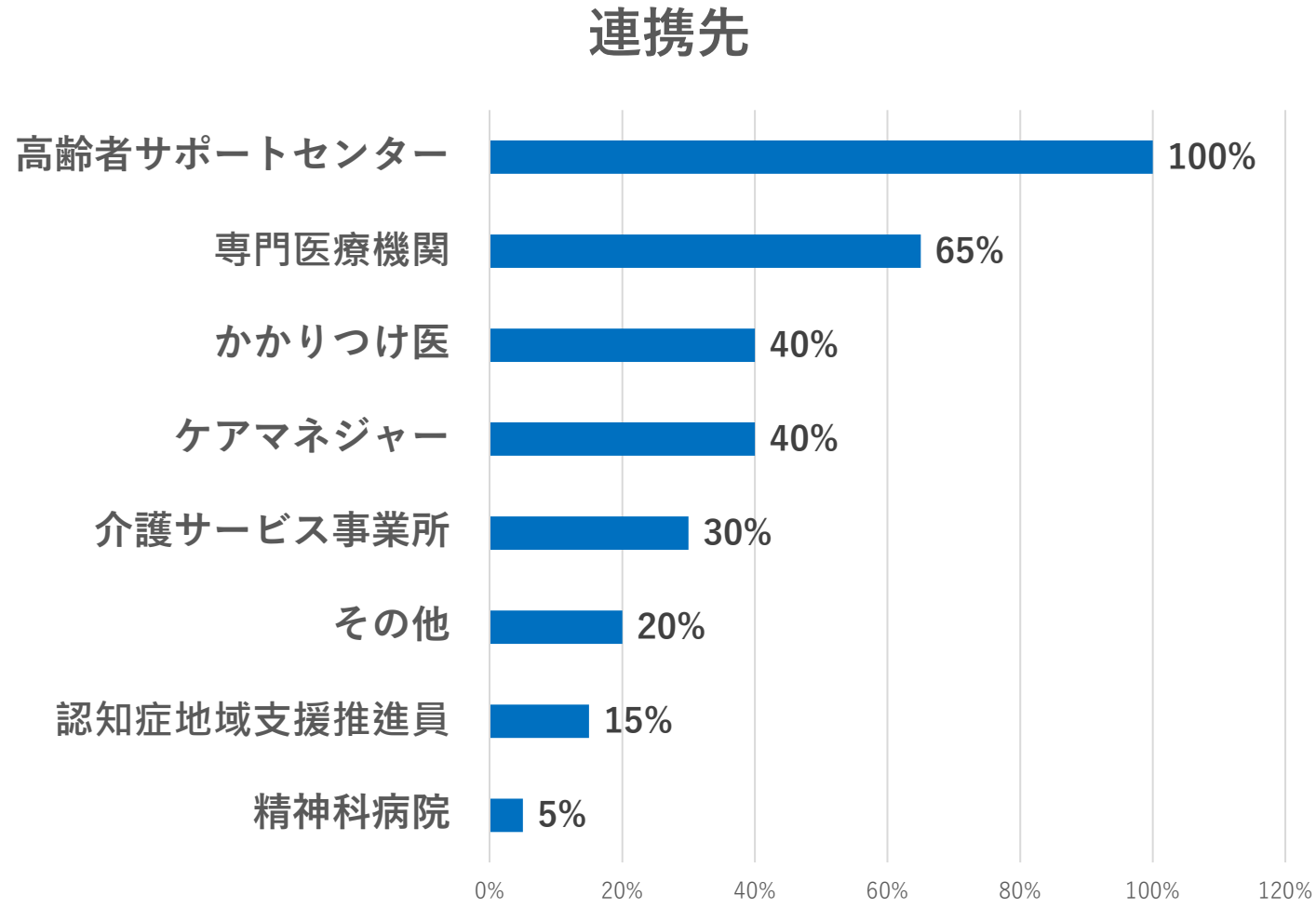
平均日数	139,8日	
31～60日	1人	5%
61～90日	2人	10%
91～120日	2人	10%
121～150日	5人	25%
151～180日	10人	50%



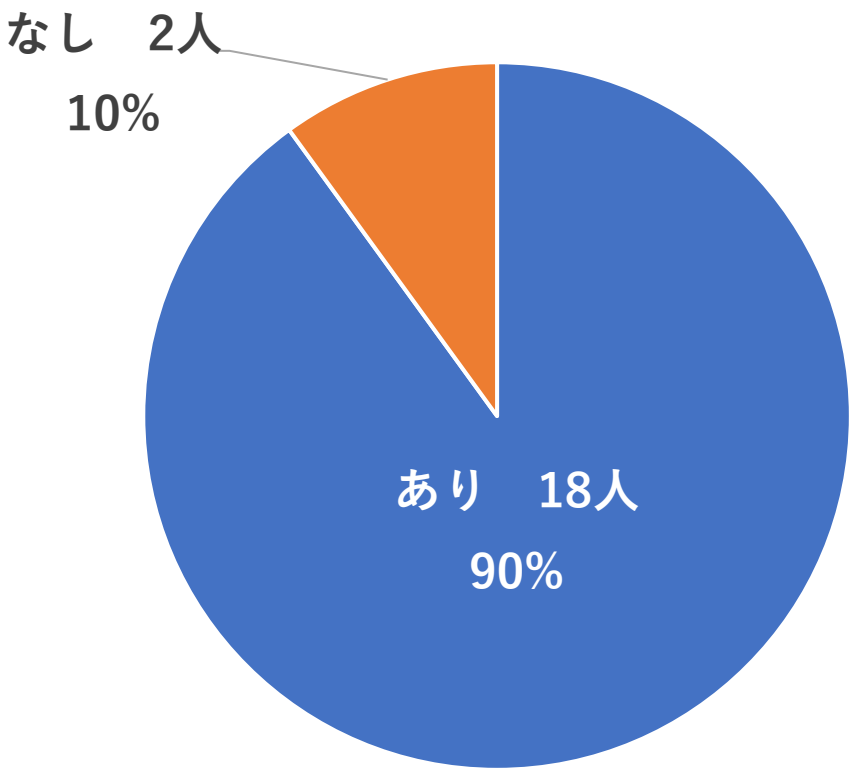
【支援中の他機関との連携】

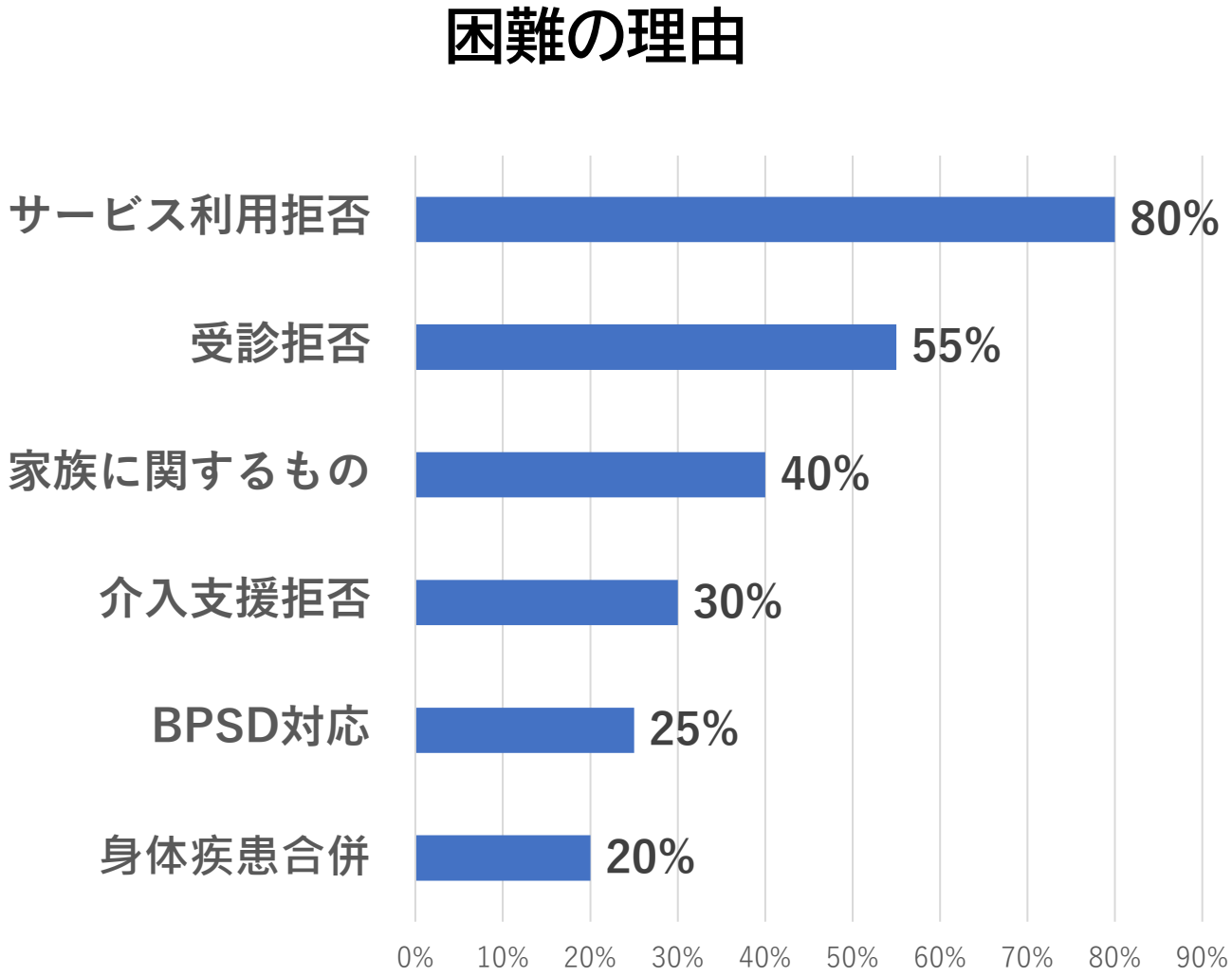


連携あり100%



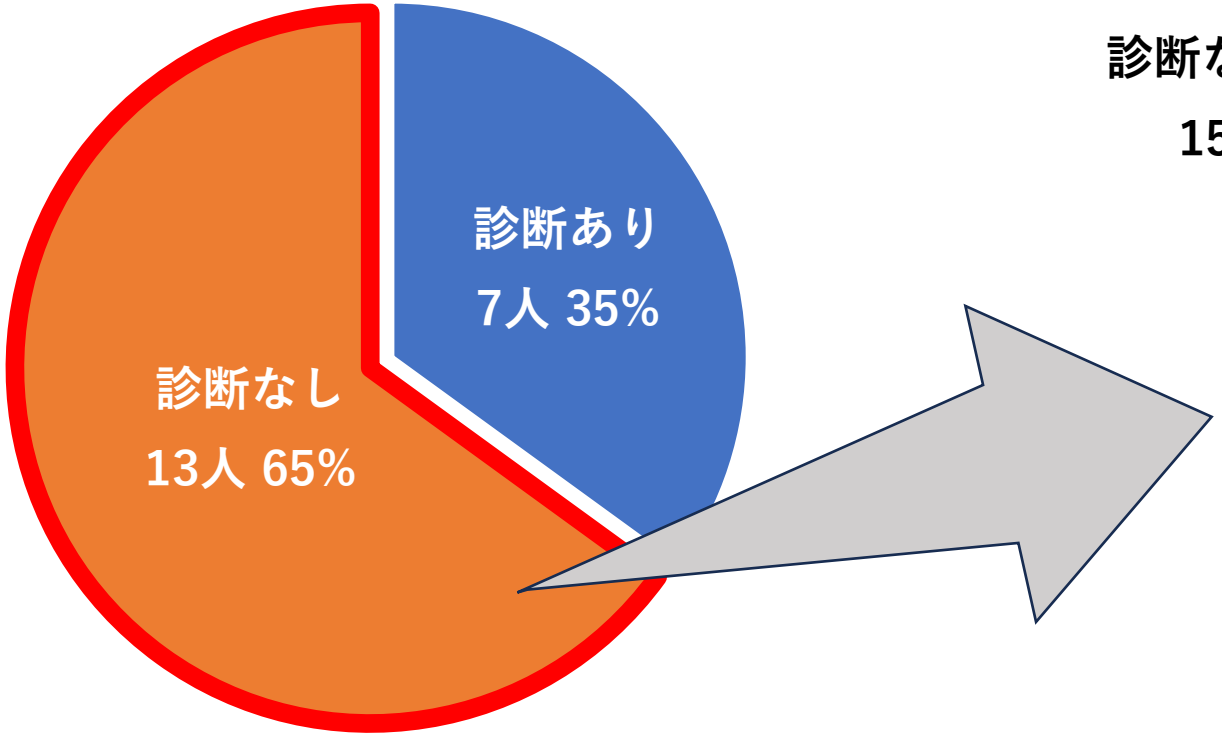
【困難事例】


なし　2人
10%
あり　18人
90%

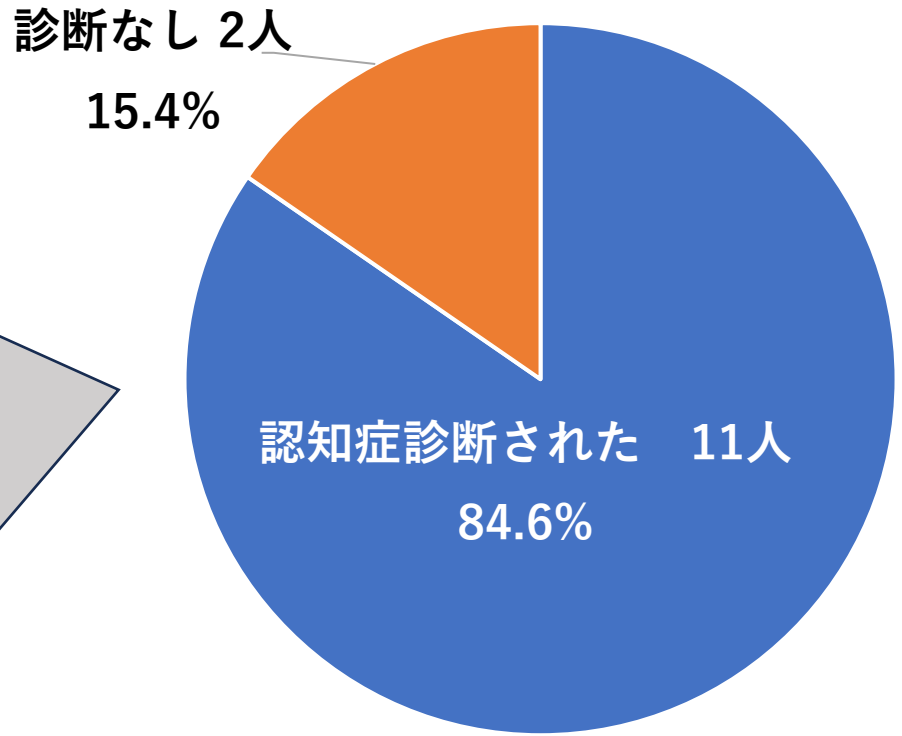

困難の理由
サービス利用拒否
80%
受診拒否
55%
家族に関するもの
40%
介入支援拒否
30%
BPSD対応
25%
身体疾患合併
20%
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%

【認知症の診断】

介入時　認知症の診断



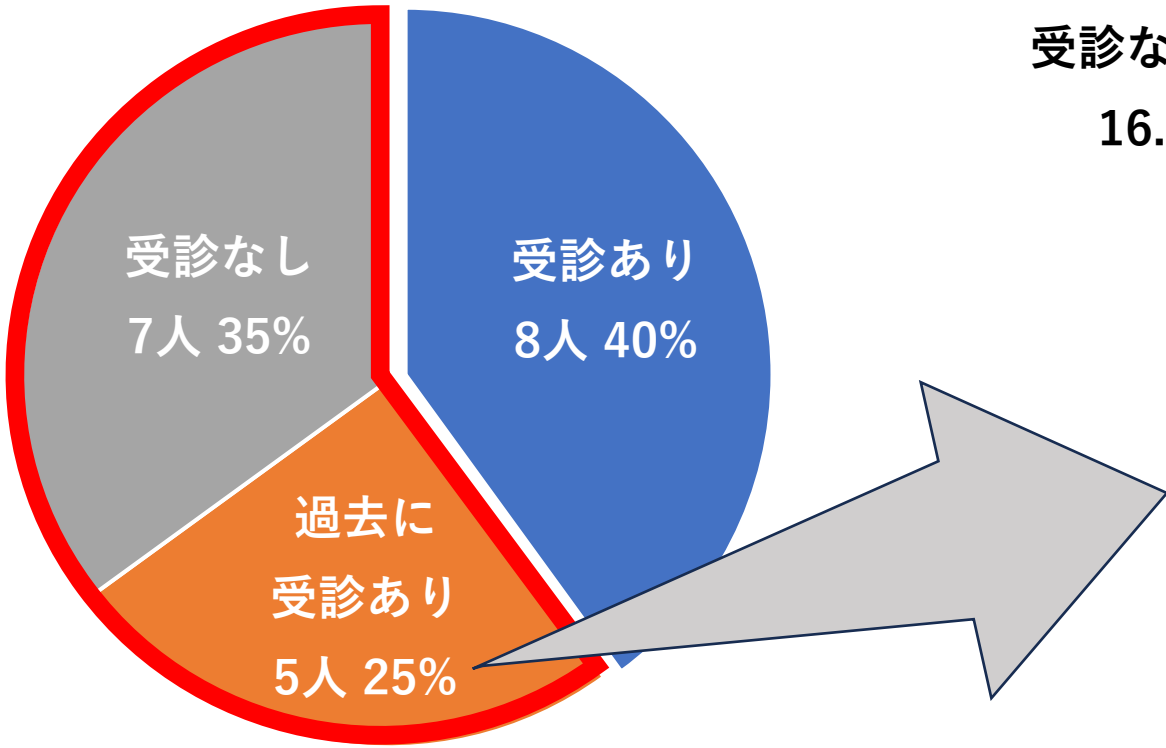
介入時 認知症診断なし群(13名)の終了時



【受診の有無】

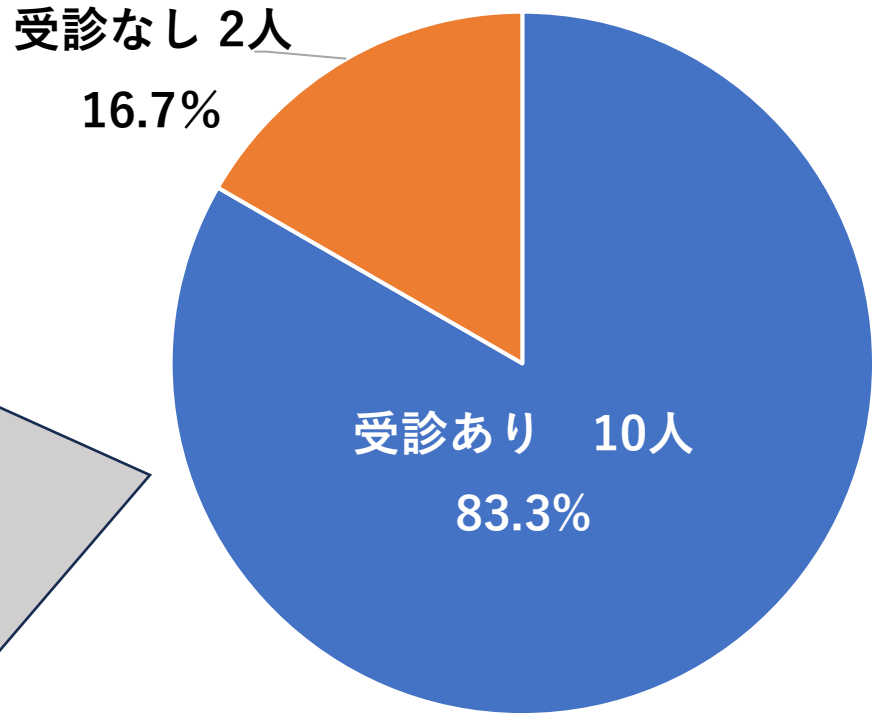
介入時　受診の有無

（かかりつけ医含む）



介入時 医療受診なし群(12名)の

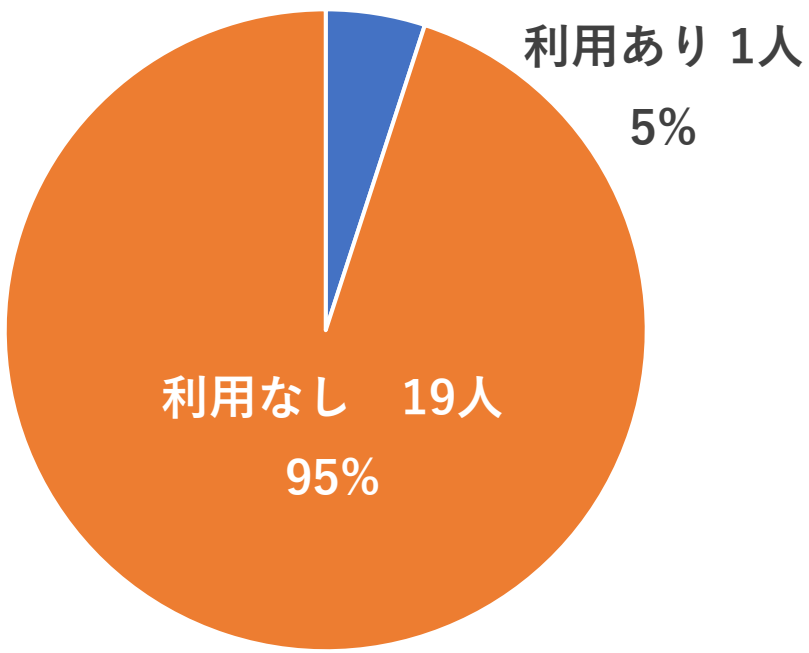
終了時



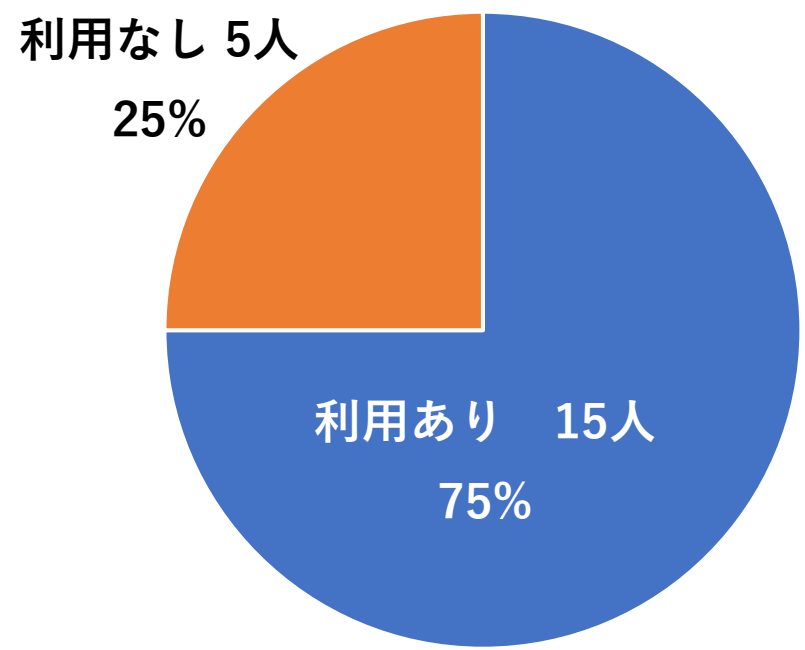
60%が介入時に受診なし

【介護サービス利用】

介入時

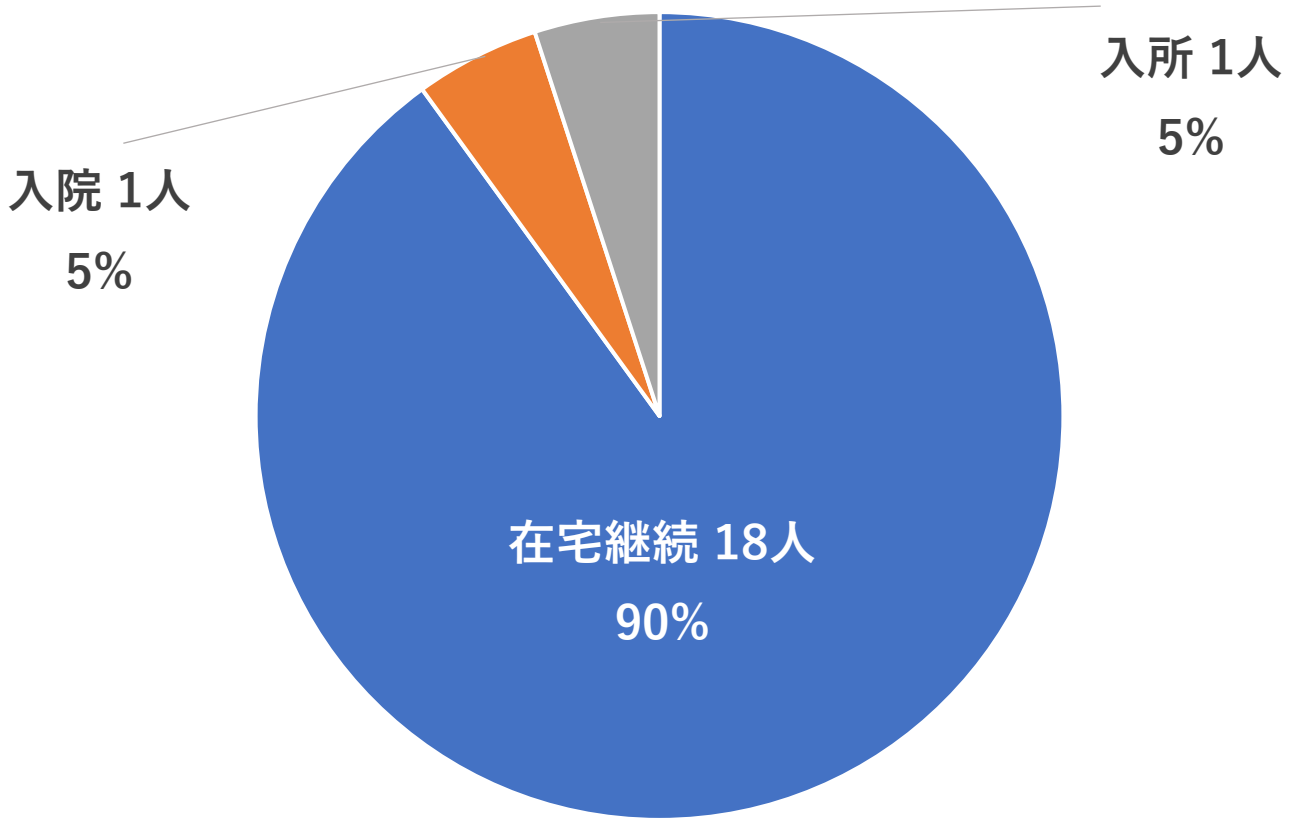


終了時



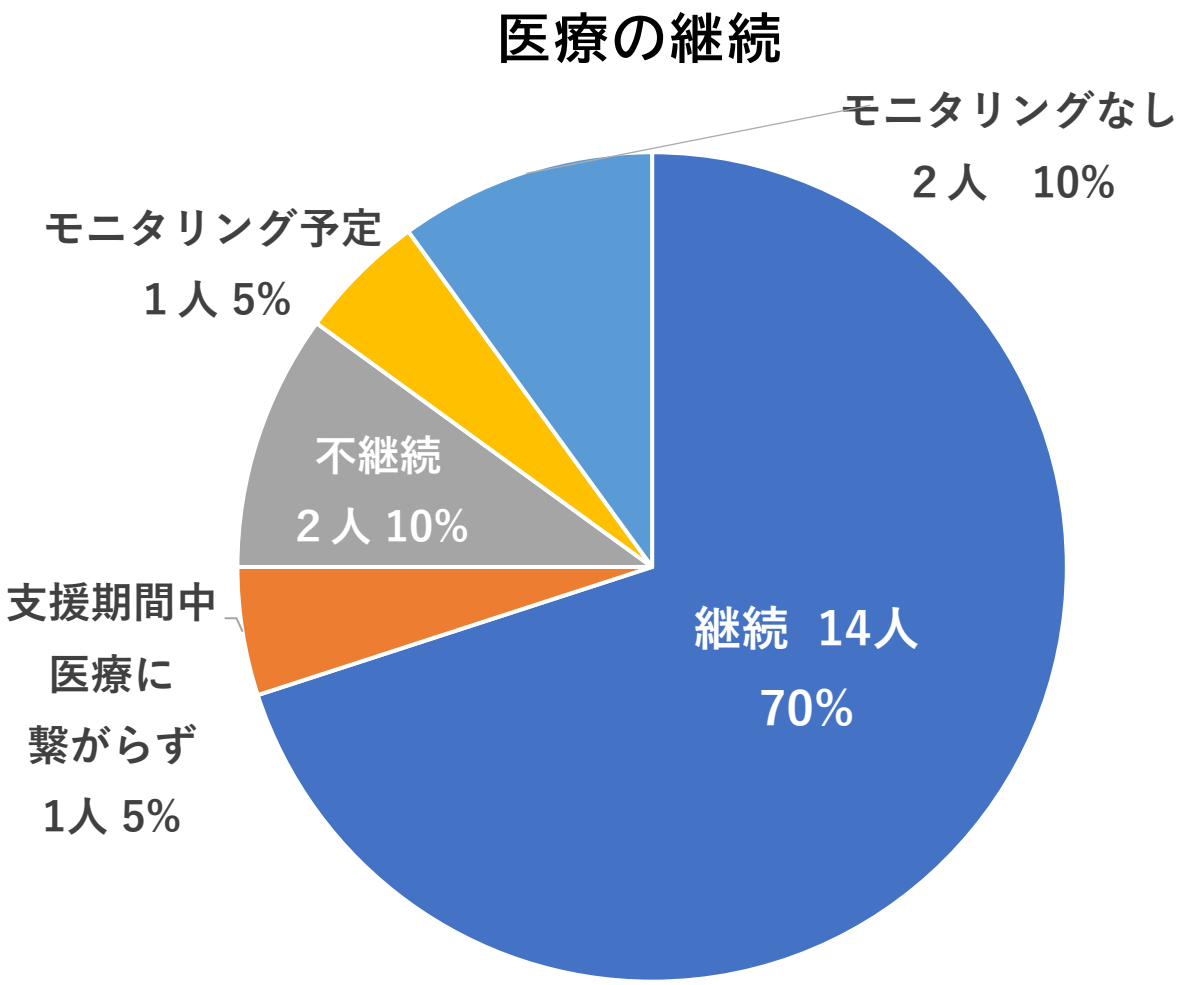
介護サービスの利用率は5%から75%に

【支援終了時の状況】

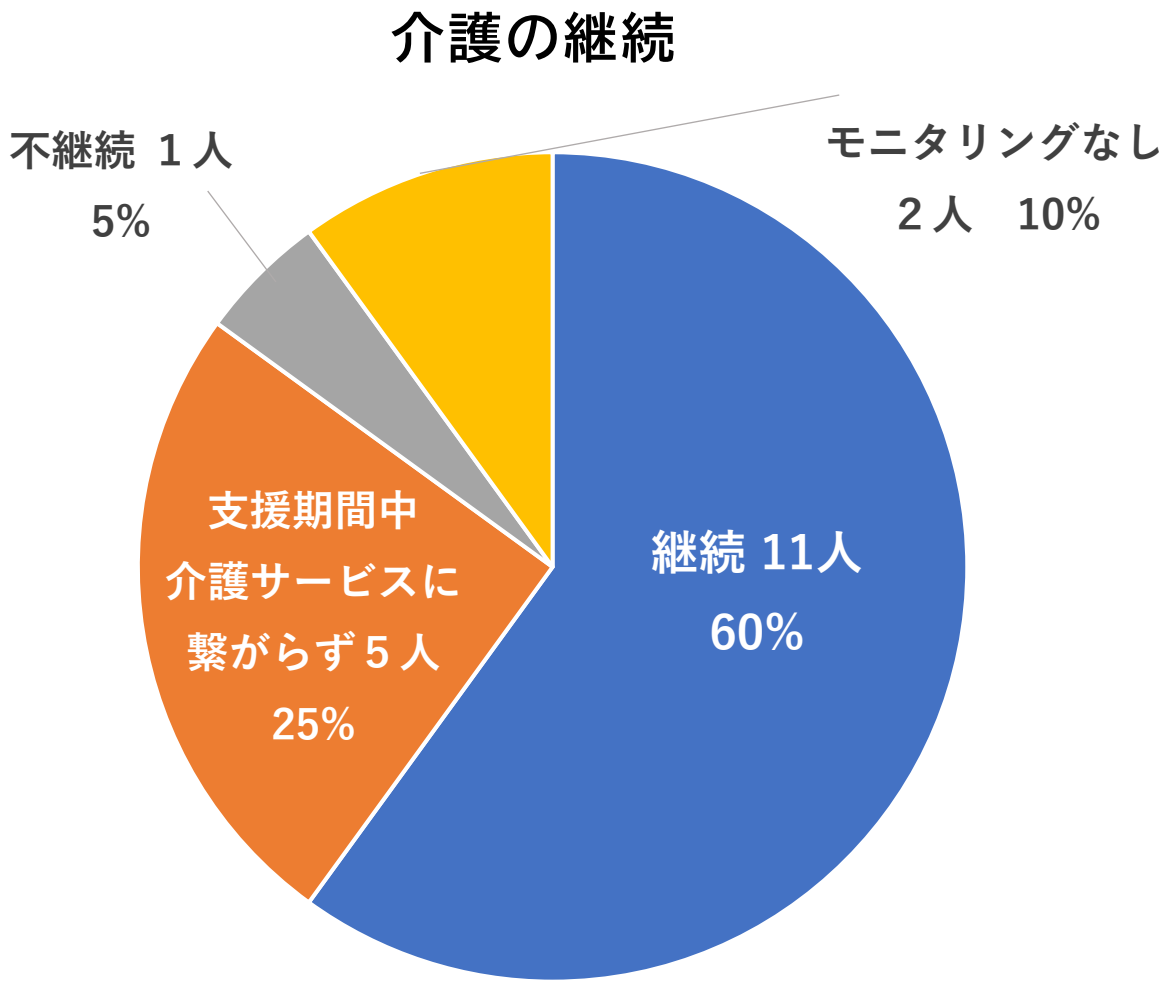


チーム支援により90%が在宅生活を維持できた

【支援終了後 モニタリング】

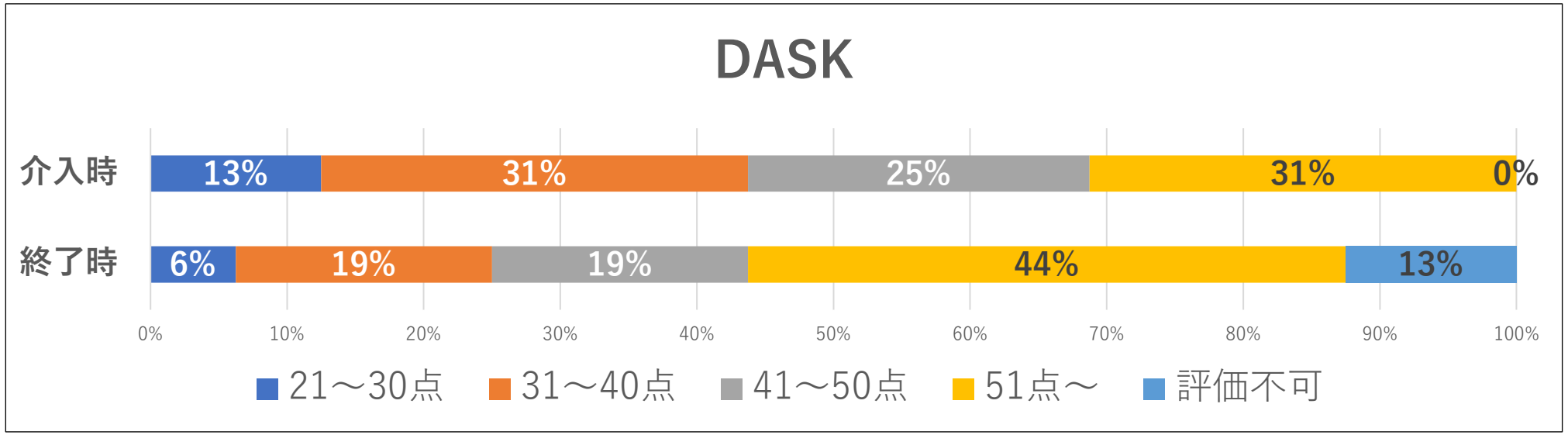


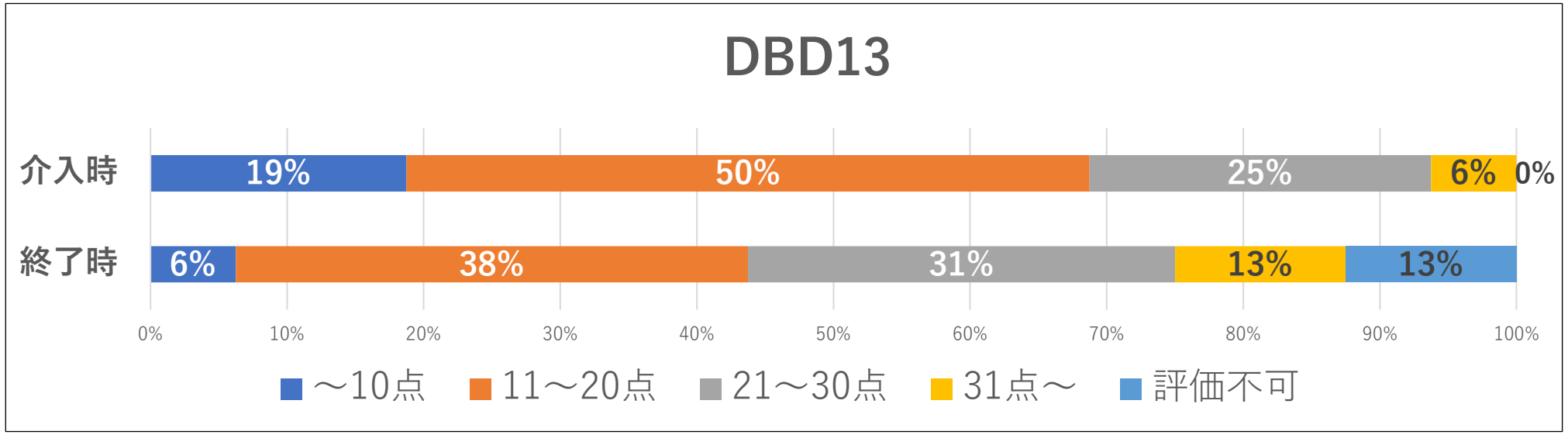
70%が医療継続



60%が介護サービス継続

【DASK・DBD13】


DASK
介入時
13%
31%
25%
31%
0%
終了時
6%
19%
19%
44%
13%
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%
21～30点
31～40点
41～50点
51点～
評価不可


DBD13
介入時
19%
50%
25%
6%
0%
終了時
6%
38%
31%
13%
13%
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%
～10点
11～20点
21～30点
31点～
評価不可

【生活のしづらさの改善】（第9期高齢者福祉計画・介護保険事業計画の数値目標）

	男性	女性	計	比率
改善	5人	7人	12人	60%
維持	1人	3人	4人	20%
悪化	1人	1人	2人	10%
判定不可	1人	1人	2人	10%
計	8人	12人	20人	

日常生活での、ADL・IADLを介入前後で評価

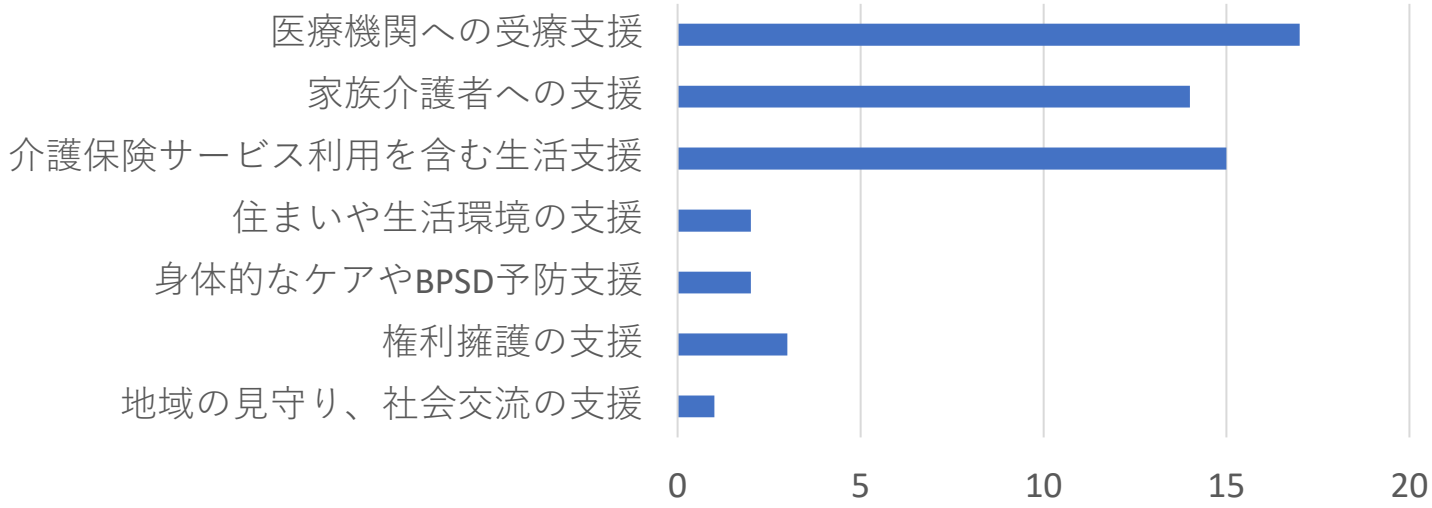
チームの介入により、80%改善・維持できている

参考：生活のしずらさ評価項目

ADL	IADL	
食事	買い物	日々の生活の金銭管理
排泄	食事の支度	預貯金の出し入れ
入浴	食事の片付け	公共料金の支払い
着替え	掃除	書類の作成
身だしなみ	整理整頓	医療受診
	洗濯	服薬管理
	訪問者の対応	

【集中支援状況】

支援内容	延数	比率
医療機関への受療支援	17人	85%
家族介護者への支援	14人	70%
介護保険サービス利用を含む生活支援	15人	75%
住まいや生活環境の支援	2人	10%
身体的なケアやBPSD予防支援	2人	10%
権利擁護の支援	3人	15%
地域の見守り、社会交流の支援	1人	5%



医療機関への受療支援が一番多い。
次いで、介護サービス利用を含む
生活支援と、家族介護者への支援。

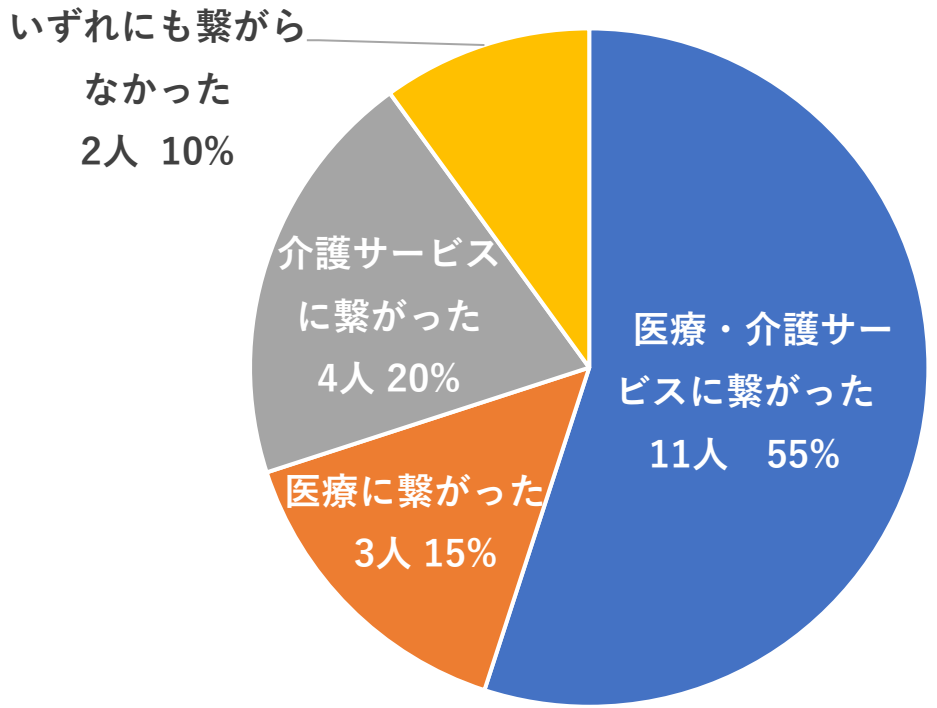
【支援結果】

	男性	女性	計	比率
医療・介護サービス両方に繋がった	3人	8人	11人	55%
医療に繋がった	3人	0人	3人	15%
介護サービスに繋がった	1 人	3 人	4人	20%
いずれにも繋がらなかった	1 人	1人	2 人	10%
計	8人	12人	20人	

【引継ぎ状況】

	男性	女性	計	割合
在宅継続	7人	11人	18人	90%
入院・入所	1人	1人	2人	10%
計	8人	12人	20人	

チームの介入により医療・介護サービス両方、
またはいずれかに繋がった方は90%



【医療・介護に結び付かなかったケースの要因（2件）】

① 本人の拒否(介入支援拒否、医療拒否)が強い

② キーパーソンである家族に状況理解する力が乏しく、
(また、チーム介入によって本人の怒りの矛先が家族に
向かうことを嫌がっている可能性もあり、)
家族の協力が得られず、訪問の延期や辞退に繋がってしまう

【令和7年度介入依頼内容の傾向】

高齢者サポートセンターから 28件のチーム介入依頼があり、うち8件は相談のみ。

・面談や電話にて担当している支援者への助言により支援終了
・対応可能な家族の登場によりチーム介入取下げ

支援者や家族へのアドバイス等のやり取りが
頻回になることもあった。

【相談のみ(8件)のケースの詳細】

	支援中止の理由	支援中止までの訪問回数	やり取りの回数(電話、面談等)
① 90代・女性	**面談で助言**し、KP次女が専門医受診・介護保険申請・デイサービス利用へ繋げることができた。	0 回	4回(面談1回)
② 70代・女性	訪問を繰り返すも本人に会えず。 **担当ケアマネジャーが**2カ月連続で**本人と対面できており支援終了**。	5回訪問するも対面0回	12回(ケース会議1回)
③ 80代・女性	家族による支援で様子をみたいと希望あり、高サポが継続的に状況を見守っていく方向となり、チームへの**依頼は取り下げ**。	0回	4回(面談1回)
④ 70代・女性	KP長女のこだわりで介護保険主治医意見書を作成依頼する医療機関が決まらないという点が課題だったが**助言で解決**したため支援終了。	4回	14回(関係機関や娘との電話のみ)
⑤ 80代・女性	元々、多機関の関わりがあり、チームは**高サポ等への助言**を繰り返しおこなう。関係者会議を開催し方針を検討される方向に。	0回	9回(関係機関との電話のみ)
⑥ 80代・女性	車の運転免許の件をきっかけに、かかりつけ医に受診するも「問題ない」とのお墨付きが出たため、**依頼は取下げ**。	0回	5回
⑦ 80代・女性	面談にて、**高サポ・ケアマネジャーが訪問診療へ繋ぐことが可能**と分かり、チームは支援しない方向になる。	0回	2回(面談1回)
⑧ 80代・女性	本人宅の電気・ガスが止まり、県内の妹宅で生活開始。 医療受診し、認知症診断が出て、内服治療開始できたため**依頼取下げ**。	0回	3回

【チームにおける課題】

目標達成前に「概ね最長で6カ月」の支援期間を迎えて終了となるケース

- 本人の拒否が強いケースが多く、
  信頼関係構築（困りごとへの対応 等）に時間を要する
- 家族同意の元で 初回訪問し、支援を続ける中で、
  医療・介護サービスの提案による家族の心理的負担の増大

訪問を断られてしまい、期間満了を迎えるケースも・・・

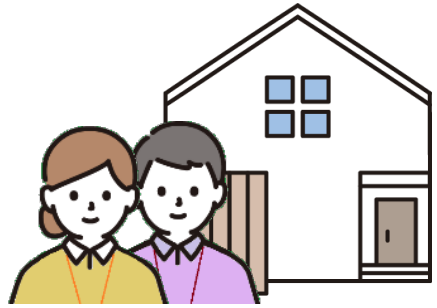


【チームにおける課題】

●本人へのケアと、家族へのケアを両輪で進める支援体制

本人の困りごとを主軸としたケアとともに、家族の身体的・精神的介護負担を軽減する取り組みや、家族の一般的な理解力に加え、認知症に対する理解・受入れ状況等に合わせた支援・訪問方法の検討

●支援期間中から高齢者サポートセンターをはじめとする関係機関との連携、見守りの継続





ご清聴ありがとうございました。