

## 事業提案制度（テーマ型） 募集内容

### 1. 募集内容

募集課題 (テーマ)	本人の認知機能の気づきにつなげるしくみ ー認知症サポート検診に向けた普及啓発ー	
募集内容 (概要)	<b>【事業名称】</b> 認知症サポート検診事業(普及啓発分) <b>【対象・場所】</b> 市内在住の 50 歳以上で認知症の診断を受けていない市民 <b>【概要】</b> 認知症に関心を持つ市民を増加させるとともに、認知機能の低下が疑われる方を認知症サポート検診につなげることを目的とする。そのため、誰もが簡単な手順で精度の高い認知機能の判別ができ、本人の気づきにつなげるしくみを募集したい。	
募集対象	<input checked="" type="checkbox"/>	課題に関する「提案」及び「連携事業者」の両方を募集
	<input type="checkbox"/>	課題に関する「提案」の募集 ※今後の市の事業方針等を定めるために、課題に関する提案を募集するものです。
提案を募集する背景 (市の課題)	認知症の早期診断・対応を促進することを目的とし、令和 8 年度から認知症サポート検診を実施する予定であるが、受診率が低いことが予測されている。	
想定する提案の例	高齢の方でも簡単に自分の認知機能に気づくサービス	
市が希望する提案の内容	誰もが簡単な手順で精度の高い認知機能の判別ができ、本人の気づきにつなげるしくみの提案	

### 2. 募集する期間等（条件）

募集期間	令和 7 年 11 月 17 日～11 月 25 日	
実施予定時期	令和 8 年 4 月	
提案方法	対面による説明	
提案の選定方法	<input type="checkbox"/>	特に選定を実施しません（複数採用の場合あり）
	<input checked="" type="checkbox"/>	審査等による選定を実施（提案内容を審査・選定し採用を定めます）
	<input type="checkbox"/>	提案を参考とし、あらためて実施事業者の公募等を行います
	<input type="checkbox"/>	その他（ ）
市が提供できる事項	認知症サポート検診に関する実態、課題提供	

(メリット)	
予算措置 または 今後の可能性	
その他 留意点等	
提案の申込 先・お問合せ 先	<p>【部署】立川市 保健医療部 高齢政策課</p> <p>【TEL】 042-523-2111(1145)      【FAX】 042-522-2481</p> <p>【E-mail】 kourei-t☆city.tachikawa.lg.jp</p> <p>※「☆」を@に変更してご連絡ください。</p>